



รายงานการวิจัย เรื่อง



สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงาน
เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัว
และชุมชนภายใต้บริบทสังคม วัฒนธรรม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

FAMILY AND COMMUNITY CARE SYSTEM FOR PERSONS
WITH HIV INFECTION AND AIDS : A REVIEW IN NORTHEAST THAILAND

บำเพ็ญจิต แสงชาติ
วาสนี วิเศษฤทธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พ.ศ. 2544

ISBN 974-654-838-7

รายงานการวิจัย
เรื่อง

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงาน
เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัว
และชุมชนภายในบริบทสังคม วัฒนธรรม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

FAMILY AND COMMUNITY CARE SYSTEM FOR PERSONS WITH HIV/AIDS:
A REVIEW IN NORTHEAST THAILAND

บำเพ็ญจิต
วาสนี

แสงชาติ
วิเศษฤทธิ์

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

พ.ศ. 2544

ISBN 947-654-838-7

รายงานการวิจัย
เรื่อง

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงาน
เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัว
และชุมชนภายในบริบทสังคม วัฒนธรรม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

FAMILY AND COMMUNITY CARE SYSTEM FOR PERSONS
WITH HIV INFECTION AND AIDS : A REVIEW IN NORTHEAST THAILAND

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. บำเพ็ญจิต แสงชาติ
ภาควิชาพื้นฐานการพยาบาล

ร้อยเอกหญิง วาสนี วิเศษฤทธิ์
นักศึกษาหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาการพยาบาล

คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น
โครงการนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

สิงหาคม 2544
ISBN 947-654-838-7

พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน 80 เล่ม
พิมพ์ที่ หจก.โรงพิมพ์คัลลังนานาวิทยา โทร. 043-328589-91

สาระสำคัญสำหรับผู้บริหาร

คำสำคัญ : ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ระบบการดูแล ครอบครัว ชุมชน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ประเทศไทย

จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ของประเทศไทยในแต่ละปี สามารถคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ปีละประมาณ 30,000 ราย และมีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 700,000 ราย กระจายอยู่ตามภาคต่างๆทั่วประเทศไทย สะท้อนให้เห็นว่าปัญหาโรคเอดส์ยังคงมีความรุนแรง และมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการป้องกันและแก้ไขอย่างต่อเนื่อง การดำเนินการโดยภาครัฐเพียงลำพังไม่สามารถที่จะรองรับผู้ติดเชื้อเหล่านี้ซึ่งต่อไปจะต้องกลายเป็นผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากในอนาคตอย่างแน่นอน

สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือแม้ว่าสถานการณ์การแพร่ระบาดยังไม่รุนแรงเท่าภาคอื่นๆ แต่จากข้อมูลทางระบาดวิทยาพบว่าอัตราการติดเชื้อ และจำนวนผู้ป่วยเอดส์มีจำนวนสูงขึ้นเรื่อยๆ และหมุนเวียนไปในแต่ละจังหวัดเช่น ในปี พ.ศ.2540 จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดคือ จังหวัดเลย ปี พ.ศ.2541 เปลี่ยนเป็นจังหวัดอุบลราชธานี ปี พ.ศ. 2542 เป็นจังหวัด นครพนม และ ปี พ.ศ. 2543 เวียนกลับมาที่จังหวัดเลย โดยมีเงื่อนไขทางบริบทสังคมเป็นภาคที่ประชาชนยากจนที่สุดในประเทศ ได้รับการศึกษาน้อย ลักษณะภูมิประเทศที่เป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพ ทำให้ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ จึงมีการอพยพไปขายแรงงานจำนวนมากทั้งในประเทศ และต่างประเทศ และเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ประชาชนในภาคนี้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ จากอัตราการติดเชื้อและจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่มีจำนวนเพิ่มขึ้นดังกล่าวนี้ คาดว่าในอนาคตจะต้องประสบปัญหาในการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ เกินกว่ากำลังของระบบสุขภาพที่มีอยู่จะสามารถให้การรักษาดูแลได้ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งรัฐบาลได้ตระหนักและให้ความสำคัญที่จะส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว ชุมชนและสังคมให้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์โดยกำหนดเป็นนโยบายอย่างชัดเจนไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา

ในการดำเนินการตามแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ในปี พ.ศ. 2540-2544 ที่ผ่านมามีภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้มีการศึกษาวิจัยหลายหลากลักษณะที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ มีโครงการต่างๆที่ได้ดำเนินการเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน อย่างไรก็ตามพบว่าองค์ความรู้เหล่านั้นยังไม่มี ความชัดเจน ดังนั้นเพื่อให้การกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินตามนโยบายในแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติในปีพ.ศ.2545-2549 มีความชัดเจนและสามารถที่จะนำไปปรับใช้ได้เหมาะสมกับสถานการณ์ที่เกิดขึ้นจริงผู้วิจัยจึงได้ศึกษา การสังเคราะห์องค์ความรู้

และกลไกการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคม วัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2535 จนถึงปัจจุบัน โดยได้รับการสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขมีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและ

การดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน และศึกษากลวิธีและรูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และมุ่งหวังว่าผลการศึกษาที่ได้จะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน ได้อย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับบริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ดำเนินการ 3 ระยะ

- **ระยะที่ 1** เป็นการสังเคราะห์จากเอกสารที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน รวมทั้งเอกสารรายงานโครงการต่างๆที่ดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชน เฉพาะในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้ง 19 จังหวัด โดยสังเคราะห์จากเอกสาร รายงานวิจัย วิทยานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษา จำนวน 19 เรื่อง
- **ระยะที่ 2** เป็นการศึกษาภาคสนามในพื้นที่โครงการและกลุ่มประชากรเป้าหมาย เพื่อศึกษารูปแบบและกลไกในการดำเนินงานขององค์กรต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนโดยเลือกศึกษา 4 จังหวัด 6 พื้นที่ ได้แก่ จังหวัด ขอนแก่น กาฬสินธุ์ สุรินทร์ และร้อยเอ็ด โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม
- **ระยะที่ 3** ได้จัดเวทีภาคระดมสมองวิพากษ์ผลการวิจัยรวมทั้งให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากนักวิชาการ นักปฏิบัติการ และนักวิจัยรวมทั้งผู้ที่มีประสบการณ์มีความรู้และดำเนินการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จำนวนทั้งสิ้น 20 คน และส่งผลการวิจัยให้ผู้เชี่ยวชาญวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะจำนวน 2 ท่าน จากนั้นได้นำมาปรับสังเคราะห์องค์ความรู้ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

ข้อสรุปและบทเรียนที่ได้จากการศึกษา

ผลการศึกษาในภาพรวมพบว่า รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือในสภาพปัจจุบัน มี 3 รูปแบบใหญ่ ได้แก่

รูปแบบที่ 1 เป็นรูปแบบการดูแลที่ดำเนินการโดยภาคประชาชน ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลของครอบครัว รูปแบบการดูแลของวัด และรูปแบบการดูแลของกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน รูปแบบนี้องค์กรภาคประชาชนเป็นหลักในระบบการดูแล ร่วมกับการประสานการติดต่อเข้าหาและขอรับความช่วยเหลือ รับบริการต่างๆ จากองค์กรภาครัฐอย่างเป็นรูปธรรม ตามระบบการดำเนินงานของ

องค์กรภาครัฐ องค์กรภาครัฐส่วนใหญ่ดำเนินกิจกรรมในเชิงตั้งรับและปฏิบัติตามบทบาทหน้าที่ที่ความรับผิดชอบ ในรูปแบบนี้กลุ่มผู้ติดเชื้อและสมาชิกในครอบครัว มีการติดต่อขอความช่วยเหลือจากองค์กรภาคเอกชนบ้างเป็นบางส่วน แต่ยังให้ความสำคัญกับองค์กรภาครัฐมากกว่า

รูปแบบที่ 2 เป็นรูปแบบการดูแลที่ดำเนินการโดยภาครัฐ ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลของสถานพยาบาลต่างๆ ในทุกระดับ แบ่งเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการ ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ และหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประสานงานและสนับสนุน ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต โดยทั่วไปเป็นรูปแบบการดูแลที่ดำเนินการตามนโยบายส่วนกลาง ลักษณะการดำเนินการเป็นฝ่ายตั้งรับ การดำเนินงานตามนโยบายขึ้นอยู่กับ ผู้บริหารและทีมงานที่มีความพร้อมของหน่วยงานแต่ละแห่ง มีเพียงบางแห่งเท่านั้นที่ดำเนินการในลักษณะเชิงรุก และประสานงานร่วมกับภาคเอกชนอย่างเป็นรูปแบบที่ชัดเจน

รูปแบบที่ 3 เป็นรูปแบบการดูแลที่ดำเนินการโดยภาคเอกชน ประกอบด้วยรูปแบบการดูแลขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ รูปแบบการดูแลของมูลนิธิ และรูปแบบการดูแลขององค์กรศาสนา รูปแบบนี้องค์กรภาคเอกชนเป็นฝ่ายรุกติดต่อเข้าหาเพื่อให้ความช่วยเหลือดูแลกลุ่มต่างๆ ในองค์กรภาคประชาชน มีระบบการทำงานที่ค่อนข้างเป็นรูปธรรมชัดเจน ในขณะที่องค์กรภาคประชาชนยังไม่ค่อยเข้าหาและขอความช่วยเหลือจากองค์กรภาคเอกชนมากนัก การดำเนินการติดต่อประสานงานกับองค์กรภาครัฐมีบ้างเป็นบางส่วน

ประเด็นสำคัญของรูปแบบการดำเนินการในแต่ละองค์กรที่พบจากการศึกษาได้แก่ ข้อจำกัดของการดำเนินงาน และการประสานงานของแต่ละองค์กรดังนี้

ข้อจำกัดในการดำเนินการขององค์กร

รูปแบบการดำเนินงานในแต่ละส่วนไม่ว่าจะเป็นรูปแบบการดูแลโดยภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน ต่างมีข้อจำกัดในการดูแล ในส่วนการดูแลของภาคประชาชนมีข้อจำกัดในเรื่องการขาดความรู้ที่ถูกต้องในการดูแล คุณภาพของการดูแล ในองค์กรภาครัฐลักษณะการดำเนินการส่วนใหญ่ยังเป็นการตั้งรับ การดูแลยังไม่มีอย่างต่อเนื่องครอบคลุมครบวงจรและขาดการเชื่อมโยงระหว่างสถานพยาบาลใกล้บ้าน เช่น สถานีอนามัย มีปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรและปัญหาคุณภาพและศักยภาพของบุคลากรที่ให้การดูแล ส่วนการดำเนินการขององค์กรเอกชนส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ภายในขอบเขตจำกัด เนื่องจากบางส่วนยังขาดความรู้ในการดูแล ขาดงบประมาณสนับสนุน ขาดการยอมรับจากหน่วยงานของรัฐและประชาชน เนื่องจากประสบการณ์ดำเนินงานที่ผ่านมาบางครั้งมีการแสวงหาผลประโยชน์ร่วมด้วย มีส่วนน้อยที่ให้การดูแลได้อย่างมีคุณภาพและมีรูปแบบที่ชัดเจน

การประสานงานระหว่างองค์กร

ในการประสานงานพบว่า ลักษณะการร่วมมือในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ยังไม่ชัดเจน เช่น การประสานงานระหว่างองค์กรภาครัฐและองค์กรภาคเอกชน ลักษณะการดำเนินงานส่วนใหญ่ยังต่างคนต่างทำและมีองค์กรเอกชนกระจุกตัวหนาแน่นในบางจังหวัดใหญ่ๆ ยังไม่มีรูปแบบการประสานงานเพื่อดำเนินการดูแลอย่างเป็นระบบ ซึ่งบางครั้งก่อให้เกิดการทำงานที่ซ้ำซ้อนและยากต่อการติดตามและประเมินผล องค์กรแต่ละแห่งมีระยะการดำเนินงานที่แตกต่างกันส่วนใหญ่เริ่มการทำงานได้ประมาณ 2-4 ปี ยังไม่ได้ประเมินผล และยังไม่ได้สรุปผลการดำเนินงานหรือดำเนินการแต่ยังไม่ได้มีการรวบรวมอย่างเป็นระบบ

ประเด็นที่ขาดหายไปอย่างเด่นชัด ในระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์คือการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายพบว่ายังไม่มีมีการกล่าวถึงและดำเนินการอย่างเป็นระบบที่ชัดเจนในทุกๆองค์กร ซึ่งการดำเนินการดูแลนั้นมีปัจจัยที่เกี่ยวข้องหลายประการ

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลได้แก่ ปัจจัยด้านครอบครัว ปัจจัยด้านผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ปัจจัยด้านชุมชน ประกอบด้วยคนในชุมชน และองค์กรในชุมชน ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ ปัจจัยด้านนี้พบว่า ปัจจัยที่สำคัญมากประการแรกได้แก่ การเปิดเผยสถานภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ประการต่อมาได้แก่ การยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของครอบครัวและชุมชน ที่จะแสดงความเอื้ออาทรไม่รังเกียจกีดกัน ไม่ริตรอนและละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งผู้ที่ได้รับผลกระทบซึ่งจะต้องดำเนินการไปพร้อมๆกัน และได้รับการสนับสนุนการช่วยเหลือดูแลจากองค์กรหลักทั้ง 3 ส่วน

ในการดำเนินงานที่ผ่านมามีการใช้กลวิธีและกิจกรรมหลายรูปแบบ แต่กิจกรรมที่สำคัญคือการเยี่ยมบ้าน อย่างไรก็ตามการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่ รวมทั้งโครงการต่างๆที่ดำเนินการในแต่ละองค์กร เป็นการศึกษาและดำเนินการที่แยกส่วนเน้นเฉพาะในเรื่องการส่งเสริมและป้องกันโรคเอดส์ ยังไม่ครอบคลุมการศึกษาถึงรูปแบบการดูแลในแต่ละระยะ ว่าควรจะมีรูปแบบอย่างไร ใครควรจะมีส่วนร่วมในการดูแลบ้าง และการเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลโดยครอบครัว ชุมชน ตลอดจนหน่วยงานหรือองค์กรที่เกี่ยวข้องควรเป็นอย่างไร

สำหรับปัญหาและอุปสรรคสำคัญในการดำเนินการที่ผ่านมาพบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ยังไม่กล้าเปิดเผยสถานภาพของตนเองกับครอบครัว ชุมชนและสังคม เนื่องจากกลัวการรังเกียจ ไม่ยอมรับ ซึ่งปัญหาดังกล่าว มีผลการวิจัยชี้ว่าสัดส่วนของผู้ที่ยอมรับและผู้ที่ยังรังเกียจอยู่ในสัดส่วนที่เกือบเท่าๆกัน อย่างไรก็ตาม ในสภาพความเป็นจริงโดยทั่วไปยังพบว่าครอบครัวและชุมชนยังไม่ยอมรับและมีความรังเกียจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ไม่กล้าเปิดเผยตนเอง จนกว่าจะปรากฏอาการของโรคอย่างชัดเจนหรือมีเหตุจำเป็นทำให้ไม่สามารถปกปิดได้อีกต่อไปเท่านั้นจึงเปิดเผยสภาพ ซึ่งนับว่าเป็นอุปสรรคสำคัญที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการการ

รักษาดูแล ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้เร็วและง่าย และทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเข้าสู่อาการเจ็บป่วย ระยะสุดท้ายและเสียชีวิตในเวลาที่ยาวนาน นอกจากนี้ยังมีปัญหาที่สำคัญของครอบครัวพบว่า ครอบครัว ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ ไม่มีรายได้ และขาดความรู้ในการดูแลที่ถูกต้อง ส่วนปัญหาของคนและ องค์กรในชุมชนยังพบว่าการรังเกียจและไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งสาเหตุสำคัญของการรัง เกียจมาจากความกลัว ความไม่เข้าใจในเรื่องโรคเอดส์ และการรับรู้ว่าเป็นโรคเอดส์เป็นผู้ที่มีพฤติกรรม ล่าช้าผ่านทางเพศอีกทั้งยังไม่เคยเห็นและไม่มีประสบการณ์เกี่ยวกับโรคเอดส์ ในส่วนของการดำเนินการ ขององค์กรภาครัฐ ปัญหาและอุปสรรคที่สำคัญคือปัญหาที่เกี่ยวข้องกับผู้บริหารที่ยังไม่ตระหนักและ เห็นความสำคัญของปัญหาโรคเอดส์ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรที่มีศักยภาพและจำนวนที่เพียงพอใน การดำเนินการ ปัญหางบประมาณและปัจจัยสนับสนุนต่างๆ ส่วนองค์กรภาคเอกชนก็สามารถดำเนินการ ภายใต้งบประมาณที่กำหนด มีปัญหาในเรื่องความรู้ และทักษะต่างๆในการดูแล ขณะเดียวกันยังขาดการ สนับสนุนและยอมรับจากภาครัฐ

ข้อสรุปและบทเรียนที่ผ่านมามีดังกล่าวกว่าข้างต้น เป็นประเด็นที่ท้าทายผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกภาค ส่วนที่ต้องร่วมกันพิจารณาหารูปแบบแนวทางใหม่ บทเรียนที่ผ่านมามีบทเรียนว่าการดำเนินการโดยกำหนด ความรับผิดชอบให้กับหน่วยงานใดหน่วยงานหนึ่งนั้น ไม่สามารถที่จะดำเนินการได้สำเร็จ จนเกิดความ ต่อเนื่องและยั่งยืนได้ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องดำเนินการในลักษณะพหุภาคี โดยภาครัฐ ภาคเอกชนและ ประชาชน จะต้องร่วมกันคิด ร่วมกำหนดวิสัยทัศน์ และยุทธศาสตร์ในการพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสม เพื่อที่จะสามารถนำไปปรับใช้ได้จริงตามสภาพปัญหา สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมายและสภาพการณ์ ของแต่ละพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์

• ด้านนโยบาย

- 1) ระบบบริการของรัฐยังไม่ครอบคลุมการรักษาพยาบาล ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ยังไม่สามารถ เข้าถึงบริการได้ทุกรายจำเป็นต้องกำหนดแนวนโยบายให้ชัดเจนและนโยบายนั้นต้องครอบคลุมการรักษา ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทุกระยะ โดยกำหนดให้มีการประกันสุขภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- 2) กำหนดแนวนโยบายที่ชัดเจนในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เช่นเด็กที่ ติดเชื้อเอดส์ เด็กที่พ่อแม่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว อาทิ คู่สมรส บิดา และ มารดา เป็นต้น

3) ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในแต่ละระยะการดำเนินของโรค อย่างเหมาะสมในแต่ละพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย

4) สนับสนุนและส่งเสริมบทบาทและศักยภาพของสตรีให้มีส่วนร่วมหรือเป็นผู้นำ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน

5) สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการและพัฒนากลไกการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

6) สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อเป็นทางเลือกในการดูแลรักษาแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยการสนับสนุนทุนการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้

7) สนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนจะต้องพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมกิจกรรมรวมทั้งพัฒนาผู้นำกลุ่มให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆโดยใช้กระบวนการกลุ่ม และสนับสนุนความช่วยเหลือด้านทรัพยากร ด้านการประสานแหล่งประโยชน์ และงบประมาณ เพื่อให้กลุ่มมีศักยภาพที่จะดูแลช่วยเหลือกันเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

● ด้านยุทธศาสตร์

1) รณรงค์และป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ของกลุ่มเสี่ยงต่างๆอย่างต่อเนื่อง และมีทิศทางชัดเจน เช่น กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มนักเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้หญิงที่สามีไปเป็นแรงงานอพยพ เป็นต้น

2) รณรงค์ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรทุกระดับ ที่ดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ให้เกิดความเข้าใจ ยอมรับ ไม่ปฏิเสธการรักษาดูแล และละเมิดสิทธิพื้นฐานในการที่จะเข้ารับการดูแลรักษา โดยการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีทางเลือกที่จะรักษาดูแลด้วยตัวของเขาเอง

3) ลักษณะการจัดบริการควรจัดให้มีความสอดคล้องกับ ความต้องการของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวและชุมชนโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ดูแลในลักษณะองค์รวมสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และควรมีการเชื่อมโยงกับองค์กรชุมชน องค์กรสาธารณประโยชน์อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม เพื่อลดการทำงานที่อาจซ้ำซ้อนลง

4) ให้องค์กรภาครัฐได้มีการประสานงานกันกับองค์กรเอกชน เพื่อร่วมดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและบุคลากร เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่เข้ารับการรักษายาบาลเป็นกลุ่มที่เปิดเผยเท่านั้น ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไปรับการรักษาที่องค์กรเอกชนเนื่องจากไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง หรือต้องการดูแลตนเองที่บ้าน โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ดังนั้นการดูแลจึงต้องมีการประสานกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน

5) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีที่พึ่งในรายที่ครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้เนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาอื่นๆ โดยรัฐควรสนับสนุน

ประมาณในการสร้างที่พักอาศัย ส่วนรูปแบบการจัดการดูแลควรกำหนดร่วมกันระหว่างองค์กรภาคประชาชน องค์กรภาครัฐ และองค์กรเอกชน เพื่อให้โอกาสผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้มีทางเลือกในการดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

- 1) ศึกษาปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเพิ่มขึ้นโดยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ
- 2) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน องค์กรภาครัฐ และองค์กรเอกชน โดยครอบคลุมการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทุกระยะจนกระทั่งระยะสุดท้าย
- 3) พัฒนาตัวชี้วัดในการดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อสร้างมาตรฐานในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านต่อไป
- 4) รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในระยะสุดท้ายที่ไม่มีที่พึ่ง ไม่มีที่พักอาศัย
- 5) บทบาทของสตรีในการมีส่วนร่วมและเป็นแกนนำในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่บ้านและในชุมชน
- 6) ศึกษาประเด็นของสิทธิผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบ

Executive Summary

Key words: HIV AIDS Family Community Care System Northeast Thailand

From estimates of the number of new people infected with the AIDS virus each year in Thailand, it is possible to estimate that there are approximately 30,000 new cases per year, and that there are about 700,000 people infected with AIDS spread throughout Thailand. This indicates that the problem of AIDS is still serious and it is essential that there is continuous prevention and solution of the problem. The implementation by the state alone is not able to cope with this number of cases of people infected with the AIDS virus, and in future there will definitely be a large number of AIDS patients.

In the Northeast, even though the outbreak is not as in other parts, it is seen from epidemiology data that the number infected and the number of AIDS patients is rising steadily and passing from province to province. In 1997 the province with the greatest number of AIDS patients was Loei; in 1998 it had changed to Ubon Ratchathani; in 1999 it was Nakhon Phanom and in 2000 it had gone back to Loei. The social environment factors are that the region has the poorest population in the country, the lowest education and geography which is an obstacle to earning a living, and these cause economic problem so that there is migration to sell labour both inside the country and abroad. This is an important factor which causes risk to the population of being infected with AIDS. From the rate of infection and the number of AIDS patient increasing as stated, in the future there should be problems with caring for AIDS patients which is greater than the capability of the health system to give treatment. It necessary to collaborate with all sectors involved, and the government has realized this and seen the importance of promoting and developing the potential of persons with HIV infection and AIDS, families, communities and society to play a part in prevention and solving the problem of AIDS by forming a clear policy in the 8th National Social and Economic Development Plan from 1997 onwards.

While implementing the National AIDS Prevention and Problem Solving Plan, 1997-2001 in the Northeast there were many and varied research projects dealing with the care of persons with HIV infection and AIDS. There were projects carried out concerning the home care of persons with HIV infection and AIDS. However, it was found that the body of knowledge was not clear. Thus in order to specify a implementation strategy according to the policy for the National AIDS Prevention and Problem Solving Plan, 2002-2006 that is clear and capable of being modified as appropriate to the real situation, the researchers studied the synthesis of the body of knowledge and practical mechanisms to develop the care system for AIDS patients at home by the family and the community in the environment of the Northeast society and culture. This study has been carried out since 1995 to the present with support from the Public Health Systems Research Institute to study the present situation and implementation of caring for persons with HIV infection and AIDS at home by their families and the community. The study also examined the factors related to the care of persons with HIV infection and AIDS as well as studying methods and forms of activities for implementing the care of persons with HIV infection and AIDS at home. The study looked at the problems and obstacles arising in the management of the care of persons with HIV infection and AIDS at home by their families and the community

in the Northeast social and cultural environment. It is hoped that the results of the study can be used as directions for developing care systems for persons with HIV infection and AIDS at home by the family and community, appropriately and in line with the social and cultural environment of the Northeast in the future.

The present student was carried out in 3 stages.

- **Stage 1** This stage involved synthesis from documents concerning research into the management of care of persons with HIV infection and AIDS at home by families and the community, as well as various project reports conducted both by the state and the private sector but only in the 19 provinces of the Northeast. The synthesis was from documents, research reports and 19 postgraduate theses.
- **Stage 2** This stage was a field study in the research area and the target population to study the forms and mechanisms for implementation of the work of the various organization from both the state and the private sector, choosing 4 provinces and six areas, being the provinces of Khon Kaen, Kalasin, Surin and Roi Et and using in-depth interviews, group discussions and participant observation.
- **Stage 3** This stage involved a critical brainstorming of the results of the research, as well as offering suggestions for policy by 20 academics, implementers and researchers, as well as those with experience, knowledge and those implementing the care of persons with HIV infection and AIDS. The research results were also sent to 2 experts for their criticism and for suggestions. The body of knowledge was then improved.

Conclusions and lessons learnt from the study.

The overall results of the study were that the form of care for persons with HIV infection and AIDS at home by the family and the community under the environment of the Northeastern society and culture at present has 3 major forms:

Form 1 The form of care performed by the people This consists of the form of care by the family, the form of care by the temple and the form of care of persons with HIV infection and AIDS by themselves. In these forms people organizations are the main source of care systems, along with coordination in approaching for concrete help and service from state organizations operate activities which are responsive and operate according to their duties and responsibilities. In this form a few of those infected with AIDS and their families approach private organizations for help, but most attach importance to the state organizations.

Form 2 The form of care performed by the state or Government Organization This consists of the form of care offered by medical services at all levels divided into those places which have a duty to serve such as Health Centres, Community Hospitals, and Central Hospitals, and units which have the duty to coordinate and promote, such as District Health Offices, Provincial Health Offices and Regional Communicable Disease Control Offices. In general this form of care is operated according to the central policy, with the type of operations being responsive. Implementation according to the policy depends on the readiness of the

administration and the working team of the unit. There are only a few units that offer and offensive type of operation and coordinate clearly with the private sector.

Form 3 The form of care operated by the private sector or Non-Government Organization This consists of the form of care given by private organizations for the public good, the form of care by foundations and the form of care by religious organizations. In this form of care, organizations in the private sector offensively make contact to give assistance to various groups in the population. There is a clear and concrete operating system. Public organization have not approached or coordination with state organizations in some parts.

Important points concerning forms of care operated by different organizations from this study are limitations of operations and coordination between organizations as follows.

Limitations to operations by organizations

The form of implementation in each section, whether the form of care by the state organizations, private sector organizations or public organizations, has limitations to care given. In public organizations the limitation is in correct knowledge concerning care and quality of care. In state organizations the type of care is mostly responsive, care is not continuous and complete, and there is a break in care at medical centres near the home, such as Health Centres. There is a problem of shortage of personnel and problems with the quality and potential of the personnel who provide care. Private sector organizations are mostly able to operate in a limited area, since acceptance by state and public organizations, sinme in the past they have had experience of there being an aspect of profit seeking. There are few who can give quality care in a clear form.

Coordination between organizations

Concerning coordination it was found that the type of collaboration in providing care for persons with HIV infection and AIDS was unclear, such as coordination between state and private sector organizations. The type of operation was mostly “everyone for himself”, and in some large provinces there were tight clusters of private organizations. There is no form of coordination for systematic care giving, which sometimes makes work repeated, difficult to follow up and evaluate. Organizations in different places have different periods of operation, with most operation for 2-4 years and not having evaluated or concluded their work, or have been operation but have not collected their results systematically.

A point which has clearly disappeared in the care system for persons with HIV infection and AIDS is that patients in the last stage are not referred to of do not have a clear operation system in every organization. There are many factors which relate to this.

Factors related to care giving are family factors, factors concerning persons with HIV infection and AIDS, community factors and organizations in the community, medical personnel and service system factors. For these factors it was found that of the important factors the first point was revealing the status of persons

with HIV infection and AIDS. The next point what the acceptance of persons with HIV infection and AIDS by the family or community who do not show loathing but concern, not neglecting the rights of persons with HIV infection and AIDS including others affected and who must work together and receive assistance and care from organizations from the three sectors.

Operations in the past have used many strategies and activities, but the important activity is home visit. However, most research studies, including projects implemented by various organization, are studies and operations in which there is a clear division between health promotion and the prevention of AIDS. Studies do not cover the form of care in each stage: what form should there be, who should be involved in caring and should take a part in family and community care, and including what relevant units or organizations should be involved.

The important problems and obstacles in the past which were found were that persons with HIV infection and AIDS did not date to reveal their conduction to their family, community and society, since they were afraid of being hated and rejected. These problems are reflected by research which shows that there are approximately equal numbers of people who accept and people who hate those with AIDS. However, in the real situation it is found that the families and communities do reject and hate persons with HIV infection and AIDS. This is an important factor causing persons with HIV infection and AIDS in the Northeast not to reveal their illness until the symptoms are clear or there is some reason why they cannot conceal it anymore, at which point they reveal their condition. This is an important obstacle preventing them from receiving care, and causing them to be infected with opportunistic diseases quickly and easily, and makes persons with HIV infection and AIDS enter the final stage and die in a short time. Apart from this there are important problems concerning the families. It was found that families encounter economic problems, have no income and lack knowledge about how to care correctly. Concerning problems of individuals and organizations in the community it was found that there was hatred and failure to accept persons with HIV infection and AIDS. The important reasons for this hatred are fear, lack of understanding about AIDS and the belief that people who are infected with AIDS are people who are sexually promiscuous, despite those people never having had contact with people infected with AIDS. State organizations have obstacles and problems with their operations with the most important being that administrators have not yet realized and understood the importance of AIDS, there is a lack of numbers and potential of personnel to operate, problems of budget and supporting factors. Private sector organizations are able to operate under restricted scope, having problems with knowledge and skill needed for caring, as well as lacking support and acceptance by state organization.

The conclusions and lessons learnt given above are points which challenge those involved in every sector to collectively search for a new form of direction. Part lessons have shown that operating by specifying the responsibilities of specific units is not capable of operating successfully to create continuity and sustainability. It is essential that operations are performed in a multiparty way, with state, public sector and public helping to think of a vision and strategy for developing a system of care which is suitable, so that it is able to be adapted according to the problem, in line with the target group and the situation in the region.

Recommendations for policy and strategy

-Policy

1) The state administrative system does not yet give complete medical coverage. Not all persons with HIV infection and AIDS are able to get service. There must be a clear policy direction and that policy must give complete coverage for persons with HIV infection and AIDS in every stage, and specify medical insurance for persons with HIV infection and AIDS.

2) Specify a clear policy direction for helping those affected by AIDS, such as children infected with AIDS, children whose fathers and mothers have died from AIDS, and extending to family members such as spouse, father, mother etc.

3) Promote and support research studies to discover the form or model of care for persons with HIV infection and AIDS at home in different stages of the disease, suitable for the region and the target group.

4) Support and promote the role and potential of women to take part or be leaders in the prevention and solution of the problem of ADIS in the community.

5) Support and give opportunity to the public sector to take part in operating and developing mechanisms for controlling the quality of care for persons with HIV infection and AIDS.

6) Support the use of local intuition as one choice for caring for persons with HIV infection and AIDS by promoting research studies to develop the body of knowledge.

7) Support the formation of groups of persons with HIV infection and AIDS, families and communities so that they take a part in giving care. State and private organizations must develop their potential and promote collective activities to develop group leaders so that the numbers increase, must promote the process of learning and problem solving using a group process, and support assistance with resources, in coordination with useful sources and budget, so that groups have the potential to care for and assist themselves continuously and sustainably.

- Strategy

1) Campaign and prevent new infections in risk groups continuously, and with clear directions for groups such as labour employer, schoolchildren, teenagers, women whose husbands migrate for work etc.

2) Campaign to change the attitude of people at every level, who operate the care of persons with HIV infection and AIDS to create understanding, acceptance, not to refuse to give care and not to infringe the basic human right to receive treatment by giving correct information to give persons with HIV infection and AIDS a choice to care for themselves.

3) The type of service offered should be in line with the needs of persons with HIV infection and AIDS, their families and communities while considering the rights of persons with HIV infection and AIDS. Care should be holistic in line with their way of life and there should be clear, concrete links with community organizations and public organizations to reduce duplication of work.

4) State organizations should coordinate with private organizations to collectively care for persons with HIV infection and AIDS, including giving budgetary and personnel support, since the group of AIDS patients who go to receive

treatment is only the group who have revealed their illness. Some group of AIDS patients of for treatment from private organizations since they do not have to reveal themselves, or they want to take care of themselves at home, especially when ill in the last stages of the disease. Thus care must have coordination between patients, families and the community.

5) Develop the form of model of management of patient care in the final stage for those who do not have a place to stay or whose families are not able to give care because of economic and other problems. The state should support budget of collectively between public organizations, state organizations and private organizations, in order to give the opportunity to persons with HIV infection and AIDS to have a choice in care.

Recommendations for further research

1) Study the socio-cultural factors which have an effect on increasing the care of AIDS patients at home by qualitative study techniques.

2) Develop the form or model of management of care for persons with HIV infection and AIDS at home by all parties involved, the public sector, state organizations and private organizations, including the care of persons with HIV infection and AIDS in all stages up to the final stage.

3) Develop indicators to measure the implementation of care for persons with HIV infection and AIDS, to create standards of home care for persons with HIV infection and AIDS in the future.

4) Study the form or model of care for AIDS patients in the final stage who have nowhere to go and nowhere to live.

5) Study the role of women as participants and leaders in caring for persons with HIV infection and AIDS at home and in the community.

6) Study points related to the rights of persons with HIV infection and AIDS and people who have been affected such as children and families.

