



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

เสนอต่อ
สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

โดย
คณะกรรมการวิชาการและคณะกรรมการในพื้นที่โครงการทบทวน (ครึ่งแผน)
แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแห่งชาติ
พ.ศ. 2550-2554

ร่วมกับ
ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล
คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

20 พฤศจิกายน 2552

สารบัญ

เรื่อง	หน้า
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)	5
ตอนที่ 1 แนวคิดและกระบวนการ การดำเนินงานทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554	10
1. ความเป็นมา (Background)	10
2. สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย.....	10
3. ผลกระทบจากการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่.....	12
4. เป้าหมายการดำเนินงานทบทวน (Reviewing Purpose)	13
5. วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานทบทวน (Reviewing Objectives).....	16
6. โครงสร้างการดำเนินงานทบทวน.....	20
7. ขั้นตอนดำเนินการ.....	21
ตอนที่ 2 กรอบแนวทางการทบทวน (Program Review Framework)	23
1. โครงสร้างการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์.....	23
2. การทบทวนยุทธศาสตร์	26
3. สาระ/ประเด็นที่นำมาพัฒนาเครื่องมือ.....	28
4. การดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายที่นำมาพัฒนาเครื่องมือ.....	29
5. พหุติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมายที่นำมาพัฒนาเครื่องมือ	32
ตอนที่ 3 คณะทำงาน เครื่องมือ และวิธีการ	41
1. คณะทำงานวิชาการ (Technical Review Team).....	41
2. เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวน.....	42
3. ประเด็นคำถามในการทบทวน.....	44
4. การออกเยี่ยมสังเกตการณ์ที่พื้นที่ปฏิบัติการ และการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน (Site visit).....	45
5. แผนการดำเนินงานทบทวนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ พ.ศ. 2550 – 2552 จำแนกตามบทบาทหน้าที่ และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน	46
ตอนที่ 4 ผลการดำเนินงาน/ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ จากการทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554	50
1. คำจำกัดความ	50
2. ผลการดำเนินงานภาพรวมตามยุทธศาสตร์องค์การพัฒนาศักยภาพและประสานการปฏิบัติการในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	54
3. ผลการดำเนินงานภาพรวมตามยุทธศาสตร์องค์การพัฒนาศักยภาพและประสานการปฏิบัติการในเขตภาคเหนือ	73
4. ผลการดำเนินงานภาพรวมตามยุทธศาสตร์องค์การพัฒนาศักยภาพและประสานการปฏิบัติการในเขตภาคใต้	93
5. ผลการดำเนินงานภาพรวมตามยุทธศาสตร์ องค์การพัฒนาศักยภาพและประสานการปฏิบัติการในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.....	113

6 ผลการดำเนินงานภาพรวมตามยุทธศาสตร์ ขององค์กรผู้รับผิดชอบด้านการบูรณาการการป้องกันและแก้ไข	
ปัญหาเอดส์แห่งชาติ	137
7 ผลการดำเนินงานภาพรวมตามยุทธศาสตร์องค์กรภาคประชาสังคม และผลการดำเนินงานภาพรวมตาม	
ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิ	152
8. ทิศทาง: แผนบูรณาการ ชีตศทาง กรอบแนวคิดของแผน สื่อสารว่าแผนอยู่ระดับใด องค์ประกอบหลัก	
ความสำเร็จ	161
ตอนที่ 5 ข้อค้นพบหลัก อภิปรายผล และสรุปผล การทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณา	
 การป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554	169
5.1 ข้อค้นพบหลัก: ปัญหาอุปสรรค: แนวทางแก้ไข การดำเนินงานในเขตภาคเหนือ.....	169
5.2 ข้อค้นพบหลัก: ปัญหาอุปสรรค: แนวทางแก้ไข การดำเนินงานในส่วนภาคกลาง.....	171
5.3 ข้อค้นพบหลัก: ปัญหาอุปสรรค: แนวทางแก้ไข การดำเนินงานในภาพรวมเพื่อตอบสนองต่อ 4 ยุทธศาสตร์	
ของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ	174
5.4 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะภาพรวมการทบทวน	178
5.5 สรุปประเด็นข้อค้นพบ / ข้อเสนอแนะในการทบทวนภาพรวมตาม ประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย.....	178
5.6 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกลยุทธ์ที่ยั่งยืน 100%.....	180
5.7 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกลยุทธ์ ที่จะใช้ในการดำเนินงานด้าน ANCให้ครอบคลุม	181
5.8 สรุปภาพรวมของยุทธศาสตร์บูรณาการฯ ฉบับ พ.ศ. 2550-2554.....	183
ภาคผนวก	192
ภาคผนวกที่ 1 ประมวลภาพการลงพื้นที่โครงการวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและ	
แก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554	192
ภาคผนวกที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 4 ชุด (Tool 1-4).....	207
ภาคผนวกที่ 3 รายละเอียดการดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูล/หน่วยงาน	219
ภาคผนวกที่ 4 คำสั่งคณะทำงานวิชาการและคณะทำงานในพื้นที่	230

สารบัญตาราง

เรื่อง	หน้า
ตารางที่ 1 การดำเนินงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตามกรอบการทบทวนและเป้าหมาย	47
ตารางที่ 2 กลุ่มเป้าหมาย Key person และ ผู้รับผิดชอบ	49
ตารางที่ 3 จำนวนทารกส่งตรวจและติดเชื้อจำแนกตามปีงบประมาณ.....	87
ตารางที่ 4 สรุปงบประมาณกองทุนโรคเอดส์ สปสช จำนวน 5 รายการที่ได้รับ.....	176
ตารางที่ 5 กรอบการบริหารงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ ปี 2553	176

สารบัญแผนภูมิ

เรื่อง	หน้า
แผนภูมิที่ 1 การดำเนินการทบทวนที่เป็น Unified system	14
แผนภูมิที่ 2 ความร่วมมือระหว่างภาคส่วนใน 4 ยุทธศาสตร์ และ 3 เป้าหมาย	17
แผนภูมิที่ 3 รายละเอียด 3 เป้าประสงค์ และ 3 เป้าหมาย.....	19
แผนภูมิที่ 4 ผังการกำหนดยุทธศาสตร์บูรณาการ ตามบทบาทหน้าที่ และ ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน	27
แผนภูมิที่ 5 องค์ประกอบของ Technical Review Team.....	42
แผนภูมิที่ 6 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามแผนงาน โครงการป้องกันปัญหาโรคเอดส์	48
แผนภูมิที่ 7 สูตรในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ใน PHPT 5	126
แผนภูมิที่ 8 โครงสร้างการทำงานของ PHPT (Program for HIV Prevention and Treatment)	126
แผนภูมิที่ 9 โครงสร้างการบริหารแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติประจำปีงบประมาณ พ.ศ.2550-142	
แผนภูมิที่ 10 นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง	158
แผนภูมิที่ 11 ความหมายของแผนยุทธศาสตร์.....	163
แผนภูมิที่ 12 ภาพฝันคือ unify system ในกรอบการทบทวน	164
แผนภูมิที่ 13 แผนยุทธศาสตร์มีลักษณะเป็นแผนบูรณาการ	166
แผนภูมิที่ 14 ความเชื่อมโยงของกิจกรรมในการจัดการเชิงกลยุทธ์ที่ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการ จัดบริการสุขภาพ.....	167

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร (Executive Summary)

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

วัตถุประสงค์ของการศึกษา เพื่อทบทวนการดำเนินงานช่วงครึ่งแผนของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 ที่ดำเนินการโดยภาครัฐและหน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ในภาพรวม เพื่อนำไปเป็นข้อเสนอในการดำเนินงานในช่วงเวลาที่เหลือ

ระเบียบวิธีการศึกษา ใช้การทบทวนแบบสังเคราะห์การค้นพบ เน้นการทบทวนรายละเอียดกรอบภารกิจ (2550-2552) ที่อาศัยรูปแบบการทบทวนและวิเคราะห์ผลแบบ Rapid appraisal ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ โดยคณะทำงานวิชาการและสนับสนุนการปฏิบัติงานในพื้นที่ โดยแบ่งบุคลากรที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย 1) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานระดับปฏิบัติการทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ 2) ผู้รับผิดชอบด้านการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 โดยตรง (R&D: Strategic manager) และ 3) เจ้าหน้าที่/นักวิชาการภายนอก (Civil Society) บุคลากรดังกล่าวได้สำรวจและเก็บรวบรวมข้อมูลจากหน่วยงานระดับปฏิบัติการในส่วนภูมิภาค เพื่อนำมาทบทวนก่อนนำประเด็นคำถาม และ ประเด็นที่ต้องการความกระจ่าง มาทบทวนในหน่วยงานส่วนกลาง เป็นการทบทวนภาพรวมการสนับสนุนในด้านต่างๆ และผลลัพธ์จากการสนับสนุนด้านวิชาการ รวมประสบการณ์ ทักษะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ/เอกชนด้านเอดส์/องค์กรระหว่างประเทศ การผลิตและประสิทธิผลการใช้สื่อ วัสดุอุปกรณ์เพื่อการศึกษา รวมทั้ง แผนงาน/โครงการที่เป็นข้อตกลงหรือมีพันธะผูกพันต่างๆ รวมถึงบทเรียนที่ได้จากการดำเนินการสนับสนุนด้านวิชาการ

ผลการวิจัย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ กระบวนการจัดทำแผน การแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติ 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 การจัดทำและแปลงเป็นแผนการควบคุมกำกับติดตามของประเทศ

ในส่วนภูมิภาค การดำเนินงานด้านเอดส์ไม่ใช่ภารกิจหลักของหน่วยงาน และยังไม่เกิดการนำทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ และขาดการบูรณาการสู่งานประจำในพื้นที่ ยังคิดและปฏิบัติดังในอดีต และทำงานตามตัวชี้วัดของแต่ละโครงการ โดยที่การประสานงานระหว่างหน่วยงานยังไม่ชัดเจน

คนทำงานและงบประมาณด้านเอดส์ที่ลดลง จากการปฏิรูประบบบริการและงบประมาณ อาจส่งผลให้การดำเนินงานด้านเอดส์มีประสิทธิภาพลดลง ส่งผลให้มีผู้รับบริการและการเข้าถึงบริการลดลง อย่างไรก็ตามก็ดีถ้าคนทำงานในพื้นที่เข้าใจและสามารถระดมทุนจากองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ก็สามารถบูรณาการงานเอดส์ในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพและคุณภาพชีวิตของพื้นที่ได้ แต่ปัญหาและอุปสรรคเรื่องกำลังคนยังมีความสำคัญ เพราะขาดผู้รับผิดชอบงานเอดส์ที่มีความรู้ความชำนาญ ทำให้การดำเนินงานขาดความต่อเนื่อง

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

การดำเนินงานป้องกัน และการดูแลรักษาในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย พบว่า ไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนในการบอกผลสำเร็จของการปฏิบัติ เนื่องจากการขาดแผนงานและตัวชี้วัดที่ชัดเจนที่จะสื่อไปถึงการดำเนินงานเรื่องของการลดผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาเอดส์ นอกจากนั้นกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้มีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบของพฤติกรรมเสี่ยงที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น ทำให้ยากต่อการดำเนินงาน เช่น การเปลี่ยนรูปแบบเป็นพนักงานบริการแอบแฝง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย/กลุ่มชาติพันธุ์ เข้าเมืองแบบผิดกฎหมาย ขึ้นทะเบียนเพียงบางส่วน และมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร ทำให้เข้าถึงยาก และไม่มีสิทธิการรักษา ส่วนกลุ่มเยาวชนพบว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น การหันมาเป็นพนักงานบริการแอบแฝงและพบการตั้งครรภ์ของเด็กนักเรียนมีมากขึ้น และการเพิ่มจำนวนของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในขณะที่ยังคงไม่เปิดรับ จึงไม่มารับบริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่นในพื้นที่ที่ไม่มีสถานที่ให้บริการโดยเฉพาะ ทำให้ขาดข้อมูล

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

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การติดตามประเมินผล (M&E) รายงาน UNGASS เป็นแรงผลักดันให้เกิด M&E ของประเทศ การศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในยุทธศาสตร์นี้ ศบ.จอ.พยายามผลักดันให้มีการอบการติดตามประเมินผลในระดับประเทศ โดยประสานกับสำนักกระบวนวิชา กรม

ควบคุมโรค เรื่องคุณภาพข้อมูล และให้ความสำคัญในระดับจังหวัด และสคร. เพื่อให้เป็นกลไกการทำงานเรื่องติดตามประเมินผลและการทำแผน และพัฒนากลไกการวิเคราะห์ช่องว่าง (gap) แต่บทบาทยังไม่มี ความชัดเจน เนื่องจากงบประมาณที่จำกัด ส่วนการดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 4 ในหน่วยงานส่วนภูมิภาค มีการปรับเปลี่ยนโครงสร้างบทบาทหน้าที่ และการลดจำนวนบุคลากร มีบทบาทการทำงานในด้านวิชาการ และการพัฒนาองค์ความรู้ไม่ชัดเจนหรือไม่มีการดำเนินงาน

ปัญหาอุปสรรค

1. การทำแผนงาน/โครงการ HIV/AIDS ในปัจจุบันถูกลดความสำคัญลงเนื่องจากกระแสของโรคอุบัติใหม่อื่นๆ เช่น Bird Flu, 2009 Flu H1N1 และ โรคชิคุนกุนยา และภัยคุกคามสุขภาพที่เกิดขึ้น ทำให้กรมควบคุมโรคมีข้อจำกัดด้านภาระงาน ต้องแก้ไขปัญหาระงับด่วน ทำให้กิจกรรมดำเนินการไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่วางไว้แต่ต้น ทำให้แผนปฏิบัติงานของหน่วยงานไม่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์
 2. มีความลำบากในการจัดทำแผนเพื่อให้สอดคล้องกับปัญหา และเป็นแผนปฏิบัติของพื้นที่ ทั้งนี้ผู้บริหารและความพร้อมของพื้นที่มีส่วนอย่างมาก ทั้งยังมีอุปสรรคในพื้นที่ที่มีความขัดแย้งของคนในพื้นที่
 3. การประสานงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานมีน้อยลง การแบ่งเป็นกลุ่มระหว่างกรม/กระทรวง และต้องตอบวิสัยทัศน์หรือพันธกิจของตนเอง ทำให้เกิดการแข่งขันในพื้นที่เช่น สคร. กับ ศูนย์อนามัย
 4. ผลงานเรื่องเอดส์ไม่ได้ตอบสนองภารกิจ เนื่องจากไม่ตรงตามภารกิจของหน่วยงานอื่นๆ เช่น กระทรวงแรงงาน ส่งผลให้คนทำงานไม่อยากจะทำงานด้านเอดส์
 5. ไม่สามารถนำแผนยุทธศาสตร์ไปดำเนินการได้ และไม่ทันต่อเหตุการณ์ เพราะไม่สอดคล้องกับทิศทางของปัญหาในพื้นที่
 6. การควบคุมกำกับติดตามประเมินผลในแผนต่างๆ (M&E) ไม่เป็นหนึ่งเดียวหรือ one M&E ที่เป็นระบบ และครอบคลุม เพราะงานนี้ดำเนินการโดยสามองค์กรคือ 1) สำนักพัฒนาวิชาการเป็นผู้รับผิดชอบ M&E ในระดับประเทศและประเมินเป็นรายกิจกรรม 2) ศบจ. และ 3) สอวพ. ที่มีการทำการประเมินผลงานของตนเองอยู่แล้ว เป็นรายไตรมาส
- การติดตามผลการดำเนินงานของแผนโดยตรง 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 และตระหนักให้ได้

ควรให้หน่วยงานอื่นๆ นอกเหนือหน่วยงานสาธารณสุขให้การสนับสนุน ทั้งเรื่องการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอย่างถูกกฎหมาย จัดปัญหาขบวนการค้ามนุษย์ มหาดไทยควรให้ความสำคัญตรงนี้ด้วย ไม่ใช่เมื่อเกิดปัญหาแรงงานต่างด้าวติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แล้ว ผลักภาระมาที่ NGO และสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหา เพราะแรงงานต่างด้าวถือเป็นกำลังสำคัญในการผลิตของประเทศไทยด้วย

สรุป

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการเอดส์ฯ เป็นแผนที่กว้างและครอบคลุมการดำเนินงานในทุกด้านเรื่องเอดส์ ดังนั้นการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ ภายใต้กรมควบคุมโรคจึงสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์โดยปริยาย แต่เนื่องจากงบประมาณและตัวชี้วัดเรื่องเอดส์ไม่มีความชัดเจน ไม่ได้ระบุเป็นภารกิจหลักของหน่วยงาน ทำให้หลายๆ หน่วยงานที่ถึงแม้จะมีชื่ออยู่ในคณะอนุกรรมการเอดส์ก็อาจจะไม่ได้ให้ความสำคัญ ประกอบกับการมีบุคลากรที่จำกัดและไม่ได้รับผิดชอบเฉพาะงานเอดส์เพียงอย่างเดียว งานเอดส์เป็นเพียงส่วนหนึ่งในงานควบคุมโรคติดต่อเท่านั้น ดังนั้นผู้รับผิดชอบจึงจำเป็นต้องทำงานเพื่อตอบตัวชี้วัดหรือทำงานอื่นที่เร่งด่วนก่อนหากมีปัญหาโรคอุบัติใหม่หรือปัญหาที่ผู้บริหารในแต่ละพื้นที่ให้ความสำคัญมากกว่า

การดำเนินงานตามบทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่างๆ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฯ ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ จะเห็นได้ว่าหน่วยงานใน**ส่วนกลาง** จะเป็นผู้มีบทบาทหลักในการจัดทำแผน การจัดสรรงบประมาณ การติดตามประเมินผล และการดำเนินโครงการในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ บางส่วน โดยจะเด่นชัดในยุทธศาสตร์ที่ 1 และยุทธศาสตร์ที่ 4 **ส่วนภูมิภาค** โดยสคร. ทำหน้าที่เป็นผู้ประสานแผนงานการติดตามประเมินผลการดำเนินงาน และกาสนับสนุนวิชาการ และสสจ. ยังคงเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 2 ทั้งเรื่องการประสานการดำเนินงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในคณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด และมีโรงพยาบาลเป็นหน่วยงานหลักในการให้บริการดูแลรักษา แต่เนื่องจากผลของการปฏิรูประบบงบประมาณ รวมทั้งการกระจายอำนาจทำให้งบประมาณและอัตรากำลังผู้รับผิดชอบงานด้านเอดส์ลดลง ประกอบกับภารกิจและตัวชี้วัดของแต่ละหน่วยงานมีความแตกต่างกัน งานเอดส์จึงอาจไม่ได้เป็นภารกิจและตัวชี้วัดหลักของหน่วยงานจึงไม่ได้ถูกให้ความสำคัญในการดำเนินงานมากนัก **ภาคประชาสังคม** มีการรวมตัวกันของหน่วยงานภาคประชาสังคมเพื่อเรียกร้องสิทธิและผลักดันให้เกิดนโยบายต่างๆ เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในการดำเนินชีวิตในสังคมและการได้รับการฟื้นฟูทางสังคม การบริการสุขภาพที่จำเป็นตามที่สิทธิ ภายใต้การสนับสนุนงบประมาณจากทั้งหน่วยงานภาครัฐ เช่น สปสช. และจากกองทุนโลก ซึ่งจะมีการดำเนินงานในรูปแบบของโครงการเป็นปีๆ ทั้งเรื่อง การรณรงค์ป้องกัน และการสนับสนุนการดำเนินงานการดูแลรักษาของเจ้าหน้าที่ เช่น การติดตามเยี่ยมบ้าน การรณรงค์ประชาสัมพันธ์การเข้ามาตรวจรักษา การแจกถุงยางอนามัย เป็นต้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

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

ตอนที่ 1

แนวคิดและกระบวนการ การดำเนินงานทบทวน (ครึ่งแผน)

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554

.....

1. ความเป็นมา (Background)

จากการดำเนินงานที่ผ่านมาของภาคส่วนต่างๆ ทำให้การแพร่ระบาดของการติดเชื้อโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (เอชไอวี) ลดลง แต่ต่อมาพบว่าในประเทศไทย มีการแพร่ระบาดดังกล่าวในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน จึงควรมีการทบทวนกลยุทธ์ที่ใช้อยู่ในกลุ่มเป้าหมายเดิม เช่น พนักงานบริการ หรือผู้ใช้สารเสพติด ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีการเข้าถึงได้ยาก ถึงแม้จะมีความพยายามแก้ไขแบบต่างๆ ที่เป็นปัญหาอุปสรรค แต่เนื่องจากการที่ขาดความเชื่อมโยง ของงานบริการป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างครบวงจร ทำให้ปัญหาดังกล่าวยังคงมีอยู่ ดังนั้นในช่วงปัจจุบันจึงได้มีการปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์โดยมุ่งเน้นโดยให้ความสำคัญในการพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชน และการพัฒนาคุณภาพ ให้มีการเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม และ มีการทำงานในเชิงบูรณาการแบบองค์รวม รวมทั้งได้มีเสนอข้อเรียกร้องที่สำคัญ ให้ภาครัฐดำเนินการต่อเนื่อง เช่น การพิทักษ์สิทธิของผู้ติดเชื้อ การลดอคติ (การศึกษาหญิงตั้งครรภ์ การตรวจเลือดก่อนทำงาน/หญิงตั้งครรภ์) การรักษาพยาบาลอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมในทุกกลุ่ม การทำงานกับกลุ่มที่เข้าถึงยาก อาทิ เยาวชน ชชาติพันธุ์ แรงงาน และ ผู้สูงอายุ รวมทั้ง การฟื้นฟูกระบวนการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์โดยเน้นการมีส่วนร่วมของภาคประชาชน รวมทั้งการส่งเสริมสุขภาวะทางเพศ เป็นต้น

2. สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย

จากการศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ ที่ผ่านมา คาดว่าในปีพ.ศ. 2548 .มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวนประมาณ 560,000คน โดยมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 18,000คน ในจำนวนนี้เป็นชายติดเชื้อจากหญิงบริการทางเพศ 1,861 ราย (11.3%) หญิงบริการทางเพศติดเชื้อจากชาย 723 ราย (4.4%) และการติดเชื้อจากการใช้สารเสพติดชนิดฉีด 1,056 ราย (6.4%) (กรมควบคุมโรค :แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554)

สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย คาดว่า จะมีผู้ใหญ่วัยที่ติดเชื้อเอชไอวีสะสมตั้งแต่ปี 2527-2552 ประมาณ 1,127,168 ราย มีชีวิตอยู่ประมาณ 516,632 ราย คาดว่าในปี 2552 จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่จำนวนประมาณ 11,753 คน หรือมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ เฉลี่ยวันละ 32 คน ซึ่งร้อยละ 42 ติดเชื้อจากคู่นอนประจำ หรือติดจากสามี/ภรรยา และมีจำนวนร้อยละ 29 หรือกว่า 1 ใน 4 ติดเชื้อในกลุ่มชายรักชาย

สำนักระบาดวิทยาได้รายงานว่ามีผู้ป่วยเอดส์สะสมขึ้นทะเบียนรักษา ตั้งแต่ พ.ศ.2527 จนถึงวันที่ 30 เมษายน 2552 เป็นจำนวน 349,238 ราย เสียชีวิตแล้ว 94,507 ราย แต่การเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากการได้รับยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น พบว่าผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุที่เป็นวัยแรงงาน หรือ วัยเจริญพันธุ์ อยู่ในช่วงอายุ 15-59 ปี ถึงร้อยละ 93

จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2551ซึ่งได้ทำการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่องเป็นปีที่ 14 ในประชากร 5กลุ่ม พบว่าในกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5และนักเรียนอาชีวศึกษา นักเรียนทั้งชายและหญิง ตอบว่าตนเคยมีประสบการณ์ทางเพศเป็นสัดส่วนที่เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น จากเดิมร้อยละ 50เป็นร้อยละ 52 ยกเว้นนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ที่มีการใช้ถุงยางอนามัยลดลง จากร้อยละ 50เป็นร้อยละ 48 ทั้งนี้ในกลุ่มพนักงานชายและหญิงที่ทำงานแล้ว พบว่ากลุ่มพนักงานในสถานประกอบการ มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 43 ส่วนในทหารกองประจำการ มีแนวโน้มของการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นร้อยละ 48และใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 69 แต่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้อง เพียงร้อยละ 38 ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มลูกค้าประจำร้อยละ 94 แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยกับสามีเพียงร้อยละ 41และยังพบว่ากลุ่มพนักงานบริการทางเพศมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องเพียงร้อยละ 39

จากการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 12 ซึ่งมีวัตถุประสงค์คือ เพื่อเป็นเวทีแลกเปลี่ยนความรู้ใหม่ๆ ทั้งในด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระบาดวิทยา การป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ การดำเนินโครงการ การประเมินผล การพัฒนาระบบบริการต่างๆ ตลอดจนความรู้ในด้านพฤติกรรม ผลกระทบทางสังคม การมีส่วนร่วมจากชุมชน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมสัมมนาได้นำความรู้เหล่านี้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ต่อไป ประเด็นคือ เน้นให้ความสำคัญเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีเป้าหมาย ลดการติดเชื้อรายใหม่ให้ได้วันละไม่เกิน 20คน ภายในปี 2554 ล่าสุดในปี 2552ไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มวันละ 32คน โดยกว่า 1ใน 4 อยู่ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผลผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมและการติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2551 พบกลุ่มพนักงานชายและหญิงในสถานประกอบการหรือโรงงาน มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้องน้อย เพียงร้อยละ 43เท่านั้น

จากการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 12ที่ได้จัดขึ้นภายใต้แนวคิด Half by .2011Where we are! “ชุมชน คือ พลัง ร่วมป้องกัน ดูแล รักษาเอดส์” ซึ่งเน้นให้ความสำคัญเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ให้ได้ร้อยละ 50ในปี 2554ดังกล่าว เป็นไปตามแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างทั่วถึงและครอบคลุมแห่งชาติ โดยมีเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐ องค์กรเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ ผู้ปฏิบัติงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จากทุกภาคส่วน

นอกจากนั้น ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จะต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุม ทั่วถึง และต้องเข้าถึงบริการทางสังคมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80ซึ่งการดำเนินงานของประเทศไทยดังกล่าว ได้รับคำชื่นชมจากโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ว่ามีความเข้มแข็ง แม้ว่าประเทศจะประสบปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจก็ตาม แต่สามารถดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะยากจน ทำให้มีการเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างทั่วถึง เป็นประเทศตัวอย่างของโลก

3. ผลกระทบจากการบริหารจัดการภาครัฐแนวใหม่

การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยที่ผ่านมา ได้มีการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญ คือ การปฏิรูประบบราชการ ที่ทำให้โครงสร้างพื้นฐานของการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพเปลี่ยนไป นอกจากนี้ การปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ นโยบายของรัฐบาลเกี่ยวกับหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบงบประมาณแบบมุ่งเน้นผลงานตามยุทธศาสตร์ รวมทั้งสภาพแวดล้อมและสังคมเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไป ความก้าวหน้าของเทคโนโลยีในด้านต่างๆ ซึ่งส่งผลต่อการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ และการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่จะต้องปรับเปลี่ยนให้เหมาะสมสอดคล้องกับสถานการณ์ต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือ หลังจากได้มีการประกาศใช้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 และจากการที่ต้องเผชิญวิกฤติทางเศรษฐกิจและสังคม ทำให้ประชาคมต่างๆ หันมาร่วมกันผนึกกำลังผลักดันให้เกิดการปฏิรูปสังคมและการเมืองกันอย่างต่อเนื่องและจริงจัง จนส่งผลให้มีการตรากฎหมายใหม่หลายฉบับเช่น พระราชบัญญัติการปฏิรูปการศึกษา พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 พระราชบัญญัติปรับปรุงกระทรวง ทบวง กรม พ.ศ. 2545 และ พระราชบัญญัติระเบียบบริหารราชการแผ่นดิน (ฉบับที่ 5) พ.ศ. 2545 และพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยหลักเกณฑ์และวิธีการบริหารกิจการบ้านเมืองที่ดี พ.ศ. 2546 ทั้งนี้ เพื่อให้ภาคราชการเกิดการบริการจัดการเพื่อมุ่งสู่ผลสัมฤทธิ์ขององค์กร และสนองตอบต่อความต้องการของประชาชนได้ดีขึ้น มีการจัดโครงสร้างองค์กรภาครัฐให้กะทัดรัด คล่องตัว เน้นบทบาทเฉพาะเรื่องการกำหนดนโยบาย กฎระเบียบ และ สนับสนุนการถ่ายโอนภารกิจและงบประมาณส่งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งนี้ ในปี 2549 มีเป้าหมายที่จะจัดสรรงบประมาณสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นร้อยละ 35 ของงบประมาณภาครัฐทั้งหมด แต่จากปัญหาบางประการ ในปี 2549 ได้มีการจัดสรรงบประมาณสู่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นได้ร้อยละ 24.5 ของงบประมาณทั้งหมด

รัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 และ พระราชบัญญัติกำหนดแผนและขั้นตอนการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พ.ศ. 2542 มุ่งเน้นให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีอิสระในการกำหนดนโยบายและตัดสินใจในกิจกรรมของท้องถิ่น โดยมีการถ่ายโอนภารกิจทั้งด้านพัฒนาและบริการสาธารณะทั้งหมด 6 ด้าน 245 กิจกรรม แต่จากการประเมินพบว่า การบริหารจัดการ และกิจกรรมต่างๆ ยังไม่ครอบคลุมด้านการจัดระเบียบสังคม การวางแผน การส่งเสริมจารีตประเพณีและภูมิปัญญาท้องถิ่น และยังไม่สามารถเชื่อมโยงกับความพร้อมหรือขีดความสามารถของท้องถิ่น ซึ่งแต่ละแห่งมีความแตกต่างกัน

การเปลี่ยนแปลงที่กล่าวมา ทำให้แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จำเป็นต้องมีการปรับตัว โดยต้องให้ความสำคัญกับการบูรณาการกิจกรรมต่างๆ เข้าไปในภารกิจปกติของทุกภาคี ภาคส่วน ทั้งในระดับนโยบาย ระบบงาน การบริการและการปรับใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม ในขณะเดียวกันต้องปรับวิธีคิด วัฒนธรรมการทำงาน และศักยภาพของบุคลากรที่เกี่ยวข้องทั้งระบบ โดยเป็นการดำเนินงานภายใต้การบริหารจัดการในพื้นที่แบบบูรณาการซึ่งมี ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็น Chief Executive Officer (CEO) ซึ่งการบูรณาการระบบงานเป็นความเห็นพ้องของทุกภาคส่วน เพื่อการแก้ไขปัญหาและการพัฒนาที่สนองต่อความต้องการของประชาชนในพื้นที่

การกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตามพระราชบัญญัติดังกล่าว ได้มีผลบังคับใช้ตั้งแต่วันที่ 18 พฤศจิกายน 2542 ส่งผลให้หน้าที่และความรับผิดชอบได้ถูกกระจายสู่หน่วยงานในระดับพื้นที่มากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการตัดทอนงบประมาณปีงบประมาณ พ.ศ. 2549 ของกรมควบคุมโรคที่จะจัดสรรให้ภาคีเครือข่ายในพื้นที่ มีการจัดสรรงบประมาณสู่ระดับพื้นที่โดยตรงในสัดส่วนที่สูงขึ้น เพื่อให้แต่ละพื้นที่สามารถดำเนินงานพัฒนาในพื้นที่ตน ได้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและยุทธศาสตร์ของแต่ละพื้นที่ได้อย่างเต็มที่ ซึ่งในปีงบประมาณ 2549 ดังกล่าว คณะรัฐมนตรีได้ให้ความเห็นชอบในแนวทางการจัดสรรงบประมาณแบบบูรณาการ โดยมีงบประมาณจำนวน 40,000 ล้านบาท เพื่อให้พื้นที่ต่างๆ สามารถบริหารจัดการงบประมาณในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นให้สนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ รวมทั้งการระดมทุนจากภาคธุรกิจเอกชน องค์กรต่างๆ ในชุมชน เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่นั้นๆ ซึ่งตอบสนองต่อการบริหารจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ต้องการระบบใหม่ที่มีความยืดหยุ่น เช่น การบริหารจัดการที่เหมาะสมกับการปฏิรูประบบราชการและระบบงบประมาณ และลักษณะของการระบอบและการเพิ่มอำนาจทางการเงินแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จึงต้องตอบสนองต่อรูปแบบจำเพาะของการระบอบในแต่ละพื้นที่ การกระจายอำนาจด้านงบประมาณไปยังระดับท้องถิ่น ซึ่งเอื้อต่อการดำเนินงานในแนวนอน จะเน้นการติดตามการแพร่ระบาดและการกำหนดแนวทางในการป้องกันทั้งในระดับชาติและจังหวัด ซึ่งต้องการสนับสนุนทั้งด้านวิชาการแก่ท้องถิ่นสำหรับการจัดทำแผนงาน/โครงการดังกล่าว ทั้งนี้ความสำคัญอยู่ที่ การประเมินผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้เครื่องมือทางเศรษฐศาสตร์ และเพื่อกำหนดมาตรการและระบบที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และการระบาดที่เปลี่ยนไป

การประสานงานและกำหนดทิศทางจากส่วนกลางที่เหมาะสมกับสถานการณ์และลักษณะการระบาดในปัจจุบัน เนื่องจากโรคเอดส์ได้แพร่ระบาดในวงกว้างและประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง มาตรการ การแก้ปัญหาของกลุ่มดังกล่าว จะประสบความสำเร็จหรือไม่ อยู่ที่มาตรการดังกล่าวมีความเหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดและบริบททางสังคมของแต่ละพื้นที่อย่างไร และ พื้นที่ที่สามารถปรับเปลี่ยนมาตรการต่างๆ ได้ตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงทีหรือไม่ รวมทั้งการเน้นการแก้ปัญหาที่ต้นเหตุมากกว่าการแก้ที่ปลายเหตุ (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ. ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย 2547)

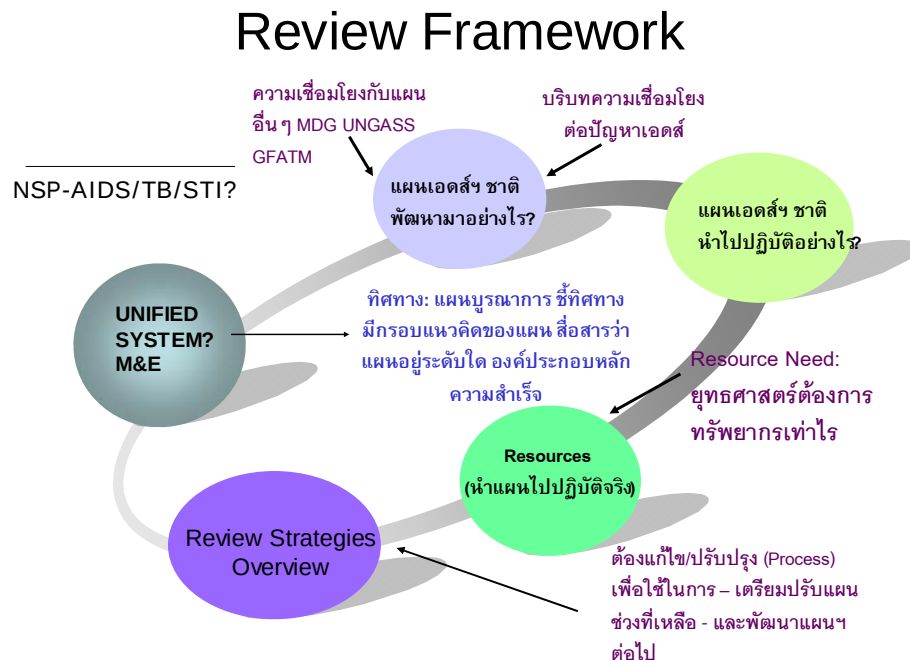
4. เป้าหมายการดำเนินงานทบทวน (Reviewing Purpose)

เพื่อทบทวนการดำเนินงานช่วงครึ่งแผนของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 ที่ดำเนินการโดยภาครัฐและหน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ในภาพรวม (แผนงาน/โครงการอะไรที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ผลการดำเนินการเป็นอย่างไร มีปัญหา/อุปสรรค และแนวทางแก้ไขอย่างไร และสามารถนำไปเป็นข้อเสนอในการดำเนินงานอีกช่วงที่เหลือได้)

นอกจากการทบทวนภาพรวมยุทธศาสตร์แล้ว สิ่งสำคัญในการแปลงแผนยุทธศาสตร์ไปปฏิบัติให้ได้จริงนั้น คือ ปัจจัยด้านทรัพยากร (Resources) ซึ่งไม่ใช่เฉพาะเรื่องเงิน (Budget) เท่านั้น แต่ควรจะรวมถึงปัจจัยด้าน

บุคลากร รวมทั้งเทคโนโลยีและองค์ความรู้ใหม่ๆ ด้วย ทั้งนี้การดำเนินการทบทวนควรมีลักษณะที่เป็น Unified system ดังแผนภูมิข้างล่าง

แผนภูมิที่ 1 การดำเนินการทบทวนที่เป็น Unified system



คณะทำงานวิชาการ ที่ดำเนินการทบทวนโครงการ (Technical Review Team) มีหน้าที่ดำเนินการทบทวนผลการดำเนินงานช่วงครึ่งแผนปี คือในช่วงพ.ศ. 2550-2552 โดยจะพิจารณาในภาพรวม เพื่อตอบคำถามว่ามีแผนยุทธศาสตร์นั้นประกอบด้วยประเด็นอะไรบ้าง ผลงานเป็นอย่างไร มีปัญหาอุปสรรคอะไรหรือไม่ และควรมีแนวทางแก้ไขเพื่อเป็นข้อเสนอแนะต่อไปอย่างไร

ขอบเขตการดำเนินงานมี 4 ข้อ ดังนี้

- ประเด็นที่ 1 การทบทวนการบริหารจัดการภาพรวมของทั้ง 4 ยุทธศาสตร์
- ประเด็นที่ 2 การประเมินความก้าวหน้าการดำเนินงานปี พ.ศ. 2550-2552
- ประเด็นที่ 3 การทบทวนภาพรวมการสนับสนุนด้านวิชาการด้านกระบวนการและเนื้อหาต่างๆ ซึ่ง Technical Review Team จะมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาความร่วมมือในอนาคต อย่างไร
- ประเด็นที่ 4 การนำเสนอ และอภิปรายผลร่วมกัน

ยุทธศาสตร์บูรณาการฯ ดังกล่าวประกอบด้วย 4 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ คือ

1. การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ
2. การบูรณาการการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาเอดส์ ตาม ประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย

3. การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
4. การติดตามประเมินผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ฯ มีเป้าหมายในการนำไปปฏิบัติ 3 เป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ คือ

1. การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงอย่างน้อยครึ่งหนึ่งจากที่เคยคาดประมาณไว้
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สามารถเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุมทั่วถึง
3. ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางสังคม สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

กรณีการทบทวนของยุทธศาสตร์ที่ 1- ประเด็นสำคัญ คือ การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ ประกอบด้วย

1. การบริหารจัดการ (Management function: planning organizing leading controlling)
2. การแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ
3. บริบท-การกระจายอำนาจ/กองทุนโลก
4. ระบบการทำงานเอดส์ของประเทศไทย
5. ศักยภาพการทำงานของเครือข่าย
6. การบูรณาการ-ดูผลการดำเนินงานว่าทำได้จริงหรือไม่ทุกระดับ และศักยภาพการทำงานของเครือข่าย

กรณียุทธศาสตร์ที่ 2: การบูรณาการการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาเอดส์ ตาม ประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย

กรณีการบูรณาการการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาเอดส์ตามประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยที่จะ เน้นที่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ (ANC) และพนักงานบริการ (Sex worker) เป็นพิเศษ ซึ่งจะหวังผลลัพธ์ในเชิงการป้องกัน การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับ Sex worker คือ ญูงยางอนามัย ทั้งนี้ สถานการณ์การติดเชื้อรายใหม่จะเน้นเฉพาะ ANC และ Sex worker (เป้าหมายที่ 1) ด้านการดูแลรักษาจะเน้นที่ TB/HIV การดูแลรักษาเราจะเน้นที่กระบวนการทำงานและคุณภาพบริการ (HIVQUAL-T) การดูแลแบบองค์รวม โดยจะทบทวนว่า การมีกับไม่มีศูนย์องค์รวมนั้น คุณภาพบริการมีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร และรวมทั้งระบบบริการยาต้านไวรัสเอดส์ และชุดสิทธิประโยชน์

เพื่อให้การทบทวนครอบคลุมในทุกกลุ่มประชากรเป้าหมาย ดังนั้น ในกลุ่ม MSM IDU Migrant และเยาวชนนั้น เป้าหมายการทบทวนในเรื่องการบูรณาการการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบในกลุ่มเด็กและผู้สูงอายุ ส่วนในเรื่องการป้องกัน จะเน้นกลุ่มประชากรเป้าหมาย 2 กลุ่ม คือ ANCและ Sex worker เป็นหลัก เนื่องจากมีผลการตรวจเลือด

การทบทวนกรณี TB/ HIV จะพิจารณาถึงแนวทางการดูแลรักษาว่า มีตัวชี้วัดอะไร ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร เช่น สถานการณ์โรคที่สัมพันธ์กับเอชไอวี 2 ลักษณะ คือ ความชุกของโรคในผู้ป่วยเอดส์ กับความชุกของการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยโรค ทั้งนี้การดูแลรักษาอาจนำผลเบื้องต้นจากการศึกษาการประเมินระบบบริการยาต้านไวรัสที่ดำเนินการ โดย สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) มาใช้ในการอธิบายร่วมด้วย

กรณียุทธศาสตร์ที่ 3 เป็นเรื่องของ Human Rights ซึ่งในภาคตะวันออก สามารถให้ข้อมูลส่วนนี้ได้

- โครงสร้าง/กลไกการจัดการเรื่องสิทธิ
- การเข้าถึง/การใช้สิทธิของกลุ่มเป้าหมาย
- ประเด็นการละเมิดสิทธิ
- การยอมรับของชุมชน การรังเกียจ
- เน้นเรื่อง “การตีตรา”

กรณียุทธศาสตร์ที่ 4 ดูเรื่องการติดตามประเมินผล ประโยชน์ของการนำข้อมูลไปใช้ในการวางแผนงาน ๗ งานวิจัย นวัตกรรม ประโยชน์จากการวิจัยที่นำไปใช้ในการกำหนดนโยบาย รวมถึงการทบทวนว่าความสำเร็จในการทำงานของแต่ละกลุ่มเป้าหมายมีอะไรบ้าง อะไรเป็นปัจจัยให้เกิดผลสำเร็จ

ยุทธศาสตร์ที่ 1-4 ประเด็นสำคัญ ในภาพรวม

- อะไรเป็นประเด็นสำคัญในแต่ละยุทธศาสตร์ ว่ามีแผนงาน/โครงการอะไรที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ผลการดำเนินการเป็นอย่างไร มีปัญหา/อุปสรรค และแนวทางแก้ไขอย่างไร และสามารถนำไปเป็นข้อเสนอในการดำเนินงานอีกช่วงที่เหลือได้
- มีการยกตัวอย่าง 1 ตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ เช่น sex worker/ANC ให้ระบุประเด็นความสำเร็จว่าจะเกิดขึ้นในแผนนี้/แผนหน้า อย่างไร

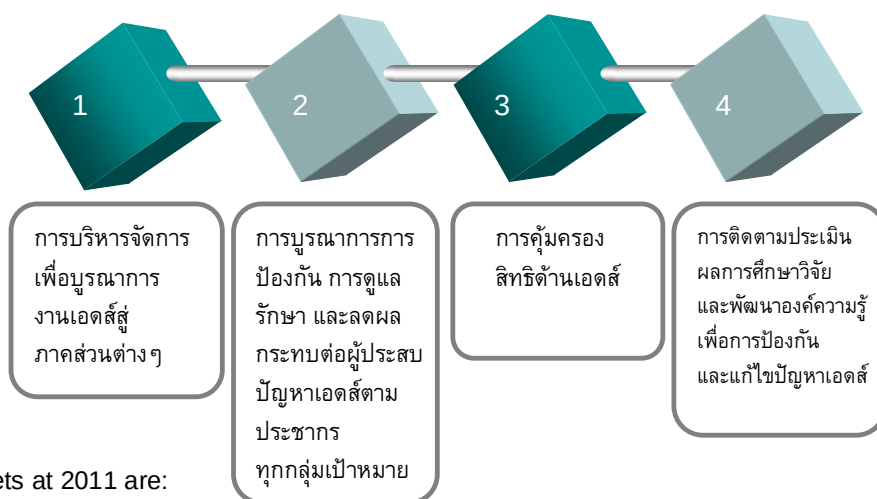
5. วัตถุประสงค์ของการดำเนินงานทบทวน (Reviewing Objectives)

5.1 เพื่อบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เข้าไปในภารกิจของหน่วยงานทุกระดับ และเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (ของทั้ง 4 ยุทธศาสตร์)

5.2 เพื่อบูรณาการกลยุทธการป้องกัน ดูแล รักษา และลดผลกระทบเข้าสู่การจัดบริการสำหรับประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย (พฤติกรรม คุณภาพชีวิต คุณค่าของครอบครัวชุมชน และการช่วยเหลือทางสังคม)

เพื่อบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เข้าไปในภารกิจของหน่วยงานทุกระดับและเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (ของทั้ง 4 ยุทธศาสตร์)

4 ยุทธศาสตร์ 3 เป้าหมาย



As targets at 2011 are:

- การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลงอย่างน้อยครึ่งหนึ่งจากที่เคยคาดประมาณไว้
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์สามารถเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุมทั่วถึง
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางสังคม สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

ประเด็นสำคัญเพื่อทบทวนตามวัตถุประสงค์ แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554 คือ

- เพื่อบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เข้าไปในภารกิจของหน่วยงานทุกระดับและเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน ตามยุทธศาสตร์
 1. การบริหารจัดการ (Management)
 2. ประชากรกลุ่มเป้าหมาย (Target Population)
 3. การคุ้มครองสิทธิ (Human Rights)
 4. การกำกับ ประเมินผล วิจัย และการจัดการความรู้ (Monitoring, evaluation, research and knowledge management)

ยุทธศาสตร์ที่ 1 -ประเด็นสำคัญ การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ

- การบริหารจัดการ (planning organizing leading controlling)
- บริบท-การกระจายอำนาจ/กองทุนโลก
- การบูรณาการ-ดูผลการดำเนินงานว่าทำได้จริงหรือไม่ทุกระดับและศักยภาพการทำงานของเครือข่าย

ยุทธศาสตร์ที่ 2 -ประเด็นสำคัญ การบูรณาการการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาเอดส์ตามประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย

- ประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย โดยเน้นที่ หญิงตั้งครรภ์ / พนักงานบริการ / ผู้ใช้สารเสพติด / เด็ก-ผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบ
- สถานการณ์การติดเชื้อรายใหม่ตามกลุ่มเป้าหมาย focus on ANC-Sex worker
- เปรียบเทียบ การทำงานแบบมีศูนย์องค์รวม กับไม่มี คุณภาพบริการต่างกันหรือไม่ (เน้นที่กระบวนการทำงาน –โดยเฉพาะการเข้าถึงและคุณภาพบริการ-HIVQLT)
- การเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เช่น VCT การรับบริการยาต้านไวรัส
- การบริหารจัดการถุงยางอนามัยทั้งหมด focus sex worker

ยุทธศาสตร์ที่ 3 – ประเด็นสำคัญ การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (Human Rights)

- โครงสร้าง/กลไกการจัดการเรื่องสิทธิ
- การเข้าถึง/การใช้สิทธิของกลุ่มเป้าหมาย
- ประเด็นการละเมิดสิทธิ
- การยอมรับของชุมชน การรังเกียจ
- เน้นเรื่อง “การตีตรา”

ยุทธศาสตร์ที่ 4 - ประเด็นสำคัญ การติดตามประเมินผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (Monitoring, evaluation, research and knowledge management)

- ภาพรวมการทำงานด้านวิจัยเกี่ยวกับเอดส์บวกรับการพัฒนาองค์ความรู้ นวัตกรรมใหม่ ๆ และสามารถกำหนดเป็นนโยบายได้

ยุทธศาสตร์ที่ 1-4 ประเด็นสำคัญ ในภาพรวม

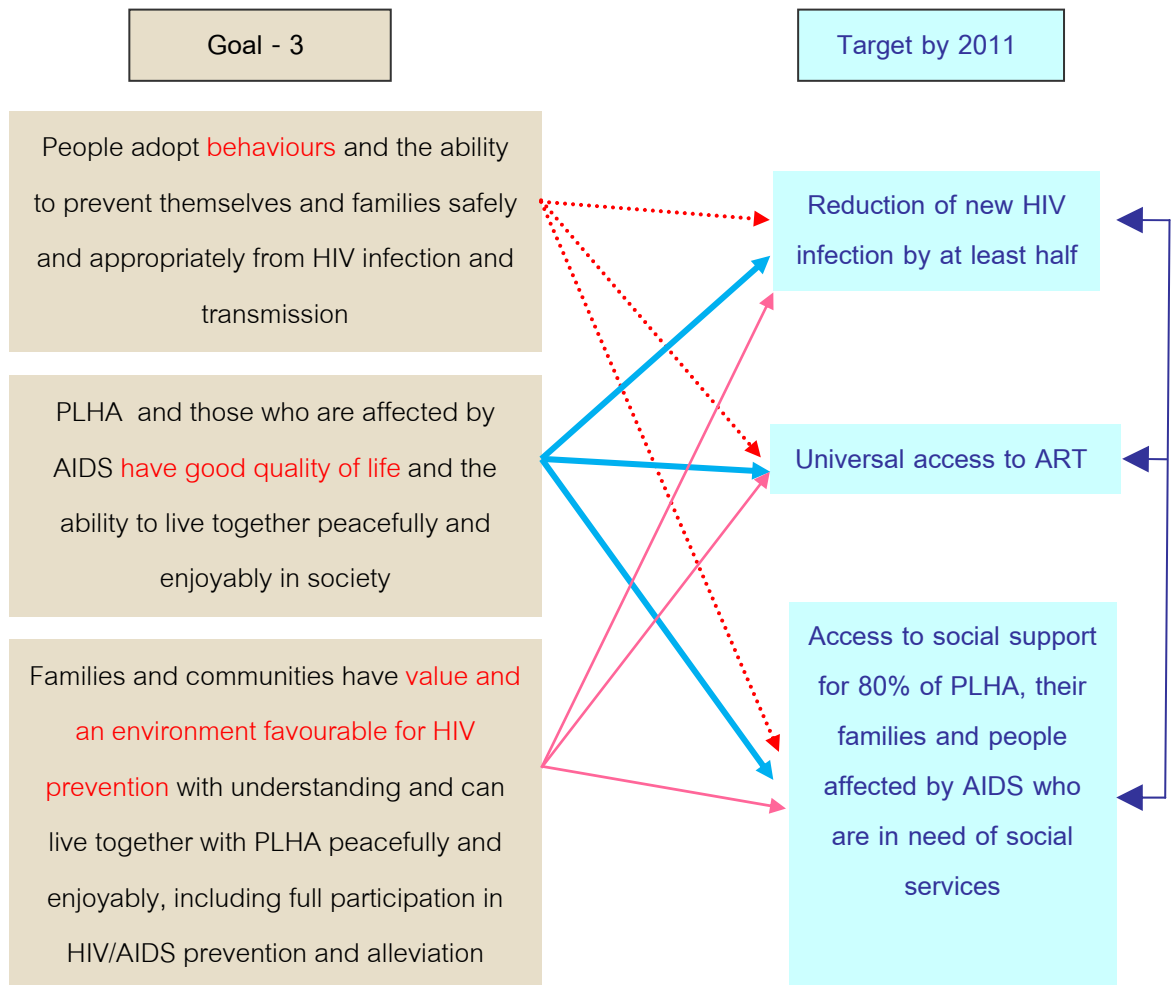
- อะไรเป็นประเด็นสำคัญในแต่ละยุทธศาสตร์ ว่ามีแผนงาน/โครงการอะไรที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ผลการดำเนินการเป็นอย่างไร มีปัญหา/อุปสรรค และแนวทางแก้ไขอย่างไร และสามารถนำไปเป็นข้อเสนอในการดำเนินงานอีกช่วงที่เหลือได้
- มีการยกตัวอย่าง 1 ตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ เช่น sex worker/ANC ให้ระบุประเด็นความสำเร็จว่าจะเกิดขึ้นในแผนนี้/แผนหน้า อย่างไร

เพื่อบูรณาการกลยุทธ์การป้องกัน ดูแล รักษา และลดผลกระทบเข้าสู่การจัดบริการสำหรับประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย (Goals: พฤติกรรม คุณภาพชีวิต คุณค่าของครอบครัวชุมชนและการช่วยเหลือทางสังคม)

- เพื่อบูรณาการกลยุทธ์การป้องกัน ดูแล รักษา และลดผลกระทบเข้าสู่การจัดบริการสำหรับประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย)หญิงตั้งครรภ์และผู้ขายบริการทางเพศทั้งหญิงและชาย ในเรื่อง สถานการณ์การติดเชื้อรายใหม่ การบริหารจัดการถุงยางอนามัย กระบวนการทำงานของศูนย์

องค์รวม การเข้าถึงบริการ/สิทธิประโยชน์ต่าง ๆ โดยเน้นการให้การปรึกษาก่อนการตรวจเลือด โดยสมัครใจ คุณภาพบริการ การดูแลรักษาในกลุ่ม TB/HIV รวมถึงประเด็นการดูแลช่วยเหลือกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ได้แก่ ผู้สูงอายุและเด็ก

แผนภูมิที่ 3 รายละเอียด 3 เป้าประสงค์ และ 3 เป้าหมาย



6. โครงสร้างการดำเนินงานทบทวน

รูปแบบหรือแนวทางการดำเนินโครงการทบทวน มีลักษณะการดำเนินงานแบบสังเกตการณ์ (Observational design) โดยอาศัยรูปแบบการทบทวนและวิเคราะห์ผลแบบ Rapid appraisal ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (Qualitative and quantitative data collection) โดยคณะทำงานวิชาการ และสนับสนุนการปฏิบัติงานในพื้นที่ โครงการศึกษาวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554

6.1 คณะทำงาน

คณะทำงานวิชาการและสนับสนุนการปฏิบัติงานในพื้นที่ โครงการศึกษาวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 หรือ คณะทำงานวิชาการฯ ทบทวน ครึ่งแผน (Technical Review Committee) มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้

- วางแผนการทบทวนครึ่งแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ กำหนดทิศทาง และแนวทางการดำเนินการทบทวน ประกอบด้วย หัวข้อ วิธีการ และแนวทางการวิเคราะห์ผลการทบทวน
- เตรียมแผนปฏิบัติการทบทวนครึ่งแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ และประสานงานกับคณะทำงาน
- ปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อรวบรวมเอกสารโครงการต่างๆ รวมทั้งรายงานการติดตาม และรายงานผลโครงการ
- เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารตามแนวทางที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการทบทวนครึ่งแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ
- ลงพื้นที่ใน 8 จังหวัดเครือข่าย ได้แก่ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ ขอนแก่น อุบลราชธานี อุตรดิตถ์ ชะเชิงเทรา สงขลา และจังหวัดภูเก็ต เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมทั้ง ทบทวนผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความถูกต้องชัดเจนของการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล
- จัดทำรายงานสรุปผลการทบทวนครึ่งแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแก่ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้พิจารณาสรุปผลการทบทวน และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อการปรับปรุงผลการทบทวนครึ่งแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ

6.2 แนวทางการทบทวน

การสังเกตการณ์ (Observational design) โดยอาศัยรูปแบบการทบทวน และวิเคราะห์ผลแบบ Rapid appraisal ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (Qualitative and quantitative data collection) ประกอบด้วย

- การทบทวนเอกสาร (Document reviews)
- การสัมภาษณ์ (Key informant interview: focus group and individual)
- การตอบแบบสอบถาม (Questionnaires interview)

ทั้งนี้ รายละเอียดรูปแบบและวิธีการทบทวนจะพิจารณาและกำหนดโดยคณะทำงานวิชาการฯ

6.3 ขอบเขตความเชี่ยวชาญ (Areas of expertise)

- การวางแผนนโยบาย และยุทธศาสตร์ (Policy and strategy planning)
- การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ (Four management functions)
- การป้องกันและการดูแลรักษาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV/AIDS, STI and TB prevention and care)
- คุณภาพบริการ (Service Quality)
- การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (Behavioral change and communication)
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากร (Capacity building)
- สารสนเทศเพื่อการวางแผนยุทธศาสตร์ (การเฝ้าระวัง ติดตามประเมินผล และเทคโนโลยีสารสนเทศ, Strategic information, Surveillance, M&E and Informatics)
- การทดสอบทางห้องปฏิบัติการ (Laboratory)

7. ขั้นตอนดำเนินการ

ขอบเขตการดำเนินงานทบทวนครั้งแผน (แผนยุทธศาสตร์บูรณาการ การป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554")

1. จัดทำคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงาน (Task force) เพื่อจัดทำกรอบแนวทางการทบทวนการดำเนินงานช่วงครึ่ง แผนของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการ การป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 (คำสั่ง กรมควบคุมโรคที่ 511/2552 ลงวันที่ 2 กรกฎาคม 2552: ดำเนินการจัดทำ Formative Research Stage ที่สคร เขต 10 -เชียงใหม่ และสคร เขต 12 สงขลา) ได้มีการแก้ไขและจัดทำคำสั่งเพิ่มเติม
2. จัดประชุมเพื่อนำเสนอกรอบแนวคิดเพื่อทบทวนการดำเนินงานช่วงครึ่งแผนฯ เสนอต่อสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (28 กรกฎาคม 2552)
3. ทบทวนเอกสาร/ข้อมูลที่เกี่ยวข้องทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ โดยการทบทวนกรอบแนวคิด และพัฒนา เครื่องมือและวิธีการที่เหมาะสม (10-22 สิงหาคม 2552)
4. เก็บรวบรวมข้อมูลโดยวิธีการที่เหมาะสมเช่น การสัมภาษณ์รายบุคคล การสัมภาษณ์กลุ่ม การเก็บข้อมูล ภาคสนาม รวมทั้งการวิเคราะห์ข้อมูล (1-10 กันยายน 2552)
5. จัดประชุมเพื่อนำเสนอผลการศึกษา จำนวน 2 ครั้ง ดังนี้
6. ครั้งที่ 1 นำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นเพื่อให้สำนักโรคเอดส์ฯ พิจารณาผลการประเมิน/ทบทวนและให้ ข้อเสนอแนะ
7. ครั้งที่ 2 นำเสนอสรุปผลการประเมิน การอภิปรายผล และข้อค้นพบ ข้อเสนอแนะ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค และให้นำข้อคิดเห็นของสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผู้เกี่ยวข้องไปปรับปรุง ผลการศึกษาเพิ่มเติม (20 พฤศจิกายน 2552)
8. จัดทำสรุปผลการศึกษาและรายงานผลการศึกษา พร้อมทั้งข้อค้นพบและข้อเสนอแนะ
9. จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์เป็นเอกสาร และเป็น Electronics file

ทั้งนี้ คณะทำงานฯ จะร่วมกันหารือในแนวทางการดำเนินการทบทวนการดำเนินโครงการ ขั้นตอนการดำเนินงานข้างต้น โดยเบื้องต้น จะดำเนินการทบทวนทำความเข้าใจกับโครงสร้างคณะกรรมการแห่งชาติ ว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด แผนยุทธศาสตร์บูรณาการ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด รวมทั้งการติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด และบทบาทหน้าที่ของหน่วยงาน/องค์กรที่เกี่ยวข้อง เช่น ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหายาเสพติด (ศบ.จอ.) คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดจังหวัด การระดมสมองเพื่อทำความเข้าใจกับความต้องการของการทบทวนการดำเนินโครงการ และแนวทางการนำผลที่ได้ไปใช้

นอกจากนั้น คณะทำงานวิชาการฯ จะร่วมกันกำหนดกรอบแนวทางการทบทวน โดยกำหนดคำถามตัวชี้วัด เครื่องมือเก็บข้อมูล และแนวทางการวิเคราะห์ผลการทบทวน เก็บข้อมูล วิเคราะห์ และสรุปผลเบื้องต้น นำเสนอผลที่ได้แก่ผู้เกี่ยวข้องรวมทั้งภาคีเครือข่าย (ภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาควิชาการ และองค์กรระหว่างประเทศ) และแลกเปลี่ยนความคิดเห็น จัดทำข้อเสนอแนะสำหรับผู้บริหารและผู้เกี่ยวข้องดังกล่าว

กรอบการทบทวนเพื่อตอบวัตถุประสงค์ของการดำเนินงานทบทวน

- ส่วนที่ 1 ระดับการทำงานในภาพรวมทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ แบ่งเป็นรายภาคและรายประชากรกลุ่มเป้าหมาย
- ส่วนที่ 2 ระดับการประสานงาน/การดำเนินงานระหว่างส่วนกลางและภูมิภาค เช่น หน่วยงานอื่นๆ ที่มีส่วนร่วมในการดำเนินโครงการ โดยในแต่ละส่วนนำเสนอเป็นลำดับดังนี้
 - ความก้าวหน้าของการดำเนินงานช่วงเวลา พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2552 และ/หรือผลสำเร็จของการดำเนินงานโครงการ (Achievement)
 - ภาพรวมการสนับสนุนด้านวิชาการ กระบวนการและเนื้อหาต่าง ๆ และ/หรือบทเรียนจากการดำเนินการแผนงาน/โครงการ (Lesson learned)
 - กลไกการประสานงาน ความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ เพื่อการบูรณาการโครงการ (Integration)

ตอนที่ 2

กรอบแนวทางการทบทวน (Program Review Framework)

.....

1. โครงสร้างการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

1.1 คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

การบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติมีพัฒนาการตามขั้นตอนจาก ระดับการบริหารแผนงานโครงการ ป้องกันโรคเอดส์ สู่การบริหารจัดการระดับชาติในรูปแบบคณะกรรมการ มีคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เป็นองค์กรหลัก โดยมีรายละเอียดโครงสร้างการทำงานดังต่อไปนี้

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) ประกอบด้วย นายกรัฐมนตรี เป็นประธาน และ อธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นกรรมการและเลขานุการ มีหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนงาน มาตรการ ควบคุม กำกับ และประสานงาน แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยมี ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการ ปัญหาเอดส์แห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการ คณะอนุกรรมการประสานงาน งบประมาณ ติดตาม กำกับ ประเมินผล มี อธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นประธาน ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคเป็นอนุกรรมการและเลขานุการ มีหน้าที่ในการเสนอยุทธศาสตร์ ประสาน สนับสนุน ติดตาม กำกับ ประเมินผล และจัดทำระบบข้อมูล แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีหน้าที่ กำหนด ทิศทาง นโยบาย ติดตาม ประสานการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับจังหวัด โดยมีศูนย์ ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการ จากการประเมินผล พบว่า คณะอนุกรรมการชุดนี้ทำให้จังหวัดร้อยละ 70 - 85 มีกลไกการบริหารจัดการที่เป็นรูปธรรม สามารถประสาน เครือข่ายและจัดทำแผนงานในเชิงบูรณาการได้

คณะอนุกรรมการควบคุมการทดลองวัคซีนป้องกันและรักษาโรคเอดส์ มี ศ.นพ. อมร ลีลาวัศมี เป็น ประธาน ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นเลขานุการ มีหน้าที่ในการกำหนด นโยบาย หลักเกณฑ์ในการดำเนินการวิจัยและพัฒนาวัคซีนป้องกันและรักษาโรคเอดส์ ตลอดจนส่งเสริม ติดตาม กลั่นกรอง ตรวจสอบการวิจัยและพัฒนาวัคซีนเพื่อการป้องกันหรือรักษาโรคเอดส์ให้ได้ตามมาตรฐาน และ ประมวลองค์ความรู้ทางวิชาการ และเผยแพร่ข้อมูลการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่เหมาะสมสู่สาธารณชน ซึ่งปัจจุบัน การวิจัยวัคซีนเอดส์ของไทยได้พัฒนาสู่การทดสอบในระยะที่ 3 เพื่อพิสูจน์ว่าวัคซีนสามารถป้องกันการติดเชื้อได้ หรือไม่

1.1.1 ขั้นตอนการทำงานของ คช.ปอ.

- คช.ปอ. กำหนดแนวทางการจัดทำคำของบประมาณและการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับชาติ ภายใต้ข้อเสนอของคณะกรรมการทั้ง 3 ชุด
- หน่วยงานที่เกี่ยวข้องดำเนินการจัดทำแผนคำของบประมาณ และแผนปฏิบัติงานตามแนวนโยบายของ คช.ปอ. ภายใต้กรอบภารกิจของหน่วยงาน
- การติดตาม ประเมินผล ได้กำหนดให้หน่วยงานผู้รับผิดชอบโครงการเป็นผู้ประเมินผลในโครงการนั้น โดยมี คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเป็นผู้ติดตามและประเมินในภาพรวมของจังหวัด และ ศบ.จอ. รวบรวมผลการประเมินในภาพรวมของประเทศ

1.1.2 ปัญหาการดำเนินงานระดับชาติ

- ศบ.จอ ซึ่งเป็นหน่วยงานเลขานุการที่ไม่สามารถผลักดันแนวทางการดำเนินงานเชิงนโยบายได้อย่างเป็นรูปธรรม
- งานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ยังขาดการบริหารจัดการฐานข้อมูลที่เป็นระบบ ทำให้ไม่สามารถใช้ข้อมูลเพื่อกำหนดทิศทางและนโยบายการดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- กลไกการทำงานไม่สามารถปรับตัวได้ทันกับกระแสการปฏิรูประบบราชการ เป็นผลให้ กลไกการประสานระหว่างภาคี/เครือข่ายไม่เข้มแข็ง การกระจายทรัพยากรไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหาของพื้นที่
- การติดตามประเมินผล ยังไม่เป็นระบบ และไม่สอดคล้องกับระบาดวิทยาที่เปลี่ยนแปลงไป

1.1.3 ปัญหาการดำเนินงานระดับจังหวัด

- คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดยังขาดผู้นำการด้านการบริหารจัดการในจังหวัด ขาดการประสานนโยบายและแผน ทำให้ไม่มีการแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติได้อย่างเป็นรูปธรรม
- ขาดการสนับสนุนที่ต่อเนื่องในทุกระดับ ทำให้การทำงานขาดความต่อเนื่องและไม่ยั่งยืน ระบบการสนับสนุนงบประมาณ ขาดการเชื่อมต่อกับยุทธศาสตร์จังหวัด และการประสานขอรับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- ระบบการติดตาม ประเมินผลในระดับจังหวัด ส่วนใหญ่เป็นการติดตามรายโครงการ ขาดการติดตามและสรุปงานในภาพรวม

1.2 เครือข่ายการทำงานขององค์กรภาครัฐ

ในแผนบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มีองค์กรภาครัฐซึ่งมีกิจกรรมเกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ ดำเนินงานภายใต้กรอบภารกิจ และกลุ่มเป้าหมายของหน่วยงาน มีศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติเป็นหน่วยงานกลางในการประสานแผนงาน แผนงบประมาณ และติดตามผลการดำเนินงาน

กิจกรรมในองค์กรในเครือข่ายเครือข่ายส่วนใหญ่ เป็นกิจกรรมการรณรงค์ สุขศึกษา และพัฒนาแกนนำในกลุ่มต่างๆ

1.3 เครือข่ายการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน และองค์กรภาคเอกชน

องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ซึ่งหมายถึงองค์กรพัฒนาเอกชนสาธารณประโยชน์ องค์กรชุมชน และองค์กรเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ตลอดจนองค์กรศาสนาและอื่นๆที่มีกิจกรรมสาธารณประโยชน์เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้มีบทบาทเป็นอย่างมากต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในทุกระดับ โดยเฉพาะกิจกรรมเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มประชากรกลุ่มเสี่ยงและด้อยโอกาสที่เข้าถึงยากเช่น กลุ่มชาวเขา กลุ่มชาวประมง กลุ่มแรงงานต่างชาติ

จากการที่องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์เป็นองค์กรที่เกิดจากการรวมตัวของกลุ่มบุคคลที่มีทักษะความชำนาญที่หลากหลาย รวมตัวในหลายรูปแบบเช่น กลุ่ม ชมรม สมาคม หรือมูลนิธิ และพัฒนารูปแบบและเครือข่ายการประสานงานและสนับสนุนระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชนด้วยกันเอง ดังนี้

- คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ) เป็นองค์กรกลาง และมีคณะกรรมการย่อยในระดับภาค คณะกรรมการนี้มีหน้าที่ในการประสาน สนับสนุนการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนในเครือข่าย
- ในส่วนผู้ติดเชื้อมีการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมเกิดเป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อระดับชาติ และเครือข่ายผู้ติดเชื้อระดับภาค ระดับจังหวัด และมีแนวโน้มจะเกิดเครือข่ายผู้ติดเชื้อระดับอำเภอในอนาคต ในปัจจุบันมีองค์กรผู้ติดเชื้อในเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทยแล้วจำนวนมาก และกำลังเติบโตเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว กิจกรรมในองค์กรผู้ติดเชื้อเอดส์ ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันภายในกลุ่ม รวมทั้งการติดตามการใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

1.4 เครือข่ายการทำงานขององค์กรระหว่างประเทศ

ในประเทศไทยมีองค์กรระหว่างประเทศเข้ามาสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จำนวนมาก ทั้งองค์การได้สำนักงานสหประชาชาติ เช่น UNAIDS และองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ การสนับสนุนและดำเนินงานขององค์กรเหล่านี้ส่วนใหญ่อยู่ภายใต้นโยบายที่จะสร้างเสริมความร่วมมือ เพื่อประสานการใช้ทรัพยากร และแลกเปลี่ยนเทคโนโลยี โดยเฉพาะกับประเทศเพื่อนบ้าน และในภูมิภาคเอเชีย ดังนั้นส่วนใหญ่จึงเป็นกิจกรรมเพื่อการวิจัย การจัดการประชุมระดับนานาชาติ ให้การศึกษาดูงาน และการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มประชากรเฉพาะ แต่อย่างไรก็ตาม จนถึงปัจจุบัน ยังไม่มีระบบที่สามารถประสาน รวบรวม และติดตาม การสนับสนุนและผลการดำเนินงานจากการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศเหล่านี้อย่างเป็นทางการ

กองทุนโลกเริ่มก่อตั้งในปี พ.ศ. 2544 ริเริ่มโดยองค์การสหประชาชาติ เพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย เนื่องจากมีความตระหนักต่อปัญหา 3 โรคที่ทำให้คนเสียชีวิตปีละ 6 ล้านคน ปัจจุบันมี 57 ประเทศที่ร่วมบริจาคเงินทุนกว่า 3,400 พันล้านเหรียญสหรัฐ เพื่อสนับสนุนการดำเนินงานของกองทุนโลก การ

ดำเนินงานใน 5 รอบที่ผ่านมา มีเงินลงทุน 4,400 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และให้การสนับสนุนโครงการต่างๆ ของ 133 ประเทศ

ปีพ.ศ. 2544 ประเทศไทยได้รับทุนจากกองทุนโลก รอบที่ 1 จำนวน 109 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งการดำเนินงานด้านเอดส์ ทั้งการป้องกันและดูแลรักษา และในรอบที่ 2 จำนวน 14.7 ล้านดอลลาร์ เพื่อดำเนินโครงการดูแลรักษาหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยกรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานผู้รับทุนหลัก (Principle Recipient-PR) และสนับสนุนการดำเนินงาน 14 โครงการ แบ่งเป็นด้านการป้องกัน 7 โครงการ และการดูแลรักษา 7 โครงการ และในปีพ.ศ. 2549 กองทุนโลกได้ให้การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการติดตามประเมินผลหน่วยงานผู้รับทุนรอง (Sub Recipient -SR) ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก รวมทั้งการพัฒนาบุคลากร และการพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ จำนวน 7.653 ล้านดอลลาร์สหรัฐ

2. การทบทวนยุทธศาสตร์

จากผลการวิเคราะห์ยุทธศาสตร์และการกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (วิพุธ พูลเจริญ, 2548) การพลิกผันกลยุทธ์และกลวิธีในการปฏิบัติงานของกรมควบคุมโรค จะต้องเร่งปรับให้เท่าทันกับเงื่อนไขในปัจจุบันเป็นผลจากภาวะกดดันเชิงนโยบายของรัฐบาล ด้วยเหตุผลสำคัญในเรื่องข้อจำกัดทางงบประมาณในการดำเนินการในแผนปฏิบัติการ 2549 ด้วยการจัดสรรงบประมาณของรัฐบาลที่ลดอย่างต่อเนื่องถึงร้อยละ 32.77 ของงบประมาณที่เคยได้รับในปี พ.ศ. 2548 ส่งผลให้งบประมาณสำหรับบุคลากรขึ้นมาเป็นร้อยละ 52.73 ของงบประมาณที่ได้รับ ซึ่งให้เห็นว่า กรมควบคุมโรคจำต้องหันมามุ่งเน้นการปรับสมรรถนะของบุคลากร ดังนั้น การปรับงบประมาณภายใต้การเปลี่ยนผ่านเชิงยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรค จึงควรคำนึงถึงการมุ่งหวังผลให้เกิดการเปลี่ยนผ่านใหม่ขององค์กร ซึ่งย่อมแตกต่างจากการปรับลดงบประมาณในสถานการณ์ปกติ ที่เพียงแต่ปรับลดงบประมาณในทุกสำนัก กอง หรือหน่วยงานต่าง ๆ ตามกิจกรรมที่รับผิดชอบเท่านั้น

ดังนั้น ในการทบทวนแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ คณะทำงานวิชาการฯ จึงได้ผสมผสานโครงสร้างการทำงานของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์ ร่วมกับใช้ผังการกำหนดยุทธศาสตร์บูรณาการฯ พ.ศ. 2550-2552 จำแนกตามบทบาทหน้าที่ และแสดงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน ดำเนินการกำหนดกลุ่มภารกิจ ยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 รวมทั้งทบทวนรายละเอียดกรอบภารกิจ (2550-2552) ของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการ การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์ โดยอาศัยบุคลากรสามกลุ่มองค์กร ที่สอดคล้องกับผลการวิเคราะห์ยุทธศาสตร์และการกำหนดดัชนีชี้วัดความสำเร็จ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดังนี้

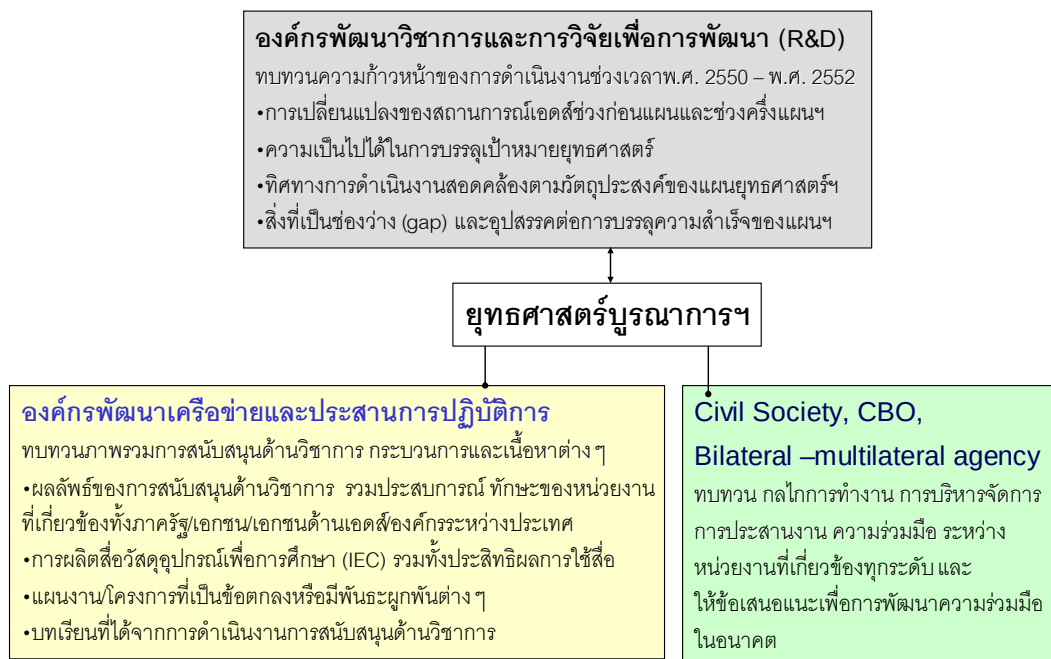
- ผู้รับผิดชอบด้านการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 โดยตรง (R&D: Strategic manager)
- เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานระดับปฏิบัติการทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ เช่น กองแผนงาน/สคร (Operation manager)
 - พิจารณาลักษณะกิจกรรมให้ครอบคลุม

— เจ้าหน้าที่/นักวิชาการภายนอก (Civil Society)

- อาศัยประสบการณ์และความรู้ในระเบียบวิธีสำหรับกิจกรรมดำเนินงานที่สอดคล้องกับกลุ่มยุทธศาสตร์ที่จะทำการทบทวน

แผนภูมิที่ 4 ผังการกำหนดยุทธศาสตร์บูรณาการ ตามบทบาทหน้าที่ และ ความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน

ผังการกำหนดยุทธศาสตร์บูรณาการฯ พ.ศ. 2550-2552
จำแนกตามบทบาทหน้าที่ และแสดงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน



กลุ่มที่ 1: องค์กรพัฒนาวิชาการและการวิจัยเพื่อการพัฒนา (R&D) โดยทบทวนความก้าวหน้าของการดำเนินงานช่วงเวลา พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2552

- การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์เอตส์ช่วงก่อนแผนและช่วงครึ่งแผนฯ
- ความเป็นไปได้ในการบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์
- ทิศทางการดำเนินงานสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของแผนฯ
- สิ่งที่เป็นช่องว่าง (gap) และอุปสรรคต่อการบรรลุความสำเร็จของแผนฯ

กลุ่มที่ 2: องค์การพัฒนาเครือข่ายและประสานการปฏิบัติการทบทวนภาพรวมการสนับสนุนด้านวิชาการ
กระบวนการและเนื้อหาต่าง ๆ

- ผลลัพธ์ของการสนับสนุนด้านวิชาการ รวมประสบการณ์ ทักษะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ/เอกชน/เอกชนด้านเอดส์/องค์กรระหว่างประเทศ
- การผลิตสื่อวัสดุอุปกรณ์เพื่อการศึกษา (IEC) รวมทั้งประสิทธิภาพการใช้สื่อ
- แผนงาน/โครงการที่เป็นข้อตกลงหรือมีพันธะผูกพันต่าง ๆ
- บทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานการสนับสนุนด้านวิชาการ

กลุ่มที่ 3: องค์การสนับสนุน-Civil Society

- ทบทวน กลไกการประสานงาน ความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ และให้ข้อเสนอแนะ เพื่อการพัฒนาความร่วมมือในอนาคต

3. สาระ/ประเด็นที่นำมาพัฒนาเครื่องมือ

การพัฒนาเครื่องมือในการทบทวนครั้งนี้มีสาระและประเด็นในแง่มุมต่างๆ ที่นำมาใช้ในการพิจารณา
ประกอบการพัฒนาเครื่องมือ ประเด็นที่นำมาพิจารณาคือ

- การให้ความสำคัญในกลุ่มสตรีและเยาวชนมากขึ้น โดยไม่ละเลยกลุ่มเสี่ยงเดิม เช่น ผู้ที่ขายบริการทางเพศ, MSM, IDU เป็นต้น
- ความสมดุลระหว่างการให้ความสำคัญต่อกิจกรรมทางด้านการดูแลรักษา (care) และด้านการป้องกัน (prevention)
- จัดหาทรัพยากรมาเพิ่มเพื่อใช้ในกิจกรรมที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ รวมถึงการวิจัยและพัฒนาวัคซีนโรคเอดส์ และ microbicide ด้วย
- การ scale-up โครงการที่เคยเป็นโครงการสาธิต (demonstration project) ให้มีการครอบคลุมมากขึ้น และเป็นโครงการระดับชาติ
- การให้ความสำคัญและบทบาทของประเทศที่รับความช่วยเหลือมากขึ้น ประเทศที่ให้ความช่วยเหลือ (donor country) ควรจะให้ความช่วยเหลือ โดยอาศัย framework และกลไกการวางแผน การดำเนินการ การติดตามกำกับ และการประเมินผลของประเทศที่รับความช่วยเหลือ หากมีความจำเป็นก็ต้องมีการเพิ่มขีดความสามารถของประเทศที่รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ด้วย
- การนำเสนอโครงการที่ได้รับการขยาย (Scale up) หรือมีความมุ่งมั่นที่จะขยายแล้ว เช่น การให้ยาป้องกัน การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก การทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์เข้าถึงยาต้านไวรัสได้มากขึ้น อาทิโครงการ 3x5 ของ องค์การอนามัยโลก
- แสดงความมุ่งมั่น (commitment) แล้วร่วมกับแสดงความรับผิดชอบ (accountability) ของตนเอง

4. การดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายที่นำมาพัฒนาเครื่องมือ

- ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) : พฤติกรรมในสังคมบางอย่าง เช่น ความรังเกียจ การแบ่งแยกเหยียดหยามก่อให้เกิดปมด้อย และจำกัดสิทธิมนุษยชน เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มนี้ การดำเนินงาน เน้นในเรื่องของการให้สิทธิ และงดเว้นการแบ่งแยก ให้การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร จัดสภาพแวดล้อมในสังคมและร่วมประสานงานกับองค์กรชุมชนที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เปลี่ยนคำว่า “Male to Male Sex” เป็น “Sex between Men” เพื่อให้เห็นถึงความเท่าเทียม
- ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (PLWHA) : เน้นการทำงานเพื่อชุมชน และการทำให้ผู้อื่นร่วมรับผิดชอบ โดยจะประยุกต์ใช้ UN Declaration of Commitment on HIV/AIDS ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ตรวจสอบรัฐบาลหรือหน่วยงานให้ทุนว่ามีความรับผิดชอบต่อคนอื่นหรือไม่ นอกจากนั้นยังต้องช่วยส่งเสริมให้มีภาคีเครือข่าย (partnership) ใหม่ ๆ และเสริมภาคีเครือข่ายที่มีอยู่เดิมให้เข้มแข็งขึ้น และควรส่งเสริมการเข้าถึงตามข้อมูลที่ต้องการโดยให้ผู้ติดเชื้อมีส่วนร่วมด้วย
- Uniform services : โดยเฉพาะกลุ่มทหาร กองทัพไทยมุ่งทำให้การดำเนินงานสามารถป้องกันชายไทยในวัยรับใช้ราชการทหารไม่น้อยกว่า 5 ล้านคนไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวี การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจะขาดการมีส่วนร่วมของ Uniform services ไม่ได้ ผลการดำเนินงานอย่างจริงจังของกองทัพทำให้ลดอัตราการติดเชื้อ ที่สูงเกือบ 4% เมื่อ 15 ปีก่อนลดลงเหลือเพียง 0.4% ปัจจัยที่นำสู่ความสำเร็จของกองทัพไทยในการแก้ไขปัญหาเอดส์ คือ ตระหนักและยอมรับปัญหาว่าเป็นภัยต่อกองทัพต่อสังคมและประเทศชาติ ยอมรับและกล้าเปิดเผยข้อมูล ถือเป็นพันธสัญญา (commitment) ในทุกระดับ ร่วมมือกันทั้งด้านการป้องกัน การไม่แบ่งแยกกีดกัน (Non discrimination) และการดูแลรักษาบุคลากรซึ่งเป็นทรัพยากรที่สำคัญของประเทศ
- งานเอดส์ในสถานประกอบการ (AIDS in the workplace): ประเทศไทยได้มีการดำเนินกิจกรรมด้านเอดส์อย่างกว้างขวาง ได้แก่ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้ทำโครงการร่วมกับ UNAIDS ในการลดปัญหาการรังเกียจและกีดกันผู้ติดเชื้อ ในจังหวัดระยอง ได้มีการทำข้อตกลงร่วมกันระหว่างกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ลูกจ้างและบริษัทต่างๆ กว่า 50 บริษัท ปี พ.ศ. 2547 Thailand Business Collation on AIDS (TBCA) ทำงานร่วมกับกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เพื่อดำเนินการเรื่องเอดส์ในสถานประกอบการ จำนวน 2,500 แห่ง เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายเอดส์และความรู้เรื่องโรคเอดส์ในสถานประกอบการ ส่วนของการให้การรักษาสำนักงานประกันสังคมได้ให้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยการให้เงินเป็นค่าใช้จ่าย เป็นเงิน 5,000 บาทต่อคนต่อเดือน ซึ่งครอบคลุมผู้ประกันตนจำนวน 7.5 ล้านคน ปัญหาที่ยังคงท้าทายในอนาคต ได้แก่ 1. ปัญหาลูกจ้างในภาคแรงงานอย่างไม่เป็นทางการ (informal sectors) และภาคธุรกิจเอกชน (private sectors) ที่ยังไม่มีโอกาสเข้าถึงบริการ 2. ปัญหาของทัศนคติในผู้บริหารระดับสูงของสถานประกอบการ ที่ไม่ให้ความสนใจในกิจกรรมด้าน HIV/AIDS 3. ปัญหาด้านทรัพยากร และเงินทุนที่ต้องใช้ทำกิจกรรม

- **สตรี :** การดำเนินงานควร พัฒนาภาวะผู้นำสตรี จัดให้มีการศึกษาที่เหมาะสม ให้มีการพัฒนาคุณงามความดีสำหรับสตรีที่มีความสะดวกและปลอดภัย ส่งเสริมให้สตรีมีการต่อรองให้บุรุษใช้ถุงยางอนามัย ส่งเสริมให้สตรีมีความมั่นใจในการปฏิเสธชายในการมีเพศสัมพันธ์ ส่งเสริมให้สตรีพัฒนาตามศักยภาพของตนเอง เพิ่มคุณค่าของสตรีในครอบครัว ในสถานที่ต่าง ๆ ตลอดจนการเชื่อมโยงกับสตรีในสาขาวิชาและอาชีพอื่นๆ
- **เยาวชน :** ควรให้เยาวชนมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ตั้งแต่ระดับนโยบาย ระดับวางแผนงาน การดำเนินงาน และการประเมินผล เพราะเอดส์เป็นเรื่องที่เกี่ยวกับสาธารณชน (public agenda) ต้องมีการอบรมให้ความรู้แก่เยาวชนที่ติดเอดส์ในการปรับตนเองเพื่ออยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข อบรมที่บ้านเพื่อให้เด็กชายเปลี่ยนแนวทางปฏิบัติต่อเด็กหญิง
- **ผู้ใช้สารเสพติด :** ควรมีโครงสร้างพื้นฐานที่เพียงพอ และเน้นการบูรณาการเข้าสู่สาธารณสุขมูลฐาน พิจารณากิจกรรมที่ได้ผลและไม่ได้ผล การแบ่งแยก (decriminalization) ของผู้ขาย ให้คำจำกัดความของการลดอันตราย (harm reduction) การ scale-up interventions ควรพิจารณาว่าในกระบวนการกำหนดนโยบายหรือปฏิรูปนโยบายเกี่ยวกับยาเสพติด ต้องให้ผู้แทนของผู้ใช้ยาเสพติดเข้าไปมีส่วนร่วมด้วย
- **การศึกษาสำหรับเอชไอวี/เอดส์ IEC:** ปัญหาเอดส์ในวัยรุ่นควรแก้ไขด้วยการให้ข้อมูลเรื่องเอดส์ เข้าไปในระบบการศึกษาทุกระดับจนถึงระดับมหาวิทยาลัย ควรมีการจัดระบบการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันโรคเอดส์ให้ครบถ้วนและเชื่อมโยงกับสถานศึกษา ควรให้วัยรุ่นมีกิจกรรมที่พูดถึงเรื่องโรคเอดส์ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ โดยผ่านกิจกรรมที่น่าสนใจต่างๆ เช่น รายการวิทยุ การรณรงค์ การกีฬา ฯลฯ
- **สุขภาพอนามัยวัยเจริญพันธุ์ การบริการที่มีการบูรณาการ (integrated services)** เป็นแบบ one stop service ซึ่งเกิดผลดีมากมายทั้งด้านบริการที่เกิดประสิทธิภาพ ทำให้ลดปัญหาด้านตราบาป นำไปสู่การให้ความรู้ความเข้าใจแก่สตรี ครอบครัว และชุมชน เกิดผลดีต่อการวิจัยการดูแลต่อเนื่องระยะยาว ตลอดจนการเข้าบริการของเพศชาย การเร่งกระบวนการวิจัยเกี่ยวกับ microbicide การจัดหาวัสดุที่สะอาด วิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสม
- **การจัดบริการดูแลรักษา การเตรียมการที่ดี ได้แก่ แพทย์และผู้ให้บริการดูแลจะต้องมีความรู้และความเข้าใจในการใช้ยา สร้างความสัมพันธ์ระหว่างแพทย์ผู้ให้การรักษาและผู้ป่วย ผู้ป่วยจะต้องมีความมุ่งมั่นที่จะกินยาตามกำหนด คัดเลือกสูตรยารักษาที่เหมาะสม ต้องติดตามผลความก้าวหน้าของการศึกษา ติดตามการซื้อของเชื้อต่อยา ดำเนินการลดความรุนแรงของวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และลดความรุนแรงของโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค โดยเร่งรัดการค้นหาผู้ป่วยวัณโรค ผสมผสานเข้ากับการตรวจและให้คำปรึกษาแนะนำ การส่งต่อผู้ป่วย การให้ยาป้องกันวัณโรคแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี การดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยวัณโรค/โรคเอดส์ การจัดสรรงบประมาณและการติดตามประเมินผล ทั้งนี้การผสมผสานงานวัณโรคและโรคเอดส์ควรจะต้องเกิดในทุกๆระดับ การควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะช่วยลดการติดเชื้อเอดส์ และโครงการควบคุมวัณโรคที่เข้มแข็งจะช่วยในการควบคุมโรคเอดส์ได้ดีขึ้น**

- การขยายการเข้าถึงบริการการดูแลรักษาที่มีทรัพยากรจำกัด จำเป็นต้องมีความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทั้งจากโครงการโรคเอดส์ของประเทศ หน่วยงานองค์การสหประชาชาติภายใต้โครงการโรคเอดส์แห่งโลก องค์การผู้ให้ทุนสนับสนุนทั้งจากภาครัฐและเอกชน องค์การเอกชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ มาตรการดำเนินงาน ประกอบด้วย การกำหนดแนวทางการรักษา การดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน การจัดให้มียาและอุปกรณ์ตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ การพัฒนาและการจัดอบรมบุคลากรอย่างมีประสิทธิภาพ การติดตามประเมินผลโครงการ การตรวจรับรองคุณภาพของยาและระบบทางห้องปฏิบัติการ และการดูแลรักษาผู้ป่วยจะต้องดำเนินควบคู่ไปกับการป้องกันการติดเชื้อ โดยเน้นการพัฒนากระบวนการบริการสาธารณสุขผสมผสานเข้าสู่ระบบสาธารณสุขมูลฐาน
- เร่งรัดการดูแลรักษาตามนโยบาย 3x5 ควรดำเนินการวางแผนเพื่ออนาคตโดยมองภาพรวมและพิจารณาว่าอะไรที่ต้องดำเนินการเพื่อขยายการให้บริการยาต้านไวรัส การสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อที่ทำให้ผู้เกี่ยวข้องและภาคีการพัฒนาอื่นๆ การดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมายของ 3x5 โดยระดมทรัพยากรจากทั้งในและต่างประเทศเพื่อสนับสนุนการดำเนินตามนโยบาย และแสดงออกซึ่งภาวะผู้นำเพื่อเป็นตัวอย่างแก่ผู้นำคนอื่น และการเจรจากับทุกๆ ฝ่าย เพื่อสร้างให้เกิดความเชื่อถือนและไว้วางใจ
- การทำให้ราคายาต้านไวรัสเอดส์ถูกลง การมอง intellectual property (IP) ว่าเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงยา อาจไม่ถูกต้อง เนื่องจาก IP เป็นตัวช่วย (enabler) ที่ทำให้การค้นคว้าวิจัยยาใหม่ได้มากขึ้น ประเทศกำลังพัฒนาสามารถใช้ข้ออ้างทางด้านสาธารณสุขของประชาชน (safeguards) ในการไม่ปฏิบัติตามข้อตกลง TRIPS ที่เกี่ยวกับ IP ด้านยาได้ และประเทศที่มีกำลังการผลิตยา
- วัคซีนเอดส์ การพัฒนาวัคซีนเอดส์ให้เป็นสาธารณะสมบัติของโลก วัคซีนเอดส์เป็นเครื่องมือในการเสริมศักยภาพของประเทศกำลังพัฒนาไปทุกๆ ด้าน ไม่เฉพาะการทดลองทางคลินิกระยะที่ 3 (phase III clinical trial) สิ่งที่ยังขาดอยู่ในการดำเนินงานด้านวัคซีนเอดส์ ได้แก่ การขาดความมุ่งมั่นทางการเมือง (political will) และภาวะผู้นำทางการเมือง (political leadership) โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากประเทศที่พัฒนาแล้ว และยังขาดการส่งเสริมบรรยากาศที่ดีในการวิจัยวัคซีนเอดส์
- องค์การศาสนา ศาสนามีบทบาทที่เด่นชัดในเรื่องการสร้างความเข้มแข็งด้านจิตวิญญาณและเป็นสะพานเชื่อมโยงจิตใจที่มีความหวัง (Strengthen and bridge) เน้นการผสมผสานหรือถ่ายทอดข้อมูลเกี่ยวกับเอชไอวีตามความเป็นจริงและอยู่บนพื้นฐานข้อมูลทางวิทยาศาสตร์ที่เชื่อถือได้ ทุกศาสนาต้องยอมรับความเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับเรื่องเพศและการใช้ถุงยางอนามัย และใช้หลักศาสนาหรือคุณธรรมจริยธรรมเข้ามาช่วยเป็นสื่อกลางให้คนเกิดทางเลือกและการตัดสินใจที่เหมาะสม
- องค์การพัฒนาเอกชนและองค์กรชุมชน เน้นสิทธิมนุษยชนเป็นตัวกำหนดแนวทางการทำงาน (Human rights based approach) โดยคำนึงถึงเสียงและสิทธิของผู้ด้อยโอกาสและผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรง และผลักดันให้รัฐบาลต่างๆ เห็นด้วยกับวิธีการทำงาน เน้นการทำงานแบบภาคี (partnership) หรือร่วมกันทำ (collaborate) โดยมุ่งเน้นเป้าหมายของการพัฒนาสหัสวรรษ (Millennium Development Goal หรือ MDG) และปฏิญญาของสมัชชาสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS :UNGASS)

- การบริหารจัดการโครงการเอดส์ หลักการปฏิบัติอย่างมีส่วนร่วมที่มีประสิทธิภาพ ตามหลักการของสามหนึ่ง (Three Ones Principle)
- ปัญหาที่พบเชิงการจัดการ ได้แก่ ความล่าช้าของนโยบาย ความขัดแย้งของบางประเด็นต่อบริบทของประเทศ แหล่งเงินทุนที่เข้ามาให้ความสนับสนุนนั้นมีหลากหลายองค์กรแต่ละองค์กรที่เข้ามาก็จะมีความมุ่งหวังและเป้าหมายที่แตกต่างกัน ระบบเทคโนโลยีที่ยังไม่ทันต่อสถานการณ์และไม่มีความสามารถด้านการเงินที่จะอุดหนุนได้
- แนวทางการดำเนินงาน ต้องมีนโยบายที่มีความมุ่งมั่นอย่างจริงจังในทุกระดับ มีกรอบการทำงานระดับชาติที่มาจากการยอมรับของทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องอย่างโปร่งใสและประชาชนตรวจสอบได้ มีแผนกลยุทธ์และแผนปฏิบัติการที่ชัดเจนเป็นไปได้ มีระบบการเงินการคลังที่เพียงพอ มีระบบติดตามประเมินผลโครงการที่ดี มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีการสนับสนุนภาวะผู้นำให้ได้เข้ามามีบทบาทที่สำคัญ มีระบบการจัดการโครงการภาพรวม มีหุ้นส่วนที่เข้มแข็งซึ่งต้องจัดการให้เกิดขึ้นทุกระดับ จัดทำชุดสิทธิประโยชน์สำหรับผู้ป่วยเอดส์ ทั้งด้านการรักษาพยาบาลและการป้องกันในสถานพยาบาลระดับต้นทุกแห่ง จัดระบบยา เช่น ยาที่เป็นผลิตภัณฑ์ภายในประเทศ ยาที่มีต้นทุนต่อประสิทธิภาพดี การจัดระบบการจัดซื้อยา และการกระจายยาที่ดี จัดการระบบเครือข่ายการถ่ายทอดเทคโนโลยี (network for technology transfer)

5. พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมายที่นำมาพัฒนาเครื่องมือ

5.1 พฤติกรรมเสี่ยงและบริบททางสังคม

เชื้อเอชไอวีแพร่ระบาดไปได้โดยมีคนเป็นพาหะสำคัญ นิเวศวิทยาทางสังคม วิธีชีวิต และการประพฤติกรรมปฏิบัติของคนในสังคม จึงเป็นปัจจัยสำคัญในการแพร่กระจายเชื้อเอดส์สู่คนในสังคม สถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์บ่งชี้ให้เห็นว่า ในปัจจุบันการติดเชื้อแพร่กระจายอยู่ในสังคมอย่างกว้างขวาง การกระจายตัวทางสังคมของลักษณะทางพฤติกรรมและสังคม ซึ่งอาจจะจำแนกเพื่อกำหนดแนวทางในการวางแผนมาตรการป้องกันโรคได้เป็น 2 จำพวก ได้แก่

