

รายงานการศึกษาวิจัย

เรื่อง

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์สำหรับ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาตำบลหนองไม้งาม

อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

โดย

นางสาวสุชัญญา มานิตย์ศิริกุล

นางญาดา โตอุตชนม์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 บทนำ	1
บทที่ 2 วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	4
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา	25
บทที่ 4 ผลการศึกษา	30
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	51

ภาคผนวก

การพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์สำหรับ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น กรณีศึกษาตำบลหนองไม้งาม

อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในปัจจุบันปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นและเยาวชนเพิ่มสูงขึ้น ปัญหาแม่วัยรุ่นและท้องไม่พร้อมเป็นวิกฤตปัญหาของสังคม โดยเฉพาะการแพร่ระบาดของ HIV/AIDS และปัจจุบันได้ขยายไปในกลุ่มประชากรทั่วไปซึ่งปัญหาเอดส์มิใช่ปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น แต่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงในระดับท้องถิ่นจนถึงระดับประเทศ เช่น ผลกระทบต่อความมั่นคงทางสุขภาพ ทำให้สูญเสียประชาชนที่เป็นกำลังหลักของประเทศ ผลกระทบต่อความมั่นคงทางจิตใจ เกิดภาวะความหดหู่ หวาดกลัว และความขัดแย้งที่เกิดขึ้นในชุมชน ผลกระทบต่อความมั่นคงทางสังคม เช่น สุขภาพเสื่อมโทรมความสามารถในการทำงานลดลง ทำให้ขาดรายได้ เกิดปัญหาครอบครัว เป็นต้น⁽¹⁾

จากรายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย (15 พ.ย.54) สำนักระบาดวิทยา รายงานว่ามีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น 376,690 ราย ⁽²⁾ แนวโน้มของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา แต่โรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ จึงจำเป็นต้องให้ความสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมเพื่อไม่ให้มีการแพร่ระบาด ขณะเดียวกันก็ต้องให้ความสำคัญในการเฝ้าระวังรักษาผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพที่บุคคลย่อมต้องได้รับความคุ้มครองตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2540 ปัญหาของโรคเอดส์จะลดลงได้จำเป็นต้องมีการพัฒนาด้านสังคมของชุมชนให้ดีขึ้น ทั้งในเรื่องความรู้ ทักษะคิด วิถีวัฒนธรรม การพัฒนาทางจิตใจและทางวัตถุของชุมชน

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมาเป็นหน่วยงานที่มีภารกิจในการศึกษา วิเคราะห์ วิจัย พัฒนาองค์ความรู้ด้านการเฝ้าระวัง ป้องกัน สนับสนุนการพัฒนามาตรฐานเกี่ยวกับหลักเกณฑ์รูปแบบการดำเนินงานเฝ้าระวังป้องกัน การควบคุมโรคและภัยที่คุกคามสุขภาพในเขตพื้นที่ที่รับผิดชอบ ซึ่งได้แก่ จังหวัดนครราชสีมา จังหวัดบุรีรัมย์ จังหวัดสุรินทร์ และจังหวัดชัยภูมิ โดยที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยงานที่อยู่ในพื้นที่ มีหน้าที่ในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน

ในท้องถิ่น ตลอดจนการป้องกันโรคและระดับโรคติดต่อ การสาธารณสุข การสังคมสงเคราะห์ การพัฒนาคุณภาพชีวิตเด็ก สตรี คนชราและผู้ด้อยโอกาส หรือการจัดให้มีโรงพยาบาล องค์การปกครองส่วนท้องถิ่น⁽³⁾ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ได้ดำเนินการประสานงานในด้านการป้องกันควบคุมโรคกับเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล โดยการจัดประชุมชี้แจงคู่มือเอกสารการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และในปีงบประมาณ 2546 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ได้ประเมินความสามารถในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตพื้นที่ความรับผิดชอบ พบว่าองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต) ส่วนใหญ่มีความสามารถในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในระดับ ค และยังพบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขโดยตรง ขาดการประสานงานที่ดีในพื้นที่กิจกรรมบางกิจกรรม องค์การบริหารส่วนตำบล ไม่มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน เป็นต้น

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งามเป็นองค์การบริหารส่วนตำบลขนาดเล็ก ไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านสาธารณสุขโดยตรง แต่มีการดำเนินงานด้านสาธารณสุขโดยดำเนินกิจกรรมร่วมกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหนองไผ่งาม เช่น โครงการฉีดวัคซีนสุนัขและแมวเพื่อป้องกันโรคพิษสุนัขบ้า โครงการควบคุมป้องกันไข้เลือดออก รวมทั้งโครงการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งยังไม่มีรูปแบบการดำเนินงานที่ชัดเจน จากการสำรวจความคิดเห็นถึงปัญหาด้านสุขภาพของตำบลหนองไผ่งาม พบว่าในตำบลหนองไผ่งามมีปัญหาเรื่องไข้เลือดออก โรคพิษสุนัขบ้า และโรคเอดส์ แต่ชุมชนเลือกที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ เนื่องจากตำบลหนองไผ่งามมีผู้ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์เป็นจำนวนมาก ผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ไม่เป็นที่ยอมรับของชุมชน และไม่มีมาตรการป้องกันการแพร่เชื้อ เมื่อผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตลงทำให้เกิดปัญหาสังคมตามมา เช่น ไม่มีผู้อุปการะเด็กจากพ่อแม่ที่เสียชีวิตและถูกรังเกียจจากเพื่อนบ้าน ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับสองโรคที่มีปัญหานั้น จำนวนของผู้ป่วยโรคเอดส์อาจจะน้อยกว่าโรคไข้เลือดออก แต่ปัญหาที่ตามมาของโรคเอดส์จะมีความรุนแรงกว่าซึ่งเป็นปัญหาต่อการบริหารจัดการของ อบต. โดยเฉพาะปัญหาที่จำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากชุมชน จึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจที่จะจัดทำแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งามโดยการมีส่วนร่วมของพหุภาคี ได้แก่ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ปฏิบัติงาน ผู้นำชุมชน และประชาชนในตำบลหนองไผ่งาม เพื่อให้ได้แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ที่มีประสิทธิภาพต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์สำหรับองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

1.3 คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย

แนวทาง หมายถึง ทางปฏิบัติที่ควรทำในการดำเนินงานป้องกันควบคุมแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

การพัฒนากระบวนการจัดทำแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ หมายถึง การจัดทำทางปฏิบัติด้านการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ตามองค์ประกอบของมาตรฐานสำหรับผลิตภัณฑ์ทางวิชาการที่กรมควบคุมโรคกำหนด

การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ หมายถึง การป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ การดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล ความมั่นคงทางสังคม และด้านรายได้และสวัสดิการ

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท) หมายถึง องค์กรปกครองส่วนตำบลหนองไผ่งามอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

F.S.C(Future Search Conference)⁽⁴⁾

เป็นกระบวนการประชุมเชิงปฏิบัติการของผู้แทนกลุ่มหลายประเภทหลายระดับซึ่งต่างก็มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องนั้นๆมาร่วมกันทำงาน โดยนำประสบการณ์ของแต่ละคนมาสร้างวิสัยทัศน์ร่วมกันในเรื่องนั้นจนได้แผนหรือแนวทางในการปฏิบัติให้ไปถึงวิสัยทัศน์ของกลุ่มเป็นกระบวนการที่ใช้อนาคตเป็นจุดประสงค์ในการทำงานแทนการใช้ปัญหาและการแก้ปัญหาเป็นตัวตั้งในการทำงาน และลดความขัดแย้ง F.S.C.ช่วยทำให้เป้าหมายและแนวทางของกลุ่มมีความชัดเจนมากขึ้น

1.4 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

ได้แนวทางที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในระดับตำบล

บทที่ 2

วรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นแบ่งเป็น 4 ส่วนดังนี้

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
2. แนวคิดและหลักการกระจายอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในงานสาธารณสุข
3. การมีส่วนร่วม
4. การจัดทำแนวทาง
5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

ความหมายของโรคเอดส์

เอดส์ (AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อมหรือบกพร่องที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง เรียกว่า เชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) เมื่อเข้าสู่ร่างกายแล้ว สามารถแบ่งตัวในเซลล์ของคน เช่น เม็ดเลือดขาว เซลล์เนื้อสมอง เมื่อมีการติดเชื้อร่างกายจะสร้างภูมิต้านทานต่อเชื้อไวรัส แต่ไม่สามารถกำจัดให้หมดไปได้ เชื้อยังคงอาศัยอยู่ในเม็ดเลือดและแพร่เชื้อต่อไปได้ เชื้อเอชไอวี จะไปทำลายเม็ดเลือดขาว ทำให้ภูมิต้านทานของร่างกายลดลงเป็นผลให้ติดเชื้อชนิดฉวยโอกาส เช่น ปอดบวม วัณโรค หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่า อาการจะรุนแรงและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

ประวัติการเกิดโรคเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวี พบได้สูงในกลุ่มชายรักร่วมเพศ คนที่ติดยาเสพติด โดยการฉีดเข้าเส้นและในคนที่ได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด ทำให้นักวิทยาศาสตร์ตั้งสมมติฐานตั้งแต่เริ่มแรกว่า เชื้อเอชไอวี สามารถถ่ายทอดจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่งได้ ในปี พ.ศ. 2526 ด็อกเตอร์ ลัก มงตานี ออร์ (Dr.LucMontagmier) และคณะจากสถาบัน ปาสเตอร์ ที่กรุงปารีสได้แยกไวรัสชนิดหนึ่งจากต่อมน้ำเหลืองของชายรักร่วมเพศที่มีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว ซึ่งเป็นระยะหนึ่งของการติดเชื้อเอชไอวี จึงตั้ง

ชื่อไวรัสที่ว่า ลิมฟาดีโนพาที แอสโซซิเอตไวรัส หรือ แอลเอ (Lymphadenopathy Associated Virus (LAV)) และหนึ่งปีต่อมา ดอกเตอร์ โรเบิร์ตแกลโล (Dr.Robert Gallo) และคณะจากสถาบันมะเร็งแห่งชาติของสหรัฐอเมริกาได้แยกไวรัสชนิดหนึ่งจากเลือดของผู้ป่วยโรคเอดส์ และจากผู้ที่เสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ และตั้งชื่อไวรัสที่ว่า ฮิวแมน ที เซลล์ลิมโฟโทรปิกไวรัส ไทป์ ตรี (Human T cell Lymphotropic Virus Type III หรือเอชทีแอล วี ตรี (HTL V-III) เพราะมีสมบัติใกล้เคียงกับไวรัสอื่นในกลุ่มเอชทีแอลวี (HTLV) ต่อมาพบว่าไวรัสแอลเอวี กับ เอชทีแอล วี ตรี เป็นไวรัสชนิดเดียวกันเพื่อป้องกันความสับสน จึงเรียกชื่อใหม่ว่า เอชไอวี (HIV) (Human Immunodeficiency Virus)

การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

เชื้อเอชไอวี พบได้ในของเหลวที่ออกจากส่วนต่างๆ ของร่างกายมีมากที่สุดในน้ำเลือด น้ำเหลือง เนื้อเยื่อต่างๆ รongลงมา คือ น้ำอสุจิในช่องคลอด ส่วนน้ำนม น้ำลาย น้ำตา เสมหะ เหงื่อ ปัสสาวะ มีปริมาณเชื้อเอชไอวีน้อย การแพร่กระจายทางน้ำตาและน้ำลายยังไม่มีรายงานพิสูจน์ที่ชัดเจนที่เป็นเช่นนี้เพราะความเข้มข้นของเชื้อในน้ำคั่งหลังมีน้อยหรือไม่มีสารที่เป็นปัจจัยเอื้อให้เกิดการแพร่เชื้อ วิธีการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี (ชัยยศ คุณานุสนธิและคณะ : 2543) สรุปไว้ได้ดังนี้

1. การแพร่เชื้อโดยทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งการแพร่เชื้อลักษณะนี้เกิดขึ้น โดยการรับเอาน้ำอสุจิ หรือน้ำในช่องคลอดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เข้าไปทางรอยแผลที่เกิดขึ้นในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ อาจเป็นการแพร่กระจายในพวกร่วมเพศ รักต่างเพศ หรือรักสองเพศ โดยในขณะที่ร่วมเพศมักจะเกิดรอยปริหรือถลอกที่อวัยวะเพศ ทวารหนัก ทำให้มีเลือดและน้ำเหลืองซึมออกมา และซึมเข้าสู่แผลของอีกฝ่ายหนึ่งได้ จากการศึกษาผู้ป่วยที่ติดเชื้อโดยการรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายพบว่าผู้ป่วยติดเชื้อเพศชายสามารถแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ภรรยา ทำให้ภรรยาติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 18 ส่วนผู้ป่วยติดเชื้อเพศหญิงสามารถแพร่เชื้อให้สามีได้เพียงร้อยละ 8 ดังนั้นจะเห็นได้ว่าการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้หญิงที่ผลเลือดเป็นปกติ ซึ่งเป็นแบบที่เรียกว่า รีเทนทีฟ อินเทอร์คอร์ส (retentive intercourse) จะติดเชื้อเอชไอวีง่ายกว่าการแพร่กระจายเชื้อจากผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้ชายที่ผลเลือดเป็นปกติ ซึ่งเป็นแบบที่เรียกว่า อินเซอรัทีฟ อินเทอร์คอร์ส (insertive intercourse)

2. การแพร่กระจายโดยการรับเลือดและผลิตภัณฑ์ของเลือด ซึ่งในเลือดของผู้ติดเชื้อไม่มีอาการจะมีเชื้อไวรัสอยู่ เมื่อร่างกายคนปกติได้รับเลือดของผู้ติดเชื้อก็จะเกิดการติดเชื้อเอชไอวีได้ ซึ่งอาจเกิดได้ดังนี้

- 2.1 การถ่ายเลือดผู้ป่วยที่เสียเลือดไปมาก หรือให้แก่ผู้ป่วยโรคเลือด บางชนิดที่จำเป็นต้องได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์ของเลือด เช่น ผู้ป่วยฮีโมฟีเลีย (Haemophilia) ถ้าในเลือดที่ถ่ายให้ มีเชื่อนี้ของผู้ป่วยจะติดเชื้อเอชไอวีได้

2.2 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเพศผิดโดยเฉพาะอย่างยิ่งยาคิด ผู้ติดเชื้อสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ เมื่อใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาเพศผิดอันเดียวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีติดเชื้อ เลือดของผู้ป่วยจะมีเชื้อเอชไอวีอยู่และติดอยู่ที่เข็มหรือกระบอกฉีดยา เมื่อนักยาเสพติดเข้าไปในร่างกายยาเสพติดจะพาเอาเลือดที่มีเชื้อนี้เข้าไปด้วย และมีผลให้ผู้นั้นได้รับเชื้อเอชไอวี ในทำนองเดียวกันบุคลากรทางการแพทย์สามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยการสัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่ง เช่น ถูกเข็มที่ใช้เจาะเลือดผู้ป่วยแทงเข้าผิวหนังโดยไม่ตั้งใจ เป็นต้น

2.3 การปลูกถ่ายอวัยวะต่าง ๆ เช่น ไต ไชกระดูก จากผู้ให้อวัยวะที่มีเชื้อเอชไอวี ก็ทำให้ผู้รับการปลูกอวัยวะติดเชื้อเอชไอวีได้ แต่เนื่องจากปัจจุบันมีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในผู้บริจาคทุกคน การแพร่กระจายโรคเอดส์โดยวิธีนี้จึงไม่ค่อยปรากฏ

3. การแพร่กระจายจากมารดาสู่ทารก อาจผ่านไปทางเลือด รก สายสะดือ หรือทางน้ำนม ทารกที่คลอดจากมารดาที่เป็นโรคติดเชื้อเอชไอวี ไม่จำเป็นต้องติดเชื้อเอชไอวีทุกราย มีทารกเพียงร้อยละ 25-50 เท่านั้น ที่ติดเชื้อนี้ ทารกที่เหลือไม่สามารถตรวจพบความผิดปกติใด ๆ นอกจากนั้นทารกอาจติดเชื้อจากเลือดแม่ขณะที่หลังคลอดออกมาจากช่องคลอดหรือโพรงมดลูก หรืออาจติดเชื้อจากการดูดนมแม่ ซึ่งยังไม่สามารถพิสูจน์ได้อย่างแน่ชัด

4. รูปแบบการกระจายของเชื้อเอชไอวีเชิงระบาดวิทยาในประเทศไทย รูปแบบการกระจายของเชื้อเอชไอวีระบาดวิทยาในประเทศไทย แบ่งเป็น 5 ระยะ ดังนี้ (สมบัติ แทนประเสริฐสุข และสมศักดิ์ ภิญโญธรรมมาร, 2534 :21-22)

4.1 ระยะที่หนึ่ง การแพร่ระบาดในกลุ่มชายรักร่วมเพศ ในช่วงก่อนปี 2527 ถึงปี 2529 การแพร่ของเชื้อเอชไอวีในระยะนั้น ส่วนใหญ่จะเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศระหว่างชายกับชาย ผู้ป่วยที่พบในระยะแรกนั้นมักจะเป็นผู้ติดเชื้อจากชาวต่างประเทศ หรือมีเพศสัมพันธ์กับชาวต่างประเทศ ชายที่ติดเชื้อบางคนมีพฤติกรรมแบบรักร่วมเพศทั้งสองเพศก็จะแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ทั้งชายและหญิง บางคนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการก็แพร่เชื้อต่อไปยังหญิงบริการ

4.2 ระยะที่สอง การแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ติดเชื้อเพศผิดชนิดนี้ ในช่วงปลายปี 2530 จนถึงปี 2533 มีการระบาดของติดเชื้อเอชไอวีอย่างรุนแรงในกลุ่มผู้ติดเชื้อเพศผิดชนิดนี้ อัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดเชื้อเพศผิดชนิดนี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายจังหวัด จากต่ำกว่าร้อยละ 1 ในปี 2530 เป็นสูงกว่า ร้อยละ 40 เมื่อปลายปี 2531 การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เกิดจากการติดเชื้อเพศผิดโดยใช้เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกัน การแพร่ระบาดในกลุ่มนี้อยู่ในระดับทรงตัวอัตราการติดเชื้อในหลายพื้นที่ลดลง จากข้อมูลสรุปสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยของกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2538 : 5) พบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเพศผิดชนิดนี้ อัตราการติดเชื้อ

เอชไอวี ในการสำรวจ เมื่อเดือนมิถุนายน 2532 เท่ากับ ร้อยละ 39 และการสำรวจครั้งต่อ ๆ มา พบว่า อัตราการติดเชื้ออยู่ระหว่าง ร้อยละ 27.8 – 38.2 ในเดือนมิถุนายน ถึงเดือนธันวาคม 2536 อยู่ร้อยละ 35.21 35.0 ในเดือนมิถุนายน 2537 อยู่ร้อยละ 34.27 และในเดือนธันวาคม 2537 พบร้อยละ 30.56 เนื่องจากมีการณรงค์เพื่อให้ประชาชน ได้รู้ข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของโรคเอดส์ วิธีการป้องกันและการเข้ารับการตรวจเมื่อสงสัยว่าได้รับเชื้อ การรณรงค์เผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์นี้มีหลายหน่วยงานที่เข้ามาจัดการ ได้แก่ หน่วยงานด้านสาธารณสุข หน่วยงานด้านการศึกษา รวมทั้งหน่วยงานด้านสวัสดิการสังคม ซึ่งผลจากการเผยแพร่ความรู้โรคเอดส์ดังกล่าว สามารถทำให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ต่าง ๆ ทรงตัว ซึ่งมีแนวโน้มว่าจะลดลงอีกด้วย

