

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ (AIDS = Acquired Immuno Deficiency Syndrome) เป็นโรคที่ทำให้ร่างกายติดเชื้อได้ง่ายและรุนแรง มีการรายงานโรคครั้งแรกเมื่อเดือน มิถุนายน 2524 ในประเทศสหรัฐอเมริกา หลังจากนั้นมีการรายงานการพบผู้ป่วยในทุกทวีปเพิ่มเติมมากขึ้นอย่างรวดเร็วทั่วโลก (กรมควบคุมโรคและมูลนิธิสุขภาพใจ เจตนาเสน, 2549) UNAIDS / WHO ซึ่งเป็นองค์กรความร่วมมือเรื่องเอดส์นานาชาติ ได้คาดประมาณไว้ว่า ณ เดือนธันวาคม ปี 2550 ทั่วโลกจะมีผู้ที่มีชีวิตอยู่ในสถานะภาพการติดเชื้อเอช ไอวี จำนวน 33.2 ล้านคน เป็นผู้ใหญ่อายุประมาณ 30.8 ล้านคน เด็กที่อายุต่ำกว่า 15 ปี 2.5 ล้านคน (UNAIDS, 2007) สำหรับประเทศไทย มีการรายงานว่าพบผู้ป่วยรายแรกในปี 2527 โดยพบในชายรักร่วมเพศในเขตกรุงเทพมหานคร ในระยะแรกระบาดในกลุ่มเฉพาะ ได้แก่ ชายรักร่วมเพศ ชายรักต่างเพศ หญิง-ชายที่ให้บริการทางเพศ ผู้ติดยาเสพติด ได้แพร่ระบาดเข้าสู่ประชาชนทั่วไป ตั้งแต่ ปี 2530 และ เชื่อว่าจุดสูงสุดของการระบาดน่าจะอยู่ประมาณ ปี 2547 - 2550 (ชัยยศ คุณานุสนธิ, 2543) ซึ่งปัจจุบันมีรายงานผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้นจำนวน 323,962 ราย เสียชีวิตแล้ว 90,280 ราย พบมากในกลุ่มอายุระหว่าง 20 - 39 ปี ส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างมากที่สุด รองลงมาคือ เกษตรกรรม, ว่างาน, ค้าขายและแม่บ้าน ตามลำดับ (สำนักกระบวนวิชา, 2550)

ปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในระยะแรกไม่มีใครคาดว่าจะเป็นปัญหาใหญ่หลายคนคิดว่าเป็นโรคของชาวต่างชาติ แต่ การเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุขก็เริ่มชี้ให้เห็นว่า สถานการณ์จะรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ การตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าวในช่วงเริ่มต้น จึงตกอยู่ที่กระทรวงสาธารณสุข โดยมีวัตถุประสงค์หลักในการป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของเชื้อ เอชไอวี คือการให้สุขศึกษาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การงดการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การใช้ถุงยางอนามัยในสถานบริการทางเพศ การณรงค์ให้ความรู้ ให้ข้อมูลข่าวสาร โดยเน้นภาพความน่ากลัวและความตาย ผลจากการดำเนินงานดังกล่าวกลับสร้างคลื่นของการรังเกียจและการปฏิเสธความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ซึ่งส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล ชุมชนและสังคม มีผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จำนวนมากที่ได้รับผลกระทบจากภาวะสังคมรังเกียจและ

ถูกทอดทิ้ง (อุษา ดวงสาและคณะ, 2543) ปัญหาทวีความรุนแรงมากขึ้น รวมไปถึงการขาดแคลนงบประมาณและผู้ดูแลบำบัดรักษาผู้ป่วย การให้คำปรึกษาเพื่อให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยที่ต้องต่อสู้ดิ้นรนในช่วงสุดท้ายของชีวิต

