

รูปแบบการพัฒนาสุขภาวะชุมชนในระบบการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน

จินดารัตน์ ชัยอาจ, พย.ด*

พนิดา จันทโสภีพันธ์, พย.ด*

โรจน์ จินตนาวัฒน์, พย.ด**

สุทธาพิชญ์ อุลลาบัติ, พย.ม**

ณัฐกาญจน์ สุรภักดี, ศษ.ม***

อัมพิกา สุวรรณบุตร, วท.บ****

บทคัดย่อ : วัตถุประสงค์ของการวิจัย: เพื่อพัฒนารูปแบบการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบ โดยอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการจัดการปัญหา

การออกแบบวิจัย: การวิจัยเชิงพัฒนา (Developmental research)

วิธีดำเนินการวิจัย: ผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย ผู้บริหารภาครัฐและเอกชน รวมถึงบุคลากรในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง การเก็บรวบรวมข้อมูลได้จาก 1) เอกสารเกี่ยวกับการจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้สุขภาวะชุมชน 2) แบบสอบถามเกี่ยวกับระบบการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้ที่ได้รับผลกระทบ และ 3) การสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง นำมาสังเคราะห์ความรู้เป็นรูปแบบการจัดการดูแล หลังจากนั้นตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการดูแล โดยประชุมระดมความคิดจากผู้เชี่ยวชาญและตัวแทนจากชุมชน

ผลการวิจัย: รูปแบบการจัดการที่ได้ ประกอบด้วย 4 องค์ประกอบดังนี้

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ เกิดจากการตระหนักถึงความสำคัญของปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นทำให้คนในชุมชนร่วมกันตัดสินใจดำเนินการเพื่อแก้ไขปัญหา

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการทำงานในชุมชนประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมของชุมชน 2) ความเห็นใจอยากช่วยเหลือ 3) การพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อ และ 4) การมีภาคีเครือข่าย และการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน

3. การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ต่อผู้ป่วยในด้านร่างกาย จิตใจ เศรษฐกิจ และสังคม ส่วนผู้ได้รับผลกระทบ ได้รับประโยชน์ในด้านเศรษฐกิจ และการยอมรับจากสังคม ประโยชน์ที่เกิดกับชุมชนได้แก่ มีการจัดการดูแลที่เป็นระบบ และเกิดการดูแลช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการยอมรับผู้ป่วยมากขึ้น

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ได้แก่ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การติดตามประเมินผล และการปฏิบัติใหม่เพื่อทำให้งานดีขึ้น

ข้อเสนอแนะ: รูปแบบการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบ ในจังหวัดเขตภาคเหนือตอนบนอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นสำคัญ แต่ผลลัพธ์บางส่วนอาจจะยังไม่เห็นผลเป็นรูปธรรมชัดเจน จำเป็นที่จะต้องมีการทำงานที่มีการบูรณาการให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีมากขึ้นต่อไป

วารสารสภาการพยาบาล 2556; 28(2) 123-133

คำสำคัญ: ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เอดส์ รูปแบบการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี เอดส์ ภาคเหนือตอนบน

*ผู้เขียนหลัก อาจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ e-mail : sudaratc@chiangmai.ac.th

**ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

***นักวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

****เจ้าหน้าที่บริหารงานวิจัย คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขที่สำคัญ ถึงแม้ว่าจะมีการณรงค์ป้องกันและควบคุมการติดเชื้อมาเป็นเวลานานหลายปีแต่ยังพบว่ามีความเสี่ยงผู้ติดเชื้อในอัตราที่สูงอยู่ จากข้อมูลของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อเปรียบเทียบกับพื้นที่ภาคอื่น ในภาคเหนือมีแนวโน้มของอัตราป่วยในพื้นที่สูงสุด¹ จำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในภาคเหนือตั้งแต่ปี 2527 ถึงเดือนมีนาคม 2553 มีจำนวนผู้ป่วย 83,687 ราย เป็นเพศชาย 55,482 ราย และเพศหญิง 28,205 ราย และมีผู้เสียชีวิตไปแล้ว 33,982 ราย โดยพบว่าจังหวัดที่มีอัตราป่วยต่อแสนประชากรของผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด ได้แก่ จังหวัดพะเยา รองลงมาคือ จังหวัดเชียงราย ลำปาง ลำพูน เชียงใหม่ แพร่ และน่าน ตามลำดับ สาเหตุการติดเชื้อส่วนใหญ่มาจากเพศสัมพันธ์ และการติดเชื้อจากมารดา สำหรับกลุ่มอายุที่พบมากที่สุด อยู่ระหว่าง 30-34 ปี รองลงมาคือ 25-29 ปี คิดเป็นร้อยละ 24.22 และ 22.30 ตามลำดับ²

