

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษา 1) ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและ
 แก้ไขปัญหาเอดส์ 2) กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง
 กับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เก็บรวบรวมข้อมูลโดยด้วยแนว
 ทางการสัมภาษณ์และแบบสัมภาษณ์ สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพและการวิจัยเชิงปริมาณ ตามลำดับ
 กลุ่มเป้าหมายในชุมชนได้แก่ สตรีแม่บ้าน เยาวชนในและนอกสถานศึกษา ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ
 และไม่เป็นทางการ และผู้ติดเชื้อหรือ ผู้ป่วยเอดส์(ที่ยินดีให้ข้อมูล) พร้อมครอบครัว และครอบครัวที่
 เคยมีสมาชิกติดเชื้อและป่วยด้วยเอดส์และได้เสียชีวิตแล้ว ส่วนกลุ่มเป้าหมายนอกชุมชนได้แก่ ครู
 เจ้าหน้าที่สถานอนามัย นายกอบต. และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์ข้อมูลเชิง
 คุณภาพและเชิงปริมาณด้วยการวิเคราะห์เนื้อหาและวิเคราะห์ด้วยสถิติอย่างง่าย ตามลำดับ
 ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1) ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พบว่า ในมิติการมีส่วนร่วม
 ร่วมของชุมชนในการดำเนินงานด้านเอดส์ ชุมชนมีความเข้มแข็งเฉพาะกิจกรรมที่เน้นการป้องกัน
 ส่วนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เน้นการแก้ไขปัญหายังมีข้อจำกัด นอกจากนี้ชุมชนยังมีข้อจำกัดในการ
 มีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของกิจกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานเอดส์ตามสภาพและความต้องการ
 ของชุมชน การมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเรื่องเอดส์ที่เด็กและเยาวชน มีบทบาทชัดเจน ได้แก่ การ
 เข้าร่วมกิจกรรมเดินรณรงค์ การเข้าร่วมอบรมหรือร่วมประชุมในฐานะกลุ่มเป้าหมาย ส่วนในมิติการมี
 องค์การทำหน้าที่จัดการเรื่องเอดส์ระดับชุมชน พบว่า การดำเนินงานเอดส์ของบ้านพักใจสามารถ
 ผลักดันให้เกิด คณะกรรมการเอดส์หมู่บ้าน แต่คณะกรรมการเอดส์หมู่บ้าน ยังขาดการเสริมสร้าง
 ศักยภาพ จึงไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างที่คาดหวัง และพบว่าแม้ว่าชุมชนส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์
 ได้รับความรู้เรื่องเอดส์เพิ่มผ่านกิจกรรมต่างๆ แต่ก็ไม่สามารถนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของ
 คนบางกลุ่มในชุมชน ในด้านการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อพบว่า ยังมีอุปสรรคด้านการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อ
 ที่จะเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา การผลักดันให้เกิดระบบการช่วยเหลือจากชุมชนยังไม่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม
 เพราะค่านิยมและความเชื่อของชุมชนที่มีต่อโรคเอดส์

2) กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พบว่า ใน ชุมชนที่
 สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมดังกล่าวได้เอง เกิดจากการสร้างแกนนำในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มี

ประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชนและหน่วยงานสนับสนุนภายนอกได้ดี อีกทั้งยังเป็นบุคคลที่ชุมชนเข้าใจบทบาทและยอมรับในตัวแกนนำ ส่งผลให้การดำเนินงานเอดส์ในชุมชนเกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมได้ดี สามารถขยายจำนวนคนเข้าร่วมกิจกรรม ส่วนในชุมชนที่ยังไม่สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมดังกล่าวได้เอง เป็นผลเกิดจากสภาพการดำเนินชีวิตของสมาชิกในชุมชนที่อยู่ต่างถิ่นเป็นจำนวนมากและหน่วยงานสนับสนุนภายนอก ใช้วิธีการดำเนินงานผ่านการประสานกับหน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจในบทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรม และการดำเนินงานเอดส์ที่มุ่งเน้นไปที่การสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่กลุ่มเป้าหมาย แต่ไม่ได้ให้ทักษะในการถ่ายทอด การขยายผลหรือการนำความรู้ไปใช้ ทำให้ชุมชนไม่สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมเอดส์ได้ด้วยตนเอง

