

รายงานวิจัย เรื่อง
การสังเคราะห์องค์ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนรู้และ
การปรับตัวในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชนในจังหวัดเชียงราย

The Lessons and Experiences in AIDS Solution of Upper Northern Communities



ดร.ยิ่งยง เทาประเสริฐ	(สถาบันราชภัฏเชียงราย)	หัวหน้าโครงการฯ
นพ.สุภชัย สายศร	(สสจ. เชียงราย)	ที่ปรึกษา
นพ.สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล	(สสจ. เชียงราย)	ที่ปรึกษา
สวรินทร์ สีนสมบูรณ์ทอง	(สสจ. เชียงราย)	ทีมวิจัยภาคสนาม
ปรีชา แก้วคำปา	(สสจ. เชียงราย)	„
กนกพร เดชะ	(สสจ. เชียงราย)	„
จิตมณี ก้างอนตา	(รพ. แม่จัน)	„
ศักดิ์ดา ธานินทร์	(สอ. จันจว้า)	„
ประภาพร เชื้อเมืองพาน	(รพ. พญาเม็งราย)	„
มนัชยา มรรคอนันตโชติ	(รพ. เทิง)	„

พิมพ์เผยแพร่โดย

ศูนย์วิจัยและพัฒนาการแพทย์พื้นบ้าน(ศวพบ) สถาบันราชภัฏเชียงราย
ด้วยความร่วมมือของ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

ISBN 974-299-029-1



WC
503.6
ย232บ
2542
จ3

ได้รับการสนับสนุนจาก สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

มิถุนายน 2542

เลขหมู่	
เลขทะเบียน	HS 0588
วันที่	9 เดือน MC ปี 62

คำนำ

นับตั้งแต่เริ่มพบผู้ติดเชื้อเอดส์ในภาคเหนือตอนบนจนถึงปัจจุบัน (2542) เป็นระยะเวลาที่โรคเอดส์ระบาดในภาคเหนือตอนบนครบ 10 ปีพอดี เป็นช่วงเวลาที่สามารเห็นปรากฏการณ์ต่างๆ ในวงจรของการระบาดและผลกระทบจากเอดส์ได้ค่อนข้างจะชัดเจน จากที่ไม่รู้จะไว้มากนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทำให้ประชาชนเกิดความตื่นตระหนกและหวาดกลัว ไม่ยอมรับและรังเกียจ แต่เมื่อปัญหาคับคูลเข้ามาใกล้ตัวจนไม่อาจหนีได้อีก จึงต้องหันหน้ามาเรียนรู้แก้ไขและสู้กับปัญหา จนเกิดการเรียนรู้และปรับตัว สามารถอยู่ร่วมกับปัญหาเอดส์ได้ จนเรื่องเอดส์เริ่มกลายเป็นเรื่องปกติธรรมดาของชุมชน

ดังนั้น บทเรียนและประสบการณ์ในหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา จึงมีค่าอย่างมากและเป็นบทเรียนที่ค่อนข้างจะครบถ้วนสมบูรณ์ ตามวงจรของการระบาดตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงการสิ้นสุด ตลอดจนผลกระทบที่เกิดขึ้นตามมา จึงถึงเวลาและเป็นความจำเป็นที่จะต้องเก็บเกี่ยวบทเรียนอันมีค่านี้ ซึ่งเป็นที่มาของ “โครงการสังเคราะห์องค์ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนรู้และการปรับตัวในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของภาคเหนือตอนบนและชุมชนในจังหวัดเชียงราย”

โดยได้รับการสนับสนุนทุนวิจัยจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข รวมทั้งได้รับความร่วมมือและการอนุเคราะห์จากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหเอดส์ของภาคเหนือตอนบน (ดังได้กล่าวอ้างถึงในผลการวิจัย ตั้งแต่บทที่ 1 – บทที่ 8) ที่เชื้อเพื่อทั้งข้อมูล ประสบการณ์ แนวคิดและข้อคิดเห็นต่างๆ ในการแก้ไขปัญหเอดส์ตลอดช่วงระยะเวลาหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมาและแนวทางดำเนินการในอนาคต โดยเฉพาะสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ที่เป็นทั้งที่ปรึกษาและให้บุคลากรมาร่วมวิจัยในภาคสนาม รวมทั้งชุมชนกรณีศึกษาทั้ง 9 แห่งที่ตอบสนองการวิจัยนี้เป็นอย่างดี จนเกิดเป็นเครือข่ายประชาสังคมเอดส์ที่จะขยายการดำเนินงานแก้ไขปัญหเอดส์สืบเนื่องต่อไปอีกอย่างน้อยหนึ่งทศวรรษ จนกว่าผลกระทบต่างๆ จากปัญหาเอดส์จะสงบราบคาบ

อย่างไรก็ตาม การวิจัยเพื่อเก็บเกี่ยวบทเรียน จนสามารถสังเคราะห์เป็นองค์ความรู้ขึ้นมาใหม่ได้นั้น ทำได้ไม่ถ้ง่ายนักและอาจทำได้ไม่สมบูรณ์ในคราวเดียว คงต้องผ่านการวิพากษ์และปรับปรุงหลายๆ ครั้ง แม้แต่งานวิจัยชิ้นนี้ก็ไม่ได้มีข้อยกเว้น ดังนั้นในคราวแรกนี้ จึงพยายามกวาด (ทำ Scanning) ภาพรวมของการแก้ไขปัญหเอดส์ให้ครอบคลุมมากที่สุด ทั้งในระดับภาค (ตอนบ. คูบทที่ 2) และในระดับองค์กรจังหวัด (คูบทที่ 3-4) ตลอดจนเจาะลึกและเลือกสรร (Screening) ในภูมิปัญญาและประสบการณ์ของบุคคล (Key person) ผู้คลุกกับงานเอดส์และมีบทบาทสำคัญในการแก้ไขปัญหเอดส์ (คูบทที่ 5) ซึ่งเชื่อมโยงกับการปฏิบัติการแก้ไขปัญหาจริง ๆ ในพื้นที่/ในชุมชน (คูบทที่ 6) รวมทั้งการเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่ายชุมชนเพื่อแก้ไขปัญหเอดส์ของชุมชน (คูบทที่ 7)

หากงานวิจัยชิ้นนี้ จะเป็นประโยชน์ได้บ้าง ก็ขออุทิศเป็นส่วนกุศลแก่ผู้เสียชีวิตจากเอดส์ทั้งหลายในฐานะที่ท่านเหล่านั้นเป็นอาจารย์ใหญ่ของบทเรียนนี้ และคณะผู้วิจัยยินดีน้อมรับฟังข้อชี้แนะ

บทคัดย่อ

โครงการสังเคราะห์องค์ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนรู้และการปรับตัวในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของภาคเหนือตอนบนและชุมชนในจังหวัดเชียงราย มีจุดมุ่งหมายเพื่อรวบรวมประสบการณ์การเรียนรู้และการปรับตัวในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชนและองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งเพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชนอย่างเป็นระบบ ตลอดช่วงระยะเวลาหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีขอบเขตการศึกษาที่ครอบคลุมถึง 3 ระดับ ได้แก่

- 1) ระดับภาพรวมของ 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน (ตามกรอบของ คอนบ. ในพื้นที่ สคต.10)
- 2) ระดับองค์กรจังหวัด ทั้งจากภาครัฐ (ศูนย์เอดส์จังหวัด) และองค์กรพัฒนาเอกชน
- 3) ระดับชุมชน ที่มีองค์กรชุมชน แกนนำชุมชน กลุ่มผู้ติดเชื้อ และชาวบ้านร่วมกันแก้ไขปัญหาในจังหวัดเชียงราย

ในระดับกว้าง ใช้วิธีศึกษาจากเอกสารข้อมูล แผนงาน/โครงการ และผลการดำเนินงานของเครือข่ายและองค์กรที่ทำงานแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้ง 3 ระดับ ส่วนในระดับลึก ใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึกการระดมแนวคิดและประสบการณ์การแก้ปัญหาเอดส์ในอดีต-ปัจจุบันและอนาคตจากเวทีประชาสังคมในแต่ละชุมชน รวมทั้งจัดเวทีกลางเพื่อเสวนาแลกเปลี่ยนบทเรียนและประสบการณ์ในลักษณะการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชุมชนในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์เพื่อจะนำไปสู่การเรียนรู้ การป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอดส์ หรือปัญหาวิกฤตอื่นๆ ของชุมชนในอนาคต ผลการศึกษา อาจสรุปบทเรียนที่มีสาระสำคัญ ดังนี้

บทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ในภาพรวมของภาคเหนือตอนบน ในรูปแบบของ “คอนบ.” ที่ระดมสรรพกำลังมาร่วมกันทำงานในลักษณะของ Matrix Organization อาจกล่าวได้ว่า ปัญหาเอดส์ได้กลายเป็นตัวเร่งในการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของการแก้ไขปัญหาจากอดีตอย่างสิ้นเชิง ทั้งกระบวนทัศน์ใหม่ในการแก้ไขปัญหารัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในแนวราบ กระบวนการเรียนรู้และการตัดสินใจร่วมกัน โดยมีกลไกหลักอยู่ที่การระดมทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันเป็นเจ้าภาพในการแก้ไขปัญหารัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณเร่งรัดพิเศษ สนับสนุนลงสู่ชุมชนโดยตรง ร่วมกับบทบาทของหน่วยงานทั้งในรูปของงบประมาณ สงเคราะห์ สวัสดิการ/เลี้ยงชีพ และกองทุนเอดส์ชุมชน โดยมีศูนย์ปฏิบัติการต้านภัยเอดส์จังหวัด/อำเภอ/ตำบล และองค์กรพัฒนาเอกชนรองรับการดำเนินงานและประสานงานในภาคปฏิบัติของแต่ละพื้นที่

บทเรียนของชุมชนที่ยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาเอดส์ได้ค่อนข้างชัดเจน มักจะมีกลไกสำคัญที่คล้ายๆ กันคือ มีกลุ่มแกนนำชุมชนที่บุกเบิกนำร่องการแก้ไขปัญหาระยะแรกๆ ซึ่งมาทำด้วยใจอย่างธรรมชาติ ไม่ใช่การจัดตั้ง ทำให้ชุมชนยอมรับและให้ความร่วมมือสนับสนุน มีบทบาทในการจัดการกับปัญหาของชุมชนอย่างอิสระและเป็นเอกภาพ กลุ่มแกนนำที่นำร่องการแก้ไขปัญหาระยะแรกๆ ของแต่ละชุมชนอาจมาจาก

กลุ่มที่หลากหลาย โดยทุกกลุ่มแกนนำที่นำร่องการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชน จะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ คอยประสานเชื่อมโยงภารกิจการแก้ไขปัญหากับองค์กรชุมชนที่เป็นทางการ (อบต.) และกลุ่มพลังต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งหน่วยงานราชการและองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ไขปัญหามาจากทุกส่วนของชุมชนในเชิงประจักษ์สังคม แต่บทเรียนที่ผ่านมายังเป็นเพียงการเริ่มต้น ซึ่งยังต้องใช้เวลาพัฒนาสู่ความเป็นระบบที่ชัดเจน เข้มแข็ง ต่อเนื่องและยั่งยืน ต่อไป

ข้อค้นพบการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชน อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ชุมชนที่เข้มแข็งเท่านั้นที่จะให้คำตอบการแก้ไขปัญหาเอดส์หรือแม้แต่ปัญหาวิกฤตอื่นๆ ได้อย่างสมบูรณ์ เบ็ดเสร็จ ต่อเนื่องและยั่งยืน แต่ชุมชนจะขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาก็ต้องมีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 อย่าง ได้แก่

- 1) ผู้ริเริ่มนำร่องที่ทำด้วยใจและชุมชนยอมรับ/ศรัทธา ซึ่งมักจะเป็นผู้นำหลากหลายรูปแบบที่มีอยู่ในชุมชน แล้วแต่สถานการณ์แวดล้อมในแต่ละชุมชนจะกระตุ้น/ผลักดันให้เกิดผู้ริเริ่มตามเหตุปัจจัย
- 2) กาลเวลาและความสุขุมของสถานการณ์บังคับ ทำให้ปัญหามีความชัดเจนและเกิดความจำเป็นที่จะต้องแก้ไข ซึ่งช่วยสร้างความเห็นพ้องต้องกันของสาธารณะให้มีเอกภาพ
- 3) การสนับสนุนปัจจัยด้านงบประมาณทั้งจากในชุมชนและนอกชุมชน บนพื้นฐานการพึ่งพาตนเองเป็นหลัก โดยการสนับสนุนขององค์กรชุมชน/อบต.เป็นเบื้องต้น แต่จำเป็นต้องพึ่งพางบประมาณนอกชุมชน โดยเฉพาะจากรัฐในรูปแบบเงินอุดหนุนที่ลงถึงชุมชนโดยตรง หรือท้องถิ่นมีส่วนบริหารจัดการ
- 4) กระบวนการบริหารจัดการในแนวประชารัฐ ที่มีผู้จัดการ/ผู้ริเริ่มนำร่องชัดเจน ประสานเชื่อมโยงให้ทุกภาคีของชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ในฐานะหุ้นส่วนของการแก้ไขปัญหายั่งยืนของสังคมทั้งระบบ ซึ่งไม่เพียงแต่เชื่อมโยงเป็นเครือข่ายพหุภาคีในชุมชน แต่รวมไปถึงการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายการแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนอื่นๆ ในลักษณะประชารัฐด้วย

บทเรียนจากทั้ง 3 ระดับ ได้สะท้อนภาพรวมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งระบบ ของภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัด เริ่มจากการลงถูกลงผิดที่ไม่มีต้นแบบมาก่อน โดยเฉพาะถือเป็นการนำร่องการแก้ไขปัญหามาจากภาครัฐที่ไม่มีรูปแบบสั่งตรงลงมาจากเบื้องบน ดังนั้นการเรียนรู้ของท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคชุมชน จึงเป็นการเรียนรู้จากการกระทำโดยตรง เป็นประสบการณ์ที่แลกมาด้วยชีวิตและความสูญเสียทรัพย์สินมูลค่ามหาศาล

ดังนั้น บทเรียนและประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์ หรือปัญหาในลักษณะเดียวกัน ของภาคเหนือตอนบน จึงควรเป็นประโยชน์แก่คนไทยในภูมิภาคอื่นๆ ที่กำลังเผชิญกับปัญหาเอดส์ เจดเช่นภาคเหนือตอนบนในทศวรรษที่ผ่านมา ได้เรียนรู้และป้องกันแก้ไขปัญหามาอย่างทันท่วงที เพื่อลดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินโดยไม่จำเป็น

ABSTRACT

This quasi-experimental study aimed to find a local preventive-smoking model for the younger group of under 18 year-old. The study was done in 5 villages at Serm Sub-district Ponpisai District, Nongkhai Province, Thailand. Three study-stages was organized; (i) surveying the locals' altitude (including the group of under 18 year-old), as to search critical smoking accessibility factor, (ii) establishing a meeting(excluding the 18 year-old group) as to achieve a collectively smoking prevention model, and lastly(iii)evaluating such that proposed model.

The survey results showed the critical smoking accessibility factor was "no hazard understanding". Only 60.6 % of the younger understood health hazard and related smoking prohibited law. The health volunteers, teachers, cigarette retailers sub-district members, abbots, polices and students knew new-enforcement smoking law and regulation by only 61.5 %, 62.5 %, 78.9 %, 66.7 %, 33.3 %, 61.9 % and 67.2 % respectively. The result also showed 79.4 % of the students used to buy cigarette. Other smoking accessibility factors were "new try", broken home, elder-like smoking, no recreation activity available, no rigorous no-smoking campaigns done by local institutions, and lastly, influential from friends. The no-smoking campaigns introduced by the study were through education mediums as smoking causing health-hazards. These were distributed via several means. Such those non-smoking campaigns included "the 18 year-old prohibited" signs adhered at the cigarette shops, leaflet, radio spots, local anti-smoking clubs, playground sport arrangement, healthy student for not smoking competitions, no-smoking classrooms, smoking-hazards warning delivered by abbots, 216 students swore for not smoking, monthly cigarette shops' inspection by polices and yearly budget put forward for no-smoking campaigns by sub-district administrative offices.

The achievement by the study campaigns could have the more number of students getting to know the non-smoking law increased from 26.6% to 44.1%. The smoking rate reduced from 31.1% to 20.9%. Persons who gave up smoking during the campaign project were 42.5%, and buying cigarette habits decreased from 79.4% to 45.6%. General public smoking rate from 27.0% could reduce to finally quit of smoking 19.5%.

The model applied by this study was genuinely from grass-root initiatives, any achievements was then originated from community-based practice. On-going activities following the model applied remained next to be evaluated.

สารบัญ

บทที่ 1	การสังเคราะห์องค์ความรู้และประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์	1
บทที่ 2	บทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ของศูนย์อำนวยการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน	6
บทที่ 3	บทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรภาครัฐในจังหวัดภาคเหนือตอนบน	
3.1	ช่วงต่างคนต่างทำ (ก่อน 2538)	22
3.2	ช่วงรวมพลังฝ่าวิกฤตเอดส์ (ศอชนบ.-ศอจ.-ศอช.-ศอด.)	24
3.3	ช่วงเครือข่ายประชาสังคม	29
3.4	กรณีตัวอย่างประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์ของ ศอจ.เชียงราย	30
3.5	กรณีตัวอย่างประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์ของ ศอจ.พะเยา	38
3.6	กรณีตัวอย่างประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์ของ ศอจ.เชียงใหม่	50
บทที่ 4	บทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรพัฒนาเอกชนในจังหวัดภาคเหนือตอนบน	61
4.2.1	องค์การแคร์นานาชาติ	67
4.2.2	คริสต์จักรภาคที่ 2 เชียงราย	71
4.2.3	NCA	73
4.2.4	ACCESS	74
4.2.5	มูลนิธิศุภนิมิตฯ	78
4.2.6	มูลนิธิฟื้นฟูชนบท	80
บทที่ 5	บทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ของผู้ชำนาญการในเครือข่ายองค์กรภาคเหนือตอนบน	86
5.1	บทเรียนและประสบการณ์ของผู้ประสานงานเครือข่ายเอดส์ภาครัฐ/ศอชนบ	87
5.2	บทเรียนและประสบการณ์ของผู้ประสานงานเครือข่ายเอดส์ภาคเอกชน/AIDSNet	93
5.3	บทเรียนและประสบการณ์ของจังหวัดเชียงใหม่ จากโรคเอดส์เป็นปัญหาเอดส์:	99
5.4	บทเรียนและประสบการณ์ของจังหวัดเชียงใหม่ จากผู้ติดเชื้อรายแรก-Smart sex	103
5.5	บทเรียนและประสบการณ์ของจังหวัดเชียงราย จากช่องถึงการพัฒนาชุมชน	110
5.6	บทเรียนและประสบการณ์ ผสมผสานจากเชียงราย-แม่ฮ่องสอน	117
5.7	บทเรียนและประสบการณ์การนำร่องศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์จังหวัดพะเยา	124
5.8	บทเรียนและประสบการณ์ของ NGO ในบทบาทตัวกลางระหว่างชาวบ้านกับรัฐ	129
5.9	บทเรียนและประสบการณ์ของเครือข่าย NGO เอดส์ภาคเหนือ	135
บทที่ 6	บทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ของเครือข่ายองค์กรชุมชนในจังหวัดเชียงราย	140
บทที่ 7	การเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชุมชนสู่ปัญหาเอดส์	171
บทที่ 8	สรุปบทเรียนและทางเลือกในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชน	196
	เอกสารอ้างอิง	200

บทที่ 1

การสังเคราะห์องค์ความรู้และประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์ ของภาคเหนือตอนบนและชุมชนในจังหวัดเชียงราย

The Lessons and Experiences in AIDS Solution of Upper Northern Communities

1.1 ความเป็นมา

นับตั้งแต่การพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกของประเทศไทย เมื่อปลายปี 2527 ในเขตกรุงเทพมหานคร ด้วย HIV ชนิดย่อย B และในช่วง 5 ปี ถัดมา ก็ยังคงพบการแพร่กระจายของ HIV อยู่ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ และกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด ของเขตกรุงเทพมหานคร จนกระทั่งกลางปี 2532 มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มต่างๆ จึงพบว่า อัตราการติดเชื้อในกลุ่มหญิงให้บริการทางเพศในจังหวัดเชียงใหม่สูงขึ้นถึง 44% ซึ่งเป็นเชื้อไวรัส HIV ชนิดย่อย E อันมีปัจจัยเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์เป็นหลัก โดยมีปัจจัยสิ่งแวดล้อมจากการเป็นแหล่งท่องเที่ยวเป็นตัวเสริม ทำให้มีการแพร่กระจายเชื้อเอดส์เป็นไปอย่างรวดเร็วมาก ทำให้ศูนย์กลางของการระบาดเคลื่อนตัวมายังภาคเหนือตอนบน จากหญิงขายบริการทางเพศก็กระจายต่อไปยังลูกค้า/ชายนักเที่ยว และสืบต่อไปยังคู่นอนหรือภรรยาของชายขอบเที่ยว จนที่สุดเข้าสู่ทารกเมื่อภรรยาตั้งครรภ์ ทำให้การแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์แตกต่างไปจากช่วงแรกๆ อย่างสิ้นเชิง

ซึ่งทำให้ภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัดคือ เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา และแม่ฮ่องสอน มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในปี 2537 สูงถึง 7,493 คน ซึ่งคิดเป็นอัตรา 162.9 ต่อแสนประชากร ขณะที่ประเทศไทยมีผู้ป่วยเอดส์รวม 18,409 คน คิดเป็นอัตรา 34.1 ต่อแสนประชากร เท่ากับว่าภาคเหนือตอนบน มีอัตราป่วยเอดส์เป็น 4.8 เท่าของทั้งประเทศ หรือแม้แต่ข้อมูลล่าสุด ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2542 ภาคเหนือตอนบนทั้ง 6 จังหวัด มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์สะสม (รวมผู้ติดเชื้อที่มีอาการ) สูงถึง 51,032 คน เสียชีวิตแล้ว 13,323 คน ในขณะที่ทั้งประเทศ มีผู้ป่วยเอดส์สะสม (รวมผู้ติดเชื้อที่มีอาการ) รวม 155,954 คน และเสียชีวิตแล้ว 35,200 คน ซึ่งแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนแล้วว่า ภาคเหนือตอนบนก็ยังคงมีผู้ป่วยเอดส์และเสียชีวิตจากเอดส์ในอัตราสูงที่สุดของประเทศ (กองระบาดวิทยา, 9 เมษายน 2542)

ผลกระทบเบื้องต้น คือ คนกลุ่มวัยแรงงานอายุ 20-40 ปี ป่วยมากที่สุด โดยพบ ชายมากกว่าหญิง และมีอัตราตายเพิ่มสูงขึ้น ดังเห็นได้จากการศึกษาเปรียบเทียบอัตราตายในภาคต่างๆ ของประเทศไทยพบว่า อัตราตายในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และพะเยาเพิ่มสูงกว่าจังหวัดอื่นของประเทศอย่างเห็นได้ชัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง อัตราการตายของเด็กที่มีอาการที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์และติดเชื้อจากมารดาก็เพิ่มสูงขึ้น กล่าวคือ จากผลของการจัดเรียงลำดับสาเหตุการตายของเด็ก 0-1 ปี ในเขตภาคเหนือตอนบน พบว่า มีการเปลี่ยนจากลำดับที่ต่ำคือ อันดับ 7 ในปี 2536 มาเป็นลำดับที่ 1 ในปี 2541

ผลกระทบที่รุนแรงยิ่งกว่าผลกระทบด้านสาธารณสุข คือ ผลกระทบทางสังคม ถึงแม้ว่าจะมีความพยายามร่วมกันอย่างมากที่จะทำความเข้าใจแก่สังคม ให้เข้าใจภาวะการติดเชื้อ HIV และเข้าใจผู้ติดเชื้อ/ผู้

ป่วยเอดส์ แต่การรังเกียจของสังคมยังคงมีอยู่สูงมาก โดยเฉพาะลูกของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งถูกรังเกียจอย่างมากในศูนย์เด็กเล็กและในโรงเรียน ความวุ่นวายในสังคมเกิดขึ้นทั่วไป จากการสังเกตพบว่ามีข่าวการฆ่าตัวตายเกิดขึ้นมากในภาคเหนือตอนบน ข่าวการถูกล้อออกจากงานด้วยสาเหตุต่างๆ หลังจากการบังคับตรวจเลือดโดยนายจ้างก็มีอยู่ทั่วไป

แม้ว่าในช่วงแรกๆ ผลกระทบทางเศรษฐกิจในภาพของมหภาค ยังไม่ค่อยปรากฏชัดเจน แต่ผลกระทบต่อครอบครัวมีสูงมาก จากการเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้นำครอบครัว การขาดรายได้จากทั้งสามี ภรรยา และการถูกหลอกจากผู้ที่เคยซ้าเดิม อาทิเช่น การหลอกขายยาวิเศษแก่ผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนเศรษฐกิจในระดับชุมชน เริ่มมีผลกระทบมากขึ้น เพราะญาติพี่น้องส่วนหนึ่งต้องช่วยเหลือประคับประคองผู้ป่วยและครอบครัว

จากสถิติและผลกระทบดังกล่าว แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ในระยะเวลาเพียง 10 ปี (2532-2542) ประเทศไทย โดยเฉพาะภาคเหนือตอนบน จะต้องสูญเสียชีวิตผู้คนไปกว่า 50,000 คน และคาดว่าจะอยู่ในอัตรานี้คงที่ต่อไปอย่างน้อยก็ 10 ปี กว่าผู้ติดเชื้อเก่าจะทยอยกันเจ็บป่วยและเสียชีวิตไปตามกาลเวลา และอาจจะถึง 20 ปี หากรวมพวกติดเชื้อใหม่

นั่นหมายความว่า ปัจจุบัน ถึงแม้จะยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ได้ในระดับหนึ่ง แต่ปัญหาเอดส์ยังเพิ่งจะเริ่มต้นเท่านั้น เพราะลำพังการดูแลผู้ป่วยเอดส์จำนวนเป็นแสน ก็เป็นภารกิจอันใหญ่หลวงแล้ว ยังมีปัญหาเด็กกำพร้าและผู้สูงอายุที่ขาดผู้อุปการะเลี้ยงดู หรือผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์จำนวนเป็นล้าน และจะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อยๆ อันเป็นผลกระทบจากปัญหาเอดส์ในระยะยาว ซึ่งจำเป็นต้องอาศัยการระดมพลังจากทุกส่วนของสังคมมาช่วยกันแก้ไข

ดังที่ นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ในช่วง พ.ศ. 2537 ได้กล่าวไว้ว่า ชุมชนภาคเหนือตอนบนที่เจอปัญหาเอดส์ถล่มอย่างหนักในช่วงนั้น มีสภาพยิ่งกว่าพ่ายแพ้สงคราม การแก้ไขปัญหาก็ขึ้นกำลังของหน่วยงานเหล่าใดๆ จะทำได้โดยลำพัง หรือต่างคนต่างแก้ จำเป็นต้องร่วมแรงร่วมใจช่วยกันทุกฝ่าย ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน หรือชุมชน ไม่ว่าจะเป็นกระทรวง กรม กอง หรือองค์กรใดๆ

ที่ผ่านมา ประสพการณ์ 10 ปี ของภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัด ดูเหมือนจะมีความชัดเจนเป็นรูปธรรมมากที่สุด ซึ่งเป็นบทเรียนสำคัญที่จะใช้เป็นรากฐานในการแก้ไขปัญหาเอดส์ในอนาคต โดยเฉพาะปัญหาจากผลกระทบของเอดส์ ดังนั้นบทเรียน 10 ปี ที่ผ่านมา จึงมีความสำคัญ เสมือนหนึ่งเป็นตำราพิชัยสงครามพิชิตเอดส์ทีเดียว

แต่น่าเสียดายที่ที่ผ่านมา ยังขาดการรวบรวม วิเคราะห์และสังเคราะห์องค์ความรู้ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งระบบอย่างเป็นองค์รวม แม้ว่าจะมีงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์ทั้งทางการแพทย์และทางสังคมนับหลายพันเรื่อง รวมทั้งมีการประเมินผลและสรุปบทเรียนในเกือบทุกโครงการที่ทำงานแก้ไขปัญหาเอดส์ แต่ก็จะได้เพียงภาพรวมของหน่วยงาน โครงการ หรือองค์กรนั้นๆ เป็นหลัก ยังขาดการสังเคราะห์ภาพรวมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งระบบ ที่เชื่อมโยงกันตั้งแต่ ระดับชาติ ลงไปถึงระดับภูมิภาค ระดับจังหวัด

ระดับอำเภอ ระดับตำบล และระดับหมู่บ้าน/ชุมชน โดยเฉพาะ ยังเป็นการเชื่อมโยงระหว่าง รัฐ-เอกชน-องค์กรพัฒนาเอกชน-ชุมชน ในแต่ละระดับดังกล่าว น้อยนักที่จะมีงานวิจัยมาช่วยสังเคราะห์ภาพรวมให้เห็นอย่างเป็นระบบชัดเจน

ดังนั้น โครงการวิจัยนี้ ภายใต้การสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จึงได้ถูกกำหนดขึ้นมาในช่วงจังหวะที่ภาคเหนือตอนบนผ่านพ้นการทำสงครามกับเอตส์มาครบ 10 ปี เพื่อจะรวบรวม วิเคราะห์ จัดระบบข้อมูล และสังเคราะห์ให้เป็นองค์ความรู้สาธารณะ ที่คนภาคเหนือตอนบนแลงมาด้วยชีวิตเป็น เรือคนแสน ให้ปรากฏเป็นหลักฐานองค์ความรู้เชิงวิชาการ ที่สามารถใช้เป็นบทเรียนแก่คนรุ่นหลังและชุมชนอื่นได้อีกมากมาย ขณะเดียวกัน จะเป็นทุนทางปัญญาและทางสังคม ที่จะใช้ต่อสู้กับปัญหาเอตส์และผลกระทบจากปัญหาเอตส์ต่อไปอีกนาน อย่างน้อยก็อีกหนึ่งทศวรรษข้างหน้า

เพื่อให้บรรลุพันธกิจดังกล่าว จึงเกิด “โครงการสังเคราะห์องค์ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนรู้และการปรับตัวในการแก้ไขปัญหาเอตส์ของภาคเหนือตอนบนและชุมชนในจังหวัดเชียงราย” โดยมีวัตถุประสงค์ คือ

- 1) เพื่อรวบรวมประสบการณ์การเรียนรู้และการปรับตัวในการแก้ไขปัญหาเอตส์ของชุมชน
- 2) เพื่อสังเคราะห์องค์ความรู้ในการแก้ไขปัญหาเอตส์ของชุมชนอย่างเป็นระบบ
- 3) เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้และประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาเอตส์ของชุมชน

แบ่งการศึกษาวิจัยเป็น 3 ระดับ คือ

- 1) ระดับภาค ศึกษาภายใต้กรอบการทำงานของศูนย์อำนวยการด้านภัยเอตส์ภาคเหนือตอนบน
- 2) ระดับจังหวัด ศึกษาภายใต้กรอบการทำงานของ ศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอตส์จังหวัด/ศอจ.และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอตส์ในพื้นที่ 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงราย, เชียงใหม่, พะเยา, ลำปาง, ลำพูน และแม่ฮ่องสอน
- 3) ระดับชุมชน ศึกษาเจาะลึกเฉพาะในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ที่มีการรวมตัวกันของกลุ่มผู้ติดเชื้อ มีแกนนำ มีระบบ มีกระบวนการทำงานและบริหารจัดการร่วมกับชุมชนชัดเจน มีประสบการณ์การเรียนรู้และการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหาเอตส์ที่มีลักษณะเฉพาะของชุมชนชัดเจน

1.2 วิธีการศึกษาวิจัย

เนื่องจากวัตถุประสงค์ในการวิจัย เน้นการรวบรวมและสังเคราะห์องค์ความรู้ของชุมชนที่ได้เรียนรู้ และปรับตัวเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาเอตส์ โดยยึดกรณีศึกษาจากประสบการณ์ตรงของชุมชนในจังหวัดเชียงรายเป็นหลัก พร้อมกับวิเคราะห์ภาพรวมในกระบวนการแก้ไขปัญหาทั้งระบบ ในบริบทของภาคเหนือตอนบน (ตอนบ.) และองค์กรที่แก้ไขปัญหาเอตส์ระดับจังหวัด ทั้งรัฐและเอกชนเป็นส่วนประกอบ ดังนั้นวิธีวิจัยจึงใช้การวิจัยเชิงคุณภาพเป็นหลัก และดำเนินการวิจัยเป็น 2 ช่วง ดังนี้

ช่วงที่ 1 การศึกษาภาพรวมของการแก้ไขปัญหาเอตส์ทั้งระบบใน 6 จังหวัดของภาคเหนือตอนบน ทั้งในส่วนของความรับผิดชอบขององค์กรภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน โดย

1) ทบทวนเอกสาร/รายงาน/ผลงานวิจัยและข้อมูลสถิติ ที่เกี่ยวข้องกับแผนงาน/โครงการ/กิจกรรม และผลการดำเนินงานในกระบวนการแก้ไขปัญหายาเอตส์ โดยมีกรอบการศึกษา ดังนี้

- ในระดับมหภาค ศึกษาตามกรอบการทำงานของศูนย์อำนวยการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน
- ในระดับองค์กรภาครัฐ ศึกษาตามกรอบการทำงานของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์จังหวัด ในจังหวัดเชียงราย, เชียงใหม่, พะเยา, ลำปาง, ลำพูน, และแม่ฮ่องสอน
- ในระดับองค์กรพัฒนาเอกชน ศึกษาตามกรอบการทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชน ที่ทำงานด้านเอดส์เป็นหลักและครอบคลุมพื้นที่ใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน

โดยการวิเคราะห์ในประเด็น ความเป็นมา โครงสร้าง การบริหารจัดการ นโยบาย เป้าหมาย ยุทธศาสตร์ กระบวนการทำงาน ผลการดำเนินงาน และสังเคราะห์บทเรียนจากประสบการณ์การแก้ไขปัญหายาเอตส์ขององค์กร

2) สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In depth interview) บุคคลสำคัญ (Key person) ของหน่วยงาน/องค์กร ที่มีประสบการณ์และความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหายาเอตส์ของชุมชนมาอย่างโชกโชน ทั้งจากองค์กรภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน มีทั้งตัวแทนระดับบริหาร ระดับประสานงาน และระดับปฏิบัติการในพื้นที่ ทั้งนี้เพื่อเก็บเกี่ยวบทเรียน/ประสบการณ์ ที่เรียนรู้จากการทำงานแก้ไขปัญหายาเอตส์มาเป็นเวลานาน โดยเฉพาะความคิดและวิสัยทัศน์ของการแก้ไขปัญหายาเอตส์ในอดีต ที่กลั่นมาจากภูมิหลังของประสบการณ์อันยาวนานเหล่านั้น

ช่วงที่ 2 การศึกษาประสบการณ์การเรียนรู้และการปรับตัวของชุมชนในการแก้ไขปัญหายาเอตส์ โดยศึกษาเป็นรายกรณีจากชุมชนตัวอย่าง ที่มีการรวมตัวกันของกลุ่มผู้ติดเชื้อ มีแกนนำ มีระบบ มีกระบวนการทำงานและการบริหารจัดการร่วมกับชุมชนอย่างชัดเจน ซึ่งคัดเลือกจากชุมชนที่มีกลุ่มผู้ติดเชื้อตามลักษณะดังกล่าวในพื้นที่ของจังหวัดเชียงราย โดยดำเนินการศึกษาเป็น 4 ขั้นตอน ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 สัมภาษณ์ชุมชนที่ดำเนินการแก้ไขปัญหายาเอตส์ของชุมชน ที่มีลักษณะของ “เครือข่ายองค์กรชุมชน” ซึ่งหมายถึงมีกลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันโดยธรรมชาติ/จัดตั้ง ที่มีตัวตน มีแกนนำ มีระบบชัดเจน มีกระบวนการทำงานและการบริหารจัดการร่วมกับชุมชน มีประสบการณ์การเรียนรู้และการปรับตัวเพื่อต่อสู้กับปัญหายาเอตส์ที่มีลักษณะเฉพาะชัดเจน มีทั้งที่ผ่านพ้นวิกฤตมาและที่กำลังเผชิญกับวิกฤต

ซึ่งได้ทำการสำรวจผ่านเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อทั่วจังหวัดเชียงรายจำนวน 59 กลุ่ม กระจายอยู่ในพื้นที่ของทุกอำเภอ โดยใช้วิธีลงไปสังเกตและเสวนาอย่างไม่เป็นทางการกับแกนนำชุมชนและผู้ติดเชื้อแต่ละกลุ่ม ประเมินสถานการณ์ที่พบเห็นจริงโดยเทียบกับความหมายของเครือข่ายองค์กรชุมชนที่แก้ปัญหายาเอตส์ ซึ่งได้กำหนดเป็นกรอบการศึกษาไว้แต่เริ่มแรก ผลการสำรวจพบว่า มีเพียง 9 ชุมชน ที่อยู่ในกรอบของชุมชนเป้าหมายที่จะศึกษา โดยกระจายอยู่ใน 5 อำเภอ (จังหวัดเชียงรายมี 17 อำเภอ) ได้แก่

(1) อำเภอเมือง (เครือข่ายสายสัมพันธ์) ประกอบด้วย

- ชุมชนคริสต์จักรบ้านฟาร์ม (กลุ่มด้วยรักและเอื้ออาทร)
- ชุมชนวัดศรีชุม (กลุ่มแสงธรรมวัดศรีชุม)

- (2) อำเภอแม่จัน (เครือข่าย พุทธรักษา) ประกอบด้วย
 - ชุมชนจันจว้า (กลุ่มดอกแก้ว, กลุ่มเมตตาธรรม)
 - ชุมชนป่าซาง (กลุ่มฟ้าลิขิต)
 - ชุมชนแม่ไร่ (กลุ่มดอกตะล่อม)
- (3) อำเภอแม่สาย (เครือข่ายรพ. แม่สาย) ประกอบด้วย
 - ชุมชนเกาะช้าง (กลุ่มฝั่งสาย)
- (4) อำเภอพญาเม็งราย (เครือข่ายรพ.พญาเม็งราย) ประกอบด้วย
 - ชุมชนแม่เปา (กลุ่มมิตรภาพ)
- (5) อำเภอเทิง (เครือข่าย พัทธศรณามัย) ประกอบด้วย
 - ชุมชนหงาว (กลุ่มฟ้าสา)
 - ชุมชนวัดเทิงเสาหิน (กลุ่มเวียงกล้า)

ขั้นตอนที่ 2 พัฒนาคำถามงานวิจัยในภาคชุมชน เพื่อทำการศึกษาลึกเกี่ยวกับบทเรียนการแก้ไข ปัญหาเอดส์ของชุมชนเป้าหมาย โดยการสัมภาษณ์เชิงลึกจากผู้ติดเชื้อ ญาติผู้ติดเชื้อและผู้เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาค้นคว้าในชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน, ครู, เจ้าหน้าที่สาธารณสุข, NGO, หรือพระ

ขั้นตอนที่ 3 จัดเวทีเสวนาปัญหาเอดส์ขึ้นในชุมชนเป้าหมาย ประกอบด้วยทุกฝ่ายที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชน โดยใช้เทคนิค AIC เพื่อเปิดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลและเรียนรู้ปัญหาเอดส์ของชุมชนร่วมกัน แสวงหาแนวทางและทางเลือกในการแก้ไขร่วมกันโดยมีชุมชนเป็นเจ้าภาพ รวมทั้งผูกพันแนวทางและทางเลือกในการแก้ไขปัญหามีความชัดเจนที่ทุกฝ่ายยอมรับและมีส่วนร่วม เพื่อจะพัฒนาให้เป็นแผนงาน/โครงการทั้งระยะสั้นและระยะยาวของชุมชนต่อไป

ขั้นตอนที่ 4 จัดเวทีกลาง เพื่อให้ทั้ง 9 ชุมชนมีโอกาสเสวนาแลกเปลี่ยนบทเรียนและประสบการณ์ การแก้ไขปัญหาเอดส์ ร่วมกับหน่วยงานของรัฐ/องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ เพื่อเรียนรู้การแก้ไข ปัญหาเอดส์ร่วมกันและเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชุมชนในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์ ซึ่ง ทำให้การศึกษาในขั้นตอนที่ 4 ของแต่ละชุมชนได้รับการตรวจสอบและมีความชัดเจนยิ่งขึ้น นอกจากนั้น ผล การเสวนายังได้แนวทางที่จะดำเนินการขยายผลเป็นงานวิจัยในช่วงต่อไป

เมื่อนำผลการดำเนินงานในช่วงที่ 2 ไปเชื่อมโยงกับผลการศึกษาในช่วงที่ 1 ก็จะทำให้ภาพรวมทั้ง ระบบของการแก้ไขปัญหามาตั้งแต่ระดับชาติลงมาถึงระดับชุมชน โดยเฉพาะในบริบทของภาคเหนือตอนบน มีความชัดเจน และบทเรียนที่สรุปได้จากการแก้ไขปัญหามาตั้งแต่ระดับ ย่อมเป็นแนวทางที่ จะนำไปปรับใช้แก้ปัญหา หรือศึกษาวิจัยขยายผลต่อไป ดังจะได้นำเสนอผลการศึกษาวิจัยไว้ในบทที่ 2-8

บทที่ 2

บทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ของศูนย์อำนวยการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน

2.1 ความเป็นมา

ศูนย์อำนวยการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน หรือเรียกโดยย่อว่า “ศอนบ.” เป็นองค์กรที่ถูกจัดตั้งขึ้นโดยคำสั่งของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ เมื่อวันที่ 22 มีนาคม พ.ศ. 2538 เพื่อจุดประกายการประสานงานของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ให้มามีบทบาทในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งครอบคลุมพื้นที่และเป็นไปในทิศทางเดียวกัน หรืออาจกล่าวได้ว่าเป็นการเปิดหน้าต่างกลยุทธ์ใหม่ (Strategic Window) ของการบริหารจัดการ ตลอดจนการพัฒนาโครงสร้างขององค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ให้เฝ้าต่อการแก้ไขปัญหาในยุคปัจจุบัน ที่นับวันจะมีแต่ความยุ่งยากและสลับซับซ้อนมากยิ่งขึ้น มีความเกี่ยวโยงปฏิสัมพันธ์กันอย่างเป็นเครือข่ายและแผ่ขยายวงกว้างขวางทั้งขนาดของพื้นที่และความรุนแรง จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ในการทำงานเพื่อแก้ไขปัญหาใหม่ๆ

แต่ก่อนที่จะมี ศอนบ. โดยเฉพาะในช่วงปี 2531-2534 ทางสาธารณสุขยังมองเรื่องเอดส์เป็น “โรคเอดส์” หรือเป็นโรคระบาดชนิดหนึ่งที่ไม่มียารักษา จนเมื่อปี 2535 เป็นต้นมา จึงได้เปลี่ยนมุมมองเรื่องเอดส์มาเป็น “ปัญหาเอดส์” แต่ก็ยังไม่มีแนวทางแก้ไขปัญหาคัดเจน นอกจากการรณรงค์ป้องกันการแพร่เชื้อเป็นหลัก ซึ่งยังมีปัญหาอุปสรรคในการทำงานมากมายเช่น สาธารณสุขยังคงทำงานตามนโยบายส่วนกลาง ไม่มีการปรับปรุงการทำงานให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ ให้ความสำคัญกับงบประมาณการรักษามากจนเทียบไม่ได้กับการป้องกัน แม้ว่างบประมาณการรักษายังคงไม่เพียงพอก็ตาม และยังไม่เน้นการพัฒนาให้ชุมชนมีขีดความสามารถต่อสู้กับปัญหาได้เอง

ดังนั้น เมื่อเริ่มรู้ตัวว่าติดเชื้อ/เริ่มแสดงอาการ ก็ไม่รู้จะทำอย่างไร เนื่องจากไม่มียารักษา จึงดิ้นรนแสวงหาทางรอด หันมาพึ่งพาหมอพื้นบ้านทั้งในรูปแบบพิธีกรรมและสมุนไพร นายวิชัย วิชนิลบล ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านคนหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่และได้เผยแพร่การใช้ตำรับสมุนไพร/ยาต้มของตนแก่ผู้ติดเชื้อที่สิ้นหวังทั้งหลาย จนได้รับความนิยมมากและได้รับสมญานามว่าหมอเทวดา มีผู้ติดเชื้อมาอาศัยสมุนไพรของหมอเทวดาจากทั่วสารทิศ ช่วงแรกๆ ก็ให้บริการที่ยังไม่เข้าข่ายธุรกิจการค้า แต่ต่อมาก็มีการเรียกร้องค่าบริการมากขึ้นที่เป็นไปในลักษณะการค้า ทวงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่มีหน้าที่ให้ความคุ้มครองผู้บริโภคให้เกิดความปลอดภัยและไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบ ขณะเดียวกันก็มีหน้าที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งการใช้สมุนไพรก็เป็นทางเลือกหนึ่ง จึงจำเป็นต้องหาความสมดุลในหน้าที่ทั้งสองด้านให้เกิดความเหมาะสม แต่ในขณะนั้นก็ยังไม่มีกลไกใดๆ ที่จะใช้เป็นทางออกของการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

จนเมื่อปลายปี 2536 เมื่อการขอร้องให้หยุดการกระทำในลักษณะการค้าไม่เป็นผล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ที่จำเป็นต้องทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคตามกฎหมาย จึงได้จับกุมนายวิชัย ฐาน

กระทำผิดพระราชบัญญัติยาและพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค แต่ในขณะเดียวกันก็ไม่มีทางเลือกให้ผู้ติดเชื้อได้พึ่งพา จึงเกิดกรณีพิพาทระหว่างรัฐกับประชาชนโดยเฉพาะผู้ติดเชื้อ ทำให้รัฐบาลของ นายชวน หลีกภัย ในขณะนั้น ที่มี นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม เป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ต้องเดินทางไปแก้ไขปัญหที่จังหวัดเชียงใหม่ และได้พบความจริงว่า ปัญหาเอดส์ได้กลายเป็นภัยพิบัติของภาคเหนือตอนบนที่รุนแรงยิ่งกว่าแพะสงคราม คาดว่ามีผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ต่ำกว่า 300,000 คน หรือกว่า 50% ของประเทศ และกำลังล้มตายเหมือนใบไม้ร่วง (ปี 2537 มีผู้ป่วยทั้ง 6 จังหวัดถึง 7,493 คน หรือ 162.9 ต่อแสนประชากร ขณะที่ทั้งประเทศมีผู้ป่วย 18,409 คน หรือ 34.1 ต่อแสนประชากร) โดยที่รัฐก็ยังไม่มีกลไกที่จับไวและทรงพลังพอที่จะหยุดยั้งปัญหาได้

หลังจากที่ นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม ได้ประชุมหารือกับทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องที่จังหวัดเชียงราย และเห็นพ้องที่ต้องมีกลไกพิเศษในการระดมพลังจากทุกฝ่ายมาร่วมกันทำงาน เพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ของภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัด (สคต.เขต 10) โดยเสนอคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติให้จัดตั้ง ศอบน. ขึ้นเป็นกลไกพิเศษ เพื่อทำหน้าที่เป็นผู้วางแผนยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญห (Strategic planner) เป็นผู้อำนวยการความสะดวก (Facilitator) และผู้ประสานงาน (Coordinator) ในการแก้ไขปัญห รวมทั้งเป็นผู้ป้องกันปัญหาให้กับผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง (Trouble shooter) โดยยึดความคล่องตัว จับไวและมีอำนาจเบ็ดเสร็จในการแก้ไขปัญห เป็นหลัก ซึ่งเป็นการแหกกฎการทำงานแบบราชการดั้งเดิมอย่างมาก จึงถือว่ากรณีพิพาทหมอลงทองช่วยจุดประกายและเป็นจุดเปลี่ยนของการแก้ไขปัญหเอดส์ของรัฐจากเดิมอย่างสิ้นเชิง

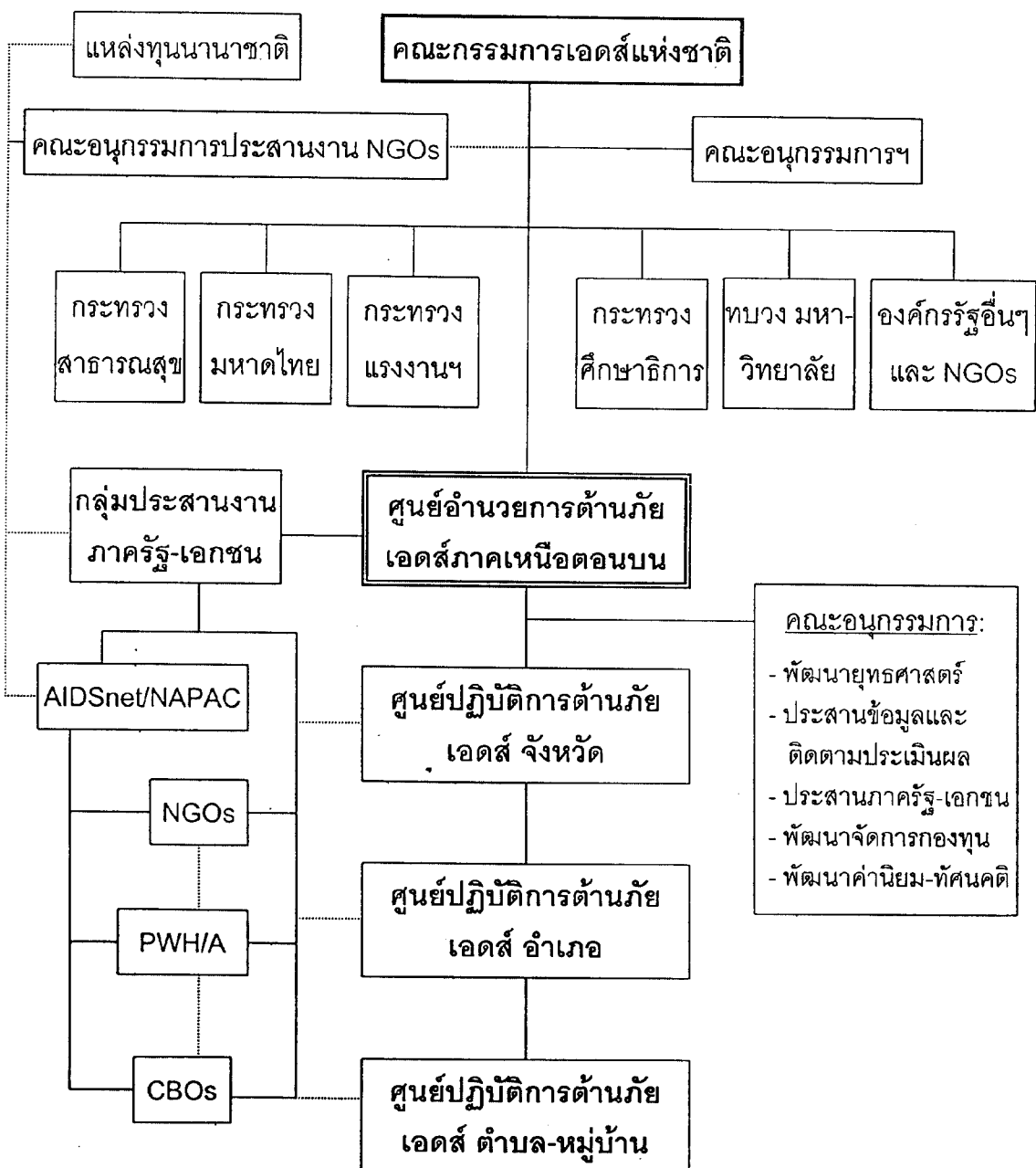
ศอบน. จึงประกอบด้วยคณะกรรมการ 31 คน ซึ่งเป็นผู้บริหารระดับสูงของ 7 กระทรวงหลัก ผู้ว่าราชการจังหวัดใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ผู้แทนของหน่วยงานเอกชนที่ดำเนินงานเรื่องเอดส์ใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบนและผู้แทนองค์กรผู้ติดเชื้อ โดยมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน และมีรองปลัดกระทรวงสาธารณสุข รองปลัดกระทรวงมหาดไทย และอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อกันเป็นรองประธาน โดยมีผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เป็นเลขานุการ นอกจากนั้น ยังมีคณะกรรมการต่างๆ อีก 5 คณะ (ช่วง 2538-2539 มี 4 คณะ) ทำหน้าที่เป็นกรรมาธิการ ได้แก่

- (1) คณะอนุกรรมการพัฒนายุทธศาสตร์การแก้ไขปัญหเอดส์
- (2) คณะอนุกรรมการประสานข้อมูลและติดตามประเมินผล
- (3) คณะอนุกรรมการประสานภาครัฐและเอกชน
- (4) คณะอนุกรรมการพัฒนาการจัดการกองทุน
- (5) คณะอนุกรรมการพัฒนาค่านิยมและทัศนคติ

โดยให้ ศอบน. มีหน้าที่ในการกำหนดแนวทางและกลวิธีการทำงาน เพื่อให้การแก้ไขปัญหเอดส์สอดคล้องกับลักษณะการแพร่ระบาด ทรัพยากร และสังคมวัฒนธรรมของแต่ละท้องถิ่น นอกจากนั้นยังมีหน้าที่ประสานงานกับทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหเอดส์ ให้มีทิศทางและเอกภาพในการทำงาน การติดต่อสื่อสาร ตลอดจนการติดตามประเมินผล รวมทั้งมีหน้าที่ประสานงานให้เกิดภาพรวมและแนวทางการจัดสรรงบประมาณที่สอดคล้องกับกลวิธีการทำงานและวัฒนธรรมในแต่ละพื้นที่

2.2 โครงสร้างและการบริหารจัดการ

จากความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของการเกิด คสนบ. ดังกล่าวข้างบน ทำให้ คสนบ. เป็นกลไกที่มีบทบาทในการถักทอระหว่างการทำงานแบบแนวตั้งของภาคราชการกับการทำงานแบบแนวนอนของภาคเอกชนและชุมชน ซึ่งต่างก็มีจุดแข็งและจุดอ่อนด้วยกันทั้งสองแนว การถักทอจึงเป็นการเสริมแรงซึ่งกันและกัน เพื่อให้เกิดพลังสูงสุดในการแก้ไขปัญหา ดังนั้นโครงสร้างของ คสนบ. จึงมีลักษณะเฉพาะที่ไม่ใช่องค์กรปฏิบัติการเบ็ดเสร็จ (Project organization) แต่เป็นองค์กรในลักษณะเจ้าภาพร่วม (Matrix organization) ที่เชื่อมโยงกับฐานปฏิบัติการต่างๆ ตั้งแต่ระดับชาติจนถึงระดับพื้นที่ ดังแสดงในแผนภูมิข้างล่างนี้



2.3 นโยบายและเป้าหมาย

แม้ ศอนบ. จะถูกกำหนดให้เป็นกลไกที่เน้นการทำงานในกระบวนทัศน์ใหม่ ที่ต่างไปจากระบบราชการเดิม แต่ ศอนบ. ยังคงต้องสืบทอดเจตนารมณ์และนโยบายของรัฐอย่างต่อเนื่อง จากระดับชาติ จนถึงระดับภาค ระดับจังหวัด ระดับตำบล และระดับชุมชน โดยเน้นกลวิธีด้านการพัฒนาศักยภาพของชุมชนเป็นหลัก กล่าวคือ ผู้ปฏิบัติในระดับพื้นที่ ต้องสามารถนำนโยบาย 5 ประการข้างล่างนี้ ไปจัดทำเป็นแผนปฏิบัติให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ ได้แก่

(1) การพัฒนาศักยภาพของคนและชุมชน โดยเตรียมประชาชนหรือชุมชนให้เกิดความรู้และทักษะต่อการป้องกันตัวเอง และบุคคลในครอบครัว มิให้ติดเชื้อเอชส รวมถึงการไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชส

(2) การสร้างอาสาสมัคร เพื่อช่วยกระจายความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอชส รวมการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชสทั้งด้านร่างกายและจิตใจ ประเด็นสำคัญคือเป็นจุดประสานเครือข่ายระดับชุมชนที่จะสนับสนุนการแก้ไขปัญหา ให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชสในชุมชนสามารถอยู่ร่วมกันได้

(3) การสร้างเครือข่ายของการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชสขึ้นในชุมชน

(4) การสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาในด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยสามารถเชื่อมโยง หรือประสานการดำเนินงานได้อย่างเป็นระบบ หรือมีเครือข่ายการดำเนินงานตั้งแต่ระดับโรงพยาบาลจนถึงชุมชน ซึ่งทำให้เกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อทั้ง 6 จังหวัด กว่า 200 กลุ่ม

(5) การบริหารจัดการและการสื่อสารข้อมูลให้ชุมชนสามารถติดต่อสื่อสารกันได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งจะนำไปสู่การปฏิบัติที่เร่งด่วน ทันต่อการแก้ไขปัญหาเรื่องเอชสในแต่ละพื้นที่ ให้ครอบคลุมทุกหมู่บ้าน/ชุมชน

ซึ่งช่วยให้การพัฒนาระบบบริหารและงบประมาณของงานควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอชสในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ทันต่อสถานการณ์ได้ดีขึ้น กล่าวคือ มีการปรับระบบการบริหารและการจัดสรรงบประมาณ โดยยึดพื้นที่และปัญหาเป็นหลัก ทำให้มีงบประมาณในการดำเนินการแก้ไขปัญหาเอชส เป็นเอกภาพและพอเพียงมากยิ่งขึ้น

2.4 ยุทธศาสตร์และกระบวนการทำงาน

จากประสบการณ์ 5 ปี (2538-2542) ของ ศอนบ. ช่วยเสริมการดำเนินงานในส่วนขาดของจังหวัดให้สามารถดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

โดยในช่วงแรก (2538-2539) เน้นยุทธศาสตร์การเตรียมชุมชนเป็นหลัก เพื่อให้ชุมชนรู้จักในเรื่องโรคเอชสและการควบคุมป้องกัน โดยไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอชส ขณะเดียวกันก็สร้างเครือข่ายอาสาสมัครช่วยกระจายความรู้/ข้อมูลโรคเอชส รวมทั้งให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชสทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยการส่งเสริมการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อ เพื่อให้เกิดเครือข่ายการดูแลสุขภาพ/ผู้ติดเชื้อที่เชื่อมโยงระหว่างชุมชนกับสถานบริการสาธารณสุข รวมทั้งสร้างเครือข่ายทางสังคมและเศรษฐกิจ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชสได้รับการสงเคราะห์เช่น อาหาร ที่พัก และอาชีพ โดยการจัดสรรงบประมาณลงสู่ชุมชนโดยตรง

แต่จากการติดตามประเมินผลของ คอนบ. ยังพบปัญหาอุปสรรคในด้านความเป็นเอกภาพของการแก้ไขปัญหาและการบริหารจัดการในพื้นที่ รวมทั้งการมีส่วนร่วมของชุมชน คอนบ. จึงได้ปรับปรุง แผนงานยุทธศาสตร์และกระบวนการทำงาน ให้มีความชัดเจนและมีความเป็นระบบที่เชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวมมากยิ่งขึ้น โดยเฉพาะในแผนงานตั้งแต่ปี 2540-2544 เช่น

2.4.1 กำหนดยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ให้มีเอกภาพ โดยวางกรอบนโยบาย ทิศทางและกิจกรรม ที่จะทำให้บรรลุวัตถุประสงค์หลัก สอดคล้องและครอบคลุมถึงยุทธศาสตร์ทั้ง 8 ข้อ หรืออย่างน้อยก็ครอบคลุมยุทธศาสตร์ข้อ 1-5 และข้อ 8 ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 พัฒนาศักยภาพ คน ครอบครัวและชุมชน