กิตติกรรมประกาศ

การสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน ภายใต้บริบทสังคม วัฒนธรรม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ สำเร็จลุล่วงไปด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขที่ให้ทุนสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้

ขอขอบคุณ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 จังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี เลย์ ร้อยเอ็ด หนองบัวลำภู มหาสารคาม นครพนม สกลนคร ชัยภูมิ และ คณะกรรมการพัฒนาเอกชนด้านเอดส์อีสาน จังหวัดสุรินทร์ ที่ได้อนุเคราะห์ข้อมูลเอกสารรายงานโครงการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านทั้งของภาครัฐและเอกชน

ขอขอบคุณ นายแพทย์สมยศ ศรีจรรย์ญัย ผู้อำนวยการโรงพยาบาลเขาวง จังหวัดกาฬสินธุ์ นายแพทย์ วาย ลิน อู ผู้ประสานงานโครงการเอดส์ องค์การหมอไร้พรมแดน- ฝรั่งเศส จังหวัดสุรินทร์ คุณแสงจันทร์ ศรีทะวงษ์ พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลจตุรพักตรพิมาน คุณดวงจันทร์ หลักดำน ผู้ประสานงานเครือข่ายผู้นำสตรีต้านภัยเอดส์อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ชิสเตอร์นิตยา สุวรรณไชยรบ ผู้ประสานงาน บ้านนิรมล จังหวัดขอนแก่น คุณทิพพิญา เฮียงสอน พยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์เข้าศึกษาดูงานระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน

ท้ายที่สุดนี้ขอขอบคุณ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวทุกท่าน ที่ได้ให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ เจ้าหน้าที่และบุคลากรของหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ด้วยดีเสมอมา ผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่า ผลการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถนำไปเป็นแนวทางในการศึกษา วิจัย และเป็นประเด็นที่ทำทนายสำหรับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องจะได้นำไปพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ต่อไป เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว ชุมชน และสังคม สามารถอยู่ร่วมกันได้อย่างสันติสุข

บำเพ็ญจิต แสงชาติ

วาสนี วิเศษฤทธิ์

สารบัญ

สาระสำคัญสำหรับผู้บริหาร	i
Executive Summary	viii
กิตติกรรมประกาศ	xiv
สารบัญ	xv
สารบัญตาราง	xvi
บทที่ 1 บทนำ	1
❖ ความสำคัญของการศึกษา	1
❖ วัตถุประสงค์ของการศึกษา	3
❖ วิธีการดำเนินการวิจัย	4
❖ แหล่งข้อมูล	
❖ แนวคิดและความหมายของการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์	7
❖ ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน	
บทที่ 2	
สภาพปัจจุบันการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชนบนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	8
บทที่ 3	24
ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านภายใต้บริบท ทางสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	
บทที่ 4	30
กลวิธีและรูปแบบในการดำเนินกิจกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน	
บทที่ 5	36
ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน	
บทที่ 6	39
บทสรุปและข้อเสนอแนะ	
เอกสารอ้างอิง	46
ภาคผนวก	49

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายในบริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

สารบัญญัตินำ

แผนภาพที่ 1	แสดงลักษณะการดำเนินการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	10
แผนภาพที่ 2	แผนที่แสดงองค์กรเอกชน กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	88
ตารางที่ 1	แสดงรายละเอียดของงานวิจัย	50
ตารางที่ 2	แสดงข้อมูลการดำเนินงานด้านเอดส์ขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	53
ตารางที่ 3	แสดงข้อมูลการดำเนินโครงการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนขององค์กรภาครัฐและเอกชนจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรเอกชนในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	58

บทที่ 1

บทนำ ความสำคัญของการศึกษา แนวคิดและความหมายของการดูแล ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน

ประเทศไทยมีการระบาดของโรคเอดส์มาตั้งแต่ พ.ศ. 2527 นับตั้งแต่นั้นมารัฐบาลได้ตระหนักในปัญหาและให้ความสำคัญโดยกำหนดแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และระดมความร่วมมือจากทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งองค์การระหว่างประเทศเพื่อร่วมหาแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ รวมทั้งได้จัดสรรงบประมาณการดำเนินงานตามแผนดังกล่าวมาโดยตลอด แต่ทว่าจนกระทั่งปัจจุบันสถานการณ์เอดส์ในประเทศไทยโดยทั่วไปจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ยังไม่ลดลง

แผนพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจแห่งชาติฉบับที่ 8 ได้เน้นการพัฒนาศักยภาพของตัวบุคคลในการป้องกันตนเองจากเอดส์และปัญหาสังคม รวมทั้งเน้นการพัฒนาสิ่งแวดล้อมรอบตัวให้เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ และได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินการ ตลอดจนกำหนดมาตรการที่เป็นไปได้เพื่อผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนไว้อย่างชัดเจน อันเป็นแนวทางชี้นำการปฏิบัติสำหรับหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ซึ่งในการดำเนินงานตามแผนดังกล่าวหน่วยงานและองค์กรต่างๆได้พยายามสนับสนุนส่งเสริมการค้นหารูปแบบที่เหมาะสมบนพื้นฐานแนวคิดการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนให้เกิดประโยชน์สูงสุด นั่นคือการมีส่วนร่วมของครอบครัว ชุมชนในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ร่วมกับองค์กรเอกชนหรือองค์กรในชุมชนโดยมีการประสานความร่วมมือกันระหว่างภาครัฐ เอกชนสาธารณประโยชน์และชุมชน การดำเนินตามแนวทางดังกล่าว ส่งผลให้เกิดรูปแบบการบริการและการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัว และชุมชนในสังคมมีความหลากหลาย ทั้งในลักษณะที่ได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐและหรือองค์กรในสังคมดังกล่าวตลอดจนการรวมกลุ่มกันเองของผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง กิจกรรมในการดำเนินการของแต่ละโครงการจึงหลากหลายเช่นกัน อย่างไรก็ตามองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบและกลไกการปฏิบัติงาน รวมทั้งดัชนีวัดความสำเร็จของโครงการต่างๆ เหล่านี้ยังไม่ปรากฏภาพรวมของระบบการให้บริการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนของประเทศไทยได้ชัดเจน

สำหรับภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แม้จะมีรายงานว่าสถิติของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์น้อยกว่าภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ซึ่งมีอัตราป่วยต่อประชากรแสนราย 37.7, 34.7, 20.6 และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 11.7 ตามลำดับ (กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544) เมื่อพิจารณาถึงอัตราการป่วยในจังหวัดต่างๆในช่วง 5 ปี ย้อนหลัง ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจะพบว่าจังหวัดที่มีผู้ป่วยมากที่สุดจะหมุนเวียนไม่ค่อยซ้ำเดิมโดยช่วงแรกของการระบาดของโรคจะพบในจังหวัดขอนแก่นมากที่สุด ตั้งแต่ปี

พ.ศ.2540 เป็นต้นมาพบว่าจังหวัดที่มีผู้ป่วยมากที่สุดได้แก่ จังหวัด อุบลราชธานี ปี พ.ศ.2541 ได้แก่ จังหวัดนครพนม ปัจจุบันจังหวัดที่มีรายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์สูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือคือ จังหวัดเลย มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ 26.31ต่อประชากรแสนราย (กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ซึ่งแสดงให้เห็นว่าปัญหาเอดส์ได้แพร่กระจายไปทุกจังหวัด อีกทั้งภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นภาคที่ยากจนที่สุด จึงมีการอพยพแรงงานไปทำงานในท้องถิ่นอื่นทั้งในประเทศและต่างประเทศเป็นจำนวนมากที่สุด โดยในปี พ.ศ. 2538 คิดเป็นร้อยละ 38 ของการอพยพแรงงานทั้งประเทศ ลักษณะดังกล่าวจึงเป็นอีกวิถีทางหนึ่งที่เอื้อต่อการเปิดรับการแพร่ระบาดของโรคเข้าสู่ประชากรในภูมิภาคนี้ แต่สถานการณ์ที่แท้จริงไม่สามารถสรุปได้ชัดเจน เนื่องจากมีเงื่อนไขของปัจจัยต่างๆเข้ามาเกี่ยวข้อง ทั้งความครบถ้วนของข้อมูลยังขาดหายไป และปัญหาการเข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์ ตลอดจนผู้ป่วยมีความกลัวในเรื่องผลกระทบที่จะเกิดขึ้น กับตนเองและครอบครัวจากสังคมรอบข้าง อาจทำให้มีผลต่อการตัดสินใจของผู้ป่วยในการเข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ได้เช่นกัน ปัจจัยต่างๆเหล่านี้อาจทำให้ข้อมูลที่ได้จากรายงานต่ำกว่าความเป็นจริงได้ แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลดังกล่าวเป็นภาพรวมที่สามารถนำมาใช้ในการกำหนดแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ได้

จากจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่เพิ่มมากขึ้น และนโยบายที่เน้นการพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว และชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน นอกจากจะส่งผลให้มีการดำเนินโครงการต่างๆ เพื่อหาวิถีทางให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับการดูแลเอาใจใส่และสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเป็นสุข ในลักษณะต่างๆดังกล่าวแล้ว ยังมีการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบและวิธีการให้ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และชุมชน อยู่ร่วมกันดูแลช่วยเหลือกัน แต่ถึงกระนั้นองค์ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือก็ยังมีจำนวนน้อย ไม่ปรากฏชัดเจนในสังคม

จากการสำรวจบัญชีรายนาม หรือทำเนียบกลุ่มหน่วยงานหรือองค์กรที่จัดบริการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบมีอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งในส่วนที่ดำเนินการโดยสถาบันภาครัฐที่อาศัยเครือข่ายของโรงพยาบาลเป็นแหล่งสำคัญและที่บริการเข้าถึงได้สะดวกและส่วนที่ดำเนินการโดยองค์กรเอกชน ถึงแม้จะปรากฏมีโครงการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและชุมชนดังกล่าว แต่ทว่าองค์ความรู้ในระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน ยังไม่ปรากฏเด่นชัด และไม่สะท้อนภาพของสถานการณ์เชิงระบบ หรือกลไกสำคัญได้อย่างครอบคลุมชัดเจนในลักษณะที่เป็นพลวัตรบนพื้นฐานทางบริบทสังคม วัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เนื่องจากการดำเนินการของโครงการต่างๆดังกล่าว ไม่ได้มีการศึกษาวิจัยและประมวลความรู้จากผลงานเหล่านั้น เอกสารการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆในหลายลักษณะเผยแพร่เฉพาะในกลุ่มคนจำนวนไม่มาก จำกัดในวงแคบ ไม่ได้เผยแพร่สู่สาธารณะ หรือบางโครงการไม่ได้บันทึกเป็นรายงานหรือเอกสารอย่างเป็นระบบหรือกระทั่งเป็นประสบ

การณเฉพาะตัวของบุคคลเท่านั้น องค์ความรู้และคุณค่าแห่งภูมิปัญญาท้องถิ่นจากการดำเนินงาน หรือกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ไม่ได้ถูกนำมาสะท้อนสังคมทั่วทุกส่วนอย่างแท้จริง อีกทั้งยังไม่สามารถสะท้อนเอกลักษณ์ของสังคม วัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือให้ปรากฏความแตกต่างจากภูมิภาคอื่นได้

ด้วยเหตุผลความสำคัญดังกล่าว ในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้จึงมุ่งประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบ กลไกการดำเนินงานของหน่วยงานและองค์กรต่างๆในการบริการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน และชุมชน โดยกระจายตามกลุ่มประชากรเป้าหมายได้แก่ครอบครัว กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ผู้นำชุมชนองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ วัด องค์กรของรัฐ ภายใต้บริบททางสังคมและวัฒนธรรมท้องถิ่น เพื่อนำไปสู่การให้แนวทางหรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย การปฏิบัติ การศึกษาวิจัย และการบริการวิชาการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน ให้สอดคล้องกับสภาพบริบททางสังคมวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของบุคคล ครอบครัว และชุมชนได้อย่างครอบคลุม ครบวงจร และต่อเนื่อง

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสภาพปัจจุบันและการดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชน บนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
3. เพื่อศึกษากลวิธีและรูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยครอบครัวและชุมชนในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือเพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบต่อไป

วิธีการดำเนินการวิจัย

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ดำเนินการ 3 ระยะ

ระยะที่ 1 เป็นการสังเคราะห์จากเอกสารที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน ในประเด็นแนวคิดและความหมายการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน พฤติกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ปัจจัยที่มีผลต่อการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน รูปแบบการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน และสังเคราะห์เอกสารที่เกี่ยวข้องกับระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ในประเด็นระบบการบริการผู้ป่วยเอดส์ทุกชนิดทุกระดับ คุณลักษณะ

ผู้ให้บริการ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา และปัจจัยที่มีผลต่อการดำเนินการระบบการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในบริบทสังคมวัฒนธรรมท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาภาคสนาม ในพื้นที่โครงการและกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยเลือกศึกษา 4 จังหวัด 6 พื้นที่ ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น กาฬสินธุ์ สุรินทร์ และร้อยเอ็ด เพื่อศึกษาสภาพการณ์จริงในการดำเนินการระบบการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยหน่วยงานหรือองค์กรต่างๆในชุมชน โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม หลักเกณฑ์การเลือก พิจารณาจากเป็นองค์กรที่มีการดำเนินงานในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านที่มีรูปแบบค่อนข้างชัดเจน มีผู้นำองค์กรหรือระบบที่สนับสนุนการจัดการดูแลที่ค่อนข้างชัดเจนเป็นระบบต่อเนื่อง มีระยะเวลาในการดำเนินงานตั้งแต่ 2 ปีขึ้นไป ซึ่งสามารถประเมินผลการดำเนินงานสรุปบทเรียนและประสบการณ์ต่างๆ ได้

ระยะที่ 3 เป็นการจัดเวทีระดมสมองวิพากษ์ผลการวิจัย เพื่อกำหนดทิศทางและให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์ เพื่อการพัฒนาระบบการสนับสนุนการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน ภายใต้บริบททางสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยผู้ปฏิบัติงาน นักวิชาการ นักวิจัย และอาจารย์ ผู้ที่มีความรู้และประสบการณ์ในการศึกษา วิจัย และให้บริการ รวมทั้งจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน 20 คน ระยะเวลา 1 วัน หลังจากนั้นได้ส่งผลการศึกษาให้กับผู้เชี่ยวชาญจำนวน 2 ท่านวิพากษ์และให้ข้อเสนอแนะอีกครั้ง และผู้วิจัยนำข้อเสนอแนะมาปรับปรุงและสรุปผลการศึกษาให้สมบูรณ์

แหล่งข้อมูล

ระยะที่ 1 การสังเคราะห์องค์ความรู้ได้ข้อมูลจากการรวบรวมรายงานการวิจัย วิทยานิพนธ์ในระดับบัณฑิตศึกษา และเอกสารรายงานโครงการต่างๆทั้งของภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยครอบครัวและชุมชน เฉพาะที่ดำเนินการในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือทั้ง 19 จังหวัด นอกจากนี้ ผู้วิจัยยังได้ขอข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในแต่ละจังหวัดไปยังสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 19 จังหวัดและองค์กรเอกชน 2 แห่งได้รับตอบกลับ 10 จังหวัดได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี หนองบัวลำภู ร้อยเอ็ด เลย มหาสารคาม นครพนม สกลนคร ชัยภูมิ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น องค์กรเอกชน 2 แห่ง ได้แก่ องค์กรหมอไร้พรมแดน – ฝรั่งเศส จังหวัดสุรินทร์ และคณะกรรมการพัฒนาด้านเอดส์อีสาน จังหวัดสุรินทร์ (ดังรายละเอียดในภาคผนวก) ระยะเวลาในการรวบรวมตั้งแต่ เดือน มกราคม - กุมภาพันธ์ 2544

ในการสืบค้นงานวิจัยได้สืบค้นย้อนหลังเริ่มตั้งแต่ พ.ศ.2535 จนถึงปัจจุบันโดยคัดสรรเฉพาะงานวิจัยที่เกี่ยวกับการดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนเท่านั้น พบงานวิจัยจำนวน 19 เรื่อง แบ่งเป็นงานวิจัยเชิงปริมาณจำนวน 11 เรื่อง งานวิจัยเชิงคุณภาพจำนวน 6 เรื่อง เป็นงานวิจัยที่ใช้วิธีการศึกษาทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ 2 เรื่อง (รายละเอียดในภาคผนวก ตารางที่1) การวิเคราะห์ผลการศึกษจากการสืบค้นงานวิจัย รวมทั้งจากการรวบรวมเอกสารรายงานและโครงการต่างๆทั้งของภาครัฐและเอกชน เกี่ยวกับการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน ภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยการจัดหมวดหมู่และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) พบว่าการศึกษาที่ดำเนินการผ่านมาส่วนใหญ่เป็นการศึกษาหารูปแบบหรือกลวิธีในการให้ความรู้ การฝึกอบรม และการพัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอน ซึ่งเป็นการศึกษาในลักษณะของการส่งเสริมและป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์ ยังไม่ครอบคลุมในประเด็นการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน มีงานวิจัยเพียง 1 เรื่องที่มีความใกล้เคียง โดยศึกษาเกี่ยวกับการยอมรับและให้การดูแลผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ของครอบครัวที่บ้าน ในอำเภอธวัชบุรีจังหวัดร้อยเอ็ด (กาญจนา บุตรชนและคณะ, 2543)

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดำเนินงานด้านเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ นักวิจัยส่วนใหญ่เป็นนักวิจัยที่ทำงานในภาครัฐสังกัดองค์กรต่างๆ แม้ว่าจะมีการวิจัยที่ดำเนินการโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เพื่อมุ่งหวังที่จะเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวรวมทั้งชุมชนก็ตาม แต่กลับพบว่าเมื่อเสร็จสิ้นงานวิจัย กลุ่มต่างๆที่เกิดขึ้นระหว่างกระบวนการวิจัย หรือบทเรียนของการวิจัยไม่ได้ดำรงอยู่หรือไม่ถูกนำไปพัฒนาต่อไปอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สาเหตุสำคัญประเด็นหนึ่งอาจเนื่องจาก ขาดความเชื่อมโยงและต่อเนื่องระหว่างนักวิจัยกับกลุ่มเป้าหมายและชุมชน ขาดความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรของรัฐและประชาชน หรืออาจเนื่องจากพื้นที่ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือกว้างใหญ่ ทำให้การศึกษาวิจัยยังกระจุกตัวเฉพาะในเขตตอนบนของภาคมากกว่า นอกจากนี้จำนวนของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ยังมีจำนวนไม่มากขนาดของปัญหายังไม่ใหญ่และไม่รุนแรงเหมือนภาคอื่นๆ และส่วนหนึ่งยังไม่ยอมเปิดเผยตัวจนกว่าจะปรากฏอาการเจ็บป่วยขึ้นมา โดยเฉลี่ยพบผู้ป่วยเอดส์หมู่บ้านละ 1-2 คน ทำให้ชุมชนยังมองว่าโรคเอดส์ไม่ใช่ปัญหาสำคัญที่จะต้องดำเนินการเร่งด่วน ขาดประสบการณ์ในการได้เห็นและเรียนรู้ถึงปัญหาของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ปัญหาความรังเกียจและกลัวยังมีอยู่จากการรับรู้จากสื่อต่างๆในอดีตเกี่ยวกับโรคเอดส์ อีกทั้งระบบการดูแลของภาครัฐยังสามารถให้การดูแลได้ ดังนั้นการศึกษา วิจัย รวมทั้งการจัดการดูแลจึงดูเหมือนไม่ได้เกิดและพัฒนา จากการเรียนรู้และความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง

สำหรับข้อมูลที่ได้รับจากรายงานของสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรเอกชนทั้ง 12 แห่ง พบว่ามีเพียงองค์กรบางแห่งเท่านั้นที่ได้ดำเนินการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านอย่างต่อเนื่อง มีรูปแบบที่ชัดเจน เช่น องค์กรเอกชน ในจังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาในระยะที่หนึ่งเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นสำหรับการทำความเข้าใจ สภาพปัจจุบันและการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนจากข้อมูลเอกสาร แต่ในสภาพที่เป็นจริง การดำเนินกิจกรรมในลักษณะดังกล่าวมีเกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชนแต่ไม่ได้มีการประมวลผลเผยแพร่สู่สาธารณชน ดังนั้นเพื่อสะท้อนภาพดังกล่าวให้ชัดเจนขึ้น และมีความสมบูรณ์มากขึ้นผู้วิจัยได้ดำเนินการเพิ่มเติมในระยะที่ 2

ระยะที่ 2 เป็นการศึกษาภาคสนามในพื้นที่โครงการและกลุ่มประชากรเป้าหมาย ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และข้อมูลจากผู้ประสานงานของคณะกรรมการพัฒนาด้านเอดส์อีสานในระยะที่ 1 ซึ่งว่ามีองค์กรบางแห่งมีรูปแบบการดำเนินการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่ค่อนข้างชัดเจนและประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกศึกษาภาคสนามในพื้นที่ที่มีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านดังกล่าว โดยให้ครอบคลุมองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งหมายรวมถึง วัด มูลนิธิ เครือข่ายผู้นำสตรี และองค์กรในพื้นที่ที่ศึกษา ได้แก่ การดำเนินงานการดูแลสุขภาพที่บ้านของผู้ป่วยเอดส์ของโรงพยาบาลอำเภอ ในจังหวัดกาฬสินธุ์ การเยี่ยมผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านขององค์กรศาสนา การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์กลุ่มเพื่อนน้ำพอง ในจังหวัดขอนแก่น การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยเครือข่ายผู้นำสตรี การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของมูลนิธิด้านภัยเอดส์ และการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของวัดแห่งหนึ่ง ในจังหวัดร้อยเอ็ด และการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยองค์กรเอกชน ในจังหวัดสุรินทร์ ใช้ระยะเวลาในการศึกษาภาคสนาม ตั้งแต่เดือน กุมภาพันธ์ – เมษายน 2544 โดยการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม และการสังเกตอย่างมีส่วนร่วม หลังจากนั้นได้ทำการวิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้จากผลการศึกษาในระยะที่ 1 และข้อมูลจากการศึกษาภาคสนามในพื้นที่โครงการและกลุ่มประชากรเป้าหมายในระยะที่ 2

ระยะที่ 3 ผู้วิจัยได้จัดเวทีระดมสมองวิพากษ์ผลการวิจัยที่ได้ในระยะที่ 2 และเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากนักวิชาการ นักปฏิบัติการ นักวิจัยและผู้มีประสบการณ์มีความรู้ในการดำเนินการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวนทั้งสิ้น 20 คน ตลอดจนให้ผู้เชี่ยวชาญอีก 2 ท่านอ่านผลการวิจัยดังกล่าว เพื่อสะท้อนภาพของสภาพปัจจุบันการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านที่ดำเนินการโดยครอบครัว หน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆ ในชุมชน กลวิธีและรูปแบบการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น แนวคิดและมุมมองที่จะสามารถเป็นกลไกการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนภายใต้

บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ต่อไปในอนาคต ต่อจากนั้นผู้วิจัยได้นำมาปรับ
สังเคราะห์และสรุปผลการวิจัยเป็นฉบับสมบูรณ์

แนวคิดและความหมายของการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ในภาพรวมของประเทศ และในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การสังเคราะห์งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการ จัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน และเชื่อมโยงกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ที่เน้นการจัดการแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์โดยมีส่วนร่วมของบุคคล ครอบครัว และชุมชนรวมทั้งการศึกษาภาคสนามในเขตพื้นที่ในบริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อสะท้อนแนวคิดและหลักการ รูปแบบและกลวิธีที่จะเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลที่เหมาะสมต่อไป สรุปแนวคิดและความหมายของการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนดังนี้

การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัว หมายถึงการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กระทำหรือเกิดขึ้นภายในบ้านภายในครอบครัวตนเองโดยที่ สมาชิกในครอบครัวมีความเข้าใจและให้การยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยการให้อาศัยอยู่ร่วมกันในบ้าน ให้การช่วยเหลือดูแลสุขภาพอย่างเอาใจใส่ไม่รังเกียจและตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ได้อย่างครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ และสังคมตามสภาพของแต่ละครอบครัว ตลอดจนได้รับการสนับสนุนการดูแลอย่างเหมาะสมจากระบบสุขภาพและผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้สามารถดำรงชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างเป็นปกติสุข มีคุณภาพชีวิตที่ดี เหมาะสมกับวิถีการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว

การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยชุมชน เป็นการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในครอบครัวตนเองและชุมชน โดยสมาชิกในครอบครัวและบุคคลอื่นที่มีส่วนร่วมและสนับสนุนการจัดการดูแลได้แก่ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ วัด องค์กรภาครัฐ รวมทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ให้การดูแลโดยไม่รังเกียจ มีความเข้าใจและให้การยอมรับ ให้กำลังใจ ส่งเสริมและสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวให้สามารถดูแลตนเองได้ ประสานกับแหล่งประโยชน์ต่างๆ เพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ได้รับการดูแลในลักษณะองค์รวมทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ จิตวิญญาณ สังคม เศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขมีคุณภาพชีวิตที่ดี เหมาะสม สอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต

บทที่ 2

สภาพปัจจุบันการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชนบนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย โดยพิจารณาข้อมูลทางระบาดวิทยานับตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบันพบว่า แนวโน้มของผู้ป่วยโรคเอดส์สูงสุดในปี พ.ศ.2540 และเริ่มชะลอตัวลงตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา อย่างไรก็ตามยังคงมีผู้ติดเชื้อรายเก่าที่ยังไม่ปรากฏอาการ และกลายเป็นผู้ป่วยเอดส์อยู่อีกจำนวนหนึ่ง ซึ่งยังไม่ได้เข้าสู่ระบบการรายงาน จึงอาจมีผลทำให้แนวโน้มของผู้ป่วยโรคเอดส์ดูเหมือนจะลดลง ส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีปัจจัยเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์มีอายุอยู่ระหว่าง 25 - 34ปี ประกอบอาชีพ กรรมกร/ผู้ใช้แรงงาน/รับจ้าง รองลงมาได้แก่เกษตรกรกรรม สำหรับพื้นที่การระบาดพบว่าอัตราความชุกของโรคส่วนใหญ่มักพบมากในภาคเหนือมีอัตราป่วย 37.7 ต่อประชากรแสนคน ภาคกลางมีอัตราป่วย 34.7 ต่อประชากรแสนคน ภาคใต้มีอัตราป่วย 20.6 ต่อประชากรแสนคน และภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีอัตราป่วย 11.7 ต่อประชากรแสนราย (กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544)

สถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

แม้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จะมีจำนวนน้อยที่สุดในภาพรวมของประเทศ แต่เมื่อพิจารณาในพื้นที่แต่ละจังหวัดพบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ยังคงสูงขึ้น และมีการเคลื่อนย้ายไปจากจังหวัดเดิม โดยช่วงแรกของการระบาด พบว่ามักจะอยู่ในเขตพื้นที่ตอนบนของภาคและจังหวัดใหญ่ ๆ เช่นจังหวัดขอนแก่น จากสถิติที่ผ่านมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 พบว่า จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดได้แก่ จังหวัด อุบลราชธานี ปี พ.ศ.2541 ได้แก่จังหวัดนครพนม แต่ปัจจุบันพบว่าจังหวัดที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มากที่สุดได้แก่ จังหวัดเลย (กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข, 2544) ซึ่งเป็นจังหวัดเล็ก แต่เนื่องจากมีแรงงานย้ายถิ่นมากขึ้น จึงทำให้การระบาดในรอบปีที่ผ่านมา มีจำนวนสูงขึ้น

ลักษณะการระบาดของโรคเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า การระบาดเริ่มต้นในผู้ชาย และผู้หญิงวัยแรงงานที่เคลื่อนย้ายถิ่นไปจากชุมชนเพื่อไปรับจ้างขายแรงงานที่กรุงเทพมหานคร ชลบุรี ระยอง ภูเก็ต และเป็นลูกเรือประมงในภาคใต้ เมื่อกลับมาชุมชนเดิมก็มาพร้อมกับเชื้อเอดส์และจะติดต่อไปยังคู่สามีหรือภรรยาของตนเองหรือแพร่สู่หญิงบริการแอบแฝงในชุมชน ส่วนอีกรูปแบบหนึ่งเกิดจากการมาขายบริการทางเพศของหญิงต่างถิ่น ซึ่งมีการเคลื่อนย้ายถิ่นประจำ สุดท้ายจะเกิดการแพร่ระบาด

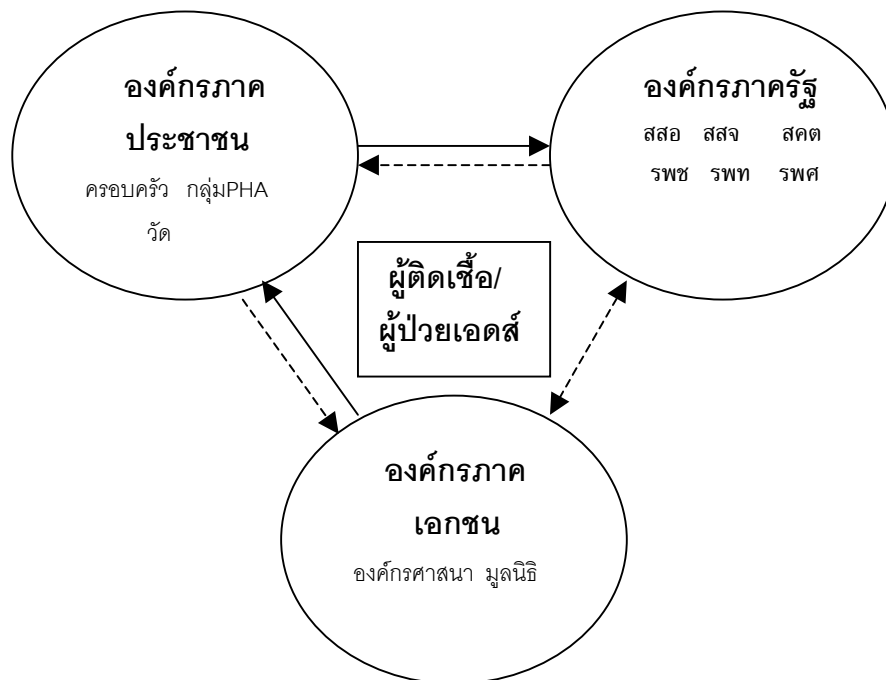
ในชุมชน จากการศึกษามาตรฐานพบว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เปิดเผยตัว ในหมู่บ้านแต่ละแห่งโดยเฉลี่ย
หมู่บ้านละ 1-2 ราย

สภาพปัจจุบันการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัว และชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

จากสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าปัญหาโรคเอดส์ยังเป็น
ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ที่จะต้องดำเนินการป้องกันแก้ไขอย่างเร่งด่วน ประกอบกับแผน
พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติในปัจจุบัน ที่เน้นการพัฒนาศักยภาพของตัวบุคคลในการป้องกันตน
เองจากเอดส์และปัญหาสังคม ได้กำหนดยุทธศาสตร์ในการดำเนินการ ตลอดจนกำหนดมาตรการที่เป็น
ไปได้เพื่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนไว้อย่างชัดเจน อันเป็นแนวทางชี้้นำการปฏิบัติสำหรับหน่วยงาน
ต่างๆที่เกี่ยวข้อง สำหรับในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้มีการดำเนินการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
ที่มีความหลากหลาย และมีรูปแบบการดำเนินการแตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัญหาและเงื่อนไขของตัวผู้
ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว บริบททางสังคมวัฒนธรรม นโยบายของหน่วยงาน/องค์กร ความพร้อม
ของบุคลากร งบประมาณและปัจจัยสนับสนุนต่างๆ สามารถสรุปการดำเนินงานได้ดังนี้

องค์กรที่ดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

ในการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า มี
องค์กรที่ทำหน้าที่ประสานงานและให้บริการ ทั้งหมด 3 ส่วนหลักๆคือ 1) **องค์กรภาคประชาชน** ได้แก่
ครอบครัว กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และ วัด 2) **องค์กรภาครัฐ** ได้แก่ หน่วยประสานสนับสนุน
ประกอบด้วยสำนักงานควบคุมโรคติดต่อ และสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการ ประกอบด้วย สถานี
อนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลศูนย์ 3) **องค์กรเอกชน** ได้แก่องค์กรสา
ธารณประโยชน์ต่างๆ องค์กรศาสนา และมูลนิธิที่ทำงานด้านเอดส์ ดังภาพที่ 1



ภาพที่ 1 แสดงการดำเนินการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน
ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

←---→ หมายถึง องค์กรภาคประชาชนเป็นฝ่ายเข้าหา ประสานการติดต่อและขอความช่วยเหลือจาก
องค์กรภาครัฐมากกว่าที่องค์กรภาครัฐจะเป็นฝ่ายรุก โดยทั่วไปจะเป็นฝ่ายรับและให้ความช่วยเหลือตาม
ความจำเป็นและตามบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบ

←---→ หมายถึง องค์กรภาคเอกชนเป็นฝ่ายรุก เข้าประสานสัมพันธ์ติดต่อ และให้ความช่วยเหลือองค์กร
ภาคประชาชนมากกว่าฝ่ายภาคประชาชนจะเป็นฝ่ายเข้าหาองค์กรเอกชน

←--→ หมายถึง ลักษณะการประสานงาน การดำเนินการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยการร่วม
มือกันทำงานระหว่างภาครัฐและองค์กรเอกชน ยังไม่เป็นระบบชัดเจนมีการดำเนินงานในลักษณะประสาน
ความร่วมมือซึ่งกันและกันอย่างเป็นรูปธรรมเพียงหน่วยงานบางแห่งเท่านั้น

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยองค์กรภาคประชาชน

รูปแบบการดูแลประกอบด้วย การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัว การดูแลโดยองค์กร
ในชุมชนเช่น วัด และการดูแลโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

1. รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยครอบครัว

รูปแบบนี้เป็นการดูแลกันเองระหว่างผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ภายในครอบครัว พบว่าเงื่อนไขสำคัญของการดูแลอยู่ที่การยอมรับของครอบครัว หากครอบครัวให้การยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยก็จะให้การดูแลผู้ป่วยเป็นลักษณะพึ่งพาซึ่งกันและกัน (เกศินี สราญฤทธิ์ชัย, 2542) มีแบบแผนการดูแล 2 รูปแบบ (กาญจนา บุตรชนและคณะ, 2543) คือ

1.1 รูปแบบแรกเป็นแบบแผนการดูแลของครอบครัวที่ให้การยอมรับแบบไม่มีเงื่อนไข ซึ่งผู้ดูแลจะให้การดูแลอย่างใส่ใจและตั้งใจการดูแลต่างๆที่เกิดขึ้นผู้ดูแลและผู้ติดเชื้อจะปรึกษาหารือและตกลงร่วมกันว่าเหมาะสมหรือไม่ โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึก และสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อด้วย

1.2 รูปแบบที่สองเป็นแบบแผนการดูแลของครอบครัวที่ยอมรับแบบมีเงื่อนไข พฤติกรรมการดูแลเป็นไปตามความต้องการและความรู้สึกนึกคิดของผู้ดูแลมากกว่า

การดูแลประกอบด้วยการดูแลด้านร่างกาย ซึ่งได้แก่การดูแลในเรื่องอาหาร น้ำดื่ม ที่อยู่อาศัย การดูแลความสะอาดของร่างกาย เสื้อผ้าและเครื่องนอน การแสวงหาแนวทางการรักษาและข้อมูลข่าวสารด้านการรักษา การใช้ห้องน้ำห้องส้วมและการจัดการกับสารคัดหลั่ง การดูแลด้านจิตสังคม ได้แก่ การสัมผัสสัมผัสต้อง การพูดคุยปลอบใจ การแสดงความเอาใจใส่และการดูแลอย่างใกล้ชิด ซึ่งปัญหาของครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยพบว่ากิจกรรมบางอย่างไม่สามารถทำได้อย่างอิสระต้องการได้รับคำแนะนำ การให้ความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งวิถีปฏิบัติที่ถูกต้อง จากบุคลากรและหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง ในภาพรวมพบว่าครอบครัวในปัจจุบันมีความรู้ ความเข้าใจและมีทัศนคติ ที่ดีให้การยอมรับและดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามในบางพื้นที่จากการศึกษาภาคสนามพบว่า ครอบครัวและชุมชนก็ยังมีทัศนคติด้านลบ ยังไม่ให้การยอมรับ ยังรังเกียจและบางครอบครัวไม่ให้พักอยู่อาศัยในบ้านหลังเดียวกัน ปลุกบ้านแยกให้อยู่ต่างหาก แต่ยังให้การดูแลจัดหาอาหารรวมทั้งแสวงหาหาทั้งแผนปัจจุบันและสมุนไพรมาให้ ประชาชนในชุมชนบางแห่ง ยังแสดงความรังเกียจไม่เฉพาะแต่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น

จากการศึกษาภาคสนามพบว่า ครอบครัวที่มีความเข้าใจและให้การยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีกำลังใจเข้มแข็ง มีความหวัง มีพลังที่จะต่อสู้กับความเจ็บป่วย คลายความวิตกกังวล มีความพยายามที่จะช่วยเหลือตัวเองจนกว่าจะไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ แต่เนื่องจากครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ ความเข้าใจในการดูแล และการปฏิบัติตัวเมื่ออยู่ร่วมกับผู้ป่วย เช่น การให้ผู้ป่วยงดอาหารที่คิดว่าเสี่ยงต่อโรคแต่เป็นอาหารที่มีประโยชน์และคุณค่าทางโภชนาการ การตามใจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเมื่อต้องการหยุดรับประทานยาต้านไวรัสโรค การกำจัดขยะจากสิ่งคัดหลั่งของผู้ป่วย เป็นต้น (กาญจนา บุตรชนและคณะ, 2543) ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพการดูแล และครอบครัวยังเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคบางอย่างเช่นโรคปอด สำหรับการประสานขอความช่วยเหลือของรูปแบบนี้ พบว่าครอบครัวจะสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เป็นฝ่ายเข้าไปรับการรักษา รวมกลุ่มกับภาครัฐมากกว่าที่ภาครัฐจะเป็นฝ่าย เข้ามาช่วยเหลือที่บ้านและในชุมชน ส่วนภาคเอกชนจะเป็นฝ่ายเข้าหาและสนับสนุน

การช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวโดยตรงที่บ้าน การดูแลดังกล่าวจะเน้นการเยี่ยมบ้าน
ให้กำลังใจและให้คำแนะนำปรึกษาเป็นหลัก ดังนั้นจึงควรที่จะพัฒนารูปแบบหรือวิธีการในการดูแลที่
เหมาะสม โดยพิจารณาจากองค์ความรู้ที่มีอยู่ร่วมกับการวิเคราะห์ปัญหาในสถานการณ์ที่เกิดขึ้น เพื่อจะ
สามารถนำไปปรับใช้ได้เหมาะสมและเกิดประโยชน์

2. รูปแบบการดูแลของวัด

ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือมีวัดที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อยู่หลายแห่ง จากข้อมูลพบ
ว่ามีทั้งวัดที่ให้การรักษาด้วยสมุนไพรเพียงอย่างเดียว และวัดที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยจัด
สถานที่ให้พักอาศัย ผู้วิจัยได้เลือกศึกษาารูปแบบของวัดแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด เนื่องจากมีการดำเนิน
งานชัดเจนและต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 จนกระทั่งปัจจุบัน

รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของวัดนี้เกิดขึ้นจากความต้องการที่จะช่วยเหลือสังคม
เนื่องจากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์บางส่วนถูกรังเกียจ จากครอบครัวและชุมชน ทำให้ไม่มีที่อยู่อาศัยไม่
สามารถกลับไปอยู่ในชุมชนได้ อีกประการหนึ่งผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ไม่กล้าเปิดเผยกับครอบครัวเพราะไม่
แน่ใจว่าครอบครัวจะยอมรับหรือไม่ แนวคิดการดูแลต้องการให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการฟื้นฟูสภาพจิตใจ
โดยใช้ธรรมะ เพื่อให้ผู้ป่วยมีกำลังใจที่จะดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุขในสังคม แต่เนื่องจากผู้ติดเชื้อ/ผู้
ป่วยไม่มีที่อยู่อาศัยวัดจึงให้การช่วยเหลือโดยให้พื้นที่ของวัดสำหรับปลูกบ้านพัก ซึ่งผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเป็นผู้
ปลูกสร้างบ้านพักเอง ส่วนการดูแลนั้นจะให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ดูแลกันเองโดยผู้ติดเชื้อที่แข็งแรงช่วย
เหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์ เช่นดูแลทำความสะอาดร่างกายให้ ป้อนอาหาร ช่วยพลิกตัว จัดท่าและอำนวยความสะดวก
ความสะดวกในการทำกิจวัตรประจำวัน เป็นต้น สามารถรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยได้จำนวนจำกัดประมาณ 25
คน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ครอบครัวไม่สามารถรับภาระดูแลได้เนื่องจากไม่มีผู้ดูแล มีการะ
ในการประกอบอาชีพหรือเป็นผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่มีที่พักอาศัย โดยทางวัดให้การบำบัดทางจิตใจ มี
การอบรมธรรมะ สมาธิ ให้กับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยที่ยังสามารถช่วยเหลือตัวเองได้ มีการรวมกลุ่มทำกิจกรรม
ฝึกอาชีพ ปลูกผัก ทำสวนครัวเลี้ยงปลาไว้เป็นอาหาร และให้การรักษาด้วยสมุนไพรซึ่งทางวัดได้จัดหา
และปรุงให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยรับประทาน สมุนไพรแต่ละชนิดที่นำมาต้มรวมกันเป็นสูตรที่ทางวัดได้คิดขึ้น
ประกอบด้วยสมุนไพรทั้งหมด 13 ชนิดได้แก่ มะระขี้นก เหงือกปลาหมอ ทองพันชั่ง ขี้เหล็ก รากหญ้าคา
ส้มป่อย โสมจีน รากมะละกอดำ ฟ้าทะลายโจร เพลี้ยฟาน จุมจัง ดอกไผ่ และอ้อยดำ ซึ่งผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย
บอกว่าได้ผลดีรู้สึกว่ามี ต้นไม้คันตามผิวหนังลดลงและรับประทานอาหารได้ นอกจากนี้ทางวัดยังช่วยติด
ต่อญาติพี่น้องให้เมื่อผู้ป่วยต้องการโดยมีเงื่อนไขว่า หากผู้ป่วยรายใดมีการเจ็บป่วยญาติต้องรับไปดูแล
ถ้าไม่สามารถติดต่อญาติได้และเกินกำลังความสามารถที่จะดูแลได้ทางวัดจะประสานการช่วยเหลือจาก
องค์กรของรัฐเช่น สสจ.และส่งต่อไปยังโรงพยาบาล และหากผู้ป่วยเสียชีวิตจะช่วยจัดการฌาปนกิจศพให้

ทั้งนี้ทุกคนที่เข้ามาต้องจ่ายเงินให้ทางวัดในครั้งแรกจำนวน 5,000 บาท ส่วนค่าใช้จ่ายอื่นๆญาติต้องส่งเสียให้ผู้ป่วยเป็นรายเดือน

จากการสอบถามความพึงพอใจ พบว่าผู้ป่วยมีความพึงพอใจที่จะอาศัยอยู่ที่วัด เนื่องจากมีที่พักอาศัย มีเพื่อน ได้รับการบำบัดทางด้านจิตใจได้แก่ สมาธิ สวดมนต์ และการได้ทำกิจกรรมร่วมกันทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีกำลังใจดีขึ้น ไม่ถูกรังเกียจกีดกันจากสังคมภายนอก สำหรับผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ การดูแลจะเป็นหน้าที่ของผู้ติดเชื้อที่ยังแข็งแรง ประเด็นที่พบจึงอยู่ที่ระบบการดูแลที่ยังไม่ได้คุณภาพและประสิทธิภาพ ได้แก่ระบบการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การจัดการสิ่งแวดล้อม รวมทั้งกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายซึ่งมีความซับซ้อนต้องการผู้ดูแลที่มีประสบการณ์พอสมควร ซึ่งควรจะต้องมีการพัฒนาศักยภาพของผู้ดูแล และได้รับความช่วยเหลือจากทีมสุขภาพ ในกรณีให้คำแนะนำและปรึกษา เพื่อให้ผู้ป่วยดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ จนกระทั่งวาระสุดท้ายของชีวิต นอกจากนี้ในประเด็นของการศึกษา วิจัย เกี่ยวกับคุณสมบัติและประสิทธิภาพของสมุนไพรต่างๆ ที่นำมาใช้ ควรที่จะได้รับการพัฒนาและให้การสนับสนุนจากภาครัฐ

มีวัดบางแห่งที่ให้การดูแลและรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาสมุนไพรแต่หน่วยงานภาครัฐที่อยู่ในเขตความรับผิดชอบไม่ให้การสนับสนุน และไม่มีการประสานการทำงานร่วมกันเนื่องจากเกรงจะเป็นการส่งเสริมสนับสนุนในทางที่ไม่ถูกต้องตามหลักวิชาและอาจเกิดโทษอื่นๆตามมา

3. รูปแบบการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกันสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

รูปแบบการช่วยเหลือในลักษณะที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์รวมตัวกัน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือเป็นอีกลักษณะหนึ่งของการดูแลโดยภาคประชาชน พบว่ามีกลุ่มเหล่านี้เพิ่มมากขึ้นแต่ยังกระจุกตัวอยู่ในบางจังหวัดใหญ่ๆ เช่น จังหวัดขอนแก่น อุดรธานี อุบลราชธานี สกลนคร ร้อยเอ็ด โดยเฉพาะ จังหวัดขอนแก่นมีจำนวนมากที่สุด (รายละเอียดในภาคผนวก)

รูปแบบนี้เกิดจากการรวมกลุ่มกันเองของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีปัญหาล้ายๆกัน โดยได้รับการสนับสนุนการจัดตั้งและดำเนินการในระยะแรกจากโรงพยาบาลหรือจากองค์กรเอกชน ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่รวมกลุ่มกันโดยการช่วยเหลือขององค์กรเอกชนก็จะมีารรวมกลุ่มกันในสถานที่ทำงานขององค์กรเอกชน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง เสริมสร้างกำลังใจซึ่งกันและกันระหว่างสมาชิก ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบทางเลือกและแนะนำวิธีการดูแลสุขภาพ มีการเยี่ยมบ้านสมาชิก จัดอบรมฟื้นฟูสภาพจิตใจ อบรมให้ความรู้เรื่องสิทธิของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ส่งเสริมอาชีพให้กับครอบครัวและสมาชิก และให้คำปรึกษาแก่สมาชิกที่มีปัญหา เป็นต้น

ส่วนกลุ่มที่รวมกันโดยการสนับสนุนของโรงพยาบาลของรัฐก็จะใช้สถานที่ของโรงพยาบาลเป็นที่พบปะและทำกิจกรรมร่วมกัน การเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาลบางแห่งจะเริ่มจากแม่ติดเชื้อเอดส์มารับนมผงเพื่อเลี้ยงลูก ผู้ติดเชื้อเอดส์มารับบริการปรึกษาที่คลินิกนรีนวมหรือมารับการตรวจสุขภาพ

ภาพตามนัด เมื่อมาบ่อยๆและรู้จักคุ้นเคยกัน พูดคุยกัน จนเกิดการรวมกลุ่มขึ้นเอง และการรวมกลุ่มที่เกิดจากการจัดให้เกิดขึ้นโดยการชี้แนะหรือการจัดกิจกรรมขึ้นโดยเริ่มจากบุคลากรผู้ทำหน้าที่ให้การปรึกษาของโรงพยาบาลเองเช่น **กลุ่มเพื่อนน้ำพอง** โรงพยาบาลน้ำพอง จังหวัดขอนแก่น โดยทั่วไปกิจกรรมในกลุ่มประกอบด้วย การพบปะกันของผู้ติดเชื้อและ/หรือญาติ เพื่อพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การดูแลรักษา รวมทั้งการใช้สมุนไพรบางอย่าง เช่นฟ้าทะลายโจรเป็นลูกกลอนผสมน้ำผึ้ง รับประทานเพื่อช่วยให้อาการเจ็บในปากและลำคอดีขึ้น ทำให้รับประทานอาหารได้และมีแรงขึ้น ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์บางรายได้นำความรู้ในเรื่องสมุนไพรที่ตนเองได้รับถ่ายทอดมานำไปทดลองรับประทาน เมื่อพบว่าได้ผลดีก็ได้นำตัวอย่างมาเผยแพร่ให้กับเพื่อนๆสมาชิกคนอื่นๆ แม้ว่าผลการศึกษาเกี่ยวกับการใช้สมุนไพรบางชนิดยังไม่แน่ชัดว่าจะมีผลในการรักษาโรคเอดส์ได้ผลหรือไม่ แต่การรวมกลุ่มทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับทราบความเคลื่อนไหวในเรื่องการรักษาทันเหตุการณ์ดีขึ้นและยังเป็นการปกป้องสิทธิของตนจากกลุ่มผู้แสวงหาผลประโยชน์ ในประเด็นของการรักษาโดยใช้สมุนไพรนี้คงยังต้องการศึกษาวิจัยอีกต่อไป

ผลการดำเนินงานรูปแบบนี้พบว่าทั้งผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยรวมทั้งญาติ มีความต้องการและให้ความสนใจมาทำกิจกรรมร่วมกันเป็นอย่างดี เนื่องจากผู้ป่วยยังไม่กล้าเปิดเผยตัวกับชุมชน ไม่มีกลุ่มในชุมชนกลัวครอบครัวและเพื่อนบ้านรังเกียจ กิจกรรมและการรวมกลุ่มจะดำเนินไปได้ดี หากมีตัวแทนของผู้ติดเชื้อในกลุ่มเป็นผู้ที่มีความสามารถเป็นผู้นำกลุ่มได้และสมาชิกเต็มใจที่จะเปิดเผยตัวเองในกลุ่ม แต่บทเรียนที่ผ่านมามีพบว่าเมื่อสมาชิกที่เป็นผู้นำเจ็บป่วยและเสียชีวิตลง บางครั้งก็ไม่สามารถหาผู้ที่มีลักษณะผู้นำ และเสียสละที่จะช่วยดำเนินการต่อได้ ซึ่งพบว่าบางกลุ่มล่มสลายลงเนื่องจากขาดผู้นำกลุ่ม

ดังนั้นองค์กรพี่เลี้ยงทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมกิจกรรม รวมทั้งพัฒนาผู้นำกลุ่มให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆโดยใช้กระบวนการกลุ่ม และสนับสนุนความช่วยเหลือด้านทรัพยากร ด้านการประสานแหล่งประโยชน์ และงบประมาณ เพื่อให้กลุ่มมีศักยภาพที่จะดูแลช่วยเหลือกันเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

รูปแบบการดำเนินการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านขององค์กรภาครัฐ

รูปแบบการจัดการดูแลขององค์กรภาครัฐ ในการดำเนินการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรภาครัฐนั้นได้มีการกำหนดเป็นนโยบายอย่างชัดเจนมีการจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในระดับชาติ โดยกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อได้สนับสนุนแนวทางการดำเนินงานและงบประมาณ เพื่อพัฒนาระบบบริการที่มีอยู่ในสถานพยาบาลให้สามารถดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างครบถ้วน ทั้งในมิติทางด้านร่างกาย (การจัดบริการรักษาพยาบาล) มิติทางด้านจิตใจ (การจัดบริการให้การปรึกษา) มิติทางด้านสังคม (การจัดบริการทางสังคม) และมีความต่อเนื่องของ

ระบบบริการระหว่างสถานพยาบาล หน่วยบริการอื่นๆ ไปจนถึงการจัดบริการให้เกิดขึ้นในครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยโรคเอดส์ พบว่าลักษณะของระบบบริการยังเป็นแบบตั้งรับในสถานพยาบาล แม้ว่าจะรับนโยบายจากส่วนกลางในการที่จะให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งครอบครัวและชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการดูแลก็ตาม ในทางปฏิบัติมีเพียงบางหน่วยงานเท่านั้นที่ได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ทั้งนี้ อาจเนื่องจากสถานการณ์ความรุนแรงหรือขนาดของปัญหาโรคเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือโดยรวมยังไม่ถึงขั้นรุนแรงเกินอัตรากำลังความสามารถของระบบบริการสุขภาพที่จะแบกรับภาระผู้ป่วยจนกระทบต่อการให้บริการผู้ป่วยในระบบปกติของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง ดังนั้นจึงอาจส่งผลต่อความกระตือรือร้นในการเตรียมการเชิงรุกได้ แต่ในอนาคตคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อที่เริ่มปรากฏอาการเจ็บป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างแน่นอน ดังนั้นการวางแผนเตรียมความพร้อมโดยการพัฒนาระบบการดูแลจึงเป็นสิ่งสำคัญ

โครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ ปี 2540 มีสถานพยาบาลในเขตความรับผิดชอบของสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 จำนวน 7 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดขอนแก่น อุดรธานี กาฬสินธุ์ สกลนคร เลย หนองคาย และหนองบัวลำภู มีหน่วยบริการเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 25 โรงพยาบาล (อิศระ เจียวิริยบุญญาและคณะ, 2542) การดำเนินโครงการจะต้องเกิดจากความสมัครใจของหน่วยงานที่ต้องการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เป็นกิจกรรมที่หน่วยงานคิดขึ้น ให้เหมาะสมกับขนาดของปัญหาและทรัพยากรบุคลากรของแต่ละแห่ง ดังนั้นการดำเนินงานจึงขึ้นอยู่กับผู้บริหารของสถานพยาบาลแต่ละแห่ง และความพร้อมของทีมบุคลากรที่จะพัฒนาระบบการดูแลของตนเองขึ้นมาโครงสร้างของระบบการจัดบริการประกอบด้วย 2 หน่วยงานคือหน่วยประสานสนับสนุน และหน่วยบริการดังนี้

1) **หน่วยประสานสนับสนุน** ประกอบด้วยกองโรคเอดส์ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีผู้ประสานโครงการเป็น คณะกรรมการโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง แต่งตั้งโดยคำสั่งจากกรมควบคุมโรคติดต่อ ส่วนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2) **หน่วยบริการ** เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ให้บริการในระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จะมีผู้ประสานงานโครงการของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ

กิจกรรมของหน่วยประสานและสนับสนุน เป็นกิจกรรมที่จัดให้กับบุคลากรของหน่วยบริการ เพื่อให้สามารถเข้าใจแนวคิดระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เช่นจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการเรื่องการจัดการบริการทางสังคมและการจัดการบริการให้คำปรึกษา การพัฒนาผู้ให้การปรึกษาโดยการจัดอบรมทั้งหลักสูตรพื้นฐานและหลักสูตรฟื้นฟูทักษะการให้คำปรึกษา การพัฒนาฐานข้อมูลระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ และการจัดระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาล สำหรับ

หน่วยบริการกิจกรรมส่วนใหญ่เน้นบริการที่ให้กับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่การจัดกิจกรรมในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์และการจัดบริการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ในชุมชน

ผู้ประสานงานโครงการและคณะทำงานมีรูปแบบการดำเนินงานเป็น 3 รูปแบบได้แก่

รูปแบบที่ 1 ผู้ประสานงานโครงการและคณะทำงาน เป็นคณะกรรมการป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเอดส์ของโรงพยาบาล

รูปแบบที่ 2 ผู้ประสานงานโครงการและคณะทำงานได้รับการแต่งตั้งเฉพาะและขึ้นตรงต่อผู้
อำนวยการโรงพยาบาล

รูปแบบที่ 3 ผู้ประสานงานโครงการและคณะทำงานเป็นกลุ่มสนใจและรวมตัวกันทำงาน

จากการประเมินผลโครงการพบว่า การจัดรูปแบบที่ 1 การทำงานจะประสานงานกันในแต่ละ
กลุ่มงาน/ฝ่ายต่างๆในโรงพยาบาลได้ดี เนื่องจากมีตัวแทนของทุกกลุ่มงาน/ฝ่ายเป็นคณะกรรมการ เมื่อ
ดำเนินงานโครงการไป 1 ปีหรือ 2 ปีแล้วจะพบว่ามีพัฒนาการรูปแบบการทำงานเป็นรูปแบบที่ 1 มากขึ้น

ในการให้บริการส่วนใหญ่จะใช้ 2 รูปแบบได้แก่ คลินิกนิรนามและระบบปกติ คลินิกนิรนาม
สำหรับผู้ที่ต้องการตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ ไม่ต้องแจ้งชื่อ สกุล ส่วนระบบปกติต้อง แจ้งชื่อ สกุลเหมือนผู้
ป่วยทั่วไปที่มาใช้บริการ แต่ทั้ง 2 ระบบจะมีการนำวิธี Pre – Post counseling มาใช้ มีการจัดกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านในชุมชน ซึ่งกิจกรรมนี้พัฒนามาจากการไปเยี่ยมมารดาที่ติดเชื้อเอดส์
หลังคลอดและเยี่ยมผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการหรือมีอาการเล็กน้อย โดยบุคลากรทางการแพทย์หรืออาสา
สมัครเยี่ยมบ้าน ซึ่งจะเยี่ยมเฉพาะรายที่เปิดเผยตัว เนื่องจากยังมีปัญหาจากการรังเกียจหรือกลัวของคน
ในชุมชน การไปเยี่ยมจึงทำควบคู่ไปกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ส่วนการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่
บ้านโดยสมาชิกของครอบครัว ยังไม่ชัดเจนว่ามีการเตรียมระบบอย่างไร

ผลการดำเนินการในภาพรวมของโครงการพัฒนาระบบการดูแลมีความก้าวหน้าของโครงการ ที่
จะทำให้เกิดระบบการดูแลที่มีความครบถ้วนของการให้บริการและความต่อเนื่องของการจัดบริการ ไปจนถึงครอบครัวและชุมชน ประเด็นที่จะต้องเพิ่มเติมคือการจัดบริการรักษาพยาบาล เกี่ยวกับการได้รับยา
ต้านไวรัสเอดส์ การจัดบริการส่งเสริมสุขภาพเช่นการออกกำลังกาย การฝึกสมาธิ โภชนาบำบัดและการใช้
สมุนไพร ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยที่มีการจัดตั้งขึ้นในโรงพยาบาลหรือในชุมชน การจัดระบบบริการดูแล
รักษาผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยโรคเอดส์ในครอบครัวที่บ้านซึ่งจะต้องมีการพัฒนาต่อเนื่องไปอีก เนื่องจาก
จากอุปสรรคที่เกิดจากการรังเกียจหรือกลัวในชุมชนยังคงมีอยู่ในระดับหนึ่ง

การใช้สถานพยาบาลใกล้บ้าน เช่นสถานอนามัยเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย
เอดส์ที่บ้านยังไม่ปรากฏเป็นระบบชัดเจน มีเพียงบางแห่งที่เจ้าหน้าที่ได้ออกเยี่ยมผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่
บ้าน ดังนั้นหากได้มีการประสานงานเป็นเครือข่ายเชื่อมโยงและพัฒนาบริการไปถึงระดับสถานี
อนามัยได้ น่าจะช่วยให้การดำเนินการเป็นไปอย่างครอบคลุม และต่อเนื่องมากยิ่งขึ้น

จากการศึกษาภาคสนามพบว่า รูปแบบ *Home Health Care AIDS* ของโรงพยาบาลเขาวงใน จังหวัดกาฬสินธุ์เกิดขึ้นโดยความร่วมมือของบุคลากร ผู้อำนวยการโรงพยาบาลและบุคลากรฝ่ายต่างๆใน โรงพยาบาลได้ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวมและต่อเนื่องตามแนวนโยบายของรัฐ จึงดำเนินการจัดตั้งคณะกรรมการฝ่ายต่างๆได้แก่ คณะกรรมการอำนวยการ คณะกรรมการประสานงาน คณะทำงานส่งเสริมชุมชน – สังคม เพื่อป้องกันโรคเอดส์ คณะส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ และคณะทำงานประสานงาน แผนงาน วิชาการ ติดตามประเมินผลและพัฒนาบริการทางสังคมเศรษฐกิจโดยเริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปลายปี พ.ศ. 2540 เพื่อให้การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยและครอบครัวอย่างต่อเนื่องดำเนินการในลักษณะเชิงรุก เน้นการดูแลแบบผสมผสานทั้ง 4 ด้านคือ ด้านการส่งเสริมป้องกัน รักษาและฟื้นฟูสภาพ แก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวและสังคม ซึ่งโรงพยาบาลได้ดำเนินการประสานงาน ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากทั้งภาครัฐและเอกชน และดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปัจจุบัน ลักษณะการจัดการบริการมีความคล้ายคลึงกับหน่วยบริการในโรงพยาบาลอื่นๆ แต่ความแตกต่างที่ชัดเจนคือมีการจัดบริการเยี่ยมบ้านในลักษณะเชิงรุก ซึ่งได้ดำเนินการมาเป็นระยะเวลาประมาณ 3 ปี ได้มีการประเมินผลและสรุปบทเรียนในระยะแรกแล้ว

รูปแบบการจัดกิจกรรมการเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลประกอบด้วย ทีมเยี่ยมบ้าน 2 ทีม โดยทีมที่ 1 เป็นทีมดูแลสุขภาพอนามัยตนเองที่บ้านของโรงพยาบาล ลักษณะการเยี่ยมจะเยี่ยมพร้อมกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ทีมจะประกอบด้วยพยาบาลที่ผ่านหลักสูตร counseling แล้วเป็นแกนหลัก ร่วมกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายเวชปฏิบัติฟื้นฟูและฝ่ายเวชปฏิบัติครอบครัว มีการศึกษาข้อมูลทั่วไปและปัญหาของผู้ป่วยเพื่อวางแผนในการดำเนินงานช่วยเหลือได้ถูกต้อง เตรียมเวชภัณฑ์และวัสดุที่จำเป็นออกพื้นที่ตามกำหนดสัปดาห์ละ 1 ครั้ง บันทึกกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยพร้อมประเมินความก้าวหน้าของโรคและสรุปผลการดำเนินงาน การเยี่ยมจะติดตามดูแลผู้ติดเชื้อที่มีอาการแทรกซ้อน หรือผู้ป่วยหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อประเมินเกี่ยวกับสภาวะการเจ็บป่วยและการช่วยเหลือ กิจกรรมระหว่างการดูแล ได้แก่ ให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรักษาแบบทางเลือก ประเมินสภาวะสุขภาพทั่วไป ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเองตามสภาพปัญหาที่พบ ให้การพยาบาลตามอาการ ถ้าอาการรุนแรงมากจะนำกลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาล ส่วนทีมที่ 2 เป็นทีมของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีการรวมกลุ่มกันโดยการสนับสนุนของทางโรงพยาบาล โดยสมาชิกในทีมจะเป็นผู้กำหนดการเยี่ยมเอง แต่จะมีการประสานกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล เพื่อทราบข้อมูลการเจ็บป่วยเดิม กิจกรรมในการไปเยี่ยมส่วนใหญ่จะเน้นเกี่ยวกับการให้กำลังใจ หากพบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์มีอาการแทรกซ้อนรุนแรงจะส่งข้อมูลให้ทีมเยี่ยมบ้านของโรงพยาบาลเพื่อให้การช่วยเหลือต่อไป ผลการดำเนินการพบว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีกำลังใจดีขึ้น ครอบครัวมีความเข้าใจไม่รังเกียจผู้ป่วย ผู้ดูแลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ถูกต้องตามสภาพปัญหา และช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาล

ดังนั้นเงื่อนไขของความสำเร็จ ในการดำเนินงานระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านขององค์กรภาครัฐ น่าจะอยู่ที่การมีผู้บริหารที่เห็นความสำคัญของการดำเนินงาน มีทีมงานที่มีความพร้อมและมีความตั้งใจจริงที่จะพัฒนางาน ระยะเวลาและประสบการณ์ในการทำงานที่ผ่านมา จะช่วยให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันของบุคลากร กลุ่มงาน ฝ่ายต่างๆ เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อการทำงานไปทางด้านบวก ซึ่งควรจัดเวทีทางวิชาการเพื่อให้คณะทำงานของโรงพยาบาลต่างๆ ได้มีโอกาสมาเสนอผลการดำเนินงานและแลกเปลี่ยนความสำเร็จและบทเรียนที่ผ่านมา รวมทั้งจะต้องพัฒนาเครื่องชี้วัดและตัวชี้วัด เพื่อให้หน่วยบริการอื่นๆ ได้เรียนรู้และนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมกับ สภาพปัญหาและทรัพยากรบุคคลของแต่ละโรงพยาบาล

นอกจากนี้การสร้างเครือข่ายการทำงาน ความร่วมมือกับองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ ยังไม่ชัดเจนมีเฉพาะหน่วยงานบางแห่ง ที่สามารถดำเนินการร่วมกับองค์กรเอกชนได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยการประสานงานและให้การบริการร่วมกัน เช่นการออกเยี่ยมบ้านร่วมกันระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรเอกชนในจังหวัดสุรินทร์ แต่ส่วนใหญ่พบว่าลักษณะการทำงานยังเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ แต่มีการประสานความช่วยเหลือกันบ้างเช่นมีการส่งต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลให้กับองค์กรเอกชนให้ติดตามเยี่ยมบ้านและให้การช่วยเหลือเป็นต้น

รูปแบบการดำเนินงานจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยองค์กรเอกชน

องค์กรเอกชนที่ดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวที่บ้านในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ส่วนใหญ่เป็นลักษณะองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ องค์กรศาสนา และมูลนิธิต่างๆ มีการจัดตั้งและดำเนินการเกือบทุกจังหวัด มีจำนวนมากในพื้นที่จังหวัดใหญ่เช่น ขอนแก่น อุบลราชธานี อุดรธานี ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ เป็นต้น โดยเฉพาะจังหวัดขอนแก่นมีจำนวนองค์กรเอกชนมากที่สุด (รายละเอียดในภาคผนวก) ในการดำเนินงานมีวัตถุประสงค์คล้ายกันกล่าวคือต้องการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถช่วยเหลือตัวเองได้ไม่ถูกทอดทิ้งและรังเกียจจากสังคม สนับสนุนส่งเสริมให้ครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ให้มีการยอมรับและช่วยเหลือกันในชุมชน และเพื่อการประสานงานกับองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในการทำงานด้านโรคเอดส์

ในการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์นั้นพบว่ามีหลายรูปแบบอาทิจากกิจกรรมในด้านการป้องกัน เผยแพร่ความรู้ สร้างแกนนำในกลุ่มแม่บ้าน เยาวชน และผู้ใช้แรงงานเป็นต้น มีเพียงบางแห่งเท่านั้นที่มีการเยี่ยมบ้าน และส่งเสริมศักยภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนที่ดำเนินงานมาอย่างต่อเนื่องชัดเจนดังเช่น รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ที่บ้าน ขององค์กรศาสนา โครงการบ้านนิรมล การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านขององค์การหมอไร้พรมแดน – ฝรั่งเศส จังหวัดสุรินทร์

