รายงานประจำปี
Annual report
2553

พิมพ์ครั้งที่ 1 จำนวน ..... เล่ม เดือน..... พ.ศ. .....
ISBN .....

ผู้จัดจำหน่าย ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล
ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล อาคาร 7 ชั้น 8
420/1 ถนนราชวิถี เขตราชเทวี กรุงเทพฯ
โทรศัพท์/โทรสาร 02-640-9853

จัดพิมพ์โดย
ห.จ.ก. สีจัด...จัด 67/284 หมู่บ้านกฤษดานคร 26
ต.ท่าตำหนัก อ.นครชัยศรี จ.นครปฐม 73120
โทรศัพท์ 085-157-2525, 080-079-6868

คำนำ

การจัดทำรายงานผลการดำเนินงานประจำปี 2553 ของศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผลในครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอผลการปฏิบัติงาน ในรอบปีที่ผ่านมา (ตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม 2553 - 31 ธันวาคม 2553) ตามภาระกิจหลักของศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล ได้แก่ การพัฒนานักวิจัยที่มีความรู้ ความสามารถ และมีคุณธรรมจริยธรรม การพัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพ การสรรหาทุนวิจัย จากแหล่งทุนต่างๆ และการพัฒนาเครือข่ายงานวิจัย รวมทั้งรายงานการบริหารงานทั่วไป และเพื่อใช้ประโยชน์ในการอ้างอิง การบริหารจัดการของศูนย์วิจัยฯต่อไป

ขอขอบคุณบุคลากรของศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผลทุกคน ที่ได้ทุ่มเทการทำงานและร่วมแรงร่วมใจทำให้ได้ผลการดำเนินงานดังที่ได้นำเสนอในรายงานนี้ และขอบคุณสำหรับการสนับสนุนข้อมูลในการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานฉบับนี้เพื่อให้ได้เนื้อหาสาระครบถ้วนสมบูรณ์เป็นอย่างดี

ผศ.ดร.สุคนธา คงศีล
(หัวหน้าศูนย์วิจัยฯ)

Contents

ส่วนที่ 1 ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล 7

- ประวัติความเป็นมาของ ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล 8
- สถานที่ทำงานในช่วงเริ่มต้น 9
- ศูนย์วิจัยฯในวันนี้ 9
- ภาพรวมการทำงานของศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล 9

ส่วนที่ 2 การบริหารงาน 12

- โครงสร้างการบริหารงานศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล 13
- คณะที่ปรึกษาศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล (ภายในประเทศ) 15
- บุคลากรของศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล 17
- การพัฒนาบุคลากรด้านการวิจัย 18
- การพัฒนาบุคลากรด้าน IT 18
- การพัฒนางานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล 18
- บุคลากรศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล 19
  - ผศ.ดร.สุคนธา คงศีล (หัวหน้าศูนย์วิจัยฯ) 19
  - อ.อรพรรณ แสงวรรณลอย (ผู้จัดการโครงการM&E) 19
  - นางอุษา โถหินัง (หัวหน้าฝ่ายบริหาร) 19
  - นายกนกศักดิ์ วงศ์เป็ง (หัวหน้าฝ่ายฝึกอบรมและบริการวิชาการ) 19
  - นางสาวเพชรัตน์ ศิริสุวรรณ (หัวหน้าฝ่ายวิจัย) 19

นางสาวนุชวรรณ์ บุญเรือง (หัวหน้าฝ่ายสารสนเทศ) 19
นางกุลญิศา เตชะเพชรไพบูลย์ (นักวิชาการสารสนเทศ) 19
นางสาวกิติยา พรมอ่อน (นักวิจัย) 19
นางสาวศรันยา บุญใหญ่ (นักวิจัย) 19
นายสิทธิกร รองสำลี (นักวิจัย) 19
นางสาวสิรินาท จันทร์กุล (พนักงานการเงินและบัญชี) 19
นางสาวเบญจพร ยังวิเศษ (ผู้ช่วยนักวิจัย) 19
นางสาวพัชรินทร์ ศิริสุวรรณ (เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล) 19
นางสาววรรณี ชัยศิริเพ็ญภาค (ผู้ช่วยนักวิจัย-part-time) 19
นางสาวพิไลพร ไชยปัญหา (เจ้าหน้าทีบริหารงานทั่วไป) 19

ส่วนที่ 3 ผลงาน 20

- ReCHEE Performance: ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา สถานะ Research Trainees ที่สำเร็จการศึกษา และที่กำลังศึกษาต่อ ณ มหาวิทยาลัยในประเทศ โดยได้รับการสนับสนุนทุนค่าเล่าเรียนจากศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์ สาธารณสุข และการประเมินผล 21
- ผลงานวิจัยได้นำไปพัฒนาเป็นหลักสูตรการฝึกอบรม/ การประชุมเชิงปฏิบัติการ 24
  Research Activities: 2009 – Current
- ภาพกิจกรรมเพื่องานวิจัย 24
- กิจกรรมนำเสนอผลงานวิจัย 25
- ภาพกิจกรรมงานวิจัย 26
- ภาพกิจกรรมเยี่ยมศูนย์วิจัยฯ 37

- เครือข่ายความร่วมมือในด้านต่างๆ กับหน่วยงานวิชาการ/ วิจัยในระดับนานาชาติ 37
- แหล่งทุน: หน่วยงานภายใน และภายนอกประเทศ 38
- การประชาสัมพันธ์ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล 38
- ปัจจัยเกื้อหนุนพัฒนาและบริหารทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด 39
- ตัวอย่างเงินค่าธรรมเนียมที่คณะสาธารณสุขศาสตร์เรียกเก็บ 39
- ผลงานวิจัยที่ผ่านมา 40
- บทสรุปผู้บริหารโครงการ M&E 42
- บทสรุปผู้บริหารโครงการอื่นๆ 86
- External Reviews of 93
- Ministry of Public Health-International Organisation of Migration (MOPH-IOM): Migrant Health Project in Tak Province 113
- Executive summary 114

ส่วนที่ 4 ก้าวต่อไป 125

ส่วนที่ 1
ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการประเมินผล

ประวัติความเป็นมาของ Research Trainee
ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล

ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล ได้ถูกก่อตั้งภายในภาควิชาบริหารสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 จุดประสงค์ของการก่อตั้งในครั้งนั้นเพื่อพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ในด้านการเงินการคลังด้านสุขภาพและเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข

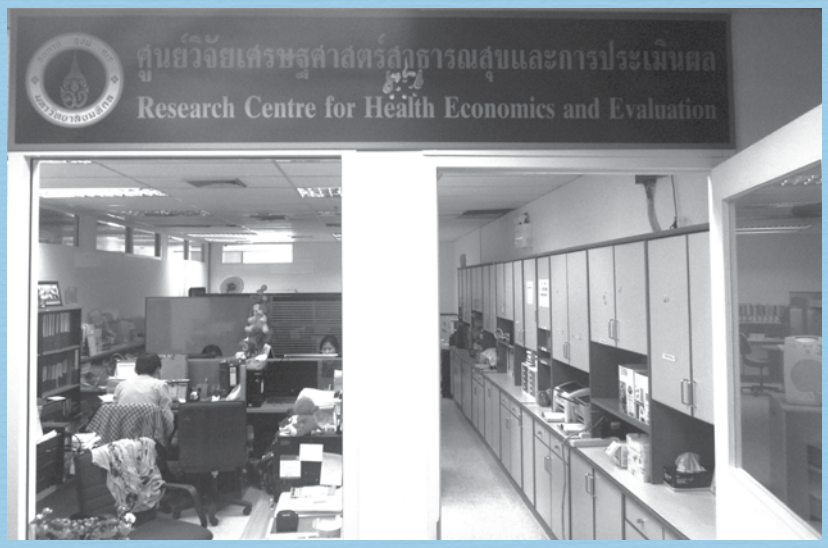
จุดเริ่มต้นของการก่อตั้งศูนย์นี้ เกิดจากการรับศิษย์เก่าและหรือนักศึกษาที่กำลังศึกษาอยู่ใน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้มาทำหน้าที่เป็น **"ผู้ช่วยนักวิจัย หรือ Research Trainee"** ในโครงการวิจัยต่างๆ ภาระหน้าที่ คือการช่วยเหลืออาจารย์ในการวางแผน การติดตามงานตามขั้นตอนและการประสานงานต่างๆ เพื่อให้งานวิจัยประสบความสำเร็จ นอกจากนั้นยังเป็นการได้เรียนรู้แลกเปลี่ยน เทคนิคที่เกี่ยวข้องกับการจัดการและดำเนินงานวิจัย มีการจัดทำรายงาน การนำผลจากงานวิจัยมาเป็นความรู้และพัฒนาเป็นองค์ความรู้ สำหรับการฝึกอบรม เพื่อพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ

การพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ

- กระทรวงสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค, กรมอนามัย, กรมการแพทย์)
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- กระทรวงการต่างประเทศ (ยุทธศาสตร์ความร่วมมือทางเศรษฐกิจ อิรวดี - เจ้าพระยา – แม่โขง)
- กระทรวงศึกษาธิการ (การวิเคราะห์ต้นทุนการผลิตบัณฑิต)
- สำนักอนามัย สำนักการแพทย์ กรุงเทพมหานคร (PMTCT)

เครือข่ายความร่วมมือในด้านต่างๆ กับหน่วยงานวิชาการในระดับนานาชาติ เช่น WHO, UNDP, UNFPA, UNAIDS, World Bank และ El Instituto Nacional de Salud Publica (INSP) ประเทศสหรัฐเม็กซิโกในฐานะ ASAP Consortium ("AIDS Strategy and Action Plan" -ASAP) และเป็นผู้แทนระดับภูมิภาค เป็นต้น

ศูนย์วิจัยฯ ในวันนี้



สถานที่ทำงานในช่วงเริ่มต้น

สถานที่ทำงานในช่วงเริ่มต้น ได้รับความกรุณาจาก ศ.ดร.อรษา สุตเธียรกุล ให้ใช้พื้นที่ 1 (อาคาร 7 ชั้น 9: พื้นที่2) (อาคาร 7 ชั้น 4 และ พื้นที่ 3) บริเวณอาคาร 7 ชั้น 5: จำนวนบุคลากร 13 คน

การจัดตั้งสำนักงาน ReCHEE บริเวณอาคาร 7 ชั้น 8
(เปิดดำเนินการเดือนสิงหาคม 2552 นับถึงปัจจุบัน ดำเนินการมาได้เดือนที่ 16+)

สภาพเดิม
(ห้องเก็บของโต๊ะ เก้าอี้)

งบประมาณในการปรับปรุงพื้นที่ประมาณ 450,000 บาท
(โดยได้รับงบประมาณจาก External source: US $8,000 และเงินสวัสดิการศูนย์วิจัยฯ 178,000 บาท)

วิสัยทัศน์

ที่ร่วมกันกำหนด
ผู้นำด้านการพัฒนางานวิจัยด้วย
มาตรฐานระดับสากล

The leader in research development with international standard.

พันธกิจ

มุ่งสร้างการเติบโตด้านวิจัยสุขภาพและ
สิ่งแวดล้อม อย่างยั่งยืน เพื่อสังคมสุขภาวะ

To make constant achievement for sustainable growth in health and environmental health researches for healthy society.

ค่านิยม value

สร้างสรรค์ด้วยความเชื่อมั่น
สู่ความเป็นเลิศร่วมกัน

Innovation with trustiness, ogether towards excellence

เป้าหมาย

1. สนับสนุนพันธกิจขององค์กร (หนึ่งในร้อยมหาวิทยาลัยโลก)
2. สะท้อนภาพลักษณ์ที่ดีขององค์กร (มหาวิทยาลัยวิจัย)
3. เป็นหน่วยงานที่มีความเชี่ยวชาญด้านการทำวิจัยในระดับมาตรฐานสากล มีลักษณะสหวิทยาการสามารถเสริมความแข็งแกร่งทางวิชาการให้แก่คณะฯ และมหาวิทยาลัย และนำไปสู่การเป็นมหาวิทยาลัยชั้นนำในด้านการทำวิจัย
4. เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่ในการส่งเสริมและประสานงานวิจัย งานทรัพย์สินทางปัญญา และให้ความร่วมมือระหว่างสถาบันอุดมศึกษา องค์กรภาครัฐและเอกชน
5. เป็นหน่วยประสานงานระหว่างนักวิจัย เพื่อส่งเสริมการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

1. เพื่อผลิตผลงานวิจัยที่มีคุณภาพในระดับสากล รวมถึงสร้างผลงานวิจัยที่เกิดจากการบูรณาการเป็นองค์ความรู้ใหม่ เพื่อเป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการในระดับนานาชาติ และสร้างผลงานวิจัยประยุกต์ที่ครบวงจร
2. เพื่อสร้างนักวิจัยที่มีความรู้ ความสามารถ และมีคุณธรรมจริยธรรมในการวิจัย ที่จะสานต่อการทำงานอย่างต่อเนื่องและครบวงจร ก่อเกิดเครือข่ายงานวิชาการที่เข้มแข็ง
3. เพื่อสร้างเครือข่ายงานวิจัยที่เข้มแข็ง เชื่อมโยงระหว่างคณะกับสถาบันในมหาวิทยาลัย และภายนอกมหาวิทยาลัย รวมถึงองค์กรต่าง ๆทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งภายในประเทศ และต่างประเทศ เพื่อพัฒนาความเป็นเลิศทางวิชาการในระดับสากล
4. เพื่อเพิ่มอำนาจการต่อรองในการแสวงหาทุนวิจัย และเตรียมความพร้อมในการทำวิจัย ร่วมกับองค์กรต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ เพื่อพัฒนาความเป็นเลิศทางวิชาการในระดับสากล

ความโดดเด่น

1. เป็นศูนย์วิจัยฯชั้นนำในระดับนานาชาติ ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล
2. เป็นองค์กรที่ผลักดันนโยบายด้านการส่งเสริมสุขภาพ เพื่อพัฒนาระบบบริการสุขภาพ
3. ส่งเสริมพัฒนาและสร้างนักวิจัยที่มีคุณภาพ มีความรู้และความสามารถ มีจริยธรรมและอุดมการณ์
4. ส่งเสริมการใช้เทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย ในการวิจัยให้เกิดประโยชน์ต่อการปฏิบัติงาน
5. มีศักยภาพในการสร้างสรรค์พัฒนาองค์กรและบุคลากรของศูนย์วิจัยฯ ด้วยงบประมาณของตนเอง
6. มีสถานที่ทำงาน และเทคโนโลยีในการทำงานที่ทันสมัยได้มาตรฐาน

ภาพรวมการทำงานของ ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล

เป้าหมาย →

มหาวิทยาลัยวิจัยและมหาวิทยาลัยแห่งการเรียนรู้ที่เป็นประโยชน์ต่อสังคมและประชาคมโลก

กระบวนการ →

1. พัฒนานักวิจัยที่มีความรู้ ความสามารถ และมีคุณธรรมจริยธรรม
2. พัฒนางานวิจัยที่มีคุณภาพ
3. สรรหาทุนวิจัย จากแหล่งทุนต่าง ๆ
4. การพัฒนาเครือข่ายงานวิจัย

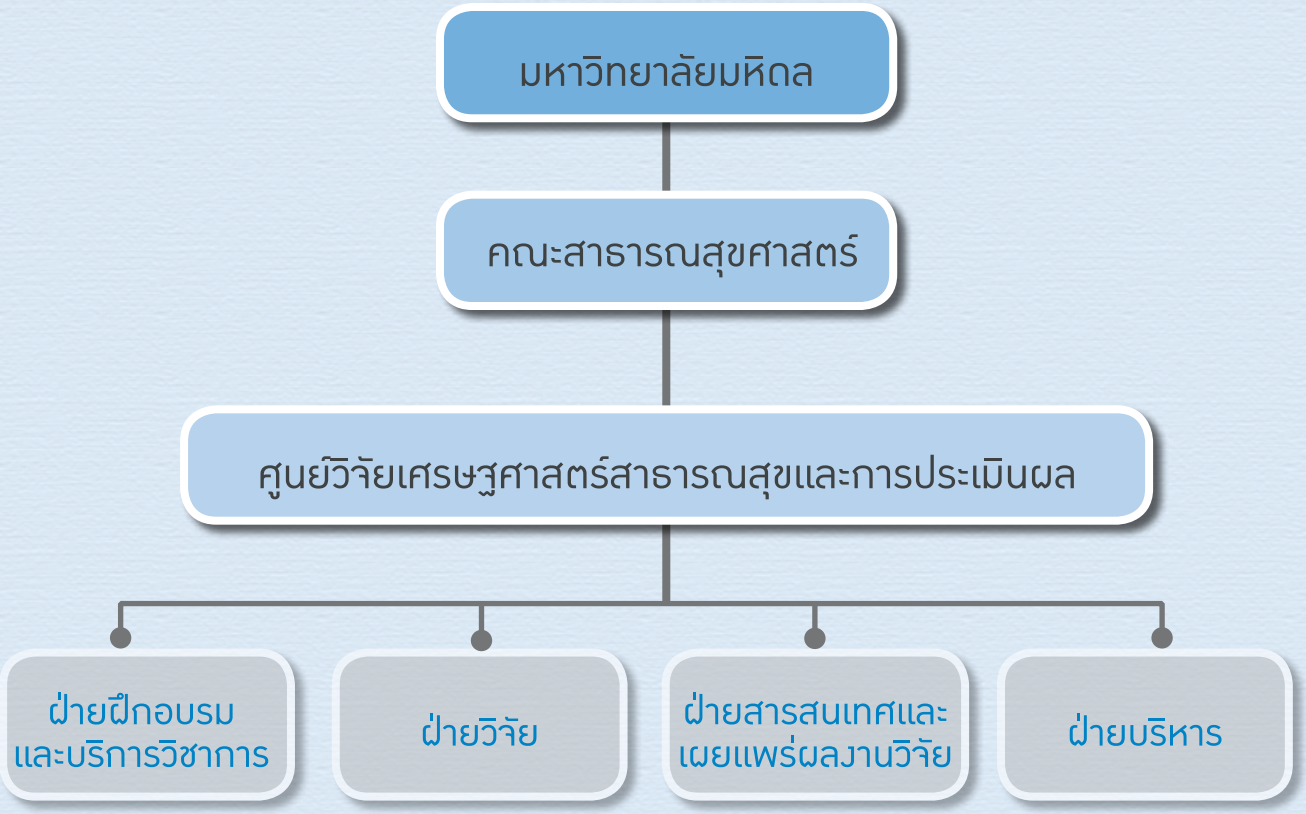
ส่วนที่ 2
การบริหารงาน

โครงสร้างการบริหารงาน

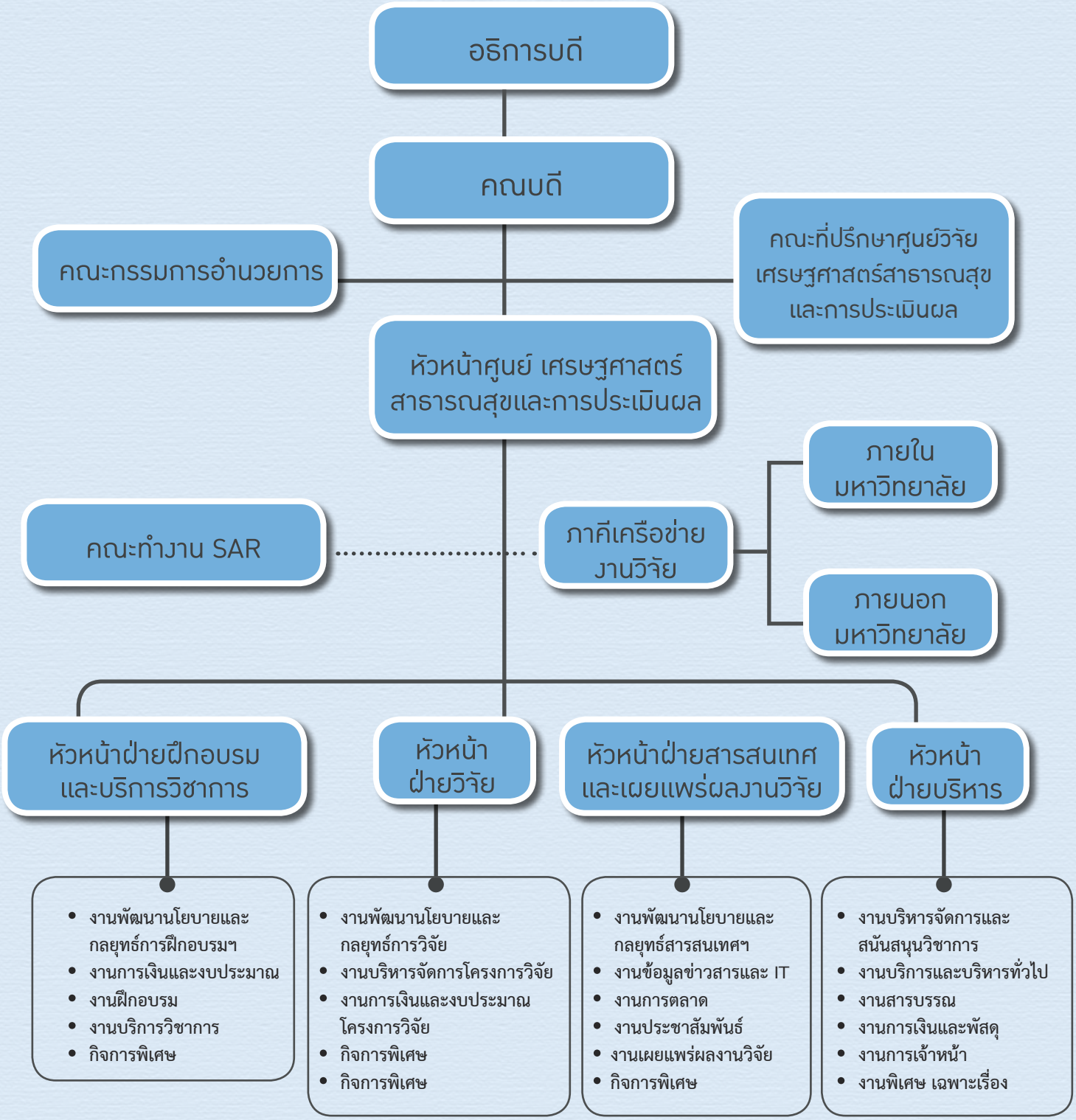
ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผลได้แบ่งโครงสร้างส่วนงานต่าง ๆ เป็น 4 ฝ่ายดังนี้

1. ฝ่ายวิจัย
2. ฝ่ายบริหาร
3. ฝ่ายฝึกอบรมและบริการวิชาการ
4. ฝ่ายสารสนเทศและเผยแพร่ผลงานวิจัย

โครงสร้างการบริหารงานศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



โครงสร้างการบริหารงานศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล



คณะที่ปรึกษาศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล (ภายในประเทศ)

ศ.ดร.อรษา สุตเธียรกุล

รศ.ดร.เฉลิมชัย ชัยกิตติภรณ์

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

นพ.สัมฤทธิ์ ศรีธำรงสวัสดิ์

ผศ.ดร.นพ.สุขุม เจียมตน

รศ.ดร.ชนินทร์ เจริญกุล

รศ.นพ.สมชาติ โตรักษา

รศ.ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์

รศ.ดร.อรนุช ภาชื่น

นพ.ถาวร สกุลพาณิชย์

ผศ.ดร.มณฑา เก่งการพาณิชย์

ผศ.พีระ ครึกครื้นจิตร

บุคลากรของศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล

ตำแหน่ง	จำนวน	แหล่งเงิน/ค่าตอบแทน
1. ตำแหน่งหัวหน้าศูนย์วิจัยฯ	1	ข้าราชการ
2. หัวหน้าฝ่าย (บริหาร วิจัย ฝึกอบรม และสารสนเทศ)	4	• งบประมาณโครงการวิจัย • เงินกองทุนสวัสดิการของศูนย์วิจัยฯ • เงินทุนส่วนตัว (หัวหน้าและที่ปรึกษาศูนย์วิจัยฯ)
3. ผู้จัดการโครงการ	1	
4. นักวิจัย	3	
5. เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป	1	
6. เจ้าหน้าที่งานบุคคล	1	
7. ผู้ช่วยนักวิจัย	1	
8. ผู้ช่วยนักวิจัย (part time)	2	
9. พนักงานการเงินและบัญชี	1	
10. นักวิชาการสารสนเทศ	1	
รวม	**16**	

บุคลากร
ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล

ผศ.ดร.สุกนธา คงศีล
(หัวหน้าศูนย์วิจัยฯ)

อ.อรพรรณ แสงวรรณลอย
(ผู้จัดการโครงการM&E)

ไม่มีรูป
ในแผ่น CD จ๊ะ

นางอุษา โถหินัง
(หัวหน้าฝ่ายบริหาร)

นายกนกศักดิ์ วงศ์เป็ง
(หัวหน้าฝ่ายฝึกอบรม
และบริการวิชาการ)

ไม่มีรูป
ในแผ่น CD จ๊ะ

นางสาวเพชรัตน์ ศิริสุวรรณ
(หัวหน้าฝ่ายวิจัย)

นางสาวนุชวรรณ์ บุญเรือง
(หัวหน้าฝ่ายสารสนเทศ)

นางกุลญิศา เตชะเพชรไพบูลย์
(นักวิชาการสารสนเทศ)

นางสาวกิติยา พรมอ่อน
(นักวิจัย)

นางสาวศรันยา บุญใหญ่
(นักวิจัย)

นายสิทธิกร รองสำลี
(นักวิจัย)

นางสาวสิรินาท จันทร์กุล
(พนักงานการเงินและบัญชี)

นางสาวเบญจพร ยังวิเศษ
(ผู้ช่วยนักวิจัย)

นางสาวพัชรินทร์ ศิริสุวรรณ
(เจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล)

นางสาววรรณี ชัยศิริเพ็ญภาค
(ผู้ช่วยนักวิจัย-part-time)

นางสาวพิไลพร ไชยปัญหา
เจ้าหน้าที่บริหารงานทั่วไป

การพัฒนาบุคลากรด้านการวิจัย

- กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโทหลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต(สาขาวิชาประชากรศาสตร์) วิทยาลัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (Master of Arts Programe in Demography) จำนวน 1 คน
- กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโทหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกการบริหารโรงพยาบาล จำนวน 2 คน
- กำลังศึกษาต่อระดับปริญญาโทหลักสูตรนานาชาติ คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (M.Sc. Health Economics) จำนวน 1 คน
- วางแผนเตรียมการสนับสนุนทุนให้นักวิจัยไปศึกษาต่อในระดับปริญญาโท จำนวน 2 คน (โรคติดเชื้อและวิทยาการระบาด และวิจัยประชากรและสังคม)

การพัฒนาบุคลากรด้าน IT

- วางแผนสนับสนุนให้บุคลากรภายในศูนย์วิจัยเข้ารับการอบรมระยะสั้น ด้าน Web design จาก สถาบัน Net design จำนวน 2 คน

การพัฒนางานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล

การกำหนดรูปแบบและการวางแผนงานวิจัย → **การดำเนินโครงการวิจัย** → **การเผยแพร่ขยายผลการศึกษาวิจัย**

การกำหนดรูปแบบและการวางแผนงานวิจัย

- การพัฒนาโครงร่างงานวิจัย
- การประสานงานหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- การจัดหาทุนวิจัย
- ภาคีเครือข่าย/ผู้ใช้งานวิจัย
- การพัฒนาเครื่องมือที่
  - ใช้ในงานวิจัย
  - จริยธรรมในการวิจัย

การดำเนินโครงการวิจัย

- การเก็บรวบรวมข้อมูล
- การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
- การวิเคราะห์ข้อมูล
- สรุปผลการศึกษา
- การเขียนรายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์
  - วิจัย
  - การพัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในงานวิจัยจริยธรรมในการวิจัย

การเผยแพร่ขยายผลการศึกษาวิจัย

- นำเสนอผลงานวิจัย
- จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลงานวิจัยต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง
- ตีพิมพ์ผลงานวิจัยจริยธรรมในการวิจัย

ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขแ
Research Centre for Health Economi

Ms.Kulyisa Tachapetpaiboon
Information Technology and Research Publication

Ms.Nootchawan Boonruang
Researcher

Ms.Kitiya Prom-on
Researcher and General Secretary

Ms.Saranya Boonyai
Researcher

Mr.Sittikorn Rongsumlee
Researcher

Ms.Benjaporn Youngvises
Training and academics services

Mrs.Thanima Sungsuwan
Researcher (part time)

Ms.Siriporn Monyarit
Research Assistant

Ms.Sirinat Jankul
Accounting Assistant

และการประเมินผล
ics and Evaluation

ส่วนที่ 3
ผลงาน

ReCHEE Performance: ผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

- พัฒนาผู้ช่วยนักวิจัย นักวิจัย ผู้จัดการโครงการวิจัย ให้มีความรู้ความสามารถ และมีคุณธรรมจริยธรรมในการวิจัยโดยส่งเสริมให้เกิดเรียนรู้ด้วยตนเอง และสามารถบริหารจัดการโครงการและการพัฒนา
- พัฒนางานวิจัยด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล
- จัดทำฐานข้อมูลเพื่องานวิจัยรวมทั้งสามารถจัดทำเอกสารเผยแพร่คู่มือปฏิบัติงานงานวิจัยด้านการกำกับติดตามประเมินผลบริการสุขภาพและสาธารณสุขทั้งภายใน และภายนอกคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รวมทั้งประสานงานระหว่างนักวิจัยโครงการต่างๆ เพื่อส่งเสริมการนำผลงานวิจัยไปใช้ประโยชน์อย่างเหมาะสม

สถานะ Research Trainees ที่สำเร็จการศึกษา และที่กำลังศึกษาต่อ ณ มหาวิทยาลัยในประเทศ โดยได้รับการสนับสนุน ทุนค่าเล่าเรียน จาก ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข และการประเมินผล

ลำดับ	นักวิจัย	สถาบันการศึกษา	หัวข้อวิทยานิพนธ์	สถานะ
1.	นายเผด็จศักดิ์ ชอบธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2548-2551)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับต้นทุนการดูแลรักษาเด็กที่ ติดเชื้อไข้เดงกี่หรือไข้เลือดออก โรงพยาบาลขอนแก่น	สำเร็จการศึกษา: พนักงานของรัฐ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
2.	นางสาวศิริญาพร ขันทะสอน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2548-2551)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะช็อกในผู้ป่วยไข้เลือดออกเดงกีที่มารับการ รักษาพยาบาลในโรงพยาบาลขอนแก่น	สำเร็จการศึกษา: อาจารย์ (พนักงานมหาวิทยาลัย) มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง
3	นายกนกศักดิ์ วงศ์เป็ง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2549- 2552)	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเปลี่ยนแปลงของระดับ CD4 T CELL ของผู้ติดเชื้อ HIV ในระหว่าง ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เป็นเวลา 6 เดือน: โรงพยาบาลสมเด็จพระเจ้าตากสิน มหาราช จังหวัดตาก	สำเร็จการศึกษา: ผู้จัดการโครงการวิจัย/นักวิจัยของ ReCHEE ปฏิบัติงานเป็นพนักงานข้าราชการที่โรงพยาบาลดอนพุด จังหวัดสระบุรี
4	นางสาวเพชรัตน์ ศิริสุวรรณ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล (2549- 2552)	ต้นทุนกิจกรรมระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มนักเรียน สำนักระบาด วิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	สำเร็จการศึกษา: ผู้จัดการโครงการวิจัย/นักวิจัยของ ReCHEE
5	นางสาวนุชวรรณ์ บุญเรือง	สถาบันวิจัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2549- now)	ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการติดเชื้อเอ็ชไอวีในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ประเทศไทย ปี พ.ศ.2550	สอบป้องกันวิทยานิพนธ์ ผู้จัดการโครงการวิจัย/ นักวิจัยของ ReCHEE
6	นายสิทธิกร รองสำลี	คณะเศรษฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย (2553)	การวิเคราะห์ต้นทุน-ประสิทธิผลของการจัดตั้งศูนย์เพื่อนในชุมชนเทียบกับการจัดหลักสูตรฝึกอบรมสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	กำลังศึกษา: นักวิจัยของ ReCHEE

ผลงานวิจัยได้นำไปพัฒนาเป็นหลักสูตรการฝึกอบรม/ การประชุมเชิงปฏิบัติการ

- How to design for costing studies : ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ระหว่างวันที่ 18-20 สิงหาคม 2553 (ระยะที่ 1)
- Regional Workshop on Strategic Planning for the Health Sector Response to HIV, Jakarta, Indonesia, 30 August to 3 September 2010
- Activity – Based Costing of Primary Care Services: Community Hospitals under Ministry of Public Health หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยมหิดล (วิทยาเขตอำนาจเจริญ) ระหว่างวันที่ 9-12 กันยายน 2553 จังหวัดนครนายก

How to design for costing studies:
ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี
ระหว่างวันที่ 18-20 สิงหาคม 2553 (ระยะที่ 1)

- Regional Workshop on Strategic Planning for the Health Sector Response to HIV, Jakarta, Indonesia, 30 August to 3 September 2010

- Activity – Based Costing of Primary Care Services: Community Hospitals under Ministry of Public Health

Research Activities: 2009 – Current

- โครงการวิจัยการควบคุม กำกับ และประเมินผล "โครงการพัฒนาพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ"
- โครงการวิจัยการทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 เพื่อยกร่างแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ฉบับที่ 11 (พ.ศ. 2555 – 2559)
- โครงการการจัดการความรู้แบบบูรณาการในโครงการวิจัยการทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 ตามบทบาทของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.)

- ชุดโครงการวิจัยการประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย
- การประเมินต้นทุนประสิทธิผลของมาตรการป้องกันควบคุมโรคที่ดำเนินการอยู่สำหรับโรคที่เป็นภารกิจสำคัญของกรมควบคุมโรค (รุ่นที่ 2)
- UNFPA: Financial Flow of Population Activities 2008.

ภาพกิจกรรมเพื่องานวิจัย

กิจกรรมประจำสัปดาห์

- **ภาพบรรยากาการประชุมเตรียมความพร้อมสำหรับการทำงานประจำสัปดาห์(ทุกวันจันทร์)**

- **ภาพบรรยากาการประชุมติดตามความก้าวหน้าภาระงานศูนย์วิจัยฯ ประจำสัปดาห์(ทุกวันอังคาร)**

กิจกรรมนำเสนอผลงานวิจัย

- **Poster Presentation: 18th IAC, Vienna-Austria**

9th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific (ICAAP)

- **The Second International Conference on Dengue and Dengue Hemorrhagic Fever**

งานสัมมนาวิชาการป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ ประจำปี 2553

ภาพกิจกรรมงานวิจัย

โครงการโครงการวิจัยการควบคุมกำกับ และประเมินผล
โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์

กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด

กลุ่มศาสนา

กลุ่มพนักงานบริการ

การจัดกระบวนการตรวจพิสูจน์ (verify)ว่าองค์ความรู้ที่ได้เป็นความรู้ที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการป้องกันและความคุมโรคเอดส์ โดยใช้กระบวนการ PLD

การเพิ่มขีดความสามารถ (Capacity building) ขององค์กรเครือข่ายสถาบันการศึกษาในท้องถิ่น ด้านการดำเนินการควบคุม กำกับ และประเมินผ

การประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์ด้วยวิธีวิเคราะห์ต้นทุน –ประสิทธิผล ภายใต้โครงการวิจัย การควบคุม กำกับ และประเมินผล

นำเสนอผลงาน

ประชุมคณะกรรมการกำกับทิศทาง

ประชุมคณะทำงานภาคสนาม

ถอดบทเรียน

โครงการการทบทวน(ครึ่งแผน)ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554

สคร.3

สัมภาษณ์ ผอ.สคร.3 ชลบุรี

สนทนากลุ่ม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ สคร.3 ชลบุรี

สัมภาษณ์ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 3 ชลบุรี

สนทนากลุ่ม คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดฉะเชิงเทรา

สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่งานโรคเอดส์ศูนย์อนามัยที่3 จ.ชลบุรี

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ เขต 3 จ.ชลบุรี

มหาวิทยาลัย บูรพา

สคร.6

สนทนากลุ่ม เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

สนทนากลุ่ม คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดอุดรธานี

สคร.7

สนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่
ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ สคร. 7

สัมภาษณ์กลุ่ม TB – HIV จ.อุบลราชธานี

สคร.10

สนทนากลุ่ม เจ้าหน้าที่

สนทนากลุ่ม คณะอนุกรรมการป้องกัน
และแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเชียงราย

สัมภาษณ์ คณะอนุเอดส์เชียงใหม่

สัมภาษณ์กลุ่มเจ้าหน้าที่คลินิกเอดส์ TB
รพ.สมเด็จพระญาณสังวร จ.เชียงราย

สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ คลินิก STI
รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์

สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ คลินิก STI
สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงราย

สนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ สสจ.
เชียงใหม่ และสคร.10

สัมภาษณ์ พระภิกษุ ทบทวนการดำเนินงาน
ในกลุ่มศาสนา ณ วัดหัวริน อ.สันป่าตอง
จ.เชียงใหม่

หัวหน้ากลุ่มงาน เอดส์ STI สคร.10

สคร.11

สนทนากลุ่ม มูลนิธิเพื่อนชีวิต

สัมภาษณ์ ผู้ดำเนินงาน
คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ รพ.มหาราช
นครศรีธรรมราช จ.นครศรีธรรมราช

สัมภาษณ์ ผู้ดำเนินงานคลินิก
ยาต้านไวรัสเอดส์ รพ.วชิระภูเก็ต

สัมภาษณ์ ผู้ดำเนินงานคลินิกวัณโรค
รพ.มหาราชนครศรีธรรมราช
จ.นครศรีธรรมราช

นายก อบต.ศรีสุนทร

ผชช.ว.สสจ.ภูเก็ต

ผอ.สำนักงาน แรงงาน ภูเก็ต

ผู้ดำเนินงานกลุ่มงานเอดส์ สคร.11

รองผู้ว่าราชการ จ.ภูเก็ต

สัมภาษณ์ เจ้าหน้าที่ คลินิก STI TB
รพ.ป่าตอง

สัมภาษณ์ผู้ดำเนินงาน โครงการ PATH
โรงเรียนเทพอำนวยวิทยา จังหวัดภูเก็ต

สัมภาษณ์ผู้ดูแลงานเอดส์ สคร.11

สคร.11 (ต่อ)

สัมภาษณ์หัวหน้างานเอดส์ สสจ.ภูเก็ต

สัมภาษณ์หัวหน้ากลุ่มงานเอดส์ TB และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สัมภาษณ์หัวหน้ากลุ่มงานเอดส์ STI โรคเรื้อน สคร.11

สคร.12

สัมภาษณ์ ผอ.สคร.12

สนทนากลุ่ม Clinic ARV TB STI รพ.หาดใหญ่

สนทนากลุ่ม คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดสงขลา

สนทนากลุ่ม เจ้าหน้าที่ สคร.12

ผชช.ว. สสจ. สงขลา

สัมภาษณ์ผอ. สคร.12

สนทนากลุ่ม ผู้ดำเนินงานคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด รพ.จะนะ จ.สงขลา

สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่อนุบาลผู้เดินทางทะเล บ้านสุขสันต์ จ.สงขลา

สำรวจแหล่งแพร่เชื้อที่สงขลา

ชุดโครงการวิจัย การประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย

รพ.เชียงรายประชานุเคราะห์

รพ.แม่จัน จ.เชียงราย

รพ.สมเด็จพระญาณสังวร จ.เชียงราย

สสจ. เชียงราย

สสจ.ลพบุรี

รพ.ควนเนียง จ.สงขลา

รพ.หาดใหญ่

รพ.สิงหนคร จ.สงขลา

สปสช..สงขลา

รพ.พระยืน จ.ขอนแก่น

สสจ.สงขลา

รพ.สมเด็จพระยุพราชกระนวน จ.ขอนแก่น

รพ.ขอนแก่น

โครงการสำรวจสถานการณ์ นโยบาย กฎหมาย กฎ ระเบียบ มาตรการ การบริหารจัดการ อาหารกลางวัน อาหารเสริม (นม) ในโรงเรียนระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ

External Reviews of Ministry of Public Health International Organization of Migration (MOPH) Migrant Health Project in Take Province (IOM External review)

Focus group discussion

In- Depth interview

Community Survey

โครงการการวัดภาระโรคของโรคไข้เลือดออกในประเทศไทย:ผลกระทบของครัวเรือนจากการมีผู้ป่วยด้วยโรคไข้เลือดออก เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล

ชุดโครงการวิจัย การประเมินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพ ปีที่ 2

ประชุมชี้แจงการเก็บข้อมูล

สัมภาษณ์หัวหน้าหน่วยบริการปฐมภูมิ

สถานีอนามัย

ศึกษาข้อมูลทุตุยภูมิจากแฟ้ม
อนามัยครอบครัว

ชี้แจงและทำความเข้าใจเครื่องมือ

ชี้แจงการเก็บข้อมูลต้นทุนกิจกรรม

ประชุมจัดทำพจนานุกรมกิจกรรม

ชี้แจงการเก็บข้อมูลต้นทุนงบลงทุน

ชี้แจงการเก็บข้อมูลค่าดำเนินการ

ภาพกิจกรรมเยี่ยมศูนย์วิจัยฯ

Prof. Donald Shepard เยี่ยมศูนย์วิจัยฯ เมื่อวันที่ 8-9 พฤศจิกายน 2552

Mr.Vince Crisostomo เยี่ยมศูนย์วิจัยฯ เมื่อวันที่ 15 มกราคม 2553

Mr.Shiv Khare เข้าเยี่ยมศูนย์วิจัยฯ เมื่อวันที่ 28 มกราคม 2553

Mrs.Angelique K. Rwiyereka เข้าเยี่ยมศูนย์วิจัยฯเมื่อวันที่ 26 มกราคม 2554

เครือข่ายความร่วมมือในด้านต่างๆ กับหน่วยงานวิชาการ/ วิจัยในระดับนานาชาติ

- WHO: Temporary Advisors, Guideline development, Technical Review Teams, etc.
- UNDP: Socio-Economic Impact, MDG Costing
- UNFPA: Resource, Financial Flow 2005-2007-2008
- UNAIDS: UNGASS reports, Costing Models, Resource Need Validations
- World Bank: Methodology of impact measurement
- ADB: Outcome research
- PDVI/IVI: BoD of Dengue, Dengue vaccine development
- INSP- Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca, México: ASAP Consortium (“AIDS Strategy and Action Plan” -ASAP) and regional representative.
- ASAP (AIDS Society in Asia and the Pacific): Vice President

เครือข่ายความร่วมมือในด้านต่างๆ กับหน่วยงานวิชาการ/วิจัยในระดับประเทศ

- กระทรวงสาธารณสุข เช่น กรมควบคุมโรค
  - สำนักระบาดวิทยา
  - สำนักจัดการความรู้
  - สำนักงานควบควบคุมและป้องกันโรค (สคร. 3 6 7 10 11 และ12)
  - สำนักวัณโรค
- กระทรวงสาธารณสุข - กรมอนามัย
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- กระทรวงการต่างประเทศ
- กระทรวงศึกษาธิการ
- สำนักการแพทย์/สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
- ภาควิชาพยาบาลศาสตร์ คณะแพทย์ศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี

แหล่งทุน: หน่วยงานภายใน และภายนอกประเทศ

- WHO UNDP UNFPA World Bank และ INSP - Instituto Nacional de Salud Pública Cuernavaca (INSP), México
- โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ UNAIDS
- กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ(UNFPA)
- สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)
- สำนักงานวิจัยเพื่อพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)
- Pediatric Dengue Vaccine Initiative (PDVI)

ฯลฯ

การประชาสัมพันธ์ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล

ลำดับ	งานที่ปฏิบัติ	หน่วยนับ	ผลการดำเนินงาน	หมายเหตุ
1	Website ศูนย์วิจัยฯ (ภาษาไทยและภาษาอังกฤษ)	1 website	102 หน้า	
2	โบรชัวร์แนะนำศูนย์วิจัยฯ	แผ่น/ปี	300 แผ่น	
3	ประชาสัมพันธ์สัปดาห์นี้มีอะไรบ้างทาง website	ครั้ง/ปี	30 ครั้ง/ปี	1 ครั้ง/สัปดาห์ (เริ่มเดือน มิถุนายน 53)
4	ประมวลภาพกิจกรรมลง website	กิจกรรม/ปี	47 กิจกรรม/ปี	เริ่ม 1 มกราคม 53
5	ประมวลภาพกิจกรรมลง Facebook	กิจกรรม/ปี	29 กิจกรรม/ปี	เริ่มเผยแพร่ เดือนมิถุนายน 53

ปัจจัยเกื้อหนุนพัฒนาและบริหารทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด

1.การบริการด้านเทคโนโลยีสารสนเทศ

ลำดับ	การบริการ	จำนวน	หมายเหตุ
1.	จัดซื้อคอมพิวเตอร์ตั้งโต๊ะ	8 ชุด	
2.	จัดซื้อคอมพิวเตอร์พกพา	1 ชุด	
3.	จัดซื้อเครื่องพิมพ์	3 ชุด	
4.	ติดตั้งระบบการพิมพ์ Wi-Fi	1 จุด	
5.	ติดตั้งเครื่องรับสัญญาณ Wi-Fi	5 ชุด	
6.	ติดตั้งระบบอินเทอร์เน็ตความเร็วสูง	1 ชุด	
7.	ติดตั้งกล้องวงจรปิด	4 จุด	

ตัวอย่างเงินค่าธรรมเนียมที่คณะสาธารณสุขศาสตร์เรียกเก็บ

ลำดับที่	ชื่อโครงการ	ปี พ.ศ.	แหล่งทุน	จำนวนเงิน (บาท)	เงินสนับสนุนให้คณะฯ
1	ปัจจัยที่ใช้เป็นตัวแปรในการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค	2549	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข	1,505,500	150,550
2.	โครงการการวิจัยที่เสนอต่อสำนักงานวิจัยเพื่อปฏิรูประบบสุขภาพ ชุดโครงการวิจัยการประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพในประเทศไทย	2550	(สวปก.)	2,662,820	รองอธิการฯ ฝ่ายวิจัยเป็นผู้ลงนาม ไม่เก็บค่าธรรมเนียม
3.	Measurement of the dengue burden in : Impact on household of dengue hospitalised episode. ตีพิมพ์เป็นภาษาอังกฤษ	2551	PDVI	22,891.06x39 892,751	2,274.04*39 = 88,687.56
4.	โครงการวิจัย “การประเมินภาระและค่าใช้จ่ายในการรักษา เนื่องจากเป็นโรคหูดบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก ในกรุงเทพมหานคร”ร่วมกับคณะเวชศาสตร์เขตร้อน ม. มหิดล	2551	คณะเวชศาสตร์เขตร้อน ม.มหิดล	20,000	20,000
5.	โครงการ สำรวจสถานการณ์ นโยบาย กฎหมาย กฎ ระเบียบ มาตรการการบริหารจัดการอาหารในโรงเรียนระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ เกี่ยวกับการดำเนินงานในโครงการอาหารกลางวันและอาหารเสริม (นม) ในโรงเรียน (Nutrition) ตีพิมพ์ไทย	2551	สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)	1,200,000	รองอธิการฯ ฝ่ายวิจัยเป็นผู้ลงนาม เก็บค่าธรรมเนียม 10%
6	โครงการวิจัยการทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554	2552	สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.)	1,400,000	210,000
7.	โครงการวิจัย การควบคุม กำกับ และประเมินผล “โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ”	2552	สวรส (สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข)	17,000,000	2,550,000

ผลงานวิจัยที่ผ่านมา

1. **โครงการวิจัยการควบคุม กำกับ และประเมินผล "โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ"**
   - 1.2 โครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเครือข่ายองค์กรและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
   - 1.3 โครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด
   - 1.4 โครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผล โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายประชากรเคลื่อนย้ายและชาติพันธุ์
   - 1.5 โครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผล โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะกลุ่มศาสนาพุทธ มจร.
   - 1.6 โครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผล โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ(กลุ่มศาสนามุสลิม)
   - 1.7 โครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผล โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มพนักงานบริการ
   - 1.8 โครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผล โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ ในกลุ่มเยาวชน
   - 1.9 โครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผล โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
   - 1.10 โครงการการเพิ่มขีดความสามารถ (Capacity building) ขององค์กรเครือข่ายสถาบันการศึกษาในท้องถิ่นด้านการดำเนินการควบคุม กำกับ และประเมินผลภายใต้โครงการวิจัยการควบคุม กำกับ และประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเยาวชน และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
   - 1.11 โครงการการจัดกระบวนการตรวจพิสูจน์ (verify) ว่าองค์ความรู้ที่ได้เป็นความรู้ที่สำคัญและจำเป็นสำหรับการป้องกันและความคุมโรคเอดส์ โดยใช้กระบวนการ PLD ภายใต้โครงการวิจัย โครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผล โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์ เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ
   - 1.12 โครงการการประเมินผลทางเศรษฐศาสตร์ด้วยวิธีวิเคราะห์ต้นทุน –ประสิทธิผล ภายใต้โครงการวิจัยการควบคุม กำกับ และประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์ เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเยาวชน และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

2. **(MTR) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554**
3. **(สวปก)การประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย ซึ่งมี 3 โครงการดังนี้**
   - 3.1 การประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย (โครงการ 1)
   - 3.2 การประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย (โครงการ 2)
   - 3.3 การประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย (โครงการ 3)

4. โครงการวิจัยเชิงสำรวจสถานการณ์และวิเคราะห์นโยบาย กฎหมาย กฎ ระเบียบ มาตรการ การบริหารจัดการอาหารในโรงเรียน ระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ”
5. (ABC Ph)การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมและต้นทุนการผลิตบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร มหาวิทยาลัยมหิดล ปีงบประมาณ 2549
6. (IOM) International Organisation of Migration (MOPH-IOM): Migrant Health Project in Tak Province
7. (Dengue)Cost of Dengue Cases in Eight Countries in the Americas and Asia: A Prospective Study
8. (UC) การออกแบบการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณโดยอาศัยความจำเป็นทางสุขภาพเป็นบรรทัดฐาน รวมถึงการประเมินสัดส่วนงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งหมด (ระยะที่ 1)(ชุดโครงการวิจัย “การประเมินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพปีที่ 2 ”)

บทสรุปผู้บริหาร

โครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผลโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์ เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (กลยุทธ์ที่ 2: เสริมสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของเครือข่ายฯ)

โดย

ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล

คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คณะนิเทศศาสตร์ มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคสำนักระบาดวิทยา

กรมควบคุมโรคองค์การอนามัยโลก (WHO)

สถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย

ด้วยความสนับสนุนของ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

นำเสนอต่อ

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

ธันวาคม 2553

รวมบทสรุปผู้บริหารโครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผลฯ

กลุ่มเครือข่ายองค์กรและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ได้ริเริ่มดำเนินงานโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการพัฒนาองค์ความรู้ และกระบวนการเชื่อมโยงเครือข่ายต่าง ๆ ในพื้นที่ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดทำแผนปฏิบัติงาน และร่วมกันจัดกิจกรรมในชุมชน มีโครงการทั้งสิ้น 5 โครงการที่ได้ดำเนินการในลักษณะเช่นนี้ และได้รับงบประมาณสนับสนุนจากคณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ และ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2551

คณะทำงานฯ ได้จัดการวิจัยประเมินผลโครงการทั้ง 5 โครงการนี้ในช่วงปี 2553 โดยมีข้อค้นพบ และข้อเสนอแนะที่สำคัญ ดังนี้

1. โครงการที่ได้รับการประเมินผล ได้แก่

1.1 โครงการรหัส 51-052 โครงการส่งเสริมศักยภาพองค์กรชุมชนในการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์ในชุมชนภาคเหนือตอนบน

1.2 โครงการรหัส 51-053 โครงการปฏิบัติการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ จังหวัดอุบลราชธานี

1.3 โครงการรหัส 51-057 โครงการเสริมสร้างเครือข่ายการทำงานป้องกันโรคเอดส์สู่องค์กรชุมชน

1.4 โครงการรหัส 51-062 โครงการพัฒนาศักยภาพคนทำงานด้านเอดส์ ประเทศไทย

1.5 โครงการรหัส 51-073 โครงการสื่อสารเรื่องสิทธิทางเพศเพื่อการป้องกันเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อและชุมชน

2. วัตถุประสงค์ของการวิจัยประเมินผล

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานของโครงการกลุ่มองค์กรและกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ และเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้จากการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ และ/หรือนโยบาย รวมทั้งเพื่อให้ได้ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติหรือกลวิธี ในการป้องกันโรคเอดส์ โดยการดำเนินงานของกลุ่มเครือข่ายองค์กรและกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

คณะทำงานฯ ได้จัดเก็บข้อมูลด้วยวิธีเชิงปริมาณและคุณภาพ ประกอบด้วยวิธีทบทวนเอกสาร การสุ่มเลือกพื้นที่และจัดการอภิปรายกลุ่มในกลุ่มแกนนำเครือข่ายในชุมชน ตลอดจนการเก็บข้อมูลด้วยการตอบแบบสอบถามของแกนนำในพื้นที่ และ การตอบแบบสอบถามโดยกลุ่มเป้าหมาย โดยมีเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูลได้แก่ แบบสอบถามผู้ดำเนินโครงการ/ผู้รับทุน แบบสอบถาม ความรู้และทัศนคติ สำหรับผู้มีส่วนร่วมในโครงการ แบบสอบถามสำหรับกลุ่มเป้าหมายเรื่อง ความรู้ ความตระหนัก ทักษะ การประเมินความเสี่ยง และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และแบบสัมภาษณ์ผู้มีส่วนร่วมในโครงการ

3. ผลการวิจัยประเมินผล พบข้อมูลที่สำคัญ ดังนี้

- แกนนำที่ได้รับการพัฒนาโดยโครงการทั้ง 5 โครงการ มีจำนวนทั้งหมด 1,456 คน มีการสร้างทีมหนุนเสริมระดับจังหวัด กลุ่มเป้าหมายที่ได้ประโยชน์ด้านการป้องกันเอดส์โดยตรง ที่พบว่าเหมือนกันทุกโครงการ คือ แกนนำกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและแกนนำเครือข่ายอื่นๆในชุมชน
- วัตถุประสงค์โครงการส่วนใหญ่มุ่งเน้นเพื่อเพิ่มบทบาทผู้ติดเชื้อ แกนนำเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายอื่นๆในชุมชน ในการทำงานด้านการพัฒนาและแก้ปัญหาสุขภาพชุมชน โดยเชิญชวนภาคส่วนต่างๆในชุมชนเข้ามาร่วมดำเนินงาน ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มแม่บ้าน อสม. ผู้นำชุมชน ฯลฯ มาร่วมกันทำแผนพัฒนาสุขภาพร่วมกัน มุ่งเน้นให้เกิดความยั่งยืนของโครงการในท้องถิ่น
- การประเมินความตระหนักและความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ของแกนนำ พบว่าแกนนำผู้ติดเชื้อ และแกนนำในการดำเนินโครงการในพื้นที่ เป็นกลุ่มที่มีความรู้ที่ถูกต้องในสัดส่วนที่สูง โดยตอบคำถามเพื่อวัดระดับความรู้ตามตัวชี้วัด UNGASS ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ คิดเป็นร้อยละ 61.4 สำหรับการประเมินความรู้ในกลุ่มนักเรียน พบว่า กลุ่มนักเรียนที่เป็นแกนนำสามารถตอบความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ถูกทั้งหมด 5 ข้อ ตามตัวชี้วัด UNGASS ร้อยละ 17.9 และกลุ่มที่ไม่ได้เป็นแกนนำ ตอบถูกทั้งหมด 5 ข้อ ร้อยละ 15.7