เน้นการเสริมสร้างชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ตระหนักต่อปัญหาเอดส์ มีการช่วยเหลือเกื้อกูล มีการจรรโลงวัฒนธรรมชุมชนและวิถีชีวิต ที่สามารถป้องกันปัญหาเอดส์ ยุติค่านิยมที่ไม่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเหนี่ยวนำเข้าสู่สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ อาทิ การซื้อ-ขายบริการทางเพศ การมีโสเภณีเด็กในชุมชน การขายลูกและล่อลวงเยาวชนสู่ธุรกิจขายบริการทางเพศ และการดื่มสุรา ซึ่งอาจทำได้โดย

- (1) อบรมทักษะชีวิต (Life skill) แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ในชุมชน
- (2) ให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยแก่ชุมชน (Community sex education) เพื่อให้แต่ละบุคคลในชุมชน มีอำนาจต่อรองต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทั้งกลุ่มที่ยังไม่ติดเชื้อ และกลุ่มที่มีการติดเชื้อแล้วแต่ไม่รู้ตัว
- (3) กระจายถุงยางอนามัย ให้มีใช้ในชุมชน โดย วิธ้ง่าย สะดวก และเป็นลักษณะที่ชุมชนช่วยเหลือตนเอง
- (4) ผลักดันให้องค์การบริหารส่วนตำบล มีส่วนร่วมการแก้ไขปัญาและจัดงบประมาณมาสมทบการแก้ไขปัญา รวมทั้งมีข้อมูลและดัชนีชี้วัดที่สามารถติดตามความสำเร็จของการดำเนินงานในระดับตำบล

ยุทธศาสตร์ที่ 2 พัฒนาสภาพแวดล้อมในสังคมให้เอื้อต่อการป้องกันแก้ไขปัญาเอดส์

เน้นการเสริมสร้างสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ และสังคม ที่เอื้อต่อการสร้างศักยภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญาเอดส์ โดยส่งเสริมและพัฒนาการประกอบธุรกิจที่ไม่ทำลายวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชุมชน ให้ผู้ด้อยโอกาสได้มีระดับรายได้เพียงพอเลี้ยงตนเองและครอบครัว มีความมั่นคงในอาชีพ โดยไม่ต้องอพยพย้ายถิ่น สร้างจิตสำนึกให้ผู้ประกอบการและนายจ้างได้ตระหนักถึงความสำคัญของการขยายโอกาสให้พนักงานและลูกจ้างได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเอง ในการป้องกันและแก้ไขปัญาเอดส์ ควบคู่ไปกับการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว สามารถพึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี รวมถึงการมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างทั่วถึง อีกทั้งการมีสถานที่พักผ่อนหย่อนใจในรูปแบบต่างๆ เช่น สวนสาธารณะ สนามกีฬา สวนสนุก สวนสัตว์ เพื่อเป็นทางเลือก ในการพักผ่อนแก่ประชาชน แทนการไปแสวงหาที่เที่ยวในแหล่งเริงรมย์

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาศักยภาพจิตวิทยาให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

เน้นการใช้กระบวนการทางสังคมจิตวิทยาให้บุคคลรอบข้างและสังคมมีความเข้าใจ ยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว โดยไม่มีการรังเกียจ สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข รวมทั้งให้การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อและครอบครัว ในด้านต่างๆ อาทิ การเข้าศึกษา การประกอบอาชีพ และที่อยู่อาศัย ซึ่งอาจทำได้โดย

- (1) อบรมกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ที่เป็นอาสาสมัครในเรื่องการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ
- (2) อบรมญาติในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยที่บ้าน
- (3) สนับสนุนการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวมด้วยการใช้สมุนไพร สมุนไพร อาหารและจิตใจ

ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาศักยภาพพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ

เน้นการพัฒนากระบวนการเรียนรู้และกระบวนการศึกษาอบรม เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนค่านิยมและพฤติกรรมเสี่ยง เสริมสร้างระบบความมั่นคงทางสังคม และสวัสดิการ เพื่อการดูแลเด็กและผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ให้การดูแลเด็กกำพร้าและการจัดให้มีบริการคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในหน่วยงานและสถาบันต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ได้มีโอกาสแสดงคุณค่าแห่งชีวิต และลดภาระในการดูแลของสังคม เช่น

- (1) ให้ความรู้ความเข้าใจในการดำเนินงานในศูนย์เด็กเล็ก เพื่อป้องกันเด็กถูกรังเกียจ
- (2) ส่งเสริม/พัฒนากิจกรรมเครือข่ายของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้าน
- (3) ให้มีการดำเนินการเฝ้าระวังเด็กกำพร้า
- (4) สนับสนุนเด็กที่มารดาติดเชื้อเอดส์ให้สามารถเข้าเรียนหนังสือในโรงเรียนต่างๆ ได้
- (5) สนับสนุนด้านการผลิตและการตลาดของกลุ่มผู้ติดเชื้อ
- (6) ให้การสนับสนุนคนชราที่ลูกหลานติดเชื้อเอดส์
- (7) สนับสนุนการปลูกและใช้สมุนไพร สำหรับผู้ติดเชื้อในการดูแลสุขภาพของตน

ยุทธศาสตร์ที่ 5 ส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์

เน้นการใช้กระบวนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ สร้างศักยภาพของผู้ติดเชื้อในการดูแลสุขภาพของตนเอง ความเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรงไว้ให้ยาวนานที่สุด รวมทั้งจัดระบบบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมแก่ผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ หรือโรคแทรกซ้อน ควบคู่ไปกับการสร้างศักยภาพของครอบครัวและชุมชน ให้สามารถดูแลสุขภาพสมาชิกยามเจ็บป่วยได้ เช่น

- (1) สนับสนุนกลุ่มผู้ติดเชื้อให้ขยายการดำเนินงานด้านการดูแลรักษาตนเองและกลุ่ม
- (2) พัฒนาเครือข่ายการดูแล อาสาสมัคร สถานีอนามัย โรงพยาบาล เพื่อการส่งต่อผู้ป่วยผู้ติดเชื้อที่มีประสิทธิภาพ

- (3) พัฒนาศักยภาพของอาสาสมัคร สถานีนอามัย โรงพยาบาล ในด้านการให้คำปรึกษาเฉพาะด้าน ได้แก่ คลินิกหญิงตั้งครรภ์ คลินิกก่อนแต่งงาน คลินิกวางแผนครอบครัว คลินิกให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว คลินิกให้คำปรึกษาแก่คู่สามีภรรยาที่บุคคลใดบุคคลหนึ่งติดเชื้อเอดส์ และคลินิกให้คำปรึกษาด้านการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยอย่างเป็นระบบ
- (4) พัฒนาโรงพยาบาล ด้านการใช้ยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- (5) สนับสนุนการให้ยา AZT แก่แม่ที่ติดเชื้อเอดส์ เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในลูก
- (6) สนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาลในชุมชน

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

เน้นการทบทวนสังเคราะห์องค์ความรู้จากงานวิจัยที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ด้านต่างๆ ร่วมกับนานาชาติ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาอุตสาหกรรมที่รองรับเทคโนโลยี ซึ่งสำคัญต่อการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ ตลอดจนการนำภูมิปัญญาชาวบ้านมาประยุกต์ใช้

ยุทธศาสตร์ที่ 7 การพัฒนาความร่วมมือต่างประเทศเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

เน้นการสร้างความร่วมมือ ระหว่างประเทศในภูมิภาค ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกัน มีการแลกเปลี่ยนและประเมินเทคโนโลยีหรือวิทยาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกับนานาชาติ ตลอดจนเป็นแนวทางในการประสานการใช้ทรัพยากรที่ได้รับ ผ่านความร่วมมือระหว่างประเทศ ให้สอดคล้องกับทิศทางของแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ

ยุทธศาสตร์ที่ 8 พัฒนากลไกการบริหารจัดการที่คล่องตัวและมีประสิทธิภาพ

เน้นการเสนอแนวทางในการบริหารจัดการแบบองค์รวม ทั้งในระดับชาติ ระดับภูมิภาค และระดับท้องถิ่น เพื่อให้แผนงานและโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและก่อปรด้วยประสิทธิภาพสูงสุด เพื่อที่จะพัฒนาระบบการบริหารจัดการและการสื่อสารข้อมูลขององค์กรในแต่ละระดับ ให้สื่อสารกันได้อย่างรวดเร็ว เช่น

- (1) จัดระบบการบริหารงบประมาณจากระดับจังหวัดลงสู่ระดับชุมชนให้มีรูปแบบที่แน่ชัด สามารถควบคุมกำกับได้ เพื่อเกิดประโยชน์สูงสุดแก่ชุมชน โดยสามารถใช้กลวิธีการจัดสรรงบประมาณหมวดอุดหนุนกิจกรรมเอดส์ในชุมชน
- (2) สนับสนุน เสริมสร้างให้องค์กรในระดับชุมชนสามารถมีขีดความสามารถหรือศักยภาพในการวิเคราะห์ปัญหา และแก้ไขปัญหของชุมชน ด้วยตนเอง
- (3) สนับสนุนงบประมาณลงสู่หมู่บ้าน ให้ผสมผสานกับงบประมาณบางส่วนขององค์กรบริหารส่วนตำบล เพื่อการแก้ไขปัญหเอดส์ของท้องถิ่น
- (4) พัฒนาศักยภาพ-ทักษะในการบริหารจัดการของทีมงาน ศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์

- (5) สนับสนุนให้เกิดเครือข่ายการแก้ไขปัญหของท้องถิ่น ทั้งปัญหาด้านการป้องกัน การดูแล และด้านเศรษฐกิจ/สังคม
- (6) พัฒนาระบบข้อมูล การรับรู้ข้อมูลข่าวสารใหม่ๆ เพื่อการบริหารจัดการ
- (7) ประชุมคณะกรรมการต่างๆ อย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ ตลอดจนสนับสนุน และเปิดโอกาสให้ระดับท้องถิ่น และชุมชนมีส่วนร่วมในการกำหนดทิศทาง การป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอ็ดส์ในท้องถิ่น
- (8) จัดหาและบริหารจัดการเงินกองทุนเอ็ดส์ให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- (9) ให้มีการนิเทศ ติดตาม ประเมินผล การดำเนินงาน อย่างต่อเนื่องเป็นระยะเพื่อปรับปรุงแผนการปฏิบัติงานให้มีประสิทธิภาพ
- (10) ประสานการดำเนินงานร่วมกันทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน และองค์กรในชุมชน
- (11) สนับสนุนการสร้างตัวชี้วัดความสำเร็จของการดำเนินงานในชุมชน

นอกจากจังหวัดทั้ง 6 จะผู้นำยุทธศาสตร์ โดยเฉพาะข้อ 1-6 และ 8 ไปดำเนินการจนเกิดผลแล้ว ศอนบ. ยังเปิดโอกาสให้ชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเองโดยตรง หรือร่วมกับพี่เลี้ยงอย่างองค์กรพัฒนาเอกชน โดย ศอนบ. ได้จัดทำคู่มือให้ชุมชนเลือกใช้ตามความเหมาะสม โดยเฉพาะในปี 2541 งบประมาณที่ลงชุมชนถูกลดลงเหลือ 25 ล้านบาท ต่อ 5,863 หมู่บ้าน โดยเฉลี่ยประมาณ 4,300 บาท ต่อหมู่บ้านต่อปี ศอนบ. จึงถือโอกาสนี้ทดลองให้ชุมชนดำเนินการบริหารงบประมาณอย่างมีคุณภาพ โดยมีคู่มือเป็นแนวทาง

นอกจากนั้น ยุทธศาสตร์ทั้ง 8 ยังถูกนำไปบรรจุในยุทธศาสตร์การดำเนินงานควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์แห่งชาติ ของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 อีกด้วย

2.4.2 จัดสรรงบประมาณที่แน่ชัดให้แต่ละจังหวัด เพื่อเสริมงานควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ของจังหวัด รวมทั้งทบทวนแนวทางในการดำเนินงานของจังหวัดให้ชัดเจนยิ่งขึ้น เพื่อให้มีความครอบคลุมและมีงบประมาณเพียงพอ ที่สามารถจะปฏิบัติพันธกิจได้ตามหลักการ/กลวิธีที่วางไว้ เช่น

- สนับสนุนการจัดประชุมมหาสมาคมเอดส์ในทุกจังหวัด เพื่อเป็นเวทีกลางเตรียมความพร้อมในกระบวนการแก้ไขปัญหเอดส์ของแต่ละจังหวัด
- สนับสนุนการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการ เพื่อจัดทำแผนงานและโครงการเร่งรัดงานควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ของแต่ละจังหวัดและภาคเหนือตอนบนโดยรวมให้มีเอกภาพในกระบวนการแก้ไขปัญห ช่วยให้การวางแผนของจังหวัดมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานในระดับจังหวัดในเขตภาคเหนือตอนบน เพื่อการแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก้ไขปัญหาร่วมกัน รวมทั้งการประสานในระดับจังหวัดกับอำเภอในพื้นที่เดียวกันมากยิ่งขึ้น ทำให้แต่ละหน่วยงานมองภาพปัญหาได้ชัดเจนและอยู่ในทิศทางเดียวกัน โดยมีการสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานตามโครงการเร่งรัดใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน แต่ละปีเป็นจำนวนเงินทั้งสิ้น ดังนี้

ปีงบประมาณ 2538 รวม 60.5 ล้านบาท (แยกเป็น หมวดใช้สอย 21.7 หมวดอุดหนุน 38.8)

ปีงบประมาณ 2539 รวม 65.3 ล้านบาท (แยกเป็น หมวดใช้สอย 11.8 หมวดอุดหนุน 53.5)

ปีงบประมาณ 2540 รวม 75.0 ล้านบาท (แยกเป็น หมวดใช้สอย 15.0 หมวดอุดหนุน 60.0)

ปีงบประมาณ 2541 รวม 41.9 ล้านบาท (แยกเป็น หมวดใช้สอย 6.5 หมวดอุดหนุน 35.4)

ปีงบประมาณ 2542 รวม 29.6 ล้านบาท (แยกเป็น หมวดใช้สอย 4.6 หมวดอุดหนุน 25.0)

2.4.3 พัฒนาระบบการบริหารจัดการด้านงบประมาณ โดยการรวบรวมงบประมาณของแต่ละองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามาเป็นภาพรวมของจังหวัด เพื่อลดความซ้ำซ้อนของแผนงานและโครงการที่จัดทำโดยแต่ละหน่วยงาน

2.4.4 ผลักดันให้มีโครงสร้างองค์กรที่รองรับความรับผิดชอบและการบริหารงานนโยบายและแผนที่มีประสิทธิภาพสูงขึ้น ตลอดจนการมีระบบงานที่เอื้ออำนวยต่อการดำเนินงานตามทิศทางที่กำหนด โดยจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์จังหวัดและอำเภอ ให้เกิดขึ้นในทุกจังหวัดและทุกอำเภอ

2.4.5 ผลักดันให้มีเครือข่ายที่จะประสานสัมพันธ์กันอย่างคล่องตัวในทุกหน่วยงาน ทั้งในภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรชุมชน และองค์กรผู้ติดเชื้อ ตัวอย่าง เช่น

ก. สนับสนุนงบประมาณ เพื่อดำเนินการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรในชุมชน ตลอดจนองค์กรผู้ติดเชื้อในเขตภาคเหนือตอนบน พร้อมทั้งติดตามและเสนอแนะการพัฒนาการดำเนินงานแก่โครงการที่ได้รับการสนับสนุน โดยพบว่า มีโครงการขององค์กรภาคเอกชนในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ที่ได้รับการสนับสนุนในการดำเนินงานทั้งหมด นับตั้งแต่ปี 2539 จนถึงปี 2540 เป็นจำนวนถึง 115 โครงการ แยกเป็นโครงการที่กระจายอยู่ในจังหวัดต่างๆ ดังนี้

โครงการของ แต่ละจังหวัด	ปีงบประมาณ 2539		ปีงบประมาณ 2540		รวมงบปี 2539-2540	
	จำนวน	บาท	จำนวน	บาท	จำนวน	บาท
เชียงใหม่	30	15,384,200	35	18,403,600	65	33,787,800
เชียงราย	10	2,575,000	11	2,318,900	21	4,893,900
ลำพูน	7	1,087,000	4	707,500	11	1,794,500
ลำปาง	4	1,392,000	2	1,050,000	6	2,442,000
พะเยา	3	1,000,000	2	850,000	5	1,850,000
แม่ฮ่องสอน	2	850,000	3	1,220,000	5	2,070,000
ติดตามผลรวม	-	-	2	500,000	2	500,000
รวม	56	22,288,200	59	25,050,000	115	47,338,200

จากการติดตามผลของ คอนบ. พบว่า โครงการที่ได้รับการสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง มาจากองค์กรที่มีความจริงจังในการทำงาน โดยมีการรายงานผลสม่ำเสมอและสรุปบทเรียนการดำเนินงาน มีการปรับแผนงานตามยอดงบประมาณที่ได้รับ และมีแผนกิจกรรมและพื้นที่ที่แน่นอน มีการบริหารโครงการที่ดีและง่ายตลอดจนมีการประสานการดำเนินงานระหว่างองค์กรภาครัฐและเอกชน โดย คอนบ. จัดให้มีการติดตามผล รวมทั้งการจัดเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เพื่อเรียนรู้และปรับตัวให้การดำเนินโครงการมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น

ข. ผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่านิยมและทัศนคติ เพื่อลดแรงต่อต้าน/การรังเกียจผู้ติดเชื้อ ซึ่งก็ช่วยให้ปัญหาการรังเกียจผู้ติดเชื้อและการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อได้ลดลงไปเป็นอย่างมาก อันเป็นการช่วยให้การดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคเอดส์สัมฤทธิ์ผลได้เร็วยิ่งขึ้น

ค. ผลักดันให้เกิดการพัฒนาและจัดการด้านกองทุน ซึ่งเริ่มขึ้นตั้งแต่ปี 2539 โดยในแต่ละหมู่บ้านที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก คอนบ. หมู่บ้านละ 10,000 บาท เป็นทุนเริ่มต้น (ตั้งแต่ปี 2541 หมู่บ้านละ 5,000 บาท) เพื่อจุดประกายให้ชุมชน มีการระดมทุนจากทุกฝ่ายในพื้นที่ ทำให้กิจกรรมกองทุนในหมู่บ้าน สามารถส่งผลต่อความเชื่อถือและศักยภาพในการดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชนได้มากขึ้น

2.5 ผลการดำเนินงานในภาพรวม

จากการติดตามและประเมินผลของ คอนบ. รวมทั้งกองโรคเอดส์และองค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข ตลอดช่วง 5 ปีของการดำเนินงาน แม้จะไม่สามารถชี้ชัดได้ว่า ความสำเร็จทั้งหมดเกิดจากการดำเนินงานของ คอนบ. แต่ก็สามารถกล่าวได้ว่า คอนบ. ภายใต้รูปแบบในการทำงานร่วมกันของ 6 จังหวัด มีส่วนสำคัญอย่างมากที่ทำให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมายได้ในระดับหนึ่ง ตัวอย่างเช่น

2.5.1 จากการรายงานผู้ป่วยเอดส์ในเขต 10 พบว่ามีแนวโน้มลดลง เช่น ปี 2538 พบผู้ป่วยเอดส์ 9,176 ราย แต่ปี 2540 พบผู้ป่วยเอดส์เพียง 6,367 ราย ซึ่งสวนทางกับแนวโน้มของประเทศ อย่างไรก็ตาม มีผู้ป่วยอีกส่วนหนึ่งที่ไม่ไปใช้บริการสาธารณสุข หรืออาจตายที่บ้าน ทำให้ตัวเลขที่รายงานอาจจะน้อยกว่าความเป็นจริง ซึ่งในข้อเท็จจริงอาจจะไม่เป็นอย่างที่ คอนบ. สรุปก็ได้ เช่น จากการศึกษาของสถาบันวิจัยประชากร จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทั่วประเทศ คาดว่า ในปี 2540 เพียงปีเดียวน่าจะมีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ถึง 51,000 คน และในปี 2543 น่าจะมีผู้เสียชีวิตถึง 90,000 คน ซึ่งผู้ติดเชื้อครั้งหนึ่งอยู่ในภาคเหนือตอนบน จึงเป็นไปได้ว่า ตัวเลขที่แท้จริงอาจสูงกว่าที่ คอนบ. รายงาน

2.5.2 จำนวนของผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นเด็กคลอดใหม่ในเขต 10 พบว่ามีแนวโน้มลดลง จากปี 2537 ที่พบเด็กกลุ่มนี้ 435 ราย แต่ในปี 2540 พบเพียง 325 ราย ซึ่งสอดคล้องกับอัตราการติดเชื้อที่ลดลงของหญิงตั้งครรภ์ แสดงให้เห็นว่าประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตัวเองได้ในระดับหนึ่ง แต่ยังสวนทางกับแนวโน้มของประเทศ ที่เมื่อเดือนตุลาคม 2541 มีเด็กกลุ่มนี้ถึง 4,716 คน คิดเป็น 4.74% ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด

2.5.3 อัตราการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงที่ทวีสูงขึ้นมาโดยตลอด เริ่มลดลงจากปลายปี 2538 เป็นต้นมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดยังสถานบริการของรัฐ และได้รับการตรวจเลือดเกือบทุกรายที่เป็นประชาชนคนไทย ซึ่งอัตราการติดเชื้อในกลุ่มนี้ถือว่าเป็นตัวชี้วัดที่มีประสิทธิภาพ ทั้งเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ เพราะข้อมูลนี้จะไม่มีการซ้ำซ้อน โดยในปี 2539 มีอัตราการติดเชื้อเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์สูงสุดถึงร้อยละ 6.7 และหลังจากนั้นทุกจังหวัดในเขต 10 มีอัตราการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มนี้ลดลง เหลือเพียงร้อยละ 3.7 ในปี 2541 แต่ก็ยังเป็นอัตราการติดเชื้อเอดส์ในระดับสูงสำหรับกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ และสูงกว่าอัตราการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ของประเทศ ซึ่งเท่ากับร้อยละ 1.4 ในระยะเวลาเดียวกัน

นอกจากนั้น อัตราการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มทหารเกณฑ์ซึ่งถือว่าเป็นตัวแทนของกลุ่มเยาวชนในเขต 10 ได้ลดลงจากร้อยละ 13.6 ในเดือนพฤศจิกายน 2534 เหลือเพียงร้อยละ 3.5 ในเดือนพฤษภาคม ปี 2541 แม้ว่า ยังสูงกว่าอัตราการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มทหารเกณฑ์ของประเทศ ซึ่งอยู่ที่ร้อยละ 1.9 เมื่อเดือนพฤษภาคม 2541

2.5.4 อัตราป่วยของกามโรคในเขต 10 ซึ่งเปรียบเสมือนด่านแรกของการติดเชื้อโรคเอดส์ ได้ลดลงอย่างมากจนทะลุเป้าหมายที่ตั้งไว้คือ เหลือเพียง 0.15/พันประชากร ในปลายปี 2540

2.5.5 เกิดเครือข่ายด้านการป้องกันดูแลรักษา เช่น

- 1) เครือข่ายการให้คำปรึกษาครอบคลุมทุกอำเภอ และร้อยละ 25 ของตำบลและหมู่บ้าน
- 2) มี Home Health Care ที่เป็นรูปธรรม ร้อยละ 50 ของหมู่บ้านทั้งหมด
- 3) มี Day Care ที่เป็นรูปธรรม ในทุกตำบล ยกเว้นจังหวัดแม่ฮ่องสอน
- 4) มีถุงยางอนามัยกระจายครอบคลุมทุกหมู่บ้าน
- 5) เกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อขึ้น เพื่อสนับสนุนการแก้ไขปัญหาซึ่งกันและกันในทุกอำเภอของเขต 10 ยกเว้นที่จังหวัดแม่ฮ่องสอนที่ยังมีไม่ครบ รวมแล้วไม่น้อยกว่า 200 กลุ่ม
- 6) เกิดเครือข่ายของการติดตามประเมินผล ในระดับเขต จังหวัด อำเภอ และกำลังต่อเนื่องถึงระดับตำบล

2.5.6 การรังเกียจและการไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ได้ลดความรุนแรงลงมาก แต่ยังกลัวการติดต่อขยโอกาส และไม่มั่นใจ/ไม่สนิทใจหากต้องเผชิญกับสภาพความเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอดส์ ทำให้การยอมรับยังไม่สนิทใจ แม้จะไม่รังเกียจก็ตาม จึงมีหมู่บ้านที่ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์สามารถเปิดเผยตัวได้อย่างมั่นใจและอยู่ร่วมกับชุมชนได้เหมือนปกติเพียง 100 กว่าหมู่บ้าน ซึ่งการเปิดเผยตัวและการยอมรับของชุมชน ช่วยทำให้การแก้ไขปัญหาเอดส์เป็นไปได้ง่ายขึ้น

2.5.7 บทบาทที่เด่นชัดของชุมชนในการช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีชีวิตที่ดีขึ้น โดยการสร้างความเข้าใจให้ชุมชนยอมรับผู้ติดเชื้อ และมีกิจกรรมส่งเสริมช่วยเหลือผู้ติดเชื้อด้วยกัน ทำให้ผู้ติดเชื้อมีกำลังใจที่จะต่อสู้ชีวิต อยู่ในสังคมอย่างมีคุณค่าและไม่เป็นภาระของสังคม ซึ่งมีชุมชนตัวอย่างของการแก้ไขปัญหาเอดส์ครบวงจรชัดเจนใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบนเกิดขึ้นกว่า 10 แห่ง

2.5.8 สิ่งสำคัญที่เชื่อให้ชุมชนมี ศักยภาพในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอช คือกองทุนกิจกรรมเอช ในหมู่บ้านที่ได้รับการสนับสนุนจาก คสนบ. หมู่บ้านละ 10,000 บาท เพราะชุมชนสามารถนำไปบริหารจัดการ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการของผู้ติดเชื้อได้ รวมทั้งเป็นการสร้างความเชื่อถือเป็นรูปธรรมต่อผู้ติดเชื้อ อีกทั้งยังเป็นจุดเริ่มต้นในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอช และเกิดการประสานงานระหว่างภาครัฐ-เอกชนและชุมชน แต่เมื่อรัฐบาลลดงบประมาณในส่วนนี้ลง ตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2541 เหลือหมู่บ้านละ 5,000 บาท หรืออาจจะหยุดสนับสนุนในปีต่อไป ก็จะเป็นสิ่งท้าทายให้ชุมชนต้องหันมาพึ่งตนเองจากงบประมาณของท้องถิ่นมากขึ้น

โดยสรุปแล้ว การดำเนินงานของ คสนบ. ใน 5 ปีที่ผ่านมา ทำให้เกิดผลกระทบที่สามารถจะประมวลได้เป็นรูปธรรม ดังนี้

(1) การบริหารจัดการและการประสานงานตั้งแต่ระดับส่วนกลาง ระดับเขต ระดับจังหวัด ไปจนถึงระดับหมู่บ้าน มีระบบที่ชัดเจนและเชื่อมโยงกันอย่างเป็นองค์รวมมากขึ้น ทั้งระหว่างหน่วยงานของรัฐด้วยกัน และระหว่างหน่วยงานรัฐกับภาคเอกชนและชุมชน เป็นการเปิดศักราชของการทำงานแบบถักทอระหว่างแนวตั้งกับแนวราบที่ชัดเจน นับว่าวิกฤตเอช เป็นตัวเร่งให้การทำงานแบบพหุภาคีเป็นจริงได้อย่างเป็นรูปธรรม ตามปณิธานของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8

(2) เกิดกระแสความตื่นตัวและความเคลื่อนไหวในระดับหมู่บ้านและชุมชน ทำให้ทุกส่วนของชุมชน มีส่วนในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน จนบางชุมชนได้พัฒนาตนเองไปสู่ความเข้มแข็งที่เรียกว่าประชาสังคมมากขึ้นอย่างชัดเจน แม้จะยังเป็นการเริ่มต้นก็ตาม แต่เป็นการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของการแก้ไขปัญหา/การพัฒนา ที่ชุมชนพึ่งพาตนเองมากขึ้น

(3) อัตราการติดเชื้อเอชรายใหม่มีแนวโน้มลดลง ทั้งในกลุ่มประชากรเพศชายและเพศหญิง โดยพิจารณาจากผลการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ในกลุ่มทหารเกณฑ์ และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงจำนวนผู้ป่วยเอชใหม่ที่เกิดขึ้นในแต่ละปี ตลอดจนพฤติกรรมการป้องกันตนเองไม่ให้ติดเชื้อก็มีแนวโน้มดีขึ้น โดยพิจารณาจากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเฉพาะพื้นที่ รวมทั้งรายงานสถานการณ์การติดเชื้อกามโรคและผลการศึกษาวิจัยประเมินผล

(4) ปัญหาการให้ความช่วยเหลือ ทั้งด้านการดูแลและการสงเคราะห์ แก่ผู้ติดเชื้อ หรือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอช มีแนวโน้มลดลง ทั้งนี้เกิดจากกลุ่มผู้ติดเชื้อเองสามารถพัฒนาศักยภาพของตนเองช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อีกทั้งองค์กรในชุมชน โดยเฉพาะองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ได้ก้าวเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา นี้ บางพื้นที่สามารถแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง (ดูตัวอย่างได้ในบทที่ 4)

(5) การสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้ออำนวยต่อการอยู่ร่วมกัน และการประสานการดำเนินงานร่วมกันขององค์กรในแต่ละระดับ หรือแต่ละสาขา ให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการภายใต้นโยบายและกลวิธีที่อยู่ในทิศทางเดียวกัน มีเอกภาพในการแก้ไขปัญหามากขึ้น ส่งผลให้ชุมชนผ่อนคลายการรังเกียจผู้ติดเชื้อเป็นอย่างมาก จนเกิดชุมชนที่เป็นตัวอย่างของการอยู่ร่วมกัน การทำงานร่วมกัน รวมถึงการเอื้ออาทรซึ่งกันและกันเพิ่มมากขึ้น จนเป็นแหล่งการเรียนรู้ของหน่วยงาน ทั้งภายในประเทศและต่างประเทศ

2.6 บทเรียนจากปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการแก้ไขปัญหาเอคส์

ภาพรวมของผลการดำเนินงานดังกล่าวข้างบน แม้จะถือเป็นความสำเร็จในระดับหนึ่งของการทำงานในรูปแบบของ คอนบิ ที่พยายามผลักดันงบประมาณลงสู่ชุมชนโดยตรง และจุดประกายให้เกิดการริเริ่ม การประสานงานและการดำเนินงานร่วมกันของทุกฝ่ายในทุกระดับ แต่ยังไม่ใช่ว่าความสำเร็จที่สมบูรณ์แบบ เนื่องจากยังแฝงด้วยปัญหาอุปสรรคอีกมากมายที่ต้องดำเนินการแก้ไขอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปรับให้เท่าทันกับสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วอยู่ตลอดเวลา ตัวอย่างเช่น

(1) กรณีการยอมรับ หรือการไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอคส์

แม้จะสามารถวิเคราะห์ได้ว่า การรังเกียจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอคส์โดยไม่มีเหตุผล ได้ลดลงไปมาก แต่ก็ยังกลัวการติดเชื้อของโรคฉวยโอกาส และบางคนก็ยังไม่สนใจเสียทีเดียว เมื่อต้องเผชิญกับสภาพการเจ็บป่วยของผู้ป่วยเอคส์ จึงยังคงมีช่องว่างระหว่างผู้ไม่ติดเชื้อมกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอคส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อที่ไม่ยอมเปิดเผยตัวมีจำนวนเท่าๆ กับ หรือบางชุมชนมีมากกว่า ที่ยอมเปิดเผยตัว โดยเฉพาะกลุ่มที่มีฐานะดี หรือมีหน้ามีตาในสังคม และไม่ต้องการความช่วยเหลือจากรัฐ ซึ่งหมายความว่า การยอมเปิดเผยตัวส่วนใหญ่มาจากเงื่อนไขการช่วยเหลือของรัฐ คนที่ไม่ต้องการความช่วยเหลือจึงไม่จำเป็นต้องเปิดเผยตัว ทำให้ยังคงมีปัญหาเอคส์หลบอยู่ในมุมมืด อันเป็นอุปสรรคต่อการแก้ไข ทั้งการสกัดกั้นการระบาด และการดูแลสุขภาพให้อยู่ได้ยืนยาวก่อนที่จะปรากฏอาการเจ็บป่วย

หรือแม้ว่า ประชาชนจะได้รับการพัฒนาทักษะการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อแล้วก็ตาม แต่ในบางชุมชนก็ยังเป็นห่วงหากลูกของตนต้องไปปฏิสังสรรค์กับลูกผู้ติดเชื้อ บางคนถึงกับยอมย้ายลูกของตนไปเรียนในที่ที่ไม่มีลูกผู้ติดเชื้อ เป็นเหตุให้โรงเรียนลำบากใจ บางโรงเรียนถึงกับขอร้องผู้ติดเชื้อไม่ให้ลูกไปโรงเรียน ทำให้ทายาทของผู้ติดเชื้อขาดโอกาสที่จะเติบโตและใช้บริการชุมชนได้เช่นเดียวกับเด็กทั่วไป ซึ่งสะท้อนภาพให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การยอมรับผู้ติดเชื้อของชุมชน ที่เป็นผลพวงจากการรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจนั้น ยังอยู่ในระดับแนวคิดเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่ในระดับปฏิบัติอย่างแท้จริงทั้งหมด ซึ่งยังต้องพัฒนากลไกของการแก้ไขปัญหานี้ให้ถึงระดับปฏิบัติอีกมาก

อย่างไรก็ตาม บางชุมชนก็ได้อาศัยการปรับตัวของทั้งสองฝ่าย ทำให้ช่องว่างดังกล่าวแคบลง โดยการยอมรับความเป็นจริง คือทั้งผู้ติดเชื้อและผู้ไม่ติดเชื้อ ต้องปรับตัวเข้าหากัน ด้วยความเอื้ออาทรต่อกัน แยกแยะกาละเทศที่แต่ละฝ่ายพึงปฏิบัติต่อกันตามข้อเท็จจริง เช่น

ไม่ว่าจะเป็นการประกอบอาชีพ หรือการช่วยงานบริการสาธารณะของชุมชน ผู้ติดเชื้อก็จะพยายามหลีกเลี่ยงการบริการด้านอาหาร หรือมีส่วนร่วมในงานชุมชนด้านอื่นๆ ที่ไม่ต้องไปแตะต้องอาหารและเครื่องดื่ม อันเป็นการตัดความคลางแคลงใจให้หมดไปหากยังเกิดกับชาวบ้านบางคน ขณะเดียวกัน การสร้างความเชื่อมั่นแก่ผู้ไม่ติดเชื้อโดยมีเยี่ยงอย่างให้เห็น หรือมีโอกาสได้ลงสัมผัสกับข้อเท็จจริง เป็นการเสริมความมั่นใจและขจัดความคลางแคลงใจ ทำให้ทั้งสองฝ่ายเข้าใจกันและอยู่ร่วมกันได้อย่างสนิทใจในที่สุด ซึ่งมีชุมชนตัวอย่างดังกล่าวปรากฏให้เห็นอยู่หลายชุมชน

หรือในกรณีเด็กติดเชื้อที่มีอาการ ได้สร้างความลำบากใจให้กับโรงเรียนและผู้ปกครอง ซึ่งก็นำเห็นใจทุกฝ่าย เพราะในข้อเท็จจริงหากปล่อยให้เด็กติดเชื้อที่มีอาการอยู่ไปตามยถากรรมโดยไม่ทำอะไร ก็จะไม่ปลอดภัยทั้งกับตัวเด็กที่ติดเชื้อและเด็กที่ไม่ติดเชื้อ และอาจสร้างความหวาดกลัวและแตกร้างขึ้นในชุมชน บางชุมชนจึงแก้ไขปัญหามาโดยยึดความจริงเป็นที่ตั้ง นั่นคือ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องได้มาหารือกัน เพื่อแสวงหาทางออกอย่างสร้างสรรค์ โดยผู้ปกครองยอมรับให้เด็กพักรักษาตัวอยู่ที่บ้านในช่วงที่เด็กมีอาการเจ็บป่วย โดยมีสถานีนอนามัยให้การดูแลช่วยเหลืออย่างใกล้ชิด และทางโรงเรียนก็ปรับกระบวนการเรียนให้เรียนที่บ้านเป็นการเฉพาะ เมื่ออาการหายแล้วก็ไปเรียนในโรงเรียนได้ตามปกติ ทำให้เด็กไม่เสียโอกาสและไม่ถูกกีดกัน

ดังนั้นหากชุมชนเป็นเจ้าของปัญหาอย่างแท้จริง และเป็นผู้เข้ามารับผิดชอบการแก้ไขปัญหาที่มีผู้จัดการชัดเจน ด้วยการสนับสนุนของหน่วยงานในพื้นที่ สร้างกลไกการแก้ไขปัญหาที่มีส่วนร่วมจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง ทางออกของปัญหาย่อมมีเสมอ เพราะกรอบคิดในระดับชุมชนนั้น ทุกคนเป็นเครือญาติและเพื่อนพ้อง ไม่ใช่คนอื่นคนไกลแบบเมือง การแก้ไขปัญหาผ่านความเป็นชุมชน เรื่องยากก็จะกลายเป็นง่าย และข้อสำคัญคือ ชุมชนได้เรียนรู้ร่วมกัน อันเป็นทุนทางสังคมที่สำคัญ ที่จะเป็นภูมิคุ้มกันทางสังคมให้ชุมชนอยู่รอดและพัฒนาต่อเนื่องอย่างยั่งยืน

(2) กรณีการป้องกันและควบคุมการระบาดของโรคเอดส์

จากการรณรงค์อย่างหนัก และการเตรียมชุมชนของแต่ละพื้นที่ เพื่อสร้างความเข้าใจเรื่องเอดส์ ทำให้ประชาชนเชื่อว่าเอดส์มีจริงและเข้าใจว่าไม่ติดต่อกันง่ายๆ ความมั่นใจทำให้ภาพของการรังเกียจผู้ติดเชื้อในชุมชนลดลงอย่างเห็นได้ชัด รวมถึงรู้วิธีป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย (Safe sex) ทำให้การติดเชื้อรายใหม่มีแนวโน้มลดลง ซึ่งมีตัวชี้วัดแสดงให้เห็นชัดเจน ไม่ว่าจะเป็นอัตราการติดเชื้อของหญิงมีครรภ์ หรือทหารเกณฑ์

แต่ตัวชี้วัดดังกล่าวยังมีข้อจำกัดมาก เนื่องจากเป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนได้เพียง “พฤติกรรมทางโรค” ซึ่งกว่าจะถูกตรวจพบอาจต้องใช้เวลาหลายปี เช่น เยาวชน/หนุ่มสาว ที่เป็นกลุ่มเสี่ยงและติดเชื้อในวันนี้ กว่าจะไปเกณฑ์ทหาร หรือตั้งครรภ์ อาจต้องใช้เวลาอีกหลายปี ดังนั้นอัตราการติดเชื้อในวันนี้จึงเป็นผลพวงสะสมมาจากการติดเชื้อเมื่อหลายปีก่อน ซึ่งเป็นการระบาดผ่านเพศสัมพันธ์ที่มีแหล่งจากช่องโศกเป็นหลัก เมื่อมีการรณรงค์ใช้ถุงยางอนามัยอย่างได้ผล อัตราการติดเชื้อจากหญิงขายบริการทางเพศ จึงมีแนวโน้มลดลงในปัจจุบัน

อย่างไรก็ตาม การให้ความเข้าใจเรื่องเอดส์แม้จะประสบผลดีต่อวัยรุ่นในการประเมินความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ แต่ในยุคที่มีการเปลี่ยนไปของแบบแผนการมีเพศสัมพันธ์จากหญิงบริการเป็นเพื่อน และมีเพศสัมพันธ์กันที่อายุน้อยลง โดยไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย รวมทั้งเกิดค่านิยมใหม่ในหมู่นักเที่ยวที่เปลี่ยนจากหญิงขายบริการทางเพศ/โสเภณี ไปเป็นเด็กหนุ่ม/สาวที่ยอมขายบริการทางเพศชั่วคราวโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากเข้าใจว่าไม่ใช่โสเภณี ตลอดจนมีการปรับรูปแบบของสถานบริการทาง

เพศและมียาเสพติดที่ทำให้ขาดสติยับยั้งใจเข้ามาร่วมผสมโรง ทำให้ความตระหนักในเรื่องโอกาสเสี่ยงของวัยรุ่นต่อเรื่องเอดส์มีน้อยมากและจะใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์มากกว่าเพื่อป้องกันโรค จึงอาจตีความได้ว่าเลือกวิธีการป้องกันโดยการกินยาคุมกำเนิด ซึ่งก็หมายถึงไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นจึงกล่าวได้ว่า การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ที่สัมพันธ์กับแบบแผนทางเพศสัมพันธ์ที่เปลี่ยนแปลงไป ไม่ประสบผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร เนื่องจากมาตรฐานเชิงซ้อนของสังคมไทยที่ทำให้วัยรุ่นทั้งชายและหญิง ไม่สามารถนำข้อเท็จจริงที่เกี่ยวกับประสบการณ์ทางเพศสัมพันธ์ของแฟนหรือคู่อภิเษกมาใช้ประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อโรคเอดส์ได้

ดังนั้น “พฤติกรรมทางโลก” ที่ได้ชี้ให้เห็นว่า การไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย กับเพื่อน กับแฟน กับภรรยา หรือกับเด็กสาวที่หารำไพพิเศษ (Casual sex) ตลอดจนค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์กันเองในหมู่เด็กหนุ่มสาวที่มีอายุลดลงเรื่อยๆ และค่านิยมที่ผู้ใหญ่หันมานิยมมีเพศสัมพันธ์กับเด็กสาวที่มีอายุน้อยลง หรือเด็กสาวที่ไม่ใช่โสเภณีอาชีพ เหล่านี้ล้วนเป็นสิ่งบอกเหตุถึงการเปลี่ยนวิถีการระบอบของเชื้อเอดส์ได้เป็นอย่างดี และย่อมต้องใช้เวลาในการฟักตัวหลายปี กว่าจะถูกตรวจพบเมื่อไปเกณฑ์ทหาร หรือตั้งครรภ์ การอาศัยตัวชี้วัดที่สะท้อนได้เพียง “พฤติกรรมทางโรค” ย่อมไม่เพียงพอ จำเป็นต้องอาศัยตัวชี้วัดที่สามารถสะท้อน “พฤติกรรมทางโลก” ได้ด้วย จึงจะตามทันความเคลื่อนไหวของปัญหาเอดส์

ดังนั้นแนวโน้มการลดลงของผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปัจจุบัน จึงยังไม่ควรจะวางใจว่ามันจะลดลงอย่างต่อเนื่องต่อไปในอนาคต หากสถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันยังไม่ได้รับการแก้ไข แนวโน้มการติดเชื้อเอดส์รายใหม่อาจเพิ่มขึ้นได้ในอนาคต

(3) กรณีกองทุนเอดส์ชุมชนและการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์

แม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จะลดลง แต่จำนวนผู้ติดเชื้อเก่าที่ติดเชื้อแล้วกว่า 4-5 แสนคน ภายใน สคต. เขต 10 ยังคงมีอยู่ต่อไป ซึ่งยังต้องอาศัยสภาวะแวดล้อมของสังคมช่วยเหลือและให้กำลังใจไม่ให้คนเหล่านั้นเจ็บป่วย/แสดงอาการเร็วกว่าที่ควร ซึ่งจะต้องสิ้นเปลืองงบประมาณเป็นจำนวนมากในการดูแลรักษา หากจะอาศัยความช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐเพียงด้านเดียว คงไม่ช่วยลดปัญหาดังกล่าวได้ นอกจากได้รับความร่วมมือจากชุมชน

ดังนั้นกองทุนกิจกรรมเอดส์ในหมู่บ้าน จึงได้รับการตอบรับในทางบวกจากผู้ปฏิบัติงานในระดับพื้นที่และชุมชน เป็นจุดเริ่มต้นในการให้ชุมชนมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหามาเอดส์ แม้ว่าบางพื้นที่อาจจะยังไม่มี ความชัดเจนในเรื่องแนวทางในการใช้จ่ายเงินจากกองทุนเอดส์ และยังคงคลงแคลงใจในเรื่องเงินสมทบในปีต่อไปจากรัฐบาล เพราะการระดมทุนจากชุมชนนั้น แม้ว่าจะทำได้ในบางพื้นที่ แต่ก็ไม่มากพอที่จะดำเนินการแก้ไขปัญหามาเอดส์ในชุมชนได้ทั้งหมด หากขาดงบประมาณสนับสนุนจากรัฐในปีต่อไป จึงจำเป็นที่รัฐบาลต้องมีนโยบายชัดเจนแน่นอน อย่างน้อยก็ควรไว้ในระยะเวลาหนึ่ง จนชุมชนเข้มแข็งพอที่จะแสวงหาเงินมาเติมให้กองทุนได้อย่างต่อเนื่อง หรือไม่รัฐก็อาจจะกำหนดวงเงินของกองทุนที่รัฐจะสนับสนุนได้แน่นอน เพื่อเป็นเมล็ดเงินนำร่อง (Seed money) ให้ชุมชนสานต่อจนเป็นกองทุนที่ยั่งยืน

แต่ในความเป็นจริง กองทุนเอดส์ที่เกิดขึ้นในชุมชน ส่วนใหญ่ยังไม่ใช้กองทุนในความหมายที่ควรจะเป็น เพราะเป็นเพียงงบประมาณ/เงินทุนที่ได้รับการจัดสรรจากรัฐเป็นครั้งๆ ไป หมู่บ้านละ 10,000 บาท และลดเหลือ 5,000 หรืออาจหยุดไปเมื่อรัฐไม่มีงบประมาณ ซึ่งเงินดังกล่าวก็จะหมดไปกับการแจกจ่ายช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เป็นรายๆ ตามที่ได้รับการจัดสรรมา ดังนั้น เมื่อรัฐบาลลด/ตัดงบประมาณในส่วนนี้ออก กองทุนเอดส์ดังกล่าวก็จะหมดไป จึงไม่ใช่กองทุนในความหมายที่เป็นเงินทุนสะสมจำนวนมากพอที่จะนำดอกผลไปใช้จ่ายโดยเงินทุนไม่สูญสิ้นไป จึงยังไม่มีกองทุนเอดส์ที่ยั่งยืน

ซึ่งจะมีผลกระทบต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชนอย่างมาก เนื่องจากการให้ความช่วยเหลือจากกองทุนเอดส์ดังกล่าว รวมทั้งเบี้ยยังชีพจากกรมประชาสงเคราะห์ ทำให้ผู้ติดเชื้อยอมเปิดเผยตัว เพราะมีขวัญและกำลังใจที่ได้รับความช่วยเหลือในด้านต่างๆ อย่างจริงจัง อย่างไรก็ตาม หากผู้ติดเชื้อนั้นไม่พร้อมที่จะเปิดเผยตัว หรือไม่ได้รับข่าวสารเรื่องกองทุนก็จะหมดโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือ ซึ่งอาจเป็นประเด็นที่ก่อให้เกิดความขัดแย้งขึ้นภายในชุมชนได้ และเริ่มปรากฏให้เห็นเป็นตัวอย่างแล้วในบางชุมชน

คือมีชาวบ้านบางคนพยายามจะอ้างตัวเป็นผู้ติดเชื้อ เพื่อหวังเงินช่วยเหลือจากกองทุน หรือจากกรมประชาสงเคราะห์ และรู้สึกอิจฉาผู้ติดเชื้อ เพราะได้รับความช่วยเหลือมากมาย ทั้งที่ผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ ก็ต้องการความช่วยเหลือเช่นกัน แต่กลับไม่มีใครสนใจ เพียงเพราะพวกเขาไม่ได้ติดเชื้อเอดส์ หรือในกรณีการช่วยเหลือเด็ก ก็ไม่ควรแยกความช่วยเหลือระหว่างเด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์กับเด็กที่ขาดทุนและมีปัญหาด้านอื่นๆ เพราะอาจทำให้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดถูกถ่ายเทไปให้เด็กที่ด้อยโอกาสอย่างไม่เท่าเทียมกัน ดังนั้น วิธีการให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้เข้าถึงผู้ติดเชื้ออย่างทั่วถึงและเกณฑ์การเข้าถึงผู้ติดเชื้อที่มีปัญหาจริงๆ หรือผู้ด้อยโอกาสจริงๆ รวมทั้งไม่ให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ได้รับความช่วยเหลือเกิดภาวะพึ่งพิง คือรอคอยแต่ความช่วยเหลือโดยไม่คิดพึ่งพาตนเอง จึงยังเป็นสิ่งที่ต้องแสวงหาหนทางกันต่อไป

นอกจากนั้น การช่วยเหลือผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ ไม่ว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อเอง เด็ก หรือผู้สูงอายุ ควรมีกลไกที่เป็นรูปธรรมและมีเอกภาพมากขึ้น ความช่วยเหลือในการยังชีพจากรัฐผ่านกรมประชาสงเคราะห์ ไม่ใช่หมดไปกับการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ แต่ควรต้องต่อเนื่องถึงเด็กหรือผู้สูงอายุที่อยู่ในอุปการะของผู้ติดเชื้อด้วย องค์กรท้องถิ่น เช่น อบต. ควรมีส่วนเข้ามาร่วมบริหารจัดการ แทนที่จะเป็นเรื่องของผู้ติดเชือกับเจ้าหน้าที่ประชาสงเคราะห์ตามลำพัง ซึ่งทำให้ขาดการติดตามดูแลให้เป็นไปตามเป้าหมาย เช่นบางรายรอความช่วยเหลือจนเสียชีวิตไปแล้วยังไม่ได้เงิน หรือบางรายได้เงินแล้วก็ใช้จ่ายในทางที่ไม่ควรและหมดไปอย่างรวดเร็ว

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเป็นสิ่งที่จะต้องทำเร่งด่วน แต่การสร้างคนรุ่นใหม่ให้รู้เท่าทันสภาพของสังคม เป็นสิ่งที่จำเป็นยิ่งกว่า โดยผู้เกี่ยวข้องต้องเปิดใจกว้างและยอมรับแบบแผนทางเพศที่เปลี่ยนไป และสร้างทักษะชีวิตที่เหมาะสมกับคนรุ่นใหม่ ดังนั้น ความยั่งยืนของการแก้ปัญหาในชุมชนจึงไม่ได้อยู่ที่การสร้างกองทุนให้เข้มแข็ง เพื่อเป็นที่พึ่งของผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบ แต่หากคือการพัฒนาศักยภาพของคนให้สอดคล้องกับสภาวะของสังคมและสิ่งแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงไปทุกขณะ

บทที่ 3

บทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรภาครัฐในจังหวัดภาคเหนือตอนบน

เครือข่ายองค์กรที่ทำงานแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับจังหวัด อาจแยกพิจารณาเป็นสองภาค คือภาครัฐและภาคเอกชน โดยอาจจำแนกพัฒนาการของการแก้ไขปัญหาเอดส์ของภาครัฐเป็น 3 ช่วง คือ ช่วงต่างคนต่างทำ (ก่อนปี 2538) ช่วงรวมพลังฝ่าวิกฤตเอดส์ผ่านศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์ (ปี 2538-2542) และช่วงการสร้างเครือข่ายประชาคมสังคมเอดส์ สำหรับการแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรพัฒนาเอกชนในระดับจังหวัด อาจแบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนที่ตั้งขึ้นเพื่อทำงานด้านเอดส์เป็นหลักและกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนที่เพิ่มบทบาทการทำงานด้านเอดส์ ซึ่งจะแยกการนำเสนอไว้ในบทที่ 4 แต่ในบทนี้จะนำเสนอเฉพาะบทเรียนของการแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรภาครัฐใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ตั้งแต่บทเรียนในภาพรวมของ 6 จังหวัด จนถึงกรณีตัวอย่างจังหวัดที่เด่นชัด ดังจะแยกเสนอเป็นหัวข้อต่อไป

3.1 ช่วงต่างคนต่างทำ (ก่อนปี 2538)

ช่วงแรก โดยเฉพาะก่อนที่จะมีการระบาดของโรคเอดส์อย่างหนัก การแก้ไขปัญหาเอดส์ของหน่วยงานภาครัฐเกือบทั้งหมด ตกเป็นภาระหน้าที่ของหน่วยงานสาธารณสุข (โรงพยาบาลและสถานีอนามัย) เป็นหลัก เมื่อการระบาดของโรคเอดส์แพร่กระจายอย่างรวดเร็ว จึงมีนโยบายและงบประมาณสนับสนุนให้ทุกส่วนราชการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งเกือบทั้งหมดได้มุ่งเน้นไปในด้านการรณรงค์และฝึกอบรมความรู้เกี่ยวกับเอดส์เป็นหลัก ทำให้ทุกหน่วยงานต้องหันมายุ่งเกี่ยวกับโรคเอดส์ แต่มักจะทำหน้าที่ซ้ำซ้อนกัน หรือสลับหน้าที่กัน เช่น เกือบทุกส่วนราชการต่างก็ทำการรณรงค์ หรือจัดฝึกอบรมเรื่องเอดส์ แต่หน่วยงานสาธารณสุขกลับต้องเพิ่มบทบาทตัวเองไปทำหน้าที่ของหน่วยงานอื่นด้วย เช่น ส่งเสริมอาชีพบ้าง ส่งเสริมการเกษตรบ้าง ทำงานสวัสดิการและสังคมสงเคราะห์บ้าง หรือแม้แต่ไปผลักดันการพัฒนาหลักสูตรการสอนในโรงเรียนให้เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ เป็นต้น ที่เป็นเช่นนี้มีสาเหตุมาจาก

ประการแรก ส่วนราชการจังหวัดขาดกลไกในการทำงานร่วมกันแบบเครือข่าย หรือขาดกลไกเชื่อมโยงประสานงานในแนวราบ ประกอบกับวิธีทำงานและวิธีงบประมาณของแต่ละส่วนราชการที่ยังคงผูกติดอยู่กับหน่วยเหนือจากส่วนกลาง หรือรับคำสั่งและงบประมาณโดยตรงในลักษณะเป็นท่อตรงจากกระทรวง กรม กองในส่วนกลาง จึงต้องสนองนโยบายและคำสั่งตรงต่อหน่วยเหนือไปตามท่อของใครของมัน ไม่ได้หลอมรวมแผนงานหรืองบประมาณไว้เป็นกลุ่มก้อนที่จะทุ่มสู่ปัญหาของท้องถิ่นร่วมกัน หรือต่างคนต่างทำ จึงเกิดการซ้อนทับงานกัน ตัวอย่างที่เป็นรูปธรรมคือ การอบรมความรู้เอดส์แก่ผู้นำชุมชน ซึ่งถูกเกณฑ์เข้ารับการอบรมเรื่องเอดส์คนละหลายๆ ครั้ง เนื่องจากกำนันผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ที่ต้องรองรับงานราชการในพื้นที่ล่างสุด ดังนั้น เกือบทุกหน่วยราชการก็จะไปสิ้นสุดภาระกิจในการจัดอบรมให้ความรู้เอดส์ที่กำนันผู้ใหญ่บ้าน หรือผู้นำชุมชน จึงทำให้แต่ละคนอาจถูกอบรมในเรื่องเอดส์คนละหลายครั้ง

ประการที่สอง ส่วนราชการจังหวัดขาดกลยุทธในการต่อสู้กับปัญหาเอชส รวมทั้งขาดความเข้าใจอย่างลุ่มลึกในปัญหาเอชส เมื่อมีนโยบายและคำสั่งจากหน่วยเหนือให้ดำเนินการหยุดยั้งปัญหาเอชส จึงทำตามรูปแบบวิธีการที่เคยชิน นั่นคือรณรงค์ประชาสัมพันธ์ หรืออบรมให้ความรู้ถึงพิษภัยและวิธีป้องกันตามตำรา/คู่มือที่ส่วนกลางจัดทำมาให้ จึงทำให้ทุกหน่วยราชการแสดงบทบาทเป็นหน่วยงานสาธารณสุขไปโดยปริยาย แทนที่จะมีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาเอชสตามเหตุปัจจัยที่ตนมีส่วนเกี่ยวข้องโดยตรง เช่น

หน่วยงานการศึกษาควรมีส่วนอย่างมากในการปรับเปลี่ยนกระบวนการเรียนการสอน เพื่อลดเงื่อนไข ปัจจัยและพฤติกรรมเสี่ยงของเด็กนักเรียนและเยาวชนที่จะรับ/แพร่เชื้อเอชส รวมทั้งการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตให้สอดคล้องกับบริบททางวัฒนธรรมท้องถิ่นที่เหมาะสม เพื่อจะเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมที่จะอยู่รอดและอยู่ร่วมกับปัญหาเอชสได้ หรืออีกนัยหนึ่งคือ ช่วยแก้ไขปัญหาเอชสด้วยภูมิปัญญาแห่งตนโดยแทรกในกระบวนการเรียนการสอนได้ทุกกระบวนการวิชา หรืออาจเรียกว่าเป็นวิถีชีวิตศึกษา (Life Education) แทนที่จะมุ่งสอนแต่ความรู้เอชสตามตำราแพทย์ เป็นการเฉพาะเรื่อง หรือเฉพาะวิชา ซึ่งเป็นบริบทการแก้ไขปัญหของทางสาธารณสุขโดยตรง เพราะถึงที่สุดก็จะจบลงด้วยการแนะนำให้ไปหาหมอ ไม่ได้แก้ไขปัญหาเบ็ดเสร็จที่ตัวเด็กและเยาวชนให้รอดพ้นจากอันตราย ซึ่งอาจเกี่ยวพันไปถึงปัญหาในครอบครัว หรือสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมในชุมชน

หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับปากท้องสวัสดิการและความปลอดภัยก็เช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานเกษตร พัฒนาชุมชน ประชาสงเคราะห์ แรงงาน ตำรวจ หรือฝ่ายปกครอง ล้วนแล้วแต่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเหตุปัจจัยและเงื่อนไขของปัญหาเอชสทั้งสิ้น ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง ดังนั้นแต่ละหน่วยงานจึงมีบทบาทในส่วนของตนอย่างสำคัญในการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชส เช่นการควบคุมดูแลให้เกิดความปลอดภัยตั้งแต่ในช่องโสมณี การส่งเสริมให้มีอาชีพ/มีงานทำและมีรายได้ที่สุจริต การปรับตัวและพลิกฟื้นทางการเกษตรอันเป็นจุดแข็งของท้องถิ่นให้เป็นที่ยั่งยืนของท้องถิ่น หรือแม้แต่การให้ความเป็นธรรมหรือสวัสดิการจากนายจ้างและจากรัฐ หากต้องถูกให้ออกจากงานเนื่องจากเปลี่ยงพลาไปติดเชื้อเอชส เหล่านี้ล้วนเป็นบทบาทสำคัญของหน่วยงานราชการที่จะช่วยสกัดกั้น ควบคุม ป้องกัน ดูแล และให้ความคุ้มครองช่วยเหลือประชาชน ให้ปัญหาเอชสคลี่คลายบรรเทาลงได้ แทนที่จะมุ่งรณรงค์และฝึกอบรมให้ความรู้เอชสด้านเดียว อันเป็นบทบาทหลักของสาธารณสุข แม้ว่าจะมีส่วนช่วยเฝ้าระวังเฝ้าตรวจเฝ้าระวังด้านเอชสก็ตาม แต่ยังไม่ใช่ว่าการแก้ไขปัญหาเอชสอย่างเบ็ดเสร็จ

ดังนั้นการแก้ไขปัญหาเอชสขององค์กรภาครัฐในช่วงแรก จึงเป็นลักษณะที่ต่างคนต่างทำ ข้ำซ้อนและไม่ตรงกับบทบาทหน้าที่ ทำให้การแก้ไขปัญหาเอชสไม่เบ็ดเสร็จ ก่อให้เกิดความตื่นตระหนกหวาดกลัว แบ่งแยกและรังเกียจผู้ติดเชื้อ (แทนที่จะรังเกียจตัวเชื้อ) ซึ่งผลก็คือ โรคเอชสยังคงระบาดอย่างหนัก แทนที่จะอยู่แต่ในช่อง กลับทะลักออกมาอยู่ในบ้านและทั่วไป เริ่มมีผู้ติดเชื้อที่เจ็บป่วย/มีอาการมากขึ้น ปัญหาการแบ่งแยกมีความรุนแรงมากขึ้น บางรายถึงกับถูกขับออกจากชุมชน เกิดการรวมตัวเป็นกลุ่มของผู้ติดเชื้อ เพื่อเรียกร้องความเป็นธรรมและสร้างอำนาจต่อรองกับภาครัฐและชุมชน ทางองค์กรภาครัฐโดยเฉพาะหน่วยงานทางสาธารณสุข ได้เรียนรู้บทเรียนนี้และปรับกระบวนการทัศน์ใหม่ ดังจะกล่าวในช่วงที่ 2 ต่อไป

3.2 ช่วงรวมพลังฝ่าวิกฤตเอดส์ผ่านศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์ (ปี 2538-2542)

จากบทเรียนการแก้ไขปัญหายาเอดส์ที่ไม่เบ็ดเสร็จในช่วงแรก โดยเฉพาะหลังจากเกิดกรณีพิพาทหมอมเหวตา ดังได้กล่าวแล้วในบทที่ 2 บวกกับสถานการณ์รุนแรงที่ไม่อาจแก้ไขได้ด้วยวิธีการปกติ โดยเฉพาะสถานการณ์ที่รุนแรงในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงรายและพะเยา จนตัวแทนรัฐบาล (น.พ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น) ถึงกับกล่าวเปรียบเทียบกับ “สถานการณ์เลวร้ายยิ่งกว่าแพลงค์ราม” จึงเกิด ศอนบ. เพื่อเป็นกลไกพิเศษที่ใช้ในการนำร่องการแก้ไขปัญหายาเอดส์ และปรับกระบวนการทัศนใหม่ในการแก้ไขปัญหายาเอดส์จากเดิมอย่างสิ้นเชิง ดังได้กล่าวแล้วในบทที่ 2

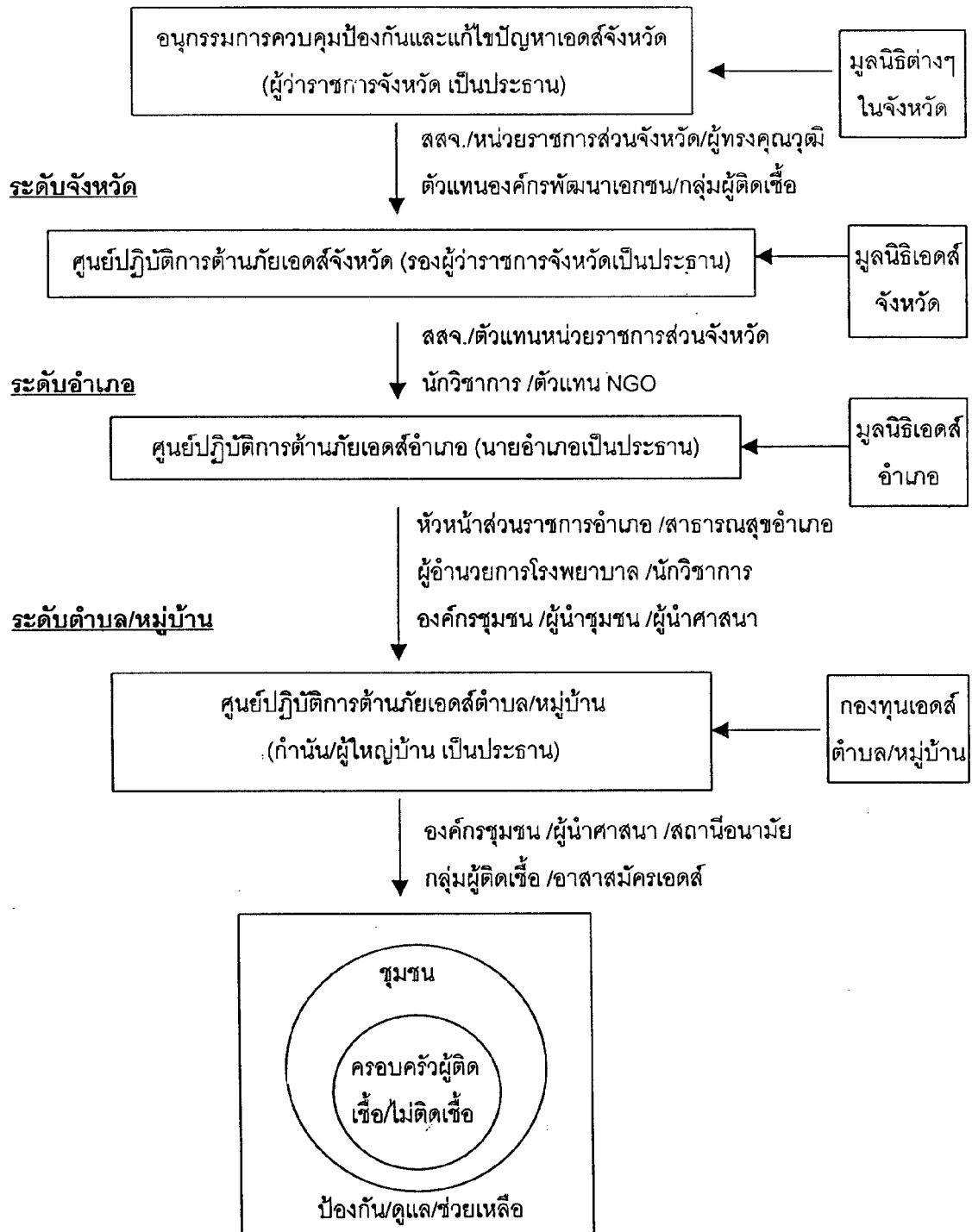
ดังนั้นกลไกการแก้ไขปัญหายาเอดส์ในส่วนของจังหวัด จึงได้จำลองรูปแบบการทำงานของ ศอนบ. มาไว้ที่แต่ละจังหวัดในรูปของ ศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์จังหวัด (ศอจ.) โดยระดมหน่วยงานราชการส่วนจังหวัดทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ มาร่วมกันทำงานผ่านกลไก ศอจ. โดยมีหน่วยงานหลักทางสาธารณสุข การศึกษา พัฒนาชุมชน ประชาสงเคราะห์ เกษตร ฯลฯ ส่งบุคลากรมาร่วมดำเนินงานของ ศอจ. รวมทั้งยังได้ต่อเติมกลไกที่จะปฏิบัติการในพื้นที่ผ่าน ศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์อำเภอ (ศออ.) และบางอำเภอยังต่อเติมกลไกลงไปถึงชุมชนผ่าน ศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์ตำบล (ศอต.)

