

บทที่ 2

ทฤษฎีและรายงานการวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาวิจัยเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนและการสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงาน เพื่อป้องกันโรคเอดส์ในบ้านเสมา ตำบลหนองแปน อำเภออมลาคัย จังหวัดกาฬสินธุ์ ครั้งนี้ ผู้วิจัยได้อาศัยแนวคิด ทฤษฎีจากเอกสาร และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

- ส่วนที่ 1 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน
- ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคเอดส์
- ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคเอดส์

ส่วนที่ 1 แนวคิดการมีส่วนร่วมของชุมชน

ในปัจจุบันแนวความคิดและการปฏิบัติเกี่ยวกับการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม หันมาเน้นการยกระดับความเป็นอยู่ของประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศ ขจัดปัญหาความยากจนในชนบทและลดช่องว่างทางเศรษฐกิจและสังคมระหว่างประชาชนกลุ่มต่าง ๆ มากขึ้น ยุทธศาสตร์การพัฒนาแบบใหม่ถือว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนหรือชุมชน และการพึ่งพิงตนเองเป็นหลักการและวิธีการพัฒนาที่มีความสำคัญยิ่งต่อความสำเร็จของการพัฒนา ที่มุ่งพัฒนาคนและส่งเสริมความเป็นธรรมในสังคม

ความต้องการที่ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนามีมาแต่โบราณ ตั้งแต่คนมนุษย์อยู่ร่วมกันหรืออีกนัยหนึ่งเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นพร้อม ๆ กันที่มีการอยู่ร่วมกันของมนุษย์ชาติ จะแตกต่างกันแต่ในรูปแบบและวิธีการเท่านั้น การเข้าร่วมพัฒนาอาจทำโดยบังคับ โดยสมัครใจ โดยความจำเป็น การเข้าร่วมพัฒนาอาจเกิดจากการชักนำของผู้นำชุมชน หัวหน้าเผ่า หัวหน้าหมู่บ้าน ข้าราชการผู้มีอำนาจหน้าที่ หรือแม้กระทั่งรัฐบาลหรือองค์กรเอกชน การเข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมอาจทำในระยะสั้นระยะยาวต่อเนื่อง อาจกระทำในกรอบนโยบายที่กำหนดหรือทำตามความจำเป็นที่ผู้เข้าร่วมในชุมชนต้องช่วยกันเพื่อการอยู่รอด และเพื่อการอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข (ไพรัตน์ เจริญมิตร, 2527) ดังนั้น เพื่อให้เข้าใจถึงนโยบายและกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชนในยุทธศาสตร์การพัฒนาปัจจุบัน จึงจำเป็นต้องทราบถึงความหมายและรูปแบบการมีส่วนร่วม ซึ่งได้มีผู้ให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ในหลายรูปแบบ ได้แก่

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, Department of International Economic and Social Affairs , 1981) ได้เสนอเงื่อนไขเบื้องต้นของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ คือ รัฐบาลจะต้องมีการยอมรับในแนวคิดของการมีส่วนร่วมของประชาชนก่อนในเบื้องต้น และได้บรรจุหลักการนี้ไว้ในแผนหรือนโยบายในระดับต่าง ๆ ด้วย ประชาชนจะต้องมีพื้นฐานองค์การของประชาชนที่สามารถเป็นตัวแทนในการเจรจาต่อรองกับกลุ่มผลประโยชน์และบุคคลกลุ่มอื่น ๆ ได้ ประชาชนจะต้องมีอิสระในแนวคิดริเริ่ม และในการตัดสินใจในระดับท้องถิ่น เพื่อการกำหนดกิจกรรมของตนเอง ชุมชนจะต้องมีการไหลเวียนข่าวสาร และความรู้ใหม่ ๆ โดยเฉพาะหลักการและปรัชญาของการพัฒนา เทคนิควิธีการในการจัดสรรทรัพยากรและความรู้ทางการบริหารงาน ชุมชนจะต้องได้รับการสนับสนุนทางด้านสิ่งของและเทคนิคที่จำเป็นด้วย โดยเฉพาะในระยะเริ่มแรก

องค์การอนามัยโลก (World Health Organization, 1981) ได้กล่าวไว้ว่าการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการของบุคคล ครอบคลุม ที่มีปฏิริยาต่อกันในการดูแลสุขภาพให้เกิดความผาสุก และเป็นการพัฒนาความสามารถของชุมชน ให้การสนับสนุนซึ่งกันและกันโดยรวมถึงการมีส่วนร่วมสนับสนุน การจัดการและการมีอำนาจ

อมร นนทสูตร (2525) ได้ให้ความหมายการมีส่วนร่วมของประชาชนว่า หมายถึง งานหรือกิจกรรมใด ๆ ที่ประชาชนมีความเป็นเจ้าของและเป็นผู้บริหารจัดการด้วยตนเองเป็นสำคัญ และองค์ประกอบที่สำคัญในการมีส่วนร่วมของประชาชนมี 3 ประการ คือ 1) องค์กรชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน กรรมการหมู่บ้าน หัวหน้าคุ้ม เจ้าอาวาส ฯลฯ 2) กลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน เช่น ผู้สื่อข่าวสาร สาธารณสุข อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่มเกษตร ฯลฯ 3) กิจกรรมร่วม เช่น กิจกรรมกองทุนต่าง ๆ กิจกรรมส่งเสริมอาชีพ (ทอผ้า ตีเหล็ก ประมง) กิจกรรมทางศาสนา ฯลฯ

ไพรัตน์ เคะรินทร์ (2527) ได้ให้ความหมายและหลักการสำคัญเรื่องนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาว่า หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชนทั้งในรูปส่วนบุคคล กลุ่มคน ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องร่วมกัน ให้บรรลุตามวัตถุประสงค์และนโยบายการพัฒนาที่กำหนดไว้คือ 1) ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าปัญหาและสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน ตลอดจนความต้องการของชุมชน 2) ร่วมคิดหาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนาเพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชน หรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน 3) ร่วมวางแผนนโยบายหรือแผนงานหรือโครงการหรือกิจกรรมเพื่อขจัดและแก้ไขปัญหาและสนองความต้องการของชุมชน 4) ร่วมตัดสินใจการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม 5) ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพ และประสิทธิผล 6) ร่วมการลงทุนในกิจกรรมโครงการของชุมชนตามขีดความสามารถของตนเองและ

หน่วยงาน 7) ร่วมปฏิบัติตามนโยบายแผนงานโครงการและกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้
8) ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งโดยเอกชน และชุมชนให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

วิล ไวซากร (2538) ได้กล่าวไว้ว่า กระบวนการพัฒนาแบบมีส่วนร่วมประกอบด้วย 3 องค์ประกอบที่สำคัญ คือ 1) องค์กร ซึ่งทำหน้าที่ในการสนับสนุนด้านต่าง ๆ 2) เจ้าหน้าที่ของรัฐที่มีบทบาทในการสร้างเงื่อนไขและข้อมูลไม่ว่าจะเป็นทางสังคม ทางเทคโนโลยี ทางการบริหารจัดการ หรือชี้แหล่งเงินทุนต่าง ๆ เป็นต้น 3) ประชากรหรือชาวบ้าน ที่มีบทบาทสำคัญในการตัดสินใจ ซึ่งเริ่มตั้งแต่การตัดสินใจว่าจะอะไรคือปัญหา (ของตน ของชุมชน) แนวทางในการแก้ปัญหาเป็นอย่างไร จะใช้กิจกรรมอะไร แล้วจึงตัดสินใจที่จะเลือกกิจกรรมในการพัฒนาในการแก้ไขปัญหาหนึ่ง ๆ

จากความหมายดังกล่าว จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นกระบวนการของบุคคล ครอบครัวที่มีปฏิสัมพันธ์กันในการดูแลสุขภาพให้เกิดความผาสุก ซึ่งเงื่อนไขพื้นฐานของการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ ประชาชนมีความสามารถที่จะมีส่วนร่วม มีความพร้อมที่จะเข้ามามีส่วนร่วม มีความประสงค์ที่จะเข้าร่วม และต้องมีความเป็นไปได้ที่จะเข้าร่วมด้วย ซึ่งองค์ประกอบที่สำคัญในการมีส่วนร่วมของประชาชน คือ 1) องค์กรชุมชนหรือผู้นำชุมชน 2) กลุ่มต่าง ๆ ในหมู่บ้าน เช่น ผู้สื่อข่าวสารสาธาณสุข อาสาสมัครสาธาณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มแม่บ้าน ฯลฯ และ 3) กลุ่มกิจกรรมร่วม เช่น กิจกรรมกองทุนต่าง ๆ กิจกรรมส่งเสริมอาชีพ กิจกรรมทางศาสนา ฯลฯ ภายใต้การสนับสนุนของรัฐบาลและองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง

ในส่วนของรูปแบบการมีส่วนร่วมของชุมชน ได้มีผู้ศึกษาไว้หลายรูปแบบ ดังนี้

โคเฮน และ อัฟฮอฟ (Cohen, J.M. and Uphoff, N.T., 1980) ได้สร้างกรอบพื้นฐานเพื่อการอธิบายและวิเคราะห์การมีส่วนร่วมในแง่รูปแบบ ซึ่งเป็นชนิดของการมีส่วนร่วมตามขั้นตอนการพัฒนา 4 ประเด็น คือ 1) การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ ซึ่งประกอบด้วยกำหนัดความต้องการ การจัดลำดับความสำคัญ การเลือกนโยบาย โดยเป็นกระบวนการต่อเนื่องที่ต้องดำเนินการไปเรื่อย ๆ ตั้งแต่การตัดสินใจในระยะเริ่มต้น ระยะวางแผน ระยะดำเนินการทำกิจกรรม และการตัดสินใจปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงาน เป็นการมีส่วนร่วมโดยการให้การสนับสนุนทางด้านทรัพยากร การมีส่วนร่วมในการบริหารจัดการ การให้ความร่วมมือรวมทั้งการร่วมแรงร่วมใจ การประสานงาน และการขอความช่วยเหลือ 3) การมีส่วนร่วมในการรับผลประโยชน์ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับผลประโยชน์นั้นนอกจากความสำคัญของผลประโยชน์ในเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพแล้ว ยังจะต้องพิจารณาถึงการกระจายผลประโยชน์ภายในกลุ่มด้วย ซึ่งรวมทั้งผลประโยชน์ในทางบวกและผลที่เกิดขึ้นในทางลบที่เป็นผลเสียของโครงการ ซึ่งจะเป็นประโยชน์และเป็นโทษต่อบุคคลและสังคมด้วย 4) การมีส่วนร่วมในการประเมินผล ซึ่งเป็นการมีส่วนร่วมในการควบคุมตรวจสอบการดำเนินกิจกรรมทั้งหมด สิ่งสำคัญที่จะต้องสังเกตคือพิจารณาจากความเห็นความชอบและความคาดหวัง

ซึ่งจะมีอิทธิพลสามารถแปรเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคลในกลุ่มต่าง ๆ ได้ นอกจากนี้การมีส่วนร่วมในการประเมินผลจะแสดงถึงการปรับตัวในการมีส่วนร่วมต่อไปได้

องค์การสหประชาชาติ (United Nations, Department of International Economic and Social Affairs, 1981) ได้รวบรวมรูปแบบของการมีส่วนร่วมไว้ คือ 1) การมีส่วนร่วมแบบเป็นไปเอง ซึ่งเป็นไปโดยการอาสาสมัคร หรือการรวมตัวเองขึ้นเพื่อแก้ปัญหาของตนเอง โดยเน้นการกระทำที่มีได้รับความช่วยเหลือจากภายนอก ซึ่งมีรูปแบบที่เป็นเป้าหมาย 2) การมีส่วนร่วมแบบชักนำซึ่งเป็นการเข้าร่วมโดยต้องการความเห็นชอบหรือการสนับสนุนโดยรัฐบาล ซึ่งเป็นรูปแบบที่เป็นลักษณะทั่วไปของประเทศกำลังพัฒนา 3) การมีส่วนร่วมแบบบังคับ ซึ่งเป็นผู้มีส่วนร่วมภายใต้การดำเนินงานตามนโยบายของรัฐบาล ภายใต้การจัดการโดยเจ้าหน้าที่ของรัฐ หรือโดยการบังคับโดยตรง รูปแบบนี้เป็นรูปแบบที่ผู้กระทำได้รับผลในทันที แต่จะไม่ได้รับผลระยะยาว และจะมีผลเสียที่ไม่ได้รับการสนับสนุนจากประชาชนในที่สุด

สำหรับการพัฒนาทางด้านสาธารณสุขได้ยึดหลักการมีส่วนร่วมของชุมชน มาใช้เป็นกระบวนการสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านสุขภาพอนามัยเช่นกัน ซึ่งประพนธ์ ปิยรัตน์ (2534) ได้กล่าวถึงความเชื่อมโยงของการพัฒนาด้านสุขภาพอนามัยกับการมีส่วนร่วมว่า การสาธารณสุขมูลฐาน (Primary Health Care) ได้อาศัย “การมีส่วนร่วมของชุมชน (Community Participation)” เป็นกระบวนการสำคัญเพื่อการบรรลุ “สุขภาพดีถ้วนหน้า” โดยให้ความหมายของการมีส่วนร่วมของชุมชนใน 2 รูปแบบ คือ ความหมายหนึ่งหมายถึง การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของคนที่อยู่ร่วมกันเป็นชุมชนในการวางแผนการดำเนินงานและครอบคลุมการสาธารณสุขมูลฐานที่อาศัยทรัพยากรท้องถิ่นและของประเทศและอีกความหมายหนึ่งก็คือ เป็นกระบวนการซึ่งเกิดจากการเป็นหุ้นส่วนระหว่างรัฐบาลกับชุมชนในการวางแผนการดำเนินงาน และการใช้กิจกรรมด้านสุขภาพเพื่อให้เกิดประโยชน์ด้วยการเพิ่มการพึ่งตนเองของท้องถิ่นและควบคุมทางสังคมต่อโครงสร้างพื้นฐานและเทคโนโลยีของการสาธารณสุขมูลฐาน ส่วนกิจกรรมที่เป็นผลของการมีส่วนร่วม ก็คือ การวางแผนการดำเนินงาน และการประเมินผล โดยอาศัยการระดมทรัพยากรทุกด้านจากในชุมชน และนอกชุมชนเป็นปัจจัยนำเข้าในการประกอบกิจกรรมด้านสุขภาพ นั่นคือ “การแก้ไขสุขภาพของชุมชน” ซึ่งตรงกันทั้งสองความหมาย

มอชนี (Mochny, S., 1983 อ้างถึงในกัณฑ์ สวรรค์, 2539) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชนในโครงการสาธารณสุขมูลฐาน ซึ่งอาศัยประสบการณ์จากการศึกษาลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนจากหลายประเทศ โดยให้ความสำคัญของวิถีทางศึกษา และการวางแผนอย่างเป็นระบบเป็นตัวปลูกเร้าจิตสำนึกการมีส่วนร่วมของชุมชนสามารถแบ่งการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็น 3 ประเภท คือ 1) การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบธรรมชาติ (Spontaneous Participation) เป็นการกระทำที่เป็นความสมัครใจเป็นไปอย่างอิสระ ซึ่งเกิดจากแรงจูงใจภายในของประชาชนเมื่อเกิดปัญหาหรือเกิดวิกฤตการณ์ขึ้นในชุมชน โดยปราศจากการช่วยเหลือจากรัฐบาลหรือองค์กรเอกชน การมีส่วนร่วมของชุมชน

แบบนี้ในปัจจุบันเป็นภาพซึ่งเกิดขึ้นในอุดมคติเท่านั้นและพบได้ยากในงานสาธารณสุขมูลฐาน 2) การมีส่วนร่วมของชุมชนที่ถูกกระตุ้นหรือชี้แนะให้เกิดขึ้น (Sponsored or Induced Participation) เป็นการมีส่วนร่วมในงานสาธารณสุขมูลฐานที่เกิดจากการปลุกเร้า การกระตุ้นจากข้าราชการ หรืออาสาสมัครสาธารณสุขให้ประชาชนร่วมรับผิดชอบในกิจกรรมการพัฒนา ซึ่งเป็นการพัฒนาที่เรียกว่าการช่วยเหลือเพื่อช่วยตนเอง การมีส่วนร่วมของชุมชนแบบนี้พบได้เสมอในโครงการพัฒนางานสาธารณสุขมูลฐาน 3) การมีส่วนร่วมที่เกิดขึ้นโดยการบังคับ (Forced Participation) เป็นการมีส่วนร่วมที่เกิดจากการบังคับให้เข้าร่วมในกิจกรรม หรือเกิดจากคนยากจนในท้องถิ่นถูกเกณฑ์ให้ปฏิบัติตามผู้นำการพัฒนา