ในระยะที่สองนี้อาจมีการแพร่กระจายจากกลุ่มผู้ติดเชื้อเสพติดไปสู่ประชาชนทั่วไป โดยทางเพศสัมพันธ์ผ่านทางหญิงบริการ กล่าวคือ ผู้ชายที่ติดเชื้อเสพติดบางคนระหว่างหยุดเสพพาก็อาจไปเที่ยวหญิงบริการ ในขณะที่เดียวกันผู้ติดเชื้อเสพติดที่เป็นหญิงบางคนก็อาจเป็นหญิงบริการ

4.3 ระยะที่สาม การแพร่ระบาดในกลุ่มหญิงบริการ ตั้งแต่ปี 2532 มาจนถึงปัจจุบันมีการระบาดของเชื้อเอชไอวีอย่างรุนแรงในกลุ่มหญิงบริการ โดยในปี 2532 มีการตรวจพบอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงบริการสูงถึงร้อยละ 44 ในจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเป็นอัตราที่สูงมากในจังหวัดท่องเที่ยวแห่งอื่น ๆ ก็มีอัตราสูงเช่นเดียวกัน ในขณะที่แนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการในทุกจังหวัดของทุกภาคเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ

4.4 ระยะที่สี่ การแพร่ระบาดในกลุ่มชายที่เที่ยวหญิงบริการ ตั้งแต่ปี 2533 เป็นต้นมา มีการตรวจพบการระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่เที่ยวหญิงบริการในอัตราเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ จากการสำรวจชายที่ได้รับการตรวจกามโรคตามจังหวัดต่าง ๆ ทั่วประเทศ เมื่อปลายปี 2533 พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉลี่ยเท่ากับร้อยละ 4.4 และต่อมาได้สำรวจเมื่อเดือนมิถุนายน 2534 (ได้ข้อมูลจาก 34 จังหวัด) พบว่าอัตราการติดเชื้อเฉลี่ยเป็นร้อยละ 5.2 มีผู้คาดประมาณว่าในประเทศไทยมีชายในวัยที่จะเที่ยวหญิงบริการมีอยู่ประมาณ 13-15 ล้านคน ในจำนวนนั้นอย่างน้อยร้อยละ 30-50 เคยเที่ยวหญิงบริการ และเชื่อว่าจะมีชายจำนวนไม่น้อยที่ได้สัมผัสเชื้อเอชไอวี และได้แพร่เชื้อต่อไปแล้ว เป็นที่น่าสังเกตว่า การแพร่ระบาดในกลุ่มนี้จะควบคู่ไปกับกลุ่มหญิงบริการ เพราะมีการติดต่อซื้อขายบริการทางเพศกันตลอดเวลา ดังนั้น ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีคนเดียวจะสามารถแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นอีกมากมายโดยผ่านทางหญิงบริการ

4.5 ระยะที่ห้า การแพร่ระบาดในกลุ่มหญิงทั่วไปและเด็กทารก หลังจากการแพร่ระบาดในกลุ่มชายนักเที่ยวแล้ว กลุ่มที่จะติดเชื้อเอชไอวีต่อไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ กลุ่มหญิงทั่วไป ได้แก่ แม่บ้าน หญิงที่กำลังจะสมรส หรือหญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเหล่านี้ จากการศึกษา พบว่าชายที่เที่ยวหญิงบริการส่วนใหญ่ร้อยละ 50-70 เป็นโสด ชายหนุ่มอายุ 20-30 ปี ในภาคเหนือประมาณ

ร้อยละ 5-10 ติดเชื้อเอชไอวีไปแล้ว และในอนาคตอีก 5-10 ปี ข้างหน้าเมื่อชายหนุ่มเหล่านี้แต่งงานก็จะแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงทั่วไปเพิ่มขึ้น จากรายงานภาควิชาสูติศาสตร์ นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล พบว่าหญิงมีครรภ์ที่มารับการฝากครรภ์ในปี พ.ศ. 2535 มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวี 1.24 % และต้นปี พ.ศ. 2536 (มกราคม-กุมภาพันธ์) มีอัตราเพิ่มขึ้นเป็น 1.94% ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้มารับการฝากครรภ์ในปี พ.ศ. 2535 มี 1.81% ในต้นปี พ.ศ. 2536 มีจำนวนเพิ่มขึ้นมากเป็น 3.34% (ชัยยศ คุณานุสนธิ์และคณะ : 2543)ในทำนองเดียวกัน เมื่อหญิงทั่วไปติดเชื้อเอชไอวี ก็มีโอกาสจะแพร่เชื้อไปสู่ทารกในครรภ์ได้ จากรายงานมีเด็กที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531-2535 (ถึง พฤษภาคม 2535) มีจำนวนทั้งสิ้น 2,973 ราย เมื่อดูแนวโน้มของโรคแล้ว ในโอกาสอันใกล้นี้จำนวนเด็กที่จะติดเชื้อจะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ

จากที่กล่าวมาข้างต้น พอจะสรุปได้ว่า รูปแบบของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยได้เปลี่ยนทิศทางจากการแพร่โดยการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ และใช้เข็มฉีดยาเสพติด ร่วมกันไปเป็นการแพร่ทางเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ โดยผ่านทางการค้าประเวณี คือ มีการแพร่จากชายที่ติดเชื้อไปสู่หญิงบริการ และหญิงบริการที่รับเชื้อก็มีการแพร่เชื้อไปสู่ประชาชนทั่วไปที่รับบริการทางเพศ ซึ่งจะนำไปสู่การแพร่เชื้อไปสู่ภรรยา คู่นอน ตลอดจนหญิงบริการคนอื่น ๆ และแพร่เชื้อจากมารดาไปสู่ทารกในครรภ์ต่อไป

ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยเป็นโรคเอดส์นั้น ถือได้ว่าเป็นวิกฤตการณ์ในชีวิตที่รุนแรง เนื่องจากเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายเป็นปกติได้ อีกทั้งผู้ที่มีการของโรคเอดส์เพิ่มขึ้นแล้วจะเสียชีวิตทุกราย ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กระจายไปในกลุ่มบุคคลรวมทั้งครอบครัวและเกือบทุกชุมชนทั่วประเทศ จึงทำให้เกิดผลกระทบต่อชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว ชุมชน สังคม และเศรษฐกิจ ดังต่อไปนี้

1. ผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แบ่งออกเป็นด้านต่าง ๆ ดังนี้

1.1 ผลกระทบต่อร่างกาย ปัจจุบันพบว่า กว่าร้อยละ 95 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด จะเจ็บป่วยเรื้อรังและมีโรคแทรกซ้อนต่าง ๆ (ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2535 :6)เช่น เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย เหงื่อออกมาก น้ำหนักลด นอนไม่หลับ อูจจาระร่วงเรื้อรัง ไอเรื้อรัง ลื่นเป็นฝ้าขาว ต่อม้ำเหลืองโต มะเร็งผิวหนัง บางรายเหนื่อยหอบ เนื่องจากมีการลุกลามของเชื้อเข้าสู่ระบบทางเดินหายใจ ต้องใช้เวลาในการรักษายาวนาน ความสามารถในการช่วยเหลือตนเองลดลง โดยเฉพาะเมื่อปรากฏอาการของโรคเอดส์เพิ่มขึ้น (ปิยรัตน์ นิลอัยยกา, 2537 :214) ทำให้เกิดการเจ็บปวดทุกข์ทรมาน รวมทั้งมีผลกระทบต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย ในที่สุดอาการจะเลวลงและเสียชีวิต

1.2 ผลกระทบต่อจิตใจ ผู้คิดเชื่อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะมีปฏิกิริยาทางจิตใจ ซึ่งเป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อความเครียด ซึ่งอาจเป็นปฏิกิริยาที่รุนแรงมาก เพราะการคิดเชื่อเอชไอวีนั้น อาจถือได้ว่าเป็นวิกฤตการณ์ในชีวิตที่รุนแรง ผู้ป่วยอาจมีความรู้สึกผิดหรือโกรธตนเองได้ เนื่องจากการคิดเชื่อเอชไอวีเป็นผลของพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ ทำให้ผู้ป่วยมีความรู้สึกผิดมากขึ้น นอกจากนี้อาจมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่ปกปิดหรือเป็นความลับของผู้ป่วย เช่น พฤติกรรมรักร่วมเพศ การมีเพศสัมพันธ์นอกชีวิตสมรส ทำให้ผู้ป่วยต้องเผชิญกับการเปิดเผยความลับของตนจากการเจ็บป่วย (ชนา นิลชัยโกวิทย์, 2537 :6)ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ใจ สิ้นหวัง หมดคุณค่า วิตกกังวล หมดความสุข กลัวมาก ไม่แน่ใจ สับสน อารมณ์แปรปรวนง่าย คิดมาก เก็บตัว กลัวบุคคลรอบข้างรู้และรังเกียจตนเอง โกรธตนเอง โกรธผู้ที่แพร่เชื้อมาสู่ตน โทษผู้อื่น โทษสังคม เมื่อสภาวะของโรคเริ่มรุนแรงขึ้น อาการปรากฏให้ผู้อื่นเห็นจนไม่สามารถปกปิดได้อีกต่อไปก็จะยิ่งกังวล กลัวที่จะต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ของตนที่เปลี่ยนไป บางรายยอมรับภาพลักษณ์ของตนเองไม่ได้ ความทุกข์ทางใจจะเพิ่มมากขึ้น บางรายถึงกับคิดทำร้ายตนเอง ไม่อยากมีชีวิตอยู่อีกต่อไป ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับจิตใจ อารมณ์ จะทำให้ผู้คิดเชื่อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์หมดความอดทนไม่เข้มแข็งที่จะสู้กับภาวะความเจ็บป่วย ส่งผลให้ร่างกายกลับทรุดโทรมลงไปอีกด้วย

2. ผลกระทบต่อครอบครัว การคิดเชื่อเอชไอวีและการป่วยเป็นโรคเอดส์ นับเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวอย่างรุนแรง สมาชิกในครอบครัวจะเกิดความวิตกกังวล มีความทุกข์ โกรธ รังเกียจ ไม่ยอมรับผู้ป่วย เพราะทำให้ครอบครัวเสียชื่อเสียง เกิดความอายนอกจากเป็นโรคที่สังคมรังเกียจกลัวโรคจะติดต่อสมาชิกในครอบครัว หากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว โอกาสที่ภรรยาและบุตรจะได้รับเชื่อเอชไอวีสูงมาก ถ้าภรรยาไม่ได้มีการป้องกันการรับเชื่อเอชไอวี จากการใช้เพศสัมพันธ์กับสามี และบทบาทหน้าที่ในการหาเลี้ยงครอบครัวจะต้องสูญเสียไป หากเสียชีวิตบุตรจะกลายเป็นลูกกำพร้า ไร้ผู้อุปการะเลี้ยงดู นอกจากนี้สมาชิกในครอบครัวจะต้องรับภาระดูแล และประคับประคองด้านจิตใจผู้คิดเชื่อหรือผู้ป่วยอีกด้วย สำหรับครอบครัวที่สมาชิกไม่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ ก็จะขาดความระมัดระวังตนเองในการดูแลผู้ป่วย ซึ่งอาจมีโอกาสดูดเชื่อเอชไอวีสูง

3. ผลกระทบต่อชุมชน ชุมชนจะเกิดความตระหนกจากการรับรู้ว่าเป็นชุมชนของตนมีคนคิดเชื่อเอชไอวี หรือป่วยเป็นโรคเอดส์ทำให้มีพฤติกรรมต่อต้าน ไม่ยอมรับ รังเกียจและละทิ้ง ไม่สนใจให้ความช่วยเหลือ เกิดการแบ่งแยกกลุ่มระหว่างสังคมคนปกติและสังคมที่มีผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์ขึ้น วิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากการเคยมีชีวิตในชุมชนอย่างมีความสุข สัมผัสความสามัคคี จะเปลี่ยนเป็นมีความระมัดระวังมากขึ้นที่ เคยคบหาสมาคมกับเพื่อนบ้านก็จะเปลี่ยนเป็นเก็บตัวมากขึ้น ประชาชนในชุมชนที่มีผู้ป่วยโรคเอดส์ จะเกิดความรู้สึกกลัว ละลดพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ เปลี่ยนค่านิยม เน้นการมีภรรยาน้อยเพิ่มขึ้นแทนการเที่ยวโสเภณี บางรายอาจมีการขอตรวจเลือดคูร์กก่อนการแต่งงาน

4. ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ โรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เนื่องจากความกลัวอันเกิดจากความเข้าใจผิด และทัศนคติที่ผิด ๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อ รวมทั้งการมองว่าผู้ติดเชื้อเป็นบุคคลที่ไม่น่าเห็นใจ เพราะมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม มักราย เลื่อมโทรมทางศีลธรรมหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน มีบางทัศนคติถึงกับมองว่าเป็นโรคที่ถูกส่งมาเพื่อกำจัดคนแล้ว นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ อาจถูกไล่ออกจากงานหรือไม่สามารถสมัครงาน และจะต้องใช้จ่ายเงินทองในการดูแลรักษาตนเองมาก เมื่อมีอาการเจ็บป่วย ทำให้มีปัญหาทางเศรษฐกิจตามมา และในระยะยาวโรคเอดส์จะทำให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจต่อประเทศชาติอย่างรุนแรง เนื่องจากเป็นโรคที่มีการแพร่กระจายสูงสุดในหมู่ประชากรวัยแรงงาน ซึ่งเป็นจักรกลสำคัญในการผลักดันภาวะเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการดูแลรักษา จัดหาเวชภัณฑ์ จัดสถานบริการต่าง ๆ เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์มากขึ้น ซึ่งรัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายกว่า 25,000 บาท ต่อคนต่อเดือน เพื่อใช้ในการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ จากปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทำให้นักวิชาการทางการแพทย์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าบุคลากรกลุ่มอื่น ๆ เป็นภาระที่รัฐบาลจะต้องจัดเตรียมงบประมาณเพื่อซื้ออุปกรณ์ในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในสถานบริการสาธารณสุข จัดงบประมาณเพื่อเป็นค่าตอบแทนแก่บุคลากรสาธารณสุขที่ทำงานเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และยังมีแนวโน้มว่าบุคลากรสาธารณสุขจะลาออกจากวิชาชีพ เนื่องจากกลัวการติดเชื้อเอชไอวี รัฐต้องสูญเสียงบประมาณจำนวนมากในการเผยแพร่ความรู้ประชาสัมพันธ์และการศึกษาวิจัย เพื่อค้นคว้าหาวัคซีนในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โรคเอดส์ยังมีผลกระทบถึงการท่องเที่ยวซึ่งเคยนำรายได้มาสู่ประเทศ ทำให้รายได้ของประเทศลดลง

จากผลกระทบทั้งหมดทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว ชุมชน สังคมและเศรษฐกิจดังกล่าว ก่อให้เกิดปัญหาอย่างมาก และมีความรุนแรงแตกต่างกันขึ้นกับระยะของการติดเชื้อ และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ ครอบครัวและสังคม

การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

1. กลวิธีหลักขององค์การอนามัยโลกในการควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งประเทศไทยยึดเป็นหลักในการดำเนินงานอยู่ขณะนี้คือ

1.1 การเฝ้าระวังการศึกษาสำรวจหาความชุกของการติดเชื้อ (surveillance) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงและกลุ่มอื่นๆ

1.2 การให้ความรู้ ข่าวสารและสื่อสารโดยการศึกษาในรูปแบบต่าง ๆ (education information communication)

1.3 การป้องกันโดยให้มีการระวังการติดต่อโรคจากการให้เลือด หรือผลิตภัณฑ์จากเลือด รวมทั้งอวัยวะน้ำอสุจิที่ใช้ผสมเทียม และการควบคุมโรคเอดส์ที่สำคัญ คือ การตรวจทางห้องทดลอง เพื่อวินิจฉัยผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. มาตรการป้องกันโรคเอดส์ระดับชาติ จากการศึกษาประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่ปรากฏอาการเพิ่มขึ้นอย่างมาก คณะรัฐมนตรีได้มีมติตามข้อเสนอของคณะกรรมการฝ่ายสังคม ให้มีการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เป็นนโยบายของชาติเร่งด่วน โดยเน้นให้มีการระดมความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนองค์การระหว่างประเทศให้ “ เร่งรัดควบคุมป้องกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคเอดส์ให้ได้ผล และร่วมมือกับภาคเอกชนและองค์การสาธารณสุขประโยชน์ในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักในภัยของโรคและเกิดสำนึกว่าเป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหาเหล่านี้ ”

2) แนวคิดและหลักการกระจายอำนาจขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในงานสาธารณสุข

การกระจายอำนาจ (Decentralization) หมายถึงสถานะที่หน่วยงานหรือชุมชนระดับ

ล่างสุดมีอำนาจในการตัดสินใจเกี่ยวกับแนวทางและวิธีการดำเนินงานของตนเองได้อย่างกว้างขวาง การกระจายอำนาจเป็นตรงกันข้ามกับ การรวมอำนาจ (Centralization) ซึ่งเป็นสถานะที่หน่วยงานระดับบนสุดหรือองค์กรของรัฐระดับล่างสุดเป็นผู้กำหนดแนวทางหรือวิธีการดำเนินงานต่างๆ ในทุกเรื่อง คำว่า Decentralization ในความหมายดั้งเดิมนั้นมิได้เน้นเรื่องอำนาจ (Power) แต่อย่างไร หากเป็นเรื่องของสถานะศูนย์กลาง (Central) และ สถานะการกระจาย (Decentral) เป็นสำคัญ หากจะมีเรื่องอำนาจเข้ามาเกี่ยวข้องจะหมายถึง อำนาจในการตัดสินใจในการดำเนินงาน (จรัส สุวรรณมาลา : 2539)

การกระจายอำนาจเป็นเครื่องมือของรัฐในการบริหารงานให้สามารถบรรลุเป้าหมายที่วางไว้ จึงถือได้ว่าเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการบริหารงานและการปฏิบัติงานขององค์กรรัฐ ด้วยการเปิดโอกาสให้ส่วนต่างๆ ได้มีส่วนตัดสินใจในการดำเนินงาน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขของความเหมาะสมและชัดเจนของการกระจายอำนาจที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริง รูปแบบการกระจายอำนาจมีด้วยกัน 2 รูปแบบ คือ การกระจายอำนาจทางการบริหาร ซึ่งเป็นการกระจายอำนาจที่อยู่ภายในขอบเขตองค์กรเดียวกัน โดยมีพันธกิจในการทำให้นโยบายและแผนงานของส่วนกลางได้รับการปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ และการกระจายอำนาจทางการเมืองหรือการปกครอง อันเป็นการโอนอำนาจการตัดสินใจและการดำเนินการต่างๆ ไปสู่ท้องถิ่น (ตระกูล มีชัย, 2538 : 13-14) ซึ่งสามารถบอกระดับการกระจายอำนาจ คือ

1. การกระจายอำนาจแบบมีการควบคุมจากส่วนกลาง (Controlled Decentralization) หมายถึง รัฐมอบอำนาจการตัดสินใจให้ท้องถิ่นดำเนินการ โดยมีการควบคุมกำกับจากรัฐทุกชั้นตอน

2. การกระจายอำนาจแบบรัฐราษฎร์ร่วมดำเนินการ (Co-operative Decentralization) มีความหมายเป็นสองลักษณะ ลักษณะแรกหมายถึง รัฐมอบหมายให้องค์กรปกครองท้องถิ่นแต่เจ้าหน้าที่รัฐเข้ามาร่วมตัดสินใจในการดำเนินกิจการตั้งแต่ร่วมกำหนดนโยบาย วางแผนปฏิบัติตามแผนตลอดจนติดตามประเมินผล ลักษณะที่สอง แบ่งระดับความรับผิดชอบปฏิบัติงาน ซึ่งหมายถึงในกรณีงานนั้นๆ มีหลายขั้นตอน หรือหลายระดับของความยากง่ายของการปฏิบัติงาน บางขั้นตอนอาจมอบให้องค์กรปกครองท้องถิ่นตัดสินใจในการดำเนินการ บางขั้นตอนมอบอำนาจให้เจ้าหน้าที่รัฐดำเนินการ