ซึ่งทั้ง 6 จังหวัดในพื้นที่ปฏิบัติการของ ศอนบ. จะมีโครงสร้างและองค์ประกอบที่คล้ายกัน โดยเฉพาะกลุ่มจังหวัดเชียงใหม่ เชียงรายและพะเยา ที่โรคเอดส์ระบาดรุนแรงที่สุด จะมีความชัดเจนและความครอบคลุมเป็นรูปธรรมมากที่สุด ดังได้แสดงโครงสร้างและองค์ประกอบของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์ทั้งสามระดับ ในแผนภูมิข้างล่างนี้

แต่ก่อนที่จะมี ศอจ. เป็นกลไกที่ทำงานได้อย่างเป็นระบบ การปลุกกระแสและสร้างความเข้าใจในแนวความคิดการแก้ไขปัญหายาเอดส์ให้ตรงกัน หรือในทิศทางเดียวกัน นับเป็นเรื่องที่สำคัญที่สุด หากไม่แล้วหลังแห่งความร่วมมือและความเป็นเอกภาพของการแก้ไขปัญหายาเอดส์จะเกิดขึ้นได้ยาก กระบวนการที่แต่ละจังหวัดนำมาใช้เพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์ดังกล่าว ได้แก่ “การสัมมนามหาสมาคมเอดส์” ซึ่งจังหวัดเชียงรายจัดนำร่องเป็นจังหวัดแรก โดยระดมพลังจากกลุ่มต่างๆ จำนวนนับพันคน มาช่วยกันคิดและกำหนดบทบาท แนวทาง และกิจกรรมการแก้ไขปัญหายาเอดส์ของจังหวัด ในกรณีของเชียงราย แยกผลการสัมมนาได้ 8 ประเด็น ดังนี้

1. กลุ่มการศึกษา ช่วยคิดการสร้างค่านิยมที่ถูกต้องในสังคม ขยายฐานการศึกษาเพื่อลดการเข้าสู่โรคเอดส์
2. กลุ่มธุรกิจ ช่วยคิดการสกัดกั้นการระบาดของเอดส์ในหมู่คนงานและการช่วยเหลือคนงานที่ติดเชื้อ/ป่วย
3. กลุ่มตำรวจ-ปกครอง-กฎหมาย ช่วยคิดการควบคุม กำกับ ดูแลสถานเริงรมย์และปัญหาแรงงาน-โรคเอดส์
4. กลุ่มศาสนา ช่วยคิดการสร้างศรัทธาและปฏิบัติในคุณธรรม-จริยธรรม การมีสติและเป็นที่พึ่งพิงทางจิตใจ
5. กลุ่มองค์กรสาธารณะ ช่วยคิดการป้องกัน/เกื้อหนุน/สงเคราะห์ผู้ได้รับผลกระทบ/ด้อยโอกาส/ชนกลุ่มน้อย
6. กลุ่มผู้นำชุมชน ช่วยคิดป้องกันการระบาดในชุมชน สร้างการยอมรับและช่วยเหลือสมาชิกชุมชนที่ติดเชื้อ
7. กลุ่มสื่อมวลชน ช่วยคิดการรณรงค์สกัดกั้นการแพร่ระบาด สร้างความเข้าใจ เห็นใจ และยอมรับผู้ติดเชื้อ
8. กลุ่มการรักษาพยาบาล ช่วยคิดการรับมือกับปัญหาการดูแลผู้ป่วยทั้งพึ่งพิงระบบโรงพยาบาลและชุมชน

โครงสร้างและองค์ประกอบของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์จังหวัด /อำเภอ /ตำบล
(กรณีตัวอย่างจากจังหวัดเชียงราย)



หมายเหตุ

สาธารณสุข ลดบทบาทจากการเป็นเจ้าของเรื่องมาเป็นเจ้าภาพร่วมและเลขานุการของพหุภาคีในทุกระดับ

การสัมมนาหสสมาคมเอชส ผสมผสานกับการดำเนินการตามนโยบายและแผนของ คอนบ. ทำให้เกิดผลที่เป็นรูปธรรมขั้นต้นที่ 3 ประการ ได้แก่

1) เกิดการรับรู้และเข้าใจในข้อมูลสถานการณ์ที่ตรงกันทุกฝ่าย ทำให้การรับรู้ปัญหาตรงกันและเกิดเอกภาพทางความคิด/ความตระหนักในการแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะเกิดจากทุกส่วน (Sector) ที่เกี่ยวข้อง กับปัญหาเอชส ซึ่งก่อนหน้านี้ ยังมีข้อถกเถียงกันในสังคมเกี่ยวกับปัญหาเอชสไปคนละเรื่อง คนละทาง บางส่วนเช่น ภาครัฐกิจบริการ หรือแม้แต่ชาวบ้าน ยังเคยเข้าใจว่า ปัญหาเอชสไม่มีอยู่จริงและเชื่อเอาเองว่า ทางราชการรู้เรื่องหลอกชาวบ้านด้วยซ้ำ

2) เกิดทางเลือกในการแก้ไขปัญหา หลังจากแต่ละฝ่าย (Sector) ได้เข้าใจปัญหาอย่างแท้จริงและมองเห็นบทบาทของตนที่จะมีส่วนแก้ไขปัญหาได้ชัดเจนมากขึ้น ทำให้ได้แนวทางแก้ไขปัญหามากมาย ตามบทบาทหน้าที่ของแต่ละฝ่ายมีส่วนเข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหาเอชส เช่น

ภาครัฐกิจบริการด้านโรงแรม ก็มองเห็นบทบาทของตนที่จะช่วยสกัดกั้นการระบาดของโรคเอชส ด้วยการติดคำเตือนสติการป้องกันโรคเอชสไว้ในห้องน้ำ พร้อมกับบริการถุงยางอนามัยฟรีแก่แขกที่มาพัก ซึ่งบรรจุกล่องสวยงามไม่น่าเกลียด

หรือนายจ้างก็มองเห็นบทบาทของตนที่จะปกป้องลูกจ้างให้ปลอดภัยจากเอชส ด้วยการสนับสนุน การตรวจสุขภาพลูกจ้าง พร้อมกับให้ความอนุเคราะห์/ช่วยเหลือผู้ที่ติดเชื้อ แทนที่จะขับไล่ไล่ส่ง ปิดปัญหา ให้พ้นตัว เหมือนที่เคยเกิดขึ้นมาก่อน

หรือผู้นำศาสนาก็มองเห็นทางเลือกในการป้องกันปัญหาเอชส ด้วยการตั้งเยาวชนไว้กับลานวัด-ลานกีฬา เสนอให้ใช้วัด/โบสถ์/สุเหร่าเป็นที่รวมกลุ่มพักพิงทางจิตใจและดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย ด้วยสมุนไพรมิปัญญาน้ำบ้าน เป็นการบรรเทาภาระของโรงพยาบาลในอนาคต เป็นต้น

ซึ่งยังมีตัวอย่างทางเลือกจากฝ่ายต่างๆ อีกมากมาย แต่ในที่นี้เพียงเพื่อต้องการแสดงให้เห็นว่า เมื่อกระบวนการค้นต่อการแก้ไขปัญหาเอชสได้เปลี่ยนไป ทางเลือกการแก้ไขปัญหาก็เกิดขึ้นหลากหลาย แทนที่แต่ละฝ่ายจะแข่งกันรณรงค์และให้ความรู้เอชสเพียงอย่างเดียว ละเลยบทบาทสำคัญของตนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาในมิติที่ตนรับผิดชอบ

3) เกิดแผนงานปฏิบัติ (Action plan) ตามมามากมายในทุกๆ ฝ่าย (Sector) แม้ว่าจะไม่ได้เกิดขึ้นในทันทีพร้อมกัน แต่ก็ส่งผลต่อการปฏิบัติในระยะเวลาต่อมา โดยเฉพาะหน่วยงานภาครัฐ ที่นอกจากจะมีการปรับแผนงานประจำปีให้สอดคล้องกับกระบวนการค้นใหม่ของการแก้ไขปัญหาเอชสที่หลากหลายแล้ว ยังเกิดศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอชสจังหวัด ที่เป็นแกนหลักในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาเอชสของจังหวัด และเป็นเวทีให้ทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งผู้ติดเชื้อได้เข้ามามีส่วนร่วมคิด ร่วมทำและร่วมแก้ไขปัญห ทำนองเดียวกัน ยังได้ขยายผลการแก้ไขปัญหาลงไปถึงพื้นที่ โดยมีศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอชสอำเภอและตำบล เป็นกลไกขับเคลื่อน

อย่างไรก็ตาม หากนำแนวคิด AIC (Acceptance: Influence: Control) มาเป็นกรอบในการอธิบาย ผลของการสัมมนาหสสมาคมเอชส แม้ผลในขั้น A กับ I จะสามารถเห็นได้ชัดเจน ดังกล่าวแล้วในข้อ 1)

และ 2) ข้างบน แต่ความสัมฤทธิ์ผลในขั้นการนำไปปฏิบัติ ยังต้องขึ้นกับศักยภาพของกลไกขับเคลื่อนทั้ง 3 ระดับดังกล่าวแล้ว โดยเฉพาะผู้นำในแต่ละระดับอันมีประธาน (ฝ่ายปกครอง-ผู้ว่าราชการ/นายอำเภอ/กำนัน) และเลขาธิการ (ฝ่ายสาธารณสุข-สสจ./สสอ./สอ.) เป็นหัวใจสูบฉีดโลหิตให้กลไกทั้งระบบขับเคลื่อนไปได้ ดังนั้นจึงเกิดผลแตกต่างกันอย่างมากระหว่างจังหวัดทั้ง 6 และระหว่างช่วงเวลาผู้นำของแต่ละจังหวัด ซึ่งเป็นหัวใจของระบบ ได้ทำหน้าที่แปรเปลี่ยนกันไปตามวาระ

จึงทำให้บางจังหวัดมีแรงขับเคลื่อนในการแก้ไขมากกว่าบางจังหวัด หรือแม้แต่ในจังหวัดเดียวกันก็มีแรงขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญหาในแต่ละช่วงเวลาแตกต่างกัน ขึ้นกับผู้นำภาคที่เป็นองค์ประกอบและผู้นำศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอตส์ในแต่ละจังหวัดและในแต่ละช่วงเวลาด้วย นั้นหมายความว่า รูปแบบ/โครงสร้างและบทบาทของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอตส์ ยังมีข้อจำกัดมาก หากจะฝากความหวังในการขับเคลื่อนให้ระบบ/กลไกแก้ไขปัญหาให้กับตัวผู้นำศูนย์และตัวผู้นำภาค ซึ่งเป็นจุดอ่อนของการจัดองค์กรแบบเจ้าภาพร่วม (Matrix organization) หากการสนับสนุนจากภาคีไม่เข้มแข็งพอ ก็จะทำให้การขับเคลื่อนของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอตส์อ่อนแรง

ดังนั้นศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอตส์เกือบทุกจังหวัด เมื่อดำเนินการไปได้ระยะหนึ่ง จึงมักจะเหลือแต่ฝ่ายสาธารณสุขเป็นหลักในการทำงานขับเคลื่อนองค์กร กลายเป็นองค์กรแบบโครงการ (Project organization) ที่มีสำนักงานสาธารณสุขเป็นตัวชูโรง ยิ่งเมื่อการสนับสนุนงบประมาณเร่งรัดจากรัฐบาล (ผ่าน คอนบ.) ลดลง ก็ยิ่งทำให้องค์กรภาคีที่มาร่วมทำงานค่อยๆ ถอยห่างออกไป นอกจากนั้นศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอตส์ของบางจังหวัด ยังเปลี่ยนบทบาทจากศูนย์ประสานงานในระยะแรกเริ่ม มาเป็นศูนย์รวมการปฏิบัติเสียเอง มากกว่าจะประสานงานให้องค์กรภาคีและองค์กรในพื้นที่ดำเนินการ ทำให้ศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอตส์โดดเดี่ยวตัวเองมากขึ้น

เหตุที่สำนักงานสาธารณสุขจำเป็นต้องเป็นผู้ชูโรงให้องค์กร คอจ./คออ./คอต. ขับเคลื่อนไปได้ตามอัตราภาพ ก็เนื่องจากการแก้ไขปัญหาเอตส์ยังถือเป็นภาระหน้าที่โดยตรงอันหนึ่งของสำนักงานสาธารณสุขที่ปฏิเสธไม่ได้ ถึงกระนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขบางคนในส่วนที่ไม่ได้เข้าไปทำงานใน คอจ./คออ./คอต. กลับไม่ได้คิดว่าการแก้ไขปัญหาเอตส์เป็นหน้าที่ของตนด้วยซ้ำ กลายเป็นการแก้ไขปัญหาเอตส์เป็นหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอตส์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงความไม่สัมฤทธิ์ผลของรูปแบบ/โครงสร้างองค์กรแบบเจ้าภาพร่วม (Matrix organization) ที่เริ่มแรกทำท่าจะดำเนินการไปได้เข้มแข็งตามหลักการ แต่เมื่อเวลาผ่านไปเพียง 1-3 ปี ความเป็นเจ้าภาพร่วมก็ค่อยๆ จางหายไป เหลือแต่แกนหลักคือสำนักงานสาธารณสุขเป็นผู้ชูโรง ยกเว้นจังหวัดที่มีผู้นำการขับเคลื่อนเข้มแข็งและอยู่ในตำแหน่งต่อเนื่องเป็นเวลานาน เช่น ศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอตส์จังหวัดพะเยาและศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอตส์จังหวัดเชียงราย ที่ยังพยายามรักษาลักษณะของ Matrix organization ไว้ได้มากที่สุด

จากการสัมภาษณ์ผู้บริหารและแกนนำในการขับเคลื่อนองค์กรการแก้ไขปัญหาเอตส์ (ดูรายละเอียดของบทสัมภาษณ์ในบทที่ 6) และการวิเคราะห์บทบาทของ คอนบ. ในบทที่ 2 ได้สะท้อนข้อเท็จจริงบางอย่างเกี่ยวกับหลักการของ Matrix organization ซึ่งอาจจะเหมาะสมกับการนำมาใช้ในระดับกำหนด

นโยบายและแผนร่วมกัน เช่นในระดับ คอนบ. แต่หากจะนำมาใช้ในระดับการบริหารขับเคลื่อนและปฏิบัติการ เช่น ศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอ็ดส์ อาจจะไม่มีความเพียงพอ ที่สำคัญในระดับการปฏิบัติจริง เป็นเรื่องของชุมชน ซึ่งมีความแตกต่างกันไปตามสภาพพื้นที่ แต่โครงสร้างของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอ็ดส์ ยังคงยึดลำดับขั้นตอนราชการเป็นหลัก แม้จะเปิดโอกาสให้ฝ่ายต่างๆ มามีส่วนร่วม แต่ก็เป็นการร่วมอย่างหลวมๆ ไม่มีใครสั่งใครได้อย่างชัดเจน ไม่มีผู้จัดการที่แท้จริง รวมทั้งไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน จึงเกิดความสับสนในระดับปฏิบัติ เกิดการโยนกลองกันบ่อยครั้ง ต่างรอดูที่ท่าซึ่งกันและกัน บางพื้นที่ในระดับอำเภอหรือตำบล ถึงกับเก็บงบประมาณไว้เฉยๆ ไม่กล้าทำอะไร กลัวจะทำผิดเพราะขาดความชัดเจน

จากการศึกษาปฏิกริยาของชุมชน ก็สะท้อนภาพออกมาในทำนองเดียวกัน (ดูรายละเอียดในบทที่ 6-7) คือขาดความชัดเจนในหลักการและขั้นตอนการปฏิบัติ อำนาจการตัดสินใจโดยพฤตินัยยังคงไปอยู่ที่หน่วยราชการ ไม่ใช่ชุมชน ยิ่งในพื้นที่ที่มีปัญหารุนแรง ก็มักจะมีหน่วยงานทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนลงไปรุมแก้ปัญหาในพื้นที่เดียวกัน ทำให้ชาวบ้านสับสนมึนงง ขาดเอกภาพในการคิดและการแก้ไข้ปัญหา โดยเฉพาะชุมชนไม่ได้เป็นฐานในการแก้ไข้ปัญหาเอง แต่ไปขึ้นกับหน่วยงานที่ลงมาแก้ไข้ปัญหาให้ชุมชน ซึ่งสวนทางกับหลักการของ คอนบ. และ ศอจ./ศออ./ศอต.

นั่นหมายความว่า โครงสร้าง บทบาท และภาระหน้าที่ของ ศอจ./ศออ./ศอต. ควรต้องทบทวน ซึ่งอาจจะคง ศอจ. ไว้เป็น Matrix organization จริงๆ แล้วกำหนดให้ ศออ./ศอต. ทำหน้าที่แบบองค์กรโครงการ (Project organization) หากทางราชการยังส่งมอบภาระงานไว้ทำเอง ซึ่งก็ไม่น่าจะเหมาะสมในยุคสมัยที่สังคมต้องการชุมชนเข้มแข็ง ดังนั้นอาจจะยุบ ศออ.และศอต. เพื่อให้ชุมชนเป็นเจ้าของในการแก้ไข้ปัญหาอย่างแท้จริง โดยมีองค์กรชุมชน หรือองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น/อบต. เป็นฐานของเจ้าภาพ ส่วนหน่วยงานทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนเป็นเพียงผู้สนับสนุนเจ้าภาพ ซึ่งเป็นโครงสร้างในลักษณะ “เครือข่ายการแก้ไข้ปัญหาเอ็ดส์” มากกว่าจะเป็น “องค์กรการแก้ไข้ปัญหาเอ็ดส์” และจำเป็นต้องพัฒนาช่องทางการเชื่อมโยงระหว่าง ศอจ. กับ ชุมชนโดยตรงให้ชัดเจน รวมทั้งการเชื่อมโยงกับโครงสร้างหน่วยงานราชการปกติ เพื่อจะลดความขัดแย้ง/สวนทางกับหน่วยราชการ รวมทั้งสามารถใช้ศักยภาพของหน่วยราชการปกติเข้ามาสนับสนุนการแก้ไข้ปัญหาเอ็ดส์ของชุมชนได้อย่างเต็มที่ด้วย

อย่างไรก็ตาม ในความเป็นจริง แต่ละจังหวัด/อำเภอ/ตำบลไม่ได้แก้ไข้ปัญหาเอ็ดส์โดยผ่าน ศอจ./ศออ./ศอต. เพียงช่องทางเดียว แต่ยังมีโครงการอิสระ เช่นโครงการวิจัยและพัฒนา หรือโครงการปกติของหน่วยงาน ทั้งรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ที่สนับสนุนโดยแหล่งทุนในประเทศ/ต่างประเทศ เข้าไปดำเนินการอยู่ในพื้นที่มากมาย โดยเฉพาะจังหวัดที่มีปัญหารุนแรง หรือจังหวัดที่อยู่ในเป้าหมายของแหล่งทุน เช่น จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ดังจะได้กล่าวในรายละเอียดในหัวข้อถัดๆ ไป ส่วนในกลุ่มจังหวัดที่เหลืออีก 3 จังหวัดคือ ลำปาง ลำพูนและแม่ฮ่องสอน มีโครงการอิสระที่ดำเนินการแก้ไข้ปัญหาเอ็ดส์นอกระบบที่ต่างจาก คอนบ. หรืองานปกติของหน่วยราชการ ค่อนข้างจะน้อย ดังนั้นรูปแบบการแก้ไข้ปัญหาเอ็ดส์อย่างเป็นระบบ ส่วนใหญ่จึงอยู่ในรูปแบบของ คอนบ. ศอจ. ศออ. และ ศอต. ยกเว้นหน่วยงานสาธารณสุข เช่น โรงพยาบาล อาจมีโครงการพิเศษจากกระทรวงสาธารณสุขโดยตรง

3.3 ช่วงเครือข่ายประชาสังคม

ดังได้กล่าวแล้วว่า การแก้ไขปัญหาเอชไอวีในระดับจังหวัด ได้พัฒนามาโดยลำดับจากแต่ละหน่วยงานต่างคนต่างทำในช่วงแรก มาเป็นการร่วมพลังกันผ่านกลไกระดับนโยบายคือ ศอนบ. และกลไกในระดับปฏิบัติคือ ศอจ. ศออ. และ ศอต. จนสามารถบรรลุเป้าหมายของการแก้ไขปัญหาได้ในระดับหนึ่ง คือสามารถลดความรุนแรงของการระบาดของโรคเอดส์ลงได้ ตั้งแต่การลดตัวจนถึงการลดลงของจำนวนผู้ติดเชื้อ โดยดูได้จากสถิติการติดเชื้อเอดส์ของหญิงที่มาฝากครรภ์กับสถานบริการสาธารณสุข และสถิติการติดเชื้อเอดส์ของทหารเกณฑ์ ดังได้กล่าวแล้วในบทที่ 2

แต่ปัญหาเอชไอวีไม่ใช่แค่การระบาดของโรคเอดส์ ยังมีปัญหาที่ใหญ่หลวงกว่ารอการแก้ไขอีกมากมาย นับตั้งแต่การเริ่มเจ็บป่วย/มีอาการของผู้ติดเชื้อที่รอการเยียวยา/ดูแลรักษา แม้จะรักษาให้หายขาดไม่ได้ก็ตาม ไปจนถึงผลกระทบต่อเด็กที่ติดเชื้อ เด็กกำพร้า ผู้สูงอายุที่สูญเสียบุตรหลานที่จะพึ่งพาในยามที่ดูแลตัวเองไม่ได้ รวมไปถึงโครงสร้างประชากรในระยะยาวกับผลกระทบทางภาคการผลิต อันเนื่องมาจากการเสียชีวิตของวัยแรงงานและวัยเจริญพันธุ์เป็นจำนวนมาก อย่างที่ น.พ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม ได้กล่าวเปรียบเทียบไว้ว่า ชุมชนจะมีสภาพไม่ต่างจากการแพ้งคราม ประกอบกับกลไกในการแก้ไขปัญหตามโครงสร้างของศูนย์ปฏิบัติการด้านกัยเอดส์ ยังไม่สัมฤทธิ์ผลสูงสุดตามที่คาดหวังในทางปฏิบัติ ดังได้กล่าวแล้วในหัวข้อที่ผ่านมา

แต่การแก้ไขปัญหาเอชไอวีไม่ได้มีเพียงศูนย์ปฏิบัติการด้านกัยเอดส์ช่องทางเดียว ศอนบ. ภายใต้โครงสร้างที่ร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับโครงการพัฒนาเครือข่ายเอดส์ภาคเหนือ (AIDSnet หรือ NAPAC เดิม) ซึ่งเป็นแม่ข่ายการแก้ไขปัญหาเอชไอวีทางด้านการพัฒนาเอกชน ได้ดำเนินการสนับสนุนการแก้ไขปัญหเอดส์ในชุมชนผ่านเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนโดยตรงอีกแนวทางหนึ่ง โดยให้องค์กรชุมชนอย่าง อบต. รองรับและเป็นฐานการแก้ไขปัญหาเอชไอวี ภายใต้การเป็นที่เล็งขององค์กรพัฒนาเอกชน

รูปแบบเดียวกันนี้ ศอนบ. ได้ดำเนินการผ่าน ศอจ. บางจังหวัดเช่น เชียงรายและพะเยา ซึ่งเท่าที่เป็นทางเลือกที่ช่วยลดเงื่อนไขของอุปสรรคในรูปแบบของศูนย์ปฏิบัติการด้านกัยเอดส์ที่มีหน่วยราชการเป็นแกนนำ ดังกล่าวแล้วข้างบน ซึ่งพบว่าชุมชนที่มีความพร้อมสูง สามารถจะเป็นเจ้าภาพหลักในการแก้ไขปัญหของเขาเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ใช่ว่าแค่ปัญหาเรื่องเอดส์อย่างเดียว ยังรวมไปถึงปัญหายาเสพติดที่รุนแรงกว่าและมีผลกระทบกว้างไกลกว่าปัญหาเอดส์หลายเท่า

ดังนั้น จากข้อจำกัดของศูนย์ปฏิบัติการด้านกัยเอดส์ ประกอบกับศักยภาพของชุมชนในรูปแบบของเครือข่ายการแก้ไขปัญหาเอชไอวีที่ร่วมมือกับฝ่ายต่างๆ ในพื้นที่ ทำให้มีทางเลือกใหม่ในการแก้ไขปัญหเอดส์ ที่มีลักษณะการแก้ไขปัญหาเบ็ดเสร็จที่ชุมชน โดยชุมชนเป็นเจ้าภาพในการแก้ไขปัญหเพิ่มเติม แต่ด้วยความร่วมมือและสนับสนุนของฝ่ายต่างๆ ทั้งในชุมชนและนอกชุมชนในลักษณะของเครือข่าย ซึ่งแต่ละชุมชนอาจมีวิธีการจัดการกับปัญหาของตนในทางที่เหมาะสม โดยไม่จำเป็นต้องเป็นรูปแบบเดียวกันอย่าง ศอจ./ศออ./ศอต. แล้วแต่จุดริเริ่มของการแก้ไขปัญห ซึ่งอาจจะริเริ่มโดยส่วนใดส่วนหนึ่ง หรือฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งของชุมชน เช่น ริเริ่มจาก พระ/ผู้นำศาสนา หรือกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน หรือครู/หมออนามัย หรือกลุ่มผู้ติด

เชื้อ ฯลฯ ซึ่งในที่สุด แต่ละชุมชนจะมีรูปแบบวิธีการในการแก้ไขปัญหาเป็นของตนเอง ซึ่งจะได้รูปแบบ/วิธีการแก้ไขปัญหาเอดส์ที่หลากหลาย

การที่ชุมชน (หมายถึงทุกส่วน/sector ของชุมชน) มาเป็นเจ้าภาพร่วมกันแก้ไขปัญหาของตน ด้วยวิธีการที่เหมาะสมของตน ตามความต้องการและสอดคล้องกับสภาพแวดล้อมของตน ผ่านฉันทามติของชุมชนอย่างเป็นทางการ โดยมีองค์กรชุมชน/อบต. รับผิดชอบชัดเจน ที่สำคัญคือ เป็นตัวของตัวเองในการแก้ไขปัญหา ภายใต้การเรียนรู้และการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา ทำให้ชุมชนสะสมประสบการณ์และภูมิปัญญาของตน เมื่อชุมชนมีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ชุมชนนั้นก็น่าจะมีความเข้มแข็ง จนอาจจะเรียกได้ว่าเป็นการแก้ไขปัญหาเอดส์ในลักษณะของ “ประชาสังคม”

ดังนั้น โอกาสและทางเลือกของการแก้ไขปัญหาเอดส์ ในช่วงหลังๆ โดยเฉพาะตั้งแต่ ปี 2541 เป็นต้นมา ประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤตทางเศรษฐกิจ ส่งผลให้รัฐบาลไม่อาจจัดสรรงบประมาณมาสนับสนุนการแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้มากเหมือนเดิม การประยุกต์ศาสตร์ในรูปแบบเครือข่ายการแก้ไขปัญหาดังกล่าวโดยชุมชนในลักษณะของ “ประชาสังคม” จึงถูกคิดค้นและทดลองนำร่องมาเรื่อยๆ ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ (ลองถูกลองผิดโดยชุมชน) ซึ่งแต่ละจังหวัดจะมีชุมชนที่มีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวอยู่ในลักษณะของประชาสังคมเป็นจำนวนไม่น้อย เช่นกรณีจังหวัดเชียงราย มีชุมชนที่ริเริ่มการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในลักษณะประชาสังคมอย่างชัดเจน และถูกเลือกเป็นกรณีตัวอย่างศึกษาของโครงการนี้ถึง 10 ชุมชน ดังจะได้เสนอรายละเอียดในบทที่ 6-7 ต่อไป

จึงอาจจะกล่าวได้ว่า รูปแบบการแก้ไขปัญหาดังกล่าวของเครือข่ายองค์กรจังหวัด ซึ่งเป็นรูปแบบนำร่องการแก้ไขปัญหาดังกล่าวด้วยในอนาคต จะมีความหลากหลาย เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย และมีลักษณะของประชาสังคม โดยมีชุมชนเป็นหลักในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวของเขาเอง ภายใต้เครือข่ายการสนับสนุนขององค์กรภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน

3.4 กรณีตัวอย่างประสบการณ์การแก้ไขปัญหาดังกล่าว ของศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดเชียงราย

ข้อมูลจาก:

- งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
- ศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดเชียงราย
- สอทศวรรษในการระบาดของโรคเอดส์จังหวัดเชียงราย(มยุรี วรรณไกรโรจน์ และคณะ)

3.4.1 ความเป็นมาและสถานการณ์การแก้ไขปัญหาดังกล่าวในจังหวัดเชียงราย

นับตั้งแต่ปี 2531 ที่จังหวัดเชียงรายพบการระบาดของโรคเอดส์รายแรก เป็นชายและเป็นเจ้าของสถานบริการทางเพศในอำเภอแม่สาย ที่รับเชื้อมาจากกรุงเทพมหานคร ในขณะที่สถานการณ์การระบาดของกามโรคในจังหวัดเชียงรายในปี 2531 มีจำนวนถึง 6,920 ราย (อัตรา 6.9 ต่อประชากร 1,000 คน) และ

ปี 2532 สูงถึง 7,453 ราย (อัตรา 7.3 ต่อประชากร 1,000 คน) ซึ่งมีอัตราที่สูงกว่าเป้าหมายแผนพัฒนาฉบับที่ 6 ด้านสาธารณสุข (พ.ศ.2530-2534) ที่กำหนดให้อัตราการป่วยของกามโรคไม่เกิน 6.0 ต่อประชากร 1,000 คน ทำให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ต้องเร่งดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเอดส์และกามโรค ในปี 2533 อย่างเป็นทางการ โดยเน้นให้ดูศึกษาในกลุ่มเสี่ยง คือกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ให้มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์และกามโรค แนะนำการใช้ถุงยางอนามัยและกระจายถุงยางอนามัยในแหล่งบริการทางเพศให้ครอบคลุม

ซึ่งในช่วงนั้นเจ้าของกิจการสถานบริการทางเพศเกือบครึ่งที่ไม่ให้ความร่วมมือในการบริการถุงยางอนามัยในสถานประกอบการ เนื่องจากกลัวเสียลูกค้าที่ไม่ชอบใช้ถุงยางอนามัย จึงได้จัดการประชุมเจ้าของแหล่งบริการทางเพศ เพื่อหาข้อตกลง กำหนดเป็นเป้าหมายบริการถุงยางอนามัยครอบคลุมพื้นที่ 100 % ในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2534 และในปี 2535 จำนวนการเบิกจ่ายถุงยางอนามัยจากคลินิกกามโรค ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย สูงถึง 1,200,300 ชิ้น และอัตราป่วยด้วยกามโรคปี 2535 ลดเหลือ 4,260 ราย (อัตรา 4.01 ต่อประชากร 1,000 คน)

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้ระดมความร่วมมือทั้งจากภาครัฐและเอกชน รณรงค์ให้ความรู้โรคเอดส์แก่กลุ่มเสี่ยงเพิ่มขึ้น ทั้งกลุ่มหญิงบริการ นักเรียน นักศึกษา กลุ่มหนุ่มสาว กลุ่มทหาร ตำรวจและผู้ต้องขังในเรือนจำ ทำให้การใช้ถุงยางอนามัยในปี 2537 มีจำนวนสูงถึง 1,134,700 ชิ้น อัตราการป่วยด้วยกามโรคลดลงเหลือ 1.39 ต่อประชากร 1,000 คน ซึ่งต่ำกว่าเป้าหมายของแผนพัฒนาฉบับที่ 7 ในด้านสาธารณสุข พ.ศ. 2535-2539 ที่ตั้งเป้าหมายการระบาดของกามโรคน้อยกว่า 1.5 ต่อประชากร 1,000 คน

ปี 2539 งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย ได้จัดประชุมเพื่อระดมความร่วมมือเจ้าของโรงแรมที่พักประเภทต่างๆ ในเขตเมืองของจังหวัดเชียงราย โดยการจัดถุงยางอนามัยให้ห้องพักของโรงแรมทุกแห่ง ซึ่งได้รับความร่วมมือถึงร้อยละ 92 และได้ปรับปรุงการจัดสรรถุงยางอนามัยให้ครอบคลุม เช่น โรงแรม โรงงาน บัมน้ำมัน องค์กรเอกชน และองค์กรชุมชนต่างๆ รวมทั้งนักเรียน นักศึกษา ทหาร ตำรวจ ประชากรทั่วไป ได้สร้างความตระหนักแก่กลุ่มเป้าหมาย โดยใช้หลักการวิเคราะห์ชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์และการมีพฤติกรรมด้านเพศสัมพันธ์ที่ถูกต้องปลอดภัย ทำให้จำนวนการจ่ายถุงยางอนามัยในปี 2539 สูงถึง 1,589,700 ชิ้น และจำนวนผู้ป่วยด้วยกามโรคลดลงเหลือเพียง 300 ราย (อัตรา 0.24 ต่อประชากร 1,000 คน) ซึ่งน้อยกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ในแผนด้านสาธารณสุขฉบับที่ 7 มาก แสดงถึงอัตราการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมากขึ้น

3.4.2 กลยุทธ์และรูปแบบการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ของ ศอจ.เชียงราย

ในปี พ.ศ. 2531-2534 จังหวัดเชียงรายดำเนินการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ โดยการรณรงค์ให้ดูศึกษาและประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนทราบถึงอันตรายของโรคเอดส์ ซึ่งขณะนั้นประชาชนไม่ได้ให้ความสนใจปัญหาเอดส์ และยังเข้าใจว่าเป็นเรื่องไม่จริง จนปี พ.ศ. 2532 ได้จัดตั้งคณะกรรมการป้องกันควบคุมโรค

เอชไอวีจังหวัดเชียงรายขึ้น โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วยหน่วยงานทั้งรัฐ เอกชน ซึ่งขณะนั้นคณะกรรมการยังสับสน ไม่มีรูปแบบการดำเนินงานชัดเจน แม้แต่หน่วยงานสาธารณสุขเอง ยังดำเนินการในลักษณะแยกส่วน ต่างคนต่างทำ จน ปี 2533 ได้กำหนดแนวทางในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอชไอวีของจังหวัดเชียงราย โดยมีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายตามความเสี่ยงที่ชัดเจนขึ้น เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อ กลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ หญิงขายบริการทางเพศ กลุ่มชายที่ขายบริการทางเพศ และกลุ่มผู้ติดยาเสพติด มีการให้คำปรึกษาแนะแนวผู้ติดเชื้อและครอบครัว พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร ช่วยเหลือให้บริการทางการแพทย์และทางสังคม แก่ผู้ป่วยติดเชื้อตามความเหมาะสม

จนใน ปี 2538 (3 เมษายน) จึงได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอชไอวีจังหวัดเชียงราย โดยมีรองผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน คณะกรรมการประกอบด้วยหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชนที่เกี่ยวข้อง 32 หน่วยงาน รวมทั้งได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอชไอวีขึ้นทุกอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน กรรมการประกอบด้วยหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนองค์กรผู้นำชุมชนและองค์กรศาสนา คณะกรรมการศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอชไอวีจังหวัดและอำเภอ ร่วมมือกัน ทั้งด้านความคิด วางแผน ปฏิบัติงาน และประเมินผล โดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อ ลดการแพร่ระบาดของโรคเอชไอวี (รายใหม่) ช่วยให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบ อยู่ในสังคมอย่างปกติสุข โดยที่ศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอชไอวีจังหวัด/อำเภอ ดำเนินงานในลักษณะเป็นศูนย์ประสานงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน ควบคุมและกำกับดูแล รวมทั้งประเมินผลการปฏิบัติงาน เป็นศูนย์ข้อมูลข่าวสาร วิชาการและสื่อต่างๆ ที่เกี่ยวกับโรคเอชไอวี

ศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอชไอวีจังหวัดเชียงรายได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานในปี 2538 ไว้ 6 แนวทาง โดยเน้นบทบาทของชุมชน องค์กรท้องถิ่น หน่วยงานรัฐ/เอกชน ตลอดจนสถาบันที่สำคัญของชุมชน ร่วมมือกันจัดกิจกรรมในหมู่บ้านเป้าหมายจำนวน 896 หมู่บ้าน 17 อำเภอ/กิ่งอำเภอ ให้เกิดผลใน 6 แนวทาง ดังนี้

1) การเตรียมชุมชน

เพื่อให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจโรคเอชไอวี จนสามารถป้องกันตนเองและครอบครัวจากการรับเชื้อ ยอมรับและเข้าใจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวี ให้สามารถอยู่ร่วมกันได้ในชุมชน

2) การสร้างอาสาสมัคร

ให้ชุมชนมีอาสาสมัครที่สามารถให้ความรู้และให้คำแนะนำเรื่องโรคเอชไอวีแก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ มีการกระจายความรู้เพื่อป้องกันการรับเชื้อแก่ผู้ที่ไม่ติดเชื้อ และการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยเอชไอวีในชุมชน โดยทำเป็นตัวอย่างและระดมทุกฝ่ายในชุมชนให้มีส่วนร่วม

3) การสร้างเครือข่ายทางเศรษฐกิจและสังคม

ให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย ได้รับการดูแลช่วยเหลือในด้านที่อยู่อาศัย อาหาร และส่งเสริมอาชีพ (รายได้) โดยแต่ละชุมชน มีโครงสร้างพื้นฐาน คณะกรรมการหมู่บ้าน กองทุนช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการฯ โรคเอชไอวีประจำหมู่บ้าน องค์กรศาสนา และอาสาสมัครโรคเอชไอวี

จังหวัดเชียงรายได้รับงบประมาณสนับสนุน การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ การดูแล สงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบ จากศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์ภาคเหนือตอนบน จากระบบ กทช. ปกติ ของแต่ละหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และจาก NGO (NCA, NAPAC, PDA) งบประมาณที่ จังหวัดเชียงรายได้รับการจัดสรรจากทั้งสามทาง (เท่าที่สามารถหาข้อมูลได้) ในปี 2538 รวมไม่น้อยกว่า 51 ล้านบาท และในปี 2539 รวมไม่น้อยกว่า 28 ล้านบาท

4) การสร้างเครือข่ายข้อมูลการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

ผู้ป่วยส่วนใหญ่ จะได้รับการดูแลและใช้ชีวิตอยู่ที่บ้าน โดยมีครอบครัวและชุมชนให้การดูแล ผ่าน ศูนย์ดูแลครอบครัวของชุมชน (Day Care Center) ซึ่งเป็นที่ชุมนุมกันของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ กับพี่เลี้ยง อาสาสมัครดูแลกันที่วัด หรือที่ ศสมช. ผู้ดำเนินการนอกจากอาสาสมัครแล้ว ยังมีคณะกรรมการชุมชนด้าน เอดส์ ตัวแทนศาสนา ตัวแทนองค์กรเอกชน เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าหน้าที่กระทรวงต่างๆ เป็นผู้จัดทีม หรือหมุนเวียนไปดูแล เมื่อมีผู้ป่วยที่มีอาการมากขึ้นก็จัดระบบส่งต่อ - สถานีอนามัย - โรงพยาบาลชุมชน / โรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์

5) การรณรงค์และประชาสัมพันธ์

ทำกันอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง เพื่อให้ชุมชนมีความรู้ ความเข้าใจ เกิดการเรียนรู้ ตระหนักถึง ปัญหา มีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ และช่วยเหลือซึ่งกันและกัน

6) การติดตามและประเมินผล

มีคณะผู้นิเทศงาน เป็นผู้ติดตามและประเมินผล โครงการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ทุกระดับ

3.4.3 แผนงานและกิจกรรมหลักของการแก้ไขปัญหาเอดส์ ของ ศอจ.เชียงราย

จากประสบการณ์การดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัดเชียงราย ไม่ได้มีปัญหา เฉพาะเรื่องการแพร่ระบาดและการติดเชื้อเอดส์เท่านั้น แต่ยังพบผลกระทบที่เกิดขึ้นจากปัญหาเอดส์ทั้งทาง ตรงและทางอ้อมมากมาย เช่น จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคฉวยโอกาสจากเอดส์ในหมู่บ้านเพิ่มขึ้นทุกวัน มีเด็ก กำพร้าที่พ่อแม่เป็นโรคเอดส์เสียชีวิตเพิ่มจำนวนสูงขึ้นถึง 1800 ราย นอกจากนั้นยังพบปัญหาการข่มขืน การไม่ยอมรับของชุมชน ตลอดจนปัญหาปากท้อง/การเลี้ยงชีพและปัญหาสุขภาพกาย-ใจของผู้ติดเชื้อ ทำ ให้ทุกฝ่ายต้องหันมามุ่งกำลังร่วมกันวางแผนเชิงรุก โดยใช้หลักยุทธศาสตร์ 8 ข้อ ของแผนป้องกันแก้ไข ปัญหาเอดส์แห่งชาติ ปี 2540-2544 และแผนงานหลักของจังหวัดเชียงราย 6 แผน มีรายละเอียด ดังนี้

ยุทธศาสตร์ 8 ได้แก่

- (1) พัฒนาศักยภาพของคน ครอบครัว ชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาเอดส์
- (2) พัฒนาสภาพแวดล้อมในสังคมให้เอื้อต่อการป้องกันปัญหาเอดส์
- (3) พัฒนาสังคมจิตวิทยาให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ให้อยู่ได้ในสังคมอย่างปกติสุข
- (4) พัฒนาศักยภาพทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการเลี้ยงชีพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- (5) ส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

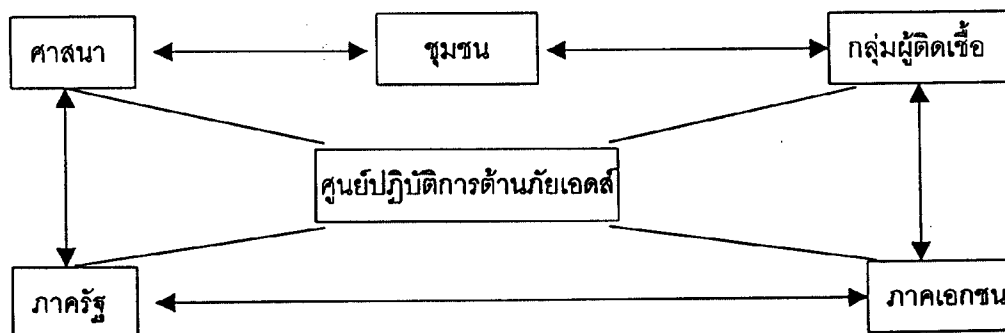
- (6) พัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- (7) พัฒนาความร่วมมือกับต่างประเทศ
- (8) พัฒนากลไกการบริหารจัดการ

แผนงานหลักของจังหวัดเชียงราย 6 แผน ได้แก่

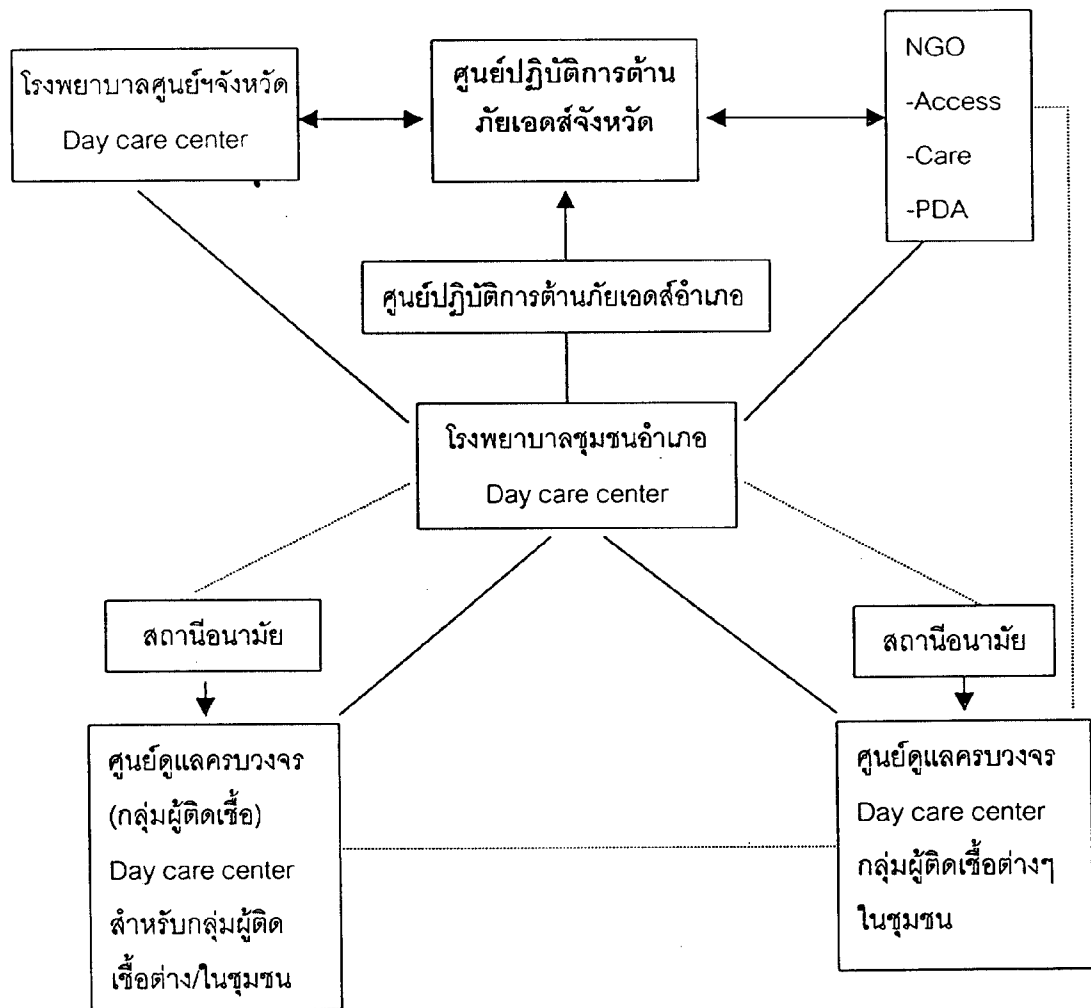
- (1) แผนพัฒนาบริหารจัดการ ด้านโครงสร้างหน้าที่ งบประมาณ และการบริหารจัดการ
- (2) แผนพัฒนาและดูแลด้านการพยาบาล (Hospital base care) โดยจัดบริการกลุ่มเสี่ยงด้วยคลินิกนิรนาม และ Day care center ของ รพศ./พรช./ชุมชน
- (3) แผนงานเอดส์ชุมชน /Community base care จัดตั้งคณะกรรมการเอดส์หมู่บ้าน อาสาสมัครเอดส์หมู่บ้านและสถานศึกษา จัดตั้งศูนย์ Day care center ของชุมชน รวมทั้งจัดทำแผนงานและงบประมาณ พัฒนาศักยภาพกองทุนเอดส์หมู่บ้าน ระดมช่วยเหลือสงเคราะห์ กิจกรรมพัฒนาความร่วมมือให้มีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- (4) แผนงานสร้างวิถีชีวิตที่ปลอดภัย ด้วยการส่งเสริมให้มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย กระจายถุงยางอนามัย 100% ในสถานที่พัก โรงแรม/สถานประกอบการด้านบันเทิง บ่อน้ำมันเชื้อเพลิง โรงงาน บริษัทขนส่ง ชุมชน และสถานที่สำคัญต่างๆ มีการเพิ่มทักษะชีวิตให้กับนักเรียนอนุบาล ประถมศึกษา มัธยมศึกษาและอุดมศึกษา ผ่านกระบวนการวิถีชีวิตศึกษา เพื่อสร้างวิถีชีวิต/วัฒนธรรมใหม่ที่ปลอดภัย รวมทั้งการให้คำปรึกษาก่อนแต่งงาน โดยการจัดสมรสตัวอย่าง
5. แผนพัฒนาการสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงาน
6. แผนพัฒนาภูมิปัญญาชาวบ้าน เพื่อการพึ่งพาตนเองของชุมชน ทั้งด้านการป้องกัน ดูแล และรักษาสุขภาพ ด้วยสมุนไพร และประเพณี-พิธีกรรม รวมทั้งการนั่งสมาธิ

จากยุทธศาสตร์และแผนงานดังกล่าว มีการสร้างเครือข่ายการประสานงานและเครือข่ายการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ดังแสดงในแผนผังต่อไปนี้

แผนผังการประสานความร่วมมือและการสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติการ ของจังหวัดเชียงราย



เครือข่ายการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ของจังหวัดเชียงราย



3.4.4 ผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ของ ศอจ.เชียงราย

(1) ด้านการบริหารจัดการ

- จัดตั้งคณะกรรมการเอดส์จังหวัด และคณะกรรมการ ศอจ., ศออ.
- จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์จังหวัด, อำเภอ, ตำบล/หมู่บ้าน
- จัดประชุมปรึกษา/ประสานงาน GO/NGO ในศูนย์ฯ/เกี่ยวข้อง
- จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารเอดส์ ระดับจังหวัด/ศอจ., ระดับอำเภอ/ศออ. และระดับตำบล/หมู่บ้าน
- จัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสารเอดส์ในสถานศึกษา (มัธยมและอาชีวศึกษา) และห้องสมุดประชาชน
- จัดระบบประสานงาน ประชุมนิเทศ ติดตามและประเมินผล รวมทั้งจัดตั้งคณะกรรมการนิเทศ ทีมบริหาร และทีมวิชาการ

(2) ด้านการดูแลโดยสถานพยาบาล (Hospital based Care)

- จัดอบรมเจ้าหน้าที่ รพศ. รพช. สอ. ด้านการให้บริการปรึกษา
- จัดระบบเครือข่ายการให้คำปรึกษาและการดูแลช่วงกลางวัน (ครบวงจร) /Day Care Center ใน รพศ. รพช. ทุกแห่ง รวมทั้ง Day Care Center ในชุมชน
- จัดตั้งคลินิกนิรนามขึ้นใน รพศ. และรพช.
- พัฒนาระบบการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบคลุมจักรวาลในสถานบริการทุกแห่ง (อบรม/สัมมนา)
- จัดตั้งคลินิก TB, AZT, Methadone, กามโรค และ Unit ติดเชื้อเอดส์ เป็นการเฉพาะ
- จัดตั้งทีมวิทยากรอบรมด้านการให้คำปรึกษาระดับจังหวัด
- สนับสนุนการอบรมผู้ให้คำปรึกษาทั้งในและนอกหน่วยงานสาธารณสุข
- พัฒนาศักยภาพของวิทยากรและเจ้าหน้าที่ด้านการให้คำปรึกษา โดยจัดการประชุมเชิงปฏิบัติการ ฟันฟูและแลกเปลี่ยนประสบการณ์
- จัดมาตรฐานการบริการโลหิตที่ปลอดภัยใน รพศ. และ รพช. ทุกแห่ง
- กระจายถุงยางอนามัย 100%
- จัด Home Health Care การเยี่ยมบ้าน ตรวจครรภ์ และป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก

(3) ด้านงานเอดส์ชุมชน

- จัดตั้งกองทุนเอดส์หมู่บ้านครอบคลุมทุกหมู่บ้าน
- สัมมนา อาสาสมัครแกนนำหมู่บ้านทุกหมู่บ้าน
- จัดตั้งอาสาสมัครเอดส์ กศน.
- จัดตั้งชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่เปิดเผยตัวเอง จำนวน 56 ชมรม มีสมาชิกประมาณ 2,527 คน
- จัดตั้งศูนย์ส่งเสริมการออกกำลังกาย อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน
- ส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย/ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ โดยการฝึกอบรมและหาตลาดรองรับ
- จัดตั้งกลุ่มแกนนำนักศึกษาอาชีวศึกษา 4 แห่ง 60 คน โดยเสริมทักษะชีวิตและประสบการณ์
วิเคราะห์ชุมชนแบบองค์รวม รวมทั้งจัดตั้งกลุ่มแกนนำวัยรุ่นเชียงรายเขตเมือง
- จัดสัมมนาเจ้าของสถานประกอบการโรงแรม สถานประกอบการบันเทิง เจ้าของปั้มน้ำมัน โรงงาน และอาสาสมัครแกนนำเขตเมือง ให้มีฉันทามติความร่วมมือและปฏิบัติการไปในแนวทางเดียวกัน
- จัดอบรมและสัมมนาเจ้าคณะจังหวัด-อำเภอ ด้านเทคนิค PRA และบทบาทสงฆ์ในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์
- ผลิตสื่อและประชาสัมพันธ์ เช่น เนชั่น คอจ., เครือข่ายการช่วยเหลือทางการแพทย์และสังคม, เลือกคู่ครอบครัว, รักและห่วงใยชีวิตคู่
- จัดเสวนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์และศึกษาดูงานระหว่างหมู่บ้าน/อำเภอ
- เตรียมชุมชน ผ่าน อสม. และผู้นำ โดยใช้เทคนิค PRA

(4) ด้านสร้างวิถีชีวิตที่ปลอดภัย

- กระจายถุงยางอนามัยครอบคลุมพื้นที่ 100% ในทุกหมู่บ้าน และในแหล่งบันเทิง หอพัก โรงแรม โรงงาน บิมน้ำมัน ในท่าบาศาร์ บขส. รวมทั้งการบินไทย
- ให้ความรู้ทักษะชีวิตนักเรียน อนุบาล ประถม มัธยม อุดมศึกษา กศน. ตามความเหมาะสม รวมทั้งการสร้างทักษะชีวิตในครู นักเรียนแกนนำ และอาสาสมัคร
- สร้างวิถีชีวิต/วัฒนธรรมใหม่ที่ปลอดภัย เช่น โครงการสมรสตัวอย่าง

(5) ด้านการสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติ

- พัฒนาและเสริมสร้างเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานเอดส์ GO/NGO องค์กรศาสนา และผู้ติดเชื้อ
- ประสานความร่วมมือกับ NGO (NCA, PATH) พัฒนาระบบช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ได้รับผลกระทบ
- จัดทำทำเนียบองค์กรเครือข่าย ผู้ปฏิบัติงานเอดส์ และเครือข่ายการช่วยเหลือ

(6) ด้านการแก้ไขปัญหาเอดส์โดยใช้ภูมิปัญญาชาวบ้าน

- ส่งเสริมการใช้สมุนไพรพื้นบ้านและการฝึกสมาธิในโรงพยาบาลชุมชน เช่น รพช. เถิง, รพช.พญาเม็งราย, รพช.เวียงป่าเป้า รวมทั้งการใช้พิธีกรรม เพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์
- ประสานความร่วมมือกับมหาวิทยาลัย/NGO ทำการศึกษาวิจัยเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ของชาวเขา
- พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่การทำวิจัยด้านภูมิปัญญาพื้นบ้านเพื่อการแก้ไขปัญหาเอดส์
- จัดสัมมนาเครือข่ายผู้ติดเชื้อระดับจังหวัดทุกปี เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และปรับสภาพจิตใจ

3.4.5 ปัญหาอุปสรรคต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ ของ ศอจ.เชียงราย

หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน ยังไม่ได้ให้ความสำคัญในการร่วมกันแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างจริงจังเท่าที่ควร เนื่องจากยังเข้าใจว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุข ซึ่งที่จริงผลกระทบจากปัญหาเอดส์มีทั้งสุขภาพ เศรษฐกิจ สังคม การศึกษา อาชีพ และความมั่นคงทางการเมือง

หน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง ยังคงยึดนโยบายของหน่วยงานเจ้าสังกัด (กรม/กอง) และดำเนินการภารกิจของตนเป็นหลัก ไม่ค่อยเอื้อเวลาให้กับการควบคุม ป้องกัน ดูแล และสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ/ผู้ได้รับผลกระทบ รวมทั้งยังขาดการประสานงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้เกิดการทำงานร่วมกัน หรือร่วมคิดและร่วมทำโครงการ ตลอดจนยังไม่ได้บูรณาการภารกิจและงบประมาณเพื่อเสริมกันและกัน ส่วนใหญ่แต่ละหน่วยงานยังคงต่างคนต่างทำ หรือทำคนละที่ ขาดความเชื่อมโยง

การกำกับดูแลการทำงานของภาคี รวมทั้งการประเมินผลหน่วยงาน/องค์กร ที่เกี่ยวข้อง หรือที่ร่วมเป็นภาคี ยังไม่ครอบคลุมและไม่ต่อเนื่อง จึงทำให้ไม่ทราบความก้าวหน้าและปัญหาอุปสรรค ตลอดจนผลสำเร็จของโครงการและงบประมาณที่ใช้ไป

ดังนั้น แม้ว่าประสบการณ์ของ ศอจ.เชียงราย จะบรรลุเป้าหมายในบางอย่าง แต่ก็ยังพบปัญหาอุปสรรคอีกหลายอย่าง โดยเฉพาะจุดอ่อนของ ศอจ. ที่ได้กล่าวไว้ข้างต้น ซึ่งควรต้องทบทวนและปรับปรุง

3.5 กรณีตัวอย่างประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์

ของศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดพะเยา

ข้อมูลจาก:

- งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
- ศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดพะเยา

3.5.1 ความเป็นมาและสถานการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์ในจังหวัดพะเยา

แม้ว่าปัญหาเอดส์ในจังหวัดพะเยาจะปรากฏความรุนแรงตามหลังเชียงใหม่และเชียงรายก็ตาม กรณีตัวอย่างประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัดพะเยา ก็คล้ายคลึงกับกรณีตัวอย่างของจังหวัดเชียงราย ที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น นั่นคือในช่วงแรกๆ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล เป็นผู้ที่ต้องเผชิญกับวิกฤตและการแก้ไขปัญหาเอดส์ตามลำพัง เพราะเป็นหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง จนเมื่อเป็นที่ยอมรับโดยทั่วกันว่า การแก้ไขปัญหาเอดส์ต้องอาศัยความร่วมมือของทุกหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน หรือแม้กระทั่งชุมชนเอง ซึ่งก็ได้มีความพยายามในการประสานความร่วมมือโดยการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ขึ้นมาทั้งในระดับจังหวัด (มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน) และระดับอำเภอ (มีนายอำเภอเป็นประธาน)

แต่โดยความจริงก็พบว่า รูปแบบของการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์นั้นยังไม่สามารถทำให้เกิดการผนึกกำลังกันได้อย่างจริงจัง จึงเป็นปัจจัยสำคัญประการหนึ่งที่ทำให้สถานการณ์โรคเอดส์ยังอยู่ในภาวะวิกฤตในช่วงแรก จนเมื่อคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จังหวัดพะเยา ได้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดพะเยาขึ้นเมื่อวันที่ 28 กันยายน 2537 (เกิดก่อนแผนงานของ ศอชนบ.) เพื่อความคล่องตัวและมีอำนาจในการสั่งการมากขึ้น จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดพะเยา โดยมีรองผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นประธานคณะทำงาน ได้ระดมส่วนราชการเกือบทุกหน่วยในจังหวัด รวมทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนในจังหวัดพะเยา เช่น มูลนิธิฟื้นฟูชนบท มูลนิธิศุภนิมิต และองค์การแคร์ มาเป็นภาคีร่วมกันทำงานสู้กับปัญหาเอดส์ โดยแต่ละหน่วยงานได้กำหนดตัวบุคคลที่มาร่วมดำเนินงานของศูนย์ฯ ในลักษณะของภาคีชัดเจน ซึ่งได้แบ่งการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์โดยตรงเป็น 5 ศูนย์ และการประสานงานกับภายนอก โดยเฉพาะกับ ศอชนบ. ในฐานะเป็นแม่ข่าย อีก 1 ศูนย์ ได้แก่

- ศูนย์ข้อมูลข่าวสาร
- ศูนย์ประสานแผน
- ศูนย์วิชาการและฝึกอบรม
- ศูนย์ประสานการวิจัยและประเมินผล
- ศูนย์สื่อความรู้โรคเอดส์
- ศูนย์ประสานกับศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์ภาคเหนือตอนบน (ศอชนบ.)