จากปัญหาที่รุนแรงขึ้น ดังกล่าวได้สร้างกระแสความร่วมมือร่วมใจในอีกมุมหนึ่ง สังคมโดยกว้างทั้งในภาคเอกชน ชุมชน ทูกระดับ ต่างก็ตระหนักและแสวงหาหนทางในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวร่วมกัน ศาสตราจารย์ ดร. นิธิ เอียวศรีวงศ์ ได้เคยเสนอทางออกในการแก้ไขปัญหาไว้ว่า “การป้องกันและการบำบัดรักษาเยียวยา ผู้ที่รับผิดชอบโดยตรงและต้องแก้ไขปัญหาให้ครอบคลุมคือสังคมทั้งหมด สังคมต้องคิดหาวิธีทั้งในการบำบัดโรค ดูแลผู้ป่วยและฟื้นฟูจิตใจของผู้ติดโรคเอดส์ การรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์นั้น จะต้องอาศัยกำลังคนของสังคมเข้าไปเป็นฐาน รัฐบาลได้ผลักดันให้ริเริ่มและค้นหาช่องทางที่เหมาะสมให้แต่ละกลุ่มมีอิสระ โดยรัฐให้การสนับสนุน” (มติชน, 15 มีนาคม 2537. อ้างใน : พิมพาวรรณ ปันคอนทอง, 2548) ในขณะเดียวกัน คณะกรรมการป้องกันป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ได้จัดทำ “แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติในช่วง พ.ศ. 2540 - 2544” ขึ้น เพื่อให้แผนดังกล่าว เป็นแผนแม่บทสำหรับทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องใช้จัดทำแผนการปฏิบัติงานโดยยึดหลักการดำเนินงานแบบพหุภาคี มีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาคนให้มีศักยภาพในการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์และพัฒนาสภาพแวดล้อมรอบตัวคนให้เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ วัตถุประสงค์ดังกล่าวมีการพัฒนาต่อเนื่องมาจนถึง “แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติในช่วง พ.ศ. 2545 - 2549” โดยที่แผนนี้มีจุดเน้นหนักในเรื่องการร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมประเมินผลของทุกภาคส่วน ถึงแม้ว่าเมื่อสิ้นแผนดังกล่าวจะไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้ในทุกด้านเนื่องจากสถานการณ์และบริบทของปัญหามีความซับซ้อนมากขึ้น แต่มีความสำเร็จอย่างมาก ในการจัดบริการสุขภาพและสวัสดิการสังคม ซึ่งความสำเร็จนี้ มาจากความร่วมมือ ร่วมใจในการแก้ปัญหาร่วมกันของทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน และโดยเฉพาะเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (วิพุธ พูลเจริญ : 2548) ความสำเร็จดังกล่าวทำให้ แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2554 กำหนดยุทธศาสตร์การดำเนินงานไว้ครบทุกภาคส่วนของสังคม เพื่อให้เกิดการดำเนินงานแบบมีส่วนร่วมอย่างจริงจังและที่สำคัญยุทธศาสตร์มีการระบุให้เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี เป็นหนึ่งในองค์กรความร่วมมือ (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2550)

การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ส่วนใหญ่ เกิดขึ้นในช่วงที่ ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ส่วนใหญ่ตกอยู่ภายใต้ภาวะกดดันจากสังคมและจากการดิ้นรนแสวงหาทางเลือก กลุ่มเพื่อนวันพุธ ที่ คลินิกนิรนาม สภากาชาดไทย เป็นกลุ่มแรกที่ตั้งขึ้นในประเทศไทย ใน ปี 2532 โดยวัตถุประสงค์ในการตั้งกลุ่มครั้งแรกเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเองและการให้กำลังใจเพื่อนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ต่อมาการเกิด