จะเห็นได้ว่า ความหมายและรูปแบบของการมีส่วนร่วมของชุมชนจะแตกต่างกันไปตามความคิดเห็นของแต่ละบุคคล แต่โดยสรุปแล้วการมีส่วนร่วมของชุมชนจะครอบคลุมถึงกระบวนการตัดสินใจในการกำหนดปัญหาความต้องการของชุมชน การวางแผน การดำเนินการ การจัดองค์กร การบริหารจัดการ การระดมทรัพยากรในและนอกชุมชน การรับผลประโยชน์ และการประเมินผล ซึ่งจะส่งผลให้ประชาชนพึ่งตนเองได้ นั่นคือ มีความสามารถในการดูแลตนเอง ครอบครัว และชุมชน

ส่วนที่ 2 การมีส่วนร่วมของชุมชนในการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคเอดส์

นับจากโรคเอดส์ได้แพร่ระบาดเข้าสู่ประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ.2527 เป็นต้นมา รัฐบาลได้ตระหนักถึงอันตรายร้ายแรงของโรค ที่มีผลกระทบต่อโครงสร้างทางสังคมและสุขภาพอนามัยของประชาชน จึงได้มีกลยุทธ์เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ภายใต้การดำเนินงานอย่างเร่งรีบ มีการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชนในทุกกระดับ มีการประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์ผ่านทางสื่อประเภทต่าง ๆ อย่างกว้างขวาง โดยมีหน่วยงานที่รับผิดชอบทั้งภาครัฐและเอกชน มีการจัดสรรงบประมาณในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เพิ่มขึ้นทุก ๆ ปี ถึงกระนั้นก็ตามยังคงพบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์มิได้ลดลง กลับทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น โดยมีการแพร่กระจายอย่างครบวงจรและเข้าสู่ระบบครอบครัวเพิ่มขึ้น จากสามีสู่ภรรยา และจากมารดาสู่ทารกในครรภ์

สำหรับประเทศไทยตามแผนการพัฒนาด้านที่ 5-6 และ 7 ก็ได้กล่าวถึง “การมีส่วนร่วม” ไว้ในกลยุทธ์ของการพัฒนาชนบทและการพัฒนาสาธารณสุข รูปแบบของกลยุทธ์นั้นได้แก่ “การพัฒนาคุณภาพชีวิต” และ “การสาธารณสุขมูลฐาน” ตลอดจน “การพัฒนาชุมชน”

ซึ่งเน้นกลวิธีการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการวางแผน การดำเนินงาน และการประเมินผล การสาธารณสุขภายใต้การสนับสนุนจากภาครัฐโดยอาศัยทรัพยากรที่มีอยู่ในท้องถิ่นเป็นหลัก จึงกำลังเป็นหัวใจของระบบการสาธารณสุขของประเทศ โดยจะให้ความสำคัญสูงสุดแก่การครอบคลุมประชากร การมีส่วนร่วม และการพึ่งพาตนเองของประชาชน ซึ่งการดูแลสุขภาพของคนไม่ว่าจะปรากฏในรูปแบบใดเรื่องการป้องกัน ส่งเสริมหรือรักษา พื้นฐานที่สำคัญที่สุดในทุกรูปแบบคือ การตัดสินใจ และ

ลงมือปฏิบัติ โดยปัจเจกบุคคล ครอบครัว และการมีส่วนร่วมของชุมชน (ลือชัย ศรีเงินยวง และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2533) ดังนั้น ชุมชนซึ่งเป็นแหล่งรวมของบุคคลและครอบครัวจึงเป็นกลุ่มเป้าหมายที่มีความสำคัญยิ่งในการดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีประสิทธิภาพ

กระทรวงสาธารณสุขโดยสำนักคณะกรรมการสาธารณสุขมูลฐานได้จัดประชุมสัมมนา และจัดทำแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์โดยชุมชน เพื่อเป็นคู่มือแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในชุมชนได้ยึดถือเป็นแบบฉบับ และเป็นการกระตุ้นให้ชุมชนได้ดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในชุมชนเอง ซึ่งกลยุทธ์การดำเนินงาน (อ้างอิงใน ดวงฤทัย พงศ์เชี่ยวบุญ, 2537) คือ

1. ใช้กระบวนการทางสุศึกษา และประชาสัมพันธ์เสริมสร้างความรู้ และความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์ให้ถึงบุคคลในชุมชนผ่านสื่อต่าง ๆ ทั้งของรัฐและเอกชน
2. ใช้ช่องทางการแนะแนว และให้คำปรึกษาในระดับชุมชนสำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น กลุ่มแม่บ้าน เยาวชน พ่อบ้าน และกลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนผู้ป่วย โดยผ่านองค์กรที่มีอยู่หรือที่สร้างขึ้นใหม่
3. ใช้การรณรงค์ และเข้าถึงตัวประชาชนในชุมชนโดยผ่านองค์กรหรือสถาบันทางสังคมในชุมชนหรือท้องถิ่น เพื่อปลุกกระแสมุมความคิด และกระตุ้นให้ร่วมกันดูแลและป้องกันการเสี่ยงในทุกกลุ่มเป้าหมายและทุกระดับ
4. สนับสนุนให้มีเครือข่ายงานสาธารณสุขมูลฐาน และบริการสาธารณสุข (ระบบส่งต่อ) มีศักยภาพในการให้บริการ ตรวจ ดูแล ส่งต่อ รักษา และติดตามผลงานควบคุมป้องกันตามขอบเขตที่กำหนดไว้สำหรับแต่ละระดับ
5. โน้มน้าวและสร้างทัศนคติให้ผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่รัฐระดับชุมชน (คณะกรรมการปฏิบัติการระดับตำบล) ให้เข้าใจและสนับสนุนการมีแหล่งบริการสาธารณสุขที่สามารถดูแลและแก้ปัญหาให้กับสมาชิก กลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ได้
6. ใช้ครอบครัวเป็นช่องทางเข้าถึงการเสริมสร้างการป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงโดยการสนับสนุนให้เกิดความสัมพันธ์ ความรัก ความเข้าใจในสถาบันครอบครัว
7. ใช้ครูและโรงเรียน เป็นแหล่งย้าเตือนความคิดและกระตุ้นค่านิยมในทางบวก
8. ส่งเสริมการจัดกิจกรรมสันทนาการด้านกีฬา วัฒนธรรมและกิจกรรมกลุ่มทางสังคม
9. ขยายกิจการกองทุนพัฒนาของชุมชน อาศัยกองทุนที่มีอยู่แล้วในชุมชน เป็นศูนย์กลางเพื่อส่งเสริมการเพิ่มรายได้
10. อาศัยงานสาธารณสุขมูลฐาน และองค์กรอาสาสมัครที่มีศักยภาพ ส่งเสริม และขยายผลครอบคลุมเรื่องโรคเอดส์ รวมถึงการจัดสถานที่เพื่อเป็นศูนย์กลางชุมชนในการบริการสุศึกษา ปรึกษาแนะแนว การทำชุมชนบำบัดและการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

11. จัดระบบการสนับสนุนการดำเนินงานให้แก่ชุมชน เช่น วัสดุทางการแพทย์ (น้ำยาฆ่าเชื้อโรค ถุงยางอนามัย) คู่มือสื่อสุขภาพ และประชาสัมพันธ์ให้กระจายอย่างทั่วถึง

นอกจากนั้นในแผนป้องกันและแก้ไขโรคเอดส์ พ.ศ.2540-2544 ได้มียุทธศาสตร์ในการลดผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพของประชาชน จากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับชาติ โดยมียุทธศาสตร์หนึ่งที่เน้นการพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว และชุมชน เพื่อป้องกันและแก้ไขโรคเอดส์ (คณะอนุกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ,2540) ดังนี้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อสร้างศักยภาพของคน และครอบครัว ให้รู้จักป้องกันโรคเอดส์ และ แก้ไขปัญหาเอดส์ของตนเองและครอบครัวได้
2. เพื่อส่งเสริมศักยภาพให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง มีความตระหนักต่อปัญหาเอดส์ และสามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาเอดส์ กับปัญหาอื่น ๆ ได้ รวมทั้งมีน้ำใจที่จะให้การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

