



รายงานการวิจัย
เรื่อง



**ความเข้มแข็งของชุมชน
ในการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด**

ดุษฎี อายุวัฒน์

**สนับสนุนทุนวิจัยโดย Plan Thailand
สำนักงานพื้นที่หนองบัวลำภู
2550**

คำนำ

การวิจัยเรื่อง ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในครั้งนี้ สำเร็จลงได้ ด้วยความร่วมมือจากคณะบุคคลหลายฝ่าย ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ องค์การแพลน ประเทศไทย (Plan Thailand) ที่สนับสนุนเงินทุนวิจัย โดยเฉพาะ คุณจรรยา ชูสอน ผู้จัดการสำนักงานพื้นที่หนองบัวลำภู ที่ได้ให้ความไว้วางใจให้เป็นผู้ดำเนินการวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการออกแบบการวิจัย ผู้วิจัยขอขอบคุณคุณปณัสย์ รัฐกิจวิจารณ์ ณ นคร เจ้าหน้าที่พัฒนาโครงการจากองค์การแพลน ประเทศไทย ที่ได้เข้าร่วมสังเกตการณ์ในการนำเสนอผลการศึกษาเบื้องต้นในชุมชน และขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่ของบ้านพักใจอุดรธานี ที่ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินโครงการในพื้นที่

งานวิจัยนี้สำเร็จลงได้ด้วยความร่วมมือของชาวบ้านในพื้นที่วิจัย ทั้งผู้นำชุมชน กลุ่มแม่บ้าน คณะกรรมการเอดส์หมู่บ้าน เยาวชนทั้งชายหญิง และผู้ติดเชื้อพร้อมครอบครัว ที่สละเวลาในการให้สัมภาษณ์และให้ความร่วมมือในการร่วมเวทีเสวนา เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันเพื่อหาแนวทางการทำงานเอดส์ในชุมชน ขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอำเภอบ้านผือและอำเภอเพ็ญ และเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่เกี่ยวข้องที่กรุณาให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหเอดส์ที่ดำเนินการอยู่ และการเสริมสร้างให้ชุมชนสามารถป้องกันตนเองจากเอดส์ ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงเรียน และคณาจารย์ของโรงเรียนในพื้นที่วิจัย และ นายกองจัดการบริหารส่วนตำบล ที่ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเรื่องเอดส์ในพื้นที่

ผู้วิจัยขอขอบพระคุณ คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น ที่ให้การสนับสนุนให้ผู้วิจัยได้มีโอกาสเรียนรู้ในการดำเนินการวิจัยในระดับชุมชน ซึ่งเป็นการเพิ่มพูนทักษะและประสบการณ์ ผู้วิจัยหวังว่าผลการวิจัยครั้งนี้คงจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ดำเนินการเรื่องเอดส์ในระดับชุมชน ใช้เป็นแนวทางในการแก้ไขปัญหได้ต่อไป

ดุษฎี อายุวัฒน์

มกราคม 2550

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

3) **ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์**
พบว่า (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

Dusadee Ayuwat. (2007). **The Strength of Communities in Preventing and Solving AIDS Problems.** Faculty of Humanities and Social Sciences, Khon Kaen University.
Funding Supported by Plan Thailand

Abstract

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.

สรุปสำหรับผู้บริหาร

นับตั้งแต่ประเทศไทยพบการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ส่งผลให้หน่วยงานหลายฝ่ายต่างร่วมกันหาแนวทางในการลดการแพร่ระบาดของโรคมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่เน้นการป้องกันการแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนมากเป็นการสร้างความตระหนักต่อปัญหาการแพร่ระบาดของโรค การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลต่อผู้ติดเชื้อเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับคนปกติได้ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและครอบครัวในเชิงสังคม

องค์การแพลง ประเทศไทย เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ ที่มีเป้าหมายของการดำเนินงานมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กและคนที่ยากไร้ ด้อยโอกาสในชุมชน และส่งเสริมความเข้มแข็งของชุมชนให้ดีขึ้น สำหรับการดำเนินงานด้านเอดส์ ปัจจุบันพบว่า สถานการณ์ด้านเอดส์ในระดับชุมชนพื้นที่ดำเนินงานขององค์การแพลง ประเทศไทย มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น ส่งผลให้เด็กได้รับผลกระทบจากการสูญเสียบิดา มารดา ผลกระทบดังกล่าวก่อให้เกิดผลสืบเนื่อง ทำให้การดำรงชีวิตของเด็กเป็นไปด้วยความยากลำบากเพิ่มขึ้น จากการเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชนและเด็ก องค์การแพลง ประเทศไทย จึงสนับสนุนให้บ้านพักใจ อุดรธานี ซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนในเครือข่ายของศาสนาคริสต์ ในประเทศไทย ดำเนินโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ จ.อุดรธานี ดังนั้นเพื่อสะท้อนผลการดำเนินโครงการว่า สามารถดำเนินการนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์ จึงควรดำเนินการวิจัยเพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานโครงการ ตลอดจนสรุปบทเรียนจากชุมชน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานโครงการด้านเอดส์ในระดับชุมชนต่อไป

การวิจัยเรื่อง ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษา 1) ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2) กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก (Qualitative Research) ผสมผสานกับการวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยการใช้แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline) สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพจากกลุ่มเป้าหมายการวิจัย และใช้แบบสัมภาษณ์ (Interview Schedule) สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเพื่อประเมินการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ และความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของกลุ่มเป้าหมายทั้งในและนอกชุมชนบางส่วน

ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1) **ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์** พบว่า ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่พิจารณาจาก 2 มิติ ได้แก่ **มิตินโยบายมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานด้านเอดส์** กล่าวได้ว่า ชุมชนมีความเข้มแข็งเฉพาะกิจกรรมที่เน้นการป้องกัน ส่วนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่เน้นการแก้ไขปัญหายังมีข้อจำกัด นอกจากนี้ชุมชนยังมีข้อจำกัดในการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของกิจกรรมเกี่ยวกับการดำเนินงานเอดส์ตามสภาพและความต้องการของชุมชน ทั้งนี้ อาจเป็นผลมาจากเนื้อหาเอดส์เป็นเรื่องเฉพาะทางที่คณะทำงานเอดส์ในชุมชน ยังไม่มีความมั่นใจกับความรู้เรื่องเอดส์ ซึ่งส่งผลสืบเนื่องทำให้ชุมชนไม่สามารถดำเนินการต่อได้ด้วยตนเอง ซึ่งการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเรื่องเอดส์ที่เด็กและเยาวชน มีบทบาทชัดเจน ได้แก่ การเข้าร่วมกิจกรรมเดินรณรงค์ การเข้าร่วมอบรมหรือร่วมประชุมในฐานะกลุ่มเป้าหมาย ส่วนการรับรู้สถานการณ์เรื่องเอดส์ในชุมชนนับว่าเป็นไปโดยกลไกภายในชุมชน ส่วนหากพิจารณาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จาก**มิตินโยบายองค์กรทำหน้าที่จัดการเรื่องเอดส์ระดับชุมชน** พบว่า การดำเนินงานเอดส์ของบ้านพักใจสามารถผลักดันให้เกิดกลุ่มองค์กรคือ คณะกรรมการเอดส์หมู่บ้าน แต่ด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาดำเนินงานที่สั้น ข้อจำกัดด้านตัวบุคคล และความไม่ชัดเจนในบทบาทของคณะทำงาน ทำให้คณะกรรมการเอดส์หมู่บ้านไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างที่คาดหวัง สาเหตุส่วนหนึ่งเป็นเพราะในกระบวนการดำเนินกิจกรรมให้ความสำคัญกับการทำความเข้าใจบริบทชุมชนค่อนข้างน้อย นอกจากนี้แม้ว่าชุมชนส่วนใหญ่จะมีประสบการณ์ได้รับความรู้เรื่องเอดส์เพิ่มผ่านกิจกรรมต่างๆแต่ก็ไม่สามารถนำไปสู่การลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของคนบางกลุ่มในชุมชน

ในด้านการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อพบว่า ยังมีอุปสรรคด้านการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อที่จะเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา ส่วนผู้ติดเชื้อบางส่วนในชุมชนได้รับการช่วยเหลือผ่านศูนย์เฉลิมพระเกียรติ ซึ่งเป็นกลไกของกระทรวงมหาดไทย และผู้ติดเชื้อบางส่วนได้รับการช่วยเหลือผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นที่ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและครอบครัว การผลักดันให้เกิดระบบการช่วยเหลือจากชุมชนยังไม่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรมเพราะค่านิยมและความเชื่อของชุมชนที่มีต่อโรคเอดส์ พบว่ามีเพียงบางชุมชนที่เริ่มต้นแสวงหาแนวทาง แต่ด้วยข้อจำกัดด้านทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อ ค่านิยมและความเชื่อของชุมชนจึงทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนระบบการช่วยเหลือได้อย่างชัดเจน

2) **กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์** พบว่ากระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มี 2 ลักษณะ คือ **ชุมชนที่สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมดังกล่าวได้เอง** เกิดจากการสร้างแกนนำในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชนและหน่วยสนับสนุนภายนอกได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังเป็นบุคคลที่ชุมชนเข้าใจบทบาทและยอมรับใน

ตัวแกนนำ ส่งผลให้การดำเนินงานเอดส์ในชุมชนเกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมได้เป็นอย่างดี สามารถขยายจำนวนคนเข้าร่วมกิจกรรมที่มีความหลากหลายในด้านอายุ เพศ และรวมทั้งกิจกรรมในการดำเนินงานของชุมชนก็มีความหลากหลายมากขึ้น และยังสามารถในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่อชุมชน จึงมีผลให้ในชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาเอดส์โดยชุมชน และชุมชนยังเชื่อมั่นในศักยภาพของคณะทำงานเอดส์หมู่บ้าน **ส่วนในชุมชนที่ยังไม่สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมดังกล่าวได้เอง** เป็นผลเกิดจากสภาพการดำเนินชีวิตของสมาชิกในชุมชนที่อยู่ต่างถิ่นเป็นจำนวนมากและหน่วยงานสนับสนุนภายนอกใช้วิธีการดำเนินงานผ่านการประสานกับหน่วยงานด้านสุขภาพในพื้นที่ ทำให้เกิดความไม่เข้าใจในบทบาทของผู้เข้าร่วมกิจกรรม นอกจากนี้การกระจุกตัวอยู่ที่กลุ่ม เป้าหมายกลุ่มเดิม และการดำเนินงานเอดส์ที่มุ่งเน้นไปที่การสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่กลุ่มเป้าหมาย แต่มิได้ให้ทักษะในการถ่ายทอด การขยายผลหรือการนำความรู้ไปใช้ รวมทั้งความไม่เชื่อมั่นในตนเองของคณะทำงาน และการไม่ยอมรับในวัฒนธรรมการเอดส์หมู่บ้าน ทำให้ชุมชนไม่สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมเอดส์ได้ด้วยตนเอง

3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อยู่ 2 ส่วนได้แก่

(1) **ปัจจัยเกี่ยวกับชุมชน** ซึ่งมีอยู่หลายระดับ ได้แก่ *ระดับบุคคล* คือการมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ และพฤติกรรมทางเพศอย่างถูกต้อง *ในระดับครอบครัว* สิ่งที่เป็นอุปสรรคที่สำคัญก็คือทัศนคติของพ่อแม่ในเชิงลบต่อกิจกรรมการให้ความรู้ในการป้องกันเรื่องเอดส์ และทัศนคติต่อลูกที่เป็นเด็กและเยาวชนของตนเองในเชิงความเชื่อมั่นว่าจะไม่ไปมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่จะมีโอกาสรับเชื้อเอดส์ นอกจากนี้สภาพของครอบครัวที่ลูกอยู่กันเองตามลำพัง เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปหาทำงานต่างถิ่น ทำให้เด็กและเยาวชนมีอิสระในการคบเพื่อน นำมาสู่การรวมกลุ่มของเด็กและเยาวชน ประกอบกับค่านิยมของเด็กและเยาวชนทำให้ถูกชักนำไปสู่ความเสี่ยงเรื่องเพศได้ง่ายขึ้น *ในระดับชุมชน* ค่านิยมเรื่องเพศของชุมชนที่เน้นแนวอนุรักษ์นิยมเป็นแนวทางในการป้องกัน และลดความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ได้ นอกจากนี้บทบาทผู้นำควรมีความเข้าใจถึงเป้าหมายการดำเนินงาน และเข้ามาสนับสนุนกิจกรรม และร่วมมือกระตุ้นกับชุมชนเพื่อผลักดันให้เกิดกิจกรรมและต่อยอดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มเสี่ยงในชุมชน รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือกับผู้ติดเชื้อเอดส์ให้สามารถเข้าถึงระบบการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้

(2) **ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดำเนินโครงการเอดส์ในชุมชน** ผู้ดำเนินโครงการเอดส์ในระดับชุมชนจำเป็นต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจน กับสภาพเงื่อนไขด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่เป็นสภาพการดำเนินชีวิตของคนในชุมชน และใช้ประโยชน์จากการศึกษาส่วนนี้ในการกำหนดกิจกรรมให้สอดคล้อง เพราะสภาพบริบทของชุมชนถือว่ามีผลสำคัญต่อการกำหนดกลุ่มเป้าหมายและเป็นแนวทางในการกำหนดกิจกรรมงานเอดส์ในชุมชน ต้องให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากกว่ากิจกรรมการรณรงค์ที่มุ่งสร้างความสนุกสนาน และยังต้องให้ความสำคัญกับการร่วมมือกับทุกภาคที่มีอยู่ในชุมชน

ผลการวิจัยนำมาสู่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงงานเอดส์ในระดับชุมชนดังนี้

1) การศึกษาในประเด็นความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชนครั้งนี้ ชี้ให้เห็นชัดเจนว่า ผู้ดำเนินโครงการด้านเอดส์ระดับชุมชนต้องให้ความสำคัญกับบริบทของชุมชนทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เพราะเรื่องเอดส์เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ ซึ่งเกี่ยวข้องกับค่านิยม ทัศนคติ และวัฒนธรรมในท้องถิ่น ในการดำเนินงานจึงต้องมีความเข้าใจเรื่องดังกล่าวเป็นพื้นฐานเพื่อเป็นข้อมูลในการพัฒนากิจกรรมเพื่อผลักดันการดำเนินงานด้านเอดส์ให้สอดคล้องกับชุมชนมากที่สุด

2) การดำเนินกิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนชุมชนไปสู่ความเข้มแข็งในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์นั้น จำเป็นต้องมีลักษณะของกิจกรรมครอบคลุมทั้งกลุ่มเป้าหมายที่ต้องเน้นการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อ และกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ติดเชื้อให้ได้รับการเยียวยาเพื่อดำรงชีวิตต่อไปได้ การดำเนินงานระดับชุมชนเน้นที่การป้องกันโรคเอดส์ในเชิงของการรณรงค์ การอบรม ซึ่งเป็นลักษณะกิจกรรมที่ไม่มีความหลากหลายและไม่สามารถส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและวัฒนธรรมเรื่องเพศได้ นอกจากนี้กลุ่มเป้าหมายของการดำเนินกิจกรรมเอดส์ต้องมีความครอบคลุมทั้งสองกลุ่มข้างต้นด้วย

3) ผลการวิจัยชี้ให้เห็นว่า มีเด็กและเยาวชนเพียงร้อยละ 28.8 เท่านั้นที่เข้าร่วมในกิจกรรมเรื่องเอดส์ที่จัดขึ้นในชุมชน การแก้ไขปัญหาที่สืบเนื่องจากโรคเอดส์ที่กระทบต่อเด็กและเยาวชนยังไม่ชัดเจน โดยเฉพาะ ยังไม่มีการพัฒนาระบบป้องกันการติตราเพื่อคุ้มครองเด็กที่ได้รับผลกระทบ และการสร้างความเข้าใจกับชุมชนเพื่อไม่ละเมิดสิทธิเด็กที่เกิดจากการเปิดเผยตัวของสมาชิกในครอบครัวในฐานะผู้ติดเชื้อ การพัฒนาระบบการช่วยเหลือในระดับชุมชนยังไม่เกิดขึ้นชัดเจน คงมีเพียงระบบการดูแลผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นพ่อแม่ผู้ปกครองของเด็กและเยาวชนผ่านความร่วมมือจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งการช่วยเหลือบุคคลที่เป็นผู้ติดเชืวดังกล่าวเป็นเพราะนโยบายของภาครัฐ

EXECUTIVE SUMMARY

Ever since the first case of HIV/AIDS contagious disease was found in Thailand, various different organizations have continuously cooperated in order to decrease the epidemic. Emphasis has been placed upon prevention of the spreading among different risk groups. Activities carried out in general have been based on the creation of awareness of the epidemics, care and social support of HIV infected patients so that they can live with other people, and encouragement of communities to socially participate in the care of infected patients and their families.

Plan Thailand is a non-governmental organization that has a policy to develop the quality of life of the children, the poor, and the underprivileged in communities, and to enhance community strength. With respect to HIV/AIDS work, it has been found that the situation of the disease at the community level in areas under the implementation of Plan Thailand has worsened. The consequence is reflected in the impact on children who lost their fathers and mothers, resulting in continual problems of these children's troublesome living. Understanding the importance of the spread of HIV/AIDS and the impact arising on communities and children, Plan Thailand has supported the Welcome House in Udonthani, a non-governmental Christian organization in Thailand. Plan Thailand supports this NGO to conduct a community project on community strengthening in fighting against AIDS. Thus, in order to reflect the success of project implementation in terms of the strength of communities in AIDS prevention and solution, a research study was conducted so that recommendations could be made for the project, and that a lesson can be drawn from the communities. The lesson will be useful for the improvement and development of future AIDS projects at a community level.

The research on the strength of communities in preventing and solving AIDS problems was aimed at studying 1) the strength of communities in prevention and solving AIDS problems, 2) the community process in preventing and solving AIDS problems, and 3) the factors related to the strength of communities in preventing and solving AIDS problems. The qualitative research design was integrated with the quantitative method in order to collect the related data. Interviewing guidelines were used in the collection of qualitative data from the research targeted groups. Then with interviewing schedule quantitative data were

collected and perception of AIDS were evaluated along with the strength of communities in preventing and solving AIDS problems of the targeted groups both inside and outside the communities.

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. This resulted from AIDS disease being a specific matter of which community AIDS working groups were still not confident in their knowledge. The consequence of this fact is that the communities could not carry on the activities on their own. 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. However, people's perception of HIV/AIDS situations is based on community mechanism. 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. Nevertheless, with limitations of time constraints, individuals, lack of clarity of the working group's roles; the committee was not able to achieve the goals they expected. Part of the reasons was the procedural activities did not give much accent on the understanding of community contexts. Besides, even though the majority of the communities have additional experiences on AIDS through past activities, they were not able to translate this into the decrease of sexually risk behaviors of some groups of people in the communities.

In providing assistance to AIDS infected patients, some obstacles still exist when anonymity has to be observed before they are admitted as regular patients. Some of the infected patients in the communities receive assistance through the Honorary Center of Her Majesty, a mechanism under the Ministry of the Interior. Some other infected individuals and their families received treatment from local administrative organizations. 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, i.e. people of different ages and sex. 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 problem 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. Moreover, external assistance is done through coordination with local health units, and this is where misunderstanding arose related to the roles of participants. Additionally, the problems concerning clustering, similar targeted groups, and 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. This, together with the lack of self-confidence of the working group, 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 father and mothers towards AIDS-related knowledge transfer. Parents are certain that their children and youths will not commit any sexually risk behaviors that will lead to

AIDS 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, and this can possibly lead to youth gathering. Moreover, the present values of children and youths will easily tempt them to sexually 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 AIDS, support the 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 normal ways of life of community people. Knowledge of these conditions can be applied in establishing relevant activities for the community context. The knowledge is important in the stipulation of targeted group and the means in selecting activities. Community AIDS work should be more directed towards behavioral changing than enjoyable campaigning. It should also be based on the importance of cooperation with all allies in the community.

The research results have been translated into the following recommendations for improvement of community AIDS work.

1) The study on the strength of communities in the prevention and solution of AIDS problems clearly reveals that community AIDS implementers should emphasize the community's social, economic, and cultural contexts. This is because AIDS is related to sexual matters, which in turn are concerned with values, attitudes and cultures in the local areas. Implementation therefore must take these elements into account as the basis for activities development and to channel AIDS implementation towards the community context.

2) Implementation that strengthens the community in the implementation of work towards prevention and solution of AIDS problems must be based on activities that cover both the infection-prevention targeted group and the extension of the living of the infected target groups. Community implementation that emphasizes prevention of AIDS based on

campaigning and training is not diverse and does not achieve changing of sexual values and culture. Thus, targeted groups for AIDS work should comprise these two groups

3) The research results indicate that only 28.8% of children and youths participated in AIDS activities scheduled in the community. AIDS problem solution is not evident. There is no development of a system to prevent assertion on children who receive the impact, and to protect them. There has been no means of making community people understand the matter so that they would not violate the rights of the children by revealing the AIDS infected people in the families. The improvement of assistance at a community level is not evident. Care of AIDS infected fathers and mothers are done through cooperation from local administrative organization, and the assistance has been provided owing to the policy of the government.

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	I
บทคัดย่อ	II
Abstract	IV
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	VI
Executive Summary	X
บทที่ 1 บทนำ	
1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
2. วัตถุประสงค์การวิจัย	2
3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย	2
4. ขอบเขตของการวิจัย	2
5. นิยามคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย	3
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	
1. สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	4
2. กลไกการดำเนินงานด้านเอดส์ระดับโครงสร้างและระดับพื้นที่	7
3. การรับรู้ พฤติกรรมเสี่ยง และค่านิยมของชุมชนที่เกี่ยวกับเอดส์	12
4. แนวคิดเกี่ยวกับปฏิกริยาของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์	20
5. แนวคิดเรื่องความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการปัญหาเอดส์	25
6. กรอบแนวคิดของการวิจัย	31
บทที่ 3 ระเบียบวิธีวิจัย	
1. หน่วยที่ใช้ในการวิจัย	33
2. พื้นที่ศึกษา	33
3. กลุ่มเป้าหมายของการวิจัย	33
4. เครื่องมือวิจัย	34

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล	35
6. การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการศึกษา	37
บทที่ 4 ผลการวิจัย	
ส่วนที่ 1	
1. ภูมิหลังด้านเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่ศึกษา	38
2. การรับรู้เรื่องเอดส์ของชุมชน	51
3. ประสิทธิภาพของชุมชนเกี่ยวกับเรื่องเอดส์	55
ส่วนที่ 2	
1. กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	57
2. ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	64
3. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์	79
4. การอภิปรายผลการวิจัย	83
บทที่ 5 สรุปผลวิจัยและข้อเสนอแนะ	85
เอกสารอ้างอิง	91
ภาคผนวก	97
ภาคผนวก ก	98
ภาคผนวก ข	101
ภาคผนวก ค	105
ภาคผนวก ง	110

สารบัญตารางและแผนภาพ

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	พื้นที่วิจัย	2
ตารางที่ 2	สถานการณ์โรคเอดส์ จำแนกตามจังหวัดต่างๆในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	6
ตารางที่ 3	ร้อยละของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการสะสม ในพื้นที่สาธารณสุขที่ 6 ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2547 จำแนกตามรายจังหวัด	6
ตารางที่ 4	ร้อยละของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการสะสม พื้นที่สาธารณสุขที่ 6 ณ วันที่ 30 มิ.ย.47 จำแนกตาม กลุ่มอายุและเพศ	7
ตารางที่ 5	จำนวนผู้เข้าร่วมการประชุม จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่วิจัย	37
ตารางที่ 6	ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตาม สถานภาพทางเพศและชุมชน	49
ตารางที่ 7	ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามกลุ่มอายุและชุมชน	49
ตารางที่ 8	ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตาม ระดับการวิจัยและชุมชน	50
ตารางที่ 9	ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามสถานภาพในชุมชนและชุมชน	50
ตารางที่ 10	ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามระดับความคิดเห็นที่มีต่อการเข้าใจและการรับรู้เรื่องเอดส์	54
ตารางที่ 11	ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชนและชุมชน	62
ตารางที่ 12	ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามประสบการณ์ในการทำงานเอดส์ในชุมชน	75
ตารางที่ 13	ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามความคิดเห็นในการดำเนินงานแก้ไข ปัญหาเอดส์ ในชุมชน	77

สารบัญแผนภาพ

แผนภูมิที่ 1	กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์	32
แผนภูมิที่ 2	การย้ายถิ่นของแรงงานชุมชนเพื้อ	42
แผนภูมิที่ 3	เครือข่ายทางสังคมของการไปทำงานต่างถิ่น	42

บทที่ 1

บทนำ

1. ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

นับตั้งแต่ประเทศไทยพบการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ส่งผลให้หน่วยงานหลายฝ่ายต่างร่วมกันหาแนวทางในการลดการแพร่ระบาดของโรคมาอย่างต่อเนื่อง ทั้งที่เน้นการป้องกันการแพร่ระบาดในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนมากเป็นการสร้างความตระหนักต่อปัญหาการแพร่ระบาดของโรค การดูแลสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ติดเชื้อเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ร่วมกับคนปกติได้ นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อและครอบครัวในเชิงสังคม เช่น การมีส่วนร่วมขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันและรักษาเชิงสังคมกับผู้ติดเชื้อ

องค์กรแพลง ประเทศไทย เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ ที่มีเป้าหมายของการดำเนินงานมุ่งพัฒนาคุณภาพชีวิตของเด็กและคนที่ยากไร้ ด้วยโอกาสในชุมชน เพื่อให้มีสุขภาพอนามัย การศึกษา อาชีพ สภาพแวดล้อม และความเข้มแข็งของชุมชนดีขึ้น สำหรับการดำเนินงานด้านเอดส์ ปัจจุบันพบว่า สถานการณ์ด้านเอดส์ในระดับชุมชนพื้นที่ดำเนินงานขององค์กรแพลง ประเทศไทย มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น และ เด็ก ได้รับผลกระทบจากการสูญเสียบิดา หรือ มารดา หรือทั้งบิดาและมารดา ที่ป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ผลกระทบดังกล่าวก่อให้เกิดผลสืบเนื่อง ทำให้การดำรงชีวิตของเด็กเป็นไปด้วยความยากลำบากเพิ่มขึ้น จากการเล็งเห็นความสำคัญของปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และผลกระทบที่เกิดกับชุมชนและเด็ก องค์กรแพลง ประเทศไทย จึงสนับสนุนให้บ้านพักใจ อุดรธานี ซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนในเครือข่ายของศาสนาคริสต์ ในประเทศไทย ดำเนินโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ จ.อุดรธานี ขึ้น ดังนั้นเพื่อสะท้อนผลการดำเนินโครงการว่าสามารถดำเนินการนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์ จึงเห็นควรให้มีการวิจัย เพื่อสรุปบทเรียนการดำเนินโครงการทั้งในส่วนของความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์ กระบวนการดำเนินที่ชุมชนใช้เพื่อนำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนดังกล่าว ตลอดจนปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องโรคเอดส์ ทั้งนี้เพื่อให้ได้ข้อเสนอแนะต่อการดำเนินงานโครงการ ตลอดจนบทเรียนจากชุมชน ซึ่งจะ เป็นประโยชน์ต่อการปรับปรุงและพัฒนาการดำเนินงานโครงการด้านเอดส์ในชุมชนต่อไป

2. วัตถุประสงค์การวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษา

1. ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์
2. กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์
3. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์

3. ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ คาดว่าจะก่อให้เกิดองค์ความรู้สำคัญที่สะท้อนถึงความเข้มแข็งของชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ ซึ่งถือว่าเป็นบทเรียนสำคัญที่เกิดขึ้นกับชุมชน และองค์ความรู้ดังกล่าวจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ในระดับชุมชนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

4. ขอบเขตของการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ กำหนดขอบเขตการวิจัยให้ครอบคลุมพื้นที่การดำเนินงานด้านเอ็ดส์ของหน่วยงานคือ บ้านพักใจ อุดรธานี ซึ่งมีขอบเขตครอบคลุมพื้นที่ 7 หมู่บ้านในเขต 3 ตำบล และอยู่ในเขตอำเภอบ้านผือ และอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี เพื่อปกป้องกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย จึงใช้ชื่อสมมุติของพื้นที่วิจัยดังนี้ ดังรายละเอียดในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 พื้นที่วิจัย

อำเภอ	ตำบล เป้าหมาย	จำนวนหมู่บ้าน เป้าหมาย	ชื่อสมมุติ ที่ใช้ในงานวิจัย
1. อำเภอบ้านผือ	หายโศก	2	ชุมชนบ้านผือ
2. อำเภอเพ็ญ	นาพุ	2	ชุมชนนาพุ
	โคกกลาง	3	ชุมชนเพ็ญ

นอกจากนี้ยังกำหนดขอบเขตการวิจัยด้านประชากร ได้แก่

1. ชาวบ้านในเขตพื้นที่เป้าหมายของการวิจัยดังกล่าวแล้วข้างต้น รวมถึงชาวบ้านที่มีสถานภาพเป็นผู้นำชุมชน ทั้งที่เป็นผู้นำที่เป็นทางการและผู้นำที่ไม่เป็นทางการ กลุ่มสตรีแม่บ้าน และ วัยรุ่นทั้งในและนอกสถานศึกษา ทั้งนี้ เยาวชน ได้แก่ บุคคลที่อายุไม่เกิน 24 ปีและยังโสด
2. ชาวบ้านในเขตพื้นที่ศึกษา ที่เป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และเปิดเผยตัวในระบบการรักษา และอยู่อาศัยในชุมชน และยินดีให้ข้อมูล
3. เจ้าหน้าที่ของภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่เป้าหมายที่โครงการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน

ทั้งนี้ ขอบข่ายของการดำเนินงานด้านเอดส์ในระดับชุมชนที่เป็นขอบเขตของการวิจัยนี้ คือ กรอบกิจกรรมที่ดำเนินงานภายใต้โครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ ที่ดำเนินการโดยบ้านพักใจอุดรธานี

5. นิยามคำศัพท์ที่ใช้ในการวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้กำหนดคำนิยามสำหรับคำเฉพาะบางคำ เพื่อให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ หมายถึง การที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านเอดส์ของชุมชน มีองค์กรที่ทำหน้าที่ในการจัดการ หรือดำเนินงานด้านเอดส์ของชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และแก้ไขปัญหาสืบเนื่องที่เกิดขึ้นจากโรคเอดส์ บนพื้นฐานของความเอื้ออาทรและสิทธิที่เท่าเทียมกัน

ผู้ติดเชื้อ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าได้รับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเป็นผู้ที่เปิดเผยตัวต่อระบบการรักษาของทางการแพทย์ และอาศัยอยู่ในชุมชน

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง บุคคลที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์ว่าได้รับเชื้อเอชไอวี/เอดส์และเป็นผู้ที่เปิดเผยตัวต่อระบบการรักษาของทางการแพทย์ ขณะทำการศึกษา เป็นผู้ป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสต่างๆ และอาศัยอยู่ในชุมชน ในการวิจัยนี้จะเรียกกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยรวมว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ผู้วิจัยได้ค้นคว้า ทบทวน แนวคิดทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อนำมาเป็นกรอบแนวคิดของการวิจัย ดังนี้

1. สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทยภาคตะวันออกเฉียงเหนือ
2. กลไกการดำเนินงานด้านเอดส์ระดับโครงสร้างและระดับพื้นที่
3. การรับรู้ พฤติกรรมเสี่ยง และค่านิยมทางเพศ
4. แนวคิดเกี่ยวกับปฏิกิริยาของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์
5. แนวคิดเรื่องความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการปัญหาเอดส์
6. กรอบแนวคิดของการวิจัย

โดยมีรายละเอียดต่อไปนี้

1. สถานการณ์เรื่องเอดส์ในประเทศไทยและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

ในการทบทวนเอกสารที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเอดส์ มีคำหลายคำที่เอกสารใช้อธิบายเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ดังนั้นเพื่อให้การทบทวนคงเนื้อหาไว้ จึงกำหนดคำที่ใช้ในส่วนของบททวนไว้ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อ HIV หรือ ผู้ติดเชื้อเอดส์ หรือ ผู้ติดเชื้อในรายงานนี้ใช้ในความหมายเดียวกัน ได้แก่ บุคคลที่รับเชื้อ HIV และยังไม่แสดงอาการป่วย หรือเริ่มแสดงอาการป่วยในระยะแรก ส่วนอีกคำหนึ่ง ได้แก่ ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึงผู้ติดเชื้อที่มีอาการป่วย

แบบแผนการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย เริ่มจากชายที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศเมื่อพบผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรกในปี 2527 ต่อมาจึงแพร่ระบาดในกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และการแพร่ระบาดจากหญิงอาชีพขายบริการทางเพศที่ติดต่อมาสู่ชายนักเที่ยว ซึ่งเป็นจุดที่เชื้อเอดส์แพร่เข้าสู่สถาบันครอบครัว ทำให้เชื้อเอดส์มาสู่หญิงแม่บ้านและสู่ลูกตามลำดับ โดยพบว่าร้อยละผู้ป่วยเอดส์เมื่อจำแนกตามปีวิจัยเสี่ยงระหว่างปี 2527-2548 พบว่า ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเอดส์รับเชื้อจากทางเพศสัมพันธ์มากที่สุดถึงร้อยละ 83.75 รองลงมา คือ ติดเชื้อจากการติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และติดเชื้อจากมารดา คิดเป็นร้อยละ 4.73 และ 4.09 ตามลำดับ

ในปี พ.ศ.2547 สำนักระบาดวิทยาได้เริ่มทำการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV รายใหม่ ซึ่งทำให้สามารถคาดประมาณอัตราอุบัติการณ์ (Incident Rate) การติดเชื้อ HIV ในกลุ่มประชากรเฝ้าระวังได้เป็นครั้งแรก ซึ่งพบว่า อัตราอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ HIV รายใหม่ในกลุ่มต่างๆ มีดังนี้

1. กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ เท่ากับ 2.191 ต่อหญิงตั้งครรภ์ 1,000 คนต่อปี
2. กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศตรง เท่ากับ 37.389 ต่อหญิงขายบริการตรง 1,000 คน ต่อปี
3. กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศแฝง เท่ากับ 8.445 ต่อหญิงขายบริการแฝง 1,000 คนต่อปี
4. กลุ่มทหารกองประจำการ เท่ากับ 1.614 ต่อทหารกองประจำการ 1,000 คนต่อปี

จากรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ.2547 มีรายงานว่า ในปี พ.ศ.2546 มีผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์ประมาณ 604,000 และโรคเอดส์นี้ทำให้คนหนุ่มสาวเสียชีวิตกว่า 460,000 ราย ทั้งเด็กกำพร้าจำนวนมากให้ครอบครัวญาติพี่น้องและชุมชนช่วยเหลือ นับตั้งแต่เริ่มระบาดคนไทยติดเชื้อโรคเอดส์แล้วประมาณ 1 ล้านคนในปี 2546 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ 19,000 คน และมีผู้เสียชีวิต 50,000 คน และยังทำให้อายุขัยเฉลี่ยแรกเกิดของคนไทยลดลง จากการศึกษาในปี 2544 พบว่าโรคเอดส์เป็นสาเหตุอันดับหนึ่งที่ทำให้ชายและหญิงไทยเสียชีวิตก่อนวัยอันควร

การเฝ้าระวังอัตราการติดเชื้อในกลุ่มสตรีมีครรภ์ แสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงพื้นที่ระบาด ในระยะแรกภาคเหนือมีอัตราการแพร่ระบาดสูงที่สุด แต่ในปี 2545 สถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป มี 19 จังหวัดที่มีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าร้อยละ 2 (7 ในภาคกลาง, 3 ในภาคเหนือ, 1 ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และ 8 ในภาคใต้) ทั้งนี้ พบอัตราสูงที่สุดในจังหวัดที่เป็นแหล่งพำนักของชุมชนประมง (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547)

แม้จะสามารถชะลอการแพร่ระบาดในประชากรทั่วไปได้ ไวรัสโรคเอดส์ยังคงแพร่ระบาดในประชากรบางกลุ่ม พบว่าอัตราการติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 17 ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ (สูงขึ้นจากร้อยละ 4 ในปี 2534) ร้อยละ 50 ในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด (สูงขึ้นจากร้อยละ 35 ในปี 2539) และร้อยละ 6 ในกลุ่มคนงานอพยพในแหล่งอุตสาหกรรมและอัตราการติดเชื้อยังสูงในกลุ่มผู้ขายบริการทางเพศ คือ สูงถึงร้อยละ 20 ในภาคเหนือและภาคกลางของประเทศ

สำหรับปรากฏการณ์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นตัวเลขสะสมตั้งแต่กันยายน 2527-ธันวาคม 2548 สูงถึง 52,357 คน จากทั้งประเทศ 282,668 คน ซึ่งเป็นจำนวนที่รองจากภาคเหนือ (<http://epid.moph.go.th/dpc6.ddc.moph.go.th/epidem/aids> สืบค้น

เมื่อ 15 ตุลาคม 2548) ทั้งนี้ จังหวัดที่มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สูงสุดได้แก่ จังหวัดขอนแก่น รองลงคือ อุดรธานี อุบลราชธานี และ นครราชสีมา ตามลำดับ ซึ่งเป็นจังหวัดใหญ่และเป็นศูนย์กลางด้านเศรษฐกิจของภูมิภาคดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สถานการณ์โรคเอดส์ จำแนกตามจังหวัดต่างๆในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

พื้นที่	2527-2541	2542	2543	2544	2545	2546	2547	2548	รวม
ขอนแก่น	2,776	411	392	517	413	518	560	117	5,704
อุดรธานี	1,664	545	544	455	523	594	592	154	5,071
อุบลราชธานี	1,926	441	337	367	379	516	475	345	4,786
นครราชสีมา	1,655	444	430	403	323	359	451	197	4,262

ที่มา : <http://epid.moph.go.th/dpc6.ddc.moph.go.th/epidem/aids> สืบค้นเมื่อ 15 ตุลาคม 2548

สำหรับในพื้นที่ศึกษาคือ จังหวัดอุดรธานี อยู่ในเขตพื้นที่สาธารณสุขที่ 6 ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ 7 จังหวัด ได้แก่ เลย หนองคาย อุดรธานี ขอนแก่น สกลนคร และ กาฬสินธุ์ ซึ่งพบว่า ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2547 มีจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่มีอาการสะสมรวม 5,923 คนคิดเป็นร้อยละ 24.44 ของจำนวนทั้งหมดในเขตพื้นที่ 6 ซึ่งมีจำนวน 24,237 คนและมีจำนวนผู้เสียชีวิตทั้งหมด 969 คน คิดเป็นร้อยละ 25.01 ของจำนวนผู้เสียชีวิต 3,860 คน ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ร้อยละของผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการสะสม ในพื้นที่สาธารณสุขที่ 6 ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2547 จำแนกตามรายจังหวัด

จังหวัด	ผู้ป่วยเอดส์		ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ		รวม		ร้อยละ	ร้อยละ
	ป่วย	เสียชีวิต	ติดเชื้อ	เสียชีวิต	ป่วย	เสียชีวิต	ป่วย	เสียชีวิต
หนองบัวลำภู	879	126	255	28	1,134	154	4.68	3.99
ขอนแก่น	5,368	1,017	2,133	83	7,501	1,100	30.95	28.50
อุดรธานี	4,677	898	1,246	71	5,923	969	24.44	25.10
เลย	1,923	540	485	116	2,408	656	9.94	16.99
หนองคาย	1,431	290	845	53	2,276	343	9.39	8.89
กาฬสินธุ์	2,043	239	680	35	2,723	274	11.23	7.10
สกลนคร	1,447	288	786	73	2,272	361	9.37	9.35
เขต 6	17,768	3,398	6,430	459	24,237	3,860	100.00	100.00

ที่มา : รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พื้นที่สาธารณสุขเขต 6 (2547)

เมื่อพิจารณา จำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการสะสมในเขตพื้นที่สาธารณสุขที่ 6 ณ วันที่ 30 มิถุนายน 2547 ในแต่ละเพศและกลุ่มอายุ พบว่า ในกลุ่มอายุวัยแรงงาน อายุระหว่าง 20-44 ปี มีจำนวนเพศชาย ที่เป็นผู้ป่วยสูงกว่าเพศหญิง และในแต่ละกลุ่มอายุดังกล่าว มีจำนวนผู้ป่วยสูงกว่าในกลุ่มอายุอื่นๆ (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการสะสม พื้นที่สาธารณสุขที่ 6 ณ วันที่ 30 มิ.ย.47
จำแนกตาม กลุ่มอายุและเพศ

กลุ่ม อายุ(ปี)	ผู้ป่วยเอดส์		ผู้ติดเชื้อที่มีอาการ		รวม		รวม ทั้งหมด	ร้อยละ
	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง	ชาย	หญิง		
0-4	236	245	136	115	373	360	733	3.02
5-9	203	170	95	79	298	249	547	2.26
10-14	27	34	7	17	34	51	85	0.35
15-19	73	79	34	49	107	128	235	0.97
20-24	1,094	813	366	380	1,460	1,193	2,653	10.95
25-29	3,660	1,624	1,200	664	4,860	2,288	7,148	29.49
30-34	3,381	1,341	1,129	513	4,510	1,854	6,364	26.26
35-39	1,796	681	592	287	2,388	968	3,356	13.85
40-44	821	335	255	133	1,076	468	1,544	6.37
45-49	457	156	136	75	593	231	824	3.40
50-54	186	87	68	23	254	110	364	1.50
55-59	89	37	39	30	128	67	195	0.80
60+	67	32	186	83	259	124	383	1.58
รวม	12,090	5,634	4,243	2,448	16,340	8,091	24,237	100.00

ที่มา : รายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา พื้นที่สาธารณสุขเขต 6 (2547)

2. กลไกการดำเนินงานด้านเอดส์ระดับโครงสร้างและระดับพื้นที่ (จังหวัด/อำเภอ)

การดำเนินงานด้านเอดส์ ที่เป็นผลจากกลไกของภาครัฐ อันถือว่าเป็นกลไกระดับโครงสร้าง เกิดขึ้นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2528 หลังจากได้ค้นพบผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรก เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 โดยกระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้ง **โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์** ซึ่งมีฐานะเป็นโครงการพิเศษ ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 6 พ.ศ 2530-2534 ได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการ

ประสานงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เพื่อประสานงานระหว่างภาค รัฐและเอกชน โดยกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงาน และด้านการเฝ้าระวังได้ดำเนินงานในกลุ่มต่างๆโดยระบบเฝ้าระวังมีพัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง กล่าวคือ

ระยะแรก การรายงานผู้ป่วยเอดส์ เป็นรูปแบบมาตรฐาน แพทย์หรือหน่วยบริการทุกหน่วย รายงานผู้ป่วยเอดส์ทุกรายที่ตรวจพบ เนื่องจากรับรู้ว่าเป็นโรคติดเชื้อ ในการสอบสวนโรคผู้ป่วยที่รายงานทุกรายให้ข้อมูลรายละเอียดทางระบาดวิทยาที่สำคัญเกี่ยวกับตัวบุคคล ระยะเวลาของการป่วย โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบ พฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้อง ระยะเวลาที่ทำการรักษา การเฝ้าระวังโดยวิธีนี้ แม้ว่าจะเป็นรูปแบบมาตรฐานในโรคติดเชื้อแต่ไม่เหมาะสมกับโรคเอดส์ เนื่องจากโรคเอดส์มีระยะเวลา ก่อตัวนาน ในระยะ 5 ปี แรกระหว่างปี พ.ศ. 2527 – 2537 มีรายงานเพียง 100 กว่าราย ทำให้ผู้ที่ไม่ทราบธรรมชาติของโรคเข้าใจผิดว่าเอดส์ไม่เป็นปัญหา

ระยะที่สอง การรายงานผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นเรื่องที่ผู้บริหารโครงการโรคเอดส์ให้ความสนใจในระยะแรก จึงได้ขยายขอบเขตการเฝ้าระวัง โดยให้สถานบริการทุกแห่งรวมทั้งห้องชันสูตรทางการแพทย์ จะต้องรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV Infection) แม้ว่าจะยังไม่ปรากฏอาการ จึงทำให้มีการค้นหาผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยการออกตรวจตามประชากรกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ เช่น ผู้ติดยาเสพติด นักโทษ ชายขายบริการทางเพศ จึงทำให้ทราบว่าโรคเอดส์ได้กระจายไปในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้แล้ว และเนื่องจากการค้นหาส่วนใหญ่ทำในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด และตามบาร์เกย์ จึงเกิดการมองภาพว่า เอดส์เป็นในกลุ่มเกย์ และผู้ติดยาเสพติด

ระยะที่สาม การเฝ้าระวังการติดเชื้อHIVเฉพาะพื้นที่ ต้นปี พ.ศ.2532 มีการทบทวนงานด้านต่างๆ กองระบาดวิทยา (หรือ สำนักกระบาดวิทยา ปัจจุบัน) จึงได้เสนอให้เพิ่มเติมระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อHIVเฉพาะพื้นที่ โดยมีหลักการให้จังหวัดต่างๆ ได้ทำการสำรวจผู้ติดเชื้อในพื้นที่ของตนเองอย่างเป็นระบบมาตรฐานเดียวกันและสม่ำเสมอ คือ ทุกๆ เดือนมิถุนายน และธันวาคมของทุกปี กลุ่มประชากรเป้าหมายได้แก่ ผู้ติดยาเสพติดที่มารับบริการในคลินิกรักษาผู้เสพติด หญิงขายบริการทางเพศ ในสำนักโสเภณี หญิงขายบริการทางเพศในสถานอาบอบนวด ห้องอาหาร บาร์ ชายที่มาขอรับการตรวจกรมโรคที่คลินิกกรมโรค หญิงตั้งครรภ์ ผู้บริจาคเลือด โดยการสุ่มตรวจหาเชื้อHIVอย่างเป็นระบบ และเน้นการรักษาความลับ ซึ่งพบว่าในเดือนมิถุนายน 2532 ในพื้นที่ 14 จังหวัด มีการแพร่ระบาดต่อมาในเดือนธันวาคมปีเดียวกันได้ขยายเป็น 31 จังหวัดและอีก 6 เดือน ต่อมาคือเดือนมิถุนายน 2533 ได้แพร่กระจายครอบคลุมทั้ง 73 จังหวัด ตั้งแต่ปี 2546 เป็นต้นมา มีการสำรวจปีละ 1 ครั้ง

ระยะที่สี่ มีการปรับปรุงแก้ไขในการรายงานผู้ป่วยเอดส์ ปรับปรุงเครื่องมือที่ใช้ในการรายงานโรค และนิยามที่ใช้ในการเฝ้าระวังให้กระชับ ชัดเจน มีความไวมากขึ้น โดยยกเลิกการรายงานผู้ป่วย ARC ให้รายงานเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น

ระยะที่ห้า กองระบาดวิทยา (สำนักระบาดวิทยา) เริ่มดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในปีงบประมาณ 2538 ซึ่งลักษณะของการเฝ้าระวังจะเป็นการดำเนินการเฉพาะพื้นที่ 20 จังหวัดซึ่งคัดเลือกโดยความสมัครใจ แต่กระจายทุกภูมิภาคของประเทศ ดำเนินการเฉพาะกลุ่มประชากรชายและหญิงในกลุ่มอายุ 15-29 ปี เป็นตัวแทนกลุ่มที่ด้อยทางด้านเศรษฐกิจ โดยการตอบแบบสอบถาม ตอบด้วยตนเอง การสำรวจดำเนินการในเดือนมิถุนายน – กรกฎาคม ทุกปี ผลการเฝ้าระวังทำให้ทราบสถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางพฤติกรรมเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันตนเองเพื่อไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

ระยะที่หก หลังจากที่ได้มีการปรับปรุงนิยามที่ใช้เพื่อการเฝ้าระวังโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อมีอาการในปี พ.ศ. 2536 เริ่มจากในเดือนมกราคม พ.ศ. 2547 ได้ยกเลิกการรายงานผู้ติดเชื้อที่มีอาการคงให้รายงานเฉพาะผู้ป่วยเอดส์และเฝ้าระวังในทารก และเด็กให้มีความไวมากขึ้น