1. กลุ่มที่รวมตัวเป็นชุมชนเฉพาะเล็กๆ ในสังคม (Pocket of population at risk) เช่น กลุ่มหญิงและชายบริการทางเพศ กลุ่มชายรักชายในสถานนันทนาการบางประเภท กลุ่มติดยาเสพติด กลุ่มแรงงานผิดกฎหมาย เป็นต้น การสร้างสังคมเฉพาะกลุ่มขึ้นของคนกลุ่มนี้มักจะแยกส่วนออกจากสังคมทั่วไป หรืออาจจะไม่ได้รับการยอมรับในเชิงสังคม หรือ กฎหมาย ส่งผลให้ขาดกระบวนการวิจัยและพัฒนาที่จะสร้างเครื่องมือและกลวิธีที่จะให้ข้อมูลข่าวสารและจัดบริการทางสุขภาพเข้าสู่กลุ่มคนกลุ่มนี้ได้
2. ผู้ติดเชื้อและครอบครัวที่อาจจะรู้สถานะภาพการติดเชื้อของตนเอง หรืออาจจะไม่รู้ บุคคลเหล่านี้ได้กระจายแทรกตัวอยู่ในประชาชนทั่วไป ดังสะท้อนให้เห็นจากภาพการติดเชื้อจากสามีผู้ภรรยา หรือ ภรรยาผู้สามี กลุ่มประชากรเหล่านี้แม้จะสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารได้เพียงพอ แต่ก็ไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพที่รักษาสถานะทางสังคมให้ยังคงมั่นคงอยู่ได้ เนื่องจากไม่มั่นใจต่อการจัดเก็บความลับเฉพาะ (Confidentiality) ของตนและครอบครัว

เงื่อนไขเชิงสังคมสำหรับคนทั้งสองกลุ่มหลักนี้ จึงกลายเป็นบริบทสำคัญที่กระบวนการวางยุทธศาสตร์ และแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งจำต้องวิเคราะห์ให้เข้าใจเงื่อนไขและความซับซ้อนของปัญหา เพื่อจะได้ใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการประสานความร่วมมือกับภาคส่วนต่างๆ ทั้งทางราชการและเอกชน ให้สามารถร่วมกันจัดกระบวนการทางสังคม (Socialization) พร้อมกันไปกับวางแผนบริการทางสุขภาพเฉพาะ (Specific Health Service) ที่จะเอื้อให้กับคนทั้งสองกลุ่มนี้มีโอกาสเข้าถึง (Access to Service) โดยให้มีอุปสรรคเชิงสังคมและวัฒนธรรมเป็นเครื่องขวางกั้นได้น้อยที่สุด

การช่วยให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในบุคลากรทั้ง 2 กลุ่ม จึงทำได้ยากกว่าแนวคิดและแบบแผนการปฏิบัติดั้งเดิมที่ใช้วิธีวางกรอบกิจกรรมที่มุ่งเฉพาะ(Focus) ชุมชน พื้นที่ หรืออาชีพใดอาชีพหนึ่ง ดังที่เคยทำได้ผลในยุคแรกของการแพร่ระบาด ที่สามารถมุ่งกิจกรรมและการสื่อสารสาธารณะลงไปเฉพาะที่กลุ่มธุรกิจเพศพาณิชย์ ที่มีบริบทเอื้อในการรับและแพร่เชื้อเอดส์กับประชากรทั่วไปได้สูง และเร็วกว่ากลุ่มประชากรอื่น

5.2 พฤติกรรมในกลุ่มชุมชนเปราะบาง (Vulnerable Community)

การรวมตัวของกลุ่มประชากรส่วนนี้แยกตัวซ่อนเร้นออกจากประชากรส่วนใหญ่ ทำให้เข้าถึงได้ยาก โดยเฉพาะอาจจะมีการกำหนดแนวนโยบายหรือยุทธศาสตร์เฉพาะจากรัฐบาล ทำให้กลไกของรัฐต้องวางตัวหรือวิธีปฏิบัติที่เป็นปฏิปักษ์ หรือแยกห่างจากประชากรกลุ่มนี้ การรวมตัวเป็นชุมชนจึงมีความอ่อนไหวเปราะบาง ทำให้เข้าถึงได้ยาก และจำเป็นต้องสร้างความรู้ความเข้าใจในวิถีและลักษณะการรวมตัวของชุมชนชายขอบ (Marginalized community) ตลอดจนเงื่อนไขในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ส่งผลต่อความเสี่ยงในการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อเอดส์กับประชากรกลุ่มอื่นๆ

1) หญิงบริการทางเพศ

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา ธุรกิจบริการทางเพศได้เปลี่ยนรูปแบบไปจากแต่เดิมที่มีบริการเปิดเผยในรูปแบบช่องเป็นจำนวนมาก มาสู่ธุรกิจบันเทิงในลักษณะอื่นที่มีการซ่อนเร้นบริการทางเพศซับซ้อนขึ้นกว่าเดิม บริการในลักษณะ คาราโอเกะ บาร์เปียร์ และสถานเริงรมย์หลากหลายแบบแผนได้เกิดขึ้นและกระจายทั้งในเขตเมืองและชนบท รายงานการสำรวจหญิงขายบริการทางเพศแสดงให้เห็นว่าใน พ.ศ. 2534 มีจำนวนหญิงขายบริการทางเพศในช่องเป็นส่วนใหญ่ ในขณะที่ใน พ.ศ. 2547 ผลการสำรวจชี้ให้เห็นว่าสถานขายบริการทางเพศส่วนใหญ่ ได้แก่ คาราโอเกะ และรองลงมาเป็น บาร์เปียร์ หรือสวนอาหาร การสำรวจดังกล่าว สะท้อนแนวโน้มของจำนวนหญิงขายบริการในช่องที่มีอยู่ประมาณมากกว่า 20,000 คน ในพ.ศ. 2533 แล้วค่อยๆลดลงมาเหลือน้อยกว่า 5,000 คน ในการสำรวจ พ.ศ. 2543 จนเหลือน้อยกว่า 3,000 คน ใน พ.ศ. 2547

การเปลี่ยนแปลงลักษณะการให้บริการของหญิงขายบริการทางเพศ เป็นผลมาจากการรณรงค์ข้อมูลข่าวสารด้านโรคเอดส์ และการจัดระเบียบสังคมและการปราบปรามในทุกจังหวัด ตลอดจนพฤติกรรมการให้บริการนันทนาการในสังคมไทยก็มีการปรับตัวไปจากเดิม นอกจากนั้น การปราบปรามการค้าประเวณีโดยใช้กฎหมายเป็นหลักฐานในการจับกุม ก็ก่อให้เกิดเป็นอุปสรรคในการรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มประชากรเหล่านี้

โครงการถุงยางอนามัย 100 % ซึ่งพัฒนาขึ้นมาจากเงื่อนไขความร่วมมือของหน่วยงานปกครอง ตำรวจ และสถานบริการทางเพศ จึงมีความจำกัดในการประยุกต์ใช้กับสถานบริการที่มีได้ยอมรับว่าเป็นผู้จัดบริการทางเพศโดยตรง ทำให้มีแนวโน้มว่าการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศจะลดลงดังสะท้อนให้เห็นเฉพาะในกรุงเทพฯ ที่เคยใช้ถุงยางอนามัยด้วยอัตราสูงถึงร้อยละ 96 ได้ลดลงมาเหลือประมาณร้อยละ 89 ใน พ.ศ. 2547 แต่ก็ยังพบว่า บางจังหวัดปรับใช้รูปแบบความร่วมมือของกลุ่มสถานบันเทิงนันทนาการให้เข้ามารวมกลุ่มเป็นชมรม หรือ สมาคม ในแต่ละพื้นที่แล้วจัดการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารในหมู่สมาชิก ตลอดจนจัดวางบริการสุขภาพเฉพาะให้สามารถเข้าถึงได้

2) ชายขายบริการทางเพศ

กลุ่มชายขายบริการทางเพศเป็นอาชีพที่มีรายงานมากกว่าสิบปีแล้ว หากแต่ยังพบว่า มีจำนวนน้อยมากในระยะแรก กลุ่มชายขายบริการอาจแยกออกเป็นกลุ่มที่ขายบริการเฉพาะให้แก่กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มที่ขายบริการเฉพาะให้กับหญิง และกลุ่มที่ขายบริการให้กับทั้งชายและหญิง แต่ที่พบว่า กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงและมีอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์สูงขึ้น เป็นกลุ่มชายขายบริการให้กับชายซึ่งมีการร่วมเพศทางทวาร (Anal Sex)

กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เริ่มสำรวจชายขายบริการทางเพศให้กับชาย (Male Sex Workers) ตั้งแต่ พ.ศ. 2533 พบว่า มีจำนวนประมาณ 1,679 คน จากสถานบันเทิงเรีงมย์ 78 แห่ง ใน 8 จังหวัด ใน พ.ศ. 2547 สำรวจพบว่า เพิ่มขึ้นอีกเล็กน้อยเป็นประมาณกว่า 2,500 คน แต่ข้อจำกัดของการศึกษาข้อมูลของกลุ่มประชากรเหล่านี้ อยู่ที่การเข้าถึงสถานบริการและแหล่งข้อมูลได้ยากมาก โดยเฉพาะภายใต้สถานการณ์นโยบายจัดระเบียบทางสังคม

จากการวิจัยเจาะลึกในภาคเหนือแสดงให้เห็นว่า กลุ่มชายขายบริการทางเพศส่วนใหญ่มากกว่าหนึ่งในสามเข้ามาทำงานในระยะสั้นๆ เพียงประมาณ 2-3 เดือน เพราะต้องการหารายได้เสริม มีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ทำงานติดต่อกันนานกว่า 2 ปี โดยในกลุ่มนี้มีการใช้ถุงยางอนามัยตั้งแต่ในอัตราที่สูงกว่าร้อยละ 90 ลงมาถึงในบางสถานบริการบางพื้นที่ที่มีการใช้กว่าร้อยละ 50 เล็กน้อย ปัญหาสำคัญของการขายบริการทางเพศของกลุ่มชาย คือ การใช้น้ำยาหล่อลื่นร่วมกับถุงยางอนามัยซึ่งจำเป็นต้องใช้ เพื่อมิให้เกิดการฉีกขาดของถุงยางอนามัย แต่ถุงยางอนามัยที่มีตามปรกติมักจะมีน้ำยาหล่อลื่นน้อยกว่าที่ต้องการใช้ในกลุ่มนี้

อย่างไรก็ตาม การศึกษาการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มชายขายบริการทางเพศในช่วง พ.ศ. 2548 แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มของการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มนี้เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 28 ทำให้จำเป็นต้องจัดหาวิธีการที่จะได้ข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนและแบบแผนการให้บริการของกลุ่มประชากรนี้เพิ่มมากขึ้น

3) ผู้ติดยาเสพติด

จำนวนผู้ติดยาเสพติดที่ศึกษาโดยคณะทำงานคาดประมาณจำนวนผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศ ได้ลดลงมาจากประมาณ 32,574 ราย ใน พ.ศ. 2536 ลงมาเหลือประมาณ 9,612 ราย ใน พ.ศ. 2545 ซึ่งเป็นการลดทั้งผู้ติดยาเสพติดโดยรวมและผู้ติดยาเสพติดที่ใช้วิธีฉีดยาเข้าทางเส้นเลือด (Intravenous Drug Users)

การเปลี่ยนแปลงที่สำคัญเป็นผลมาจากนโยบายทำสงครามกับยาเสพติดของรัฐบาล ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2546 ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนของการใช้ยาเสพติดเป็นอย่างมาก โดยเฉพาะทำ

ให้ไม่สามารถจัดบริการให้กับกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ตลอดจนไม่สามารถรวบรวมข้อมูลจากกลุ่ม ผู้ติดยาเสพติดด้วยระบบที่เคยใช้อยู่แต่เดิม ทำให้ขาดข้อมูลข่าวสารสะท้อนสถานการณ์ของปัญหาในกลุ่มนี้

แต่ประเด็นสำคัญที่สุด ได้แก่ การปรับการใช้ยาเสพติดไปใช้สารเสพติดอื่นๆ เข้ามาทดแทน มีรายงานว่า การใช้สารเสพติดโดยฉีดเข้าเส้นในปัจจุบันลดน้อยลง แต่มีการใช้สารเสพติดทั้งเฮโรอีน Metamphetamine และ Midazolam โดยเฉพาะในการศึกษาบางส่วนแสดงให้เห็นว่า ผู้ติดยาเสพติดสามารถเปลี่ยนไปมาระหว่างวิธีการเสพในรูปแบบแตกต่างกันได้ตลอดเวลา

นอกจากนั้นมีการศึกษา พบว่า ผู้ที่ใช้ยาเสพติดประเภทอื่นๆ ที่มีได้ฉีดเข้าทางเส้นเลือด ก็มีอัตราการติดโรคเอดส์สูงกว่ากลุ่มประชากรทั่วไปหลายเท่า ทั้งนี้เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีวิถีสังคมและพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ดังนั้นการวางกลยุทธ์ให้สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรกลุ่มนี้เพื่อช่วยป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อได้ทั่วถึงกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

4) กลุ่มชายรักร่วมเพศ

แม้ว่าการติดเชื้อเอดส์รายแรกที่รายงานในประเทศไทย เป็นการติดเชื้อที่แพร่จากพฤติกรรมชายรักร่วมเพศ แต่ข้อมูลจากการศึกษาติดตามสถานการณ์ในกลุ่มนี้มีความจำกัดค่อนข้างมาก ส่วนใหญ่ทำได้เพียงแค่การศึกษาในสถานบริการที่มีชายขายบริการทางเพศอยู่ จึงเป็นการศึกษาในกลุ่มชายรักร่วมเพศที่ไปใช้บริการเท่านั้น แต่ไม่สามารถขยายการศึกษาให้ครอบคลุมถึงชุมชนของชายรักร่วมเพศที่มีอยู่ในสังคมไทยได้

ข้อจำกัดสำคัญของการศึกษาในกลุ่มนี้เกิดจากความสับสนในการให้นิยาม และเลือกกลุ่มสำหรับศึกษา เนื่องจากในสังคมไทยการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายอาจจะมีการร่วมเพศทางทวาร หรือใช้ปาก หรือใช้วิธีอื่นๆ ซึ่งมักจะให้ความสำคัญกับการร่วมเพศทางทวารเป็นหลักทั้งผู้กระทำ และผู้ถูกกระทำ เพราะน่าจะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอดส์มากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ในลักษณะอื่น นอกจากนั้นลักษณะทางสังคมจิตวิทยาและเพศภาวะ (Gender) ที่แตกต่างกันอาจจะส่งผลให้กลุ่มนี้ แสดงพฤติกรรมทางเพศแตกต่างกันไป ได้แก่ เกย์ซึ่งยังแยกออกเป็นเกย์คิง และเกย์ควีน หรือ transsexual group ที่ยังแยกออกเป็น transgender กับกระเทยที่แสดงกริยาและท่าทางแบบหญิงแต่อาจจะไม่ได้รักร่วมเพศ หรือกลุ่มที่ร่วมเพศได้ทั้งกับหญิงและชาย (Bisexual) หรือ กลุ่มที่ร่วมเพศกับชายในบางภาวะ การจำแนกลักษณะพฤติกรรมและลักษณะทางสังคมจิตวิทยาเหล่านี้เป็นสิ่งที่ทำได้ยาก เนื่องจากยังเป็นแบบแผนพฤติกรรมที่สังคมยังไม่ยอมรับมากนัก

งานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ มักจะให้ความสำคัญกับการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารมากกว่าเนื่องจากมีโอกาสสูงในการติดเชื้อเอดส์ด้วยพฤติกรรมร่วมเพศเยี่ยงนี้สูงมากกว่าการร่วมเพศกับหญิงทางช่องคลอด เนื่องจากเนื้อเยื่อผิวหนังภายในช่องทวารมีโอกาสฉีกขาดได้ง่ายกว่า

การศึกษาวิจัยเจาะลึกในระยะหลัง พ.ศ. 2545 เป็นต้นมาทั้งในโรงเรียนมัธยม และในกลุ่มทหารเกณฑ์พบว่าร้อยละ 10 ของกลุ่มชายที่สำรวจเคยมีพฤติกรรมร่วมเพศกับชายด้วยกัน ซึ่งมีสัดส่วนสูงกว่าการทำการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงโดยใช้แบบสอบถามให้ตอบเอง (Self-administrated questionnaire) ใน พ.ศ. 2547 ซึ่งพบประมาณร้อยละ 1.8-2.4 และในกลุ่มทหารเกณฑ์เพียงร้อยละ 6.2

การสำรวจกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ยังได้แสดงพฤติกรรมเสี่ยงจากที่รายงานไว้ว่า ร้อยละ 35 มีเพศสัมพันธ์กับชายมากกว่า 10 คนในหนึ่งปีที่ผ่านมา และร้อยละ 67.5 มีเพศสัมพันธ์

กับชายแปลกหน้าในปีที่ผ่านมาในการศึกษาเดียวกัน ซึ่งให้เห็นว่ากลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 6.5 มีเพศสัมพันธ์กับคูรักหรือแฟนที่เป็นหญิงด้วย การศึกษาในกรุงเทพฯ ใน พ.ศ. 2537 ก็สนับสนุนพฤติกรรมดังกล่าว โดยแสดงให้เห็นว่าประมาณหนึ่งในสี่ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงด้วยเช่นกัน

5) กลุ่มแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมาย

การคาดประมาณจำนวนแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาประกอบอาชีพในประเทศอย่างผิดกฎหมายโดยทางราชการแสดงไว้ประมาณไม่เกิน 1 ล้านคน หากแต่ในการศึกษาและคาดประมาณของนักวิชาการและองค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ได้ประมาณไว้ที่ 2 ล้านคน โดยแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่เข้ามาจากประเทศเพื่อนบ้าน ได้แก่ สาธารณรัฐเมียนมา สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว และประเทศกัมพูชา โดยเข้ามารับจ้างทำงานในรูปของแรงงานในเรือประมง แรงงานก่อสร้าง แรงงานให้บริการ และทำงานบ้าน เป็นต้น

ปัญหาสำคัญของการส่งเสริมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อโรคเอดส์ของชุมชนกลุ่มนี้เกิดจากอุปสรรคในการสื่อความหมาย เนื่องจากส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าใจภาษาไทยได้ ทำให้ขาดโอกาสในการรับข้อมูลข่าวสารที่จำเป็นในการป้องกันเอดส์ ตลอดจนไม่สามารถเข้าถึงบริการทางสุขภาพเพื่อใช้บริการคำปรึกษา หรือ การรักษาพยาบาลเมื่อเจ็บป่วย เนื่องจากข้อจำกัดการใช้ภาษาในการสื่อความเข้าใจกับผู้ให้บริการสุขภาพ

การศึกษากการติดเชื้อโรคเอดส์ในประชากรกลุ่มนี้บางกลุ่ม เช่น แรงงานในเรือประมง แรงงานก่อสร้าง หรือหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นแรงงานอพยพเข้ามาทำงานในประเทศไทย พบว่า มีอัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์สูงกว่ากลุ่มประชากรไทยโดยทั่วไป

อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนนโยบายของรัฐบาลไทยในการสร้างความสัมพันธ์ระหว่างประเทศกับประเทศเพื่อนบ้านแล้ว โดยให้มีการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าว โดยให้นายจ้างเป็นผู้จ่ายค่าจดทะเบียนในแต่ละปีเพื่อให้สามารถจัดบริการทางสุขภาพให้กับแรงงานเหล่านี้ จะช่วยให้การเกิดหลักประกันในการเข้าถึงการบริการทางสุขภาพดีขึ้น หากแต่ยังมีข้อจำกัดในการแก้ไขอุปสรรคในเรื่องการสื่อสารภาษากับกลุ่มคนเหล่านี้ เนื่องจากยังไม่สามารถจ้างล่ามสำหรับสื่อความเข้าใจกับแรงงานข้ามชาติเหล่านี้ในสถานบริการทางสุขภาพ และผู้ที่สามารถจะเข้ามาเป็นล่ามเหล่านี้มักจะเป็นผู้ที่เป็นแรงงานต่างชาติเช่นกัน นอกจากนั้นแรงงานข้ามชาติผิดกฎหมายอีกส่วนหนึ่งก็ยังซ่อนเร้นอยู่เป็นจำนวนมาก และอาจใช้วิธีให้ปะปนอยู่กับกลุ่มที่ขึ้นทะเบียนอย่างถูกกฎหมาย

6) ผู้ต้องขัง ผู้ต้องโทษ และเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

เรือนจำ โรงพัก และสถานพินิจเยาวชนเป็นสถานที่กักขังประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเป็นจำนวนมาก จากการข้อมูลที่มีการศึกษากันอยู่พบว่าการติดเชื้อโรคเอดส์ของผู้ต้องขังในเรือนจำด้วยอัตราที่สูงกว่าประชากรปกติหลายเท่า โดยเฉพาะบริการทางสุขภาพในประชากรกลุ่มนี้มีความจำกัดเป็นอย่างมาก ซึ่งเป็นผลมาจากการขาดแคลนบุคลากรทางสุขภาพ และมีสภาพแวดล้อมที่แออัด ขาดความเป็นส่วนตัว ก่อให้เกิดเงื่อนไขที่มีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายภายในเรือนจำ และสถานกักขัง

ข้อมูลของกรมราชทัณฑ์ กระทรวงยุติธรรม เมื่อมกราคม พ.ศ. 2548 แสดง จำนวนผู้ต้องขังทั้งสิ้น 166,884 คน เป็นชาย 136,667 คน และหญิง 30,207 คน ร้อยละ 63 ต้องโทษคดียาเสพติด ร้อยละ 20 คดีลักทรัพย์ และร้อยละ 5 คดีความผิดทางเพศ ความเป็นอยู่ของผู้ต้องขังเหล่านี้ค่อนข้างแออัด และมีรายงานเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายในเรือนจำชาย จึงทำให้มีการริเริ่มโครงการรณรงค์อย่างอนามัยสำหรับผู้ต้องขัง ซึ่งก็ยังมี

อยู่ในวงจำกัด กรมราชทัณฑ์ ได้พยายามปรับปรุงและจัดบริการให้การรักษาและให้ความรู้แก่กลุ่มผู้ต้องขัง รวมทั้งร่วมมือกับองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ในการให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ตลอดจนมีการจัดหาถุงยางอนามัยสำหรับให้บริการแก่ผู้ต้องขังด้วย

สำหรับการใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดในเรือนจำ มีหลักฐานการตรวจสอบในสถานพยาบาลของเรือนจำ พบว่า มีจำนวนลดน้อยลงจนเกือบไม่มี ด้วยเหตุผลว่าการใช้ยาเสพติดชนิดกินทำได้ง่ายกว่า และยังมีการซุกซ่อนนำเข้ามาภายในเรือนจำอยู่บ้าง

ประเด็นท้าทายของผู้ต้องขังในเรือนจำ คือ การจัดกลไกให้บริการสุขภาพแก่ผู้ต้องขังให้สามารถผสมผสานการป้องกันโรคเอดส์ วัณโรค การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยมีการเชื่อมโยงกับหน่วยงานสาธารณสุขและโรงพยาบาลที่มีเวชภัณฑ์ และอุปกรณ์การป้องกันเช่น ถุงยางอนามัย เพื่อให้เป็นต้นแบบการดำเนินงานที่สามารถขยายผล (Scale Up) ในเรือนจำทั่วทั้งประเทศได้

5.3 พฤติกรรมในกลุ่มประชากรทั่วไป (General Population)

พัฒนาการทางสังคมและการสื่อสารสาธารณะได้ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนแนวประพฤติปฏิบัติของกลุ่มประชากรส่วนใหญ่ในสังคมไทยบางกลุ่ม เช่น เยาวชน เด็กนักเรียน หรือแม้แต่วัยแรงงานที่มีความตื่นตัวและไวต่อการปรับตัวเข้าสู่วิถีชีวิตภายใต้กรอบวัฒนธรรมใหม่ในโลกยุคข้อมูลข่าวสาร นอกจากนั้น พฤติกรรมทางเพศ (Sexuality) และเพศวิถี (Gender) ของผู้คนในยุคนี้มีการเปลี่ยนแปลงไปตามแบบแผนสากลมากขึ้น ทำให้ต้องทำความเข้าใจกับวิถีประพฤติปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์ของประชากรทั่วไปด้วย

1) แบบแผนของเพศสัมพันธ์ (Casual Sex)

การมีเพศสัมพันธ์กับคู่เพศตรงข้ามที่มีใช้คู่อสมรส และมีได้เป็นหญิงบริการทางเพศในกลุ่มประชากรไทยมีแนวโน้มที่สูงขึ้น ดังสะท้อนให้เห็นจากผลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศของประชากรกลุ่มอายุ 15-49 ปี เมื่อ พ.ศ. 2546 แสดงให้เห็นว่า ร้อยละ 20.1 ของชาย และร้อยละ 5.3 ของหญิงที่สำรวจมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามที่มีใช้คู่อสมรส และมีใช้หญิงบริการทางเพศในปีที่ผ่านมา การศึกษาอีกชิ้นหนึ่งที่ยืนยันแนวโน้มเพศสัมพันธ์นอกสมรส (Extra marital sex) เป็นการศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์ใน พ.ศ. 2547 ที่แสดงว่าร้อยละ 56 ของทหารเกณฑ์ที่แต่งงานแล้วมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสในปีที่ผ่านมา

นอกจากนั้น ผลจากการศึกษาบางส่วนได้ชี้ให้เห็นความเสี่ยงจากการติดเชื้อเอดส์ เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามที่มีใช้คู่อสมรสหรือคู่อรักรักมักจะมีได้ป้องกันด้วยการใช้ถุงยางอนามัย ดังแสดงให้เห็นจากการสำรวจพฤติกรรมเพศใน พ.ศ. 2547 รายงานชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงที่มีใช้คู่อรักรักหรือคู่อสมรสจะใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 50 ซึ่งใกล้เคียงกับที่รายงานการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการทางเพศ

ในการศึกษากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ แสดงให้เห็นว่า ส่วนหนึ่งของหญิงที่ติดเชื้อเอดส์ไม่ต้องการให้คู่อสมรสรับรู้สถานะการติดเชื้อของตน เนื่องจากการติดเชื้อเอดส์จากคู่อสมรสหรือคู่อรักรักก่อนหน้านี้ การศึกษาเจาะลึกหญิงติดเชื้อโรคเอดส์แล้ว จำนวน 329 ราย พบว่า เกือบครึ่งของประชากรศึกษายังมีเพศสัมพันธ์กับคู่อสมรสและประมาณหนึ่งในสามของกลุ่มที่ยังมีเพศสัมพันธ์จนถึงปัจจุบันโดยที่เกือบร้อยละ 40 ของกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลาที่สำรวจมิได้ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกัน ข้อมูลในส่วนนี้แม้ว่าจะยังไม่มีการศึกษาใน

รายละเอียดมากนัก แต่ผลจากการคาดการณ์การติดเชื้อของชายจากคู่สมรสก็น่าจะแสดงแนวโน้มของลักษณะปัญหาที่เกิดจากความเปราะบางของพฤติกรรมทางเพศที่เกิดขึ้นในวงกว้างของสังคมไทย โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กนักเรียน วัยรุ่น และวัยแรงงาน ซึ่งมีแนวโน้มและบริบทที่แตกต่างกัน

2) วัยรุ่น และเยาวชน

วัยรุ่น หรือประชากรอายุระหว่าง 12-24 ปี เป็นช่วงอายุที่มีแรงกระตุ้นและเร้าทั้งจากสภาพการเปลี่ยนแปลงฮอร์โมนทางเพศ สภาวะแวดล้อมทางสังคม และข่าวสารที่ได้รับจากสื่อที่ผลิตขึ้นมาจากหลากหลายแหล่งด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศที่ทันสมัย พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในยุคนี้จึงแตกต่างจากเมื่อหนึ่งหรือสองทศวรรษก่อนอย่างเห็นได้ชัด

การศึกษาทัศนคติและพฤติกรรมของวัยรุ่นในกรุงเทพฯ และอีก 4 จังหวัดใน 4 ภาค เมื่อ พ.ศ. 2545 แสดงให้เห็นว่า วัยรุ่นไทยในส่วนต่างๆ ของประเทศมีกรอบแนวคิดและทัศนคติทางเพศที่ไม่แตกต่างกันมากนัก สะท้อนเงื่อนไขการรับรู้สื่อสาธารณะจากสื่อมวลชนที่มีลักษณะเป็นเอกภาพทั่วประเทศ โดยเฉพาะเริ่มจะมีลักษณะค่านิยมและวิถีปฏิบัติทางเพศที่ปรับจนคล้ายคลึงกับวิถีเพศสัมพันธ์ในประเทศตะวันตกมากขึ้น แต่ผลการศึกษาเหล่านี้มักจะเป็นข้อมูลที่สะท้อนมาจากกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในสถานศึกษา มีแนวโน้มที่จะเป็นวัยรุ่นที่มีฐานะอยู่ในระดับกลาง (การศึกษาบางส่วนมาจากผลการสัมภาษณ์วัยรุ่นในสยามสแควร์) หากแต่ความรู้และความเข้าใจในกลุ่มวัยรุ่นที่มีฐานะยากจนในสังคมยังมีน้อยมาก

การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่นในยุคนี้ ก่อให้เกิดช่องว่างและอุปสรรคในการสื่อสารความเข้าใจระหว่างผู้วางแผนและดำเนินการสื่อสารประชาสัมพันธ์ หรือการทำการตลาดเชิงสังคมกับวัยรุ่น หลากหลายรสนิยม ทำให้เริ่มมีการเรียกร้องให้เปิดโอกาสให้วัยรุ่นที่มีภูมิหลังชีวิตที่แตกต่างกันเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผน จัดกิจกรรมสื่อสาร และให้ความรู้กับกลุ่มเพื่อนที่มีวัยและวิถีชีวิตที่ใกล้เคียงกัน

3) เยาวชนในสถานศึกษา

การศึกษาพฤติกรรมทางเพศในเยาวชนในสถานศึกษา ดำเนินการโดยสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค แสดงให้เห็นว่า พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มที่สูงขึ้น สะท้อนจากเด็กเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกที่อายุน้อยลงกว่าการศึกษาในรอบแรกๆ การใช้ถุงยางเมื่อมีเพศสัมพันธ์ด้วยสัดส่วนค่อนข้างต่ำ

การศึกษาพฤติกรรมทางเพศในเยาวชนสถานศึกษามักจะมุ่งเน้นที่พฤติกรรมเสี่ยง โดยมิได้ให้ข้อมูลในด้านสังคมมิติของเพศภาวะ (Gender) ทำให้แนวทางที่จะวางแผนในการปรับแก้ปัญหาขาดความสอดคล้องกับบริบทของครอบครัวและชุมชนที่นักเรียนอาศัยอยู่ อย่างไรก็ตามมีการศึกษาเกี่ยวกับความรุนแรงทางเพศสัมพันธ์ในโรงเรียน วิทยาลัยอาชีวศึกษา และการศึกษานอกโรงเรียน ที่สะท้อนให้เห็นความผันผวนของวิถีสังคม เพศภาวะ และพฤติกรรมทางเพศในเด็กนักเรียน ข้อจำกัดของการศึกษาและทำความเข้าใจกับพื้นฐานของปัญหาเหล่านี้อยู่ที่ครูและผู้บริหารโรงเรียนส่วนใหญ่ยังขาดการยอมรับภาวะทางสังคมแปรปรวนด้วยเกรงว่าจะก่อให้เกิดข้อครหาเสื่อมเสียชื่อเสียงสถาบัน

การดำเนินโครงการในลักษณะการศึกษาเชิงปฏิบัติในการจัดวางหลักสูตรของโรงเรียน และในเขตการศึกษาทำในรูปกิจกรรมที่สนับสนุนด้วยเงินจากโครงการกองทุนโลก (Global Fund) แต่พบว่า มีบางเขตการศึกษาทดลองใช้วิธีการปรับกิจกรรมในโรงเรียน ในด้านการแนะนำมาจัดกิจกรรมกลุ่มให้กับนักเรียนอย่าง

ต่อเนื่อง อีกทั้งยังขยายขอบเขตกิจกรรมและจัดสถานที่ในการให้คำปรึกษาด้วย จึงควรกระตุ้นให้มีการขยายผลโครงการทั้งสองรูปแบบในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ

4) เยาวชนนอกระบบการศึกษา

มีข้อจำกัดในความรู้เกี่ยวกับวิถีชีวิตทางสังคมอันเป็นปัจจัยพื้นฐานของพฤติกรรมเสี่ยงสำหรับเยาวชนนอกระบบการศึกษา ผู้ทบทวนประเด็นนี้ได้จำแนกเยาวชนนอกระบบการศึกษาออกเป็น

1. เยาวชนในชุมชนแออัดในเขตเมือง
2. เยาวชนในเขตชนบท
3. เยาวชนเร่ร่อน
4. เยาวชนในสถานพินิจ
5. เยาวชนที่รวมตัวเป็นแก๊ง เช่น แก๊งมอเตอร์ไซด์
6. เยาวชนต่างด้าว และกลุ่มชาติพันธุ์
7. เยาวชนที่เป็นกลุ่มชายขอบชาย หรือ ถูกปล่อยทิ้งให้เข้าสู่การขายบริการทางเพศ ซึ่งมักจะเป็นข้อมูลที่มาจากข่าวหนังสือพิมพ์ หรือสะท้อนจากการโฆษณาในต่างประเทศ

จากการศึกษาทบทวน ได้แสดงให้เห็นว่า มีแผนงานและโครงการจากองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอ็ดส์ลงไปดำเนินการในกลุ่มเหล่านี้ แต่ยังไม่พบข้อมูลที่แสดงบริบททางสังคมและวิถีชีวิตที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอ็ดส์ นอกจากนั้นยังขาดการประมวลความรู้และข้อมูลที่ใช้สำหรับติดตามสถานการณ์ และผลสำเร็จของการดำเนินงานในแต่ละโครงการ

สำหรับในกลุ่มเยาวชนที่อยู่ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชนก็ยังไม่มีการศึกษาและทบทวนรูปแบบและโครงการที่ดำเนินการโดยหน่วยงานที่รับผิดชอบ ในการดูแลและจัดการศึกษาความเชื่อมโยงสัมพันธ์และหมุนเวียนในระหว่างเยาวชนแต่ละกลุ่มเหล่านี้ยังไม่มีการศึกษา จึงยังขาดความเข้าใจพลวัตรของเยาวชนเหล่านี้ ส่งผลให้ไม่สามารถวางแผนปรับแก้วิกฤติในชีวิตของเยาวชนเหล่านี้

5) วัยแรงงาน

ข้อมูลในกลุ่มแรงงานที่ได้จากการศึกษาจากภาคแรงงานในระบบ (Formal Sector) ซึ่งมีการทำสัญญาจ้างและมีการจัดกิจกรรมสนับสนุนผ่านทั้งทางกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน และองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ เช่น TBCA อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาใน พ.ศ. 2540 แสดงให้เห็นว่า ยังมีสถานประกอบการถึงร้อยละ 22 ที่ไม่มีนโยบายตรวจเลือดหาเชื้อเอ็ดส์กับผู้สมัครงาน ร้อยละ 11-24 ที่บังคับหรือแอบสั่งให้เจาะตรวจเลือด ตลอดจนมีร้อยละ 6-19 ของสถานประกอบการที่มีนโยบายเลิกจ้างพนักงานที่ติดเชื้อ โดยยังมีสถานประกอบการประมาณครึ่งหนึ่งที่จัดกิจกรรมให้การศึกษา ความรู้ และทักษะในการป้องกันโรคเอ็ดส์ในกลุ่มพนักงาน

จากการศึกษาของสถานประกอบการอย่างต่อเนื่องในปี พ.ศ. 2540 พ.ศ. 2544 และ พ.ศ. 2546 สะท้อนการละเลยต่อนโยบายด้านนี้ทำให้สัดส่วนของสถานประกอบการที่บังคับเจาะเลือดเพิ่มมากขึ้น ในขณะที่สถานประกอบการที่ให้ข้อมูลข่าวสารและจัดอบรมก็ลดน้อยลงอย่างชัดเจน

กลุ่มแรงงานย้ายถิ่น และแรงงานก่อสร้างที่โยกย้ายที่อาศัยและที่ทำงานเป็นระยะๆ เป็นกลุ่มที่มักจะไม่มีข้อมูลมากนัก เนื่องจากเข้าถึงได้ยาก ตลอดจนยังขาดผู้รับผิดชอบที่จะติดตามดูแลเกี่ยวกับปัญหาและสถานการณ์ในกลุ่มนี้อย่างจริงจัง จึงควรมีการพัฒนารูปแบบกับหน่วยงานในระดับท้องถิ่น องค์การเอกชนสาธารณประโยชน์ เพื่อสนับสนุนให้ร่วมกันจัดการทดลองเชิงปฏิบัติการในการสร้างรูปแบบดูแลและให้การศึกษากับประชากรกลุ่มนี้

ผลจากการทบทวนแสดงให้เห็นว่ากลุ่มแรงงานที่อยู่เป็นสถาบันเช่น ทหารเกณฑ์ หรือข้าราชการ พนักงานรัฐวิสาหกิจ มีแนวโน้มที่จะได้รับข้อมูลการศึกษา และบริการทางสุขภาพที่สนับสนุนการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ รวมทั้งการให้ถุงยางอนามัยดีกว่ากลุ่มแรงงานในภาคเอกชน

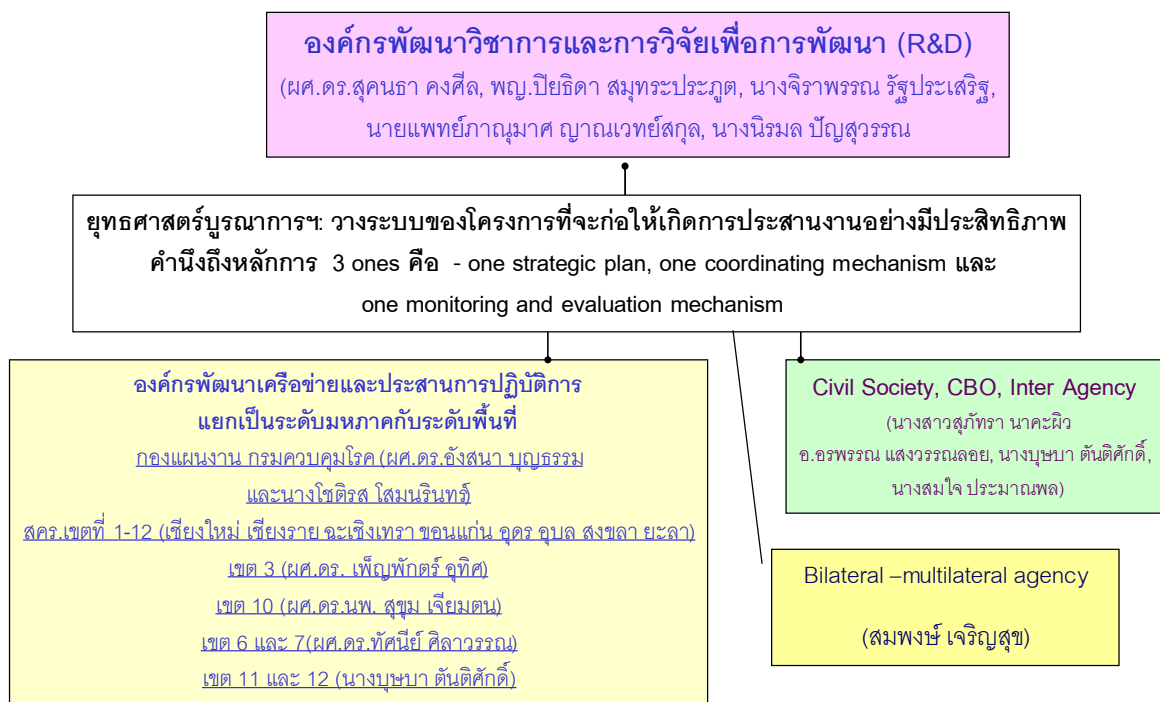
ตอนที่ 3

คณะกรรมการ เครื่องมือ และวิธีการ

1. คณะทำงานวิชาการ (Technical Review Team)

ผังการกำหนดยุทธศาสตร์บูรณาการฯ พ.ศ. 2550-2552 จำแนกตามบทบาทหน้าที่ และแสดงความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน ดำเนินการกำหนดกลุ่ม (ภารกิจ) ยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 นั้น หากพิจารณาการดำเนินการแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ในกรอบภารกิจ 3 ด้านคือ ภารกิจที่ได้รับมอบหมายตามกฎหมาย (Function Base) ภารกิจด้านการศึกษาวจัย (Knowledge Base) และภารกิจตามที่ได้รับมอบหมายจากรัฐบาล (Agenda Base) แล้ว การดำเนินการที่มีการวางระบบของแผนงาน/โครงการที่จะทำให้เกิดการทำงานอย่างมีประสิทธิภาพที่ยึดหลักของ 3 Ones: คือ one framework, one authority และ one M&E ที่จะนำไปสู่ยุทธศาสตร์การบูรณาการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง เครื่องมือที่จะพัฒนาตามกรอบแนวทางการทบทวน คณะทำงานวิชาการจะอาศัย UNGASS เป็นฐาน พิจารณาว่าใครเป็นเจ้าของ ภาพ ความชัดเจนสม่ำเสมอของการรายงาน มีการประสานการใช้ประโยชน์ของข้อมูล และดำเนินการทบทวนเป็นระยะ ดังนั้น Technical Review Team ประกอบด้วย

แผนภูมิที่ 5 องค์ประกอบของ Technical Review Team



2. เครื่องมือที่ใช้ในการทบทวน

2.1 แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ (Indepth interview) กลุ่มเป้าหมาย

- องค์กรพัฒนาวิชาการและการวิจัยเพื่อการพัฒนา (R&D)
 - ผู้อำนวยการกอง/สำนัก
 - หัวหน้าฝ่าย
- องค์กรพัฒนาเครือข่ายและประสานการปฏิบัติการ แยกเป็นระดับมหภาคกับระดับพื้นที่
 - นพ.สสจ/ผชช.ว
 - หัวหน้างานเอดส์
 - หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์
- Civil Society
 - GFATM, TUC, UN family, WHO, NGOs, มหาวิทยาลัย สปสช ฯลฯ

2.2 แบบบันทึกข้อมูลการสนทนากลุ่ม (Focus Group Discussion)

- องค์กรพัฒนาวิชาการและการวิจัยเพื่อการพัฒนา (R&D)
 - ผู้รับผิดชอบโครงการหลัก

- ผู้รับผิดชอบโครงการย่อย
- องค์กรพัฒนาเครือข่ายและประสานการปฏิบัติการฯ
 - หัวหน้างานเอดส์
 - หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์
 - ผู้รับผิดชอบโครงการหลัก
- Civil Society
 - ผู้รับผิดชอบโครงการหลัก/ย่อย

2.3 แบบตรวจสอบรายการ (Policy Check List) ด้านการตอบสนองต่อยุทธศาสตร์บูรณาการฯ

- วิธีการ : ทบทวนเอกสาร
- ระยะเวลาการทบทวนเอกสาร : แผนการดำเนินงานตั้งแต่เริ่มต้น รวมแผนรายปี 2550-2552
- เนื้อหา : แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการตอบสนองต่อยุทธศาสตร์งานเอดส์ ในแต่ละระดับ หรือไม่ อย่างไร
 - ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ 2550-2552 (รวมทั้ง แผนงานที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์)
 - ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด
- โดยพิจารณาตาม
 - เป้าหมาย (Goals) กลุ่มเป้าหมาย (Target population)
 - วัตถุประสงค์ (Objectives)
 - ผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรคเชิง Policy Resistance

2.4 แบบตรวจสอบรายการ (Project Evaluation Check List) ด้านประเมินความก้าวหน้าของโครงการ

- การประเมินความก้าวหน้าของโครงการ พ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2552 ประเด็น
 - การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์เอดส์ช่วงก่อนแผนและช่วงครึ่งแผนฯ
 - ความเป็นไปได้ในการบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์
 - ทิศทางการดำเนินงานสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ของแผนฯ
 - สิ่งที่เป็นช่องว่างและอุปสรรคต่อการบรรลุความสำเร็จของแผนฯ
- วิธีการ : ทบทวนเอกสารรายงานผลการประเมินผลโครงการ
- การพิจารณา : โดยพิจารณาตามเนื้อหาของการประเมิน ว่ามีข้อขยายหรือประเภทของการประเมินอยู่ในระดับใด จำแนกเป็น Input, Process, Output, Outcome, Impact Evaluation หรือประเภทอื่นๆ

2.5 แบบตรวจสอบรายการ (Project Evaluation check list) ด้านการทบทวนบทบาทการสนับสนุนวิชาการฯ

- ทบทวนภาพรวมการสนับสนุนด้านวิชาการ กระบวนการและเนื้อหาต่าง ๆ ครอบคลุม
 - ผลลัพธ์ของการสนับสนุนด้านวิชาการ รวมประสบการณ์ ทักษะของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ/เอกชน/องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์/องค์กรระหว่างประเทศ

- การผลิตสื่อวัสดุอุปกรณ์เพื่อการศึกษา การสื่อสารและประชาสัมพันธ์ (IEC) รวมทั้งประสิทธิผลการใช้สื่อ
 - แผนงาน/โครงการที่เป็นข้อตกลงหรือมีพันธะผูกพันต่าง ๆ
 - บทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานการสนับสนุนด้านวิชาการ
- วิธีการ : ทบทวนเอกสารรายงานผลการประเมินผลโครงการ
 - การพิจารณา : โดยพิจารณาตามเนื้อหาของการประเมิน ว่ามีข้อบ่งชี้หรือประเภทของการประเมินอยู่ในระดับใด จำแนกเป็น Input, Process, Output, Outcome, Impact Evaluation หรือประเภทอื่นๆ

3. ประเด็นคำถามในการทบทวน

แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ (In-depth interview)

- การตอบสนองต่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การจัดทำแผนงานปฏิบัติการ/โครงการของหน่วยงานมีกระบวนการขั้นตอนอย่างไร สรุปเป็น Flow chart ประกอบด้วยใคร มีบทบาทหน้าที่อย่างไร รวมทั้ง การใช้ข้อมูลใดบ้างในกระบวนการจัดทำแผนงาน/โครงการของ ระดับเขต/จังหวัด การดำเนินการตามแผนงาน/โครงการได้รับงบประมาณสนับสนุนจากใคร อปท. ได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการจัดทำแผนงาน/โครงการหรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้แผนงาน/โครงการนั้น มีความสอดคล้องคล้อยกับนโยบายหรือยุทธศาสตร์หรือความต้องการ (สภาพปัญหา) ของพื้นที่หรือไม่ อย่างไร และแผนงาน/โครงการที่ดำเนินการตอบสนองต่อยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-2554 รวมทั้งแผนงานที่เกี่ยวข้องกับ สอวพ. หรือไม่ อย่างไร ผลการดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์หลักของโครงการหรือไม่ มีปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์หลักของโครงการ หรือไม่ อย่างไร และมีแนวทางการแก้ไขปัญหายังไง
- การกำกับ ติดตามผลการดำเนินโครงการ
 - ได้มีการนำผลการประเมินมาใช้ประโยชน์ต่อการวางแผน หรือปรับปรุงแนวทางการดำเนินการหรือไม่ อย่างไร (โครงการเดิม/โครงการใหม่)
- การพิจารณาแนวทางการนำไปสู่ความยั่งยืนของโครงการที่เป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหา
 - เมื่อสิ้นสุดการสนับสนุนการดำเนินงาน หน่วยงานของท่านมีนโยบายสนับสนุนการดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไปหรือไม่ อย่างไร
 - มีโครงการใดบ้างที่มีการบูรณาการเข้าสู่การดำเนินงานปกติ (ยังดำเนินการอยู่) และในขณะที่ทบทวน มีการบูรณาการอย่างไรบ้าง

แบบบันทึกข้อมูลการสัมภาษณ์ (Focus Group Interview) ประเด็นคำถาม

- ด้านการบริหารจัดการโครงการ
 - การตอบสนองต่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- ด้านการบริหารจัดการทรัพยากรบุคคล

- ดำเนินการเองเป็นหลัก/หรือมีหน่วยงานอื่นเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงาน (มีกี่โครงการ อะไรบ้าง)
- ที่ผ่านมามูลคูลกรได้รับการพัฒนาจากการดำเนินงานโครงการ ด้านใดบ้าง และพัฒนาอย่างไร
- การพัฒนาศักยภาพนั้นๆ ตรงกับความต้องการหรือไม่ ผู้ที่ได้รับการพัฒนามีความพึงพอใจหรือไม่ อย่างไร
- จากประสบการณ์ที่ผ่านมา กระบวนการหรือรูปแบบที่ใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรเป็นอย่างไร มีความเหมาะสมกับบุคลากรหรือไม่ อย่างไร
- ความต้องการในการพัฒนาศักยภาพเรื่องใดต่อไป ด้วยกระบวนการพัฒนาอย่างไร

โดยกำหนดตัวชี้วัด แนวทางการทบทวนให้พยายามค้นหาและสรุปให้ได้ตามวัตถุประสงค์การทบทวนที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ รายละเอียดกรอบแนวทางการทบทวนสำหรับแต่ละหัวข้อประกอบด้วย คำถาม ตัวชี้วัด เครื่องมือเก็บข้อมูล และกลุ่มเป้าหมาย ได้สรุปไว้ในภาคผนวก

4. การออกเยี่ยมสังเกตการณ์ที่พื้นที่ปฏิบัติการ และการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงาน (Site visit)

การสังเกตการณ์ที่พื้นที่ปฏิบัติการ เช่นคลินิก ห้องปฏิบัติการ เป็นต้น ร่วมกับการสัมภาษณ์ผู้ปฏิบัติงานในหน้าที่เพื่อให้เกิดความชัดเจนและมีความเข้าใจสภาพปัญหามากขึ้น การคัดเลือกสถานที่ที่ออกเยี่ยมจะพิจารณาตามความเหมาะสมกับลักษณะการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่

4.1 รายชื่อหน่วยงานที่ลงเก็บข้อมูลในระดับส่วนกลาง

กลุ่ม R&D และ Civil Society คณะกรรมการ สปสช. (คณะอนุกรรมการกองทุนรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์) CCM คณะกรรมการกลไกความร่วมมือในประเทศ (คณะทำงานวิชาการด้านโรคเอดส์) สอวพ. สถาบันบำราศฯ กองอนามัยเจริญพันธุ์ สำนักระบาดวิทยา สำนักพัฒนาวิชาการ TUC ฯลฯ โดยเฉพาะหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับที่มาของแผนยุทธศาสตร์

- กองแผนงาน กรมควบคุมโรค (28 ตุลาคม 2552)
- สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย (11 พฤศจิกายน 2552)
- ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (11 พฤศจิกายน 2552)
- สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (16 พฤศจิกายน 2552)
- สำนักวัณโรค
- เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนข้อมูลเพื่อใช้ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ
- สำนักระบาดวิทยา
- สำนักจัดการความรู้

4.2 รายชื่อหน่วยงานที่ลงเก็บข้อมูลในระดับส่วนภูมิภาค

- สคร (TB/HIV, TB Database, ห้องปฏิบัติการชันสูตร): สคร ที่ 3,6,7,10,11,12

- สสจ (ศูนย์เทคโนโลยีสารสนเทศ Programme Management, M&E, IT, STI Clinic คุณภาพบริการ)
- รพศ/รพท/รพช (TB Clinic STI Clinic ห้องปฏิบัติงานชั้นสูตร และคุณภาพบริการ)
- ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์
- มหาวิทยาลัย สถาบันการศึกษาในพื้นที่
- ศูนย์อนามัยเขต (PMTCT)
- โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร โรงพยาบาลเชียงรายฯ จังหวัดเชียงราย (ศูนย์องค์รวม)
- โรงพยาบาลมหาราชนครศรีธรรมราช
- คลินิกกามโรค (สสจ.เชียงราย สสจ. ภูเก็ต)
- งานควบคุมวัณโรค (สคร 10 –INH Prophylaxis และ 11- DOT Strategy)
- โรงพยาบาลป่าตอง โรงพยาบาลวชิระ มูลนิธิบ้านเพื่อชีวิต โรงเรียน จังหวัดภูเก็ต
- อปท อบจ อบต
- ACCESS, M-Plus- องค์การศาสนา
- สพท. ฯลฯ

5. แผนการดำเนินงานทบทวนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ พ.ศ. 2550 – 2552 จำแนกตามบทบาทหน้าที่ และความสัมพันธ์ระหว่างหน่วยงาน

5.1 ตารางการดำเนินงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตามกรอบการทบทวนและเป้าหมาย

องค์กรพัฒนาเครือข่ายและประสานการปฏิบัติการ

- ทบทวนภาพรวมการสนับสนุนด้านวิชาการ กระบวนการและเนื้อหาต่าง ๆ
- การผลิตสื่อวัสดุอุปกรณ์เพื่อการศึกษา (IEC) รวมทั้งประสิทธิผลการใช้สื่อ
- แผนงาน/โครงการที่เป็นข้อตกลงหรือมีพันธะผูกพันต่าง ๆ
- บทเรียนที่ได้จากการดำเนินการสนับสนุนด้านวิชาการ

ตารางที่ 1 การดำเนินงานส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ตามกรอบการทบทวนและเป้าหมาย

จังหวัด	เป้าหมายที่เน้น	กลุ่มเป้าหมายที่เด่น	Civil society	หมายเหตุ
กองแผนงาน กรมควบคุมโรค	เรื่องแผนยุทธศาสตร์ของกรม ควบคุมโรค			ผศ.ดร.อังสนา บุญธรรม นางโชติรส โสมนรินทร์
1. เชียงใหม่	Sex worker, TB/HIV, MSM, กลุ่มศาสนา.ศูนย์วิทย์ฯ ,VCT , care and treatment ,อนุฯเอดส์ จังหวัด	MSM, Religion, Sex worker	ศาสนา (สันป่า ตอง)	ผศ.ดร.นพ .สุชุม เจียมตน
2. เชียงราย	Sex worker (Clinic STI), ANC, VCT, NGOs, ศูนย์องค์รวม มหาวิทยาลัย , อนุฯเอดส์จังหวัด	HIVQALT ,Sex worker	ภาคีเครือข่าย วิชาการ	ผศ.ดร.นพ .สุชุม เจียมตน
3. อุบลราชธานี	Sex worker, ANC ศูนย์วิทย์ฯ ,VCT	TB-HIV, ศูนย์องค์รวม	ผู้ได้รับ ผลกระทบ กลุ่มเด็ก	ผศ.ดร.ทักษิณี ศิลาวรรณ
4. อุตรดิตถ์	Sex worker ANC ศูนย์วิทย์ฯ VCT	Migrant, ARV	กพอ/NGO	ผศ.ดร.ทักษิณี ศิลาวรรณ
5. สงขลา	Sex worker, Clinic STI, TB/HIV, ANC ศูนย์วิทย์ฯ VCT, IDU ศูนย์องค์รวม Migrants , อปท. อนุฯเอดส์จังหวัด	Migrant, IDU	NGO	นางบุษบา ดันดีศักดิ์
6. ภูเก็ต	Sex worker, Clinic STI, TB/HIV, ANC ศูนย์วิทย์ฯ VCT, IDU ศูนย์องค์รวม Migrants , อปท. Migrants NGOs	TB-HIV, STI, MSM	ผู้ได้รับ ผลกระทบ	นางบุษบา ดันดีศักดิ์
7. ฉะเชิงเทรา	ศูนย์วิทย์ฯ ,ศูนย์อนามัย VCT, อปท	Religion, Migrants	Human right vaccine	ผศ.ดร. เพ็ญพักตร์ อุทิศ

รายละเอียดเครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล ดูในภาคผนวก

5.2 ตารางการปฏิบัติงานในส่วนกลาง

5.2.1 องค์การพัฒนาวិชาการและการวิจัยเพื่อการพัฒนา R&D

- ทบทวนความก้าวหน้าของการดำเนินงานช่วงเวลา พ.ศ .2550 – พ.ศ .2552
- การเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์เอดส์ช่วงก่อนแผนและช่วงครึ่งแผนฯ
- ความเป็นไปได้ในการบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์
- ทิศทางการดำเนินงานสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของแผนฯ
- สิ่งที่เป็นช่องว่าง (gap) และอุปสรรคต่อการบรรลุความสำเร็จของแผนฯ

5.2.2 องค์การสนับสนุน Civil Society ทบทวน กลไกการประสานงาน ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาความร่วมมือในอนาคต

5.3 ระดับกระทรวงที่มีบทบาทเข้าร่วมในกระบวนการทำแผนฯ 10 ประกอบด้วย

- กระทรวงศึกษาธิการ
- กระทรวงแรงงาน
- กระทรวงพัฒนาสังคม และความมั่นคงของมนุษย์
- กระทรวงสาธารณสุข
- กระทรวงมหาดไทย

แผนภูมิที่ 6 หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตามแผนงาน โครงการป้องกันปัญหาโรคเอดส์



ตารางที่ 2 กลุ่มเป้าหมาย Key person และ ผู้รับผิดชอบ

กลุ่มเป้าหมาย	Key person/ รายชื่อ	ผู้รับผิดชอบ
1. องค์การพัฒนาวิชาการและการวิจัยเพื่อการพัฒนา R&D) ประกอบด้วย กระทรวงศึกษา, พัฒนาสังคมฯ, แรงงาน, มหาตไทย-กรมการปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น	ผู้อำนวยการกอง/สำนัก หัวหน้าฝ่าย/กลุ่มงาน	ผศ.ดร.สุคนธา คงศีล พญ.ปิยธิดา สมุทระประภูต นางจิราพรพรณ รัฐประเสริฐ นายแพทย์ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล นางนิรมล ปัญสุวรรณ
2. องค์การพัฒนาเครือข่ายและประสานการปฏิบัติการ แยกเป็นระดับมหาดกับระดับพื้นที่ กองแผนกรม/ผอ กองแผน นพ.สสจ/ผชช.ว/ส หัวหน้างานกามโรคเอดส์ เลขาฯ อนุกรรมการเอดส์จังหวัด :ศึกษา, พัฒนาสังคมฯ, แรงงาน, มหาตไทย-อปท หัวหน้ากลุ่มงานพัฒนายุทธศาสตร์, ผู้รับผิดชอบ	ข้อมูลรายชื่อ จากเจ้าหน้าที่ ศบจอ. และ สอวพ	ผศ.ดร.สุคนธา คงศีล พญ.ปิยธิดา สมุทระประภูต นางจิราพรพรณ รัฐประเสริฐ นายแพทย์ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล นางนิรมล ปัญสุวรรณ
3. Civil Society - GFATM- CCM - TUC - UNAIDS:- - NGOs –CBO กลุ่ม Youth, HIV Networking, sex worker (owner brothel, ANC -มหาวิทยาลัย	ข้อมูลรายชื่อ จากเจ้าหน้าที่ ศบจอ. และสอวพ	นางสาวสุภัทรา นาคะผิว อ.อรพพรณ แสงวรรณลอย นางบุษบา ดันติศักดิ์ นางสมใจ ประมาณพ
Transfer cases to NHSO	สปสช. มหาวิทยาลัย/สถาบันการศึกษา NGO, International NGO	นางสาวสุภัทรา นาคะผิว อ.อรพพรณ แสงวรรณลอย นางบุษบา ดันติศักดิ์ นางสมใจ ประมาณพล
Human Rights:	APN+ (7 sister –MTR report), TNP+, UNGASS to identify GAP, reproductive life, TBCA, กรมสวัสดิการแรงงาน, migrants	นางสาวสุภัทรา นาคะผิว อ.อรพพรณ แสงวรรณลอย นางบุษบา ดันติศักดิ์ นางสมใจ ประมาณพล
Impact Mitigation: Orphanages – NCA, ACCESS, UNICEF, UNDP, TNP+	เครือข่ายเด็ก คลองเตย ศูนย์ พัฒนาเด็กฯ เครือข่ายผู้สูงอายุ caregiver- review IPSR studies, AIDSNET	นางสาวสุภัทรา นาคะผิว อ.อรพพรณ แสงวรรณลอย, นางบุษบา ดันติศักดิ์, นางสมใจ ประมาณพล

ตอนที่ 4

ผลการดำเนินงาน/ปัญหาอุปสรรค/ข้อเสนอแนะ จากการทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554

การศึกษาวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 -2554” เพื่อทบทวนการดำเนินงานช่วงครึ่งแผนของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 ที่ดำเนินการโดยภาครัฐ หน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในภาพรวม กล่าวคือ แผนงาน/โครงการอะไรที่ได้ดำเนินการไปแล้ว ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร (ผลผลิต ผลลัพธ์) อะไรคือ Key findings หรือข้อค้นพบหลัก มีปัญหา/อุปสรรค และข้อเสนอแนะแนวทางแก้ไขอย่างไร และสามารถนำไปเป็นข้อเสนอในการดำเนินงานอีกช่วงที่เหลือได้ ดังนั้นข้อมูลการวิเคราะห์สถานการณ์ภาพการดำเนินการ ปัญหา อุปสรรค และแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นที่ผ่านมา จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่ง สำหรับผู้บริหารและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการนำไปปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รวมทั้งการลดผลกระทบ ให้เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1. คำจำกัดความ

- **ผลการดำเนินงาน/ภาพรวมของการดำเนินงาน** คือ ผลการดำเนินงานของกิจกรรมภายใต้กลยุทธ์ของหน่วยงาน ซึ่งอาจจะเป็นผลผลิต (Product) หรือการให้บริการ (Service) ที่ดำเนินงานโดยหน่วยงานของรัฐ หน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในที่นี้จะหมายถึงผลการทบทวน และ/หรือผลการดำเนินงาน ทั้งในรูปแบบของการให้บริการโดยตรงหรือโดยการใช้วัตถุสิ่งของและสิ่งก่อสร้าง เพื่อนำไปใช้ในการให้บริการแก่องค์กรภายนอกหน่วยงานหรือประชาชน โดยมีตัวชี้วัดผลสำเร็จในเชิงปริมาณ คุณภาพ เวลา รวมทั้งค่าใช้จ่ายที่กำหนดไว้

- **ผลผลิต/ผลลัพธ์** คือ ผลอันสืบเนื่องจากการปฏิบัติการ ทั้งที่คาดหมายและไม่คาดหมาย ทั้งที่เกิดขึ้นระหว่างและภายหลังการปฏิบัติการ ที่อาจส่งผลกระทบต่อการพัฒนาในมิติอื่น หรือการปฏิบัติการของหน่วยงานอื่น หรือประชาชนทั้งที่เป็นกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มอื่น ทั้งในและนอกพื้นที่ โดยรายงานผลลัพธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม รวมทั้งผลลัพธ์ด้านบวกและด้านลบ ในมิติที่สามารถประเมินในรูปตัวเงินและไม่ใช้ตัวเงิน

- **ปัญหาอุปสรรค** หมายถึง การรายงานปัญหาอุปสรรคของการดำเนินแผนงาน/โครงการหลักที่มีผลต่อความสำเร็จตามเป้าหมายของแผนงาน/โครงการ เจาะลึกความสำเร็จ ที่สนับสนุนโครงการหลักให้สามารถดำเนินงานได้บรรลุจุดมุ่งหมาย โดยระบุถึงปัจจัยที่มีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการดำเนินงานของหน่วยงาน ทั้งจากที่ได้ดำเนินการไปแล้วหรืออยู่ระหว่างดำเนินการ ซึ่งปัจจัยดังกล่าวอาจเป็นได้ทั้งในระดับนโยบาย หรือปัจจัยภายนอก และระดับปฏิบัติการ หรือปัจจัยภายในของหน่วยงานที่สนับสนุนหรือขัดขวางการดำเนินงาน

- **ข้อเสนอแนะ** หมายถึง รายงานข้อเสนอแนะจากการดำเนินงานตามแผนงาน/โครงการหลักว่า ควรมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบหรือแนวทางการดำเนินงานอย่างไร ที่จะก่อให้เกิดประโยชน์หรือบรรลุวัตถุประสงค์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในระดับหน่วยงาน ระดับกระทรวงหรือระดับนโยบาย เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์ หรือแผนกลยุทธ์และการดำเนินงานของหน่วยงานในช่วงปีที่เหลือ (2553-2554) และแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ฯ ฉบับที่ 11 ต่อไป

การลงพื้นที่สำรวจทั้งในส่วนกลางและภูมิภาคเพื่อดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลใน“โครงการวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554” โดยเฉพาะหน่วยงานในส่วนกลางเกี่ยวข้องกับที่มาของแผนยุทธศาสตร์ ประกอบด้วย กองแผนงาน กรมควบคุมโรค สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กลุ่มโรคเอดส์ สำนักวัณโรค และหน่วยงานหลักที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนข้อมูลเพื่อใช้ในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ฯ เช่น สำนักกระบวนวิชา สำนักจัดการความรู้ เป็นต้น หน่วยงานอื่น ๆ ภายนอกกระทรวงสาธารณสุข จะใช้การประสานงานและส่งแบบสอบถาม และหากมีประเด็นสำคัญสำหรับการทบทวน คณะทำงานฯ จะนัดหมายเพื่อทำการสัมภาษณ์ ต่อไป

สำหรับหน่วยงานในส่วนภูมิภาคที่เก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (งาน กามโรค/โรคเอดส์ งานวัณโรค งานแผนงานฯ) – สนับสนุนวิชาการ การประสานงานในพื้นที่ (การประสานงานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ด้วย HIVQUAL-T) วิจัย/โครงการพิเศษเฉพาะ รวมทั้ง M&E ศูนย์อนามัยเขต (Reproductive health, family health, ANC, PMTCT, VCT, VCCT, PICT, etc) ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ (Lab PCR, ตรวจยืนยัน ผลเลือดต่าง ฯลฯ) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (อนุกรรมการเอดส์จังหวัด) โรงพยาบาล ศูนย์องค์รวม (รักษา ป้องกัน ลดผลกระทบ) องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น (รักษา ป้องกัน ลดผลกระทบ) มหาวิทยาลัยภาคีเครือข่ายวิชาการ (วิจัย ประเมินผล สร้างองค์ความรู้) หน่วยงาน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ สำนักงานประกันสังคม สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และภาคประชาสังคม โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก นักวิชาการสาธารณสุข กลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเรื้อรัง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคต่าง ๆ หัวหน้างานควบคุมป้องกันโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด นักพัฒนาสังคมชำนาญการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด อาจารย์ประจำของมหาวิทยาลัยในท้องถิ่น นายกองค์การบริหารส่วนตำบล และการสนทนากลุ่มสำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยหน่วยงานต่าง ๆ มีการบริหารจัดการงานเอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 ซึ่งจะได้นำเสนอเป็นลำดับขั้นของยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่าง ๆ ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบูรณาการป้องกันดูแลรักษา และลดผลกระทบตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และ ยุทธศาสตร์ที่ 4 การติดตาม ประเมินผล การศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มีเป้าประสงค์ ดังนี้

- 1) ประชาชนมีพฤติกรรมและมีความสามารถในการป้องกันตนเองและครอบครัวให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและแพร่เชื้อเอชไอวีได้อย่างเหมาะสม
- 2) ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข
- 3) ครอบครัว และชุมชน มีค่านิยมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันตนเองและสมาชิกให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ยอมรับ ไม่รังเกียจ และอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายที่จะตอบสนองยุทธศาสตร์และเป้าหมายข้างต้น ซึ่งเกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในเรื่องการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการป้องกันการลดการติดเชื้อเอดส์รายใหม่ ในประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย เนื่องจากยังมีการติดเชื้อรายใหม่ในประชากรหลายกลุ่ม ผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้อย่างครอบคลุมทั่วถึง ผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ได้รับการดูแล และสามารถเข้าถึงบริการทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษา และสุขภาพขั้นพื้นฐานจากบริการภาครัฐ เอกชนและชุมชนอย่างเหมาะสมและเป็นธรรม รวมทั้ง ส่งเสริมสนับสนุน หน่วยงานภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรชุมชน และองค์กรเอกชนทุกแห่ง ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ และต่อเนื่อง โดยให้ถือเอางานเอดส์เป็นงานของทุกหน่วยงาน และสามารถนำไปสู่กระบวนการ/แนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ด้านการป้องกันให้ใช้กลไกการทำงานของคณะกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ส่วนด้านการดูแลรักษาให้มีการพัฒนารูปแบบวิธีการให้การปรึกษาและบริการรักษาตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ทั้งนี้ในด้านการลดผลกระทบ จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชุมชน (CBO: Community-based prganisation) NGO แกนนำเครือข่ายผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และสนับสนุนการดำเนินงานของคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แนวทางการดูแลผู้ป่วยวัณโรคควบคู่ไปกับแนวทางการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ในระยะช่วงการทบทวนครึ่งแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ นี้ ปลัดกระทรวงสาธารณสุข ได้มีนโยบายกำหนดให้ในระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและระดับโรงพยาบาลมี Mr.TB (ผู้ประสานงานวัณโรคระดับโรงพยาบาล คณะกรรมการดำเนินงานวัณโรคระดับโรงพยาบาล) โดยกำหนดให้ผู้ป่วยวัณโรคปอดระยะแพร่เชื้อรายใหม่ ขอให้พิจารณาเป็นผู้ป่วยใน 2 สัปดาห์ อีกทั้ง กำหนดให้ อสม. เป็นพี่เลี้ยงดูแลการกินยาของผู้ป่วยวัณโรค รวมทั้ง ค้นหาดำเนินการตรวจคัดกรองเชิงรุกในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ต้องขัง แรงงานย้ายถิ่น แรงงานข้ามชาติ ผู้สูงอายุ และการจัดให้มีการบริหารจัดการวัณโรคอย่างครบวงจรในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมถึงการพัฒนาศักยภาพการ

ปฏิบัติการชันสูตรโรค รับการผสมผสานงานโรคและโรคเอดส์ การบริหารจัดการโรคที่อียาลา
ขนานและดื้อยารุนแรง

จากสถานการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ของประเทศไทย ปี 2551 (เท่าที่ได้รับรายงาน) ประเทศไทย
มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์สะสม 1,115,415 ราย จำนวนผู้เสียชีวิตไปแล้ว 585,830 ราย จำนวนผู้ติด
เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ 532,522 ราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 12,787 ราย และ จำนวน
ผู้ป่วยเอดส์รายใหม่ 51,091 ราย

อย่างไรก็ตาม สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย คาดว่าจะมีผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอดส์สะสมตั้งแต่ปี 2527-
2552 ประมาณ 1,127,168 ราย มีชีวิตอยู่ประมาณ 516,632 ราย คาดว่าในปี 2552 จะมีผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่
11,753 คน เฉลี่ยวันละ 32 คน ร้อยละ 42 ติดจากคู่นอนประจำ หรือติดจากสามี/ภรรยา ร้อยละ 29 หรือกว่า 1 ใน
4 ติดเชื้อในกลุ่มชายรักชาย สำนักโรคติดต่อวิทยาได้รายงาน ว่า ผู้ป่วยเอดส์สะสมขึ้นทะเบียนรักษา ตั้งแต่ พ.ศ.2527
จนถึงวันที่ 30 เมษายน 2552 จำนวน 349,238 ราย เสียชีวิตแล้ว 94,507 ราย แต่การเสียชีวิตมีแนวโน้มลดลง
เนื่องจากการได้รับยาต้านไวรัส ทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่เป็นวัย
แรงงาน และวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-59 ปี ร้อยละ 93 จะส่งผลในเชิงผลลัพธ์ตามเป้าหมายคือ ลดการติดเชื้อราย
ใหม่ให้ได้ร้อยละ 50 ในปี 2554 ตามแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างทั่วถึงและครอบคลุม
แห่งชาติ ได้หรือไม่ อย่างไร

การทบทวน (ครึ่งแผน) บูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เข้าไปในภารกิจของ
หน่วยงานทุกระดับและเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วนดังกล่าวแล้วข้างต้น เพื่อทบทวนการ
ดำเนินงานช่วงครึ่งแผนของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ คือในช่วงเวลา พ.ศ. 2550-2552 ที่ดำเนินการโดยภาครัฐ
และหน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ในภาพรวม โดยพิจารณาว่า แผนงาน/โครงการอะไรที่หน่วยงานได้
ดำเนินการไปแล้วตามภารกิจนั้น ผลการดำเนินงานเป็นอย่างไร มีปัญหา/อุปสรรค และแนวทางแก้ไขอย่างไร และ
สามารถนำไปเป็นข้อเสนอในการดำเนินงานอีกช่วงเวลาที่เหลือได้หรือไม่ อย่างไร ทั้งนี้ ในยุทธศาสตร์บูรณาการฯ
ดังกล่าว ได้วางระบบของโครงการที่จะก่อให้เกิดการประสานงานอย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะคำนึงถึงหลักการ 3
ones คือ - one strategic plan, one coordinating mechanism และ one monitoring and evaluation
mechanism

การทบทวนครึ่งแผน เน้นการทบทวนรายละเอียดกรอบภารกิจ (2550-2552) โดยแบ่งบุคลากรที่
เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ประกอบด้วย

- 1) เจ้าหน้าที่ในหน่วยงานระดับปฏิบัติการทั้งในส่วนกลางและพื้นที่ เช่น กองแผนงาน/สำนักงาน
ป้องกันควบคุมโรค (Operation manager) พิจารณาลักษณะกิจกรรมให้ครอบคลุม
- 2) ผู้รับผิดชอบด้านการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554
โดยตรง (R&D: Strategic manager)
- 3) เจ้าหน้าที่/นักวิชาการภายนอก (Civil Society) อาศัยประสบการณ์และความรู้ในระเบียบวิธี
สำหรับกิจกรรมดำเนินงานที่สอดคล้องกับกลุ่มยุทธศาสตร์ที่จะทำการทบทวน

คณะทำงานวิชาการฯ ได้ดำเนินการสำรวจข้อมูล และเก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อนำมาทบทวน (ครึ่งแผน) จากหน่วยงานระดับปฏิบัติการในส่วนภูมิภาคก่อน แล้วนำประเด็นคำถาม ประเด็นที่ต้องการความกระจ่างที่ได้จากการทบทวนนั้น มาทบทวนต่อในหน่วยงานระดับปฏิบัติงานในส่วนกลาง ซึ่งหมายถึง การทบทวนภาพรวมการสนับสนุนด้านวิชาการ กระบวนการและเนื้อหาต่าง ๆ ผลลัพธ์ของการสนับสนุนด้านวิชาการ รวมถึงประสิทธิภาพของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ/เอกชน/เอกชนด้านเอดส์/องค์กรระหว่างประเทศ การผลิตสื่อวัสดุ อุปกรณ์เพื่อการศึกษา (IEC) รวมทั้งประสิทธิผลการใช้สื่อ แผนงาน/โครงการที่เป็นข้อตกลงหรือมีพันธะผูกพันต่างๆ รวมถึงบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานการสนับสนุนด้านวิชาการ

2. ผลการดำเนินงานภาพรวมตามยุทธศาสตร์องค์การพัฒนาเครือข่ายและประสานการปฏิบัติการในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2552 กระบวนการและผลการดำเนินงานในภาพรวมระดับองค์การพัฒนาเครือข่ายและประสานการปฏิบัติการในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 และ 7) เป็นดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ

ผลการดำเนินงาน

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ภายใต้คณะอนุกรรมการฯ จังหวัด แสดงความเห็นว่าการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฯ มีดังนี้

การดำเนินงานด้านเด็กและเยาวชน

- การจัดโครงการสภากาแฟเด็กและเยาวชน คาราวานเสริมสร้างเด็ก และโครงการด้านเอดส์แต่ยังไม่ชัดเจนมากนัก
- การให้ความรู้การป้องกันโรคเอดส์ของเยาวชน การดูแลตนเอง การใช้ถุงยางอนามัย ให้การปรึกษา การป้องกันการตั้งครรภ์ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเป็นเจ้าภาพเชิญวิทยากรจากหลากหลายหน่วยงานจัดกิจกรรมปีละ 2 ครั้ง ซึ่งครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายใหม่ด้วย
- งานเสริมสร้างเด็ก มีการประสานงาน/ ติดต่อขอรับบริการการให้ความช่วยเหลือเด็กและเยาวชนผ่านช่องทาง และวิธีการต่างๆ

การสงเคราะห์เงินช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

การสนับสนุนงบประมาณโดยผ่านทางประสานงานที่ ARV Clinic และให้เป็นเงินสงเคราะห์ ซึ่งการเข้ามาขอรับเงินช่วยเหลือของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มีทั้งส่วนที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อส่งรายชื่อเข้ามา และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ walk in เข้ามาขอรับบริการช่วยเหลือโดยตรง ซึ่งจะมีการคัดกรองพิจารณาก่อนที่จะให้เงินสงเคราะห์ ประมาณคนละ 1,000-2,000 บาท ซึ่งผู้ป่วยทราบข้อมูลจากกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยสสจ. เป็นผู้แนะนำ และอบจ./อบต. เป็นผู้ประสานสัมพันธ์ รวมทั้งการมี อพม.ทุกตำบล ทุกหมู่บ้าน เป็นผู้กระจายข่าวสาร

รูปแบบการช่วยเหลืองบประมาณ ใช้การหารตามจำนวนคน $200,000/100 = 2,000$ บาท/ราย บางรายที่งบประมาณไม่พอจะใช้เงินจากส่วนอื่น มีเพียงกองทุนเด็กที่ต้องมีเอกสารรับรอง กรณีฉุกเฉินให้รายละ 2,000 บาท การสงเคราะห์ให้ผู้มีรายได้น้อย 1,500-2,000 บาท และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ 3,000 บาท/ ครอบครัว

ปัญหา อุปสรรค

- 1) งบประมาณด้านความช่วยเหลือมีไม่เพียงพอ การที่ผู้ติดเชื้อหรือญาติร้องขอความช่วยเหลือสำนักงานสามารถช่วยได้บ้างบางครั้ง ตามกำหนด คือ รายละไม่เกิน 3 ครั้ง
- 2) ภาระงานของเจ้าหน้าที่มีมาก การทำงานเป็นการตั้งรับมากกว่า ไม่ได้ลงไปติดตามในพื้นที่ เรื่องความเป็นอยู่ หรือการเยี่ยมบ้าน ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มที่ไม่ยอมเปิดเผยตัวได้ ทำให้การกระจายความช่วยเหลือไม่ทั่วถึง

ข้อเสนอแนะ

- 1) การบูรณาการเข้าสู่ภารกิจประจำมีกรอบโครงการใหญ่ และแบ่งเป็นโครงการย่อย สนับสนุนให้สำนักงานสาธารณสุขทำงานร่วมกับภาคีบูรณาการในโครงการย่อยเสนอขึ้นมา และเสนอแผนที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์
- 2) การเสนอของบประมาณในส่วนกลาง ควรสนับสนุนและส่งเสริมงานด้านการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ ซึ่งไม่ใช่เฉพาะเรื่องเงินเท่านั้น ควรสนับสนุนให้ครอบครัวสามารถดูแลกันเองได้ด้วย
- 3) มีหน่วยงานเกี่ยวข้องทำงานด้านเอดส์หลายหน่วยงาน ควรให้อำเภอส่งแผนงานด้านสุขภาพเข้ามาและให้ความสำคัญกับงานด้านคุณธรรมจริยธรรม โดยมีตัวชี้วัดย่อยและตัวชี้วัดหลักในเรื่องการรณรงค์ป้องกันที่ส่งผลกระทบต่อชุมชน เด็ก เยาวชน และการให้ความรู้เรื่องถุงยางอนามัย การประเมินการใช้ถุงยางอนามัย

องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นระดับจังหวัด ได้ให้ข้อมูลและแสดงความเห็นในเรื่องผลการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 ในเรื่องสถานการณ์และผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นมีบทบาทในการสนับสนุนงบประมาณให้ชุมชนไปดำเนินการและการดำเนินงานโดยอปท. ซึ่งมีลักษณะการดำเนินงานหลักๆ ดังนี้

งานด้านการให้ความช่วยเหลือเปื่อยังชีพ โดยให้ความช่วยเหลือทุกรายที่เปิดเผยตัวและมาขอรับความช่วยเหลือ ไม่ต้องทำประชาคม ไม่ต้องรองบประมาณ และได้รับโอนผู้ป่วยจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด จำนวน 24 รายท้องถิ่นดำเนินการให้ความช่วยเหลือด้วยงบประมาณของท้องถิ่นเอง และต้องจัดการให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อประมาณ 1,700 กว่าราย แต่ได้ช่วยเหลือไปแล้วประมาณ 1,300-1,400 ราย โดยยังไม่มีติดตามประเมินแผนฯ ของหน่วยงาน มีเพียงการติดตามยุทธศาสตร์ของหน่วยที่เกี่ยวข้องแต่ในแต่ละประเด็น

งานด้านการพัฒนาสุขภาพ องค์การปกครองท้องถิ่นดำเนินการเองบางส่วน ในเรื่องการรณรงค์ให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ลดการรังเกียจจากชุมชน ให้ความรู้ด้านโรคเอดส์ ดำเนินการตามแผนงานด้านการป้องกันคือการอบรมให้ความรู้ การรณรงค์ป้องกันไม่ให้ติดเชื้อ ลดปริมาณผู้ติดเชื้อลง เพื่อลดงบประมาณในการดูแลช่วยเหลือ โดยมีการสั่งการ เสนอแนวคิดเข้าที่ประชุมทุกอบต. ลักษณะโครงการที่มี 2 ลักษณะ คือ

- ลักษณะแรกทำเองโดย อบต. เทศบาล ให้พิจารณาทำตามศักยภาพ และกลุ่มเสี่ยง
- ลักษณะที่สองคือ การดำเนินงานของศูนย์เฉลิมพระเกียรติ แล้วแต่นายอำเภอจะเห็นสมควร ทั้งช่วยเหลือ ดูแล และป้องกัน และการสนับสนุนงบประมาณให้ สสจ. (ที่ทำโครงการเข้ามาเสนอ) โดยอบจ. จัดสรรเป็นงบด้านการป้องกันร้อยละ 20 งบด้านการอุดหนุนร้อยละ 20 และงบด้านการให้ความช่วยเหลือร้อยละ 60

งานด้านเอดส์เป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องดูแล ถือเป็นหน้าที่ของอปท. เนื่องจากอยู่ใกล้ชิดประชาชน จึงถือว่าเป็นภารกิจ และตอบสนองยุทธศาสตร์ ซึ่งจะมีการสำรวจข้อมูล เพื่อเป็นการกระตุ้นให้มีการดำเนินการ และเรื่องยุ่งยากอนามัยมีการสนับสนุนผู้หยอดเหรียญ

การควบคุม กำกับ ติดตาม ต้องเสนอข้อมูลด้านการดำเนินงานแก่ ผู้ว่าราชการจังหวัดเพื่อวางแผนการป้องกันรักษาของจังหวัด โดยประสานงานกับสสจ. หรือทำการสำรวจเอง ซึ่งเจ้าหน้าที่อปท. จะเก็บรวบรวมข้อมูลไว้เองอยู่แล้ว การทำงานมีทั้งด้านการช่วยเหลือ ป้องกัน และการพัฒนาการติดตามอื่นๆ แล้วแต่อปท. แต่ละอำเภอว่าจะติดตามด้านใด มีแผนการออกติดตาม ประเมินหลายด้าน เป็นภาพรวมจังหวัดดูการใช้จ่ายงบประมาณตามงบประมาณหลักก่อน แล้วดูว่าท้องถิ่นทำอะไรเพิ่มบ้าง มีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง โดยสนับสนุนให้ดำเนินการปีละ 4 ครั้งๆ ละ 700 บาทต่อชุด (ตรวจบริหารการเงิน และบริหารงานบุคคล เป็นทีมจังหวัด) เป็นการบูรณาการกับภาคส่วนต่างๆ ประสานกับสสจ. เป็นศูนย์กลางโดยยึดตามแผนเอดส์ชาติฯ

ปัญหาอุปสรรค

- 1) ปัญหาด้านทัศนคติของผู้บริหารที่ไม่ดีต่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้บริหารไม่ให้ความสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงาน
- 2) การติดขัดเรื่องกฎหมายการบริหารจัดการ ไม่สามารถสั่งการได้ เป็นเพียงการชี้แนะ การกระตุ้นเตือนเท่านั้น
- 3) เรื่องเด็กที่ได้รับผลกระทบ เช่น กรณีท้องระหว่างเรียน เด็กติดเชื้อเอชไอวี ต้องย้ายสถานศึกษา และเป็นบุคคลที่ถูกเลือกปฏิบัติ ขึ้นอยู่กับผู้บริหารว่าจะรับหรือไม่รับเด็กติดเชื้อ และท้องระหว่างเรียน

ข้อเสนอแนะ

- 1) การขับเคลื่อนงานร่วมกับสสจ. และสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด โดยอปท. เป็นตัวแทนส่วนท้องถิ่น รับงานไปกระจายสู่ อบต. ในพื้นที่ เป็น Co. HIV จังหวัด ถ้า

ต้องทำในส่วน อบท. ทั้งจังหวัด หากมีการกำหนดลงเป็นตัวชี้วัด น่าจะผ่านเพราะร้อยละ 60 มีมาตรฐานการดำเนินงานด้านเอดส์อยู่แล้ว

2) ควรมีการสนับสนุนให้มีการจัดประกวด และประเมินการบริหารจัดการตามมาตรฐานด้านเอดส์

ผลการดำเนินการในยุทธศาสตร์ที่ 1 ในกรณีการถ่ายโอนอำนาจ

โรงพยาบาลศูนย์ การดำเนินงานกามโรค จากการที่มีโครงการการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ ภายใต้หลักประกันสุขภาพ NAP (National AIDS Program โดย สปสช.) เข้ามาจึงรวมงานการจ่ายยาต้านไวรัสเข้าเป็น one stop service มีการประสานเจ้าหน้าที่งาน lab และเภสัชกร เข้ามาช่วย ร่วมกับงานด้าน STI คู่มือประชาชนทั่วไป จัดคลินิกให้บริการ โดยแบ่งเป็น 2 คลินิก เปิดให้บริการทั้งในเวลาราชการ และคลินิกเพื่อนเปิดนอกเวลาราชการ 17.00 - 20.00 น. ลักษณะการจัดบริการเหมือน NAP แต่ไม่มีการจ่ายยาต้าน มีการให้คำปรึกษา VCT มีการเจาะเลือดตรวจ เมื่อผลบวกจะอยู่ที่คลินิกรับยาต่อเนื่องไม่มีการส่งต่อ ด้านการรักษาโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งเป็นแม่ข่าย NAP เป็นที่ปรึกษา ทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลศูนย์ช่วยกัน และตรวจ CD4 ส่ง Viral load ให้รพ. ชุมชนด้วย

ANC มีการจัดให้บริการ pre-post counseling การให้คำปรึกษาคู่ผลเลือดต่าง Coupon counseling ทั้งสามีและภรรยา ถ้าผลเลือดบวกให้มา post counseling ที่ ARV clinic และเข้าสู่ระบบบริการรับยาต้านไวรัสและนมที่คลินิก

TB/HIV กรณีผู้ป่วย TB ที่ HIV-positive จะส่งไปที่ ARV Clinic ถ้า HIV-Negative ก็จะได้รับบริการที่ TB Clinic การคัดกรอง TB-HIV จะดำเนินการโดย ARV clinic เพื่อไม่ให้เกิดการแพร่กระจาย และผลข้างเคียงของยาต่อต้าน และที่ TB Clinic จะมีเจ้าหน้าที่ ARV clinic มาช่วยดูแลอยู่ด้วย เพื่อดำเนินงานการจ่ายยาต้านไวรัส

โรงพยาบาลศูนย์มีการจัดประชุมให้กับเครือข่ายโรงพยาบาลชุมชน โดยให้คำปรึกษาเรื่องระบบการ Update Content ในเรื่องข้อมูลการส่งต่อ การดูแลผู้ป่วย การติดตามนิเทศ โดยทีมโรงพยาบาลศูนย์ทุก 6 เดือน จะลงพื้นที่ติดตามการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนในเขตรับผิดชอบ ที่มีปัญหาระบบการส่งข้อมูลล้มเหลว ภาพรวมการดำเนินงานผู้ป่วยไม่ค่อยมีปัญหาเรื่องการเข้าถึงยาต้าน ตัวเลขการเข้าถึงยาต้านประมาณ 97% ไม่มีการปล่อยให้หลุดถึงแม้จะไม่กลัรับยาด้านก็จะพยายามติดตามให้มารับ

มีการเสนอแนวทางการปฏิบัติงาน (Guideline) ให้กับคลินิกในโรงพยาบาลชุมชน การให้ใบประกาศนียบัตรแก่โรงพยาบาลชุมชนที่จ่ายยาต้านไวรัสได้ การนิเทศติดตามปัญหาในโรงพยาบาล ดำเนินการแบบสหสาขาวิชาชีพ ปี 2549-2550 เรื่องปัญหาการดำเนินงานปีละ 1 ครั้ง ประชุมวิชาการ โดยกองทุนโลก สนับสนุนงบประมาณ อำเภอละ 4,000 บาท จัดประชุมสหสาขา (สูตินรีแพทย์ กุมารแพทย์ พยาบาล เภสัชกร) วางแผนการทำงานร่วมกัน และจะมีการพัฒนารูปแบบ Zone ที่เอื้อต่อการดำเนินงานซึ่งกันและกัน

องค์การบริหารส่วนตำบล

สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

การดำเนินงานในระดับท้องถิ่นมีการประชุมในระดับผู้นำชุมชน ในเรื่องการดำเนินงานด้านเอดส์ โดยมีองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นศูนย์กลาง การขอความร่วมมือจะต้องมีการทำเรื่องเสนอขอของบประมาณมาที่ อบต.ก่อน เพราะไม่สามารถตั้งงบประมาณไว้เพื่อเรื่องใดเรื่องหนึ่งก่อนได้

อบต. ให้ความสำคัญในเรื่องการดูแลรักษาและการป้องกันเท่าๆ กัน ด้านการป้องกัน มีกลุ่ม สะเดาหวาน ให้ความร่วมมือในชุมชน และมีองค์กรเอกชน คือ องค์กร Share มาให้ความช่วยเหลือในเรื่องของการ ป้องกัน ด้านผลกระทบ กลุ่มเป้าหมายที่ให้ความช่วยเหลือคือผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัวทุกคน

องค์การบริหารส่วนตำบลมีบทบาทหน้าที่ในการจัดเตรียมงบประมาณช่วยเหลือ และสนับสนุน ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อในรูปแบบของเบี้ยยังชีพเดือนละ 500 บาท/คน (บรรจุเข้าแผนปฏิบัติการอบต.แล้ว) ซึ่งในตำบล ห้วยขย่งมีผู้ที่ลงทะเบียนเพื่อขอรับความช่วยเหลือประมาณ 40 ราย โดยทั่วไปแล้วให้ความช่วยเหลือด้านเอดส์ ตามนโยบายรัฐบาลคือ “นโยบายด้านสังคมและพัฒนาคุณภาพชีวิต” และมีการสนับสนุนโครงการเกี่ยวกับโรค เอดส์ของชุมชน โดยเฉพาะในเรื่องการสนับสนุนสถานที่

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

องค์การบริหารส่วนตำบลจะต้องพิจารณาการจัดสรรงบประมาณ เนื่องจากมีผู้มาขอของบประมาณจำนวนมาก แต่งบประมาณที่มีอยู่จำกัด และการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้คนในชุมชนมีวิถีชีวิตที่เปลี่ยนไป ขาดการ พึ่งพาอาศัยซึ่งกันและกัน รวมทั้งเหตุผลทางด้านการเมืองทำให้มีปัญหาด้านการบริหารงานด้านโรคเอดส์

ข้อเสนอแนะ

ควรจัดให้มีงบประมาณ ในการจัดอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ รวมถึงการฟื้นฟู กระบวนการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์โดยใช้การมีส่วนร่วมในภาคประชาชน และการส่งเสริมสุขภาพะ ทางเพศ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบูรณาการการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบต่อผู้ประสบ

ปัญหาเอดส์ตามประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย

กระบวนการทำงาน/ การบูรณาการงานเอดส์ในหน่วยงาน โรงพยาบาลศูนย์

สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

ศูนย์องค์รวม

การมีศูนย์องค์รวมทำให้การทำงานครบวงจรมากขึ้น โดยเปิดให้บริการ 5 วัน (จันทร์-ศุกร์) วันจันทร์เป็น คลินิกวันโรค วันอังคารการตรวจสุขภาพโรคติดเชื้อ/ ตรวจสุขภาพทั่วไป วันพุธ – พฤหัสบดี เป็นคลินิกยาต้าน ไวรัสฯ วันศุกร์เป็นการเยี่ยมบ้าน ผู้ป่วยส่วนใหญ่ 70% มาจากต่างจังหวัด ต่างอำเภอ มีการนัดกลุ่ม เข้ามาทุกวัน ใช้ระบบนัดเป็นกลุ่มประมาณ 60 คน เพื่อตรวจ CD4 การรับยาต้านไวรัส การให้วิตามิน การให้การปรึกษา เน้น

ระบบบริการยาต้านไวรัสให้เป็นคลินิกยาต้านไวรัสแบบ one stop service กรณีผู้ป่วยติดเชื้อ หากมีการส่งต่อคนไข้มาถึงคลินิกแล้วจะสามารถเข้ามารับยาได้อย่างต่อเนื่อง การดูแลรักษาผู้ป่วย ไม่มีปัญหาเนื่องจากผู้ดูแลศูนย์องค์รวมเป็นหัวหน้ากลุ่มงาน สามารถขอความร่วมมือจากทุกหน่วยงานได้เป็นอย่างดี โดยดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยตามกระบวนการที่วางไว้

การดูแลผู้ได้รับผลกระทบ ดำเนินการในทุกจังหวัด เนื่องจากงานเอดส์เน้นการทำงานแบบเครือข่าย ในภาพรวมทั้งจังหวัด จึงมีการพัฒนากลุ่มเป้าหมายทั้งจังหวัดและมีการฝึกอบรมพัฒนาเจ้าหน้าที่ร่วมกันทั้งหมด เครือข่ายได้รับการพัฒนาจากโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลแม่ข่าย ทำให้งานดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ชัดเจนขึ้น คนทำงานมีศักยภาพ งานเอดส์ของโรงพยาบาลได้รับการนำเสนอในเวทีวิชาการทุกปีละ 2 เรื่อง มีการนำเสนองานด้านคุณภาพบริการที่เกี่ยวข้องกับงานเอดส์ เช่น การให้คำปรึกษาและตรวจเลือดแบบสมัครใจ (VCT)

งานด้านการป้องกัน เน้นการทำงานตามนโยบายของจังหวัด การดูแลเด็กตั้งแต่หลังคลอด การอบรมเครือข่ายเด็กที่ติดเชื้อ โดยมีพื้นที่นำร่อง 8 แห่ง ใน 8 อำเภอ เลือกพื้นที่ที่แกนนำเข้มแข็งให้ลงไปทำงานในชุมชน

งานด้านการคุ้มครองสิทธิ งานด้านการดูแลผู้หญิงและเด็กที่ถูกกระทำ หรือถูกละเมิดทางเพศ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดได้จัดทีมงาน ประกอบด้วย แพทย์ทำงานร่วมกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อให้การช่วยเหลือกรณี การดูแลหญิงและเด็กที่ถูกกระทำ หรือถูกละเมิดทางเพศ กรณีเด็กที่ได้รับผลกระทบการทำงานจะทำงานร่วมกันระหว่างสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด งานพิทักษ์สิทธิ์ และศูนย์องค์รวม

การบูรณาการงานเอดส์ มีกลุ่มงานที่ร่วมทำงานด้านการพยาบาลรักษา ได้แก่ การพยาบาล สูดิแพทย์ งานดูแลเด็ก ด้านสังคม ได้แก่ เครือข่ายต่างๆ คณะกรรมการด้านข้อมูล การบันทึกข้อมูลในระบบคอมพิวเตอร์ งานเฝ้าระวัง งานระบาดวิทยา โดยเจ้าหน้าที่ของงานเวชกรรมสังคม

ด้านการบริการ/การดูแลรักษา ศูนย์องค์รวมเป็นผู้รับผิดชอบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ตามมาตรฐาน มีการบูรณาการการทำงานของหน่วยงานในโรงพยาบาล ทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ ผลักดันการทำงานในโรงพยาบาลชุมชนให้เกิดการพัฒนางานด้านการดูแลและขยายรูปแบบการดูแลรักษา โดยเชื่อมโยงกับข้อมูลด้านสถิติของผู้ป่วย

กลุ่มผู้ขายบริการ (Sex worker Female/Male)

กลุ่มผู้ขายบริการที่ไปเยี่ยมสำรวจ ประกอบด้วย บาร์ 3 แห่ง มีพนักงานบริการจำนวนประมาณ 10 คน และ freelance มากกว่า 10 คน รวมที่เป็นเด็กเร่ร่อน สถานที่ถูกเปลี่ยนแปลงเป็นคาราโอเกะ สถานที่ให้บริการ (ช่อง) เป็นบ้าน มีการแบ่งเป็นห้องพักให้พนักงานบริการอยู่ มีรอบสำหรับการให้บริการมากกว่า 10 ประตูต่อคืน ซึ่งเป็นสาเหตุของการเกิดหนองใน ซิฟิลิส (อัตราการติดเชื้อเพิ่มสูง)

เจ้าหน้าที่ติดตามเข้าเยี่ยมตามแหล่งแพร่สมัเสมอ หากไม่มีตำรวจ พนักงานบริการจะทำงานทุกวัน มีการสนับสนุนถุงยางอนามัย และ KY Gelly มีการจัดบริการ Mobile Clinic ให้การตรวจรักษา แต่ต้องระวังตำรวจ หากถูกจับกุม พนักงานบริการไม่สามารถทำงานได้ แต่ทว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถเข้าถึงได้ และความร่วมมือของเจ้าของกิจการอยู่ในระดับดี ถ้าสถานบริการที่ไม่มีตำรวจเข้าตรวจ พนักงานบริการจะกล้าเข้ามาตรวจบริการ

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)

จุดเด่นของงานด้าน MSM คือ จังหวัดมีการพัฒนารูปแบบการดูแล โดยจัดบริการเป็นแบบ one stop service ทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเข้าถึงบริการมากขึ้น การทำงานร่วมกับองค์กรเอกชน มีการทำงานร่วมกับ TUC รูปแบบการทำงานค่อนข้างยาก ดำเนินการทั้งด้าน Prevention และ Care พัฒนาอาสาสมัครให้เพื่อนดูแลเพื่อน บูรณาการให้อยู่ในงานปกติที่มีอยู่ TUC อบรมอาสาสมัครที่จะต้องดูแลกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โรงพยาบาลจะตั้งรับและให้เจ้าหน้าที่ (TUC) ดูแลกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีรูปแบบพัฒนาคนที่ติดเชื้อ เป็นแบบตั้งรับและดูแลเหมือนเดิมเป็นกลุ่มเดียวกับที่ได้รับงบประมาณ จาก GF round 8

การกระจายงบประมาณ 100% โดยสนับสนุนให้กับโรงเรียน (เยาวชน) สำหรับกลุ่มทหารเกณฑ์ ในภาพรวมมีการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ได้รับสนับสนุนงบประมาณสำหรับงบประมาณจากกองทุนโลกและสสส. ส่วนสถานีนอมาຍขอรับการสนับสนุนจาก อบต. ในการจัดซื้อ และกระตุ้นบริการจัดซื้อจัดหาเพื่อสนับสนุนการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การจัดซื้อจัดหาด้วย งบประมาณ PP (Prevention and Promotion) และมีการจัดหาตู้หยอดเหรียญโดยงบประมาณสนับสนุนจาก อบต.