3. การกระจายอำนาจแบบมีอิสระในการตัดสินใจและรับผิดชอบดำเนินการด้วยท้องถิ่นเอง (Local-Self Decision Making) หมายถึง รัฐมอบอำนาจให้ท้องถิ่นตัดสินใจกำหนดนโยบาย วางแผนดำเนินงาน ปฏิบัติงานตามแผนและควบคุมกำกับให้บรรลุวัตถุประสงค์ตามท้องถิ่นที่กำหนดไว้โดยอิสระ (วรเชช จันทรสร, 2541: 15)

ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานทางด้านกระจายอำนาจทางการเมืองการปกครองในรูปแบบของการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น โดยมีการจัดตั้งองค์การบริหารส่วนตำบลขึ้นตั้งแต่ปี พ. ศ.2538และจะขยายครบทุกตำบลในปี 2541 ในขณะที่เดียวกันหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้มีนโยบายในการส่งเสริมการกระจายอำนาจด้วย

นโยบายกระทรวงสาธารณสุขกับการกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น

(สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข , 2541)

สำหรับกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสำคัญกับการกระจายอำนาจไปยังองค์กรปกครองท้องถิ่น เช่นเดียวกัน ดังปรากฏในสาระของแผนพัฒนาการสาธารณสุขแห่งชาติฉบับที่ 9 ที่กำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 6 ข้อ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งการสร้างสุขภาพเชิงรุก

1. สร้างกลไกนโยบายระดับชาติและเร่งรัดมาตรการเพื่อสร้างความปลอดภัย ของระบบอาหาร ความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมและการประกอบอาชีพ ความปลอดภัยในผลิตภัณฑ์สุขภาพ อันเป็นพื้นฐานของการมีสุขภาพดี ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองภายในประเทศ และอิทธิพลจากกระแสโลกาภิวัตน์

2. เร่งรัดการปรับระบบการควบคุมป้องกันโรคให้สอดคล้องกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรค ทั้งในกลุ่มโรคติดต่อและโรคไม่ติดต่อ

3. เร่งรัดมาตรการการสร้างเสริมสุขภาพอย่างเป็นระบบ โดยครอบคลุมทั้ง การสร้าง นโยบายสาธารณะที่ดี การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เกื้อกูลต่อสุขภาพ การเสริมสร้างกิจกรรมสุขภาพใน ชุมชน การพัฒนาทักษะสุขภาพและการปรับระบบบริการสุขภาพ

4. พัฒนาศักยภาพของกลไกและองค์กรทางสังคมทุกระดับ เพื่อสร้างเสริมกระบวนการ เรียนรู้ด้าน สุขภาพ ตั้งแต่สถาบันครอบครัว ชุมชน สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา สื่อมวลชน และ สถานที่ทำงาน เพื่อสร้างพฤติกรรมสุขภาพที่พึงประสงค์

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การสร้างหลักประกันการเข้าถึงบริการสุขภาพถ้วนหน้า

1. พัฒนาระบบบริการสุขภาพที่มีลักษณะผสมผสานเป็นองค์รวม มีคุณภาพและประสิทธิ ภาพ ซึ่งทุกคนสามารถเข้าถึงได้สะดวก

2. เร่งรัดการสร้างหลักประสุขภาพที่เป็นธรรม และครอบคลุมบริการสุขภาพหลักที่จำเป็นให้ แก่ ทุกคน โดยใช้กลไกการเงิน การคลัง เพื่อให้เกิดบริการที่มีคุณภาพ มีประสิทธิภาพ และเป็นระบบอย่างมี เอกภาพ

3. สร้างกลไกการประกันคุณภาพบริการสุขภาพและคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพ โดยมีองค์กร รับผิดชอบในการประเมินและรับรองคุณภาพสถานบริการสุขภาพ ประเมิน ประสิทธิภาพประสิทธิผลของ เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุข ตลอดจนสร้างกลไกเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารกับผู้บริโภค

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ปฏิรูประบบ โครงสร้าง และกลไกการบริหารจัดการระบบสุขภาพ

1. สร้างกลไกนโยบายสุขภาพระดับชาติให้มีเอกภาพ โดยการจัดตั้งองค์กร

ระดับชาติให้มีหน้าที่กำหนดนโยบายและแนวทางการปฏิบัติในกิจการที่มีผลกระทบต่อสุขภาพ ให้ครอบคลุม ถึงนโยบายและทิศทางการพัฒนาทั้งด้านเศรษฐกิจ สังคม และสิ่งแวดล้อม เพื่อให้เกิดนโยบายที่ส่งเสริม และสนับสนุนการมีสุข ภาพดีของประชาชนควบคู่กับการใช้กลไกกฎหมายเกี่ยวกับสุขภาพที่เหมาะสมและ ทันสมัย

2. ปรับระบบงบประมาณและมาตรการในการบริหารการเงินการคลังให้มีประสิทธิภาพโดย มุ่งเน้นผลงาน ผลลัพธ์ในการดำเนินงาน

3. การกระจายอำนาจโดยยึดหลักการบริหารจัดการในระดับพื้นที่ให้สามารถตอบสนองต่อ ความต้องการของประชาชน และเน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนในการบริหารจัดการระบบสุขภาพใน รูปแบบพหุภาคี โดยให้มีการเตรียมความพร้อมทางวิชาการ เพื่อให้การตัดสินใจและการบริหารจัดการระบบ สุขภาพท้องถิ่นเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพพึงพอใจ และโปร่งใส ตรวจสอบได้

4.สร้างกลไกระบบตรวจสอบและติดตามประเมินผลการบริการระบบสุขภาพในทุกกระดับ เพื่อให้เกิดความโปร่งใสในการดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมเพื่อสุขภาพ

1.ส่งเสริมบทบาทของภาคประชาสังคมในการดำเนินการเพื่อการกระจายอำนาจพัฒนาสาธารณสุข โดยเปิดโอกาสให้ภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบสุขภาพของชุมชนและท้องถิ่นในรูปแบบพหุภาคี

2. ส่งเสริมความเข้มแข็งขององค์กรและสนับสนุนการสร้างเครือข่ายภาคประชาสังคมเพื่อการเรียนรู้และการมีส่วนร่วมกับภาครัฐในรูปแบบพหุภาคี เพื่อพัฒนาระบบสุขภาพของท้องถิ่นและการพัฒนาสังคมแบบยั่งยืน

3. พัฒนาโครงสร้างและกลไกการบริหารจัดการให้เอื้อต่อการเสริมบทบาทและการสร้างความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมด้านสุขภาพ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การบริหารจัดการความรู้และภูมิปัญญาเพื่อสุขภาพ

1. สร้างกลไกการบริหารจัดการข้อมูลและความรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่มีประสิทธิภาพมุ่งเน้นการบริหารจัดการให้เกิดการผลิต การกระจายและการใช้ประโยชน์ทั้งจากภูมิปัญญาสากลและภูมิปัญญาไทย

2. ยกระดับภูมิปัญญาไทยให้มีสถานะและใช้ประโยชน์ได้ทัดเทียมกับภูมิปัญญาสากลโดยการสร้างระบบ การวิจัยและพัฒนาภูมิปัญญาไทยให้เข้มแข็ง และผสมผสานเข้า ระบบการศึกษาและระบบบริการสาธารณสุขในทุกกระดับ

3. การสร้างหลักประกันให้เกิดการใช้ความรู้ในการจัดการระบบสุขภาพ เพื่อให้การตัดสินใจและดำเนินนโยบายเป็นไปอย่างใช้หลักฐาน ข้อมูลทางวิชาการเป็นพื้นฐานในการบริหารจัดการ โดยเน้นให้เกิดการกำหนดนโยบายที่ใช้ความรู้เป็นฐาน การมีการประเมินและการเลือกใช้เทคโนโลยีที่เหมาะสม และการมีระบบข้อมูลความรู้ที่ง่ายต่อการเข้าถึงและนำไปใช้ประโยชน์โดยสาธารณสุข

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาบุคลากรสุขภาพเพื่อรองรับการเปลี่ยนแปลงและระบบสุขภาพใหม่

1. สร้างกลไกระดับชาติที่ทำหน้าที่กำหนดนโยบายและวางแผนการผลิต การพัฒนา และการใช้ประโยชน์จากกำลังคนด้านสุขภาพของชาติให้ชัดเจน เป็นเอกภาพ สอดคล้องกับความต้องการของพื้นที่ และเป็นธรรมต่อวิชาชีพต่างๆ

2. เร่งรัดการพัฒนากำลังคนด้านสุขภาพที่มีอยู่ให้มีศักยภาพ เจตคติ และทักษะ การทำงานที่เหมาะสม และสามารถปรับตัวได้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง

3. การปฏิรูประบบการผลิตกำลังคนด้านสุขภาพ ให้มีปริมาณและคุณภาพเหมาะสมกับสถานการณ์ที่กำลังมีการเปลี่ยนแปลง

จากรายละเอียดของยุทธศาสตร์จะเห็นว่ายุทธศาสตร์ที่เกี่ยวข้องกับการกระจายอำนาจทางด้านการสาธารณสุขถูกกำหนดไว้ในยุทธศาสตร์ที่ 3 และ ยุทธศาสตร์ที่ 4 ซึ่งกล่าวถึงการให้ภาคประชาสังคมในพื้นที่เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการระบบ สุขภาพของชุมชนและท้องถิ่นในรูปแบบพหุภาคี

ความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการรองรับงานสาธารณสุข

(สำนัคนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข , 2541)

เนื่องจากองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นหน่วยงานท้องถิ่นที่มีการจัดตั้งขึ้นเมื่อไม่นานมานี้ ทำให้มีคำถามมากมายเกี่ยวกับความพร้อมในการบริหารจัดการด้านต่างๆ รวมถึงศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารจัดการ ดังนั้น จึงแบ่งหัวข้อความพร้อมออกเป็นกลุ่มงานที่องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการดำเนินงาน และความคิดเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบล มีรายละเอียดดังนี้

จากการศึกษาของสถาบันที่ปรึกษาเพื่อพัฒนาประสิทธิภาพระบบราชการ(2541) เรื่อง กลุ่มงานสาธารณสุขที่องค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมในการบริหารจัดการ พบว่ากลุ่มงานในกระทรวงสาธารณสุขทั้งสิ้น 18 กลุ่มงาน มีกลุ่มงานที่น่าจะกระจายอำนาจให้ราชการบริหารส่วนท้องถิ่นดำเนินการด้วยตนเอง 8 กลุ่มงาน คือ กลุ่มงานสาธารณสุขมูลฐาน กลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อม กลุ่มงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มงานโภชนาการ กลุ่มงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มงานคุ้มครองผู้บริโภค กลุ่มงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ และกลุ่มงานอนามัยสิ่งแวดล้อมเท่านั้น ที่องค์การบริหารส่วนท้องถิ่นมีศักยภาพและความพร้อมที่จะดำเนินการได้ กระทรวงสาธารณสุขได้ตระหนักในความสำคัญของบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลที่จะมีต่อการพัฒนาสาธารณสุขในอนาคต จึงได้มีการศึกษาถึงสถานภาพและความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานพัฒนาสาธารณสุข โดยสำนักงานนโยบายและแผนสาธารณสุข พบว่า สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบลส่วนใหญ่ยังไม่ทราบถึงบทบาทในการพัฒนาสาธารณสุขและการแก้ปัญหาสุขภาพอนามัยของประชาชนในท้องถิ่นที่รับผิดชอบขององค์การบริหารส่วนตำบล ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการดำเนินงานพัฒนาสุขภาพยังมีความพร้อมและศักยภาพในการดำเนินงานค่อนข้างน้อย ยกเว้นงานด้านการกำจัดขยะ

จากการศึกษางานสาธารณสุขในทศวรรษหน้า ปี 2541 (พันธุ์ทิพย์ รามสูต, 254 2: 43-45) พบว่าความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานเห็นว่า องค์การบริหารส่วนตำบลยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ด้วยการกระจายอำนาจในประเทศมีลักษณะจำกัดตัวเองมาก โครงสร้างทางการเมืองที่ระบบการปกครอง

ประเทศยังรวมศูนย์กลางไว้ที่ส่วนกลาง และมีความเห็นว่าองค์การบริหารส่วนตำบล ใน 5-10 ปี ข้างหน้า ยังไม่เข้มแข็งที่จะเข้ามารองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน เพราะไม่ใช่ปัญหาหลักขององค์การบริหารส่วนตำบลแต่จะไปเน้นการทำโครงสร้างพื้นฐานที่เขาได้รับผลประโยชน์ตอบแทนก่อน รวมทั้งองค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่มีความสามารถในการวางแผนและจัดการเรื่องทางสังคมโดยเฉพาะงานสาธารณสุขได้ ซึ่งรัฐจึงช่วยเพิ่มขีดความสามารถในเรื่องนี้กับองค์การบริหารส่วนตำบล

ผู้ทรงคุณวุฒิอีกกลุ่มมีความคิดแตกต่างจากกลุ่มแรกว่าองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นองค์กรปกครองมีฐานจากฝูงชน เป็นรัฐบาลท้องถิ่น เป็นนิติบุคคล จะบริหารจัดการได้ดีกว่ารัฐบาลกลาง เพราะกลไกการปกครองเป็นธรรมชาติและเป็นท้องถิ่น เป็นตัวของตัวเอง คุณภาพน่าจะดีกว่าในอีก 10 ปี ข้างหน้า จะเป็น Self Autonomyที่สามารถดูแลปกครองและพัฒนาตำบลของตนเอง และมีบทบาทสำคัญในงานสาธารณสุขมูลฐาน การที่มีการกระจายอำนาจปกครองบริหารสู่ท้องถิ่น เช่น องค์การบริหารส่วนตำบลผู้ทรงคุณวุฒิเชื่อว่าจะทำให้งานสาธารณสุขมูลฐานดีขึ้น คือ ประชาชนจะมีโอกาสตัดสินใจเอง ชาวบ้านจะมีงบประมาณ ทรัพยากร และเครื่องมือในการแสดงบทบาทมากขึ้นและจะทำให้เนื้อหาสาระตามหลักการสาธารณสุขมูลฐานดีขึ้น ถึงแม้จะเป็นนโยบายก็เป็นสิ่งที่เกิดจากประชาชน งานสาธารณสุขที่จะถูกปลดปล่อยออกจากกระทรวงสาธารณสุขได้ แต่บทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลที่จะรับผิดชอบงานสาธารณสุขมูลฐานอาจทำได้เพียงบางส่วนขึ้นอยู่กับระยะการพัฒนา ในที่ๆ องค์การบริหารส่วนตำบลไม่เข้มแข็ง งานสาธารณสุขมูลฐานอาจจะยังอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข โดยกระทรวงสาธารณสุขทำหน้าที่ชี้แนะ สนับสนุนมากกว่าเป็นผู้นำ จะเป็นผู้กำหนดนโยบายและจัดหาทรัพยากรให้ แต่ไม่ปฏิบัติเอง จุดไหนที่องค์การบริหารส่วนตำบลเข้มแข็งกระทรวงสาธารณสุขก็ควรโอนงานรับผิดชอบตั้งแต่สถานีอนามัยให้เข้าไปบริหารจัดการเองทั้งหมด จึงควรขึ้นอยู่กับความสามารถขององค์การบริหารส่วนตำบล ซึ่งแต่ละแห่งคงพัฒนาไม่เท่ากันและบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่องานสาธารณสุขมูลฐานจะเข้มแข็งหรือไม่ขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่างได้แก่ สถานภาพทางการเงินงบประมาณที่สนับสนุน ความสามารถในการบริหารคุณค่าของระบอบประชาธิปไตย ตลอดจนจริยธรรมอุดมการณ์และความคิด ความตั้งใจของผู้บริการที่จะทำเพื่อประชาชน องค์การบริหารส่วนตำบลจะต้องมีบทบาทแก้ไขความขัดแย้ง ความไม่เสมอภาคในสังคมให้ทุกคนยอมรับได้ ถ้าองค์การบริหารส่วนตำบลยังไม่พร้อมแต่เร่งรีบเกินไปก็จะเป็นตัวแทนเฉพาะกลุ่มบางกลุ่มเท่านั้น เพราะฉะนั้น การสร้างพลังให้องค์การบริหารส่วนตำบลต้องค่อยเป็นค่อยไป และงานสาธารณสุขมูลฐานจะโอนมอบงานเข้าไปในองค์การบริหารส่วนตำบลได้ ต้องเริ่มจากฝ่ายราชการ โดยเริ่มในแนวคิดที่กว้างและเริ่มในจุดที่เป็นไปได้ แต่จะค่อยๆทำในพื้นที่ที่ทำได้ก่อน

ในส่วนของงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกรมควบคุมโรคได้จัดทำมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ(CUP) ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เทศบาลเมือง เทศบาลนคร เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้การดำเนินงานป้องกัน

ควบคุมโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงานดังกล่าว เป็นไปอย่างมีระบบและสอดคล้องกับบทบาทภารกิจหลักของหน่วยงานที่เปลี่ยนไป มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพปัญหาของพื้นที่ เกิดการประสานดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพที่มีประสิทธิภาพโดยการใช้ทรัพยากรให้เกิดประโยชน์สูงสุด (กรมควบคุมโรค, 2547) สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา ซึ่งเป็นหน่วยงานในสังกัดกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้รับนโยบายและดำเนินการประเมินความสามารถของการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในพื้นที่เขตตรวจราชการสาธารณสุขเขต 13 ในปี 2546 โดยทำการประชุมชี้แจงเจ้าหน้าที่ที่เก็บข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดของแบบสำรวจ หลังจากนั้นจึงทำการเก็บข้อมูล โดยชี้แจงวัตถุประสงค์ของการสำรวจให้กับปลัดองค์การบริหารส่วนตำบล และให้ปลัดองค์การบริหารส่วนตำบลตอบแบบสำรวจด้วยตนเองและนัดหมายรับแบบสำรวจ ซึ่งผลการสำรวจพบว่าจำนวนองค์การบริหารส่วนตำบลมีทั้งหมด 882 แห่ง ตอบกลับจำนวน 869 แห่ง เมื่อทำการจัดกลุ่มองค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งแบ่งตามระดับคะแนน เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่ม ก กลุ่ม ข และกลุ่ม ค พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลระดับที่ 1 จำนวน 2 แห่ง มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในกลุ่ม ค ทั้งสองแห่ง องค์การบริหารส่วนตำบลระดับที่ 2 จำนวน 4 แห่ง มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในกลุ่ม ค จำนวน 3 แห่ง (ร้อยละ 75) องค์การบริหารส่วนตำบลระดับที่ 3 จำนวน 19 แห่ง มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในกลุ่ม ค จำนวน 13 แห่ง (ร้อยละ 68.40) องค์การบริหารส่วนตำบลระดับที่ 4 จำนวน 73 แห่ง มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในกลุ่ม ค จำนวน 61 แห่ง (ร้อยละ 83.60) องค์การบริหารส่วนตำบลระดับที่ 5 จำนวน 771 แห่ง มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพอยู่ในกลุ่ม ค จำนวน 585 แห่ง พบปัญหาและข้อเสนอแนะดังต่อไปนี้ องค์การบริหารส่วนตำบลไม่มีผู้รับผิดชอบงานด้านป้องกันควบคุมโรคโดยตรงที่ประจำอยู่ที่องค์การบริหารส่วนตำบล ขาดการประสานงานที่ดีระหว่างหน่วยงานในพื้นที่ มีข้อจำกัดด้านการเงินและเวลา กิจกรรมบางกิจกรรม อดบ. ไม่มีแนวทางในการปฏิบัติที่ชัดเจน ไม่มีการรณรงค์อย่างต่อเนื่องจากบุคคลสาธารณสุข ประชาชนขาดการมีส่วนร่วม และไม่ให้ความสำคัญในการป้องกันควบคุมโรค และมีข้อเสนอแนะ ดังนี้ คือ ควรอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ อบต. ทหารระดับ จัดหาวัสดุอุปกรณ์ เครื่องมือที่ทันสมัยให้เพียงพอ และสามารถใช้งานได้ดี หน่วยงานสาธารณสุขในพื้นที่ควรแจ้งข้อมูลข่าวสารที่สำคัญให้ อบต. ทราบด้วย