ระยะที่เจ็ด จากความก้าวหน้าของวิทยาศาสตร์ทางการแพทย์ ทำให้มีการนำยาต้านไวรัส มาใช้เพื่อการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก สำนักระบาดวิทยาร่วมกับกรมอนามัย ร่วมกันจัดทำโครงการนำร่องเพื่อพัฒนาระบบเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ในพื้นที่ทดลองเลือกภาคละ 1 จังหวัด รวม 4 จังหวัด เริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เริ่มเฝ้าระวังเด็กทุกคนที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ที่เกิดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นไป

ในปัจจุบันการเฝ้าระวังปัญหาเอดส์ ในประเทศไทยประกอบด้วยระบบเฝ้าระวังย่อย 7 ระบบ ได้แก่ 1). ระบบเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี 2). ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี 3). ระบบเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี 4). ระบบเฝ้าระวังเชื้อเอชไอวีดื้อยา 5). ระบบเฝ้าระวังผู้ป่วยเอดส์โดยการรายงาน 6). ระบบเฝ้าระวังเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี และ 7). ระบบเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยาต้านไวรัส

กลไกระดับโครงสร้างรัฐด้านเอดส์พัฒนาอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้ง**คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ** ขึ้นในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2534 มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน

รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขาธิการ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2535 งบประมาณด้านเอดส์กระจายอยู่ใน 14 กระทรวง/ทบวง หลังจากนั้นมีการปรับปรุงโครงสร้างและองค์ประกอบของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติมาอย่างต่อเนื่องเพื่อให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาและทันต่อสถานการณ์ **คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด** เป็นหนึ่งใน 9 คณะอนุกรรมการ ที่ตั้งขึ้นในช่วงแผนป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 ซึ่งนับว่าเป็นโครงสร้างในระดับพื้นที่คือระดับจังหวัด เพื่อให้สามารถจัดการกับเรื่องเอดส์ได้อย่างเหมาะสมกับแต่ละสภาพพื้นที่

สำหรับโครงสร้างของ**คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด** ประกอบด้วย ผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานอนุกรรมการ ในแผนป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 **คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด** ได้ปรับเปลี่ยนองค์ประกอบใหม่ แต่ก็ยังมีผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานอนุกรรมการ หัวหน้าหน่วยงานระดับจังหวัดที่ผู้ว่าราชการแต่งตั้ง เป็นอนุกรรมการและเลขาธิการ มีหัวหน้าฝ่ายนโยบายและแผน สำนักงานจังหวัดเป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการ หัวหน้างานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นอนุกรรมการและผู้ช่วยเลขาธิการ นอกจากนี้ยังมีผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรเอกชนที่ทำงานด้านโรคเอดส์ ผู้แทนจากองค์กรชุมชน ผู้แทนจากองค์กรศาสนาและผู้แทนกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ร่วมเป็นอนุกรรมการ (คณะทำงานเสริมสร้างศักยภาพคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด, 2545) ภารกิจสำคัญของคณะกรรมการชุดนี้คือ การรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด ด้านการเสริมสร้างสมรรถนะชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด ด้านการศึกษาเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับจังหวัด ด้านการพัฒนาบริการทางสังคมและเศรษฐกิจแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และด้านการส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์เพื่อควบคุมโรคเอดส์ จากโครงสร้างดังกล่าว จะเห็นถึงความหลากหลายของผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์ไม่เฉพาะบุคลากรด้านสาธารณสุขเท่านั้น ซึ่งจะสะท้อนว่าภาครัฐยอมรับว่าปัญหาเรื่องเอดส์มิใช่ปัญหาเรื่องสุขภาพเท่านั้น แต่เป็นปัญหาเชิงสังคม ที่ต้องการการจัดการอย่างเป็นระบบร่วมกันจากหลายภาคี

นอกจากนี้ในปี พ.ศ.2544 ยังมีการแต่งตั้ง **คณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด** โดยมีรองผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้อำนวยการศูนย์ โดยทำหน้าที่เป็นเลขาธิการ คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ประสานงาน บูรณาการแผนงานโครงการเอดส์จังหวัด จัดสรรงบประมาณ และติดตามประเมินผลในระดับพื้นที่ ระดมทรัพยากรจากภาครัฐ องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ ภาคธุรกิจเอกชนและองค์กรชุมชนมาปฏิบัติงานในศูนย์ฯ จัดทำระบบข้อมูล

สถานการณ์เอดส์ในพื้นที่และวิเคราะห์ข้อมูลการดำเนินงานเพื่อใช้ในการวางแผน จัดสรรงบประมาณ และการติดตามประเมินผลและจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารทุกระดับเพื่อประโยชน์ในการดำเนินงาน ป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์กับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ผลการติดตามงานเอดส์ในพื้นที่ของสำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 6 ที่ครอบคลุมพื้นที่ 7 จังหวัดของ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ดุขฎี อายุวัฒน์, 2548) พบว่ากลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงาน ด้านเอดส์ของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด มีความหลากหลาย และมี กิจกรรมที่เกี่ยวข้องดังนี้

(1) **กลุ่มนักเรียน นักศึกษา และเยาวชน** เป็นกลุ่มเป้าหมายที่ทุกพื้นที่ให้ความสำคัญ ทั้งนักเรียนนักศึกษาที่อยู่ในระบบ และวัยรุ่นที่อยู่นอกระบบการศึกษา กิจกรรมที่ดำเนินการส่วนมาก เป็นการอบรมให้ความรู้ สร้างความตระหนัก ทักษะคิด พัฒนาแกนนำนักเรียนและเยาวชนผ่านกิจกรรม ทักษะชีวิต เติมนรณงค์ บางพื้นที่มุ่งพัฒนาทักษะการสื่อสารในกลุ่มนักเรียนแกนนำเพื่อนำความรู้ทักษะ ไปใช้ในการเผยแพร่ความรู้เพื่อป้องกันเอดส์ ขณะเดียวกันกลุ่มนักเรียนนักศึกษา ก็เป็นกลุ่มเป้าหมาย เพื่อการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง

(2) **กลุ่มแรงงาน ผู้ประกอบการสถานบริการ** นับเป็นอีกกลุ่มเป้าหมายหนึ่งที่มีความสำคัญ กิจกรรมที่ดำเนินการในกลุ่มแรงงาน และสถานประกอบการนี้มีความหลากหลายนอกเหนือจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ กิจกรรมดังกล่าวได้แก่ อบรมแรงงานนอกระบบ แกนนำแรงงานในสถานประกอบการ พนักงานสถานบันเทิง อบรมที่ปรึกษาแรงงาน ให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ เพื่อหวังผลให้นำไปแนะนำกับกลุ่มเสี่ยงอีกต่อหนึ่ง หน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินกิจกรรมเป็นหลักได้แก่ สำนักงานแรงงานจังหวัด สำนักงานสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานจังหวัด มีบางจังหวัดให้ความสำคัญกับกลุ่มแรงงานที่ไปทำงานต่างประเทศ แรงงานย้ายถิ่นจากภาคเกษตร อย่างไรก็ตามการดำเนินกิจกรรมในสถานประกอบการที่มีแรงงานที่มีพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว ผู้ดำเนินกิจกรรมต้องใช้กลไกในเรื่องข้อระเบียบของการต่อไปอนุญาต มาเป็นเงื่อนไขและสิ่งจูงใจให้สถานประกอบการให้ความร่วมมือ จะเห็นว่าการตอบสนองการดำเนินกิจกรรมในสถานประกอบการยังไม่ได้มีพื้นฐานมาจากความตระหนักในปัญหาที่ต้องดูแลแรงงานเหล่านั้น

(3) **ผู้นำในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น แกนนำชาวบ้าน อาสาสมัครชุมชน** ประกอบด้วย ผู้นำชุมชน อสม. ชาวบ้าน อาสาสมัครชุมชน โดยลักษณะกิจกรรมที่ดำเนินการมีทั้งการ ป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอดส์ ด้านการป้องกันส่วนมากก็ยังคงเป็นการอบรม เช่น อบรมส่งเสริม

ความเอื้ออาทรผู้ติดเชื้อ การประชุมกับผู้นำท้องถิ่น การสัมมนาอาสาสมัครพัฒนา การศึกษาดูงานผู้ติดเชื้อเพื่อมุ่งสร้างความเข้าใจกับเรื่องเอดส์ เเสวนาในกลุ่มผู้นำชุมชน การประชุมผู้นำในองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต.) เพื่อผลักดันให้เกิดแผนงานโครงการแบบบูรณาการระดับครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ยังมีการอบรมในส่วนของทักษะการสื่อสารให้ผู้นำท้องถิ่น กิจกรรมบางส่วนส่งผลให้เกิดความร่วมมือที่อบต.จะจัดสรรงบประมาณเพื่อให้ความช่วยเหลือกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ ครอบครัวผู้ติดเชื้อ ซึ่งถือได้ว่าเป็นผลสืบเนื่องที่จะแก้ปัญหาเรื่องเอดส์ในระดับพื้นที่ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดเครือข่ายความร่วมมือเพื่อแก้ปัญหาเรื่องเอดส์ในระดับพื้นที่

(4) **กลุ่มผู้ติดเชื้อ ลูกผู้ติดเชื้อ หรือ ครอบครัวผู้ติดเชื้อ** ในงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ กลุ่มเป้าหมายสำคัญที่สะท้อนถึงผลสำเร็จของการดำเนินงานก็คือ มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง ประชาชนที่อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อมีความเข้าใจและยอมรับผู้ติดเชื้อว่าสามารถอยู่ร่วมกันได้ ไม่แสดงความรังเกียจผู้ติดเชื้อ ขณะเดียวกันผู้ติดเชื้อระยะแรก ก็ได้รับการพัฒนาฟื้นฟูให้ดำรงชีวิตอยู่ได้ด้วย ความไม่ลำบากจนเกินไป แต่จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมโครงการที่ดำเนินการในกลุ่มนี้มีเพียงส่วนน้อยเมื่อเทียบกับอีก 3 กลุ่มที่กล่าวแล้วข้างต้น ลักษณะกิจกรรมที่ดำเนินการ ส่วนใหญ่เป็นความพยายามในการให้ความช่วยเหลือเพื่อให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวสามารถดำรงชีพอยู่ได้ ซึ่งเป็นกิจกรรมที่จัดว่าเป็นการแก้ไขปัญหามาแล้วได้แก่ การฝึกอาชีพให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อระยะแรกๆ โดยสำนักงานพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จังหวัด นอกจากนี้ยังมีกิจกรรมที่เน้นการอบรมให้ครอบครัวเข้าใจที่จะดูแลผู้ติดเชื้อได้เหมาะสมตลอดจนการสร้างเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เพื่อให้เกิดการรวมกลุ่มช่วยเหลือผู้ติดเชื้อให้สามารถเข้าสู่ระบบการรักษา

จะเห็นได้ว่า การดำเนินงานด้านเอดส์ที่เป็นอยู่แม้ว่าจะครอบคลุมมากขึ้นกับกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยง แต่ก็ยังเป็นการดำเนินงานที่ลงไปจากเบื้องบน คือ หน่วยงานของภาครัฐและท้องถิ่นเห็นความสำคัญที่จะเข้าไปจัดการกับปัญหาที่มีอยู่ ภาพการป้องกันและแก้ไขปัญหามาแล้วที่เกิดจากชุมชน เป็นผู้กำหนดยังไม่พบชัดเจนนัก

3. การรับรู้ พฤติกรรมเสี่ยง และค่านิยมของชุมชนที่เกี่ยวข้องกับเอดส์

เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เกิดขึ้นชัดเจนในกลุ่มวัยรุ่น และวัยแรงงาน ดังนั้นจึงควรทำความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรู้ พฤติกรรมเสี่ยง และค่านิยม ของบุคคลกลุ่มดังกล่าวเกี่ยวกับองค์ความรู้ที่มีอยู่ ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) กลุ่มวัยรุ่น

จากรายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ.2547 รายงานว่าหนุ่มสาวไทยยังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ โดยเฉพาะผู้หญิงจะมีความเสี่ยงสูงกว่าผู้ชาย กระทรวงสาธารณสุขประมาณการว่าในกลุ่มอายุ 15-29 ปีนั้น ร้อยละ 61 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่เป็นสตรี นอกจากนี้ยังพบว่าเยาวชนไทยมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น และข้อมูลจากการสำรวจพบว่าร้อยละ 28 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่ได้รับบริการป้องกันโรคเอดส์ (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547)

ผลจากการเจริญเติบโตทางด้านร่างกาย ทำให้วัยรุ่นเกิดพัฒนาการทางเพศและมีความคิดที่จะทำให้เพศตรงข้ามสนใจ ทำให้วัยรุ่นแสดงออกในเรื่องพฤติกรรมทางเพศหลายลักษณะ (พรพิมล เจียมนาครินทร์, 2539) ได้แก่ 1) มีความรักและความสนใจในเพศตรงข้ามที่รุนแรงราวคราวเดียวกัน 2) การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเอง เป็นพฤติกรรมที่ทำให้เกิดความพอใจทางเพศด้วยการกระตุ้นจับต้องอวัยวะเพศ 3) แสดงความสนใจเรื่องเพศ โดยดูจากพฤติกรรมการแต่งกาย การศึกษาค้นคว้าจากหนังสือทางเพศหรือหนังสือประเภทเรียวรมย์หรือการแอบมองสัดส่วนของเพศตรงข้าม และ 4) รักร่วมเพศ (Homosexuality and Lesbian) เป็นลักษณะการไม่สนใจเพศตรงข้าม หรือการทำตัวเป็นเพศตรงข้าม

ปัญหาทางเพศของวัยรุ่นส่วนหนึ่งเกิดจากการที่วัยรุ่นเองขาดความรู้ในเรื่องเพศศึกษาทั้งจากบ้านและโรงเรียน เนื่องจากครอบครัวในสังคมไทย โดยเฉพาะในชนบทอีสานเห็นว่า การพูดคุยเรื่องเพศกับลูกเป็นเรื่องไม่เหมาะสม

ขณะที่การสอนเรื่องเพศศึกษาในโรงเรียนโดยทั่วไปเป็นการสอนเฉพาะเรื่องสรีรวิทยา ที่เป็นข้อเท็จจริงที่จำเป็นเท่านั้น ทำให้วัยรุ่นมีความอยากรู้เรื่องเพศและแสวงหาความรู้เรื่องเพศจากบุคคลอื่น ได้แก่ เพื่อน และ สื่อสารมวลชน ซึ่งส่วนมากที่ได้รับความรู้เรื่องเพศจากเด็กคนอื่น ความรู้ส่วนมากที่ได้รับมาจะมีลักษณะบิดเบือนจากความจริงหรือเป็นเรื่องลามาก ส่งผลให้ไม่ได้รับความรู้รอบด้าน และครอบคลุมมากพอที่จะมีทักษะเพื่อลดความเสี่ยงเรื่องเพศ

ปัญหาพฤติกรรมทางเพศในวัยรุ่นไทย มีอยู่หลายปัญหาที่นำไปสู่การสูญเสียโอกาสของวัยรุ่นในสังคม เช่น ปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร ซึ่งสามารถนำไปสู่การตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การทำแท้ง หรือ การติดเชื้อเอดส์ สิ่งเหล่านี้เมื่อเกิดขึ้นกับวัยรุ่น ย่อมทำให้วัยรุ่นสูญเสียโอกาสในสังคม

ด้านการเรียน ด้านการพัฒนาตนเองให้มีความพร้อมก่อนสร้างครอบครัว ทำให้ได้รับผลกระทบด้านเศรษฐกิจและสังคมเมื่อสร้างครอบครัวในภาวะที่ขาดความพร้อมด้านเศรษฐกิจและสังคม

ความเสียงเรื่องเพศของวัยรุ่น มีองค์ความรู้จากงานวิจัยพอสมควร เช่น การศึกษาของมานี ปิยอนันต์ เกศสุตา จิรวชิรเดช และ อรรวรรณ ปีจภา (2545) โดยให้นักเรียนในโรงเรียนสหศึกษา จำนวน 2,098 รายที่อายุ 11-20 ปี ตอบแบบสอบถาม พบว่า นักเรียนหญิงร้อยละ 3.9 และนักเรียนชายร้อยละ 15.5 เคยมีเพศสัมพันธ์ นักเรียนหญิงร้อยละ 21.3 และนักเรียนชายร้อยละ 56.4 เคยดูรูปโป๊ นักเรียนหญิงและชายร้อยละ 37.1 และ 47.1 ตามลำดับ เคยไปเที่ยวสถานบันเทิง นักเรียนหญิงเพียงร้อยละ 35.5 ที่รู้จักวิธีควบคุมกำเนิดด้วยยางอนามัย นักเรียนหญิง ร้อยละ 1.5 มีปัญหาการร่วมเพศ ส่วนนักเรียนชาย 6 คน มีปัญหาคุมกำเนิดผิดพลาด มี 2 คน มีปัญหาการมีโรค และนักเรียนชาย ร้อยละ 2.7 มีปัญหาการร่วมเพศ ผลการวิจัยนี้ยังคงให้ภาพเช่นเดียวกับองค์ความรู้เมื่อ ปี 2537 ที่ดำเนินการวิจัยโดย กฤตยา อาชวนิจกุล และวรรณิ แซ่มสนิท (2537) พบว่า นักศึกษาวัยรุ่นชายกลุ่มตัวอย่าง อายุ 17-24 ปี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 69.0 เคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว โดยอายุเฉลี่ยของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 16.9 ปี เมื่อพิจารณาเฉพาะกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว ประมาณ ร้อยละ 70.0 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกกับคูรักร้อยละ 25.0 กับเพื่อนหญิงที่เป็นคู่นอนชั่วคราวเพียง ร้อยละ 29.0 เท่านั้น ที่มีประสบการณ์ครั้งแรกกับหญิงบริการ แต่ในกลุ่มดังกล่าวนี้ ร้อยละ 39.0 เคยมีประสบการณ์ของการซื้อประเวณี หรือไปเที่ยวกับหญิงบริการมาแล้ว โดยอายุเฉลี่ยของการซื้อประเวณีครั้งแรก คือ 17.1 ปี เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มผู้ชายอื่นๆ พบว่า สัดส่วนของการเรียนรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามโดยการขึ้นครูกับโสเภณีของนักศึกษาชายกลุ่มตัวอย่างนี้ต่ำสุด

สำหรับสถานที่ของสถานบริการทางเพศที่ได้ไปใช้บริการเป็นครั้งแรกที่ยอดนิยมสำหรับวัยรุ่นชายในวิทยาลัยอาชีวะ คือ ซ่อง ร้อยละ 59.0 ของนักศึกษาชายกลุ่มนี้ใช้บริการครั้งแรกจากซ่อง ซึ่งโดยทั่วไปถูกจัดอยู่ในกลุ่มสถานบริการราคาถูกและค่าใช้จ่ายสำหรับการซื้อบริการ และค่าใช้จ่ายเฉลี่ยต่อการไปสถานบริการหนึ่งครั้ง ประมาณ 270 บาท เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ปัจจุบันสถานบริการทางเพศประเภท อาบ อบ นวด ไนต์คลับ คาเฟ่ ผับ คาราโอเกะ จะเฟื่องฟูมาก แต่นักศึกษาวัยรุ่นชายกลับเลือกใช้บริการทางเพศครั้งแรก ตามสถานที่เหล่านี้ ค่อนข้างน้อย ซึ่งคงมาจากสาเหตุสองประการ คือ ค่าใช้จ่าย และรายละเอียดขั้นตอนการซื้อบริการ และพบว่ากลุ่มที่อยู่กับพ่อแม่ และกลุ่มที่อยู่ตามลำพัง โดยเช่าหอพักอยู่ อยู่รวมกับเพื่อน หรืออาศัยญาติอยู่ พบว่า กลุ่มนักศึกษาที่อยู่กับพ่อแม่ มีพฤติกรรมการเคยมีเพศสัมพันธ์และการเคยซื้อประเวณีต่ำกว่ากลุ่มที่อยู่ไกลพ่อแม่ อย่างชัดเจน คือ ร้อยละ 65.0 ต่อ ร้อยละ 33.0 แรงจูงใจที่ทำให้ชายนักศึกษาวัยรุ่นซื้อประเวณีมีอยู่ 3-4 ประการ คือ ในกลุ่มที่ยังไม่มี

ประสบการณ์ การอยากลองมาเป็นอันดับหนึ่ง ในกลุ่มที่มีประสบการณ์แล้ว การปลดปล่อยทางเพศมาเป็นอันดับหนึ่งแทน เหตุผลสำคัญที่สอง-สาม ยังคงเป็นเรื่องการชักชวนจากเพื่อนและจากการดื่มเหล้า

ส่วนหนึ่งของปัญหาพฤติกรรมทางเพศ เชื่อมโยงอยู่กับค่านิยมของวัยรุ่นในสังคมปัจจุบัน เช่น ผลการสำรวจ(สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพแห่งชาติ, 2548) พบว่า วัยรุ่นชายเกือบครึ่งหนึ่ง มีความเห็นว่า ยอมรับให้ผู้หญิงโสดมีเพศสัมพันธ์ได้ และ มากกว่า 1 ใน 4 ยอมรับเรื่องการอยู่ก่อนแต่งงานมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล และคณะ (2539) พบว่า ร้อยละ 20.0 ของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่เป็นสตรียอมรับว่าตนเองมีแฟนหรือคนรักแล้ว และเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วจากร้อยละ 2.0 อายุเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก เริ่มตั้งแต่ 11-19 ปี โดยส่วนมากการร่วมเพศจะเกิดในช่วงอายุ 17-18 ปี สาเหตุของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งนี้ ได้แก่ ความรัก ความสมัครใจ ต้องการประสบการณ์ อยากทดลอง เพื่อความสนุก ต้องการผูกมัดใจแฟน และแม้กระทั่งถูกข่มขืนส่วนมากใช้ถุงยางอนามัยเป็นครั้งคราวและส่วนมากใช้เพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ การเดินทางออกนอกบ้านและการไปเที่ยวนอกบ้าน เช่นเดียวกับการศึกษาของ จิรวรรณ แทนวัฒนกุล(2544) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความเห็นว่าการถูกเนื้อต้องตัวกันเป็นสิ่งปกติของคู่รัก และร้อยละ 20 ของกลุ่มตัวอย่างชายเคยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และร้อยละ 83.33 มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนนักเรียนหญิงด้วยกัน การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกนี้กลุ่มตัวอย่างชายมีการเตรียมก่อนการนัด กลุ่มตัวอย่างชายส่วนใหญ่ร้อยละ 66.67 ของกลุ่มที่เคยมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้มีวิธีการคุมกำเนิดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และถ้าจะมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสกลุ่มตัวอย่างชายจะเลือกใช้ถุงยางอนามัย โดยให้เหตุผลว่าเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แม้ว่าปัจจุบันการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์เกิดขึ้นอย่างแพร่หลาย แต่กลุ่มวัยรุ่นมีความรู้ไม่เพียงพอ เช่นเดียวกับความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆด้วย (Podhisita and Pattaravanich, 1995) ซึ่งสอดคล้องกับงานศึกษาของ อุมภรณ์ ภัทรวณิช (2538) ที่พบว่า วัยรุ่นมีความรู้เรื่องโรคเอดส์น้อยโดยเฉพาะในวัยรุ่นหญิง และเมื่ออายุเพิ่มมากขึ้นวัยรุ่นชายมีทัศนคติทางลบต่อโรคเอดส์สูงกว่าผู้ที่อายุน้อย และวัยรุ่นชายจำนวนไม่น้อยที่มีความรู้เรื่องถุงยางอนามัยน้อย องค์ความรู้ข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่าวัยรุ่นมีความเปิดเผยเรื่องเพศมาก ขณะเดียวกันก็สะท้อนความเสี่ยงเรื่องเพศกับวัยรุ่นด้วย และ ความรู้เกี่ยวกับเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ที่มีอยู่เพียงเล็กน้อยนั้น อาจทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อเรื่องเพศสัมพันธ์มากขึ้นด้วย บางครั้งอาจทำให้เกิดการตั้งครรภ์ ทำให้แม่วัยรุ่นมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นเหตุให้เกิดปัญหาการทำแท้งตามมา และเนื่องจากระเบียบของสถานศึกษาที่ต้องถูกไล่ออก ความอับอายเพื่อนเป็นส่วนบีบบังคับให้ต้องทำแท้งซึ่งมีอันตรายต่อชีวิตและจิตใจมาก เด็กวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์นั้นส่วนมากเป็นพวกที่อ่อนต่อโลก ขาดความรู้เรื่องเพศ ไม่รู้เรื่องการคุมกำเนิดและรู้เท่าไม่ถึงการณ์

อย่างไรก็ตาม พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของวัยรุ่น ที่อยู่ในกลุ่มอายุต่างกัน ทั้งที่อยู่ในเมืองกับชนบท มีความหลากหลาย ที่จะนำพาวัยรุ่นไปสู่ความเสี่ยงเรื่องเอดส์ได้ ดังเช่นงานศึกษาของ วรณวิมล สุนทรศักดิ์ (2548) ที่พบว่า วัยรุ่นทุกกลุ่มอายุเคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน ร้อยละ 28.9 และในกลุ่มวัยรุ่นตอนต้นที่มีอายุเพียง 12 –15 ปี มีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานถึงร้อยละ 17.2 โดยวัยรุ่นตอนต้นในเขตเมืองเคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานเป็นสัดส่วนมากกว่าวัยรุ่นในเขตชนบท คิดเป็นร้อยละ 18.2 และ 16.9 ตามลำดับ แต่ในกลุ่มวัยรุ่นตอนกลาง กลับพบว่าแบบแผนดังกล่าวเปลี่ยนไป โดยวัยรุ่นตอนกลางในเขตชนบทเคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานเป็นสัดส่วนมากกว่าวัยรุ่นตอนกลางในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 30.6 และ 23.8 ตามลำดับ ขณะที่วัยรุ่นตอนปลาย ทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท พบว่ากว่าร้อยละ 50.0 เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน ในส่วนของพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ วัยรุ่นตอนกลางในเขตชนบทเคยมีเพศสัมพันธ์ในสัดส่วนที่สูงกว่าวัยรุ่นตอนกลางในเขตเมือง คิดเป็นร้อยละ 30.6 และ 23.8 ตามลำดับ และวัยรุ่นตอนปลายตอบว่า เคยมีเพศสัมพันธ์ในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท คือร้อยละ 56.9 และ 50.8 ตามลำดับ พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นทั้งในเขตเมืองและเขตชนบท มีสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันคือร้อยละ 32.1 และ 27.3 ตามลำดับ

สำหรับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของวัยรุ่น พบว่า ปัจจัยด้านคุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ การพักอยู่กับเพื่อนต่างเพศ ปัจจัยด้านสังคมและสิ่งแวดล้อม ได้แก่ พฤติกรรมเสี่ยงของเพื่อนสนิท การรับสิ่งกระตุ้นทางเพศ ปัจจัยด้านจิตวิทยาสังคม ได้แก่ แนวโน้มนำเชิงบวกต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงาน และตัวแปรแทรก ได้แก่ ที่อยู่อาศัยเขตเมือง สามารถทำนายการเคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของวัยรุ่น โดยสามารถอธิบายการผันแปรของตัวแปรตาม คือ การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของวัยรุ่น ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01 และ 0.05 ทั้งนี้ ตัวแปรอิสระทั้งหมดสามารถร่วมกันทำนาย การมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 90.80 และสามารถทำนายตัวแปรตามทั้งหมด ได้แก่ การเคยและไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของวัยรุ่น ได้ร้อยละ 82.79 โดยที่ตัวแปรแทรกไม่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนการแต่งงานของวัยรุ่น จากงานวิจัยนี้ ชี้ให้เห็นว่าเขตที่อยู่อาศัยทั้งในเมืองและชนบท วัยรุ่นมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานไม่แตกต่างกัน

จากงานวิจัยที่พบข้างต้น ชี้ให้เห็นว่าพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศ ในกลุ่มวัยรุ่นยังคงมีแบบแผนเช่นเดิม และมีแนวโน้มจะมีความเสี่ยงมากขึ้นเพราะพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ มีโอกาสนำไปสู่ความเสี่ยงต่อเรื่องโรคเอดส์ด้วย ดังจะเห็นได้จากการสำรวจพฤติกรรมของวัยรุ่นที่เป็นนักเรียนระดับมัธยมศึกษาปี

ที่ 5 ที่ผลการสำรวจพบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2545-2547 เด็กนักเรียนชายมีการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 17.5 19 และ 23.3 ในแต่ละช่วงปี ส่วนในเด็กนักเรียนหญิง มัธยมศึกษาปีที่ 5 มีการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 15.1 9.7 และ 18.5 ในแต่ละปีเช่นกัน ซึ่งน้อยมาก นอกจากนี้ ยังได้มีการสำรวจข้อมูลในเชิงพฤติกรรมในกลุ่มชายไทย หรือทหารเกณฑ์เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการ พบ ร้อยละ 55.6 59.5 และ 63.8 ตามลำดับในแต่ละปี แม้จะมีการใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างสูง แต่การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มหญิงทั่วไปมีเพียงร้อยละ 30.9 25.0 และ 36.8 เท่านั้นในแต่ละปี ซึ่งถือว่ามีการใช้น้อย และอาจส่งผลกระทบต่อการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสเอชไอวีเพิ่มขึ้นในกลุ่มประชากรหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปได้

เมื่อพิจารณาอัตราส่วนระหว่างเพศชายต่อเพศหญิงพบเท่ากับ 2.47:1 หรือ 3:1 สำหรับกลุ่มอายุ 15-19 ปี ส่วนใหญ่พบว่าเพศหญิงมีอัตราการเจ็บป่วยสูงกว่าเพศชายที่อยู่ในกลุ่มอายุเดียวกันเท่ากับ 1.24:1 หรือ 2:1 มีผู้ป่วยเอดส์หญิงที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15-49 ปี ร้อยละ 25.71 และเสียชีวิตแล้ว ร้อยละ 6.60 ผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน อายุ 15-59 ปี ร้อยละ 94.61 ของการรายงานผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่ผู้ป่วยเอดส์ประกอบอาชีพการใช้แรงงาน รับจ้างทั่วไป ลูกจ้างโรงงาน ชั้บรถรับจ้าง กรรมกร ร้อยละ 46.56 รองลงมาคืออาชีพ เกษตรกรรม ร้อยละ 20.68 อาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 3.93 เด็กต่ำกว่าวัยเรียน ร้อยละ 3.62 และนักศึกษา ร้อยละ 0.87 ตามลำดับ สาเหตุของพฤติกรรมเสี่ยงส่วนใหญ่ติดจากการมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 83.89 พบในชายรักต่างเพศมากกว่าหญิงรักต่างเพศ รองลงมาพบในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ร้อยละ 4.73 สำหรับกลุ่มที่ติดเชื้อจากมารดา มีร้อยละ 4.11 กลุ่มที่ไม่ทราบปัจจัยเสี่ยงและอื่นๆ มีร้อยละ 7.22 และกลุ่มรับเลือด ร้อยละ 0.02 ตามลำดับ (http://www.aidsthai.org/sathana_050131.html สืบค้นเมื่อวันที่ 1 เมษายน 2549) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ศิริกุล อิศรานุรักษ์และคณะ (2546) รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทยปี 2546 พบว่าในกลุ่มนักเรียนชายและหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ระดับประเทศใน 20 จังหวัด จำแนกเป็นนักเรียนชายอย่างน้อย 350 คนและนักเรียนหญิงอย่างน้อย 350 คนพบว่า นักเรียนชายเคยมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับนักเรียนหญิง นักเรียนชายเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 15 นักเรียนหญิงเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วร้อยละ 5.7 นักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงอื่นที่นอกเหนือจากแฟนในรอบปีที่ผ่านมามีอยู่ในระดับ ร้อยละ 4 และพบพฤติกรรมเช่นนี้ในนักเรียนหญิงด้วยเช่นกัน แต่มีจำนวนน้อย เนื่องจากวัยรุ่นสมัยนี้ได้รับอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อม เช่น แหล่งสถานบันเทิงเริงรมย์ต่างๆ สื่อลามก เทคโนโลยีที่ทันสมัย และพบว่านักเรียนชายมีคู่นอนมากกว่า 1 คน ในรอบปีที่ผ่านมามีร้อยละ 6.6 ส่วนนักเรียนหญิงมีคู่นอนมากกว่า 1 คนในรอบปีที่ผ่านมามีร้อยละ 1.4

นอกจากนี้ยังมีการศึกษา พบว่า วัยรุ่นทั้งหญิงชายส่วนใหญ่มองเห็นต่อพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ปัจจุบันที่พบมากใน 5 อันดับแรก คือชอบเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ ร้อยละ 45.5 การอยู่กินร่วมกันอย่างเปิดเผยร้อยละ 40.2 การมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเพื่อนด้วยกัน ร้อยละ 39 การเปลี่ยนเป็นรักร่วมเพศมากขึ้นร้อยละ 35.4 และการเที่ยวหญิงบริการร้อยละ 28.9 โดยระบุว่าสาเหตุที่ทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กัน คือ อยากมีประสบการณ์ร้อยละ 51.6 เกิดจากความรักใคร่ ร้อยละ 51.4 ความใกล้ชิด ร้อยละ 38.5 ความเหงา ร้อยละ 27.9 และความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ ร้อยละ 24.9 ตามลำดับ ส่วนสถานที่ใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น 5 อันดับแรก คือ หอพัก ร้อยละ 38.4 ที่บ้านของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ร้อยละ 26.3 บ้านพักเพื่อน ร้อยละ 24.8 โรงแรม ร้อยละ 19.4 และสถานเริงรมย์ ร้อยละ 14.1 เป็นที่น่าสังเกตว่า เมื่อวัยรุ่นมีปัญหาเรื่องเพศ บุคคลที่ระบุว่าตนเองเลือกปรึกษามากที่สุดคือ เพื่อนร้อยละ 69.4 รองลงมาคือปรึกษาพี่น้อง ร้อยละ 16 ปรึกษาแม่ร้อยละ 7.5 ในขณะที่ปรึกษาพ่อและครูอาจารย์เท่ากันร้อยละ 2.9 แสดงว่าบทบาทของพ่อแม่และครูอาจารย์ในปัจจุบันลดน้อยลง(สุชาติวาริชกุล, 2547)

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมเรื่องเพศของวัยรุ่น มีความเสี่ยงที่เกิดจากการใช้ชีวิตของวัยรุ่นทั้งทางตรงและทางอ้อม โดยวัยรุ่นยอมรับและมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนทั้งที่เป็นเพื่อนและคนอื่น หากวัยรุ่นไม่ได้รับการดูแลให้มีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมก็อาจจะเป็นความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวีได้

2) วัยแรงงาน

แรงงานในชุมชนชนบทอีสาน ส่วนมากมักย้ายถิ่นออกไปทำงานต่างถิ่น เพื่อให้เข้าใจถึงความเสี่ยงที่เกิดกับวัยแรงงานที่จะมีโอกาสในการรับเชื้อเอชไอวี จึงควรจะได้ทำความเข้าใจถึงสภาพการใช้ชีวิตของแรงงานที่มีองค์ความรู้อยู่แล้ว ดังนี้

ชายไทยมีโอกาสเรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์โดยไม่ถูกตำหนิจากสังคมและมีอิสระมากกว่าเพศหญิง จึงมีโอกาสมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุยังน้อยกับเพื่อนหรือหญิงขายบริการทางเพศโดยไม่สวมถุงยางอนามัย และยังมีปัจจัยเชื้อและปัจจัยเสี่ยงที่มีอิทธิพลเหนือความรู้และทัศนคติต่อเอชไอวี จึงส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี โดยสรุประดับการศึกษาและความรู้ที่ถูกต้องเรื่องโรคเอชไอวีไม่มีผลต่อการตระหนักในการป้องกันตนเอง ส่วนปัจจัยเชื้อได้แก่ สถานที่พักอาศัย สถานที่พักผ่อน สภาพการทำงานและอิทธิพลของเพื่อน รวมทั้งปัจจัยเสี่ยงเรื่องความเชื่อและค่านิยมทางเพศของสังคมไทย และความสามารถในการประเมินความเสี่ยง มีความสัมพันธ์โดยตรงต่อพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มผู้ใช้แรงงานที่ค้นพบจากกรณีศึกษาข้างต้น

วจรที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ (สมพร ดำรงศิลป์, 2542 อ้างถึงใน กรุงเทพฯ รั้วทันเอดส์ ตุลาคม 2542 - มกราคม 2543)

การเที่ยวหญิงบริการ ในที่พักของคณงานก่อสร้างทุกสถานก่อสร้างที่ทำการศึกษานั้นจะมีทั้งคณงานชายที่มีภรรยาและลูกอยู่ด้วย บ้างก็มีแต่ภรรยา และจำนวนไม่น้อยที่เป็นชายโสด หรือคนมีคู่แต่ไม่มีภรรยามาอยู่ด้วย ชายกลุ่มนี้และชายที่มีภรรยามาอยู่ด้วยบางคน มักจะไปใช้บริการทางเพศเป็นครั้งคราว และมักจะใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ กล่าวคือ บางครั้งใช้ บางครั้งไม่ใช้ เช่น ถ้าเมาไม่มาก และหญิงบริการเตือนก็ใช้ เป็นต้น จึงทำให้เสี่ยงต่อการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนความถี่ของการไปเที่ยวหญิงบริการนั้นไม่แน่นอน มีตั้งแต่แทบทุกคืน เดือนละครั้ง นานๆ ครั้ง ความเห็นว่าการเที่ยวหญิงบริการเป็นการคลายเครียด เป็นข้อมูลที่ตรงกันในการศึกษาของทุกสถานก่อสร้างใน 5 ภาค แม้ว่าคณงานจะรู้จักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ แต่คำว่า “กลัวอดมากกว่ากลัวเอดส์” ก็เป็นคำพูดที่ออกจากปากคณงานก่อสร้างวัยหนุ่มหลายคน (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2540) และบางส่วนมีเพศสัมพันธ์หรือเที่ยวหญิงบริการในต่างประเทศไม่สวมใส่อุปกรณ์ป้องกันอันตรายจากการทำงานเนื่องจากไม่ถนัดและคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงอันตราย

ส่วนพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานหญิงคือการร่วมเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพศหญิงมีค่านิยมในการยอมรับพฤติกรรมร่วมเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยด้วย การไม่มีการต่อรองเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย โดยเพศหญิงถูกสั่งสอนไม่ให้พูดเรื่องเพศมาตลอด จึงไม่มีโอกาสป้องกันตนเองแม้จะรู้สึกว่ามี มีพฤติกรรมเสี่ยง นอกจากนี้ยังมีความเชื่อที่ไม่ถูกต้องในการใช้ถุงยางอนามัย เช่น ไม่เป็นธรรมชาติ ที่สำคัญคือใช้ถุงยางอนามัยเฉพาะกับหญิงอาชีพพิเศษเท่านั้น ส่วนเพื่อนร่วมงานหรือคนรักไม่น่าจะเป็นโรครวมทั้งชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นที่ไม่ใช่ภรรยาจะมีความเชื่อเช่นเดียวกัน ส่วนเพศหญิงแม้ไม่มีพฤติกรรมสำส่อนแต่มีโอกาสต่อการติดเชื้อจากฝ่ายชายเช่นเดียวกัน (สมพร ดำรงศิลป์, 2542 อ้างถึงใน กรุงเทพฯ รั้วทันเอดส์ ตุลาคม 2542 - มกราคม 2543)

จากการศึกษาชีวิตลูกเรือประมงอีสานของ เสาวภา พรศิริพงษ์ และ พรทิพย์ อุดุภรัตน์ (2535) พบว่าในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอดส์ ลูกเรือส่วนใหญ่เคยได้ยินเรื่องโรคเอดส์ว่ามีอาการอย่างไร ไม่เคยเห็นคนที่มีอาการของโรคเอดส์ ทราบว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่หาย เมื่อเป็นแล้วทุกคนต้องตาย ทุกคนมีความกลัวเอดส์ แต่เมื่อถามว่ากลัวเอดส์แล้วจะหยุดเที่ยวหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่หยุด ถึงกลัวอยู่บ้างก็ต้องไปเที่ยวเพราะการออกทะเลไปนานๆ แล้วมีความต้องการทางเพศสูง เมื่อขึ้นไปบนฝั่งแล้วก็ต้องไประบายกับหญิงขายบริการ ถึงแม้ว่าหญิงบริการจะบอกให้ใส่ถุงยางอนามัยก็

ไม่ยอมและถ้าผู้หญิงขัดขืนก็จะเปลี่ยนคนใหม่ อีกเหตุผลหนึ่งที่ลูกเรือชอบยกมาอ้างก็คือเวลาไปเที่ยวช้อปปิ้งไปต้อนเมา พอเมาแล้วก็ไม่มีความกลัวเกรงอะไรทั้งสิ้น ถ้าไม่เมาจะอายุไม่กล้าเข้าห้อง ดังนั้นเวลาไปเที่ยวช้อปปิ้งต้องเมาไปแล้วทุกครั้ง การกินเหล้าทำให้เกิดความรู้สึกอยากเที่ยวผู้หญิง ไม่ได้เที่ยวกลับมานอนที่เรือไม่ได้ นอนไม่หลับ เมื่อไรที่ดื่มและมีเงินติดตัวจะต้องไปที่ห้องทุกครั้ง ในขณะที่ลูกเรือหลายรายคำนึงถึงการติดโรคเอดส์อยู่เหมือนกัน วิธีป้องกันตัวในการเที่ยวของลูกเรือเหล่านี้คือ เลือกรับบริการที่ดูสะอาดสะอาด หรือถามหญิงบริการก่อนว่าเคยไปตรวจร่างกายหรือไม่ ถ้าไปไปบ่อยแค่ไหน ถ้าเคยไปตรวจก็ค่อนข้างแน่ใจว่าไม่มีเลือดบวกก็เที่ยวได้ ถ้าไม่เคยไปตรวจเลยก็ไม่เลือกผู้หญิงคนนั้น ความจริงแล้วลูกเรือส่วนใหญ่ทราบที่โรคเอดส์ติดต่อได้อย่างไร และวิธีป้องกันควรทำอย่างไร เพราะทางแพปลามีการประกาศและแจ้งให้ลูกเรือทราบถึงวิธีการป้องกันขณะไปเที่ยว โดยความร่วมมือของสาธารณสุขจังหวัด และกรมควบคุมโรคติดต่อได้นำเอกสารความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และถุงยางอนามัยมาแจกอยู่เสมอ แต่ลูกเรือก็ไม่ค่อยเชื่อและยังไปเที่ยวโดยไม่มีการป้องกันเช่นเดิม การเที่ยวช้อปปิ้งของลูกเรือประมงนั้น ส่วนใหญ่มักมีขาประจำและไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยป้องกันตัว โดยให้เหตุผลว่า ใช้นี่ไม่เป็น ไม่ชอบใช้ ใช้นี้แล้วไม่มัน ถ้าไปเที่ยวแล้วต้องใช้ถุงยางอนามัยสู้ไม่ไปดีกว่า หรือถ้าต้องใช้ถุงยางอนามัยก็ช่วยตัวเองดีกว่า อย่างไรก็ตาม มีรายงานว่า ชาวประมงและผู้ทำงานบนเรือเป็นกลุ่มเสี่ยงสำคัญเพราะยากแก่การเข้าถึงเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และมีพฤติกรรมทางเพศแบบสุ่มเสี่ยง ยิ่งกว่านั้นกลุ่มนี้ยังมักใช้ยาเสพติดแบบฉีด (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ, 2547)

จะเห็นได้ว่า พฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับวัยรุ่นและวัยแรงงาน ที่มีโอกาสนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และพฤติกรรมเสี่ยงเหล่านั้นมีความเกี่ยวข้องกับสภาพแวดล้อมด้วย นอกเหนือจากความรู้ ความตระหนักต่อความเสี่ยงและผลจากเรื่องเอดส์

4. แนวคิดเกี่ยวกับปฏิกริยาของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์

เนื่องจากโรคเอดส์ถูกมองว่า เป็นโรคร้ายแรง ทำให้เมื่อเกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชน ชุมชนจึงมีปฏิกริยาตอบสนองในหลายลักษณะ ดังนั้นในการศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ควรจะมีความเข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดปฏิกริยาของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีองค์ความรู้จากงานวิจัยมากระยะหนึ่งด้วย ในการนำเสนอส่วนนี้มีเนื้อหาเกี่ยวกับ ความหมายของปฏิกริยาชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ ลักษณะปฏิกริยาของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังรายละเอียดต่อไปนี้

ปฏิริยาชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ คือ การสนองตอบ ความรู้สึก ทำที่หรือการแสดงออกของผู้นำท้องถิ่น ประชาชนทั่วไป เจ้าหน้าที่ของรัฐและเอกชนที่ปฏิบัติงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ในชุมชน ซึ่งการแสดงออกจะมีระดับความรุนแรงมากน้อยต่างกัน คือ มีอาการหวาดระแวง กังวล กลัว รังเกียจ ต่อต้าน ปฏิเสธไม่ยอมรับ เห็นอกเห็นใจ ให้กำลังใจ ให้การช่วยเหลือ ดูแลรักษา (เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ, 2540) ซึ่งเป็นทัศนะที่พิจารณา ปฏิริยาชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ที่ครอบคลุมทั้งความรู้สึกและการแสดงออก ขณะที่ เสาวภา พรสิริพงษ์ (2541) ให้ความหมายไว้ว่า ปฏิริยาชุมชนต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ คือ พฤติกรรม การกระทำของสังคมที่กระทำต่อผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์ และแบ่งปฏิริยาชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ไว้ 2 ระดับ คือ

1) ปฏิริยาในเชิงลบ หมายถึง การกระทำที่ต่อต้าน รังเกียจ ไม่คบหาสมาคม หลีกเลียงการเผชิญหน้า การปฏิเสธไม่ยอมรับ การขับไล่ออกจากกลุ่ม การทอดทิ้งไม่ให้ความช่วยเหลือ และการเป็นศัตรู การกระทำดังกล่าวเป็นผลสืบเนื่องมาจากอิทธิพลของโรคในความหมายทางสังคมที่สังคมและชุมชนสร้างขึ้นมาซ้อนทับความหมายอันแท้จริงทางชีวภาพของโรคเอดส์ ทำให้สังคมรับรู้แบบผิดๆ แม้ว่าปัจจุบันจะมีข้อมูลที่ชัดเจนถึงสาเหตุของการติดต่อของโรคเอดส์ แต่ความรู้เหล่านี้ไม่สามารถจัดความรู้สึกเดิมที่ฝังลึกอยู่ได้

2) ปฏิริยาในเชิงบวก หมายถึง การกระทำที่แสดงออกถึงความเห็นอกเห็นใจ อยากรักษาช่วยเหลือ ยินดีให้การดูแลรักษาพยาบาลอย่างไม่รังเกียจ ให้ความรักความเมตตา ยินดีคบหาสมาคมด้วย ทั้งนี้ปฏิริยาของชุมชนที่กระทำต่อผู้ป่วยเอดส์จะมีระดับความรุนแรงมากน้อยแตกต่างกันขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น การรับรู้ถึงอันตรายและความรุนแรงของโรค ประสบการณ์ที่ได้จากการสัมผัสผู้ป่วย ความรู้ทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคซึ่งแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขของกาลเวลาและสถานที่ เป็นต้น

ในระยะแรกของการแพร่ระบาดในประเทศไทย ชุมชนมีปฏิริยาค่อนข้างเป็นเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ดังงานวิจัยของ เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ (2537) ศึกษาปฏิริยาของครอบครัวและชุมชนผู้ป่วยเอดส์ : กรณีศึกษาหมู่บ้านในจังหวัดเชียงราย โดยการวิจัยเชิงคุณภาพ ผลการศึกษาพบว่า

1. ปฏิริยาของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในระยะแรกปฏิริยาที่เกิดขึ้นจะเป็นในเชิงลบกล่าวคือ ระยะแรกที่มีผู้ป่วยเอดส์ในหมู่บ้าน ชุมชนจะมีความรังเกียจ ไม่คบหาสมาคมด้วย หลีกเลียงการเผชิญหน้า ขับไล่ออกจากกลุ่ม ทอดทิ้งไม่ให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยที่เสียชีวิตในระยะแรกของหมู่บ้านมีชาวบ้านที่ไปร่วมงานศพน้อยมาก และผู้ที่ไปร่วมงานไม่มีใครจะต้องอาหารหรือเครื่องดื่มที่เจ้าภาพนำมาต้อนรับเพราะกลัวจะติดโรค เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคใหม่สำหรับชุมชน