1. **รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน ขององค์กรศาสนา** โครงการ **บ้านนิรมล** เกิดจากการทำงานโดยมีปรัชญาพื้นฐานคือความรัก ตามคำสอนของศาสนาคริสต์นิกายโรมันคาทอลิก โครงการนี้เป็นโครงการของสังคมมวลชนอุดรธานีโดยการดูแลของซิสเตอร์คณะธิดาเมตตาธรรมที่มีโครงการย่อยเข้ามาดำเนินการในจังหวัดขอนแก่น ก่อนหน้านี้ให้การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อน แต่ต่อมาจำนวนผู้ป่วยโรคเรื้อนมีจำนวนน้อยลง ประกอบกับจำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีจำนวนมากขึ้น ประมาณปี พ.ศ. 2539 จึงได้เริ่มดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แต่ยังไม่มีระบบเพียงมีการริเริ่มดำเนินการอย่างจริงจังมาประมาณ 5 เดือน โดยมีวัตถุประสงค์การดำเนินงานเพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยมีกำลังใจ ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อยู่ร่วมกับครอบครัวที่บ้านโดยปราศจากการรังเกียจกีดกันจากชุมชน การทำงานมีการประสานและเชื่อมโยงกับภาครัฐโดยได้รับการส่งต่อผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลอำเภอ และจากการแนะนำของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยกันในการติดตามไปเยี่ยมบ้าน กิจกรรมส่วนใหญ่เป็นการให้กำลังใจ ให้คำแนะนำปรึกษา ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เปิดเผยได้ช่วยเหลือตนเอง สนับสนุนวัสดุอุปกรณ์ลงทุนในการประกอบอาชีพตามความสามารถและบริบทของแต่ละครอบครัว มีที่พักชั่วคราวให้กับผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีที่พักอาศัยโดยอนุญาตให้อยู่ได้ประมาณ 2-3 วัน หากผู้ป่วยช่วยเหลือตัวเองได้น้อย จะจัดอาหารให้รับประทาน ชักเสื้อผ้าให้ นอกจากนี้ยังมีการจัดอบรมให้ความรู้แก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยและครอบครัวและจัดกิจกรรมนันทนาการ เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีกำลังใจ มีโอกาสมาพบปะพูดคุยแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ผลการดำเนินงานตลอดระยะเวลา 5 เดือนที่ผ่านมาพบว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีกำลังใจ ครอบครัวมีความเข้าใจและให้การยอมรับและได้มีการขยายการทำงานเพิ่มขึ้นโดยการประสานกับองค์กรภาครัฐในการส่งต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมีเขตรับผิดชอบในอำเภอพระยืน และมัญจาคีรี อย่างไรก็ตามบุคลากรผู้ปฏิบัติงานในการดูแลมีเพียง 2 คนและมีข้อจำกัดด้านความรู้ ที่ผ่านมาเป็นการศึกษาหาความรู้ เพิ่มเติมด้วยตนเองโดยเข้ารับการอบรมจากหน่วยงานต่างๆทั้งของภาครัฐและเอกชน รวมทั้งรับจากสื่อต่างๆทั้งโทรทัศน์และหนังสือพิมพ์ บางครั้งจึงขาดความมั่นใจและใช้สามัญสำนึกในการแก้ปัญหา ดังนั้นหากได้มีการพัฒนาในเรื่องความรู้ที่จำเป็นมากขึ้นโดยการสนับสนุนจากองค์กรภาครัฐ มีการร่วมมือประสานงานกันอย่างเข้มแข็งก็จะเป็นการช่วยพัฒนาระบบการดูแลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น และลดความซ้ำซ้อนลงได้

2. **รูปแบบการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวที่บ้านขององค์กรเอกชน**

รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยองค์กรหมอไร้พรมแดน-ฝรั่งเศษ เป็นอีกลักษณะหนึ่งของการดำเนินงานจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านขององค์กรภาคเอกชน เป็นองค์กรที่มีการดำเนินงานเป็นระบบต่อเนื่อง ชัดเจนและมีการเชื่อมโยงกับองค์กรภาครัฐ แต่มุ่งเน้นในเรื่องของการรักษามากกว่า แม้ว่าจะมีปรัชญาการทำงานแบบองค์รวม เนื่องจากพบว่าไม่สามารถทำการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยลำพังถ้าปราศจากการดูแลด้านอื่นๆ เช่น ด้านจิตใจ

ด้านสังคม รวมทั้งด้านเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพควบคู่ไปด้วย มีการประสานงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์กับโรงพยาบาลและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสุรินทร์โดยการไปร่วมตรวจรักษาเบื้องต้น ให้คำปรึกษาแนะนำ ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งครอบครัวอย่างต่อเนื่องแบบองค์รวม เป็นองค์กรที่มีความพร้อมทั้งด้านบุคลากร ทรัพยากร และงบประมาณ สามารถจัดแพทย์และพยาบาลหมุนเวียนออกไปให้บริการ ติดตาม ประเมินผลการทำงาน ให้การดูแลผู้ป่วยแต่ละรายจนกระทั่งเสียชีวิต แต่มีนโยบายในการรับผู้ป่วยเข้าไว้ในความดูแลเพียง 100 รายและครอบคลุมเฉพาะในเขตอำเภอเมืองเท่านั้น

รูปแบบการดำเนินงานเครือข่ายผู้นำสตรีด้านภัยเอดส์ อำเภอเมืองสงวน จังหวัดร้อยเอ็ด

เครือข่ายผู้นำสตรีด้านเอดส์อำเภอเมืองสงวน จังหวัดร้อยเอ็ด เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2540 จุดเริ่มต้นมาจากการเป็น อสม. ได้มองเห็นปัญหาของหมู่บ้านตนเองประกอบกับมีความสนใจในเรื่องเอดส์ จึงได้รวมกลุ่มกันทำงาน โดยอาศัยบทเรียนประสบการณ์จากกลุ่มองค์กรภาครัฐและเอกชน โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การเตือนภัยเอดส์ อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด และขอสนับสนุนงบประมาณจากกองโรคเอดส์กรมควบคุมโรคติดต่อ มีวัตถุประสงค์เพื่อรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ชุมชน ช่วยเหลือและพัฒนาคุณภาพชีวิตแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวในชุมชน ส่งเสริมศักยภาพและความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนเพื่อการยอมรับต่อปัญหาเอดส์ในชุมชน และประสานความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนในกิจกรรมต่างๆเพื่อสาธารณประโยชน์ การดำเนินกิจกรรมจะมี 2 ลักษณะคืองานรณรงค์ให้ความรู้ ผ่านสื่อต่างๆเช่นการแสดงวัฒนธรรมท้องถิ่น การเสวนาเฉพาะกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเช่นกลุ่มสตรีที่สามีไปเป็นแรงงานอพยพ เป็นต้น และงานดูแล ได้แก่การเยี่ยมบ้าน ให้กำลังใจ ให้การปรึกษาปัญหา ประสานการช่วยเหลือและส่งต่อผู้ป่วยไปรักษายังองค์กรภาครัฐ เช่นสถานีนอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป นอกจากนี้ ประสานการช่วยเหลือเงินสงเคราะห์และสวัสดิการต่างๆจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาพบว่าอาสาสมัครชุมชนสามารถประสานการช่วยเหลือดูแลระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และ ชุมชน รวมทั้งหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องได้เป็นอย่างดี เกิดเครือข่ายความร่วมมือของชุมชนในงานด้านเอดส์และมีกิจกรรมที่ต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามยังมีปัญหาอุปสรรคบางประการ เช่นขาดปัจจัยสนับสนุนต่างๆเช่นยานพาหนะ เนื่องจากพื้นที่ในความดูแลอยู่ห่างไกลกันมาก การเบิกจ่ายงบประมาณล่าช้า เป็นต้น

จากการที่องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์เหล่านี้ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จากกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ ในปี พ.ศ.2541กรมควบคุมโรคติดต่อได้ทำการตรวจเยี่ยมและประเมินผลการทำงานขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ในพื้นที่สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 พบว่าในจำนวนโครงการทั้งหมด 35 โครงการมีโครงการที่ทำงานกับชุมชนโดยมีพื้นที่ดำเนินการแน่นอน

กลุ่มเป้าหมายชัดเจนมีลักษณะการทำงานที่ต่อเนื่อง จำนวน 8 โครงการคิดเป็นร้อยละ 22.86 งานด้าน
อบรมให้ความรู้มีจำนวน 13 โครงการคิดเป็นร้อยละ 37.14 หลายโครงการเป็นการรณรงค์เชิงกว้าง 1-3
ครั้งกับกลุ่มเป้าหมายเดิมไม่มีความต่อเนื่องของงานเมื่อกิจกรรมสิ้นสุดงานก็ยุติ การประเมินผลการเยี่ยม
ติดตามจะวัดผลได้เพียงการระบุว่ากิจกรรมนั้นๆได้ดำเนินการไปแล้วเท่านั้น ไม่สามารถวัดผลในทางคุณ
ภาพชีวิต นอกจากนี้เป็นงานบ้านพักชั่วคราว งานพัฒนาผู้ติดเชื้อและพัฒนากลุ่มผู้ติดเชื้อ และงานด้าน
สงเคราะห์จำนวน 11 โครงการ คิดเป็นร้อยละ 31.43 จะเห็นได้ว่าในขณะที่สถานการณ์ด้านเอดส์ในแต่
ละพื้นที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมีผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น แต่งบประมาณส่วนใหญ่ยังใช้ไปในการ
ทำงานกับการพัฒนาผู้ติดเชื้อและกลุ่มผู้ติดเชื้อและการรณรงค์หรืออบรมด้านกว้าง

สรุปสภาพปัจจุบันการดำเนินงานในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ในภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ

การดำเนินงานในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน มีรูปแบบ
การจัดการที่มีความหลากหลายมีองค์กรหลักที่ทำหน้าที่จัดการดูแล 3 ภาคส่วนได้แก่การจัดการดูแลโดย
ภาคประชาชน การจัดการดูแลโดยองค์กรภาครัฐ และการจัดการดูแลโดยองค์กรเอกชนสาธารณ
ประโยชน์ต่างๆ จากการวิเคราะห์ผลรายงานการศึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนรวมทั้งการศึกษาภาคสนาม
ในพื้นที่โครงการและกลุ่มประชากรเป้าหมายพบว่า การดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
ประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่งและยังอยู่ในระหว่างการพัฒนาให้เป็นระบบชัดเจน สามารถ
สรุปได้เป็น 2 ด้านกล่าวคือ ด้านระบบการทำงาน และด้านบุคคล

1. ด้านระบบการดำเนินงาน ทั้งองค์กรของรัฐและเอกชน มีการดำเนินกิจกรรมมาเป็น
ระยะๆ แต่ยังไม่ครอบคลุมครบวงจรทั้งระบบสุขภาพโดยรวมทั้ง 4 ด้านได้แก่ด้านการรักษาพยาบาล ด้าน
ส่งเสริม ด้านป้องกัน และด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการเฉพาะส่วนของแต่ละองค์กร
และเน้นในเรื่องการส่งเสริมป้องกัน ยังไม่มีระบบการประเมินผลการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรมชัดเจน
ระบบการดำเนินงานเป็นลักษณะของการแก้ปัญหาเฉพาะหน้ามากกว่าการดำเนินตามแผนระยะยาว
เนื่องจากยังติดขัดปัญหาและอุปสรรคหลายประการนับตั้งแต่ตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว ชุมชน
รวมทั้งระบบสุขภาพและองค์กรที่เกี่ยวข้องในการจัดการดูแลในระดับชาติ

2. ด้านบุคคล ได้แก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว ชุมชน และเจ้าหน้าที่บุคลากรทางสุขภาพ

2.1 ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จากการดำเนินงานที่เข้มแข็ง และทุ่มเทอย่างเต็มกำลัง
ความสามารถทั้งในส่วนขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ให้มีคุณภาพ
ชีวิตที่ดี ทำให้องค์กรหลายแห่งได้รับการยอมรับจากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ มีผู้มาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น ผู้
ติดเชื้อเกิดความไว้วางใจและกล้าเปิดเผยตัว มีกำลังใจและเข้มแข็ง ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ส่วนหนึ่ง

สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้เนื่องจากครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้นยอมรับและไม่รังเกียจ

2.2 ครอบครัว ได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้น เริ่มทยอยให้การยอมรับและให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยดีขึ้น การที่มีเจ้าหน้าที่ไปเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัวที่บ้านนอกจากจะเป็นการช่วยลดค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับการรักษาที่โรงพยาบาลแล้ว ยังช่วยให้ครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ดีขึ้นรังเกียจผู้ป่วยน้อยลงยินยอมให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมในครอบครัวและให้การดูแลผู้ป่วยได้ในระดับหนึ่ง

2.3 ชุมชน เกิดการเรียนรู้และเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น และให้การสนับสนุนช่วยเหลือในการร่วมมือทำกิจกรรมต่างๆมากขึ้น เช่นการร่วมคิด ร่วมจัดกิจกรรมต่างๆในการรณรงค์ให้ความรู้แก่ครอบครัวและสมาชิกในชุมชน เป็นต้น

2.4 เจ้าหน้าที่และบุคลากรทางสุขภาพ ผลการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านที่ผ่านมาส่งผลต่อเจ้าหน้าที่และบุคลากรทางสุขภาพให้เกิดการเรียนรู้ปรับเปลี่ยนทัศนคติไปในทางบวกต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยจากการได้มีโอกาสศึกษาดูงานตามที่ตั้งต่างๆ ทำให้ได้รับประสบการณ์ตรงและเกิดแรงบันดาลใจที่จะพัฒนางานให้เป็นระบบที่ดีและมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ดังกล่าวดูเหมือนมีความหลากหลาย แต่ประเด็นสำคัญประการหนึ่งที่มีอาจจะเลย ที่ต้องนำมาพิจารณาคือในเรื่องของคุณภาพการดูแล จากการศึกษาพบว่าการดูแลส่วนใหญ่กระทำไปโดยใช้ประสบการณ์ที่ได้เห็น ได้เรียนรู้มาร่วมกับมีความปรารถนาดี มีความรักเมตตาต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดูแลโดยภาคประชาชน พบว่าครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ยังมีการดูแลที่ไม่ถูกต้องหลายประการ อาทิ ผู้ดูแลไม่มีการป้องกันตนเองขณะให้การดูแลผู้ติดเชื้อ ขณะสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากผู้ติดเชื้อ ตลอดจนขาดหลักการที่ถูกต้องในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อในแต่ละระยะ ยังไม่มีกลไกในเรื่องคุณภาพของการดูแล แม้ว่าจะเริ่มมีการประสานเชื่อมโยงการดูแลระหว่างองค์กรต่างๆ แต่ในทางปฏิบัติ ส่วนใหญ่ยังไม่เป็นระบบเชื่อมโยงที่ครอบคลุมชัดเจน ลักษณะการดำเนินงานในองค์กรภาครัฐส่วนใหญ่ยังเป็นการตั้งรับ การดูแลยังไม่มีความต่อเนื่องครอบคลุมครบวงจร มีปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรและปัญหาคุณภาพและศักยภาพของบุคลากรที่ให้การดูแล ส่วนการดำเนินการขององค์กรเอกชนส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ภายในขอบเขตจำกัด เนื่องจากบางส่วนยังขาดความรู้ในการดูแล ขาดงบประมาณสนับสนุน ขาดการยอมรับจากหน่วยงานของรัฐและประชาชน เนื่องจากประสบการณ์ดำเนินงานที่ผ่านมาบางครั้งมีการแสวงหาผลประโยชน์ร่วมด้วย มีส่วนน้อยที่ให้การดูแลได้อย่างมีคุณภาพและมีรูปแบบที่ชัดเจน การ

ประสานงานระหว่างองค์กรเอกชนด้วยกันยังไม่ชัดเจน ลักษณะการดำเนินงานต่างคนต่างทำและเมืองค์
กรเอกชนกระจุกตัวหนาแน่นในบางจังหวัดใหญ่ๆ ระยะการดำเนินงานแตกต่างกันส่วนใหญ่เริ่มการ
ทำงานได้ประมาณ 2-4 ปี ยังไม่ได้ประเมินผลและยังไม่ได้สรุปผลการทำงานหรือดำเนินการแต่ไม่ได้มี
การรวบรวมอย่างเป็นระบบ ประเด็นที่ขาดหายไปพบว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายยังไม่มีกรกล่าว
ถึงและดำเนินการอย่างเป็นระบบที่ชัดเจนในทุกๆองค์กร

บทที่ 3

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านภายใต้บริบท ทางสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการจัดการดูแล ประกอบด้วยปัจจัยด้านครอบครัว ด้านผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ด้านชุมชน ด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ และด้านอื่นๆที่จะมีผลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนดังนี้

1. ปัจจัยด้านครอบครัว ประกอบด้วย

1.1 การยอมรับผู้ติดเชื้อ กล่าวได้ว่าการยอมรับของครอบครัวเป็นประการแรกสุดที่เปิดรับให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยได้รับการดูแลจากครอบครัว ลักษณะของการยอมรับมี 2 ลักษณะกล่าวคือ การยอมรับแบบมีเงื่อนไข และการยอมรับแบบไม่มีเงื่อนไข โดยมีองค์ประกอบ 3 ประการที่บ่งชี้ลักษณะของการยอมรับ ได้แก่ การให้ผู้ติดเชื้อได้อยู่ร่วมกันกับครอบครัว การให้การดูแล และคุณภาพการดูแลของครอบครัว ซึ่งการดูแลของครอบครัวที่ยอมรับแบบไม่มีเงื่อนไข ผู้ดูแลและครอบครัวให้การดูแลด้วยความใส่ใจ ตั้งใจยอมทุ่มเทเงินทองเพื่อการรักษา ผู้ดูแลและผู้ติดเชื้อมีการปรึกษาหารือและตกลงร่วมกัน โดยคำนึงถึงผลกระทบต่อความคิด อารมณ์ ความรู้สึกและสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อ บริบทที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับอย่างไม่มีเงื่อนไข ได้แก่ สัมพันธภาพของสมาชิกในครอบครัว และความประพฤติดของผู้ติดเชื้อ ซึ่งพบว่า เป็นครอบครัวที่มีสัมพันธภาพที่ดีต่อกัน ผู้ติดเชื้อมีประวัติด้านความประพฤติที่ดี ส่วนการยอมรับแบบมีเงื่อนไข เป็นการยอมรับที่ครอบครัวยอมให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยอาศัยอยู่ร่วมกับครอบครัวก็จริงแต่สมาชิกในครอบครัวไม่ได้ให้ความสนใจ ช่วยเหลือหรือดูแลอย่างจริงจัง พฤติกรรมการดูแลและพฤติกรรมที่แสดงออกจะเป็นไปตามใจของผู้ดูแล ไม่คำนึงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยกิจกรรมการดูแลต่างๆ เกิดขึ้นต่อเมื่อหลีกเลี่ยงไม่ได้หรือเมื่อมีการร้องขอเท่านั้น (กาญจนา บุตรชนและคณะ, 2543)

ปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้เกิดการยอมรับผู้ที่เป็นโรคเอดส์และมีผลต่อการอยู่ร่วมกัน คือความผูกพันกันโดยสายเลือด ความเป็นพ่อแม่ลูกที่มีอาจตัดขาด ความสัมพันธ์ระหว่างพี่น้อง เครือญาติ ทำให้ครอบครัวยอมรับช่วยเหลือและให้การดูแล (เกศินี สราญฤทธิชัย, 2542; กาญจนา บุตรชนและคณะ, 2543) นอกจากนี้ยังเกี่ยวข้องกับการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ของสมาชิกในครอบครัว หากสมาชิกในครอบครัวมีการรับ

รู้มีความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ดีก็จะส่งผลให้มีการปฏิบัติดูแลผู้ป่วยในด้านต่างๆ ได้แก่ด้านร่างกาย ด้านจิตใจ ด้านสังคม และด้านเศรษฐกิจเป็นอย่างดี

1.2 ความต้องการของครอบครัว ความต้องการด้านต่างๆของครอบครัวมีความเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ครอบครัวมีความต้องการด้านเศรษฐกิจมากที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาระยะเวลานาน ครอบครัวต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล ค่ายา ค่าเดินทาง ค่าอาหาร ค่าที่พักและค่าอื่นๆอีกมากจึงต้องการความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ รวมทั้งอาชีพ ความต้องการรองลงมาตามลำดับได้แก่ ด้านการรับรู้ข้อมูล ด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยในครอบครัว ด้านอารมณ์และจิตใจ ต้องการได้รับการกำลังใจ ด้านสังคม ต้องการการยอมรับจากสังคม ด้านร่างกายต้องการให้โรงพยาบาลมีบริการตรวจสุขภาพเป็นพิเศษแก่ผู้ดูแลผู้ป่วย ต้องการความช่วยเหลือจากสมาชิกคนอื่นๆร่วมดูแลผู้ป่วย และความต้องการด้านจิตวิญญาณและศาสนา (ธาริณี เพชรรัตน์, 2541)

1.3 ลักษณะของครอบครัว เมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วย ครอบครัวเดี๋ยวมี่แรงสนับสนุนช่วยเหลือน้อยกว่าครอบครัวขยาย โดยครอบครัวขยายมีสมาชิกในครอบครัวหลายคนเวียนสลับให้การช่วยเหลือสนับสนุนด้านต่างๆเช่นการประคับประคองจิตใจ การช่วยเหลือด้านการเงิน ด้านข้อมูลข่าวสาร การช่วยเหลือในการดูแล (ธาริณี เพชรรัตน์, 2541) ลักษณะที่ถือว่าเป็นจุดแข็งของชาวอีสานคือลักษณะนิสัยที่มีความรัก ความเอื้ออาทร ความสงสาร ความเห็นอกเห็นใจซึ่งกันและกัน ดังนั้นเมื่อสมาชิกในครอบครัวเจ็บป่วยแม้ในกรณีโรคเอดส์ ก็ให้การดูแลช่วยเหลือเป็นที่พึงของผู้ป่วยได้เป็นอย่างดี (เกศินี สราญฤทธิ์ชัย, 2542)

1.4 ความสามารถในการดูแล บุคคลที่ผู้ติดเชื้อต้องพึ่งพามากที่สุดในขณะเจ็บป่วย ได้แก่บุคคลในครอบครัว เช่น บิดามารดา สามีภรรยา และญาติพี่น้อง ส่วนใหญ่มีความสามารถในการดูแลผู้ติดเชื้ออยู่ในระดับสูง (สุวรรณ บุญยะสิทธิ์พรหมและคณะ, 2544) ดังนั้นหากได้มีการพัฒนาและส่งเสริมให้ผู้ดูแลมีศักยภาพ ก็จะช่วยให้การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านมีคุณภาพชีวิตที่ดี และยังเป็นภาระลดภาระของภาครัฐได้ด้วย

2. ปัจจัยด้านผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย

2.1 การเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นปัจจัยสำคัญที่จะช่วยให้ครอบครัว และชุมชนเข้ามาช่วยเหลือ ดูแล トラบโดที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยไม่ยอมรับสภาพ ไม่เปิดเผยตัวก็จะเป็นการยากที่จะเข้าไปช่วยเหลือดูแล อย่างไรก็ตามคงต้องดำเนินการไปพร้อมกับการณรงค์ให้ความรู้ ความเข้าใจ รวมทั้งดำเนินการหาวิถีทางในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของครอบครัว ชุมชน รวมทั้งสังคมภายนอกอย่างทั่วถึงเพื่อให้เกิดการยอมรับ และอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยได้โดยปราศจากการรังเกียจ กีดกัน

2.2 ความต้องการของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาความต้องการ

ของผู้ติดเชื้อเอดส์ในคลินิกนิรนามศูนย์โรคเขต 6 ขอนแก่น (เยาวรัตน์ ชาภูวงศ์, 2540) พบว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่ต้องการวิธีการรักษาแบบผู้ป่วยนอกต่อเมื่ออาการหนักจึงเข้าพักรักษาในโรงพยาบาล ต้องการสถานที่รักษาที่โรงพยาบาลเฉพาะของผู้ติดเชื้อเอดส์ ความต้องการการสนับสนุนด้านสังคม ผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่ต้องการอยู่ที่บ้านที่อยู่ปัจจุบัน รองลงมาอยากอยู่ที่พักพื้นที่มีผู้จัดให้ ต้องการให้ญาติพี่น้องดูแล ต้องการการสนับสนุนด้านการเงิน อาหาร ที่อยู่อาศัย ต้องการที่จะประกอบอาชีพเดิม และต้องการร่วมกิจกรรมของชุมชน ส่วนการศึกษาภาคสนามในพื้นที่กลุ่มเป้าหมายพบว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยมีความต้องการด้านเศรษฐกิจมาก ไม่มีงานทำขาดรายได้ ทำให้เกิดการเข้าร่วมกลุ่มต่างๆเพื่อต้องการรายได้ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นระยะที่เริ่มมีการเจ็บป่วยไม่สามารถทำงานได้ มีความต้องการด้านร่างกายเช่นมีอาการเจ็บป่วย ต้องการกำลังใจ ต้องการการยอมรับจากครอบครัว ต้องการอยู่ในชุมชนอย่างคนปกติทั่วไป ต้องการได้รับการดูแลจากเจ้าหน้าที่เหมือนผู้ป่วยทั่วไป ในประเด็นของความต้องการในการดูแลของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์สิ่งสำคัญคือความต้องการได้รับการยอมรับจากสังคม ต้องการกำลังใจ การดำเนินงานที่ผ่านมาผู้ให้การดูแลมักจะมุ่งคำนึงถึงความต้องการทางด้านร่างกายเป็นหลัก และมักละเลยหรือไม่ให้ความสนใจในด้านอื่นๆ โดยเฉพาะด้านจิตใจ จิตวิญญาณ ดังนั้นการพัฒนาระบบการดูแลจะต้องพิจารณาเป็นลักษณะองค์รวม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเคารพคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย รวมทั้งผู้ที่ได้รับผลกระทบด้วย

2.3 วัฒนธรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

เป็นปัจจัยสำคัญ

ประการหนึ่งของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่มีผลต่อการดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน เนื่องจากการกระทำกิจกรรมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพและการดำรงชีวิตอยู่อย่างปกติสุขของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ สำหรับวัฒนธรรมในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือประกอบด้วย วัฒนธรรมหลัก 3 วัฒนธรรม คือ 1) **การทำใจ** เป็นกระบวนการปรับความสมดุลย์ของสภาวะจิตใจและอารมณ์เข้าสู่ความสงบสุขร่วมกับการเสริมสร้างพลังใจให้เข้มแข็ง 2) **การปกปิดซ่อนเร้น** เป็นกระบวนการของความพยายามปกปิดและรักษาความลับการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เป็นโรคเอดส์ ประกอบด้วย 2 กลวิธีคือ **การปกปิดตนเอง และการปกปิดครอบครัวและสังคม** และ 3) **การผสมผสานการรักษา** เป็นกระบวนการของพฤติกรรมกาปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพและความเจ็บป่วยทั้งที่เป็นการส่งเสริม ป้องกัน รักษาเยียวยา และการจัดการกับอาการเจ็บป่วยต่างๆ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ, 2540) ปัจจัยทางด้านวัฒนธรรมดังกล่าวจะช่วยให้ผู้ที่เกี่ยวข้องได้เข้าใจ ความรู้สึก นึกคิด ค่านิยม ความเชื่อ ตามสภาพการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย ดังนั้นการส่งเสริมและพัฒนาระบบการดูแลในอนาคตจะต้องพิจารณาในประเด็นเหล่านี้ร่วมด้วย เพื่อให้การดูแลมีความเหมาะสมกับสภาพความแตกต่างของแต่ละบุคคล สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย ส่งเสริมศักยภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ให้สามารถดูแลตนเองได้อย่างมีคุณภาพ

3. ปัจจัยด้านชุมชน ได้แก่ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับคนในชุมชน และองค์กรในชุมชน

3.1 การยอมรับผู้ติดเชื้อของชุมชน แม้ว่าผลการวิจัยพบว่าประชาชนมีทัศนคติต่อการดูแล การติดต่อ และการป้องกันต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ค่อนข้างไปในทางบวกคิดเป็นร้อยละ 56.6 และประชาชนที่มีทัศนคติค่อนข้างไปในทางลบต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 43.4 จะเห็นได้ว่ามีความแตกต่างกันไม่มากนัก (สุจินดา สุขกำเนิดและคณะ, 2541) แต่จากการศึกษาภาคสนามพบว่าชุมชนยังมีทัศนคติที่ไม่ดีกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย รวมถึงครอบครัวซึ่งได้รับผลกระทบ โดยยังมีการกีดกันรังเกียจ ดังกรณีของเด็กในหมู่บ้านแห่งหนึ่งที่พ่อแม่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ทั้ง ชุมชน ครู ยังรังเกียจ ไม่ให้เด็กไปโรงเรียน แต่ก็มีบางชุมชนที่ให้การยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ไม่แสดงความรู้สึกรังเกียจเพราะรู้สึกสงสาร การเปลี่ยนทัศนคติให้การยอมรับพบว่า ต้องใช้และต้องดึงชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม เช่น เป็นคณะกรรมการในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น ชุมชนที่ให้การยอมรับมีความต้องการผู้นำที่เข้าใจและให้ความสนใจในปัญหาโรคเอดส์ มีความต้องการความร่วมมือจากองค์กรอื่นๆทั้งภาครัฐและเอกชนในการร่วมมือแก้ปัญหา แต่ยังมีบางชุมชนที่ต้องการให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์เป็นหน้าที่ของ เจ้าหน้าที่ของรัฐเนื่องจากคิดว่าไม่ใช่ปัญหาของชุมชน ดังนั้นชุมชนที่มีความพร้อมและมีศักยภาพในการดูแลเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในครอบครัวและชุมชน

3.2 ความรู้ความเข้าใจและการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ของชุมชน ประชาชนยังมีความเชื่อว่าเอดส์มีโอกาสแพร่กระจายเข้ามาสู่ชุมชนได้โดย การเที่ยวหญิงบริการ และรับรู้ที่โรคเอดส์ติดต่อได้จากการอยู่ใกล้ชิดกับผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ไม่ยอมรับผู้ป่วยเอดส์อยู่ในชุมชน (สุจินดา สุขกำเนิดและคณะ, 2541) ดังนั้นการให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์อย่างถูกต้องและต่อเนื่องจะต้องทำควบคู่ไปกับการดูแลเพื่อให้ระบบการดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

3.3 ลักษณะทางสังคมวัฒนธรรมของชุมชน พบว่าลักษณะทางวัฒนธรรมที่เอื้อต่อการติดเชื้อเอดส์ของประชาชนในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ คือการอพยพแรงงานไปทำงานต่างถิ่น ในจังหวัดใหญ่ ๆ และติดเชื้อเอดส์จากทางเพศสัมพันธ์ ด้วยการมีทัศนคติต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่นิยมการใช้ถุงยางอนามัย เพราะถือว่าเป็นเรื่องน่าอาย ยุ่งยาก ไม่เป็นธรรมชาติ ทำให้ได้รับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์สูงมาก ปัจจัยค่านิยม และทัศนคติเหล่านี้จะต้องนำมาพิจารณาและปรับเปลี่ยนโดยการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อไป

4. ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ

4.1 ทัศนคติของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนส่วนใหญ่เป็นเชิงบวก รับรู้ที่โรคเอดส์เป็นโรคที่มีปัญหาในพื้นที่รับผิดชอบและมีความคิดเห็นว่ามีความเป็นไปได้ในสภาพสังคมอีสานปัจจุบันถ้าจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์อยู่ร่วม

กับครอบครัวและชุมชนโดยเปิดเผย (ไพบุลย์ ไสยประเสริฐ, 2541) การมีทัศนคติในเชิงบวกเป็นสิ่งสำคัญที่ทำให้บุคลากรทางการแพทย์ ยอมรับและเข้าใจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยซึ่งจะส่งผลให้การดำเนินการดูแลเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ กิจกรรมมีความต่อเนื่องและยั่งยืน

4.2 จำนวนบุคลากร จากการที่มีนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์พบว่ามีความไม่เพียงพอ ทำให้การดูแลไม่ทั่วถึงบุคลากรมีงานประจำหลายอย่างทำให้การดูแลไม่ต่อเนื่อง สำหรับคุณภาพการดูแล จากการติดตามและร่วมสังเกตการดูแลผู้ติดเชื้อที่บ้านของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งพบว่าผู้ติดเชื้อและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อบริการที่ได้รับ

4.3 ความพร้อมในการดูแลผู้ป่วย บุคลากรที่ให้การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จะต้องมีความพร้อมในการดูแลด้าน ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะในการให้การปรึกษาและมีทัศนคติในทางบวกดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการเตรียมบุคลากรที่มีหน้าที่ดูแลผู้ป่วยเพื่อให้การดูแลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

4.4 ระบบบริการของภาครัฐ ยังเป็นลักษณะตั้งรับส่วนใหญ่ยังไม่มีดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวที่บ้านที่เป็นระบบต่อเนื่อง ครอบคลุม ครอบคลุม ครบวงจร แม้ว่าจะมีการกำหนดนโยบายไว้อย่างชัดเจน แต่มีเงื่อนไขบางประการที่ยังไม่สามารถดำเนินการในลักษณะเชิงรุก เช่น จำนวนเจ้าหน้าที่ไม่พอเพียง ขาดผู้ประสานงาน เป็นต้น

4.5 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับผู้บริหาร หากผู้บริหารในแต่ละหน่วยงาน/องค์กรเห็นความสำคัญของปัญหา มีความตั้งใจจริงในการแก้ปัญหา และมีคณะทำงานที่พร้อมในการทำงานกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ก็จะมีการส่งเสริมสนับสนุนรวมทั้งติดตามประเมินผลอย่างใกล้ชิด และสามารถที่จะจัดกิจกรรมที่เหมาะสมกับหน่วยงานของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. ปัจจัยด้านอื่นๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาระบบบริการ

ในการดำเนินงาน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า ปัจจัยอื่นๆ ที่มีผลต่อการพัฒนาระบบได้แก่

5.1 ครอบครัวและชุมชนต้องตระหนักและเข้าใจปัญหาเรื่องโรคเอดส์ พร้อมทั้งจะร่วมมือแก้ไขปัญหาของเขาด้วยตัวเอง หากพบว่าพื้นที่ใด หมู่บ้านใด มีความเข้มแข็ง มีการรวมกลุ่มและช่วยเหลือประสานการทำงานกัน และเรียนรู้ร่วมกันเป็นอย่างดี จะช่วยให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จและยั่งยืน

5.2 การได้รับประสบการณ์ตรง จากการศึกษาดูงาน การฝึกอบรม จะช่วยให้บุคลากรที่เกี่ยวข้องเช่น พยาบาล อาสาสมัคร มีความเข้าใจและเปลี่ยนแนวความคิดที่มีทัศนคติที่ติดต่อการทำงานด้านเอดส์