กลุ่มเรือนจำ

การให้บริการดูแลรักษาผู้ต้องขังที่รับยาต้านไวรัส ผู้ป่วยจะถูกส่งเข้าระบบบริการยาต้านไวรัสที่โรงพยาบาลอุดรธานี และโรงพยาบาลจะทำงานร่วมกันกับเรือนจำ เพื่อให้ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT) มากขึ้น ลักษณะเป็นการออกหน่วยเคลื่อนที่ (mobile VCT) ไปให้ความรู้ทั้งแบบกลุ่ม (group counseling) และ/หรือรายบุคคล (Individual counseling) โดยขอให้เรือนจำดูแลในเรื่องการเจาะเลือดเพื่อส่งตรวจ CD4 และรับยาที่โรงพยาบาลอุดรธานี ให้สร้างระบบครบวงจรในการดูแล ซึ่งมุมมองการทำงานของกรมราชทัณฑ์แตกต่างจากสาธารณสุข คือ ใคร (ผู้ต้องขัง) ที่เป็นโรคติดต่อ ไม่อยากเพิ่มตราบาป กรมราชทัณฑ์จึงรับไปดูแลเอง โดยพยาบาล HIV-Co ไม่ต้องเข้าไปในเรือนจำ แต่จัดการอบรม AIDS/ARV training ให้กับพยาบาลที่เรือนจำนำไปปฏิบัติต่อ ส่วนเรื่องการเข้าถึงงบประมาณดีขึ้นมาก

การดูแลผู้ได้รับผลกระทบ

เรื่องการดูแลผู้ได้รับผลกระทบ พบว่า ยังไม่ได้มีกิจกรรมชัดเจน บางอำเภอจะมี NGO เข้าไปให้ความช่วยเหลือเรื่องเบี้ยยังชีพผู้สูงอายุที่ดูแลเด็ก เด็กที่ได้รับผลกระทบ ได้ทุนการศึกษา/ทุนประกอบอาชีพปีละ 100 ทุน จากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด โรงพยาบาลอุดรธานีจะประสานเครือข่าย การให้ทุนระดับอำเภอ NGO มอบทุนค่าการเดินทางให้เด็กที่มาใช้บริการยาต้านไวรัส 100,000 บาท “ชาวอุดรฯ ร่วมใจต้านภัยเอดส์” ศูนย์องค์กรรวมจะดูแลเรื่องเอกสารการรับเบี้ยยังชีพ และให้นักวิชาการสาธารณสุขจ่ายเบี้ยยังชีพให้

การทำงานร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้อำเภอที่เป็นอำเภอนำร่องเป็นตัวอย่าง ในเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ และองค์การบริหารส่วนตำบล ทุกตำบลในจังหวัดมีการสนับสนุนเบี้ยยังชีพให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ลงทะเบียนขอรับความช่วยเหลือ การดำเนินงานด้านการดูแลรักษา

ผู้รับผิดชอบหลักคือ โรงพยาบาล และมีการขยายบริการลงไปในระดับโรงพยาบาลชุมชน นอกจากนี้เพื่อความต่อเนื่องในการดูแลรักษา และให้เกิดความยั่งยืน ได้มีการจัดหางบประมาณสนับสนุนให้แต่ละอำเภอ

งานด้าน ANC

ผลการดำเนินงานเกี่ยวข้องกับการ Pre-counseling ก่อนเจาะเลือด หากผลเลือดเป็นบวกก็ดำเนินการให้การปรึกษารายบุคคล (post-counseling) โดยการวางแผนให้การดูแลรักษา การเริ่มกินยาเมื่อไหร่ หน่วยงานบริการด้าน ANC ได้แก่ คลินิกเด็ก หญิงตั้งครรภ์ จิตเวช เป็นกลุ่มคนทำงาน ที่นัดประชุมกันแบบไม่เป็นทางการ สามารถพูดคุยหารือกันได้ตลอด งาน ANC จัดบริการที่มีมาตรฐานแก่หญิงตั้งครรภ์ สถานการณ์การติดเชื้อในแม่ลดลง แต่ยังมีการตั้งครรภ์รอบที่สอง ความชุกลดลงแต่การติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ

ปัญหาอุปสรรค

- 1) ปัญหาของการดูแลรักษาผู้ป่วยโรค คือการมาไม่ถึงศูนย์องค์รวม เนื่องจากการบริการของเจ้าหน้าที่บางคนไม่เต็มที และการเดินทางมาไม่ถึงศูนย์องค์รวม เนื่องจากต้องผ่านหลายหน่วยงาน การไม่กล้าเปิดเผยตัว จึงไม่สามารถเข้ารับบริการที่ศูนย์องค์รวมได้ โดยเฉพาะกลุ่มข้าราชการ
- 2) งบประมาณการรักษาส่วนใหญ่อยู่ที่ NGO ในโรงพยาบาลภาครัฐงบประมาณน้อย ไม่มีงบประมาณที่จัดสรร และเป็นงบประมาณที่แยกส่วน
- 3) สปสข. ขาดองค์ความรู้ในการอบรม การนิเทศติดตามของสปสข. มีน้อย ไม่รับทราบปัญหาที่แท้จริง และขาดงบประมาณสนับสนุนด้านการฝึกอบรม พัฒนานาบุคลากร ขาดการดูแลใกล้ชิด เกิดช่องว่างระหว่างคนทำงาน เมื่อเกิดปัญหาไม่กล้าโทรปรึกษา
- 4) โครงสร้างหน่วยงานที่ทำงานเอดส์ลดลง/งบประมาณที่จัดสรรให้ลดลง การปรับลด ยกเลิกคลินิกกามโรคที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทำให้ผู้ป่วยไม่มีสถานที่รับบริการ และไม่ไปรับบริการเนื่องจากไม่คุ้นเคย ไม่ไว้วางใจ และมีการแยกตัวกันอยู่อย่างกระจัดกระจาย
- 5) งานป้องกันมีความเข้มข้นน้อยลง เนื่องจากการถ่ายโอนอำนาจ ทั้งโครงสร้างการจัดบริการ/งบประมาณ และภาระงานต่างๆ ที่มีการเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม
- 6) เรื่องการตรวจ Pap-smear กรณีให้มีการตรวจหลังคลอดทำได้น้อยมาก ยังไม่เป็นไปตามแผนที่ตั้งไว้ และ Migrant เป็นกลุ่มที่เข้าถึงยาก เพราะระบบบริการสุขภาพถือ “สัญชาติไทย”

ข้อเสนอแนะ

- 1) การเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานเพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลรักษาที่ทันทั่วถึง
- 2) ควรจะบูรณาการงานด้านสิทธิการรักษา (ประกันสังคม ข้าราชการ บัตรทอง) เข้าด้วยกัน ไม่ควรแยกจากกัน เพราะจะทำให้ดูแลค่อนข้างยาก ควรลดขั้นตอนการเข้ารับบริการ ที่เอื้อให้ผู้ป่วย

สิทธิประกันสังคมเข้าถึงได้ง่ายที่สุด เรื่องการพัฒนามูลฐานการควมมีจัดทำแผนสนับสนุนให้
หน่วยงานวิชาการ มหาวิทยาลัย เข้ามาดำเนินการจัดอบรม

- 3) กำหนดงานด้านเยาวชนให้เป็นนโยบาย
- 4) ควรเตรียมการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อระยะสุดท้าย การจัดสรรงบประมาณในรูปแบบองค์
รวม จัดสรรงบประมาณทุกรูปแบบให้รวมจัดสรรไปที่โรงพยาบาล
- 5) ควรพิจารณาต่อในเรื่องระบบบริการสุขภาพกลุ่มชาติพันธุ์ (เป็นกลุ่มเฉพาะ/กลุ่มที่มีความ
หลากหลาย) ให้มีระบบบริการรองรับอย่างเป็นธรรม และสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่
เคลื่อนย้ายได้

กระบวนการทำงาน/ การบูรณาการงานเอดส์ในหน่วยงาน โรงพยาบาลชุมชน

สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

กระบวนการทำงานเน้นการทำงานที่สอดคล้องกันระหว่างโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ ถ้าผลเลือดบวกจะเข้าโครงการ NAP ถ้าเป็นภาวะเสี่ยง เป็น window period นอกจากนี้ยังมีทีม
ทำงานออกไปดำเนินงาน ซึ่งแบ่งหน้าที่กันอย่างชัดเจน และจัดเป็นวันๆ ไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อน และพยายาม
จัดเป็นวันเดียวกันกรณีที่มาใช้บริการทั้งเอดส์ และวัณโรค กรณีตรวจเลือดพบว่าติดเชื้อเอดส์ ต้องเจาะตรวจวัณ
โรคด้วย ถ้าเจอวัณโรคต้องเจาะตรวจเอดส์ และดูแลวันเดียวกัน หากพบผลบวกเพียงโรคเดียวก็แยกวันมารับ
บริการตามคลินิกที่จัด งานเอดส์ วัณโรค เจ้าหน้าที่ดูแลเป็นคนเดียวกัน มีคลินิก ในวันอังคาร กับพฤหัสบดี

กลุ่มพนักงานบริการ (Sex worker)

จัดบริการเป็น Mobile clinic เคลื่อนที่เข้าไปดูแลเรื่องสุขภาพ ทุกวันพุธ เพื่อการคัดกรองและจะนัดมา
ติดตามที่โรงพยาบาลเพื่อให้คำปรึกษา และรับยา มีหญิงต่างชาติ (ลาว) ที่เป็น sex worker จำนวน 77 คน และมี
กลุ่ม MSM ที่รับยาอยู่ 4 คน กลุ่ม sex worker เริ่มมีการเดินเข้ามาตรวจที่โรงพยาบาลด้วยตนเองมากขึ้น และ
เจ้าของสถานประกอบการเริ่มให้ความสำคัญ และพามาตรวจ เป้าหมาย 12 ร้าน 82 คน มีต่างชาติ จำนวน 77
คน สำหรับร้านที่ไม่สะดวก การเดินทาง พนักงานไม่มีบัตร 13 หลัก ลำบากในการเดินทาง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล
ต้องจัดเคลื่อนที่ออกไปให้บริการ ซึ่งกลุ่มพนักงานมีการบอกต่อเรื่องการรับบริการสุขภาพของเจ้าหน้าที่
โรงพยาบาล เพื่อให้เพื่อนๆมารับบริการบ้าง

มีการทำ Call center โทรไปที่ห้องเจ้าหน้าที่ ที่ดูแลให้คำปรึกษาและเจาะเลือดตรวจ เคยมีกรณีเอดส์ไป
รับมาตรวจ หากมาเป็นกลุ่ม ให้ความรู้ สอนเรื่องการป้องกันเป็นกลุ่มไป กรณี ผลเลือดเป็นบวก จะนัดเข้ามา และ
นัดติดตามเป็นรายบุคคล

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)

การทำงานในรูปกระบวนการ จะมีกลุ่ม M-friend model เข้ามาช่วยดำเนินการเป็นรูปแบบให้ก่อน การ
ถูกเลือกเป็นพื้นที่เป้าหมาย เนื่องจากการต้องการขยายเครือข่าย เป็นแหล่งที่มีกลุ่มเป้าหมาย เจ้าหน้าที่เครือข่าย
ที่มีข้อมูลกลุ่มเป้าหมายนี้อยู่แล้ว พร้อมทั้งศักยภาพของคนในหน่วยงาน มีการเชิญประชุมชี้แจงแนวทางการ

ดำเนินงาน โดยให้พาแกนนำไปด้วย 1 คน เพื่อรับทราบรูปแบบการทำงาน อาจจะเพิ่มเจ้าหน้าที่เรื่อง Lab ไปด้วย ช่วงนี้เริ่มทำการกระตุ้นแกนนำให้ออกไปค้นหาเพื่อน และพูดคุยแนะนำให้เข้ามาเจาะเลือดตรวจ มีกลุ่มทางอำเภอ กุมภวาปี จังหวัดอุดรธานี เข้ามาร่วมด้วย มีร้านเสริมสวยที่เป็นสาวประเภทสอง MSM ร้านที่เป็น MSM มีเปิดร้าน เช่าชุด กำลังประสานเข้าร่วมกลุ่ม M-friend

งานด้าน ANC

กระบวนการ และกลไกการทำงานใช้ระบบดูแลทั้งอำเภอ จะให้ไปฝากครรภ์ที่ สถานีอนามัยก่อน แล้วให้มาเจาะเลือดวันจันทร์ ที่โรงพยาบาล พร้อมกับพาสามีมาด้วยมีการตรวจเลือดครบ และให้คำปรึกษาไปพร้อมกัน ถ้าเจาะเลือด ผลบวก จะแจ้งผลเลือด เจาะสามีด้วย และให้คำปรึกษา แก่หญิงตั้งครรภ์

การดำเนินงาน และแจ้งผลเลือดต่อเจ้าหน้าที่ ANC เพื่อให้ดูแลต่อ และถามความสมัครใจว่าให้บอกผลเลือดต่อสามี หรือให้เจาะเลือดสามีหรือไม่ เพราะถ้าผลเลือดต่าง ก็สามารถจะแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัย กรณีผลเลือดต่างตรวจเลือด 8 คู่ พบผลเลือดต่าง 4 คู่ การตั้งครรภ์ที่พบผลเลือดต่าง จะเป็นครรภ์ที่ 2-3 เป็นส่วนใหญ่ บริการที่ให้อย่างเป็นดูแลตามระบบ และแนะนำให้ทำหมัน เนื่องจากการตั้งครรภ์ถือเป็นเรื่องสิทธิผู้ป่วย

เนื่องจากการได้รับยาต้านไวรัสสม่ำเสมอแล้วสุขภาพดี เปรียบปลั่งกว่าเดิม มีผลต่อการแต่งงานใหม่ การกินยาต้านไวรัสเอดส์ขึ้นอยู่กับ CD4 หากรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์อยู่แล้ว จะเป็นวิจรณ์ญาณของแพทย์

การฝากครรภ์อัตราสูงถึง 70% ที่พาสามีมาคลินิกฝากครรภ์ด้วย กลยุทธ์ที่ใช้คือ การให้ไปฝากครรภ์ที่ สอ. ก่อน ทำบัตร และเจ้าหน้าที่ สอ. แนะนำให้พาสามีมาที่โรงพยาบาลด้วย รวมทั้งผลจาก ชมรมสายใยรัก โรงเรียนพ่อแม่ เป็นการกำหนดโดยโรงพยาบาล เป็นมาตรฐานว่าจะต้องพบ สอ. และพาสามีมาด้วย การให้คำปรึกษา VCT สามี 100% ยอมเจาะเลือดตรวจ

สถานการณ์การแพร่ระบาดเป็นแบบเพิ่มลด ขึ้นๆ ลงๆ คงที่ การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกไม่มี เพราะการรับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง

การบริหารจัดการถุงยางอนามัย

สามารถประสานงานขอรับถุงยางอนามัยได้ตลอด ถุงยางอนามัยจึงไม่ขาดแคลน ถ้าเจ้าหน้าที่ออกไปที่ร้าน หรือสถานบริการก็จะนำถุงยางอนามัยออกไปแจกให้ด้วย ได้รับการสนับสนุนถุงยางอนามัยจาก สคร. สสจ. และโรงพยาบาลซื้อแจกเอง สนับสนุนรีสอร์ท ร้านอาหาร ร้านเสริมสวย แจกให้กลุ่มเครือข่ายในวันทีนัดทำกลุ่มให้กับเจ้าของรีสอร์ท ร้านอาหาร เยาวชน จะกระจายโดยครู ที่โรงเรียน การทำงานร่วมกับกลุ่มเยาวชน ที่ทำงานเรื่องเอดส์ในโรงเรียนจะมีแกนนำนักเรียน เป็นตัวแทนเข้ามารับถุงยางอนามัยไปด้วย

มีการประชาสัมพันธ์ เรื่อง STI ผ่านการประชุมเอดส์ มีคณะกรรมการเอดส์อำเภอ ประชุมกันปีละ 1 ครั้ง เนื่องด้วยภารกิจประจำทำให้เจอกันน้อย ได้รับงบประมาณสนับสนุนน้อย งบประมาณ ส่งขอเพิ่มเติมที่ อบต. แต่ละกลุ่มได้รับการสนับสนุนแกนนำชุมชนโดยไม่ต้องผ่านศูนย์เฉลิมพระเกียรติ

การดูแลคนที่ได้รับผลกระทบ

ไม่ได้เยี่ยมบ้าน ไม่ได้ดูแลครอบครัว เพราะคนไข้มาฝากครรภ์ กับโรงพยาบาลอยู่แล้ว แต่ดูแลจนมดึก ให้ยา OI จนถึงช่วงเจาะเลือดตรวจเมื่อครบปี หรือปีครึ่ง เพื่อความมั่นใจว่าจะ ไม่เจอการติดเชื้อภายหลัง

การบูรณาการงานด้าน ANC ดีอยู่แล้ว คะแนนการ pre-post test ระดับสูง ไม่พบปัญหาการทำงาน และเติมเต็มจุดบกพร่องไปด้วยอยู่แล้ว การดำเนินงานประสบผลสำเร็จ ยังขาดเรื่องการดูแลผู้ได้รับผลกระทบ และไม่ทำงานในเชิงป้องกัน ควบคุม แต่เป็นการตั้งรับ ไม่ได้ติดตามผลการสวมถุงยางอนามัย การป้องกัน หลังทราบผลการติดเชื้อ ความรู้สึกของภรรยา กรณีคู่มีผลเลือดต่างเมื่อสามีใช้ถุงยางอนามัย คู่ผลเลือดต่างส่วน ใหญ่ไม่เล็ก หากมาผ่านคลินิกที่โรงพยาบาลทั้งคู่

ศูนย์องค์รวม

ทุกวันอังคารมีคลินิก NAP ช่วยเพื่อนที่มารับยา จะเป็นคลินิกยาต้าน ทีมจะช่วยเตรียมเพื่อนก่อนพบ แพทย์ เตรียมข้อมูล การให้ข้อมูล การตรวจสุขภาพ ดูอาการเบื้องต้น ชั่งน้ำหนัก วัดส่วนสูง

มีการพบกลุ่ม เยี่ยมบ้าน ให้คำปรึกษา ทุกพฤหัสบดีที่สามของทุกเดือน เป็นกิจกรรมกลุ่มให้ความรู้ แขนง นำ แขนงมีการประชุมทุกสองเดือน เพื่อส่งต่อความรู้ ข้อมูล ให้เพื่อน ในวันพบกลุ่ม การดูแลเยี่ยมบ้านกรณี ผู้ป่วยที่รับยาต้านใหม่ ต้องติดตามระดับ CD4 เพื่อติดตามภาวะโรคแทรกซ้อน การแพ้ยา วัณโรค การเยี่ยมบ้าน จะลงพื้นที่ 2 หมู่บ้านต่อวัน หนึ่งเดือนลงพื้นที่ 12 วัน ติดตามผู้ป่วยได้ประมาณ 20-25 คนต่อเดือน ซึ่งเวลาลง พื้นที่เยี่ยมบ้านจะลงทั้งกลุ่มแต่มีงบประมาณสนับสนุนสำหรับ 2 คน ไปพบแบบญาติแล้วจึงกลับมากรอกข้อมูลใน แบบฟอร์ม

กลยุทธ์ในการทำให้เปิดเผยตัว คือ การให้ตัวแกนนำเองเป็นแบบ เน้นเรื่องครอบครัวเป็นหลัก แนะนำให้ มาพบเพื่อนในกลุ่ม พยายามทำให้ชุมชนเห็นว่าเราสามารถทำงานและดำเนินชีวิตปกติได้

ก่อนเป็นศูนย์องค์รวมมีกลุ่มอยู่แล้ว ได้รับสนับสนุนจากกองทุนโลก แต่ก่อนทำโครงการงบประมาณเยี่ยม บ้านของ สคร. ชื่อกลุ่มน้ำใจสู้เพื่อน สมาชิก 7-8 คน ในปี 2545 ทำเรื่องพบกลุ่มเยี่ยมบ้าน ก่อนมาเป็น งบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ปัจจุบันมีแกนนำ 7-8 คน สมาชิกที่เข้ามาใช้บริการถือเป็นสมาชิกทั้งหมด ให้ เป็นครอบครัวเดียวกัน คนที่ยังไม่รับยาต้องติดตามตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน โดยขอข่ายงาน อยู่ภายใน เขต อำเภอ การเป็นศูนย์องค์รวม ช่วยเพิ่มบทบาทเป็นผู้ให้บริการ ร่วมให้คำปรึกษา นำความรู้จากการอบรม มา ถ่ายทอดให้กับผู้ติดเชื้อรายใหม่ โดยเริ่มต้นให้แกนนำเป็นคนให้คำปรึกษาก่อน มีทีมงาน พี่เลี้ยง มีเภสัชกร และ แพทย์อย่างละหนึ่งคน บุคลากรน้อย แกนนำ ต้องมาช่วยกันในวันอังคาร กิจกรรม เดย์แคร์ ในวันพฤหัสบดี โดยให้ แกนนำ ดำเนินกระบวนการกลุ่มเองก่อน และเจ้าหน้าที่พยาบาลช่วยเก็บประเด็นในตอนท้าย เนื่องจากแกนนำมี ศักยภาพค่อนข้างดี

กิจกรรมการพบกลุ่ม จะหยุดชะงักประวัติทุกวันอังคาร การรับยาต้าน สองเดือนครั้ง อย่างน้อยพบกลุ่มทุก สองเดือน แกนนำมาจาก 4 ตำบล มีการฝึกงานให้กับเพื่อนในวันที่มารับยา การรับยาเป็นลักษณะเปิดเผย one stop service มีที่ทำงาน และจัดกระบวนการกลุ่ม จ่ายยาต้านไวรัสฯ

ปัญหาอุปสรรค

- 1) ปัญหาอุปสรรค กรณีไม่มาตามนัด ตรงตามคลินิก จะเป็นปัญหา เพราะแพทย์ เป็นผู้ส่งจ่ายการรักษา เป็นปัญหาสำหรับเจ้าหน้าที่พยาบาลที่ประสานกับแพทย์ เพราะถ้าไม่ประสานผู้ป่วยจะขาดยา ปัญหาการไม่มาของสามี คือ การไปทำงานต่างประเทศ หรือต่างจังหวัด
- 2) งบประมาณได้รับการจัดสรรลดลง คณะอนุกรรมการเอดส์อำเภอ ประชุมกันปีละ 1 ครั้ง ด้วยภารกิจทำให้เจอกันน้อย ได้รับงบประมาณสนับสนุนน้อย การเสนอของบประมาณ จาก อบต. บาง อบต. ไม่มีงบประมาณสนับสนุน มีเพียง 3 ตำบล ที่มีงบประมาณสนับสนุน กรณีศูนย์เฉลิมพระเกียรติสนับสนุนอยู่แล้ว ด้านการช่วยเหลือ และฉาปนกิจ และงบประมาณของศูนย์เฉลิมพระเกียรติมีน้อย
- 3) ขาดความต่อเนื่องของการทำงาน เนื่องจากงบประมาณที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายในการเดินทางเยี่ยมบ้าน
- 4) มีกลุ่มที่รวมตัวขึ้นมาในอำเภออื่น ต้องการงานแบบศูนย์องค์รวม อาจจะต้องแบ่งงบประมาณ สนับสนุนให้กลุ่มอื่นให้ได้ทำงานร่วมกัน เช่น กุดจับ และศรีราช
- 5) การไม่เปิดเผยตัว เจ้าหน้าที่จะช่วยในเรื่องการจัดคิวนัดการมาพบแพทย์ ให้สลับกันกับคนที่รู้จัก
- 6) ผู้ป่วยมารับยาต้านไวรัส มาจากทุกตำบล เมื่อสุขภาพดีขึ้นแล้ว ผู้ติดเชื้อก็สามารถดำเนินอาชีพได้ปกติจะห่างจากกลุ่มเครือข่าย ไม่มีเวลามาทำหน้าที่เป็นอาสาสมัคร/แกนนำ เพราะการเป็นอาสาสมัคร/แกนนำต้องมีการเสียสละเวลา จึงทำให้ขาดบุคลากรแกนนำทำงานในศูนย์องค์รวม
- 7) การดำเนินการป้องกัน ในเชิงประชาสัมพันธ์ แผ่นพับ วรรณคดี ที่ผ่านมาได้ดำเนินการไปจำนวนมากแล้ว ไม่เห็นผลเชิงประจักษ์ จึงอยากดำเนินการด้านคัดกรองเป็นกลุ่มๆ มากกว่า

ข้อเสนอแนะ

- 1) กระบวนการทำงานร่วมกันกับสถานีอนามัย ควรจัดทำเป็นแนวทางปฏิบัติจากโรงพยาบาล และ แจกสอ. ไปด้วย แต่จะไม่แจ้งผลเลือดต่อ สอ. (หากผลเลือดบวก งาน PMTCT จะไม่แจ้งผลเลือด) แต่จะแจ้งผลผลเป็นการส่วนตัว
- 2) มีการจัดเวทีประชุมร่วมกับ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ด้านแนวทางในการปฏิบัติกับครอบครัว/ชุมชน
- 3) ควรเชิญเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ไปเป็นวิทยากรให้โรงเรียน ทำหลักสูตร และเจาะลึกไปที่กลุ่มครู ก่อนเพื่อนำไปถ่ายทอด
- 4) กิจกรรมที่อยากทำให้ประสบความสำเร็จ คือ เรื่องการตระหนักความต่อเนื่องของการกินยาน่าจะมีงบประมาณสนับสนุนแกนนำเพิ่มเติม เนื่องจากมีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์มารับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น
- 5) แกนนำแต่ละตำบล ก็มีการวางแผน ของงบประมาณจาก อบต. โดยการเขียนเป็นโครงการขอ งบประมาณสนับสนุน

- 6) ควรมีการสนับสนุนงบประมาณสร้างแกนนำองค์กรวม เหมือน อสม. ให้สังคม ชุมชน ตระหนักและยอมรับ
- 7) ยากดำเนินการในส่วนของผู้ให้บริการ VCT เช่นในกลุ่มผู้นำชุมชน โดยการดำเนินการในชุมชนที่ร่วมมือ เพราะปัจจุบันคนที่เดินเข้ามาในศูนย์องค์กรวมคือ ติดเชื้อมีอาการแล้วซึ่งการดำเนินการในเชิงตั้งรับศูนย์องค์กรวมดำเนินการและทำร่วมกันทุกกลุ่มอยู่แล้ว รวมทั้ง STI ด้วย แต่เชิงรุกยังไม่เริ่ม

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (Human Rights)

การดำเนินงานด้านการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์มีค่อนข้างน้อย จะมีความช่วยเหลือในกรณีที่มีการร้องขอจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง นอกจากนั้น ประเด็นด้านการคุ้มครองสิทธิ ยังพบว่า เจ้าหน้าที่ให้ผู้ติดเชื้อสอบถามจากเพื่อนว่าใครมีปัญหา มีการสอบถาม กรณีเด็กไม่ได้เข้าโรงเรียน ก็ประสานไปยังหน่วยงานจังหวัดเพื่อให้ได้เข้าเรียน โดยมีการประสานความเข้าใจกับครูในโรงเรียน

เจ้าหน้าที่ออกไปประชาสัมพันธ์เรื่องสิทธิยังน้อยอยู่ ส่วนใหญ่เป็นเรื่องความรู้ และการป้องกัน มีการจัดอบรม 3 วันใน กลุ่มแม่บ้าน อสม. คนในพื้นที่ ได้รับงบประมาณ ดำเนินการภายในเดือนกันยายน 2552 จากงบประมาณของจังหวัด มีการเลือกพื้นที่มีปัญหา คือตำบล เมืองพาน (มีการสร้างแกนนำคนในชุมชนอยู่แล้ว 2 คน) การป้องกันจะไม่มีโครงการของศูนย์องค์กรวมชัดเจน แต่จะสนับสนุน เรื่องวิทยากรร่วม พี่เลี้ยงไปเป็นวิทยากรกลุ่ม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การติดตามประเมินผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (Monitoring, evaluation, research and knowledge management)

มีหน่วยงานวิชาการที่ทำวิจัยในพื้นที่ Best practice ของกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ มีการดำเนินงานที่เป็นกระบวนการสนับสนุนวิชาการ / นวัตกรรม / ความเป็นเอกภาพ โดยแต่ละจังหวัดจัดทำตัวชี้วัดเอง และกำลังมีการจัดเวทีนำเสนอ ผลการดำเนินงาน รวมทั้งปัญหาอุปสรรค และแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกัน

มีการจัดงบประมาณ สนับสนุนการอบรม และจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เกี่ยวกับผลการดำเนินงาน ปัญหาอุปสรรค และร่วมให้ข้อเสนอแนะ แนวทางการแก้ไข และนำไปใช้ในพื้นที่

ระดับจังหวัดกำลังสร้าง model development การทำให้ ARV ประสบผลสำเร็จ พัฒนางานวิจัย เป็นเชิงแลกเปลี่ยน KM มีการเชิญเจ้าหน้าที่ไปเป็นวิทยากรด้าน Prevention และ Care เพื่อให้ความรู้เรื่องยา ARV อาการข้างเคียง และการ adherence

มีการอบรมแพทย์ เภสัชกร พยาบาลให้มีทุกปี งบประมาณจาก สปสช. (ปีละ 1 ครั้ง 2-3 วัน) เจ้าหน้าที่ เภสัชกร แยก 3 วัน มีการติดตามประเมินคุณภาพ HIVQUALT

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

- 1) ผู้ป่วยมาที่ศูนย์ยังคร่ำม ไม่ได้เจอทีมงาน คาดว่าเด็กจะไม่ได้รับการดูแลที่ดี ตัวเลขเด็กดื้อยาค่อนข้างสูง มี 1 โรงพยาบาลที่ยังไม่สามารถปล่อยให้ดูแลเอง กรณี refer กลับ ยังไม่ได้ติดตามไปดูแล กำลังสร้างระบบ refer ให้เป็นระบบ
- 2) ปัญหาการกินยาที่คลินิกแล้วดื้อยา และกลับมาใช้บริการที่โรงพยาบาลศูนย์ หลังจากมีอาการไม่ดี ภาพรวมการดื้อยา 5-6% ในผู้ใหญ่ เด็กมีระดับการดื้อยาค่อนข้างสูง พิจารณาได้จาก Viral load
- 3) กลุ่มที่ยังมีปัญหา ได้แก่ กลุ่มคนที่มีเชื้อเสียง กลุ่มชาวต่างชาติที่รับประทายมาจากต่างประเทศชั้นสูงมาก พออยู่ที่ประเทศไทย ต้องกลับมากินสูตรพื้นฐาน อาจเกิดการดื้อยา และ หญิงที่กินยาต้านอยู่นิยามแต่งงานกับชาวต่างชาติมากขึ้น ทำให้เกิดการเกิดการดื้อยา (สายพันธุ์จากต่างประเทศ)
- 4) ANC มีปัญหาการปกปิดผลเลือดทุกครั้ง (ครรภ์ที่ 3) มีห้องกับสามีใหม่ (ต่างคนต่างปกปิด)
- 5) งบประมาณจัดทำแผนฯ (การประชุม) ยังไม่มีงบประมาณ ดำเนินการ ผู้บริหารไม่ต้องการให้ประชุม จึงจะใช้วิธีการเคลื่อนไปหาในพื้นที่ตาม Zone เครือข่ายซึ่งประกอบด้วย โรงพยาบาลชุมชน 2-3 โรงพยาบาล
- 6) ปัญหาระบบในโรงพยาบาลชุมชน ข้อมูลหาย key ยาก โรงพยาบาลมีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบข้อมูลด้านเอดส์เพียงคนเดียว และมีการเปลี่ยนแปลงบุคลากร
- 7) ปัญหาการ No ANC มีจำนวนมาก และไม่ได้รับยา หนีไปคลอดโรงพยาบาลศูนย์ มีการ refer แม่ที่ติดเชื้อ เพราะ HIV Positive แพทย์ไม่ยอมทำคลอด มีผลต่อความต่อเนื่อง ของการให้ยาด้านฯ มีทั้งการ refer มาจากจังหวัดที่ไกลๆ อัตราการติดเชื้อ ANC ในกลุ่มแม่ลดลง เด็ก positive เยอะขึ้น เพราะ no ANC และวัยรุ่นท้องแรก 13 ปี ติดเชื้อ HIV
- 8) ตอนนี้ไม่ละเมิดเรื่องการตั้งครรภ์ แต่ปัญหาคือเมื่อตั้งครรภ์ไม่ได้รับบริการ ไม่ขอรับบริการตามที่ควรจะได้รับ หรือ มีการหนีไปคลอดที่อื่น ไม่มารับยาด้านฯ
- 9) ปัญหาในกลุ่มเยาวชน (เด็กมัธยมศึกษาปีที่ 1 กลัวท้องมากกว่าโรคเอดส์) เด็ก ม.1 ม.2 ถูกข่มขืน (ส่วนใหญ่เกิดจากการสมยอม) มีผลต่อปัญหาเอดส์ การเปิดสด/บริสุทธิ์ 5,000 บาท/ครั้ง ถ้าติดแล้วก็ติดเลย ป้องกัน 100% ก็ยาก (ไม่สวมถุงยางอนามัย)
- 10) การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน (BSS) พบว่า มีการใช้ประมาณ 50% เท่านั้น โดยช่วงแรกมีการใช้เพียง ประมาณ 30%
- 11) รูปแบบการขายบริการเปลี่ยนแปลง ปัญหาคนต่างชาติเข้ามาสูงขึ้น
- 12) กลุ่ม Sex worker ทำยาก เพราะเป็นกลุ่มที่มีการหลบหนี เข้าถึงยากเป็นเรื่องผลประโยชน์ / การเรียกเก็บค่าต่างๆ จากเจ้าหน้าที่ตำรวจ ซึ่งไม่เป็นไปตามกฎหมาย และยังพบรูปแบบการตกเขียว การเปิดเป็นบ้าน (ซ่อง)

- 13) การถูกโจมตี กรณีที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข หุ้มนงบประมาณ ดูแลสุขภาพของต่างด้าว แต่สำหรับเจ้าหน้าที่คิดว่างานสาธารณสุข ถือเป็นภาระที่ต้องทำงานให้ดีที่สุด GF round 8 มี Prevention ในต่างด้าว
- 14) ปัญหาถุงยางอนามัยอยู่ที่การเตรียมชุมชน ทักษะคน ในชุมชนที่ไม่ได้ถูกเตรียมเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ (ดูใช้ไม่ได้ผล)
- 15) การบริหารจัดการ GF ยังไม่ work ไม่สะดวกที่จะหยอดเหรียญ ยังไม่ได้สำรวจเพิ่ม เกี่ยวกับข้อมูลการเข้าถึงถุงยางอนามัย และการใช้ถุงยางอนามัย กลุ่ม SW ใช้ถุงยางอนามัยมากกว่า 90% ทั้งหมด
- 16) การเปิดเผยข้อมูลยังน้อย การจ่าย งบประมาณ น้อย เบี้ยยังชีพ บางคนไม่ยอมรับเบี้ยยังชีพ ผู้ป่วยไม่รักตัวเอง ไม่กินยาตามที่แพทย์สั่ง ไม่ยอมประกอบอาชีพทำมาหากิน ให้ความรู้แล้วไม่ยอมรับฟัง
- 17) ผู้บริหารให้ความสำคัญเรื่องเอดส์น้อย ในแผนพัฒนาจังหวัด

ความสำเร็จและข้อเสนอแนะ

ระบบการบริการด้าน ARV เป็นคลินิกเฉพาะ แบบ one stop service ที่โรงพยาบาลมีระบบ VCT ที่ไว้วางใจ เจ้าหน้าที่มีศักยภาพ เข้มแข็ง ทีมงานเข้มแข็ง ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงเจ้าหน้าที่ได้ตลอด รวมทั้งศูนย์องค์รวม

ประสบการณ์การทำงานของเจ้าหน้าที่ และการทำงานเป็นทีม รวมทั้งคนทำงานมีทัศนคติ ที่เป็นบวก ต่องานด้านเอดส์ การให้ความสำคัญกับบุคลากรคนทำงานทุกหน่วยงาน ทุกระดับ มีกระบวนการจัดสรรงบประมาณ ด้านวิชาการ/ด้านยาต่างๆ โดยโรงพยาบาลอุดรธานี

ใช้กระบวนการสายใยรัก โรงเรียนพ่อแม่ ให้สามีภรรยาพูดคุยตกลงกันเรื่องการดำเนินชีวิตร่วมกัน

กลยุทธ์ที่ใช้ในการดำเนินงาน

- 1) เน้นกระบวนการโรงพยาบาลพ่อแม่ให้เข้มข้น มีการเสนอของบประมาณ เรื่องการอบรม counselor คู่ ทั้งสามีและภรรยา เน้นที่ สอ.เขตเมือง ไม่อบรมทั้งจังหวัดเพราะจะไม่คุ้มค่า ในโรงพยาบาลชุมชนไม่ทำ
- 2) การเชิญคู่สามี-ภรรยาเข้าร่วมประชุมโดยใช้ Wording ที่ผ่อนคลายสบายๆ พูดคุยกันเรื่องทั่วไปและเรื่องสุขภาพ ไม่ใช่การให้คำปรึกษาที่เป็นทางการ
- 3) การประชาสัมพันธ์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบการไม่เข้ารับ ANC
- 4) การทำให้เกิดแนวคิดเอดส์ รู้เรื่องเอดส์ รณรงค์เชิงกว้าง การสร้างความเข้าใจให้คนในสังคมอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ได้
- 5) การเตรียมคนในครอบครัวให้เข้าใจเรื่องเอดส์ โดยการให้ความรู้ผู้คนรอบข้างก่อนให้ผู้ติดเชื้อบอกผลเลือด

- 6) เรื่องเยาวชน สุขภาวะทางเพศ จะไม่ได้รับการเสนอเป็นประเด็นประชุมสมัชชาฯจังหวัด เพื่อรับทราบปัญหาระดับจังหวัด
- 7) การ Prevention เชิงป้องกัน การบูรณาการงานเอดส์เอาในหน่วยงานเครือข่าย โดยการประชุมรับทราบบทบาทหน้าที่ มีการประชุมคณะกรรมการเอดส์จังหวัด และ PCM ได้งบประมาณจากกรม ควบคุมโรค และงบประมาณผู้ว่า CEO จาก อบจ.
- 8) สร้างการบูรณาการคน เงิน งาน ด้าน Prevention โดยมองที่งานเอดส์เป็นหลัก โดยบูรณาการคนทำงานด้าน Care + Prevention ทำงานเชื่อมประสานกัน
- 9) การให้คำปรึกษา การส่งต่อเครือข่าย การรักษา (โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่) ส่งต่องาน Prevention เพื่อวางแผนดำเนินการป้องกันต่อไป และการประชุมระหว่างงานด้าน care + prevention เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีการแลกเปลี่ยนสถานการณ์ แก้ไขปัญหาร่วมกัน
- 10) มีการผลักดันให้ทำบัตรต่างด้าว
- 11) ถ้า NGO จะเข้ามาดำเนินกิจกรรมในพื้นที่ควรเข้ามาปรึกษา พูดคุยกับศูนย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี ว่าจะทำอย่างไร
- 12) กลยุทธ์ให้เข้าถึงถุงยางอนามัย โดยการสร้างทัศนคติการใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องปกติ สามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกซื้อ สะดวกใช้
- 13) ผลักดันงานเอดส์เข้าแผนฯ จังหวัด มีงบประมาณจัดสรร
- 14) การให้คำแนะนำช่วยเหลือผู้ป่วยแล้วสามารถมีชีวิตที่ดีขึ้นได้ ดูแลตนเองได้
- 15) ควรจะเน้นงานให้ความสำคัญผลกระทบ ช่วยเหลือ ประสานงานการทำงานที่ต่อเนื่องชัดเจน
- 16) เพิ่มงานด้านการติดตามประเมินผล พัฒนาเจ้าหน้าที่ในการติดตามประเมินผล
- 17) หน่วยงานท้องถิ่นน่าจะสามารถกำหนดงบประมาณ ช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ได้รับผลกระทบได้
- 18) การบริการเรื่องการเบิกจ่ายงบประมาณช่วยเหลือ การเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพ น่าจะเปลี่ยนสถานที่เบิกจ่ายจาก อบต. เป็นโรงพยาบาล โดยศูนย์องค์รวม
- 19) การขับเคลื่อน โดยใช้คุณธรรมจริยธรรม ประสานความร่วมมือกับภาคอื่นๆ ด้านการศึกษา ต่อเชื่อมชุมชนให้เข้มแข็ง รับเรื่องสาธารณสุขเกี่ยวกับสถานการณ์ข้อมูลจาก อบท.ที่ไหนมีปัญหา เช่น เด็ก เยาวชน ตั้งครรภ์
- 20) การทำงาน 2 ระดับ คืองานสนับสนุนงานเอดส์ และการผลักดันเรื่องแผนฯ ให้เข้ากลยุทธ์ เพื่อให้เข้าระดับการทำงานงบประมาณ จังหวัดเพื่อเป็นอุดหนุน น่าอยู่ตามวิสัยทัศน์ จังหวัดมองเรื่องสังคม-เศรษฐกิจเป็นหลัก
- 21) งานด้านสังคมผลักดันเอดส์เข้าด้านการปลูกฝังค่านิยม การสร้างความเข้มแข็ง การเตือนภัยทางสังคมขณะนี้ผลักดันงบประมาณ จังหวัด หรือ อบจ.ด้านความมั่นคง ความปลอดภัยมีเรื่องจัดระเบียบหอพัก กำลังปรับการทำงานให้เข้ากรอบ ปี 2550-2551 ผลักดันแต่ยังไม่ชัดสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมีการนำเสนอทุกปี
- 22) การดำเนินงานสนับสนุนกรณีเกิดความเดือดร้อน ดูแลผู้ได้รับผลกระทบด้านเอดส์

- 23) สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดดำเนินงานเอดส์ เป็นหนึ่งภารกิจ โดยการทำงานประสานทางโทรศัพท์กับ สสจ.ได้รับความร่วมมือค่อนข้างดี

การทบทวนการทำงานด้านโรคเอดส์ของสถาบันการศึกษา

ผลการดำเนินงานในภาพรวม

เริ่มทำงานวิจัยทางด้านเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 โครงการวิจัยที่ทำ เช่น การให้ความรู้โรคเอดส์ในกลุ่มเยาวชน การบูรณาการงานเอดส์ในกลุ่มชายแดน/ยาเสพติด โดยได้ดึงความร่วมมือจากหน่วยงานราชการอื่นๆ มาช่วยเหลือ และกำลังดำเนินการในเรื่องของ Stigma ร่วมกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อ 13 คนซึ่งได้รับทุนสนับสนุนจาก UNAIDS สอนเรื่องของคุณค่าทางเพศที่ใช้ในงานเอดส์ โดยนำหลักสูตรของ PATH มาร่วมแลกเปลี่ยนด้วย

ดำเนินการโครงการให้ความรู้เยาวชนที่อยู่ในหอพัก โดยกลุ่มเป้าหมายคือเยาวชนที่พักอาศัยในหอพักในระดับมัธยมศึกษาตอนต้นถึงระดับมหาวิทยาลัย มีการจัด camp นอกสถานที่ ประเมินความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอดส์ มีการทำ Pre-Post test ซึ่งถือว่าประสบผลความสำเร็จ โดยปัจจุบันยังมีเครือข่ายที่สานต่ออยู่ โดยสถานศึกษาเป็นผู้ประสานและให้เครือข่ายเป็นผู้บริหารจัดการกันเอง

ผลของโครงการการบูรณาการงานเอดส์ในเขตชายแดน กระบวนการทำการเป็น Review ปัญหาเอดส์ที่เกิดขึ้นในชายแดน และทำงานเชิงบูรณาการในพื้นที่ ผสมผสานโครงสร้างของราชการ ผลของโครงการนี้โดยรวมถือว่าไม่บรรลุผลเท่าที่ควร แต่ก็มีผลทำให้ตำรวจ และทหารสนใจเรื่องเอดส์มากขึ้น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความสนใจเรื่องเอดส์มากขึ้นหลังจากเข้าร่วมโครงการ สะท้อนจากเริ่มเห็นแนวทางการทำงานด้านเอดส์ เช่น เรื่องเงินสงเคราะห์ โครงการมีการให้ความรู้ชาวบ้านก่อนออกไปทำงานต่างถิ่น สรุปแล้วผลของโครงการด้านการเรียนรู้ของเครือข่ายถือว่าประสบผลสำเร็จ มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่อง แต่เรื่องการบูรณาการหน่วยงาน ไม่ประสบผลสำเร็จอย่างเด่นชัด

การดำเนินโครงการเรื่องการติตรา มีผลสำเร็จใน 2 ส่วน ส่วนแรกคือเกิดผลที่ดีต่อกลุ่มเป้าหมาย ส่วนที่สองคือได้สร้างกลุ่มคนทำงาน โดย 13 คนที่เป็นแกนนำผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อในการขับเคลื่อนสิทธิ มีการตั้งสมัชชาเครือข่าย

ความรุนแรงในเรื่องการติตรายังคงมีอยู่ทั้งแบบตรงไปตรงมาและแบบสลับซับซ้อน ยังมีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ เช่น การปฏิเสธการรักษา หรือการให้ควเป็นควสุดท้าย

ปัญหา อุปสรรค

- 1) อุปสรรคในการระดมความช่วยเหลือ การอธิบายข้ามกลุ่มให้เข้าใจตรงกันค่อนข้างยาก ความไม่เข้าใจระหว่างแหล่งเงินทุนกับมหาวิทยาลัยซึ่งไม่เข้าใจในเรื่องกระบวนการวิจัยงานด้านเอดส์
- 2) อุปสรรคในการสื่อสารกับหน่วยงานอื่นๆ ทั้ง ตำรวจตรวจคนเข้าเมือง และตำรวจทั่วไป หน่วยงานบางที่ยังไม่เข้าใจ และไม่เห็นความสำคัญของปัญหาเอดส์ วางบทบาทเป็นเพียงผู้รองรับอย่างเดียว

การทบทวนการดำเนินงานด้าน PMPCT, ANC ของศูนย์อนามัยเขต

สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

PMPCT (แม่สู่ลูก)

กระบวนการทำงาน แม่สู่ลูก บรรจุในงานโครงการ สายใยรักแห่งครอบครัว มีการติดตามตั้งแต่เนิ่นๆ เพื่อให้แม่มาฝากครรภ์เป็นคู่ ในโรงเรียนสายใยพ่อแม่ เพื่อให้ความรู้ การให้คำปรึกษาก่อนและหลัง

ยุทธศาสตร์การทำงานเป็นไปตามกรมอนามัย ป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกให้น้อยที่สุด เป้าหมายเน้นผลการดำเนินงาน และการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ที่อยู่ใน ANC มีการอบรมหลักสูตรการให้คำปรึกษาพื้นฐาน การให้คำปรึกษา 100% หลักสูตรที่เน้นคือ การ Couple ANC VCT ให้ได้ผลมากกว่าเดิม

การ Pre-post counseling กรณีเปิดเผยผลเลือด, จัดทำหลักสูตรสำหรับหญิงไม่ฝากครรภ์, จัดทำหลักสูตรสำหรับเจ้าหน้าที่สถานอนามัย และหลักสูตร couple VCT ซึ่งยังไม่เต็มพื้นที่ มีการพัฒนาหลักสูตรจากกรมอนามัย

กระบวนการสนับสนุนทางวิชาการ จัดพัฒนาศักยภาพ ปีละ 5 รุ่น โดยอีก 2 รุ่น เป็นงบประมาณสนับสนุนจาก กองทุนโลก และสปสช. โดยพิจารณาจากงบประมาณ และความต้องการของพื้นที่

การทำงานเน้นระบบโซน การชี้แจงนโยบาย และเป้าหมายของการดำเนินงาน การเป็นที่ปรึกษาให้ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดโดยสสจ. รวมทั้งมีการสนับสนุนวิทยากร

กรณีติดตามระดับโซน ปีละหนึ่งครั้ง ในโรงพยาบาลแม่โซน ให้ สสจ. เป็นเจ้าภาพจัดประชุม และให้โรงพยาบาลอำเภอ ส่งตัวแทนเข้าประชุม และร่วมนิเทศติดตาม รวมทั้งให้ผู้รับผิดชอบระดับจังหวัดติดตามข้อมูล และปัญหาอุปสรรค โดยกำหนดให้ครอบคลุมพื้นที่ ซึ่งมีดำเนินการทุกพื้นที่ มีงบประมาณสนับสนุนงบประมาณอำเภอละ 4,000 บาท หากพบปัญหาอาจจะต้องใช้เวลาค่อนข้างมากในการติดตามนิเทศ และส่งผลกลับมายังศูนย์อนามัยที่ 6 ขอนแก่น

การจัดอบรม จัดที่ศูนย์อนามัยที่ 6 เนื่องจากประหยัดเวลา และเพื่อความสะดวกในการจัดงาน

ข้อมูลเกี่ยวกับขั้นตอนการทำงาน รายงานผลการดำเนินงาน อาจารย์ผ่องศรี แสนไชยสุริยา (ANC clinic) ผลการดำเนินงานในช่วงครึ่งแผนฯ ยุทธศาสตร์ มีการรายงาน และการนำเสนอผลการดำเนินงานต่อกรมควบคุมโรค ตั้งแต่เริ่มดำเนินการ จนปัจจุบัน รวม 5 ปี

ด้านการดูแลผู้ได้รับผลกระทบ

ในชุมชน เริ่มยอมรับมากขึ้นกว่าแต่ก่อน แต่ผู้ป่วยไม่ยอมเปิดเผยตัวเองมากกว่า เมื่อมีงานบุญ การทานข้าวร่วมกันสามารถทำได้ปกติ การไม่เปิดเผยตัวอยู่ที่ตัวผู้ติดเชื้อเองมากกว่าที่ไม่กล้าเปิดเผย

เรื่องการละเมิดสิทธิ ในโรงเรียน ไม่มีสถานการณ์ เพราะตัวเลขที่ศูนย์อนามัยทราบมีน้อยมาก ถ้าไม่มีการมาตรวจสุขภาพ หรือตรวจเลือด ก็ไม่ทราบสถานการณ์

เพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควรในชุมชน สูงมาก งานด้านเพศศึกษาในโรงเรียนยังไม่ได้มีการยอมรับ เพราะครูในโรงเรียนส่วนใหญ่ยังมองว่าเป็นเรื่องซีโฟงให้กระรอก และเป็นเรื่องไม่ควรเปิดเผย ครู กับเจ้าหน้าที่

สาธารณสุข มีทัศนคติเรื่องเพศแตกต่างกัน ในขณะที่พ่อแม่ก็คาดหวังว่าเด็กจะได้รับการสอนเพศศึกษาจากโรงเรียน

ปัญหาอุปสรรคการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

- 1) ความครอบคลุมในการติดตามเด็กมาตรวจ ความครอบคลุม 60% พบการติดเชื้อ 3.7 % เนื่องจากแม่ไม่เปิดเผยผลเลือด การย้ายถิ่นฐานที่อยู่ การไปทำงานที่อื่น ทั้งลูกไว้ที่ย่า ยาย ทำให้เด็กไม่ได้รับการตรวจเลือด
- 2) การรังเกียจยังพบอยู่มากในชุมชน
- 3) ปัญหาเจ้าหน้าที่อนามัยแม่และเด็กเปลี่ยนงานบ่อย ต้องมีการพัฒนาเจ้าหน้าที่อยู่ตลอด เจ้าหน้าที่/ ผู้รับผิดชอบงานไม่ส่งต่อกัน
- 4) งาน couple VCT ยังไม่เต็มพื้นที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และขยายเพิ่ม
- 5) การตั้งครรภ์ซ้ำ เนื่องจากผลของยาต้านฯ ทำให้สุขภาพดี เกือบปกติ สามารถแต่งงานใหม่ได้ และไม่มีการเปิดเผยผลเลือด ต่อสามีทั้งไทย และสามีต่างชาติ
- 6) แม่ที่ไม่มาฝากครรภ์ มีอัตราการติดเชื้อสูงกว่ากลุ่มที่ฝากครรภ์ ร้อยละ 5 ซึ่งส่งผลกระทบต่อลูก ซึ่งการป้องกันทำได้แค่เจ้าหน้าที่ทำคลอด ในขณะที่ทำคลอด และดูแลลูกหลังรับเชื้อ หลังคลอด และยังพบว่าส่วนใหญ่มีการย้ายไปคลอดข้ามอำเภอ

ข้อเสนอแนะ

กลยุทธ์ ที่จะใช้ในการดำเนินงานให้ครอบคลุม

- 1) การพยายามชี้แจงกับทีมทำงานอบรมหลักสูตร และให้มีระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างเจ้าหน้าที่
- 2) การสร้างหลักสูตรการฝากครรภ์ เป็นคู่มือให้เป็นเชิงนโยบาย และเปิดสิทธิสำหรับสามี ด้านค่าใช้จ่าย เดินทาง ค่าตรวจ เน้นการใช้โครงการโรงเรียนพ่อแม่ สายใยรัก และเน้นที่ หน่วยงานท้องถิ่น เช่น อบต. สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด ให้ส่งเสริมอาชีพในพื้นที่
- 3) การรณรงค์ให้ชุมชน และ อสม. เป็นแกนนำในการประชาสัมพันธ์ เป็นกระบอกเสียงในเรื่องการมาฝากครรภ์ ตรวจเลือด สิทธิประโยชน์การรับบริการ โดยชี้ให้เห็นประโยชน์มากที่สุด โดยทำเป็นข้อตกลงในระดับพื้นที่ หรือเป็นเชิงนโยบายระดับพื้นที่ และต้องพิจารณาเรื่องสิทธิของผู้ป่วยประกอบด้วย
- 4) เรื่องโรงเรียนพ่อแม่ เป็นหัวใจของการสื่อสารให้คนได้รับสิทธิ การดูแลเด็กในอนาคต
- 5) ดำเนินการทั้งในส่วน of สถานบริการ และส่วนของชุมชน เกี่ยวกับความรู้เรื่องสิทธิ และความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ประกอบการตัดสินใจรับบริการ
- 6) ใช้กระบวนการสายใยแห่งรัก ให้ผู้ตรวจร่วมผลักดันงานด้าน PMPCT , ANC เข้าไปบูรณาการด้วย

- 7) เนื่องจากนโยบายของกระทรวงนั้นภาคี เราต้องส่งเสริมสุขภาพร่วมดำเนินการให้ความรู้ Empowerment ทั้งอปท. เรื่องกองทุนสุขภาพชุมชน พยายามสร้างตำบลต้นแบบ ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ บูรณาการงานด้าน แม่และเด็ก เอดส์เข้าไปด้วย พยายามให้ชาวบ้านร่วมทำโครงการในการหามาตรการเฝ้าระวังในชุมชน เป็นต้นแบบ โดยทำในหนึ่งตำบลก่อน เพราะต้องใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ชุมชน บูรณาการทุกเรื่องเกี่ยวกับ งานอนามัยแม่และเด็ก สุขภาพ โภชนาการ เป็นงานร่วมกันของ กรมควบคุมโรค และกรมอนามัย
- 8) ขอให้นโยบายชัดเจน อย่าเปลี่ยนตัวชี้วัดบ่อย ระบบรายงานข้อมูล/ฐานข้อมูล ให้นิ่งๆชัดเจน การบันทึกข้อมูล NAHP มีค่าตอบแทน แต่ของ PHIM PHROM ไม่ได้ค่าตอบแทนไม่มีผล
- 9) การสร้างกระแสการประชาสัมพันธ์อย่างต่อเนื่อง และทั่วถึง เกี่ยวกับการฝากครรภ์เป็นคู่

3. ผลการดำเนินงานภาพรวมตามยุทธศาสตร์องค์กรพัฒนาเครือข่ายและประสานการปฏิบัติการในเขตภาคเหนือ

การทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554” ในเขตภาคเหนือได้ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเพื่อนำมาใช้ในการทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ ในเขตพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย เก็บข้อมูลจากการทบทวนเอกสาร การสัมภาษณ์เชิงลึก และการสนทนากลุ่ม ซึ่งกลุ่มเป้าหมายในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ ผู้บริหารในสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ได้รับมอบหมาย นักวิชาการสาธารณสุข และผู้แทนจากคณะอนุกรรมการฯ เอดส์จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดเชียงราย และบุคลากรที่เกี่ยวข้องจากสำนักงานท้องถิ่นจังหวัด สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากโรงพยาบาลชุมชน และเจ้าหน้าที่ศูนย์องค์รวม และสถาบันการศึกษามหาวิทยาลัย ที่มีการบริหารจัดการงานเอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2552

แนวทางการทบทวน เป็นลักษณะสังเกตการณ์ (Observational design) โดยอาศัยรูปแบบการทบทวนและวิเคราะห์ผลการประเมินแบบ Rapid appraisal ประกอบด้วย การเก็บข้อมูลทั้งเชิงคุณภาพและปริมาณ (Qualitative and quantitative data collection) ประกอบด้วย

กระบวนการทบทวนในเขตพื้นที่ภาคเหนือ

- 1) การทบทวนเอกสาร (Document reviews)
- 2) การสัมภาษณ์ (Key informant interview: focus group and individual)

การดำเนินงานในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

คณะ Technical review ได้ดำเนินการสนทนากลุ่มกับผู้ที่เกี่ยวข้องดังนี้

- ผู้รับผิดชอบงานจากหน่วยงานเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สคร.10 ศูนย์องค์รวม NGO มหาวิทยาลัยฯ

เพื่อทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและ
แก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ

- ศึกษา ทบทวนการดำเนินงานในกลุ่ม ศาสนา วัดหัวริน อำเภอสันป่าตอง
- ศึกษา ทบทวนการดำเนินงานในกลุ่ม ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สำนักงานเพื่อนชาย
รุ่นใหม่ใส่ใจสุขภาพ (M+)
- ศึกษา ทบทวนการดำเนินงานในศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่
- สัมภาษณ์เชิงลึก
- หัวหน้ากลุ่มงานเอดส์ สคร.10
- รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10

การดำเนินงานในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงราย

- สนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานจากหน่วยงานเอดส์ วัฒนธรรม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คณะ
อนุเอดส์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สคร.10 ศูนย์องค์รวม NGO
มหาวิทยาลัยฯ เพื่อทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการ
ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ
- ศึกษา ทบทวนการทำงาน คลินิก STI ,VCT,TB-HIV, PMPCT และ HIV QUAL-T โรงพยาบาล
สมเด็จพระญาณสังวร
- ศึกษา ทบทวนการดำเนินงาน สัมภาษณ์ หน่วยงานโรคและโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดเชียงราย การดำเนินงานในกลุ่ม Sex-worker

การตอบแบบสอบถาม (Questionnaires interview)

ในเขตพื้นที่ภาคเหนือได้ส่งแบบสอบถามให้ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของสำนักงานเขต 10 ในการให้
ข้อมูล จากนั้น คณะทำงานวิชาการและคณะทำงานวิชาการภาคสนาม (Technical Review Team) จึงร่วมกัน
ระดมความคิดในการสร้างความรู้ และใช้ความรู้ในการทำงาน/กิจกรรม ทุกหน่วยงานที่เป็นภาคีเครือข่ายจะสร้าง
ความรู้และใช้ความรู้จากการดำเนินงานป้องกัน รักษา และลดผลกระทบในกลุ่มเป้าหมาย ทุกภาคส่วนของ
สังคมสร้างและใช้ความรู้ในการทำงาน เมื่อทำงาน จนสามารถถ่ายทอดประสบการณ์ หรือเรียกว่า “ความรู้ใน
คน” (tacit knowledge) หากนำความรู้จากประสบการณ์ในผู้ร่วมงานมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน จะเกิดการ
ยกระดับความรู้ เกิดเป็น “คลังความรู้” จากการทำงาน ส่งผลให้มีผลสัมฤทธิ์ยิ่งขึ้นอีก จัดเป็นเทคนิคอย่างหนึ่ง
ในการ “ถอดความรู้” จากการทำงาน เรียกว่า AAR (After Action Review) เพื่อช่วยกันขับเคลื่อนไปสู่ระบบเรียนรู้
องค์การเรียนรู้ ผ่านกระบวนการจัดการความรู้ให้มี “แก่นเพื่อปฏิบัติ” หรือหัวใจหรือจุดคานงัดในการ
ดำเนินการจัดการความรู้เพื่อนำไปสู่การปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์หรือแผนกลยุทธ์และมาตรการในการดำเนินงาน
ในช่วงปีี่เหลือ (2553-2554) และแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ฯ ฉบับที่ 11
ต่อไป

ผลจากการปฏิบัติการสำรวจการดำเนินงานเพื่อทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554 พื้นที่ภาคเหนือจังหวัด เชียงใหม่และจังหวัดเชียงราย สามารถสรุปกระบวนการทำงาน/ การบูรณาการงานเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่ในประเด็นต่าง ๆ ได้ดังนี้

สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เอดส์ชาติของภาคีเครือข่ายเอดส์จังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

เนื่องจากลักษณะของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 มีลักษณะเป็นภาพกว้าง เป็นกลุ่มของกิจกรรม ซึ่งจากความเห็นของผู้แทนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โรงพยาบาลชุมชน องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น NGO เครือข่ายผู้ติดเชื้อ คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ได้พัฒนาแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯในระดับจังหวัดโดยยึดถือเอาแผนเอดส์ชาติฉบับที่ 10 เป็นแนวทางเพื่อใช้ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ระดับประเทศ ในระดับปฏิบัติ การดำเนินงานจะใช้แผน ฯ เอดส์ของจังหวัดซึ่งจะมีความละเอียด ชัดเจน สามารถปฏิบัติได้จริงในพื้นที่ และสามารถนำไปประยุกต์ใช้ได้ทั้งในระดับอำเภอ และตำบล

สาระสำคัญของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2550-2554 มีวัตถุประสงค์อยู่ 2 ข้อประกอบไปด้วย (1) เพื่อลดการติดเชื้อ HIV รายใหม่ (2) เพื่อลดผลกระทบจากการติดเชื้อ HIV จะเห็นได้ว่าโดยทั้ง 2 ข้อมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแผนบูรณาการยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับที่ 10 โดยที่ เป้าหมายของแผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ นั้นประกอบไปด้วยในประเด็นดังนี้

- 1) ลดการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ
- 2) ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน
- 3) ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ได้รับการดูแล หรือเข้าถึงระบบบริการทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษาและสุขภาพขั้นพื้นฐาน อย่างเหมาะสม

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว 3 ข้อข้างต้น จังหวัดเชียงใหม่ได้กำหนดประเด็นยุทธศาสตร์ประกอบด้วย 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ คือ

- 1) การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- 2) การลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบ
- 3) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ
- 4) การพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์
- 5) การสร้างกระแสและความเข้าใจทางสังคมในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์
- 6) การป้องกันแก้ไขในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ประกอบด้วย กลุ่มเยาวชน กลุ่มชายรักชาย กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มแรงงานอพยพ/ชาติพันธุ์ กลุ่มผู้หญิง/หญิงตั้งครรภ์ (หญิงตั้งครรภ์ครอบคลุมตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งถึงคลอดและทารก)

ภาพรวมของการดำเนินงานเอดส์ในรอบสองปีที่ผ่านมาของจังหวัดเชียงใหม่

ในการดำเนินงานด้านเอดส์กลุ่มที่ยังเข้าถึงได้ไม่มากคือ กลุ่มที่ไม่แสดงอาการ กลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มที่ไม่เปิดเผยตัว แต่ในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มที่เปิดเปิดเผยตัว กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มผู้หญิง/หญิงตั้งครรภ์ (หญิงตั้งครรภ์ครอบคลุมตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งถึงคลอดและทารก) กลุ่มแรงงานอพยพ/ชาติพันธุ์ กลุ่ม MSM ได้มีการทำงานร่วมกับ NGO องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อจังหวัดเชียงใหม่ สถานศึกษา ซึ่งร่วมตั้งแต่การวางแผน กำหนดเป็นยุทธศาสตร์การดำเนินงาน จัดเวทีระดมความคิดเพื่อบูรณาการงานเอดส์เข้าสู่ภาคส่วนต่างๆ

งบประมาณ จากภาครัฐลดลงมาก จากเดิมจะมีงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมด้านเอดส์ จึงต้องหางบประมาณจากแหล่งต่างๆ เช่น GFATM องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นต้น ภาคนับสนับสนุนให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เพราะมองว่าปัญหาเอดส์ไม่ได้มีแค่ทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการ แต่มองไปถึงปัญหาใหม่ที่จะเกิดขึ้น เช่น การติดยาที่เกิดขึ้นได้กับผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์

การบริหารจัดการถุงยางอนามัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ได้มีการนำไปแจกในสถานบริการสาธารณสุข/โรงพยาบาล โดยเมื่อสถานพยาบาลได้รับจะกระจายไปที่สถานีนอามัย สำหรับในกลุ่ม NGO ได้รับงบประมาณจาก กองทุนโลก (GFATM) เพื่อจัดซื้อถุงยางอนามัย มีการกระจายไปอยู่ที่แกนนำพันธกิจเอดส์

การทำงานแบบที่มีหรือไม่มี ศูนย์องค์กรรวม การที่ไม่มีศูนย์องค์กรรวมทำให้การดำเนินงานในกลุ่มที่เข้าถึงยากจะทำได้ เพราะศูนย์องค์กรรวมเป็นที่สามารถเข้าถึงปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างแท้จริง ทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย สังคม จิตใจ

การคุ้มครองสิทธิ ในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น จะไม่มีการประกาศรายชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพ มีทีมที่ปรึกษาไว้ให้เฉพาะ มีศูนย์ร้องเรียน ที่สมาชิกสามารถมาร้องเรียนได้ โรงพยาบาล มีการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่จัดไว้ มีการเก็บข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไว้เป็นความลับ มีกลุ่มเพื่อนที่ติดตามดูแล เยี่ยมบ้าน

การติดตามและประเมินผล มีการประเมินหรือตรวจโดยระบบราชการปกติ ทั้งระบบราชการของกระทรวงมหาดไทย ส่วนของการทำงานในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น กพอ.ชาติ ด้านเอดส์ มีการมาประเมิน NGO ว่าที่ผ่านมาทำอะไรบ้าง บรรลุตามตัวชี้วัดหรือไม่

การดำเนินงานด้านวิจัย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ได้ส่งโจทย์วิจัยให้กับจังหวัด โดยโจทย์วิจัยจะได้ออกมาจากการทำงานในพื้นที่

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 กับการทำงานใน 2 ปีที่ผ่านมาที่มีผลในภาคส่วนต่างๆ คือ

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด แผนเอดส์ เป็นเหมือนพิมพ์เขียว ที่วางไว้ แต่ละองค์กรจะทำอะไร เรื่องใด สามารถนำแผนเป็นแนวทางได้
- NGO ทำให้ทุกภาคส่วนมีการทำงานร่วมกัน ผลักดันให้เกิดการกระจายอำนาจสู่ชุมชน
- องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น สามารถนำไปเป็นแบบ เป็นแนวทางในการดำเนินงานได้

- เครือข่ายผู้ติดเชื้อ ทำให้งานกระจายสู่ท้องถิ่นมากขึ้น และภาคส่วนต่างๆมองเห็นความสำคัญ ที่จะพัฒนาแกนนำผู้ติดเชื้อ ให้ความรู้ ทักษะการดำเนินงานต่างๆ
- ข้อเสนอแนะ คือ การจะทำให้การดำเนินงานด้านเอดส์ประสบความสำเร็จจริงๆ ต้องมองปัญหา ตั้งแต่ส่วนชุมชนลงมา เพื่อจะได้นำไปแก้ปัญหาได้จริง

สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เอดส์ชาติของภาคีเครือข่ายเอดส์จังหวัดเชียงราย

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

การดำเนินงานด้านเอดส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ใช้แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ เป็นกรอบแนวทางจัดทำแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดเชียงราย ปี 2550-2554 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1) เพื่อบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เข้าไปในภารกิจของหน่วยงานทุกระดับ และเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วน

2) เพื่อบูรณาการกลยุทธการป้องกัน ดูแล รักษาและลดผลกระทบเข้าสู่การจัดบริการสำหรับประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย

โดยที่ เป้าประสงค์ของแผนที่ได้กำหนดนั้นประกอบไปด้วย

1) ประชาชนมีพฤติกรรมและมีความสามารถในการป้องกันตนเองและครอบครัวให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและแพร่เชื้อHIV

2) ผู้ติดเชื้อHIV/ผู้ป่วยเอดส์และผู้รับผลกระทบมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข

3) ครอบครัว/ชุมชนมีค่านิยมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันตนเองและสมาชิกให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ยอมรับ ไม่รังเกียจและอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

การกำหนดเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์เอดส์จังหวัดนั้นมีความสอดคล้องกับแผนเอดส์ชาติซึ่งประกอบไปด้วย

1) ลดการติดเชื้อHIVในประชากรกลุ่มต่างๆ

2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สามารถเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครอบคลุมทั่วถึง

3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวและผู้รับผลกระทบจากเอดส์ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางสังคม สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

การดำเนินโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเชียงราย ปี 2552

- การสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพเครือข่ายการทำงานด้านเอดส์และคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเชียงราย ปี 2552
- การเฝ้าระวังปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดเชียงราย ปี 2552
- การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานผสมผสานงานวันโรค/โรคเอดส์ และ การพัฒนาประสิทธิภาพระบบการเฝ้าระวังวันโรค
- โครงการรณรงค์วันเอดส์โลกและวันวาเลนไทน์
- โครงการพัฒนาเครือข่ายองค์กรเอกชนด้านเอดส์
- การป้องกันการติดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนในชุมชน
- การพัฒนารูปแบบการให้บริการวางแผนครอบครัวและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับเยาวชนในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงราย
- การรณรงค์ประชาสัมพันธ์การเข้าถึงบริการการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT)

ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554

กระบวนการและผลการดำเนินงานในภาพรวมระดับองค์กรพัฒนาเครือข่ายและประสานการปฏิบัติการในเขตภาคเหนือ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10) เป็นดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ

ผลการดำเนินงานในภาพรวม

การดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ฯ ตอบสนองทันต่อปัญหา ทั้งที่ปัญหาเอดส์มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาและมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม แผนยุทธศาสตร์ฯ เป็นทั้งภาพกว้าง และ จำเพาะในบางประเด็น การกำหนดกลุ่มเป้าหมายได้มาจากวิเคราะห์สภาพปัญหาของพื้นที่เพื่อให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลงของปัญหา ในแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับที่ 11 นั้นต้องนำปัญหาจากแผนยุทธศาสตร์ฯ ฉบับเก่ามาวิเคราะห์ร่วมด้วยอย่างแน่นอน

การบริหารจัดการงบประมาณ มีการกระทบยอดเงินงบประมาณที่แต่ละหน่วยงานได้รับ กับยอดเงินงบประมาณที่ส่วนกลางจัดสรรให้ ในปัจจุบันกรมควบคุมโรคจะใช้โปรแกรมสำเร็จรูปชื่อ “Estimate” ในการบริหารจัดการงบประมาณ

ปัญหาอุปสรรค

บทบาทของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) มีการซ้อนทับกันอยู่ เช่น สคร.บางแห่งยังจัดบริการและดำเนินโครงการ

ข้อเสียของโปรแกรม Estimate คือไม่สามารถวิเคราะห์ให้ทราบถึงงบประมาณที่ใช้ในแต่ละรายโรคได้ แผนงาน/โครงการที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์เอดส์ในสคร. หากเป็นเงินงบประมาณจะสามารถทราบยอดงบประมาณได้ แต่หากเป็นเงินนอกงบประมาณ เช่นเงิน GFATM ภูมิภาคไม่สามารถตรวจสอบยอดงบประมาณที่กองคลังส่วนกลางได้

ข้อเสนอแนะ

บทบาทของสคร.นั้นควรเน้นเรื่องการกำกับติดตามให้การดำเนินงานสอดคล้องกับยุทธศาสตร์ และผลที่เกิดขึ้น เสนอข้อมูลต่อผู้กำหนดนโยบาย และสนับสนุนความเข้มแข็งทางวิชาการแก่หน่วยงานในส่วนภูมิภาค ดำเนินการสนับสนุนทางวิชาการ

การที่จะดำเนินงานเอดส์ในพื้นที่ให้ประสบความสำเร็จนั้น ในแต่ละปีหน่วยงานต้องมีการทบทวน (Review) ผลการดำเนินงานของหน่วยงานด้วย โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่สะท้อนสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น และดำเนินการแก้ไข คณะกรรมการเอดส์ชาตินั้นควรมีการวิเคราะห์สถานการณ์รายปี

เงินนอกงบประมาณที่ได้รับจากภายนอกเช่น GFATM นั้นควรมีมาตรการรองรับหากไม่มีงบประมาณส่วนนี้สนับสนุน และ เน้นให้ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมายอย่างเป็นธรรม

การดำเนินงานด้านเอดส์ของสำนักงานแรงงานและสวัสดิการสังคม

การจัดสรรงบประมาณสำหรับทำงานด้านเอดส์ในสถานประกอบการโดยกระทรวงแรงงาน ทำงานร่วมกับองค์กรธุรกิจไทยด้านเอดส์ (TBCA) ในการให้ความรู้ด้านเอดส์ในสถานประกอบการมีแผนงานด้านเอดส์เป็นแผนจากส่วนกลาง ใช้มาตรการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของปัญหาเอดส์ จัดอบรมให้ความรู้ จัดอบรมแบบกว้างสำหรับกลุ่มตัวแทนเพื่อนำไปขยายผลต่อ คนที่ผ่านการอบรมแล้วมีการติดตามแต่ยังไม่มีรายงานชัดเจน การคุ้มครองสิทธิ

การดำเนินงานด้านเอดส์ของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด

การดำเนินงานของสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดเชียงราย ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกระทรวง ให้เป็นเงินสงเคราะห์แทนเบี้ยยังชีพ มี พรบ.คุ้มครองเด็ก เป็นการช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบอย่างต่อเนื่องและยั่งยืนจนกระทั่งอายุ 18 ปี โดยให้ค่าใช้จ่ายในการศึกษา ค่าใช้จ่ายในการเลี้ยงดูรายเดือน ระดับประถมศึกษา จำนวน 2,000 บาท ระดับมัธยมศึกษา จำนวน 3,000 บาท การดำเนินงานในชุมชนมีอาสาสมัครพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ออกเยี่ยมบ้าน มีการทำงานเอดส์มากขึ้น แต่หากมองในเชิงลบ พบว่า มีสถานการณ์ผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น เด็กมีเพศสัมพันธ์เร็ว การปล่อยปละละเลยของครอบครัว

การดำเนินงานด้านเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การทำงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีการดูแลเรื่องสวัสดิการเบี้ยยังชีพ นอกจากนี้ยังมีการดูแลด้านสังคม ในเรื่องการคุ้มครองสิทธิจะมีเจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบดูแลโดยเฉพาะ โดยไม่มีการประกาศชื่อการยอมรับของสังคมมีมากขึ้น สภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ดีขึ้น และในชุมชนเองให้การสนับสนุนความร่วมมือ มากขึ้น มีการติดตู้ถุงยางอนามัยไว้ที่เทศบาล และในการดูแลผู้ติดเชื้อควรมีการทำงานเชิงรุก อยากให้เน้นการป้องกันซึ่งทำอย่างต่อเนื่อง ทำให้ไม่ทราบว่าการดำเนินการลงไปได้ผลมากแค่ไหน สิ่งที่ยากให้ส่วนกลางดำเนินงานคือ เรื่องสื่อที่จะออกสู่ประชาชน อยากให้มีมากกว่าที่เป็นอยู่

การดำเนินงานด้านเอดส์ของสำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา

ช่วยเหลือโดยการให้ทุนการศึกษาสำหรับเด็กกลุ่มที่ติดเชื้อ เตรียมการที่ทำแผนเอดส์ โดยเน้นไปที่เรื่องทักษะชีวิต โดยกระหนาบมาจากโรคอื่นที่ผ่านเข้ามา มีการจัดทำหลักสูตร สอนเพศศึกษาในเด็กทั้งเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ แต่ในส่วนนี้ต้องขึ้นอยู่กับแต่ละโรงเรียนว่าจะนำหลักสูตรไปจัดการเรียนการสอนหรือไม่

การดำเนินงานด้านเอดส์ของ NGO (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ Access)

งานที่ทำคือพัฒนาเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ดูแลเด็กที่ติดเชื้อให้ได้รับบริการที่มีคุณภาพ การดูแลรักษาเอดส์ และการมีส่วนร่วมในชุมชน ดูแลเด็กผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษา การดูแลผู้ได้รับผลกระทบทั้งกาย ใจ จิตสังคม สามารถให้มีความมั่นใจที่จะอยู่ในสังคมได้ แผนงานที่ใช้มาจาก Access ส่วนกลาง ทำงานร่วมกับ NGO ด้วยกัน และสถานพยาบาลในการดูแลผู้ติดเชื้อ มีการรวมกลุ่มกันเป็น เครือข่ายกลุ่มเราเข้าใจ เพื่อทำวิจัย การคุ้มครองสิทธิทำร่วมไปกับการช่วยเหลือ ปัญหาด้านสิทธิที่เจอคือความไม่รู้ในสิทธิของตนเองว่าได้รับสิทธิอะไรบ้างการกีดกันในเด็กยังพบอยู่แต่น้อย

กระบวนการทำงาน/ การบูรณาการงานเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ

กลุ่มศาสนา (Religion)

การดำเนินการในกลุ่มศาสนา ได้รับงบประมาณจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชน ในภาครัฐนั้นได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สำนักงานป้องกันและควบคุมโรคที่ 10 องค์การบริหารส่วนตำบล ในส่วนของภาคเอกชนนั้นได้รับเงินจาก NGO ซึ่งงบประมาณที่ได้รับมีความต่อเนื่อง โดยมีลักษณะเป็นงบประมาณที่ต้องเขียนโครงการเสนอขึ้นไป ในการดำเนินงานมีการบูรณาการแผนงานด้านเอดส์ และ ยาเสพติด โดยกระตุ้นให้แกนนำกลุ่มเยาวชนสามารถเขียนแผนงานด้วยตัวเอง ซึ่งส่งผลให้แกนนำเยาวชนเกิดความรักที่จะทำงาน กิจกรรมที่ดำเนินงาน อาทิ จัดอบรมกลุ่มแกนนำเยาวชน ด้านเอดส์ การออกเยี่ยมบ้านผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ทั้งเด็กและผู้สูงอายุ นอกจากนี้ยังเห็นศักยภาพของเครือข่ายเยาวชนมีการพัฒนามากขึ้นสามารถเขียนแผนการดำเนินงานได้ มีการทำงานร่วมกันเป็นเครือข่าย วิธีการจัดการกับปัญหาเอดส์ มีความเหมาะสมในระดับหนึ่ง สามารถจัดการได้ในระดับหนึ่งแต่สภาพสังคมก็เปลี่ยนไป พฤติกรรมเสี่ยงของเยาวชนเพิ่มขึ้น มีต่างชาติอพยพเข้ามาในพื้นที่ ทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนรูปแบบของการดำเนินงานให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพปัญหา ช่วงเปลี่ยนผ่านการกระจายอำนาจ ท้องถิ่นให้การสนับสนุนเป็นอย่างดี เพราะผู้นำท้องถิ่นเห็นความสำคัญของปัญหา และ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้รับงบประมาณมาจาก GFATM และสนับสนุนเงินงบประมาณในการทำงานทำให้มีงบประมาณในการดำเนินงาน

ผลจากการดำเนินงานในทัศนะของผู้ปฏิบัติงานนั้นส่งผลให้การติดเชื้อเอดส์รายใหม่ ในเยาวชนมีแนวโน้มลดลง แต่พฤติกรรมเสี่ยงยังไม่ลดลง ในการดำเนินงานพยายามดูแลผู้ได้รับผลกระทบทุกมิติของสุขภาพแบบองค์รวมทั้งกาย ใจ จิต สังคม มีการดูแลเป็นแบบองค์รวม โดยผู้ได้รับผลกระทบ ทั้งสูงอายุ และเด็ก จากเอดส์ได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร ไม่ใช่เฉพาะด้านการเงินเท่านั้นหากแต่หมายถึงด้านอื่น ๆ เช่น การดูแล

ผู้ป่วยเอดส์ในบ้าน การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านจิตใจ เป็นต้น ใช้แกนนำเยาวชนเป็นแกนหลักในการเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ความช่วยเหลือ ซึ่งได้รับการยอมรับเป็นอย่างดีในชุมชน

การบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในจังหวัดและท้องถิ่น

ทุกภาคส่วนของจังหวัดได้ร่วมกันพัฒนาและปรับปรุงกลไกการบริหารจัดการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด/ท้องถิ่น พัฒนากลไกสำหรับระดมและบริหารจัดการงบประมาณ ที่เกี่ยวข้องการแก้ไขปัญหาเอดส์โดยเอกชน ท้องถิ่นและหน่วยงานอื่นๆ เสริมสร้างศักยภาพและความสามารถในการพัฒนาโครงการ และสร้างรูปแบบการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ระดับพื้นที่และนำไปขยายผลให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ ซึ่งในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาเอดส์ของจังหวัดนั้น ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดทำผ่านการจัดตั้งเป็นอนุคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบูรณาการป้องกัน ดูแลรักษา และลดผลกระทบตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย

TB/HIV

ผลการดำเนินการและสถานการณ์

สถานการณ์ดำเนินงานการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ร่วมกับวัณโรค (TB with HIV) ถูกให้ความสำคัญ อยู่ในงาน National Tuberculosis Program (NTP) มีความชัดเจนเรื่องนโยบายและการ Support ซึ่งในปัจจุบันมีการแยกการดำเนินงาน และ ระบบรายงานชัดเจนขึ้นโดยมีกลุ่มประชากรเป้าหมายสำคัญ เช่น นักโทษในเรือนจำ เด็กผู้สูงอายุ ซึ่งที่ผ่านมาเรามีงบประมาณสำหรับงานวัณโรคปกติและการค้นหาผู้ป่วย ในปัจจุบันงานด้านโรคเอดส์มีการส่งรายงานเต็มรูปแบบแต่ วัณโรคยังไม่มีผลการดำเนินงานที่ชัดเจน นโยบายด้านวัณโรคที่เร่งรัดได้แก่ Active Case Finding สำหรับกลุ่มวัณโรคที่ดื้อยา (MDR)

การดำเนินงานด้านการรักษาอยู่อย่างครบวงจร ตั้งแต่การเก็บตัวอย่างทางห้องปฏิบัติการวัณโรคในปัจจุบันพบ MDR = 1.6 ซึ่งเท่ากับเกณฑ์ของประเทศ สำหรับการดำเนินงานเพื่อควบคุมวัณโรคที่ดื้อยานั้น สำนักงานป้องกันควบคุมโรค มีบริการตรวจเพื่อวินิจฉัยและทำการรักษาด้วยยารักษาวัณโรค รวมถึง IPT (Isoniazid Preventive Therapy)

ปัญหาและอุปสรรค

ขาดการเชื่อมโยงระหว่างงานวัณโรค และ งานโรคเอดส์ และการรักษาด้วยวิธี Directly Observe Treatment (DOT) ยังมีปัญหาเนื่องจากยารับประทานยาก ประกอบกับยังมีเรื่องของการติดตามทางสังคมต่อผู้ป่วยวัณโรค

แนวทางการพัฒนาแผนงาน TB/HIV ในอนาคต

ควรมีการปรับตัวทั้งนโยบายและโครงสร้างงาน TB และ HIV บูรณาการด้วย TB/HIV แผนบูรณาการเอดส์จังหวัดอยู่บนพื้นฐานของการใช้ข้อมูลในการบริหารจัดการ อีกประการหนึ่งที่ต้องพิจารณาคือตัวชี้วัดผลการดำเนินงานในระดับกระทรวงที่มีแต่ด้านการรักษาเท่านั้นยังขาดประเด็นของตัวชี้วัดด้านการส่งเสริมป้องกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบเฝ้าระวังการดื้อยาวัณโรค

STIs

บทบาทของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในเรื่องการป้องกันและการดูแลรักษานั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนั้น จะเน้นไปที่ทำอะไร ไม่ให้เกิดผู้ป่วยรายใหม่ คือเน้นที่งานป้องกันโรคโดยการกำหนดมาตรการต่างๆ (Intervention) ส่วนของโรงพยาบาลนั้น จะเน้นไปที่การรักษาและการติดตามผู้สัมผัสโรค และในส่วนของการป้องกันควบคุมโรคนั้น มีหน้าที่ในการสนับสนุนทางวิชาการและพัฒนาองค์ความรู้ในงานด้านเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถานการณ์การดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจุบันยังไม่ชัดเจนเกี่ยวกับ Clinic STI ว่าควรจัดตั้งที่ใดจึงจะเหมาะสม ระหว่างอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หรือโรงพยาบาล

ปัญหาอุปสรรค

ภายหลังจากการปิดการดำเนินงานของคลินิกโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พบว่ากลุ่มเสี่ยงหายไป ไม่มารับบริการ การถ่ายโอนภารกิจ และหน้าที่ความรับผิดชอบต้องมีความชัดเจนมากกว่านี้ พบปัญหาการต่ออายุของเชื้อหนองในเกือบทุกตัว เจ้าหน้าที่ไม่ให้ความสำคัญต่อยาสูตรดื้อยา

ข้อเสนอแนะ

แนวทางการพัฒนาการดำเนินงานด้านการควบคุมป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในอนาคตควรมีการพัฒนาระบบ Surveillance ที่ผสมผสานระหว่าง HIV และ STIs เข้าด้วยกัน ผลผสมผสานงานให้คำปรึกษาของงานเอดส์กับงานกามโรคเข้าด้วยกัน และควรมีการกำหนดมาตรฐานคลินิก STI ให้ชัดเจน

การพัฒนางานวิจัยโดยใช้เครือข่ายทางวิชาการ วงจรการวิจัยต้องจบที่การนำผลการวิจัยไปใช้ประโยชน์ การนำไปแก้ปัญหาอย่างจริงจัง เริ่มจากการศึกษาปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ นำปัญหานั้นมาวิเคราะห์ และออกแบบการศึกษาเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีการกำหนดวัตถุประสงค์ของงานวิจัย ออกรูปแบบของการศึกษาวิจัย วิเคราะห์สรุปผลการวิจัย และต้องนำผลการศึกษาวินิจฉัยนั้นไปใช้จริงในพื้นที่

การดำเนินงานด้านเอดส์ของคลินิกเพื่อนสุขภาพ (คลินิก STI) โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

คลินิกเพื่อนสุขภาพเป็นคลินิก STI ภายใต้อำเภอโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ แผนการดำเนินงานในคลินิก ได้ทำร่วมกับจังหวัดซึ่งอิงตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ปี 2550-2554 แต่เดิมการดำเนินงานคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) เป็นความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย แต่ในปัจจุบันอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ และได้เปลี่ยนชื่อเป็นคลินิกเพื่อนสุขภาพ เป็นการบูรณาการงานด้าน STI ร่วมกับการตรวจสุขภาพเบื้องต้น ในส่วนนี้ทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้น โดยผู้ที่เข้ามาปรึกษาไม่ได้ถูกมองว่าเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างเดียว

การดำเนินงานของคลินิกเพื่อนสุขภาพ

มีการดำเนินงานที่ผสมผสานกันระหว่างด้าน Prevention และ Care บริการที่จัด ได้แก่ ตรวจสุขภาพเบื้องต้น คัดกรองโรคความดันโลหิตสูง/เบาหวาน ตรวจมะเร็งปากมดลูก/เต้านม ให้คำปรึกษาสุขภาพวัยรุ่น การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตรวจจากรูปเลือด ซีฟิลิส เอชไอวี วางแผนครอบครัว การบริการเชิงรุก เยี่ยมสถานบริการ/พนักงาน

ผู้ปฏิบัติงานสามารถวิเคราะห์และประเมินโอกาสการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยพิจารณาจากมีอาการและการแสดงออกที่อวัยวะเพศ มีอาการปัสสาวะแสบ ขัด คันที่อวัยวะเพศ มีมูก หนอง หรือของเหลวออกจากอวัยวะเพศ (ช่องคลอด/ท่อปัสสาวะ) มีผื่น ตุ่ม แผล ฝี ที่บริเวณอวัยวะเพศ โดยปัจจัยสำคัญที่เป็นสาเหตุของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ - มีเพศสัมพันธ์ หรือสัมผัสทางเพศที่ไม่ถูกต้อง คู่่นอนไม่ทราบประวัติ/เบื้องต้นหลัง/พฤติกรรมทางเพศ และ ไม่มีการป้องกัน หรือป้องกันบางช่องทาง

กระบวนการดำเนินงานคลินิกเพื่อนสุขภาพ ตุลาคม 2551 – กันยายน 2552

- 1) ประชุมชี้แจงเจ้าของ/ผู้จัดการสถานประกอบการ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อแนะนำบริการคลินิก ชี้แจงนโยบาย ประโยชน์ที่จะได้รับ สร้างสัมพันธภาพที่ดีอย่างสม่ำเสมอ เนื่องจากที่ผ่านมาได้มีการเปลี่ยนเจ้าของ/ผู้จัดการบ่อย ทำให้ต้องมีการดำเนินการประชุมชี้แจงอยู่เรื่อยๆทุกปี
- 2) อบรมแกนนำพนักงานบริการ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อให้ความรู้ ความเข้าใจ การป้องกันปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์ สร้างสัมพันธภาพที่ดีอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เนื่องจากพนักงานเปลี่ยนแปลงบ่อย ไม่ได้อยู่ประจำ
- 3) การให้บริการเชิงรุก
- 4) การให้ความรู้ มีการประเมินความรู้เบื้องต้นทุกครั้ง เมื่อพบพนักงานครั้งแรก 2. ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์ สุขอนามัย
- 5) การป้องกัน โดยการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยมีการสาธิตวิธีการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง ให้พนักงานมีโอกาสได้ฝึกวิธีการใช้ถุงยางอนามัย

การให้บริการของ คลินิกเพื่อนสุขภาพ

- 1) แนะนำบริการตรวจหาเชื้อซีฟิลิส เอชไอวี ที่คลินิกทุก 3 เดือน
- 2) แนะนำการตรวจสุขภาพพนักงานอย่างน้อยคนละ 1 ครั้ง/เดือน
- 3) แจกเอกสารความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์
- 4) แจกถุงยางอนามัย เจลหล่อลื่น
- 5) การติดตามผู้ป่วยที่มาใช้บริการที่คลินิก
- 6) ตรวจคัดกรองซีฟิลิส เอชไอวี ร่วมกับงานควบคุมโรคเอดส์สสจ. เชียงราย
- 7) ตรวจสุขภาพเบื้องต้น คัดกรองความดันโลหิตสูง เบาหวาน โรคอ้วน

การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของผู้ที่เข้ามาใช้บริการ

โดยการประเมินความรู้จากแบบสอบถาม การพูดคุยซักถาม การแสดงความคิดเห็น และจากอัตราการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการสำรวจสถานบริการทางเพศ จำนวนพนักงาน ปีละ 1 ครั้ง

ผลการดำเนินงานคลินิกเพื่อนสุขภาพ ตุลาคม 2551 – กันยายน 2552

การให้บริการเชิงรุกในกลุ่มเยาวชน พบว่า 58.26% ของอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ปี 2552 อยู่ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี กิจกรรมที่ดำเนินการ อบรมให้ความรู้ การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์ ในกลุ่มนักเรียนชั้นม.3 ม.5 ปวช 2 จำนวน 6 แห่ง ส่งเสริม แนะนำการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง แจกเอกสารแผ่นพับ เนื่องจากผลการดำเนินงาน โครงการเผยแพร่ความรู้เพื่อป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเยาวชน ปีงบประมาณ 2551 (กลุ่มเป้าหมายคือนักศึกษา ปวช.1 จำนวน 2,000 คน) พบว่าอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนลดลง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นต้องให้มีการอบรมให้ความรู้แก่เยาวชนรุ่นใหม่ต่อไป

ออกเยี่ยมสถานประกอบการจำนวน 50 แห่ง เยี่ยมทุกเดือน 10 แห่ง เยี่ยมทุก 3 เดือน 40 แห่ง พนักงานสถานประกอบการที่ออกเยี่ยมกลับมาให้บริการตรวจสุขภาพ จำนวน 32 แห่ง พนักงานสถานประกอบการที่ออกเยี่ยม นอกแผนกลับมาให้บริการตรวจสุขภาพ จำนวน 15 แห่ง จำนวนพนักงานสถานประกอบการที่ออกเยี่ยม 1,845 ราย พนักงานสถานประกอบการมารับการตรวจจำนวน 225 คน / 584 ครั้ง ป่วยด้วย GC 1 ราย NGC 2 ราย (ติดจากสามี) จ่ายถุงยางอนามัยพนักงานที่มาตรวจที่คลินิกจำนวน 13,779 ชิ้น เจลหล่อลื่นจำนวน 832 ของ จ่ายถุงยางอนามัยพนักงานที่ออกเยี่ยมจำนวน 15,118 ชิ้น เจลหล่อลื่นจำนวน 481 ของ

งานเฝ้าระวัง ออกตรวจเลือดหาซิฟิลิส เอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการแฝงจำนวน 201 ราย ตรวจพบซิฟิลิส รายเก่าจำนวน 3 ราย เอชไอวีจำนวน 7 ราย ตรวจสุขภาพพนักงานบริการเบื้องต้นคัดกรอง HT, DM จำนวน 106 ราย ซึ่งพบผลปกติ 87 ราย อยู่ในภาวะเสี่ยง HT 12 ราย DM 5 ราย ส่งต่อ HT 1 ราย DM 1 ราย

ปัญหาอุปสรรคของการดำเนินงานคลินิกเพื่อนสุขภาพ

- 1) เจ้าของ/ผู้จัดการไม่เข้าใจวัตถุประสงค์ของโครงการและประโยชน์ที่จะได้รับ เวลาเชิญประชุมจะส่งตัวแทนเข้าร่วมประชุม ทำให้ไม่มีอำนาจในการตัดสินใจ
- 2) สถานบริการเปลี่ยนเจ้าของ/ผู้จัดการบ่อย
- 3) เจ้าของ/ผู้จัดการมีทัศนคติไม่ดีคิดว่าการมาเยี่ยมของเจ้าหน้าที่เป็นการจับผิดเรื่องมีการขายบริการทางเพศ
- 4) พนักงานย้ายที่ทำงานบ่อย อยู่ไม่แน่นอน ไม่ได้เป็นพนักงานประจำ
- 5) ช่วงเวลาว่างของพนักงานจำกัด
- 6) รูปแบบการขายบริการเปลี่ยนไป เช่น การใช้โทรศัพท์ (เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์บ่อย) ทำให้การติดตามยาก

แนวทางแก้ไข

- 1) ประชุมชี้แจงเจ้าของ/ผู้จัดการอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดย ชี้แจงนโยบาย ประโยชน์ที่จะได้รับแนะนำ บริการคลินิก สร้างสัมพันธภาพที่ดี อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง
- 2) เยี่ยมพนักงานสถานประกอบการอย่างน้อย 4 ครั้ง/แห่ง/ปี
- 3) อบรมสร้างแกนนำพนักงานสถานประกอบการ อย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง โดย ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/เอดส์ปรับเปลี่ยนทัศนคติ/พฤติกรรมเกี่ยวกับถุงยางอนามัย แนะนำวิธีใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับพนักงาน ให้เกิดความไว้วางใจ

การดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ ฉบับที่ 10 ระดับโรงพยาบาลชุมชน กรณีศึกษา โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร

สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

ในการดำเนินงานมีการใช้แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เป็นแนวทางในการดำเนินงาน ซึ่งจะดูว่าสามารถดำเนินการในข้อใดได้บ้าง หากทำได้จะดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ณ ช่วงเวลาที่ศึกษามีจำนวนยอดผู้ป่วยเอดส์สะสม 1,849 คน (เป็นอันดับ 2 ของจังหวัดเชียงราย) อัตราการป่วยต่อแสนประชากร 124.67 (เป็นอันดับหนึ่งของจังหวัดเชียงราย) เป็นผู้ป่วยเอดส์ที่มีชีวิต 964 คน เสียชีวิต 885 คน เข้ามารักษาในโรงพยาบาล 366 คน เป็นชาย 161 คน และ หญิง 205 คน อำเภอเวียงชัยมีอัตราผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการต่อแสนประชากรสูงที่สุดในจังหวัดเชียงราย(77.34/100,000) ปี 2550 มีอุบัติการณ์การเกิดวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูง อัตราการเสียชีวิตในผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี รวมด้วย 30-50%

สถานการณ์ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำนวนผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปี 2551 มีจำนวนผู้มารับการตรวจทั้งหมด 102 คน จำแนกเป็น ผู้ป่วยกามโรค 21 คน GC 12 คน T.vaginitis 3 คน โรค Syphilis 2 คน Bacterial Vaginosis 3 คน

การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีคลินิกบริการแยกเฉพาะ เป็น One Stop Service ซึ่งคลินิกฯ ด้านไวรัสจะเปิดให้บริการดังต่อไปนี้

- วันจันทร์ สัปดาห์ที่ 1 และวันศุกร์ สัปดาห์ที่ 1 และ 2 ของเดือน เวลา 08.00-12.00 น. จะให้บริการจ่ายยาต้านไวรัสในผู้ที่เปิดเผยตัว
- วันจันทร์ สัปดาห์ที่ 2 และ 3 ของเดือน จะมีการเจาะเลือดตรวจ CD 4
- วันพุธ สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน ให้บริการจ่ายยาต้านไวรัสในผู้ที่ไม่เปิดเผยตัวเวลา 13.00-16.00น.
- วันพฤหัสบดี สัปดาห์ที่ 3 ของเดือน ให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและครอบครัว เวลา 13.00-16.00 น.