3. การมีส่วนร่วม

โดยทั่วไป แนวคิดและหลักการพัฒนาชุมชนได้ให้ความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนในการพัฒนาชุมชน ในฐานะที่เป็นวิธีการและเป้าหมายในการพัฒนา นำไปสู่ความสามารถในการพึ่งตนเองของประชาชนและชุมชน ซึ่งเป็นจุดมุ่งหมายสูงสุดในการพัฒนา นักวิชาการและนักปฏิบัติหลายท่านต่างก็ยอมรับถึงความจำเป็น และความสำคัญของการมีส่วนร่วม

เพ็ญศรี เปลี่ยนขำ (2542 หน้า 84-86) ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชน (People Participation) หมายถึง กระบวนการที่ประชาชนในชุมชนนั้นเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาในชุมชนของตน

เป็นอย่างดี สามารถกำหนดปัญหาสาธารณสุขวิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาของชุมชน รวมทั้งการแยกแยะปัญหาที่แก้ไขได้เองจะบริหารจัดการทันที ส่วนที่อยู่นอกเหนือความสามารถก็ต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้แก้ไขปัญหานั้น

สุจินต์ ดาววีระกุล (2527 หน้า 45-47) ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของชุมชนว่าเป็น กระบวนการกระทำที่ประชาชนมีความสมัครใจเข้ามามีส่วนร่วมกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อตัวประชาชนเอง โดยให้ประชาชนได้มีส่วนในการตัดสินใจเพื่อตนเอง และมีส่วนร่วมดำเนินการเพื่อให้บรรลุถึงวัตถุประสงค์ดังที่ประชาชนปรารถนาหรือที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ต้องมีใช้การกำหนดกรอบแนวความคิดจากบุคคลภายนอก

ถนัด ไบยา (2541 หน้า 7-10) อธิบายว่า การมีส่วนร่วมมิได้หมายถึงเฉพาะว่าชุมชนให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่ในการดำเนินกิจกรรมหรือร่วมในภาวะจำยอม หากแต่หมายถึงชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี จึงเป็นผู้กำหนดการวิเคราะห์ปัญหาและแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชนเอง มีความสามารถในการแยกแยะได้ว่า ปัญหาใดที่ชุมชนสามารถแก้ไขเองได้ ปัญหาใดที่อยู่ นอกเหนือความสามารถที่ต้องให้ภาครัฐหรือผู้นอกชุมชนที่สามารถช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหานั้นได้ การมีส่วนร่วมจะเกี่ยวข้องกับ 3 ประการด้วยกัน ประการแรกมีส่วนร่วมในกระบวนการตัดสินใจพัฒนา การค้นหาสภาพปัญหา สภาพที่คาดหวัง วิเคราะห์สาเหตุแห่งปัญหา ทางเลือกแห่งการแก้ไขปัญหา และตัดสินใจเลือกทางเลือกในการแก้ไข ประการต่อมา มีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ตัดสินใจให้เกิดการพัฒนา ประการสุดท้ายมีส่วนร่วมในการรับประโยชน์อย่างเป็นธรรมจากกิจการนั้น ๆ มีส่วนร่วมในการประเมินผลเพื่อนำไปสู่บทเรียนการเรียนรู้ร่วมกันและปรับปรุงพัฒนาต่อไป

นิตยา เพ็ญศิริภภา (2542 หน้า 394) ได้อธิบายบทบาทของชุมชนในการมีส่วนร่วมตามกลวิธีสาธารณสุขมูลฐานคือ การที่ชุมชนเป็นผู้ตระหนักถึงปัญหาของชุมชนเป็นอย่างดี จึงกำหนดปัญหาสาธารณสุขของชุมชน วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาชุมชน แยกวิธีการแก้ไขปัญหาที่สามารถดำเนินการได้ด้วยชุมชนเองและวิธีการใดที่เกินความสามารถจำเป็นต้องให้เจ้าหน้าที่ของรัฐหรือบุคคลภายนอกชุมชนเป็นผู้ดำเนินการภายใต้ความร่วมมือของประชาชน

จากความหมายของการมีส่วนร่วมสรุปได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนนั้นเป็นกระบวนการที่ชุมชนตัดสินใจกำหนดการเปลี่ยนแปลงเพื่อแก้ไขปัญหาสาธารณสุขและการพัฒนาสุขภาพอนามัย โดยมีบทบาทในการค้นหาปัญหา ตั้งวัตถุประสงค์ หาสาเหตุของปัญหา กำหนดวิธีการแก้ไขปัญหา ตัดสินใจเลือกทางเลือกในการวางแผนแก้ไขปัญหา กำหนดทรัพยากรในการแก้ไขปัญหาและการประเมินผล เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์

ดรุณี ทายะติและคณะ (2543 หน้า 8-9) ได้เสนอขั้นตอนการมีส่วนร่วมไว้ 4 ขั้นตอนคือ

- 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making)
- 2) การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (implementation) ได้แก่ การมีส่วนร่วมในการสละทรัพยากร สละแรงงาน เงิน วัสดุอุปกรณ์ ด้วยความเต็มใจ และมีส่วนร่วมในการเป็นผู้ปฏิบัติในโครงการ

3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ (benefits) และรับความผิดพลาด สูญเสียประโยชน์ ทั้งทางด้านวัตถุสิ่งที่เป็นผลประโยชน์ของสาธารณะหรือสังคม และผลประโยชน์ด้านบุคคลได้แก่ ความนับถือตนเอง พลังอำนาจทางการเมือง ความคุ้มค่าของผลประโยชน์ เป็นต้น

4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (evaluation) เป็นการมีส่วนร่วมในการวัดผล ค้นหาข้อดี ข้อเสียและวิเคราะห์ผลของการดำเนินงาน การปรับปรุงแก้ไขการทำงานให้มีประสิทธิภาพสูงสุด มีการประยุกต์การดำเนินงานให้เหมาะสมต่อไป

การสร้างการมีส่วนร่วมต้องอาศัยองค์ประกอบหลายสิ่งหลายอย่างประกอบกัน ที่สำคัญภายในชุมชนเอง (ถนัด โยธา 2541) ได้แก่

1) การติดต่อสื่อสารที่ดี (Two way communication) แลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นต่าง ๆ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การเรียนรู้ร่วมกัน ทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

2) มีตัวแทนที่เหมาะสม (representativeness) มีตัวแทนกลุ่มต่าง ๆ อย่างครบถ้วนเพื่อให้เกิดความหลากหลายในความคิด ความสนใจ ความต้องการ และหลากหลายความร่วมมือ เป็นต้น

3) ข้อมูลข่าวสารที่ดีในการตัดสินใจ (relevant information) เป็นข้อมูลที่ถูกต้อง สมบูรณ์ชัดเจน เข้าใจง่าย สอดคล้องกับความต้องการพื้นฐานของชุมชน ตลอดจนตั้งคำถามเพื่อการแสวงหาข้อมูลในการตัดสินใจ

4) มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (decision making) ตั้งแต่ต้นจนจบกระบวนการ

5) มีส่วนร่วมในการจัดการทรัพยากร (resource mobilization) ทั้งทรัพยากรเพื่อการพัฒนาและทรัพยากรที่เกิดขึ้นจากผลการพัฒนา

ระดับการมีส่วนร่วม

ระดับการมีส่วนร่วมของชุมชน (เพ็ญศรี เปลี่ยนจำ , 2542 หน้า 85) ได้แบ่งออกเป็น 5 ระดับ คือ

ระดับที่ 1 การมีส่วนร่วมระดับเบื้องต้น ประชาชนเป็นเพียงผู้รับผลประโยชน์จากโครงการหรือกิจกรรมเท่านั้น (people participate in the benefits of the programs) ประชาชนไม่ได้มีส่วนร่วมในกิจกรรมใด ๆ เป็นการมีส่วนร่วมแบบรับผลประโยชน์ (passive)

ระดับที่ 2 ชุมชนมีส่วนร่วมด้านแรงงาน กำลังเงิน หรือทรัพยากรอื่น ๆ ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุข (people participate in program activities) ชุมชนยังไม่ได้เป็นผู้ที่ร่วมงานอย่างแท้จริง จัดได้ว่าเป็นการร่วมมือแบบมีส่วนร่วม (active)

ระดับที่ 3 สมาชิกของชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรมต่าง ๆ (people participate in implementing health programs) แม้ว่าชุมชนจะได้มีส่วนร่วมมากขึ้น แต่เป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของกิจกรรม/โครงการยังถูกกำหนดจากผู้วางแผนนโยบาย

ระดับที่ 4 สมาชิกของชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดกิจกรรม ควบคุมกำกับและประเมินผลว่าผลของกิจกรรมต่าง ๆ ที่ได้ดำเนินการบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ เพียงใด (people participate in

monitoring and evaluating programs) แต่ผู้วางนโยบายยังกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์ของกิจกรรม
โครงการ

ระดับที่ 5 สมาชิกของชุมชนเป็นผู้ตัดสินใจและกำหนดเป้าหมาย วัตถุประสงค์ตลอดจนกิจกรรม
ต่าง ๆ ด้วยตนเอง (people participate in planning programs) ในระดับนี้ประชาชนดำเนินการเองทั้งหมด
โดยมีหน่วยงานของรัฐเป็นผู้ให้การสนับสนุน อันจะมีผลทำให้การดำเนินงานมีความยั่งยืน เป็นระดับสุด
ยอดของการมีส่วนร่วม

4) การจัดทำแนวทาง/คู่มือทางด้านการวิชาการ

การเขียนแนวทาง/คู่มือทางวิชาการ

ประเภทของคู่มือ/แนวทาง

คู่มือ (Manual) A small book provides guidelines for one purpose

1. คู่มืออ้างอิงฉบับย่อ ย่อส่วนมาจากตำราที่ได้มาตรฐาน พกพาง่าย เช่นคู่มือยาสามัญประจำ
บ้าน คู่มือกฎหมายมวลชน (ไม่มีการปฏิบัติในเนื้อหา)
2. คู่มือปฏิบัติงาน ให้ข้อมูลการดำเนินงานเป็นขั้นตอน
 - คู่มือการใช้ (Instruction Manual) ส่วนประกอบ วิธีการใช้
 - คู่มือการปฏิบัติงาน (Practice Manual) ต้องมี guideline ในการดำเนินงาน เช่น
คู่มือการคัดกรองโรคเรื้อรัง
3. คู่มือ 1+2 เป็นคู่มือประมวลความรู้ย่อและมีแนวทางปฏิบัติ เช่น คู่มือสำหรับ
นักศึกษาพยาบาล

องค์ประกอบของคู่มือ/แนวทางทางวิชาการ

1. ส่วนประกอบตอนต้น

- อารัมภบท ความเห็นเกี่ยวกับหนังสือ เขียนโดยผู้เชี่ยวชาญ ผู้ที่เคยเขียนหนังสือเล่มนี้
กระตุ้นยอดขาย
- คำนำ เขียนโดยผู้แต่ง เหตุผลทำไมถึงเขียน วัตถุประสงค์ของคู่มือนี้ กลุ่มเป้าหมายผู้ใช้
เป็นใคร ใช้เวลาเขียนนานเท่าไร รู้สึกอย่างไรกับคู่มือนี้คำขอบุคคลคนที่ช่วยและให้
กำลังใจให้งานสำเร็จ ต้องมีลายเซ็น
- สารบัญ
- สารบัญตาราง
- สารบัญรูป
- คำศัพท์

2. ส่วนของเนื้อหา

บทที่ 1 บทนำ ที่มา สถานการณ์ ปัจจัยสาเหตุ วัตถุประสงค์ ประโยชน์ของคู่มือ
แนวทางนี้จะแก้ปัญหาได้อย่างไร (ประมาณ 2 หน้า)

บทที่ 2 นโยบาย บุคคลที่เกี่ยวข้องกับการจัดการ

บทที่ 3 การบริหารจัดการ วิธีการ

บทที่ 4 วิธีการ เครื่องมือที่ใช้ วิธีการทำ การแปลผล

3. สรุป เน้นความสำคัญและความจำเป็นของกลุ่ม/แนวทาง เน้นขั้นตอนที่สำคัญ ย้ำจุดเตือน

4. ส่วนของตอนท้าย

เอกสารอ้างอิง

ภาคผนวก

ลักษณะคู่มือ/แนวทางที่ดี

- เล่มเล็ก น้ำหนักเบา พกสะดวก
- ใช้กระดาษคุณภาพดี ปกแข็งแรง
- เมื่อวางเห็นเป็นแนวราบ สะดวกในการดูในขณะที่ปฏิบัติงาน
- แต่ละบทควรคั่นด้วยกระดาษสี
- ใช้ภาษาง่าย ใช้สีเงาที่จุดเน้น ข้อเตือน
- ใช้รูป ไดอะแกรม โดยบรรยายประกอบเพียงให้เข้าใจ
- ตัวหนังสือไม่มาก มีพื้นที่ว่างให้พักตา
- ปฏิบัติได้จริง มีคำเตือน ข้อเสนอแนะ

5. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ปรีชา สันรัมย์ (2541) ได้ศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการ การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหาร

องค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดทำแผนพัฒนาตำบลในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น เพื่อศึกษาสภาพปัญหาในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล เพื่อหาองค์ประกอบที่ทำให้คณะกรรมการบริหาร มีศักยภาพในการจัดทำแผนพัฒนาตำบลและหารูปแบบที่เหมาะสมในการพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลโดยใช้กิจกรรมแทรกแซง คือการฝึกอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจในด้านโครงสร้างและบทบาทอำนาจหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบล ในด้านการวางแผนและการจัดทำแผนพัฒนาตำบล พบว่าคณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลขาดศักยภาพในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล จึงใช้กิจกรรมแทรกแซง คือ การฝึกอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจในด้านโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลในด้านการวางแผนและการจัดทำแผนพัฒนาตำบล การฝึกอบรมจัดการจัดทำแผนพัฒนาตำบล ผลการดำเนินกิจกรรมแทรกแซงปรากฏว่า คณะกรรมการบริหารองค์การบริหารส่วนตำบลมีความรู้ความเข้าใจในโครงสร้างบทบาทหน้าที่ การวางแผน จัดทำแผนพัฒนาตำบลได้อย่างถูกต้อง

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข (2541) ได้ศึกษารูปแบบทางเลือกการกระจายอำนาจด้านสาธารณสุขสู่องค์การบริหารส่วนตำบล มีข้อสรุปที่ได้จากการสำรวจทั่วประเทศพบว่า สถานการณ์ด้าน

สาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบลทุกระดับมีเฉพาะในองค์การบริหารส่วนตำบลชั้นที่ 1 คือ การจัดตั้งหน่วย / ฝ่ายสาธารณสุขที่ชัดเจนมีเจ้าหน้าที่ขององค์การบริหารส่วนตำบลทุกระดับชั้น ได้แก่ การมอบหมายให้มีผู้รับผิดชอบประสานงานกับสถานีอนามัยในพื้นที่การดำเนินงานสาธารณสุข ทั้งนี้การดำเนินงานส่วนมากเป็นการแก้ปัญหาขยะมูลฝอย / น้ำเสีย การรณรงค์ต่อต้านยาเสพติด การป้องกันโรคเอดส์ โรคพิษสุนัขบ้า และการกำจัดแหล่งเพาะพันธุ์ยุง การให้การศึกษาศึกษาและการสนับสนุนเวชภัณฑ์ การต่อเติมสถานีอนามัย ส่วนปัญหาของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขององค์การบริหารส่วนตำบล ทุกระดับชั้น พบว่า ส่วนมากเป็นปัญหาด้านการขาดเจ้าหน้าที่ ที่มีความรู้ด้านสาธารณสุข ขาดงบประมาณขาดเอกสารคู่มือในการเผยแพร่ และขาดความร่วมมือจากประชาชน ความเห็นในการโอนสถานีอนามัยให้องค์การบริหารส่วนตำบล พบว่า องค์การบริหารส่วนตำบลทุกระดับเห็นว่าเป็นไปได้ เพราะองค์การบริหารส่วนตำบลมีความพร้อมทางด้านทรัพยากร ทั้งงบประมาณที่มีแหล่งรายได้ที่ใช้สนับสนุน การสนับสนุนงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข พบว่า รายได้ที่องค์การบริหารส่วนตำบลได้จัดสรรเพื่อการพัฒนาสาธารณสุขนั้นมีน้อยมาก โดยเมื่อพิจารณางบประมาณรายจ่ายที่องค์การบริหารส่วนตำบลจัดสรรให้เพื่อการพัฒนาสาธารณสุขในปี 2539 พบรายละเอียดดังต่อไปนี้ ในปี 2539 มีองค์การบริหารส่วนตำบล ระดับ 1 จำนวน 10 แห่ง ใน 67 แห่ง ที่มีการตั้งงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยงบประมาณที่ตั้งไว้อยู่ระหว่าง 50,000 – 5,300,000 บาท องค์การบริหารส่วนตำบล ระดับ 2 จำนวน 9 แห่ง ใน 42 แห่ง เท่านั้นที่มีการจัดตั้งงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยงบประมาณอยู่ระหว่าง 35,000 – 4,000,000 บาท องค์การบริหารส่วนตำบลระดับ 3 จำนวน 7 แห่ง ใน 52 แห่ง ที่มีการจัดตั้งงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข โดยงบประมาณอยู่ระหว่าง 1,000 – 1,200,000 บาท องค์การบริหารส่วนตำบลระดับ 4 จำนวน 6 แห่ง ใน 78 แห่ง ที่มีการจัดตั้งงบประมาณเพื่อการพัฒนาสาธารณสุข งบประมาณอยู่ระหว่าง 3,000 - 79,000 บาท ส่วนองค์การบริหารส่วนตำบลระดับ 5 ไม่ปรากฏว่ามีการจัดตั้งงบประมาณไว้เพื่อการนี้ (174 แห่ง) และในการศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ได้สำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่เกี่ยวข้องและมีประสบการณ์ในการกำหนดบทบาทหน้าที่ของสถานีอนามัยในระดับส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ได้ข้อสรุปว่า ภารกิจหรือบทบาทหน้าที่ของสถานีอนามัยที่สามารถถ่ายโอนให้องค์การบริหารส่วนตำบลได้นั้น ส่วนมากทุกภารกิจในบทบาทของสถานีอนามัยที่เป็นด้านส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรคการรักษาพยาบาลเบื้องต้น การฟื้นฟูสภาพ การควบคุมป้องกันโรคติดต่อ การควบคุมป้องกันโรคไม่ติดต่อ การอนามัยสิ่งแวดล้อม งานสาธารณสุขมูลฐานและงานบริหารทั่วไป สามารถโอนภารกิจให้องค์การบริหารส่วนตำบลดำเนินการต่อไปได้ แต่มีเพียงกิจกรรมที่ต้องใช้เทคนิคการตรวจสอบในห้องปฏิบัติการเท่านั้นที่ยังไม่สามารถถ่ายโอนได้