3.5.2 กลยุทธ์/รูปแบบการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ของ ศอจ.พะเยา

ศอจ.พะเยา ยึดกลยุทธ์และรูปแบบการดำเนินงานเหมือนกับ ศอจ. อื่นๆ ที่อยู่ในกรอบของ ศอนบ. นั่นคือ ดำเนินการแก้ไขปัญหามาตรฐานผ่านยุทธศาสตร์ 8 ข้อ (ตามแผนเอดส์แห่งชาติ) แต่ประสบการณ์ของ ศอจ.พะเยา ในการนำยุทธศาสตร์ 8 ข้อ ไปวางแผนปฏิบัติ ตั้งแต่ปี 2540-2544 นั้น ค่อนข้างจะเป็นรูปธรรม ซึ่งช่วยให้การกระจายงานและการทำงานร่วมกันในลักษณะหุ้นส่วนของหน่วยงานที่ร่วมเป็นภาคี มีความชัดเจน ง่ายต่อความเข้าใจและการนำไปปฏิบัติของแต่ละภาคี ดังจะสรุปการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ 8 ข้อ ต่อไปนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชน เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อสร้างศักยภาพของคนและครอบครัวให้รู้จักป้องกันโรคเอดส์และแก้ไขปัญหามาตรฐานของตน
- 2) เพื่อส่งเสริมศักยภาพของชุมชนให้มีความเข้มแข็ง มีความตระหนักต่อปัญหาเอดส์ และสามารถเชื่อมโยงความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาเอดส์กับปัญหาอื่นๆ ได้ รวมทั้งมีน้ำใจช่วยเหลือเกื้อกูลกัน

เป้าหมาย

คน ครอบครัว ชุมชน มีทักษะพอเพียงที่จะป้องกันและควบคุมปัญหาเอดส์ หน่วยงานภาครัฐ เอกชนและองค์กรชุมชนปรับภารกิจหลักให้เอื้อต่อการเสริมสร้างศักยภาพของคนในการป้องกันและควบคุมปัญหาเอดส์

แนวทาง

- 1) ส่งเสริมพัฒนาศักยภาพคนและสถาบันครอบครัว
- 2) ส่งเสริมและพัฒนาศักยภาพชุมชน
- 3) จรรโลงวัฒนธรรมและวิถีชีวิตของชุมชน

มาตรการ

- 1) สร้างความตระหนัก เกี่ยวกับ
 - ความรู้ที่ชัดเจนถึงกระบวนการติดเชื้อและการพัฒนาของโรคเอดส์
 - สถานการณ์และโอกาสเสี่ยง รวมผลกระทบของปัญหาเอดส์ต่อสภาพเศรษฐกิจและสังคม
- 2) ทักษะในการเผชิญและแก้ปัญหา เกี่ยวกับ
 - การมีเพศสัมพันธ์ที่รับผิดชอบและปลอดภัย
 - วิธีการสื่อสารในครอบครัว
 - การตัดสินใจอย่างรอบคอบก่อนมีเพศสัมพันธ์ ก่อนแต่งงาน และก่อนมีบุตร
 - เพศศึกษา ครอบครัวศึกษา การใช้ชีวิตคู่ ทักษะชีวิต และการวางแผนครอบครัว
 - การนำวิถีทางศาสนามาใช้ในชีวิตประจำวัน
 - การดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

3) การเสริมสร้างคุณค่าในตนเอง เกี่ยวกับ

- การเลี้ยงดูบุตร
- ค่านิยม วัฒนธรรม ที่ส่งเสริมคุณค่าของคน ไม่เน้นด้านวัตถุ
- เป้าหมายชีวิต

4) การสร้างกลุ่มสนับสนุน / พึงใจ เกี่ยวกับ

- กระบวนการกลุ่ม
- กระบวนการประชาพิจารณ์
- กิจกรรมที่ทำให้เกิดการรวมกลุ่ม ได้แก่ งานอดิเรก กีฬา ศาสนา ประเพณีวัฒนธรรม

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การพัฒนาสภาพแวดล้อมในสังคมให้เอื้อต่อการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ วัตถุประสงค์

เพื่อเสริมสร้างสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคมที่เอื้อต่อการสร้างศักยภาพของประชาชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

เป้าหมาย

- คนและครอบครัวที่อยู่ในสิ่งแวดล้อม ได้รับข่าวสารที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- ภาครัฐกิจเอกชนร่วมสร้างเงื่อนไขทางเศรษฐกิจที่เหมาะสมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ สามารถพึ่งตัวเองได้ในทางเศรษฐกิจและสังคม

แนวทาง

เสริมสร้างสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม

มาตรการ

1) สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ

- การประกอบอาชีพที่ครบวงจรทั้งด้านการผลิต และการตลาด
- มีอุตสาหกรรมบริการขนาดย่อมในท้องถิ่น
- มีทางเลือกในการประกอบอาชีพ
- พึ่งตนเองได้ในเชิงเศรษฐกิจ
- ใช้ทรัพยากรโดยไม่ส่งผลกระทบต่อระบบนิเวศน์ วิถีชีวิตและวัฒนธรรมชุมชน
- ประกอบธุรกิจที่มีมาตรฐานด้านจริยธรรม ไม่ใช่การยักยอกทางเพศ เพื่อเป็นมูลเหตุจูงใจให้ซื้อสินค้า

2) สภาพแวดล้อมทางสังคม

- มีพฤติกรรมและค่านิยมที่ดี เหมาะสมในสังคม
- มีการอนุรักษ์วัฒนธรรมที่ดีงามของท้องถิ่น
- มีการพักผ่อนหย่อนใจที่เหมาะสม การกีฬา ความรู้เรื่องเอดส์

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาสังคมจิตวิทยาให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้บุคคลรอบข้างและสังคมมีความเข้าใจ ยอมรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์/ครอบครัว เพื่อให้อยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข ปฏิบัติตนได้อย่างเหมาะสม โดยไม่มีการรังเกียจ และไม่มีการละเมิดสิทธิอันเนื่องมาจากโรคเอดส์
- 2) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว สามารถเข้ารับบริการให้คำปรึกษาและสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

เป้าหมาย

ทุกคนอยู่ร่วมกันในชุมชน-สังคมอย่างปกติสุข และรู้จักเคารพสิทธิซึ่งกันและกัน

แนวทาง

- 1) ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุขในสังคม โดยผ่านกระบวนการเรียนรู้และกระบวนการสังคม
- 2) เสริมสร้างกลไกในการคุ้มครองสิทธิประโยชน์ รวมทั้งป้องกันการละเมิดสิทธิของประชาชนทั่วไป ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนครอบครัวในเรื่องเอดส์

มาตรการ

- 1) ให้ความรู้ที่ชัดเจนในเรื่องโรคเอดส์ โดยเฉพาะในส่วนของกระบวนการรับเชื้อและการติดเชื้อ
- 2) เคารพสิทธิและความเป็นส่วนตัวของผู้อื่น รวมทั้งปกป้องสิทธิของตนและผู้อื่น
- 3) ใช้หลักคุณธรรม เมตตาธรรม และความเอื้ออาทรต่อกัน ในการดำเนินการแก้ไขปัญหา
- 4) สร้างทักษะให้สามารถเผชิญและการป้องกันตัว ทั้งตัวเองและผู้อื่น

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การพัฒนาบริการพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้เกิดระบบบริหารจัดการด้านบริการพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- 2) เพื่อให้ประชาชนผู้ด้อยโอกาสและผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์เข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจที่มีคุณภาพ

เป้าหมาย

การปรับปรุงหรือปฏิรูปบริการพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ ให้สามารถรับมือกับสถานการณ์โรคเอดส์ โดยครู นักสังคมสงเคราะห์และผู้ให้คำปรึกษาทั้งภาครัฐและเอกชนมีโอกาสได้พัฒนาความสามารถอย่างเต็มที่

แนวทาง

- 1) พัฒนาและปรับปรุงระบบบริหารจัดการ และเครือข่ายบริการพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น
- 2) เสริมสร้างกลไกในการควบคุมดูแลสถานบันเทิง/เรีงรมย์

- 3) พัฒนาและปรับปรุงบริการทางสังคมและเศรษฐกิจสำหรับประชากรกลุ่มผู้ด้อยโอกาสและผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์
- 4) ส่งเสริมโอกาสในการรับคำปรึกษาเกี่ยวกับเรื่องเอดส์และปัญหาเชิงพฤติกรรมนอกสถานบริการสาธารณสุข

มาตรการ

- 1) ปรับปรุงระบบการศึกษาในโรงเรียนและนอกโรงเรียน ทั้งในด้าน:
 - กระบวนการเรียนการสอนให้ผู้เรียนสามารถ คิด วิเคราะห์และเกิดกระบวนการเรียนรู้ ทำความเข้าใจปัญหาชีวิตและปัญหาเอดส์ รวมทั้งการพัฒนาบุคลิกภาพที่เหมาะสม
 - เนื้อหาการเรียนการสอนในเรื่องเพศศึกษา ที่มุ่งเน้นให้เกิดความรู้ ความตระหนัก และทักษะในเชิงสังคมจิตวิทยา
 - เนื้อหา/บทเรียนที่เกี่ยวข้องกับท้องถิ่น เพื่อให้เกิดความภูมิใจ เข้าใจชุมชนและศักยภาพของชุมชนของตน
- 2) ปรับปรุงระบบบริการทางสังคมและเศรษฐกิจ สำหรับประชาชนผู้ด้อยโอกาสและผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ เช่น
 - จัดสวัสดิการด้านการดูแลสุขภาพและการรักษาพยาบาล แก่เด็ก หรือผู้ติดเชื้อเอดส์ หรือผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ ที่ไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ให้ครอบคลุมและทั่วถึง
 - ขยายโอกาสทางการศึกษาและการพัฒนาทักษะอาชีพให้เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
- 3) ควบคุมดูแลสถานเริงรมย์ กวดขันเด็กอายุต่ำกว่า 18 ปีที่เข้าไปใช้บริการ/ทำงานในสถานเริงรมย์

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การส่งเสริมสุขภาพและบริหารทางการแพทย์ในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อให้ผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงได้รับการส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ในระดับที่สามารถสร้างศักยภาพในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ
- 2) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว ได้รับการส่งเสริมและบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมในอันที่จะส่งเสริมให้มีสุขภาพแข็งแรงและมีคุณภาพชีวิตที่ดี
- 3) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขที่มีคุณภาพครบถ้วน ครอบคลุมทั่วถึง ต่อเนื่อง เป็นธรรม และมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย

- 1) ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงและได้รับการบริการสาธารณสุขที่มีคุณภาพ
- 2) มีการปรับปรุงรูปแบบการบริการส่งเสริมสุขภาพสำหรับประชาชนทั่วไปที่เป็นอยู่ ให้ผสมผสานกับขีดความสามารถในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- 3) บุคลากรสาธารณสุขมีโอกาสพัฒนาขีดความสามารถ ที่สอดคล้องกับบริการในแนวทางใหม่

แนวทาง/มาตรการ

- 1) ปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขรูปแบบ/ทางเลือกใหม่ๆ ที่เสริมสร้างศักยภาพของประชาชนให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการป้องกันตนเอง
- 2) ส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปมีศักยภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยรู้จักดูแลสุขภาพอนามัยของตน และเข้าถึงบริการสาธารณสุขที่รัฐจัดให้
- 3) ปรับปรุงระบบบริการรักษาพยาบาล สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ให้มีทางเลือกและต่อเนื่อง
- 4) สร้างโอกาสให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้รับบริการสุขภาพ และการแพทย์ที่เหมาะสม
- 5) ผลสมผสานการให้บริการคำปรึกษา ในสถานบริการสาธารณสุข ทั้งของภาครัฐและเอกชน

ยุทธศาสตร์ที่ 6 การพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์**วัตถุประสงค์**

เพื่อให้รู้เท่าทันสถานการณ์ปัญหาเอดส์ และสร้างความเข้าใจในบริบทของสังคมไทยอย่างเป็นองค์รวม อันจะนำภูมิปัญญาไทยไปผสมผสานกับการแก้ไขปัญหายั่งยืน

เป้าหมาย มีการพัฒนาองค์ความรู้และนำมาใช้ในการกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหาเอดส์

แนวทาง/มาตรการ

- 1) ส่งเสริมกระบวนการทำงานที่ควบคู่ไปกับการศึกษาวิจัยในภูมิปัญญาไทย รวมทั้งระบบการติดตามประเมินสถานการณ์ เพื่อนำความเข้าใจในธรรมชาติของปัญหาเอดส์ไปแก้ไขปัญหเอดส์
- 2) ส่งเสริมการพัฒนานักวิจัยและภูมิปัญญาไทยอย่างต่อเนื่องในระดับผู้ปฏิบัติการแก้ไขปัญห
- 3) สนับสนุนการขยายผลการวิจัยทางภูมิปัญญาไทยและเทคโนโลยีการแพทย์พื้นบ้าน ไปสู่การควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ จนก่อเกิดประโยชน์ได้ในเชิงอุตสาหกรรม

ยุทธศาสตร์ที่ 7 การพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์**วัตถุประสงค์**

- 1) เพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคในการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์
- 2) เพื่อแลกเปลี่ยนเทคโนโลยี และวิทยาการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ กับนานาชาติประเทศ
- 3) เพื่อระดมทรัพยากรจากต่างประเทศ ช่วยเสริมการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์

เป้าหมาย

เกิดความร่วมมือในรูปแบบของทวิภาคีและพหุภาคี กับนานาชาติประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศเพื่อนบ้าน รวมทั้งองค์ระหว่างประเทศ ในการกำหนดนโยบายและแนวทางดำเนินงานป้องกันและควบคุมปัญหเอดส์

แนวทาง/มาตรการ

- 1) สร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในภูมิภาค โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศเพื่อนบ้านในการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ รวมทั้งการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ

- 2) สร้างความเข้าใจอันดีระหว่างประเทศเกี่ยวกับการดำเนินงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- 3) สนับสนุนให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การประเมินเทคโนโลยี และวิทยาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กับระดับนานาชาติ
- 4) ประสานการใช้ทรัพยากร หรือการขอสนับสนุนเงินทุนจากต่างประเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุด
- 5) เผยแพร่ความรู้เอดส์แก่แรงงานไทยที่ไปทำงานต่างประเทศ

ยุทธศาสตร์ที่ 8 การพัฒนากลไกการบริหารจัดการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

วัตถุประสงค์

เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เป็นไปอย่างมีเอกภาพและนำไปสู่การปฏิบัติที่แท้จริงตามเป้าหมายที่กำหนดไว้อย่างมีประสิทธิภาพ

เป้าหมาย

การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ ลดความซ้ำซ้อน และประหยัด

แนวทาง/มาตรการ

- 1) ส่งเสริมสมรรถนะของระบบบริหารจัดการ ให้สามารถดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ตามที่กำหนดไว้ในแผนปฏิบัติอย่างมีประสิทธิภาพ
- 2) สร้างเครือข่ายการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาครัฐ เอกชน ชุมชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- 3) เสริมสร้างศักยภาพขององค์กรให้สามารถริเริ่มแก้ไขปัญหที่เหมาะสมกับสภาพแวดล้อมทางสังคมวัฒนธรรมในท้องถิ่น
- 4) สนับสนุนการกระจายทรัพยากรและอำนาจในการตัดสินใจ ตลอดจนการบริหารจัดการสู่องค์กรชุมชน/องค์กรท้องถิ่น
- 5) ส่งเสริมการกระจายงบประมาณของรัฐ รวมทั้งการระดมทุนในการดำเนินงานด้านเอดส์

3.5.3 แผนงานและกิจกรรมหลักของการแก้ไขปัญหาเอดส์ ของ ศอจ.พะเยา

ในช่วงแรก (ก่อนปีพ.ศ. 2540) นโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัดพะเยา ก็ไม่ต่างจากเชียงใหม่และเชียงราย คือใช้กรอบนโยบายของ คสนบ. เป็นหลัก จนเมื่อได้เรียนรู้จากประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์ที่ผ่านมา และปรับตัวให้สอดคล้องกับสถานการณ์ที่เป็นจริงในพื้นที่ จึงกำหนดแผนงานและกิจกรรมในปี พ.ศ. 2541 ตามนโยบายหลัก 7 ข้อ ที่เน้นเป็นการเฉพาะของศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดพะเยา ได้แก่

- 1) ส่งเสริมการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมดำเนินการ ติดตามและประเมินผลของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน ธุรกิจเอกชน ชุมชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยการเสริมสร้างศักยภาพของศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัด และส่วนปฏิบัติการร่วมด้านเอดส์อำเภอ/กิ่งอำเภอ โดยเน้นบทบาทการดำเนินการตามภารกิจขององค์กรนั้นๆ

2) ส่งเสริมให้องค์กรท้องถิ่น ได้แก่ อบต. มีความเข้าใจและตระหนักถึงความรับผิดชอบของ อบต. ต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี รวมทั้งศักยภาพในการพิจารณาวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสม มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3) มุ่งเน้นให้การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กลดลง โดยการพัฒนาคุณภาพและขยายบริการให้คำปรึกษาก่อนแต่งงานและก่อนมีบุตร ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในครอบครัว เพื่อลดการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ และให้ยา AZT และนมผง เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

4) มุ่งเน้นให้การติดเชื้อเอชไอวีในเยาวชนลดลง โดยกระบวนการฝึกทักษะชีวิต ทั้งในกลุ่มนักเรียนในระบบ และเยาวชนนอกระบบ และเพื่อนเตือนเพื่อน

5) ส่งเสริมการพัฒนากองทุนสวัสดิการชุมชน เพื่อให้การช่วยเหลือของชุมชนต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวีและครอบครัว ผลผสมผสานกับการช่วยเหลือในปัญหาอื่นๆ ของชุมชน

6) ส่งเสริมให้ครอบครัวและญาติของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวี สามารถดูแลเด็กกำพร้าที่พ่อและ/หรือแม่ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยการช่วยเหลือจากชุมชน หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ องค์กรท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน และธุรกิจเอกชน อย่างเป็นระบบ

7) การดำเนินงานดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอชไอวีในภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจ โดยเน้นการใช้รูปแบบการส่งเสริมสุขภาพเป็นฐานการดูแลผู้ติดเชื้อ ให้มีสภาพร่างกายและจิตใจเข้มแข็ง โดยการใช้กระบวนการกลุ่มของผู้ติดเชื้อ ให้รวมตัวกันทำกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพ

จากนโยบายดังกล่าว ได้กำหนดแผนงานและกิจกรรมหลักของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอชไอวีจังหวัดพะเยา ซึ่งคล้ายคลึงกับเชียงราย หรือจังหวัดอื่น ที่อยู่ในกรอบนโยบายเดียวกันกับ ศอนบ. แต่อาจจะมีรายละเอียดและวิธีการแตกต่างกันบ้าง โดยเฉพาะในส่วนที่มีการกระจายงาน กระจายภารกิจ กระจายอำนาจ การตัดสินใจและดำเนินการให้กับหน่วยงานที่ร่วมเป็นภาคี แม้แต่กับองค์กรพัฒนาเอกชน โดยเน้นบทบาทการดำเนินการตามภารกิจขององค์กรนั้นๆ ได้ค่อนข้างชัดเจนกว่าจังหวัดอื่น คือไม่กระจุกตัว หรือถูกละทิ้งให้เป็นภาระของหน่วยงานสาธารณสุขฝ่ายเดียว หรือไม่ถูกยึดกุมจากหน่วยงานสาธารณสุขฝ่ายเดียว ทำให้ ศอจ.พะเยา แสดงบทบาทและการทำงานแบบเจ้าภาพร่วม/หุ้นส่วน ตามหลักของ Matrix organization ได้ค่อนข้างชัดเจน แต่ก็ยังอยู่ในแผนงานหลัก 6 แผน ตามกรอบนโยบายของ ศอนบ. ซึ่งมีกิจกรรมหลักคล้ายกับ ศอจ. เชียงราย ดังกล่าวมาแล้ว แผนงานหลักทั้ง 6 ได้แก่

- (1) การเตรียมชุมชน
- (2) การสร้างอาสาสมัคร
- (3) การสร้างเครือข่ายการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชน
- (4) การสร้างเครือข่ายการช่วยเหลือทางสังคม
- (5) การพัฒนาการให้คำปรึกษา
- (6) การดำเนินงานของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอชไอวีจังหวัดพะเยา

3.5.4 ผลการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ของ ศอจ.พะเยา

(1) ผลการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

จากการกระจายถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น ทำให้อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นตาม แต่กลับปรากฏว่า มีผู้ชายที่ขอถุงยางบริการลดลง และอัตราการป่วยด้วยกามโรคก็ลดลงด้วย ดังแสดงในตารางข้างล่างนี้ (เป็นข้อมูลที่สำรวจถึง มิถุนายน 2541)

ปี พ.ศ.	จำนวนถุงยางอนามัยที่จ่าย (ชิ้น)	อัตราป่วยกามโรคต่อประชากร 1,000		
2538	728,500	1.11		
2539	815,000	0.15		
2540	980,200	0.05		
2541	571,452	0.88		

อัตราการแพร่ระบาด มีแนวโน้มลดลง	ปี พ.ศ.2539	ปี พ.ศ.2540	ปี พ.ศ.2541
อัตราการติดเชื้อกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (%)	6.4	6.2	5.9
อัตราการติดเชื้อกลุ่มชายอายุ 21 ปี /ทหารเกณฑ์ (%)	7.7	6.2	4.9

อัตราใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับหญิงขายบริการ	ปี พ.ศ. 2538	ปี พ.ศ. 2539	ปี พ.ศ. 2540
ทหารเกณฑ์ (%)	48.3	67.6	58.9
คนงานในโรงงาน (%)	35.7	61.7	65.9
นักเรียนมัธยม (%)	ไม่ได้สำรวจ	80.0	66.7

อัตราการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ	ปี พ.ศ. 2538	ปี พ.ศ. 2539	ปี พ.ศ. 2540
ทหารเกณฑ์ (%)	64.8	41.9	40.2
คนงานในโรงงาน (%)	25.0	27.2	22.2
นักเรียนมัธยม (%)	ไม่ได้สำรวจ	2.2	3.6

(2) ผลการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

- เปิดบริการคลินิกให้คำปรึกษาในโรงพยาบาล 7 แห่ง และที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพะเยา
- เปิดบริการให้คำปรึกษาก่อนแต่งงานมีบุตร ในโรงพยาบาล 6 แห่ง
- อบรมครูอนามัยและนักเรียนโรงเรียนมัธยม เรื่องทักษะชีวิต รวมทั้งเยาวชนในระบบที่มีปัญหาครอบครัวและยาเสพติด โดยพัฒนาให้เป็นแกนนำให้คำปรึกษาทั้งรายบุคคลและครอบครัว
- ดำเนินการฝึกทักษะชีวิตในโรงเรียนประถมและมัธยมแบบเต็มรูปแบบ

- ให้อาา AZT และนมผงเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี 2540 จากหญิงตั้งครรภ์ 3,182 คน ตรวจ HIV 3,167 คน ติดเชื้อ 187 คน สมัครใจเข้าโครงการ 107 คน แต่ได้รับ AZT เพียง 81 คน
- จัดสมมนาคณะทำงานส่วนปฏิบัติการร่วมด้านเอดส์อำเภอ กลุ่มเป้าหมายได้แก่ นายอำเภอ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล สาธารณสุขอำเภอ เพื่อพัฒนาบทบาทการแก้ไขปัญาเอดส์ระดับอำเภอ
- จัดสมมนา อบต. จำนวน 159 คน จาก 53 อบต. เพื่อกระตุ้นให้ อบต. ตระหนักถึงปัญาในพื้นที่ และฝึกอบรมให้ อบต. รู้จักวิเคราะห์แนวทางแก้ไขปัญาในท้องถิ่น
- ติดตามประเมินผลและประสานแผนการป้องกันและแก้ไขปัญาเอดส์ เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ได้จัดทำแผนร่วมกัน ไม่ซ้ำซ้อน และตรงกับกลุ่มเป้าหมาย
- จัดฝึกอบรมการเป็นวิทยากรแก่กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น อส. ดชด. ทหาร คนงาน โดยใช้เทคนิค PRA และ FGD
- ผลิตวารสารกุหลาบเหลือง ราย 3 เดือน แจกหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ทุกระดับ

(3) ผลการบริการรักษาพยาบาลโรคเอดส์

- จัดระบบบริการโลหิตที่ปลอดภัย เลือกทุกหน่วยต้องผ่านการตรวจหาเชื้อ HIV โดยวิธีการตรวจหาแอนติเจน ซิฟิลิส ตับอักเสบบ
- สัมมนาแพทย์เพื่อจัดทำมาตรฐานการวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- อบรมสมมนาบุคลากรในหองปฏิบัติการ เรื่อง การตรวจวินิจฉัยเชื้ออวยโอกาสแก่เจ้าหน้าที่
- จัดสรรงบประมาณ วัสดุทางการแพทย์ น้ำยาตรวจทางหองปฏิบัติการแก่โรงพยาบาล 7 แห่ง
- จัดสรรยา AZT ให้แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ และจัดสรรยา DDI แก่ประชาชนทั่วไป

(4) ผลการรณรงค์ประชาสัมพันธ์

- จัดอบรมสมมนาความรู้โรคเอดส์แก่กลุ่มเป้าหมาย (1,774 คน) 32 ครั้ง
- ให้ความรู้ทางวิทยุกระจายเสียง 5 สถานี เฉลี่ย 150 ครั้ง ๆ ละ 5 วินาที
- จ่ายแผ่นพับ/โปสเตอร์ ประมาณ 5,000 แผ่น
- ให้ความรู้ทางเสียงตามสาย โดยทำนื้อหาแจก จำนวน 5,500 แผ่น

(5) ผลการดำเนินงานในรูปแบบการประสานงาน

จากการทำงานแบบ Matrix organization จึงมีตัวแทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเข้าร่วมเป็นคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์ จังหวัดพะเยา หน่วยงานละ 1 คน รวม 18 หน่วยงาน ซึ่งแต่ละหน่วยงานมีบทบาทหน้าที่ต่างๆ กัน แต่เชื่อมโยงพันธกิจของ ศอจ. ให้เข้ากับบทบาทหน้าที่ในองค์กรของตน ดังตัวอย่างเช่น

- สำนักงานจังหวัดพะเยา ประสานแผน ข้อมูล และการจัดประชุม

- ปกครองจังหวัดพะเยา ให้ข้อมูล ส่งเสริมกองทุนเอดส์ และการฝึกอบรม อบต./อส.
- พัฒนาชุมชนจังหวัดพะเยา จัดตั้งกองทุนหมู่บ้าน และพัฒนาศักยภาพชุมชน
- สวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ให้ความรู้ผู้ใช้แรงงานและเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง
- การศึกษานอกโรงเรียน จัดอบรมและจัดทำหลักสูตรแก่กลุ่มเป้าหมายเอกชน
- สนง.การประถมศึกษาจังหวัด ให้ความรู้และทักษะชีวิตแก่นักเรียนประถม
- สำนัคดีศึกษาจังหวัด ให้ความรู้และทักษะชีวิตแก่กลุ่มนักเรียนมัธยม (ค่ายเยาวชน)
- ประชาสงเคราะห์จังหวัด ช่วยเหลือเบี้ยยังชีพ และให้การสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ/เด็กกำพร้า
- ทหาร/ตำรวจ จัดอบรม ปรับบทบาทหน้าที่และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมกำลังพล

(6) การเรียนรู้และการปรับตัวของประชาชนเกี่ยวกับปัญหาเอดส์

- พบว่าประชาชนมีความรู้และการตระหนักในปัญหาเอดส์มากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเช่น พ้อบ้านไปเที่ยวหญิงบริการลดลง มีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น เยาวชนเข้าศึกษาต่อในระบบเพิ่มขึ้น และเข้าสู่อาชีพหญิงบริการลดลง ดังรายละเอียดข้อมูล

อัตราการเรียนต่อของนักเรียน	ปี พ.ศ. 2538	ปี พ.ศ. 2539	ปี พ.ศ. 2540
เรียนต่อชั้น ม.1 ร้อยละ	97.6	97.8	98.1
เรียนต่อชั้น ม.4 ร้อยละ	85.3	90.5	95.4

- ประชาชนและองค์กรชุมชนมีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เช่น
 - อบต. ต่อม อ.เมือง จัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและเด็กที่ได้รับผลกระทบ
 - อบต. ป่าฝาง อ.เมือง จัดอบรมเสริมทักษะชีวิตแก่เด็กที่มีปัญหายาเสพติด เอดส์ และครอบครัวแตกแยก
 - อบต. เชียงบาน อ.เชียงคำ จัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ และสนับสนุนด้านการฝึกอาชีพ

3.5.5 ปัญหาอุปสรรคการแก้ไขปัญหาเอดส์ ของ ศอจ.พะเยา

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในจังหวัดพะเยา ส่งผลกระทบทั้งด้านสังคม เศรษฐกิจ สาธารณสุข มากมาย แม้ทางจังหวัดได้ใช้วิธีการดำเนินงานในรูปแบบต่างๆ แต่พบว่าการป้องกันและการควบคุมแก้ไข ปัญหาเอดส์ทำได้ในระดับหนึ่งเท่านั้น ยังมีปัญหาอุปสรรคที่ต้องได้รับการแก้ไข เช่น

- 1) ปัญหาเด็กกำพร้า/เด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ ได้ขยายวงกว้างไกลออกไปมาก ต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายหน่วยงานร่วมกันแก้ไข ให้ครอบครัวและไม่ใช่ต่างคนต่างทำ เช่น
 - เด็กถูกรังเกียจจากชุมชน/ผู้ปกครอง ไม่ให้เข้าไปเรียนร่วมกันอย่างปกติกับเด็กอื่นในศูนย์เด็กเล็ก ซึ่งต้องเร่งหาทางสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องตามความเป็นจริงและยอมรับการอยู่ร่วมกันได้

- เด็กกำพร้า/เด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอชไอวี มีจำนวนเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ และได้รับการช่วยเหลือจากภาครัฐ/ภาคเอกชนไม่เพียงพอและไม่ทั่วถึงเช่น ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2539-2541 มีเด็กที่ได้รับผลกระทบถึง 903 คน แต่ได้รับความช่วยเหลือทั้งจากภาครัฐและเอกชนเพียง 205 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 22.7 เท่านั้น ซึ่งทางภาครัฐและภาคเอกชน รวมทั้งชุมชนควรต้องให้การสงเคราะห์ช่วยเหลืออย่างเหมาะสมในด้านต่างๆ เช่น ค่าเล่าเรียน อุปกรณ์การศึกษา และค่ายารักษา เป็นต้น

2) การใช้ยา AZT และนมผงแทนนมแม่ เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก ควรต้องมีการสนับสนุนอย่างเพียงพอ เช่นเด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อ HIV ควรต้องได้รับนมผง 3-4 กป./เดือน แต่ปัจจุบันได้รับเพียง 1-2 กป./เดือน หรือบางรายไม่ได้รับความช่วยเหลือต้องซื้อเอง ซึ่งภาครัฐให้ความสำคัญควรต้องระดมทุนก่อตั้งกองทุนนมผงเพื่อเด็กด้อยโอกาส และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อย่างน้อยเด็กต้องได้รับ 3 กป./เดือน ในปีแรก หรือกรณีการใช้ยา AZT ช่วยลดการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูกได้นั้น ภาครัฐให้ความสำคัญ ก็อาจต้องลงทุนร่วมมือกับต่างประเทศ ให้ราคายาอยู่ในระดับที่ประชาชนพอรับได้ เพราะเป็นทางเลือกสำหรับผู้ติดเชื้อที่ต้องการมีลูก และรัฐอาจต้องช่วยสนับสนุนในกรณีที่ผู้ติดเชื้อยากจนที่ตั้งครรภ์โดยไม่รู้ว่าติดเชื้อ ซึ่งพบมากในครอบครัวเกษตรกรในชนบทที่ช่วยตัวเองไม่ได้

3) ปัญหาการดำรงชีพที่เหมาะสมแก่ผู้ติดเชื้อ ซึ่งปัจจุบันผู้ติดเชื้อจะหมดโอกาสในการประกอบอาชีพ เนื่องจากสุขภาพไม่อำนวย หรือสภาพแวดล้อมไม่เอื้ออำนวย อาจจะมีปัญหาที่สังคม/ชุมชนรังเกียจ แม้ว่าผู้ติดเชื้อจะรวมตัวกัน เพื่อประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพของตนเอง แต่ยังมีปัญหาด้านการตลาดหรือทักษะในการทำงานอาชีพใหม่ เช่น บางรายไม่สามารถทำงานด้านเกษตรกรรมได้ ดังนั้นรัฐควรต้องมีนโยบายสนับสนุนในด้านการสร้างอาชีพแก่ผู้ติดเชื้อตามความเหมาะสม รวมทั้งช่วยเหลือด้านการตลาดให้ผู้ด้อยโอกาสอย่างจริงจัง

จะเห็นว่าปัญหาอุปสรรคในการทำงานของ ศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดพะเยา ที่เกิดจากตัวองค์กรเองไม่ค่อยจะมี หรืออาจกล่าวได้ว่า ศอจ.พะเยาประสบความสำเร็จในการทำงานร่วมกับกับหน่วยงานภาคี ที่รักษาลักษณะในการทำงานร่วมกันแบบหุ้นส่วน หรือเป็น Matrix organization ที่ค่อนข้างชัดเจนที่สุดก็ว่าได้ เมื่อเทียบกับการทำงานของ ศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์ในจังหวัดอื่นๆ จึงทำให้ปัญหาอุปสรรคที่พบเป็นเรื่องของภายนอกองค์กร แต่จุดอ่อนของการทำงานร่วมกันแบบ Matrix organization ก็มีมาก ดังได้กล่าวมาแล้วในหัวข้อ 3.3 ข้างต้น โดยเฉพาะหากยังขาดการสนับสนุนอย่างต่อเนื่องและขาดอิสระในการบริหารจัดการอย่างเป็นเอกภาพในด้านงบประมาณ ก็จะเป็นปัญหาอุปสรรคต่อการทำงานของ ศอจ. ดังที่เป็นปัญหาอุปสรรคในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาก็กล่าวมาแล้ว ทั้ง 3 ประการ

ดังนั้นประสบการณ์กรณีตัวอย่างจาก ศอจ.พะเยา จึงเป็นกรณีตัวอย่างที่น่าสนใจที่จะนำไปปรับใช้เพื่อการขยายผลในพื้นที่อื่นๆ ต่อไป

3.6 กรณีตัวอย่างประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัดเชียงใหม่

ข้อมูลจาก:

- งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
- ชลลิสา จริยาเลิศศักดิ์ และคณะ, รายงานสรุปผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัดเชียงใหม่, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ในกรณีการแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัดเชียงใหม่ มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากจังหวัดอื่นในภาคเหนือตอนบน นับตั้งแต่การระบาดของโรคเอดส์ที่พบเป็นแห่งแรกในภาคเหนือ ตามหลังกรุงเทพฯ ได้ไม่นาน แต่เป็น HIV คนละสายพันธุ์กับที่พบในกรุงเทพฯ คือที่พบในเชียงใหม่เป็น Sub type E ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่ระบาดในแอฟริกา และเกิดคำถามว่า มันมาจากไหนแน่ และมาได้อย่างไร

นอกจากนั้น ปัญหาเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่ ยังเป็นเหตุให้เกิดกรณีข้อพิพาท ระหว่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่กับกลุ่มผู้ติดเชื้อและหมอพื้นบ้าน อันเป็นจุดประกายแรงให้เกิด คอนบ. แต่เนื่องจากเชียงใหม่เป็นเมืองศูนย์กลางของภาคเหนือตอนบน ทำให้กลายเป็นที่ตั้งของหน่วยงานราชการระดับเขต หรือภาคมากมาย โดยเฉพาะหน่วยงานทางสาธารณสุข เช่น สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 ศูนย์กามโรคเขต 10 ศูนย์วันโรค และศูนย์บำบัดยาเสพติดภาคเหนือ เป็นต้น

ดังนั้น การแก้ไขปัญหาเอดส์ จึงมีหน่วยงานระดับเขต/ภาค ซ้อนทับกับหน่วยงานระดับจังหวัด หากหน่วยงานระดับเขต/ภาค เน้นการปฏิบัติมากกว่าการประสานงาน บทบาทในการแก้ไขปัญหาเอดส์จึงค่อนข้างจะปรากฏเด่นชัดในหน่วยงานระดับเขต/ภาค มากกว่าจะเป็นบทบาทที่เด่นชัดของหน่วยงานส่วนจังหวัด ยิ่งในส่วนของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นอย่างเชียงราย หรือพะเยา ก็ยังมีบทบาทไม่เด่นชัดเหมือนจังหวัดอื่น ทำให้ภาพลักษณ์ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัดเชียงใหม่ ไปโดดเด่นอยู่ที่ สคต.10 ในฐานะสำนักงานเลขานุการของ คอนบ. และมองไม่ค่อยเห็นบทบาทที่เด่นชัดของ คอจ.เชียงใหม่

นอกจากนั้น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โดยฝ่ายงานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค ที่คลุกคลีอยู่กับการแก้ไขปัญหาเอดส์มาตั้งแต่เริ่มต้น (ก่อนที่จะมี คอนบ. และ คอจ.เชียงใหม่) รวมทั้งยังเป็นที่ตั้งของงานวิจัยในด้านโรคเอดส์อีกมากมาย จึงมีบทบาทและผลงานในการแก้ไขปัญหาเอดส์ที่เป็นของตนเอง แต่ค่อนข้างจะมีลักษณะเป็นเอกเทศและอิสระจาก คอจ.เชียงใหม่ แม้ว่ายังคงยึดกรอบนโยบายและรับการสนับสนุนจาก คอนบ. ก็ตาม ซึ่งแตกต่างจาก คอจ. ของจังหวัดอื่นค่อนข้างชัดเจน ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นฐานและตัวชูโรงสำคัญของ คอจ. แม้แต่ที่ตั้งของ คอจ. ทั้ง 5 จังหวัด ก็ตั้งอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ยกเว้น คอจ.เชียงใหม่ ทำให้ภาพลักษณ์ในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของจังหวัดเชียงใหม่ไปโดดเด่นอยู่ที่ สคต.10 และฝ่ายงานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ แทน คอจ.เชียงใหม่

ดังนั้น กรณีตัวอย่างประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัดเชียงใหม่ ที่นำเสนอในที่นี้ จึงประมวลมาจาก ฝ่ายงานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เป็นหลัก

3.6.1 ความเป็นมา สถานการณ์ระบาดและการแก้ไขปัญหาเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่

ฝ่ายงานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ได้ประมวลและสรุปสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์และการแก้ไขปัญหาเอดส์ ตั้งแต่ปี 2531-2539 ออกเป็น 3 ระยะได้แก่

ระยะที่ 1 (2531-2535)

จังหวัดเชียงใหม่พบผู้ป่วยรายแรกในปี 2531 มีพฤติกรรมแบบรักสองเพศ ต่อมาพบผู้ติดเชื้อมีอาชีพเป็นหญิงขายบริการ และยังพบว่ารายที่ติดเชื้อจากหญิงขายบริการสามารถแพร่เชื้อได้ การระบาดยังวนเวียนอยู่เฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ชายรักสองเพศ หญิงขายบริการ และชายชอบเที่ยวหญิงขายบริการ ในช่วงปลาย จะพบผู้ติดเชื้อเป็นหญิงแม่บ้านบ้าง แต่จำนวนเล็กน้อยมาก

ในช่วงต้น สังคมยังมีความรู้เรื่องเอดส์น้อยมาก เจ้าหน้าที่เองต้องการความรู้เรื่องโรคเอดส์มาก คนที่มีความรู้โรคเอดส์มากที่สุดขณะนั้น คือ นพ.วิชาญ วิทยาคัย อาจารย์จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สื่อความรู้เรื่องโรคเอดส์ มักจะเป็นเอกสารวิชาการ มีแต่ตัวหนังสือยังไม่มีภาพประกอบ อ่านแล้วเข้าใจยาก แพทย์ต้องมาบรรยายหลายครั้ง เจ้าหน้าที่จึงจะเข้าใจ ดังนั้นในช่วงแรกๆ การเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนทั่วไปยังไม่มี ประชาชนยังไม่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์

ในช่วงปลาย ประชาชน เริ่มได้รับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์มากขึ้น จึงเกิดความกลัวและรังเกียจผู้ติดเชื้อมากแต่ไม่ได้กลัวโรคเอดส์ ยังพบคำพูดว่ากลัวอดมากกว่ากลัวเอดส์ สื่อความรู้ในขณะนั้นเป็นความร้ายแรงของโรคและติดเชื้อแล้วต้องตายทุกราย มีภาพที่น่ากลัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาพที่ถ่ายจากต่างประเทศ หรือจากสื่อที่กระทรวงผลิตขึ้น งานศพผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ จะไม่มีเพื่อนบ้านมาช่วย เนื่องจากกลัวจะติดเชื้อ สถานการณ์ขณะนั้น จึงส่งผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว เป็นอย่างมาก เช่น

- 1) ครอบครัวไม่ยอมรับว่าสมาชิกติดเชื้อเอดส์ เพราะอายเพื่อนบ้าน
- 2) ตัวผู้ติดเชื้อเองไม่ยอมเปิดเผยตัวเอง กลัวพ่อแม่รู้ กลัวคนอื่นรังเกียจ
- 3) ผู้ป่วยจะหลบซ่อนตัวเอง ไม่กล้าไปรักษาโรคช่วยโอกาสที่โรงพยาบาล
- 4) ทางออกที่ดีที่สุดคือ ไตรศัปดาห์ปรึกษาเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และจะอาศัยไตรศัปดาห์สาธารณะ
- 5) ผู้ป่วยมีความเครียดมากหลังจากทราบของตัวเองติดเชื้อ มักทราบเมื่อเริ่มมีอาการ โดยยังไม่กล้าไปเจาะเลือด แต่รู้ด้วยตนเอง .
- 6) เมื่อมีอาการ ครอบครัวจะรังเกียจและไม่ยอมให้อยู่ในบ้าน ให้แยกอยู่ต่างหาก กลัวติดต่อญาติที่น้อง บางครอบครัวให้ออกจากบ้าน โดยให้เงินติดตัว เพื่อไปหาทางรักษาตัวเอง ปลอบโยนให้เผชิญชะตากรรมตามลำพัง
- 7) ชุมชนมีความรังเกียจผู้ที่สงสัยว่าติดเชื้อ ไม่ยอมพูดด้วย ไม่อยากอยู่ใกล้ ไม่ขายของให้ บางร้านต้องปิดร้านหนีปัญหา เพราะเวลาผู้ติดเชื้อมาซื้อของ ถ้าขายให้ก็จะไม่มีชาวบ้านคนอื่นมาซื้อ
- 8) ชุมชนขู่มิฉะนั้นถ้าได้ผู้ติดเชื้อ เสมือนผู้ติดเชื้อมีความผิด เป็นความเลวร้าย ไม่มีการให้อภัย
- 9) ชุมชนจะคอยเฝ้าดูและสงสัย ถ้ามีเจ้าหน้าที่มาติดตามรายชื่อบุคคลในหมู่บ้าน

ในระยะเริ่มต้น รูปแบบในการดำเนินการแก้ไขปัญหาเอชไอวี ยังอยู่ในลักษณะจังหวัดคิดเองทำเอง ตามสภาวะปัญหาท้องที่และตามข้อมูลที่ค้นพบภายในระดับจังหวัด ยังไม่มีนโยบายในระดับกระทรวง การดำเนินงานในระยะแรก จึงมุ่งเน้นด้านการติดตามเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อทุกราย ไปค้นหาผู้ติดเชื้อที่แจ้งไว้ในรายงาน 506/1 ติดตามถึงบ้าน ให้คำปรึกษาเป็นรายบุคคล มุ่งให้รู้สิทธิในกล่มเสี่ยงสูงคือ กลุ่มหญิงขายบริการ มีการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระดับจังหวัด

ในระยะปลาย เน้นการให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขอำเภอและสถานีอนามัยทุกแห่ง ให้ความรู้ในกลุ่มหญิงขายบริการ โดยขยายผลไปยังระดับอำเภอทุกอำเภอที่มีสถานเจริญวัย สอดแทรกความรู้เรื่องโรคเอดส์ทุกครั้งในการจัดอบรมในระดับจังหวัดเช่น อบรมเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรืออาสาสมัครสาธารณสุข จัดทำโครงการให้ความรู้เรื่องเอดส์ในสำนักงานบริการแบบเคาะประตูบ้าน มีการจัดทำสื่อและสร้างรูปแบบและกลวิธีในการดำเนินงาน ที่เอื้อต่อการปฏิบัติงานของหญิงขายบริการ รวมทั้งจัดทำเอกสารแผ่นพับและสื่อความรู้โรคเอดส์ เพื่อเป็นสื่อในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ คือ กลุ่มชายวัยรุ่น กลุ่มหญิงวัยรุ่น กลุ่มพ่อบ้าน กลุ่มหญิงมีครรภ์ และกลุ่มนักเรียน

อย่างไรก็ตาม มีข้อจำกัดที่จะแก้ไขปัญหามากมาย เช่น ความรู้เรื่องโรคเอดส์มีการเปลี่ยนแปลงเร็วมาก เกิดความสับสนในหลักวิชาการที่จะกำหนดพฤติกรรมที่ติดเชื้อ ทำให้การถ่ายทอดความรู้ยังมีข้อสงสัยบางประเด็น รวมถึงไม่มีกรอบอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ต้องระดมเจ้าหน้าที่จากฝ่ายอื่นมาช่วยทำงานเป็นครั้งคราว ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวและชุมชนรุนแรงมาก มีรายงานเข้ามาปรึกษาในระดับจังหวัดเกือบทุกวัน รูปแบบไม่ซ้ำกันเลย เช่น ญาติทอดทิ้งผู้ป่วย ไม่มีคนคอยดูแล ญาติและชุมชนขับไล่ครอบครัวผู้ป่วยออกจากหมู่บ้าน หรือในกรณีที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ก็ไม่มียารักษาโรคฉวยโอกาสโดยตรง และการรับผู้ป่วยเอดส์เข้านอนในโรงพยาบาล ก็ก่อปัญหาต่อผู้ป่วยอื่นที่อยู่เตียงข้างๆ ซึ่งสร้างความอึดอัดใจแก่ทั้งผู้ป่วยและเจ้าหน้าที่

ระยะที่ 2 (2536-2537)

เริ่มพบการติดเชื้อ HIV ในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้น หรือแม่บ้านติดเชื้อมากขึ้น ชายวัยแรงงานเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้น เกิดหญิงแม่หม้ายจำนวนมากที่สามีเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ หญิงโสเภณีติดเชื้อเพิ่มขึ้น มีการเคลื่อนย้ายโสเภณีจากจังหวัดอื่นมาทดแทน และหมื่นเวียนโสเภณีจากเชียงใหม่ไปสู่ต่างจังหวัด ทำให้การระบาดของโรคเอดส์เป็นไปอย่างกว้างขวาง และเริ่มระบาดเข้าสู่สถาบันครอบครัว มีทารกติดเชื้อจากการดาเพิ่มมากขึ้น และทารกเสียชีวิตหลังจากทราบว่ามีมารดาติดเชื้อ

ประชาชนเริ่มมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ แต่ยังไม่ลดพฤติกรรมเสี่ยง กลับไปเที่ยวโสเภณีราคาแพง โดยคิดว่าปลอดภัยกว่า นิยมใช้บริการโสเภณีแอบแฝงมากขึ้น รูปแบบการให้บริการเปลี่ยนไปจากช่องโสเภณีโดยตรงเป็นบาร์ที่มีบริการเครื่องดื่มหน้าร้านแต่หลังร้านขายบริการทางเพศ เกิดความวิตกกังวลในกลุ่มชายนักเที่ยวและมีการทบทวนพฤติกรรมที่ผ่านมาของตัวเอง มีการโทรศัพท์ปรึกษาโดยที่ยังไม่ได้ตรวจเลือด

ชาวบ้านเริ่มยอมรับว่าปัญหาเอดส์เป็นปัญหาสังคม ทุกคนต้องช่วยกันแก้ไข มีการจัดนิทรรศการในหมู่บ้าน มีอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมมาถ่ายทอดให้ความรู้เรื่องเอดส์แก่เพื่อนบ้าน นักศึกษาวัยรุ่นชาย ลดการขึ้นครูกับโสเภณี แต่มาขึ้นครูกับเพื่อนนักศึกษาด้วยกันแทน ชายชอบเที่ยวนิยมใช้บริการนักรักเสนาหญิง ที่หารายได้พิเศษจากการขายบริการทางเพศ เพราะคิดว่าเสี่ยงน้อยกว่าโสเภณี สังคมมีการยอมรับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมากขึ้น บางคนไปเยี่ยมผู้ป่วยและให้กำลังใจถึงบ้าน งานศพก็มีเพื่อนบ้านไปช่วยเหลือกัน แต่การรับประทานอาหารในงานศพยังไม่ค่อยกล้า สังคมเริ่มเกิดแนวคิดใหม่ว่า ทุกคนมีโอกาสติดเชื้อเอดส์เท่าๆ กัน ถ้ามีพฤติกรรมเสี่ยง สำหรับหญิงแม่บ้านที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ก็สามารถติดเชื้อเอดส์ได้จากสามีที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและถ่ายทอดสู่ทารก

จากสภาพปัญหา ความเคลื่อนไหว และการปรับตัวของสถานการณ์เอดส์ดังกล่าว ก่อให้เกิดผลกระทบต่อนุคคล ครอบครัวและชุมชน ทั้งทางบวกและทางลบ ที่ชัดเจนมากขึ้น เช่น

- 1) ผู้ป่วยได้รับการยอมรับจากสมาชิกในครอบครัว ภรรยา หรือพ่อแม่ ให้การดูแลรักษาพยาบาลจนวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ก็ยังพบว่าบางครอบครัวรังเกียจผู้ติดเชื้อ พยายามหาสถานที่เอาผู้ป่วยไปฝากให้ดูแล เช่น วัด โรงพยาบาล
- 2) ผู้ติดเชื้อกล้าเปิดเผยตัวเองมากขึ้น อาสาสมัครไปให้ความรู้ตามสถานที่ต่างๆ เช่น ผู้ติดเชื้อจากกรุงเทพ มาให้ความรู้ที่เชียงใหม่ ผู้ติดเชื้อภายในจังหวัดเชียงใหม่เริ่มไปเป็นวิทยากรและกล้าเปิดเผยตัว ไปช่วยเหลือคนอื่น
- 3) ครอบครัวยอมรับสภาพการเสียชีวิตของสมาชิกที่อยู่ในวัยแรงงาน ซึ่งบางครอบครัวเหลือแต่เด็กและคนแก่ เกิดความยากจนขึ้น เนื่องจากผู้ที่หารายได้ให้กับครอบครัวต้องเสียชีวิตจากเอดส์
- 4) ยังคงมีข่าวการฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อ เนื่องจากยังยอมรับสภาพปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองไม่ได้ พบบ่อยๆ ว่าสามีติดเชื้อฆ่าตัวตาย หรือสองสามีภรรยาฆ่าตัวตายหนีโรคภัย ทั้งลูกน้อยตามลำพัง เป็นต้น
- 5) องค์การภาครัฐและเอกชน เริ่มเข้าใจสภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ ซึ่งเดิมสื่อความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่เน้นการให้สื่อในภาพลบ เช่น ติดเอดส์แล้วต้องตาย รักษาไม่หาย เป็นการสร้างภาพให้น่ากลัวมาก ทำให้ประชาชนกลัวผู้ติดเชื้อจนฝังใจ และจากความกลัวก็กลายมาเป็นการรังเกียจ ดังนั้น องค์การภาครัฐและเอกชน จึงได้เปลี่ยนแนวคิดในการผลิตสื่อ จากการข่มขู่ (Fear appeal) เป็นการให้ความรัก ความเห็นใจ และการใช้เหตุผล (Content appeal) ต่อผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์

แม้ว่าองค์การภาครัฐและเอกชนเริ่มให้ความสนใจในการแก้ไขปัญหาเอดส์ แต่ยังเป็นลักษณะที่ต่างคนต่างทำ เช่นองค์การพัฒนาเอกชน เข้าไปดำเนินการในพื้นที่โดยได้รับงบประมาณจากต่างประเทศที่แสวงหากันเอง ซึ่งมักจะเน้นการหารูปแบบการแก้ไขปัญหา การค้นหาสภาพปัญหา และการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งส่วนใหญ่จะทำในพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่เหมือนองค์การภาครัฐ ดังนั้นเมื่อองค์การพัฒนาเอกชนรู้สภาพปัญหาในแนวลึกและเจาะดำเนินการเฉพาะพื้นที่ องค์การภาครัฐจึงควรดำเนินการ

ในภาพกว้างและครอบคลุมทุกพื้นที่ โดยใช้งบประมาณปกติที่รัฐบาลจัดสรรให้ ซึ่งเป็นกิจกรรมการให้ความรู้ความเข้าใจเป็นส่วนใหญ่ การผสมผสานการทำงานทั้งภาครัฐและเอกชนเข้าด้วยกัน จะทำให้เกิดผลดีเช่น