- นวัตกรรมที่สำคัญที่เกิดขึ้น ได้แก่ การสร้างเครือข่ายการทำงานเอดส์ในชุมชน ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงาน และกลุ่มเครือข่ายต่างๆ เช่น อปท. โรงพยาบาล โรงเรียน องค์กรพัฒนาเอกชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อ แกนนำชุมชน อสม. และเยาวชน โดยบูรณาการงานเอดส์เข้ากับงานสุขภาพทั่วไป เกิดทัศนคติที่ดีของชุมชนต่องานเอดส์ การพัฒนานวัตกรรมนี้ มีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเป็นแกนหลักในการทำงาน บางโครงการมีทีมหนุนเสริมจากระดับภาคและจังหวัดเข้ามาร่วมติดตามให้ข้อเสนอแนะการทำงานในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ การส่งเสริมเรื่องสิทธิทางเพศเป็นเรื่องใหม่สำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อ และกลุ่มอื่น ๆ ในชุมชน มีกิจกรรมให้เกิดการพูดคุยระหว่างกลุ่มเยาวชนและสมาชิกในครอบครัว เช่น เรื่องเพศ เรื่องปัญหาครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวมีการสื่อสารและกล้าเปิดเผยหรือเล่าปัญหาระหว่างกันมากขึ้น เรียกว่า เป็นการพูดคุยกันในพื้นที่ปลอดภัย
- ข้อค้นพบที่สำคัญที่เกี่ยวกับความยั่งยืนของโครงการ ได้แก่ แกนนำผู้ติดเชื้อที่ทำงานเรื่องการป้องกันเอดส์และแผนสุขภาพชุมชนอย่างต่อเนื่องในพื้นที่ และมีแกนนำที่มาจากเครือข่ายต่างๆ ในชุมชน เข้ามาร่วมกันทำงาน มีการพัฒนาแผนการทำงานป้องกันเอดส์ที่บูรณาการกับปัญหาสุขภาพของชุมชน เสนอเข้าเป็นแผนกองทุนสุขภาพระดับตำบล และแผน อบต. มีข้อน่าสังเกตว่า พื้นที่ที่มี สมาชิก อบต. เข้าร่วมเป็นเครือข่ายการดำเนินงานของโครงการ จะทำให้เกิดโอกาสในการเข้าถึงแผนกองทุนสุขภาพระดับตำบลและแผน อบต. ได้
- ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของเครือข่ายที่ได้รับการพัฒนาขึ้น พบว่า โครงการทั้งหมด มีระบบการประสานงานและการบริหารจัดการที่เข้มแข็ง โดยเครือข่ายหลักที่เป็นผู้ดำเนินโครงการมีระบบงานที่ชัดเจนเป็นพื้นฐานอยู่แล้ว อย่างไรก็ตาม ในบางโครงการยังขาดการดำเนินงานของทีมหนุนเสริม และพบว่า ในบางโครงการยังมีช่องว่างในการสื่อสารภายในระหว่างผู้ดำเนินงานโครงการกับแกนนำเครือข่ายในพื้นที่อยู่บ้าง และอาจส่งผลกระทบต่อกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ

4. ข้อเสนอแนะที่ได้จากการวิจัยประเมินผล ได้แก่

4.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

(1) ควรพัฒนานโยบายเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยบูรณาการกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาสุขภาพอื่นในชุมชนต่อไป โดยเสนอต่อคณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ และคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พิจารณามอบหมายให้ส่วนราชการที่เกี่ยวข้อง เช่น กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และกระทรวงอื่นๆ พัฒนานโยบายให้เครือข่ายต่างๆ ในชุมชนและท้องถิ่นเข้ามาเชื่อมโยงร่วมกันทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกับปัญหาสุขภาพอื่นในชุมชน และจัดให้มีกระบวนการถ่ายทอดนโยบายอย่างจริงจัง

(2) ควรเสนอต่อคณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ และคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พิจารณามอบหมายให้กระทรวงมหาดไทย พิจารณากำหนดนโยบายที่ชัดเจนให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นำประเด็นด้านสุขภาพเป็นประเด็นที่ส่วนท้องถิ่นให้ความสำคัญ และสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายต่างๆ ในชุมชนที่เข้ามาร่วมกันดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และปัญหาสุขภาพต่างๆ

(3) เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และ เครือข่ายองค์กรเอกชนด้านเอดส์ ได้แสดงบทบาทในการพัฒนาองค์ความรู้ และการเชื่อมโยงเครือข่ายในชุมชนได้เป็นอย่างดี สมควรให้การสนับสนุนให้เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดความชัดเจนเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานเพื่อการขยายผลให้ครอบคลุม รวมทั้งความยั่งยืนของโครงการในพื้นที่ต่อไป

4.2 ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

(1) ควรรวบรวมองค์ความรู้ที่ได้จากการพัฒนาและดำเนินงานโครงการเหล่านี้อย่างเป็นระบบ และ จัดให้มีการเผยแพร่ต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดการทบทวน และการนำไปใช้ประโยชน์อย่างกว้างขวางต่อไป

(2) ควรพัฒนาทีมงาน และแกนนำในพื้นที่ให้มีความเข้มแข็งด้านความรู้ที่เกี่ยวข้อง อย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เกิดแนวคิดในการทำงานตามวัตถุประสงค์ของโครงการ และเกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของโครงการร่วมกัน นอกจากนี้ ควรสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายในชุมชนเพื่อทำงานด้านเอดส์ โดยจัดทีมหนุนเสริมเพื่อช่วยให้คำแนะนำการดำเนินงานของเครือข่ายในชุมชนทั้งในด้านเชิงวิชาการและเชิงบริหารจัดการ

(3) ควรสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาการบริหารจัดการของโครงการ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถตรวจสอบได้ มีการจัดเก็บข้อมูลทั้งในด้านผลการดำเนินงานและข้อมูลการบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ สามารถนำเสนอผลการดำเนินงาน และ การประเมินผล ได้อย่างสม่ำเสมอ และสามารถพัฒนาโครงการและการดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง

กลุ่มเป้าหมายชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

การวิจัยโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกเพื่อป้องกันเอดส์: โครงการการกำกับ ติดตาม ผลการดำเนินกลุ่มเป้าหมายชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย นี้เป็นการวิจัยลักษณะกึ่งเชิงปฏิบัติการซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1)ผลสำเร็จของการดำเนินงานโครงการในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในช่วงเวลาที่ได้รับทุนสนับสนุนจากคณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันเอดส์ ผ่านสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข โดยศึกษาตามตัวชี้วัดในโครงการเกี่ยวกับ ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติตนของกลุ่มเป้าหมายในการป้องกันโรคเอดส์ การดำเนินงานของเครือข่าย/แกนนำในโครงการ รูปแบบการพัฒนากลไกของเครือข่ายการทำงาน ระบบประสานงานและการส่งต่อเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการสร้างความยั่งยืนของเครือข่าย กระบวนการจัดการโครงการเกี่ยวกับการดำเนินงานโครงการ การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่าย ประชาสังคม ชุมชนอันนำไปสู่การพัฒนารูปแบบกลไกการรณรงค์ป้องกันเอดส์ในชุมชน และ 2)สังเคราะห์สรุปผลการถอดองค์ความรู้จากการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการและ/หรือนโยบาย รวมทั้งเพื่อให้ได้ข้อบ่งชี้เกี่ยวกับแนวปฏิบัติหรือกลวิธีในการลดการติดเชื้อเอชวีในกลุ่มเป้าหมายอย่างมีประสิทธิผลและประสิทธิภาพ

โครงการที่ได้รับการประเมินประกอบด้วย 2 โครงการหลัก ซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจากคณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันเอดส์ ผ่านสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ได้แก่ 1) โครงการรณรงค์การป้องกันเอดส์เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่และการส่งเสริมการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายบริการทางเพศ สาวประเภทสอง และสาวประเภทสองบริการทางเพศ (รหัสโครงการ 51-071) ดำเนินการโดยสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยเป็นผู้รับทุนหลัก ร่วมกับองค์กรเครือข่าย 17 องค์กรทั่วประเทศไทยใน 7 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ชลบุรี ขอนแก่น ราชบุรี อุบลราชธานี เชียงใหม่และอุดรธานี และองค์กรภาคีเครือข่ายร่วมอีก 3 แห่งในภาคอีสาน ได้แก่ มูลนิธิพัฒนาชุมชนอีสาน องค์กรแชร์และโครงการสนับสนุนการพัฒนาท้องถิ่น 2) โครงการป้องกันเอดส์ในกลุ่มชายรักชายตะเข็บชายแดน (รหัสโครงการ 51-067) โดยมูลนิธิพัฒนาชุมชนอีสาน เป็นผู้รับทุนหลัก ร่วมกับองค์กรแชร์และโครงการสนับสนุนการพัฒนาท้องถิ่น ซึ่งดำเนินการใน จังหวัดอุบลราชธานี ในพื้นที่ 6 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเดชอุดม อำเภอเขมราฐ อำเภอนาจะหลวย อำเภอบุณฑริก และอำเภอน้ำขุ่น

กลุ่มตัวอย่างซึ่งเป็นผู้ให้ข้อมูลประกอบด้วย 3 กลุ่ม คือ 1) ผู้รับทุน (ได้แก่ ผู้จัดการโครงการ เจ้าหน้าโครงการ ผู้ประสานงานโครงการ เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชี) 2) แกนนำ/เจ้าหน้าที่ภาคสนามและอาสาสมัครในโครงการ และ 3) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายบริการทางเพศ สาวประเภทสองและสาวประเภทสองบริการทางเพศซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ สุ่มโดยวิธีการแบ่งชั้นภูมิจาก 7 จังหวัดเป้าหมาย จำนวนกลุ่มแกนนำ/เจ้าหน้าที่ภาคสนามและอาสาสมัครในโครงการ จำนวน 464 คน และกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 416 คน เก็บข้อมูลภาคสนามทั้งข้อมูลเชิงคุณภาพ (โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม) และข้อมูลเชิงปริมาณ จากกลุ่มตัวอย่างใน 2 โครงการ โดยแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยมัชฌิมเลขคณิตและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการวิเคราะห์เนื้อหา

ผลการศึกษาที่สำคัญสรุปได้ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการศึกษาจากข้อมูลเชิงปริมาณ

ข้อมูลที่เก็บรวบรวมได้โดยใช้แบบสอบถามเชิงปริมาณจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ แกนนำ/เจ้าหน้าที่ภาคสนามและอาสาสมัครในโครงการ และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายบริการทางเพศ สาวประเภทสองและสาวประเภทสองบริการทางเพศซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของโครงการ สรุปดังนี้

1.1 แกนนำ /เจ้าหน้าที่ภาคสนามและอาสาสมัครในโครงการ

1.1.1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มแกนนำ 448 คน และเจ้าหน้าที่ภาคสนาม 16 คน รวม 464 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20-29 ปี ร้อยละ 58.0 (อายุเฉลี่ยประมาณ 25-26 ปี; = 25.5 SD = 7.5) อายุมากที่สุด 60 ปี และน้อยที่สุด 13 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 30.5 ยังเป็นโสด ร้อยละ 91.5 และมีแต่งงานแล้ว ร้อยละ 7.2 โดยมีการอยู่ร่วมกันแบบเปิดเผยมากกว่าไม่เปิดเผย โดยกลุ่มเปิดเผยอยู่ร่วมกันนาน 1-2 ปี ร้อยละ 35.7 และ 5 ปีขึ้นไป ร้อยละ 32.1 (เฉลี่ย 3 ปี) และกลุ่มไม่เปิดเผยจะมีระยะเวลาเฉลี่ยประมาณ 2.8 ปี คนมีคู่ที่อยู่ร่วมกันส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ89.7 มีอาชีพรับจ้าง ร้อยละ 37.3 และนักเรียน นักศึกษา ร้อยละ 32.5 มีรายได้ระหว่าง 5,000-10,000 บาทต่อเดือน ซึ่งส่วนมากเพียงพอใช้จ่ายแต่ไม่มีเหลือเก็บ ร้อยละ 43.4 มีภาระเลี้ยงดูคนในครอบครัว ร้อยละ 26.1 (โดยเฉลี่ยประมาณ 2 คน)

1.1.2 ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

กลุ่มแกนนำและเจ้าหน้าที่ภาคสนามส่วนใหญ่เคยมีประสบการณ์ทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 93.8 โดยมีครั้งแรกเป็นแบบสมัครใจ ร้อยละ 80.8 อายุที่เริ่มมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์ ประมาณ 16-19 ปี ร้อยละ 50.6 (เฉลี่ย 17 ปี; = 16.6 SD = 2.8) โดยบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยจะเป็นชายที่เป็นเพื่อนเรียน ร้อยละ 56.0 และอื่น ๆ ร้อยละ 26.2 โดยเป็นแฟนหรือคนรักที่ไม่ระบุเพศในการตอบ ร้อยละ 56.3 นอกจากนี้มีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้าที่เป็นชาย ร้อยละ 17.0 คนรู้จัก ร้อยละ 4.5 แฟนที่เป็นชาย ร้อยละ 3.6 รวมทั้งครู อาจารย์และพี่ชาย ร้อยละ 0.9 เท่ากัน

ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่ส่วนมากเคยมี ร้อยละ 97.4 โดยเคยสอดใส่ทางปาก ร้อยละ 70.2 ทางทวารหนัก ร้อยละ 82.9 และทางช่องคลอด ร้อยละ 15.5 และการมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์กับชายส่วนมากเป็นคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 71.8 และเป็นคู่นอนประจำ ร้อยละ 55.7 นอกจากนี้กิจกรรมทางเพศยังเป็นแบบเชิงรุกและเชิงรับเป็นส่วนใหญ่ ร้อยละ 39.1 รองลงมาเป็นแบบเชิงรับ ร้อยละ 34.6 และเชิงรุก ร้อยละ 15.6 ตามลำดับ

1.1.3 พฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

แกนนำ/เจ้าหนาที่ภาคสนาม ส่วนมากจะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 60.7 และไม่ใช้เลย ร้อยละ 1.6 เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางปาก จะใช้ทุกครั้งเพียงร้อยละ 22.5 และไม่ใช้เลย ร้อยละ 22.5

1.1.4 การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แกนนำ/เจ้าหน้าที่ภาคสนามเคยติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 13.7 โดยเคยเป็นโรคหนองในมากที่สุด ร้อยละ 72.2 ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 3.7 หูด และซิฟิลิส ร้อยละ 9.3 เท่ากัน ซึ่งเป็นแล้วส่วนมากจะไปรักษาที่โรงพยาบาล ร้อยละ 50.8 และไม่รักษา ร้อยละ 9.5

1.1.5 ความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์

แกนนำและเจ้าหน้าที่ภาคสนามส่วนมากมีความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์ (ตอบถูก 5 ข้อของ UNGASS) ร้อยละ 44.2 และยังมีความรู้ไม่ดี ร้อยละ 55.8

เมื่อพิจารณารายข้อ พบว่าความรู้ในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันโรคเอดส์ได้ ตอบผิด ร้อยละ 37.5 และคนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพดีอาจเป็นคนมีเชื้อเอดส์ได้ ตอบผิด ร้อยละ 91.8

1.1.6 ความตระหนักในความรุนแรงของโรคเอดส์และประโยชน์ในการป้องกันโรคเอดส์

ส่วนใหญ่แกนนำ/เจ้าหน้าที่ภาคสนามเห็นว่ายังมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย ร้อยละ 56.4 และชุมชนที่อาศัยอยู่ยังมีการแพร่ระบาดของโรค ร้อยละ 41.8 เห็นว่าโรคเอดส์ไม่มีทางรักษาให้หายได้ ซึ่งเท่ากับคนที่ไม่เห็นด้วย ร้อยละ 27.5 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีการแสดงความรักต่อกันอย่างเชื่อใจ ร้อยละ 34.8 และตระหนักถึงการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรค และเห็นด้วยว่าควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งไม่ว่าจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำหรือชั่วคราว ร้อยละ 52.4 และ 70.6 ตามลำดับ

1.1.7 การประเมินความเสี่ยงของโรคเอดส์

กลุ่มแกนนำและเจ้าหน้าที่ภาคสนาม ส่วนใหญ่จะมีความเสี่ยงโดยมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักแบบสอดใส่โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 28.9 และคนไม่ใช่แฟน ร้อยละ 22.1 และยังไม่แน่ใจว่าจะมีคู่เพียงคนเดียวถึงร้อยละ 100 มีความเสี่ยงเพราะไม่มั่นใจว่าจะปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันได้ทุกครั้ง ร้อยละ 27.3 และไม่แน่ใจว่าคู่ของท่านจะใช้ถุงยางอนามัยกับคนอื่น ร้อยละ 28.4 การมีเพศสัมพันธ์ทางปากมีความเสี่ยงมากที่จะติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 46.4 และพบว่ายังมีความปลอดภัยเพราะยังมีถุงยางอนามัยไว้ใช้ในทุกสถานการณ์ ร้อยละ 77.8

1.1.8 การปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์

แกนนำและเจ้าหน้าที่ภาคสนามมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 56.3 และไม่ใช้เลย ร้อยละ 6.5 การใช้ถุงยางอนามัยในช่วง 6 เดือน และครั้งล่าสุด ใช้ทุกครั้ง ร้อยละ 53.7 และ 66.4 ตามลำดับ และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนชั่วคราวในช่วง 3 เดือน 6 เดือน และครั้งล่าสุด ร้อยละ 65.9, 66.4 และ 75.8 ตามลำดับ

1.1.9 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารบริการและการส่งต่อ

แกนนำและเจ้าหน้าที่ภาคสนาม รู้จักสถานที่ให้บริการ ร้อยละ 91.6 และเคยไปใช้บริการ ร้อยละ 63.3 โดยส่วนมากไปรับการปรึกษาและตรวจหาเชื้อเอดส์ (VCT) ร้อยละ 72.3 ไปรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 47.7 วิธีการไปโดยไปเองโดยสมัครใจ ร้อยละ 81.3 และ 78.9 ตามลำดับ

แหล่งข้อมูลที่ทำให้รู้จักสถานบริการ ส่วนมากโดยกลุ่มเพื่อน ร้อยละ 71.6 รองลงมาเป็นเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์ ร้อยละ 56.9 ละเจ้าหน้าที่ภาคสนามจากองค์กร ร้อยละ 97.7 ซึ่งจะรู้จักสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยมากที่สุด ร้อยละ 21.4 และได้รับจากเอ็มริชขอนแก่น ร้อยละ 27.8

การได้รับข้อมูลเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนมากเคยได้รับ ร้อยละ 99.6 โดยสื่อที่ได้รับผ่านจากทีวีมากที่สุด ร้อยละ 29.3 และเว็บไซต์ ร้อยละ 25.9 สื่อบุคคล ได้แก่ จากเจ้าหน้าที่ภาคสนามมากที่สุด ร้อยละ 96.3 รองลงมาเป็นเพื่อนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 46.6 และ 45.7 ตามลำดับ

1.1.10 การถ่ายทอดความรู้และผลที่ได้รับจากกลุ่มเป้าหมาย

แกนนำและเจ้าหน้าที่ภาคสนามส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าตนมีส่วนร่วมในการอบรมกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง ร้อยละ 49.7 และเห็นด้วย ร้อยละ 43.5 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าได้รับความรู้เป็นอย่างมาก ร้อยละ 56.7 และสามารถนำไปใช้ได้อย่างมั่นใจ ร้อยละ 53.1 และเห็นด้วย ร้อยละ 39.9 และส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่ากิจกรรมศูนย์เพื่อน และการจัดกิจกรรมตามวาระเทศกาลเป็นสิ่งที่เหมาะสม ร้อยละ 51.5 และ 47.5 เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการได้รับความรู้ผ่านสื่อบุคคลและสิ่งพิมพ์อย่างสม่ำเสมอทำให้มีความรู้ทันสมัย ร้อยละ 51.3 และเห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการปฏิบัติงานเป็นไปอย่างเหมาะสมและตามแผนที่กำหนด ร้อยละ 46.0 และเห็นด้วย ร้อยละ 47.6

1.1.11 การถ่ายทอดความรู้ของกลุ่มเจ้าหน้าที่ภาคสนาม

เจ้าหน้าที่ภาคสนามที่ผ่านการอบรม ส่วนใหญ่เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าการอบรมทำให้เข้าใจแนวทางการทำงาน ร้อยละ 50.1 และเห็นด้วย ร้อยละ 47.2 ความรู้ที่ได้รับจากวิทยากรเหมาะสมและเพียงพอต่อการทำงานในชุมชน ร้อยละ 44.3 และ 48.7 การอบรมทำให้เข้าใจทักษะการทำงาน มีการสื่อสารที่ดีขึ้นและรู้สึกมีเกียรติ ร้อยละ 56.8, 55.5 และ 52.8 ตามลำดับ เห็นด้วยอย่างยิ่งว่าทำให้มั่นใจในการทำงาน ร้อยละ 47.9 และเห็นด้วย ร้อยละ 43.8 ตามลำดับ และการจัดกิจกรรมป้องกันในวาระเทศกาลเป็นการกระตุ้นความสนใจ ร้อยละ 51.1 และอาสาสมัครแกนนำเป็นผู้เผยแพร่ความรู้ได้ดีและเข้าถึงกว่าสื่อสิ่งพิมพ์ ร้อยละ 52.9

1.1.12 การปฏิบัติงานของแกนนำและเจ้าหน้าที่ภาคสนามต่อการดำเนินงานในภาพรวม

แกนนำและเจ้าหน้าที่ภาคสนาม ส่วนใหญ่มีการปฏิบัติกิจกรรมในการเข้าร่วมการเพิ่มเติมทักษะเป็นประจำทุก 3 เดือน ร้อยละ 61.1 และกลุ่มเป้าหมายมีการเข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้งเป็นประจำ ร้อยละ 54.6 เนื้อหาการอบรมมีการปรับปรุงและทำให้สอดคล้องกับความต้องการของผู้ปฏิบัติงานอย่างเป็นประจำ ร้อยละ 61.5 และ 60.3 ตามลำดับ รวมทั้งมีการติดตามผลในระดับเครือข่ายและจัดประชุมสม่ำเสมอเป็นประจำ ร้อยละ 57.9

1.2 กลุ่มเป้าหมายของโครงการกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง ชายขายบริการทางเพศ และ สาวประเภทสองขายบริการทางเพศ

1.2.1 ข้อมูลส่วนบุคคล

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีอายุในช่วง 15 – 20 ปี ร้อยละ 37.3 รองลงมา ช่วงอายุ 21 – 25 ปี ร้อยละ 31.0 (อายุเฉลี่ย 23 ปี) โดยอายุน้อยที่สุด 14 ปี และอายุมากที่สุด 47 ปี มีสถานภาพเป็นโสด ร้อยละ 83.6 ระดับการศึกษาจบชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยะละ 30.3 รองลงมาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 26.9 และระดับปริญญาตรีหรือ สูงกว่าปริญญาตรี ร้อยละ 23.2 อาชีพส่วนใหญ่ พบว่า ยังเป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 44.6 รองลงมาประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 27.2 โดยส่วนใหญ่มีรายได้ต่อเดือน 5,000 – 10,000 บาท ร้อยละ 38.6 (รายได้เฉลี่ย เท่ากับ 11,330 บาท) ซึ่งไม่เพียงพอและมีหนี้สิน ร้อยละ 32.3 และเพียงพอแต่ไม่เหลือเก็บ ร้อยละ 32.6

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เป็นคนในภูมิลำเนาเดิมของตนเอง ร้อยละ 70.1 ย้ายที่อยู่จากที่อื่น ร้อยละ 29.9 ส่วนมากอาศัยในเขตเทศบาล ร้อยละ 63.2 ระยะเวลาที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ปัจจุบัน ส่วนใหญ่อาศัยอยู่เป็นระยะเวลา 11 - 20 ปี ร้อยละ 39.4

1.2.2 ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 96.4 โดยอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ต่ำกว่า 15 ปี ร้อยละ 49.0 (อายุเฉลี่ย 16.3 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (SD) 2.6) โดยอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกต่ำสุดเท่ากับ 8 ปี และอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกสูงสุดเท่ากับ 28 ปี ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกเป็นแฟนหรือคนรัก ร้อยละ 45.6 รองลงมาเป็นเพื่อนักเรียนโรงเรียนเดียวกัน ร้อยละ 29.8 และมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ ร้อยละ 31.1

1.2.3 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 81.4 และกลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ร้อยละ 54.5 และไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 5.7 ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์บางครั้ง ร้อยละ 39.8

1.2.4 การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มเป้าหมายมีการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 4.8 โดยเป็นโรคหนองในมากที่สุด ร้อยละ 62.5 รองลงมาเป็นโรคเริม หนองในแท้ และหูด ร้อยละ 12.5 เท่ากัน ซึ่งเมื่อเป็นโรคแล้วส่วนใหญ่จะไปรักษาที่โรงพยาบาลและคลินิก ร้อยละ 41.7 เท่ากัน มีการซื้อยากินเอง ร้อยละ 8.3 และไม่ได้รักษา ร้อยละ 8.3

1.2.5 ความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์โดยในการตอบคำถาม UNGASS นั้น ตอบถูกครบทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 43.8 เมื่อจำแนกเป็นรายข้อ พบว่า ตอบถูก 1 ข้อ ร้อยละ 0.3 ตอบถูก 2 ข้อ ร้อยละ 2.6 ตอบถูก 3 ข้อ ร้อยละ 22.7 และตอบถูก 4 ข้อ ร้อยละ 30.6 เมื่อศึกษาในภาพรวมของข้อคำถาม 10 ข้อ พบว่ามีความรู้ในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ได้ดี ร้อยละ 97.4

1.2.6 ความตระหนักถึงความรุนแรงของโรคเอดส์และประโยชน์ในการป้องกันโรคเอดส์

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่มีความเห็นว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่มียารักษาให้หายขาดได้ ร้อยละ 68.1 แต่ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถทำงานและใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปได้ ร้อยละ 85.5 ในการป้องกันเห็นว่า หากมีเพศสัมพันธ์ ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 88.4 และเห็นว่าในการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 55.3 และหากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันกับใครก็ตาม เป็นการเสี่ยงต่อการติดเอดส์ 82.2 กลุ่มเป้าหมายเคยไปตรวจเลือดโดยสมัครใจ ร้อยละ 64.8 และร้อยละ 55.9 เห็นว่าตำบลที่ตนอยู่อาศัยในปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอดส์

1.2.7 การประเมินความเสี่ยงของโรคเอดส์

กลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักต่อความเสี่ยงในการติดเชื้อและการป้องกันในเรื่องของการสัมผัสโดยการจูบปาก ร้อยละ 73.5 และการมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เราเห็นว่ามีสุขภาพแข็งแรงดี อาจติดเชื้อเอดส์ได้ ร้อยละ 84.8 การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 87.1 และเห็นว่าควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันเอดส์ ร้อยละ 91.4 และการใช้สารเสพติดโดยการฉีดร่วมกับผู้อื่น เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 91.1

1.2.8 การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 96.4 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 3.6 สำหรับคนที่มีเพศสัมพันธ์จะมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 55.4 และไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 3.5 มีการหลั่งภายนอกทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 18.1 หลั่งภายนอกเป็นบางครั้ง ร้อยละ 61.8 มีการเปลี่ยนคู่นอน ร้อยละ 15.1 และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับคนที่ติดเชื้อเอดส์ร้อยละ 6.0 ตามลำดับ ส่วนในกลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ คิดว่า จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 63.6 และคิดว่าตนเองจะมีคู่นอนมากกว่า 1 คน ร้อยละ 18.2 และจะหลั่งภายนอกเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ทุกครั้ง ร้อยละ 54.5

1.2.9 การรับรู้ข้อมูลข่าวสารการบริการและการส่งต่อเพื่อการรักษา

กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 88.7 ไม่เคยรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ร้อยละ 11.3 โดยช่องทางที่ได้รับข้อมูลข่าวสารมากที่สุด คือ จากบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 54.7 รองลงมา คือ สื่อโทรทัศน์ ร้อยละ 49.0 และสื่อสิ่งพิมพ์ (แผ่นพับ/หนังสือพิมพ์) ร้อยละ 38.7

ตอนที่ 2 ผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

2.1 จำนวนแกนนำและวิทยากรที่สร้างโดยโครงการ

2.1.1 โครงการป้องกันเอดส์ในกลุ่มชายรักชายตะเข็บชายแดน

จัดอบรมแกนนำเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ภาคสนาม เป้าหมาย 80 คนดำเนินการได้ 176 คน คิดเป็น ร้อยละ 100.0

2.1.2 โครงการรณรงค์การป้องกันเอดส์เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ และการส่งเสริมการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายบริการทางเพศ สาวประเภทสอง และสาวประเภทสองบริการทางเพศ

จัดอบรมแกนนำเป้าหมาย เจ้าหน้าที่ภาคสนาม ดำเนินการได้ 1,201 คน อาสาสมัคร จำนวน 611 คน คิดเป็นร้อยละ 88.73 (เป้าหมาย เจ้าหน้าที่ภาคสนาม 562 คน วิทยากร 35 คน)

2.2 จำนวนกลุ่มเป้าหมาย

จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์ด้านการป้องกันเอดส์ ในโครงการรณรงค์การป้องกันเอดส์เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ และการส่งเสริมการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายบริการทางเพศ สาวประเภทสอง และสาวประเภทสองบริการทางเพศ จำนวน 17,166 คน คิดเป็นร้อยละ 100.0 โครงการป้องกันเอดส์ตะเข็บชายแดน จำนวน 1,267 คน

2.3 กระบวนการ/กลไก และ นวตกรรม ในการดำเนินงาน

2.3.1 กระบวนการ (กลไกการพัฒนารูปแบบในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ) ในโครงการมีกระบวนการ กลไกการดำเนินงานที่เป็นจุดเด่น ดังนี้

- **โครงการ 51-067 ป้องกันเอดส์ในกลุ่มชายรักชายตะเข็บชายแดน**

การดำเนินงานมีกระบวนการโดยการค้นหาและพบปะผู้นำกลุ่ม เพื่อเป็นแกนหลักในพื้นที่ และเป็น Key person ในการดำเนินงาน ต่อจากนั้นจะมีการอบรมเพื่อสร้างแกนนำในพื้นที่โดยใช้ผู้ที่มีความสมัครใจเข้าร่วมกิจกรรมจากการชักจูงของผู้นำหลักที่เข้าไปพบ และให้ความรู้แบบหว่านทั่วไป แล้วจึงค้นหาผู้ที่มีศักยภาพและความพร้อมโดยมีจิตอาสาหรือมีแววเป็นแกนนำ ซึ่งจะทำหน้าที่เป็นแกนนำในการให้ความรู้ และเมื่อดำเนินการได้แล้วจะพัฒนาให้เป็นวิทยากรสามารถเป็นที่ปรึกษาและถ่ายทอดให้แก่กลุ่มได้ต่อไป สรุปวิธีการคือ

1) เข้าไปหาผู้นำกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2) อบรมแบบให้ความรู้ทั่วไป (แบบหว่าน)
3) ความรู้เรื่องเอดส์ (ทักษะการสื่อสาร) และแนวคิดการพัฒนาศักยภาพมนุษย์
4) อบรมการเป็นวิทยากรเรื่องเอดส์
5) อบรมการพัฒนาต่อยอดในเชิงการบริหารจัดการและความรู้ทักษะในการทำงานเป็นทีม มีเวทีแลกเปลี่ยนให้กับแกนนำ โดยเริ่มต้นที่กลุ่มเพื่อนของตัวเองในแบบตัวต่อตัว และกลุ่มเพื่อนที่ศูนย์ข้อมูล (Drop In center), แหล่งชุมนุมของคนในชุมชน

- **โครงการ 51-071 รณรงค์การป้องกันเอดส์เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ และการส่งเสริมการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายบริการทางเพศ สาวประเภทสอง และสาวประเภทสองบริการทางเพศกระบวนการดำเนินงาน คือ**

การสร้างแกนนำในการลงพื้นที่ปฏิบัติงาน เพื่อมุ่งหวังเป็นตัวกระตุ้น ส่งเสริมการทำงานให้ครอบคลุมและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยระบบเชิงรุก และทำงานเป็นทีม ซึ่งใช้กลไกการค้นหาคนที่มีศักยภาพในชุมชนมาร่วมเป็นแกนนำโดยสมัครใจ และเสริมความรู้ทักษะในการทำงาน เมื่อมีประสบการณ์มากพอจะไต่ระดับเป็นหัวหน้ากลุ่ม หัวหน้าทีมลงพื้นที่เพื่อปฏิบัติงานให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายโดยจัดพื้นที่รับผิดชอบเฉพาะคน ซึ่งจะทำให้การทำงานคล่องตัว นอกจากนี้จัดระบบการจัดการสนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ สื่อให้เพียงพอต่อการทำงาน และสร้างระบบการรายงาน ประเมินผลงานอย่างเป็นรูปธรรม สรุปคือ

1) เข้าถึงแกนนำโดยค้นหากลุ่มเป้าหมายชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อจัดอบรมให้ความรู้และเป็นแกนนำในพื้นที่
2) คัดเลือกคนที่มีศักยภาพและมีแววของการเป็นผู้นำในการให้ความรู้ เพื่ออบรมเป็นแกนนำปฏิบัติงานภาคสนาม โดยบรมเรื่องการให้คำปรึกษาเรื่องเอชไอวี STI, Sensitivity ทักษะการเข้าชุมชน เน้นการถ่ายทอดความรู้ต่อไปยังชุมชน และทักษะการปฏิเสธ โดยหลักสูตรที่เรียกว่า ค่ายทักษะชีวิตพิชิตเอดส์
3) ดำเนินการโดยใช้แนวคิดการทำงานเป็นทีม โดยมีเจ้าหน้าที่หัวหน้าโครงการ 1 คน เจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานภาคสนาม 1 คนเพื่อดำเนินการในพื้นที่ที่รับผิดชอบและปฏิบัติงานตามกิจกรรมที่กำหนด โดยหัวหน้าทีมเป็นพี่เลี้ยงให้คำปรึกษา ชี้แนะ สอนงาน
4) มีศูนย์เพื่อนเป็นศูนย์เพื่อจัดประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้ แก้ไขปัญหาการทำงาน มีการจัด Role play การทำงานให้กับเจ้าหน้าที่แกนนำที่เข้ามาใหม่ มอบหมายงานแก่เจ้าหน้าที่แกนนำปฏิบัติงานภาคสนาม
5) จัดกิจกรรมตามวาระ โดยร่วมกับองค์กรในท้องถิ่น ประชาสังคมและผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง
6) พัฒนาระบบบริการ โดยร่วมกับบุคลากรในสถานบริการ และจัดส่งอาสาสมัครคลินิกเฉพาะ ประกอบด้วย 5 องค์กร คือ M-plus, Sister, ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย สายรุ้งราชบุรี บ้านสีม่วง และฟ้าสีรุ้ง เพื่ออำนวยความสะดวกในการบริการแก่กลุ่มเป้าหมาย รวมทั้งให้คำแนะนำ บริการเพื่อเกิดความพึงพอใจ และเป็นมิตรต่อผู้รับบริการ
7) พัฒนาระบบการสนับสนุนและแจกถุงยาง โดยจัดกิจกรรมกองทุนถุงยาง ประกอบด้วย 4 องค์กร คือ M-plus, Sister, สายรุ้งราชบุรี และฟ้าสีรุ้ง สนับสนุนการดำเนินงาน และจัดระบบการจัดการสนับสนุนอุปกรณ์ให้เพียงพอแก่ความต้องการ

2.3.2 นวัตกรรม

- **โครงการ 51-067 ป้องกันเอดส์ในกลุ่มชายรักชายตะเข็บชายแดน**

  นวตกรรมที่เป็นแนวปฏิบัติงาน คือ รูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจนในการจัดบริการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดย
  - การสร้างแกนนำโดยคนในชุมชนโดยการสร้างจิตสำนึกในการทำงานและการอบรมแกนนำและการให้ความรู้ไม่น้อยกว่า 4 ครั้งและใช้สัญญลักษณ์ในการดำเนินงานเพื่อเป็นการสื่อสารถึงแนวทางการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมายตามความเหมาะสม
  - การจัดกิจกรรมตามวาระโดยสอดคล้องกับวิถีชุมชน
  - การจัดบริการในชุมชนโดยใช้ศูนย์เพื่อนเป็นแหล่งรวมตัวและจัดกิจกรรมแบบครบวงจร
  - วิธีการแจกถุงยางอนามัยและการแจกถุงยางอนามัยโดยใช้การบริจาคเพื่อหางบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
- **โครงการ 51-071 รณรงค์การป้องกันเอดส์เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ และการส่งเสริมการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายบริการทางเพศ สาวประเภทสอง และสาวประเภทสองบริการทางเพศ**

นวตกรรมในการป้องกันเอดส์สำหรับโครงการนี้ คือ

1) การพัฒนาคู่มือเพื่อเป็นหลักสูตรกลางในการอบรมเจ้าหน้าที่ภาคสนาม เจ้าหน้าที่ในองค์กร แกนนำในชุมชน และอาสาสมัครลงพื้นที่ตลอดจนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในชุมชน
2) รูปแบบการดำเนินงานในการใช้แกนนำดูแลกลุ่มเป้าหมายโดย
   - การจัดระบบโซนนิ่งและจำแนกแบ่งกลุ่มการดำเนินงานที่ชัดเจนขององค์กรในพื้นที่ โดยแยกเป็นกลุ่มเสี่ยง และผู้ป่วย ทำให้สามารถให้บริการกลุ่มเป้าหมายโดยไม่ทับซ้อนพื้นที่และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ครอบคลุมมากขึ้น และทำให้สามารถจัดระบบโครงสร้างองค์กรการดำเนินงานในระดับชาติและประสานในระดับพื้นที่ได้ชัดเจนเมื่อสิ้นสุดโครงการ
   - การสร้างการยอมรับของคนในชุมชนโดยใช้การจัดกิจกรรมตามวาระได้สอดคล้องกลมกลืนกับชุมชนและวิถีชีวิตของคนในชุมชน
   - การจัดกิจกรรมศูนย์เพื่อนเพื่อเป็นแหล่งพบปะจัดทำกิจกรรมร่วมกันระหว่างกลุ่มเป้าหมาย
   - การใช้ระบบพี่เลี้ยงดูแลผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่และการใช้การส่งรายงานที่สามารถพัฒนาเป็นรายงานและคู่มือที่ใช้ได้อย่างเป็นระบบในที่สุดเมื่อสิ้นสุดโครงการ
   - การจัดตั้งกองทุนถุงยางอนามัยในชุมชน
   - รูปแบบการบริการที่เป็นมิตรโดยใช้แกนนำเป็นผู้ประสานงานบริการในคลินิก

2.4 กิจกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อการดำเนินงานที่มีความยั่งยืน

- **โครงการ 51-067 ป้องกันเอดส์ในกลุ่มชายรักชายตะเข็บชายแดน**
  1) การจัดอบรมแกนนำ และการมีหัวหน้ากลุ่มที่ได้รับการชี้แนะอย่างต่อเนื่องทำให้มีความรู้ ความตระหนัก สามารถประเมินความเสี่ยง มีทักษะการปฏิเสธต่อรอง มีทักษะในการทำงานกับคนในชุมชน ทักษะการถ่ายทอดและขยายผลได้ดี และมีความมั่นใจในการทำงาน และการมีหลักสูตรคู่มือที่พัฒนาใช้ได้ในทุกพื้นที่
  2) การอบรมอาสาสมัครลงพื้นที่และเจ้าหน้าที่ภาคสนาม โดยเป็นคนในชุมชน ทำให้ทำงานได้อย่างต่อเนื่อง สร้างจิตสำนึกของการปฏิบัติงานเพื่อชุมชนเป็นรูปแบบการทำงานโดยมีจิตอาสา
  3) การจัดตั้งศูนย์เพื่อนเป็นแหล่งพบปะ สอนและให้บริการอย่างสม่ำเสมอ
  4) มีการระดมทุน และจัดตั้งกองทุนถุงอนามัยและสารหล่อลื่น และเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ ในการขับเคลื่อนงานเอดส์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
  5) มีการเข้าถึงบริการ การตรวจรักษา มีการพัฒนาระบบส่งต่อจากแกนนำร่วมโรงพยาบาล เพื่อการตรวจ VCT และตรวจ STI โดยมีการรักษาในศูนย์บริการของอำเภอ

- **โครงการ 51-071 รณรงค์การป้องกันเอดส์เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ และการส่งเสริมการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายบริการทางเพศ สาวประเภทสอง และสาวประเภทสองบริการ ทางเพศ**
  1) การอบรมแกนนำ โดยใช้หลักการสร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ทำงานโดยให้ความรู้ และมีทีมที่ปรึกษาแนะนำ ช่วยให้สามารถดำเนินงานได้ต่อเนื่อง นอกจากนี้ทำงานด้วยจิตอาสาเกิดความภูมิใจ จะทำให้ดำเนินงานด้วยแรงจูงใจ
  2) มีการจัดองค์กรที่เป็นรูปธรรม มีการพัฒนาระบบเครือข่ายการทำงาน การประสานงานโดยเป็นการดำเนินงานระหว่างองค์กร ที่ชัดเจน มีการเชื่อมประสานเรื่องของศูนย์เพื่อน และบริการแบบคลินิกกับศูนย์เพื่อนและศูนย์บริการสุขภาพในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร กับ โรงพยาบาลบางรัก คลินิกชุมชนสีลม กรุงเทพคริสเตียน ศูนย์สาธารณสุขที่ 2, 3, 8, 9 และคลินิกนิรนาม สภากาชาดไทยที่ไม่หวังผลตอบแทนจะช่วยทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ

3) การมีระบบการติดตามประเมินผลที่ดีจะช่วยให้การดำเนินงานคล่องตัว มีความชัดเจนไม่สับสน การแบ่งพื้นที่งาน การกำหนดเป้าหมายงานทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติ นอกจากนี้การสร้างความยอมรับของชุมชนจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้ โดยผู้ทำงานเป็นคนในพื้นที่
4) การมีเครือข่ายมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน
5) การพัฒนาหลักสูตรคู่มือที่ใช้เสริมสร้างความรู้แก่แกนนำและอาสาสมัครโดยประยุกต์ใช้ได้ในทุกพื้นที่
6) การจัดตั้งกองทุนถุงอนามัยและสารหล่อลื่น เพื่อการขับเคลื่อนการป้องกันงานเอดส์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
7) การจัดบริการ เพื่อให้มีการเข้าถึงบริการ การตรวจรักษา มีการพัฒนาระบบส่งต่อจากแกนนำร่วมโรงพยาบาล เพื่อการตรวจ VCT และตรวจ STI โดยมีการรักษาในศูนย์บริการของอำเภอ

2.5 กิจกรรมและระบบที่สร้างโอกาสขยายผลให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น

- **โครงการ 51-067 ป้องกันเอดส์ในกลุ่มชายรักชายตะเข็บชายแดน**

กิจกรรมและระบบที่สร้างโอกาสขยายผลการบริการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น คือ

1) การสร้างเครือข่าย โดยการเพิ่มจำนวนเครือข่ายอาสาสมัครชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และเครือข่ายเจ้าหน้าที่ภาคสนามเพื่อเผยแพร่ความรู้และทักษะอันนำไปสู่พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และตระหนักในเรื่องสุขภาพและการดูแลตนเอง
2) การจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการป้องกันเอดส์กับกลุ่มเป้าหมายชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นการอบรมแบบมีส่วนร่วม จำนวน 3 ครั้งๆละ 50 คน ครั้งละ1 วัน เพื่อเปิดตัวเปิดใจ สร้างความเข้าใจ และหาผู้สนใจเข้าร่วมคัดเลือกเป็นอาสาสมัครลงพื้นที่ และแกนนำชุมชน
3) กิจกรรมอบรมเพื่อสร้างทีมวิทยากรเพื่อถ่ายทอดความรู้แก่ผู้ปฏิบัติงาน
4) การจัดตั้งศูนย์เพื่อนในชุมชน

- **โครงการ 51-071 รณรงค์การป้องกันเอดส์เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ และการส่งเสริมการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายบริการทางเพศ สาวประเภทสอง และสาวประเภทสองบริการ ทางเพศ**

กิจกรรมและระบบที่สร้างโอกาสขยายผลการบริการให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น คือ

1) การสร้างแกนนำเพื่อเป็นผู้ค้นหา ถ่ายทอดความรู้และบริการในพื้นที่
2) การกำหนดพื้นที่ดำเนินงานและกำหนดกลุ่มเป้าหมายในแต่ละโซนของผู้ดำเนินงาน การกำหนดแยกกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มป่วยที่ให้บริการ และการจัดทำรายงาน รวมทั้งการมีระบบการติดตามประเมินผลที่ชัดเจนของแต่ละบุคคลที่ต้องจัดทำรายงานชี้แจง ทำให้สามารถปฏิบัติงานได้ชัดเจน ต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ
3) การสร้างระบบเครือข่ายการรับบริการ และการเชื่อมต่อระบบบริการระหว่างองค์กรเอกชนและโรงพยาบาล รวมทั้งการสร้างแกนนำที่ให้บริการในคลีนิกเพื่อเป็นตัวเชื่อมประสานงานเมื่อกลุ่มเป้าหมายไปรับบริการ ทำให้ลดความอึดอัดความแปลกแยกแก่กลุ่มเป้าหมายได้

ขั้นตอนดำเนินการสรุปคือ

1. กิจกรรมอบรมเจ้าหน้าที่ภาคสนาม การต่อยอดเพิ่มพูนความรู้ให้กับเจ้าหน้าที่ปฏิบัติงานภาคสนามทำให้เกิดประสิทธิภาพในการทำงาน และความยั่งยืนของคนทำงาน
2. การอบรมทำให้เจ้าหน้าที่ได้มีการพัฒนาองค์ความรู้ในตนเอง และเครือข่ายมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน
3. ศูนย์เพื่อนสามารถตอบสนองความต้องการของกลุ่ม สามารถนำมาปรับใช้กับองค์กรในพื้นที่ได้โดยใช้กิจกรรมในศูนย์เพื่อนเชื่อมโยงความสนุกสนาน และวิถีชีวิต สอดแทรกความรู้เรื่องเอดส์ทำให้เกิดบริการที่เป็นมิตร และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมาใช้บริการได้อย่างสบายใจ
4. สร้างสื่อที่เป็นความรู้ที่เหมาะสมในโครงการใช้ได้ทั่วประเทศ
5. มีการจัดตั้งกองทุนถุงยางอนามัย

2.6 ความยั่งยืน

- โครงการ 51-067 ป้องกันเอดส์ในกลุ่มชายรักชายตะเข็บชายแดน
  1) การมีแกนนำซึ่งเป็นคนในชุมชนเข้าไปมีส่วนร่วมในโครงสร้างต่าง ๆ ของชุมชน เช่น เป็น อสม., รองประธานชุมชน, กรรมการวัด, คณะกรรมการภาคีเครือข่ายขับเคลื่อนงานเอดส์อำเภอ และบูรณาการงานเอดส์เข้าไปในวิถีชีวิตของคนในชุมชนทำให้สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง
  2) มีการระดมทุน และจัดตั้งกองทุนถุงอนามัยและสารหล่อลื่น และเครือข่ายทั้งในและนอกพื้นที่ ในการขับเคลื่อนงานเอดส์ในชุมชนอย่างต่อเนื่อง
  3) แกนนำได้รับการยอมรับจากคนในพื้นที่มากขึ้น ทำให้แกนนำมีความภูมิใจในตัวเอง นอกจากนี้การจัดอบรมและการมีหัวหน้ากลุ่มและได้รับการชี้แนะจากการประสานงานระหว่างองค์กรสุขภาพทำให้มีความรู้ความตระหนัก สามารถประเมินความเสี่ยง มีทักษะการปฏิเสธต่อรอง มีทักษะในการทำงานกับคนในชุมชน ทักษะการถ่ายทอดและขยายผลได้ดี มีความมั่นใจในการทำงาน
  4) กลุ่มเป้าหมาย มีความรู้ เข้าถึงข้อมูล ถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น และตระหนักที่จะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ โดยมีระบบการจัดการที่ดี
  5) มีการเข้าถึงบริการ การตรวจรักษา มีการพัฒนาระบบส่งต่อจากแกนนำร่วมโรงพยาบาล เพื่อการตรวจ VCT และตรวจ STI โดยมีการรักษาในศูนย์บริการของอำเภอ

- **โครงการ 51-071 รณรงค์การป้องกันเอดส์เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ และการส่งเสริมการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายบริการทางเพศ สาวประเภทสอง และสาวประเภทสองบริการ ทางเพศ**
  1) สร้างเสริมพลังอำนาจให้แก่ผู้ทำงานโดยให้ความรู้ และมีทีมที่ปรึกษาแนะนำ ช่วยให้สามารถดำเนินงานได้ต่อเนื่อง นอกจากนี้ทำงานด้วยจิตอาสาเกิดความภูมิใจ จะทำให้ดำเนินงานด้วยแรงจูงใจ มีการจัดองค์กรที่เป็นรูปธรรม มีการพัฒนาระบบเครือข่ายการทำงาน การประสานงานโดยเป็นการดำเนินงานระหว่างองค์กร ที่ชัดเจน มีการเชื่อมประสานเรื่องของศูนย์เพื่อน และบริการแบบคลินิกกับศูนย์เพื่อน และศูนย์บริการสุขภาพในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร กับ โรงพยาบาลบางรัก คลินิกชุมชนสีลม กรุงเทพคริสเตียน ศูนย์สาธารณสุขที่ 2, 3, 8, 9 และคลินิกนิรนาม สภากาชาดไทยที่ไม่หวังผลตอบแทน จะช่วยทำให้การทำงานมีประสิทธิภาพ
  2) การมีระบบการติดตามประเมินผลที่ดีจะช่วยให้การดำเนินงานคล่องตัว มีความชัดเจนไม่สับสน การแบ่งพื้นที่งาน การกำหนดเป้าหมายงานทำให้ง่ายต่อการปฏิบัติ นอกจากนี้การสร้างความยอมรับของชุมชนจะทำให้ผู้ปฏิบัติงานสามารถทำงานได้ โดยผู้ทำงานเป็นคนในพื้นที่
  3) แกนนำได้รับโอกาสในการพัฒนาตนเอง ให้เป็น Outreach worker ที่มีคุณภาพ
  4) การอบรมทำให้องค์กรมีการพัฒนาองค์ความรู้ของตัวเอง และเครือข่ายมีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การอบรมเจ้าหน้าที่แกนนำปฏิบัติงานภาคสนาม ทำให้คนทำงานยังมีอยู่ เป็นต้นทุนเดิมที่มาทำงานต่อเนื่อง

สรุป

นวัตกรรมที่ได้รับ

1) ระบบการจัดการเครือข่ายและเครือข่ายทำงานในส่วนกลางและภูมิภาค
2) รูปแบบกลไกการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยทีมแกนนำ อาสาสมัครทำงานโดยใช้การทำงานเชิงรุกแบบระบบ เน้นการทำงานเป็นทีม การสอนแนะ การเสริมสร้างพลังอำนาจแก่ผู้ทำงาน และการใช้ผู้นำในการเป็นตัวกระตุ้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และใช้กลยุทธ์ทางการตลาดสู่กลุ่มเป้าหมาย คือ
   - **สินค้า (Product)** ได้แก่ มีถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น แกนนำในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย

- สถานที่ (Place) ระบุสถานที่ชัดเจนคือ สถานบันเทิง สถานศึกษา แหล่งที่พักอาศัย ซาวน่า ร้านเสริมสวย ซึ่งเป็นจุดรวมของกลุ่มเป้าหมาย มีจัดศูนย์เพื่อนเป็นที่พบปะชุมนุนของกลุ่ม ในสถานบริการ มีคลินิก ระบบส่งต่อไปรับบริการ

3) การประชาสัมพันธ์ส่งเสริมการบริการ (Promotion) คือ การจัดแจกถุงยางอนามัยรายคนในวาระเทศกาล ร่วมกับการทำงานองค์กรในชุมชนเพื่อเปิดตัวและเกิดกิจกรรม

4) การให้บริการฟรี (Price) โดยแจกถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น อุปกรณ์ต่างๆที่ผลิตในโครงการฟรี

ความเข้มแข็งเครือข่าย เกิดจาก

1) มีองค์กรหลักและเครือข่ายที่เป็นรูปธรรมทั้งโครงสร้างและการจัดการอย่างเป็นระบบ เชื่อมโยงกัน

2) มีนโยบายสู่การปฏิบัติผ่านระบบเครือข่าย

3) ชุมชนเข้มแข็งเพราะดำเนินงานโดยคนในชุมชน ฝังรากในพื้นที่ และทำงานด้วยจิตอาสา

4) มีสำนึก ภาคภูมิใจ และเห็นคุณค่าในการทำงานของตนเอง ทำให้ทำงานได้อย่างยั่งยืน

ความยั่งยืน เกิดจาก

1) จิตอาสาของคนทำงาน

2) กิจกรรมที่ดำเนินการต่อเนื่อง

3) ระบบเครือข่ายทำงานที่ครอบคลุมในส่วนกลางและภูมิภาค

4) ระบบการจัดตั้งกองทุนโดยการมีส่วนร่วมของชุมชน

5) ระบบบริการที่ใช้ตามวิถีชุมชน จัดตามวาระเทศกาล และจัดระบบส่งต่อโดยมีอาสาสมัครให้บริการ มีแกนนำเยี่ยมอย่างต่อเนื่อง ทำให้กลุ่มเป้าหมายเข้าถึงบริการด้วยความสะดวกและเกิดความครอบคลุม

2.7 การบริหารจัดการโครงการ

2.7.1 การเงิน การบัญชี

พบว่า มีการจัดทำรายงานการเงิน การบัญชีและมีการสรุปผลการดำเนินงานงบประมาณ ซึ่งจัดทำเป็นหมวดหมู่เรียบร้อย และมีแบบฟอร์มการเบิกจ่ายเงิน การรายงานผลการดำเนินงานเมื่อมีการติดตามประเมินผลงาน

2.7.2 คุณภาพของกระบวนการจัดกิจกรรม

พบว่า ในการดำเนินงานส่วนใหญ่ผู้ร่วมดำเนินงานรับรู้ว่าการจัดกิจกรรมเป็นที่น่าพอใจในด้านการจัดกิจกรรม การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การจัดกิจกรรมตามวาระ การทำงานในศูนย์เพื่อน ส่วนการอบรมเห็นว่ามีประโยชน์และได้รับความรู้ สำหรับการทำงานของอาสาสมัครในพื้นที่เห็นว่าสามารถดำเนินงานได้ตามเป้าหมาย แต่บางครั้งก็เกิดความไม่แน่ใจในเรื่องความรู้ของตนเอง จำเป็นต้องมีที่ปรึกษา ซึ่งแกนนำที่เป็นหัวหน้าจะคอยให้คำปรึกษาชี้แนะและมีการพบปะพูดคุยกัน รวมทั้งมีสื่อช่วยทำให้การดำเนินงานมีความมั่นใจขึ้น