เป้าหมาย

คน ครอบครัว และชุมชน มีทักษะพอเพียงที่จะป้องกันและควบคุมปัญหาเอดส์ หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรชุมชนปรับภารกิจหลักให้เอื้อต่อการเสริมสร้างศักยภาพของคนในการป้องกันและควบคุมปัญหาเอดส์

แนวทาง

1. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพคนและสถาบันครอบครัว
2. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพชุมชน
3. จรรโลงวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชุมชน

แนวทาง/ มาตรการ

1. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพคนและสถาบันครอบครัว
 - 1.1 รมรงค้อย่างต่อเนื่องในกลุ่มประชาชนทั่วไปให้สามารถป้องกันตนเองและครอบครัวให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอดส์ โดยใช้กระบวนการศึกษา การเรียนรู้ และการสื่อสารในทุกระดับด้วยรูปแบบต่าง ๆ

1.2 ส่งเสริมการรณรงค์ในรูปแบบต่าง ๆ เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายที่แตกต่างกันทั้งกลุ่มประชากรทั่วไป และกลุ่มค้อยโอกาสที่เข้าถึงได้ยาก มีโอกาสพัฒนาศักยภาพด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์ไค้ด้วยตนเอง

1.3 เสริมค่านิยม วัฒนธรรม ที่ส่งเสริมความรัก ความรับผิดชอบเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความอบอุ่น ความซื่อสัตย์ในครอบครัว รวมทั้งแก้ไขความเชื่อ และเจตคติในการอบรมเลี้ยงดูเด็ก ที่เป็นอุปสรรคต่อการเสริมสร้างเจตคติและทักษะชีวิตที่เหมาะสมโดยไม่ส่งเสริม ด้านวัตถุ และเน้นเรื่องความใกล้ชิด ความรักและเวลาที่พ่อแม่ให้กับลูก

1.4 ส่งเสริมให้ทุกฝ่ายเกิดการยอมรับบทบาทและสถานภาพของสตรีและองค์กรสตรีในรูปแบบต่าง ๆ ที่มีอยู่ในชุมชน ในการคิด วิเคราะห์ แก้ปัญหา และตัดสินใจต่อรองร่วมกันเป็นกลุ่มในเรื่องต่าง ๆ รวมทั้งความสัมพันธ์ระหว่างชายหญิงที่เหมาะสม

1.5 ส่งเสริมให้เกิดการตัดสินใจอย่างรอบคอบก่อนมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และก่อนมีบุตร

1.6 ส่งเสริมบทบาทของสามี ภรรยา และบุตร ให้มีความรับผิดชอบต่อกันในด้านความสัมพันธ์ การทำงาน สิทธิหน้าที่ การดูแลสุขภาพและป้องกันโรค ตลอดจนสามารถปรึกษาหารือ แนะนำ ให้อภัย และแสดงออกซึ่งความรักต่อกัน

1.7 ส่งเสริมศักยภาพของครอบครัว เครือญาติ และชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอคส์

1.8 ส่งเสริมการพัฒนาหลักสูตร สื่อ กิจกรรม และกระบวนการเรียนรู้ที่ก่อให้เกิดทักษะการดำเนินชีวิต โดยใช้กระบวนการกลุ่ม ทั้งกลวิธีให้การศึกษาในระบบ นอกบบนในทุกช่วงวัย

2. ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพชุมชน

2.1 เสริมสร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถทำความเข้าใจจุดเด่น จุดค้อย สภาพการเมือง เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา วัฒนธรรม และวิถีชีวิต ซึ่งส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคเอคส์ในชุมชน รวมถึงความสามารถในการคิด วิเคราะห์ และตัดสินใจ เพื่อดำเนินการเสริมสร้างปรับเปลี่ยนสภาพต่าง ๆ ของชุมชนให้สามารถแก้ปัญหาเอคส์ได้ด้วยชุมชน

2.2 ส่งเสริมกิจกรรมในชุมชนทั้งเขตเมือง และชนบท ที่ให้สมาชิกชุมชนทุกคนมีส่วนร่วม และเกิดความรู้สึกร่วมเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน มีความผูกพันใกล้ชิดเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน อันนำไปสู่การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

2.3 สนับสนุนการรวมกลุ่ม และสร้างกิจกรรมที่พัฒนาศักยภาพของผู้คิด เชื่อ และผู้ป้วยเอคส์ในชุมชน โดยคนส่วนใหญ่ของชุมชนที่ไม่คิดเชื่อเห็นด้วย และมีส่วนร่วมเพื่อมี

ให้เกิดการแบ่งแยกขึ้นในชุมชน รวมทั้งส่งเสริมให้ชุมชนมีระบบ หรือ เครือข่ายการเรียนรู้ เครือข่ายความช่วยเหลือร่วมมือกันระหว่างชุมชน การแลกเปลี่ยนข้อสนเทศเกี่ยวกับโรคเอดส์ และปัญหาที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีกระบวนการในการวิเคราะห์ปัญหา วางแผน และตัดสินใจร่วมกัน

2.4 สนับสนุนให้องค์กรชุมชนและผู้นำชุมชนมีความเข้มแข็งมีบทบาทในการส่งเสริมคุณธรรม จริยธรรมเพื่อป้องกันโรคเอดส์ และดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

2.5 ส่งเสริมให้นำภูมิปัญญาชาวบ้านและเทคโนโลยีการสื่อสารในชุมชนมาใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาของชุมชน

2.6 ส่งเสริมการยอมรับศรัทธาภาพและเคารพชุมชน

3. จรรโลงวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชุมชน

3.1 สร้างความเข้าใจแก่สาธารณชนให้ตระหนักถึงคุณค่า และรู้จักปรับตัวในวิถีชีวิต วัฒนธรรมท้องถิ่นที่มีความแตกต่างหลากหลาย และสามารถพัฒนาวิถีชีวิตซึ่งส่งเสริมพฤติกรรมที่ไม่เสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์ รวมทั้งส่งเสริมเจตคติและการปฏิบัติตนที่เหมาะสมต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อให้สามารถอยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ตามปกติ ปราศจากอคติ และการรังเกียจ

3.2 ส่งเสริมความเชื่อ จริยธรรม และบทบาทของทุกศาสนา ทั้งพุทธศาสนา ศาสนาคริสต์ ศาสนาอิสลาม และศาสนาอื่น ๆ ในการเผยแพร่ความดีงามของจิตใจ ไม่นำเรื่องวัตถุ และเสริมสร้างความรัก ความซื่อสัตย์ คะหนักในศักดิ์ศรีของสตรี

3.3 ส่งเสริมค่านิยมที่ถูกต้องและปรับเปลี่ยนค่านิยมที่ไม่เหมาะสมเพื่อป้องกันการเข้าสู่สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ โดยเฉพาะการซื้อ-ขายบริการทางเพศ การมีโสเภณีเด็กในชุมชน การขายลูกและล่อลวงเยาวชนสตรีสู่ธุรกิจบริการทางเพศ การดื่มสุรา การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่รับผิดชอบ

สรุปได้ว่า กลยุทธ์และยุทธศาสตร์การดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ที่กล่าวมาข้างต้น ได้ยึดหลักการการมีส่วนร่วมของชุมชนเป็นรากฐานสำคัญในการดำเนินงาน ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวจะประสบผลสำเร็จได้ตามเป้าหมายหรือไม่นั้น สิ่งที่สำคัญอย่างยิ่งคือความร่วมมือของชุมชน โดยเริ่มตั้งแต่การส่งเสริมศรัทธาภาพในตัวบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้เป็นไปในทางสร้างสรรค์และเกิดการปฏิบัติอย่างจริงจัง เพื่อให้ตระหนักถึงภัยของโรคเอดส์ที่มีต่อตนเองและชุมชนที่อาศัยอยู่ ดังนั้น การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันโรคเอดส์จึงนับว่าเป็น “ทางเลือกที่สำคัญ” ในการที่จะให้ประชาชนทุกกลุ่ม ทุกอาชีพในชุมชน ได้รับรู้และเกิดความตระหนักต่อปัญหาร่วมกัน ชุมชนสามารถร่วมกันระบุปัญหาและความต้องการพื้นฐาน เสนอและเลือกแนวทางที่เหมาะสมในการแก้ปัญหา ตลอดจนร่วมดำเนินการตามแนวทางที่ตัดสินใจเลือก โดยใช้ทรัพยากรภายในชุมชนทั้งกำลังคน และทรัพยากรอื่น ๆ ให้เกิดประโยชน์สูงสุด โดยมีเป้าหมายแรกในการดำเนินงานที่ผู้นำท้องถิ่น จากนั้นจึง