- 1) ภาครัฐและเอกชนเกิดการรวมตัวกัน มีการประชุมจัดทำแผนงานร่วมกัน เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนของงานในพื้นที่ มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน ระหว่างองค์กรภาครัฐและ NGO รวมทั้งมีการประสานแผนการดำเนินงานและถ่ายทอดประสบการณ์แก่กันและกัน
- 2) เกิดการหารูปแบบการประสานแผนการดำเนินงาน โดยใช้ AIDS MENU มีการทดลองใช้รูปแบบจัดทำแผนโดยกำหนดกลุ่มเป้าหมายเป็นหลักและให้หน่วยงานต่างๆ เลือกทำ เพื่อลดการซ้ำซ้อนในการดำเนินงานในพื้นที่เดียวกัน
- 3) เกิดรูปแบบการดำเนินงานในเชิงรุกขึ้นในช่องทางทุกแห่งของจังหวัดเชียงใหม่ เป็นรูปแบบที่เกิดแนวร่วม มีกิจกรรมสร้างสรรค์ โดยให้ความรู้และใช้เทคนิคการมีส่วนร่วม เช่น เล่นเกมส์ ร้องเพลง
- 4) เกิดกิจกรรมชมรมวันพฤหัสบดี โดยผู้ติดเชื้อเป็นผู้ผลักดันให้เกิด สืบเนื่องจากผู้ติดเชื้อที่มาขอรับคำปรึกษาต้องการพบผู้ติดเชื้อด้วยกัน เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการดูแลตนเอง และเพื่อต้องการกำลังใจจากผู้ติดเชื้อ ที่สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข และกลายเป็นรูปแบบการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อต่อมาในภายหลังเป็นร้อยละ กลุ่ม
- 5) เกิดหมอมือด้านการรักษาสวมไพร จัดประชุมหมอมือเมืองทั่วทุกอำเภอเพื่อมาพบปะแลกเปลี่ยนประสบการณ์และเพื่อหาแนวทางการรักษาผู้ป่วยเอดส์โดยใช้สวมไพร
- 6) สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดคิดรูปแบบการให้ศึกษาในแนวรุกแก่ประชาชน โดยประสานการดำเนินการกับมหาวิทยาลัยพายัพ จัดเคลื่อนที่ไปยังชุมชนต่างๆ ครอบคลุม 10 อำเภอ ที่มีปัญหาการระบาดของโรคสูง
- 7) ความไม่เข้าใจของชุมชนเกิดผลกระทบทางลบต่อผู้ติดเชื้อมาก เช่น ถูกชาวบ้านขับไล่ออกจากหมู่บ้าน ญาติไม่เข้าใจผู้ติดเชื้อ เด็กนักเรียนที่มารดาและบิดาติดเชื้อ ถูกเพื่อนล้อเลียน และไม่เล่นด้วย สภาพดังกล่าวได้รับคำร้องเรียนบ่อยมาก ทางสาธารณสุขจังหวัดต้องตามไปช่วยแก้ไขปัญหาดังพื้นที่
- 8) สื่อมวลชนโจมตีการทำงานของรัฐบาล และกล่าวหาว่ารัฐบาลไม่คอยดูแลผู้ป่วย ละทิ้งบทบาทที่ควรทำ เช่น ไม่ให้การดูแลผู้ป่วย อำนวยความสะดวกต่อการมาใช้บริการของผู้ป่วย ซึ่งรัฐบาลมีนโยบายให้การดูแลแก่ผู้ป่วยทุกคนเท่าเทียมกัน
- 9) หมอมือใช้สวมไพรรักษาผู้ป่วยโดยเรียกเงินค่ารักษาจำนวนมาก ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ถูกเอารัดเอาเปรียบ แต่รัฐก็ยังไม่มีความเลือกให้กับประชาชน ทำให้ต้องหันไปพึ่งหมอมือ เมื่อทางสาธารณสุขต้องดูแลคุ้มครองผู้บริโภค และมีการจับกุมหมอมือบางคน ก็เกิดข้อพิพาทระหว่างรัฐกับประชาชน
- 10) NGO ที่เข้ามาช่วยแก้ไขปัญหามาเอดส์ จะจำกัดงบประมาณสนับสนุน เฉพาะภาคเอกชนเท่านั้น ถ้ามีผู้สนใจที่จะทำงานด้านเอดส์แต่เป็นคนของรัฐ มักจะไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ จะมีบ้างก็ในส่วนของเจ้าหน้าที่ที่อยู่ในระดับพื้นที่ จึงทำให้เกิดการแบ่งแยกไม่เกิดความร่วมมืออย่างจริงจัง

ระยะที่ 3 (2538-2539)

โรคเอดส์เริ่มเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของจังหวัดเชียงใหม่ จำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการอยู่ในระดับสูงสุดในปี 2537-2538 และมีแนวโน้มค่อยๆ ลดลงเล็กน้อย ตั้งแต่ช่วงปลายปี 2539 ส่วนใหญ่มีปัจจัยเสี่ยงจากเพศสัมพันธ์ถึง 90.3% การติดเชื้อจากการใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกันมีจำนวนเล็กน้อย เพียง 1.6% ซึ่งอาจต่ำกว่าความเป็นจริง เนื่องจากเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมผิดกฎหมาย จึงไม่ค่อยให้ข้อมูลตามจริง นอกจากนั้นกลุ่มเสี่ยงส่วนหนึ่งเป็นชาวไทยภูเขาที่อยู่กระจัดกระจายตามพื้นที่สูง การคมนาคมลำบาก ระบบข้อมูลข่าวสารจึงอาจไม่สมบูรณ์ โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะอยู่กระจัดกระจายในทุกอำเภอ พื้นที่ที่มีผู้ป่วยมากส่วนใหญ่เป็นพื้นที่ในเขตเมืองและใกล้เมือง ยกเว้นอำเภอฝาง ซึ่งเป็นอำเภอชายแดนและเป็นเมืองท่องเที่ยว ส่วนพื้นที่ห่างไกล การคมนาคมลำบาก จำนวนผู้ป่วยมีน้อย

กลุ่มอายุของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-44 ปี มีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรมากที่สุด สัดส่วนผู้ป่วยชาย:หญิงใกล้เคียงกันมาก เมื่อเปรียบเทียบในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา ซึ่งหมายถึงการที่เอดส์เข้าสู่สถาบันครอบครัว ผู้หญิงที่ติดเชื้อเริ่มมีอาการป่วยมากขึ้น มีผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่มีได้มีพฤติกรรมเสี่ยงเองเช่นให้บริการหรือให้บริการทางเพศ หรือยาเสพติด แต่เป็นแม่บ้านและทารกที่มีวิถีชีวิตปกติ อัตราความชุกของการติดเชื้อ HIV ในหญิงที่มาฝากครรภ์ จากการเฝ้าระวังมีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2532 จนถึงสูงสุดเมื่อ เดือน มิถุนายน 2538 คือร้อยละ 7.98 และเริ่มลดลงจากการสำรวจเมื่อ เดือนธันวาคม 2538 และมิถุนายน 2539 คือร้อยละ 6.27 และ 4.95 ตามลำดับ

ผู้ติดเชื้อเริ่มเปิดตัวและมีการรวมกลุ่มกันมากขึ้น เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดในพื้นที่รุนแรง บางชุมชนมีผู้ติดเชื้อถึง 10% ของประชากร ทำให้ปัญหาเอดส์เป็นปัญหารรรมดา กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตปกติ ประกอบกับมีองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนสนับสนุน ซึ่งองค์กรเหล่านี้ จะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง เป็นที่ปรึกษาของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ในส่วนของภาครัฐ ส่วนใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลชุมชน และสถานีนานามัย เป็นผู้เริ่มผลักดัน กลุ่มผู้ติดเชื้อ ให้มีบทบาทและเป็นที่ยอมรับของชุมชนมากขึ้น ตั้งแต่ในชุมชน จนถึงระดับประเทศและสากล มีการจัดกิจกรรมทั้งเพื่อประโยชน์ของสมาชิกเองเช่น การฝึกสมาธิ การทำอาชีพเสริม การใช้สมุนไพร การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การดูแลรักษาสุขภาพตัวเอง ตลอดจนการมีส่วนร่วมดำเนินงาน เช่น การให้บริการปรึกษา การแลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ เป็นอาสาสมัครเยี่ยมบ้านผู้ป่วย รวมทั้งมีบทบาทในการกำหนดนโยบายการทำงานด้านเอดส์ โดยการเป็นคณะทำงานร่วมกับองค์กรภาครัฐและเอกชน ในการดำเนินงานต่างๆ ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด และในชุมชน

แต่ในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ไม่รุนแรง ยังมีการรังเกียจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ การเปิดเผยตัวยังมีน้อย การสงเคราะห์ช่วยเหลือจากองค์กรภาครัฐ เป็นเงื่อนไขสำคัญในการทำให้ผู้ติดเชื้อเปิดตัวเพื่อรับการช่วยเหลือ ซึ่งยังเป็นประเด็นที่ขัดแย้งกันอยู่ว่าเหมาะสมหรือไม่ อย่างไรก็ตาม การเลือกปฏิบัติยังมีพบเห็นอยู่ทั่วไป เช่น การตรวจเลือดก่อนเข้าทำงาน/ขณะทำงาน ก่อนบวช หรือการขอรับสิทธิสวัสดิการต่างๆ เช่นการเข้ากลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ ดังนั้นปัญหาและผลกระทบจากเอดส์จึงสะสมและเกิดขึ้นใหม่เรื่อยๆ เช่น

- 1) การรังเกียจและเลือกปฏิบัติยังมีให้เห็นทั่วไป โดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีระดับต่ำ บางแห่งไม่ยอมรับครอบครัวผู้ติดเชื้อ เช่นไม่ให้บุตรผู้ติดเชื้อเรียนในโรงเรียน การให้ออกจากงานเมื่อรู้ว่าติดเชื้อเอดส์ ทั้งที่ยังสามารถทำงานได้
- 2) การขายบริการทางเพศเปลี่ยนรูปแบบไป จากเดิมที่อยู่ในห้อง เปลี่ยนเป็น ผับ บาร์ คาราโอเกะ หมอนวด บางรายอยู่ในหอพักปะปนกับคนทั่วไป การเข้าหาเพื่อให้ความรู้หรือเจาะเลือดค่อนข้างทำได้ยาก
- 3) ปัจจัยเสริมพฤติกรรมเสี่ยงมีมากขึ้น ทั้งสถานเริงรมย์ สีสลามก แหล่งมั่วสุมและค่านิยมทางวัตถุในกลุ่มวัยรุ่นมีเพิ่มขึ้น
- 4) เอดส์เข้าสู่สถาบันครอบครัวอย่างเต็มรูปแบบ อัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศมาก ส่งผลให้จำนวนเด็กกำพร้ามีมากขึ้น ผู้สูงอายุถูกทอดทิ้ง ขาดคนอุปการะดูแล
- 5) ประชากรวัยแรงงานลดลง ส่งผลต่อกำลังผลิตและกำลังซื้อโดยรวม
- 6) สถานบริการสาธารณสุข มีจำนวนเตียงไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยเอดส์ที่เพิ่มจำนวนเป็นหมื่น บุคลากรทางการแพทย์และพยาบาล ภาระหนักในการรักษาพยาบาล ตลอดจนการให้คำปรึกษา

ดังนั้น การปรับกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ให้สอดคล้องกับปัจจัยแวดล้อมที่เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว จึงเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ซึ่งก็เป็นช่วงเวลาเดียวกับการเกิด ศอนบ. ในพื้นที่ 6 จังหวัด ดังได้กล่าวแล้วในช่วงต้นๆ ของบทนี้ ส่งผลให้มีการจัดตั้งองค์กรดำเนินงานเป็นรูปธรรมมากขึ้นในทุกระดับ ได้แก่

ระดับจังหวัด มีการปรับปรุงคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จังหวัดเชียงใหม่ โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเชียงใหม่เป็นประธาน มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่เป็นเลขานุการ และมีคณะกรรมการมาจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยแบ่งคณะทำงานออกเป็น 6 คณะ ได้แก่

- (1) คณะทำงานแผนป้องกันด้านพฤติกรรมและสังคม
- (2) คณะทำงานแผนส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์
- (3) คณะทำงานแผนบริการให้คำปรึกษา
- (4) คณะทำงานแผนส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและมาตรการทางกฎหมาย
- (5) คณะทำงานแผนการศึกษาวิจัยและประเมินผล
- (6) ศูนย์ปฏิบัติการต้านภัยเอดส์จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งเกี่ยวกับการพัฒนาองค์กร การบริหารจัดการ และปฏิบัติหน้าที่เป็นเลขานุการของคณะกรรมการฯ

ในระดับอำเภอ ก็มีคณะกรรมการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ระดับอำเภอ ซึ่งมีหน้าที่วางแผนงาน ติดตาม ควบคุมการปฏิบัติงาน และประเมินผลในระดับอำเภอ มีการสร้างวิทยากรระดับอำเภอขึ้น

ในระดับตำบล ก็ให้คณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติการพัฒนาชนบทระดับตำบล (คต.) เป็นองค์กรที่ดำเนินการ โดยประสานงานกับอาสาสมัครในหมู่บ้าน ตลอดจนองค์กรอื่นๆ พร้อมทั้งร่วมพิจารณาและกำหนดแนวปฏิบัติการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ภายในตำบลของตนด้วย

สำหรับในระดับหมู่บ้าน มีการอบรมอาสาสมัครป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ทุกหมู่บ้าน มุ่งเน้นการเสริมศักยภาพองค์กรชุมชน เช่น ผู้นำชุมชน ผู้นำศาสนา กลุ่มหนุ่มสาว มีการจัดสรรงบประมาณส่วนหนึ่งจัดตั้งเป็นกองทุนสำหรับจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการควบคุมป้องกันโรคเอดส์และช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ/ครอบครัว โดยชุมชนเป็นผู้บริหารจัดการกองทุนเอง

มีการเพิ่มงบประมาณในการดำเนินงาน โดยเฉพาะในเขตภาคเหนือตอนบน ตามโครงการเร่งรัดการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยมีศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน (ศอนบ.) เป็นศูนย์กลางในการกำหนดแนวทางและประสานงานการปฏิบัติงานในชุมชน ประกอบด้วย 4 แนวทางใหญ่คือ

- (1) การเตรียมชุมชนเรื่องเอดส์
- (2) การสร้างอาสาสมัคร
- (3) การสร้างเครือข่าย การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ทางสังคม
- (4) การสร้างเครือข่าย การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ทางแพทย์

โดยผู้รับผิดชอบในแต่ละพื้นที่เป็นผู้วิเคราะห์วางแผนแก้ไขปัญาและจัดทำโครงการ/กิจกรรมเสนอขอตั้งงบประมาณผ่านศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน (ศอนบ.) ตามแนวทางที่ ศอนบ. กำหนด มีการดำเนินงานโดยหน่วยงานของภาครัฐหลายฝ่าย บางแห่งมีองค์กรพัฒนาเอกชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อร่วมดำเนินการด้วย แต่ส่วนใหญ่จะมีสาธารณสุขเป็นผู้ประสานงานหลักในพื้นที่ มีรูปแบบการดำเนินงานที่หลากหลายตามสภาพปัญหาของพื้นที่ โดยมีวัตถุประสงค์หลัก คือ

- 1) พัฒนาศักยภาพ องค์กร บุคลากร สถานบริการ ทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนองค์กรผู้ติดเชื้อ
- 2) เตรียมชุมชนเพื่อสร้างความเข้าใจ เรื่องเอดส์และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม
- 3) สร้างเครือข่ายการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว (ตั้งชมรม-ตั้งกองทุนเอดส์)
- 4) สร้างเครือข่าย การช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์/ผู้ติดเชื้อทางการแพทย์และสังคม
- 5) สร้างอาสาสมัคร เพื่อกระจายความรู้ การให้คำปรึกษาและการดูแลรักษา
- 6) ทำการศึกษาวิจัยและติดตามประเมินผล แผนงาน/โครงการ

จากการปรับกลยุทธ์การป้องกันแก้ไขปัญาเอดส์ในทุกระดับ และการระดมพลังจากทุกฝ่ายให้เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญา โดยเฉพาะกระทรวงมหาดไทยมีบทบาทมากขึ้น โดยให้ผู้ว่าราชการจังหวัดปรับปรุงองค์กรดำเนินงาน ตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล หมู่บ้าน ตลอดจนปรับปรุงวิธีดำเนินการโดยเน้นความร่วมมือจากทุกฝ่าย มี ศอนบ. ทำหน้าที่กำหนดทิศทางการดำเนินงานและโครงการเร่งรัดการป้องกันแก้ไขปัญาเอดส์ของ 6 จังหวัดในภาคเหนือตอนบน โดยรัฐบาลจัดสรรงบประมาณให้จำนวนหนึ่งแยกจากงบประมาณปกติ จังหวัดจะเป็นผู้กำหนดโครงการ/กิจกรรม ตามสภาพปัญหาภายใต้กรอบและแนวทางของศอนบ. ซึ่งมีการจัดตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ในระดับหมู่บ้าน เพื่อให้เกิดความคล่องตัวในการจัดทำกิจกรรม ให้สอดคล้องกับสภาพปัญหาในพื้นที่ รวมทั้งมีการรวมตัวเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อ นอกจากช่วยเหลือกันเองแล้ว ยังช่วยสังคม เพิ่มการยอมรับผู้ติดเชื้อมากขึ้น และทำให้สุขภาพจิตผู้ติดเชื้อดีขึ้น

3.6.2 แผนงาน/กิจกรรมหลักและผลการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัดเชียงใหม่

ดังได้กล่าวแล้วข้างต้นว่า ในกรณีตัวอย่างประสบการณ์ของจังหวัดเชียงใหม่ นั้น แม้จะมีผู้เกี่ยวข้องหลายฝ่าย แต่หน่วยงานหลักที่ดำเนินการร่วมกับพื้นที่โดยตรงก็คือ งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ จึงมีลักษณะที่ค่อนข้างต่างจากกรณีตัวอย่างจากจังหวัดเชียงรายและพะเยา ดังกล่าวแล้วข้างต้น ดังนั้น แผนงาน/กิจกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่จะกล่าวต่อไปนี้ จึงประมวลจากแผนงาน/กิจกรรมของ งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ เป็นหลัก ซึ่งมีอยู่ 5 แผนงาน ดังมีสาระสำคัญต่อไปนี้

(1) แผนป้องกันด้านพฤติกรรมและสังคมเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง

1) เผยแพร่ความรู้ในกลุ่มประชาชนทั่วไปในโอกาสต่างๆ ร่วมกับฝ่ายสุศึกษาและประชาสัมพันธ์จัดกิจกรรม เช่น รมรณรงค์ในวันสำคัญต่างๆ เสวนากลุ่ม DJ จัดตั้งกลุ่ม DJ เชียงใหม่เข้าใจเอดส์ ผลิตสป๊อดวิทยุเกี่ยวกับความรู้เรื่องเอดส์

2) สร้างความรู้ความเข้าใจในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น จัดกิจกรรม “เอดส์ว่าไรดี” สำหรับเจ้าหน้าที่ลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มคนงานโรงงาน กลุ่มนักเรียนนักศึกษา และกลุ่มเด็กแว้น รวมทั้งลดการแพร่ระบาดของสื่อลามก สร้างวิทยากรผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

(2) แผนส่งเสริมสุขภาพ/บริการรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษา

1) ประสานและเสริมสมรรถนะการดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อในชุมชนและครอบครัว

2) พัฒนาระบบป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อป้องกันการติดเชื้อในบุคลากรที่สัมผัสเลือดและสารน้ำของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ขณะปฏิบัติงานที่ให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

3) เสวนาผู้บริหารโรงพยาบาลชุมชน /โรงพยาบาลเอกชน /สาธารณสุขอำเภอ เกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ในช่วงกลางวันและระบบส่งต่อ

5) เป็นศูนย์กลางในการติดต่อ/ประสานงาน ระหว่างรพช. /สสอ./สอ. รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐและเอกชนอื่นๆ และร่วมกับศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 10 โรงพยาบาลสวนปรุง และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 นิเทศงานและบริการให้คำปรึกษาแก่ รพช. สสอ. และสอ.

(3) แผนสงเคราะห์ด้านสังคมและส่งเสริมการอยู่ร่วมกันตามมาตรการทางกฎหมาย

1) จัดตั้งและดำเนินงานมูลนิธิต้านภัยเอดส์จังหวัดเชียงใหม่ และกองทุนกิจกรรมเอดส์ชุมชน

2) สัมมนาอัยการเกี่ยวกับสิทธิของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์

3) ประสานงานด้านการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และพัฒนาเครือข่ายการสงเคราะห์ทางด้านการสังคม โดยการประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและจัดพิมพ์ทำเนียบองค์กรภาครัฐและเอกชน ที่ทำงานด้านเอดส์ของจังหวัดเชียงใหม่

(4) แผนพัฒนากลไกและการบริหารจัดการ

- 1) จัดประชุมประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมเอดส์จังหวัดเชียงใหม่ ทุก 3 เดือน จัดประชุมคณะทำงานของแต่ละแผนทุก 1-3 เดือน และจัดประชุมคณะกรรมการเอดส์อำเภอทุกเดือน
- 2) จัดประชุมเชิงปฏิบัติการยุทธศาสตร์การดำเนินงานเอดส์ระดับอำเภอ ให้แก่บุคลากรทั้งภาครัฐและเอกชน รวมทั้งจัดเวทีสัมมนาที่เลี้ยงองค์กรผู้ติดเชื้อ
- 3) พิจารณาจัดสรร ควบคุม กำกับ และติดตามดูแลการใช้งบประมาณทุกแผนงาน/โครงการ

(5) แผนการศึกษาวิจัยและประเมินผล

- 1) จัดทำข้อมูลสถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดเชียงใหม่ ที่เป็นปัจจุบันทุกเดือน เพื่อรายงานสถานการณ์การระบาดของโรคและเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวให้หน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นการกระตุ้นให้เกิดความร่วมมือในการดำเนินงานและสร้างเครือข่ายปฏิบัติการ
- 2) จัดทำโครงการนิเทศติดตามและประเมินผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ รวมทั้งจัดให้มีการเสวนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงาน โดยเน้นประเด็นที่สำคัญ 4 ประเด็น คือ การบริหารจัดการกองทุนกิจกรรมเอดส์ในชุมชน การบริหารชมรม/กลุ่มผู้ติดเชื้อ การดำเนินงาน Home health care และการเตรียมชุมชนให้เข้าใจเรื่องโรคเอดส์
- 3) ประเมินผลการดำเนินงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ทั้งจังหวัด โดยบุคคลภายนอก
- 4) เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและการติดเชื้อเอดส์ ในกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มคนงานชาย-หญิง นักเรียนชาย-หญิง หญิงตั้งครรภ์ และทหารเกณฑ์

3.6.3 ปัญหาอุปสรรคต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ของจังหวัดเชียงใหม่

แม้ว่าจะมีการทบทวน/ปรับปรุงงานอยู่เรื่อยๆ จากปัญหาที่สะท้อนโดยการติดตามประเมินผลของการทำงานที่ผ่านมา แต่ก็ยังมีปัญหาอุปสรรคทั้งเก่าและเกิดขึ้นใหม่อยู่เรื่อยๆ เช่นกัน ตัวอย่างเช่น

- 1) การจัดกิจกรรมต่างๆ ที่มุ่งเน้นให้พื้นที่เป็นผู้วิเคราะห์ปัญหาและวางแผนแก้ปัญหาด้วยตนเอง ซึ่งโดยหลักการแล้วน่าจะดี อย่างไรก็ตาม แต่ละพื้นที่มีปัจจัยที่แตกต่างกัน ทั้งเรื่องศักยภาพของชุมชน ความรุนแรงของปัญหา ความตระหนักของชุมชน ศักยภาพและการประสานงานขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่ ปัจจัยดังกล่าวมีผลต่อความสำเร็จของการแก้ปัญหาอย่างยิ่ง ดังนั้นจึงไม่มีสูตรสำเร็จรูปที่จะใช้แก้ไขปัญหามาได้ทุกสภาพพื้นที่/ทุกชุมชน
- 2) สาเหตุและผลกระทบของเอดส์เป็นปัญหาที่ซับซ้อน เกี่ยวโยงกันทั้งทางด้าน จริยธรรม สังคม เศรษฐกิจ การศึกษา วัฒนธรรม ค่านิยม รวมทั้งบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข การแก้ปัญหาจึงต้องได้รับความร่วมมือเป็นอย่างดี จากทุกฝ่ายอย่างจริงจังไปพร้อมๆ กัน ซึ่งบางหน่วยงานยังไม่มีความพร้อม และยังมีช่องว่างในการทำงานร่วมกัน ทั้งระหว่างองค์กรรัฐด้วยกัน องค์กรเอกชนด้วยกัน หรือองค์กรรัฐกับเอกชน อันนี้ถือเป็นจุดอ่อนหนึ่งของการทำงานแบบ Matrix organization ดังได้กล่าวแล้วข้างต้น

3) การอพยพเข้าสู่เมืองมีมากขึ้น มีประชากรหลายกลุ่มทั้งจากต่างจังหวัด/อำเภอ รวมทั้งชาวเขา ซึ่งมีสภาพความเป็นอยู่และวิถีชีวิตที่แตกต่างกัน กระจุกกระจายอยู่ในเขตเมือง ซึ่งยังไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหามาให้ครอบคลุมกลุ่มประชากรเหล่านี้

4) การจัดงบประมาณให้ชุมชนทำกิจกรรมในรูปของกองทุน ยังอยู่ในระหว่างลองถูกลองผิด หารูปแบบที่เหมาะสม บางพื้นที่จึงไม่กล้าใช้เงิน ทำให้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อไม่ได้รับความสะดวกในการขอรับความช่วยเหลือ แต่บางแห่งที่ยืนยันใช้เงินก็มักไปจัดกิจกรรมที่ไม่สอดคล้องกับสภาพปัญหา

5) เกิดความซ้ำซ้อนของงานโครงการ/กิจกรรม ในกลุ่มเป้าหมายหรือพื้นที่เดียวกัน เนื่องจากมีองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน ยังดำเนินงานซ้ำซ้อนและการประสานงานยังไม่ดีเท่าที่ควร

6) รูปแบบการสงเคราะห์ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ บางรูปแบบส่งผลกระทบต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อ เช่น การจ่ายเงินช่วยเหลือทำให้ถูกมองว่าผู้ติดเชื้อเอดส์ได้รับอภิสิทธิ์มากกว่าผู้ป่วยอื่นๆ ทำให้ผู้ด้อยโอกาสอื่นๆ ไม่ได้รับความเป็นธรรม บางพื้นที่ถึงกับมีคนอ้างว่าติดเชื้อ เพื่อยากได้รับความช่วยเหลือ หรือเงื่อนไขที่ต้องให้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตัวถึงจะได้รับการช่วยเหลือ ก็อาจไม่เป็นธรรมเช่นกัน เพราะอาจถูกกีดกันจากการติดเชื้อ จึงปรากฏกรณีที่ผู้ติดเชื้อเอาญาติมาตรวจเลือดแทน เพื่อขอใบรับรองแพทย์ไปสมัครงาน

เมื่อวิเคราะห์ปัญหาและทิศทางการทำงานที่ผ่านมา อาจประมาณการได้ว่า ในปี 2544 จังหวัดเชียงใหม่จะมีผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการรวมทั้งสิ้นประมาณไม่น้อยกว่า 25,000 คน จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์จะมีประมาณปีละ 1,200 กว่าคน ซึ่งจะทำให้มีทารกติดเชื้อถึงปีละ 300 กว่าคน เฉพาะส่วนที่ยอมเปิดเผยตัวเท่านั้น ความจริงอาจมากกว่านี้มาก นั่นหมายถึงเชียงใหม่ในปี 2544 จะประสบกับสภาวะ

- 1) สถานบริการสาธารณสุขต้องดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่มีอาการประมาณ 20,000 คน
- 2) จะมีครอบครัวเอดส์ที่ได้รับผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ไม่น้อยกว่า 20,000 ครอบครัว
- 3) จะมีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเพิ่มขึ้นจากปี 2538 จำนวน 7,366 คน ซึ่งหมายถึงว่าจะมีทารกติดเชื้อเพิ่ม 1,842 คน ส่วนที่เหลือจะเป็นกำพร้าต่อไปเนื่องจากบิดามารดาเสียชีวิต
- 4) เด็กกำพร้าจะมีสภาพจิตใจที่ย่ำแย่ เพราะนอกจากจะกำพร้าบิดามารดาแล้ว ยังอาจจะไม่ได้รับการยอมรับจากเพื่อน นอกจากนั้นส่วนใหญ่จะมีความเป็นอยู่ที่ผิดเคือง เนื่องจากไม่มีคนดูแล
- 5) ประชากรวัยแรงงาน (25-49 ปี) จะเสียชีวิตเพิ่มขึ้นจากปี 2538 อีกอย่างน้อย 6,311 คน ซึ่งจะกระทบต่อโครงสร้างประชากร กำลังผลิตและกำลังซื้อ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ดังนั้น การดำเนินงานในอนาคต จึงต้องประกอบด้วยหลายฝ่าย ทำงานไปพร้อมๆ กับการค้นหาศักยภาพขององค์กรและชุมชนที่จะมีส่วนร่วมทำงานด้านเอดส์ เพราะไม่มีองค์กรใดที่จะสามารถแก้ปัญหาได้เองทั้งหมด การประสานงานและร่วมผนึกกำลังเป็นวิธีการเดียวที่จะแก้ปัญหาได้ บทบาทของหน่วยงานสาธารณสุข นอกจากจะเกี่ยวข้องในด้านสุขภาพแล้วยังจะต้องก้าวออกไปประสานกับองค์กรต่างๆ แสวงหาแนวร่วมให้มากที่สุด เน้นการประสาน กระตุ้นและสนับสนุน ให้ทุกฝ่ายได้ทำงานตามบทบาทที่เกี่ยวข้อง

บทที่ 4

บทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรพัฒนาเอกชนในจังหวัดภาคเหนือตอนบน

การแก้ไขปัญหาเอดส์ของภาคเหนือตอนบน มีลักษณะโดดเด่นเป็นพิเศษ คือการระดมสรรพกำลังจากทุกฝ่าย/ทุกองค์กรที่เกี่ยวข้อง มาร่วมกันทำงานเพื่อต่อสู้กับปัญหาเอดส์ ตามคุณลักษณะ/จุดยืนและบทบาทหน้าที่ขององค์กรที่หลากหลายทั้งภาครัฐและเอกชน โดยการสนับสนุนของรัฐและแหล่งทุนจากภายในและภายนอกประเทศ ดังได้กล่าวมาบ้างแล้วในส่วนขององค์กรภาครัฐ (ดูบทที่ 2-3 เรื่องของ ศอชน. และศจ.) แต่สำหรับการแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรพัฒนาเอกชน ที่ทำงานในพื้นที่จังหวัดภาคเหนือตอนบน อาจแบ่งตามที่มาขององค์กรออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนที่จัดตั้งขึ้นเพื่อทำงานด้านเอดส์เป็นหลัก หรือทำงานด้านเอดส์โดยเฉพาะ และกระจายตัวอยู่ในหลายพื้นที่ หรือครอบคลุมพื้นที่ของหลายจังหวัด เช่น NAPAC/AIDSNet, ACCESS, แอ็คเซ็เตอร์, ศูนย์เพื่อนชีวิต, มูลนิธิหมอเสม พริ้งพวงแก้ว, เครือข่ายองค์กรผู้ติดเชื้อภาคเหนือ, คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภาคเหนือ รวมทั้งองค์กร/โครงการที่จัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการเฉพาะในบางพื้นที่ หรือในบางภารกิจ ซึ่งมีอยู่มากมายไม่น้อยกว่า 50 องค์กร/โครงการ บางองค์กร/โครงการก็มีลักษณะถาวร แต่บางองค์กร/โครงการก็เกิดขึ้นชั่วคราว ตามความเอื้ออำนวยของการได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนในสภาวะนั้นๆ ซึ่งส่วนใหญ่จะทำงานอยู่ในจังหวัดที่มีปัญหาการระบาดของโรคเอดส์รุนแรง เช่น เชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา

อีกกลุ่มหนึ่งคือ องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านอื่นอยู่แล้ว แต่เพิ่มบทบาทการทำงานด้านเอดส์ อันเป็นการปรับตัวขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านอื่น แต่เมื่อปัญหาเอดส์กลายเป็นปัญหาหลักของชุมชน จึงผนวกเอาพันธกิจเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาเอดส์ เข้าเป็นบทบาทหน้าที่หนึ่งขององค์กรด้วย เช่น องค์การแคร์นานาชาติ-ประเทศไทย, เครือข่ายคริสต์จักรภาคเหนือ, องค์การบรรเทาทุกข์แห่งคริสต์จักรนอร์เวย์, มูลนิธิฟื้นฟูชนบท, มูลนิธิศุภนิมิต-ประเทศไทย, องค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข, สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน, มูลนิธิพัฒนาชุมชนในเขตภูเขา, YMCA, และองค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆ ในภาคเหนือตอนบนอีกมากมาย ซึ่งมากกว่ากลุ่มแรกและเกือบจะทั้งหมดมีส่วนเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาเอดส์ ไม่ทางใดก็ทางหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม บทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรพัฒนาเอกชนในภาคเหนือตอนบน ที่จะนำเสนอในที่นี้ ไม่อาจจะนำเอาประสบการณ์ของทุกองค์กรมาเสนอได้ แต่จะนำเสนอในภาพรวมของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ โดยมี NAPAC/AIDSnet และคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภาคเหนือ เป็นแม่ข่าย แต่เพื่อจะให้มองเห็นบทบาทและบทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรมในส่วนขององค์กรพัฒนาเอกชน จึงได้นำเสนอเป็นกรณีตัวอย่างประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรพัฒนาเอกชน ที่ทำงานด้านเอดส์บางองค์กร ซึ่งมีความชัดเจนและมีลักษณะเฉพาะ

4.1 ภาพรวมการทำงานด้านเอดส์ของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนในจังหวัดภาคเหนือตอนบน

4.1.1 เครือข่าย NAPAC/AIDSNet

องค์กรพัฒนาเอกชน มีส่วนสำคัญในการร่วมแก้ไขปัญหาเอดส์มาตั้งแต่เริ่มการระบาดของโรคเอดส์ แต่ที่ริเริ่มการแก้ไขปัญหายังเป็นระบบและเป็นเครือข่าย เกิดขึ้นหลังปี 2535 นำโดย โครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ (Thai-Australia Northern AIDS Prevention and Care Program หรือ NAPAC) ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของรัฐบาลไทยกับรัฐบาลออสเตรเลีย ร่วมกันจัดตั้ง NAPAC ขึ้นเป็นองค์กรอิสระและเอกเทศ มีระยะเวลาทำการ 5 ปี (2536-2540)

โดยใน 4 ปีแรก NAPAC ได้รับการสนับสนุนงบประมาณราว 70 ล้านบาท มีพันธกิจหลัก คือการประสานงานและสนับสนุนองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับเอดส์ในพื้นที่ และเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรเหล่านั้น มีการช่วยเหลือทั้งทางด้านการเงินและงบประมาณ เพื่อให้สามารถทำงานได้ องค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับเอดส์จะเป็นใครก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นบุคคล/องค์กร/ทีมงาน NGO ไม่มีข้อจำกัด แต่จะจำกัดเฉพาะลักษณะงานที่ไม่สนับสนุนงบประมาณในบางเรื่อง เช่น โครงการที่มีแต่งบบริหาร หรือสังคมสงเคราะห์ หรืองานวิจัยบริสุทธิ์ ยกเว้นงานวิจัยประยุกต์ หรืองานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่สนับสนุนและสอดคล้องกับเป้าหมาย คือ การลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และช่วงแรกของแผน จะเน้นการทำงานในพื้นที่ที่มีปัญหามากที่สุด เช่น จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา

ตามแผนงาน 5 ปี ของ NAPAC เมื่อมีการทำงานไประยะหนึ่ง จะมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนการทำงาน เช่น ขยายพื้นที่ไปอีก 3 จังหวัดในภาคเหนือตอนบนที่เหลือคือ ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน เพราะ NAPAC ได้มีบทบาทสำคัญในการทำงานแก้ปัญหาเอดส์คู่ขนานกันกับภาครัฐ ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนการทำงานเป็นเครือข่ายโดยมี ศูนย์อำนวยการต้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน (ศอตนบ.) เป็นแม่ข่ายภาครัฐ ในขณะที่ NAPAC กลายเป็นแม่ข่ายภาคเอกชน จึงมีส่วนสำคัญในการเสริมช่องว่างของภาครัฐที่ไม่คล่องตัว ไม่ยืดหยุ่น เข้าถึงได้ยาก ติดกรอบความคิดแบบราชการและมีระเบียบกฎเกณฑ์พันธนาการมากมาย ซึ่ง NAPAC อาศัยความเป็นองค์กรอิสระและคล่องตัว เป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้เกิด NGO และเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อ/องค์กรชุมชน/โครงการขึ้นมากมาย เพื่อจัดการกับปัญหาของตน รวมทั้งการสร้างอำนาจต่อรองการแก้ไขปัญหามาตรึงต่อภาครัฐ เป็นการปลุกกระดมและสร้างกระแสให้ทุกฝ่าย โดยเฉพาะภาคเอกชนและชุมชน หันมามานึกกำลังกันสู้ภัยเอดส์อย่างเป็นขบวนและเป็นระบบ

อย่างไรก็ตาม เมื่อดำเนินงานไปได้เพียง 4 ปี ทางรัฐบาลออสเตรเลีย ได้เปลี่ยนนโยบายไม่สามารถสนับสนุนต่อได้ แต่ก็ได้ช่วยจัดหาทุนจากโครงการเอดส์สหภาพยุโรป (EC) มาสนับสนุน NAPAC ให้มีการดำเนินงานต่อไป โดยปรับ NAPAC เดิมให้อยู่ในรูปของมูลนิธิ จึงเกิดเป็นมูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ (AIDSNet) โดยยังคงสืบทอดเจตนารมณ์และพันธกิจ รวมทั้งยังยึดรูปแบบการทำงานและเครือข่ายองค์กรสมาชิกของ NAPAC เดิมไว้ทุกประการ เพียงแต่ AIDSNet ได้ขยายฐานกว้างกว่าเดิมคือ ครอบคลุมพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนืออีก 19 จังหวัด

โดยมีสำนักงานโครงการอยู่ที่จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งรับผิดชอบการสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ในจังหวัดภาคเหนือตอนบน ส่วนสำนักงานคู่ขนานที่จังหวัดอุบลราชธานี มีหน้าที่จัดการดูแลกิจกรรมต่างๆ ในภาคอีสาน กิจกรรมเหล่านี้ควบคุมดูแลโดยคณะกรรมการบริหารจัดการโครงการ บุคคลที่เข้าร่วมคณะกรรมการดังกล่าวจะเป็นผู้มีประสบการณ์และมีความเข้าใจประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโครงการด้านเอดส์ ประกอบด้วยตัวแทนจาก EC, มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์, หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง, สถาบันการศึกษา, องค์กรพัฒนาเอกชน และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ จึงมีบทบาทสำคัญในการช่วยสร้างความตระหนักต่อปัญหาเอดส์ และพัฒนาขีดความสามารถขององค์กรต่างๆ ที่ทำงานกับประชาชน ทั้งในชนบทและในเมือง ซึ่งได้รับผลกระทบและเสี่ยงต่อการรับเชื้อเอชไอวี ประชากรเหล่านี้ได้แก่ ชนกลุ่มน้อย เด็กเร่ร่อน คนยากจน ผู้ใช้แรงงานพลัดถิ่นที่ยากจนและด้อยโอกาส ซึ่งทำงานก่อสร้างค่าแรงต่ำ หรือขายบริการทางเพศราคาถูกจากภาคเหนือ-ภาคอีสานของไทย จากพม่า และจากจีนตอนใต้ ซึ่งกำลังเพิ่มจำนวนมากขึ้นเรื่อยๆ

ดังนั้น โครงการพัฒนาเครือข่ายเอดส์ จึงมีวัตถุประสงค์ที่จะให้การสนับสนุนด้านวิชาการ ให้ทุนสนับสนุนการทำกิจกรรม ส่งเสริมและสนับสนุนการสร้างเครือข่ายและความร่วมมือ รวมทั้งเปิดโอกาสให้หน่วยงานทั้งของไทยและประเทศเพื่อนบ้านได้เรียนรู้ประสบการณ์ของประเทศไทยในเรื่องงานป้องกันและดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผ่าน AIDSNet ซึ่งจะให้ความสำคัญกับโครงการที่มีเนื้อหาครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายคือ

- บุคลากร ซึ่งอาจมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง ได้แก่ผู้พลัดถิ่นที่ยึดอาชีพขายบริการทางเพศทั้งหญิง-ชาย ลูกค้าของคนเหล่านี้ และชนกลุ่มน้อยที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด
- เยาวชนที่อาจถูกชักจูงให้เข้าสู่กิจกรรมที่มีความเสี่ยงสูง และผู้ให้บริการที่เข้าถึงกลุ่มบุคคลที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข นักพัฒนา ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ หรือตำรวจ
- ชนกลุ่มน้อยและผู้ไม่รู้หนังสือ ซึ่งไม่สามารถเข้าถึงกิจกรรมชุมชน ในด้านป้องกันดูแลผู้ติดเชื้อ
- ประชากรทั่วไป ซึ่งมีแนวโน้มที่จะต้องมีส่วนเกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- ผู้ใช้แรงงานพลัดถิ่นภายในประเทศไทย และที่มาจากต่างประเทศ
- เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
- องค์กรชุมชนที่สามารถพัฒนากิจกรรมพึ่งตนเองได้

แม้จะเป็นระยะเวลาเพียง 4 ปี แต่บทเรียนที่ NAPAC ได้รับและเผชิญมีมากมาย ดังจะกล่าวในรายละเอียดของบทที่ 5 ตอนสัมภาษณ์ผู้บริหารของ NAPAC/AIDSNet (ดร.อุสา ดวงสา) โดยเฉพาะการเป็นตัวเร่งให้เกิดการแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างเป็นขบวนการเป็นระบบ ทั้งในส่วนของภาครัฐและภาคเอกชน โดยการสร้างเวที/โอกาส โดยการเป็นพี่เลี้ยงให้กับกลุ่ม/องค์กรประชาชนเล็กๆ ที่เข้าไม่ถึงในระบบของรัฐ/ระบบอื่นๆ ได้มีบทบาทในการร่วมแก้ไขปัญหของตนและสังคม ขณะเดียวกันก็เป็นกลไกสำคัญในการเสริมช่องว่างให้เกิดการแก้ไขปัญหแบบเครือข่ายคู่ขนานระหว่างรัฐ-เอกชน โดยการเป็นแม่ข่ายภาคเอกชน คู่กับแม่ข่ายภาครัฐ คือ ศอบน. ดังได้กล่าวแล้วในบทที่ 2

4.1.2 เครือข่าย คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภาคเหนือ

แม้จะมี NAPAC/AIDSNet เป็นแม่ข่ายให้กับบรรดา องค์กร/โครงการพัฒนาเอกชน ได้เกิด หรือได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณคู่กันกับ สอนบ. ที่เป็นแม่ข่ายให้กับองค์กรภาครัฐ (ศอจ.) และภาคเอกชนที่เป็นระบบองค์กรชัดเจน แต่ทั้ง 2 แม่ข่าย ต่างก็ทำหน้าที่เป็น ผู้จัดการ/ผู้ประสานงานการสนับสนุนด้านเงินทุน (Funding Agency Manager) หรืออีกนัยหนึ่งคือ เป็นผู้ให้เงินทุนสนับสนุน ซึ่งก็ถูกมองว่าอยู่คนละฝั่งกับผู้รับทุน หรือผู้ปฏิบัติการในพื้นที่จริงฯ ดังนั้น เครือข่ายของ NAPAC/AIDSNet หรือเครือข่ายของ สอนบ. จึงเป็นเครือข่ายระหว่าง ผู้ให้ทุน/ผู้ให้การสนับสนุน กับ ผู้รับทุน/ผู้รับการสนับสนุน

แต่ในบรรดา ผู้รับทุน/ผู้รับการสนับสนุน ที่ปฏิบัติการอยู่ในพื้นที่ด้วยกัน ยังขาดการเชื่อมโยงกันเองเป็นเครือข่ายของผู้ปฏิบัติการ ทั้งในลักษณะของ ทวิภาคี หรือ พหุภาคี ในส่วนขององค์กรภาครัฐ (ศอจ./ศออ./ศอต.) นั้น เป็นไปตามโครงสร้างการบริหาร/การบังคับบัญชาของทางราชการอยู่แล้ว แต่ในส่วนขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงาน/เกี่ยวข้องในด้านเอดส์ ไม่มีโครงสร้างการเชื่อมโยงเหมือนภาครัฐ ต่างเป็นอิสระแก่กัน และบางครั้งก็ตกอยู่ในฐานะคู่แข่งกัน ที่ต้องแย่งชิงความได้เปรียบในการเป็นผู้รับการสนับสนุนด้วยซ้ำ ทำให้การเคลื่อนไหวไหลถ่ายเทและแลกเปลี่ยนประสบการณ์กัน หรือการร่วมมือและเสริมแรงซึ่งกันและกันเกิดขึ้นได้ยาก แม้ทั้งสองแม่ข่าย (NAPAC/AIDSNet และสอนบ.) ได้พยายามเป็นคนกลางและเวทีกลางให้กับบรรดาผู้ได้รับการสนับสนุนทั้งหลาย แต่ก็ทำได้เพียงระดับหนึ่งเท่านั้น เพราะบางเรื่องเป็นความจำเป็นที่จะต้องเกิดความร่วมมือกันระหว่างผู้ปฏิบัติการในพื้นที่ หรือเป็นภารกิจระหว่าง เครือข่ายทวิภาคี หรือพหุภาคี โดยตรง

ดังนั้น เพื่อเสริมช่องว่างดังกล่าว จึงเกิดคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภาคเหนือ เป็นการรวมตัวกันอย่างหลวมๆ ขององค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนเกือบ 50 องค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับเอดส์ใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ทั้งนี้เพื่อจะช่วยให้การทำงานแก้ไขปัญหาเอดส์ในส่วนขององค์กรพัฒนาเอกชน มีความเป็นเครือข่ายที่มีเอกภาพ สามารถจะเป็นศูนย์ประสานงานการติดต่อสื่อสารข้อมูลและความร่วมมือเกี่ยวกับการทำงานเรื่องเอดส์ ทั้งภายในองค์กรสมาชิกด้วยตนเองและกับองค์กรภายนอก โดยเฉพาะกับองค์กรภาครัฐ นอกจากนั้นยังเป็นเวทีกลางการจัดกิจกรรมและการประชุมสัมมนาขององค์กรสมาชิกกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ/องค์กรชุมชน รวมทั้งเป็นศูนย์ประสานงานการพัฒนาและการเสริมสร้างศักยภาพให้กับบุคลากรขององค์กรสมาชิก

จุดเริ่มต้นของการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ ก็เริ่มมาตั้งแต่ช่วง ปี 2535 ที่เริ่มมีผู้ติดเชื้อเปิดเผยตัวในเชียงใหม่เพิ่มมากขึ้นและเกิดปัญหาความตื่นกลัวของชุมชนที่ไม่ยอมรับ/รังเกียจผู้ติดเชื้อ องค์กรพัฒนาเอกชนหลายองค์กรที่ทำงานพัฒนาชุมชนในด้านอื่นๆ เช่นองค์การแคร์ เอ็มเพาเวอร์ มูลนิธิฟื้นฟูชนบทฯ ประมาณ 7-8 องค์กร ต้องหันมาให้ความสนใจและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเอดส์ แต่เนื่องจากไม่มีทักษะและประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาเอดส์มาก่อน จึงได้หารือร่วมกันถึงความร่วมมือในการทำงานด้านเอดส์ขององค์กรพัฒนาเอกชนในลักษณะของเครือข่าย

โดยสิ่งแรกที่ทุกองค์กรเห็นพ้องต้องร่วมมือกันก่อนคือ ร่วมกันพัฒนาศักยภาพขององค์กร โดยการเพิ่มความรู้ความเข้าใจและทักษะการให้คำปรึกษาในด้านเอดส์แก่องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานพัฒนาชุมชนด้านอื่นอยู่แล้ว โดยเฉพาะทักษะการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ เพราะสถานการณ์ในช่วงนั้น เมื่อผู้ติดเชื้อรู้ว่าติดเชื้อก็มักจะคิดฆ่าตัวตาย โดยไม่มีการให้คำปรึกษาและกำลังใจในการต่อสู้กับผู้ติดเชื้อ นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทั้งด้านการป้องกันการแพร่ระบาดและการดูแลผู้ติดเชื้อ

ดังนั้นองค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนหนึ่งดังกล่าว จึงเริ่มก่อตัวกันเป็นเครือข่ายขึ้นอย่างหลวมๆ โดยเน้นในด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อและการรณรงค์ป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ และในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน (ปี 2536) ก็เกิดโครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ (NAPAC) ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนเงินทุนเพื่อแก้ปัญหาเอดส์ของภาคเอกชน อีกทั้งเป็นแหล่งความรู้ด้านเอดส์และมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวกันขององค์กรพัฒนาเอกชนและผู้ติดเชื้อ

จนเมื่อปี 2537 ผู้ติดเชื้อเริ่มรวมตัวกันติดและเกิดกลุ่มเพื่อนชีวิตใหม่ขึ้นที่เชียงใหม่ โดยมี NAPAC เข้ามาให้การสนับสนุน และให้ผู้ติดเชื้อเป็นวิทยากรในการเผยแพร่ประสบการณ์ข้อเท็จจริง เพื่อให้ประชาชนได้เข้าใจผู้ติดเชื้อดีขึ้น แต่ชุมชนส่วนใหญ่ในขณะนั้นยังไม่ค่อยยอมรับผู้ติดเชื้อ และทำให้เกิดช่องว่างและปัญหาความขัดแย้งในชุมชนสูง

ดังนั้นทางเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเอดส์จึงต้องปรับทิศทางการทำงานใหม่ โดยเริ่มต้นไปให้ความสนใจชุมชนมากขึ้น แทนที่จะพุ่งเป้าไปที่กลุ่มผู้ติดเชื้อ ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนยอมรับผู้ติดเชื้อและสามารถอยู่ร่วมกันกับครอบครัวได้อย่างปกติ โดยทำความเข้าใจและให้ความรู้เกี่ยวกับเอดส์ที่ถูกต้อง ลุ่มลึกเพียงพอที่จะช่วยปรับทัศนคติของคนในชุมชน และร่วมกันแก้ไขปัญหาเอดส์ที่เกิดขึ้นในชุมชนของตน โดยมี NGO เป็นพี่เลี้ยง เมื่อมีกลุ่มผู้ติดเชื้อมากขึ้น ก็ทำให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามาร่วมทำงานเอดส์กันมากขึ้นและทำให้เครือข่ายมีสมาชิกเพิ่มขึ้นด้วย

ในช่วงปี 2538-2539 หลังจากที่ภาครัฐได้จัดตั้ง คอนบ. ในปลายปี 2537 ช่วยให้ NGO มีแหล่งสนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ทำให้องค์กรสมาชิกเพิ่มขึ้นจนมีจำนวนเกือบ 50 องค์กร ขณะเดียวกัน ก็มีกลุ่มผู้ติดเชื้อเกิดขึ้นอย่างมากมายเช่นเดียวกัน จนมีกลุ่มผู้ติดเชื้อทั้ง 6 จังหวัดรวมแล้วประมาณ 200 กลุ่ม และกลุ่มผู้ติดเชื้อในแต่ละจังหวัดก็รวมตัวกันเป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อจังหวัด จากการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้ติดเชื้อและการมีแหล่งงบประมาณสนับสนุนเพิ่มขึ้น ทำให้องค์กรสมาชิกต้องทำงานในพื้นที่มากขึ้น โดยมุ่งให้ผู้ติดเชื้ออยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข รวมทั้งมีบทบาทและมีคุณค่าต่อสังคม เป็นที่ยอมรับของสังคม

ขณะเดียวกัน การทำงานของเครือข่ายองค์กรก็ได้เพิ่มความเป็นระบบที่ชัดเจนมากขึ้นด้วย มีการแบ่งงานออกเป็นหมวดๆ แต่ละองค์กรสมาชิกสามารถเลือกทำหมวดงานตามความสนใจและความถนัดของตน โดยมีคณะกรรมการจากตัวแทนองค์กรสมาชิกและจากตัวแทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อระดับจังหวัด มาร่วมเป็นกรรมการ ในช่วงหลังองค์กรสมาชิกที่ทำงานกับชาวเขาได้แยกตัวเป็นเครือข่ายเอดส์และยาเสพติด

ชาวเขาออกไปต่างหาก แต่ก็ยังทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด ในแผนงานของ ปี 2540 ทางเครือข่ายองค์กรได้ปรับหมวดงานตามสถานการณ์ใหม่ออกเป็น 5 หมวด ได้แก่

- หมวดงานรณรงค์และผลักดันนโยบาย
- หมวดงานพัฒนาบุคลากรและระบบข้อมูล
- หมวดงานสนับสนุนองค์กรชุมชนและผู้ติดเชื้อ
- หมวดงานเด็ก
- หมวดงานเยาวชน

ดังนั้น คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภาคเหนือ จึงปรับบทบาทหน้าที่ให้มีความเข้มข้นมากขึ้นเป็น 3 ด้านได้แก่

- (1) เป็นศูนย์ประสานงานด้านเอดส์ขององค์กรเอกชนที่ทำงานในพื้นที่จังหวัดภาคเหนือตอนบน
- (2) เสริมสร้างศักยภาพในการทำงานด้านเอดส์ของสมาชิก
- (3) สนับสนุนและประสานความร่วมมือกับภาครัฐบาลในการดำเนินงานด้านเอดส์ในพื้นที่จังหวัดภาคเหนือตอนบน โดยมีตัวแทนไปร่วมเป็นกรรมการใน ศอนบ. ด้วย (กล่าวแล้วในบทที่ 2)

ผลของการร่วมเป็นเครือข่ายเอดส์ก็คือ การสร้างพลังอำนาจต่อรองแก่องค์กรสมาชิก ที่ทั้งภาครัฐและแหล่งทุนภาคเอกชน ให้ความสำคัญ เชื้อติด และอยากสนับสนุน เนื่องจากมีความสะดวกต่อการเข้าถึงและการติดต่อประสานงาน อีกทั้งมีเอกภาพและความเป็นระบบในการทำงานแก้ไขปัญหา ทำให้องค์กรสมาชิกที่กระจายตัวและครอบคลุมพื้นที่กว้าง มีศักยภาพในการเข้าถึงและแก้ไขปัญหาที่ไม่ซ้ำซ้อนกัน แต่กลับเสริมแรงซึ่งกันและกัน พึ่งพาเอื้ออาทรกัน เป็นการรวมพลังจุดแข็งของแต่ละองค์กร เพื่อสร้างโอกาสในการทำงานแก้ปัญหาชุมชนที่นับวันจะมีความสลับซับซ้อนมากขึ้นเรื่อยๆ จนขีดความสามารถขององค์กรหนึ่งองค์กรใด ไม่อาจแก้ปัญหาได้โดยลำพัง

แต่การร่วมเครือข่ายก็มีจุดอ่อนและมีข้อจำกัดมากมายเช่นกัน ตั้งแต่เรื่องความจริงใจและความร่วมมือของสมาชิกเครือข่าย โดยเฉพาะองค์กรใหญ่ที่มีโอกาสมาก ก็มักจะไม่ให้ความสำคัญกับเครือข่ายเท่าที่ควร หรือในกรณีที่แหล่งทุนสนับสนุนลดลง การแสวงหางบประมาณมาสนับสนุน/ป้อนเครือข่าย อาจทำได้ไม่ทั่วถึงทุกองค์กรสมาชิก ซึ่งก็อาจนำไปสู่การดิ้นรน ต่อสู้ แข่งขัน แย่งชิงผลประโยชน์กันเอง ซึ่งจะทำให้เครือข่ายได้ ดังมีรายละเอียดจะกล่าวไว้ในบทที่ 5 ตอนสัมภาษณ์ ผู้ประสานงานคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภาคเหนือ (คุณอำพา เกตุสถิตย์)

ดังนั้น จึงอาจกล่าวได้ว่า การรวมตัวเป็นเครือข่ายการแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกันขององค์กรสมาชิกเป็นรูปแบบการปรับตัวขององค์กรพัฒนาเอกชนรูปแบบหนึ่ง ที่จะต้องปรับบทบาทและภาระหน้าที่ให้ทันสมัยและเป็นปัจจุบันอยู่ตลอดเวลา โดยมีประเด็นปัญหาวิกฤต เช่น ปัญหาเอดส์ เป็นตัวชูโรง ขณะเดียวกันเมื่อสถานการณ์เปลี่ยนไป เครือข่ายก็พร้อมจะปรับตัวเข้าหาประเด็นปัญหาใหม่ๆ ได้ในทันที

4.2 กรณีตัวอย่างประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์

4.2.1 องค์กรแคร์นานาชาติ-ประเทศไทย (CARE International-Thailand)

(1) พื้นที่ดำเนินการและเครือข่ายการทำงาน:

- จังหวัดเชียงใหม่ ได้แก่ อำเภอพร้าว อำเภอดอยสะเก็ด อำเภอแมริม และกิ่งอำเภอแม่ฮ่อน
- จังหวัดเชียงราย ได้แก่ อำเภอแม่จัน อำเภอเมือง อำเภอเชียงของ และอำเภอพญาเม็งราย
- จังหวัดพะเยา ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอจุน และอำเภอดอกคำใต้

(2) ภูมิหลัง/ประวัติความเป็นมาขององค์กร:

องค์กรแคร์นานาชาติ ได้ก่อตั้งขึ้นเป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อปี 2488 ซึ่งเป็นปีที่สงครามโลกครั้งที่สองสงบลง สาเหตุของการก่อตั้งองค์กรแคร์เนื่องจากคนอเมริกากลุ่มหนึ่งที่เป็นแนวหลัง มีความต้องการที่จะช่วยเหลือทหารอเมริกันที่เดินทางไปร่วมรบในสมรภูมิยุโรปและได้รับความลำบากเป็นอย่างมากจากภัยสงครามจึงร่วมกันตั้งกลุ่มขึ้นเรียกว่า Cooperative for American Relief Everywhere (CARE) หรือ แคร์ เมื่อสงครามโลกครั้งที่สองสงบลง องค์กรแคร์ก็ไม่ล้มเลิก แต่ยังคงดำเนินการให้ความช่วยเหลือชาวโลกที่ประสบความลำบาก ทั้งจากภัยสงครามและจากภัยธรรมชาติตลอดมา

ปัจจุบัน องค์กรแคร์นานาชาติ ได้ก่อตั้งมาครบ 50 ปี และชื่อเต็มขององค์กรได้เปลี่ยนมาเป็น Cooperative for Assistance Relief Everywhere (CARE) และมีองค์กรแคร์เกิดขึ้นในอีกหลายประเทศทั่วโลกประมาณเกือบ 50 ประเทศ ซึ่งนับได้ว่าเป็นองค์กรสาธารณกุศลที่ใหญ่ที่สุดในโลกก็ว่าได้

เมื่อเกิดสงครามขึ้นในประเทศกัมพูชา องค์กรแคร์นานาชาติ เป็นหน่วยงานหนึ่งที่เข้ามาช่วยเหลือผู้ลี้ภัยอินโดจีนในครั้งนั้น โดยเข้ามาตั้งสำนักงานขึ้นในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ.2522 และได้รับเจ้าหน้าที่คนไทยเข้ามาร่วมงานช่วยเหลือผู้ลี้ภัยตามชายแดน เมื่อภาระในการช่วยเหลือผู้ลี้ภัยอินโดจีนลดลง ในปี พ.ศ. 2525 องค์กรแคร์จึงได้เริ่มงานในหมู่บ้านไทยขึ้นในพื้นที่อำเภอแม่แจ่ม จังหวัดเชียงใหม่ โดยทำโครงการอนุรักษ์ทรัพยากรธรรมชาติ

เมื่อการระบาดของโรคเอดส์ในพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทยรุนแรงขึ้น องค์กรแคร์จึงได้เริ่มโครงการด้านเอดส์ขึ้นครั้งแรกในปี 2535 ในลักษณะโครงการทดลอง และต่อมาในปี 2536 องค์กรแคร์ร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ จึงได้เริ่มโครงการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในชุมชน (Living With AIDS) ขึ้นในพื้นที่บางหมู่บ้านในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา

ปี 2537 องค์กรมีโครงการปลอดภัยจากเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนในชนบท (Motivation for Safer Sex for Youth in Rural Area) อำเภอเมืองและอำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย โดยทำงานร่วมกับศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน จังหวัดเชียงราย สืบเนื่องจากจังหวัดเชียงรายเกิดวิกฤตการณ์ด้านการระบาดของโรคเอดส์สูงสุดในจังหวัดภาคเหนือตอนบน โดยมีสาเหตุการระบาดของโรคมาจากประชากร 2 กลุ่ม คือ เยาวชนหญิงที่ไปขายบริการทางเพศและเยาวชนชายที่ไปรับจ้างทำงาน

