



การพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และสถานีนอมาัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี: กรณีศึกษาตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา

Model Development of Local Administrative Organization and Health Center

Networking for HIV Prevention in the Community : A Case Study of

a Community in Songkhla Province

มณี แพทย์พงศ์

Manee Patpong

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ

มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements for the Degree of

Master of Science in Health System Research and Development

Prince of Songkla University

2553

ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

ชื่อวิทยานิพนธ์	การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี: กรณีศึกษาตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา
ผู้เขียน	นางมณี แพทย์พงศ์
สาขาวิชา	การวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ
ปีการศึกษา	2552

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาแบบการดำเนินงานในชุมชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถานีอนามัยในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดสงขลา ผู้มีส่วนร่วมในงานวิจัย มีจำนวน 73 คน แบ่งเป็น เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 3 คน บุคลากรในสถานีอนามัยจำนวน 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขจำนวน 68 คน โดยมีส่วนร่วมใน 4 ขั้นตอนคือ ขั้นการวางแผน การปฏิบัติการสะท้อนคิด และการประเมินและการปรับปรุงการดำเนินงาน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย แบบสัมภาษณ์ แบบสนทนากลุ่ม แบบสังเกต และแบบสอบถาม ตรวจสอบความตรงของเครื่องมือโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 คน วิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการวิเคราะห์เนื้อหา วิเคราะห์ผลการพัฒนาจากระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน) และทดสอบค่าที

การพัฒนาแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในการศึกษารุ่นนี้ทำให้เกิดการทำงานแบบหุ้นส่วนเครือข่าย โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นแกนนำเครือข่ายในการประสานงานและสนับสนุนงบประมาณ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทำหน้าที่หลักให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านวิชาการ อาสาสมัครสาธารณสุขเป็นแกนนำดำเนินกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ในการบริหารเครือข่ายดำเนินการ โดย 1) จัดตั้งคณะทำงานร่วม 2) พัฒนาทรัพยากรด้านบุคคลให้พร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในการทำงาน 3) ออกแบบระบบการติดต่อประสานงานเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ 4) จัดเตรียมปัจจัยด้านวัสดุ 5) พัฒนาสื่อความรู้เรื่องเอดส์ และ 6) จัดหางบประมาณสำหรับการดำเนินงาน

ผลจากการพัฒนาพบว่า 1) เกิดเครือข่ายในการทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน 2) อาสาสมัครสาธารณสุข มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และมีทักษะในการคิดวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนในการทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน 3) มีแผนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับชุมชน 4) มีสื่อให้ความรู้เรื่องเอดส์ที่เหมาะสมกับพื้นที่ 5) เยาวชนในพื้นที่ได้รับความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบหุ้นส่วนเครือข่าย คือ ความพร้อมของเครือข่ายในเรื่องทุนทั้งด้านบุคคล วัสดุ งบประมาณ และการดำเนินงานของสมาชิกเครือข่ายที่ได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ส่วนปัญหาอุปสรรคได้แก่หน่วยงานภาครัฐมีภาระงานอื่นมาก ทำให้การดำเนินงานป้องกันการเอชไอวีล่าช้ากว่าแผนที่กำหนด

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนแบบหุ้นส่วนเครือข่ายนี้ ควรนำไปขยายผลไปยังพื้นที่อื่นๆ โดยการประเมินและเตรียมปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานได้แก่ การสร้างความพร้อมของเครือข่าย และการวางแผนกลยุทธ์ในการดำเนินงานแบบหุ้นส่วนเครือข่ายให้มีประสิทธิภาพ

Thesis Title	Model Development of Local Administrative Organization and Health Center Networking for HIV Prevention in the Community : A Case Study of a Community in Songkhla Province
Author	Mrs. Manee Patpong
Major Program	Health System Research and Devevelopment
Academic Year	2009

ABSTRACT

This participatory action research aimed to develop a community-based model of operating a network between Local Administrative Organization (LAO) and health center for HIV prevention in a sub-district of Songkhla province. Seventy three participants were invited, i.e., 3 local government staff, 2 local health providers and 68 health volunteers. The model developing process was conducted in four stages based on a mutual collaborative approach: reconnaissance, planning, acting and evaluating of the HIV prevention program. Data were collected by in-depth interview, focus group discussion, participatory observation and questionnaire. Validity of all tools was examined by five experts. Qualitative data analysis was carried out through content analysis. Development of HIV/AIDS knowledge and attitudes among the health volunteer group were analyzed by descriptive statistics (frequency, percentage, mean, standard deviation and t-test).

The newly developed model for HIV prevention in the community was created by a partnership network operated by the local government that coordinated and supported the budget. Local health providers provided advice and technical support, whereas, health volunteers undertook the activities for HIV prevention in the community. The network was formulated by: 1) setting up a joint working group, 2) developing human resources that focused on knowledge and skills needed for the community-based HIV prevention program, 3) designing the coordination system to strengthen relationships within the network on a regular basis, 4) preparing material for HIV prevention, 5) developing learning media related to HIV prevention, and 6) operating the budget for HIV prevention.

The outcomes of the developing model were: 1) community networking on HIV prevention, 2) increasing knowledge on HIV/AIDS and skills for problem analysis and planning for HIV prevention among the health volunteers, 3) community plans for HIV prevention, and 4) appropriate learning media for HIV prevention and increasing HIV prevention knowledge among teenagers in the community. The key success factors of the model implementation were: 1) availability of community capitals, i.e, team working, materials and budget, and 2) particular networking that enhanced deliberative participation at each implementing step. An obstacle to model implementation was the workload of those government agencies, which caused delayed program operation.

The partnership networking model for HIV prevention in the community can be expanded to other areas. However, preparatory actions on the community capital assessment and support focusing on community network and effective strategic planning are highly recommended.

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อ.....	(3)
ABSTRACT.....	(5)
กิตติกรรมประกาศ.....	(7)
สารบัญ.....	(8)
รายการตาราง.....	(11)
รายการภาพประกอบ.....	(12)
บทที่	
1 บทนำ.....	1
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....	1
วัตถุประสงค์การวิจัย.....	4
คำถามหลักการวิจัย.....	4
กรอบแนวคิดการวิจัย.....	4
นิยามศัพท์.....	6
ขอบเขตของการวิจัย.....	6
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....	7
2 วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง.....	8
การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน.....	8
การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนแบบเครือข่าย.....	15
แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม.....	18
ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรคและการจัดการในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	24

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
3 วิธีดำเนินการวิจัย.....	26
การเลือกพื้นที่การศึกษา.....	26
กลุ่มเป้าหมายของการศึกษา.....	27
เครื่องมือในการวิจัย.....	27
การเก็บรวบรวมข้อมูล.....	31
การวิเคราะห์ข้อมูล.....	35
การพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย.....	35
4 ผลการวิจัยและการอภิปรายผล.....	36
บริบทพื้นที่ศึกษาและสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	37
รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	53
ผลที่ได้จากการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	56
ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี.....	61
ปัญหาอุปสรรคและการจัดการแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน.....	62
การอภิปรายผล.....	63
5 สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ.....	66
สรุปผลการวิจัย.....	66
ข้อเสนอแนะ.....	68
บรรณานุกรม.....	69
ภาคผนวก.....	76
ก แนวคำถามการสัมภาษณ์.....	77
ข แนวคำถามการสนทนากลุ่ม.....	79
ค แบบสังเกตและบันทึกภาคสนาม.....	80
ง แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของอาสาสมัครสาธารณสุข.....	82
จ โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนที่ศึกษา.....	87
ฉ ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม.....	92
ช ตัวชี้วัดด้านการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น.....	103

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
ภาคผนวก	
ซ บทบาทหน้าที่ของสถานีอนามัยในการดูแลสุขภาพรายบุคคลและครอบครัว.....	104
ฅ ตัวอย่างสื่อที่คิดและทำโดยชุมชน.....	105
ญ รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ.....	106
ฎ แบบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการ.....	107
ประวัติผู้เขียน.....	108

รายการตาราง

ตาราง		หน้า
1	ขั้นตอน ข้อมูลที่เก็บ วิธีการเก็บข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลในการเก็บข้อมูลใน กระบวนการวิจัย.....	31
2	แผนงานกิจกรรมที่ได้จากกระบวนการวางแผนงาน.....	47
3	จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมใน โครงการวิจัย.....	49
4	ประเด็นและรายละเอียดในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุข.....	49
5	การมีส่วนร่วมของแต่ละภาคส่วน ในแต่ละขั้นตอนการดำเนินงาน.....	59
6	ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของอสม.ก่อนและหลังการพัฒนา.....	60
7	จำนวน ร้อยละของผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการในตำบลที่ศึกษา.....	92
8	จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมวิจัย จำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส.....	94
9	จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมวิจัย จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ ระยะเวลาทำงาน/ ระยะเวลาเป็น อสม.....	95
10	จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมวิจัย จำแนกตามการได้รับการอบรมเรื่องเอดส์ และ ช่องทางการรับข่าวสารเรื่องเอดส์.....	96
11	เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของอสม.ก่อนและหลังการพัฒนา.....	97
12	ร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของอสม.....	98
13	เปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของอสม.ก่อนและหลังการพัฒนา.....	99
14	แผนงานกิจกรรมที่ได้จากกระบวนการวางแผนงาน.....	100
15	ตัวชี้วัดด้านการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ตามมาตรฐานการพัฒนาการดำเนินงานด้าน เอดส์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย 2551.....	103

รายการภาพประกอบ

ภาพ		หน้า
1	กรอบแนวคิดการพัฒนาารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา.....	5
2	ขั้นตอนการดำเนินงาน.....	23
3	รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนก่อนดำเนินงานโครงการวิจัย.....	38
4	รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน(รูปแบบชั่วคราว).....	44
5	การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบหุน่ส่วนเครือข่ายและการมีส่วนร่วม.....	54
6	รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนหลังดำเนินงานโครงการวิจัย.....	55
7	เปรียบเทียบลักษณะการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนก่อนและหลังดำเนินโครงการวิจัย.....	56
8	ตัวอย่างสื่อที่คิดและทำโดยชุมชน.....	104

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

เอดส์เป็นปัญหาสำคัญของโลกซึ่งมีการระบาดแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค การป้องกันเอดส์ย่อมแตกต่างกันหลากหลายและซับซ้อนตามบริบททางสังคมและเศรษฐกิจ (Trevino, Muniz, Uribe, Rico, del Rio & Sepulveda, 1993) หลายประเทศได้ใช้กลไกการกระจายอำนาจลงสู่หน่วยงานระดับท้องถิ่น เพื่อให้การจัดการแก้ไขปัญหาเอดส์มีความเหมาะสมกับบริบทแต่ละพื้นที่ ประเทศเม็กซิโกมีการทำงานเอดส์ในระดับพื้นที่ที่แตกต่างกันและพบว่า การกระจายอำนาจเป็นกุญแจที่สำคัญในการป้องกันปัญหาเอดส์ (Trevino, et al., 1993) ส่วนในประเทศไทยได้มีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 ซึ่งกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันและควบคุมโรคต่างๆ รวมทั้งโรคเอดส์ในพื้นที่ (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2550)

การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในอดีตมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน เป็นที่ทราบกันว่า เอดส์ไม่ได้มีผลกระทบเฉพาะด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ผลกระทบจากเอดส์เป็นปัญหาต่อชุมชนในด้านโครงสร้างของสถาบันครอบครัว โดยทำให้สมาชิกในครอบครัวอ่อนแอไม่สามารถพึ่งตนเองได้ (สุปราณี, 2542) ชุมชนเกิดการรังเกียจ (ชนินัฐ, สุมิตรา, และคณะ, 2541; สุปราณี, 2542) และทำให้เกิดปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจโดยรวม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทที่สำคัญในการแก้ไขปัญหาเนื่องจากเป็นองค์กรที่อยู่ใกล้ชิดประชาชนมองเห็นสภาพปัญหาที่แท้จริง มีงบประมาณที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐบาลส่วนกลาง และมีหน้าที่ความรับผิดชอบตามพรบ.กำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจ พ.ศ. 2542 จึงเป็นความเหมาะสมที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะเป็นองค์กรหลักในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ร้อยละ 62.8 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีเจ้าหน้าที่ดำเนินงานสาธารณสุข (วิไลลักษณ์และพรชัย, 2550) จากการศึกษาการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดปัตตานี โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นปลัดเทศบาลหรือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) หรือผู้รับผิดชอบงานเอดส์แห่งละ 1 คนรวม 72 แห่ง พบว่า

ไม่เคยอบรมเรื่องเอดส์ร้อยละ 76.4 ไม่มีโครงการเอดส์ร้อยละ 81.9 และไม่เห็นความสำคัญของปัญหาเอดส์ร้อยละ 70.8 (ชนพรและเปรมจิต, 2542) และจากการศึกษาภารกิจ อบต. และความเข้มแข็งของประชาคมตำบลในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชนระดับตำบลโดยสำรวจอบต. ทั่วประเทศ 40 แห่งพบว่า อบต. มีโครงการหรือกิจกรรมด้านสุขภาพ ร้อยละ 36 ของโครงการที่อยู่ในแผน และพบว่ามีเพียงร้อยละ 30 ของโครงการด้านสุขภาพที่ดำเนินโครงการตามแผน ซึ่งส่วนใหญ่เป็นโครงการขนาดเล็กและเป็นโครงการที่อบต. ให้เงินสนับสนุนหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง (โกวิท, 2544) นอกจากนี้ชุมชน องค์กร ขาดการประสานการทำงานด้านเอดส์ทำให้กิจกรรมขาดความต่อเนื่อง และทำงานตามการสั่งจากส่วนกลาง (สุพิชญา, 2551) จะเห็นว่าการดำเนินงานด้านการป้องกันโรคเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังต้องการการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่

ผลงานวิจัยพบว่าการทำงานในรูปแบบเครือข่ายสามารถแก้ไขปัญหาของชุมชนเองได้ เช่น จากการศึกษาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ขององค์กรบริหารส่วนตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์ (ญาติา, นงนุช, โกเมศ และนิยม, ม.ป.ป.) พบว่าในมุมมองของผู้กำหนดนโยบายเห็นว่าควรทำงานแบบเครือข่าย มุมมองผู้นำชุมชนและอยากให้ อบต. เป็นศูนย์กลางในการดำเนินกิจกรรม ในมุมมองประชาชนต้องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานกับ อบต. และเห็นว่า อบต. ควรดำเนินงานร่วมกับสถานีอนามัย นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าการพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรชุมชนในการทำงานด้านเอดส์ระดับตำบลทำให้ชุมชนมีการรวมตัวกันเป็นกลุ่ม องค์กร เพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาชุมชน (เจริญศิลป์, 2545) ซึ่งเป็นศักยภาพของชุมชนที่มีอยู่ อย่างไรก็ตามชุมชนจำเป็นต้องเรียนรู้เรื่องเอดส์อย่างเหมาะสม เพื่อที่ชุมชนจะได้ดำเนินการแก้ไขปัญหาในลักษณะการร่วมมือแบบเครือข่าย

การมีส่วนร่วมของชุมชนมีความสำคัญต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ จากกรณีศึกษาเปรียบเทียบกระบวนการดำเนินงานและการมีส่วนร่วมของชุมชน 3 แห่งในภาคเหนือตอนบน พบว่า มีความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหา ปัจจัยที่มีผลต่อความแตกต่างของการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย 1) บริบทของชุมชน ได้แก่ ความร่วมมือในการแก้ปัญหา การรวมกลุ่มองค์กรอย่างเหนียวแน่น 2) การนำเอาสถานการณ์โรคเอดส์และปัญหาในชุมชนที่เกิดขึ้นเชื่อมโยงและดำเนินงานแก้ปัญหา 3) ความสามารถของผู้ริเริ่มหรือผู้ประสานงานโครงการในการถ่ายทอดแนวคิด แนวทางการแก้ปัญหา 4) แนวคิดในการดำเนินงานที่มุ่งเน้นการใช้ศักยภาพของกลุ่มองค์กรเดิมของชุมชนแก้ปัญหาและส่งเสริมให้เกิดการมีส่วนร่วมจากหลากหลายองค์กร 5) การได้รับสนับสนุนด้านงบประมาณอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการได้รับสนับสนุนวิชาการ 6) การดำเนินกิจกรรม/โครงการมีการบริหารจัดการที่ดี 7) การปรับกิจกรรม ยืดหยุ่นการทำงานให้สอดคล้องกับชุมชน

8) การดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง (กัลญรัตน์, 2544) นอกจากนี้กระบวนการดำเนินงานป้องกันเอดส์ควรเริ่มจากการกำหนดประเด็นปัญหา การคัดเลือกผู้แทน/ผู้นำการพัฒนา การประเมินศักยภาพและเพิ่มส่วนขาดให้ชุมชน ปรับแนวคิด ทักษะคิดและสร้างความตระหนักในชุมชน การรวมกลุ่มและองค์กรชาวบ้าน การกำหนดบทบาทภารกิจ และการติดตามงาน (ผกาวดี, 2545) นอกจากนี้มีการศึกษาพบว่าการพัฒนาศักยภาพแกนนำ โดยกระบวนการมีส่วนร่วม รูปแบบพัฒนาโดยให้ความรู้ การศึกษาคุณงานการลงมือปฏิบัติในสถานการณ์จริงทำให้แกนนำมีการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน สามารถวิเคราะห์ปัญหาและพัฒนาโครงการเพื่อกิจกรรมการสร้างเสริมสุขภาพ และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนได้ (วิจิตร และคณะ, 2552) จะเห็นว่าจากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าการทำงานแบบเครือข่ายและการมีส่วนร่วมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องตลอดจนการพัฒนาศักยภาพแกนนำทำให้เกิดการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนได้

การศึกษาครั้งนี้เลือกพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ในตำบลนี้มีสภาพแวดล้อมที่มีแหล่งแพร่กระจายโรคจากร้านคาราโอเกะ โรงแรม ร้านอาหารที่มีพนักงานให้บริการทางเพศแบบแอบแฝง ในขณะที่ประชาชนบางส่วนมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย นอกจากนี้การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมาในตำบลแห่งนี้เป็นลักษณะที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยงานอื่นแต่ไม่ได้มีกิจกรรมหรือโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลที่รับผิดชอบ คนในชุมชนจึงตกอยู่ท่ามกลางความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ซึ่งมีหน่วยงานที่รับผิดชอบหลักได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยต่างมีบทบาทหน้าที่และเป้าหมายที่เหมือนกันในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน แต่สภาพจริงในการทำงานยังไม่ได้ประสานความร่วมมือในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การที่จะทำให้พื้นที่ศึกษามีการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสม จำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แนวคิดการทำงานแบบเครือข่าย การมีส่วนร่วมและการเสริมสร้างพลังอำนาจของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานีอนามัย โดยดึงการมีส่วนร่วมจากอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เข้าร่วมวิเคราะห์ปัญหาและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ ซึ่งองค์กรทั้งสองแห่งมีความพร้อมและสนใจต้องการพัฒนางานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยเน้นการทำงานร่วมกันของเครือข่ายผู้เกี่ยวข้องในชุมชน ตั้งแต่ขั้นตอนการร่วมคิด วางแผน ขั้นตอนการปฏิบัติ และสังเกต ขั้นตอนการสะท้อนผลการปฏิบัติ และขั้นตอนการปรับปรุงแผนดำเนินงาน ความสำคัญของการวิจัยครั้งนี้คือเป็นงานวิจัยและพัฒนากระบวนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ และได้รูปแบบการดำเนินงานในชุมชนเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสม

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา

คำถามหลักการวิจัย

รูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ศึกษาควรเป็นอย่างไร

คำถามรองการวิจัย

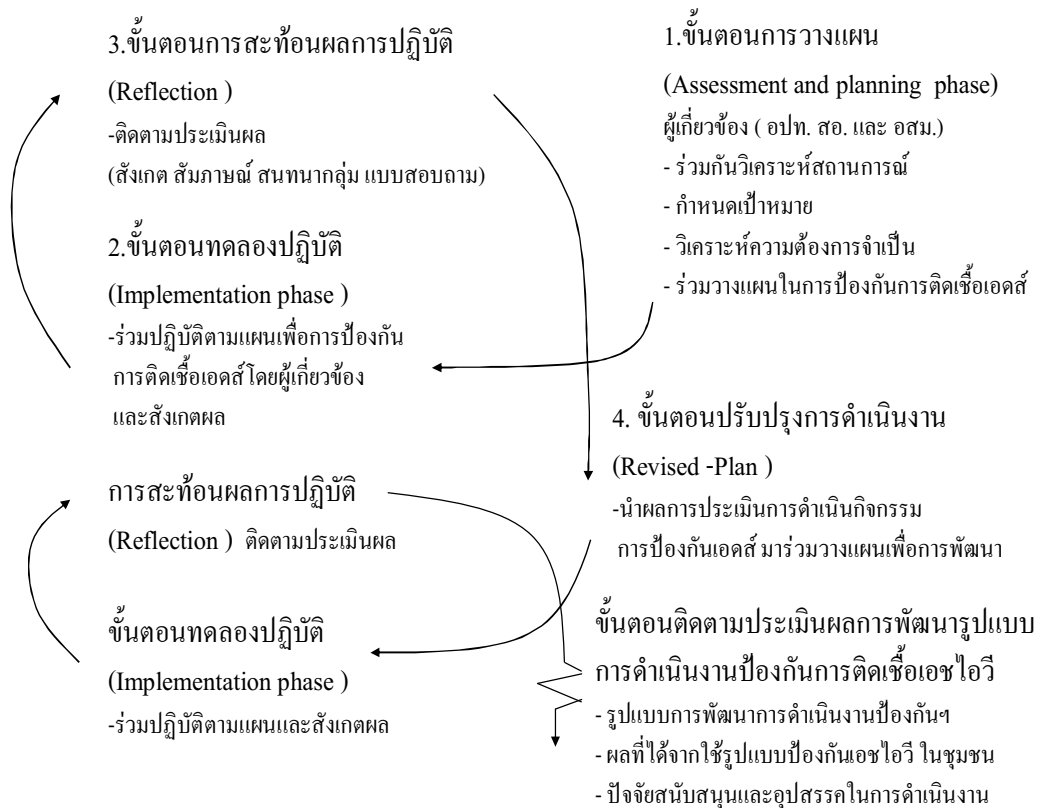
1. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยในพื้นที่ศึกษา มีองค์ประกอบอะไรบ้าง
2. ผลจากการพัฒนาโดยใช้รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยในชุมชนที่ศึกษามีอะไรบ้าง
3. ปัจจัยสนับสนุนในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายในชุมชนที่ศึกษามีอะไรบ้าง
4. อุปสรรคและการจัดการในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายในชุมชนที่ศึกษาเป็นอย่างไร

กรอบแนวคิดการวิจัย

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยในชุมชนที่ศึกษา ใช้แนวคิดการดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายและการมีส่วนร่วม โดยนักวิจัยและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องเป็นผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่จากสถานีอนามัย และ อสม. ในพื้นที่ศึกษา ซึ่งร่วมกันดำเนินงานเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

สำหรับกระบวนการวิจัยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (Participatory Action Research) ของเคมมิสและแมคแทกกาท (Kemmis & McTaggart, 1988) โดยกระบวนการดำเนินงาน

วิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวางแผน (assessment and planning phase) ขั้นตอนการทดลองปฏิบัติและสังเกต (implementation phase) ขั้นตอนการสะท้อนกิจกรรม (reflection) ขั้นตอนการปรับปรุงการดำเนินงาน (revised-plan) ซึ่งสามารถสรุปเป็นกรอบแนวคิดการวิจัย ดังภาพ 1



ภาพ 1 กรอบแนวคิดการพัฒนาแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา ที่มา : ประยุกต์จากแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเคมมิสและแมคทาากาท (Kemmis & McTaggart, 1988)

นิยามศัพท์

การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง กระบวนการจัดการของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีนามัย ร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินงานและร่วมประเมินผลแผนงาน/กิจกรรมการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนที่ศึกษา

รูปแบบการทำงานแบบ เครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีนามัย หมายถึง รูปแบบหรือลักษณะการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในชุมชน ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีนามัยและอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ซึ่งทำงานเชื่อมโยงกันในรูปแบบเครือข่ายมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ในลักษณะร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ วางแผนการดำเนินงาน ร่วมดำเนินงาน ร่วมประเมินผลการปฏิบัติงาน และร่วมปรับปรุงแผนงาน โครงการหรือกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนที่ศึกษา ของจังหวัดสงขลา

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หมายถึง องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) แห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา

สถานีนามัย หมายถึง หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขที่รับผิดชอบงานด้านสุขภาพของประชาชน ในการศึกษาครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะสถานีนามัยที่รับผิดชอบพื้นที่ศึกษา

ขอบเขตการวิจัย

การศึกษานี้ เป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานีนามัย และ อสม. เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลแห่งหนึ่งของจังหวัดสงขลาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้มีส่วนร่วมในการวิจัย ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) 3 คน เจ้าหน้าที่จากสถานีนามัย 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 68 คนในพื้นที่ศึกษาซึ่งดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายการทำงานแบบมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยผู้ร่วมวิจัยมีความสนใจเข้าร่วมในโครงการตลอด ระยะเวลาในการศึกษา ตั้งแต่ พฤษภาคม 2552 – เมษายน 2553

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมนี้ทำให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ การดำเนินงานเพื่อหาวิธีการแก้ไขปัญหาโดยใช้เครือข่ายองค์กรชุมชนเอง และเกิดประโยชน์ดังนี้

1. เกิดเครือข่ายในการทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน
2. บุคลากรขององค์กรต่างๆในชุมชนเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้รับการพัฒนาในการฝึกอบรมวิเคราะห์ปัญหาและวางแผนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนซึ่งได้เรียนรู้โดยผ่านประสบการณ์ตรงจากการทำงานร่วมกันในพื้นที่
3. ประชาชนได้รับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้การติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนลดลง

บทที่ 2

วรรณคดีที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่องนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับสถานีอนามัยเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดสงขลา โดยใช้แนวคิดเรื่องเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการกระบวนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน และใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัย ผู้วิจัยได้ศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

1. การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน
2. การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนแบบเครือข่าย
 - 2.1 แนวคิดเรื่องเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
 - 2.2 แนวคิดบริหารเครือข่ายและการเสริมสร้างพลังอำนาจ
3. แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม
4. ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรคและการจัดการในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

โรคเอดส์เป็นโรคที่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่สูงเนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ต้องรับประทานยาต้านไวรัสตลอดชีวิต ดังนั้นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจะลงทุนน้อยกว่าการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสำคัญในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ (เดชรัด, 2551) จากสถานการณ์โรคเอดส์ของประเทศไทยในปี 2552 คาดว่ามีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั้งหมด 1,127,168 ราย ยังมีชีวิตอยู่ 516,632 ราย และคาดว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 11,753 ราย (กองระบาดวิทยา, 2552) กระทรวงสาธารณสุขได้เร่งรัดการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างต่อเนื่องโดยวางเป้าหมายลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้ได้อย่างน้อยร้อยละ 50 ของจำนวนที่คาดประมาณไว้ในปี 2554 โดยเน้นการรณรงค์ป้องกันในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เน้นให้พลังชุมชนเป็นกำลังที่สำคัญ จากการสัมมนาระดับชาติเรื่องเอดส์ครั้งที่ 12 ระหว่างวันที่ 27-29 พฤษภาคม 2552 ที่อิมแพค คอนเวนชั่นเซ็นเตอร์ เมืองทองธานี มีแนวคิดว่า “ชุมชน คือพลัง ร่วมป้องกัน ดูแลรักษาเอดส์”

สถานการณ์เอดส์ในจังหวัดสงขลา ในอำเภอที่ศึกษาและในพื้นที่ศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยเอดส์รายแรกในตำบล ในปี 2541 ข้อมูลจากปี 2541 – ธันวาคม 2552 ตำบลที่ศึกษามีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการรวม 75 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2552) นักวิจัยจึงเลือกเป็นพื้นที่ศึกษาเนื่องจากเป็นพื้นที่ที่ประชาชนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย มีองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ที่ให้ความสนใจเรื่องเอดส์และมีความต้องการพัฒนาในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้การเดินทางเข้าออกพื้นที่ของนักวิจัยมีความสะดวกปลอดภัย

เมื่อได้พื้นที่เป้าหมายแล้ว นักวิจัยเริ่มลงสำรวจพื้นที่ ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร และแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ นายก อบต. และปลัด อบต. ซึ่งเป็นบุคคลในพื้นที่ ทำให้ทราบว่า อบต. เห็นความสำคัญของปัญหาเอดส์และเคยสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยงานอื่นดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เช่น สนับสนุนงบให้โรงเรียนมัธยมศึกษาประจำอำเภอ ดำเนินการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในเยาวชน และสนับสนุนให้โรงพยาบาลอำเภอเพื่อทำกิจกรรมในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มารับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาล

พื้นที่ศึกษามีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โรงพยาบาลชุมชน โรงเรียนมัธยมประจำอำเภอ สถานีอนามัย และอบต. ในปี 2546 สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ ได้ร่วมกับ อบต. ที่ศึกษา รพ.อำเภอ และโรงเรียนมัธยมศึกษาประจำอำเภอ ดำเนินการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการอบรมนักเรียนแกนนำ และทำกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เช่น นิทรรศการ แสดงละคร ซออล์คโชว์ หนังสือนิทรรศการ เป็นต้น โดยในระยะแรก อบต. สนับสนุนงบประมาณให้หน่วยงานอื่นดำเนินการเป็นหลัก ต่อมาผู้บริหารของอบต. เห็นความสำคัญในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบกับงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นภารกิจหนึ่งขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามมาตรฐานการพัฒนาการดำเนินงานด้านเอดส์ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น จึงเริ่มคิดจะดำเนินงาน โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่

จากการศึกษานำร่อง การทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของหน่วยงานที่รับผิดชอบในพื้นที่ ได้แก่ องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสถานีอนามัยก่อนดำเนินโครงการวิจัยในพื้นที่ เป็นลักษณะต่างคนต่างทำ โดยมีเป้าหมายของการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อบต. มีแนวทางการดำเนินงานในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตามมาตรฐานการพัฒนาการดำเนินงานด้านเอดส์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนสถานีอนามัยมีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ถือว่าทั้งสองหน่วยงานมีขอบเขตความรับผิดชอบที่ไม่ต่างกัน แต่การทำงานแบบแยกส่วนไม่ได้ร่วมคิด ร่วมทำอาจทำให้ผลการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้เกิด

ผลประโยชน์สูงสุดต่อชุมชน ดังนั้นการที่จะทำให้พื้นที่ตำบลที่ศึกษามีการร่วมกันดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หน่วยงานที่รับผิดชอบหลักได้แก่ อบต. และสถานีอนามัยจำเป็นต้องมีการทำงานเชื่อมโยงในลักษณะเครือข่าย มีความเท่าเทียมกัน ร่วมกันทำงาน และมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในทุกขั้นตอนตั้งแต่การคิดวางแผน การปฏิบัติงาน การประเมินผล และการปรับปรุงงาน

ที่ผ่านมาการดำเนินงานโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีขาดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆในการร่วมคิดวางแผนโครงการ นอกจากนี้ขาดการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริง กระบวนการแก้ปัญหาหรือดำเนินโครงการจะเป็นลักษณะทำกิจกรรมตามจำนวนเงินที่มีโดยไม่ได้ใช้ข้อมูลที่ระบุถึงปัญหา และขาดการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ อสม. บางส่วนยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องต่อโรคเอดส์ และมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ในด้านลบ เช่น เห็นว่าควรจะจัดสถานที่เฉพาะสำหรับผู้ป่วยเอดส์ และการไม่กล้าเข้าห้องน้ำต่อจากผู้ป่วยเอดส์ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงมีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานป้องกันเอชไอวีในชุมชน

การดำเนินงานด้านป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ประเทศไทยมีกฎหมายในการกำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องดำเนินงานด้านบริการสาธารณะที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขหลายฉบับ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 กำหนดให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการจัดระบบบริการสาธารณะเพื่อประโยชน์ของประชาชนในท้องถิ่นของตนเอง โดยการจัดให้มีโรงพยาบาลจังหวัด การรักษาพยาบาล การป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2550 ก) ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการจัดการตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และท้องถิ่นที่เชื่อมโยงเกี่ยวพันกันอย่างเป็นระบบ ภายใต้การบริหารจัดการสภาพแวดล้อมต่างๆในพื้นที่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลจัดการคุณภาพชีวิตที่ดีให้แก่ประชาชนตามกฎหมายการกระจายอำนาจ (สงวน, 2549) โดยหลักคิดที่ว่าชุมชนคือเจ้าของท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นคือผู้บริหารจัดการ การบริหารขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจึงควรเป็นแบบมีส่วนร่วมอย่างใกล้ชิด โดยการสานพลังจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พลังประชาชน และพลังหนุนเสริมจากภายนอก เพื่อร่วมกันสร้างสุขภาวะในท้องถิ่น (อำพล, 2551) การดำเนินงานด้านสุขภาพของประเทศไทยในอดีต เป็นแบบพึ่งพาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและการดำเนินงานมักเน้นไปที่การรักษามากกว่าการป้องกัน ทำให้รูปแบบการแก้ปัญหาเป็นแบบที่ต้องพึ่งพาเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่งเป็นการแก้ไขปัญหาที่อาจไม่ตรงประเด็น ดังนั้นในกระบวนการพัฒนาการดำเนินงานด้านสุขภาพ บุคลากรภาครัฐต้องเปลี่ยนไปแสดงบทบาทสนับสนุนสังคม

ชุมชน ในการสร้างสุขภาพ ดังนั้นนักพัฒนาสุขภาพสมัยใหม่จะต้องมีความรอบรู้เรื่องราวของสังคม ตลอดจนเทคนิคต่างๆ ในการทำงานกับสังคมเป็นอย่างดี

การสร้างความเข้มแข็งเชิงบริหารจัดการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ต้องอาศัยความร่วมมือกับองค์กรต่างๆ ในชุมชน โดยการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรนั้นต่างฝ่ายต้องได้รับประโยชน์จากความร่วมมือนั้นๆ นั่นคือต้องสร้างบรรยากาศ “หุ้นส่วน” ให้เกิดขึ้น องค์กรประกอบที่เป็นพื้นฐานของสัมพันธภาพแบบหุ้นส่วนมีอยู่ 5 ประการ คือ 1) บุคลิกภาพของผู้ที่จะร่วมมือกันต้องเหมาะสม มีความจริงใจต่อกัน 2) สัมพันธภาพต้องก่อให้เกิดประโยชน์ตามที่ระบุ 3) มีการทำข้อตกลงถึงบทบาทของแต่ละฝ่าย 4) องค์กรที่ต้องสนับสนุนให้มีความร่วมมือ 5) มีกระบวนการที่ชัดเจนเพื่อแก้ปัญหาที่เกิดจากความร่วมมือ