จากการระบาดของโรคเอดส์ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวหลายประการ ด้านสุขภาพอนามัยทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สำหรับครอบครัวของผู้ติดเชื้อก็พยายามปกปิดความจริงด้วยเนื่องจากกลัวถูกสังคมรังเกียจและส่งผลกระทบต่อดำรงชีวิตประจำวันตั้งแต่การประกอบอาชีพ รายได้ของครอบครัวในระยะยาวสำหรับทัศนคติของคนในสังคมยังคงเป็นปัญหาทำให้ผู้ติดเชื้อถูกรังเกียจและถูกเลือกปฏิบัติในรูปแบบต่าง ๆ ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับผลกระทบ เช่น ผู้สูงอายุต้องรับภาระเลี้ยงดูเด็กที่พ่อแม่เสียชีวิต จึงทำให้เป็นภาระหนักและส่งผลให้ผู้สูงอายุเกิดภาวะเครียดและมี

สุขภาพที่เสื่อมโทรม³ สำหรับเด็กจะต้องกลายเป็นเด็กกำพร้า มีปัญหาด้านจิตอารมณ์ อาจเกิดปัญหาการอยู่ร่วมในสังคม เพราะอาจถูกรังเกียจ ครอบครัวยุติธรรมต้องมีภาระค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้น⁴

ในเขตภาคเหนือได้มีการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับจังหวัดโดยยึดถือเอาแผนเอดส์ชาตินับปีที่ 10 เป็นแนวทางเพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยที่องค์กร/กลุ่มบุคคลที่ขับเคลื่อนนโยบายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ ดังต่อไปนี้ 1) เครือข่ายการทำงานขององค์กรภาครัฐ เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำนักงานแรงงานและสวัสดิการสังคม โรงพยาบาล และสถานีนอนมัย 2) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้แก่ เทศบาล และ องค์การบริหารส่วนตำบล 3) องค์กรภาคเอกชน และ 4) เครือข่ายผู้ติดเชื้อ ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน⁵

จากการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ปัญหาสุขภาพในชุมชนเขตภาคเหนือตอนบนพบว่า การติดเชื้อเอช ไอ วีเป็นปัญหาที่สำคัญในชุมชน บางพื้นที่ยังมีการรายงานผู้ป่วยติดเชื้อรายใหม่ การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เยาวชนในชุมชนมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม แต่ก็มีระบบการจัดการดูแลแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบ ส่งผลให้มีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดี มีสภาพจิตใจที่ดีขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ สำหรับชุมชนมีการยอมรับไม่รังเกียจ และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้น^{6,7,8} ในบางพื้นที่มีรูปแบบการจัดการที่เห็น

ผลลัพธ์ที่ดี ซึ่งสามารถเป็นรูปแบบที่ตัวอย่างได้ สำหรับบางพื้นที่อาจจะยังมียุทธศาสตร์การจัดการที่ยังไม่เป็นรูปธรรม และยังไม่เห็นผลลัพธ์ชัดเจน ดังนั้น ผู้วิจัยจึงตระหนักถึงความสำคัญในการศึกษารูปแบบ การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบในชุมชน เพื่อนำมาพัฒนาให้มีรูปแบบการจัดการที่สอดคล้อง กับวัฒนธรรมชุมชน ทรัพยากรที่มีอยู่ และเน้นการมี การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นหลัก เพื่อให้มีการดูแล ผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบมีประสิทธิภาพ และ ทำให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนต่อไป

กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา โดย เก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสารเกี่ยวกับการจัดการ ความรู้และการสร้างองค์ความรู้สู่ภาวะชุมชน การ สอบถามเกี่ยวกับระบบการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ และ ผู้ที่ได้รับผลกระทบ และ การสัมภาษณ์เชิงลึกจาก ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้อง โดยอาศัยคำถามพัฒนาจาก แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation) โดยเป็นกระบวนการซึ่งชุมชนเข้ามา มีส่วนเกี่ยวข้องในขั้นตอนต่าง ๆ ของกิจกรรมของ ส่วนรวม โดยขั้นตอนการมีส่วนร่วมประกอบด้วย 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหา 2) การมีส่วนร่วมในการ วางแผน 3) การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน 4) การ มีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ และ 5) การมีส่วน ร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน⁹ หลังจากนั้น นำมาสังเคราะห์ความรู้เป็นรูปแบบการจัดการดูแล หลังจากนั้นตรวจสอบความเหมาะสมของรูปแบบการ ดูแล โดยประชุมระดมความคิดจากผู้เชี่ยวชาญและ ตัวแทนจากชุมชน⁹

วัตถุประสงค์การวิจัย

1. เพื่อพัฒนารูปแบบระบบการจัดการดูแล ผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบ ในชุมชนเขตภาคเหนือตอนบน

วิธีดำเนินการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงพัฒนา (developmental research) โดยแบ่งการศึกษาเป็น 2 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1: พัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในพื้นที่ภาค เหนือตอนบน