ประกอบกับภาพของโรคเอดส์ที่ชาวบ้านรับรู้จากสื่อของรัฐล้วนเป็นภาพที่น่าเกลียดน่ากลัว เป็นโรคของผู้ที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ

2. ปฏิกริยาในเชิงลบคลี่คลายไปเป็นบวก เมื่อเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นอีกในระยะต่อมา เมื่อชุมชนมีประสบการณ์ตรงเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน คือ มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในระยะต่างๆ และผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น ทำให้ชุมชนตระหนักและเกิดความอยากรู้อย่างจริงจังแล้ว โรคเอดส์มีอาการอย่างไรจะเหมือนกับที่เคยรับรู้จากสื่อของรัฐหรือไม่ จึงมีชาวบ้านส่วนหนึ่งที่มีความสนิทสนมกับผู้ป่วยและครอบครัวไปเยี่ยมเยียน พุดคุย สอบถามอาการ จากตัวผู้ป่วยโดยตรงและจากญาติ จากนั้นนำมาขยายต่อให้เพื่อนบ้านฟัง ประกอบกับชาวบ้านได้รับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น รู้ว่าโรคเอดส์คืออะไร ติดต่อกันอย่างไร เมื่อได้รับเชื้อแล้วจะแสดงอาการให้ปรากฏอย่างไร จากปัจจัยดังกล่าวจึงทำให้ชุมชนมีการแสดงความเห็นอกเห็นใจ ไปเยี่ยมเยียนให้กำลังใจ ถวายข้าวครวผู้ป่วย และไปร่วมงานศพเมื่อผู้ป่วยเสียชีวิต

นอกจากนี้ผลการศึกษพบว่าปัจจัยที่ทำให้ปฏิกริยาในเชิงลบคลี่คลายไปในเชิงบวก ได้แก่ ความเป็นสังคมแบบเครือญาติในชุมชน ความสำคัญเชิงเศรษฐกิจของผู้ป่วย ความเชื่อเรื่องเคราะห์กรรม ความเป็นชุมชนชนบทที่มีความสัมพันธ์แบบปฐมภูมิ ความเข้มงวดในกฎระเบียบของชุมชน ความสามารถของผู้นำชุมชน และความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของคนในชุมชน

ในงานศึกษาของอรัทัย หงูเจริญพรพานิช (2541) เกี่ยวกับปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ของครอบครัว ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการ/ผู้ป่วยโรคเอดส์ของโรงพยาบาลบาราคนราดูร วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี ชมรมเพื่อนวันพุธโรงพยาบาลศูนย์นครปฐมและศูนย์Mercyคลองเตย ซึ่งการยอมรับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ของครอบครัวประเมินจากการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ใน 6 ด้าน คือ การยินยอมให้อยู่ในบ้านเดียวกัน การพุดคุยให้กำลังใจ การสัมผัสโดยไม่แสดงอาการรังเกียจ การดูแลเรื่องอาหารการกิน การดูแลเมื่อเจ็บป่วย และการช่วยเหลือค่าใช้จ่ายในการรักษา พบว่าปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับของครอบครัวมากที่สุด ได้แก่ ระดับความสัมพันธ์ในครอบครัวก่อนการติดเชื้อ สถานภาพหม้าย/หย่า/แยก สาเหตุที่ทำให้ติดเชื้อ อายุ ค่าใช้จ่ายในการรักษา ความสามารถในการช่วยเหลือดูแลตนเอง และลักษณะความสัมพันธ์ในครอบครัว (แบบญาติพี่น้อง/ญาติและครอบครัวขยาย) ตามลำดับ โดยผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่มีความสัมพันธ์ในครอบครัวก่อนการติดเชื้อดี มีการติดเชื้อจากพฤติกรรมที่สังคมยอมรับได้มีความสามารถในการช่วยเหลือตนเองได้ดี จะได้รับการยอมรับจากครอบครัวมากขึ้น ส่วนผู้ติดเชื้อที่มี

อายุมากเป็นหม้าย/หย่า/แยก อาศัยอยู่กับครอบครัวที่มีความสัมพันธ์แบบพี่น้องและญาติหรืออาศัยอยู่ในครอบครัวขยายจะได้รับการยอมรับจากครอบครัวน้อยลง

นอกจากนี้มีการศึกษาของ Praneed Songwathana and Lenore Manderson (1998) เรื่อง Perceptions of HIV/AIDS and Caring for People with Terminal Aids in Southern Thailand ในหมู่บ้าน 6 แห่งของอำเภอหาดใหญ่ จังหวัดสงขลา ในกลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อและประชาชนในพื้นที่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้ง 2 กลุ่ม มีการรับรู้ในด้านเนื้อหาสาระข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ไปในทิศทางลบโดยผ่านสื่อทางวิทยุมากที่สุด รองลงมาเป็นสื่อโทรทัศน์ จากการรับรู้ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ในทิศทางลบทำให้ประชาชนผูกโยงโรคเอดส์เข้ากับสิ่งที่อันตรายร้ายแรงต่อชีวิต กล่าวคือ ประชาชนรับรู้ที่โรคเอดส์ เป็นแล้วตายไม่มียารักษาได้ เอดส์เป็นโรคของคนที่มีพฤติกรรมทางเพศเบี่ยงเบน เป็นโรคของคนสกปรก คนบาป เป็นโรคของผู้หญิงซึ่งมีความเชื่อมโยงกับโสเภณี และเป็นโรคที่เกิดจากกรรมของตัวผู้ป่วยเอง จากการรับสารดังกล่าวเป็นผลให้ประชาชนมีปฏิกริยาในทางลบต่อผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังพบว่า ประชาชนที่อยู่ในชนบทและในเมืองจะมีทัศนคติต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่แตกต่างกัน กล่าวคือในชนบทชาวบ้านส่วนใหญ่ขาดความมั่นใจที่จะเข้าไปดูแลผู้ป่วยเอดส์ เพราะขาดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ผู้ที่อยู่ในชนบทยังมีมุมมองว่าตนมีโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์น้อยกว่าคนในเมือง เพราะไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง และไม่ได้มองว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญ ส่วนผู้ที่อยู่ในเมืองมีโอกาสรับข้อมูลข่าวสารในด้านที่เป็นจริงเกี่ยวกับโรคเอดส์ อีกทั้งได้มีประสบการณ์ในการพบเห็นผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาลมากกว่าทำให้มีความรู้เกี่ยวกับเอดส์ดีกว่าผู้ที่อยู่ในชนบท (<http://medinfo.psu.ac.th/smj2/181/smj1819.html> สืบค้นเมื่อ 18 มกราคม 2550)

เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นวงกว้างในสังคมไทยมากขึ้น ปฏิกริยาของชุมชนต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ มีภาพเปลี่ยนแปลงไปตั้งงานศึกษาของ นิลวรรณ สุวรรณภูฏ (2545) ที่ศึกษาปฏิกริยาของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนชนบทจังหวัดอุบลราชธานีพบว่า ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปฏิกริยาชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ค่านิยมการช่วยเหลือเกื้อกูลกันยามเจ็บป่วยในชุมชนเป็นปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อปฏิกริยาของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้โดยค่านิยมการช่วยเหลือเกื้อกูลกันยามเจ็บป่วยในชุมชนมีอิทธิพลเชิงบวกต่อปฏิกริยาของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งผลการวิจัยยังพบอีกว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ไม่มีผลต่อปฏิกริยาของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากชุมชนส่วนใหญ่ยังรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับปานกลาง ทำให้ชุมชนจึงมีความตระหนักไม่มากนักว่า โรคเอดส์เป็นปัญหาที่วิกฤติของชุมชน

อย่างไรก็ตาม ปฏิบัติการของชุมชน สามารถสะท้อนถึงการยอมรับผู้ป่วยเอดส์ และการยอมรับผู้ป่วยเอดส์ สามารถใช้เป็นมิติหนึ่งในการพิจารณาถึงความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ในชุมชน เพราะสามารถชี้ให้เห็นว่าชุมชนไม่แบ่งแยกผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในงานวิจัยของ สุทธิดา รัตนวณิชช์พันธ์ (2541) ได้แบ่งระดับของการยอมรับผู้ป่วยเอดส์ออกเป็น 3 ระดับ คือ

- 1) ยอมรับโดยไม่มีเงื่อนไขในผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นคนทั่วไป โดยให้ความช่วยเหลือ ไปเยี่ยมเยียน มีการคบค้าสมาคมตามปกติ สามารถรับประทานอาหารร่วมกันได้ คอยให้กำลังใจ
- 2) ยอมรับเฉพาะญาติหรือผู้ใกล้ชิดเท่านั้น หากผู้ได้รับเชื้อเป็นคนไม่รู้จักกันก็ไม่เข้าไปพูดคุยด้วย หรือไม่ให้ความร่วมมือด้วย แต่ไม่แสดงอาการรังเกียจ ในความรู้สึกจะมีความเห็นอกเห็นใจอยู่ลึกๆ
- 3) ไม่ยอมรับ เพราะกลัวการติดเชื้อ จึงทำให้มีพฤติกรรมคล้ายกับการรังเกียจ คือปฏิเสธที่จะต้องรับความเสี่ยงทุกกรณี ไม่กล้าเข้าใกล้ แม้จะมีความรู้เรื่องโรคเอดส์แล้วก็ตาม แต่ยังไม่ปรับความรู้สึกกลัวไม่คอยได้นัก ซึ่งมีจำนวนไม่มากนัก

การศึกษาเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ ของ ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ และคณะ (2539) จากภาคเหนือ โดยใช้ระเบียบวิธีวิจัยเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อและประชาชนทั่วไป พบว่าการยอมรับนั้นสามารถวัดได้จากการอยู่ในครัวเรือนและชุมชน การให้การช่วยเหลือดูแลรักษาพยาบาล การปรนนิบัติ การให้เงินทองสิ่งของ และอาหารต่างๆ การให้การปรึกษาแนะนำ การไปร่วมงานศพของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อให้การยอมรับผู้ป่วยโดยให้อาศัยอยู่ในครัวเรือนเดียวกัน แต่มีการแยกข้าวของเครื่องใช้ อุปกรณ์ต่างๆของผู้ป่วยไว้ต่างหาก ในขณะที่ประชาชนทั่วไปให้การยอมรับผู้ติดเชื้อเอดส์น้อยแม้ว่าให้ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในชุมชนได้แต่ชาวบ้านจะไม่ค่อยไปเยี่ยมเยียนถามข่าว แม้เมื่อผู้ป่วยเสียชีวิตชาวบ้านก็ไปร่วมงานศพเพียงบางส่วนเท่านั้น และยังพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้แก่

- 1) การมีผู้ติดเชื้อที่มีลักษณะอาการในระยะต่างๆอาศัยอยู่ในบ้านซึ่งมีสมาชิกในครอบครัวที่มีความรักความห่วงใยเป็นผู้ให้การดูแล ซึ่งระดับการยอมรับขึ้นอยู่กับลักษณะอาการความรุนแรงของโรค
- 2) ระยะเวลาที่มีผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมากขึ้นในชุมชน ทำให้การยอมรับขยายวงกว้างออกไปและชุมชนเกิดความตระหนักว่าเป็นปัญหาของชุมชน
- 3) มีองค์กรภายนอกเข้าไปให้การช่วยเหลือจัดเตรียมความพร้อมของชุมชน มีการรณรงค์ส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทำให้ชุมชนเกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้น

- 4) การมีเครือข่ายทางสังคมและความเป็นสังคมชนบท ซึ่งสังคมของชาวล้านนามีวัฒนธรรมว่าครอบครัวและชุมชนต้องดูแลเอาใจใส่สมาชิกในครอบครัวและชุมชนเมื่อเกิดการเจ็บป่วย
- 5) ลักษณะส่วนบุคคลของผู้ติดเชื้อที่มีภาพลักษณ์เป็นคนดีที่ช่วยเหลือสังคม ชุมชน

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาที่สะท้อนถึงว่าชุมชนตอบสนองและเผชิญปัญหาโรคเอดส์ที่มีความชุกของการติดเชื้อสูงอย่างไร ดังเช่น งานศึกษาของ เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ (2540) ที่ศึกษาในพื้นที่จังหวัดเชียงรายและพะเยา พบว่า ปฏิกริยาของชุมชนในระยะแรกๆ ที่มีผู้ติดเชื้อในชุมชนจะมีลักษณะหวาดระแวง กลัว รังเกียจผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ แต่ในระยะต่อมามีแนวโน้มที่จะเห็นใจผู้ติดเชื้อผู้ป่วยมากขึ้น สมาชิกส่วนใหญ่มีทัศนคติในทางบวกต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว มีการปฏิบัติตนเป็นปกติเมื่อเผชิญหน้ากับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ให้การสนับสนุนด้านจิตใจ กำลังใจ เงิน และอาหารแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ชุมชนมีการแสวงหาความรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ มีการรณรงค์ให้สมาชิกลดพฤติกรรมเสี่ยง นอกจากนี้การวิจัยยังพบว่าส่วนใหญ่ของชุมชนไม่มีนโยบายรวมกลุ่มกันในชุมชนเพื่อดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ เพราะเห็นว่าเป็นความรับผิดชอบของครอบครัวและญาติพี่น้อง ถ้ามีการเจ็บป่วยรุนแรงให้ไปโรงพยาบาล ทั้งนี้เพราะชุมชนมีข้อจำกัดเรื่องการรวมตัว สมาชิกส่วนใหญ่มีภาระในการทำมาหากิน ไม่มีความรู้ความสามารถในการบริหารจัดการเกี่ยวกับโรคเอดส์ในชุมชนด้านการดูแลสุขภาพ การให้คำปรึกษาแนะนำ อีกทั้งองค์การศาสนา (วัด) ในชุมชน ก็ไม่สามารถรองรับภาระนี้ได้

จะเห็นได้ว่า การจัดการเรื่องเอดส์ในชุมชนนั้น นอกจากจะป้องกันไม่ให้คนทั่วไป มีพฤติกรรมเสี่ยงแล้ว การยอมรับผู้ติดเชื้อของครอบครัวและชุมชน ที่แสดงออกผ่านปฏิกริยาเชิงบวกในการยอมรับ การเอื้ออาหาร ไม่แบ่งแยกผู้ติดเชื้อ ตลอดจนการมีแนวทางในการช่วยเหลือที่ผู้ติดเชื้ออยู่ในภาวะยากไร้ ลำบาก นับว่าเป็นแนวทางหนึ่งในการจัดการเรื่องเอดส์ในระดับชุมชน

5. แนวคิดเรื่องความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการปัญหาเอดส์

เมื่อโรคเอดส์เกิดการแพร่ระบาดในวงกว้างมากขึ้น ทำให้หลายฝ่ายเกิดแนวคิดที่จะให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ อยู่ร่วมกับครอบครัวในระยะสุดท้าย ดังนั้นชุมชนจึงต้องอยู่ร่วมกับสมาชิกของชุมชนที่เป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ หลายฝ่ายจึงได้หาแนวทางในการกระตุ้นและช่วยเหลือให้ชุมชนมีการดำเนินงานเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ เมื่อดำเนินการไประยะหนึ่ง จึงน่าจะพิจารณาว่าชุมชนมีความเข้มแข็งในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชนได้หรือไม่อย่างไร และเพื่อให้เข้าใจเกี่ยวกับแนวคิดเรื่องความเข้มแข็งในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน ในที่นี้จึงทบทวนแนวคิด

เกี่ยวกับ ความหมายความเข้มแข็งของชุมชน ตัวชี้วัดความเข้มแข็ง ลักษณะของชุมชนเข้มแข็ง การเสริมสร้าง ความเข้มแข็งของชุมชน เป็นแนวทางเพื่อเชื่อมโยงมาถึงประเด็นเรื่องเอดส์ ดังรายละเอียด ดังนี้

นักวิชาการ หลายคนเห็นว่า **ความเข้มแข็งของชุมชน** หมายถึงการที่ประชาชนในชุมชนต่างๆของเมืองหรือชนบทรวมตัวกันเป็น “องค์กรชุมชน” โดยมีการเรียนรู้ การจัดการและการแก้ไขปัญหาหาร่วมกันของชุมชนแล้วถึงได้เกิดการเปลี่ยนแปลง หรือ การพัฒนาทั้งทางด้านเศรษฐกิจสังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมภายในชุมชนตลอดจนมีผลกระทบสู่ภายนอกชุมชนที่ดีขึ้นตามลำดับ โดยจะเรียกชุมชนนี้ว่า กลุ่ม ชมรม สหกรณ์ บริษัท องค์กรชาวบ้าน เครือข่ายหรืออื่น ๆ ที่มีความหมายแสดงถึงการร่วมมือช่วยเหลือกันเพื่อผลประโยชน์ร่วมกัน และด้วยความเอื้ออาทรต่อชุมชนอื่น ๆ ในสังคมด้วยการทำงานดังกล่าวเป็นไปอย่างมีมิตรภาพและความเอื้ออาทรต่อกัน มีการเรียนรู้กันอย่างต่อเนื่องในการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาและพัฒนาเศรษฐกิจ จิตใจ สังคม วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม มีผู้นำตามธรรมชาติเกิดขึ้นโดยผ่านกระบวนการทำงานร่วม (http://www.rakbankerd.com/01_jam/thaiinfo/country_info/index.html?topic_id=788 สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 2549)

ยิ่งยง เทาประเสริฐ (2542) กล่าวว่า ความเข้มแข็งของชุมชน หมายถึงการมีกลุ่มประชาชนรวมตัวกันด้วยจิตสำนึกร่วมกัน มีบทบาทและขีดความสามารถในการจัดการเรื่องต่างๆ ที่เกี่ยวกับวิถีชีวิตของตน บนพื้นฐานของสิทธิร่วมกันอย่างเท่าเทียมและพึ่งพาตนเองได้ โดยอาศัยองค์กร กลไกกระบวนการ และหลายกิจกรรมที่กลุ่มประชาชนจัดขึ้นในลักษณะหุ้นส่วนที่เกิดจากความรัก ความสมานฉันท์และเอื้ออาทรกันทั้งในแนวราบและเป็นองค์กรรวม (<http://www.vijai.org/history/สืบค้น> เมื่อ 23 พฤศจิกายน 2548)

จากความหมายข้างต้น หากพิจารณาในส่วนของการดำเนินงานเอดส์ในชุมชน กล่าวได้ว่า การพิจารณาความเข้มแข็งของชุมชนในเรื่องหนึ่งเรื่องใดนั้น เป็นการให้ความสำคัญกับผลที่เกิดขึ้นจากในชุมชน โดยมีการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการ มีองค์กร ที่เป็นกลไกทำหน้าที่จัดการปัญหาที่เกี่ยวข้องกับวิถีชีวิต ซึ่งในปัจจุบันปัญหาที่เป็นผลสืบเนื่องจากปรากฏการณ์เรื่องเอดส์กระทบโดยตรงต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์และกระทบต่อชุมชน ดังนั้น ในการวิจัยนี้ **ความเข้มแข็งในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน** จึงหมายถึง การที่ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านเอดส์ของชุมชน มีองค์กรที่ทำหน้าที่ในการจัดการ หรือ ดำเนินงานด้านเอดส์ของชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากโรคเอดส์ บนพื้นฐานของความเอื้ออาทรและสิทธิที่เท่าเทียมกัน

ยิ่งยง เทาประเสริฐ (2542) เสนอว่า **ตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชน** ประกอบด้วย

1. ความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชน หมายถึง การที่ชุมชนมีความเป็นอิสระที่จะกำหนดทางเลือกในการจัดการกับปัญหาและดำเนินกิจกรรมต่างๆ เพื่อให้เกิดประโยชน์ต่อชุมชนโดยไม่พึ่งพิงภายนอก มีอำนาจในการต่อรอง สามารถระดมทุนเพื่อนำไปใช้ประโยชน์ต่อชุมชน ซึ่งการวัดความสามารถในการพึ่งตนเองของชุมชน พิจารณาจาก 1) การมีกิจกรรม/โครงการ ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชนโดยไม่ต้องพึ่งพิงภายนอก โดยต้องเกิดจากความร่วมมือของคนในชุมชน การมีส่วนร่วมของคนในชุมชน 2) ความสำเร็จในการปฏิเสธข้อเสนอที่ไม่มีประโยชน์อย่างแท้จริงต่อชุมชน ทั้งจากเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือองค์กรเอกชนหรือพ่อค้า นักธุรกิจและนักพัฒนา ที่พยายามหยิบยื่นโครงการให้กับชุมชน 3) การบริโภคผลผลิตที่ผลิตได้ในชุมชนต่อการบริโภคทั้งหมด สามารถผลิตอาหารเพื่อบริโภคภายในหมู่บ้าน โดยไม่ต้องซื้ออาหารจากภายนอกชุมชน ลดการพึ่งพิงตลาด และลดค่าใช้จ่ายเพื่อซื้ออาหาร 4) ประสิทธิภาพความสำเร็จในการระดมทุนเพื่อนำมาใช้ประโยชน์ของชุมชน ซึ่งจะสะท้อนให้เห็นความร่วมมือของชุมชนอันที่จะทำกิจกรรมอันเป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

2. ความมั่นคงปลอดภัยในการดำรงชีวิตในชุมชน หมายถึง สภาพการณ์ที่คนในชุมชนมีความมั่นคงปลอดภัยในการดำรงชีวิตอยู่ในชุมชน ทั้งในด้านสังคม การประกอบอาชีพ ทรัพย์สินและสิ่งแวดล้อม ซึ่งพิจารณาได้จากระบบความสัมพันธ์ของคนในชุมชน ความใกล้ชิดกัน และไว้วางใจกันได้ ปลอดภัยจากอาชญากรรม อุบัติเหตุ และความปลอดภัยของสมบัติสาธารณะ พิจารณาจาก 1) ความใกล้ชิดและไว้วางใจกันของคนในชุมชน ให้ความสำคัญกับความสัมพันธ์ของคนในชุมชน 2) ความปลอดภัยของสมบัติสาธารณะ 3) การมีระบบความช่วยเหลือให้คนในชุมชนดำรงอยู่ได้ 4) อาชญากรรมที่เกิดขึ้นในชุมชน 5) อุบัติเหตุที่เกิดขึ้นในชุมชน

3. การมีวิสัยทัศน์ของชุมชน หมายถึง คนในชุมชนมีความเข้าใจในสภาพการณ์โดยทั่วไปของชุมชนทั้งจุดอ่อนและจุดแข็ง สามารถประเมินได้ว่าปัญหาที่ชุมชนกำลังเผชิญอยู่มีความเชื่อมโยงกับเงื่อนไขหรือปัจจัยต่างๆ อย่างไร มองว่าอนาคตต้องการให้ชุมชนเป็นอย่างไรบ้าง เป้าหมายและทิศทางในอนาคตที่มีความชัดเจน ซึ่งพิจารณาจาก 1) ความสามารถของชุมชนในการคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดในอนาคต และแสดงความสามารถในการวางแผนการในอนาคต 2) ความสามารถของชุมชนในการมองเห็นแนวทางแก้ปัญหาของชุมชน

4. ความรักและหวงแหนชุมชน หมายถึง คนในชุมชนมีความรู้สึกเป็นเจ้าของชุมชน มีความภาคภูมิใจและตระหนักในศักดิ์ศรีของชุมชน มีการสืบสานภูมิปัญญาของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้พิจารณาจาก 1) เยาวชนรู้ภูมิปัญญาของชุมชนที่มีมาแต่เดิม 2) เยาวชนรู้ประเพณีและพิธีกรรมของชุมชนที่มีมาแต่เดิม 3) การดำรงอยู่ของประเพณี พิธีกรรมและการละเล่นที่มีมาแต่เดิม 4) การดำรงอยู่ของภูมิปัญญาของชุมชน

นอกจากนี้หากพิจารณาจาก **ลักษณะของชุมชนเข้มแข็ง** เพื่อใช้สะท้อนว่าชุมชนที่มีความเข้มแข็งนั้น ทำให้เรามีตัวบ่งชี้ ความเข้มแข็งที่เป็นรูปธรรมได้แก่

1. สมาชิกของชุมชนมีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตนและชุมชนที่จะแก้ไขปัญหาและพัฒนาชีวิตความเป็นอยู่ของตนเอง
2. สมาชิกของชุมชนพร้อมที่จะร่วมกันจัดการกับปัญหาของตนและชุมชน
3. มีกระบวนการของชุมชนที่มีการเคลื่อนไหวอย่างต่อเนื่องจน เป็นวิถีของชุมชน ภายใต้การสนับสนุนของผู้นำองค์กรชุมชน ในลักษณะเปิดโอกาสให้กับสมาชิกทั้งหมดเข้ามามีส่วนร่วม ไปร้องใส่และพร้อมที่จะให้ตรวจสอบ
4. สมาชิกทุกคนมีส่วนร่วมในการประเมินสถานการณ์ของชุมชนกำหนดวิสัยทัศน์ร่วมกันร่วมคิด ตัดสินใจ ดำเนินงาน ติดตามและประเมินผลการแก้ปัญหาและการพัฒนาของชุมชนผ่านกระบวนการชุมชน
5. สมาชิกชุมชนเกิดการเรียนรู้ผ่านการเข้าร่วมในกระบวนการของชุมชน
6. มีแผนของชุมชนที่ประกอบด้วยการพัฒนาทุก ๆ ด้านของชุมชน ที่มุ่งการพึ่งตนเอง เอื้อประโยชน์ต่อสมาชิกชุมชนทุก ๆ คนและมุ่งหวังการพัฒนาชุมชนที่ยั่งยืน
7. การพึ่งความช่วยเหลือจากภายนอก เป็นการพึ่งเพื่อให้ชุมชนสามารถพึ่งตนเองได้ในที่สุดไม่ใช่การพึ่งพาตลอดไป
8. มีเครือข่ายความร่วมมือกับภาคีการพัฒนาอาจเป็นหมู่บ้านชุมชนอื่นๆ ท้องถิ่น ภาคราชการ องค์กรเอกชน นักธุรกิจ นักวิชาการและอื่น ๆ ในลักษณะของการมีความสัมพันธ์ที่เท่าเทียมกัน

ดังนั้นหากใช้แนวทางดังกล่าวกำหนดเป็นกรอบในการวิเคราะห์ความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องเอดส์ จึงกล่าวได้ว่า ความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์นั้น น่าจะพิจารณาจาก กระบวนการที่ชุมชนมีความพร้อม สามารถที่จะกำหนดแนวทางการแก้ปัญหาที่เกิดจากการมีส่วนร่วมของสมาชิก สมาชิกมีส่วนร่วมในการเรียนรู้เพื่อแก้ปัญหา พึ่งพาภายนอกเท่าที่จำเป็น และมีเครือข่ายความร่วมมือในรูปของภาคีเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานและแก้ปัญหาของชุมชน

ในกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน อาจมีกระบวนการดังต่อไปนี้

1. ปรับกระบวนการคิดและสรรหาผู้นำหรือแกนนำ

การจะเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนต้องเริ่มที่การพัฒนากระบวนการความคิดของคนทำงานเสียก่อนโดยต้องคิดอย่างเป็นระบบโดยมุ่งเป้าหมายเดียวกันคือชุมชนและคนในชุมชน ต้องเริ่มที่ตัวคน

ก่อนให้มองว่าชาวบ้านมีศักยภาพเพียงพอที่จะสามารถกระทำการใดๆเพื่อชุมชนของตนเองได้ ต้องมองที่ความคิดการริเริ่มของชาวบ้านเป็นหลัก เมื่อคนเราคิดจากปัญหาของตัวเองและเกิดความมั่นใจในตนเอง ความเข้มแข็งก็จะเริ่มเกิดขึ้นแล้ว จากนั้นก็เริ่มหาผู้นำหรือคนที่จะเป็นแกนนำ เนื่องจากผู้นำหรือแกนนำที่มีศักยภาพย่อมจะได้รับความเชื่อถือจากสมาชิกในชุมชนและจะเป็นแกนสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในทุกๆด้าน ผู้นำหรือแกนนำที่ดีต้องรู้จักวิเคราะห์ ต้องโปร่งใส มีคุณธรรม แสดงความรับผิดชอบและสามารถตรวจสอบได้ ที่เห็นได้ชัดคือ ความสามารถ ประสิทธิภาพในการบริหารงาน มีการพัฒนาผู้นำหรือแกนนำ โดยการอบรมหรือการพาไปดูงานอย่างมีส่วนร่วมแล้วกลับมาตั้งวิเคราะห์ เพื่อปรับใช้ต่อไป

2. สร้างจิตสำนึกโดยส่งเสริมกระบวนการเรียนรู้

ผู้นำหรือแกนนำ และนักพัฒนา จำเป็นต้องเสริมสร้างจิตสำนึกให้เกิดแก่สมาชิกในชุมชน โดยจัดให้คนที่ปัญหาพบบ่อยๆพูดคุยแลกเปลี่ยนความคิดเห็น ประสบการณ์ ซึ่งอาจใช้เวลาที่ชาวบ้านพูดคุยกระตุ้นให้ชาวบ้านเห็นปัญหาของตนเอง ทำให้ชาวบ้านเกิดความตระหนักว่ามีปัญหาที่กำลังเผชิญอยู่ และหากไม่ได้รับการแก้ไขอาจส่งผลกระทบต่อทั้งตนเอง ครอบครัวและชุมชนของตนเองได้ ฝึกให้ชาวบ้านได้คิดเป็น ทำเป็นและแก้ไขปัญหานั้นด้วยตัวของชาวบ้านเอง

3. การรวมตัวหรือรวมกลุ่ม

เมื่อชาวบ้านมีจิตสำนึกที่จะแก้ไขปัญหาก็จะนำไปสู่การรวมตัวกันหรือรวมกลุ่มภายในชุมชนเอง มีการตัดสินใจร่วมกันว่าจะทำกิจกรรมบางอย่างด้วยกัน มีการระดมทรัพยากรภายในชุมชนเสียก่อน โดยคนที่มารวมตัวกันจะต้องมีส่วนร่วมตั้งแต่ขั้นตอนของการคิดวิเคราะห์ ร่วมตัดสินใจ ร่วมวางแผนงาน ร่วมดำเนินการตามแผนงานที่ได้ร่วมกันจัดทำขึ้น ร่วมกันประเมินผลงานที่เกิด จนกระทั่งร่วมกันได้รับผลประโยชน์จากการดำเนินงานร่วมกัน ในเรื่องของการบริหารจัดการต้องอาศัยความร่วมมือจากคนในชุมชนหรือในกลุ่มบริหารจัดการตนเองตามกำลังความสามารถและความถนัดของแต่ละคน ซึ่งในการทำงานร่วมกันควรมีการที่จะให้คนอื่น ๆ สามารถเข้ามาตรวจสอบความโปร่งใสเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เช่น มีการทำบันทึกรายงานการประชุม และมีการเสนอข้อมูลข่าวสารให้คนในชุมชนเข้าใจและเห็นว่าการกระจายผลประโยชน์ของกลุ่มเป็นไปอย่างยุติธรรม

4. ขยายกิจกรรมหรือสร้างเครือข่าย

เมื่อมีการทำกิจกรรมต่างๆ ซึ่งสำเร็จไปแล้วแต่ต้องการเพิ่มหรือสร้างฐานในด้านอื่นๆ ก็สามารถที่จะขยายกิจกรรมอย่างอื่นๆ ออกไปหรือจะเป็นการสร้างเครือข่ายไปยังชุมชนหรือเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้เกิดขึ้น โดยจะต้องมาร่วมวิเคราะห์ความจำเป็นในการขยายกิจกรรมหรือขยายงานภายในชุมชนหรือระหว่างชุมชนว่ามีผลดีผลเสียอย่างไร ต้องการที่จะดำเนินการหรือไม่ โดยต้องให้เป็นไปด้วยความสมัครใจของคนในชุมชนด้วยกันเอง

5. ส่งเสริมและสนับสนุน

เทคนิค เทคโนโลยีความรู้ ที่จำเป็นต่อการนำไปประยุกต์ใช้ในการแก้ไขปัญหาของตนเอง โดยอาจเกิดจากการที่สมาชิกแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันหรือโดยการเชิญผู้ที่มีความรู้มากกว่า ซึ่งอาจเป็นคนภายในชุมชนหรือชุมชนใกล้เคียงหรือถ้าจำเป็นก็อาจเชิญวิทยากรที่มาจากหน่วยงานภายนอกก็ได้รวมถึงส่งเสริมหรือสนับสนุนในเรื่องต่างๆ จากองค์กรภายนอก ไม่ว่าจะเป็นวัสดุ อุปกรณ์ หรือปัจจัยต่างๆ แม้แต่เงินเพื่อที่จะทำให้มีศักยภาพสูงขึ้น (<http://www.cdswtu.com/index.php?Option=content&task=view&id=152&Itemid=34>) สืบค้นเมื่อ 4 เมษายน 49)

กิจกรรมหลักที่ดำเนินการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ได้แก่

1. การส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนเพื่อเผชิญปัญหาวิกฤต
โดยพัฒนาศักยภาพให้คนในชุมชนรวมกลุ่มกันร่วมคิดร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ และร่วมรักษาผลประโยชน์ของชุมชนด้วยตนเอง รวมทั้งให้ความสำคัญกับการปรับวิถีคิดและวิธีการทำงานของบุคลากรภาครัฐจากการเป็นผู้สั่งการเป็นผู้สนับสนุนในการจัดการและแก้ไขปัญหาของชุมชนเอง

2. การส่งเสริมกระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมของชุมชนในลักษณะ “ร่วมคิด ร่วมทำ และร่วมเรียนรู้” เพื่อส่งเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน ประกอบด้วยกระบวนการส่งเสริมและสนับสนุนชุมชนได้มีการเรียนรู้ แลกเปลี่ยนประสบการณ์เพื่อการพัฒนาอาชีพและเศรษฐกิจชุมชน การพัฒนาสวัสดิการสังคมและสวัสดิภาพของชุมชนการฟื้นฟูอนุรักษ์และจัดการทรัพยากรธรรมชาติของชุมชน การค้นหาศักยภาพและการพัฒนาภูมิปัญญาท้องถิ่น ตลอดจนการจัดทำแผนความต้องการของชุมชน รวมทั้งการสร้างประชาคมในชุมชนและการสร้างเครือข่ายของชุมชน (http://www.rakbankerd.com/01_jam/thaiinfor/country_info/index.html?topic_id=788) สืบค้นเมื่อ 7 เมษายน 2549)

ในการวิจัยนี้ ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องเอดส์ในชุมชน น่าจะพิจารณาในมิติของการส่งเสริมกระบวนการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เพื่อเผชิญปัญหาวิกฤต เนื่องจากสถานการณ์เรื่องเอดส์ที่แพร่อยู่ในชุมชน นำมาซึ่งวิกฤตในชุมชนเพราะมีผู้ได้รับผลกระทบโดยตรงจากโรคเอดส์และผู้อยู่ในชุมชนก็ได้รับผลกระทบในเชิงความสัมพันธ์ต่อกันของคนในชุมชน

อย่างไรก็ตามแม้ว่าชุมชนต้องใช้กระบวนการที่จะทำให้เกิดความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาเรื่องเอดส์ในลักษณะขับเคลื่อนทั้งชุมชน แต่จากองค์ความรู้ที่มีอยู่นั้น พบว่า มีองค์ประกอบสำคัญ 4 อย่าง ในการดูแลจัดการปัญหาเอดส์ให้ประสบผลสำเร็จ ได้แก่ 1) ตัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย 2) ครอบครัวกับชุมชน 3) องค์กรภาคเอกชน และ 4) องค์กรภาครัฐ ซึ่งกลไกทั้งหมดนี้จะต้องมีการทำงาน

ประสานกันในลักษณะเป็นหุ้นส่วน หากกลไกส่วนใดใน 4 องค์ประกอบนี้ขาดไปก็ทำให้เกิด “ภาวะขาดสมดุล” ได้ กล่าวคือ ตัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย เป็นทั้งผู้ได้รับประโยชน์หรือได้รับผลกระทบจากระบบการดูแลรักษาที่จัดให้มีขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลกระทบอันเกิดจากการที่ระบบไม่ตอบสนองความต้องการด้านการดูแลรักษาได้พอเพียง ส่วนที่ 2 คือ ครอบครัวและชุมชน และการมีบทบาทหรือส่วนร่วมในการให้การดูแลรักษาอย่างใกล้ชิด ก็จะส่งผลเชิงบวกต่อสภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยได้จากทั้ง 2 องค์ประกอบข้างต้น นับว่ามีความเกี่ยวข้องกับสังคมวัฒนธรรมของชุมชนอยู่ไม่น้อย ส่วนที่ 3 ได้แก่ องค์การภาคเอกชน ซึ่งตลอดเวลาที่ผ่านมาได้แสดงบทบาทที่สำคัญยิ่งในการดำเนินงานการแก้ปัญหาเอดส์ในประเทศหลายๆ มิติ รวมทั้งได้เป็นตัวเชื่อมโยงระหว่างองค์การภาครัฐกับชุมชนและครอบครัวผู้ติดเชื้อ และสุดท้ายคือส่วนองค์การภาครัฐ ที่ยอมรับเอาการแก้ไขปัญหาเอดส์และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นพันธกิจสำคัญของชาติโดยกำหนดเป็นนโยบายที่ชัดเจน จึงทำให้ความรุนแรงและขนาดของปัญหาเหล่านี้ลดน้อยถอยลงอย่างมาก (ภัสสร ลิมานนท์, 2547)

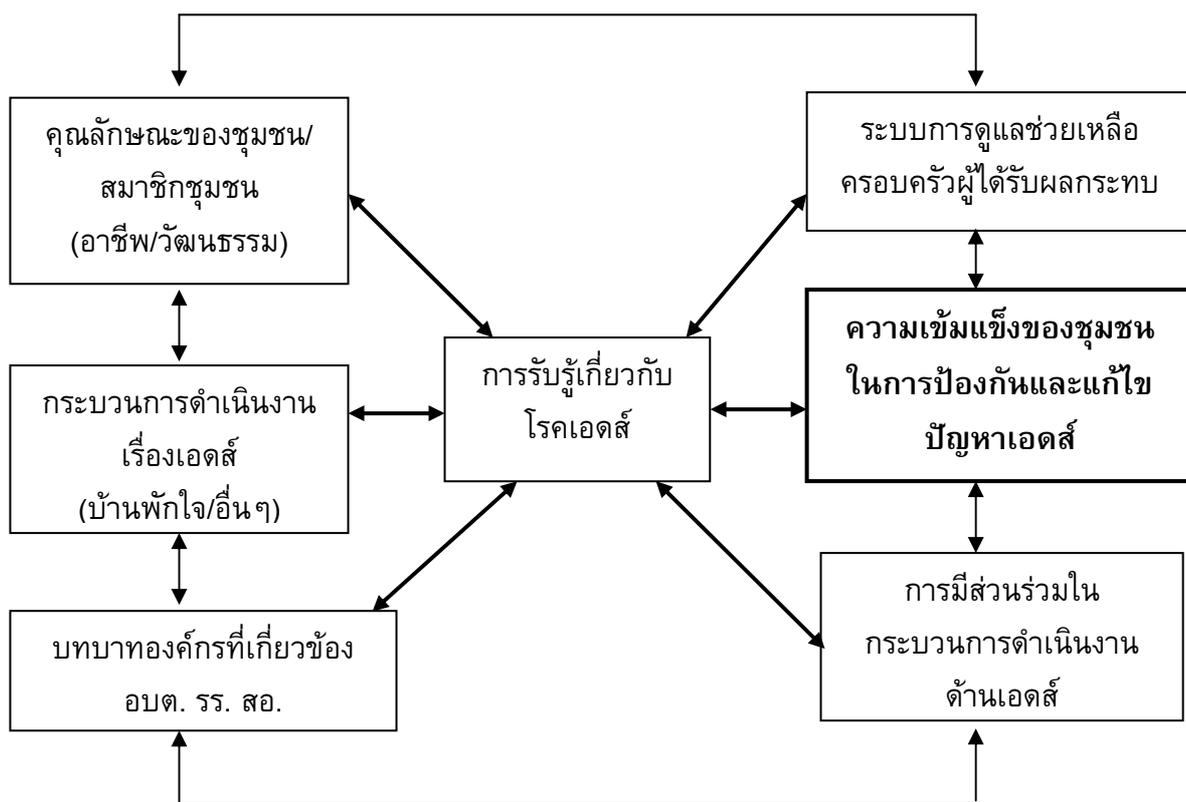
6. กรอบแนวคิดของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งการที่ชุมชนจะสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชนได้ มีหลายองค์ประกอบเกี่ยวข้อง ได้แก่ องค์ประกอบเกี่ยวกับชุมชน และองค์ประกอบเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานของหน่วยงานที่เข้าไปดำเนินการ

ในส่วนของชุมชน สมาชิกของชุมชน ต้องมีความเข้าใจ มีการรับรู้เรื่องสถานการณ์เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างถูกต้อง ขณะเดียวกันก็ต้องตื่นตัวที่จะมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมเพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนในเรื่องเอดส์ทั้งด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหที่เกิดกับสมาชิกของชุมชน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้ที่จะจัดการเรื่องเอดส์ได้อย่างยั่งยืนต่อไป

ในส่วนของกระบวนการดำเนินงานของหน่วยงาน(บ้านพักใจ อุดรธานี) ก็จะต้องมีกระบวนการที่สร้างให้ชุมชนทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งชาวบ้านทั่วไป ผู้นำชุมชน องค์กรในชุมชน เข้าร่วมในกิจกรรมเพื่อพัฒนาให้เกิดความเข้มแข็งในการป้องกันเรื่องเอดส์ ขณะเดียวกันก็ต้องมีกระบวนการที่จะทำให้บุคคลกลุ่มดังกล่าว มีกิจกรรม และระบบที่องค์กรพัฒนาขึ้นเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว ในการหาแนวทางในการช่วยเหลือ หรือ แก้ไขปัญหาเรื่องเอดส์ที่เกิดกับครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ เพื่อให้สามารถดำรงชีพอยู่ในชุมชนโดยไม่มีความแปลกแยก (Discrimination)

ดังแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 กรอบแนวคิดเกี่ยวกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยสนาม (Field Research) ใช้เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก (Qualitative Research) ผสมผสานกับการวิจัยเชิงปริมาณ ได้กำหนดระเบียบวิธีวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. หน่วยที่ใช้ในการวิจัย (Unit of Analysis)

เนื่องจากใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลักในการวิจัย จึงใช้หน่วยในการวิเคราะห์ เป็นระดับครอบครัวและชุมชน ทั้งครอบครัวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวของชาวบ้านทั่วไป ในส่วนของชุมชนเน้นที่ภาพรวมของชุมชน ที่เป็นกลไกในการดำเนินงานด้านเอดส์ระดับหมู่บ้าน

2. พื้นที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้กำหนดพื้นที่วิจัยอย่างเจาะจงเพื่อให้สอดคล้องกับพื้นที่การดำเนินงาน ขององค์การแพลน ประเทศไทย ที่มีการดำเนินงานด้านเอดส์โดยบ้านพักใจ จังหวัดอุดรธานี ซึ่งครอบคลุมพื้นที่ 7 หมู่บ้านในเขต 3 ตำบล และอยู่ในเขตอำเภอบ้านผือ และอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี

3. กลุ่มเป้าหมายของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้มุ่งทำความเข้าใจถึงความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จึงมีกลุ่มเป้าหมายที่ครอบคลุมบุคคลหลายกลุ่ม สำหรับกลุ่มเป้าหมายของการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน

1) กลุ่มเป้าหมายในชุมชนสำหรับงานด้านการป้องกันเอดส์ ได้แก่ สตรีแม่บ้าน จำนวนหมู่บ้านละ 8 คน เยาวชนในสถานศึกษา ซึ่งเป็นแกนนำนักเรียนที่ดำเนินกิจกรรมด้านเอดส์ จำนวน โรงเรียนละ 3-5 คน เยาวชนนอกสถานศึกษา จำนวนหมู่บ้านละ 3-5 คน ผู้นำชุมชน ทั้งผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) สมาชิกกลุ่มแม่บ้าน กรรมการเอดส์หมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวนทั้งสิ้น 118 คน

2) กลุ่มเป้าหมายในชุมชนสำหรับงานด้านการแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยเอดส์ (ที่ยินดีให้ข้อมูล) และครอบครัวจำนวน 4 ครอบครัว และครอบครัวที่เคยมีสมาชิกติดเชื้อและป่วยด้วยเอดส์และได้เสียชีวิตแล้ว จำนวน 3 ครอบครัว

3) กลุ่มเป้าหมายที่อยู่นอกชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบลทั้งสามตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จำนวน 6 คน คณะครูผู้เป็นแกนนำงานเอดส์ในโรงเรียนในพื้นที่วิจัย จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอำเภอที่รับผิดชอบงานเอดส์ 1 คน เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองระดับอำเภอที่รับผิดชอบงานเอดส์ของอำเภอบ้านผือและอำเภอเพ็ญ จำนวน 6 คน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ของบ้านพักใจ อุดรธานี ที่รับผิดชอบงานเอดส์ จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่ขององค์การแพลนประเทศไทยที่รับผิดชอบพื้นที่วิจัย จำนวน 2 คน

4. เครื่องมือวิจัย

ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ใช้วิธีการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลักเพื่อให้ได้ภาพละเอียดในเชิงลึก และได้ใช้การวิจัยเชิงปริมาณเป็นส่วนเพิ่มเติมเพื่อให้ได้ภาพกว้าง ดังนั้นจึงใช้เครื่องมือวิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูลวิจัย เป็น 2 ส่วนได้แก่

4.1 เครื่องมือวิจัยสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ ได้แก่ แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline) สำหรับกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย ประกอบด้วยประเด็นต่างๆดังนี้ (ภาคผนวก ก)

- ความเข้าใจและการรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับเรื่องเอดส์
- สภาพความเป็นอยู่ของผู้ติดเชื้อและครอบครัว/เด็ก
- บทบาทของโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ที่บ้านพักใจ อุดรธานี ดำเนินการ ที่มีต่อสถานการณ์ด้านเอดส์ของชุมชนและครอบครัวของเด็กที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ
- กระบวนการที่นำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์
- การจัดการของชุมชนเกี่ยวกับสถานการณ์เอดส์และผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์

นอกจากนี้ยังได้สัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องได้แก่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลชุมชน เจ้าหน้าที่สถานีนามัยอำเภอลำปาง เจ้าหน้าที่ของศูนย์สุขภาพชุมชนตำบล สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ตัวแทนองค์กรผู้ติดเชื้อในพื้นที่ที่ดำเนินการโดยเน้นรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานของโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการประสานงานกับหน่วยงาน และความคิดเห็นเกี่ยวกับความยั่งยืนของกิจกรรมต่างๆที่เกิดขึ้นในพื้นที่ และการแก้ปัญหา/คลี่คลายผลกระทบจากโรคเอดส์ต่อครอบครัวผู้ติดเชื้อและเด็ก

4.2 เครื่องมือวิจัยสำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบสัมภาษณ์ (Interview Schedule) เพื่อประเมินการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ และความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของกลุ่มเป้าหมายทั้งในและนอกชุมชนบางส่วน ที่เข้าร่วมในกิจกรรมการตรวจสอบข้อมูลของแต่ละพื้นที่ เครื่องมือวิจัยส่วนนี้ ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน ได้แก่ (ภาคผนวก ข)

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบในเรื่องเพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นลักษณะแบบเติมคำ และเลือกตอบ จำนวน 3 ข้อ

ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับสถานภาพในชุมชน ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ ภายใต้กิจกรรมที่บ้านพักใจดำเนินการ เป็นลักษณะแบบเลือกตอบ จำนวน 2 ข้อ

ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องเอดส์ เป็นคำถามที่ให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นเรื่องเอดส์เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ตอบ ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบแบบสเกล คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการสร้างความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาเรื่องเอดส์ของชุมชน เพื่อให้ประเมินความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ จำนวน 4 ข้อ

5. การเก็บรวบรวมข้อมูล

ในการวิจัยครั้งนี้ ดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็น 2 ขั้นตอน ได้แก่

ขั้นตอนที่ 1 การเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้เกี่ยวข้อง และ