การจัดกิจกรรมในชุมชน พบว่าชุมชนพอใจ ให้การยอมรับมากขึ้น โดยเฉพาะการจัดกิจกรรมตามวาระในงานเทศกาลของชุมชน ทำให้ชุมชนเห็นคุณค่าของกลุ่มแกนนำ และได้รับการยอมรับ โดยในบางพื้นที่ได้รับเชิญให้เข้าร่วมดำเนินงานจากองค์กรส่วนท้องถิ่นอย่างเป็นรูปธรรม

2.7.3 ระบบติดตามและหนุนเสริมให้กับงานในพื้นที่

ใช้รูปแบบการนิเทศและการติดตามประเมินผลจากองค์กรภายในที่ร่วมดำเนินงาน ในโครงการ ได้แก่ หน่วยงานของสภากาชาดไทย และหน่วยงานภายนอก คือ การประเมินผลโดยคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล การหนุนเสริมการทำงาน ดำเนินการโดยการพัฒนาหลักสูตรกลางเพื่อใช้ในการดำเนินงาน (ซึ่งในระหว่างการดำเนินงานยังพัฒนาไม่เรียบร้อย) หลักสูตรนี้จะเป็นแนวทางการสอนให้แก่วิทยากรในการจัดอบรมและการถ่ายทอดความรู้ การผลิตสื่อและการสนับสนุนสารหล่อลื่น การจัดตั้งกองทุนถุงยางอนามัยและการแจกถุงยางอนามัย การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดำเนินงาน การประชุมเพื่อถอดบทเรียน และการติดตามประเมินผลโดยใช้การจัดประชุมพบปะประจำเดือนและพบปะพูดคุยกันในทีมงานของแกนนำและอาสาสมัคร

2.7.4 ความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการ

การดำเนินงานขององค์กร พบว่า แต่ละองค์กรมีการเรียนรู้การทำงานที่พัฒนา โดยผู้ดำเนินงานในองค์กรอธิบายว่า การบริหารจัดการที่ดำเนินงานได้ใช้การเรียนรู้จากการปฏิบัติจริง เมื่อมีข้อผิดพลาดเกิดปัญหาก็แก้ไข คิดหาวิธีการทำงานให้ดีขึ้น นับตั้งแต่การแบ่งงานระหว่างองค์กร การประสานงานระหว่างองค์กร การทำงานในชุมชน ทำให้สามารถทำงานได้บรรลุตามเป้าหมาย และมีความมั่นใจในความรู้ความสามารถในการทำงานเกือบร้อยละ 70 จากการประเมินในแบบสอบถาม

2.7.5 ความรู้ความสามารถของผู้ดำเนินงานโครงการในด้านวิชาการ ด้านเทคนิคป้องกัน

ความรู้ความสามารถของแกนนำในด้านวิชาการ พบว่า มีความรู้ในเรื่องป้องกันเอดส์ โดยตอบคำถาม UNGUSS ถูกครบ 5 ข้อ ประมาณร้อยละ 44 และมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยป้องกันโรคทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์เกือบร้อยละ 60 โดยความรู้ของแกนนำในการทำงานใช้การพบปะแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างกัน การแสวงหาความรู้เพิ่มเติมจากสื่อและการรับคำแนะนำจากบุคลากรสาธารณสุขที่ร่วมงานกัน ซึ่งจะนำไปถ่ายทอด ชี้แนะแก่อาสาสมัครในชุมชนต่อไป

2.7.6 ความพึงพอใจของผู้ร่วมโครงการ

จากการสนทนากลุ่ม พบว่า ผู้ร่วมโครงการมีความรู้สึกพึงพอใจในการร่วมกิจกรรมการทำงาน เพราะรู้สึกภูมิใจที่ได้ทำงานที่เป็นประโยชน์ สอดคล้องกับการสอบถามที่พบว่าแกนนำและเจ้าหน้าที่ภาคสนามรู้สึกภูมิใจที่ได้ทำงานในชุมชนมากกว่าร้อยละ 80

2.7.7 ความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความพึงพอใจในการดำเนินงานร้อยละ 83.77 สอดคล้องกับการสนทนากลุ่ม ที่พบว่า กลุ่มเป้าหมายมีความพอใจในการบริการที่ได้รับเป็นอย่างดี

ข้อเสนอแนะรูปแบบและกลไกรณรงค์

1. รูปแบบการดำเนินงาน

1) ใช้กลยุทธ์การขยายกลุ่มแกนนำ โดยอบรมเสริมความรู้ทักษะในการทำงานโดยใช้คนในชุมชนทำงานด้วยจิตอาสา ทำงานแบบทีม กลุทธ์การทำงานเป็นแบบเชิงรุกและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายคือกำหนดทีมงานแบ่งโซนพื้นที่ มีคนทำงานแบ่งตามระดับคือ หัวหน้าโซน หัวหน้ากลุ่มและลูกทีม รับเป้าหมายและนโยบายจากแม่ทีมสู่การปฏิบัติเป็นรายบุคคล กำหนดระบบการทำงานที่ชัดเจนแน่นอน มีการกระตุ้นเสริมความรู้เป็นระยะๆ และใช้แนวทางการตลาด คือ เข้าถึง (ตรงจุดหมาย ตรงสถานที่) เข้าใจ(สอนแนะด้วยคนกันเอง) ให้ฟรีและส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยฟรี (โดยจัดตามวาระเทศกาล)

2) สร้างการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน องค์กรท้องถิ่นและภาคเอกชนโดยใช้ระบบเครือข่าย

3) เสริมสร้างพลังอำนาจให้แก่ผู้ทำงาน

4) จัดตั้งศูนย์เพื่อนเป็นสถานที่ให้บริการ

5) พัฒนาระบบสนับสนุนการดำเนินงานและขยายความครอบคลุม โดยจัดตั้งกองทุนถุงยางอนามัย

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) หน่วยงานภาครัฐ ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงมนุษย์ กระทรวงมหาดไทย และสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ทั้งในระดับส่วนกลางและภูมิภาคควรร่วมกันกำหนดยุทธศาสตร์และให้การสนับสนุนการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

2) หน่วยงานภาครัฐต่างๆดังกล่าวในพื้นที่โดยเฉพาะองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรให้การสนับสนุนและร่วมกับหน่วยงานเอกชน (Private) และประชาสังคม (Non-government organization) ในพื้นที่ ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกันแบบเครือข่าย (Networking) สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เช่น การให้บริการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การให้คำปรึกษาและการตรวจเอชไอวี (Voluntary Counseling and Testing) เป็นต้น

3) หน่วยงานวิชาการของรัฐในพื้นที่ เช่น มหาวิทยาลัย วิทยาลัย ควรให้การสนับสนุนด้านวิชาการ และสร้างเสริมศักยภาพ (Capacity Building) ให้กับผู้ให้บริการทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ในการดำเนินกิจกรรมป้องกันการ

ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีคุณภาพ เช่น การเพิ่มพูนความรู้ความสามารถและวิธีการในการปรับเปลี่ยนหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การแสวงหาการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทักษะในการประเมินและลดความเสี่ยง และเพิ่มทัศนคติในการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น

4) ผลักดันให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง(พมจ. ยุติธรรม) ให้ความช่วยเหลือเด็กที่ได้รับความไม่เป็นธรรมทางเพศจากครอบครัว และสังคม

3. ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ

1) สร้างทัศนคติของผู้ให้บริการด้านสุขภาพต่อกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อการให้บริการด้านการตรวจรักษาด้วยความเสมอภาค โดยไม่เลือกปฏิบัติ
2) ต้องมีหลักสูตรอนามัยเจริญพันธุ์ที่มีความหลากหลายทางเพศ
3) ส่งเสริมเรื่องทักษะชีวิตเพื่อให้รู้จักเลือกวิธีการตอบสนองความต้องการทางเพศที่ปลอดภัย

กลุ่มศาสนาพุทธ

เอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีความสำคัญที่สุดปัญหาหนึ่งของประเทศไทย เพราะยังคงมีความชุกอยู่ในระดับสูง แม้ว่าอัตราอุบัติการที่พบผู้ป่วยรายใหม่จะลดลง จากรายงานการเฝ้าระวังโรคของสำนักวัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุขเมื่อเดือนกรกฎาคมปีพ.ศ. 2552 พบว่ามีผู้ป่วยเอดส์ทั้งประเทศ 352,424 ราย และมีผู้เสียเสียชีวิต 94,931 ราย โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่มีอายุอยู่ระหว่าง 20-44 ปีซึ่งเป็นวัยทำงาน(1) ทุกภาคส่วนในสังคมได้พยายามเข้ามามีส่วนร่วมที่จะดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากโรคเอดส์ภายใต้กลวิธีการดำเนินงานที่หลากหลาย และครอบคลุมยังกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ให้ทั่วถึงโดยเฉพาะ กลุ่มศาสนาที่มีการดำเนินการในกลุ่มแกนนำพระนิสิตที่กำลังศึกษาในมหาจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยเพื่อให้เกิดทัศนคติในทางที่ดีต่อผู้ติดเชื้อและสามารถทำงานในด้านการป้องกันและให้กำลังใจผู้ติดเชื้อโดยการทำงานเพื่อร่วมกับภาคีเครือข่ายที่ทำงานเกี่ยวข้อง

สำหรับการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มศาสนานั้น มีโครงการที่ดำเนินงานในกลุ่มศาสนาพุทธและมุสลิม ในการดำเนินงานดังกล่าวมีองค์กรผู้นำศาสนาของทั้งสองศาสนาเป็นแกนนำในการขับเคลื่อนไปยังกลุ่มเป้าหมาย โดยการดำเนินงานในกลุ่มศาสนาพุทธนั้นให้ความสำคัญกับการเสริมสร้างความรู้และทัศนคติที่ถูกต้อง เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและเอดส์ให้กับกลุ่มพระนิสิตที่ศึกษาในมหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย เพื่อที่จะได้นำประสบการณ์การเรียนรู้ไปขยายผลสู่เพื่อนพระสงฆ์ด้วยกันและสู่ชุมชน เพื่อร่วมในกิจกรรมการรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อเอดส์ และสร้างทัศนคติที่ถูกต้องต่อผู้ติดเชื้อ ลดการรังเกียจและตีตราทางสังคมต่อไป ซึ่งทั้งสองโครงการมีระยะเวลาดำเนินการเริ่มตั้งแต่ 1 พฤษภาคม 2551 เป็นต้นมาซึ่ง ณ.ปัจจุบันระยะเวลาในการดำเนินงานของทั้งสองโครงการใกล้จะสิ้นสุดลงแล้ว ดังนั้นจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการประเมินผล

การดำเนินงานของโครงการดังกล่าว ทั้งนี้ก็เพราะการประเมินผลโครงการ (Program Evaluation) เป็นกระบวนการหนึ่งที่สำคัญในขั้นตอนของการดำเนินงานด้านสุขภาพ เพื่อทำให้ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในโครงการได้ทราบถึงผลลัพธ์และความสำเร็จที่เกิดขึ้น รวมทั้งปัญหาและอุปสรรคที่มีต่อการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้นจนสิ้นสุดการดำเนินงาน (2) ทั้งนี้เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ กลวิธี และรูปแบบของการดำเนินงานในขั้นต่อๆ ไปได้อย่างมีประสิทธิภาพ และสามารถสนองตอบปัญหาและความต้องการของกลุ่มเป้าหมายได้อย่างถูกต้อง และทันต่อเหตุการณ์

วัตถุประสงค์การประเมิน

เพื่อประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มศาสนา โดยอาศัยกระบวนการประเมินผลตามแนวคิด CIPP Model ของ Stufffle Beams ประกอบด้วยการประเมินบริบทของโครงการ (Context) ปัจจัยนำเข้า (Input) กระบวนการดำเนินงาน (Process) และผลลัพธ์ที่ได้ (Outcome) ที่สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ ตัวชี้วัด และกลุ่มเป้าหมายที่ได้กำหนดไว้ในแผนการดำเนินงานของแต่ละโครงการ

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัย ในการประเมินผลครั้งนี้จะดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยวิธีการสำรวจภาคตัดขวาง (Cross-sectional survey) เพื่อประเมินผลการดำเนินงานในโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในกลุ่มศาสนาพุทธ (มจร.)

ประชากรที่ศึกษา การศึกษาครั้งนี้ครอบคลุมถึง กลุ่มผู้บริหารที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการวางนโยบายและการกำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานขององค์กรที่รับผิดชอบโครงการได้แก่ กลุ่มผู้บริหารของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย กลุ่มบุคลากรผู้นำโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ไปปฏิบัติตามกลุ่มเป้าหมายต่างๆ กลุ่มบุคลากรที่เป็นตัวแทนหน่วยงานภาครัฐ องค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศที่เป็นภาคีเครือข่ายและมีส่วนร่วมในการดำเนินงาน

กลุ่มตัวอย่างและวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการเก็บรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ เป็นกลุ่มตัวแทนที่มาจากทุกภาคส่วนตามที่ได้ระบุไว้เบื้องต้น โดยคัดเลือกมาตามเกณฑ์คุณสมบัติว่าเป็นบุคคลที่มีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินงานของโครงการในลักษณะของการเป็นวิทยากรกระบวนการ รวมทั้งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับบริการจากโครงการ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งวิธีการสุ่มและขนาดของกลุ่มตัวอย่างจะขึ้นกับรูปแบบของการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) แบบสัมภาษณ์ที่จัดทำขึ้นเพื่อประเมินผลการดำเนินงานตามโครงการที่ดำเนินงานในแต่ละกลุ่มศาสนาที่สอดคล้องตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละวัตถุประสงค์
2) แนวคำถามการทำสนทนากลุ่มที่ครอบคลุมในประเด็นต่างๆ ที่ต้องการประเมินตามตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ในแต่ละวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานในโครงการ
3) แนวคำถามการสัมภาษณ์ลึกผู้บริหารและผู้ที่เกี่ยวข้องกับการวางนโยบายหรือเป็นที่ปรึกษาเชิงวิชาการของทีมงาน
4) แบบบันทึกข้อมูล (Checklist record) เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากแหล่งข้อมูลทุติยภูมิในประเด็นอื่นๆ ที่นอกเหนือไปจากการเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การทำสนทนากลุ่ม และการสัมภาษณ์ลึกตามตัวชี้วัดที่ได้กำหนดไว้ในแต่ละโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. ข้อมูลเชิงปริมาณจากการสำรวจโดยใช้แบบสอบถาม ใช้การวิเคราะห์โดยโปรแกรมสถิติสำเร็จรูป โดยใช้สถิติเชิงพรรณนาด้วยร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุดของข้อมูล

2. ข้อมูลเชิงคุณภาพจากการสนทนากลุ่มและการสัมภาษณ์ลึก ใช้การวิเคราะห์ในเชิงเนื้อหา (Content analysis) และบริบทของเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในชุมชน โดยอาศัยทรรศนะและมุมมองจากผู้ให้ข้อมูลเป็นหลัก และนำมาสรุปเชิงบรรยายถึงความเชื่อมโยงในประเด็นต่างๆ ตามตัวชี้วัดในแต่ละเรื่อง

3. ข้อมูลจากแหล่งทุติยูมิ จากแหล่งรายงานต่างๆ ที่มีอยู่ ใช้การสรุปว่ามีหรือไม่มีตามเกณฑ์ตัวชี้วัดที่ระบุ

ผลการศึกษา

การประเมินผลการดำเนินงานของกลุ่มศาสนา : มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ตามตัวชี้วัดของโครงการ โดยในขั้นการเตรียมการ ได้ดำเนินการจัดประชุมเจ้าหน้าที่ ผู้ที่เกี่ยวข้องให้เข้าใจแนวทางการดำเนินงานของโครงการทิศทางเดียวกัน นอกจากนี้เจ้าหน้าที่โครงการ ยังมีการแบ่งบทบาทการทำงานแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน เพื่อความพร้อมในการทำกิจกรรมโครงการไปตามแผนงานโครงการ เมื่อวันที่ 19 พฤษภาคม 2551 โดยกลุ่มผู้เข้าร่วมเป็นเจ้าหน้าที่ ผู้เกี่ยวข้องกับโครงการ จำนวน 5 รูป/คน จากนั้นในการพัฒนาหลักสูตรและวางแผนการดำเนินงาน จัดกิจกรรมเพื่อให้คณาจารย์เจ้าหน้าที่ พระนิสิตที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโครงการเพื่อพัฒนาหลักสูตรการอบรมพระนิสิตเพื่อเป็นพระแกนนำ โดยมีการซักซ้อมความเข้าใจแผนการทำงานของโครงการให้ตรงกัน นอกจากนี้ยังมีการวางแผนกำหนดระยะเวลาการฝึกอบรมของแต่ละภูมิภาคอีก เมื่อวันที่ 21 มิถุนายน 2551 ดำเนินการตามแผนที่กำหนดไว้มีจำนวนผู้เข้าร่วมประชุม

ทั้งหมด 25 รูป/คน ณ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วัดสวนดอก ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ในการดำเนินการตามแผนได้จัดอบรมวิทยากรแกนนำพระนิสิตตามภาคต่างๆ โดยในพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มีการจัดกิจกรรมการอบรมเพื่อให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเรื่องเอดส์เบื้องต้น มีทักษะการเป็นวิทยากร การให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ นอกจากนี้ยังเกิดการเชื่อมเครือข่ายพระนิสิตระดับภาค และมีการคัดเลือกประธานเครือข่ายภาคตะวันออกเฉียงเหนือได้แก่ พระปลัดเมธวินท์ นิรตฺตรโย จากวิทยาลัยสงฆ์จังหวัดเลย พร้อมคณะกรรมการภาค เพื่อทำงานเชื่อมโยงเครือข่ายของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เมื่อวันที่ 2 – 4 สิงหาคม 2551 ณ มหาวิทยาลัยมหาจุฬาลงกรณราชวิทยาลัย วิทยาเขตขอนแก่น อ.เมือง จ.ขอนแก่น มีผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 45 รูป ในส่วนภาคของภาคเหนือมีการจัดอบรมวิทยากรแกนนำพระนิสิตโดยการให้ความรู้เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนความรู้การทำงานกับผู้ติดเชื้อ เข้าใจประสบการณ์กระบวนการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังมีทักษะการเป็นวิทยากรให้คำปรึกษา เกิดเครือข่ายพระนิสิตทำงานเกี่ยวกับเอดส์ โดยมีการคัดเลือกประธานเครือข่ายพระนิสตภาคเหนือ ได้แก่ พระครูอุถัมภ์ปทุมรัตน์ พระนิสิต มจร.วิทยาเขตลำพูน และเกิดแผนการทำงานเพื่อสร้างความรู้และทัศนคติแก่พระนิสิต แต่ละวิทยาเขตเมื่อวันที่ 6 – 8 สิงหาคม 2551 ณ วัดพระธาตุดอยสุเทพ ต.สุเทพ อ.เมือง จ.เชียงใหม่ ซึ่งมีผู้เข้ารับการอบรมจำนวน 50 รูป/คน ในวิทยเขตภาคกลางและภาคใต้ จัดกิจกรรมอบรมเข้าใจเกี่ยวโรคเอดส์ขั้นพื้นฐาน ลดการตีตรากับผู้ป่วยเอดส์ เกิดแรงจูงใจในการทำงานกับผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน มีการคัดเลือกแกนนำเครือข่ายพระนิสิต ในการทำงานเรื่องเอดส์ระดับภาคกลาง ภาคใต้ โดยมีการคัดเลือกประธานเครือข่ายภาคกลางและภาคใต้ ได้แก่ พระมหาสำราญ จากวิทยาเขตฉะเชิงเทรา เมื่อวันที่ 13 – 15 สิงหาคม 2551 ณ วัดศรีสุดาราม เขตบางกอกน้อย กรุงเทพมหานคร มีจำนวนผู้เข้ารับการอบรมทั้งสิ้น 37 รูป/คน จากการดำเนินงานขั้นต่อมา คือโครงการได้จัดทำสื่อเพื่อเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ผลที่เกิดขึ้นจากการทำกิจกรรม เพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอดส์แก่ประชาชนทั่วไป สื่อที่โครงการจัดทำสามารถแบ่งได้ เป็น 3 ประเภทดังนี้

1) www.mcuphahappy.com เป็นเวบไซด์ที่แผยแพร่ผลงาน และความก้าวหน้าของโครงการต่อประชาชนทั่วไป นอกจากนี้ยังเป็นพื้นที่ให้เครือข่ายพระนิสิตได้มีปฏิสัมพันธ์ แลกเปลี่ยนความคิดเห็น ตลอดถึงสื่อสารระหว่างเครือข่าย
2) สื่อจัดนิทรรศการแบบถาวร เพื่อสื่อสารในกลุ่มเฉพาะ นิทรรศการสามารถเคลื่อนย้ายได้สะดวก ในการนำไปจัดนิทรรศการตามงาน และโอกาสต่าง ๆ โดยเน้นผลงานที่เกิดขึ้น และสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอดส์
3) สื่อวิดีทัศน์ เป็นสื่อที่โครงการลงพื้นที่รวบรวมผลงานที่เกิดขึ้นในลักษณะภาพเคลื่อนไหว เนื้อหาจะเน้นการบันทึกกิจกรรมในพื้นที่ และสัมภาษณ์เกี่ยวกับทัศนคติของผู้บริหารต่อโครงการ

บริบทการบริหารจัดการโครงการเอดส์

ข้อมูลเชิงบริบทของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย มีโครงสร้างเช่นเดียวกับมหาวิทยาลัยซึ่งมีฝ่ายกิจการพระนิสิตเป็นองค์กรแกนนำในการขับเคลื่อนกิจกรรมต่างที่เป็นกิจกรรมนอกหลักสูตร ดำเนินงานในเชิงบริหารองค์กรพระนิสิตมีอาจารย์พระผู้ที่ทำหน้าที่เช่นเดียวกับรองคณบดีฝ่ายกิจการนักศึกษาของมหาวิทยาลัยทั่วไปแต่ผู้ที่มีหน้าที่ในการบริหารฝ่ายกิจการพระนิสิตส่วนใหญ่จะเป็นพระ แต่มีบางแห่งที่มีฆราวาสทำหน้าที่บริหารและประสานงานระหว่างองค์กรพระนิสิตและหน่วยงานภายนอก โครงการการดำเนินงานป้องกันปัญหาเอดส์ ในมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย จึงอาศัยองค์กรพระนิสิตเป็นแกนกลางในการดำเนินการ แต่เนื่องจากมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยมีหลายวิทยาเขต กระจายตามจังหวัดต่างๆ แต่ละวิทยาเขตมีองค์กรพระนิสิตของตนเอง ซึ่งพบว่าแต่ละวิทยาเขตมีความแตกต่างกันในการคัดเลือกพระแกนนำในการเข้ารับการอบรมพระแกนนำในการป้องกันปัญหาเอดส์ มี 2 รูปแบบคือ

1. การเลือกพระนิสิตที่เป็นพระผู้ใหญ่เป็นพระแกนนำรุ่นที่ 1
2. การเลือกพระนิสิตที่เป็นพระนิสิตปกติเป็นพระแกนนำรุ่นที่ 1

ซึ่งลักษณะของการทำงานใน 2 รูปแบบมีผลต่อการทำงานการดำเนินงานป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มพุทธศาสนา โดยพระแกนนำที่เป็นพระผู้ใหญ่เป็นพระที่มีประสบการณ์ ในการทำงานร่วมกับชุมชน และเป็นที่ยอมรับของชุมชนกิจกรรมส่วนใหญ่จะเป็นกิจกรรมที่ทำร่วมกับชุมชน ส่วนนายกองค์กรพระนิสิตที่เป็นพระนิสิตปกติมีลักษณะการทำงานที่แตกต่างกันคือสามารถเข้าร่วมกิจกรรมกับกลุ่มวัยรุ่นได้ดี การสื่อสารที่ใช้ภาษาที่เข้าใจได้ง่ายเนื่องจากมีวัยใกล้เคียงกัน

ปัญหาที่พบในเรื่องการเลือกพระแกนนำ และพระแกนนำดำเนินกิจกรรม ในมหาจุฬาลงกรณ์ ราชวิทยาลัย คือช่องว่างความเข้าใจในบทบาท และการดำเนินงานระหว่างพระนิสิตที่เป็นพระผู้ใหญ่ และพระนิสิตทั่วไป เนื่องจากประสบการณ์ที่แตกต่างกันในด้านมุมมองทางสังคม และความห่างกันในด้านวัยวุฒิ ที่มีผลให้ความร่วมมือระหว่างภายในวิทยาเขตเดียวกันน้อยกว่าที่ควรจะเป็น

จำนวนแกนนำและวิทยากรที่สร้างโดยโครงการ

เนื่องจากวิธีการดำเนินงานของ มจร. เริ่มโครงการด้วยการสร้างพระแกนนำโดยระดมพระนิสิตจาก มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ทุกแห่งที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมอบรมพระแกนนำโดยจะมีตัวแทน 2 คน จากแต่ละวิทยาเขต แกนนำรุ่นแรกที่เข้ารับการอบรมจะเป็นพระนิสิตที่เป็นพระผู้ใหญ่หรือพระนิสิตปกติ ในการอบรมแกนนำพระนิสิตรุ่นที่ 2 จากรายงานของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย พบว่ามีพระนิสิตเข้าร่วมกิจกรรม ประมาณ 100 รูป จาก 25 วิทยาเขตของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย แกนนำพระนิสิตทั้งหมดได้รับมอบหมายให้ทำหน้าเป็นวิทยาและแกนนำในการดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ของมจร.แต่ละแห่ง ในการสร้างแกนนำและพระวิทยากรซึ่ง พระนิสิตสามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการอบรมไปใช้ได้หลากหลายเช่น การอบรมให้ความรู้กับประชาชนในเรื่องโรคเอดส์และการติดต่อของโรคโดยเชื่อมโยงกับหลักศาสนาในเรื่องศีล 5 การอบรมให้ความรู้กับกลุ่มวัยรุ่นในการป้องกันพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม หรือการจัดกิจกรรมต่างที่ชุมชนกับวัดดำเนินด้วยกัน การสร้างความร่วมมือกับองค์ภาครัฐและเอกชน เช่นเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่มีอยู่ในจังหวัด และการร่วมมือกับโรงพยาบาลในการเป็นวิทยากรอบรมให้ความรู้โดยเฉพาะมุมมองด้านศาสนากับการป้องกันโรค ซึ่งเป็นมุมมองความต้องการขององค์กรเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

การประยุกต์หลักธรรมกับการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ โดยพระแกนนำที่เป็นวิทยากรยึดหลักธรรมในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเช่นการเยี่ยมผู้ติดเชื้อที่บ้านหรือที่ป่วยอยู่ที่โรงพยาบาลซึ่งพระนิสิตให้ความเห็นว่าการเยี่ยมผู้ติดเชื้อ เป็นการสร้างกำลังใจให้ผู้ติดเชื้อ การนำหลักธรรมไปใช้เช่นการทำสมาธิ การทำจิตให้สงบ

ปัญหาอุปสรรคในการสร้างแกนนำรุ่นใหม่ของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ที่สำคัญคือองค์กรพระนิสิตของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ที่เป็นตัวกลางในการประสานการทำงานของพระนิสิตแกนนำ กับพระนิสิตอื่นๆในมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ขาดความต่อเนื่องในการทำงาน มีสาเหตุมาจาก

1. ลักษณะขององค์กรพระนิสิต ที่มีผู้ประสานงานเป็นพระ ทำให้บ่อยครั้งที่พระต้องรับกิจนิมนต์ทำให้ขาดความคล่องตัวในการทำงาน และทำให้เสียโอกาสในกรณีที่มีหน่วยงานภายนอกติดต่อกรณีฉุกเฉิน
2. พระนิสิตที่มีทั้งพระผู้ใหญ่ที่เป็นพระสังฆาธิการและพระนิสิตทั่วไปซึ่งการทำงานร่วมกันมีน้อย หากกลุ่มใดเป็นแกนนำมักจะมีส่วนร่วมเฉพาะกลุ่ม
3. พระนิสิตที่ทำงานเป็นตัวแทนขององค์กร จะมีภาระ 2 ด้านคือการเรียน และภาระในการปฏิบัติกิจของสงฆ์ตามพระวินัย ทำให้การทำงานในโครงการเอดส์มีข้อจำกัดในด้านเวลา
4. พระนิสิตที่เป็นแกนนำและเป็นพระวิทยากรด้านโรคเอดส์ ได้รับการคัดเลือกโดยพระที่เป็นอาจารย์ดูแลพระนิสิตทำให้ขาดความต่อเนื่องในการทำงานและถ่ายทอดงานไปสู่พระนิสิตรุ่นต่อไปเนื่องจากลักษณะขององค์กรพระนิสิตที่ไม่เอื้อ แตกต่างจากการทำงานของกิจการนักศึกษาของมหาวิทยาลัยทั่วไปที่มีการทำงานต่อเนื่อง
5. กิจการพระนิสิตขาดการประชาสัมพันธ์ในเรื่องการทำงานของพระกับโรคเอดส์ ทำให้ขาดการยอมรับจากพระนิสิตเนื่องจากมองว่าการทำงานด้านโรคเอดส์ไม่ใช่กิจของพระสงฆ์ ในบางพื้นที่พระนิสิตที่เป็นพระผู้ใหญ่จะต้องทำความเข้าใจกับชุมชนในบทบาท ของพระสงฆ์กับการดูแลผู้ติดเชื้อและการใช้หลักธรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์

กลุ่มเป้าหมาย ที่ได้ประโยชน์ด้านการป้องกันเอดส์โดยตรงประกอบด้วย

1. กลุ่มพระนิสิตในมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ได้รับการถ่ายทอดความรู้เรื่องโรคเอดส์ และพระนิสิตกลุ่มหนึ่งในแต่ละวิทยาเขตได้รับการอบรมเป็นวิทยากรแกนนำในรุ่นที่ 2 ทำให้เกิดพระแกนนำในการดำเนินการป้องกันโรคเอดส์ในวิทยาเขตเพิ่มขึ้น ซึ่งจากการสนทนากลุ่ม พบว่าทุกวิทยาเขต ของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยมีบทบาทในการสร้างเครือข่ายภายในวิทยาเขตด้วยการสร้างแกนนำพระนิสิตให้เพิ่มขึ้น

2. กลุ่มองค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านเอดส์ โดยกลุ่มพระนิสิตที่เป็นวิทยากรแกนนำมีส่วนร่วมในการเป็นวิทยากรร่วมกับกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่ร่วมให้ความรู้ กับทั้งผู้ติดเชื้อและประชาชนทั่วไปเพื่อกระตุ้นให้เกิดความตระหนักในการดูแลตนเอง เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์โดยใช้หลักการทางพุทธศาสนากระตุ้นเตือนให้ประชาชนปฏิบัติตามหลักศาสนาโดยเฉพาะศีล 5
3. กลุ่มประชาชนทั่วไปเป็นกลุ่มที่แกนนำพระนิสิตให้ความสำคัญในการดำเนินงานโดยผ่านกิจกรรมการเทศนาให้ความรู้ทางศาสนาที่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมทางเพศที่นำไปสู่การติดเชื้อเอดส์ ประชาชนในชุมชนเป็นกลุ่มเป้าหมายของพระนิสิตเมื่อสำเร็จการศึกษา หรือเมื่อปฏิบัติกิจนิมนต์ กิจกรรมที่ทำในชุมชนมีหลากหลายรูปแบบที่นอกเหนือจากการเทศนาสั่งสอนแล้ว ยังมีการสนทนาธรรม การอบรมเยาวชนในโรงเรียนพุทธศาสนาวันอาทิตย์ และกิจกรรมพัฒนาชุมชนที่มีความร่วมมือของชุมชน

กิจกรรมที่แกนนำพระนิสิตที่ผ่านการอบรมไปขยายผลในชุมชนที่เห็นผล คือ การเทศนาธรรม ที่นำความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เกี่ยวข้องเรียงร้อยกับพฤติกรรมเสี่ยงและการถือศีล 5 ซึ่งพระแกนนำทุกรูปสามารถปฏิบัติได้ ในกิจกรรมการเยี่ยมผู้ติดเชื้อเป็นกิจกรรมที่เป็นเป้าหมายหนึ่งของโครงนี้ แต่ในทางปฏิบัติไม่สามารถดำเนินการได้ตามเป้าหมาย เนื่องจากต้องมีการประสานงานระหว่างมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย กับโรงพยาบาลและความพร้อมของผู้ติดเชื้ออุปสรรค โดยเฉพาะในการติดต่อประสานงานระหว่างกิจการพระนิสิตของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยกับโรงพยาบาลที่มีผู้ติดเชื้อ และปัญหาในด้านความพร้อมของพระนิสิตทำให้กิจกรรมนี้ไม่สามารถดำเนินการได้

ความตระหนักและความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ แกนนำพระนิสิตการยอมรับผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น โดยแกนนำพระนิสิตที่ได้รับการอบรมให้ความเห็นว่ามีทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเปลี่ยนแปลงในทิศทางที่ดีขึ้นเนื่องจากมีความเข้าใจในกลไกการติดเชื้อ และช่องทางการติดเชื้อ โดยเฉพาะการติดต่อจากผู้ติดเชื้อที่มีโอกาสติดโดยตรงได้น้อย การได้รับความรู้จากการอบรมทำให้เกิดความอยากรู้เพิ่มเติม และวิธีการหาความรู้เพิ่มเติมหาได้จากอินเตอร์เนต จึงเกิดการเรียนรู้อย่างต่อเนื่อง ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แกนนำพระนิสิตให้ความเห็นว่าการอบรมเพื่อเป็นวิทยากรแกนนำทำให้เกิดความรู้ที่มากเพียงพอในการทำความเข้าถึงสาเหตุ ช่องทางการติดเชื้อ แนวทางการป้องกัน พระนิสิตและพระผู้ใหญ่ต่างให้ความเห็นว่าความรู้ที่ได้รับจากการอบรมสามารถนำไปใช้ในการทำกิจกรรมต่าง ๆเช่น การเทศนาธรรม การให้ความรู้กับประชาชนในหมู่บ้านในการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อและการป้องกันตัวเองไม่ให้ติดเชื้อ สำหรับแหล่งความรู้ที่สามารถได้เพิ่มเติม แกนนำพระนิสิตคิดว่าอินเตอร์เนตเป็นแหล่งข้อมูลที่สามารถเข้าถึงได้ง่าย และสามารถหาคำตอบที่ต้องการได้ ส่วนพระผู้ใหญ่มีความเห็นว่าเครือข่ายสาธารณสุขชุมชนในหมู่บ้านสามารถเป็นแหล่งข้อมูลให้พระสงฆ์หากต้องการคำตอบที่สงสัย และเป็นเครือข่ายในการทำงานในชุมชน เพราะเครือข่ายสาธารณสุขเป็นที่ยอมรับของชุมชนอยู่แล้ว

นวัตกรรมในการป้องกันโรคเอดส์

ในการขยายผลการดำเนินงานสู่กลุ่มพระนิสิตในวิทยาเขตและชุมชนหลักสูตรที่แกนนำพระนิสิตนำไปใช้นั้นเป็นหลักสูตรที่เดิมที่ใช้อบรมครั้งแรก โดยมีการนำหลักสูตรที่ได้รับการอบรมในครั้งแรกไปปรับปรุงให้เหมาะสมกับบริบทของพื้นที่เนื่องจากเห็นว่าเป็นหลักสูตรที่ให้ความรู้แกนนำเป็นหลักสูตรที่มีเนื้อหาเหมาะสมกับการทำงานของพระในชุมชน การสร้างนวตกรรมในระบบการทำงานยังไม่ปรากฏชัดเจน ว่ามีวิทยาเขตใดสร้างหลักสูตร หรือสื่อการให้ความรู้ มีเพียงพระนิสิตที่ผ่านการอบรมนำความรู้ไปใช้ร่วมกับการเทศนาธรรม การเยี่ยมผู้ติดเชื้อ การเป็นวิทยากรร่วมกับองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ หรือนำไปใช้ร่วมกับกิจกรรมที่ทำในชุมชน ในด้านหลักสูตร ผู้บริหารของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยมีความเห็นในเรื่องการพัฒนาหลักสูตรในเชิงบูรณาการความรู้เรื่องและการทำงานโรคเอดส์กับการเรียนการสอนสำหรับพระนิสิตของมจร.

กิจกรรมที่สร้างขึ้นเพื่อให้เกิดความยั่งยืน

ความยั่งยืนในการดำเนินงานอย่างยั่งยืนในวิทยาเขตของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ขึ้นอยู่กับการบริหารจัดการของฝ่ายกิจการพระนิสิตที่จะมีการบริหารจัดการในการสร้างเครือข่ายของพระนิสิตภายในวิทยาเขต โดยการอบรมแกนนำพระนิสิตภายในวิทยาเขตเป็นการส่งต่อการทำงานภายในวิทยาเขต เพื่อสร้างแกนนำและสร้างวิทยากรรุ่นใหม่ให้กับวิทยาเขต ซึ่งปัจจุบันพบว่าในบางวิทยาเขตแกนนำพระนิสิตเมื่อสำเร็จการศึกษาและลาสิกขาแล้วจะขาดแกนนำในการทำกิจกรรม ปัญหาในการดำเนินที่มีผลต่อความยั่งยืนของโครงการคือทัศนคติของพระนิสิตที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมจะมีทัศนคติต่อโครงการฯ ในทางลบ โดยมีความเห็นว่าพระไม่ควรเกี่ยวข้องกับกิจกรรมด้านโรคเอดส์ แต่หลังจากการดำเนินงานได้ระยะหนึ่งทัศนคติของพระนิสิตได้เปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ดังนั้นการประชาสัมพันธ์โครงการฯ และกิจกรรมต้องมีการทำอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะช่วงการปฐมนิเทศพระนิสิตใหม่ เพื่อเป็นการชักชวนและทำความเข้าใจกับความสำคัญของโครงการและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ รวมถึงการมีจิตอาสาเพื่อทำงานร่วมกับเครือข่ายภายนอก โดยเครือข่ายภายนอกให้ความสนใจที่จะสร้างพันธมิตรร่วมกับแกนนำพระนิสิตของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย โดยภาคีเครือข่ายต้องใช้การติดต่อในลักษณะองค์กรต่อองค์กรเพื่อให้เกิดความต่อเนื่อง หากแกนนำพระนิสิตสำเร็จการศึกษาฝ่ายกิจการพระนิสิตสามารถประสานงานให้โครงการสามารถดำเนินการต่อเนื่อง เช่น กรณีที่วิทยาเขตแห่งหนึ่งมีเครือข่ายสัมพันธ์กับโรงพยาบาลและเครือข่ายผู้ติดเชื้อโดยเป็นการติดต่อกับแกนนำพระนิสิต แต่ยังมีลักษณะการติดต่อระหว่างบุคคล ดังนั้นหากต้องการให้เครือข่ายมีความยั่งยืนฝ่ายกิจการพระนิสิตควรมีบทบาทการประสานเครือข่ายและกำหนดรูปแบบการบริหารเครือข่ายให้เกิดความยั่งยืน

ในส่วนความยั่งยืนของภารกิจของพระกับการสร้างความเข้มแข็งกับชุมชนในโครงการโรคเอดส์ เป็นความร่วมมือของชุมชน โดยมีกิจกรรมที่สำคัญคือการเทศน์สั่งสอนโดยผสมผสานความรู้ตามหลักธรรมคำสอนกับความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์ และกิจกรรมในโรงเรียนพุทธศาสนาวันอาทิตย์ โดยเป็นกิจกรรมที่สามารถดำเนินการอย่างต่อเนื่องในชุมชน เป็นกิจกรรมที่แกนนำพระนิสิตส่วนใหญ่ให้ความเห็นว่าสามารถดำเนินการได้และเป็นภารกิจที่พระสงฆ์ได้รับความไว้วางใจจากชุมชน เงื่อนไขสำคัญที่ก่อให้เกิดความยั่งยืนได้คือการยอมรับบทบาทของพระสงฆ์ในการเผยแพร่ข่าวสารและส่งเสริมกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ของพระสงฆ์ในชุมชน

ความเข้มแข็งของของภาคีเครือข่าย

การสร้างความเข้มแข็งในเครือข่ายป้องกันเอดส์ในวิทยาเขต เนื่องจากแกนนำพระนิสิติรุ่นที่ 1 และ รุ่นที่ 2 ได้รับการคัดเลือกทั้งวีธีการอาสาสมัครและการคัดเลือกโดยอาจารย์ฝ่ายกิจการพระนิสิตซึ่งแกนนำพระนิสิตรุ่นแรกให้ความเห็นว่าความเข้มแข็งของเครือข่ายในวิทยาเขตจะเข้มแข็งได้ด้วยจิตอาสาของพระนิสิตที่ทำงานด้านกิจกรรม โดยพระนิสิตต้องมีภาระหลายด้านคือการเรียน ภารกิจของพระสงฆ์และหากต้องมีกิจกรรมนอกหลักสูตรเป็นเรื่องที่ต้องใช้จิตอาสา เพราะบังคับไม่ได้ การสร้างแกนนำพระนิสิตในรุ่นต่อไปเป็นการชักชวนกลุ่มเพื่อนที่มีจิตอาสาและต้องการทำงานด้านเอดส์ การส่งเสริมให้เกิดความเข้มแข็งยังขาดการทำงานอย่างเป็นระบบ ความเข้มแข็งของการทำงานขึ้นอยู่กับคุณสมบัติเฉพาะของแกนนำพระนิสิต ซึ่งแกนนำพระนิสิตได้กล่าวถึงปัญหาในการสร้างแกนนำพระนิสิตในรุ่นต่อไปในภาพรวมดังนี้

1. จิตอาสาของพระนิสิตมีน้อยลงเนื่องจากภารกิจมีมาก ทำให้ไม่มีเวลาทำงาน
2. ความเข้าใจและทัศนคติของพระนิสิตต่อการทำงานเอดส์ที่ยังมีความเข้าคลาดเคลื่อนว่าการทำงานด้านเอดส์เป็นเรื่องของทางโลก ไม่ใช่เรื่องทางธรรม
3. ระบบกิจการพระนิสิตยังไม่มีรูปแบบเนื่องจากอาจารย์พระเป็นผู้รับผิดชอบในเกือบทุกวิทยาเขตมีบางวิทยาเขตที่มีอาจารย์ที่เป็นฆราวาสดูแล ซึ่งมีผลในเรื่องการประสานที่มีเวลาให้น้อย
4. การคัดเลือกแกนนำรุ่นต่อไปยังไม่มีข้อกำหนดคุณสมบัติในการคัดเลือก ส่วนใหญ่จะเป็นการชักชวนส่วนตัว การใช้วิธีติดประกาศชักชวน หรือคัดเลือกโดยอาจารย์พระ ซึ่งการคัดเลือกโดยได้แกนนำพระนิสิตรุ่นต่อไปขาดคุณสมบัติในเรื่องจิตอาสา หรือยังไม่พร้อมในเรื่องทัศนคติหรือเวลาที่จะให้กับการทำงาน จะมีผลต่อการทำงานของแกนนำที่ได้รับการคัดเลือกและจะทำให้ความเข้มแข็งในการทำงานลดลง

5. การสร้างเครือข่ายกับองค์กรภายนอก ยังมีน้อยขึ้นอยู่กับความสนใจและประสบการณ์ของพระนิสิตเอง
6. พระนิสิตที่จบการศึกษาลาสิกขาเป็นฆราวาส ทำให้ขาดพี่เลี้ยงแกนนำพระนิสิตรุ่นต่อไป

การพัฒนาโครงการรร่วมในเครือข่าย

การพัฒนาโครงการร่วมระหว่างเครือข่ายไม่ปรากฏให้เห็นชัดโดยแกนนำพระนิสิตยังไม่มีโครงการร่วมกับเครือข่ายอื่นแต่กิจกรรมที่เป็นกิจกรรมร่วมในภารกิจที่เป็นตามแผนขององค์กรภายในมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย แต่ละวิทยาเขตและเครือข่ายระหว่างวิทยาเขตเท่านั้น ในส่วนการพัฒนาเครือข่ายในมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย บางวิทยาเขต ผู้บริหารให้ความเห็นในเรื่องการพัฒนาหลักสูตรเพื่อให้พระนิสิตมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคและการสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ การพัฒนาหลักสูตรอบรมแกนนำยังไม่พบว่ามีการพัฒนาหลักสูตรอย่างจริงจัง โดยการนำหลักสูตรมาใช้อบรมพระวิทยากรในวิทยาเขตยังใช้เนื้อหาในหลักสูตรที่ได้รับการอบรมมาครั้งแรก แต่มีบางวิทยาเขตที่มีการปรับให้เข้ากับบริบทของวิทยาเขตและความสนใจของแกนนำพระนิสิต

การบริหารจัดการโครงการ

การเงิน การบัญชี

โครงการมีผู้รับผิดชอบเฉพาะมีผู้ทำหน้าที่บริหารจัดการด้านการเงินการบัญชี จัดทำสรุปรายรับรายจ่าย และมีการรายงานผลการดำเนินงานเทียบกับเป้าหมายและงบประมาณที่ได้รับตามรอบการดำเนินงาน โดยผู้รับผิดชอบโครงการย่อยและผู้จัดการโครงการ การบริหารจัดการด้านการเงินและบัญชี มีเอกสารแสดงรายรับรายจ่ายตามหมวดกิจกรรมแยกแยะชัดเจน มีการตรวจสอบและเป็นไปตามงบประมาณที่ตั้งไว้ ปัญหาอุปสรรคที่พบในด้านการบริหารจัดการ คืองบประมาณที่ขอเบิกส่วนใหญ่มาล่าช้า ไม่เป็นไปตามระยะเวลาที่กำหนด ทำให้ต้องเลื่อนเวลาที่จะจัดกิจกรรมออกไปจนกว่าได้รับงบประมาณ ทำให้การบริหารจัดการด้านการเงินมีอุปสรรคและทำให้เกิดความล่าช้าในการทำงานตามเป้าหมาย

คุณภาพของกระบวนการจัดกิจกรรม

กระบวนการจัดกิจกรรมเน้นที่การมีส่วนร่วมของผู้เข้าอบรมทุกคนมีการจัดกิจกรรมฝึกอบรมวิทยากรแกนนำและเครือข่ายพระนิสิตในแต่ละวิทยาเขต ในลักษณะของการจัดกิจกรรมให้ทุกคนร่วมกันคิดแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การปรับทัศนะที่ถูกต้องในเรื่องโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในลักษณะของการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ หลังการอบรมการเป็นวิทยากรแกนนำ และมีการสรุปแนวคิดการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ ซึ่งการอบรมได้เสริมสร้างทัศนคติในการมองผู้ติดเชื้อ การสร้างจิตสาธารณะเพื่อให้เกิดความเห็นใจผู้ติดเชื้อ การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชนในการป้องกันโรคเอดส์โดยใช้หลักพุทธศาสนาชักจูงใจให้ประพฤติดี การทำกิจกรรมช่วยให้กลุ่มพระนิสิตในมจร.มีการเปลี่ยนแปลงทัศนคติในเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ลดการตีตราทางสังคม

ระบบติดตามและหนุนเสริมการทำงานในพื้นที่

แกนนำพระวิทยากรมีการดำเนินการมีการสร้างแกนนำรุ่นที่สอง ในวิทยาเขตและมีการร่วมมือกันในการดำเนินกิจกรรมทั้งในมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยและในชุมชน และการทำงานของแกนนำพระนิสิตในชุมชนส่วนใหญ่มีประชาชนคนในชุมชนร่วมกิจกรรมโดยมีปัญหาในช่วงแรกเนื่องจากทัศนคติของชุมชนกับกิจกรรมของพระในเรื่องโรคเอดส์ แกนนำพระนิสิตมีการทำงานที่แตกต่างกันตามประสบการณ์เช่นพระสังฆาธิการ จะมีประสบการณ์ทำงานกับชุมชนจึงทำงานประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ทำงานมีการมีภายในวิทยเขตของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยและการหาความรู้เพิ่มเติมทางอินเตอร์เนต การทำงานในชุมชนจะมีเครือข่ายการทำงานกับแกนนำผู้ติดเชื้อหรือองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ เพื่อเป็นเครือข่ายการทำงานร่วมกัน ขณะที่ระบบการติดตามด้วยทีมผู้รับผิดชอบโครงการกระทำในรูปแบบของการเป็นพี่เลี้ยง คอยให้คำปรึกษา ข้อคิดเห็นและเสนอแนะแนวทางการจัดการปัญหา แนวทางการดำเนินงานมีความเป็นอิสระในการทำงานของแต่ละวิทยาเขตของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ทีมวิทยากรแกนนำเป็นผู้ดำเนินงานและทำหน้าที่คอยกระตุ้นให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักถึงความสำคัญและเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรม มีการ

กระตุ้นการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เน้นที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง การปรับทัศนะเพื่อลดความรังเกียจและการเยี่ยมผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

ความพึงพอใจของผู้เข้าร่วมโครงการ

กลุ่มแกนนำที่เข้าร่วมฝึกอบรมเพื่อเป็นวิทยากรกระบวนการทุกราย ระบุตรงกันว่าตนเองรู้สึกประทับใจและรู้สึกพึงพอใจต่อโครงการมาก เนื่องจากช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อโรคเอดส์ ลดการรังเกียจและตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อ ปรับทัศนคติในเชิงบวก มีความเมตตาสงสาร และเข้าใจผู้ติดเชื้อมากขึ้น นอกจากนั้นยังตระหนักถึงโอกาสเสี่ยงที่ทุกคนจะติดเชื้อเอดส์ได้หากไม่ป้องกัน มีการปรับมุมมองในด้านภาพลักษณ์เดิมเป็นเรื่องโรคเอดส์ไม่สามารถติดต่อกันได้ง่ายและเห็นว่าผู้ติดเชื้อมีลักษณะท่าทางและการดำรงชีวิตเช่นคนปกติทั่วไป สามารถพูดคุยใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อโดยปราศจากความรังเกียจ เพราะรับรู้ว่าโรคเอดส์ไม่สามารถติดกันได้โดยการสัมผัส การรับประทานอาหารร่วมกันหรือการใช้ห้องน้ำร่วมกัน หากแต่จะติดต่อกันด้วยการมีเพศสัมพันธ์หรือฉีดยาเสพติดโดยใช้เข็มร่วมกันเท่านั้น การยึดหลักธรรมคำสอนทางศาสนาในการปฏิบัติตนเช่นการไม่ประพฤติผิดในเรื่องเพศสัมพันธ์ รวมถึงการนำประสบการณ์จากการอบรมที่ได้ไปใช้กับชุมชน เช่น การอบรมสั่งสอนลูก ๆ ให้ห่างไกลจากข้อห้ามทางศาสนาได้แก่ การดื่มสุรา ยาเสพติดและการผิดประเวณี ความพึงพอใจของแกนนำที่เข้าร่วมโครงการอีกประเด็นหนึ่งคือ พอใจต่อการมีเครือข่ายการทำงานด้านเอดส์กับแกนนำผู้ติดเชื้อ และแกนนำองค์กรต่าง ๆที่ทำงานด้านเอดส์จึงได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนประสบการณ์ พบปะพูดคุย และไปมาหาสู่กันมากขึ้น กลุ่มแกนนำพระนิสิตเห็นว่ากิจกรรมที่ทำมีคุณค่าและมีประโยชน์ต่อชุมชน สามารถนำความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับไปเผยแพร่ในวงกว้างได้

ความพึงพอใจของกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมายจากมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย 25 วิทยาเขต ให้ข้อมูลสอดคล้องกันว่า มีความรู้สึกประทับใจในการเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฯ เนื่องจากช่วยสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อโรคเอดส์ และปรับทัศนคติที่มีต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในทางบวกเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังช่วยให้มีเครือข่ายรู้จักกันเพิ่มขึ้นภายหลังเข้าร่วมทำกิจกรรมด้วยกันและนำไปใช้ในการดูแลชุมชนให้ห่างไกลจากโรคเอดส์

บทสรุปภาพรวมของการประเมินผลโครงการ

ข้อมูลเชิงบริบทของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยเป็นมหาวิทยาลัยที่เปิดสอนระดับปริญญาตรีที่มีกิจกรรมที่พระนิสิตดำเนินการเช่นเดียวกับองค์กรนักศึกษาของมหาวิทยาลัยทั่วไป โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์เป็นกิจกรรมภายใต้กิจการพระนิสิตของมหาวิทยาลัย และกระจายตามวิทยาเขต และโครงการนี้เป็นโครงการที่เน้นในด้านการทำงานด้านเอดส์โดยพระนิสิตที่ยังขาดความเข้าใจในโครงการซึ่งประกอบด้วย

1) ความเข้าใจในเชิงบทบาทหน้าที่ของพระสงฆ์ที่พระนิสิตมองว่าโรคเอดส์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์การพูดถึงเรื่องเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ไม่เหมาะกับพระ และเป็นเหตุให้เกิดทัศนคติเชิงลบต่อการทำงานของพระนิสิตในเรื่องโรคเอดส์ จึงเป็นเหตุหนึ่งที่มีผลให้การมีส่วนร่วมในวิทยาเขตต่ำ ซึ่งแกนนำพระนิสิตเสนอให้มีการประชาสัมพันธ์เพื่อปรับทัศนคติของพระนิสิต
2) ในขณะเดียวกันทัศนจากชุมชนที่ว่าพระไม่ควรเทศน์เรื่องโรคเอดส์ เพราะเป็นเรื่องทางโลก พระควรมีบทบาทในทางธรรมมากกว่า
3) การบริหารจัดการในกจการพระนิสิตของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ขาดบุคลากรที่สามารถดำเนินการได้ตลอดเวลาเนื่องอาจารย์พระต้องรับกิจนิมนต์จากปัญหาที่กล่าวมาพระอาจารย์ฝ่ายบริหารของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ได้ให้ความสำคัญในการสอนพระในหลักสูตรปริญญาตรี ให้สามารถถ่ายทอด ความรู้จากหลักธรรมคำ สอนตามหลักศาสนาไปสู่การปฏิบัติในหมู่ประชาชนและเยาวชนของชาติซึ่งมี ความเห็นไปในทางเดียวกัน
4) ความเห็นของพระผู้บริหารมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัย ให้ความเห็นสอดคล้องกันว่าการพัฒนาหลักสูตร

ของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยควรมีการเสริมความรู้ใน เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้พระนิสิตเห็นปัญหาและใช้ความรู้ทางหลักธรรมคำสอนมาสอนสั่งประชาชนให้มีความประพฤติชอบ และเป็นการสร้างทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ

5) ด้านการพัฒนาหลักสูตรเพื่อเพิ่มศักยภาพให้กับพระที่ได้รับนิมนต์ให้สอนพุทธศาสนาในโรงเรียน ให้สามารถสอนในเรื่องการป้องกันตัวเองจากโรคเอดส์โดยหลักพระพุทธศาสนา เพื่อให้เยาวชนสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

การพัฒนาหลักสูตรในการอบรมของแกนนำพระนิสิตยังไม่มีการพัฒนาอย่างเป็นทางการในการอบรมแกนนำรุ่นที่สอง การใช้หลักสูตรเพื่ออบรมพระนิสิตคงใช้หลักสูตรเดิม และมีการปรับแก้บ้าง ซึ่งแกนนำพระนิสิตให้ความเห็นว่าการพัฒนาหลักสูตรมีความจำเป็นเพื่อให้เหมาะสมกับวิทยาเขต แต่การพัฒนาหลักสูตรมีเงื่อนไขเรื่องเวลาที่จำกัด การสร้างแกนนำรุ่นต่อไปและการพัฒนาหลักสูตรจำเป็นต้องดำเนินการต่อเพื่อให้การสร้างเครือข่ายในมจร.มีความเข้มแข็ง และการพัฒนาหลักสูตรเป็นการสร้างความรู้ใหม่ให้กับพระนิสิตและเครือข่าย