ในระยะแรกการดำเนินงานเอชไอวีของหน่วยงานรัฐ มุ่งเป็นการเผยแพร่ความรู้ การรณรงค์ใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการทางเพศ แต่ยังไม่สามารถหยุดยั้งเอชไอวีได้ เพราะว่าเยาวชนในชนบทมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV สูง การเผยแพร่ความรู้ในระดับกว้างไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรม จึงได้จัดทำโครงการปลอดเอชไอวีจากเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชนบทขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์มุ่งจะลดอัตราการระบาดและอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ HIV ด้วยการเพิ่มความรู้สร้างความตระหนักและชักจูงใจเยาวชนชนบทให้มีส่วนร่วมในกิจกรรมการป้องกันและควบคุมการระบาดของ HIV อันนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมทางเพศ การดำเนินการของโครงการผ่านเครือข่ายหน่วยงานของรัฐและระบบงานของการศึกษานอกโรงเรียน ซึ่งโครงการจัดอบรมครูการศึกษาชนบททุกคนในอำเภอแม่จันและอำเภอเมือง เพื่อสนับสนุนอาสาสมัครเยาวชนอำเภอละ 100 คน เผยแพร่ความรู้โดยเป็นวิธีการสนทนาแบบตัวต่อตัวและประชุมกลุ่มย่อย

ปี 2539 เริ่มโครงการการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวในชุมชนแบบผสมผสานใน 2 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ อำเภอพร้าว, อำเภอดอยสะเก็ด และจังหวัดเชียงรายในอำเภอเวียงของ, อำเภอพญาเม็งราย จำนวน 50 หมู่บ้าน

(3) นโยบาย / เป้าหมาย และจุดเน้น:

เป้าหมายหลักคือ ให้คนในหมู่บ้าน มีความเข้าใจ เห็นใจผู้ติดเชื้อ และให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในชุมชน ตลอดจนจัดกิจกรรมเพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอชไอวี โดยมีอาสาสมัครและพี่เลี้ยงในโครงการที่ได้รับการคัดเลือกและผ่านการอบรมเป็นแกนนำในการดำเนินงาน และจากการดำเนินงานตามโครงการพบว่าปัญหาใหม่หลายอย่างเกิดขึ้นในหมู่บ้าน อันเนื่องมาจาก ผลกระทบของโรคเอชไอวี เช่น การสูญเสียรายได้ของครอบครัว เมื่อสามี ภรรยา หรือทั้งสองคนล้มป่วยด้วยโรคเอชไอวี จำนวนเด็กติดเชื้อและเด็กกำพร้าที่ผู้ปกครองเสียชีวิต จึงได้จัดทำโครงการต่อเนื่อง เพื่อตอบสนองต่อปัญหาดังกล่าว เช่น โครงการการดูแลผู้ติดเชื้อและครอบครัวในชุมชนแบบผสมผสาน โครงการการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในชุมชน

(4) ยุทธศาสตร์และกระบวนการทำงาน:

เสริมสร้างความเข้มแข็งของครอบครัวและชุมชนที่ด้อยโอกาส เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อตลอดจนครอบครัวในชุมชน โดยเน้นความร่วมมือกับหน่วยงานและเครือข่ายทั้งภาครัฐและเอกชน/องค์กรชุมชน เพื่อให้เกิดรูปแบบการทำงานที่มีประสิทธิภาพ ด้านการป้องกันและลดผลกระทบจากเอชไอวีที่สามารถนำไปใช้ในระดับกว้าง โดยมีเป้าหมายที่จะทำงานร่วมกับผู้ด้อยโอกาสในเขตชนบทและเขตเมือง เช่น ครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี กลุ่มเยาวชน กลุ่มแรงงานอพยพ และชนกลุ่มน้อย จึงกำหนดยุทธศาสตร์และกระบวนการทำงานเป็น 2 แนวทาง คือ

1) แนวทางการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ Living With AIDS โดยเน้น:

- ให้ชุมชนมีความเข้าใจ ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ และริเริ่มกิจกรรมด้านการป้องกันและการให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว

- สร้างเครือข่ายระหว่างอาสาสมัครของโครงการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในชุมชน เพื่อให้การดูแลผู้ติดเชื้อที่บ้าน ตลอดจนการให้คำปรึกษา

- สร้างเสริมเครือข่ายระบบการดูแลผู้ติดเชื้อแบบครบวงจรในชุมชนให้เข้มแข็ง โดยอาศัยทรัพยากรและโครงการที่มีอยู่ ทั้งของภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชน

มียุทธศาสตร์หลักในการวางแผนและปฏิบัติการที่หลากหลายและผสมผสาน (Multi-dimensional) ให้ความสำคัญแก่ความเป็นอยู่ของครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์มากกว่าตัวบุคคล ส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและการปฏิบัติการ ในกิจกรรมที่เกี่ยวกับการป้องกันและความช่วยเหลือแก่ครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ โดยใช้ประโยชน์จากองค์กรต่างๆ ที่มีอยู่แล้วทั้งองค์กรของรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชนผู้ติดเชื้อและครอบครัว เข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและการประเมินความจำเป็นของครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ (needs assessment) การใช้อาสาสมัครโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยเป็นยุทธศาสตร์หลักในการเข้าถึงผู้ติดเชื้อเอดส์และชุมชน

โดยอาสาสมัครมีบทบาทหน้าที่กระตุ้นหรือจัดกิจกรรมในหมู่บ้าน เพื่อให้ชุมชนมีความเข้าใจเรื่องเอดส์ การอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ และให้ชุมชนมีกิจกรรมที่ส่งเสริม/ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว ให้ความรู้และคำปรึกษาในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่บ้าน ตลอดจนเป็นส่วนหนึ่งของระบบการส่งต่อผู้ป่วยโดยประสานกับองค์กรที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อด้านต่างๆ โดยผ่านพี่เลี้ยงเช่น ค่ายรักษาพยาบาล, อาชีพ และการศึกษานูต

2) แนวทางการปลอดเอดส์จากเพศสัมพันธ์ของกลุ่มเยาวชนในชนบท โดยเน้น:

- ส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องและใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์
- ลดการไปเที่ยวสถานเริงรมย์ที่จะนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์
- ลดการมีเพศสัมพันธ์กับคนหลายคน
- ส่งเสริมการต่อรองกับคู่ของตัวเองเพื่อให้มีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

โดยดำเนินงานผ่านอาสาสมัครเยาวชนและจัดกิจกรรมที่มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทิศทางที่ปลอดจากการติดเชื้อเอดส์ เช่น การสนทนากลุ่มย่อย การจัดนิทรรศการ และการแสดงละครหุ่น

(5) แหล่งเงินทุนสนับสนุน / แหล่งรายได้ขององค์กร:

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) มูลนิธิเอดส์โลก องค์การอนามัยโลก โครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือตอนบน และกระทรวงสาธารณสุข

(6) แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การแก้ปัญหาเอดส์และผลการดำเนินงานที่เด่นชัด:

1) โครงการการศึกษาและพัฒนาสื่อที่ใช้ในการทำงานด้านเอดส์ (ม.ค.2535 - มี.ค.2536) นับเป็นโครงการแรกในงานด้านเอดส์ขององค์การแคว้นนานาชาติประเทศไทย โดยทดลองดำเนินงานในพื้นที่ของจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา ทั้งนี้โดยร่วมกับสถาบันวิจัยสังคม มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก

2) โครงการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อในชุมชน (Living With AIDS) (ม.ค.2536 - พ.ค.2539) ดำเนินการในบางหมู่บ้านของจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา (รวม 42 หมู่บ้าน) ประสานงานร่วมกับคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน ของทั้ง 3 จังหวัด โดยได้รับการสนับสนุนจาก มูลนิธิเอดส์โลก (World AIDS Foundation) โครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือตอนบน และกระทรวงสาธารณสุข

3) โครงการส่งเสริมเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มหนุ่มสาวในชนบท (Motivation for Safer Sex for Youth in Rural Area) (ก.พ.2537-ม.ค.2540) เป็นโครงการที่เน้นในกลุ่มเยาวชนชนบท โดยเข้าดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมือง อำเภอแม่จัน จังหวัดเชียงราย ร่วมกับศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน จังหวัดเชียงราย และถือเป็นโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของจังหวัดเชียงรายด้วย โดยการสนับสนุนของโครงการเอดส์แห่งสหภาพยุโรป

4) โครงการพัฒนารูปแบบการดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัวแบบครบวงจรในชนบท (Comprehensive Care for persons with AIDS and Families in Rural Area) (มี.ค.2538-พ.ค.2539) เป็นโครงการที่ร่วมทำงานกับสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต10 และหน่วยงานทั้งภาครัฐและภาคเอกชน เพื่อที่จะหารูปแบบการดำเนินงานในลักษณะการดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัวแบบครบวงจรให้ดีที่สุด เพื่อประโยชน์ในการดำเนินการด้านเอดส์ในพื้นที่ภาคเหนือ

5) โครงการการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัวในชุมชนแบบผสมผสาน (เม.ย.2539-ก.ค.2541) เป็นโครงการที่ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อและครอบครัวในชุมชนให้เป็นไปอย่างสมบูรณ์และต่อเนื่อง เน้นการทำงานที่ได้ผลยั่งยืนและสามารถนำไปใช้ปฏิบัติได้ในท้องถิ่น โครงการมีพื้นที่การทำงานอยู่ใน 50 หมู่บ้านในอำเภอพญาเม็งราย อำเภอเวียงของจังหวัดเชียงราย และอำเภอพร้าว อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ โดยได้รับการสนับสนุนจากโครงการโรคเอดส์สหภาพยุโรป

6) โครงการเสริมสร้างศักยภาพองค์กรเยาวชนเชียงราย (ธ.ค.2540-ธ.ค.2541) ดำเนินต่อจากโครงการปลอดเอดส์จากเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนชนบท เพื่อเสริมทักษะเทคนิคการทำงานในชุมชนให้แก่เยาวชน และส่งเสริมการสร้างเครือข่ายของเยาวชนในจังหวัดเชียงราย

7) โครงการเสริมสร้างศักยภาพองค์กรชุมชน (ก.ค.2540-ธ.ค.2541) เป็นโครงการที่มุ่งเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานด้านเอดส์/การดูแลและให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ โดยเฉพาะกลุ่มผู้หญิงและเด็ก มีพื้นที่การดำเนินงานใน 20 หมู่บ้าน ใน 2 จังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดพะเยา

(7) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการแก้ปัญหาเอดส์:

การทำงานเอดส์ควรทำความเข้าใจทั้งด้านการป้องกัน/ให้ความรู้ สร้างความตระหนักและงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เพราะในอนาคตจะมีผู้หญิงและเด็กได้รับผลกระทบจากเอดส์มากขึ้น หน่วยงานทั้งรัฐและเอกชนจึงควรมีแผนงานที่จะรองรับปัญหาที่จะเกิดขึ้น

4.2.2 คริสต์จักรภาคที่ 2 เชียงราย

(1) พื้นที่ดำเนินการและเครือข่ายการทำงาน:

คริสตจักรภาคที่ 2 ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย มีเครือข่ายการทำงานอยู่ใน 10 อำเภอ ได้แก่ เครือข่าย คริสต์จักร เขต 1-6 ซึ่งอยู่ในพื้นที่ของอำเภอเมือง แม่จัน แม่สาย เชียงแสน เวียงชัย แม่ลาว พาน แม่สรวย เวียงป่าเป้า และแม่ฟ้าหลวง นอกจากนั้น ยังมีเครือข่ายที่ทำงานอยู่ในกลุ่มตำบล เช่น คริสต์จักรศรีชัยภูมิ (ตำบลเกาะช้าง ตะเข็บชายแดนระหว่างไทย-พม่า) เครือข่ายคริสตจักรนทีธรรม (ตำบลแม่ไร่ และตำบล ห้วยไคร้) เครือข่ายคริสตจักรส่งเสริมศาสนา (หมู่ 8,10 ตำบลนางแล) เครือข่ายคริสตจักรราชกิจภักดี (ตำบล นางแล) เครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อมันฟาร์มสัมพันธกิจ (ตำบลริมกก) เครือข่ายคริสตจักรอรุณชัย เครือข่าย คริสต์จักรปกป้องกิตติคุณ และเครือข่ายคริสตจักรสันติสุข เป็นต้น

(2) ภูมิหลัง/ประวัติความเป็นมาขององค์กร:

คริสตจักรภาคที่ 2 เชียงราย เป็นองค์กรศาสนาคริสต์ นิกายโปรเตสแตนต์ สังกัดมูลนิธิสภาคริสตจักรประเทศไทย

(3) นโยบาย / เป้าหมาย และจุดเน้น:

เผยแผ่ศาสนา อบรมสั่งสอนด้านจริยธรรม จิตใจของชุมชน โดยยึดหลักคำสอนในคัมภีร์ไบเบิล เป็นมาตรฐานในการอบรมสั่งสอน ส่งเสริมสนับสนุนให้บริการสงเคราะห์ดูแลผู้ยากไร้ ผู้ด้อยโอกาส และส่งเสริมชุมชนอยู่ร่วมกันอย่างมีความสุข

(4) ยุทธศาสตร์และกระบวนการทำงาน:

เน้นกิจกรรมที่ส่งเสริม สนับสนุนด้านพัฒนาอาชีพและรายได้ เช่น การปลูกพืชสวนครัว การเลี้ยงสัตว์ให้การสงเคราะห์เมื่อเดือดร้อน เช่น การรักษาพยาบาล อาหารเสริม บัตรสุขภาพทุนการศึกษา ส่งเสริมการเรียนรู้และการป้องกันปัญหา

(5) แหล่งเงินทุนสนับสนุน / แหล่งรายได้ขององค์กร:

ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน และการบริจาคส่วนบุคคลจากสภาคริสตจักร

(6) แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การแก้ปัญหาเอดส์และผลการดำเนินงานที่เด่นชัด:

สำหรับพันธกิจการแก้ไขปัญหเอดส์ อยู่ในกิจกรรมการสงเคราะห์ ซึ่งได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2538 เริ่มจากกิจกรรมการดูแล เยี่ยมเยียน สงเคราะห์ เนื่องจากเริ่มมีผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในหมู่บ้านที่รับผิดชอบ ต่อมาเมื่อมีผู้ป่วยมากขึ้นและมีการรังเกียจผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ จึงได้จัดกิจกรรมเครือข่ายการทำงาน และเล็งเห็นความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อ จึงได้ดำเนินการอบรมให้ความรู้และการณรงค์ขึ้น เช่น

ปี 2538 เยี่ยมเยียนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ สงเคราะห์ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยและครอบครัว เช่น ค่าเล่าเรียน ค่าใช้จ่ายในชีวิตประจำวัน จัดอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์และจัดกิจกรรมศึกษาดูงานแก่ผู้นำทางศาสนาและอาสาสมัคร

ปี 2539 - ปัจจุบัน ให้ความรู้ สร้างความเข้าใจเรื่องเอดส์โดยใช้คำสั่งสอนพระผู้เป็นเจ้านำทาง เช่น

- เน้นการมีสามี-ภรรยาเดียว
- จัดเวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น
- รณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเป้าหมาย คือ เยาวชน ประชาชนทั่วไป กลุ่มพ่อบ้าน แม่บ้าน ผู้นำศาสนา กลุ่มผู้ติดเชื้อ
- ให้การสงเคราะห์ เพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว เช่น ค่ารักษาพยาบาล บัตรประกันสุขภาพ ช่วยเหลือครอบครัวผู้ป่วยที่เสียชีวิต ซื้อยาสมุนไพร ให้ทุนการศึกษา อาหารเสริมสำหรับเด็ก และนม
- ให้ทุนหมุนเวียนพัฒนาอาชีพของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อและญาติ เช่น เลี้ยงหมู เป็ด ไก่ ปลูกสัปปะรด ปลูกผักรวมครัว ค่าขาย ทำไร่ข้าวโพด ทำดอกไม้แห้ง ทำไม้กวาดบ้าน ปัญหาที่พบ คือตลาดรองรับสินค้าไม่แน่นอนและต้นทุนการผลิตสูง เช่นหมูราคาถูกแต่อาหารหมูแพง

การเยี่ยมเยียนโดยอาสาสมัครของแต่ละเครือข่าย เพื่อช่วยหนุนใจให้บริการปรึกษาทางด้านจิตใจ ตลอดจนแนะนำการอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ยังสนับสนุนการดูแลกลุ่มผู้ติดเชื้อแบบครบวงจร ร่วมกับโรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบ เช่น เครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อบ้านฟาร์มสัมพันธ์กิจ พันธกิจคริสต์จักรสันติสุข เครือข่ายพันธกิจเอดส์คริสต์จักรนริธรรม ฯลฯ

โดยเครือข่ายจะประชุมทุกเดือน เพื่อปรึกษาหารือการดำเนินงานการรายงานความก้าวหน้าตลอดจนร่วมกับแก้ไขปัญหและอุปสรรคปัญหาที่พบในการดำเนินงานของสภาคริสตจักร เนื่องจากการดำเนินงานด้านเอดส์ต้องพึ่งงบประมาณจากแหล่งทุนต่างๆ ซึ่งได้รับงบประมาณไม่แน่นอน ไม่สม่ำเสมอ การใช้งบประมาณก็หมดไปเป็นปีๆ จึงได้สร้างจิตสำนึกให้ชุมชนมีบทบาทในความรับผิดชอบแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างมีระบบต่อเนื่องและถาวร โดยการพัฒนากิจกรรมที่พึ่งตนเองได้ เช่น การจัดตั้งกลุ่มออมทรัพย์ สหกรณ์ร้านค้า ฯลฯ

ตัวอย่างที่เห็นชัดเจน ในการสร้างความตระหนักให้ชุมชนมีบทบาทแก้ไขปัญหาเอดส์ คือ โครงการธารน้ำใจต้านภัยเอดส์ของคริสตจักรนริธรรม ซึ่งดำเนินการครอบคลุม 2 ตำบล คือตำบลแม่ไร่ อำเภอแม่จัน และตำบลห้วยไคร้ อำเภอแม่สาย ซึ่งได้ทำงานด้านเอดส์อย่างต่อเนื่องและถาวร ได้จัดกิจกรรมรองรับโครงการ 4 กิจกรรม คือ

- กิจกรรมกลุ่มออมทรัพย์
- กิจกรรมสหกรณ์ร้านค้า
- กิจกรรมกลุ่มผลิตเลือก (เสื้อไคยยา)
- กิจกรรมกลุ่มผลิตเกลือเสริมไอโอดีน

เมื่อดำเนินกิจกรรมทั้ง 4 จะมีกำไร ก็จะจัดสรร 10% ของกำไรสุทธิ ใช้สำหรับโครงการธารน้ำใจต้านภัยเอดส์ ให้การช่วยเหลือครอบครัวผู้ติดเชื้อ ทุนการศึกษาบุตร ทุนพัฒนาอาชีพ เยี่ยมผู้ป่วยและอบรมให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย

4.2.3 องค์การบรรเทาทุกข์แห่งคริสตจักรนอร์เวย์ (Norwegian Church AID /NCA)

(1) พื้นที่ดำเนินการและเครือข่ายการทำงาน:

จังหวัดเชียงราย, เชียงใหม่, สุรินทร์, พะเยา, และตราด ซึ่งในจังหวัดเชียงราย พื้นที่ดำเนิน ได้แก่ อำเภอเมือง แม่จัน แม่สาย เชียงแสน และแม่สรวย

(2) ภูมิหลัง/ประวัติความเป็นมาขององค์กร:

องค์การบรรเทาทุกข์แห่งคริสตจักรนอร์เวย์ (NCA) เป็นองค์กรเอกชน จัดตั้งมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2490 ทำงานเกี่ยวข้องกับการบรรเทาสาธารณภัยและการพัฒนาคุณภาพชีวิต ปัจจุบันมีโครงการที่สนับสนุนอยู่ 50 ประเทศ อยู่ในทวีปแอฟริกา ลาตินอเมริกา และเอเชีย ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐบาลนอร์เวย์และจากการบริจาคของสมาชิกสภาคริสตจักรท้องถิ่น ประเทศนอร์เวย์ ได้เริ่มงานพัฒนาและงานยาเสพติดในประเทศไทยตั้งแต่ พ.ศ 2528

(3) นโยบาย / เป้าหมาย และจุดเน้น:

เมื่อมีการระบาดของโรคเอดส์ จึงได้สนใจดำเนินการเกี่ยวกับการแก้ปัญหาเอดส์ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่ม โสเภณีชายแดน โดยเริ่มทำกิจกรรมในจังหวัดตราด เชียงราย พะเยา เชียงใหม่ สุรินทร์ และในปี 2537 ได้ขยายการทำงานด้านควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ไปยังประเทศเวียดนาม ลาว ชายแดนไทย-ลาว-พม่า ด้วย

(4) ยุทธศาสตร์และกระบวนการทำงาน:

การดำเนินการในช่วงแรก (ปี 2534-2536) เป็นงานทางด้าน การป้องกันโรคเอดส์ กิจกรรมส่วนใหญ่ คือ การรณรงค์ให้ความรู้ คลินิกนิรนาม การประชาสัมพันธ์ในกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้แก่กลุ่มโสเภณี กลุ่มกรรมกรใช้แรงงาน กลุ่มสามล้อ กลุ่มทหารเกณฑ์ กลุ่มนักเรียน กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ กลุ่มพระสงฆ์ และกลุ่มผู้บำบัดยาเสพติด

(5) แหล่งเงินทุนสนับสนุน / แหล่งรายได้ขององค์กร:

งบประมาณจากรัฐบาลนอร์เวย์ และการบริจาคของสมาชิกสภาคริสตจักรท้องถิ่นประเทศนอร์เวย์

(6) แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การแก้ปัญหาเอดส์และผลการดำเนินงานที่เด่นชัด:

ปี 2536 NCA ได้สนับสนุนงบประมาณให้คณะผู้ปฏิบัติงานเอดส์ไปศึกษาดูงานประเทศเคนยา ยูกันดา และนำบทเรียนจากการไปศึกษาดูงานมาปรับแผนงาน/โครงการในการดำเนินงานเอดส์ในเชียงราย เพื่อให้เหมาะสมและสอดคล้องกับสภาพปัญหามากขึ้น คือการริเริ่มงานเอดส์ชุมชนในปี 2537 โดยใช้บ้านร่องปลาขาว ตำบลห้วยสัก อำเภอเมืองเชียงราย เป็นหมู่บ้านนำร่อง

การดำเนินงาน ครอบคลุมทั้งกิจกรรมการป้องกัน การดูแล และการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งการส่งเสริมอาชีพ การเยี่ยมบ้าน การให้ความรู้ป้องกันการระบาด ลดการรังเกียจ ซึ่งได้มีการ

สร้างเครือข่ายการทำงาน มีการประสานความร่วมมือทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน กลุ่มผู้ติดเชื้อ อสม. ผู้นำชุมชน วัด และโรงเรียน

การดำเนินงานเอดส์ชุมชนของบ้านร่องปลาขาว ยังเป็นตัวอย่างและเป็นสถานที่ศึกษาดูงานของหน่วยงานต่างๆ มากมาย ที่สำคัญคือ เป็นการกระตุ้นและจุดประกายความคิดในการดำเนินงานเอดส์แบบองค์รวม รูปแบบเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน และยึดถือภูมิปัญญาและศักยภาพของชุมชน ถึงแม้การดำเนินงานเอดส์ชุมชนของบ้านร่องปลาขาวจะไม่มีสิ้นสุดจนถึงปัจจุบัน แต่บทเรียนที่ได้รับ นำไปสู่การขยายงานไปยังหมู่บ้านอื่นๆ ในจังหวัดเชียงราย

นอกจากนั้น NCA ยังได้สนับสนุนเอดส์ชุมชนในอำเภออื่นๆ เช่น โครงการจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อและส่งเสริมอาชีพในอำเภอแม่สรวย แม่สาย เชียงแสน แม่จัน โครงการแม่บ้านขุนตาลต้านภัยเอดส์ในอำเภอขุนตาล โครงการเอดส์ชุมชนในอำเภอเชียงแสน เป็นต้น

ผลจากการศึกษาดูงานที่เคนยาและยูกันดา NCA ยังได้สนับสนุนโครงการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน โดยให้โรงพยาบาลแม่จันนำร่องในจังหวัดเชียงราย ดำเนินกิจกรรมร่วมกับพระสงฆ์ เหล่ากาชาดจังหวัดเชียงรายและพันธกิจเอดส์สภาคริสตจักรแห่งประเทศไทย ออกเยี่ยมเยียนดูแลผู้ติดเชื้อและสร้างระบบส่งต่อผู้ป่วย ซึ่งโครงการนำร่องนี้ได้นำไปสู่การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมและได้ดำเนินการในทุกโรงพยาบาลในเวลาต่อมา

ปี 2539 NCA เริ่มเปลี่ยนนโยบายช่วยเหลือประเทศอื่นแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เช่น สปป.พม่า เวียดนาม ลาว และกัมพูชา แต่ยังคงให้การสนับสนุนจังหวัดเชียงราย เพื่อพัฒนาโครงการเดิม และเน้นโครงการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ชายแดนไทย-ลาว-พม่า รวมทั้งโครงการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มแรงงานต่างชาตินอกจากนี้ยังใช้ประสบการณ์และบทเรียนที่ได้จากการดำเนินงานด้านเอดส์ในจังหวัดเชียงรายและเชียงใหม่ เป็นเครือข่ายในการฝึกอบรมแลกเปลี่ยนประสบการณ์ให้กับประเทศเพื่อนบ้านร่วมภูมิภาค เช่นเป็นสถานที่ศึกษาดูงานและเป็นวิทยากรฝึกอบรมเรื่องเอดส์และยาเสพติดของประเทศเพื่อนบ้าน

4.2.4 โครงการเข้าถึงเอดส์ (ACCESS)

(1) พื้นที่ดำเนินการและเครือข่ายการทำงาน:

จังหวัดพะเยาและจังหวัดเชียงราย

(2) ภูมิหลัง/ประวัติความเป็นมาขององค์กร:

โครงการเข้าถึงเอดส์ เป็นองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ที่ก่อตั้งขึ้นเมื่อปี 2534 เพื่อเข้าร่วมการต่อสู้กับปัญหาเอดส์ในสังคมไทย ทั้งนี้โดยมุ่งหวังที่จะส่งเสริมการป้องกัน ควบคู่กับการส่งเสริมสวัสดิภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ปัจจุบันแอดเซสมีสำนักงานอยู่ที่กรุงเทพฯ และเชียงราย มีเจ้าหน้าที่ประจำ 15 คน เจ้าหน้าที่ชุมชน 21 คน และอาสาสมัครให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์อีก 20 คน

(3) นโยบาย / เป้าหมาย และจุดเน้น:

เป็นโครงการที่ก่อตั้งในรูปแบบขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ เพื่อที่จะมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเอดส์ในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์ คือ เพื่อส่งเสริมการป้องกันเอดส์ในสังคมไทย และเพื่อส่งเสริมสวัสดิภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว

โครงการเข้าถึงเอดส์ มีความเชื่อว่า ปัญหาเอดส์เป็นปัญหาของคนไทยทุกคน บุคคล ครอบครัว และชุมชน มีศักยภาพในการป้องกันเอดส์ หากได้รับข้อมูล ความเข้าใจ และบริการสนับสนุนต่างๆ อย่างเพียงพอ ผู้มีเชื้อเอดส์และครอบครัว จะต้องได้รับการส่งเสริมให้ดำเนินชีวิตอยู่ต่อไปในชุมชนของตนอย่างปกติสุข โดยได้รับความเข้าใจและการยอมรับจากสังคม และไม่ถูกกีดกัน หรือแบ่งแยกในด้านการเรียน อาชีพ การงาน ชีวิตครอบครัว ที่อยู่อาศัย หรือด้านบริการทางสังคม ฯลฯ

(4) ยุทธศาสตร์และกระบวนการทำงาน:

โครงการเข้าถึงเอดส์ ได้ให้บริการผ่านศูนย์ปรึกษาสุขภาพแอดเรส ทั้งที่กรุงเทพฯ และเชียงราย โดยดำเนินกิจกรรมสำคัญ คือ

1) ให้บริการคำปรึกษาส่วนตัวทางโทรศัพท์ (แบบนิรนาม) สำหรับประชาชนทั่วไป และสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว

2) ให้บริการคำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว โดยมาพบได้ที่ศูนย์ฯ

3) บริการคลินิกปรึกษาอาการ สำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว

4) จัดสโมสรเพื่อเป็นการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ และเพื่อดำเนินกิจกรรมร่วมกันที่ศูนย์ฯ

นอกจากนั้น ยังจัดเป็นทีมเจ้าหน้าที่สนาม เข้าไปทำงานในชุมชนต่างๆ ในจังหวัดเชียงราย พะเยา และตามกลุ่มชุมชนในเขตกรุงเทพฯ รวมทั้งดำเนินการรณรงค์ป้องกันจัดกิจกรรมต่างๆ เช่น

- จัดฝึกอบรมการให้บริการคำปรึกษาเรื่องเอดส์
- จัดฝึกอบรมการให้การศึกษาชุมชนด้านเอดส์
- จัดค่ายเยาวชนเรื่องเพศสัมพันธ์และเอดส์
- จัดค่ายสังสรรค์ระหว่างผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- จัดวิทยากรอบรมเรื่องเอดส์ในสถานประกอบการ
- ผลิตสื่อ สิ่งพิมพ์เรื่องเอดส์

(5) แหล่งเงินทุนสนับสนุน / แหล่งรายได้ขององค์กร:

โครงการเข้าถึงเอดส์ ได้รับทุนสำหรับดำเนินงานมาจาก กระทรวงสาธารณสุข, ICCO (ประเทศเนเธอร์แลนด์), MISSEREOR (ประเทศเยอรมัน), AIDSCAP (ประเทศสหรัฐอเมริกา) และ NAPAC

(6) แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การแก้ปัญหาเอดส์และผลการดำเนินงานที่เด่นชัด:

เริ่มดำเนินงานตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2536 ใน 2 พื้นที่ คือจังหวัดพะเยาและเชียงราย โดยมีกิจกรรมหลักคือ

- 1) งานศูนย์ปรึกษาสุขภาพทั้งส่วนบุคคลและทางโทรศัพท์ รวมถึงการช่วยเหลือในการดำรงชีพของผู้ติดเชื้อและให้คำปรึกษาผู้ป่วยและญาติ
- 2) งานบริการข้อมูลข่าวสารและให้การศึกษา โดยดำเนินรายการทางสถานีวิทยุและจัดทีมการศึกษาเคลื่อนที่ เข้าไปรณรงค์ในกลุ่มเสี่ยง
- 3) งานฝึกอบรม/สัมมนา เจ้าหน้าที่ทุกองค์กรและผู้นำชุมชน

แต่เนื่องจากมีปัญหาเรื่องอัตรากำลังเจ้าหน้าที่ ในปีต่อมา (2537) จึงดำเนินงานเฉพาะในพื้นที่ของเชียงรายจังหวัดเดียว ซึ่งยังมีหน่วยงานเอกชนเข้ามาทำงานกันน้อยเมื่อเทียบกับเชียงใหม่ อีกทั้งปัญหายังมีมาก จึงได้คัดเลือกชาวบ้านที่เป็นผู้ติดเชื้อและเยาวชนอาสาสมัครเข้ามาช่วยทำงาน โดยเน้นกิจกรรมเช่น

1) การให้บริการปรึกษา ทั้งบริการทางโทรศัพท์ บริการที่ศูนย์และทางจดหมาย แม้ว่าการให้บริการปรึกษาทางจดหมายจะไม่ใช่วิธีที่ดีที่สุด แต่เป็นวิธีที่สะดวกและประหยัด ประเด็นปัญหาส่วนใหญ่เป็นปัญหาสุขภาพของผู้ติดเชื้อ รองลงมาคือคู่สมรสและญาติ ผู้มารับบริการจะสมัครใจมาเองทั้งพ่อบ้าน ชายโสด แม่บ้าน วัยรุ่น ผู้สูงอายุ นักเรียนทุกระดับอายุ ตั้งแต่ 15-70 ปี ขณะเดียวกันก็มีการเยี่ยมบ้านและงานสงเคราะห์โดยกลุ่มแกนนำต่างๆ

2) บริการคลินิก โดยมีการตรวจเลือด ให้คำปรึกษา รักษาตามอาการและให้ยาโดยจ่ายค่ายาตามราคาทุน มีผู้มาใช้บริการไม่มากในระยะแรก และไม่กลับมาอีก จึงเพิ่มเวลาในการเปิดให้บริการ

3) การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ เริ่มมีการรวมตัวและนัดทำกิจกรรม มีคณะกรรมการรับผิดชอบในการจัดทำกิจกรรมแต่ละครั้ง เป็นผู้นำการดำเนินกิจกรรมกันเอง สมาชิกมีความกระตือรือร้นที่ได้พบปะกัน มีเพื่อนสนิทเพิ่มขึ้น แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้ความร่วมมือดี รวมทั้งจัดการอบรมและสัมมนาต่างๆ เมื่อจัดบ่อยๆ ทำให้เจ้าหน้าที่เกิดการพัฒนา มีความมั่นใจในการให้ความรู้ คำปรึกษาด้านเอตส์ได้ดีขึ้น

แต่ในปี 2539-2541 ได้มีการปรับแผนงานและโครงการใหม่ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ ซึ่งมีอยู่ 7

กิจกรรมหลัก คือ

- 1) งานบริการเพื่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยและครอบครัว กับงานบริการเพื่อสังคม
- 2) งานพัฒนาระบบ "การดูแลที่บ้าน"
- 3) งานรณรงค์ในชุมชน โดยอบรมผู้ติดเชื้อและเยาวชนเป็นอาสาสมัคร
- 4) งานรณรงค์เพื่อลดความเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน
- 5) งานวิทยุเพื่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยและครอบครัว
- 6) งานสนับสนุนกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ
- 7) งานประสานกับภาครัฐและเอกชน รวมถึงการสนับสนุนองค์กรอื่นๆ

สรุปได้ว่าในยุคแรกมีการอบรมหลายรูปแบบ แต่ได้รับความร่วมมือค่อนข้างน้อย เพราะยังไม่เกิดการยอมรับ จนถึงปี 2538-2539 สถานการณ์เริ่มเปลี่ยนแปลง คนเริ่มตื่นตัวในการเรียนรู้ มีความสนใจมากขึ้น ผู้ป่วยเริ่มเปิดเผยตัว แต่ก็ยังไม่มีผู้ป่วยมารับบริการมาก จึงเริ่มด้วยการบริการทางจดหมายและโทรศัพท์ และการพูดคุยทางโทรศัพท์นิรนาม แต่ก็ไม่ประสบผลเท่าที่ควร เพราะโทรศัพท์ไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่ จึงมีการปรับเปลี่ยนช่องทางโดยใช้รายการวิทยุเพิ่มมากขึ้น ตอบจดหมายในรายการและเขียนจดหมายไปหาผู้

ติดเชื้อ เริ่มที่จะมีการเยี่ยมบ้าน จนในระยยะหลังสุดหยุดการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ เพราะผู้ป่วยและญาติมีการบอกต่อๆ กันมากขึ้น มีการยอมรับและพร้อมที่จะเข้ามารับบริการเอง

(7) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการแก้ไขปัญหาเอ็ดส์:

เนื่องจากเจ้าหน้าที่สนามมีผู้ติดเชื้อมาก เมื่อเสียชีวิตลงจึงส่งผลกระทบต่อกำลังใจของเจ้าหน้าที่คนอื่น หรือมีบางคนเริ่มป่วยก็ทำให้เพื่อนร่วมทีมไม่อยากให้อยู่ในพื้นที่ระหว่างป่วย ชาวบ้านก็ไม่ค่อยยอมรับเจ้าหน้าที่ เพราะญาติไม่พอใจที่จะให้ไปเยี่ยมผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ภาคสนามมีความขัดแย้งกันเอง และไม่สามารถสร้างความสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยได้ดีเท่าที่ควรจะเป็น

การแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ สำหรับคนทำงาน ต้องมีการปรับตัวและเรียนรู้ไปกับสถานการณ์ต่างๆ อยู่ตลอดเวลา เข้าใจชีวิตมากขึ้นทั้งอดีต ปัจจุบันและอนาคต โดยเฉพาะภาพสะท้อนของสังคมในภายภาคหน้า จะมีเด็กที่ได้รับผลกระทบเติบโตเป็นผู้ใหญ่จำนวนมาก แต่อยู่ในสภาพถูกทอดทิ้ง ไม่ได้รับการศึกษา รวมทั้งจะมีผู้สูงอายุที่เป็นภาระมากขึ้น ทั้งเด็กและผู้สูงอายุคงจะมีความอับอาย หรือมีปมด้อยในใจ จะมีกลไกใดๆ ของสังคมที่จะเข้ามารองรับได้

จากการที่มีการจัดตั้งกลุ่ม/ชมรม ทำให้เกิดเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อจากระดับอำเภอสู่ตำบล เกิดการประชุมเครือข่ายประจำปี ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก ศอจ. เชียงราย มีกองทุนหมู่บ้าน โดยให้แนวคิดและกระตุ้นชุมชนในพื้นที่ที่มีการรณรงค์มาก และผลักดันให้ชุมชนมีส่วนร่วมมากขึ้น ก่อให้เกิดการช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยการมีกลุ่มออมทรัพย์และนำดอกผลช่วยเหลือผู้ด้อยโอกาส มีการสมทบเงินให้กู้ยืม ให้นำดอกเบี้ยย/เงินปันผลเข้ากองทุนเพื่อสร้างแรงจูงใจ และสงเคราะห์ราษฎร โดยการฝึกอาชีพ หรือซื้ออุปกรณ์ ทำของขาย นำกำไรที่ได้ช่วยผู้ติดเชื้อ

แต่การส่งเสริมอาชีพต้องใช้ทุนมาก จึงพยายามสนับสนุนในรูปเงินทุนหมุนเวียนเพื่อการกู้ยืม แต่ก็ไม่มีเงินเหลือที่จะคืน เพราะกำไรที่ได้ไม่พอกับการยังชีพ จึงเป็นการช่วยแบ่งเบาภาระได้เพียงบางส่วนเท่านั้น ซึ่งทำความลำบากใจให้กับเจ้าหน้าที่โครงการฯ เพราะมีขีดความสามารถที่จะช่วยแก้ไขปัญหานั้น โดยเฉพาะหน้าเท่านั้น (กองทุนหมุนเวียนล้มเหลว)

แม้ว่าผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอ็ดส์ส่วนใหญ่จะได้รับความรู้ ความเข้าใจ จนมีขีดความสามารถที่จะดูแลสุขภาพของตนได้ในระดับหนึ่ง รวมทั้งการดูแลกันเองได้โดยไม่รังเกียจกัน ซึ่งได้จัดทำหลักสูตรอบรมผู้ติดเชื้อและอาสาสมัครให้คำปรึกษา เพื่อเพิ่มความรู้ ความเข้าใจ อันจะเป็นพื้นฐานที่ดีในการดูแลรักษาตัวเองเพิ่มมากขึ้น แต่ยังคงขาดงบประมาณ และขาดระบบการดูแลและการส่งต่อที่สมบูรณ์ ทั้งการดูแลตนเอง การดูแลของครอบครัว และการดูแลของสถานบริการสาธารณสุข ดังนั้นจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบการดูแลรักษาผู้ป่วยเอ็ดส์ในอนาคตอีกมาก จำเป็นต้องทุ่มเทงบประมาณที่สามารถส่งโรงพยาบาลและชุมชนโดยตรงมากขึ้น รวมทั้งต้องเพิ่มศักยภาพในการดูแลตนเองมากขึ้น มีการส่งเสริมการใช้สมุนไพรและภูมิปัญญาพื้นบ้านกันอย่างจริงจังและแพร่หลายมากขึ้น เพราะในอนาคตถ้ามียารักษาโรคเอ็ดส์ได้จริง ก็ไม่ทราบว่ามีผู้ติดเชื้อคนไทยจะมีโอกาสได้ใช้หรือไม่ เนื่องจากจะเสียชีวิตกันหมดแล้ว

4.2.5 มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย (World Vision Foundation of Thailand)

(1) พื้นที่ดำเนินการและเครือข่ายการทำงาน:

พื้นที่การดำเนินงานด้านเอดส์ (ปี 2538) ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย ตาก สงขลา ระนอง ตรัง และ กรุงเทพฯ พื้นที่ดำเนินการในจังหวัดเชียงราย คือ อ.เมือง อ.แม่สาย อ.เชียงของ อ.เวียงแก่น และ อ.เทิง

(2) ภูมิหลัง/ประวัติความเป็นมาขององค์กร:

มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทยได้เริ่มขึ้นเป็นครั้งแรกจากโครงการอุปการะเด็กกำพร้าที่จังหวัดอุดรธานี เนื่องจากผลกระทบจากสงครามเวียดนาม มีเด็กกำพร้าจำนวนมากที่ถูกทอดทิ้ง โดยได้รับการสนับสนุนจาก องค์การศุภนิมิตสากล (สหรัฐอเมริกา)

ในปีต่อมาประเทศไทยต้องรับภาระหนักเกี่ยวกับปัญหาผู้อพยพลี้ภัยชาวอินโดจีน มูลนิธิจึงได้เริ่มบทบาทด้านการบรรเทาทุกข์อย่างเร่งด่วน โดยเน้นการช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่และอนามัยในศูนย์อพยพหลายจังหวัด เช่น พะเยา เชียงราย เลย จันทบุรี ตราดและสงขลา เมื่อความจำเป็นเร่งด่วนของผู้อพยพลดน้อยลง ประจวบมีปัญหาเอดส์โผล่ขึ้นมาแทน ศุภนิมิต จึงมุ่งงานด้านการอุปการะเด็กไทยที่ด้อยโอกาสมากขึ้น อันจะเป็นพื้นฐานไปสู่การพัฒนาครอบครัวและชุมชน โดยความร่วมมือและประสานงานจากทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และคริสต์จักรด้วยเจตนารมณ์ ที่ปรารถนาจะเห็นพลเมืองของชาติมีคุณภาพชีวิตที่ดี เป็นทรัพยากรที่มีค่าของสังคมและสามารถพึ่งพาตนเอง นำไปสู่การพัฒนาอย่างยั่งยืนในที่สุด

(3) นโยบาย /เป้าหมาย /จุดเน้น /ยุทธศาสตร์:

ด้วยเหตุที่ศุภนิมิตก่อตั้งขึ้นบนพื้นฐานแห่งความรักและความเชื่อแบบคริสเตียน ศุภนิมิต จึงมีเจตจำนงที่จะดำเนินการพัฒนาคนและชุมชน ด้วยแนวทางที่ผสมผสานและครบบริบูรณ์ อันได้แก่

- การพัฒนาด้วยการเปลี่ยนแปลงที่ครบวงจร เป็นการพัฒนาเด็ก ครอบครัวและชุมชนที่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยมีฐานที่ชุมชน เป็นลักษณะการพัฒนาที่ยั่งยืน มุ่งเน้นความต้องการจำเป็นของเด็กเป็นพิเศษ
- การบรรเทาทุกข์ฉุกเฉิน เป็นการช่วยผู้ประสบทุกข์ภัย ทั้งทางธรรมชาติและทางสังคมอย่างรวดเร็ว ทันเหตุการณ์ ตามความจำเป็น และความเหมาะสม
- การส่งเสริมความยุติธรรม เป็นการแสวงหาความเปลี่ยนแปลงโครงสร้างทางสังคมที่ไม่เป็นธรรม ซึ่งมีผลกระทบต่องาน โดยเฉพาะต่อผู้ยากไร้และด้อยโอกาสในชุมชนเป้าหมาย และเข้าไปมีส่วนร่วมกับชุมชนในการแก้ไขปัญหาโดยสันติวิธี
- การริเริ่มพันธกิจกับคริสต์จักร เป็นการเชิญชวนคริสต์จักรให้เข้ามาร่วมในการสร้างเสริมคุณธรรม จิตสำนึก ศิลธรรมและ จริยธรรม เพื่อความสันติสุขในชุมชน
- การสร้างจิตสำนึกแก่สาธารณชน เป็นการเสริมสร้างและเชิญชวนสาธารณชนให้เข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาของชุมชนและสังคม ด้วยการบริจาค การอาสาสมัคร และการภาวนาอธิษฐาน
- มุ่งเน้นการพัฒนากลุ่มอาสาสมัครและญาติผู้ติดเชื่อให้สามารถดำเนินงานสร้างความตระหนักในการป้องกันโรคเอดส์ ดูแลและช่วยเหลือผู้ติดเชื่อ/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในชุมชนของตน

(4) แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การแก้ปัญหาเอชสและผลการดำเนินงานที่เด่นชัด:

(1) กิจกรรมในชุมชน ได้แก่

- การคัดเลือกแกนนำและอบรมให้ความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง เพื่อไปเผยแพร่กับคนในชุมชนได้
- การจัดตั้งกองทุนยาและศูนย์ให้คำปรึกษา
- รณรงค์ผ่านสื่อต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้ชุมชนมีความเข้าใจเพิ่ม โดยการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรม
- การอบรมทักษะในการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย ญาติและผู้สนใจ
- การระดมทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ป่วย โดยชุมชนจัดทำขึ้นเอง เช่น มีการสอยดาวในงานทอดผ้าป่า จัดปิงโกในงานบุญบั้งไฟ ได้เงินมาจำนวนหนึ่งแบ่งให้ผู้ติดเชื้อนำไปเลี้ยงไก่ และมอบเป็นทุนการศึกษาให้บุตรผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิต
- ให้ความรู้กลุ่มเยาวชน คัดเลือกแกนนำเยาวชนเป็นผู้ประสานงานในการจัดกิจกรรม เช่น การแข่งขันกีฬา ให้ความรู้เอชสและยาเสพติด เพื่อให้เกิดการตระหนักและห่างไกลทั้งเอชสและยาเสพติด
- การศึกษาดูงานเพื่อให้กลุ่มแกนนำตระหนักในปัญหาผู้ป่วยเอชสพร้อมที่จะหาแนวทางแก้ไขภายในชุมชนได้ ผลจากการศึกษาดูงานต่างๆ ทำให้เกิดกิจกรรมที่สะท้อนถึงผลสำเร็จ เช่น
 - จัดทำสวนสมุนไพรให้ผู้ป่วยได้ใช้ในการส่งเสริมสุขภาพตนเอง
 - ศึกษาดูงาน/เชิญวิทยากรมาช่วยในการผลิตสมุนไพร เป็นแคปซูล ทำใช้เอง ลดค่าใช้จ่าย
 - ผลิตน้ำพริกฯ จากวัตถุดิบในหมู่บ้าน ทำให้มีรายได้เพิ่ม

(2) กิจกรรมในกลุ่มหญิงบริการ ได้แก่

- การอบรมให้ความรู้ในสถานบริการ ทั้งในกลุ่มย่อยและกลุ่มใหญ่
- การคัดเลือกแกนนำหญิงบริการเป็นผู้ประสานงาน ดูแลให้ความรู้เพื่อนได้
- การอบรมหญิงบริการที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV
- การอบรมเจ้าของสถานบริการ
- การสร้างภาพฝัน ให้มองเห็นคุณค่าชีวิตและมองเห็นความฝันตัวเองให้เป็นความจริง
- การทำปฏิทินรายรับ-รายจ่ายของหญิงบริการ เพื่อการอดออมเมื่อช่วยตัวเองไม่ได้
- การส่งต่อหญิงบริการที่เลิกอาชีพแล้วที่อยู่ากกลับบ้าน
- การส่งเสริมการเรียนตัดเย็บเสื้อผ้า ถักหมวกไหมพรม
- การส่งเสริมความรู้ภาษาไทย โดยเฉพาะกับชาวเขาและผู้อพยพ
- การรณรงค์ความสะอาดในสถานบริการและความปลอดภัยโดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง

(3) กิจกรรมในกลุ่มแรงงานในโรงงาน

เริ่มงานปี 2538 จำนวน 15 โรงงาน ในปีต่อมาลดลงเหลือ 9 โรงงาน เพราะบางแห่งเลิกกิจการและบางแห่งเจ้าของโรงงานไม่ให้ความร่วมมือ กิจกรรมที่ทำได้แก่

- อบรมให้ความรู้โรคเอชสและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคทางสุขภาพอนามัย

- คัดเลือกและจัดอบรมแกนนำในโรงงาน
- ให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ โรคทางเพศสัมพันธ์ และปัญหาสุขภาพ
- สนับสนุนผลักดันให้กลุ่มแรงงานมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เช่น ตั้งกองทุนยาขึ้นในโรงงาน
- ออกเยี่ยมผู้ป่วยและช่วยเหลือเรื่องการส่งต่อ การรักษาพยาบาล

จากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ความสำเร็จที่เห็นเป็นรูปธรรม คือ การให้ความรู้โดยการอบรมกลุ่มย่อย กลุ่มเยาวชน พ่อบ้าน แม่บ้าน ฯลฯ ซึ่งสามารถวัดได้จากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเรื่องความเสี่ยงลดลง โดยกลุ่มเป้าหมายรู้จักป้องกันตัวเองไม่ได้รับเชื้อเอดส์ และกลุ่มเป้าหมายมีการช่วยเหลือซึ่งกันและกัน ให้กำลังใจและเห็นใจกันมากขึ้น มีความเข้าใจผู้ติดเชื้อเอดส์มากขึ้น การรังเกียจผู้ติดเชื้อเอดส์ลดลง มีการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อช่วยเหลือกันและกล้าเปิดเผยตนเองต่อสาธารณะ รวมทั้งทำอาชีพเสริมเลี้ยงตัวเอง

อย่างไรก็ตาม การทำกิจกรรมกับกลุ่มเป้าหมายจะต้องมาจากความคิดและการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายจริงๆ จึงจะทำให้การแก้ปัญหาเอดส์เกิดขึ้นได้และเกิดความยั่งยืน โดยยึดกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก การสร้างเครือข่ายช่วยให้การแก้ไขปัญหามาเป็นไปได้ เพราะต้องอาศัยหน่วยงานต่างๆ ร่วมมือกันด้วย ทั้งหน่วยงานของรัฐและ NGO ฉะนั้นจำเป็นต้องขยายเครือข่ายทำงานและสัมมนาแลกเปลี่ยนประสบการณ์ความรู้กันอยู่ตลอดเวลา ต้องดึงกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียเข้ามาร่วมกันแก้ไขปัญหาค่ะ การทำกิจกรรมแก้ไขปัญหามาแต่ละครั้งต้องมีกลุ่มเป้าหมายและกลุ่มอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ต้องมีการระดมความคิดร่วมกันทุกครั้ง ถึงกระนั้นก็ตาม การแก้ไขปัญหามาทุกอย่างย่อมต้องใช้เวลา จึงต้องใช้ความอดทนและความพยายามอย่างสูง

4.2.6 มูลนิธิฟื้นฟูชนบท (Foundation for Agricultural and Rural Management /FARM)

(1) พื้นที่ดำเนินการและเครือข่ายการทำงาน:

มูลนิธิฟื้นฟูชนบท ดำเนินการอยู่ในภาคเหนือตอนบน 5 จังหวัด ได้แก่จังหวัดเชียงราย เชียงใหม่ พะเยา ลำพูน และลำปาง ครอบคลุมมากกว่า 150 หมู่บ้าน และสถาบันการศึกษามากกว่า 120 แห่ง นอกจากนั้นยังดำเนินการในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่จังหวัดอุบลราชธานี อำนาจเจริญ สุรินทร์ ศรีสะเกษ ร้อยเอ็ด และบุรีรัมย์ ครอบคลุมมากกว่า 140 หมู่บ้าน และสถาบันการศึกษามากกว่า 80 แห่ง รวมทั้งชุมชนแออัดในกรุงเทพฯ อีก 4 แห่ง ในเขตจตุจักรและบางเขน

(2) ภูมิหลัง/ประวัติความเป็นมาขององค์กร:

มูลนิธิฟื้นฟูชนบท เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่ตระหนักถึงความเป็นจริงของชาวบ้านและสังคมไทย ได้เริ่มก่อตั้ง เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ.2523 โดยรวบรวมบุคลากรที่มีความรู้ ความสามารถและต่างสาขาอาชีพ รวมทั้งพื้นฐานการศึกษา ได้มาร่วมมือกัน เพื่อแสวงหาวิธีการและแนวทางต่างๆ ที่จะสนับสนุนชาว

บ้านในชนบท โดยเน้นกระบวนการสร้างเครือข่ายระหว่างหมู่บ้าน ให้ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน กระตุ้นให้ชาวบ้านได้มีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในการทำงาน เพื่อยกระดับรายได้และความเป็นอยู่ให้ดีขึ้น ซึ่งการทำงานร่วมกันนั้นจะต้องมุ่งตอบสนองความต้องการพื้นฐานของชีวิต มูลนิธิฟื้นฟูชนบท เห็นว่าเป็นแนวทางที่ต้องสนับสนุนและให้ความสำคัญมาโดยตลอด ยิ่งไปกว่านั้นการดำรงรักษาฟื้นฟูวัฒนธรรม ประเพณี ความเชื่อ และแนวทางปฏิบัติที่ยึดหลักธรรมะของศาสนา ต้องเป็นสิ่งที่ควบคู่ไปกับการพัฒนาคน เพื่อให้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวจิตใจ

สิบกว่าปีที่ผ่านมา มูลนิธิฟื้นฟูชนบท ได้รับความร่วมมือและความช่วยเหลือจากหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรเงินทุนต่างๆ รวมทั้งบุคคลทั้งในและต่างประเทศ ด้วยดีเสมอมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการประสานงานที่ดีต่อกันตั้งแต่ระดับนโยบายจนถึงท้องถิ่น สิ่งที่สำคัญคือการทุ่มเทความช่วยเหลือสู่ชาวบ้านยากจนในชนบท ให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ มีคุณค่า และมีศักดิ์ศรีเป็นของตนเอง

(3) นโยบาย / เป้าหมาย และจุดเน้น:

มูลนิธิฟื้นฟูชนบทที่ภาคเหนือ ซึ่งมีสำนักงานอยู่ที่จังหวัดพะเยา มีโครงการหลักสามโครงการ ได้แก่ โครงการพัฒนาสตรีภาคเหนือ โครงการโสมเด็กและโครงการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์และพัฒนาชุมชน กลุ่มเป้าหมาย คือ กลุ่มสตรีและกลุ่มผู้นำหมู่บ้าน เป็นหมู่บ้านที่ฟาร์มทำงานพัฒนาอยู่แล้ว มีบางส่วนที่ขยายผลเพิ่มเติม มีกลุ่มนักเรียนประถม มัธยม เป็นโรงเรียนที่ทำงานอยู่แล้วในเรื่องโสมเด็ก และเพิ่มโรงเรียนมัธยมขยายโอกาส ส่วนกลุ่มสุดท้ายคือ กลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งในกลุ่มสตรีภาคเหนือ เน้นประเด็นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศเป็นหลัก โดยแยกงานเป็นสองส่วน ในส่วนผู้นำชาวบ้านจะมีกระบวนการให้ความรู้ การสร้างอาสาสมัครชุมชนที่เป็นผู้นำสตรี ทำหน้าที่ให้คำปรึกษา เผยแพร่แนวความคิดการแก้ไขปัญหาเอดส์ผ่านการพัฒนา

มูลนิธิฟื้นฟูชนบท ตระหนักถึงความสำคัญของกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กและเยาวชน กลุ่มแม่บ้านและเยาวชนสตรี ผู้นำชาวบ้านในระดับหมู่บ้านและตำบล รวมทั้งการสนับสนุนกิจกรรมในโรงเรียนและสถานศึกษาต่างๆ แม้ว่าการพัฒนาชนบท ที่มีจุดประสงค์เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนยากจน ที่เป็นกลุ่มคนส่วนใหญ่ของประเทศนั้น เป็นงานที่ยากลำบาก แต่ก็ท้าทายความสามารถและการเสียสละ เนื่องจากต้องผสมผสานศาสตร์และศิลป์เข้าด้วยกัน เพื่อใช้เป็นยุทธวิธีของการทำงานกับชาวบ้าน ทั้งนี้เพราะการดำเนินชีวิตของผู้ที่ยากไร้ย่อมขัดสนเครื่องอำนวยความสะดวกต่างๆ ต้องดิ้นรนต่อสู้แสวงหาโอกาสที่พยายามจะช่วยเหลือตนเองและครอบครัว ให้มีความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น ทั้งทางเศรษฐกิจและสังคม ทุกคนต่างต้องการโอกาสเพื่อจะพิสูจน์ให้สังคมได้รับรู้ว่า “ชาวบ้านเป็นผู้ที่สามารถช่วยเหลือตนเอง ครอบครัว และเพื่อนบ้านได้ แม้จะมีฐานะยากจน ขอเพียงแต่ให้โอกาสพวกเขาได้เริ่มต้นเท่านั้น”

(4) ยุทธศาสตร์และกระบวนการทำงาน:

1) ยุทธศาสตร์การสร้างผู้นำและการสนับสนุนกิจกรรม

มูลนิธิฟื้นฟูชนบท ให้ความสำคัญสูงสุดต่อการสร้างผู้นำในระดับต่างๆ ได้แก่ ผู้นำหมู่บ้าน ผู้นำแม่บ้าน ผู้นำครู ผู้นำนักเรียน-นักศึกษา ผู้นำเยาวชนและผู้นำพระภิกษุสงฆ์ โดยผ่านกระบวนการฝึกอบรมต่างๆ เพื่อให้ผู้นำเหล่านี้ได้เรียนรู้ถึงบทบาทหน้าที่ เทคนิค-วิธีการทำงานกับกลุ่มเป้าหมาย และข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อื่นๆ อันจะทำให้ผู้นำเหล่านี้ สามารถเป็นตัวแทนสำหรับการสร้างกิจกรรมพัฒนา การสร้างรายได้/อาชีพเสริม และเป็นผู้ติดต่อประสานงานกับหน่วยงานภายนอกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2) ยุทธศาสตร์การสนับสนุนและสร้างเครือข่ายองค์กรชาวบ้าน

การสนับสนุนให้ผู้นำหมู่บ้านได้สร้างองค์กรชาวบ้านที่มีความเข้มแข็งให้สามารถเข้าใจปัญหาในระดับท้องถิ่นและสังคม ส่งเสริมให้มีการประชุม พุดคุยแลกเปลี่ยนสภาพปัญหาของแต่ละหมู่บ้าน และการช่วยเหลือกันและกัน เพื่อแก้ไขปัญหา อันจะเป็นการเปิดโลกทัศน์ของผู้นำ ให้ยึดมั่นในด้านพลังกลุ่มที่รู้จักบทบาทหน้าที่และใช้เป็นเวทีในการสร้างกิจกรรมทางความคิดและกิจกรรมกลุ่ม รวมทั้งเป็นการประสานงานระหว่างเครือข่ายองค์กรชาวบ้าน ให้มีโอกาสในการตัดสินใจหรือทำกิจกรรมอื่นๆ

3) ยุทธศาสตร์การสร้างรายได้และอาชีพเสริม

ปัญหาและอุปสรรคของชนบทประการหนึ่ง คือ การที่ชาวบ้านมีรายได้ต่ำไม่เพียงพอต่อการยังชีพ และการขาดปัจจัยในการทำอาชีพเสริม มูลนิธิฟื้นฟูชนบท ให้ความสนใจและความสำคัญต่อกลุ่มคนต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มชาวบ้านที่แสดงให้เห็นว่า เป็นกลุ่มที่มีความสนใจ ตั้งใจจริง มีแผนงานและกิจกรรมที่ชัดเจน มีความพร้อมที่จะปรับปรุงทรัพยากรที่มีอยู่ เพื่อเพิ่มรายได้และสร้างงานเป็นของตนเอง เจ้าหน้าที่มูลนิธิฯ จะเข้าไปร่วมศึกษาหาข้อมูล รายละเอียดของกิจกรรมและร่วมกันแสวงหาทางออก/ทางเลือกในสิ่ง ที่ท้องถิ่นไม่มีมาเพิ่มเติม เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดประโยชน์สูงสุด ทั้งนี้มูลนิธิฯ จะให้คำแนะนำและคำปรึกษา เพื่อให้กลุ่มสามารถทำกิจกรรมต่อไปได้ รวมทั้งให้การสนับสนุนชาวบ้านเป็นเจ้าของกิจการในอาชีพของตนเอง