ขั้นตอนที่ 2 กระบวนการตรวจสอบข้อมูล

ดังรายละเอียดต่อไปนี้

5.1 การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

1. การศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในภาคสนาม เป็นการสำรวจพื้นที่ในหมู่บ้านเป้าหมายทั้ง 7 หมู่บ้าน เพื่อประสานงานแจ้งกับผู้นำชุมชนให้ทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ตลอดจนสอบถามเกี่ยวกับตัวบ่งชี้ (Indicators) ผลการดำเนินงานของโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ในทัศนะของชาวบ้าน และสัมภาษณ์หัวหน้าโครงการและเจ้าหน้าที่ของโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ (บ้านพักใจอุดรธานี) เกี่ยวกับการดำเนินงานในพื้นที่ และตัวบ่งชี้ผลการดำเนินงานในทัศนะของผู้ดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อกำหนดกรอบตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

2. การศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความเข้มแข็งและเรื่องเอดส์ เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ โดยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรายงานสรุปผลการประชุมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ดำเนินงานของโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ ได้แก่ รายงานต่างๆที่เกี่ยวข้อง

3. เก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามในพื้นที่วิจัย จากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interviews) (Grandstaff and Grandstaff, 1987) ตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น และใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการศึกษาแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Participatory Rural Appraisal -PRA) ซึ่งในการเก็บข้อมูลวิจัย ได้ใช้ทั้งการสัมภาษณ์บุคคลเฉพาะ สัมภาษณ์ครัวเรือน และการสัมภาษณ์กลุ่ม ซึ่งดำเนินการระหว่างเดือน ธันวาคม 2548-กุมภาพันธ์ 2549

5.2 กระบวนการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล (Data Verification)

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายได้ทั้งหมดแล้ว ได้จัดให้มีการประชุมเพื่อรับฟังผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ผู้วิจัยรวบรวมมา และระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องในประเด็นเรื่องแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้กลุ่มต่างๆได้เสนอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลดีต่อชุมชน อนึ่งการดำเนินกิจกรรมในขั้นตอนนี้ ยังได้ก่อให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันระหว่างชาวบ้าน นักวิชาการ และ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในประเด็นเรื่องแนวทางการดำเนินงานเอดส์ในระดับชุมชนให้เกิดผลมากที่สุด

ในขั้นตอนนี้ดำเนินการระหว่าง เดือน กุมภาพันธ์ ถึง มีนาคม 2549 ในกระบวนการดังกล่าวนี้ดำเนินการ ใน 3 พื้นที่ และมีจำนวนผู้เข้าร่วมในแต่ละพื้นที่ ดังตารางที่ 5

1. ชุมชนบ้านฝื่อ ประกอบด้วย 2 หมู่บ้าน
2. ชุมชนนาพุ ประกอบด้วย 2 หมู่บ้าน
3. ชุมชนเพ็ญ ประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน

ตารางที่ 5 จำนวนผู้เข้าร่วมการประชุม จำแนกตามกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่วิจัย

กลุ่มเป้าหมาย	ชุมชน			รวม
	บ้านฝ่อ	นาพุ	เพ็ญ	
ผู้นำ	10	12	17	39
แม่บ้านทั่วไป	19	14	26	59
เยาวชน	11	12	16	39
เจ้าหน้าที่ สอ./ครู	1	2	5	8
รวม	41	40	64	145

6. การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอผลการศึกษา

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวมข้อมูลมาจากแหล่งต่างๆ ดำเนินการโดยการจัดหมวดหมู่ตามแนวทางการสัมภาษณ์ และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อให้สามารถสรุปผลได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยในรูปของรายงานเชิงพรรณนา

ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ ดำเนินการลงรหัสและประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ แล้วดำเนินการวิเคราะห์ด้วยสถิติอย่างง่าย (Descriptive Statistics) ด้วยค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และดำเนินการวิเคราะห์ด้วยตารางไขว้ (Contingency Tables) จำแนกผลการวิเคราะห์เป็น 3 พื้นที่ ได้แก่ ชุมชนบ้านฝ่อ ชุมชนนาพุ และชุมชนเพ็ญ

บทที่ 4

ผลการวิจัย

การวิจัยเรื่อง ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มุ่งศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในบทนี้จึงนำเสนอผลการวิจัย เป็น 2 ส่วนได้แก่

ส่วนที่ 1 ภูมิหลังด้านเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนพื้นที่ศึกษา การรับรู้เรื่องเอดส์ของชุมชน และประสบการณ์ของชุมชนเกี่ยวกับเรื่องเอดส์

ส่วนที่ 2 กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และการอภิปรายผลการวิจัย ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ภูมิหลังด้านเศรษฐกิจและสังคมของชุมชนพื้นที่ศึกษา การรับรู้เรื่องเอดส์ ของชุมชน และประสบการณ์ของชุมชนเกี่ยวกับเรื่องเอดส์

1. ภูมิหลังด้านเศรษฐกิจและสังคมของพื้นที่ศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยชุมชนในสองพื้นที่ คือ ในพื้นที่เป้าหมายของอำเภอบ้านฝืดและอำเภอกันทรวิชัย พื้นที่ที่ทำการวิจัยในอำเภอบ้านฝืดประกอบด้วย 2 หมู่บ้าน ในรายงานนี้เรียกว่า **ชุมชนบ้านฝืด** ส่วนพื้นที่อำเภอกันทรวิชัยมี 5 หมู่บ้าน มี 2 หมู่บ้านในรายงานนี้เรียกว่า **ชุมชนนาพุ** และ **ส่วนอีก 3 หมู่บ้าน** เรียกว่า **ชุมชนเพ็ญ** ซึ่งทุกหมู่บ้านเป็นพื้นที่เป้าหมายขององค์การแพลงน ประเทศไทย เพื่อให้เข้าใจถึงสภาพของชุมชนจึงขอเสนอข้อมูลเป็นเขตพื้นที่ของอำเภอ เพราะมีสภาพด้านกายภาพ เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมแตกต่างกัน หนึ่งในพื้นที่ของเขตอำเภอกันทรวิชัย ชุมชนมีสภาพกายภาพที่แตกต่างกัน เป็นสองกลุ่มชุมชน จึงอธิบายเขตพื้นที่เป็นกลุ่มชุมชนเพื่อให้เข้าใจสภาพเงื่อนไขของแต่ละชุมชนได้อย่างชัดเจน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

1.1. สภาพทั่วไป

ชุมชนบ้านฝื่อ ประกอบด้วยสองหมู่บ้าน เป็นหมู่บ้านที่อยู่ในตำบลหายโคก ที่ตั้งอยู่ติดกัน อยู่ห่างจากตัวอำเภอบ้านฝื่อราว 10 กิโลเมตร ชุมชนบ้านฝื่อ สามารถติดต่อกับภายนอกได้สะดวก เพราะมีถนนลาดยางตลอดสายจากอำเภอถึงชุมชนถึงอำเภอ ชาวบ้านสามารถใช้บริการรถโดยสารประจำทางและรถจักรยานยนต์ส่วนตัว ซึ่งแทบทุกครัวเรือนจะมีรถจักรยานยนต์ ไว้ใช้อย่างน้อย 1 คันต่อครัวเรือน หากบางครั้งจำเป็นต้องไปกันหลายคนก็ใช้การจ้างเหมารถปิคอัพในหมู่บ้าน

ชุมชนนาพู่ ประกอบด้วย สองหมู่บ้าน โดยทั้งสองหมู่บ้านนี้ตั้งอยู่ห่างจากจังหวัดอุดรธานี เพียง 14 กิโลเมตร ตั้งอยู่ห่างจากทางหลวงสายมิตรภาพ กรุงเทพ-หนองคาย ด้วยเหตุนี้ทำให้ชาวบ้านมักเดินทางไปใช้บริการหน่วยงานของรัฐ ใช้จ่ายซื้อของ หรือบริการอื่นๆ จากตัวจังหวัดอุดรธานีมากกว่าจะไปติดต่อกับตัวอำเภอ ชุมชนนี้สามารถติดต่อกับภายนอกได้อย่างสะดวกสบาย ชาวบ้านใช้บริการรถโดยสารประจำทางและรถจักรยานยนต์ส่วนตัว ซึ่งแทบทุกครัวเรือนมีรถจักรยานยนต์ไว้ใช้อย่างน้อย 1 คันต่อครัวเรือน ทั้งสองหมู่บ้านมีระยะทางห่างกันเพียง 3 กิโลเมตรเศษ มีถนนเชื่อมระหว่างหมู่บ้านเป็นถนนลูกรังอยู่ในระหว่างการปรับปรุง สำหรับบ้านโพธิ์ตาก เป็นหมู่บ้านที่มีกำนันเป็นผู้ปกครอง

ชุมชนเพ็ญ มีที่ตั้งอยู่ใกล้ตัวอำเภอเพ็ญ ประกอบด้วย 3 หมู่บ้าน ด้านการคมนาคมในชุมชนมีถนนที่เชื่อมจากหมู่บ้านมายังอำเภอ ทำให้ชาวบ้านสามารถติดต่อกับภายนอกได้สะดวก ถนนบางสายที่ยังเป็นถนนลูกรังปัจจุบันอยู่ในระหว่างดำเนินการปรับปรุง ชาวบ้านสามารถใช้บริการรถโดยสารประจำทางและรถจักรยานยนต์ส่วนตัว ซึ่งแทบทุกครัวเรือนมีรถจักรยานยนต์ไว้ใช้อย่างน้อย 1 คันต่อครัวเรือน

1.2 สาธารณูปโภคในชุมชน

จากการวิจัยพบว่า**ชุมชนบ้านฝื่อ**ทุกครัวเรือนมีไฟฟ้าและน้ำประปาหมู่บ้านใช้ สภาพบ้านเรือนมีความทันสมัย ปลูกสร้างค่อนข้างถาวรมากขึ้น หากเป็นบ้านเรือนที่สร้างขึ้นใหม่หรือมีการต่อเติมบ้านเรือนมักใช้ปูนซีเมนต์ก่อสร้าง สภาพความทันสมัยของครัวเรือนเป็นผลมาจากการที่ในครัวเรือนมีสมาชิกออกไปทำงานต่างถิ่นแล้วส่งเงินกลับมาให้ทางบ้าน ในส่วนของสาธารณะสมบัติของชุมชนที่ทั้ง 2 หมู่บ้านใช้บริการร่วมกัน ประกอบด้วย สถานีอนามัยตำบล โรงเรียนมัธยมศึกษาขยายโอกาส ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล อนึ่งทั้งสองชุมชนยังมีศูนย์เด็กเล็กและในอีกหมู่บ้านหนึ่งมีอาคารเอนกประสงค์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมต่างๆของชุมชน โดยได้รับสนับสนุนงบประมาณก่อสร้างโดยองค์การแพลน ประเทศไทย

ในชุมชนนาพู่และชุมชนเพ็ญ ทุกครัวเรือนมีไฟฟ้าและน้ำประปาใช้ สภาพบ้านเรือนมีความทันสมัย ปลูกสร้างค่อนข้างถาวรมากขึ้น หากเป็นบ้านเรือนที่สร้างขึ้นใหม่หรือมีการต่อเติมบ้านเรือนมัก

ใช้ปูนซีเมนต์ในการก่อสร้าง ในชุมชนนาพู่มีบ้านเรือนจำนวนหนึ่งที่กำลังสร้างใหม่ มีลักษณะสวยงาม ก่อสร้างเป็นแบบตะวันตก และมีขนาดใหญ่ แสดงให้เห็นถึงฐานะทางเศรษฐกิจในครัวเรือนนั้น ในส่วนของสาธารณะสมบัติของชุมชน ทั้งสองชุมชนมีสถานีอนามัยตำบล โรงเรียนมัธยมศึกษาขยายโอกาส และยังเป็นที่ตั้งของทำการองค์การบริหารส่วนตำบล หนึ่งทั้งสองชุมชนยังมีตลาดนัดชุมชนเป็นแหล่งจำหน่ายผลผลิตทางการเกษตรรวมถึงสินค้าอื่นๆ ซึ่งสามารถสร้างรายได้และความสะดวกต่อชาวบ้าน และที่บ้านโพธิ์ตากมีอาคารเอนกประสงค์ที่ใช้ในการจัดกิจกรรมต่างๆของชุมชน โดยการสนับสนุนงบประมาณก่อสร้างโดยองค์การแพลน ประเทศไทย สภาพทางกายภาพที่ส่งผลต่อวิถีชีวิต อาชีพ เศรษฐกิจสังคม ที่เด่นชัดของชุมชนนาพู่ คือ ความใกล้ชิดกับเมือง และบริเวณที่ตั้งอยู่ใกล้กับแหล่งน้ำขนาดใหญ่ มีความอุดมสมบูรณ์ ปริมาณน้ำเพียงพอต่อการอุปโภคและการเกษตรตลอดปี ทำให้ชุมชนมีความเป็นเมืองที่เห็นได้ชัดเจน

ในขณะที่ชุมชนเพ็ญ มีสาธารณะสมบัติในชุมชน คือ โรงเรียนระดับประถมศึกษา มีบางหมู่บ้านเท่านั้นที่มีโรงเรียนมัธยมศึกษาขยายโอกาส สถานีอนามัยตำบล ที่ทำการองค์การบริหารส่วนตำบล และมีอาคารเอนกประสงค์ที่ใช้จัดกิจกรรมต่างๆของชุมชนซึ่งได้รับสนับสนุนงบประมาณ ก่อสร้างจากองค์การแพลน ประเทศไทย

1.3 สภาพเศรษฐกิจ

ชุมชนบ้านผือ เป็นชุมชนที่มีอาชีพหลักคือการทำนา อาชีพรองคือการรับจ้างในภาคเกษตร รับจ้างในไร่อ้อยที่อยู่ใกล้หมู่บ้าน เผ่าถ่านขาย เมื่อว่างจากฤดูทำนาบางครั้งเรือ่นอพยพไปรับจ้างตัดอ้อยในเขตจังหวัดภาคกลาง นอกจากนี้แรงงานที่ย้ายถิ่นไปทำงานมักไปทำอาชีพรับจ้างในงานก่อสร้าง ทำงานโรงงาน ร้านอาหาร รวมทั้งอาชีพใหม่ที่เกิดขึ้นและได้รับความนิยมมากในปัจจุบันโดยเฉพาะกลุ่มแม่บ้าน คือ อาชีพหมอนวดแผนโบราณเพราะได้ค่าบริการจากนักท่องเที่ยวต่างชาติมาก

แรงงานย้ายถิ่นที่ทำงานในโรงงานหรือไปค้าขาย มักเป็นกลุ่มที่ไปทำงานต่างถิ่นแบบถาวร ส่วนมากกลับมาชุมชนเฉพาะเมื่อมีงานเทศกาลสำคัญหรือวันหยุด ได้แก่ ปีใหม่ สงกรานต์ ออกพรรษา เป็นต้น ทำให้คนกลุ่มนี้ไม่มีความสัมพันธ์กับชุมชนมากนัก แรงงานย้ายถิ่นกลุ่มนี้สามารถส่งรายได้กลับมาจุนเจือครอบครัวเพื่อให้สมาชิกในครอบครัวสามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุข

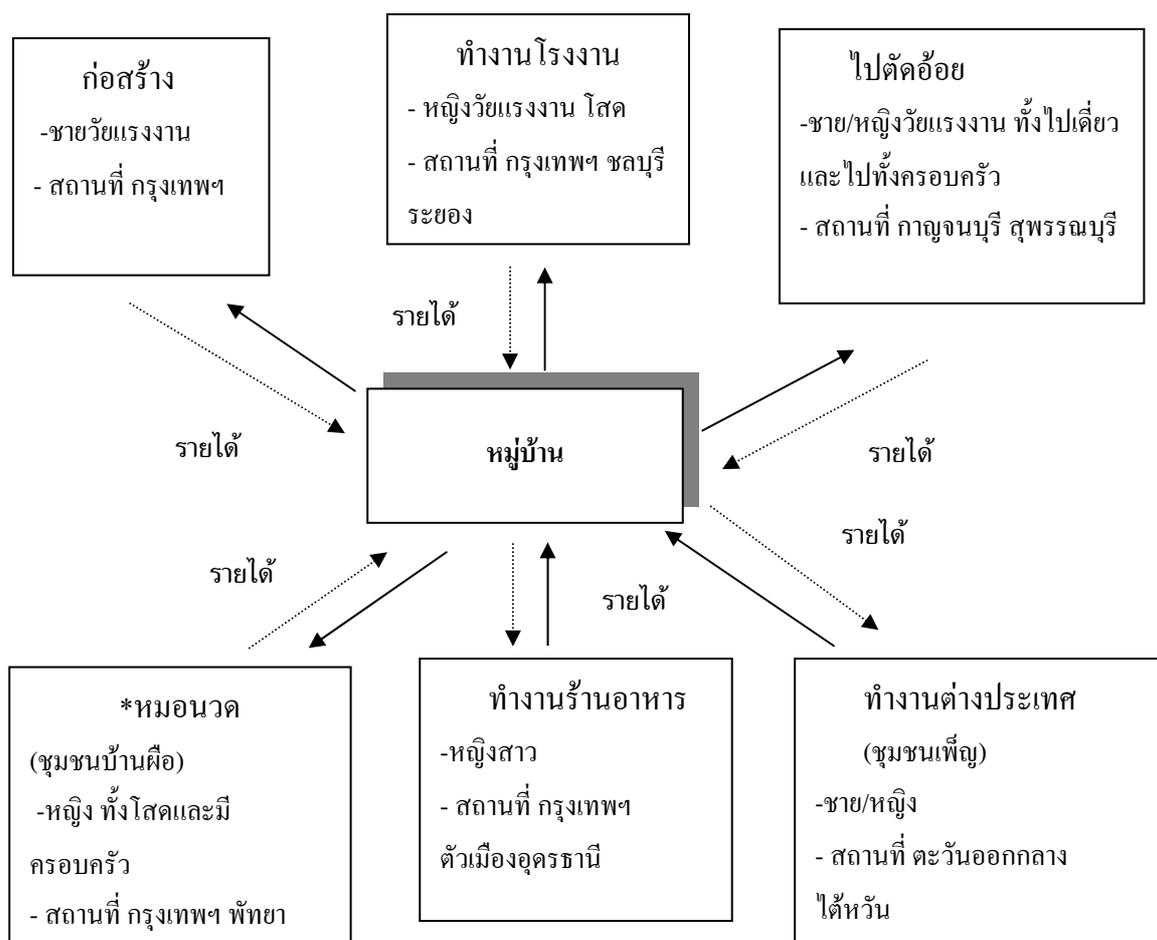
ชุมชนนาพู่ เป็นชุมชนที่มีอาชีพหลักในการทำนา อาชีพรองคือการรับจ้าง ได้แก่ รับจ้างในภาคเกษตร งานก่อสร้าง รับจ้างในโรงงานอุตสาหกรรมที่ตั้งอยู่ใกล้ชุมชน หากชาวบ้านคนใดมีที่ดินอยู่ใกล้แหล่งน้ำคือบึงชวน มักปลูกผัก เลี้ยงปลา ควบคู่ไปกับการทำนา รวมถึงการค้าขายในตลาดนัดชุมชนร่วมด้วย เมื่อว่างจากฤดูทำนาบางครั้งเรือ่นอพยพไปรับจ้างตัดอ้อยในเขตจังหวัดภาคกลาง

นอกจากนี้แรงงานบางส่วนไปเป็นแรงงานรับจ้างในงานก่อสร้าง ทำงานโรงงาน ร้านอาหาร ในตัวเมืองอุดรธานี จึงพบว่าปัจจุบันการไปทำงานต่างถิ่นในตำบลนาพูนีมีแนวโน้มลดลง เนื่องจากมีโรงงานอุตสาหกรรมตั้งขึ้นใกล้กับชุมชน มีการจ้างงานในชุมชนมากขึ้น ทำให้แรงงานที่เคยไปทำงานต่างถิ่นที่มีครอบครัวแล้วมักกลับมาทำงานในโรงงานใกล้บ้านเพื่อที่จะได้อยู่ใกล้ชิดครอบครัว อีกทั้งยังเป็นการลดค่าครองชีพได้อีกทางหนึ่งด้วย นับได้ว่าชุมชนนาพูนีมีสภาพเศรษฐกิจที่ค่อนข้างดีเนื่องจากมีปัจจัยสนับสนุน คือ แหล่งที่ตั้งใกล้ตัวจังหวัด ใกล้แหล่งงาน ความสะดวกในการคมนาคม ความสมบูรณ์ของแหล่งน้ำ ส่งผลต่ออาชีพและรายได้ของคนในชุมชน จึงนับได้ว่าชุมชนนาพูนีมีสภาพเศรษฐกิจดีกว่าเมื่อเทียบกับชุมชนบ้านผือและชุมชนเพ็ญ

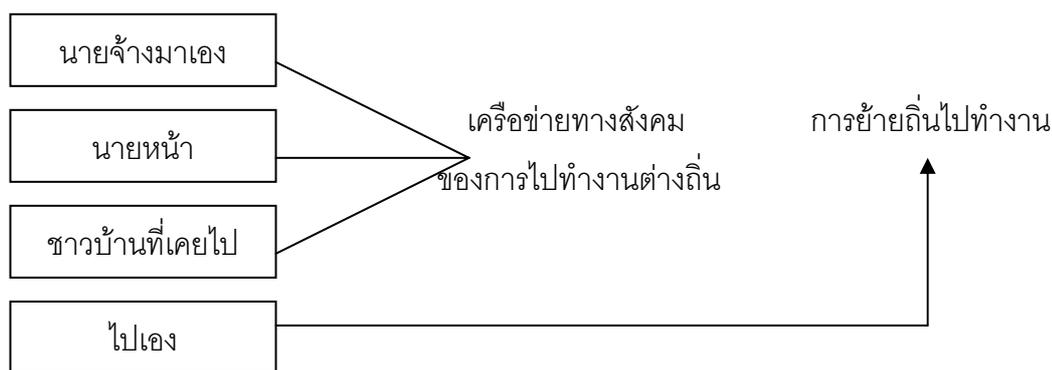
ชุมชนเพ็ญ เป็นชุมชนที่มีอาชีพหลักในการทำนา อาชีพรองคือการรับจ้างในภาคเกษตร รับจ้างในไร่้อยู่ที่อยู่ใกล้หมู่บ้าน รับจ้างก่อสร้างในตัวอำเภอ เมื่อว่างจากฤดูทำนาบางครั้งเรือนอพยพไปรับจ้างตัดอ้อยในเขตจังหวัดภาคกลาง นอกจากนี้แรงงานที่ย้ายถิ่นไปทำงานมักไปทำอาชีพรับจ้างในงานก่อสร้าง ทำงานโรงงาน ร้านอาหาร และในตำบลบ้านเหล่ามีแรงงานย้ายถิ่นที่ไปทำงานต่างประเทศ ซึ่งสามารถสร้างรายได้กลับมาจนเฉลี่ยให้กับครอบครัวได้เป็นจำนวนมาก (แผนภูมิ 2)

แรงงานย้ายถิ่นที่ไปทำงานรับจ้างส่วนใหญ่เป็นวัยแรงงาน มีทั้งเพศหญิงและชาย ซึ่งการเดินทางไปทำงานต่างถิ่นนั้น มีทั้งการติดต่อกับนายจ้างโดยตรง ผ่านนายหน้า ผ่านการบอกต่อของชาวบ้านที่เคยไปก่อน และเดินทางไปเอง (แผนภูมิที่ 3)

ผลของการที่สมาชิกของครัวเรือนไปทำงานต่างถิ่น พบว่า **ทั้งในชุมชนบ้านผือและชุมชนเพ็ญ** นอกจากทำให้ครัวเรือนมีสภาพเศรษฐกิจที่ดีขึ้นเพราะมีเงินส่งกลับ ทำให้ครัวเรือนจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวก ปรับปรุงบ้านเรือน แต่ก็มีผลในทางลบคือทำให้ครัวเรือนขาดแคลนแรงงานในภาคเกษตร ทำให้ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการใช้แรงงานในภาคเกษตรเปลี่ยนแปลงไปจากการขอแรงงานเป็นการจ้างงานมากขึ้น สิ่งที่เกิดขึ้นทำให้เกิดอาชีพรับจ้างในภาคเกษตรเกิดขึ้นในชุมชน ทำให้เกิดการหมุนเวียนของเงินในชุมชนขึ้น อีกทั้งการที่แรงงานย้ายไปทำงานต่างถิ่น การห่างไกลจากครอบครัวของผู้ที่แต่งงานแล้ว ความเหงาจากการที่ห่างไกลบ้าน หรือการขาดผู้ใหญ่คอยชี้แนะ ทำให้เกิดความเหงาว่าเหว การเกิดพฤติกรรมการดื่มสุราซึ่งนำไปสู่การเที่ยวหญิงบริการหรือแม้แต่การขาดสติยับยั้งชั่งใจในการล่วงเกินหญิงอื่นที่มีใช้ภรรยาหรือคู่ของตนเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะการที่ชายไทยมีโอกาสเรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์โดยไม่ถูกตำหนิจากสังคมและมีอิสระมากกว่าเพศหญิง การมีความต้องการอยากรู้ อยากรลองตามกลุ่มเพื่อน หรือความคิดที่ว่าตนเองโตเป็นผู้ใหญ่และสามารถรับผิดชอบชีวิตตนเองได้แล้วในแง่ของค่าใช้จ่ายที่เกิดขึ้น ค่านิยมของผู้ใช้แรงงานที่เหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการเกิดพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยได้



แผนภูมิที่ 2 การย้ายถิ่นของแรงงานชุมชนเพ็ญ



แผนภูมิที่ 3 เครื่องมือทางสังคมของการไปทำงานต่างถิ่น

1.4 สภาพสังคม วัฒนธรรม

ในชุมชนยังยึดขนบธรรมเนียมประเพณีดั้งเดิมมีการจัดงานบุญตามฮีต 12 อยู่ ยังคงความเป็นสังคมอีสานที่มีลักษณะของการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความเป็นสังคมชนบทที่เห็นได้ชัดเจน คือการอยู่ร่วมกันอย่างเครือญาติ การช่วยเหลือกันเมื่อมีงาน การดูแลกันในชุมชน การนับถือให้ความเคารพผู้นำและผู้อาวุโส แต่ท่ามกลางการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและวัฒนธรรม ชุมชนบ้านผือเริ่มเปลี่ยนแปลงในสภาพดังกล่าว

ในด้านบทบาทของผู้นำชุมชน พบว่า มีบทบาทเป็นผู้ดูแลความสงบเรียบร้อยของชุมชน เป็นประธานในงานพิธีต่างๆ การเป็นที่ปรึกษา ไกล่เกลี่ยกรณีข้อพิพาท การประสานงานระหว่างชุมชนกับหน่วยงานราชการ การเป็นผู้รับข่าวสารจากภายนอกและกระจายข่าวสารสู่ชุมชน การเป็นผู้ปกครองชุมชน ทำให้กิจกรรมใดๆในชุมชนจะต้องได้รับความร่วมมือจากผู้ปกครองชุมชน ทำให้บทบาทของผู้นำชุมชนที่ผ่านมาเป็นการตั้งรับ รอรับการดำเนินงาน การสร้างกิจกรรมในชุมชน ไม่ว่าจะเป็นการส่งเสริมประกอบอาชีพของชุมชน ธุรกิจ/ผลิตภัณฑ์ชุมชน กิจกรรมที่เป็นประเพณีของชุมชน หรือกิจกรรมด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัยของชุมชน เช่น การรณรงค์เรื่องยาเสพติด การอบรมให้ความรู้ ฯลฯ เป็นงานที่หน่วยงานสนับสนุนภายนอก หรือองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นผู้มีบทบาททำให้เกิดขึ้นในชุมชน

บทบาทของผู้นำเน้นหนักไปที่การประสานงานกับหน่วยงานภายนอก การประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารของหน่วยงานราชการผ่านหอกระจายข่าว แต่ไม่ได้เป็นผู้กระตุ้นให้เกิดกิจกรรมด้านสุขภาพขึ้น เพราะผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน ระบุว่ากิจกรรมด้านสุขภาพเป็นหน้าที่ของสาธารณสุขมีอสม. เป็นผู้ดำเนินการอยู่แล้ว จึงแสดงบทบาทเพียงการประสานงานโดยเฉพาะการหาผู้เข้าร่วมกิจกรรมแต่ละครั้งตามจำนวนที่ได้รับมอบหมาย นอกจากนี้ผู้นำชุมชนบางส่วนให้ความสำคัญกับกิจกรรมอาชีพของตนเองซึ่งต้องออกไปนอกชุมชนเป็นประจำ ทำให้การทำงานที่ด้านการประสานงานกับชุมชนและผู้เกี่ยวข้องเป็นไปอย่างจำกัด ทำให้ตัวผู้นำไม่มีเวลาเพียงพอที่จะกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมหรือขับเคลื่อนงานด้านต่างๆ รวมทั้งงานด้านเอดส์ด้วย

ด้านการรวมกลุ่มในชุมชน แม้ว่าชุมชนทั้งสามเป็นพื้นที่เป้าหมายขององค์การแพลนประเทศไทยแต่ก็พบว่า การรวมกลุ่มของคนในชุมชน ซึ่งถือว่าเป็นกลไกสำคัญของงานพัฒนากลับไม่เด่นชัด ชาวบ้านให้ความเห็นว่า การรวมกลุ่มไม่ชัดเจน เพราะเมื่อเจ้าหน้าที่(ทั้งของภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน) มักเข้ามาประสานกับบุคคลเฉพาะกลุ่ม และเป็นบุคคลที่ชุมชนไม่ยอมรับบทบาท ทำให้ไม่สามารถจะสานต่อกิจกรรมในชุมชนได้ ประกอบกับวิถีชีวิตของชุมชนที่คนในชุมชน เช่น ชุมชนบ้านผือ

มักออกไปทำงานต่างถิ่น และผู้นำชุมชนยังขาดทักษะการทำงานเชิงรุกเพราะเพิ่งมารับตำแหน่งผู้นำทางการ อย่างไรก็ตามสมาชิกของชุมชนบางส่วนก็ตื่นตัวกับการรวมกลุ่ม โดยเฉพาะการรวมกลุ่มรับผลประโยชน์จากโครงการภาครัฐ เช่น กลุ่มส่งเสริมอาชีพ

อย่างไรก็ตามการรวมกลุ่มในชุมชนยังพบว่าเมื่ออยู่เช่นเดียวกับชุมชนอื่นๆของอีสานคือ การรวมกลุ่มเป็นกลุ่มฅาปนกิจของชุมชน กลุ่มออม. กลุ่มแม่บ้านเพื่อทำกิจกรรมของชุมชน สำหรับกลุ่มแม่บ้านพบว่าสมาชิกหลายคนเป็นอสม.ด้วย และ สมาชิก หลายคนก็เป็น **กลุ่มคณะกรรมการเอดส์หมู่บ้าน** ด้วย สำหรับกลุ่มคณะกรรมการเอดส์หมู่บ้าน พบว่า เกิดขึ้นจากการผลักดันของหน่วยงานภายนอกคือ บ้านพักใจ เพื่อรองรับกิจกรรมด้านเอดส์มิใช่เกิดจากการที่ชุมชนรับรู้และตระหนักร่วมกันถึงปัญหาและสถานการณ์ด้านเอดส์ในอนาคต หนึ่งเป็นที่น่าสนใจว่าการรวมกลุ่มของ**ชุมชนเพ็ญ** ใน 2 หมู่บ้านจาก 3 หมู่บ้าน มีความเด่นชัดพอสมควร กลุ่มคณะกรรมการเอดส์หมู่บ้าน อยู่บนฐานของกลุ่มแม่บ้านที่มีคณะกรรมการแพลนเป็นกรรมการด้วยจึงมีประสบการณ์การทำงานเป็นกลุ่มมาก่อน แต่ด้วยข้อจำกัดเรื่องการรับรู้บทบาททำให้สมาชิกของกลุ่มที่เป็นแกนนำไม่เชื่อมโยงงานเอดส์มาสู่กลุ่มแม่บ้าน ประกอบกับความไม่พอใจของสมาชิกกลุ่มแม่บ้านต่อบทบาทของผู้นำกลุ่ม จึงไม่เข้ามาร่วมมือในกิจกรรมเรื่องเอดส์ชัดเจน ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชนบ้านผือ (ดูรายละเอียดในหัวข้อเรื่องกระบวนการดำเนินงานเพิ่มเติม)

ในขณะที่กลุ่มคณะทำงานเอดส์ไม่สามารถสร้างสรรคงานด้านเอดส์ที่เป็นรูปธรรมชัดเจนให้เกิดขึ้นได้ แต่ยังมีความพยายามที่จะผลักดันให้โรงเรียนจัดตั้งชมรมของนักเรียนที่มีกิจกรรมเชื่อมโยงกับเรื่องเอดส์ เช่น **กลุ่มชมรมวัยใส** ซึ่งเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นในโรงเรียนบ้านธาตุทรายมูลประชานุกูล หรือ **ชมรมเยาวชนยุคใหม่ห่างไกลเอดส์** ของโรงเรียนบ้านหลวงในชุมชนนาพุ เป็นต้น ทั้งนี้มีวัตถุประสงค์ในการตั้งกลุ่มเพื่อดำเนินกิจกรรมด้านเอดส์ในโรงเรียน ด้านการป้องกัน ให้ความรู้จากพี่สู่น้อง ตลอดจนการออกเยี่ยมผู้ติดเชื้อเอดส์ที่อยู่ในชุมชนและเปิดเผยตัวเพื่อให้กำลังใจ และเป็นตัวแทนเข้าร่วมกิจกรรมระหว่างเครือข่ายการทำงานด้านเอดส์ในพื้นที่อื่น รวมทั้งการขยายเครือข่ายสู่เยาวชนกลุ่มอื่นที่ไม่ได้อยู่ในโรงเรียนเดียวกันหรือไม่ได้เรียนหนังสืออีกด้วย มีสมาชิกอายุอยู่ในช่วงเยาวชนทั้งชายและหญิง การดำเนินงานที่ผ่านมาสามารถทำให้เกิดเครือข่ายและมีผลงานด้านการประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ การถ่ายทอดความรู้สู่กัน

ในด้าน**ค่านิยมทางเพศของเยาวชน**ในปัจจุบัน พบว่า ทั้งสามชุมชนเยาวชนเปิดเผยเรื่องเพศมากขึ้น มีเพศสัมพันธ์เร็ว เยาวชนที่ให้สัมภาษณ์เล่าว่า

“พึงรู้จักกันไม่นานก็สามารถมีเพศสัมพันธ์กันได้ และหากเป็นเพื่อนหญิงอายุในวัยเดียว มักไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะเชื่อว่าคู่นอนของตนมิใช่หญิงบริการ ไม่ใช่ผู้ที่ต้องสงสัยหรือกลัวว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อแต่อย่างใด”

ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า เยาวชนมีค่านิยมทางเพศที่นำไปสู่ความไม่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ รวมทั้งพฤติกรรมของเยาวชนมีความอิสระมากขึ้นเพราะพ่อแม่ไม่ได้เข้มงวดเหมือนเดิม และพ่อแม่ก็เชื่อว่าลูกไปเรียนหนังสืออยู่ในสายตาครู ตลอดจนพ่อแม่บางส่วนก็ไปทำงานต่างถิ่นเยาวชนจึงมีความอิสระ มีแหล่งท่องเที่ยวซึ่งที่เยาวชนใช้เป็นแหล่งนัดหมายพบปะกันในพื้นที่ เช่น “ตาดน้อย” ในชุมชนบ้านผือ “บึงชวน” ในชุมชนนาพู่ หรือ สถานที่ลับตาในชุมชน หรือร้านอาหารในอำเภอ เป็นสถานที่ชุมนุมของกลุ่มเยาวชนทั้งเรียนและไม่เรียนหนังสือ มีการพบปะพูดคุยกันจับคู่กันอย่างเปิดเผย ส่วนเยาวชนที่มาเรียนหนังสือในตัวเมือง ใช้หอพักเป็นที่พบปะกับเพื่อนต่างเพศบางครั้งการพบปะกันก็นำไปสู่มีเพศสัมพันธ์กันด้วย

อย่างไรก็ตามจากการวิจัย พบว่า ค่านิยมทางเพศของผู้ใหญ่ในชุมชนบางแห่ง เช่น ชุมชนเพ็ญ ผู้นำบางส่วนเห็นว่าเป็นค่านิยมของท้องถิ่น ที่หากชายหญิง มีความพอใจกัน สามารถจะมีเพศสัมพันธ์กันได้โดยไม่ต้องผูกมัดหรือรับผิดชอบ

ผู้นำบางคนกล่าวว่า “น่าจะมีการบอกมาเลย ว่า ใครบ้างที่ติดเชื้อ เป็นเอดส์ คนอื่นในชุมชนจะได้ไม่ไปยุ่ง (มีเพศสัมพันธ์) ด้วย เพราะคนแถบนี้ถ้าเขาพอใจกันก็ไปมีอะไรกันเลย (มีเพศสัมพันธ์)”

ผู้ใหญ่ในชุมชนเห็นว่า เยาวชนปัจจุบันรักอิสระ ติดเพื่อน ชอบสังคมน้อยร่วมกันเป็นกลุ่มใหญ่ และมักไม่เชื่อฟังคำสั่งสอนของพ่อแม่ผู้ปกครอง มีความอยากรู้อยากลองเรื่องเพศ ในขณะที่เยาวชนหญิงปัจจุบันมีความคิดและการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปไม่รักนวลสงวนตัว ไม่รู้สึกอายเพศตรงข้าม กลับเปิดเผยสรีระของตนเอง เป็นฝ่ายเชิญชวน และเข้าหาเพศตรงข้ามก่อน และไม่ต้องการผูกมัด กล่าวคือปัจจุบันเยาวชนทั้งหญิงและชายต่างก็มีความอิสระทางเพศเท่าเทียมกัน ประกอบกับเยาวชนที่ไม่เรียนหนังสือสามารถหารายได้เป็นของตนเอง ทำให้สามารถซื้อสุรามาดื่มได้ทั้งในเวลาปกติและเวลาว่างงานบุญ มีการรวมกลุ่มกันทั้งเยาวชนชายหญิงไปเที่ยวและนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่สุด ซึ่งเยาวชนชายได้ให้ข้อมูลว่า “เวลาเมาแล้วไม่ได้คิดถึงถุงยางอนามัยเลย”

ขณะที่เยาวชนก็เห็นว่า ผู้ใหญ่ในปัจจุบันยังไม่สามารถเข้าใจและเข้าถึงเยาวชนได้ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างวัยเกิดขึ้น ทั้งในด้านการใช้ชีวิตในแบบเยาวชน บทบาทของพ่อแม่ผู้ปกครองที่พบคือการห้ามปรามมิให้บุตรหลานไปเที่ยวเตร่ ออกนอกบ้านยามค่ำคืน แต่ถ้าห้ามไม่ฟังก็ปล่อยให้เยาวชน

ทำในสิ่งที่เขาต้องการ หนึ่งเป็นที่น่าสนใจว่าในพื้นที่ของทั้งสามชุมชน มีรีสอร์ท และร้านอาหารเกิดขึ้นมาก เยาวชนในชุมชนเล่าว่า สถานที่เหล่านี้ สามารถซื้อบริการทางเพศได้จากหญิงบริการที่แอบแฝงอยู่ในรูปของพนักงานเสิร์ฟอาหารและเยาวชนบางกลุ่มใช้เป็นที่นัดหมายยามค่ำคืนและมีเพศสัมพันธ์กัน

สำหรับพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเยาวชน ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เยาวชนทั้งที่กำลังเรียน (ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น และระดับอาชีวศึกษา) และ ไม่ได้เรียนหนังสือ พบว่า กลุ่มเยาวชนเปิดเผยเรื่องเพศมากขึ้น โดยกล้าที่จะพูดถึงถึงขบวนการอนามัยว่ามีความจำเป็นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ขณะเดียวกันกลุ่มเยาวชนก็มีทัศนคติต่อเรื่องเพศที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงเรื่องเอดส์ เช่น เยาวชนบางกลุ่ม มีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนในกลุ่ม โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย เพราะรู้สึกว่าจะปลอดภัย ดังคำพูดว่า “ เพื่อนผู้หญิง ก็เห็นๆกันอยู่ ไม่ไปไหน อยู่แต่บ้าน ก็น่าจะปลอดภัย ” หรือ เชื่อว่าผู้หญิงที่ตนเองจะมีเพศสัมพันธ์ด้วยไม่เคยมีประสบการณ์เรื่องเพศเช่นเดียวกับตน จึงไม่ใช้ถุงยางอนามัย ดังคำพูดว่า “ ต่างคน ต่างสด ไม่จำเป็นต้องใช้ ” บางคนเห็นว่า การใช้ถุงยางอนามัยทำได้ยากเมื่อเมาสุรา และการมาเป็นจุดเริ่มของการนำไปสู่พฤติกรรมเพศสัมพันธ์ เยาวชนชายบางส่วนให้ทัศนะว่าเยาวชนหญิงปัจจุบันแสดงออกถึงการซื้อบริการทางเพศมากขึ้น ดังคำกล่าวที่ว่า “ พวกผู้หญิง จะมาชวนถึงบ้าน เขา มาเราไม่ไป ก็ดูจะเสียเชิง ” เยาวชนในโรงเรียน ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น ในโรงเรียนมัธยมศึกษาระดับตำบล เล่าว่า “ เมื่อหมู่บ้านมีงานบุญประเพณี นับเป็นโอกาสที่เยาวชน จะมีเพื่อนต่างเพศมาจากหมู่บ้านอื่น และเป็นโอกาสที่จะเพศสัมพันธ์กันเป็นเรื่องปกติ” นอกจากนี้กลุ่มเยาวชนยังมีทัศนะว่า พวกตนมีข้อจำกัดเรื่องเงิน จึงไม่สามารถจะซื้อบริการทางเพศทั้งทางตรงและแอบแฝง ซึ่งต่างจากกลุ่มผู้ใหญ่ที่เป็นรุ่นพ่อแม่ที่มักจะไปซื้อบริการทางเพศแอบแฝง จะเห็นได้ว่าทัศนะของเยาวชนในชุมชนนั้น มีโอกาสนำไปสู่ความเสี่ยงเรื่องเอดส์ แม้ว่าเยาวชนจะยอมรับเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย แต่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงเรื่องเพศสัมพันธ์เพราะมีทัศนคติของกลุ่มและบริบทชุมชน เป็นปัจจัยกำหนดร่วมด้วย

สำหรับทัศนะของพ่อแม่ที่มีลูกเยาวชนมีความเห็นแตกต่างกันเป็นสองกลุ่ม กลุ่มหนึ่งเห็นว่าเยาวชนปัจจุบันไม่ค่อยเชื่อฟังพ่อแม่ การสั่งสอนเรื่องเพศทำไม่ได้ เพราะเยาวชนรับข้อมูลผ่านสื่อต่างๆ ที่มีอยู่มากมายและเข้าถึงได้ง่าย ดังนั้นจึงมีพฤติกรรมเลียนแบบสื่อเหล่านั้นประกอบกับเป็นวัยที่อยากรลอง พ่อแม่กลุ่มนี้ยอมรับว่าบอกลูกและได้เตือนพร้อมจัดหาถุงยางอนามัยไว้ให้ลูก โดยเฉพาะกลุ่มที่มีลูกเป็นเยาวชนชาย พ่อแม่กลุ่มนี้ยอมรับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ของลูก แต่ได้ตระหนักที่จะเตือนให้มีการป้องกันเพื่อให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เป็นที่น่าสนใจว่าพ่อแม่กลุ่มนี้ไม่เข้มงวดเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ของลูกเพราะเชื่อว่าตนห้ามลูกไม่ได้แล้ว มีบางส่วนที่พ่อแม่ต้องยอมรับให้เยาวชนนำคู่นอนมาอยู่กินกันฉันท์สามีภรรยาในชุมชน ส่วนพ่อแม่อีกกลุ่มหนึ่งเห็นว่า “ ลูกตนเองไม่ไปมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ไหน

อยู่บ้านตลอดไปเรียนตลอด” ทำให้พ่อแม่กลุ่มนี้ไม่เชื่อว่าลูกตนมีโอกาสมีพฤติกรรมเสี่ยง การรับรู้ของพ่อแม่กลุ่มนี้ยังมีช่องว่างในการป้องกันเยาวชนเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เพราะเชื่อว่าลูกไม่เสี่ยง ซึ่งขัดแย้งกับข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เยาวชน

จะเห็นว่าในบริบทของชุมชนในชนบทนั้น มีทัศนคติเรื่องเพศ ตลอดจนพฤติกรรมทางเพศของคนกลุ่มต่างๆที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเอดส์อยู่ จำเป็นที่ต้องทำความเข้าใจร่วมกัน เพื่อหาแนวทางในการควบคุมพฤติกรรมเยาวชนให้เกิดความปลอดภัยเรื่องในเพศ เพื่อเป็นช่องทางในการควบคุมเอดส์ต่อไป

1.5 ภาวะสุขภาพและการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ชุมชนทั้งสามชุมชนที่เป็นพื้นที่วิจัย มีสถานีนามาย์อยู่ในพื้นที่ สามารถให้บริการในฐานะหน่วยปฐมภูมิ แต่อย่างไรก็ตามในวันหยุดราชการบางสถานีนามาย์ไม่มีเจ้าหน้าที่ประจำอยู่เลย มีเจ้าหน้าที่ของสถานีนามาย์อื่นมาเข้าเวรให้บริการแทน เจ้าหน้าที่ที่ให้สัมภาษณ์แล้วว่า “เจ้าหน้าที่ประจำ ไปเรียนต่อในวันเสาร์ อาทิตย์ จึงต้องมาเข้าเวรแทน”

ภาวะสุขภาพของคนในชุมชนภายในระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ไม่ปรากฏว่ามีโรคระบาดเกิดขึ้น โดยมากเป็นการเจ็บป่วยทั่วไป การดูแลสุขภาพของตนเองหากชาวบ้านมีการเจ็บป่วยที่ไม่รุนแรง หรือต้องการการปฐมพยาบาลเบื้องต้นก็จะไปรับบริการจากสถานีนามาย์ตำบลที่อยู่ในพื้นที่ เพราะมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตร 30 บาทรักษาทุกโรค) เมื่อมีอาการรุนแรงสถานีนามาย์ก็จะส่งต่อไปที่จังหวัด ส่วนในด้านการแพทย์แผนโบราณยังมีชาวบ้านใช้บริการประเภนี้้อยู่ ในชุมชนยังมีหมอสมุนไพรพื้นบ้าน และ หมอเป่า จากการวิจัยพบว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ มีบางส่วนที่ใช้การกินยาสมุนไพร ร่วมกับการรักษาแผนปัจจุบัน

ในส่วนของชุมชนนาพุ ชาวบ้านมีบัตรทองสังกัดโรงพยาบาลเพ็ญ แต่ด้วยระยะทางที่ห่างไกล เมื่อเทียบกับการเดินทางไปด้วยตัวจังหวัด ชาวบ้านนิยมไปใช้บริการที่ตัวจังหวัดมากกว่า สถานพยาบาลที่ชาวบ้านไปใช้บริการจึงเป็นคลินิกเอกชนหรือโรงพยาบาลอุดรธานีแม้จะมีค่าใช้จ่ายในการบริการก็ตาม

สำหรับบทบาทของหน่วยบริการสุขภาพในชุมชนที่เห็นเด่นชัด คือ การให้บริการสุขภาพ การตรวจรักษา การปฐมพยาบาล การร่วมกับหน่วยสนับสนุนภายนอกและชุมชนโดยวิธีการให้ความรู้ การรณรงค์ การประชาสัมพันธ์เรื่องสุขภาพอนามัยเป็นส่วนใหญ่ การทำงานร่วมกันระหว่างสถานีนามาย์และชุมชนที่พบ คือ การร่วมงานระหว่างบุคลากรในสถานีนามาย์กับอสม.ในชุมชน ในการอบรม จัดหาบุคคลเข้าอบรม เป็นวิทยากรให้ความรู้ การทำงานตามวาระสุขภาพ เช่น ใช้เลือดออก โรคฉี่หนู โรค