การพัฒนาเครือข่ายของมจร.ประกอบด้วยเครือข่ายภายในมจร. เครือข่ายองค์กรทำงานด้านเอดส์ และเครือข่ายชุมชน สำหรับเครือข่ายภายในมจร. เป็นการสร้างแกนนำเพื่อทำงานโครงการต่อไปการคัดเลือกแกนนำจะมีความแตกต่างกันตามวิทยาเขตและสร้างความรู้ให้แกนนำโดยใช้หลักสูตรที่ได้รับการอบรมจากแกนนำรุ่นแรก ให้หลังการดำเนินการ1ปี พบว่า แกนนำรุ่นแรกบางส่วนจบการศึกษาและลาสิกขาบทแล้ว ที่เหลือเป็นแกนนำรุ่นที่สองเป็นส่วนใหญ่ ทำให้การทำงานขาดการติดตามนิเทศงาน ส่วนแกนนำพระนิสิตที่เป็นพระสังฆาธิการยังมีการดำเนินการต่อในชุมชน และบางส่วนยังคงศึกษาอยู่ในมจร. และยังคงมีความเห็นว่ามีความสำคัญในการสร้างพระเพื่อทำงานด้านเอดส์ต่อไป

ในส่วนเครือข่ายองค์กรทำงานด้านเอดส์จะประกอบด้วยเครอข่ายผู้ติดเชื้อ เครือข่ายแพทย์ ซึ่งมีการประสานงานในระดับบุคคลมากกว่าการประสานระหว่างองค์กร การทำงานร่วมกับองกรทำงานเอดส์ประกอบด้วยการให้กำลังใจผู้ติดเชื้อ การเยี่ยมผู้ป่วยที่โรงพยาบาล และการเป็นพระวิทยากรร่วมบรรยายธรรมเพื่อการป้องกันปัญหาโรคเอดส์ การทำงานกับเครือข่ายเป็นการเติมเต็มในส่วนที่องค์กรทำงานด้านเอดส์ต้องการ แต่แกนนำพระนิสิตส่วนใหญ่ที่ยังไม่ได้ทำงานร่วมกับเครือข่ายเป็นเพราะยังขาดข้อมูลเพื่อการติดต่อประสานงาน และความคล่องตัวในการบริหารงาน

การทำงานในชุมชนเป็นเครือข่ายที่ชุมชนมีความเห็นที่ขัดแย้งในช่วงแรก ที่ชุมชนไม่เห็นด้วยกับการทำงานด้านเอดส์ของพระสงฆ์แต่การทำงานที่ใช้หลักธรรมคำสอนในการเทศน์ รวมถึงการเยี่ยมผู้ติดเชื้อและการเป็นวิทยากรร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำให้เกิดการยอมรับได้มากขึ้น การยอมรับของเครือข่ายช่วยให้แกนนำพระสามารถทำงานได้ง่ายขึ้นแต่เครือข่ายชุมชนไม่มีส่วนร่วมในการวางแผนจัดกิจกรรม

ข้อเสนอแนะรูปแบบและกลไกลรณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยควรพัฒนาหลักสูตรด้านการค้นหา และช่วยเหลือผู้ติดเชื้อให้มีโอกาสได้รับบริการรักษาอย่างมีประสิทธิภาพ รวมถึงการเยี่ยมผู้ติดเชื้อเพื่อสร้างกำลังใจที่ดีในการดำรงชีวิต
2. มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยควรประสานงานในชุมชนร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่หากทำต่อเนื่องและสร้างเครือข่ายเยาวชนได้จะเป็นการทำงานที่ยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติด้านวิชาการ

1. ทุกวิทยาเขตควรพัฒนาหลักสูตรที่ใช้ในการอบรมแกนนำพระนิสิต เพื่อให้สามารถปรับเนื้อหาให้เข้ากับลักษณะของพื้นที่
2. มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยแต่ละวิทยาเขตควรรวมเป็นเครือข่ายเพื่อเพิ่มศักยภาพในการพัฒนาหลักสูตรและเพิ่มการทำงานของแกนนำพระนิสิตให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น
3. ควรเพิ่มเติมเนื้อหาในหลักสูตรของมจร. เรื่องบทบาทของพระสงฆ์ต่อสังคมโดยเน้นในด้านสุขภาพและโรคเอดส์
4. แกนนำพระนิสิตควรสร้างเครือข่ายองค์กรเอกชนและเครือข่ายชุมชนในพื้นที่ เพื่อร่วมกันพัฒนาหลักสูตรให้เข้ากับบริบทของชุมชน

5. เครือข่ายองค์กรทำงานด้านเอดส์และแกนนำพระนิสิตควรมีการประสานการทำงานที่เป็นทางการ โดยเชิญเครือข่ายองค์กรที่ทำงานด้านเอดส์ร่วมกิจกรรมในการฝึกอบรมให้ความรู้กับแกนนำพระนิสิตทุกรุ่นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ รวมถึงจัดทำทำเนียบองค์กรเครือข่ายที่มีวิทยาเขตของมหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยรวมอยู่ด้วย
6. มหาจุฬาลงกรณ์ราชวิทยาลัยควรเสริมทักษะในการเทศนาสั่งสอนประชาชน เรื่องป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มศาสนาอิสลาม

เอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของประเทศ ก่อให้เกิดการป่วยและการตายก่อนวัยอันสมควร ประเทศต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ขณะที่ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ถูกตีตราแบ่งแยกจากสังคม เนื่องจากชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชนมุสลิม ที่อยู่ภายใต้การดำเนินงานขององค์กรเครือข่ายมุสลิมภาคเหนือเพื่อการพัฒนา ซึ่งเป็นองค์กรเครือข่ายระดับท้องถิ่น ทำหน้าที่สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้กับสมาชิกในชุมชนมุสลิม ภายใต้การนำหลักธรรมคำสอนทางศาสนามาประยุกต์ใช้ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนมุสลิม โดยประเมินตามตัวชี้วัดที่ระบุในโครงการ ประเมินนวตกรรมและกระบวนการทำงาน ประเมินความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย และการบริหารจัดการโครงการ ที่นำไปสู่รูปแบบและกลไกการรณรงค์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชนมุสลิมที่เหมาะสม รวมทั้งการให้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายถึงรูปแบบและกลไกการขับเคลื่อนเพื่อรณรงค์การป้องกันโรคเอดส์ที่เหมาะสมอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนสำหรับชุมชนมุสลิมในประเทศไทย เก็บรวบรวมโดยใช้แบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเอง การสัมภาษณ์แบบเจาะลึก และการสนทนากลุ่ม จากกลุ่มเป้าหมายที่ประกอบด้วยผู้รับผิดชอบโครงการ แกนนำวิทยากร ผู้นำทางศาสนา และกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานในชุมชนจาก 10 พื้นที่ได้แก่ มัสยิดดอยสะเก็ด มัสยิดวรุณนิเวศน์ มัสยิดดารุลบิรมัสยิดช้างคลาน มัสยิดตักวา มัสยิดหนองแบน ชมรมนักศึกษามุสลิมมหาวิทยาลัยแม่โจ้ ชมรมนักศึกษามุสลิมมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ชุมชนมุสลิมฝาง และมัสยิดญามีอาตุ้ลอิสลาม ซึ่งอยู่ในเขตจังหวัดเชียงใหม่และอ. แม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ในระหว่าง เดือนมีนาคม ถึง มิถุนายน 2553 ผลการประเมินสรุปได้ดังนี้

ผลการประเมินตามตัวชี้วัดในโครงการ

1. จำนวนแกนนำวิทยากรและวิทยากรกระบวนการที่สร้างขึ้น มีจำนวน 6 คนต่อพื้นที่ รวม 60 คนจาก 10 พื้นที่ คัดเลือกจากผู้มีจิตอาสาที่ต้องการทำงานเพื่อส่วนรวม
2. จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์ด้านการป้องกันเอดส์โดยตรง

2.1 ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่มีความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์ที่ถูกต้อง กลุ่มตัวอย่างมีความรู้ความเข้าใจในระดับดีหรือตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป ในทุกข้อคำถาม โดยเฉพาะในเรื่องการมียาต้านไวรัสเอดส์ในปัจจุบันและ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีสิทธิ์ที่จะเข้าร่วมงานต่าง ๆ ที่จัดขึ้นในชุมชนได้ ซึ่งตอบถูกร้อยละ 100 g เมื่อพิจารณาถึงคะแนนรวม พบว่ากลุ่มตัวอย่างถึงร้อยละ 94 มีคะแนนรวมความรู้ร้อยละ 80 ขึ้นไป

2.2 กลุ่มตัวอย่างมีคะแนนรวมความตระหนักต่อการติดเชื้อเอดส์ และประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับสูงตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 10.2 ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 51.1) มีความตระหนักต่อเรื่องดังกล่าวอยู่ในระดับปานกลางคืออยู่ระหว่างร้อยละ 60-79 มีเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น (ร้อยละ 38.7) ที่มีความตระหนักอยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ตะหนักว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์สามารถทำงานใช้ชีวิตตามปกติได้เช่นคนทั่วไป (ร้อยละ 100) เมื่อมีเพศสัมพันธ์ ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ (ร้อยละ 98) และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันกับใครก็ตาม เป็นการเสี่ยงต่อการติดเอดส์ (ร้อยละ 98) ขณะที่ยังมีความตระหนักต่ำในเรื่องคนที่อยู่ในพื้นที่ที่อยู่ห่างไกลเมือง มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ซึ่งพบเพียงร้อยละ 38 ที่ระบุว่าใช่

2.3 กลุ่มเป้าหมายมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ อยู่ในระดับสูงกว่าร้อยละ 80 เกือบทุกข้อ โดยเฉพาะการระบุว่าการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ (ร้อยละ 100) มีเพียงข้อเดียวเท่านั้นที่ระบุถูกต้องต่ำกว่าร้อยละ 80 ได้แก่ การจูบปากเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์น้อยมาก มีผู้ตอบถูกเพียงร้อยละ 74

2.4 กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 38 ของทั้งหมดระบุว่าเคยมีเพศสัมพันธ์มาก่อนและในจำนวนนี้เคยมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 30) ของคนทั้งหมดที่ตอบแบบสอบถาม ในจำนวนนี้มีทักษะในการปฏิบัติตนที่ถูกต้องเพื่อป้องกันโรคเอดส์สูงสุดในเรื่องการไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ รองลงมาคือไม่เปลี่ยนคู่นอน (ร้อยละ 86) ในขณะที่มีเพียง 1 ใน 5 เท่านั้น (ร้อยละ 20) ที่ระบุว่าใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และ 1 ใน 3 ที่หลั่งภายนอกเป็นบางครั้ง

นวตกรรมในการป้องกันเอดส์และความยั่งยืนของการดำเนินงาน

นวตกรรมของโครงการป้องกันปัญหาเอดส์ในชุมชนมุสลิมภาคเหนือ อยู่ที่วิธีคิดว่าเอดส์มิใช่เรื่องของเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ และเป็นตัวสะท้อนถึงจริยธรรมอันดีงามของคนในชุมชน ดังนั้น การแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างยั่งยืนและเหมาะสม จึงควรปรับเปลี่ยนแนวคิดและสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องของคนในชุมชนต่อโรคเอดส์ และเน้นการป้องปรามพฤติกรรมของวัยรุ่นซึ่งเป็นบุตรหลาน อาศัยหลักธรรมคำสอนทางศาสนาตามพระคัมภีร์อัลกุรอาน เข้ามาอธิบายและสอดแทรกอย่างกลมกลืนกับเนื้อหาว่าด้วยเรื่องของศรัทธาที่มีต่อพระผู้เป็นเจ้าหรือ “อิหม่าม” ซึ่งเน้นความเชื่อว่า บาป บุญ คุณ โทษมีจริง พระศาสดาสอนว่าเมื่อทำความดีแล้วบุคคลนั้นก็จะรู้สึกปิติยินดี ปลาบปลื้ม และเป็นสุข แต่หากทำความชั่วก็จะรู้สึกเศร้าหมองและเป็นทุกข์ และเรื่องของ “อมานะ” ซึ่งหมายถึงหน้าที่ของชาวมุสลิมที่พึงปฏิบัติต่อมุสลิมด้วยกันเอง นั่นคือการเสียสละและมีจิตอาสา มุ่งหวังที่จะช่วยให้คนในชุมชนมีความรู้ความเข้าที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ สร้างความตระหนักว่าเอดส์เป็นปัญหาของทุกคน ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอดส์ได้หากไม่ป้องกัน และปรับทัศนะของคนในชุมชนต่อโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ให้เกิดการยอมรับและลดการตีตราทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อ โดยใช้หลักศาสนธรรมว่าด้วยเรื่องของความเมตตาและการให้อภัยแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ กิจกรรมการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม โดยสอดแทรกหลักธรรมคำสอนทางศาสนาในการดำเนินชีวิตประจำวัน ด้วยภาษาง่าย ๆ ที่ทุกคนเข้าใจตรงกัน เพื่อป้องปรามการประพฤติปฏิบัติตนทางเพศที่ไม่เหมาะสม ให้รู้จักละอายต่อบาป และการกระทำที่ผิดหลักคำสอนทางศาสนาหรือ “ซีนา” อาศัยแกนนำที่เป็นผู้นำทางศาสนาเพื่อให้เกิดการตอบรับที่รวดเร็วและทั่วถึง เนื่องจากคนในชุมชนมีศรัทธาเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว

ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย

กลุ่มเป้าหมายมาจากผู้นำทางศาสนา ผู้นำชุมชน แกนนำแม่บ้าน และวัยรุ่นที่มีจิตอาสา เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนกลไกการดำเนินงาน เพื่อสร้างการปรับเปลี่ยนให้เกิดขึ้นกับชุมชน (Change agent) โดยเข้ามาร่วมพัฒนาทักษะการเป็นวิทยากรกระบวนการ การเตรียมชุมชน การจัดอบรมให้กับคนในชุมชน การติดตามและประเมินผล การสรุปประเด็นปัญหาอุปสรรค และถอดบทเรียนเพื่อนำไปใช้วางแผนการดำเนินงานครั้งต่อไป มีเครือข่ายความร่วมมือจากองค์กรศาสนาในบางพื้นที่ เข้ามาร่วมวางแผนและดำเนินการ ร่วมกับองค์กรศาสนาคริสต์และศาสนาพุทธ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ องค์กรผู้ติดเชื้อ และบุคลากรสาธารณสุขจากสถานีอนามัย ขณะที่องค์กรปกครองท้องถิ่นยังไม่มีบทบาทที่ชัดเจน มีการพัฒนาศักยภาพของทีมงานให้เข้มแข็งผ่านกระบวนการ SALT visit (Support, Appreciate, Learn & Listen, Team) กิจกรรมการประเมินตนเอง ด้วยกระบวนการ AART (After action review of team) โดยใช้แผนภูมิแม่น้ำเพื่อประเมินความสามารถของตนเองในการทำหน้าที่เป็นวิทยากรกระบวนการ และกิจกรรมการอบรมเชิงปฏิบัติการอย่างเข้มข้นเพื่อฝึกเป็นวิทยากรกระบวนการ สร้างความรู้ความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องโรคเอดส์ และเปิดโอกาสให้ได้แสดงออกอย่างเต็มที่เพื่อสร้างความกล้าที่จะเป็นวิทยากรและถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้สมาชิกในชุมชน ได้ตระหนักต่อโอกาสเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอดส์ และมีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ยอมรับและอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนได้ หลักสูตรการเรียนรู้ประกอบด้วยการให้ความรู้ การปรับเปลี่ยนทัศนคติ การสร้างความตระหนักที่นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและมีทักษะในการป้องกัน ผ่านกระบวนการพูดคุย ฝึกอบรม และแลกเปลี่ยนประสบการณ์ โดยแกนนำจิตอาสาที่ได้รับการฝึกอบรมทักษะการเป็นวิทยากรกระบวนการ เป็นผู้ดำเนินโครงการด้วยตนเองตั้งแต่ต้นจนจบ ภายใต้การสนับสนุนทางเทคนิคและวิชาการจากผู้รับผิดชอบโครงการ สร้างความรู้สึกมีส่วนร่วมรับผิดชอบการดำเนินโครงการในพื้นที่ อาศัยการสื่อสารในแนวระนาบระหว่างเครือข่ายอย่างกว้างขวาง และสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างชุมชนต่าง ๆ

ร่วมกัน ภายใต้เวทีถอดบทเรียนแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน การจัดการกับปัญหาและอุปสรรค เกิดการเรียนรู้ที่จะผลักดันความสำเร็จของโครงการให้ทัดเทียมกัน และเกิดการช่วยเหลือซึ่งกันและกันระหว่างพื้นที่ หนุนเสริมเพื่อช่วยเหลือให้การดำเนินงานในแต่ละพื้นที่มีประสิทธิภาพ โดยไม่จำเป็นต้องพึ่งพาวิทยากรจากภายนอก สร้างความยั่งยืนของการดำเนินงานได้ผลสำเร็จในระดับหนึ่ง

การบริหารจัดการโครงการ

การบริหารจัดการอยู่ภายใต้คณะกรรมการดำเนินงาน ที่มีผู้นำองค์กรมุสลิมภาคเหนือเป็นที่ปรึกษา คุณภาพของกระบวนการจัดกิจกรรมอยู่ในระดับที่น่าพอใจของผู้เข้าร่วมทุกคน เนื่องจากทุกคนมีโอกาสแสดงความคิดเห็น ร่วมคิดวิเคราะห์ ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการทุกขั้นตอน และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน ช่วยเสริมสร้างอุดมการณ์การมีจิตสาธารณะทำเพื่อผู้อื่นโดยไม่หวังผลตอบแทน แต่จะได้ผลตอบแทนในเชิงบุญจากการช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ และกระบวนการจัดกิจกรรมช่วยปรับทัศนคติในเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ ลดการตีตราทางสังคม และเห็นว่าผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์เป็นผู้ที่ควรให้ความช่วยเหลือ สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นในสังคมได้เช่นคนปกติทั่วไป แต่กิจกรรมที่จัดให้กับกลุ่มเป้าหมายควรมีความต่อเนื่องของการดำเนินงานและควรขยายวงกว้างให้ครอบคุลมชุมชนมุสลิมอื่นๆ มากขึ้น และควรจัดกิจกรรมเพื่อพัฒนาความรู้และทักษะกระบวนการของแกนนำอย่างต่อเนื่องและซ้ำกันหลายๆ ครั้ง เพื่อให้เกิดความชำนาญและความมั่นใจที่จะเป็นวิทยากรกระบวนการมากขึ้น

อย่างไรก็ดีการดำเนินงานยังอยู่ในวงจำกัด ไม่สามารถขยายขอบเขตให้ครอบคลุมไปยังพื้นที่อื่น หรือในจังหวัดอื่นๆ ในเขตภาคเหนือได้ เนื่องจากบางพื้นที่ผู้นำทางศาสนายังมีทัศนคติเชิงลบต่อโรคเอดส์ และไม่กล้าที่จะสอดแทรกแนวคิดเรื่องโรคเอดส์เข้ากับหลักธรรมคำสอนทางศาสนา หากสามารถปรับทัศนะของผู้นำทางศาสนาต่อโรคเอดส์ได้สำเร็จ ก็จะช่วยให้กระแสการตอบรับของคนในชุมชนมุสลิมเป็นไปอย่างกว้างขวางและทั่วถึง นอกจากนี้การดำเนินงานยังมีข้อจำกัดที่แกนนำจิตอาสาส่วนใหญ่มาจากกลุ่มแม่บ้านมากกว่ากลุ่มพ่อบ้าน ซึ่งอาจเป็นเพราะมีเวลาว่างและอยู่กับบ้านมากกว่า หากสามารถดึงกลุ่มพ่อบ้านหรือผู้นำครอบครัวเข้ามาร่วมดำเนินการ ก็น่าจะขยายขีดความครอบคลุมไปอย่างทั่วถึงมากขึ้น

กิจกรรมในหลักสูตรมุ่งเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ และปรับทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เพื่อลดการตีตราทางสังคม ในขณะที่บางพื้นที่มีผู้ติดเชื้ออาศัยอยู่ด้วย ดังนั้นความเป็นไปได้ในอนาคตขอบเขตของการฝึกอบรมควรผนวกการฝึกทักษะเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษาเพื่อการส่งต่อ หรือการให้คำแนะนำแก่ครอบครัว เพื่อดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ให้กับแกนนำจิตอาสาด้วย เพื่อให้การดำเนินงานมีความครอบคลุมและครบวงจร

การขยายขอบเขตการดำเนินงาน เพื่อเปิดพื้นที่ใหม่ๆ ควรคำนึงถึงบริบทของชุมชนและควรประเมินความเป็นไปได้ของการดำเนินงานในเรื่องความร่วมมือของชุมชน หากพื้นที่ใดที่ชุมชนกระตือรือล้นหรือผู้นำทางศาสนาให้ความสนใจเป็นอย่างดี ก็น่าจะดำเนินการในระดับต้นๆ นอกจากนี้ควรแสวงหาความร่วมมือเพื่อสนับสนุนทรัพยากรในการดำเนินงานจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อผนวกโครงการนี้เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาชุมชน สร้างความต่อเนื่องและยั่งยืนในการดำเนินงาน และสร้างการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น นอกจากนี้ควรแสวงหาความร่วมมือกับเครือข่ายองค์กรทางศาสนาอื่น เพื่อใช้ทรัพยากรร่วมกันในการสร้างความรู้ความเข้าใจด้านเอดส์ที่ถูกต้องให้กับชุมชน เช่น การแลกเปลี่ยนวิทยากรร่วมกัน การจัดทำสื่อการเรียนรู้ร่วมกัน การแลกเปลี่ยนประสบการณ์และแนวทางแก้ไขปัญหาอุปสรรคร่วมกัน เพื่อสร้างองค์กรแห่งการเรียนรู้อย่างยั่งยืน

สื่อการเรียนรู้มาจากการดัดแปลงและประยุกต์จากคู่มือของหลายหน่วยงานเข้าด้วยกัน ดังนั้นจึงอาจไม่หมาะสมกับชุมชนมุสลิมเท่าที่ควร ดังนั้นในอนาคตจึงควรทำการสำรวจปัญหาและความต้องการในการจัดทำหลักสูตรจากแกนนำจิตอาสา ที่ผ่านกระบวนการฝึกอบรมทักษะวิทยากรกระบวนการ เพื่อสร้างหลัก สูตรและคู่มือที่เป็นเอกลักษณ์และเหมาะสมกับบริบทของสังคมมุสลิม ภายใต้หลักธรรมคำสอนทางศาสนาเป็นกลไกสอดแทรกในการสร้างความรู้ความเข้าใจด้านเอดส์ของชุมชน

การบริหารจัดการโครงการของทีมงาน ยังมีข้อจำกัดในเรื่ององค์ความรู้ของการประเมินผลลัพธ์การดำเนินงานที่ถูกต้องตามหลักวิชาการ แบบประเมินผลยังมีข้อจำกัดของการวัดที่ไม่ตรงตามประเด็นที่ต้องการประเมินเท่าที่ควร และ

ทีมงานยังขาดองค์ความรู้และทักษะในการดูแลผู้ป่วย และการเยียวยาด้านจิตใจแก่ผู้ป่วย นอกจากนี้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มีส่วนร่วมในการดำเนินงานเท่าที่ควร แหล่งทุนสนับสนุนมาจากแหล่งเดียวและมีปริมาณไม่มากพอที่จะขยายกรอบการทำงานให้มากขึ้นได้

ข้อเสนอแนะรูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ ที่สังเคราะห์จากการดำเนินงานในพื้นที่ที่ได้รับการสนับสนุนโครงการ

รูปแบบกลไกการรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในชุมชนมุสลิม ควรเป็นดังนี้

1. ควรปรับรูปแบบของการดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นการปรับเปลี่ยนทัศนคติของผู้นำทางศาสนาในพื้นที่ต่าง ๆ ก่อนเป็นอันดับแรก โดยจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแบบเข้มข้น เพื่อปรับทัศนคติของผู้นำทางศาสนาต่อโรคเอดส์ เพื่อให้คนกลุ่มนี้เป็นกำลังสำคัญที่จะถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องสู่คนในชุมชน ให้เกิดกระแสการเปลี่ยนแปลงทางความคิดและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงที่รวดเร็วและทั่วถึง
2. ผู้ดำเนินโครงการควรได้รับการพัฒนาทักษะ และขีดความสามารถที่จะติดตามและประเมินผลการดำเนินงานโครงการอย่างมีมาตรฐาน ควรปรับรูปแบบการประเมินผลการดำเนินงานของโครงการให้เป็นระบบและถูกต้องตามหลักวิชาการ ภายใต้การจัดทำแบบประเมินผลที่สอดคล้องตามตัวชี้วัดที่กำหนด
3. ควรมีรูปแบบของการดำเนินงานทั้งการป้องกันและการดูแลช่วยเหลือ ได้แก่ การสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อลดการตีตราและอยู่ร่วมสังคมกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคเอดส์ ร่วมกับการดูแลและเยียวยาด้านจิตใจต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์รวมทั้งครอบครัวให้สามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้ และเข้าถึงบริการสุขภาพได้ตามความเหมาะสม
4. ควรสร้างแรงจูงใจในการทำงานระหว่างทีมเครือข่ายจากพื้นที่ต่าง ๆ ด้วยกันเอง ด้วยการจัดประกวดเพื่อแข่งขัน ผลการดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จอย่างดีเยี่ยมในแต่ละปี ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนกัน เพื่อกระตุ้นให้แกนนำแต่ละชุมชนเกิดการพัฒนศักยภาพในการทำงานให้ดียิ่งขึ้น โดยอาจเสนอชื่อให้เข้ารับรางวัลจากผู้นำทางศาสนาในระดับภาคหรือระดับประเทศ
5. ควรขยายพื้นที่การดำเนินงานที่เน้นกับกลุ่มเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงของการดำเนินงาน และมีศักยภาพในการเรียนรู้และการถ่ายทอดความรู้ไปยังกลุ่มอื่น ๆ และเป็นคนรุ่นใหม่ที่พร้อมจะรับรู้และเปลี่ยนแปลงแนวคิดและทัศนคติได้ง่ายกว่าคนรุ่นเก่า
6. เพื่อให้เกิดความยั่งยืนของการทำงาน ควรสร้างความเป็นเจ้าของโครงการให้เกิดขึ้นกับชุมชน และใช้เทคนิคการระดมสมองให้คนในพื้นที่รับรู้ต่อปัญหา และร่วมกันคิดหากลวิธีหรือมาตรการเพื่อป้องกันปัญหาด้วยตนเอง โดยผ่านทางผู้นำศาสนาในชุมชน และให้สมาชิกในครอบครัวอย่างน้อย 1 คนต่อครอบครัวเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการเพื่อการบอกต่อกับคนในครอบครัวได้อย่างทั่วถึง

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการและ/หรือข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย เพื่อการขับเคลื่อนการป้องกันโรคเอดส์ของชุมชนมุสลิมในประเทศไทยอย่างยั่งยืน

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. คณะกรรมการเอดส์ชาติควรสนับสนุนการดำเนินงานด้านเอดส์ และเพศศึกษา เป็นภารกิจ บรรจุเข้าไปในแผนงานของจุฬาราชมนตรี เพื่อนำไปสู่การหารือร่วมกันเรื่องเอดส์ในศาสนา และโรงเรียนสอนศาสนาศาสนา 3 ศาสนา ประกอบด้วย ศาสนาพุทธ อิสลาม และศาสนาคริสต์ – โปรเตสแตน
2. รัฐสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานผ่านสำนักจุฬาราชมนตรี เพื่อจัด Road map การเปิดพื้นที่ดำเนินงานด้านเอดส์ แก่เครือข่ายศาสนา ในการปรับทัศนคติ การสร้างแกนนำ และพัฒนาศักยภาพแกนนำคนทำงานในพื้นที่

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ/ ปฏิบัติ

1. การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายและการขยายขีดความสามารถในการทำงาน เพื่อเปิดพื้นที่ใหม่ๆ ควรมีแผนงานการทำงาน (Road map) ที่ชัดเจน และควรแสวงหาภาคีเครือข่ายความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นเข้ามาสนับสนุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. เทศบาล และ อบจ. ให้เข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดทำแผนงบประมาณร่วมกันเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดต่อทุกฝ่าย และสร้างการมีส่วนร่วมรับผิดชอบดำเนินงานในพื้นที่ รวมทั้งเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของการดำเนินงานที่มีงบประมาณจากหน่วยงานท้องถิ่นสนับสนุน
2. ควรขยายเครือข่ายแกนนำที่มีจิตอาสาและมีศักยภาพในการบริหารจัดการโครงการ ด้วยการถ่ายทอดบทเรียนผ่านสื่อต่างๆ เช่น การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้หมุนเวียนไปยังภูมิภาคต่างๆการเขียนตีพิมพ์บทความเชิงวิชาการ บอกเล่าถึงประสบการณ์การทำงาน การจัดการกับปัญหาอุปสรรค และผลลัพธ์การดำเนินงานที่ได้รับ การถ่ายทอดผ่านสื่อโทรทัศน์หรือวิทยุ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ชุมชนมุสลิมในพื้นที่อื่นๆ ที่มีศักยภาพและต้องการลงมือปฏิบัติได้เรียนรู้และมีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนขึ้น
3. ควรจัดทำหลักสูตรและคู่มือการจัดอบรมอย่างเป็นทางการเพื่อการเผยแพร่ และชุมชนมุสลิมอื่น สามารถนำไปใช้ประกอบการจัดกิจกรรมในวงกว้างได้ ภายใต้ลิขสิทธิ์ของเครือข่ายมุสลิมเขตภาคเหนือ เพื่อให้กลไกการดำเนินงานมีความครอบคลุมมากขึ้น และมีมาตรฐานของการจัดกระบวนการเรียนรู้ในทุกพื้นที่ใกล้เคียงกัน
4. ควรประสานความร่วมมือกับบุคลากรสาธารณสุขในพื้นที่ บุคลากรจากกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ผู้นำทางศาสนาอื่น เช่น จากวัด หรือคริสตจักร หรือองค์กรพัฒนาเอกชนอื่นที่ดูแลรับผิดชอบในพื้นที่ เพื่อสร้างเครือข่ายความร่วมมือการทำงานด้านเอดส์ในพื้นที่อย่างครบวงจร
5. ควรปรับเนื้อหาและหลักสูตรการเรียนการสอนในศาสนามุสลิม ที่สอดแทรกความรู้ความเข้าใจด้านเอดส์ที่ถูกต้องเพื่อลดการตีตราต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ไม่เน้นภาพความน่ากลัวน่ารังเกียจของผู้ติดเชื้อ แต่สร้างการยอมรับให้เห็นถึงศักยภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต่อสังคม โดยอาจนำเสนอภาพหรือข้อมูลการใช้ชีวิตตามปกติของผู้ติดเชื้อให้ทราบแง่มุมการทำงานที่เป็นประโยชน์ต่อสังคม
6. ควรจัดฝึกอบรมครูสอนศาสนาหรือครูมุสลิม เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจในการเป็นวิทยากรกระบวนการ เพื่อถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจด้านเอดส์ไปยังนักเรียนที่เรียนอยู่ในโรงเรียนมุสลิมพื้นที่ต่างๆ เพื่อให้เป็นผู้นำข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องกลับไปยังครอบครัวได้อย่างทั่วถึง

กลุ่มเยาวชน

นับแต่มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย ตั้งแต่ปี พ.ศ.2527 เป็นต้นมา รัฐบาล ได้ให้ความสำคัญในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยถือเป็นภารกิจระดับชาติ ที่หน่วยงาน องค์กร ต้องเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ในช่วงแรกการดำเนินงานเน้นหนักในเรื่องการป้องกัน ดังจะเห็นได้จากสื่อและทรัพยากรทั้งงบประมาณและกำลังคนที่ทุ่มเท ภายหลังเมื่อมีความสำเร็จในการพัฒนายาต้านไวรัสเอดส์ ที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น การสนับสนุนการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ และยาต้านไวรัสเอดส์ภายใต้หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ อีกทั้งจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีการสะสมมากขึ้น ทำให้ทิศทางการสนับสนุนด้านทรัพยากรถูกใช้ในด้านการดูแลรักษามากขึ้น ซึ่งแม้ ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการลดอัตราเพิ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยรายใหม่ที่เกิดขึ้นในปัจจุบัน กลับเป็นกลุ่มที่มีความซับซ้อนของปัญหา และเป็นกลุ่มเฉพาะมากขึ้น ทำให้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามปกติไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร ดังนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) โดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) จึงได้ดำเนินงานโครงการสนับสนุนการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันเอดส์ โดยการสนับสนุนส่วนใหญ่ มุ่งเน้นที่ องค์กรพัฒนาเอกชน ที่มีศักยภาพการดำเนินงานในบริบทหรือพื้นที่ที่มีความจำเพาะ หรือ เป็นพื้นที่ใหม่ เพื่อเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานของโครงการฯ ดังกล่าว สวรส. โดย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับ เครือข่ายสถาบันการศึกษาในพื้นที่ จึงได้ดำเนินงานโครงการวิจัยการควบคุมกำกับและประเมินผล โครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่ม

เยาวชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ซึ่ง การดำเนินงานโครงการเสริมสร้างศักยภาพองค์กรในการส่งเสริมป้องกันเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มเยาวชนกลุ่มเปราะบาง พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ เป็นส่วนหนึ่งของการดำเนินงานโครงการวิจัยการควบคุมกำกับฯ ดังกล่าว

สืบเนื่องจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลร่วมกับสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ดำเนินงานตามโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกเพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ 7 กลุ่ม สำหรับกลุ่มเยาวชนเป็นกลุ่มหนึ่งที่เป็นเป้าหมายการดำเนินงานในโครงการดังกล่าวมีการติดตามการดำเนินงานอย่าง ต่อเนื่องทั้งการรายงานความก้าวหน้า ด้วยการจัดทำรายงานและการติดตามประเมินผลในพื้นที่โดยการเยี่ยมสำรวจเพื่อทราบความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินกิจกรรม และการติดตามผลการดำเนินงานเมื่อสิ้นสุดโครงการคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้รับการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ภายใต้การกำกับดูแลของคณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันเอดส์ และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) เพื่อดำเนินการโครงการวิจัยการควบคุม กำกับและประเมินผล โครงการที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ตามกลยุทธ์ที่ 7 : “เสริมสร้างศักยภาพ และการมีส่วนร่วมของเครือข่ายเยาวชนทั้งในชุมชน สถานศึกษาและสถานประกอบการ กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ รวม 7 กลุ่มเป้าหมาย (22 โครงการ) ร่วมกับเครือข่ายองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ องค์กรภาครัฐ และภาคธุรกิจ ในการดำเนินกิจกรรมป้องกันโรคเอดส์” ภายใต้โครงการสนับสนุนการพัฒนารูปแบบ และกลไกรณรงค์ เพื่อป้องกันเอดส์

คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ได้อนุมัติให้โครงการวิจัย การควบคุม กำกับและประเมินผลฯ เริ่มดำเนินการโครงการวิจัยในวันที่ 24 กุมภาพันธ์ 2553 (ระยะเวลา 1 ปี)

วัตถุประสงค์ การดำเนินการโครงการวิจัยฯนี้มีวัตถุประสงค์ในการ

1. ศึกษากระบวนการ กลไก และกิจกรรมการดำเนินงานพัฒนาศักยภาพองค์กรสมาชิกและแกนนำชุมชน
2. ศึกษาโครงสร้าง และการบริหารจัดการโครงการฯ ในกลุ่มเยาวชน
3. ศึกษากระบวนการจัดการและกลไกการดำเนินงานเครือข่ายเพื่อสร้างระบบบริการสุขภาพแก่เยาวชน
4. ประเมิน ความรู้ ความตระหนัก การประเมินความเสี่ยง ทักษะและการปฏิบัติเพื่อป้องกันเอดส์ใน กลุ่มเป้าหมายโครงการ
5. วิเคราะห์นวัตกรรมการดำเนินงานสร้างระบบบริการสุขภาพในกลุ่มเยาวชน
6. วิเคราะห์ความยั่งยืนการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในในกลุ่มเยาวชน
7. จัดทำข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ/นโยบายในการดำเนินงานสร้างระบบบริการสุขภาพในกลุ่มเยาวชน
8. เสริมสร้างความเข้าใจและความสามารถในการควบคุมกำกับและประเมินผลระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคประชาคม

วิธีดำเนินการวิจัย การวิจัยประเมินผลครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงอรรถาธิบาย (Explanatory Research) ด้วยการวิจัยทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงคุณภาพใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลการสัมภาษณ์กลุ่ม (focus group interview) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) การวิจัยเชิงปริมาณใช้การสำรวจ ณ ช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional Survey)

ผลการศึกษา เยาวชนกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษานี้ พบว่ามีอายุเฉลี่ย 17.68 ปี พบอายุต่ำสุด 11 ปีและอายุสูงสุด 31 ปี โดยมีค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2.95 ปี อย่างไรก็ตามพบว่า เยาวชนประมาณครึ่งหนึ่งคือร้อยละ 50.7 อายุระหว่าง 15-17 ปี รองลงมาคืออายุ 18-20 ปีและ 21-23 ปีคิดเป็นร้อยละ 20.7 และ 16.4 ตามลำดับ เป็นเยาวชนเพศหญิงร้อยละ 55.8 และเพศชายร้อยละ 44.2 เป็นเยาวชนนอกเขตเทศบาลร้อยละ 56.4 ขณะที่เป็นเยาวชนในเขตเทศบาลร้อยละ 43.6 ภูมิลำเนาส่วนใหญ่ร้อยละ 82.1 คือเกิดที่อยู่ ณ ขณะปัจจุบัน ไม่ได้อพยพย้ายถิ่นมาจากที่ใด ๆ มีร้อยละ 17.9 ที่เป็นเยาวชนย้ายถิ่น สำหรับสถานภาพสมรส พบว่าเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 96.6 ที่มีเป็นโสด มีเพียงร้อยละ 3.4 ที่มีสถานภาพสมรสคู่ การศึกษาของเยาวชนพบว่า จบระดับมัธยมศึกษาตอนต้นร้อยละ 46.0 รองลงมาคือระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 30.4 และประถมศึกษา ร้อยละ 13.8 อาชีพส่วนใหญ่เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 77.3 รองลงมา

คือ รับจ้างทั่วไป ร้อยละ 16.9 เมื่อสอบถามถึงรายได้ครัวเรือนต่อเดือน พบว่า เยาวชนร้อยละ 77.0 ไม่ทราบรายได้ครัวเรือน อย่างไรก็ดีร้อยละ 36.9 มีความเห็นว่า ครัวเรือนมีรายได้เพียงพอและมีเหลือเก็บ โดยสื่อหรือช่องทางข่าวสารที่ได้รับ สูงสุดคือ โทรทัศน์ ร้อยละ 73.4 รองลงมาคือ วิทยุ สื่อสิ่งพิมพ์ (แผ่นพับ หนังสือพิมพ์) และบุคลากรสาธารณสุข ร้อยละ 54.5,40.6 และ 33.3

สำหรับประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชน พบว่า ร้อยละ 77.2 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ ในขณะที่ร้อยละ 22.8 เคยมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของเยาวชนเหล่านี้พบว่า สูงถึงร้อยละ 82.0 ที่มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรัก ในขณะที่ร้อยละ 15.5 มีกับเพื่อน โดยร้อยละ 9.8 เป็นเพื่อนต่างโรงเรียน และร้อยละ 5.7 เป็นเพื่อนนักเรียนโรงเรียนเดียวกัน และมีร้อยละ 7.8 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการทางเพศ เกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 17.5 มีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งเป็นที่น่าวิตกกังวลยิ่งทั้งนี้พบว่า มีเพียงร้อยละ 35.4 ที่ใช้ถุงยางทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ซึ่งก็หมายความว่า ร้อยละ 64.6 ที่ไม่ใช้ถุงยางทุกครั้ง โดยร้อยละ 48.5 ใช้บางครั้ง และร้อยละ 16.2 ที่ไม่ใช้ถุงยางเลย มากกว่านี้ยังพบว่า ในกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์เหล่านี้ 3 รายหรือคิดเป็นร้อยละ 2.3 มีประวัติติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งทั้งสามรายนี้ไปขอรับการรักษาที่คลินิค

จากการสอบถามความรู้ในกลุ่มเยาวชน พบว่า เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ UNGASS 5 ข้อ พบว่า โดยภาพรวมตอบถูกผ่านเกณฑ์ (ตอบถูก 4-5 ข้อใน 5 ข้อ) ร้อยละ 68.7 กล่าวคือ ร้อยละ 24.9 ที่ตอบถูกทุกข้อ (5 ข้อหรือผ่านเกณฑ์ร้อยละ 100) และตอบถูก 4 ข้อ (ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80) คิดเป็นร้อยละ 43.8 เมื่อพิจาณณารายข้อผลคือ เยาวชนตอบว่า “ใช่” สูงกว่าร้อยละ 80 ในประเด็นการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ (ร้อยละ 95.2) ผลจากการตรวจเลือดเป็นวิธียืนยันการติดเชื้อเอดส์ที่แน่นอนที่สุด (ร้อยละ 93.2) การใช้ห้องน้ำร่วมกันกับผู้ติดเชื้อสามารถติดเชื้อเอดส์ได้ (ร้อยละ 85.3) ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ เช่น งานบวช งานแต่ง เป็นต้น (ร้อยละ 84.9) อยู่ระหว่างร้อยละ 60-79 ในสามประเด็น ได้แก่ ในปัจจุบันมียาที่สามารถต้านเชื้อเอดส์ได้ (ร้อยละ 75.8) การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติดเชื้อเอดส์ได้ (ร้อยละ 71.6) การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ (ร้อยละ 63.8) ขณะเดียวกับเยาวชนตอบว่า “ไม่ใช่” อยู่ระหว่างร้อยละ 50-70 ในประเด็นคนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้ (ร้อยละ 69.1) ยุงสามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้ (ร้อยละ 64.2) คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้และโรคเอดส์ไม่ติดต่อทางกรรมพันธุ์ (ร้อยละ 53.9)

ความตระหนักเรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มเป้าหมาย พบว่า เยาวชนกว่าร้อยละ 90 มีความตระหนักในประเด็นที่ว่าหากมีเพศสัมพันธ์ ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ (ร้อยละ 90.8) กว่าร้อยละ 80 ที่มีความตระหนักในประเด็นการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันกับใครก็ตาม เป็นการเสี่ยงต่อการติดเอดส์ (ร้อยละ 84.2) กว่าร้อยละ 70 มีความตระหนักในประเด็นผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถทำงานและใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปได้ (ร้อยละ 75.2) และอยู่ระหว่างร้อยละ 50-70 มีความตระหนักในประเด็น การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความรักต่อกัน (ร้อยละ 62.7) การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความไว้วางใจต่อกัน (ร้อยละ 62.1) เอดส์ไม่มียารักษาให้หายขาดได้ (ร้อยละ 59.1) ขณะที่ประมาณร้อยละ 40 ตระหนักในประเด็นที่ว่า ท่านเคยไปตรวจเลือดโดยสมัครใจ (ร้อยละ 42.2) การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ (ร้อยละ 40.4) ผู้ติดเชื้อเอดส์เสียชีวิตทุกราย (ร้อยละ 39.3) ตำบลที่ท่านอยู่ในปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอดส์ (ร้อยละ 39.0)

การประเมินความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของกลุ่มเป้าหมาย เมื่อพิจารณาตามเกณฑ์ของการตอบถูกพบว่า โดยภาพรวมตอบถูกผ่านเกณฑ์ (ตอบถูก 8-10 ข้อใน 10 ข้อ) ร้อยละ 24.6 ขณะที่ร้อยละ 75.4 ตอบถูกไม่ผ่านเกณฑ์ร้อยละ 80 (ตอบถูกน้อยกว่า 8 ข้อ) และรายละเอียดรายข้อ พบว่า เยาวชนมีความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์สูงมากถึงประมาณร้อยละ 90 ในประเด็นต่าง ๆ ได้แก่ ควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ เพื่อป้องกันเอดส์ (ร้อยละ 90.0) การใช้สารเสพติดโดยการฉีดร่วมกับผู้อื่น เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ (ร้อยละ 89.9) การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ (ร้อยละ 89.2) และ การตรวจหาเชื้อเอดส์ก่อนแต่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ (ร้อยละ 88.5) และร้อยละ 72.8 มีความรู้ในประเด็นที่ว่า การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เราเห็นว่ามีสุขภาพแข็งแรงดี อาจติดเชื้อเอดส์ได้ อย่างไรก็ดีประเด็นที่ว่าการจูบปากเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์น้อยมาก

นั้น เยาวชนร้อยละ 54.7 ที่มีความรู้ในเรื่องนี้รายละเอียดดังตารางที่ 6

ทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ของกลุ่มเป้าหมาย การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์และทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ สำหรับเยาวชนที่มีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ในรอบหกเดือนที่ผ่านมา พบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ร้อยละ 42.6 ขณะที่ใช้เป็นบางครั้งร้อยละ 53.2 สำหรับพฤติกรรมหลั่งภายนอก พบว่า ร้อยละ 54.8 ที่หลั่งภายนอกเป็นบางครั้ง รองลงมาคือ ไม่เคยทำร้อยละ 30.1 พฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอน พบว่า ร้อยละ 58.1 ไม่เคยทำ ขณะที่ร้อยละ 37.6 ระบุว่าเคยเปลี่ยนคู่นอนบางครั้ง สำหรับการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์ แม้ว่าส่วนใหญ่คือร้อยละ 94.6 ระบุว่า ไม่เคยทำ หากแต่ยังมีร้อยละ 5.4 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์แบบบางครั้งและ/หรือทุกครั้ง

การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์และทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ สำหรับเยาวชนที่ไม่เคยมีพฤติกรรมเพศสัมพันธ์ จากการศึกษาความตั้งใจในการปฏิบัติตัวหากมีเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 84.0 ระบุว่าจะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ขณะที่ ร้อยละ 12.9 ระบุว่า ไม่แน่ใจ สำหรับพฤติกรรมหลั่งภายนอก พบว่า ร้อยละ 45.0 ระบุว่าจะภายนอก รองลงมาคือ ร้อยละ 30.6 ระบุว่า ไม่แน่ใจ สำหรับพฤติกรรมการมีคู่นอนมากกว่า 1 คน พบว่า เยาวชนร้อยละ 71.2 ระบุว่า จะไม่มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ขณะที่ร้อยละ 19.8 ระบุว่า ไม่แน่ใจ สำหรับการมีเพศสัมพันธ์ได้กับทั้งเพศชายและเพศหญิง พบว่า ร้อยละ 68.7 ระบุว่าไม่ใช่ ขณะที่พอ ๆ กันคือ ร้อยละ 16.2 ระบุว่าไม่แน่ใจ และ ร้อยละ 15.0 ระบุว่าใช่ แม้ว่าส่วนใหญ่คือร้อยละ 94.6 ระบุว่า ไม่เคยทำ หากแต่ยังมีร้อยละ 5.4 ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์แบบบางครั้งและ/หรือทุกครั้ง

ข้อค้นพบหลักจากการควบคุมกำกับในการดำเนินการโครงการวิจัยฯ จากการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์/สนทนากลุ่ม ในกลุ่มผู้รับทุนและกลุ่มแกนนำ เพื่อให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน รัฐควรมีนโยบายเพื่อให้ความสำคัญและสนับสนุนให้ชุมชนเข้ามามีบทบาทในการป้องกัน/แก้ไขปัญหาเอดส์ในฐานะเจ้าของปัญหาและผลกระทบที่จะเกิดขึ้น โดยมีการใช้ทรัพยากรบุคคล ทรัพยากรทางเศรษฐกิจ และกลไกทางสังคมที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาเหล่านี้ การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายและการขยายขีดความสามารถในการทำงาน เพื่อเปิดพื้นที่ใหม่ ๆ ควรมีแผนงานการทำงาน (Road map) ที่ชัดเจน และควรแสวงหาภาคีเครือข่ายความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นเข้ามาสนับสนุน โดยเฉพาะอย่างยิ่งคือ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น อบต. เทศบาล และ อบจ. ให้เข้ามาร่วมเป็นเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดทำแผนงบประมาณร่วมกันเพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดต่อทุกฝ่าย และสร้างการมีส่วนร่วมรับผิดชอบดำเนินงานในพื้นที่ รวมทั้งเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องและยั่งยืนของการดำเนินงานที่มีงบประมาณจากหน่วยงานท้องถิ่นสนับสนุน ควรมีการพัฒนาระบบฐานข้อมูลกลางที่เป็นมาตรฐานเดียวกันเกี่ยวกับกลยุทธ์และกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มเป้าหมายเฉพาะอื่น ๆ และมีการใช้ประโยชน์จากระบบฐานข้อมูลที่พัฒนาขึ้นในการวางแผนดำเนินงานเพื่อให้บริการด้านการป้องกัน นอกจากนี้ควรมีเวทีเพื่อการแลกเปลี่ยนในการใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่แต่ละองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนมีอยู่ร่วมกัน ควรมีการพัฒนาบุคลากรสุขภาพของภาครัฐให้มีความรู้และเกิดทักษะในการดำเนินงานเชิงรุกในชุมชน มีการพัฒนาหลักสูตรที่เป็นมาตรฐานกลางเพื่อใช้ในการฝึกอบรมก่อนที่จะมอบหมายให้อาสาสมัคร (เครือข่าย/แกนนำ) รับผิดชอบหน้าที่ในการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมาย และควรมีการอบรมเพิ่มเติมความรู้และทักษะใหม่ ๆ และอบรมฟื้นฟูเป็นระยะ ๆ การพัฒนาหลักสูตรเพื่อพัฒนาศักยภาพแกนนำอาสาสมัครและทีมทำงาน

- หลักสูตรการทำงานเรื่องเอดส์และเพศกับเยาวชน
- หลักสูตรการอบรมการป้องกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี (Positive prevention)
- หลักสูตรการจัดบริการปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ
- หลักสูตรเรื่องกระบวนการทำงานแผนสุขภาพชุมชน

จัดทำแนวทางการปฏิบัติเพื่อเป็นคู่มือในการจัดกิจกรรมในกลุ่มเยาวชนและเยาวชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เพื่อให้เนื้อหามีความถูกต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบท ควรมีระบบการติดตามประเมินผลภายในของผู้ปฏิบัติงาน โดยมีการพัฒนาตัวชี้วัดที่สำคัญ ๆ พร้อมเครื่องมือ ซึ่งจะสามารถใช้ประเมินการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความรู้ ความตระหนัก และประเมินพฤติกรรมเสี่ยง เพื่อส่งผลถึงพฤติกรรมการป้องกันตนเอง และ

ควรมีการติดตามประเมินความสำเร็จของการดำเนินงานตามตัวชี้วัดเหล่านี้เป็นระยะ ๆ เพื่อปรับเปลี่ยนวิธีการทำงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น จัดเวทีสุขภาพระดับพื้นที่เพื่อกระตุ้นให้เกิดกระแสความตระหนักในการป้องกัน เช่น มหกรรมสร้างสุขภาพ โดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆในพื้นที่ เป็นต้น สนับสนุนการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนในลักษณะเครือข่ายเพื่อให้เกิดการหนุนเสริมการทำงานระหว่างกันและกัน นอกเหนือจากการทำงานร่วมกับภาครัฐและชุมชน

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ และหรือนโยบาย

กลุ่มเยาวชนในโรงเรียน

1. กระทรวงมหาดไทย และพม. ควรส่งเสริมกลไกให้ตัวแทนเยาวชนระดับพื้นที่ มีส่วนร่วมในการเสนอแนะกิจกรรมป้องกันเรื่องเพศเรื่องเอดส์ที่เหมาะสมกับกลุ่มเยาวชนทั้งในและนอกระบบการศึกษา แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
2. กระทรวงศึกษาธิการควรเร่งรัดการจัดหลักสูตรเพศศึกษาควบคู่กับการเรียนรู้เรื่องทักษะชีวิตแบบมีส่วนร่วมให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น เช่นการประเมินความเสี่ยง ทักษะการปฏิเสธ และการประเมินวิธีการแก้ไขปัญหา เป็นต้น โดยให้เป็นกิจกรรมที่เป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งของการจัดการศึกษาในด้านที่ต้องให้นักเรียนได้รับรู้ข้อมูลดังกล่าวและสามารถปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้จริง
3. กระทรวงศึกษาธิการควรสนับสนุนให้สถาบันการศึกษาจัดกิจกรรมเสริมทักษะชีวิตในรูปแบบชมรม หรือจิตอาสา รวมทั้งจัดให้มีระบบการให้คำปรึกษาที่เป็นมิตรแก่นักเรียน
4. กระทรวงศึกษาธิการควร พม. การสร้างสภาพแวดล้อมที่สร้างโอกาสให้เยาวชนได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อให้มีกิจกรรมสร้างสรรค์แทนการหมกมุ่นเรื่องเพศ โดยเชื่อมโยงกับ กีฬา วัฒนธรรม และวิถีชุมชน
5. กระทรวงศึกษาธิการ มหาดไทย พม. ควรมุ่งเน้นการสร้างคุณค่าให้เยาวชน โดยการจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้สามารถทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ที่ด้อยโอกาส เช่น เด็กกำพร้า เด็กพิการ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้เยาวชนตระหนักถึงคุณค่าของตนเองที่มีต่อสังคม เพื่อให้มีโอกาสสร้างสมความดี และสร้างคุณค่าตนเอง
6. หน่วยงานผู้ให้ทุนและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรมีกระบวนการพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชน โดยใช้แนวคิดทฤษฎี และหลักฐานเชิงประจักษ์ และแนวคิดการสร้างเสริมพลังอำนาจ(Empowerment)

กลุ่มเยาวชนเปราะบาง

1. กระทรวงมหาดไทยควรสร้างกลไกการจัดสรรงบประมาณจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับเยาวชนกลุ่มเป้าหมาย
2. กระทรวงมหาดไทย และพม. ควรสร้างกลไกเพื่อขยายพื้นที่การสื่อสารระหว่างกลุ่มเยาวชน กับ ผู้นำชุมชนหรือองค์กรภาครัฐ
3. กระทรวงมหาดไทย ศึกษาธิการ สาธารณสุข ควรสนับสนุนกลไก/กิจกรรมสนับสนุนและสร้างความเข้มแข็งของกลุ่ม/ชมรมเยาวชนในชุมชน
4. คณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัดควรสร้างกลไกการประสานความร่วมมือระหว่างกลุ่มเยาวชน องค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาสังคม กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และหน่วยงานภาครัฐอื่น ๆ ในลักษณะภาคีเครือข่ายที่มีประสิทธิภาพ

ข้อเสนอแนะเชิงวิชาการในกลุ่มเยาวชน

1. การให้ข้อมูลประเด็นความรู้อย่างเดียวไม่เพียงพอ ต้องเน้น การประเมินความเสี่ยง และทักษะชีวิต
2. การผลักดันการทำงานในระดับพื้นที่โดยการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ทั้ง ภาครัฐ และภาคประชาสังคม
3. การสร้างแกนนำ คนทำงาน ด้านเอดส์ในท้องถิ่นที่เป็นเจ้าของพื้นที่ ให้ทำงานเป็นและได้รับการยอมรับและการสนับสนุนจาก อปท. รวมทั้งการสร้างคุณค่าให้กับคนทำงาน สร้างแรงจูงใจ เช่น อสม. อบต. ครู