กลุ่มตัวอย่าง เลือกตำบลตัวอย่างแบบเฉพาะ เจาะจง โดยพิจารณาข้อมูลจากเอกสารการจัดการ ความรู้และการสร้างองค์ความรู้สู่ภาวะชุมชน จำนวน 18 กรณีศึกษาในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน และจากการใช้แบบสอบถามผู้บริหารภาครัฐและ เอกชนรวมทั้งบุคลากรในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้อง กับการดำเนิน งานเกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ คัดเลือกมาได้ 3 ตำบล ได้แก่ 1) ตำบลช่วงเปา อำเภอมองทอง จังหวัดเชียงใหม่ 2) ตำบลแม่แก้ว อำเภอสบปราบ จังหวัดลำปาง และ 3) ตำบล หุ้งกล้วย กิ่งอำเภอกู่ซาง จังหวัดพะเยา ผู้ให้ ข้อมูลประกอบด้วยผู้บริหารภาครัฐและเอกชน รวมทั้งบุคลากรในชุมชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการ ดำเนินงานการจัดการระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์เช่น ผู้นำท้องถิ่น บุคลากรสุขภาพ อสม. ผู้ติดเชื้อ ผู้ที่ได้รับผลกระทบ และกลุ่มเยาวชน รวมทั้งหมดจำนวน 27 คน

ระยะที่ 2: ตรวจสอบความถูกต้องและ ความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้

ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน โดยการประชุมระดมความคิดเห็นจากบุคลากรสุขภาพที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ในการปฏิบัติงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ โดยในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ผู้เชี่ยวชาญ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ พยาบาลวิชาชีพจากโรงพยาบาลชุมชน ตัวแทนจากพื้นที่ ได้แก่ ผู้บริหารองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนจากองค์การบริหารส่วนตำบลที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการจัดการระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ประธานชมรมผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์และคณะกรรมการดำเนินงาน รวมทั้งหมด 9 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย ได้แก่ แนวคำถามการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์สำหรับผู้ปฏิบัติงานในระดับบริหารและปฏิบัติการ พัฒนาโดยผู้วิจัยจากแนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน (community participation)⁹ ซึ่งครอบคลุมประเด็นการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดการระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ประกอบด้วยคำถาม เช่น ในระยะที่ 1 จะสอบถามเกี่ยวกับ ที่มาของปัญหา ความสำคัญของการจัดการปัญหาต่อชุมชน ที่มาของการจัดตั้งชมรมหรือกลุ่ม การปฏิบัติงาน และการบริหารทรัพยากร รวมทั้งการมีส่วนร่วมของประชาชนในตำบล ปัจจัยที่ช่วยให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จ อุปสรรคของการดำเนินงานและการแก้ไขความยั่งยืนของการจัดการปัญหา และเครือข่ายของการดำเนินงาน เป็นต้น

สำหรับในระยะที่ 2 แนวคำถามการสนทนากลุ่มเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ที่สมบูรณ์ และสอดคล้องกับบริบทของภาคเหนือตอนบน เป็นต้น

วิธีการรวบรวมข้อมูล

ระยะที่ 1: การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ โดยสังเคราะห์ความรู้การจัดการการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์จากเอกสารการจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้สุขภาพชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน และเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสำรวจพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง ทำการสนทนากลุ่มผู้ให้ข้อมูลที่มีส่วนเกี่ยวข้อง และทำการสัมภาษณ์เชิงลึกกลุ่มผู้ให้ข้อมูล เพื่อความสมบูรณ์ของข้อมูล โดยมีการอนุญาตในการบันทึกเทป มีการบันทึกข้อมูลจากการสนทนาโดยที่มิวิจัยเป็นผู้บันทึก และถอดเทปการสนทนา แต่ไม่มีการระบุชื่อของผู้ให้ข้อมูล มีการนำเสนอในภาพรวมจากพื้นที่ที่เก็บข้อมูล โดยมีการสัมภาษณ์ในแต่ละกลุ่มย่อย เช่น กลุ่ม อสม. กลุ่มผู้ติดเชื้อ นายกอบต. พยาบาลวิชาชีพ และสัมภาษณ์รวมทั้งหมดในบางพื้นที่ นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ประเด็นการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้ที่ได้รับผลกระทบ หลังจากนั้นพัฒนา “ร่าง” รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน เพื่อนำเสนอผู้ตรวจสอบความถูกต้องและความสมบูรณ์

ระยะที่ 2: จัดประชุมผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ และประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ รวมทั้งผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ติดเชื้อและที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ทั้งในพื้นที่และนอกพื้นที่กลุ่มตัวอย่าง เพื่อสะท้อนข้อมูล และนำเสนอรูปแบบการจัดการระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์รวมทั้งรับฟังข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพื่อนำมาแก้ไขปรับปรุงให้ถูกต้อง สมบูรณ์และสอดคล้องกับบริบทพื้นที่ภาคเหนือตอนบน

การวิเคราะห์ข้อมูล

ข้อมูลที่ได้จากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเนื้อหาและนำมาเป็นข้อมูลที่สังเคราะห์ได้ไปพัฒนารูปแบบการจัดการระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน

ผลการวิจัย

การสังเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการรวบรวมข้อมูล และการตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของรูปแบบการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบในเขตชุมชนภาคเหนือตอนบน โดยอาศัยแนวคิดการมีส่วนร่วมในชุมชน มีข้อสรุปในการพัฒนารูปแบบในแต่ละระยะดังนี้

ระยะที่ 1 การพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ผลการวิจัยพบว่ารูปแบบการดูแลประกอบไปด้วย 4 กระบวนการดังนี้ การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการ การมีส่วนร่วมในการรับผลจากกิจกรรม และการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเป็นขั้นตอนแรกในการที่ชุมชนร่วมในการค้นหาปัญหาของชุมชน

จากสถานการณ์การแพร่กระจายเชื้อเอดส์ การตายจากโรคเอดส์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคเอดส์เป็นจุดเริ่มต้นที่สำคัญที่ทำให้ชุมชนเริ่มให้ความสนใจและให้ความสนใจต่อการจัดการดูแลในชุมชนของตนเอง จำเป็นต้องมีการสร้างความเข้าใจให้เกิดขึ้นและต้องการให้อยู่ร่วมกันได้ มองว่าโรคเอดส์ไม่ใช่โรคที่น่ารังเกียจแต่สามารถป้องกันได้ บางกลุ่มคนในชุมชนเริ่มตระหนักถึงความสำคัญและมีความเห็นอกเห็นใจต้องการที่จะช่วยเหลือผู้ป่วยเนื่องจากเห็นผลกระทบด้านจิตใจที่เกิดขึ้นจากความรังเกียจของคนในชุมชนต่อผู้ป่วย การสร้างความตระหนัก เกิดจากการมีบุคคลตั้งต้นในชุมชนได้แจ้งประกาศ หรือประชาสัมพันธ์ให้แกนนำ/ผู้นำ และคนในชุมชนทราบเกี่ยวกับปัญหาพร้อมทั้งแสดงตัวเลขสถิติต่างๆ เช่น จำนวนผู้ติดเชื้อในชุมชน การนำเสนอผลงานในการช่วยเหลือให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน ทำให้เกิดความตระหนัก และสร้างความรู้สึกร่วมกันช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ซึ่งต้องเป็นการช่วยเหลือซึ่งกันและกันจากคนในชุมชนด้วยกัน

2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนและดำเนินการในการมีส่วนร่วมของขั้นตอนการวางแผน ชุมชนได้มีการกำหนดวิธีการและแนวทางการพัฒนาและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน รวมทั้งการใช้ทรัพยากรในชุมชน ซึ่งมีกระบวนการขับเคลื่อนการดำเนินงานโดยมีอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน การมีใจอยากช่วยเหลือ การพัฒนาศักยภาพของผู้ติดเชื้อ และการมีภาคีเครือข่าย มีการใช้แหล่งประโยชน์ในชุมชน ได้แก่ ศูนย์ทางสังคม และระบบย่อยต่าง ๆ โดยทุนในชุมชน ได้แก่ ทุนคน ทุนภูมิปัญญา และทุนทรัพยากรส่วนระบบย่อยในชุมชน ได้แก่ ระบบการจัดการโรคเรื้อรัง ระบบสวัสดิการ และระบบเศรษฐกิจชุมชน

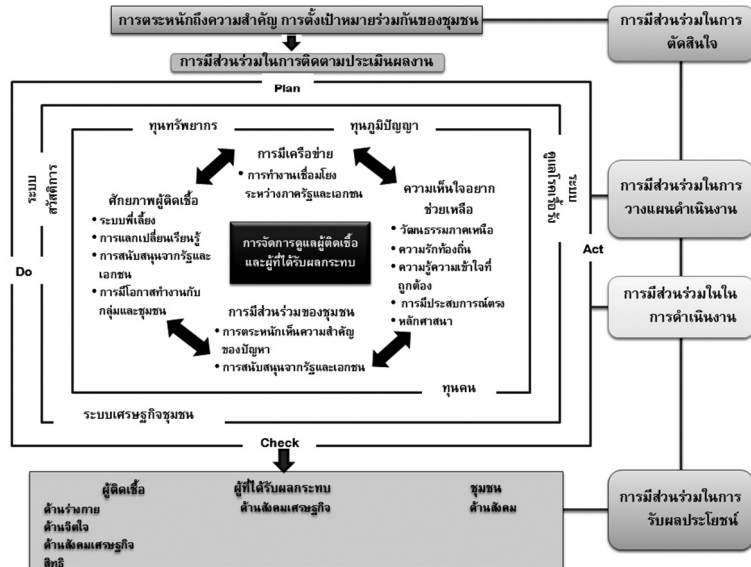
3. การมีส่วนร่วมในการรับผลจากกิจกรรม ด้านสุขภาพร่างกายและจิต ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพร่างกายที่แข็งแรง มีการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลง มีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นในด้านสังคม ผู้ติดเชื้อมีการเปิดเผยตัวมากขึ้น สำหรับด้านเศรษฐกิจ ได้รับการช่วยเหลือทางด้านเศรษฐกิจมากขึ้น ส่วนด้านสิทธิผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อในชุมชนได้รับการพิทักษ์และคุ้มครองสิทธิ เช่น การไม่ถูกละเมิด การไม่ถูกกระทำจากสังคม การเข้าถึงสิทธิจากระบบบริการสุขภาพ เช่นการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น สำหรับผู้ที่ได้รับผลกระทบ เช่น บุตร หรือ บิดา มารดาของผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต ผลที่เกิดขึ้นที่เป็นรูปธรรม ได้แก่ ด้านสังคม ผู้ที่ได้รับผลกระทบสามารถดำเนินชีวิตร่วมกับชุมชนได้ ในด้านเศรษฐกิจก็ได้รับการสนับสนุนช่วยเหลือเช่นกัน ส่วนประโยชน์โดยตรงที่ชุมชนได้รับ คือ ชุมชนมีกลไกของการอาสาสมัครในชุมชน ซึ่งประกอบไปด้วยอาสาสมัครที่เป็นคนของชุมชนที่มีใจรักในการทำงานด้านเอดส์ และอาสาสมัครที่เป็นผู้ติดเชื้อที่ทำงานในรูปเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ทำให้ชุมชนเกิดจิตสำนึกและตระหนักต่อการแก้ไขปัญหเอดส์