ระบาด ฯลฯ การทำงานอยู่ในลักษณะการซ่อมสุขภาพ มีบทบาทเด่นชัดในการตั้งรับ การร่วมงานกับองค์กรพัฒนาเอกชนในการดำเนินกิจกรรมให้ความรู้ด้านสุขภาพ ส่วนใหญ่เข้าร่วมในฐานะเป็นวิทยากรเป็นเจ้าของสถานที่จัดอบรม เป็นต้น แต่ไม่ได้มีบทบาทในการกระตุ้นให้เกิดกิจกรรมเพื่อสร้างเสริมสุขภาพให้เห็นเป็นรูปธรรมที่ชัดเจนที่จะสามารถสร้างความตระหนักให้กับชุมชนได้ว่าสุขภาพอนามัยเป็นเรื่องที่จะบุคคลจะต้องดูแลตนเองรวมถึงการสร้างความตระหนักต่อปัญหาเอดส์ว่าเป็นปัญหาใกล้ตัวและเป็นปัญหาร่วมกันของทุกคนในชุมชนให้ชุมชนเกิดการยอมรับได้ แม้ว่าบางส่วนจะมีบทบาทด้านการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจเลือดเพราะมีเยาวชนที่ไปมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์มาถามคำถามถึงโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์

อย่างไรก็ตามยังมีบางชุมชนที่สถานีอนามัยแสดงให้เห็นถึงการทำงานเชิงรุกที่ในด้านของการร่วมมือกับกลุ่มเยาวชนในการสร้างสรรค์กิจกรรมสุขภาพ การส่งเสริมการรวมกลุ่ม รวมถึงความร่วมมือระหว่างสถานีอนามัยในการสนับสนุนข้อมูลผู้ติดเชื้อให้กับองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการช่วยเหลือ ซึ่งสะท้อนว่าสถานีอนามัยได้ตระหนักถึงสิทธิของผู้ป่วยที่จะได้รับการปกปิดข้อมูลเมื่อเปิดเผยตัวเข้าสู่ระบบการช่วยเหลือ แต่อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่ของสถานีอนามัยตำบลบางแห่งถึงแม้จะเป็นคนในชุมชน แต่ก็ไม่ได้ได้รับความไว้วางใจจากชาวบ้านในชุมชนที่จะมาปรึกษา โดยเฉพาะการเข้าถึงระบบความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ และปรึกษาเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพราะชาวบ้านไม่มั่นใจว่าข้อมูลของตนจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ดังนั้นกล่าวได้ว่า แม้ว่าชุมชนทั้งสามส่วนเป็นชุมชนชนบท แต่ชุมชนก็ติดต่อกับภายนอกได้ง่าย ทั้งโดยสภาพแวดล้อม สภาพวิถีชีวิต การประกอบอาชีพของคนในชุมชน สภาพด้านสังคมและวัฒนธรรม ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางสังคม ความคิด ความเชื่อ โดยเฉพาะค่านิยมทางเพศของคนกลุ่มต่างๆ ในชุมชน ซึ่งนับว่ามีส่วนเอื้อให้สมาชิกของชุมชนเสี่ยงต่อโรคเอดส์

สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ ด้วยแบบสัมภาษณ์เกี่ยวกับคุณลักษณะของชาวบ้านที่เข้าร่วมในเวทีการนำเสนอผลการวิจัยเบื้องต้นเพื่อตรวจสอบข้อมูลและระดมสมอง หาแนวทางการดำเนินงานร่วมกันต่อไป พบว่า ส่วนมากเป็นเพศหญิง เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านฝ้อ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ คือ 72.4 รองลงมาได้แก่ เพศหญิงที่อาศัยอยู่ในชุมชนนาพู่ และชุมชนเพ็ญ คิดเป็นร้อยละ 71.4 และ 61.7 ตามลำดับ ขณะที่ชาวบ้านชาย ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านฝ้อ ที่เข้าร่วมมีเพียงร้อยละ 27.6 เท่านั้น อย่างไรก็ตามชาวบ้านที่เข้าร่วมเวทีเป็นหญิงมากกว่าชายถึง 2 เท่า (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามเพศและชุมชน

เพศ	ชุมชน			รวม
	บ้านฝื่อ	เพ็ญ	นาพู่	
ชาย	27.6	38.3	28.6	32.7
หญิง	72.4	61.7	71.4	67.3
รวม	100.0(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ส่วนมากมีกลุ่มอายุระหว่าง 41-50 ปี เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนนาพู่ คิดเป็นร้อยละ 46.4 รองลงมาได้แก่ ผู้มีอายุระหว่าง 41-50 ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านฝื่อและชุมชนเพ็ญยังรวมถึงผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 37.9 และ 27.7 ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่า ชาวบ้านผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ที่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเพ็ญมีเพียงร้อยละ 2.1 เท่านั้น และโดยรวมแล้วชาวบ้านที่ตอบแบบสอบถามเป็นผู้สูงอายุ 41-50 ปี (ตารางที่ 7)

ตารางที่ 7 ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามกลุ่มอายุและชุมชน

กลุ่มอายุ	ชุมชน			รวม
	บ้านฝื่อ	เพ็ญ	นาพู่	
อายุน้อยกว่า 20 ปี	34.5	27.7	25.0	28.8
อายุ 21-30 ปี	6.9	2.1	3.6	3.8
อายุ 31-40 ปี	17.3	31.9	10.7	22.2
อายุ 41-50 ปี	37.9	27.7	46.4	35.6
อายุตั้งแต่ 51 ปีขึ้นไป	3.4	10.6	14.3	9.6
รวม	100.0(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)

ผลการวิเคราะห์ พบว่า ชาวบ้านส่วนมากจบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ที่เป็นผู้อาศัยอยู่ในชุมชนนาพู่ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 60.7 รองลงมาได้แก่ ผู้จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา ที่เป็นผู้อาศัยอยู่ในชุมชนเพ็ญ คิดเป็นร้อยละ 59.6 และมีชาวบ้านที่จบระดับการศึกษาชั้นประถมศึกษา เท่ากับผู้ที่จบระดับมัธยมศึกษา ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านฝื่อ คิดเป็นร้อยละ 41.4 เท่ากัน ขณะที่ผู้ที่จบระดับการศึกษาระดับปริญญาตรีขึ้นไป ในชุมชนนาพู่ ยังไม่มีเลย มีเพียงชุมชนบ้านฝื่อ และชุมชนเพ็ญเพียง

เด็กน้อย คิดเป็นร้อยละ 3.5 และ 2.1 ตามลำดับ อย่างไรก็ตามโดยภาพรวมแล้ว ชาวบ้านส่วนใหญ่จบ การศึกษาระดับประถมศึกษาและมัธยมศึกษาเป็นหลัก (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตาม ระดับการศึกษาและชุมชน

ระดับการศึกษา	ชุมชน			รวม
	บ้านฝื่อ	เพ็ญ	นาพุ	
ไม่ได้เรียน	3.4	-	-	1.0
ประถมศึกษา	41.4	59.6	60.7	54.8
มัธยมศึกษา	41.4	31.9	21.4	31.7
ปวช./ปวส.	10.3	6.4	17.9	10.6
ปริญญาตรีขึ้นไป	3.5	2.1	-	1.9
รวม	100.0(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)

ผลการวิเคราะห์สถานภาพในชุมชนของชาวบ้าน พบว่า โดยส่วนมากชาวบ้านที่อาศัยอยู่ใน ชุมชนบ้านฝื่อมีสถานภาพเป็นคณะทำงานเอดส์หมู่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 84.6 รองลงมาได้แก่ มีสถานภาพเป็นเจ้าของที่/พนักงานของรัฐ (สถานีอนามัย/โรงพยาบาล/โรงเรียน) คิดเป็นร้อยละ 80.0 ในชุมชนเพ็ญ มีผู้มีสถานภาพเป็นแม่บ้าน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.7 และชุมชนนาพุ มีผู้มี สถานภาพเป็นแม่บ้านมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 20.4 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามสถานภาพในชุมชนและชุมชน

สถานภาพในชุมชน	ร้อยละ			รวม
	ฝื่อ	เพ็ญ	นาพุ	
กลุ่ม อสม.	76.5	14.7	8.8	100.0(34)
คณะทำงานเอดส์หมู่บ้าน	84.6	11.5	3.8	100.0(26)
กลุ่มเยาวชนที่ทำกิจกรรมเอดส์	65.9	22.0	12.2	100.0(41)
ผู้นำ / คณะกรรมการหมู่บ้าน/อบต.	62.5	20.0	17.5	100.0(40)
สมาชิกชมรมด้านเอดส์(วัยใส/เยาวชนคนรักบ้าน)	73.9	10.3	10.3	100.0(29)
เจ้าหน้าที่/พนักงานของรัฐ (สถานีอนามัย / โรงพยาบาล /โรงเรียน)	80.0	11.4	8.6	100.0(35)
อื่น ๆ (แม่บ้าน)	44.9	34.7	20.4	100.0(49)

2. การรับรู้เรื่องเอดส์ของชุมชน

นอกจากพฤติกรรมเสี่ยงที่พบในชุมชนของคนกลุ่มต่างๆ ทั้งแรงงานย้ายถิ่น ผู้ใหญ่ และเยาวชน ในชุมชนแล้ว จากการวิจัยยังพบอีกว่าการที่ชุมชนมีการแพร่กระจายของข้อมูลข่าวสารได้เร็ว โดยผ่านการ **'ใส่กัน'** ตามวงสนทนาในโอกาสปกติหรือเวลาว่างนอกระบบต่างๆ การที่ข้อมูลข่าวสารกระจายได้เร็วนี้ เป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้ข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ในชุมชนแพร่กระจายได้อย่างรวดเร็ว

ชุมชนมีการรับรู้เรื่องเอดส์หลายประเด็น ที่เป็นอุปสรรคต่อความเข้มแข็งของชุมชนในการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ดังนั้นเพื่อความเข้าใจพื้นฐานของชุมชนมากขึ้น จึงขอเสนอถึงการรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ในมิติต่างๆ ดังนี้

1). โรคเอดส์ไม่อยู่ในชุมชน

ทั้งสามชุมชนที่ศึกษาคือ ชุมชนบ้านผือ ชุมชนนาพู่ และชุมชนเพ็ญ ต่างมีประสบการณ์การ มีผู้ติดเชื้อ (ที่เปิดเผยตัว) ผู้ป่วยเอดส์ที่กำลังป่วย และผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตแล้วในชุมชน นับว่ามีส่วน กระตุ้นทำให้ข่าวสารเรื่องเอดส์แพร่ชัดเจนมากขึ้น หลายคนยอมรับและเปลี่ยนความคิดว่าโรคเอดส์มี จริง เป็นเรื่องใกล้ตัวหากไม่ระวังป้องกันอาจมาถึงตนได้ ขณะที่สมาชิกของชุมชนส่วนมากที่เป็นพ่อแม่ มักจะรับรู้ ว่า โรคเอดส์ไม่มีในชุมชน ดังคำกล่าวที่ *"คนเป็นเอดส์ เป็นมาจากที่อื่นทั้งนั้น โรคเอดส์ไม่อยู่ใน หมู่บ้านเราหรอก"* ทั้งนี้เป็นเพราะรับรู้ ว่า เชื้อเอดส์มีอยู่ที่อื่น คนที่ติดเชื้อเอดส์ก็มักเป็นคนไปทำงาน ต่างถิ่น ซึ่งสะท้อนว่า คนในชุมชนไม่ได้ตระหนักว่า การไปทำงานต่างถิ่นทำให้มีพฤติกรรมทางเพศไม่ เหมาะสม หรือมีพฤติกรรมการใช้ชีวิตที่ไม่เหมาะสม เช่น ดื่มสุรา คบเพื่อนและไปเที่ยวหญิงบริการ โดย ไม่ป้องกัน

2). โรคเอดส์ เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ

ส่วนใหญ่แล้วทั้งผู้ใหญ่ที่เป็นพ่อแม่ และเยาวชน เห็นว่าโรคเอดส์ เป็นโรคที่มาจาก การมี เพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศ หากไปเที่ยวหญิงบริการก็ต้องป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย จากการรับรู้ดังกล่าว ทำให้แม่บ้านส่วนใหญ่คิดว่าตนเองไม่เสี่ยง เพราะ เชื่อกันว่าสามีของตนเองไม่ไป ใช้บริการหญิงบริการ ทั้งนี้จากการวิจัยชุมชนพบว่า มีแหล่งขายบริการแอบแฝงอยู่ใกล้ชุมชน

หนึ่งการรับรู้ดังกล่าวทำให้เยาวชนรับรู้ ว่า เมื่อตนไม่ได้ไปเที่ยวหญิงขายบริการทางเพศ จึงไม่ เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ทั้งที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่หลายลักษณะ โดยเฉพาะการมีเพศสัมพันธ์ กับเพื่อนของตนเอง และประเมินว่าเพื่อนคนนั้นปลอดภัยเพราะเห็นอยู่แต่บ้าน ทำให้ไม่ใช้ถุงยาง อนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

ในด้านกลับกันครอบครัวที่มีสมาชิกไปทำงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านบริการ เช่น พนักงานเสิร์ฟ ในร้านอาหาร หรือ ทำงานในเขตท่องเที่ยว ก็จะถูกชุมชนรับรู้ ว่า มีโอกาสเสี่ยงต่อการจะติดเชื้อเอดส์มา

เพราะอาจไปขายบริการแอบแฝง ทำให้ครอบครัวถูกเพ่งเล็งความเคลื่อนไหว และเมื่อมีสมาชิกเจ็บป่วยหรือเสียชีวิต ก็จะมีข่าวแพร่ออกมาว่าเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ซึ่งที่ไม่ได้รับการยืนยันจากทางเจ้าหน้าที่เกี่ยวข้องแต่อย่างใด ทำให้เกิดการละเมิดสิทธิในชุมชนด้วย ส่งผลให้ครัวเรือนที่ได้รับผลกระทบต้องแยกตัวจากชุมชน และสมาชิกในชุมชนก็ต้องระวังตัวเรื่องการพูดคุยกับครัวเรือนดังกล่าวมากขึ้น

3). โรคเอดส์ป้องกันได้ด้วยถุงยางอนามัย

สมาชิกของชุมชนรับรู้เรื่องโรคเอดส์ว่าเป็นโรคที่ป้องกันได้ ไม่สามารถติดต่อกันได้ง่าย ทำให้เชื่อมั่นว่า ถึงแม้จะไปมีเพศสัมพันธ์ก็จะไม่ติดเอดส์เพราะมีการใช้ถุงยางอนามัย แต่จากการวิจัยชุมชนพบว่า การใช้ถุงยางอนามัย นับว่ามีข้อจำกัดอยู่หลายอย่าง ทั้งความรู้สึกว่าทำให้การมีเพศสัมพันธ์ไม่เป็นไปตามธรรมชาติ ทั้งที่แสดงถึงความรู้สึกที่ “ไม่แน่วจริง” ดังคำกล่าวของชาวบ้านที่เป็นชายว่า “จะชก (มีเพศสัมพันธ์..ผู้วิจัย) ยังต้องใส่ถุงยาง(ถุงยางอนามัย..ผู้วิจัย) อย่างนี้ไม่ค่อยแน่วจริง” นอกจากนี้ เมื่อเยาวชนจะไปมีเพศสัมพันธ์ มักจะเริ่มที่การดื่มสุรา เมื่อมีอาการเมาจึงไม่สามารถใช้ถุงยางอนามัยได้ ทำให้การป้องกันขาดประสิทธิภาพจึงมีโอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอดส์ได้

หนึ่งเยาวชนที่ให้สัมภาษณ์บางส่วน มีการรับรู้เกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกต้อง กล่าวคือ เชื่อว่าหากใส่ถุงยางอนามัยหลายๆชั้นจะสามารถป้องกันเอดส์ได้จริง และ บางส่วนนำถุงยางที่ใช้แล้วมาล้างทำสะอาดแล้วเอากลับไปใช้ใหม่ขณะมีเพศสัมพันธ์กับหญิงคนเดียวกัน อย่างไรก็ตามแม้ว่าจะพบว่าเยาวชนยอมรับการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มมากขึ้น เปิดเผยมากขึ้น แต่ส่วนหนึ่งใช้ถุงยางเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์เพื่อไม่ให้เกิดผลกระทบที่ต้องสิ้นสุดการเรียนหนังสือ

4). เนื้อหาเรื่องเอดส์ไปเกินไป

ชาวบ้านที่เป็นผู้ปกครองและครูส่วนหนึ่ง รับรู้ว่า เนื้อหาสำหรับการอบรมให้กลุ่มเยาวชนมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์นั้น มีบางส่วนเป็นเนื้อหาที่ล่อแหลม และเปิดเผยเรื่องเพศชัดเจนเกินไป ทั้งคำที่ใช้ ลักษณะกิจกรรมที่ใช้สื่อเรื่องการร่วมเพศ สิ่งเหล่านี้อาจมีส่วนกระตุ้นให้เกิดการทดลองของเยาวชนที่มีความอยากรู้อยากเห็นอยู่แล้ว ในขณะที่ในประเด็นเดียวกันนี้ เยาวชนเห็นว่าเป็นเรื่องปกติ เพราะความรู้เรื่องเพศปัจจุบันสามารถทราบได้จากสื่อต่างๆและเรียนในวิชาสุขศึกษาอยู่แล้ว จะเห็นได้ว่า พ่อแม่ และเยาวชนมีทัศนคติแตกต่างกันชัดเจน

5). การเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อ

ชุมชนรับรู้ว่าการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องเป็นการเปิดเผยกับคนในชุมชน ในบางชุมชน มีการประกาศหรือกระจายข่าวว่า ให้ผู้ติดเชื้อมาแสดงตัวกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อรับการช่วยเหลือ ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้นำระดับท้องถิ่น ยังขาดความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อ ซึ่งก็ส่งผลกระทบต่อกระบวนการทำงานเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ (ดูละเอียดในหัวข้อกระบวนการดำเนินงาน)

ในบางชุมชนรับรู้ว่าการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับทางเจ้าหน้าที่เพื่อเข้ารับการรักษา ก็เท่ากับเปิดเผยตัวกับชุมชน เพราะมักพูดถึงผู้ติดเชื้ออย่างไม่ระมัดระวัง ดังที่พบในชุมชน ก็คือ เมื่อเด็กที่เป็นลูกของผู้ติดเชื้อเดินมา ชาวบ้านบางส่วนพูดต่อหน้าเด็กและบอกให้กันดูว่า “ น้ันลูกของ..... ที่เป็นเอชไอวีไม่เป็นไรเพราะแม่เขาเปิดเผยตัวแล้ว ” ซึ่งถือว่าการละเมิดสิทธิเด็กอย่างชัดเจน และสะท้อนถึงการตีตรา (Stigma) ที่คนในชุมชนกระทำต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัว ทั้งนี้เป็นเพราะชุมชนรับรู้เรื่องการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อไม่ถูกต้อง

6). ระบบการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากหลายฝ่ายยอมรับเรื่องโรคเอชไอวีมากขึ้น ทำให้มีความพยายามที่จะช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวี ให้สามารถดำรงชีพอยู่ต่อไปในสังคมได้ ตลอดจนจนเป็นการคลี่คลายความตึงเครียดด้านเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นกับบุคคลกลุ่มดังกล่าว ทำให้มีระบบความช่วยเหลือเกิดขึ้นในชุมชนโดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นสนับสนุนงบประมาณ การช่วยเหลือส่วนใหญ่ มักเป็นการให้เงินสงเคราะห์รายเดือน ชาวบ้านทั้งสามชุมชนส่วนหนึ่งเห็นว่า ทำไมต้องเอาเงินหลวง (รัฐ) มาช่วยคนกลุ่มนี้ เพราะไปแสวงหาโรคมาเอง หลายคนตั้งคำถามว่า “ทำไมต้องเอาเงินหลวงไปให้อีก เป็นเอชไอวีแล้วยังได้เงินเดือนละ 500 บาทอีก” ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อที่รับการสงเคราะห์ไม่ได้รับการยอมรับจากชุมชน

เมื่อศึกษาเชิงปริมาณเกี่ยวกับความเข้าใจในการรับรู้เรื่องเอชไอวีของชาวบ้านที่เข้าร่วมกิจกรรมเรื่องเอชไอวี พบว่า ชาวบ้านมีระดับความคิดเห็นที่เห็นด้วยมากที่สุดกับข้อความว่า ผู้ป่วยเอชไอวีที่ดูแลสุขภาพดีก็ยังสามารถไปปฏิบัติงานได้ปกติจึงควรให้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้ คิดเป็นร้อยละ 95.2 และยังพบอีกว่า ชาวบ้านเห็นด้วยกับข้อความว่า โรคเอชไอวีเมื่อเป็นเอชไอวีแล้วจะทำให้ผู้อื่นไม่กล้าคบค้าสมาคมด้วย และ ผู้ที่เป็นโรคเอชไอวีสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่แพร่เชื้อ เป็นร้อยละเกือบ 90 ขณะที่ ชาวบ้านมีความไม่แน่ใจกับข้อความว่า หากมารดาตั้งครรภ์ในขณะที่ติดเชื้อจะทำให้บุตรที่เกิดมาติดเชื้อตามไปด้วย และข้อความว่า โรคเอชไอวีเป็นโรคของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (เช่น ไม่ใช้ถุงยางอนามัย/มีเพศสัมพันธ์กับคนที่มิใช่คู่ของตน) คิดเป็นร้อยละถึง 18.4 และ 13.5 ตามลำดับ ซึ่งแสดงให้เห็น

เห็นว่าในกลุ่มตัวอย่างมีชาวบ้านที่ยังไม่ค่อยมีความเข้าใจและการรับรู้เรื่องเอดส์ในข้อคำถามดังกล่าวเท่าที่ควร (ตารางที่ 10)

เป็นที่น่าสังเกตว่า แม้ว่าเรื่องเอดส์จะมีเนื้อหาที่แพร่หลายผ่านสื่อต่างๆ และชุมชนก็ผ่านการให้ความรู้ ตลอดจนมีกิจกรรมพัฒนาที่เกี่ยวข้องเนื่องกับโรคเอดส์ แต่ชาวบ้านบางส่วนในชุมชนก็ยังมี การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ไม่ถูกต้อง ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการยอมรับผู้ติดเชื้อและครอบครัว

ตารางที่ 10 ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามระดับความคิดเห็นที่มีต่อการเข้าใจและการรับรู้เรื่องเอดส์

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น			รวม
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ	
1.โรคเอดส์เป็นโรคของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (เช่น ไม่ใช้ถุงยางอนามัย/มีเพศสัมพันธ์กับคนที่มีเชื้อของตน)	75.0	11.5	13.5	100.0(104)
2.หากมารดาตั้งครรภ์ในขณะที่ติดเชื้อจะทำให้บุตรที่เกิดมาติดเชื้อตามไปด้วย	53.4	28.2	18.4	100.0(104)
3.โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง	80.6	8.7	10.7	100.0(104)
4. โรคเอดส์เมื่อเป็นแล้วจะทำให้ผู้อื่นไม่กล้าคบค้าสมาคมด้วย	24.0	63.5	11.5	100.0(104)
5.โรคเอดส์ไม่ได้ติดต่อกันง่ายเหมือนโรคอื่น ๆ เช่น ไข้หวัด ไข้เลือดออก ตับอักเสบ เป็นต้น	89.4	7.7	2.9	100.0(104)
6. ผู้ที่เป็นโรคเอดส์สามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่แพร่เชื้อ	89.4	6.7	3.8	100.0(104)
7.ผู้ที่ไม่สบายไม่ควรไปเยี่ยมผู้ป่วยโรคเอดส์เพราะมีร่างกายอ่อนแออาจจะติดเชื้อได้ง่าย	28.8	58.7	12.5	100.0(104)
8.ผู้ป่วยเอดส์ที่ดูแลสุขภาพดีก็ยังสามารถทำงานได้ปกติจึงควรให้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้	95.2	2.9	1.9	100.0(104)
9.การใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อจะทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	11.5	80.8	7.7	100.0(104)
10.การพูดคุยหรือเข้าไปใกล้ผู้ติดเชื้อจะทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้	10.6	85.6	3.8	100.0(104)
11. ผู้ป่วยเอดส์ที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชน	88.5	3.8	7.7	100.0(104)

3. ประสบการณ์ของชุมชนเกี่ยวกับเรื่องเอดส์

ก่อนที่บ้านพักใจเข้ามาดำเนินงานในชุมชน ในชุมชนมีความเคลื่อนไหวของกิจกรรมเอดส์อยู่บ้างแล้วผ่านหน่วยสนับสนุนด้านสุขภาพ ได้แก่ หน่วยงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยตำบล ในการจัดการอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มที่ทำงานด้านสุขภาพในชุมชน คือ กลุ่ม อสม. และชาวบ้านทั่วไป การจัดการระบบช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ได้รับผลกระทบโดยองค์การบริหารส่วนตำบล การจัดกิจกรรมกีฬา โดยสอดแทรกเนื้อหาความรู้เรื่องเอดส์ผ่านการจัดขบวนของแต่ละหมู่บ้าน การจัดขบวนรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์ในวันเอดส์โลก เป็นต้น ความเคลื่อนไหวด้านเอดส์ในชุมชนที่มีก่อนหน้านี้ ได้แก่ การรับข่าวสารผ่านสื่อ การเคลื่อนไหวของข้อมูลข่าวสารผ่านการบอกต่อในกรณีที่มีผู้ติดเชื้อหรือผู้เสียชีวิตจากโรค การประชาสัมพันธ์ของผู้นำ ในขณะที่ยังการรับรู้ต่อเอดส์ของชุมชน คือ เป็นโรคที่รักษาไม่หายเป็นแล้วตาย เกิดจากการติดต่อโดยการมีเพศสัมพันธ์

ประมาณปี พ.ศ.2547 บ้านพักใจเข้ามาดำเนินงานเอดส์ในชุมชนมีความร่วมมือกับชุมชนในการทำกิจกรรมด้านเอดส์ในชุมชน ซึ่งเน้นหนักไปที่การป้องกัน บางส่วนเป็นกิจกรรมที่ชุมชนไม่เคยดำเนินการมาก่อน ได้แก่ การทำแผนชุมชนด้วยเทคนิค AIC การอบรมการสื่อสารเรื่องเอดส์ แต่ยังมีบางกิจกรรมที่ชุมชนทำก่อนบ้านพักใจเข้ามาดำเนินงานกิจกรรมเอดส์ที่เกิดขึ้นในชุมชน คือ การจัดอบรมเรื่องเอดส์แก่กลุ่มอสม. การจัดขบวนเดินรณรงค์ โดยเฉพาะการอบรมนั้นเป็นการทำกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายกลุ่มเดิม ผลที่เกิดขึ้น คือ คนที่มาร่วมกิจกรรมทุกครั้งเป็นคนเดิมไม่เกิดการขยายในด้านจำนวนคนที่เข้าร่วม รวมทั้งเป็นบุคคลเดิมที่เคยเข้าร่วมในกิจกรรมด้านเอดส์ที่ผ่านมาทุกครั้ง จากการวิจัยพบว่าการดำเนินงานเอดส์ในชุมชน อยู่ในความรับผิดชอบของผู้ที่เป็นอสม. เมื่อใดก็ตามที่มีการติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภายนอกเพื่อทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ผู้นำหมู่บ้าน/ฝ่ายปกครองมักมอบหมายให้เป็นหน้าที่ของประธานหรือหัวหน้าอสม. เพราะเชื่อว่าการที่กลุ่มอสม. ซึ่งได้ผ่านการร่วมอบรมของหน่วยสนับสนุนด้านสุขภาพมาแล้ว ต้องเป็นผู้รับผิดชอบ ฉะนั้นงานด้านเอดส์จึงเป็นงานที่ต่อเนื่องกับการอบรมเอดส์ที่ผ่านมา อสม. จึงต้องเป็นผู้ที่มีหน้าที่รับผิดชอบงานด้านเอดส์ต่อไป

จากการวิจัยพบว่า การอบรมเรื่องเอดส์ หรืออบรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพที่มีเนื้อหาเอดส์เป็นส่วนประกอบนั้น ยังไม่สามารถทำให้ชาวบ้านมั่นใจได้ว่าผู้ที่ผ่านการอบรมจะเป็นผู้ที่มีความรู้ด้านเอดส์ และสุขภาพอนามัยมากกว่าชาวบ้านทั่วไป “ชาวบ้านเขาไม่เชื่อหรอก เราพูดอะไรไปเขาก็ไม่เชื่อ เขาคิดว่าเขาที่รู้เรื่องเอดส์เท่ากันกับเรา ถ้าเป็นเจ้าหน้าที่มาพูดเขาก็จะเชื่อ” แสดงให้เห็นว่า การอบรมและประสบการณ์ในการทำงานของอสม. ไม่สามารถแสดงให้เห็นให้ชุมชนเชื่อมั่นถึงศักยภาพและระดับความรู้ของผู้ที่ผ่านการอบรมได้ เนื่องจากประสบการณ์ของชุมชน ผู้เข้าอบรมไม่สามารถนำความรู้ที่ได้รับจากการ

อบรมไปขยายผล ในด้านการให้ความรู้แก่ชุมชนต่อหรือการนำความรู้ที่ได้จากการอบรมไปใช้ประกอบการจัดกิจกรรมเอดส์ขึ้นมา “ไปอบรมกลับมาแล้วก็แล้วไป ไม่เห็นเขามาพูดอะไรให้ฟังเวลาถามกันก็ถามแค่ว่าไปไหนมา สนุกไหมไปอบรมก็เท่านั้น” รวมถึงความสามารถของผู้ที่ผ่านการอบรมแล้วนำความรู้ที่ได้มาทำกิจกรรม/การดำเนินงานเอดส์ในชุมชนโดยชุมชนได้เอง มีเพียงบางชุมชนเท่านั้นที่เชื่อมั่นว่ากลุ่มคณะทำงานงานเอดส์ในชุมชนของตนเองจะสามารถจัดกิจกรรมและดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชนขึ้นได้เองโดยมีหน่วยสนับสนุนด้านสุขภาพเป็นเพียงที่ปรึกษาเท่านั้น

ในด้านการรับรู้ต่อโรคเอดส์ของชุมชน เช่น การรับรู้ของกลุ่มเยาวชนนั้นได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์จากการเรียนการสอนวิชาสุขศึกษาจากการเรียนในโรงเรียนมาบ้างรวมทั้งภายในโรงเรียนมีความเคลื่อนไหวของกิจกรรมเอดส์เกิดขึ้นเป็นประจำ ทำให้เยาวชนในโรงเรียนโดยเฉพาะเยาวชนชายมีความเชื่อมั่นในความรู้ความเข้าใจต่อโรคเอดส์ของตน โดยมีเยาวชนให้ข้อมูลว่า “รู้จักโรคเอดส์อยู่แล้ว ในทีวี หรือที่โรงเรียน เขาก็พูดกันว่าเอดส์ป้องกันได้ถ้าใช้ถุงยางอนามัย เอดส์รักษาไม่หาย ตายอย่างเดียว” เป็นต้น ในขณะที่การรับรู้ของชุมชนต่อเอดส์ เกิดจากการรับสื่อ การแพร่ของข้อมูลข่าวสารทั้งผ่านสื่อกระแสหลัก ได้แก่ วิทยุโทรทัศน์ แผ่นป้ายโฆษณาประชาสัมพันธ์ต่างๆ หรือสื่อบุคคล กล่าวคือชุมชนมีความรู้พื้นฐานต่อโรคเอดส์อยู่บ้างแล้ว ว่าโรคเอดส์คือโรคอะไร ติดต่อกันอย่างไร ทราบว่าเป็นแล้วไม่มีทางรักษาหายประกอบกับประสบการณ์ที่ชุมชนได้รับเมื่อมีผู้ติดเชื้อในชุมชนแล้วเสียชีวิตลงไป ล้วนสร้างให้เกิดทัศนคติและมุมมองต่อโรคของคนในชุมชนในสิ่งที่ชุมชนเคยได้รับรู้ ได้แก่ ทราบว่าเป็นโรคติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน เอดส์เป็นโรคที่ติดมาจากการไปทำงานต่างถิ่นและมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย และเป็นโรคที่น่ากลัวควรป้องกันไม่ให้เกิดขึ้น การที่หน่วยสนับสนุนที่เข้ามาดำเนินงานเอดส์ในชุมชนได้มีส่วนตอกย้ำความเชื่อของชุมชนเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันเอดส์ มีผลทางอ้อมต่อความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนของคนในบางชุมชนที่เชื่อว่าการใช้ถุงยางอนามัยหลายชั้นสามารถเพิ่มประสิทธิภาพในการป้องกันเอดส์ได้ดียิ่งขึ้น

กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมเอดส์ของหน่วยงานที่เข้ามาดำเนินกิจกรรมในชุมชนทั้งหน่วยงานสาธารณสุขโดยส่วนใหญ่พบว่า มีกลุ่มเป้าหมายหลักอยู่ที่กลุ่มที่ทำงานด้านสาธารณสุขในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มอสม. กลุ่มแม่บ้าน เป็นหลักกรองลงมา คือ กลุ่มเยาวชน ซึ่งเป็นกลุ่มที่ต้องเน้นให้ความสำคัญด้านการป้องกันเอดส์

ส่วนที่ 2 กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และการอภิปรายผลการวิจัย

1. กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

การนำเสนอส่วนนี้ คือ กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งเป็นกลวิธีที่บ้านพักใจดำเนินงานเรื่องเอดส์ในชุมชน ที่พิจารณาจากการดำเนินกิจกรรมที่ทำในชุมชน และกิจกรรมที่ทำนอกชุมชนไปพร้อมๆกัน ผลการวิจัยพบว่า จากการดำเนินกิจกรรมด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของบ้านพักใจ มีกระบวนการดำเนินการ การเลือกกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรม และเนื้อหาเรื่องเอดส์ที่นำเสนอ ดังนี้

กิจกรรมที่ดำเนินการในชุมชน เป็นการดำเนินกิจกรรมที่การดำเนินงานในชุมชนใช้การประสานกับสาธารณสุขมาสู่กลุ่มเป้าหมาย ทำให้ผู้นำชุมชนเห็นว่า งานด้านเอดส์ไม่เกี่ยวกับงานของผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นงานด้านการปกครอง แต่งานเอดส์เป็นงานของสาธารณสุข และการประสานงานผ่านสาธารณสุขทำให้กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วม เป็นอาสาสมัครสาธารณสุขและผู้ที่เกี่ยวข้องเป็นหลัก ทำให้ชาวบ้านส่วนหนึ่งรวมทั้งผู้นำส่วนใหญ่ เห็นว่างานด้านเอดส์ไม่ได้กระตุ้นบุคคลที่มีศักยภาพให้เข้ามามีบทบาท เพื่อจะนำพาให้เกิดกิจกรรมอย่างต่อเนื่องในระยะยาว ชาวบ้านในแต่ละชุมชนส่วนใหญ่เห็นว่าเมื่อทำกิจกรรมเรื่องเอดส์ เจ้าหน้าที่สถานีอนามัย เป็นผู้ประสานให้เกิดกิจกรรม ใช้สถานที่อนามัย คนเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร และญาติอาสาสมัคร. หากชุมชนใดผู้นำตื่นตัว ภรรยา ก็จะไปมีส่วนร่วม ส่วนกิจกรรมรณรงค์ที่ทำในหมู่บ้าน ที่มุ่งหวังให้หลายคนเข้าร่วมแต่ก็พบว่าตัวหลักที่ดำเนินกิจกรรมคือ อาสมัคร. ชาวบ้านอื่น ได้แต่เฝ้าดูแต่ก็รับรู้ว่ามีคนสนุกสนานเพราะมีการจัดขบวน ที่ประกอบด้วยแฟนซี และข้อความ เมื่อถามถึงผลลัพธ์ที่เกิดจากการเดินรณรงค์ ชาวบ้านส่วนมากรับรู้เพียงความสนุกสนาน มีจำนวนน้อยที่เห็นว่าข้อความจากป้ายรณรงค์ที่กระตุ้นให้ตนเองตระหนักต่อเรื่องเอดส์ และป้ายรณรงค์บางส่วนทำให้รู้สึกกลัวต่อเรื่องเอดส์มากขึ้น เช่น กลัวว่า ถ้าเป็นเอดส์แล้วเพื่อนบ้านจะไม่คบด้วย ขณะเดียวกันก็มีชาวบ้านบางส่วนเข้าใจว่า เอดส์ป้องกันได้ด้วยการใช้ถุงยางอนามัย แต่กลับไม่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างจริงจัง

อย่างไรก็ตาม ผลจากการเดินรณรงค์ในพื้นที่ทำให้ กลุ่มทำงานเอดส์ในระดับชุมชน (ซึ่งก็คืออาสาสมัคร. เป็นส่วนใหญ่) ขอรับบริจาคเงินเพื่อสนับสนุนกิจกรรมจากชาวบ้านในลักษณะ “ต้นเงิน” มีจำนวนเงินระหว่าง 2,000-3,000 บาทเท่านั้น และสามารถนำเงินมาเป็นกองทุนเพื่อทำกิจกรรมร่วมกับที่

บ้านพักใจให้มาด้วย แต่ก็ยังไม่มีทิศทางการบริหารจัดการกองทุนดังกล่าวอย่างชัดเจน ทำให้เงินทุนที่มีอยู่ก็ยังไม่ได้เข้าไปเพื่อกิจกรรมเอดส์ชัดเจน ทั้งนี้เป็นเพราะไม่มีการสร้างกลไกเรื่องการบริหารจัดการเป็นกลุ่มหรือองค์กรชุมชน

เป็นที่น่าสังเกตว่า การดำเนินงานเอดส์ในระดับชุมชน แยกส่วนจากงานอื่นๆ ของชุมชน ขณะเดียวกัน การดำเนินงานที่ใช้กลไกของภาคราชการที่มีอยู่ทำให้เป็นข้อจำกัดที่จะทำงานเชิงรุก การเลือกกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินกิจกรรมไม่ชัดเจนเพราะไม่มีกระบวนการเลือกสรรแกนนำ กิจกรรมหลักได้แก่ การจัดทำแผนงานโครงการ ไม่สามารถใช้เป็นกลไกในการขับเคลื่อนงานในระดับชุมชนได้ เพราะผู้ที่เป็นหลักมีปัญหาเรื่องบุคลิกภาพ ทำให้ชุมชนไม่ให้ความเชื่อถือที่จะเข้าร่วมกิจกรรม ขณะเดียวกันบุคคลดังกล่าวก็ไม่ได้เข้าใจถึงบทบาทของการสานต่องานเอดส์ในระดับชุมชน รับรู้และเข้าใจว่าที่ตนเองถูกเลือกไปอบรมนอกชุมชนเสมอ เป็นเพราะตนเอง เป็นคนพูดเก่ง กล้าแสดงออก และไม่มีภาระกับครอบครัว ไปร่วมได้ง่ายกว่าคนอื่น ทั้งนี้หากก่อนการดำเนินกิจกรรมได้มีการวิจัยวิเคราะห์บริบท (Context) ของชุมชนก็必将มีความเข้าใจชุมชนมากขึ้นและเห็นบุคคลที่เป็นผู้นำชุมชนอย่างชัดเจน

แม้ว่ากลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานของบ้านพักใจดูว่า มีความหลากหลาย แต่ก็กลับพบว่า เป็นกลุ่มเดิมๆ ในทัศนะของชุมชน เช่น ชาวบ้านเห็นว่า “เป็นพวกไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง กลุ่มวัยรุ่นที่มีพฤติกรรมซิ่ง (ล่อแหลมทางเพศ) ไม่มาสนใจเรื่องเอดส์หรอก ” ในส่วนเนื้อหาที่กระตุ้นให้เข้าใจเรื่องเอดส์ก็เน้นเรื่องการแพร่ระบาด โอกาสรับเชื้อเอดส์ ที่เป็นเนื้อหาเรื่องการป้องกันเป็นหลัก ส่วนเนื้อหาเรื่องการเข้าถึงระบบการช่วยเหลือสำหรับผู้ติดเชื้อมีค่อนข้างน้อย ทั้งนี้อาจเป็นเพราะว่าผู้ดำเนินโครงการเห็นว่า กลุ่มเป้าหมายไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แต่หากมีเนื้อหาดังกล่าว ชุมชนก็น่าจะนำไปสื่อสารกับครอบครัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้เข้าใจและมีความมั่นใจต่อการเปิดเผยตัวเข้าสู่ระบบการช่วยเหลือมากขึ้น

เมื่อพิจารณากระบวนการการดำเนินงานในแต่ละชุมชน พบประเด็นสำคัญดังนี้

ในชุมชนบ้านฝื่อ กลุ่มเป้าหมายของการดำเนินกิจกรรมเอดส์ คือ กลุ่มมอสม.และแม่บ้าน จากการวิจัยพบว่า ในการดำเนินงานเอดส์ที่ผ่านมา มีปัจจัยที่สนับสนุนการเข้าร่วมกิจกรรมเอดส์ในกลุ่มมอสม.คือ “รู้สึกว่าเป็นหน้าที่ของเราเพราะในเมื่อเราเคยได้ร่วมงานกับเขาแล้ว เคยผ่านการประชุม การอบรมต่างๆ ก็ต้องเข้าร่วมต่อไป อีกทั้งยังมีหนังสือเชิญระบุชื่อมาที่เราด้วย” มีบางส่วนที่ให้ข้อมูลว่า “อยากได้ความรู้เพิ่มเติม และเราก็อยากใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ด้วย” ในขณะที่กลุ่มที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมเลยให้ข้อมูลแก่ผู้วิจัยว่า “ไม่ได้เข้าร่วมเพราะไม่ว่าง ยุ่งตลอด และเคยได้ยินว่าไป

อบรมมาก็เท่านั้น อยากรู้อะไรก็ดูโทรทัศน์ ถามลูก ถามเจ้าหน้าที่เขาก็ได้” มีผลทำให้การดำเนินงานกิจกรรมเอดส์ต่าง ๆ นั้น กระจัดกระจายอยู่ที่กลุ่มเป้าหมายกลุ่มเดิม อีกทั้งการดำเนินงานเอดส์ที่ผ่านมานั้น มุ่งเน้นไปที่การสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่กลุ่มเป้าหมาย แต่ไม่ได้ให้ทักษะในการถ่ายทอด การขยายผลหรือการนำความรู้ไปใช้ ดังที่ชาวบ้านได้ให้ข้อมูลกับผู้วิจัยว่า “ไปอบรมมาเขาก็ไม่เห็นมาพูดอะไรให้ฟังอบรมแล้วก็แล้วกันไปได้แต่ถามกันว่า ไปไหนมา พอรู้ว่าไปอบรมเอดส์ก็จบแค่นั้น” ในขณะที่ผู้ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมเอดส์มีความรู้สึกที่ว่า “พูดอะไรไปเขาก็ไม่เชื่อ ไม่ฟัง อยายามาพูดเลย เรารู้เท่ากัน เป็นชาวบ้านเหมือนกัน ต้องให้เจ้าหน้าที่เขามาพูดถึงจะเชื่อฟัง” ซึ่งเป็นสิ่งสะท้อนให้เห็นว่า กลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรมเอดส์นั้นไม่สามารถสร้างความมั่นใจทั้งต่อตนเองและต่อชุมชนถึงความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อโรคที่ตนได้รับจากการเข้าร่วมกิจกรรมที่ผ่านมาได้ สิ่งเหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่าการดำเนินงานเอดส์ที่ผ่านมานั้นมิได้สร้างให้เกิด การยอมรับในตัวผู้แทน ผู้รู้ แกนนำที่ได้รับการคัดเลือกจากหน่วยงานได้ การดำเนินกิจกรรมเอดส์ทุกครั้งต้องมีหน่วยสนับสนุนจึงจะเกิดกิจกรรมได้ ชุมชนยังไม่สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมได้เอง แต่หากนางงานเอดส์ไปผนวกเข้ากับงานบุญประเพณีและมีฝ่ายปกครองให้ความร่วมมือแล้วทำให้การขับเคลื่อนกิจกรรมเกิดขึ้นได้ เช่น การจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในชุมชนในวาระโอกาสวันสงกรานต์ ซึ่งเป็นความร่วมมือของหลายๆหน่วยงานทำให้เกิดขึ้น ในชุมชนแม้จะมีการจัดตั้งคณะกรรมการเอดส์หมู่บ้านโดยมีหน้าที่หลักในการประสานงานกับหน่วยสนับสนุนต่างๆ แต่คณะกรรมการเอดส์หมู่บ้านยังไม่สามารถดำเนินการเพื่อจัดการปัญหาเอดส์ในชุมชนได้อย่างเข้มแข็งได้ ซึ่งคณะกรรมการเอดส์หมู่บ้านมีความคิดความเชื่อที่ว่าตนยังไม่มั่นใจในตนเอง อีกทั้งชุมชนยังไม่เชื่อมั่นกันแล้วว่าสิ่งที่ทำลงไปจะผิดพลาดและคณะกรรมการเอดส์หมู่บ้านยังขาดความพร้อมในด้านความรู้ประสบการณ์ ความสามารถในการถ่ายทอดความรู้ รวมทั้งการหาแนวทางในการจัดการปัญหาเอดส์ในชุมชนได้เอง

ในชุมชนนาปู กลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานกิจกรรมเอดส์ที่ผ่านมานั้นมุ่งเน้นไปที่กลุ่มแม่บ้าน อสม.และเยาวชน ในชุมชนยังไม่มีคณะกรรมการเอดส์หมู่บ้านที่มีบทบาทหน้าที่ชัดเจน ในชุมชนนี้มีการเคลื่อนไหวของกิจกรรมเอดส์โดยสถานีอนามัยในชุมชน ผ่านการให้ความรู้ การประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ร่วมกับชุมชน โดยสถานีอนามัยทำงานร่วมกับฝ่ายปกครอง องค์การบริหารส่วนตำบล โรงเรียน และกลุ่มเยาวชนได้เป็นอย่างดี และชุมชนเข้าไปร่วมกิจกรรมต่างๆที่หน่วยสนับสนุนจัดขึ้น ผลที่ได้รับ คือ การเคลื่อนไหวของกิจกรรมเอดส์มีอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ความต่อเนื่องของกิจกรรมเอดส์โดยหน่วยสนับสนุนต่างๆ ทำให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้ความเข้าใจ แต่ไม่สามารถสร้างแกนนำในชุมชนให้สามารถขับเคลื่อนดำเนินกิจกรรมเอดส์เองได้ เนื่องจากความเคยชินของชุมชนว่ามีหลายหน่วยงานดังที่ได้กล่าวได้สร้างให้เกิดกิจกรรมเอดส์ในชุมชนขึ้นอย่างต่อเนื่องและ

สมัครเข้ามาเพียงพออยู่แล้ว ชุมชนเพียงแต่เข้าไปร่วมและเป็นผู้ประสานงานเมื่อถึงวาระโอกาสเท่านั้น จึงทำให้ในชุมชนไม่มีแกนนำในการทำงานเอ็ดส์หรือคณะทำงานเอ็ดส์หมู่บ้านที่ชัดเจนในด้านบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบในการจัดการปัญหาเอ็ดส์ในชุมชนได้อย่างชัดเจน สิ่งที่ปรากฏ คือ หน่วยงานสนับสนุนเข้ามาประสานงานในการจัดกิจกรรมต่างๆกับฝ่ายปกครอง จากนั้นฝ่ายปกครองมอบหมายหน้าที่ให้แก่ หัวหน้า อสม.ประจำหมู่บ้านในการประชาสัมพันธ์และจัดหาคนเข้าร่วมกิจกรรมต่อไป