ปราชญ์ชาวบ้าน กลุ่มผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา เทศบาล ผู้ปกครอง และเยาวชน (เด็กเรียนดี หัวโจก แว้นซ์ สะก๊อย)

4. การจัดระบบติดตาม สนับสนุน การดำเนินงานของอาสาสมัครและแกนนำที่ได้รับการอบรมให้สามารถทำหน้าที่ขยายผล ได้อย่างสะดวก
5. จัดทำเครื่องมือกลาง เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับการจัดกิจกรรมในกลุ่มเยาวชน เพื่อให้เนื้อหามีความถูกต้องเป็นมาตรฐานเดียวกัน แต่สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสมตามบริบท
6. การจัด หลักสูตรเพศศึกษาควบคู่กับการเรียนรู้เรื่องทักษะชีวิต เช่นการประเมินความเสี่ยง ทักษะการปฏิเสธ และการประเมินวิธีการแก้ไขปัญหา เป็นต้น โดยให้เป็นกิจกรรมที่เป็นตัวชี้วัดตัวหนึ่งของการจัดการ ศึกษาในด้านที่ต้องให้นักเรียนได้รับรู้ข้อมูลดังกล่าวและสามารถปรับใช้ใน ชีวิตประจำวันได้จริง
7. การสร้างสภาพแวดล้อมที่สร้างโอกาสให้เยาวชนได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ เพื่อให้มีกิจกรรมสร้างสรรค์แทนการหมกมุ่นเรื่องเพศ โดยเชื่อมโยงกับ กีฬา วัฒนธรรม และวิถีชุมชน
8. การสร้างคุณค่าให้เยาวชน โดยการจัดกิจกรรมที่เปิดโอกาสให้สามารถทำหน้าที่ช่วยเหลือผู้ที่ที่ด้อย โอกาส เช่น เด็กกำพร้า เด็กพิการ ผู้พิการ ผู้สูงอายุ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้เยาวชนตระหนักถึงคุณค่าของตนเองที่มีต่อสังคม เพื่อให้มีโอกาสสร้างสมความดี และสร้างคุณค่าตนเอง

ในกลุ่มพนักงานบริการ

การมีเพศสัมพันธ์เป็นปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตระบุว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 84 (72,090 ราย) อาชีพพนักงานบริการเป็นปัจจัยสำคัญต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ จากรายงานในปีพ.ศ. 2551 มีพนักงานบริการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 1.8 และ ผู้ที่ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ระบุอาชีพว่าเป็นพนักงานบริการร้อยละ 17.7 และมีผู้ป่วยชายที่ระบุว่าตนติดเชื้อจากพนักงานบริการร้อยละ 14.5 สาเหตุประการหนึ่งอาจมาจากการปฏิรูประบบราชการในปี พ.ศ. 2545 ได้ส่งผลกระทบ ทำให้การดำเนินงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับจังหวัดส่วนใหญ่ ต้องดำเนินการบริการรวมกับผู้ป่วยโรคทั่วไป ซึ่งมีผลกระทบต่อกลุ่มพนักงานบริการ ที่ต้องอาศัยการบริการเจ้าหน้าที่ที่มีความคุ้นเคยและมีความไว้วางใจ และต้องการสถานที่ที่เป็นสัดส่วนและมิดชิด เหมาะแก่การเปิดเผยความลับหรือความรู้สึกต่อเจ้าหน้าที่ กลุ่มพนักงานบริการเป็นชุมชนเฉพาะในสังคม (Pocket of population at risk) ที่ได้แยกตัวซ่อนเร้นจากสังคม และไม่ได้รับการยอมรับในเชิงสังคมหรือกฎหมาย ทำให้ขาดกระบวนการวิจัยและพัฒนา ที่จะสร้างเครื่องมือและกลวิธี ทำให้ยากที่จะเข้าถึงและ ให้ข้อมูลข่าวสารหรือจัดบริการทางสุขภาพให้คนกลุ่มนี้ การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มนี้จึงทำได้ยาก อนึ่งธุรกิจบริการทางเพศได้เปลี่ยนรูปแบบไปจากการมีบริการเปิดเผยมาสู่ธุรกิจบันเทิง ที่มีการซ่อนเร้นของบริการทางเพศที่ซับซ้อนกว่าเดิม กระจายทั้งในเขตเมืองและชนบท ซึ่งป็นผลมาจากการรณรงค์ข้อมูลข่าวสารด้านโรคเอดส์ และการจัดระเบียบสังคมและการปราบปรามในทุกจังหวัด และทำให้มีแนวโน้มว่าการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มพนักงานบริการลดลงในกรุงเทพฯ เหลือประมาณร้อยละ 89 ใน พ.ศ. 2547 สำหรับกลุ่มพนักงานบริการชายเป็นกลุ่มที่ขายบริการให้กับทั้งชายและหญิง ซึ่งกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและมีอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์สูงถึงร้อยละ 28 เป็นกลุ่มชายขายบริการให้กับชายซึ่งมีการร่วมเพศทางทวาร (Anal Sex) ปัญหาสำคัญของการขายบริการทางเพศของกลุ่มชาย คือ การใช้น้ำยาหล่อลื่นร่วมกับถุงยางอนามัยซึ่งจำเป็นต้องใช้ แต่ถุงยางอนามัยที่มีตามปรกติมักจะมีน้ำยาหล่อลื่นน้อยกว่าที่ต้องการใช้ในกลุ่มนี้ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขดำเนินการสนับสนุนงบประมาณให้ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ให้ดำเนินการโครงการวิจัยการควบคุม กำกับและประเมินผลโครงการภายใต้กลยุทธ์ที่ 2 เป็นโครงการที่มีลักษณะกึ่งวิจัยเชิงปฏิบัติการ ซึ่งได้กำหนดให้กลุ่มพนักงานบริการเป็นกลุ่มเป้าหมายกลุ่มหนึ่งและมีโครงการที่ได้รับการสนับสนุน 1 จำนวน โครงการคือ “โครงการภาคีความร่วมมือพนักงานบริการด้านเอดส์ (รหัส 51-061)” มีระยะเวลาการดำเนินงาน 1 ปี และโครงการได้สิ้นสุดในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2552 พื้นที่ดำเนินการโครงการ และ องค์กรเครือข่าย มีจำนวน 8 จังหวัด 15 พื้นที่ (กทม-ปริมณฑล: Empower - Swing – อิสรชน/ สมุทรสาคร: อิสรชน/ พัทยา: Sister Swing/ เชียงใหม่:

Empower - M-Plus Violet House/ เชียงราย: Empower/ ตาก: Empower/ ภูเก็ต: Empower - Andaman Power ฟ้าสีรุ้ง ทะเลใต้ และ อุบลราชธานี: Empower)

โครงการวิจัย การควบคุมกำกับและประเมินผลฯ ที่ได้ดำเนินการในกลุ่มพนักงานบริการ มีวัตถุประสงค์โดยสรุป คือ 1). เพื่อการกำกับ ติดตาม ประเมินผล และกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันเอดส์ในกลุ่มเครือข่ายพนักงานบริการ โดยพิจารณาจากสัมฤทธิผลของโครงการ ตามวัตถุประสงค์ของโครงการเป็นหลักโดยอาศัย ตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ ด้านการรวมตัวและความเข้มแข็งของเครือข่าย (เครือข่ายเข้มแข็ง) การหารูปแบบในการป้องกันเอดส์ที่เหมาะสมกับพนักงานบริการทั้งรูปแบบในแง่กระบวนการ (process) และ (product หรือ output) 2) เพื่อเสริมสร้างความเข้าใจและความสามารถในควบคุมกำกับและประเมินผล รวมทั้งเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและการเป็นเจ้าของระหว่างภาคีพันธมิตรทั้งภาครัฐ ภาคประชาคม ภาควิชาการ รวมทั้งภาคธุรกิจ 3) เพื่อนำเสนอผลและข้อเสนอแนะในการพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายรูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันเอดส์ในกลุ่มเครือข่ายพนักงานบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย โดยการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้รับทุนหลัก คือ มูลนิธิ Empower การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสนทนากลุ่มในกลุ่มแกนนำที่ได้รับการอบรมภายใต้โครงการและปฏิบัติงานในพื้นที่รับผิดชอบของโครงการ และพนักงานบริการในพื้นที่รับผิดชอบของโครงการ โดยต้องเป็นผู้ที่อยู่ในพื้นที่เดียวกับกลุ่มแกนนำที่ได้รับการอบรมจากองค์กรที่ได้รับการสนับสนุนทุน และการเก็บรวบรวมเชิงปริมาณในกลุ่มประชากลุ่มเป้าหมายที่ศึกษา ได้แก่ แกนนำ และ พนักงานบริการในพื้นที่รับผิดชอบของโครงการ นอกจากนั้นยังมีการเก็บรวบรวมข้อมูล จากการทบทวนเอกสาร รายงานผลการประเมินผลโครงการ และสอบถามผู้ที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัยโดยใช้แบบสอบถาม และ ใช้กระบวนการสนทนากลุ่มเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูล โดยพิจารณาตามเนื้อหาของการประเมินตามตัวชี้วัดหลักของโครงการและ ประเมินโครงการตามกระบวนการดำเนินโครงการ จำแนกเป็น Input, Process, Output, Outcome, Impact Evaluation มีแกนนำจำนวน 57 ราย และ พนักงานบริการกลุ่มเป้าหมายจำนวน 160 ราย รวมทั้งหมด 217 ราย จากกรุงเทพฯ จังหวัดอุบลราชธานี เชียงใหม่ และภูเก็ต

กลุ่มเป้าหมาย พนักงานบริการกลุ่มเป้าหมายเป็นชาย 37 คนและเป็นหญิง 123 คน มีอายุเฉลี่ยประมาณ 27.9 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษาร้อยละ 40.8และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไปร้อยละ 27 ค่าเฉลี่ยรายได้ของครัวเรือนประมาณ 7,998 บาท ซึ่งหนึ่งในสามให้ข้อมูลว่ารายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน อาสาสมัครร้อยละ 84.4 เคยได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ การรับข่าวสารผ่านช่องทางโทรทัศน์ และบุคลากรสาธารณสุขมีจำนวนใกล้เคียงกัน คือร้อยละ 45.6 และ 41.3 ตามลำดับ อายุเฉลี่ยที่กลุ่มเป้าหมายมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 17.4 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนพนักงานบริการประมาณร้อยละ 20 และ เกือบทั้งหมดมีเพศสัมพันธ์ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 60 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และมีประมาณ 12 % ไม่เคยใช้เลย

ความรู้ด้านเอดส์ของพนักงานบริการเป้าหมาย พบว่า อาสาสมัครส่วนใหญ่ตอบถูกในข้อการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ คิดเป็นร้อยละ 96.9 การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 74.4 ยุงไม่สามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 66.7, การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่สามารถติดเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 79.7 การใช้ห้องน้ำร่วมกันกับผู้ติดเชื้อไม่สามารถติดเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 79.2 คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 81.8 ในปัจจุบันมียาที่สามารถยับยั้งเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 72.3, ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ เช่น งานบวช งานแต่ง ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 90.6, ผลจากการตรวจเลือดเป็นวิธียืนยันการติดเชื้อเอดส์ที่แน่นอนที่สุด ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 90.6 และโรคเอดส์ไม่ติดต่อทางกรรมพันธุ์ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 65.4

ความตระหนักของพนักงานบริการเป้าหมายเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่า กลุ่มพนักงานบริการเป้าหมายร้อยละ 77.5 มีความตระหนักว่าโรคเอดส์ยังมีการแพร่ระบาดในประเทศไทย กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 65.0 มีความตระหนักว่าโรคเอดส์เป็นโรคร้ายแรงที่ไม่มีทางรักษาหาย กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 88.1 ตระหนักว่า การมีเพศสัมพันธ์กับใครก็ตาม หากไม่ป้องกันอย่างถูกวิธี ก็มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์ได้ กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 90 ตระหนักว่า ควรใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศทุกครั้งเพื่อความแน่ใจในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ และกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 87.5 ตระหนักว่า ทุกคน

มีโอกาสติดเชื้อเอดส์หากขาดความรู้และไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอย่างถูกต้อง ความตระหนักเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์ (จากเครื่องมือกลาง) พบว่า กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 72 เชื่อว่าเอดส์ ไม่มียารักษาให้หายขาดได้ กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 82.8 คิดว่าผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถทำงานและใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปได้ กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 94.2 ตระหนักว่าควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ หากมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 69.2 คิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความรักต่อกัน กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 66.2 เชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความไว้วางใจต่อกัน กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 52.2 คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์แต่ใช้ถุงยางอนามัยไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 76.8 เคยไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 40.4 เชื่อว่าคนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลเมือง มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 43.6 คิดว่าในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ในปัจจุบัน มีผู้ติดเชื้อเอดส์ และกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 85.9 เชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเสี่ยงต่อการติดเอดส์

การประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ของพนักงานบริการเป้าหมาย พบว่า กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่เคยถูกถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 66.9) และส่วนใหญ่สามารถดูออกว่าคนที่ตนเองมีเพศสัมพันธ์ด้วยเคยมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นมาก่อน (ร้อยละ 45) อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 45 มั่นใจว่า ตนเองปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันได้ทุกครั้ง และอาสาสมัครเกินกว่าครึ่ง (ร้อยละ 55) เคยคุยกับคู่ของตนเองอย่างจริงจัง เรื่องการป้องกันเอดส์ อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่คิดเป็นร้อยละ 83.8 ตอบว่ามีถุงยางอนามัยเมื่อต้องการใช้ทุกสถานการณ์ อาสาสมัคร ร้อยละ 73.1 ตอบว่า การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เราเห็นว่ามีสุขภาพแข็งแรงดี อาจติดเชื้อเอดส์ได้ และเกินกว่าร้อยละ 80 คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน และการตรวจหาเชื้อเอดส์ก่อนแต่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเอดส์ได้ (ร้อยละ 85 และ 87.5 ตามลำดับ)

ทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ของ พนักงานบริการเป้าหมาย พบว่า เมื่อมีเพศสัมพันธ์ของอาสาสมัครที่มีคู่นอนประจำ และคู่นอนชั่วคราว พบว่า ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้งในระยะเวลา 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์, 3 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ และครั้งล่าสุด พนักงานบริการร้อยละ 50.6 ได้ให้คู่นอนของตนใช้การหลั่งภายนอกเมื่อมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ในส่วนของทักษะการต่อรอง พบว่า ส่วนใหญ่สามารถปฏิเสธผู้มาซื้อบริการที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย และรู้จักสถานพยาบาลที่บริการให้คำปรึกษาเรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มแกนนำ พนักงานบริการกลุ่มแกนนำ เป็นชาย 13 คน และเป็นหญิง 42 คน มีอายุเฉลี่ยประมาณ 31.4 ปี จบการศึกษาระดับมัธยมต้นร้อยละ 33.3 และประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป ร้อยละ 27.8 ค่าเฉลี่ยรายได้ของครัวเรือนประมาณ 12,400 บาท ซึ่งส่วนใหญ่พบว่ารายได้เพียงพอใช้จ่ายไม่มีเหลือเก็บ ข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพของกลุ่มแกนนำพบว่า ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพทางโทรทัศน์ คิดเป็นร้อยละ 68.4 รองลงมาคือบุคลากรสาธารณสุข คิดเป็นร้อยละ 54.4 อายุเฉลี่ยที่กลุ่มแกนนำมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 18 ปี เคยมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนพนักงานบริการประมาณร้อยละ 23.1 และ เกือบทั้งหมดมีเพศสัมพันธ์ในระยะเวลา 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 84.6 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และมีประมาณ 6.8 % ไม่เคยใช้เลย

ความรู้ด้านเอดส์ของพนักงานบริการกลุ่มแกนนำ พบว่า แกนนำส่วนใหญ่ตอบถูกว่าการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ คิดเป็นร้อยละ 98.2 แกนนำส่วนใหญ่ตอบถูกว่าการมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ คิดเป็นร้อยละ 89.5 แกนนำส่วนใหญ่ตอบถูกว่ายุงไม่สามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้ คิดเป็นร้อยละ 86.0 แกนนำส่วนใหญ่ตอบถูกว่า การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่สามารถติดเชื้อเอดส์ได้ คิดเป็นร้อยละ 96.4 แกนนำส่วนใหญ่ตอบถูกว่าการใช้ห้องน้ำร่วมกันกับผู้ติดเชื้อไม่สามารถติดเชื้อเอดส์ได้ คิดเป็นร้อยละ 89.5 แกนนำส่วนใหญ่ตอบถูกว่าคนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้ คิดเป็นร้อยละ 82.5 แกนนำส่วนใหญ่ตอบถูกว่าในปัจจุบันมียาที่สามารถยับยั้งเชื้อเอดส์ได้ คิดเป็นร้อยละ 86 แกนนำส่วนใหญ่ตอบถูกว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ คิดเป็นร้อยละ 96.5 แกนนำส่วนใหญ่ตอบถูกว่า ผลจากการตรวจเลือดเป็นวิธียืนยันการติดเชื้อเอดส์ที่แน่นอนที่สุด คิดเป็นร้อยละ 96.5 และแกนนำส่วนใหญ่ตอบถูกว่า โรคเอดส์ไม่ติดต่อทางกรรมพันธุ์ คิดเป็นร้อยละ 63.2

ความตระหนักของพนักงานบริการกลุ่มแกนนำเกี่ยวกับโรคเอดส์ พบว่า กลุ่มแกนนำ ส่วนใหญ่ตอบว่าใช่เกี่ยวกับโรคเอดส์ยังมีการแพร่ระบาดในประเทศไทย คิดเป็นร้อยละ 96.5 โรคเอดส์เป็นโรคร้ายแรงที่ไม่มีทางรักษาหาย คิดเป็นร้อยละ 52.6 การมีเพศสัมพันธ์กับใครก็ตาม หากไม่ป้องกันอย่างถูกวิธี ก็มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์ได้ คิดเป็นร้อยละ 93 , ทุกคนมีโอกาสติดเชื้อเอดส์หากขาดความรู้และไม่ปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคอย่างถูกต้อง คิดเป็นร้อยละ 94.7 และ ข้อคำถามที่ถามว่า ในชุมชนที่ท่านอาศัยอยู่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ แกนนำส่วนใหญ่ตอบว่า ใช่ คิดเป็นร้อยละ 54.4 ความตระหนักเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์ (จากเครื่องมือกลาง) พบว่า แกนนำส่วนใหญ่คิดว่าเอดส์ไม่มียารักษาให้หายขาดได้ คิดเป็นร้อยละ 73.7, แกนนำส่วนใหญ่ตระหนักว่าควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์หากมีเพศสัมพันธ์ คิดเป็นร้อยละ 96.5, แกนนำส่วนใหญ่คิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความไว้วางใจต่อกัน คิดเป็นร้อยละ 66.7, แกนนำส่วนใหญ่เคยไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 75 และแกนนำส่วนใหญ่คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเสี่ยงต่อการติดเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 93

การประเมินความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ของพนักงานบริการแกนนำ พบว่า ส่วนใหญ่เคยถูกถามเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี แกนนำเคยมีเพศสัมพันธ์แบบสอดใส่กับแฟนหรือคนรักโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 78.9 แกนนำร้อยละ 56.1 มั่นใจว่า ตนเองปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันได้ทุกครั้ง, แกนนำร้อยละ 72.7 มีถุงยางอนามัยเมื่อต้องการใช้ทุกสถานการณ์ แกนนำส่วนใหญ่ตระหนักว่า การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และการตรวจหาเชื้อเอดส์ก่อนแต่งช่วยลดความเสี่ยงต่อการติดเอดส์ (ร้อยละ 96.5 และร้อยละ 98.2 ตามลำดับ)

ทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ เกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มแกนนำ พบว่า แกนนำที่มีคู่นอนประจำ และแกนนำที่มีคู่นอนชั่วคราวส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยในช่วงระยะเวลา 6 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์, 3 เดือนก่อนวันสัมภาษณ์ และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ส่วนด้านทักษะการต่อรองของกลุ่มแกนนำภายใต้โครงการ พบว่า ส่วนใหญ่สามารถปฏิเสธผู้มาซื้อบริการที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยและสามารถต่อรองให้ใช้ถุงยางอนามัย ในการมีเพศสัมพันธ์

นวตกรรมในการป้องกันเอดส์ การใช้สื่อที่แปลกแตกต่าง จากที่เคยใช้อยู่เดิม และมีการผสมผสานศิลปวัฒนธรรมเข้ามาเป็นส่วนหนึ่งของสื่อที่ใช้ ซึ่งลักษณะของสื่อ อุปกรณ์ที่ใช้จะนำวัฒนธรรมพื้นบ้าน (Outreach Kit) เข้ามาเป็นการสร้างความสนใจ การรวมตัวเป็นเครือข่ายพนักงานบริการก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข้ามพื้นที่ กระบวนการทำงานของการดำเนินงานเครือข่ายพนักงานบริการแบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะแรก คือการ สร้างเครือข่ายจากการรวบรวมรวมกลุ่มคนทำงานที่มีแนวคิดเดียวกันในการที่จะร่วมกันป้องกันเอดส์ในกลุ่มพนักงานบริการ ระยะที่ 2 คือพัฒนากลุ่มองค์กรให้มีความเข้มแข็งประกอบไปด้วยบุคลากรที่มีศักยภาพ ระยะที่ 3 คือ การต่อยอดแนวคิดขององค์กรเครือข่าย ประเด็นที่สามคือการสร้างอาสาสมัคร จากพนักงานบริการ ให้ได้มีโอกาสได้แลกเปลี่ยนเรียนรู้การทำงานของพื้นที่อื่น ๆ

ความเข้มแข็งของภาคีเครือข่าย มีการสร้างเครือข่ายการทำงาน ร่วมกันพัฒนาโครงการตลอดจนวางแผนการทำงานร่วมกัน เพื่อนำไปดำเนินงานตามแต่ละบริบทของพื้นที่ ควมยั่งยืนของเครือข่ายการทำงานได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืนหากงานป้องกันและงานรักษาดำเนินการไปพร้อม ๆกัน และเน้นการพัฒนาศักยภาพของแกนนำอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องมีพนักงานบริการในพื้นที่ขึ้นมาทำงานเพื่อชุมชนของตัวเองในการสร้างความเข้าใจและทัศนคติของหน่วยงานในพื้นที่ว่าอาชีพพนักงานบริการเป็นอาชีพหนึ่งที่สามารถประกอบอาชีพเลี้ยงตัวเองได้ พัฒนามาตรฐานอาชีพพนักงานบริการให้เป็นที่ยอมรับมีกฎหมายประกันสังคม คุ้มครองแรงงานรองรับ และต้องมีกฎหมายอาชีวอนามัยในสถานบริการ

ปัญหาและอุปสรรค ไม่มีความชัดเจนในการประสานงานกับชุมชน ขาดความต่อเนื่องในกระทำงานร่วมกับชุมชน สื่อการรณรงค์มีน้อย ไม่เหมาะสม และไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ควรมีสื่อที่เข้าใจง่าย มีผู้ประสานงานที่น่าเชื่อถือ และส่งเสริมให้คนในชุมชนมีส่วนร่วมกับกิจกรรม

สรุปข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย 1) กระทรวงสาธารณสุขควรสนับสนุนโครงการด้วยการควบคุมป้องกันเอดส์ในกลุ่มพนักงานบริการ ในรูปโครงการที่เน้นเนื้อหาการให้ความรู้ด้านการประกอบอาชีพและการคุ้มครองความปลอดภัยจากการประกอบอาชีพ 2) ตำรวจ กระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข และ พม. ควรทบทวน ทำความเข้าใจ และออกกฎหมาย กฎระเบียบข้อบังคับที่จำกัดปัญหาอุปสรรค ระหว่าง พนักงานบริการ เจ้าของสถานประกอบการและ เจ้าหน้าที่ภาครัฐ

3) ภาครัฐและกระทรวงสาธารณสุข ควรมีนโยบายให้มีคลินิก STI เบ็ดเสร็จและให้บริการที่เป็นมิตร เปิดบริการอย่างน้อย 1 แห่งต่อจังหวัด และให้พนักงานบริการมีส่วนร่วมในการจัดบริการ

สรุปข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ 1) การให้ความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องเรื่องเอดส์แก่พนักงานบริการและแกนนำ 2) เสริมสร้างทักษะในการต่อรองเป็นกิจกรรมที่สำคัญและควรกระทำอย่างต่อเนื่อง 3) ให้ความรู้ในเรื่องเอดส์ อาศัยสื่อและช่องทางที่เหมาะสม 4)เน้นการพัฒนาหานวัตกรรมในการป้องกันเอดส์ เช่น มีการใช้สื่อที่แปลกแตกต่าง สนับสนุนการรวมตัวเป็นเครือข่ายพนักงาน และสร้างอาสาสมัครให้มีโอกาสแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับพื้นที่อื่นๆ

กลุ่มเป้าหมายประชากรเคลื่อนย้ายและชาติพันธุ์

แรงงานต่างด้าว (Migrant worker group) และกลุ่มชาติพันธุ์ เป็นกลุ่มเสี่ยงในการป้องกันโรคเอดส์ด้วยปัจจัยที่เป็นข้อจำกัด หลายประการ กล่าวคือ ฐานะทางสังคม รายได้ และสถานะทางกฎหมาย ทำให้ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลเช่นเดียวกับประชาชนชาวไทย ที่สำคัญคือ การสื่อสารกับเจ้าหน้าที่ทางสาธารณสุขเนื่องจากไม่สามารถพูดและเข้าใจภาษาไทยได้ ด้วยปัจจัยเหล่านี้จึงส่งผลให้ประชากรต่างด้าวเป็นกลุ่มที่มีความไม่เท่าเทียมทางสังคมในการเข้าถึงบริการทางสุขภาพ (Social inequality in health) ไม่สามารถใช้บริการการขอคำปรึกษาหรือการตรวจหรือรักษาพยาบาลเมื่อเกิดเจ็บป่วย และขาดโอกาสรับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การขาดความรู้ (Knowledge) และความตระหนัก (Awareness) ในการป้องกันโรคเอดส์ อีกทั้ง กลุ่มแรงงานต่างด้าวมักถูกละเลยในการเข้าร่วมโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งในปี พ.ศ. 2548 สำนักงานสถิติแห่งชาติรายงานประชากรต่างด้าวที่ตั้งถิ่นฐานในกรุงเทพมหานครประมาณ 134,209 คน

ดังนั้นสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สนับสนุนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขให้ดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายประชากรเคลื่อนย้ายและชาติพันธุ์ เพื่อให้เกิดรูปแบบและการรณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ ด้วยการผลักดันให้เกิดการมีส่วนร่วมและความเป็นเจ้าของของภาคีพันธมิตรในการดำเนินงาน โดยสวรส.ได้สนับสนุนโครงการย่อย 2 โครงการ คือ “โครงการเข้าถึงประชากรเคลื่อนย้ายและเข้าถึงยากต่างด้าว เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในเขตกรุงเทพมหานคร” และ “โครงการพัฒนาศักยภาพองค์กรสมาชิกและแกนนำชุมชนในการสร้างระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชนชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์” ทั้งนี้ ในการดำเนินการดังกล่าว สวรส.ได้จัดให้มีกลไกการติดตามประเมินผล และสังเคราะห์บทเรียนโครงการ โดยให้คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกับเครือข่ายสถาบันการศึกษา ได้ดำเนินการประเมินโครงการดังกล่าว

วิธีการดำเนินงาน

1) ขออนุญาตดำเนินการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์ จากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
2) หลังจากได้รับการอนุญาตจากคณะกรรมการพิจารณาการวิจัยในมนุษย์แล้ว คณะวิจัยแปลแบบสอบถามเป็นภาษาพม่าโดยชาวพม่าที่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ และหลังจากนั้นคณะวิจัยทำการตรวจสอบหาค่าความเที่ยงตรง (Validity) และความน่าเชื่อถือ (Reliability) ของแบบสอบถามจากกลุ่มตัวอย่าง 30 คน
3) คณะวิจัยประชุมผู้รับทุนและอธิบายวัตถุประสงค์ของการประเมินติดตามและแบบสัมภาษณ์ พร้อมทั้งนัดหมายวันสัมภาณ์และเก็บข้อมูลในครั้งต่อไป
4) คณะวิจัยทำการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งได้แก่ อาสาสมัครและประชากรต่างด้าวที่เข้าร่วมโครงการฯ โดยการคัดเลือกผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นแบบสมัครใจ (convenient sample)
5) คณะวิจัยอบรมผู้ช่วยวิจัยชาวพม่าซึ่งจะเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูล โดยจะอธิบายถึงวัตถุประสงค์และเกณฑ์การคัดประชากรกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งผู้ช่วยวิจัยอธิบายวัตถุประสงค์ของการประเมินติดตามโครงการและประโยชน์จากการเข้าร่วมการศึกษา อีกทั้งอ่านเอกสาร การยินยอมเข้าร่วมการวิจัยให้กับประชากรต่างด้าวโดยเน้นว่าการเข้าร่วมการศึกษานี้เป็นไปด้วยความสมัครใจ ข้อมูลของผู้เข้าร่วมการศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ
6) หลังจากยินยอมเข้าร่วมการศึกษาโดยลงนามในเอกสารยินยอมเข้าร่วมการวิจัย (Informed consent form) แล้ว

ผู้ช่วยผู้วิจัยแจกแบบสอบถามให้ผู้เข้าร่วมการศึกษาซึ่งได้แก่อาสาสมัครและประชากรต่างด้าว

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ 1) แบบสัมภาษณ์สำหรับผู้รับทุน/ผู้นำองค์กร 2) แบบสอบถามสำหรับอาสาสมัคร และ 3) แบบสอบถามสำหรับประชากรต่างด้าว ซึ่งประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันโรค ความตระหนักเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์และประโยชน์ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ความรู้เกี่ยวกับความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันโรคเอดส์และทักษะในการปฏิบัติตนเพื่อควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

การวิเคราะห์ข้อมูล 1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสอบถามความรู้และความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมทางเพศ ถูกวิเคราะห์โดยสถิติเชิงพรรณา (Descriptive Statistics) แสดงค่าเป็น จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์แกนนำและอาสาสมัคร ถูกวิเคราะห์โดยใช้การวิเคราะห์เนื้อหาและสรุปประเด็น (Content analysis)

ผลการดำเนินงาน

ในกลุ่มชุมชนประชากรต่างด้าว พบว่า ประชากรต่างด้าวมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ อยู่ระหว่าง 2-11 คะแนน และค่าเฉลี่ย คือ 8.2 (SD = 1.5) ซึ่งส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง (คะแนนเท่ากับ 9) และเมื่อทำการวิเคราะห์เฉพาะความรู้ UNGASS score (ข้อ 1-5) พบว่าประชากรมีความรู้ อยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน โดยมีค่าเฉลี่ย คือ 4.6 (SD = 0.9) ซึ่งประชากรส่วนใหญ่ อยู่ในระดับสูงเช่นกัน

ในกลุ่มชุมชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์ พบว่ากลุ่มตัวอย่างกว่าร้อยละ 80 มีความรู้ที่ถูกต้อง ยกเว้น การติดต่อทางกรรมพันธุ์ ที่ร้อยละ 38.04 เชื่อว่า สามารถติดต่อได้

ความตระหนักในการป้องกันโรคเอดส์ ในกลุ่มชุมชนประชากรต่างด้าว พบว่า ประชากรต่างด้าวมีคะแนนความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ระหว่าง 2-11 คะแนน และค่าเฉลี่ย คือ 7.3 (SD = 1.8) ซึ่งส่วนใหญ่มีความตระหนักในการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง (คะแนนเท่ากับ 7) และพบว่ากลุ่มได้ให้ความสำคัญต่อการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคมากที่สุด (ร้อยละ 99) และการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ทำน้อยที่สุด (ร้อยละ 37.3)

ในกลุ่มชุมชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติทางบวกค่อนข้างสูงต่อการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แต่กลุ่มตัวอย่างประมาณครึ่งหนึ่งเห็นว่า การใช้ถุงยางอนามัยไม่ใช่การแสดงถึงความรักและความไว้วางใจต่อกัน นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างประมาณหนึ่งในสี่หรือมากกว่ายังมีความไม่แน่ใจต่อภาวะเสี่ยงในรูปแบบต่าง ๆ เช่น การจูบปาก การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่มีสุขภาพดี การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนคนเดียว และหมู่บ้านที่อยู่ห่างไกลมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

พฤติกรรมทางเพศและการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชุมชนประชากรต่างด้าว พบว่า ประชากรต่างด้าวซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างนั้นมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสูง ซึ่งถึงแม้ว่าประชากรส่วนใหญ่มักไม่เปลี่ยนคู่นอน (ร้อยละ 45.1) หรือไม่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์ (ร้อยละ 54.9) แต่พบว่ามีผู้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งเพียงร้อยละ 25.5 เท่านั้น ในกลุ่มชุมชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์ พบว่า การปฏิบัติตัวของกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์พบว่า มีการใช้ถุงยางทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 9.8 แต่มีการเปลี่ยนคู่นอนบางครั้งร้อยละ 18.5 ส่วนในกลุ่มที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่มีความตั้งใจที่จะใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และส่วนหนึ่งเห็นว่า อาจจะมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยจะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

อนึ่งในการดำเนินงานโครงการฯ พบว่า มีความเข้มแข็งของการทำงานรูปแบบภาคีเครือข่าย เนื่องจากมีการพัฒนาโครงการร่วมกันโดยกลุ่มองค์กรภาคี มีกิจกรรมร่วมกัน มีกลไกพัฒนาความเข้มแข็งของเครือข่าย รวมถึงระบบการสื่อสารในเครือข่าย อย่างไรก็ตามการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมยังไม่ชัดเจนเท่าที่ควร โดยพบว่าอาสาสมัครในบางองค์กรเท่านั้นที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพที่เพียงพอและต่อเนื่อง รวมถึงได้รับข้อมูลของโครงการฯ ซึ่งการพัฒนาและการได้รับข้อมูลนี้ส่งผลต่อความรู้สึกมีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการและทำให้เกิดความยั่งยืนของเครือข่ายในการดำเนินโครงการฯ หรือการทำกิจกรรมการป้องกันโรคติดเชื้อเอชไอวีอย่างมั่นใจ

สำหรับนวัตกรรมในการป้องกันโรคเอดส์จากโครงการฯได้แก่ การทำละครเร่และการแต่งเพลง ซึ่งการที่มีนวตกรรมน้อยนั้นอาจเกิดจากการที่องค์กรต่าง ๆที่เข้ามาร่วมดำเนินโครงการฯ ส่วนใหญ่ไม่มีประสบการณ์หรือความชำนาญในการจัดการและแก้ปัญหาโรคเอดส์มาก่อน ดังนั้นการดำเนินโครงการฯ ที่ต้องการเน้นการป้องกันโรคเอดส์ให้ได้ประสิทธิภาพในระยะเวลาอันสั้นนั้น ควรคำนึงถึงประสบการณ์การทำงานของผู้ดำเนินโครงการฯ ด้วย

การนำรูปแบบโครงการฯ นี้ไปใช้ในประชากรกลุ่มอื่นอาจเป็นไปได้แต่ควรมีการปรับตามวัฒนธรรม ประเพณีและความเชื่อของกลุ่มคนนั้นๆ กล่าวคือประชากรต่างด้าวในการศึกษานี้ทั้งหมดเป็นประชากรชาวพม่าที่เป็นแรงงานย้ายถิ่น ซึ่งประชากรชาวพม่ามีวัฒนธรรมความเชื่อในการเป็นครอบครัว “ผัวเดียว – เมียเดียว” เหมือนเมื่อครั้งยังอยู่ในสภาพแวดล้อมเดิมในประเทศพม่า ดังนั้นการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยจึงเป็นเรื่องยาก ซึ่งอาจต่างจากความเชื่อ/วัฒนธรรมของชนชาติอื่น

ในส่วนของ โครงการพัฒนาศักยภาพองค์กรสมาชิก และแกนนำชุมชนในการสร้างระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชนชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์ นั้น มีองค์กรหลักในการรับทุน คือ เครือข่ายสุขภาพชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง (คชส.) ซึ่งมีพื้นที่ดำเนินการในจังหวัดเชียงใหม่และจังหวัดเชียงรายรวม 27 หมู่บ้าน ในการดำเนินงานใช้เทคนิคการศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชน เป็นกลไกหลักในการขับเคลื่อนงานในการพัฒนาศักยภาพองค์กรสมาชิกให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมกลุ่มประชากรอื่นในชุมชน คือ กลุ่มผู้สูงวัย แกนนำชุมชน และเอื้อให้กลุ่มผู้สูงวัยเข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน ซึ่งเชื่อว่า ชุมชนที่ยังคงมีโครงสร้างทางสังคมที่เข้มแข็งนั้น ผู้อาวุโสในชุมชนยังคงมีน้ำหนักในการชี้นำชุมชน นอกเหนือจากแกนนำชุมชนที่เป็นทางการ

ข้อเสนอแนะจากการทำงาน

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย

1) ภาครัฐควรสนับสนุนให้ประชากรต่างด้าวเป็นแกนนำในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้แก่กลุ่มประชากรต่างด้าวชาติเดียวกัน
2) รัฐควรเปิดโอกาสให้ประชากรต่างด้าวสามารถร่วมกันทำกิจกรรมทางศาสนา และวัฒนธรรมที่ไม่ขัดต่อความมั่นคงของประเทศ เพื่อเปิดโอกาสให้มีการสอดแทรกความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ ในขณะที่กลุ่มเป้าหมายมารวมตัวกัน

2. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายกลุ่มชาติพันธุ์

1) รัฐบาลควรสนับสนุนการทำงานองค์กรพัฒนาเอกชนในลักษณะเครือข่ายเพื่อให้เกิดการหนุนเสริมการทำงานระหว่างกันและกัน โดยการสนันสนุนชุดโครงการ ที่มีองค์กรเครือข่ายภาคีร่วมกันหลายองค์กร
2) ในส่วนของหน่วยงานภาครัฐเอง ในระดับพื้นที่ควรประสานการทำงานในลักษณะเครือข่ายระหว่างกระทรวงต่าง ๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ เป็นต้น ทั้งนี้อาจจะผ่านโครงสร้างงานเอดส์ของจังหวัด คือ อนุกรรมการเอดส์จังหวัด
3) องค์กรหรือหน่วยงานภาครัฐในพื้นที่ ควรสนับสนุนหรือผลักดันให้มีกิจกรรมด้านสุขภาพในพื้นที่ที่ผสมผสานกับเทศกาล ประเพณีและวัฒนธรรมของชุมชน เช่น มหกรรมสุขภาพในวาระหรือเทศกาลที่สำคัญ ๆ เป็นต้น

3. ข้อเสนอแนะด้านการปฏิบัติ

1) ก่อนเริ่มดำเนินโครงการควรคัดเลือกอาสาสมัครที่เป็นประชากรในกลุ่มเป้าหมายและพัฒนาศักยภาพในการเป็นแกนนำสร้างเสริมความรู้และทักษะการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย
2) ควรจัดการอบรมให้ความรู้และทักษะการป้องกันโรคเอดส์โดยตรงแก่ผู้นำชุมชนของประชากรต่างด้าว
3) ควรให้กลุ่มผู้ดำเนินโครงการฯมีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กระบวนการให้ความรู้เรื่องโรคและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่สอดคล้องกับบริบทด้าน ศาสนา วัฒนธรรมและสภาพแวดล้อมของกลุ่มประชากรต่างด้าว เช่น การใช้บทเพลง และ ละครเร่ ฯลฯ

4) ควรมีระบบการติดตามและประเมินผลประสิทธิภาพของโครงการฯตั้งแต่เริ่มดำเนินการ เพื่อจะได้ทราบปัญหาในการดำเนินโครงการและสามารถให้ความช่วยเหลือได้อย่างทันท่วงที
5) ควรขยายผลให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรต่างด้าวในทุกกลุ่มอายุ ทั้งที่อยู่ในเขตปริมณฑลหรือจังหวัดอื่นๆ
6) ควรสร้างภาคีเครือข่ายระหว่างนายจ้าง ภาครัฐ และองค์กรเอกชน เพื่อร่วมมือกันจัดกิจกรรมและติดตามผลอย่างเป็นระบบ

กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้สารเสพติด

โครงการวิจัย การควบคุมกำกับและประเมินผลฯ ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด ได้ดำเนินงานใน 4 โครงการหลัก คือ

1) โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือในชุมชนและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด (รหัสโครงการ 51-092) โดยมูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย) เป็นผู้รับทุนหลัก ซึ่งดำเนินการในจังหวัดกรุงเทพมหานคร จังหวัดเชียงราย และจังหวัดสงขลา
2) โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด (รหัสโครงการ 52-002) โดยสถาบันธัญญารักษ์เป็นผู้รับทุนหลัก ซึ่งดำเนินการใน 13 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ปทุมธานี สมุทรปราการ ระยอง นครราชสีมา ขอนแก่น อุดรธานี เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน สงขลา สตูล ตรัง และ ปัตตานี
3) โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด (รหัสโครงการ 52-004) โดยมูลนิธิรักษ์ไทยเป็นผู้รับทุนหลัก ซึ่งดำเนินการในจังหวัดกรุงเทพมหานคร และสมุทรปราการ
4) โครงการพัฒนาระบบการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด(รหัสโครงการ 52-005) โดยเครือข่ายผู้ใช้ยาประเทศไทยเป็นผู้รับทุนหลัก ซึ่งดำเนินการในจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดตรัง

การวิจัยประเมินโครงการในครั้งนี้ประยุกต์กรอบแนวคิดการประเมินโครงการทางด้านสุขภาพของศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา(Centers for Disease Control and Prevention 1999) ซึ่งกล่าวถึงกระบวนการประเมินโครงการที่ประกอบด้วย 6 ขั้นตอน คือ 1) การดึงผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามามีส่วนร่วม (Engage stakeholders) 2) การศึกษารายละเอียดของโครงการที่จะทำการประเมิน (Describe the program) 3) การออกแบบรูปแบบการประเมินที่เหมาะสม (Focus the evaluation design) 4) การรวบรวมข้อมูลหลักฐานที่เชื่อถือได้ (Gather credible evidence) 5) การประมวลผลการประเมินเพื่อหาข้อสรุป (Justify conclusion) และ 6) การใช้ประโยชน์จากผลการประเมินและการแลกเปลี่ยนบทเรียนร่วมกัน (Ensure use and share lessons learned) ทั้งนี้การดำเนินการในทุกขั้นตอนดังกล่าวจะยึดหลักมาตรฐานคุณภาพของการประเมินทั้งในเรื่อง การใช้ประโยชน์ (Utility) ความถูกต้อง (Accuracy) ความเหมาะสม (Propriety) และ ความเป็นไปได้ (Feasibility) นอกจากนี้ยังใช้ผลการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับประสบการณ์การดำเนินโครงการการลดอันตรายและการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดของประเทศต่างๆ หลายประเทศ ทั้งประเทศกำลังพัฒนาและประเทศที่อยู่ระหว่างการเปลี่ยนผ่าน จากการศึกษาของ Ball, Rana and Dehne เพื่อเป็นแนวทางในการพิจารณาออกแบบขอบเขตของเนื้อหาสาระที่ควรจะต้องมีการประเมิน โดยเฉพาะในประเด็นของการพัฒนาระบบบริการเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดและลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใช้ยาเสพติด (Ball and & Dehne 1998; Elliott, Csete et al. 2005; Miller, Sorensen et al. 2006; Dolan and Day 2009)

วิธีดำเนินการวิจัย: การวิจัยนี้เป็น การศึกษาเชิงประเมินผลและการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative research) โดยการใช้แบบสอบถาม และแบบการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion, FGD) การเก็บข้อมูลจะดำเนินการใน 3 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้รับทุน จำนวน 44 คน ประกอบด้วย ผู้อำนวยการโครงการ ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก ผู้จัดการโครงการ ผู้ประสานงานโครงการนักวิชาการโครงการ และ เจ้าหน้าที่การเงินและบัญชีโครงการ ใช้วิธีการการสนทนากลุ่ม กลุ่มแกนนำ/อาสาสมัคร จำนวน 55 คน อาสาสมัครเพื่อนผู้ใช้ยาใช้วิธีการสนทนากลุ่ม และ กลุ่มเป้าหมาย ผู้ใช้สารเสพติด (ผู้ใช้

ยาชนิดฉีด (IDU) และผู้ใช้ยาชนิดทั่วไป (DU)จำนวน 530 คน พื้นที่ที่ดำเนินการเป็น พื้นที่ดำเนินการของทั้ง 4 โครงการ จำนวน 9 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสงขลา จังหวัดตรัง จังหวัดเชียงราย จังหวัดเชียงใหม่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดอุดรธานี จังหวัดสมุทรปราการ จังหวัดปทุมธานี และในเขตกรุงเทพมหานคร

ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา: กลุ่มตัวอย่างเป็นเพศชาย 402 คน คิดเป็นร้อยละ 76.4 และ เพศหญิง 128 คน คิดเป็นร้อยละ 23..6 โดยกลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 14 – 65 ปี มีอายุเฉลี่ยคิดเป็น 34.39 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพสมรสโสด คือจำนวน 341 คน คิดเป็นร้อยละ 66.1 รองลงมามีสถานภาพสมรสคู่ จำนวน 189 คน คิดเป็นร้อยละ 33.9 พบว่ามีจำนวนสมาชิกในครอบครัวเฉลี่ย 4.82 คน และมีระยะเวลาที่อยู่ในพื้นที่ปัจจุบันเฉลี่ย 28.52 ปี สำหรับการศึกษาพบว่าส่วนใหญ่มีระดับการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น คือร้อยละ 35.6 รองลงมามีระดับการศึกษาอยู่ในระดับประถมศึกษา คิดเป็นร้อยละ 25.9 ส่วนในเรื่องการประกอบอาชีพนั้น พบว่าส่วนใหญ่ประกอบอาชีพรับจ้างทั่วไป คิดเป็นร้อยละ 60.6 เป็นนักเรียน/นักศึกษาร้อยละ 3.6 และ เป็นผู้ที่ไม่มีอาชีพ/แม่บ้านร้อยละ 7.6 ทั้งนี้กลุ่มตัวอย่างให้ข้อมูลว่าครอบครัวของตนมีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนระหว่าง 300 – 32,000 บาท โดยมีค่ามัธยฐานของรายได้คิดเป็น 12,172.75 บาทต่อเดือน ซึ่งเมื่อพิจารณาในแง่ของความเพียงพอของรายได้แล้วพบว่าส่วนใหญ่ คือ ร้อยละ 32.8 ให้ข้อมูลว่ามีรายได้เพียงพอใช้แต่ไม่มีเหลือเก็บ รองลงมาคือ ร้อยละ 28.9 มีรายได้ไม่เพียงพอและมีหนี้สิน

ความรู้ด้านเอดส์ของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด: พบว่า ส่วนใหญ่ตอบถูก ในข้อการใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ คิดเป็นร้อยละ 98.87, การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 88.46, ยุงไม่สามารถเป็นพาหะนำเชื้อเอดส์มาสู่คนได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 88.46, การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่สามารถติดเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 93.57, การใช้ห้องน้ำร่วมกันกับผู้ติดเชื้อไม่สามารถติดเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 87.90, คนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อเอดส์ได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 81.8, ในปัจจุบันมียาที่สามารถต้านเชื้อเอชไอวีได้ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 88.84, ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนได้ เช่น งานบวช งานแต่ง ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 96.4, ผลจากการตรวจเลือดเป็นวิธียืนยันการติดเชื้อเอดส์ที่แน่นอนที่สุด ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 95.84 และโรคเอดส์ไม่ติดต่อทางกรรมพันธุ์ ตอบถูกคิดเป็นร้อยละ 71.07 แต่เมื่อพิจารณาเกณฑ์ตามที่กำหนดตามตัวชี้วัดของ UNGASS 5 ข้อ ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติด HIV ได้ การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อHIVเป็นวิธีหนึ่งที่สามารถป้องกันการติด HIV ได้ ยุงเป็นพาหะนำเชื้อ HIVได้ การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถติด HIV ได้ และคนที่เรามองเห็นว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจจะเป็นคนที่มีเชื้อ HIV ได้ ซึ่งระบุไว้ว่ากลุ่มตัวอย่างควรมีความรู้ถูกต้องทุกข้ออย่างน้อยร้อยละ 80 จะพบว่าในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 530 คน พบว่า มีกลุ่มตัวอย่างที่สามารถตอบคำถามถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ตามตัวชี้วัดของ UNGASS จำนวน 371 คน คิดเป็นร้อยละ 70.1 ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด

ความตระหนักของกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดเกี่ยวกับโรคเอดส์: พบว่า ร้อยละ 73.60 เชื่อว่าโรคเอดส์ ไม่มียารักษาให้หายขาดได้และร้อยละ 20.27 ไม่แน่ใจว่าโรคเอดส์ไม่มียารักษาให้หายขาดได้ ร้อยละ 53.22 เชื่อว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตทุกราย และร้อยละ 28.41 ไม่แน่ใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตทุกราย ร้อยละ 87.88 เชื่อว่าผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถทำงานและใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่วไปได้ ร้อยละ 92.4 มีความตระหนักว่าควรใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งหากมีเพศสัมพันธ์เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 60.61 คิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความรักต่อกัน แต่ร้อยละ 33.5 ไม่แน่ใจว่าการใช้ถูงยางอนามัยเป็นการแสดงความรักต่อกัน ร้อยละ 52.37 เชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความไว้วางใจต่อกัน และร้อยละ 38.71 ไม่แน่ใจว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เป็นการแสดงความไว้วางใจต่อกัน ร้อยละ 58.63 คิดว่าการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์แต่ใช้ถุงยางอนามัยไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ แต่ร้อยละ 30.17 ไม่แน่ใจว่าการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอดส์แต่ใช้ถุงยางอนามัยไม่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 76.8 เคยไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 40.4 เชื่อว่าคนที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกลเมือง มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ กลุ่มเป้าหมายร้อยละ 43.6 คิดว่าในชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ในปัจจุบัน มีผู้ติดเชื้อเอดส์ และกลุ่มเป้าหมายร้อยละ 85.9 เชื่อว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเสี่ยงต่อการติดเอดส์

ประวัติการมีเพศสัมพันธ์: ร้อยละ 96.2 เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว โดย ร้อยละ 39.6 เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขาย

บริการทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก อายุเฉลี่ย 15.95 ปี โดยอายุน้อยสุดที่เคยมีเพศสัมพันธ์คือ 10 ปี อายุมากที่สุดที่เคยมีเพศสัมพันธ์ คือ 26 ปี การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับ แฟนหรือคนรัก ร้อยละ 63.9 เพื่อนนักเรียนโรงเรียนเดียวกัน ร้อยละ 17.3 หญิงขายบริการทางเพศ ร้อยละ 11.6 กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 370 คน (คิดเป็น ร้อยละ 69.8) มีเพศสัมพันธ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 34.9 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ แต่มีกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 18.6 ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด: กลุ่มตัวอย่างเป็น ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (IDU) จำนวน 379 คน ประเภทสารเสพติดที่ใช้ฉีด ได้แก่ 1)เฮโรอีน 330 คน (87.07)2) ยาบ้า 97 คน (25.59%) 3) อื่นๆ (เช่น เมธาโดน โดมิกุม และ ฝิ่น) 83 คน (21.90%) และเป็นผู้ใช้สารเสพติดทั่วไป (DU) จำนวน 151 คน มีทั้งที่ใช้สารเสพติดชนิดกิน และสูดดม ชนิดของสารเสพติดที่ ใช้ ได้แก่ 1) ยาบ้า 65 (43.0) 2) เฮโรอีน (ผงขาว) 12 คน (7.9) 3) สารระเหย 10 (6.6) 4) สารเสพติดชนิดอื่นๆ (เมทาโดน ยาไอซ์ กัญชา สารระเหย) 29 คน และถ้าหาก พิจารณาจากวิธีการใช้สารเสพติด พบว่า ใช้สารเสพติดชนิดฉีด อย่างเดียว จำนวน 157 คน (29.6) ใช้สารเสพติดชนิดกิน อย่างเดียว จำนวน 28 คน (5.3) ใช้สารเสพติดชนิดสูบ อย่างเดียว จำนวน 77 คน (14.5) ใช้สารเสพติดชนิดดม อย่างเดียว จำนวน 11 คน (2.1) ใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ชนิด จำนวน 257 คน (48.5) ระยะเวลาที่เริ่มใช้สารเสพติดจนถึงปัจจุบันเฉลี่ย 12.73 ปี ส่วนใหญ่ระยะเวลาที่ใช้สารเสพติดจะอยู่ระหว่าง 1-5 ปี คือ ร้อยละ 19.62

การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด: ในกลุ่มตัวอย่างที่ใช้สารเสพติดด้วยวิธีการฉีด ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา ใช้สารเสพติดชนิดฉีด 281 คน (74.1) ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้อื่น 54 คน (19.22) ส่วน 80.78% ใช้เข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาใหม่ กลุ่มที่ใช้เข็มเก่า จะมีการทำความสะอาดเข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยาด้วยการ 1) ต้มน้ำร้อน 2) ลวกน้ำร้อน และ3) ล้างด้วยน้ำเปล่าหรือน้ำยาล้างเข็ม และในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา 383 คน (72.3%) ได้รับการแจกเข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาด หรือ ได้รับคำแนะนำเรื่องการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

กิจกรรมที่ดำเนินโดยโครงการในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด: ทั้ง 4 โครงการ คือ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรที่เกี่ยวข้อง

การบริการใน Drop in center เพื่อให้ความรู้เรื่องต่างๆ เช่น โรคเอดส์ การตรวจเลือดโดยสมัครใจ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทักษะชีวิต และ โรคสมองติดยา การบริการเชิงรุกในพื้นที่โดยอาสาสมัครผู้ใช้ยา เพื่อค้นหาผู้ใช้ยารายใหม่ และ ติดตามเยี่ยมเพื่อนสมาชิกผู้ใช้ยา การรณรงค์การเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันที่สะอาดและปลอดภัย รวมถึงสนับสนุนอุปกรณ์ (ยกเว้นสถาบันธัญญรักษ์ และ ศูนย์บำบัดยาเสพติดฯ) การประสานภาคีเครือข่าย (ภาครัฐและเอกชนประชาคม) การส่งต่อเพื่อให้ได้รับบริการตามปัญหาและความต้องการของผู้ใช้ยา