มี Package care สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทุกคน ประกอบด้วย counseling (VCT) การตรวจระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 การตรวจ viral load การตรวจโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI) VDRL Pap smear และมีการประเมินผลด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T ปีละครั้ง

การดำเนินงานของโรงพยาบาลมีการกำหนดแนวทางการรณรงค์โรคและโรคเอดส์

การดำเนินงานด้านเอดส์และโรคจะมีผู้รับผิดชอบโดยเฉพาะ มีการคัดกรอง TB ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ทุกราย มีการลดอุบัติการณ์ของโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยการค้นหาวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวี การให้ยาป้องกันวัณโรค การควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาล

การดูแลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การจัดการเป็นแบบเชิงรุก โดยมีการให้บริการ STI Clinic ทุกวัน กระบวนการดำเนินงานเริ่มจากการ Counseling ชักประวัติการเจ็บป่วย 5 อาการ การ VCT และติดตามการรักษาตาม Guideline STD มีคัดกรองการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากผล HIV - จะมีการ Preventive counseling แต่ถ้าผล HIV+ จะเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยา ARV

กลุ่มพนักงานบริการ (Sex worker) มีการสำรวจแหล่งแพร่ โดยการไปสำรวจร้านอาหารนอกเวลา ราชการ ซึ่งกลุ่ม sex worker จะเข้าถึงได้ยาก กลุ่ม sex worker ที่เดินเข้ามาตรวจที่โรงพยาบาลมีน้อย การป้องกันทำได้โดยการนำถุงยางอนามัยหยอดเหรียญไปติดไว้ที่ร้านอาหาร

การบริหารจัดการถุงยางอนามัยมีการแจกถุงยางอนามัยในวันที่ให้บริการยาต้านไวรัส ถุงยางอนามัยไม่ขาดแคลน ถ้าออกไปที่ร้านอาหาร หรือสถานบริการก็จะนำถุงยางออกไปแจกด้วย มีการนำถุงยางอนามัยหยอดเหรียญไปติดไว้ที่ร้านอาหาร การสนับสนุนจากสจร. ให้บริการยาต้านไวรัส ร้านอาหารใดได้บ้าง แต่ในโรงเรียนยังไม่ยอมให้นำถุงยางอนามัยหยอดเหรียญไปติด โดยถุงยางอนามัยจะได้รับการสนับสนุนจาก สสจ. สปสช.

การดำเนินงานด้านเอดส์การดำเนินงานด้านศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต 10 จังหวัดเชียงใหม่

บทบาทหน้าที่ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บทบาทหน้าที่ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ที่เกี่ยวข้องกับงานเอดส์ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต 10 จังหวัดเชียงใหม่ ที่สำคัญได้แก่ PT Provider สำหรับ HIV ใน 17 จังหวัดภาคเหนือ สมาชิกจำนวน 200 แห่ง ทั้งโรงพยาบาลภาคเหนือโรงพยาบาลของรัฐและโรงพยาบาลเอกชน (โรงพยาบาลที่ต้องการ Hospital Accreditation หรือ Laboratory Accreditation จะต้องเป็นสมาชิก PT Provider) เป็น Special Lab ในการตรวจ PCR (Polymerase Chain Reaction) ในเด็กแรกเกิด ตามโครงการของ สปสช. นอกจากนั้นยังทำหน้าที่เป็น Reference Lab สำหรับ Anti - HIV กรณีที่โรงพยาบาลมีข้อขัดแย้ง ผลไม่ตรงกันจะส่งมายืนยันผล LAB

งบประมาณ

จากบทบาทหน้าที่ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ที่เกี่ยวข้องกับงานเอดส์จะได้งบประมาณที่แตกต่างกันออกตามภารกิจ ดังนี้

- 1) PT Provider ได้รับเงินในการดำเนินงานจากโรงพยาบาลที่มาลงทะเบียน จำนวน 2,500 บาท/ปี (ในกรณีนี้โรงพยาบาลสามารถนำไปเบิกกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)
- 2) การตรวจ PCR (Polymerase Chain Reaction) ในเด็กแรกเกิด ได้รับงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งจะได้ตัวอย่างละ 1,000 บาท แต่หลังจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์หักค่าบริหารจัดการแล้ว ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 จังเยียงใหม่ จะได้ตัวอย่างละ 400 บาท
- 3) Reference Lab สำหรับ Anti-HIV ได้รับงบประมาณจากงบปกติที่ลงมาจากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

ทิศทางการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับ โรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ตามนโยบายของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สอดคล้องกับแผนพัฒนา ฯ ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์)

ทิศทางการให้บริการที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ จะปฏิบัติตามแผนของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ซึ่งแผนการดำเนินงานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ก็จะสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของกระทรวงวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี ซึ่งเรื่องโรคเอดส์เป็นหนึ่งในงานที่อยู่ในยุทธศาสตร์วิจัยและพัฒนา

ผลการดำเนินงาน ที่ผ่านมามีตั้งแต่ปี 2550 ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์เขต 10

ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2550 เป็นต้นมา เครือข่ายห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ดำเนินโครงการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธี PCR ในทารกเพื่อให้ทารกไทยทุกคนที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการตรวจวินิจฉัย

ในงบประมาณ 2550-2552 ตัวอย่างเลือดทารกที่ส่งตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยวิธี PCR จำนวน 284 ราย ทุกรายมีอายุไม่เกิน 1 ปี และร้อยละ 92 อายุไม่เกิน 6 เดือนแนวโน้มของเลือดที่ติดเชื้อ HIV ในช่วงปี 2550-2552 มีแนวโน้มลดลงจาก ร้อยละ 6.2 ในปี 2550 เหลือเพียงร้อยละ 4.9 ในปี 2552 ดังแสดงในตาราง

ตารางที่ 3 จำนวนทารกส่งตรวจและติดเชื้อจำแนกตามปีงบประมาณ

ปีงบประมาณ	จำนวนทารกส่งตรวจ(คน)	จำนวนทารกติดเชื้อเอชไอวี(คน)	ร้อยละการติดเชื้อเอชไอวี
2550	128	8	6.2
2551	91	3	3.3
2552	65	3	4.6
รวม	284	14	4.9

การรายงานผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตามข้อกำหนดของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์การรายงานผลต้องรายงานในเวลา 5 วันทำการนับตั้งแต่วันที่ตรวจ หรือกำหนดที่ช้าที่สุดคือ ไม่เกิน 10 วันทำการ โดยจะส่งเป็นเอกสารรายงานผลไปที่ ผู้รับผิดชอบโดยตรงของโรงพยาบาลที่ส่งตัวอย่างเลือดตรวจ

การรักษาสิทธิของผู้ที่เป็นเจ้าของตัวอย่างโลหิต มีการรักษาความลับของผู้ป่วย หากมีการโทรศัพท์มาถามผลการตรวจล่วงหน้า จะไม่รายงานแม้ผู้ที่ต้องการทราบผลจะเป็นเจ้าหน้าที่ก็ตาม

การประกันคุณภาพ Lab (QA, QC) กระบวนการตรวจโลหิตได้รับการรับรองมาตรฐาน ISO 15189 ทุก Test Item ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์จะได้รับการรับรอง ISO 15189 100% เพราะเป็น Reference Lab ต้องผ่าน Accredited ทุกตัว เพราะถ้าไม่ผ่านจะเป็น Reference Lab ไม่ได้

การพัฒนาบุคลากรเช่นเจ้าหน้าที่ของศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ได้รับการอบรม ผู้ปฏิบัติงานจะได้รับการอบรมทุกปีเพื่อพัฒนาศักยภาพ ซึ่งเป็นข้อกำหนดของ ISO 15189

การวางแผนเพื่อทดแทนบุคลากรในอนาคต ความก้าวหน้าในสายงาน ในการตรวจทางห้องปฏิบัติการของงานเอดส์ จะมีผู้รับผิดชอบ 3 คน ในกรณีที่ผู้รับผิดชอบงานไม่อยู่ก็สามารถตรวจแทนได้ ทำให้งานเกิดความต่อเนื่อง

ผลงานวิจัยที่ได้รับการตีพิมพ์ในวารสารวิจัยนานาชาติ ผลงานวิจัยดีเด่นที่ได้รับรางวัล งานวิจัยส่วนใหญ่มีการตีพิมพ์วารสารในระดับประเทศ

เรื่องการทำกับดัดตามและประเมินผล เช่น Slims Database มีหน่วยงานที่ลงมาประเมินตามระบบผู้ตรวจราชการ รวมทั้งจะไปประเมิน/ดูการทำงานของโรงพยาบาลในเครือข่ายในฐานะ Provider

ปัญหาอุปสรรค เรื่องการประสานงานตอนส่งตัวอย่าง ที่บางทีก็ยังไม่ถูกต้อง

สรุปผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด ปี 2552

ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

จากตัวชี้วัดของแผนที่ได้กำหนดไว้ว่า ไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95ของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ผลงานของจังหวัดเชียงรายระหว่าง ตุลาคม 2550 มกราคม พบว่า ร้อยละ 98.57 (ผู้ป่วยกินยา ณ ปัจจุบันผู้ใหญ่ 6,439 คน) ของผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยมีแผนงาน/โครงการที่กำลังดำเนินการในด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ได้แก่

- โครงการพัฒนาหน่วยบริการต่อเนื่องด้านพัฒนาคุณภาพบริการและการรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในรพ.ทุกแห่ง
- โครงการพัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- โครงการพัฒนาศักยภาพวิทยากรให้บริการปรึกษา
- โครงการติดตาม/ประเมินผลและพัฒนาคุณภาพบริการการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้รูปแบบ HIVQUAL-T

ปัญหา/อุปสรรคที่พบในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้แก่

- เจ้าหน้าที่มีน้อย ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น
- ปัญหาการติดตามผู้ป่วยมารับยาเนื่องจากย้ายที่อยู่บ่อย
- ปัญหาการดื้อยาของผู้ป่วยเนื่องจากการซื้อยากินเองก่อนมาพบแพทย์

- ทีมงานในรพ.บางแห่ง ยังขาดการประสานงานและส่งต่อข้อมูลที่ดี
- ระบบการเข้าโปรแกรม NAP ล่าช้า
- ควรได้รับการปรับปรุงและลดขั้นตอนการเข้าโปรแกรมให้สะดวกมากขึ้น
- ขาดการนิเทศติดตามงานจากสปสช. เขต
- งบประมาณจากสปสช.ล่าช้า ไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่กำหนด

ด้านการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

ตัวชี้วัดที่กำหนดไว้ได้แก่ ร้อยละ 98 ของหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อ HIV ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งผลงาน (ตค.50-มค.52) สามารถบรรลุเป้าหมายโดย เป้าหมาย 34 รายผลงาน 34 รายอัตราร้อยละ 100

แผนงาน/โครงการด้าน การดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประกอบไปด้วยโครงการ ป้องกันการแพร่เชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก

ปัญหา/อุปสรรคที่พบได้แก่

ผู้ป่วยไม่เปิดเผยผลเลือด ผู้ป่วยไม่มาฝากครรภ์ ปัญหาการสื่อสารในผู้ป่วยต่างด้าว การย้ายถิ่นบ่อย การคมนาคมลำบาก

ตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องกับลูกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อได้กำหนดไว้ว่า

ร้อยละ 85 ของเด็ก อายุ 18-24 เดือนที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ HIV ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อของ จังหวัดเชียงรายนั้นมีผลงาน (ตค.2550-มค.2552) เท่ากับร้อยละ 93.8 ของเด็ก อายุ 18-24 เดือนที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ HIV ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อ ทั้งนี้ แผนงาน/โครงการที่ดำเนินการได้แก่ : โครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อ HIV ในกลุ่มคนไทยและกลุ่มแรงงานต่างด้าว

โครงการพัฒนาเครือข่ายความร่วมมือระดับจังหวัดกับการบูรณาการงานเอดส์ในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในทุกภาคส่วน

โครงการนำร่องในการบูรณาการ การดำเนินงานอย่างเป็นระบบ มีการระดมทรัพยากรระหว่างภาคส่วนต่างๆในระดับจังหวัดและท้องถิ่นให้เกิดความเข้มแข็งในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ พื้นที่ดำเนินการ คือองค์การบริหารส่วนตำบลนางแล และตำบลห้วยสัก ซึ่งนำผลที่ได้จากโครงการนำร่องนี้จะนำไปใช้เป็นรูปแบบสำหรับการพัฒนาการทำงานนโยบายและแผนด้านเอดส์แบบบูรณาการและขยายแนวคิดกระบวนการให้กับองค์การบริหารส่วนตำบล เทศบาลตำบลทั้งในจังหวัดเชียงราย และจังหวัดอื่น

สิ่งที่คาดหวังจากโครงการ

1) เพื่อผลักดันให้เกิดการขยายแนวคิดการผลักดันนโยบายและเพื่อให้เกิด แนวทางการทำงานดังกล่าว ให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอื่นๆในพื้นที่จังหวัดเชียงราย

2) จัดเวที นำเสนอประสบการณ์การทำงานของทั้ง 2 อบต. ให้กับ ท้องถิ่นอื่นๆ ทั้งจังหวัดเชียงราย

ข้อจำกัดในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดเชียงรายในมุมมองของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

- 1) ด้านการป้องกันฯ ยังดำเนินการไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เช่น เยาวชน พ่อบ้าน แม่บ้าน กลุ่มเสี่ยง เฉพาะ กลุ่มวัยทำงาน ฯลฯ
- 2) แนวทางในการบูรณาการด้านเอดส์ สู่ภาคส่วนต่างๆ ยังไม่ทั่วถึง การบูรณาการแผนการดำเนินงานทำได้ยาก (ขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละหน่วยงาน)
- 3) ปัญหาเรื่องโรคเอดส์เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม ซึ่งต้องมีการปรับเปลี่ยนให้เหมาะสม การดำเนินการต้องทำอย่างต่อเนื่องและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย ต้องใช้กำลังคน เวลาและงบประมาณ ที่เหมาะสม
- 4) บทบาทของหน่วยงานอื่นลดลง (แต่ละหน่วยงานมีภาระงานมาก บุคลากรมีจำกัด)
- 5) ขาดการสนับสนุนขององค์กรชุมชน/องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างต่อเนื่อง (การจัดทำข้อบัญญัติด้านเอดส์ไม่ต่อเนื่อง ส่วนมากจะเน้นด้านการให้เงินสงเคราะห์ผู้ป่วย)
- 7) ด้านการดูแล/รักษาผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ การให้ยาต้านไวรัส มีจำนวนมากขึ้น บุคลากรมีจำนวนจำกัด ไม่สอดคล้องกับภารกิจ
- 8) ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสจนถึงปัจจุบัน เริ่มมีการดื้อยาเพิ่มมากขึ้น

สิ่งที่ได้จากผลการดำเนินงาน

- 1) มีการพัฒนารูปแบบการป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัดเชียงราย ให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 2) ประชาชนได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้เรื่องโรคเอดส์ มีความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น และมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลดลง
- 3) เกิดความร่วมมือระหว่างองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรท้องถิ่น ในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ และการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน
- 4) ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบ ได้รับการช่วยเหลือ ดูแล ทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น
- 5) มีกระบวนการส่งเสริมการเรียนรู้เรื่องเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการเข้าถึงบริการทางสุขภาพในกลุ่มเยาวชน

แนวทางการดำเนินงานเพื่อความยั่งยืน

- 1) การดำเนินการแก้ไขปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำเป็นต้องได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- 2) การผลักดันนโยบายในการดำเนินงานในระดับกระทรวงและองค์กรส่วนท้องถิ่น ในการกำหนดงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

- 3) มีการบูรณาการเข้าสู่ระบบงานของหน่วยงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง
- 4) ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพบุคลากร อาสาสมัครและชุมชน เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับทราบ และแก้ไขปัญหา
- 5) ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานด้านเอดส์ในพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

เนื่องจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในคณะอนุกรรมการฯเอดส์จังหวัด มีการจัดทำโครงการที่ตอบสนองต่อ ยุทธศาสตร์ตามแผนเอดส์ชาติ ส่วนด้านการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์มีการทำโครงการเฉพาะ ที่จังหวัดลำปาง ใน เรื่องควรระมัดระวังในเรื่องของการละเมิดสิทธิผู้ป่วยในแง่ของการเปิดเผยความลับเรื่องผลเลือดของผู้ป่วย

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การติดตาม ประเมินผล การศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา เอดส์

ด้านการบริหารจัดการความรู้ : มีแนวคิดในการจัดทำพัฒนาระบบข้อมูล เพื่อการเฝ้าระวังและติดตาม กลุ่มผลเลือดต่าง วางแผนการศึกษาวิจัย ศึกษาและพัฒนาถุงยางอนามัยและสารฆ่าเชื้อ (Microbicide) รวมทั้ง ศึกษาทบทวนข้อกำหนดในการตรวจหาเชื้อเอชไอวี (HIV Testing) การเปิดเผยผลเลือดและแพร่เชื้อเอชไอวีต่อ สามีภรรยา หรือคู่รักที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งติดเชื้อ หรือการเปิดเผยผลเลือดต่อคู่ แต่ยังไม่ได้รับเริ่มอย่างเป็นทางการเป็นรูปธรรมใน โครงการกิจกรรม อีกทั้งขาดการเตรียมการในเรื่องพัฒนาองค์กรให้เป็น“องค์กรแห่งการเรียนรู้”

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ ได้พัฒนาองค์กรให้เป็น “องค์กรแห่งการเรียนรู้” ดังนั้น การให้ความรู้และ การจัดอบรมให้กับโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางการแพทย์สาธารณสุข (หน่วยงานภายนอกกระทรวง สาธารณสุข) เช่น แนวทางการเก็บตัวอย่าง เป็นต้น

ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์จะมีแบบฟอร์ม ที่มีหมายเลข Document Control (กรณีตรวจ PCR ในเด็กที่ คลอดจากแม่ติดเชื้อ) มีรายละเอียดของผู้ป่วย ประวัติของเด็ก วัน/เดือน/ปี ที่เกิด ประวัติของแม่ พร้อมทั้งมีแนว ทางการเก็บตัวอย่างโดยละเอียด และจะมีการ reject ตั้งแต่จะส่งตรวจ หากตัวอย่างผลเลือดไม่ถูกต้อง จะ reject กลับไม่มีการตรวจผลให้ เพราะจะมีปัญหาตอนที่ผลตรวจออกมาแล้วไม่แน่นอน แล้วมีผลต่อเด็กที่ตรวจ

งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับ Lab - HIV/AIDS

- Early diagnosis of HIV infection by detection of IgA and IgM HIV antibody with a Flow cytometric immunofluorescence. 2nd FIMSA Congress Bangkok, Thailand 23-27 January 2000.
- การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในทารกในภาคเหนือตอนบน โดยใช้วิธี Nested PCR วารสาร เทคนิคการแพทย์ 2545; 30(1) : 87-94
- HBV ,HCV และ Syphilis ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือตอนบน วารสารเทคนิคการแพทย์ 2547; 32(1) : 570-575

- การใช้ระดับแอนติเอชไอวีตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารก วารสารเทคนิคการแพทย์ 2547; 32(2) : 702-708

ปัญหาอุปสรรค

สถานการณ์การดำเนินงานในเขตภาคเหนือ และประชากรกลุ่มเป้าหมาย จากผลการดำเนินงานทำให้ทราบว่า ปัจจุบันปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ คือเรื่องของการป้องกัน Prevention ซึ่งไม่ทันต่อรูปแบบพฤติกรรมสุขภาพของกลุ่มเป้าหมายที่เปลี่ยนไป กลุ่มที่มีปัญหาคือกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งมีการเคลื่อนที่อยู่ตลอดเวลาประกอบกับทรัพยากรที่มีอยู่เช่นงบประมาณไม่เพียงพอต่อความต้องการซึ่งงานดูแลรักษา (Treatment and Care) ในกลุ่มแรงงานข้ามชาตินั้นควรมีการควบคุมกันไป สำหรับการดำเนินงาน STI มี Coverage ที่ต่ำ สิ่งที่ต้องระวังในงานโรคเอดส์คือเรื่องการดีเลย์ และเข้ารับการรักษาเมื่อมีอาการที่หนักแล้ว (delay treatment)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตัดสินใจใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยในคู่สามีภรรยาที่มีผลเลือดเอชไอวีต่างกัน ประกอบด้วยหลายปัจจัย จากการทดสอบรูปแบบในการให้คำปรึกษาแนะนำแบบกลุ่ม เพื่อส่งเสริมถุงยางอนามัยในคู่สมรสที่มีผลการทดสอบเอชไอวีต่างกัน¹ พบว่าวิธีการให้คำปรึกษานั้นจะต้องสอดคล้องกับความรู้อื่นๆ ด้วย เพื่อให้คู่สมรสนั้นสามารถตัดสินใจใช้ถุงยางอนามัย ได้แก่ ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับวิธีการใช้ถุงยางอนามัย ชนิดของถุงยางอนามัย รวมทั้งควรจะต้องสร้างทัศนคติที่ดีต่อการใช้ถุงยางอนามัย ทักษะในการเจรจาต่อรองการใช้ถุงยางอนามัย และการส่งเสริมความเข้าใจในคู่สมรส

ข้อเสนอแนะ

คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดมีการทำโครงการด้านการบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ โดยมีการบูรณาการป้องกันดูแลรักษาและลดผลกระทบตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย และมีโครงการติดตามประเมินผลและศึกษาวิจัยพัฒนาถ่ายทอดองค์ความรู้ และตระหนักในประเด็นการจัดบุคลากรทดแทน การถ่ายทอดองค์ความรู้เป็นฐานในการแก้ปัญหาแล้ว การให้การปรึกษาในกลุ่มเป้าหมายที่จัดว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายหลัก (MARPs) เป็นแนวทางที่เหมาะสมในการป้องกันปัญหาการแพร่ แต่การให้การปรึกษานั้น ไม่เพียงแต่การแนะนำการใช้ถุงยางอนามัยเท่านั้น ควรรวมถึงการให้การปรึกษาเรื่องทักษะชีวิตอื่นๆ ด้วย เพราะการใช้ถุงยางอนามัย ไม่ได้เป็นปัจจัยสำคัญเดียว การป้องกันนี้ควรจะเชื่อมโยงกับบริการทางการแพทย์อื่นๆ ด้วย และการให้บริการยาต้านไวรัส เพื่อให้ประชากรกลุ่มเป้าหมายนี้ได้รับประโยชน์สูงสุด

นอกจากนี้ ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณาอีกประการหนึ่งคือ การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไป แนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อาจจะต้องบูรณาการเข้ากับบริการด้านสุขภาพอื่นๆ เช่น การวางแผนครอบครัว เป็นต้น

¹ บังอร ศิริโรจน์, น้ำทิพย์ ศรีรักษ์, สมศักดิ์ นาคกลินกุล. การทดสอบรูปแบบในการให้คำปรึกษาแนะนำแบบกลุ่ม เพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในคู่สมรสที่มีผลการทดสอบเอชไอวีต่างกัน. วารสารโรคเอดส์ 2544;13:19-29.

4. ผลการดำเนินงานภาพรวมตามยุทธศาสตร์องค์กรพัฒนาเครือข่ายและประสานการปฏิบัติการในเขตภาคใต้

ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2552 กระบวนการและผลการดำเนินงานในภาพรวมระดับองค์กรพัฒนาเครือข่ายและประสานการปฏิบัติการในเขตภาคใต้ (สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 และ 12) เป็นดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

- **การบูรณาการภายในสำนักงาน** สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 และ 12 มีบทบาท เป็นหน่วยงานที่ทำงานด้านวิชาการและการประเมินผลการดำเนินงาน อย่างไรก็ตามการดำเนินงานในปัจจุบันยังไม่มีบูรณาการไปในทุกภาคส่วน การทำงานแต่ละโครงการเป็นไปในลักษณะต่างคนต่างทำ และมุ่งทำงานตามตัวชี้วัดของแต่ละโครงการ ทำให้ขาดการประสานงานและการเชื่อมงานที่ชัดเจน
- **การบูรณาการงานด้านการป้องกันและการรักษา** ด้วยการสนับสนุนงบประมาณด้านการดูแลรักษาที่ลดลง ทั้งงบประมาณปกติและงบประมาณจากกองทุนโลก ทำให้ส่งผลกระทบการดูแลรักษา และมีผลต่อเนื่องไปถึงงานด้านการป้องกัน นอกจากนี้งานด้านการรักษาที่อยู่ในความรับผิดชอบของสปสช. ยังขาดการพัฒนากระบวนการอย่างต่อเนื่อง เป็นผลให้ระบบการดูแลรักษา และป้องกัน ต้องการการพัฒนา
- **การบูรณาการงานกับ NGO** การทำงานของ NGO จะมีการประชุมร่วมกับภาครัฐเป็นบางครั้ง พบว่า NGO รักที่จะดำเนินงานอย่างอิสระ และไม่ต้องการให้ภาครัฐเข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องการบริหารจัดการ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ภายใต้คณะกรรมการเอดส์ฯ จังหวัด มีความเห็นดังนี้

- การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานสู่ภาคส่วนต่างๆ การให้ท้องถิ่นเป็นผู้รับผิดชอบเป็นสิ่งดี แต่องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นต้องมีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เข้าใจในการดำเนินงานมากขึ้น เพราะหากเป็นงานที่ต้องใช้องค์ความรู้มาก จะมีปัญหาค่อนข้างมาก
- การบูรณาการงานด้านการส่งเสริมป้องกันและรักษา การดำเนินงานด้านเอดส์ โดยปกติงานเอดส์จะทำความเข้าใจกับงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งนโยบายการปฏิรูประบบราชการทำให้คลินิกการโรค ที่อยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดถูกยุบไป แต่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ตยังคงมีการดำเนินการอยู่ งานที่มีความสำคัญคือการสำรวจแหล่งแพร่ของหญิงบริการจากการสำรวจทำให้ทราบว่าแหล่งที่ให้บริการมีมากขึ้น แต่ผู้ใช้บริการน้อยลง
- การรณรงค์ป้องกันเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน คือ กลุ่มเยาวชน ซึ่งทั้งภาครัฐและเอกชน NGO ได้มีการให้ความรู้ สร้างความเข้าใจ

ให้เยาวชน ส่วนในกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น Sex worker มีการสำรวจแหล่งแพร่ ให้ความรู้ พร้อมทั้งอบรมเจ้าของสถานบริการ กลุ่ม Migrant มีการประสานงานกันในกลุ่ม NGO เพื่อดำเนินงานด้านการป้องกันในกลุ่มนี้

- การคุ้มครองสิทธิ มีการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เช่น สำนักงานสวัสดิการแรงงานสังคมจังหวัด ที่คุ้มครองสิทธิในส่วนของผู้ที่ทำงานในสถานประกอบการ
- ด้านงานวิจัย เนื่องจากภาระงานค่อนข้างมากทำให้ไม่ค่อยได้ดำเนินงานในส่วนนี้
- การปรับปรุงโครงสร้างของระบบราชการและการปฏิรูประบบสุขภาพ ได้มีการเปลี่ยนแปลงการจัดการสุขภาพแนวใหม่โดยประชาชนมีส่วนร่วมมากขึ้น และปัจจุบันได้มีกฎหมายการกระจายอำนาจสู่การปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้หน่วยงานราชการส่วนกลางจะต้องลดบทบาทและจำกัดภารกิจตนเองให้คงอยู่เพียงแค่การพัฒนานโยบายและสนับสนุนทางวิชาการเท่านั้น ในขณะที่ตัวองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องได้รับการพัฒนาเสริมสร้างสมรรถนะทางด้านการเงินการคลัง และการปฏิบัติการกิจที่ได้รับมอบหมาย ซึ่งรวมถึงการป้องกันโรคและระบบสุขภาพ รวมทั้งการจัดการปัญหาเอดส์
- การจัดการปัญหาเอดส์ซึ่งเป็นปัญหาสังคมด้านหนึ่ง จึงต้องอาศัยความร่วมมือจากบุคคลในภาคส่วนต่างๆ เพื่อผลักดันให้เกิดความยั่งยืนในการจัดการปัญหาเอดส์ ทั้งในระบบราชการส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น โดยมุ่งเน้นให้มีนโยบายและแผนงานเอดส์ในระดับจังหวัด และในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่เกิดจากความร่วมมือ และร่วมระดมทุนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน ในสถานประกอบการ และสถานศึกษา และหน่วยงานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง เพื่อการช่วยเสริมพลังให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้น

การดำเนินงานของคณะกรรมการฯเอดส์จังหวัด

สำนักงานจังหวัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทในการดำเนินงาน และแสดงความคิดเห็น ดังต่อไปนี้

- บทบาทของคณะกรรมการฯเอดส์จังหวัด ยังขาดการบูรณาการที่ดี เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณที่มาจากคนละแหล่ง ในแต่ละหน่วยงานต่างมีแผนงาน ตัวชี้วัดการทำงาน และผลผลิตของตนเอง และยังไม่ได้มีการมาร่วมพูดคุยกัน
- การบูรณาการแผนของส่วนราชการต่างๆ ค่อนข้างยาก การประชุมคณะกรรมการฯเอดส์จังหวัด ยังมีการพูดคุยกันค่อนข้างน้อย ซึ่งคณะกรรมการ/คณะทำงานควรจะประชุมกันให้มากขึ้นกว่านี้
- การบูรณาการกับงานอื่น เช่น งานด้านยาเสพติดยังบูรณาการกันค่อนข้างน้อย หากเปรียบเทียบกับโครงการอื่นๆ เช่น โครงการ To be number one กับงานยาเสพติดที่มีการดำเนินงานร่วมกันได้ แต่เรื่องเอดส์ยังไม่เข้าไปรวมด้วย ทั้งที่ HIV กับยาเสพติดก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่เกี่ยวข้องกัน
- งานเอดส์กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังไม่มี การดำเนินงานมากเท่าไร ส่วนใหญ่จะเป็นการช่วยเหลือทางด้านสังคมมากกว่า

- โครงการรณรงค์จากที่ส่วนกลางลงมายังน้อย ส่วนเรื่องรณรงค์ควรทำอย่างยิ่ง สื่อลงไปถึงระดับล่างต้องทำให้เข้าใจ ถ้ากลุ่มแรงงาน กรรมกร ระดับล่างต้องทำสื่อให้เข้าใจง่าย
- การตรวจบูรณาการเอดส์ มีข้อดีคือช่วยติดตามกระตุ้นการทำงานของจังหวัด ถ้าเป็นไปได้ควรจะมีคณะผู้ตรวจให้ครบทุกด้าน ไม่ใช่เฉพาะด้านสาธารณสุข เพราะถ้ามีเฉพาะสาธารณสุขที่เดียวก็จะให้น้ำหนักเฉพาะด้านสุขภาพ ด้านอื่นๆ จะไม่ค่อยให้ความสนใจ
- การบูรณาการงานเอดส์ต้องกำหนดเจ้าภาพหลัก ตั้งกรรมการทำงาน ให้คณะกรรมการเอดส์ชาติมีคำสั่งลงมาให้จังหวัดตั้งงบประมาณภายในจังหวัด และตั้งแผนเข้าไปในงานเอดส์ ซึ่งตอนนี้ทุกจังหวัดสามารถตั้งงบประมาณได้เอง ตั้งแต่เดือนธันวาคม เป็นต้นมา ให้ทุกกรม 2551 มาใช้งบที่จังหวัดโดยให้จังหวัดเรียกประชุมชี้แจงแต่ละภาคส่วนไปทำงานโดยใช้เงินจังหวัด
- ทุกภาคส่วนต้องร่วมกันดำเนินงาน เพราะงานเอดส์เข้ามาสู่ทุกภาคส่วน ทั้งสถานศึกษา สถานประกอบกิจการ การดูแลผู้ได้รับผลกระทบ หากให้เป็นหน้าที่เฉพาะของสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวจะทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุม

สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทในการดำเนินงาน และแสดงความคิดเห็น ดังต่อไปนี้

- บทบาทเป็นหน่วยงานให้บริการด้านคุ้มครองแรงงาน ความปลอดภัยในการทำงาน ด้านแรงงานสัมพันธ์และสวัสดิการแรงงาน ความเป็นธรรมทั้งในส่วนของลูกจ้างและนายจ้าง การดำเนินงานด้านเอดส์ไม่ใช่ภารกิจหลัก แต่เป็นงานที่อยู่ในการดำเนินงานส่วนหนึ่ง ไม่มีงบประมาณสนับสนุนมาให้เฉพาะ งบประมาณที่ใช้ในการดำเนินการได้จาก Global Fund ในเรื่องการอบรม ซึ่งจะให้ความรู้ในเรื่องการตรวจสุขภาพ นอกจากนี้ยังดำเนินการจัดบริการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ (ASO)
- การดำเนินงานด้านเอดส์ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา (ปีพ.ศ. 2550-2552) กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้เริ่มดำเนินงานด้านเอดส์ ตั้งแต่ปี 2548 ซึ่งในช่วงตั้งแต่ปี 2550 เป็นต้นมา ความเด่นชัดของกรมในการดำเนินงานชัดเจนขึ้น และสถานประกอบการให้ความร่วมมือในการดำเนินงานมากขึ้น เพราะรู้ว่าวิธีที่ดีที่สุดในการลดความเสี่ยงของเอชไอวีเอดส์ในสถานประกอบการ คือ การให้คำปรึกษา การป้องกันเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ในจังหวัดภูเก็ตมีสถานประกอบกิจการที่ได้ ASO ในปี 2548-2551 ประมาณ 74 สถานประกอบกิจการ ในส่วนนี้มองว่า ASO ส่งผลให้ไม่มีการเลิกจ้างพนักงานที่ติดเชื้อเอชไอวี
- การทำงานประสานกับคณะกรรมการเอดส์จังหวัด มีการขับเคลื่อนงานกันมากขึ้น โดยแต่ละภาคส่วนมีงานที่รับผิดชอบหากมีการประชุมทุกครั้ง
- ความรู้ในการป้องกันเอดส์ในสถานประกอบกิจการมองว่า เจ้าของสถานประกอบกิจการมีความรู้ความเข้าใจมากขึ้น นอกจากนี้ความรู้ที่ได้สามารถนำไปใช้ในชีวิตประจำวันได้ และสถานประกอบการส่วนใหญ่เป็นโรงแรม สามารถนำความรู้ส่วนนี้ไปประยุกต์ใช้ได้ นอกจากนี้ยังมีการสนับสนุนสื่อโปสเตอร์ แผ่นพับ และการจัดกิจกรรมรณรงค์ในเทศกาลต่างๆ พร้อมทั้ง

ประสานงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด NGO เป็นต้น เพราะจะดำเนินการเพียงหน่วยงานเดียวไม่ได้

- การวางแผนการดำเนินงานด้านเอดส์ สถานประกอบกิจการในจังหวัดภูเก็ต มีประมาณ 3,800 – 4,000 สถานประกอบกิจการ มีลูกจ้างประมาณ 140,000 คน มีผู้รับผิดชอบการดำเนินงานด้านเอดส์ของสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด 2 คน ในส่วนนี้ต้องประสานงานร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ในจังหวัดทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น TBCA ให้งบประมาณมาเพื่อการอบรม 15,000 บาท/รุ่น จำนวน 30 แห่ง และจาก Global Fund ให้งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องเยาวชนในสถานประกอบการ ถ้าหากหมดงบประมาณจาก Global Fund แล้ว คงต้องเป็นภารกิจของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน นอกจากนี้ได้มีการสร้างแรงจูงใจให้สถานประกอบการเข้าอบรม โดยแจ้งว่าสถานประกอบการที่เข้าอบรมจะได้ลดหย่อนภาษี
- การติดตามประเมินผล ทีมประเมินผลจะต้องผ่านการอบรม และลงพื้นที่ติดตามประเมินผลว่าสถานประกอบการมีหลักฐานว่ามีการอบรมพนักงานหรือไม่
- บูรณาการร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หน่วยงาน NGO ในการดูแลสถานประกอบการ มีเครือข่ายผู้ประสานงานด้านเอดส์ประมาณ 400 คน มีการบูรณาการงานยาเสพติด งานเอดส์ และงานโรคติดต่อจะเน้นที่งานเอดส์ มีการบรรยายให้ความรู้ มีกีฬาทางแรงงานแห่งชาติ นำนักกีฬาจากกลุ่มด้านเอดส์มาแข่งขันกีฬา

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทในการดำเนินงาน และแสดงความคิดเห็น ดังต่อไปนี้

ทำงานเกี่ยวกับเรื่องสวัสดิการสังคม งานสังคมสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ โดยในปี 2550 มีผู้ยื่นความประสงค์ 90 ราย ปี 2551 จำนวน 107 ราย และปี 2552 จำนวน 120 ราย ซึ่งได้รับความช่วยเหลือทุกราย ในส่วนของลูกเรือประมงก็ให้การสงเคราะห์ ปี 2551 จำนวน 20 ราย รูปแบบของการให้ความช่วยเหลือ คือ การสงเคราะห์ครอบครัวผู้ได้รับผลกระทบ 2,000 บาทคนชรา - ครวเรือน ให้ทุนการศึกษาเด็ก ดูแลคนพิการ/ นอกจากนั้นจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านด้วย แต่ก่อนเคยให้ทุนครั้งละ 2,000 บาท ให้ได้ปีละ 2-3 ครั้ง แต่ปัจจุบันงบประมาณน้อย ในส่วนของเบี้ยยังชีพได้มีการถ่ายโอนไปที่อบต. เป็นผู้ดำเนินการเรียบร้อยแล้วตั้งแต่ปี 2547-48 และได้มีการติดตามโดยสอบถามไปที่อบต. ก็พบว่ายังคงได้ต่อเนื่องครบทุกราย โดยจะไม่ถูกตัดเงินสงเคราะห์ครอบครัว เรื่องการรักษาความลับเจ้าหน้าที่ได้รับการอบรมเวลาพูดในที่ประชุมก็จะมีปากปิด

สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา (สพท) ให้ข้อมูลเกี่ยวกับบทบาทในการดำเนินงาน และแสดงความคิดเห็น ดังต่อไปนี้

บทบาทหน้าที่ในการดูแลโรงเรียนในสังกัดสพท. 6 อำเภอ ดำเนินงานอบรมครูผู้สอนเพศศึกษา ในระดับมัธยมศึกษา และโรงเรียนขยายโอกาส ส่วนโรงเรียนระดับประถมจะส่งคู่มือจากสพท. ไปให้ ส่วนในปี 2552 ไม่มีงบประมาณในการอบรม แต่เป็นงบประมาณติดตามช่วยเหลือนักเรียน มีการบูรณาการเรื่องเพศเข้าไปในหลักสูตรของระดับประถมศึกษา ส่วนในโรงเรียนมัธยมมีอยู่แล้ว ส่วนโรงเรียนอาชีวศึกษาอยู่ในความดูแลของสธ. จังหวัด ซึ่งจะดูแลโรงเรียนเอกชนและโรงเรียนสอนศาสนา

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น: ให้ข้อมูลในเรื่องบทบาทหน้าที่ และผลการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1 ในเรื่อง สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ว่า

บทบาทหน้าที่ของอบต. จะเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณให้สถานีนามัยเป็นผู้ดำเนินงาน ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2551 จนถึงปัจจุบัน งบประมาณที่สนับสนุนเฉลี่ยประมาณปีละ 100,000 บาท โดยกิจกรรมที่ดำเนินงานคือ การอบรมให้ความรู้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ประกอบการและพนักงานในสถานบริการ ร้าน KARAOKE และร้านอาหารต่างๆ กลุ่มเป้าหมายที่ดำเนินงาน/ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อคือ กลุ่มพนักงานบริการในสถานบริการ ร้าน KARAOKE กิจกรรมจะดำเนินการต่อเนื่องทุกปี

การเชื่อมโยงแผนเอดส์กับการทำแผนของ อบต. ในยุทธศาสตร์คุณภาพชีวิต การศึกษา มีการแยกออกมาชัดเจน ปัญหาส่วนใหญ่ได้มาจากประชาคมหมู่บ้าน ซึ่งเรื่องเอดส์ก็มีการสะท้อนปัญหาจากชุมชนมา เช่นเดียวกัน และเนื่องจากงานด้านเอดส์เป็นเรื่องคุณภาพชีวิต และอบต. ไม่อยากให้มีเรื่องการติดเชื้อเอดส์ในตำบล เพราะถ้าหากมีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และเกิดการระบาดของโรคจะสะท้อนภาพคุณภาพชีวิตของคนในชุมชนไม่ดี จึงถูกระบุเป็นแผนงานในยุทธศาสตร์ด้านคุณภาพชีวิต

การนำแผนเอดส์เข้าในแผนงานของอบต. มีคณะกรรมการเอดส์ตำบล ประกอบด้วยกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สสอ. หัวหน้าสถานีนามัย อสม. ผอ. โรงเรียน และอบต. มีข้อมูลรายงานในงานสัมมนาเอดส์ชาติที่เมืองทองธานี หลังจากที่มีการประชุมคณะอนุเอดส์ตำบลแล้ว ร่วมกันดูข้อมูล แม้แต่อสม. ยังกลัว

การเชื่อมต่องานระหว่างคณะอนุเอดส์จังหวัด/ศูนย์อำนวยการเอดส์อำเภอ หน่วยงานอื่นที่ดำเนินงานไม่ได้เชื่อมต่องานกันมากนัก มีการดำเนินงานร่วมกันเฉพาะในส่วนของการสาธารณสุขที่ดูแลอยู่ ก็คือการเข้ามาช่วยในการจัดทำโครงการต่างๆ ช่วยเขียนโครงการ สนับสนุนทางวิชาการ เพราะทาง อบต.จะไม่มีองค์ความรู้ในเรื่องนี้ จึงขอความร่วมมือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่สถานีนามัยมาช่วยเขียนโครงการ โดยจะให้นโยบายไปบ้าง และนอกจากหน่วยงานสาธารณสุขแล้วยังมีหน่วยงานอื่นในตำบลที่ร่วมดำเนินงานคือ ในเรื่องของหมู่บ้านที่มีโครงการ To be number one มีเรื่องยาเสพติดติดด้วยและเรื่องเอดส์มีบ้างเล็กน้อยไม่เยอะเท่าไร ซึ่งมองงานเอดส์และยาเสพติดมีความเกี่ยวข้องกัน เพราะคนที่ติดยา/เสพยา อาจจะเมาไม่ได้สติ และไม่ได้ป้องกันตนเอง กิจกรรมที่นอกเหนือจากการอบรมให้ความรู้ยังมีเรื่องรณรงค์นามัยและการประชาสัมพันธ์

ส่วนการสนับสนุนของ สปสช.ในเรื่อง แผนสุขภาพชุมชน การดำเนินงานครั้งนี้เป็นเรื่องที่ดีที่ทุกภาคส่วนให้ความสำคัญในเรื่องนี้ ทำให้เกิดการป้องกันและผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ลดลง ในพื้นที่อบต. มีการจัดทำแผนสุขภาพชุมชน ซึ่งได้รับงบประมาณจาก สปสช. ครึ่งหนึ่งและอบต.ออกครึ่งหนึ่ง และในแผนสุขภาพชุมชนจะมีเรื่องเอดส์อยู่ในนั้นด้วย

การสนับสนุนเบี้ยยังชีพ ในขณะนี้ให้ความช่วยเหลือเรื่องเบี้ยยังชีพประมาณ 10 ราย การจ่ายเงินจะโอนเข้าบัญชีหรือให้มารับเงินเอง เกณฑ์การให้เบี้ยยังชีพ คือผู้ป่วยต้องมีใบรับรองแพทย์มาแจ้งต่อเจ้าหน้าที่ โดยจะมีระบบการเก็บความลับ การจ่ายเงินสงเคราะห์ ในเรื่องเบี้ยยังชีพ โดยจ่ายผ่านโรงพยาบาล (ดูตามหลักฐาน) ต้องยื่นเอกสาร จ่ายเงินผ่านธนาคาร โดยเก็บเป็นความลับไม่เปิดเผยจะทราบเฉพาะ นายกอบต. ปลัดอบต.และงานคลัง ตอนนั้นมีคนเสนอตัวรับเงินมากขึ้น ผู้สูงอายุมีจำนวนหลายคน ผู้พิการ 30 คน ผู้ป่วยเอดส์ 11 คน การทำงานในปีต่อไป คงต้องปรึกษากับผู้บริหารหากมีการเปลี่ยนผู้บริหาร

ความต้องการบุคลากรด้านสุขภาพ (ในเรื่องการทำแผน การเขียนโครงการ ดำเนินกิจกรรม) ในส่วนของ อบต. เองเจ้าหน้าที่ไม่มีความชำนาญในเรื่องการดำเนินงานด้านเอดส์ การดำเนินงานที่ผ่านมาจะได้รับความร่วมมือเจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยเข้ามามีส่วนช่วยในเรื่องการดำเนินงานด้านเอดส์ค่อนข้างมาก รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดก็ประสานงานมาตลอด ใน อบต. มีกรอบของเจ้าหน้าที่อยู่แล้ว สามารถโอนย้ายมาได้เลย เพราะต้องการผู้ที่มาทำงานด้านนี้ การที่จะให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดำเนินงานด้านสุขภาพหรือแม้กระทั่งเรื่องเอดส์ ต้องอาศัยบุคลากรทางด้านสาธารณสุขถ้าเป็นเรื่องวิชาการ

การระดมทุน มีการจัดตั้งโครงการบ้านแห่งชีวิต ท้องถิ่นให้งบประมาณจำนวน 20,000 บาท สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ให้ความรู้/อบรมเรื่องเอดส์ และมีการจัดกิจกรรมประเมินความรู้ ประเมินทัศนคติ ผู้ที่ผ่านการอบรม ผลที่ได้ ครอบครัว/ผู้ปกครองได้ความรู้ มีส่วนร่วมมากขึ้น มีกิจกรรมจัดอบรม อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน ในเรื่องความรู้ ทัศนคติ ส่วนการมีส่วนร่วมของอาสาสมัครผู้ติดเชื้อในชุมชน แต่ก่อนมีและให้งบสนับสนุนเดือนละ 500 บาท แต่ตอนนี้เสียชีวิตแล้ว ปัจจุบันมีการเชิญผู้ติดเชื้อที่อยู่นอกตำบล โดยมีโรงพยาบาลเป็นตัวประสานเพราะมีกลุ่มอยู่ในโรงพยาบาล โดยจะเชิญมาเป็นครั้งๆ ยังไม่มีการแต่งตั้งผู้ติดเชื้อเป็นคณะกรรมการเพราะยังไม่เข้มแข็ง ยังกังวลเรื่องการเปิดเผยตัว การตีตราในชุมชน แต่ยอมรับว่าปัจจุบันเรื่องการรังเกียจ การตีตราลดน้อยลงกว่าอดีต เพราะผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ก็อยู่อย่างปกติ และชุมชนคนรอบข้างมีการให้กำลังใจ แต่ยังมีบางคนที่รังเกียจอยู่แต่ก็เป็นส่วนน้อย และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยมีการรักษาสุขภาพ

การดำเนินงานเรื่องถุงยางอนามัย อบต. มีงบประมาณจัดซื้อและติดตั้งตู้จำหน่ายถุงยางอนามัยจำนวน 5 ตู้ จ่ายถุงยางอนามัย 10,000 ชิ้น มีปัญหาเรื่องตู้เสีย เพราะวัยรุ่นใช้ฝาน้ำอัดลมหยอดแทนเหรียญ ต้องส่งซ่อม ทำให้มีปัญหาว่าคนที่ใช้ประจำจะขาดถุงยางอนามัย ตอนนี้เหลือที่ยังใช้งานได้เพียง 2 ตู้

ปัญหา อุปสรรค

- แผนงาน งบประมาณ ผลผลิต ตัวชี้วัดการดำเนินงานของหน่วยงานในแต่ละภาคส่วนแตกต่างกัน
- ภาระงานของเจ้าหน้าที่มีมาก ขาดการบูรณาการแผน งบประมาณ และตัวชี้วัดร่วมกัน
- งบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานไม่พอเพียง งบประมาณมีน้อยมากไม่สามารถตอบสนองการดำเนินงานได้ จากเดิมมีงบประมาณส่งตรงมาที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรค บทบาทปัจจุบันดูแล NAPHA Extension แต่บทบาทของการเป็น consultant แทบหมดบทบาทไปเลย “ถือเป็นยุคตกต่ำสุดของสคร.”
- การดำเนินงานด้านเอดส์ไม่ใช่ภารกิจหลัก แต่เป็นงานที่อยู่ในการดำเนินงานหนึ่ง ไม่มีงบประมาณสนับสนุนมาให้เฉพาะ
- การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างงบประมาณ โดยโอนงบประมาณไปไว้ที่สำนักงานปลัดกระทรวง ทำให้การจัดสรรงบประมาณไม่ลงมาถึงจังหวัด จังหวัดจึงทำงานไม่ได้ และงบประมาณมาแบบเหมาจ่ายรายหัว หากพื้นที่ไหนไม่ได้สนใจเรื่องเอดส์ก็ไม่สามารถลงไปทำงานได้

- สถานประกอบกิจการบางแห่ง เมื่อเจ้าของทราบว่าคุณจ้างติดเชื้อเอชไอวี จะพยายามให้ออกหรือเลี้ยงให้ทำงานอื่น
- แรงงานต่างด้าวที่ไม่ขึ้นทะเบียนยังมีปัญหาในการบริหารจัดการ
- สถานประกอบกิจการประเภทผับ บาร์ มีข้อจำกัดในการที่เจ้าหน้าที่ภาครัฐยากจะเข้าถึงได้ และเจ้าของสถานประกอบกิจการบางแห่ง ไม่ให้ความร่วมมือในการดำเนินงาน
- หญิงตั้งครรภ์ ซึ่งอาจมาจากการที่มียาต้านไวรัสทำให้ร่างกายแข็งแรงขึ้น ผู้มีการติดเชื้อสูงขึ้น ติดเชื้อจึงต้องการที่จะมีบุตรมากขึ้น
- ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นในกลุ่มพนักงานบริการแฝง

ข้อเสนอแนะ

- ควรมีการบูรณาการมาตั้งแต่ส่วนของกรมควบคุมโรค ให้สามารถแก้ปัญหาในระดับจังหวัดได้อย่างบูรณาการ ต้องมีคณะทำงานย่อยงานนี้ไปทำต่อเนื่อง ดำเนินงานคุยงานกันทุกเดือนทำงานในรูปแบบของคณะกรรมการเอดส์จริงๆ งานเอดส์ต้องบูรณาการลงไปทุกหน่วยงาน ยุทธศาสตร์การทำงานทุกภาคส่วน ตั้งเป็นคณะทำงานท้องถิ่น “คณะอนุเอดส์ตำบล” จะเป็นรูปเป็นร่างมากกว่า
- ถ้าจะให้ประสบความสำเร็จต้องเน้นการพัฒนาระบบดูแลรักษา รวมทั้งอบรมเจ้าหน้าที่
- การทำงานเป็นภาคีเครือข่ายมีความสำคัญ ทุกภาคส่วนต้องเห็นความสำคัญ เพราะหากทำงานเพียงหน่วยเดียว ไม่มีทางทำงานสำเร็จ ยุทธศาสตร์การทำงานทุกภาคส่วน จะต้องมีการแต่งตั้งคณะทำงานท้องถิ่น “บลคคณะอนุเอดส์ตำบล” และควรจะพัฒนาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลให้เข้าใจ และตระหนักให้ได้
- ควรมีการสนับสนุนเรื่องสื่อประชาสัมพันธ์ให้มากขึ้น เพราะว่าสื่อมีอิทธิพลมากในเรื่องพฤติกรรม ของประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่น อยากให้มีการผลิตสื่อมาให้ครอบคลุม และทำสื่อที่เข้าใจง่ายในกลุ่มแม่บ้าน ชาวบ้าน สร้างสื่อที่ปลูกฝังให้เด็กมีความรับผิดชอบ อย่างละครในปัจจุบัน มีแต่เรื่องแย่งชิง เรื่องชู้สาว หากมองไปที่ประเทศเกาหลี เค้สร้างให้ผู้ชายเป็นสุภาพบุรุษ เพราะเป็นการปลูกฝังให้เด็กในประเทศมีพฤติกรรมหรือค่านิยมที่ดี

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบูรณาการการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาเอดส์ตามประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย

กระบวนการทำงาน/ การบูรณาการงานเอดส์ในหน่วยงาน โรงพยาบาลทั่วไป

สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

สถิติผู้ป่วยใหม่จากระบบรายงาน รง.506-507 ลดลง ส่วนอัตราการนอนโรงพยาบาล พบว่าลดลงเช่นกัน เมื่อพิจารณาว่าการมารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ที่แผนก OPD พบว่ามีผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น โดยเป็นสถิติ

ประกันสังคม ประมาณ 700 คน ผู้ป่วยเอดส์เพศชายมากกว่าเพศหญิง หากเป็นผู้ติดเชื้อ HIV จะเป็น หญิง 50:ชาย 50 สาเหตุการนอนโรงพยาบาลมาจาก TB หรือ PCP

ระบบการประเมินงานด้าน Care

ด้านการรักษามีการจัดคลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ทั้งเด็กและผู้ใหญ่ และให้ยาต้านไวรัสเอดส์จากแม่สู่ลูก (PMPCT) โดยมีการเปิดคลินิกให้คำปรึกษาทุกวันจันทร์-ศุกร์ เป็นหน่วยงานประเมินคุณภาพการให้คำปรึกษาด้านเอดส์ 3 ส่วน คือ คุณภาพของผู้ให้คำปรึกษา การเข้าถึง VCT และทัศนคติของผู้ให้คำปรึกษา ต้องดูว่าผู้ป่วยได้รับบริการ และมีการจัด hotline ให้คำปรึกษา โดยจะมีพยาบาลมาประจำคอยรับสายให้บริการทุกวัน ในเวลา 18.00-20.00 น.

ในด้านการควบคุมคุณภาพ โรงพยาบาลจะถูกประเมินผลการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ โดยใช้ HIVQUAL-T ประเมินที่คุณภาพของข้อมูล ความครบถ้วนของการบันทึกข้อมูล ซึ่งในทัศนะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมองว่าการประเมินโดยใช้เฉพาะข้อมูล HIVQUAL-T ยังกว้างมาก ยังไม่ตอบอะไรเจาะจง บอกได้แค่ว่าได้รับยา ARV ก็เปอร์เซ็นต์ แต่การรายงาน E-Inspection มีเหตุผลมากกว่าว่าเมื่อผลออกมา 100% มีการเข้าถึงบริการ/ยาต้าน แต่ HIVQUAL-T จะลงไม่ถึง 100% เพราะไม่ต้องลงเหตุผลมาจากการลืม ระบบเฝ้าระวัง OI ใน HIVQUAL-T จะบอกว่าได้รับยา OI เท่านั้นเปอร์เซ็นต์ แต่พอมาดูสถิติ OI สูงขึ้นมี PCP และ TB สูงขึ้น

สถานการณ์การมารับบริการ ARV

ผู้ป่วยที่มารับบริการ Clinic ARV ในปัจจุบันมีจำนวน 1,186 คน ผู้ป่วยจะมีการเข้าๆ ออกๆ ส่วนใหญ่มาจากทางภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ การจัดคลินิกให้บริการ คลินิก HIV เปิดให้บริการทุกวันพุธ่ายการจ่ายยา ARV มี 2 รอบ จ่ายยาทุกวันจันทร์-วันอาทิตย์ ยกเว้นวันเสาร์

- รอบ 1 สำหรับคนที่สามารถมารับยาได้ตามนัด คนไข้มาตั้งแต่ ตี 2 ตี 3
- รอบ 2 มีไว้สำหรับคนที่มาครบวัน
- การจัดคลินิกให้บริการจัดให้บริการทุกวันเพื่อรองรับจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้น และอำนวยความสะดวกให้กับผู้ป่วยเพื่อให้เข้าถึงยาได้มากขึ้น และไม่ขาดยา โดยมีผู้ป่วยหลายประเภทที่ต้องดูแล คือ
- ผู้ป่วยที่มีระบบนัด เพราะมาจะไม่เจอคนเยอะ ไม่ต้องเจอใคร เป็นกลุ่มคนที่ไม่อยากรู้จักใคร ส่วนใหญ่เป็นข้าราชการ
- พระ-แม่ชี มาทุกวันพฤหัสบดีเช้า จะไม่ปะปนกับใคร มาจากทุกสาขา ประมาณ 20 คน แม่ชีก็พบเยอะจะบวชๆ สึกๆ เปลี่ยนกลับไปกลับมา
- กลุ่มวันจันทร์-ศุกร์ อีสราเสรีมาได้ทุกวัน 190-200 คน/วัน
- กลุ่มที่มาวันอาทิตย์ ชอบสังคมพบปะผู้คน คุยกันเอง บางคนชอบมาช่วยเรียกบัตรคิว มาประมาณ 300 คน/วัน
- กลุ่มคนที่มาวันพุธ่าย จะเป็นคนทำงานโรงแรม ทำงานบริการที่ได้หยุดวันพุธ

- การประเมิน Adherence ใช้วิธี visual analog scale กับ self report ประมาณ 98-100% พยาบาลเป็นคนสัมภาษณ์เอง ส่วนน้อยที่จะพบว่า Adherence 94-95% ซึ่งทางโรงพยาบาลไม่ได้ใช้วิธีการนับเม็ดยาในการประเมิน Adherence

คลินิก ARV เด็ก จัดบริการทุกวันอังคารเช้า ขณะนี้ดูแลเด็กอยู่ประมาณ 45 คน พบว่าดื้อยา 5 คน ซึ่งเกิน 10% เด็กดื้อยาสูงเพราะไม่มีเจ้าภาพ/คนดูแลที่แน่นอน เด็กส่วนใหญ่จะเป็นปู่ย่า-ตายายดูแลทำให้การกินยาผิดพลาดเยอะ การแก้ไข คือ เกสซกรจะเป็นคนดูแลเรื่อง Adherence เมื่อเด็กอายุครบ 15 ปีจะถูกโอนไปที่คลินิกผู้ใหญ่ เด็กที่โตแล้วและรู้ว่าตนเองป่วยมี 3 คน นอกนั้นไม่รู้ ต้องจัด discloser ตอนอายุประมาณ 12-13 ปี เคยบอกเด็กเมื่ออายุได้ 19-20 ปี 1 คน แต่ส่วนใหญ่เด็กจะรู้จากคนอื่น การให้คำปรึกษาเด็กจะพยายามถาม และมีแม่คอยสอน

การดื้อยาไม่ได้มีการกำหนดตัวชี้วัดไว้ว่าดื้อยาได้ไม่เกินกี่เปอร์เซ็นต์ ขณะนี้มีการดื้อยา 10% ในกลุ่มเฝ้าระวังตั้งแต่เริ่มกินยา เพราะสปสข. ใช้ค่า VL ที่ 2,000 copy ซึ่งจริงๆ ตามมาตรฐานวิชาการ 1,000 copy ก็ต้องตรวจ Drug resistance มีโครงการดูแลซึ่งเริ่มเฝ้าระวังตั้งแต่ 1,000 copy ขึ้นไป ตอนนี้มีผู้ป่วยอยู่ในโครงการ 40 คน พบว่าดื้อยา 4 คน ซึ่งถ้านับในคนที่ไม่ได้เข้าโครงการที่ดูเมื่อ 2,000 copy ก็พบว่าดื้อยา 4 คนเช่นกัน มีผู้ป่วยกินสูตรดื้อยาแล้ว ประมาณ 10 คน ที่เป็นสูตร carleta

การมีศูนย์องค์รวมและการสนับสนุนจากสปสข. การมีศูนย์องค์รวมดีมีการช่วยเหลือกันเอง แต่ด้วยสภาพของที่นี่ไม่สามารถทำได้เพราะจะมีเฉพาะ ARV clinic บุคลากรน้อย พื้นที่ไม่อำนวย การมี NGO ช่วยดีเรื่องการเชื่อมโยง แต่ถ้าเป็นภายในโรงพยาบาลจะมีปัญหาความไม่เกรงใจกันของผู้ติดเชื้อ แต่ก่อนจะมี NGO มาดูแลกิจกรรมกลุ่มให้ แต่ตอนนี้ไม่มีแล้วเพราะคนไข้ไม่สนใจ รอแต่ยาอย่างเดียว รอเรียกชื่อ แต่ก่อนมีชมรมเพื่อนอันดามันได้ป่วยไม่มีงานทำเข้ามาตรงนี้เพื่อให้ได้กินยาตาม ตอนนี้มีയാด้านร่างกายแข็งแรง มีอาชีพมีรายได้ก็ไม่ค่อยมีเวลามาแล้ว

การดูแล TB

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส สถิติ OI ประมาณ 50-60% คือ TB ที่กำลังรักษาอยู่ โดย TB จะมีการตรวจคัดกรอง หากมีข้อ 1 ข้อใดใน 3 ข้อจะส่งตรวจเสมหะ ถ้าผลเป็นลบ จะส่ง chest ถ้าผล chest ออกมาเป็นลบจะตรวจ CD4 ซึ่งเป็นโครงการของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกับ TUC มีโรงพยาบาลเข้าร่วม 8 แห่ง ภาคใต้คือ รพ. মহาราช วชิระภูเก็ต ส่วนภาคอื่น รพ. เชียงราย ประจักษ์ศิลปาคม รพ. ตากสิน รพ. สรรพพละ สิทธิประสงค์ เป็นต้น การคัดกรองด้วยวิธีนี้จะทำให้วินิจฉัยได้เร็วขึ้น

การบริหารจัดการถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัย ได้รับสนับสนุนจากสปสข. ให้มาเยอะล้นที่เก็บ เวลาแจกจะจัดเป็นกล่องๆ ละ 4 ชิ้น ที่ห้องยาที่แจกด้วยให้หยิบเองก็จะ record ไม่ได้

คลินิก STI

คลินิกกามโรคอยู่ที่สสจ. ที่โรงพยาบาลจะให้การรักษาแต่มาแบบสัณญูจ ไม่ได้มีคลินิกเฉพาะ ไม่มีเจ้าภาพที่ชัดเจน การทำรายงานไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่สสจ. จะส่งต่อให้มารับยา ARV

กลุ่มพนักงานบริการ (Sex worker Female/Male)

ได้มีการจัดบริการคลินิก STI ให้กับกลุ่มพนักงานบริการและบุคคลทั่วไป การจัดให้บริการโดยรวมมีการดำเนินงานดังนี้

- 1) การจัดบริการในคลินิกก่อนที่จะเริ่มให้บริการ จะมีบริการให้คำปรึกษา ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตรวจ Pap smear รักษาตามอาการ และการติดตามการรักษา
- 2) การสำรวจโดยจะมีเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและ อสม. ที่ผ่านการอบรมฝ่ายละ 2 คน ลงเยี่ยมในพื้นที่ในเขตเทศบาลและตำบลที่รับผิดชอบ ส่วนนอกเขตที่รับผิดชอบจะเป็นหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ โดยเวลาที่เยี่ยมสำรวจจะดำเนินการในคืนของวันศุกร์ เสาร์ และอาทิตย์
- 3) การจัดอบรม Sex worker ปีละ 1 ครั้ง
- 4) การบริหารจัดการถุงยางอนามัยจะมีการให้บริการใน 2 ลักษณะก็คือ เมื่อลงไปสำรวจแหล่งแพร่ จะมีการแจกถุงยางอนามัยให้กับสถานบริการ โดยถ้าสถานบริการมีพนักงานบริการเกิน 5 คน จะแจกถุงยางอนามัยให้สถานบริการ จำนวน 2 กล่อง กล่องละ 100 ชิ้น แต่ถ้ามีผู้มารับบริการที่คลินิกจะแจกให้ 50 ชิ้น/ราย

งานด้าน ANC - PMPCT

- 1) PMPCT จัดให้มี VCT แล้วให้ไปรับยาที่ ARV clinic ถ้าคนที่ CD4 สูงๆ จะส่งไปรับยากับโครงการของสภากาชาด เพราะมีโอกาสแพ้ NVP สูง ถ้าหาก CD4 > 350 จะแพ้ NVP ให้ไปรับ Kareta เสริม 12 weeks แพ้ NVP ให้ Efavirent แต่ก่อนเข้าโครงการสภากาชาดเคยให้ HART แต่หลังๆ มีปัญหาแม่มาจากต่างจังหวัดทำให้ติดตามผลเลือดจนถึง 1 ปีครึ่งยาก ข้อมูลไม่สมบูรณ์ ส่วนคนไข้ที่อายุครรภ์สูงๆ 20 weeks แล้ว CD4 ต่ำจะไม่แพ้ NVP ใช้กฎความเสี่ยงของกรมอนามัย คือยามีให้เฉพาะ 6 สัปดาห์
- 2) ANC จะมี PHPT ให้ยา AZT ตั้งแต่ยังตั้งครรภ์ คนไข้ No ANC เมื่อคลอดถึงปี คนไข้ที่มาคลอดฝากครรภ์ 5,686 คน HIV⁺ 3 คน (0.93%) ส่วนคนไข้ NANC 231 คน HIV⁺ 11 คน (4%)

ปัญหาอุปสรรค

- ประชากรมีการย้ายภูมิลำเนาจากต่างจังหวัดประมาณ 80% เป็นคนต่างจังหวัดมาทำงานค้าขาย มีปัญหาในการ refer case และการย้ายสิทธิจากสิทธิ SSS มาเป็นสิทธิ UC เพราะขาดคุณภาพของข้อมูล

- งาน PMPCT ปัญหาคือสปซ. ให้เฉพาะ AZT ทั้งที่มีผลงานวิจัยออกมายืนยันแล้วว่า เปรอร์เซ็นต์การติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ถ้าใช้ HARRT ติด 2.4% ถ้าเป็น AZT จะติด 8%
- การตั้งตัวชี้วัดไม่มีคุณภาพ ตั้งแค่ว่าได้รับ AZT ก็พอ ถือเป็น definition ที่ไม่เพียงพอในการรักษา ต้องแก้ไขปัญหาที่การตั้งตัวชี้วัดเพราะจะทำให้ตัวชี้วัดของจังหวัดได้คะแนนลดลง ต้องกลับมาดูที่ต้นเหตุ กลุ่มที่ไม่มาฝากครรภ์ คือ กลุ่มชาวพม่า คนเร่ร่อนสัญจร ยังไม่ทันได้เจาะเลือดตรวจ แต่ตัวชี้วัดนี้ต้องนับทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นพม่าหรือใคร

ข้อเสนอแนะ

- การให้ยา ARV ของประเทศขาดการควบคุมคุณภาพของสถานบริการ บางโรงพยาบาลจ่ายยาทุก 3 เดือน 5 เดือน การประเมิน Adherence ค่อนข้างยาก บางที่ให้ทุก 6 เดือนส่งทางไปรษณีย์ด้วย ตรงนี้ควรมีผู้รับผิดชอบดูแลปัญหาคุณภาพการจ่ายยา
- ตัวชี้วัด PMPCT ขอให้มีการพิจารณาเรื่อง No ANC ด้วย

กระบวนการทำงาน/ การบูรณาการงานเอดส์ในหน่วยงาน โรงพยาบาลศูนย์

สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

การดำเนินงานของโรงพยาบาลศูนย์ จะมีสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเป็นผู้ประสานการทำงาน การประเมินคุณภาพบริการใช้ HIVQUAL-T งานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มองว่ามีความเกี่ยวข้องกัน เป็นปัญหาร่วมกัน และโรงพยาบาลศูนย์ต้องทำให้ดี เพราะเป็นที่ปรึกษาของโรงพยาบาลชุมชน มาตรฐานการประเมินคุณภาพบริการใช้ ตัวชี้วัด ของ HIVQUAL-T

การจัดบริการในคลินิกต้านไวรัส

การจัดบริการจะเริ่มจากเมื่อเข้ามาใช้บริการในคลินิกจะมีการให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด Pre counseling เป็นแบบตัวต่อตัว ถ้าอายุน้อยกว่า 18 ปีจะมีผู้เข้ามาอยู่ด้วยในขณะให้คำปรึกษา เพื่อมีการยินยอมและมีข้อตกลงว่าถ้าผลเลือด positive จะไม่มีการบอกผลเลือดในครั้งแรก จะมีการเจาะเลือดซ้ำ ถ้าผลเลือดยังเป็นบวก จะมีการทำ post counseling และเจาะ CD4 เพื่อวัดภูมิคุ้มกัน ในกรณีที่ CD4 > 250 ติดตามเป็นระยะ นัดตรวจ CD4 ทุก 3 เดือน ใน 1 ปี ผู้ป่วยจะได้รับการตรวจ CD4 จำนวน 4 ครั้ง ติดตามอาการป่วย เมื่อ CD4 < 250 ส่งต่อไปที่คลินิกให้บริการยาต้านไวรัส เพื่อรับยาต้านไวรัสเอดส์ และเมื่อตรวจ CD4 แล้ว CD4 < 250 จะส่งต่อไปที่คลินิกให้บริการยาต้านไวรัส โดยจะให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ ทั้ง 4 ด้าน

- 1) บริการให้คำปรึกษาและการตรวจเลือดแบบสมัครใจสำหรับผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง (VCT)
- 2) การดูแลรักษารวมยาต้านไวรัสเอดส์ ให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี รักษาโรคติดต่อฉวยโอกาส และรักษาภาวะไขมันในเลือดสูง

- 3) การตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อวินิจฉัยและติดตามการรักษา การชันสูตรพื้นฐาน ได้แก่ CBC, FBS, Triglyceride, total Cholesterol และ SGPT/ALT โดยจะตรวจทุก 6 เดือน การตรวจ CD4 จะตรวจทุก 6 เดือน การตรวจ Viral Load จะตรวจ ปีละ 1 ครั้ง
- 4) การป้องกันการแพร่กระจายโรค (แจกถุงยางอนามัย)

การจัดบริการของคลินิกวัณโรค

ผู้ที่เข้ามารับการรักษานในคลินิกวัณโรคจะได้รับการตรวจเลือดหา HIV ทุกราย ถ้าในกรณีที่ HIV positive ไม่มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นแทรกซ้อนจะรักษาด้วยยารักษาวัณโรคเป็นเวลา 2 เดือน แล้วจึงส่งไปที่คลินิกยาต้านไวรัสเอดส์ ถ้ามีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดอื่นร่วมด้วย จะให้การรักษาด้วยยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดนั้นๆ ไปพร้อมกับยารักษาวัณโรค เมื่อครบ 2 เดือนแล้วจึงส่งต่อไปที่คลินิกยาต้านไวรัส พร้อมทั้งรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสไปจนกว่าจะหาย

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (ANC)

การให้บริการในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์จะเริ่มจากการให้คำปรึกษาโดยการ Pre-counseling แต่จะให้การปรึกษาเป็นกลุ่ม เนื่องจากมีข้อจำกัดในเรื่องสถานที่และเรื่องเวลา การให้คำปรึกษาในแต่ละครั้งจะใช้เวลาประมาณ 30 นาที ซึ่งถ้าหากให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคลต้องใช้ระยะเวลาค่อนข้างนาน แต่เมื่อเข้ามาซักประวัติจะเข้ามาให้บริการทีละคน เพื่อประเมินความเสี่ยง และเจาะเลือด หลังจากนั้น 2 สัปดาห์จะนัดมาฟังผลเลือด ถ้าผลเลือด positive จะเจาะเลือดซ้ำอีกครั้ง หากผลเลือดแจ้งชัดเจนว่า positive จะแจ้งผลเลือดให้ผู้ป่วยทราบ กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ (ANC) ที่รับยาต้านไวรัสและป่วยเป็นวัณโรค เนื่องจากยาที่รักษาวัณโรคมีผลต่อยา NVP ในยาต้านไวรัส แพทย์จะระมัดระวัง เมื่อทราบว่าป่วยเป็นวัณโรคต้องเปลี่ยนสูตรยาให้ทันที กรณีที่หญิงตั้งครรภ์ (ANC) ติดเชื้อเอชไอวีและผลเลือดของคุณเป็นผลเลือดต่าง จะพบว่าส่วนใหญ่จะไม่บอกผลเลือดต่อคุณของตน เพราะก่อนที่จะแต่งงานไม่เคยบอกคุณของตนเองว่าเคยมีคนอื่นมาก่อน กรณีนี้เป็นปัญหามากเพราะเป็นการแพร่เชื้อไปสู่คนอื่นอีก และในกลุ่มนี้จะป้องกันได้ยาก ซึ่งมีความพยายามที่จะป้องกันในกลุ่มนี้โดยการให้มาตรวจเลือดพร้อมกันเป็นคู่ แต่ก็น้อยมากที่จะให้คู่ของคุณมาตรวจพร้อมกัน

ศูนย์องค์รวม

ศูนย์องค์รวมเป็นเหมือนหนึ่งองค์ประกอบที่ทำให้งานประสบความสำเร็จ ทำให้ทำงานได้อย่างสมบูรณ์ เพราะศูนย์องค์รวมสามารถเข้าถึงปัญหาและบริบทของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พร้อมทั้งให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อได้เป็นอย่างดี และเมื่อทราบปัญหาที่ยุ่งยากพิชิตได้ยากจะเป็นผู้ที่ลงพื้นที่ทำงานร่วมกัน การพัฒนาศูนย์องค์รวมให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน ควรมีการให้การสนับสนุนและให้ความรู้อย่างต่อเนื่องเพื่อการทำงานที่มีประสิทธิภาพ แต่ในส่วนนี้สปช. ไม่ได้เห็นความสำคัญ ไม่เข้าใจแนวคิดของศูนย์องค์รวม เพราะงบประมาณที่ได้รับจาก Global Found และสปช. ที่ให้มีความแตกต่างกัน Global Found จะซื้อแนวคิดในการดำเนินงาน มีกรอบการดำเนินงานและรูปแบบที่ชัดเจน แต่สปช. ไม่ซื้อแนวคิดแต่เน้นการรักษาที่ต่อเนื่องตลอดชีวิต มองผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ไม่ได้สนใจกว้างออกไปถึงกลุ่มที่ยังไม่ติดเชื้อ

การดูแลผู้ได้รับผลกระทบ

การช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบทางด้านเอดส์ โดยมีนักสังคมสงเคราะห์ เป็นตัวแทนที่ให้การช่วยเหลือ ด้านสังคม การจัดหาทุน ขึ้นทะเบียนผู้ที่ต้องการเงินช่วยเหลือ ช่วยเหลือครอบครัวผู้ติดเชื้อ และเด็กที่มีปัญหา เช่น เด็กไม่ได้เรียนหนังสือเป็นผลกระทบจากการที่พ่อแม่ติดเชื้อ เพราะขาดรายได้ จะหาแหล่งทุนที่สนับสนุนให้ได้ เรียนหนังสือ

ปัญหาอุปสรรค

- อัตรากำลังไม่เพียงพอ
- ภาระงานค่อนข้างมาก
- ไม่มีงบประมาณในการพัฒนาบุคลากร

ข้อเสนอแนะ

- สปสช. ควรเห็นความสำคัญของศูนย์องค์รวม
- จัดงบประมาณมาพัฒนาการดำเนินงานด้านเอดส์
- ความเน้นเรื่องการป้องกันมากขึ้น
- นโยบายที่จะกำหนดการดำเนินงานต้องชัดเจน

กระบวนการทำงาน/ การบูรณาการงานเอดส์ในหน่วยงาน โรงพยาบาลชุมชน

สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

งาน ARV-TB

บริการให้คำปรึกษา (VCT) โดยทำ pre-counseling ได้ทั้งหมด การตรวจคัดกรอง TB ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำทุกราย ส่วนการตรวจคัดกรอง HIV ในผู้ป่วย TB ทำทุกราย 100% เช่นกัน การส่งต่อผู้ป่วยของทั้ง 2 คลินิก เมื่อรักษา TB ครบ 2 เดือนผ่านระยะเข้มข้นแล้วก็รับยาต้านต่อที่คลินิก TB ด้วยเลย ใช้ทีมงานเดียวกัน สถานที่เดียวกัน แพทย์ก็คนเดียวกันเพียงแค่แยกวันให้บริการ

การจัดคลินิกบริการทุกวันจันทร์-พฤหัสบดี ถ้าเป็นคลินิกสำหรับผู้หญิงจะชื่อโรมาคลินิก ส่วนคลินิกสำหรับผู้ชายชื่อสกายดีคลินิก เป็น one stop service โดยเจ้าหน้าที่ทำหน้าที่เป็นทั้ง HIV-Co และ TB-Co ให้บริการผู้ป่วยอยู่ 200 กว่าราย นักรับยาแค่ 1 เดือน และบันทึกข้อมูลเอง

คลินิก ARV เด็กไม่มี เพราะไม่มีแพทย์เฉพาะ/หมอเด็ก จึงส่งไปที่โรงพยาบาลทั่วไป มีโครงการเสริมสร้างศักยภาพการดูแลเด็กที่ติดเชื้อจากโรงพยาบาลชุมชน (CAN) การดูแลผู้ป่วยเด็กในต่างอำเภอโดยโรงพยาบาลอำเภอ โดย 2 เดือนแรกเด็กจะได้รับการดูแลที่โรงพยาบาลมหาราชหลังจากนั้นดูแลเอง

กลุ่มพนักงานบริการ (Sex worker)

สถานการณ์ผู้ที่เข้ามาใช้บริการ ส่วนใหญ่เป็นคนที่ทำงานบาร์ในช่วง high season จะมารับบริการ ประมาณ 10-15 คนต่อวัน จากจำนวนผู้ป่วยที่เข้ามาใช้บริการตรวจรักษา 500-600 คน พบ 1.6-2% ที่เป็น HIV+ อาชีพส่วนใหญ่คือ รับจ้าง สถิติการเข้ามาใช้บริการ ถ้าเป็นช่วง Low season ประมาณ 30-40 คน/วัน หากเป็น

ช่วง high season จะเป็น 50-100 คน/วัน ในหญิงบริการจะพบการติดเชื้อเอชไอวีน้อย โดยจะเข้ามาใช้บริการตรวจและรับถุงยางอนามัยทุก 2 สัปดาห์

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)

จากสถานการณ์ผู้ที่เข้ามาใช้บริการจำนวน 500-600 คน จะพบ MSM ที่เป็นพนักงานบริการประมาณ 19-20% การเข้ามาใช้บริการกลุ่ม MSM จะมารับถุงยางอนามัยไปเป็นกล่องๆ เพื่อสำหรับแจกกันเองด้วย ส่วนการติดเชื้อในกลุ่ม MSM พบน้อยส่วนใหญ่จะพบโรคหูดมากกว่าประมาณ 6%

การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลว่า กลุ่มแกนนำจะทำร่วมกับ TUC และสหายดีคลินิก โดยเป็นผู้ประสานงานโครงการ ให้บริการชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จัดเป็น Drop in centre และการให้บริการ (ตรวจรักษา ส่งเสริมป้องกัน VCT ทุกวัย) กลุ่มอัมมามันพาวเวอร์จะเป็นหน่วยงานย่อยของสมาคมฟ้าสีรุ้ง ทำงานเน้น outreach เน้นการติดตามเพื่อน Case management การเยี่ยมเพื่อน: hotline และช่วยงานในคลินิก ARV

แรงงานข้ามชาติ Migrant

ในโรงพยาบาลอำเภอขนาดเล็ก ปัญหาส่วนใหญ่ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ/ชาติพันธุ์ ก็จะมีปัญหาในเรื่องเอดส์มากพอสมควรในเรื่องที่ไม่ได้ขึ้นทะเบียนผู้หลบหนีเข้าเมืองผิดกฎหมาย ทั้งจากไม่ยอมขึ้นทะเบียนเองและไม่มีสิทธิในการขึ้นทะเบียน เมื่อจำเป็นที่ต้องรับยาต้านไวรัสจะต้องเป็นภาระของโรงพยาบาล ส่วนในโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่กว่าสามารถจ่ายเงินซื้อยาเองได้ พม่าจึงมารับบริการอยู่ 25 คน มีบัตรถูกกฎหมาย ส่วนผู้ที่ยาต้านไวรัสภายใต้โครงการ NAPHA Extension มี 2 คน เป็นคนไทยพลัดถิ่น ซึ่ง NAPHA Extension ทั้งเขต 11 มีโควตา 113 คน ตอนนี้เกินแล้วส่งเข้าไปอีกก็ไม่ได้ หน่วยงาน NGO ที่ทำงานด้านเอดส์ มีมูลนิธิศุภนิมิตเข้ามาช่วยนานแล้ว และปัจจุบันก็ยังทำงานอยู่ ดูแลแรงงานต่างด้าว เรื่อง TB และ HIV

การดำเนินงานด้านเอดส์ /IDU

งานเอดส์และ IDU เป็นหน้าที่หลักที่ต้องดำเนินงาน เพราะบริบทของอำเภอเป็นพื้นที่ชายทะเลในกรณีที่มีผู้ป่วยมาจาก 4 ตำบลในแถบชายทะเล ที่เป็น TB หรือมาด้วยเรื่องยาเสพติด ก็จะมีปัญหาสุขภาพจิตด้วย เพราะเป็น multi drug การจัดบริการยาต้านไวรัสประกอบด้วย counseling (VCT) การตรวจระดับเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 การตรวจ viral load การตรวจโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (OI) VDRL Pap smear และมีการประเมินผลด้วยด้วยโปรแกรม HIVQUAL-T ปีละครั้ง

งานด้าน ANC - PMPCT

จัดหน่วยบริการที่โรมาคลินิก ถ้าพบ HIV⁺ จะทำการตรวจ CD4 และรับยาโครงการ PMPCT โดยปี 2552 พบแม่ที่ตั้งครรภ์ติดเชื้อเพียง 1 ราย ส่วนเปอร์เซ็นต์เด็กติดเชื้อจากมารดา ยังไม่เจอแต่ก็บอกไม่ได้ 100% เพราะตามต่อไม่ได้

การทำรายงาน HIVQUAL-T

การทำรายงาน HIVQUAL-T ใช้ข้อมูลจาก Hospital OS ฐานข้อมูลของโรงพยาบาลเอง ดูข้อมูล CD4 ก่อน หาก VL>2,500 copy จะส่งตรวจ Drug resistance ที่โรงพยาบาลรามาธิบดี รอผลการตรวจประมาณ 2 สัปดาห์-1 เดือน มีผู้ป่วยดื้อยาประมาณ 10 ราย มีการตรวจ pap smear ปีละ 1 ครั้ง

การบริหารจัดการถุงยางอนามัย

ถุงยางอนามัยได้รับสนับสนุนจาก TUC สปสช.และสสจ. สนับสนุนด้วยส่วนหนึ่ง ขนาด 52 นิ้ว ไม่เพียงพอ ส่วนขนาด 54 นิ้ว ก็มีเข้ามาขอด้วย สัดส่วนควรจะเป็น ขนาด 52 นิ้ว:49 นิ้ว สัดส่วน 70%:30% และควรสนับสนุนเจลหล่อลื่นด้วย

การจัดกิจกรรมเชิงป้องกัน

มีทีมเชิงรุกออกให้ความรู้ และตรวจบัตรโดยตำรวจ ออก Boot ตามงานต่างๆ จัดนิทรรศการให้ความรู้ ออกไปสอน มีการจัดงาน Gay Festival ผู้ร่วมงานทั้งคนไทยและชาวต่างชาติ

งานวิจัย มีการทำวิจัยกับสำนักงาน

ศูนย์องค์รวม

อาสาสมัครที่เป็นแค่ชมรมในรพ. ยังไม่เป็นศูนย์องค์รวม กิจกรรมที่ชมรมทำร่วมกัน คือ การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร เล่นเกมส์ และมารับบริการโดยมีแพทย์มาตรวจสุขภาพ และเภสัชกรมาจ่ายยา

ข้อเสนอแนะ

- 1) การสนับสนุนกลุ่มMSM ในการส่งไปอบรมเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย การให้คำปรึกษา
- 2) อยากให้มีการ update เรื่องยา เพราะมีการเปลี่ยนแปลงบ่อย จากที่สคร. เคยทำให้ก็หายไปเป็นปีแล้ว
- 3) ภายใต้อสปสช. มีปัญหาเรื่องสิทธิคนไข้ บันทึกข้อมูลการให้บริการแล้วเบิกเงินไม่ได้เพราะผู้ป่วยย้ายที่ทำงาน

กระบวนการทำงาน/ การบูรณาการงานเอดส์ในหน่วยงาน NGO มูลนิธิบ้านเพื่อชีวิต

สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

การดำเนินงานด้านเอดส์ของมูลนิธิบ้านเพื่อชีวิต จากสถิติ (ข้อมูลจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด) พบว่า จังหวัดมีอัตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นอันดับ 1 ของภาคใต้และเป็นอันดับ 2 ของประเทศ และกลุ่มเสี่ยงก็ขยายไปในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ แรงงานที่มีการเคลื่อนย้าย พนักงานโรงแรม แม่บ้าน มูลนิธิบ้านเพื่อชีวิตได้ดำเนินการเพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ได้รับผลกระทบทางด้านเอดส์ ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม กิจกรรมที่ดำเนินงาน ประกอบไปด้วย

- 1) การสงเคราะห์เด็กที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีและเด็กที่พ่อแม่เสียชีวิต ที่ญาติพี่น้องไม่สามารถเลี้ยงดูได้
- 2) การฝึกอาชีพพร้อมทั้งให้ที่พักพิงแก่หญิงที่ได้รับผลกระทบด้านเอดส์ สร้างทักษะอาชีพที่เหมาะสม
- 3) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ คือมีกิจกรรมที่หลากหลาย ทั้งให้คำปรึกษา การสร้างแกนนำ การเผยแพร่เอกสารและการจัดรายการวิทยุ เพื่อส่งเสริมให้เข้าใจความรู้ในเรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในตอนนี้ focus ไปที่กลุ่มเยาวชน ในเด็กมัธยมศึกษาขึ้นไป
- 4) การลงพื้นที่เพื่อเยี่ยมผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ ให้คำปรึกษาด้านสุขภาพ พร้อมทั้งหา/แนวทางช่วยเหลือด้านสังคม

ส่วนการดูแลผู้ที่อยู่ในมูลนิธิ ได้แก่ การให้คำปรึกษา ประสานงานกับโรงพยาบาลในพื้นที่เรื่องให้ดูแลการรับยาต้านไวรัส และมีการประเมินทุก 6 เดือน ว่าจะดำเนินงานต่อหรือไม่

งบประมาณที่สนับสนุน ส่วนใหญ่จะมาจากการเขียนโครงการ เช่น การอบรมกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ จะได้งบประมาณจาก สคร. และมี กพอ. ภาคใต้ สนับสนุนการทำงานของ NGO แต่ไม่มีการสนับสนุนต่อเนื่อง ต้องการให้ราชการ/ท้องถิ่น/จังหวัด ให้ความช่วยเหลือ

ปัญหาอุปสรรค

- 1) การถูกกีดกันทางสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์บางคนถูกกีดกันในเรื่องการสมัครงาน ไม่ว่าจะเป็น โรงแรม บริษัท พนักงานสปา หรือแม้กระทั่งวัดบางแห่งที่ไม่ยอมให้ผู้ติดเชื้อบวช
- 2) เยาวชนในปัจจุบันมีรสนิยมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เยาวชนได้รับค่านิยมและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม

ข้อเสนอแนะ

- 1) มูลนิธิเป็นหน่วยงานที่ช่วยแบ่งเบาภาระของทางราชการ อยากให้มีงบประมาณสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง
- 2) การดำเนินงานด้านการป้องกันมีความสำคัญ อยากให้เน้นในเรื่องการป้องกัน เพราะในปัจจุบันงานด้านการป้องกันอ่อนลงไปมาก
- 3) อยากให้ ให้โอกาสผู้ติดเชื้อในทุกๆ ด้าน

ศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทะเล (บ้านสุขสันต์)

สถานการณ์/ผลการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์

งบประมาณได้รับจากมูลนิธิรักไทย ในการดำเนินงาน Drop-In Centre ภายในศูนย์พักใจนี้จะมีการให้คำปรึกษา และการแจกถุงยางอนามัย

สภาพปัญหาการทำงานพบว่า มีต่างด้าวประมาณ 80,000 คน แต่ขึ้นทะเบียนเพียง 20,000 คน และเข้าเมืองอย่างไม่ถูกระเบียบ ซึ่งต้องช่วยเหลือทุกคน เพราะบางคนก็ผ่านขบวนการค้ามนุษย์เข้ามา ต้องให้การช่วยเหลือในเรื่องการรักษา การดูแลสุขภาพ ที่ผ่านมามีตำรวจจะไม่ค่อยสนใจกับแรงงานต่างด้าวที่เป็นเอดส์ ส่วนใหญ่จะเรียกบ้านสุขสันต์เป็นผู้ดูแล สาเหตุการติดเชื้อมาจากการมีเพศสัมพันธ์ และการใช้เข็มฉีดยาอื่นซึ่งพบบ้าง

เรื่องการรับยาต้านไวรัส เมื่อเราส่งผู้ป่วยไปที่โรงพยาบาลจะพบว่า การให้บริการใน NAPHA Extension โคเวตาเต็มแล้ว ต้องระงับการรักษาไว้ก่อน ทำให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิต โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบ และการติดตามผู้ป่วย โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยคือ วัณโรค รองลงมาคือ CPM และ PCP การติดตามดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็นลูกเรือพบว่าไม่ค่อยมีเวลาต้องออกเรือ ในกลุ่มนี้ต้องคอยป้องกัน เพราะเมื่อกลับมาจากเรือจะมาเที่ยว เมื่อมีเรือเข้ามาก็จะรู้ว่าต้องขอถุงยางอนามัยเพิ่ม พนักงานบริการหญิงมักจะเตรียมถุงยางอนามัยไว้ เมื่อมีเรือเข้ามาลง และตั้งจุดจ่ายถุงยางอนามัยมีจำนวน 30 จุด โดยจะแจกฟรีที่ทำเรือ และร้านค้าราโอเกะ เมื่อเจ้าหน้าที่ไปคุยกับหญิงบริการพบว่า มีบางคนใช้และบางคนไม่ใช้เมื่อถึงเวลาที่อยากจะกลับบ้านจะเป็นผู้ดำเนินการช่วยส่งกลับที่ด่านระนอง และด่านเจดีย์สามองค์

ปัญหาอุปสรรค

- 1) เรื่องการสื่อสาร เนื่องจากมีความแตกต่างทางด้านภาษา ทำให้สื่อสารไม่เข้าใจ
- 2) การที่เข้าเมืองมาอย่างผิดกฎหมาย เมื่อจะให้ความช่วยเหลือเป็นไปด้วยความลำบาก
- 3) แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี ทำงานเป็นลูกเรือ เมื่อต้องติดตามการกินยาต้านไวรัส ทำได้ด้วยความลำบาก
- 4) บางคนไม่ใช้ถุงยางอนามัย ทำให้ป้องกันการแพร่เชื้อได้ยาก

ข้อเสนอแนะ

- 1) อยากให้หน่วยงานอื่นๆ นอกเหนือหน่วยงานสาธารณสุข ให้การสนับสนุน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (Human Rights)

สิทธิด้านยาต้านไวรัส มีการกระจายยาต้านไวรัสอย่างทั่วถึง ให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิประโยชน์ทั้ง 4 ด้าน การคุ้มครองสิทธิ มีการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เป็นอย่างดี ชื่อคลินิกที่ให้บริการ จะไม่ระบุว่าเป็นคลินิกเอดส์ จะใช้ชื่อคลินิกติดตามการรักษา ไม่ลงบันทึกการรักษาในบัตรประจำตัวผู้ป่วยว่าติดเชื้อเอชไอวี จัดบริการแยกวันสำหรับผู้ที่ไม่เปิดเผยตัว นอกจากนี้ยังมีการเปิดช่องทางให้ร้องเรียน การยอมรับในชุมชน นอกจากนี้ยังพิจารณาจริยธรรมในสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วย

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การติดตามประเมินผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการ

ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (Monitoring, evaluation, research and knowledge management)

การติดตามประเมินผล

งาน TB

การดำเนินงานเป็นศูนย์สาธิต โครงการพัฒนารูปแบบการรักษา TB ไม่ได้เปิดบริการ จัดการค้นหาผู้ป่วย โดยการตรวจเสมหะ วิธีการรักษาคือ DOT แบบมีพี่เลี้ยงอย่างต่อเนื่อง เป็นการทำงานที่ตอบสนองนโยบาย เน้นในยุทธศาสตร์ที่ 2 โดยเน้นการทำ DOT การดูแลผู้ป่วยกินยาต่อเนื่อง ซึ่งถ้าไม่ทำ DOT จะตามเรื่อง Adherence ไม่ได้ ถือเป็นหัวใจหลักจะให้ใครเป็นพี่เลี้ยงในการให้หันต่อหน้า

ศูนย์โรคคิดจะเปิดให้คนทั่วไปเข้ามาที่ศูนย์ แต่ตอนนี้ทำเป็น Integrated program เข้าไปสู่ unit ของอำเภอกับโรงพยาบาล แต่สคร.11 จะคงไว้เรื่อง DOT เป็นศูนย์สาธิตเน้นในกลุ่มผู้ป่วยเป็นหลัก โดยใน Phase I: การให้ญาติเป็นคนดูแล ดูจาก reference ตัวเลขจากระบาดวิทยา TB มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สรุปว่าการให้ญาติดูแลไม่มีประสิทธิภาพ มีการศึกษา DOT มีมาตั้งแต่ปี 2539 เพื่อหาคำตอบว่าญาติดูแลได้หรือไม่ CDC ระบุไว้ชัดเจนว่าไม่สมควรเป็นพี่เลี้ยง WHO ระบุชัดเจน DOT ไม่ควรให้ญาติดูแล

วัณโรคเป็นโรคติดต่ออวัยวะที่พบบ่อยที่สุดของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และเป็นเพียงโรคเดียวที่แพร่มาสู่คนปกติได้โดยทางอากาศ การผสมผสานงานวัณโรคและโรคเอดส์ เริ่มทำร่วมกับส่วนกลางปี 2003-2004 จัดทำเป็นคู่มือ TB-HIV ใช้จากแผ่นดิน งบประมาณปกติ และงบประมาณ GF round I เป็นตัวเชื่อมที่สำคัญ โดยงาน TB-HIV เชื่อมกันที่การคัดกรอง เราจึงคิดรูปแบบการคัดกรองให้มีการเชื่อมต่อตรงนี้ โดยคลินิก TB ต้องคัดกรอง HIV ส่วนคลินิก HIV ก็ต้องคัดกรอง TB นโยบายส่วนกลางแนะนำการคัดกรองเพียง 1 กลุ่ม คือคัดกรองใน New case ในการทำ VCT ในรายงาน TB-HIV01 แต่ในเขต 11 สคร. มีข้อเสนอแนะว่าไม่พอถ้าคัดกรองเฉพาะวันที่ VCT เพราะผู้ป่วย HIV มีโอกาสติด TB ได้ตลอด การคัดกรองในผู้ป่วย TB ให้มีการคัดกรอง HIV ในประเทศที่มีความชุกของผู้ป่วย HIV ใน TB 5% ขึ้นไป ประเทศไทยอยู่ที่ 12% ดังนั้นต้องทำการคัดกรอง 100% โดยต้องยึดหลักความสมัครใจ VCT แต่มีการ promote การคัดกรอง DCT: Diagnostic counseling and Testing ส่วน UN promote PICT: Provider initiative counseling and Testing การโน้มน้าวให้ตรวจเลือดโดยเจ้าหน้าที่

งานเอดส์

การวินิจฉัย TB ต่างจากเขตอื่น โดยการวินิจฉัย/คัดกรองอยู่ใน UC อยู่แล้ว แต่ทางเขต 11 เขตเดียวที่ยังให้การสนับสนุนน้ำยา ตลับ แผ่นslide เพราะ 1) ให้เหตุผลเรื่องการเข้าถึง เพราะคนนอกสิทธิจะได้รับการตรวจล่าช้า ทั้งคนไทยพลัดถิ่น คนในเรือนจำ พม่า 2) External Quality Assessment (EQA) ข้อกำหนดของ WHO กำหนดว่า การย้อมต้องเป็นวิธีเดียวกัน (แบบร้อน/แบบเย็น) ถ้าไม่มีการสนับสนุนไปให้โรงพยาบาลจะจัดซื้อเอง ก็ต่างกัน ดังนั้นถ้าจะคงคุณภาพตรงนี้ไว้เราจึงต้องสนับสนุนน้ำยาเอง

ข้อเสนอแนะ

การคัดกรองวัณโรคควรจะดำเนินการใน 3 setting คือ setting 1 คัดกรองในวัน VCT setting 2 คัดกรอง TB ในวันที่มีการทำกิจกรรมกลุ่ม ใครมีอาการไอให้แจ้งเจ้าหน้าที่ ให้ผู้ติดเชื้อพบแพทย์ทุกราย ให้ผู้ติดเชื้อหรือพยาบาลเตือน setting 3 OPD: routine service แผนกอื่นๆ ที่ให้บริการทั่วไป

- ควรสร้างการ apposed กับผู้ป่วยให้สมัครใจตรวจ จัดอบรมให้เจ้าหน้าที่รู้จัก basic counseling ได้ 1) ต้องสังเกตได้ว่าผู้ป่วย TB มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะติด HIV 2) สังเกตอาการของผู้ป่วย TB ที่จะป่วยเป็นเอดส์ เพื่อให้เริ่มยา ARV ให้เร็วที่สุด
- การสร้าง perception ในเชิงชุมชน การพัฒนาเชิงป้องกัน การเปลี่ยนแนวคิดจากเน้นเรื่องโรคมาเป็นเน้นการป้องกัน