การที่จะดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้สำเร็จ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วน การแก้ไขปัญหาเอดส์ในอดีตที่ผ่านมา กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักทั้งในด้านการป้องกันและด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ แต่นับจากมีพระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจในการแก้ไขปัญหาเอดส์ลงสู่ระดับท้องถิ่นจะเป็นผลดีเนื่องจากปัญหาเอดส์แต่ละพื้นที่มีบริบทที่แตกต่างกันย่อมต้องการทางแก้ไขปัญหาที่ไม่เหมือนกัน อย่างไรก็ตามเนื่องจาก ในระยะแรกของการถ่ายโอนภารกิจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหลายแห่ง ยังไม่มีความพร้อมในการดำเนินงานเอดส์ พบปัญหาต่างๆ จากการดำเนินงาน เช่นบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ส่วนใหญ่เป็นบทบาทเชิงรับมากกว่าเชิงรุก และพบว่าร้อยละ 25 ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ไม่มีงบประมาณโครงการด้านเอดส์ (ภัทร, 2549) องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่มีโครงสร้างส่วนสาธารณสุขในองค์กร ร้อยละ 62.8 (วิไลลักษณ์และพรชัย, 2550) จากการทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นพบว่า มีจุดอ่อนคือบุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดทักษะด้านงานสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค, 2550; ปรีดา, 2550) จากรายงานการติดตามความก้าวหน้าและแก้ไขปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานเอดส์ หน่วยงานภาครัฐได้แต่ตัวเงิน แต่ไม่ได้อบรมเจ้าหน้าที่หน่วยงานท้องถิ่นให้ตระหนักถึงความสำคัญเรื่องเอดส์ ที่ผ่านมาระยะเวลาที่ผ่านมาขององค์กร ยังไม่ได้ดึงการมีส่วนร่วมขององค์กรท้องถิ่นมากนัก (กรมควบคุมโรค, 2550) นอกจากนี้จากการสร้างเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่น จังหวัดลำพูน มีข้อเสนอแนะว่าเนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ยังขาดประสบการณ์ / ทักษะของคณะทำงานเอดส์อำเภอ ดังนั้นจึงควรเป็นที่ปรึกษาองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างสม่ำเสมอ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรทบทวนคำสั่งคณะทำงานใหม่โดยเน้นการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานเอดส์จริงๆ ควรจัดประชุมคณะทำงานอย่างน้อยปีละ 2-3 ครั้ง คณะทำงานเอดส์ควร

ประกอบด้วยตัวแทน องค์การบริหารส่วนตำบล อสม. กรรมการหมู่บ้าน ผู้ติดเชื้อ ครู องค์กรเอกชน โดยมีนายก อบต. เป็นประธาน และรวบรวมปัญหาให้ครอบคลุมซึ่งมีการศึกษาพบว่าการแก้ไข ปัญหาเอดส์ต้องมีความเชื่อมโยงไปกับปัญหาอื่นๆ โดยเชื่อว่าองค์กรในชุมชนสามารถจัดการกับ ปัญหาของตนเองได้ หากได้รับการแนะนำเสริมสร้างความเข้มแข็งด้วยวิธีการที่เหมาะสม (ศิริพร, ดวงนภา, จรรยา, นัตถะวุฒิ, สุธิดา, วิณาพร และคณะ, 2544)

เอดส์เป็นเรื่องเกี่ยวกับวิถีชีวิตคน การทำงานด้านเอดส์ต้องคำนึงวิถีชีวิต วัฒนธรรมความเป็นอยู่ของคนในสังคม การพัฒนาชุมชนให้เข้มแข็งพึ่งพาตนเองได้ และการสนับสนุนด้านวิชาการ และทรัพยากรลงสู่ชุมชนอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถแก้ไขปัญหาเอดส์ได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาการพัฒนาศักยภาพชุมชนชนบทในการดำเนินการเรื่องโรคเอดส์ของ พบว่า ชุมชนที่มีความพร้อม ทางด้านผู้นำองค์กร ผู้นำมีประสบการณ์การพัฒนาด้านต่างๆภายในชุมชน ประชาชนในชุมชนมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน มีการช่วยเหลือกันเวลามีปัญหา ชุมชนได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารอย่างต่อเนื่อง เมื่อได้รับการส่งเสริมให้มีความเข้มแข็งขึ้นก็สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาต่างๆของชุมชนได้ (นุชจรินทร์, 2541) ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชน ได้แก่ การมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ และพฤติกรรมทางเพศที่ถูกต้อง ในครอบครัวพ่อแม่มีทัศนคติที่ดีต่อกิจกรรมให้ความรู้ในการป้องกันเรื่องเอดส์ ชุมชนมีค่านิยมเรื่องเพศที่ถูกต้องช่วยลดความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ (คุชฎี, 2551) ซึ่งจากการศึกษาดังกล่าวนี สามารถนำปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนทั้งการให้ความรู้ความเข้าใจในระดับบุคคล ครอบครัว ตลอดจนให้ชุมชนมีค่านิยมที่ถูกต้อง กำหนดเป็นสิ่งที่คาดหวังที่จะเกิดขึ้นในตำบลที่ศึกษา และใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชนในการหาแนวทางการพัฒนาว่าจะให้เกิดสิ่งเหล่านี้ได้อย่างไร

นอกจากนี้ยังพบว่าการประสานงานระหว่างหน่วยงานในพื้นที่โดยเฉพาะอย่างยิ่งระหว่างหน่วยงาน อบต. และหน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่จำเป็นต้องมีทัศนคติที่ดีต่อกัน ซึ่งจะส่งผลในการประสานการทำงานที่ดีต่อไป จากการศึกษา อบต. กับการพัฒนาสาธารณสุข พบว่าข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขและกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขไม่ค่อยได้เข้ามามีส่วนร่วมและไม่มียุทธศาสตร์ในการผลักดัน โครงการมากนัก และหน่วยงานสาธารณสุขกับ อบต. ไม่เพียงทำงานแบบต่างคนต่างทำ แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขยังมีทัศนคติแง่ลบต่อเจ้าหน้าที่ อบต. อีกด้วย (ทองเพชร, 2542) ซึ่งทัศนคติของผู้เกี่ยวข้องในชุมชนระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ จะส่งผลถึงความร่วมมือในการดำเนินงาน ซึ่งสามารถป้องกันได้ด้วยการให้ผู้เกี่ยวข้องแต่ละภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วมและให้เข้าใจตรงกัน ให้เห็นถึงประโยชน์ในภาพรวมที่จะเกิดขึ้นกับชุมชน ในการช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน และเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็งสามารถจัดการกับปัญหาอื่นๆได้ด้วยชุมชนเอง

บทบาทหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น ได้สร้างมาตรฐานการพัฒนาการดำเนินงานด้านเอดส์ มีตัวชี้วัดใน 4 องค์ประกอบ ได้แก่ 1) องค์ประกอบด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2) องค์ประกอบด้านสุขภาพ และการรักษาพยาบาล 3) องค์ประกอบด้านความมั่นคงทางสังคม และ 4) องค์ประกอบด้านรายได้และสวัสดิการ (กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น, 2550) แต่จากข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลาที่ทำการรวบรวมแผนงานโครงการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ พบว่า องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น 1 ใน 4 เท่านั้นที่มีโครงการด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มีเฉพาะ โครงการด้านการสงเคราะห์เบี้ยยังชีพผู้ป่วยเอดส์เนื่องจากการบังคับโดยกฎหมาย

องค์การบริหารส่วนตำบลที่ศึกษาเป็น อบต.ขนาดเล็ก มีการดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน โดยใช้รูปแบบเครือข่ายการประสานงานซึ่งทำให้มีการดำเนินงานในกลุ่มเยาวชนอย่างต่อเนื่อง เจ้าหน้าที่ อบต. ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่องซึ่งจัดอบรมโดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา แต่สำหรับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับสถานีนอามัย และกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขยังมีน้อย

การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของสถานีนอามัย

แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติกระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับชาติ พ.ศ. 2550-2554 มี เป้าประสงค์ เพื่อ

1. ประชาชนมีพฤติกรรมและมีความสามารถในการป้องกันตนเองและครอบครัวให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและแพร่เชื้อเอชไอวีได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดีสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข
3. ครอบครัว และชุมชนมีค่านิยมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันตนเองและสมาชิกให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ยอมรับ ไม่รังเกียจ และอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์โดยการบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เข้าเป็นภารกิจของหน่วยงานทุกระดับและเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (กระทรวงสาธารณสุข, 2550)

การสร้างยุทธศาสตร์ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ต้องเป็นยุทธศาสตร์ที่สามารถต่อการจัดการกับระบบนิเวศน์วิทยาการติดเชื้อเอชไอวี ในทุกองค์ประกอบได้แก่ ยุทธศาสตร์การ

พัฒนา ครอบครัว และชุมชน ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบข้อมูล ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบบริการ และยุทธศาสตร์การพัฒนาเครือข่ายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

จะเห็นได้ว่าครอบครัว ชุมชนมีบทบาทสำคัญในการสร้างความเข้มแข็งเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยต้องมีระบบข้อมูลที่สะท้อนปัญหาเอดส์ในพื้นที่เพื่อเป็นประเด็นในการนำสู่การพัฒนาต่อไป โดยควรจะเป็นการพัฒนาเครือข่าย องค์กรที่มีในชุมชนเพื่อร่วมมือในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างจริงจัง ซึ่งนับว่า องค์กรอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เป็นภาคส่วนหนึ่งที่มีความสามารถและพร้อมที่จะเสียสละทำงานเพื่อส่วนรวม

การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

การดูแลสุขภาพในปัจจุบันยึดหลัก “สร้างนำซ่อม” คือการป้องกันสำคัญกว่าการรักษา โดยทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องต้องมีความรู้ ความเข้าใจและร่วมมือผลักดันให้เกิดสุขภาพของประชาชนในชุมชน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน หรือที่เราเรียกย่อ ๆ ว่า อสม. ถือเป็นบุคลากรที่สำคัญ เป็นกลไกสำคัญของการดำเนินงานภาคประชาชน อสม.มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพของตนเอง ครอบครัว และชุมชน โดยผ่านกระบวนการอบรมให้ความรู้จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และการปฏิบัติงานด้วยความเสียสละต่อประชาชนในหมู่บ้าน พลังของ อสม. เป็นพลังภาคประชาชน มีอำนาจทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพัฒนาด้านสุขภาพและคุณภาพชีวิตของประชาชนในภาพรวมได้ (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550)

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขในงานสาธารณสุขมูลฐานเพียงประเภทเดียว คือ อสม. ซึ่งหมายถึง บุคคลที่ได้รับการคัดเลือกจากชาวบ้านในแต่ละกลุ่มบ้าน และได้รับการอบรมตามหลักสูตรที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด โดยมีบทบาทหน้าที่สำคัญในฐานะผู้นำการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพอนามัย (Change agents) การสื่อข่าวสารสาธารณสุข การแนะนำเผยแพร่ความรู้ การวางแผน และประสานกิจกรรมพัฒนาสาธารณสุข ตลอดจนให้บริการสาธารณสุขด้านต่าง ๆ เช่น การส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวังและป้องกันโรค การช่วยเหลือและรักษาพยาบาลขั้นต้น โดยใช้ยาและเวชภัณฑ์ตามขอบเขตที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด การส่งต่อผู้ป่วยไปรับบริการ การฟื้นฟูสภาพ และจัดกิจกรรมพัฒนาสุขภาพภาคประชาชนในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยกำหนดจำนวนอาสาสมัครสาธารณสุขในหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉลี่ยพื้นที่ชนบท อสม. 1 คน ต่อ 8 - 15 หลังคาเรือน เขตชุมชนแออัด อสม. 1 คน ต่อ 20 - 30 หลังคาเรือน ดังนั้น ในหมู่บ้าน/ชุมชนหนึ่ง ๆ อาจมีจำนวน อสม. ไม่เท่ากันขึ้นอยู่กับจำนวนหลังคาเรือนของหมู่บ้าน/ชุมชนนั้น ๆ โดยทั่วไปจะมี อสม. ประมาณ 10 - 20 คนต่อหมู่บ้าน คุณสมบัติของอสม. ต้องเป็นบุคคลที่ชาวบ้านยอมรับและเชื่อถือ มีความสมัครใจ และเต็มใจช่วยเหลือชุมชนด้วยความ

เสียสละ มีเวลาเพียงพอที่จะช่วยเหลือชุมชน (อยู่ประจำในหมู่บ้านไม่ย้ายถิ่นในระยะเวลา 1 – 2 ปี) มีความคล่องตัวในการประสานงาน อ่านออกเขียนได้เป็นตัวอย่างที่ดีในด้านพัฒนาสุขภาพและการพัฒนาชุมชน ไม่ควรเป็นข้าราชการหรือลูกจ้างของรัฐ

อสม. มีบทบาทสำคัญในการดูแลสุขภาพของชุมชน ซึ่งการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจะถูกรวมอยู่ในการส่งเสริมสุขภาพ การเฝ้าระวัง และป้องกันปัญหาสาธารณสุข นอกจากนี้ อสม. ยังมีบทบาทในการประสานงานกับผู้นำชุมชน เช่นนายกอบต. เพื่อร่วมกันพัฒนาการดำเนินงานสาธารณสุขของหมู่บ้าน และยังคงคล้องกับแนวคิดของระบบสุขภาพภาคประชาชน เพราะการดำเนินงานของชุมชนไม่ใช่ว่าองค์กรภายนอกจะกำหนดหรือออกแบบกิจกรรมดำเนินงานให้ชุมชน แต่เป็นเรื่องที่ชุมชนต้องคิด กำหนดเป้าหมาย บริหารจัดการ และวัดผลสำเร็จด้วยชุมชนเอง ซึ่งการพัฒนาจำเป็นต้องอาศัย 3 องค์ประกอบหลัก ได้แก่ คน องค์ความรู้ และทุนในการพัฒนาสุขภาพทั้งที่เป็นตัวเงินและไม่ใช้เงินดำเนินการพัฒนาสุขภาพเพื่อตอบสนองความต้องการของชุมชน (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550) การแก้ไขปัญหาคควรเชื่อมโยงและบูรณาการกับปัญหาอื่นๆ (ศิริพร, ดวงนภา, จรรยา, นิตตะวุฒิ, สุธิดา, วิมาพร และคณะ, 2544) ซึ่งในการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ก็เช่นกันอาจไม่จำเป็นต้องมองเพียงเรื่องเอดส์อย่างเดียว ชุมชนต้องมองว่ามีปัญหาสุขภาพในเรื่องใดอีกบ้าง และเรื่องเอดส์จะสามารถบูรณาการการแก้ปัญหาเกี่ยวกับเรื่องอะไรได้บ้าง เพื่อประหยัดทรัพยากร และเกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้ จำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในชุมชนและประชาชนในพื้นที่

การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนแบบเครือข่าย

ในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน จำเป็นต้องวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ และมองทุนที่มีในชุมชน เช่นกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับสถานการณ์ปัญหา ไม่ว่าจะเป็นผู้ที่รับผิดชอบแก้ไขปัญหา หรือผู้ที่ได้ผลกระทบจากปัญหา ดังนั้นการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนไม่สามารถทำได้ด้วยองค์กรเพียงองค์กรเดียว จำเป็นที่ทุกส่วนที่เกี่ยวข้องต้องเข้ามาทำงานเชื่อมโยงในลักษณะเครือข่าย

แนวคิดเรื่องเครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

แนวคิดเรื่องเครือข่าย การสร้างเครือข่ายการทำงานเป็นวิธีการทำงานที่ได้รับความนิยมทั้งในภาคธุรกิจและในการทำงานเชิงพัฒนาสังคม นอกเหนือจากคำว่า "เครือข่าย" หรือ "Network" ในทางด้านธุรกิจ เราจะได้ยินคำเรียกชื่อต่างๆ ที่มีความหมายใกล้เคียง เช่น คำว่าแนวร่วมในเชิงกลยุทธ์

(Strategic Alliance Network) หุ้นส่วนในการทำงาน (Partner Network) เป็นต้น ในการศึกษาค้นคว้านี้ หมายถึงหุ้นส่วนในการทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีขององค์กรหลักสององค์กรคืออบต. และ สถานีอนามัย โดยมีการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมกับภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอื่นๆในชุมชน เช่น อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

ความหมายของเครือข่าย เครือข่าย (Network) เป็นความสัมพันธ์ที่ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มที่มีต่อกันเพื่อการแลกเปลี่ยน และการสร้างความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน และการร่วมกันทำงาน โดยมีฐานะเท่าเทียมกัน สำหรับเครือข่ายทางสังคมนั้น ได้มีกลุ่มนักวิชาการพยายามศึกษาถึงกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสัมพันธภาพระหว่างบุคคลหรือกลุ่มบุคคล ซึ่งเปลี่ยนไปตามสถานภาพของบุคคล บทบาทของบุคคล และเปลี่ยนไปตามกาลเวลา (Firth, 1951 อ้างตาม เบนญา บุญผา และวาทีณี, 2536)

ทฤษฎีและแนวคิดการสร้างเครือข่าย การสร้างเครือข่ายในการทำงานเชิงพัฒนา มีแนวโน้มที่จะเป็นการสร้างเครือข่ายระหว่างองค์กรที่ทำงานพืงพืงซึ่งกันและกัน มากกว่าที่จะแข่งขันกัน ทฤษฎีและแนวคิดที่อธิบายการสร้างเครือข่ายการทำงานได้แก่ ทฤษฎีการแลกเปลี่ยนซึ่งอธิบายถึงการแลกเปลี่ยนผลประโยชน์ระหว่างกัน ดังนั้น เหตุผลหลักที่จะทำให้เครือข่ายเกิดขึ้นได้โดยสมัครใจ ก็คือ แต่ละฝ่ายมองเห็นประโยชน์ที่ตนจะได้รับจากการเข้าร่วมเครือข่าย ซึ่งจะนำไปสู่ความเต็มใจที่จะประสานกันหรือเข้าร่วมเป็นเครือข่าย (ศรีผ่อง, 2551)

ลักษณะของเครือข่าย โดยทั่วไปมีลักษณะ ดังนี้ เครือข่ายมีลักษณะเป็นโครงสร้างทางความคิด (Cognitive structures) ไม่ว่าจะพัฒนาไปถึงระดับใด บุคคลที่เกี่ยวข้องในองค์กรเครือข่ายจะมีกรอบความคิดเกี่ยวกับองค์กรเครือข่ายใกล้เคียงกัน องค์กรเครือข่ายไม่มีลำดับชั้น (Hierarchy) การเชื่อมโยงระหว่างองค์กรเครือข่ายเป็นไปในลักษณะแนวราบ แต่ละองค์กรเป็นอิสระต่อกัน องค์กรเครือข่ายมีการแบ่งงานกันทำ (Division of labour) การที่องค์กรเข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายกัน เพราะส่วนหนึ่งคาดหวังการพืงพืงแลกเปลี่ยนความสามารถระหว่างกัน ความเข้มแข็งขององค์กรที่ร่วมกันเป็นเครือข่าย จะนำไปสู่ความเข้มแข็งโดยรวมของเครือข่าย องค์กรเครือข่ายกำหนดการบริหารจัดการตนเอง (Self-regulating) ในการทำงานร่วมกันในลักษณะแนวราบ จำเป็นต้องมีความสมานฉันท์ โดยผ่านกระบวนการทางประชาธิปไตย ความสำเร็จขององค์กรเครือข่ายมิใช่จะได้มาเพียงชั่วข้ามคืน แต่ต้องอาศัยระยะเวลา ในการบ่มเพาะความสัมพันธ์ ความศรัทธา และความไว้วางใจ ตลอดจนการสร้างกรอบทางความคิด เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การแก้ไขปัญหา ร่วมกันอย่างสร้างสรรค์ รวมทั้งการดำเนินการร่วมกันระหว่างองค์กร (ศรีผ่อง, 2551)

เทคนิคการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย การทำงานร่วมกันเป็นเครือข่ายให้ประสบความสำเร็จ จะต้องสร้างความผูกพันและความรับผิดชอบต่อการสร้างเครือข่าย เครือข่ายจะประสบความสำเร็จก็ต่อเมื่อผู้ปฏิบัติงาน "เอาด้วย" เครือข่ายต้องผ่านการพูดคุยวิเคราะห์ปัญหาาร่วมกันและมีความพร้อมที่จะทำงานร่วมกัน ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้พูดคุยร่วมกับ อบต. และสถานีอนามัยซึ่งสนใจในการร่วมพัฒนางานและเรียนรู้ร่วมกัน แต่การที่จะสร้างเครือข่ายนั้นจำเป็นต้องใช้เวลา หมายความว่าผู้บริหารต้องให้เวลากับการสร้างเครือข่าย หากไม่ไว้ใจว่ามีเวลาพอ อย่างเพิ่งเข้าไปสร้างเครือข่ายกับใคร ซึ่งในการศึกษาครั้งนี้ผู้บริหารองค์กรทั้งสองแห่งได้สนับสนุนการดำเนินงานอย่างดี และใน อบต. ปลัด อบต. เข้ามาร่วมในกระบวนการด้วยตนเองถือว่าเป็นเจ้าหน้าที่ในระดับผู้บริหาร ส่วนสถานีอนามัยนั้นเป็นผู้รับผิดชอบการปฏิบัติงาน นอกจากนี้จะต้องมีการเคารพและความไว้วางใจระหว่างกัน และองค์กรที่ร่วมเครือข่ายจะต้องได้รับประโยชน์ร่วมกันจากการสร้างเครือข่าย นอกจากนี้ภายในองค์กรเครือข่ายเอง ต้องหมั่นสรุปทบทวนการทำงาน วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อนต่าง ๆ การร่วมเป็นเครือข่ายหรือประสานงานกันสถานการณ์อาจมีการเปลี่ยนแปลง เราควรตระหนักถึงปัญหาขององค์กรเครือข่าย และมีความยืดหยุ่นพอสมควร และมั่นใจว่าทุกองค์กรที่เป็นเครือข่ายมีความคาดหวังที่ตรงกันในการร่วมมือกันทำงานตลอดระยะเวลาที่ตกลงจะร่วมงานกัน ในการศึกษาครั้งนี้ได้ประชุมตกลงร่วมกันถึงเป้าหมายในการทำงาน ได้แก่ การดำเนินงานเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนที่ศึกษา องค์กรเครือข่ายต้องตระหนักในความเป็นอิสระขององค์กรที่ร่วมเป็นเครือข่าย และรับผิดชอบต่อความสำเร็จ หรือความล้มเหลวร่วมกัน (ศรีผ่อง, 2551)

เครือข่ายและการมีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน มีหน่วยงานที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับหลายหน่วยงาน จำเป็นที่ทุกหน่วยงานต้องมีความเข้าใจบทบาทของตนเอง และพร้อมร่วมมือและให้การสนับสนุนแก่หน่วยงานอื่น โดยการทำงานควรเป็นลักษณะเครือข่าย คือมีการทำงานและเรียนรู้และพัฒนาไปด้วยกัน ไม่มีลำดับชั้นหรือการสั่งการ มีการบริหารจัดการกันเอง แบ่งงานกันทำ และร่วมรับผลประโยชน์ร่วมกัน โดยทุกหน่วยงานต้องเข้ามามีส่วนร่วมตลอดทั้งกระบวนการ

ในการศึกษาครั้งนี้ การมีส่วนร่วม หมายถึง ความร่วมมือของหน่วยงานหลักได้แก่ องค์กรการบริหารส่วนตำบลและสถานีอนามัยในการร่วมกันดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยอาศัยการสร้างเครือข่ายและการมีส่วนร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอื่นๆในพื้นที่ สำหรับรูปแบบการมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 4 แบบ คือ มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ และการมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งต้องอาศัยรูปแบบการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมมาดำเนินงานในพื้นที่

แนวคิดการบริหารเครือข่ายและการเสริมสร้างพลังอำนาจ

ในการบริหารเครือข่าย หากเอาแนวคิดการบริหารองค์มาปรับใช้ในการบริหารเครือข่ายชุมชน จะหมายถึง การที่เครือข่ายชุมชนรวมตัวกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน ต้องมีการจัดการปัจจัยกำลังคนด้วยการพัฒนาสติปัญญา ทักษะความสามารถในการดำเนินงาน และพัฒนาความสัมพันธ์ในเครือข่าย รวมทั้งการจัดการปัจจัยด้านวัตถุและทุนในการดำเนินงานของเครือข่ายด้วย ซึ่งทุนนี้จะหมายรวมถึงทั้งทุนทรัพย์ที่จำเป็น ทุนมนุษย์ และทุนทางสังคมด้วย (ปรีดา, 2547) การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หากใช้หลักของแผนที่ผลลัพธ์ (Outcome Mapping) มาประยุกต์ใช้ จะแบ่งการดำเนินงานเป็น 3 ระยะเวลาคือในขั้นเตรียมการนั้น จำเป็นต้องทราบว่าผลที่ต้องการนั้นคืออะไร ได้แก่การกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน จากนั้นต้องทราบว่ามิใครเข้ามามีส่วนร่วมบ้าง และใครจะเป็นแกนหลักหรือเป็นผู้อำนวยความสะดวก มีเครื่องมืออะไรที่ต้องใช้ในการปฏิบัติการ และเตรียมร่างผลที่จะเกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน ทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมา พัฒนาการความเข้าใจให้ตรงกันในเรื่องการประเมินผล และร่างแนวทางการประเมินผล สำหรับในระยะเวลาที่สองนั้น จัดลำดับความสำคัญของงาน กำหนดยุทธศาสตร์ และแนวปฏิบัติ ในระยะที่ 3 เป็นการประเมินผล

จากการศึกษาสถานการณ์ในพื้นที่จริง พบว่า มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้แก่ อบต. สถานีอนามัย และ อสม. ดังนั้นเมื่อทั้ง 3 ส่วนมาร่วมดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำเป็นต้องมีการบริหารจัดการโดย เริ่มจากสำรวจทุนในพื้นที่ ในเรื่องของบุคคลที่ร่วมทำงานต้องมีองค์ความรู้ ทักษะที่จะเป็นต่อการพัฒนางาน มีทรัพยากรอื่นๆที่จำเป็นเช่นงบประมาณ วัสดุ สถานที่ เป็นต้น หากบุคคลที่จะร่วมทำงานยังไม่เต็มเติมในองค์ความรู้หรือทักษะต่างๆ หรือขาดความมั่นใจในการดำเนินงาน จำเป็นต้องเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่บุคคลนั้น ซึ่งจะช่วยให้เขามีพลัง และใช้ศักยภาพที่มีอยู่ในตัวเองเพื่อดำเนินงานได้อย่างเต็มที่

แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม อาศัยการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นฐาน มีแนวทางของการวิจัยปฏิบัติการ 3 ระดับ ได้แก่

1. แนวทางการประสานงานทางวิชาการ (technical collaborative approach) การวิจัยในแนวทางนี้คือ ทดสอบการปฏิบัติการแทรกแซง (Intervention) ที่พัฒนาขึ้นบนพื้นฐานของกรอบทฤษฎีว่าจะนำไปใช้ได้ ในสถานการณ์จริงแค่ไหน

2. แนวทางการประสานงานแบบหุ้นส่วน (mutual collaborative approach) โดยนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนจะร่วมกันกำหนดปัญหา ค้นหาสาเหตุของปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหา โดยร่วมกันคิดวิธีการปฏิบัติการแทรกแซง (intervention) จากการร่วมปรึกษาหารือจะทำให้ให้นักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องในชุมชนเกิดความเข้าใจร่วมกันในปัญหา และสาเหตุ และร่วมกันวางแผนที่จะก่อให้เกิดกระบวนการเปลี่ยนแปลง (Elden & Lewin, 1991 อ้างตาม พันธุ์ทิพย์, 2545) การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เน้นแนวทางการประสานงานแบบหุ้นส่วน ซึ่งเหมาะสมกับวัตถุประสงค์ในการวิจัยและพัฒนาการดำเนินงานเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยนักวิจัยและชุมชนร่วมกันวิเคราะห์สาเหตุปัญหา และร่วมกันหาแนวทางป้องกันปัญหา

3. แนวทางการส่งเสริมศักยภาพ (enhancement approach) แนวทางนี้ นักวิจัยมีเป้าหมาย 2 ประการ คือ เป้าหมายที่ 1 เหมือนกับ 2 แนวทางแรก คือ ต้องการที่จะให้ผู้ปฏิบัติได้คุ้นเคยกับปัญหาในพื้นที่ และเรียนรู้ทฤษฎีแนวคิดที่จะใช้อธิบายหรือแก้ปัญหานั้น และเป้าหมายที่ 2 ช่วยผู้ปฏิบัติในการกำหนด ค้นหา และทำให้ปัญหาพื้นฐานนั้นเด่นชัดขึ้นด้วยการสร้างความสำนึกร่วมของกลุ่มขึ้นก่อน จุดเน้นคือการนำเอาสถานการณ์ ความขัดแย้ง บรรทัดฐาน และคุณค่า (Value) ที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์นั้นออกมาแสดงอย่างเปิดเผย เพื่อจะได้สามารถกำหนดลักษณะปัญหาได้ชัดเจนและตรงประเด็น กระบวนการทำงานเกิดจากความตื่นตัวและมีพลังก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงที่มีความหมายและยั่งยืน

จะเห็นได้ว่าระดับการมีส่วนร่วม มีความสำคัญต่อความสำเร็จในการพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคเอดส์บางแห่งอยู่ในระดับน้อย ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคเอดส์ในชุมชน เกิดจากการที่ประชาชนยังไม่ตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา และประชาชนมีความเห็นว่าการสนับสนุนทางสังคมที่ได้รับจากองค์กรของรัฐและเอกชนยังอยู่ในระดับน้อย (วรรณชนก, 2541) การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาตำบลของ อบต. ในจังหวัดสงขลา พบว่า ประชาชนมีระดับการมีส่วนร่วมในภาพรวมระดับปานกลาง ซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมในด้านติดตามประเมินผลด้วย ส่วนปัญหาอุปสรรค อบต. ไม่เปิดโอกาสให้ประชาชนได้เข้าไปมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมภายในท้องถิ่นได้อย่างเต็มที่ (ดุสิตา, 2545) ในการศึกษาครั้งนี้เน้นให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาดังแต่เริ่มแรกในการรับรู้ปัญหาร่วมกัน ร่วมวางแผนในการป้องกันและแก้ไขปัญหา ตลอดจนร่วมกันประเมินผล

การพัฒนากระบวนการดำเนินงานเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนที่ศึกษา จังหวัดสงขลา โดยประยุกต์แนวคิดการดำเนินงานแบบเครือข่าย ร่วมกับกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งในการวิจัยและพัฒนาครั้งนี้ จำเป็นต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาในพื้นที่ ได้แก่ ผู้เกี่ยวข้องหลักคือเจ้าหน้าที่องค์การบริหารส่วนตำบลที่

ศึกษา เจ้าหน้าที่จากสถานอนามัย และผู้เกี่ยวข้องอื่นๆ ได้แก่ อสม. เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชุมชน ครู ผู้ติดเชื้อเอดส์ในพื้นที่ เพื่อร่วมในกระบวนการทั้ง 4 ขั้นตอน ได้แก่ ร่วมคิดตัดสินใจ ร่วมวางแผนกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ดำเนินการตามแผนกิจกรรม และประเมินผล กิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ ทุกคนคิดร่วมกัน โดยมีการสะท้อนผลจากการปฏิบัติว่ามี สิ่งใดที่ต้องปรับปรุงพัฒนาในโอกาสต่อไป ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการปรับแผนการดำเนินงานครั้งต่อไปให้มีความเหมาะสม ซึ่งทุกขั้นตอนของกระบวนการพัฒนาต้องใช้หลักการมีส่วนร่วม โดยร่วมกันคิดว่ามีปัญหาอะไรบ้างจะแก้ปัญหาใดก่อน และจะมีวิธีการแก้ไขอย่างไร โดยการตัดสินใจ ต่างๆต้องมาจากภาพรวมของกลุ่มทุกขั้นตอน ทั้งการกำหนดปัญหา การกำหนดวิธีการป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี แนวทางการประเมินผล และการปรับปรุงเพื่อนำไปสู่การพัฒนาให้ดีขึ้น นักวิจัย ต้องจัดความสัมพันธ์ด้านบทบาทระหว่างผู้วิจัยกับชุมชนที่เท่าเทียมกัน องค์กรชุมชนควรตระหนัก ในความเป็นเจ้าของ ต้องการคิดเอง ทำเอง กำหนดเอง กำหนดให้เกิดบทบาทการทำงานที่เหมาะสม นอกจากนี้ต้องมีอิสระ ไม่ครอบงำ มีความเชื่อมั่นในความเป็นมนุษย์ โดยผู้วิจัยให้ผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง องค์กรชุมชนในพื้นที่มีอิสระในความคิดของตนเอง และเปิดโอกาสให้ทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องได้มีส่วนร่วม ในการแสดงออกทางความคิด โดยไม่มีอคติ และให้ผู้เกี่ยวข้องเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่เริ่มแรก (พูลศิลป์, 2550)

เจริญศิลป์ (2545) ได้สรุปว่ากระบวนการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม สามารถพัฒนา ศักยภาพเครือข่าย องค์กรชุมชนในการดำเนินงานด้านเอดส์บรรลุผล โดยชุมชนมีการรวมตัวกันเป็น กลุ่ม องค์กรเพื่อแก้ไขปัญหา และชุมชนต้องเรียนรู้เรื่องเอดส์เพื่อแก้ไขปัญหาลักษณะการร่วมมือ แบบเครือข่าย นอกจากนี้ แนวทางการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากการทำงาน เอดส์ในชุมชนของจุฬารัตน์ (2546) แบ่งเป็น 3 มิติ ได้แก่ 1) การเสริมแนวคิดและพัฒนาทักษะ บุคลากรในการทำงานเอดส์ 2) การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากการทำงานด้าน เอดส์ในแต่ละชุมชน โดยการสนับสนุนส่งเสริม และเปิดโอกาสให้คนทำงานเอดส์ในชุมชน ได้มี เวทีกำหนดเป้าหมาย แนวทางและวางแผนการทำงานร่วมกัน 3) การส่งเสริมการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ จากบทเรียนและประสบการณ์การทำงาน กระบวนดังกล่าวทำให้ผู้เข้าร่วมในชุมชนเกิดการ เปลี่ยนแปลงวิธีคิด และวิธีการทำงานด้านเอดส์ในหลายๆด้าน มีการพัฒนากระบวนการทำงาน และ ส่งผลทำให้ชุมชนมีความตระหนักต่อปัญหาเอดส์ มีการป้องกันการติดเชื้อ ได้ ซึ่งผลการศึกษา เป็นไปในทิศทางเดียวกับ พิมภาวรรัตน์ (2548) การสร้างทีมงานผู้รับผิดชอบด้านเอดส์ในระดับ อำเภอ ให้ทุกหน่วยงานร่วมกันทำงานในลักษณะเครือข่าย ซึ่งเมื่อดำเนินการไปได้ 6 เดือน ได้พบ พัฒนาการไปในทางที่ดีขึ้น การตั้งคณะผู้รับผิดชอบงานเอดส์ระดับอำเภอ ทำให้เกิดพลังร่วมกันคิด และร่วมกันทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆที่รับผิดชอบ การศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม

เป็นหลักการที่สามารถใช้ได้ผลไม่เฉพาะในประเทศไทยเท่านั้น ในแอฟริกาตะวันออก ได้ข้อสรุปว่าการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเป็นวิธีการที่สร้างความตระหนักของชุมชน และสามารถกระตุ้นและทำให้เกิดกระบวนการเชิงปฏิบัติการ และควรนำไปปรับใช้ในพื้นที่อื่นต่อไป (Tusubira, Zinga, Benn, 1994) ขณะที่ในแทนซาเนีย ทำการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมเรื่องเอดส์ผ่าน โรงมหรสพที่นิยม พบว่าการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถกระตุ้นชุมชนและหยุดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ และการอภิปรายอย่างเปิดเผยช่วยลดการแพร่ระบาดของเอดส์ได้ (Richard, Karen B. Allen, 2002) ดังนั้นการออกแบบการวิจัยควรส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

บทบาทของประชาชนมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการส่งเสริมสุขภาพของตนเองและชุมชน โดยประชาชนต้องเห็นคุณค่าช่วยกันสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อภาวะสุขภาพ เช่นการรวมตัวกันของชุมชนเพื่อออกกำลังกายต่อต้านโรคเอดส์และยาเสพติด เป็นต้น องค์กรชุมชนจึงต้องมีการพัฒนาโครงสร้าง และกลไกการจัดการที่มีประสิทธิภาพ มีความคิดสร้างสรรค์ และตระหนักในสุขภาพของชุมชน โดยมีเจ้าหน้าที่ ด้านสุขภาพทำหน้าที่ให้ความรู้ และสนับสนุนให้เกิดการส่งเสริมสุขภาพ และเสริมสร้างให้ชุมชนลงมือทำด้วยตนเองอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ชุมชนได้รับความรู้ และประสบการณ์จากการปฏิบัติจริง และเป็นกระบวนการเรียนรู้ โดยเริ่มตั้งแต่ การสร้างทีมงาน เขียนโครงการ จัดทำแผน ดำเนินงาน ควบคู่ไปกับกระบวนการสะท้อนความรู้สึกร่วมกันของประชาชน สำหรับข้อมูลย้อนกลับในการปรับปรุงแผนงานและกิจกรรมในโครงการ จนเกิดความรู้สึกร่วมกันเจ้าของโครงการร่วมกัน ซึ่งทำให้ชุมชนมีความแข็งแกร่ง และมั่นคงยิ่งขึ้นในการส่งเสริมสุขภาพ

จากการศึกษาต่าง ๆ ซึ่งให้เห็นความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชน และชุมชน ซึ่งเป็นผู้เกี่ยวข้อง โดยตรงกับปัญหาสุขภาพ และการดำเนินงานควรดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายของผู้เกี่ยวข้อง โดยตรงกับปัญหานั้นๆ ซึ่งปัญหาเรื่องเอดส์ในชุมชน ย่อมเกี่ยวข้องกับประชาชน แกนนำชุมชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อบต. โดยจะต้องมีการสร้างทีมงาน การระบุปัญหา การวางแผนร่วมกัน การดำเนินงานและการประเมินผลอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นแนวทางในการส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมสามารถนำมาประยุกต์ใช้ในพื้นที่ตำบลที่ศึกษา ในการวิจัยและพัฒนากระบวนการดำเนินงานเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลที่ศึกษา จังหวัดสงขลา โดยกระบวนการวิจัยได้ออกแบบเพื่อให้ผู้เกี่ยวข้องทุกคนได้มีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นในทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มแรก โดยการร่วมประชุม รับฟังความคิดเห็นให้ชุมชนร่วมตัดสินใจ และร่วมการกำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลที่ศึกษา โดยการมีส่วนร่วมของชุมชนที่ตรงกับปัญหา และความต้องการที่แท้จริง ทั้งนี้เพื่อกระตุ้นให้เกิดการมีส่วนร่วมซึ่งเป็นปัจจัยหลักที่สำคัญที่ส่งผลถึงความสำเร็จ

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ครั้งนี้ประกอบด้วยกระบวนการค้นหาปัญหาร่วมกัน โดยการร่วมมือของกลุ่มที่เกี่ยวข้องตลอดกระบวนการ การวิเคราะห์ร่วมกัน โดยที่ผู้เกี่ยวข้องและพัฒนาคความเข้าใจปัญหาและปัจจัยที่เป็นสาเหตุเกี่ยวข้อง การวางแผนและการปฏิบัติร่วมกัน การสะท้อนผลการปฏิบัติและการปรับปรุงแผน โดยการศึกษาได้แบ่งเป็น 4 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนการวางแผน

ผู้วิจัยและกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ตำบลที่ศึกษา ร่วมกันกำหนดหัวข้อที่ต้องการปรับปรุงเปลี่ยนแปลง ซึ่งรวมถึงการพัฒนาสิ่งใหม่ๆ การแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นจากการปฏิบัติงาน อาจประกอบด้วย การกำหนดเป้าหมาย หรือวัตถุประสงค์ของการดำเนินงาน การจัดอันดับความสำคัญของเป้าหมาย กำหนดการดำเนินงานเพื่อป้องกันการติดเชื่อเอชไอวี กำหนดระยะเวลาดำเนินงาน กำหนดผู้รับผิดชอบหรือผู้ดำเนินการและกำหนดงบประมาณที่จะใช้ การวางแผนจะช่วยให้เราสามารถคาดการณ์สิ่งที่เกิดขึ้นในอนาคต และช่วยลดความสูญเสียต่าง ๆ ที่อาจเกิดขึ้นได้

ขั้นตอนการทดลองปฏิบัติตามแผน

ขั้นตอนนี้เป็นการปฏิบัติตามแผนที่ได้ร่วมกันจัดทำขึ้น มีวิธีการดำเนินการ (เช่น มีการประชุมคณะทำงาน มีการจัดกิจกรรม) และมีผลของการดำเนินการ

ขั้นตอนการสะท้อนกิจกรรม

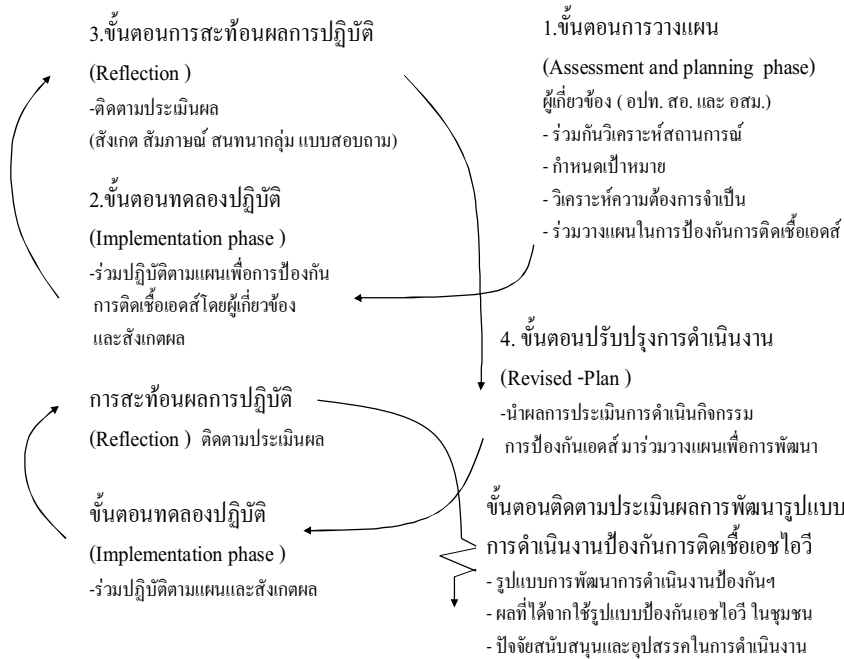
ในการสะท้อนผลการปฏิบัติงานเป็นการประเมินการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนว่าได้ผลลัพธ์เป็นอย่างไร บรรลุผลตามจุดมุ่งหมายที่ไว้หรือไม่

ขั้นตอนการปรับปรุงแผน

ขั้นตอนการปรับปรุงแผนเป็นการร่วมกันสะท้อนการปฏิบัติงาน และนำผลการประเมินมาวิเคราะห์ว่า มีโครงสร้าง หรือขั้นตอนการปฏิบัติงานใดที่ควรปรับปรุงสำหรับการดำเนินการในปีต่อไป

การวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม (PAR) หมายถึงการแสวงหาความรู้ที่ได้จากการสะสมความรู้ที่เกิดจากจากสะท้อนความคิดภายใต้การมีส่วนร่วมการปฏิบัติการที่เกิดจากการเรียนรู้จากกระบวนการของสังคมที่ได้มาจากการเรียนรู้ร่วมกัน และสามารถนำความรู้ไปพัฒนาให้เกิดการมีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่องในสังคม (Kemmis & McTaggart, 1988 อ้างตาม เพชรน้อย, 2551) ซึ่งมีขั้นตอนตั้งแต่ การวางแผน (Planning) โดยนักวิจัย และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการป้องกันปัญหาเอดส์ ในชุมชนตำบลที่ศึกษา ร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา และร่วมวางแผนการดำเนินงาน จากนั้นเป็นการ

ร่วมกันปฏิบัติตามแผนงาน (Acting) และร่วมกันสังเกต (Observing) และสะท้อนการปฏิบัติ (Reflecting) เพื่อประเมินดูว่ากิจกรรมใดที่ต้องปรับปรุง และควรทำอย่างไร ทั้งนี้เพื่อนำไปสู่การ ทบทวนแผนและการปรับปรุงแผน (Re-Planning) เพื่อนำไปปฏิบัติในวงจรต่อไปเรื่อยๆ จนกว่าจะ ได้รูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ตำบลที่ศึกษาที่พึงพอใจ ดังภาพ 2



ภาพ 2 ขั้นตอนการดำเนินงาน โครงการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่าย ระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานีอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลที่ศึกษา จังหวัดสงขลา

จะเห็นได้ว่าการวิจัยและพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เป็นรูปแบบการวิจัยและพัฒนาที่มีความเหมาะสมกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายและการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานีอนามัยตำบลแห่งหนึ่งจังหวัดสงขลา และเป็นกระบวนการที่ก่อให้เกิดการเรียนรู้จากการปฏิบัติจริงในสภาพบริบทที่เป็นเฉพาะตัว

จากการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม งานวิจัยส่วนใหญ่ชี้ตรงกันว่า การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมสามารถพัฒนาศักยภาพเครือข่าย องค์กรชุมชนในการดำเนินงานด้านเอชไอวี ช่วยให้ผู้เกี่ยวข้องได้ร่วมกันแสดงความคิดเห็นและร่วมกันหาวิธีการในแก้ไขปัญหาเอชไอวีในพื้นที่ได้

ปัจจัยสนับสนุน อุปสรรคและการจัดการในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จ ได้แก่ บริบทชุมชน ซึ่งหากมีแหล่งสถานบริการทางเพศ และชุมชนมีพฤติกรรมเสี่ยง หน่วยงานที่รับผิดชอบมีความอ่อนแอในด้านการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ก็ย่อมที่จะทำให้การดำเนินงานสำเร็จได้ยาก ปัจจัยด้านระยะเวลาและความต่อเนื่องของการจัดกิจกรรม หากกิจกรรมมีความต่อเนื่องย่อมทำให้โอกาสที่การดำเนินงานประสบผลสำเร็จสูง ซึ่งพิมภาวรณ (2548) พบว่าการดำเนินงานสร้างเครือข่ายหลังจากดำเนินการไปมากกว่า 6 เดือนจะมีพัฒนาการไปในทางที่ดี ปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จอีกประการหนึ่งคือ ผู้เข้าร่วมในเวทีชุมชน ซึ่งหากมีจำนวนผู้ที่เข้าร่วมมาก และได้แสดงบทบาทในการมีส่วนร่วมคิดวางแผน ดำเนินการ และประเมินผลอย่างเต็มที่แล้ว เชื่อว่าจะทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จได้มาก สิ่งที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือทีมสนับสนุนต้องเรียนรู้รวมทั้งเข้าใจและมีทักษะการจัดการกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม มีความเชื่อมั่นในศักยภาพชุมชน ซึ่งจะทำให้กระบวนการจัดการเป็นไปตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ และความสนใจในการเรียนรู้เป็นอีกส่วนหนึ่งที่จะมีผลต่อความสำเร็จของการดำเนินงานไม่ว่าจะเป็นความสนใจในการเรียนรู้ของด้านผู้จัดกระบวนการหรือของชุมชนก็ตาม ผู้จัดบันทึก เป็นส่วนสำคัญอีกประการหนึ่งในบันทึกผลการดำเนินกิจกรรมต่างๆในชุมชน และประการสุดท้ายคือระบบการสนับสนุนการดำเนินงาน ซึ่งหากโครงการใดมีการสนับสนุนดีทั้งเรื่องคน งบประมาณ วัสดุอุปกรณ์ ด้านวิชาการต่างๆ ย่อมทำให้กระบวนการดำเนินงานประสบผลสำเร็จได้มากกว่าโครงการที่ระบบการสนับสนุนไม่ดี

ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันการเอชไอวีในชุมชนคือ ชุมชนที่มีคนต่างถิ่นเข้ามาอยู่มาก และการดำเนินงานเอดส์มุ่งไปที่ให้ความรู้ความเข้าใจแต่ไม่ได้ให้ทักษะในการถ่ายทอดหรือการนำความรู้ไปใช้ (คุษฎี, 2551) ปัญหาในระดับบุคคล การไม่มีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ และพฤติกรรมทางเพศมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ในระดับครอบครัว คือทัศนคติของพ่อแม่ในเชิงลบต่อกิจกรรมให้ความรู้ในการป้องกันเรื่องเอดส์ และทัศนคติต่อลูกในเชิงความเชื่อมั่นว่าจะไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (คุษฎี, 2551) นอกจากนี้บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นขาดทักษะด้านงานสาธารณสุข (ปรีดา, 2550) ขาดการวิเคราะห์สภาพปัญหาในการดำเนินงานร่วมกัน (วรรณ, 2549) นอกจากนี้วิธีการถ่ายทอดองค์ความรู้เรื่องเอดส์ไปสู่กลุ่มเป้าหมายเป็นสิ่งที่สำคัญ จากการศึกษาของ วรรณ (2549) พบว่าการบรรยายโดยบุคลากรทางการแพทย์ และการฉายวีดีโอ เป็นเทคนิควิธีที่สามารถทำให้พนักงานโรงงานอุตสาหกรรมเกิดความรู้ ความเข้าใจดี แต่จากการประเมินผลการดำเนินโครงการ พนักงานร้อยละ 88 มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ใน

ระดับสูง แต่ก็ยังพบว่า มีพนักงานบางส่วนยังคงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ยังคงมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่สามี/ภรรยาของตน ไม่ใช่ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่สามี/ภรรยาของตน พนักงานเกือบครึ่งหนึ่ง ไม่แน่ใจว่าจะทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้

จากข้อค้นพบข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าความคิด ความเชื่อ และพฤติกรรมเป็นสิ่งที่ปรับเปลี่ยนยากเป็นเรื่องที่ต้องแก้ไขด้วยกระบวนการจัดการที่ถูกต้อง โดยกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายรู้จักคิด วิเคราะห์ แยกแยะ และให้คิดเปรียบเทียบสิ่งถูกสิ่งผิด สิ่งดีไม่ดี ประโยชน์และโทษ ก่อนที่จะตัดสินใจทำพฤติกรรม โดยการจัดกระบวนการเรียนการสอนต้องเป็นลักษณะกระตุ้นให้ฝึกคิด ไม่ใช่ลักษณะบรรยายฝ่ายเดียว ซึ่งในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้กระบวนการเรียนรู้โดยให้ฝึกคิด วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเอดส์ในพื้นที่ของตนเอง และวิเคราะห์ว่าอะไรที่จำเป็นต่อการแก้ไขปัญหา จะแก้ปัญหาวะไร อย่างไร นอกจากนี้ยังให้ผู้ร่วมวิจัยได้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องการติดต่อของโรคเอดส์โดยผ่านประสบการณ์ (จำลองเหตุการณ์) เช่นเกมส์แล่นน้ำ ซึ่งเป็นการเรียนรู้เรื่องการแพร่ระบาดของเอดส์ ช่วยสร้างความตระหนักเรื่องการมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากโรคเอดส์

จากการทบทวนแนวคิดทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องมีหลักฐานยืนยันสอดคล้องกันในเรื่องแนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ช่วยให้องค์กรชุมชน และผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่สามารถร่วมกันคิด วางแผน และปฏิบัติตลอดจนประเมินผลการพัฒนาโดยการสะท้อนความคิด ทำให้เกิดการเรียนรู้ไปพร้อมๆกับการพัฒนาคน และปัญหาที่ได้รับการแก้ไขให้ดีขึ้น และทำให้ผู้วิจัยทราบถึงปัจจัยที่จะส่งผลถึงความสำเร็จของการดำเนินงาน การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานการป้องกันติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 3

วิธีดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยและพัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมกันทำความเข้าใจปัญหา พิจารณาทางเลือก และปฏิบัติการตามแผนที่วางไว้ โดยเน้นแนวทางการประสานงานแบบหุ้นส่วน ซึ่งนักวิจัยและผู้ปฏิบัติการ ในพื้นที่จะร่วมกันกำหนดปัญหา หาสาเหตุและแนวทางแก้ไขปัญหา จากนั้นทั้งนักวิจัยและผู้ปฏิบัติการในพื้นที่ร่วมดำเนินการแผนปฏิบัติการ และร่วมกันประเมินผลความสำเร็จ ร่วมกันทำให้เกิดความรู้ ความเข้าใจร่วมกัน (Elden & Lewin, 1991 อ้างตามพันธุ์ทิพย์, 2545) การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ตำบลที่ศึกษา อาศัยแนวความคิดการดำเนินงานแบบเครือข่ายการมีส่วนร่วมของหน่วยงานหลักภาคราชการ 2 ส่วน คือองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) และสถานีอนามัยซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคของประชาชน และประสานความร่วมมือกับอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ซึ่งบทบาทสำคัญในการเป็นแกนนำด้านส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชนในพื้นที่ เพื่อร่วมกันดำเนินการเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ตำบลที่ศึกษา

กระบวนการพัฒนาเป็นดำเนินงานร่วมกันระหว่างนักวิจัยและผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ใน อบต. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและ อสม. โดยใช้แนวความคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งมี 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน การปฏิบัติตามแผน การสังเกต และการสะท้อนการปฏิบัติ เพื่อประเมินแผนดำเนินงาน เพื่อนำผลการประเมินมาปรับปรุงแผน (Kemmis & McTaggart, 1988)

การเลือกพื้นที่การศึกษา

การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายและการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัย ได้เลือกพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา เนื่องจากตำบลที่ศึกษาเป็นตำบลขนาดเล็ก แต่กลับมีบริบทด้านสิ่งแวดล้อมทางกายภาพที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (มีสถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศจำนวนมาก) นอกจากนี้การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนยังมีน้อยและภาคส่วนที่เกี่ยวข้องดำเนินงานในลักษณะต่างคนต่างทำ

หลังจากได้ศึกษาสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชุมชน พบว่าองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานีนามัยให้ความสนใจและยินดีเข้าร่วมในโครงการวิจัยและพัฒนา ดังนั้นผู้วิจัยจึงเลือกพื้นที่ตำบลที่ศึกษาในการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานีนามัย

กลุ่มเป้าหมายของการศึกษา

ในการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีนามัยตำบลที่ศึกษา จังหวัดสงขลา กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา คือผู้มิบทบาทหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลที่ศึกษา ได้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจาก อบต. 3 คน เจ้าหน้าที่จากสถานีนามัย 2 คน และ อสม. 68 คน รวม 73 คน โดยเข้าร่วมโครงการวิจัยตั้งแต่ช่วง พฤษภาคม 2552 – เมษายน 2553

เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้การเก็บข้อมูล ในการวิจัยและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีนามัยตำบลที่ศึกษา มีดังนี้

1. แบบสัมภาษณ์เจาะลึก ใช้เป็นแนวทางการสัมภาษณ์เจาะลึก กลุ่มเป้าหมาย ผู้เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และคำถามเพื่อสะท้อนผลการปฏิบัติโดยประเมินผลสำเร็จ ปัจจัยที่ส่งเสริมความสำเร็จของการดำเนินงาน และข้อเสนอแนะตลอดจนปัญหาอุปสรรค เพื่อพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่ตำบลที่ศึกษา

2. แนวคำถามการสนทนากลุ่ม เป็นคำถามปลายเปิดเพื่อใช้เป็นแนวทางในการสนทนากลุ่ม อสม. ที่เข้าโครงการเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน และทราบปัญหาอุปสรรคตลอดจนปัจจัยที่ส่งผลต่อความสำเร็จของงาน

3. แบบสังเกตและบันทึกภาคสนามในการจัดกิจกรรมในโครงการ ใช้สำหรับเป็นแนวทางการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ อบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ อสม. แบบสังเกตนี้เป็นแบบสังเกตที่กำหนดกรอบในการสังเกตไว้ 6 ประเด็น คือ

- 3.1. ฉากและบุคคล (สังเกตใคร ที่ไหน)
- 3.2. การกระทำ (ทำอะไร)
- 3.3. แบบแผนกิจกรรม (อย่างไร)
- 3.4. ความสัมพันธ์ (ใครกับใคร)
- 3.5. การมีส่วนร่วม (ใครบ้าง)
- 3.6. ความหมาย (ตอบคำถามอย่างไร และทำไมเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้น)

4. แบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามเพื่อวัดความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ของอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ ประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล 9 ข้อ

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ แบบเลือกตอบถูกผิด 15 ข้อ

เกณฑ์การแปลผล ความรู้เรื่องเอดส์ ของ UNGASS

ตอบถูก มากกว่าร้อยละ 80 (12 -15 ข้อ) ถือว่ามีความรู้เรื่องเอดส์สูง

ตอบถูก ร้อยละ 60 - 79 (9 - 11 ข้อ) ถือว่ามีความรู้เรื่องเอดส์ปานกลาง

ตอบถูก น้อยกว่าร้อยละ 60 (0 - 8 ข้อ) ถือว่ามีความรู้เรื่องเอดส์ต่ำ

ส่วนที่ 3 ทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์ แบบลิเคิร์ต สเกล 5 ระดับ 15 ข้อ

เกณฑ์การแปลผล ทัศนคติ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 5

เห็นด้วย คะแนน 4

ไม่แน่ใจ คะแนน 3

ไม่เห็นด้วย คะแนน 2

ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง คะแนน 1

ส่วนที่ 4 การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี คำถามปลายเปิด 5 ข้อ

5.อุปกรณ์อื่นๆ ได้แก่ เครื่องบันทึกเสียง กล้องถ่ายรูป สมุดบันทึก ปากกาและดินสอ

ขั้นตอนการสร้างเครื่องมือ

ในการพัฒนาเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูลที่ใช้ในการวิจัย ได้ดำเนินการดังนี้

1. ศึกษาค้นคว้าเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเรื่องการดำเนินงานเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายและการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีนามัยตำบลที่ศึกษา

2. ลงพื้นที่จริงเพื่อหาการศึกษาสถานการณ์สภาพปัญหาและการดำเนินงานเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่
3. วิเคราะห์เนื้อหา กำหนดขอบเขตในการสร้างเครื่องมือ
4. สร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์ แนวคำถามการสนทนากลุ่ม และแบบสอบถาม
5. ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือและทดลองใช้ก่อนปรับปรุงเพื่อใช้จริง

การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

หลังจากสร้างแนวคำถามการสัมภาษณ์ และแบบสอบถามวัดความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ได้ให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงด้านเนื้อหา (content validity) แล้วนำข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒিদำเนินการแก้ไขปรับปรุงเครื่องมือตามคำแนะนำของผู้ทรงคุณวุฒิ จากนั้นนำเครื่องมือไปทดลองใช้ในอบต. ขนาดเล็กในกลุ่ม อสม. จำนวน 30 คน เพื่อหาค่าความเที่ยง จากนั้นนำมาปรับปรุงก่อนนำไปใช้จริง สำหรับผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือด้านความตรงของเนื้อหา มี 5 ท่าน ประกอบด้วย

1. ผู้เชี่ยวชาญด้านการวิจัยทางสังคมศาสตร์เกี่ยวกับโรคเอดส์ จำนวน 2 ท่าน
2. ผู้เชี่ยวชาญด้านการกระจายอำนาจการจัดบริการสุขภาพด้านส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 1 ท่าน
3. ผู้เชี่ยวชาญด้านการดำเนินงานด้านสุขภาพภาคประชาชน จำนวน 1 ท่าน
4. ผู้เชี่ยวชาญด้านการวัดและประเมินผล จำนวน 1 ท่าน

ผลการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

เครื่องมือเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แนวคำถามการสนทนากลุ่ม ได้ค่าความตรง (CVI) เท่ากับ 0.8 และในบางข้อต้องปรับปรุงในเรื่องภาษาก่อนนำไปใช้

เครื่องมือเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามเพื่อวัดความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ในกลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข ประกอบด้วย 4 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี แบบเลือกตอบถูกผิด 15 ข้อ ทดสอบกับอสม. ในอบต. ขนาดเล็ก จำนวน 30 คน ได้ค่าความเที่ยงด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน (Internal Consistency) โดยใช้สูตรคูเดอริชาร์ดสัน 20 (Kuder – Richardson 20 หรือ K-R 20) ได้เท่ากับ 0.97

ส่วนที่ 3 ทศนคติที่มีต่อ โรคเอดส์ แบบลิเคิร์ทสเกล 5 ระดับ 15 ข้อ ทดสอบกับอสม. ใน
 อปต. ขนาดเล็ก จำนวน 30 คน หาค่าความเที่ยง (Reliability) ด้วยวิธีการหาความสอดคล้องภายใน
 (Internal Consistency) โดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาครอนบาค ได้ค่า $\alpha = 0.7$

ส่วนที่ 4 การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี คำถามปลายเปิด 5 ข้อ

บทบาทของนักวิจัย

การวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมครั้งนี้ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นทั้งเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ที่
 รับผิดชอบงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และบทบาทเป็นผู้วิจัย จึงมีความจำเป็นที่ผู้วิจัยต้องแยก
 บทบาทของตนเองให้ชัดเจน เพื่อลดอคติในกระบวนการวิจัยและเพื่อเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูล ดังนี้

1. ในฐานะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่รับผิดชอบงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีบทบาท
 ในการประสานงานกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ได้แก่ อปต. สถานีอนามัยในพื้นที่ และกลุ่มอาสาสมัคร
 สาธารณสุข /แกนนำชุมชน และนอกจากนี้ในฐานะที่ผู้วิจัยเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขมีบทบาทในการ
 สนับสนุนข้อมูลข่าวสารด้านวิชาการเกี่ยวกับโรคเอดส์ สื่อสุขภาพ อุปกรณ์ที่ใช้ในกิจกรรมการ
 ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

2. ในฐานะเป็นผู้วิจัย ต้องทำตัวเป็นกลาง กระตุ้นให้ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยแสดงความคิด
 เห็น (โดยในทุกขั้นตอนผู้วิจัยจะรับฟังปัญหาและข้อเสนอแนะโดยไม่ปิดกั้นความคิดผู้อื่น)
 รับทราบข้อมูลโดยไม่มีอคติ ไม่ตัดสินจากความรู้สึกเพื่อให้ได้ข้อมูลที่เป็นจริง และกระตุ้น
 ผู้เกี่ยวข้องให้เกิดการมีส่วนร่วมในกระบวนการวิจัยทุกขั้นตอนตั้งแต่ร่วมวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา
 ร่วมคิดกิจกรรม และร่วมประเมินผล ผู้วิจัยจะไม่ใช้ความคิดเห็นของตนเองเพื่อชักจูงความคิดของกลุ่ม
 ข้อสรุปของแต่ละขั้นตอนมาจากประชามติซึ่งเป็นความคิดของภาพรวมทุกคนที่เข้ามามีส่วนร่วม
 ซึ่งจะเป็นการสร้างรากฐานให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองในแก้ปัญหาอื่นๆต่อไป

3. ผู้วิจัยมีบทบาทเป็นผู้ประสานการดำเนินงานกับนักวิจัยในพื้นที่ได้แก่เจ้าหน้าที่ อปต.
 เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ อสม. และมีบทบาทในการร่วมเรียนรู้และพัฒนาไปพร้อมกับชุมชน
 นอกจากนี้ยังมีบทบาทในการให้คำปรึกษาในเรื่องวิชาการ องค์กรความรู้ที่จำเป็นต้องใช้ใน
 กระบวนการพัฒนาการดำเนินงาน ร่วมพัฒนาองค์ความรู้เรื่องเอดส์และร่วมกันวิเคราะห์ปัญหา
 ร่วมในกระบวนการวางแผนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ ร่วมดำเนินงานและ
 ร่วมประเมินผลร่วมกันกับนักวิจัยในพื้นที่

การเก็บรวบรวมข้อมูล

การวิจัยพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีนามัยตำบลที่ศึกษาเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม การเก็บรวบรวมข้อมูลใช้ทั้งเครื่องมือเชิงคุณภาพ (การสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม การสังเกต) และเชิงปริมาณ (แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของ อสม.) เพื่อประเมินผลและตอบคำถามการวิจัย

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล/ กระบวนการดำเนินงาน ในการศึกษาพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายและการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีนามัยตำบลที่ศึกษา ต้องเก็บรวบรวมข้อมูลอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นการวิจัย โดยดำเนินการตามขั้นตอนดังนี้

ตาราง 1

ขั้นตอน ข้อมูลที่เก็บ วิธีการเก็บข้อมูล และผู้ให้ข้อมูลในการเก็บข้อมูลในกระบวนการวิจัย

ขั้นตอน	ข้อมูลที่เก็บ	วิธีการเก็บข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล
การวิเคราะห์	สถานการณ์ปัญหาเอดส์	การสัมภาษณ์	อบต. สอ.
สถานการณ์	การดำเนินงานป้องกันเอชไอวีที่ผ่านมา	การสนทนากลุ่ม	อสม.
วางแผน	ปัญหาอุปสรรคที่ผ่านมา ทางเลือกในการแก้ไขปัญหา ความรู้และทัศนคติเรื่องเอดส์ของอสม	แบบสอบถาม ความรู้และทัศนคติ	อสม.
การปฏิบัติ	ลักษณะการทำงานร่วมกันระหว่าง	การสัมภาษณ์	อบต. สอ.
ตามแผนและ	สถานีนามัย และอสม.	การสนทนากลุ่ม	อสม.
การสังเกต	การมีส่วนร่วมดำเนินงานของผู้เกี่ยวข้อง ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น	การสังเกตและ บันทึกภาคสนาม	

ตาราง 1 (ต่อ)

ขั้นตอน	ข้อมูลที่เก็บ	วิธีการเก็บข้อมูล	ผู้ให้ข้อมูล
การสะท้อน ผลการ ปฏิบัติงาน	ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา ความพึงพอใจของผู้ร่วมดำเนินงาน ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน อุปสรรคในการดำเนินงาน	การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตและ บันทึกภาคสนาม บันทึกการประชุม	อบต. สอ. อสม. อสม.
	ความรู้และทัศนคติเรื่องเอดส์ของอสม	แบบสอบถาม ความรู้และทัศนคติ	อสม.
การปรับปรุง แผน	สิ่งที่ต้องปรับปรุงเพื่อการป้องกันเอชไอวี ในชุมชน สิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงาน แนวทางปรับปรุง/พัฒนา แผนที่จะ ดำเนินงานต่อไป	การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม การสังเกตและ บันทึกภาคสนาม บันทึกการประชุม	อบต. สอ. อสม. อสม.