นวัตกรรมที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน: ในช่วงที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด จากคณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันเอดส์ ผ่านสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข พบว่าการดำเนินงานของทั้ง 4 โครงการ ก่อให้เกิดนวัตกรรมต่างๆ สรุปได้ดังนี้ 1) เกิดการทำงานร่วมกัน ในรูปแบบภาคีเครือข่ายระหว่างภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชน 2) มีการให้บริการเชิงรุกในชุมชน (outreach activity) โดยใช้อาสามสมัครเพื่อนผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อค้นหาผู้ใช้สารเสพติดรายใหม่และสนับสนุนให้เข้าถึงบริการที่ควรได้รับตามความเหมาะสม และติดตามดูแลผู้ใช้สารเสพติดซึ่งเป็นสมาชิกของโครงการอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีกิจกรรม Home tour เพื่อให้สมาชิกของโครงการออกเยี่ยมบ้านเพื่อนสมาชิกด้วยกัน 3) มีการพัฒนาศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยา (Drop-in Center) ที่เหมาะสมกับบริบทและความต้องการของผู้รับบริการ เช่น จัดตั้งอยู่ในชุมชนที่สะดวกต่อการเข้าถึง และ บางแห่งดำเนินการในรูปของศูนย์ให้บริการแบบเคลื่อนที่ หรือ สัญจร (Mobile Drop-in services) เพื่อเข้าถึงกลุ่มผู้ใช้บริการที่เข้าถึงยากและไม่เปิดเผยตัว 4) มีการให้บริการเชิงรุกในรูปแบบการทำงานด้านการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด แก่ผู้ใช้ยาเสพติดที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ เช่น ผู้ใช้ยาเสพติดที่ต้องขังอยู่ในเรือนจำ หรือ ในทัณฑสถานเพื่อเตรียมให้ผู้ใช้ยาเสพติดสามารถกลับสู่ครอบและสังคมได้ อีกทั้งมีการสร้างทางเลือกให้ผู้ใช้ยา เช่น มีบ้านพักกึ่งวิถีสำหรับผู้ใช้ยาที่พ้นโทษจากเรือนจำและยังไม่พร้อมที่จะกลับไปอยู่กับครอบครัว เพื่อเตรียมความพร้อมก่อนกลับคืนสังคม รวมทั้งมีการส่งต่อบริการด้านต่างๆ และการสนับสนุนด้านอาชีพ 5) มีการรณรงค์เชิงรุกเพื่อให้ความรู้เรื่องการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด (Harm reduction) และลดการตีตราผู้ใช้สารเสพติด แก่กลุ่มเป้าหมาย ผู้นำชุมชน และ ประชาชนในชุมชน โดย

ใช้รูปแบบต่างๆ เช่น การออกหน่วยประชาสัมพันธ์ในพื้นที่ อาสาสัญจร การให้ความรู้ผ่านทางวิทยุ และ การให้ความรู้ในเวทีสาธารณะในชุมชน ฯลฯ เป็นต้น 6) มีกระบวนการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดการมีส่วนร่วมของสาธารณะและการสนับสนุนเชิงนโยบายจากชุมชน โดยใช้กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วม โดยสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิดการสร้างองค์ความรู้ในชุมชน ด้วยการพัฒนาให้คนในชุมชนมีทักษะในการวิเคราะห์ ประเมิน และแก้ไขปัญหา อันจะนำไปสู่การมีส่วนร่วมของกลไกต่างๆ ในชุมชน ควบคู่ไปกับการขับเคลื่อนนโยบายในระดับท้องถิ่น เพื่อสร้างกลไกการใช้ทรัพยากรในระดับท้องถิ่นในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและสารเสพติดด้วยกระบวนการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด

การสร้างความยั่งยืน: พบว่าทุกโครงการมีการดำเนินงานเพื่อผลักดันให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงานให้บริการแก่ผู้ใช้สารเสพติดในรูปแบบที่แตกต่างกัน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับประสบการณ์ทำงานเชิงรุกในชุมชนของหน่วยบริการนั้นๆ จะเห็นได้ว่าการดำเนินงานของโครงการภายใต้การดูแลของผู้รับทุนซึ่งเป็นองค์กรเอกชนจะสามารถดำเนินการได้ก้าวหน้ากว่าของภาครัฐ โดยเฉพาะการดำเนินงานในชุมชน จังหวัดเชียงรายของมูลนิธิพีเอสไอ ซึ่งพบว่ามีพัฒนาการในการดำเนินงานที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนได้ก้าวหน้ากว่าโครงการอื่นๆ เนื่องจากมีการเข้าถึงชุมชนมานานและใช้การพัฒนาแบบมีส่วนร่วมเพื่อให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ใช้ยาเสพติด รวมถึงการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด นอกจากนี้ยังใช้กระบวนการสาธารณะในการสร้างให้ชุมชนเห็นความสำคัญของปัญหายาเสพติดจนเข้ามามีส่วนร่วมในฐานะผู้รับผิดชอบดำเนินการโครงการในลักษณะต่างๆ

ปัญหาอุปสรรค: ในการดำเนินงานในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด 1) ความเข้าใจของผู้ให้บริการ ยังขาดความชัดเจนในการให้บริการอย่างเป็นระบบ ข้อจำกัดด้านการใช้บริการให้กับผู้ใช้ยา ทัศนคติคนทำงาน 2)สถานการณ์การจับกุมและปราบปรามยาเสพติดยังมีอย่างต่อเนื่อง ทำให้การจัดกิจกรรมบางอย่างไม่สามารถดำเนินการได้ 3) ปัญหากับเจ้าหน้าที่ตำรวจ เวลาที่ต้องติดตามเพื่อนผู้ใช้ยา หรือเพื่อนผู้ใช้ยาจะออกไปรับบริการ จะมีเจ้าหน้าที่ตำรวจคอยจับกุม 4) กิจกรรมให้ความรู้ในพื้นที่มีข้อจำกัดเรื่องระยะเวลาในการให้ความรู้ เนื่องจากมีระยะเพียงสั้น ๆ 5) เพื่อนผู้ใช้ยา ฯ ไม่มีบัตรประชาชน หรือเลข 13 หลัก ทำให้ไม่สามารถเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพ 6) จ้าหน้าที่บางหน่วยงานไม่ให้ความร่วมมือ (ปฏิเสธว่าไม่มีคำสั่งการลงมา)7) การยอมรับของสังคมที่ไม่ยอมเปิดโอกาสให้ผู้ใช้ยา เมื่อไม่ได้รับโอกาสทางสังคมก็ทำให้ผู้ใช้ยากลับไปเหมือนเดิม

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ป.ป.ส.) ควรมีการแต่งตั้งคณะทำงานชุดต่างๆ เพื่อให้เกิดการพัฒนากฎหมาย และ แนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ดังนี้

1.1) คณะทำงานทบทวนกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ซึ่งประกอบด้วยตัวแทนจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้ใช้ยาเสพติด องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านยาเสพติด และ ภาคประชาสังคม โดยมีสำนักงาน ป.ป.ส. กระทรวงยุติธรรมเป็นเจ้าภาพหลัก ทั้งนี้เพื่อนำเสนอร่างกฎหมายการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) ในระดับชาติ เพื่อขอความเห็นชอบต่อคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และ คณะรัฐมนตรี ตามลำดับขั้นในการประกาศอกเป็นกฎหมายบังคับใช้ต่อไป

1.2) คณะทำงานพัฒนามาตรฐานและแนวทางการปฏิบัติในการให้บริการเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) เพื่อให้ผู้ให้บริการจากทุกภาคส่วนได้ใช้เป็นแนวทางในการให้บริการได้อย่างมีคุณภาพและมีประสิทธิภาพ โดยคณะกรรมการชุดนี้ควรประกอบด้วยตัวแทนจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ผู้ใช้ยาเสพติด องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านยาเสพติด และ ภาคประชาสังคม โดยมีกรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าภาพหลัก

1.3) คณะทำงานพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) รวมถึงการพัฒนาฐานข้อมูลกลางที่เป็นมาตรฐานเดียวกันของประเทศ เพื่อใช้ในการวางแผนปรับปรุงการดำเนินงานเพื่อให้บริการและลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดได้อย่างบูรณาการ โดยคณะกรรมการชุดนี้ควรประกอบ

ด้วยตัวแทนจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้ใช้ยาเสพติด องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านยาเสพติด และ ภาคประชาสังคม โดยมีศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค เป็นเจ้าภาพหลัก

1.4) คณะทำงานพัฒนาแนวทางในการส่งเสริมให้ชุมชนเกิดทัศนคติที่ดี และเข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) โดยคณะกรรมการชุดนี้ควรประกอบด้วยตัวแทนจากผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียหลัก ได้แก่ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงยุติธรรม กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานตำรวจแห่งชาติ ผู้ใช้ยาเสพติด องค์กรเอกชนที่ดำเนินงานด้านยาเสพติด และ ภาคประชาสังคม โดยมีกรมการปกครองส่วนท้องถิ่น กระทรวงมหาดไทยเป็นเจ้าภาพหลัก

2. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรมีการทบทวนนโยบายเพื่อสนับสนุนให้บริการบำบัดด้วยสารทดแทนแก่ผู้ใช้ยาเสพติด เข้าอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ที่ผู้ใช้ยาเสพติดพึงจะได้รับ

3. กระทรวงยุติธรรม จึงควรมีนโยบายสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาบริการเพื่อให้ผู้ต้องขังที่มีปัญหาการใช้สารเสพติดร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี/ป่วยด้วยโรคเอดส์ ซึ่งถูกกักขังในเรือนจำรวมทั้งสถานบำบัดต่างๆ สามารถเข้าถึงบริการรักษาและดูแลแบบเป็นองค์รวมได้อย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง โดยการสนับสนุนทรัพยากรต่างๆ เพิ่มเติมทั้งทรัพยากรบุคคลและเวชภัณฑ์ รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ และ การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm reduction)

ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติด้านวิชาการ

1. เนื่องจากผู้ใช้สารเสพติดเป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับปัญหาทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และ ความผิดในทางกฎหมาย จึงทำให้ไม่สามารถเข้าถึงบริการที่จำเป็นได้เท่าที่ควร ดังนั้น กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ควรเป็นเจ้าภาพในการพัฒนาและทดลองใช้รูปแบบการให้บริการทางสุขภาพแบบองค์รวม/บูรณาการ แก่ผู้ใช้สารเสพติดอย่างครบวงจร (One stop services) และระบบส่งต่อที่มีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ เพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติดโดยเฉพาะผู้ที่มีปัญหาโรคร่วม เช่น การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ และ วัณโรค สามารถเข้าถึงบริการแบบไม่แยกส่วน ได้รับการดูแลอย่างครบถ้วนแบบเป็นองค์รวม และ ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2. เนื่องจากการให้บริการของศูนย์ Drop in center ยังไม่สามารถตอบสนองกับปัญหาและความต้องการของผู้ใช้สารเสพติดในหลายๆ เรื่องได้ ทั้งปัญหาความต้องการการดูแลด้านร่างกาย ด้านจิตสังคม และ การประกอบอาชีพ ดังนั้น เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติดแห่งประเทศไทย ควรเป็นเจ้าภาพหลักในการพัฒนาเพื่อเพิ่มศักยภาพให้ Drop in center สามารถให้บริการเบื้องต้นแบบ “Complete package” ที่ครอบคลุมทั้งการให้ข้อมูลความรู้ การให้บริการ VCT การตรวจคัดกรองการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ การให้การดูแลการเจ็บป่วยเบื้องต้น บริการดูแลด้านจิตใจ และ การส่งเสริมอาชีพ เป็นต้น

3. กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข ควรพัฒนาหลักสูตรการให้ความรู้เรื่องการให้บริการเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด (Harm Reduction) สำหรับใช้ในการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการในระดับต่างๆ ทั้งผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานในสถานบริการและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน

4. เนื่องจากผลการประเมินพบว่าผู้ใช้สารเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานโครงการของทุกโครงการยังขาดความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องโรคเอดส์ และความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการประเมินความเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ รวมทั้งยังมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ดังนั้น ศูนย์ประสานงานเพื่อพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์เพื่อป้องกันเอดส์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงควรเป็นเจ้าภาพหลักในการรณรงค์เพื่อให้ผู้ใช้สารเสพติดมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง จนเกิดความตระหนักในการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันตนเองอย่างถูกวิธี โดยมีการใช้ช่องทางหรือสื่อเทคโนโลยีที่เหมาะสมซึ่งสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ทางโทรทัศน์ (เนื่องจากข้อมูลที่ได้จากการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพผ่านการเผยแพร่ทางโทรทัศน์) นอกจากนี้ควรมีการศึกษาวิจัยเพื่อค้นหาปัญหาอุปสรรคและข้อจำกัดต่อการมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่ไม่ถูกต้องของกลุ่มเป้าหมายกลุ่มนี้ เพื่อหาแนวทางในการรณรงค์ให้ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้อย่างเหมาะสมต่อไป

บทสรุปผู้บริหารโครงการอื่นๆ

2.(MTR)

รายงานสรุปผลการทบทวน (ครึ่งแผน)
ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ
พ.ศ. 2550-2554

เสนอต่อ

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

โดย

คณะทำงานวิชาการและคณะทำงานในพื้นที่โครงการทบทวน (ครึ่งแผน)
แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ
พ.ศ. 2550-2554

ร่วมกับ

ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

20 พฤศจิกายน 2552

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยที่ผ่านมา มีการเปลี่ยนแปลงจากการปฏิรูประบบราชการ การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติและนโยบายของรัฐ ที่เกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงาน รวมทั้งการเปลี่ยนแปลงของสภาพแวดล้อม เศรษฐกิจ สังคมและเทคโนโลยี ที่ส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์อุปสรรค และแนวทางการแก้ปัญหาเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง ที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องสามารถนำไปปรับปรุงแนวทางในการป้องกัน การดูแลรักษา และการลดผลกระทบในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อทบทวนการดำเนินงานช่วงครึ่งแผนของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 ที่ดำเนินการโดยภาครัฐและหน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ในภาพรวม เพื่อนำไปเป็นข้อเสนอในการดำเนินงานในช่วงเวลาที่เหลือ

ระเบียบวิธีการศึกษา ใช้การทบทวนแบบสังเกตการณ์ เน้นการการทบทวนรายละเอียดกรอบภารกิจ (2550-2552) ที่อาศัยรูปแบบการทบทวนและวิเคราะห์ผลแบบ Rapid appraisal ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลทั้งเชิง คุณภาพและปริมาณ โดยคณะทำงานวิชาการและสนับสนุนการปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยแบ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้อง ออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานระดับปฏิบัติการทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ 2) ผู้รับผิดชอบด้านการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 โดยตรง (R&D: Strategic manager) และ3) เจ้าหน้าที่/นักวิชาการภายนอก (Civil Society) บุคลากรดังกล่าวได้สำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานระดับปฏิบัติการในส่วนภูมิภาค เพื่อนำมาทบทวนก่อนนำประเด็นคำถาม และ ประเด็นที่ต้องการความกระจ่าง มาทบทวนในหน่วยงานส่วนกลาง เป็นการทบทวนภาพรวมการสนับสนุนในด้านต่าง ๆ และผลลัพธ์จากการสนับสนุนด้านวิชาการ รวมประสบการณ์ทักษะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ/เอกชนด้านเอดส์/องค์กรระหว่างประเทศ การผลิตและประสิทธิผลการใช้สื่อวัสดุอุปกรณ์เพื่อการศึกษา รวมทั้ง แผนงาน/โครงการที่เป็นข้อตกลงหรือมีพันธะผูกพันต่าง ๆ รวมถึงบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานการสนับสนุนด้านวิชาการ

ผลการวิจัย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่าง ๆ กระบวนการจัดทำแผนการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค ได้บรรจุเรื่องโรคเอดส์ไว้เป็นส่วนหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ปี 2550-2553 ได้จัดทำตัวชี้วัดกลยุทธ์และผลผลิตของปีงบประมาณ 2550 ของแต่ละกลุ่มภารกิจ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แนะแนวทางให้พื้นที่สามารถนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการทำแผนดังกล่าว และมีการเปิดเวทีให้ระดับจังหวัดมีแผนยุทธศาสตร์ด้านเอดส์เป็นของตนเอง การมีแผนเร่งรัดปี 2550 และแผน UA-Universal Access เกิดการทำงานร่วมกับพื้นที่มากขึ้น ส่วนในระดับประเทศ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ แห่งชาติ (ศบ.จอ) มีบทบาทหน้าที่และภารกิจในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ การจัดทำและแปลงเป็นแผนการควบคุมกำกับติดตามของประเทศในส่วนภูมิภาค การดำเนินงานด้านเอดส์ไม่ใช่ภารกิจหลักของหน่วยงาน และยังไม่เกิดการนำทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ ไปสู่การปฏิบัติ และขาดการบูรณาการสู่งานประจำในพื้นที่ ยังคิดและปฏิบัติดังในอดีต และทำงานตามตัวชี้วัดของแต่ละโครงการ โดยที่การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่ชัดเจน

คนทำงานและงบประมาณด้านเอดส์ที่ลดลง จากการปฏิรูประบบบริการและงบประมาณ อาจส่งผลให้การดำเนินงานด้านเอดส์มีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลให้มีผู้รับบริการและการเข้าถึงบริการลดลง อย่างไรก็ดีถ้าคนทำงานในพื้นที่เข้าใจและสามารถระดมทุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ก็สามารถบูรณาการงานเอดส์ในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของพื้นที่ได้ แต่ปัญหาและอุปสรรคเรื่องกำลังคนยังมีความสำคัญเพราะขาดผู้รับผิดชอบงานเอดส์ที่มีความรู้ความชำนาญ ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบูรณาการการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาเอดส์ ตามประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย ยุทธศาสตร์นี้เน้นเรื่องการดูแลรักษา ในชุดสิทธิประโยชน์ที่มีการถ่ายโอนความรับผิดชอบในการบริหารจัดการไปยังสปสช. ส่วนใหญ่จะเน้นการรักษาผู้ป่วยที่เข้ามาสู่ระบบบริการ ส่วนการรณรงค์ป้องกันยังขาดความชัดเจน ยกเว้นการแจกถุงยางอนามัยที่ยังสนับสนุนต่อเนื่อง

การดำเนินงานป้องกัน และการดูแลรักษาในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนในการบอกผลสำเร็จของการปฏิบัติ เนื่องจากการขาดแผนงานและตัวชี้วัดที่ชัดเจนที่จะสื่อไปถึงการดำเนินงานเรื่องของการลดผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาเอดส์ นอกจากนั้นกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของพฤติกรรมเสี่ยงที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ทำให้ยากต่อการดำเนินงาน เช่น การเปลี่ยนรูปแบบเป็นพนักงานบริการแอบแฝง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย/กลุ่มชาติพันธุ์ เข้าเมืองแบบผิดกฎหมาย ขึ้นทะเบียนเพียงบางส่วนและมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ทำให้เข้าถึงยาก และไม่มีสิทธิการรักษา ส่วนกลุ่มเยาวชนพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น การหันมาเป็นพนักงานบริการแอบแฝงและพบการตั้งครรภ์ของเด็กนักเรียนมีมากขึ้น และการเพิ่มจำนวนของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในขณะที่สังคมยังไม่เปิดรับ จึงไม่มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่นในพื้นที่ที่ไม่มีสถานที่ให้บริการโดยเฉพาะ ทำให้ขาดข้อมูล

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ภาพรวมของกลไกการคุ้มครองสิทธิยังไม่ครอบคลุม ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณ ไม่มีหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพชัดเจน ภาระจึงเป็นของกระทรวงสาธารณสุข ในยุทธศาสตร์นี้จะเห็นว่าภาคประชาสังคมมีการดำเนินงานที่เด่นชัดกว่าภาครัฐ เช่น การเรียกร้องสิทธิในการได้รับบริการ และการเข้ารับบริการอย่างเท่าเทียม และเน้นการดูแลจิตใจด้วย ส่วนใหญ่หน่วยงานภาครัฐได้ให้ความสำคัญกับการจัดชุดสิทธิประโยชน์ในการให้บริการที่เท่าเทียม แต่ไม่ได้ลึกซึ้งในเรื่องของการเข้าถึงและการดูแลเรื่องจิตใจ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การติดตามประเมินผล (M&E) รายงาน UNGASS เป็นแรงผลักให้เกิด M&E ของประเทศ การศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในยุทธศาสตร์นี้ ศบ.จอ.พยายามผลักดันให้มีกรอบการติดตามประเมินผลในระดับประเทศ โดยประสานกับสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค เรื่องคุณภาพข้อมูล และให้ความสำคัญในระดับจังหวัด และสคร. เพื่อให้เป็นกลไกการทำงานเรื่องติดตามประเมินผลและการทำแผน และพัฒนากลไกการวิเคราะห์ช่องว่าง (gap) แต่บทบาทยังไม่มีความชัดเจนเนื่องจากงบประมาณที่จำกัด ส่วนการดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 4 ในหน่วยงานส่วนภูมิภาค มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างบทบาทหน้าที่ และการลดจำนวนบุคลากร มีบทบาทการทำงานในด้านวิชาการ และการพัฒนาองค์ความรู้ไม่ชัดเจนหรือไม่มีการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรค

1. การทำแผนงาน/โครงการ HIV/AIDS ในปัจจุบันถูกลดความสำคัญลงเนื่องจากกระแสของโรคอุบัติใหม่อื่นๆ เช่น Bird Flu, 2009 Flu H1N1 และ โรคชิคุนกุนยา และภัยคุกคามสุขภาพที่เกิดขึ้น ทำให้กรมควบคุมโรคมีข้อจำกัดด้านภาระงาน ต้องแก้ไขปัญหาเร่งด่วน ทำให้กิจกรรมดำเนินการไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่วางไว้แต่ต้น ทำให้แผนปฏิบัติงานของหน่วยงานไม่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์
2. มีความลำบากในการจัดทำแผนเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา และเป็นแผนปฏิบัติของพื้นที่ ทั้งนี้ผู้บริหารและความพร้อมของพื้นที่มีส่วนอย่างมาก ทั้งยังมีอุปสรรคในพื้นที่ที่มีความขัดแย้งของคนในพื้นที่
3. การประสานงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานมีน้อยลง การแบ่งเป็นกลุ่มระหว่างกรม/กระทรวง และต้องตอบวิสัยทัศน์หรือพันธะกิจของตนเอง ทำให้เกิดการแข่งขันในพื้นที่เช่น สคร. กับ ศูนย์อนามัย
4. ผลงานเรื่องเอดส์ไม่ได้ตอบสนองภารกิจ เนื่องจากไม่ตรงตามภารกิจของหน่วยงานอื่นๆ เช่น กระทรวงแรงงาน ส่งผลให้คนทำงานไม่อยากที่จะทำงานด้านเอดส์
5. ไม่สามารถนำแผนยุทธศาสตร์ไปดำเนินการได้ และไม่ทันต่อเหตุการณ์ เพราะไม่สอดคล้องกับทิศทางของปัญหาในพื้นที่
6. การควบคุมกำกับติดตามประเมินผลในแผนต่างๆ (M&E) ไม่เป็นหนึ่งเดียวหรือ one M&E ที่เป็นระบบ และครอบคลุม เพราะงานนี้ดำเนินการโดยสามองค์กรคือ 1) สำนักพัฒนาวิชาการเป็นผู้รับผิดชอบ M&E ในระดับ

ประเทศและประเมินเป็นรายกิจกรรม 2) ศบจอ. และ 3) สอวพ. ที่มีการทำการประเมินผลงานของตนเองอยู่แล้ว เป็นรายไตรมาสการติดตามผลการดำเนินงานของแผนโดยตรง ไม่มีแผนเขียนไว้ชัดเจน มีเพียงการประเมินผลตอบตัวชี้วัด หรือความก้าวหน้าในการดำเนินงานเท่านั้น จะมีชุดตัวชี้วัดที่มีหลายๆ กรอบ และมีคณะทำงานจากทุกภาคส่วนที่จะเข้ามารับผิดชอบในตัวชี้วัดนั้น เช่น PMTCT มีกรมอนามัยเป็นหลัก

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการบูรณาการมาตั้งแต่ส่วนของกรมควบคุมโรค ให้สามารถแก้ปัญหาในระดับจังหวัดได้อย่างบูรณาการ ต้องกำหนดเจ้าภาพหลัก ตั้งกรรมการทำงาน ให้คณะกรรมการเอดส์ชาติมีคำสั่งลงมาให้จังหวัดตั้งงบประมาณภายในจังหวัด และตั้งแผนเข้าไปในงานเอดส์
2. ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดในหน่วยงาน โดยใช้ประเด็นปัญหาที่ผู้ตรวจทำการประเมิน กำหนดว่าจะดำเนินการบรรลุแค่ไหน อย่างไร ในกลยุทธ์หน่วยงาน และควรกำหนดเป้าหมาย/ตัวชี้วัดที่ชัดเจน
3. การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการทำงานของคณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด ทั้งเรื่องการประชุมอบรม และผลักดันงานด้านการป้องกัน ควรมีการระบุเงิน/งาน ให้ชัดเจนว่าเป็นเรื่องใด ซึ่งจะมากหรือน้อยไม่สำคัญ แต่ควรจะให้ครบถ้วน อย่างน้อยควรมีการเริ่มต้น แล้วขอสนับสนุนเพิ่มเติม
4. การทำงานเป็นภาคีเครือข่ายมีความสำคัญ ทุกภาคส่วนต้องเห็นความสำคัญ และควรจะพัฒนาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้เข้าใจ และตระหนักให้ได้ควรให้หน่วยงานอื่นๆ นอกเหนือหน่วยงานสาธารณสุขให้การสนับสนุน ทั้งเรื่องการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอย่างถูกกฎหมาย ขจัดปัญหาขบวนการค้ามนุษย์ มหาดไทยควรให้ความสำคัญตรงนี้ด้วย ไม่ใช่ว่าเมื่อเกิดปัญหาแรงงานต่างด้าวติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แล้ว ผลักภาระมาที่ NGO และสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหา เพราะแรงงานต่างด้าวถือเป็นกำลังสำคัญในการผลิตของประเทศไทยด้วย

สรุป

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการเอดส์ฯ เป็นแผนที่กว้างและครอบคลุมการดำเนินงานในทุกด้านเรื่องเอดส์ดังนั้นการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ภายใต้กรมควบคุมโรคจึงสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โดยปริยาย แต่เนื่องจากงบประมาณและตัวชี้วัดเรื่องเอดส์ไม่มีความชัดเจน ไม่ได้ระบุเป็นภารกิจหลักของหน่วยงาน ทำให้หลายๆหน่วยงานที่ถึงแม้จะมีชื่ออยู่ในคณะอนุกรรมการเอดส์ก็อาจจะไม่ได้ให้ความสำคัญ ประกอบกับการมีบุคลากรที่จำกัดและไม่ได้รับผิดชอบเฉพาะงานเอดส์เพียงอย่างเดียว งานเอดส์เป็นเพียงส่วนหนึ่งในงานควบคุมโรคติดต่อเท่านั้น ดังนั้นผู้รับผิดชอบจึงจำเป็นจะต้องทำงานเพื่อตอบตัวชี้วัดหรือทำงานอื่นที่เร่งด่วนก่อนหากมีปัญหาโรคอุบัติใหม่หรือปัญหาที่ผู้บริหารในแต่ละพื้นที่ให้ความสำคัญมากกว่าการดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฯ ทั้ง 4 ยุทธ์ศาสตร์ จะเห็นได้ว่าหน่วยงานในส่วนกลาง จะเป็นผู้มีบทบาทหลักในการจัดทำแผน การจัดสรรงบประมาณ การติดตามประเมินผล และการดำเนินโครงการในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ บางส่วน โดยจะเด่นชัดในยุทธศาสตร์ที่ 1 และยุทธศาสตร์ที่ 4 ส่วนภูมิภาค โดยสคร. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานแผนงานการติดตามประเมินผลการดำเนินงานและกาสนับสนุนวิชาการ และสสจ. ยังคงเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 2 ทั้งเรื่องการประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในคณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด และมีโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการดูแลรักษา แต่เนื่องจากผลของการปฏิรูประบบงบประมาณ รวมทั้งการกระจายอำนาจทำให้งบประมาณและอัตรากำลังผู้รับผิดชอบงานด้านเอดส์ลดลง ประกอบกับภารกิจและตัวชี้วัดของแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกัน งานเอดส์จึงอาจไม่ได้เป็นภารกิจและตัวชี้วัดหลักของหน่วยงานจึงไม่ได้ถูกให้ความสำคัญในการดำเนินงานมากนัก ภาคประชาสังคม มีการรวมตัวกันของหน่วยงานภาคประชาสังคมเพื่อเรียกร้องสิทธิและผลักดันให้เกิดนโยบายต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในการดำเนินชีวิตในสังคมและการได้รับบริการพื้นฐานทางสังคม การบริการสุขภาพที่จำเป็นตามที่สิทธิ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากทั้งหน่วยงานภาครัฐ เช่น สปสช. และจากกองทุนโลก ซึ่งจะมีการดำเนินงานในรูปแบบของโครงการเป็นปีๆ ทั้งเรื่องการรณรงค์ป้องกัน และการสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน การรณรงค์ประชาสัมพันธ์การเข้ามาตรวจรักษา การแจกถุงยางอนามัย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ศบจอ. ควรเป็นศูนย์กลางในการประสานงานและการสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งในหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ให้เกิดการทำงานที่มีความเชื่อมโยงและความร่วมมือในการดำเนินงานด้านเอดส์ เช่น ดำเนินการจัดประชุม วางแผนนโยบายการดำเนินงานด้านเอดส์ในระดับกระทรวง โดยมีการบูรณาการร่วมกันในทุกกระทรวงที่เกี่ยวข้อง และมีการถ่ายทอดนโยบายไปสู่ระดับท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพ โดยรูปแบบการดำเนินงาน อาจจะจัดตั้งเป็นคณะกรรมการในทุกระดับ ตั้งแต่ กระทรวง กรม สำนักและท้องถิ่น ควรมีการประชุมที่ต่อเนื่อง ส่งต่อข้อมูลที่ทันเหตุการณ์ จัดทำตัวชี้วัดของแต่ละกระทรวง โดยให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการเสนอตัวชี้วัดมีการติดตามประเมินผล/นิเทศ อย่างต่อเนื่อง ในระดับประเทศและในทุกระดับ นอกจากนี้ ควรให้การสนับสนุนงบประมาณ หรือเป็นแหล่งหางบประมาณที่จะมาสนับสนุนการดำเนินด้านเอดส์ให้กับทั้งภาครัฐและเอกชน

3.สวปก

3.1 (สวปก โครงการ 1)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
(Executive Summary)

ชุดโครงการวิจัย

การประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย

โครงการ การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์
และเหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ
ในประเทศไทย

เสนอ
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

รายนามผู้จัดทำ

ผศ.ดร. สุคนธา คงศีล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.นพ. สุขุม เจียมตน	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวเพชรัตน์ ศิริสุวรรณ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายกนกศักดิ์ วงศ์เป็ง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวกิติยา พรมอ่อน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายสิทธิกร รองสำลี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิงหาคม 2552

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์มีวิวัฒนาการในการให้บริการ โดยเริ่มมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2535 และผลักดันเข้าสู่ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในปี 2549 ซึ่งมีหน่วยงานการให้บริการยาต้านไวรัสครอบคลุมทั่วประเทศ มีผู้ป่วยที่รับยาสะสม ถึงเดือน ตุลาคม 2550 จำนวน 187,349 ราย โดยเป็นผู้ป่วยสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด แสดงถึงว่ามีการขยายโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายใต้โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และทำให้มุมมองในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยเปลี่ยนไปจากเดิม กล่าวคือ จากโรคเฉียบพลันรุนแรงรักษาไม่ได้ กลายเป็นโรคเรื้อรังที่สามารถให้การรักษาเพื่อให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีได้ ในทำนองเดียวกับการดูแลรักษา โรคเรื้อรังอื่นๆ มีการยอมรับทางสังคม การเห็นอกเห็นใจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีเพิ่มขึ้น เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทำกิจกรรมต่างๆ ในสังคม และเข้ามามีส่วนร่วมในการทำประโยชน์ให้ชุมชนมากขึ้น เช่น การรณรงค์ ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ให้กับนักเรียนและประชาชนที่อยู่ในชุมชน และการให้ความช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยกันเอง ดูแลทั้งด้านสังคม จิตใจ และ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินกิจกรรมจากหน่วยงานภาครัฐและเอกชนทั้งระดับจังหวัด จนไปถึงระดับตำบล แต่ก็ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เปิดเผยตัวและจะไม่ยอมรับยาต้านไวรัสในสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ใช้สิทธิข้าราชการ

ระบบหลักประกันสุขภาพ (สำนักงานหลักประกันสุขภาพ สำนักงานประกันสังคม สวัสดิการข้าราชการ) กับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ร่วมกันกำหนดแนวทางสิทธิประโยชน์ มาตรฐานในการดูแลรักษา และการรักษาเชื้อดื้อยา ให้สอดคล้องและเป็นมาตรฐานเดียวกัน มีการพัฒนาและจัดวางเครือข่ายการประสานงานด้านการดูแลรักษาและการส่งต่อระหว่างสถานพยาบาลกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ได้รับบริการดูแลรักษาที่มีคุณภาพและช่วยเหลือที่เหมาะสม รวมทั้ง พัฒนาระบบและกลไกการประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการดูแลรักษา และความตระหนักต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน มีการพัฒนาคุณภาพและปริมาณของบริการและบุคลากรที่ให้บริการดูแลรักษาซึ่งรวมถึงผู้ติดเชื้อที่ซื้อยากินเองแต่เดิมและการรักษาเชื้อดื้อยา และพัฒนาศักยภาพการผลิตและจัดหายา เพื่อรองรับการดูแลรักษาเอดส์ที่มีความซับซ้อนในกรณีที่ต้องเปลี่ยนสูตรยาใหม่ๆ ภายในประเทศ ฯลฯ เป็นต้น โดยหากต้องการให้ ประชากรเป้าหมายได้รับบริการดูแลรักษาอย่างเป็นองค์รวมที่มีคุณภาพและทั่วถึง (การเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์) เป็นผลสืบเนื่องมาจาก การจัดหายาต้านไวรัสเอดส์ที่มีคุณภาพและมีราคาถูกลงตลอดจนมีการใช้ยาอย่างมีประสิทธิผล นำไปสู่การกำหนดเป้าหมาย (ประเมินปริมาณความต้องการใช้ยาเพื่อการดูแลรักษาขั้นพื้นฐาน รวมถึงการรักษาที่มีความซับซ้อนในกรณีที่ต้องเปลี่ยนสูตรยา) และงบประมาณโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ที่เป็นภาพรวมของประเทศ ประเมินปริมาณความต้องการใช้ยาเพื่อการดูแลรักษาที่มีความซับซ้อนในกรณีที่ต้องเปลี่ยนสูตรยา การพัฒนาระบบและกลไก การประชาสัมพันธ์เชิงรุกเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการดูแลรักษา และความตระหนักต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน เป็นประเด็นสำคัญของการประเมินระบบบริการยาต้านไวรัสฯ และนำไปสู่ “โครงการวิจัยการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ และเหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย” โดยวัตถุประสงค์เฉพาะเพื่อ

1) ศึกษาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ และหาเหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ไม่มารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย
2) ศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเอง และทางเลือกอื่นที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์คิดว่าดีกว่า และเลือกที่จะไม่มารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย

ข้อค้นพบหลักเชิง “บริบท” จากโครงการวิจัยการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ และเหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ฯ ข้อมูลจากการ 3 จังหวัดที่เกี่ยวกับ ทัศนคติ/การยอมรับ และการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า สถานการณ์เอดส์ จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสมมากที่สุด คือ จังหวัดเชียงราย รองลงมาคือจังหวัดสงขลา และจังหวัดขอนแก่นตามลำดับ และเชื่อมโยงไปถึงทัศนคติ/การยอมรับ และการมีส่วนร่วมในชุมชนของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จะพบว่า จังหวัดขอนแก่น ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อ ผู้ให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์และผู้บริหารโรงพยาบาล พบว่า ในชุมชนยังมีการแบ่งแยก การรังเกียจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ กลัวว่า

จะติดเชื้อจากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยข้อมูลจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ พบว่า “มีผู้ป่วยบางราย ไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน ทำให้ตรอมใจ รับประทานยาไม่ถึงเดือนก็เสียชีวิต” ซึ่งการไม่ยอมรับจากสังคมถือเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ไม่กล้าเปิดเผยตัว และไม่อยากมารับบริการ ยิ่งผู้ป่วยที่มีหน้ามีตาและระดับในสังคมยิ่งไม่อยากเปิดเผยตัว และไม่มารับบริการในสถานบริการที่อยู่ใกล้บ้าน ผู้ป่วยบางรายไม่กล้าเปิดเผยตัวต่อชุมชน และไม่ยอมให้เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลลงไปช่วยเหลือ ให้คำปรึกษาในชุมชน เพราะเกรงว่าจะทราบว่าตนเป็นผู้ติดเชื้อ และจะโดนรังเกียจ แต่ก็ยอมรับว่าปัจจุบันสถานการณ์ด้านการรังเกียจผู้ติดเชื้อก็ลดลงมากกว่าเมื่อ 5-10 ปีก่อน ถ้าหากว่าประชาชนทั่วไปมีความรู้เรื่องการติดต่อของโรค และการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ รวมทั้งความเข้าใจว่าปัจจุบันการเป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ไม่ได้มาจากการสำส่อนอย่างเดียว การมีส่วนร่วมในชุมชน ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีส่วนร่วมกับ อบต. ในการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การเยี่ยมผู้ป่วย การให้คำปรึกษาที่บ้าน บริบทของจังหวัดสงขลาเรื่องของทัศนคติและการยอมรับต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์คล้ายกับจังหวัดขอนแก่น คือ สังคมยังไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ มีการกระทำและการแสดงออกที่บอกถึงการแบ่งแยกและการรังเกียจผู้ติดเชื้อและครอบครัวของผู้ติดเชื้อให้เห็นอยู่ แม้แต่เจ้าน้าที่ผู้ให้บริการบางแผนกยังมีท่าทีและพฤติกรรมที่ริดรอนสิทธิ์ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัวรู้สึกอับอายและกลัวที่จะเปิดเผยตัวเองต่อสังคมหรือแม้แต่การเปิดเผยตนเองกับครอบครัวด้วย โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อที่เป็นข้าราชการไม่กล้ามารับบริการยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลใกล้บ้าน เนื่องจากกลัวคนจำได้ กลัวคนรู้แล้วจะเสื่อมเสียชื่อเสียงและถูกสังคมรังเกียจ สำหรับคนในครอบครัวของผู้ติดเชื้อมีความเข้าใจและการยอมรับมากขึ้นหากมีการพูดคุยทำความเข้าใจกัน แต่ก็ยอมรับว่าสังคมปัจจุบันมีการรับรู้มากกว่าเมื่อก่อนว่าโรคเอดส์ไม่ได้มีสาเหตุมาจากการสำซ่อนทางเพศเท่านั้น มีการช่วยเหลือของชุมชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น บริบทของจังหวัดเชียงรายส่วนใหญ่เริ่มมีการยอมรับผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์มากขึ้น เรื่องการยอมรับในชุมชนไม่ค่อยมีปัญหา ส่วนน้อยที่ไม่เข้าใจ บางคนที่เข้าใจผิด ๆ เดี๋ยวนี้ส่วนมากยอมรับ และให้กำลังใจ ถ้าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ทำงานทำประโยชน์ให้สังคม และมีภาพลักษณ์ดี สุขภาพดี ขึ้นอยู่กับผู้ติดเชื้อด้วยว่าปฏิบัติตัวอย่างไร ดีแค่ไหน การเข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชุมชน ไม่ว่าจะเป็นงานศพ งานบวช ช่วยทำอาหารในงานก็ไม่รังเกียจ มีการรณรงค์เผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ในโรงเรียน โดยผู้นำชุมชนให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี

การเข้ามารับบริการยาต้านไวรัสของผู้ป่วย จากสัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ที่ขึ้นทะเบียน และเข้าเกณฑ์ที่จะต้องได้รับยาต้านไวรัสสูงกว่าร้อยละ 90 ทั้ง 3 โรงพยาบาล ของจังหวัดเชียงราย แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เข้ามารับบริการเมื่อมีอาการหนักแล้ว สะท้อนถึงระบบระบบฐานข้อมูลและติดตามประเมินผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ยังไม่ครอบคลุมหรือยังไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อค้นพบหลักในเรื่องเหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มารับบริการ คือ การกลัวการเปิดเผยตัว กลัวสังคมรังเกียจ สังคมและครอบครัวไม่ยอมรับ ดังนั้นการตีตรา และการแบ่งแยกทางสังคมเป็นเหตุผลหลักที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ไม่ยอมเข้ามารับบริการและไม่เข้ามาสู่ระบบการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์

ระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ลักษณะและรูปแบบการจัดสถานที่ให้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่เป็นสถานที่เปิดเผย ไม่เป็นสัดส่วนเพราะมีข้อจำกัดเรื่องจำนวนผู้ป่วยที่แออัด และบุคลากรไม่เพียงพอ แต่ในโรงพยาบาลชุมชนจะสามารถจัดสถานที่ให้บริการเฉพาะและเป็นสัดส่วน มีห้องชมรมผู้ติดเชื้อไว้สำหรับให้บริการและทำกิจกรรมโดยเฉพาะ ทีมผู้ให้บริการทั้ง 5 ด้าน (แพทย์ และพยาบาล HIV-coordinator ผู้ให้คำปรึกษา เภสัชกร) โดยจะพบว่า ด้านบุคลากรมีเกิดปัญหาอยู่บ้างทั้งเภสัชกรที่มีการหมุนเวียน โยกย้าย แพทย์ที่ให้การรักษามีจำกัด เช่น ในโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก เมื่อแพทย์ไปเรียนต่อหรือขอโยกย้ายก็จะไม่มีแพทย์ประจำ ด้านการให้บริการ มีปัญหา Service load และปัญหาการเปลี่ยนแพทย์ใช้ทุน ขาดแพทย์ที่มีทักษะความชำนาญการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV โดยเฉพาะ มีปัญหาแพทย์เรียนต่อและโยกย้ายเปลี่ยนแพทย์บ่อย มาอยู่ไม่นานแล้วก็ย้ายไป

ภาระงาน พบว่า ทั้ง รพศ. รพช. ขนาดใหญ่หรือมีพยาบาล HIV-coordinator เพียง 1 คน ทำหน้าที่ทั้งการประสานงาน ให้คำปรึกษา ให้บริการในคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ จ่ายยา บันทึกข้อมูล ติดตามผู้ป่วย ทำให้ทำงานไม่ทัน ภาระงานมาก และมีข้อจำกัดเรื่องการใช้คอมพิวเตอร์ กำลังคนน้อยแต่ต้องให้บริการหลายด้าน ในเรื่องของผู้รักษาพยาบาลก็มีช่องว่างเช่นกัน เพราะในขณะที่จำนวนผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยในระบบ สปสช.

ระบบการส่งต่อ จากปัญหาการหยุดรับยา-การขาดการมาติดตามการรักษา เหตุผลคือย้ายที่อยู่ ย้ายที่ทำงาน แต่การมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ให้บริการของอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ทำให้ผู้ป่วยมารับยาตามนัดมากขึ้น และเข้าถึงผู้ป่วยด้วยกันเองมากกว่า

- การเบิกจ่ายยา (สูตรดื้อยา) ช้ามาก ต้องใช้เวลาเป็นปี และต้องมีกลวิธีในการกระจายยาในกลุ่มที่ควรได้รับยา แต่ไม่ได้รับยา
- ผลทางห้องปฏิบัติการล่าช้า การอนุมัติเปลี่ยนสูตรยาช้า ทำให้ผู้ป่วยอาการหนัก ท้อแท้ หาที่พึ่งอื่น
- จำนวนเครื่องตรวจ VL น้อย/จำกัด และข้อกำหนดการตรวจทางห้องปฏิบัติการบางชนิด เช่น Viral load ปีละ 1 ครั้ง น้อยเกินไป อยากให้มีการตรวจได้ตาม Case ที่มีความจำเป็น ซึ่งปกติถ้าโควตาการส่งตรวจหมด เมื่อมีความจำเป็นที่ต้องส่งตรวจ โรงพยาบาลจะต้องรับผิดชอบเรื่องค่าใช้จ่ายเอง
- การส่งตรวจ CD4 และ Viral load มีปัญหาเรื่องของผู้รับผิดชอบไม่ชัดเจน และทางโรงพยาบาลไม่สามารถทราบผล Viral load ได้ตามเวลาที่ สปสช.กำหนด เนื่องจากผลทางห้องปฏิบัติการล่าช้า

ข้อค้นพบหลัก ระบบฐานข้อมูล NAP Program ถือเป็นระบบฐานข้อมูลหลักที่รองรับการจัดบริการยาต้านไวรัสเอดส์ และมีข้อมูลที่สำคัญต่อการติดตามการดำเนินงาน และการวางแผนการให้บริการของเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการประเมินผลการดำเนินงาน เพื่อปรับปรุงแก้ไขการจัดบริการให้ดีขึ้นด้วย แต่จากการศึกษายังพบว่า ฐานข้อมูล NAP Program ยังมีปัญหาเรื่องการบันทึกข้อมูล ระบบฐานข้อมูลซ้ำซ้อน สูตรยาจำนวนมาก เจ้าหน้าที่ต้องบันทึกข้อมูลหลายรอบ ทั้งเภสัชกรและพยาบาล การลงข้อมูลในคอมพิวเตอร์ ใช้เวลาในการบันทึกข้อมูลนาน เจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการมีปัญหา คือ การลงข้อมูลระบบ NAP ไม่ตรงกับความเป็นจริง ระบบบันทึกข้อมูลใน NAP Program มีความล่าช้า อาจจะทำให้การจัดการเรื่องงบประมาณแต่ละพื้นที่มีปัญหา ด้านการบริหารยาไม่สามารถบันทึกข้อมูลเดือนละ 2-3 รอบ ได้ทันเวลาตามที่ สปสช. กำหนด มีความความผิดพลาด เช่น ผู้ป่วยไม่เคยเปลี่ยนสูตรยาเลยแต่ใน NAP program ระบุว่าผู้ป่วยเคยเปลี่ยนสูตรยา และสิทธิของผู้ป่วยเป็นสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (UC) แต่ใน NAP program ขึ้นเป็นสิทธิประกันสังคมทำให้เบิกยาและเบิกเงินไม่ได้ มีข้อมูลบางส่วนหายไป เช่น “ลงจำนวนผู้ป่วยไป จำนวน 60 คน แต่โปรแกรมอ่านว่า ลงไป 30 คน แล้วอีก 30 คนหายไปไหน นอกจากนี้พื้นที่มีปัญหาการเข้าถึงโปรแกรม ค่อนข้างล่าช้า ทำให้เข้าถึงข้อมูลล่าช้า และเจ้าหน้าที่มีภารกิจงานมากและมีจำนวนจำกัด ทำให้การมอบหมายงานอาจไม่ตรงกับความถนัด จึงต้องการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการทำงานเอดส์ รวมทั้งขาดการนิเทศติดตามงานจาก สปสช. อย่างต่อเนื่อง ขาดการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำไปพัฒนา

ข้อเสนอแนะ

- ในการจัดบริการสุขภาพและการจัดให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ในสังคมไทย นอกจากการจัดให้มีสถานบริการที่ครอบคลุมทั่วถึงแล้วนั้น สิ่งที่จะต้องให้ความสำคัญคือ ต้องมีการจัดสรรงบประมาณที่เพียงพอและเหมาะสมในการสร้างความรู้และทัศนคติที่ถูกต้องในการเข้าใจโรคเอดส์ การป้องกัน การให้โอกาสและทราบว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ไม่ใช่คนที่มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ดีทั้งหมด รวมทั้ง การดำเนินการที่จะส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง ปลอดภัย ซึ่งจะเป็นแนวทางที่จะช่วยลดปัญหาในการที่จะต้องจัดบริการการรักษาที่มีต้นทุนสูงกว่าการป้องกันที่ดี
- การกำหนดมาตรฐานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ ตามศักยภาพของสถานบริการสุขภาพแต่ละระดับ
- การพัฒนาระบบการช่วยเหลือและส่งต่อ ทั้งภายในหน่วยงาน และระหว่างหน่วยงานต่างๆ ในแต่ละระดับให้สามารถดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
- การสนับสนุนให้จัดบริการแบบ One stop service แยกสถานที่ หรือแยกวันในการให้บริการ (สำหรับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีข้อจำกัดในเรื่องของสถานที่ให้บริการ) ให้สำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่เปิดเผยตัว และสำหรับผู้ที่เปิดเผยตัวด้วย เพื่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ได้มีทางเลือกที่ดีกว่าในการเข้ามารับบริการ

- การพัฒนากลไกการติดตามผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ อย่างต่อเนื่อง
- จัดเวทีการแลกเปลี่ยนเพื่อพัฒนาการให้คำปรึกษาแนะนำ สำหรับผู้ให้การดูแลรักษา รวมถึงกลไกการพัฒนาศักยภาพของบุคลากร ให้สามารถดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างเหมาะสม
- การสนับสนุนทุน/งบประมาณสร้างสถานที่ให้กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อทำกิจกรรมกลุ่ม จัดสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อพัฒนาศักยภาพเครือข่าย/ชมรม/กลุ่มต่าง ๆ ให้ตระหนักและมีบทบาทร่วมในการดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
- ส่งเสริมให้กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เข้าไปร่วมคิดร่วมตัดสินใจ ในการจัดบริการดูแลรักษากับสถานบริการสุขภาพ
- การกระจายการดูแลผู้ป่วยเอดส์สู่ชุมชน การพัฒนาโรงพยาบาลชุมชนให้สามารถดูแลผู้ป่วยส่วนนี้ได้
- ข้อเสนอแนะเรื่องฐานข้อมูล ควรมีการปรับปรุงให้การบันทึกข้อมูลใน NAP Program ง่าย สะดวกควรปรับให้เหมาะสมกับสถานบริการ เช่น การคีย์เบิกยา ปัจจุบันนี้มีหลาย item และรายละเอียดค่อนข้างมาก ซึ่งโรงพยาบาลชุมชนไม่ได้ใช้มากขนาดนั้น ทำให้เกิดความล่าช้าในการคีย์ข้อมูลการเบิกยาเพราะฉะนั้น ควรแยกชนิดของยาให้เหมาะสมกับการใช้งานของโรงพยาบาล 30, 60, 90 เตียง เป็นต้น และการวางระบบการรายงานผลข้อมูลในฐานข้อมูล NAP Program เพื่ออำนวยความสะดวกแก่เจ้าหน้าที่ในการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์เพื่อการให้บริการ
- สำนักงานหลักประกันสุขภาพสาขาเขต ควรมีบทบาทหน้าที่หลักในการ วางนโยบายและแก้ไขปัญหาในพื้นที่ สนับสนุนงบประมาณ และการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน (Monitoring and evaluation) เพื่อควบคุมกำกับด้านคุณภาพ 4 ประเด็น คือ ประเมิน Input and process การให้บริการในทุกหน่วยบริการ ทุกระดับ ประเมินคุณภาพการให้บริการการให้คำปรึกษา ประเมินคุณภาพการให้การรักษา การส่งต่อ และประเมินคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายจากโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ และเหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย

เป้าหมายหลักในความพยายามให้เกิด ระบบและกลไกสำหรับ บริการยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีให้ต่ำสุดและนานที่สุด ทำให้การดำเนินของโรคช้าลง ช่วยให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายเพิ่มขึ้นเป็นระยะเวลานาน ลดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์ รวมทั้งไม่ให้เชื้อไวรัสเอดส์ดื้อยา ให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

การขยายการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส มีตัวอย่างความสำเร็จจากประเทศบราซิลที่ได้รับการยกย่องว่าสามารถใช้มาตรการทางกฎหมายและนโยบายของรัฐในการผลิตสูตรยาต้านไวรัส ต่อรองราคากับผู้ผลิต วิธีการวางแผนดำเนินการในระดับชาติ จนทำให้สามารถจัดหายาต้านไวรัสให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างกว้างขวางทั่วประเทศ ทำให้อัตราป่วยและตายจากโรคเอดส์ลดลง อัตราการอยู่รอดของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเพิ่มขึ้น นอกจากนี้ยังเสนอการถ่ายทอดเทคโนโลยีการผลิตยาต้านไวรัสให้กับประเทศอื่นๆ ตัวอย่างโครงการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในประเทศเฮติที่ดำเนินการโดยชุมชนและร่วมมือกับองค์กรเอกชนและนานาชาติ ได้แสดงให้เห็นว่ามีความเป็นไปได้ที่จะขยายการใช้ยาต้านไวรัสลงในชุมชนที่ยากจน ประเทศไทยเองได้มีการผลิตยาต้านไวรัสราคาถูกโดยองค์การเภสัชกรรม ประกอบกับงบประมาณของประเทศเองและ งบประมาณสมทบจากกองทุนโลก (GFATM) ทำให้มีโอกาสจะขยายการให้ยาต้านไวรัสเพื่อครอบคลุมผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยให้มากขึ้นจากหลักพันเป็นหลักหมื่นและเป็นหลักแสนในปัจจุบัน **แต่มีความจำเป็นต้องมีแนวทางการบริหารจัดการทรัพยากรให้ดี การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น ระบบฐานข้อมูล การเฝ้าระวัง การฝึกอบรม ตลอดจนการติดตาม กำกับ ประเมินผลอย่างเป็นระบบ**

จากข้อค้นพบหลักจากการศึกษาวิจัยนี้ ในมุมมองของผู้ให้บริการมีความคาดหวังในการจัดระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ในเรื่อง ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ครอบคลุม 100% ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ รวมทั้งการมาตามนัด การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากการกินยา และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น สำหรับในส่วนของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย ก็มีความคาดหวังในเรื่องการได้รับการยอมรับจากสังคม การมีชีวิตที่ยืนยาว ได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและเกิดความพึงพอใจ **ทำอย่างไรจึงจะเกิดการจัดบริการสุขภาพแบบผสมผสานแก่ผู้ติดเชื้อและการดูแลผู้ป่วยในชุมชนในลักษณะ Disease Management เช่นเดียวกับโรคเรื้อรังอื่น ๆ**

ประสบการณ์จากหลาย ๆ พื้นที่ ชี้ให้เห็นว่าการเพิ่มบริการทางด้านสาธารณสุขใด ๆ ควรทำในจุดบริการที่มีบริการพื้นฐานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องอยู่แล้วจะเป็นการคุ้มค่า และประหยัดกว่าการจัดตั้งจุดบริการใหม่เป็นการเฉพาะ เช่นเดียวกับการจัดบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ ควรที่จะได้ผนวกบริการต่าง ๆ เข้าด้วยกัน อันจะทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยสามารถเข้าถึงบริการได้ง่ายขึ้น เช่น การรักษาวัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อนามัยเจริญพันธุ์ควรผนวกรวมเข้าด้วยกัน นอกจากนี้แม้เราจะมียาต้านไวรัสที่ได้ผลดี แต่การดูแลรักษาผู้ป่วยในชุมชนเป็นสิ่งที่รัฐควรต้องสนับสนุน เพื่อเป็นการแบ่งเบาภาระการดูแลรักษาในโรงพยาบาลและแบ่งเบาภาระของครอบครัวผู้ป่วยด้วยในตัวเอง ได้มีการศึกษาโดยเฉพาะประเทศในอัฟริกาที่มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนและการกระจายตัวของสถานบริการ จึงมีความพยายามที่จะพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้ได้คุณภาพ รวมถึงการใช้ยาต้านไวรัสโดยองค์กรเอกชน