การดำเนินงาน HIVQUAL-T

สคร.11 เริ่มดำเนินงาน HIVQUAL-T ตั้งแต่ ปี 2549 นำน่อง 7 โรงพยาบาล และในปี 2550 อบรมเจ้าหน้าที่ทั้ง 82 โรงพยาบาล แต่มีโรงพยาบาลที่สนใจจะทำจริงไม่เกิน 19 โรงพยาบาล หลังจากที่ทำเสร็จแล้วโรงพยาบาลไหนที่ตัวชี้วัดต่ำ จะเขียนโครงการพัฒนาคุณภาพ (QI) ด้านนั้นๆ เช่น การทำ Pap smear ต่ำ หรือทำ QI ARV ก็เขียนของประมาณมาเพื่อทำโครงการ ซึ่งแต่ละโรงพยาบาลจะได้งบประมาณปีละ 20,000 บาท ในการทำ QI ที่ต่ำ

หลักการของ HIVQUAL-T ก็คือการพัฒนามาตรฐานคุณภาพบริการของโรงพยาบาล จากเมื่อก่อนที่ต่างคนต่างทำ การดูแลผู้ป่วยก็เพราะมีผู้ป่วยเข้ามาแล้วก็ต้องดูแล เมื่อมาเริ่ม ARV ปี 2544 เริ่มเป็นโครงการนำร่องใน สคร.11 ได้โควต้าดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มา 71 ราย และได้อบรมให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 7 โรงพยาบาล มีหลักการดูแลตาม glide line มีโควตาโรงพยาบาลละ 10 ราย แต่มีโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยได้ 11 ราย โรงพยาบาลก็ดูแลตามยุทธการม ดูแลมาสักพักหนึ่ง HIVQUAL-T ก็มาขยายว่า ที่ดูแลผู้ป่วยดูแลอย่างไม่เป็นระบบ ระบบHIVQUAL-T ก็จะได้รู้ว่าที่ดูแลผู้ป่วย ตัวชี้วัด 6 ตัวผ่านหรือไม่ ดูแลเป็นระบบจริงหรือไม่ ตัวชี้วัด 6 ตัวประกอบด้วย 1) การให้ยาต้านไวรัส ARV 2) การดูแลเรื่องโรคติดเชื้อฉวยโอกาส OI 3) STI 4) Pap smear 5) การติดตาม CD 4 และ 6) ตัวชี้วัดเสริมต้องแล้วแต่โรงพยาบาลจะดำเนินงาน

เมื่อ HIVQUAL-T วัดแล้วจะรู้ว่าที่ให้บริการมีคุณภาพหรือไม่ เช่น Pap smear บางโรงพยาบาลไม่ได้วัดเลย ผลการวัดเป็น 0 และอย่าง ARV บางแห่งรายงานที่ต้องให้ 100 % จริงหรือไม่ ได้กี่ % ก็รายงานไป อย่างน้อยให้สถานบริการรับทราบที่ให้บริการไปตามตัวชี้วัดผ่านหรือยัง ตัวชี้วัด 6 ตัวสามารถทำได้ถึงเป้าหมายหรือยังและจะมีการเปรียบเทียบในแต่ละปี โรงพยาบาลสามารถประเมินการทำงานของตนเองได้ นอกจากนั้นแล้วในระบบรายงาน HIVQUAL-T ยังมีการประเมินโครงสร้างด้วย เช่น ดูว่าผู้อำนวยการให้ความสนใจหรือไม่ มีทีมงานครบทั้ง 5 ด้านหรือไม่ มีการประชุมทีมงานหรือไม่ โครงสร้างจะมีหลายตัวประกอบกัน ประมาณ 6 โครงสร้างแต่มีตัวชี้วัดที่แยกย่อยออกไป มีระดับคะแนน งบประมาณที่สนับสนุนในช่วงแรกเป็นของ TUC และหลังจากที่ สปสช. มารับงานการให้บริการยาต้านไวรัส ในเดือนเมษายน 2550 และได้มาทำงานร่วมกับกรมควบคุมโรค จึงให้งบประมาณมาจากสปสช. แต่ยังรับผ่านกรมควบคุมโรค แบบฟอร์มที่ใช้จะเหมือนเดิม การส่ง

ข้อมูลรายงาน ก็ขึ้นอยู่กับแต่ละเขตว่าจะบริหารจัดการอย่างไร ในส่วนของ สคร.11 จะให้ส่งผ่านทางจังหวัดและ จังหวัดจะเป็นผู้ส่งมาที่สคร. อีกครั้งหนึ่ง และสคร.จะส่งเข้า CQI (CQI เป็น website ของ TUC ที่กรมควบคุมโรค ทำร่วมกับ TUC (www.cqihiv.com))

การได้รับงบประมาณจาก Global found กิจกรรมที่ได้งบประมาณสนับสนุนก็คือ

1. NAPHA Extension การเข้าถึงยา เน้นการพัฒนาบุคลากร
2. CAN เป็นโครงการพัฒนาดูแลเด็กระหว่างโรงพยาบาลแม่ข่ายและโรงพยาบาลชุมชน

การดำเนินงานให้ยาต้านไวรัสเอดส์ NAPHA Extension โรงพยาบาลที่ทำ NAPHA Extension 31 แห่ง มี คนไข้ 118 ราย เป็น Migrant แต่ในช่วงเริ่มต้นจะเป็นการให้ยาในคนไทยที่ไม่มีเลข 13 หลัก แต่ก็มีบาง โรงพยาบาลที่ให้คนไข้ที่เป็นสิทธิข้าราชการที่ไม่เปิดเผยตัว แต่สคร.แจ้งไปว่าไม่ได้ เพราะถ้าโครงการนี้ถอนตัวไป เมื่อไหร่จะลำบาก ดังนั้นโรงพยาบาลจะพยายามย้ายสิทธิให้กลับไปเป็นเหมือนเดิม ในปัจจุบัน จำนวน 117 คน เป็นเด็ก 8 ราย ที่เหลือ 109 ราย เป็นผู้ใหญ่ case จะเยอะที่จังหวัดระนอง

ระบบรายงาน การคีย์ข้อมูลโรงพยาบาลจะคีย์ข้อมูล มี 2 อย่างที่ต้องบันทึกก็คือ การบันทึกในเล่มสีชมพู ก็คือ NAPHA Extension NO. แล้วนำข้อมูลไปคีย์ในโปรแกรมสำเร็จรูปแต่ไม่ได้เป็นระบบ Online ข้อมูลมีความ สมบูรณ์แต่อาจจะไม่ถึง 100 % และทาง สคร. ได้ลงพื้นที่สอบถามความครบถ้วนของข้อมูลจังหวัดละ 1 โรงพยาบาล จะขาดความครบถ้วนเรื่องลงข้อมูล CD 4 บ้าง ผู้ป่วยไม่มาตามนัดบ้าง การนำข้อมูลจาก NAPHA Extension มา ใช้ประโยชน์ ในส่วนนี้ทาง สคร.11 ไม่ได้นำมาใช้ประโยชน์ มีเพียงการนำมาดูว่าเป็นคนไข้ประเภทไหน ต่างด้าว ไทยพลัดถิ่น หรือไม่ หรือข้าราชการ/ประกันสังคมที่แอบมาใช้สิทธิ NAPHA Extension

หากหมดงบประมาณจาก Global found ในส่วนของ สคร. ก็ไม่รู้ว่าจะดำเนินงานอย่างไร เพราะไม่มี งบประมาณ เพราะมีหน้าที่ก็คือรับจากส่วนกลางแล้วมาขยายในพื้นที่ อำนาจการตัดสินใจเรื่องงบประมาณ ขึ้นอยู่ กับทางกรม ตอนนี้ยังไม่เคยคุยถึงอนาคตว่าจะทำอย่างไร

บทบาทหน้าที่ของสคร. ในการบูรณาการด้านเอดส์

สคร. ทำทุกเรื่องในด้านเอดส์ เป็นผู้ประสานระดับจังหวัด ติดตามเครือข่าย ติดตาม NGO บูรณาการทั้ง ด้าน care ป้องกัน และ Lab ทำทุกอย่าง จัดพัฒนาองค์ความรู้ให้โรงพยาบาล บุคลากร 5 ด้าน มี แพทย์ พยาบาล เภสัชกร ผู้ให้คำปรึกษา LAB โดยได้งบประมาณมาจาก สปสช. มีปัญหาเรื่องการส่ง LAB ก็จะคอยให้คำปรึกษา

ในด้าน LAB ของสคร. ในตอนนี้ตรวจ Viral load และกำลังจะ Set ระบบการตรวจ DR ขึ้นมา รอบริษัท มาติดตั้งอุปกรณ์ให้เสร็จ

ปัญหาอุปสรรค

- โครงสร้างไม่ชัดเจน ผู้บริหารก็ตัดสินใจในระดับบริหาร ส่วนผู้ปฏิบัติก็ตัดสินใจอีกระดับหนึ่ง ไม่เหมือนกัน หาตัวหลักที่จะทำงานเต็มตัวไม่มี ยังแย่งงานกันอยู่
- กำลังคนไม่เพียงพอ จากการที่จะต้องออกไปนิเทศเอดส์บูรณาการทุก 3 เดือน

- ปัญหามีเรื่องการจ่ายยาของสถานบริการเนื่องจากยามีจำกัด มาตรฐานในการดูแลยังขาดเรื่องการติดตามผู้ป่วยที่รับยาแล้วหายไป
- บทบาทไม่ชัดเจนในทางวิชาการ เพราะไม่มีแหล่งที่จะเป็นข้อมูล อย่างเมื่อก่อนมีศูนย์สาธิต TB และ STI เป็น model ที่จะทำงานวิชาการได้ ตอนนี้ไม่มีอะไรที่จะสร้างวิชาการ

ข้อเสนอแนะ

การพิจารณาเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาต้านไวรัส ควรให้ได้รับตามสิทธิ เช่นสิทธิข้าราชการ/สิทธิประกันสังคม เพราะหากหมดงบประมาณจาก Global fund ในการสนับสนุน โครงการ NAPHA Extension โรงพยาบาลจะได้ไม่ต้องรับภาระในส่วนนี้

5 ผลการดำเนินงานภาพรวมตามยุทธศาสตร์ องค์การพัฒนาเครือข่ายและประสานการปฏิบัติการในเขตภาคตะวันออก

ผลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554
กระบวนการและผลการดำเนินงานในภาพรวม

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

ในทางทฤษฎีการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี อาจทำได้โดยการงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ แต่ในทางปฏิบัตินั้น แนวทางดังกล่าวอาจทำได้ยาก เนื่องจากเป็นแนวทางที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรม และอารมณ์ความรู้สึก ดังจะเห็นได้จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในภาพรวมเขตภาคตะวันออก สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 (สคร.3) มีวิธีการทำงานบูรณาการระดับเขต กล่าวคือ การรวมเอาหน่วยที่แยกมารวมกันเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน เพื่อวัตถุประสงค์ในการบริหารจัดการที่มีประสิทธิภาพ

สถานการณ์การแพร่ระบาดในเขตภาคตะวันออกจะพบปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่น เยาวชน แรงงาน กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มบริจาคเลือด กลุ่มขายบริการ และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยมองภาพรวมการติดเชื้อเอชไอวีจึงเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์เกือบทั้งหมด สคร. 3 รับดำเนินการตามนโยบาย หรือตามแผนงานของกรมควบคุมโรค แต่เนื่องจากการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น สปสช.จึงเป็นผู้ดูแลหลัก และ สคร. 3 ได้เปลี่ยนแปลงบทบาทของผู้รับผิดชอบ เป็นที่ปรึกษา สนับสนุนและนิเทศติดตามงาน

ด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสครอบคลุมทุกรายที่เปิดเผยตัว เข้าเกณฑ์ได้รับการตรวจรักษา และมีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก ส่วนที่ยังไม่ครอบคลุมจะเป็นกลุ่มคนชายขอบ ซึ่งได้รับการสนับสนุนยาต้านไวรัสจากโครงการ NAPHA Extension ซึ่งระยะหลังถูกลดโควต้าลง ให้เหลือเพียง 2,000 รายทั่วประเทศ สำหรับคนไทยที่มีสิทธิอื่นๆ จะผลักดันให้ไปรับบริการตามสิทธิที่ควรจะได้รับ ทั้งนี้ สคร. 3 ยังเน้นในเรื่องของบริการส่วนที่เข้าถึงยาก รวมทั้งการดำเนินการเพิ่มเติม เช่น ในกลุ่มแรงงานต่างชาติ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ประชาชน

ที่ไม่มีเลขประจำตัวประชาชน 13 หลัก การรวบรวมข้อมูลทางสถิติ สถานการณ์นั้น ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fund)

ด้านการป้องกัน มีการสนับสนุนงบประมาณให้แก่องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ (NGO) โดย NGO จะเขียนโครงการเพื่อขอรับงบประมาณสนับสนุน และนำไปดำเนินการ รวมทั้งผลการดำเนินงานให้เป็นไปตามยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ฉบับที่ 10 ซึ่งมีการเชื่อมโยงนโยบายแผนพัฒนาสาธารณสุขฯ ฉบับที่ 10 ร่วมกับแหล่งทุนต่างๆ

เมื่อแหล่งทุน/กองทุนเปลี่ยนมือไปอยู่ที่ สปสช. เป็นส่วนใหญ่ในเรื่องการป้องกันดูแลรักษา สคร. ได้มีการปรับกระบวนการทำงาน แต่การประเมินและติดตามผลไม่สามารถทำได้เต็มที่เนื่องจาก ไม่ได้ดำเนินการเอง สคร. เป็นลักษณะของการนิเทศติดตาม (Supervision) โดยดำเนินการในงานปกติ ไม่สามารถให้คำแนะนำเรื่องกระบวนการทำงานได้โดยตรง เพราะไม่ใช่ผู้ให้การสนับสนุนงบประมาณ การเสนอแนะทั่วไป ได้ผ่านทางผู้ตรวจราชการ เพื่อสั่งการให้ดำเนินการในตอนที่ออกนิเทศติดตาม

ด้าน LAB ใช้ผลในการเฝ้าระวังการติดเชื้อ viral load 1 ครั้ง CD4 2 ครั้ง โดยสปสช. และ Genotype ปัญหา คือ การกระจายการตรวจที่โรงพยาบาล สคร. ไม่ได้ถูกเลือกให้เป็นสถานบริการ ไม่สามารถให้บริการด้านการตรวจรักษา และเบิกจ่ายงบประมาณจาก สปสช. การตรวจจีโนไทป์ ทำได้เพียงในโรงพยาบาลพระปกเกล้า และโรงพยาบาลชลบุรีเท่านั้น

การนำยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ มาประยุกต์ใช้ สคร. ได้นำมาเป็นประเด็นในการวิเคราะห์ SWAT เพื่อการทำงานและวางแผนการทำงานตามยุทธศาสตร์ ไม่ได้ดูภาระงานตามกรอบงบประมาณ แต่จะพิจารณาว่าในแต่ละยุทธศาสตร์ สคร. จะทำอะไรบ้าง ดำเนินการอย่างไร รวมทั้งเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคลากร และการให้ความรู้ ทักษะการทำงาน โดยการ Training และมีการทำงานด้าน TB/HIV ไปพร้อมกัน ในส่วนของการป้องกันรักษา มีการดำเนินการตามมาตรฐานประเมินมาตรฐาน HIVQLT ของ TUC

ด้านงบประมาณ มีการนำ STI balance score card มาใช้ในการวางแผนใช้งบประมาณกรมควบคุมโรค GF ได้สนับสนุนงบประมาณในการติดตามดูยางอนามัย ให้เป็นไปตามมาตรฐาน มีการสนับสนุนงบประมาณจากส่วนกลางให้แก่กลุ่มเป้าหมาย ชุมชน โดยเขียนโครงการของงบประมาณ เสนอขอรับการทำงาน เพื่อขอรับการสนับสนุนงบประมาณ

การจัดเวทีสรุปผลการทำงานของเครือข่าย NGO ในพื้นที่ที่ดำเนินงานด้านเอดส์ สำหรับงานวิจัยถือเป็นภารกิจของหน่วยงาน สคร. แต่ไม่สามารถนำเสนอ ดีพิมพ์ เป็นรายปีตามที่กำหนด เพราะภาระงาน ของคนทำงานมีมาก ผลงานที่มีจะเป็นลักษณะของการถอดบทเรียนการทำงานร่วมกับเครือข่าย และหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงานร่วมกัน

งบประมาณด้านการป้องกัน และการดูแลรักษา ถูกตัดลดลงมาก จากงบประมาณที่เคยได้รับเป็นล้าน เหลือเพียง 200,000 กว่าบาท โดยการทำงานเน้นที่กลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย (Migrant) ซึ่งงบประมาณก็ได้ถูกปรับลดลงเช่นกัน จึงดำเนินการแก้ไขโดยการผลักดันประชาชนที่มีสิทธิต่างๆ แต่ไม่เปิดเผยตัว ให้กลับไปใช้สิทธิของตนเองที่พึงจะได้รับ ด้านสิทธิ มีการเข้าถึงบริการ ไม่ต่ำกว่า 95% คนที่เข้าเกณฑ์การรับยา ARV

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

การดำเนินงานด้านเอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านเอดส์แห่งชาติ หากพิจารณาให้ถ่องแท้จะเห็นว่า ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ มีความสำคัญมาก แต่ประเทศไทย เริ่มทำที่ยุทธศาสตร์ที่ 4 ก่อน ก็คือการติดตามประเมินผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ และ ยุทธศาสตร์ที่ 3 ยุทธศาสตร์ที่ 2 และยุทธศาสตร์ที่ 1 ลดลงมา สถานการณ์เอดส์ของประเทศไทยเข้าขั้นวิกฤต แม่บ้านอยู่กับบ้านถูกเรียกว่า เป็นกลุ่มเสี่ยง เพราะทุกวันนี้ค่านิยมของสามี(ผู้ชาย)เปลี่ยนไป คือคนที่พอมีเงินจะเลี้ยงเด็ก เทียวผู้หญิง ทำให้ติดเชื้อมาโดยที่ไม่ได้ตั้งใจ เพราะเด็กและเยาวชนมีการขายบริการนอกสถานบริการ และมีสิ่งมอมเมาและยาเสพติดรวมถึงขบวนการมอมยาเด็กให้ขายบริการ

หากจะป้องกันจริงๆ ต้องทำความเข้าใจก่อนกับทุกภาคส่วนว่า “ให้คนรู้สิทธิของตนเอง” และเอดส์ไม่ใช่เรื่องของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเท่านั้น ต้องเน้น “การกระจายความรับผิดชอบ” ให้กับทุกภาคส่วน พ่อ-แม่-ลูก บ้าน วัด โรงเรียนและควรจะมีชุมชน/หมู่บ้านเป็นเครือข่าย ปกป้องเยาวชนให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ จัดประชุมสร้างชุมชนสีขาวร่วมแรงร่วมใจกันเองไม่ต้องรอพึ่งงบประมาณจากภาคส่วนใดๆ ใช้งบประมาณของชุมชนเอง มีการจัดให้มีกิจกรรมรวมกันของเยาวชน มีลานชุมชนเป็นศูนย์รวมของเยาวชนให้ร่วมทำกิจกรรม ชุมชนเข้มแข็ง ปัญหายาเสพติดและโรคเอดส์จะหายไป ถ้าชุมชนใดที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ต้องเร่งช่วยเหลือเด็กที่อาจติดเชื้อ หรือเด็กที่ติดเชื้อจากพ่อแม่ โดยส่งให้เรียนหนังสือปลูกฝังให้มีความรู้เรื่องเอดส์ แล้วนำกลับมาดูแลช่วยเหลือในเรื่องเอดส์โดยเฉพาะคือเป็นหน่วยช่วยเหลือทำงานด้านเอดส์ เผยแพร่ความรู้เรื่องเอดส์ให้กับชุมชน

การสร้างความตระหนักถึงปัญหาเอดส์และการร่วมบูรณาการทุกภาคส่วนของผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่น

ผู้นำชุมชน/ผู้นำท้องถิ่นต้องให้ความสำคัญกับการป้องกันด้านเอดส์ หรือปัญหาด้านสุขภาพ เพราะในปัจจุบันงานทุกอย่างลงไปสู่ท้องถิ่น งานด้านเอดส์ก็เช่นเดียวกัน ทุกภาคส่วนควรตระหนักถึงปัญหา แล้วเข้ามาแก้ไขปัญหาร่วมกัน ในชุมชนมีการให้ความรู้และทำงานร่วมกันอย่างจริงจัง โดยต้องเป็นแนวทางการเรียนการสอนที่เน้นการนำความรู้มาใช้ในชีวิตจริงมากขึ้น เมื่อนักเรียนเรียนแล้วต้องนำความรู้มาเผยแพร่ต่อที่ชุมชนได้ และโรงเรียนควรมีระบบสุขภาพในโรงเรียน

ผลการดำเนินงานในภาพรวม

ผู้รับผิดชอบหลักต้องชัดเจนว่าจะใช้อะไรเป็นหลักใหญ่ที่จะนำมาแก้ปัญหาด้านเอดส์ ส่งลงมาแล้วกำหนดให้ชัดเจนว่าจะใช้อะไร การบูรณาการระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข และนายกรัฐมนตรีมีคำสั่ง ส่งต่อให้กับกระทรวงต่างๆ ทุกภาคส่วน เนื่องจากงบประมาณด้านเอดส์มีเยอะ ควรหากิจกรรมหรือแนวทางที่จะแก้ปัญหาด้านเอดส์ที่แท้ และทุกคนในสังคมในประเทศไทยมีความรู้คิดและรับผิดชอบร่วมกัน มีการศึกษาวิจัยแบบเข้าถึง และร่วมสร้างหน่วยงานและกลุ่มงานที่ทำงานด้านเอดส์ให้มากขึ้น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

สำหรับผู้ติดเชื้อ HIV ในเขตเทศบาลทั้งหมด เน้นการให้ความรู้ คำแนะนำในคาบเรียน เรื่อง โรคเอดส์ โดยการบูรณาการให้พร้อมกับโรคอื่นๆ และมีการทำ MOU กับ สปสช. 100,000 บาท และ เทศบาลสมทบ 100,000 บาท เพื่อให้ประชาชนมีส่วนร่วมกิจกรรมสุขภาพแบบมีส่วนร่วม ให้ อสม.จัดนิทรรศการที่มีชีวิต (เช่น อ้วน ลงพุง เน้นการรณรงค์ใช้ถุงยางอนามัย) ทำให้คนยอมรับการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น

อำเภอพนม มีการจัดตั้งศูนย์เฉลิมพระเกียรติขึ้นภายในที่ว่าการอำเภอ โดยเทศบาลสนับสนุนงบประมาณในการทำป้าย อุทยานงบประมาณ (จัดให้มีสวัสดิการ 100 เปอร์เซ็นต์สำหรับผู้เปิดเผยตัว) ให้อำเภอดูแลผู้ติดเชื้อ และมีการเชิญผู้ติดเชื้อเข้ามาเพื่อรับค่าเดินทาง 100 บาท รับสวัสดิการจากศูนย์เฉลิมพระเกียรติฯ และรับการอบรมอาชีพ น่ายาล้างจาน สบู่ เป็นต้น

โรงพยาบาลศูนย์

จัดบริการผู้ป่วยนอก เป็นคลินิก OPD ให้บริการผู้ป่วยที่รับบริการยา ARV (adult clinic) ดูแลผู้ใหญ่ทั้งโรงพยาบาลประมาณ 600 ราย มีการเตรียมข้อมูลสำหรับแพทย์ เพื่อให้บริการจ่ายยา ARV และปรับสูตรยา และนำส่งเภสัชกร ซึ่งทุกรายที่ต้องรับยา ARV ต้องผ่านเภสัชกรดูแลก่อนรับยา และผู้ป่วยทุกรายที่แพ้ยา และก่อนรับยาในครั้งต่อไป เจ้าหน้าที่จะลงบันทึกใน OPD card เพื่อประเมินผลการรับยา ก่อนส่งให้แพทย์ให้ปรับสูตรยา และจะส่งไปยังคลินิกทันตวัน (หากผู้ป่วยสมัครใจ) ซึ่งเป็นศูนย์องค์รวม รวมทั้ง มี เภสัชกร และ แพทย์ที่ดูแลประจำ (กรณีผู้ป่วยรายใหม่) นอกจากนั้นยังให้บริการแม่และเด็กที่คลอดแล้วด้วย โดย ARV adult clinic จะดูแลเรื่องการนัดหมาย และการติดตามดูแลผู้ป่วย ระบบการนัด การรับยา การติดตามผล และ สังคมสงเคราะห์

โรงพยาบาลจะเชิงเตาเป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ มีโครงสร้างงานหลากหลาย เพราะการจัดบริการเป็นบริการแบบมีส่วนร่วมมาจากหลากหลายหน่วยงาน ทั้งงานอายุรกรรม กุมารเวชกรรม สูตินรีเวช เภสัชกรรม และงานประกันสุขภาพซึ่งเป็นศูนย์กลางการลงทะเบียนด้านสิทธิของผู้ป่วย โดยทำหน้าที่ประสานงานกับกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สำนักงานควบคุมป้องกันโรค (สคร.) และกลุ่มงานที่เกี่ยวข้องกับ LAB โรงพยาบาลจะเชิงเตาดูแลจัดบริการให้ทั้งหมด ในจังหวัดมีแพทย์ที่เป็น ARV Expert ร่วมกันพิจารณากรณีเกิดข้อสงสัยเกี่ยวกับการให้ยาต้านไวรัส

โรงพยาบาลจะเชิงเตาสามารถตรวจ viral load ได้ รวมทั้งให้บริการตรวจ viral load ให้กับโรงพยาบาลใกล้เคียงอื่น ๆ ที่มาขอรับบริการทางห้องปฏิบัติการ สำหรับบริการยาด้านไวรัส มีหน่วยงานเภสัชกรรม เป็นผู้ดูแล โดยเฉพาะเรื่องผลข้างเคียงของยา และการแพ้ยาต่างๆ สำหรับงานกุมารเวช มีทีมสุขภาพดูแลเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อแบบเต็มรูปแบบ ในกลุ่มผู้ใหญ่การทำ VCT อาจจะมีการ counseling เป็นรายๆ ไป หรืออาจจะทำ VCT ร่วมกันในกลุ่มของแพทย์ เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลได้พยายามช่วยเหลือการทำกลุ่มผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาลให้ดีขึ้น ในกลุ่มคนไข้ของคลินิกทันตวัน ที่เริ่มตั้งแต่ VCT เข้ามา จะได้รับการ counseling โดยกลุ่ม และให้การพยาบาลรักษา เมื่อคนไข้เดินเข้ามาผลบวก งานเภสัชกรรมชุมชนจะมีการติดตามเยี่ยมบ้านในกลุ่มเด็กและผู้ใหญ่ บางรายที่ยินยอม ส่วนในสถานอนามัยที่คนไข้ที่พร้อมให้เยี่ยมบ้าน อาจจะพยายามเข้าไปบริการเชิงรุกบ่อยขึ้น เพื่อให้ทีมสุขภาพสามารถเข้าไปดำเนินงานได้เป็นปกติ สำหรับงาน LAB จะรับตัวอย่างจากหน่วยตรวจ และ

ประสานกับศูนย์งานประกันสุขภาพ เพื่อดูเรื่องการส่งตรวจ LAB การครบกำหนดในการตรวจ LAB มีการใช้สิทธิของโรงพยาบาล

โรงพยาบาลชุมชน

สถานการณ์ติดเชื้อใหม่จำนวน 21 ราย สำหรับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 4 ยุทธศาสตร์ นั้นมีการดำเนินงานอย่างบูรณาการ โดยหน่วยงานเวชปฏิบัติของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 1 พบว่ามีการประชุมปรึกษาหารือเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ทั้งโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เพื่อวางแผนการทำงาน รวมทั้งมีการเชิญเจ้าหน้าที่ทันตแพทย์ เข้ามาร่วมดำเนินงานด้วย เพื่อการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อแบบครบวงจร ทุกด้าน

การพัฒนาศักยภาพเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เพื่อร่วมปฏิบัติหน้าที่ในโรงพยาบาล ที่กลุ่มเครือข่าย สหวิชาชีพ ระดับโรงพยาบาล สถานีอนามัยชุมชน เทศบาล และ อบต. สำหรับในระดับ อบต. มีการสนับสนุนงบประมาณเพื่อดำเนินการให้ความรู้ และการอบรม คนทำงาน คือแกนนำ เจ้าหน้าที่ ผู้นำชุมชน โดยอบต. สนับสนุนเบี้ยยังชีพและเทศบาลบางแห่งมีการจัดสรรงบประมาณสำหรับเชิญเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล มาเป็นวิทยากรในการให้ความรู้ มีศึกษาดูงานในหน่วยงานอื่นๆ การจัดงานรณรงค์วันเอดส์โลก โดยมีการเขียนโครงการของงบประมาณสนับสนุนจาก อบต. และ ทาง อบต.ก็ได้มีการเชิญเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าร่วมจัดทำแผนปฏิบัติการเช่นกัน

การดำเนินงานด้านเอดส์มีการประสานงานที่ดี ได้รับความร่วมมือที่ดีจากหน่วยงานในพื้นที่ และมีแผนยุทธศาสตร์ 1 อำเภอ 1 อบต. มีการทำประชาคมเยาวชน และการทำ GIS mapping เกิดจากโครงการ PCM ปี 2552 แต่ก่อนที่จะเปลี่ยนเป็นแผนงานกองทุนเอดส์ที่ดำเนินการโดย สปสช. ร้อยละ 80 ของจังหวัด สามารถดำเนินการได้หมดเป็นไปตามยุทธศาสตร์ มีการรายงานผลการดำเนินงานตามตัวชี้วัด

ในปี 2547-2548 ที่เอดส์เข้ามามีบทบาทมาก ทางโรงพยาบาลมีการทำงานเชิงรุกร่วมกับท้องถิ่น ศูนย์เฉลิมพระเกียรติไม่มียงบประมาณสนับสนุน ความช่วยเหลือขึ้นกับแต่ละอบต. มีการจ่ายเบี้ยยังชีพสำหรับผู้ติดเชื้อ

ด้าน TB/HIV

งาน TB/HIV มีผู้รับผิดชอบ จำนวน 2 คน ทำเป็นงานประจำ ให้คำปรึกษาทุกราย TB ต้องมีการเจาะเลือดตรวจหาเชื้อเอชไอวีทุกราย ผู้ป่วย TB จะต้องได้รับการดูแลที่เป็น routine สำหรับการเจาะเลือดตรวจและต้องได้รับการ counseling ก่อน แบบ DTC และ ITC ก่อนส่งไปยังโรงพยาบาลจังหวัด เพื่อตรวจวินิจฉัย รวมทั้งมีการสอนการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้อง และการสอนเรื่องป้องกันตนเองในกลุ่มวัยรุ่น

มีการ Counseling แบบ pre – post counseling เมื่อ post counseling ให้มาที่คลินิกเวชกรรมสังคม แต่จะยืนยันรับบริการ TB จาก คลินิก TB ผู้ป่วย TB มีจำนวน 65 คน ดื้อยา 1 คน เป็น HIV เดือน ตุลาคม TB positive จำนวน 5 คน และ TB อื่นๆ จำนวน 10 ราย ผู้ป่วยในคลินิกได้รับการตรวจเลือด HIV Testing 100 %

สถาบันการศึกษา

ได้มีการเชิญ และประสานเครือข่าย หน่วยงานการ NGO อปท. ท้องถิ่น แต่ในระดับ สสจ. ไม่ได้เข้าร่วมด้วย เนื่องจากมีภาระงานในส่วนอื่น ซึ่งมีการดำเนินงานด้านเอดส์ในกลุ่มของโรงเรียน เด็ก เยาวชน ในโรงเรียน เด็ก เยาวชน ในสถานพินิจ แรงงานทั่วไป หญิงบริการ ชายบริการ บริการฝากครรภ์ แรงงานข้ามชาติ และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีการจัดตั้งคณะกรรมการทุกภาคส่วน ร่วมกันจัดทำยุทธศาสตร์ฯ จังหวัด ให้ท้องถิ่นมีส่วนร่วมด้วย โดยขอให้ตั้งงบประมาณสนับสนุน และมีการตั้งเป้าหมาย และพยายามเข้าถึงเป้าหมายให้ได้

ศูนย์อนามัยที่ 3 จังหวัดชลบุรี

ศูนย์อนามัยเน้นเรื่อง PMTCT (การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก) ถ้าแม่ติดเชื้อ 1 ใน 3 ของลูกจะติดเชื้อ หากให้บริการยาต้านไวรัสในแม่ติดเชื้อที่ตั้งครรภ์ จะลดเหลือร้อยละ 3-6 เน้นกระบวนการทำงานให้ครอบคลุมอยู่ร่วมกันได้ (PROM 3-4) ติดเชื้อเอชไอวีแล้วตั้งครรภ์จะปฏิบัติอย่างไร ตั้งครรภ์แล้วทำอย่างไรลูกจะไม่ติดเชื้อ ลูกอยู่ดีแข็งแรงได้อย่างไร การอยู่ในครอบครัวได้อย่างมีความสุข โดยผู้อำนวยการศูนย์ฯ รับนโยบาย ถ่ายทอดสู่ผู้ดำเนินงานในศูนย์อนามัย

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

กระบวนการทำงาน ภาครัฐ ทุกกระทรวง และสำนักงานวิชาการฯ ที่เกี่ยวข้องมีความตระหนักรู้แล้ว จึงสนับสนุนงบประมาณจากแต่ละกรมฯ เพื่อมาทำงานบูรณาการการทำงาน มีโครงการ และกิจกรรม ที่เกิดขึ้น โดยเฉพาะภายในกระทรวงสาธารณสุข กรมอนามัย สำนักงานปลัดกระทรวง แต่จากกระทรวง กรมอื่นๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงศึกษา ยังไม่เกิดภาพที่ชัดเจน สำหรับท้องถิ่นมีบทบาทในการดำเนินการป้องกันโรค ซึ่งขึ้นอยู่กับแผนงานและสถานการณ์ เจ้าหน้าที่ด้านสาธารณสุขมีน้อย และต้องดำเนินการทุกเรื่อง มีหน่วยงานด้านเอกชน NGO เข้ามาทำงานในภาพของการป้องกัน การทำงานร่วมกับชุมชน และยังพบภาพการทำงานด้วยใจของคนทำงาน

การแปลงแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติยังไม่สามารถทำได้ ส่วนมากเริ่มดำเนินการที่ สสจ. แต่ยังไม่มี การถ่ายโอนอำนาจไปถึงระดับตำบล หรือท้องถิ่น ซึ่งวิธีการจะเป็นการมัดรวมแผนฯ ที่มาจากส่วนกลาง ไม่ได้มาจากร่วมคิด ร่วมทำ แต่เป็นแบบต่างคนต่างทำ ที่เห็นได้ชัดในเรื่องการแปลงแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ ถ้าใช้ Strategy road map จะสามารถเกิดการเชื่อมต่อการทำงาน และนำสู่การปฏิบัติได้ และการทำงานในรูปแบบของ PCM ของ GF จะเป็นการทำงานที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์ที่ 1 ของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ ระดับชาติ และมีการประชุมปรึกษาหารือเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับงานด้านเอดส์ทั้งโรงพยาบาล ได้แก่ แพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เพื่อวางแผนการทำงาน รวมทั้งมีการเชิญ เจ้าหน้าที่ทันตแพทย์ เข้ามาร่วมดำเนินงานด้วย เพื่อ การให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อแบบ ครอบคลุม และครบทุกด้าน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

การเปลี่ยนแปลงนโยบายสู่การปฏิบัติ มีการนำแผนยุทธศาสตร์เอดส์ มาศึกษา และในหลายๆเรื่อง จำเป็นต้องประสานงานการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ซึ่งมีการจัดประชุมหารือและวางแผนงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ ปี 2551 จำนวน 1 ครั้ง และงานสัมมนาโรคเอดส์ในจังหวัด 12 ครั้ง โดยการสนับสนุนระหว่างองค์กร ศปอจ. (ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด2) ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก เพื่อให้ทำงาน ร่วมกับเครือข่ายมากขึ้น โดยแยกเป็น เครือข่ายด้านการรักษา เครือข่ายด้านการป้องกัน และการทำ HR ร่วมกับ หน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง

คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์จังหวัด มีการจัดกิจกรรมการรณรงค์ตามวันสำคัญ การ สํารวจแหล่งแพร่ มีการสนับสนุนเบี้ยเลี้ยง แก่เจ้าหน้าที่คนทำงาน และการจัดอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับด้านโรค เอดส์ และการป้องกัน

ดำเนินการจัดตั้ง ศปอจ - PCM ที่เป็นเครือข่ายอำเภอดำเนินการเอง บริหารจัดการเอง มีการวางแผนการ ดำเนินงาน ร่วมกับ เครือข่ายอำเภอ และโรงเรียน โดยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก (GF) โดยจังหวัด เป็นผู้ดำเนินการผลักดัน PCM มีโครงสร้างประกอบด้วย งบประมาณ บุคลากร สำนักงาน และเบี้ยเลี้ยงประชุม โดยคณะกรรมการ PCM เป็นผู้เชื่อมประสานเครือข่ายท้องถิ่นให้เกิดความยั่งยืน ซึ่งควรสร้างให้เกิดทุก อบต. และ จังหวัดจะเชิงเทรากำลังดำเนินการพิจารณาเครื่องมือปรับหลักสูตร ขยายไป 1 อำเภอ 1 อบต. เป็นการสร้าง เครือข่ายการทำงาน ที่เน้นให้เกิดเครือข่ายในระดับตำบล โดยการทำให้เกิด facilitator ให้คนเข้าร่วมประชุมมี ส่วนร่วม นำไปสู่เป้าหมาย มีการรับให้การปรึกษา จะดำเนินงานอย่างไร ในส่วนของคํการบริหารส่วนจังหวัด (อบจ.) ให้ตั้งนายกฯ เป็นคณะทำงาน แล้วเวลาเข้าระบบก็ขอผ่านทางนายกฯ และมีคณะกรรมการเอดส์ จังหวัดมีการจัดประชุม ทำให้ทราบถึงก้าวหน้าการทำงานและแลกเปลี่ยนความเห็นกันระหว่างองค์กร ทางด้าน คณะ PCM มีงบประมาณสนับสนุน รายไตรมาส โดยคัดเลือกเครือข่ายที่ทำงานจริง มีผลงานชัดเจน มี สสจ. เป็น ประธาน กลุ่มงานเอดส์เป็นเลขาฯ

การทำงานตาม 8 ภารกิจหลัก ทุกจังหวัดวิธีการต่างกัน สสจ.จะเชิงเทร เน้นงานด้านการป้องกัน และ การรักษา และเนื่องจากงบประมาณสนับสนุนจากส่วนกลางลดลงเรื่อยๆ คณะ PCM จึงเน้นให้เกิดการทำงาน ประสานกับองค์กรท้องถิ่น เพื่อให้สนับสนุนงบประมาณจากหน่วยงานต่างๆ มาใช้ ให้เกิดการบูรณาการงาน แก่ ทุกหน่วยงานภายในจังหวัด จนไม่จำเป็นต้องรอสนับสนุนงบประมาณของกองทุนโลก ซึ่งทำให้เกิดการทำงาน โดยมีเครือข่ายระดับอำเภอ ที่เป็นเครือข่ายการทำงานด้านเอดส์เข้าเป็นภาคี ของ PCM และนอกจากนี้ยังมีการ

² ทำหน้าที่ 1) บูรณาการกลยุทธ์ป้องกันเอดส์ในเยาวชน และการดูแลรักษาเอดส์เข้าสู่กระบวนการนโยบาย และระบบบริการสังคม และ สุขภาพของจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด (ในรูปแผนพัฒนาจังหวัด) 2) อํานวยการให้เกิดการเรียนรู้ และใช้ประโยชน์จาก รูปแบบ และวิธีการป้องกันและดูแลรักษาเอดส์ที่มีประสิทธิผล เพื่อให้หน่วยงานและบุคลากรในจังหวัดสามารถจัดการภารกิจได้อย่างยั่งยืน 3) ประสานแผนงานให้เกิดแผนที่นำทาง (Road Map) แสดงขั้นตอนของการจัดกิจกรรมของหน่วยงานต่างๆภายในจังหวัด เพื่อให้เกิดการ ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งผลให้เกิดการติดเชื้อเอดส์รายใหม่ในจังหวัด 4) ระดมความร่วมมือและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาคส่วนต่างๆ ใน จังหวัด เพื่อให้เกิดกิจกรรมการป้องกันเอดส์ในเยาวชน และการดูแลรักษาโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง จนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งจังหวัด 5) การสร้างระบบ และวิธีการสนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ ที่เข้าร่วมภารกิจ สามารถกำกับกิจกรรมที่จัดวางร่วมกันให้เกิดการประสานอย่าง เป็นระบบ ตลอดจนจัดวางแนวทางการประเมินผลนโยบายให้ชัดเจน

พยายามที่จะทำงานไปตามกลุ่มงาน ให้งบประมาณสนับสนุน เพื่อให้คณะกรรมการเอดส์ ดำเนินงานในกลุ่มเป้าหมายของหน่วยงาน เช่น ในเรือนจำ ใน สสอ. และ พมจ. โดยมีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) เป็นผู้ประสานงานการดำเนินงานให้ เกิดความยั่งยืน

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เทศบาลใช้แผนยุทธศาสตร์บูรณาการเอดส์ชาติ ในการควบคุมโรคและป้องกัน โรคติดต่อ โดยบูรณาการดำเนินการทุกโรค งบประมาณจากเทศบาล มีความยืดหยุ่นในการจัดทำแผนฯ และงบประมาณมีความยืดหยุ่นไปตามแผนงาน/โครงการ รวมทั้งขั้นสุดท้าย คือ การนำไปหาเสียงกับประชาชน ถ้าแผนฯ สนองตอบต่อประชาชน ก็ จะได้รับการตอบสนองให้ดำเนินการ

โรงพยาบาลศูนย์

คลินิกให้บริการสำหรับเด็ก เป็น One-stop-service มีแพทย์เป็นผู้ดูแล และมีทำการจัดกิจกรรมกลุ่มทุกวันอังคารช่วงเช้า คลินิกประกอบไปด้วย แกนนำผู้ติดเชื้อ 1 คน ผู้ช่วยเหลือคนไข้ 1 คน พยาบาล 1 คน ผู้ป่วยรับยาทั้งหมด 600 คน เป็นต่างด้าว 3 คน สามารถเบิกได้ 24 คน สิทธิประกันสังคม 300 คน และ สิทธิ UC 300 คน นอกจากนี้ ยังจัดกิจกรรมการทำกลุ่มบำบัด ผู้ป่วยจะมารับยาเองประมาณ 100 คน ทุกวันเสาร์สิ้นเดือน

โรงพยาบาลศูนย์ เน้นการจัดกิจกรรมกลุ่มบำบัด และดนตรีบำบัด มีอาจารย์มาจากกรุงเทพมหานคร กลุ่มบำบัดจะเป็นแกนนำจากต่างจังหวัด ประธานเครือข่ายเข้ามาช่วยจัดกิจกรรม การทำงานเน้นให้เครือข่ายเข้ามาช่วยเหลือซึ่งกันและกัน โดยมีเภสัชกร และ แพทย์รับผิดชอบแต่ละกลุ่ม ปี 2550 ได้งบประมาณ งบ GF เป็นงบประมาณลงทุนสำหรับ พัฒนาศูนย์เครือข่ายดูแลเด็ก one-stop-service โดยมีแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ร่วมกันจัดกิจกรรมกลุ่มเครือข่าย (แบ่งเด็กตามอายุ) ให้ความรู้ในเรื่องการอยู่ร่วมกัน และความรู้ในการดูแลเด็ก ให้ผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ได้มีที่ประชุมหรือร่วมกับกลุ่มเจ้าหน้าที่ เพื่อเริ่มเข้าสู่ คลินิกทานตะวัน ซึ่งคลินิกทานตะวันจะเป็นหน่วยงานที่ดูแลผู้ป่วยต่อไป ถ้าเป็นผู้ป่วยรายใหม่ จะให้พบแพทย์เพื่อเริ่มสูตรยา และส่งไปพบเภสัชกรเพื่อดูแล เรื่องการแพ้ยา รวมทั้งระเบียบวินัยของการรับประทานยาต้านไวรัสฯ และให้กลับไปพบแพทย์เมื่อมีโรคแทรกซ้อน มีอาการแพ้ยา ดื้อยา และการปรับสูตรยาตามมา

สำหรับข้อตกลงก่อนจะเริ่มรับยาต้านไวรัสฯ ต้องดูผลเทียบกับยา Bactrim ก่อน ว่าแพ้จริงหรือไม่ และได้มีการลงบันทึกใน OPD card หรือไม่ และพร้อมกับบันทึกลงในใบสั่งยา ลงในระบบ counseling ไม่สามารถส่งจ่ายยาได้ การเริ่มรับยาต้านไวรัสฯ ใน 2 สัปดาห์แรก ต้องให้คำปรึกษาโดยแกนนำ และมีข้อสอบ Pre-post test เพื่อทดสอบการแพ้ยา ถ้าไม่แพ้ยาก็จ่ายยาตามใบสั่งแพทย์ได้เลย โดยเภสัชกรจ่ายยาและเป็นผู้ตรวจสอบการแพ้ยา และบันทึกผลเหล่านั้น การติดตาม Adherence พบว่าในเด็กมากกว่า 95% ดำเนินการได้ 85% และแต่ในรายที่ผู้ใหญ่ สามารถดำเนินการได้ 90%

กรณี Lose follow up โรงพยาบาลใช้ NAPHA log book โดยการขอหมายเลขโทรศัพท์ของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อทุก case เพื่อนำมาลงในสมุด lose follow up และจะมีการติดตามหมายเลขโทรศัพท์ล่าสุดของผู้ป่วยที่มารับยาต้านไวรัสฯ หรือการประชุมพบกลุ่มสม่ำเสมอ ซึ่งมีหมายเลขโทรศัพท์ (ใช้โทรศัพท์ติดตามผู้ป่วย) ของ

โรงพยาบาลเพื่อ 1) โทรตาม 2) ให้เวชกรรมตามให้ 3) เจ้าหน้าที่ขับรถไปที่บ้านด้วยตัวเอง ในกรณีที่เกิดเหตุประสพภัย ก็จะเรียกรถจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเพื่อให้ความช่วยเหลือ

โรงพยาบาลชุมชน

การดำเนินงานด้าน TB/HIV และยาเสพติด สามารถทำควบคู่กันไปได้ ผู้ป่วย TB ทุกรายต้องได้รับการตรวจคัดกรอง HIV/AIDS ซึ่งดำเนินการได้ทุกราย 100% โดยมีการ counseling ทุกราย ทั้งนี้มีเจ้าหน้าที่งาน TB 1 คน และเจ้าหน้าที่งานเอดส์ 1 คน ทำงานร่วมกัน ซึ่งการทำงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสามารถเชื่อมโยงประสานงาน และทำงานแทนกันได้ สำหรับการบำบัดยาเสพติดมีการให้ counseling เพื่อคัดกรอง HIV/AIDS ด้วย

ศักยภาพการทำงานของเครือข่าย มีความคล่องตัว ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลแบบครบคลุม ไม่มีติดขัด การดูแลแบบให้ผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง โดยทีมงานในโรงพยาบาลที่มีความเข้มแข็งในการทำงาน เป็นทีมทำงานสหสาขา สหวิชาชีพ มีการประชุมทีมทุก 3 เดือน และจ่ายยาต้านไวรัส 2 ครั้ง ต่อเดือน ต้องมาพบกันอยู่แล้ว มีการนิเทศงานจาก สสจ. จะมีการมาพบกันเพื่อเติมเต็มในกระบวนการทำงาน แลกเปลี่ยนกระบวนการทำงานร่วมกัน แก้ไขปัญหาในการทำงาน และมีเครือข่ายสถานีนามัย เครือข่ายชุมชนช่วยดูแล ผู้ช่วยในชุมชน หรืออาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) มีการติดตามดูแลรักษา และติดตามผลจากการรักษา

สำหรับบทบาทเครือข่ายภายนอกโรงพยาบาล ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไม่ยอมเข้ารับบริการ (ผู้ป่วยจะคุ้นเคยกับเจ้าหน้าที่สถานีนามัยมากกว่า) เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล จะให้เจ้าหน้าที่สถานีนามัย เข้าไปเยี่ยมบ้าน พุดคุยให้การดูแลที่บ้านทุกวันจนผู้ติดเชื้อยอมเข้ามารับการรักษา กรณีเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อ หากไม่มารับยา ขาดยา เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลจะประสานงานให้ เจ้าหน้าที่สถานีนามัย ติดตามมารับยา นอกจากนี้มีการสร้างทีมวิทยากร ทุกอำเภอ รวมกลุ่มในชุมชนเป็น Zone 10 สถานีนามัย แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบ การร่วมกันเป็นวิทยากร มีการประชุมเตรียมงาน และแบ่งหน้าที่รับผิดชอบงานร่วมกัน อสม. ได้รับการอบรม เพิ่มเติมเรื่อง HIV และมีการเพิ่มเติมความรู้ใหม่ๆ ในการอบรมทุกครั้ง การเยี่ยมบ้าน การติดตามผู้ป่วย โดยทำงานร่วมกับศูนย์องค์รวม (ชมรมตะเกียงชีวิต) และสาธารณสุขประจำอำเภอเป็นประธานในการประชุมเครือข่ายปีละ 1 ครั้ง เป็นการประชุมคณะกรรมการเอดส์ระดับอำเภอ การประชุมหน่วยงาน มีการรายงานสถานการณ์ เช่น ยอดผู้ติดเชื้อเข้ารับการรักษามากขึ้น เพื่อให้เห็นภาพสถานการณ์การดูแลรักษา มีการจัดแผนทำงานร่วมกันในวันเอดส์โลก และ มีการคิดโครงการร่วมกันโดยพิจารณาจากปัญหาในพื้นที่ โดยสถานีนามัย เป็นส่วนหนึ่งในการดำเนินการเสนอโครงการ เพื่อของบประมาณ สนับสนุนจาก อบต. และ อปท.

คณะทำงานกลุ่มก้าวหน้าอำเภอบางน้ำเปรี้ยว มีการจัดอบรม กระบวนการการเรียนรู้เรื่องสุขศึกษา มีการเลือกพื้นที่โรงเรียน ให้ครูไปตรวจประเมิน และเมื่อครบ 6 เดือน จัดเวที วิชาการ 1 ครั้งเพื่อเป็นเวทีในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เสนอผลการดำเนินงาน และมีการจัดการเรียนการสอนในชั้นเรียน 16 คาบ เป็นกิจกรรมส่งผลให้ได้ผล UNGASS คำถาม 5 ข้อ การอบรมแกนนำอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) เพื่อนำไปถ่ายทอดความรู้ให้กับคนในชุมชน มีการจัดอบรมเรื่องการป้องกัน เบี่ยงชีพ ร่วมกับหน่วยงาน อื่นๆ การดำเนินการให้ เทศบาล หรือ อบต. มีศูนย์บริการสุขภาพ

การทำงานเครือข่ายในพื้นที่ดีมาก มีเทคนิคการสอนสุขศึกษาในกลุ่มศาสนาอิสลามมากกว่าร้อยละ 70 การทำงานของทีมสหสาขาวิชา ในโรงพยาบาลไม่มีปัญหา นำโดย นายแพทย์ สมลักษณ์ นิมไธสง และเครือข่าย เข้มแข็ง เครือข่ายเพื่อนวันพุธ มีผู้ติดต่อจากพื้นที่อื่น เช่น กรุงเทพมหานคร และ จังหวัดพระนครศรีอยุธยา มารับ ยาที่โรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยวด้วย

สถานการณ์การป้องกันและรักษา: เยาวชน อายุต่ำกว่า 18 ปี ที่ตั้งครรภ์แบบไม่ต้องการมีจำนวนมากขึ้น จะให้บริการ counseling ก่อน และแนะนำสถานที่ที่จะไปทำแท้ง ด้านยาเสพติดที่เข้ามารับการบำบัด วันละ 2-3 ราย ซึ่งจะให้ค่าตอบแทนสำหรับคนที่พามา รายละ 1,000 บาท กลุ่มที่มารับบริการคือ ผู้ใช้ยาบ้า (อัตราการใช้ ฤๅยาอันตราย ร้อยละ 30)

งานแม่สู่ลูกของโรงพยาบาลบางน้ำเปรี้ยว มีจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่รับบริการยาต้านไวรัส (PMTCT) อยู่ จำนวน 4 คน คลอดแล้ว 2 ราย เหลือ 2 ราย ให้ยา 100% ตาม criteria จากปี 2546 เป็นต้นมา จำนวนเด็กที่ คลอดจากแม่ติดเชื้อ 31 คน ไม่มีเด็กคนใดติดเชื้อจากแม่เลย ทั้งนี้เนื่องจากได้ประสานงานและร่วมมือกับห้อง คลอด เรื่องการให้นม การให้ยา และการผ่าท้องคลอด รวมทั้งการให้การรักษาเพื่อทำหมัน ในแม่ทุกราย

ในกรณีตั้งครรภ์กับสามีใหม่ และในการตั้งครรภ์ใหม่ครั้งนี้ลูกไม่ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ คู่ที่มีผลเลือดต่าง แต่สามารถอยู่ร่วมกันได้เพราะการจัดกิจกรรม couple counseling ทั้งก่อนและหลังตรวจเลือดในระหว่างการ ตั้งครรภ์ด้วย สำหรับ HIV-QUAL-T การให้ prophylaxis ในการรักษาทางเลือด มีการแนะนำวิธีการให้แก่กลุ่ม เครือข่ายแกนนำของศูนย์องค์กรร่วม เพื่อร่วมเป็นทีมสุขภาพดำเนินการ

เด็กที่ติดเชื้อ : ในกรณีที่แม่ไม่ได้ฝากครรภ์ (No ANC) และเจาะเลือดได้ครั้งเดียว ขณะนี้กำลังให้ยาต้าน ไวรัสอยู่ 2 ราย (คลอดจากที่อื่น) ทั้งหมด 7 ราย (ให้ยาต้านฯ ตาม criteria) ผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสมีจำนวน 115 ราย เปลี่ยนสูตร 1 คน ดำเนินการครอบคลุม 100 เปอร์เซ็นต์

สรุปได้ว่า ในยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่าง ๆ เป็นการส่งเสริมให้เกิดการ ดำเนินงานเชิงนโยบายด้านเอดส์ในหน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง ขยายความร่วมมือการดำเนินการด้านเอดส์กับ องค์กรธุรกิจเอกชน NGOs ภาคประชาสังคม เช่น คณะอนุกรรมการฯเอดส์จังหวัด ตรวจราชการแบบบูรณาการ เพื่อมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์ พัฒนาศักยภาพ อปท.ด้านแผนงาน/โครงการเอดส์ รวมทั้งบูรณาการโครงการกองทุนโลก เข้าสู่ระบบปกติ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบูรณาการการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาเอดส์ ตามประชากรทุกกลุ่มเป้าหมายงานด้านการรักษา

สำนักงานควบคุมป้องกันโรค

ภาพรวมการทำงานของ สคร. 3 มีการตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันแก้ไขปัญหเอดส์ มุ่งเน้นงานเอดส์เป็นงานประจำ เพื่อประหยัดงบประมาณ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ไม่ได้ดำเนินการตาม ยุทธศาสตร์บูรณาการฯ ฉบับที่ 10 แต่ดำเนินการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ เช่น การจ่ายเบี้ยยังชีพ ตามภารกิจ เท่านั้น ส่วน PCM มีบทบาทร่วมกันทั้งจังหวัด สคร.เป็นเจ้าหน้าที่ Technical support ผลักดันแผนฯ จากระดับ ท้องถิ่น และชุมชนขึ้นมาในระดับจังหวัด โดยการทำงานของ PCM และแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันแก้ไข

ปัญหาเอดส์ไม่ถึงระดับปฏิบัติ หรือชุมชน คณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัดยังไม่ยึดการทำงานตามยุทธศาสตร์
บูรณาการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ แต่เน้นการทำงานตามกิจกรรม และดำเนินการในลักษณะ Intervention
ต่างๆ

การบริหารจัดการเรื่องถุงยางอนามัย ที่ได้รับสนับสนุนจาก สปสช. โดยสคร. ทำหน้าที่ในการกระจาย
ถุงยางอนามัย ซึ่งเพียงพอทั้งเขต ไม่พบปัญหาการขาดแคลนถุงยางอนามัย แต่อาจเกิดปัญหาการชำรุดจาก
แหล่งสนับสนุนหลายแหล่ง ทำให้เกิดการซื้อถุงยางอนามัยเกินความจำเป็น การเข้าถึงถุงยางอนามัยมีมากขึ้น แต่
การนำไปใช้จริงหรือไม่ขึ้นอยู่กับความตระหนัก และพฤติกรรมของประชาชนเอง

การให้การปรึกษา สามารถเข้าถึงได้ทุกคน แต่ด้านคุณภาพการให้คำปรึกษายังไม่มีการประเมิน การให้
การปรึกษานั้น สคร. ดูแลในภาพรวม 5 ด้าน การให้การปรึกษา VCT เคยได้งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก
ภายหลัง VCT เป็นเรื่องงานปกติของ สคร. ที่ช่วยเข้าไปดูเรื่องคุณภาพของระบบบริการการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและ
ผู้ป่วยเอดส์ (มาตรฐานการดูแลรักษา กระบวนการพัฒนาคุณภาพบริการ การวัด/ประเมินศักยภาพการให้บริการ)
และการประสานงานคุณภาพการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ด้วย HIVQUAL-T ซึ่งจะดูแล ด้านร่างกาย มีแผนการพัฒนา
ตามงานปกติ รวมทั้งดูแลเรื่องคุณภาพให้พัฒนามากขึ้น เช่น การขยาย HIVQUAL-T ในพื้นที่ สคร. 3 ซึ่งอาจเป็น
ตัวชี้วัดที่ สปสช. พิจารณา และสนับสนุนงบประมาณด้วย

สรุปได้ว่า Main activities ในส่วนของยุทธศาสตร์ที่ 2 ประกอบด้วย การป้องกัน (Prevention) VCCT,
PMTCT, Condoms & Lubricants Promotion เครือข่ายการทำงานในกลุ่มเยาวชนและ MSM ในส่วนการดูแล
รักษา เช่น TB/HIV ฟันฟูคลินิกด้าน STIs คลินิกและคลินิกเคลื่อนที่ ด้าน STIs และ VCT สำหรับกลุ่ม MSM
คลินิก IDU รวมทั้งการรณรงค์/ประชาสัมพันธ์

ผลการดำเนินงานด้าน TB/HIV และยาเสพติด

การดำเนินงานด้าน TB/HIV และยาเสพติด สามารถทำงานควบคู่กันไปได้ และผู้ป่วยที่เป็น TB ทุกราย
ต้องได้รับการตรวจคัดกรอง HIV/AIDS โดยมีการ counseling ควบคู่ไป ทำให้เกิดความเชื่อมโยง สามารถ
ประสานงาน และทำงานแทนกันได้ อีกทั้งยังที่ทีมงานพัฒนาคุณภาพที่ประกอบด้วยสหสาขาวิชาชีพ โดยเจ้าหน้าที่
งาน TB 1 คน และเจ้าหน้าที่งานเอดส์ 1 คน ทำงานร่วมกัน นอกจากนี้การบำบัดยาเสพติดมีการให้ counseling
เพื่อคัดกรอง HIV/AIDS ด้วย การทำงานของเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลสามารถนำผลการวัดคุณภาพสู่การพัฒนา
คุณภาพการให้บริการที่ต่อเนื่อง ยั่งยืน และงานพัฒนาคุณภาพได้รับการสนับสนุนและอยู่บนระบบโครงสร้าง
พื้นฐาน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

TB/HIV โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) มีการควบคุมการกระจายเชื้อวัณโรค ของเจ้าหน้าที่ใน
หน่วยงานสาธารณสุขจังหวัด(สสจ.) จัดให้มีงบประมาณ สำหรับปรับปรุง สิ่งแวดล้อม ซ้ำเชื้อในอากาศ จัดสรร
งบประมาณสำหรับโรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา มีเครื่องตรวจ IC มากกว่า 100 เครื่อง โดย
TUC มาช่วยสนับสนุนตรวจ TB/HIV ช่วงแรกๆ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาล และสสจ. เข้ารับการอบรม VCT ตรวจคัด

กรอง TB/HIV และนำไปขยายผลถ่ายทอดต่อทั้งจังหวัด การตรวจคัดกรอง ส่วนใหญ่เพื่อการรักษา แต่การเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยมีจำนวนน้อยสามารถเข้าถึงยาต้าน ได้รับยาต้านเท่าเทียมกัน แต่ด้าน adherence และโรคแทรกซ้อน ยังขาดการดำเนินการกำกับติดตามอยู่ การเข้าถึงยาต้านไวรัสฯ แตกต่างกัน หากไม่พิจารณาความพร้อมหลายๆ ด้านนี้ ก็เหมือนเป็นการทำร้ายผู้ป่วย

TB/HIV จะเตรียมสนับสนุนด้านองค์ความรู้ แล้วเจ้าหน้าที่ นำไปอบรมให้เจ้าหน้าที่ เพื่อให้มีความรู้พร้อมที่จะให้คำปรึกษาต่อ โดยการเชิญเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลศรีธัญญา สภาวิชาชีพไทย มาให้การอบรม ให้ความรู้ และมีการประเมินผลว่า ดีขึ้นจริงหรือไม่ งานด้านวัณโรค ควรจะได้ดูให้ครบวงจร โดยทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่งานเอดส์ ทำให้มีการประสานงานที่ดี ช่วยเหลือผู้ป่วยแบบครบวงจร แต่ยังไม่ได้ประสานงานอย่างเป็นทางการเพราะเป็นการเน้นตามความสนใจ และตามลักษณะอาการของโรค รวมทั้งจัดให้มีเจ้าหน้าที่ของสสจ. มาเป็นวิทยากร แลกเปลี่ยนในการอบรมที่โรงพยาบาล การปรับเปลี่ยนสูตรยา ประสานให้แพทย์คัดกรองเบื้องต้น และส่ง Fax ผลไปยัง สปสช. เครือข่ายให้การดูแลเด็กและยาต้านไวรัสฯ มีนายแพทย์ของโรงพยาบาลรับผิดชอบดูแล

การมีทีมสหสาขาวิชาชีพพร้อมทำงาน มีการดูแลเด็กแบบใกล้ชิด และมีการทำ Conference คณะทำงานในวันอังคารบ่าย เดือนละหนึ่งวัน ส่วนของ ANC เป็นระบบ โดยใช้ AD 7 follow ในการติดตาม guideline ด้านการดำเนินงาน Home Health Care มีอยู่ทุกโรงพยาบาล โดยมอบหมายให้ศูนย์องค์รวมออกไปเยี่ยมบ้าน เพื่อพบกลุ่มเป้าหมายและให้การช่วยเหลือด้านการดูแลรักษา เรื่องถุงยางอนามัย ได้รับสนับสนุนจาก สคร. และ อบจ. เป็นลักษณะการซื้อจากตู้หยอดเหรียญ และงบประมาณในการซื้อถุงยางอนามัยสำหรับเดิม ตั้งแต่ปี 2551 มีจำนวน 500 ตู้ แต่ปัญหาคือ ตู้ถูกขโมย และตู้เสีย มีผู้รับผิดชอบ คือ อสม. อบต. ร้านค้า หรือผู้ที่สนใจอยากดูแลตู้ถุงยางอนามัย การ Counseling เข้าระบบคุณภาพ มีการดำเนินงานเพิ่มเติมโดย สปสช. โดยทำแบบ Advance counseling ซึ่งถือว่าอยู่ในระดับที่ดีมาก สำหรับระดับ Basic counseling ก็จัดเข้าไปแต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งการทำ Couple Counseling, ยาต้าน Disposer การดื้อยา ยังคงมีบ้าง โดยดูข้อมูลจากโปรแกรม NAPHA ในระยะแรก เป็นการเปลี่ยนสูตรยา ทั้ง HIV และ TB

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ผลการดำเนินงานด้านเพศศึกษา

ครูผู้สอนไม่ยังมีความมั่นใจ และขาดทักษะในการสอน ชุมชน ผู้ปกครองยังไม่เปิดรับเรื่องเพศศึกษาว่าสมควรจะให้ครูสอนหรือไม่ ซึ่งองค์กร PATH ได้เข้ามาช่วยเหลือด้านการพัฒนาอบรมครู โดยการสนับสนุนอุปกรณ์ สื่อ ต่างๆ การดำเนินการ ตั้งแต่ปี 2549 – ปัจจุบันจำนวน 12 โรงเรียน (มัธยม) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศสูง และส่งหลักสูตรให้ครูเป็นผู้คิดแนวทางในการสอน 16 คาบใน 1 ปีการศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมศึกษา นอกจากนี้มีการทบทวน ประเมิน การสอน พบว่าผู้เรียน ยอมรับ ชอบ สนุกสนานกับการเรียนวิชาเพศศึกษา ทักษะชีวิต เป็นการกระตุ้น ให้คิดจริง ปฏิบัติจริง ให้เกิดการเรียนรู้ ตามกระบวนการที่สอนแบบเน้นให้คิดเอง

ผลการดำเนินงานองค์กร PATH

ในพื้นที่เขต 3 มีพื้นที่เป้าหมายทั้งสิ้น 7 อำเภอ 12 โรงเรียนที่ดำเนินการ ซึ่งความพอใจน้อยต่อผลการดำเนินงานค่อนข้างน้อย โดยในปี 2549 เริ่มที่ 5 โรงเรียน ซึ่งจะต้องมีการเตรียมครู กระบวนการสอน การสนับสนุนวิชาการ และในปี 2549 - 2552 ต้องมีจำนวนการสอน 12 ชั่วโมง และมีแผนการสอน 16 แผน/ปี อย่างต่อเนื่อง โดยครูสามารถนำผลการสอนเพศศึกษา ไปจัดทำผลงานปรับวุฒิ แต่การจัดทำแผนการสอนสามารถทำได้จริงเพียง 5-6 แผน/ปี เนื่องจากภาระงานและทักษะของครูผู้สอน

นอกจากนี้มีการจัดอบรมเรื่องเพศวัยรุ่น (เรื่องลูก) อบรมผู้ปกครอง 1 โรงเรียน พยายามให้โรงเรียนเชิญผู้ปกครองมาพูดคุยเชิงลึกเรื่องลูก จัดกิจกรรมให้เยาวชนจัดกิจกรรมกลุ่ม เรื่องเพศศึกษา โดยนักเรียนเอง จัดให้เยาวชนทำสื่อ นิทรรศการ ผนังเรื่องเพศ จัดเตรียมความพร้อมครูให้ไปสอนเรื่องเพศศึกษา และสามารถดำเนินงานและกิจกรรมด้านเพศศึกษาในโรงเรียน โดยเน้นให้นักเรียนปรับเปลี่ยนพฤติกรรม มีการให้คู่มือเครื่องมือ เตรียมครู ก ข ค เป็นวิทยากร มีการจัด Setting เรื่อง เยาวชนก้าวอย่างอย่างมั่นคงในโรงเรียนเมืองฉะเชิงเทรา โรงเรียนบางโพธิ์ โรงเรียนวัดจัน การจัดกิจกรรมดังกล่าวทำให้การทำงานกับผู้ปกครองมากขึ้น เกิดการสื่อสารเข้าใจกันระหว่างนักเรียน และผู้ปกครอง ปัญหาที่พบ คือการดำเนินการยังไม่ครอบคลุมทุกโรงเรียน

โรงพยาบาลศูนย์

งานด้านการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก (ANC Clinic: PMTCT) เริ่มจากการมารับบริการฝากครรภ์ ให้พบแพทย์ทุกราย งาน ANC ดูแลให้ทุกอย่างครบวงจร ผู้ป่วยอยู่แต่จุดเดียว ANC ทำการ Counseling เจาะเลือดทุกราย PICT และ เจาะเลือด post counseling เนื่องจากเป็นระบบบริการที่เอื้อสร้างความอบอุ่น ทำให้ผลการดำเนินงาน VCT ทำได้ครบ 100 เปอร์เซ็นต์ มีการตรวจเลือดทุกรายเป็นคู่ ทำการ VCT ทั้งคู่เบ็ดเสร็จจุดเดียว ในรายที่ยังไม่มา Counseling ก็จะมีการเจาะเลือดตรวจอัลสซีเมีย มีการคุยเพื่อเจาะเลือดตรวจกับแม่ทุกราย โดยมีเจ้าหน้าที่ จิตอาสา มาช่วยทำงาน จัด Counseling ที่โรงพยาบาล ชั้น 2 ทุกวัน และการทำ VCT ที่ชั้น 3 ใน ANC

โครงการ Program for HIV Prevention and Treatment (PHPT 5) เป็นโครงการร่วม ลักษณะเป็น Clinical Research ระหว่าง ประเทศของสหรัฐอเมริกา ประเทศฝรั่งเศส International NGO และประเทศไทย ประกอบด้วย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สภาการศึกษาไทย และมหาวิทยาลัยมหิดล หญิงตั้งครรภ์ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ จะได้รับการบริการฟรีตลอดโครงการ ยาต้านไวรัสฯ ที่จะได้เป็นยาที่ใช้เฉพาะ line ไม่ผ่านเภสัชกร จ่ายให้คนอื่นไม่ได้ เป็นยาที่ให้แม่กับลูก อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก 0% คือไม่มีเด็กติดเชื้อเลย ลักษณะบริการเป็นการพูดคุยร่วมกันระหว่างผู้ป่วย/เจ้าหน้าที่ นัด ultra sound นัดแพทย์ให้การดูแล บริการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่รวดเร็ว ทำงานเอื้อกัน จัดกุมารแพทย์ช่วยดูแล และมีแพทย์ 1 คน ดูแลเด็ก รวมทั้งการนัดติดตาม กรณีเด็กที่ติดเชื้อ แต่ที่ยังไม่เคยพบติดเชื้อเลย คือ 2 ปีที่ผ่านมา มีการติดตามดูจนครบรอบ 1 ปีครึ่ง โดยสูตรในการให้ยาต้านไวรัสใน PHPT 5 เป็นดังนี้

แผนภูมิที่ 7 สูตรในการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ใน PHPT 5

	Mother	Infant	
ZDV +	NVP-NVP	ZDV	NVP Reference
	Plac.-NVP	ZDV	NVP
	LPV/r	LPV/r + ZDV	ZDV

แผนภูมิที่ 8 โครงสร้างการทำงานของ PHPT (Program for HIV Prevention and Treatment)



กรณีที่แม่ติดเชื้อก่อนคลอดหรือหลังคลอด เมื่อคลอดลูกแล้ว จะถูกส่งมาที่คลินิกทันตวัน เพื่อ Counseling ให้ทำหมัน (ถาวร, condom) แม่ก่อนคลอด จะได้รับการให้ความรู้ เรื่องความดูแลใส่ใจจากบริการ การป้องกันอย่างไร และเด็กจะได้รับการป้องกันอย่างไร

การให้ความรู้ การให้นมแม่ เชื้อจะถ่ายทอดที่เปอร์เซ็นต์ ถ้าทำได้ผลป้องกันจะเท่ากับ 100 เปอร์เซ็นต์ และหากทำหมันจะปลอดภัยอย่างไร การใช้ condom ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ผู้อื่น ได้รับความร่วมมือดี จุดประสงค์ที่ ANC ส่งไป เพื่อให้รับยาต่อเนื่อง และให้คำปรึกษาเรื่อง การทำหมันเป็นทางเลือกที่ 2

การดำเนินการเกี่ยวกับการตรวจทางห้องด้านการรับ Order จากหน่วยงาน OPD ต่างๆ มีการจัดวัน HIV OPD ส่งมาก่อนฟังผล 1 วัน และรายงานผล ส่งผลไปยังหน่วยงานที่ดูแลเด็ก ผู้ใหญ่ หญิงตั้งครรภ์ ถ้ามีกรณี พิเศษ จะรายงานผล และมีการตรวจ CD4 viral load เพิ่มเติม

ด้าน TB/HIV: การคัดกรอง HIV และ TB

มีการคัดกรอง TB และ HIV 100% ในบางรายที่เป็น TB แต่ที่ไม่ยอมตรวจ HIV กำหนดให้มีการศึกษา HIV ใน TB โดยตั้งเป้าหมายเท่ากับ 100% ตั้งแต่ต้นปี 2551 ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่ HIV positive ต้องตรวจ คัดกรอง TB มีจำนวนทั้งสิ้น 186 ราย ที่มาคัดกรอง HIV post จากทั้งหมด 245 ราย มีประมาณ 20% ที่รับการ

คัดกรอง counseling โดยในกลุ่ม TB คัดกรอง HIV ทำได้ง่ายกว่าในกรณี HIV คัดกรอง TB ต้องใช้เวลาในการ Counseling นานพอสมควร

การทำ DCT Pre-counseling โน้มน้าวให้ตรวจ และบริการ TB แบบ one-stop service มี แพทย์มานั่งประจำคลินิก คอยให้บริการดูแล รักษา มีงบประมาณสนับสนุน 80,000 บาท สำหรับให้ความรู้ผู้ป่วย TB สถานีอนามัย และเวชกรรมสังคม ในโรงพยาบาล

CD4 threat TB, TB – HIV, HIV- TB จะดำเนินการเช่นเดียวกัน โดยมารับบริการที่ **คลินิกทันตวัน** เพื่อเข้ารับบริการต่างๆ ในรายที่กินยา ARV แล้วพบว่า มี TB น้อยมาก สำหรับยา TB จัดเป็น Unit dose ในระยะหลังจึงเปลี่ยนเป็น combination คือ รับประทานยา 1 เม็ด ตามที่เภสัชกรสั่ง การติดตาม adherence สามารถทำได้ง่ายขึ้น สำหรับการเข้าถึงยามีถึง 85% การกินยา drop out เนื่องจากมีการย้ายที่อยู่มากกว่า ดำเนินการให้ผู้ป่วย TB คัดกรอง HIV ประมาณ 13-15%

คลินิกเพื่อสตรี

ดำเนินการที่คลินิกติดตามหญิงในโรงพยาบาล หรือในสถานบริการ มีการลงเยี่ยมแหล่งแพร่ฯ โดยมีค่าใช้จ่ายสูงสุดประมาณ 100 บาท/ต่อครั้ง ปัญหาที่พบคือ ผู้มาใช้บริการน้อยกว่าตอนที่ตั้งอยู่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด คิดประมาณ 30 ราย/วัน จำนวนน้อยสุดประมาณ 5 ราย/วัน รวมทั้งสถานที่ไม่เอื้ออำนวย ไม่มิดชิด ห้องมีขนาดเล็ก และเป็นสถานที่นวดแผนไทย ทำให้การเข้าออกไม่สะดวกเท่าใดนัก

เด็กที่รับยาต้านไวรัส

ดำเนินงานร่วมกับเครือข่ายในชุมชน มีกิจกรรมการเยี่ยมบ้าน สร้างความคุ้นเคยกับงานดูแล เยี่ยมบ้านก่อนลงปฏิบัติงานจริง เพื่อจะได้รับความไว้วางใจ มีการประเมินผลการเยี่ยมบ้าน และมีการประสานงานกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล เพื่อรับ case มาตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ และจ่ายยาต้านฯ ได้เคยมีการวางแผนจะประสานงานกับสถานีอนามัย แต่จำเป็นต้องให้สถานีอนามัยเข้ามาคลุกคลีด้วย

การรณรงค์ป้องกัน

มีการรณรงค์ป้องกันในโรงเรียน และโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลรักษา โดยเฉพาะโรงเรียนในเขตเทศบาล โดยประสานงานติดต่อกับอาจารย์ฝ่ายแนะแนว เพื่อไปจัดกิจกรรมให้ หรือมีการจัดคาบเรียน 1 ชั่วโมง เชิญเจ้าหน้าที่จาก องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น และโรงพยาบาลเป็นวิทยากรพูดคุยเรื่องเกี่ยวกับ HIV โดยงบประมาณสนับสนุนของโรงเรียน รวมทั้งมีการวางแผนถึงโครงการก้าวอย่างยั่งยืน

การให้ความรู้เพื่อให้เกิดความตระหนักและเกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศมีองค์ประกอบที่สำคัญคือ 1) การให้ความรู้เพื่อพัฒนาทัศนคติที่ถูกต้องทางด้านเพศ และเพศวิถี 2) การสร้างทักษะชีวิตให้เยาวชนสามารถปรับใช้ในสถานการณ์เฉพาะหน้า 3) การจัดบริการทางสุขภาพสำหรับเสริมหนุนให้เกิดการดูแลรักษา และป้องกันโรค 4) การจัดเงื่อนไขและสิ่งแวดล้อมทางสังคมให้เอื้อต่อภาวะอนามัยเจริญพันธุ์ที่ปลอดภัย และ

5) การสร้างความร่วมมือกับเยาวชนกลุ่มเป้าหมายที่อาสาสมัครเข้าร่วมพัฒนาแผนงาน และดำเนินกิจกรรม ป้องกันและดูแลรักษาโรคเอดส์

อัตราการใช้ถุงยางอนามัย เมื่อดูภาพรวมของจังหวัด พบว่า มีการเปิดบริการ และตรวจสอบตู้หยอดเหรียญตลอด โดยได้รับการสนับสนุนจาก สคร. และ สสจ. ในการซื้อถุงยางอนามัยใส่ในตู้ ซึ่งมีเพียงพอตลอด ไม่ขาดแคลน แต่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยยังน้อยมาก คือมีเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น แสดงให้เห็นถึงการขาดความตระหนัก ใ้ใจ เพื่อน คู่ คนรู้จัก ด้านพฤติกรรม คงเดิมไม่เปลี่ยนแปลง โดยคิดว่ามีพฤติกรรมที่ปลอดภัย และ คิดว่าโรคเอดส์สามารถรักษาได้ มีความตระหนักเรื่องโรคเอดส์

การดูแลผู้ได้รับผลกระทบ

ประชาสงเคราะห์จังหวัด จ่ายเงินสนับสนุนรายละ 2,000 บาท โดยขอรับการสนับสนุนเงินจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด สำหรับช่วยเหลือผู้ที่เดือดร้อนวิกฤตเศรษฐกิจ และมีการจ่ายเบี้ยยังชีพจาก อบต. 500 บาท/เดือน ดำเนินการโดยศูนย์องค์รวมในโรงพยาบาลฉะเชิงเทรา ภารกิจเป็นเรื่องของการดูแลเด็ก ที่คลอดจากแม่ติดเชื้อ สำหรับผู้ใหญ่ สนับสนุนเรื่องการรับยาต้านไวรัส ซึ่งมีเป็นจำนวนมาก

ด้านบริการคลินิกกามโรค ไม่ได้แยก จะอยู่ที่ OPD หน่วยงานสูตินารีแพทย์ รับผิดชอบดูแล ในส่วนของ Clinic ANC ไม่ได้แยกคลินิก โดยจะแยกเฉพาะคลินิกยาต้านไวรัสเท่านั้น

สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด (พมจ.) ที่ให้เบี้ยยังชีพ ได้ให้ความช่วยเหลือ 39 ราย ในอำเภอบางน้ำเปรี้ยว ทั้ง ที่ผลเลือดบวก และไม่บวก ที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ เด็กปีละ 2,000 บาท มีเบี้ยยังชีพ ค่าอุปกรณ์การศึกษา

ปัญหาอุปสรรคด้านบุคลากร เจ้าหน้าที่ คือ คนทำงานมีจำนวนน้อยไม่เพียงพอ ต้องรับผิดชอบหลายงานพร้อมกัน ไม่พบการละเมิดสิทธิ เนื่องจาก ชุมชนยอมรับดี และผู้ป่วยบางรายไม่แสดงอาการอย่างชัดเจน เรียกว่า “ดูไม่ออก บอกไม่ได้”

ศูนย์อนามัยที่ 3 จังหวัดชลบุรี

ศูนย์อนามัยที่ 3 รับผิดชอบครอบคลุม 9 จังหวัด มีจำนวนประชากรมากที่ต้องดูแล ระบบการทำงานของศูนย์อนามัยในเชิงราชการไม่เข้มแข็ง แต่เครือข่ายการทำงานเข้มแข็ง กำลังมีการจัดตั้งศูนย์วัยรุ่น แต่ก่อน friend corner ที่เน้นมองเด็กสุขภาพดี พฤติกรรมเหมาะสม จากเดิมที่เน้นแต่เด็กป่วย ทำให้เด็กป่วยหลุดไป แล้วอยู่ในสังคมได้ ให้สังคมเกิดการยอมรับ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ กศน. พม. อบต. โดยต้องให้การสนับสนุนศูนย์อนามัยที่ 3 ในการทำงาน โดยไม่ขัดข้อง และเอื้อสังคม การลดผลกระทบ รวมทั้งนำผลการดำเนินงานสามารถเสนอรับการลดหย่อนภาษี ประเทศไทยอาจยังไม่เข้มแข็งพอที่จะหาระบบที่เหมาะสม

การมองปัญหาต้องมองเป็นภาพรวม และความเป็นจริง ต้องมองการทำงานตามบริบทของประเทศไทย โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อแล้ว มีเรื่องของสิทธิเข้ามาเกี่ยวข้อง เช่น การให้สิทธิกับแม่ ในการเลือกเปิดเผยผลเลือด การขอรับความช่วยเหลือ เป็นเรื่องการรักษาสีตติ ให้กับผู้ติดเชื้อและแม่ ในกรณีไม่มีเงิน ไม่มีงาน จะให้ความช่วยเหลือได้อย่างไร และนอกเหนือสิทธิต้องสามารถดูแลได้ตลอด 24 ชั่วโมง

หญิงตั้งครรภ์ที่คลอดมีจำนวน 450 ราย เด็กติดเชื้อมีจำนวน 31% (ประมาณ 16 คน) แม่ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี มีประมาณ 16% (ข้อมูล 24 เดือน) แม่อายุน้อย (ต่ำกว่า 18 ปี) จำนวน 150 คน กรมอนามัยได้ประสบผลกระทบบกกับการปฏิรูปการปกครอง ใน 5 ปีที่ผ่านมา ค่อนข้างมีผลกระทบน้อยเพราะเริ่มคุ้นเคยกับการมีงบประมาณน้อย จึงทำงานภายใต้งบประมาณที่มีอยู่น้อยเรื่อยมา

ต้องสนับสนุนให้มีการประสานกับโรงเรียน อบต. และหน่วยงานอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น ในการร่วมทำงานภายใต้พันธกิจหลัก ที่ทำให้คนอื่นทำงานส่งเสริมคุณภาพ โดยเป็นผู้สนับสนุนให้มีความสำเร็จด้วยกัน ถ้าหน่วยงานอื่นยังไม่ทำ ก็ต้องเป็นหน้าที่ของกรมอนามัยที่ต้องเข้าไปรับผิดชอบ

การเปลี่ยนแปลงของกรมอนามัยไม่มีปัญหา แต่ที่พบปัญหา คือ การถูกลดขนาดในด้านการบริการ แต่เป็นเพียง model เป็นบริการไม่ได้เต็มที่ ไม่มีคนสนับสนุนการทำงาน และถูกลดบทบาทลง งานส่งเสริมสุขภาพแตกต่างจากควบคุมป้องกันโรค รวมทั้งรูปแบบการบริหารงบประมาณนั้น งบประมาณไปอยู่ที่ท้องถิ่นต่างๆ อาจจะทำให้ลำบากขึ้น ในส่วนของ Model AZT แม้ผู้ดูแลของกรมอนามัย น่าจะเป็น model ที่ดีที่สุดในการทำงานด้านการดูแลแม่ และเด็ก

การดูแลผู้ได้รับผลกระทบ

ผู้ติดเชื้อ พ่อ แม่ พี่ น้อง ได้รับการช่วยเหลือโดยศูนย์เฉลิมพระเกียรติ ในโรงพยาบาลอำเภอ กระจายทั่วประเทศ โดยศูนย์สุขภาพชุมชน แต่ยังพบปัญหาการดำเนินงานในคนที่ไม่ยอมเปิดเผยตัว มีการจัดอบรม เข้าค่ายเด็กที่แม่ติดเชื้อ การช่วยเหลือต้องสอบถามจากสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดมีการอบรมทักษะชีวิต การจัดกิจกรรมให้วันสำคัญ ด้านงานวัณโรค มีการดำเนินงานผสมผสาน TB-HIV โดยผู้ป่วยวัณโรค 1 ราย ได้รับการดูแลแบบองค์รวม และได้รับการ counseling ทุกราย มีการ VCT – HIV ทำได้ร้อยละ 60-70 โดยพยาบาล VCT เจาะเลือด

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอชดี (Human Rights)

สำนักงานควบคุมป้องกันโรค

การให้ความรู้เรื่องสิทธิ เมื่อมีการจัดอบรมเรื่องใดๆ จะเพิ่มเติมเนื้อหาความรู้เรื่องสิทธิ เข้าไปในหลักสูตรการอบรมด้วย ทำให้การยอมรับของชุมชนดีขึ้น มีการจัดอบรมเพื่อให้คนในชุมชนเข้ารับการอบรม การเปิดเผยตัวตนในชุมชน ให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ปกติสุขมากที่สุด แกนนำชมรมตะเกียง ที่ทำงานด้านการเผยแพร่สิทธิ และการพบกลุ่มเยี่ยมบ้านมีจำนวน 20 คน ได้รับการยอมรับจากชุมชนดี หากมีการเปิดเผยตัว แต่การกระจายอำนาจการปกครอง มีผลต่อการเบิกจ่ายงบประมาณในหมวดการดูแล รักษา และการป้องกันด้านเอชดี (ก้านอบต. ต้องการทราบข้อมูลของผู้ป่วย)

การทำงานด้าน TB/HIV ยังไม่เป็นเนื้อเดียวกัน เป็นลักษณะการแยกส่วน มีการบูรณาการในกรณีคนทำงานด้าน TB/HIV- เป็นคนเดียวกัน ถึงแม้การทำงานจะแยกกัน แต่มีความคาบเกี่ยวกันในกิจกรรม เช่น การให้การศึกษา

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ร่วมกับสมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยด้านภัยเอดส์ (TBCA) ในการส่งเสริมผลักดันให้สถานประกอบการมีมาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ ASO Thailand ตามประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่องแนวปฏิบัติเรื่องการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดและการคุ้มครองสิทธิแรงงานด้านเอดส์ ไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติกีดกันในการทำงาน รวมทั้งตรวจเลือดก่อนทำงานในโรงงาน สิทธิของผู้ติดเชื้อในชุมชนโดยงบประมาณจากกองทุนโลก (GF) เพื่อเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจ และลดการเลือกปฏิบัติผู้ติดเชื้อเอดส์ประเทศไทย (ASO) ดำเนินงานในโรงงาน เพื่อสร้างมาตรฐานการลดการเลือกปฏิบัติ โดย เน้นเยาวชน และคนทำงาน ในสถานประกอบการ เนื่องานครอบคลุม คนทำงานทุกระดับอายุตั้งแต่ 15-17 ปี ขึ้นไป กิจกรรมการดำเนินการเป็นดังนี้

- 1) เชิญคนทำงาน ทำงานร่วมกับแรงงานจังหวัด สสจ. โดยการส่งหนังสือเชิญเข้าร่วมโครงการ เก็บข้อมูล base link เรื่องเอดส์ของโรงงาน ใช้จาก TBCA ข้อมูลจะส่งไปวิเคราะห์ที่ส่วนกลาง
- 2) สัมภาษณ์ผู้บริหารฝ่ายบุคคล เกี่ยวกับแนวปฏิบัติด้านเอดส์ การบังคับตรวจเอดส์ การ เลือกปฏิบัติ และการเก็บรักษาข้อมูลความลับของพนักงานในสถานประกอบการ
- 3) เชิญเจ้าหน้าที่ฝ่ายบุคคล (HR) มาเข้าอบรม เรื่องทัศนคติเอดส์ การทำงาน และการอยู่ร่วมกัน
- 4) มีการเชิญเจ้าหน้าที่ความปลอดภัยในโรงงาน เข้ามาให้อบรมความรู้ เรื่องเอดส์
- 5) จัดอบรมพนักงานตามหลักสูตร ขั้นต่ำ 3 ชม. และก๊อบแล้วแต่งงานพนักงาน
- 6) กระตุ้นผู้บริหารเป็นระยะ เพื่อผลักดันให้มีนโยบายด้านเอดส์ของโรงงาน หรือสถานประกอบการ
- 7) สนับสนุน อุปกรณ์ สื่อ และวิทยากรแกนนำ เพื่อให้สามารถนำความรู้ไปอบรมต่อได้
- 8) ถ้าจะให้เจ้าหน้าที่โครงการไปอบรมในสถานประกอบการ เจ้าของสถานประกอบการต้องเสียค่าใช้จ่ายสนับสนุน หากทำงานเองได้ ก็ดำเนินการไม่ต้องจ่าย โดยทางโครงการจะให้สนับสนุน สื่ออุปกรณ์ และบุคลากร (มีการทำ pre-post test ด้วย)
- 9) การทำงานเอดส์ในสถานประกอบการ เป็นลักษณะของจิตอาสาเพราะเป็นนโยบายของสถานประกอบการ
- 10) โรงงานที่เลือกจะเข้าเกณฑ์ตามขนาด 3 ขนาด เล็ก จำนวนพนักงานตั้งแต่ 30-99 คน ขนาด กลาง 100-299 คน และขนาดใหญ่จำนวน 300 คนขึ้นไป
- 11) มีการประสานกับแรงงานจังหวัด เรื่องข้อมูล หากสถานประกอบการมีความพร้อมเจ้าของยินดี เข้า ร่วมโครงการโดยสมัครใจ ศูนย์ประสานงานเอดส์ (NFA) ก็สามารถเข้าไปดำเนินการ ได้ โดย ดำเนินการทั้งด้าน HIV และ TB และอาจมีการทำงานด้านยาเสพติด และไวรัสตับ อักเสบ (HB) เข้าไปด้วย
- 12) การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม เห็นชัดเจนมาก ดูจาก การหมุนเวียนจำนวนการใช้บริการ ถุงยางอนามัย
- 13) ในแต่ละหลักสูตร มีการทำ Pre-Post test และติดตามผลทุกไตรมาสจาก HR (ฝ่ายบุคคล) มีการจัดการอบรมเชิงพฤติกรรม
- 14) สถานประกอบการมีบริการ VCT และการให้คำปรึกษา

- 15) แขนงอบรม ไปขอสื่อ ฤๅยงอนามั๓เพื่อไปแจกคนในสถานประกอบการ
- 16) มีการจัดทำ๓โครงการเอดส์ทุกสัปดาห์ โดยชวนสถานประกอบการในนิคมฯ จัดกิจกรรมเรื่องเอดส์ เป็นชมรมด้านภัยเอดส์
- 17) มีการรักษาระดับ ASO – ASQT โดยสำนักงานสวัสดิการ และคุ้มครอง แรงงาน เป็นผู้ประเมินการรักษาระดับ ระดับเงิน 2 ปี ระดับ ทอง 2 ปี โดยมีกรมสวัสดิการฯ เข้าไปประเมินต่ออายุ
- 18) งบจาก GF ปี 2547 และปี 2548 ไปยังชุมชน หลังจากหมดงบประมาณสนับสนุน ก็มีการดำเนินงานต่อ ด้านการใช้สิทธิต่างๆ การเข้าถึงบริการได้
- 19) กลุ่มผู้ปว๓ที่ทำงานในโรงงาน ในระหว่างและหลังดำเนินการ ผลเป็นบวก จากเดิมที่ให้มาตรวจเลือด และกีดกันออก มีการจัดทำ๓นโยบายชัดเจนของโรงงาน และทำ ASO นำไปสู่การดูแลเรื่องสิทธิของคนทำงาน การทำงาน มีทีมทำงาน ไปทำงานในลักษณะกิจกรรม และ volunteer ในพื้นที่ ในโรงงาน หรือ สถานประกอบการ
- 20) สถานประกอบการประเภทกลุ่ม คาราโอเกะ จะไม่ค่อยมีความแตกต่างกัน ASO Thailand ทำได้ดี แต่ทำได้น้อย และงบประมาณลดลง
- 21) มีกระบวนการเน้น การใช้ประโยชน์จาก อบต. และขยายงาน ASO ไปยัง สถาบันบ้าน วัด และโรงเรียน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ทุกคนเข้าถึงบริการ ยกเว้นคนไทยที่ไม่มีบัตร และเป็นกลุ่มประชากรชาติพันธุ์ที่ไม่ได้รับสิทธิ NAPHA Extension โดยมีการอบรมการมีส่วนร่วม ให้เกิดการยอมรับในโรงเรียนเพื่อให้เด็กมีความรู้ ทักษะในการดำเนินชีวิตสามารถอยู่ในสังคมได้เป็นปกติ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทุกคนมีสิทธิได้รับความช่วยเหลือและการสนับสนุนด้านต่างๆ แต่มาตรฐานการดำเนินการด้านเอดส์ท้องถิ่น องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นไม่ได้นำมาปรับใช้ เนื่องจากยังไม่ใช้ปัญหาเร่งด่วน

โรงพยาบาลศูนย์ การดำเนินการดูแลผู้ปว๓เรื่องสิทธิ ผู้ติดเชื้อทุกรายได้รับการดูแลตามสิทธิ

โรงพยาบาลชุมชน เรื่องสิทธิ เมื่อมีการอบรม ก็จะเพิ่มเติมความรู้เรื่องสิทธิ เข้าไปในหลักสูตรการอบรมด้วย การยอมรับในชุมชนดีมาก มีการจัดอบรมเพื่อให้คนในชุมชนเข้ารับการอบรม การเปิดเผยตัวตนในชุมชน ให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ปกติสุขมากที่สุด แขนงฯชมรมตะเเก๓ย ที่ทำงานด้านการเผยแพร่สิทธิ และการพบกลุ่มเยี่ยมบ้านมีจำนวน 20 คน ได้รับการยอมรับจากชุมชนดี หากมีการเปิดเผยตัว การกระจายอำนาจการปกครอง มีผลต่อการเบิกจ่ายงบประมาณในหมวดการดูแล รักษา และการป้องกันด้านเอดส์ (ก้านัน อบต. ต้องการทราบข้อมูลของผู้ปว๓)

ในยุทธศาสตร์ที่ 3 Human Rights Protection ประกอบด้วย ASO Thailand, NAPHA Extension ส่งเสริมให้มีคณะทำงานด้านสิทธิมนุษยชนในคณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด สร้างเครือข่ายขยายหน่วยงานให้มีความรู้เรื่องสิทธิด้านเอดส์ ความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาคีที่เกี่ยวข้องการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ หนุนเสริมการทำงานกลุ่ม/ชมรมผู้ติดเชื้อ ศูนย์องค๓รวม

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การติดตามประเมินผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์

สำนักงานควบคุมป้องกันโรค

การดำเนินงานวิจัย/ วิชาการ มีการประสานกับมหาวิทยาลัย เรื่องการทำวิจัยด้านโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งงานวิจัยของเจ้าหน้าที่ สคร. ตามกรอบยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรค ได้รับงบประมาณจากกองทุนโลก เข้ามาสนับสนุนเพิ่มเติมการทำงานในส่วนที่ขาด และในปี 2552 มีการสนับสนุนงบประมาณการดำเนินงานในกลุ่มอื่นๆ เพิ่มขึ้นด้วย ซึ่งสามารถช่วยสนับสนุนการทำงานเพิ่มขึ้น มีการนิเทศติดตามงาน การจัดอบรม มีการดำเนินการอบรมที่โรงพยาบาลเป็นแกนนำครู ก. ครู ข. โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก TUC และ สคร. ที่ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงคอยให้คำปรึกษาในการดำเนินงาน แต่ไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจาก สปสช. ปัญหาคือ ในกลุ่มประชากรที่ไม่ยอมเปิดตัวต้องใช้ NAPHA Extension ซึ่งงบประมาณสนับสนุนลดลง ต้องผลักดันให้ไปใช้สิทธิตามที่ควรได้รับ นอกจากนี้ด้านงานวิจัย เป็นไปตามบทบาทของกรมฯ อยู่แล้วควรทำเป็น Multi-sector ภาพรวมเขตนอกกว่าแบบเดียวเพื่อขอเลื่อนตำแหน่ง อาจจะเชื่อมโยงกับ สคร. เครือข่าย และหน่วยงานอื่นๆ

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

งานวิจัย และวิชาการในพื้นที่มีการดำเนินการของนักศึกษาปริญญาเอก ที่นำเสนอการทำวิทยานิพนธ์ โดยเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล ดังนี้

- ผลงานวิจัยของพยาบาล ทำการศึกษาตัวทำนายคุณภาพชีวิตของผู้ทนายด้านฯ
- ผลงานของแพทย์ ทำการศึกษาเรื่องแพ้ยาต้าน Nevirapine
- ผลงานของเภสัชกรทำการศึกษาเรื่องการให้บริการผู้ติดเชื้อร่วมกับพยาบาล เป็นการทำงานร่วมกัน และเป็นผลงานที่สามารถนำมาใช้ดำเนินการต่อเนื่องได้ในโรงพยาบาลการติดตาม และประเมินผล M&E
- เชิญประชุม แบบมีส่วนร่วม ให้ทางคณะอนุกรรมการเอดส์ เครือข่ายพิจารณาว่า มีความพร้อมในการเสนอผลการประเมิน โดยใช้เครือข่าย (สคร. , ศูนย์อนามัย) การประเมินทั้งแนวตั้ง และแนวนอน ร่วมกับการพิจารณาจากรายงาน
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ได้รับการอบรม กับ EPTA มีการทำเรื่องพฤติกรรมเสี่ยง
- สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ทำปริญญาโท เรื่องทุนทางสังคมงานเอดส์ อำเภอนมสามัคคี จากแกนนำที่ได้รับอบรม ทุกคน ในพื้นที่เป็นคนทำงาน
- ผลจาก M&E นำมาวางแผนฯ ปรับยุทธศาสตร์

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

มีนักวิชาการเข้ามาทำวิจัยในพื้นที่เรื่อง M – Power มีอาสาสมัคร เข้ามาทำงาน ประธาน อสม. ทำด้านเนินการ มีจัดกิจกรรม ให้ความรู้ ท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ

โรงพยาบาลชุมชน

โรงงานรับผู้ป่วยให้ทำงานในโรงงาน และเป็นผู้ที่รับยาต้านไวรัสอยู่ที่โรงพยาบาล โรงงานมีการยอมรับผู้ติดเชื้อมากขึ้น เช่น โรงงานตะแกรงเหล็ก ทำอ่างอาบน้ำนอน โรงงานเนสกาแฟ และโรงงานพลาสติก เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลสามารถเข้าไปให้ความรู้ได้

การควบคุม กำกับ ติดตาม ผลการทำงาน มี HIV-QLT ในการกำกับการทำงานของโรงพยาบาล ตามการสุมของ programmer ในโรงพยาบาลที่ทำงานมาเกิน 2 ปี เข้าปีที่ 3 นำผลมาตั้งเป้า ให้ได้เกินเกณฑ์ที่กำหนด

การวิจัย มีการเก็บรวบรวมข้อมูล มาทำการวิจัยจากงานประจำ ประเมินผลงานของเจ้าหน้าที่ มีการใช้แบบอย่าง ของการดูแลรักษาคนไข้ให้แข็งแรง สุขภาพดี สามารถทำงานได้ตามปกติ ซึ่งงานวิจัย มีข้อมูลแต่ยังไม่ทราบว่าทำอะไรต่อ มีเจ้าหน้าที่เฝ้าสักร ทำวิจัยเรื่องการให้บริการยาต้านไวรัส และมีหน่วยงานสถานศึกษา ลงมาทำการศึกษาวิจัยบ้าง

ปัญหาอุปสรรค

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

- การไม่ยอมเปิดเผยตัว ทำให้ไม่ได้รับบริการ และ Lose follow up ข้อมูลที่ใช้ส่วนใหญ่มาจาก HIVQUAL-T ซึ่งสามารถเข้าถึงข้อมูลได้ในระดับโรงพยาบาล และนำข้อมูลมาใช้เป็นด้านการรักษา เป็น Version 5 โดยงบประมาณสนับสนุนจาก TUC รวมทั้งมีการผลักดันการทำงานตามกลุ่มเป้าหมายมีการเรียนรู้การทำงานร่วมกันในระดับจังหวัด และระดับโรงพยาบาลจังหวัด
- การดำเนินงานยุทธศาสตร์ทั้ง 4 ยุทธศาสตร์ ในแผน UA จากหน่วยงานต่างๆ ยังไม่เกิดภาพการนำไปสู่การปฏิบัติ แต่จะเป็นลักษณะการเคยคิด เคยปฏิบัติในอดีตอย่างไร ก็จะทำสิ่งนั้นกับกลุ่มเดิม
- ได้รับงบประมาณน้อยมาก และถูกตัดงบประมาณ อีกทั้งคนทำงานมีน้อย
- การไม่เข้าร่วมของเจ้าหน้าที่โรงงาน บางโรงงานบังคับตรวจเลือดตั้งแต่แรก
- พฤติกรรมเสี่ยง จะพบว่าการเปลี่ยนคู่นอน การหมุนเวียนคู่นอนของคนทำงาน แต่มีการใช้ถุงยางมากขึ้น
- ข้อมูลจากโรงพยาบาล ถูกส่งไปยัง สปสช. โดยตรงไม่ผ่าน สคร. ข้อมูลที่สามารถเข้าไปดู เป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้นไม่ใช่ข้อมูลระดับลึก แก้ไขโดยการตั้งคลินิกหญิงกามโรค 2 แห่ง เพื่อเก็บข้อมูลที่สามารถนำเสนอภาพสถานการณ์ของโรคได้

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปัญหาอุปสรรคที่พบคือภาระงานมาก แต่เจ้าหน้าที่มีจำนวนน้อย

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

- 1) ผู้ติดเชื่อไม่รับเบี้ยยังชีพ ไม่ยินดีให้เยี่ยมบ้าน นิยมไปที่ศูนย์เฉลิมพระเกียรติมากกว่า เพราะมีกิจกรรมกลุ่ม

- 2) การจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของ GF : ผู้บริการเข้าร่วม นายกฯ รองนายกฯ จะอยู่ด้วยตลอด มีโครงการควบคุมโรคที่ทำได้ทุกๆปัญหา แต่ยังไม่ชัดเจน
- 3) จำนวนคนทำงานมีน้อย ภาระงาน เจ้าหน้าที่มีมาก ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่
- 4) ครูผู้สอนได้รับการอบรมพัฒนา แต่ไม่ได้สอน เพราะครูที่ไม่อบรม ไม่ได้สอนในช่วงนั้นๆ อีกทั้งผู้สอนไม่ได้รับการอบรม ตามหลักสูตร นอกจากนี้ยังมีปัญหาครูผู้สอนย้ายสถานที่ทำงาน/โรงเรียน จึงไม่ได้เป็นต้นแบบการเรียน-สอนเพศศึกษา
- 5) ผู้บริหารไม่ได้รับการอบรมเรื่องเพศศึกษา เนื่องจากกลัวเป็นการชี้้นำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น จึงไม่ให้สอนเรื่องเพศศึกษา ในส่วนผู้ปกครอง และผู้เรียน มีปัญหาบ้าง แต่นักเรียนเป็นผู้ที่สามารถถ่ายทอดสู่ผู้ปกครองได้ ในบางโรงเรียนมีการเชิญผู้ปกครอง มาอบรมในหลักสูตร PATH ด้วย ซึ่งสร้างความเข้าใจที่ดี กับการสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียน
- 6) มีการประสานงานที่ดีกับหน่วยงานท้องถิ่น เพื่อร่วมกันทำงาน
- 7) ไม่ได้รับการส่งต่อข้อมูล จาก สสจ.
- 8) กลุ่มเยาวชน และแรงงาน ที่เป็นกลุ่มที่มีปัญหา
- 9) บทบาทของ อบต. ด้านการดูแลไม่มี ส่วนงานป้องกัน คือการสนับสนุนให้ความรู้
- 10) การดูแลผู้ได้รับผลกระทบ ไม่เข้าตามระเบียบ ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อแต่ประสานให้ศูนย์เฉลิมพระเกียรติเข้ามาดูแล และเทศบาลสนับสนุนค่าตรวจ CD4
- 11) การเปิดตัวน้อย มีเพียง 6 รายในพื้นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงและให้บริการได้ทั่วถึง
- 12) ข้อมูลสถานการณ์ มีการทำประชาคม ทำแผนยุทธศาสตร์ด้าน GIS mapping ร่วมกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โรงพยาบาล เครือข่ายผู้ป่วย ฯลฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลจัดทำแผนการให้บริการป้องกัน ดูแล รักษา

โรงพยาบาลศูนย์

- 1) VCT ต้องการไป VCT แบบสมัครใจมาตรวจจริงๆ มีบางรายที่ไม่ได้เต็มใจมาตรวจจริงๆ มีประมาณครึ่งหนึ่ง และมีคนที่ขอไม่ตรวจ 3 ราย
- 2) มีบางรายที่ปฏิเสธการรับยา (100 รายใน รพ. ชุมชน) และมีการ refer มาที่โรงพยาบาลเมืองจะเชิงเทรา ซึ่งที่โรงพยาบาลยอมรับคนที่ติดเชื้อแล้วมาตรวจ และมีการติดตามพูดคุยอย่างต่อเนื่อง
- 3) คณะกรรมการกลางเกี่ยวกับงานเอดส์ ขณะนี้ยังไม่มีเป็นรูปธรรม แต่กำลังร่างอยู่ เป็น PCT สำหรับงานเอดส์
- 4) คลินิกทันตวัน ขาดคนทำงาน กำลังดำเนินการขอพยาบาลวิชาชีพ มาทำงานเพิ่มทุน
- 5) โรงพยาบาลมีคำสั่ง อนุกรรมการเอดส์จังหวัด ต้องมีของอนุกรรมการเอดส์ของโรงพยาบาลด้วย แต่เจียบหายไป มี PCM เข้ามาเป็นเครือข่ายป้องกันรักษา ทำงาน เชื่อมโยงกัน เป็นชุดเดียวกันกับอนุเอดส์จังหวัด โดยงบประมาณ สนับสนุนจาก GF มีการประชุม โดยรายงานการประชุมมีการนำเข้า ให้ผู้บริหารเป็นเรื่องๆไป

โรงพยาบาลชุมชน

มีปัญหาคือ การให้ยาด้าน 1 ราย มีการประสานขอเปลี่ยนสูตรยา การใช้ ข้อมูล จาก NAPHA โดยการ คีย์ข้อมูลเข้าไปในโปรแกรม ทำได้ง่าย แต่เข้า internet ล่าช้ามาก และหลุดบ่อย จากรายงานผู้ป่วยใช้ NAPHA, AIDs OI ใช้แบบ key เข้าไปในโปรแกรม และกระดาษ

สถาบันการศึกษา

แผนเอดส์ชาติไม่สนับสนุน เรื่อง วิจัยเพราะไปเน้นเรื่องการรักษาทางการแพทย์ เรื่องเอดส์ต้องเป็นวิจัยที่ ต่อเนื่อง ทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และงบประมาณไม่ตรงกับเวลาความต้องการ มีการบริหารจัดการที่ไม่ดี และแผนยุทธศาสตร์เมื่อลงมาถึงระดับจังหวัดแล้ว ไม่สามารถปฏิบัติได้จริง

องค์การบริหารส่วนตำบล

จำนวนคนทำงานมีน้อย ภาระงาน เจ้าหน้าที่มีมาก ไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ และการเปิดตัวน้อย มี เพียง 6 รายในพื้นที่ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงและให้บริการได้ทั่วถึง

ศูนย์อนามัยเขต 3 จังหวัดชลบุรี

ปัญหาที่พบคือการตรวจ HIV ของผู้ป่วยโรค ทำได้ค่อนข้างยาก แต่ในผู้ป่วย HIV ให้คำปรึกษา ตรวจ วัคซีนได้ครอบคลุมร้อยละ 90 Clinic STI การให้คำปรึกษา สุขศึกษา ให้กับหญิงขายบริการ และบุคคลทั่วไป มีการให้ ความรู้ในสถานบริการ ด้านสถิติการโรค ที่พบมากคือหนองใน สูงขึ้นกว่าเดิม มีการแพร่ไปในกลุ่ม เยาวชนทั่วไปมากกว่าในหญิงขายบริการ เพราะกลุ่มหญิงขายบริการมีการป้องกันที่ดี การปิดบริการไป และเปิด มาใหม่ของสถานบริการทำให้กลุ่มเป้าหมายที่เคยมารับบริการหายไปบางส่วน ต้องมีการประชาสัมพันธ์ ค่อนข้างมาก เพื่อให้ทราบว่า คลินิกเปิดให้บริการ แล้ว โดยเปิดในวันจันทร์ พุธ และศุกร์ ผู้ป่วยมารับบริการ ประมาณ 20-80 คน ต่อวัน

ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข

สำนักงานป้องกันควบคุมโรค

กลุ่มเป้าหมาย แรงงาน และการคุ้มครองสิทธิ ควรดำเนินการให้เห็นเป็นรูปธรรม ควรให้เป็นรูปแบบการ บังคับ สคร. ควรเพิ่มความพยายามในการส่งเสริมสุขภาพ และเสริมสร้างการทำงานร่วมกัน เพื่อให้เกิดความคิด สร้างสรรค์ของคนทำงาน และต้องมีการวางแผนยุทธศาสตร์ และกระบวนการทำงานร่วมกัน รวมทั้งร่วมกันคิด ตัวชี้วัด ซึ่งแผนการทำงานที่เกิดจากการร่วมคิดร่วมทำ จากการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน และชุมชนน่าจะดีที่สุด และหากพิจารณาภาครัฐด้วยน่าจะเป็นสิ่งที่ดี

ศูนย์องค์รวม ตามโรงพยาบาล เป็นศูนย์องค์รวมมีกลุ่มคนในชุมชน ศูนย์องค์รวมมีการบริหารจัดการเอง โดยมีพี่เลี้ยง และมีการเขียนรายงานผลการดำเนินงานส่งผู้ให้งบประมาณสนับสนุนศูนย์ฯ

การดำเนินการเพื่อลดอัตราการติดเชื้อ เป็นไปได้ยาก เพราะเรื่องความรู้ความ ตระหนัก และพฤติกรรม ไม่ไปด้วยกัน การใช้ถุงยางอนามัยมีน้อย ปัญหาเรื่องการติตรา ยังมีอยู่มากในพื้นที่

ควรมีกฎหมาย กฎระเบียบ และ ข้อบังคับโดยเฉพาะในบริษัทต่างชาติที่เข้ามาประกอบการแสวงหาผลประโยชน์ในประเทศไทยให้เข้าร่วมโครงการทุกกรณี

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นควรมีส่วนร่วมมากกว่านี้ ในส่วนของอบต. เริ่มโดยการให้การอบรมแกนนำที่เป็นหน้าทีของ อบต. โครงการสนับสนุนงบประมาณโดยส่วนกลาง จัดสรรงบประมาณให้อนุกรรมการเอดส์ทุกหน่วยงาน ในสังกัด เพื่อให้มีการจัดประชุมรับทราบยุทธศาสตร์งาน การแปลงแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ

การดำเนินงานป้องกันมีความเหมาะสมอยู่แล้ว แต่ควรเน้นความเข้มข้นมากขึ้นโดยมองว่าโรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อปกติ ทั่วไปควรเน้นเรื่องการดื้อยา เสนอการดูแลเรื่องการดื้อยาผลักดันเข้าไปในยุทธศาสตร์ ทั้งของ HIV และ TB ควรมีการบูรณาการงานประจำ Maintain กลุ่มเก่า และการดำเนินงานแบบเชิงลึกในกลุ่มใหม่ อย่างต่อเนื่อง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

หากขอตรวจสอบบัตรประชาชนของผู้ป่วย ที่มารับยาต้านจะเป็นไปได้หรือไม่ จะเป็นการละเมิดสิทธิเกินไปหรือไม่ และควรมีกลไกการประสานงานกับ สปสช. เพื่อให้แพทย์ในโรงพยาบาลเมือง สามารถดำเนินการเปลี่ยนสูตรยาได้

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

งบประมาณท้องถิ่น (ด้านเอดส์, กลุ่มเสี่ยงเอดส์) งบประมาณระบุมาชัดเจนไม่สามารถทำอย่างอื่นได้ เช่น เรื่องของโรคเอดส์โดยเฉพาะ ดังนั้นควรผลักดันโดยการระดมทุนมาใช้จ่ายงบประมาณด้านเอดส์ มาตั้งแต่ระดับส่วนกลาง จะได้ทำงานได้ง่ายและชัดเจนมากขึ้น ชุมชนอยากเข้ามาทำงานด้านเอดส์ แต่กระทรวงมหาดไทยห้ามอุดหนุนเงินให้กับชุมชน หากท้องถิ่นดำเนินการได้อยู่แล้ว แต่ให้เทศบาล อบต. ดำเนินการ เช่น ให้ความรู้ ควรเพิ่มอิสระในการทำงานเพื่อให้เกิดประสิทธิภาพการทำงานมากขึ้น ควรมีการเน้นให้ประชาชนในชุมชนได้เข้ามามีบทบาทในการทำงานร่วมกับเทศบาล หรือ อบต. มากขึ้น ในส่วนของกระทรวงศึกษาธิการ ควรให้ดำเนินงานช่วยเหลือ ดูแลนักเรียน ทุกเรื่อง ทั้งด้านความปลอดภัย ทักษะชีวิตการป้องกัน และสุขภาพ การสอนทักษะการใช้ชีวิตควรมีความชัดเจนมากขึ้น นอกจากนี้ข้อมูลขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) ต้องการ ควรได้รับสม่ำเสมอ เพื่อนำไปใช้ในการมองภาพการวางแผนการดำเนินงานแก้ไข และป้องกัน รวมทั้งควรได้รับการสนับสนุน เช่น รายชื่อผู้ติดเชื้อในชุมชน เพื่อการติดตามดูแล

โรงพยาบาลศูนย์

ควรมีการบริการดูแลรักษาโรคอื่นๆที่น่าสนใจมากกว่านี้ คลินิกเพื่อนใจวัยรุ่น เป็นสิ่งที่โรงพยาบาลต้องการดำเนินการ และส่งแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ทั้งฉบับร่างและฉบับจริงให้กับโรงพยาบาลด้วย เนื่องจากในระดับ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดไม่มีการชี้แจง การรับทราบแผนฯ คณะอนุกรรมการเอดส์ ส่วนกลาง ไม่มีการส่งสัญญาณ และไม่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับแผนเอดส์ชาติ ทำให้ไม่ทราบว่าจะดำเนินการต่ออย่างไร งบประมาณที่ได้รับน้อยมากเพียง 200,000 บาท เท่านั้น เนื่องจากการกระจายอำนาจ การทำงานในปัจจุบันเป็น

การทำด้วย ควรมีการวางแผนฯ ทำแผนยุทธศาสตร์ร่วมกับชุมชน หากได้รับผลสนับสนุนจากส่วนกลาง น่าจะทำให้โรงพยาบาลดำเนินงานไปได้ด้วยดี และควรเลือกเพียงบางอำเภอที่มีความพร้อมเท่านั้นในการจัดตั้ง PCM นอกจากนี้ควรทำให้คนไข้ TB-HIV การเปิดเผยตัวมากขึ้น และหาวิธีการให้ประชาชนไทยอยู่ประจำที่มากขึ้น

โรงพยาบาลชุมชน ควรมีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานของศูนย์องค์รวมอย่างต่อเนื่อง

สถาบันการศึกษา

สนับสนุนให้มีความร่วมมือที่แข็งแรง ยั่งยืน สามารถพึ่งตัวเองได้ด้วยงบประมาณของตนเอง เพื่อหลีกเลี่ยงการของบประมาณจากหน่วยงานอื่น ซึ่งมีผลต่อการบริหารจัดการที่ยากลำบาก และการทำรายงานควรเน้นการมีส่วนร่วมของท้องถิ่นเพื่อให้เกิดความยั่งยืน รวมทั้งประสานความช่วยเหลือกับเครือข่ายต่างๆ โดยมีหน่วยวิชาการที่ทำหน้าที่ขับเคลื่อนให้ท้องถิ่นแก้ปัญหาเองได้

ทักษะการใช้ชีวิตควรมีความชัดเจน ในการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในโรงเรียนการดำเนินการ 800 โรงเรียน 7 อำเภอ สพท. เขต 2 ดำเนินการในโรงเรียนในสังกัด ปทุมวัน มัธยมศึกษา

ศูนย์อนามัยเขต 3 จังหวัดชลบุรี

ประชาชนยังกลัว และตีตราเรื่องเอดส์ เป็นเรื่องน่ารังเกียจ จึงควรมีกระบวนการทำให้ครอบครัวเป็นที่พึ่งที่ดี เข้าใจผู้ติดเชื้อที่สุด ควรมีการ Counseling ให้พ่อแม่ได้เข้าใจ กล่าวพูดกับคนในครอบครัว มองโรคเอดส์เป็นโรคปกติ ให้คนที่ติดเชื้อเป็นผู้ชี้แจง หรือให้พระมาพูดเรื่องธรรมะกับโรคเอดส์ให้แก่ประชาชน การให้ผู้ป่วยมาช่วยดูแลผู้ติดเชื้อเป็นสิ่งที่ดี ต้องให้คนทำงานเข้าใจในการทำงานด้านเอดส์ และมีการจัดกระบวนการทำงานร่วมกันกับคนในชุมชน การทำงานประสานความร่วมมือกัน และให้การสนับสนุนกันแต่ละด้าน การประสานการทำงานกันระหว่างสคร. กับศูนย์อนามัย ให้มองปัญหาของ สคร. คือปัญหาของศูนย์อนามัยที่ 3 โดยการเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์ ของเจ้าหน้าที่ ปัญหาชาวบ้านคือ สิ่งที่ต้องแก้ไข ไม่เน้นการทำงานที่กรมควบคุมโรคต้องการให้ทำเป็นหลัก ซึ่งสิ่งที่ประชาชนต้องการ ก็ใกล้เคียงกันกับที่กรมควบคุมโรคให้ทำ แต่ควรเน้นเรื่องการให้คำปรึกษา strategic road map ไปด้วยกัน

6 ผลการดำเนินงานภาพรวมตามยุทธศาสตร์ ขององค์กรผู้รับผิดชอบด้านการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ

ผลการทบทวนองค์กรผู้รับผิดชอบด้านการบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ เป็นการพิจารณาความก้าวหน้าของการดำเนินงานช่วงพ.ศ. 2550 – พ.ศ. 2552 ในประเด็นการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์เอดส์ช่วงก่อนแผนและช่วงครึ่งแผนฯ ความเป็นไปได้ในการบรรลุเป้าหมายยุทธศาสตร์ที่ตั้งไว้ 3 ข้อ ทิศทางการดำเนินงานสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ของแผนฯ สิ่งที่เป็นช่องว่าง (gap) และอุปสรรคต่อการบรรลุความสำเร็จของแผนฯ โดยเฉพาะกรมวิชาการทั้งหลาย มีบทบาทหน้าที่ในการกำหนดมาตรฐานการดูแลรักษา

ผู้ป่วยในหน่วยบริการ กำหนดรูปแบบการติดตามกำกับและสนับสนุนการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการวิจัยพัฒนาและสร้างแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ครบถ้วน

ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูลการทบทวนครั้งแผนฯ หน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์ บุคลากรฯ คณะทำงานวิชาการฯ ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกและการสนทนากลุ่ม (Focus Group) หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เจ้าหน้าที่ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ นอกจากนี้แล้วยังดำเนินการการสนทนากลุ่ม (Focus Group) เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบจากกองแผนงาน กรมควบคุมโรค และเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบสำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ผลการทบทวนครั้งแผนฯ เอดส์ชาติ หน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผน

ข้อค้นพบจากการทบทวนครั้งแผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ในเรื่องบทบาทหน้าที่ของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ภายใต้แผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย รับผิดชอบในยุทธศาสตร์ที่ 2 และยุทธศาสตร์ที่ 4 โดยมีภารกิจหลักคือการป้องกันและการสร้างเสริมสุขภาพ รวมทั้งด้านการประสานงานเพื่อให้การดูแลรักษาแม่และเด็กที่ติดเชื้อ นอกจากนี้แล้วยังมีการจัดตั้งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็ก (MCH: Motheral and Child Health Board) เพื่อพิจารณาประเด็นที่มีความสำคัญและส่งผลกระทบต่อนโยบายซึ่งต้องได้รับรายงานผลการดำเนินงานทุกมาตรการของกรมอนามัย

การนำแผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติฯ มาใช้ประโยชน์

การจัดทำแผนฯ มีการนำประเด็นที่อยู่ในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ฯ มาเป็นหลัก และนำมาปรับให้เข้ากับแผนยุทธศาสตร์ฯ ของกรมอนามัย โดยมีตัวแทนของกรมอนามัยเข้าไปมีส่วนร่วมในการทำแผนแต่เป็นระดับของผู้บริหาร ในปี 2550-2554

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีการจัดทำรายงานผลการดำเนินงานส่งทุกปี มี National AIDS Program (NAP) ควบคุม การกำกับติดตามและประเมินผล มีการรายงานผลระดับประเทศ โดยใช้ตามตัวชี้วัดของ UNGASS, WHO, UNICEF มีการรายงานความสำเร็จของการดำเนินงาน โดยศูนย์อนามัยแม่และเด็กรวบรวมมาจากจังหวัด และศูนย์อนามัยต่างๆ เกิดเป็นภาพรวมของประเทศ ในส่วนของการทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นเช่น งานของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เช่น การมี NAP Program พบว่าไม่ได้เป็นอุปสรรค ขึ้นอยู่กับคนทำงานมากกว่าว่าจะใช้ประโยชน์ในด้านใด NAP Program ต้องดำเนินการเพื่อรับทรัพยากรเช่น ยา งบประมาณ แต่รายงานของสำนักส่งเสริมสุขภาพ ทำเพื่อบอกคุณภาพของงาน

วิธีการนำแผนฯ ไปสู่การปฏิบัติ

ในพื้นที่ใช้วิธีการชี้แจง โดยออกหนังสือจากสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข เขียนเป็นนโยบาย 2 หน้า ส่งให้กับทุกๆ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เพื่อแจ้งให้โรงพยาบาลรับทราบ มีการกำหนดเป็นคู่มือ Couple counseling และ ANC เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ

การดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมาย

การดำเนินงานด้าน**การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก** (Prevention of Mother to Child Transmission: PMTCT) กรมอนามัยรับผิดชอบการจัดทำแผน และเสนอผลการดำเนินงานต่อคณะกรรมการ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง มีการให้ยาด้านไวรัสแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ รวมถึงแม่และลูกที่ติดเชื้อ การให้การปรึกษาสำหรับแม่ เรื่องการรับประทานยาอย่างครบวงจร จากสถานการณ์มีการติดเชื้อร้อยละ 4-5 ในกลุ่มที่ไม่มาฝากครรภ์ และประมาณร้อยละ 0.7 ในกลุ่มที่มาฝากครรภ์ ซึ่งนำไปสู่การพัฒนาหลักสูตร และการทำ Couple Counseling ซึ่งเป็นหลักสูตรที่ทำร่วมกับกรมสุขภาพจิต และกรมควบคุมโรค โดยกำหนดให้เป็นนโยบาย ส่งต่อให้หน่วยงานรับไปปฏิบัติ และกระตุ้นให้เป็น Routine และการดูแลแม่ติดเชื้อหลังคลอดจะประกอบไปด้วยการตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน โดยปกติแม่ที่คลอดจะต้องได้รับการดูแลหลังคลอด 6 สัปดาห์ แต่ในบางโรงพยาบาลดูแลถึง 5 ปี มีการติดตามเด็กถึง 18 เดือนเพื่อดูผลเลือด และมีการช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบ มีการพัฒนา E-inspection (เป็น Program สำหรับการติดตามเด็ก) ส่งผลให้ร้อยละ 80 ของเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 2 ปี ได้รับการติดตาม ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นวัยรุ่นมีการประสานงานกับสำนักอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อดำเนินการป้องกันในหญิงและชายวัยรุ่น การป้องกันการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร ในกลุ่มติดเชื้อที่ไม่ตั้งครรภ์ และไม่ควรมีการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร

การพัฒนาองค์ความรู้มีการปรับระบบการทำงานให้เข้ากับสภาพปัญหาที่เปลี่ยนไป กรมอนามัยมีการจัดทำหลักสูตร Counselor ผู้ให้บริการที่ใกล้ชิดกับผู้ป่วย มีการนำผลการดำเนินงานมาเปรียบเทียบเพื่อดูแนวทางเน้นการพัฒนาศักยภาพบุคคล

การดำเนินงานอนามัยแม่และเด็ก มีการควบคุมมาตรฐานบริการขั้นต่ำ ตามที่ สปสช.กำหนด และเป็นแบบอย่างให้กับโรงพยาบาล โดยมีคณะกรรมการกลาง และคณะกรรมการจังหวัด การให้ยาด้านไวรัสจะเป็นแบบผสมผสาน คือ คณะกรรมการกลางรับผิดชอบเรื่องการปรับเปลี่ยนสูตรยาการทำงานเชิงป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่ไปสู่ลูก ดูความก้าวหน้าเป็นระยะ ติดตามการให้ยา การเปลี่ยนสูตรยา ส่วนกรมควบคุมโรครับผิดชอบในส่วนของการดูแลรักษา (การให้ยา ต้องกินเมื่อไร อย่างไร สูตรใด) ดูตามคู่มือของ WHO และมีการนำเสนอต่อกรรมการ หรือการดำเนินงานว่าสามารถทำได้หรือไม่ อย่างไร พร้อมข้อเสนอแนะ

กลุ่มประชากรข้ามชาติเป็นอีกกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่กรมอนามัยให้ความสำคัญได้รับยาเมื่อมีเลข 13 หลัก รวมทั้งคนที่มิสิทธิประกันสังคม ในหญิงตั้งครรภ์ปัญหา คือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นประชากรข้ามชาติ มีการเปลี่ยนที่อยู่อาศัยอยู่ตลอด ทำให้ติดตามยาก และรับยาไม่ต่อเนื่องสม่ำเสมอ ในหญิงที่เป็นประชากรข้ามชาติที่ไม่ขึ้นทะเบียนก็ไม่สามารถรับยาได้ เพราะไม่มี ID กรมอนามัยจะไม่มีข้อมูลของกลุ่มประชากรข้ามชาติ เพราะให้

จังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบ (ในส่วนนี้ มีงบประมาณจาก Global fund สนับสนุน 12 จังหวัดที่มีพรมแดนติดต่อกับชายแดน) การดูแลกลุ่มประชากรข้ามชาติมีกระบวนการ มีการดูแลแม่และลูกที่ติดเชื้อ

ปัญหาอุปสรรค

1. ปัญหาที่พบในปัจจุบัน คือ ยังติดตามเด็กไม่ได้บางส่วน การกีดกัน การรังเกียจของสังคม ซึ่งต้องมีการวางแผนเข้าไปดูแลในชุมชน แม่ย้ายที่อยู่ ทำให้ไม่สามารถเข้าถึงได้
2. นโยบาย สปสช.ทำให้มีข้อจำกัดมากขึ้น การเข้าถึงคนในกลุ่มนี้มีน้อยลง ทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมในกลุ่มเป้าหมายที่ไม่มีเลข 13 หลัก

ข้อเสนอแนะ

1. กรณี CD4 ต่ำกว่า 250 ถ้าใช้ยาต้านไวรัส 3 ตัวจะช่วยรักษาได้ดีขึ้น แต่ในประเทศไทยต้องมีการพิจารณาอีกครั้ง เนื่องจากยาต้านไวรัสมีผลต่อสุขภาพ ก่อนทำการดูแลรักษาต้องมีการศึกษา และทดสอบก่อน และต้องคำนึงในบริบทของประเทศไทยด้วย
2. ควรมีการอบรมให้ความรู้แก่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์อย่างต่อเนื่อง
3. ส่งเสริมการทำงานเป็นทีม และทำให้เกิดการถ่ายทอดองค์ความรู้ ต้องร่วมคิด ร่วมทำงาน และแก้ไขปัญหาร่วมกันระหว่างผู้ปฏิบัติงาน

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ)

ประเด็นหลักในการทบทวน

การทบทวนประกอบด้วยบทบาท ภารกิจ ของ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์แห่งชาติ กลไกการประสานกับองค์กรเครือข่าย การสนับสนุนการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมาย แนวทางการดำเนินงานในช่วงระยะเวลาที่เหลือของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์แห่งชาติ ของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ และ ความสำเร็จของการดำเนินงานของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ฯ ดังกล่าว

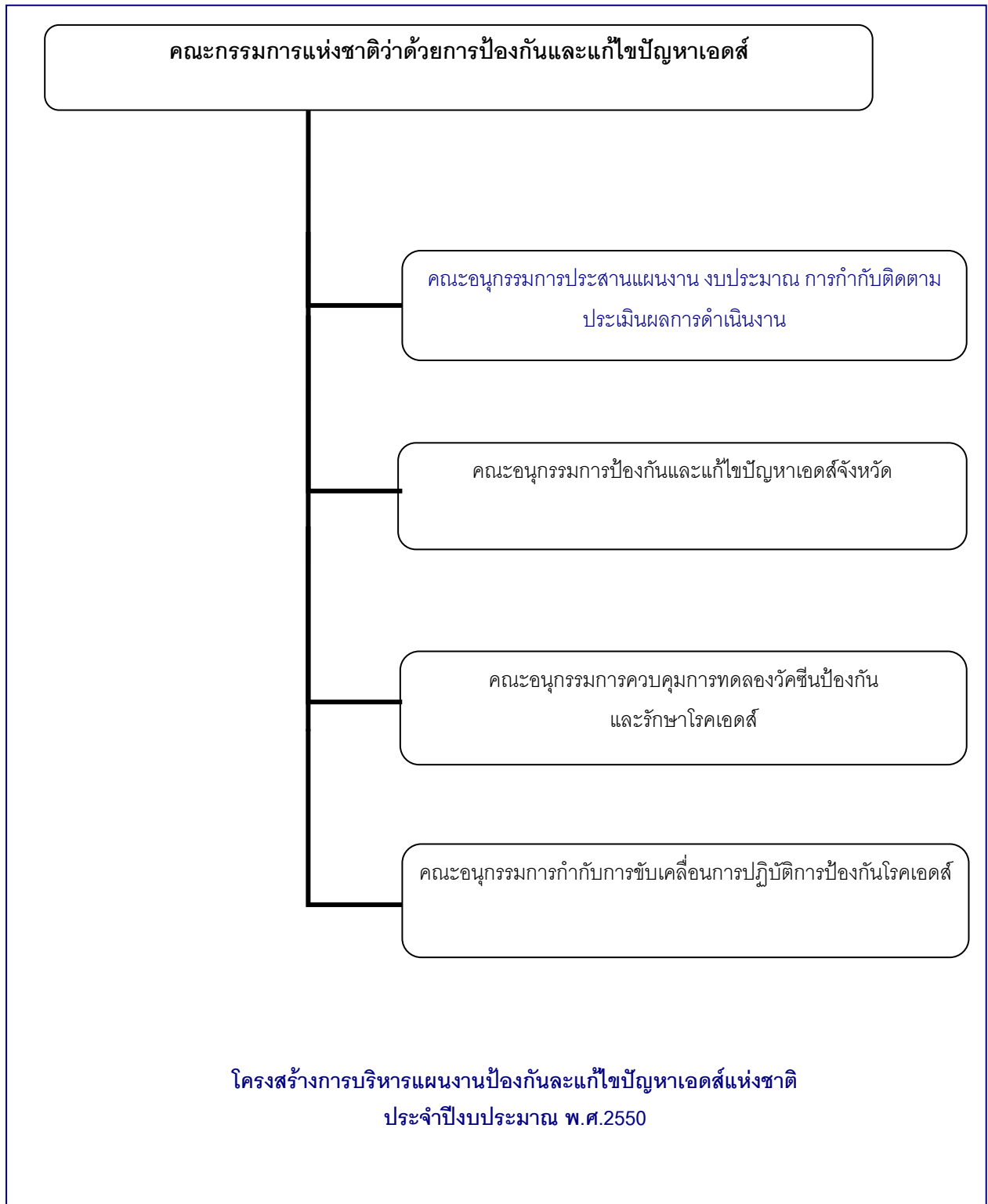
บทบาท ภารกิจ ของ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์ฯ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติมีบทบาทสำคัญ 4 ประการดังนี้

1. การจัดทำแผนยุทธศาสตร์
2. การจัดทำแผนควบคุมกำกับติดตาม (Monitoring and Evaluation: M&E) ของประเทศ และแปลงแผน M&E เพื่อการปฏิบัติ
3. แปลงแผนยุทธศาสตร์ให้เป็นแผนปฏิบัติ เพื่อให้หน่วยงานอื่นสามารถนำไปใช้ได้
4. พัฒนารฐานข้อมูลด้านเอดส์ เพื่อเป็นศูนย์กลางของข้อมูล และให้หน่วยงานอื่นนำไปใช้ อาจจะมีการสังเคราะห์เองหรือรวบรวมมาจากที่อื่น

กลไกการประสานกับองค์กรเครือข่าย

กลไกการประสานเครือข่าย เช่น กลไกการประสานงานกับคณะกรรมการเอดส์จังหวัด มีการเปิดโอกาสให้มีส่วนร่วมตั้งแต่การริเริ่มทำแผน ตั้งเป็นคณะทำงานให้เข้ามาร่วมคิดร่าง โดยตั้งเป็นคณะกรรมการซึ่งมีจำนวนมาก ประกอบด้วยทุกภาคส่วน ทั้งภาคประชาสังคม และภาครัฐ ทุกกระทรวง กรม เช่น กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ปรธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อแห่งประเทศไทย เป็นต้น กระบวนการจัดทำเริ่มตั้งแต่ Review literature และกำหนดร่างประเด็นว่าอีก 5 ปีข้างหน้าจะทำอะไร การวางแผนจะมีการประชุมร่วมกัน มีการปรึกษากับตัวแทนแต่ละภาคส่วน เป็นลักษณะทำจากข้างล่าง เริ่มจาก Stake holder ร่วมกันคิดว่าอีก 5 ปีข้างหน้าจะทำอะไร แล้วมาศึกษาในรายละเอียด เมื่อเสร็จแล้วก็จะนำเข้าสู่คณะกรรมการประสานแผนงาน งบประมาณ การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน (อธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นประธาน และผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นเลขานุการ) ซึ่งเป็น 1 ใน 4 ของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แล้วนำเสนอไปที่คณะรัฐมนตรี นอกจากนี้ยังมีที่ปรึกษาเป็นอาจารย์จากมหาวิทยาลัย ทำหน้าที่เป็นคณะทำงานด้านเทคนิค และด้านวิชาการตั้งแต่เริ่มต้น ร่วมในการสังเคราะห์ประเด็น และช่วยร่างกรอบฯ การทำงาน

แผนภูมิที่ 9 โครงสร้างการบริหารแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์แห่งชาติประจำปี
งบประมาณ พ.ศ.2550



กลไกการถ่ายโอนอำนาจในการทำงานให้กับหน่วยงานอื่น

การลดการติดเชื้อในเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ ศบ.จอ. เป็นผู้กำหนดแนวทาง และทิศทางกว้างๆ มีการทำแผนปฏิบัติการ แต่ไม่ได้เป็นผู้ดำเนินการ เป็นลักษณะที่ทุกภาคส่วนมาร่วมกันคิด แล้วหน่วยงานที่เกี่ยวข้องรับไปดำเนินการ แต่ปัญหาการทำแผนที่ผ่านมามีคือ ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ ในอดีตการจัดสรรงบประมาณของรัฐบาล (สำนักงบประมาณ) จะจัดสรรงบประมาณด้าน Prevention ผ่านโดยตรงให้กับคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แต่ปัจจุบันคณะกรรมการแห่งชาติไม่ได้ทำหน้าที่จัดสรรงบประมาณ ทำให้มีบทบาทน้อยลง และการกำหนดให้แต่ละกระทรวงจัดตั้งงบประมาณเอง สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยศบ.จอ. เป็นหน่วยงานจัดการรวบรวมแผนปฏิบัติว่าใคร ทำอะไร ที่ไหน รวมเป็นแผนบูรณาการ ทำให้ไม่ทราบหน่วยงานหลักที่รับผิดชอบในเรื่องต่างๆ เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงด้านการบริหารงบประมาณโดยอาศัย KPI ทำให้มีปัญหาเกิดขึ้น การตั้งงบประมาณเริ่มตั้งแต่หน่วยงานระดับกองหรือหน่วยงานในระดับปฏิบัติการ ผ่านขึ้นไปในระดับกรม กระทรวง แล้วต้องนำไปจัดลำดับความสำคัญ ซึ่งเห็นว่าเรื่องเอดส์ไม่ใช่งานหลัก ก็จะถูกตัดไป ไม่มีการบูรณาการ เช่น กระทรวงศึกษาธิการ เห็นสมควรให้มีการเรียนการสอนเรื่องโรคเอดส์และเพศศึกษาในหลักสูตร แต่ก็ไม่สามารถดำเนินการได้ เพราะไม่ได้ตั้งเงินงบประมาณในส่วนนี้

ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา แทบจะไม่มีการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เลย เนื่องจาก มีการเปลี่ยนแปลงคณะรัฐบาลอยู่เสมอ อย่างไรก็ตาม ได้มีการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ครั้งสุดท้ายในเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2552 ฝ่ายเลขานุการคือกรมควบคุมโรค (สอวพ.) เสนอเรื่องให้มีการจัดทำ Joint KPI (ตัวชี้วัดร่วม) เรื่องโรคเอดส์ ซึ่งได้รับคำสั่งให้ดำเนินงานประมาณเดือนสิงหาคม โดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาระบบราชการ (กพร.) รับคำสั่งจากนายกรัฐมนตรีให้เป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาตัวชี้วัดร่วมด้านเอดส์ (Joint KPI) เรื่องโรคเอดส์ ซึ่งช่วงแรกศบ.จอ.ได้มีการดำเนินการในระดับผู้อำนวยการกอง และขณะนี้ทำร่วมกับเลขาธิการ กพร. โดยต่อมาได้มอบหมายให้ สถาบันศสทินทร์ (Sasin Graduate Institute of Business Administration of Chulalongkorn University) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เป็นผู้ดำเนินการจัดทำ โดยขณะนี้ได้พัฒนามาได้ระยะหนึ่งแล้ว แต่ยังไม่ได้เผยแพร่ และจะมีการนำ Joint KPI ดังกล่าวมาทำเป็นแผนเร่งรัดการดำเนินงาน 2 ปี

ในการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่ผ่านมา ศบ.จอ.ได้เสนอให้ทำแผนเร่งรัดโดยกำหนดเป้าหมายการติดเชื้อเอดส์ลดลงเหลือประมาณ 5,000 ราย ซึ่งประกอบด้วย Prevention Intervention 3 ประเด็น การประชาสัมพันธ์ การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย การส่งเสริมการป้องกันในกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง คือ กลุ่ม Migrant worker, female sex worker, IDU, MSM ซึ่งนายกรัฐมนตรีสั่งการให้มีการทำแผนเร่งรัด โดยให้อยู่ในระดับ action plan

การสนับสนุนการดำเนินงานตามกลุ่มเป้าหมาย

กลไกการขับเคลื่อนศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด (Provincial Coordinating Mechanism: PCM) ศบ.จอ. คือ การจัดตั้งกลไกประสานภารกิจเอดส์ในจังหวัด เป็นเครื่องมือเชิงกลยุทธ์สำคัญ เพื่อเชื่อมโยงภารกิจและกิจกรรมภายใต้การสนับสนุนของกองทุนโลกเข้าสู่กลไก และกระบวนการนโยบาย และการจัดการบริการที่

เกี่ยวข้อง ในจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยจัดกลไกรองรับภารกิจการจัดการเชิงกลยุทธ์ (Strategic Management) ในระดับจังหวัด ศปอจ. มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาระบบการเรียนรู้ และกลไกที่ช่วยในการสรุปบทเรียนของบุคลากรที่จะประกอบเป็นทีมงานในศูนย์ประสานงานประชาคมเอดส์จังหวัด 43 จังหวัด ที่การดำเนินงานโครงการด้านเอดส์ รอบที่ 1 RCC ให้สามารถจัดการเชิงกลยุทธ์ สำหรับสนับสนุนให้หน่วยงาน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปรับใช้รูปแบบ กลวิธี และเครื่องมือเชิงกลยุทธ์ให้เป็นนโยบาย และแผนงานในการป้องกัน ดูแลรักษาเอดส์ และเสริมสร้างวิถีชีวิตให้มีความสุขในด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของเยาวชน ที่ผ่านมา ศปอจ. ดำเนินงานในรูปแบบของโครงการ การพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร (Youth Friendly Service and AIDS Care) แต่ใน งบประมาณกองทุนโลก รอบที่ 8 (Global Fund Round 8) จะเน้นการดำเนินงานในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง (Most At Risk Population) หรือกลุ่ม MAP คือกลุ่ม Female sex worker, MSM, IDU, Migrant worker ซึ่ง Migrant worker รวมถึงประชากรข้ามชาติ (ลาว พม่า กัมพูชา) และรวมผู้ที่อยู่ในเรือนจำด้วย

การสนับสนุนการดำเนินงานในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (Migrant worker) ที่ไม่มีเลข 13 หลัก แผนเร่งรัดด้านนี้อยู่ในระหว่างความร่วมมือกันปรึกษาหารือในองค์กรที่เกี่ยวข้อง อาจจะเป็นไปได้ว่ากระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นเจ้าภาพในการทำแผนเร่งรัด ก็จะทำเพียงในกลุ่มของประชากรวัยแรงงาน คือเป็นแรงงานในสถานประกอบการเท่านั้น

GF Round 8 การช่วยเหลือประชากรพม่า ที่ไม่มีเลข 13 หลัก ที่ไม่สามารถขึ้นทะเบียนได้ และไม่มีสัญชาติ จะมีหน่วยงาน เช่น มูลนิธิรักไทย PSI และ สอวพ. เป็นผู้รับทุนย่อย (SR) ของ GF โดยรับไปทำในเรื่องของการจัดบริการ แต่ศบ.จอ.ซึ่งเป็นสำนักเลขานุการของคณะกรรมการแห่งชาติจะเป็นผู้ทำให้เกิดกลไกการประสานเชื่อมโยงส่งต่อคนไข้ สร้างสภาพแวดล้อมที่ Friendly ซึ่งคำว่า Friendly นี้หมายถึง กลุ่ม MAP สามารถเข้าถึงบริการได้ และบริการนั้นต้องเป็นมิตร คือ ได้รับบริการที่ไม่ต้องจ่ายเงิน ได้รับบริการที่ดี หนาไม่รอ รอไม่นาน เข้าถึงบริการเหมือนคนไทย ซึ่งส่วนนี้เป็นเรื่องของสิทธิมนุษยชน ในปัจจุบันคนที่เข้าไม่ถึงการบริการมีจำนวนมาก โดย GF Round 8 พยายามทำให้เกิด Friendly service and care และเกิดการส่งต่อ แต่บางคนก็ไม่ทราบว่ามีบริการลักษณะนี้ ทำให้หน่วยงานที่รับผิดชอบต้องพยายามขยายเป็น drop in center และสุดท้ายก็จบที่การบริการ ซึ่งการบริการที่ยั่งยืนก็ต้องเป็นการบริการของรัฐ ซึ่งต้องจัดกลไกให้ทุกคนได้พบกัน เพื่อจะได้ทราบว่าใครทำอะไร ที่ไหน แล้วมาเชื่อมโยงกันว่า ถ้าทำไม่ได้แล้วจะส่งต่อไปที่ไหน คนที่ส่งต่อไปนั้นรับได้หรือไม่ จะต้องพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้านใด โดยจะทำทั้งระบบ

ความเป็นไปได้ที่ GF จะเพิ่มจำนวนของ Migrant ที่จะได้รับยาต้านไวรัส พบว่า GF ไม่ได้เลิกให้การสนับสนุนเงิน NAPHA Extension แต่ GF เข้ามาศึกษาแล้วพบว่าเป็น Migrant จริงๆ เพียง 2,000 รายเท่านั้น ที่เหลือเป็นกลุ่มข้าราชการที่ไม่แสดงตน คนไทยไร้สิทธิ์ ซึ่งต้องผลักดันกลุ่มนี้ไปใช้สิทธิ์ของตัวเองที่มีอยู่เดิม แต่ทาง สอวพ. ไม่มีการเคลื่อนไหว จึงไม่มีการจัดการใดๆ ซึ่งปัญหาในขณะนี้คือ ซื้อมาต้านไวรัสไม่ได้ เนื่องจากประเทศไทยไม่สามารถซื้อยาได้ในราคามาตรฐานของนานาประเทศ วิธีการคือ ต้องซื้อยาที่ต่างประเทศ แล้วต้องนำเข้า แต่จะต้องผ่านกระบวนการมากมาย เพื่อที่จะมียามาใช้ในกลุ่ม Migrant ซึ่งถือว่าเป็นกลุ่มจำเป็น

แนวทางการดำเนินงานในช่วงระยะเวลาที่เหลือของแผนเอดส์ของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ

การประยุกต์หลักการของการทำงานด้านเอดส์ (Three Ones) เพื่อพัฒนาระบบติดตามประเมินผลการทำงานด้านเอดส์

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติในช่วงที่เหลือของแผนเอดส์ชาติได้นำหลักการองค์รณานาชาติเกี่ยวกับโรคเอดส์ เพื่อกำหนดแนวคิดการทำงานหรือหลักการสำคัญ 3 ประการ “Three ones” ที่จะนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ อันประกอบไปด้วย

- 1) One National Framework มีแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติซึ่งได้จากการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆ เพื่อใช้เป็นแนวทาง
- 2) One Authority คือมีหน่วยรับผิดชอบแห่งชาติในการตัดสินใจเชิงนโยบายและการจัดสรรงบประมาณ เช่น คณะอนุกรรมการเอดส์แห่งชาติซึ่งประกอบด้วยทุกภาคส่วน และ
- 3) One M & E System คือมีระบบติดตามประเมินผลที่เป็นระบบเดียว เพื่อให้ได้ข้อมูลสารสนเทศและเข้าใจสถานการณ์ เอดส์ตลอดจน ผลการดำเนินงาน เพื่อนำไปใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ณ ปัจจุบัน ประเทศ ยังขาด ระบบการติดตาม

ผลการดำเนินงานที่ผ่านมาได้ผลักดันให้เกิดการจัดตั้งคณะกรรมการเอดส์ชาติ แต่อย่างไรก็ตามยังพบว่าแผนงานควบคุมกำกับติดตาม (M&E) ยังไม่เป็นแผนเดียว ไม่มีการมองภาพโดยรวม ไม่มีการรอบแผนงานควบคุมกำกับติดตาม เรื่องเอดส์ที่ชัดเจน

การดำเนินงานด้านเอดส์ที่ผ่านมาประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโรค (Global Fund, GF) มาแล้วสองรอบคือรอบที่ 1 และรอบที่ 8 ซึ่งมีจุดเน้นเรื่อง Performance base เพื่อศึกษาว่าประเทศมีการติดตามประเมินผลหรือไม่ แต่ก็พยายามที่จะพัฒนา โดยตั้งกรอบ M&E ของโครงการภายใต้ GF ขึ้นมา ซึ่งโครงการภายใต้ GF รอบที่ 1 ดำเนินการในกลุ่มเยาวชน (Youth) และโครงการภายใต้ GF รอบที่ 8 ดำเนินการในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงคือ IDU, Sex worker, Migrant, MSM กรมควบคุมโรคได้รับมอบหมายให้ ศบ.จอ.ให้ดำเนินการด้าน M&E ซึ่งพบว่าโครงการภายใต้ GF รอบที่ 1 ยังขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากเปลี่ยนผู้รับผิดชอบในการจัดทำ แต่ศบ.จอ.ได้จัดทำกรอบ M&E ไว้แล้ว และคาดหวังว่า round 8 จะพัฒนาให้เป็นกรอบ M&E ของประเทศให้ได้ แต่ต้องอาศัยเวลาประมาณ 1-2 ปี ซึ่งปีนี้ได้ทำข้อตกลงกับ GF ว่าจะต้องส่งกรอบการดำเนินงานด้าน M&E ของประเทศในเดือนมีนาคม

การทบทวนครึ่งแผน (Midterm review) เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) สำนักเอดส์วันโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) ซึ่ง ศบ.จอ.เน้นการทบทวนในการดำเนินงานในกลุ่มเยาวชน ซึ่งได้ทำเช่นกันในการทบทวนครึ่งแผนที่แล้วแต่ยังไม่ชัดเจน ครึ่งนี้จึงดำเนินการต่อเนื่องในประเด็นของเยาวชน กลุ่มเป้าหมายคือ เยาวชนในสถานพินิจ เนื่องจากสามารถสะท้อนปัญหาสังคมภายนอกได้ดี และง่ายต่อการติดตาม แต่ต้องอยู่ในสถานพินิจไม่เกิน 45 วัน - 60 วัน นั่นก็คือกลุ่มที่อยู่ระหว่างการพิจารณาคดีตามกฎหมาย ซึ่งยังไม่ถูกลงโทษ และยังไม่ได้รับการตัดสิน โดยให้ตำรวจมาฝากขังและอยากทราบมาตรการ (Intervention) ในช่วง 60 วันว่ามีสิ่งใดบ้าง ซึ่งเป็นกลุ่มที่น่าสนใจ ทำทั้งหมดเกือบ 36

แห่งทั่วประเทศ โดยใช้งบประมาณขององค์การอนามัยโลก โดยใช้แบบสอบถามกลุ่มเป้าหมายประมาณ 2,000 คน และมีการสัมภาษณ์เชิงลึกประมาณ 29 แห่ง โดยแบบสอบถามจะถามถึงสภาพปัญหาก่อนที่จะเข้ามาในสถานพินิจว่ามีปัญหาในเรื่องใดบ้าง คาดว่าได้ผลในเดือนธันวาคมนี้ ซึ่งผลที่ได้คือ จะสามารถทราบสภาพปัญหาของกลุ่มเยาวชนคืออะไร แล้วนำมาผนวกกับงานทบทวนครั้งแผนที่ สอวพ. ดำเนินการ ดังนั้น จะต้องมีการจัดเวทีที่จะสังเคราะห์ว่าช่องว่างของงานที่ทำตามแผนคืออะไร และใช้ในการพัฒนาแผนในรอบต่อไป ซึ่งคาดว่าจะสิ้นปี 2553 จะได้เป็นรายงานฉบับร่างออกมา ปี 2554 จะเข้าสู่ประชาพิจารณ์เพื่อทำแผนต่อไป

การดำเนินงานเพื่อสร้างตัวชี้วัดร่วม (Joint KPI)

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี และการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในช่วงสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ (พ.ศ.2554) ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มที่จะไม่บรรลุเป้าประสงค์ของแผน และจากนโยบายการกระจายอำนาจสู่จังหวัด ทำให้การดำเนินงานด้านเอดส์มีภาคีเครือข่ายหลายภาคส่วนไม่เป็นหนึ่งเดียวเกิดการทำงานแบบแยกส่วน ส่งผลให้ในคณะกรรมการเอดส์ชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานมีมติให้ทำแผนบูรณาการเร่งรัด และสร้างตัวชี้วัดร่วม (Joint KPI) ซึ่งเป็นตัวชี้วัดผลการดำเนินงานด้านเอดส์ร่วมกันระหว่างหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการเอดส์ ตัวชี้วัดร่วม (Joint KPI) ไม่เพียงแต่หน่วยงานสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้นแต่ยังร่วมกับหน่วยงานในส่วนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องอีกด้วย โดยทำแผนเร่งรัดมีเป้าประสงค์เพื่อให้ผู้ติดเชื้อรายใหม่เพียง 5,000 ราย ซึ่งต้องรายงานผลในการประชุมคณะเอดส์ชาติในครั้งต่อไป ว่าแผนออกมาเป็นอย่างไร ใครรับผิดชอบ ต้องใช้งบประมาณเท่าใด

การสร้างตัวชี้วัดร่วมหรือ Joint KPI ศบ.จอ.เป็นเหมือนกุญแจสำคัญที่ช่วยให้ กพร. และศคินทร ใช้ประโยชน์ต่อการสร้างกรอบการทำงานว่า Impact, output, process มีอะไร ในขณะที่เก็บรวบรวมข้อมูลอยู่ในระหว่างขั้นตอนให้คณะทำงานในกรมควบคุมโรค ร่วมกับ คณะกรรมการการขับเคลื่อนการป้องกันการติดเชื้อ (ผศ.ดร.วีระสิทธิ์ สิทธิไตรย์ เป็นประธาน) และ กพร. มาให้ข้อคิดเห็นต่อ Joint KPI หลังจากนั้นให้แต่ละกระทรวงรับตัวชี้วัดที่เกี่ยวข้องไปดำเนินงานโดยวิเคราะห์เพื่อจัดการกิจตาม 6 กลุ่มประชากรที่สนใจ (กลุ่มแรงงาน, กลุ่มเยาวชน, 4 กลุ่ม MAPs) โดยต้องหามาตรการที่เหมาะสม และมาตรการกลาง สรุปแล้วมี 3 มาตรการ คือ

- 1) มาตรการสื่อสารสาธารณะ
- 2) มาตรการการใช้ถุงยางอนามัย
- 3) การหามาตรการที่เหมาะสมสำหรับ 6 กลุ่มประชากรเป้าหมาย แต่มาตรการย่อยของมาตรการที่ 3 คือ เรื่องของ 6 กลุ่มประชากรเป้าหมาย ซึ่งแผนปฏิบัติการของแต่ละกลุ่มประชากรกำลังดำเนินการอยู่ โดยเกิดจากการมีส่วนร่วมของกลุ่ม key Stakeholder ที่ถูกกำหนดภารกิจมาแล้ว ว่าแต่ละมาตรการมีภารกิจของใครเข้ามาเกี่ยวข้องบ้าง

การประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่ผ่านมา ศบ.จอ.สามารถเสนอประเด็นให้คณะกรรมการเอดส์ชาติฯ พิจารณาได้ดี และการประชุมครั้งนี้ถือว่ามีประสิทธิภาพมาก

ศบ.จอ. พยายามประสานกับสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค ในเรื่องข้อมูล เพื่อให้เกิดคุณภาพมากขึ้น เพราะ ในอดีตไม่เคยปรึกษาข้อมูลร่วมกัน และให้ความสำคัญในระดับ สคร. และระดับจังหวัด โดยพยายาม

ผลักดันให้เขตเป็นกลไกการทำงานเรื่องติดตามประเมินผลและการทำแผน ซึ่งต้องพัฒนากลไกการวิเคราะห์ GAP โดยผ่านกระบวนการการทำแผน และข้อมูล

สิ่งที่เป็นแรงผลักดันให้เกิด M&E ของประเทศ คือ การทำรายงาน UNGASS ซึ่งทำให้เกิด Core M&E ของประเทศ ซึ่งตัวชี้วัดนี้ก็มีลักษณะใกล้เคียงกับ GF ซึ่งสามารถนำมาผนวกให้เป็น M&E ของประเทศจากการใช้ตัวชี้วัดทั้งของ UNGASS (2 ปีทำ 1 ครั้ง) Global fund หรือ WHO ซึ่งเน้นเรื่อง Health, Care, Prevention ด้าน Service ค่อนข้างมาก (ทำทุกปี) ศบ.จอ.จึงเข้ามาจับบทบาทจัดทำเพื่อหาคอบการติดตามประเมินผล ข้อมูลที่ทำในเล่มของ UNGASS มีการบรรยายสถานการณ์ในเรื่องของ Intervention ที่น่าสนใจ มี Best practice อะไรสามารถบอกสถานการณ์ว่าแผนยุทธศาสตร์ที่วางไว้ ประเทศไปถึงไหน สามารถบอกว่าหน่วยงานต่างๆ ในด้านเอดส์ในประเทศมีนโยบายอะไร และงบประมาณที่ประเทศใช้สำหรับเรื่องเอดส์เป็นอย่างไร แต่จุดอ่อนของ UNGASS ที่ไม่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ของประเทศคือ ข้อมูลงบประมาณในระดับท้องถิ่น แต่ภาพโดยรวมก็จะคล้ายๆ กัน อาจจะต่างไปบ้างในประเด็นเรื่องเด็กกำพร้า แต่ของ WHO ส่วน สอวพ. เป็นผู้จัดทำและ ศบ.จอ.ก็เข้าไปร่วมมือด้วย

การทำแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ในระดับประเทศครั้งต่อไป ต้องรอผลจากการทบทวนครั้งใหม่ของแผนที่ผ่านมาซึ่งก็ได้มีการคิดแผนล่วงหน้า ปัจจุบัน กลไกด้านการทำ M&E ของงานเอดส์มีคณะกรรมการถึง 16 คณะ ประกอบไปด้วย 4 ภาครี ได้แก่ ภาครีภาครัฐ ภาครีประชาสังคม International และ academy ซึ่งที่ผ่านมาแผนบูรณาการงานเอดส์หายไป เนื่องจากไม่ถูกให้ความสำคัญแต่หากมีการเตรียมข้อมูลที่ดี ก็อาจจะสามารถทำให้เห็นความสำคัญได้

ความสำเร็จของการดำเนินงานของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ ภายใต้แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ

ความแตกต่างของการทำงานระหว่างที่เป็นหน่วยงานใน สอวพ. กับที่แยกตัวออกมาเป็นศูนย์ฯ ในอดีตที่รวมกับ สอวพ. ไม่มีการทำ M&E แต่เมื่อมาเป็นศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ ก่อให้เกิดการทำ M&E ขึ้น และรับงาน GF round 8 และงานอื่นๆ อีกมากมาย ในส่วนของความสำเร็จของแผนที่ได้ดำเนินการมาแล้ว 2 ปี ต้องรอผลจาก MTR เพราะไม่เคยมีการประเมินมาก่อน นอกจากนี้ยังไม่เห็นทางเดินของงบประมาณที่ชัดเจน ไม่เกิดการบูรณาการเรื่องงบประมาณที่ชัดเจน

ข้อค้นพบจากการทบทวน (ครั้งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการ ฯ กองแผนงาน กรมควบคุมโรค

คณะทำงานวิชาการฯ ได้มีประเด็นการทบทวนประกอบไปด้วย ทบทวนกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ปี 2550-2553 กระบวนการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของกรมควบคุมโรค ปัญหาและอุปสรรคของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์หน่วยงานภายใต้กรมควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ 2550-2554 เพื่อประกอบการทบทวนกระบวนการ การได้มาซึ่งแผนยุทธศาสตร์ การนำไปประยุกต์ใช้ และเมื่อไร จึงสมควรบูรณาการ

การทบทวนกระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ปี 2550-2553

หลังจากมีการทบทวนการบริหารเชิงยุทธศาสตร์และผลการดำเนินงานที่ผ่านมาตลอดจนวิเคราะห์สถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในปัจจุบันและอนาคตเมื่อปี 2549 กรมควบคุมโรคได้เห็นชอบให้มีการทบทวนแผนที่ยุทธศาสตร์ (Strategy Map) ของกรมควบคุมโรคใหม่

กิจกรรมที่กองแผนงานและทีมงานรับผิดชอบดำเนินการ เพื่อให้ได้แผนที่ยุทธศาสตร์ที่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของกรม ที่สำคัญมีดังนี้

- 1) ศึกษาทบทวนและพัฒนาพันธกิจของกรมควบคุมโรคเพื่อกำหนดระเบียบวิธีการทำงานแต่ละด้านตลอดจนวิเคราะห์สมรรถนะบุคลากร (Competency) ที่จำเป็นสำหรับการดำเนินการตามภารกิจหลักของแต่ละกลุ่มภารกิจ
- 2) พัฒนาโครงสร้างและรูปแบบการจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ การจัดทำแผนที่ยุทธศาสตร์ การจัดทำแผนที่นำทางที่มีระบบและระเบียบวิธีที่สอดคล้องกับเงื่อนไขทางวิชาการและเทคโนโลยีการควบคุมโรคในปัจจุบันตลอดจนเป็นไปตามพันธะ ที่กำหนดไว้ตามกฎหมาย
- 3) พัฒนารูปแบบการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ โดยมุ่งเน้นที่องค์การสนับสนุนภายในกรมฯ ซึ่งมีเครือข่ายการประสานงานผ่านกลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการของทุกหน่วยงานในกรมฯ ซึ่งมีเครือข่ายการประสานงานผ่านกลุ่มส่งเสริมสนับสนุนวิชาการของทุกหน่วยงานในสังกัด ซึ่งรับผิดชอบงานด้านแผนงานด้านการประเมินผลของหน่วยงานในสังกัดเป็นหลัก เพื่อเป็นแกนนำร่วมปรับปรุงกระบวนการในการเชื่อมโยงสอดคล้องกระบวนการจัดการเชิงยุทธศาสตร์ของทุกหน่วยงานและขับเคลื่อนไปได้
- 4) การวางระบบและวิธีการทำงานในการรวบรวมข้อมูลและประมวลผลข้อมูลสำหรับควบคุมกำกับเชิงยุทธศาสตร์ของกิจกรรมต่างๆ ที่ดำเนินการโดยหน่วยงานภายในกรมควบคุมโรค

กระบวนการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ด้านเอดส์ของกรมควบคุมโรค

โรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและถูกบรรจุไว้เป็นส่วนหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ปี 2550-2553 กระบวนการจัดทำแผนของกรมควบคุมโรคในปัจจุบันเริ่มจากสำนักต่างๆ จัดทำแผนยุทธศาสตร์ของสำนักส่งให้กองแผน กรมควบคุมโรค สำหรับงานเอดส์สำนักโรคเอดส์วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นหน่วยงานรับผิดชอบหลักในการดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ และจัดส่งกองแผนนำมาบูรณาการให้เป็นแผนยุทธศาสตร์ใหญ่ของกรมควบคุมโรค ซึ่งงานเอดส์ถูกบรรจุในแผนกลยุทธ์ของกรมควบคุมโรค

กระบวนการถ่ายทอดแผนยุทธศาสตร์สู่แผนปฏิบัติการ

ภายหลังจากคณะกรรมการจัดทำ ติดตามและประเมินผลแผนที่ยุทธศาสตร์และแผนที่นำทางปี 2550-2553 ได้นำเสนอผลการจัดทำรายละเอียดยุทธศาสตร์ของแต่ละกลุ่มภารกิจและได้รับความเห็นชอบจากที่ประชุมกรมควบคุมโรค จะนำมาสู่ขั้นตอนการนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่แผนปฏิบัติการ ซึ่งประธานคณะทำงานกลุ่มภารกิจและผู้เกี่ยวข้องนำเสนอแผนยุทธศาสตร์แก่ผู้ประชุมกรมฯ ทุกครั้งเพื่อสื่อสารให้หน่วยงานทราบ พร้อมทั้งจัดทำรายละเอียดตัวชี้วัดกลยุทธ์และผลผลิตของปีงบประมาณ 2550 ให้เชื่อมโยงกับเป้าหมายการให้บริการ กลยุทธ์

ผลผลิต และตัวชี้วัดตามคำของบประมาณตลอดจนจัดทำแผนงานหลักๆ ของแต่ละกลุ่มภารกิจเพื่อเตรียมถ่ายทอดให้หน่วยงานจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการต่อไป

สำหรับการถ่ายทอดแผนให้กับแต่ละหน่วยงานนั้น กรมฯ ได้เตรียมแผนปฏิบัติราชการประจำปีซึ่งพิจารณาจากกรอบยุทธศาสตร์ และแผนการดำเนินงานของแต่ละกลุ่มภารกิจร่วมกับกรอบจัดสรรงบประมาณ ซึ่งมีการจัดประชุมชี้แจงในระดับผู้บริหารหน่วยงาน พร้อมทั้งจัดประชุมถ่ายทอดนโยบาย และแนวทางการดำเนินงานแก่ผู้รับผิดชอบการจัดทำแผนในหน่วยงานต่างๆ รับทราบเพื่อนำไปจัดทำแผนปฏิบัติการให้สอดคล้องต่อไป

ปัญหาและอุปสรรคของการขับเคลื่อนงานเอดส์ภายใต้แผนยุทธศาสตร์กรมควบคุมโรค ปี 2550-2553

- การทำแผนงาน/โครงการ HIV/AIDS ในปัจจุบันถูกลดความสำคัญลงเนื่องจากกระแสของโรคอุบัติใหม่ (Bird Flu, 2009 Flu H1N1 และ โรคชิคุนกุนยา : Chikungunya)
- แผนปฏิบัติงานของหน่วยงานไม่สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ กรมควบคุมโรคมีข้อจำกัดในภาระงานที่กรมฯ ต้องเผชิญกับการรับมือต่อการแพร่ระบาดของโรคและภัยคุกคามสุขภาพที่เกิดขึ้นตลอดมาทำให้ต้องปรับใช้รูปแบบกระบวนการทำงานดั้งเดิมในการแก้ไขปัญหาเร่งด่วน ซึ่งกิจกรรมที่ดำเนินการไม่สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ที่วางไว้แต่ต้น

ประเด็นจุดเน้นของแผนงานด้านเอดส์ของกรมควบคุมโรค

การดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์ของกรมควบคุมโรคมีการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ ในยุทธศาสตร์ข้อ 1 ในเรื่องการบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ ยุทธศาสตร์ข้อ 2 การบูรณาการป้องกัน ดูแลรักษา และลดผลกระทบตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย การดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ และยุทธศาสตร์ข้อ 4 การติดตาม ประเมินผล และศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในส่วนของยุทธศาสตร์ข้อ 3 นั้นไม่มีหน่วยงานรับผิดชอบดำเนินการ

หน่วยงานภายใต้กรมควบคุมโรคที่เกี่ยวข้องกับแผนเอดส์ชาติ 2550-2554

ยุทธศาสตร์ที่ 1: การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ ประกอบไปด้วย

- 1) สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 2) สำนักบริหารจัดการความรู้
- 3) สำนักพัฒนาวิชาการสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- 4) สำนักระบาดวิทยา
- 5) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบูรณาการป้องกัน ดูแลรักษา และลดผลกระทบตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย การดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ ประกอบไปด้วย

- 1) สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2) สำนักกระบวนวิชา

3) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12

4) หน่วยงานภายนอกกรมควบคุมโรค เช่น กรมอนามัย กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ อัย.กรมสุขภาพจิต กรมสนับสนุนบริการ กรมการแพทย์ เป็นต้น

ยุทธศาสตร์ข้อ 4 การติดตาม ประเมินผล และศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ประกอบไปด้วย สำนักกระบวน สำนักงานจัดการความรู้ เป็นต้น

ข้อค้นพบจากการทบทวนครั้งแผนยุทธศาสตร์บูรณาการเอดส์ชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ประเด็นสำคัญที่จะทำการทบทวน (ครั้งแผน) ยุทธศาสตร์ฯ ประกอบไปด้วย สถานการณ์ดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหา ของการสนับสนุนการดำเนินการตามประชากรกลุ่มเป้าหมาย และ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงานในช่วงสองปีที่ผ่านมา ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.)

สถานการณ์ดำเนินงานภายใต้แผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหา ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.)

หน่วยงานทุกฝ่ายในสอวพ. มีส่วนร่วมในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยในกลุ่มโรคเอดส์แบ่งหน้าที่ความรับผิดชอบตามกลุ่มงาน ประกอบด้วย 6 กลุ่มงานคือ กลุ่มนโยบาย แผนงานและประเมินผล กลุ่มพัฒนาวิชาการและเทคโนโลยี กลุ่มพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ กลุ่มป้องกันทางพฤติกรรมและชุมชน กลุ่มวิจัยการให้บริการทางการแพทย์และสังคม ศูนย์ประสานและพัฒนากิจการวิจัยวัคซีนน้ำยาทางห้องปฏิบัติการ และยาต้านไวรัส

กระบวนการในการแนะแนวทางให้พื้นที่สามารถนำแผนยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติได้ เกิดขึ้นตั้งแต่การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการทำแผน ทำให้สามารถรับรู้เรื่องของแผนตั้งแต่ต้น และแต่ละภาคก็จะนำแผนไปวิพากษ์ว่าจะต้องปรับอะไรหรือไม่ มีการเปิดเวทีให้จังหวัดต่างๆ ตั้งเป็นแผนยุทธศาสตร์ของจังหวัดได้ ประกอบกับแผนเร่งรัดปี 2550 มีการนำเรื่องเอดส์เข้าสู่กระบวนการตรวจบูรณาการราชการ ประกอบกับการมีแผน UA-Universal Access ทำให้มีการทำงานกับพื้นที่มากขึ้น

กลไกการประสานงานกับหน่วยงานภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้อง

การประสานงานกับภาคส่วนอื่นๆ ในระดับพื้นที่ เป็นหน้าที่ของ สคร. ซึ่ง สคร.ก็จะทำหน้าที่ประสานงานกับ สสจ. ในเรื่องการควบคุมโรค โดย สสจ. ก็ได้ประสานกับหน่วยงานกระทรวงอื่นๆ เช่น แรงงานจังหวัด ในรูปแบบคณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด การประสานงานของหน่วยงานในระดับกระทรวง ไม่ได้ประสานงานกันเท่าใดนัก เนื่องจากการ Focus กลุ่มเป้าหมายไม่เหมือนกัน และไม่ได้ทำแผนร่วมกันในกรณียุทธศาสตร์ที่ 2

การสนับสนุนการดำเนินการตามกลุ่มเป้าหมาย

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ ในครั้งนี้เป็นแผนบูรณาการซึ่งไม่มีการกระจายงบประมาณโดยตรงลักษณะของแผนการดำเนินงานในระดับกระทรวงเป็นแผนที่บูรณาการการดำเนินงานทุกโรคไว้ด้วยกัน การดำเนินงานของสำนักเอดส์ฯ ไปเกี่ยวข้องกับทุกยุทธศาสตร์ แต่ในยุทธศาสตร์ที่ 3 อาจจะมีน้อยเนื่องจากอยู่ในส่วนของ NGO มากกว่า ส่วนใหญ่เน้นไปที่ยุทธศาสตร์ที่ 1 และ 2 สำหรับกลุ่มเป้าหมายในยุทธศาสตร์ที่ 2 สอวพ. มีการแบ่งแยกรับผิดชอบตามกลุ่มเป้าหมายทั้ง 6 กลุ่ม (5 กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญ + 1 กลุ่มเป้าหมายอื่นๆ) สำหรับกลุ่มเป้าหมายอื่นๆ (กลุ่มพิเศษ) ที่อยู่ภายใต้การดำเนินงานของสอวพ. คือ กลุ่มผู้ต้องขัง แรงงานต่างด้าว แรงงานไทยในต่างประเทศ แรงงานในสถานประกอบการ กลุ่มชาติพันธุ์ที่ไม่มีสิทธิ (เช่น ม้ง แม้ว) กลุ่มในแคมป์ (เรพูจี) ซึ่งมีหน่วยงานอื่นเข้ามาเชื่อมโยงในเรื่องที่เกี่ยวข้อง ส่วนยุทธศาสตร์ที่ 4 จะเป็นหน้าที่หลักของสำนักพัฒนาวิชาการฯ

ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ในช่วงสองปีที่ผ่านมา

- ไม่มีการควบคุมกำกับติดตามประเมินผลในแผนต่างๆ (M&E) ที่เป็น one M&E เพราะสำนักพัฒนาวิชาการเป็นผู้รับผิดชอบ M&E ในเรื่องการติดตามประเมินผลในระดับประเทศ แต่ถ้าเป็นการประเมินรายกิจกรรม สบจอ.เป็นผู้ดำเนินการ สอวพ. มีการทำการประเมินผลงานของตนเองอยู่แล้วเป็นรายไตรมาส หากนำมารวบรวมเป็นฝ่ายก็น่าจะเห็นภาพได้ แต่ยังไม่เป็นระบบ และยังไม่ครอบคลุม
- การติดตามผลการดำเนินงานของแผนโดยตรงยังไม่มีแผนเขียนไว้ชัดเจน มีเพียงการประเมินผลเพื่อให้ทราบคำตอบตัวชี้วัดได้หรือไม่ ความก้าวหน้าในการดำเนินงานมีแค่ไหน จะมีชุดตัวชี้วัดที่มีหลายๆ กรอบ และมีคณะทำงานจากทุกภาคส่วนที่จะเข้ามารับผิดชอบในตัวชี้วัดนั้น เช่น PMTCT มีกรมอนามัยเป็นหลัก
- มีความลำบากในการทำแผนเพื่อเป็นข้อปฏิบัติของพื้นที่ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับผู้บริหารพื้นที่ และความพร้อมของพื้นที่ ซึ่งบางพื้นที่มีอุปสรรคของคนในท้องถิ่นมีความขัดแย้ง
- การประสานงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานมีน้อยลง เนื่องจากมีการแบ่งเป็นกลุ่ม ระหว่างกรม/กระทรวง และตั้งแต่มีเรื่องการตอบวิสัยทัศน์หรือพันธกิจของตนเอง ทำให้เกิดการแข่งขันในพื้นที่ เช่น สคร. กับ ศูนย์อนามัย
- ผลงานเรื่องเอดส์ไม่ได้ตอบสนองภารกิจของหน่วยงานอื่นๆ เช่น กระทรวงแรงงาน ส่งผลให้คนทำงานไม่อยากจะทำงานด้านเอดส์ เนื่องจากไม่ตรงตามภารกิจของหน่วยงาน
- เกณฑ์ชี้วัดของแต่ละหน่วยงานไม่เอื้อต่อการทำงานเอดส์ ทำให้การบูรณาการหายไป ก่อให้เกิดการทำ Joint KPI (แนวทางเร่งรัดด้านเอดส์) ปัญหา คือ สถานการณ์เปลี่ยนไป ภาระมากขึ้นคนทำงานน้อยลง
- การนำแผนยุทธศาสตร์ไปดำเนินการ (Implement) ไม่ได้ และไม่ทันต่อเหตุการณ์ แต่บางพื้นที่ต้องปรับให้สอดคล้องในพื้นที่ด้วยว่าปัญหาเป็นไปในทิศทางไหน หากปัญหาในพื้นที่ไม่สอดคล้องกับแผนก็อาจจะไม่ต้องใช้แผนยุทธศาสตร์ก็ได้

7 ผลการดำเนินงานภาพรวมตามยุทธศาสตร์องค์การภาคประชาสังคม และผลการดำเนินงานภาพรวมตามยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิ

การทบทวนภารกิจของหน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ ภาคประชาสังคม และภาครัฐ โครงการศึกษาวิจัย ทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2554

7.1 กระบวนการและผลการดำเนินงานในภาพรวม

หน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ ภาคประชาสังคม การดำเนินงานด้านเอดส์ในส่วนของภาคประชาสังคมเกิดจากการรวมตัวกันของหลายๆ หน่วยงานภาคเอกชน ซึ่งมีเป้าหมายหลักของการทำงานเอดส์ เพื่อ 1) การลดการติดเชื้อรายใหม่ การเข้าถึง และการได้รับบริการด้านการป้องกัน 2) การส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลรักษา อย่างมีคุณภาพมาตรฐานของผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ และ 3) การลดผลกระทบจากเอดส์ ทั้งทางด้านสังคม และเศรษฐกิจ ฯลฯ โดยใช้แผนที่เรียกว่า Universal Access (UA) โดยยึดหลักของ Human rights 3 ข้อ คือ 1) หลักศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ คุณค่า และความเท่าเทียมกัน 2) หลักความเสมอภาค ความเท่าเทียม และการไม่ถูกเลือกปฏิบัติ และ 3) หลักสันติวิธี คือ การไม่ใช้ความรุนแรงในการแก้ไขปัญหา ไม่ใช้กำลัง ใช้ความเป็นพี่น้อง การมีส่วนร่วมของคนในสังคมมีความสำคัญ ซึ่งประกอบด้วยหน่วยงานที่ดำเนินการและผลการดำเนินงานเด่นๆ ที่ประสบความสำเร็จ ดังนี้

- 1) มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ดำเนินการเรื่อง
- 2) ทำรายงานเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ปี 2550-2551 เพื่อเผยแพร่ความรู้ ทางด้านกฎหมาย ระเบียบ และข้อปฏิบัติ ให้แก่ประชาชน
- 3) การขับเคลื่อนเกี่ยวกับการยื่นสิทธิการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก โดยคณะกรรมการเครือข่ายผู้ติดเชื้อร่วมทำความเข้าใจ การปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจากเดิมให้ยาสูตร 2 ตัว (AZT+ Nevirapine) ปรับเป็น ตัวยา 3 ตัว (AZT+3TC+LVP) ซึ่งทำให้มีการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกเพียง 1% โดยปัจจุบันที่ยังมีการให้ยาสูตร 2 ตัวนี้จะพบว่าแม่จำนวนมากที่ CD4 ต่ำกว่า 200 ดื้อยา Nevirapine ซึ่งเป็นตัวยาที่ดีอย่าได้ง่ายมาก กรมอนามัยได้ให้เหตุผลที่ยังไม่ยอมเปลี่ยนสูตรยา และมีคณะนักวิชาการหารือกันเรื่องการให้บริการยาต้านสูตรใหม่ โดยกรมอนามัยเชิญองค์กรภาคประชาชนเข้าร่วมหารือเรื่องการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในวันที่ 27 พฤศจิกายน 2552 นี้ ซึ่งน่าจะมีการพูดคุยถึงเรื่องการให้ยาต้านสูตรใหม่ 3 ตัว ซึ่งเป็นการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ดีที่สุด ซึ่งอาจส่งผลต่อการดื้อยาของแม่ในอนาคต จะรับยาสูตรพื้นฐานไม่ได้ ทำให้ทางเลือกการใช้ยาลดลง เพราะต้องเริ่มด้วยการรับยาสูตรที่สูง โดยในขณะนี้ทางมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ กำลังดำเนินการศึกษาวิจัย เพื่อยืนยันผลการให้ยาด้านคานาด้า เพื่อยืนยัน Guideline หรือแนวทางให้ยาของ WHO ที่ให้เฉพาะช่วงที่แม่คลอดเท่านั้น ถ้าหยุดไปแล้วไม่มีผลต่อการดื้อยา ซึ่งถ้าให้ AZT +Nevirapine เกิดการดื้อยาอย่างแน่นอน
- 4) พรบ. คุ้มครองสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงทั่วหน้ามาตั้งแต่ปี 2550 กรมอนามัยเป็นเจ้าภาพในการนำร่างกฎหมายเข้าสูการขอ

พระราชกฤษฎีกา ต่อกรม. แต่ไม่ผ่านคณะรัฐมนตรีในรอบแรก ขณะนี้กรมอนามัยได้นำร่าง กลับมาพิจารณา และมีการตั้งคณะกรรมการระดับชาติเรื่องสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ มีการขอความร่วมมือจากหน่วยงานแต่ละภาคส่วนมาร่วมกันทำงาน มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ โดยมี รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีการนำร่างฉบับเดิมกลับมาพิจารณาให้เครือข่าย ภาคประชาสังคมด้านเอดส์นำไปเคลื่อนไหว โดยเนื้อหาของร่าง พรบ.ส่วนใหญ่เป็นเรื่องการดูแล และการป้องกันด้านเอดส์ มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

- 5) การเสนอนโยบายให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนควรได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ เพื่อลดการติดเชื้อจากแม่สู่ ลูกทุกกรณี ทั้งกลุ่มชาติพันธุ์และแรงงานต่างชาติ สำหรับต้นทุนยาคานาต้า (เม็ดแข็ง) ประมาณ 1,000 กว่าบาท ยา AZT มีราคาถูก และประเทศไทยสามารถผลิตได้เอง เมื่อประเทศไทยมียา และเข้าถึงยาต้านได้ ควรนำยามาใช้ให้เกิดประโยชน์ ไม่ต้องการให้เพื่อนต้องทรมาน ใน ประชากรต่างชาติ ทั้งที่เข้าระบบและไม่เข้าระบบ

สำนักงานอัยการสูงสุด ได้ดำเนินงานเกี่ยวกับงานคุ้มครองสิทธิ โดยมีการเผยแพร่ความรู้เรื่องเอดส์ โดยเฉพาะการให้ความรู้ที่หน่วยงานแพทย์ ซึ่งได้ให้ความรู้ด้านการคุ้มครองสิทธิ การรับรองสิทธิของผู้ติดเชื้อ ซึ่ง ยังคงน้อยกว่าคนพิการในหลายประเด็น สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน (สคช.) ได้จัดทำข้อมูลเพื่อให้ความรู้ และจัดทำรายงานแผนการดำเนินงานปีละหนึ่งเล่ม เพื่อเผยแพร่ความรู้ทางกฎหมาย การคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อ และความรู้เรื่องเอดส์ นอกจากนั้นยังมีการจัดกิจกรรม และมีการอบรมอัยการสูงสุดปี ละหนึ่งรุ่น

7.2 การคุ้มครองสิทธิในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

ANC-PMTCT การขับเคลื่อนเกี่ยวกับการยื่นสิทธิการดูแลหญิงตั้งครรภ์ การป้องกันการติดเชื้อจาก แม่สู่ลูก เพื่อการปรับเปลี่ยนแผนการรักษาจากเดิมให้ยาสูตร 2 ตัว (AZT+ Nevirapine) ปรับเป็น ตัวยา 3 ตัว (AZT+3TC+LVP) ซึ่งทำให้มีการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกเพียง 1% โดยยาสูตร 2 ตัวพบว่าทำให้แม่จำนวนมากที่ CD4 ต่ำกว่า 200 ดื้อยา Nevirapine ซึ่งเป็นตัวยาที่ดียาได้ง่ายมาก แต่การให้ยาต้านสูตรใหม่ 3 ตัว ซึ่งเป็นการป้องกันการ ติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ดีที่สุด ก็อาจส่งผลต่อการดื้อยาของแม่ในอนาคต และอาจทำให้รับยาสูตรพื้นฐานไม่ได้ ทำให้ทางเลือกการใช้ยาลดลง เพราะต้องเริ่มด้วยการรับยาสูตรที่สูง

Migrant กลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย ประชากรต่างชาติที่มาจากประเทศพม่า ลาว และกัมพูชา ปัจจุบันรัฐบาลให้สามารถอยู่ทำงานชั่วคราว และให้มีการรายงานตัวกับ พม. เพื่อรับเลข 13 หลักตาม ทร.138 ได้รับการตรวจสุขภาพเสียค่าใช้จ่าย 600 บาท ตรวจ 6 โรค ยกเว้นโรคเอดส์ การทำประกันสุขภาพรายปี 1,300 บาท/ปี และทำ Work promise เข้าสู่ระบบบริการสุขภาพแรงงานข้ามชาติ กระทรวงสาธารณสุข เงินค่าบริการจะ อยู่ที่โรงพยาบาลเป็นส่วนใหญ่ แบ่งเป็นงบประมาณจัดสรรให้แก่งานป้องกัน งานรักษา และส่วนกลางกระทรวง สาธารณสุข แต่สิทธิประโยชน์ไม่ครอบคลุมถึงการให้บริการยา ARV และสำหรับแรงงานข้ามชาติยังถูกเก็บ ค่าบริการ 30 บาทต่อครั้ง

การตรวจพิสูจน์สัญชาติลาว เพื่อรับพาสปอร์ตชั่วคราว และสแตมป์วีซ่าเพื่อทำงานต่อเนื่อง 2 ปี จากนั้นให้กลับบ้านไปก่อนป้องกันการขอสัญชาติไทยเมื่อครบ 5 ปี สำหรับประเทศกัมพูชา จะได้ซีไอสีน้ำเงิน ไว้ใช้ในประเทศไทยเท่านั้น ถ้าทำพาสปอร์ตต้องทำที่ประเทศตนเองซึ่งแพงมาก และในประเทศไทยการพิสูจน์สัญชาติกัมพูชาทำได้ยากเพราะระบบทะเบียนราษฎรไม่สมบูรณ์ ทำได้ประมาณ 1 แสนกว่าคน แต่พม่าเพิ่งเข้ามารับบริการหนึ่งพันกว่าคน ซึ่งด้าน ตม.ของประเทศไทยพิสูจน์ได้ไม่เกินวันละ 200 คน จากทั้งหมดล้านกว่าคน ในประชาชนที่เป็นอิสลามทำไม่ได้เลย การให้บริการยาสามารถทำได้ยากมาก รัฐบาลจะอย่างไรกับคนที่ไม่มีสัญชาติที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยจำนวนมาก ที่ยังไม่ได้รับการพิสูจน์สัญชาติ และขึ้นทะเบียน

โครงการ NAPHA Extension เนื่องจากพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ UNGASS, 2001 มีการกำหนดตัวชี้วัดและเรื่องสิทธิ ซึ่งยังไม่เพียงพอ จึงนำไปสู่การเกิดกองทุนโลก (Global Fund) ซึ่งมีทั้งเรื่อง AIDS TB and Malaria (ปี 2546) รอบ 1 ปี 2546-2551 แบ่งเป็น 5 ปี 2 และ 3 นำมาซื้อขายยาต้านไวรัส 80,000 ราย คือ NAPHA โดยใช้เกณฑ์ตามแนวทางของประเทศ ($CD4 < 200$) สำหรับคนไทย ที่รับตามระบบทำหิงบประมาณ เหลือ 10,000 ราย ไม่ต้องการคืนเงินจึงนำไปดำเนินการให้บริการยาต้านไวรัส ในกลุ่มที่เป็นประชากรข้ามชาติ ชาตพันธ์แรงงานข้ามชาติ ผู้อพยพในค่าย คนไทยพลัดถิ่น คนไร้รัฐ และคนไทยไม่มีสิทธิ สรุปผลการดำเนินงานได้ผู้รับบริการจำนวน 1,500 เป็นไทย 800 และต่างชาติ 700 และมีการประเมินให้เกรด (ถ้าเกรด A1 จะได้สิทธิในการพิจารณาต่อเนื่องต่อ) ทำให้โครงการนี้ ได้รับต่อสัญญา 6 ปี RCC-R1 เดือนตุลาคม 2551 แต่งบประมาณจะลดลงเรื่อยๆ รัฐร่วมจ่ายมากขึ้น จำนวนที่ได้สนับสนุนงบประมาณ คือ จำนวน 2,000 ราย แต่พบว่ามีผู้รับบริการจริง 3,000 ราย เป็นคนไทย 1,000 กว่า ซึ่งมีความพยายามผลักดันให้เปิดเผยตัว และเข้ารับบริการตามสิทธิ เนื่องจากงบประมาณสนับสนุนให้เพียง 2,000 กว่ารายต่อปี ในขณะที่ผู้ต้องการรับยาจากโครงการเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งขณะนี้ Global Fund ได้มีการเจรจาเพื่อขอเพิ่มเติมงบประมาณยาต้านไวรัส กับหน่วยงานที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิตเซอร์แลนด์ และกำลังรอผลการพิจารณา แต่โจทย์ใหญ่ คือ การกินยาต่อเนื่อง จะทำอย่างไรกับบุคคลกลุ่มนี้ได้รับยาต้านฯ อย่างต่อเนื่อง จึงมีการเรียกร้องให้มีการขยายสิทธิสำหรับบริการสุขภาพต่างด้าวโดยเพิ่มเรื่องยาต้านไวรัสเข้าไปด้วย แต่ยังขาดในส่วนของคนที่ไม่ขึ้นทะเบียน จึงมีการคิดถึงการขายบัตรประกันสุขภาพ เพื่อนำเงินมาบริหารจัดการดูแลสุขภาพ ปัญหาคือจะขายเท่าไร ผู้บริหารไม่กล้าตัดสินใจ ไม่มีราคาที่เหมาะสม การยกให้เป็นการบริหารจัดการของแต่ละจังหวัดเอง ทำให้จังหวัดไม่กล้าดำเนินการ กระทรวงควรมีส่วนในการรับผิดชอบการให้บริการด้วย เพื่อสร้างความมั่นใจให้แก่จังหวัด

ผู้ใช้สารเสพติด การคุ้มครองสิทธิผู้ใช้สารเสพติด มีการขับเคลื่อน การเพิ่มสิทธิประโยชน์ ด้าน MMT ในชุดสิทธิประโยชน์ แต่ต้องมีการตรวจสอบ แนวทางการให้บริการ หน่วยงานให้บริการเป็นอย่างไร ดำเนินการได้มากน้อยเพียงใด มีการสำรวจสถานบริการ MMT เพื่อประเมินศักยภาพ และคุณภาพการให้บริการ ว่าจะมีสถานบริการใดที่พร้อมดำเนินการเป็นหน่วยบริการ MMT ได้รูปแบบได้ หากเป็นผู้ค้า และเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับคำแนะนำให้เลือกรับบริการ เนื่องจากอาจขาดความมีวินัยในการกินยาต้านฯ ต้องไปบำบัดยาเสพติดให้หายก่อน โดยมีการศึกษาดูงาน เรื่องการให้บริการในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ในประเทศอินโดนีเซีย และมาเลเซีย ความก้าวหน้าภายใต้ ปปส. เรื่องการรณรงค์นโยบายการพัฒนาเรื่องยาเสพติด การเชิญผู้บริหารระดับสูง เพื่อไป

ร่วมการประชุม ดูงาน และกลับมาจัดตั้งคณะทำงาน ด้าน Harm reduction ภายใต้ GF round 8 ด้านการลดอันตรายจากการใช้ยา เมื่อแผนฯ นี้เสร็จ และนำเข้าเวทีประชาพิจารณ์ และเสนอต่อ ครม.ต่อไป

ผู้ต้องขัง การดำเนินงานของกรมราชทัณฑ์

- สถานการณ์การเข้าถึงบริการตามสิทธิ ภายใต้สปสข. ผู้ต้องขังที่มีเลขประจำตัว 13 หลัก สามารถเข้าถึงบริการตามสิทธิได้ จะมีประมาณ 20-30 % ที่เข้าไม่ถึงบริการ เนื่องจากไม่มีสิทธิต้องขอสงเคราะห์จากโรงพยาบาลผู้ให้บริการ มีทั้งคนไทย และต่างชาติ บุคคลเหล่านี้จะไม่สามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้ จึงประสานเรื่องนี้กับ สปสข. ในภาพรวมแล้ว (การเข้าถึงบริการทุกอย่างของคนที่ไม่ใช่เลข 13 หลัก) แต่ไม่ได้รับการสนับสนุน ซึ่งสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (สนย.) เคยขอแต่ได้รับเหตุผลว่างงบประมาณที่จัดสรรสำหรับคนไทยเท่านั้น เพราะเป็นภาษีของประเทศไทย แนวทางการแก้ไขปัญหา คือ การเสนอขอสงเคราะห์จากโรงพยาบาลเพื่อขอใช้งบประมาณในส่วนของมนุษยธรรม การรักษาโรคพื้นฐาน การเข้าถึงบริการจะล่าช้ากว่าคนไทยปกติบ้าง
- ด้านถุงยางอนามัย ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงบริการถุงยางอนามัยได้ แต่ยังมีข้อจำกัดอยู่บ้างในบางพื้นที่ กรมราชทัณฑ์พยายามแก้ไขจุดนี้ เนื่องจากยังมีทัศนคติเชิงลบทั้งเรื่องรักร่วมเพศ การใช้ถุงยางอนามัยและการแจกถุงยางอนามัย โดยการสร้างความรู้ความเข้าใจ การปรับทัศนคติ ทั้งในกลุ่มผู้ต้องขังและเจ้าหน้าที่
- การเข้าถึงบริการตรวจเลือดแบบสมัครใจ (VCT) การเข้าถึงยาต้านไวรัส ในหลายจังหวัดผู้ต้องขังยังไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้ เนื่องจากมีข้อจำกัดของผู้ให้บริการทั้งส่วนของเรือนจำและโรงพยาบาล รวมทั้งมีความกังวลเรื่อง Adherence
- การคุ้มครองสิทธิกลุ่มผู้ต้องขังที่เป็นผู้ติดเชื้อ พบว่า หลังจากผู้ต้องขังออกจากเรือนจำมักถูกตีตราจากครอบครัว จากที่ทำงาน ต้องใช้เวลาในการเริ่มต้นชีวิต เด็กที่เป็นบุตรหลานที่เป็นผู้ต้องขัง ไม่ได้รับการศึกษา ไม่ได้เข้าเรียน หยุดเรียนกลางคัน

7.3 ข้อมูลแลกเปลี่ยนเกี่ยวกับระบบประกันสุขภาพ

1. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติดูแลครอบคลุมประชาชน 48 ล้านคน
2. ประกันสังคมดูแลครอบคลุมประชาชน 10 ล้าน ปี 47 โดยเริ่มให้สิทธิการรักษาค่ายาเต็มสิทธิ เมื่อวันที่ 1 มกราคม 2550
3. ระบบประกันสุขภาพแรงงานต่างด้าว พม่า ลาว กัมพูชา ดูแลครอบคลุมประชาชน 1.1 ล้านคน
4. สวัสดิการข้าราชการ และรัฐ โดยให้บริการเกี่ยวกับการบริการยาต้านไวรัส เอชไอวี ยารักษา OI ยาป้องกัน OI และยาต้านไวรัส ARV

7.4 โครงการจากกองทุนโลก (GFATM)

1. โครงการ RCC R1 มีดำเนินงาน ดูแล และป้องกัน

RCC R1 ดำเนินงานดังนี้

Prevention ในโรงเรียนและสถานศึกษา รับผิดชอบโดย PATH ในสถานประกอบการ/ สถานที่ทำงาน รับผิดชอบโดย TBCA และสำหรับ Community รับผิดชอบโดย มูลนิธิดวงประทีป สมาคมยุวมุสลิมแห่งประเทศไทย มูลนิธิพะเยาเพื่อการพัฒนา และมูลนิธิรักไทย

ด้าน Care – NAPHA Ex

- CCC
- Thai red cross

ด้านการผสมผสาน (Mixed) – YPFS

- Youth PHA friendly service ส่งเสริมการดูแลเชิงรุกในกลุ่มเยาวชน และผู้มีเชื้อ ในรอบที่หนึ่ง ทั้งหมด 46 จังหวัด

2. โครงการ Global fund round 8

CHAMPION เริ่ม เมื่อวันที่ 1 กรกฎาคม 2552 แบ่งเป็น 2 phase ประเมิน สองปี และต่ออีกสามปี รับผิดชอบงานในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ เพื่อให้ประชากรเข้าถึง และรับบริการได้ดีขึ้น ได้แก่ MW, FSW, MSM, IDU

กองทุน VCT กองทุนการเข้ารับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ด้วยความสมัครใจ (Voluntary Counseling (Confidentiality) and Testing (VCCT) ปีละสองครั้ง สำหรับประชาชนไทยทุกคน แต่ต้องเข้าสู่การประเมินโอกาสเสี่ยง (Pre-counseling) ก่อน หัวใจหลักคือ การทำให้ประชาชนประเมินความเสี่ยงด้วยตนเอง และเจ้าตัวต้องยินดี/ ยินยอมเข้ารับการตรวจ ด้วยความสมัครใจ และมีเจ้าหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลด้านการป้องกัน “เอดส์รู้เร็วรักษาได้” แต่เมื่อรักษาได้แล้วลงทุนสูญเปล่าหรือไม่ เพราะสังคมยังกีดกันเรื่องสิทธิการทำงาน สังคมยังไม่ยอมรับเท่าที่ควร

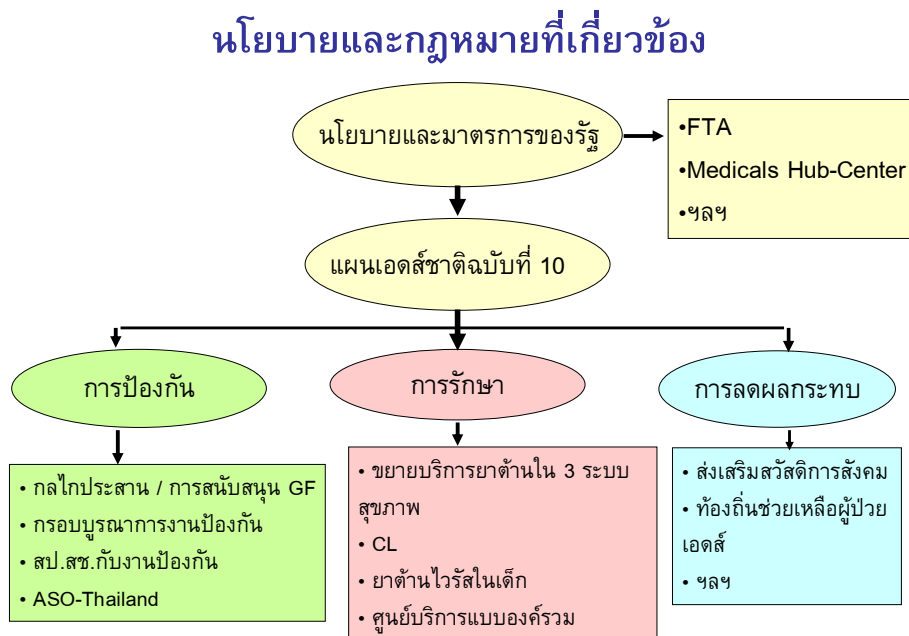
7.5 ประเด็นความก้าวหน้าในการคุ้มครองสิทธิที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน