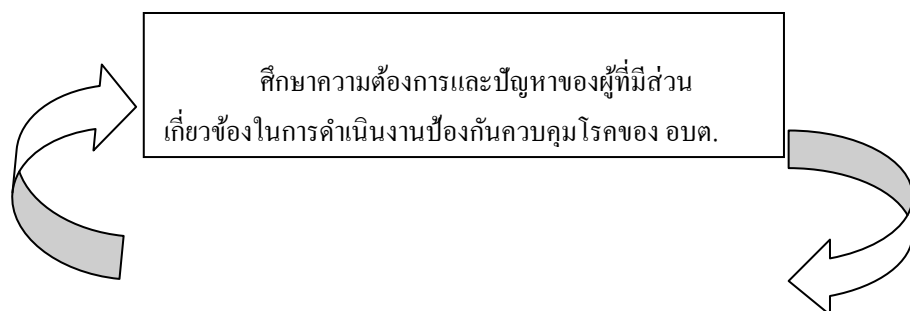
ทัศนีย์ รอดชมภู (http://164.115.5.20/printdoc?doc_id=852&q=อบต.การ พัฒนา) ได้ศึกษาบทบาทหน้าที่และกระบวนการวางแผนขององค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ในเขตการสาธารณสุข 6 ปี 2541 – 2542 พบว่า ปลัด อบต. มีบทบาทในกระบวนการวางแผนการดำเนินงานของ อบต.มากที่สุด โดยมีบทบาท 3 อย่างคือ 1) ประสานงานกับบุคคลและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง 2) เข้าร่วมประชุมเพื่อชี้แนะ หรือเสนอข้อคิดเห็นในการจัดทำแผนคณะกรรมการบริหาร อบต. 3) ร่วมจัดทำโครงการแก้ปัญหา / พัฒนางานของ อบต. ในการจัดทำแผนพัฒนาตำบลทุกแห่งจะมีบุคคลที่ทำหน้าที่เป็นแกนในการจัดทำ ซึ่งพบว่า ปลัด อบต. ทำหน้าที่เป็นแกนมากที่สุด บุคคล/หน่วยงานที่ อบต. ประสานให้ร่วมจัดทำแผน ได้แก่ เกษตรตำบล พัฒนาการ ปลัดอำเภอ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย และครู ตามลำดับ แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการวางแผนมากที่สุด คือ โครงสร้างพื้นฐาน รองลงมา คือ เกษตร สุขภาพอนามัย สิ่งแวดล้อมและการศึกษา ปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ คือ การรับประทานอาหารสุกๆดิบๆ เด็ก 0-5 ปี ขาดสารอาหาร การแพร่ระบาดของยาเสพติดและไข้เลือดออก แต่การบรรจุแผนงานโครงการ / กิจกรรมด้านสาธารณสุขในแผนมากที่สุดและเป็นลำดับต้นๆ คือ การควบคุมป้องกันโรคเอดส์ การควบคุมป้องกันยาเสพติด และการควบคุมป้องกัน

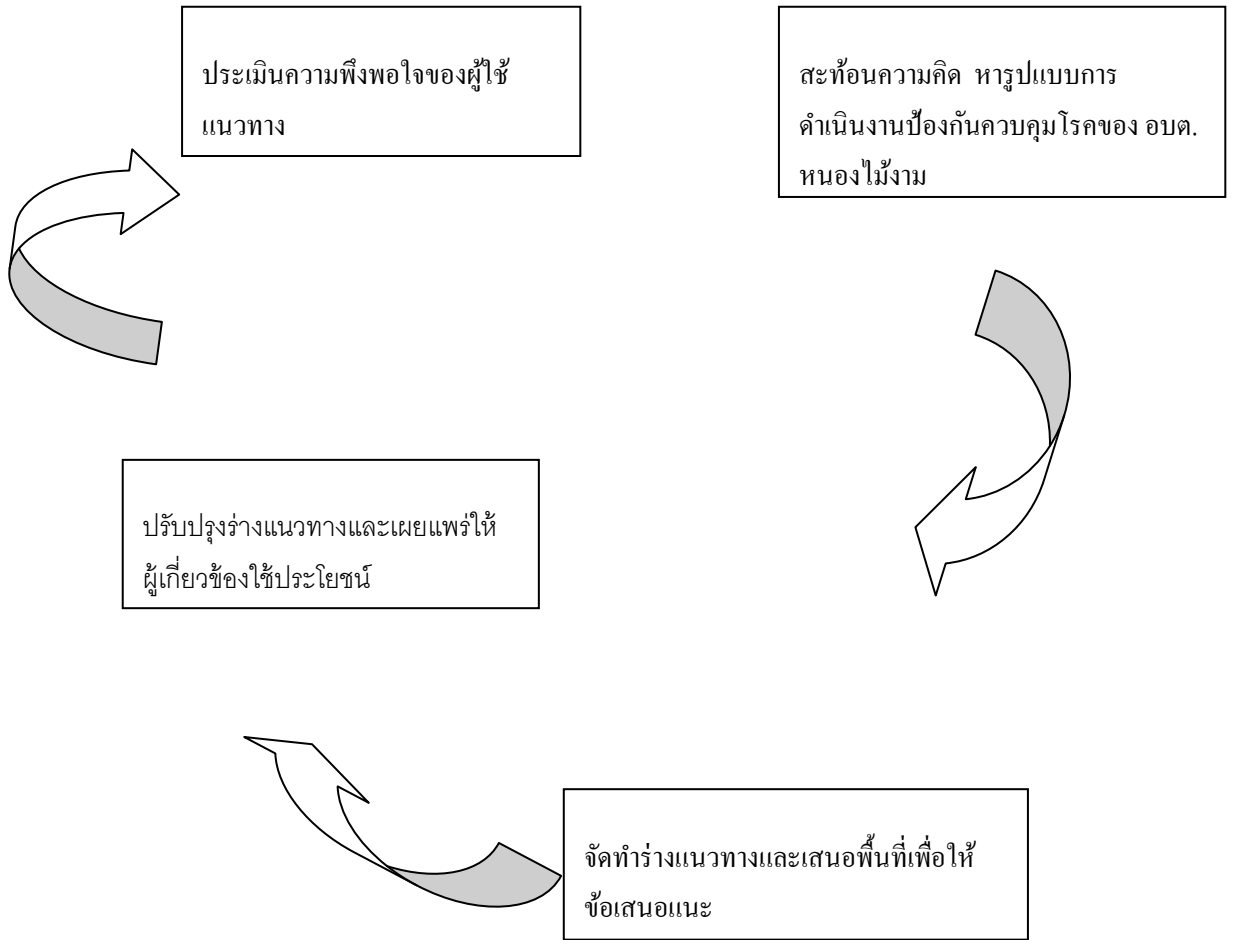
โรคนำโดยสัตว์และแมลง ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานที่พบ 3 ลำดับแรก คือ 1) งบประมาณมีจำกัด 2) สมาชิก อบต. ขาดความรู้ความเข้าใจในบทบาทหน้าที่ของตน 3)ขาดการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการพัฒนาตำบลร่วมกัน ข้อเสนอแนะของ อบต. ในด้านสาธารณสุข คือ การเข้าไปร่วมให้ข้อมูล ข้อเสนอแนะ และการประสานการดำเนินงานร่วมกันของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขกับ อบต. ส่วนข้อเสนอแนะด้านอื่นๆ คือ การให้ อบต. เป็นศูนย์กลางของการพัฒนาตำบล จึงควรมีเจ้าหน้าที่ประจำทุกด้านใน อบต. และรองลงมา คือ การอบรมสมาชิกสภา อบต. ให้รู้ระเบียบกฎหมายข้อบังคับและบทบาทหน้าที่

พัชรา ผิวขาว (2544) ได้ศึกษาศึกษาภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการสาธารณสุขมูลฐาน : กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลจากเอกสาร และเก็บข้อมูลภาคสนามจากการสัมภาษณ์ ตั้งเขต พบว่า บุคลากรขององค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการสาธารณสุขมูลฐาน มีความรู้ความเข้าใจในงานสาธารณสุขจากการเข้าร่วมกิจกรรมประชุมหรือฝึกอบรม รายได้ขององค์การบริหารส่วนตำบลมีมากแต่ใช้ในการสนับสนุนงานสาธารณสุขมูลฐานโดยตรงเพียงร้อยละ 0.42 ของงบประมาณ ส่วนใหญ่จัดสรรในงานควบคุมป้องกันโรคติดต่อที่เกิดขึ้นในตำบลและป้องกันยาเสพติด ด้านการบริหารจัดการ มีการจัดตั้งองค์กรขึ้นรองรับงานฝ่ายสาธารณสุขและสิ่งแวดล้อม มีวาระติดตามงานทุกเดือน ด้านวัสดุ ครุภัณฑ์ สำหรับสนับสนุนกิจกรรมด้านสาธารณสุขมูลฐาน มีครุภัณฑ์ที่เน้นการแก้ไขปัญหาสิ่งแวดล้อม การกำจัดขยะสิ่งปฏิกูล การจัดหาน้ำสะอาด และการป้องกันโรคติดต่อ ด้านองค์กรภายนอก และด้านสภาพแวดล้อม หน่วยงานจากกระทรวงสาธารณสุขเข้ามาสนับสนุนกิจกรรมพัฒนางานสาธารณสุขตามนโยบาย แต่บุคลากรด้านสาธารณสุขระดับตำบลยังมีการประสานข้อมูล และเสนอปัญหาความต้องการด้านสาธารณสุขระดับตำบลยังมีน้อย

จากการศึกษาวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องนำไปสู่การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองไม้งาม มีกรอบแนวคิดดังต่อไปนี้

กรอบแนวคิด





บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์สำหรับองค์กรปกครองส่วน
ท้องถิ่น กรณีศึกษาตำบลหนองไม้งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

รูปแบบการศึกษา

เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยใช้วิธีการเก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ระยะดังนี้

ระยะที่ 1 ศึกษาบริบทการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ เพื่อออกแบบกิจกรรมพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ โดยการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม ใช้เทคนิค F.S.C และการจัดการความรู้

1. ประชากรที่ศึกษา ประกอบด้วย

1) ผู้กำหนดนโยบายในการดำเนินงานสาธารณสุขตำบลหนองไผ่งาม ได้แก่ ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบ้านกรวด สาธารณสุขอำเภอ ปลัดอาวุโส ท้องถิ่นอำเภอ นายกอบต ปลัด อบต หนองไผ่งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

2) ผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับงานสาธารณสุขตำบลหนองไผ่งาม ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย หนองไผ่งาม ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของอบต หนองไผ่งาม

3) ผู้นำชุมชนที่มาจากการเลือกตั้ง/แต่งตั้ง ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต) จำนวน 30 คน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม) จำนวน 45 คน

4) ประชากรในตำบลหนองไผ่งาม จำนวน 6,567 คน

2. กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา ประกอบด้วย

1) ทำการเลือกกลุ่มตัวเลือกตามคุณสมบัติแบบเจาะจงสำหรับผู้กำหนดนโยบายและผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขตำบลหนองไผ่งาม จำนวน 8 คน และผู้นำชุมชนจำนวน 30 คน

2) ทำการเลือกกลุ่มประชากรที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป เลือกโดยวิธีการสุ่มแบบบังเอิญจำนวน 723 คน

3. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

3.1. การเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อประเมินสถานการณ์ ปัญหาและความต้องการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์โดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วม ประกอบด้วย

1) แนวคำถามในการสัมภาษณ์เชิงลึก

- สัมภาษณ์ผู้กำหนดนโยบายตำบลหนองไม้งามในประเด็นบทบาทหน้าที่ของ อบต. ในการป้องกันโรคเอดส์ในชุมชน ปัญหา อุปสรรคและแนวทางแก้ไข

- สัมภาษณ์ระดับผู้ปฏิบัติในประเด็นบทบาทหน้าที่ที่รับผิดชอบ ลักษณะงาน ปริมาณงานงบประมาณ ปัญหาอุปสรรค

2) แนวคำถามในการสนทนากลุ่ม เกี่ยวกับบทบาทการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. ในการจัดทำแผนงานโครงการ การวางแผนแก้ไขปัญหา งบประมาณ วิธีการ และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์

3.2. การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถามที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นสำหรับเก็บข้อมูลความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค และบทบาทของ อบต. ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่ ประกอบด้วย 3 ส่วนคือ

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ลักษณะประชากร เพศ ระดับการศึกษา สถานภาพสมรสและรายได้

ส่วนที่ 2 ความคิดเห็นของการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ประกอบด้วย ร่วมวางแผนการดำเนินงาน ร่วมดำเนินงาน จัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้านให้เหมาะสมถูกหลักอนามัยเพื่อป้องกันการเกิดโรคเอดส์ ร่วมประเมินผลการดำเนินงาน และการดูแลสุขภาพคนในครอบครัว

ส่วนที่ 3 ความต้องการของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. ประกอบด้วย 1) ให้ความรู้โรคเอดส์ 2) ให้คำแนะนำในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ 3) ควบคุมป้องกันโรคเอดส์ในพื้นที่ 4) สนับสนุนงบประมาณ 5) สนับสนุนวัสดุ อุปกรณ์ 6) อบต. ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ร่วมกับสถานีอนามัย

4. การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

ตรวจสอบความตรงตามเนื้อหาและความถูกต้องเชิงโครงสร้าง (Content and Construct Validity) ของแบบสอบถามที่สร้างขึ้นโดยการปรึกษาอาจารย์ที่ปรึกษา เพื่อตรวจสอบความถูกต้องและความเที่ยงตรงของเนื้อหาตามขอบเขตการศึกษา ตลอดจนการวางรูปแบบภาษาที่เหมาะสมแล้วจึงนำมาปรับปรุงแก้ไขได้ ค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.72 และค่าความเที่ยงเท่ากับ 0.70

5. การวิเคราะห์ข้อมูล

5.1. ข้อมูลเชิงคุณภาพ การสัมภาษณ์เชิงลึก การสนทนากลุ่ม ใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis)

5.2. ข้อมูลเชิงปริมาณ จากแบบสัมภาษณ์ และแบบประเมินความพึงพอใจวิเคราะห์ทางสถิติโดยใช้โปรแกรมสถิติสำเร็จรูป วิเคราะห์โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย

ระยะที่ 2 ออกแบบกิจกรรมจัดการกระบวนการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ(Action Research)

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ปฏิบัติงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3. วิธีดำเนินการวิจัย

3.1 จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำร่างแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.2 จัดกระบวนการพัฒนาร่างแนวทาง(ตามองค์ประกอบของมาตรฐานการจัดทำแนวทางของกรมควบคุมโรค) ดังนี้

- 1) จัดตั้งคณะกรรมการ/คณะทำงานจัดทำร่าง ที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มเป้าหมายผู้ใช้
- 2) ทบทวนเอกสารหลักฐานทางวิชาการที่สำคัญ

3.3 เมื่อจัดทำร่างแนวทางเสร็จเรียบร้อย ส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา และส่งให้เครือข่ายทดลองใช้แนวทางดังกล่าวและปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจในแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

1. รูปแบบการวิจัย เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา(Descriptive Study)

2. ประชากรศึกษา ในการประเมินความพึงพอใจแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในครั้งนี้ เป็นผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 859 แห่งในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิ บุรีรัมย์ และสุรินทร์

กลุ่มตัวอย่างในการประเมินความพึงพอใจในครั้งนี้ เป็นผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยการเปิดตารางKrejcie& Morgan ได้ขนาดตัวอย่างจำนวน 268 แห่ง ดำเนินการสุ่มตัวอย่างโดยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) ด้วยการจับสลากแบบทดแทนของอาสาสมัครสาธารณสุขจนได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบ 268 คน

3. วิธีการดำเนินการ

ประเมินโดยใช้แบบประเมินตามที่สำนักจัดการความรู้เป็นผู้สร้างขึ้น

เครื่องมือที่ใช้ในการประเมินความพึงพอใจในครั้งนี้เป็นแบบสอบถามที่สำนักจัดการความรู้สร้าง ขึ้น โดยแบ่งเป็น 3 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วยข้อมูลเกี่ยวกับ เพศ อายุ วุฒิการศึกษา ตำแหน่งงาน หน่วยงาน ระยะเวลาในการทำงาน ข้อมูลการใช้ประโยชน์

ตอนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจ แนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ลักษณะแบบสอบถาม เป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) มีคำตอบให้เลือกตอบ 5 ระดับคือ มากที่สุด มาก น้อย น้อยที่สุด และไม่ตอบ

ความหมาย	คะแนน
พอใจมากที่สุด	4
พอใจมาก	3
พอใจน้อย	2
พอใจน้อยที่สุด	1
ไม่ตอบ	0

แปลผลโดยการจัดเป็น 5 ระดับ คือ มากที่สุด มาก ปานกลาง น้อย น้อยที่สุด ซึ่งได้จากการแบ่ง ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ความหมาย	ช่วงคะแนนเฉลี่ย
พอใจในระดับมากที่สุด 3	.21-4.00
พอใจในระดับมาก	2.41-3.20
ความหมาย	ช่วงคะแนนเฉลี่ย
พอใจในระดับปานกลาง 1	.61-2.40
พอใจในระดับน้อย 0.81	-1.60
พอใจในระดับน้อยที่สุด	0.00-0.80

ตอนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

4. วิธีการรวบรวมข้อมูล

ดำเนินการส่งแบบสอบถามพร้อมเจ้าหน้าที่ของติดแสดมบี ให้กับหน่วยงานที่สุ่มไว้ หลังจากนั้น
บันทึกข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูป ใช้ค่าสถิติร้อยละ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

ระยะที่ 1 Situation analysis ศึกษาปัญหา ความต้องการของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกัน
ควบคุมโรคของ อบต. โดยการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม ใช้เทคนิค FSC และการจัดการความรู้

การศึกษาค้นคว้าและการมีส่วนร่วมของพหุภาคีเพื่อพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกัน
ควบคุมโรคเอดส์สำหรับองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ ผล
การศึกษานำเสนอสรุปได้ 3 ส่วน คือ

1. ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน
2. ความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ตำบลหนองไ้ม้งาม
3. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของ อบต. หนองไ้ม้งาม

1. ข้อมูลพื้นฐานของชุมชน

1.1 ลักษณะทั่วไปของชุมชน

บ้านหนองไ้ม้งามเป็นหมู่บ้านเก่าแก่ที่มีมานานหลายชั่วอายุคน แต่เดิมขึ้นอยู่ในเขตปกครองตำบลปังกู อำเภอประโคนชัย ซึ่งต่อมาได้แยกมาขึ้นกับตำบลจรเข้มาก อำเภอประโคนชัย เมื่อวันที่ 1 มีนาคม 2481 ตำบลบ้านกรวดได้ยกฐานะเป็นกิ่งอำเภอบ้านกรวด บ้านหนองไ้ม้งาม จึงได้โอนมาขึ้นอยู่ในเขตปกครองของตำบลบ้านกรวด กิ่งอำเภอบ้านกรวด และในปี 2509 ได้แยกตำบลออกเป็นตำบลหนองไ้ม้งาม โดยมีกำนันปกครองคนแรก คือ นายถ่วง นิลประโคน

ลักษณะทางภูมิศาสตร์ ตำบลหนองไ้ม้งามอยู่ห่างจากอำเภอบ้านกรวด ไปทางทิศตะวันตกเฉียงใต้ประมาณ 14 กิโลเมตร ทิศตะวันออกของตำบลหนองไ้ม้งามติดชายแดนประเทศกัมพูชา ทิศเหนือติดอำเภอประโคนชัย ทิศตะวันตกและทิศใต้ติดอำเภอละหานทราย มีเนื้อที่ทั้งหมด 37,681.28 ไร่ พื้นที่ทางทิศใต้เป็นแหล่งน้ำ ดันน้ำ และป่าอุดมสมบูรณ์ ประชากรส่วนใหญ่อพยพมาจากจังหวัดอุบลราชธานี สระแก้ว ร้อยเอ็ด และจังหวัดใกล้เคียงมีโรงเรียนประถมศึกษา 3 แห่ง โรงเรียนขยายโอกาส 2 แห่ง มีวัด 8 แห่ง มีสถานีอนามัยหนองไ้ม้งาม สถานีตำรวจตำบลหนองไ้ม้งาม