4) ยุทธศาสตร์การสร้างค่านิยมและการปรับทัศนคติใหม่

ปัจจุบันพบว่า ชาวบ้านชนบทที่ได้รับอิทธิพลจากสื่อต่างๆ เช่น วิทยุ โทรทัศน์ ภาพยนตร์ วารสาร และอื่นๆ ได้มีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว ทำให้กระทบถึงการดำเนินชีวิต การทำมาหากินและต้องเผชิญกับปัญหาต่างๆ นานา ชาวบ้านที่มีการศึกษาเพียงจบชั้นประถมศึกษา มีประสบการณ์ชีวิตภายนอกหมู่บ้านน้อย และขาดหลักยึดเหนี่ยวในการดำเนินชีวิต หนทางที่ไม่มีสิทธิ์เลือกก็คือ การอพยพแรงงานออกจากหมู่บ้าน เพื่อหางานทำ และเริ่มเข้าสู่ระบบการพัฒนาสมัยใหม่ พึ่งพาเทคโนโลยีและระบบธุรกิจ คนชนบททั้งวัยเด็ก เยาวชนและผู้ใหญ่ ทั้งชาย-หญิง ต้องตกอยู่ในสังคมบริโภคนิยมก่อให้เกิดปัญหาสังคม แรงงานเด็ก และอื่นๆ ติดตามมา อันเป็นผลพวงมาจากการพัฒนาที่ไร้ทิศทาง

มูลนิธิฟื้นฟูชนบท ได้ร่วมมือกับผู้นำโรงเรียนจัดการอบรม สัมมนา ค่ายนักเรียน สนับสนุนทุน และอุปกรณ์การศึกษา สื่อการเรียนการสอน และสนับสนุนกิจกรรมฝึกอาชีพเพื่อเสริมรายได้ให้แก่นักเรียนเป็น

ทุนการศึกษา และเพิ่มทักษะจากการฝึกอาชีพนั้นๆ เพื่อให้เด็กนักเรียน นักศึกษา มีข้อมูลที่ต้องรอบด้าน ปลูกฝังค่านิยม-ทัศนคติที่กว้างไกลให้สอดคล้องกับวัฒนธรรมและหลักปฏิบัติทางศาสนา ซึ่งทำให้เด็กนักเรียนเหล่านี้ สามารถตัดสินใจเลือกทางเดินของชีวิตได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม โดยไม่หลงเชื่อกับค่านิยมและทัศนคติที่ผิดๆ ต่อไป

(5) แหล่งเงินทุนสนับสนุน / แหล่งรายได้ขององค์กร:

นอกจากจะใช้เงินทุนที่ได้จากการระดมทุนของมูลนิธิฯ เอง ภายในประเทศแล้ว ยังอาศัยเงินทุนที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างๆ ทั้งในและนอกประเทศ เช่น UNICEF, บริษัทโมโตโรล่า (ประเทศไทย) จำกัด, โครงการพัฒนาเครือข่ายเอดส์ภาคเหนือ, ศอนบ. กระทรวงสาธารณสุข และรัฐบาลเดนมาร์ก

(6) แผนงาน/โครงการ/กิจกรรม การแก้ปัญหาเอชสและผลการดำเนินงานที่เด่นชัด:

สืบเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจและสังคมที่เติบโตขึ้นอย่างรวดเร็ว การพัฒนาที่ขาดความสมดุล การมีค่านิยมและพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากสังคม การแสวงหาความสุขทางวัตถุและการดิ้นรนเพื่อความอยู่รอดของตนเอง ทำให้การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยเป็นไปอย่างรวดเร็วและกระจายไปสู่กลุ่มคนทุกวัย ทุกอาชีพ แม้ในหมู่บ้านชนบทที่ห่างไกล ดังนั้นปัญหาโรคเอดส์จึงไม่ใช่เป็นปัญหาเฉพาะด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่ถือได้ว่าเป็นปัญหาทางสังคมที่เกิดขึ้นใหม่ในประเทศไทย และจำเป็นต้องรณรงค์ป้องกันไม่ให้โรคเอดส์แพร่ระบาด

การที่มูลนิธิฟื้นฟูชนบท มีโอกาสและประสบการณ์หลายปีในการทำงานกับกลุ่มเด็ก เยาวชน และผู้หญิงมาแล้ว มูลนิธิฟื้นฟูชนบท จึงได้ใช้ประสบการณ์ของตน ทำการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ โดยใช้กระบวนการพัฒนาสังคมและขบวนการกลุ่มที่มีเครือข่ายอยู่แล้ว ดำเนินการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร รวมทั้งปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ โดยการจัดอบรมสัมมนา อบรมเชิงปฏิบัติการ และให้การศึกษาทุกรูปแบบแก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ ทำกิจกรรมรณรงค์อย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการสงเคราะห์ ดูแล ให้คำปรึกษา และสนับสนุนกองทุนเลี้ยงชีพ เลิกรายได้ แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ให้สามารถมีชีวิตอยู่อย่างมีคุณค่า มีกำลังใจที่ดี ได้รับการยอมรับและความเข้าใจจากครอบครัวและจากสังคม

การรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์นั้น มูลนิธิฯ ได้เน้นการให้ความรู้ การสร้างทัศนคติใหม่ที่ต้องแก่กลุ่มเป้าหมาย ละเว้นพฤติกรรมนำและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ ที่จะนำไปสู่โรคเอดส์ เช่น การดื่มสุรา และการเที่ยวโสเภณี เป็นต้น ตลอดจนการเตรียมชุมชนให้มีการยอมรับ เข้าใจ และช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างจริงจัง ด้วยข้อมูลข่าวสารที่รอบด้านและเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยได้ร่วมมือประสานงานกับหน่วยงานราชการที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องและจริงจัง โดยมีศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดเป็นเวทีกลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ศอจ.พะเยา นั้น มูลนิธิฯ มีบทบาทสำคัญในการเป็นผู้ประสานงานในภาคเอกชนและชุมชนของ ศอจ.พะเยา คล้ายๆ กับ ACCESS เป็นผู้ประสานงานเอกชนและชุมชนของ ศอจ.เชียงราย ดังจะกล่าวรายละเอียดในบทที่ 5 ตอนสัมภาษณ์ผู้ประสานงานมูลนิธิฟื้นฟูชนบท

สำหรับการสนับสนุนให้ชุมชนพึ่งพาตนเองทางเศรษฐกิจมากขึ้น โดยการจัดตั้งกองทุนหมู่บ้าน และกลุ่มออมทรัพย์ เพื่อที่อนาคตชุมชนจะมีเงินทุนสวัสดิการจากกองทุนของชุมชนเอง เพื่อจะช่วยเหลือ แบ่งปันเกื้อกูลผู้ติดเชื้อ/ผู้ด้อยโอกาสในชุมชนให้มากที่สุด โดยใช้หลักการคล้ายกับเครดิตยูเนียน แต่วิธีการ ผากถอนเป็นวิธีการปกติ ผากเงินก่อนหกเดือนแล้วปล่อยกู้ที่ละนิด ซึ่งได้วิทยากรของเครดิตยูเนียนมาช่วย ส่งเสริมด้านหลักการและจิตใจไปพร้อมกัน โดยทางมูลนิธิ ผากเงินสมทบแบบไม่เอาดอกเบี้ยคืน แต่ให้ตั้ง เป็นกองทุนสวัสดิการสำหรับชุมชน โดยให้ชุมชนกำหนดรูปแบบของสวัสดิการและกำหนดอัตราการช่วย เหลือที่เหมาะสมกันเอง

นอกจากนั้นทางมูลนิธิ ยังสมทบทุนในรูปเงินฝากกับกลุ่มออมทรัพย์ต่างๆ เพื่อช่วยให้กลุ่มออม ทรัพย์เริ่มต้นการออมได้ง่ายขึ้น (Seed money) โดยดูจากยอดเงินออมทรัพย์ของกลุ่มเป็นหลัก โดยให้เป็น ช่วงๆ เช่น ช่วงที่กลุ่มออมเงินได้ 5,000 บาท มูลนิธิ ก็จะสมทบไป 5,000 บาท โดยพิจารณาเป็นระยะๆ ตามความก้าวหน้าของกลุ่ม แต่สมทบสูงสุดไม่เกินกลุ่มละสองหมื่นบาท จึงเท่ากับมูลนิธิ ผากเงินไว้กับ ชาวบ้าน อนาคตอาจจะถอนเงินฝากสมทบจำนวนนี้ออกไปขยายผลในชุมชนอื่น

ผลจากการส่งเสริม ปรากฏว่ากลุ่มแม่บ้านที่ดำเนินการเรื่องออมทรัพย์มาได้ 3 ปีจะเริ่มมีการปันผล มีเงินสวัสดิการ สามารถให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ได้บ้าง บางกลุ่มยอมรับผู้ติดเชื้อใน ชุมชนเป็นสมาชิกด้วย ซึ่งมีการขยายงานสู่การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ในนามของกลุ่ม เช่น กลุ่มออมทรัพย์ เชียงคำ เมื่อแรกก่อตั้ง ก็ไม่ได้มีจุดหมายออมทรัพย์เพื่อเอดส์ แต่จัดตั้งขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาในชุมชนโดยรวม ไม่ว่าจะเป็นความเดือดร้อนในเรื่องใด ก็เอื้ออาทรต่อกันด้วยเมตตาธรรม โดยเฉพาะปัญหาเอดส์ที่กลายเป็น ปัญหาหนึ่งของชุมชน

ดังนั้น จึงเป็นการแก้ไขปัญหาเอดส์ผ่านงานพัฒนาชุมชน เป็นการเปิดงานเอดส์โดยไม่ได้พูดเรื่อง เอดส์โดยตรง แต่เอาเรื่องกลุ่มออมทรัพย์เข้ามาก่อน เพราะรู้ว่า ถึงที่สุดแล้ว จะนำไปสู่การแก้ปัญหาเอดส์ ซึ่งเป็นกระบวนการพัฒนาธรรมดา ที่สามารถฝึกให้องค์กรชุมชนเข้มแข็ง โดยส่งเสริมกลุ่มออมทรัพย์ ถ้า กลุ่มเข้มแข็ง ชุมชนก็เข้มแข็งและจะสู้กับปัญหาเอดส์ได้ในที่สุด

นอกจากนั้น มูลนิธิ มีประสบการณ์ทำงานกับพระสงฆ์ โดยการถวายความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และบทบาทของสงฆ์ต่อการแก้ปัญหาเอดส์ ปรากฏว่า ช่วงแรกๆ พระยังมีทัศนคติว่าเอดส์เป็นเรื่องไกลตัว พระ และคิดว่ามีบทบาทของเป็นผู้ให้/ผู้พูด ไม่ใช่ผู้ฟัง ซึ่งตรงกันข้ามกับบทบาทของผู้ให้คำปรึกษาที่ดีคือฟัง ไม่ใช่สั่งสอน แต่ก็มีพระที่เข้าใจบทบาทและเป็นที่พึ่งของผู้ติดเชื้อได้มาก มีการใช้สมุนไพรและการทำสมาธิ เป็นที่พึ่งพิงของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

รวมทั้งดำเนินกิจกรรมแก้ปัญหามาผ่านเด็กนักเรียน โดยให้ความรู้ความเข้าใจ มีชมรมเอดส์ ระดับโรงเรียน สมาชิกจะเป็นอาสาสมัครของชมรม มีการไปแสดงกิจกรรมในที่ต่างๆ ดังนั้นจึงมีชมรมอาสา สมัครเอดส์ระดับประถมและระดับมัธยม-อาชีวฯ ซึ่งจัดตั้งชมรมกันขึ้นมาเอง โดยมูลนิธิ เป็นผู้สนับสนุน เช่น กิจกรรมการจัดค่าย ทักษะศึกษา ให้กำลังใจเยี่ยมผู้ติดเชื้อ ทำจุลสาร ประกวดแนวคิดสร้างสรรค์เกี่ยวกับการแก้ปัญหามา หรือทำอะไรที่เด็กๆ อยากจะทำ

(7) ปัญหาอุปสรรคและข้อเสนอแนะต่อการแก้ไขปัญหาเอชส:

การทำงานแก้ไขปัญหาเอชสของเครือข่ายองค์กรภาคีรัฐ ภาคเอกชน และชุมชน ภายใต้การประสานงานของ ศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอชสจังหวัด (ศอจ.) นับเป็นต้นแบบการทำงานในแนวราบที่ดี แต่ในทางปฏิบัติยังมีปัญหาอุปสรรคมากเช่นการหลอม/บูรณาการแผนงานและงบประมาณของภารกิจประจำกับภารกิจในการแก้ไขปัญหาเอชสขององค์กรภาคียังไม่เกิดขึ้นอย่างจริงจัง แม้จะมีความพยายามในการละลายแผนและงบประมาณบางส่วนของหน่วยงานจาก กระทรวง กรม กองต่างๆ เข้ามาอยู่ในแผนงานแก้ไขปัญหาเอชสร่วมกัน แต่หน่วยงานอื่นที่นอกเหนือจากหน่วยงานที่ดูแลด้านสุขภาพ ยังปฏิบัติเสมือนหนึ่งว่า การแก้ไขปัญหาเอชสเป็นงานฝาก/งานรอง ดังนั้น เมื่อพบพิเศษในการแก้ไขปัญหาเอชสลดลง ก็มักจะลดบทบาทของตนตามไปด้วย หรือไม่อยากให้เจ้าหน้าที่ที่ส่งมาร่วมทำงานใน ศอจ. เน้นการทำงานแก้ไขปัญหาเอชสมากกว่างานประจำของตน เป็นต้น ทำให้ภาระหน้าที่หลักใน ศอจ. ยังคงตกอยู่กับที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ซึ่งไม่อาจหลีกเลี่ยงได้เหมือนเจ้าหน้าที่องค์กรอื่นที่ไม่ได้รับผิดชอบด้านสุขภาพโดยตรง ดังได้กล่าวรายละเอียดแล้วในบทที่ 3

อย่างไรก็ตาม แม้จะร่วมกันเพียงบางส่วน ก็สามารถช่วยคลี่คลายปัญหาเรื่องงานซ้ำซ้อนกันได้บ้าง อย่างน้อยก็ทำให้รู้ศักยภาพของแต่ละองค์กรภาคีว่า กำลังทำอะไรกันอยู่ หากมีการปรับปรุงการประสานงานกันให้ดี โดยเฉพาะการส่งตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ มาร่วมกันทำงาน แม้จะเข้าประชุมบ้าง ไม่เข้าประชุมบ้าง แต่ทุกคนก็เห็นความสำคัญ เห็นความจำเป็นและเห็นประโยชน์ในการประสานการทำงานร่วมกัน ดังนั้นจึงขึ้นอยู่กับภาระกิจจริงใจของผู้บริหารองค์กรนั้นๆ โดยเฉพาะองค์กรที่เป็นแกนนำเครือข่ายอย่างสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งจากประสบการณ์ของมูลนิธิฯ ที่ทำงานในพื้นที่ถึง 4 จังหวัด ได้เห็นความสำคัญของหัวหน้าหน่วยงานที่เข้าใจงานอย่างจริงจังและมีความต่อเนื่อง เช่นที่จังหวัดลำปางมีการย้ายผู้บริหารบ่อย ซึ่งแตกต่างกันอย่างชัดเจนกับจังหวัดพะเยาและเชียงราย นั่นคือที่จังหวัดลำปาง ชาวบ้านยังขาดความเข้าใจ ขาดการรับรู้ และขาดการยอมรับในเรื่องเอชสอย่างมาก การกล้าเปิดเผยตัวต่อชุมชนของผู้ติดเชื้อมีน้อยมาก ระบบการทำงานของ ศอจ. ลำปาง ยังคงค่อนข้างปิดและค่อนข้างทำงานกันเป็นแนวตัวมากกว่าแนวราบเหมือน พะเยา เชียงราย และเชียงใหม่

ทั้งๆ ที่โครงสร้างของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอชสจังหวัด ภายใต้กรอบของ ศอบบ. ก็มีโครงสร้างการทำงานเหมือนกันทั้ง 6 จังหวัด แต่พบว่าวิธีการปฏิบัติงานของแต่ละจังหวัดแตกต่างกัน เช่นที่พะเยามีหน่วยงานในระดับตำบลมีความตั้งใจในการทำงานอย่างมาก ภายใต้การจูงใจและการสนับสนุนอย่างแข็งขันจากนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด แม้ว่าด้วยกลไกการทำงานแบบราชการอาจจะทำไม่ได้ดังที่คนในพื้นที่ตั้งใจทั้งหมด แต่เมื่อมูลนิธิ / NGO เข้าไปเสริมช่องว่างนี้ในระดับพื้นที่ ช่วยเอื้อโอกาสให้คนในระดับพื้นที่ทำงานได้มากขึ้น ซึ่งตรงข้ามกับพื้นที่จังหวัดลำปาง ที่มูลนิธิฯ กลับทำไม่ได้อย่างที่กระทำในพื้นที่พะเยา ทั้งที่มีโครงสร้างเดียวกัน แต่คนในระดับพื้นที่จังหวัดลำปางขาดแรงจูงใจที่จะทำงานเหมือนในพื้นที่จังหวัดพะเยา นั่นคือผู้บริหารสาธารณสุขมีส่วนอย่างมากต่อการทำงานของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ ถ้าหากมีการเปลี่ยนผู้บริหารสาธารณสุขพะเยาบ่อยๆ ผลการทำงานในพื้นที่ก็อาจจะไม่แตกต่างกับในพื้นที่จังหวัดลำปางก็ได้

บทที่ 5

บทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ของผู้ชำนาญการในเครือข่ายองค์กรภาคเหนือตอนบน

จากการนำเสนอบทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ของภาคเหนือตอนบน ตามกรอบของ ศอนบ. (กล่าวในบทที่ 2) และของเครือข่ายองค์กรในภาคเหนือตอนบน ทั้งภาครัฐ (กล่าวในบทที่ 3) และภาคเอกชน (กล่าวในบทที่ 4) มาโดยลำดับนั้น เป็นการเสนอบทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ในเชิงระบบ ตามโครงสร้างขององค์กรและเครือข่าย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการวิเคราะห์และสังเคราะห์บทเรียนจากการแก้ไขปัญหาเอดส์ตามแผนงานและกระบวนการทำงานที่ถูกกำหนดไว้ล่วงหน้า ดังนั้นบทเรียนและประสบการณ์ที่สรุปจึงค่อนข้างจะเป็นภาพกว้าง (Macroscopic) ของการแก้ไขปัญหาเอดส์เชิงระบบ

แต่ในความเป็นจริง ยังมีบทเรียนและประสบการณ์อีกส่วนหนึ่ง ซึ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน ที่เกิดขึ้นจากการเรียนรู้โดยตรงของบุคลากรที่ทำงานคลุกคลีอยู่กับการแก้ไขปัญหาเอดส์มาตั้งแต่เริ่มต้น อันเป็นบทเรียนและประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์ที่ลุ่มลึกละเอียดละไม (Microscopic) เป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ที่บุคคลได้เรียนรู้ ปรับตัวและสั่งสม จนตกผลึกออกมาเป็นภูมิปัญญาแห่งตน ที่เกิดจากการเรียนรู้อย่างประสบผลตรงทั้งที่ล้มเหลวและที่สำเร็จ

การวิจัยครั้งนี้ ได้เห็นถึงความสำคัญดังกล่าว ดังนั้น นอกจากจะศึกษาประสบการณ์เชิงระบบขององค์กรและเครือข่ายแล้ว ยังได้สัมภาษณ์เจาะลึกกลุ่มบุคคล ที่คลุกคลีและรับผิดชอบเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาเอดส์มาตั้งแต่เริ่มต้น ทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน ซึ่งมีจำนวนไม่น้อยและถือได้ว่าเป็นกลุ่มบุคคลที่มีประสบการณ์มากที่สุดกลุ่มหนึ่งของการแก้ไขปัญหาเอดส์ของภาคเหนือตอนบน แต่เพื่อไม่ให้สิ่งที่นำเสนอซ้ำซ้อนกัน จึงได้เลือกประสบการณ์ตัวอย่างจากกลุ่มบุคคลที่มีภูมิลำเนา สังกัด บทบาท และบริบท ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ที่แตกต่างกัน จำนวน 9 คน ได้แก่

น.พ.ชวลิต นาถประทาน เลขาธิการของ ศอนบ.และผู้อำนวยการ สคต. 10

ดร.อุษา ดวงสา ผู้อำนวยการโครงการพัฒนาเครือข่ายเอดส์ (AIDSNET)

น.พ.นิสิต วรรณจักริยา ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

ดร.ทพ. สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ ผู้เชี่ยวชาญทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

นพ. ชำนาญ หาญสุทธิเวชกุล นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน (เดิมอยู่จังหวัดเชียงราย)

นพ. สมศักดิ์ คุภะวิทย์กุล ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจ.เชียงราย

พญ.เพชรศรี ศิริจันทร์ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

คุณสุภาพร ถิ่นวัฒนากุล ผู้ประสานงานมูลนิธิฟื้นฟูชนบท

คุณอำพา เกตุสถิตย์ ผู้ประสานงานคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภาคเหนือ

เนื่องจากผู้ชำนาญการแต่ละคนมีประสบการณ์ที่ลุ่มลึกในกรณีของตนเกี่ยวข้อง จึงได้เรียบเรียงบทเรียนและประสบการณ์ของแต่ละคนไว้ค่อนข้างละเอียด และนำเสนอเป็นรายบุคคล ดังต่อไปนี้

5.1 บทเรียนและประสบการณ์ของผู้ประสานงานเครือข่ายเอดส์ภาครัฐ / คอนบ. : ผ่าน นพ. ชวลิต นาถประทาน (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม พ.ศ. 2541)

(1) ตำแหน่งหน้าที่: ผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10
เลขานุการคณะกรรมการอำนวยการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน/คอนบ.

(2) ความเห็นต่อสถานการณ์โรคเอดส์

1) สถานการณ์ด้านการระบาดของโรคเอดส์

หากให้อัตราการติดเชื้อของทหารเกณฑ์และการติดเชื้อของหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ (ANC) เป็นตัวชี้วัด ปัจจุบัน (ปี 2541) อาจกล่าวได้ว่า การระบาดของโรคเอดส์ในภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัด (สศต. เขต 10) ได้ชะลอตัวและลดลงอย่างชัดเจนในกลุ่มผู้ชาย แต่อัตราลดลงในกลุ่มผู้หญิงยังน้อยกว่าที่คาดหมาย เนื่องจากอำนาจต่อรองของผู้หญิง (แม่บ้าน) ในเรื่องเพศสัมพันธ์ยังเป็นอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อ HIV ทั้งที่รู้และกลัวแต่ก็ไม่ว่าจะทำอย่างไรหากผู้ชาย (สามี) ไม่ยอมร่วมมือ (ใช้ถุงยางอนามัย)

ขณะเดียวกัน แม้การระบาดในกลุ่มเสี่ยงเดิมจะลดลง แต่การระบาดในกลุ่มทั่วไปโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น รวมไปถึงแม่บ้าน ยังไม่อาจจะไว้วางใจ เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ในเด็กวัยรุ่นด้วยกันเองเป็นไปอย่างกว้างขวาง และนักเที่ยวหันมานิยมใช้บริการทางเพศจากหญิงวัยรุ่น (นักเรียน/นักศึกษา) มากขึ้น ด้วยความเข้าใจว่าเด็กวัยรุ่นสะอาด บริสุทธิ์ ปลอดภัยจากเอดส์ ประกอบกับสภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ ทำให้เด็กวัยรุ่นบางคนต้องหารายได้พิเศษจากการขายบริการทางเพศ

รวมทั้งเด็กวัยรุ่นชาวเขาที่ไปทำงานในเมือง ยังขาดทักษะชีวิต มีโอกาสติดเชื้อเอดส์สูงและนำไปแพร่ระบาดต่อในหมู่บ้าน นอกจากนั้นการพูดจากันในเชิงเพศศึกษาในครอบครัวยังมีน้อยหรือไม่มีเลย และอำนาจต่อรองของผู้หญิงในเรื่องเพศสัมพันธ์ยังมีน้อย จึงยังมิมีโอกาสเกิดช่องว่างที่เอื้อในการแพร่กระจายของเชื้อเอดส์ได้มาก จึงเป็นการเปลี่ยนเป้าหมายจากกลุ่มเสี่ยงเดิมมาเป็นทุกคนเป็นผู้เสี่ยง

2) สถานการณ์ด้านความเคลื่อนไหวในการแก้ปัญหาเอดส์

ศูนย์อำนวยการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน หรือ คอนบ. ถือว่าเป็นตัวเร่งที่สำคัญ โดยเฉพาะการกระตุ้นให้เกิดการตื่นตัวในการแก้และป้องกันปัญหาทั้งในกลุ่มผู้ติดเชื้อและชุมชน โดยมี NGO อย่าง NAPAC (ปัจจุบัน AIDSNet) และ NGO อื่นๆ หนุนเนื่องในการขับเคลื่อนให้ชุมชนร่วมกันแก้ปัญหา บทบาทของ คอนบ. จึงเป็นส่วนสำคัญ แต่คุณภาพหรือผลที่ได้ยังไม่เป็นไปอย่างที่หวังไว้ทั้งหมด บางพื้นที่ดีขึ้น บางพื้นที่ก็ยังไม่เหมือนเดิม บางจังหวัดเอาเงินไปเก็บไว้ไม่ยอมส่งให้ชาวบ้าน ในขณะที่ชาวบ้านไม่ทราบว่ามีเงินอยู่ หรือบางส่วนรู้แต่ไม่กล้าจะไปต่อสู้อาเงินออกมาใช้

สำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อ มีการรวมกลุ่มต่อสู้เพื่อให้ได้มาซึ่งสิ่งที่สร้างขึ้นเพื่อพวกเขา เมื่อเขาทราบว่าไม่เหลือเงินทุน พวกเขา ก็อยากใช้ประโยชน์ กลุ่มผู้ติดเชื้อจึงมีบทบาทสำคัญในการแก้ปัญหาเช่นกัน

ความสำเร็จของ คอนบ. ที่เด่นชัดอาจมีประการเดียวคือ การสร้างความเคลื่อนไหวในชุมชน การผลักดันแนวคิดให้เงินลงไปสู่หมู่บ้าน แล้วพยายามให้หมู่บ้านทำกันเอง ดีบ้าง ไม่ดีบ้าง แต่ก็ถือว่าเป็นการเริ่มต้นที่ดี ซึ่งก็คงต้องมีคนช่วยทำต่อไป บางจังหวัดยังไม่ได้ทำตามแผนมากนัก กรอบแนวคิดที่ทาง คอนบ. ได้วางไว้อย่างกว้างๆ เพื่อนำไปทำต่อในพื้นที่ ก็ยังไม่มีมีการกระทำอย่างเป็นรูปธรรมเท่าที่ควร

ความพยายามในการกระตุ้นให้ NGO ที่ทำงานในชุมชนอยู่แล้ว นำ Concept ที่ทาง คอนบ. วางไว้มาปรับใช้ ก็ยังไม่ค่อยเกิด จะมีบางพื้นที่ที่ชาวบ้านริเริ่มทำกันเองและสามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้ และก็นำไปต่อตรงกับผู้นำหรือหน่วยงานได้สำเร็จ ซึ่งหน่วยราชการเองก็เริ่มปรับการทำงานให้เข้ากับการแก้ปัญหาแบบเครือข่าย เช่น สสม. ได้กระจายเงินลงสู่หมู่บ้านโดยตรงหมู่บ้านละ 7,500 บาทเป็นต้น

(3) บทเรียนจากการแก้ปัญหาเอดส์ (ความสำเร็จ/ความล้มเหลว/ปัญหาอุปสรรค)

ในฐานะเลขานุการของ คอนบ. และเป็นผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 ซึ่งมีหน้าที่โดยตรงในการแก้ปัญหาเอดส์ ถือว่าได้เรียนรู้มากมายตลอดช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เป็นการเรียนรู้จากการแก้ปัญหาในสถานการณ์จริง ผิดบ้างถูกบ้าง เนื่องจากเป็นปัญหาใหม่ ไม่มีแบบอย่างองค์ความรู้และประสบการณ์มาก่อน โดยเฉพาะการทำงานในรูปของเครือข่ายที่ระดมทุกฝ่ายมารวมพลังกันต่อสู้กับปัญหาเอดส์ที่มีชุมชนเป็นฐาน ซึ่งเป็นการฉีกแนวการทำงานสาธารณสุขจากเดิมแบบแนวดิ่งมาเป็นแนวราบ โดยเฉพาะการกระจายทั้งงานและเงินไปสู่ชุมชน หรือ NGO โดยตรง

อย่างไรก็ตาม โครงสร้างของ คอนบ. ซึ่งคล้ายกับพึ่งพาเครือข่ายองค์กรเป็นหลัก ซึ่งยังมีปัญหาอยู่รูปแบบของ คอนบ. ยังไม่สมบูรณ์ ยังคงค่อนข้างเพอะเพอะ แต่ในแง่ของแนวคิดในการแก้ปัญหาร่วมกันในกลุ่มจังหวัด ถือว่าเป็นแนวคิดที่ได้รับการพิสูจน์แล้ว ซึ่งหากผู้ตรวจสำนักนายกของเขตต่างๆ 12 เขต จะรวมกลุ่มกันขึ้นมา แล้วพยายามแก้ไขปัญหาร่วมกันในเขตจังหวัด เอาบทเรียนที่เป็นข้อดีข้อเสียของ คอนบ. มาเชื่อมโยงกันและอาจมีบทบาทพิเศษจากกรรมการเอดส์แห่งชาตินิดหน่อย เพื่อนำมาหลอ่ลั่นให้งานเดินคล่องไม่ใช่เขียนไปตอนนี เมื่อไหร่จะได้ก็ยังไม่รู้ ซึ่งถึงตอนที่ได้งบประมาณคนเขียนของบก็อาจไม่อยู่ที่นั่นแล้ว หากทำอย่างนี้ได้คงจะดีขึ้นเยอะ เพราะฉะนั้นในแง่ Concept ของการแก้ปัญหาระดับกลุ่มจังหวัดแบบ คอนบ. ถือว่าเป็นแนวทางที่ดี

แต่การทำงานอย่าง คอนบ. ก็ไม่ได้ขึ้นอยู่กับตัวเงินมากนัก เช่น ทุ่มเทงบปีละ 40-60 ล้านบาทลงชุมชนผ่านเครือข่าย ถามว่าคุ้มหรือไม่กับการแก้ปัญหาที่ทุ่มเทลงไปให้ชุมชน ในแง่ของ efficiency อาจจะถือว่าไม่คุ้ม แต่การซื้อบทเรียนครั้งแรกอาจจะแพง ซึ่งตอนนี้เงินก็ยังไปค้างอยู่ที่จังหวัดต่างๆ บางจังหวัดมีอยู่ 4-5 ล้านที่ยังไม่ได้ใช้ บางอำเภอเหลืออยู่หลายแสนที่ยังไม่ได้ใช้ ตรงนี้หากจะสร้างให้เกิดความคุ้มค่า ก็ขึ้นอยู่กับคนที่อยู่ในระบบ ถามว่าหากไม่อิงระบบนี้จะไปได้หรือไม่ งานพัฒนามักจะเกิดได้ยาก จึงคงต้องใช้โครงสร้างนี้ต่อไป

เพียงแต่ต้องพัฒนาคอนบ. ไปด้วยกับระบบ เริ่มตั้งแต่บทบาทผู้นำในการแก้ปัญหา ที่สำคัญคือ ผู้ว่าราชการจังหวัด รองลงมาจะเป็นใครก็ได้ ไม่อยากให้นั่งที่สาธารณสุขจังหวัดมาก เพราะหากเน้นที่ สสจ.

มากก็นี้นี่ไม่พ้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องแสดงเป็นพระเอกอยู่ตลอด แต่ความต่อเนื่อง ก็เป็นส่วนสำคัญมาก เพราะผู้นำที่เก่งๆ อยู่ที่ไหนได้ไม่นาน มักจะถูกดึงตัวไปใช้ที่อื่น ถ้าได้ผู้นำที่เก่งและมีความต่อเนื่อง คือ คิดทำแล้วไม่เลิก ทำโดยตลอดเป็นสิ่งที่เราต้องการในระบบของรัฐ

สำหรับความเคลื่อนไหวในการแก้ปัญหาเอตส์ทางด้าน NGO ภายใต้โครงสร้าง ศอบน. ยังมีข้อจำกัดในแง่ของความชำนาญเฉพาะเรื่องที่เป็นพื้นฐานเดิมของ NGO ซึ่งเก่งเฉพาะเรื่อง เช่นการพัฒนาชุมชน โดยเฉพาะในแง่การสร้างรายได้ ซึ่งเป็นความถนัดเดิม พอมาทำงานด้านเอตส์ได้ไม่นานก็มักจะหวนไปเน้นการผลิตรายได้ของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่อิงกับความถนัดเดิม แต่ความชำนาญใหม่ๆ ไม่ได้นำมาผสมผสานเชื่อมโยงการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ หรืออย่างเป็นองค์รวม

อย่างไรก็ตาม ความชำนาญบางเรื่อง เช่น การสร้างกลุ่มเยาวชน การเสริมสร้างศักยภาพแก่ กลุ่มเยาวชน ให้เริ่มคิดเริ่มทำด้วยตนเอง นับเป็นจุดแข็งและเท่ากับเป็นการสนับสนุนให้มีโอกาสเกิด NGO กลุ่มเล็กๆ หรือเกิด CBO ขึ้นในชุมชน เช่น กลุ่มสร้างฝันวันใหม่ของเด็กวัยรุ่นในเชียงราย เป็นการสร้างโอกาสการพูดคุยกันระหว่างเพื่อนในหมู่บ้านวัยรุ่นในทางสร้างสรรค์ ช่วยป้องกันความเสี่ยงในกลุ่มวัยรุ่นด้วยกันเอง จึงถือว่า ศอบน. มีส่วนช่วยเกื้อหนุนให้เกิด NGO/CBO ที่สร้างโอกาสให้วัยรุ่นมีทักษะชีวิต รู้จักป้องกันตนเองและชุมชนของเขาด้วย

นอกจากนั้น กลุ่มผู้ติดเชื้อ เป็นกลุ่มซึ่งมีพลังในตัว โดยเฉพาะการสร้าง Emotional attraction เป็นจุดแข็งที่สร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่ม แต่ที่ไม่เข้มแข็งก็มีมาก เนื่องจากยังมุ่งเฉพาะประโยชน์ส่วนตน และไม่เอื้อประโยชน์ต่อเพื่อนคนอื่น โดยเฉพาะยังไม่เอื้อประโยชน์ต่อชุมชนโดยรวม มีแต่รับความช่วยเหลือจากชุมชน แต่เมื่อกลุ่มได้รับการอุดหนุนจากรัฐ กลับไม่เอื้อประโยชน์ หรือไม่มีส่วนช่วยชุมชน บางกลุ่มจึงเกิดช่องว่างกับชุมชน ซึ่งการแก้ปัญหาเอตส์ในระยะยาว จำเป็นต้องหลอมกลุ่มผู้ติดเชื้อมีกับชุมชนเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันให้ได้

(4) วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาเอตส์/ปัญหาสุขภาพในอนาคต

บนพื้นฐานบทเรียนจากการแก้ปัญหาเอตส์ในอดีตและปัจจุบัน

สำหรับบทเรียนจากปัญหาอุปสรรคนั้น คน ถือว่าเป็นปัญหาใหญ่ที่สุด ซึ่งเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ของรัฐ เช่น ครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ยังมีทัศนคติที่ไม่เปลี่ยนแปลง ซึ่งถือว่าเป็นอุปสรรคสำคัญ เพราะหากจะสร้างศักยภาพชุมชน ศักยภาพผู้ติดเชื้อ ศักยภาพของ NGO เจ้าหน้าที่ของรัฐจะต้องเปลี่ยนทัศนคติก่อน ซึ่งค่อนข้างจะยาก อาจเป็นเพราะความรู้สึกพื้นฐานที่คิดว่าตนเองมีความรู้กว่าคนอื่น อยากให้เจ้าหน้าที่ของรัฐใช้วิจารณญาณในการแก้ปัญหามากขึ้น แม้จะต้องซิกแซกออกนอกกรอบนิรนัยเพื่อสนับสนุนงานที่มีประโยชน์หรือช่วยกันกระเบียดที่มันไม่เอื้ออำนวยก็น่าจะได้ ดังนั้นคงต้องหาผู้นำที่มีความต่อเนื่องในการทำงาน

อาจมีบางกระทรวงที่ต้องเร่งรัดพิเศษเช่น ครู ซึ่งผลกระทบที่เด็กได้รับจะเกิดจากครูมากที่สุดเพราะถือว่าครูอยู่ใกล้ชิดกับเด็กมากที่สุด นอกจากนั้นทัศนคติเก่าๆ ที่ยังค้างอยู่ในความรู้สึกและความระแวงจาก

เจ้าหน้าที่ของรัฐต่อ NGO หรือแม้แต่องค์กรชุมชนยังมีอยู่ ถึงแม้บางครั้งจะทำงานร่วมกันมานาน เจ้าหน้าที่ของรัฐยังมอง NGO อย่างระแวง มีคำถามบ่อยๆว่า เมื่อให้เงินไปแล้วใครจะเป็นผู้ติดตามผล ในขณะเดียวกันพอรัฐทุ่มเทเงินลงสู่หมู่บ้าน NGO ก็จะถามว่าให้ใครไปติดตามดู เรียกว่าต่างคนต่างระแวงกัน

หากใช้บริบทของ คอนบ. เงินที่ลงหมู่บ้านจะไม่มีใครคุม หมู่บ้านเซ็นรับแล้วจบ ไม่มีใครไปติดตามควบคุมเลย เพราะฉะนั้น การตรวจสอบและความโปร่งใส ก็จะขึ้นอยู่กับแต่ละตำบล/อำเภอ บางครั้งเก็บเงินไว้ที่อำเภอไม่ได้ใช้ ชาวบ้านก็ไม่รู้เรื่อง หรือรู้ก็ไม่กล้าขอ บางแห่งชาวบ้านไว้วางใจเมื่อมีการนำเงินไปใช้ผิดวัตถุประสงค์ เช่นที่ เชียงใหม่มีการฟ้อง สาธารณสุขอำเภอสันกำแพง จนเจ้าหน้าที่ต้องหาเงินมาชดเชยแทน ซึ่งถือว่าเป็นรูปแบบการตรวจสอบที่ดี ที่ชาวบ้านกล้าตรวจสอบจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขต้องย้ายออกไป ถ้าเราเริ่มจากการใช้กลไกของหมู่บ้านในการเฝ้าระวังผลประโยชน์ของเขา น่าจะเป็นแนวทางตรวจสอบและติดตามที่ดี แต่ปัญหาคือ ชาวบ้านต้องมีโอกาสเข้าถึงข้อมูลและต้องรู้เท่าทันกัน กระบวนการตรวจสอบโดยชาวบ้านจึงจะได้ผล

บทเรียนจาก คอนบ. ในการกระจายงานและกระจายเงินให้ชุมชนมีส่วนตัดสินใจแก้ปัญหาของตนเองโดยตรง และสร้างกลไกการตรวจสอบโดยประชาชนผู้มีส่วนได้เสีย เป็นแนวคิดควรแก่การพิจารณาในการปรับรูปแบบวิธีการสนับสนุนของรัฐต่อชุมชน ซึ่งรวมไปถึงการประชาสงเคราะห์ ที่ต้องปรับเปลี่ยนทัศนคติใหม่ เพราะเจ้าหน้าที่รัฐส่วนใหญ่ยังมีความรู้สึกว่าคุณเองอยู่สูง ปัญหาของชาวบ้านคือปัญหาของชาวบ้าน การที่รัฐให้ความช่วยเหลือเป็นการให้แบบให้ทาน แล้วชาวบ้านยังเป็นหนี้บุญคุณอีกต่างหาก เช่นกรณีที่บ้านของชาวบ้านหายไปกับพายุ/น้ำท่วม ไม่ใช่ความรับผิดชอบหรือหน้าที่ของรัฐ แต่รัฐยื่นมือสงเคราะห์แบบนิกบุญ เจ้าหน้าที่รัฐและนักการเมืองจึงพลอยได้เครดิต/บุญคุณด้วย ทั้งที่เป็นสิทธิ์และเป็นภาษีของประชาชน ซึ่งเขาควรได้อยู่แล้ว

ซึ่งความรู้สึกนึกคิดที่เจ้าหน้าที่รัฐยังคิดว่าตนเป็นนายประชาชน ทำงานช่วยเหลือประชาชนในฐานะเจ้าของและผู้ให้กับประชาชน จำเป็นต้องปรับเปลี่ยน จึงเริ่มมีความคิดเกี่ยวกับการประชาสงเคราะห์ใน Concept ของ Social security net เมื่อคนไม่มีที่ไปรัฐก็ต้องดูแลเพราะผลประโยชน์ของคนส่วนใหญ่/ประชาชน รัฐเป็นผู้ดูแล ดังนั้นเมื่อคนเดือดร้อน รัฐก็ควรเป็นผู้รับผิดชอบไม่ใช่เป็นฝ่ายรับอย่างเดียว อย่างการผลิตบุหรี่ เหล้า ออกมาเพื่อเอาภาษีสูง แต่พอถึงเวลาคนจะตายก็บอกว่าช่างมันเถอะปล่อยให้ตายไปให้ชาวบ้านช่วยกันเองก็แล้วกัน ถือว่าเป็นสิ่งไม่ถูกต้อง เมื่อรัฐคิดจะเก็บผลประโยชน์จากชาวบ้านแล้ว รัฐต้องให้ Social security คือ เมื่อประชาชนไม่มีที่ไปแล้ว รัฐต้องรับเป็นภาระ

เช่น ผู้ติดเชื้อมีหนี้สินหนังสือเพื่อขอเงินแค่เดือนละ 500 บาทต่อชีวิต แต่ต้องใช้เวลานานหรือผ่านขั้นตอนมากจนอาจจะตายก่อนที่จะได้รับความช่วยเหลือ พอดีพอร้ายกับหมดเวลาจ่ายงบประมาณต้องส่งคืนคลัง ในขณะที่เขายังไม่ป่วยเขาต้องเสียภาษีทุกครั้งที่มีชื่อของ/ซื้อบริการ เพราะฉะนั้นตรงนี้ต้องคล่องตัวอย่างน้อยที่สุดไม่ให้ผู้ติดเชื้อมอดตาย โดยให้ใครเป็นผู้บริหารก็ได้ แต่ต้องทำอย่างรวดเร็วและมีประสิทธิภาพ ถ้าจะให้ดีก็คงหนีไม่พ้นองค์กรท้องถิ่นทำ

บทเรียนจากศักยภาพขององค์กรท้องถิ่นเช่นองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) ควรมีบทบาทในการแก้และรองรับปัญหาเอตส์ได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในระยะยาว แต่ตอนนี้ อบต. ยังไม่เอาจริง หากเอาจริงรัฐต้องมีแผนเริ่มปล่อยให้ อบต. โตเอง ถ้าโครงสร้างแล้ว ปลัด อบต. น่าจะขึ้นกับ อบต. ไม่ใช่ขึ้นอยู่กับกระทรวงมหาดไทย ปลัด อบต. ควรจะกินเงินเดือนของ อบต. เพื่อเขาจะได้ทำประโยชน์ให้แก่คนในหมู่บ้าน ในพื้นที่ หากดูตอนนี้หัวหน้าจริงๆ ของพวกเขาใคร หัวหน้าอาจไม่ใช่ประธาน อบต. อาจเป็นปลัดอำเภอแล้วขึ้นไปถึงปลัดกระทรวงมหาดไทย

หากทำให้ อบต. มีความเข้มแข็ง มีอำนาจและอิสระอย่างแท้จริง อบต. จะเป็นความหวังที่มีศักยภาพมากและควรเป็นตัวกลางเชื่อมโยงระหว่างรัฐกับประชาชนได้เป็นอย่างดี การแก้ปัญหาต่างๆ ที่มีชุมชนเป็นฐานอย่างรูปแบบของ ศอนบ. จะทำได้ง่ายขึ้นและมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น เพราะรัฐสามารถสอดใส่นโยบายต่างๆ พร้อมกับปัจจัยและเครื่องมือการทำงาน (Input) ให้ไปโผล่ที่ อบต. โดยตรงโดยไม่ต้องแวะขั้นตอนที่เป็นอุปสรรคมากมายเช่นปัจจุบัน และ อบต. เองก็กระจายครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศในลักษณะของฐานรากชุมชน (Community based) อยู่แล้ว

ที่ผ่านมา การแก้ปัญหาเอตส์ของ ศอนบ. จะเป็นไปไม่ได้เลยหากไม่มีองค์กรพัฒนาเอกชน หรือ NGO เป็นแนวร่วมเชิงระนาบ ที่มีพลังขับเคลื่อนสูง คล่องตัว รวดเร็วทันใจ นับเป็นบทบาทที่สำคัญยิ่งที่ทำให้รูปแบบของ ศอนบ. ปรากฏเป็นรูปธรรมชัดเจนยิ่งขึ้น ซึ่งอาจแบ่ง NGO ออกเป็นหลายระดับ คือ NGO ขนาดใหญ่ที่เป็นองค์กรแบบ professional ชัดเจน มักจะมีผลงานเด่นชัด เพราะมีหลักเกณฑ์ในการทำงานเชิงระบบ แต่อาจจะมีค่าใช้จ่ายสูง ส่วน NGO ท้องถิ่นขนาดกลาง อาจมีผลงานไม่สม่ำเสมอขึ้นอยู่กับคน ซึ่งก็คล้ายกับคนของรัฐที่ขึ้นอยู่กับทัศนคติเป็นสำคัญ ยิ่งเกี่ยวข้องกับรายได้บางที่ก็บังคับขู่ดมการในการทำงานยิ่งกว่าเจ้าหน้าที่ของรัฐ เพราะเงินเดือนเจ้าหน้าที่รัฐ จะมีคนอื่นเป็นคนบอก แต่เงินเดือนของเจ้าหน้าที่ NGO เขาจะเป็นคนบอกตัวเอง

ถ้าใช้รายได้มาเป็นเกณฑ์ในการทำงานก็ดูไม่ค่อยดีนัก เพราะจะเป็นการทำงานเพื่อเงิน ซึ่งสวนทางกับอุดมการณ์ของ NGO เอง เช่น หากตั้งเงินเดือนกันเอง 4-5 หมื่นบาท ก็อาจทำให้การใช้จ่ายเงินส่วนใหญ่เป็นเงินเดือน ส่วนน้อยจะเป็นเงินที่ไปถึงชาวบ้านโดยตรง ซึ่งก็จะย่ำรอยเก่าของระบบราชการแต่จะแย่ยิ่งกว่าเพราะสัดส่วนที่จ่ายเป็นเงินเดือนของราชการน้อยกว่ามาก ดังนั้นหากสัดส่วนของเงินที่จะนำไปสร้างประโยชน์โดยตรงต่อชุมชน/กลุ่มเป้าหมาย เป็นไปอย่างสมดุลและเหมาะสมกับสัดส่วนของเงินเดือน ก็จะเป็นที่ยอมรับกันได้ โดยเฉพาะในกรณีที่ NGO รับเงินงบประมาณอุดหนุนจากภาครัฐ

นอกจากนั้นยังมี NGO เล็กๆ รวมทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อ CBO เกิดขึ้นจากรูปแบบการแก้ปัญหาเอตส์แบบ ศอนบ. ซึ่งบางองค์กรแม้จะมีขนาดเล็กและใช้เงินน้อยแต่ทำงานได้มากก็มี เช่นบางที่ขอเงินมาแค่ 20,000 บาท เป็นไปไม่ได้ที่เขาจะเอาเงินไปเป็นเงินเดือนของเขาเองเพราะน้อยเกินไปที่จะจ่ายเป็นเงินเดือน แต่อาจเป็นค่าใช้จ่ายในการดำเนินกิจกรรมล้วนๆ จุดนี้ทำให้ ศอนบ. ขึ้นชมและอยากสนับสนุน NGO เล็กๆ แต่บางครั้งก็มีผลเสีย คือมักจะโดน NGO ใหญ่ๆ ต่อว่า อย่างไรก็ตาม โดยภาพรวมแล้ว NGO ถือว่าเป็นหน่วยงานที่สำคัญและช่วยงานรัฐได้มาก

แต่บทเรียนที่พึงระมัดระวัง คือเรื่องความน่าเชื่อถือ (Accountability) คนจะโกงก็อยู่ที่โอกาส แม้ว่าบางคนไม่มีโอกาสก็อาจพยายามสร้างโอกาส แต่ถ้ามีวิธีเฝ้าระวัง บวกกับมีระบบและกลไกการตรวจสอบที่โปร่งใส ติดตามได้ ซึ่งไม่ใช่ติดตามเพื่อจะควบคุมไม่ให้รั่วไหล แต่ติดตามเพื่อยืนยันความน่าเชื่อถือ ก็จะเป็นหลักประกันความน่าเชื่อถือให้กับ NGO เพราะแนวโน้มต่อไปในอนาคต เชื่อว่าการทำงานของภาครัฐ จะเน้นการกระจายเงินและกระจายงานให้ NGO ได้มีส่วนร่วมพัฒนาบ้านเมืองมากขึ้น จึงจำเป็นต้องมีกลไกอีกระบบหนึ่งคู่ขนานกับระเบียบราชการ เพื่อเป็นระบบตรวจสอบและดูแลการทำงานของ NGO ที่ใช้เงินอุดหนุนของรัฐ

นั่นหมายความว่า ไม่ว่ารัฐหรือ NGO จำเป็นต้องมีระบบการทำงานที่ดี ซึ่งอาจต้องพัฒนาระบบที่มีอยู่ให้ดีขึ้น โดยปรับเปลี่ยนระเบียบเงื่อนไขที่ผูกมัดตนเองจนไม่สามารถเปลี่ยนแปลงได้ จะต้องปรับแก้ให้คล่องตัว ให้มีการพึ่งเจ้าหน้าที่ของรัฐน้อยลง หากพิจารณาระบบที่มีอยู่ จะพบว่ายังไม่เอื้ออำนวยให้ทำงานแบบ ศอนบ. ได้อย่างเต็มที่นัก เมื่อคนเป็นผู้สร้างระบบขึ้นมาผูกมัดตัวเองไม่ให้เอื้ออำนวยก็ควรจะต้องแก้ไขให้เอื้ออำนวยได้

โดยเฉพาะการทำงานในระดับพื้นที่ เมื่อผู้บริหารรับงานไปดำเนินการ แต่ระบบไม่เอื้ออำนวย มีขั้นตอนมาก โยนกลองไปมา หากคนรับผิดชอบไม่ได้ งานจึงมักจะเข้าไม่ถึงพื้นที่เป้าหมายจริงๆ ดังนั้นหากหน่วยงานของรัฐเข้าไปทำงานเอดส์โดยตรง จะมีผลลบมากกว่าบวก จึงจำเป็นต้องเปลี่ยนแนวคิดในการทำงานเสียใหม่ เช่นให้ผู้ติดตามออกมำทำกันเอง รัฐเพียงแต่เข้าไปสนับสนุน หรือทำงานเป็นที่เลี้ยง แต่ระบบและคุณภาพของเจ้าหน้าที่รัฐที่เป็นอยู่ยังไม่เอื้อ ซึ่งไม่เหมือนกับระบบของ NGO ที่ทำได้โดยไม่ต้องห่วงเรื่องนี้

ซึ่งการพัฒนาบทบาทของศูนย์เอดส์จังหวัด สามารถแก้ปัญหาตรงจุดนี้ได้ เพราะศูนย์เอดส์จังหวัดคือส่วนหนึ่งของ ศอนบ. หากให้ ศอนบ. ไล่แก้ไขปัญหาให้ทุกหมู่บ้าน คงเป็นไปได้ หรือแม้แต่เรื่องการติดตามการใช้งบประมาณให้เป็นไปตามเป้าหมาย เพราะเมื่อเงินเข้าไปอยู่กับตัวเองแล้วมีความรู้สึกเป็นเจ้าของทันที คนอื่นมาใช้ไม่ได้ แม้แต่กลุ่มผู้ติดเชื้อเมื่อได้รับเงินสนับสนุนจากรัฐ มักจะยึดว่าเป็นเงินของผู้ติดเชื้อ แทนที่จะนำเงินมารวมกันกับหมู่บ้าน เพื่อนำมาร่วมแก้ปัญหาแบบเสริมกันและกัน หากนำทั้งสองฝ่ายมารวมกัน ให้ชาวบ้านแก้ปัญหาด้วยกันก็จะเป็นการดี

นอกจากนั้น หากมองการแก้ปัญหาในระยะยาว ปัญหาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เป็นเรื่องที่น่าเป็นห่วงที่สุด เพราะวิกฤตเอดส์เป็นโอกาสในการสร้างเด็กให้เป็นอาชญากรในอนาคตได้ เนื่องจากเด็กที่เติบโตในสภาพเช่นนี้ ย่อมพบกับแรงกดดันอย่างมากจนอาจทำให้เด็กหลายคนกลายเป็นเด็กก้าวร้าว เข้าโรงเรียนไม่ได้เพราะสิ่งแวดล้อมในโรงเรียนไม่เอื้ออำนวย เด็กหลายคนแต่งตัวเรียบร้อยแต่ถูกห้ามไม่ให้ไปโรงเรียน ต้องนั่งเรียนหนังสือกับอู๋ย (ย่า/ยาย) ที่บ้าน เพราะครูกลัวว่าจะไปไล่ตีเพื่อน เนื่องจากเพื่อนๆ ไม่ยอมรับและยังชอบล้อเลียนเรียกเด็กพวกนี้ว่า “ไอ้ลูกเอดส์”

หากเราไล่เก็บปัญหานี้ไม่ทัน ต่อไปเด็กพวกนี้จะอยู่ที่ไหน เขาต้องการความรักมากที่สุด อีก 10 ปีข้างหน้า กรณีนี้จะกลายเป็นปัญหาร้ายแรงหากยังไม่รีบแก้ไข ถ้าในครอบครัวที่ยังมี ปู่ ย่า ตา ยาย เด็กจะ

มีที่พึ่งพิงแน่นอน แต่ถ้าเด็กกำพร้าที่ไม่มีที่พึ่งเลยแม้แต่นิดหนึ่ง ก็จะเป็นปัญหาอย่างมาก ซึ่งปัจจุบันมีจำนวนเด็กที่พ่อแม่เสียชีวิตแล้วไม่น้อยกว่า 6,000 คน แต่ NGO อย่างมูลนิธิหมอเสม พริ้งพวงแก้ว ช่วยหาพ่อแม่บุญธรรมให้ได้ปีละ 300 คน ซึ่งรัฐโดยผ่านชุมชนต้องร่วมกันรับผิดชอบ ยิ่งรัฐส่งเสริมให้ใช้ยา AZT ในแม่ที่ตั้งครรภ์ ซึ่งจะมีผลทำให้มีเด็กติดเชื้อเอดส์น้อยลง แต่เด็กกำพร้าก็ยังมีมากขึ้น หากขาดที่พึ่งหรือเลี้ยงดูอย่างไม่เหมาะสม ก็ยิ่งเปิดโอกาสให้เกิดการผลิดาชาญากรในอนาคตมากขึ้น

การแก้ปัญหาจึงต้องอาศัยครอบครัวที่เหลืออยู่ ญาติ องค์การบริหารส่วนตำบล และชุมชนที่มีศักยภาพ รวมทั้ง NGO ในส่วนของรัฐเองคงต้องคิดเรื่อง Social security net และผลักดันให้มโนนโยบายของรัฐอย่างเป็นทางการ คอยแก้ไขปัญหาล่วงหน้า ซึ่งหากไม่นำเด็กพวกนี้มาอบรมให้การศึกษาเยี่ยงเด็กปกติ ในอนาคตเด็กพวกนี้อาจเป็นเอเยนต์ค้ายาบ้าก็ได้ เจ้าหน้าที่ของรัฐควรเปลี่ยนทัศนคติใหม่ ให้ช่วยกันแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ทำงานให้มีประสิทธิภาพ และเกิดประสิทธิผล ควรเลี้ยงดูเด็กให้ดีเท่ากับที่พ่อแม่ชาวบ้านคนอื่น ๆ เลี้ยงดูลูกของตน

(5) ความคาดหวังในการแก้ปัญหาเอดส์/คล้ายเอดส์ในพื้นที่ใหม่/พื้นที่เดิมในอนาคต

หากมีโอกาสเริ่มต้นการแก้ปัญหาเอดส์ในพื้นที่ใหม่ สิ่งที่จะเริ่มทำก่อนเป็นอันดับแรกก็คือ การปรับทัศนคติของเจ้าหน้าที่รัฐ รองลงมาคือไปพูดคุยกับชาวบ้านให้เข้าใจ ว่าปัญหาจริงๆ ไม่ได้ห่างไกลจากตัวเขาเลย หากไม่เริ่มป้องกันและแก้ไขแต่เนิ่นๆ เร่งสร้างศักยภาพ สร้างความเข้าใจกับชาวบ้านให้ได้ ทำฐานชาวบ้านให้แข็งแกร่ง ก่อนที่ปัญหาจะบานปลายแล้วค่อยมาไล่แก้ไขตามหลังเหมือนภาคเหนือตอนบน

5.2 บทเรียนและประสบการณ์ของผู้ประสานงานเครือข่ายเอดส์ภาคเอกชน /AIDSNet:

ผ่าน ดร. อุษา ดวงสา (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2541)

- (1) ตำแหน่งหน้าที่: ผู้อำนวยการโครงการพัฒนาเครือข่ายเอดส์ (AIDSNET)
เลขานุการมูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ (AIDSNET)

(2) ความเห็นต่อสถานการณ์โรคเอดส์

1) สถานการณ์ด้านการระบาดของโรคเอดส์

สถานการณ์การระบาดมีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ถ้าดูภาพรวมอาจกล่าวได้ว่าปัญหาการระบาดได้ลดลง มีแนวโน้มในด้านการป้องกันดีขึ้น แต่ปัญหาด้านเยาวชนยังน่าเป็นห่วง ยังมีอัตราเสี่ยงสูง ปัจจุบันมีการทำอาชีพแบบแอบแฝง (ขายตัว) หรือขายบริการทางเพศชั่วคราว มากขึ้น โดยไม่มีการป้องกันในกลุ่มที่ไปทำงานต่างจังหวัด หรือต่างประเทศ เมื่อกลับมาบ้านก็ไม่มีการตรวจเลือด ซึ่งอาจทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์อย่างรุนแรงขึ้นได้อีก (ยิ่งในภาคอีสาน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ กำลังเข้าไปทำงานโดยขยายฐานการทำงานจากภาคเหนือ ยังไม่มีการเตรียมความพร้อมชุมชนเพื่อรองรับ

กับปัญหาเอดส์เลย ซึ่งปัญหาจะเคลื่อนไหววูบวาบ/รวดเร็วและรุนแรง ต่างจากภาคเหนือในอดีตที่ยังมีเวลาพักตัว ปัญหาจะค่อยๆ โผล่ออกมา ทำให้ตั้งตัวรับได้ง่ายกว่า แต่คนทั่วไปมักจะคิดว่าปัญหาเอดส์คลี่คลายลงแล้ว และเริ่มไม่ให้ความสำคัญกับปัญหานี้ ดังช่วงที่ระบาดรุนแรงในภาคเหนือ ซึ่งเป็นสัญญาณที่น่าห่วงเหมือนภูเขาไฟที่ยังคุกรุ่นอยู่ เพียงแต่รอจังหวะเวลาระเบิดเท่านั้น)

2) สถานการณ์ด้านความเคลื่อนไหวในการแก้ปัญหาเอดส์

สำหรับความเคลื่อนไหวในการแก้ปัญหาเอดส์ในส่วนขององค์กรพัฒนาเอกชน/องค์กรอิสระ มีการริเริ่มการแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบหลังปี 2535 นำโดย โครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ (Thai-Australia Northern AIDS Prevention and Care Program หรือ NAPAC) ซึ่งเกิดจากความร่วมมือของรัฐบาลไทย (กรมวิเทศสหการ) กับรัฐบาลออสเตรเลีย (AIDAB) โดยทางออสเตรเลียได้จัดตั้งทีมงานผู้เชี่ยวชาญมาทำ feasibility study เพื่อหารูปแบบวิธีการที่เหมาะสมกับการสนับสนุนเพื่อการทำงานด้านเอดส์ในภาคเหนือของประเทศไทย

โดยมี Dr.Robert Bennoun (ปัจจุบันทำงานที่ยูนิเซฟ) เป็นหัวหน้าทีม มีการประชุมพูดคุยกับผู้เกี่ยวข้องในการทำงานแก้ปัญหาเอดส์ของไทยทั้งส่วนกลางและภาคเหนือ ทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ผลการศึกษาวิเคราะห์ได้เสนอต่อรัฐบาลออสเตรเลีย ว่าควรจัดตั้งองค์กรอิสระที่คล่องตัวขึ้นเป็นเอกเทศ ไม่เป็นส่วนหนึ่งของรัฐบาล หรือ NGO โดยมีบทบาทหน้าที่หลักคือ ประสานงานการทำงานด้านเอดส์กับทุกองค์กร/หน่วยงาน/โครงการในพื้นที่ รวมทั้งสนับสนุนและเสริมสร้างศักยภาพการทำงานด้านเอดส์ขององค์กรเหล่านั้นด้วย

เมื่อรัฐบาลออสเตรเลีย ตกลงให้ความช่วยเหลือรัฐบาลไทยผ่าน AIDAB (AusAID) จึงจัดตั้ง NAPAC ขึ้นเป็นองค์กรอิสระและเอกเทศ (เฉพาะ 4 ปีแรกในส่วนของ NAPAC ได้รับการสนับสนุนงบประมาณ 70 ล้านบาท โดยทุ่มเทลงในพื้นที่ผ่านกลุ่ม/องค์กรเล็กๆ ถึง 55 ล้านบาท) โดยมีระยะเวลาทำการ 5 ปี (2536-2540) มีพันธกิจหลักคือ ประสานงานและสนับสนุนองค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับเอดส์ในพื้นที่ และสร้างเสริมศักยภาพขององค์กรเหล่านั้น มีการช่วยเหลือทั้งทางด้านวิชาการและงบประมาณ เพื่อให้สามารถทำงานได้ องค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับเอดส์จะเป็นใครก็ได้ ไม่ว่าจะเป็นบุคคล/องค์กร/ทีมงาน NGO ไม่มีข้อจำกัด แต่จะจำกัดเฉพาะลักษณะงานที่ไม่สนับสนุนงบประมาณในบางเรื่องเช่น โครงการที่มีแตงบบริหารหรือบังคับควบคุมสภาวะ หรืองานวิจัยบริสุทธิ์ แต่จะสนับสนุนเฉพาะวิจัยประยุกต์ หรืองานวิจัยเชิงปฏิบัติการที่สนับสนุน/สอดคล้องกับเป้าหมาย คือการลดการแพร่ระบาดของเอดส์ และจะเน้นการทำงานในพื้นที่ที่มีปัญหามากที่สุด คือ เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา

ตามแผนงาน 5 ปี เมื่อมีการทำงานไประยะหนึ่ง จะมีการทบทวนและปรับเปลี่ยนการทำงาน เช่น ขยายพื้นที่ไปอีก 3 จังหวัดในภาคเหนือตอนบนที่เหลือคือ ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน เพราะ NAPAC ได้มีบทบาทสำคัญในการทำงานแก้ปัญหาเอดส์คู่ขนานกันกับภาครัฐ ซึ่งได้ปรับรูปแบบการทำงานเป็นเครือข่าย โดยมี ศูนย์อำนวยการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน (คอบบ.) เป็นแม่ข่ายภาครัฐ และ NAPAC เป็น

แม้ว่าภาคเอกชน จึงมีส่วนสำคัญในการเสริมช่องว่างของภาครัฐ ที่ไม่คล่องตัว ไม่ยืดหยุ่น เข้าถึงได้ยาก ติดกรอบความคิดแบบราชการและมีระเบียบกฎเกณฑ์พันหนามากมาย ให้มีความคล่องตัวมากขึ้น โดยผ่านกลไกที่เชื่อมโยงกับ คอนบ.