3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์พบว่า (1) ปัจจัยเกี่ยวกับชุมชน ได้แก่ *ระดับบุคคล* คือการมีความรู้ ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ และพฤติกรรมทางเพศอย่างถูกต้อง *ในระดับครอบครัว* คือทัศนคติของพ่อแม่ในเชิงลบต่อกิจกรรมการให้ความรู้ในการป้องกันเรื่องเอดส์ และทัศนคติต่อลูกในเชิงความเชื่อมั่นว่าจะไม่ไปมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่จะมีโอกาสรับเชื้อเอดส์ ตลอดจนสภาพแวดล้อมของครอบครัวที่ลูกอยู่กันเองตามลำพังเพราะพ่อแม่ต้องไปหาทำงานต่างถิ่น ทำให้เด็กและเยาวชนมีอิสระในการคบเพื่อน *ในระดับชุมชน* ค่านิยมเรื่องเพศของชุมชนที่เน้นแนวอนุรักษ์นิยมเป็นแนวทางในการป้องกัน และลดความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ได้ และบทบาทผู้นำควรมีความเข้าใจถึงเป้าหมายการดำเนินงาน เข้ามาสนับสนุนกิจกรรม และร่วมมือกระตุ้นกับชุมชนเพื่อผลักดันให้เกิดกิจกรรมและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มเสี่ยง รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือกับผู้ติดเชื้อเอดส์ให้สามารถเข้าถึงระบบการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ดำรงชีวิตอยู่ได้ และ (2) ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดำเนินโครงการเอดส์ในชุมชน ผู้ดำเนินโครงการเอดส์ในระดับชุมชนจำเป็นต้องทำความเข้าใจ กับสภาพเงื่อนไขด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่เป็นสภาพการดำเนินชีวิตของคนชุมชน และใช้ประโยชน์จากสภาพบริบทของชุมชนในการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและกิจกรรมงานเอดส์ในชุมชนที่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากขึ้น

The research was aimed at studying 1) the strength of communities in prevention and solving AIDS problem, 2) the community process in preventing and solving AIDS problem, and 3) the factors related to the strength of communities in preventing and solving AIDS problems. Interviewing guidelines were used in the collection of qualitative data and interviewing schedule were used to collecting quantitative data. The targeted groups inside communities were housewives, youths in and out of school, formal and informal leaders, and people who got HIV/AIDS infected and their families and families who used to have members got HIV/AIDS infected and died. The targeted groups outside communities were teachers, public health officers, head of Tombon administrative organization and district hospital officers. Data analyzed by content analysis and descriptive statistics for qualitative and quantitative data respectively.

The research results can be concluded as follows:

1) The strength of communities in preventing and solving AIDS problems

Two dimensions were taken into consideration, the first of which was **the dimension of community participation in AIDS work**. It was found that the communities are strong in performing preventive activities, while there are some constraints in their participation in solving the problems. In addition, constraints also lie in people's participation in the determination of activities on AIDS work according to the conditions and needs of the communities. Participation in the work on AIDS where children and youths have obvious roles as a target group includes walk rally campaign, attending training or meetings. Next, **the dimension of an organization's management of community AIDS problems** was considered. It was found that AIDS work of the welcome home successfully created an organization group, i.e. the village AIDS committee, but the committee was not able to achieve the goals they expected. Besides, even though the majority of the communities have additional experiences on AIDS through past activities, they were not able to decrease of sexual risk behaviors of some groups of people in the communities. Due to communities' values and beliefs related to HIV/AIDS, it can be seen that concrete community assistance has not yet been established. A few communities started to determine a means toward this end; however still, attitudes, values, and beliefs towards the disease prevent systematic assistance.

2) Community's processes in preventing and solving AIDS problems

It was found that there are two genres of AIDS prevention and solution in communities. The first one exists in those **communities that are able to carry out activities on their own**. These communities have strong community activators who are experienced in efficiently cooperating with the community and external organizations. People in the communities also accept these people and their roles, resulting in efficient continuity of work on AIDS and increasing number and variety of people participating in the activities. The activities themselves are more diverse. The activators were capable in transferring knowledge and experiences to the communities such that community people have become strengthened in managing AIDS problems and are confident in the competency of the village AIDS working group. The second is the **communities that are not able to carry out activities by themselves**. This resulted from the ways of living of community

members. There are a lot of villagers working outside the communities. Most of activities done through coordination with local health units, and this is where misunderstanding arose related to the roles of participants. AIDS work which has been directed towards constructing knowledge and understanding among the targeted groups but failed to train them to transfer, extend, or apply the knowledge, as well as their not being accepted, prevented the communities to carry out AIS activities on their own.

3) Factors related to the strength of the communities in preventing and solving AIDS problems It was found that there are two categories of such factors.

(1) **The community factor** comprises a few levels as follows. The first is *the individual level*, which involves correct knowledge and understanding in HIV/AIDS and sexual behaviors. The second is *the family level*, where major obstacles lie in the negative attitudes of parents towards AIDS-related knowledge transfer. They are certain that their children will not commit any sexual risk behaviors that will lead to HIV infection. Nevertheless, in some families, children are often left to live by themselves because the fathers and mothers have to work in other areas. These children are free to choose their friends. Moreover, the present values of children and youths will easily tempt them to sexual risk behaviors. The last is at *the community level*. Community values usually are directed towards conservation and this is advantageous in terms of prevention and reduction of AIDS risk behaviors. Community leaders should understand the aims of work on and support the AIDS activities and cooperate with the communities in order to encourage activities and emphasize behavioral changes among the risk groups in the communities. Leaders should also assist AIDS patients so that they can receive the regular assisting system and so that they can continue to live.

(2) **The factor on community AIDS implementers** AIDS project implementers at the community level must have a clear understanding of economic, social, and cultural conditions which are ways of life of community people. Knowledge of these conditions can be applied in the stipulation of targeted group and the means in selecting activities. Community AIDS work should be directed towards behavioral changing.