ลักษณะโครงสร้างของประชากรในหมู่บ้าน ประชากรที่อาศัยอยู่ในหมู่บ้านจำนวนทั้งสิ้น 6,567 คน เป็นเพศหญิง 3,409 คน เพศชาย 3,158 คน รวม 1,556 ครอบครัว ประชากรส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธและประกอบอาชีพเกษตรกรรม ภาษาที่ใช้ในการสื่อสาร คือ ภาษาไทยโคราช ภาษาอีสาน และภาษาเขมร ตำบลหนองไ้ม้งามมีการรวมกลุ่มเพื่อประกอบกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. กลุ่มจักสาน
2. กลุ่มแปรรูปไม้ไผ่
3. กลุ่มเย็บจักร
4. กลุ่มไฟหญ้าคา
5. กลุ่มเย็บเสื้อผ้า
6. กลุ่มนุ้ยชีวภาพ
7. กลุ่มเกษตรกรรมปลูกยางพารา
8. กลุ่มไร่นาสวนผสม
9. กลุ่มไม้ดอกไม้ประดับ

10. กลุ่มสตรีแม่บ้าน

11. กลุ่มทอผ้าไหม

12. กลุ่มออมทรัพย์

ตำบลหนองไม้งามแบ่งการปกครองออกเป็น 15 หมู่บ้าน ได้แก่

หมู่ที่ 1 บ้านหนองไม้งาม

หมู่ที่ 2 บ้านหนองไม้งามเก่า

หมู่ที่ 3 บ้านหนองตะลุมพุก

หมู่ที่ 4 บ้านหนองไม้งามเก่าเหนือ

หมู่ที่ 5 บ้านโคกวัด

หมู่ที่ 6 บ้านสายตรี 9

หมู่ที่ 7 บ้านหนองตะลุมพุก 2

หมู่ที่ 8 บ้านสายตรี 16

หมู่ที่ 9 บ้านหนองไม้งามใหม่

หมู่ที่ 10 บ้านสายตรี 10

หมู่ที่ 11 บ้านสายตรี 16 พัฒนา 2

หมู่ที่ 13 บ้านงามสะอาด

หมู่ที่ 14 บ้านงามใต้สามัคคี

หมู่ที่ 15 บ้านหนองตะลุมพุก 3

ตำบลหนองไม้งาม มีประเพณีเก่าแก่หลายอย่างในหมู่บ้านกระจายในเดือนต่างๆเรียงตามลำดับดังต่อไปนี้

เดือน 3 ประเพณีบุญบั้งข้าวจี

เดือน 4 ประเพณีบุญพระเวส

เดือน 5 ประเพณีวันสงกรานต์ รดน้ำผู้สูงอายุ

เดือน 6 ประเพณีทำบุญเบิกบ้าน

เดือน 7 ประเพณีบุญบั้งไฟ

เดือน 8 ประเพณีทำบุญเข้าพรรษา

เดือน 9 ประเพณีข้าวประดับดิน

เดือน 10 ประเพณีทำบุญข้าวสารท

1.2 ลักษณะทั่วไปของสถานีอนามัยหนองไผ่งาม

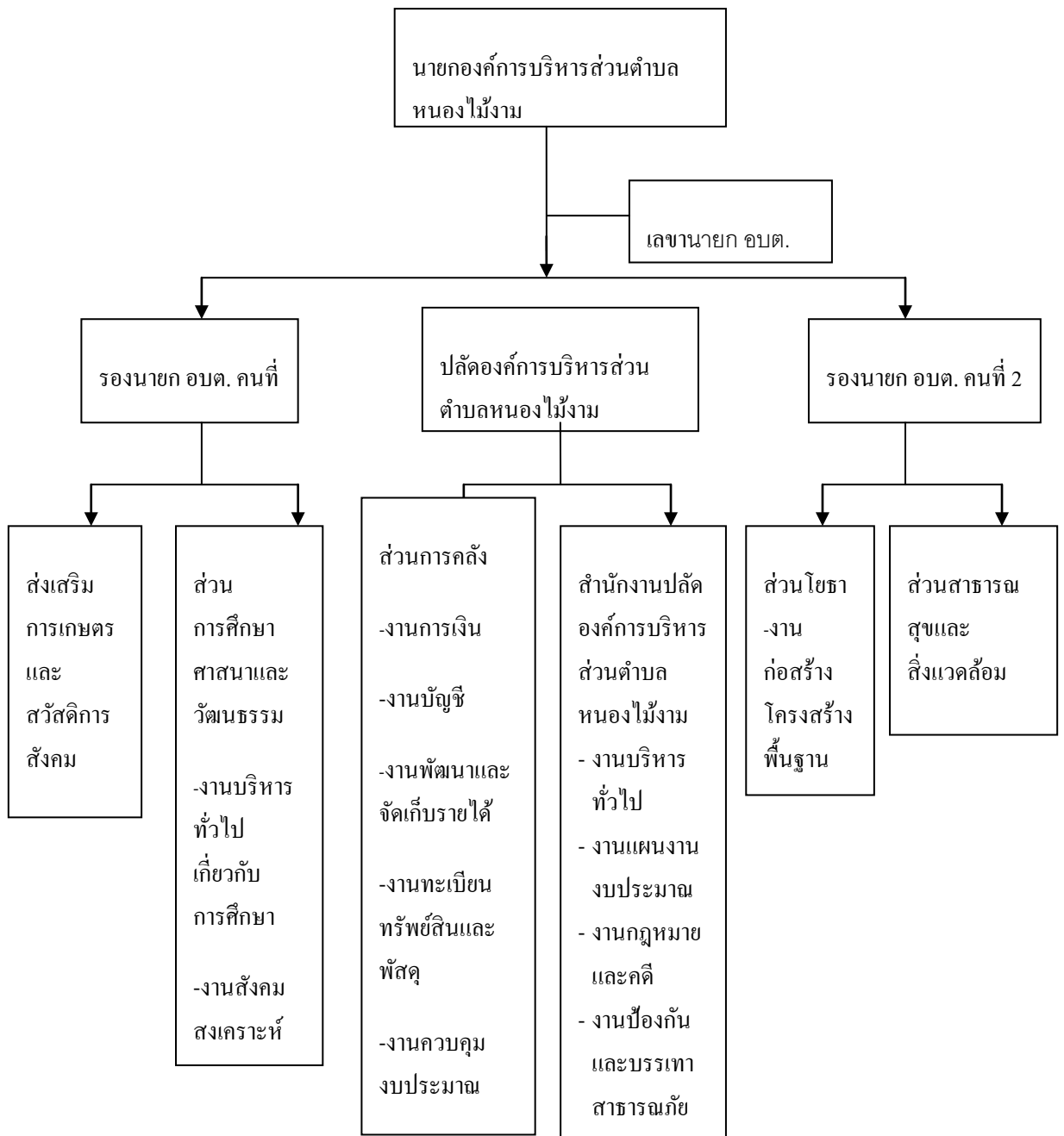
สถานีอนามัยหนองไผ่งามมีเจ้าหน้าที่จำนวน 3 คน ประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่บริหารงาน สาธารณสุข 6 จำนวน 1 คน, พยาบาลวิชาชีพ 2 คน , ลูกจ้างชั่วคราว 1 คน

มีหน้าที่ความรับผิดชอบจัดการบริหารและบริการทั้งการรักษาพยาบาล ฟันฟู และส่งเสริมสุขภาพ ป้องกันควบคุมโรคและสุขภาพสิ่งแวดล้อม

1.3 ลักษณะทั่วไปขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งาม

องค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งาม เป็น อบต. ขนาดเล็ก มีนายธนา กิจเชื้อตรง เป็นนายก องค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งาม แบ่งการดำเนินงานออกเป็น สำนักงานปลัด อบต.หนองไผ่งาม, ส่วนการคลัง, ส่วนโยธา, ส่วนการศึกษาและวัฒนธรรม มีข้าราชการและลูกจ้าง จำนวน 18 คน ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขนั้น มีนักวิชาการการศึกษาเป็นผู้รับผิดชอบ

แผนภาพแสดง แผนผังการดำเนินงานองค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งาม



2.ความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ตำบลหนองไม้งามอำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์

การศึกษาในครั้งนี้ได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของ อบต.หนองไม้งาม ได้แก่ ผู้อำนวยการ โรงพยาบาลบ้านกรวด สาธารณสุขอำเภอบ้านกรวด ปลัดอาวุโสอำเภอบ้านกรวด ท้องถิ่นอำเภอบ้านกรวด นายก อบต.หนองไม้ งาม ปลัด อบต.หนองไม้งามและระดับผู้ปฏิบัติงาน ได้แก่ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหนองไม้งาม

ผู้รับผิดชอบงานสาธารณสุขของ อบต. และสนทนากลุ่มย่อย กับกลุ่มผู้นำชุมชน ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

ตารางที่ 1 จำนวนของกลุ่มตัวอย่างตามชนิดของการเก็บข้อมูล

ชนิดของการเก็บข้อมูล	จำนวนกลุ่มตัวอย่าง (คน)	ชาย	หญิง
สัมภาษณ์เชิงลึก	8	6	2
ประชุมกลุ่มย่อย (3 กลุ่ม)	30	15	15
สัมภาษณ์ตามแบบสอบถาม	723	325	398
รวม	761	346	415

การสัมภาษณ์เชิงลึกเพื่อถามความคิดเห็นของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดนโยบายต่อบทบาทหน้าที่ของ อบต. หนองไ้ม้งาม เกี่ยวกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน พบว่าผู้ที่มีส่วนในการกำหนดนโยบาย เห็นว่า นโยบายของการดำเนินงานด้านสาธารณสุขไม่ชัดเจน ไม่มีการประชุมชี้แจงจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในท้องถิ่น ไม่ได้รับการประสานงานจากโรงพยาบาลถึงบทบาทหน้าที่ขอบเขตที่ต้องรับผิดชอบ อบต. มีบุคลากรจำนวนน้อย ขาดเจ้าหน้าที่ที่จบด้านสาธารณสุขโดยตรง ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขควรทำงานแบบเครือข่ายระหว่าง อบต. สถานีอนามัย อสม. งบประมาณด้านสุขภาพมีจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับงบด้านอื่นใน อบต. ในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขที่ผ่านมาของ อบต. หนองไ้ม้งามที่เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน คือ การควบคุมป้องกันโรคไข้เลือดออก และโรคพิษสุนัขบ้า ซึ่งหน้าที่ของอบต. ควรดูแลสุขภาพของประชาชน ควรให้สถานีอนามัยรับผิดชอบด้านสาธารณสุขโดยอบต. สนับสนุนงบประมาณ ปัญหาที่พบในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขของ อบต. คือ ประชาชนไม่ได้ร่วมวางแผนในการของบประมาณ

ส่วนระดับผู้ปฏิบัติงานควบคุมโรคของตำบลหนองไ้ม้งามมีความเห็น ต่อการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. หนองไ้ม้งามว่า ในระดับผู้ปฏิบัติงานสาธารณสุขไม่มีปัญหาเรื่องงบประมาณ แต่เห็นว่าการดำเนินงานด้านสาธารณสุขขาดความต่อเนื่อง เนื่องจากขาดบุคลากรที่จบด้านสาธารณสุข โดยตรงทำให้ทำงานตามนโยบายหรือตามหนังสือสั่งการเท่านั้น และเป็นการทำงานแบบแยกส่วน เช่น อบต.มีหน้าที่ในการพนัหมอกควัน หยอดทรายอะเบท สถานีอนามัยมีหน้าที่ในการให้ความรู้แก่ชุมชน ในมุมมองของผู้ปฏิบัติงานคิดว่าน่าจะเป็นทีมงานเดียวกัน

จากการสนทนากลุ่มของผู้นำชุมชนต่อการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคของ อบต. หนองไ้ม้งาม พบว่า ผู้นำชุมชนมีความเห็นว่า ในด้านการดำเนินการ อบต. ควรเป็นศูนย์กลางในการป้องกันโรคใน

ชุมชนและจัดเตรียมยาและเวชภัณฑ์ให้พร้อมใช้ ควรมีการประสานงานที่ดีระหว่างผู้ใหญ่บ้านและผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน และควรให้ อบต. จัดตั้ง ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานในชุมชน

สำหรับความเห็นเกี่ยวกับด้านงบประมาณคิดว่า อบต. ควรจัดตั้งค่าแรงในการพ่นหมอกควัน สำหรับผู้ที่ช่วยทำการพ่นหมอกควัน เพราะทุกคนมีภารกิจต้องประกอบอาชีพ ในการดำเนินการต่างๆ งบประมาณมักจะล่าช้าในด้านองค์ความรู้ อบต. ควรให้ความรู้แก่ประชาชนในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์อสม. ต้องการอบรมความรู้ด้านสุขภาพเพิ่มเติม

ความคิดเห็นของประชาชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์

ในการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนในตำบลหนองไม้งาม จำนวน 723 ราย พบว่าความคิดเห็นของชุมชนในเรื่องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์เรียงลำดับดังต่อไปนี้

ตารางที่ 2 ความต้องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์

อบต.หนองไม้งาม

ความต้องการการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์	จำนวน(ราย) N = 723	ร้อยละ
ต้องการมีส่วนร่วมในการประเมินผลการดำเนินงาน	491	67.90
ต้องการดูแลสุขภาพคนในครอบครัว	447	61.80
ต้องการจัดสิ่งแวดล้อมภายในบ้าน	378	52.30
ต้องการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค	359	49.70
ต้องการมีส่วนร่วมในการวางแผนการดำเนินงาน	337	46.60

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

ตารางที่ 3 ความคาดหวังของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. หนองไม้งาม

ความคาดหวังของชุมชนต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต.หนองไม้งาม	จำนวน(ราย) N = 723	ร้อยละ
อบต. ควรดำเนินงานร่วมกับสถานีอนามัย	229	31.70
อบต. ควรดำเนินการป้องกันควบคุมโรคในพื้นที่	201	27.80
อบต. ควรให้ความรู้เรื่องโรคต่างๆ	197	27.20
อบต. ควรสนับสนุนงบประมาณ	183	25.30
อบต. ควรให้คำแนะนำในการป้องกันควบคุมโรค	178	24.60
อบต. ควรสนับสนุน วัสดุ อุปกรณ์	173	23.90

หมายเหตุ ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

จากผลการสำรวจความคิดเห็นของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. หนองไม้งาม ได้นำมาเป็นข้อมูลพื้นฐานในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ วิเคราะห์จุดแข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคามของตำบลหนองไม้งาม กำหนดวิสัยทัศน์ พันธกิจ และแผนงาน โครงการในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคของตำบลหนองไม้งาม โดยมีเข้าร่วมกิจกรรมดังต่อไปนี้

1. พระภิกษุตัวแทนฝ่ายศาสนา จำนวน 1 รูป
2. ครูตัวแทนฝ่ายการศึกษา จำนวน 2 คน
3. ผู้ใหญ่บ้าน / ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน จำนวน 14 คน
4. ปราชญ์ชาวบ้าน จำนวน 4 คน
5. อาสาสมัครสาธารณสุข จำนวน 14 คน
6. ตัวแทน อบต. หนองไม้งาม จำนวน 2 คน
7. ตัวแทนจากสถานีอนามัย จำนวน 1 คน

จากผลการประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 1 โดยใช้เทคนิค FSC โดยการวิเคราะห์เหตุการณ์ในอดีต เพื่อเชื่อมโยงกับสภาพการณ์และแนวโน้มในปัจจุบัน วิเคราะห์และสังเคราะห์สภาพการณ์ปัจจุบัน เพื่อความเข้าใจในทิศทางและปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปัญหาโรคติดต่อของชุมชน โดยชุมชนมีความคาดหวังคือ

- สุขภาพแข็งแรง ทั้งกายและใจ มีความสุข
- มีความรักและความสามัคคี

- เด็กเติบโตอยู่ในสังคม
- สวนสุขภาพในตำบล สถานที่ออกกำลัง
- ทุกคนอยู่ดีมีสุขทุกครัวเรือน
- รู้จักวิธีป้องกันโรคติดต่อ
- ไม่มีโรค
- เยาวชนมีสุขภาพที่ดีแข็งแรง ห่างไกลยาเสพติด ออกกำลังกาย
- หมู่บ้านสะอาด

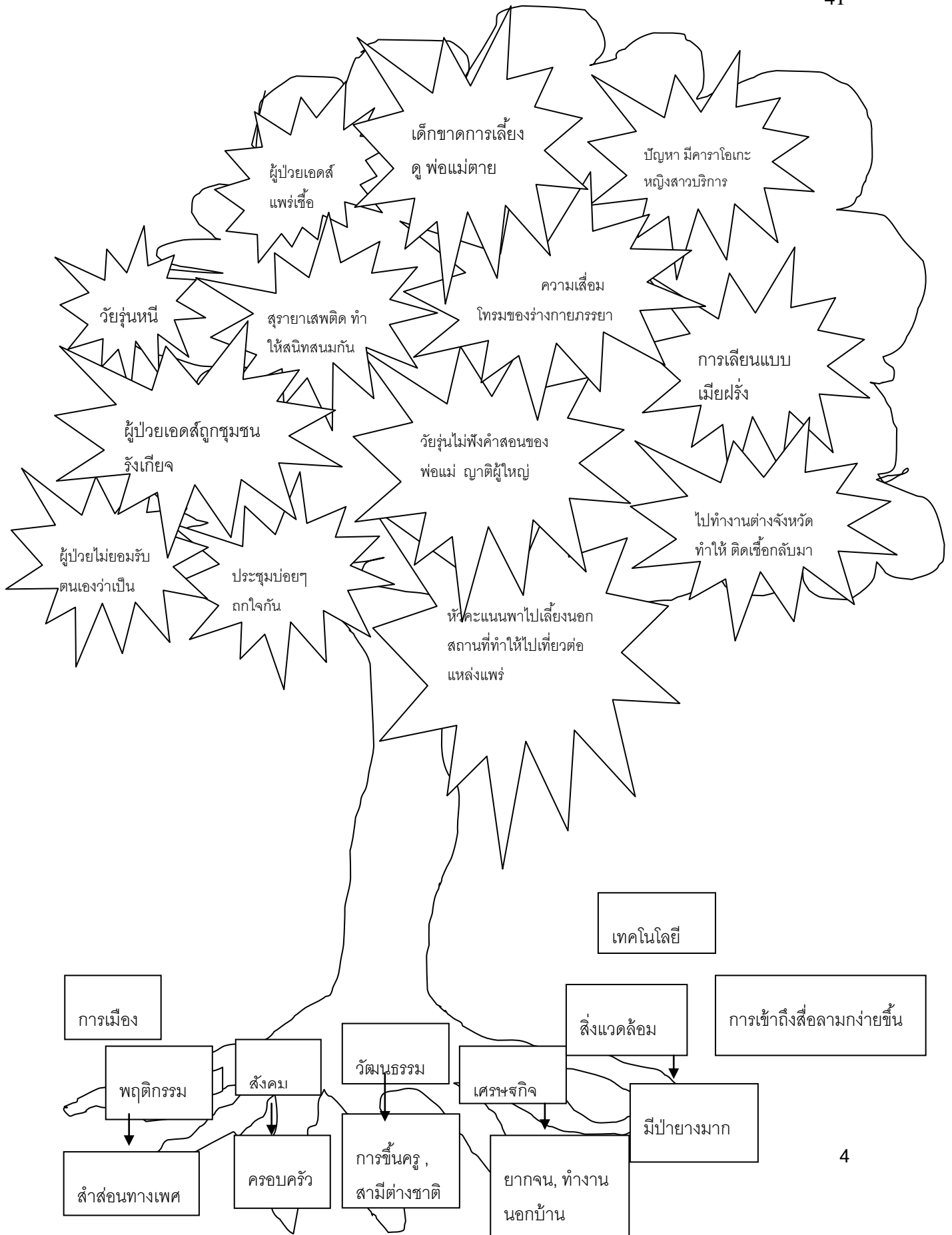
และได้กำหนดวิสัยทัศน์ ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค ระบาด. หนองน้ำงาม ดังนี้ประชาชน มีสุขภาพดีแข็งแรงทั้งกายและใจ รู้จักวิธีป้องกันโรคติดต่อ หลังจากนั้นจึงได้ให้ชุมชนร่วมวิเคราะห์หาจุด แข็ง จุดอ่อน โอกาส และภาวะคุกคาม สามารถสรุปได้ดังประเด็นต่อไปนี้