ขั้นตอนการดำเนินงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ

ขั้นที่ 1 การวางแผน

1. หลังจากประสานงานกับหน่วยงานในพื้นที่ ได้แก่ อบต. สถานีอนามัย และตัวแทน อสม. ผู้วิจัยได้สร้างสัมพันธภาพด้วยการพูดคุยอย่างเป็นกันเอง อธิบายเหตุผลที่เลือกพื้นที่ตำบลที่ศึกษาในการศึกษาครั้งนี้ และพูดคุยถึงวัตถุประสงค์และกรอบกว้างๆของการดำเนินงาน (การมีส่วนร่วม 4 ขั้นตอน) พร้อมทั้งขอความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องเพื่อประเมินความเป็นไปได้ และดำเนินการทุกขั้นตอนด้วยความจริงใจ นอกจากนี้ผู้วิจัยต้องทำความเข้าใจในบริบทวิถีชีวิตของคนในตำบลที่ศึกษา และการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมา หลังจากนั้นประสานงานกับผู้เกี่ยวข้องทั้ง 3 ภาคส่วนเพื่อหาอาสาสมัคร อสม. ในการเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจ และร่วมกันกำหนดผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ และกำหนดบทบาทในแต่ละภาคส่วน

2. นัดหมายผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาเอดส์ในชุมชน (ได้แก่ เจ้าหน้าที่ อบต. เจ้าหน้าที่จากสถานีอนามัย อสม. เพื่อร่วมกันทำความเข้าใจแนวทางการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ

เอชไอวีในพื้นที่ ร่วมกันวิเคราะห์ทำความเข้าใจปัญหา และร่วมกันกำหนดเป้าหมายในการดำเนินงาน

3. ร่วมกันหาทางเลือกในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (ประเมินดูเชิงเหตุผลว่ากิจกรรมที่ทำนั้นจะทำให้การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ที่มีความสำเร็จหรือไม่) วางรูปแบบในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ เช่นการกำหนดโครงสร้างองค์กรที่จะรับผิดชอบในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ในระยะยาว เนื่องจากการดำเนินงานรูปแบบเครือข่ายจำเป็นต้องกำหนดเจ้าภาพหลัก กำหนดตัวบุคคลากรที่รับผิดชอบ การกำหนดแหล่งที่มาของงบประมาณสำหรับการดำเนินงานแหล่งทรัพยากรอื่น ๆ จากแต่ละภาคส่วน กำหนดแนวทางการบริหารจัดการเครือข่าย และกำหนดบทบาทของแต่ละคน ทั้งนี้เพื่อให้ตำบลที่ศึกษามีการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง

4. ร่วมกันกำหนดรูปแบบการดำเนินงานเพื่อให้ชุมชนมีกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง เช่น กำหนดเจ้าภาพหลัก กำหนดตัวบุคคลจุดเชื่อมโยงในแต่ละภาคส่วน บทบาทผู้เกี่ยวข้อง รูปแบบการประสานงาน แหล่งงบประมาณ แผนงาน โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ (กลุ่มเป้าหมาย เนื้อหา และวิธีการสื่อสาร) แนวทางการประเมินผล และการใช้ประโยชน์จากการดำเนินกิจกรรมร่วมกัน โดยในเบื้องต้นอาจพิจารณาจากการดำเนินงานเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตามมาตรฐานการพัฒนากิจกรรมดำเนินงานด้านเอดส์ ของกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น หรืออาจปรับกิจกรรมอื่น ๆ ได้ตามความต้องการของชุมชน ทั้งนี้ขึ้นกับศักยภาพของชุมชน โดยกำหนดรายละเอียดกิจกรรม สาเหตุที่ดำเนินกิจกรรม วิธีการดำเนินกิจกรรม กำหนดวันเวลา และสถานที่ที่จัดกิจกรรม การประเมินผล และกำหนดผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน

ขั้นที่ 2 การปฏิบัติตามแผน

ในขั้นตอนนี้ นักวิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสถานีอนามัย ซึ่งถือว่าเป็นผู้ร่วมวิจัย ได้ร่วมกันปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ และปฏิบัติหน้าที่ตามที่แบ่งบทบาทความรับผิดชอบว่าใครทำอะไร โดยในกระบวนการจะมีการสังเกตและบันทึกผลการจัดกิจกรรม และบันทึกภาพ และเสียงในการดำเนินการในแต่ละกิจกรรม

ในการสรุปผลกิจกรรมนั้น นักวิจัยจะสรุป ชื่อกิจกรรม วัน เวลา สถานที่จัดกิจกรรม วัตถุประสงค์การจัดกิจกรรม ผู้เข้าร่วมกิจกรรม วาระ/ประเด็น/กำหนดการหรือขอบเขตเนื้อหา และสรุปผลการจัดกิจกรรม (สรุปสาระสำคัญสิ่งที่ได้จากการจัดกิจกรรม) ประเมินบรรยากาศของการจัดกิจกรรม ข้อเสนอแนะหรือเสียงสะท้อนจากผู้เข้าร่วมกิจกรรมเพื่อการพัฒนาต่อไป

ขั้นที่ 3 การสะท้อนคิด

ประชุมเพื่อสรุปผลหลังจากปฏิบัติกิจกรรมแต่ละอย่างว่ามีปัญหาอุปสรรคหรือไม่ มีอะไรที่ต้องปรับปรุงเพื่อการพัฒนาต่อไป สัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายที่ร่วมดำเนินการ ได้แก่เจ้าหน้าที่ อบต. เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุขที่เข้าร่วมโครงการ เพื่อสะท้อนการปฏิบัติงานตามกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของชุมชนเพื่อสรุปจุดเด่น (ปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงาน) จุดที่ต้องพัฒนา (ปัญหาอุปสรรค) พร้อมทั้งให้ผู้เกี่ยวข้องร่วมแสดงความคิดเห็นในการประเมินกิจกรรมอย่างตรงไปตรงมา รวมทั้งข้อเสนอแนะในการปรับปรุงการดำเนินงานครั้งต่อไป

ขั้นที่ 4 การปรับปรุงแผนปฏิบัติการ

ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในพื้นที่ร่วมกันวิเคราะห์ผลที่ได้จากการปฏิบัติงาน โดยเปรียบเทียบกับจุดมุ่งหมายและเกณฑ์มาตรฐานที่วางไว้ ประเมินสิ่งที่ได้จากการสะท้อนความคิดเห็นต่อการปฏิบัติงานของแต่ละคน เพื่อใช้ในการปรับปรุงแผนการปฏิบัติงาน และร่วมกันวางแผนการดำเนินงานเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ตำบลที่ศึกษาต่อไป จนกระทั่งได้ผลเป็นที่พอใจของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง และสรุปบทเรียนสิ่งที่ได้เรียนรู้จากการดำเนินงานวิจัยและพัฒนาในครั้งนี้

การตรวจสอบข้อมูล

ในการวิจัยเชิงปฏิบัติการครั้งนี้ ตรวจสอบคุณภาพของข้อมูล โดยตรวจสอบความตรงของข้อมูล (validity) ซึ่งเป็นการตรวจสอบความแม่นยำหรือความถูกต้องของข้อค้นพบ ด้วยการยืนยันโครงสร้างหมายถึง ข้อมูล แต่ละประเภทมีความสัมพันธ์กัน โดยใช้ข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ กัน (data triangulation) เพื่อตรวจสอบความสอดคล้องกันของข้อมูล ในการศึกษาครั้งนี้เก็บข้อมูลจากผู้ให้ข้อมูลหลายคน เช่น จากเจ้าหน้าที่ อบต. จากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และจาก อสม. เป็นต้น และใช้วิธีการเก็บข้อมูลที่ต่างแตกต่างกันหลายวิธี (methodology triangulation) ทั้งการสัมภาษณ์เจาะลึก การสนทนากลุ่ม แบบสอบถาม การสังเกต การทบทวนเอกสาร นอกจากนี้สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลโดยฟังเสียงสะท้อนจากกลุ่มเป้าหมายที่เราศึกษา (playback method) โดยการเสนอผลวิจัยให้ประชากรกลุ่มที่ถูกศึกษาฟังและให้เขาวิจารณ์ เพื่อจะดูว่าข้อสรุปของนักวิจัยถูกต้องหรือไม่ (ชาย, 2550) ซึ่งทำให้ผู้วิจัยเข้าใจและแปลสภาพประเด็นที่ศึกษาได้ถูกต้อง หลังจากตรวจสอบข้อมูลด้วยวิธีการต่าง ๆ เพื่อให้แน่ใจว่าข้อมูลมีความถูกต้องแล้วและพร้อมที่จะดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลในการศึกษาครั้งนี้ มีทั้งการวิเคราะห์เชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ ดังนี้

1. การวิเคราะห์เชิงปริมาณ ในส่วนของแบบสอบถาม ประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ข้อมูลทั่วไป ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้เข้าร่วมวิจัย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาเป็น ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน ข้อมูลระดับความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ ข้อมูลทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ วิเคราะห์โดยใช้สถิติ Paired t-test

2. การวิธีวิเคราะห์เชิงคุณภาพในส่วนของแบบสัมภาษณ์ และแนวคำถามการสนทนากลุ่มแบบสังเกตและการบันทึกภาคสนามมีการวิเคราะห์แบบอุปนัย (analytical induction) คือวิธีการตีความสร้างข้อสรุปของข้อมูลจากปรากฏการณ์ที่มองเห็น สำหรับการวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (content analysis) วิเคราะห์แยกประเด็น โดยการให้ความหมาย ดูความสมบูรณ์ของข้อมูลเชิงคุณภาพ

การพิทักษ์สิทธิของผู้ร่วมวิจัย

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ผู้วิจัยดำเนินการในเรื่องของการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมวิจัยโดย

1. ผู้เข้าร่วมในการวิจัยทุกคนเข้าร่วมในโครงการด้วยความสมัครใจ
2. ผู้เข้าร่วมในการวิจัย มีสิทธิถอนตัวจากการศึกษาได้ทุกกรณีโดยไม่จำเป็นต้องแจ้ง

เหตุผล

3. ในรายงานการวิจัยจะไม่ระบุชื่อ สกุล และจะปกป้องเพื่อมิให้บุคคลที่เข้าร่วมในการศึกษาเสียชื่อเสียง

4. ผู้วิจัยจะใช้ข้อมูลในทางที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวมโดยไม่นำไปใช้ในทางมิชอบ

บทที่ 4

ผลการวิจัยและการอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม นักวิจัยร่วมกับผู้เกี่ยวข้องซึ่งถือว่าเป็นนักวิจัยในพื้นที่ได้แก่เจ้าหน้าที่จากองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) 3 คน เจ้าหน้าที่จากสถานีอนามัย 2 คน และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) 68 คน รวมเป็น 73 คน ร่วมกันดำเนินงานโครงการใน 4 ขั้นตอนคือตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์ประเมินสถานการณ์ปัญหาร่วมคิดร่วมวางแผน การร่วมปฏิบัติงาน การร่วมประเมินผล และร่วมปรับปรุงแผนการดำเนินงาน การรายงานผลวิจัยนี้ผู้วิจัยนำเสนอผลการศึกษาวิจัย เป็น 2 ส่วน ได้แก่ ผลการวิจัยเรื่องการพัฒนา รูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน คือ 1) บริบทพื้นที่ศึกษาและข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย 2) รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 3) ผลที่ได้จากการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 4) ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และ 5) ปัญหาอุปสรรคและการจัดการแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน และการอภิปรายผล

ผลการวิจัย

บริบทพื้นที่ศึกษาและสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ในการทำวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ศึกษาข้อมูล วิเคราะห์สถานการณ์ในพื้นที่โดยการประเมินสถานการณ์เริ่มจากการสำรวจพื้นที่ ศึกษาข้อมูลจากเอกสาร และพูดคุยกับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง ได้แก่ หัวหน้าสถานีอนามัย นายก อบต. และปลัด อบต. ซึ่งเป็นบุคคลในพื้นที่ และพูดคุยกับคนในชุมชนตลอดจน อสม.ในพื้นที่ ทำการสำรวจข้อมูลทั่วไปของผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง สำรวจความรู้และทัศนคติต่อเรื่องเอดส์ของ อสม. และศึกษาลักษณะการประสานการทำงานระหว่าง อบต. สถานีอนามัย และ อสม. ในเรื่องการทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนปัญหาที่พบเกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สรุปผลการประเมินสถานการณ์และปัญหาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงาน

ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พบผลการศึกษาและนำเสนอ ดังนี้ 1) ข้อมูลบริบทของพื้นที่ศึกษาและสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 2) ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

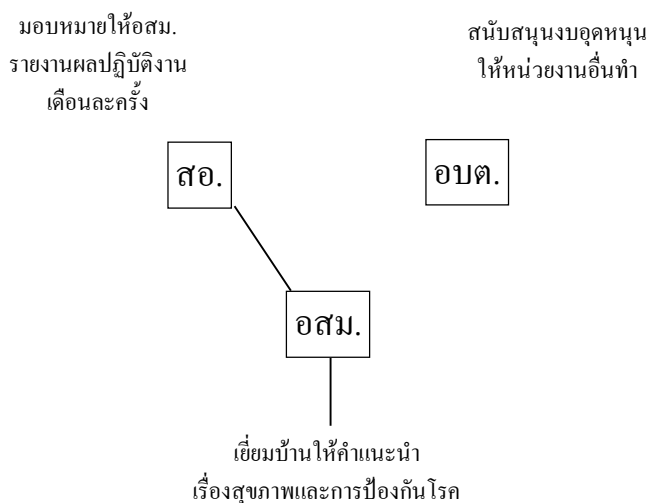
บริบทของพื้นที่ศึกษาและสถานการณ์การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

สภาพทางภูมิศาสตร์ของพื้นที่ศึกษา เป็นอำเภอหนึ่งในจังหวัดสงขลา มีประชากรทั้งอำเภอ 21,053 คน ในตำบลที่ศึกษามี 7 หมู่บ้าน มีประชากร 5,038 คน ประชาชนร้อยละ 80 ประกอบอาชีพเกษตรกรรม (สวนยาง) เป็นตำบลขนาดเล็ก แต่เป็นพื้นที่ที่มีปัจจัยเอื้อต่อการแพร่ระบาดของเอดส์ ในตำบลมีสถานบริการทางเพศแบบแอบแฝงในรูปของร้านอาหาร ร้านคาราโอเกะ และโรงแรมรวม 5 แห่ง ในด้านวิถีชีวิตของชุมชน พบว่าชุมชนที่ศึกษาเป็นชุมชนที่ชื่นชอบกีฬาชนวัว และหลังจากชนะการแข่งขันมักนิยมไปเลี้ยงฉลองตามร้านอาหาร และตามมาด้วยการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศแบบไม่ได้ป้องกัน จากข้อมูลข้างต้นจะเห็นว่าตำบลที่ศึกษา มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากการพูดคุยกับประชาชนที่มารับบริการที่สถานีอนามัย ซึ่งเห็นว่า มีผู้ที่ตายด้วยเอดส์ในชุมชนทุกปี อย่างน้อยปีละ 1-2 ราย ข้อมูลสถานการณ์โรคเอดส์ในตำบลที่ศึกษาพบผู้ป่วยเอดส์รายแรก ในปี 2541 ถึง ธันวาคม 2552 ตำบลที่ศึกษามีผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการ รวม 75 ราย เป็นผู้ป่วยเอดส์ 51 ราย ในจำนวนนี้ เป็นชาย 39 ราย หญิง 12 ราย ผู้ป่วยเอดส์ 43 คนติดเชื้อเอดส์จากเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 25-29 ปี 12 คน อายุระหว่าง 30-34 ปี 8 คน อาชีพรับจ้าง 21 คน ทำสวนยาง 12 คน (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา, 2552) ดังตาราง 7 (ภาคผนวก ฉ)

ข้อมูลจากโรงพยาบาลอำเภอ พบว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่มารับเงินเบี้ยยังชีพของ อบต. ในพื้นที่ศึกษาในปี 2551 มี 7 ราย ในปี 2552 มีผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลอำเภอ มีอยู่ 27 ราย มีทุกกลุ่มอายุตั้งแต่ 20 – 50 ปี จากข้อมูลข้างต้นสรุปได้ว่าในพื้นที่ศึกษามีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการแพร่ระบาดของเอชไอวีและมีผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์แล้วในพื้นที่

เมื่อศึกษาถึงสภาพการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของพื้นที่ พบว่ามีหน่วยงานภาครัฐที่รับผิดชอบเรื่องการป้องกันเอชไอวี 2 องค์กรหลัก ได้แก่ อบต. และ สถานีอนามัย นอกจากนี้ยังมีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ทั้ง 7 หมู่บ้านที่เป็นทรัพยากรบุคคลในพื้นที่ที่จะเข้าร่วมในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนได้ เมื่อศึกษาถึงขอบเขตหน้าที่ของทั้ง 2 องค์กรหลักในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า อบต. มีแนวทางการดำเนินงานในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีตามมาตรฐานการพัฒนาการดำเนินงานด้านเอดส์ของกรมส่งเสริมการปกครองส่วนท้องถิ่น (ภาคผนวก ข) และสถานีอนามัยก็มีบทบาทหน้าที่ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ภาระกิจด้านส่งเสริมและป้องกันโรคติดต่อ ถือว่าเป้าหมายของการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ของ 2 หน่วยงานไม่แตกต่างกัน แต่ลักษณะการทำงานของ อบต. และสถานีอนามัย เป็นลักษณะต่างคนต่างทำ โดย อบต. มีการดำเนินงานโดยสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยงานอื่นดำเนินการ ในขณะที่สถานีอนามัยไม่ได้มีงบประมาณเรื่องเอดส์ และการดำเนินงานส่งเสริมป้องกันโรคของสถานีอนามัยจะเชื่อมโยงกับ อสม. โดยจะเป็นลักษณะการสั่งการหรือมอบหมายงานให้ อสม. ทำ และ ทั้งสถานีอนามัย และอบต. ไม่ได้มีการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นลักษณะร่วมคิดร่วมทำ หรือเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายการทำงาน ดังภาพ 3



ภาพ 3 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนก่อนดำเนินโครงการวิจัย

โครงสร้างองค์กรของ อบต. ที่ศึกษา มีนายก อบต. เป็นผู้บริหาร โครงสร้างองค์กรประกอบด้วย 4 ส่วนได้แก่ ส่วนที่ 1 สำนักงานปลัด อบต. ประกอบด้วยงาน ชุมชน งานนโยบายและแผน งานกฎหมายและคดี งานบริหารงานทั่วไป ส่วนที่ 2 ส่วนการคลัง มีงานพัฒนาและจัดเก็บรายได้ งานทะเบียนทรัพย์สินและพัสดุ งานการเงินและบัญชี ส่วนที่ 3 ส่วนโยธา มีงานออกแบบและก่อสร้าง งานควบคุมอาคาร และส่วนที่ 4 ส่วนการศึกษา ศาสนาและวัฒนธรรม มีงานเดียวคืองานบริหาร การศึกษา จะเห็นว่าในด้านโครงสร้างไม่มีส่วนงานสาธารณสุขในโครงสร้าง แต่งานสาธารณสุขได้รวมอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานปลัด อบต. โดยมีปลัด อบต. คูแล และมีเจ้าหน้าที่ผู้ช่วยงานด้านสาธารณสุขคอยประสานงาน

เมื่อนักวิจัยได้ร่วมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับนายก อบต. ปลัด อบต. หัวหน้าสถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแล้ว พบว่า หน่วยงานทั้งสองมีความสนใจที่จะพัฒนาการดำเนินงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ เมื่อศึกษาภูมิหลังของผู้นำองค์กรทั้งสองแห่งที่ทำให้มีความสนใจเรื่องการป้องกันเอชไอวี พบว่า ปลัด อบต. เป็นบุตรของข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข และมีความรู้เรื่อง

โรคเอดส์จากการเข้ารับการอบรมการพัฒนาศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการทำงานเอดส์ซึ่งจัดโดยสำนักงานควบคุมโรคที่ 12 สงขลา ประกอบกับปลัดอบต.ในพื้นที่ศึกษาได้มีโอกาสไปบรรยายในหัวข้อ อบต. กับการทำงานเอดส์ ทำให้เกิดความภาคภูมิใจ และให้ความสำคัญกับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนหัวหน้าสถานีอนามัย เป็นบุคคลในพื้นที่ มองเห็นสภาพปัญหาที่คนในชุมชนเผชิญอยู่ว่ามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จึงมีความสนใจในการเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และจากการศึกษาสถานการณ์เบื้องต้นพบปัญหา ดังนี้

1. คนในชุมชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จากข้อมูลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ อบต. สถานีอนามัยและ อสม. สะท้อนให้เห็นว่าคนในชุมชนมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

“โหมชวย พอชนว้าวได้ กะพากันไปโน่นแหละ ไปเอนักรื่องมั่ง. ถุงกะไม่ใช่ (พวกผู้ชาย เมื่อได้เงินจากการเล่นพนันว้าวชน ก็พากันไปมีเพศสัมพันธ์กับนักรื่อง ถุงยางอนามัยก็ไม่ใช่)”

(หัวหน้า สถานีอนามัย)

“ที่นี่ยะ สังเกตและพวกที่พาเด็กมานอนที่โรงแรมจะไม่ค่อยอยู่ทั้งคืน จะเป็นชั่วคราวมากหว่า.....”

(ปลัด อบต.)

“วัยรุ่น กะมีแฟนแล้ว ส่วนมาก ไม่ใช่ถุงยาง เพราะเด็กหมั่นคิดว่าเพื่อนกัน ไม่ติดเอดส์”

(อสม.)

2. การทำงานเพื่อการป้องกันเอชไอวีของ อบต. และสถานีอนามัย เป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ไม่ได้ร่วมมือกัน ไม่ได้ทำงานในลักษณะเครือข่าย จากข้อมูลการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่อบต. สถานีอนามัย และ อสม. พบดังนี้

“ก็โครงการเอดส์ ส่วนมาก อบต.ให้เงินโรงเรียนมั่ง โรงเรียนมั่งในการทำโครงการ แต่ว่าไม่ได้ให้อนามัยเพราะเขาไม่ได้ขอมา...(โครงการป้องกันเอดส์ ส่วนมากอบต. สนับสนุนงบให้โรงเรียนบ้าง โรงพยาบาลบ้างในการทำโครงการ แต่ไม่ได้ให้สถานีอนามัย เพราะว่าไม่ได้ขอสนับสนุนงบประมาณจาก อบต.)”

(ปลัด อบต.)

“อบต.จะไปร่วมกับโรงเรียน โรงพยาบาล (โรงพยาบาล) เวลาเขาทำกิจกรรม”

(ผู้ช่วยงานสาธารณสุข อบต.)

“เรื่องเอดส์หอ(เธอ) อนามัยกะไม่ได้เขียนโครงการ ส่วนมากจะเป็นการแนะนำให้
สุขศึกษากับชาวบ้านพินันท์แหละ(อย่างนั้นแหละ)”

(นักวิชาการสาธารณสุขสถานีอนามัย)

3. ข้อมูลจากการสำรวจแบบสอบถามความรู้เรื่องเอดส์ของ อสม. ในภาพรวมรู้เรื่องเอดส์ในระดับปานกลาง (ไม่ถึงร้อยละ 80) และข้อที่รู้ถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 80 มี 5 ข้อ ได้แก่ คนที่ติดเชื้อเอดส์ถือว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์ คนเราที่มองว่าสุขภาพร่างกายแข็งแรงคืออาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ก็ได้ สามีภรรยาที่ติดเชื้อเอดส์ทั้งคู่ ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย ลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอดส์จะติดเชื้อเอดส์ด้วย และถ้าสงสัยว่าติดโรคเอดส์หรือไม่ หลังมีพฤติกรรมเสี่ยงถ้าตรวจเอดส์ทันทีแล้วผลเป็นลบ แสดงว่าไม่ติดเอดส์ (รายละเอียด ภาคผนวก ฉ) ซึ่งทั้ง 5 ข้อดังกล่าวหากไม่รู้ไม่ถูกต้องอาจทำให้ อสม. ไปแนะนำคนอื่นๆอย่างผิดๆได้ และอาจทำให้การปฏิบัติตัวในการอยู่ร่วมกันในสังคมกับผู้ป่วยเอดส์ เป็นไปด้วยความห่างเหิน รังเกียจ มีความไม่สบายใจกลัวการติด โรคและทำให้การทำงานป้องกันเอดส์ในชุมชน ได้ไม่ดี

4. อสม. บางคนยังมีทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ในด้านลบ และรู้สึกรังเกียจผู้ป่วย จากการสนทนากลุ่มครั้งหนึ่ง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอำเภอซึ่งเป็นพี่เลี้ยงกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ได้เล่าให้ฟังว่าได้ของบจากจังหวัดได้ 5 ล้านบาทเพื่อสร้างตึกและทำกิจกรรมกลุ่มกับผู้ป่วยเอดส์ โดยจะมีห้องประชุมสำหรับทำกิจกรรมต่างๆได้ และหลังสร้างเสร็จจะติดป้ายบอกว่าเป็นตึกที่ได้รับงบประมาณจากจังหวัดและใช้สำหรับทำกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุและผู้ป่วยเอดส์ และเชิญกลุ่มพวกเราก็สามารถไปใช้ห้องประชุมได้ เมื่อได้ฟังดังนั้นมี อสม. ในชุมชนท่านหนึ่งก็พูดขึ้นมาด้วยสีหน้ากังวลไม่กล้าเข้าไป ซึ่งเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอำเภอก็บอกว่าไม่ได้เขียนตรงอย่างนั้นก็ต้องดูให้เหมาะสมและไม่มีคำว่าเอดส์ที่ป้าย นอกจากนี้ยังมีข้อมูลที่สนับสนุนให้เห็นว่า อสม. ในพื้นที่ที่มีความกังวลกลัวติดเชื้อเอดส์ และพบปัญหาผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยตัว ในขณะที่ อสม. มีความอยากรู้ว่าในหมู่บ้านของตนมีผู้ป่วยเอดส์ตรงไหน ดังตัวอย่างคำพูด

“ กะเขียนป้ายพินันท์ ฉานไม่หามเข้าไปหรอก เดียวเขาว่าเราเป็นเอดส์ (ก็เขียนป้ายแบบนั้น ฉินันท์ไม่กล้าเข้าไปหรอก เดียวคนอื่นคิดว่าเราเป็นเอดส์”

(อสม. หมู่ 2)

“อยู่เฉยๆมันอีตีดหมาย มีหมายที่มันอยู่ๆแล้วติดเอง(อยู่เฉยๆจะติดเชื้อเอดส์หรือไม่ มีหรือไม่ที่อยู่ๆแล้วติดเชื้อเอดส์เอง”

(อสม. หมู่ 7)

“วิธีไหนที่ติดแน่นอน ทำหรือที่ติดแน่นอน คือเราจะได้ไม่ต้องกลัวว่าถ้าไม่ทำพั้นนั้น ไม่ติดแน่นอน (วิธีไหน หรือทำอะไรที่ติดเชื้อเอดส์แน่นอน คือเราจะได้ไม่ต้องกลัวว่าถ้าไม่ทำอย่างนั้น ก็ไม่ติดเชื้อเอดส์แน่นอน)”

(อสม. หมู่ 4)

5. ผู้ปฏิบัติในพื้นที่ที่มีความต้องการทราบข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนของตนเอง (ขาดข้อมูล) เกิดความขัดแย้งของความเห็นต่อการเปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ในระดับหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ อสม. ต้องการทราบว่าในแต่ละหมู่บ้านมีผู้ป่วยเอดส์กี่คน แต่เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล อธิบายว่าข้อมูลเอดส์ควรเป็นภาพในระดับตำบลเพื่อป้องกันด้านความลับ และรักษาสิทธิผู้ป่วยให้อยู่ในสังคมได้

“คือพี่อยากรู้ว่าในแต่ละหมู่บ้านมีผู้ป่วยเอดส์กี่คน บอกแค่จำนวนกะได้ไม่ได้บอกชื่อที่อยู่”

(เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย)

“ในชุมชนมีปัญหาคือส่วนใหญ่ อสม. จะไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับคนติดเชื้อเอดส์ในชุมชนคือเราอยากรู้ว่าในหมู่บ้านที่เรารับผิดชอบมีผู้ป่วยอยู่บ้านไหนบ้าง(บ้าง) จะได้ให้คำแนะนำถูก”

(อสม. หมู่ 5)

“ผู้ป่วยบางรายไม่ค่อยยอมออกมาเปิดเผยตัวเอง”

(อสม. หมู่ 4)

“ถ้าใครไม่เปิดเผยเราก็ช่วยเขาไม่ได้”

(อสม. หมู่ 2)

“เรื่องข้อมูลนี้กะ อบต. จะรู้กับ โรงพยาบาล(โรงพยาบาล) แต่ว่าคงเปิดเผยไม่ได้”

(เจ้าหน้าที่อบต.)

6. อสม. ขาดทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาและเขียนโครงการเพื่อป้องกันเอดส์ในชุมชน จากการสนทนากลุ่มผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่ อสม. รู้สึกไม่มั่นใจในการ คิดวิเคราะห์และเขียนโครงการเพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่

7. การดำเนินงานโครงการเอดส์ ของชุมชน มักคิดว่ามีเงินอยู่จำนวนหนึ่งแล้วจะทำกิจกรรมอะไร คือคิดในระดับกิจกรรมโดยการจัดกิจกรรมเสร็จส่งหลักฐานเบิกเงินแล้วถือว่าเสร็จมากกว่าการคิดถึงรากเหง้าของปัญหา และการวางระบบการป้องกันปัญหาในระยะยาว

8. ขาดการวิเคราะห์ปัญหาและการร่วมเสนอทางเลือก ควรร่วมกันคิดวางระบบการดำเนินงาน เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระยะยาว เช่น ใครจะเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินงาน จะดำเนินงานโดยวิธีการ มีการบริหารจัดการหรือประสานงานอย่างไร ใช้งบจากที่ใด จะประเมินผลอย่างไร

9. ขาดระบบการควบคุมกำกับและ ติดตามผลในระยะยาว

คนในชุมชนตำบลที่ศึกษามีความเกี่ยวข้องต่อการติดเชื้อเอชไอวี ที่ผ่านมามีการดำเนินงานโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลขาดการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆในการร่วมคิดวางแผนโครงการ จะเป็นลักษณะต่างคนต่างทำ ขาดการวิเคราะห์สาเหตุของปัญหาที่แท้จริง กระบวนการแก้ปัญหาหรือดำเนินโครงการจะเป็นลักษณะทำกิจกรรมตามจำนวนเงินที่มีโดยไม่ได้ใช้ข้อมูลที่ระบุถึงปัญหา และขาดการติดตามประเมินผล นอกจากนี้ อสม. บางส่วนยังมีความรู้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องต่อโรคเอดส์ และมีทัศนคติต่อโรคเอดส์ในด้านลบ ดังนั้นการวิจัยครั้งนี้เป็นการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการร่วมมือกันเป็นเครือข่ายความร่วมมือของระหว่าง อบต. สถานีอนามัย และ อสม. ในการร่วมกันดำเนินงานเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยมีทั้งสิ้น 73 คน ประกอบด้วย เจ้าหน้าที่ อบต. 3 คน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 2 คน และ อสม. 68 คน เจ้าหน้าที่ อบต. มีตำแหน่งนายก อบต. เพศชายอายุ 55 ปีการศึกษา ประถม 4 เพิ่งได้รับการเลือกตั้งเข้ามาดำรงตำแหน่ง ให้การสนับสนุนการดำเนินงานอย่างดีแต่ไม่ได้ลงในรายละเอียดมากนัก ปลัด อบต. เพศชาย อายุ 40 ปี การศึกษาปริญญาตรี ให้ความสนใจในการดำเนินงานโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างดี และผู้ช่วยด้านสาธารณสุขเพศหญิง อายุ 25 ปี การศึกษาปริญญาตรีคอยสนับสนุนด้านการประสานงาน งานธุรการ เจ้าหน้าที่จากสถานีอนามัย 2 คน เป็นหัวหน้าสถานีอนามัย อายุ 45 ปี และนักวิชาการสาธารณสุข อายุ 50 ปี ซึ่งหัวหน้าสถานีอนามัย ได้มอบหมายให้นักวิชาการสาธารณสุขประสานการทำงานกับ อบต. และ อสม. ข้อมูลคุณลักษณะทั่วไปของผู้ร่วมวิจัยทั้ง 73 คนมีดังนี้

ผู้ร่วมวิจัยมีทั้งสิ้น 73 คน ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 93.15 อายุระหว่าง 40-44 ปี ร้อยละ 24.66 และ อายุ 45-49 ปี ร้อยละ 24.66 เท่ากัน อายุต่ำสุด 25 ปี สูงสุด 60 ปี อายุเฉลี่ย 44.85 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 7.21 สถานภาพสมรส คู่ ร้อยละ 80.82 ระดับการศึกษาเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่จบระดับปริญญาตรี ส่วน อสม. จบระดับประถมศึกษา ร้อยละ 61.44 อาชีพ อสม. มีอาชีพเกษตรกรรม ร้อยละ 50.68 แม่บ้าน ร้อยละ 17.81 ระยะเวลาที่ทำงาน (เจ้าหน้าที่) หรือ ระยะเวลาที่เป็น อสม. 6-10 ปี ร้อยละ 31.51 1-5 ปี ร้อยละ 23.29 และ 16-20 ปี ร้อยละ 17.81 ผู้ร่วมวิจัยส่วนใหญ่ไม่เคยอบรมเรื่องเอดส์ ร้อยละ 52.05 และการได้รับข่าวสารเรื่องเอดส์ มากที่สุดทางโทรทัศน์ ร้อยละ 22.99 จากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 19.71 จากเอกสารแผ่นพับ ร้อยละ 13.87 ระดับความรู้เรื่องเอดส์ของ อสม. 68 คน อยู่ในระดับปานกลาง (ตอบถูกต้อง 10 ข้อจาก 15 ข้อ) ส่วนทัศนคติ ได้ระดับคะแนน 56.09 อยู่ในระดับปานกลาง

ในการพัฒนาการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีนั้น ผู้วิจัยได้สำรวจทุนในพื้นที่ ได้แก่ กลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหา ในตำบลที่ศึกษา มีอบต. สถานีอนามัย และ อสม. ซึ่งหลังจากทั้ง 3 ฝ่ายได้เห็นความสำคัญของปัญหาเอดส์และตกลงใจที่จะทำงานร่วมกันใน 4 ขั้นตอนคือ การวางแผน การดำเนินงาน การประเมินผล และการปรับปรุงการดำเนินงาน จึงขอเสนอผลการดำเนินการตามกระบวนการพัฒนาในแต่ละขั้นตอน จนได้รูปแบบชั่วคราวและแผนงานสำหรับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีรายละเอียด ดังนี้

หลังจากนั้นนายก อบต. และปลัด อบต. ได้สนใจพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในชุมชนโดยเน้นไปที่ อสม. เพื่อพัฒนา อสม. ให้สามารถให้คำแนะนำและดำเนินป้องกันเอดส์ในชุมชนต่อได้ และอบต. เห็นว่า การดำเนินงานดังกล่าวจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือจากสถานีอนามัย นักวิจัย และ ปลัดอบต. ได้ไปที่สถานีอนามัยเพื่อหาข้อมูลและศึกษาความเป็นไปได้ของการดำเนินงาน และได้พบกับหัวหน้าสถานีอนามัย และนักวิชาการสาธารณสุข พบว่าสถานีอนามัยได้เคยจัดการอบรมให้ อสม. เมื่อ 2-3 ปีที่ผ่านมา แต่ปีนี้ไม่ได้มีโครงการเกี่ยวกับ อสม. เนื่องจากไม่มีงบประมาณ แต่มีความยินดีต้องการที่จะร่วมดำเนินงานกับอบต. และทั้งปลัดฯ อบต. และหัวหน้าสถานีอนามัย เห็นว่าเป็นโครงการที่ดี และควรดึง อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันเอดส์ เพราะ อสม. เป็นคนอยู่ใกล้ชิดชาวบ้านสามารถให้คำแนะนำเรื่องเอดส์ แก่ชุมชนได้

“ผมตั้งงบประมาณไว้ก่อนหนึ่งว่าจะทำโครงการเอดส์ในพื้นที่ เลยมาชวนที่ไป
ร่วมทำกัน”

(ปลัดอบต.)