5.3 บุคลากรในองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนจะต้องมีความมุ่งมั่นตั้งใจจริง ไม่ย่อท้อต่ออุปสรรค มีความอดทน เสียสละ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอาสาสมัครหากได้รับการสนับสนุนจาก ครอบครัวจะสามารถดำเนินงานได้โดยต่อเนื่อง ได้รับการสนับสนุนจากรัฐบาลจากระบบการดำเนินงาน และหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องร่วมกันทำงานในลักษณะพหุภาคี ประสานงานเป็น เครือข่ายเชื่อมโยงการทำงานด้วยกัน ได้รับงบประมาณสนับสนุนที่เพียงพอ และสิ่งอำนวยความสะดวก ต่างๆ เช่น อุปกรณ์สำนักงาน เครื่องคอมพิวเตอร์ เพื่อความสะดวกรวดเร็วและมีประสิทธิภาพในการทำงาน

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้องและส่งผลต่อการดำเนินการดูแลผู้ ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน ปัจจัยที่นับว่าสำคัญประการแรกคือ การเปิดเผยตัว ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์หากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ไม่เปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อ ครอบครัวและชุมชนก็ ไม่สามารถที่จะเข้าไปช่วยเหลือและให้การดูแลได้ ประการต่อมาคือการยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของ ครอบครัวและชุมชนแม้ว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จะเปิดเผยตัวเนื่องจากไม่สามารถปิดบังอาการที่ปรากฏ ออกมา หรือต้องการความช่วยเหลือก็ตาม หากครอบครัวไม่เข้าใจไม่ยอมรับ ยังแสดงความรังเกียจและ กีดกันก็จะส่งผลต่อคุณภาพการดูแลด้วยเช่นกัน ดังนั้นปัจจัยทุกด้านต่างมีความสัมพันธ์และเชื่อมโยงซึ่ง กันและกัน

บทที่ 4

กลวิธีและรูปแบบในการดำเนินกิจกรรม การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน

ในการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่า มีการใช้กลวิธีหลายลักษณะ และได้มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานหลายรูปแบบดังนี้

1. กลวิธีในการดำเนินงาน

1.1 ใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบบูรณาการ โดยการใช้รูปแบบการจัดโปรแกรมสุขศึกษาและนำไปทดลองใช้กับกลุ่มตัวอย่าง และการใช้วิธีการหลายรูปแบบร่วมกัน เช่น การบรรยาย ประกอบสไลด์และวีดิทัศน์เรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และพยาธิสภาพ กิจกรรมการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับประสบการณ์การติดเชื้อ และการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ การศึกษาดูงานนอกสถานที่เกี่ยวกับการอยู่ร่วมกันของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว การให้บริการการดูแลทั้งจากภาครัฐและเอกชนในสถานที่ต่างๆ กิจกรรมการอภิปรายกลุ่ม และการวิเคราะห์กรณีศึกษาการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน กิจกรรมการฝึกเทคนิคการให้การปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (ดรณี รุจกรกานต์และคณะ, 2542; สุพรรณิ เหล่าจุมพล, 2539; เกษราวัลณ์ นิลวางกุลและคณะ, 2542)

1.2 การเยี่ยมบ้าน เป็นกลวิธีที่ใช้มากในทุกภาคส่วน การดำเนินกิจกรรมจะให้ความสำคัญกับการให้สมาชิกในครอบครัวมีความรู้ความเข้าใจโรคเอดส์อย่างถูกต้อง และเน้นการเป็นแม่แบบโดยผู้เยี่ยมปฏิบัติให้สมาชิกในครอบครัวดูเป็นตัวอย่าง เนื่องจากผู้ปฏิบัติสรุปบทเรียนจากประสบการณ์ได้ว่าการให้ความรู้โดยการจัดอบรม ฝึกปฏิบัติหรือ พูดคุยเสวนาที่ดำเนินการเป็นครั้งคราวไม่ใช่วิธีที่สามารถเปลี่ยนความคิด ความเชื่อและพฤติกรรมของครอบครัวและชุมชนได้ การเยี่ยมบ้านต้องอาศัยเวลาและความสม่ำเสมอในการปฏิบัติ พบว่าบางครอบครัวและชุมชนที่ยังมีการรังเกียจผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากขาดความรู้ความเข้าใจ กลัวติดต่อ ไม่กล้าสัมผัส ดูแลผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้น ขณะไปเยี่ยมจึงสัมผัสจับต้องผู้ป่วยให้ดูเป็นตัวอย่างเพื่อให้ครอบครัวได้เห็นเชื่อใจและกล้าสัมผัสผู้ป่วย พูดคุยให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ตลอดจนกล้าที่จะให้การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วย การเยี่ยมบ้านขององค์กรบาง

แห่งที่มีทั้งแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่ฝ่ายอื่นๆ จะมีการตรวจรักษาเบื้องต้นให้กับผู้ป่วยด้วย มีการตรวจสุขภาพซึ่งนำหนักเด็กพร้อมกับน้ำหนักนมผสมไปให้ หากมีผู้ป่วยบางรายเสียชีวิตจะช่วยจัดการศพให้หรือให้คำปรึกษากับ อสม. ที่รับผิดชอบในหมู่บ้านนั้นๆ หากไม่สามารถจัดการดูแลได้ด้วยตัวเอง ซึ่งลักษณะการเยี่ยม จะเยี่ยมเฉพาะรายที่เปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อ ถ้ามความสมัครใจ และ เยี่ยมพร้อมกันไปกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ทั้งนี้เพื่อไม่ให้เป็นผู้สนใจและส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว หากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวมีปัญหาเกี่ยวกับการประกอบอาชีพ การรับเงินสงเคราะห์หรือสวัสดิการต่างๆล่าช้า ก็จะช่วยประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆที่เกี่ยวข้องให้

1.3 การให้ความรู้ มีกลวิธีในการให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์แก่ชุมชน ในหลายลักษณะ ได้แก่จัดประชุม อบรม ให้กับผู้นำหมู่บ้าน อบต. ชุมชน นักเรียน กลุ่มวัยรุ่นและ อบรมกลุ่มแรงงานอพยพ ในเทศกาลช่วงหลังสงกรานต์เมื่อกลับมาเยี่ยมบ้าน เป็นต้น ซึ่งในการจัดกิจกรรมดังกล่าวจะให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดด้วยเช่น การจัดเสวนาอบรมความรู้เรื่องโรคเอดส์แต่เดิมเจ้าหน้าที่จะเป็นฝ่ายพูดหรือสอนอย่างเดียวสมาชิกกลุ่มไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม มีจัดการแสดงบนเวทีที่ผสมผสานวัฒนธรรมท้องถิ่นกับวัฒนธรรมสมัยใหม่ เช่น หมอลำซึ่งเป็นสื่อรณรงค์ ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัวตนในที่ พูดคุยเสวนากลุ่มกับเพื่อนบ้านและชุมชน และใช้การสนทนากลุ่มเป็นกลวิธีเชิงรุกในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ เรื่องเพศศึกษากับชุมชน ใช้โอกาสที่ชุมชนรวมกลุ่มเพื่อนบ้านมารับประทานอาหารกลางวันร่วมกันพูดคุยสนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น สอบถาม หรือติดตามประเมินผลตลอดจนสอดแทรกการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ไปด้วย

1.4 การสร้างขวัญและกำลังใจ นอกจากการให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวในขณะที่เยี่ยมบ้านแล้ว องค์การบางแห่งมีประเพณีผูกขวัญให้กับผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และอนุญาตให้ผู้ป่วยทำพิธีตามความเชื่อและศรัทธา โดยจะต้องระมัดระวังไม่ให้เกิดอันตราย

1.5 การให้การปรึกษา มีการให้การปรึกษากับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวในขณะออกเยี่ยมบ้านดัง เช่นกรณีที่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวมีปัญหาในการดูแล ปัญหาเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วย ปัญหาในการประสานกับหน่วยงานต่างๆเช่นการเบิกเงินสงเคราะห์ การประกอบอาชีพหารายได้ มีรูปแบบการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์และจดหมาย บางองค์กรมีโทรศัพท์มาปรึกษาโดยเฉลี่ย วันละ 2-3 ราย ส่วนปัญหาที่ปรึกษาจะมีหลากหลายอาทิ ถามคำถามหรือขอแนะนำเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัย การรับประทานยาคุมกำเนิด เป็นต้น นอกจากนี้จะเป็นการปรึกษาของเครือข่าย อสม. ที่ลงพื้นที่ออกเยี่ยมผู้ป่วยและมีปัญหาบางอย่างที่ไม่สามารถจัดการแก้ไขได้ เช่น การจัดการศพเมื่อผู้ป่วยเอดส์บางรายเสียชีวิต

1.6 ประสานงานเชื่อมโยงให้ผู้ติดเชื้อได้รู้จักและรวมกลุ่ม ในการรวมกลุ่มและจัดกิจกรรมของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เน้นการมีสัมพันธภาพระหว่างสมาชิกด้วยกัน และระหว่างสมาชิกกับองค์กร โดยทำหน้าที่เป็นผู้ประสานงาน เป็นพี่เลี้ยงช่วยดำเนินการจัดการให้กลุ่มมาพบกันและจัดหาสถานที่อำนวยความสะดวกให้กับสมาชิกเหล่านั้นทำกิจกรรมร่วมกัน เพื่อเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง เสริมสร้างกำลังใจให้แก่กันและกันระหว่างสมาชิก ให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาแบบทางเลือกและให้คำแนะนำเกี่ยวกับการขอความช่วยเหลือด้านสวัสดิการต่างๆ การเยี่ยมบ้านสมาชิก จัดอบรมฟื้นฟูสภาพจิตใจ อบรมให้ความรู้เรื่องสิทธิของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ส่งเสริมอาชีพให้กับครอบครัวและสมาชิก และให้คำปรึกษากับสมาชิกที่มีปัญหา

1.7 การประสานประโยชน์และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ มีการประสานให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องยอมรับผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ โดยใช้กลวิธีการสะท้อนความรู้สึกในการจัดการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ดังกรณีเด็กที่ พ่อ แม่ เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ถูกรังเกียจ กีดกันจากชุมชน โรงเรียน ไม่ให้ไปเรียนหนังสือ โดยการให้เด็กเขียนบันทึกสะท้อนความรู้สึกออกมาและมี 1 รายเป็นเด็กที่พ่อ แม่ ติดเชื้อและเสียชีวิตถูกโรงเรียนกีดกันไม่ให้ไปโรงเรียน ให้เด็กเขียนจดหมาย เด็กเขียนว่า “...หนูไม่อยากไปโรงเรียนมีแต่คนรังเกียจไม่ให้เข้าใกล้...หนูรักหมาที่สุดมีหมาเป็นเพื่อนเล่น ” เมื่อได้นำไปให้ครูใหญ่อ่านหลังจากนั้นทางโรงเรียนยอมให้เด็กไปโรงเรียนได้...”

1.8 สนับสนุนการขยายเครือข่ายในการดูแล เนื่องจากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีจำนวนมากขึ้น อีกทั้งปัจจุบันชุมชนเริ่มตระหนักและมีความเข้าใจ เห็นใจผู้ป่วยมากขึ้นจึงทำให้ผู้ป่วยส่วนหนึ่งกล้าเปิดเผยตัวมากขึ้นเพื่อแลกเปลี่ยนความช่วยเหลือทางสังคม ความต้องการความช่วยเหลือที่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆทำให้การช่วยเหลือดูแลอาจไม่ทั่วถึง องค์กรบางแห่งเช่นเครือข่ายผู้นำสตรีใช้กลยุทธ์การสร้างเครือข่ายในชุมชน โดยชักชวน ครอบครัว เพื่อนบ้านในหมู่บ้านมาร่วมทำงานเป็น อาสาสมัครในการให้การดูแลผู้ป่วยโดย องค์กรทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง จัดอบรมให้ความรู้ และทักษะในการดูแล ทักษะในการให้คำปรึกษา มีการกำหนดการประชุมไว้เป็นประจำ เพื่อปรึกษาหารือและพัฒนารูปแบบการทำงานร่วมกัน

1.9 การประสานงานระหว่างองค์กรและชุมชน มีการประสานงานในการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเอดส์ ระหว่างองค์กรรัฐ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดการยอมรับและมีส่วนร่วมในการให้การช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น การประสานงานเป็นลักษณะของการร่วมทำงานในขณะออกเยี่ยมผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เช่นองค์กรสาธารณประโยชน์บางแห่งให้การสนับสนุนรถยนต์เป็นพาหนะในการติดตามเยี่ยมผู้ป่วยที่บ้าน ร่วมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ให้การสนับสนุนอุปกรณ์ทางการแพทย์ ยาและวัคซีน รวมทั้งช่วยแพทย์ตรวจรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาล

2. รูปแบบการดำเนินงาน

มีการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับรูปแบบการดำเนินงานในการให้การดูแลผู้ป่วยที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนในลักษณะต่างๆ แต่งานวิจัยเหล่านี้ยังไม่มียานวิจัยใดที่ครอบคลุมทั้งระบบ งานวิจัยแต่ละเรื่องเจาะศึกษาบางประเด็นเท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการวิจัยเพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินการโดยการมีส่วนร่วมของชุมชนหลายรูปแบบ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การวิจัยเชิงคุณภาพโดยการสังเกตแบบมีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการวิจัยกึ่งทดลองดังนี้(ดรุณี รุจกรกานต์และคณะ, 2540;ดรุณี รุจกรกานต์และคณะ, 2542; ชวนชม สกนธวัฒน์และคณะ, 2538; สุจินดา สุขกำเนิดและคณะ, 2541; วรณชนก จันทชุมและคณะ, 2540; ประวิทย์ เอกเจริญสุข, 2540)

2.1 รูปแบบการดำเนินการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ประกอบด้วย กิจกรรมหลายอย่างซึ่งรวมการอบรม ทักษะศึกษา การฝึกทักษะรายบุคคล การเยี่ยมบ้าน การจัดตั้งศูนย์ส่งเสริมสุขภาพและอาชีพ โดยใช้หลักการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวและชุมชนควบคู่กันไป ให้สามารถดำเนินกิจกรรมได้ตามเป้าหมายที่วางไว้ร่วมกัน ในการประเมินผลการใช้รูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่พัฒนาขึ้นพบประเด็นสำคัญที่น่าสนใจกล่าวคือ คุณภาพชีวิต ของผู้ติดเชื้อเอช ไอวี จะพัฒนาได้ต้องอาศัยความช่วยเหลือและการยอมรับจากชุมชน กลุ่มผู้ติดเชื้อไม่สามารถทำได้ตามลำพังในระยะของอาการเจ็บป่วย ในขณะที่การเปิดเผยการติดเชื้อมีผลต่อการรับรู้ความพึงพอใจในคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ ความพึงพอใจในชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย สะท้อนจากการรับรู้ของผู้ดูแล การยั่งยืนของโครงการต่างๆในการดำเนินการเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ขึ้นอยู่กับความพร้อมของชุมชนและเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ทุกฝ่าย

2.2 รูปแบบการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์สำหรับครอบครัวชนบท เพื่อให้ครอบครัวชนบทซึ่งประกอบด้วย กลุ่มพ่อบ้าน กลุ่มแม่บ้าน วัยรุ่นและหนุ่มสาวสามารถนำไปปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และสามารถอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ได้โดยไม่รังเกียจ รวมทั้งสามารถให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและในชุมชน กิจกรรมที่ดำเนินการได้แก่ การจัดอบรมทั่วไปให้ประชากรเป้าหมายด้วยการบรรยาย พร้อมกับการฉายภาพจากสไลด์และฉายวีดิทัศน์ ที่เกี่ยวกับการติดต่อไม่ติดต่อของเชื้อเอดส์ อาการของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย การรักษาและการป้องกัน โดยเฉพาะการนำเอาข้อมูลที่กลุ่มเป้าหมายตอบไม่ถูกต้องมาอธิบายให้เข้าใจดียิ่งขึ้น ส่วนในเรื่องทัศนคติ ความคิดเห็นแรงจูงใจ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน รวมทั้งการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่จะสอดแทรกในการจัดกิจกรรมกลุ่มและการตั้งคำถามให้สมาชิกกลุ่มช่วยกันหาคำตอบเอง ซึ่งจะทำให้สามารถไปปฏิบัติได้ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแกนนำกลุ่มแม่บ้าน เพื่อให้เป็นแกนนำในการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ แก่สมาชิกในครอบครัวและชุมชนในละแวกนั้นและเป็นผู้ดำเนินการรวมกลุ่มแม่บ้าน เพื่อให้มีอำนาจต่อรองให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชน ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ การจัดอบรมเป็นโอกาสที่สมาชิกในครอบครัว ชุมชน องค์กรต่าง ๆ ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทั้งจากรัฐ เอกชน ได้มา

ประสานแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและมีส่วนร่วมในการรณรงค์ ป้องกันโรคเอดส์ ในระดับชุมชนโดยใช้
สื่อจากการนำผลการวิเคราะห์ข้อมูลมาเป็นแนวคิดในการผลิต พร้อมกับมีคำพูดที่จูงใจเกี่ยวกับการป้องกัน
โรคเอดส์

2.3 รูปแบบการสร้างความสัมพันธ์สมาชิกในครอบครัว เป็นการพัฒนารูป
แบบการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างคนในครอบครัวกับสมาชิกที่ไปใช้แรงงานต่างถิ่น โดยการส่งจด
หมายระหว่างสมาชิกในครอบครัวกับสมาชิกที่ไปใช้แรงงานต่างถิ่น เพื่อสอดแทรกการให้ความรู้เรื่องโรค
เอดส์กับผู้ไปใช้แรงงานต่างถิ่นและเป็นการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกในครอบครัว ทำให้ผู้ไปใช้
แรงงานต่างถิ่นเกิดความห่วงใยครอบครัวและตระหนักถึงการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ โดยมีกลุ่มเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือกลุ่มคนในชุมชนและ กลุ่มนักเรียนชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ 6 ที่สมัครเข้าโครงการ
รูปแบบนี้ยังไม่เหมาะสม เนื่องจากส่วนใหญ่สมาชิกที่ไปใช้แรงงานต่างถิ่นมักไม่มีที่อยู่แน่นอน มีปัญหา
ในการรับส่งจดหมาย ไม่มีประโยชน์ให้บริการ สำหรับผลการศึกษาในกลุ่มนักเรียนที่เขียนจดหมายถึง
สมาชิกที่ไปใช้แรงงานต่างถิ่น จากโรงเรียน 13 แห่ง พบว่าโรงเรียนจำนวน 11 แห่ง สามารถดำเนินการ
ได้ดี ส่วนอีก 2 แห่ง มีปัญหาในการดำเนินงาน คือนักเรียน ไม่สนใจเขียนจดหมายและไม่ได้รับตอบ
กลับ เนื่องจากปัญหาสมาชิกที่ไปใช้แรงงานต่างถิ่น มักเปลี่ยนที่อยู่บ่อย ส่วนข้อเด่นของโครงการพบว่า
โครงการนี้สามารถสร้างความรัก ความเข้าใจในครอบครัวได้ซึ่งถือเป็นพื้นฐานสำคัญในการป้องกันเอดส์

2.4 การพัฒนาเครือข่ายหมอพื้นบ้าน โดยการจัดอบรมให้ความรู้และสร้างเครือ
ข่ายการมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนให้แก่หมอพื้นบ้าน เพื่อจัดระบบการรองรับผู้ป่วย
เอดส์ในชุมชน ผลการพัฒนาเครือข่าย ทำให้หมอพื้นบ้านได้พัฒนาวิธีการจัดการปัญหาเอดส์ในชุมชน
ได้ด้วยตนเองบนรากฐานวิถีคิด และการจัดการแบบชุมชน ที่ยึดองค์ความรู้ การใช้ธรรมชาติบำบัดและ
การแพทย์พื้นบ้าน ในการส่งเสริมสุขภาพผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งผลของโครงการทำให้ชุมชนเกิดความ
ตระหนักเห็นใจผู้ติดเชื้อมากขึ้น ส่งผลให้ภาวะความกดดันของผู้ติดเชื้อเอดส์ลดลง (สุจินดา สุขกำเนิด
และคณะ, 2541)

2.5 การสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันเอดส์ เป็นการศึกษาในนักเรียนชั้นประถม
ศึกษา พบว่านักเรียนเกิดพฤติกรรมการเรียนรู้องค์ประกอบที่จำเป็นต่อการป้องกันเอดส์ มีการเปลี่ยน
แปลงด้านเจตคติให้ความเห็นใจและปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้ออย่างเห็นได้ชัดเป็นเชิงบวก

2.6 การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมพระสงฆ์และครู เพื่อเป็นผู้ให้การปรึกษาใน
ชุมชนแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และชุมชนโดยใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจควบคู่กับ
กระบวนการอบรม เช่นการเตรียมหลักสูตร และการทดลองใช้หลักสูตรที่ผู้วิจัยพัฒนาขึ้นในการสร้าง
วิทยากรแกนนำที่เป็นคนในชุมชนและพัฒนาหลักสูตรฝึกอบรมที่เหมาะสมกับการให้การปรึกษาในชุมชน

ผลการศึกษาพบว่า การฝึกอบรมพระสงฆ์และครูสามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยใช้กระบวนการสร้างเสริมพลังอำนาจ

2.6 รูปแบบการสนับสนุนจากครอบครัวและสังคม เป็นรูปแบบการสนับสนุนที่ประกอบด้วยการสนับสนุนทางด้านการให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำ ตักเตือน การสนับสนุนทางด้านวัตถุ เช่นการหาอาหารที่ดีมีประโยชน์ให้ การหาการรักษาและบำรุงทั้งสมุนไพรและยาสมัยใหม่ การสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจ เช่นการให้การยอมรับ การให้กำลังใจ ปลอบใจ และการสนับสนุนทางด้านพฤติกรรมที่แสดงออก เช่นการดูแลเอาใจใส่ให้การปฐมพยาบาล การเยี่ยมเยียนเพื่อให้กำลังใจ เป็นต้น จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยสามารถปรับตัวจัดการกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินชีวิต และอยู่ในสังคมได้อย่างปกติ

ในการดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านพบว่ากลวิธีสำคัญ คือการเยี่ยมบ้านซึ่งจะต้องทำไปพร้อมกับการให้คำปรึกษา ให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว ให้กำลังใจ และแสวงหาแหล่งประโยชน์ต่างๆเพื่อสนับสนุนส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพของครอบครัวในการดูแล ส่วนรูปแบบการดำเนินการส่วนใหญ่เป็นการศึกษาเจาะบางประเด็น ยังไม่ชัดเจนในเรื่องรูปแบบการดูแล ว่าควรจะมีรูปแบบอย่างไร แต่จากการศึกษาภาคสนามในพื้นที่กลุ่มเป้าหมายพบว่า มีรูปแบบและกลวิธีในการดำเนินงาน โดย การใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการสร้าง ความเข้มแข็งให้ชุมชน เทคนิคที่ใช้เริ่มจากชุมชนที่มีความพร้อมระดับหนึ่งในการดำเนินงาน การใช้ self help group เป็นกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การประสานงานและอาศัยความร่วมมือขององค์กรต่างๆในชุมชน ทั้ง องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ องค์กรภาครัฐ องค์กรชุมชน ใช้ประโยชน์จากกลุ่มเครือข่ายที่มีในชุมชนเช่นกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มผู้นำในชุมชน การเตรียมความพร้อมทั้งผู้มีส่วนในการทำหน้าที่เป็นผู้ดูแลเช่นครอบครัว อาสาสมัคร บุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีนามัยและองค์กรต่างๆทั้งรัฐและเอกชนรวมทั้งผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคของการมีส่วนร่วม (PAR) ทั้งนี้กลุ่มผู้นำชุมชนได้แก่ อบต อสม ผู้นำสตรีถือเป็นเป้าหมายสำคัญในการดำเนินการ มีการสรุปบทเรียนของชุมชน นอกจากนี้ประเด็นสำคัญของรูปแบบและกลวิธีในการดำเนินงานขึ้นอยู่กับความต้องการของชุมชนเป็นหลัก รวมทั้งกิจกรรมต่างๆที่จัดต้องให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนด้วย ซึ่งควรจะมีการศึกษาการพัฒนา รูปแบบการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

บทที่ 5

ปัญหาและอุปสรรคในการ ดำเนินงาน

ในการดำเนินการระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและในชุมชน ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือพบว่ามีปัญหาและอุปสรรคหลายประการ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาจากตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวและชุมชน รวมทั้งในระบบการดำเนินงานของทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชน องค์ความรู้ที่สังเคราะห์ได้ทั้งจากข้อมูลเอกสาร (ดรุณี รุจกรกานต์และคณะ, 2540; 2542) และข้อมูลการศึกษาภาคสนามในพื้นที่กลุ่มเป้าหมายพบปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานดังนี้

1. ปัญหาจากตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยบางรายไม่ยอมเปิดเผยตัวเนื่องจากอาย กลัวคนรังเกียจ ไม่กล้าไปโรงพยาบาล ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพการรักษาไม่ต่อเนื่อง เกิดอาการแทรกซ้อนมีผลให้อาการทรุดลงอย่างรวดเร็ว ในขณะที่เดียวกันยังขาดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับผลกระทบจากการเปิดเผยตัวถูกรังเกียจ และกีดกันไม่ให้ร่วมในกิจกรรมของสังคมไม่ให้เข้าเรียนในกรณีที่ป็นเด็ก

2. ปัญหาของครอบครัว บางครอบครัวยังรังเกียจไม่ให้การยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวส่วนใหญ่ประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ รายได้ไม่เพียงพอ ขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ขาดความมั่นใจ ขาดการสนับสนุนจากชุมชนและสังคม มีความท้อแท้และเบื่อหน่ายต่อการดูแลผู้ป่วย

3. ปัญหาของชุมชน ส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ยังไม่ตระหนักถึงปัญหาด้วยเห็นว่าเป็นเรื่องส่วนตัวและไกลตัว ไม่มีแกนนำหรือเครือข่ายของผู้ติดเชื้อในชุมชน ประชาชนบางกลุ่มยังไม่เข้าใจ สงสัยระแวงว่าจะไปจับผิดและกลัวจะถูกมองว่าตนเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์บางกลุ่มไม่ให้ความสนใจ อ้างว่ามีความรู้เรื่องโรคเอดส์ดีอยู่แล้ว ประชาชนไม่อยู่บ้าน โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากเป็นฤดูทำนา ประชาชนไม่ค่อยเชื่อมั่นในตัวผู้ให้การศึกษา บางกลุ่มยังมีความคิดว่าตนไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงจึงไม่ให้ความสนใจ

4. ปัญหาจากเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง กลุ่มอาสาสมัครในองค์กรเอกชน ไม่ได้รับการยอมรับเชื่อถือจากผู้ติดเชื้อ /ผู้ป่วย เนื่องจากมีปัญหาในด้านความรู้ ด้านทักษะการให้คำปรึกษา การให้การดูแลช่วยเหลือ อาสาสมัครมักจะทำได้ไม่นานเนื่องจากครอบครัวไม่เข้าใจไม่ยอมให้ทำ บุคลากรในโรงพยาบาลมีจำนวนไม่เพียงพอส่วนใหญ่มีงานประจำรับผิดชอบหลายงาน ทำให้การดูแลไม่ทั่วถึงและไม่ต่อเนื่อง ส่วนปัญหาของผู้ให้การศึกษาพบว่า ครูผู้ให้การศึกษาบางคนยังขาดความเชื่อมั่นเรื่องการศึกษาให้การศึกษายังไม่สามารถค้นหาปัญหาที่แท้จริงได้ มีภาระหน้าที่รับผิดชอบมาก ทำให้มีเวลาปฏิบัติงาน

ตามโครงการน้อย ส่วนพระสงฆ์บางรูปมีอายุมาก หูตึง ไม่เข้าใจแบบบันทึก บางรูปไม่สามารถบันทึกได้ (เขียนหนังสือไม่ได้) ไม่เชื่อมั่นในตนเองเพราะขาดความรู้ทักษะในการให้คำปรึกษา สำหรับอาสาสมัครให้การปรึกษาพบว่าใช้เวลาปฏิบัติงานน้อย เนื่องจากภาระกิจมาก (การประกอบอาชีพ) รวมทั้งประชาชนในชุมชนไม่ยอมรับศักยภาพของ ผู้ให้การปรึกษาขาดความเชื่อมั่นในตนเองเรื่องความรู้และทักษะต่างๆ ไม่เข้าใจแบบบันทึกเป็นต้น

5. ปัญหาการบริหารจัดการ การประสานงาน พบว่าองค์กรเอกชนบางแห่งมีปัญหาการประสานงานกับภาครัฐ เนื่องจากไม่ได้รับการสนับสนุน ไม่ได้รับการยอมรับจากเจ้าหน้าที่ของรัฐและยังมีปัญหาการประสานงานระหว่างองค์กรเอกชนด้วยกันเอง การมีองค์กรพี่เลี้ยงบางครั้งก่อให้เกิดปัญหาในการบริหารจัดการงบประมาณ ทำให้การดำเนินการบางอย่างซ้ำไม่ทันการ ส่วนองค์กรรัฐมีปัญหาเรื่องงบประมาณซ้ำ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากร

6. ปัญหาเรื่องงบประมาณ กลุ่มองค์กรเอกชน ส่วนใหญ่ได้รับงบประมาณในการดำเนินงาน จากการเสนอโครงการไปยังหน่วยงานที่สนับสนุนในภาครัฐ เช่น กองโรคเอดส์ งบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแต่ละปีไม่เท่ากัน ปัจจุบันงบประมาณที่ได้น้อยลงเนื่องจากผลกระทบจากปัญหาเศรษฐกิจ ในขณะที่มีจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในความรับผิดชอบเพิ่มขึ้นทำให้ค่าใช้จ่ายในการดูแลสูงขึ้น บางองค์กรล่มสลายเนื่องจากไม่ได้รับการสนับสนุนในเรื่องงบประมาณ ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรมติดตามและประเมินผล โรงพยาบาลหลายแห่งขาดการสนับสนุนด้านเวชภัณฑ์ยา เช่น Amphi- B บางแห่งได้รับงบประมาณซ้ำ

7. ปัญหาการขาดปัจจัยสนับสนุน ในการดำเนินงานพบว่าไม่สามารถดำเนินการได้อย่างรวดเร็วเนื่องจากขาดปัจจัยสนับสนุนเช่น ยานพาหนะ รถยนต์ อุปกรณ์สำนักงานบางอย่างเช่น คอมพิวเตอร์

8. ปัญหาอื่นๆ หน่วยงานที่เป็นองค์กรของรัฐ เช่นโรงพยาบาลไม่สามารถจัดเป็นศูนย์บริการตลอด 24 ชั่วโมงสำหรับการติดต่อขอคำแนะนำปรึกษา หรือเมื่อมีปัญหาด้านสุขภาพเนื่องจากขาดบุคลากรทั้งจำนวนและคุณสมบัติ

เมื่อพิจารณาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัว ดังกล่าวพบว่าประเด็นสำคัญสามารถสรุปได้ 4 ประเด็นได้แก่

ประเด็นที่ 1 เป็นปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวและชุมชน พบว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ได้รับเชื้อเมื่ออพยพไปเป็นแรงงานต่างถิ่น ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากทางเพศสัมพันธ์ ลักษณะทางวัฒนธรรมที่สำคัญที่เอื้อต่อการติดเชื้อคือทัศนคติต่อเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่ครองของตนยังถือเป็นเรื่องธรรมดาสำหรับผู้ชาย ปัญหาความไม่นิยมการใช้ถุงยางอนามัยในผู้ชายที่ใช้แรงงานเพราะถือว่าเป็นเรื่องน่าอาย ยุ่งยาก ไม่เป็นธรรมชาติ ครอบครัวและชุมชนบางส่วนตระหนักใน

ความสำคัญเรื่องปัญหาเอดส์ แต่ก็เป็นเรื่องเฉพาะกลุ่ม เช่นกลุ่มอาสาสมัครและกลุ่มผู้นำ แต่ในกลุ่มอื่นๆ ยังเห็นว่าโรคเอดส์เป็นปัญหามวลชนเท่านั้น สำหรับชุมชนพบว่ายังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดต่อของโรคเอดส์ ระบุว่าโรคเอดส์ติดต่อได้จากการใกล้ชิดกับผู้ป่วย ซึ่งเป็นสาเหตุให้ชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่ยอมรับผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน รวมทั้งขาดความสำนึกร่วมกันในการแก้ปัญหาเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการของอาสาสมัครในชุมชนและเจ้าหน้าที่ในลักษณะให้ความรู้เป็นส่วนมาก

ประเด็นที่ 2 เป็นปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร พระ ครู รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในองค์กรของรัฐและเอกชน ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน ปัญหาที่สำคัญคือ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านความรู้และด้านทักษะในการดูแล ในการให้คำปรึกษา ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากมีภาระงานรับผิดชอบหลายอย่าง ส่วนอาสาสมัคร พระ ครู ยังขาดความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาและการดูแลทำให้ขาดความเชื่อมั่นและไม่ได้รับการยอมรับ

ประเด็นที่ 3 ปัญหางบประมาณและปัญหาการขาดทรัพยากรขาดปัจจัยสนับสนุนต่างๆ เช่น ยานพาหนะเนื่องจากพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบอยู่ห่างไกลกันมาก ขาดอุปกรณ์สำนักงานบางอย่าง เช่นเครื่องคอมพิวเตอร์ ปัญหาการขาดแคลนเวชภัณฑ์บางอย่างเช่น ยาต้านไวรัสเอดส์ ยาฆ่าเชื้อรา และ ปัญหาความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณเป็นต้น

ประเด็นที่ 4 ปัญหาการบริหารจัดการ การประสานงาน การดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนจะไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากขาดผู้บริหารที่มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดำเนินงาน มีวิสัยทัศน์ในการจัดการแก้ไขปัญหาและดำเนินนโยบายและแผนปฏิบัติงานในเชิงรุก สนับสนุนส่งเสริมกลไกต่างๆที่จะพัฒนาระบบบริการให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ส่วนการประสานงานที่ผ่านมามีพบว่ายังขาดความเชื่อมโยงในการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรต่างๆทั้งองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชน อย่างเป็นระบบที่ชัดเจน จึงอาจทำให้การดำเนินงานมีความซ้ำซ้อนและไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