4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน ชุมชนมีการประเมินผลการดำเนินงานในการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบ มีการตรวจสอบว่ามีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง หากไม่สามารถบรรลุเป้าหมายได้ก็ต้องมองหาวิธีการปฏิบัติใหม่หรือใช้ความพยายามให้มากขึ้นกว่าเดิม มีการประเมินและปรับปรุง โดยประเมินผลงานที่ได้จากการตรวจสอบกลับมาวิเคราะห์

จุดอ่อนจุดแข็งในการดำเนินการวิธีการทำงานแบบใดที่เป็นจุดเด่นเป็นข้อดีต้องคงไว้วิธีการทำงานใดที่เป็นจุดอ่อนซึ่งต้องนำมาปรับปรุงแก้ไขแล้วนำไปวางแผนการทำงานต่อไป ในขั้นตอนนี้คณะทำงานมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานซึ่งกันและกัน

ระยะที่ 2 การตรวจสอบความถูกต้องและความเหมาะสมของรูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน จากการนำเสนอรูปแบบดังกล่าวให้กับผู้ทรงคุณวุฒิและผู้แทนจากพื้นที่ซึ่งเป็นผู้ที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบ มีข้อสรุปเห็นด้วยกับรูปแบบที่นำเสนอ โดยมีข้อเสนอแนะว่าในกระบวนการของการมีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินงานนั้น กิจกรรมที่เกิดขึ้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน จึงเพิ่มเติมรูปแบบโดยการทำเครื่องหมายลูกศรสองทิศทาง และในการมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน มีรูปแบบของการใช้หลักการควบคุมคุณภาพการดำเนินงาน กล่าวคือเมื่อวางแผนการดำเนินงานแล้วจึงปฏิบัติตามแผน มีการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ตามแผนที่วางไว้ มีการตรวจสอบผลการการทำงานที่ได้ดำเนินการไปแล้วด้วยการหารือร่วมกันในหมู่คณะทำงาน เพื่อสรุปผลการดำเนินงานเพื่อทบทวนสิ่งที่ได้ดำเนินการ และไต่ตรองถึงบทเรียนเพื่อปรับปรุงการทำงาน (Plan DO Check ACT) จึงได้เพิ่มเติมกระบวนการนี้เข้าไปในรูปแบบ

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่จังหวัดเขตภาคเหนือตอนบน ดังแสดงในภาพที่ 1



ภาพที่ 1 รูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบในพื้นที่จังหวัดเขตภาคเหนือตอนบน

การอภิปรายผล

รูปแบบการจัดการดูแลผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี/เอ็ดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบในเขตภาคเหนือตอนบน พบว่าสิ่งที่เป็จุดแข็งในการที่ทำให้การจัดการมีความยั่งยืน และสามารถดำเนินการโดยชุมชนเป็นหลักลำคัญ ได้แก่ การตระหนักถึงความสำคัญของผู้ที่ได้รับผลกระทบ การมีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินงาน และการมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ โดยขั้นตอนที่มีความสำคัญได้แก่ การร่วมวางแผน และการร่วมดำเนินงาน ซึ่งอาศัยปัจจัยต่างๆ ที่สำคัญดังนี้

การมีใจอยากช่วยเหลือ หรือความเอื้ออาทรที่คนในชุมชนมีต่อผู้ติดเชื้อ เป็นกลไกสำคัญที่ทำให้คนในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการดูแล ความเอื้ออาทรและมีใจอยากช่วยเหลือเป็นสิ่งที่มียอยู่ในบุคคลที่ถูกหล่อหลอมมาจากวัฒนธรรมในชุมชนนั้นๆ ซึ่งถือว่าเป็นคุณลักษณะเด่นประการหนึ่งของคนในพื้นที่ภาคเหนือ ส่วนหนึ่งอาจจะเนื่องมาจากอิทธิพล