ในพื้นที่ชุมชนเพ็ญ ซึ่งเป็นพื้นที่ที่องค์การแพลน ประเทศไทย เข้าไปดำเนินงานร่วมกับชุมชนและสร้างแกนนำในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชนและหน่วยงานสนับสนุนได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังเป็นบุคคลที่ชุมชนเข้าใจบทบาทและยอมรับในตัวแกนนำในชุมชนเป็นเวลายาวนานแล้ว ทำให้การดำเนินงานเอ็ดส์ในชุมชนเกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมได้เป็นอย่างดี กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินกิจกรรมคือ กลุ่มแม่บ้านและเยาวชน โดยฐานที่มีในชุมชนแล้ว คือ กลุ่มแกนนำเหล่านี้ มีการตั้งคณะทำงานเอ็ดส์หมู่บ้านที่คนยอมรับ ทั้งชุมชนและคณะทำงานเอ็ดส์ต่างเข้าใจบทบาทหน้าที่ของตนเอง ผลที่เกิดขึ้นคือ กลุ่มเป้าหมายในการดำเนินงานสามารถขยายไปได้เร็วและคณะทำงานเอ็ดส์หมู่บ้าน สามารถขยายจำนวนคนเข้าร่วมกิจกรรมที่มีความหลากหลายในด้าน อายุ เพศ มากกว่าในอีก 2 ชุมชน ทำให้การดำเนินงานของชุมชนนี้มีความหลากหลายมากกว่าการอบรม การรณรงค์ การประชาสัมพันธ์แบบปกติตามวาระโอกาสเท่านั้น ในชุมชนนี้ยังมีการดำเนินกิจกรรมรณรงค์ที่สามารถดึงดูดความสนใจให้คนเข้าร่วมได้ เช่น มีการจัดประกวดขบวน การแสดงละคร การแข่งกีฬา การอบรมซึ่งจัดขึ้นโดยระบุกกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน ฯลฯ ในชุมชนนี้มีความร่วมมือกันอย่างใกล้ชิดสมัครเข้ามาและความชัดเจนของความเป็นภาคีเครือข่าย ระหว่างคณะทำงานเอ็ดส์หมู่บ้าน สถานีอนามัยตำบล โรงเรียน และการสนับสนุนด้านงบประมาณขององค์การบริหารส่วนตำบลและบ้านพักใจ สิ่งเหล่านี้มีผลทำให้เกิดการเพิ่มพูนในด้านความรู้และประสบการณ์ของแกนนำซึ่งเป็นคณะทำงานเอ็ดส์หมู่บ้าน รวมไปถึงความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่อชุมชน จึงมีผลให้ในชุมชนมีความความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาเอ็ดส์โดยชุมชนได้ในระดับที่ชุมชนต่างยอมรับและเชื่อมั่นในศักยภาพของคณะทำงานเอ็ดส์หมู่บ้านได้ชัดเจนเป็นรูปธรรมมากกว่าชุมชนอื่น

ประสบการณ์การดำเนินงานเอ็ดส์ในชุมชนที่ผ่านมานั้นมีผลของการดำเนินกิจกรรมในด้านการทำให้ชุมชนเกิดการรับรู้ในการป้องกันและความเข้าใจในการติดต่อของโรคจากพื้นฐาน ความรู้เดิมที่เคยได้ยินผ่านสื่อต่างๆ ในส่วนที่เพิ่มเติมที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นความรู้ใหม่ที่ชุมชนได้รับอันเกิดจากการเข้ามาดำเนินกิจกรรมต่างๆโดยหลายๆหน่วยงาน ได้แก่ บ้านพักใจ การอบรมโดยสถานีอนามัย สาธารณสุขอำเภอ โรงเรียน คือ ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ จากความเข้าใจเดิมของชุมชนที่มีต่อผู้ติดเชื้อ อาทิเช่น “กลัวสิกกั้ว ไม่แน่ใจด้วย กั้วติด เวลาไปงานศพเขาก็ไม่กล้ากิน

ข้าวกินน้ำบ้านเขา” หรือ “ก็ไม่ได้รังเกียจ แต่ก็หวั่นอยู่ เขามาบ้านเรา เราไปบ้านเขาก็กลัวว่าใช้ขัน ใช้แก้วบ้านเรา” เปลี่ยนแปลงไปเป็น “เข้าใจว่าเอดส์ไม่ได้ติดกันง่ายๆ กินน้ำใช้แก้วเดียวกันก็ไม่ติด แล้วถ้ารู้จักว่าใครเป็น ก็กล้าพูด กล้าคุยกับเขาเหมือนปกติแล้ว” แต่ไม่สามารถสร้างความตระหนักถึงปัญหาเอดส์ ทักษะติดต่อที่มาของโรครวมทั้งการปรับพฤติกรรมทางเพศของคนในชุมชนได้ สังเกตจากพฤติกรรมทางเพศของเยาวชนในบางชุมชนที่มีค่านิยมในการเปลี่ยนคู่นอน และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน รวมทั้งความเชื่อของคนในชุมชนว่าตนไม่ใช่กลุ่มเสี่ยงต่อโรค เพราะเชื่อว่า

“เอดส์เป็นโรคที่มาจากชุมชนภายนอก เกิดจากการไปทำงานต่างถิ่น การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งเอดส์เกิดเฉพาะในหญิงบริการหรือชายรักร่วมเพศเท่านั้น ส่วนคนที่ไม่ได้ไปไหน อยู่ที่บ้าน ไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง” เป็นต้น

จะเห็นได้ว่า การขับเคลื่อนงานเอดส์ของบ้านพักใจ ที่ดำเนินการในชุมชน เป็นการใช้งบประมาณของชุมชนที่มีอยู่ ซึ่งก็มีไม่มากนัก เพราะใช้การประสานงานผ่านระบบของหน่วยงานรัฐ ทำให้หน่วยงานเห็นว่า เป็นงานฝากแม้จะเป็นประเด็นเกี่ยวกับสุขภาพแต่ก็ร่วมมือได้ไม่มากนัก เป็นเพียงความร่วมมือที่ทำเป็นวาระปกติของหน่วยงานอยู่แล้ว งานด้านเอดส์จึงไม่ใช้งานเชิงรุกอย่างชัดเจน ในด้านการเลือกสรรกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมในการดำเนินงานพบว่า เป็นกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเพียงผู้เข้าร่วมกิจกรรม แต่ไม่มีกลุ่มเป้าหมายที่จะเป็นแกนนำในการดำเนินงานเอดส์ระยะยาวโดยชุมชน และก็เป็นการใช้แกนนำจากผู้ที่ เป็นอาสาสมัครของแพลน หรือเป็นอาสาสมัคร ซึ่งมีภารกิจประจำมาก ทำให้ดำเนินงานด้านเอดส์ทำได้ไม่คล่องตัวเท่าที่ควร หนึ่งมีบางชุมชน เช่น ชุมชนบ้านผือ ที่กลุ่มแกนนำมีความตื่นตัวมาก แต่ก็ไม่ได้รับการเตรียมความพร้อมเรื่องการจัดการ การทำงานเป็นกลุ่มในฐานะกลุ่มคณะกรรมการเอดส์หมู่บ้าน ทำให้กลุ่มไม่กล้าดำเนินการเอง เพราะตัวบุคคลเองก็ไม่ชัดเจนกับบทบาท และยังไม่มีความชัดเจนกับบางคนที่เข้าใจว่าตนเองเป็นประธานกลุ่ม เนื่องจากได้รับการประสานจากบ้านพักใจเพื่อทำงานในระดับพื้นที่ แต่ก็มีข้อจำกัดที่สมาชิกกลุ่มไม่ยอมรับในตัวบุคคล การดำเนินงานที่ผ่านมา ให้ความสำคัญที่การป้องกันปัญหาเอดส์ไม่ให้เกิดขึ้นในชุมชนผ่านการทำกิจกรรมเพื่อประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ให้คนตื่นตัวเพื่อป้องกันโรคเอดส์ ในส่วนของงานด้านการเยียวยาผู้ติดเชื้อ/ผู้ได้รับผลกระทบนั้นอยู่ภายใต้การดูแลของหน่วยสงเคราะห์ต่างๆ และความเข้าใจความเห็นใจของคนในชุมชน จากผลการวิจัยยังไม่พบว่ามีกิจกรรมใดที่เกิดขึ้นอย่างชัดเจนและเป็นรูปธรรม ที่สามารถมีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของคนในชุมชน เนื่องจากพบว่าในขณะที่ชุมชนขับเคลื่อนงานเอดส์ต่อไป แต่คนในชุมชนโดยเฉพาะวัยรุ่นนั้นมิได้ตระหนักถึงความสำคัญของการมีพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมมากนัก

ผลของการดำเนินกิจกรรมด้านเอดส์ที่เกิดขึ้นในชุมชน เมื่อวิเคราะห์จากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่า ชุมชนมีความคิดเห็นว่ามีเปลี่ยนแปลงด้านใดเกิดขึ้นจากการที่มีการดำเนินงานด้านเอดส์ ในชุมชนในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา พบว่า ชุมชนเพ็ญ ชุมชนนาพู่ และชุมชนบ้านผือ มีความเห็นว่าการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน ระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา มีการเกิดกิจกรรมเอดส์เกิดขึ้นในชุมชนมากขึ้น คิดเป็นร้อยละ 51.4 25.7 และ 22.9 เป็นที่น่าสังเกตว่าในชุมชนบ้านผือ มีผู้ตอบว่าด้านผู้ป่วย/ผู้ได้รับผลกระทบได้รับการดูแลจากชุมชนมากขึ้น มีเพียงร้อยละ 8.5 เท่านั้น (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชนและชุมชน

ความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน 2-3 ปีที่ผ่านมา	ร้อยละ			
	บ้านผือ	เพ็ญ	นาพู่	รวม
1. มีกิจกรรมเอดส์เกิดขึ้นในชุมชนมากขึ้น	22.9	51.4	25.7	100.0(70)
2. ผู้ป่วย/ผู้ได้รับผลกระทบได้รับการดูแลจากชุมชนมากขึ้น	8.5	59.6	31.9	100.0(47)
3. ปัญหาเอดส์ในชุมชนได้รับความสนใจจากหน่วยงานท้องถิ่นมากขึ้น	20.3	50.8	28.8	100.0(59)
4. ผู้ป่วย/ผู้ได้รับผลกระทบได้รับความเข้าใจความเห็นใจจากชุมชนมากขึ้น	10.2	65.3	24.5	100.0(49)
5. พ่อแม่ ผู้ปกครองให้การอบรมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศแก่ลูกหลานมากขึ้น	27.9	49.2	23.0	100.0(61)
6. คนในชุมชนตระหนักถึงพิษภัยและมีความเข้าใจที่ถูกต้องของโรคเอดส์มากขึ้น	26.3	46.1	27.6	100.0(76)
7. คนในชุมชนมีความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์ และตระหนักถึงการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อได้มากขึ้น	26.0	44.2	29.9	100.0(77)
8. อื่น ๆ	66.7	16.7	16.7	100.0(6)

จะเห็นได้ว่า กระบวนการที่บ้านพักใจใช้เพื่อขับเคลื่อนให้ชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการเรื่องเอดส์ในชุมชนมีทั้งมิติการป้องกัน และมิติของการรักษาหรือแก้ไขในเชิงสังคม

ด้านการป้องกันโรคเอดส์ ใช้การสร้างความตระหนักด้านการป้องกันผ่านกิจกรรมการรณรงค์ในรูปแบบการเดินรณรงค์ทั้งในระดับชุมชนและนอกชุมชน ซึ่งผู้เข้าร่วมกิจกรรมเดินรณรงค์จริงๆ ก็คือแกนนำด้านสุขภาพที่มีอยู่แล้วในชุมชน คือ อสม. ขณะที่เนื้อหาที่นำเสนอในการรณรงค์ มีมุมมองทั้งเชิงบวกและเชิงลบในสถานะของชุมชน คือกลัวเอดส์มากขึ้น ซึ่งอาจนำไปสู่การแบ่งแยกกับผู้ติดเชื้อ ส่วนอีกด้านหนึ่งก็เข้าใจว่าเอดส์ป้องกันได้แต่ก็ไม่ละเว้นพฤติกรรมเสี่ยง อีกกิจกรรมหลักอย่างหนึ่งที่ใช้เพื่อสร้างความตระหนักก็คือ การอบรม ทั้งที่มุ่งหวังให้กลุ่มเป้าหมายได้รับความรู้และหวังให้เกิดแผนงานด้านเอดส์ของชุมชน ที่ดำเนินงานโดยคณะกรรมการเอดส์หมู่บ้านที่ตั้งขึ้น แต่ด้วยกระบวนการที่ใช้ ทำให้เป็นข้อจำกัดต่อการดำเนินงานด้านเอดส์ระยะยาว เพราะกระบวนการเลือกสรรผู้เข้าร่วมกิจกรรมไม่ชัดเจน และไม่ได้เสริมสร้างให้กลุ่มคณะกรรมการเอดส์หมู่บ้านเข้าใจบทบาทหน้าที่ และสามารถดำเนินงานต่อเนื่องเรื่องเอดส์ได้

ด้านการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ หรือ การรักษาเชิงสังคม พบว่า การดำเนินงานด้านนี้จะเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ ซึ่งหากมองว่าโครงการนี้สร้างความเข้มแข็งในเรื่องเอดส์กับชุมชน ก็น่าจะมีผู้ติดเชื้อที่เชื่อมั่นแล้วเปิดเผยตัวเข้ารับการรักษาในระบบเพิ่ม หรือ แม้แต่ผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัว จนเป็นที่รู้จักของคนในชุมชน (ซึ่งในความเป็นจริงแล้วการเปิดเผยตัว คือการเปิดเผยเพื่อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเพื่อรับยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นการเปิดเผยกับบุคลากรทางการแพทย์เท่านั้น) ก็ยังไม่สามารถเข้าสู่ระบบการช่วยเหลือแต่อย่างใด และชุมชนก็ไม่ได้ตระหนักที่จะต้องสร้างระบบปกป้องผู้ติดเชื้อ เพราะแม้แต่ผู้ใหญ่บ้านก็ยังประกาศเสียงตามสายให้ผู้ติดเชื้อมาเปิดเผยตัวเพื่อจะได้นำประวัติไปขอรับเงินสงเคราะห์จาก อบต. มาให้

หนึ่งจากการวิจัยพบว่า กระบวนการที่ใช้แก้ไขปัญหากับผู้ติดเชื้อของชุมชน ยังไม่ชัดเจนเพราะแม้ว่าบ้านพักใจใช้วิธีนำผู้ติดเชื้อบางคนไปร่วมกิจกรรมให้ความรู้ในฐานะวิทยากร หรือ ให้การช่วยเหลือสงเคราะห์ด้านเงินบ้างก็ตาม แต่การดำเนินโครงการที่ผ่านมายังไม่สามารถผลักดันให้เกิดระบบการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในระดับชุมชนเอง มีการระดมเงินทุนจากการเดินรณรงค์แต่ด้วยคณะกรรมการเอดส์หมู่บ้านขาดทักษะการบริหารจัดการกองทุน ทำให้ยังไม่สามารถนำเงินดังกล่าวไปให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ประกอบกับชุมชนบางส่วน ยังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อ ทำให้ไม่เห็นด้วยกับการจะนำเงินกองทุนไปช่วยผู้ติดเชื้อ บางคนกล่าวว่า “ไปแสวงหาโรคมาเอง ทำไม่หมู่บ้านต้อง

ช่วยเหลือ เอาเงินไปสร้างประโยชน์อย่างอื่นดีกว่า” ทศนะดังกล่าวสะท้อนว่าชุมชน ยังมีความคิดไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ ซึ่งยอมส่งผลกระทบต่อการเปิดเผยตัวก็จะทำได้ยากยิ่งขึ้นเพราะเกรงว่าจะถูกปฏิเสธ หรือ ตีตราจากชาวบ้าน ซึ่งหากกลไกสร้างความตระหนักกับชุมชนได้ลุ่มลึกชัดเจน ความคิดดังกล่าวก็น่าจะลดน้อยลง

2. ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ในการวิจัยนี้ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ หมายถึงการที่สมาชิกชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านเอดส์ของชุมชน มีองค์กรที่ทำหน้าที่ในการจัดการ หรือ ดำเนินงานด้านเอดส์ของชุมชนเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นสืบเนื่องจากโรคเอดส์ บนพื้นฐานของความเอื้ออาทรและสิทธิที่เท่าเทียมกัน

ผลจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ทำให้ชุมชนได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องเอดส์มาอย่างต่อเนื่องเช่นกันทั้งจากสื่อสารมวลชน และจากสื่อบุคคลที่เป็นเจ้าหน้าที่ทั้งของภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง เมื่อพื้นที่ดังกล่าวเป็นพื้นที่เป้าหมายของการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชนคือองค์กรแพลน ประเทศไทย ทำให้ชุมชนมีโอกาสได้รับการกระตุ้นและมีโอกาสรับรู้ข้อมูลข่าวสารด้านเอดส์เพิ่ม และเมื่อองค์กรแพลน ประเทศไทยเริ่มต้นดำเนินกิจกรรมด้านเอดส์กับชุมชน ก็นับได้ว่าเป็นจุดเริ่มที่ชุมชนมีประสบการณ์งานเอดส์อย่างเป็นรูปธรรม ดังนั้นการดำเนินงานกิจกรรมด้านเอดส์ที่บ้านพักใจเข้ามาดำเนินการในชุมชน จึงถือว่าอยู่ในระยะที่ชุมชนผ่านประสบการณ์งานเอดส์มาระยะหนึ่งแล้ว

ดังนั้นในการวิจัยนี้ จึงนำเสนอถึงประสบการณ์การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่ได้รับจากทั้งสองส่วนคือ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานโดยองค์กรแพลน ประเทศไทย และที่ดำเนินงานโดยบ้านพักใจ เพื่อให้เกิดความเข้าใจเชิงระบบกับชุมชน และเน้นให้ความสำคัญกับประสบการณ์งานเอดส์ของชุมชน ที่เกิดจากการดำเนินงานของบ้านพักใจและผลของการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน เพื่อเป็นส่วนสะท้อนถึงส่งความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ก. การมีส่วนร่วมในงานเอดส์ระยะก่อนการดำเนินงานของบ้านพักใจ

สภาพชุมชนที่ศึกษา นับว่ามีประสบการณ์ด้านเอดส์ ทั้งที่เกิดขึ้นโดยตรงและโดยอ้อม สำหรับประสบการณ์ตรงที่เกิดขึ้นนั้นเป็นผลจากการที่คนในชุมชนได้ออกไปทำงานต่างถิ่น ได้พบเห็นผู้ติดเชื้อ ได้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ และได้ติดต่อกับคนชุมชนอื่น ทำให้ได้รับทราบข้อมูลสถานการณ์เรื่องเอดส์มาอย่างต่อเนื่อง เพียงแต่เป็นการรับรู้บางมิติเท่านั้น เช่น คนในชุมชนทราบว่าคนในบางชุมชนติดเชื้อเอดส์และตายด้วยโรคเอดส์ นอกจากนี้ชุมชนยังมีประสบการณ์เรื่องเอดส์จากการดำเนินงานของบางหน่วยงานที่เข้าไปดำเนินการจัดกิจกรรมเช่น การอบรมอสม. ประจำปี ที่มีมาให้ความรู้เรื่องเอดส์กับอสม. แต่ก็มีชาวบ้านบางส่วนเข้าร่วมได้รับความรู้และทราบข้อมูลสถานการณ์เอดส์ด้วย การอบรมกับสมาชิกชุมชนในเรื่องอื่นแต่ก็มีการสอดแทรกเรื่องเอดส์อยู่ในกระบวนการด้วย นอกจากนี้ชุมชนยังได้รับเรื่องเอดส์ผ่านทางสื่อสารมวลชนต่างๆ รวมทั้งป้ายประชาสัมพันธ์ของหน่วยงานด้านสาธารณสุข หรือ หน่วยงานขององค์การแพลน ประเทศไทยในพื้นที่ด้วย

เมื่อองค์การแพลน ประเทศไทยเริ่มดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ในพื้นที่ ในปี 2546-2547 ทำให้การดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชนมีความเป็นรูปธรรมมากขึ้น เพราะมีกิจกรรมที่ชัดเจน การที่องค์การแพลนประเทศไทยให้ความสำคัญการดำเนินงานเรื่องเอดส์ในพื้นที่ศึกษานั้น เพราะตระหนักว่า สถานการณ์เรื่องเอดส์ที่เข้ามาคุกคามความมั่นคงในชีวิตของเด็กและวัยรุ่นที่เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญขององค์กรด้วย กิจกรรมที่องค์การแพลนประเทศไทยได้ทำเป็นรูปธรรมก็คือ

- 1) ส่งเสริมและให้การสนับสนุนกิจกรรมการเดินรณรงค์เนื่องในวันเอดส์โลก ในวันที่ 1 ธันวาคม 2547 กิจกรรมนี้ ต้องการการสนับสนุนจากบุคคลหลายฝ่ายที่ผ่านมา คือ ผู้นำชุมชน อสม. และมีสถานีอนามัยเป็นหน่วยสนับสนุน
- 2) การอบรมเพื่อจัดทำแผนยุทธศาสตร์ของหน่วยงาน หรือ การประชุมเชิงปฏิบัติการ เรื่อง “ส่งเสริมความเข้มแข็งการทำงานเอดส์ในพื้นที่ 5 ภาค” โดยจัดให้ความรู้เรื่องเอดส์กับกลุ่มเป้าหมาย ผู้เข้าร่วม ได้แก่ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลอำเภอ สถานีอนามัย พัฒนาการ แพลน บ้านพักใจ อบต ครูจาก 5 โรงเรียน และ กลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยองค์การแพลน ประเทศไทย เป็นเจ้าภาพ และได้เชิญบ้านพักใจมาร่วมเป็นวิทยากรในกระบวนการ มุ่งหวังให้ผู้เกี่ยวข้องได้เห็นภาพร่วมกันในการทำงานด้านเอดส์ สร้างเครือข่ายในการทำงาน และทำความเข้าใจเกี่ยวกับแผนยุทธศาสตร์การประชุมแกนนำที่หนองคาย (20-22 เมษายน 2549) กระบวนการ ชาวบ้านที่เข้าร่วมรับรู้ทำให้เสนอโครงการที่จะดำเนินงาน ในหมู่บ้าน

- 3) การอบรมการสื่อสารเรื่องเอดส์และเพศให้กับ นักเรียน ครู และกลุ่มผู้นำชุมชน มุ่งหวังให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่ในชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องเอดส์กับคนในชุมชน การอบรมเรื่องการสื่อสารเรื่องเอดส์เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมแก่บุคลากรทางการวิจัย ที่หนองคาย ดำเนินการเพื่อแสวงหาครูแกนนำ เพื่อเป็นที่ปรึกษาในการดำเนินงานเรื่องเอดส์ร่วมกับชุมชน แต่คณะครูที่เข้าร่วมกิจกรรมบางส่วนระบุว่า เพื่อให้ครูได้รับความรู้เพิ่มเพื่อให้มาเป็นที่ปรึกษาให้กับนักเรียนในการรณรงค์ในโรงเรียน
- 4) อบรมทักษะชีวิตในโรงเรียนของชุมชน เพื่อให้นักเรียน มีความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องต่างๆที่เกี่ยวข้องกับชีวิตวัยรุ่น ซึ่งรวมถึงเรื่องเอดส์ด้วย

จะเห็นได้ว่า การดำเนินกิจกรรมขององค์การแพลน ประเทศไทยในส่วนนี้ ชี้ให้เห็นชัดเจนว่าชุมชนที่ศึกษา มีประสบการณ์งานเอดส์มาระยะหนึ่งแล้ว ดังนั้นการดำเนินกิจกรรมด้านเอดส์ภายใต้การทำงานของบ้านพักใจ จึงไม่ได้เริ่มต้นจากจุดศูนย์ แต่ชุมชนที่ศึกษามีทุนทางสังคมอยู่ระดับหนึ่งแล้ว หากชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการเรื่องเอดส์ก็น่าจะมีได้เกิดจากการดำเนินงานของบ้านพักใจโดยตรงทั้งหมด

ข. การมีส่วนร่วมในงานเอดส์ภายใต้การดำเนินงานของบ้านพักใจ

เมื่อบ้านพักใจเข้ามาดำเนินกิจกรรมเอดส์ในชุมชน ในฐานะเป็นผู้สานต่อจากองค์การแพลน ประเทศไทย การดำเนินงานหลายอย่างได้เชื่อมต่อกับกิจกรรมเดิมที่มีอยู่แล้วบางกิจกรรมคงลักษณะกิจกรรมเดิมไว้แต่ปรับเปลี่ยนวิธีการดำเนินงานให้มีความเหมาะสมมากขึ้น การดำเนินงานจึงถูกคาดหวังว่าทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงกับชุมชนหลายประเด็น โดยเฉพาะความเข้มแข็งที่ชุมชนจัดการเรื่องเอดส์ ดังนั้นเพื่อให้เข้าใจถึงผลการดำเนินงานที่เกิดจากแต่ละกิจกรรมจึงขอเสนอในส่วนนี้เป็นรายกิจกรรม โดยแต่ละกิจกรรมครอบคลุม วัตถุประสงค์ กลุ่มเป้าหมาย กระบวนการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน และปัญหาอุปสรรค ตลอดจนข้อสังเกต ดังรายละเอียดต่อไปนี้

(1). การอบรมให้ความรู้เรื่องเอดส์

เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการในเดือน มีนาคม 2549 ซึ่งเป็นการสานต่องานที่ดำเนินการไปก่อนนี้คือการอบรมการสื่อสารเรื่องเอดส์และเพศ ให้กับนักเรียนครูและกลุ่มผู้นำชุมชน กิจกรรมนี้ดำเนินการในชุมชน ใช้สถานที่ในชุมชนในการอบรมได้แก่ สถานีอนามัย ใช้เวลาเพียง 1 วัน

ผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดยส่วนใหญ่ได้แก่ ชาวบ้านที่เป็นอสม. และแม่บ้านทั่วไปที่สนใจ ทั้งนี้เจ้าหน้าที่บ้านพักใจรับรู้ว่ามีกลุ่มเป้าหมายในการทำงานเรื่องเอดส์คือสตรีแม่บ้านเพราะต้องการให้บุคคลกลุ่มดังกล่าวมีความเข้าใจอย่างชัดเจนกับเรื่องเอดส์ เพื่อสามารถป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ อย่างไรก็ตามเป็นที่น่าสังเกตว่า กลุ่มเป้าหมายของกิจกรรมนี้ เป็นบุคคลที่เคยมีประสบการณ์ในการอบรมเรื่องเอดส์ มีความรู้เรื่องเอดส์อยู่บ้างแล้ว กรณีกลุ่ม อสม. ก็ได้รับการ อบรมเรื่องเอดส์ เป็นเนื้อหา 1 ใน 13 เรื่องของการอบรมฟื้นฟูความรู้ประจำปีที่สถานีอนามัยจัดให้ และกรณีกลุ่มแม่บ้านทั่วไปที่เข้ารับการอบรม ส่วนใหญ่ก็เป็นกลุ่มบุคคลที่เคยเข้ารับการอบรมเรื่องการสื่อสารเรื่องเอดส์และเพศที่จัดให้กับนักเรียน ครู และกลุ่มผู้นำชุมชน เมื่อปีก่อน ซึ่งชาวบ้านสะท้อนว่าเป็นกลุ่มที่เคยรับรู้เรื่องนี้อยู่บ่อยแล้วและคุ้นเคยกับวิทยากรของบ้านพักใจมาก่อนในการอบรมอื่นๆ

เป็นที่น่าสังเกตว่า ในกระบวนการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรมนั้น บ้านพักใจใช้กระบวนการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่อยู่ในชุมชน ในฐานะที่เจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นที่ปรึกษาของโครงการ เพื่อให้รวบรวมรายชื่อบุคคลที่สนใจเข้าร่วมกิจกรรมให้ ซึ่งเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยก็มักมาประสานกับประธานกลุ่มอสม. เพื่อคัดเลือกบุคคลไปร่วมอบรม โดยการเลือกชื่อแล้วส่งรายชื่อให้ทางบ้านพักใจ จะเห็นว่าในกระบวนการคัดเลือกผู้เข้าร่วมกิจกรรมผู้ดำเนินกิจกรรมให้ความสำคัญค่อนข้างน้อย ทั้งที่การอบรมให้ความรู้เรื่องเอดส์ต้องการให้เกิดแกนนำเพื่อมาเผยแพร่ต่อในชุมชนให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องมากขึ้นนั้นต้องการผู้ที่มีศักยภาพที่จะมาดำเนินงานต่อเนื่องในชุมชน แต่จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มที่เข้าร่วมกิจกรรม ไม่ได้รับรู้ว่าจะต้องมาทำอะไรต่อเนืองเพียงแต่ไปเข้าอบรมให้ครบจำนวนตามที่ทางเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยขอมาเท่านั้น ดังคำพูดของบางคนที่กล่าวว่า *“อนามัย ขอให้มาอบรม ก็มา บางคนก็มาแทนกัน หลายคนมีชื่อก็ไม่ว่างมา”*

จากการวิจัยพบว่าบางชุมชนผู้เข้าร่วมอบรม เป็นกลุ่มเครือข่ายของผู้นำทั้งที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับงานเอดส์ของชุมชน บางชุมชนอสม. เป็นแกนหลักในการอบรม บางชุมชนมีคณะกรรมการวิจัยของชุมชนที่เกิดจากการกระตุ้นขององค์การแพลงประเทศไทย เป็นแกนหลักในการอบรม ดังนั้นเมื่อมีการจัดตั้ง *“คณะกรรมการเอดส์หมู่บ้าน.....”* จึงทำให้กลุ่มบุคคลดังกล่าวเข้ามาเป็นกรรมการทั้งที่ไม่มีความพร้อม เพราะมีการเลือกจากผู้ไปร่วมอบรมเท่านั้น จึงไม่มีส่วนร่วมของคนทั้งชุมชน ซึ่งส่งผลทั้งในเชิงบวกและเชิงลบ ในบางชุมชน คณะกรรมการเอดส์ชุมชน เป็นบุคคลที่เป็นแกนนำชุมชนจริงๆก็ได้ช่องทางในการทำงานเอดส์ แต่บางชุมชนที่คนเข้าอบรมไม่ใช่แกนนำ ก็ทำให้งานเอดส์ในชุมชนไม่ก้าวหน้า ประกอบการติดตามงานไม่ชัดเจนก็ทำให้คณะกรรมการชุดนี้ไม่ชัดเจนในบทบาท

ในการดำเนินกิจกรรม ใช้การบรรยายให้ความรู้ผสมผสานกับทำกิจกรรม เพื่อให้ชาวบ้านได้มีความเข้าใจในเรื่องการติดต่อของโรค การป้องกันและการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ ในเนื้อหาเรื่องการป้องกันโรคเอดส์ มีการสาธิตวิธีการใช้ถุงยางอนามัย โดยให้ผู้เข้าร่วมอบรมทำกิจกรรม ชื่อ “ กิจกรรมการแลกน้ำ ” โดยกิจกรรมนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อชี้ให้เห็น และสร้างความตระหนักว่า โอกาสเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอดส์เกิดขึ้นได้กับทุกคนที่มีเพศสัมพันธ์ และไม่มีผู้ใดจะทราบว่าจะตนเองได้รับเชื้อยกเว้นแต่จะผ่านการตรวจเลือดและยืนยันจากผู้ชำนาญเท่านั้น แต่จากการรับรู้ของชาวบ้านที่เข้าร่วมกิจกรรมให้สัมภาษณ์ว่า กิจกรรมนี้ทำขึ้นเพื่อชี้ให้เห็นว่า โรคเอดส์มีการแพร่ระบาดทางเพศสัมพันธ์เป็นหลัก และการรับเชื้อเอดส์มานั้น ผู้รับเชื้อไม่สามารถจะทราบได้เลยว่ารับจากใคร เพราะผู้ที่มีเชื้อเอดส์ก็หน้าตาปกติ บางคนกล่าวว่า “ กิจกรรมแลกน้ำสื่อสารว่า รู้หน้า ไม่รู้ใจ ” เพราะฉะนั้นการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งต้องให้ปลอดภัย โดยการใส่ถุงยางอนามัย

ผู้ที่มาเข้าร่วมกิจกรรมให้สัมภาษณ์ว่า สิ่งที่ได้รับการอบรม คือความสนุกสนานจากการทำกิจกรรมกลุ่มที่เป็นกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ และการแสดงของผู้เข้าร่วมกิจกรรมโดยวิทยากรเป็นผู้กระตุ้นวิทยากรนำเสนอเนื้อหาที่ฟังแล้วเข้าใจง่าย ไม่เครียด และได้รับความรู้เรื่องเอดส์เพิ่มเติมจากพื้นฐานความรู้ความเข้าใจต่อโรคที่มีอยู่แล้ว สิ่งที่ผู้เข้าร่วมกิจกรรมได้รับเพิ่มเติมคือ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ว่า “ เอดส์ป้องกันได้โดยใช้ถุงยางอนามัย เอดส์ไม่ได้ติดกันง่ายๆทั่วไปเหมือนใช้ขวด และผู้ติดเชื้อสามารถใช้ชีวิตอยู่ได้ตามปกติโดยไม่แพร่เชื้อ ” พร้อมทั้งมีการสาธิตการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกต้องและให้ผู้เข้ารับการอบรมได้ฝึกทดลองทำ ซึ่งในประเด็นเหล่านี้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับรู้ ว่าตนเองน่าจะปลอดภัยเพราะไม่ได้ไปมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ และเห็นว่าเอดส์ไม่ใช่เรื่องน่ากลัวเพราะว่าป้องกันได้ และเห็นว่าถุงยางอนามัยดี ป้องกันเอดส์ได้

อย่างไรก็ตามผู้เข้าร่วมกิจกรรมบางส่วนซึ่งเป็นผู้ใหญ่และมีลูกหลานเป็นวัยรุ่น เห็นว่าเนื้อหาที่วิทยากรนำเสนอเป็นเรื่องเพศที่เปิดเผยเกินไป ทำให้รู้สึกรังเกียจและอาย ไม่อยากฟัง หลายคนกล่าวว่า “ เนื้อหาไปเกินไป ไม่ควรเอามาพูดในที่แจ้ง ” ซึ่งความรู้สึกส่วนนี้ทำให้ผู้เข้าร่วมกิจกรรมที่เป็นพ่อแม่ไม่สนับสนุนให้วัยรุ่นลูกหลานเข้าร่วมกิจกรรมที่เกี่ยวกับเอดส์เพราะกลัวว่าจะได้รับเนื้อหาเรื่องเพศที่ไม่เหมาะสม และอาจเป็นการชี้แนะให้เด็กอยากรู้อยากเห็นแล้วนำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงได้เพราะอยากลอง นอกจากนี้เนื้อหาการอบรมยังครอบคลุมถึง การติดต่อของโรคว่าเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย การใช้เข็มฉีดยา การติดต่อจากแม่ที่ตั้งครรภ์เท่านั้น การอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อได้อย่างปกติโดยไม่แพร่เชื้อได้ ทำให้ชาวบ้านที่เข้าอบรมมีความรู้สึกเห็นใจผู้ติดเชื้อ

อย่างไรก็ตาม กิจกรรมการอบรมให้ความรู้เรื่องเอดส์นี้ เจ้าหน้าที่บ้านพักใจมีความเห็นว่า การที่ได้กลุ่มเป้าหมายกลุ่มเดิมๆมาร่วมกิจกรรม เป็นข้อจำกัดของสภาพวิถีชีวิตและพื้นที่ เนื่องจากเป็นชุมชนที่สมาชิกของครัวเรือนย้ายไปทำงานต่างถิ่น และ บางหมู่บ้านเป็นชุมชนขนาดเล็ก ทำให้คนที่จะเข้าร่วมกิจกรรมอยู่ในคนกลุ่มเดิมๆ

(2). การเดินรณรงค์ในโอกาสต่างๆ

การเดินรณรงค์ ในที่นี้ได้แก่ การจัดขบวนเพื่อร่วมเดินรณรงค์ในโอกาสต่างๆ เนื่องในวันเอดส์โลก การรณรงค์ในชุมชน และ การสอดแทรกเนื้อหาเอดส์ลงไปในกิจกรรมเนื่องในวาระพิเศษ เช่น งานกีฬาตำบล งานบุญประเพณีของหมู่บ้าน การรณรงค์วันเอดส์โลก จัดขึ้นที่ทุ่งศรีเมือง จังหวัดอุดรธานี มีชุมชนเข้าร่วมกิจกรรมเป็นจำนวนมาก มีการจัดขบวนที่ยิ่งใหญ่ประกวดแข่งขันความสวยงามของขบวน กระบวนการในการประสานงานกับชุมชนที่ใช้ คือ บ้านพักใจเข้ามาประสานงานกับหัวหน้า/ประธานอสม. ในการให้ชุมชนดำเนินการจัดขบวนจากชุมชนเข้าร่วมเดินรณรงค์กับชุมชนอื่นๆ เนื่องในวันเอดส์โลก ภายในงานมีตัวแทนจากชุมชน โดยมากเป็นกลุ่มอสม. ร่วมกันจัดขบวนเข้าร่วมกับชุมชนอื่น ทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับความรู้เรื่องเอดส์ผ่านสื่อที่แต่ละชุมชนนำมาแสดง สิ่งที่ชาวบ้านรับรู้ คือ ในชุมชนมีงานเอดส์ดำเนินการอยู่และเป็นบทบาทหน้าที่ของกลุ่มอสม. เป็นหลัก พร้อมทั้งทราบว่ามีหน่วยงานภายนอกคือ องค์การแพลนและบ้านพักใจเข้ามาดำเนินงานเอดส์ร่วมกับชุมชน มีเพียงชุมชนนาพู่ที่ได้รับข้อมูลจากแม่บ้านทั่วไปว่า ไม่รู้จักบ้านพักใจและไม่เคยได้ยินชื่อมาก่อนเลย ผลของการร่วมกิจกรรมรณรงค์ ทำให้ชุมชนบ้านผือและชุมชนเพ็ญ มีการแต่งตั้งคณะทำงานเอดส์หมู่บ้านขึ้นจากบุคคลที่เข้าร่วมกิจกรรมของบ้านพักใจที่ผ่านมา

การจัดขบวนเดินรณรงค์ภายในชุมชน กระบวนการที่บ้านพักใจใช้คือ เข้ามาประสานงานกับเครือข่ายในชุมชน ได้แก่ ชุมชน โรงเรียน สถานีอนามัย และบ้านพักใจเพื่อร่วมกันจัดขบวนเดินรณรงค์ภายในชุมชน โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ชุมชนรับทราบว่าภายในชุมชนมีการดำเนินงานเรื่องเอดส์อยู่ เนื้อหาเรื่องเอดส์ที่ขบวนรณรงค์ให้ความสำคัญ คือ การป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และชี้ให้เห็นว่าเมื่อติดเชื้อเอดส์แล้วไม่มีทางรักษาหาย ทำให้ชาวบ้านได้รับความรู้ผ่านสื่อที่นำมาแสดงพร้อมทั้งได้รับความสนุกจากการชมการแต่งกาย การแสดงต่างๆ ภายในขบวน ส่วนผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมกิจกรรมก็ให้ความสนใจเพราะเป็นกิจกรรมเพื่อคลายเครียดและได้รับความสนุกสนาน เป็นกิจกรรมเอดส์ที่ได้รับความสนใจและความร่วมมือจากชุมชน ทุกกลุ่ม อายุ เพศ ได้มากที่สุดในการจัดกิจกรรมขึ้นมาทุกครั้ง สิ่งที่ชุมชนรับรู้ คือ ความรู้เรื่องการป้องกันโรค ที่มาและอันตรายของโรค ในชุมชนนาพู่ สิ่งที่ชาวบ้านระลึกถึง คือ ความน่ากลัวสยดสยองของหุนที่สื่อถึงความเจ็บปวดจากการติดเชื้อ

เชื่อจนทำให้ชาวบ้านจดจำได้แม่นยำว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัวและเป็นอันตรายอย่างมาก ผลจากการดำเนินกิจกรรม ทำให้ชาวบ้านมีความเชื่อที่ยึดมั่นเป็นอย่างมากว่า โรคเอดส์สามารถป้องกันได้หากใช้ถุงยางอนามัย แต่ก็ไม่ได้สร้างความตระหนักให้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่เหมาะสมได้ จากการวิจัยพบว่าในชุมชนโดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนชายยังคงมีพฤติกรรมการเปลี่ยนคู่นอนอยู่ และเยาวชนชายโดยส่วนใหญ่จะมีถุงยางอนามัยพกพาไว้ติดตัว ในชุมชนนาปู่เยาวชนชายมักไปขอถุงยางอนามัยจากสถานีนามัยประจำตำบลเป็นประจำ

การจัดขบวนรณรงค์โดยการสอดแทรกเนื้อหาเรื่องเอดส์ในวาระโอกาสพิเศษ ร่วมในขบวนรณรงค์หรือวาระพิเศษเนื่องในบุญประเพณีต่างๆ เช่น งานกีฬาตำบล งานบุญประจำหมู่บ้าน ฯลฯ แต่ละหมู่บ้าน/แต่ละคุ้ม มักจะนำเสนอเนื้อหาเรื่องยาเสพติด โรคระบาด โรคเอดส์สอดแทรกลงไปแล้วนำเสนอผ่านสื่อต่างๆ เช่น ป้ายผ้า หุ่น การปั้น การวาดภาพ เป็นต้น ทำให้ผู้เข้าร่วมได้รับความสนุกสนาน การจัดขบวนส่วนใหญ่มุ่งเน้นที่การประกวด การแข่งขัน เนื้อหาที่นำเสนอมุ่งเน้นที่ความบันเทิง ความยิ่งใหญ่ของขบวน สิ่งที่ชุมชนได้รับทางอ้อม คือ ความรู้ผ่านสื่อเหล่านั้น ผลของการดำเนินกิจกรรมรณรงค์ในหลายโอกาสนี้ได้ทำให้ ในชุมชนเพ็ญมีการเดินรณรงค์เนื่องในวันสงกรานต์ มีการตั้งผ้าป่าขึ้นเพื่อระดมทุนในการจัดตั้งเป็นกองทุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเพื่อต่อยอด จากกองทุนที่ได้รับจากบ้านพักใจ ทำให้เกิดกองทุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและครอบครัวขึ้นมา

(3). กิจกรรมการประชุม 5 ภาคี

การประชุม 5 ภาคี เป็นการนัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อให้ชุมชนและภาคีที่เกี่ยวข้องผู้เข้าร่วมกิจกรรมรับรู้ 5 ภาคีประกอบด้วย พัฒนาชุมชน โรงเรียน สถานีนามัย องค์การบริหารส่วนตำบล และบ้านพักใจ มาประชุมร่วมกันเพื่อจัดทำแผนพัฒนาที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ซึ่งเป็นที่น่าสังเกตว่าชุมชนไม่ได้รับรู้ว่าเป็นองค์ประกอบหนึ่งของการประชุมเลย ดังนั้นการที่จะเชื่อมโยงนำกิจกรรมไปทำต่อในชุมชนจึงเกิดได้ยาก หรือ กล่าวได้ว่า ชุมชน ยังเห็นว่าการเอดส์เป็นเรื่องของคนอื่นหรือ เจ้าหน้าที่ กิจกรรมนี้จัดนอกชุมชน ใช้เวลาในการจัดกิจกรรม 3 วัน 2 คืน เพื่อให้ผู้เข้าร่วมได้มีโอกาสใช้เวลาในการวางแผนอย่างเต็มที่ มีวัตถุประสงค์เพื่อการทำความร่วมมือกันตามแผนยุทธศาสตร์ที่ได้ร่วมกันจัดทำขึ้นมา ภายใต้งบประมาณที่บ้านพักใจได้รับการสนับสนุนมา เพื่อคัดเลือกกิจกรรมภายใต้โครงการขึ้นมาไปปฏิบัติ และจัดตั้งคณะทำงานเอดส์หมู่บ้านขึ้นมา และเพื่อตั้งภาคีที่เกี่ยวข้องให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านเอดส์ภายในชุมชน ผู้แทนจากชุมชนที่เข้าร่วมประชุม คือ ตัวแทนกลุ่มอสม.