ตั้งแต่ปี 2537 เป็นต้นมา ประเทศบราซิลได้พัฒนาเครือข่ายบริการทางการแพทย์สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ ปัจจุบันมีทั้งสิ้น 1,500 แห่งทั่วประเทศ เครือข่ายบริการเน้นความหลากหลายของรูปแบบบริการ ที่สามารถปรับเปลี่ยนเพื่อให้การเข้าถึงบริการมีสูงขึ้น เช่น day care services การจัดคลีนิกพิเศษในช่วงเวลาเย็นหลังเลิกงาน การบริการถึงที่บ้าน คลินิกพิเศษเชี่ยวชาญเฉพาะ บริการที่อยู่ในเครือข่ายจะถูกพัฒนาเพื่อให้บริการที่ได้มาตรฐานเดียวกันและได้รับการรับรองคุณภาพจากทางรัฐบาล การดำเนินการในลักษณะนี้ ทำให้คุณภาพของบริการสำหรับผู้ป่วย และการเข้าถึงบริการดีขึ้นมาก

สำหรับประเทศไทยในช่วงรอยเปลี่ยนผ่านของการจัดระบบที่จะมีบริการแบบปฐมภูมิ (Primary care unit) น่าจะเป็นโอกาสให้การบริการด้านสุขภาพแบบผสมผสานเกิดขึ้นได้ในชุมชน แต่ต้องเป็นการดำเนินการร่วมกันกับท้องถิ่น ผู้นำชุมชน องค์กรเอกชน และชมรมผู้ติดเชื้อ ฯลฯ

หากวิเคราะห์การตอบสนองความต้องการสำหรับการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย (Healthy Public Policy) ภาคสุขภาพและภาคส่วนอื่นที่ส่งผลต่อสุขภาพ เช่นเดียวกันกับการวิเคราะห์โดยอาศัยทฤษฎีกรอบความคิดเชิงระบบโดยยึดหลักเหตุผลที่มีลักษณะสร้างสรรค์ (Creativity หมายถึง การนำสิ่งใหม่ไปปรากฏให้เป็นจริง) และเป็นนวัตกรรม (Innovation หมายถึง การนำสิ่งใหม่ไปสู่การใช้ประโยชน์) และจัดทำเป็นแนวทางการดำเนินกิจกรรมของระดับประเทศ จังหวัด หรือท้องถิ่น ที่มีผลต่อสุขภาพของคนโดยรวม หรือคนในพื้นที่ซึ่งรวมทั้งกิจกรรมที่ผ่านมาในอดีต กิจกรรมที่กำลังดำเนินอยู่ในปัจจุบัน และกิจกรรมที่คาดว่าจะเกิดขึ้นในอนาคต โดยต้องมีความชัดเจนทั้งในด้านกระบวนการและผลลัพธ์ สอดรับกับการเปลี่ยนแปลงในสภาพแวดล้อม และข้อเรียกร้อง/ข้อสนับสนุนของประชาชน จัดทำเป็นมาตรการระยะสั้น/ระยะยาว

ข้อเรียกร้องจากประธานเครือข่ายฯ *"ชุดสิทธิประโยชน์ควรเป็นสิทธิที่ต้องเป็นมาตรฐานและเท่าเทียมกันในทุกระบบสวัสดิการ และเครือข่ายฯ เห็นว่าการรณรงค์สร้างความเข้าใจ และส่งเสริมการป้องกันเชื้อเอชไอวี ยังเป็นประเด็นสำคัญที่เราต้องทำต่อเนื่อง และเป็นแผนงานสำคัญที่เครือข่ายฯ ต้องเดินหน้าต่อ โดยเริ่มต้นจากการรณรงค์เรื่องตรวจเลือดต้องสมัครใจ เพื่อให้คนประเมินโอกาสเสี่ยงของตนเองได้อย่างถูกต้อง และเข้าสู่ ระบบบริการที่ทันท่วงที เพื่อรับบริการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันหรือเข้ารบการดูแลรักษาหากพบว่าติดเชื้อ" (http://203.157.168.7/phic/output48/doc/aids1.htm)*

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายสำหรับระบบบริการยาต้านไวรัส

มาตรการระยะสั้นสำหรับการพัฒนาเชิงระบบ

ความหลากหลายและอ่อนตัวของรูปแบบการให้บริการทางการแพทย์สำหรับผู้ป่วยเอดส์ ที่เน้นความสะดวกและเข้าถึงได้ง่ายของผู้รับบริการเป็นแนวคิดที่น่าสนใจ ที่น่าจะสามารถนำมาปรับใช้สำหรับประเทศไทย ควรมีการศึกษาว่า **การจัดคลินิกพิเศษเป็นการเฉพาะสำหรับผู้ป่วยเอดส์เหมาะสมกว่าหรือไม่สำหรับประเทศไทย เมื่อเทียบกับการผสมผสานกับบริการปกติ**

กระบวนการพัฒนาศักยภาพการให้บริการอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ โดยการจัดหลักสูตรอบรมการให้การปรึกษาสำหรับอาสาสมัครผู้ติดเชื้อ HIV (Peers Counselors) และการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้บทบาทอาสาสมัครผู้ติดเชื้อที่ควรจะเป็น คือ ร่วมให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ติดตามการกินยาต่อเนื่อง (Drug adherence) และเยี่ยมบ้าน ทั้งนี้ องค์ความรู้สำหรับผู้ติดเชื้อเรื่อง OI/ARV เป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเพราะสามารถลดการเจ็บป่วย - เนื่องจากขาดความรู้อาการดีขึ้นแล้วทิ้งยา ทั้งยังลดภาระให้กับครอบครัวเพราะสามารถทำงานมีรายได้เป็นของตนเอง

สร้างกลไกสุขภาพเชิงบวก พัฒนาระบบสุขภาพเชิงรุก ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์/โครงการยาต้านไวรัส เช่น การจัดช่องทางสำหรับการให้บริการเฉพาะสำหรับผู้ติดเชื้อต้องระมัดระวังและทำความเข้าใจกับชุมชนว่าบริการดังกล่าวไม่ได้ให้สิทธิพิเศษแก่ผู้ติดเชื้อ แต่เป็นพัฒนาคุณภาพระบบการให้บริการ เพื่อประยุกต์ใช้งานดูแลรักษาผู้ป่วยอื่นๆ

มาตรการระยะยาวสำหรับการพัฒนาเชิงระบบ

ประเทศไทยมีความจำเป็นต้องขยายการให้การรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเป็นจำนวนมาก ในระยะเวลายาวนาน **จึงควรศึกษาถึงรูปแบบการให้การรักษาพยาบาลที่เรียบง่าย มีขั้นตอนไม่มาก** เช่นการมารับยาตามจุดจ่ายยาต่าง ๆ หรือการอนุญาตให้พยาบาลจ่ายยาให้ผู้ป่วยได้เอง โดยไม่ต้องผ่านแพทย์

ประเทศไทยควรมีแนวทางการรักษา และติดตามผลการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอดส์เบื้องต้นที่**เป็นมาตรฐานและคุณภาพเดียวกัน มีการทบทวน ปรับปรุงแก้ไขอย่างสม่ำเสมอ และรัฐควรให้การสนับสนุนในด้านต่าง ๆ แก่สถานบริการตามที่เขียนไว้ในมาตรฐาน** ในลักษณะการบูรณาการ เพื่อให้ภารกิจสามารถกลมกลืนเข้าอยู่ในโครงสร้างบริการ จนสามารถปรับเข้าเป็นกิจกรรมปกติของหน่วยงาน และชุมชน รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่รับผิดชอบพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมาย

กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ ควรหาทางจัดทำเป็น Road Map ให้ประชาชนสามารถสร้างระบบเฝ้าระวังและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เพื่อเป็นช่องทางให้ผู้ว่าราชการจังหวัดได้ติดตาม ตรวจสอบการดำเนินงานของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างจริงจัง

โดยสรุปจากโครงการการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ และเหตุผลที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไม่มารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย เป็นตัวอย่างที่ท้าทายให้ประเทศไทยก้าวเดินหน้าในการสร้างโครงการระดับชาติที่นำมาตรการที่หลากหลาย (Comprehensive interventions) มาดำเนินการแบบผสมผสานบูรณาการ (Integrating services) และครอบคลุมทุกมิติของสุขภาพ (Holistic approach) ด้วยการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนในสังคม (Active participation)

3.2 (สวปก โครงการ 2)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
(Executive Summary)

ชุดโครงการวิจัย

การประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย

โครงการ ปัจจัยที่มีผลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องของผู้ที่มารับยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย

เสนอ
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

รายนามผู้จัดทำ

ผศ.ดร. สุคนธา คงศีล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.นพ. สุขุม เจียมตน	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวเพชรัตน์ ศิริสุวรรณ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายกนกศักดิ์ วงศ์เป็ง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวกิติยา พรมอ่อน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายสิทธิกร รองสำลี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

สิงหาคม 2552

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

จากการศึกษาวิจัยทางคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ที่ใช้กันอยู่ในปัจจุบัน ต้องการความต่อเนื่องของการรับประทานยาต้านไวรัส (adherence) มากกว่า 95% จึงจะเกิดประสิทธิภาพในการแบ่งตัวของเชื้อในระดับต่ำที่สุด และผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีขึ้น ไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และลดโอกาสของการแพร่เชื้อดื้อยาไปสู่ผู้อื่นได้การกินยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ1 มีความจำเป็นมาก เนื่องจาก มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับผลการดำเนินงานการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ได้ ทั้งนี้การจัดบริการ ผู้ให้บริการควรให้ความสำคัญและสนใจเรื่องการติดตาม และส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง จะทำให้สามารถลดงบประมาณของรัฐในการแก้ปัญหาการติดเชื้อดื้อยาในอนาคตได้อย่างมาก เมื่อเปรียบเทียบกับการที่รัฐจะต้องสูญเสียงบประมาณในการซื้อยาต้านไวรัสเอดส์สูตรดื้อยาที่มีราคาสูง โครงการวิจัยนี้จึงมุ่งที่จะศึกษาระดับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอและค้นหาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาระบบการพัฒนายาต้านไวรัสต่อไป

โครงการนี้เป็นการศึกษาเชิงภาคตัดขวาง เพื่อศึกษาระดับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence of ARVs therapy) ของผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ในสถานบริการภาครัฐภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ทั้งนี้ การประเมินระดับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างสม่ำเสมอ 2 วิธีร่วมกัน ได้แก่ วิธีนับเม็ดยา (pill count) และการประเมินการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ด้วยตนเอง (self-report) ในส่วนการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอนั้น จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยเอดส์ที่มารับยาต้านไวรัส และบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติ/และหรือฐานข้อมูลด้านเอดส์ ทำการศึกษาเชิงคุณภาพในส่วนของผู้ให้บริการ (Provider) และผู้ที่มารับยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อค้นหาเหตุผลที่เกิดการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมออีกประการหนึ่งด้วย

จากการศึกษาเชิงปริมาณในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 823 รายในพื้นที่ 3 จังหวัดได้แก่ จังหวัดขอนแก่น จังหวัดสงขลา และจังหวัดเชียงราย พบว่า สามารถที่จะประเมินระดับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ ด้วยวิธีการประเมินตนเองได้ครบทุกราย แต่สำหรับการประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยานั้น มีบางโรงพยาบาลไม่สามารถประเมินได้ เนื่องจากเจ้าหน้าที่มีภาระงานมาก และต้องทำหน้าที่หลายอย่าง จึงไม่มีเวลาที่จะสามารถดำเนินการได้ และบางโรงพยาบาลสามารถประเมินได้เพียงบางราย เนื่องจาก การบันทึกข้อมูลในแฟ้มประวัติ ไม่ครบถ้วน โดยขาดข้อมูลเรื่องของการจ่ายยาว่าแต่ละครั้งจ่ายเป็นจำนวนเท่าไร และ/หรือขาดข้อมูลส่วนของการนับเม็ดยาที่เหลือในแต่ละครั้ง และผลการรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าการประเมินความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสจากการนับเม็ดยาสูงกว่าการประเมินด้วยตนเองในทุกโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธิดาพร จิรวัฒนไพศาลและคณะ

การประเมินความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสด้วยวิธีนับเม็ดยา (Pill Count) มีค่าใกล้เคียงกันในทั้ง 3 จังหวัด พบว่ามากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมี adherence มากกว่าร้อยละ 95 ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบการรายงานของธิดาพร จิรวัฒนะไพศาลและคณะ จากการศึกษาในปี พ.ศ.2547 ถึง 2548 ในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ National Access to Antiretroviral Treatment for PHA: NAPHA จำนวน 400 ราย ในพื้นที่ของ สคร. 7 จำนวน 7 จังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ด้วยวิธีนับเม็ดยาโดยเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล พบว่า ร้อยละ 94 ของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมี adherence มากกว่าร้อยละ 95 ผลที่แตกต่างกันอาจเนื่องมาจากเป็นการศึกษาคนละโปรแกรม (NAPHA vs. NAP) และศึกษาในช่วงเวลาที่แตกต่างกัน

จากการศึกษานี้พบว่าค่าเฉลี่ยในภาพรวมของระดับความต่อเนื่องของการรับประทานยาต้านไวรัสเมื่อประเมินด้วยการนับเม็ดยาเท่ากับ 101.20 ซึ่งจะเห็นได้ว่ามีความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในผู้ป่วยบางรายที่มากกว่าหนึ่งร้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะ ผู้รับประทานยาต้านไวรัสอาจจะทำยาสูญหายไปหรืออาจจะรับประทานยามากกว่าความเป็นจริง หรืออาจจะได้ยาไปพอดีแต่ไม่ได้นำยาทั้งหมดมาทำให้เจ้าหน้าที่นับเม็ดยาที่เหลือได้ไม่ตรงกับความเป็นจริง บางโรงพยาบาลอาจจ่ายยาเผื่อและให้ปริมาณจำนวน เกินช่วงเวลาที่นัดหมายรับประทานยาครั้งต่อไป (เช่นนัดหมายไม่ถึง 3 เดือนแต่จะจ่ายยาเท่ากับปริมาณที่รับยา 3 เดือน)

ทำให้จำนวนยาคงเหลือมากกว่าปกติ

จากการศึกษานี้มีโรงพยาบาล 2 แห่งคือ โรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชกระนวน (จังหวัดขอนแก่น) โรงพยาบาลหาดใหญ่ (จังหวัดสงขลา) ไม่มีการประเมินความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสด้วยวิธีนับเม็ดยา (ทำการประเมินในผู้ป่วยบางราย) ทำให้การเปรียบเทียบความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสด้วยวิธีนับเม็ดยาไม่สามารถกระทำได้ในภาพรวม

ผลการประเมินความต่อเนื่องและความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสด้วยวิธีประเมินตนเอง (Self report) ด้วย Visual Analog Scale พบว่า ในภาพรวมค่าเฉลี่ยของระดับความต่อเนื่องอยู่ที่ประมาณร้อยละ 90 โดยที่ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อทั้งสามจังหวัดประมาณร้อยละ 40 ถึง 60 ได้ประเมินตนเองว่ามีระดับความต่อเนื่องของการรับประทานยาต้านไวรัสมีค่ามากกว่าร้อยละ 95 ซึ่งผลนี้ใกล้เคียงกับการศึกษาของ Pinheiro และคณะ (130) ที่ทำการศึกษาระหว่างปี1998-2000 ในประเทศบราซิล โดยการประเมินตนเองได้ระดับความต่อเนื่องของการรับประทานยาที่ร้อยละ 57 แต่เมื่อเปรียบเทียบจากรายงานของธิดาพร จิรวัฒนไพศาลและคณะ พบว่า ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมี adherence มากกว่าร้อยละ 95 ด้วยวิธีประเมินตนเอง (Self report) มีจำนวนถึงร้อยละ 73

ข้อดีของวิธีการนี้เป็นการประเมินโดยใช้แบบสอบถามที่ง่ายต่อการตอบด้วยตนเอง แต่มีข้อแม้ที่การตอบให้ตอบจากสิ่งที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง ไม่ได้ตอบเพื่อเป็นการปกป้องตนเองหรือเอาใจเจ้าหน้าที่ ข้อดีอีกประการหนึ่งคือเป็นการประเมินในสองด้านคือทั้งความครบถ้วนของจำนวนยาที่รับประทาน และเวลาที่รับประทานยาว่าอยู่ในช่วงที่กำหนดไว้หรือไม่ ทำให้การประเมินน่าจะใกล้เคียงกับสิ่งที่ผู้ป่วยปฏิบัติจริง ทั้งสองประการนี้ขึ้นอยู่กับการอธิบายให้ผู้ตอบได้เข้าใจก่อนทำการตอบ

จากการศึกษาพบว่าเพศไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ทั้ง 2 วิธีซึ่งประกอบไปด้วยด้วยวิธีรายงานตนเอง (Self report)โดยใช้ Visual Analog Scale และ การนับเม็ดยา ซึ่งผลการศึกษานี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Pinheiro และคณะ [50] ที่พบว่าเพศ อายุ รายได้ของครอบครัวไม่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สามารถอธิบายได้จากการศึกษาของ Linda Fogarty DR, Susan Larson, Jessica Burke, Jeanne Gillespie, Richard Levy ในปี ค.ศ.2001 ที่พบว่าเพศมีผลน้อยต่อการให้ความร่วมมือในการใช้ยา ในขณะที่มีทั้งการศึกษาที่รายงานว่าผู้ชายมีการให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าผู้หญิง และมีการรายงานว่าผู้หญิงให้ความร่วมมือในการใช้ยาดีกว่าผู้ชาย

นอกจากนั้นจากการศึกษาพบว่าผู้ที่มีอายุมากกว่า 40 ปีมีโอกาสที่จะมีระดับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีรายงานตนเอง (Self report) มากกว่า 95% มากกว่ากลุ่มผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 40 ปี (OR=1.40, 95%CI =1.06-1.84) ทั้งนี้อาจเป็นเพราะวุฒิภาวะของผู้ที่มีอายุมากกว่า ทำให้อาจมีความรับผิดชอบในการรับประทานยาที่สม่ำเสมอกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า อย่างไรก็ดีมีผลแตกต่างกันไปจากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา

สำหรับปัจจัยอื่นๆในด้านนี้นั้นจากการศึกษาพบว่า สถานภาพสมรส การศึกษา และ อาชีพ รายได้ ระยะเวลาที่ได้รับเชื้อ และระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส การได้รับการช่วยเหลือทางสังคม และใช้อุปกรณ์เตือนตัวเองในการรับประทานยาต้านไวรัสไม่มีความสัมพันธ์กับระดับการรับประทานยาต้านไวรัส อย่างต่อเนื่องมากกว่า 95% ด้วยวิธีรายงานตนเอง (Self report) ซึ่งให้ผลเช่นเดียวกันกับ การประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยา

ในการศึกษานี้พบว่าทั้งการประเมินด้วยวิธีประเมินตนเอง (self report) และ การนับเม็ดยา (pill count) เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ประวัติการป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส (HIV/AIDS Diseases-related factor) กับ adherence จากการวิเคราะห์แบบ Univariated พบว่า ประวัติการป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ระดับ adherence ที่เกิน 95%

การศึกษาปัจจัยด้านยาต้านไวรัสเอดส์ กับ การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence of ARVs therapy) ซึ่งในการศึกษานี้ได้ศึกษาในส่วนของ ประวัติการเกิดผลข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัส ประเภทของยาต้านไวรัสโดยได้ศึกษาเปรียบเทียบระหว่าง GPO-Virs กับ Non-GPO-Virs และ NNRTI-base กับ PIs base

สำหรับการประเมิน adherence ด้วยวิธีรายงานตนเอง (self report) โดยใช้ Visual analog Scale เมื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยทางด้านสูตรยา (Antiretroviral factor) กับ adherence จากการวิเคราะห์แบบ Univariated พบว่า ประเภทของยาต้านไวรัสเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง GPOs กับ Non-GPO-VIRs และยาต้านไวรัสชนิด NNRTI-Base กับ PI-Base ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ

ระดับ adherence ที่เกิน 95% ทั้งประเมินด้วยวิธี self report

ในขณะที่การประเมิน adherence โดยการประเมินด้วยวิธีการนับเม็ดยานั้นพบว่า ประเภทของยาต้านไวรัสเมื่อเปรียบเทียบระหว่าง NNRTI-Base กับ PI-Base มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ระดับ adherence ที่เกิน 95% เมื่อประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยาโดยผู้ที่ทานยาต้านไวรัสในกลุ่ม PI-Base มีโอกาสที่จะพบผู้ที่มีระดับ adherence เกิน 95% เป็น 0.47 เท่าของผู้ที่ทานยาต้านไวรัสในกลุ่ม NNRTI-Base (OR=0.47, 95% CI= 0.24-0.94) นั่นคือกลุ่มที่รับประทานยาในกลุ่ม NNRTI-Base ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มพื้นฐานนั้นมีระดับ adherence ที่ดีกว่ายาต้านไวรัสในกลุ่ม PI-base ซึ่งเป็นยาต้านไวรัสกลุ่มที่สูงขั้น อาจเป็นไปได้ว่ายาในกลุ่ม PI-base มีวิธีการรับประทานที่ซับซ้อนกว่า

การศึกษาปัจจัยด้านสถานบริการ กับ การรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence of ARVs therapy) ของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย ซึ่งปัจจัยที่ศึกษาที่อยู่ในด้านนี้นั้นประกอบไปด้วย ระยะเวลาและระยะทางในการเดินทางมารับยาต้านไวรัส ระยะเวลาที่รอรับบริการยาต้านไวรัส ระยะเวลาที่ใช้บริการยาต้านไวรัส และระดับความพึงพอใจต่อบริการ

จากการศึกษา การประเมิน adherence ทั้งสองวิธีให้ผลไม่แตกต่างกันเมื่อวิเคราะห์ด้วยวิธี Binarylogistic regression แบบ univariated มีเพียงปัจจัยเดียวเท่านั้นคือระดับของสถานบริการที่มีความสัมพันธ์กับการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ (Adherence of ARVs therapy) ส่วนปัจจัยอื่นๆในด้านนี้ อันได้แก่ ความเหมาะสมของเวลาเดินทาง ความสะดวกของการเดินทาง เวลาเฉลี่ยที่ต้องรอรับบริการ ความเหมาะสมของเวลาที่ใช้ในการรับบริการ ความสามารถในการจ่ายค่าเดินทาง การลางานหรือขาดงาน ไม่ความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับ ระดับ adherence ที่เกิน 95% ดังที่กล่าวมาขั้นต้นนั้นนั้นไม่พบความสัมพันธ์

จากการศึกษา พบว่า ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ อาสาสมัครร้อยละ 46.3 มีระดับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการประเมินด้วยวิธี self report มากกว่า 95% ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชน พบผู้ที่มีระดับ adherence สูงกว่า 95% ประมาณร้อยละ 56.5 เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Binary logistic logistic regression แบบ univatiated พบว่า ระดับของสถานบริการมีความสัมพันธ์กับระดับ adherence เมื่อประเมินด้วยวิธี Self report โดยโรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสที่จะพบผู้ที่มีระดับ adherence เป็น 1.51 เท่าของโรงพยาบาลศูนย์ (OR= 1.51, 95% = 1.13-2.02, p-value=0.006) ดังตารางที่ 33

ในส่วนการประเมิน adherence ด้วยวิธีนับเม็ดยา หรือ Pill count จากการศึกษา พบว่า ในระดับโรงพยาบาลศูนย์ ร้อยละ 82.7 ของอาสาสมัครมีระดับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอมากกว่า 95% ส่วนในระดับโรงพยาบาลชุมชน พบถึงร้อยละ 95.2 ที่มีระดับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ โดยการประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยา (Pill count) มากกว่า 95% และเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลด้วยวิธี Binary logistic regression แบบ univatiated พบว่า ระดับของสถานบริการมีความสัมพันธ์กับระดับ adherence เมื่อประเมินด้วยวิธีนับเม็ดยา pill count โดยโรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสที่จะพบผู้ที่มีระดับ adherence เป็น 4.17 เท่าของโรงพยาบาลศูนย์ สรุปได้ว่าผู้ที่รับยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลชุมชนมีโอกาสที่จะพบผู้ที่มี adherence มากกว่า 95% สูงกว่า โรงพยาบาลศูนย์

ในส่วนของความพึงพอใจต่อการให้บริการนั้นจากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ที่มีระดับความพึงพอใจในระบบการให้บริการในระดับสูงจะมีผู้ที่มี adherence มากกว่า 95% เมื่อประเมินด้วยวิธี Self report มากที่สุดโดยพบถึงร้อยละ 50.3

อย่างไรก็ตามจากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วยวิธี Univariate Logistic Regression แสดงให้เห็นว่าระดับของคะแนนความพึงพอใจไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับ การที่ผู้มารับยาต้านไวรัสมี adherence มากกว่า 95% (OR = 1.70,95%CI =0.82-3.54 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับคะแนนความพึงพอใจระดับปานกลางกับระดับคะแนนความพึงพอใจระดับต่ำ) (OR = 1.17 95%CI =0.85-3.47 เมื่อเปรียบเทียบระหว่างระดับคะแนนความพึงพอใจระดับสูงกับระดับคะแนนความพึงพอใจระดับต่ำ)

สำหรับเหตุผลที่ของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่อง ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย ในมุมมองของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการนั้นสิ่งสำคัญที่ทำให้ผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์ รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องนั้น เนื่องจากความต้องการมีสุขภาพที่ดี และการได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่ รวมถึงการประเมิน Adherence ด้วยวิธี Log book และการนับเม็ดยา (Pill count) ที่สะท้อนให้ผู้ป่วยทราบ และเห็นความ

สำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และการที่ได้รับความรู้จากเจ้าหน้าที่ และแกนนำเครือข่าย ในมุมมองของผู้ที่รับยานั้นพบว่า **เหตุผลสำคัญที่ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างต่อเนื่องนั้นประกอบไปด้วย 3 ส่วน คือผู้รับประทานยา ระบบบริการ และสังคมและสิ่งแวดล้อม**

ตัวผู้รับประทานยามีนั้น เกิดจากความคาดหวังผลของยาที่เกิดขึ้นโดยคิดว่ารับประทานยาแล้วจะมีผลดีต่อร่างกายและให้ผู้ที่อยู่ใกล้ชิดสบายใจ รับประทานยาแล้วจะมีร่างกายแข็งแรงทำงานได้เป็นปกติ มีชีวิตที่ดีขึ้น ประกอบกับมีความรักและความเอาใจใส่ต่อตนเองไม่อยากกลับไปป่วยอีก การกลัวการดื้อยาและผลข้างเคียงของยาหากรับประทานยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่อง

ในส่วนของระบบบริการนั้นเจ้าหน้าที่มีบทบาทสำคัญที่ส่งผลให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอในการให้คำแนะนำเรื่องการรับประทานยา ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่เชื่อฟังแพทย์ เภสัชกร และพยาบาล สิ่งที่มีส่วนช่วยให้ adherence ของผู้ป่วยดีขึ้น คือ การที่เจ้าหน้าที่มีการให้ข้อมูลถึงผลดีจากการรับประทานยาที่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ และผลเสียจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องและสม่ำเสมอ นอกจากนั้นยังเกิดจากการที่ไม่ต้องซื้อยาต้านไวรัสรับประทานเอง ทำให้ผู้ป่วยไม่ต้องกังวลกับค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้น ทำให้ผู้ป่วยยินดีที่จะรับประทานยาต่อไป

ด้านสังคมและสิ่งแวดล้อมนั้นสิ่งที่จะทำให้ adherence ดีขึ้น ได้แก่ การได้รับการสนับสนุนจากคนในครอบครัว เช่น การได้รับกำลังใจจากลูก การเป็นห่วงบุคคลอื่นในครอบครัวผลักดันให้ต้องรับประทานยาอย่างเคร่งครัด และ การได้เข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมเครือข่ายทำให้เกิดการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอมากขึ้น เนื่องจากการเข้าร่วมเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อจะได้รับความรู้ความเข้าใจในการรับประทานยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นและมีการติดตามเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสจากคณะกรรมการของชมรม

ในมุมมองผู้มารับบริการนั้นพบว่าสิ่งเป็นสาเหตุหลักที่ก่อให้เกิดการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อย่างไม่ต่อเนื่องของสามจังหวัดคล้ายคลึงกัน โดยสาเหตุสำคัญได้แก่ ตัวผู้ป่วยเองที่มักจะลืมรับประทานยาเนื่องจากต้องทำงานติดพันต่อเนื่อง ยังมีความเชื่อที่ผิด เช่น ซื้อยาสมุนไพรมารับประทานเอง มีสภาพจิตใจที่ท้อแท้ ไม่สามารถยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ และ ผู้ป่วยบางรายยังดื่มแอลกอฮอล์และเมื่อเมาสุราแล้วส่งผลให้ลืมรับประทานยา

แนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมี Adherence ที่ดีขึ้น ประกอบด้วย

เภสัชกรได้เสนอแนะนำวิธีการเตือนเมื่อถึงเวลาที่ต้องรับประทานยาผ่านการตั้งเตือนทางโทรศัพท์มือถือ ร่วมกับสร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีวินัยในการกินยา โดยกลุ่มเครือข่ายจะมีบทบาทในส่วนนี้อย่างมากเพราะเป็นผู้ติดเชื้อด้วยกัน การที่เคยมีประสบการณ์ป่วยหนักจากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง และการเห็นตัวอย่างเพื่อนที่สุขภาพแย่จากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่องจะทำให้ผู้ป่วยเห็นความสำคัญและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการรับประทานยาที่ดีขึ้นและต้องให้การเตรียมบุคลากรที่จะรองรับการให้บริการยาต้านไวรัส

ในส่วนของเหตุผลที่ของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์รับประทานยาต้านไวรัสเอดส์ไม่ต่อเนื่อง เกิดจากตัวผู้ป่วยเองที่มักจะลืมรับประทานยา เนื่องจากต้องทำงานติดพันต่อเนื่อง มีความเชื่อที่ผิดเช่นซื้อยาสมุนไพรมารับประทานเอง มีสภาพจิตใจที่ท้อแท้ ไม่สามารถยอมรับในสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวเองได้ ผู้ป่วยบางรายยังดื่มแอลกอฮอล์และเมื่อเมาสุราก็ส่งผลให้ลืมรับประทานยา

ข้อเสนอแนะจากผลการวิเคราะห์เบื้องต้นควรสนับสนุนการมีส่วนร่วมของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อของแต่ละโรงพยาบาลในการเป็นผู้ประเมิน Adherence ร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการด้วย กำหนดให้โรงพยาบาลทุกระดับมอบหมายเภสัชกรให้เป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการช่วยให้ผู้ป่วยมี Adherence ที่ดีขึ้น ซึ่งจะส่งผลต่อผลลัพธ์ทางคลินิกและทางสุขภาพ ซึ่งโรงพยาบาลส่วนมาก พยาบาลเป็นผู้ทำหน้าที่ในการจดบันทึก Pill count ลงใน OPD card (สามารถทำได้ แต่เป็นการเพิ่มภาระงาน ทำให้ลดเวลาในการสังเกตอาการของผู้ป่วยลง) ในส่วนของคู่มือการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ ของ สปสช. ได้ระบุให้สถานบริการ ดำเนินการประเมิน adherence แต่ไม่ได้ระบุวิธีการที่ใช้ในการประเมิน จึงเสนอให้มีการกำหนดมาตรฐานในการประเมิน adherence โดยมีทางเลือกให้เป็นมาตรฐานเดียวกันทั้งประเทศ หรือ กำหนดแนวทางกว้างๆ ส่วนวิธีการดำเนินงานนั้นขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละพื้นที่

3.3 (สวปก โครงการ 3)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร
(Executive Summary)

ชุดโครงการวิจัย
การประเมินระบบบริการของผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอดส์
ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย

โครงการ ผลลัพธ์ด้านสุขภาพ จากการให้ยาต้านไวรัสเอดส์
ภายใต้ระบบประกันสุขภาพ ในประเทศไทย

เสนอ
สำนักงานวิจัยเพื่อการพัฒนาหลักประกันสุขภาพไทย (สวปก.)

รายนามผู้จัดทำ

ผศ.ดร.นพ. สุขุม เจียมตน	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร. สุคนธา คงศีล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายกนกศักดิ์ วงศ์เป็ง	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นายสิทธิกร รองสำลี	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวเพชรัตน์ ศิริสุวรรณ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
นางสาวกิติยา พรมอ่อน	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ธันวาคม 2552

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานฉบับสมบูรณ์ของโครงการวิจัยนี้ นำเสนอผลลัพธ์ทางสุขภาพของผู้ที่รับยาต้านไวรัสขณะรับเข้าโครงการวิจัย เปรียบเทียบกับก่อนรับยาต้านไวรัสและศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับผลที่ดังกล่าว การศึกษานี้ใช้การวิจัยแบบติดตามหรือ Cohort study การรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ทำโดยการสัมภาษณ์ และ จากข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วย

พบผู้รับยาต้านไวรัสอยู่ประมาณร้อยละ 9.2 ที่มีประวัติการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาและพบผู้ที่มีประวัติเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัส ร้อยละ 23.5 จากจำนวนอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่สามารถรวบรวมข้อมูลได้ 799 ราย ระดับ CD4 ของผู้ที่รับยาต้านไวรัสถือว่าเป็นตัวชี้วัดทางสุขภาพที่สำคัญของผู้รับยาต้านไวรัสจำเป็นที่จะต้องมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง จากการศึกษาพบว่าค่าเฉลี่ยระดับ CD4 ของอาสาสมัครโครงการ ที่ตรวจวัดครั้งล่าสุดจะมีค่าสูงกว่า ค่าเฉลี่ยระดับ CD4 ก่อนอาสาสมัครได้รับยาต้านไวรัส โดยมีค่าเฉลี่ย (SD) ของ CD4 เมื่อตรวจครั้งล่าสุด และ ค่าเฉลี่ย (SD) ของ CD4 ก่อนรับยาต้านไวรัสเท่ากับ 400(253.3) cells/microlitre และ 87(93.3) cells/microlitre ตามลำดับ ซึ่งมีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value <0.001)

เมื่อใช้ค่า median ของการของการเปลี่ยนแปลงของ CD4 ของอาสาสมัครโครงการ ที่เพิ่มขึ้นเท่ากับ 255 cell/ microlitre ในการศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระดับ CD4 (Change of CD4) โดยใช้จุดตัดที่ 255 cell/ microlitre ทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี Multiple Logistic Regression พบว่า เพศมีความสัมพันธ์กับ การเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre ซึ่งเพศหญิงจะมีโอกาสที่จะมีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre มากกว่าเพศชายประมาณ 2.31 เท่า (Adjusted Odd Ratio (ORadj) =2.31,95%CI=1.54,3.47) ส่วนอายุไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre (ORadj=0.97, 95%CI=0.95,1.00) พบว่าระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับ การเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre เมื่อระยะเวลาที่รับยาต้านไวรสเพิ่มขึ้น 1 ปี จะมีโอกาสที่จะมีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre ประมาณ 1.05 เท่า (ORadj=1.05,95%CI=1.04,1.06) พบว่าประเภทของยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับ การเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre โดยผู้รับประทานยาประเภท PIs จะมีโอกาสที่จะมีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre ประมาณ 0.42 เท่าของยากลุ่ม NNRTIs (ORadj=0.42,95%CI=0.22,0.80) สำหรับประวัติของการป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre (ORadj=1.44, 95%CI=0.75,2.78) ประวัติการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre โดยผู้ไม่มีประวัติการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาจะมีโอกาสที่จะมีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre ประมาณ 2.13 เท่าของผู้ที่มีการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา (ORadj=2.13,95%CI=1.36,3.35) สำหรับการเข้าถึงบริการ ทั้งระยะทางที่ใช้เดินทาง และ เวลาที่ใช้ในการรับบริการไม่มี ความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre (ORadj=1.00, 95%CI=0.99,1.01) และ (ORadj=1.00, 95%CI=0.99,1.00) ตามลำดับ พบว่าระดับของสถานบริการมีความสัมพันธ์กับกับการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitre โดยรพ.ชุมชนมีโอกาสที่ จะมีโอกาสที่จะพบผู้ที่มีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 255 cell/microlitreเป็น 1.59 เท่าของโรงพยาบาลศูนย์ (OR-adj=1.59, 95%CI=1.03,2.46)

เมื่อทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี Multiple Logistic Regression โดยเปลี่ยนจุดตัดของการเปลี่ยนแปลงของ CD4 เป็น 0 หรือวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่ทำให้มีการเพิ่มหรือลดลงของ CD4 พบว่า เพศมีไม่มีความสัมพันธ์กับ การเพิ่มขึ้นของ CD4 (ORadj =1.97,95%CI=0.92,4.25) อายุว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ CD4 (ORadj=1.02, 95%CI=0.98,1.08) ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับ การเพิ่มขึ้นของ CD4 โดยระยะเวลาที่รับยาต้านไวรสเพิ่มขึ้น 1 ปีจะมีโอกาสที่จะมีการเพิ่มขึ้นของ CD4 ประมาณ 1.06 เท่า (ORadj =1.06,95%CI=1.03,1.09) พบว่าประเภทของยาต้านไวรัส มีความสัมพันธ์กับ การเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 0 cell/microlitre โดยผู้รับประทานยาประเภท PIs จะมีโอกาสที่จะมีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 0 cell/microlitre ประมาณ 0.30 เท่าของยากลุ่ม NNRTIs

(ORadj =0.30, 95%CI=0.09, 0.95) ประวัติการป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาพบว่าไม่มี ความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 0 cell/microlitre (ORadj=0.46, 95%CI=0.13,1.64) ประวัติการเกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัสในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาไม่มีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 0 cell/microlitre (ORadj =1.22,95%CI=0.54,2.77) ในส่วนของการเข้าถึงบริการนั้นพบว่าทั้งระยะทางที่ใช้เดินทาง และ เวลาที่ใช้ในการรับบริการไม่มี ความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 0 cell/microlitre (ORadj=1.00, 95%CI=0.99,1.01) และ (ORadj=1.00, 95%CI=0.99,1.00) ตามลำดับ และระดับของสถานบริการจากการศึกษาพบว่าระดับของสถานบริการมีความสัมพันธ์กับกับการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 0 cell/microlitre โดยรพ.ชุมชนมีโอกาสที่ จะมีโอกาสที่จะพบผู้ที่มีการเพิ่มขึ้นของ CD4 เกิน 0 cell/microlitreเป็น 3.44 เท่าของโรงพยาบาลศูนย์ (ORadj=3.44, 95%CI=1.13,10.49) จะเห็นได้ว่าจากการวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระดับ CD4 ณ สองจุด cut point ให้ผลแตกต่างกันไม่มากนักโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของระดับ CD4 ณ สองจุด cut point ได้แก่ ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัส ประเภทของยาต้านไวรัส และระดับของสถานบริการจากการศึกษาในขณะที่เพศจะพบว่ามีความสัมพันธ์กับการเพิ่มขึ้นของระดับ CD4 ณ จุดตัดของระดับ CD4 ที่ 255 cell/ microlitre เท่านั้น จากการศึกษาสรุปได้ว่า ระยะเวลาที่รับยาต้านไวรัสนั้นพบว่าผู้ที่รับยานานกว่าจะมีโอกาสที่มีระดับ CD4 เพิ่มขึ้น สำหรับประเภทของยาต้านไวรัสนั้นพบว่าผู้ที่ทานยาในกลุ่ม NNRTIs จะมีโอกาสที่มีระดับ CD4 เพิ่มขึ้นมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่ม PIs และ ผู้ที่รับยาต้านไวรัสในสถานบริการระดับโรงพยาบาลชุมชนจะจะมีโอกาสที่มีระดับ CD4 เพิ่มขึ้นมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับโรงพยาบาลศูนย์

การประเมินสถานะสุขภาพของผู้ทานยาต้านยาต้านไวรัสเป็นสิ่งที่สำคัญควรจะถูกบรรจุไว้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้บริการยาต้านไวรัส ต้องทำอย่างต่อเนื่องและแม้จะถูกกำหนดเป็นมาตรฐานในการประเมินเช่นการประเมิน CD4 ต้องทำทุก 6 เดือน viral load ต้องทำทุก 1 ปี แต่ก็มีผู้ป่วยบางรายที่มีผลการตรวจไม่ได้ตามที่กำหนดไว้ เนื่องจากผู้ป่วยบางรายไม่ได้มาตามนัดเนื่องจากต้องทำงานต่างพื้นที่ไม่สามารถมาตรวจได้ตรงตามเวลา ดังนั้นผู้ให้บริการเองต้องกระตุ้นให้ผู้รับประทานยาต้านไวรัสเห็นความสำคัญของการตรวจ CD4 และ VL load และพัฒนาระบบการติดตามผู้ป่วยให้มาตรวจตรงตามเวลา

4.(Nutrition)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

ชื่อโครงการ "โครงการวิจัยเชิงสำรวจสถานการณ์และวิเคราะห์นโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบ มาตรการ การบริหารจัดการอาหารในโรงเรียน ระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ"

Project name "The survey research in situation and policy, law, regulation intervention and management analysis of school lunch nutrition program at the local and national level, Thailand"

โดย

ชื่อผู้รับผิดชอบโครงการ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์.ดร.สุคนธา คงศีล หัวหน้าโครงการวิจัย

รองศาสตราจารย์ ดร.ภูษิตา อินทรประสงค์

รองศาสตราจารย์ ดร.วันเพ็ญ แก้วปาน

อาจารย์ ดร. ปาหนัน พิชยภิญโญ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.อาภาพร เผ่าวัฒนา

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.นพ.สุขุม เจียมตน

รองศาสตราจารย์ ดร. ภารดี เต็มเจริญ

นางสาวนุชวรรณ์ บุญเรือง

ชื่อองค์กรรับทุน

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ

ได้รับทุนสนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

9 มกราคม 2552

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงอรรถาธิบาย (Explanatory research) แบบภาคตัดขวาง ระหว่างเดือนสิงหาคม-ธันวาคม พ.ศ. 2551 มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจสถานการณ์ และวิเคราะห์นโยบาย กฎหมาย กฎระเบียบ มาตรการ การบริหารจัดการอาหาร ในโรงเรียนระดับท้องถิ่นและระดับประเทศ โดย เก็บข้อมูลใน 8 จังหวัด ใน 4 ภาค คือจังหวัดพิษณุโลกและแม่ฮ่องสอน (ภาคเหนือ) จังหวัดอุบลราชธานีและยโสธร (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ) จังหวัดนนทบุรีและชัยนาท (ภาคกลาง) จังหวัดสงขลาและกระบี่ (ภาคใต้) เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลคือ แบบสอบถาม แบบบันทึกการสนทนากลุ่ม รวมทั้งแบบสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหาร และ แบบบันทึกการสนทนากลุ่มผู้บริหารในระดับท้องถิ่น

ผลการวิจัย พบว่า การจัดอาหารกลางวันในโรงเรียนมี 5 รูปแบบ ได้แก่ 1)โรงเรียนซื้ออาหารสด อาหารแห้ง มาประกอบอาหารเอง 2) แจกคูปองให้นักเรียนเพื่อซื้ออาหารจากผู้ขาย และผู้ขายนำคูปองมาเบิกเงินกับโรงเรียน 3) การจ้างเหมาทำอาหาร 4) จัดเป็นเงินทุนหมุนเวียนและให้โรงเรียนจัดการเงินเอง 5) โรงเรียนจัดการซื้ออาหารสำเร็จที่ตลาด จากการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้บริหารมีความเห็นว่า คุณภาพอาหารกลางวัน ในโครงการอาหารกลางวัน มีคุณภาพในระดับดีเพียงแห่งเดียว คือ จังหวัดแม่ฮ่องสอน คุณภาพอาหารกลางวันมีคุณภาพในระดับที่พอใช้ได้ใน 4 จังหวัด คือ จังหวัดพิษณุโลก กระบี่ ยโสธร และ นนทบุรี นอกจากนั้นผู้บริหารมีความเห็นถึงความไม่มั่นใจในคุณภาพอาหารกลางวัน ไม่สามารถระบุคุณภาพอาหารกลางวันในโครงการอาหารกลางวันได้ และมีความเห็นว่าคุณภาพของอาหารขึ้นอยู่ว่าโรงเรียนนั้นอยู่ในอำเภอเมือง หรืออยู่ในพื้นที่รอบนอก ซึ่งโรงเรียนในเขตเมืองมีคุณภาพอาหารดีพอใช้ได้ และเด็กนักเรียนได้รับประทานอาหารกลางวันเหมือนกันทุกคน เพราะมีการเก็บเงินเพิ่มจากผู้ปกครอง แต่ถ้าเป็นโรงเรียนที่อยู่รอบนอก คุณภาพอาหารขึ้นอยู่กับลักษณะของเศรษฐกิจของชุมชนเป็นหลัก นอกจากนั้นผู้บริหารยังมีความเห็นว่าคุณภาพอาหารขึ้นกับความสามารถของผู้อำนวยการโรงเรียนและการประสานงานกับหน่วยงานหรือองค์กรท้องถิ่นด้วย

มาตรการการควบคุมโครงการอาหารกลางวัน พบว่า ส่วนใหญ่มีการกำหนดมาตรการควบคุมการปรุงอาหารในโครงการอาหารกลางวัน ซึ่งกำหนดไว้ในรูปของคณะกรรมการควบคุมและดำเนินการตามมาตรการ โดยจัดทำคู่มือประกอบอาหาร จัดตั้งคณะกรรมการและดำเนินการตามแนวปฏิบัติของต้นสังกัด กำหนดการคัดเลือกและส่งจำนวนเด็กนักเรียนตามเกณฑ์มาที่สำนักงานเขตการศึกษา เพื่อของบประมาณสำหรับโรงเรียน และรับทราบมาตรการ โดยให้ศึกษานิเทศก์และนักวิชาการศึกษาติดตามประเมินผล รวมทั้งกำหนดแนวปฏิบัติของ สพท.และระเบียบของกระทรวงศึกษาธิการที่เกี่ยวข้อง

สำหรับคำสั่งของสถานศึกษานั้น ผู้อำนวยการโรงเรียนเป็นผู้ดูแลเอง ในกรณีที่ผู้ปกครองเข้ามาร่วมประกอบอาหาร ทำให้ผู้ปกครองทราบถึงคุณภาพของอาหารว่ามีคุณภาพและคุณค่าทางอาหารแต่ละรายการดีมากน้อยเพียงใด บุตรของตนได้รับประทานอาหารที่มีคุณภาพเหมาะสมกับความต้องการของร่างกาย และเพียงพอหรือไม่ โดยแจ้งรายการอาหารและประโยชน์สารอาหาร ในหน่วยงานส่วนกลางและ สพท. ควบคุมโรงเรียนดำเนินการตามมาตรการดังกล่าวด้วยการออกคำสั่ง โดยสพท. และจังหวัดดำเนินการร่วมกับหน่วยงานทางด้านสาธารณสุข ให้เน้นผักและโปรตีนตามฤดูกาล

สำหรับการกำหนดนโยบายโครงการอาหารกลางวันนั้น ผู้บริหาร สพฐ.ได้ดำเนินการทั่วประเทศไทยโดยเน้นคุณค่าทางโภชนาการ และให้โรงเรียนโดยคณะกรรมการระดับสถานศึกษา ครู ผู้บริหารและกรรมการสถานศึกษานำเสนอเพื่อของบประมาณ ส่วนใหญ่โรงเรียนได้รับทราบนโยบายจากสพท.ว่าให้เด็กรับประทานอาหารกลางวันทุกคน โดยสพท.มีหน้าที่รับงบประมาณเพื่อจัดสรรให้โรงเรียนต่าง ๆ ตามความเหมาะสม และมีมาตรการติดตามโดยประชุมผู้บริหารโรงเรียนเกี่ยวกับแนวทางการดำเนินการเรื่องอาหารกลางวัน ด้านการจัดสรรงบประมาณมีการแต่งตั้งคณะกรรมการพิจารณาจัดสรรโดยอาศัยการมีส่วนร่วม ส่วนใหญ่คือ ตัวแทนจากโรงเรียน ส่วนหนึ่งเป็นเจ้าหน้าที่ สพท. มาร่วมพิจารณาว่า โรงเรียนควรจะได้รับจัดสรรงบประมาณจำนวนเท่าไร ตามจำนวนนักเรียนที่มีภาวะทุพโภชนาการ หลังจากจัดสรรเงินแล้วจึงจะโอนเงิน

เข้าบัญชีโรงเรียน เพื่อให้โรงเรียนแต่ละแห่งบริหารจัดการและดำเนินการเงินที่ได้รับการจัดสรรด้วยตนเอง

ด้านกฎหมาย ระเบียบการดำเนินงานจัดอาหารกลางวันของโรงเรียน พบว่าแหล่งเงินโครงการอาหารกลางวันที่โรงเรียนได้รับ ส่วนใหญ่มาจากเงินกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษา ส่วนใหญ่กำหนดการใช้จ่ายเงินกองทุนเพื่อโครงการอาหารกลางวันในโรงเรียนประถมศึกษาอย่างชัดเจน โดยสพฐ.ขอรับเงินจากกองทุนโครงการอาหารกลางวันจากสำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ และให้สพท.เป็นผู้รวบรวมข้อมูลจำนวนเด็กนักเรียนในโรงเรียน การกำหนดการใช้จ่าย และการรับโอนเงินอุดหนุนทั่วไปเพื่อโครงการอาหารกลางวันของโรงเรียนสามารถใช้จ่ายเงินอุดหนุนทั่วไปโดยปฏิบัติตามระเบียบฯและประกาศฯ สถานศึกษาในการจัดอาหารกลางวันได้อย่างคล่องตัว

สำหรับปัญหาด้านอาหารกลางวันที่สำคัญ คือ วิธีการบริหารจัดการระดับนโยบาย ซึ่งปัญหาในเชิงนโยบายนี้ก่อให้เกิดปัญหาตามมา คือ นโยบายการบูรณาการโครงการอาหารกลางวันกับการเรียนการสอน เพื่อทำให้โครงการเกิดความยั่งยืน โดยไม่จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนงบประมาณทุกปี เช่น การปลูกผัก หรือ การเลี้ยงเป็ดและเลี้ยงไก่เสริม แต่ปรากฏการณ์ที่พบคือ โรงเรียนส่วนใหญ่มีข้อจำกัดในด้านการปลูกผัก หรือการเลี้ยงเป็ดเลี้ยงไก่ เนื่องจากสภาพพื้นที่ไม่เอื้ออำนวยให้ดำเนินการตามนโยบายดังกล่าว จึงทำให้โรงเรียนส่วนใหญ่ใช้วิธีการซื้อวัสดุปรุงประกอบจากตลาด และ/หรือ ซื้ออาหารที่ปรุงสำเร็จแล้วแทน

ส่วนปัญหาเกี่ยวกับอาหารเสริม(นม)นั้น ที่ผ่านมามีการปรับเปลี่ยนนโยบายโครงการอาหารเสริม(นม) ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2545-2546 ก่อนจะเป็นเขตพื้นที่การศึกษา ปัจจุบันมีการจัดสรรงบประมาณจำนวน 7-10 บาทต่อเด็กหนึ่งคน โดยให้องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นเป็นผู้บริหารจัดการ และมีการประสานกับทางโรงเรียน ซึ่งที่เป็นอยู่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีความใกล้ชิดกับโรงเรียน และเป็นกรรมการอยู่ในโรงเรียน ซึ่งทำให้ประสานกันได้โดยไม่มีปัญหา แสดงให้เห็นว่าความแตกต่างกันของโอกาสได้รับนมในแต่ละโรงเรียนนั้น ขึ้นอยู่กับองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นที่ดูแลโรงเรียนนั้น รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน และคุณภาพนมที่ให้เด็กนักเรียนดื่มเป็นนมถุงที่โรงเรียนไม่ได้ดำเนินการจัดซื้อเอง

5.(ABC PH)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

การวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมและต้นทุนการผลิตบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีงบประมาณ 2549

คณะทำงานจัดเก็บและรวบรวมข้อมูลในโครงการ
"ต้นทุนกิจกรรมและต้นทุนการผลิตบัณฑิต คณะสาธารณสุขศาสตร์
มหาวิทยาลัยมหิดล"

สิงหาคม 2550

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

รายงานผลการศึกษาในโครงการการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมและต้นทุนการผลิตบัณฑิต ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีงบประมาณ 2549 มีวัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาต้นทุนกิจกรรมและต้นทุนการผลิตบัณฑิตของคณะสาธารณสุขศาสตร์ ในปีงบประมาณ 2549 โดยสามารถวิเคราะห์ค่าใช้จ่ายทางสังคม บุคคล ทั้งทางตรงและทางอ้อม คำนวณหาต้นทุนต่อหน่วยในการผลิตบัณฑิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลในปีงบประมาณ 2549 คำนวณหาต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมของภาควิชาและหน่วยงานในคณะสาธารณสุขศาสตร์ หาอัตราส่วนการลงทุนการผลิตบัณฑิตคณะสาธารณสุขศาสตร์ ฯ ของแต่ละหลักสูตร ฯ เป็นข้อมูลพื้นฐานในการเตรียมกิจกรรมการดำเนินงานของคณะสาธารณสุขศาสตร์ และเป็นประโยชน์อย่างมากแก่เจ้าหน้าที่ในคณะสาธารณสุขศาสตร์ ที่เป็นคณะทำงานจัดเก็บข้อมูลที่ได้ทราบหลักการและวิธีในการคิดต้นทุนกิจกรรม ซึ่งจะสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการคิดต้นทุนกิจกรรมของหน่วยงานหรือภาควิชาต่าง ๆ ในคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ผลการศึกษาต้นทุนโดยภาพรวมของคณะสาธารณสุขศาสตร์ในปีงบประมาณ 2549 สำหรับการผลิตบัณฑิตโดยภาพรวมทุกหลักสูตรและทุกระดับการศึกษาที่มีการเรียนการสอนที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีงบประมาณ 2549 เท่ากับ 145,254,367.92 บาท ต้นทุนต่อหน่วยของการผลิตบัณฑิตในภาพรวมทุกระดับการศึกษาที่มีการเรียนการสอนที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ในปีงบประมาณ 2549 โดยใช้ต้นทุนโดยภาพรวมของคณะสาธารณสุขศาสตร์ปีงบประมาณ 2549 หารด้วยค่าแสดงจำนวนของนักศึกษาเต็มเวลาเทียบเท่า (FTES) ในระดับปริญญาตรี ปริญญาโทและปริญญาเอก (ยกเว้นนักศึกษาระดับปริญญาโท หลักสูตรสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต) ซึ่งเท่ากับ 1,886.50 ทำการวิเคราะห์แล้วได้ต้นทุนต่อหน่วยในการผลิตบัณฑิตในปีงบประมาณ 2549 ของคณะสาธารณสุขศาสตร์โดยเฉลี่ยเท่ากับ 76,996.75 บาทต่อนักศึกษา 1 คน

ต้นทุนการผลิตบัณฑิตของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ปีงบประมาณ 2549 พบว่า มีต้นทุนรวมของการผลิตบัณฑิต เท่ากับ 63,459,580.01 บาท และจำนวนนักศึกษาสะสม เท่ากับ 1,157 คน ทำการวิเคราะห์ได้ต้นทุนการผลิตบัณฑิตทุกระดับการศึกษาในภาพรวมเท่ากับ 54,848.38 บาทต่อนักศึกษาของคณะสาธารณสุขศาสตร์ 1 คน