คือปลาน้ำจืดกลุ่มเป้าหมายหลัก คือ กลุ่มพ่อบ้าน กลุ่มแม่บ้าน และกลุ่มเยาวชน เป็นต้น ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวต้องสอดคล้องกับวัฒนธรรมและประเพณีของท้องถิ่น

สำหรับการทบทวนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการมีส่วนร่วมของชุมชน โดยส่วนใหญ่แล้วพบว่า เป็นงานวิจัยที่ศึกษาถึงการยึดหลักการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาท้องถิ่นในโครงการต่าง ๆ เช่น

กัญญา สุภจรรยา (2527) ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้านในภาคเหนือตอนบนจำนวน 40 คน พบว่าความเข้าใจเกี่ยวกับทัศนคติต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนจะสอดคล้องกับการนิเทศงาน การสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่ โดยความเชื่อและพฤติกรรมอนามัยจะมีส่วนสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมในการดำเนินกิจกรรมกองทุนยาและเวชภัณฑ์ประจำหมู่บ้าน

บัญญัติ แก้วส่อง (2531) ศึกษารูปแบบทางสังคม-จิตวิทยา สำหรับการอธิบายการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนา พบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการพัฒนาโดยภาพรวมแล้วยังค่อนข้างต่ำ โดยส่วนใหญ่ก็มีส่วนร่วมในขั้นดำเนินการถึงร้อยละ 94.7 แต่ในขั้นริเริ่มโครงการและขั้นวางแผนโครงการยังมีส่วนร่วมน้อยคิดเป็นร้อยละ 48.8 และ 47.4 ตามลำดับ โดยไม่พบการมีส่วนร่วมในขั้นประเมินผลโครงการเลย เหตุผลที่สำคัญของการไม่เข้าร่วมเนื่องจาก ทัศนคติในงานอาชีพ เป็นผู้หญิงเข้าร่วมประชุมกลางคืนไม่ได้ และไม่เห็นความจำเป็นที่ต้องเข้าประชุม เป็นต้น

เชียรชัย นุรพชนก (2532) ได้ศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมสุขภาพของหมู่บ้านทั้งตนเองทางสาธารณสุขมูลฐานในจังหวัดระยองพบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีส่วนร่วมของชุมชนในกิจกรรมสุขภาพคือ เพศ การมีตำแหน่งในองค์กรหมู่บ้าน การได้รับข้อมูลข่าวสาร การพัฒนาฐานะทางเศรษฐกิจ ความรู้ และเจตคติต่อการสุขภาพ

เมธี จันทจักรกรณ และคณะ (2536) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของสตรีในหมู่บ้านต่อสังคมและชุมชน พบว่ามีปัญหาค่อนข้างมากเนื่องจากสภาพเศรษฐกิจและสังคมปัจจุบัน สตรีต้องออกประกอบอาชีพนอกบ้านเพื่อหารายได้จุนเจือครอบครัว ทำให้ไม่มีเวลาเพียงพอต่อการดูแลสุขภาพอนามัยของบุคคลในครอบครัว รวมทั้งไม่มีเวลาได้พูดคุยหรือพบปะบุคคลในครอบครัวมากนัก

พันธุ์ทิพย์ รามสูต และคณะ (2537) ได้ศึกษาถึงความพร้อมและศักยภาพของชุมชนในการที่จะให้ความช่วยเหลือฟื้นฟูคนพิการภายในหมู่บ้านของตนในอำเภอศรีบุญเรือง จังหวัดอุดรธานี สรุปได้ดังนี้ 1) แบบแผนการจัดการกับปัญหาชุมชนในรูปของการรับรู้ ความรู้ ทัศนคติต่อความพิการและคนพิการ พบว่า กลุ่มแกนนำในทุกหมู่บ้านที่ศึกษามีความรู้เกี่ยวกับผู้พิการเป็นอย่างดี และมีทัศนคติที่ดีต่อคนพิการ 2) กระบวนการแก้ปัญหาและตัดสินใจของชุมชนในการสรรหาและจัดสรรทรัพยากรเพื่อใช้ในการดูแลผู้พิการและจัดการเกี่ยวกับคนพิการในชุมชน พบว่า ชุมชนยังไม่มีมีการดำเนินการในรูปแบบกระบวนการกลุ่มแต่อย่างใด ไม่มีการจัดตั้งกองทุน หรือจัดกลุ่มเพื่อช่วยเหลือผู้พิการอย่างเป็นทางการ 3) การจัดระเบียบการทำหน้าที่ขององค์กรชุมชนในทักษะด้านการติดต่อสื่อสาร การแก้

ปัญหา และการทำงานเป็นทีม พบว่าส่วนมาก ผศส./อสม. จะทำหน้าที่ให้ความรู้และแนะนำคนในหมู่บ้าน

จะเห็นได้ว่า ปัญหาหรือโครงการพัฒนาต่าง ๆ จะมีประสิทธิภาพและบรรลุเป้าหมายมากขึ้น เมื่อประชาชนได้มีส่วนร่วมรับผิดชอบต่อปัญหาในท้องถิ่นของตนเอง แต่อย่างไรก็ตาม ยังพบว่าการมีส่วนร่วมของประชาชนในการดำเนินงานพัฒนาด้านต่าง ๆ เท่าที่ผ่านมายังอยู่ในระดับต่ำโดยมีหลาย ๆ ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสุชาติ ทวีสิทธิ์ (2535) ที่กล่าวว่า ทิศทางการพัฒนาที่ดีประชาชนเป็นศูนย์กลางได้ให้ความสำคัญอย่างมากต่อองค์กรของประชาชน เพราะปรัชญาของการพัฒนาดังกล่าวคือ การปลดปล่อยให้ประชาชนเป็นอิสระจากกลไกการพัฒนาของรัฐ นั่นคือ การยอมให้องค์กรประชาชนมีบทบาทเป็นตัวเอก แต่เมื่อพิจารณาถึงความพร้อมและศักยภาพขององค์กรประชาชนที่เป็นอยู่ในขณะนี้ กลับพบว่าองค์กรประชาชนที่มีอยู่อ่อนแอเกินกว่าจะรับบทบาทเป็นแกนนำในการเสนอปัญหาและความต้องการของชุมชน ตลอดจนกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหของชุมชนได้โดยลำพัง

สำหรับการดำเนินงานด้านสาธารณสุขเพื่อให้บรรลุสุขภาพดีถ้วนหน้าก่อนปี 2543 ได้มีการปรับเปลี่ยนกลยุทธ์และมีทิศทางการพัฒนาสาธารณสุข ให้สอดคล้องกับแนวโน้มและสถานการณ์ของโรค โดยเฉพาะโรคเอดส์ซึ่งมีการขยายตัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ลุกลามไปสู่ครอบครัวของคนไทยในชนบท เอดส์จึงเป็นปัญหาของชุมชนและท้องถิ่น ที่ทุกคนในชุมชนมีส่วนเกี่ยวข้องและอาจจะได้รับผลในไม่ช้า นี้ ซึ่งในปัจจุบันได้มีงานวิจัยหลายเรื่องที่ตั้งเห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของประชาชนหรือศักยภาพของชุมชนในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ เช่น

เมธี จันทจากรุภรณ์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของสตรีในหมู่บ้านต่อสังคมและชุมชน ในส่วนบทบาทของสตรีในด้านการเฝ้าระวังของโรค พบว่าสตรีส่วนใหญ่สนใจเรื่องโรคติดต่อทั้งที่ไม่ร้ายแรงและร้ายแรง โดยเฉพาะโรคเอดส์ กล้าที่จะคิดและกล้าที่จะแสดงออกในเรื่องของเพศศึกษา สามารถสื่อสารกันได้ดียิ่งขึ้นถึงวิธีการป้องกันและอันตรายที่เกิดขึ้น เพราะปัจจุบันการป้องกันโรคเอดส์จะเริ่มที่เพศหญิง ซึ่งเป็นผู้ให้คำแนะนำสมาชิกในครอบครัวและหาวิธีป้องกันพร้อมกับอธิบาย โดยไม่รู้สึกอายต่อกัน