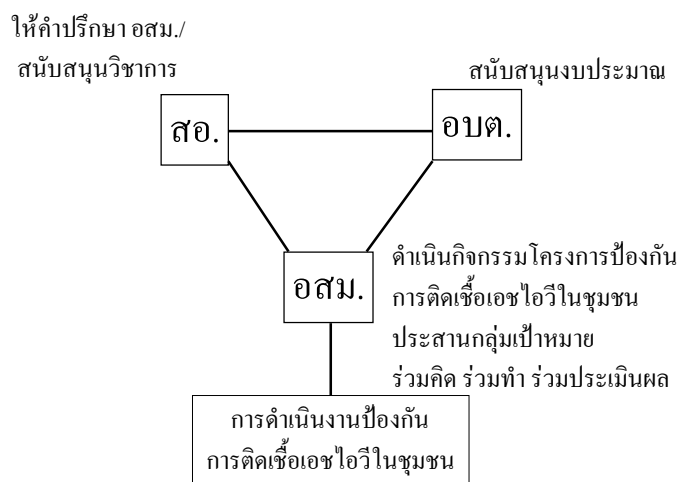
“เอาแหละ... ผมกะอยากอบรมเรื่องเอดส์ให้อสม.อยู่เหมือนกัน แต่ว่ายังไม่มิงบ (ก็เอาซีผมก็อยากอบรมเรื่องโรคเอดส์ให้อสม.อยู่เหมือนกัน แต่ยังไม่มิงบประมาณ)”

(หัวหน้าสถานีอนามัย)

“ผมจะให้ พี่ (ชื่อจันท.รับผิดชอบงานภาคประชาชน) เข้าไปร่วม เวลาปลัดฯ ประชุม หรือว่าเวลามีกิจกรรมต่างๆ ...แต่ผมว่า อสม.นี่ก็ต้องเอาเข้ามาด้วยกันนะ”

(หัวหน้าสถานีอนามัย)

ในขั้นตอนการวางแผนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หลังจากอบต.และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความคิดเห็นตรงกันว่า จะร่วมกันทำงาน โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยเห็นตรงกันว่าควรจะต้อง อสม. เข้ามาร่วมคิด ร่วมทำด้วย จึงเกิดเวทีการนัดหมายเพื่อพบอสม. ทำให้การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มภาคส่วนของ อสม. เข้ามา ร่วมเป็น 3 ส่วนหลัก ได้แก่ อบต. สถานีอนามัย และ อสม. ซึ่งถือเป็นรูปแบบชั่วคราว ดังภาพ 4



ภาพ 4 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน(แบบชั่วคราว)

การประสานการดำเนินงานเพื่อประเมินสภาพปัญหา/ความต้องการจำเป็น โดยทั่วไปสถานีอนามัยมีการประชุม อสม. ทุกเดือนเพื่อพูดคุยชี้แจงนโยบายให้อสม. ทราบและติดตาม และรายงานผลการดำเนินงานในแต่ละเดือน โดยจะหมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพในแต่ละหมู่บ้านซึ่งมีทั้งหมด 7 หมู่ ในการกำหนดประชุมร่วมระหว่าง อบต. สถานีอนามัย และ อสม. ครั้งแรกเริ่มที่ศาลาเอนกประสงค์

หมู่ 2 หลังจากได้มีการประชุมร่วมกันระหว่าง อบต. สถานีอนามัย และ อสม. นักวิจัยได้ชี้แจง การดำเนินงานในภาพรวม และประเมินความรู้เรื่องเอดส์และทัศนคติต่อเรื่องเอดส์ และความคิดเห็น ต่อการดำเนินงานป้องกันเอดส์ของ อสม. และร่วมวางแผนแนวทางที่จะดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่

จากการประชุมร่วมกันระหว่าง อบต. สถานีอนามัย และ อสม. ทำให้ อสม. เข้าใจโครงการ และยินดีเข้าร่วมโครงการและได้เสนอว่า การที่จะให้ อสม. เข้ามาร่วมคิด ร่วมวางแผนดำเนินงาน นั้น น่าจะเป็นลักษณะส่งตัวแทนเข้ามาร่วม หมู่บ้านละ 3 คน ทั้งหมดมี 7 หมู่บ้าน และในที่ประชุม คิดว่าควรจะต้องตั้งทีมงานร่วมที่มาจาก 3 ฝ่าย เพื่อว่าการนัดหมายทำงานต่อไปจะได้รับความสะดวก

หลังจากผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่ได้ตั้งทีมงานแล้ว ได้นัดหมายครั้งต่อไปเพื่อทราบผลสำรวจเรื่อง ความรู้และทัศนคติเรื่องเอดส์ พร้อมกับช่วยกันกำหนดบทบาทของแต่ละส่วน และร่วมกันวางแผนการ ดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่

ในการประชุมครั้งถัดมา ได้แจ้งผลความรู้เรื่องเอดส์และทัศนคติเกี่ยวกับกับเอดส์ของ อสม. ในภาพรวมทั้งหมดซึ่งมีระดับความรู้อยู่ในระดับปานกลางและมีบางข้อที่ยังรู้ไม่ถูกต้อง หลังจาก การสนทนากลุ่ม มติกลุ่มจึงเห็นว่าควรจะต้องอบรมพัฒนาศักยภาพให้ อสม. ก่อน

หลังจากมีทีมงานแล้ว ทีมงานได้ร่วมประชุมวางแผนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กิจกรรมเพื่อการเรียนรู้เรื่องเอดส์ที่ถูกต้องให้แก่ อสม. ทั้งหมด ทำให้หลังการอบรม อสม. มีความรู้ เรื่องเอดส์ในระดับดี จากการประชุมระหว่าง อบต. สถานีอนามัย และ อสม. ในการร่วมวางแผนการ ดำเนินงานทำให้ผู้ร่วมโครงการสรุปได้ว่าก่อนจะเริ่มดำเนินการวางแผนเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในชุมชนนั้น กลุ่มบุคคลที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ อสม. เป็นกลุ่มที่สำคัญในการร่วมคิดและ ดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน อสม. ส่วนใหญ่เป็นสตรี เป็นกลุ่มแม่บ้าน เป็นผู้ที่ ใกล้ชิดชาวบ้าน ซึ่งการที่ อสม. มีองค์ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องในเรื่องเอดส์ ช่วยให้ อสม. สามารถ ป้องกันตนเอง ครอบครัว และช่วยกันจัดกิจกรรมร่วมกับหน่วยงานภาครัฐเพื่อการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในชุมชนได้ แต่จากประเมินสถานการณ์เบื้องต้นพบว่า อสม. บางคนยังมีความรู้เรื่องเอดส์ ที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งมีรายละเอียดดังนี้ อสม. ร้อยละ 40.30 คิดว่าสามีและภรรยาที่ติดเชื้อเอดส์ทั้งคู่ ไม่ จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ อสม. ร้อยละ 29.41 คิดว่า ลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ เอดส์จะติดเชื้อเอดส์ด้วย อสม. ร้อยละ 4.48 เห็นด้วยอย่างยิ่งและร้อยละ 29.85 เห็นด้วยว่ารู้สึก รังเกียจที่จะใช้ห้องน้ำห้องส้วมร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ อสม. ร้อยละ 10.45 เห็นด้วยอย่างยิ่งและร้อยละ 34.33 เห็นด้วยว่าควรจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยเอดส์อยู่เป็นการเฉพาะ และ อสม. ร้อยละ 56.06 ไม่แน่ใจ ว่าตนเองมั่นใจว่าไม่มีโอกาสติดเชื้อเอดส์แน่นอน ดังนั้นควรเพิ่มเนื้อหาเรื่องช่องทางที่จะติดเชื้อเอชไอวี

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และเพิ่มความเข้าใจในตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการรังเกียจ และให้สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้

สรุปภาพรวมของแผนงานโครงการที่ ทีมงานทั้ง 3 ฝ่ายได้ร่วมคิดวิเคราะห์คือจะต้องมีโครงสร้างผู้รับผิดชอบจากภาคส่วนต่างๆ และมีการมอบหมายงานที่ชัดเจนเพื่อให้การทำงานมีความต่อเนื่อง และเนื่องจากผลสรุปปัญหาในขั้นตอนการวางแผนพบว่า ทูน่าสำหรับการดำเนินงานป้องกันการเอดส์ในชุมชนนั้น ในเรื่องของคนยังมีจุดที่ต้องปรับปรุงทั้งเรื่องของการคิดวิเคราะห์ เพื่อแก้ปัญหาในพื้นที่ การปรับในเรื่ององค์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ การปรับทัศนคติเพื่อให้มองผู้ป่วยเอดส์ด้วยความเข้าใจว่าไม่ได้ติดกันง่ายๆ ให้มีความรู้สึกเห็นใจ อยากให้ความช่วยเหลือรวมทั้งให้มีทักษะในการมองว่าปัญหาในพื้นที่คืออะไร และจะแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างไร ซึ่งภารกิจทั้งหมดนี้แน่นอนว่าไม่อาจปรับแก้ได้ในเวลาสั้นๆ แต่อย่างน้อยในช่วงเวลา 1 ปีที่นักวิจัยและผู้ร่วมโครงการในพื้นที่ได้มองเห็นตรงกันและจะเริ่มแก้ปัญหาในพื้นที่เพื่อเป้าหมายร่วมกันคือการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ โดยกระบวนการแก้ปัญหาได้เน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ตัวคนก่อน โดยเชื่อว่ามนุษย์ทุกคนมีศักยภาพ สามารถพัฒนาได้ และกระบวนการพัฒนาจะเป็นลักษณะจัดกิจกรรมการเรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง และกำหนดเป็นแผนปฏิบัติการ ดังนี้

1. การวิเคราะห์ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
 2. จัดตั้งทีมงานในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ กำหนดให้มีการพบปะพูดคุยกันอย่างน้อยเดือนละครั้ง
 3. มีโครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. (ความรู้ ทักษะ และทักษะในการวิเคราะห์ปัญหาเพื่อเขียนโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน)
 4. ผลิตสื่อความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน
 5. สนับสนุนให้ อสม. มีกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน เช่น จัดอบรมความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์แก่เยาวชนในชุมชน
 6. ประเมินผลสรุปบทเรียนหลังการดำเนินงาน
- รายละเอียดของแผนกิจกรรมที่ได้จากกระบวนการวางแผน ดังตาราง 2

ตาราง 2

แผนงานกิจกรรมที่ได้จากกระบวนการวางแผนงาน

งาน/ กิจกรรม	เหตุผลการจัด กิจกรรม	ขั้นตอน	กลุ่มเป้าหมาย	เวลาและ สถานที่
1. จัดตั้ง คณะกรรมการ คณะทำงาน	กำหนดผู้รับผิดชอบ และบทบาทหน้าที่ ในการดำเนินงาน ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในชุมชน	1. ร่วมกันเสนอตัวแทน (เป็นจุดประสานงาน) 2. จัดตั้งคณะกรรมการ 3. แจ้งผู้มีส่วนร่วม รับทราบและปฏิบัติตาม	1. เจ้าหน้าที่ อบต. 2. จนท.สถานี อนามัย 3. แกนนนำอสม.	ก.ค. 52 ณ ห้อง ประชุม อบต.
2. พัฒนา ศักยภาพ อสม. เรื่อง การป้องกัน เอดส์	1. อสม.มีความรู้และ ทัศนคติเกี่ยวกับเรื่อง เอดส์ที่ไม่ถูกต้อง 2. อสม.ขาดความรู้ และทักษะในการ เขียนโครงการ	1. สำรวจความต้องการ การพัฒนา(เนื้อหาส่วน ที่ขาด) 2. เขียนโครงการ 3. จัดกิจกรรม 4. ประเมินผล	อสม. ทั้งหมด 7 หมู่บ้าน 68 คน	ก.ย. - ต.ค. 52 สถานที่ใช้ วัดในชุมชน
3. ร่วมคิด และวางแผน การดำเนิน งานป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี โดย คณะกรรมการ	เพื่อร่วมกันวางแผน การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในชุมชน	1. วิเคราะห์สถานการณ์ ปัญหา 2. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย และวิธีการแก้ปัญหา 3.เขียนแผนงาน โครงการ	อบต. 3 คน จนท.สถานี อนามัย 2 คน จนท.รพ.1 คน แกนนำ อสม. 21 คน รวม 26 คน	ก.ค. - ก.ย. 52 ณ ศาลา เอนกประสงค์ หมู่2 และ ห้องประชุม อบต.

ตาราง 2 (ต่อ)

งาน/ กิจกรรม	เหตุผลการจัด กิจกรรม	ขั้นตอน	เป้าหมาย	เวลาและ สถานที่
4. จัดทำสื่อ เพื่อการ ป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี ในชุมชน	ขาดสื่อสำหรับใช้ใน ชุมชน	1. ร่างเนื้อหา 2. ออกแบบสื่อ 3. จัดทำอนุมัติจัดซื้อ จัดจ้าง 4. นำสื่อไปใช้ 5. ประเมินผล	เนื้อหาเรื่อง การติดต่อ การป้องกัน การใช้ถุงยาง อนามัย	ส.ค. - ก.ย. 52 คค. 52 - กพ. 53
5. จัดอบรม ความรู้เรื่อง เอดส์แก่ เยาวชน ในชุมชน	เยาวชนในชุมชนมี ความเสี่ยงต่อปัญหา เอดส์และยาเสพติด และยังไม่ได้รับการ จัดการเรียนรู้เรื่องการ ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์	1. กำหนดกลุ่มเป้าหมาย ,เนื้อหาและวิธีการ สื่อสาร กำหนดวิทยากร และงบประมาณ 2. เขียนโครงการ 3. ดำเนินโครงการ 4. ประเมินผลในแต่ละ กิจกรรม	เยาวชนใน ชุมชนที่ศึกษา จำนวน 360 คน	27 ม.ค. 53 ร.ร.ในพื้นที่
6. สรุป บทเรียน หลังการ ดำเนินงาน	เพื่อทราบปัญหา อุปสรรคและหา แนวทางการปรับปรุง แผนการดำเนินงาน ป้องกันเอชไอวี/เอดส์	1. นัดหมายผู้ร่วม โครงการเพื่อประชุม สรุปผลการดำเนินงาน 2. กำหนดผู้รับผิดชอบ ในการนำกลุ่มสนทนา และบันทึกผลการประชุม 3. ประชุมสรุปบทเรียน 4. นำผลที่ได้ไปใช้ ประโยชน์ในการพัฒนา	ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย จาก (อบต. สถานีอนามัย และ อสม.)	เม.ย. 52 - มี.ค. 53 ณ ห้อง ประชุม อบต. และ ศาลา เอนกประสงค์ ประจำหมู่บ้าน

ขั้นตอนปฏิบัติการและสังเกต ในกระบวนการพัฒนามีผู้เกี่ยวข้องรวม 73 คน เป็น เจ้าหน้าที่ใน อบต. ที่ศึกษา 3 คน เจ้าหน้าที่ในสถานีนามัยตำบลที่ศึกษา 2 คน และ อสม. 68 คน ในจำนวนนี้คัดเลือกด้วยความสมัครใจเป็นตัวแทน อสม. จาก 7 หมู่บ้าน รวม 21 คน ดังตาราง 3

ตาราง 3

จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมใน โครงการวิจัย (N=73)

ผู้เกี่ยวข้อง	จำนวน
เจ้าหน้าที่ในองค์การบริหารส่วนตำบลที่ศึกษา	3
เจ้าหน้าที่ในสถานีนามัยตำบลที่ศึกษา	2
อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน	68

การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านก่อนดำเนินโครงการ ใช้หลักการเสริมสร้างพลังอำนาจเพื่อพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อเติมเต็มองค์ความรู้เรื่องโรคเอดส์และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อโรคเอดส์ และฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในหมู่บ้านและฝึกวางแผนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยในการจัดการเรียนรู้มุ่งเน้นให้เรียนรู้ผ่านประสบการณ์จริง ทีมงาน 3 ฝ่าย (อบต. สถานีนามัย และแกนนำอสม.) ได้จัดการเรียนรู้ 2 วัน สรุปเนื้อหาดังตาราง 4

ตาราง 4

ประเด็นและรายละเอียดในการพัฒนาศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขเรื่องเอดส์

ประเด็น	รายละเอียด
เนื้อหา	การเปิดประชุม เชิญสาธารณสุขอำเภอมาเปิดและกล่าวถึงความสำคัญของปัญหาเอดส์ สถานการณ์ปัญหาเอดส์ การป้องกันเอดส์ ช่องทางการติดต่อของเชื้อเอดส์ ความรู้สึกรู้ใจของผู้ป่วยเอดส์ การเขียนแผนงานโครงการเอดส์ ร่วมประชุมกลุ่มคิดแผนต่อเนื่องในปี 2553 (คิดล่วงหน้า 3 ปี)
วิทยากร	จากโรงพยาบาลอำเภอ จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

ตาราง 4 (ต่อ)

ประเด็น	รายละเอียด
รูปแบบการเรียนรู้	เรียนรู้ผ่านประสบการณ์ตรง (เกมส์, ฝึกคิด วิเคราะห์ปัญหา เขียนโครงการ)
วัน เวลาที่จัดประชุม	ใช้เวลาในช่วงภาคบ่าย 13.00 – 16.00 น. ของวันเสาร์และอาทิตย์ที่ 3 – 4 ต.ค.52
สถานที่	ที่วัดแห่งหนึ่ง ในพื้นที่ศึกษา
งบประมาณ	องค์การบริหารส่วนตำบล
การแต่งกาย	เพื่อความเป็นหนึ่งเดียววันเสาร์ สีม่วง วันอาทิตย์ สีเหลือง

การดำเนินงานโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน จากการทำงานพัฒนาศักยภาพ อสม. เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ลักษณะการทำงานโดยเจ้าหน้าที่ อบต. ร่วมกับ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หลังจากที่มีความเห็นตรงกันว่าจะให้ อสม.เข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมคิด ร่วมทำโครงการเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ได้อาสาสมัครตัวแทน อสม. หมู่บ้านละ 3 คน เพื่อเข้าร่วมคิดและวางแผนตั้งแต่เริ่มแรก และเห็นว่าการทำงานร่วมกันในลักษณะหุ้นส่วนเครือข่าย จะทำให้แต่ละส่วนสามารถใช้ศักยภาพของตนเองมาช่วยในการพัฒนาการดำเนินงาน จากการประชุมทีมงาน และการสนทนากลุ่ม ได้ข้อมูลที่สะท้อนให้เห็นถึงการร่วมกันคิดโดยมีการแสดงความคิดเห็นอย่างอิสระให้เกิดความคิดอื่นเคารพความคิดเห็นผู้อื่น และการสนับสนุนงบประมาณของ อบต. ซึ่งมีส่วนช่วยให้การดำเนินงานสำเร็จ

“ที่ว่าที่เห็นว่าเป็นปัญหาในหมู่บ้านของเราจะมีเรื่อง เอดส์กับยาเสพติด โดยเฉพาะพวกวัยรุ่น”

(นักวิชาการสาธารณสุขสถานีนีออนามัย)

“อบต.มีงบให้หมู่บ้านละหมื่น ลองคิดแล(ลองคิดดู)ว่าอิทำไหร(จะทำอะไร)กันดี”

(นายก อบต..)

“ฉันทว่า(ดิฉันคิดว่า)ไอ้โครงการที่เราคิดกันแรกวันนั้นลองแลใหม่ว่าอิทำอันไหนก่อน (โครงการที่เราคิดกันไว้เมื่อวันก่อน จะลองดูหรือไม่ว่าจะทำโครงการอะไรก่อน)”

(อสม. หมู่ 2)

“ควรจัดกิจกรรมในชุมชนให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมทำกิจกรรมต่างๆเกี่ยวกับเรื่อง เอดส์ให้มาก”

(อสม. หมู่ 5)

“ถ้าหมู่(หมู่บ้าน)ไหนทำโครงการ ต้องการพวกแผ่นพับเรื่องเอดส์ หรือว่าสื่ออ้ายไทรกะ (หรือว่าสื่อความรู้เรื่องเอดส์อะไร) บอกได้ เดี่ยวจะจัดการให้”

(จนท. สถานีอนามัย)

“..อสม.อยากอิทำโครงการไทร(อยากจะทำโครงการอะไร)ก็เขียนเสนอมาได้เลย อบต.กะมีเบีย(เงินงบประมาณ)สนับสนุนโครงการอยู่แล้ว... ดินะที่พวกเรามาช่วยมา ช่วยกันคิด ช่วยทำ เพราะว่าอบต.คนเดียวกงทำไม่ไหว”

(ปลัด อบต.)

ขั้นตอนการประเมินผลหลังการแก้ไขปัญหา อบต.ร่วมกับ สถานีอนามัย และอสม. ได้ประสานการทำงานและพบปะเพื่อสรุปบทเรียน และประเมินผลกระบวนการทำงาน ในการพัฒนาศักยภาพอสม. โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้ อสม. ฝึกการคิด วิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหาและเขียนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่พบว่า อสม. สามารถเขียนโครงการแก้ไขปัญหาในพื้นที่ได้ 6 โครงการ ได้แก่ หมู่ที่ 1 โครงการเอดส์ป้องกันได้ หมู่ที่ 2 โครงการลานไทรร่วมใจต้านภัยยาเสพติด หมู่ที่ 3 โครงการรู้ทันเอดส์ หมู่ที่ 4 โครงการร่วมใจส่งเสริมสุขภาพในชุมชน หมู่ที่ 5 และหมู่ที่ 6 โครงการเยาวชนปลอดภัยห่างไกลเอดส์ หมู่ที่ 7 โครงการเยาวชนปลอดภัยและยาเสพติด นอกจากนี้ในส่วนของ การดำเนินงาน อบต.ร่วมกับ สถานีอนามัย และอสม. ได้ร่วมกันจัดตั้งคณะทำงานร่วม และมีการเคลื่อนไหว คือมีการประชุมเพื่อดำเนินงานอย่างต่อเนื่องอย่างน้อยเดือนละครั้ง และมีการสรุปรายงานการประชุม โดยเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ประสานการประชุมโดย อบต. ร่วมคิดและเสนอความเห็นโดย อสม. และเจ้าหน้าที่ทั้งสองหน่วยงาน โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนที่อสม.ร่วมกันคิด มติที่ประชุม

ได้เลือกที่จะร่วมกันดำเนินการในปีนี้ 1 โครงการได้แก่ “โครงการเยาวชน...(ชื่อหมู่บ้าน)... ปลอดภัย ห่างไกลเอดส์”.

ส่วนการประเมินผลความรู้และทัศนคติของ อสม. นั้นใช้แบบสอบถาม พบว่าความรู้หลังการพัฒนาสูงกว่าก่อนการพัฒนา ส่วนทัศนคติไม่มีความแตกต่าง และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ อสม. รู้สึกยินดีที่ได้เข้าร่วมโครงการนี้ อยากให้การดำเนินงานมีความต่อเนื่องและตัว อสม. ยินดีร่วมทำงานเพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

“สำหรับพี่นะ รู้สึกดี ได้มารับความรู้ ได้ฝึกเรื่องทำโครงการเอดส์”

(อสม. หมู่ 2)

“กะพรือหะ(คืออย่างไรหะ) คือว่าทำให้เราเข้าใจผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น รู้สึกเห็นใจ คือเขาป่วยนี้เขาจะลำบากอยู่แล้ว ถ้าเราไปรังเกียจเขาเล่า(อีก) กะเหมือนไปซ้ำเติมเขานั่นแหละ”

(อสม. หมู่ 4)

“กะดีนะ อบต.จัดอบรมแบบนี้ พวกเราจะได้อะไรเพิ่มขึ้น...อยากให้จัดทุกปี”

(อสม. หมู่ 6)

“อบต.เองกะได้ใส่เรื่องเอดส์ไว้ในแผน 3 ปีของอบต.แล้ว เหลือแต่เวลาทำนี่กะค่อยว่ากันเล่า”

(ปลัด อบต.)

สำหรับการประเมินผลโครงการ “โครงการเยาวชน...(ชื่อหมู่บ้าน)... ปลอดภัย ห่างไกลเอดส์” นักเรียนรู้สึกดีใจที่ได้เข้าร่วมโครงการ มีความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ เข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยเอดส์ และเชื่อว่าสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้

“ขอครับ สนุก พี่ๆให้ทำกิจกรรมหลายอย่าง”

(นักเรียนในพื้นที่)

“ได้รู้เรื่องเอดส์ว่าติดยังไง จะป้องกันยังไง แล้วก็...ให้เข้าใจผู้ป่วยเอดส์”

(นักเรียนในพื้นที่)

“ทำให้เข้าใจเรื่องเอดส์มากขึ้น ”

(นักเรียนในพื้นที่)

“ตอนแรกผมกะกลัว ไม่รู้เอดส์อยู่ที่พื้นหรือ พอได้ฟังเรื่องที่เขาเล่าให้ฟัง กะรู้สึกเห็นคุณ
แล้วก็ไม่กลัวแล้ว เพราะหมั่นไม่ติดกันง่ายๆ”

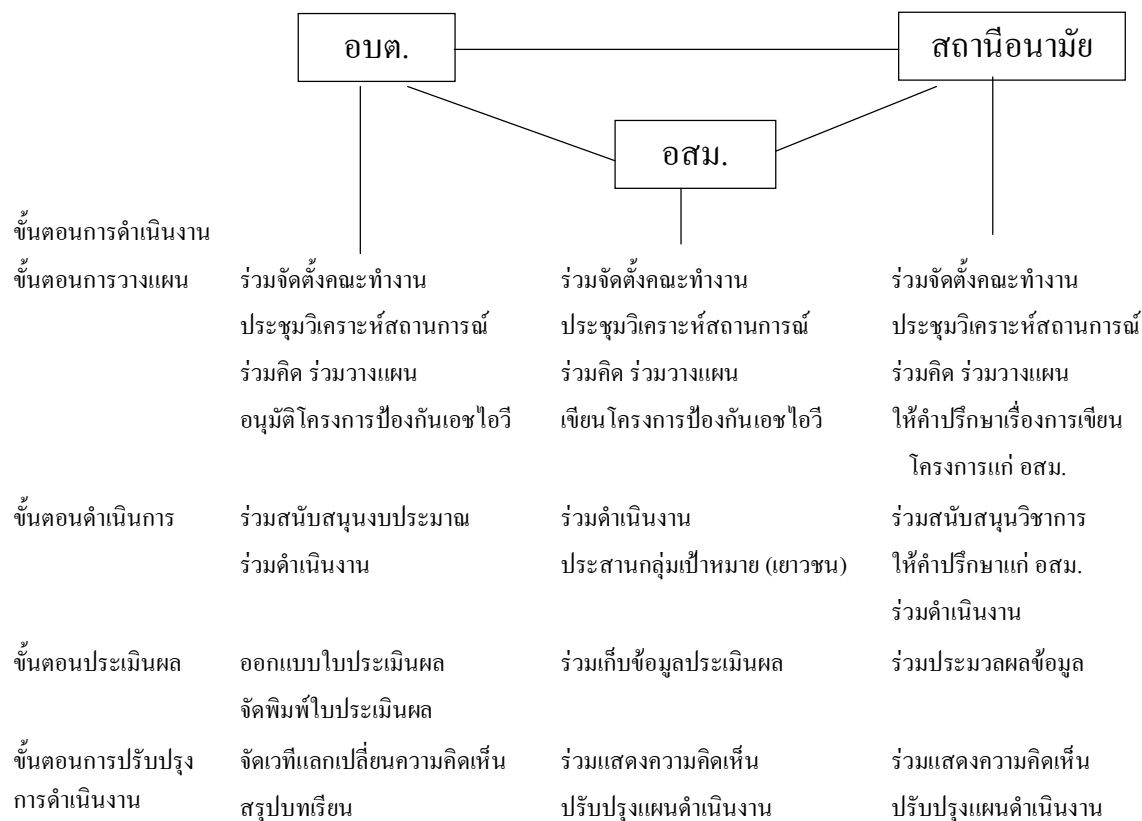
(นักเรียนในพื้นที่)

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ศึกษา มีหน่วยงานภาครัฐที่มีบทบาทหน้าที่ในการ
ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน คือ อบต. และสถานีอนามัย ส่วน อสม. มีหน้าที่ในการเป็นผู้นำ
ในด้านส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ, 2550)

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้จากการพัฒนาเป็นแบบหุ้นส่วน
เครือข่าย ประกอบด้วย ผู้เกี่ยวข้อง 3 ฝ่าย ได้แก่ อบต. สถานีอนามัย และอสม. ลักษณะการทำงาน
และการบริหารจัดการของเครือข่าย โดยการจัดตั้งคณะกรรมการร่วมซึ่งเป็นตัวแทนจากภาคส่วนที่
เกี่ยวข้องทั้ง 3 ฝ่าย โดยมี อบต. เป็นแกนกลางประสานงาน สนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนิน
โครงการ และทุกฝ่ายร่วมกันดำเนินงานในทุกขั้นตอนตั้งแต่ ร่วมคิด ร่วมทำและร่วมประเมินผล
เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยทำหน้าที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านวิชาการ ส่วน อสม. มีส่วนร่วมใน
การร่วมคิด ร่วมวางแผน ดำเนินงานตลอดจนการประเมินผล และเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมป้องกันการติด
เชื้อเอชไอวีในชุมชน นอกจากนี้ในการบริหารเครือข่ายจำเป็นต้องพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้พร้อม
ทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทักษะที่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน
เช่น ทักษะการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา และการวางแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา และ
การลงปฏิบัติงานจริงในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม อสม.
ซึ่งยังมีความต้องการการพัฒนาในด้านความรู้และทักษะดังกล่าว นอกจากนี้ยังมีการออกแบบ
ระบบการติดต่อประสานงานเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ในเครือข่ายโดยกำหนดให้มีเวทีประชุม
แลกเปลี่ยนความคิดเห็นของคณะกรรมการอย่างน้อยเดือนละ 1 ครั้ง และออกแบบการสื่อสารใน
เครือข่าย โดยการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในรูปแบบคณะกรรมการ แกนนำเครือข่าย/เจ้าภาพ
หลัก (อบต.) จะแจ้งข่าวสารให้แก่คณะกรรมการร่วม ได้แก่ สถานีอนามัย และแกนนำ อสม. จากนั้น
แกนนำ อสม. จะแจ้งข่าวไปยังสมาชิก อสม. ในแต่ละหมู่บ้านที่ตนเองรับผิดชอบ ในการดำเนินงาน
ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนยังได้เตรียมวัสดุที่จำเป็น จัดเตรียมสื่อความรู้เรื่องเอดส์ซึ่ง
พบว่ายังขาดสื่อที่จะใช้ในโครงการป้องกันเอชไอวีในชุมชน คณะทำงานร่วม จึงได้ร่วมกันพัฒนา
สื่อความรู้เรื่องเอดส์ เป็นโปสเตอร์ไววนิล ชุดละ 8 ภาพ จำนวน 8 ชุด สำหรับใช้ในชุมชน และ อบต.
ได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อให้ อสม. ดำเนินโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยมี

สถานีอนามัยเป็นที่เลี้ยงให้ปรึกษาเรื่องการดำเนินงาน โครงการ และด้านเนื้อหาวิชาการต่าง ๆ
 ดังภาพ 5

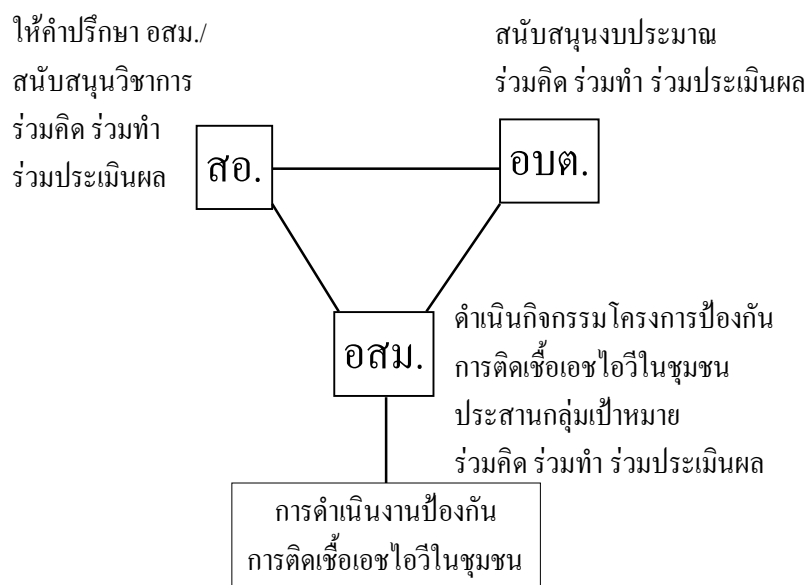


ภาพ 5 การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบหุ้นส่วนเครือข่ายและการมีส่วนร่วม

การบริหารจัดการเครือข่าย

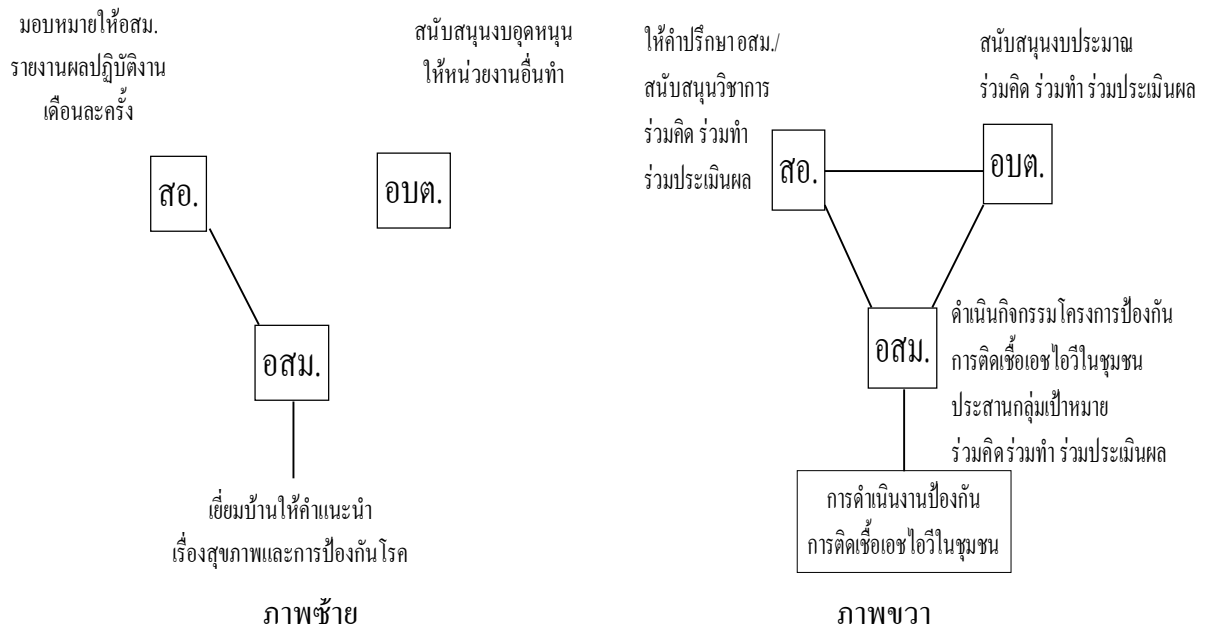
จากข้อมูลตลอดทั้งกระบวนการพัฒนาข้างต้น สามารถวาดภาพจำลอง แสดงความสัมพันธ์ และการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนแบบหุ้นส่วนเครือข่าย ในพื้นที่ศึกษา คือมีการร่วมมือกันทำงานอย่างเสมอภาค เท่าเทียมกัน มีความไว้วางใจกัน ระหว่าง อปต. สถานีอนามัย และ อสม. ซึ่ง มีการร่วมกันดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง(ภาคเครือข่าย) ทุกฝ่ายจำเป็นต้องมีความพร้อมในด้านความรู้และทักษะในการดำเนินงาน ดังนั้น ในกระบวนการดำเนินงานพบว่า อสม. ต้องการการพัฒนาในด้านความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับเอดส์ ตลอดจนเพื่อฝึกทักษะการคิดวิเคราะห์วางแผนการดำเนินงานในชุมชน จึงมีการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ อสม. จำนวน 68 คน ซึ่งเป็นอาสาสมัครแกนนำเพื่อทำงานการป้องกันเอชไอวี หลังจากพัฒนาศักยภาพ อสม. แล้วทำให้ อสม. สามารถดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนร่วมกับหน่วยงานภาครัฐได้ โดย อปต. มีส่วนร่วมในการสนับสนุนงบประมาณและร่วมดำเนินงานในทุกขั้นตอน