- คณะกรรมการเอดส์ชาติเห็นด้วยกับแผนฯเอดส์ชาติ ที่มีการระบุเรื่องสิทธิในยุทธศาสตร์บูรณาการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ 2550 – 2554 อย่างชัดเจน
- คณะกรรมการเอดส์ชาติ ได้มีการตั้งกลไกที่จะทำหน้าที่ขับเคลื่อนงานด้านการป้องกัน เนื่องจากที่ผ่านมา เน้นเรื่องการรักษา มากกว่าการป้องกัน โดยมีการรื้อฟื้นงานด้านการป้องกัน และมีการตั้งอนุกรรมการ ขับเคลื่อนงานป้องกันเอดส์ โดยอาจารย์มีชัย วีระไวทยะ เป็นการกระตุ้นงานด้านการป้องกันโดยภาคประชาสังคม
- จากมติคณะรัฐมนตรี วันที่ 27 กุมภาพันธ์ 2550 เน้นการลดการกีดกันสิทธิของผู้ติดเชื้อในการกีดกันการเข้าร่วมกิจกรรม อบรม และให้ความรู้ในหลักสูตรต่างๆ
- แนวทางการป้องกันการติดเชื้อในโรงงาน โดยกรมสวัสดิการ และคุ้มครองแรงงาน ร่วมกับกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งมีการดำเนินงานเชิงรุกด้านการป้องกัน ดูแล รักษา เอดส์ในโรงงาน โดยให้เจ้าของสถานประกอบการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรม มีการประเมินให้รางวัล และรักษา มาตรฐาน เป็นระดับตามที่ได้ผ่านการประเมิน ระดับเงิน ระดับทอง และระดับแพลตินัม นอกจากนี้ยังนำมา ปรับใช้กับสถานที่ทำงานของรัฐ และรัฐวิสาหกิจ โดยเริ่มในวันที่ 24 กรกฎาคม 2552 เพื่อไม่ให้กีดกันโอกาส ไม่ละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การให้การดูแลเรื่องการรับบริการเข้าถึงบริการ ขณะนี้เป็นช่วง การส่งเวียนเรื่องให้หน่วยงานต่างๆ ได้นำไปปฏิบัติโดยทั่วถึง

- แผนแม่บทสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 โดยกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม ได้รับการลงมติเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม 2552 มีแผนทางด้านสาธารณสุข และมีเรื่องเอชไอวี/ เอดส์ รวมอยู่ด้วย
- ความก้าวหน้าเชิงนโยบาย คือ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพ (สสส.) ได้มีการอนุมัติให้ดำเนินการแผนงานใหม่ คือ แผนงานสุขภาวะทางเพศ เนื่องจากมีเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น จึงมีการสนับสนุนงบประมาณ ประมาณ 50 ล้านบาท เพื่อการส่งเสริมป้องกันด้านเพศ รวมทั้งเรื่องเอชไอวี เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2550 จนถึงปัจจุบัน และในปีเดียวกันนั้น สปสช. นอกจากจะให้บริการยาต้านไวรัส เพื่อรักษาแล้ว ยังให้ยาต้านไวรัส เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มที่ถูกฉีดยาทางเพศ ผู้ถูกข่มขืน โดยการกินเป็นระยะเวลาหนึ่ง จากเดิมที่ให้เฉพาะโรงพยาบาลตำรวจ แต่ขณะนี้ครอบคลุมทุกโรงพยาบาลสามารถให้บริการยาต้านเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้
- งานสุขภาวะทางเพศ ปี 2550 มีการขับเคลื่อนสมัชชาสุขภาพแห่งชาติ กรมอนามัยพยายามทำงานแบบองค์รวม ไม่แยกจากเรื่องอื่น จึงตั้งเป็นงานสุขภาวะทางเพศ และมีการตั้งคณะกรรมการสมัชชาสุขภาพระดับจังหวัดทุกจังหวัด ประชุมปีละ 1 ครั้ง เพื่อนำข้อเสนอเรื่องสุขภาพชัดเจน หากผ่านสมัชชาสุขภาพจะนำไปสู่การทำงานที่กว้างขวางและมีเครือข่ายการทำงานทั่วประเทศ สำหรับการประชุมมีการลงมติโดยสมัชชาสุขภาพ ผ่านเข้าไปเป็นมติ ครม. เป็นเอกสารที่สามารถนำไปใช้ขอความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ
- การคุ้มครองสิทธิผู้ใช้สารเสพติด เมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2551 ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เพิ่มการดำเนินงานด้าน MMT ให้สารทดแทนเมทาโดนในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด ซึ่งช่วยลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดลดลงอย่างชัดเจน โดยการกินเพื่อไม่ให้ผู้ใช้ยาเสพติดฉีดสารเสพติด และป้องกันการแลกเข็ม โดยคณะกรรมการสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เห็นชอบให้เพิ่มสิทธิประโยชน์ของผู้ถือบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติ (โดยใช้บัตรประจำตัวประชาชนยกเลิกการใช้บัตรทอง) โดย IDU, UNODC, UNAIDS ร่วมดำเนินงานด้าน MMT ซึ่งสามารถช่วยลด HIV, Hep B,C โดยจัดตั้งเป็นกองทุนพิเศษ และสามารถเบิกจ่ายเงินค่าบริการจากส่วนกลางได้
- การผลักดันให้แพทย์สภาปรับแนวปฏิบัติเรื่องการตรวจเลือดในเด็กต่ำกว่า 18 ปี โดยมีความพยายามผลักดันให้เด็กสามารถตัดสินใจตรวจเลือดเอง โดยไม่ต้องขออนุญาตกับผู้ปกครอง จึงมีการเสนอขอให้ยกเลิกการได้รับการยินยอมจากผู้ปกครอง เพื่อให้เกิดการเข้าถึงบริการทางสุขภาพได้เร็ว และง่ายขึ้น และถือเป็นสิทธิของเด็ก ให้สอดคล้องกับพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไป ด้านสิทธิเด็ก ซึ่งได้รับการทำเวทีประชาพิจารณ์ โดยหลายภาคส่วนจนได้รับการยินยอมให้เสนอขอปรับเป็นแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับกฎหมาย กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ (พม.)
 1. การดูแลโดยไม่เลือกปฏิบัติ ไม่แยกเรือน
 2. ระบบการดูแลเรื่องความลับของเด็กติดเชื้อ ไม่ให้แจ้งต่อที่สาธารณะ
 3. การพัฒนาองค์ความรู้ ทักษะเจ้าหน้าที่ ด้านเอดส์ และการให้ทุนสงเคราะห์
 4. ให้การดูแลเด็กที่อยู่ภายใต้การดูแล ให้ได้รับความรู้เรื่องเอดส์ และป้องกันตนเอง

และดำเนินการได้สำเร็จ ปัจจุบันที่มีการให้ความรู้ ทักษะการป้องกันตนเอง และความตระหนัก แก่เด็กในโรงเรียน เพื่อให้เกิดความรู้ความเข้าใจและยินยอมตรวจเลือดเองแบบสมัครใจ

แผนภูมิที่ 10 นโยบายและกฎหมายที่เกี่ยวข้อง



ที่มา: ชุติ มีสิทธิ์ อนุกรรมสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ, 2552

- เรื่องการกระจายอำนาจ มีการกำหนดให้มีการส่งเสริมการมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำ MOU กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยมีการเข้าร่วมทุกภาคส่วนในพื้นที่ มีการสนับสนุนงบประมาณด้านการควบคุมป้องกันโรค ซึ่งสนับสนุนรายละเอียด 40 บาท สมทบกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.) นั้นๆ เป็นกองทุนสุขภาพตำบล มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนเพิ่มเติม โดย อปท. ไม่น้อยกว่า 20 – 50 % ตามความเหมาะสม และขนาดพื้นที่รับผิดชอบของ อปท. รวมกับงบประมาณจากส่วนอื่นๆ ของท้องถิ่น เพื่อดำเนินการควบคุมป้องกันโรคในชุมชน ที่สอดคล้องกับสถานการณ์โรคในท้องถิ่น รวมงบประมาณสนับสนุนของผู้ต้องชั่งด้วย และมีการคัดเลือกกรรมการกองทุนจากคนชุมชนเอง

ปัญหาอุปสรรค (ความล้มเหลว)

- 1) การคุ้มครองสิทธิ ปี 2550 ใน พรบ.คุ้มครองสิทธิผู้ป่วยเอดส์ ยังไม่ประสบความสำเร็จในการออกเป็นกฎหมายเนื่องจากร่างกฎหมายดังกล่าวกรรมการสิทธิไม่ได้เข้าร่วมพิจารณา จึงถูกยั้งการนำเข้าสู่การพิจารณา เพราะมีเนื้อหาของการละเมิดสิทธิของผู้ป่วยและการแบ่งแยก เช่น ให้ผู้ว่าราชการประจำเขตที่เป็นสถานสงเคราะห์พิเศษในพื้นที่สำหรับผู้ติดเชื้อ กรณีผู้ติดเชื้อที่มีพฤติกรรมที่อาจเป็นอันตรายต่อบุคคลทั่วไปเจ้าหน้าที่ของรัฐสามารถนำเข้าในเขตสงเคราะห์พิเศษได้ สำหรับเด็กติดเชื้อไม่จำเป็นต้องเข้าเรียนปกติสามารถจัดการเรียนการสอนเฉพาะ

สำหรับกลุ่มเด็กติดเชื้อ รวมทั้งกรณีการไปใช้บริการทันตแพทย์ต้องแจ้งต่อเจ้าหน้าที่ก่อนว่าเป็นผู้ที่มีผลเลือดเป็นบวก และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขสามารถแจ้งผลเลือดต่อเจ้าหน้าที่อื่นๆ กรณีที่อาจเป็นอันตรายขณะปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งร่างพรบ.ฯ ดังกล่าวถูกยกเลิกโดยสิ้นเชิง

- 2) งานด้านความรู้เรื่องเอดส์ในโรงเรียนยังไม่มี ไม่ชัดเจน มีการติดเชื้อในกลุ่มเด็กเยาวชนมากขึ้น
- 3) พบปัญหาด้านการเข้าถึงบริการรักษา การส่งต่อมีความล่าช้า พบการติดเชื้อรุนแรง ผู้ที่ติดเชื้อถูกตีตรา ไม่ค่อยมั่นใจในการเปิดตัว และพบปัญหาการกีดกันสิทธิ เช่น สำนักงานตำรวจแห่งชาติ สำนักงานอัยการ ที่ต้องมีการตรวจเลือดก่อนรับเข้าทำงาน ทั้งที่หน่วยงานเหล่านี้รับคนเข้ามาทำงานเรื่องพิทักษ์สิทธิ ผู้ให้บริการจำนวนมากยังมีทัศนคติที่ไม่ดี ก็จะไม่ให้บริการเนื่องจากเป็นสิทธิเพิ่มเติม เป็นความสมัครใจของสถานบริการ โดยการติดตามของ สปสช
- 4) ความล่าช้าเรื่องยาเสพติด Harm reduction การทำ MMT ในเรือนจำ สำหรับประเทศไทยมีความก้าวหน้าในการดำเนินงานเรื่องนี้้น้อยมาก ยังไม่มีการทำเรื่อง Harm reduction ไม่ยอมรับเรื่องการแจกเข็มที่สะอาดแก่ผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อไม่ให้ใช้เข็มร่วมกับผู้อื่น เป็นเรื่องการดูแลของผู้ที่ใช้ยาให้สอดคล้องกับวิถีชีวิต ในขณะที่ประเทศอินโดนีเซีย อินเดีย และมาเลเซียดำเนินการจัด Intervention ในสถานกักกันอย่างก้าวหน้า
- 5) การศึกษานโยบายเกี่ยวกับกฎหมายเอดส์ประเทศไทย มีกฎหมายที่ดีมาก แต่ไม่ถูกนำไปปฏิบัติ
- 6) ปัญหาหลัก คือการเก็บรักษาความลับของผู้ติดเชื้อในทุกหน่วยงาน และการจัดสถานที่ให้บริการที่ไม่เหมาะสม ทำให้รู้สึกถึงการถูกตีตรา ไม่กล้าเข้าไปรับบริการ กองทุน VCT มีคนเข้ารับบริการน้อย เนื่องจากการขาดเรื่องการรักษาความลับ เช่น ประกาศให้ไปรับเบี้ยยังชีพ การแจ้งสถานศึกษาเรื่องเด็กติดเชื้อในโรงเรียน และการลงข้อมูลผลเลือดใน OPD card
- 7) Conflict of Policy เช่น ความขัดกันเองของหน่วยงานรัฐ กระทรวงต่างๆ เช่น ด้านสาธารณสุขกับเรื่องของจริยธรรม เรื่องถุงยางอนามัยมีการรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัย แต่ก็ถูกจับจ้องจากกระทรวงวัฒนธรรม เป็นต้น
- 8) งานเอดส์ในแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติถูกระบุลงไปในทุกกระทรวง แต่คนที่ถูกระบุยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ว่าจะต้องทำอะไร หน้าที่อะไร องค์กรคนทำงานมีทัศนคติในการทำงานเรื่องโรคเอดส์น้อยมาก ซึ่งถือว่าเป็นเรื่องใหญ่มาก
- 9) กลไกการคุ้มครองสิทธิยังไม่ครอบคลุม ไม่มีการสนับสนุนงบประมาณ ไม่มีหน่วยงานที่เป็นเจ้าภาพชัดเจน การจัดกลไก การสนับสนุนงบประมาณ การมีศูนย์ของการร้องเรียนให้ผู้ที่ไม่ได้รับบริการดูแล ระบบการร้องเรียน การติดตามดูแลที่ไม่ชัดเจน กลไกที่นำไปสู่การทำให้แผนเอดส์ชาตินำไปสู่การปฏิบัติจริง คนทำงานส่วนใหญ่มองว่างานเอดส์เป็นเรื่องสุขภาพ ความเจ็บป่วย ภาระก็จะอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข กลไกที่ผ่านมายังขาดความต่อเนื่อง
- 10) ปัญหาการพิสูจน์สัญชาติ เมื่อคนต่างชาติเข้ามาอยู่ในประเทศไทย แล้วได้รับสัญชาติไทย ได้สิทธิเท่าเทียมคนไทยเหมาะสมหรือไม่ ปัญหาคือ มีค่าลงทะเบียนการทำงาน ค่อนข้างสูง เป็นเรื่องการแสวงหาผลกำไร รวมทั้งการไม่รับรองสัญชาติ ทำให้ไม่ได้รับดูแลรักษา และบริการ

ทางด้านสุขภาพต่างๆ งาน PMPCT มีช่องว่างในกรณีคนไม่ใช่ประชาชนคนไทยไม่สามารถเข้ารับบริการต่างๆได้

ข้อเสนอแนะและแนวทางการแก้ไข

- 1) ควรมีมิติการมองปัญหาที่ไม่แปลกแยกกัน ทุกคนสามารถได้รับสิทธิในการได้รับการดูแลที่เท่าเทียมกัน ภายใต้สิทธิความเป็นมนุษย์เท่าเทียมกัน ทำให้เด็กได้มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรักษาความลับของผู้ติดเชื้อ เพื่อนๆ ร่วมชั้นที่ติดเชื้อ
- 2) ควรมีการบูรณาการงานเอดส์ในระดับส่วนกลางลงไปในพื้นที่ด้วย เช่น การนำกลุ่มเป้าหมายเป็นตัวตั้ง แล้วนำเรื่องประเด็นการดูแล รักษา การป้องกันต่างๆ เข้าไปจับ เพื่อลดการซ้ำซ้อนในการทำงาน ควรมีการบูรณาการไปถึงระดับจังหวัด การให้ อบต. จัดทำแผนงานที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ มีการติดตามการดำเนินงาน ติดตามความก้าวหน้าทุกปี จาก กรม. โดย กรม. จะติดตามถามจากกระทรวงที่ถูกกล่าวถึงหรือที่ระบุตามมติของสมัชชาเพื่อรับทราบความก้าวหน้าอย่างใกล้ชิดเป็นกลไกที่ดี
- 3) ควรมีการเสนอให้หน่วยงานอื่นสามารถนำงานด้านเอดส์ไปใช้ได้ โดยสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นผู้ควบคุมดูแลภาพรวม สามารถสั่งการให้กระทรวงต่างๆ ดำเนินงานด้านเอดส์ได้ แผนแม่บทมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 มีเรื่องเอดส์อยู่ มีกลไกคือคณะกรรมการติดตามประเมินผล การดำเนินงานในหน่วยงานต่างๆ เรื่องเอดส์ และหน่วยงานต่างๆ มีกลไกในการดำเนินงาน อยู่แล้ว แต่ควรมีการกระตุ้นเรื่องโรคเอดส์เข้าไปให้ได้มากขึ้น โดยเฉพาะเรื่องสิทธิ คือ การทำเรื่องทัศนคติ ให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องสิทธิของประชาชนมากขึ้น เมื่อมีการร้องเรียนเสร็จมีการส่งต่อจริง แต่ประชาชนต้องดำเนินการเดินเรื่องเอง กลไกการทำงานที่ดีควรมีการบริการด้านสิทธิ ไม่จำกัดแค่ผู้ติดเชื้อ แต่รัฐควรจัดบริการรับเรื่องร้องเรียน ในระดับพื้นที่และช่วยดำเนินการ ให้ การจัดตั้งกระบวนการส่งต่อ หน่วยงานของรัฐควรสนับสนุนภาคประชาสังคมในเรื่องคุ้มครองสิทธิ ไม่ใช่แค่เรื่องการตั้งรับ การร้องเรียน แต่ควรเข้าไปให้ความรู้ประชาชนเรื่องสิทธิจะได้รับบริการต่างๆ เมื่อเกิดปัญหาจะไปรับบริการที่ไหน อย่างไร เป็นต้น
- 4) ข้อเสนอแนะจากข้อจำกัดเรื่องการทำถุงยางอนามัยแก่คนในชุมชน จากที่แจกให้เพียงกลุ่มชายบริการเท่านั้น ควรมีการทำ condom for all ซึ่งเหมาะสมในการดำเนินงาน ตอนนี้ยังไม่เพียงพอแก่คนทั่วไป
- 5) ในกลุ่ม IDU มีปัญหา Harm reduction มีการดำเนินงานด้าน MMT แต่มีจุดอ่อน คือ ยังไม่ครอบคลุมรอบด้าน ยังมีช่องว่าง เช่น ไม่มีการแจกเข็มที่สะอาดแก่ผู้ใช้สารเสพติด ทำให้ผู้ใช้สารเสพติดยังคงใช้วิธีการแลกเข็ม ซึ่งทำให้เกิดภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
- 6) การเข้าถึงบริการอย่างเท่าเทียม ทั้งถึง และไม่เลือกปฏิบัติ ทุกคนที่อยู่ในประเทศไทยควรได้รับบริการดูแลรักษา การเข้าถึงบริการป้องกันรักษา ของประชากรทุกกลุ่มที่เป็นต่างชาติ โดยการ

- ทำให้ระบบที่มีอยู่ครอบคลุมมากขึ้น ในกลุ่มที่จ่ายเงินประกันสุขภาพอยู่แล้ว 1,300 บาทต่อปี ต่อคน นำมาบริหารจัดการควรดำเนินการให้ครอบคลุมเรื่องการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ด้วย
- 7) ควรมีการขยายการให้บริการยาต้านฯ ในสิทธิประโยชน์บัตรประกันสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ และการคุ้มครองสิทธิด้านการป้องกัน และรักษาในประชาชนกลุ่มที่เข้าถึงยาก
 - 8) ควรให้ความสำคัญและมีนโยบายเรื่องเอดส์กับโรงเรียน
 - 9) การขยายสัญญาให้มีการจดทะเบียน และซื้อหลักประกัน นอกเหนือจาก 3 สัญชาติ ซึ่งยินดีจ่าย 1,300 เพื่อรับบริการสุขภาพ แต่จะมีปัญหา คือ มีต่างชาติ 3 ล้านคน แต่ขึ้นทะเบียน เพียง 1 ล้านคน บัตรประกันสุขภาพยังรองรับไม่เพียงพอ ในคนที่ไม่ได้สัญชาติไทย และไม่ขึ้นทะเบียน จะมีการดำเนินการอย่างไร
 - 10) ควรมีการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบร่วมกัน หน่วยงานที่รับผิดชอบควรได้รับรู้ร่วมกันในการ ยกร่าง การมอบหมายหน้าที่ ควรผลักดันร่วมกัน ทำให้หน่วยงาน กระทรวง ทบวง กรม ได้เห็น ทิศทาง แนวทางการทำงานร่วมกัน ในการจัดทำแผนฯในระยะต่อไป

8. ทิศทาง: แผนบูรณาการ ชีติศทาง กรอบแนวคิดของแผน สื่อสารว่าแผนอยู่ระดับใด องค์ประกอบหลักความสำเร็จ

ในระยะแรกการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของประเทศไทย เริ่มต้นด้วยการจัดตั้ง คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ โดยที่การแก้ไขปัญหามักดำเนินการในพื้นที่ที่มีปัญหาความ ชุก ความรุนแรงของโรคเอดส์สูง เช่นในเขตภาคเหนือตอนบน ต่อมาในการจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญห เอดส์แห่งชาติฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) มุ่งเน้นการบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ ให้เป็นภารกิจ ปกติของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง จัดให้มีโครงการเสริมสร้างศักยภาพ คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญห เอดส์จังหวัด มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของคณะอนุฯด้านการบริหารจัดการงานแก้ไขปัญหเอดส์ในระดับ พื้นที่

จากผลการประเมินผลแผนแผนป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545 – 2549 จากคณะผู้ ประเมินภายนอก (External Review Team) ซึ่งเป็นความร่วมมือกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุขและองค์การ อนามัยโลก ได้ระบุประเด็นสำคัญว่า การเปลี่ยนแปลงด้านโครงสร้างตามรัฐธรรมนูญ พ.ศ. 2540 ได้กำหนดให้ ถ้ายอนอำนาจและทรัพยากรจากส่วนกลางสู่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ส่งผลให้หน่วยงานสาธารณสุขและ หน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ต้องเพิ่มความรับผิดชอบต่อการบริหารจัดการแก้ไขปัญหเอดส์ ใน ขณะเดียวกันการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์จังหวัดในเรื่องการใช้จ่าย งบประมาณไม่เป็นไปตามแผนงาน/โครงการที่วางไว้ ความไม่คล่องตัวในการดำเนินงานภายในจังหวัดและการลด บทบาทความสำคัญของงานเอดส์ บางจังหวัดไม่ได้เตรียมการรองรับต่อการปรับเปลี่ยน องค์การปกครองส่วน ท้องถิ่นบางแห่ง ไม่มีความเข้าใจในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ แต่ทั้งนี้ บางจังหวัดสามารถ พัฒนาโครงสร้างที่จำเป็นต่อการจัดการแก้ไขปัญหเอดส์ สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงการกระจายอำนาจ

ที่เกิดขึ้น มีบางจังหวัดที่ให้ความสำคัญต่อการพัฒนาศักยภาพคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัด อย่างต่อเนื่อง

8.1 ความคาดหวังเชิงผลผลิตจากการทบทวนเพื่อนำไปสู่ทิศทางการทำงาน

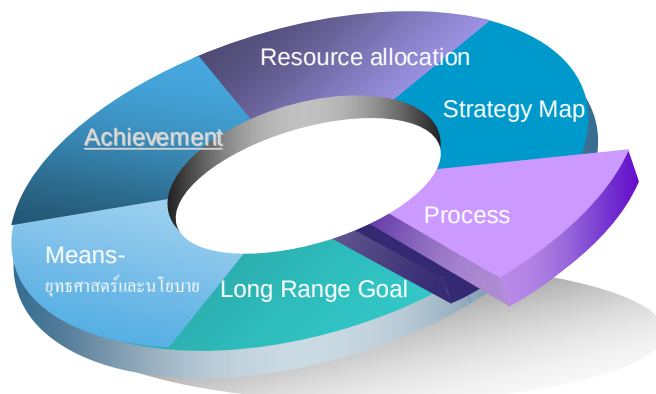
ผลผลิตที่คณะทำงานวิชาการ คาดหวังจากการทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการฯ ในครั้งนี้ คือ ทิศทาง/แนวทางสำหรับการปรับปรุงการดำเนินการ ในระหว่างปี 2553-2554 พร้อมกับข้อเสนอแนะเชิงวิชาการ เพื่อพิจารณาแนวทางการดำเนินการกิจกรรมที่เหมาะสมกับการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์เพื่อให้บรรลุเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ โดยเฉพาะหน่วยงานระดับพื้นที่ (Appropriate Technical Approach) เพื่อให้การดำเนินการนั้นๆ เกิดประสิทธิภาพ และรวมถึงการบริหารจัดการทรัพยากรที่เหมาะสมกับการดำเนินโครงการเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่กลุ่มประชากรเป้าหมาย สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลประกอบการพิจารณา สำหรับการพัฒนา/จัดทำแผนพัฒนายุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ฉบับพ.ศ. 2554-2558 และสามารถนำไปสู่การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศต่อไป และเป็นที่มาของแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ว่ามีการพัฒนามาอย่างไร

8.2 อย่างไรจึงเรียกว่า “แผนยุทธศาสตร์”?

เป็นที่ทราบกันโดยทั่วไปว่า “ยุทธศาสตร์” หมายถึงแผนที่ถนน ที่ช่วยในการกำหนดบทบาทการปฏิบัติงานภายใต้ พื้นฐานเป้าประสงค์ (Goals) ขององค์กร ทั้งในระยะสั้น และระยะยาว เป็นการวางแผนที่ใช้ความระมัดระวัง มีวิธีการและลำดับขั้นตอนในการกำหนดการกระทำที่จะนำไปสู่การปฏิบัติ ทั้งนี้เพื่อตอบคำถามว่า: ท่านจะใช้วิธีการใดที่จะปรับเปลี่ยน จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคามต่างๆ ให้เป็นการกระทำที่มีการลำดับความสำคัญแล้ว บนบริบทในพื้นที่ที่รับผิดชอบ

ดังนั้นแผนยุทธศาสตร์เป็น เป็นกระบวนการกำหนดจุดหมายระยะยาวขององค์กร (Long Range Goals) การเลือกวิถีทาง (Means คือ ยุทธศาสตร์และนโยบาย) เพื่อให้บรรลุจุดหมายนั้น ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนาแผนระยะยาวเพื่อบรรลุจุดหมายขององค์กร

แผนยุทธศาสตร์คืออะไร?



เป็นกระบวนการกำหนดจุดหมายระยะยาวขององค์กร (Long Range Goals) การเลือกวิถีทาง (Means คือ ยุทธศาสตร์และนโยบาย) เพื่อให้บรรลุจุดหมายนั้น ตลอดจนการจัดสรรทรัพยากร และการพัฒนาแผนระยะยาวเพื่อบรรลุจุดหมายขององค์กร

8.3 แผนยุทธศาสตร์เอ็ดส์ชาติพัฒนาอย่างไร?

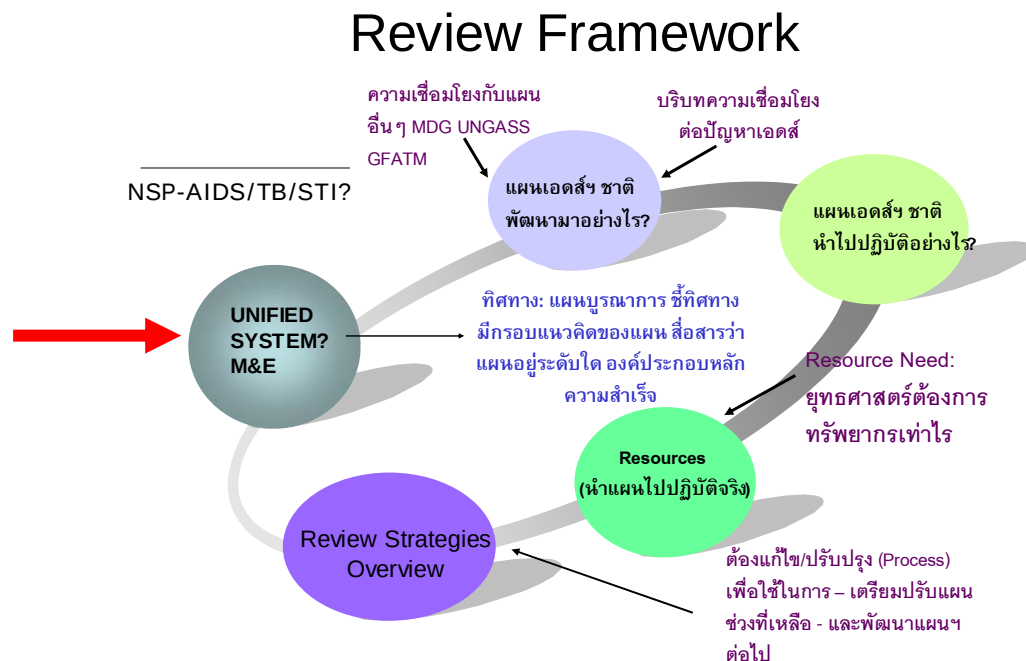
แผนยุทธศาสตร์เอ็ดส์ชาติ ได้มีการพัฒนาโดยลำดับ ตามกรอบการศึกษาทบทวนกระบวนการบริหารจัดการตามยุทธศาสตร์ และนโยบาย ที่กำหนดขึ้นตามแผนฯ และโดยกลไกการบริหารจัดการแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์แห่งชาติ รวมถึงการทบทวนผลการดำเนินงานในกลุ่มประชากรเป้าหมายต่างๆ โดยการรวบรวมข้อมูลจากทุกภาคส่วนที่มีกิจกรรมดำเนินงานในกลุ่มประชากรเป้าหมายทุกกลุ่ม

แผนยุทธศาสตร์เอ็ดส์ชาติ นับว่าเป็นแผนแม่บทในป้องกันและควบคุมโรคเอ็ดส์ ที่มีวงจรการบริหารแผนงานที่เกิดจากความร่วมมือทุกภาคส่วน และมีหลายหน่วยงานเข้ามามีส่วนร่วม มีความเชื่อมโยงกับบริบทของปัญหาและเกี่ยวข้อง สอดคล้องกับแผนงานโครงการเอ็ดส์ในระดับภูมิภาค และระดับโลก ทั้งนี้ ข้อมูลจากการทบทวนผลการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ของประเทศไทยใน 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ พ.ศ.2547 เพื่อเผยแพร่ให้กับนักวิชาการ และผู้กำหนดนโยบายจากประเทศต่างๆ ในการประชุมสัมมนาโรคเอ็ดส์นานาชาติเมื่อ พ.ศ. 2547

รัฐธรรมนูญไทยได้กำหนดเป็นกฎหมายว่าระบบราชการจะต้องโอนย้ายถ่ายภารกิจไปสู่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น และได้รับการรับรองโดยประชามติแล้วในปี 2550 ด้วยเหตุผลดังกล่าวหน่วยราชการในส่วนกลางจึงต้องลดบทบาทและจำกัดภารกิจของตนเองให้คงอยู่เพียงแค่การพัฒนานโยบายและสนับสนุนทางวิชาการเท่านั้น และในช่วงเวลาเดียวกันองค์การบริหารส่วนท้องถิ่นต้องได้รับการพัฒนาสร้างเสริมสมรรถนะทั้งด้านการเงินการคลังและการปฏิบัติการที่ได้รับมอบ การปรับภารกิจการจัดการปัญหาเอ็ดส์สู่กระบวนการกระจายอำนาจ โดยการสนับสนุนของกองทุนโลก (โครงการด้านเอ็ดส์ รอบที่ 1 และ 2 และวัณโรค รอบที่ 1) นับว่าเป็นการปรับวิถีการทำงานของหน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ให้เข้ามาช่วยกันรับภารกิจของแผนงานโครงการ

ร่วมกันอย่างกว้างขวาง มีการแปลงยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ

แผนภูมิที่ 12 ภาพฝันคือ unify system ในกรอบการทบทวน



สำหรับยุทธศาสตร์ที่ 2 การบูรณาการป้องกัน ดูแลรักษา และลดผลกระทบตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมาย

1. กลุ่มสามีภรรยา หรือคู่รักที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งติดเชื้อ
 - 1.1 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีมาฝากครรภ์
 - 1.2 กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการสุขภาพอยู่ในระบบบริการสุขภาพ
 - 1.3 ประชาชนที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับบริการสุขภาพ
 - 1.4 ประชาชนทั่วไปที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้อยู่ในระบบบริการ
2. กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
3. กลุ่มพนักงานบริการและผู้ซื้อบริการ
 - 3.1 กลุ่มพนักงานบริการที่อยู่ในสถานบริการ
 - 3.2 กลุ่มพนักงานบริการที่อยู่นอกสถานบริการ
 - 3.3 กลุ่มลูกค้า กลุ่มคู่ประจำ หรือสามีของพนักงานบริการ
4. กลุ่มผู้ขายยา
 - 4.1 กลุ่มผู้ขายยา
 - 4.2 กลุ่มผู้ขายยาที่เป็นผู้ต้องหา ผู้ต้องขัง และเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็ก ฯลฯ

5. กลุ่มเด็กและเยาวชน

5.1 กลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานศึกษา

5.2 กลุ่มเด็กและเยาวชนในสถานประกอบการ

5.3 กลุ่มเด็กและเยาวชนในชุมชน

5.4 กลุ่มเด็กและเยาวชนที่สมควรได้รับการคุ้มครองสวัสดิภาพเด็กตาม พรบ.คุ้มครองเด็ก พ. ศ. 2546 และที่อยู่ในกระบวนการยุติธรรมทั้งในสถานควบคุม บำบัดฟื้นฟูแบบไป- กลับ และ ประกันตัว

6. กลุ่มประชากรอื่นๆ

6.1 กลุ่มผู้ต้องขัง

6.2 ประชากรในสถานควบคุมตามกระบวนการยุติธรรม (เด็ก และเยาวชนที่เป็นผู้ต้องขัง หรือ ผู้รับการบำบัดยาเสพติดตาม พ.ร.บ. ฟื้นฟูสมรรถภาพผู้ติดยาเสพติด)

6.3 กลุ่มแรงงานข้ามชาติ

6.4 กลุ่มแรงงานไทยไปต่างประเทศ

6.5 กลุ่มแรงงานในสถานประกอบกิจการ

6.6 กลุ่มชาติพันธุ์และคนไทยพลัดถิ่น ได้แก่ ชาวไทยภูเขา ผู้ที่ไม่ได้รับสัญชาติไทย ตกสำรวจ เกิดในไทยรอการรับรอง ฯลฯ

6.7 กลุ่มผู้ลี้ภัย/ผู้อพยพ

2) การป้องกันในบริการทางการแพทย์

3) การรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

4) การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์

(1) กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

(2) กลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ (อายุไม่เกิน 18 ปี)

(3) กลุ่มผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

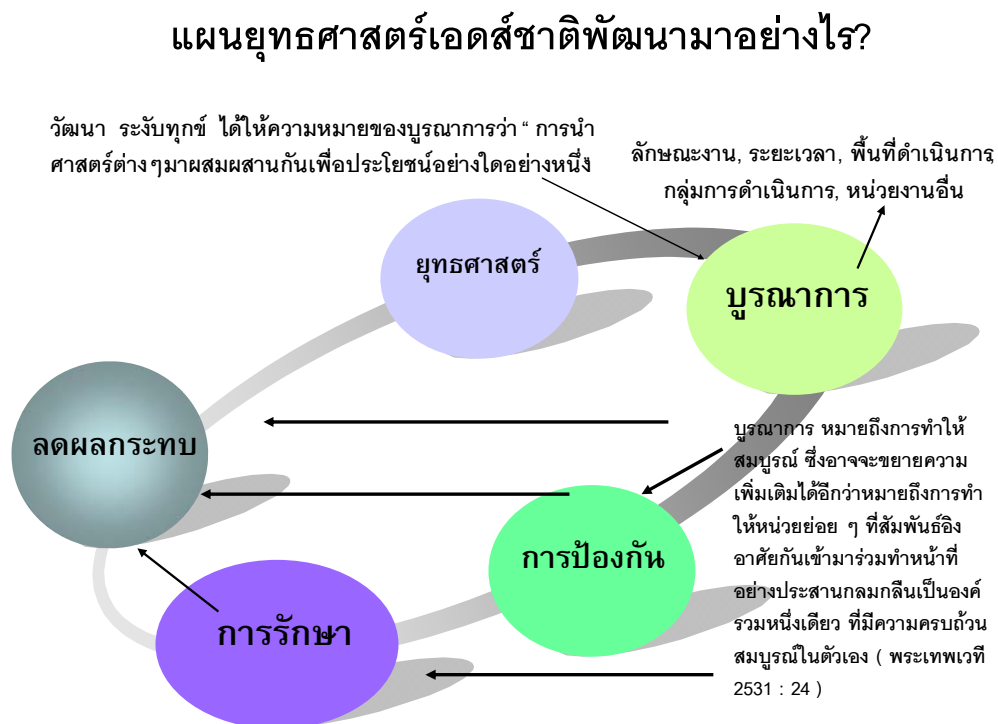
(4) กลุ่มครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

8.4 แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติมีลักษณะเป็นแผนบูรณาการ

กรอบการบริหารจัดการของโครงการ คปอจ เป็นตัวอย่างการบูรณาการงานเอดส์ลงสู่ภาคส่วนต่าง ๆ ที่ได้จากการทบทวนในครั้งนี้ ดังได้กล่าวแล้วในประเด็นข้อ 8.3 เพราะเป็นการปรับกลยุทธ์ ให้มุ่งเน้นความร่วมมือของภาครัฐ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ เอกชน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เข้ามาร่วมกันปรับกิจกรรมการป้องกันเอดส์ในกลุ่มเยาวชน กับดูแลรักษาเอดส์ และผลงานเข้าเป็นพันธกิจตามปกติของหน่วยบริการทางสังคม หน่วยบริการทางสุขภาพ หน่วยงานปกครองส่วนท้องถิ่น และชุมชน ซึ่งบทบาทหน้าที่ของ คป อจ ประกอบด้วย

1. บูรณาการกลยุทธ์ป้องกันเอดส์ในเยาวชน และการดูแลรักษาเอดส์เข้าสู่กระบวนการนโยบาย และระบบบริการสังคม และสุขภาพของจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจังหวัด (ในรูปแผนพัฒนาจังหวัด)
2. อำนาจการให้เกิดการเรียนรู้ และใช้ประโยชน์จากรูปแบบ และวิธีการป้องกันและดูแลรักษาเอดส์ที่มีประสิทธิผล เพื่อให้หน่วยงานและบุคลากรในจังหวัดสามารถจัดการภารกิจได้อย่างยั่งยืน
3. ประสานแผนงานให้เกิดแผนที่นำทาง (Road Map) แสดงขั้นตอนของการจัดกิจกรรมของหน่วยงานต่างๆ ภายในจังหวัด เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และส่งผลให้ลดการติดเชื้อเอดส์รายใหม่ในจังหวัด
4. ระดมความร่วมมือและทรัพยากรที่จำเป็นจากภาคส่วนต่างๆ ในจังหวัด เพื่อให้เกิดกิจกรรมการป้องกันเอดส์ในเยาวชน และการดูแลรักษาโรคเอดส์อย่างต่อเนื่อง จนครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายทั้งจังหวัด
5. การสร้างระบบ และวิธีการสนับสนุนให้หน่วยงานต่างๆ ที่เข้าร่วมภารกิจ สามารถกำกับกิจกรรมที่จัดวางร่วมกันให้เกิดการประสานอย่างเป็นระบบ ตลอดจนจัดวางแนวทางการประเมินผลนโยบายให้ชัดเจน

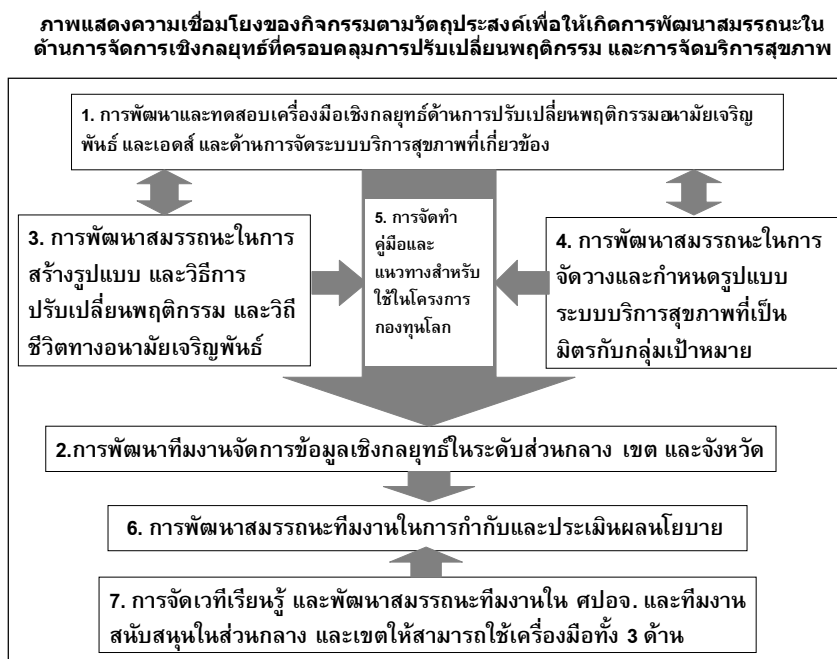
แผนภูมิที่ 13 แผนยุทธศาสตร์มีลักษณะเป็นแผนบูรณาการ



การพัฒนากลไกการบูรณาการเชิงยุทธศาสตร์ในการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ที่เน้นการมีส่วนร่วมทุกภาคส่วน ศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด ศปอจ. PCM ได้ถูกกล่าวถึงในช่วงการทบทวนในกลุ่มประชาสังคม (นางสาวภาวณา เติพนระวี องค์การแพธ) ว่าจะต้องมีความเชื่อมโยงของกิจกรรมตามวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดการพัฒนาสมรรถนะในด้านการจัดการเชิงกลยุทธ์ที่ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และการจัดบริการสุขภาพ ซึ่งสมรรถนะที่สำคัญ มีดังนี้

1. ความเข้าใจเรื่องเอดส์แบบกลุ่มลี้กรอบด้าน เข้าใจเรื่องเอดส์ทั้งในเชิงวิทยาศาสตร์การแพทย์และในเชิงชีวิต โดยสะสมประสบการณ์ หรือ เรียนรู้/เรียนลัด ถึงความสำเร็จ ล้มเหลวของ interventions ในแง่มุม ทั้ง การรักษา การดูแลทางกาย จิตสังคม และการป้องกัน รวมทั้งกระบวนการจัดการเรื่องเอดส์แบบบูรณาการทั้งในประเทศและสากล
2. มีความเชื่อเรื่องเครือข่าย ว่าสามารถให้ประสิทธิผลต่อการทำงานได้ดีกว่าทำเดี่ยว และเข้าใจธรรมชาติของเครือข่าย และการ maintain เครือข่ายว่าเป็นความสัมพันธ์ที่มีทั้งให้และรับ สามารถหาความช่วยเหลือเพื่อให้เกิดการวิเคราะห์/สังเคราะห์ข้อมูลที่เกี่ยวข้องในพื้นที่ให้สามารถเข้าไปในการออกแบบกลยุทธ์การทำงาน และบอกความคืบหน้าของผลการดำเนินงานในบทบาทของ PCM ได้
3. มีทักษะในการจัดการ และ เอื้ออำนวยกระบวนการกลุ่มเพื่อให้ภาคีที่เกี่ยวข้องสามารถทำงานอย่างมีประสิทธิภาพร่วมกันได้
4. กล้าตอบโต้ หรือลุกขึ้นมาเปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อม ในการทำงานที่ไม่เอื้อต่อการบรรลุภารกิจของ PCM
5. มีสายตายาวไกล และเข้าใจว่าในที่สุดแล้วภารกิจของ PCM คือ กระบวนการในพัฒนาสังคมที่ทำให้หน่วยงานและภาคประชาสังคมต่างเรียนรู้ที่จะเข้ามาจัดการปัญหาของชุมชน/สังคมร่วมกัน โอกาสของการทำงานภายใต้ Global Fund ก็คือโอกาสของการเรียนรู้ที่จะแก้โจทย์เรื่องการบูรณาการของระบบเพื่อการพัฒนาสังคมและคุณภาพประชากรอย่างยั่งยืน

แผนภูมิที่ 14 ความเชื่อมโยงของกิจกรรมในการจัดการเชิงกลยุทธ์ที่ครอบคลุมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและการจัดบริการสุขภาพ



"If I keep focused on what I need to do today, the future will take care of itself."

Ursula Burns, president of Business Group of Xerox

ข้อคิดของ Ursula Burns ซึ่งเป็นนักธุรกิจหญิงที่ประสบความสำเร็จในงานระดับก้าวหน้าคนหนึ่ง ได้กล่าวไว้ในนิตยสาร Fortune Magazine เปรียบได้กับคำสอนในพุทธศาสนา “ทำดี ได้ดี ทำชั่ว ได้ชั่ว” ถ้าเราทำวันนี้ดี วันข้างหน้าก็จะดีด้วยตัวของมันเอง เช่นเดียวกับโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของรัฐบาลไทย ที่จะต้องใช้ “ความรู้เป็นฐาน” ในการที่จะผลักดันและแก้ไขด้วยยุทธวิธี หรือ กลยุทธ์ หรือกลวิธี (Strategies/Interventions) ที่เหมาะสมและเป็นไปได้ เกิดสัมฤทธิ์ผลที่ดี และสามารถลดการติดเชื้อรายใหม่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ประสิทธิภาพ และมีคุณภาพดี อันึ่งการบริหารแผนงาน/โครงการที่เผชิญความท้าทายเหล่านี้ จำเป็นต้องอาศัยยุทธศาสตร์และการวางแผนที่ดี ระบบราชการที่มีประสิทธิภาพ การมีตัวบทกฎหมายตลอดจนกฎระเบียบ ต่าง ๆ ที่เพียงพอ เป็นธรรม และทันสมัย และความซื่อสัตย์สุจริตโปร่งใสในการปฏิบัติราชการทุกระดับ ตลอดจนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนที่เป็นพลังในการขับเคลื่อนประเทศ

ตอนที่ 5

ข้อค้นพบหลัก อภิปรายผล และสรุปผล การทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกัน และแก้ไขปัญหายาเสพติดแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554

5.1 ข้อค้นพบหลัก: ปัญหาอุปสรรค: แนวทางแก้ไข การดำเนินงานในเขตภาคเหนือ

ผลจากการทบทวน โครงการ “การทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแห่งชาติ” และการร่วมระดมสมอง การถอดบทเรียน จาก “กรอบการทบทวนช่วงครึ่งแผน-MTR” แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด พ.ศ. 2550-2554 ในเชิงการจัดการความรู้ร่วมกับคณะทำงานวิชาการภาคสนาม ในเขตภาคเหนือซึ่งมีอัตราความชุกมากที่สุดของประเทศ มีข้อค้นพบหลัก ปัญหาอุปสรรค และแนวทางแก้ไข ที่เกี่ยวข้อง ยุทธศาสตร์ที่ 1 ยุทธศาสตร์ที่ 2 และยุทธศาสตร์ 3 ดังต่อไปนี้

สถานการณ์/ผลการดำเนินงาน จังหวัดเชียงใหม่

- ๑) ทุกภาคส่วนร่วมกันกำหนดนโยบายตั้งแต่แรก โดยยึดแผนเอดส์ชาติฉบับ พ.ศ. 2550-2554 เป็นแนวทาง
- ๒) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด จังหวัดเชียงใหม่ ปี 2550-2554 มีวัตถุประสงค์อยู่ 2 ข้อ (1) เพื่อลดการติดเชื้อ HIV รายใหม่ (2) เพื่อลดผลกระทบจากการติดเชื้อ HIV (สอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของแผนบูรณาการยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ฉบับ พ.ศ. 2550-2554)
- ๓) เป้าหมายของแผนบูรณาการฯ (1) ลดการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (2) ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ได้รับการดูแลตามมาตรฐาน (3) ผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ได้รับการดูแล หรือเข้าถึงระบบบริการทางสังคม เศรษฐกิจ การศึกษาและสุขภาพขั้นพื้นฐาน อย่างเหมาะสม
- ๔) ประเด็นยุทธศาสตร์ประกอบด้วย 6 ประเด็นยุทธศาสตร์ คือ (1) การส่งเสริมสุขภาพและการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (2) การลดผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบ (3) การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ (4) การพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยในการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด (5) การสร้างกระแสและความเข้าใจทางสังคมในการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด (6) การป้องกันแก้ไขในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ประกอบด้วย กลุ่มเยาวชน กลุ่มชายรักชาย กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มแรงงานอพยพ/ชาติพันธุ์ กลุ่มผู้หญิง/หญิงตั้งครรภ์ (หญิงตั้งครรภ์ครอบคลุมตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งถึงคลอดและทารก)
- ๕) มีการจัดหางบประมาณจากแหล่งอื่นๆ เช่น GF องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น มาสนับสนุนเพื่อให้เกิดการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง เกิดความยั่งยืน

สถานการณ์/ผลการดำเนินงาน จังหวัดเชียงราย

- ๑) ทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนการดำเนินงานจัดตั้งเป็นคณะกรรมการแก้ไขปัญหาดูแลระดับจังหวัด โดยยึดแผนเอดส์ชาติฉบับ พ.ศ. 2550-2554 เป็นแนวทาง
- ๑) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแล จังหวัดเชียงราย ปี 2550-2554 มีวัตถุประสงค์อยู่ 2 ข้อ (1) เพื่อบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลเข้าไปในการกิจของหน่วยงานทุกระดับและเสริมความร่วมมือระหว่างภาคส่วน (2) เพื่อบูรณาการกลยุทธ์การป้องกัน ดูแล รักษาและลดผลกระทบเข้าสู่การจัดบริการสำหรับประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย
- ๑) เป้าหมายของแผนบูรณาการฯ (1) ประชาชนมีพฤติกรรมและมีความสามารถในการป้องกันตนเองและครอบครัวให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและแพร่เชื้อ HIV (2) ผู้ติดเชื้อ HIV/ผู้ป่วยเอดส์และผู้รับผลกระทบมีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข (3) ครอบครัว/ชุมชนมีค่านิยมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันตนเองและสมาชิกให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ยอมรับ ไม่รังเกียจและอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแล
- ๑) การกำหนดเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์เอดส์จังหวัดนั้นมีความสอดคล้องกับแผนเอดส์ชาติซึ่งประกอบไปด้วย (1) ลดการติดเชื้อ HIV ในประชากรกลุ่มต่างๆ (2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สามารถเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์อย่างครอบคลุมทั่วถึง (3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัวและผู้รับผลกระทบจากเอดส์ ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางสังคม สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80
- ๑) ผลการดูแลรักษาหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อ HIV 34 ราย ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ (คค.2550-มค.2552) ร้อยละ 100 จากที่กำหนดไว้ร้อยละ 98
- ๑) เด็กอายุ 18-24 เดือนที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ HIV ได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อ (คค.2550-มค.2552) เท่ากับร้อยละ 93.8 จากที่กำหนดไว้ร้อยละ 85

ข้อค้นพบหลัก

- ๑) ในชุมชน ยังมีการแบ่งแยกหรือตีตราผู้ติดเชื้ออยู่บ้าง แต่มีท่าทีและการแสดงออกไม่ชัดเจน
- ๑) ทุกภาคส่วนร่วมกันกำหนดนโยบายตั้งแต่แรก มีการจัดเวทีระดมความคิดเพื่อบูรณาการงานเอดส์เข้าสู่ภาคส่วนต่างๆ โดยยึดแผนเอดส์ชาติฉบับ พ.ศ. 2550-2554 เป็นแนวทาง
- ๑) ได้มีการทำงานร่วมกับ NGO องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เครือข่ายผู้ติดเชื้อจังหวัดเชียงใหม่ สถานศึกษา เพื่อให้มีการเข้าถึงกลุ่มเยาวชน กลุ่มที่เปิดเผยมั่วว กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มผู้หญิง/หญิงตั้งครรภ์ (หญิงตั้งครรภ์ครอบคลุมตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งถึงคลอดและทารก) กลุ่มแรงงานอพยพ/ชาติพันธุ์ กลุ่ม MSM
- ๑) การมีศูนย์องค์กรรวม ทำให้การดำเนินงานในกลุ่มที่เข้าถึงยากมีความเป็นไปได้ เพราะศูนย์องค์กรรวมเป็นที่สามารถเข้าถึงปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างแท้จริง ทั้งปัญหาทางด้านร่างกาย สังคม จิตใจ

- ๘ มีการคุ้มครองสิทธิ กรณีองค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะไม่มีการประกาศรายชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับเบี้ยยังชีพ มีทีมที่ปรึกษาไว้ให้เฉพาะ มีศูนย์โรงเรียน ที่สมาชิกสามารถมาเรียนได้ โรงพยาบาล มีการให้บริการตามชุดสิทธิประโยชน์ที่จัดไว้ มีการเก็บข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ไว้เป็นความลับ มีกลุ่มเพื่อนที่ติดตามดูแล เยี่ยมบ้าน
- ๘ การดำเนินงานด้านวิจัย โดยโจทย์วิจัยได้จากปัญหาของพื้นที่ เป็นประเด็นเริ่มต้น

ปัญหาอุปสรรค

- ๘ กลุ่มที่ยังเข้าถึงได้ไม่มากคือ กลุ่มที่ไม่แสดงอาการ กลุ่มที่ไม่มีสิทธิการรักษาพยาบาล กลุ่มที่ไม่เปิดเผยตัว
- ๘ ปัญหาการสื่อสารในผู้ป่วยต่างดาว การย้ายถิ่นบ่อย การคมนาคมลำบาก
- ๘ งานด้านการป้องกันฯ ยังดำเนินการไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมาย เช่น เยาวชน พ่อบ้าน แม่บ้าน กลุ่มเสี่ยงเฉพาะ กลุ่มวัยทำงาน ฯลฯ
- ๘ ด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้แก่ (1) เจ้าหน้าที่มีน้อย ไม่เพียงพอกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้น (2) ปัญหาการย้ายที่อยู่ของผู้ป่วยบ่อย (3) ปัญหาการดื้อยาของผู้ป่วย จากการซื้อยากินเองก่อนเริ่มการรักษา (3) ขาดการประสานงานและส่งต่อข้อมูลที่ดี (4) ระบบการเข้าโปรแกรม NAP ล่าช้า (5) ขาดการนิเทศติดตามงานจากสปสช. เขต (6) งบประมาณจากสปสช.ล่าช้า ไม่ได้ดำเนินการตามแผนที่กำหนด
- ๘ แนวทางในการบูรณาการด้านเอดส์ สู่ภาคส่วนต่างๆ ยังไม่ทั่วถึง การบูรณาการแผนการดำเนินงานทำได้ยาก(ขึ้นอยู่กับนโยบายของแต่ละหน่วยงาน)

ข้อเสนอแนะ

- ๘ ควรเสนอแนะให้ทุกภาคส่วนร่วมกันกำหนดนโยบายตั้งแต่เริ่มแรก มีการจัดเวทีระดมความคิดเพื่อบูรณาการงานเอดส์เข้าสู่ภาคส่วนต่างๆ
- ๘ การจะทำให้การดำเนินงานด้านเอดส์ประสบความสำเร็จ ควรมองปัญหาโดยตั้งต้นจากปัญหาในชุมชน เพื่อให้เกิดการแก้ปัญหาได้จริง

5.2 ข้อค้นพบหลัก: ปัญหาอุปสรรค: แนวทางแก้ไข การดำเนินงานในส่วนภาคกลาง

ประเด็นหลักสำคัญที่ได้จากการทบทวนในหน่วยงานส่วนกลาง เป็นเรื่องของ ปัจจัยหลักที่จะส่งผลให้ประสบความสำเร็จตามยุทธศาสตร์ ประเด็นโครงสร้างการทำงานในกรม ประเด็นโครงสร้างการทำงานในหน่วยงานส่วนกลาง ประเด็นการทำงานตามบทบาทเชิงบูรณาการ และประเด็นโครงสร้างการทำงานในส่วนภูมิภาค ดังต่อไปนี้

ปัจจัยหลักที่จะส่งผลให้ประสบความสำเร็จตามยุทธศาสตร์

- ๑ บุคลากรทุกระดับมีส่วนร่วมในการพัฒนา
- ๑ ความเป็นเอกภาพของการเมืองและการบริหาร
- ๑ ขวัญและกำลังใจรวมทั้งความรู้ ทักษะ และทัศนคติที่ดีต่อการมุ่งสู่เป้าหมายทางยุทธศาสตร์
- ๑ ผู้บริหารต้องให้ความสำคัญต่อเนื่องในการผลักดันให้บรรลุเป้าหมายอย่างแท้จริง
- ๑ มีระบบการรายงาน ติดตามและประเมินผลที่ชัดเจน

ประเด็นโครงสร้างการทำงานในกรม

- ๑ โครงสร้างของการทำงานภายในกรม คร. (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์-สอวพ สำนักพัฒนาวิชาการฯ, ศบจอ สถาบันบาศนาตุร สำนักจัดการความรู้ สำนักพัฒนาวัคซีน กองแผนงานฯ): ประเด็นคือ
 - ๑ โครงสร้างขององค์กรและวิธีการจัดการที่แสดงถึงการกำกับดูแลตนเองยังไม่ได้เท่าที่ควร
 - ๑ องค์กรที่เกี่ยวข้องกันในการให้บริการหรือส่งมอบงานต่อกัน ยังขาดความชัดเจนในบทบาทการปฏิบัติงานร่วมกัน
 - ข้อกำหนดที่สำคัญในการปฏิบัติงานร่วมกันยังไม่มีใน SDA, PA
 - แนวทางและวิธีการสื่อสารระหว่างกัน เช่น เรื่อง สายการบังคับบัญชา
 - ๑ กลุ่มผู้รับบริการ และผู้มีส่วนได้ส่วนเสียหลักขององค์กรมีความต้องการและความคาดหวังที่สำคัญ คือ ต้องการความเสมอภาคและการยอมรับ การจัดบริการที่มีคุณภาพไม่เลือกปฏิบัติ
 - ๑ แนวทางและวิธีการสื่อสารระหว่างกันคือบุคลากรทุกระดับในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมีส่วนร่วมในการจัดทำยุทธศาสตร์/กลยุทธ์ และการบริหารเชิงบูรณาการ

บทบาทของหน่วยงานส่วนกลางที่สัมพันธ์กับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

- ๑ พัฒนาทักษะการวางแผนและจัดการแผนยุทธศาสตร์อย่างจริงจังและต่อเนื่อง โดยเฉพาะควรมีกระบวนการประเมินผลและป้อนข้อมูลย้อนกลับ (Feed Back) ในกระบวนการจัดการยุทธศาสตร์อย่างจริงจัง
- ๑ พัฒนาสมรรถนะบุคลากร (Capacity Building) ที่หลากหลายทั้งในกรอบการเสริมสร้างความสามารถในด้านการจัดการยุทธศาสตร์ และด้านความเข้าใจทางเทคนิคการควบคุมโรค การตลาดเชิงสังคม การสื่อสารด้วยสื่ออิเล็กทรอนิกส์ การจัดการความรู้ การวิจัย ฯลฯ เพื่อรองรับ transaction period

ประเด็นการทำงานตามบทบาทเชิงบูรณาการ

- ๑ บทบาทของส่วนกลางที่สัมพันธ์กับหน่วยงานในระดับภูมิภาค เช่น
 - ๑ สนับสนุนการทำงาน ใน 3 มิติ แผนที่มีคุณภาพ มีการขยายผล และการบูรณาการ

- ความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับภารกิจหลักของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับเขต ได้แก่ ศูนย์วิทยฯ ศูนย์อนามัยเขต ฯลฯ
- ทศนคติในการทำงาน เพื่อให้เกิดมุมมองว่า เป็นการร่วมกันเรียนรู้ ร่วมพัฒนา
- การติดตามประเมินผลภายในเชิงคุณภาพ เพื่อตอบว่าหน่วยงานในระดับภาคมีการรับงานเอดส์ เป็นภารกิจหน่วยงานของตนเอง

ระบบการทำงานในส่วนภูมิภาค

- ☉ โครงการ/แผนงานต่าง ๆ ที่ได้จากส่วนภูมิภาค เช่น
 - โครงการเสริมสร้างความรู้เพื่อดูแลสุขภาพในผู้ป่วยเอดส์
 - แผนงาน/โครงการเด่นในปี 2550-2552 (ที่ประสบผลสำเร็จ)
 - แผนงาน/โครงการที่ไม่ได้ดำเนินการ
 - ผลการดำเนินงานที่เป็นนวัตกรรม -> ขั้นตอนการพัฒนานวัตกรรม -> การนำนวัตกรรมไปใช้
 - ระบบการบริหารจัดการโครงการสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และระบบการบริหารการเงินการคลัง มีผู้รับผิดชอบและปฏิบัติตามแนวทาง สามารถขึ้นทะเบียนประชาชนได้ครบถ้วน ได้ดำเนินงานตามขั้นตอนสำคัญประกอบด้วย จัดระบบการขึ้นทะเบียน ระบบการค้นหาและติดตาม มีระบบการรายงานข้อมูลที่ดี
- ☉ การควบคุมป้องกันโรคเอดส์ ครอบคลุมกระบวนการป้องกันโรคฯ
 - อัตราการติดเชื้อ HIV ในหญิงตั้งครรภ์ไม่เกิน ร้อยละ 0.76
 - อัตราการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกไม่เกิน ร้อยละ 4
 - อัตราป่วยโรคเอดส์รายใหม่ที่ขึ้นทะเบียน ลดลงจากปีที่ผ่านมา ร้อยละ 15
 - หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV และทารก ได้รับยาต้านไวรัสไม่ต่ำกว่า ร้อยละ 98
 - ผู้ติดเชื้อที่มีผล CD4 ต่ำกว่า 300 ได้รับยา ARV
 - มีการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันเอดส์ในสถานศึกษา สถานประกอบการ
 - มีระบบการส่งข้อมูลระหว่างสถานบริการ
 - มีการติดตามเยี่ยมบ้านหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อทุกราย
 - อัตราการตรวจ CD4 ครบตามเกณฑ์ ร้อยละ 90
 - ผู้ป่วย HIV ที่ขึ้นทะเบียนได้รับการตรวจหาเชื้อ TB ร้อยละ 100
- ☉ มีกระบวนการบริการจัดการตามยุทธศาสตร์การพัฒนาสาธารณสุข เพื่อให้ประชาชนได้รับการแก้ไขปัญหาสุขภาพได้อย่างครอบคลุม และมีประสิทธิภาพ ภายใต้งบประมาณที่มีอย่างจำกัด และมีกระบวนการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง เพื่อทราบถึงปัญหาอุปสรรคต่าง ๆ และสามารถกำหนดทิศทางการดำเนินงานที่เหมาะสมต่อไป

- ๑๖ การจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (ตามกติกาสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิพลเมือง กติกาสัญญาระหว่างประเทศว่าด้วยสิทธิทางเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม รวมทั้งรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย)
- ๑๗ การควบคุมป้องกันโรคเอดส์ ครอบคลุมกระบวนการป้องกันโรคในกลุ่มเสี่ยงทุกกลุ่ม การดูแลผู้ติดเชื้อในประชาชนทั่วไป ในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อลดอัตราป่วยและการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
- ๑๘ การควบคุมป้องกันโรคเอดส์ ครอบคลุมกระบวนการป้องกันโรคฯ (ต่อ)
 - ๐ โรงพยาบาลมีคลินิกให้คำปรึกษาที่ได้มาตรฐาน
 - ๐ สถานบริการมีกระบวนการติดตามผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยให้ได้รับยาต้านไวรัส
 - ๐ มีการนิเทศงานสถานเอดส์ทุกแห่ง
 - ๐ มีแผนงานโครงการป้องกันโรคเอดส์
 - ๐ มีการวิเคราะห์ข้อมูลด้านระบาดวิทยา
 - ๐ มีฐานข้อมูลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ และกลุ่มเสี่ยง
- ๑๙ จัดทำโครงการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ ตามความเสี่ยง ที่สอดคล้องกับผลการตรวจสุขภาพ ครอบคลุมทั้งบุคลากรของรัฐและประชาชน มีกระบวนการประเมินพฤติกรรมอย่างเป็นระบบ ประชาชนมีส่วนร่วมในกระบวนการ สามารถวัดผลการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้ชัดเจน
- ๒๐ การพัฒนางานวิชาการและงานวิจัยอย่างเป็นระบบ สำหรับเจ้าหน้าที่ทุกระดับ รวมถึงการพัฒนาวิชาการเพื่อประเมินผลงาน มีผลงานวิชาการเพื่อนำเสนอในเวทีระดับจังหวัด และส่วนกลาง
- ๒๑ กลไกการทำงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนในบริบทของสังคมวัฒนธรรมภาคใต้ โรงพยาบาลมีคลินิกให้คำปรึกษาที่ได้มาตรฐาน

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์การจัดสวัสดิการสังคมและการจัดสวัสดิการสังคมเชิงพื้นที่ (ส่งเสริมการจัดสวัสดิการสังคมแห่งชาติ ใช้หลักการกระจายอำนาจสู่ภาคราชการ ท้องถิ่น ประชาชน ประชาสังคม โดยระบบมีกลไกของภาครัฐที่ขับเคลื่อนงานไปในพื้นที่ระดับจังหวัด ตำบล/เทศบาล เนื่องจากกำหนดให้บุคคล ครอบครัว ชุมชน อปท. องค์กรวิชาชีพ เข้ามามีส่วนร่วม)

5.3 ข้อค้นพบหลัก: ปัญหาอุปสรรค: แนวทางแก้ไข การดำเนินงานในภาพรวมเพื่อตอบสนองต่อ 4 ยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ

การดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อ 4 ยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ

- ๑๖ การทำงานเอดส์ของ สคร. มุ่งตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ที่ 4
 - ๐ ตรวจสอบการแบบบูรณาการ เพื่อมุ่งเน้นผลสัมฤทธิ์
 - ๐ การใช้ประโยชน์จากข้อมูลสถานการณ์โรค การเฝ้าระวัง
 - ๐ พฤติกรรมฯ การศึกษาวิจัย การประเมินผล
 - ๐ การบริหารจัดการระบบข้อมูล

- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรบุคลากรด้านการวิเคราะห์ สังเคราะห์ นำเสนอข้อมูลเพื่อการวางแผนและผลักดันเชิงนโยบาย
- การศึกษาวิจัย
- ๑ ส่วนยุทธศาสตร์อื่นๆ เน้นการเป็นภาคีความร่วมมือกับหน่วยงานในจังหวัด
- ๑ กิจกรรมเอดส์ของ สคร. ส่วนใหญ่เป็นเงินนอกงบประมาณ ได้แก่ กองทุนโลก สปสช.
- ๑ งบประมาณปกติเป็น Block grant ขึ้นกับการเสนอโครงการของผู้รับผิดชอบงานเอดส์ มีการพิจารณาโดยคณะทำงาน ซึ่งตัวชี้วัดงานเอดส์ ของกรมควบคุมโรค ได้แก่ ร้อยละของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ เมื่อมีเกณฑ์ที่จะได้รับ ที่ผ่านมา ผู้รับผิดชอบไม่ได้เสนอโครงการ
- ๑ การดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อ 4 ยุทธศาสตร์ของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ

ข้อเสนอกิจกรรมที่ควรดำเนินการต่อไป

- ๑ การถอดบทเรียนความสำเร็จของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในรุ่นแรกที่เป็น ATC ที่ สคร. ได้รับการจัดสรรโควต้า 75 คน เพื่อศึกษาคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยเหล่านี้

การดำเนินงานร่วมกับ สปสช.

- ๑ ระบบการจัดบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระบบ สปสช. เริ่มมีความมั่นคง พบว่า การดื้อยาต้านไวรัสเอดส์ไม่รุนแรง เนื่องจากผู้ป่วยมีวินัยในการกินยาที่ต่อเนื่อง หรืออาจเป็นพันธุกรรมของคนไทย
- ๑ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. เพื่อดำเนินการฝึกอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร 5 ด้านของโรงพยาบาลที่ให้บริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ดังแสดงในตารางที่ 4-5
- ๑ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ใน รพ. ที่มีผู้ป่วยมากกว่า 500 คนขึ้นไป ส่งผลต่อภาระงานที่มากต่อเจ้าหน้าที่ การให้คำตอบแทนการบันทึกข้อมูลผู้ป่วยที่ส่งเข้าระบบ NAP ถ้ามีจำนวนผู้ป่วยมาก คำตอบแทนการบันทึกข้อมูลมาก อาจมีผลกระทบต่อการกีดกันบทบาทภาคีความร่วมมือจากภาคส่วนอื่น ที่จะทำให้เกิดการกินยาอย่างต่อเนื่อง เกิดปัญหาเชื้อดื้อยาตามมา ดังนั้นเจ้าหน้าที่ควรมีการนำเสนอข้อมูลต่อผู้บริหาร เพื่อจัดสรรกำลังคนให้มีความเหมาะสม นั้นแสดงว่า ระบบ intensive เป็นการกีดกันไม่ให้ผู้อื่นเข้ามาเป็นทีมในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

ตารางที่ 4 สรุปงบประมาณกองทุนโรคเอดส์ สปสช จำนวน 5 รายการที่ได้รับ

รายการ	ปี 2553 [ได้รับ]
1. งบเหมาจ่ายรายหัว (ล้านบาท) [งบเหมาจ่ายรายหัว (ไม่รวมเงินเดือน)]	113,437.94 [84,853.17]
- จำนวนประชากรสิทธิ UC (คน)	47,239,700
- อัตราเหมาจ่ายรายหัว (บาท)	2,401.33
2. งบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ (ล้านบาท)	2,770.85
3. งบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ล้านบาท)	1,455.44
4. งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (ล้านบาท) เฉพาะ Secondary prevention โรค DM/HT ส่วนเพิ่ม	304.59
รวมทั้งสิ้น (ล้านบาท) [งบทั้งสิ้น (ไม่รวมเงินเดือน)]	117,968.83 [89,384.60]

GF (GFATM), TUC, NHSO, CDC, กรมควบคุมโรค อปท ฯลฯ

ตารางที่ 5 กรอบการบริหารงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ ปี 2553

รายการ	ปี 2553 [ได้รับ]
1. งบเหมาจ่ายรายหัว (ล้านบาท) [งบเหมาจ่ายรายหัว (ไม่รวมเงินเดือน)]	113,437.94 [84,853.17]
- จำนวนประชากรสิทธิ UC (คน)	47,239,700
- อัตราเหมาจ่ายรายหัว (บาท)	2,401.33
2. งบบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อ HIV และผู้ป่วยเอดส์ (ล้านบาท)	2,770.85
3. งบบริการทดแทนไตสำหรับผู้ป่วยไตวายเรื้อรังระยะสุดท้าย (ล้านบาท)	1,455.44
4. งบบริการควบคุม ป้องกัน และรักษาโรคเรื้อรัง (ล้านบาท) เฉพาะ Secondary prevention โรค DM/HT ส่วนเพิ่ม	304.59
รวมทั้งสิ้น (ล้านบาท) [งบทั้งสิ้น (ไม่รวมเงินเดือน)]	117,968.83 [89,384.60]

GF (GFATM), TUC, NHSO, CDC, กรมควบคุมโรค อปท ฯลฯ

ข้อเสนอกิจกรรมที่ควรจะดำเนินการต่อไป การดำเนินงานร่วมกับ สปสช.

- ๑ ระบบการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในระดับชาติ ควรปรับสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ สูตรพื้นฐานให้เป็น Efavirenz หรือ D4T (แต่ให้ยาเพียง 1-2 ปี เนื่องจากมีปัญหาการสะสมไขมันผิดปกติ) ซึ่ง สปสช. ควรตอบสนองให้สูตรยาที่ทันสมัยกับแนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในอนาคต
- ๑ สคร. ควรมีบทบาทในการจัดเวทีสรุปบทเรียนการดำเนินงานเอดส์ ทั้งในด้านการป้องกัน การดูแลรักษา และการบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์
- ๑ ควรมีการเฝ้าระวังการดื้อยาในสูตร Primary drug resistance
 - มาตรฐานการตรวจ VL, Drug resistance
 - การศึกษาทบทวนข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อศึกษาการเกิดเชื้อดื้อยา เป็น passive paper

การนิเทศน์ ติดตาม และประเมินผลงานเอดส์

- ๑ การตรวจราชการบูรณาการงานเอดส์ พบว่า ศักยภาพของทีมตรวจราชการ และ สคร. ยังไม่เหมาะสม ขาดความเข้าใจข้อมูลเชิงลึกในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์
 - ข้อเสนอกิจกรรมที่ควรจะดำเนินการต่อไป
 - ทีมผู้ตรวจราชการ ควรมีศักยภาพและเข้าใจข้อมูลเชิงลึก
 - ต้องการทีมงาน สคร. ที่เป็นนักวิชาการสาธารณสุขที่มีความเข้าใจข้อมูลเชิงลึกในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

บทบาทกรมควบคุมโรคในงานโรคเอดส์

- ๑ บทบาทกรมควบคุมโรคในงานเอดส์ มี 3 ด้าน ได้แก่
 - การพัฒนาองค์ความรู้ใหม่ๆ
 - มาตรฐานการป้องกัน และดูแลรักษา
 - การติดตามประเมินผล
- ๑ พบว่า
 - ตัวชี้วัดร้อยละผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ที่เข้าเกณฑ์ ควรมีตัวชี้วัดด้านการป้องกันแทน ได้แก่ ร้อยละการเข้าถึงถุงยางอนามัย การใช้ถุงยางอนามัย
 - บทบาทการศึกษาวิจัยของกรมควบคุมโรค ไม่เป็นทิศทางวิจัยที่ชัดเจน มีผลงานวิจัยที่ส่งผลกระทบต่อการทำงานภาพรวมน้อย ขาดการคิดเชิงระบบ

ข้อเสนอกิจกรรมที่ควรจะดำเนินการต่อไป

- ๑ ควรพัฒนานักวิจัยระดับเขต
- ๑ การพัฒนา สคร.สู่ความเป็นเลิศ เน้นงานที่ สคร.มีความเชี่ยวชาญที่แตกต่างจากจังหวัด โดยเป็นกิจกรรมที่จังหวัดไม่มีความเชี่ยวชาญ
- ๑ วัณโรค --- การตรวจ Drug resistance เพาะเชื้อ

- ☺ เอดส์ --- การตรวจ VL, Drug resistance
- ☺ มาลาเรีย
- ☺ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ Chlamydia
- ☺ การจัดการความรู้
- ☺ การติดตามประเมินผล

5.4 อภิปรายผลและข้อเสนอแนะภาพรวมการทบทวน

การอภิปรายผลในภาพรวมของกลุ่มพนักงานขายบริการทางเพศยังนับว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ยังมีอุบัติการณ์ของการติดเชื้อสูง ซึ่งการใช้ถุงยางอนามัยโดยเฉพาะกับคู่นอนหรือเพื่อน จำเป็นต้องได้รับการส่งเสริม โดยการปรับเปลี่ยน ค่านิยม ความเชื่อ และทัศนคติ ทั้งนี้ หากสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างทั่วถึง และต่อเนื่อง อุตบัติการณ์ของการติดโรคเอดส์ในกลุ่มพนักงานขายบริการทางเพศน่าจะลดลงได้ตามเป้าหมาย ดังนั้น การจัดการปัญหาเอดส์ในแต่ละพื้นที่จึงเป็นความท้าทายของการทำงานด้านการป้องกันโรคเอดส์ โดยเฉพาะการที่จะนำไปสู่ความยั่งยืน ต้องสนับสนุนให้ท้องถิ่นหรือชุมชนที่เป็นเจ้าของพื้นที่ เจ้าของปัญหา เป็นหุ้นส่วนหลักในการดำเนินการป้องกันโรคเอดส์

ในส่วนของการแก้ไขปัญหาและการผลักดันเพื่อให้ข้อเสนอแนะในเชิงการป้องกันต่อพนักงานบริการนั้น ผู้ที่เกี่ยวข้องข้างต้น ควรใช้เวลาในการพูดคุยแลกเปลี่ยนทัศนะปัญหาอุปสรรคของการใช้ไม่ใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานและผู้ให้บริการ รวมถึง ทัศนคติของพนักงานบริการที่มีต่อกลุ่มคนที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเอดส์ นับว่าเป็นความท้าทายของผู้ทำงานเรื่องโรคเอดส์ในพื้นที่ และ กิจกรรมที่สาริต ควรเน้นย้ำการใช้ถุงยางอนามัยกับทุกคนไม่ใช่เฉพาะกับผู้ซื้อบริการเท่านั้น (โดยเฉพาะกับคู่นอนที่ไม่ใช่ผู้ซื้อบริการ)

5.5 สรุปประเด็นข้อค้นพบ / ข้อเสนอแนะในการทบทวนภาพรวมตาม ประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย

- ภาครัฐควรให้การสนับสนุนด้านเอดส์ และเพศศึกษาในโรงเรียน มีการเชื่อมโยง ต่อยอดองค์ความรู้อย่างชัดเจน และสามารถนำมาใช้ในสถานศึกษา
- ควรมีการพัฒนาครูอย่างต่อเนื่อง
- การทำงานที่มุ่งให้เกิดความยั่งยืน
- การสร้างเครือข่ายการทำงานเพื่อความเข้มแข็ง
- ควรมีการบูรณาการตัวคนทำงาน
- หากเจ้าหน้าที่ พบว่า คนใช้ผลตรวจเป็นบวก ควรรีบส่งตัวคนไข้มาทันที
- ควรจะบูรณาการงานด้านสิทธิ ต่างๆเข้าด้วยกัน ไม่ควรแยกจากกัน เพราะจะทำให้ดูเลอะๆ ควรลดขั้นตอนการเข้ารับบริการ ที่เอื้อให้ผู้ป่วยสิทธิประกันสังคม เข้าถึงได้ง่ายที่สุด
- การเชื่อมประสานระหว่างหน่วยงานเพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้รับการดูแลรักษาที่ทันทั่วถึง

- กำหนดงานด้านเยาวชนให้เป็น นโยบาย
- ควรมีการจัดสรรงบประมาณในรูปแบบองค์กรวม จัดสรรงบประมาณให้รวมจัดสรรไปที่โรงพยาบาล
- เรื่องการฟื้นฟู/ การพัฒนาบุคลากร ควรมีการจัดทำแผนฯ สนับสนุนให้หน่วยงานวิชาการ มหาวิทยาลัย เข้ามาดำเนินการจัดอบรม
- ควรมีการจัดบริการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อระยะสุดท้าย
- ทำอย่างไรให้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการทำงานของคณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด ทั้งเรื่อง การประชุมอบรม และผลักดันงานด้านการป้องกัน
- ควรมีการระบุงเงิน/งาน ให้ชัดเจนว่าเป็นเรื่องใด ซึ่งจะมากหรือน้อยไม่สำคัญ แต่ควรจะให้ครบถ้วน อย่าง น้อยควรมีการเริ่มต้น แล้วค่อยหาเพิ่มเติม
- การสนับสนุนการอบรมผู้รับชองงานด้านเอดส์ ระดับจังหวัด การประเมิน นิเทศ ติดตาม ทั้งเรื่อง TB HIV และ STI
- ควรสนับสนุนหน่วยงานทางด้านวิชาการ เข้ามารับผิดชอบในการจัดอบรม สร้างองค์ความรู้ใหม่
- การจัดตั้ง PCM จะทำให้เกิดแผนงานที่ชัดเจนขึ้น
- ควรมีการนำความรู้ขยายให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ เพื่อให้เกิดแนวทางการปฏิบัติที่ดี
- ต้องมีแผนรวมด้านเอดส์ของจังหวัดที่ชัดเจน
- มีการติดตามประเมินผลเชิงบูรณาการโดยจังหวัดต้องทำร่วมกับ สคร.ในการติดตามในพื้นที่ มีการจัด เวทีพูดคุยเพื่อให้เห็นภาพรวมมากขึ้น
- บทบาทของส่วนกลางในกระบวนการพัฒนา คือ ต้องมีการอบรมระยะสั้น แต่ทำอย่างต่อเนื่อง
- จังหวัดต้องพัฒนาด้านการติดตามและประเมินผล นำผลมาเปรียบเทียบเพื่อจะได้ทราบผลการทำงานว่า ดี/ด้อยด้านใด เปรียบเทียบเป็นปีต่อปี ซึ่งจะเป็นการพัฒนาการดำเนินงานไปด้วย
- ควรจัดให้มีงบประมาณแก่ อบต. ให้มีการจัดอบรมเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ควรกำหนด Road Map group มีการแลกเปลี่ยนร่วมกัน นำมุมมองด้านเอดส์ที่แต่ละส่วนมีนำมาทำงานร่วมกัน
- ให้มีการกำหนดตัวชี้วัดของตนเองในหน่วยงาน โดยใช้ประเด็นปัญหาที่ผู้ตรวจทำงานการประเมิน กำหนดว่าจะดำเนินการบรรลุแค่ไหน อย่างไร ในกลยุทธ์หน่วยงาน
- สามารถนำปัญหาที่ทาง กองทุนโลกสนับสนุนมากำหนดเป็นตัวชี้วัดได้หรือไม่ หรือนำปัญหาที่ทาง เจ้าหน้าที่ทำอยู่มากำหนดเป็นตัวชี้วัดหรือภาระงาน
- ต้องการให้กองทุนโลกสนับสนุนฯ โดยกำหนดเป้าหมายไปเลยว่ากลุ่มใด เช่น MSM migrant เป็นต้น โดยให้ดำเนินการเหมือนกันทั่วประเทศ
- ทำให้คนมองเรื่องเอดส์เหมือนไวรัสตัวอีกเสบ B อาจต้องใช้วิวัฒนาการ เวลา ทำให้คนมองว่าเอดส์เป็น โรคปกติ อยู่ร่วมกันได้ปกติ ทำให้คนไม่กลัว ให้ความรู้ ความเข้าใจในหลักสูตรการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ/ เพศศึกษา ตั้งแต่อนุบาล

- ปลุกฝังนโยบายการคุ้มครองสิทธิ ขณะนี้มีแต่เนนโยบายเชิงกฎหมาย ยังไม่มีเชิงสังคม การละเมิด การปิดเป็นความลับ การตรวจเลือดก่อนบวช ก่อนรับทำงาน ยังให้มองว่ามีการฉ้อโกงสิทธิ์ การรังเกียจ กีดกัน

5.6 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกลยุทธ์อย่างอนามัย 100%

- ต้องสอนเรื่องเพศศึกษา ตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เพราะมีข้อมูลการมีเพศสัมพันธ์ ของเด็กม.1 ต้องให้ความรู้ตั้งแต่การมีเพศสัมพันธ์ สอนให้รู้จักตั้งแต่ชั้นประถมศึกษา สอนวิธีการในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น สอนตามหลักสูตร 4 ช่วงชั้น
- การสอนวิชาศีลธรรม ทำให้เป็นรูปธรรม ตั้งแต่ ป.1 ปรับให้สอดคล้องกับปัญหาสังคม ชี้ให้เห็นผลกระทบ ผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และไม่ป้องกัน Teen pregnancy >>> มีระบบการให้ความช่วยเหลือนักเรียนที่ท้องระหว่างเรียน ดีกว่าให้หยุดเรียนไปแล้วอยู่เฉยๆ อายุซุ่มซน อยู่ในช่วงชีวิตปกติไม่ได้
- งานเอดส์ต้องบูรณาการทุกภาคส่วน กระทรวงอื่นอาจช่วยดูแล/แก้ไขในเรื่องผลกระทบโดยให้ กระทรวงสาธารณสุขดูแลในภาพรวมและสนับสนุนงานด้านวิชาการ กรมควบคุมโรคควร จัดหาถุงยางอนามัยที่ได้มาตรฐาน แต่ไม่แพง วางขายที่ร้านสะดวกซื้อ (ตอนสรุปแผนบูรณาการเอดส์ก็มีการนำเสนอขึ้นไป แต่ทำไม่ได้ยาก)
- กิจกรรมที่อยากทำให้ประสบความสำเร็จ คือ เรื่องการตระหนักความต่อเนื่องของการกินยา น่าจะมีบชฯ สนับสนุนแกนนำเพิ่มขึ้น ผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ที่มารับยา
- ควรมีการสนับสนุนบชฯ เพื่อสร้างแกนนำองค์กรวม เหมือน อสม. ให้สังคม ชุมชน ตระหนักและยอมรับ
- เสนอให้มีการดำเนินการในส่วนของผู้ให้บริการ VCT เช่นในกลุ่ม ผู้นำชุมชน โดยการดำเนินการในชุมชนที่ร่วมมือ มุ่งเน้นการทำงานในเชิงรุกมากกว่าเชิงรับ
- ส่งเสริมแนวทางที่จะทำให้การดำเนินงานด้านการรับงานช่วยเหลือสงเคราะห์ ผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่ได้รับผลกระทบดีขึ้น คือ การของบประมาณเพิ่มเติม งบฉุกเฉินเพื่อเข้ามาช่วยเหลือ เพิ่มขึ้น การช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ ญาติ ครอบครัว เป็นงานลักษณะของการสงเคราะห์
- ส่งเสริมการขับเคลื่อนการดำเนินงานร่วมงานกับ สสจ. และ พมจ. โดย อบต. เป็นตัวแทนด้านท้องถิ่น รับงานไปกระจายสู่ อบต. ในพื้นที่ เป็น Co. HIV จังหวัด ถ้านำไปเป็นตัวชี้วัดของหน่วยงาน ของท้องถิ่น ที่ต้องทำในส่วน อบต. ทั้งจังหวัด หากกำหนดลงเป็นตัวชี้วัดน่าจะผ่านเกณฑ์ที่กำหนดไว้
- จัดให้มีการจัดประกวด การประเมิน การบริหารจัดการตามมาตรฐานด้านเอดส์
- สร้างเสริมพัฒนาการตั้งแต่เริ่มต้น เกิดการบูรณาการร่วมกัน ทั้ง สสจ. และ อบต. ทำให้เกิดการทำงานที่เชื่อมประสานกัน
- การทำงานจำเป็นต้องได้รับการต่อยอด การสร้างศักยภาพให้กับครูในโรงเรียนเกิดแนวคิดในการทำงาน
- ในการวางกลยุทธ์ ต้องดูว่าจะวัดผลลัพธ์การดำเนินการอย่างไร จะประเมินอย่างไร จะวัดที่ใครบ้าง ครู นักเรียน ผู้บริหาร เพื่อให้เห็นภาพ ผลลัพธ์ เชิงคุณภาพอย่างแท้จริง

- สนับสนุนให้มีระบบการดูแลที่มีการประเมินผล และพัฒนาเรื่องการเชื่อมโยงข้อมูล โดยตรงในภาคส่วนต่างๆ
- ป้องกันการละเมิดสิทธิ และรักษาความลับของผู้ป่วย กรณีการประกาศชื่อโดย อบต.ในการรับเบี้ยยังชีพ เปลี่ยนเป็น โอนเงินผ่านธนาคาร โดยอบต.ทุกแห่ง
- กรณีนักเรียนศูนย์เด็กเล็ก ถูกรังเกียจ พื้นที่ต้องดำเนินการก่อน โดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อ อบต. และโรงเรียน สร้างความเข้าใจในชุมชน การอยู่ร่วมกัน ซึ่งจังหวัดสามารถดำเนินการได้ ปัญหาที่ไม่ถึงจังหวัด เป็นการแก้ปัญหาในระดับพื้นที่ ซึ่งสามารถดำเนินการได้
- มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนระหว่างโรงเรียนต่างๆ ให้เป็นแบบอย่างในการดำเนินงาน เพื่อให้เห็นภาพการทำงานและเกิด แรงกระตุ้นในการทำงาน การลดการรังเกียจ เน้นการใช้กลไก การแก้ปัญหาในชุมชน การมีครู และผู้นำที่เข้าใจเรื่องการอยู่ร่วมกัน ชุมชนที่ถูกเตรียมดี ผู้นำชุมชน อบต.มีทัศนคติ ที่ดี เป็นแบบอย่างที่ดีที่สุด
- มีการจัดประชุมผู้นำ อบต. อบต. เพื่อเพิ่มเติมความรู้เรื่องเพศศึกษา การอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในชุมชน
- ใช้การบูรณาการเครือข่ายเฝ้าระวัง ของ BSS โดยให้เจ้าหน้าที่เครือข่ายในสถานประกอบการดำเนินการ ให้ และจ่ายค่าตอบแทนให้
- การกระจายถุงยาง โดยการพยายามกระตุ้นโรงพยาบาลชุมชน ให้เสนอของบประมาณในการจัดซื้อถุงยางจาก อบต.