คูสิต ดวงตา และ อุษา ดวงตา (2537) ได้ศึกษาเรื่องเข้าถึงใจคนเรื่องเอดส์ด้วย "การประเมินชุมชนแบบมีส่วนร่วม" โดยพบว่าเทคนิคที่สามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักต่อเรื่องเอดส์ของตัวเอง และชุมชนที่อาศัยอยู่ คือการสร้างรูปแบบการทำงานแบบมีส่วนร่วม ซึ่งอาจเริ่มต้นจากการประเมินปัญหาที่ชุมชนกำลังประสบอยู่ขณะนั้น เพื่อให้สมาชิกในชุมชนได้รับรู้และเกิดความตระหนักต่อปัญหาร่วมกันโดยอาศัยวิธีการที่เรียกว่า การประเมินชุมชนอย่างมีส่วนร่วม (Participatory Rural Appraisal / PRA)

ดวงฤทัย พงศ์เชี่ยวบุญ (2537) ได้ศึกษาการมีส่วนร่วมของชุมชนและตั้งสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ของชุมชนในบ้านถวาย ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่

ในส่วนของการมีส่วนร่วมของชุมชนพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งผู้นำและกลุ่มเป้าหมายหลักซึ่งเป็นประชาชนทั่วไปมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ในภาพรวมอยู่ในระดับต่ำ โดยทั้งสองกลุ่มส่วนใหญ่ไม่เคยเข้าร่วมประชุมกลุ่มเพื่อหาปัญหาเกี่ยวกับการระบาดของโรคเอดส์ในชุมชน ไม่เคยเข้าร่วมประชุมเพื่อวางแผนดำเนินงานป้องกันโรค ไม่เคยเข้าร่วมประชุมเพื่อหาปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงาน และไม่เคยเสนอความคิดเห็นในการแก้ไขปัญหาในขณะที่เข้าร่วมประชุมกลุ่ม ตลอดจนไม่เคยเป็นผู้นำกลุ่มในการประชุม

รุ่งกานต์ ศรีสัมพันธ์ และคณะ (2540) ได้ศึกษารูปแบบการพัฒนาศักยภาพชุมชนในการป้องกันและแก้ปัญหาโรคเอดส์ จังหวัดพิษณุโลก พ.ศ. 2531-2539 ซึ่งเน้นการพัฒนา ผลการศึกษาพบว่า จังหวัดพิษณุโลกสามารถลดอัตราการป่วยจากโรคลงได้อย่างรวดเร็ว จากอัตราป่วย 411 รายต่อแสนประชากรในปี 2528 เหลือเพียง 20.9 รายต่อแสนประชากร ในปี 2538 ส่วนการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV นั้นสามารถควบคุมอยู่ในระดับต่ำตลอดมาตั้งแต่ปี 2531 จนถึงปัจจุบัน และมีแนวโน้มลดลงโดยการติดเชื้อในกลุ่มทหารเกณฑ์ ผู้บริจาคเลือดและหญิงตั้งครรภ์ต่ำกว่า 2% สำหรับรูปแบบการพัฒนาศักยภาพของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์นั้น จังหวัดเน้นการพัฒนากำลังคนให้มีความรู้จริงและมีทัศนคติที่เหมาะสม โดยสร้างแกนนำในระดับต่าง ๆ ทั้งในกลุ่มข้าราชการสาธารณสุขและส่วนราชการอื่น ๆ ตลอดจนแกนนำชาวบ้าน แกนนำในโรงงาน และแกนนำในโรงเรียน และสถานเริงรมย์ต่างๆ สนับสนุนการจัดตั้งรวมกลุ่มดำเนินกิจกรรมของกลุ่มแกนนำดังกล่าว กระตุ้นให้เกิดการประสานงานเป็นเครือข่ายทั้งจังหวัด สร้างองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ขึ้นมารองรับและสนับสนุนการพัฒนาความเข้มแข็งขององค์กรชาวบ้านอย่างใกล้ชิด

ส่วนที่ 3 การสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานเพื่อป้องกันโรคเอดส์

แนวคิดการสนับสนุนทางสังคม

สังคม คือ กลุ่มคนที่รวมกัน มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ยอมรับนับถือกันภายใต้กรอบแห่งสถาบันและวัฒนธรรมเดียวกัน ซึ่งประกอบด้วยสถาบันต่าง ๆ หรือระบบย่อย เช่น สถาบันครอบครัว สถาบันเศรษฐกิจ สถาบันการศึกษา สถาบันศาสนา หากระบบใดระบบหนึ่งทางสังคมเปลี่ยนแปลงไป ส่วนอื่น ๆ ของสังคมก็จะกระทบกระเทือนไปด้วย (จำเรียง กุรณะสุวรรณ, 2522) ดังนั้น การที่สังคมจะดำรงอยู่ได้ด้วยดีหรือไม่นั้น จึงมีส่วนเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการแสดงออกของบุคคลในสังคม ซึ่งพบว่า สิ่งร่ำ แรงผลักดัน แรงสนับสนุน และกลุ่มบุคคลในสังคมจะมีอิทธิพลต่อการแสดงออกทางพฤติกรรมได้ ซึ่งจะมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับสัมพันธ์ภาพหรือการยึดกันของกลุ่ม ถ้ามีการยึดกันมาก

เท่าใดระหว่างสมาชิกภายในกลุ่ม ยังจะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทั้งในด้านความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติมากขึ้น (อรทัย ชนมาสุข, 2538)

สำหรับแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข คือการศึกษาถึงผลของการสนับสนุนทางสังคมต่อพฤติกรรมสุขภาพอนามัยของบุคคล ซึ่งได้มีผู้ศึกษาและให้ความหมายการสนับสนุนทางสังคมในหลายรูปแบบ เช่น ทิลเดน (Tilden, 1985) อ้างถึงเซฟเฟอร์ และคนอื่น ๆ ที่ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ชนิด ได้แก่ 1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ เป็นความรู้สึกเห็นอกเห็นใจ ดูแลเอาใจใส่ต่อกัน 2) การสนับสนุนด้านการประเมินเปรียบเทียบพฤติกรรม มีการให้ข้อมูลย้อนกลับในการนำไปใช้เพื่อประเมินตนเองหรือเปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่นที่อยู่ในสถานการณ์คล้ายคลึงกันให้เกิดความเข้าใจ 3) การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร เป็นการให้คำแนะนำข้อมูลข้อเท็จจริง และนำไปใช้แก้ปัญหาที่เผชิญอยู่ได้ และ 4) การสนับสนุนด้านสิ่งของ การเงิน หรือ แรงงาน เป็นการช่วยเหลือโดยตรงต่อความจำเป็นของคน เช่น เงินทอง แรงงาน หรือเวลา เป็นต้น ในทำนองเดียวกัน บาร์ริรา (Barrera, 1982) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคมหมายถึง ความใกล้ชิด การช่วยเหลือ โดยการให้สิ่งของ แรงงาน คำแนะนำ ข้อมูลข่าวสาร ข้อมูลย้อนกลับ และการมีส่วนร่วมทางสังคม สำหรับการสนับสนุนทางสังคมในแง่ของการใช้แรงสนับสนุนทางสังคมในการแก้ปัญหาสาธารณสุข บุญเยี่ยม กระจุกวงศ์ (2528) ได้ให้ความหมายว่า เป็นสิ่งที่ผู้รับแรงสนับสนุนทางสังคมได้รับการช่วยเหลือด้านข้อมูล ข่าวสาร วัตถุ สิ่งของ หรือการสนับสนุนทางจิตใจจากผู้ให้การสนับสนุนซึ่งอาจจะเป็นบุคคลหรือกลุ่มคน แล้วมีผลทำให้ผู้รับนำไปปฏิบัติในทิศทางที่ผู้รับต้องการ ซึ่งหมายถึงการมีสุขภาพอนามัยที่ดี แรงสนับสนุนทางสังคมอาจมาจากบุคคลในครอบครัว เช่น พ่อแม่ ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เพื่อนนักเรียน หรือ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข

จึงกล่าวได้ว่า บุคคลหรือกลุ่มสังคมในชุมชน เปรียบเสมือนผู้ให้การสนับสนุนการปฏิบัติตัวของบุคคลที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในชุมชนนั้น ๆ โดยผู้นำชุมชนและเจ้าหน้าที่ทั้งองค์กรของรัฐและเอกชน มีหน้าที่ดูแลสุขภาพของประชาชนที่อยู่ในชุมชนทั้งหมด (ดวงฤทัย พงศ์เชี่ยวบุญ, 2537) ดังนั้น การที่กลุ่มบุคคลในชุมชนจะสามารถสนับสนุนเพื่อให้เกิดการปฏิบัติตนในการดูแลและป้องกันตนเองจากโรคเอชไอวีนั้น จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ประชาชนจะต้องได้รับความรู้ อย่างถูกต้องและต่อเนื่อง จากองค์กรที่เกี่ยวข้องทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดจนผู้นำในชุมชน หรือ ตัวแทนจากชาวบ้านที่ผ่านการอบรมเรื่องโรคเอชไอวี โดยอาจได้รับความรู้โดยตรง หรือ ผ่านทางสื่อต่าง ๆ ซึ่งทวิ ทิมขำ (2528) ได้กล่าวถึงประเภทของสื่อว่ามีหลายชนิดได้แก่ 1) คำพูด ตั้งแต่การพบปะพูดคุย การติดต่อสอบถามจนถึงการประชุมอภิปราย 2) สิ่งพิมพ์ ซึ่งจัดเป็นสื่อที่สำคัญในการโฆษณา ประชาสัมพันธ์ เช่น หนังสือพิมพ์ นิตยสาร และเอกสารต่าง ๆ 3) ภาพโฆษณา ได้แก่ รูปภาพ ภาพโปสเตอร์ และภาพอื่น ๆ ที่มีลักษณะเด่นสะดุดตา มีข้อความสั้น ๆ แต่กินใจความ

เป็นต้น 4) ภาพยนตร์ 5) วิทยุกระจายเสียง 6) โทรทัศน์ 7) นิตยสาร การซึ่งพบว่าในปัจจุบันได้มีการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ผ่านสื่อต่าง ๆ มากมาย เช่น หนังสือต่าง ๆ คู่มือแผ่นพับ ไปสเตอร์ วิทยุ โทรทัศน์ การจัดนิตยสาร ตลอดจนการให้ความรู้ คำปรึกษาแนะนำจากเจ้าหน้าที่ทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นต้น ดังโครงการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งดำเนินงานโดยสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ (2537) ได้อบรมกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ ในหมู่บ้าน เช่น กลุ่มกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ข้าราชการ ครูและนักเรียน กลุ่มประชาชนทั่วไป โดยเน้นการใช้สื่อพื้นบ้านละครขอและให้ผู้ได้รับการอบรมนำความรู้ที่ได้รับไปเผยแพร่แก่ชาวบ้านที่อยู่ในละแวกบ้าน แบบเพื่อนสอนเพื่อน นอกจากนี้ผู้ได้รับการอบรมยังติดต่อกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา โดยวารสารของโครงการจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขถึงผู้เข้ารับการอบรม และจากจดหมายของผู้เข้ารับการอบรมถึงเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

แหล่งที่มาของการสนับสนุนทางสังคมและโครงสร้างเครือข่ายของสังคม

โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมจะแสดงให้เห็นถึงสัมพันธภาพของบุคคลในสังคมโดยที่บุคคลจะมีการติดต่อและช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ทำให้เกิดการตอบสนองตามความต้องการของบุคคล และยังเป็นสื่อกลางที่ทำให้บุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่น ๆ และได้รับความช่วยเหลือด้านต่าง ๆ จากบุคคลในกลุ่มสังคม ซึ่งเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบต่าง ๆ (อ้างถึงใน เอ็มพร กาญจนรังสิชัย, 2532) คือ

1. ขนาดของกลุ่มสังคม คือ จำนวนคนในสังคม ซึ่งจะมีความเล็กหรือใหญ่ขึ้นกับชนิดของความสัมพันธ์ ความห่างไกลทางภูมิศาสตร์ และวัยของบุคคลในกลุ่ม
2. ลักษณะของความสัมพันธ์ คือ ความผูกพันของสมาชิกในสังคม ซึ่งแบ่งเป็น 2 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 ลักษณะของบุคคลที่ผูกพันด้วย ซึ่งอาจเป็นในลักษณะกลุ่มเครือญาติ ที่ถือว่าเป็นกลุ่มสังคมที่มีบทบาทสำคัญมากต่อบุคคล เนื่องจากครอบครัวจัดเป็นสถาบันที่เล็กที่สุดของสังคม หรือกลุ่มที่ไม่ใช่เครือญาติ เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน เป็นต้น

รูปแบบที่ 2 คุณภาพของความสัมพันธ์ แบ่งเป็นความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น หรือ ความสัมพันธ์ที่ไม่แน่นแฟ้น

3. ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อ เป็นระยะเวลาที่บุคคลรู้จักหรือติดต่อกัน เป็นช่วงเวลาที่เริ่มทำความรู้จักและดำเนินสัมพันธภาพเรื่อยมา หากบุคคลมีความสัมพันธ์กันอย่างแน่นอน และคบหากันเป็นเวลานาน ก็จะทำให้การได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกันมีมากขึ้น

4. ความถี่ในการติดต่อกัน การพบปะกันบ่อยครั้งทำให้โอกาสที่บุคคลได้แลกเปลี่ยนสิ่งของหรือบริการกันมีมากขึ้น และการพบปะกันอย่างสม่ำเสมอจะคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี

5. วิธีที่ใช้ในการติดต่อกัน ซึ่งมีอยู่หลายวิธี เช่น การพบปะพูดคุยกัน โทรศัพท์ การเขียนจดหมาย เป็นต้น การติดต่อกันระหว่างบุคคลจะนำไปสู่สัมพันธภาพทางสังคม ซึ่งจะเกิดขึ้นได้เมื่อมีการรวมตัวกัน

ดังนั้น การศึกษาการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องทราบถึงลักษณะของสังคม กลุ่มบุคคลในชุมชน และเครือข่ายทางสังคม ที่เปรียบเสมือนสายใยของความสัมพันธ์ทั้งทางตรงและทางอ้อม ระหว่างบุคคลหนึ่งกับบุคคลอื่น ๆ ในสังคม

เครือข่ายสังคมของบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้านในระบบการสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์มีความเกี่ยวข้องกับแหล่งสนับสนุน 5 ระบบคือ 1) ระบบสนับสนุนตามธรรมชาติ ได้แก่ แหล่งสนับสนุนจากครอบครัว และญาติพี่น้อง 2) ระบบสนับสนุนจากกลุ่มเพื่อน 3) ระบบสนับสนุนด้านศาสนา หรือ แหล่งอุปถัมภ์ต่าง ๆ 4) ระบบการให้การดูแลจากกลุ่มวิชาชีพด้านสุขภาพ และ 5) ระบบกลุ่มวิชาชีพด้านอื่น ๆ (ดวงฤทัย พงศ์เชี่ยวบุญ, 2537)

การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์ในชุมชน

เป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ร้ายแรงและมีการแพร่กระจายอย่างรวดเร็วมาก โดยเป็นปัญหาสาธารณสุขที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมทางสังคม และส่งผลกระทบต่อในหลาย ๆ ด้าน เช่น ด้านสุขภาพ เศรษฐกิจ และคุณภาพชีวิต ซึ่งในการแก้ปัญหาต้องใช้กลวิธีหลายประการประกอบกัน ไม่ว่าจะเป็นด้าน การป้องกันและควบคุม ด้านการรักษาพยาบาล รวมทั้งด้านการฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งต้องอาศัยความร่วมมือและการประสานงานในการแก้ปัญหาจากทุกกระทรวง ทบวง กรม และองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกลวิธีในการแก้ปัญหานั้นส่วนใหญ่จำเป็นต้องใช้ความรู้ความเข้าใจด้านวิชาการทางการแพทย์ และการสาธารณสุข เป็นหลักสำคัญในการดำเนินงาน ดังนั้น กระทรวงสาธารณสุขจึงเป็นกระทรวงหลักของรัฐ ในการเป็นแกนกลางประสานการบริหารงานเรื่องโรคเอดส์ในด้าน 1) การผลิตสื่อเอดส์ 2) การประสานงานระดับจังหวัด 3) การขยายพื้นที่ในการให้บริการแก่ผู้ป่วยเอดส์ 4) การจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ (ชุมชนบำบัด)