สถานีอนามัยมีส่วนร่วมในด้านวิชาการและให้คำปรึกษาแก่ อสม. และ อสม. มีส่วนร่วมในการช่วยดำเนินงานในพื้นที่เช่นพุดคุยแนะนำชาวบ้านให้ป้องกันตัวเองจากโรคเอดส์ ดังภาพ 6



ภาพ 6 รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนหลังดำเนิน โครงการวิจัย

จะเห็นว่าจากการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนก่อนดำเนินโครงการวิจัย การทำงานของหน่วยงานหลักในพื้นที่ ได้แก่ อปต. และสถานีอนามัยไม่ได้ทำงานในลักษณะร่วมกันคิด ร่วมกันทำแบบหุ้นส่วนเครือข่าย และ อสม. จะเชื่อมโยงการประสานงานกับสถานีอนามัย โดยการทำงานเป็นในลักษณะ อสม. รับคำสั่งจากสถานีอนามัย (ภาพ 7 ด้านซ้าย) แต่หลังจากการดำเนินงานวิจัยและพัฒนาร่วมกันของผู้เกี่ยวข้อง 3 ฝ่าย พบว่าการทำงานของหน่วยงาน อปต. สถานีอนามัย และ อสม. เป็นเครือข่ายที่มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ตั้งแต่การร่วมคิด ร่วมดำเนินการ ร่วมประเมินผล และปรับปรุงแผนการดำเนินงาน มีการบริหารเครือข่าย โดยการ 1) จัดตั้งคณะทำงานร่วม 2) พัฒนาทรัพยากรด้านบุคคลให้พร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในการทำงาน 3) ออกแบบระบบการติดต่อประสานงานเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ 4) จัดเตรียมปัจจัยด้านวัสดุ 5) พัฒนาสื่อความรู้เรื่องเอดส์ และ 6) จัดหางบประมาณสำหรับการดำเนินงาน (ภาพ 7 ด้านขวา)



ภาพ 7 เปรียบเทียบลักษณะการดำเนินงานป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ก่อนและหลังดำเนินโครงการวิจัย

ผลที่ได้จากการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวี

จากการร่วมพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวี มีผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นได้แก่

- 1) เกิดเครือข่ายในการทำงานป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการป้องกันเอดส์ในตำบล
- 2) อสม.ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และมีทักษะในการคิดวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนในการทำงานป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวีในชุมชน
- 3) มีแผนงานป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวีในระดับชุมชน
- 4) มีสื่อให้ความรู้เรื่องเอดส์ที่เหมาะสมกับพื้นที่
- 5) เยาวชนในพื้นที่ได้รับความรู้สำหรับการป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวี จำนวน 360 คน นอกจากนี้ทุกคนที่เข้าร่วมการดำเนินงานได้รับการพัฒนาด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีทักษะการดำเนินงานป้องกันการคิดเชื้อเอชไอวีในชุมชนจากประสบการณ์ที่ลงทำงาน

เครือข่ายในการทำงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระดับตำบล

ข้อมูลจากการสังเกตและการสัมภาษณ์ คณะทำงาน ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ อบต. 3 คน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย 1 คน และ อสม. 21 คน มีสถานที่ตั้งการประชุมชั่วคราวเป็นห้องประชุม อบต. ใช้อาคารเอนกประสงค์ของหมู่บ้านซึ่งมีขนาดเล็ก (ขนาดประมาณ 3 x 4 เมตร) เนื่องจาก อบต. อยู่ระหว่างก่อสร้างอาคารใหม่ หากแล้วเสร็จจะย้ายไปใช้สถานที่ใหม่ กรณีจัดกิจกรรมที่มีคนจำนวนมากว่า 30 คน ใช้สถานที่ศาลาเอนกประสงค์หมู่ที่ 2

การประสานงานในเครือข่าย อบต. เป็นแกนหลักประสานงานโดยแจ้งไปยังสถานีอนามัย และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยแจ้งไปยัง อสม. พบว่าบางครั้งมีการแจ้งกระชั้นชิดกับช่วงใกล้ประชุม อสม. จึงเสนอให้ อบต. โดยเจ้าหน้าที่รับผิดชอบงานสาธารณสุข เป็นผู้ประสานงานแจ้งไปที่ ประธาน อสม. แต่ละหมู่ และประธาน อสม. จะแจ้ง อสม. คนอื่นๆเอง และให้ อบต. แจ้งไปยังสถานีอนามัยด้วยว่าได้แจ้งพื้นที่แล้ว

ส่วนนักวิจัยประสานการดำเนินงานโครงการกับเจ้าหน้าที่ อบต. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย โดยทางโทรศัพท์ ทางไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ (e-mail) และ เดินทางไปพบด้วยตนเอง

ผลจากการพัฒนาทำให้การทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความต่อเนื่อง และจากการที่ร่วมมือช่วยกันทำงาน ทำให้สามารถจัดกิจกรรมได้หลากหลาย ทั้งที่บางกิจกรรมไม่สามารถจัดได้ด้วยองค์กรเดียว แต่เนื่องจากการประสานการทำงานร่วมกันในลักษณะเครือข่ายทำให้ สามารถจัดเตรียมงานได้ด้วยความรวดเร็ว มีการแบ่งงานกันทำ เช่น อบต. เสนอ โครงการเพื่ออนุมัติ เตรียมงบประมาณ สถานีอนามัย คิดเรื่องเนื้อหาวิชาการ และให้คำปรึกษา อสม. ประสานงานวิทยากร อสม. ประสานกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ดำเนินกิจกรรมและร่วมประเมินผลร่วมกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐ

แผนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

จากแผนที่ร่วมกันกำหนดขึ้น ได้ดำเนินการในเรื่อง การวิเคราะห์ปัญหาเอดส์และดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอดส์ การจัดตั้งคณะทำงานเครือข่ายการมีส่วนร่วมในการป้องกันเอดส์ในพื้นที่ แผนการป้องกันเอดส์ในชุมชน มี โครงการพัฒนาศักยภาพ อสม. (ความรู้ และ ทักษะในเรื่องเอดส์ และทักษะการคิดวิเคราะห์ในการแก้ไขปัญหาเรื่องเอดส์) ซึ่งได้ดำเนินการไปแล้ว การผลิตสื่อเอดส์เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ร่วมคิดเนื้อหา ร่วมกับนักวิจัยได้นำตัวอย่าง โปสเตอร์ วนิลความรู้เรื่องเอดส์ จำนวน 8 แผ่น มาให้ คณะทำงานในพื้นที่พิจารณา ซึ่ง อบต. อสม. ต่างร่วมปรับและประยุกต์เนื้อหาให้เหมาะสมกับ

บริบทพื้นที่ หลังจากนั้น อบต. เป็นผู้รับผิดชอบทำการอนุมัติจัดจ้างทำสื่อเรื่องเอดส์เพื่อใช้ในชุมชน (ภาคผนวก ฉ)

การสนับสนุนให้ อสม. มีกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

หลังการอบรมพัฒนาศักยภาพ อสม. เรื่องเอดส์ มีวิทยากรมาบรรยายเรื่องหลักการเขียนโครงการและการประเมินผล ซึ่ง อสม. ได้แบ่งกลุ่มเพื่อเขียนโครงการแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ โดย อบต. ยินดีสนับสนุนงบประมาณ อบต. เขียนโครงการได้ 6 โครงการส่วนใหญ่เพื่อแก้ปัญหาเอดส์และยาเสพติดในเยาวชน แต่ได้ดำเนินการไปแล้วในปี 2552 จำนวน 1 โครงการโดย อสม. ทั้ง 7 หมู่ได้ร่วมกันดำเนินโครงการ “เยาวชน.....ห่างไกลภัยเอดส์” จัดกิจกรรมวันที่ 27 มกราคม 2553 พิธีเปิดโดย นายอำเภอ มีรามโนราห์เปิดงาน และมอบรางวัลประกวดคำขวัญและวาดภาพ หนังสือคู่มือด้านเอดส์ ละครสร้างสรรค์และกิจกรรมโดยเยาวชน กิจกรรม 4 ฐาน ของเยาวชนกลุ่มสมิหลาสังกัดวิทยาลัยอาชีวศึกษาสงขลา เปิดใจคุยกับผู้ติดเชื้อเอดส์จากกลุ่มของโรงพยาบาลอำเภอ นครศรี โดยวงโรงเรียนระดับอุดมศึกษา สำหรับในปีนี้นี้ดำเนินโครงการได้ 1 โครงการและ อบต. ได้บรรจุโครงการที่เหลือไว้ในแผน 3 ปีของ อบต. ในขณะที่สถานีอนามัยได้บรรจุไว้ในแผนของสถานีอนามัย

ประเมินผลสรุปบทเรียนหลังการดำเนินงาน

หลังจากเจ้าหน้าที่อบต. ร่วมกับเจ้าหน้าที่ สถานีอนามัย และตัวแทน อสม. ได้เข้ามาทำงานร่วมกันในรูปของคณะทำงานเป็น โครงสร้างองค์การทำงานที่ไม่มีลำดับชั้นการสั่งการ มีการกำหนดเป้าหมายร่วมกันและชัดเจนว่า เพื่อทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ลักษณะการเชื่อมประสานงานเป็นแบบเครือข่ายแนวราบ และเป็นลักษณะหุ้นส่วนการทำงานซึ่งแตกต่างจากทางธุรกิจที่ร่วมกันทำงานเพื่อผลกำไรและประโยชน์ทางธุรกิจ แต่หุ้นส่วนเครือข่ายในการทำงานนี้มีเป้าหมายเพื่อประโยชน์ในด้านสาธารณสุขเพื่อสุขภาพของประชาชน และการทำงานร่วมกัน แต่ละภาคส่วนต่างทำหน้าที่ในส่วนที่ตนเองมีทุนอยู่ เช่น ทุนงบประมาณ ทุนความรู้ ทุนแรงงาน ดัง ตาราง 5

ตาราง 5

การมีส่วนร่วมของแต่ละภาคส่วนในแต่ละขั้นตอนการดำเนินงานการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนดำเนินงาน	การมีส่วนร่วม		
	อบต.	สถานีอนามัย	อสม.
ขั้นตอนวางแผน	-ร่วมจัดตั้งคณะกรรมการ -ประชุมวิเคราะห์ -ร่วมคิด ร่วมวางแผน -อนุมัติโครงการ	-ร่วมจัดตั้งคณะกรรมการ -ประชุมวิเคราะห์ -ร่วมคิด ร่วมวางแผน -ให้คำปรึกษา	-ร่วมจัดตั้งคณะกรรมการ -ประชุมวิเคราะห์ -ร่วมคิด ร่วมวางแผน -เขียน โครงการ
ขั้นตอนดำเนินงาน	-ร่วมสนับสนุน งบประมาณ -ร่วมดำเนินงาน	-ร่วมสนับสนุนเนื้อหา วิชาการ -ให้คำปรึกษาแก่ อสม. - ร่วมดำเนินงาน	-ร่วมดำเนินงาน -ประสาน กลุ่มเป้าหมาย (เยาวชนในพื้นที่)
ขั้นตอนประเมินผล	-ร่วมออกแบบ ใบประเมินผล	-ร่วมประมวลผลข้อมูล ประเมินผล	-ร่วมเก็บข้อมูล ประเมินผล
ขั้นตอนปรับปรุง การดำเนินงาน	-จัดเวทีประชุม แลกเปลี่ยนความคิดเห็น สรุปบทเรียน	-ร่วมแสดงความคิดเห็น ในการปรับปรุงการ ดำเนินงาน	-ร่วมแสดงความคิด เห็นในการปรับปรุง การดำเนินงาน

ผลจากการพัฒนาศักยภาพ อสม. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัย

1. ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของ อสม.

ในการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างเจ้าหน้าที่ อบต. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยนั้น ได้ประสานให้กลุ่ม อสม. เข้ามามีส่วนร่วมในการร่วมคิดร่วมวางแผนการดำเนินงาน ซึ่งจากการวิเคราะห์สถานการณ์เบื้องต้นพบว่า อสม. มากกว่าครึ่งยังไม่เคย

เข้ารับการอบรมเรื่องโรคเอดส์ และเป็นความต้องการของ อสม. ที่ต้องการพัฒนาในด้านความรู้เกี่ยวกับเรื่องเอดส์ ดังนั้นผู้ร่วมโครงการทั้งหมดจึงกำหนดจัดกิจกรรมแรกเพื่อพัฒนาศักยภาพให้ อสม. ในพื้นที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และส่งเสริมทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งทำให้ อสม. ได้เข้าใจผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ และสามารถเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ได้ดีกว่าการที่เข้าใจเรื่องเอดส์ไม่ถูกต้อง

จำนวน อสม. ที่เข้าร่วมในกระบวนการเรียนรู้เรื่องโรคเอดส์ มี 68 คน ในการวัดระดับความรู้เรื่องเอดส์ของ อสม. ก่อนการพัฒนา ในภาพรวม อสม. มีความรู้เรื่องเอดส์ระดับปานกลาง คือ รู้ถูกต้องไม่ถึงร้อยละ 80 ($M = 10$, $SD = 1.97$) และหลังการพัฒนา อสม. มีความรู้เรื่องเอดส์ระดับดี ($M = 12$, $SD = 1.96$) ทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เรื่องเอดส์ก่อนและหลังการพัฒนา พบว่าหลังการพัฒนา อสม. มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ส่วนทัศนคติต่อโรคเอดส์ของ อสม. ก่อนและหลังพัฒนาอยู่ระหว่าง ปานกลาง ถึงมาก และไม่มีมีความแตกต่างระหว่างก่อนและหลังการพัฒนา ดังตาราง 6

ตาราง 6

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของ อสม. ก่อนและหลังการพัฒนา ($N=68$)

ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์	M	SD	t	P - value
ความรู้				
ก่อนการพัฒนา	10	1.97	3.23*	0.002
หลังการพัฒนา	12	1.96		
ทัศนคติ				
ก่อนการพัฒนา	56.09	5.43	0.75	0.46
หลังการพัฒนา	56.71	4.87		

2. ทักษะในการเขียน โครงการป้องกันเอดส์ของ อสม.

อสม. มีความรู้เรื่องการเขียนโครงการและการประเมินผล จากการแบ่งกลุ่มเพื่อเขียนโครงการป้องกันเอดส์ในแต่ละหมู่บ้าน โดยมีเจ้าหน้าที่ อบต. และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นวิทยากรประจำกลุ่ม อสม. มีทักษะสามารถเขียนโครงการได้ 6 โครงการ และได้ร่วมกันดำเนินงาน

โครงการเยาวชนปลอดภัยห่างไกลเอดส์ ซึ่งจัดไปในวันที่ 27 มกราคม 2553 โดยในการจัดกิจกรรมโครงการเยาวชนปลอดภัยห่างไกลเอดส์นั้น เป็นโครงการที่ อสม. ดำเนินงานร่วมกับ อบต. สถานีอนามัย และโรงเรียนในชุมชน และในกิจกรรมดังกล่าวเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอำเภอได้สนใจรูปแบบที่ดำเนินการในลักษณะพัฒนาให้ อสม. มีความรู้และสามารถวิเคราะห์ปัญหาและเขียนโครงการเพื่อแก้ไขปัญหาได้ จึงต้องการขยายผลในกลุ่ม อสม. ตำบลอื่นๆ ในอำเภอ จึงได้ให้ อสม. ตำบลอื่นๆ อีก 3 ตำบล ตำบลละ 10 คนมาร่วมกิจกรรมการเรียนรู้และอบรมเรื่องเอดส์แก่เยาวชน ส่วนโครงการที่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอำเภอจะดำเนินการต่อเนื่องในพื้นที่อื่น ๆ นั้น ขณะนี้ได้ของบประมาณจาก สำนักงานควบคุมโรคที่ 12 สงขลาแล้ว ซึ่งเป็นโครงการของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ แต่ต้องการทำโครงการเชิงพัฒนาสังคม โดยเน้นการป้องกันเอดส์ในชุมชน และให้ชุมชนมีความเข้าใจในตัวผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเมื่อเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลได้เข้ามารับรู้ในกิจกรรมที่พื้นที่ศึกษาจึงมีความสนใจ แต่ยังไม่ได้ดำเนินการ ซึ่งจะดำเนินการภายใน กันยายน 2553 ส่วน อสม. ที่เข้าร่วมโครงการมีความพึงพอใจที่ได้เข้าร่วมดำเนินโครงการ อยากให้อบต. จัดกิจกรรมลักษณะนี้ทุกปี

“อยากให้อบต. จัดทุกปี รู้สึกว่าดีนะ พวกวัยรุ่นได้รู้เรื่องเอดส์มัน(บ้าง)”

(อสม. หมู่ 4)

“กะดีนะ ได้ความรู้ได้เจอเพื่อน ตัดยางเสร็จแล้วกะ ได้มีกิจกรรมทำ”

(อสม. หมู่ 2)

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ในการศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินงานในลักษณะหุ้นส่วนเครือข่ายและมีปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในชุมชน คือการที่เครือข่ายมีความพร้อมในด้านทุน และวิธีการทำงานที่ทุกส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ปัจจัยความสำเร็จที่มาจากอบต. ได้แก่ 1) การมีองค์กรหลัก (อบต.) ที่ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายประสานงานกับองค์กรอื่นๆ 2) ทุกคนที่เข้าร่วมดำเนินการมีองค์ความรู้เพียงพอ 3) ทุกคนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน 4) การสนับสนุนงบประมาณของ อบต. 5) การจัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อสรุปบทเรียนที่ได้รับเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงาน ส่วนสถานีอนามัย ได้แก่ปัจจัย 6) การให้คำปรึกษาของสถานีอนามัย และด้าน อสม. คือ 1) การเสริมสร้างศักยภาพให้ อสม. มีความรู้และทักษะในคิดวิเคราะห์และวางแผนการทำงานเอดส์เพื่อป้องกันเอดส์ในชุมชน และอสม. เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มแรก

ปัญหาอุปสรรคและการจัดการแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน

อุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีภาระกิจงานประจำมาก ทำให้บางครั้งในการนัดหมายเพื่อทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโครงการ อาจถูกเลื่อนไป หรือหากไม่เลื่อนอาจทำให้ผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมไม่ครบทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง

“อ๋อ... (ชื่อปลัด อบต.).. วันนั้นที่จะนัดคุยสรุปงาน ที่ไม่ได้มานะ คือที่นัดฉีดวัคซีนเด็กที่โรงเรียน คือมันในช่วงรณรงค์เลื่อนไม่ได้แล้ว..”)

(เจ้าหน้าที่ สถานีอนามัย)

“ช่วงนี้เรื่องเอดส์ ค่อยนัดกันอีกที เพราะว่าหลังเลือกตั้ง ได้นายกใหม่ ก็ต้องมีการประชุมสภาฯ นายกต้องแถลงนโยบายต่อสภาฯ”

(ปลัด อบต.)

เนื่องจากงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเปรียบเทียบกับภาระงานอื่นๆที่ อบต. และ สถานีอนามัย ต้องดำเนินการแล้วส่วนใหญ่หน่วยงานเหล่านี้จะให้น้ำหนักความสำคัญกับงานอื่นๆมากกว่าปัญหาเอดส์ ดังนั้นในระยะยาวการวางแผนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเห็นความสำคัญและบูรณาการงานเอดส์เข้าเป็นงานประจำ มีคณะทำงานที่มาจากภาคีต่างๆ จัดให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และอาจบูรณาการเรื่องเอดส์กับงานสุขภาพเรื่องอื่นๆได้ เช่น เอดส์และยาเสพติด เอดส์และเพศศึกษา เป็นต้น

การอภิปรายผล

รูปแบบการดำเนินงานแบบหุ้นส่วนเครือข่าย

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้เป็นแบบหุ้นส่วนเครือข่าย ประกอบด้วยภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ได้แก่ อบต. สถานีอนามัย และ อสม. เพราะทุกคนเห็นความสำคัญของปัญหาเอดส์ และมีความสนใจในการดำเนินงานและเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการทุกขั้นตอนตั้งแต่วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา ตั้งคณะกรรมการดำเนินงาน ร่วมวางแผนดำเนินงาน และประเมินผล โดยก่อนเริ่มดำเนินการได้เตรียมพร้อมในเรื่องของทุนในพื้นที่ได้แก่ ทุนบุคคล โดยการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ทีมผู้เกี่ยวข้องให้มีศักยภาพสามารถดำเนินงานแก้ไขปัญหาต่างๆได้ด้วยตนเอง เมื่อวิเคราะห์ทุนบุคคลพบว่า อสม. เป็นกลุ่มที่ต้องการเสริมสร้างพลังอำนาจมากกว่ากลุ่มอื่นๆ จึงเริ่มกิจกรรมด้วยการพัฒนาศักยภาพของ อสม. ในด้านความรู้ ทักษะคิดต่อเรื่องเอดส์และทักษะการคิดวิเคราะห์เพื่อแก้ไขปัญหา ตลอดจนทักษะการวางแผนและประเมินผล และทุนด้านวัสดุซึ่งเป็นการผลิตสื่อเรื่องเอดส์ที่เหมาะสมเพื่อใช้ในชุมชน เป็นการออกแบบและจัดทำขึ้นโดยคนในชุมชน และทุนงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ซึ่ง อบต. ที่ศึกษามีความพร้อมในด้านงบประมาณที่จะสนับสนุนให้ อสม. และสถานีอนามัยเพื่อดำเนินการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน และเมื่อทุนพร้อมทั้งด้านบุคคล วัสดุ งบประมาณแล้ว การบริหารภาคีเครือข่ายให้สามารถดำเนินงานได้สำเร็จคือการมีทีมงานที่มาจากทุกภาคส่วนและมีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานเกิดสายใยความเชื่อมโยงระหว่างองค์กรและภาคส่วนที่เข้ามาร่วมทำงาน มีการแสดงความคิดเห็นอย่างเสมอภาค รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีแบบเครือข่ายและการมีส่วนร่วมระหว่าง อบต. และสถานีอนามัย มีกระบวนการดำเนินงานวิจัย 4 ขั้นตอนเหมือนกับงานวิจัยของผกาวดี (2545) ซึ่งกระบวนการพัฒนาทั้งระดับร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติและร่วมคิด ตามประเมินผล ส่วน ณิชมน (2550) ได้ดำเนินการป้องกันเอดส์ในพนักงาน โรงงานอุตสาหกรรมได้ใช้รูปแบบสหวิชาชีพ ประกอบด้วยเจ้าหน้าที่มีความชำนาญต่างๆกันจากหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งโครงการวิจัยนี้มีความแตกต่างตรงที่ การศึกษาของณิชมนใช้ทุนจากภายนอก (นอกโรงงาน) เข้าไปดำเนินการซึ่งอาจทำให้ไม่เกิดความยั่งยืน และการดำเนินการแก้ปัญหาไม่ได้มาจากผู้เป็นเจ้าของพื้นที่ ในขณะที่โครงการวิจัยนี้ใช้ทุนภายในพื้นที่ได้แก่ อบต. สถานีอนามัย และ อสม. ซึ่งเป็นคนในชุมชน โดยนักวิจัยเป็นผู้กระตุ้นและจุดประกายให้ชุมชนมองเห็นปัญหา และเติมเต็มในส่วนขององค์ความรู้ที่จำเป็นต่อการแก้ไขปัญหา การที่ อสม. สามารถพัฒนาการคิดและหาทางแก้ไขปัญหาในชุมชนได้ โดยเจ้าหน้าที่เป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุน ซึ่งกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมนี้สอดคล้องกับการศึกษาของ พิมภาวรณ (2548) ที่พบว่า การได้ส่งเสริมการเรียนรู้แบบมี

ส่วนร่วมจากการทำงานเอดส์ในชุมชน ทำให้ผู้เข้าร่วมในชุมชนเกิดการเปลี่ยนแปลงวิถีคิด และวิธีการทำงานด้านเอดส์ มีการพัฒนากระบวนการทำงาน และส่งผลทำให้ชุมชนมีความตระหนักต่อปัญหาเอดส์ ในเมื่อชุมชนมีความรู้ มีความตระหนักต่อปัญหา เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยมีความรู้ด้านวิชาการและทำหน้าที่ให้คำปรึกษา และ อบต. มีงบประมาณ อบต. บรรจุนโยบายป้องกันเอชไอวีไว้ในแผนพัฒนา อบต. 3 ปี และสถานีอนามัยได้บรรจุแผนการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีไว้ในแผนของสถานีอนามัย และตกลงว่าจะดำเนินงานร่วมกัน ซึ่งทำให้สร้างความมั่นใจได้ในระดับหนึ่งว่างานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนควรเป็นแบบหุ้นส่วนเครือข่ายซึ่งจะให้ผลดีและจะมีความต่อเนื่อง

ผลที่ได้จากการพัฒนา จากการร่วมพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นได้แก่ คณะทำงานป้องกันเอดส์ในตำบล อสม. ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจ ทำให้มีความรู้เรื่องเอดส์ และมีทักษะการคิดวิเคราะห์และสามารถดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนได้ มีแผนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ได้สื่อเรื่องเอดส์ที่เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่ ชาวชนในพื้นที่ได้รับความรู้สำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 360 คน ทุกคนที่เข้าร่วมการดำเนินงาน ได้รับการพัฒนาด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีทักษะการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนจากประสบการณ์ที่ลงทำงาน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการดำเนินงานตามกระบวนการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมและกระบวนการดำเนินงานแบบหุ้นส่วนเครือข่ายที่ทุกคนได้เข้าร่วมทุกขั้นตอน ทำให้ได้ผลที่เกิดขึ้นตามมาจากกระบวนการพัฒนา

ผลที่เกิดขึ้นจากการเสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ อสม. ทำให้มีความรู้เรื่องเอดส์เพิ่มขึ้นจากระดับปานกลาง เป็นระดับดี ($M = 12$, $SD = 1.96$) ทดสอบความแตกต่างของระดับความรู้เรื่องเอดส์ก่อนและหลังการพัฒนาพบว่าหลังการพัฒนา อสม. มีความรู้เพิ่มขึ้นแตกต่างจากก่อนการพัฒนาอย่างมีนัยสำคัญ ($p < 0.05$) ในขณะที่ทัศนคติพบว่าไม่แตกต่าง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ จิรเนาว์, เสริม, สุพัตรา และ สุภาณี (2542) ในการพัฒนาโปรแกรมให้สุขศึกษาเรื่องโรคเอดส์แก่ผู้นำชุมชนในเขตอำเภอแห่งหนึ่งของจังหวัดสงขลา พบว่า กลุ่มแม่บ้านมีความรู้เรื่องเอดส์ก่อนและหลังให้สุขศึกษาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ แต่ทัศนคติของกลุ่มแม่บ้านก่อนและหลังให้สุขศึกษาไม่พบความแตกต่าง ซึ่งเรื่องของการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและความเชื่อเป็นเรื่องที่ต้องใช้เวลา และเปลี่ยนแปลงค่อนข้างยาก นอกจากนี้ผลจากการพัฒนาทำให้ได้โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่คิดโดยกระบวนการกลุ่มของอสม. จำนวน 6 โครงการ และมีการผลิตสื่อเอดส์เพื่อใช้ในชุมชน

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงาน คือความพร้อมของเครือข่ายสำหรับการทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องทุนในการทำงาน ได้แก่ทีมงานทุกส่วนที่เกี่ยวข้องมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และมีทักษะในการคิดวิเคราะห์สถานการณ์การวางแผนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน มีสื่อวัสดุ

สำหรับใช้ในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีงบประมาณสำหรับดำเนินงาน โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานอีกประการหนึ่งคือการดำเนินงานของเครือข่ายที่ได้มีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน มีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อสรุปบทเรียนที่ได้รับเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงาน จากการศึกษาของคุชกู (2551) พบว่าชุมชนสามารถขับเคลื่อนกิจกรรมได้เองเกิดจากการสร้างแกนนำในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีประสบการณ์ทำงานร่วมกับชุมชน ส่วนปัจจัยการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่อง สอดคล้องกับกัลญรัตน์ (2544) นอกจากนี้ ปัจจัยด้านองค์ความรู้ที่ว่าทุกคนที่เข้าร่วมวิจัยควรมีองค์ความรู้เรื่องเอดส์อย่างเพียงพอสอดคล้องกับพรรณนา (2552) ซึ่งกล่าวว่าการขับเคลื่อนเรื่องเอดส์ หากไม่มีความรู้จริงจะไม่สามารถขับเคลื่อนงานได้ ส่วนโกวิท (2544) พบว่าวิสัยทัศน์ของผู้บริหาร อบต. ความคิด ความตั้งใจและการประสานความร่วมมือกับทุกฝ่าย จะเป็นปัจจัยที่สนับสนุนความร่วมมือของชุมชน ประเด็นด้านผู้นำองค์กรมีความตระหนักต่อปัญหาเอดส์ จะเห็นว่า อบต. ที่ศึกษา มีผู้นำที่มีความพร้อม เห็นความสำคัญของปัญหาเอดส์ และชุมชนมีความเข้มแข็งซึ่งเป็นปัจจัยที่ช่วยส่งเสริมให้การพัฒนาประสบความสำเร็จ

ปัจจัยอุปสรรคและการจัดการในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ภาระงานของแต่ละองค์กรทำให้ดำเนินกิจกรรมการป้องกันเอดส์ไม่ต่อเนื่องการแก้ไขปัญหาองค์กรประสานงานหลักต้องตระหนักและเห็นความสำคัญ จัดให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างสม่ำเสมอ และเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และอาจบูรณาการกับงานสุขภาพเรื่องอื่นๆ ได้ เช่น เอดส์และยาเสพติด

จะเห็นว่าเกิดความเปลี่ยนแปลงขึ้นในระดับหนึ่งจากการที่ดำเนินโครงการวิจัยในชุมชนเนื่องจากเดิมไม่เกิดลักษณะการทำงานที่ประสานงานในลักษณะเครือข่าย และจุดเด่นของการประสานงานตามรูปแบบนี้อยู่ที่องค์กรหลัก คือ อบต. เป็นแกนกลางประสานงานกับสถานีอนามัย ซึ่งมีจุดเด่นด้านวิชาการ ด้านการให้คำปรึกษาในการทำโครงการต่างๆ ในขณะที่ อสม. เป็นส่วนที่ใกล้ชิดชุมชน มองเห็นสภาพปัญหาและสามารถเสนอความคิดในการแก้ปัญหา รูปแบบที่ได้มีความเหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ผู้วิจัยเห็นว่าควรนำรูปแบบนี้ไปใช้ในพื้นที่อื่นๆ โดยอาจนำไปใช้ภายใต้บริบทที่เป็น อบต. ที่มีขนาดแตกต่างกัน เช่น เทศบาลตำบล เทศบาลเมือง หรือเทศบาลนคร นอกจากนี้อาจปรับใช้กับการป้องกันโรคติดต่ออื่นๆในพื้นที่ ทั้งนี้ในการนำไปปรับใช้ควรวิเคราะห์ทุนในพื้นที่ให้มีความพร้อมทั้งเรื่องของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง วัสดุ อุปกรณ์ งบประมาณ และการบริหารจัดการเครือข่าย โดยการ จัดตั้งคณะทำงานร่วม พัฒนาทรัพยากรด้านบุคคลให้มีองค์ความรู้ และทัศนคติพร้อมที่จะทำงาน กำหนดให้มีการประชุมหรือพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างสม่ำเสมอ เตรียมสื่ออุปกรณ์และงบประมาณสำหรับดำเนินโครงการ

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดสงขลา รูปแบบการวิจัยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยนักวิจัยร่วมกับเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่จากสถานีนามัย และหน่วยงานอื่นๆในพื้นที่ เพื่อร่วมกันดำเนินงาน โครงการ การพัฒนาการดำเนินงานใช้แนวคิดการดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายและการมีส่วนร่วม สำหรับกระบวนการวิจัยใช้แนวคิดการวิจัยเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วมของเคมมิสและแมคแทคกาท (Kemmis & McTaggart, 1988) มี 4 ขั้นตอนคือตั้งแต่การร่วมคิดร่วมวางแผน การร่วมปฏิบัติงาน การร่วมประเมินผลและร่วมปรับปรุงแผนการดำเนินงาน กลุ่มเป้าหมายในการศึกษา คือผู้มิบบทบาทหรือมีส่วนเกี่ยวข้องกับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลที่ศึกษา ได้แก่เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจาก อบต. 3 คน เจ้าหน้าที่จากสถานีนามัย 2 คน และ อสม. 68 คน รวม 73 คน โดยเข้าร่วมโครงการวิจัยตั้งแต่ช่วง พฤษภาคม 2552 – เมษายน 2553 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย มีทั้งเครื่องมือเชิงคุณภาพได้แก่ แบบสัมภาษณ์เจาะลึก แบบสนทนากลุ่มแบบสังเกตแบบมีส่วนร่วม และเครื่องมือเชิงปริมาณซึ่งเป็นแบบสอบถามวัดระดับความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในการสรุปผลการวิจัยนี้ขอเสนอตามหัวข้อ ดังนี้