กลุ่มก็กระจายไปในจังหวัดอื่นๆ โดยเฉพาะในจังหวัดที่อยู่ภาคเหนือตอนบน ซึ่งเป็นกลุ่มจังหวัดที่สถานการณ์ปัญหาค่อนข้างรุนแรง ในช่วงปี 2539 - 2541 ถือว่าเป็นช่วงที่มีกลุ่มผู้ติดเชื้อเกิดขึ้นทั่วทุกภาคของประเทศ มีทั้งกลุ่มที่เกิดจากความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์เอง จากการสนับสนุน การแต่งตั้งกลุ่มขององค์กรภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง การเกิดกลุ่มที่มากขึ้น ทำให้สัมพันธ์ภาพระหว่างกลุ่มกว้างใหญ่ขึ้น จำเป็นต้องมีการจัดการที่เป็นระบบมากกว่าเดิม ทำให้มีการก่อตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ขึ้น (พัชโรบล นาถประทาน, 2544) ปัจจุบัน เครือข่ายผู้ติดเชื้อแห่งประเทศไทย มีสมาชิกเป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวีระดับภาค 7 ภาค มีกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ทั่วประเทศ 900 กว่า กลุ่ม (เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ประเทศไทย, 2548)

กลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี มีบทบาทและกิจกรรมสำคัญ คือการตอบสนองความต้องการพื้นฐานของสมาชิกกลุ่มซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบทั้งในด้านการเสริมกำลังใจ การรักษาพยาบาล การรับสวัสดิการทางด้านสังคมและเศรษฐกิจรวมถึงการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ ส่วนเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี มีบทบาทสำคัญในการเป็นตัวแทนของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกับภาคีเครือข่ายอื่น มุ่งเน้นการพัฒนาาระบบ พัฒนาศักยภาพของคน กลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและการเข้าไปมีส่วนร่วมในการปฏิรูปการเมืองและสังคม (เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์ชัยและคณะ, 2549) จะเห็นว่าบทบาทและกิจกรรมของกลุ่ม / เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวีมีความซับซ้อนและทำงานกับหลายกลุ่มองค์กร จึงต้องอาศัยการจัดการที่เป็นระบบเพื่อให้เอื้อต่อกระบวนการทำงาน ดังนั้น กลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวีส่วนใหญ่จึงมีการจัดการภายในกลุ่มที่เป็นการกำหนด โครงสร้างและบทบาทหน้าที่ชัดเจนในระดับหนึ่ง แม้ว่าการปฏิบัติจริงสมาชิกทุกคนจะช่วยกันทำงานก็ตาม โดยโครงสร้างหลักประกอบด้วย ประธาน รองประธาน เลขานุการ ทรัพย์สินและกรรมการอื่น กรรมการแต่ละตำแหน่งมีบทบาทเน้นหนักในเรื่องการบริหารจัดการทั้งในด้านสมาชิก การเงิน วัสดุอุปกรณ์ การวางแผนจัดกิจกรรมตามบทบาทของกลุ่ม การประเมินการดำเนินกิจกรรมและการประสานงานกับบุคลากร องค์กรสนับสนุนอื่นๆ (สมเพ็ชร ชัดทะเสมา, 2544) เนื่องจากการเป็นกลุ่มองค์กรที่เน้นการมีส่วนร่วมของสมาชิกกลุ่ม ดังนั้น กรรมการจึงมีบทบาทหน้าที่สำคัญในการเป็นแกนนำให้สมาชิกทุกคนทำหน้าที่ของตนเอง นั่นคือ การมีส่วนร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ และร่วมดำเนินการในกิจกรรมของกลุ่ม (พิมพ์วารณ ปันดอนตอง, 2548)

จังหวัดลำพูนเป็นจังหวัดหนึ่งที่ประสบปัญหาเอดส์ค่อนข้างรุนแรง มีรายงานผู้ติดเชื้อ เอชไอวี รายแรกในปี 2529 พบผู้ป่วยรายแรกในปี 2530 จำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ วันที่ 1 ธันวาคม 2550 มีรายงานผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดลำพูน ทั้งหมด

8,332 ราย เสียชีวิตแล้ว 2,664 ราย (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำพูน, 2550) การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัดลำพูน เน้นการบูรณาการการทำงานร่วมกันทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ โดยทุกองค์กรที่เกี่ยวข้องจะดำเนินงานตามบทบาทภาระหน้าที่ขององค์กร และที่สำคัญคือ ทุกองค์กรจะดำเนินงานร่วมกันในบทบาทของคณะกรรมการและคณะทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด และอำเภอ ซึ่งคณะกรรมการและคณะทำงานฯ นี้ประกอบด้วย ตัวแทนจากองค์กรภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชนและตัวแทนผู้ติดเชื้อจังหวัดลำพูน

กลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวีจังหวัดลำพูน ตั้งขึ้นครั้งแรก ในปี 2537 ใช้ชื่อกลุ่มว่า “กลุ่มสายใยลำพูน” มีองค์กรภาครัฐ เอกชนในระดับจังหวัดให้การสนับสนุนการดำเนินงาน ต่อมาเมื่อกลุ่มมีสมาชิกมากขึ้นจึงขยายกลุ่มไปในระดับอำเภอ และตำบล จาก 1 กลุ่มเป็น 21 กลุ่ม ในปัจจุบันดำเนินกิจกรรม ใน 3 ระดับคือ ระดับแรกเป็นกิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ระดับตำบล เน้นกิจกรรมการช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มทางสังคม และเศรษฐกิจ เป็นหลัก ในบางตำบลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีร่วมเป็นส่วนหนึ่งขององค์กรภาคประชาชนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์รวมถึงปัญหาสุขภาพอื่นๆในพื้นที่ ระดับที่สอง เป็น กิจกรรมกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ระดับอำเภอ เน้นกิจกรรมการช่วยเหลือ สมาชิกด้านสุขภาพและสังคมเป็นหลัก โดยการร่วมกับหน่วยบริการสุขภาพ ระดับอำเภอดำเนินกิจกรรมศูนย์บริการแบบองค์รวม รวมทั้งการเชื่อมประสานกับองค์กรภาครัฐ องค์กรเอกชนในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ระดับที่สาม เป็นกิจกรรมระดับจังหวัด เน้นการดำเนินการเพื่อการผลักดันนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์กลุ่มระดับจังหวัด ระดับเขต รวมถึงเป็นจุดประสานงานภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ในการให้การดูแลสมาชิกทางด้านสุขภาพสังคม เศรษฐกิจ การนิเทศ ติดตาม หนุนเสริมให้กลุ่มระดับอำเภอ และตำบล มีความเข้มแข็ง สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้งเป็นองค์กรกลางในการระดมทรัพยากรสำหรับการดำเนินการอย่างมีส่วนร่วมเพื่อแก้ไขปัญหาอันเนื่องมาจากปัญหาเอดส์ในระดับจังหวัด รวมถึงการให้ความร่วมมือในการดำเนินงานสาธารณสุขประ โยชน์กับหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง (เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวีจังหวัดลำพูน, 2550) ในการดำเนินงานของแต่ละกลุ่มแต่ละระดับ สมาชิกจะมอบหมายให้มีแกนนำที่สมาชิกให้การยอมรับ ทำหน้าที่ เป็นคณะกรรมการหรือคณะทำงานกลุ่มประมาณ 4 - 12 คนต่อกลุ่ม ประสานงานระหว่างสมาชิกและองค์กรสนับสนุน โดยมีพี่เลี้ยงกลุ่มซึ่งอาจมาจากภาครัฐ หรือเอกชน หรือชุมชน ทำหน้าที่ที่ปรึกษากลุ่ม ให้การสนับสนุนศักยภาพการทำงานของกลุ่มรวมทั้งการพัฒนาแกนนำและสมาชิกกลุ่มให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ระดับจังหวัด ดำเนินการ ภายใต้การบริหารจัดการของ คณะกรรมการเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี จังหวัดลำพูน ซึ่งคณะกรรมการนี้ มาจากตัวแทนกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ระดับอำเภอๆละ 2 คน (ยกเว้นอำเภอเมือง