จุดแข็ง	จุดอ่อน	โอกาส	คุกคาม
<ul style="list-style-type: none"> -เศรษฐกิจดี -ส่วนใหญ่มีความสามัคคี -มีประเพณีเก่าแก่ -ปลอดภัยยาเสพติด -ผู้นำเข้มแข็ง -สภาพแวดล้อมดี -แหล่งน้ำอุดมสมบูรณ์ -อสม.เข้มแข็ง -มีแพทย์รักษาในหมู่บ้าน -อบต.สนับสนุนงบฯ -การไปศึกษาดูงานนอกสถานที่ 	<ul style="list-style-type: none"> -เกี่ยวกับเศรษฐกิจและการประกอบอาชีพ เช่น ไม่มีที่ทำกิน, ทำงานต่างจังหวัด, ยากจน, ขาดความรู้ในการทำไร่, ขาดเงินทุน -เยาวชนหนีโรงเรียน -ดื่มเหล้า -การหย่าร้าง,ครอบครัว -ความคิดล้าสมัย -วัฒนธรรมเริ่มอ่อนขาดศีลธรรม -ขาดข้อมูลข่าวสาร -ไม่เคารพกฎกติกา -ผู้นำชุมชนไม่สนใจการพัฒนา -ประชาชนไม่ให้ความร่วมมือ 	<ul style="list-style-type: none"> -ภาครัฐสนับสนุนกองทุน -มีทหาร นพค มาทำถนนลาดยาง,ส่งเสริมอาชีพ -อบจ.ให้การสนับสนุน -นิคม -โครงการอยู่ดีมีสุข -โครงการ 30 บาท รักษาทุกโรค -การอบรมด้านอาชีพ -มีหน่วย นปค. ที่ 26 -ชกส. ให้การสนับสนุน -มีกลุ่มส่งเสริมการเกษตร 	<ul style="list-style-type: none"> -ราคาผลผลิตตกต่ำ -ไม่สนับสนุนอย่างต่อเนื่อง -สินค้าแพง,ค่าครองชีพสูง -การเมืองไม่แน่นอน -ฝนไม่ตก ภัยแล้ง -วัฒนธรรมต่างชาติ -โทรศัพท์มือถือ -เลือกตั้งบ่อย ทำให้แบ่งพรรคแบ่งพวก -ป่วยแพง

จากการคิดวิสัยทัศน์ การทำ SWOT Analysis เพื่อที่จะนำมาใช้ในการวางแผนแก้ไขปัญหาโรคติดต่อโดยชุมชน สามารถสรุปเป็นกิจกรรมได้ดังต่อไปนี้

1. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพตำบลหนองไผ่งาม (ภาคผนวก)
2. กำหนดขอบเขต บทบาทหน้าที่ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค
3. อบต.หนองไผ่งาม ดำเนินการยืมตัวเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยหนองไผ่งามมาปฏิบัติราชการที่ อบต. หนองไผ่งาม อาทิตย์ละ 1 วัน
4. ผู้ใหญ่บ้านและ อสม. ทุกหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการจัดทำแผนหมู่บ้านและทำประชาคม เพื่อนำเสนอของบประมาณต่อ อบต. หนองไผ่งาม

จากนั้นได้กำหนดผังการดำเนินงานของคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพ ตำบลหนองไผ่งาม (รายละเอียดอยู่ในภาคผนวก) และได้กำหนดงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์เป็นโรคแรกที่จะดำเนินการโดยจัดประชุมเชิงปฏิบัติการครั้งที่ 2 ในวันที่ 25 – 26 กันยายน 2550 เพื่อหาแนวทางกิจกรรมการดำเนินงานควบคุมโรคเอดส์ โดยได้คิดถึงสาเหตุ รากปัญหาเอดส์ที่เกิดขึ้นในชุมชนสามารถสรุปได้ดังต่อไปนี้



3. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต. หนองไผ่งาม

จากผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง และการติดตามการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต.หนองไผ่งาม พบว่า การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต.หนองไผ่งาม มีการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1. เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยช่วยราชการที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองไผ่งามสัปดาห์ละ 1 วัน
2. จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพตำบลหนองไผ่งาม ประชุมติดตามงานปีละ 2 ครั้ง
3. ผู้ใหญ่บ้านและ อสม. ทุกหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการจัดทำแผนหมู่บ้านและทำประชาคม เพื่อนำเสนอของบประมาณต่อ อบต. หนองไผ่งาม
4. ดำเนินการแก้ปัญหาที่รากของปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (เหมือนการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์)และต้องทำกิจกรรมในการแก้ปัญหาพร้อมๆกันในทุกๆด้านของปัญหานั้นๆ
5. มีการ ติดตามประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง

จากการประชุมเชิงปฏิบัติการในการแก้ปัญหาโรคเอดส์ สามารถสรุปเป็นกิจกรรมได้ดังนี้

การป้องกันโรคเอดส์

1. ผู้ใหญ่บ้านและ อสม. ทุกหมู่บ้าน ดำเนินการให้ความรู้เรื่องสุขภาพแก่ชุมชนทุกเดือนในวันที่มีการประชุมประจำเดือน และเน้นเรื่องโรคเอดส์และการป้องกันโรคเอดส์ ในเดือนธันวาคม เนื่องจากวันที่ 1 ธันวาคม เป็นวันเอดส์โลก
2. ปลูกฝังค่านิยมการรักกันवलสงวนตัว โดยทำโครงการพาลูกจูงหลานเข้าวัด
3. ส่งเสริมให้ครอบครัวมีอาชีพเสริมโดยใช้หลักเศรษฐกิจพอเพียง เพื่อให้พ่อแม่ผู้ปกครองไม่ต้องอพยพแรงงานเข้ากรุงเทพ จะได้มีเวลาดูแลลูกหลานและช่วยสอดส่องพฤติกรรมบุตรหลานให้อยู่ในศีลธรรมเช่น กลุ่มจักสาน กลุ่มแปรรูปไม้ไผ่ กลุ่มเย็บจักร กลุ่มไร่นาสวนผสม กลุ่มเกษตรกรรมปลูกยางพารา เป็นต้น
4. ปลูกฝังค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณีพื้นบ้านให้กับเยาวชน และประชาชนให้มีสำนึกรักในบ้านเกิดเช่น เมื่อมีงานลอยกระทงประจำตำบลหนองไผ่งาม จะมีการจัดนิทรรศการโรคเอดส์ ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ รวมถึงสาเหตุของการเป็นโรคเอดส์ว่าสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ติดเชื้อ HIV นั้นเกิดจากการอพยพ

แรงงาน ทำให้สามีไปใช้บริการของหญิงบริการ และการที่ไปทำงานต่างถิ่นทำให้ไม่ได้เลี้ยงดูบุตร เด็กขาดความอบอุ่นและขาดการอบรมสั่งสอนจากบิดา มารดา เป็นต้น

5. ประสาน อปต. หนองไผ่งามในการจัดตั้งตู้หยอดเหรียญถุงยางอนามัยประจำหมู่บ้าน

การช่วยเหลือผู้ที่ติดเชื้อ HIV

1. คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพตำบลหนองไผ่งามจะต้องประชาสัมพันธ์ให้ผู้ติดเชื้อทราบถึงแนวทางการรับการสงเคราะห์จาก อปต. หนองไผ่งามโดยวิธีประกาศทางหอกระจายข่าว หรือวิทยุชุมชน หากผู้ติดเชื้อยอมเปิดเผยตัวและมาพบ ผู้ใหญ่บ้านหรือ อสม. จะเป็นผู้ช่วยประสานงานกับ อปต.หนองไผ่งามในการดำเนินกิจกรรมดังกล่าว

2. คณะกรรมการพัฒนาสุขภาพตำบลหนองไผ่งาม ทำหน้าที่ให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพและการป้องกันการแพร่เชื้อให้กับคนในครอบครัวของผู้ป่วยและชุมชน โดยทำการติดตามเยี่ยมผู้ติดเชื้อเดือนละ 1 ครั้ง

3. จัดทำโครงการเพื่อนช่วยเพื่อนในกรณีกับผู้ติดเชื้อยอมเปิดเผยตัว เช่น การส่งเสริมการประกอบอาชีพ

จากผลการศึกษาพบว่าแนวทางและปัจจัยเงื่อนไขที่มีผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค อปต. หนองไผ่งาม มีดังนี้

1. นโยบายของรัฐบาลในการดำเนินงานด้านสาธารณสุขต้องชัดเจนเช่น ควรมีหนังสือถ่ายโอนภารกิจด้านสาธารณสุข โดยระบุกิจกรรม ขอบเขตของงานให้ครบถ้วน

2. เจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับตำบล อำเภอ จะต้องเป็นผู้ประสานงานที่ดี สามารถให้ข้อเสนอแนะหรือชี้แจงถึงความสำคัญของโครงการที่จะดำเนินการและสามารถทำให้นายก อปต. เห็นความสำคัญของงานป้องกันควบคุมโรคได้

3. ควรเพิ่มการมีส่วนร่วมของประชาชนให้มากขึ้น เพื่อการบรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าอย่างยั่งยืน

ในการวิจัยครั้งนี้ได้มีการใช้กระบวนการจัดการความรู้มาช่วยในการติดตามการดำเนินงาน โดยให้ตัวแทนของชุมชนนำผลการดำเนินงานมาแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับเครือข่ายการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพ เขตสาธารณสุขที่ 13 ทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักและตื่นตัวในกระบวนการกลุ่มทั้งในเรื่องการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์และกระบวนการจัดการความรู้ โดยมีจุดประสงค์ที่จะดำเนินงานในลักษณะเครือข่ายให้เกิดการทำงานที่ดียิ่งขึ้นต่อไป

หลังจากที่ได้มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์เป็นเวลา 2 ปี (ปีงบประมาณ 2550-2551) ผู้วิจัยได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียถึงความพึงพอใจในการดำเนินงาน พบว่าผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจในการดำเนินงานของ อบต. หนองไม้งาม ทั้งในเรื่องของงบประมาณ การฝึกอบรมให้กับผู้ติดเชื้อ การให้การสงเคราะห์ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจ อบต. และสถานีอนามัยที่มีการประสานงานในการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์เป็นอย่างดี แต่ควรจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ชุมชนให้ความร่วมมือดี แต่ยังพบสิ่งที่จะต้องปรับปรุง คือ งบประมาณค่อนข้างจำกัด การให้ความรู้แก่ชุมชน ควรจะดำเนินการบ่อยๆ จึงจะทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักและมีการป้องกันโรคเอดส์เพิ่มขึ้น คณะทำงานยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ทุกคน เนื่องจากบางคนมีการกิจในการประกอบอาชีพ

ในส่วนของผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุขใน อบต. พบว่า มีความพึงพอใจต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง เนื่องจากว่า คณะทำงานบางคนยังไม่มีส่วนร่วมเท่าที่ควร ควรจะขยายผลไปสู่แกนนำคนอื่นที่ไม่ได้เข้าร่วมประชุม และควรพากลุ่มวัยรุ่น ไปดูงานที่วัดพระพุทธรบาทน้ำพุ เพื่อปรับเปลี่ยนแนวคิดของวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง

ความคิดเห็นของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประจำสถานีอนามัย พบว่า มีความพึงพอใจ ที่อบต. และชุมชนให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี มีความเข้มแข็ง มีการวางแผนการดำเนินงานด้วยกันทุกครั้ง สิ่งที่ต้องปรับปรุง ควรหากลยุทธ์ในการดำเนินการใหม่ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเปิดเผยตัวมากขึ้น

ระยะที่ 2 ออกแบบกิจกรรมจัดกระบวนการพัฒนาแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและเสนอพื้นที่เพื่อให้ข้อเสนอแนะและปรับปรุงร่างแนวทางและเผยแพร่ให้ผู้เกี่ยวข้องใช้ประโยชน์ (ภาคผนวก)

จัดประชุมเชิงปฏิบัติการ การจัดทำคู่มือ/แนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์สำหรับ อบต. เมื่อวันที่ 22-23 เมษายน 2556 ณ ออโรรา รีสอร์ท เขาใหญ่ จังหวัดนครราชสีมา โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจำนวน 15 คน ซึ่งเป็นตัวแทนจากโรงพยาบาลชุมชน สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ เทศบาล องค์การบริหารส่วนตำบล และสำนักงานป้องกันควบคุมโรค โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อจัดทำแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์สำหรับ อบต. โดยบรรยายลักษณะของแนวทางที่ดี กำหนดหัวข้อเรื่องที่จะเขียนในแนวทาง และแบ่งกลุ่มเขียนในบทนั้น มีรายละเอียดดังนี้

1. บทนำ (สถานการณ์โรคเอดส์)
2. นโยบาย กฎหมาย พรบ. โรคเอดส์
3. การช่วยเหลือสงเคราะห์คนไข้เอดส์และผู้ติดเชื้อ HIV หน่วยงานที่เกี่ยวข้อง การประสานงาน

4. กระบวนการสร้าง การมีส่วนร่วมของเครือข่ายในการป้องกันควบคุมโรค เทคนิคการให้ความรู้

เมื่อจัดทำร่างแนวทางเสร็จเรียบร้อยแล้ว จะต้องส่งให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา จึงจะส่งให้เครือข่ายทดลองใช้แนวทางดังกล่าวและปรับปรุงแก้ไขต่อไป

ระยะที่ 3 ประเมินความพึงพอใจของผู้ใช้แนวทางทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การประเมินความพึงพอใจแนวทางทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในเขตพื้นที่จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์และชัยภูมิสามารถแบ่งได้เป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปข้อมูลการใช้ประโยชน์

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามความพึงพอใจ แนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

ส่วนที่ 3 ข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง

การประเมินความพึงพอใจของกลุ่มลูกค้าต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยส่งแบบสอบถามไปที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 268 แห่ง แบบประเมินความพึงพอใจได้รับคืนจำนวนทั้งสิ้น 144 ฉบับ คิดเป็นร้อยละ 53.73

3.1 ข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบประเมิน

ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 59.70 เป็นชาย ร้อยละ 40.30 ส่วนมากอายุระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 50.70 รองลงมา คือ อายุ 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.90 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบประเมิน (n = 144)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	(ร้อยละ)
เพศ		
ชาย	58	40.30
หญิง	86	59.70
อายุ		
น้อยกว่า 25 ปี	4	2.80
25 – 35 ปี	56	38.90
36–45 ปี	73	50.70
46 –55 ปี	11	7.60
มากกว่า 55 ปีขึ้นไป	-	-
วุฒิการศึกษา		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	4	2.80
ปริญญาตรี	92	63.90
สูงกว่าปริญญาตรี	48	33.30
ตำแหน่งงาน		
นักบริหารสาธารณสุข	15	10.40
พยาบาล	4	2.80
นักวิชาการส่งเสริมสุขภาพ	10	6.90

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบประเมิน(ต่อ)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน	(ร้อยละ)
ตำแหน่งงาน		
นักพัฒนาชุมชน	57	39.60
อื่นๆ	58	40.30
หน่วยงาน		
เทศบาลนคร	3	2.10
เทศบาลเมือง	2	1.40
เทศบาลตำบล	37	26.70
องค์การบริหารส่วนตำบล	102	70.80
ระยะเวลาทำงานในตำแหน่งปัจจุบัน		
0-1 ปี	136	94.40
2-10 ปี	-	-
11-20 ปี	7	5.15
มากกว่า 20 ปี	1	0.74

จากการสอบถามข้อมูลการใช้ประโยชน์ แนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ส่วนใหญ่ไม่เคยเห็นแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมาก่อน จำนวน 77 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.50 และได้รับแนวทางฯ ในปี 2557 จำนวน 59 คน คิดเป็นร้อยละ 40.97 และพบว่ามีการใช้ประโยชน์จากแนวทางดังกล่าว โดยการใช้ติดตามข้อมูลข่าวสารมากที่สุด ร้อยละ 50 รองลงมาใช้สำหรับสืบค้นข้อมูลข่าวสาร ร้อยละ 41.70 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ประโยชน์จากแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (n = 144)

ข้อมูล	จำนวน	(ร้อยละ)
ติดตามข้อมูลข่าวสาร	72	50
สืบค้นข้อมูลข่าวสาร	60	41.70
อ้างอิง	27	18.80
เผยแพร่	59	41
เป็นแนวทางในการทำงาน	27	18.80
ใช้ในการดำเนินชีวิต	9	6.30

3.2 ความพึงพอใจต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กร

ปกครองส่วนท้องถิ่น

จากการวิเคราะห์พบว่า ภาพรวมลูกค้ำมีความพึงพอใจต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพอใจมาก ($\bar{x} = 3.07$, $SD = 0.83$) เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์รายด้าน พบว่า ด้านความพึงพอใจต่อเนื้อหา ($\bar{x} = 2.96$, $SD = 0.73$) ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากผลิตภัณฑ์ ($\bar{x} = 3.09$, $SD = 0.88$) และด้านรูปแบบของผลิตภัณฑ์ ($\bar{x} = 3.09$, $SD = 0.88$) มีความพึงพอใจมาก ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ความพึงพอใจต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี 2557

ตัวแปร	ช่วงคะแนน		ค่าเฉลี่ย	ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน	ระดับความพึงพอใจ
	ต่ำสุด	สูงสุด			
1.ความพึงพอใจต่อเนื้อหา	0	4	2.96	0.73	พอใจมาก
2. ประโยชน์ที่ได้รับจากผลิตภัณฑ์	0	4	3.09	0.88	พอใจมาก
3. รูปแบบของผลิตภัณฑ์	0	4	3.09	0.88	พอใจมาก
4. โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจในระดับใด	0	4	3.07	0.83	พอใจมาก

เมื่อพิจารณารายข้อในแต่ละด้าน พบว่า ด้านความพึงพอใจต่อเนื้อหา ลูกค้ำมีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์รายข้อสูงสุดใน ด้านมีความถูกต้องตามหลักวิชาการ ($\bar{x} = 3.08$, $SD = 0.81$) รองลงมาคือเข้าใจง่าย ($\bar{x} = 3.07$, $SD = 0.82$) และสอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ($\bar{x} = 3$, $SD = 0.81$) มีความพึงพอใจในระดับพอใจมาก ด้านประโยชน์ที่ได้รับจากผลิตภัณฑ์ พบว่า ลูกค้ำมีความพึงพอใจต่อ ผลิตภัณฑ์รายข้อสูงสุดใน ด้านประโยชน์ที่ได้รับในปัจจุบัน ($\bar{x} = 3.10$, $SD = 0.88$) และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในอนาคต ($\bar{x} = 3.09$, $SD = 0.93$) มีความพึงพอใจในระดับพอใจมาก ด้านรูปแบบของผลิตภัณฑ์พบว่า ลูกค้ำมีความพึงพอใจต่อผลิตภัณฑ์รายข้อสูงสุดใน ด้าน ขนาดรูปเล่ม ในระดับพอใจมากที่สุด ($\bar{x} = 3.21$, $SD = 0.94$) รองลงมาคือขนาดตัวอักษรอ่านง่าย ($\bar{x} = 3.18$, $SD = 0.96$) และ ปกน่าสนใจ ($\bar{x} = 3.01$, $SD = 0.97$) มีความพึงพอใจในระดับพอใจมากดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 แสดงค่าร้อยละและค่าเฉลี่ยของความพึงพอใจต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี 2557 ยด้าน (n = 140)