สรุปผลการวิจัย

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้จากการพัฒนาเป็นแบบหุ้นส่วนเครือข่าย ประกอบด้วย ผู้เกี่ยวข้อง 3 ฝ่าย ได้แก่ อบต. สถานีนามัย และอสม. ลักษณะการทำงานและการบริหารจัดการของเครือข่าย โดยการจัดตั้งคณะทำงานร่วมและทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่การวิเคราะห์สถานการณ์ร่วมกัน การวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล ในการบริหารเครือข่ายจำเป็นต้องสำรวจความพร้อมของทุนในพื้นที่ ได้แก่ความพร้อมของคณะทำงานต้องพัฒนาทรัพยากรบุคคลให้พร้อมทั้งด้านความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ และทักษะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงาน เช่น ทักษะการคิดวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหา การวางแผนการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหา และการลงปฏิบัติงานจริงในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่ม อสม. ซึ่งยังมีความต้องการการพัฒนาในด้านความรู้และทักษะดังกล่าว นอกจากความพร้อมในด้านบุคลากรแล้ว ต้องพร้อมในเรื่องสื่อ อุปกรณ์สำหรับใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน และมีความพร้อมด้านงบประมาณสำหรับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน และมีการบริหารจัดการเครือข่าย โดยการ 1) จัดตั้งคณะกรรมการร่วม 2) พัฒนาศูนย์บริการด้านบุคคลให้พร้อมทั้งด้านความรู้และทักษะในการทำงาน 3) ออกแบบระบบการติดต่อประสานงานเพื่อเชื่อมความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายอย่างสม่ำเสมอ 4) จัดเตรียมปัจจัยด้านวัสดุ 5) พัฒนาสื่อความรู้เรื่องเอดส์ และ 6) จัดหางบประมาณสำหรับการดำเนินงาน

ผลที่ได้จากการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้นจากการร่วมกันพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ 1) เกิดเครือข่ายในการทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ดำเนินงานในรูปของคณะกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบล 2) อสม. ได้รับการเสริมสร้างพลังอำนาจทำให้มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และมีทักษะในการคิดวิเคราะห์ปัญหา และวางแผนในการทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน 3) มีแผนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับชุมชน 4) มีสื่อให้ความรู้เรื่องเอดส์ที่เหมาะสมกับพื้นที่ 5) เยาวชนในพื้นที่ได้รับความรู้สำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 360 คน นอกจากนี้ทุกคนที่เข้าร่วมการดำเนินงาน ได้รับการพัฒนาด้วยการแลกเปลี่ยนเรียนรู้และมีทักษะการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนจากประสบการณ์ที่ลงทำ

ปัจจัยสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ในการศึกษาครั้งนี้มีการดำเนินงานในลักษณะหุ้นส่วนเครือข่ายและมีปัจจัยที่สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในชุมชน คือการที่เครือข่ายมีความพร้อมในด้านทุน และวิธีการทำงานที่ทุกส่วนเข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน ปัจจัยความสำเร็จที่มาจากอบต. ได้แก่ 1) การมีองค์กรหลัก (อบต.) ที่ทำหน้าที่เป็นแม่ข่ายประสานงานกับองค์กรอื่นๆ 2) ทุกคนที่เข้าร่วมดำเนินการมีองค์ความรู้เพียงพอ 3) ทุกคนมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอน 4) การสนับสนุนงบประมาณของ อบต. 5) การจัดให้มีการประชุมแลกเปลี่ยนความคิดเห็นเพื่อสรุปบทเรียนที่ได้รับเพื่อการปรับปรุงการดำเนินงาน ส่วนสถานีนอนามัย ได้แก่ปัจจัย 6) การให้คำปรึกษาของสถานีนอนามัย และในส่วนของ อสม. คือ 1) การเสริมสร้างศักยภาพให้ อสม. มีความรู้และทักษะในคิดวิเคราะห์และวางแผนการทำงานเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน และอสม. เข้ามามีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนตั้งแต่เริ่มแรก

ปัญหาอุปสรรคและการจัดการแก้ไขปัญหาการดำเนินงาน

อุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การที่หน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีภาระกิจงานประจำมาก ทำให้บางครั้งในการนัดหมายเพื่อทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโครงการ อาจถูกเลื่อนไป และเมื่อเปรียบเทียบงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับภาระงานอื่น ๆ อบรม. และสถานีอนามัยให้น้ำหนักความสำคัญกับงานอื่น ๆ มากกว่าปัญหาอดส์ ดังนั้นในระยะยาวการวางแผนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนจำเป็นที่ทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต้องเห็นความสำคัญและบูรณาการงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเข้าเป็นงานประจำ มีคณะทำงานที่มาจากภาคีต่างๆ จัดให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น และเสนอแนะแนวทางการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ขยายผลในการใช้รูปแบบการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนในพื้นที่อื่นๆ โดย อบรม. ร่วมมือกับสถานีอนามัยแบบหุ่มส่วนเครือข่าย ในการทำงานและสนับสนุนให้ อสม. มีความเข้มแข็งในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ด้วยการที่ให้เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นผู้ให้คำปรึกษา และอบรม. สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงาน โดยก่อนที่จะดำเนินโครงการควรเตรียมความพร้อมของทุนในพื้นที่ ทั้งด้านบุคลากรดำเนินงาน ด้านวัสดุอุปกรณ์ และงบประมาณในการดำเนินงาน และมีการบริหารจัดการ โดยให้ทุกภาคส่วนเข้ามามีส่วนร่วม ตั้งแต่ต้นในทุกขั้นตอน
2. ให้ขยายเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยขยายไปยังเครือข่ายอื่นๆ เช่นเครือข่ายประชาชน

ข้อเสนอแนะการวิจัย

1. การศึกษาครั้งต่อไป ควรทำการวิจัยเพื่อประเมินผลการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

บรรณานุกรม

- กัลญรัตน์ อินตายวง. (2544). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์: กรณีศึกษาเปรียบเทียบชุมชนสามแห่งของภาคเหนือตอนบน*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกกระบวน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2551). *คู่มือผู้ว่าฯ ช่วยชีวิตคนไทยจากภัยเอดส์*. กรุงเทพมหานคร: สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข. (2550). *หลักสูตรอบรมมาตรฐานอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) ปีพุทธศักราช 2550*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทเรดิเอชั่น.
- กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ. (2550). *การสร้างสุขภาพสู่ความยั่งยืน*. กรุงเทพมหานคร: กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข.
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (2550 ก). *มาตรฐานการพัฒนาการดำเนินงานด้านเอดส์*. กรุงเทพมหานคร: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย.
- กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย. (2550 ข). *สรุปสาระสำคัญมาตรฐานการบริการสาธารณสุขขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. กรุงเทพมหานคร: กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย.
- กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. (2543). *รูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชนในการส่งเสริมสุขภาพ*. สืบค้นเมื่อ 1 พฤษภาคม 2552 จาก <http://advisor.anamai.moph.go.th/hph/text/part.html>
- โกวิท พวงงาม. (2544). *การศึกษาภารกิจ อบต.และความเข้มแข็งของประชาคมตำบล ในการจัดการปัญหาสุขภาพชุมชนระดับตำบล*. นนทบุรี: สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. (2552). *สถานการณ์เอดส์ประเทศไทย 31 มกราคม 2552*. กรุงเทพมหานคร: กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติฉบับที่ 10 พ.ศ.2550-2554. (2550). *แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 10 พ.ศ. 2550-2554*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2550). *แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างทั่วถึงและครอบคลุมแห่งชาติ พ.ศ.2550-2554*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2550). รายงานการทบทวนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ปี พ.ศ.2550 ตามแผนงานโรคเอดส์ระดับชาติเพื่อบรรลุเป้าหมาย *Universal Access towards Prevention, Treatment, Care and Support on HIV/AIDS by 2010*. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

คณะทำงานพัฒนาศักยภาพและประสานความร่วมมือภาครัฐและเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ในการทำงานด้านเอดส์. (ม.ป.ป.). *สรุปผลการประชุมเชิงปฏิบัติการพัฒนาศักยภาพและประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรภาครัฐและเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ในการทำงานด้านเอดส์*. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข.

เคน บลองชาร์ด, จอห์น คาร์ลอส, และ อลัน แรนดอล์ฟ. *องค์กรกระจายอำนาจ* (วรรณพร ไกรเลิศ, ผู้แปล). กรุงเทพมหานคร: สยามศิลป์ พรินต์ แอนด์ แพ็ค.

จิรเนาว์ ทศศรี, เสริม ทศศรี, สุพัตรา วิจิตร โสภ, และ สุภาณี สุวรรณ. (2549). การพัฒนาโปรแกรมให้สุศึกษาเรื่องโรคเอดส์แก่ผู้นำชุมชน. *วารสารวิจัยการพยาบาล*, 10, 144-153.

จุฬารัตน์ โสตะ. (2546). *การพัฒนาศักยภาพการนำนโยบายในแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติไปสู่การปฏิบัติ*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

เจริญศิลป์ อินตะผัด. (2545). *การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายองค์กรชุมชนในการทำงานด้านเอดส์ระดับตำบล*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

เฉลียว แซ่เจียง. (2544). *ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลการปฏิบัติงานป้องกันโรคเอดส์ของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบลในจังหวัดปัตตานี*. วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาศึกษาศาสตร์เพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.

ชนิษฐ์ วโรทัย, สมิตรา อมรายน, และวิไล กุศลวิศิษฐ์กุล. (2541). ผู้นำชุมชนกับการต่อต้านเอดส์. *วารสารคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา*, 6, 21-26.

ชาย โพธิ์สิตา. (2550). *ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ* (พิมพ์ครั้งที่ 3). กรุงเทพมหานคร: บริษัทอมรินทร์พริ้นติ้งแอนด์พับลิชชิ่ง.

ชุกาศิริ อภินันท์เดชา. (2548). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการลดการตีตราทางสังคมจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย*. วิทยานิพนธ์ปรัชญาดุษฎีบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

- ญาดา โตอุตชนม์, นงนุช หลอมประโคน, โกเมศ อุนรัตน์, และนิยม ไกรบุญ. (ม.ป.ป.). *แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดบุรีรัมย์*. นครราชสีมา: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5.
- ณรงค์ศักดิ์ หอมมาลัย. (2545). *การถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุขแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกรณีอำเภอชนแดน จังหวัดเพชรบูรณ์*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- ศุภฤกษ์ อายวัฒน์. (2551). ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. *มนุษยศาสตร์ สังคมศาสตร์*. (มหาวิทยาลัยขอนแก่น), 24, 93- 120.
- ศุติดา แก้วสมบุญ. (2545). *การมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาตำบลขององค์การบริหารส่วนตำบลในจังหวัดสงขลา*. วิทยานิพนธ์รัฐประศาสนศาสตรมหาบัณฑิต สาขารัฐประศาสนศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา
- เดชรัด สุขกำเนิด, และพัชรา วงศ์สกุล. (2551). *กัลยาณมิตรคิดงานเอดส์*. นนทบุรี: โรงพิมพ์อุษาการพิมพ์.
- ทองเพชร โสหนองบัว. (2542). *องค์การบริหารส่วนตำบลกับการพัฒนาสาธารณสุข: กรณีศึกษา อบต. ชั้น 1*. วิทยานิพนธ์สังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล, กรุงเทพมหานคร.
- เทียนทอง บุญราษฎร์. (2543). *การพัฒนาศักยภาพ คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ จังหวัดบุรีรัมย์*. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาพัฒนาสังคม มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- ชนพร พนาคุปต์, และ เปรมจิต หงส์อำไพ. (2542). *การพัฒนาศักยภาพ อบต. ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จ.ปัตตานี* สืบค้นเมื่อ 25 มิถุนายน 2552, จาก <http://www.jvkk.go.th/researchnew/qresearch.asp?code=1413>
- นัทมน ด้านทอง. (2548). *การศึกษาผลการดำเนินงานสาธารณสุขขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (เทศบาล) ในช่วงการโอนภารกิจ ในเขตจังหวัดชลบุรี*. มหาวิทยาลัยบูรพา, ชลบุรี.
- นิตา ชูโต. (2551). *การวิจัยเชิงคุณภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 4)*. กรุงเทพมหานคร: บริษัทพรินต์โพร.
- นุชรินทร์ พันธุ์บุญปลูก. (2541). *การพัฒนาศักยภาพชุมชนชนบทในการดำเนินการเรื่องโรคเอดส์*. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.

- บุญยา สังขชาติ. (2551). การกระจายอำนาจการจัดบริการสุขภาพด้านการส่งเสริมสุขภาพและการควบคุมโรคในเขตพื้นที่จังหวัดสงขลา. วิทยานิพนธ์วิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์, สงขลา.
- เบญจา ยอดคำเนิน-แอ็ดติง, บุญพา ศิริธรรม, และวาทีณี บุญชะลิกย์. (2536). การศึกษาเชิงคุณภาพ: เทคนิคการวิจัยภาคสนาม (พิมพ์ครั้งที่ 3). นครปฐม: โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ปรีดา เต๋ออารักษ์ และคณะ. (2550). ทบทวนการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542-2550. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2, 179-193.
- ปรีดา เรืองวิชาการ. (2547). งาน พลังกลุ่ม และความสุข. กรุงเทพมหานคร: เฟื่องฟ้าพริ้นติ้ง.
- ผกาวดี สุพรรณจิตวนา. (2545). การพัฒนารูปแบบการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน โดยใช้เทคนิคเดลฟาย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการบริหารการพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- พันธุ์ทิพย์ รามสูต. (2545). การวิจัยปฏิบัติการอย่างมีส่วนร่วม. กรุงเทพมหานคร: สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.
- พรรณนา สีหะจันทร์. (2552). โครงการก้าวอย่างเข้าใจ คนก้าวอย่าง- คนทำงานและคนรอบข้าง สืบค้นเมื่อ วันที่ 5 สิงหาคม 2552, จาก [http:// www.teenpath.net/](http://www.teenpath.net/).
- พิมพ์วรรณ ปันดอนตอง. (2548). การส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมจากการทำงานเอตส์ในชุมชนจังหวัดเชียงราย. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกกระบวน มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, เชียงใหม่.
- พูลสินธุ์ พงษ์ประเทศ. (2550). การพัฒนาศักยภาพในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยเทคนิคกระบวนการวางแผนแบบมีส่วนร่วม: กรณีศึกษาโรงเรียนระดับมัธยมแห่งหนึ่งในจังหวัดอุดรธานี. วิทยานิพนธ์สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต. สาขาวิชาการบริหารสาธารณสุข มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- เพชรน้อย สิงห์ช่างชัย. (2551). หลักการและการใช้วิจัยเชิงคุณภาพสำหรับทางการพยาบาลและสุขภาพ. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์.
- ภัทระ แสนไชยสุริยา. (2549). ทบทวนแผนป้องกันแก้ไขปัญหาเอตส์ชาติ. ขอนแก่น: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.

- วรรณภา นุทเสน. (2549). *การศึกษารูปแบบและวิธีการดำเนินงาน โครงการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อโรคเอดส์สำหรับพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรมจังหวัดสมุทรปราการ*. วิทยานิพนธ์พัฒนาชุมชนมหาบัณฑิต สาขาสังคมสงเคราะห์ศาสตร์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.
- วรรณชนก จันทชุม, สมพร วัฒนนุกุลเกียรติ, ธนพงศ์ จันทชุม, และสมศิลป์ อัมถวิล. (2541). *การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์ในบ้านเสมา ตำบลหนองแปน อำเภอกมลาไสย จังหวัดกาฬสินธุ์*. คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ. (2552). *การพัฒนาศักยภาพชุมชนในการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี*. รายงานผลการวิจัยเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- วิพุธ พูลเจริญ, วิชัย โปษยะจินดา, ชื่นฤทัย กาญจนจิตรา, และวรัญญา เทียวกุล. (2547). *ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย*. กรุงเทพมหานคร: สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ.
- วิพุธ พูลเจริญ. (2548). *รายงานการศึกษาวิเคราะห์ผลการทบทวนแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ*. นนทบุรี: โรงพิมพ์สำนักพระพุทธศาสนาแห่งชาติ. วิทยานิพนธ์มหาบัณฑิตมหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิไลลักษณ์ หมดมลทิน, และพรชัย สิริศรีธัญกุล. (2550). *การสำรวจการสร้างเสริมสุขภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น*. วารสารวิจัยระบบสาธารณสุข, 2, 226-232.
- ศิริพร สิ้นชนิ่ง, ดวงภา พิเชษฐกุล, จรรยา รัตนวิภา, นัตตะวุฒิ ภิรมย์ไทย, สุจิตา รัตนวณิชย์พันธ์, วิณาพร สำอางศรี, และคณะ. (2544). *รายงานผลการดำเนินงานภายใต้แผนงานเสริมสร้างสมรรถนะชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปีงบประมาณ 2543*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์.
- ศรีผ่อง จิตกรรมกิจศิลป์. (2551). *การสร้างเครือข่ายการทำงาน*. สืบค้นเมื่อ 26 มิถุนายน 2551 จาก <http://www.labschools.net/cur/cur5/sripong.htm>
- สงวน นิตยารัมภ์พงศ์. (2549). *ระบบสุขภาพในท้องถิ่น: อนาคตระบบสุขภาพไทย*. นนทบุรี: สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ.

- สุปราณี แก้วเพชร. (2542). *การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์: ศึกษากรณีชุมชนตำบลแม่แฝกใหม่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่*. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการ โครงการสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัยหัวเฉียว, กรุงเทพมหานคร.
- สุภางค์ จันทวานิช. (2551). *การวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยเชิงคุณภาพ*. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- สุพิชญา พลคม. (2551). *การป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในวัยรุ่น: กรณีศึกษาชุมชนแห่งหนึ่งในจังหวัดมหาสารคาม*. สารนิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลชุมชน มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา. (2552). *สถานการณ์เอดส์จังหวัดสงขลา 31 ธันวาคม 2552*. สงขลา: สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา .
- อมร นนทสูตร. (2547). *ความร่วมมือระหว่างองค์กรในงานประกันสุขภาพ. เอกสารประกอบการประชุมแผนการศึกษาโครงการประกันสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ทีม External Researcher และ ทีม สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ*. เมื่อวันที่ 10 กุมภาพันธ์ 2547 ณ โรงแรมที.เค. พาเลซ อำเภอปากเกร็ด จังหวัดนนทบุรี. เอกสารอัดสำเนา.
- อำพล จินดาวัฒนะ. (2551). *พ.ร.บ. สุขภาพแห่งชาติกับ อปท. เอกสารในการประชุมสัมมนาสายสัมพันธ์สาธารณสุขท้องถิ่น ณ โรงแรมริชมอนด์ นนทบุรี*. เอกสารอัดสำเนา.
- Carry, L. J. (1970). *The Role of Citizen in the Community Development as a Process*. Columbia: University of Missouri.
- Chen Ying. (2006). *Decentralization of AIDS ARV procurement*. Retrieved March 30, 2009, from <http://www.eric.ed.gov/>.
- Kemmis, S., & McTaggart, R. (1988). *The Action Research Planner*. (3rd ed). Geelong: Deakin University.
- Norman, K. D., & Yvonna, S. L. (1994). *Handbook of Qualitative Research*. California: SAGE Publications.
- Richard, M., & Karen, B. A. (2002). *Participatory action research on HIV/ AIDS through a popular theatre approach in Tanzania*. Retrieved March 30, 2009, from <http://www.sciencedirect.com/science>

- Trevino A., Muniz M., Uribe P., Rico B., del Rico C., & Sepulveda J. (1993, Jun 6-11). National AIDS program decentralization strategies: The Mexican experience. Paper presented at the International Conference on AIDS. Abstract retrieved May 27, 2009, from <http://gateway.nlm.nih.gov/gw/Cmd?GMResultsSummary%26loc=nccs>
- Tusubira, C., Zinga, K., & Benn, C. (1994, August 7-12). Results of participatory action research in east Africa on AIDS and the community. Paper presented at the International Conference on AIDS. Abstract retrieved April 22, 2009, from http://gateway.nlm.nih.gov/Meeting_Abstracts/ma?f=102209166.html
- United Nations, Development of International Economic and Social Affairs. (1981). *Popular Participation as Strategy for Promotion Community Level Action and Development*. New York: United Nations.
- Uphoff, N. T. (1981). Farmer' s Participation in project Formulation, Design and Operation. *Paper Presented of Second Annual Agricultural Sector Seminar*. Washington, D.C.: The World Bank.
- Walton, and Edwards, D. (1986). *Deming cycle*. Retrieved March 30, 2009, from [http:// www.wikipedia.org/](http://www.wikipedia.org/).
- World Health Organization. (1981). *Global Strategy of Health for All by the year 2000. Health for all Series No 3*. Geneva: WHO.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก

แนวคำถามการสัมภาษณ์

ในโครงการวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่าง
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
ในตำบลแห่งหนึ่งจังหวัดสงขลา”

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และสถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดสงขลา

ผู้ให้ข้อมูล

ผู้สัมภาษณ์.....

วันที่สัมภาษณ์...../...../.....

สถานที่สัมภาษณ์.....

บรรยากาศโดยรวมของการสัมภาษณ์

.....
.....
.....
.....

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

1.เพศ ชาย หญิง

2.ปัจจุบันท่านอายุ ปี

3.ท่านจบการศึกษาระดับ

4.ตำแหน่งหน้าที่/งานที่รับผิดชอบ

5.ท่านมีอายุราชการ ปี (จำนวนเต็ม)

6.ระยะเวลาที่ท่านทำงานอยู่ในตำบลนี้ ปี

ส่วนที่ 2 การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

1. คำว่า “การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี” ในความคิดของท่าน หมายถึงอะไร
2. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา อบต. และสถานีอนามัยมีการทำกิจกรรม/โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกันหรือไม่ อย่างไร
3. ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลนี้เป็นอย่างไร
 - 3.1 ใครเข้ามามีส่วนร่วมบ้าง อย่างไร
 - 3.2 ใช้งบประมาณจากที่ใด อย่างไร
 - 3.3 มีการใช้วัสดุอุปกรณ์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างไร
4. ลักษณะการทำงานร่วมกันระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยเป็นอย่างไร
5. ที่ผ่านมามีส่วนร่วมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลนี้อย่างไร
 - 5.1 การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการร่วมคิด ตัดสินใจและวางแผนการดำเนินงานเป็นอย่างไร
 - 5.2 การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างไร
 - 5.3 การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการประเมินผลการปฏิบัติงานเป็นอย่างไร
 - 5.4 การมีส่วนร่วมในขั้นตอนการปรับปรุงแผนการดำเนินงานเป็นอย่างไร
6. อุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่นี้คืออะไร และท่านแก้ไขอย่างไร
7. สิ่งที่จะช่วยสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้สำเร็จคืออะไร
8. ท่านมีข้อเสนอแนะอย่างไร สำหรับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

ขอขอบคุณท่านที่กรุณาให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลเป็นอย่างดี

ภาคผนวก ข

แนวคำถามการสนทนากลุ่ม

ในโครงการวิจัย “การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่าง
องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
ในตำบลแห่งหนึ่งจังหวัดสงขลา”

เป็นแนวคำถามที่ใช้ในการสนทนากลุ่ม เพื่อร่วมแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับสภาพการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน ของเจ้าหน้าที่ อปท. เจ้าหน้าที่ สอ. และอสม. ในการวางแผนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน การสะท้อนผล ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในชุมชน
ผู้เข้าร่วมสนทนากลุ่ม

เจ้าหน้าที่ อปท. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และ อสม. ที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

แนวประเด็นคำถามในขั้นตอนวางแผน

1. มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนมากน้อยเพียงไร
2. การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ผ่านมาได้ทำอะไรบ้าง ใครรับผิดชอบ ผลที่ได้รับเป็นอย่างไร มีอุปสรรคอะไร อย่างไร
3. ท่านตั้งใจจะทำอะไรเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีกลุ่มเป้าหมายเป็นกลุ่มใด เพราะอะไร การทำงานของท่านควรเริ่มอย่างไร ใครรับผิดชอบ ใครมีส่วนร่วม

แนวประเด็นคำถามในขั้นตอนปฏิบัติงานและประเมินผล

1. การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ทำในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ท่านทำอย่างไร ใครรับผิดชอบ ผลที่ได้รับเป็นอย่างไร
2. อุปสรรคในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีอะไรบ้าง และท่านแก้ไขอย่างไร และอุปสรรคนั้นทำให้เกิดปัญหาต่อการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่
3. สิ่งที่จะช่วยสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้สำเร็จคืออะไร
4. ท่านมีความคิดเห็นว่าการดำเนินงานโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในแบบที่ทำร่วมกันนี้จะสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้หรือไม่ อย่างไร
5. ท่านได้เรียนรู้อะไรบ้างจากการเข้าร่วมดำเนินงานในโครงการครั้งนี้ และท่านรู้สึกพอใจหรือไม่พอใจต่อการดำเนินงานในโครงการครั้งนี้ อย่างไร
6. ท่านมีความคิดเห็น/ข้อเสนอแนะอย่างไร สำหรับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

ภาคผนวก ก

แบบสังเกตและบันทึกภาคสนามในการจัดกิจกรรมในโครงการ
พัฒนารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
และสถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลแห่งหนึ่งจังหวัด

แบบสังเกตนี้เป็นแบบสังเกตที่กำหนดกรอบในการสังเกตไว้ 6 ประเด็น และเป็นการสังเกตแบบมีส่วนร่วมโดยผู้สังเกตจะเข้าไปอยู่รวมในกลุ่มผู้ถูกสังเกตและทำการสังเกตโดยกลุ่มเป้าหมายไม่รู้ตัว ใช้สำหรับเป็นแนวทางในการสังเกตพฤติกรรมการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มผู้ร่วมวิจัยในพื้นที่ เช่น เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอาสาสมัครสาธารณสุข

กิจกรรมที่สังเกต

วันที่สังเกต/...../..... เวลา.....

ผลการสังเกต

1. ฉากและบุคคล (สังเกตใคร ที่ไหน)

.....
.....

2. การกระทำ (ทำอะไร)

.....
.....

3. แบบแผนกิจกรรม (อย่างไร)

.....
.....

4. ความสัมพันธ์ (ใครกับใคร)

.....
.....

5. การมีส่วนร่วม (ใครบ้าง)

.....
.....

6. ความหมาย (ตอบคำถามอย่างไร และทำไมเกิดเหตุการณ์นี้ขึ้น)

.....

บรรยากาศ	ข้อความ / กิจกรรม	Key word

No □□

ภาคผนวก ง

แบบสอบถามความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของอสม.

คำชี้แจง

แบบสอบถามฉบับนี้ เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลแห่งหนึ่งจังหวัดสงขลา เพื่อประเมินความรู้และทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ในทัศนะของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) ในตำบลที่ศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มที่เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน แบบสอบถามเป็นแบบให้ตอบด้วยตนเอง มีทั้งหมด 4 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

ส่วนที่ 2 ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวี

ส่วนที่ 3 ทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์

ส่วนที่ 4 การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลที่ได้จากการตอบครั้งนี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน การรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลจะเป็นภาพรวมเท่านั้น ข้อมูลชื่อ-สกุล และข้อมูลอื่นที่จะเชื่อมโยงถึงผู้ให้ข้อมูลจะถูกเก็บเป็นความลับ และจะนำผลสรุปไปใช้ในทางที่เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม ดังนั้นจึงขอความร่วมมือจากทุกท่าน โปรดตอบแบบสอบถามตามความเป็นจริง เพื่อประโยชน์ต่อการวางแผนการดำเนินงานโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนต่อไป

ขอขอบคุณทุกท่านมา ณ โอกาสนี้

ผู้ร่วมดำเนินโครงการ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

คำชี้แจง กรุณาตอบแบบสอบถามโดยเขียนเครื่องหมาย ✓ ลงใน หน้าข้อที่เป็นจริง

หรือเติมข้อความที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

สำหรับผู้วิจัย

1.เพศ	1. <input type="checkbox"/> ชาย	2. <input type="checkbox"/> หญิง	SEX	<input type="checkbox"/>
2.ปัจจุบันท่านอายุ (จำนวนเต็ม)	ปี		AGE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
3.ระดับการศึกษา			EDU	<input type="checkbox"/>
	1. <input type="checkbox"/> ประถมศึกษา	2. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนต้น		
	3. <input type="checkbox"/> มัธยมศึกษาตอนปลาย	4. <input type="checkbox"/> อาชีวศึกษา		
	5. <input type="checkbox"/> ปวส.	6. <input type="checkbox"/> ปริญญาตรี		
	7. <input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี	8. <input type="checkbox"/> อื่นๆ.....		
4.สถานภาพสมรส			STATUS	<input type="checkbox"/>
	1. <input type="checkbox"/> โสด	2. <input type="checkbox"/> คู่		
	3. <input type="checkbox"/> ม่าย	4. <input type="checkbox"/> หย่า/แยก		
5.สถานภาพทางสังคม			SOCIAL	<input type="checkbox"/>
	1. <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่อบต.	2. <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุข		
	3. <input type="checkbox"/> อสม.	4. <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		
6.อาชีพ			OCC	<input type="checkbox"/>
	1. <input type="checkbox"/> ข้าราชการ /พนักงานของรัฐ	2. <input type="checkbox"/> เกษตรกรรม		
	3. <input type="checkbox"/> รับจ้าง	4. <input type="checkbox"/> ค้าขาย		
	5. <input type="checkbox"/> แม่บ้าน	6. <input type="checkbox"/> ไม่ได้ทำงาน		
	7. <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....			
7. ท่านอยู่ในตำบลนี้มาเป็นเวลา	ปี ระยะเวลาที่ทำงานเป็นอสม.มา.....ปี		TIME	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
8.ท่านเคยได้รับอบรมเกี่ยวกับโรคเอดส์หรือไม่			TRAIN	<input type="checkbox"/>
	1. <input type="checkbox"/> เคยอบรม เมื่อปี พ.ศ.หน่วยงานที่จัดอบรมคือ.....		YEAR	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
	2. <input type="checkbox"/> ไม่เคยอบรม		OFFICE	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>
9.ท่านได้รับ ความรู้ ข่าวสารเรื่องเอดส์ ทางสื่อใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)				
	1. <input type="checkbox"/> วิทยุ	2. <input type="checkbox"/> โทรทัศน์	INF1	<input type="checkbox"/> INF2 <input type="checkbox"/>
	3. <input type="checkbox"/> หนังสือพิมพ์	4. <input type="checkbox"/> ป้ายประกาศ แผ่นพับ เอกสาร	INF3	<input type="checkbox"/> INF4 <input type="checkbox"/>
	5. <input type="checkbox"/> เพื่อนบ้าน	6. <input type="checkbox"/> เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	INF5	<input type="checkbox"/> INF6 <input type="checkbox"/>
	7. <input type="checkbox"/> อินเทอร์เน็ต	8. <input type="checkbox"/> จากการเข้าประชุมอบรม	INF7	<input type="checkbox"/> INF8 <input type="checkbox"/>
	9. <input type="checkbox"/> อื่นๆ ระบุ.....		INF9	<input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 2 ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ท่านตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อที่	คำถาม	คำตอบ		
1.	โรคเอดส์และกามโรคเกิดจากเชื้อโรคคนละชนิด	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K1 <input type="checkbox"/>
2.	คนที่ติดเชื้อเอดส์ถือว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K2 <input type="checkbox"/>
3.	การใช้ห้องน้ำแบบโถนั่งต่อจากผู้ป่วยเอดส์ อาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K3 <input type="checkbox"/>
4.	ผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการ ยังไม่สามารถแพร่เชื้อให้คนอื่นได้	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K4 <input type="checkbox"/>
5.	การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K5 <input type="checkbox"/>
6.	คนที่เป็นกามโรคทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ง่าย หากมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K6 <input type="checkbox"/>
7.	การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K7 <input type="checkbox"/>
8.	การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K8 <input type="checkbox"/>
9.	ยุงที่กัดผู้ป่วยเอดส์สามารถนำเชื้อเอดส์มาสู่คนอื่นได้	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K9 <input type="checkbox"/>
10.	การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K10 <input type="checkbox"/>
11.	คนที่เรามองเห็นว่ามีความสุขร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K11 <input type="checkbox"/>
12.	ในปัจจุบันมียาที่สามารถยับยั้งเชื้อเอดส์ (ยาต้านไวรัส) ได้	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K12 <input type="checkbox"/>
13.	สามีและภรรยาที่ติดเชื้อเอดส์ทั้งคู่ ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K13 <input type="checkbox"/>
14.	ลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอดส์ จะเป็นเอดส์ด้วย	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K14 <input type="checkbox"/>
15.	<u>ถ้าสงสัยว่าติดโรคเอดส์หรือไม่</u> การตรวจเชื้อเอดส์ทันทีหลังมีพฤติกรรมเสี่ยง (เช่นชายคนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์กับนักร้องที่ติดเชื้อเอดส์โดยไม่สวมถุงยาง) แล้วได้ผลลบ แสดงว่าไม่ติดเชื้อเอดส์แน่นอน	<input type="checkbox"/> 1. ใช่	<input type="checkbox"/> 2. ไม่ใช่	K15 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 3 ทศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่านมากที่สุด

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง 5	เห็น ด้วย 4	ไม่ แน่ ใจ 3	ไม่ เห็น ด้วย 2	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง 1	
1.การป้องกัน โรคเอดส์เป็นหน้าที่ของทุกคน						A1 <input type="checkbox"/>
2.ผู้ชายไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย						A2 <input type="checkbox"/>
3.เวลาผู้ชายไปเที่ยวหญิงบริการ ถ้าเลือกคนสวย แต่งตัวดีมองดูสะอาดแล้ว ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยาง						A3 <input type="checkbox"/>
4.การใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนแสดงถึงความไม่ไว้ใจ						A4 <input type="checkbox"/>
5.ท่านคิดว่าสามีหรือภรรยาติดเชื้อเอดส์จะไม่กล้า บอกความจริงให้คู่ของตนทราบ						A5 <input type="checkbox"/>
6.ท่านรู้สึกรังเกียจที่จะใช้ห้องน้ำห้องส้วม ร่วมกับ ผู้ติดเชื้อเอดส์						A6 <input type="checkbox"/>
7.ท่านไม่ต้องการให้มีผู้ป่วยเอดส์ในหมู่บ้าน						A7 <input type="checkbox"/>
8.ถ้ามีผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน จะทำให้ประชาชนมี โอกาสติดเชื้อเอดส์ได้มาก						A8 <input type="checkbox"/>
9.โรคเอดส์เป็น โรคของผู้มีกรรม ผู้เป็น โรคควรก้ม หน้ารับกรรมต่อไป						A9 <input type="checkbox"/>
10.ถ้าพบว่าคู่ในปัจจุบันของท่านติดเชื้อเอดส์ท่านจะ ตีตัวออกห่าง						A10 <input type="checkbox"/>
11.ท่านมั่นใจว่าไม่มีโอกาสติดเชื้อเอดส์แน่นอน						A11 <input type="checkbox"/>
12.ท่านเชื่อว่าถุงยางอนามัยสามารถป้องกันเอดส์ได้						A12 <input type="checkbox"/>
13.ไม่ควรซ้ำเติมผู้ติดเชื้อเอดส์เพราะน่าสงสาร						A13 <input type="checkbox"/>
14.ควรจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยเอดส์อยู่เป็นการเฉพาะ						A14 <input type="checkbox"/>
15.ท่านยินดีร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อการป้องกันการ ติดเชื้อเอดส์ในหมู่บ้านของท่าน						A15 <input type="checkbox"/>

ส่วนที่ 4 การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

1. ในฐานะที่ท่านเป็น อสม. ท่านคิดว่าท่านมีส่วนช่วยในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลนี้ได้อย่างไร

.....
.....
.....
.....