ลำพูน สามารถส่งตัวแทน ได้ 3 คน) รวมทั้ง สมาชิกกลุ่ม ที่ทำหน้าที่ ประธานเครือข่าย ผู้คิดเชื้อ เอชไอวี จังหวัดลำพูน 1 คน เภรัญญิก 1 คน เลขานุการ เครือข่าย 1 คน รวมทั้งหมด 18 คน โดย คณะกรรมการเครือข่ายผู้คิดเชื้อ เอชไอวี จังหวัดลำพูน จะมีการประชุมวางแผนและประเมินผลการ ดำเนินงาน ของกลุ่มผู้คิดเชื้อ เอชไอวี 3 เดือน ในขณะที่คณะกรรมการเครือข่ายผู้คิดเชื้อ เอชไอวี จังหวัดลำพูน เป็นเหมือนส่วนของการบริหารจัดการ เครือข่ายผู้คิดเชื้อ เอชไอวี จังหวัด ลำพูน ได้ คัดเลือกสมาชิกและแกนนำบางส่วน ร่วมเป็นทีมงานของ กลุ่มผู้คิดเชื้อ เอชไอวี ระดับจังหวัด จำนวน 3 ทีมงาน อันได้แก่ ทีมงานหมวดพัฒนาศักยภาพ ทีมงานหมวดตรวจรณรงค์ ทีมงานหมวดระดม ทุน คณะทำงานทั้ง 3 ทีมนี้ จะมีการประชุมเพื่อวางแผนและสรุปผลการดำเนินงาน ทุกเดือน ซึ่งใน การดำเนินงานของ คณะกรรมการและคณะทำงาน จะได้รับการสนับสนุนและพัฒนาศักยภาพจาก องค์กรสนับสนุนทั้งภาครัฐและเอกชนในจังหวัดและนอกจังหวัดลำพูน (เครือข่ายผู้คิดเชื้อ เอชไอวี จังหวัดลำพูน, 2550)

คณะกรรมการและคณะทำงานกลุ่มผู้คิดเชื้อ เอชไอวี จะมีการปรับเปลี่ยน ทุก 1 - 2 ปี โดย สมาชิกกลุ่มจะทำการคัดเลือกคณะกรรมการและคณะทำงานชุดใหม่ในวันประชุมประจำปี ซึ่งแกน นำในคณะกรรมการและคณะทำงาน ชุดเดิมสามารถได้รับการคัดเลือกให้ดำเนินงานอีกครั้ง ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับการลงคะแนนของสมาชิกกลุ่มและความสมัครใจของแกนนำที่ได้รับการคัดเลือก แต่อย่างไรก็ตามในช่วง 2 ปี ที่ผ่านมามีเกิดปัญหาคณะกรรมการและคณะทำงานของเครือข่ายผู้คิด เชื้อ เอชไอวี จังหวัดลำพูน ขอยุติบทบาท โดยไม่ครบวาระถึง 9 คน ในขณะที่เดียวกันกลุ่มผู้คิดเชื้อ เอชไอวี ระดับอำเภอและระดับตำบล ก็มีการขอยุติบทบาทในลักษณะเดียวกัน ซึ่งการขอยุติบทบาท นี้ส่งผลกระทบต่อการทำงานของกลุ่ม ทั้งในแง่ของการสรรหาคณะมนตรีแทน การเชื่อมต่อกิจกรรม ดำเนินการ บรรยายการศึกษา การประสานงานทั้งการประสานงานระหว่างสมาชิกกลุ่ม การ ประสานงานระหว่างกลุ่มในเครือข่ายผู้คิดเชื้อจังหวัดลำพูน การประสานงานระหว่างองค์กรที่ เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ทั้งในจังหวัดลำพูนและเครือข่ายนอกจังหวัดลำพูน ซึ่งผลกระทบ เหล่านี้ทำให้พัฒนาการและการดำเนินงานของกลุ่มและเครือข่ายผู้คิดเชื้อ เอชไอวี ลำพูนไม่ต่อเนื่อง