บทที่ 6

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

การสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัจจุบันและการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนบนพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2) ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมของท้องถิ่นภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 3) ศึกษากลวิธีและรูปแบบกิจกรรมการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยครอบครัวและชุมชนในบริบทของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบต่อไป

การสังเคราะห์จากผลการศึกษา จากรายงานวิจัย วิทยานิพนธ์และเอกสารโครงการต่างๆทั้งที่ดำเนินการโดยภาครัฐและเอกชน ร่วมกับการศึกษาภาคสนามในพื้นที่โครงการและกลุ่มประชากรเป้าหมายในจังหวัดขอนแก่น ร้อยเอ็ด กาฬสินธุ์ และสุรินทร์ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนองค์ความรู้ สภาพปัจจุบันเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและกลไกในการพัฒนาระบบการดูแลโดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคม วัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ศึกษาประเด็นที่ขาดหายไป เพื่อชี้ทิศทางการวิจัยและใช้เป็นข้อเสนอแนะนโยบายที่เป็นประโยชน์

การศึกษานี้ มีความจำกัดของความสมบูรณ์ของข้อมูลที่มีอยู่ เนื่องจากขาดความครบถ้วนของข้อมูลบางส่วนจากสำนักงานสาธารณสุขบางจังหวัดที่ไม่ได้ตอบกลับ และระยะเวลาในการรวบรวมข้อมูลที่จำกัด อย่างไรก็ตามผลการศึกษาสามารถสะท้อนให้เห็นภาพของสภาพปัจจุบันการดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อ การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านที่ดำเนินการโดยครอบครัว หน่วยงาน หรือองค์กรต่างๆในชุมชน กลวิธีและรูปแบบกิจกรรมการดำเนินงาน ปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้น แนวคิดและมุมมองที่จะสามารถเป็นกลไกการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้ต่อไปในอนาคต

บทสรุป

1. **สภาพปัจจุบันการดำเนินงานในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ** พบว่ารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน มีรูปแบบการจัดการ 3 รูปแบบใหญ่ได้แก่ 1) **รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยภาคประชาชน** ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลของครอบครัว รูปแบบการดูแลของวัด และรูปแบบการดูแลของกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน 2) **รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยองค์กรภาครัฐ** ประกอบด้วย รูปแบบการดูแลของสถานพยาบาลต่างๆทุกระดับ ได้แก่ สถานีอนามัย โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต และ 3) **รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยองค์กรเอกชน** ประกอบด้วยรูปแบบการดูแลของมูลนิธิ รูปแบบการดูแลขององค์กรศาสนา และรูปแบบการดูแลขององค์กรสาธารณประโยชน์

การดำเนินงานในแต่ละรูปแบบดังกล่าวประสบผลสำเร็จในระดับที่น่าพอใจในระดับหนึ่งแต่ทุกรูปแบบ ยังอยู่ในระหว่างการพัฒนาให้เป็นระบบชัดเจน รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ดังกล่าวมีความหลากหลาย และมีประเด็นร่วมที่สำคัญประการหนึ่งที่มีอาจจะเลย ในการพิจารณารณาคือเรื่องของคุณภาพการดูแล เนื่องจากการให้การดูแลส่วนใหญ่กระทำไปโดยใช้ประสบการณ์ที่ได้เห็น ได้เรียนรู้มา ร่วมกับ จิตสำนึกส่วนตนที่มีความปรารถนาดี มีความรักเมตตาต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะปรากฏชัดเจนในรูปแบบการดูแลโดยภาคประชาชน ซึ่งครอบครัวส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ยังมีการดูแลที่ไม่ถูกต้องหลายประการ อาทิ ผู้ดูแลไม่มีการป้องกันตนเองขณะให้การดูแลผู้ติดเชื้อ ขณะสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งที่ออกมาจากผู้ติดเชื้อ ตลอดจนขาดหลักการที่ถูกต้องในการให้การดูแลผู้ติดเชื้อในแต่ละระยะ ยังไม่มีกลไกในเรื่องคุณภาพของการดูแล แม้ว่าจะเริ่มมีการประสานเชื่อมโยงการดูแลระหว่างองค์กรต่างๆ แต่ในทางปฏิบัติ ส่วนใหญ่ยังไม่เป็นระบบเชื่อมโยงที่ครอบคลุมชัดเจน สำหรับลักษณะการดำเนินงานในองค์กรภาครัฐส่วนใหญ่ยังเป็นการตั้งรับ การดูแลยังไม่มีคำตอบเรื่องครอบคลุมครบวงจร มีปัญหาเรื่องการขาดแคลนบุคลากรและปัญหาคุณภาพและศักยภาพของบุคลากรที่ให้การดูแล ส่วนการดำเนินการขององค์กรเอกชนส่วนใหญ่สามารถดำเนินการได้ภายในขอบเขตจำกัด เนื่องจากบางส่วนยังขาดความรู้ในการดูแล ขาดงบประมาณสนับสนุน ขาดการยอมรับจากหน่วยงานของรัฐและประชาชน เนื่องจากประสบการณ์ดำเนินงานที่ผ่านมาบางครั้งมีการแสวงหาผลประโยชน์ร่วมด้วย มีส่วนน้อยที่ให้การดูแลได้อย่างมีคุณภาพและมีรูปแบบที่ชัดเจน การประสานงานระหว่างองค์กรเอกชนด้วยกันยังไม่ชัดเจน ลักษณะการดำเนินงานต่างคนต่างทำและเมืองค์กรเอกชนกระจุกตัวหนาแน่นในบางจังหวัดใหญ่ๆ องค์กรแต่ละแห่งมีระยะการดำเนินงานที่แตกต่างกันส่วนใหญ่เริ่มการทำงานได้ประมาณ 2-4 ปี ยังไม่ได้ประเมินผลและยังไม่ได้สรุปผลการทำงานหรือบางแห่งมีการ

ดำเนินการแต่ไม่ได้มีการรวบรวมอย่างเป็นระบบ ประเด็นที่ขาดหายไปพบว่าการดูแลผู้ป่วยในระยะสุดท้ายยังไม่ได้มีการกล่าวถึงและดำเนินการอย่างเป็นระบบที่ชัดเจนในทุกๆองค์กร

2. **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชน** พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีผลต่อการจัดการดูแลประกอบด้วย 1) **ปัจจัยด้านครอบครัว** ปัจจัยที่สำคัญได้แก่การยอมรับผู้ติดเชื้อของครอบครัว 2) **ปัจจัยด้านผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์** ที่สำคัญได้แก่การเปิดเผยสถานภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ 3) **ปัจจัยด้านชุมชน** ได้แก่การยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของชุมชน 4) **ปัจจัยด้านบุคลากรทางการแพทย์และระบบบริการ** ได้แก่การมีทัศนคติในทางบวกต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ปัจจัยด้านผู้บริหารที่ตระหนักและเห็นความสำคัญของการดำเนินการจัดการดูแล และความพร้อมของผู้ปฏิบัติงาน อีกทั้งปัจจัยต่างๆที่สนับสนุนและเอื้อต่อการจัดการดูแล และ 5) **ปัจจัยด้านอื่นๆ** ได้แก่ความตระหนักของครอบครัวและชุมชนเกี่ยวกับปัญหาโรคเอดส์ การได้รับประสบการณ์ตรงในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของบุคลากรทางการแพทย์ การมีความมุ่งมั่นตั้งใจจริงของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง และส่งผลต่อการดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ แต่ปัจจัยที่สำคัญประการแรกคือ การเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ หากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ไม่เปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อ ครอบครัว ชุมชนและทุกภาคส่วนก็ไม่สามารถที่จะเข้าไปช่วยเหลือและให้การดูแลได้ ประการต่อมาคือการยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ของครอบครัวและชุมชน แม้ว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จะเปิดเผยตัวเนื่องจากไม่สามารถปิดบังอาการที่ปรากฏออกมา หรือต้องการความช่วยเหลือก็ตาม หากครอบครัวไม่เข้าใจไม่ยอมรับ ยังแสดงความรักเกียจและกีดกันก็จะส่งผลกระทบต่อคุณภาพการดูแลด้วยเช่นกัน ปัจจัยทุกด้านต่างมีความสัมพันธ์เกี่ยวโยงซึ่งกันและกัน

2. **กลวิธีและรูปแบบกิจกรรมในการดูแล** พบว่ามีการใช้กลวิธีหลายลักษณะ ด้วย กันได้แก่ การใช้โปรแกรมให้ความรู้แบบบูรณาการ การใช้รูปแบบการจัดโปรแกรมสุขศึกษา การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ในหลายลักษณะเช่นจัดประชุมอบรม การแสดงวัฒนธรรมท้องถิ่นเป็นสื่อรณรงค์ให้ความรู้ การสร้างขวัญและกำลังใจ การให้การปรึกษา การประสานงานเชื่อมโยงให้ผู้ติดเชื้อได้รู้จักและรวมกลุ่ม การประสานประโยชน์และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ สนับสนุนการขยายเครือข่ายในการดูแล และการประสานงานเครือข่ายระหว่างองค์กรและชุมชน ส่วนรูปแบบการดำเนินงานโดยการศึกษาวิจัยส่วนใหญ่เป็นการเจาะศึกษาบางประเด็นเท่านั้นยังไม่มีงานวิจัยใดที่ครอบคลุมทั้งระบบ และรูปแบบที่ศึกษานั้นทางด้านการส่งเสริมรณรงค์ให้ความรู้ ยังไม่พบการศึกษารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชน

จากการศึกษาภาคสนามในพื้นที่กลุ่มเป้าหมายพบว่า มีรูปแบบและกลวิธีในการดำเนินงานโดย การใช้การมีส่วนร่วมของชุมชน ให้มีส่วนร่วมในการจัดระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน เน้นการสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน โดยเน้นชุมชนที่มีความพร้อมระดับหนึ่งในการเริ่มดำเนินงาน การใช้ กลุ่มช่วยเหลือตนเอง เป็นกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน การประสานงานและอาศัยความร่วมมือขององค์กรต่างๆในชุมชนทั้ง องค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ องค์กรภาครัฐ องค์กรชุมชน ใช้ประโยชน์จากกลุ่มเครือข่ายที่มีในชุมชนเช่นกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ กลุ่มผู้นำในชุมชน การเตรียมความพร้อมทั้งผู้มีส่วนในการทำหน้าทีเป็นผู้ดูแลเช่นครอบครัว อาสาสมัคร บุคลากรทางการแพทย์ได้แก่ พยาบาล เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยและองค์กรต่างๆทั้งรัฐและเอกชนรวมทั้งผู้ป่วย โดยใช้เทคนิคของการมีส่วนร่วม (PAR) ทั้งนี้กลุ่มผู้นำชุมชนได้แก่ อบต. อสม. ผู้นำสตรีถือเป็นเป้าหมายสำคัญในการดำเนินการ มีการสรุปบทเรียนของชุมชน นอกจากนี้ประเด็นสำคัญของรูปแบบและกลวิธีในการดำเนินงานขึ้นอยู่กับความต้องการของชุมชนเป็นหลักรวมทั้งกิจกรรมต่างๆที่จัดต้องให้สอดคล้องกับความต้องการของชุมชนด้วย ซึ่งควรจะมีการศึกษาการพัฒนาแบบการดูแลที่เหมาะสมต่อไป

4. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน เมื่อพิจารณาปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวในบริบทภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่ามีปัญหาและอุปสรรคหลายประการที่ส่งผลต่อการดำเนินงานการดูแล ซึ่งควรจะต้องนำมาพิจารณาเป็นบทเรียน เป็นข้อมูลเพื่อการวางแผนดำเนินการในการพัฒนาระบบการบริการในอนาคตให้บรรลุเป้าหมาย สามารถสรุปได้ 4 ประเด็นได้แก่

ประเด็นที่ 1 เป็นปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว ในเรื่องเกี่ยวกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม การประกอบอาชีพ ทศนคติ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการไม่ยอมรับผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ทำให้ขาดความสำนึกร่วมกันในการแก้ปัญหาเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินการของอาสาสมัครในชุมชนและเจ้าหน้าที่ในลักษณะให้ความรู้เป็นส่วนมาก

ประเด็นที่ 2 เป็นปัญหาและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข อาสาสมัคร พระ ครู รวมทั้งเจ้าหน้าที่ในองค์กรของรัฐและเอกชน ในการมีส่วนร่วมดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน ปัญหาที่สำคัญคือ เจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่มีปัญหาด้านความรู้และด้านทักษะในการดูแล ในการให้คำปรึกษา ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทั้งจำนวนและศักยภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยและครอบครัว เนื่องจากมีภาระงานรับผิดชอบหลายอย่าง ส่วนอาสาสมัคร พระ ครู ยังขาดความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษาและการดูแลทำให้ขาดความเชื่อมั่นและไม่ได้รับการยอมรับ

ประเด็นที่ 3 ปัญหางบประมาณและปัญหาการขาดทรัพยากรขาดปัจจัยสนับสนุนต่างๆ เช่นยานพาหนะเนื่องจากพื้นที่ในเขตความรับผิดชอบอยู่ห่างไกลกันมาก ขาดอุปกรณ์สำนักงาน

บางอย่าง เช่นเครื่องคอมพิวเตอร์ ปัญหาการขาดแคลนเวชภัณฑ์บางอย่างเช่น ยาต้านไวรัสเอดส์ ยาฆ่าเชื้อรา และปัญหาความล่าช้าในการเบิกจ่ายงบประมาณเป็นต้น

ประเด็นที่ 4 ปัญหาการบริหารจัดการการประสานงาน การดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนจะไม่สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ หากขาดผู้บริหารที่มีความตระหนักและเห็นความสำคัญของการดำเนินงาน มีวิสัยทัศน์ในการจัดการแก้ไขปัญหาและดำเนินนโยบายและแผนปฏิบัติงานในเชิงรุก สนับสนุนส่งเสริมกลไกต่างๆที่จะพัฒนาระบบการบริการให้มีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ส่วนการประสานงานที่ผ่านมาพบว่ายังขาดความเชื่อมโยงในการประสานการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรต่างๆอย่างเป็นระบบที่ชัดเจน จึงอาจทำให้การดำเนินงานมีความซ้ำซ้อนและไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและยุทธศาสตร์

• ด้านนโยบาย

- 1) ระบบบริการของรัฐยังไม่ครอบคลุมการรักษาพยาบาล ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ยังไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ทุกรายจำเป็นต้องกำหนดแนวนโยบายให้ชัดเจนและนโยบายนั้นต้องครอบคลุมการรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทุกระยะ โดยกำหนดให้มีการประกันสุขภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- 2) กำหนดแนวนโยบายที่ชัดเจนในการช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เช่นเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ เด็กที่พ่อแม่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ตลอดจนสมาชิกในครอบครัว อาทิกุ่สมรส บิดา และมารดา เป็นต้น
- 3) ส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวิจัยเพื่อหารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในแต่ละระยะการดำเนินของโรค อย่างเหมาะสมในแต่ละพื้นที่และกลุ่มเป้าหมาย
- 4) สนับสนุนและส่งเสริมบทบาทและศักยภาพของสตรีให้มีส่วนร่วมหรือเป็นผู้นำ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน
- 5) สนับสนุนและเปิดโอกาสให้ภาคประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการและพัฒนากลไกการควบคุมคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- 6) สนับสนุนการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อเป็นทางเลือกเสริมการดูแลรักษาแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยการสนับสนุนทุนการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาองค์ความรู้
- 7) สนับสนุนให้เกิดการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และชุมชนให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดูแล โดยทั้งองค์กรภาครัฐและเอกชนจะต้องพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมกิจกรรมรวมทั้งพัฒนาผู้นำกลุ่มให้มีจำนวนเพิ่มขึ้น ส่งเสริมให้เกิดกระบวนการเรียนรู้และจัดการแก้ไขปัญหาต่างๆโดยใช้

กระบวนการกลุ่ม และสนับสนุนความช่วยเหลือด้านทรัพยากร ด้านการประสานแหล่งประโยชน์ และงบประมาณ เพื่อให้กลุ่มมีศักยภาพที่จะดูแลช่วยเหลือกันเองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

● **ด้านยุทธศาสตร์**

- 1) รณรงค์และป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ของกลุ่มเสี่ยงต่างๆอย่างต่อเนื่อง และมีทิศทางชัดเจน เช่น กลุ่มผู้ใช้แรงงาน กลุ่มนักเรียน กลุ่มวัยรุ่น กลุ่มผู้หญิงที่สามีไปเป็นแรงงานอพยพ เป็นต้น
- 2) รณรงค์ในการปรับเปลี่ยนทัศนคติของบุคลากรทุกระดับ ที่ดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ให้เกิดความเข้าใจ ยอมรับ ไม่ปฏิเสธการรักษาดูแล และละเมิดสิทธิพื้นฐานในการที่จะได้รับการดูแลรักษา โดยการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้อง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีทางเลือกที่จะรักษาดูแลด้วยตนเอง
- 3) ลักษณะการจัดบริการควรจัดให้มีความสอดคล้องกับ ความต้องการของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวและชุมชนโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ดูแลในลักษณะองค์รวมสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิต และควรมีการเชื่อมโยงกับองค์กรชุมชน องค์กรสาธารณประโยชน์อย่างชัดเจนเป็นรูปธรรม เพื่อลดการทำงานที่อาจซ้ำซ้อนลง
- 4) ให้องค์กรภาครัฐได้มีการประสานงานกันกับองค์กรเอกชน เพื่อร่วมดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและบุคลากร เนื่องจากกลุ่มผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาพยาบาลเป็นกลุ่มที่เปิดเผยเท่านั้น ผู้ป่วยส่วนหนึ่งไปรับการรักษาที่องค์กรเอกชนเนื่องจากไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง หรือต้องการดูแลตนเองที่บ้าน โดยเฉพาะเมื่อเจ็บป่วยในระยะสุดท้าย ดังนั้นการดูแลจึงต้องมีการประสานกันระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน
- 5) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่ไม่มีที่อยู่อาศัย ไม่มีที่พำนักในรายที่ครอบครัวไม่สามารถให้การดูแลได้เนื่องจากปัญหาด้านเศรษฐกิจ และปัญหาอื่นๆ โดยรัฐควรสนับสนุนงบประมาณในการสร้างที่พักอาศัย ส่วนรูปแบบการจัดการดูแลควรกำหนดร่วมกันระหว่างองค์กรภาคประชาชน องค์กรภาครัฐ และองค์กรเอกชน เพื่อให้โอกาสผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้มีทางเลือกในการดูแล

ข้อเสนอแนะในการวิจัยต่อไป

- 1) ศึกษาปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมที่มีอิทธิพลต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านเพิ่มขึ้นโดยวิธีการศึกษาเชิงคุณภาพ
- 2) พัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาชน องค์กรภาครัฐ และองค์กรเอกชน โดยครอบคลุมการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทุกระยะจนกระทั่งระยะสุดท้าย

- 3) พัฒนาตัวชี้วัดในการดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อสร้างมาตรฐานในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านต่อไป
- 4) ศึกษารูปแบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในระยะสุดท้ายที่ไม่มีที่พึ่ง ไม่มีที่พักอาศัย
- 5) ศึกษาบทบาทของสตรีในการมีส่วนร่วมและเป็นแกนนำ ในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและในชุมชน
- 6) ศึกษาประเด็นของสิทธิผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบ

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2544.(June, 7). **วิเคราะห์สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย ณ วันที่ 31 มกราคม 2544** [Online]. Available URL : <http://203.157.40.134/aids/update/aidsjan.htm>
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2544.(June, 9). HIV/AIDS Projections for Thailand: 2000-2020 [online]. Available URL : <http://203.157.40.134/situation/filnalth.html>
- กาญจนา บุตรชนและคณะ. (2543). **ศึกษาการยอมรับและให้การดูแลผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอดส์ของครอบครัวในอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด**. มปท.
- เกษราวัลณ์ นิลวรานุกร และคณะ. (2542). **การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้อย่างมีระบบต่อความรู้การรับรู้ และพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกันโรคเอดส์ของกรมกรับจ้างในเขตจังหวัดขอนแก่น**. มปท.
- เกศินี สราญฤทธิ์ชัย.(2542). **การอยู่ร่วมกันของครอบครัวผู้ที่เป็นโรคเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น .
- เกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์และจิราภรณ์ ยาชมพู. (2543). **โครงการศึกษาการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนของประเทศไทย**.กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรคเอดส์.
- ข่าวสารโรคเอดส์ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 13 ฉบับที่ 7 2543.
- ข่าวสารโรคเอดส์ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 13 ฉบับที่ 4 2543.
- ข่าวสารโรคเอดส์ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 12 ฉบับที่ 2 2542.
- ข่าวสารโรคเอดส์ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 11 ฉบับที่1 2541.
- งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น. (2543). **คู่มือการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว จังหวัดขอนแก่น** (อัดสำเนา).
- ชวนชม สกนธวัฒน์ และคณะ. (2538). **กลวิธีการป้องกันโรคเอดส์สำหรับครอบครัวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**. โครงการโรคเอดส์สภาคาชาดไทย. มปท.
- ดรุณี รุจกรกานต์และคณะ. (2540). **การพัฒนารูปแบบการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดขอนแก่น** . ศูนย์ประสานงานการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ. (2540). **ปัญหาและความต้องการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบลในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและในชุมชน**. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ. (2542). **การพัฒนารูปแบบการฝึกอบรมพระสงฆ์และครูเพื่อเป็นผู้ให้**

การปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ในชุมชน. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.

ดร.ณิ รุจกรกานต์ และคณะ. (2542). **ผลของการให้ความรู้ที่มีระบบต่อความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและในชุมชนของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล.** ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

ดร.ณิ รุจกรกานต์, มณฑิรา เขียวยิ่ง และ สร้อย อนุสรณ์วิรุกุล. (มปป.). **ผลการประเมินโครงการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

ธาริณี เพชรรัตน์. (2541). **ความต้องการและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลครอบครัว บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). **วัฒนธรรมการดูแลตนเองในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์: การศึกษาในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย.** วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

ประวิทย์ เอกเจริญสุข. (2540). **การสนับสนุนจากสังคมและการปรับตัวของผู้ป่วยโรคเอดส์.** วิทยานิพนธ์พัฒนศาสตร์มหาบัณฑิต สถาบันพัฒนบริหารศาสตร์.

ไพบุลย์ ไสยประเสริฐ และคณะ. **ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในสาธารณสุขเขต 6. ว.โรคติดต่อ.** 2541 ; 24(3): 421-426.

มณฑิรา เขียวยิ่งและ จินตนา ตั้งวรพจน์ชัย. (2541). **รายงานการวิจัย การรับรู้เรื่องโรคเอดส์และบทบาทสามี/ภรรยาในการดูแลคู่สมรสที่ติดเชื้อเอดส์.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

เยาวรัตน์ ชาภูวงศ์.(2540).**การสำรวจความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์ในคลินิกนิรนาม ศูนย์วัดโรคเขต 6 ขอนแก่น. ว.สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น.** 2540 ; 4(3): 43.

วรรณชนก จันทุม และคณะ. (2540). **การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์ ในบ้านเสมา ตำบลหนองแปน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

คันสนีย์ สมิตะเกษตริน ลิข่า กันธมาลา และ ทศนารถ ปองเกษม.(2542) **ทำเนียบองค์กรเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยปี 2542-2543.** กองโรคติดต่อ กรมควบคุมโรคติดต่อ. กรุงเทพฯ: เจ. เอส. การพิมพ์.

สุจินดา สุขกำเนิด และคณะ.(2541). **การพัฒนาระบบการเรียนรู้และความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อจัดระบบการป้องกันและรองรับผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนอีสาน.** ขอนแก่น : โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา.

สุวรรณา บุญยะสิทธิ์พรหมและคณะ. (2544). รายงานการวิจัย ความสามารถในการดูแลของบุคคลที่
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องพึ่งพา และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

สุวรรณี เหล่าจุมพล. (2539). การประยุกต์แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการ
กลุ่มเพื่อป้องกันเอดส์ในกลุ่มแม่บ้านอำเภอบรบือ จังหวัด มหาสารคาม. วิทยานิพนธ์
ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 .(มปป.). การสังเคราะห์องค์ความรู้เรื่องระบบบริการดูแลผู้ติด
เชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง. ขอนแก่น : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสา
ธารณสุข.

สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น. (2541). สรุปรายงานการเฝ้ามองค์กรเอกชนสาธารณ
ประโยชน์ในพื้นที่สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกรมควบ
คุมโรคติดต่อปี 2541.

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น . เอกสารประกอบการประชุมเชิงปฏิบัติการ โครงการ
Access to care for PHA. จังหวัดขอนแก่น วันที่ 17-18 พฤษภาคม 2544 ณ ห้องประชุม สสจ.
ขอนแก่น.

อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ.(มปป). การประเมินผลโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ
และผู้ป่วยโรคเอดส์ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540-2542. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6
ขอนแก่น.

อิสระ เจียวิริยบุญญาและคณะ. (2543). รายงานสรุปผลการประชุมวิชาการเพื่อระดมความคิด
เกี่ยวกับหัวข้อการวิจัยและทบทวนเรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านและ
ชุมชนของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ วันที่ 20 –21 กรกฎาคม 2543. สำนักงานควบคุม
โรคติดต่อเขต 6 ขอนแก่น กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.

ภาคผนวก

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของงานวิจัย

ปี พ.ศ.	ผู้วิจัย	ลักษณะงานวิจัย	วิธีการวิจัย
2538	ชวนชม สกนธวัฒน์ และคณะ	ศึกษากลวิธีการป้องกันโรคเอดส์ สำหรับครอบครัวชนบทใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	เชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ
2539	สุวรรณี เหล่าจุมพล	การประยุกต์แบบแผนความเชื่อ ด้านสุขภาพร่วมกับกระบวนการกลุ่ม เพื่อป้องกันเอดส์ในกลุ่มแม่บ้าน อำเภอบรบือ จังหวัดมหาสารคาม	เชิงปริมาณ
2540	ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ	การพัฒนารูปแบบการส่งเสริม คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและ ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดขอนแก่น	เชิงคุณภาพ
2540	ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ	ปัญหาและความต้องการของเจ้า หน้าที่สาธารณสุขตำบลในการดูแล ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและใน ชุมชน	เชิงปริมาณ
2540	ประวิทย์ เอกเจริญสุข	การสนับสนุนจากสังคมและการปรับ ตัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ศึกษาในพื้นที่ อีสานใต้	เชิงคุณภาพ
2540	เยาวรัตน์ ชาญวงศ์	การสำรวจความต้องการของผู้ติดเชื้อ เอดส์ในคลินิกนิรนามศูนย์โรค เขต 6 จังหวัดขอนแก่น	เชิงปริมาณ
2540	วรรณชนก จันทชุม และคณะ	การมีส่วนร่วมของชุมชนและการ สนับสนุนทางสังคมในการป้องกัน โรคเอดส์ในบ้านเสมา ตำบลหนอง แปน อำเภอกมลาไสย จ. สุรินทร์	เชิงคุณภาพ
2540	บำเพ็ญจิต แสงชาติ	วัฒนธรรมการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี และผู้ที่เป็นโรคเอดส์การศึกษ ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือของ ประเทศไทย	เชิงคุณภาพ

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของงานวิจัย (ต่อ)

ปี พ.ศ.	ผู้วิจัย	ลักษณะงานวิจัย	วิธีการวิจัย
2541	สุจินดา สุขกำเนิด และคณะ	การพัฒนากระบวนการเรียนรู้และ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัว เพื่อจัดระบบการป้องกันและ รองรับผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนอีสาน	เชิงคุณภาพ และเชิงปริมาณ
2541	ธาริณี เพชรรัตน์	ความต้องการและปัจจัยที่มีความ สัมพันธ์กับความต้องการของผู้ดูแล ผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัว	เชิงปริมาณ
2541	มณฑิรา เขียวยิ่ง จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย	การรับรู้เรื่องโรคเอดส์และบทบาท สามี/ภรรยาในการดูแลคู่สมรสที่ ติดเชื้อเอดส์	เชิงปริมาณ
2541	ไพบุลย์ ไสยประเสริฐ และคณะ	ความคิดเห็นเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนของ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ในสาธารณสุขเขต 6	เชิงปริมาณ
2542	เกษราวัลย์ นิลวรางกูร และคณะ	การพัฒนารูปแบบการให้ความรู้ อย่างมีระบบต่อความรู้ การรับรู้ และพฤติกรรมปฏิบัติเพื่อป้องกัน โรคเอดส์ของกรรมกรรับจ้างในเขต จังหวัดขอนแก่น	เชิงปริมาณ
2452	เกศินี สรวาญฤทธิ์ชัย	ศึกษาการอยู่ร่วมกันของผู้ที่ โรคเอดส์ในจังหวัดขอนแก่น	เชิงคุณภาพ
2542	ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ	การพัฒนาแบบการฝึกอบรม พระสงฆ์และครูเพื่อเป็นผู้ให้การ ปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ในชุมชน	เชิงคุณภาพ
2542	ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ	ผลของการให้ความรู้ที่มีระบบ ต่อความรู้ ทักษะและพฤติกรรม การปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อ/	เชิงปริมาณ

ตารางที่ 1 แสดงรายละเอียดของงานวิจัย (ต่อ)

ปี พ.ศ.	ผู้วิจัย	ลักษณะงานวิจัย	วิธีการวิจัย
มปป.	ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ	ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและในชุมชน ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล ผลการประเมินโครงการพัฒนาระบบ บริการการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ อย่างครบถ้วนและต่อเนื่องภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	เชิงคุณภาพ
2543	กาญจนา บุตรชน และคณะ	ศึกษาการยอมรับและให้การดูแลผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยเอดส์ของครอบครัวที่บ้าน ในอำเภอธวัชบุรี จังหวัดร้อยเอ็ด	เชิงคุณภาพ
2544	สุวรรณา บุญยะลีพรรณ และคณะ	ศึกษาความสามารถในการดูแลของบุคคล ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องพึ่งพาและความสามารถ ในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	เชิงปริมาณ

**ตาราง ที่ 2 แสดงข้อมูลการดำเนินงานด้านเอดส์ขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ในเขต
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**

องค์กร/กลุ่ม	จังหวัด
1. NGOs ที่มีโครงการย่อยเข้ามาดำเนินการในพื้นที่ 1.1 มิสซังโรมันคาทอลิกอุดรธานี (บ้านนิรมล) 1.2 มูลนิธิไทยอาทร (แอ็คชั่นเตอร์ ขอนแก่น) 1.3 Plan International Thailand 1.4 ศูนย์พัฒนาหมู่บ้านชนบทผสมผสาน (มีชัย) อำเภอบ้านไผ่ 1.5 มูลนิธิวิจัยและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ 1.6 AIDSNet 2. NGOs ที่เกิดจากการรวมตัวกันในชุมชน 2.1 มูลนิธิน้ำพองพัฒนาคุณภาพชีวิต 2.2 มูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืนเพื่อคุณภาพ ชีวิตดี จังหวัดขอนแก่น 2.3 กลุ่มชนคนชุมแพ 2.4 กลุ่มชนสนใจด้านเอดส์ 2.5 เครือข่ายสหมุขชนนครขอนแก่น 2.6 โครงการชุมชนรักชีวิต รักสุขภาพ อ. พล 2.7 มูลนิธิบ้านไผ่ประสานใจด้านเอดส์ 3. กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ 3.1 เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ภาคอีสาน 3.2 กลุ่มเพื่อนขอนแก่น 3.3 กลุ่มเพื่อนหนองเรือ 3.4 กลุ่มเพื่อนน้ำพอง 3.5 กลุ่มเพื่อนชุมแพ 3.6 กลุ่มเป็ยน้อย 3.7 กลุ่มโลกใบใหม่ อ. ภูเวียง 3.8 กลุ่มความหวังและรอยยิ้ม 3.9 เหล่ากาชาดจังหวัดขอนแก่น	สำนักงานสาธารณสุข ขอนแก่น

องค์กร/กลุ่ม	จังหวัด
1. องค์การเตือนภัยเอดส์ 2. กลุ่มเพื่อนรักและผูกพัน 3. มูลนิธิเพื่อนร่วมพัฒนาเซตร้อยเอ็ด 4. มูลนิธิพัฒนาบุคคล (โครงการเตือนภัยเอดส์) 5. องค์การชุมชนต้านภัยเอดส์ เกษตรวิสัย 6. โครงการชุมชนต้านภัยเอดส์ อ. ธีรขันธ์ 7. วัดไตรภูมิคณาจารย์ 8. เครือข่ายผู้นำสตรีต้านภัยเอดส์ 9. กลุ่มพิทักษ์ศักดิ์ศรีโพธิ์ทอง 10. วัดเจริญราษฎร์ 11. บ้านรวมน้ำใจ 12. ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อ. ศรีสมเด็จ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด
1. กลุ่มเพื่อนวันอังคาร 2. ชมรมแบ่งใจสายใยรัก 3. มูลนิธิฟื้นฟูชนบท 4. มูลนิธิรักไทย(องค์การแคร์นานาชาติประเทศไทย) 5. องค์การเฟิร์ล เอส บัค สาขาอุบลราชธานี 6. องค์การแฮร์ประเทศไทย 7. สมาคมส่งเสริมและอนุรักษ์ศิลปวัฒนธรรมอีสาน 8. สมาคมกฎหมาย 9. มูลนิธิแผ่นดินธรรมแผ่นดินทอง 10. โครงการเครือข่ายองค์การชุมชนต่อต้านเอดส์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุบลราชธานี
1. โครงการบ้านนิจจานุเคราะห์ 2. กลุ่มภูพานทอง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หนองบัวลำภู