เมื่อจำแนกตามระดับการศึกษาได้ผลการศึกษาดังนี้

ในระดับปริญญาตรี พบว่า มีต้นทุนรวมเท่ากับ 18,030,553.84 บาท และจำนวนนักศึกษาปริญญาตรีเท่ากับ 347 คน ทำการวิเคราะห์ได้ต้นทุนการผลิตบัณฑิตในระดับปริญญาตรี เท่ากับ 51,961.25 บาทต่อนักศึกษาในระดับปริญญาตรี 1 คน ในปีงบประมาณ 2549 ซึ่งนักศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 68) เป็นนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต หรือ วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์) ในชั้นปีที่ 3และปีที่ 4 เรียนที่คณะสาธารณสุขศาสตร์ และนักศึกษาหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรบัณฑิต (ส.บ.) เรียนที่สถานฝึกอบรมและวิจัยอนามัยชนบท ส่วนนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรบัณฑิต วท.บ.(สาธารณสุขศาสตร์) ในชั้นปีที่ 1และปีที่ 2 ไม่ได้นำมาวิเคราะห์ เนื่องจาก คณะทำงานจัดเก็บข้อมูลทำการรวบรวมข้อมูลเฉพาะการเรียนการสอนภายในคณะที่มีการใช้ทรัพยากรหรือต้นทุนภายในคณะ ส่วนกิจกรรมงานสอนนอกคณะได้นำไปวิเคราะห์ต้นทุนในกิจกรรมบริการวิชาการของบุคลากรสายวิชาการ ซึ่งต้นทุนการผลิตบัณฑิตใน 2 หลักสูตรดังกล่าว ก็มีค่าที่ใกล้เคียงกัน แต่เมื่อจำแนกไปในสาขาวิชา พบว่า จำนวนนักศึกษามีผลต่อต้นทุนการผลิตบัณฑิต โดยยิ่งมีจำนวนนักศึกษามาก ต้นทุนการผลิตบัณฑิตก็จะมีค่าน้อยลง

ในระดับปริญญาโท พบว่า มีต้นทุนรวมเท่ากับ 42,518,963.92 บาท และจำนวนนักศึกษาปริญญาโท เท่ากับ 762 คน ทำการวิเคราะห์ได้ต้นทุนการผลิตบัณฑิตในระดับปริญญาโท เท่ากับ 55,799.17 บาทต่อนักศึกษาในระดับปริญญาโท 1 คนในปีงบประมาณ 2549 ซึ่งนักศึกษาในระดับปริญญาโทสามารถจำแนกได้เป็นนักศึกษาในหลักสูตร วท.ม.(ภาคปกติและภาคพิเศษ) และหลักสูตร ส.ม. (ไทยและนานาชาติ) ซึ่งนักศึกษาส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85) เป็นนักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต โดยต้นทุนการผลิตบัณฑิตของนักศึกษาในหลักสูตร วท.ม.มีค่าสูงกว่าหลักสูตร ส.ม. เนื่องจากนักศึกษาในหลักสูตร วท.ม.เป็นนักศึกษาที่กำลังเรียน ทำวิทยานิพนธ์และจบการศึกษาในช่วงปีงบประมาณ 2549 ซึ่งทำให้มีกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเรียนการสอนมากกว่านักศึกษาหลักสูตร ส.ม.ที่เป็นนักศึกษาที่เรียนในภาคเรียนที่ 2 ปีการศึกษา 2548 ภาค

เรียนที่ 3 ปีการศึกษา 2548 และภาคเรียนที่ 1 ปีการศึกษา 2549 ที่ไม่มีนักศึกษาตกค้างหรือสะสม เพราะเป็นหลักสูตรที่จบการศึกษาภายใน 1 ปีการศึกษา ทำให้กิจกรรมที่ทำให้เกิดต้นทุนมีน้อยกว่านักศึกษาในหลักสูตร วท.ม. ทั้งที่มีนักศึกษามากแต่นักศึกษาหลากหลายกว่า ต้นทุนจึงสูงกว่า ในระดับปริญญาเอก พบว่า มีต้นทุนรวมเท่ากับ 2,910,062.25 บาท และจำนวนนักศึกษาปริญญาเอก เท่ากับ 48 คน ทำการวิเคราะห์ได้ต้นทุนการผลิตบัณฑิตในระดับปริญญาเอก เท่ากับ 60,626.3 บาท ต่อนักศึกษาในระดับปริญญาเอก 1 คนในปีงบประมาณ 2549 ซึ่งนักศึกษาในระดับปริญญาเอก สามารถจำแนกได้เป็นนักศึกษาในหลักสูตร ส.ด.และหลักสูตร ปร.ด.โดยนักศึกษาส่วนใหญ่เป็นนักศึกษาในหลักสูตร ส.ด.(ร้อยละ 88) เนื่องจากมีสาขาวิชามากกว่าหลักสูตร ปร.ด. (6 สาขาและ 1 สาขา) สำหรับต้นทุนการผลิตบัณฑิต หลักสูตร ปร.ด. มีต้นทุนสูงกว่า แต่เมื่อจำแนกไปในสาขาวิชาแล้ว พบว่า สาขาวิชาในหลักสูตร ส.ด. มีต้นทุนการผลิตบัณฑิตสูงกว่าหลักสูตร ปร.ด. จำนวน 2 สาขา (สาขาวิชาโภชนการสาธารณสุขและ ปรสิตวิทยา) เนื่องจากขึ้นอยู่กับจำนวนนักศึกษาในแต่ละสาขาวิชา

ต้นทุนรวมของทั้ง 13 ภาควิชา เท่ากับ 102,129,796.43 บาท โดยร้อยละ 85.4 เป็นต้นทุนค่าแรง ร้อยละ 6.7 เป็นต้นทุนค่าวัสดุ ร้อยละ 4.5 เป็นต้นทุนค่าเสื่อมราคาของครุภัณฑ์ ร้อยละ 2 เป็นค่าสาธารณูปโภคและร้อยละ 1.4 เป็นต้นทุนค่าเสื่อมราคาของอาคาร เมื่อทำการเปรียบเทียบต้นทุนรวมของ 13 ภาควิชา พบว่า สถานฝึกอบรมและวิจัยอนามัยชนบทมีต้นทุนรวมสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 10.9 ของต้นทุนรวมทั้งหมด รองลงมาคือ ภาควิชาจุลชีววิทยาคิดเป็นร้อยละ 10.4 และภาควิชาระบาดวิทยามีต้นทุนรวมน้อยที่สุดคิดเป็นร้อยละ 4

ต้นทุนรวมและต้นทุนต่างๆ ของหน่วยงานในสำนักงานคณบดี พบว่า หน่วยงานที่มีต้นทุนรวมสูงที่สุด คือ หน่วยพัสดุ คิดเป็นร้อยละ 10.9 รองลงมาคือ หน่วยงานสารบรรณ ร้อยละ 9.6 และหน่วยยานยนต์ คิดเป็นร้อยละ 8.4 ตามลำดับ หน่วยงานที่มีต้นทุนรวมต่ำที่สุด คือ หน่วยประสานงานหลักสูตรสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) นานาชาติ คิดเป็นร้อยละ 0.7 หากเปรียบเทียบต้นทุนดำเนินการกับต้นทุนลงทุน พบว่า ต้นทุนดำเนินการมีต้นทุนรวมที่สูง โดยเฉพาะค่าแรง คิดเป็นร้อยละ 68.2 และต้นทุนค่าวัสดุ คิดเป็นร้อยละ 21

ผลการวิเคราะห์ต้นทุนกิจกรรมของภาควิชาและหน่วยงานต่างๆ ในคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ประกอบด้วย ต้นทุนกิจกรรมของภาควิชา จำนวน 13 ภาควิชา ต้นทุนกิจกรรมของหน่วยงานในสำนักงานคณบดี สำนักงานบริการเทคโนโลยีสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อมและสำนักงานปฏิบัติการกลาง ซึ่งจำแนกได้เป็น ต้นทุนกิจกรรมของบุคลากรสายวิชาการ (อาจารย์) และบุคลากรสายสนับสนุนวิชาการในภาควิชาและหน่วยงาน ซึ่งเจ้าหน้าที่มีความหลากหลาย การวิเคราะห์ต้นทุนที่ได้ ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม โดยการคำนวณต้นทุนรวมในแต่ละกิจกรรมเป็นตัวตั้ง หารด้วยจำนวนผลผลิต คือ จำนวนชั่วโมงในแต่ละกิจกรรม แปลผลได้ว่า ในแต่ละกิจกรรมหลักของบุคลากรมีต้นทุนต่อชั่วโมงในแต่ละกิจกรรมเป็นเท่าไหร่ ในแต่ละภาควิชาและในแต่ละหน่วยงาน ก็มีความแตกต่างกันของจำนวนกิจกรรมและลักษณะกิจกรรม

ข้อมูลรายรับของหลักสูตรและรายรับของภาควิชา เงินรายรับในระดับปริญญาตรีของคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดลเท่ากับ 17,572,060 บาท ประกอบด้วย เงินรายรับในหลักสูตร วท.บ.สาธารณสุขศาสตร์ ซึ่งมีเงินรายรับเท่ากับ 4,251,600 บาทและเงินรายรับของหลักสูตร ส.บ.ภาคพิเศษ (สูงเนิน) ปีการศึกษา 2548 และปีการศึกษา 2549 เท่ากับ 6,743,500 บาทและ 6,576,960 บาท ตามลำดับ

รายรับในระดับปริญญาโทหลักสูตร (วท.ม.) ภาคปกติ ในปีงบประมาณ 2549 เท่ากับ 1,469,306.00 บาท เมื่อจำแนกตามหลักสูตร พบว่า พบว่า สาขาโรคติดเชื้อและวิทยาการระบาดมีรายรับสูงสุด เท่ากับ 418,889.00 บาท รองลงมา คือ สาขาสุขศึกษา 232,545.00 บาท และสาขาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัยมีรายรับน้อยที่สุด เท่ากับ 19,025.00 บาท

รายรับในระดับปริญญาโทหลักสูตร (วท.ม.) ภาคพิเศษ ในปีงบประมาณ 2549 เท่ากับ 2,792,690.00 บาท เมื่อจำแนกตามหลักสูตร พบว่า สาขาสุขศาสตร์อุตสาหกรรมและความปลอดภัยมีรายรับสูงสุด เท่ากับ 1,034,000.00 บาท และสาขาพยาบาลสาธารณสุขมีรายรับต่ำสุด เท่ากับ 529,500.00 บาท

รายรับในระดับปริญญาโทหลักสูตร ส.ม. (ไทย) และ ส.ม. (นานาชาติ) ของคณะสาธารณสุขศาสตร์ในปีการศึกษา 2548 และปีการศึกษา 2549 รวมเท่ากับ 17,867,333.28

บาท ซึ่งรายรับส่วนใหญ่เป็นรายรับของหลักสูตร ส.ม. (นานาชาติ) เท่ากับ 16,147,533.28 บาท

รายรับของหลักสูตร ส.ม. (ไทย) ในปีการศึกษา 2548 เท่ากับ 1,172,600.00 บาท และในปีการศึกษา 2549 เท่ากับ 547,200.00 บาท ส่วนรายรับของหลักสูตร (ส.ม.) นานาชาติในปีการศึกษา 2548 เท่ากับ 8,692,813.55 บาท และในปีการศึกษา 2549 เท่ากับ 7,454,719.73 บาท

รายรับในระดับปริญญาเอก จำแนกตามหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.)และหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) มีรายรับรวมเท่ากับ 849,680.00 บาท โดยจำแนกเป็นรายรับในหลักสูตร ส.ด. เท่ากับ 722,100.00 บาท และหลักสูตร ปร.ด. เท่ากับ 127,580.00 บาท

ในหลักสูตรสาธารณสุขศาสตร์ดุษฎีบัณฑิต (ส.ด.) พบว่า สาขาวิชาเอกพยาบาลสาธารณสุขมีรายรับสูงสุดเท่ากับ 242,000.00 บาท รองลงมาคือ สาขาวิชาเอกสุขศึกษาและสาขาวิชาเอกบริหารสาธารณสุข เท่ากับ 193,500.00 บาทและ 117,000.00 บาท ตามลำดับ และสาขาวิชาเอกปรสิตวิทยามีรายรับต่ำสุดเท่ากับ 35,200.00 บาท ส่วนในหลักสูตรปรัชญาดุษฎีบัณฑิต (ปร.ด.) ซึ่งมี 1 สาขาวิชา คือ สาขาวิชาเอกเทคโนโลยีสิ่งแวดล้อม มีเงินรายรับเท่ากับ 127,580.00 บาท

เงินรายรับของภาควิชาจำนวน 12 ภาควิชาในคณะสาธารณสุขศาสตร์ ปีงบประมาณ 2549 มีรายรับรวมเท่ากับ 7,281,654.38 บาท เมื่อจำแนกตามภาควิชา พบว่า ภาควิชาสุขศึกษาและพฤติกรรมศาสตร์มีเงินรายรับภาควิชาสูงสุดเท่ากับ 5,132,599.38 บาท รองลงมา คือ ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุขและภาควิชาอาชีวอนามัยและความปลอดภัย เท่ากับ 585,915.00 บาทและ 385,900.00 บาท ตามลำดับ ส่วนภาควิชาระบาดวิทยา, ภาควิชาจุลชีววิทยาและภาควิชาปรสิตวิทยา ไม่มีเงินรายรับของภาควิชา เนื่องจากมีการโอนเงินของภาควิชาดังกล่าวรวมกับเงินรายหลักสูตร

6.(IOM)

External Reviews of Ministry of Public Health-International Organisation of Migration (MOPH-IOM): Migrant Health Project in Tak Province

Writing Committee:

Sukhontha Kongsin, M.Econ, Ph.D

Sukhum Jiamton, M.D., Ph.D.

Padejsak Chobtum, BSc, MSc.

Petcherut Sirisuvan, MSc.(candidate), BSc.

Kanoksak Wongpeng, MSc.(candidate), BSc.

Siriyaporn Khuntason, BSc, MSc.

Nootchawan Boonruang, MA. (candidate), BSc.

Supported by

IOM International Organization for Migration

June 2008

Executive summary

Changes in migration pattern a challenge for decision-makers and service providers to plan and provide effective and culturally appropriate, responsive, rights- based health services.

To address the needs of Burmese migrants in Thailand, USAID signed a grant with IOM at the end of FY 2002 to work on health issues (primary health care support for migrant communities in collaboration with local public health office) and at the end of FY 2004 to work on migrant rights.

The Migrant Health Project focuses on Chiang Rai and Tak provinces and aims to increase the level of awareness on primary and secondary preventative and curative measures, communicable disease control, and reproductive health conditions. In FY 2004, IOM held health promotion or training activities for nearly 25,000 migrants, or about 63% of the targeted population, implemented under the IOM-MOPH collaboration working on health related activities along the Thai/Burma border.

While the project seeks to directly improve access to basic health care for over 40,000 migrants in Tak and Chiang Rai Provinces, it also aims to improve the health of Thais in the host communities by reducing exposure to communicable diseases, providing access to basic health services, and providing capacity building opportunities to Thai CHVs. In stead of creating a parallel structure, the project strengthens and builds upon the existing MOPH capabilities and improves coordination with NGOs through the jointed program implementation and multi-sectoral migrant health coordination meetings.

IOM-MOPH Migrant Health Project was the first program in Thailand to establish networks of paid, full-time migrant community health workers (CHWs) and volunteers (CHVs) by developing the standard training curriculum. Those trained CHWs were hired and being on-service. The concept of “migrant-friendly” health services delivery was introduced. The community mapping and “Family Folders” were created and used. The migrant health posts were under operation. Health services in migrant’s own languages would increase health knowledge/awareness and access to basic health services among migrants. A number of migrants reached through one-one & group discussions received health prevention, care and treatment. The MHP was well-established program within the MOPH infrastructure and that all the services mentioned were implemented through local/national health authorities and care providers (multi- sectoral collaboration and co-ordination meetings supported at all levels). The Provincial Health Office represents the MOPH in providing health information, coordination and advice related to displaced persons and Thai affected population to all NGOs, International Agencies and CBOs working along Thai-Burma Border.

IOM FY 2004 accomplishments include: (1) health care training for more than 150 medics ; (2) sustained levels of maternal and child survival (an infant mortality rate of 29 deaths per 1,000 live births) on par with those of surrounding Thai communities; and (3) the Mae Tao clinic in Thailand led by Dr. Cynthia Maung treated more than 30,000 refugees and Internally Displaced Persons (IDPs) living along the border. In addition, an outpost of Mae Tao Clinic inside the Karen State of Burma provided preventive and curative health services in villages near the border.

Key findings:

1) Personnel and staffs of the IOM project were consisted of a field coordinator and 2 field supervisors, who worked though the government channel, i.e. Ministry of Public Health. Moreover, there were the personnel specifically for the project in the area level such as Community Health Workers (CHW) and Volunteer Health Workers (VHW).
2) There was a 3-year plan, which defined the framework and objectives of the project. Works in operation were Primary Health Care Services, Environment and Sanitation. There was a setup of the Health Posts in the communities including the paid CHWs. These CHWs were the people in the community who could speak Thai as well as Karen. VHWs, who were volunteers from the migrant population, worked without compensation. However, they would be supported and receive presents in important days in return.
3) In providing healthcare services to the migrants, health promotion and disease prevention were emphasized. Syndromic Surveillance was setup by CHWs. This was the proactive services that aimed to analyze the diseases before it worsened. The limitation in the operation was that these migrants would come to see the doctors when they were sick and in a worse conditions. The communication between the patients and the staffs was difficult, as the staffs would not know and identify who the patients were.
4) The operation plans between the Ministry of Public Health and IOM had been adjusted, reviewed and followed up periodically every year in the form of presentation in the annual meeting. There were the discussions to alter the operation plans to be in the same direction and reasonable.
5) The project site was selected based on the criteria that it could be a development model and it should really yield the targeted productivity. Four models were chosen that were well prepared and there should not be any overlap of the service coverage. These 4 models in Tak province were:
    - District Zone (Mae Sot District): These migrants were those who worked in the factories and lived in the municipality.
    - Urban Zone (Mae Sot District). There were 100-200 households. These were migrants that commuted to the municipality to work.
    - Those who lived at the border (Mae Ramart District), who walked across the river back and forth from Myanmar.
    - Those who lived in the rural area (Tha Songyang District). They were Karens, the people living the highland and settled down there.
6) Health Assessments -- Migration: Public Health measures, Strategies, Services
    - protection of public health and safety;
    - reduction of burden on publicly funded health and social services (medical history/physical examinations; chest x-ray, blood, urine exams, specialist referrals, medical records)
    - Strengthening Integration, Prevention and Health Promotion Strategies
      - decrease stigmatization and discrimination between migrants/host communities
      - language appropriate services (interpreters)
      - multilingual information technology
      - gender/cultural awareness between health providers and migrants
      - community participation in design/planning etc

- Improving equal access to health care (equal access, availability, affordable)
- Strengthening Information and Surveillance Systems (health authorities between sending/ transit and destination countries)
- Capacity building and changes in education
  - within on countries (early warning systems, control of infectious diseases)
  - health education for care providers, health planners, policy makers, medical educators on health care issues associated with migration
- Supporting Public Health Research evidence-based tools/instruments to support changes in policies and strategies

Recommendations:

It is important that IOM could maintain the policy dialogue necessary to carry out the major components of Health issues. Keep working with the RTG at the central, provincial and district levels to assure the necessary "space" to work with Burmese migrant health outside, with neighboring, and cross-border activities.

Challenges:

How can policy makers/health authorities and practitioners plan and design more effective and inclusive public health interventions for all members within communities?

Prioritise strengthening of public health policies at the national level and incorporated into the broader framework of migration policies

Strong political will to include migration health issues into regional and international agreements to ensure equal access to health and social services for migrants and host communities.

7.(Dengue)

Am. J. Trop. Med. Hyg., 80(5), 2009, pp. 846–855
Copyright © 2008 by The American Society of Tropical Medicine and Hygiene
846
* Address correspondence to Jose A. Suaya, Schneider Institutes for Health Policy, Heller School, MS 035, Brandeis University, Waltham, MA 02454-9110. E-mail: Suaya@Brandeis.edu

Cost of Dengue Cases in Eight Countries in the Americas and Asia: A Prospective Study

Jose A. Suaya , * Donald S. Shepard , João B. Siqueira , Celina T. Martelli , Lucy C. S. Lum , Lian Huat Tan , Sukhontha Kongsin , Sukhum Jiamton , Fàtima Garrido , Romeo Montoya , Blas Armien , Rekol Huy , Leticia Castillo , Mariana Caram , Binod K. Sah , Rana Sughayyar , Karen R. Tyo , and Scott B. Halstead

Schneider Institutes for Health Policy, Heller School, Brandeis University, Waltham, Massachusetts; Federal University of Goiás, Goiania, Brazil; University of Malaya Medical Center, Kuala Lumpur, Malaysia; Mahidol University, Bangkok, Thailand; Ministry of Health and Social Development, Caracas, Venezuela; Ministry of Health and Social Assistance, San Salvador, El Salvador; Instituto Conmemorativo Gorgas de Estudios de la Salud, Panama City, Panama; The National Dengue Control Program at the National Center for Malaria, Phnom Penh, Cambodia; National Health Laboratory, Guatemala City, Guatemala; Pediatric Dengue Vaccine Initiative (PDVI), International Vaccine Institute, Seoul, Korea

Abstract. Despite the growing worldwide burden of dengue fever, the global economic impact of dengue illness is poorly documented. Using a common protocol, we present the first multicountry estimates of the direct and indirect costs of dengue cases in eight American and Asian countries. We conducted prospective studies of the cost of denguein five countries in the Americas (Brazil, El Salvador, Guatemala, Panama, and Venezuela) and three countries in Asia (Cambodia, Malaysia, and Thailand). All studies followed the same core protocol with interviews and medical record reviews. The study populations were patients treated in ambulatory and hospital settings with a clinical diagnosis of dengue.Most studies were performed in 2005. Costs are in 2005 international dollars (I$). We studied 1,695 patients (48%pediatric and 52% adult); none died. The average illness lasted 11.9 days for ambulatory patients and 11.0 days for hospitalized patients. Among hospitalized patients, students lost 5.6 days of school, whereas those working lost 9.9 work days per average dengue episode. Overall mean costs were I$514 and I$1,394 for an ambulatory and hospitalized case, respectively. With an annual average of 574,000 cases reported, the aggregate annual economic cost of dengue for the eight study countries is at least I$587 million. Preliminary adjustment for under-reporting could raise this total to $1.8 billion, and incorporating costs of dengue surveillance and vector control would raise the amount further. Dengue imposes substantial costs on both the health sector and the overall economy.

INTRODUCTION

Dengue fever, a viral infection transmitted by the Aedes aegypti mosquito, is a rapidly growing public health problem in tropical and sub-tropical countries. A large share of the world population is at risk, as over 2.5 billion people live in affected

areas, 1 and an additional 120 million people travel to affected areas annually. 2 The annual number of dengue infections is estimated at 50 to 100 million. 2–5 Cases reported to the World Health Organization (WHO) over the past four decades show an upward trend, partly resulting from an increased spread of vector mosquitoes and increases in total human population, including specific increases in urban populations at risk of dengue infection. 6 In preliminary studies, potential dengue vaccines 7 and certain vector control strategies 8 were highly cost effective, but more and better cost information are needed to evaluate preventive interventions in multiple settings.

Cost of illness studies quantify the economic value of resources lost because of disease or consumed in its prevention, treatment, and care. 9 Endemic and epidemic dengue imposes economic and social stress on health care systems, affected households, and society at large. Previous cost studies have been limited to a single country and did not address all these associated economic losses. 10–17

The objectives of this study were to measure the cost of a dengue case (either ambulatory or hospitalized) comprehensively in several countries in Asia and the Americas, collecting data prospectively using a common protocol, which included data on lost productivity, school absenteeism, and unpaid time of caregivers. The countries participating in this collaborative study represent 64% of worldwide reported dengue cases. Therefore, this analysis provides some indication of the global costs imposed by dengue illnesses. 7,18,19

METHODS

Study design. We conducted prospective health care facility-based studies on disease burden and cost of dengue illnesses in eight endemic countries. Five of the countries were in the Americas (Brazil, El Salvador, Guatemala, Panama, and Venezuela) and three were in Asia (Cambodia, Malaysia, and Thailand) (Figure 1) .

The study population consisted of patients with febrile illness that met the WHO clinical case definition for dengue. 20 In Panama and Venezuela, only laboratory confirmed dengue cases were included. Investigators chose age groups and facilities based on dengue endemicity and access in consultation with national authorities (see Table 1). All sites included children (< 15 year of age) and five also

included adults. All sites enrolled patients admitted to major provincial or national reference public hospitals. Six sites (those in urban areas) also enrolled ambulatory patients from outpatient facilities linked to the selected hospitals. In Brazil, patients attending private facilities were also recruited into the study. The studies used a core protocol under the supervision of a coordinating institution. This protocol sought to document, but not to change, patterns of visits and hospital days.

Patients were selected consecutively or systematically (where patient volume exceeded interviewer capacity). Selected patients or legal guardians (for children) were invited to participate, asked to sign an informed consent form, and then enrolled in the study. Although the number of individuals choosing not to participate in the study was minimal, no systematic effort was made to characterize these individuals. Recruitment periods varied by country, extending from

8.(UC)

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

**การออกแบบการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ
โดยอาศัยความจำเป็นทางสุขภาพเป็นบรรทัดฐาน รวมถึง
การประเมินสัดส่วนงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
เปรียบเทียบกับงบประมาณทั้งหมด (ระยะที่ 1)
(ชุดโครงการวิจัย "การประเมินการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า
ผลกระทบต่อการสร้างเสริมสุขภาพปีที่ 2 ")**

เรื่อง

ปัจจัยที่ใช้เป็นตัวแปรในการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ ด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
Factors influencing resource and budget allocation of disease prevention and health promotion programme

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. สุคนธา คงศีล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. นพ. สุขุม เจียมตน
นางวรรณพร โมเรนแด็ก
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ มม. ดร. ฉัตรสุมน พฤฒิภิญโญ
นางวิไลลักษณ์ วิสาสะ
อาจารย์ ดร. บุษบา สงวนประสิทธิ์
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ พีระ ครึกครื้นจิตร
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. กนิษฐา จำรูญสวัสดิ์

มกราคม 2549

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

โครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้า "30 บาท รักษาทุกโรค" ได้ดำเนินการครบ 76 จังหวัด เป็นเวลากว่า 2 ปี เป้าหมายของโครงการเป็นการสร้างหลักประกันให้ประชาชนทุกคนสามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพตามความจำเป็น โดยถือเป็น "สิทธิ" ขั้นพื้นฐานของประชาชน เท่าที่ผ่านมาการจัดสรรงบประมาณด้านการส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคเป็นแบบเหมาจ่ายรายหัวเท่ากันทั้งประเทศ โดยไม่ได้นำเอาปัจจัยด้านประชากร และความจำเป็นทางด้านสุขภาพ มาใช้ในการจัดสรรระบบการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ วัตถุประสงค์ของการศึกษานี้เพื่อหาปัจจัยที่เป็นตัวแปรในการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ ภายใต้ โครงการหลักประกันสุภาพถ้วนหน้าในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ซึ่งจะเป็นประโยชน์ในการออกแบบระบบการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณในอนาคต

การศึกษานี้ได้รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิในระดับประเทศในด้านประชากร เศรษฐกิจ และข้อมูลเกี่ยวกับภาวะเจ็บป่วย พศ. 2542 และข้อมูลการกระจายงบประมาณในระดับต่าง ๆ ของจังหวัดที่ถูกเลือกแบบเจาะจง โดยเลือกจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานในโครงการหลักประกันสุขภาพอยู่ในเกณฑ์ดีคือ พระนครศรีอยุธยา แพร่ นครราชสีมาและสงขลา และกลุ่มจังหวัดที่มีผลการดำเนินงานระดับหนึ่ง คือ สมุทรสงคราม ลำพูน เลย และพังงา นอกจากนั้นในสถานีอนามัย 1 แห่งในแต่ละจังหวัด และได้มีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์อาสาสมัครในความรับผิดชอบของ PCU จำนวน 3,952 คนและรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มอนามัยครอบครัวจาก 18,732 คน นอกจากนั้นยังมีการหาต้นทุนของสถานีอนามัย 7 แห่งจาก 4 จังหวัด (นครราชสีมา พังงา ลำพูน และพระนครศรีอยุธยา) โดยใช้วิธี Activity Based Costing (ABC) มีทั้งหมด 18 กิจกรรมหลักใน 7 ศูนย์สุขภาพชุมชน จากข้อมูลทุติยภูมิ พบว่าประชากรชาวไทยในปีพ.ศ. 2545 มีประมาณ 63 ล้านคน มีอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 1.02 มีอัตราส่วนพึ่งพิงเท่ากับ 0.48 และมีอัตราส่วนหญิงวัยเจริญพันธุ์เท่ากับ 0.29 ผลิตภัณฑ์ในประเทศที่มีมูลค่าสูงที่สุดอยู่ในกลุ่มอุตสาหกรรม และรองลงมาคือกลุ่มเกษตรกรรม/กสิกรรม ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนเท่ากับ 10,889 บาท เป็นค่าอาหารและที่อยู่อาศัยเท่ากับ 3,901 บาท และ 2,295 บาทตามลำดับ รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน13,736 บาท ในปีพ.ศ. 2542 ข้อมูลการเสียชีวิตก่อนวันอันควร (YLLs) และจำนวนปีของการมีชีวิตที่ปรับด้วยความพิการแล้ว (DALYs) ในคนช่วงอายุต่าง ๆ มีสาเหตุอันดับแรกจาก HIV/AIDS สาเหตุรองลงมาคืออุบัติเหตุจากการสัญจร และจากภาวะ Stroke ส่วนจำนวนปีที่อยู่ด้วยความเจ็บป่วยหรือพิการ (YLDs) นั้นมีสาเหตุในสิบอันดับแรกจากโรคเบาหวานและ COPD และพฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยง 10 อันดับแรก ที่มีความสัมพันธ์กับภาระโรคและการบาดเจ็บคือ การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การสูบบุหรี่ การดื่มสุรา การไม่สวมหมวกนิรภัยเมื่อขับขี่รถจักรยานยนต์ การมีน้ำหนักตัวมากกว่าปกติ การติดยาเสพติด การมีคลอเรสเตอรอลในเลือดสูง และการบริโภคผักและผลไม้ในปริมาณที่ไม่พอเพียง

จากการรวบรวมข้อมูลจากแฟ้มอนามัยครอบครัว พบว่า มีอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 1.08 อายุเฉลี่ยเท่ากับ34.0 ปี สัดส่วนหญิงในวัยเจริญพันธุ์เท่ากับ 0.28 ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในชั้นประถมศึกษา และมีประมาณร้อยละ 10 ที่ไม่ได้เรียนในโรงเรียน ประมาณร้อยละ 30 มีอาชีพเกษตรกรรม และร้อยละ 20 อาชีพรับจ้าง มีถึงร้อยละสี่สิบที่ไม่ได้กระกอบอาชีพ ซึ่งใกล้เคียงกับอัตราส่วนพึ่งพิงซึ่งเท่ากับ 0.37 พบประชากรเป็นโรคหัวใจร้อยละ 0.2 เป็นโรคความดันโลหิตสูงร้อยละ 1.7 ในเพศชาย และ ร้อยละ 3.0 ในเพศหญิง มีโรคเบาหวานร้อยละหนึ่งในเพศชาย และ ร้อยละ 1.5 ในเพศหญิง และมีผู้พิการน้อยกว่าร้อยละหนึ่ง ร้อยละ 95 ของเด็กอายุต่ำกว่า 5 ปีมีภาวะโภชนาการที่ปกติ ร้อยละ 90 ของสตรีที่ตั้งครรภ์มีการคลอดที่ปกติ ร้อยละ 20 ของเพศชายและ ร้อยละ 1.8 ของเพศหญิงสูบบุหรี่ และเกือบทุกคนมีสิทธิในการรักษาพยาบาล

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์พบว่า มีอัตราส่วนหญิงต่อชายเท่ากับ 1.90 อายุเฉลี่ยเท่ากับ 43.9 ปี อัตราส่วนพึ่งพิงซึ่งเท่ากับ 0.37 สัดส่วนหญิงในวัยเจริญพันธุ์เท่ากับ 0.28 ประมาณครึ่งหนึ่งมีสถานภาพสมรสคู่ ส่วนใหญ่มีการศึกษาสูงสุดในชั้นประถมศึกษา และมีประมาณร้อยละ 5 ที่ไม่ได้เรียนในโรงเรียน ประมาณร้อยละ 28 มีอาชีพเกษตรกรรม และร้อยละ 25 อาชีพรับจ้าง มีถึงร้อยละ 35 ที่ไม่ได้กระกอบอาชีพ ประมาณร้อยละ 90 ได้รับค่าจ้างเป็นตัวเงิน ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือนเท่ากับ 5,750.50 บาท รายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครัวเรือน 7,188 บาท ร้อยละ 37 ของเพศชาย และ ร้อยละ 20 ของเพศหญิงที่อายุมากกว่า

15 ปีสูบบุหรี่ ร้อยละ 28 ของเพศชาย และ ร้อยละ11 ของเพศหญิงดื่มสุรา ประมาณครึ่งหนึ่งของอาสาสมัครมาใช้บริการตรวจสุขภาพประจำปี และน้อยกว่าหนึ่งในสามได้รับการตรวจสุขภาพฟัน ประมาณหนึ่งในหกของเพศชายและหนึ่งในสี่ของเพศหญิงเป็นสมาชิกชมรมออกกำลังกาย และประมาณร้อยละ 80 ออกกำลังกายเป็นบางครั้งหรือเป็นประจำ ประมาณร้อยละหนึ่งในเพศชายและร้อยละ0.5 ในเพศหญิงดื่มเครื่องดื่มบำรุงกำลัง ประมาณร้อยละ 4 ในเพศชายและร้อยละ 1 ในเพศหญิงเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่ไม่ใช่สามีหรือภรรยา ในจำนวนนี้ร้อยละ 21 ในเพศชาย และ ร้อยละ 41 ในเพศหญิง มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มผู้ขับขี่รถจักรยานยนต์ ประมาณร้อยละ 45 ของเพศชาย และร้อยละ 36 ของเพศหญิงสวมหมวกนิรภัยทุกครั้งที่ขับขี่ ประมาณร้อยละ 40 ของผู้ซ้อยท้ายรถจักรยานยนต์ ไม่สวมหมวกนิรภัย มีเพียงร้อยละ16 ที่สวมทุกครั้ง ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ที่ขับรถยนต์คาดเข็มขัดนิรภัยทุกครั้งที่ขับรถยนต์หรือนั่งข้างคนขับ ประมาณหนึ่งในห้าของเพศชาย และหนึ่งในสี่ของเพศหญิงไม่คาดเข็มขัดนิรภัย ประมาณร้อยละ 40 กินอาหารครบห้าหมู่เป็นประจำทุกวัน ในขณะที่ครึ่งหนึ่งของอาสาสมัครกินเป็นบางวัน ประมาณร้อยละ 22 ในเพศชาย และ ร้อยละ 12 ในเพศหญิง กินอาหารที่มีไขมันสูงมากกว่าสี่วันต่อสัปดาห์ ในขณะที่สองในสามของอาสาสมัครกินอาหารไขมันสูงเป็นบางวันมากกว่าครึ่งหนึ่งของอาสาสมัคร กินผักและผลไม้ทุกวัน และประมาณร้อยละ 40 กินเป็นบางวัน อาสาสมัครส่วนใหญ่คิดว่าตนมีสุขภาพดีในระดับปานกลางถึงระดับดี

ชุดสิทธิประโยชน์ ที่อาสาสมัครส่วนใหญ่ (มากกว่าร้อยละ 90) รู้ว่ามีคือ การตรวจสุขภาพประจำปี การตรวจสุขภาพเด็ก ชุดสิทธิประโยชน์ที่อาสาสมัครประมาณร้อยละ 70 ถึง 80 รู้ว่ามีคือ บริการให้ความรู้และให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ บริการเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ และการวางแผนครอบครัว บริการตรวจสุขภาพช่องปาก และให้คำแนะนำด้านทันตสุขภาพ ประมาณครึ่งหนึ่งของอาสาสมัครรู้ว่ามีคือ การมีสมุดบันทึกสุขภาพ การให้บริการเคลือบฟลูออไรด์ และเคลือบหลุมร่องฟันชุดสิทธิประโยชน์ ที่อาสาสมัครส่วนใหญ่ (ประมาณร้อยละ 90) ได้ใช้คือ สมุดบันทึกสุขภาพ การตรวจสุขภาพประจำปี ชุดสิทธิประโยชน์ที่อาสาสมัครประมาณร้อยละ 70 ถึง 80 ได้ใช้บริการคือ บริการให้ความรู้ด้านสุขภาพประมาณร้อยละ 60 ถึง 70 ได้ใช้บริการคือ บริการให้คำปรึกษา บริการเยี่ยมบ้าน การตรวจสุขภาพหญิงตั้งครรภ์ การตรวจสุขภาพเด็ก น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของอาสาสมัครใช้บริการคือ การวางแผนครอบครัว บริการตรวจสุขภาพช่องปากและให้คำแนะนำด้านทันตสุขภาพ การให้บริการเคลือบฟลูออไรด์ และเคลือบหลุมร่องฟัน

การจัดสรรเงินงบประมาณของสป.สช.มายังจังหวัดของปี 2546 ต่อประชากรเท่ากับ 1202.40 บาท ประมาณครึ่งหนึ่งของจำนวนนี้ (589.08 บาท) เป็นการจัดสรรสำหรับจ่ายเป็นเงินเดือน จัดสรรเป็นงบประมาณสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ประมาณร้อยละ 37 (448.22 บาท) และกันเป็นเงินกองกลางประมาณร้อยละ 14 ในส่วนของค่าบริการทางการแพทย์ที่ สป.สช. จัดสรรให้แต่ละจังหวัดที่ศึกษา (ผ่าน สป.) เป็นงบประมาณต่อหัว ตั้งแต่ 422.04 ถึง 476.06บาท ในส่วนของค่าบริการทางการแพทย์ที่สป. ได้รับจากการจัดสรรของ สป.สช. ปีงบประมาณ 2546 เพื่อส่งต่อไปยังจังหวัดต่างๆ การจัดสรรเงินงบประมาณสำหรับค่าบริการทางการแพทย์ให้จังหวัดที่ทำการศึกษา เป็นเงินตั้งแต่ 211.00 ถึง 459.61 บาทต่อคน

ปัจจัยที่ใช้เป็นตัวแปรในการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณระหว่างจังหวัด

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเงินงบประมาณที่จังหวัดได้รับภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนของค่าบริการทางการแพทย์เป็นรายหัวคือ สัดส่วนเด็กอายุ 0-4 ปี (-26.33 บาทต่อสัดส่วนร้อยละ 1 ที่เพิ่มขึ้น) ความดันโลหิตสูง (-7.38 บาทต่ออุบัติการที่เพิ่มขึ้น 1 รายต่อแสน) และ อุบัติเหตุ (4.96 บาทต่ออุบัติการที่เพิ่มขึ้น 1 รายต่อแสน)

ปัจจัยที่ใช้เป็นตัวแปรในการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณในส่วนของการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค ภายในจังหวัด การจัดสรรเงินงบประมาณในส่วนของค่าบริการทางการแพทย์ได้รวมเงินงบประมาณในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเข้าไว้ด้วย ทำให้การจัดสรรเงินในส่วนของการ ส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนี้ในระดับจังหวัดไปยังหน่วยงานในจังหวัดขึ้นอยู่กับนโยบายของหน่วยงานของจังหวัดที่รับผิดชอบในการจัดสรรและความจำเป็นในการบริหารจัดการซึ่งขึ้นกับหลายปัจจัย ซึ่งผลที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยหลายตัวแปร ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับเงินงบประมาณที่จังหวัดจัดสรรให้เครือข่ายภายใต้โครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในส่วนของค่าบริการทางการแพทย์เป็นรายหัว

คือ สัดส่วนเด็กอายุ 0-4 ปี (-34.38 บาทต่อสัดส่วนร้อยละ 1 ที่เพิ่มขึ้น) ความดันโลหิตสูง (-5.99 บาทต่ออุบัติการที่เพิ่มขึ้น 1 รายต่อแสน) และ อุบัติเหตุ (4.75 บาทต่ออุบัติการที่เพิ่มขึ้น 1 รายต่อแสน)

เงินงบประมาณในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคนี้คิดเป็นเงินงบประมาณต่อหัวประมาณ 28 ถึง90 บาท หรือประมาณร้อยละ 9 ถึง 23 ของงบประมาณค่าบริการทางการแพทย์ ผลที่ได้จากการวิเคราะห์ถดถอยหลายตัวแปร ตัวแปรต้นที่มีความสัมพันธ์กับการจัดสรรเงินงบประมาณในส่วนของการส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรค คือ ความดันโลหิตสูง และโรคหัวใจ จากการวิเคราะห์เบื้องต้น จำนวนประชากร และ ภาระโรคไม่มีความสัมพันธ์การจัดสรร งบประมาณ P&P ในระดับ PCU

ผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (ABC) จาก 18 กิจกรรมหลักใน 7 ศูนย์สุขภาพชุมชน (4 จังหวัด) พบความหลากหลายของมูลค่าต้นทุนต่อกิจกรรมที่ได้ ปัญหาอุปสรรคในการศึกษา ABC.ในขั้นตอนการเก็บข้อมูลต้นทุนกิจกรรม Activity based costing (ABC) นั้น ระยะการเก็บข้อมูลสั้นเกินไป ข้อมูลบางสถานีอนามัยขาดการเก็บข้อมูลที่ดีและข้อมูลสืบค้นได้ยากและมีการสูญหาย เจ้าหน้าที่แต่ละท่านมีภาระหน้าที่ต้องรับผิดชอบมาก สถานีอนามัยมีการแบ่งงานกันไม่ชัดเจน ทำให้มีการเพิ่มชั่วโมงในการทำงานในกิจกรรมนั้นๆมากขึ้น ไม่มีการบันทึกการนิเทศน์งาน ทำให้เกิดความลำบากในการติดตามข้อมูล ข้อเสนอแนะในการศึกษา ควรให้เจ้าหน้าที่มีส่วนร่วมในการเก็บข้อมูลต้นทุนกิจกรรม ควรให้ความสำคัญแก่การทำพจนานุกรมกิจกรรม (Activity Dictionary) การเก็บต้นทุนครุภัณฑ์และการวัดพื้นที่ ควรมีการสร้างระบบการจัดเก็บข้อมูลที่ดี การเก็บต้นทุนค่าแรง ควรชี้แจงวิธีการเก็บข้อมูลและเสนอแนะวิธีการคิดชั่วโมงการทำงาน

ความต้องการข้อมูลความจำเป็นทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับงบประมาณค่าใช้จ่ายในการให้บริการสร้างเสริมสุขภาพในระดับต่าง ๆ จำแนกได้เป็น 2 ประเภทคือ 1) ปัจจัยด้านผู้รับบริการ(demand site)และ 2)ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ(supply site) ข้อมูลที่สำคัญมีดังนี้ ด้านผู้รับบริการ (ข้อมูลด้านประชากร ข้อมูลด้านภาระโรคและสถิติชีพของประชากร) ปัจจัยด้านผู้ให้บริการ (ข้อมูลด้านงบประมาณด้านการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคที่หน่วยงานส่วนกลางจัดสรรให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจัดสรรให้สถานพยาบาลเครือข่ายภายในจังหวัด ข้อมูลทรัพยากรสาธารณสุขของจังหวัดพื้นที่วิจัย ความเป็นไปได้และความสัมพันธ์ระหว่างการจัดสรรทรัพยากร งบประมาณ และตัวแปรที่แสดงความจำเป็นทางสุขภาพ ได้แสดงไว้ในผลการวิเคราะห์ในระดับต่างๆ แล้วดังข้างต้นเพื่อสรุปปัจจัยที่ใช้เป็นตัวแปรในการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ

จุดเด่นของการศึกษานี้คือ เป็นการศึกษาที่เป็นการศึกษาแบบสหวิทยาการ มีทีมนักวิจัยที่มีความรู้ด้านเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข วิทยาการระบาด ประชากรศาสตร์ สังคมศาสตร์ และชีวสถิติ โดยมาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และจากมหาวิทยาลัยมหิดล จุดเด่นอีกประการหนึ่งของการศึกษานี้คือวิธีการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลที่มีการรวบรวมข้อมูลที่เป็นทั้ง ข้อมูลปฐมภูมิ และทุติยภูมิจากแหล่งข้อมูลในหลายระดับ จากสำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและ PCU โดยเฉพาะที่ PCU มีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์บุคคลในเขตความรับผิดชอบ และ จาก Family folder ซึ่งบันทึกโดยเจ้าหน้าที่ทำให้ได้ทราบถึงระบบการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของประเทศในปัจจุบัน และทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาและอุปสรรคของระบบการบันทึกข้อมูลด้านสุขภาพของประเทศในปัจจุบัน นอกจากนั้นการศึกษานี้คือได้ทำการวิเคราะห์ผลการวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม (Activity based costing: ABC) ซึ่งเป็นการหาต้นทุนที่อาจจะนำมาใช้ในการพิจารณาถึงต้นทุนการบริการที่ใกล้เคียงกับความเป็นจริง และนำไปสู่การใช้ในการกำหนดค่าบริการของสถานบริการสาธารณสุขต่อไป นอกจากนั้นการศึกษานี้ยังมีจุดมุ่งหมายในการพัฒนานักวิจัยรุ่นใหม่ทั้งในส่วนของทีมวิจัย (รับผู้ช่วยวิจัยที่มีประสบการณ์น้อย แต่มีความกระตือรือร้น และอยากเป็นนักวิจัยที่ดีในอนาคต) และการพัฒนาทีมนักวิจัยภาคสนามในระดับของจังหวัด และ PCU (โดยเข้าร่วมทีมวิเคราะห์ต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรม)

แต่การศึกษานี้ยังมีข้อจำกัดที่สำคัญคือ เนื่องจากเป็นการศึกษานำร่องเพื่อหาตัวแปรที่ใช้จัดสรรทรัพยากรและงบประมาณซึ่งการศึกษาวิจัยต้องต้องรวบรวมข้อมูลจากหลายแหล่งเพื่อให้ได้ซึ่งตัวแปรที่มีความสัมพันธ์กับการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณ ซึ่งตัวแปรบางตัวเมื่อเก็บรวบรวมรวมข้อมูลมาแล้วไม่สามารถตอบคำถามวิจัยได้ชัดเจนจำนวนจังหวัดที่ทำการศึกษาที่มีเพียง 8 จังหวัดในระยะแรกนี้ ซึ่งส่งผลถึงการวิเคราะห์ข้อมูล โดยเฉพาะการวิเคราะห์ผลในระดับ PCU ที่มีการเก็บข้อมูลเพียง 1 แห่งต่อจังหวัด ข้อจำกัดอีกประการหนึ่งคือการศึกษานี้เป็นการ

ติดตามข้อมูลย้อนหลังโดยเฉพาะการการติดตามข้อมูลที่เกิดขึ้นในอดีตหลายปี ซึ่งมีผลในการสืบค้น ค้นหา และติดตามข้อมู

การศึกษาเรื่องงบประมาณมีข้อจำกัดในรวบรวมข้อมูลดังกล่าวในระดับจังหวัดในด้านการให้ความร่วมมือและอาจจะมีข้อมูล และเหตุผลบางประการที่หน่วยงานในระดับต่างๆ ไม่เปิดเผย หรือไม่อาจจะเปิดเผยได้ เพราะอาจเข้าใจว่าการมาศึกษานี้เป็นการมาตรวจสอบการใช้งบประมาณของจังหวัด อนึ่งการเก็บข้อมูลในการศึกษาต้นทุนต่อหน่วยกิจกรรมเป็นกิจกรรมที่ใช้เวลาถึง 3 สัปดาห์ต่อแห่ง ทำให้กระทบต่องานวิจัยในภาพรวมในด้านเวลาที่มีอยู่อย่างจำกัด

จากผลการวิจัยเบื้องต้น งานวิจัยนี้ได้แสดงถึงการมีความเป็นไปได้และความสัมพันธ์ระหว่าง การจัดสรรทรัพยากร งบประมาณ และตัวแปรที่แสดงความจำเป็นทางสุขภาพ

การศึกษาในระยะต่อไปที่จะช่วยให้เห็นความสัมพันธ์การจัดสรรทรัพยากร งบประมาณ และตัวแปรที่แสดงความจำเป็นทางสุขภาพ ดังกล่าวชัดเจนขึ้นคือการขยายการศึกษาในการจัดสรรทรัพยากรในระดับจังหวัดไปยังจังหวัดอื่นๆ อีก 8 จังหวัดหรือมากกว่า หรือ 2 จังหวัดต่อภาค รวมทั้งหมดเป็น 16 จังหวัดหรือมากกว่า เพื่อหาปัจจัยที่ใช้เป็นตัวแปรในการจัดสรรทรัพยากรและงบประมาณระหว่างจังหวัด และเพิ่มการศึกษาในเชิงคุณภาพในทุกๆ จังหวัด โดยหาข้อมูลเชิงลึกจากระดับผู้บริหารหรือองค์การที่มีส่วนในการจัดสรรทรัพยากร เพื่อทราบถึงเหตุผล และปัจจัยเชิงลึกที่เป็นพื้นฐานในการจัดสรรงบประมาณ

ส่วนที่ 4
ก้าวต่อไป

ก้าวต่อไปของศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล

1. การสร้างความเป็นเลิศในการวิจัย (Research Excellence Center)

- ส่งเสริมการสรรหา สร้างและรักษานักวิจัยที่มีคุณภาพสูง ให้มีการพัฒนาศักยภาพและทักษะในการทำวิจัยอย่างต่อเนื่อง และให้เกิดการพัฒนาผลผลิตงานวิจัยที่มีคุณภาพในวงวิชาการ
- ส่งเสริมการสร้างสิ่งเอื้ออำนวยความสะดวกและทรัพยากรต่างๆ รวมถึงการสร้างสิ่งแวดล้อมและบรรยากาศทางวิชาการ เพื่อสนับสนุนงานวิจัยคุณภาพในทุกสาขาวิชาของมหาวิทยาลัยมหิดล
- สนับสนุนให้เกิดงานวิจัยแบบบูรณาการ โดยสร้างทีมนักวิจัยและกระตุ้นส่งเสริมให้เกิดโครงการวิจัยร่วมระหว่างคณะ/สถาบัน เพื่อให้เกิดประโยชน์ร่วมกันอย่างสูงสุด
- สนับสนุนการวิจัยที่สอดคล้องกับนโยบายการวิจัยของชาติ และความต้องการของแหล่งทุน ทั้งภายในและภายนอกประเทศ ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ เอกชน หรืออุตสาหกรรม โดยยึดมั่นในหลักการ เป็นมหาวิทยาลัยที่มีอิสระทางวิชาการ
- ส่งเสริมการสร้างระบบบริหารจัดการทรัพย์สินทางปัญญา และกระตุ้นให้เกิดงานวิจัย เพื่อสร้างนวัตกรรมและนำไปใช้ประโยชน์เชิงพาณิชย์
- ให้การสนับสนุนทุนวิจัยให้เกิดประโยชน์สูงสุดตามยุทธศาสตร์ในการพัฒนาความก้าวหน้าทางด้านวิชาการของมหาวิทยาลัย
- พัฒนาระบบการสื่อสารและการส่งผ่านข้อมูลข่าวสารทั้งภายในและภายนอก มหาวิทยาลัย เพื่อส่งเสริมการเผยแพร่ผลงานและนวัตกรรมการวิจัยสู่สาธารณชน ให้เกิดการนำไปประยุกต์ใช้ประโยชน์

How to be the “Research Excellence Centre”

- จัดทำแผนปฏิบัติการ ให้สอดคล้องและเชื่อมโยงกับ แผนยุทธศาสตร์การวิจัย ของ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ.2552-2555 และแผนกลยุทธ์งานวิจัย คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
- พัฒนา สร้างความเข้มแข็งเครือข่ายงานวิจัย/วิชาการ ให้มีรูปแบบสหสาขา สหสถาบัน เป็นนวตกรรมอย่างต่อเนื่อง เพื่อนำไปสู่งานวิจัยเชิงบูรณาการ PPP
- คณะฯ ควรมีสถานส่งเสริมจริยธรรมการวิจัยในคน และเป็น IRB ที่ควรผ่านกระบวน/กลไกการประกันคุณภาพ
- มหาวิทยาลัย/ส่วนงาน น่าจะคำนึงถึง Career Path และ Human Capital สร้างนักวิจัยที่มีทั้ง Head Hand Heart อย่างจริงจัง ไม่ใช่เพื่อการแสวงหากำไร

2. โครงการศูนย์วิจัยเพื่อมุ่งสู่ความเป็นเลิศทางวิชาการ ตามนโยบายของมหาวิทลัยมหิดล และคณะสาธารณสุขศาสตร์

คณะกรรมการบริหารโครงการศูนย์วิจัย Monitoring and Evaluation (M&E)

1) คณบดีคณะสาธารณสุขศาสตร์	ที่ปรึกษา
2) ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุคนธา คงศีล	ประธานคณะกรรมการ
3) ผู้ช่วยศาสตราจารย์สุขุม เจียมตน	รองประธานคณะกรรมการ
4) อาจารย์นันทวัน ยันตะดิลก	คณะกรรมการ
5) ผู้ช่วยศาสตราจารย์เพ็ญพักตร์ อุทิศ	คณะกรรมการ
6) ผู้ช่วยศาสตราจารย์มณฑา เก่งการพานิช	คณะกรรมการ
7) ผู้ช่วยศาสตราจารย์อังสนา บุญธรรม	คณะกรรมการ
8) ผู้ช่วยศาสตราจารย์ณัฐกมล ชาญสาธิตพร	คณะกรรมการ
9) อาจารย์มธุรส ทิพยมงคลกุล	คณะกรรมการและเลขานุการ
10) นางสาวเพชรัตน์ ศิริสุวรรณ	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ
11) นางสาวมิ่งขวัญ เทียนธนานุรักษ์	คณะกรรมการและผู้ช่วยเลขานุการ

3. **การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 13 29 - 31 มีนาคม 2554 อิมแพ็ค เมืองทองธานี**

ประเด็นหัวข้อเนื้อหา ดังนี้

- Track A: Biology, Pathogenesis, Clinical Research, Treatment and Care of HIV
- Track B: Epidemiology, Prevention and Prevention Research
- Track C: Social, Behavioral and Economic Science
- Track D: Community, Human Rights and Policy

4. **The 10th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific**

26 – 30 August 2011 BEXCO, Busan, Republic of Korea

"Diverse Voices, United Action"

Program Tracks

- Track A: The evolving epidemiology of HIV in Asia and the Pacific
- Track B: Advances in basic and clinical sciences
- Track C: Meeting the challenge of Universal Access (Treatment, Care, Support, Prevention and Social Protection)
- Track D: Building and supporting leaders and advocates (Politics, Economy, Religion, Culture, Youth, Media)
- Track E: Engaging communities for effective responses (PLHA, MSM, Sex Worker, Transgender, IDU, Migrant, People in prison)
- Track F: Overcoming human rights, legal and policy barriers

ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

ตึกอเนกประสงค์ (อาคาร 7) ชั้น 8 420/1 แขวงทุ่งพญาไท เขตราชเทวี กรุงเทพฯ 10400

Email: Rechee.master@gamil.com Facebook: Rchee2010@gmail.com

ออกแบบและจัดพิมพ์โดย หจก. สีจัด...จัด โทร. 080-079-6868, 085-157-2525