5.7 ข้อเสนอแนะเกี่ยวกับกลยุทธ์ ที่จะใช้ในการดำเนินงานด้าน ANCให้ครอบคลุม

- พยายามชี้แจงกับทีมทำงานอบรมหลักสูตร และให้มีระบบส่งต่อข้อมูลระหว่างเจ้าหน้าที่
- การสร้างหลักสูตรการฝากครรภ์ เป็นคู่ ให้จัดเป็นเชิงนโยบาย และเปิดสิทธิสำหรับสามี ด้านค่าใช้จ่าย เดินทาง ค่าตรวจ เน้นการใช้โครงการโรงเรียนพ่อแม่ สายใยรัก และเน้นที่ หน่วยงานท้องถิ่น เช่น อบต. พมจ. ให้ส่งเสริมอาชีพในพื้นที่
- การรณรงค์ให้ชุมชน และ อสม. เป็นแกนนำในการประชาสัมพันธ์ เป็นกระบอกเสียงในเรื่องการมาฝากครรภ์ ตรวจเลือด สิทธิประโยชน์การรับบริการ โดยชี้ให้เห็นประโยชน์มากที่สุด โดยทำเป็นข้อตกลงในระดับพื้นที่ หรือเป็นเชิงนโยบายระดับพื้นที่ และต้องพิจารณาเรื่องสิทธิของผู้ป่วยประกอบด้วย
- เรื่องโรงเรียนพ่อแม่ เป็นหัวใจของการสื่อสารให้คนได้รับสิทธิ การดูแลเด็กในอนาคต
- ดำเนินการทั้งในส่วน of สถานบริการ และส่วนของชุมชน เกี่ยวกับความรู้เรื่องสิทธิ และความรู้ เพื่อให้ผู้ป่วยใช้ประกอบการตัดสินใจรับบริการ
- ใช้กระบวนการสายใยแห่งรัก ให้ผู้ตรวจร่วมผลักดันงานด้าน PMPCT, ANC เข้าไปบูรณาการด้วย
- เนื่องจากนโยบายของกระทรวงเน้นภาคี เราต้องส่งเสริมสุขภาพพร้อมดำเนินการให้ความรู้ Empowerment ทั้ง อบต. เรื่องกองทุนสุขภาพชุมชน พยายามสร้างตำบลต้นแบบ ให้เป็นแหล่งเรียนรู้ บูรณาการงานด้านแม่และเด็ก เอดส์เข้าไปด้วย พยายามให้ชาวบ้านร่วมทำโครงการในการหามาตรการเฝ้าระวังในชุมชน

เป็นต้นแบบ โดยทำในหนึ่งตำบลก่อน เพราะต้องใช้แผนที่ยุทธศาสตร์ชุมชน บูรณาการทุกเรื่องเกี่ยวกับงานอนามัยแม่และเด็ก สุขภาพ โภชนาการ เป็นงานร่วมกันของ กรม คร. และกรมอนามัย

- ขอให้นโยบายชัดเจน อย่าเปลี่ยนตัวชี้วัดบ่อย ระบบรายงานข้อมูล/ฐานข้อมูล ให้หนึ่ง และชัดเจน การคีย์ข้อมูล NAP มีค่าตอบแทน แต่ของ PHIM, PHROM ไม่ได้ค่าตอบแทนไม่มีผล
- สนับสนุนเรื่องงบประมาณ การสร้างกระแสการประชาสัมพันธ์ อย่างต่อเนื่อง และทั่วถึง เกี่ยวกับการฝากครรภ์เป็นคู่
- จับกระบวนการโรงพยาบาลพ่อแม่ให้เข้มข้น
- เสนอของบฯ เรื่องการอบรม counselor คู่ ทั้งสามีและภรรยา เน้นที่ สอ.เขตเมือง ไม่อบรมทั้งจังหวัด เพราะจะไม่คุ้มค่าในโรงพยาบาลชุมชน จึงไม่ดำเนินการ
- การประชาสัมพันธ์ การให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบการไม่เข้ารับ ANC
- การสร้างความเข้าใจให้คนในสังคมอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ได้
- เสริมสร้างให้เกิดแนวคิดเอดส์ รู้เรื่องเอดส์ ทัศนคติเชิงกว้าง
- เสริมสร้างให้คนในครอบครัวให้เข้าใจเรื่องเอดส์ โดยการให้ความรู้ผู้ครอบครัวก่อนให้ผู้ติดเชื้อบอกผลเลือด
- มีการเตรียมเรื่องเพศศึกษาในกลุ่มเยาวชน การเตรียมคลินิก สุขภาพทางเพศสำหรับวัยรุ่น
- ให้ผู้รับผิดชอบแต่ละกรม มีนโยบายที่ชัดเจนในกลุ่มเป้าหมายเรื่องเพศศึกษา/เยาวชน
- สร้างการบูรณาการคน เงิน งาน ด้าน Prevention โดยมองที่งานเอดส์เป็นหลัก โดยบูรณาการคนทำงาน ด้าน Care + Prevention ทำงานเชื่อมประสานกัน
- การให้คำปรึกษา การส่งต่อเครือข่าย การรักษา (โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่) ส่งต่องาน Prevention เพื่อวางแผนดำเนินการป้องกันต่อไป และการประชุมระหว่างงานด้าน care + prevention เป็นสิ่งที่จำเป็นต้องมีการแลกเปลี่ยนสถานการณ์ แก้ไขปัญหาร่วมกัน
- มีการผลักดันให้ทำบัตรต่างด้าว
- อยากให้หน่วยงาน NGO เข้ามาปรึกษา พุดคุยกับศูนย์ของโรงพยาบาลอุดรธานี ก่อนการลงพื้นที่
- กลยุทธ์ให้เข้าถึงถึงฐาน โดยการสร้างทัศนคติการใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องปกติสามารถเข้าถึงได้ง่าย สะดวกซื้อ สะดวกใช้
- ผลักดันงานเอดส์เข้าแผนฯ จังหวัด มีงบประมาณจัดสรร
- ควรจะเน้นงานให้ความสำคัญผลกระทบ ช่วยเหลือ ประสานงานการทำงานที่ต่อเนื่องชัดเจน
- เพิ่มงานด้านการติดตามประเมินผล พัฒนาเจ้าหน้าที่ในการติดตามประเมินผล
- หน่วยงานท้องถิ่นน่าจะสามารกำหนดงบฯ ช่วยเหลือเบื้องต้นแก่ผู้ได้รับผลกระทบได้
- การบริการเรื่องการเบิกจ่ายงบฯช่วยเหลือ การเบิกจ่ายเบี้ยยังชีพ น่าจะเปลี่ยนสถานที่เบิกจ่ายจาก อบต. เป็นโรงพยาบาล โดยศูนย์องค์รวม

- สนับสนุนการขับเคลื่อน โดยใช้คุณธรรมจริยธรรม ประสานความร่วมมือกับภาคอื่นๆ ด้านการศึกษา ต่อเชื่อมชุมชนให้เข้มแข็ง รับเรื่องสาธารณสุขเกี่ยวกับสถานการณ์ข้อมูลจาก อปท.ที่ไหนดมีปัญหา เช่น เด็ก เยาวชน ตั้งครรภ์
- สนับสนุนงานเอดส์ และการผลักดันเรื่องแผนฯ ให้เข้ากลยุทธิ์ เพื่อให้เข้าระดับการทำงานบฯ จังหวัด
- ผลักดันเอดส์เข้าด้านการปลูกฝังค่านิยม การสร้างความเข้มแข็ง การเตือนภัยทางสังคม การดำเนินงาน สนับสนุนกรณีเกิดความเดือดร้อน ดูแลผู้ได้รับผลกระทบด้านเอดส์

5.8 สรุปภาพรวมของยุทธศาสตร์บูรณาการฯ ฉบับ พ.ศ. 2550-2554

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์เอดส์ บทบาท และการบูรณาการงานเอดส์กับงานด้านอื่นที่มีการดำเนินการในพื้นที่

ดำเนินงานยังไม่มีบูรณาการไปในทุกภาคส่วน ยังทำงานเป็นกลุ่มๆ ไม่มีการประสานงานกันอย่างชัดเจน ไม่นำมาบูรณาการ ไม่มีการเชื่อมงานกัน เพราะต่างคนต่างทำงานของตนเอง ทำงานตามตัวชี้วัดแต่ละโครงการ ผู้รับผิดชอบแต่ละโครงการก็พยายามให้ผลงานผ่านตัวชี้วัด การดำเนินงานด้านเอดส์ไม่ใช่ภารกิจหลัก แต่เป็นงานที่อยู่ในงานส่วนหนึ่ง ไม่มีงบประมาณสนับสนุนให้เฉพาะ บทบาทของคณะอนุเอดส์จังหวัด ยังขาดการบูรณาการที่ดีพอ เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณที่มาจากคนละแหล่ง ในแต่ละหน่วยงานต่างมีแผนงาน ตัวชี้วัดการทำงาน และผลผลิตของตนเอง และยังไม่ได้มีการมาร่วมพูดคุยกัน การบูรณาการแผนของส่วนราชการต่างๆ ค่อนข้างยาก การประชุมอนุกรรมการเอดส์ยังมีการพูดคุยกันค่อนข้างน้อย 1-2 ครั้งต่อปี ทำให้การติดตามการทำงานไม่ต่อเนื่อง ซึ่งคณะกรรมการ/คณะทำงานควรจะประชุมกันให้มากขึ้นกว่านี้ ส่วนการบูรณาการงานเอดส์กับงานอื่น เช่น การบูรณาการร่วมกับงานด้านยาเสพติด พบว่า เมื่อเปรียบเทียบกับโครงการอื่นๆ เช่น โครงการ To be number one กับงานด้านการต่อต้านยาเสพติดที่มีการดำเนินงานร่วมกันได้เป็นอย่างดีและบูรณาการเข้ากับการดำเนินงานปกติ และทำเป็นประจำทุกปี แต่งานด้านเอดส์ยังบูรณาการกันค่อนข้างน้อย ยังไม่เข้าไปรวมกับงานสำคัญๆ ด้านอื่น ทั้งที่การติดเชื้อ HIV กับพฤติกรรมเสี่ยงอื่น เช่น พฤติกรรมเสี่ยงด้านยาเสพติดก็ถือเป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกัน

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการบูรณาการมาตั้งแต่ส่วนของกรมควบคุมโรค ให้สามารถแก้ปัญหาในระดับจังหวัดได้อย่างบูรณาการ ต้องมีคณะทำงานย่อยนำงานนี้ไปทำต่อเนื่อง ดำเนินงานคุยงานกันทุกเดือน ทำงานในรูปแบบของคณะอนุกรรมการเอดส์จริงๆ งานเอดส์ต้องบูรณาการลงไปทุกหน่วยงาน ยุทธศาสตร์การทำงานทุกภาคส่วน ตั้งเป็นคณะทำงานท้องถิ่น “คณะอนุเอดส์ตำบล” จะเป็นรูปเป็นร่างมากกว่า
2. ควรมีการกำหนดตัวชี้วัดของตนเองในหน่วยงาน โดยใช้ประเด็นปัญหาที่ผู้ตรวจทำงานการประเมินกำหนดว่าจะดำเนินการบรรลุแค่ไหน อย่างไร ในกลยุทธิ์หน่วยงาน

3. การบูรณาการงานเอดส์ต้องกำหนดเจ้าภาพหลัก ตั้งกรรมการทำงาน ให้คณะกรรมการเอดส์ชาติมีคำสั่งลงมาให้จังหวัดตั้งงบประมาณภายในจังหวัด และตั้งแผนเข้าไปในงานเอดส์ ซึ่งตอนนี้ทุกจังหวัดสามารถตั้งงบประมาณได้เอง ตั้งแต่เดือนธันวาคม 2551 เป็นต้นมา ให้ทุกกรมมาใช้งบที่จังหวัด โดยให้จังหวัดเรียกประชุมชี้แจงแต่ละภาคส่วนไปทำงานโดยใช้เงินจังหวัด

4. ทุกภาคส่วนต้องร่วมกันดำเนินงาน เพราะงานเอดส์เข้ามาสู่ทุกภาคส่วน ทั้งสถานศึกษา สถานประกอบการ การดูแลผู้ได้รับผลกระทบ หากให้เป็นหน้าที่เฉพาะของสาธารณสุขเพียงอย่างเดียวจะทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุม กระทรวงอื่นอาจช่วยดูแล/แก้ไขในเรื่องผลกระทบโดยให้ กระทรวงสาธารณสุขดูแลในภาพรวมและสนับสนุนงานด้านวิชาการ กรมควบคุมโรคควร จัดหาถุงยางอนามัยที่ได้มาตรฐานที่ราคาไม่แพง เพื่อวางขายที่ร้านสะดวกซื้อ (ตอนสรุปบูรณาการเอดส์ก็มีการนำเสนอขึ้นไป แต่ทำไม่ได้ยาก) การตรวจบูรณาการเอดส์มีข้อดีคือช่วยติดตามกระตุ้นการทำงานของจังหวัด ถ้าเป็นไปได้ควรมีคณะผู้ตรวจให้ครบทุกด้าน ไม่ใช่เฉพาะด้านสาธารณสุข เพราะถ้ามีเฉพาะสาธารณสุขที่เดียวก็จะให้น้ำหนักเฉพาะด้านสุขภาพ ด้านอื่นๆ จะไม่ค่อยให้ความสนใจ

การปฏิรูประบบบริการระบบงบประมาณ-กำลังคน และการระดมทุน

ผลของการปฏิรูประบบราชการทำให้มีการปรับเปลี่ยนงานบริการในคลินิกamarโรค ไปอยู่ในโรงพยาบาล ทำให้ผู้ป่วยไม่มีสถานที่รับบริการที่ชัดเจน และเข้าไม่ถึงบริการเนื่องจากไม่คุ้นเคย ไม่ไว้วางใจและระบบบริการที่ไม่เบ็ดเสร็จในจุดเดียว (One stop services) และผลกระทบจากการการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างงบประมาณภายหลังการโอนงบประมาณไปไว้ที่สำนักงานปลัดกระทรวง ทำให้การจัดสรรงบประมาณไม่ลงมาถึงจังหวัด จึงทำให้จังหวัดทำงานไม่ได้และรูปแบบงบประมาณที่สนับสนุนมาแบบเหมาจ่ายรายหัว และเป็นงบประมาณที่แยกส่วนหากพื้นที่ไหนไม่ได้สนใจเรื่องเอดส์ก็ไม่สามารถลงไปทำงานได้ ยกตัวอย่างจังหวัดที่สามารถสร้างคณะอนุกรรมการเอดส์ระดับอำเภอขึ้นมาได้จากช่วงแผน 9 เมื่องบประมาณสนับสนุนน้อยลงทำให้สามารถประชุมกันได้เพียงปีละ 1 ครั้ง การดำเนินงานจึงขาดความต่อเนื่อง ในขณะที่เจ้าหน้าที่ทำงานด้านเอดส์ถูกลดจำนวนลง ไม่มีการทดแทนคนทำงานเมื่อมีการหมุนเวียนคนทำงานทำให้เกิดช่องว่างในการเชื่อมประสานการทำงาน รวมทั้งภาระงานของหน่วยงานมีมาก ส่วนการระดมทุนสนับสนุน หน่วยงานในพื้นที่ส่วนใหญ่จะหันไปเสนอขอรับงบประมาณสนับสนุนจากองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ซึ่งส่วนใหญ่พบว่า บทบาทและการสนับสนุนงบประมาณด้านงานของอปท. ส่วนใหญ่จะเป็นเรื่องเบี้ยยังชีพผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และการสนับสนุนงบประมาณให้หน่วยงานทางด้านสาธารณสุขไปจัดดำเนินการเอง แต่ก็สามารถพบในบางเขตที่สมัคร. ให้ความสำคัญลงไปพัฒนาสร้างความเข้าใจและกระตุ้นให้อบต. สนใจงานด้านสุขภาพทั้งโรคติดต่อทั่วไป โรคเอดส์ และโรคไม่ติดต่ออื่นๆ ทำให้อบต. ในพื้นที่นั้นสามารถบริหารจัดการผู้ยอดเหรียญถุงยางอนามัยเอง เขียนแผนร่วมกับสถานอนามัยในการดำเนินโครงการด้านเอดส์ได้

ข้อเสนอแนะ

1. ให้มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการทำงานของคณะกรรมการเอดส์จังหวัด ทั้งเรื่องการประชุมอบรม และผลักดันงานด้านการป้องกัน ควรมีการระบุเงิน/งาน ให้ชัดเจนว่าเป็นเรื่องใด ซึ่งจะมากหรือน้อยไม่สำคัญ แต่ควรจะทำให้ครบถ้วน อย่างน้อยควรมีการเริ่มต้น แล้วขอสนับสนุนเพิ่มเติม
2. ต้องการให้กองทุนโลกสนับสนุนงบประมาณ โดยกำหนดเป้าหมายไปเลยว่ากลุ่มใด เช่น MSM migrant เป็นต้น โดยให้ดำเนินการเหมือนกันทั่วประเทศ แต่เหลืออีกร้อยละ 50 หรือ ร้อยละ 30 ที่ให้เขต หรือ จังหวัดได้ดำเนินการเองในกลุ่มเป้าหมายหรือปัญหาของพื้นที่
3. สามารถนำปัญหาที่ทางกองทุนโลกสนับสนุนมากำหนดเป็นตัวชี้วัดได้หรือไม่ หรือนำปัญหาที่ทางเจ้าหน้าที่ทำอยู่มากำหนดเป็นตัวชี้วัดหรือภาระงาน
4. ถ้าจะให้ประสบความสำเร็จต้องเน้นการพัฒนาระบบดูแลรักษา รวมทั้งอบรมเจ้าหน้าที่
5. การทำงานเป็นภาคีเครือข่ายมีความสำคัญ ทุกภาคส่วนต้องเห็นความสำคัญ เพราะหากทำงานเพียงหน่วยเดียว ไม่มีทางทำงานสำเร็จ ยุทธศาสตร์การทำงานทุกภาคส่วน จะต้องมีการแต่งตั้งคณะทำงาน ท้องถิ่น “คณะอนุเอดส์ตำบล” และควรที่จะพัฒนาศักยภาพขององค์การบริหารส่วนท้องถิ่นให้เข้าใจ และตระหนักให้ได้

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบูรณาการการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาเอดส์ตาม ประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย

การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 2 พบว่า การบูรณาการการป้องกันกับการรักษาน้อยมาก รวมถึงงานด้านการลดผลกระทบเช่นกัน ไม่มีการบูรณาการร่วมกัน โดยเมื่อจำแนกจะพบว่า หน่วยงานที่เป็นสถานบริการรักษาพยาบาล เช่นโรงพยาบาลก็จะให้บริการเฉพาะเรื่องการรักษาตามชุดสิทธิประโยชน์ที่สสข. กำหนด ส่วนเรื่องการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ การป้องกัน การลดผลกระทบหรือการช่วยเหลือทางสังคมถือเป็นเรื่องรองที่ไม่ใช่ภารกิจหลักและงบประมาณ กำลังคนมีจำกัด ประกอบกับตัวชี้วัดการทำงานมีเฉพาะด้านการรักษา ทำให้เจ้าหน้าที่ต้องเน้นการทำงานที่ตอบตัวชี้วัดก่อน แต่การให้บริการทางด้านไวรัสเอดส์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบปัญหาเรื่องการจำกัดสิทธิในการรับบริการทำให้ประชากรมีการย้ายภูมิลำเนาจากต่างจังหวัดประมาณ 80% มีปัญหาในการ refer case และการย้ายสิทธิจากสิทธิ SSS มาเป็นสิทธิ UC ส่วนหนึ่งมาจากปัญหาการขาดคุณภาพของข้อมูล

การดำเนินงานคลินิกามโรค มีการจัดบริการการให้คำปรึกษา สุขศึกษา ให้กับหญิงชายบริการ และบุคคลทั่วไป มีการให้ความรู้ในสถานบริการ ด้านสถิติการโรค ที่พบมากคือหนองใน สูงขึ้นกว่าเดิม มีการแพร่ไปในกลุ่มเยาวชนทั่วไปมากกว่าในหญิงชายบริการ เพราะกลุ่มหญิงชายบริการมีการป้องกันที่ดี จากการปิดบริการในสำนักงานสาธารณสุขไปแล้วโอนงานไปอยู่ในโรงพยาบาลทำให้การทำงานหยุดชะงัก หญิงบริการและผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หันไปซื้อยากินเอง เพราะยังไม่ไว้วางใจเจ้าหน้าที่ใหม่ ประกอบกับการโอนงานเข้าไปอยู่ในโรงพยาบาลแต่ไม่มีการกำหนดนโยบายการทำงานที่ชัดเจนและโรงพยาบาลมีภาระงานในการจัดให้บริการดูแลรักษาโรคอื่นๆ หนักอยู่แล้ว ทำให้ในโรงพยาบาลไม่ได้มีการจัดคลินิกให้บริการเฉพาะโรค ทำให้ข้อมูลสถิติต่างๆ

และกลุ่มประชากรเป้าหมายขาดหายไป ทำให้ต้องกลับมาเปิดบริการใหม่ ต้องมีการประชาสัมพันธ์ค่อนข้างมาก เพื่อให้ทราบว่า คลินิกเปิดให้บริการแล้ว

การบูรณาการรักษาดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์และงานวัณโรค (TB-HIV)

การตรวจการติดเชื้อ HIV ในผู้ป่วยวัณโรคทำได้ค่อนข้างยาก และนโยบายเน้นการสมัครใจของผู้ป่วยด้วย ทำให้ผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่แล้วแต่ไม่ยอมตรวจเจ้าหน้าที่ก็ไม่สามารถบังคับได้ แต่ในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ การให้คำปรึกษาและตรวจวัณโรคได้ครอบคลุมร้อยละ 90-95 ไม่มีปัญหามากนัก และพบปัญหาการดื้อยา ทั้งยาต้านไวรัส และยารักษาวัณโรค เนื่องจากขาดความต่อเนื่องในการรับยา

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการสนับสนุนการอบรมผู้รับผิดชอบงานด้านเอดส์ ระดับจังหวัด การประเมิน และการนิเทศ ติดตาม ทั้งเรื่อง TB HIV และ STI
2. การคัดกรองวัณโรคควรจะดำเนินการใน 3 setting คือ setting1 คัดกรองในวัน VCT setting2 คัดกรอง TB ในวันที่มีการทำกิจกรรมกลุ่ม ใครมีอาการไอให้แจ้งเจ้าหน้าที่ ให้ผู้ติดเชื้อพบแพทย์ทุกราย ให้ผู้ติดเชื้อหรือพยาบาลเตือน setting3 OPD: routine service แผนกอื่นๆ ที่ให้บริการทั่วไป
3. ควรสร้างการ apposed กับผู้ป่วยให้สมัครใจตรวจ จัดอบรมให้เจ้าหน้าที่รู้จัก basic counseling ได้
 - 1) ต้องสังเกตได้ว่าผู้ป่วย TB มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะติด HIV 2) สังเกตอาการของผู้ป่วย TB ที่จะเป็นเอดส์ เพื่อให้เริ่มยา ARV ให้เร็วที่สุด

ANC/ PMTCT พบปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นท้องแรกอายุ 13 ปี ติดเชื้อ HIV ค่อนข้างสูง และการตั้งครรภ์ซ้ำในผู้ติดเชื้อ ทั้งนี้เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยที่เข้าถึงยาต้านไวรัส จะมีสุขภาพแข็งแรงดี ขึ้นจนเกือบปกติ สามารถแต่งงานใหม่ได้ และยังพบว่าบางรายไม่เปิดเผยผลเลือด ต่อสามีใหม่ ซึ่งพบว่ามีทั้งคู่ใหม่ที่เป็นคนไทย และต่างชาติ ซึ่งสะท้อนถึงการดำเนินงานบริการปรึกษาแบบคู่ Couple VCT ยังไม่สามารถดำเนินการได้เต็มที่ พื้นที่ จำเป็นต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง และขยายพื้นที่เพิ่มร่วมถึงการสร้างความตระหนัก

ปัญหาการไม่มาฝากครรภ์ (No ANC) พบจำนวนมากทำให้ไม่ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ทำให้เด็กที่คลอดผลเลือดบวก (positive) มากขึ้น และพบปัญหาการ refer หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อจากโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก รวมทั้งการ refer มาจากต่างจังหวัดเพราะแพทย์ไม่ยอมทำคลอด มีผลต่อความต่อเนื่องของการให้ยาต้านไวรัส

งานอนามัยแม่และเด็กยังมีปัญหาเรื่องการอนุมัติสูตรยา และชุดสิทธิประโยชน์จากสปสช. ให้ยาที่ไม่ครอบคลุม ให้เฉพาะยา AZT ทั้งที่มีผลงานวิจัยออกมายืนยันแล้วว่า ร้อยละของการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ถ้าใช้ HARRT ติด 2.4% ถ้าเป็น AZT จะติด 8% แต่ตัวชี้วัดกลับระบุเฉพาะการได้รับ AZT ก็พอ ถือเป็น definition ที่แย่มาก ต้องแก้ไขปัญหาที่การตั้งตัวชี้วัดเพราะพวกนี้จะทำให้ตัวชี้วัดของจังหวัดตก ต้องกลับมาดูที่ต้นเหตุ กลุ่มที่ไม่

มาฝากครรภ์ คือ กลุ่มพม่า คนเร่ร่อนสัญจร เจาะเลือดตรวจยังไม่ทัน แต่ตัวชี้วัดนี้ต้องนับทั้งหมดไม่ว่าจะเป็นพม่าหรือใคร

ข้อเสนอแนะ

1. ควรเน้นเรื่องการดำเนินงานด้านการป้องกันมากขึ้น
2. การให้ยา ARV ของประเทศขาดการควบคุมคุณภาพของสถานบริการ บางโรงพยาบาลจ่ายยาทุก 3 เดือน 5 เดือน การประเมิน Adherence ค่อนข้างยาก บางที่ให้ทุก 6 เดือนส่งทางไปรษณีย์ด้วย ตรงนี้ควรมีผู้รับผิดชอบดูแลปัญหาคุณภาพการจ่ายยา
3. ตัวชี้วัด PMPCT ขอให้มีการพิจารณาเรื่อง No ANC ด้วย
4. สปสช. ควรเห็นความสำคัญของศูนย์องค์รวม ไม่ใช่เรื่องงบประมาณในการทำงานแต่เป็นเรื่องการดำเนินงานที่เป็นหัวใจสำคัญคือ การเข้าถึงผู้ติดเชื้อและการลดการตีตรา การเป็นเจ้าของงานและการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา
5. ควรจัดงบประมาณมาพัฒนาบุคลากรและการดำเนินงานด้านเอดส์ สุทธยาและแนวทางการให้บริการที่ทันสมัย

ส่วนการดำเนินงานป้องกันรักษาเพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ จากการทบทวนพบว่า

กลุ่มเยาวชน จากสถานการณ์โรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในกลุ่มวัยรุ่นสูงขึ้นในทุกพื้นที่ และกลุ่มวัยรุ่นถือเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะสำคัญที่มีแนวโน้มที่จะเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อรายใหม่อันดับ 1 จากปัญหาการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในนักเรียน โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มีชื่อ พบว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนมีน้อย เนื่องจากมีค่านิยมการป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่าการป้องกันการติดเชื้อ จึงเลือกใช้บริการคุมกำเนิดโดยการกินยาคุมมากกว่าการใช้ถุงยางอนามัย และไม่เข้าใจว่าการมีเพศสัมพันธ์กับคนรักทำไม่ต้องใช้ถุงยางอนามัย และพบการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นท้องแรกอายุ 13 ปี ติดเชื้อ HIV ค่อนข้างสูง ซึ่งสะท้อนภาพความจำเป็นเรื่องการศึกษาต้องมีหลักสูตรเพศศึกษาตั้งแต่เด็ก ประถมปลาย และเด็กมัธยมต้น แต่มีปัญหาการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน โดยผู้บริหารไม่ยอมรับการอบรมเรื่องเพศศึกษา เนื่องจากกลัวเป็นการชี้้นำให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ทั้งที่มีการอบรมและพัฒนาครูผู้สอนเพศศึกษา แต่ครูผู้สอนได้รับการอบรมพัฒนาไม่ได้นำไปถ่ายทอดต่อ

ข้อเสนอแนะ

1. สอนในระดับปวช./มัธยมศึกษาตอนปลาย ต้องสอนตั้งแต่ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น เพราะมีข้อมูลการมีเพศสัมพันธ์ ของเด็กม.1 ต้องให้ความรู้ตั้งแต่การมีเพศสัมพันธ์ สอนให้รู้จักตั้งแต่ชั้นประถมศึกษา สอนวิธีการในระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และสอนตามหลักสูตร 4 ช่วงชั้น

2. การสอนวิชาศีลธรรม ทำให้เป็นรูปธรรม ตั้งแต่ ป.1 ปรับให้สอดคล้องกับปัญหาสังคม ซึ่งให้เห็นผลกระทบ ผลกระทบของการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร และไม่ป้องกัน Teen pregnancy โดย มีระบบการให้ความช่วยเหลือนักเรียนที่ท้องระหว่างเรียน ดึงกว่าให้หยุดเรียนไปแล้วอยู่เฉยๆ อายุชุมชน อยู่ในช่วงชีวิตปกติไม่ได้
3. ควรพยายามผลักดัน การมีส่วนร่วม ในโรงเรียน เป็นแกนนำสามารถทำแผนยุทธศาสตร์ของโรงเรียนได้ โดยการประชุมแผนฯ ร่วมกันระดมสมอง ทั้งโรงเรียน ผู้นำชุมชน นักเรียน ครู อบต. ตอนนี้เครือข่าย ยินดีให้ความร่วมมือ ผู้บริหารควรให้ความสำคัญต่อเรื่องสุขภาพของประชาชนมากขึ้น มีผู้ร่วมงานจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ทำงานในพื้นที่ด้านสุขภาพ

ประชากรเคลื่อนย้าย ประเทศไทยยังประสบปัญหาแรงงานอพยพบริเวณชายแดน/ ชายขอบ ที่เข้ามาทำงานในทุกภูมิภาค ทำให้เจ้าหน้าที่ดูแลไม่ทั่วถึง กลุ่มแรงงานเคลื่อนย้าย Migrant เป็นกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพปัญหาการทำงานพบว่า มีต่างแรงงานต่างประมาณ 80,000 คน แต่ขึ้นทะเบียนเพียง 20,000 คน และเข้าเมืองมาอย่างไม่ถูกระเบียบ ซึ่งต้องช่วยเหลือทุกคน เพราะบางคนก็ผ่านขบวนการค้ามนุษย์เข้ามา ต้องให้การช่วยเหลือในเรื่องการรักษา การดูแลสุขภาพ และการที่เข้าเมืองมาอย่างผิดกฎหมาย การให้ความช่วยเหลือเป็นไปด้วยความลำบาก และมีปัญหาเรื่องการสื่อสาร เนื่องจากมีความแตกต่างทางด้านภาษา ทำให้สื่อสารกันไม่เข้าใจ โดยเฉพาะแรงงานต่างด้าวที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ทำงานเป็นลูกเรือ เมื่อต้องติดตามการกินยาต้านไวรัส ทำได้ค่อนข้างลำบาก และบางคนไม่ใช้ถุงยางอนามัย ทำให้ป้องกันการแพร่เชื้อได้ยาก และในกลุ่มแรงงานต่างด้าวที่เข้ามาทำงานเป็นผู้ให้บริการทางเพศ โดยเฉพาะในจังหวัดเชียงใหม่ส่วนใหญ่เป็นแรงงานข้ามชาติ/ชาติพันธุ์ ทำให้มีปัญหาด้านการสื่อสาร ปัญหาสิทธิการรักษา เกิด Double stigma หากติดเชื้อ HIV และพบปัญหาผู้ให้บริการทางเพศแบบแอบแฝงบางกลุ่มเข้าถึงยาก โดยเฉพาะกลุ่มที่ติดต่อทางโทรศัพท์ ทำให้ไม่สามารถให้ความรู้และสนับสนุนอุปกรณ์ป้องกันได้

ข้อเสนอแนะ

ควรให้หน่วยงานอื่นๆ นอกเหนือหน่วยงานสาธารณสุขให้การสนับสนุน ทั้งเรื่องการขึ้นทะเบียนแรงงานต่างด้าวอย่างถูกกฎหมาย จัดปัญหาขบวนการค้ามนุษย์ มหาดไทยควรให้ความสำคัญตรงนี้ด้วย ไม่ใช่เมื่อเกิดปัญหาแรงงานต่างด้าวติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แล้ว ผลักภาระมาที่ NGO และสาธารณสุขในการแก้ไขปัญหา เพราะแรงงานต่างด้าวถือเป็นกำลังสำคัญในการผลิตของประเทศไทยด้วย

พนักงานบริการ กลุ่มพนักงานบริการถึงเป็นกลุ่มที่เข้าถึงยาก เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการขายบริการมาเป็นแบบแฝง และมีช่องทางการหลบหนีเจ้าหน้าที่ เป็นกลุ่มที่มีการหลบหนี รูปแบบการขายบริการเปลี่ยนไป เช่น การใช้โทรศัพท์ (เปลี่ยนเบอร์โทรศัพท์บ่อย) ทำให้การติดตามยาก เข้าถึงยากมีเรื่องผลประโยชน์เข้ามาเกี่ยวข้อง การเรียกเก็บค่าต่างๆ จากเจ้าหน้าที่ตำรวจ ซึ่งไม่เป็นไปตามกฎหมาย และยังพบรูปแบบการตก

เขียว การเปิดเป็นบ้าน (หลบซ่อน) และมีแรงงานข้ามชาติเข้ามาขายบริการในประเทศไทย มีปัญหาด้านการสื่อสาร สิทธิด้านการรักษา เกิดปัญหา Double stigma (เป็นต่างชาติ ขายบริการ และเป็นผู้ติดเชื้อ)

เจ้าของ/ผู้จัดการมีทัศนคติไม่ดีคิดว่า การมาเยี่ยมของเจ้าหน้าที่เป็นการจับผิดเรื่องมีการขายบริการทางเพศพนักงานย่ายที่ทำงานบ่อย อยู่ไม่แน่นอน ไม่ได้เป็นพนักงานประจำ และช่วงเวลาว่างของพนักงานจำกัด เจ้าหน้าที่ต้องใช้ความละเอียดอ่อนในการทำงาน เนื่องจากเป็นอาชีพที่ผิดกฎหมาย ประกอบกับไม่มีความชัดเจนของสถานบริการตรวจรักษาสำหรับกลุ่มพนักงานบริการ เป็นเพียงการจัดบริการตรวจรักษาชั่วคราว

ข้อเสนอแนะ

1. ต้องดำเนินการสนับสนุนโครงการถุงยางอนามัย 100 % อย่างต่อเนื่อง
2. สนับสนุนการใช้เครือข่ายพนักงานบริการในการเป็นอาสาสมัคร
3. พัฒนารูปแบบการเข้าถึงพนักงานบริการทางเพศแบบแอบแฝง (Respondent-driven sampling :RDS)
4. มีนโยบายในการให้บริการตรวจ รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ และสนับสนุนงบประมาณโดยตรง เนื่องจากส่วนใหญ่จะไม่มีสิทธิการรักษา

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สภาพสังคมปัจจุบันยังมีทัศนคติเชิงลบ ต่อกกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พื้นที่ในการแสดงออกด้านสร้างสรรค์ ยังน้อย บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังมีน้อยมาก แต่หากเป็นพื้นที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว ที่มีการยอมรับชายที่ขายบริการ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายก็จะมี การจัดคลินิก สถานบริการให้บริการเฉพาะ แต่หากพื้นที่ไหนที่การยอมรับยังน้อย ก็จะมีการเปิดเผยตัวและการมารับบริการน้อย การจัดพื้นที่ สถานที่หรือคลินิกให้บริการเฉพาะจึงไม่มี

ในด้านพฤติกรรมทางเพศ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ให้ความรักและไว้วางใจคู่่นอนมาก (มักไม่ค่อยใช้ถุงยางอนามัย) การประกอบอาชีพขายบริการทางเพศในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีมากขึ้นในทุกภูมิภาค ดังนั้นหน่วยงานเฝ้าระวังในกลุ่มหญิงบริการทางเพศจึงต้องทำงานควบคู่กันในการเฝ้าระวังทั้ง 2 กลุ่มไปพร้อมๆ กัน

ข้อเสนอแนะ

1. สร้างอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อให้ความรู้ สนับสนุนอุปกรณ์ป้องกัน และให้การแนะนำสู่การตรวจ รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ และสนับสนุนการแสดงออกเชิงสร้างสรรค์ของเยาวชนที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. จัดให้มีบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์รวมถึงสุขภาพทางเพศ สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโดยเฉพาะให้ครอบคลุมทั่วถึง

ผู้ได้รับผลกระทบ/ เด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อ/ เรือนจำ การดูแลเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี มีปัญหาที่เป็นลูกโซ่มาจากการที่ไม่ยอมเปิดเผยผลเลือดต่อสามี และเมื่อคลอดบุตรแล้วเด็กก็ไม่ทราบผลเลือดของตนเอง และการติดตามตรวจติดตามผลเพื่อยืนยันผลเลือดของเด็กค่อนข้างลำบาก เพราะผู้ดูแลไม่ได้ตระหนักว่าเด็กต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเมื่อพ่อแม่เด็กเสียชีวิตจากโรคเอดส์เด็กจึงถูกตีตราในการเป็นผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์เช่นกัน ประกอบกับหากผู้ดูแลไม่มีความรู้ หรือไม่มีผู้ดูแลที่ชัดเจนทำให้เด็กเข้าไม่ถึงบริการ และขาดการได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง และการใช้ชีวิตของเด็กที่ติดเชื้อ HIV จากมารดา เมื่อเป็นวัยรุ่น ยังไม่มีกระบวนการจัดการที่ชัดเจน ไม่มีระบบว่าจะต้องเปิดเผยผลเลือดต่อเมื่อเด็กอายุเท่าไร โดยใคร

กลุ่มผู้ต้องขังในทัณฑสถานยังถือเป็นกลุ่มที่เข้าไม่ถึงบริการ และไม่มีการจัดบริการหรือการดำเนินกิจกรรมในทัณฑสถานในเรื่องการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ การให้สุขศึกษา การให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ (VCT) ที่ครอบคลุม และการที่หน่วยงาน NGO จะเข้าไปดำเนินกิจกรรมด้านการป้องกัน การให้ความรู้ หรือการแจกถุงยางอนามัยทำได้ค่อนข้างลำบาก

ข้อเสนอแนะ

1. การพัฒนาหลักสูตรการใช้ชีวิตในแต่ละช่วงวัย สำหรับเด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อ HIV
2. ควรมีคณะทำงานด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ต้องขัง และมีการทำงานอย่างต่อเนื่อง และการพัฒนาระบบการให้การปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจสำหรับผู้ต้องขัง
3. ควรสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ทั้งด้านการป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และยาต้านไวรัสเอดส์ โดยเฉพาะผู้ไม่มีหลักประกันสุขภาพ
4. ควรสนับสนุน ศูนย์องค์กรร่วม ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ได้รับผลกระทบ โดยดำเนินงานร่วมกับภาคส่วนต่างๆ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

จากปัญหาเรื่องการรังเกียจยังพบอยู่มากในชุมชน เนื่องจากคนในชุมชนยังไม่มีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในเรื่องโรคเอดส์ และปัญหาการตีตราทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากยังไม่เปิดเผยตัวตนต่อสังคม ไม่ยอมเข้าสู่ระบบบริการและไม่ยอมรับการช่วยเหลือทางสังคม เช่น การไม่รับเบี้ยยังชีพ ไม่ยินดีให้เยี่ยมบ้าน การยินดีไปรับบริการที่ศูนย์เฉลิมพระเกียรติ มากกว่าการไปโรงพยาบาลเพราะมีกิจกรรมพบกลุ่ม

ยังคงมีการบังคับให้ตรวจเลือดหาการติดเชื้อ HIV ในหลายกรณี เช่น หากต้องการบวชเป็นพระหรือเป็นแม่ชี ต้องการสมัครสมาชิกฌาปนกิจสงเคราะห์ หรือเมื่อต้องการเข้าทำงานในบริษัทบางแห่ง

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการปรับทัศนคติให้คนมองเรื่องเอดส์เหมือนไวรัสตับอักเสบบี อาจต้องใช้วิวัฒนาการ เวลา ทำให้คนมองว่าเอดส์เป็นโรคปกติ อยู่ร่วมกันได้ปกติ ทำให้คนไม่กลัว ให้ความรู้ ความเข้าใจในหลักสูตรการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ/เพศศึกษา ตั้งแต่อนุบาล ปลูกฝังนโยบายการคุ้มครองสิทธิ มีแผนนโยบายเชิงกฎหมาย ยัง

ไม่มีเชิงสังคม การละเมิด การปิดเป็นความลับ การตรวจเลือดก่อนบวช ก่อนรับทำงานยังให้มองว่ามีการ
รื้อถอนสิทธิ การรังเกียจ กีดกัน มีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ของภาคอีสาน ซึ่งของบฯ มาทำงานเรื่องสิทธิ มี
ระดับภาคและระดับเขตจังหวัด

2. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ทำร่วมกัน เข้าไปประสานกับโรงงาน บริษัท ไม่ให้ตรวจ
เลือด ไม่ให้ออกจากงานเยาวชน
3. การถูกกีดกันทางสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์บางคนถูกกีดกันในเรื่องการสมัครงานไม่ว่าจะเป็น/
แห่งที่ไม่ยอมให้ผู้ติดเชื้อบวช ที่ต้องการการตรวจเลือดโรงแรม บริษัท พนักงานสปา หรือแม้กระทั่งวัดบาง
ก่อนรับเข้าทำงานหรือบวชทำให้เสียสิทธิทางสังคม
4. กำหนดเป็นนโยบาย หรือกฎหมายที่ชัดเจน เรื่องสิทธิด้านเอดส์

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การติดตามประเมินผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์

การดำเนินงานในยุทธศาสตร์ที่ 4 ในหน่วยงานภูมิภาค โดยเฉพาะบทบาทของสคร. ไม่มีความชัดเจน
เด่นชัดมากนัก เนื่องจากงบประมาณที่จำกัด การปรับเปลี่ยนโครงสร้างบทบาทหน้าที่ และการลดจำนวนบุคลากร
ลงที่มีภาระงานหลายด้าน ประกอบกับตัวชี้วัดการทำงานเน้นเฉพาะเรื่องการดูแลรักษา ทำให้ไม่สะท้อนภาพการ
ทำงาน ดังนั้นการเขียนแผนงานหรือการดำเนินงานต้องรองรับตัวชี้วัดและผลผลิตที่ส่วนกลางกำหนด ทำให้
บทบาทการทำงานในด้านวิชาการ และการพัฒนาองค์ความรู้ไม่ชัดเจนหรือไม่มีการดำเนินงาน

ข้อเสนอแนะกลไกการประสานงาน/การดำเนินงาน

ศบจอ. ควรเป็นศูนย์กลางในการประสานงานและการสนับสนุนการดำเนินงาน ทั้งในหน่วยงานภาครัฐ
และเอกชน ให้เกิดการทำงานที่มีความเชื่อมโยงและความร่วมมือในการดำเนินงานด้านเอดส์ร่วมเช่น ดำเนินการ
จัดประชุม วางแผนนโยบายการดำเนินงานด้านเอดส์ในระดับกระทรวง โดยมีการบูรณาการร่วมกันในทุกกระทรวง
ที่เกี่ยวข้อง และมีการถ่ายทอดนโยบายไปสู่ระดับท้องถิ่น เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานของอย่างมี
ประสิทธิภาพ โดย รูปแบบการดำเนินงาน อาจจะจัดตั้งเป็นคณะกรรมการในทุกระดับ ตั้งแต่ กระทรวง กรม สำนัก
และท้องถิ่น ควรมีการประชุมที่ต่อเนื่อง ส่งต่อข้อมูลที่ทันเหตุการณ์ จัดทำตัวชี้วัดของแต่ละกระทรวง โดยให้
ท้องถิ่นมีส่วนร่วมในการเสนอตัวชี้วัดมีการติดตามประเมินผล/นิเทศ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ควรสนับสนุน
งบประมาณ หรือเป็นแหล่งงบประมาณที่จะมาสนับสนุนการดำเนินด้านเอดส์ให้กับทั้งภาครัฐและเอกชน

ภาคผนวก

ภาคผนวกที่ 1 ประมวลภาพการลงพื้นที่โครงการวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแห่งชาติ พ.ศ.2550-2554



สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการ
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี



สนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรค
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ งานระบาดวิทยา
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี



สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ งานระบาดวิทยา สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี



สัมภาษณ์เชิงลึกผู้อำนวยการศูนย์อนามัยเขต 3 จังหวัดชลบุรี



แผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ปฏิบัติการ (SML) ระหว่างกรมอนามัยและกรมควบคุมโรค



สัมภาษณ์อาจารย์ผู้ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับงานด้านเอดส์
มหาวิทยาลัยบูรพา



สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์
วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดชลบุรี



สนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรค
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี



การสนทนากลุ่มร่วมกับคณะกรรมการเอดส์จังหวัด
อุดรธานี ประกอบด้วย ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
งานเอดส์จาก

- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
- ผู้แทนท้องถิ่นอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี
- สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุดรธานี เขต 1
- สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์
จังหวัดอุดรธานี
- สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด
อุดรธานี



Social map ของสำนักงานพัฒนาสังคมและความ
มั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี



สนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิกยาต้านไวรัส
และและนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ
โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี



การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิก TB-
HIV สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7
จังหวัดอุบลราชธานี



บอร์ดแสดงโครงการรณรงค์เกี่ยวกับโรคเอดส์ และ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์



สนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานจากหน่วยงานเอดส์
วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คณะอนุเอดส์
จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 ศูนย์องค์รวม NGO
และมหาวิทยาลัย



ศึกษา ทบทวนการดำเนินงานในกลุ่มศาสนา
วัดหัวริน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่



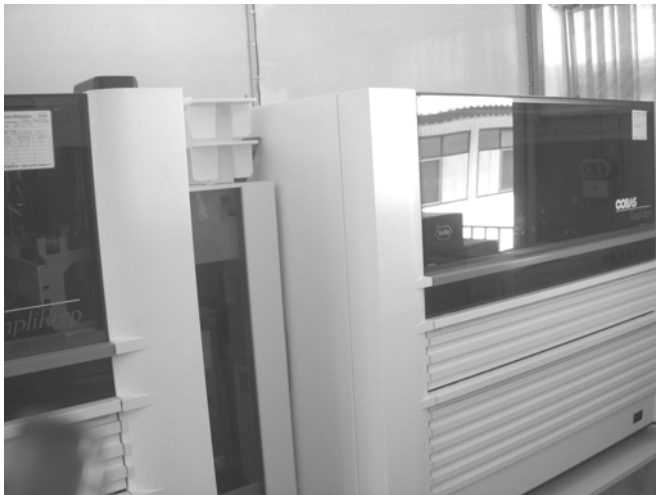
สนทนากลุ่มเพื่อ ทบทวนการทำงาน คลินิก STI,
VCT, TB-HIV, PMPCT และ HIV QUAL-T
โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร จังหวัดเชียงราย



สัมภาษณ์เชิงลึกเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ คลินิกสุขภาพดี
โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์



สนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์และ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุม
โรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่



เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดเชียงใหม่



เครื่องมือที่ใช้ในการตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดเชียงใหม่

2. ตรวจชันสูตรพิษณ	
2.1 ตรวจทางไวรัส	
-ตรวจหาสารพันธุกรรม HIV	Nested DNA-PCR
-ตรวจวัดปริมาณของเชื้อ HIV (Viral load)	Quantitative HIV-1 RT-PCR
-ใช้เลือดออก	Antibody Capture ELISA; IgM, IgG
-ตรวจอวัยวะภายในผู้ไวรัสละอองของโรคที่ติดเชื้อออก	RT-PCR
-ตรวจบ่งชี้โรคใช้วิธีที่พิเศษ ใช้หัววัดในแบบ	RT-PCR
2.2 ตรวจพิษภัยอื่นๆ	
-โรค Thalassemia	HPLC, PCR
-ฮอร์โมนไทรอยด์ ; T3, T4, Free T4, TSH	Electrochemiluminescence
-ตรวจระดับ HbA1C ของโรคเบาหวาน	Immunoassay
-โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ; Anti-nuclear Ab	IFA
-โรคติดเชื้ออริคเกีย ; Rickettsial antibody	IFA

บอร์ดแสดงการตรวจชันสูตรโรคต่างๆ และวิธีที่ใช้ใน
การตรวจผลทางห้องปฏิบัติการ



สัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10
จังหวัดเชียงใหม่



สนทนากลุ่มผู้จัดการและเจ้าหน้าที่มูลนิธิบ้านเพื่อชีวิต
จังหวัดภูเก็ต ในประเด็นการให้ช่วยเหลือเด็กและ
ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่ไม่สามารถ
อยู่กับครอบครัวและสังคมได้



สัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาล HIV Coordinator
ผู้รับผิดชอบงานการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์
งาน PMPCT และงานวัณโรค
โรงพยาบาลมหาสารคามศรีธรรมราช



สัมภาษณ์เชิงลึกพยาบาล HIV Coordinator
ผู้รับผิดชอบงานการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ณ คลินิกโรคทางเดินหายใจ
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต



สัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีสุนทร
จังหวัดภูเก็ต



สัมภาษณ์เชิงลึก ผชชว.9 เวชกรรมป้องกัน
ณ สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดภูเก็ต



สัมภาษณ์เชิงลึก ผู้อำนวยการสำนักงานสวัสดิการและ
คุ้มครองแรงงาน จังหวัดภูเก็ต



สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ งานระบาดวิทยา
สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 11 จังหวัด
นครศรีธรรมราช



สัมภาษณ์รองผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ต



สัมภาษณ์พยาบาล HIV Coordinator ผู้รับผิดชอบ
งานการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ และงานวัคซีนโรค
โรงพยาบาลป่าตอง จังหวัดภูเก็ต



สัมภาษณ์อาจารย์ผู้ดำเนินงานโครงการ PATH
โรงเรียนเทพอำนวยวิทยา จังหวัดภูเก็ต



การสัมภาษณ์หัวหน้ากลุ่มงานเอดส์ วัณโรคและ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ งานระบาดวิทยา สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต



สัมภาษณ์เชิงลึกหัวหน้ากลุ่มงานเอดส์ วัณโรคและ
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ งานระบาดวิทยา
สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 11



สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ศูนย์อนุบาลผู้เดินทางทะเล
บ้านสุขสันต์



เอกสารความรู้เกี่ยวกับเอดส์ และโรคติดต่อทาง
เพศสัมพันธ์ ทั้งภาษาไทยและภาษาพม่า ซึ่งเผยแพร่
โดยศูนย์อภิบาลผู้เดินทางทะเล คณะกรรมการ
พระสังฆราชอภิบาลผู้เดินทางทะเล



สำรวจแหล่งแพร่จังหวัดสงขลา



ตู้จำหน่ายถุงยางอนามัยหยอดเหรียญ
ที่ติดไว้ในสถานบริการ (แหล่งแพร่ฯ)



สนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษา ผู้รับผิดชอบงาน
ANC งานวัณโรค และการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์
โรงพยาบาลหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา



การสนทนากลุ่มร่วมกับคณะกรรมการเอดส์จังหวัด
สงขลา ประกอบด้วย ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบ
งานเอดส์จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
เทศบาลนครสงขลา สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน
จังหวัดสงขลา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สงขลา
เขต 1 อ.เมือง องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งขมิ้น
เทศบาลตำบลเขารูปช้าง องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่ง
หวัง พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด
สงขลา และศูนย์อนุบาลผู้เดินทางทะเล (บ้านสุขสันต์)



การสนทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน
เอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ งาน
ระบาดวิทยา สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 12
จังหวัดสงขลา



สัมภาษณ์ผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา
ผชชว.9 เวชกรรมป้องกัน



สัมภาษณ์ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่
12 จังหวัดสงขลา



สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานการ
ให้บริการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด ผู้ใช้สารเสพติด
ชนิดฉีด และผู้ใช้สารเสพติดที่ติดเชื้อเอชไอวี

ภาคผนวกที่ 2 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลจำนวน 4 ชุด (Tool 1-4)

Tool 1: ประเด็นการเก็บรวบรวมข้อมูลในโครงการ “การทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์ บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติฯ พ.ศ.2550-2554”

สำหรับผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สคร. และ สสจ.

โปรดทำเครื่องหมาย / และเติมข้อมูลลงในตาราง

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	ปริมาณข้อมูล						วิธีการ รวบรวม ข้อมูล	ผู้รับผิดชอบ
		2550		2551		2552			
		มี ระบุ	ไม่มี	มี ระบุ	ไม่มี	มี ระบุ	ไม่มี		
Impact indicators:									
1. HIV prevalence among general population (ANC and new army recruits) -ANC -New army recruits	ร้อยละ ร้อยละ								
2. HIV prevalence among youths (ANC 15-24 year olds)	ร้อยละ								
3. HIV prevalence among High Risk Groups -IDU -CSW -MSM - Migrant	ร้อยละ ร้อยละ ร้อยละ ร้อยละ								

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	ปริมาณข้อมูล						วิธีการ รวบรวม ข้อมูล	ผู้รับผิดชอบ
		2550		2551		2552			
		มี ระบุ	ไม่มี	มี ระบุ	ไม่มี	มี ระบุ	ไม่มี		
4. HIV incidence among children were born from HIV positive mother	ร้อยละ								
5. Morbidity related HIV (Crypto, TB, PCP rates)	อัตรา								
6. Mortality rate	อัตรา								
7. Survival time (AIDS to death)									
8. Quality of life									
9. Economic impact ต่อประเทศ									
1. ความครอบคลุมของการป้องกันจำเพาะต่อกลุ่มเป้าหมาย									
ผลลัพธ์									
1. อัตราการใช้ถุงยางอนามัยของหญิงขายบริการทางเพศ	ร้อยละ								
2. อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คู่อุปถัมภ์ของกลุ่มเป้าหมายต่างๆ	ร้อยละ								
3. อัตราการมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยในการฉีดยาเสพติด	ร้อยละ								
4. อัตราหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อโรคเอดส์ ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก	ร้อยละ								
ผลผลิต									
1. ร้อยละของกลุ่มเป้าหมาย (เยาวชน IDU, CSW, MSM, Migrant) มีความรู้ความเข้าใจในการมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคเอดส์	ร้อยละ								

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	ปริมาณข้อมูล						วิธีการ รวบรวม ข้อมูล	ผู้รับผิดชอบ
		2550		2551		2552			
		มี ระบุ	ไม่มี	มี ระบุ	ไม่มี	มี ระบุ	ไม่มี		
2. ร้อยละของโรงเรียนที่ครูผ่านการฝึกอบรมเรื่องการสร้างเสริมทักษะชีวิตให้แก่นักเรียนและนำไปใช้จริงในช่วงปีการศึกษาที่ผ่านมา	ร้อยละ								
3. ร้อยละของสถานประกอบการขนาดใหญ่ที่มีนโยบายและแผนงานเกี่ยวกับการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์	ร้อยละ								
4. จำนวนองค์กรภาครัฐ/เอกชน/ชุมชนที่ได้รับการเสริมสร้างศักยภาพให้มีส่วนร่วมในการป้องกันติดตามและแก้ไขปัญหาเอดส์	องค์กร								
2. ความครอบคลุมในการเข้าถึงการดูแล สนับสนุน และการรักษาของผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว									
ผลลัพธ์									
1. ร้อยละของกลุ่มเป้าหมายที่สงสัยว่าตนเองอาจติดเชื้อแล้วได้รับการให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจเลือด	ร้อยละ								
2. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์	ร้อยละ								
3. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอดส์ซึ่งรับยาต้านไวรัสเอดส์ที่รับการดูแลต่อเนื่องในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	ร้อยละ								
4. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับยาป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (PCP, Cryptococcosis, TB)	ร้อยละ								
5. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้รับการดูแลในชุมชน (home and									

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	ปริมาณข้อมูล						วิธีการ รวบรวม ข้อมูล	ผู้รับผิดชอบ
		2550		2551		2552			
		มี ระบุ	ไม่มี	มี ระบุ	ไม่มี	มี ระบุ	ไม่มี		
community based care)	ร้อยละ								
6. ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอดส์กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับสวัสดิการและการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจโดยองค์กรรัฐ (การประกอบอาชีพ ครอบครัวที่ได้รับสวัสดิการ ทุนการศึกษา)	ร้อยละ								
7. สัดส่วนของ: Ratio of current school attendance among orphans to that among non-orphans aged 10-14	สัดส่วน								
ผลผลิต									
1. ร้อยละของสถานีนามัยที่ให้บริการป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (PCP)	ร้อยละ								
2. ร้อยละของผู้ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ได้ฝึกอบรมเรื่องที่เกี่ยวข้องอย่างน้อย 1 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา	ร้อยละ								
3. ร้อยละของโรงพยาบาลที่มีระบบการทำงานร่วมกันกับองค์กรพัฒนาเอกชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์	ร้อยละ								
3. การพัฒนาและใช้ข้อมูลข้อสนเทศในการวางแผนและดำเนินการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์									
ผลลัพธ์									
1. ร้อยละของจังหวัดที่มีระบบฐานข้อมูลที่สามารถนำมาใช้ในการวางแผนติดตามและประเมินผลการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัด	ร้อยละ								
2. จำนวนองค์ความรู้และเทคโนโลยีที่ดำเนินการศึกษาวิจัย/พัฒนา	เรื่อง								

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	ปริมาณข้อมูล						วิธีการ รวบรวม ข้อมูล	ผู้รับผิดชอบ
		2550		2551		2552			
		มี ระบุ	ไม่มี	มี ระบุ	ไม่มี	มี ระบุ	ไม่มี		
ผลผลิต									
1. จำนวนรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV	ฉบับ								
2. จำนวนรายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ HIV	ฉบับ								
4. การสร้างเสริมสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการป้องกันแก้ไข ปัญหาเอดส์									
ผลลัพธ์									
1. ดัชนีนโยบายเอดส์แห่งชาติ									
2. ร้อยละของงบประมาณของประเทศสำหรับการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์	ร้อยละ								
3. จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ถูกละเมิดสิทธิหรือเลือกปฏิบัติ	ร้อยละ								
4. ร้อยละของผู้ถูกละเมิดสิทธิได้รับการแก้ไขปัญหา	ร้อยละ								
ผลผลิต									
1. ร้อยละของจังหวัดที่มีการระดมทุนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	ร้อยละ								
2.ร้อยละของจังหวัดที่มีแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัดที่ รับผิดชอบโดยหน่วยงานต่างๆในจังหวัด	ร้อยละ								
3. ร้อยละของจังหวัดที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในจัดสรรงบประมาณหรือ สนับสนุนในรูปแบบอื่นๆในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์	ร้อยละ								
4. ร้อยละของจังหวัดที่สถาบันศาสนามีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไข ปัญหาเอดส์	ร้อยละ								

ตัวชี้วัด	หน่วย นับ	ปริมาณข้อมูล						วิธีการ รวบรวม ข้อมูล	ผู้รับผิดชอบ
		2550		2551		2552			
		มี ระบุ	ไม่มี	มี ระบุ	ไม่มี	มี ระบุ	ไม่มี		
5. ร้อยละของบริษัทที่ไม่เลิกจ้างผู้ติดเชื้อ HIV	ร้อยละ								
6. ร้อยละของบริษัทที่ไม่บังคับตรวจเลือดพนักงาน	ร้อยละ								
7. ร้อยละของบริษัทที่ไม่เปิดเผยความลับของพนักงานที่ติดเชื้อ HIV	ร้อยละ								
8. ร้อยละของพนักงานที่ยังรู้สึกกลัว และรังเกียจพนักงานที่ติดเชื้อ HIV	ร้อยละ								
5. ความร่วมมือระหว่างประเทศ									
ผลลัพธ์									
1. ประสิทธิภาพของความร่วมมือกับต่างประเทศในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์	ประเภท								
2. จำนวนเงินที่ประเทศไทยช่วยเหลือประเทศอื่นในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์	บาท								
3. สัดส่วนของงบประมาณที่ไทยได้รับการสนับสนุนจากองค์การระหว่างประเทศหรือประเทศอื่นต่องบประมาณของประเทศในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์	สัดส่วน								

Tool 2 ประเด็นการรวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์เชิงลึก ในโครงการ “การทบทวน (ครึ่งแผน)
แผนยุทธศาสตร์ บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติฯ พ.ศ.2550-2554”
สำหรับผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สคร. และ สสจ.

1. การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ

- 1) เครือข่ายภาครัฐมีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง หรือไม่
- 2) การบูรณาการ มีการบูรณาการจริงหรือไม่ เช่น ยาเสพติดบูรณาการกับเอดส์
- 3) ศักยภาพการทำงานของเครือข่าย (ภาครัฐ ส่วนกลาง ท้องถิ่น และองค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ ในเรื่อง คน งบประมาณ ความสามารถของเครือข่าย สภาพแวดล้อม แรงจูงใจ) มีลักษณะอย่างไร
- 4) วิธีการจัดการกับปัญหาเอดส์ เหมาะสมหรือไม่ รอบด้านหรือไม่ ทำไมมีการติดเชื้อรายใหม่ย้ายกลุ่ม (การรณรงค์ไม่ค่อยต่อเนื่อง หรือการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมใน MSM มีส่วนในการส่งเสริมแพร่เชื้อ)
- 5) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้แผนนี้ในการนำทางการทำงานหรือไม่
- 6) ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติระดับล่าง ในการตีความแผน และนำไปสู่รูปแบบการทำงานที่แตกต่างจากแผนฯ
- 7) ช่วงเปลี่ยนผ่านการกระจายอำนาจ มีการส่งผ่านงานเอดส์จริงหรือไม่ อย่างไร ท้องถิ่นมีการตอบรับการทำงานอย่างไร ใช้แผนเอดส์เป็นแนวทางการทำงานหรือไม่ มีการทำงานต่อเนื่องจากแผนที่แล้วหรือไม่
- 8) การมีแหล่งทุน Global Funds (GFATM) ส่งผลให้การทำงานของประเทศไทยเป็นอย่างไร

2. การบูรณาการการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาเอดส์ ตาม ประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย

- 1) การติดเชื้อเอดส์รายใหม่แยกกลุ่มเป้าหมายตามแผน ลดลงหรือไม่) กลุ่มเป้าหมายที่มีการเฝ้าระวังอยู่ในปัจจุบัน กลุ่ม Sex Worker, ANC, Blood donor, IDU, MSM, ทหารเกณฑ์)
- 2) กลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย มีการทำกิจกรรมด้านการดูแลแบบองค์รวมหรือไม่ มีหน่วยงานไหนมาทำบ้าง หรือกรณีมีสหวิชาชีพดำเนินการแล้วผู้รับบริการได้พบทุกคนหรือไม่
- 3) เปรียบเทียบผลการทำงาน หน่วยงานที่มีศูนย์องค์รวมกับที่ไม่มีศูนย์ ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่อย่างไร
- 4) ผู้ได้รับผลกระทบ ทั้งสูงอายุ และเด็ก จากเอดส์ ได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร ไม่ใช่เฉพาะด้านการเงินเท่านั้นหากแต่หมายถึงด้านอื่น ๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในบ้าน การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านจิตใจ เป็นต้น
- 5) เรื่องถุงยางอนามัย มีการบริหารจัดการอย่างไรในด้านการกระจาย การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มอายุที่น้อยลง รวมทั้งมาตรการอื่นๆ ในการป้องกันมีอะไรบ้าง ถ้าไม่ใช่ถุงยางอนามัย

- 6) การเข้าถึงบริการการรักษา การให้คำปรึกษา ของกลุ่มเป้าหมาย มีลักษณะอย่างไร
- 7) คุณภาพการรักษามีลักษณะอย่างไร
- 8) สถานการณ์การดื้อยาเป็นอย่างไรบ้าง
- 9) ระบบการให้บริการให้คำปรึกษา ด้วยการ counseling เพื่อป้องกัน OI มีการดำเนินการ อย่างไร
- 10) รูปแบบการมีพฤติกรรมเสี่ยงมีการเปลี่ยนไป อย่างไรบ้าง ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ
- 11) มีการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงสิทธิของสปสช.สวัสดิการต่าง ๆ การ ได้รับ
การช่วยเหลือจากท้องถิ่น กลุ่มในเรือนจำ หรือไม่ อย่างไร
- 12) การเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ การได้รับยาต้าน ของคนไข้ TB HIV+ เป็นอย่างไร
- 13) มาตรการในการป้องกันได้ทำจริงในกลุ่มใดบ้าง เป็นไปตามแผนหรือไม่

3. การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

- 1) โครงสร้าง /กลไกการจัดการเรื่องสิทธิของผู้ป่วยเป็นอย่างไร
- 2) กลุ่มเป้าหมายรู้ว่าตนเองมีสิทธิหรือไม่ และเข้าถึงหรือไม่
- 3) การละเมิดสิทธิของผู้ป่วยเกิดจากเรื่องอะไรบ้าง เช่นเกิดจากกฎ ระเบียบ มีการรวบรวมไว้หรือไม่ และมีหน่วยงานใดเป็นผู้รวบรวมไว้บ้าง
- 4) ลักษณะการยอมรับผู้ป่วย ในชุมชน หรือสังคม ปัจจุบันเป็นอย่างไร

4. การติดตามประเมินผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

- 1) มีกระบวนการในการติดตามงานเอดส์ เช่น WHO UNGASS และมีการนำผลการประเมินของแต่ละกลุ่มไป
ใช้ได้หรือไม่เช่น สปสช. ทำเองใช้เอง เรานำมาใช้ได้หรือไม่ มีการ shareข้อมูลการประเมินผลเพื่อ
นำไปใช้
- 2) โครงสร้าง /กลไกการติดตามประเมินผลในระดับต่างๆ เป็นอย่างไร
- 3) แหล่งทุนในงานวิจัยเอดส์)การเข้าถึงและการให้การสนับสนุน)
- 4) ภาพรวมการทำงานด้านวิจัยเกี่ยวกับเอดส์ที่ได้ดำเนินการเพื่อตอบสนองในแผนฯ มีจำนวนมากน้อย
แค่ไหน และตอบปัญหาของประเทศได้จริงหรือไม่ และประเทศมีทิศทางงานวิจัยด้านการป้องกันและ
แก้ไขปัญหาเอดส์ หรือไม่

5. ตัวชี้วัดตามยุทธศาสตร์

- 1) ระบบข้อมูลข่าวสารและเทคโนโลยีสารสนเทศ มีคุณภาพมาตรฐานหรือไม่อย่างไร
- 2) มีการบริหารจัดการตามหลักการบริหารบ้านเมืองที่ดีอย่างไร
- 3) บุคลากรมีจำนวนเพียงพอเหมาะสมต่อการจัดบริการสุขภาพ และมีสมรรถภาพตามภารกิจหรือไม่
อย่างไร
- 4) หน่วยงานมีผลการดำเนินงานบรรลุตามภารกิจ หรือไม่อย่างไร
- 5) มีการวิจัยและพัฒนา นวัตกรรมด้านสุขภาพหรือไม่อย่างไร

- 6) ประชาชนได้รับการสุขภาพที่มีคุณภาพและมาตรฐานอย่างทั่วถึงต่อเนื่องและเป็นธรรมหรือไม่ อย่างไร
- 7) ประชาชนและพหุภาคีทุกภาคส่วนมีส่วนร่วมในการจัดการสุขภาพหรือไม่ อย่างไร
- 8) ประชาชนได้รับการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพสู่ชุมชนอย่างครอบคลุมและทั่วถึงทุกพื้นที่หรือไม่ อย่างไร
- 9) หน่วยงานสาธารณะสุขทุกระดับใช้หลักปรัชญาเศรษฐกิจพอเพียงในการปฏิบัติงานหรือไม่ อย่างไร

6. เพิ่มเติมภาพรวม เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะ

- 1) แผนยุทธศาสตร์ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-2554 ที่ท่านดำเนินการอยู่ สนับสนุนการดำเนินงานปกติของพื้นที่/หน่วยงานหรือไม่ อย่างไร
- 2) แผนงาน/โครงการที่หน่วยงานดำเนินการอยู่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-2554) รวมทั้งแผนงานที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค) ในจังหวัดหรือไม่ อย่างไร
- 3) ยุทธศาสตร์ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-2554 มีความสอดคล้องคลึงกับความ ต้องการ (สภาพปัญหา) ของพื้นที่หรือไม่ อย่างไร
- 4) ผลการดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์หลักของยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-2554 หรือไม่
- 5) มีปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์หลักของยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-2554 และมีแนวทางการแก้ไขปัญหาอย่างไร

**Tool 3 ประเด็นการสัมภาษณ์เชิงลึกในโครงการ “การทบทวน (ครึ่งแผน)
แผนยุทธศาสตร์ บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติฯ พ.ศ.2550-2554”
ผอ. สคร. และ ผช. ผอ. สคร. (ที่กำกับดูแลงานโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์)
สสจ. และผชช.ว. หรือ ผชช.ส.
อนุกรรมการเอดส์ ภาคส่วนอื่นๆ และมหาวิทยาลัย/วิทยาลัย**

1. การบริหารจัดการเพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่างๆ

- 1) เครือข่ายภาครัฐมีงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานที่ต่อเนื่อง หรือไม่
- 2) การบูรณาการ มีการบูรณาการจริงหรือไม่ เช่น ยาเสพติดบูรณาการกับเอดส์
- 3) ศักยภาพการทำงานของเครือข่าย (ภาครัฐ ส่วนกลาง ท้องถิ่น และองค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์
ในเรื่อง คน งบประมาณ ความสามารถของเครือข่าย สภาพแวดล้อม แรงจูงใจ) มีลักษณะอย่างไร
- 4) วิธีการจัดการกับปัญหาเอดส์ เหมาะสมหรือไม่ รอบด้านหรือไม่ ทำไมมีการติดเชื้อรายใหม่ย้ายกลุ่ม
(การรณรงค์ไม่ค่อยต่อเนื่อง หรือการรวมกลุ่มกันทำกิจกรรมใน MSM มีส่วนในการส่งเสริมแพร่เชื้อ)
- 5) หน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ใช้แผนที่ในการนำทางการทำงานหรือไม่
- 6) ความเข้าใจของผู้ปฏิบัติระดับล่าง ในการตีความแผน และนำไปสู่รูปแบบการทำงานที่แตกต่างจาก
แผนฯ
- 7) ช่วงเปลี่ยนผ่านการกระจายอำนาจ มีการส่งผ่านงานเอดส์จริงหรือไม่ อย่างไร ท้องถิ่นมีการตอบรับ
การทำงานอย่างไร ใช้แผนเอดส์เป็นแนวทางการทำงานหรือไม่ มีการทำงานต่อเนื่องจากแผนที่แล้ว
หรือไม่
- 8) การมีแหล่งทุน Global Funds (GFATM) ส่งผลให้การทำงานของประเทศไทยเป็นอย่างไร

2. ภาพรวมการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์ บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติฯ พ.ศ.

2) 2554-550ครึ่งแผน) เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะ

- 1) แผนยุทธศาสตร์ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-2554 ที่ท่านดำเนินการอยู่
สนับสนุนการดำเนินงานปกติของพื้นที่/หน่วยงานหรือไม่อย่างไร
- 2) แผนงาน/โครงการที่หน่วยงานดำเนินการอยู่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหา
เอดส์ 2550-2554) รวมทั้งแผนงานที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค) ในจังหวัด
หรือไม่ อย่างไร
- 3) ยุทธศาสตร์ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-2554 มีความสอดคล้องกับ
ความต้องการ (สภาพปัญหา) ของพื้นที่หรือไม่ อย่างไร
- 4) ผลการดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์หลักของยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-
2554 หรือไม่
- 5) มีปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์หลักของยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไข
ปัญหาเอดส์ 2550-2554 และมีแนวทางการแก้ไขปัญหายังไง

Tool 4 ประเด็นการสนทนากลุ่ม) หรือสัมภาษณ์กลุ่ม) ในโครงการ “การทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์ บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติฯ พ.ศ.2550-2554”

หัวหน้าโครงการ/ผู้ดำเนินงานโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (3-5 คน) สสร.

หัวหน้าโครงการ/ผู้ดำเนินงานโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (3-5 คน) สสจ.

หัวหน้าโครงการ/ผู้ดำเนินงานเกี่ยวกับ Sex worker, ANC และโครงการเด่นตามระบุในแผน (3-5 คน)

1. การบูรณาการการป้องกัน การดูแลรักษา และลดผลกระทบต่อผู้ประสบปัญหาเอดส์ ตาม ประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย

- 1) การติดเชื้อเอดส์รายใหม่แยกกลุ่มเป้าหมายตามแผน ลดลงหรือไม่) กลุ่มเป้าหมายที่มีการเฝ้าระวังอยู่ในปัจจุบัน กลุ่ม Sex Worker, ANC, Blood donor, IDU, MSM, ทหารเกณฑ์)
- 2) กลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย มีการทำกิจกรรมด้านการดูแลแบบองค์รวมหรือไม่ มีหน่วยงานไหนมาทำบ้าง หรือกรณีมีสหวิชาชีพดำเนินการแล้วผู้รับบริการได้พบทุกคนหรือไม่
- 3) เปรียบเทียบผลการทำงาน หน่วยงานที่มีศูนย์องค์รวมกับที่ไม่มีศูนย์ ว่ามีความแตกต่างกันหรือไม่ อย่างไร
- 4) ผู้ได้รับผลกระทบ ทั้งสูงอายุ และเด็ก จากเอดส์ ได้รับการดูแลช่วยเหลือหรือไม่ อย่างไร ไม่ใช่เฉพาะด้านการเงินเท่านั้นหากแต่หมายถึงด้านอื่น ๆ เช่น การดูแลผู้ป่วยเอดส์ในบ้าน การดูแลสุขภาพตนเอง ด้านจิตใจ เป็นต้น
- 5) เรื่องถุงยางอนามัย มีการบริหารจัดการอย่างไรในด้านการกระจาย การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มอายุที่น้อยลง รวมทั้งมาตรการอื่นๆ ในการป้องกันมีอะไรบ้าง ถ้าไม่ใช้ถุงยางอนามัย
- 6) การเข้าถึงบริการการรักษา การให้คำปรึกษา ของกลุ่มเป้าหมาย มีลักษณะอย่างไร
- 7) คุณภาพการรักษามีลักษณะอย่างไร
- 8) สถานการณ์การดื้อยาเป็นอย่างไรบ้าง
- 9) ระบบการให้บริการให้คำปรึกษา ด้วยการ counseling เพื่อป้องกัน OI มีการดำเนินการอย่างไร
- 10) รูปแบบการมีพฤติกรรมเสี่ยงมีการเปลี่ยนไป อย่างไรบ้าง ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ
- 11) มีการเข้าถึงสิทธิประโยชน์ต่าง ๆ เช่น การเข้าถึงสิทธิของสปสช. สวัสดิการต่าง ๆ การได้รับการช่วยเหลือจากท้องถิ่น กลุ่มในเรือนจำ หรือไม่ อย่างไร
- 12) การเข้าถึงบริการ คุณภาพการบริการ การได้รับยาต้าน ของคนไข้ TB HIV+ เป็นอย่างไร
- 13) มาตรการในการป้องกันได้ทำจริงในกลุ่มใดบ้าง เป็นไปตามแผนหรือไม่

2. การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

- 1) โครงสร้าง /กลไกการจัดการเรื่องสิทธิของผู้ป่วยเป็นอย่างไร
- 2) กลุ่มเป้าหมายรู้ว่าตนเองมีสิทธิหรือไม่ และเข้าถึงหรือไม่
- 3) การละเมิดสิทธิของผู้ป่วยเกิดจากเรื่องอะไรบ้าง เช่นเกิดจากกฎ ระเบียบ มีการรวบรวมไว้หรือไม่ และมีหน่วยงานใดเป็นผู้รวบรวมไว้บ้าง
- 4) ลักษณะการยอมรับผู้ป่วย ในชุมชน หรือสังคม ปัจจุบันเป็นอย่างไร

3. การติดตามประเมินผลการศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

- 1) มีระบบในการติดตามงาน และมีการนำผลการประเมินของแต่ละกลุ่มไปใช้ได้หรือไม่ อย่างไร
- 2) โครงสร้าง /กลไกการติดตามประเมินผลในระดับต่างๆ เป็นอย่างไร
- 3) การทำงานด้านวิจัยและแหล่งทุนในงานวิจัยเอดส์)การเข้าถึงและการให้การสนับสนุน) มีหรือไม่ อย่างไร

4. ภาพรวม เพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะ

- 1) แผนยุทธศาสตร์ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-2554 ที่ท่านดำเนินการอยู่ สนับสนุนการดำเนินงานปกติของพื้นที่/หน่วยงานหรือไม่อย่างไร
- 2) แผนงาน/โครงการที่หน่วยงานดำเนินการอยู่ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-2554) รวมทั้งแผนงานที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และวัณโรค) ในจังหวัด หรือไม่ อย่างไร
- 3) ยุทธศาสตร์ยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-2554 มีความสอดคล้องคล้อยกับความต้องการ (สภาพปัญหา) ของพื้นที่หรือไม่ อย่างไร
- 4) ผลการดำเนินงานบรรลุตามวัตถุประสงค์หลักของยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-2554 หรือไม่
- 5) มีปัจจัยที่ทำให้การดำเนินงานไม่เป็นไปตามวัตถุประสงค์หลักของยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2550-2554 และมีแนวทางการแก้ไขปัญหอย่างไร

ภาคผนวกที่ 3 รายละเอียดการดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูล/หน่วยงาน

หน่วยงานส่วนกลางที่เกี่ยวข้องกับการจัดทำแผน

รายนามผู้ให้ข้อมูล กรมควบคุมโรค

นางโชติรส โสมนรินทร์	กองแผนงานกรมควบคุมโรค
น.ส.ฉันทนา เจนสุขเสรี	กองแผนงานกรมควบคุมโรค
น.ส.พรทิพย์ ศิริหามาศ	กองแผนงานกรมควบคุมโรค
น.ส.สลิรัตน์ ฉ่ำแสง	กองแผนงานกรมควบคุมโรค
นางอัมพร ศรีสำรวล	สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
น.ส.นภา วงษ์ศิลป์	สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
น.ส.วิภา ภาวนาภรณ์	สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นายสุศักดิ์ ธิโนสวรค์ยางกูร	สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางสุธิดา วรโชติธนน	สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางยุพิน ชินสงวนเกียรติ	สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
นางสุนีย์ ใหม่อุวรรณ	สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
น.ส. กิตติยา โยธาประเสริฐ	สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
น.ส. ศันสนีย์ สมิตะเกษตริน	สำนักเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

รายนามผู้ให้ข้อมูล กรมอนามัย

นางนรีลักษณ์ กุลฤกษ์	สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย
----------------------	-------------------------------

รายนามผู้ให้ข้อมูล ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ

นางวาสนา นิยมวพันธ์	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
นางพรทิพย์ เข้มเงิน	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ

รายนามผู้ให้ข้อมูล หน่วยงานด้านสิทธิมนุษยชนด้านเอดส์ภาคประชาสังคม

นางสาวสุภัทรา นาคะผิว	มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
นางสาวณัฐยา บุญภักดี	มูลนิธิสร้างความเข้าใจเรื่องสุขภาพหญิง (สคส.)
นายอนันต์ เมืองมูลไชย	เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย
นางสาวสุภาพรรณ สิงห์เหาะ	มูลนิธิสยามแคร์
นางสาวเบญจวรรณ กาฬแก้ว	มูลนิธิสยามแคร์
นางสาวอัจฉรา อุดมศิลป์	สมาคมสร้างสรรค์กิจกรรมอิสรชน
นายณที สรวารี	สมาคมสร้างสรรค์กิจกรรมอิสรชน
นางภาวนา เหวียนระวี	องค์กร PATH
นายอภิวัฒน์ กวางแก้ว	มูลนิธิส่งเสริมการพัฒนาบุคคล

หน่วยงานในส่วนภูมิภาค

การเก็บรวบรวมข้อมูลพื้นที่ภาคเหนือ

Technical review team ได้ดำเนินการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลโครงการวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2552 ในเขตพื้นที่ภาคเหนือครั้งที่ 1 ระหว่างวันที่ 19-20 ตุลาคม 2552 และครั้งที่ 2 ระหว่างวันที่ 12-13 พฤศจิกายน 2552 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2552 โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และทบทวนข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานและฐานข้อมูลต่างๆ ในประชากรเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้ให้บริการในโรงพยาบาล และกลุ่มคนทำงานด้านเอดส์ทั้งภาครัฐและเอกชน มีรายละเอียดดังนี้

การดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่ภาคเหนือเพื่อทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2552 ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

กิจกรรม	การดำเนินงาน
การดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่	
การสนทนากลุ่ม	■ ผู้รับผิดชอบงานจากหน่วยงานเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คณะอนุเอดส์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ สคร.10 ศูนย์องค์กรร่วม NGO มหาวิทยาลัยฯ เพื่อทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ ในวันที่ 18 ตุลาคม 2552 ณ โรงพยาบาลสารพี จังหวัดเชียงใหม่ ■ ศึกษา ทบทวนการดำเนินงานในกลุ่ม ศาสนา วัดหัวริน อำเภอสันป่าตอง ในวันที่ 18 ตุลาคม 2552 ณ วัดหัวริน อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่ ■ ศึกษา ทบทวนการดำเนินงานในกลุ่ม ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สำนักงานเพื่อนชายรุ่นใหม่ใส่ใจสุขภาพ (M+) ในวันที่ 18 ตุลาคม 2552 ณ สำนักงานเพื่อนชายรุ่นใหม่ใส่ใจสุขภาพ (M+) ■ ศึกษา ทบทวนการดำเนินงานในศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ในวันที่ 12 พฤศจิกายน 2552
สัมภาษณ์	■ สัมภาษณ์รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ที่รับผิดชอบงานเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในวันที่ 12 พฤศจิกายน 2552 ณ สำนักงานป้องกัน

กิจกรรม	การดำเนินงาน
การดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่	
	ควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ■ สัมภาษณ์รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ที่รับผิดชอบงานวัณโรค ในวันที่ 12 พฤศจิกายน 2552 ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ■ สัมภาษณ์หัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวันที่ 12 พฤศจิกายน 2552 ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดเชียงใหม่ ■ สัมภาษณ์หัวหน้ากลุ่มงาน พยาธิวิทยาคลินิก ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดเชียงใหม่ในวันที่ 12 พฤศจิกายน 2552 ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดเชียงใหม่ ■ สัมภาษณ์ผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่รับผิดชอบงานเอดส์ ในวันที่ 18 ตุลาคม 2552 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
ตอบแบบสอบถาม	■ ส่งแบบสอบถามสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็กที่ติดต่อเอชไอวี วันที่ 19 ตุลาคม 2552

การดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่ภาคเหนือเพื่อทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2552 ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย

กิจกรรม	การดำเนินงาน
การดำเนินงานในพื้นที่จังหวัดเชียงราย	
การสนทนากลุ่ม	■ สนทนากลุ่มผู้รับผิดชอบงานจากหน่วยงานเอดส์ วัฒนธรรม และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ ในวันที่ 19 ตุลาคม 2552 ซึ่งประกอบไปด้วย ○ คณะอนุเอดส์จังหวัด สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ○ ตัวแทน NGO (มูลนิธิ ACCESS) ○ ตัวแทนจากมหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงราย ○ ตัวแทนจากสวัสดิการสังคมจังหวัดเชียงราย ○ ตัวแทนจากองค์กรสังคมสงเคราะห์จังหวัดเชียงราย ○ ตัวแทนจากสำนักงานการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดเชียงราย ○ ตัวแทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ■ เพื่อทบทวนและสังเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ ■ สนทนากลุ่มเพื่อ ทบทวนการทำงาน คลินิก STI ,VCT,TB-HIV, PMPCT และ HIV QUAL-T โรงพยาบาลสมเด็จพระญาณสังวร ในวันที่ 19 ตุลาคม 2552
สัมภาษณ์เชิงลึก	■ สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลินิกสุขภาพดีโรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ วันที่ 19 ตุลาคม 2552

การดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลในเขตพื้นที่ภาคใต้

Technical review team ได้ดำเนินการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลโครงการวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2552 ในพื้นที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดภูเก็ตระหว่างวันที่ 26-30 ตุลาคม 2552 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2552 โดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และทบทวนข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานและฐานข้อมูลต่างๆ ในประชากรเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้ให้บริการในโรงพยาบาล และกลุ่มคนทำงานด้านเอดส์ทั้งภาครัฐและเอกชน มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรม	การดำเนินงาน
1. การสัมภาษณ์ผู้บริหาร	Technical review team ได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้บริหารในระดับเขต และระดับจังหวัด
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช	สัมภาษณ์ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช หัวหน้ากลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเรื้อน ในวันที่ 27 ตุลาคม 2552 ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต	สัมภาษณ์ผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต ผชชว.9 เวชกรรมป้องกัน ในวันที่ 28 ตุลาคม 2552 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต
สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จังหวัดภูเก็ต	สัมภาษณ์ผู้อำนวยการสำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน จังหวัดภูเก็ต วันที่ 28 ตุลาคม 2552
สำนักงานจังหวัดภูเก็ต	สัมภาษณ์รองผู้ว่าราชการจังหวัดภูเก็ต วันที่ 30 ตุลาคม 2552 ณ สำนักงานจังหวัดภูเก็ต
องค์การบริหารส่วนตำบลศรีสุนทร	สัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนตำบลศรีสุนทร จังหวัดภูเก็ต วันที่ 30 ตุลาคม 2552
การสัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	Technical review team ได้ดำเนินการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราช และจังหวัดภูเก็ต ซึ่งประกอบด้วย
โรงพยาบาลมหาราช	สัมภาษณ์พยาบาล HIV Coordinator ผู้รับผิดชอบงานการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ งาน PMPCT และงานวัณโรค โรงพยาบาลมหาราช จำนวน 2 คน ในวันที่ 27 ตุลาคม 2552 ณ โรงพยาบาลมหาราช
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต	การสัมภาษณ์หัวหน้ากลุ่มงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต วันที่ 29 ตุลาคม 2552

กิจกรรม	การดำเนินงาน
มูลนิธิบ้านเพื่อชีวิต	สัมภาษณ์ผู้จัดการมูลนิธิบ้านเพื่อชีวิต วันที่ 28 ตุลาคม 2552 ณ ห้องประชุมมูลนิธิบ้านเพื่อชีวิต
โรงเรียน	สัมภาษณ์อาจารย์ผู้ดำเนินงานโครงการ PATH โรงเรียนเทพอำนวยวิทยา วันที่ 29 ตุลาคม 2552 ณ
โรงพยาบาลปาดอง	สัมภาษณ์พยาบาล HIV Coordinator ผู้รับผิดชอบงานการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ และงานวัณโรค โรงพยาบาลปาดอง จำนวน 2 คน ในวันที่ 29 ตุลาคม 2552 ณ โรงพยาบาลปาดอง
โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต	สัมภาษณ์พยาบาล HIV Coordinator ผู้รับผิดชอบงานการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต ในวันที่ 30 ตุลาคม 2552 ณ คลินิกโรคทางเดินหายใจ โรงพยาบาลวชิระภูเก็ต
การสนทนากลุ่มหน่วยงาน/ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	Technical review team ได้ดำเนินการสนทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพื้นที่จังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดภูเก็ต ซึ่งประกอบด้วย
3.3 สำนักงานควบคุมป้องกันโรค ที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช	การสนทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ งานระบาดวิทยา สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 11 จังหวัดนครศรีธรรมราช จำนวน 4 คน วันที่ 27 ตุลาคม 2552

การดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลในจังหวัดสงขลา

Technical review team ได้ดำเนินการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลโครงการวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2552 ในจังหวัดสงขลา ระหว่างวันที่ 11-13 ตุลาคม 2552 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2552 ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และทบทวนข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานและฐานข้อมูลต่างๆ ในประชากรเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้ให้บริการในโรงพยาบาล และกลุ่มคนทำงานด้านเอดส์ทั้งภาครัฐและเอกชน มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรม	การดำเนินงาน
1. การสัมภาษณ์ผู้บริหาร	Technical review team ได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้บริหารในระดับเขต และระดับจังหวัด
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา	สัมภาษณ์รองผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา หัวหน้ากลุ่มโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในวันที่ 12 ตุลาคม 2552 ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา สัมภาษณ์ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา ในวันที่ 13 ตุลาคม 2552 ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา	สัมภาษณ์ผู้แทนนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดสงขลา ผชชว.9 เวชกรรมป้องกัน ในวันที่ 12 ตุลาคม 2552 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
โรงพยาบาลจะนะ	สัมภาษณ์พยาบาลวิชาชีพ ผู้รับผิดชอบงานการให้บริการบำบัดรักษาผู้ใช้สารเสพติด ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด และผู้ใช้สารเสพติดที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 2 คน วันที่ 13 ตุลาคม 2552
คลินิกเพื่อนสุขภาพหญิง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา	สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วันที่ 12 ตุลาคม 2552
ศูนย์อนุบาลผู้เดินทางทะเล (บ้านสุขสันต์)	สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่ศูนย์อนุบาลผู้เดินทางทะเล บ้านสุขสันต์ วันที่ 12 ตุลาคม 2552 ณ
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดสงขลา	สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดสงขลา วันที่ 14 ตุลาคม 2552 ณ
การสนทนากลุ่มหน่วยงาน/ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรค	Technical review team ได้ดำเนินการสนทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่

กิจกรรม	การดำเนินงาน
และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพื้นที่จังหวัดสงขลา ซึ่งประกอบด้วย
2.1 คณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัดสงขลา	การสนทนากลุ่มร่วมกับคณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัดสงขลา จำนวน 11 คน ประกอบด้วย ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา เทศบาลนครสงขลา สวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดสงขลา สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษา สงขลา เขต 1 อ.เมือง องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งขมิ้น เทศบาลตำบลเขาปู่ช้าง องค์การบริหารส่วนตำบลทุ่งหวัง พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดสงขลา ศูนย์อนุบาลผู้เดินทางทะเล (บ้านสุขสันต์) วันที่ 12 ตุลาคม 2552 ณ ห้องประชุมเฟื่องฟ้า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา	การสนทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ งานระบาดวิทยา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา จำนวน 3 คน วันที่ 12 ตุลาคม 2552
2.3 สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา	การสนทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ งานระบาดวิทยา สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 12 จังหวัดสงขลา จำนวน 4 คน วันที่ 12 ตุลาคม 2552
2.4 โรงพยาบาลหาดใหญ่	การสนทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้ให้คำปรึกษา ผู้รับผิดชอบงาน ANC งานวัณโรค และการให้บริการยาต้านไวรัสเอดส์ จากโรงพยาบาลหาดใหญ่ และผู้ประสานงานศูนย์องค์กรร่วมจังหวัดสงขลา จำนวน 6 คน ประกอบด้วย พยาบาลวิชาชีพ 5 คน และตัวแทนศูนย์องค์กรร่วมจังหวัดสงขลา 1 คน ในวันที่ 13 ตุลาคม 2552 ณ โรงพยาบาลหาดใหญ่

การดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลในจังหวัดอุบลราชธานี ขอนแก่น และอุดรธานี

Technical review team ได้ดำเนินการลงพื้นที่เก็บรวบรวมข้อมูลโครงการวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2552 ในจังหวัดอุบลราชธานี ขอนแก่น และอุดรธานี ระหว่างวันที่ 17-24 กันยายน 2552 และวันที่ 28 ตุลาคม 2552 โดยเก็บรวบรวมข้อมูลในหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2552 ได้แก่ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการสัมภาษณ์ การสนทนากลุ่ม และทบทวนข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานและฐานข้อมูลต่างๆ ในประชากรเป้าหมายทั้งหมด 4 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้บริหาร กลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มผู้ให้บริการในโรงพยาบาล และกลุ่มคนทำงานด้านเอดส์ทั้งภาครัฐและเอกชน มีรายละเอียดดังนี้

กิจกรรม	การดำเนินงาน
1. การสัมภาษณ์ผู้บริหาร	Technical review team ได้ดำเนินการสัมภาษณ์ผู้บริหารในระดับเขต และระดับจังหวัด
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี	สัมภาษณ์หัวหน้ากลุ่มโรคเอดส์ วัณโรค โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเรื้อน ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 17 กันยายน 2552 ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี
สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น	สัมภาษณ์หัวหน้ากลุ่มโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และโรคเรื้อน ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น ในวันที่ 21 กันยายน 2552 ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	สัมภาษณ์นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 17 กันยายน 2552 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี สัมภาษณ์หัวหน้ากลุ่มควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 18 กันยายน 2552 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี
มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี	สัมภาษณ์อาจารย์คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี ในวันที่ 18 กันยายน 2552 ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี
สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี เขต 1	สัมภาษณ์นักวิชาการศึกษา ข้าราชการพิเศษ สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุบลราชธานี เขต 1 ในวันที่ 18 กันยายน 2552 ณ ศาลากลางจังหวัดอุบลราชธานี
สำนักงานพัฒนาสังคมและความ	สัมภาษณ์นักพัฒนาสังคมชำนาญการ สำนักงานพัฒนาสังคมและความ

กิจกรรม	การดำเนินงาน
ม้นคงของมนุษย์จังหวัด อุบลราชธานี	ม้นคงของมนุษย์จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 18 กันยายน 2552 ณ ศาลากลางจังหวัดอุบลราชธานี
องค์การบริหารส่วนตำบลห้วยขยุง อำเภอวารินชำราบ จังหวัด อุบลราชธานี	สัมภาษณ์นายกองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยขยุง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี ในวันที่ 18 กันยายน 2552 ณ ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบลห้วยขยุง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี	สัมภาษณ์เจ้าหน้าที่กลุ่มงานพยาธิวิทยาคลินิก ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี วันที่ 28 ตุลาคม 2552 ณ ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ จังหวัดอุบลราชธานี
การสนทนากลุ่มหน่วยงาน/ ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	Technical review team ได้ดำเนินการสนทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพื้นที่จังหวัดอุบลราชธานี ขอนแก่น และอุดรธานี ซึ่งประกอบด้วย
2.1 คณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัด อุดรธานี	การสนทนากลุ่มร่วมกับคณะอนุกรรมการเอดส์จังหวัดอุดรธานี จำนวน 5 คน ประกอบด้วย ตัวแทนเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์จาก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ผู้แทนท้องถิ่นอำเภอวังสามหมอ จังหวัดอุดรธานี สำนักงานเขตพื้นที่การศึกษาอุดรธานี เขต 1 สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัดอุดรธานี ในวันที่ 23 กันยายน 2552 ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี
2.2 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด อุดรธานี	การสนทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบกลุ่มงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค และงานวัณโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จำนวน 4 คน วันที่ 22 กันยายน 2552
2.3 สำนักงานควบคุมป้องกันโรค ที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี	การสนทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเรื้อน สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 5 คน ในวันที่ 18 กันยายน 2552
2.4 สำนักงานควบคุมป้องกันโรค ที่ 6 จังหวัดขอนแก่น	การสนทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบกลุ่มโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วัณโรค และโรคเรื้อน สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 2 คน ในวันที่ 21 กันยายน 2552 ณ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
2.5 คลินิก TB-HIV สำนักงาน ควบคุมป้องกันโรคที่ 7 จังหวัด	การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานคลินิก TB-HIV สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี จำนวน 2 คน ในวันที่ 17 กันยายน

กิจกรรม	การดำเนินงาน
อุบลราชธานี	2552 ณ สำนักงานควบคุมป้องกันโรคที่ 7 จังหวัดอุบลราชธานี
2.6 ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัด ขอนแก่น	การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่น จำนวน 3 คน ในวันที่ 24 กันยายน 2552 ณ ศูนย์อนามัยที่ 6 จังหวัดขอนแก่น
2.7 สำนักงานพัฒนาสังคมและ ความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด อุดรธานี	การสนทนากลุ่มนักพัฒนาสังคม และนักสังคมสงเคราะห์ สำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัดอุดรธานี จำนวน 2 คน ในวันที่ 22 กันยายน 2552 ณ ศาลากลางจังหวัดอุดรธานี
2.8 โรงพยาบาลสรรพสิทธิ ประสงค์ จังหวัดอุบลราชธานี	การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบคลินิก ARV และนักวิชาการ สาธารณสุขชำนาญการ รวมจำนวน 3 คน ประกอบไปด้วยพยาบาลวิชาชีพ ชำนาญการพิเศษ 1 คน และนักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ 2 คน ใน วันที่ 18 กันยายน 2552 ณ โรงพยาบาลสรรพสิทธิประสงค์ จังหวัด อุบลราชธานี
2.9 โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี	การสนทนากลุ่มร่วมกับเจ้าหน้าที่ผู้ดูแลกลุ่มผู้ติดเชื้อ (กลุ่มสะเดาหวาน) จากโรงพยาบาลวารินชำราบ และประธานกลุ่มสะเดาหวาน รวมจำนวน 2 คน ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ 1 คน และประธานกลุ่มสะเดาหวาน 1 คน ในวันที่ 18 กันยายน 2552 ณ โรงพยาบาลวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี
2.10 โรงพยาบาลบ้านฝ้อ	การสนทนากลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบศูนย์องค์รวม และกลุ่มผู้ติดเชื้อจาก ศูนย์องค์รวมโรงพยาบาลบ้านฝ้อ จำนวน 6 คน ประกอบด้วย พยาบาล วิชาชีพ 2 คน สมาชิกศูนย์องค์รวม 4 คน ในวันที่ 23 กันยายน 2552 ณ โรงพยาบาลบ้านฝ้อ จังหวัดอุดรธานี

ภาคผนวกที่ 4 คำสั่งคณะกรรมการวิชาการและคณะทำงานในพื้นที่

คำสั่ง

กรมควบคุมโรค

ที่ ๗๔๕ / ๒๕๕๒

เรื่อง แต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการและคณะทำงานในพื้นที่ โครงการวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔

อนุสนธิคำสั่งกรมควบคุมโรคที่ ๕๑๑/๒๕๕๒ ลง วันที่ ๒ กรกฎาคม ๒๕๕๒ แต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการและคณะทำงานในพื้นที่ โครงการวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ นั้น

บัดนี้ คณะทำงานดังกล่าวมีการเปลี่ยนแปลงตำแหน่งนี้ และมีการลาออกจากตำแหน่งของรองประธานคณะกรรมการวิชาการและคณะทำงานในพื้นที่ โครงการวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ดังนั้น เพื่อให้การดำเนินงานของคณะกรรมการวิชาการและคณะทำงานในพื้นที่ (Technical Review Committee) เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพเหมาะสม บรรลุวัตถุประสงค์ กรมควบคุมโรคจึงขอยกเลิกคำสั่งกรมควบคุมโรคที่ ๕๑๑/๒๕๕๒ และแต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการและคณะทำงานในพื้นที่ โครงการวิจัยทบทวน (ครึ่งแผน) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. ๒๕๕๐-๒๕๕๔ ใหม่ โดยที่มีการเพิ่มเติมรายชื่อคณะทำงานและบทบาทหน้าที่ที่ครอบคลุมและชัดเจน ดังต่อไปนี้

องค์ประกอบ

๑.	แพทย์หญิงพัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์	ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ที่ปรึกษา
๒.	นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ	มูลนิธิสถาบันวิจัยและพัฒนานโยบาย	ที่ปรึกษา
๓.	รศ.ดร. ชรินทร์ เจริญกุล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ที่ปรึกษา
๔.	นายสมพงษ์ เจริญสุข	UNAIDS	ที่ปรึกษา
๕.	แพทย์หญิงเพชรศรี ศิริรินทร์	ผู้อำนวยการศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ	ที่ปรึกษา
๖.	ผศ.ดร. สุคนธา คงศิลป์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	ประธาน
๗.	ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	รองประธาน
๘.	ผศ.ดร.นพ. สุขุม เขียวมตน	คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน

/๙..ผศ.ดร. อังสนา บุญธรรม

๙.	ผศ.ดร. อังสนา บุญธรรม	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
๑๐	ผศ.ดร. ทศนีย์ ศิลาวรรณ	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล	คณะทำงาน
๑๑	แพทย์หญิงปิยธิดา สมุทระประภูต	ผู้อำนวยการ กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กทม.	คณะทำงาน
๑๒	นางสาวกนกรัตน์ เลิศไทรภพ	กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กทม.	คณะทำงาน
๑๓	นางโชติรส โสมนรินทร์	กองแผนงาน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	คณะทำงาน
๑๔	นางสมใจ ประมาณพล	สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก	คณะทำงาน
๑๕	นางบุษบา ดันติศักดิ์	สำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก	คณะทำงาน
๑๖	นางอรพรรณ แสงวรรณลอย	ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล	คณะทำงาน
๑๗	นางนิรมล ปัญสุวรรณ	สำนักโรคบาตวิทยา กรมควบคุมโรค	คณะทำงาน
๑๘	นางสาวนงลักษณ์ บุญยพุทธิ	UNICEF	คณะทำงาน
๑๙	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	WHO	คณะทำงาน
๒๐	นางสาวสุภัทรา นาคะผิว	Foundation for AIDS Rights (FAR)	คณะทำงาน
๒๑	นายบริพัตร ดอนมอญ	เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย	คณะทำงาน
๒๒	นายพงศ์ธร จันทรเลื่อน	MPLUS Thailand	คณะทำงาน
๒๓	นางสาวต้องพิศ ภิญโญสินวัฒน์	มูลนิธิริรักษ์ไทย	คณะทำงาน
๒๔	นางสาวสุนีย์ ตาฟวัฒน์	มูลนิธิริรักษ์ไทย	คณะทำงาน
๒๕	นางจิราพรรณ รัฐประเสริฐ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดชลบุรี	คณะทำงาน
๒๖	นางประดับพร ดวงอาจนา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๓ จังหวัดชลบุรี	คณะทำงาน
๒๗	นายเกียรติชัย สารเศวต	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๖ จังหวัดขอนแก่น	คณะทำงาน
๒๘	นางพรรณชนก อินทร์หงษ์ษา	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๗ จังหวัดอุบลราชธานี	คณะทำงาน
๒๙	นางสาวอนงค์พร ประพันธ์วงศ์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดเชียงใหม่	คณะทำงาน
๓๐	นางสาวรุ่งฤดี เขื่อนนันท์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดเชียงใหม่	คณะทำงาน
๓๑	นางรัญญูณรี ปิยกุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดเชียงใหม่	คณะทำงาน
๓๒	นางสุมาลี อมรินทร์แสงเพ็ญ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดเชียงใหม่	คณะทำงาน
๓๓	นายแพทย์ภาณุมาศ ญาณเวทย์ สกุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัด นครศรีธรรมราช	คณะทำงาน
๓๔	แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ไทยเจริญ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัด นครศรีธรรมราช	คณะทำงาน

/๓๕. นางสุภาวรรณ แพรกทอง

๓๕	นางสุภาววรรณ แพรกทอง	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช	คณะทำงาน
๓๖	นางจุลจิรา จุลปล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๑ จังหวัดนครศรีธรรมราช	
๓๗	นางธีรานิษฐ์ สันติพิสุทธิ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา	คณะทำงาน
๓๘	นางวาสนา ยกสกุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา	คณะทำงาน
๓๙	นางนิมอณงค์ ไทยเจริญ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๒ จังหวัดสงขลา	คณะทำงาน
๔๐	นางพรนภัส ประเสริฐไทยเจริญ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี	คณะทำงาน
๔๑	นางเพ็ญศิริ ศรีจันทร์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี	คณะทำงาน
๔๒	นางชลลิสรา จริยาเลิศศักดิ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่	คณะทำงาน
๔๓	นายเกรียงไกร ยอดเรือน	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่	คณะทำงาน
๔๔	นางเยาวลักษณ์ ไชยานนท์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย	คณะทำงาน
๔๕	นางเอมอร กิตติธรรกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต	คณะทำงาน
๔๖	นางสาวเสาวนีย์ รัตนดิลก ณ ภูเก็ต	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดภูเก็ต	คณะทำงาน
๔๗	นางสุดี จารุพันธ์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา	คณะทำงาน
๔๘	นายเจริญสุข ชะโนวรรณะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา	คณะทำงาน
๔๙	นางศศิณันท์ อริยรัฐสินกุล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดฉะเชิงเทรา	คณะทำงาน
๕๐	นางสาวนุชวรรณ บุญเรือง	ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล	คณะทำงานและ เลขานุการ
๕๑	นางสาวเพชรรัตน์ ศิริสุวรรณ	ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๒	นายกนกศักดิ์ วงศ์เป็ง	ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๓	นางสาวกิตติยา พรหมอ่อน	ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๔	นายสิทธิกร รองสำลี	ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ
๕๕	นางอุษาวดี โถนิ้ง	ศูนย์วิจัยเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขและการประเมินผล	คณะทำงานและ ผู้ช่วยเลขานุการ

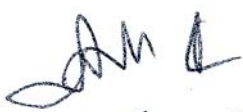
บทบาทหน้าที่:

คณะกรรมการวิชาการทบทวนครั้งแผน (Technical Review Committee) มีบทบาทหน้าที่ดังต่อไปนี้:

๑. วางแผนการทบทวนครั้งแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ กำหนดทิศทาง และแนวทางการดำเนินการทบทวน ประกอบด้วย หัวข้อ วิธีการ และแนวทางการวิเคราะห์ผลการทบทวน
๒. เตรียมแผนปฏิบัติการทบทวนครั้งแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ และประสานงานกับคณะกรรมการ
๓. ปฏิบัติงานในพื้นที่เพื่อรวบรวมเอกสารโครงการต่างๆ รวมทั้งรายงานการติดตาม และรายงานผลโครงการ
๔. เก็บรวบรวมข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจากเอกสารตามแนวทางที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติการทบทวนครั้งแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ
๕. ลงพื้นที่ใน ๘ จังหวัดเครือข่าย (สคร. และ สสจ.) ได้แก่ จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ ขอนแก่น อุบลราชธานี อุตรดิตถ์ สงขลา ภูเก็ต และจังหวัดฉะเชิงเทรา เพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้องในพื้นที่ รวมทั้ง ทบทวนผลการวิเคราะห์ข้อมูลจากการทบทวนเอกสารกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เกิดความถูกต้องชัดเจนของการรวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูล
๖. จัดทำรายงานสรุปผลการทบทวนครั้งแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ เพื่อนำเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลแก่นักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้พิจารณาสรุปผลการทบทวน และให้ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุงผลการทบทวนครั้งแผนยุทธศาสตร์บูรณาการฯ
๗. ปฏิบัติงานในหน้าที่อื่นตามที่ได้รับมอบหมาย

ทั้งนี้ตั้งแต่บัดนี้เป็นต้นไป

สั่ง ณ วันที่ ๑๔ กันยายน พ.ศ ๒๕๕๒


(นายสมศักดิ์ อรรณศิริ)
รองอธิบดี ปฏิบัติราชการแทน
อธิบดีกรมควบคุมโรค