ของหลักศาสนา จะเห็นได้จากในบางแห่ง มีการจัดตั้งกลุ่มผู้ช่วยเหลือจากการใช้แนวทางหรือหลักทางศาสนาเข้ามาเป็นที่ตั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของประณีต ส่วงวัฒนา สิริลักษณ์ จันเทร์มะ และ ขวัญตา บาลทิพย์ (2544)¹⁰ ที่ศึกษาการพัฒนากระบวนการดูแลผู้ติดเชื้อในภาคใต้ของประเทศไทย พบว่า การช่วยเหลือด้วยใจเป็นกลยุทธ์อันหนึ่งในการดูแลและการทำงานประสานความร่วมมือระหว่างกัน รูปแบบการทำงานด้านการป้องกันการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในชุมชน จะได้ผลดีต้องเกิดจากชุมชนริเริ่มและร่วมกันทำงานโดยชุมชนเอง งานวิจัยพบว่าการใช้อาสาสมัครในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการขับเคลื่อนรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อเอช ไอ วี ในชุมชน เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพมาก และชุมชนให้การตอบรับ และให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี¹¹

การทำงานร่วมประสานกันระหว่างชุมชน และการสนับสนุนจากภาครัฐและเอกชน หรือจากกองทุนหรือมูลนิธิต่างๆ การทำงานประสานร่วมกันหลายฝ่าย ทำให้การจัดการเป็นไปในทิศทางเดียวกัน ลดความ

ซ้ำซ้อนของการจัดการดูแล ถึงแม้จะมีการจัดตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อ และมีชมรมผู้ติดเชื้อในระดับตำบล หมู่บ้าน และจังหวัด ซึ่งเป็นการรวมตัวของผู้ติดเชื้อ ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ แต่ยังคงต้องอาศัยการสนับสนุนจากหลายฝ่าย เพื่อเป็นการสร้างความเข้มแข็งของระบบ และที่สำคัญทำให้เกิดการดำเนินงานโดยการมีส่วนร่วมซึ่งชุมชน เช่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีบทบาทในการแก้ไขปัญหาด้านการดูแลส่งเสริมผู้ติดเชื้อโดยการจัดสรรเบี้ยยังชีพ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ได้แก่ เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) มีการดูแลเรื่องสวัสดิการเบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์โดย ปัจจุบัน อปท. สนับสนุนเบี้ยยังชีพแก่ผู้ติดเชื้อรายละ 500 บาท¹² การดำเนินโครงการส่วนใหญ่เริ่มมาจากภาครัฐ เป็นโครงการที่เน้นการดูแลครบวงจร นอกจากนี้ กิจกรรมที่ทำในชุมชน มีการเริ่มสร้างด้วยตนเอง เช่น กลุ่มช่วยเหลือตนเองระหว่างผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง หรือจากกลุ่มในชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์¹⁰

การมีเครือข่ายระหว่างกันทำให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ ในการจัดการดูแล และยังทำให้มีศักยภาพในการดำเนินการต่างๆ หรือนำเสนอข้อเสนอนะ ข้อคิดเห็นต่างๆ เนื่องจากได้มาจากกลุ่ม ไม่ใช่เฉพาะของบุคคล ซึ่งอาจจะทำให้มีพลังในการแสดงให้สังคมได้ตระหนักเห็นความสำคัญ สำหรับผู้ติดเชื้อเอง การได้ทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายส่งผลให้เกิดการสนับสนุนให้กำลังใจซึ่งกันและกัน กล้าที่จะเปิดเผยตัวมากขึ้น ซึ่งการเปิดเผยตัวทำให้ได้รับโอกาสในการรับรู้ข่าวสาร และผลประโยชน์อื่นๆ ได้อีก การมีเครือข่ายยังส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของผู้ติดเชื้อ ให้มีความสามารถในด้านต่างๆ และสามารถก่อ

ประโยชน์ให้กับสังคมส่วนรวมในการนำประสบการณ์ของตนเองมาช่วยเหลือในการณรงค์ป้องกันการแพร่กระจายของโรคในกลุ่มต่างๆ ตัวผู้ติดเชื้อรู้สึกมีคุณค่าในตนเองและมีกำลังใจที่จะอยู่ต่อสู้กับโรคที่เป็นอยู่