จากสภาพปัญหาดังกล่าว ผู้ศึกษาซึ่งเป็นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและรับผิดชอบการพัฒนา ศักยภาพกลุ่มและเครือข่ายผู้คิดเชื้อ เอชไอวีจังหวัดลำพูน จึงมีความสนใจที่จะศึกษาปัจจัยที่ เกี่ยวข้องกับการยุติบทบาทการเป็นแกนนำกลุ่มผู้คิดเชื้อ เอชไอวี โดยคาดหวังว่า ผลการศึกษา ดังกล่าวจะทำให้ ผู้คิดเชื้อ เอชไอวีและบุคลากร ที่ดำเนินการร่วมกัน เข้าใจถึงเหตุที่ทำให้เกิด สถานการณ์ดังกล่าว ซึ่งจะช่วยให้สามารถเตรียมพร้อมในการวางแผนเพื่อสนับสนุนกลุ่มแกนนำผู้ คิดเชื้อ เอชไอวี เพื่อลดและตัด ปัจจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการยุติบทบาทการทำหน้าที่แกนนำของกลุ่มผู้ คิดเชื้อ เอชไอวีในแต่ละระดับได้ในอนาคต

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาปัจจัยและระดับของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยุติบทบาทการเป็นแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี จังหวัดลำพูน

คำถามการศึกษา

1. มีปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการยุติบทบาทการเป็นแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี จังหวัดลำพูน
2. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยุติบทบาทการเป็นแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี จังหวัดลำพูน อยู่ในระดับใด

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive Study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยุติบทบาทการเป็นแกนนำกลุ่ม ของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีจังหวัดลำพูน ทำการศึกษา ระหว่างเดือน มิถุนายน 2551 - กรกฎาคม 2551

นิยามศัพท์

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยุติบทบาทการเป็นแกนนำ หมายถึง สิ่งที่มีผลต่อการยุติบทบาทการเป็นแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ครอบคลุมปัจจัย 2 ด้านคือ

ปัจจัยภายในตัวบุคคล หมายถึง สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการยุติบทบาทการเป็นแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ซึ่งมาจากองค์ประกอบภายในบุคคล อันได้แก่ ทักษะเกี่ยวกับการดำเนินงานของกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และ ทักษะในการทำหน้าที่เป็นแกนนำกลุ่มของ ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง

ปัจจัยภายนอกตัวบุคคล หมายถึง สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการยุติบทบาทการเป็นแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ซึ่งมาจากองค์ประกอบภายนอกบุคคล อันได้แก่ ปัจจัยด้านสังคมระดับครอบครัว ชุมชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจ ปัจจัยด้านการทำงานกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และการทำงานร่วมกับองค์กรสนับสนุนต่างๆ ซึ่งวัดได้จากแบบสอบถามที่ผู้ศึกษาสร้างขึ้นเอง

แกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวีจังหวัดลำพูน หมายถึง ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ที่มีบทบาทหน้าที่อย่างใดอย่างหนึ่ง หรือ ทั้งสองอย่างในเรื่องต่อไปนี้

1. เป็นสมาชิกที่ได้รับหรือเคยได้รับ การคัดเลือกจากสมาชิกกลุ่มให้เป็นคณะกรรมการและหรือคณะทำงานของกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี จังหวัดลำพูน

2. เป็นสมาชิกที่ได้รับหรือ เคยได้รับ การมอบหมายให้ทำหน้าที่ในบทบาทเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งในกลุ่ม ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี จังหวัดลำพูน ในระหว่างเวลาต่อเนื่องอย่างน้อย 1 ปี ทั้งนี้ทำหน้าที่ดังกล่าวในช่วง เดือนธันวาคม 2548 ถึง เดือน ธันวาคม 2550

การยุติบทบาทการเป็นแกนนำกลุ่ม หมายถึง การที่แกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ขอดอนตัวหรือหยุดบทบาทการเป็นคณะกรรมการและคณะทำงานตามโครงสร้างรวมทั้งการละเลยบทบาทตามโครงสร้างติดต่อกันนาน 1 ปี หรือการละเลย กิจกรรมตามบทบาทหน้าที่ หรือ งานที่ได้รับการมอบหมายให้ทำหน้าที่ในบทบาทเฉพาะอย่างใดอย่างหนึ่งในกลุ่ม ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ติดต่อกันนาน 6 เดือนในช่วงที่ทำหน้าที่

กลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี หมายถึง กลุ่มหรือชมรมหรือเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ระดับตำบล ระดับอำเภอ และ ระดับจังหวัด ที่ตั้งขึ้นในพื้นที่จังหวัดลำพูน