ความพึงพอใจ	ระดับความพึงพอใจ														ค่าเฉลี่ย	SD	ระดับความพึงพอใจ
	มากที่สุด		มาก		น้อย		น้อยที่สุด		ไม่ทราบ/ไม่ตอบ		รวม						
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ					
1.ความพึงพอใจต่อนื้อหา																	
- มีความเป็นปัจจุบัน	24	16.70	99	68.80	10	6.9	2	1.4	5	3.50	140	100	2.96	0.79	พอใจมาก		
- สอดคล้องตาม วัตถุประสงค์	30	20.80	91	63.20	13	9	1	0.7	5	3.50	140	100	3	0.81	พอใจมาก		
- ตรงตามความ ต้องการของท่าน	18	12.50	94	65.30	22	15.30	1	0.70	5	3.50	140	100	2.85	0.79	พอใจมาก		
- ครบถ้วนตามความ ต้องการ	19	13.20	87	60.40	27	18.80	2	1.40	5	3.50	140	100	2.81	0.82	พอใจมาก		
- เข้าใจง่าย	37	25.70	86	59.70	12	8.30	0	0	5	3.50	140	100	3.07	0.82	พอใจมาก		
- มีความถูกต้องตาม หลักวิชาการ	36	25	89	61.80	10	6.90	0	0	5	3.50	140	100	3.08	0.81	พอใจมาก		
- ลำดับเนื้อหาต่อเนื่อง	30	20.80	88	61.10	14	9.70	3	2.10	5	3.50	140	100	2.96	0.85	พอใจมาก		

2. ประโยชน์ที่ได้รับจากผลิตภัณฑ์															
- ประโยชน์ที่ได้รับในปัจจุบัน	45	31.20	76	52.80	12	8.30	2	1.40	5	3.50	140	100	3.10	0.88	พอใจมาก
- ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในอนาคต	48	33.30	70	48.60	15	10.40	1	0.70	6	4.20	140	100	3.09	0.93	พอใจมาก
3. รูปแบบของผลิตภัณฑ์															
- ปกนำเสนอใจ	46	31.90	63	43.80	23	16	2	1.40	6	4.20	140	100	3.01	0.97	พอใจมาก
- ขนาดตัวอักษรอ่านง่าย	57	39.60	66	45.80	9	6.20	1	0.70	7	4.90	140	100	3.18	0.96	พอใจมาก
- ขนาดรูปเล่ม	58	40.30	67	46.50	8	5.60	0	0	7	4.90	140	100	3.21	0.94	พอใจมากที่สุด
- ภาพประกอบสอดคล้องกับเนื้อหา	41	28.50	70	48.60	22	15.30	0	0	7	4.90	140	100	2.99	0.96	พอใจมาก
4. โดยภาพรวมท่านมีความพึงพอใจในระดับใด	35	24.30	91	63.20	7	4.90	0	0	6	4.20	140	100	3.07	0.83	พอใจมาก

จากผลการประเมินเมื่อวิเคราะห์แยกหน่วยงาน พบว่า กลุ่มลูกค้าที่มีความพึงพอใจมากที่สุด คือ เทศบาลนครและเทศบาลเมือง (ร้อยละ 100) รองลงมาคือ เทศบาลตำบล ร้อยละ 91.43 และองค์การบริหารส่วนตำบล ร้อยละ 89.90 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 ร้อยละความพึงพอใจในภาพรวมของหน่วยงานต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ปี (n=139)

หน่วยงาน	ระดับความพึงพอใจ									
	มากที่สุด		มาก		น้อย		น้อยที่สุด		ไม่พอใจ	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
เทศบาลนคร	1	33.33	2	66.67	0	0	0	0	0	0
เทศบาลเมือง	1	50	1	50	0	0	0	0	0	0
เทศบาลตำบล	12	34.29	20	57.14	3	8.57	0	0	0	0
องค์การบริหารส่วนตำบล	21	21.21	68	68.69	4	4.10	0	0	6	6

จากแบบสอบถามในส่วนที่ 3 มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง แนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

1. ด้านเนื้อหา ต้องการให้เนื้อหาละเอียดมากขึ้น เช่น การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ ตัวอย่างโครงการเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้อ ตัวอย่างการดำเนินงานของ อปท. ตัวอย่างชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ สถานที่ศึกษาดูงานและควรใช้ภาษาง่ายๆ
2. ด้านรูปแบบ ต้องการภาพประกอบที่มากขึ้น แต่ส่วนใหญ่บอกว่าหน้าปก เนื้อหาภาพดีแล้ว สั้นกะทัดรัดชัดเจน น่าสนใจน่าเปิดอ่าน
3. ความต้องการผลิตภัณฑ์จากกรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่ต้องการโปสเตอร์ แผ่นพับเกี่ยวกับโรคติดต่อ เช่น ไข้เลือดออก มือเท้าปาก ไข้หวัดนก ผู้จำหน่ายถุงยางอนามัยแบบหยอดเหรียญ และคู่มือการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

สรุป

การจัดทำแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ขององค์การบริหารส่วนตำบลหนองไม้งาม อำเภอบ้านกรวด จังหวัดบุรีรัมย์ เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) โดยการมีส่วนร่วมของพหุภาคี เก็บข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแบ่งเป็น 3 ระยะ ได้แก่ ศึกษาบริบทการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ และหารูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค เพื่อให้พื้นที่ได้นำไปใช้เป็นระยะเวลา 2 ปี จากผลการประชุมเชิงปฏิบัติการ 2 ครั้ง และการติดตามการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต.หนองไม้งาม พบว่า การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของ อบต.หนองไม้งาม มีการดำเนินงานเพิ่มจากระบบเดิมดังต่อไปนี้) 1) เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยช่วยราชการที่องค์การบริหารส่วนตำบลหนองไม้งามสัปดาห์ละ 1 วัน 2) จัดตั้งคณะกรรมการพัฒนาสุขภาพตำบลหนองไม้งาม ประชุมติดตามงานปีละ 2 ครั้ง 3) ผู้ใหญ่บ้านและ อสม. ทุกหมู่บ้านเป็นผู้ดำเนินการจัดทำแผนหมู่บ้านและทำประชาคม เพื่อนำเสนอของบประมาณต่อ อบต. หนองไม้งาม 4) ดำเนินการแก้ปัญหาที่รากของปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของชุมชน (เหมือนการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์) และต้องทำกิจกรรมในการแก้ปัญหาพร้อมๆ กันในทุกๆ ด้านของปัญหานั้นๆ 5) มีการ ติดตามประเมินผล ปีละ 2 ครั้ง และได้สัมภาษณ์เชิงลึกในผู้ที่มีส่วนได้ส่วนเสียถึงความพึงพอใจในการดำเนินงาน พบว่าผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจในการดำเนินงานของ อบต. หนองไม้งาม ทั้งในเรื่องของงบประมาณ การฝึกอบรมให้กับผู้ติดเชื้อ การให้การสงเคราะห์ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ผู้นำชุมชนมีความพึงพอใจ อบต.และสถานีอนามัยที่มีการประสานงานในการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์เป็นอย่างดี แต่ควรจะต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ชุมชนให้ความร่วมมือดี แต่ยังพบสิ่งที่จะต้องปรับปรุง คือ งบประมาณค่อนข้างจำกัด การให้ความรู้แก่ชุมชน ควรจะดำเนินการบ่อยๆ จึงจะทำให้ชุมชนเกิดความตระหนักและมีการป้องกันโรคเอดส์เพิ่มขึ้น คณะทำงานยังดำเนินการไม่ได้เต็มที่ทุกคน เนื่องจากบางคนมีภารกิจในการประกอบอาชีพ หลังจากโครงการวิจัยดำเนินการเสร็จสิ้นลงและผู้วิจัยได้ทำการส่งต่อข้อมูลให้กับผู้รับผิดชอบงานโรคเอดส์ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา เพื่อติดตามการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นหนองไม้งามต่อไป

หลังจากนั้นจึงได้ต่อยอดพัฒนาให้เป็นแนวทางการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ที่เป็นรูปธรรม โดยได้ประสานงานผู้รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ในการคัดเลือกอำเภอที่มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์อยู่ในระดับดี และประสานงานผู้รับผิดชอบระดับอำเภอในการคัดเลือกตำบลและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึง องค์การบริหารส่วนตำบลหนองไม้งามมาถอดบทเรียน และจัดทำร่างแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ภายใต้

องค์ประกอบของแนวทางที่ได้มาตรฐานสากลเพื่อจัดทำร่างแนวทางและให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมของเนื้อหา ส่งให้เครือข่ายทดลองใช้แนวทางดังกล่าวและให้ข้อเสนอแนะ เพื่อนำมาปรับปรุงแก้ไข และประเมินความพึงพอใจหลังจากนั้นจึงส่งให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อนำไปใช้ จำนวน 268 แห่ง ในเขตบริการสุขภาพที่ 9 และได้ส่งแบบประเมินความพึงพอใจต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ได้รับแบบประเมินกลับคืน 144 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 53.73 โดยเป็น เทศบาลนคร 3 แห่ง เทศบาลเมือง 2 แห่ง เทศบาลตำบล 35 แห่ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จำนวน 93 แห่ง ผลการประเมินพบว่า ผู้ตอบแบบประเมินส่วนใหญ่เป็นหญิง ร้อยละ 59.70 เป็นชาย ร้อยละ 40.30 ส่วนมากอายุระหว่าง 36-45 ปี ร้อยละ 50.70 รองลงมาคือ อายุ 26-35 ปี คิดเป็นร้อยละ 38.90 ใช้ประโยชน์จากแนวทางโดยใช้ติดตามข้อมูลข่าวสารมากที่สุด เทศบาลนครและเทศบาลเมืองเป็นกลุ่มลูกค้ำที่มีความพึงพอใจต่อแนวทางมากที่สุด กลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อเนื้อหา ประโยชน์ที่ได้รับ รูปแบบของแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น มีความพึงพอใจในระดับมากและในภาพรวมกลุ่มลูกค้ำมีความพึงพอใจในภาพรวมอยู่ในระดับมากและมากที่สุด ร้อยละ 87.50

อภิปรายผล

งานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพโดยกรมควบคุมโรคมีบทบาทในการจัดทำมาตรฐานการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในส่วนภูมิภาคและส่วนท้องถิ่น ได้แก่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัย หน่วยคู่สัญญาของบริการระดับปฐมภูมิ(CUP) ศูนย์สุขภาพชุมชน (PCU) โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน เทศบาลเมือง เทศบาลนคร เทศบาลตำบล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงานดังกล่าว มีความเหมาะสมกับสถานการณ์และสภาพปัญหาของพื้นที่(กรมควบคุมโรค , 2547) และจากการศึกษางานสาธารณสุขในทศวรรษหน้า ปี 2541 พบว่าความคิดเห็นของผู้ทรงคุณวุฒิต่อความพร้อมขององค์การบริหารส่วนตำบลในการบริหารงานสาธารณสุขมูลฐานเห็นว่า องค์การบริหารส่วนตำบลยังมีศักยภาพไม่เพียงพอในการรองรับงานสาธารณสุขมูลฐาน ยังไม่มีความสามารถในการวางแผนและจัดการเรื่องทางสังคมโดยเฉพาะงานสาธารณสุขได้(สนธิ สัตโยภาส , 2547) ดังนั้นจึงได้มีการพัฒนาแนวทางครั้งนี้ ซึ่งการศึกษาบริบทการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ (Situation analysis) เป็นการศึกษาวิจัยแบบมีส่วนร่วม ของพหุภาคี เพื่อได้ข้อมูลความต้องการและการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย กิจกรรมดำเนินการโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดปัญหาสาธารณสุขเอง วิเคราะห์ปัญหาและกำหนดแนวทางแก้ปัญหา ตัดสินใจเลือกทางเลือก กำหนดทรัพยากรในการแก้ไขปัญหา และการประเมินผล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนิตยา เพ็ญศิริภา (2542) ได้รูปแบบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค หลังนำรูปแบบที่ได้ไปดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเป็นเวลา 2 ปี ได้ต่อยอดงานวิจัยสู่การพัฒนาเป็นผลิตภัณฑ์ทางวิชาการที่ได้มาตรฐานตามองค์ประกอบ ภายใต้การควบคุมกำกับและตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดทำแนวทาง เพื่อใช้ในการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพในพื้นที่ได้

จริง และจากการประเมินความพึงพอใจของลูกค้าต่อแนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น พบว่า ในภาพรวมลูกค้า(องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น)มีความพึงพอใจในระดับพอใจมากที่สุด ร้อยละ 24.30 พึงพอใจมาก ร้อยละ 63.20 แต่เมื่อพิจารณารายด้านพบว่า มีความพึงพอใจในระดับมากทุกด้าน ซึ่งอาจจะเป็นจากการที่มีการประชุมจัดทำโครงสร้างแนวทางจากเครือข่ายที่มีการดำเนินงานในระดับดี และการให้ผู้เชี่ยวชาญด้านเนื้อหาและด้านการจัดทำคู่มือแนวทางมาช่วยตรวจสอบความถูกต้องเหมาะสมทำให้ผลการประเมินความพึงพอใจภาพรวมและแยกตามหน่วยงานส่วนใหญ่อยู่ในระดับพึงพอใจมากถึงมากที่สุด

ข้อเสนอแนะ

จากแบบสอบถามส่วนที่ 3 มีข้อเสนอแนะเพื่อการปรับปรุง แนวทางการดำเนินงานป้องกันแก้ไข ปัญหาเอดส์สำหรับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ดังนี้

1. ด้านเนื้อหา ต้องการให้เนื้อหาละเอียดมากขึ้น เช่น การอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์ ตัวอย่างโครงการเกี่ยวกับการช่วยเหลือผู้ป่วยติดเชื้อ ตัวอย่างการดำเนินงานของ อปท. ตัวอย่างชุมชนที่ประสบความสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ สถานที่ศึกษาดูงานและควรใช้ภาษาง่ายๆ
2. ด้านรูปแบบ ต้องการภาพประกอบที่มากขึ้น แต่ส่วนใหญ่บอกว่าหน้าปก เนื้อหาภาพดีแล้ว สั้นกะทัดรัดชัดเจน น่าสนใจน่าเปิดอ่าน
3. ความต้องการผลิตภัณฑ์จากกรมควบคุมโรค ส่วนใหญ่ต้องการโปสเตอร์ แผ่นพับเกี่ยวกับโรคติดต่อ เช่น ไข่เลือดออก มือเท้าปาก ไข้หวัดนก คู่มือจำหน่ายถุงยางอนามัยแบบหยอดเหรียญ และคู่มือการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การผลิตผลิตภัณฑ์ทางวิชาการที่จะใช้เป็นเครื่องมือในการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ ต้องมีการผลิตตามมาตรฐานของผลิตภัณฑ์นั้นๆ จึงจะทำให้ผลิตภัณฑ์ที่ได้นั้นมีคุณภาพ นำไปใช้ได้จริง และผู้ใช้มีความพึงพอใจ

เอกสารอ้างอิง

กรมควบคุมโรค. มาตรฐานการดำเนินงานการป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพของหน่วยงานใน
ส่วนภูมิภาคและท้องถิ่น. 2547. อัดสำเนา.

กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย,2538 : 5

โกวิทช์ พวงงาม. ภารกิจองค์การบริหารส่วนตำบลและความเข้มแข็งของประชาคมตำบลในการจัดการกับ

ปัญหาสุขภาพของชุมชนระดับตำบล.[http:// 203.185.131.13/printdoc?doc_id = 1827&q=](http://203.185.131.13/printdoc?doc_id=1827&q=)

สาธารณสุข+อบต.

จรัส สุวรรณมาลา.สภาตำบลและองค์การบริหารส่วนตำบล ศักยภาพและทางเลือกสู่อนาคต. รายงาน

การวิจัย. กรุงเทพฯ : คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2539.

ชัยยศ คุณานุสนธิ์ , วิภา ภวานาภรณ์ และกฤติยา โยธาประเสริฐ .เอดส์ : ปัญหาผลกระทบและการ

ตอบสนองของประเทศไทย.กรุงเทพฯ : เจเอสการพิมพ์ , 2543

ครุณี ทายะติและคณะ. การพัฒนาการมีส่วนร่วมของชุมชนในการวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพอนามัย

หมู่ 3 บ้านหนองโง้ง ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ .มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2543.

ตระกูล มีชัย. การกระจายอำนาจ. กรุงเทพฯ : สถาบันนโยบายการศึกษา, 2538.

ถนัด ไบยา. ชุมชนมีส่วนร่วมเรื่องเก่าในวันใหม่ของการพัฒนาสาธารณสุข. วารสาร

สาธารณสุขมูลฐานภาคเหนือ. 11(4), 2541.

ทัศนีย์ รอดชมพู. บทบาทหน้าที่และกระบวนการวางแผนขององค์การบริหารส่วนตำบลในเขตการ

สาธารณสุข 6 ปี 2541-2542. [http://164.115.5.20/printdoc?doc_id = 852& =อบต.+การ](http://164.115.5.20/printdoc?doc_id=852&=อบต.+การ)

พัฒนา.

ธนา นิลชัยโกวิทช์ .เทคนิคการให้การปรึกษาผู้ป่วย HIV .กรุงเทพฯ,2537

นิตยา เพ็ญศิริรักษา. “การวางแผนสาธารณสุขชุมชน,” ใน เอกสารการสอนชุดวิชาการวางแผนงานสาธารณสุข หน่วยที่ 8-15 นนทบุรี : มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมมาธิราช, 2542.

ปรีชา สันรัมย์. การพัฒนาศักยภาพคณะกรรมการบริหารส่วนตำบลในการจัดทำแผนพัฒนาตำบล. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต ขอนแก่น : มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2541. เอกสารอัดสำเนา.

ปิยรัตน์ นิลอัยยกา. ผลกระทบของการคิดเชิงเอชไอวีและโรคเอดส์ต่อบุคคลและชุมชน. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ , 2537

เพ็ญศรี เปลียนขำ. การสาธารณสุขมูลฐาน. ราชบุรี : ธรรมรักษ์การพิมพ์, 2542 : 3-85.

พัชรา ผิวขาว. ศักยภาพขององค์การบริหารส่วนตำบลในการจัดการสาธารณสุขมูลฐาน : กรณีศึกษาองค์การบริหารส่วนตำบลเหนือเมือง อำเภอเมืองร้อยเอ็ด จังหวัดร้อยเอ็ด. รายงานการค้นคว้าอิสระ ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาไทยคดีศึกษา มหาสารคาม : มหาวิทยาลัยมหาสารคาม, 2544. อัดสำเนา.

พันธุ์ทิพย์ รามสุด. บทบาทองค์การบริหารส่วนตำบลกับการพัฒนางานสาธารณสุขและคุณภาพ

ชีวิต. กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล, 2542.

วรเดช จันทสร. การปรับปรุงและปฏิรูประบบบริหารราชการแผ่นดินของไทย. ขอนแก่น : พี เอ็น การพิมพ์, 2541.

สมบัติ แทนประเสริฐสุข. การสัมมนาเรื่องโรคเอดส์. กรุงเทพฯ ,2534

สุจินต์ ดาววีระกุล. ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน. วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, 2527.

สำนักนโยบายและแผนสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข. รูปแบบทางเลือกการกระจายอำนาจ
ด้านสาธารณสุขสู่องค์กรบริหารส่วนตำบล. 2541.

สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี. คู่มือการกระจายอำนาจให้แก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น:
โรงพิมพ์คุรุสภาลาดพร้าว พ.ศ. 2546.

สำนักงานสาธารณสุขเขต 13 กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานประสานเพื่อสุขภาพดี
ตามยุทธศาสตร์อยู่ดีมีสุข. บริษัท โชนเจอร์ญูมาร์เก็ตติ้ง จำกัด. 2550.