การพัฒนาศักยภาพของผู้ติดเชื้อเป็นหัวใจสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้มีการดำเนินการโดยผู้ติดเชื้อจากการศึกษาศักยภาพของแกนนำผู้ติดเชื้อพบว่า มีศักยภาพตามบทบาทหน้าที่อยู่ในระดับสูง โดยเป็นหน้าที่ในการให้คำปรึกษา การปฏิบัติตัว การเยี่ยมบ้าน และมีศักยภาพในด้านการประสานงานในระดับปานกลาง¹³ การรวมกลุ่มหรือชมรมที่มีเครือข่ายในระดับต่างๆ เป็นการเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อได้แสดงความสามารถของตนเองในการร่วมดำเนินกิจกรรมของกลุ่ม การที่ผู้ติดเชื้อได้มีโอกาสทำงานเป็นกลุ่มร่วมกับผู้อื่นในชุมชน เป็นการกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อกล้าที่จะแสดงความคิดเห็น ลงมือปฏิบัติ และเรียนรู้การทำงาน เนื่องจากการมีกลุ่มหรือเครือข่ายจะช่วยสร้างให้เกิดการสนับสนุนช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจ จึงอาจเกิดแรงผลักดันให้ผู้ติดเชื้อลุกขึ้นมาต่อสู้เพื่อผลประโยชน์ของกลุ่มตนเอง และเพื่อให้มีการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องเหมาะสมให้เกิดกับชุมชน และทำให้เกิดการยอมรับ ไม่ถูกกีดกันหรือแบ่งแยกจากคนในชุมชน ทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดี

ผลจากการศึกษารูปแบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี/เอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบ ทำให้มองเห็นความสำคัญของการแก้ไขปัญหาโดยชุมชน และการทำงานอย่างมีส่วนร่วมจากหลายภาคส่วน ชุมชนมีบทบาทที่เด่นชัดในการช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตที่ดีขึ้น โดยมีการสร้างเข้าใจให้ชุมชนมีการยอมรับผู้ติดเชื้อ และการมีกิจกรรมส่งเสริมผู้ติดเชื้อด้วยกัน ทำให้ผู้ติดเชื้อมีกำลังใจต่อสู้ชีวิตอยู่ในสังคม

อย่างมีคุณค่าและไม่เป็นภาระของสังคม การที่ชุมชนเข้ามาเป็นเจ้าของปัญหาอย่างแท้จริงและเข้ามารับผิดชอบการแก้ไขปัญหาโดยมีแกนนำในการจัดการ และได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานในพื้นที่เป็นการสร้างกลไกการแก้ไขปัญหาที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่าย การแก้ไขโดยชุมชนทำให้ชุมชนได้เรียนรู้ร่วมกัน ซึ่งเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ เป็นภูมิคุ้มกันทางสังคมให้ชุมชนอยู่รอดและพัฒนาอย่างยั่งยืนการแก้ไขปัญหาในชุมชนควรมีการจัดการที่มีการแก้ไขแบบเบ็ดเสร็จที่ชุมชน โดยชุมชนเป็นเจ้าของในรูปแบบเครือข่ายแก้ปัญหาที่ร่วมมือและสนับสนุนกับฝ่ายต่าง ๆ ทำให้ชุมชนมีวิธีการจัดการกับปัญหาของตนเองอย่างเหมาะสม โดยอาจไม่ต้องมีรูปแบบอย่างเดียวกัน การเริ่มต้นอาจเริ่มจากส่วนหนึ่งส่วนใดในชุมชน เป็นผู้ริเริ่ม เช่น พระ/ผู้นำศาสนา กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

จากศึกษาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบในชุมชน ผู้วิจัยขอเสนอแนะดังต่อไปนี้

1. การแก้ไขปัญหาทางด้านเอดส์ในชุมชนอย่างบูรณาการโดยชุมชนทำงานร่วมมือกับหลายฝ่ายอย่างจริงจังและเป็นระบบโดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการสังคม สุขภาพ และ เศรษฐกิจ ตลอดจนการนำเอาภูมิปัญญาท้องถิ่น และบริบททางวัฒนธรรมของภาคเหนือตอนบนมาใช้ในการดำเนินงาน มีการจัดสรรงบประมาณและการระดมทุนจากภายนอกช่วยเหลืออย่างเป็นระบบ

2. การดำเนินงานด้านเอดส์อย่างต่อเนื่องชุมชนเหล่านี้ควรกลับมาทบทวนปัญหาเอดส์ในชุมชนของตนอีกครั้ง และหาแนวทางในการป้องกันโรคเอดส์ในชุมชนของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การป้องกัน “ผู้ติดเชื้อเอดส์หน้าใหม่” ซึ่งสถานการณ์การ

ติดเชื้อยังถือว่าเป็นห่วงเนื่องจากปัจจุบันยังคงมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นและในจำนวนดังกล่าวผู้ติดเชื้อจะมีอายุน้อยลงเรื่อย ๆ

3. การพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ชุมชนควรให้ความสำคัญกับการพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้การพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อไม่ควรมุ่งเน้นเฉพาะด้านการดูแลสุขภาพเท่านั้น การพัฒนาศักยภาพด้านอื่น ๆ มีความจำเป็นเช่นเดียวกัน เช่น ด้านเศรษฐกิจ การพัฒนาอาชีพ เป็นต้น

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณ สำนักสนับสนุนการสร้างสุขภาวะในพื้นที่และชุมชน (สำนัก 3) ภายใต้สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณในการวิจัยครั้งนี้เป็นอย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2553]. Available from: http://www.aidssthai.org/images/K12_52.pdf
2. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 เชียงใหม่. สถานการณ์โรคเอดส์เขตภาคเหนือตอนบน. [เข้าถึงเมื่อ วันที่ 10 สิงหาคม 2553]; volume (issue). Available from: http://dpc10.ddc.moph.go.th/datacenter/doc/Gr_3/%E0%B8%9D1-04-011.pdf
3. พิชัย จินตนาภักดี. แนวทางการส่งเสริมการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี. กรุงเทพฯ: บริษัท เรดิโอชั่น จำกัด; 2552.