องค์กร/กลุ่ม	จังหวัด
1. ศูนย์ส่งเสริมชีวิตครอบครัวมีสุขซึ่งทำแล้ว - หนองแสง 2. กลุ่มฟ้าใส 3. กลุ่มสานสัมพันธ์แม่ - ลูก 4. ศูนย์ส่งเสริมชีวิตครอบครัวอัครสังฆมณฑลท่าแร่ – หนองแสง 5. มูลนิธิพระศรีวิสุทธิเมธี 6. สถาบันพัฒนาชนบทอีสาน 7. สโมสรโรตารีจังหวัดสกลนคร 8. ชมรมอาสาสมัครอำเภอกาฬสินธุ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สกลนคร
1. ศูนย์มารีย์สงเคราะห์ 2. โครงการพัฒนาและอนุรักษ์ลำน้ำพรม 3. ชมรมอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ 4. ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อ. บ้านเขว้า 5. วัดมะเกลือ 6. วัดหนองโสน 7. วัดชัยบ่อน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ
1. กลุ่มดอกหญ้า 2. ชมรมสื่อสารมวลชนสาธารณสุข จ. กาฬสินธุ์ 3. ชมรมผู้สูงอายุ อ. ภูพานรายณ์ 4. กลุ่มกัลยาณมิตรเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน 5. สหกรณ์ผู้ใช้น้ำยางตลาด	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาฬสินธุ์
1. ชมรมชีวิตใหม่ 2. กลุ่มเพื่อนอุดรธานี 3. มูลนิธิวิทย์ไทย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

องค์กร/กลุ่ม	จังหวัด
4. กลุ่มมิตรภาพชีวิตใหม่ 5. กลุ่มเกื้อกูล 6. กลุ่มเกื้อการุณย์ 7. กลุ่มเพื่อนกุดจับ 8. กลุ่มมูทิตา 9. กลุ่มสายสัมพันธ์ 10. กลุ่มเอื้ออาทร 11. องค์การชุมชนบตด้านภัยเอดส์ 12. บ้านพักใจอุดรธานี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
1. กลุ่มพุทธรักษาจังหวัดหนองคาย 2. คริสตจักรศรีวิไล 3. ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขอำเภอบึงกาฬ 4. บ้านพักใจหนองคาย 5. ชมรมเกษตรสมุนไพร อ. โพนพิสัย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหนองคาย
1. กลุ่มดอกฝ้าย 2. บ้านพักใจ 3. กลุ่มทานตะวัน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเลย
1. มูลนิธิควบคุมป้องกันโรคเอดส์ 2. องค์การศิลปินเพื่อพัฒนาชนบท (อพช.) 3. กลุ่มเพื่อนสัมพันธ์บ้านร่มเย็น 4. ชมรมร่วมใจต้านภัยเอดส์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม
1. คณะกรรมการพัฒนาองค์กรเอกชนด้านเอดส์ภาคอีสาน 2. องค์การหมอไร้พรมแดน - ฝรั่งเศส	สุรินทร์

องค์กร/กลุ่ม	จังหวัด
1. สมาคมหมอลำจังหวัดศรีสะเกษ 2. สมาคมสิทธิเสรีภาพของประชาชนภาคอีสานศรีสะเกษ	ศรีสะเกษ
1. มูลนิธิโรงพยาบาลสูงเนิน 2. มูลนิธิอาสาสมัครประชาสงเคราะห์ 3. มูลนิธิมารีย์อุปถัมภ์ (นครราชสีมา)	นครราชสีมา
1. ศูนย์เพื่อนหญิงอำนาจเจริญ	อำนาจเจริญ

ที่มา ทำเนียบองค์กรเอกชนที่ดำเนินกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยปี2542 –2543เขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ ; สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หนองบัวลำภู อุบลราชธานี ร้อยเอ็ด มหาสารคาม นครพนม เลย สกลนคร ชัยภูมิ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 6 กพอ. อีสาน จ.สุรินทร์ องค์การหมอไร้พรมแดน - ฝรั่งเศส

**ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลรายงานโครงการดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและองค์กรเอกชน
ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ**

**ตารางที่ 3.1 โครงการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านขององค์กรภาครัฐปี 2543 จังหวัดมหาสารคาม
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมหาสารคาม**

ลำดับที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
1.	โครงการพัฒนาระบบบริการการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง	1. เพื่อพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง 2. เพื่อพัฒนาเครือข่ายขององค์กรในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จากจังหวัด อำเภอก และชุมชน 3. เพื่อพัฒนามาตรฐานการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์	1. พัฒนาการบริหารจัดการระบบข้อมูล 2. พัฒนาบริการทางการแพทย์และการพยาบาล 2.1 ประชุมแกนนำประชาคมวางแผนป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์แบบมีส่วนร่วม 2.2 จัดเวทีประชาคมแก้ไขปัญหาดเอดส์ 2.3 เข้าค่ายการดูแลสุขภาพทางเลือกสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ 2.4 เตรียมชุมชนในการป้องกันแก้ไขปัญหาดเอดส์ 2.5 เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเอดส์ 2.6 จัดบริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวัน (ให้ความรู้ญาติผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลตนเอง)	1. จัดทำสมุดบันทึกสุขภาพประจำตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ 2.1 ประชุมแกนนำประชาคม จำนวน 192 คน 2.2 จัดเวทีประชาคม 16 ครั้งๆละ 20 คน 2.3 เข้าค่ายการดูแลสุขภาพทางเลือกจำนวน 70 คน 2.4 เตรียมชุมชน 31 ครั้งจำนวน 930 คน 2.5 เยี่ยมบ้านจำนวน 132 ครั้ง 2.6 จัดบริการทางการแพทย์และสังคมในช่วงกลางวันจำนวน 132 ครั้ง	1. งบประมาณซ้ำ 2. การดำเนินงาน Day Care ไม่ต่อเนื่องเพราะผู้ติดเชื้อไม่กล้าเปิดเผยตัวเอง 3. มีปัญหาในการเดินทางมารับบริการ 4. ขาดการประชาสัมพันธ์ในระดับชุมชน 5. เจ้าหน้าที่มีจำนวนจำกัด 6. เครือข่ายระบบส่งต่อยังไม่ถึงชุมชน

ตารางที่ 3.1 โครงการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านขององค์กรภาครัฐปี 2543 จังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

ลำดับที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
2.	โครงการส่งเสริมการเรียนรู้ของสมาชิกในครอบครัวเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	1. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวตระหนักต่อปัญหาเอดส์ 3. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมีส่วนร่วมในการคิด วางแผนและร่วมกันในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์	1. เข้าค่าย “ ก่อรักพิทักษ์เอดส์ “ เพื่อสร้างความเข้าใจอันดีของสมาชิกในครอบครัวจำนวน 2 วัน 1 คืน	1. แก่นำครอบครัวจำนวน 60 คน	บรรยากาศการทำงานกลุ่มยังไม่ได้ความรู้ร่วมมือเต็มที่เนื่องจากไม่คุ้นเคยและไม่กล้าแสดงออกในครอบครัวเดียวกัน
3.	โครงการพัฒนาศักยภาพ อบต. ในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์	1. เพื่อให้องค์กรท้องถิ่นเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์	1. อบรบแกนนำ อบต. โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม	1.อบรบแกนนำ อบต. จำนวน 120 คน	ระยะเวลาการอบรมสั้น ในการให้ความรู้ปรับทัศนคติของผู้เข้าอบรมเพราะส่วนมากขาดพื้นฐานความรู้เรื่องโรคเอดส์
4.	โครงการวางแผนสร้างอนาคตร่วมกันเพื่อควบคุมป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มแม่บ้าน	1. เพื่อให้แม่บ้านตระหนักในการป้องกันโรคเอดส์ 2. เพื่อให้แม่บ้านสามารถดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้	1. อบรมแม่บ้านโดยใช้กระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม	1. อบรมแม่บ้านจำนวน 120 คน	ระยะเวลาการอบรมสั้น ในการให้ความรู้ปรับทัศนคติของผู้เข้าอบรมเพราะส่วนมากขาดพื้นฐานความรู้เรื่องโรคเอดส์
5	โครงการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้าน	1. มีทักษะในการถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ชุมชน	1. อบรมเจ้าหน้าที่ ทักษะการให้การปรึกษาและเข้าใจปัญหาและผลกระทบการเจ็บป่วยด้วยเอดส์จำนวน 3 วัน	1. อบรมเจ้าหน้าที่ สอ. จำนวน 80 คน	การประเมินผลไม่ชัดเจน

ตารางที่ 3.1 โครงการดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านขององค์กรภาครัฐปี 2543 จังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

ลำดับที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
6.	โครงการเรียนรู้เอดส์แบบมีส่วนร่วม	1. เพื่อให้ชุมชนยอมรับและอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างปกติ	1. อบรบแกนนำหมู่บ้านที่มีปัญหาการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จำนวน 2 วัน	1. อบรบแกนนำได้แก่ ผู้นำชุมชน แม่บ้าน เยาวชน จำนวน 120 คน	ระยะเวลาการอบรมสั้น ในการให้ความรู้ ปรับทัศนคติของผู้เข้าอบรมเพราะส่วนมากขาดพื้นฐานความรู้เรื่องโรคเอดส์
7.	โครงการจัดบริการทางสังคมและเศรษฐกิจ สำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว	1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวได้รับการช่วยเหลือ ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจ อย่างถูกต้องและเหมาะสม	1. ประชุมเครือข่ายการจัดบริการทางสังคมและเศรษฐกิจ ในระดับจังหวัดและอำเภอ 2. ให้การช่วยเหลือในด้านสังคมและเศรษฐกิจ สำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว	1. ประชุมเครือข่ายการจัดบริการทางสังคมและเศรษฐกิจ ระดับจังหวัดและอำเภอ จำนวน 50 คน 2. ให้การช่วยเหลือในด้านสังคมและเศรษฐกิจจำนวน 368 ราย	การดำเนินการให้การช่วยเหลือยังซ้ำซ้อน การประสานงานระหว่างเครือข่ายยังไม่ชัดเจนและเป็นระบบ

ตารางที่ 3.1 โครงการดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านขององค์กรเอกชน ปี 2543 จังหวัดมหาสารคาม (ต่อ)

ลำดับที่	โครงการ	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
1.	กิจกรรมชาวจังหวัดมหาสารคาม ร่วมใจต้านภัยเอดส์ (โดยมูลนิธิ ป้องกันควบคุมโรคเอดส์จังหวัด มหาสารคาม)	1. เพื่อให้กลุ่มกรรมกรได้แก่กลุ่มผู้ ขับสามล้อ มอเตอร์ไซด์รับจ้าง กรรมกรรับจ้าง มีความรู้ ทัศนคติ และการปฏิบัติตนในการป้องกันโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ได้	1. อบรมแกนนำกลุ่มเป้าหมายโดยใช้ กระบวนการวางแผนและแก้ไขปัญหา แบบมีส่วนร่วม 2. อบรมการให้คำปรึกษาเรื่องโรค เอดส์	1. อบรมแกนนำจำนวน 50 คน 3. อบรมผู้ให้การศึกษาจำนวน 30 คน	ขาดความต่อเนื่องในการติดตามและ ประเมินผล
2.	เสริมสร้างศักยภาพความเข้มแข็ง ของกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดมหาสารคาม (กลุ่มเพื่อน สัมพันธ์บ้านร่มเย็น)	1. เพื่อเพิ่มสมรรถนะในการดูแล ตนเองของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และ ครอบครัว 2. เพื่อให้บริการการปรึกษาใน กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน	1. อบรมผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อและญาติใน การดูแลตนเองเบื้องต้นด้านร่างกาย จิต ใจ และสังคม 2. เยี่ยมบ้านให้กำลังใจผู้ติดเชื้อ/ผู้ ป่วยเอดส์	1. อบรมผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และ ญาติในการดูแลตนเองเบื้องต้น จำนวน 50 คน 2. เยี่ยมบ้าน จำนวน 50 คน	ขาดความต่อเนื่องในการติดตามประเมินผล
3.	ฟื้นฟูสุขภาพผู้ติดเชื้อและเตรียม ชุมชนรองรับ ปัญหาเอดส์ (อพท.)	1. สร้างความตระหนักและปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมแก่ชุมชนที่ได้รับผล กระทบจากเอดส์	1. สื่อสารเรื่องเอดส์โดยใช้ละครเวทีและ ศิลปวัฒนธรรมพื้นบ้านอีสาน	1. ดำเนินการ 30 หมู่บ้าน	ขาดความต่อเนื่องในการติดตามและ ประเมินผล

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.2 ข้อมูลหน่วยงานภาคเอกชนที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านใน จังหวัดร้อยเอ็ด
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับที่	ชื่อองค์กร	ชื่อผู้ประสานงาน	ที่อยู่	กิจกรรม
1.	องค์การเตือนภัยเอดส์	นาย ประจักษ์ อาษาธง และเป็นผู้ประสานงานขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ จ.ร้อยเอ็ด	515 ม. 2 ต. เกษตรวิสัย อ. เกษตรวิสัย จ.ร้อยเอ็ด 45150 โทร (043) 530301, 01-2601344	- จัดกิจกรรมรณรงค์ความรู้โรคเอดส์เชิงการป้องกัน - กิจกรรมการพัฒนาคุณภาพชีวิต PHA -อบรมเตรียมความพร้อมแม่บ้านครอบครัวที่อพยพขายแรงงาน - อบรมให้ความรู้เรื่องการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในชุมชน - <u>เยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และให้คำปรึกษา</u> - ให้การช่วยเหลือสงเคราะห์ฉุกเฉินแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ - จัดกิจกรรมเสวนาการรักษาด้วยสมุนไพร
2.	กลุ่มเพื่อนรักและผูกพัน	นาย นิกร อุ่นน้ำเที่ยง	498 ม. 2 ต. เกษตรวิสัย อ. เกษตรวิสัย จ.ร้อยเอ็ด โทร (043) 530301, 01-2601344	- โครงการช่วยเหลือและพัฒนาทักษะการดำรงชีวิตของ PHA (ปี 43) - <u>เยี่ยมบ้านให้คำปรึกษา</u> - อบรมฟื้นฟูสุขภาพผู้ติดเชื้อเอดส์ - อบรมส่งเสริมอาชีพผู้ติดเชื้อเอดส์ - อบรมพัฒนาทักษะต่างๆแก่เพื่อนสมาชิก

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ, 2544

ตารางที่ 3.2 ข้อมูลหน่วยงานภาคเอกชนที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านใน จังหวัดร้อยเอ็ด (ต่อ)
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับที่	ชื่อองค์กร	ชื่อผู้ประสานงาน	ที่อยู่	กิจกรรม
3.	มูลนิธิเพื่อนร่วมพัฒนาเขตร้อยเอ็ด	นาย วิชา สีทอง	216/2 ถ. เทวาภิบาล อ. เมือง จ. ร้อยเอ็ด 45000 โทร (043) 589426	- อบรบอาสาสมัครเอดส์ - ให้ข้อมูลข่าวสารเอดส์แก่แม่บ้าน - รณรงค์ประชาสัมพันธ์เอดส์และการอยู่ร่วมในชุมชน
4.	มูลนิธิพัฒนาบุคคล (โครงการเตือนภัยเอดส์)	นาย ปรีชา แสนรัตน์	792 ม. 20 ต. สระคู อ. สุวรรณภูมิ จ. ร้อยเอ็ด 45130 โทร (043) 581298	- กิจกรรมเยี่ยมบ้าน PHA ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ดูแลอย่างต่อเนื่องในครอบครัวและชุมชน - ฝึกอบรมการส่งเสริมอาชีพ PHA - รณรงค์ให้ความรู้โรคเอดส์ในชุมชน - ให้ความรู้ญาติครอบครัว PHA
5.	องค์กรชุมชนต้านภัยเอดส์เกษตรวิสัย	นาง มีนา ธรรมเสนา	488/2 ม. 2 ต. เกษตรวิสัย อ. เกษตรวิสัย จ. ร้อยเอ็ด โทร (043) 589426	- รณรงค์ให้ความรู้แบบเสวนากลุ่ม - อบรมให้ความรู้แบบการมีส่วนร่วม - สนับสนุนทุนช่วยเหลือเบื้องต้น - เยี่ยมบ้าน/ให้คำปรึกษาและส่งต่อ

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.2 ข้อมูลหน่วยงานภาคเอกชนที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านใน จังหวัดร้อยเอ็ด (ต่อ)

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับที่	ชื่อองค์กร	ชื่อผู้ประสานงาน	ที่อยู่	กิจกรรม
6.	โครงการชุมชนต้านภัยเอดส์ อำเภอ ธวัชบุรี	นาง ปาณิน โพธิ์ชัย	รพ. ธวัชบุรี อ. ธวัชบุรี จ. ร้อยเอ็ด โทร (043) 514781	- กิจกรรมอบรมอาสาสมัครชุมชนต้านภัยเอดส์ - <u>เยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์</u> - รณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายเอดส์ในชุมชน - ดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ (การพบปะกลุ่ม PHA ในช่วงกลางวันโดยทำ Day Care ใน รพ. ธวัชบุรี)
7.	วัดไตรภูมิคณาจารย์ (โครงการ เกษตรกรด้านภัยเอดส์ ส่งเสริม สถาบันครอบครัวชนบท)	นาง ปันหยี นาเมือง	วัดไตรภูมิบ้านตากแดด ต. หัวโตน อ. สุวรรณ ภูมิ จ. ร้อยเอ็ด 45130 โทร (043) 581249	- ฝึกอบรม/ประชุม/สัมมนา - <u>เยี่ยมบ้าน PHA ให้คำปรึกษาให้กำลังใจ</u> - รณรงค์ความรู้เอดส์แก่แกนนำชายหญิง - สร้าง อสม. ในชุมชนช่วยเหลือ PHA และ สามารถให้คำปรึกษาได้
8.	เครือข่ายผู้นำสตรีต้านภัยเอดส์	นาง ดวงจันทร์ หลักด่าน	122 ม. 1 ต. เมืองสรวง อ. เมืองสรวง จ. ร้อยเอ็ด โทร (043) 597384	- กิจกรรมการสร้างและพัฒนาศักยภาพแกนนำ สตรีต้านภัยเอดส์ - กิจกรรมรณรงค์ในชุมชนผ่านดนตรีพื้นบ้าน หมอลำซิ่ง ละครตลก - กิจกรรมพัฒนาคุณภาพชีวิต - <u>เยี่ยมบ้านให้กำลังใจให้คำปรึกษา</u>

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.2 ข้อมูลหน่วยงานภาคเอกชนที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านใน จังหวัดร้อยเอ็ด (ต่อ)
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับที่	ชื่อองค์กร	ชื่อผู้ประสานงาน	ที่อยู่	กิจกรรม
9.	กลุ่มพิทักษ์ศักดิ์ศรีโพหนอง	นาย บุญมี อารวรรณ์	145 ม. 2 ต. สระนกแก้ว อ. โพหนอง จ. ร้อยเอ็ด โทร (043) 571160	- การส่งเสริมอาชีพ - สงเคราะห์ค่ารักษาพยาบาล - อบรมฟื้นฟูชีวิต PHA - <u>เยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์</u> - อบรมความรู้โรคเอดส์แก่เยาวชน
10.	วัดเจริญราษฎร์	นาง ดารณี จันทร์แทน	วัดเจริญราษฎร์ บ้านหนองบัวน้อย ต. โคกสว่าง อ. พนมไพร จ. ร้อยเอ็ด	- จัดทำโครงการเตรียมความพร้อมแรงงานก่อนอพยพย้ายถิ่นและสื่อสารข้อมูลเอดส์สู่ชุมชน - ส่งจดหมายข่าวสารเอดส์ - อบรมเตรียมความพร้อมครอบครัวผู้ลงเรือประมง - <u>เยี่ยมบ้านครอบครัวผู้ลงเรือประมง</u> - ประสานเครือข่ายความช่วยเหลือ

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.2 ข้อมูลหน่วยงานภาคเอกชนที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านใน จังหวัดร้อยเอ็ด (ต่อ)

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับที่	ชื่อองค์กร	ชื่อผู้ประสานงาน	ที่อยู่	กิจกรรม
11.	บ้านรวมหัวใจ	พระประมุข สุนทโร	วัดป่าศรีมงคล (โคกร้าง)	เป็นโครงการต่อเนื่อง โดยมีกิจกรรม - การดูแล PHA ในบ้านพัก - การดูแลสุขภาพและการรักษาสุขภาพ - ให้คำปรึกษา การบำบัด โดยสมุนไพรร - กิจกรรมสมาธิบำบัด - การบำบัดทางจิต โดยใช้หลักธรรมะ - การรวมกลุ่มทำกิจกรรมและฝึกอาชีพ
12.	ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอศรีสมเด็จ	นาย อเนก นาโพธิ์งาม	ม. 10 อ. ศรีสมเด็จ จ. ร้อยเอ็ด	- อบรบ อสม. ด้านเอดส์ อ. ศรีสมเด็จ

สรุปการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์จังหวัดร้อยเอ็ด โดยองค์การพัฒนาเอกชน/กลุ่มผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดร้อยเอ็ด ปัญหาและอุปสรรคการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. ขาดทักษะการประเมินผลสัมฤทธิ์โครงการ 2. การทำงานกับกลุ่มเป้าหมายเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติของคนต้องใช้เวลา และต้องมีความต่อเนื่อง
ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะต่อการทำงานเอดส์

1. การทำงานทั้งเชิงป้องกันแก้ไข และการส่งเสริมองค์กรชุมชนไปพร้อมๆกัน
2. การทำงานเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงการป้องกัน และทัศนคติของคนต้องใช้เวลาและต้องมีความต่อเนื่อง
3. คนทำงานเอดส์ไม่ควรเอาทัศนคติของตัวเองเป็นตัวตัดสินว่าอะไรผิดอะไรถูก เพราะการกระทำของคนแต่ละคนหรือแนวคิดของคนที่มีมา
4. การทำงานให้คำปรึกษาชาวบ้าน หรือผู้ติดเชื้อเอดส์ สามารถที่จะทำตรงนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.2 ข้อมูลหน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านใน จังหวัดร้อยเอ็ด
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดร้อยเอ็ด

ลำดับที่	ชื่อองค์กร	ชื่อผู้ประสานงาน	ที่อยู่	กิจกรรม
13.	หน่วยงานสาธารณสุขของรัฐทุกแห่ง (ร.พ./สสอ. ดำเนินการในรูปแบบ สปสอ.) - รพ. วัชรบุรี - รพ. เสลภูมิ - รพ. จตุรพักตรพิมาน - รพ. เกษตรวิสัย - รพ. ศรีสมเด็จ	ผอ. รพ. /สสอ. นาง ปาลิน โพธิชัย นางอารณ นันโท นาง สุพิศ วรเชษฐ์ นางสาว อารณ ถนัดคำ นาง นิ่มนวล ขริปุ่นนท์	- รพ./ สสอ. ทุกอำเภอ - รพ. วัชรบุรี - รพ. เสลภูมิ - รพ. จตุรพักตรพิมาน - รพ. เกษตรวิสัย - รพ. ศรีสมเด็จ	- หน่วยงานที่มีรูปแบบการดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ชัดเจน ในโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง มีกิจกรรมดังนี้ 1. ดูแลรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ 2. บริการให้คำปรึกษา PHA และครอบครัว 3. กิจกรรม Day Care 4. เยี่ยมบ้าน PHA และครอบครัว 5. อบรบความรู้โรคเอดส์แก่กลุ่มเสี่ยงในชุมชนและการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ 6. อบรบผู้ติดเชื้อเรื่องการดูแลสุขภาพและการรักษาด้วยสมุนไพร 7. อบรบญาติและครอบครัวเรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน 8. สร้างแกนนำอาสาสมัครด้านเอดส์ 9. ประสานงานและส่งต่อหน่วยงานที่ให้การสงเคราะห์ PHA

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.3 ตารางสรุปข้อมูลการดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในเขตจังหวัดนครพนม

ที่มา : งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครพนม

เนื่องจากจังหวัดนครพนมได้มีหน่วยงานภาครัฐที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านครอบคลุมทุกอำเภอ (12 แห่ง) แต่กิจกรรมที่ดำเนินการเป็นระบบชัดเจนนอกเหนือจากการเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เด่นชัด มีดังนี้

หน่วยงาน	วัตถุประสงค์	รูปแบบการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน/ปัญหาและอุปสรรค
1. โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชธาตุพนม (โครงการยุพราชรักชุมชน) 2. โรงพยาบาลนาหว้า อำเภอนาหว้า 3. โรงพยาบาลปลาปาก อำเภอปลาปาก 4. โรงพยาบาลศรีสงคราม อำเภอศรีสงคราม 5. โรงพยาบาลนครพนม	1. บริการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ให้สอดคล้องกับปัญหาที่ได้รับ 2. พัฒนางานบริการด้านรักษาพยาบาล บริการปรึกษาด้านเศรษฐกิจและสังคม	1. ประสานงานภายในโรงพยาบาล 2. ประสานงานภายนอกโรงพยาบาล จัด Day Care Center ประสานกับเจ้าหน้าที่ระดับ สอ. เยี่ยมบ้าน 3. ส่งต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อรับบริการตามปัญหา 4. เตรียมผู้ป่วยและญาติ เพื่อการดูแลตนเองที่บ้านและชุมชน 5. ออกติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีที่เปิดเผยตัว 6. พัฒนาศักยภาพบุคลากรที่ทำงานด้านเอดส์ - จัดสัมมนาแนวทางการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล การวางแผนจำหน่ายและเยี่ยมบ้านแก่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบงานเอดส์ - จัดอบรมการให้บริการรักษาระดับเจ้าหน้าที่และ อสม. - ฝึกอบรม อสม. ให้เป็นพี่เลี้ยงในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน 7. อบรมผู้ติดเชื้อและญาติในการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพเบื้องต้น 8. ติดตามนิเทศงาน	1. ในระดับชุมชนยังไม่เกิดกิจกรรมการดูแลช่วยเหลือที่ชัดเจนเนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ค่อยเปิดเผยตัวเองในชุมชน จากจำนวนผู้รับบริการที่มารับคำปรึกษาทั้งหมด มีเพียงบางส่วนที่ให้ไปเยี่ยม/ดูแลที่บ้าน 2. ผู้ป่วยที่เปิดเผยตัวเองกับเจ้าหน้าที่และครอบครัว เมื่อไปเยี่ยมที่บ้านได้รับผลกระทบจากชุมชน (ถูกคนในชุมชนมอง) 3. บางแห่งมีข้อขัดขัดในการจัดหาเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบโดยตรงในการเยี่ยมเนื่องจากมีเจ้าหน้าที่น้อย (ต้องใช้พยาบาลที่ไม่ได้ขึ้นเวรเข้าไปเยี่ยม) 4. ขั้นตอนการให้บริการ ความต่อเนื่องในการให้บริการ

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
 โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
 บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.4 แสดงข้อมูลองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ในจังหวัด อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2544
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อหน่วยงาน	กิจกรรม	พื้นที่ดำเนินการ
1.	กลุ่มเพื่อนวันอังคาร	- จัดเวทีเสวนาของชุมชนในกลุ่มผู้นำชุมชน - คัดเลือกแกนนำเพื่อวางแผนแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน - จัดเวทีปรึกษาหารือผู้นำทางการเมืองต่อการรับรู้ปัญหาของชุมชน - การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชนทั่วไป	จังหวัดอุบลราชธานี
2.	ชมรมแบ่งใจสายใยรัก	- เยี่ยมบ้าน - กลุ่มพบปะ - รณรงค์เคลื่อนที่ในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ - อบรมแกนนำชุมชน - จัดสวัสดิการให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์	จังหวัดอุบลราชธานี
3.	มูลนิธิฟื้นฟูชนบท	- เสริมสร้างและพัฒนากลุ่มออมทรัพย์ในระดับอำเภอ - ธุรกิจชุมชน (โรงงานน้ำปลา) - รณรงค์เคลื่อนที่ในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ - จัดตั้งกลุ่มอาชีพผู้สูงอายุ - สนับสนุนเกษตรทางเลือก - พัฒนาศักยภาพกลุ่มผู้ติดเชื้อ	จังหวัดอุบลราชธานี

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.4 แสดงข้อมูลองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ในจังหวัด อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2544 (ต่อ)
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อหน่วยงาน	กิจกรรม	พื้นที่ดำเนินการ
4.	มูลนิธิรักไทย (องค์การแคร์นานาชาติประเทศไทย)	- การประชุมสร้างเครือข่าย - อบรมให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในกลุ่ม เยาวชน ผู้นำชุมชน แม่บ้าน - อบรมการพัฒนาอาชีพในกลุ่มผู้ติดเชื้อ - ศึกษาดูงาน - สร้างอาสาสมัครในชุมชนในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์	จังหวัดอุบลราชธานี (อำเภอ เขื่องใน)
5.	องค์การพิริล เอส บัค สาขาอุบลราชธานี (ทำเฉพาะในกลุ่มเด็กอายุ 2- 18 ปี)	- ให้ทุนการศึกษาอุปการะเด็กที่เป็นลูกครึ่ง - รณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ - จัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อในการฝึกอาชีพ การดูแลสุขภาพ - เข้าค่ายส่งเสริมพัฒนาตนเอง ครอบครัว - กิจกรรมตรวจสุขภาพ - พัฒนาชุมชนในการให้ความรู้ ดูงาน ปล่อยเงินกู้ เกษตรผสมผสาน	จังหวัดอุบลราชธานี (อำเภอเดชอุดม)
6.	องค์การแอริประเทศไทย	- จัดอบรม อสม. เพื่อให้บรรลุถึงการพัฒนา สาธารณสุขมูลฐานและสร้างแนวคิดในการทำงานเอดส์ให้กับ อสม. - รณรงค์ให้ความรู้เรื่องการรักษาป้องกันแก่ชุมชน - เยี่ยมบ้านทุกครอบครัวที่ประสบปัญหาเรื่องสุขภาพ	จังหวัดอุบลราชธานี (อำเภอวารินชำราบ)

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.4 แสดงข้อมูลองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ในจังหวัด อุบลราชธานี ปีงบประมาณ 2544 (ต่อ)

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	ชื่อหน่วยงาน	กิจกรรม	พื้นที่ดำเนินการ
7.	สมาคมส่งเสริมและอนุรักษ์ ศิลปวัฒนธรรม อีสาน	- สร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว ตามแนวชายแดนของจังหวัดอุบลราชธานี - ตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอดส์	จังหวัดอุบลราชธานี
8.	สมาคมภูพานบริการ	- รณรงค์ให้ความรู้โดยใช้หมอลำซิ่งและกลอนอีสาน	จังหวัดอุบลราชธานี
9.	มูลนิธิแผ่นดินธรรมแผ่นดินทอง	- ส่งเสริมอาชีพ - ประชุมสัมมนา - จัดตั้งกลุ่มแม่บ้าน - รณรงค์ต่อต้านยาเสพติดและโรคเอดส์	จังหวัดอุบลราชธานี
10.	โครงการเครือข่ายองค์กรชุมชนต่อต้านเอดส์	- ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ให้กับผู้นำ กลุ่มสมาชิกและชุมชน - ส่งเสริมอาชีพให้กับผู้ติดเชื้อและครอบครัว - รณรงค์ให้ความรู้	จังหวัดอุบลราชธานี

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.4 แสดงข้อมูลโรงพยาบาลชุมชนที่ดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดอุบลราชธานี
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดอุบลราชธานี

ลำดับที่	หน่วยงานที่รับผิดชอบ	ชื่อองค์กร/กลุ่ม	โครงการ/ กิจกรรม	พื้นที่ดำเนินการ	หมายเหตุ
1.	โรงพยาบาลวารินชำราบ อำเภอวารินชำราบ	- กลุ่มสะเดาหวาน	- โครงการพัฒนาระบบบริการ การดูแลผู้	- โรงพยาบาลวารินชำราบ	
2.	โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชเดชอุดม อำเภอเดชอุดม	- กลุ่มทานตะวัน	ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างครบถ้วน	- โรงพยาบาลสมเด็จพระนุพ	
3.	โรงพยาบาลม่วงสามสิบ อำเภอม่วงสามสิบ	- รวบรวมใจความหวังใหม่	จังหวัดอุบลราชธานี	- โรงพยาบาลม่วงสามสิบ	
4.	โรงพยาบาลพิบูลมังสาหาร อำเภอพิบูลมังสาหาร	- แก่งสะพือสัมพันธ์	กิจกรรม	- โรงพยาบาลตระการพืชผล	
5.	โรงพยาบาลตระการพืชผล อำเภอตระการพืชผล	- ตระการสดใจ	1. เยี่ยมบ้าน	- โรงพยาบาลสำโรง	
6.	โรงพยาบาลสำโรง อำเภอสำโรง	- กลุ่มรวมใจสายใยรัก	2. กลุ่มพบปะ	- โรงพยาบาลเขื่องใน	
7.	โรงพยาบาลเขื่องใน อำเภอเขื่องใน	- กลุ่มจิตอาสีย์	3. กลุ่มอาชีพ	- โรงพยาบาลสิรินธร	
8.	โรงพยาบาลสิรินธร อำเภอสิรินธร	- กลุ่มกุหลาบเหลือง	4. การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชนทั่วไป	- โรงพยาบาลตาลชุม	
9.	โรงพยาบาลตาลชุม อำเภอตาลชุม	- ด้วยรักและห่วงใย		- โรงพยาบาลดอนมดแดง	
10.	โรงพยาบาลดอนมดแดง อำเภอดอนมดแดง	- ดอนมดแดงร่วมใจ		- โรงพยาบาลน้ำยืน	
11.	สำนักงานสาธารณสุขกิ่งอำเภอเหล่าเสือโก้ก กิ่งอำเภอเหล่าเสือโก้ก	- กำลังใจเหล่าเสือโก้ก		- โรงพยาบาลนาจะหลวย	
12.	โรงพยาบาลน้ำยืน อำเภอเมือง	- กลุ่มชีวิตก้าวไกล			
13.	โรงพยาบาลนาจะหลวย อำเภอเมือง				

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.5 แสดงข้อมูลองค์กรภาครัฐและเอกชนที่ดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน จังหวัดสกลนคร
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร

ชื่อหน่วยงาน	วัตถุประสงค์	กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
1. โรงพยาบาลทุกแห่งภาครัฐ ใน จังหวัดสกลนคร	1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับ การดูแลช่วยเหลือและสามารถ อยู่ร่วมกันในสังคมได้ 2. เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวมี ความเข้าใจผู้ติดเชื้อเอดส์	1. ดำเนินการการดูแลผู้ป่วยเอดส์ โดยผสมผสานกับการเยี่ยมบ้าน	อยู่ในช่วงดำเนินงาน	ยังไม่ได้สรุปปัญหาและอุปสรรค
2. องค์กรเอกชน ศูนย์ส่งเสริมชีวิต ครอบครัวมีสซึ่งทำแร่-หนองแสง (สชค.ทส.) ที่อยู่ 41 หมู่ 8 ต. ท่า แร่ อ. เมือง จ. สกลนคร 47230 โทร 042- 751196		1. เยี่ยมบ้านผู้ป่วยเอดส์ในพื้นที่ 3 อำเภอ 2. อบรมการดูแลตนเองผู้ติดเชื้อ เอดส์ 3. เสวนากลุ่มในการแก้ไขปัญหา เอดส์ในพื้นที่	อยู่ในช่วงดำเนินงาน	ยังไม่ได้สรุปปัญหาและอุปสรรค

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสินี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.6 แสดงข้อมูลการดำเนินงานการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านขององค์กรภาครัฐและเอกชน จังหวัดเลย
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเลย

หน่วยงาน	ที่อยู่	กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
1. บ้านพักใจ (องค์กรเอกชน)	40/3 ถนน ขอบศิริ ตำบล กุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย 42000 โทร 042 – 832183	เยี่ยมบ้านและนำยาเวชภัณฑ์ และ ของเยี่ยมอื่นๆ เช่น สบู่ ยาสีฟัน ผลไม้ เป็นต้น	ยังไม่มีผลสรุปผลการดำเนินงาน	ยังไม่ได้สรุปปัญหาและอุปสรรค
2. กลุ่มดอกฝ้าย (องค์กรเอกชน)	40/3 ถนน ขอบศิริ ตำบล กุดป่อง อำเภอเมือง จังหวัดเลย 42000 โทร 042 – 832183			
3. โรงพยาบาลวังสะพุง	อำเภอวังสะพุง จังหวัดเลย			
4. กลุ่มทานตะวัน (องค์กรเอกชน)	โรงพยาบาลวังสะพุง			

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสินี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.7 แสดงข้อมูลองค์กรเอกชนที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในเขต จังหวัดชัยภูมิ
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ

ลำดับที่	ชื่อองค์กร	ที่อยู่	หมายเหตุ
1.	ศูนย์มารีย์สงเคราะห์	210 ม. 1 ต. หนองบัวโคก อ. ด่านขุนทด จ. นครราชสีมา โทร 044- 802173 Fax 802173	ดำเนินการร่วมกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ ในพื้นที่ 2 จังหวัด (ชัยภูมิ นครราชสีมา)
2.	โครงการพัฒนาและอนุรักษ์ลำน้ำพรม	ต. ปณ. 12 อ. ภูเขียว จ. ชัยภูมิ 36110 โทร 044- 844939 01- 7656739 Fax 861081	
3.	ชมรมอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์	103 ม. 8 ต. คอนสาร อ. คอนสาร จ. ชัยภูมิ 36180 โทร 044- 876238	
4.	ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอบ้านเขว้า	โรงพยาบาลบ้านเขว้า อ. บ้านเขว้า จ. ชัยภูมิ โทร 044- 839797 Fax 044- 891022	
5.	วัดมะเกลือ	บ้านมะเกลือ ต. บ้านกอก อ. จตุรัส จ. ชัยภูมิ	บำบัดรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยสมุนไพร มีที่พักที่วัด
6.	วัดหนองโสน	บ้านหนองโสน ต. ห้วยยายจิว อ. เทพสถิต จ. ชัยภูมิ	บำบัดรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยสมุนไพร มีที่พักที่วัด
7.	วัดชัยบอน	บ้านชัยบอน ต. ภูแล่นคา อ. บ้านเขว้า จ. ชัยภูมิ	บำบัดรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยสมุนไพร คนไข้เดินทาง ไปกลับ ไม่มีที่พักที่วัด

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสินี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.7 แสดงข้อมูลองค์กรภาครัฐ ที่ดำเนินการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านในเขต จังหวัดชัยภูมิ
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดชัยภูมิ

ลำดับที่	ชื่อองค์กร	ที่อยู่	กิจกรรม
1.	รพ. ชัยภูมิ	ต. ในเมือง อ. เมือง จ. ชัยภูมิ	1. บริการดูแลช่วงกลางวัน (Day Care Service) 2. ติดตามเยี่ยมบ้านในกรณีผู้ป่วยยินยอม 3. ให้การช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจ สังคมโดยกองทุนต่างๆ เช่น กองทุนเอดส์อำเภอ สำนักงานคุ้มครองแรงงานจังหวัด ประชาสงเคราะห์จังหวัด
2.	รพ. คอนสาร	ต. คอนสาร อ. คอนสาร จ. ชัยภูมิ	
3.	รพ. เกษตรสมบูรณ์	อ. เกษตรสมบูรณ์ จ. ชัยภูมิ	
4.	รพ. หนองบัวแดง	ต. หนองบัวแดง อ. หนองบัวแดง จ. ชัยภูมิ	
5.	รพ. ภูเขียว	ต. ผักปัง อ. ภูเขียว จ. ชัยภูมิ	
6.	รพ. บ้านแท่น	ต. บ้านแท่น อ. บ้านแท่น จ. ชัยภูมิ	
7.	รพ. แก้งคร้อ	ต. หนองไผ่ อ. แก้งคร้อ จ. ชัยภูมิ	
8.	รพ. คอนสวรรค์	ต. คอนสวรรค์ อ. คอนสวรรค์ จ. ชัยภูมิ	
9.	รพ. บ้านเขว้า	ต. บ้านเขว้า อ. บ้านเขว้า จ. ชัยภูมิ	
10.	รพ. หนองบัวระเหว	ต. หนองบัวระเหว อ. หนองบัวระเหว จ. ชัยภูมิ	
11.	รพ. ภูคัฒพล	อ. ภูคัฒพล จ. ชัยภูมิ	
12.	รพ. เนินสง่า	อ. เนินสง่า จ. ชัยภูมิ	
13.	รพ. จัตุรัส	ต. บ้านกอก อ. จัตุรัส จ. ชัยภูมิ	
14.	รพ. บำเหน็จณรงค์	อ. บำเหน็จณรงค์ จ. ชัยภูมิ	
15.	รพ. เทพสถิต	อ. เทพสถิต จ. ชัยภูมิ	

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.8 แสดงข้อมูลการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ของภาครัฐและเอกชน จังหวัด หนองบัวลำภู
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์ของโครงการ	กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
1.	โครงการดูแลครอบครัวผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างต่อเนื่องและครบวงจร อำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดหนองบัวลำภู	1. เพื่อจัดบริการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์อย่างต่อเนื่องทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชน 2. เพื่อสร้างเสริมศักยภาพของครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอดส์ให้สามารถดูแลตนเองได้ 3. เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ 4. เพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์	1. จัดกิจกรรมกลุ่ม “เพื่อนช่วยเพื่อน” ในโรงพยาบาลซึ่งสมาชิกกลุ่มประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และญาติ เพื่อให้สมาชิกกลุ่มได้มีโอกาสพบปะ สนทนาแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ถ่ายทอดประสบการณ์ ตลอดจนดูแลด้านจิตใจซึ่งกันและกัน ในขณะเดียวกันโรงพยาบาลก็ให้บริการด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอดส์ 2. จัดบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่ม “เพื่อนช่วยเพื่อน” และผู้ป่วยทั่วไป ตลอดจนติดตามและประเมินผลความก้าวหน้าของกิจกรรมการส่งเสริมอาชีพ และกิจกรรมอื่นๆที่โครงการให้การสนับสนุน 3. ส่งเสริมสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอดส์โดยการจัดอบรม/สัมมนาผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอดส์และญาติ	อยู่ในระหว่างการดำเนินงานยังไม่ได้สรุปผลการดำเนินงาน	อยู่ในระหว่างการดำเนินงานยังไม่ได้สรุปปัญหาและอุปสรรค

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.8 แสดงข้อมูลการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ของภาครัฐและเอกชน จังหวัด หนองบัวลำภู (ต่อ)
ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์โครงการ	กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
			4. จัดกิจกรรมส่งเสริมอาชีพเพื่อเพิ่มรายได้แก่สมาชิกกลุ่ม “เพื่อนช่วยเพื่อน” โดยการจับอบรมหรือฝึกอาชีพที่เหมาะสมแก่ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอดส์หรือสมาชิกครอบครัวหรือญาติ 5. ประสานงานกับส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นและองค์กรเอกชน เพื่อให้มีส่วนร่วมกิจกรรมหรือให้การสนับสนุนโครงการในลักษณะต่างๆเช่น การถ่ายทอดประสบการณ์ การสนับสนุนด้านงบประมาณ เพื่อสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์มีความต่อเนื่องและยั่งยืน		

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.8 แสดงข้อมูลการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ของภาครัฐและเอกชน จังหวัด หนองบัวลำภู (ต่อ)

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์ของโครงการ	กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
2.	โครงการส่งเสริมคุณภาพชีวิตที่ดี แก่แม่และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ผู้รับผิดชอบ โครงการบ้านนิจจานุเคราะห์	1. เพื่อให้ความรู้ให้การศึกษาและการฝึกอบรมแก่ญาติและผู้ปกครองที่ได้รับผลกระทบต่อนักเอดส์ 2. เพื่อส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ติดเชื้อและญาติพี่น้องให้สามารถทำในครอบครัวได้ 3. เพื่อให้การสงเคราะห์ ช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ญาติพี่น้องและเด็กที่ได้รับผลกระทบต่อนักเอดส์	1. จัดประชุมกลุ่ม เรื่องความเข้มแข็งของกลุ่ม และอาชีพที่เหมาะสมกับผู้ติดเชื้อ ติดตามกองทุนต่างๆ 2. อบรมเรื่อง “ การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ “ 3. กิจกรรมเยี่ยมบ้าน	- มีผู้เข้าร่วมกิจกรรมจำนวนมาก ผู้ติดเชื้อ/ญาติ สนใจเข้าร่วมกลุ่ม เพื่อคอยติดตามสถานการณ์ต่างๆ เช่น เรื่องสุขภาพ ยารักษาโรค ปัญหาด้านเศรษฐกิจ ส่วนใหญ่ต้องการมีอาชีพ ต้องการมีงานทำ ระยะที่ผ่านมาโครงการได้สนับสนุน อาชีพให้แก่ผู้ติดเชื้อเอดส์จำนวนมาก และมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กันในกลุ่มเพื่อศึกษาแนวทางในการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับตนเองและครอบครัว - พ่อ แม่ หรือผู้ปกครองได้ทราบถึงสภาวะของตนเอง ของเด็ก และรู้วิธีการปรับตัวต่อการดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสมต่อตนเอง และต่อเด็ก เพื่อให้ผู้ปกครองที่ดูแลเด็กสามารถดูแลเด็กด้วยตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ - การเยี่ยมบ้านทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ มีสภาพจิตใจดีขึ้น มีกำลังใจ สนใจสุขภาพตนเองมากขึ้น	- เรื่องการประชุมกลุ่มปัจจุบันมีครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์อยู่ในการดูแล ทั้งอำเภอเมือง อำเภอนากลาง อำเภอนาวัง จำนวน 120 ครอบครัว ทำให้การปฏิบัติงานของทีมงานภาคสนามทำงานหนัก และยังต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรมจำนวนมาก - เรื่องการอบรมดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ผลของการอบรมที่ได้มานั้นไม่ได้นำมาซึ่งการปฏิบัติจริง เพราะขาดความต่อเนื่องในการดำเนินกิจกรรม ส่วนใหญ่จะพบกันเดือนละ 1 ครั้ง - สำหรับการเยี่ยมบ้าน เจ้าหน้าที่ภาคสนามมีจำกัด แต่จำนวนสมาชิกมีเพิ่มขึ้นทุกวัน - ปัจจุบันมีเด็กจำนวนมากที่ได้รับผลกระทบ ซึ่งต่อไปจะมีจำนวนมากขึ้นหากไม่เตรียมการให้พร้อม

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.8 แสดงข้อมูลการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน ของภาครัฐและเอกชน จังหวัด หนองบัวลำภู (ต่อ)

ที่มา : สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดหนองบัวลำภู

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์ของโครงการ	กิจกรรม	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
3.	โครงการเพื่อนช่วยเพื่อน (กลุ่มภูพานทอง)	1. เพื่อให้มีความรู้ความเข้าใจที่ดีที่ถูกต้องเรื่องโรคเอดส์แก่เพื่อนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน 2. เพื่อจะได้ช่วยเหลือเพื่อนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยกัน 3. เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อสามารถพึ่งพาตนเองได้	1. กิจกรรมประสานงาน • ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานของรัฐทุกหน่วยงาน • ติดต่อประสานงานกับองค์กรเอกชน • ติดต่อกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ 2. กิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ • จัดประชุมกลุ่มผู้ติดเชื้อ • เยี่ยมบ้าน • การให้คำปรึกษา • การขยายกิจกรรมกลุ่มออกไปสู่กลุ่มในระดับตำบล • ให้การช่วยเหลือเพื่อน • ให้การส่งเสริมด้านอาชีพ	ยังอยู่ในระหว่างการรวบรวมและสรุปผลการดำเนินงาน	1. การเดินทางเยี่ยม case ที่อยู่ต่างอำเภอ ค่อนข้างลำบาก 2. อาสาสมัครเยี่ยม case ดำเนินการเยี่ยม case ได้ไม่ต่อเนื่อง เพราะอาสาสมัครบางคนมีอาการทรุดลงบ้าง

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสินี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.9 แสดงข้อมูลโครงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน องค์การหมอไร้พรมแดน- ฝรั่งเศส ปี พ.ศ.2542 จังหวัดสุรินทร์
ที่มา : องค์การหมอไร้พรมแดน-ฝรั่งเศส จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์ของโครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ดำเนินการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
1. เพื่อพัฒนารูปแบบของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านสำหรับผู้ที่เป็นโรคเอดส์ วัณโรค และโรคมะเร็งระยะสุดท้าย 2. เพื่อพัฒนาการดูแลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุม จากโรงพยาบาล สถานีอนามัยและที่บ้าน	• ผู้มีเชื้อมีอาการหรือผู้ป่วยเอดส์ • ผู้ป่วยวัณโรคเรื้อรัง • ผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย	เขตอำเภอเมืองสุรินทร์จำนวน 10 ตำบล ได้แก่ ท่าสว่าง เทศบาล นาบัว นอกเมือง สลักได คอโค แกลใหญ่ ตระแสง นาดี สวาย	1.1 การเยี่ยมบ้าน องค์การหมอไร้พรมแดน ออกเยี่ยมบ้านนับตั้งแต่เริ่มโครงการกระทั่งปี 2542 สถานีอนามัยสลัดไดได้เริ่มเข้าโครงการจึงได้ออกเยี่ยมบ้านร่วมกัน ปี 2542 เมษายน มีสถานีอนามัยเข้าร่วมโครงการอีก 6 แห่ง นอกจากนั้นองค์การหมอไร้พรมแดนยังได้ออกเยี่ยมบ้านเองในตำบลอื่นๆที่ไม่มีสถานีอนามัยออกเยี่ยม เช่น นอกเมือง เทศบาล และบางพื้นที่ในตำบลท่าสว่าง เฉลี่ยออกเยี่ยมผู้ป่วยเดือนละ 56 รายหรือรายละ 2.2 ครั้ง/เดือน ❖ เกณฑ์การรับผู้ป่วยเข้าโครงการมีดังนี้ 1. เป็นผู้ติดเชื้อมีอาการที่มีดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต (Kanofsky score) น้อยกว่า 70 2. เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่มีดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิต (Kanofsky score) น้อยกว่า 70 3. เป็นผู้ป่วยวัณโรค 4. เป็นผู้ป่วยด้วยโรคร้ายแรงที่มีดัชนีชี้วัดคุณภาพชีวิตน้อยกว่า 70 5. เป็นผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส (เพื่อติดตามผลการรักษา) 6. เป็นผู้ป่วยที่กินยาไม่สม่ำเสมอ 7. ผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่มีอาการที่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ❖ บริการที่กลุ่มเป้าหมายได้รับเมื่อเข้าร่วมโครงการดูแลผู้ป่วยที่บ้านมีดังนี้	1. กระบวนการวินิจฉัยโรคยังไม่ได้มาตรฐานเพราะขึ้นอยู่กับผลการเอกซเรย์ ทรวงอกเท่านั้น ไม่มีผลตรวจเสมหะยืนยัน 2. การประสานงานควบคุมวัณโรคของหน่วยงานเกี่ยวข้องยังไม่เพียงพอ 3. การส่งต่อผู้ป่วยเพื่อติดตามรักษาจากโรงพยาบาล สถานีอนามัย และบ้านไม่มีประสิทธิภาพ

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.9 แสดงข้อมูลโครงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน องค์การหมอไร้พรมแดน- ฝรั่งเศส ปี พ.ศ.2542 จังหวัดสุรินทร์ (ต่อ)

ที่มา : องค์การหมอไร้พรมแดน-ฝรั่งเศส จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์ของโครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ดำเนินการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
			❖ บริการทางการแพทย์ ● วินิจฉัยและรักษาโรคหทัยโอกาสและจากการป่วยอื่นๆ ● ติดตามสภาพอาการของผู้ป่วย ● ให้ยาป้องกันโรคหทัยโอกาสบางชนิด เช่น วัณโรค ปอดอักเสบ PCP และโรคเชื้อราขึ้นสมอง ● ประเมินผลข้างเคียงของยา ซึ่งรวมทั้งยาต้านไวรัสและติดตามการกินยาของผู้ป่วย ❖ บริการทางการแพทย์พยาบาล ● ให้การพยาบาลตามอาการ ● ให้การพยาบาลระยะสุดท้าย ● อบรมและสอนการดูแลตนเองให้แก่ผู้ป่วย และผู้ดูแล ❖ บริการให้คำปรึกษา ● ให้การปรึกษาต่อเนื่อง ● ให้การปรึกษาเกี่ยวกับการตาย ● ให้การปรึกษาหลังการสูญเสีย ❖ สนับสนุนทางสังคม- เศรษฐกิจ ● หาทางแก้ไขปัญหาการรังเกียจเหยียดชังที่ดักกันในครอบครัวและชุมชน ● สนับสนุนงบประมาณแก่โครงการเสริมรายได้ขนาดเล็กแก่ผู้ติดเชื้อ/ครอบครัว	

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.9 แสดงข้อมูลโครงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน องค์การหมอไร้พรมแดน- ฝรั่งเศส ปี พ.ศ.2542 จังหวัดสุรินทร์ (ต่อ)
ที่มา : องค์การหมอไร้พรมแดน-ฝรั่งเศส จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์ของโครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ดำเนินการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
			- สนับสนุนอาหารสด/แห้งเพื่อประทังชีวิต ❖ ส่งต่อผู้ป่วยไปยังหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยเหลือด้านต่างๆตามความเหมาะสม นับจากเริ่มโครงการในปี 2539 มีผู้ป่วยได้รับการดูแลจำนวนทั้งสิ้น 177 คน เฉพาะปี 2542 เพียงปีเดียวมีผู้ป่วยได้รับการดูแลจำนวน 63 คน โดยเป็นผู้ป่วยเอดส์ 52 ราย ผู้ป่วยวัณโรค 8 ราย และผู้ป่วยมะเร็งระยะสุดท้าย 3 ราย โรคส่วนใหญ่ที่พบในผู้ป่วยเอดส์โครงการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้แก่วัณโรค กลุ่มโรคติดเชื้อระบบสมองส่วนกลาง กลุ่มอาการ wasting syndrome นอกจากนั้นยังมีโรคอื่นๆ เช่นโรคเชื้อราในช่องปาก PPE เริ่ม ท้องร่วงเฉียบพลัน ไอเรื้อรัง 1.2 ส่งเสริมศักยภาพของสถานีนามัย องค์การ หมอไร้พรมแดน สนับสนุนงบประมาณในการจัดซื้อยา อุปกรณ์ในการทำงาน ค่าน้ำมันเชื้อเพลิงและสิ่งจำเป็นอื่นๆ ในการเยี่ยมบ้านทั้งยังอบรมให้ความรู้ สนับสนุนทางเทคนิคและค่าใช้จ่ายในการเดินทางอบรมสัมมนาตามความเหมาะสม องค์การได้ออกเยี่ยมบ้านร่วมกับสถานีนามัยทั้ง 7 แห่งๆละ 1 ครั้ง ตามตารางการเยี่ยมที่สถานีนามัยกำหนดขึ้น นับตั้งแต่เดือนตุลาคม 2542 เป็นต้นมา องค์การได้แบ่งผู้ป่วยให้สถานีนามัยรับผิดชอบดูแล การติดตามผลการอบรมได้ประเมินขณะออกเยี่ยมบ้านร่วมกับสถานีนามัย การวางแผนเยี่ยมบ้านร่วมกัน	ปัญหาและอุปสรรค ผู้ป่วย 1. ผู้ป่วยมีปัญหาซับซ้อนหลายชั้นเช่นถูกปฏิเสธจากครอบครัว ไม่มีผู้ดูแล ถูกรังเกียจและกีดกันจากชุมชน เช่นเด็กกำพร้าเป็นต้น ไม่มีค่ารถไปโรงพยาบาล ขาดอาหารยังชีพ ฯลฯ 2. ผู้ป่วยเอดส์บางคนไม่ยอมรับการเยี่ยมบ้านเนื่องจากกลัวการ

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.9 แสดงข้อมูลโครงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน องค์การหมอไร้พรมแดน- ฝรั่งเศษ ปี พ.ศ. 2542 จังหวัดสุรินทร์ (ต่อ)

ที่มา : องค์การหมอไร้พรมแดน-ฝรั่งเศษ จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์ของโครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ในการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
			1.3 พัฒนาศักยภาพ ในปี 2542 เป็นต้นมา องค์การหมอไร้พรมแดนได้จัดอบรมพัฒนาทักษะและความรู้เรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน แก่เจ้าหน้าที่สถานีนามัยทั้งที่เข้าร่วมโครงการและที่สนใจรวม 2 ครั้ง ผู้เข้าร่วมอบรมทั้งสิ้น 27 คน และอบรมการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย 1 ครั้ง ผู้เข้าอบรม 12 คน สนับสนุนการจัดอบรมผู้ดูแลและอาสาสมัครสาธารณสุขแก่สถานีนามัย 3 ครั้งรวมผู้เข้าอบรมทั้งสิ้น 61 คน	ถูกรังเกียจเดียดฉันท์ สถานีนามัย 1. เจ้าหน้าที่สถานีนามัยขาดความมั่นใจในทักษะและความรู้ที่ได้รับการอบรม 2. เจ้าหน้าที่สถานีนามัยยังมองหมอไร้พรมแดนเป็นผู้ติดตามมากกว่าเพื่อนร่วมงาน 3. สถานีนามัยบางแห่งกลัวการได้รับเชื้อจากผู้ป่วย 4. ขาดงบประมาณเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โรงพยาบาล ระบบส่งต่อ 1. ขาดข้อมูลจำเป็นในการติดตามดูแลที่บ้านเนื่องจากการสื่อสารระหว่างโรงพยาบาลและสถานีนามัยขาดประสิทธิภาพ 2. ขาดการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่เหมาะสม 3. ขาดการสอนสุขศึกษาและทักษะบางอย่าง

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.9 แสดงข้อมูลโครงการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน องค์การหมอไร้พรมแดน- ฝรั่งเศส ปี พ.ศ.2542 จังหวัดสุรินทร์ (ต่อ)

ที่มา : องค์การหมอไร้พรมแดน-ฝรั่งเศส จังหวัดสุรินทร์

วัตถุประสงค์ของโครงการ	กลุ่มเป้าหมาย	พื้นที่ดำเนินการ	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค
				แก่ผู้ดูแลในกรณีจำหน่ายผู้ป่วยหนัก 4. เจ้าหน้าที่บางคนยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลให้ผู้ ป่วยลังเลใจที่จะกลับมาใช้บริการอีกครั้งหนึ่ง 5. การบริการยังไม่ครอบคลุมอย่างเป็นองค์รวม หน่วยงานสาธารณสุข 1. การทำงานโครงการดูแลผู้ป่วยที่บ้านยังไม่ได้รับการยอมรับและเอาใจใส่เท่าที่ควรจากทั้ง สสอ. เมือง และ สสจ. สุรินทร์ 2. ไม่มีนโยบายและแนวทางปฏิบัติที่ชัดเจนเรื่องการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านระดับสถานีอนามัยซึ่งทำให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเห็นว่าการดูแลผู้ป่วยที่บ้านไม่ใช่งานจำเป็นเร่งด่วน การออกเยี่ยมบ้านร่วมกับโรงพยาบาลสุรินทร์ องค์การหมอไร้พรมแดนได้สนับสนุนยานพาหนะ เวชภัณฑ์และบุคลากรออกเยี่ยมบ้านร่วมกับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลสุรินทร์โดยออกเยี่ยมทุกวันพฤหัสบดี อุปสรรคคือไม่มีเจ้าหน้าที่ออกเยี่ยมประจำ เจ้าหน้าที่ผลัดกันออกเยี่ยมทำให้การติดตามผู้ป่วยเอดส์ไม่ต่อเนื่อง

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.10 แสดงข้อมูลการดำเนินงานด้านเอดส์ องค์กรเอกชน ศูนย์มารีย์สงเคราะห์ หนองบัวโคก ในนามมูลนิธิมารีย์อุปถัมภ์ นครราชสีมา

ที่มา : คณะกรรมการพัฒนาเอกชนด้านเอดส์อีสาน จังหวัดสุรินทร์

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์โครงการ	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
โครงการพัฒนาคุณภาพชีวิต กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์/ครอบครัวใน ชุมชน	1. เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถดำเนิน ชีวิตอยู่ในสังคมและครอบครัวได้ อย่างดี 2. เพื่อให้ครอบครัวผู้ติดเชื้อและ สังคมเกิดการยอมรับเข้าใจและให้ การดูแล 3. เพื่อให้เกิดการประสานงานกับ หน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชนที่ ทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อในทุก ระดับอย่างต่อเนื่องต่อไป	1. ประสานงานทั้งภาครัฐ/เอกชน 2. เยี่ยมบ้านและโรงพยาบาล 3. ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล	1. ประสานการช่วยเหลือทางด้าน อาหารเสริมและทุนการศึกษา สำหรับบุตรผู้ติดเชื้อเอดส์ 2. ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เปิดเผย ตัวเข้าร่วมกิจกรรมร่วมประชุมทุก 2 เดือน การประชุมจะมีการแบ่งปัน ปัญหาต่างๆ แก่กันและกันของ สมาชิก ได้รับรู้ปัญหาของเพื่อน สมาชิก ทำให้ครอบครัวเกิดการยอมรับ และช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์ 3. ผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งมีกำลังใจ กล้า เปิดเผยตนเอง ครอบครัวและชุมชน มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัว ของผู้ติดเชื้อ	1. ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้ สึกหมดหวังไม่มีความมั่นใจในตนเอง ที่จะมีชีวิตอยู่ในสังคม ชุมชนไม่ให้ความสนใจเรื่องเอดส์ 2. ไม่สามารถติดต่อกับสมาชิกที่ ไปทำงานต่างถิ่นได้ ผู้ติดเชื้อบาง รายเปิดเผยเฉพาะกับเพื่อนในกลุ่ม เท่านั้นไม่เปิดเผยกับครอบครัว ผู้ ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นเด็กบาง ครั้งไม่ได้รับยาอย่างต่อเนื่อง 3. การให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ ป่วยเอดส์สามารถทำได้ถ้าผ่าน การฝึกทักษะและมีระบบการส่ง ต่อข้อมูลและสามารถตกลงกับผู้ ติดเชื้อได้	1. ภาครัฐ/เอกชนต้องมีความ พร้อมในการทำงานอย่างต่อเนื่อง 2. ให้คำแนะนำอย่า ตายายที่ ดูแลบุตรหลานเพื่อที่จะได้ดูแล บุตรหลานอย่างถูกต้อง แนะนำ การปฐมพยาบาลเบื้องต้น สร้าง จิตสำนึกของคนในสังคมให้ มีความเห็นใจต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย เอดส์ 3. ควรมีการแนะนำให้บุคคลใน ครอบครัวเข้าใจปัญหาผู้ติดเชื้อ แนะนำแหล่งข้อมูลที่สามารถ ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ให้แก่ครอบครัว ที่ได้รับผลกระทบ

สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน
โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์, 2544

ตารางที่ 3.10 แสดงข้อมูลการดำเนินงานด้านเอดส์ องค์กรเอกชน ศูนย์มารีรียสังเคราะห์ หนองบัวโคก ในนามมูลนิธิมารีรียอุปัถุมภ์ นครราชสีมา(ต่อ)

ที่มา : คณะกรรมการพัฒนาเอกชนด้านเอดส์อีสาน จังหวัดสุรินทร์

ชื่อโครงการ	วัตถุประสงค์ของโครงการ	กิจกรรมการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน	ปัญหาและอุปสรรค	ข้อเสนอแนะ
		4.ด้านสงเคราะห์ (อาหารเสริม ทุนการศึกษา สมทบค่าฌาปนกิจศพ ค่าบัตรสุขภาพ) 5. วันเอดส์โลก	4.ประสานความช่วยเหลือจาก สคต. 5 นครราชสีมา ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ดีใจที่มีหน่วยงานมาให้ความช่วยเหลือ 5. มีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวเข้าร่วมกิจกรรม จำนวน 71 คน	4. เงินทุนมีจำกัด แต่ผู้ติดเชื้อมีจำนวนเพิ่มขึ้น	4.ด้านอาหารเสริมควรจะมีอย่างต่อเนื่อง ควรจะประสานกับหน่วยงานอื่นเพื่อหากองทุนสมทบด้วย 5.การทำงานควรมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเพื่อช่วยให้การทำงานสามารถดำเนินกรได้มีประสิทธิภาพมากขึ้น มีงบประมาณที่เพียงพอ

แผนที่แสดงองค์กรเอกชน/กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



1. จังหวัดสุรินทร์

คณะกรรมการพัฒนาเอกชนด้านเอดส์

องค์การหมอไร้พรมแดนฝรั่งเศส



2. จังหวัดร้อยเอ็ด

องค์การเตือนภัยเอดส์

กลุ่มเพื่อนรักและผูกพัน

มูลนิธิเพื่อนร่วมพัฒนาเซตร้อยเอ็ด

มูลนิธิพัฒนาบุคคล (โครงการเตือนภัยเอดส์)

องค์กรชุมชนด้านภัยเอดส์ เกษตรวิสัย

โครงการงานชุมชนด้านภัยเอดส์ อ.ธวัชบุรี

วัดไตรภูมิคณาจารย์

เครือข่ายผู้นำสตรีด้านภัยเอดส์

กลุ่มพิทักษ์ศักดิ์ศรีโพธิ์ทอง

วัดเจริญราษฎร์

บ้านรวมน้ำใจ

ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข

3. จังหวัดอุดรธานี

ชมรมชีวิตใหม่

กลุ่มเพื่อนอุดรธานี

กลุ่มนิรภัยไทย

กลุ่มมิตรภาพชีวิตใหม่

กลุ่มเกื้อกูล

กลุ่มเกื้อการุณย์

กลุ่มเพื่อนกุดจับ

กลุ่มมุขิตา

กลุ่มสายสัมพันธ์

กลุ่มเอื้ออาทร

องค์การชุมชนด้านภัยเอดส์

บ้านพักใจอุดรธานี

4. จังหวัดอำนาจเจริญ

ศูนย์เพื่อนหญิงอำนาจเจริญ

5. จังหวัดนครราชสีมา

มูลนิธิโรงพยาบาลสูงเนิน

มูลนิธิอาสาสมัครประชาสงเคราะห์

มูลนิธิมารีย์อุปถัมภ์

6. จังหวัดศรีสะเกษ

สมาคมหมอลำ

สมาคมสิทธิเสรีภาพประชาชน

10. จังหวัดมหาสารคาม

มูลนิธิป้องกันโรคเอดส์

องค์กรศิลปินเพื่อพัฒนาชนบท

ชมรมร่วมใจด้านภัยเอดส์

11. จังหวัดชัยภูมิ

ศูนย์มารีสังเคราะห์

โครงการพัฒนาและอนุรักษ์ลำน้ำพรม

ชมรมอาสาสมัครช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์

ชมรมอาสาสมัครสาธารณสุขบ้านเขว้า

วัดมะเกลือ

วัดหนองโบสถ์

วัดชัยบอน

12. จังหวัดหนองบัวลำภู

โครงการบ้านนิจจานุเคราะห์

กลุ่มภูพานทอง



14. จังหวัดกาฬสินธุ์

กลุ่มดอกหญ้า

ชมรมสื่อสารมวลชนสาธารณสุข

ชมรมผู้สูงอายุ อ.กุฉินารายณ์

กลุ่มกัลยาณมิตร

สหกรณ์ผู้ใช้น้ำยางตลาด



15. จังหวัดขอนแก่น

กลุ่ม NGOs แม่

มิสซังโรมันคาทอลิกอุดรธานี (บ้านนิรมล)

มูลนิธิไทยอาทร

Plan International Thailand

ศูนย์พัฒนาหมู่บ้านชนบทผสมผสานอำเภอบ้านไผ่

มูลนิธิวิจัยและพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

AIDSNET

NGOs ที่เกิดจากการรวมตัวกันในชุมชน

มูลนิธิน้ำพองพัฒนาคุณภาพชีวิต

มูลนิธิพัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน

กลุ่มชนคนชุมแพ

กลุ่มชนสนใจด้านภัยเอดส์

เครือข่ายสหชุมชนนครขอนแก่น

โครงการชุมชนรักชีวิต รักสุขภาพ อ.พล

มูลนิธิน่านไม้ประสานใจด้านภัยเอดส์

กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภาคอีสาน

กลุ่มเพื่อนขอนแก่น

กลุ่มเพื่อนหนองเรือ

กลุ่มโลกใบใหม่ อ.ภูเวียง

กลุ่มเพื่อนชุมแพ

กลุ่มเป็อยน้อย

กลุ่มเพื่อนน้ำพอง

กลุ่มความหวังและรอยยิ้ม

เหล่ากาชาดจังหวัดขอนแก่น