กระบวนการที่บ้านพักใจใช้คือ มีหนังสือเชิญมายังประธานกลุ่ม/หัวหน้าอสม.ประจำหมู่บ้านให้ทำการคัดเลือกตัวแทนจากชุมชนเข้ามาร่วมกิจกรรม โดยผู้แทนจากชุมชนที่เข้าร่วมนั้นกำหนดให้ชุมชนละ 5 คน ผู้แทนบางคนเข้าร่วมมีบทบาทในด้านงานเอดส์ชัดเจน แต่บางคนที่ไม่ได้เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการดำเนินงานเอดส์ในชุมชนเลย แต่ได้เข้าร่วมประชุมเนื่องจากเป็นญาติพี่น้อง/คนสนิทของผู้ประสานงานในชุมชน ทั้งนี้อาจเป็นผลจากข้อจำกัดของสมาชิกที่เข้าร่วมในเรื่องวิถีชีวิต ในการอบรมมีเนื้อหาเทคนิคการทำงานเป็นทีม ซึ่งแรงผลักดันประสงค์ของโครงการให้ชาวบ้านรับทราบ สิ่งที่ชาวบ้านรับรู้คือ ชาวบ้านที่ไปร่วมกิจกรรมได้รับความสนุกสนาน ได้ไปพักผ่อนนอกสถานที่ ได้ทำความรู้จักกับชุมชนอื่นและแลกเปลี่ยนประสบการณ์เรื่องเอดส์ระหว่างชุมชน อีกทั้งวิทยากรให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์เพิ่มเติม นำเสนอด้านความรู้ทั่วไปที่มาของโรค การติดต่อของโรค การอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นเนื้อหาความรู้เดิมที่ผู้เข้าร่วมมีความรู้อยู่จากการร่วมกิจกรรมอบรมที่ผ่านมา นอกจากนี้ชาวบ้านยังเห็นว่าในชุมชนมีคณะทำงานเอดส์ ที่เป็นตัวแทนของหมู่บ้านเข้าไปทำงานร่วมกับหน่วยงานอื่นๆ

แต่มีเพียงบางชุมชนที่ทราบว่าในหมู่บ้านมีการจัดทำแผนงานด้านเอดส์ขึ้นมา เนื่องจาก แผนที่จัดทำขึ้นนั้นไม่ได้ถูกนำไปปฏิบัติ มีเพียงในชุมชนบ้านผือที่คณะทำงานเอดส์หมู่บ้านได้กำหนดแผนการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ผ่านหอกระจายข่าวและนำแผนนั้นมาปฏิบัติให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน

จากการวิจัยพบว่าองค์การบริหารส่วนตำบลในแต่ละพื้นที่ให้ข้อมูลว่าภายในองค์การบริหารส่วนตำบลมีการจัดทำแผนปฏิบัติการขึ้นมาซึ่งภายในแผนงานนั้นมีประเด็นที่เกี่ยวข้องกับงานเอดส์อยู่ คือ การให้งบประมาณสนับสนุนการทำกิจกรรม การสมทบเงินเข้ากองทุนศูนย์เฉลิมพระเกียรติของอำเภอ และการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเป็นเบี้ยยังชีพ แผนที่ภาคีร่วมกันจัดทำขึ้นมานั้นมักไม่ได้ถูกฝ่ายปกครองหรืออบต.นำไปใช้ มีเพียงบางชุมชนที่นำแผนที่ได้จัดทำขึ้นมานี้ไปปฏิบัติ จากการวิจัยพบสาเหตุที่ชุมชนไม่ได้นำแผนที่ได้ไปปฏิบัติเนื่องมาจากชุมชนเห็นว่าในชุมชนขาดความพร้อมทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร อีกทั้งชุมชนก็ไม่ได้เห็นความสำคัญของแผนที่ได้จัดทำขึ้นมามากนัก เนื่องจากชุมชนเชื่อว่าในชุมชนนั้นมีแผนการดำเนินงานขององค์การบริหารส่วนตำบลซึ่งเป็นหน่วยงานที่มีความพร้อมทางด้านวัสดุอุปกรณ์ บุคลากร และงบประมาณเพียงพอ และองค์การบริหารส่วนตำบล ได้ดำเนินการจัดการปัญหาเอดส์โดยการให้ความช่วยเหลือสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อเป็นเบี้ยยังชีพรายเดือน อีกทั้งในด้านการป้องกันปัญหาเอดส์นั้นอยู่ภายใต้ของหน่วยบริการสุขภาพ คือ สถานีอนามัยและกลุ่มอสม.ที่ต้องดำเนินการจัดการในพื้นที่ร่วมกัน มีเพียงในชุมชนบ้านผือ ที่คณะทำงานเอดส์หมู่บ้านมีการดำเนินการตามแผนที่ชุมชนได้ร่วมกันกำหนดขึ้นมาตามงบประมาณที่ชุมชนมีอยู่ คือ การจัดทำเทปบันทึกเสียงให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ผ่านหอกระจายข่าว โดยมีโรงเรียนให้เป็นผู้คำปรึกษาแนะนำ

อย่างไรก็ตามกระบวนการจัดทำแผนของ 5 ภาคนี มีเพียงหมู่บ้านในชุมชนเพียง 1 หมู่บ้านเท่านั้นที่ได้นำกิจกรรมนี้มาสานต่อกับคนในชุมชน โดยจัดให้มีการทบทวนแผนที่ได้จากการประชุมกับ 5 ภาคนีโดยเปิดโอกาสให้ชาวบ้านทั้งชุมชนมีส่วนร่วมในการเสนอแนะเพิ่มเติม และได้ประสานงานกับเจ้าหน้าที่พัฒนาการของอำเภอมาเป็นผู้นำกระบวนการ (Facilitator) กระบวนการดังกล่าวเกิดขึ้นด้วยความตระหนักของผู้นำเรื่องเอดส์ของชุมชน เห็นความสำคัญของการจัดทำแผน และด้วยสถานภาพที่เป็นสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล คิดว่าจะผลักดันแผนเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ของหมู่บ้านไปสู่การสนับสนุนงบประมาณได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

(4). กิจกรรมที่จัดในโรงเรียนในพื้นที่เป้าหมาย ทั้ง 5 โรงเรียน

กิจกรรมที่จัดขึ้นภายในโรงเรียน เป็นการทำงานร่วมกับครูที่เป็นแกนนำและรับผิดชอบงานเอดส์ในโรงเรียน กระบวนการที่ใช้ คือ การประสานงานเพื่อจัดกิจกรรมที่เน้นการให้ความรู้ ความเข้าใจ พร้อมกับการสาธิต ในเนื้อหาเอดส์ที่เป็นเนื้อหามาตรฐานที่บ้านพักใจใช้ในการอบรม มีส่วนที่เพิ่มเติม คือ การอบรมทักษะชีวิต การให้ความรู้เรื่องเพศศึกษาแก่เยาวชน เยาวชนที่เข้าร่วมกิจกรรมอบรมมีความพอใจต่อการจัดอบรม เนื้อหาที่น่าสนใจเข้าใจง่าย มีเกมส์ กิจกรรมที่หลากหลายได้รับความสนุกสนานจากการเข้าอบรม รวมทั้งยังได้รับความรู้ ความเข้าใจและมีความเห็นใจผู้ติดเชื้อมากขึ้น การจัดกิจกรรมอบรมนอกเหนือจากการให้ความรู้และการทำกิจกรรมร่วมกันแล้ว บ้านพักใจยังกระตุ้นให้ในโรงเรียนตั้งชมรมกลุ่มเยาวชนในโรงเรียนขึ้นมา เพื่อทำกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเอดส์ให้มากขึ้น พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณ ในการทำกิจกรรมให้กับชมรมที่มีความพร้อมและมีแผนในการดำเนินการ และยังส่งเสริมการสร้างเครือข่ายกับโรงเรียนในชุมชนอื่นอีกด้วย อย่างเช่น ชมรมวัยใส ชมรมฟ้าใส ยุคใหม่ห่างไกลเอดส์ เป็นต้น ซึ่งกิจกรรมที่แต่ละชมรมดำเนินการ มีครูที่เป็นแกนนำเป็นที่ปรึกษาแก่ชมรม กิจกรรมที่ชมรมทำและประสบความสำเร็จเป็นที่น่าพึงพอใจของผู้บริหารและชุมชน เช่น การประดิษฐ์สิ่งของนำมาขายเพื่อหาทุนเข้ากองทุนช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบ การออกเยี่ยมผู้ติดเชื้อในชุมชน การจัดนิทรรศการให้ความรู้ และการถ่ายทอดความรู้จากรุ่นพี่สู่รุ่นน้อง เป็นต้น เยาวชนที่เป็นแกนนำ/ร่วมทำกิจกรรมในชมรม

ในชุมชนบ้านผือกลุ่มเยาวชนในชมรมมีความพึงพอใจว่าการดำเนินงานในโรงเรียนในชมรมของตนประสบความสำเร็จ เนื่องจากมีผลงานเป็นเครื่องชี้วัดที่ชัดเจน ได้แก่ กิจกรรมที่เป็นรูปธรรม คือ การแข่งกีฬา การตั้งกองทุน การจัดนิทรรศการให้ความรู้ รวมทั้งการขยายผลในการสร้างเครือข่ายกับเยาวชนนอกโรงเรียน ในขณะที่ชมรมของเยาวชนในชุมชนนาพุมีความคิดว่า การดำเนินงานเอดส์ในโรงเรียนโดยชมรมนั้น ขาดผู้สืบทอดเพื่อสานต่อกิจกรรมต่อไปเนื่องจากการจัดกิจกรรมที่ผ่านมาผู้เข้าร่วมส่วนใหญ่ คือ นักเรียนในระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ซึ่งกำลังจะจบ การศึกษาในภาคบังคับ และย้ายไปศึกษาต่อที่อื่นทำให้พวกเขาจะมีระยะเวลาในการทำงานน้อยและยังไม่สามารถส่งต่องานให้

แก่เยาวชนในรุ่นหลังได้ จากการวิจัยยังพบว่ากิจกรรมของชมรมนั้นส่วนใหญ่ประสบความสำเร็จเป็นรูปธรรมที่ชัดเจน และสามารถสร้างการยอมรับจากเยาวชนในโรงเรียนได้ แต่การเชื่อมต่อบทบาทของชมรมสู่ชุมชนยังทำได้จำกัดเพราะผู้ใหญ่ในชุมชนยังเห็นว่าเด็กไม่น่าจะเข้าใจอะไรได้มากนัก จึงไม่เชื่อว่าเด็กจะนำความรู้ความเข้าใจไปเผยแพร่ได้ถูกต้อง

จากการวิจัยพบว่า ชาวบ้าน/ผู้ปกครองของเยาวชนในโรงเรียนมีความเห็นว่าเนื้อหาเอดส์ที่บ้านพักใจน่าเสนาห มีความล่อแหลมมากเกินไป และผู้ปกครองมีความคิดว่าเด็กที่ไปอบรมจะเกิดความต้องการอยากรู้ อยากรอง เรื่องเพศมากขึ้น ในขณะที่มุมมองของเยาวชนต่อเนื้อหาเอดส์ที่บ้านพักใจน่าเสนาห คือ “คิดว่าไม่ไป ไม่น่าเกลียด เป็นเนื้อหาที่เข้าใจง่าย สื่อสารได้ชัดเจนเห็นภาพมากกว่าที่ครูสอนในวิชาสุขศึกษา อีกทั้งยังได้รับความสนุกสนาน ทำให้ผู้เข้าอบรมไม่เบื่อและมีความต้องการที่จะเข้าอบรมทุกครั้งหากมีการจัดอบรมขึ้นอีก” ในเยาวชนหญิงมีมุมมองดังที่กล่าวมา ในขณะที่เยาวชนชายส่วนใหญ่เข้าร่วมกิจกรรมเนื่องจากเป็นคำสั่งของครูอาจารย์ในโรงเรียน ทั้งที่เยาวชนชายที่อยู่ในกลุ่มที่มีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัย การเปลี่ยนคู่นอน การดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การเที่ยวกลางคืน เป็นต้น กลุ่มเหล่านี้มักไม่ค่อยเข้าร่วมกิจกรรมที่ชมรมในโรงเรียนจัดขึ้น เนื่องจากมีความมั่นใจว่าตนมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อยู่แล้ว

กิจกรรมของบ้านพักใจที่ผ่านมาโดยมากจะเน้นหนักไปที่การสร้างความรู้เรื่องโรคเอดส์ ความเข้าใจถึงการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ การให้ความรู้เรื่องเอดส์การสร้างความรู้ความเข้าใจต่อโรคให้เข้าใจถึงวิธีการป้องกัน และการติดต่อของโรคเพื่อให้สามารถอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อได้อย่างปกติ ประเด็นที่เน้นหนักจนทำให้บางชุมชนเข้าใจและรับรู้ว่า

“ถ้าพูดถึงเอดส์ก็จะนึกถึงถุงยางอนามัย เพราะเป็นอุปกรณ์ที่ใช้ป้องกันไม่ให้ติดเชื้อเอดส์ได้”

“เอดส์กับถุงยางอนามัยเป็นของคู่กัน การอบรมที่ไหนเขาก็บอกว่าหากจะมีอะไร กับใครก็ให้ใช้ถุงยางอนามัย จะได้ไม่ติดเอดส์”

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณด้านประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมเอดส์ พบว่า ชาวบ้านในชุมชนนาพู่ และชุมชนเพ็ญไม่เคยเข้าร่วมอบรมให้ความรู้เรื่องเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 83.3 และ 76.6 ตามลำดับ ขณะที่ชาวบ้านโดยส่วนมากของชุมชนบ้านฝื่อ มีผู้เคยเข้าร่วมอบรมให้ความรู้เรื่องเอดส์มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 93.1 โดยจำนวนครั้งที่เคยเข้าร่วมอบรม พบว่า โดยส่วนมากชุมชนบ้านฝื่อ ชุมชนนาพู่ และชุมชนเพ็ญ เข้าร่วมอบรม เพียง 1 ครั้ง คิดเป็นร้อยละ 31.0 28.6 และ 19.1 ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่าชุมชนเพ็ญมีผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมอบรมเลย คิดเป็นร้อยละสูงถึง 21.3

ด้านการเข้าร่วมกิจกรรมกับบ้านพักใจ พบว่า ชุมชนบ้านฝ่อมีผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรมกับบ้านพักใจ มากที่สุดคิดเป็นร้อยละ 82.8 รองลงมาได้แก่ ชุมชนเพ็ญ และชุมชนนาพุ คิดเป็นร้อยละ 44.7 และ 35.7 ตามลำดับ โดยกิจกรรมของบ้านพักใจที่ชุมชนต่าง ๆ เคยเข้าร่วมอบรมให้ความรู้เรื่อง เอดส์ ณ สถานีอนามัย เข้าร่วมประชุม 5 ภาคี เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนนาพุคิดเป็นร้อยละ 60.7 รองลงมาได้แก่ ชุมชนเพ็ญ คิดเป็นร้อยละ 53.2

ด้านกิจกรรมเดินรณรงค์ป้องกันเอดส์ พบว่า ชุมชนบ้านฝ่อ มีผู้เคยเข้าร่วมกิจกรรม มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 79.3 ด้านกิจกรรมให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ทำกิจกรรมเอดส์หมู่บ้าน พบว่า ชุมชนนาพุ เคยทำกิจกรรม คิดเป็นร้อยละ 60.7 สำหรับกิจกรรมให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ได้รับผลกระทบ ชุมชนบ้านนาพุ เคยทำกิจกรรมให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบ คิดเป็นร้อยละ 64.3 และเป็นที่น่าสนใจว่าชุมชนนาพุ มีผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมกิจกรรม มากถึงร้อยละ 89.7 และกิจกรรมด้าน บริจาคเงินเข้ากองทุนและการเข้าร่วมกิจกรรมอื่นๆ พบว่า ชุมชนนาพุมีผู้เคยเข้าร่วมกิจกรรมบริจาคเงิน เข้ากองทุนเท่ากับการเข้าร่วมกิจกรรมอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 89.3 เท่ากัน (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามประสบการณ์ในการทำงานเอคส์ในชุมชน

ประสบการณ์ในการทำงานเอคส์	ร้อยละ			รวม
	บ้านผือ	เพ็ญ	นาโพธิ์	
เข้าร่วมอบรมให้ความรู้เรื่องเอคส์				
เคย	93.1	23.4	10.7	60.6
ไม่เคย	6.9	76.6	83.3	39.4
รวม	100.0(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)
จำนวนครั้งที่เข้าร่วมอบรม				
ไม่เคยเข้าร่วมเลย	3.4	21.3	10.7	13.5
จำนวน 1 ครั้ง	31.0	19.1	28.6	25.0
จำนวน 2 ครั้ง	24.1	12.8	10.7	15.4
จำนวน 3 ครั้ง	17.2	29.8	21.4	24.0
จำนวน 4 ครั้ง	-	2.1	10.7	3.8
มากกว่า 5 ครั้ง	24.1	14.9	17.9	18.3
รวม	100.0(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)
เข้าร่วมกิจกรรมของบ้านพักใจ				
เคย	17.2	55.3	64.3	47.1
ไม่เคย	82.8	44.7	35.7	52.9
รวม	100.0(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)
อบรมให้ความรู้เรื่องเอคส์ ณ สถานที่ อนามัย/ เข้าร่วมประชุม 5 ภาคี				
เคย	48.3	53.2	60.7	53.8
ไม่เคย	51.7	46.8	39.3	46.2
รวม	100.0(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)
อบรมให้ความรู้เรื่องเอคส์ที่โรงเรียน				
เคย	-	6.4	-	4.0
ไม่เคย	-	93.6	100	96.0
รวม	100.0(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)

ตารางที่ 12 ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามประสพการณ์ในการทำงานเอตส์ในชุมชน ต่อ)

ประสพการณ์ในการทำงานเอตส์	ร้อยละ			รวม
	บ้านผือ	เพ็ญ	นาโพธิ์	
เข้าร่วมจัดทำแผนพัฒนาด้านเอตส์				
เคย	69.0	2.1	17.9	25.0
ไม่เคย	31.0	97.9	82.1	75.0
รวม	100.0(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)
เข้าร่วมประชุมคณะทำงานจาก				
บ้านพักใจ				
เคย	69.0	10.6	32.1	32.7
ไม่เคย	31.0	89.4	67.9	67.3
รวม	100.0(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)
ร่วมกิจกรรมเดินรณรงค์ป้องกันเอตส์				
เคย	79.3	21.3	42.9	56.7
ไม่เคย	20.7	78.7	57.1	43.4
รวม	100.0(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)
ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ทำกิจกรรม				
เอตส์หมู่บ้าน				
เคย	31.0	57.4	60.7	49.0
ไม่เคย	69.0	42.6	39.3	51.0
รวม	100.0(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)
ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ได้รับ				
ผลกระทบ				
เคย	10.3	57.4	64.3	53.8
ไม่เคย	89.7	42.6	35.7	46.2
รวม	100(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)
บริจาคเงินเข้ากองทุนหมู่บ้านเอตส์				
เคย	34.5	68.1	89.3	35.6
ไม่เคย	65.5	31.9	10.7	64.4
รวม	100.0(29)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)

ผลการวิจัยเชิงปริมาณ เกี่ยวกับความคิดเห็นของชาวบ้านผู้ตอบแบบสัมภาษณ์ต่อการดำเนินการด้านเอดส์ในชุมชนของตนว่าชุมชนมีความเข้มแข็งในการจัดการแก้ไข/ป้องกันปัญหาเอดส์อย่างไร ซึ่งพบว่า ชาวบ้านมีความเห็นว่าการดำเนินการเอดส์ในชุมชนของตนค่อนข้างเข้มแข็งในการจัดการแก้ไข/ป้องกันปัญหาเอดส์ โดยเป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนบ้านผือ มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 44.8 รองลงมาได้แก่ ชุมชนเพ็ญ และชุมชนนาพู่ คิดเป็นร้อยละ 44.7 และ 39.3 ตามลำดับ และเป็นที่น่าสังเกตว่าชาวบ้านมีความเห็นว่าการดำเนินการเอดส์ในชุมชนของตนยังไม่มี ความเข้มแข็งเลยในการจัดการปัญหาเอดส์ เป็นผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนเพ็ญ ถึงร้อยละ 4.3 (ตารางที่ 13)

ตารางที่ 13 ร้อยละของชาวบ้าน จำแนกตามความคิดเห็นในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์
ในชุมชน

การดำเนินการแก้ไข/ ป้องกันปัญหาเอดส์ใน ชุมชน	ชุมชน			รวม
	บ้านผือ	เพ็ญ	นาพู่	
มีความเข้มแข็งมากในการ จัดการปัญหาเอดส์	27.6	31.9	14.3	26.0
ค่อนข้างเข้มแข็งในการ จัดการปัญหาเอดส์	44.8	44.7	39.3	43.3
ยังไม่ค่อยเข้มแข็งในการ จัดการปัญหาเอดส์	24.1	19.1	46.4	27.9
ไม่มีความเข้มแข็งเลยใน การจัดการปัญหาเอดส์	3.4	4.3	-	2.9
รวม	100.0(27)	100.0(47)	100.0(28)	100.0(104)

โดยสรุปแล้ว หากพิจารณาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จากมิติ1)การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานด้านเอดส์ กล่าวได้ว่า เป็นความเข้มแข็งเฉพาะ การเข้าร่วมกิจกรรมบางกิจกรรม ส่วนการมีส่วนร่วมในขั้นตอนอื่นๆก็ยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของกิจกรรมตามความต้องการของชุมชนทำให้ชุมชนไม่สามารถดำเนินการต่อได้ด้วยตนเอง เพราะเป็นเนื้อหาเอดส์เป็นเรื่องเฉพาะทางที่แกนนำก็ไม่ได้มีความมั่นใจกับความรู้เรื่องเอดส์ และหากมองจากมิติ 2)การมีองค์กรทำหน้าที่จัดการเรื่องเอดส์ระดับชุมชน

เพื่อดำเนินงานด้านการป้องกันการแพร่ระบาดและการแก้ไขปัญหาที่เป็นผลสืบเนื่องจากเรื่องเอดส์นั้น พบว่า การดำเนินงานของบ้านพักใจสามารถผลักดันให้เกิดกลุ่มองค์กรคือ คณะกรรมการเอดส์หมู่บ้าน แต่ด้วยข้อจำกัดของกระบวนการทำให้คณะทำงานดังกล่าวไม่ชัดเจนกับบทบาท ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างที่คาดไว้ อาจเพราะมีระยะเวลาที่สั้น และ ด้วยข้อจำกัดด้านตัวบุคคล ทำให้คณะกรรมการเอดส์หมู่บ้านมีชื่อ แต่บทบาทด้านการดำเนินงานยังไม่ชัดเจน นอกจากนี้ หากพิจารณาในภาพกว้างถึงความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่น่าจะอยู่บนพื้นฐานของการรับรู้และการปฏิบัติของชุมชน พบว่า แม้ชุมชนส่วนใหญ่จะมีความรู้เพิ่มจากการแพร่หลายของความรู้ผ่านกิจกรรมต่างๆ แต่ก็ยังมีการรับรู้ในรายละเอียดที่เป็นอุปสรรค ที่ทำให้ไม่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของคนบางกลุ่มในชุมชน และบางประเด็นเป็นอุปสรรคต่อการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อที่จะเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา ส่วนในด้านการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อพบว่า ผู้ติดเชื้อในชุมชนได้รับการช่วยเหลือจากระบบโดยการผลักดันจากนโยบายในระดับจังหวัดลงสู่ชุมชน ผ่านศูนย์เฉลิมพระเกียรติ เพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและครอบครัว การผลักดันให้เกิดระบบการช่วยเหลือจากชุมชนยังไม่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม มีเพียงบางชุมชนที่เริ่มต้นแสวงหาแนวทาง แต่ด้วยข้อจำกัดด้านทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อ จึงทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนระบบการช่วยเหลือได้อย่างชัดเจน จึงเห็นเป็นรูปธรรมเพียงการช่วยเหลือเชิงมนุษยธรรม คือ การไม่ปฏิเสธกิจกรรมที่ต้องติดต่อสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ

3 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ผลจากการวิจัยภาคสนามพบว่า เมื่อประเมินถึงความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ สามารถกล่าวได้ว่า ผลจากการดำเนินงานที่ผ่านมา นั้น ชุมชนยังมีความเข้มแข็งไม่ชัดเจนนัก ทั้งนี้เพราะชุมชนยังมีปัญหาเรื่องการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องเอดส์ของกลุ่มบุคคลในชุมชน และความเข้าใจ เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อ ตลอดจนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของ กลุ่มบุคคลหลายกลุ่ม และการแบ่งแยก(Discrimination) ผู้ติดเชื้อและผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงการมีส่วนร่วมใน การดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชน เมื่อวิเคราะห์ถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับสภาพความเข้มแข็งที่เกิดขึ้นดังกล่าว พบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อยู่ 2 ส่วนได้แก่ ปัจจัยเกี่ยวกับชุมชนซึ่งมีอยู่หลายระดับ ได้แก่ ระดับบุคคล ระดับครอบครัว และ ระดับชุมชน และปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดำเนินโครงการเอดส์ในชุมชน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

ก. ปัจจัยเกี่ยวกับชุมชน

1. ปัจจัยระดับบุคคล ได้แก่

1.1 การรับรู้เกี่ยวกับเรื่องเอดส์ของกลุ่มบุคคลในชุมชน

แม้ว่าชุมชนจะได้ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวกับเอดส์มาอย่างต่อเนื่องแต่ก็ยังมีกลุ่มบุคคล หลายกลุ่มรับรู้เกี่ยวกับเรื่องเอดส์คลาดเคลื่อนหลายประเด็น เช่น ผู้นำเห็นว่าเรื่องเอดส์เป็นงานของ เจ้าหน้าที่ด้านสุขภาพเท่านั้น กลุ่มแม่บ้านรับรู้ว่าคุณเองไม่เสี่ยงเพราะสามีเชื้อฟัง ไม่ไปไหนอยู่บ้านตลอด ไม่เห็นไปมีพฤติกรรมเสี่ยง กลุ่มวัยรุ่นเห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เห็นว่าอยู่ในหมู่บ้านตลอดปลอดภัย เพราะเชื่อว่าไม่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยง หรือ แม้แต่บางคนในชุมชนรับรู้ว่าการเข้าไปร่วมในกิจกรรมเรื่องเอดส์ สนใจกิจกรรมเกี่ยวกับเอดส์ อาจทำให้คนอื่นเข้าใจผิดว่า มีความเสี่ยงต่อเอดส์ “เป็นเอดส์ หรือไม่ ทำไม่เห็น สนใจเรื่องเอดส์จึงเลย” ทำให้ชาวบ้านบางส่วนไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรม

1.2 ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเอดส์

บุคคลในชุมชน ยังมีความเข้าใจที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ไม่ถูกต้อง เช่น ประเด็นเรื่องการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อ ชาวบ้านส่วนใหญ่ รวมทั้งผู้นำ เข้าใจว่า การเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อ หมายถึง การเปิดเผยตัวให้คนในชุมชนทราบว่าเขาเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งก็เท่ากับเป็นการตีตรา (Stigma) ผู้ติดเชื้อบาง ชุมชนผู้นำประกาศให้ผู้ติดเชื้อมาแจ้งกับผู้นำจึงจะส่งชื่อไปขอรับความช่วยเหลือจากอบต. ซึ่งนับว่าเป็น ความเข้าใจผิดที่รุนแรงเพราะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อและครอบครัวขาดความมั่นใจที่จะได้รับการคุ้มครองจาก ชุมชน จึงไม่เข้าสู่ระบบการช่วยเหลือ ทำให้เสียโอกาสที่จะได้รับการดูแลจากระบบอย่างถูกต้อง และใน

ประเด็นนี้ยังสืบเนื่องถึงผู้เกี่ยวข้อง เพราะเมื่อผู้ติดเชื้อบางรายที่เปิดเผยตัวและชุมชนทราบว่าเขาเป็นผู้ติดเชื้อได้เสียชีวิตลง ลูกของบุคคลดังกล่าวยังถูกคนในชุมชนกล่าวถึงว่าเป็นลูกผู้ติดเชื้อ ซึ่งความเข้าใจเป็นเรื่องการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อ ที่ชุมชนคิดว่าเป็นการเปิดเผยตัวกับชุมชน ซึ่งคลาดเคลื่อน ทำให้สมาชิกของชุมชนบางส่วนละเมิดสิทธิของผู้เกี่ยวข้องด้วยความไม่รู้ ส่วนความเข้าใจเกี่ยวกับการดำเนินงานของกลุ่มคณะกรรมการเอดส์หมู่บ้าน ก็ยังไม่ชัดเจนกับบทบาทว่าเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน ส่งผลต่อการดำเนินกิจกรรมอย่างยั่งยืนต่อไป

1.3 ความเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ

หากชุมชนมีความเข้มแข็งในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ สิ่งหนึ่งที่น่าจะแสดงออก จากสมาชิกของชุมชนก็คือการปรับเปลี่ยนเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศที่นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอดส์ที่มีพื้นฐานมาจากความตระหนักต่อเรื่องเอดส์ แต่จากการศึกษาในระดับชุมชน ยังพบว่า วัยรุ่นทั้งในและนอกสถานศึกษายังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างเปิดเผย เช่น การมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการแอบแฝงโดยไม่มีการใช้ถุงยางอนามัย หรือ มีการใช้ถุงยางอนามัยที่ไม่ถูกต้อง เช่น ใส่หลายชั้นเพราะเชื่อว่าจะป้องกันได้ หรือ นำถุงยางที่ใช้แล้วมาใช้อีก ส่วนในกลุ่มผู้นำชุมชนจำนวนหนึ่ง ก็ยังมีเพศสัมพันธ์กับผู้ไม่ใช่คู่ของตน เพราะเป็นความสมัครใจที่จะสนุกด้วยกัน ขณะเดียวกันครอบครัวในชุมชนบางส่วนก็เห็นว่าการว่าการแนะนำให้ลูกป้องกันตนเองในเรื่องถุงยางอนามัยเป็นการสอนที่ชี้ทางให้วัยรุ่นไปลองพฤติกรรม

2. ปัจจัยระดับครอบครัว ได้แก่

ครอบครัวนับว่าเป็นปัจจัยสำคัญต่อการเข้าร่วมกิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน พ่อแม่บางส่วนที่เห็นว่าเนื้อหาที่นำมาถ่ายทอดให้ลูกซึ่งเป็นเยาวชนนั้นมีความล่อแหลมที่อาจชี้้นำให้เกิดการอยากรู้อยากลองของวัยรุ่น จึงมีทัศนคติในเชิงลบต่อกิจกรรมการให้ความรู้ในการป้องกันเรื่องเอดส์ ส่งผลให้พ่อแม่หลายคนไม่สนับสนุนให้ลูกเข้าร่วมในกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ทั้งที่ลูกเป็นวัยรุ่นกลุ่มเสี่ยง ประกอบกับพ่อแม่บางส่วนมีทัศนคติต่อลูกตนเองในเชิงความเชื่อมั่นว่าลูกจะไม่ไปมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่จะมีโอกาสรับเชื้อเอดส์ และทัศนคติที่พ่อแม่เห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องไม่ควรจะนำมาสอนกันในที่แจ้ง ทำให้พ่อแม่ไม่ใส่ใจที่จะดูแลลูกอย่างใกล้ชิดเชิงเฝ้าระวังกับลูก

นอกจากนี้ สภาพของครอบครัวที่พ่อแม่ปล่อยให้ลูกอยู่กันเองตามลำพัง เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปหารายได้ด้วยการไปทำงานต่างถิ่น โดยเฉพาะในเมืองใหญ่นั้น ทำให้เด็กมีอิสระในการคบเพื่อน นำมาสู่การรวมกลุ่มของเยาวชน ประกอบกับค่านิยมที่เยาวชนมี ทำให้ถูกชักนำไปสู่ความเสี่ยงเรื่องเพศ

อย่างไรก็ตาม ครอบครัวที่พบในชุมชน ส่วนมากเป็นครอบครัวเดี่ยว ทำให้เมื่อพ่อแม่ไม่อยู่แล้ว ลูกๆ จึงมักอยู่ตามลำพัง แม้มีญาติพี่น้องอยู่ในชุมชนแต่ก็ไม่กล้าที่จะไปบอกสอนเหมือนเช่นแต่ก่อน ปรัชญาการณ์ข้างต้นน่าจะลดน้อยลงหรือเปลี่ยนแปลงไปหากชุมชนมีความเข้มแข็งในการป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ได้อย่างแท้จริง

3. ปัจจัยระดับชุมชน ได้แก่

จากผลการศึกษาข้างต้น สามารถกล่าวได้ว่า การที่ชุมชนสามารถจัดการเรื่องเอ็ดส์ในชุมชนได้อย่างเข้มแข็งนั้น ขึ้นอยู่กับสภาพปัจจัยระดับชุมชนหลายอย่างด้วยกัน ได้แก่

3.1 ค่านิยมเรื่องเพศของชุมชน ในชุมชนที่มีค่านิยมเรื่องเพศที่เน้นแนวอนุรักษ์นิยมจะตื่นตัวและเห็นว่าการไม่ไปยุ่งเกี่ยวเรื่องเพศสัมพันธ์กับบุคคลอื่นเป็นแนวทางในการป้องกัน และ ลดความเสี่ยงเรื่องโรคเอ็ดส์ ดังนั้นชุมชนลักษณะดังกล่าว จะเข้มงวดกับพฤติกรรมของบุตรหลานที่เป็นเยาวชนทั้งชายหญิง ซึ่งตรงกันข้ามกับชุมชนที่มีค่านิยมเรื่องเพศเสรี สมาชิกในชุมชนเห็นว่าเรื่องเพศเป็นเรื่องส่วนตัว การที่บุคคลแสดงออกอย่างเปิดเผยเรื่องเพศ ได้แก่ เปลี่ยนคู่นอนอย่างเปิดเผย หรือ สมาชิกในชุมชนซื้อบริการทางเพศแบบแอบแฝง เป็นต้น ทำให้สมาชิกในชุมชนทราบข่าวสารเรื่องเพศอย่างเปิดเผย สิ่งเหล่านี้ส่งผลให้สมาชิกในชุมชนบางส่วนไม่เห็นความสำคัญว่าชุมชนมีความเสี่ยงเรื่องเอ็ดส์ ส่งผลให้การตื่นตัวเข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนเป็นไปเพียงเพื่อให้เกิดกิจกรรมเท่านั้นจึงทำให้ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ จึงยังไม่เกิดขึ้นจากจิตสำนึกการเห็นความสำคัญของปัญหาเรื่องเอ็ดส์อย่างแท้จริง

3.2 บทบาทผู้นำ ผลการวิจัยพบชัดเจนว่า การดำเนินงานด้านเอ็ดส์ไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ จะทำได้มากน้อยเพียงใดนั้น ขึ้นกับบทบาทผู้นำในชุมชน ทั้งที่เป็นผู้นำทางการและผู้นำตามธรรมชาติ ที่มีความเข้าใจถึงเป้าหมายการดำเนินงาน และเข้ามาสนับสนุนกิจกรรม และ ร่วมมือกระตุ้นกับชุมชนหรือกลุ่มคณะกรรมการเอ็ดส์หมู่บ้านเพื่อผลักดันให้เกิดกิจกรรมและต่อยอดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มเสี่ยงในชุมชน และการให้ความช่วยเหลือกับผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ให้สามารถเข้าถึงระบบการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ บทบาทของผู้นำในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ ที่ไม่ชัดเจนในบางชุมชนเพราะผู้นำเห็นว่าเรื่องเอ็ดส์เป็นภารกิจของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และอสม. ทำให้การดำเนินงานเรื่องเอ็ดส์ในชุมชนเป็นไปได้อย่างจำกัด

ข. ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดำเนินโครงการ

การดำเนินกิจกรรมของบ้านพักใจเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์นั้น มีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับสภาพเงื่อนไขด้านเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่เป็นบริบทสำคัญของการทำงานให้ชัดเจน เพื่อใช้ประโยชน์จากบทบริบทดังกล่าวมาเชื่อมโยงกับการดำเนินงานด้านเอดส์ แต่จากการวิจัยพบว่า การดำเนินงานด้านเอดส์ บ้านพักใจในฐานะผู้ดำเนินกิจกรรมให้เกิดการขับเคลื่อนเพื่อให้เกิดความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ยังทำงานกับชุมชนในลักษณะเน้นการประสานผ่านแกนนำชุมชน และหากแกนนำอยู่ในระบบของท้องถิ่นและราชการก็ใช้การประสานในขั้นตอนนี้เป็นหลัก ทำให้ชุมชนไม่ได้ขับเคลื่อนทางความคิดไปพร้อมกับสถานการณ์เรื่องเอดส์ เมื่อไม่ได้ศึกษาบริบทชุมชนอย่างชัดเจนทำให้แกนนำชุมชนที่ทำงานด้วยนั้น มิใช่แกนนำที่แท้จริง ที่จะผลักดันให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืนในการดำเนินงานด้านเอดส์ ประกอบกับกระบวนการสร้างแกนนำเพื่อทำงานด้านเอดส์ไม่มีกระบวนการที่ชัดเจน ทำให้แกนนำส่วนมากเป็นบุคคลที่รับผิดชอบงานเอดส์อยู่แล้วในชุมชน ได้แก่ อสม ซึ่งบุคคลเหล่านั้นก็มิได้รับรู้ว่าจะต้องทำงานเป็นแกนนำของชุมชนในการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระยะยาว ทำให้เป็นข้อจำกัดในการที่จะมีกลุ่มคนรับผิดชอบงานเอดส์เป็นหลักในชุมชน จึงกล่าวได้ว่า การดำเนินกิจกรรมยัง

อนึ่งการดำเนินงานของโครงการนี้ ยังไม่ได้ร่วมมือกับภาคีเพื่อผลักดันให้เกิดการทำงานเชิงบูรณาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ทั้งนี้งานเอดส์ได้รับการยอมรับว่ามีความซับซ้อนและเป็นปัญหาเชิงสังคม การเข้าไปทำงานกับเฉพาะองค์กร เช่น ทำงานกับโรงเรียนโดยให้การอบรมกับนักเรียนในโรงเรียนอาจไม่เพียงพอที่จะสร้างความตระหนักต่อปัญหาเอดส์ และเมื่อในกระบวนการทำงานผู้ดำเนินโครงการร่วมมือกับหน่วยสาธารณสุขเป็นหลัก ทำให้สมาชิกในชุมชนแม้แต่ผู้นำชุมชนที่เป็นทางการยังไม่ชัดเจนในบทบาทของผู้ดำเนินโครงการ นอกจากนี้เมื่อประมวลภาพการทำงานในพื้นที่ทั้งสามชุมชน พบว่ากิจกรรมหลักที่ผู้ดำเนินโครงการได้รับสำคัญคือกิจกรรมการอบรมให้ความรู้ ที่จัดขึ้นทั้งในและนอกชุมชน จนทำให้เกิดทัศนคติว่าเมื่อทำกิจกรรมเรื่องเอดส์เป็นเรื่องต้องมาอบรมรับฟังความรู้เรื่องเอดส์ ซึ่งสมาชิกในชุมชนเห็นว่าไม่มีความหลากหลายทั้งเนื้อหาและกิจกรรม เมื่อผู้ดำเนินโครงการให้ความสำคัญกับการให้ความรู้ เนื่องานในส่วนที่ต้องพัฒนาระบบหรือกลไกในการแก้ไขปัญหาเอดส์ให้เกิดเป็นรูปธรรมจึงไม่เกิดขึ้น กิจกรรมที่ให้ความสำคัญกับการแสวงหาตัวแกนนำในเรื่องเอดส์ที่จะเป็นกลไก หรือ ตัวขับเคลื่อนในชุมชนจึงเกิดขึ้นอย่างไม่มีเป้าหมาย จนในที่สุดคณะทำงานเอดส์หมู่บ้านก็มิได้รับการพัฒนา สร้างศักยภาพให้เป็นคณะทำงานเพื่อแก้ปัญหาในชุมชน

4. การอภิปรายผลการวิจัย

ในการวิจัยนี้ แม้ว่าจะมุ่งอธิบายความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี แต่ก็พบผลการวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเอชไอวีอยู่หลายประเด็น ซึ่งจะนำเสนออภิปรายผลการวิจัยที่เกิดขึ้นดังนี้

จากการวิจัยพบว่า ชุมชนมีปฏิกิริยาต่อผู้ติดเชื้อและผู้เกี่ยวข้องคือสมาชิกของครอบครัว ในเชิงการเห็นใจ ให้กำลังใจและยังแสดงออกถึงความอาทรและดูแลเท่าที่จะสามารถทำได้ เช่น ซื้ออาหารธรรมชาติให้ผู้ติดเชื้อหามาได้ ปฏิกิริยาดังกล่าวเกิดขึ้นในทั้งสามชุมชนที่ศึกษา ทั้งนี้เป็นเพราะว่า ส่วนหนึ่งมีความเข้าใจเรื่องการแพร่ระบาดของโรคเอชไอวีจากสื่อ และการเข้าร่วมอบรมดีขึ้น ผลการวิจัยส่วนนี้นับว่าสนับสนุนและสอดคล้องกับงานวิจัยของ เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ (2540) และ สุทธิดา รัตนวานิชย์ พันธุ์ (2541)

ส่วนในเรื่องความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี พบว่าชุมชนยังไม่สามารถจัดการได้มากนัก แม้ว่าหลายชุมชนจะพยายามหาแนวทางในการพัฒนาวิถีที่จะช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบ ซึ่งได้แก่ เด็กที่เป็นลูก หรือ พ่อแม่ที่ต้องดูแล แต่การผลักดันให้เกิดการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อที่อยู่ในชุมชนยังทำได้จำกัด ทั้งที่ในกระบวนการดำเนินโครงการได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการเอชไอวีหมู่บ้าน ทั้งนี้เป็นเพราะว่าคณะกรรมการเอชไอวีหมู่บ้านที่ได้รับการแต่งตั้งนั้น ไม่ได้รับการเสริมสร้างให้มีศักยภาพ และบุคคลที่ได้รับการแต่งตั้งไม่เป็นที่ยอมรับจากชุมชน ตลอดจนการรับรู้เรื่องเอชไอวีของชุมชนยังมีข้อจำกัดอยู่ สมาชิกชุมชนหลายกลุ่มรับรู้ว่าเป็นโรคที่ไม่มีอยู่ในชุมชน เป็นโรคที่มาจากนอกชุมชน จึงคิดว่าตนเองเสี่ยงน้อยกว่าคนที่อยู่ในเมือง ทั้งที่พฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวกับเรื่องเพศเกิดขึ้นหลากหลายรูปแบบ ทั้งการเปลี่ยนคู่นอนและการมีเพศสัมพันธ์กับคนที่เห็นว่าสะอาด หน้าตาดี อยู่แต่ในหมู่บ้าน ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้อง ผลการวิจัยดังกล่าวสอดคล้องกับงานศึกษาของ Parneed Songwattan and Lenone Maderson (1998) ทำให้สมาชิกชุมชนไม่ให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง จึงกล่าวได้ว่า การรับรู้เรื่องเอชไอวีของชุมชนไม่มีผลต่อปฏิกิริยาของชุมชน ที่จะนำไปสู่การเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนิลวรรณ สุวรรณภูมิ (2545)

ในส่วนของความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีนั้น ผลการวิจัยพบว่าชุมชนมีคณะกรรมการเอชไอวีหมู่บ้านที่ผู้ดำเนินงานโครงการเอชไอวีจัดตั้งขึ้น ทำให้ผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นกรรมการยังไม่เข้าใจบทบาทของตนชัดเจน เพราะในกระบวนการจัดตั้งดำเนินการหลังสิ้นสุดการอบรมให้ความรู้ ซึ่งหากพิจารณาว่าคณะกรรมการเอชไอวีหมู่บ้านที่ตั้งขึ้นนั้น เป็นการรวมกลุ่มกันเพื่อทำงานด้านเอชไอวีแต่ในความเป็นจริงก็ยังไม่มีการสร้างความตระหนักร่วม ยังไม่ได้มีกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเสริมสร้างศักยภาพ ดังนั้นจึงเป็นการยากที่กรรมการชุดนี้จะผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชนเพื่อตอบสนอง

ต่อสถานการณ์เรื่องเอดส์ที่เกิดขึ้นจึงกล่าวได้ว่าความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ยังไม่ดี ตามแนวคิดที่ ยิ่งยง เทาประเสริฐ (2542)

นอกจากนี้ หากพิจารณาในประเด็นการแก้ไขปัญหาเรื่องเอดส์ พบชัดเจนว่า ผู้เข้าร่วมเวทีทั้งสามชุมชน ซึ่งเป็นตัวแทนชุมชนสะท้อนว่าเคยเข้าร่วมกิจกรรมอบรม แต่ในกิจกรรมที่เป็นการดูแล และแก้ไขปัญหา กับผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบ เช่นการบริจาคเงินสำหรับกองทุนเพื่อใช้ดูแลผู้ติดเชื้อ ในภาพรวมมีเพียงร้อยละ 35.6-53.5 เท่านั้น (ตารางที่ 12) ซึ่งถือว่ายังต่ำอยู่

อนึ่งหากพิจารณาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จากองค์ประกอบ 4 มิติ ตามข้อเสนอของ ภัทสร ลิมานนท์ (2547) กล่าวได้ว่า ในส่วนขององค์ประกอบผู้ติดเชื้อ สมาชิกของชุมชนต้องมีการรับรู้ที่ถูกต้อง มีพฤติกรรมที่ไม่นำไปสู่ความเสี่ยงเรื่องการรับเชื้อเอดส์ การสร้างความตระหนักกับสมาชิกอื่น ๆ มีความจำเป็น ขณะเดียวกันก็ต้องเตรียมที่จะเข้ารับการดูแลจากภาครัฐเพื่อไม่แพ้วเชื้อต่อไป หรือแม้แต่จะหาแนวทางในการป้องกันสมาชิกไม่ให้ไปมีพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนองค์ประกอบในเรื่องของครอบครัวและชุมชน นับว่ามีความสำคัญมากเพราะมีความเชื่อมโยงกับค่านิยมเรื่องเพศ และการยอมรับผู้ติดเชื้อ เพื่อให้สามารถดำรงอยู่ได้ หรือแม้กระทั่งการไม่ละเลยต่อค่านิยมเรื่องเพศที่เป็นปัจจัยเสริมให้ไปมีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะรับเชื้อ อีกทั้งชุมชนต้องเห็นความสำคัญกับการขับเคลื่อนงานเอดส์ แต่จากผลการวิจัยพบว่าผู้นำยังไม่คิดว่าเป็นหน้าที่ที่ต้องเข้ามาจัดการเรื่องเอดส์ในชุมชน ทำให้พบว่าผู้นำชุมชนที่เป็นทางการเข้ามามีบทบาทอย่างชัดเจนเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องเอดส์อย่างเป็นรูปธรรม ในส่วนขององค์การภาครัฐยังพบว่าทำงานแบบแยกส่วน ยังไม่ได้มีศูนย์กลางการทำงานอยู่ที่ชุมชนทำให้เนื้องานที่ดำเนินการในชุมชนเป็นเชิงรับมากกว่าเชิงรุก ทำให้การแก้ไขปัญหาเรื่องเอดส์กับผู้ติดเชื้อและครอบครัวเป็นไปอย่างจำกัดเฉพาะที่เป็นกรอบการทำงานของหน่วยงานรัฐระดับพื้นที่เท่านั้น และเมื่อพิจารณาจากองค์ประกอบสุดท้ายคือ หน่วยงานภาคเอกชน ซึ่งในการศึกษานี้ทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินโครงการกิจกรรม แต่ด้วยข้อจำกัดหลายอย่าง ในกระบวนการทำงานจึงไม่ได้ให้ความสำคัญกับการศึกษาโครงสร้างทางสังคมของชุมชน ทำให้การดำเนินกิจกรรมไม่สอดคล้องกับบริบทของชุมชน และนำไปสู่ข้อจำกัดของการเข้ามามีส่วนร่วมในการผลักดันการป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องเอดส์ของชุมชน

บทที่ 5

สรุปและข้อเสนอแนะ

การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีเอดส์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในระดับชุมชน นับว่ามีความสำคัญ ซึ่งถ้าหากมีการสรุปบทเรียนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีเอดส์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชน ก็ถือว่าเป็นบทเรียนสำคัญที่ชุมชน และผู้เกี่ยวข้อง นำไปใช้เพื่อแก้ไขปัญหาเรื่องเอดส์ในชุมชนให้ชุมชนเกิดความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีได้ อันจะเป็นประโยชน์ต่อการกำหนดแนวทางการดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเรื่องเอดส์ในระดับชุมชนกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องต่อไป

การวิจัยครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์การวิจัยเพื่อศึกษา 1) ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี 2) กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี 3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี

การวิจัยครั้งนี้ดำเนินการวิจัยโดยใช้เทคนิคการวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก (Qualitative Research) ผสมผสานกับการวิจัยเชิงปริมาณ โดยกำหนดหน่วยในการวิเคราะห์ เป็นระดับครอบครัวและชุมชน ทั้งครอบครัวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวของชาวบ้านทั่วไป ในส่วนของชุมชนเน้นที่ภาพรวมของชุมชน ที่เป็นกลไกในการดำเนินงานด้านเอดส์ระดับหมู่บ้าน

พื้นที่วิจัยได้กำหนดเจาะจงเพื่อให้สอดคล้องกับพื้นที่การดำเนินงาน ขององค์การแพลน ประเทศไทย ที่มีการดำเนินงานด้านเอดส์โดยบ้านพักใจ จังหวัดอุดรธานี ในเขต 3 ตำบล และอยู่ในเขตอำเภอบ้านฝื่อ และอำเภอเพ็ญ จังหวัดอุดรธานี สำหรับกลุ่มเป้าหมายของการศึกษาข้อมูลเชิงคุณภาพ ประกอบด้วย 2 ส่วน 1) กลุ่มเป้าหมายในชุมชนสำหรับงานด้านการป้องกันเอดส์ ได้แก่ สตรีแม่บ้าน จำนวนหมู่บ้านละ 8 คน เยาวชนในสถานศึกษา ซึ่งเป็นแกนนำนักเรียนที่ดำเนินกิจกรรมด้านเอดส์ จำนวน โรงเรียนละ 3-5 คน เยาวชนนอกสถานศึกษา จำนวนหมู่บ้านละ 3-5 คน ผู้นำชุมชน ทั้งผู้นำที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ประกอบด้วย กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน สาขาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) สมาชิกกลุ่มแม่บ้าน กรรมการเอดส์หมู่บ้าน สมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล จำนวนทั้งสิ้น 118 คน 2) กลุ่มเป้าหมายในชุมชน สำหรับงานด้านการแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อ หรือ ผู้ป่วยเอดส์(ที่ยินดีให้ข้อมูล) และครอบครัว จำนวน 4 ครอบครัว และครอบครัวที่เคยมีสมาชิกติดเชื้อและป่วยด้วยเอดส์และได้เสียชีวิตแล้ว จำนวน 3

ครอบครัว 3) กลุ่มเป้าหมายที่อยู่นอกชุมชน ได้แก่ นายกองค้การบริหารส่วนตำบล ทั้งสามตำบล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล จำนวน 6 คน คณะครูผู้เป็นแกนนำงานเอดส์ในโรงเรียนในพื้นที่วิจัย จำนวน 6 คน เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลอำเภอที่รับผิดชอบงานเอดส์ 1 คน เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองระดับอำเภอที่รับผิดชอบงานเอดส์ของอำเภอบ้านผือและอำเภอเพ็ญ จำนวน 6 คน ตลอดจนเจ้าหน้าที่ของบ้านพักใจอุดรธานี ที่รับผิดชอบงานเอดส์ จำนวน 3 คน และเจ้าหน้าที่ขององค์กรแพลงประเทศไทยที่รับผิดชอบพื้นที่วิจัย จำนวน 2 คน

เครื่องมือวิจัยเพื่อรวบรวมข้อมูลวิจัย ได้แก่ 1) แนวทางการสัมภาษณ์ (Interview Guideline)

สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพ จากกลุ่มเป้าหมายของการวิจัย

2) แบบสัมภาษณ์ (Interview Schedule) **สำหรับการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณ** เพื่อประเมินการรับรู้เรื่องโรคเอดส์ และ ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของกลุ่มเป้าหมายทั้งในและนอกชุมชนบางส่วน ที่เข้าร่วมในกิจกรรมการตรวจสอบข้อมูลของแต่ละพื้นที่ เครื่องมือวิจัยส่วนนี้ประกอบด้วยข้อคำถาม 4 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อคำถามทั่วไป เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับคุณลักษณะส่วนบุคคลของผู้ตอบในเรื่อง เพศ อายุ ระดับการศึกษา เป็นลักษณะแบบเติมคำ และเลือกตอบ ส่วนที่ 2 ข้อคำถามเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน ประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับ สถานภาพในชุมชน ประสบการณ์ในการทำงานเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ภายใต้กิจกรรมที่บ้านพักใจดำเนินการ เป็นลักษณะแบบเลือกตอบ ส่วนที่ 3 ข้อคำถามเกี่ยวกับการรับรู้เรื่องเอดส์ เป็นคำถามที่ให้แสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับประเด็นเรื่องเอดส์เพื่อประเมินการรับรู้ของผู้ตอบ ประกอบด้วยคำถาม 11 ข้อ มีลักษณะคำตอบแบบสเกล คือ เห็นด้วย ไม่เห็นด้วย ไม่แน่ใจ ส่วนที่ 4 ข้อคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อการสร้างความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาเรื่องเอดส์ของชุมชน เพื่อให้ประเมินความเข้มแข็งในการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน มีลักษณะคำตอบเป็นแบบเลือกตอบ