2. อบต. ควรมีบทบาทอย่างไรในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบล

.....
.....
.....
.....

3. จนท.สถานีอนามัย ควรมีบทบาทอย่างไรในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบล

.....
.....
.....
.....

4. การดำเนินงานป้องกันเอชไอวีในชุมชนของท่านที่ผ่านมา มีปัญหาอุปสรรคใดบ้าง

.....
.....
.....
.....

5. ถ้าจะให้เกิดการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีในตำบลอย่างต่อเนื่อง ควรทำอย่างไร

.....
.....
.....
.....

ภาคผนวก จ

โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนที่ศึกษา

“โครงการเครือข่าย.....ร่วมใจต้านภัยเอดส์

ตำบล.....อำเภอ.....จังหวัดสงขลา ปี พ.ศ. 2552”

.....

ชื่อโครงการ “โครงการเครือข่าย.....ร่วมใจต้านภัยเอดส์”

หลักการและเหตุผล

โรคเอดส์แพร่ระบาดเข้ามาในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. 2527 ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคม สุขภาพของประชาชน และเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุขที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน จากสถิติของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดสงขลา มีจำนวนผู้ติดเชื้อที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ สูงถึง 4,680 ราย เสียชีวิต 1,005 ราย ยังมีชีวิตอยู่ 3,675 ราย และจากข้อมูลโรงพยาบาลอำเภอพบว่าประชาชนในตำบล.....ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 11 ราย และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีหน้าที่ในการดูแลสุขภาพอนามัยเพื่อให้ประชาชนมีสุขภาพดี และป้องกันปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ที่เป็นพาหะนำไปสู่การเจ็บป่วยและโรคภัยไข้เจ็บ ดังนั้น องค์กรบริหารส่วนตำบลร่วมกับ สถานีอนามัย และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล..... ได้จัดโครงการเครือข่าย.....ร่วมใจต้านภัยเอดส์ เพื่อจัดอบรมให้ความรู้และทัศนคติเรื่องเอดส์ที่ถูกต้องแก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน และเพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขฯ เป็นแกนนำในการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในตำบล..... อีกทั้งยังเป็นการสร้างเครือข่ายในการทำงานด้านสาธารณสุขให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล.....มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์
2. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล.....มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอดส์
3. เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล.....เป็นแกนนำในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

กลุ่มเป้าหมาย

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล..... จำนวน 68 คน
2. พนักงานอบต.และเจ้าหน้าที่สอ. จำนวน 5 คน

สถานที่ดำเนินการ

วัดแห่งหนึ่งในชุมชน

วิธีดำเนินการ

1. ประชุมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล.....เพื่อคัดเลือกตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขฯ เป็นคณะทำงานป้องกันเอดส์ในชุมชน และเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานป้องกันเอดส์
2. แต่งตั้งคณะทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในตำบล.....
3. ดำเนินการจัดอบรมให้ความรู้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน
4. ผู้เข้าอบรมประชุมจัดทำแผนขยายผลให้ความรู้ความเข้าใจ และการเสริมสร้างทัศนคติที่ดีของประชาชน
5. ผลิตสื่อ ประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคเอดส์
6. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล..... ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน และดำเนินงานร่วมกับสถานีอนามัยตำบล..... สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และโรงพยาบาลอำเภอ
7. ประเมินผลโครงการ
8. สรุป รายงานผลการดำเนินโครงการ

ระยะเวลาดำเนินโครงการ

วันที่ 3-4 เดือน ตุลาคม พ.ศ. 2552

งบประมาณดำเนินการ

งบประมาณจากองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวน 50,000 บาท

รายละเอียดค่าใช้จ่าย ดังนี้

- | | |
|--|--------------------|
| 1. ค่าตอบแทนวิทยากร | เป็นเงิน 4,800 บาท |
| 2. ค่าอาหารว่าง | เป็นเงิน 6,000 บาท |
| 3. ค่าวัสดุสิ้นเปลือง และอุปกรณ์ในการจัดประชุม | เป็นเงิน 3,000 บาท |
| 4. ค่าบำรุง และจัดสถานที่ | เป็นเงิน 4,000 บาท |

- | | |
|--|---------------------|
| 5. ค่าพาหนะผู้เข้าร่วมประชุม | เป็นเงิน 12,000 บาท |
| 6. ค่าเอกสารเผยแพร่ความรู้ ป้ายไว้นิล | เป็นเงิน 15,200 บาท |
| 7. ค่าใช้จ่ายในการจัดทำเอกสารการประเมินโครงการ และสรุปผลการดำเนินงาน | เป็นเงิน 5,000 บาท |

รวมทั้งสิ้นเป็นเงิน 50,000 บาท

ค่าใช้จ่ายทุกรายการสามารถจ่ายถัวเฉลี่ยกันได้

ผู้รับผิดชอบโครงการ

สำนักงานปลัด องค์การบริหารส่วนตำบล ตำบล..... อำเภอ.....จังหวัดสงขลา

การประเมินผล

1. การประเมินความความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์ก่อนและหลังการอบรม
2. การประเมินทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน โดยใช้แบบประเมินทัศนคติก่อนและหลังการอบรม
3. การประเมินการปฏิบัติงานของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์และการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยการสัมภาษณ์จากคณะทำงานและสังเกตแบบมีส่วนร่วม

ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล..... มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น
2. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล..... มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอดส์
3. อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ตำบล.....สามารถเป็นแกนนำในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

กิจกรรมและระยะเวลา

ตารางกิจกรรม ระยะเวลา และสถานที่ดำเนินงาน

ลำดับ	กิจกรรม	ระยะเวลา ดำเนินการ	สถานที่ดำเนินการ
1	ประชุมชี้แจงโครงการ	25 ก.ย. 52	ศาลาเอนกประสงค์ หมู่ 2
2	ประชุมวางแผนชี้แจงขั้นตอนการดำเนินงาน	30 ก.ย. 52	องค์การบริหารส่วนตำบล
3	จัดอบรมให้ความรู้	3 – 4 ต.ค. 52	วัดแห่งหนึ่ง ในตำบล
4	รณรงค์การป้องกันปัญหาโรคเอดส์ในพื้นที่	พ.ย.- พ.ค. 53	ตำบล.....

ผู้เสนอโครงการ

(ลงชื่อ)

(นาย.....)

หัวหน้าสถานีอนามัยตำบล.....

ผู้เสนอโครงการ

(ลงชื่อ)

(นาง.....)

ประธานอาสาสมัครสาธารณสุข ตำบล.....

ผู้เสนอโครงการ

(ลงชื่อ)

(นาง.....)

หัวหน้าสำนักงานปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

ผู้เห็นชอบโครงการ

(ลงชื่อ)

(นาย.....)

ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล

ผู้อนุมัติโครงการ

(ลงชื่อ)

(นาย.....)

นายกองค์การบริหารส่วนตำบล.....

กำหนดการ
โครงการเครือข่าย.....ปลอดภัยห่างไกลเอดส์
ณ วัดแห่งหนึ่ง ตำบล.....อำเภอ..... จังหวัดสงขลา
วันที่ 3 – 4 ตุลาคม 2552

วันที่ 3 ตุลาคม 2552

12.30 – 13.00 น.	ลงทะเบียน
13.00 – 13.15 น.	พิธีเปิด
13.15 – 14.00 น.	สถานการณ์เอดส์และความรู้เรื่องโรคเอดส์
14.00 – 14.30 น.	เรียนรู้เรื่องการแพร่เชื้อเอดส์ผ่านเกมส์แลกเปลี่ยน
14.30 – 14.45 น.	พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
14.45 – 15.30 น.	เรียนรู้เรื่องช่องทางการติดต่อผ่านกิจกรรม QQR
15.30 – 15.45 น.	สาธิตการใช้ถุงยางอนามัย
15.45 – 16.00 น.	เปิดใจคุยกับผู้ติดเชื้อเอดส์

วันที่ 4 ตุลาคม 2552

13.00 – 14.00 น.	เรียนรู้เรื่องการคิดวิเคราะห์ การจัดทำโครงการและการประเมินผล ฝึกรวบรวมสถานการณ์ปัญหาเอดส์ และวางแผนการดำเนินงาน โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน
14.00 – 15.00 น.	อสม.แบ่งกลุ่มเพื่อฝึกรวบรวมสถานการณ์ปัญหาและเขียนโครงการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในหมู่บ้าน
15.00 – 15.15 น.	พักรับประทานอาหารว่างและเครื่องดื่ม
15.15 – 16.00 น.	อสม.นำเสนอโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
16.00 – 16.15 น.	สรุปบทเรียนที่ได้รับจากการจัดกิจกรรม

ภาคผนวก ฉ
ผลการวิเคราะห์เพิ่มเติม

ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ในตำบลที่ศึกษา

ตาราง 7

จำนวนและร้อยละของผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการในตำบลที่ศึกษา จังหวัดสงขลา พ.ศ. 2541 – ธันวาคม 2552 (N = 75)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ประเภทผู้ป่วย		
ผู้ป่วยเอดส์	51	68.00
ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ	24	32.00
ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามเพศ (N = 51)		
ชาย	39	76.47
หญิง	12	23.53
ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยเสี่ยง (N = 51)		
เพศสัมพันธ์	43	84.31
ติดเชื้อจากมารดา	2	3.92
ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง	6	11.77
ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามอายุ (ปี) (N = 49)		
< 20	2	4.08
20-29	17	34.69
30-39	14	28.57
40-49	11	22.45
> 50	5	10.20

ตาราง 7 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามอาชีพ (N = 51)		
ปลูกพืช ทำนา ทำสวน	12	23.53
เลี้ยงสัตว์	1	1.96
ข้าราชการ	2	3.92
ลูกจ้างเอกชน	1	1.96
ค้าขาย	2	3.92
ขับรถรับจ้าง	1	1.96
รับจ้างทั่วไป	21	41.18
แม่บ้าน	5	9.80
นักบวช พระ	2	3.92
เด็กต่ำกว่าวัยเรียน	2	3.92
ว่างงาน	2	3.92

ข้อมูลทั่วไปของผู้ร่วมวิจัย

ตาราง 8

จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมวิจัย จำแนกตามเพศ อายุ และสถานภาพสมรส (N=73)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จนท.อปต. (n1=3)	จนท.สอ. (n2=2)	อสม. (n3=68)	รวม (n=73)	ร้อยละ
<i>เพศ</i>					
ชาย	2	1	2	5	6.85
หญิง	1	1	66	68	93.15
<i>อายุ (ปี)</i>					
< 30	1		1	2	2.74
30-34			5	5	6.85
35-39			10	10	13.70
40-44	1		17	18	24.66
45-49		1	17	18	24.66
50-54		1	12	13	17.81
55-59	1		5	6	8.22
> 60			1	1	1.37
Min = 25, Max = 60, M = 44.85, SD = 7.21					
<i>สถานภาพสมรส</i>					
โสด	1		2	3	4.11
คู่	2	2	55	59	80.82
ม่าย			9	9	12.33
หย่า/แยก			2	2	2.74

ตาราง 9

จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมวิจัย จำแนกตามระดับการศึกษา อาชีพ และระยะเวลาที่ทำงานหรือเป็นอส. (N=73)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จนท.อปต. (n1=3)	จนท.สอ. (n2=2)	อสม. (n3=68)	รวม (N=73)	ร้อยละ
ระดับการศึกษา					
ประถม	1		44	45	61.64
มัธยมศึกษาตอนต้น			9	9	12.33
มัธยมศึกษาตอนปลาย			9	9	12.33
อาชีวศึกษา			2	2	2.74
ปวส.			3	3	4.11
ปริญญาตรี	2	2	1	5	6.85
อาชีพ					
เกษตรกรรวม			37	37	50.68
รับจ้าง			11	11	15.07
ค้าขาย			7	7	9.59
แม่บ้าน			13	13	17.81
รับราชการ/พนักงานอปต.	3	2		5	6.85
ระยะเวลาการทำงาน/เป็นอส. (ปี)					
1 - 5	2		15	17	23.29
6 - 10			23	23	31.51
11 - 15			10	10	13.70
16 - 20	1		12	13	17.81
21 - 25			4	4	5.48
> 25		2	4	6	8.22

Min = 2, Max = 29, M = 11.41, SD = 6.88

ตาราง 10

จำนวนและร้อยละของผู้ร่วมวิจัย จำแนกตามการได้รับการอบรมเรื่องเอดส์ และช่องทางการรับข่าวสารเรื่องเอดส์ (N=73)

ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคล	จนท.อบต. (n1=3)	จนท.สอ. (n2=2)	อสม. (n3=68)	รวม (N=73)	ร้อยละ
<i>การได้รับการอบรมเรื่องเอดส์</i>					
เคยอบรม	3	2	30	35	47.95
ไม่เคยอบรม			38	38	52.05
<i>ช่องทางการรับข่าวสาร (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</i>					
วิทยุ			32	32	11.68
โทรทัศน์	3	1	59	63	22.99
หนังสือพิมพ์			28	28	10.22
ป้ายประกาศ แผ่นพับ เอกสาร	2	2	34	38	13.87
เพื่อนบ้าน			20	20	7.30
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข			54	54	19.71
อินเทอร์เน็ต	2	2	3	7	2.55
จากการเข้าประชุมอบรม	3	2	25	30	10.95
อื่นๆ			2	2	0.73

ตาราง 11

เปรียบเทียบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังการพัฒนา (N= 68)

ข้อที่	คำถาม	ก่อนอบรม			หลังอบรม		
		จำนวน ที่ตอบถูก	N	ร้อยละ	จำนวน ที่ตอบถูก	N	ร้อยละ
1	โรคเอดส์และกามโรคเกิดจากเชื้อโรคคนละชนิด	57	67	85.07	57	68	83.82
2	คนที่ติดเชื้อเอดส์ถือว่าเป็นผู้ป่วยเอดส์	12	68	17.65	17	68	25.00
3	การใช้ห้องน้ำแบบโถนั่งต่อจากผู้ป่วยเอดส์อาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	55	65	84.62	61	68	89.71
4	ผู้ติดเชื้อเอดส์ในระยะที่ไม่ปรากฏอาการยังไม่สามารถแพร่เชื้อให้คนอื่นได้	47	68	69.12	55	68	80.88
5	การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	66	67	98.51	68	68	100.00
6	คนที่เป็นกามโรคทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ง่าย หากมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์	62	65	95.38	64	68	94.12
7	การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	63	68	92.65	66	67	98.51
8	การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้	65	68	95.59	66	67	98.51
9	ผู้ที่กัดผู้ป่วยเอดส์สามารถนำเชื้อเอดส์มาสู่คนอื่นได้	57	67	85.07	63	68	92.65
10	การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อเอดส์ได้	64	67	95.52	65	66	98.48
11	คนที่เรามากเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้	46	68	67.65	61	67	91.04
12	ในปัจจุบันมียาที่สามารถยับยั้งเชื้อเอดส์ (ยาด้านไวรัส) ได้	56	67	83.58	62	67	92.54
13	สามีและภรรยาที่ติดเชื้อเอดส์ทั้งคู่ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์	27	67	40.30	39	68	57.35
14	ลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอดส์จะเป็นเอดส์ด้วย	20	68	29.41	31	68	45.59
15	ถ้าสงสัยว่าติดเชื้อเอดส์หรือไม่ การตรวจเอดส์ทันทีหลังมีพฤติกรรมเสี่ยง (เช่นชายคนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์กับนักร้องที่ติดเชื้อเอดส์โดยไม่สวมถุงยาง) แล้วได้ผลลบแสดงว่าไม่ติดเชื้อเอดส์แน่นอน	49	67	73.13	53	66	80.30
ภาพรวม		- ก่อนอบรม ตอบถูกระหว่าง 5-15 ข้อ เฉลี่ย 10 ข้อ จาก 15 ข้อ - หลังอบรม ตอบถูกระหว่าง 6-15 ข้อ เฉลี่ย 12 ข้อ จาก 15 ข้อ					

ตาราง 12

ร้อยละของทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (N= 68 คน)

ข้อความ	ก่อนการอบรม					หลังการอบรม				
	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่ แน่ใจ	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง	ไม่ เห็น ด้วย อย่าง ยิ่ง
1.การป้องกันโรคเอดส์เป็นหน้าที่ของทุกคน	70.59	26.47	1.47	0.00	1.47	75.00	23.53	0.00	1.47	0.00
2.ผู้ชายไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย	7.35	27.94	19.12	27.94	17.65	8.82	30.88	13.24	26.47	20.59
3.ผู้ชายที่ไปเที่ยวผู้หญิงบริการ ถ้าเลือกคน สวยแต่งตัวดีมองดูสะอาดแล้วไม่จำเป็นต้อง ใช้ถุงยางอนามัย	2.94	0.00	5.88	35.29	55.88	4.41	5.88	0.00	35.29	54.41
4.การใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนแสดงถึงความ ไม่ไว้ใจ	2.99	20.90	11.94	46.27	17.91	4.48	20.90	19.40	44.78	10.45
5.ท่านคิดว่าสามีหรือภรรยาติดเชื้อเอดส์จะ ไม่กล้าบอกความจริงให้คู่ของตนทราบ	8.82	11.76	22.06	41.18	16.18	4.41	14.71	17.65	45.59	17.65
6.ท่านรู้สึกรังเกียจที่จะใช้ห้องน้ำห้องส้วม ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์	4.48	29.85	19.40	41.79	4.48	0.00	14.93	29.85	49.25	5.97
7.ท่านไม่ต้องการให้มีผู้ป่วยเอดส์ในหมู่บ้าน	31.82	28.79	6.06	24.24	9.09	25.37	35.82	10.45	23.88	4.48
8.ถ้ามีผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน จะทำให้ ประชาชนมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้มาก	5.88	17.65	25.00	35.29	16.18	8.96	29.85	17.91	34.33	8.96
9.โรคเอดส์เป็น โรคของผู้มีกรรม ผู้เป็น โรค ควรก้มหน้ารับกรรมต่อไป	2.99	19.40	13.43	41.79	22.39	2.99	19.40	5.97	47.76	25.37
10.ถ้าพบว่าคูในปัจจุบันของท่านติดเชื้อ เอดส์ท่านจะตีตัวออกห่าง	4.41	4.41	11.76	60.29	19.12	1.47	4.41	22.06	50.00	22.06
11.ท่านมั่นใจว่าไม่มีโอกาสติดเชื้อเอดส์ แน่นอน	9.09	19.70	56.06	12.12	3.03	7.69	26.15	58.46	6.15	1.54
12.ท่านเชื่อว่าถุงยางอนามัยสามารถป้องกัน การติดเชื้อเอดส์ได้	10.77	43.08	35.38	7.69	3.08	32.35	29.41	30.88	4.41	2.94
13.ไม่ควรซ้ำเติมผู้ติดเชื้อเอดส์เพราะน่า สงสาร	40.30	50.75	2.99	5.97	0.00	29.85	64.18	0.00	5.97	0.00
14.ควรจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยเอดส์อยู่เป็นการ เฉพาะ	10.45	34.33	7.46	38.81	8.96	1.49	25.37	13.43	44.78	14.93
15.ท่านยินดีร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อการ ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในหมู่บ้านของท่าน	41.79	55.22	0.00	1.49	1.49	55.88	35.29	2.94	4.41	1.47

ตาราง 13

เปรียบเทียบทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของอาสาสมัครสาธารณสุขก่อนและหลังการพัฒนา (N= 68)

ข้อความ	ก่อนการพัฒนา หลังการพัฒนา				t	p
	Mean	SD	Mean	SD		
1.การป้องกัน โรคเอดส์เป็นหน้าที่ของทุกคน	4.65	0.664	4.72	0.542	0.727	0.47
2.ผู้ชายไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย	3.21	1.241	3.19	1.319	0.079	0.937
3.เวลาผู้ชายไปเที่ยวหญิงบริการ ถ้าเลือกคนสวย แต่งตัวดีมองดูสะอาดแล้วไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยาง	4.29	1.052	4.41	0.851	0.767	0.445
4.การใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนแสดงถึงความไม่ไว้ใจ	3.44	1.262	3.63	1.28	0.971	0.335
5.ท่านคิดว่าสามีหรือภรรยาติดเชื้อเอดส์จะไม่กล้าบอก ความจริงให้คู่ของตนทราบ	3.44	1.164	3.57	1.083	0.784	0.436
6.ท่านรู้สึกรังเกียจที่จะใช้ห้องน้ำห้องส้วม ร่วมกับผู้ติด เชื้อเอดส์	3.21	1.253	3.54	1.057	1.705	0.093
7.ท่านไม่ต้องการให้มีผู้ป่วยเอดส์ในหมู่บ้าน	3.66	1.663	3.62	1.393	0.2	0.842
8.ถ้ามีผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน จะทำให้ประชาชนมี โอกาสติดเชื้อเอดส์ได้มาก	3.38	1.133	3.13	1.37	1.393	0.168
9.โรคเอดส์เป็น โรคของผู้มีกรรม ผู้เป็น โรคควรก้ม หน้ารับกรรมต่อไป	3.69	1.296	3.72	1.131	0.176	0.861
10.ถ้าพบว่าคู่ในปัจจุบันของท่านติดเชื้อเอดส์ท่านจะตี ตัวออกห่าง	3.85	0.935	3.87	0.862	0.123	0.902
11.ท่านมั่นใจว่าไม่มีโอกาสติดเชื้อเอดส์แน่นอน	3.37	1.315	3.57	1.396	0.902	0.37
12.ท่านเชื่อว่าถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อ เอดส์ได้	3.75	1.439	3.84	1.031	0.408	0.685
13.ไม่ควรซ้ำเติมผู้ติดเชื้อเอดส์เพราะน่าสงสาร	4.25	0.92	4.32	0.969	0.472	0.639
14.ควรจัดสถานที่ให้ผู้ป่วยเอดส์อยู่เป็นการเฉพาะ	3.54	1.263	3.1	1.426	2.112	0.038
15.ท่านยินดีร่วมกิจกรรมต่างๆ เพื่อการป้องกันการติด เชื้อเอดส์ในหมู่บ้านของท่าน	4.41	0.902	4.4	0.866	0.097	0.923
รวม	56.09	5.433	56.71	4.872	0.75	0.455

ตาราง 14

แผนงานกิจกรรมที่ได้จากกระบวนการวางแผนงาน

งาน/ กิจกรรม	เหตุผลการจัด กิจกรรม	ขั้นตอน	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่
1.จัดตั้ง คณะทำงาน	เพื่อกำหนด ผู้รับผิดชอบและ บทบาทหน้าที่ใน การดำเนินงาน ป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในชุมชน	1. ร่วมกันเสนอ ตัวแทนแต่ละ ภาคส่วน(เป็นจุด ประสานงาน) 2. จัดทำคำสั่ง คณะทำงาน 3.แจ้งผู้มีส่วนร่วม รับทราบและ ถือปฏิบัติตาม	ก.ค. 2552	จนท. อปท. จนท.สอ. แกนนำ อสม.	อบต.
2.พัฒนา ศักยภาพ อสม.เรื่อง การป้องกัน เอดส์	อสม.ยังมีความรู้ และทัศนคติ เกี่ยวกับเรื่องเอดส์ ที่ไม่ถูกต้อง อสม.ขาดความรู้ และทักษะในการ วิเคราะห์ปัญหา และเขียนโครงการ แก้ปัญหา	1.สำรวจความ ต้องการการพัฒนา (เนื้อหาส่วนที่ ขาด) 2.เขียน โครงการ 3.จัดกิจกรรม 4.ประเมินผล (ความรู้และ ทัศนคติต่อเรื่อง เอดส์ของอสม. / โครงการที่เขียน โดยอสม.)	ก.ย. – ต.ค. 2552	อสม. ทั้งหมด7 หมู่บ้าน68 คน	วัดใน ตำบล

ตาราง 14 (ต่อ)

งาน/ กิจกรรม	เหตุผลการจัด กิจกรรม	ขั้นตอน	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่
3. คณะทำงาน ร่วมคิดและ วางแผนการ ดำเนินงาน ป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี	เพื่อร่วมกันวาง แผนการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี ในชุมชน	1. วิเคราะห์ สถานการณ์ปัญหา 2. กำหนด กลุ่มเป้าหมายและ วิธีการแก้ปัญหา 3. เขียนแผนงาน โครงการ	ก.ค. – ก.ย. 2552	อปท. 3คน จนท.สอ.2คน จนท.รพ.1คน แกนนำอสม. 21 คน รวม 26 คน	ศาลา อเนกประ สงค์หมู่2 ห้อง ประชุม อปท.
4. จัดทำสื่อ เพื่อการ ป้องกันการ ติดเชื้อเอช ไอวีใน ชุมชน	ขาดสื่อสำหรับใช้ ในชุมชน	1. ร่างเนื้อหา 2. ออกแบบสื่อ 3. จัดทำอนุมัติ จัดซื้อจัดจ้าง 4. นำสื่อไปใช้ 5. ประเมินผล (ความเข้าใจ/พึง พอใจของกลุ่ม)	ส.ค.- ก.ย.2552 ตค.52- กพ.53	เนื้อหาเรื่อง การติดต่อ การ ป้องกัน และ การใช้ถุงยาง อนามัย สำหรับ เยาวชน	ในตำบล
5. จัดอบรม ความรู้เรื่อง เอดส์แก่ เยาวชนใน ชุมชน	เยาวชนในชุมชน ความเสี่ยงต่อ ปัญหาเอดส์และ ยาเสพติด เยาวชนรุ่นใหม่ยัง ไม่ได้รับการ จัดการเรียนรู้เรื่อง เอดส์	1. กำหนด กลุ่มเป้าหมาย, เนื้อหาและวิธีการ สื่อสาร วิทยากร และงบประมาณ 2. เขียน โครงการ 3. ดำเนิน โครงการ 4. ประเมินผลใน แต่ละกิจกรรม	27 ม.ค.53	เยาวชนใน ชุมชนที่ศึกษา	โรงเรียน ในพื้นที่

ตาราง 14(ต่อ)

งาน/ กิจกรรม	เหตุผลการจัด กิจกรรม	ขั้นตอน	ระยะเวลา	กลุ่มเป้าหมาย	สถานที่
6.สรุป บทเรียน หลังการ ดำเนินงาน	เพื่อทราบปัญหา อุปสรรคและหา แนวทางการ ปรับปรุงแผนการ ดำเนินงานป้องกัน เอดส์	1.นัดหมายผู้ร่วม โครงการเพื่อ ประชุมสรุปผล การดำเนินงาน 2.กำหนด ผู้รับผิดชอบใน การเป็นผู้นำกลุ่ม สนทนา และผู้ บันทึกผลจากการ ประชุม 3.ประชุมสรุป บทเรียน 4.นำผลที่ได้ไปใช้ ประโยชน์ในการ พัฒนางาน	เม.ย.52- มิ.ค.53	ผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย (อปท. สอ. อสม.)	ห้อง ประชุม อบต. ศาลา เอนกประ สงค์ ประจำ หมู่บ้าน

ภาคผนวก ข

ตาราง 15

ตัวชี้วัดด้านการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ตามมาตรฐานการพัฒนาการดำเนินงานด้านเอดส์ของ
กรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทย 2551

ตัวชี้วัดด้านการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่	ระดับของตัวชี้วัด	
	ขั้นพื้นฐาน	ขั้นพัฒนา
1. จัดกิจกรรม/โครงการหรือประชาสัมพันธ์ เพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องเอดส์และการป้องกันให้แก่เยาวชนและประชาชนทั่วไปในรูปแบบต่างๆ ให้เข้าถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย เช่น การเดินรณรงค์ การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องในวันเอดส์โลก การอบรม สัมมนา จัดนิทรรศการ การเผยแพร่สื่อหรือเอกสารเรื่องเอดส์และการป้องกันให้ทั่วถึงทุกกลุ่มเป้าหมาย เป็นต้น	✓	
2. ส่งเสริม สนับสนุนให้บุคลากรขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบงานสาธารณสุข ได้เข้ารับอบรม สัมมนา เพื่อพัฒนาองค์ความรู้เรื่องเอดส์อย่างต่อเนื่อง	✓	
3. จัดอบรมเพื่อพัฒนาองค์ความรู้เรื่องเอดส์ให้แก่อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน (อสม.)	✓	
4. ส่งเสริมให้ประชาชนสนใจการเล่นกีฬาและออกกำลังกายเพื่อห่างไกลยาเสพติด อันเป็นสาเหตุที่ก่อให้เกิดปัญหาเอดส์	✓	
5. สนับสนุนงบประมาณให้อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน/ชุมชน(อสม.) หรือสถานีนอนมัย ไปดำเนินกิจกรรมให้ความรู้และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในหมู่บ้าน/ชุมชน		✓

ภาคผนวก ข

บทบาทหน้าที่ของสถานีนอมนัย ในการดูแลสุขภาพรายบุคคลและครอบครัว
มีอยู่ 6 มาตรฐานดังนี้

มาตรฐานที่ 1: มีการจัดระบบบริการเพื่อให้ประชาชนเข้าถึงบริการได้ง่ายอย่างเท่าเทียม
(Accessibility)

มาตรฐานที่ 2: จัดให้มีบริการได้ครอบคลุมผู้ป่วยที่มีปัญหาเฉียบพลัน ชุกเฉิน ปัญหาเรื้อรัง
และการส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันโรค (Availability of care)

มาตรฐานที่ 3: จัดระบบงาน และบุคลากรที่พร้อมให้บริการอย่างผสมผสาน เบ็ดเสร็จ เป็น
องค์รวม เสริมการพึ่งตนเองของประชาชน (Comprehensive care)

มาตรฐานที่ 4: มีการจัดการด้านต่างๆ ที่ส่งเสริมให้ประชาชนมีศักยภาพในการดูแลตนเอง
ได้เหมาะสม (Empowerment)

มาตรฐานที่ 5: มีการจัดระบบให้ดูแลผู้ป่วยหรือประชากรเป้าหมายแบบต่อเนื่อง
(Continuity Care)

มาตรฐานที่ 6: ประสาน และเชื่อมต่อการดูแล ทั้งภายในหน่วยบริการและกับหน่วยบริการ
อื่น เมื่อหน่วยบริการไม่สามารถดูแลได้เอง (Coordination)

ภาคผนวก ฅ
ตัวอย่างสื่อที่คิดและทำโดยชุมชน



ภาพ 8 ตัวอย่างสื่อที่คิดและทำโดยชุมชน

ภาคผนวก ญ**รายนามผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบเครื่องมือ**

1. รองศาสตราจารย์ อุษณีย์ เพชรรัชตะชาติ
หัวหน้าภาควิชาการพยาบาลสาธารณสุขศาสตร์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

2. ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.กิตติกร นิลมานัต
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์

3. นางบุษยา สังขชาติ
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสงขลา

4. นายนิมิตร แสงเกตุ
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

5. นายวรรตต์ ศิริชา
นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

ภาคผนวก ก
แบบพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมวิจัยในโครงการ

การพัฒนาแบบการดำเนินงานในชุมชนแบบเครือข่ายระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและ
สถานีอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในตำบลแห่งหนึ่ง จังหวัดสงขลา

เรื่อง ขอความร่วมมือเป็นผู้ร่วมวิจัยในโครงการฯ

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย

ด้วยดิฉัน นางมณี แพทย์พงส์ นักศึกษาปริญญาโท หลักสูตรวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต สาขาการวิจัยและพัฒนาาระบบสุขภาพ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ มีความประสงค์จะศึกษาและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในชุมชนระหว่างองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและสถานีอนามัย รวมทั้งผู้เกี่ยวข้องต่างๆในพื้นที่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้รูปแบบเครือข่ายและการมีส่วนร่วม ซึ่งผลที่ได้รับจากกระบวนการพัฒนาจะก่อให้เกิดความรู้เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และสามารถนำไปปรับใช้พื้นที่ที่มีบริบทใกล้เคียงกัน

ในการนี้ ดิฉัน ขอความร่วมมือจากท่าน ในการเป็นผู้ร่วมวิจัยตลอดทั้งกระบวนการตั้งแต่การร่วมคิด วางแผน การปฏิบัติ และการร่วมประเมินผลการดำเนินงาน ตลอดระยะเวลา 1 ปี ซึ่งข้อมูลและผลจากการศึกษาทั้งหมดจะเก็บเป็นความลับ หากจำเป็นต้องนำเสนอเป็นลายลักษณ์อักษร จะไม่นำเสนอรายละเอียดที่ทำให้ท่านเสียหายทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้ไม่มีข้อผูกมัดใดๆ ท่านสามารถปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ และขอถอนตัวจากโครงการได้ตลอดเวลา โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล ถ้าท่านมีข้อสงสัยในเรื่องใด สามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัย ได้ที่คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์ อำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา

ขอขอบพระคุณอย่างยิ่ง

นางมณี แพทย์พงส์

ผู้วิจัย

สำหรับผู้เข้าร่วมการวิจัย

ข้าพเจ้าได้อ่านหรือได้รับคำอธิบายรายละเอียดจากแบบฟอร์มการพิทักษ์สิทธิของผู้เข้าร่วมการวิจัยอย่างครบถ้วน มีความเข้าใจเป็นอย่างดี และมีความยินดีเข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้

ลงชื่อ.....

()

ประวัติผู้เขียน

ชื่อ สกุล	นางมณี แพทย์พงศ์	
รหัสประจำตัวนักศึกษา	5110420024	
วุฒิการศึกษา		
วุฒิ	ชื่อสถาบัน	ปีที่สำเร็จการศึกษา
ประกาศนียบัตรพยาบาลศาสตร์	วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี	2533
เทียบเท่าปริญญาตรี	จังหวัดสงขลา	
สาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข)	มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช	2538
ตำแหน่งและสถานที่ทำงาน		
ตำแหน่ง	นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ	
สถานที่ทำงาน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา	
	อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา	
	2 เมษายน 2533 - ปัจจุบัน	