โดยกระทรวงสาธารณสุขได้มีการผลักดันให้มีการประสานงานด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ตั้งแต่ปี 2532 เป็นต้นมา จนกระทั่งได้เกิดการประสานงานตามองค์กรเครือข่ายในระดับจังหวัดอย่างทั่วถึงตามลำดับดังนี้ (กระทรวงสาธารณสุข, 2536)

1. มีการขยายงานตรวจเลือดบริจาคไปยังภูมิภาค โดยได้รับความร่วมมือด้วยดีจากสภาวิชาชีพไทย จนกระทั่งสามารถคัดกรองเลือดบริจาคได้ทุกแห่ง ตั้งแต่ปีพ.ศ.2532 เป็นต้นมา

2. ภาครัฐเริ่มโครงการอุ้งยางอนามัย 100% โดยกระตุ้นให้มีการประสานงานระหว่างหน่วยงานและองค์กรเอกชนในจังหวัดทุกจังหวัด จนกระทั่งอัตราการใช้อุ้งยางอนามัยอยู่ในระดับสูงขึ้น

3. ภาครัฐจัดให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดประสานการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ทั้งในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ จนกระทั่งทุกจังหวัดมีคณะกรรมการระดับจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานและหัวหน้าส่วนราชการทุกแห่งในจังหวัดเป็นกรรมการอย่างครบถ้วน ตั้งแต่ปี 2534 เป็นต้นมา

4. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ระดับอำเภอและระดับจังหวัด ได้ทำหน้าที่ในการประสานการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในพื้นที่ที่รับผิดชอบอย่างต่อเนื่อง

นอกจากการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์โดยรัฐบาล ซึ่งมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรหลักในการดำเนินงานแล้ว ยังมีองค์กรเอกชนหลายองค์กรได้ให้ความสนใจในการแก้ปัญหาการระบาดของโรคเอดส์ จากการศึกษาขององค์กรเอกชน: กิจกรรมด้านเอดส์ในประเทศไทย ของ นุชบา รุจจนเวท และดวงสมร ชินโชติเกษม (2537) สรุปได้ว่า มีองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ทั้งหมด 189 องค์กร มีร้อยละ 22.8 ที่จดทะเบียนเป็นสมาคม ร้อยละ 19.0 เป็นมูลนิธิ ที่เหลือเป็นโครงการศูนย์ กลุ่ม ฯลฯ โดยร้อยละ 38.6 ขององค์กรตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร รองลงมาร้อยละ 24.9 อยู่ภาคเหนือโดยเฉพาะภาคเหนือตอนบน ร้อยละ 19.8 อยู่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ที่เหลือร้อยละ 14.3 อยู่ภาคกลาง และร้อยละ 2.6 อยู่ภาคใต้ องค์กรที่ทำกิจกรรมด้านเอดส์ในระยะแรก ๆ เป็นองค์กรที่ตั้งมาก่อนที่จะเริ่มพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทย ซึ่งส่วนใหญ่ทำกิจกรรมด้านวางแผนครอบครัวและพัฒนาชุมชนมาก่อน เช่น สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย เป็นองค์กรแรกที่ดำเนินกิจกรรมเอดส์ในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 เป็นต้นมา กิจกรรมที่ทำในระยะแรก ๆ ส่วนใหญ่เป็นการเผยแพร่ความรู้ ประชาสัมพันธ์ ทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชนทั่วไปและวัยรุ่น ทั้งในและนอกสถานการศึกษา ตั้งแต่ปี 2535 เป็นต้นมาได้มีองค์กรที่ให้ความสนใจด้านการบำบัดรักษาฟื้นฟู และให้ความช่วยเหลือด้านอาชีพและความเป็นอยู่แก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และครอบครัวมากขึ้น ในปัจจุบันพบว่า องค์กรร้อยละ 91.3 ทำกิจกรรมเกี่ยวกับการเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ ร้อยละ 56.4 ให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย ประชาชนทั่วไป และอบรมวิทยากรผู้ให้คำปรึกษา ร้อยละ 36.9 มีกิจกรรมด้านการบำบัดรักษาและฟื้นฟูโดยให้ที่พัก ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและครอบครัว และ ตรวจเลือด ร้อยละ 4.7 ให้ความช่วยเหลือทางสังคมและอาชีพ ร้อยละ 12.1 เป็นองค์กรที่ให้ทุนแก่หน่วยงานอื่นในการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับเอดส์ ร้อยละ 6.8 ทำหน้าที่เป็นหน่วยประสานงาน และร้อยละ 9.4 ทำวิจัย

สำหรับงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมที่ชุมชนได้รับ ตลอดจนความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ได้พบว่า มีผู้ที่ทำการศึกษาไว้หลายเรื่อง ดังนี้

วิชัย จุลวนิชพงษ์ (2536) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความปรารถนาของผู้นำชุมชนต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในส่วนของสถานที่พักอาศัยของผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ส่วนใหญ่ผู้นำชุมชนต้องการให้มีสถานสงเคราะห์สำหรับผู้ป่วยหลังจากได้รับการรักษาจากโรงพยาบาลแล้ว โดยให้พักอาศัยชั่วคราว เมื่ออาการดีขึ้นจึงให้กลับไปอยู่ในชุมชนได้เหมือนปกติ

ดวงฤทัย พงศ์เชี่ยวชาญ (2537) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนและสิ่งสนับสนุนทางสังคมในการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ของชุมชนในบ้านถวาย ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่ ในส่วนของสิ่งสนับสนุนทางสังคมพบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งผู้นำและประชาชนทั่วไปได้รับสิ่งสนับสนุนจากสังคมและชุมชน ในการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ในระดับน้อย โดยการได้รับข้อมูลจากเจ้าหน้าที่และผู้นำชุมชน ทั้งสองกลุ่มมีความเห็นคล้ายคลึงกันว่า ได้รับอย่างต่อเนื่องเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์รณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ แต่การรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับการดำเนินงานของรัฐในเรื่องการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ ประชาชนส่วนใหญ่มีความเห็นว่าไม่เคยได้รับ สำหรับการสนับสนุนด้านสื่อต่าง ๆ (เทปวิดีโอ เทปวิทยุ หนังสือพิมพ์ เกี่ยวกับโรคเอดส์) ในกลุ่มผู้นำมีความเห็นว่าได้รับการสนับสนุนมาก แต่ประชาชนทั่วไปมีความเห็นว่าได้รับปานกลาง นอกจากนี้ การเข้าร่วมดำเนินการขององค์กรเอกชน ทั้งสองกลุ่มมีความเห็นตรงกันว่าไม่เคยได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเอกชนเลย

ชวนชม สกนชวัฒน์ และคณะ (2538) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง กลวิธีป้องกันโรคเอดส์สำหรับครอบครัวชนบทในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ในส่วนประเภทของสื่อความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ครอบครัวได้รับ พบว่า ประชาชนได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์จากสื่อประเภทโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาเป็นสื่อประเภท วิทยุ/หอกระจายข่าว และสื่อประเภทหนังสือพิมพ์ นอกจากนี้ได้รับจากโปสเตอร์ เอกสาร แผ่นพับ นิตยสาร วารสาร หนังสือต่าง ๆ และจากแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข สำหรับประเภทของสื่อที่ต้องการ คือ ต้องการให้มีคนมาอธิบายเป็นกลุ่มในหมู่บ้านมากที่สุด รองลงมาเป็นสื่อประเภทโทรทัศน์ โปสเตอร์ และ ฉายสไลด์ ภาพยนต์ วิดิทัศน์ และหนังสือเรื่องโรคเอดส์ ตามลำดับ

วาทีณี บุญชะลิกษี (2538) ได้ศึกษาวิจัยเรื่อง สื่อเอดส์ : การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาสื่อในอนาคต พบว่าในค่านแหล่งความรู้เรื่องโรคเอดส์ สื่อที่ได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์มากที่สุด คือ โทรทัศน์ รองลงมาคือ วิทยุ โปสเตอร์ และหนังสือพิมพ์ โดยเนื้อหาที่สื่อนำเสนอในเรื่องการติดต่ออาการและการป้องกัน กลุ่มที่ศึกษามีความเห็นว่ามีความชัดเจน เข้าใจง่าย ทำให้เกิดความตระหนักในการป้องกันตนเองมากขึ้น มีความรู้สึกเห็นใจ เข้าใจ และไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ แต่ก็เห็นว่าสื่อที่นำเสนอผ่านมามีความซ้ำซ้อนในเรื่องการใช้สื่อเก่า