4. ทศน์วรรณ พรหมภิชัย. สถานการณ์เกี่ยวกับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตร์มหาบัณฑิต .บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2549.
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2553). กระบวนการวางแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 8 สิงหาคม 2553]. Available from: http://www.aids-thai.org/index.php?option=com_content&view=article&id=255:-2550-2554&catid=66:2009-11-21-09-13-10&Itemid=11
6. ดิลกา ไตรไพบูลย์ และคณะ. การจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้สุขภาพชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน: กรณีศึกษาตำบลช่วงเปา อำเภอจอมทอง จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
7. นงเยาว์ อุดมวงศ์ และคณะ. การจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้สุขภาพชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน: กรณีศึกษาตำบลแม่กัวะ อำเภอสบปราบ จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
8. สุตารัตน์ ชัยอาจ และ พนิดา จันทโสภีพันธ์. การจัดการความรู้และการสร้างองค์ความรู้สุขภาพชุมชนในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน: กรณีศึกษาตำบลช่อแล อำเภอแม่แตง จังหวัดเชียงใหม่. รายงานการวิจัย. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2553.
9. อีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็งประชาคม. ขอนแก่น : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคตะวันออกเฉียงเหนือ; 2546.
10. ประณีต ส่วงวัฒนา สิริลักษณ์ จันทะระ และ ชวัญดา บาลทิพย์. การสังเคราะห์องค์ความรู้และ กลไกการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชนในบริบทของสังคมวัฒนธรรมภาคใต้. รายงานการวิจัย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข; 2544.
11. ดวงจันทร์หลักดำน และ คณะ. โครงการพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาเอดส์โดยชุมชนอย่างยั่งยืน กรณีศึกษา อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย; 2548.
12. เชิดเกียรติ แก้วกลกิจ. ญุ่แจสู่ความร่วมมือของอปท. ด้านการป้องกันเอดส์. [เข้าถึงเมื่อวันที่ 1 สิงหาคม 2553]. Available from: <http://gotoknow.org/blog/pharm/264490>
13. สมพร ไซเทพ. ศักยภาพของแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต .บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2552.

Community Well-being Development Model in the Care System for HIV-Infected and Affected Persons in the Upper-Northern Region of Thailand

Jindarat Chaiard, PhD, RN*

Phanida Juntasopeepun, PhD, RN*

Rojanee Chintanawat, PhD, RN**

Suthatip Upalabut, MSN**

Natthakarn Surapagdee, M. Ed.***

Ampika Suwannabut, B.Sc.****

Abstract: **Objective:** To develop a care-giving model for HIV-infected and affected persons, by incorporating the community in the problem-solving process.

Design: Developmental research.

Implementation: The respondents consisted of public and private sector administrators and involved parties in the community. Data were collected by means of (1) documents pertaining to community well-being knowledge management and development; (2) a questionnaire on care-giving for HIV-infected and affected persons; and (3) in-depth interviews with involved people. The data obtained were synthesised to develop a care-giving management model. Finally, the model was inspected and approved based on ideas and recommendations brainstormed from experts and community representatives.

Results:

1. Community members' decision-making and problem-solving participation arose from their awareness of the significance and effects of the problem.

2. The community's involvement in model planning and implementation consisted of (1) the community's participation; (2) compassion and willingness to help; (3) development of the patients' potential; and (4) development of a network and utilisation of the community's resources.

3. The implemented model benefited the HIV-infected patients physically, psychologically and economically. The benefits for the HIV-affected persons included improved economy and increased social acceptance. The benefits for the community included a systematic care-giving method, mutual help and care, and wider acceptance of HIV patients.

4. There was participation in the evaluation process, namely, planning, implementing, follow-ups, evaluation and improvement-oriented re-implementation.

Recommendations: This care-giving model for HIV-infected and affected persons in Upper-Northern Thailand depended primarily on community participation. Although some expectations were concretely realised, more integrative work is needed in order to ensure greater effectiveness of all aspects of the model.

Thai Journal of Nursing Council 2013; 28(2) 123-133

Keywords: HIV-infected persons; care system for HIV-infected persons; Upper-Northern region of Thailand

*Corresponding author, Lecturer, Faculty of Nursing, Chiangmai University

**Assistant Professor, Faculty of Nursing, Chiangmai University

***Researcher, Faculty of Nursing, Chiangmai University

****Research Manager, Faculty of Nursing, Chiangmai University