ในการวิจัยครั้งนี้ นอกเหนือจากการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความเข้มแข็งและเรื่องเอดส์ เพื่อรวบรวมองค์ความรู้ โดยการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับรายงานสรุปผลการประชุมต่างๆที่เกี่ยวข้องกับกิจกรรมที่ดำเนินงานของโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์แล้ว ได้ดำเนินการศึกษาข้อมูลเบื้องต้นในภาคสนาม ตลอดจนสอบถามเกี่ยวกับตัวบ่งชี้ (indicators) ผลการดำเนินงานของโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ในทัศนะของชาวบ้าน และสัมภาษณ์หัวหน้าโครงการและเจ้าหน้าที่ของโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ (บ้านพักใจ อุดรธานี) เกี่ยวกับการดำเนินงานในพื้นที่ และตัวบ่งชี้ผลการดำเนินงานในทัศนะของผู้ดำเนินงาน ทั้งนี้เพื่อกำหนดกรอบตัวชี้วัดความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แล้วจึงเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนามในพื้นที่วิจัย จากกลุ่มเป้าหมายที่กำหนด โดยใช้

วิธีการสัมภาษณ์กึ่งโครงสร้าง (Semi-structured Interviews) (Grandstaff and Grandstaff, 1987) ตามแนวทางการสัมภาษณ์ที่สร้างขึ้น และใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้วิธีการศึกษาแบบมีส่วนร่วมของชุมชน (Participatory Rural Appraisal -PRA)

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มเป้าหมายได้ทั้งหมดแล้ว ได้จัดให้มีการประชุมเพื่อรับฟังผลการวิเคราะห์ข้อมูลเบื้องต้น และตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ผู้วิจัยรวบรวมมา และระดมความคิดเห็นจากผู้เกี่ยวข้องในประเด็นเรื่องแนวทางการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีในชุมชน นอกจากนี้ยังเป็นการเปิดโอกาสให้กลุ่มต่างๆ ได้เสนอความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเพิ่มเติม เกี่ยวกับแนวทางการดำเนินงานเพื่อให้เกิดผลดีต่อชุมชน

ในการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพที่เก็บรวบรวมข้อมูลมาจากแหล่งต่างๆ ดำเนินการโดยการจัดหมวดหมู่ตามแนวทางการสัมภาษณ์ และใช้การวิเคราะห์เชิงเนื้อหา (Content Analysis) เพื่อให้สามารถสรุปผลได้ตามวัตถุประสงค์การวิจัยในรูปของรายงานเชิงพรรณนา ส่วนข้อมูลเชิงปริมาณที่ได้จากแบบสัมภาษณ์ ดำเนินการลงรหัสและประมวลผลด้วยโปรแกรมสำเร็จรูปสำหรับการวิจัยทางสังคมศาสตร์ แล้วดำเนินการวิเคราะห์ด้วยสถิติอย่างง่าย (Descriptive Statistics) ด้วยค่า ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่าต่ำสุดและค่าสูงสุด และดำเนินการวิเคราะห์ด้วยตารางไขว้ (Contingency Tables)

1. สรุปผลการวิจัย ผลการวิจัยสรุปได้ดังนี้

1) ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี

ผลการวิจัยพบว่า หากพิจารณาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี จาก 2 มิติ ได้แก่ **มิติการมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานด้านเอชไอวี** กล่าวได้ว่า เป็นความเข้มแข็งเฉพาะการเข้าร่วมกิจกรรมบางกิจกรรม ส่วนการมีส่วนร่วมในขั้นตอนอื่นๆ ก็ยังมีข้อจำกัด โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทางของกิจกรรมตามความต้องการของชุมชน ประกอบกับเนื้อหาเอชไอวีเป็นเรื่องเฉพาะทางที่แกนนำก็ไม่มี ความมั่นใจกับความรู้เรื่องเอชไอวี ซึ่งส่งผลสืบเนื่องทำให้ชุมชนไม่สามารถดำเนินการต่อได้ด้วยตนเอง และหากมองจาก **มิติการมีองค์กรทำหน้าที่จัดการเรื่องเอชไอวีระดับชุมชน** เพื่อดำเนินงานด้านการป้องกันการแพร่ระบาดและการแก้ไขปัญหาที่เป็นผลสืบเนื่องจากเรื่องเอชไอวีนั้น พบว่า การดำเนินงานของบ้านพักใจสามารถผลักดันให้เกิดกลุ่มองค์กรคือ คณะกรรมการเอชไอวีหมู่บ้าน แต่ด้วยข้อจำกัดของระยะเวลาดำเนินงานที่สั้น ข้อจำกัดด้านตัวบุคคล และความไม่ชัดเจนในบทบาทของคณะทำงาน ทำให้ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างที่คาดไว้ นอกจากนี้แม้ว่าชุมชนส่วนใหญ่จะมีความรู้เพิ่มผ่านกิจกรรมต่างๆ แต่ก็ไม่สามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของคนบางกลุ่มในชุมชน ในด้านการ

ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อพบว่า บางประเด็นเป็นอุปสรรคต่อการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อที่จะเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา ส่วนผู้ติดเชื้อในชุมชนได้รับการช่วยเหลือผ่านศูนย์เฉลิมพระเกียรติเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและครอบครัว การผลักดันให้เกิดระบบการช่วยเหลือจากชุมชนยังไม่เกิดขึ้นเป็นรูปธรรม มีเพียงบางชุมชนที่เริ่มต้นแสวงหาแนวทาง แต่ด้วยข้อจำกัดด้านทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อ จึงทำให้ไม่สามารถขับเคลื่อนระบบการช่วยเหลือได้อย่างชัดเจน

2) กระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ผลการวิจัยพบว่ากระบวนการของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มี 2 ลักษณะ คือ **ชุมชนที่สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมดังกล่าวได้เอง** เกิดจากการสร้างแกนนำในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง มีประสบการณ์ในการทำงานร่วมกับชุมชนและหน่วยสนับสนุนได้เป็นอย่างดี อีกทั้งยังเป็นบุคคลที่ชุมชนเข้าใจบทบาทและยอมรับในตัวแกนนำในชุมชนเป็นเวลายาวนานแล้ว ผลที่เกิดขึ้นคือ การดำเนินงานเอดส์ในชุมชนเกิดความต่อเนื่องของกิจกรรมได้เป็นอย่างดี สามารถขยายจำนวนคนเข้าร่วมกิจกรรมที่มีความหลากหลายในด้าน อายุ เพศ และรวมทั้งการดำเนินงานของชุมชนก็มีความหลากหลายมากขึ้น รวมไปถึงความสามารถในการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ต่อชุมชน จึงมีผลให้ในชุมชนมีความความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาเอดส์โดยชุมชนได้ในระดับที่ชุมชนต่างยอมรับ และเชื่อมั่นในศักยภาพของคณะทำงานเอดส์หมู่บ้านได้ชัดเจนเป็นรูปธรรม **ชุมชนยังไม่สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมดังกล่าวได้เอง** เป็นผลเกิดจากการที่มีหน่วยงานสนับสนุนภายนอกมาสร้างกิจกรรมอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ทำให้ชุมชนเกิดความเคยชิน ชุมชนมีบทบาทเพียงเข้าไปร่วมและเป็นผู้ประสานงานเมื่อถึงวาระโอกาสเท่านั้น นอกจากนี้การกระจุกตัวอยู่ที่กลุ่มเป้าหมายกลุ่มเดิม และการดำเนินงานเอดส์ที่มุ่งเน้นไปที่การสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่กลุ่มเป้าหมาย แต่ไม่ได้ให้ทักษะในการถ่ายทอด การขยายผลหรือการนำความรู้ไปใช้ รวมทั้งความไม่เชื่อมั่นในตนเองของคณะทำงาน และการไม่ยอมรับในตัวคณะทำงานของชุมชน ทำให้ชุมชนไม่สามารถขับเคลื่อนกิจกรรมเอดส์ได้ด้วยตนเอง

3) ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ผลการวิจัยพบว่า มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อยู่ 2 ส่วนได้แก่ 1) **ปัจจัยเกี่ยวกับชุมชน** ซึ่งมีอยู่หลายระดับ ได้แก่ *ระดับบุคคล* คือการมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ และพฤติกรรมทางเพศอย่างถูกต้อง *ในระดับครอบครัว* สิ่งที่เป็นอุปสรรคที่สำคัญก็คือทัศนคติของพ่อแม่ในเชิงลบต่อกิจกรรมการให้ความรู้ในการป้องกันเรื่องเอดส์ และทัศนคติต่อ

ลูกตนเองในเชิงความเชื่อมั่นว่าลูกจะไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่จะมีโอกาสรับเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้สภาพของครอบครัวที่ลูกอยู่กันเองตามลำพัง เนื่องจากพ่อแม่ต้องไปหาทำงานต่างถิ่น ทำให้เด็กมีอิสระในการคบเพื่อน นำมาสู่การรวมกลุ่มของเยาวชน ประกอบกับค่านิยมที่เยาวชนมี ทำให้ถูกชักนำไปสู่ความเสี่ยงเรื่องเพศได้ง่ายขึ้น *ในระดับชุมชน* ค่านิยมเรื่องเพศของชุมชนที่เน้นแนวอนุรักษ์นิยมเป็นแนวทางในการป้องกัน และลดความเสี่ยงเรื่องโรคเอดส์ได้ นอกจากนี้บทบาทผู้นำควรมีความเข้าใจถึงเป้าหมายการดำเนินงาน และเข้ามาสนับสนุนกิจกรรม และ ร่วมมือกระตุ้นกับชุมชนเพื่อผลักดันให้เกิดกิจกรรมและต่อยอดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกกลุ่มเสี่ยงในชุมชน รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถเข้าถึงระบบการช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีดำรงชีวิตอยู่ต่อไปได้ และ 2) **ปัจจัยเกี่ยวกับผู้ดำเนินโครงการเอดส์ในชุมชน** มีความจำเป็นต้องทำความเข้าใจกับสภาพเงื่อนไขด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่เป็นบริบทสำคัญของการดำเนินงานให้ชัดเจน รวมทั้งมีการเชื่อมโยงหรือร่วมมือกับทุกภาคีที่มีอยู่ในชุมชน

2. ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

ผลการวิจัยครั้งนี้ สามารถนำมาสู่ข้อเสนอแนะเพื่อการพัฒนาปรับปรุงงานด้านเอดส์ในระดับชุมชน ดังนี้

1) การศึกษาในประเด็นความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชนครั้งนี้ ชี้ให้เห็นชัดเจนว่า ผู้ดำเนินงานด้านเอดส์ระดับชุมชนต้องให้ความสนใจกับบริบทของชุมชนทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม เพราะเรื่องเอดส์เป็นประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ และ เรื่องเพศก็มีความเชื่อมโยงถึงประเด็นค่านิยมและวัฒนธรรมในท้องถิ่น ในการดำเนินงานจึงต้องมีความเข้าใจเรื่องดังกล่าวเป็นพื้นฐานเพื่อ เป็นข้อมูลในการพัฒนากิจกรรมเพื่อผลักดันการดำเนินงานด้านเอดส์

2) การดำเนินกิจกรรมเพื่อขับเคลื่อนชุมชนไปสู่ความเข้มแข็งในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์นั้น จำเป็นต้องมีลักษณะของกิจกรรมครอบคลุมทั้งกลุ่มเป้าหมายที่ต้องป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อและกลุ่มเป้าหมายที่เป็นผู้ติดเชื้อให้ได้รับการเยียวยาเพื่อดำรงชีวิตต่อไปได้ ซึ่งการดำเนินกิจกรรมตามสองแนวทางนี้มีกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานที่ต่างกัน ผู้ดำเนินโครงการต้องกำหนดแนวทางในการวิเคราะห์กลุ่มเป้าหมาย เพื่อนำไปสู่การกำหนดกิจกรรมในการป้องกัน หรือ ในการแก้ไขปัญหาให้ได้เหมาะสมยิ่งขึ้น กลุ่มเป้าหมายเพื่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ น่าจะเป็นกลุ่มที่ได้รับความสนใจในการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง เพราะมีผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี ขณะที่ดำเนินการกิจกรรมในมิติของการแก้ไขเอดส์ที่ปรากฏในชุมชน ส่วนหนึ่งน่าจะเป็นรูปธรรมให้สมาชิกชุมชนมีการรับรู้เกี่ยวกับการอยู่

ร่วมกับผู้ติดเชื้อได้ ซึ่งเป็นการสร้างความตระหนัก การรับรู้ที่ถูกต้องผ่านการดำเนินการแก้ไขปัญหาย่างแท้จริง

3) ในการวิจัยนี้ ยังพบว่า การสร้างรูปแบบการทำงานร่วมกันระหว่างภาคีที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเรื่องเอดส์ในระดับชุมชนยังไม่ชัดเจน ทำให้เกิดข้อจำกัดในการพัฒนากลไกในการแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน ซึ่งไม่เป็นผลดีต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัว และไม่เป็นผลดีต่อการสร้างการรับรู้และทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัว การให้ฝ่ายรัฐ หรือ ฝ่ายเอกชนเป็นเจ้าภาพ นับว่าทำได้จำกัดมาก ดังนั้นแนวทางที่น่าจะเกิดขึ้นคือ ต้องมีกลไกระดับหมู่บ้าน และกลไกดังกล่าวต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพเพื่อที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ประสานประโยชน์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและครอบครัว ทั้งนี้ผู้นำชุมชนต้องให้การสนับสนุนงานเอดส์ เพราะการแก้ไขปัญหारेื่องเอดส์จะทำให้ครอบครัวของผู้ติดเชื้อ

สำหรับการวิจัยครั้งนี้แม้ว่าจะทำการศึกษาเชิงลึกเพื่อให้ได้ภาพเกี่ยวกับการรับรู้ ความเข้าใจและการขับเคลื่อนของชุมชน แต่ก็ยังพบว่าไม่ครอบคลุมถึง กลุ่มผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งที่ไม่ได้อยู่ในชุมชน เนื่องจากต้องออกไปทำงานต่างถิ่น ดังนั้นบุคคลกลุ่มนี้ จึงไม่มีโอกาสที่จะให้ความเห็น หรือ แม้แต่จะเข้าร่วมกิจกรรมเพื่อสร้างความตระหนัก และส่งเสริมการรับรู้ในเรื่องเอดส์ในหลายมิติ การศึกษาครั้งต่อไปควรรีความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าวนี้ด้วย

เอกสารอ้างอิง

- กฤตยา อาชวนิจกุล และวราภรณ์ แจ่มสนิท. (2537). **วัยรุ่นชายกับการซื้อประเวณี : การศึกษาแนวทางการเปลี่ยนแปลงค่านิยมการซื้อประเวณี**. เชียงใหม่ : ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- คณะกรรมการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ. (มปป.). **แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544**.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2544). **แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549**.
- คณะทำงานเสริมสร้างศักยภาพ คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด. (2545). **การเสริมสร้างศักยภาพคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด พ.ศ. 2544-2545 : ภารกิจ บทบาท หน้าที่ และแนวทางการบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด**. กรุงเทพฯ : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- จรรยา เศรษฐบุตร. (2541). **รายงานการสำรวจสภาวะเยาวชนไทย พ.ศ.2541**. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- จิรวรรณ แทนวัฒนกุล. (2544). **พฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น : กรณีศึกษาวัยรุ่นของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งในภาคอีสาน**. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- จุฑามาศ นุชนารถ. (2531). **การมีเพศสัมพันธ์และการคุมกำเนิดของกลุ่มวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญในจังหวัดสุพรรณบุรี**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการเจริญพันธุ์และการวางแผนประชากร. มหาวิทยาลัยมหิดล
- ชาย โพธิ์สีตา และคณะ. (มปป.). **ความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานในวัยรุ่นไทย: อิทธิพลของปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยครอบครัว**.
- ดุษฎี อายุวัฒน์. (2545). **ผลของการแก้ไขปัญหาร่างตัวในกลุ่มผู้ยากลำบาก กรณีศึกษาเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ จังหวัดขอนแก่น**. ขอนแก่น : ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา. มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดุษฎี อายุวัฒน์. (2547). **ผลการติดตามการปฏิบัติงานของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดในเขตสคร.6 ปี 2547**. ขอนแก่น : คณะมนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดุษฎี อายุวัฒน์. (2548). **ผลการติดตามการดำเนินงานของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไข**

- ปัญหาเอดส์ในเขตที่ 6.** ขอนแก่น : สำนักงานควบคุมและป้องกันโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น.
ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. (2547). **ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ.2547.** กรุงเทพฯ : สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค.
- ธีระพงษ์ แก้วหาวงษ์. 2543. **กระบวนการเสริมสร้างชุมชนเข้มแข็ง ประชาคม ประชาสังคม.** ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
- นิลวรรณ สุวรรณกฎ. (2545). **ปฏิภรียาของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์.** วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนา มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- เนาวรัตน์ พลายน้อย และคณะ. (2540). **การตอบสนองและการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ของชุมชนที่มีความชุกของการติดเชื้อสูง.** กรุงเทพฯ : มหาวิทยาลัยมหิดล.
- บัน ยีรัมย์. (มปพ.). **การเฝ้าระวังการเข้าถึงบุหรืของเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี.** สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ. (2540). **รายงานการวิจัยเรื่อง ผู้หญิงอีสานกับการเผชิญปัญหาโรคเอดส์.** คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ปาริชาติ จันทร์จรัส, สมบัติ แทนประเสริฐ, นุชนารถ เดชศิริ, & จริยาภรณ์ ยาชมภู. (2537). **ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ : กรณีศึกษาเบื้องต้น.** การประชุมวิชาการนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 10 ระหว่างวันที่ 7-12 สิงหาคม 2537 ณ เมืองโยโกฮามา ประเทศญี่ปุ่น.
- พนิดา จิระไพศาลพงศ์. (2540). **รายงานการวิจัยบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลต่อการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์.** สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1. นนทบุรี กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- พรพิมล เจียมนาครินทร์. (2539). **พัฒนาการวัยรุ่น.** กรุงเทพฯ : ดันอ้อแกรมมี.
- _____. (2539). **ทิศทางการวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน.** ใน **สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 6.** 26-28 สิงหาคม 2539. โรงแรมโซฟิเทล ราชอาณาจักรขอนแก่น. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์. (2533). **เครือข่ายสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเองในการดูแลสุขภาพตนเองที่สนะทางสังคมวัฒนธรรม.** ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล.
- _____, วาทีนี บุญชะล็กษ์. (2531). **การวิเคราะห์เครือข่ายสังคม ในการศึกษาเชิงคุณภาพ : เทคนิคการวิจัยภาคสนาม.** โครงการเผยแพร่ข่าวสารและการศึกษาด้านประชากรสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

- พีรยา จารุทรัพย์. (2539). **โรคเอดส์เชิงสังคมวัฒนธรรมไทยที่สะท้อนผ่านสื่อทางหนังสือพิมพ์รายวัน**. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. (2537). **การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์**. ศูนย์ศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ภัสสร ลิมานนท์. (2547). **เอดส์ : ข้อควรพิจารณาด้านการป้องกัน การรักษา และการดูแล**. วารสารประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย. ปีที่20 ฉบับที่ 2 (กันยายน 2547).
- มานี ปิยอนันท์, เกศสุดา จิรวัดเดช และอรวรรณ ปัจฉา. (2545). **พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียน**. สารสิริราช 54, 8 (ส.ค.2545) 455-465.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. (2542). [http://22www.vijai.org/history/สิบคั่นเมื่อ 23 พ.ย. 2548](http://22www.vijai.org/history/สิบคั่นเมื่อ%2023%20พ.ย.%202548).
- จำเริญ ศรีนวล. (มปพ.). **ความรุนแรงทางเพศคืออย่างไร: มุมมองจากวัยรุ่นไทย**. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข.
- วรรษัย ทองไทย, & อรพินทร์ พิทักษ์มหาเกษ. (2537). **ความรู้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ : โครงการสำรวจประสิทธิผลของการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ต่อพฤติกรรมและค่านิยม**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วรรณวิมล สุนทรศักดิ์. (2548). **การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของวัยรุ่น**. วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสังคมวิทยาการพัฒนาศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- วันทนี วาสิตกะสิน และคณะ. (2541). **รายงานการวิจัยเรื่องการศึกษาพฤติกรรมการยอมรับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อในประเทศไทย**. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.
- วาสนา อิมเอม และศศิเพ็ญ พวงสายใจ. (2542). **การจัดสรรทรัพยากรและการตอบสนองของครอบครัวต่อภาวะเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์**. นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- วิฑูร พูลเจริญ และคณะ. (2542). **รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536 – 2540**. นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- ศิริกุล อิศรานุรักษ์และคณะ. (2546). **รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย ปี 2546**.
- ศิริพร จิรวัดมนกุล. (2541). **ภาพชีวิต สถานการณ์ทางสังคมและสาธารณสุขของคณงานก่อสร้าง**

- ไทย. วารสารการวิจัยระบบสาธารณสุข ปีที่6 ฉบับที่ 1 (2541).
- ศิริมา นามประเสริฐ. (2544). **ครอบครัวและชุมชนกับการสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยโรคเอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ และคณะ. (2539). **รายงานเบื้องต้นปัจจัยกำหนดที่มีผลต่อการยอมรับการดูแลผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS โดยชุมชน : ประสบการณ์จากภาคเหนือ**. เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการ วันที่ 26 เมษายน 2539. ณ โรงแรมปาร์ควินน์ธนา จังหวัดเชียงใหม่.
- ศูนย์ประสานงานการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. (2541). **ชุมชนอีสานกับผู้ติดเชื้อเอดส์ : แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต. การประชุมวิชาการระดับภูมิภาค ครั้งที่3.**
- สมพร ดำรงศิลป์. (2542). **การวิจัยเรื่องทัศนคติและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อของผู้ใช้แรงงาน**. กรุงเทพฯ รู้ทันเอดส์ ปีที่ 8 ฉบับที่ 54 (ต.ค. 2542-ม.ค. 2543).
- สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์. (2539). **ระบบบริการทางการแพทย์สำหรับโรคเอดส์ : ปัญหาและทางออก. ในสรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 6. 26-28 สิงหาคม 2539.**
- สร้อย อนุสรณ์วีรกุล และคณะ. (2539). **รายงานการวิจัยเรื่องแนวทางการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในเยาวชนสตรี**. ขอนแก่น : คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุชาดา รัชชกุล. (2547). **พฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น**.
- สุชีลา ตันชัยนันท์. (2541). **บทบาทครอบครัว ชุมชน และองค์กรเอกชน ต่อการดูแลผู้ป่วยเอดส์และแก้ปัญหาเอดส์. ใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, & ศันสนีย์ เรืองสอน. (บรรณาธิการ). องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์. (หน้า 145-170). พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งแสง.**
- สุดาจันทร์ วัชรกิตติ. (2535). **ความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายทางสังคม การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้สูงอายุในเขตเทศบาลเมืองร้อยเอ็ด**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- สุทธิดา รัตนวาณิชพันธ์. (2541). **การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์โดยชุมชน : กรณีศึกษาโครงการอาสาสมัครสาธารณสุขป้องกันและควบคุมโรคเอดส์โดยชุมชน**. กรุงเทพฯ : ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐานภาคกลาง.
- สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. (2547). **รายงานผลตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษของประเทศไทย พ.ศ.2547.**
- เสาวภา พรศิริพงษ์. (2541). **ใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, & ศันสนีย์ เรืองสอน.**

(บรรณานุกรม). **องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์.**
กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์รุ่งแสง.

เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ. (2537). **ปฏิภิกิริยาของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ :**

กรณีศึกษาหมู่บ้านในจังหวัดเชียงราย. เอกสารวิชาการประกอบการสัมมนาเรื่องความร่วมมือของชุมชนในการป้องกันและดูแลผู้ป่วยเอดส์. นครปฐม : สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล.

เสาวภา พรศิริพงษ์ และพรทิพย์ อุสุภรัตน์. (2535). **ชีวิตลูกเรือประมงอีสาน** สถาบันวิจัยภาษาและวัฒนธรรมเพื่อพัฒนาชนบท มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรทัย หฐเจริญพรพานิช. (2541). **การศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการยอมรับภาวะการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ของครอบครัว.** วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิตบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

อรทัย อัจฉา และสมศักดิ์ นัคลาจารย์. (2540). **รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่องเครือข่ายอาสาสมัครเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมเอดส์.** กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์.

อุมาภรณ์ ภัทรวาณิชย์. (2538). **รายงานการวิจัยเรื่องปัจจัยทางวัฒนธรรมที่มีผลต่อพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เสี่ยงของวัยรุ่น.** นครปฐม : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.

Cheeraphan, A. (2001). **Factors Affecting Sexual Behavior of Adolescents in The Secondary Schools under the General Education Department, Khon Kaen Province.** Khon Kaen: Khon Kaen University.

Nithi Aeusrivongse. (2004). **Talk about Sexuality in Thailand.** Southeast Asian Consortium on Gender ,Sexuality and Health.

Praneed Songwathana and Lenore Manderson. (1998). **Perceptions of HIV/AIDS and Caring for People with Terminal Aids in Southern Thailand.**
<http://medinfo.psu.ac.th/smj2/181/smj1819.html> สืบค้นเมื่อ 18 ม.ค. 2550.

<http://168.120.31.165/ipoll/2548/0209.html>

www.aidsthai.org/203.157.19.193/aids/Aidstab4_1.html

<http://www.aidsthai.org/sathana050131.html>

<http://www.cds.wtu.com/index.php?option=content&task=view&id=152&Itemid=34>

www.clinicrak.com/teenage/mental_social01.html

<http://epid.moph.go.th/dpc6.ddc.moph.go.th/epidem/aids>

<http://medinfo.psu.ac.th/smj2/181/smj1819.html>

http://www.rakbankerd.com/01_jam/thaiinfor/country_info/index.html?topic_id=788

<http://www.vijai.org/history>

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แนวทางการสัมภาษณ์

แนวทางการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายของโครงการเอดส์บ้านพักใจ ในชุมชน วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
2. ศึกษากระบวนการของชุมชนที่นำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
3. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

กลุ่มเป้าหมายของโครงการ

- 1) กลุ่มผู้รู้ของชุมชน ที่สามารถให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับชุมชนได้ ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อบต. ผู้นำอาวุโส ประธานกรรมการองค์กรระดับหมู่บ้าน
- 2) กลุ่มเป้าหมายของโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มสตรี เด็กและครอบครัวที่ได้รับผลจากโครงการฯ และสมาชิกของกลุ่มกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์
- 3) เจ้าหน้าที่รัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่ของศูนย์เฉลิมพระเกียรติในการแก้ไขปัญหาเอดส์อำเภอ

ประเด็นคำถามเฉพาะการตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

1. คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเรื่องเอดส์ที่จัดโดยบ้านพักใจ
เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์เรื่องโรค
2. ความเข้าใจและการรับรู้ของชุมชนเกี่ยวกับเรื่องเอดส์
 - สภาพของผู้ติดเชื้อและครอบครัว/เด็ก ด้านเศรษฐกิจ สังคม ฯลฯ
 - บทบาทของโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ ที่มีต่อสถานการณ์ด้านเอดส์ของชุมชน และครอบครัวของเด็กที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ
 - กระบวนการที่นำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
 - การจัดการของชุมชนเกี่ยวกับสถานการณ์เอดส์และผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม
 - ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

แนวทางการสัมภาษณ์กลุ่มเป้าหมายของโครงการเอดส์บ้านพักใจ ในชุมชน วัตถุประสงค์การวิจัย

1. ศึกษาความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
2. ศึกษากระบวนการของชุมชนที่นำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
3. ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

กลุ่มเป้าหมายของโครงการ

- 1) กลุ่มผู้รู้ของชุมชน ที่สามารถให้ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับชุมชนได้ ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน อบต. ผู้อาวุโส ประธานกรรมการระดับหมู่บ้าน
- 2) กลุ่มเป้าหมายของโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มสตรี เด็กและครอบครัวที่ได้รับผลจากโครงการฯ และสมาชิกของกลุ่มกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินการโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์
- 3) เจ้าหน้าที่รัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับอำเภอ เจ้าหน้าที่ของศูนย์เฉลิมพระเกียรติในการแก้ไขปัญหาเอดส์ อำเภอ

ประเด็นคำถามเฉพาะการตอบวัตถุประสงค์การวิจัย

1. คุณลักษณะของผู้เข้าร่วมกิจกรรมเรื่องเอดส์ที่จัดโดยบ้านพักใจ
 - เพศ อายุ ระดับการศึกษา ประสบการณ์เกี่ยวกับกิจกรรมเรื่องเอดส์ การเป็นสมาชิกกลุ่ม
2. ประสบการณ์การเข้าร่วมกิจกรรมเรื่องเอดส์มาก่อนที่จะเข้าร่วมกับบ้านพักใจ
3. การมีส่วนร่วมต่อกิจกรรมเรื่องเอดส์ที่เข้าร่วมกับบ้านพักใจ
 - ลักษณะกิจกรรมที่เข้าร่วม
 - ความคิดเห็นต่อการดำเนินกิจกรรมของบ้านพักใจ (เนื้อหา / กระบวนการ / การนำความรู้ไปใช้ ดำเนินงานต่อ)
 - กระบวนการที่นำไปสู่การเข้าร่วมกิจกรรมเรื่องเอดส์กับบ้านพักใจ
 - เหตุผลที่นำไปสู่การตัดสินใจเข้าร่วม/กิจกรรมที่เด่นคืออะไรบ้าง เพราะเหตุใด
 - ผลของการดำเนินกิจกรรมแต่ละอย่าง ส่งผลอย่างไรกับบุคคล ครอบครัว และชุมชน ทั้งที่ปกติ และ กลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

4. ความเข้าใจและการรับรู้เกี่ยวกับเรื่องเอดส์ (ทั้งระดับบุคคล ครอบครัว และชุมชน) ก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมที่บ้านพักใจ
5. บทบาทก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรม ด้านการป้องกัน/ด้านการแก้ไขปัญหาเอดส์
6. ความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ และ การสนับสนุนที่ได้รับความคิดเห็นต่อผลการดำเนินงานของบ้านพักใจในเรื่องเอดส์
7. ความคิดเห็นต่อความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการแก้ไข และป้องกันปัญหาเอดส์ อะไรบ้างที่เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนดังกล่าว

คำถามสำหรับการสัมภาษณ์ครอบครัวหรือ ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์

- สภาพของผู้ติดเชื้อและครอบครัว/เด็ก ด้านเศรษฐกิจ สังคม ฯลฯ
- บทบาทของโครงการชุมชนเข้มแข็งเรื่องเอดส์ ที่มีต่อสถานการณ์ด้านเอดส์ของชุมชนและครอบครัวของเด็กที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ
- กระบวนการที่นำไปสู่ความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- การจัดการของชุมชนเกี่ยวกับสถานการณ์เอดส์และผลกระทบที่เกิดขึ้นทั้งทางตรงและทางอ้อม
- ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

หมายเหตุ

ข้อมูลเกี่ยวกับกิจกรรมที่บ้านพักใจทำ ได้แก่

1. อบรมเรื่องการสื่อสารเรื่องเอดส์ให้กับบุคลากรทางการศึกษา
2. อบรมเรื่องการสื่อสารเรื่องเอดส์ให้กับกลุ่มแม่บ้าน
3. จัดกระบวนการวางแผนแก้ไขปัญหาเอดส์ด้วย AIC
4. อบรมเยาวชน 5 โรงเรียน
5. จัดกิจกรรมเอดส์โลก
6. สนับสนุนคณะอนุกรรมการเอดส์อำเภอ ตำบล และจังหวัด

ภาคผนวก ข แบบสอบถาม

แบบสอบถามสำหรับผู้เข้าร่วมเสวนา

“แนวทางการสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการจัดการปัญหาเอดส์อย่างยั่งยืน”

คำชี้แจง กรุณาเขียนเครื่องหมาย / และเติมคำลงในช่องว่างตามความเข้าใจ/ความคิดเห็นของท่าน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนตัว

1. เพศ 1 ชาย 2 หญิง

2. อายุปี

4. ระดับการศึกษา

1 ไม่ได้เรียน

2 ประถมศึกษา

3 มัธยมศึกษา

4 ปวช./ปวส.

5 ปริญญาตรีขึ้นไป

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาเอดส์หมู่บ้าน

1. สถานภาพในชุมชน

1 กลุ่ม อสม.

2 คณะทำงานเอดส์หมู่บ้าน

3 กลุ่มเยาวชนที่ทำกิจกรรมเอดส์

4 ผู้นำ/คณะกรรมการหมู่บ้าน/อบต.

5 สมาชิกชมรมด้านเอดส์ (วัยใส/เยาวชนคนรักบ้าน)

6 เจ้าหน้าที่/พนักงานของรัฐ (สถานีอนามัย/โรงพยาบาล/โรงเรียน)

7 อื่น ระบุ.....

2. ประสบการณ์ในการทำงานเอดส์

1 เข้าร่วมอบรมให้ความรู้เรื่องเอดส์ จำนวน..... ครั้ง

จัดโดย.....

2 เข้าร่วมกิจกรรมของบ้านพักใจ

2.1 อบรมให้ความรู้เรื่องเอดส์

2.2 เข้าร่วมประชุม 5 ภาคี

2.3 อบรมให้ความรู้เรื่องเอดส์ที่โรงเรียน/สถานีอนามัย

2.4 เข้าร่วมจัดทำแผนพัฒนาด้านเอดส์ ณ จังหวัดหนองคาย

2.5 เข้าร่วมประชุมกับคณะทำงานจากบ้านพักใจ

- 3 ร่วมกิจกรรมเดินรณรงค์ป้องกันเอชไอวี
- 4 ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ทำกิจกรรมเอชไอวีหมู่บ้าน
- 5 ให้การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ได้รับผลกระทบ
- 6 บริจาคเงินเข้ากองทุนเอชไอวีหมู่บ้าน
- 7 ร่วมกิจกรรมอื่นๆ ระบุ.....

ส่วนที่ 3 ความเข้าใจ การรับรู้เรื่องเอชไอวี

ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับข้อความต่อไปนี้

ข้อความ	ระดับความคิดเห็น		
	เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย	ไม่แน่ใจ
1. โรคเอชไอวีเป็นโรคของผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (เช่น ไม่ใช้ถุงยางอนามัย/มีเพศสัมพันธ์กับคนที่มิใช่คู่ของตน) 2. หากมารดาตั้งครรภ์ในขณะที่ติดเชื้อจะทำให้บุตรที่เกิดมาติดเชื้อตามไปด้วย 3. โรคเอชไอวีเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง 4. โรคเอชไอวีเมื่อเป็นแล้วจะทำให้ผู้อื่นไม่กล้าคบค้าสมาคมด้วย 5. โรคเอชไอวีไม่ได้ติดต่อกันง่ายเหมือนโรคอื่นๆ เช่น ไข้หวัด ไข้เลือดออก ตับอักเสบ เป็นต้น 6. ผู้ที่เป็นโรคเอชไอวีสามารถใช้ชีวิตร่วมกับผู้อื่นได้โดยไม่แพร่เชื้อ 7. ผู้ที่ไม่สบายไม่ควรไปเยี่ยมผู้ป่วยโรคเอชไอวีเพราะมีร่างกายอ่อนแออาจจะติดเชื้อได้ง่าย 8. ผู้ป่วยเอชไอวีที่ดูแลสุขภาพดีก็ยังสามารถทำงานได้ปกติจึงควรให้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนได้ 9. การใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อจะทำให้ติดเชื้อได้ 10. การพูดคุยหรือเข้าใกล้ผู้ติดเชื้อจะทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้ 11. ผู้ป่วยเอชไอวีที่ช่วยเหลือตนเองไม่ได้ควรได้รับการดูแลช่วยเหลือจากชุมชน			

ส่วนที่ 4 ความคิดเห็นต่อการสร้างความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาเอดส์ของชุมชน

1. ท่านคิดอย่างไรกับการดำเนินการเอดส์ในชุมชนของท่านว่ามีความเข้มแข็งในการจัดการแก้ไข/ป้องกันปัญหาเอดส์ในชุมชนของท่าน

- 1 มีความเข้มแข็งมากในการจัดการปัญหาเอดส์
- 2 ค่อนข้างเข้มแข็งในการจัดการปัญหาเอดส์
- 3 ยังไม่ค่อยเข้มแข็งในการจัดการปัญหาเอดส์ ข้ามไปตอบข้อ 3
- 4 ไม่มีความเข้มแข็งเลยในการจัดการปัญหาเอดส์ ข้ามไปตอบข้อ 3

2. จากข้อ 1 หากท่านคิดว่าคุณมีความเข้มแข็งในการจัดการปัญหาเอดส์ในชุมชนให้เข้มแข็ง ท่านเห็นว่าควรมีปัจจัยใดเข้ามาเกี่ยวข้อง สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และวงกลมล้อมรอบข้อที่ท่านเห็นว่าสำคัญที่สุด

- 1 มีผู้นำ/แกนนำในการทำงานเอดส์ในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องชัดเจน
- 2 มีคณะทำงานเอดส์ในหมู่บ้านซึ่งมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน
- 3 ในการจัดกิจกรรมเอดส์มีผู้สนใจเข้าร่วม
- 4 มีกิจกรรมด้านเอดส์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- 5 ผู้ติดเชื้อ/ผู้ได้รับผลกระทบได้รับการดูแลช่วยเหลือ
- 6 ชุมชน/คนในชุมชนมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ได้รับผลกระทบ
- 7 มีหน่วยงานเอกชนเข้ามาดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน
- 8 มีหน่วยงานท้องถิ่น (อบต.) เข้ามาดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน
- 9 มีสถานีนอมาัย/โรงพยาบาลที่ดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน

3. หากท่านคิดว่าในชุมชนของท่านว่ายังไม่มีมีความเข้มแข็งในการจัดการแก้ไข/ป้องกันปัญหาเอดส์ได้ดีและไม่ประสบความสำเร็จ ท่านคิดว่าจะมีแนวทางในการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชนอย่างไร สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และวงกลมล้อมรอบข้อที่ท่านเห็นว่าสำคัญที่สุด

- 1 มีผู้นำ/แกนนำในการทำงานเอดส์ในหมู่บ้านอย่างต่อเนื่องชัดเจน
- 2 มีคณะทำงานเอดส์ในหมู่บ้านซึ่งมีบทบาทหน้าที่ชัดเจน
- 3 ในการจัดกิจกรรมเอดส์มีผู้สนใจเข้าร่วม
- 6 มีกิจกรรมด้านเอดส์เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ
- 7 ผู้ติดเชื้อ/ผู้ได้รับผลกระทบได้รับการดูแลช่วยเหลือ
- 6 ชุมชน/คนในชุมชนมีความสัมพันธ์อันดีกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ได้รับผลกระทบ
- 7 มีหน่วยงานเอกชนเข้ามาดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน
- 8 มีหน่วยงานท้องถิ่น (อบต.) เข้ามาดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน

9 มีสถานื่อนามัย/โรงพยาบาลที่ดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน

4. ท่านเห็นว่าชุมชนของท่านมีความเปลี่ยนแปลงด้านใดเกิดขึ้นจากการที่มีการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชนเกิดขึ้นในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา สามารถเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ และวงกลมล้อมรอบข้อที่ท่านเห็นว่ามีความชัดเจนมากที่สุด

1 มีกิจกรรมเอดส์เกิดขึ้นในชุมชนมากขึ้น

2 ผู้ป่วย/ผู้ได้รับผลกระทบได้รับการดูแลจากชุมชนมากขึ้น

3 ปัญหาเอดส์ในชุมชนได้รับความสนใจจากหน่วยงานท้องถิ่นมากขึ้น

4 ผู้ป่วย/ผู้ได้รับผลกระทบได้รับความเข้าใจ ความเห็นใจจากชุมชนมากขึ้น

5 พ่อแม่ ผู้ปกครองให้การอบรมเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศแก่ลูกหลานมากขึ้น

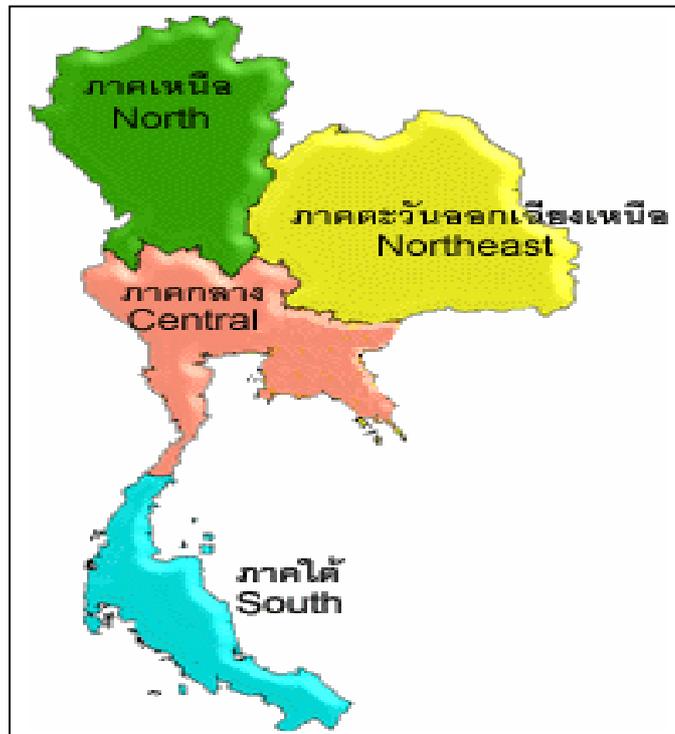
6 คนในชุมชนตระหนักถึงพิษภัยและมีความเข้าใจที่ถูกต้องของโรคเอดส์มากขึ้น

7 คนในชุมชนมีความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์และตระหนักถึงการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อได้มากขึ้น

8 อื่นๆ ระบุ

ภาคผนวก ค แผนภาพพื้นที่ศึกษา

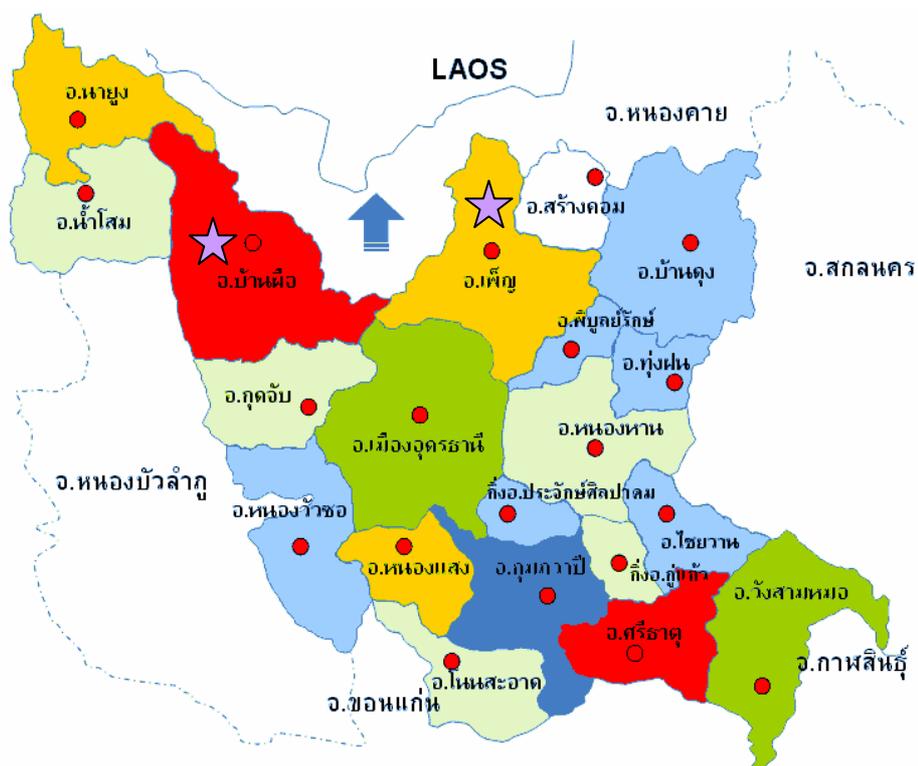
แผนภาพที่ 1 แสดงพื้นที่ศึกษาประเทศไทย



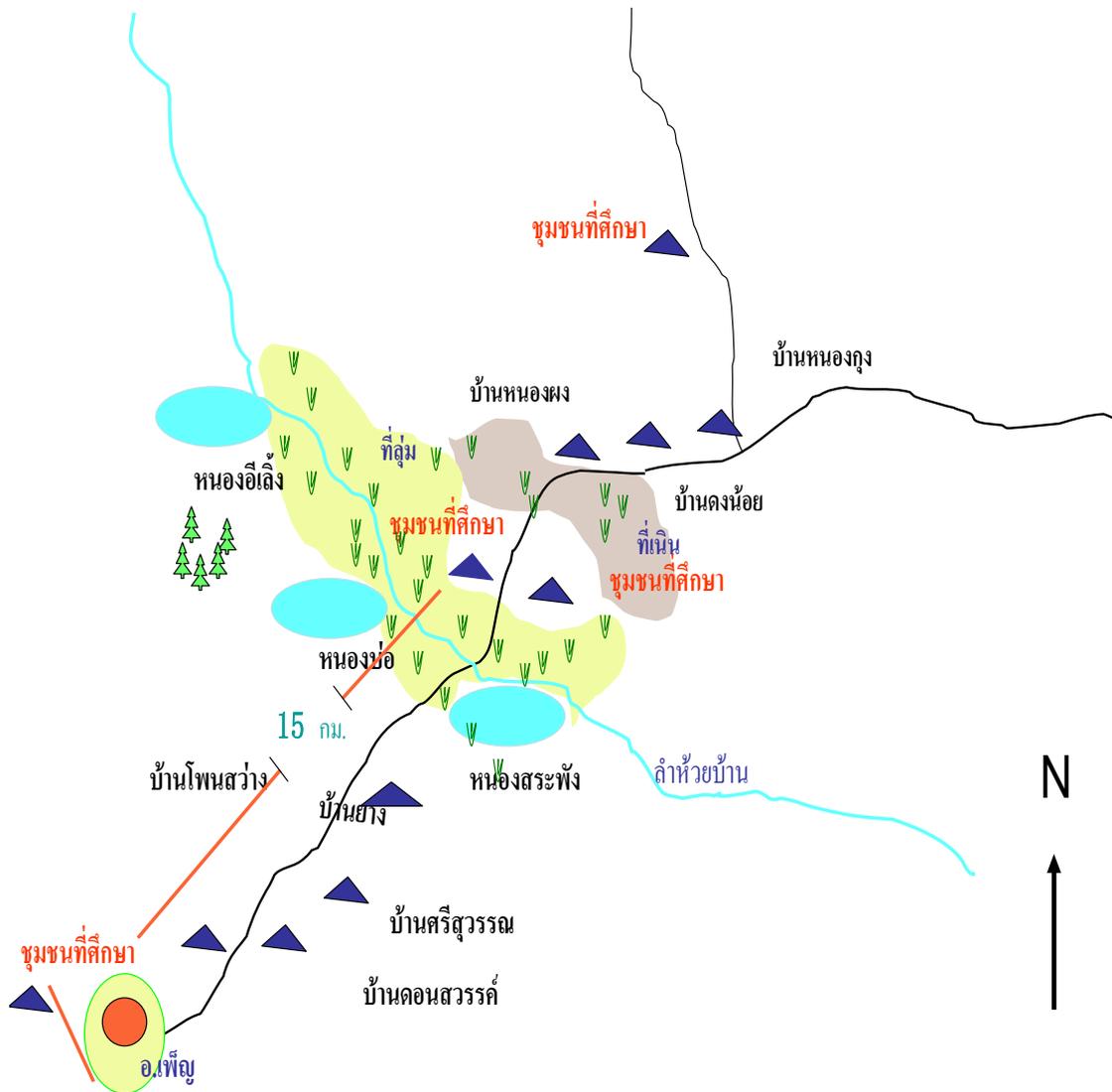
แผนภาพที่ 2 แสดงพื้นที่ศึกษาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



แผนภาพที่ 3 แสดงพื้นที่ศึกษาจังหวัดอุดรธานี



แผนภาพที่ 5 แสดงพื้นที่ศึกษา ชุมชนเพ็ญ



ชุมชนบ้านฝื่อ



ชุมชนหาปู



ชุมชนเพ็ญ