ซึ่ง NAPAC อาศัยความเป็นองค์กรอิสระและคล่องตัว เป็นส่วนสำคัญในการส่งเสริมให้เกิด NGO และเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อ/องค์กรชุมชนขึ้นมากมาย เพื่อจัดการกับปัญหาของตน รวมทั้งการสร้างอำนาจต่อรองการแก้ปัญหาเอดส์ต่อภาครัฐ เป็นการปลุกกระตือรือร้นให้ทุกฝ่าย โดยเฉพาะภาคเอกชนและชุมชน หันมาผนึกกำลังกันสู้ภัยเอดส์อย่างเป็นขบวน

แต่น่าเสียดายเมื่อดำเนินงานไปได้เพียง 3 ปี ก็ประสบกับมีการเปลี่ยนแปลงรัฐบาลออสเตรเลีย ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนนโยบายและลดความช่วยเหลือ เหลือเพียงโครงการ 4 ปี จึงไม่ได้ขยายพื้นที่ตามแผน แต่เนื่องจาก NAPAC มีรูปแบบการทำงานที่เป็นเอกเทศและอิสระในการตัดสินใจ ทำให้เกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ได้รับการสนับสนุนจาก NAPAC จำนวนมากที่มีความชัดเจนในการทำงาน และเป็นกลุ่มพลังที่เข้มแข็ง รวมทั้ง NAPAC เองก็ได้เรียนรู้บทเรียนมากมายจากการทำกับกลุ่ม/องค์กรต่างๆ เห็นแนวทางในการแก้ปัญหาเอดส์ได้ชัดเจนขึ้น จึงน่าเสียดายหากจะทำให้ NAPAC ต้องยุติบทบาทหน้าที่ลงอย่างกะทันหัน

ทาง AusAID จึงได้จัดหาทุนสนับสนุน NAPAC ให้มีการดำเนินงานต่อไป โดยได้จัดสรรงบประมาณให้ทำ feasibility study เพื่อทำการศึกษาและจัดทำโครงการเสนอขอการสนับสนุนจากโครงการเอดส์สหภาพยุโรป (EC) ผลการศึกษาเสนอให้ปรับองค์กร NAPAC เดิมให้อยู่ในรูปของมูลนิธิ จึงเกิดเป็นมูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ (AIDSNet) โครงการเอดส์สหภาพยุโรปให้การสนับสนุนงบประมาณด้านบุคลากรและการบริหารสำนักงานในช่วง 2 ปีแรกของการก่อตั้ง เป็นจำนวนเงินประมาณ 48 ล้านบาท โดย AIDSNet ยังคงสืบทอดเจตนารมณ์และพันธกิจ รวมทั้งยึดรูปแบบการทำงานและเครือข่ายองค์กรสมาชิกของ NAPAC เดิมไว้ทุกประการ

เพียงแค่ AIDSNet ได้ขยายพื้นที่ไปยังภาคตะวันออกเฉียงเหนือด้วย โดยยังคงอาศัยฐานการทำงานในกรุงเทพฯ ภาคเหนือ เช่นเดียวกับครั้งที่เกิด NAPAC จึงเริ่มงานทางภาคอีสานด้วยการจัดเวทีสนทนาที่มีทั้งภาครัฐและเอกชนมาพูดคุยกัน เพื่อปรับปรุงรูปแบบวิธีการให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของพื้นที่ภาคอีสาน ซึ่งส่วนใหญ่สภาพการทำงานด้านเอดส์ก็จะคล้ายกับภาคเหนือ ดังนั้นการทำงานของ AIDSNet ก็คือภาคสองของ NAPAC เพียงแต่ปรับบทบาทการประสานงานองค์กร มาเป็นการทำงานแบบเครือข่ายมากขึ้น และครอบคลุมพื้นที่ภาคอีสานตามการเคลื่อนตัวของปัญหาเอดส์

(3) บทเรียนจากการแก้ปัญหาเอดส์ (ความสำเร็จ/ความล้มเหลว/ปัญหาอุปสรรค)

ช่วงแรกที่มีการจัดตั้งสำนักงาน NAPAC โดยมี ดร.เสรี พงศ์พิศ เป็นผู้อำนวยการ ก็ได้เริ่มตั้งศูนย์ข้อมูลขึ้นมา เพื่อเสริมความเข้มแข็งทางวิชาการให้แก่องค์กรสมาชิกในเครือข่าย เพราะสภาพการณ์ในขณะนั้น องค์กรต่างๆ ยังขาดข้อมูลและองค์ความรู้ เพื่อให้คนทำงานเอดส์มาค้นคว้า ศึกษาข้อมูล จึงมีการตั้งศูนย์ข้อมูลขึ้น และจัดให้มีการเสวนา เพื่อให้คนทำงานมีโอกาสมาพบปะกัน พูดคุยแลกเปลี่ยนความคิด

กัน โดยจัดทำห้องประชุมเล็กและมีการจัดกิจกรรมต่างๆ เพิ่มขึ้น เมื่อมีการจัดเสวนาเรื่อยๆ ก็มีคนสนใจเพิ่มขึ้น มีสมาชิกประจำและบางครั้งก็เป็นการจัดเสวนาขนาดใหญ่

การเสวนาขนาดเล็ก ตอนแรกมีการปรึกษากับองค์กรต่างๆในพื้นที่ แล้วคัดเลือกประเด็นที่น่าสนใจขึ้นมาเสวนา ซึ่งบางประเด็นทางเมืองไทยยังไม่ได้ให้ความสนใจ แต่ประเทศอื่นได้ดำเนินการไปแล้ว เช่น เมื่อมีการพูดถึงการทำงานเอดส์กับเยาวชน พูดถึงผู้ติดเชื้อ ก็มีการเชิญผู้ติดเชื้อจากออสเตรเลีย มาพูดคุยให้ฟัง เพราะตอนนั้นยังไม่มีกลุ่มผู้ติดเชื้อในภาคเหนือ และช่วงนั้นก็เกิดปัญหาเรื่องการใช้สมุนไพรรักษาโรคเอดส์ของนายวิชัย วิชนิลบล (หรือกรณีหมอเทวดา) และถูกทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการจับกุมฐานทำผิดกฎหมาย

กรณีพิพาทนายวิชัย/หมอเทวดานี้ถือได้ว่าเป็นจุดเปลี่ยนของการแก้ปัญหาเอดส์ก็ว่าได้ เนื่องจากก่อนปี 2535 ทางสาธารณสุขมองเรื่องเอดส์เป็นโรคระบาดที่รักษาไม่หาย แต่เมื่อเกิดกรณีพิพาทหมอเทวดาขึ้น ทำให้สาธารณสุขต้องเปลี่ยนมุมมองจาก "โรคเอดส์" มาเป็น "ปัญหาเอดส์" เพราะเมื่อผู้ติดเชื้อรู้ตัวว่าติดเชื้อ/เริ่มแสดงอาการ ก็ไม่รู้จะทำอย่างไรเนื่องจากไม่มียารักษา จึงดิ้นรนแสวงหาทางรอด หันมาพึ่งหมอพื้นบ้าน ทั้งในรูปแบบพิธีกรรมและสมุนไพร

นายวิชัย วิชนิลบล ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านคนหนึ่งและได้เผยแพร่การใช้ตำรับสมุนไพรของตนแก่ผู้ติดเชื้อที่ลี้หน้างทั้งหลาย ได้รับความนิยมนมาก มีผู้คนที่ติดเชื้อมาอาศัยสมุนไพรของหมอเทวดาจากทั่วสารทิศ จึงเกิดกรณีพิพาทระหว่างสาธารณสุขกับผู้ติดเชื้อ เมื่อทางสาธารณสุขต้องทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคตามกฎหมาย ขณะที่ผู้ติดเชื้อก็ไม่มีที่พึ่ง/ไม่มีทางเลือก เมื่อมีการจับกุมนายวิชัย วิชนิลบล จึงเกิดกรณีพิพาทระหว่างรัฐกับประชาชนโดยเฉพาะผู้ติดเชื้อ (อันที่จริงจากการเปิดเผยของ ดร.ทพ.สุรสิงห์ วิศรุตรัตน์ ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ทราบว่าทางสาธารณสุขเองก็ได้มีการติดตามศึกษากรณีผู้ติดเชื้อกับตำรับสมุนไพรของหมอเทวดาอย่างใกล้ชิด แต่ยังไม่ทันที่ผลการศึกษาจะบ่งชี้ทางออกของปัญหา เผอิญเกิดกรณีพิพาทขึ้นก่อน)

ทาง ดร.เสรี พงศ์พิศ จึงได้ให้โอกาสที่เกิดช่องว่างนี้ พูดคุยชักชวนให้ผู้ติดเชื้อให้มีการเปิดเผยตัวมากขึ้น ให้สังคมได้ยอมรับความจริงและตระหนักถึงมหันตภัยเอดส์กันอย่างจริงจัง ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อรวมกลุ่มกันเพื่อปกป้องสิทธิของตน เมื่อยอมเปิดเผยตัวและมีผู้ให้ความสนใจมาก โดยเริ่มจากความไม่พอใจต่อภาครัฐเกี่ยวกับเรื่องหมอสมุนไพรที่ผู้ติดเชื้อใช้เป็นที่พักในการรักษาโรคเอดส์ จึงช่วยให้เกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก เพราะตอนนั้นไม่ทราบว่าจะมียาตัวไหนอีกที่จะช่วยรักษาอาการของเอดส์ได้ จึงเลือกที่จะใช้สมุนไพร แม้ยังไม่ทราบแน่ชัดว่าจะสามารถช่วยรักษาได้หรือไม่

เมื่อเกิดการรวมตัวกันเป็นกลุ่มขึ้น เช่น กลุ่มเพื่อนชีวิตใหม่ ก็ได้ใช้ความเป็นกลุ่มในการต่อรองกับฝ่ายต่างๆ ของรัฐ จึงเป็นจุดเริ่มต้นของการต่อรองขอการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ ก็คือ ศอนบ. และจากภาคเอกชน/องค์กรอิสระ ก็คือ NAPAC

พอเริ่มงานของ NAPAC โล่เรียกกันหลังจากกรณีพิพาทหมอเทวดา ก็มี ศอนบ. เกิดขึ้นตามมาและเริ่มเข้ามาเชื่อมโยงในลักษณะการทำงานแบบคู่ขนานกันของแม่ข่ายภาครัฐ-ภาคเอกชน มีการประสานงาน

และช่วยกันตัดสินใจในเรื่องการสนับสนุนโครงการต่างๆ โดยมีคณะทำงานช่วยกันกลั่นกรองและกำหนดทิศทางการทำงาน ซึ่งมีทั้งภาครัฐและเอกชนที่มีบทบาทสูงในด้านเอดส์มาเป็นกรรมการ เพื่อจะช่วยดูทิศทางในการทำงาน ในส่วนของ NAPAC งบประมาณส่วนใหญ่จะเป็นเงินของ AusAID ช่วยเป็นค่าใช้จ่ายหรือค่าเช่าสถานที่ ค่าใช้จ่ายในการบริหารโครงการ เงินเดือนของผู้เชี่ยวชาญจากออสเตรเลีย ค่าใช้จ่ายการจัดฝึกอบรมเพื่อเพิ่มทักษะเทคนิควิธีการทำงานใหม่ๆ รวมทั้งเงินทุนสนับสนุนกลุ่มผู้ติดเชื้อ /โครงการต่างๆ ที่ขอความช่วยเหลือมายัง NAPAC

ดังนั้นในปีแรก จึงเป็นการวางพื้นฐานในการเสริมสร้างให้เกิดกลุ่ม โดยเริ่มจากการเสริมความเข้มแข็งให้กับกลุ่ม/องค์กรที่มีอยู่แล้ว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็น NGO ขนาดใหญ่-ขนาดกลาง ยังไม่ค่อยมีกลุ่มผู้ติดเชื้อ/องค์กรชุมชน แต่ในปีที่ 2 จะมีกลุ่ม/องค์กรเล็กๆ เกิดขึ้นมากมายและได้รับการเสริมสร้างความเข้มแข็งในการทำงานแบบเครือข่าย ส่วนปีที่ 3 ซึ่งเป็นปีที่ให้เงินสนับสนุนกิจกรรมต่างๆ ของกลุ่ม/องค์กรสูงที่สุดถึงประมาณ 20 ล้านบาทเศษ หรือ 1 ใน 3 ของงบประมาณที่ NAPAC ได้รับตลอดช่วง 4 ปีทีเดียว แต่ในปีที่ 4 เนื่องจากถูกลดงบประมาณจากออสเตรเลีย จึงเป็นงานประเมินผลและจัดเตรียมรายงานเพื่อเตรียมปิดโครงการเป็นหลัก แต่ก็ยังให้การสนับสนุนเฉพาะงานผูกพันหรืองานที่จำเป็นมากๆ ซึ่งใช้เงินสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเครือข่ายประมาณ 3 ล้านบาท

แม้จะเป็นระยะเวลาเพียง 4 ปี แต่บทเรียนที่ NAPAC ได้รับและเผชิญมามากมาย โดยเฉพาะการเป็นตัวเร่งให้เกิดการแก้ปัญหาเอดส์อย่างเป็นขบวนการ/ระบบทั้งในส่วนของภาครัฐและภาคเอกชน การสร้างเวที/โอกาส/พื้นที่เลี้ยงให้กับกลุ่ม/องค์กรประชาชนเล็กๆ ที่เข้าไม่ถึงในระบบรัฐ/ระบบอื่น ได้มีบทบาทในการร่วมแก้ปัญหาของตนและสังคม แทนที่จะรอเป็นกาฝากสังคมอย่างเดียว ขณะเดียวกันก็เป็นกลไกสำคัญในการเสริมช่องว่างให้เกิดการแก้ปัญหาแบบเครือข่ายคู่ขนานระหว่างรัฐ-เอกชน โดยการเป็นแม่ข่ายภาคเอกชนคู่ขนานกับแม่ข่ายภาครัฐ (คอนบ.)

(4) วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาเอดส์/ปัญหาสุขภาพในอนาคต

บนพื้นฐานบทเรียนจากการแก้ปัญหาเอดส์ในอดีตและปัจจุบัน

แม้ NAPAC จะมีส่วนสำคัญในการปลุกกระแสให้มีการช่วยเหลือกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ โดยมีกลุ่มผู้ติดเชื้อรวมตัวเป็นองค์กรชุมชนจำนวนมาก ร้องรับความช่วยเหลือจากภาครัฐผ่านคอนบ.และศูนย์เอดส์จังหวัด หรือจากภาคเอกชน ซึ่งยังไม่ค่อยเด่นชัดนักหรือยังไม่ค่อยยั่งยืน ส่วนใหญ่ยังต้องพึ่งพารัฐหรือความช่วยเหลือจากภายนอก/จากผู้อื่น

แต่ในระยะยาวจำเป็นต้องสร้างกลไกในการแก้ปัญหาที่พึ่งพาตนเองได้มากขึ้น โดยเฉพาะจะต้องหันมามองศักยภาพและบทบาทของ ประชาชน/ชุมชน/เครือข่ายในท้องถิ่นเอง (รวมอบต.) ต่อการดำเนินงานด้านเอดส์ เพราะปัญหาเอดส์นอกจากจะเป็นปัญหากับผู้ติดเชื้อหรือผู้เกี่ยวข้องโดยตรงแล้ว ยังมีปัญหาในส่วนที่เป็นผลกระทบอีกมากมาย หรืออาจเรียกว่าปัญหาจากคลื่นลูกที่ 2 เช่น เด็กกำพร้า เด็กกำพร้า เด็กแร้วร้อน ผู้สูงอายุขาดที่พึ่งพิง ฯลฯ

โดยเฉพาะผลกระทบต่อเด็กนั้นต้องถือเป็นเรื่องใหญ่มาก เป็นวิกฤตของชาติ (National Crisis) การแก้ปัญหาผลกระทบต่อเด็กจำเป็นต้องกำหนดเป็น "วาระแห่งชาติ" ที่ทุกคนในชาติต้องรับเป็นภาระหน้าที่และเจ้าภาพ จะมาทำงานแก้ปัญหาแบบภาวะปกติ (Routine) ไม่ได้ หรือทำเพียงโครงการพิเศษ เฉลิมพระเกียรติก็คงไม่พอ รัฐบาลจำเป็นต้องนำการแก้ปัญหานี้อย่างเป็นระบบ/อย่างเป็นขบวนการและอย่างมีเอกภาพ

โดยระดมสรรพกำลังจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและภาคเอกชนมาทำงานอย่างมีขั้นตอนและแผนงานชัดเจนทั้งระยะสั้นและระยะยาว เพราะเด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์มีจำนวนเป็นหลักแสน หรืออาจเป็นหลักล้านหากการระบาดในรายใหม่ยังไม่อาจหยุดได้ และเด็กเหล่านี้คือผู้ใหญ่ในอนาคต ข้อสำคัญเด็กที่เติบโตท่ามกลางแรงบีบคั้นและแรงกดดันทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างยาวนานเหล่านี้ จะเป็นผู้ใหญ่ที่รุนแรงและอันตรายถึงขั้นเป็นอาชญากรสังคมได้หรือไม่เป็นเรื่องที่คนไทยทุกคนคงต้องคิดหนักและเริ่มค้นหาทางป้องกันแต่เนิ่นๆ

จากบทเรียนของ NAPAC ที่ได้เคยจัดค่ายสำหรับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ โดยมีผู้ปกครองเข้าร่วมกิจกรรมด้วย ซึ่งเป็นการกระตุ้นให้เห็นความสำคัญของเด็กที่ได้รับผลกระทบ ปัจจุบันกลุ่ม NGO ต่างๆ ก็เห็นความสำคัญของปัญหานี้ และตอนนี้กำลังหาวิธีที่จะแก้ปัญหานี้ NAPAC ได้ปรึกษากับหลายฝ่ายที่ทำงานด้าน Counseling ให้ลองจัดทำหลักสูตร Counseling เกี่ยวกับเด็ก แต่ยังไม่บรรลุผลแม้จะมีการจัดฝึกอบรมมาบ้างแล้ว

สำหรับการช่วยเด็กในด้านต่างๆ กำลังคิดจะนำประสบการณ์และวิธีการที่ใช้ในแอฟริกามาประยุกต์ใช้ร่วมกับบทเรียนของ NAPAC เพื่อช่วยเหลือเด็กซึ่งกำลังประสานกับผู้ที่ทำงานเกี่ยวกับการฟื้นฟูเด็กที่ได้รับผลกระทบ และประชุมเพื่อกระตุ้นปัญหาผลกระทบต่อเอดส์ในด้านเด็กในปี 2542

บทเรียนจากแอฟริกาก็ควรแก่การนำมาศึกษาและผสมผสานกับการแก้ปัญหาผลกระทบต่อเอดส์ เพราะเขาประสบปัญหามาก่อนเรา ดังนั้นสถานการณ์ที่เขากำลังเผชิญอยู่คืออนาคตที่เราจะต้องเจอต่อไป บทเรียนที่น่าสนใจคือ ความพยายามในการกอบกู้ให้ครอบครัวสามารถรองรับปัญหาได้เอง เช่น ในครอบครัวยังมี ปู่ ย่า ตา ยาย หรือ พี่ ป้า น้า อา ก็ควรเสริมให้เครือญาติมีขีดความสามารถพอที่จะแบกรับปัญหาด้วยความช่วยเหลือจากรัฐและชุมชน-สังคม

แต่หากไม่มีเครือญาติรองรับได้ ก็คงต้องพึ่งระบบชุมชน เช่นอาศัยอยู่กับครอบครัวอุปถัมภ์และมีผู้หญิงในชุมชนมาเป็นอาสาสมัครช่วยเหลือ โดยอาจตั้งเป็นศูนย์ช่วยเหลือเด็กในชุมชน มีแม่อาสา (Big Mama) ช่วยแนะนำพ่อแม่เด็ก หรือพ่อแม่อุปถัมภ์ของเด็ก รวมทั้งเครือญาติที่ดูแลเด็ก

ดังนั้น ศูนย์ช่วยเหลือเด็กในชุมชนจะเป็นที่ให้ความรู้แก่ผู้ปกครองเด็กในการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบที่ถูกต้อง หรือในทางกลับกัน หากเด็กยังอยู่กับพ่อแม่ที่ติดเชื่อ ก็จะเป็นที่让孩子ได้เรียนรู้ในการดูแลผู้ปกครองที่ติดเชื่อได้อย่างถูกต้อง มีเกมให้เด็กได้ผ่อนคลาย หรือถ้ามีน้องก็ให้พาน้องมาเล่นที่ศูนย์ได้ ถ้าหิวก็ทานอาหารได้ที่ศูนย์และในสวนของเด็กโต ก็ให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื่อ แต่ทางรัฐต้องช่วยเหลืออย่างจริงจัง รัฐจะต้องเป็นเจ้าภาพและมีทุนคอยช่วยเหลือการทำงาน ส่วนวิธีการที่รัฐชอบแก้ปัญหา

เด็กอนาถาโดยจัดสถานสงเคราะห์เด็กกำพร้ารับนั้น ควรหลีกเลี่ยงอย่างยิ่ง ถ้าจะมีก็ควรเป็นทางเลือกสุดท้าย หรือไม่ควรจะมีเลย เพราะจะสร้างปัญหาทางสังคมตามมาอีกมากมาย และไม่สอดคล้องกับวัฒนธรรมการมีน้ำใจของคนไทยเลย

(5) ความคาดหวังในการแก้ปัญหาเอดส์/คล้ายเอดส์ในพื้นที่ใหม่/พื้นที่เดิมในอนาคต

จากบทเรียนที่ผ่านมา ได้พิสูจน์ว่า จริงๆ แล้วชุมชนยังมีศักยภาพที่จะแก้ปัญหาเอดส์ของตนได้ หากได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนที่ถูกที่ถูกต้อง ภายใต้ความร่วมมือขององค์การเอกชน/องค์กรชุมชน ซึ่งมีประสบการณ์และข้อได้เปรียบหลายอย่างดีกว่าองค์กรของรัฐ ดังนั้นหากรัฐเพียงแต่กำกับดูแลในฐานะเจ้าภาพ แต่กระจายงานและกระจายเงินลงไปให้องค์การเอกชน (NGO) หรือองค์กรชุมชน (CBO) ได้ทำ โดยรัฐเพียงแต่สร้างกลไกกำกับตรวจสอบที่คล่องตัว ชัดเจน มีประสิทธิภาพ (TOR) แต่เป็นคนละระบบกับระเบียบราชการ

ซึ่งนั่นหมายความว่า องค์กรของรัฐที่จะมากำกับดูแลก็จะต้องปรับปรุงคุณภาพในการทำงานอย่างมาก ต้องปรับตั้งแต่วิธีคิด ทักษะคิดและกลยุทธ์ต่างๆ ในการทำงาน มีการทำงานเชื่อมโยงกันทั้งระบบ ยอมรับการทำงานของ NGO ที่เป็นคนละระบบกับรัฐ ควรจะมีการเพิ่มงบประมาณในการทำงานด้านเอดส์ในเชิงการลงทุนทางสังคมมากขึ้น องค์กรที่ทำงานดี รัฐน่าจะเสนองบประมาณให้เอง อย่างน้อยอาจทำในลักษณะทดลอง คือรัฐเข้าไปร่วมงานกับ NGO / องค์กรชุมชน อย่างเคียงบ่าเคียงไหล่ รัฐควรต้องมองการแก้ปัญหาเอดส์ในระยะยาวโดยเฉพาะผลกระทบที่ได้รับจากเอดส์ ควรมีการทำงานอย่างจริงจังและต้องทำทุกระดับทั้งส่วนกลางและในพื้นที่ โดยประสานกับองค์กรรัฐทั้งระบบ และยอมให้ NGO ทำงานเพิ่มขึ้น

5.3 บทเรียนและประสบการณ์ของจังหวัดเชียงใหม่ จากโรคเอดส์เป็นปัญหาเอดส์:

ผ่าน นพ. นิสิต วรรณัจฉริยา (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม, 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2541)

(1) ตำแหน่งหน้าที่: ผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

(2) ความเห็นต่อสถานการณ์โรคเอดส์

อาจแบ่งสถานการณ์ด้านการระบาดและสถานการณ์การเคลื่อนไหวเป็น 3 ช่วงคือ

(ตามข้อสรุปผลการดำเนินงานด้านเอดส์ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่)

ช่วงที่ 1 พ.ศ.2531-2535 จังหวัดเชียงใหม่พบผู้ป่วยรายแรกในปี 2531 จากพฤติกรรมแบบรักสองเพศ ต่อมาพบผู้ติดเชื้อมีอาชีพเป็นหญิงขายบริการและยังพบว่ารายที่ติดเชื้อจากหญิงบริการสามารถแพร่เชื้อได้ การระบาดยังคงวนเวียนอยู่เฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ชายรักสองเพศ หญิงบริการ และชายขอบเที่ยวหญิงบริการ ช่วงปลาย จะพบผู้ติดเชื้อเป็นหญิงแม่บ้านบ้างเล็กน้อย

สังคมช่วงต้นยังมีความรู้เรื่องเอดส์น้อยมาก เจ้าหน้าที่เองต้องการความรู้โรคเอดส์มาก คนที่มีความรู้โรคเอดส์มากที่สุดขณะนั้นคือ นพ.วิชาญ วิทยาชัย จากคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สื่อความรู้เรื่องโรคเอดส์ยังเป็นเอกสารวิชาการ มีแต่ตัวหนังสือยังไม่มีภาพประกอบ อ่านแล้วเข้าใจยาก แพทย์ต้องมาบรรยายหลายครั้ง เจ้าหน้าที่จึงจะเข้าใจ ดังนั้นในช่วงแรกๆ การเผยแพร่ความรู้ให้กับประชาชนทั่วไปยังไม่มี ประชาชนยังไม่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ ในช่วงปลาย ประชาชน เริ่มได้รับข่าวสารเรื่องโรคเอดส์มากขึ้น จึงเกิดความกลัว ความรังเกียจผู้ติดเชื้อมาก แต่ไม่ได้กลัวโรคเอดส์ ยังพบคำพูดว่ากลัวอดมากกว่ากลัวเอดส์ สื่อความรู้ขณะนั้นเป็นความร้ายแรงของโรคและติดเชื้อแล้วต้องตายทุกรายมีภาพที่น่ากลัวของผู้ป่วย ซึ่งเป็นภาพที่ถ่ายจากต่างประเทศหรือจากสื่อที่กระทรวงผลิตขึ้น งานศพผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ไม่มีเพื่อนบ้านมาช่วย เนื่องจากกลัวว่าจะติดเอดส์

ช่วงที่ 2 พ.ศ. 2536-2537 เริ่มพบการติดเชื้อ HIV ในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้น แม่บ้านติดเชื้อมากขึ้น ขยายแรงงานเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เพิ่มขึ้น เกิดหญิงแม่หม้ายจำนวนมากที่สามีเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ หญิงโสเภณีติดเชื้อเพิ่มขึ้น มีการเคลื่อนย้ายโสเภณีจากจังหวัดอื่นมาจังหวัดเชียงใหม่ จากเชียงใหม่ไปต่างจังหวัด มีโสเภณีแฝงติดเชื้อเพิ่มขึ้น ชายที่มาตรวจถามโรคติดเชื้อสูงขึ้น การระบาดของโรคเอดส์เริ่มเข้าสู่สถาบันครอบครัว มีทารกติดเชื้อจากมารดาเพิ่มมากขึ้น ทารกเสียชีวิตหลังจากทราบว่ามีมารดาติดเชื้อ

ประชาชนเริ่มมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ แต่ก็ยังไม่ลดพฤติกรรมเสี่ยง เริ่มมีการเที่ยวโสเภณี ราคาแพง คิดว่าปลอดภัยกว่า นิยมใช้บริการโสเภณีแฝงมากขึ้น รูปแบบการให้บริการเปลี่ยนไปจากช่องโสเภณีตรงเป็นบาร์ มีบริการตีหมอนหลังช่องให้บริการทางเพศ เกิดความวิตกกังวลในกลุ่มชายนักเที่ยว มีการทบทวนพฤติกรรมที่ผ่านมาและเริ่มสงสัยตนเอง โทรศัพท์ปรึกษาว่าสงสัยจะติดเอดส์ ตัดสินใจก่อนใช้ โดยที่ยังไม่ได้ตรวจเลือด นักศึกษาวัยรุ่นชายลดการขึ้นครุฑที่สำนักบริการแต่ขึ้นครุฑกับเพื่อนนักศึกษาด้วยกัน ชายขอบเที่ยวนิยมนำบริการกับนักศึกษาหญิงที่มีอาชีพขายบริการ เพราะคิดว่าเสี่ยงน้อยกว่าโสเภณี ชาวบ้านเริ่มยอมรับว่าปัญหาเอดส์เป็นปัญหาสังคม ทุกคนต้องช่วยกันแก้ไข มีการจัดนิทรรศการในหมู่บ้าน มีอาสาสมัครที่ได้รับการอบรมมาพูดให้ความรู้เรื่องเอดส์ที่ได้รับการถ่ายทอดมาให้เพื่อนบ้านฟัง สังคมมีการยอมรับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมากขึ้น บางคนยอมไปเยี่ยมผู้ป่วยและให้กำลังใจถึงบ้าน ศพก็จะไปช่วยเหลือนกัน แต่การรับประทานอาหารในงานศพยังไม่ค่อยกล้า เริ่มมีแนวคิดใหม่ที่ว่าทุกคนมีโอกาสติดเชื้อเอดส์เท่าๆ กัน ถ้ามีพฤติกรรมเสี่ยง สำหรับหญิงแม่บ้านที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงก็สามารถติดเชื้อเอดส์ได้จากสามีที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและถ่ายทอดสู่ทารกได้

ช่วงที่ 3 พ.ศ. 2538-2539 ปัญหาเอดส์เริ่มเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ กลุ่มอายุของผู้ป่วยส่วนใหญ่อยู่ระหว่าง 20-44 ปี และมีอาชีพรับจ้างและเกษตรกรรมมากที่สุด สัดส่วนผู้ป่วยชาย:หญิง ใกล้เคียงกันมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (2535-2539) ได้แก่ 7:1,6:1,5:1,4:1,3:1 ตามลำดับ ซึ่งหมายถึงเอดส์เข้าสู่สถาบันครอบครัวแล้ว ผู้หญิงที่ติดเชื้อเริ่มมีอาการป่วยมากขึ้น มีผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ ที่มีได้มีพฤติกรรมเสี่ยงเอง เช่น ให้บริการ หรือให้บริการทางเพศ หรือยาเสพติด แต่เป็นแม่บ้านและทารก อัตราความชุกการติดเชื้อในหญิงที่มาฝากครรภ์จากการเฝ้าระวัง มีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2532 จนถึงสูงสุดเมื่อ

มิถุนายน 2538 คือ 7.98% และเริ่มลดลงในการสำรวจเมื่อเดือนธันวาคม 2538 และมิถุนายน 2539 เป็นร้อยละ 6.27 และ 4.95 ตามลำดับ มีผู้ป่วยกระจายอยู่ในทุกอำเภอ พื้นที่ที่มีผู้ป่วยมาก ส่วนใหญ่เป็นพื้นที่เมืองและใกล้เมือง ยกเว้นอำเภอฝาง ซึ่งเป็นอำเภอชายแดนและเป็นเมืองท่องเที่ยว สำหรับพื้นที่ค่อนข้างห่างไกล การคมนาคมลำบาก จำนวนผู้ป่วยยังมีไม่มากนัก

ผู้ติดเชื้อเริ่มเปิดตัวและมีการรวมกลุ่มกันมากขึ้น เนื่องจากความรุนแรงของการแพร่ระบาดในพื้นที่ทำให้มีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับมีองค์กรที่สนับสนุนให้ความช่วยเหลือมากขึ้นทั้งภาครัฐและเอกชน องค์กรเหล่านี้จะทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงและที่ปรึกษาของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ในส่วนของภาครัฐ ส่วนใหญ่ได้แก่โรงพยาบาลชุมชนและสถานอนามัยเป็นผู้เริ่มผลักดัน กลุ่มผู้ติดเชื้อมีบทบาทและเป็นที่ยอมรับมากขึ้น ตั้งแต่ในชุมชนจนถึงระดับประเทศและสากล มีการจัดกิจกรรมทั้งเพื่อประโยชน์ของสมาชิกเอง เช่น การฝึกสมาธิ การทำอาชีพเสริม การใช้สมุนไพร การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารการดูแลสุขภาพสุขภาพตัวเอง ตลอดจนการมีส่วนร่วมดำเนินงาน เช่น การให้บริการปรึกษา แลกเปลี่ยนประสบการณ์แก่กลุ่มเป้าหมายต่างๆ เป็นอาสาสมัครเยี่ยมบ้านผู้ป่วย รวมทั้งมีบทบาทในการกำหนดนโยบายการทำงานด้านเอดส์ โดยการเป็นคนทำงานร่วมกับองค์กรและเอกชน ในการดำเนินงานต่างๆ ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด และชุมชน

อย่างไรก็ตาม การเลือกปฏิบัติยังมีพบเห็นอยู่ทั่วไป เช่น การตรวจเลือดก่อนเข้าทำงาน หรือบวช หรือการขอรับสิทธิสวัสดิการต่างๆ เช่น การเข้ากลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ ในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดต่ำ ยังมี การรังเกียจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย การเปิดเผยตัวยังมีน้อย การให้สงเคราะห์ช่วยเหลือจากองค์กรรัฐเป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเปิดตัว เพื่อรับการช่วยเหลือ ซึ่งยังเป็นประเด็นที่ขัดแย้งกันอยู่ว่าเหมาะสมหรือไม่

(3) บทเรียนจากการแก้ปัญหาเอ็ดส์ (ความสำเร็จ/ความล้มเหลว/ปัญหาอุปสรรค)

จากที่ต้องมาทำงานด้านเอดส์ใน ปี 2536 ในฐานะผู้เชี่ยวชาญด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ โดยมาสานต่อจากที่ ทพ.สุสิงห์ วิศรุตรัตน์ ได้เริ่มไว้ ทำให้ได้บทเรียนมากมาย จากทั้งความสำเร็จ/ความล้มเหลว/ปัญหาอุปสรรค โดยเฉพาะในช่วงปี 2531-2534 ทางสาธารณสุขยังมองเรื่องเอดส์เป็น“โรคเอดส์” หรือเป็นเพียงโรคระบาดชนิดหนึ่งที่รักษาไม่หาย/ไม่มียารักษา จนเมื่อปี 2535 เป็นต้นมา จึงได้เปลี่ยนมุมมองเรื่องเอดส์มาเป็น“ปัญหาเอดส์” แต่ก็ยังไม่มีแนวทางแก้ปัญหาที่ชัดเจน นอกจากการรณรงค์ป้องกันการแพร่เชื้อเป็นหลัก ซึ่งยังมีปัญหาอุปสรรคในการทำงานมากมายเช่น สาธารณสุขยังคงทำงานตามนโยบายส่วนกลาง ไม่มีการปรับปรุงการทำงานให้สอดคล้องกับปัญหาในพื้นที่ ให้ความสำคัญกับงบประมาณการรักษามากจนเทียบไม่ได้กับการป้องกัน แม้ว่างบการรักษายังไม่เพียงพอก็ตาม และไม่เน้นการพัฒนาให้ชุมชนมีขีดความสามารถต่อสู้กับปัญหาได้เอง ตลอดจนด้านเทคโนโลยีการเรียนรู้ในช่วงแรกยังไม่ชัดเจน

ดังนั้น เมื่อผู้ติดเชื้อรู้ว่าติดเชื้อ/เริ่มแสดงอาการ ก็ไม่รู้จะอย่างไร เนื่องจากไม่มียารักษา จึงเดินทางไปหาหมอทางรอด หันมาพึ่งหมอพื้นบ้าน ทั้งในรูปแบบพิธีกรรมและสมุนไพร นายวิชัย วิชชนิลบล ซึ่งเป็นหมอพื้นบ้านคนหนึ่งและได้เผยแพร่การใช้ตำรับสมุนไพร/ยาต้มของตนแก่ผู้ติดเชื้อที่สิ้นหวังทั้งหลาย จนได้

รับความนิยมมากและได้รับสมยานามว่าหมอเทวดา มีผู้คนที่ติดเชื่อมาอาศัยสมุนไพรของหมอเทวดาจากทั่วสารทิศ ช่วงแรกๆ ก็ให้บริการที่ยังไม่เข้าข่ายธุรกิจการค้า แต่ต่อมาได้มีการเรียกร้องค่าบริการมากขึ้นที่เป็นไปในลักษณะการค้า สำนักงานสาธารณสุขมีหน้าที่ที่จะต้องให้ความคุ้มครองผู้บริโภคให้เกิดความปลอดภัยและไม่ถูกเอารัดเอาเปรียบ ขณะเดียวกันก็มีหน้าที่ให้บริการรักษาผู้ป่วยเอเดส์ ซึ่งการใช้สมุนไพรก็เป็นทางเลือกหนึ่ง จึงจำเป็นต้องหาความสมดุลในหน้าที่ทั้งสองด้าน

เมื่อการขอร้องจากสำนักงานสาธารณสุขเชียงใหม่ให้ นายวิชัย วิชนิลกุล หยุดการกระทำในลักษณะการค้าไม่เป็นผล จึงเกิดปัญหาเมื่อทางสาธารณสุขจำเป็นต้องทำหน้าที่คุ้มครองผู้บริโภคตามกฎหมาย โดยจับกุม นายวิชัย วิชนิลกุล ฐานทำผิดพระราชบัญญัติยาและพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้บริโภค ขณะที่ผู้ติดเชื่อเองก็ไม่มีที่พึ่ง/ไม่มีทางเลือก จึงเกิดกรณีพิพาทระหว่างรัฐกับประชาชนโดยเฉพาะผู้ติดเชื่อ ทำให้รัฐบาลของ นายชวน หลีกภัย ในขณะนั้น ที่มี นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม เป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ต้องเดินทางมาแก้ปัญหาและกำหนดแนวนโยบายนำร่องในการแก้ปัญหาเอเดส์ของภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัด (สคต.เขต10) จึงเกิด ศอบน. ขึ้นมา ซึ่งถือว่ากรณีพิพาทหมอเทวดาเป็นจุดเปลี่ยนการแก้ปัญหาเอเดส์ของรัฐจากเดิมอย่างสิ้นเชิง

(4) วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาเอเดส์/ปัญหาสุขภาพในอนาคต

บนพื้นฐานบทเรียนจากการแก้ปัญหาเอเดส์ในอดีตและปัจจุบัน

การทำงานด้านสาธารณสุขในอนาคตนั้น กระทรวงสาธารณสุขต้องเปลี่ยนแนวคิดใหม่ เรื่องโครงสร้างและงบประมาณยังไม่ใช่ปัญหาใหญ่ แต่ปัญหาใหญ่อยู่ที่แนวคิดของกระทรวงและของบุคลากร โดยเฉพาะบุคลากรในระดับปฏิบัติ (ระดับอำเภอ-ตำบล) ในพื้นที่ ยังมีโอกาสและความเป็นไปได้สูงที่จะเรียนรู้การทำงานและการแก้ปัญหาได้เองอย่างมีประสิทธิภาพ หากพัฒนาให้เจ้าหน้าที่ในพื้นที่มีมุมมองที่กว้างไกลและหลากหลาย ตลอดจนมีขีดความสามารถและทัศนคติการทำงานชุมชนที่เหมาะสม เป็นงานสำคัญลำดับแรกที่กระทรวงสาธารณสุขต้องเร่งทำ

เพราะจากการทำงานเอเดส์ที่ผ่านมายังเป็นการทำงานเพียงด้านเดียวคือป้องกันและรักษาโรค ขาดการทำงานแบบเชื่อมโยงกันเป็นองค์รวม ทั้งร่างกาย จิตวิญญาณ วัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม ทำให้การแก้ปัญหาเอเดส์ยังมีลักษณะเป็นแนวดิ่ง (Top down) ผูกขาดและไม่เปิดกว้าง โดยเฉพาะการผูกขาดทางเลือกในการรักษาโรค

ที่สำคัญต้องเตรียมความพร้อมในส่วนของจังหวัดและอำเภอ ให้เป็นฐานรองรับการแก้ปัญหาด้านสุขภาพแบบองค์รวม ดังที่เกิดกระแส "ชุมชนสุขภาพ โรงงานสุขภาพหรือโรงเรียนสุขภาพ" (Health City Concept) มีการพัฒนาเจ้าหน้าที่ให้ทันโลกและทันการเปลี่ยนแปลงโดยเน้นการเปลี่ยนทัศนคติและการฝึกภาคปฏิบัติให้มีการทำงานเป็นกลุ่ม มีการวัดผลประเมินผลเชิงคุณภาพแทนที่จะมุ่งแต่จำนวน มีการวางแผนงานร่วมกับชุมชน แม้แต่การทำงานของแพทย์ก็น่าจะใช้ระบบแบบ NGO คือจ่ายเงินตามผลงาน ถ้าไม่ทำงานก็ไม่ได้รับเงิน จะทำให้แพทย์ขยันทำงานและแย่งกันดูแลคนไข้

ในส่วนของการเลือกควรมีการส่งเสริมและพัฒนาการแพทย์แผนไทย/การแพทย์พื้นบ้านมากขึ้น เพื่อเป็นทางเลือกและเกิดการผสมผสานในการแก้ปัญหาโดยเน้นการทำงานแก้ปัญหาแบบพหุภาคี ที่มีทั้งภาครัฐ-ชุมชน-NGO ร่วมกันทำงาน ซึ่งปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งสถาบันการแพทย์แผนไทยขึ้นมา ทำให้การแก้ปัญหาสุขภาพมีทางเลือก การใช้สมุนไพรมีหลักเกณฑ์และมีที่พึ่งพิง/อ้างอิงได้มากกว่าในอดีต

(5) ความคาดหวังในการแก้ปัญหาเอดส์/คล้ายเอดส์ในพื้นที่ใหม่/พื้นที่เดิมในอนาคต

ถ้ามีโอกาสแก้ตัวใหม่อีกครั้ง ในการทำงานเกี่ยวกับเอดส์ จะให้ความสำคัญขององค์กรชุมชนเป็นฐานในการแก้ปัญหา โดยส่งเสริมให้ NGO เข้ามาทำงานร่วมกับภาครัฐที่มีเจ้าหน้าที่ได้รับการพัฒนาปรับเปลี่ยนทัศนคติและวิธีการทำงานแบบแนวราบแล้ว มาร่วมกันทำงานเพื่อแก้ปัญหาแบบพหุภาคี และมีทางเลือกในการรักษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ แม้ชุมชนจะเป็นฐานในการแก้ปัญหา แต่โรงพยาบาลก็ยังเป็นหลัก (Focal point) ในด้านการรักษา

5.4 บทเรียนและประสบการณ์ของจังหวัดเชียงใหม่ จากผู้ติดเชื้อรายแรก-Smart sex:

ผ่าน ดร.ทพ. สุรสิงห์ วิสสุตรรัตน์ (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2541)

(1) ตำแหน่งหน้าที่: ผู้เชี่ยวชาญด้านทันตสาธารณสุข สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่

(2) ความเห็นต่อสถานการณ์โรคเอดส์

1) สถานการณ์ด้านการระบาดของโรคเอดส์

การระบาดของเชื้อเอดส์ในอดีตเริ่มจากช่อง คนไม่ทราบว่าช่องเป็นอันตรายและเป็นแหล่งที่ทำให้ติดเชื้อเอดส์ จึงไม่มีการป้องกันตนเอง แต่ปัจจุบันคนรู้ว่าช่องอันตราย การเที่ยวโสเภณีทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอดส์ พฤติกรรมการเที่ยวช่องยังคงมีอยู่เหมือนเดิม เพียงแต่มีการป้องกันตนเองโดยการใส่ถุงยางอนามัย หรือเปลี่ยนเพียงรูปแบบ/วิธีการเที่ยว แต่ความคิดและพฤติกรรมไม่ได้เปลี่ยน บางคนจึงอาจจะเลิกเที่ยวช่องแต่หันมาดื่มสุราสังสรรค์กับเพื่อน หรือโสเภณีแอบแฝง โดยไม่มีการป้องกัน จึงทำให้การระบาดยังคงมีอยู่ เพียงแต่ความเร็วของการระบาดลดช้าลง ดังนั้นเป้าหมายการแก้ปัญหาในอดีตจะชัดเจนกว่าปัจจุบัน เพราะทราบแหล่งที่ทำให้เชื้อเอดส์ระบาดคือช่อง แต่ในปัจจุบันแหล่งแพร่เชื้อได้กระจายไปทั่ว ทั้งแหล่งบันเทิง เพื่อนร่วมงาน เพื่อนร่วมเรียน สถาบันครอบครัว หรือทุกคนเป็นคนเสี่ยงนั่นเอง

ทำให้สถานการณ์การระบาดในปัจจุบันดูยากขึ้น เพราะว่าได้กระจายการระบาดไปอยู่ในรูปแบบสัมพันธ์ระหว่างผิวเมีย ระหว่างเพื่อน ไม่ได้อยู่แค่โสเภณีเพียงกลุ่มเดียว ดังนั้นคำว่า "ไม่สาธอน/ไม่เที่ยวช่อง" ที่สาธารณสุขพยายามรณรงค์ จึงไม่เพียงพอ ประกอบกับวัฒนธรรมในเรื่องเพศของคนไทยที่มักจะไม่พูดกันตรงๆ ก็อาจเป็นตัวเสริมให้การระบาดยังคงมีอยู่ เช่น ภรรยาพูดเรื่องเพศไม่ได้ ภรรยาจะถามสามีว่าไปเที่ยวที่ไหนมาก็ไม่ได้ ยิ่งเห็นสามีพกถุงยางอนามัยยังรับไม่ได้ จึงทำให้ผู้หญิงเป็นเหยื่อการแพร่

ระบามากยิ่งขึ้น บางคนก็แล้วแต่เวอร์กรรม หรือแม้แต่หนุ่มสาวสมัยใหม่ที่ทางสาธารณสุขรณรงค์ให้มีการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน มักจะเจอคำถามว่าตรวจไปทำไม ถ้ารักกันจริงก็ต้องไว้ใจกัน ถ้าเปรียบเทียบกับฝรั่ง แม้จะมีเพศสัมพันธ์กันอย่างอิสระก็จริง แต่ก็เป็นการมีเพศสัมพันธ์อย่างมีความรับผิดชอบ จึงไม่ควรเน้นแค่ Safe sex แต่ควรเน้น Smart sex มากกว่า

สังคมไทยควรจะปลูกฝังความรับผิดชอบต่อเรื่องของพฤติกรรมทางเพศ ปรับแนวคิดและปรับพฤติกรรมกันตั้งแต่ยังเป็นเด็กหรือวัยรุ่น ควรแก้กันที่ต้นเหตุไม่ใช่แก้กันที่ปลายเหตุ หากจะทบทวนความล้มเหลวในการให้การศึกษาโดยเฉพาะด้านสุขภาพ จะเห็นว่ายังเน้นสติ-ปัญญากันน้อยกว่าการโฆษณาชวนเชื่อแบบขายสินค้า ยิ่งในในช่วงแรกเน้นการให้สื่อกับโสเภณีมากและเน้นความเสี่ยงเมื่อมีการสำส่อนทางเพศ (Fear appeal)

แต่ที่จริงควรต้องเน้นตั้งแต่พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงก่อน เช่นคนโสดที่จะแต่งงาน ถึงไม่เคยสำส่อนทางเพศมาก่อนก็อาจติดเชื้อเอดส์ได้ ถ้าอีกฝ่ายที่จะแต่งงานด้วยเป็นพาหะของเชื้อเอดส์ เพราะการเน้นเรื่องการสำส่อนทางเพศมากเกินไปจนทำให้คนเข้าใจผิด ยิ่งเน้นให้เกิดความกลัวโดยนำรูปภาพที่เกี่ยวกับเอดส์มาแสดงถึงความน่าสพรึงกลัวของมัน แทนที่จะทำให้คนกลัวไม่กล้าไปเที่ยวโสเภณี กลับทำให้สังคมรังเกียจคนที่เป็นโรคเอดส์ แทนที่จะรังเกียจพฤติกรรมที่ทำให้เกิดโรคเอดส์หรือรังเกียจตัวโรคเอดส์ จึงยังไปเที่ยวชोंกกันอยู่ หรือไม่เที่ยวชोंกแต่ร่วมเพศกับเพื่อน หรือเด็กนักเรียนนักศึกษา หรือมี Casual sex โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

ถ้าดูพฤติกรรมของคนไทยในตอนนี้จะมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นมากขึ้นและนับวันวัยรุ่นที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ก็จะมีอายุน้อยลงเรื่อยๆ แต่การป้องกันมีน้อย หรือแม้แต่ในกลุ่มแม่บ้าน-พ่อบ้าน เมื่อมีงานทำมีรายได้จะมีการกินเหล้า เลี้ยงฉลองกัน ดูวีดีโอลามกกันและเมื่อเมาได้ที่ก็จะมีการมั่วเพศกันด้วย สังคมไทยกำลังเลียนแบบการมีเพศสัมพันธ์แบบอิสระจากสังคมตะวันตก แต่ไม่มีการเลียนแบบพฤติกรรมการป้องกัน/ไม่เลียนแบบความรับผิดชอบต่อพฤติกรรมทางเพศของตน จึงทำให้เื้อต่อการระบาดของโรคเอดส์

ดังนั้นประเด็นสำคัญจึงไม่ใช่การห้ามไม่ให้มีเพศสัมพันธ์/ห้ามการสำส่อน ซึ่งคงเป็นไปได้ยากมากในยุคสมัยปัจจุบัน หรือแม้แต่จะชะลอให้ถึงเวลาอันควร (แต่งงาน) ดังประเพณีนิยมในอดีต ก็คงจะเป็นไปได้ยากเช่นกันเพราะโลกได้เปลี่ยนแปลงไปแล้ว แต่ประเด็นสำคัญควรให้ความสนใจในการสร้างทักษะชีวิตแก่เด็กรุ่นใหม่ ปรับแนวคิดทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศที่มีความรับผิดชอบต่อเด็กรุ่นใหม่ควรต้องตัดสินใจที่ถูกต้องได้เอง หรือมีภูมิคุ้มกันทางสังคมที่เข้มแข็งพอ เพราะไม่ว่าในอนาคตจะต้องเผชิญปัญหาที่ร้ายแรงยิ่งกว่าเอดส์อีกเท่าไร

2) สถานการณ์ด้านความเคลื่อนไหวในการแก้ปัญหาเอดส์

จากการที่มีโอกาสสัมผัสและติดตามสถานการณ์เอดส์ มาตั้งแต่ก่อนที่จะพบผู้ติดเชื้อรายแรกของจังหวัดเชียงใหม่ที่อำเภอสันทรายที่อุบัตินเมื่อปี 2531 แม้ทางสาธารณสุขจะเริ่มรณรงค์ป้องกันเอดส์โดยไม่เที่ยวชोंก/ไม่สำส่อน/ไม่มั่วเซมจี๊ดยาเสพติด แต่คนก็ยังไม่ค่อยเชื่อและคิดว่าเป็นข่าวลือ/เป็นเรื่องการข่ม

ชุมชนเมื่อมีผู้ติดเชื้อเอดส์ปรากฏเป็นตัวตน จึงถือเป็นจุดเริ่มต้นของความตื่นตระหนกและความกลัว ยิ่งการรณรงค์ในช่วงแรกที่เน้นการช่มชู้ให้กลัว(เอดส์เป็นแล้วตายไม่มีทางรักษา) มากกว่าการทำความเข้าใจที่ลุ่มลึกและถูกต้อง ประชาชนก็ยิ่งแตกตื่นจนเกิดความกลัวแบบไร้สติ ระวังโดยไม่รู้ข้อเท็จจริง พวกกันรังเกียจและกลัวผู้ติดเชื้อจนไม่กล้าเข้าใกล้ ไม่กล้าให้ร่วมกินน้ำกินอาหาร ไม่กล้าพูดคุยด้วย หรือไม่กล้าแม้แต่การซื้อขายของและการร่วมโดยสารรถ ทำให้ผู้ติดเชื้อต้องปกปิดตัวเองทั้งที่รู้และไม่รู้ว่าตัวเองติดเชื้อ ทางราชการและภาคธุรกิจเอกชนต่างก็กลัวจะกระทบชื่อเสียงและธุรกิจท่องเที่ยว มีความพยายามปกปิดข้อมูลและสถานการณ์ที่แท้จริงไม่ให้แพร่กระจาย

จึงทำให้สถานการณ์ในช่วงแรกสับสนมาก เพราะเอดส์เป็นสิ่งใหม่ที่ไม่มีใครเคยเห็นมาก่อนและมีความอ่อนไหวต่อความรู้สึกกลัวของผู้คนที่จะทำให้การยอมรับ จึงทำให้การทำงานเกี่ยวกับเอดส์ทำด้วยความล่าช้า แต่เมื่อเวลาผ่านไปมีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น เท่ากับเพิ่มจำนวนญาติมิตรของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อและเป็นปัญหาที่เข้าใกล้ตัวสังคมมากขึ้น ทำให้เกิดความจำเป็นต้องยอมรับผู้ติดเชื้อโดยปริยาย อันเป็นตัวเร่งที่ทำให้ชุมชน/สังคมเกิดการยอมรับปัญหาเอดส์มากขึ้นในเวลาต่อมา

แต่ในช่วงแรกๆ ที่สังคมยังรังเกียจผู้ติดเชื้อ การรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อนับเป็นทางออกทางหนึ่งที่จะช่วยหยุดยั้งการคิดฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อหลายคน เพราะทนต่อแรงบีบคั้นจากสังคมไม่ไหว ขณะเดียวกันทางสาธารณสุขก็ยังไม่มีความชัดเจนรองรับปัญหาผู้ติดเชื้อเลยนอกจากการรณรงค์และเฝ้าระวัง จึงได้ชักชวนผู้ติดเชื้อที่ถูกรังแกไม่มีที่ไปให้มารวมตัวกันเป็นกำลังใจให้กัน โดยใช้ชื่อว่ากลุ่มวันพฤหัสบดี

มีการพบปะพูดคุยสนทนาปัญหาสารทุกข์สุกดิบกันที่สำนักงานกาชาดเชียงใหม่ในทุกวันพฤหัสบดี โดยไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ มีการเลี้ยงอาหาร อบรมให้ความรู้ ให้คำแนะนำและปรึกษาหารือร่วมกัน เพื่อให้คนที่อัดอัดใจมาพบเพื่อนหัวอกเดียวกัน และได้มาพึ่งพาอาศัยสมุนไพรรักษาจากภูมิปัญญาและหมอพื้นบ้านในการรักษาตามอาการ ซึ่งขณะนั้นก็มียาต้มของ นายวิชัย วิชนิลบล เป็นที่พึ่ง เนื่องจากโรงพยาบาลไม่อาจช่วยอะไรได้ ขณะเดียวกันกลุ่มวันพฤหัสบดี ก็เริ่มเป็นจุดให้ความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอดส์ที่ถูกต้องแก่ประชาชนเชียงใหม่ โดยได้เงินสนับสนุนจาก AIDAB ของประเทศออสเตรเลีย

จากจุดนี้จึงได้มีโอกาสพบปะกับทูตออสเตรเลีย เพื่อขอการสนับสนุนในการจัดตั้งเป็นองค์กร เพื่อจะเป็นจุดเชื่อมโยงกับหน่วยงานและองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนในการร่วมกันแก้ปัญหาเอดส์โดยมีผู้ติดเชื้อที่มารวมตัวกันและชุมชนเป็นฐาน ซึ่งก็เป็นที่มาของ โครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ (Thai-Australia Northern AIDS Prevention and Care Program หรือ NAPAC)

(3) บทเรียนจากการแก้ปัญหาเอดส์ (ความสำเร็จ/ความล้มเหลว/ปัญหาอุปสรรค)

ทันทีที่พบผู้ติดเชื้อเอดส์ ทางสาธารณสุขก็กระโดดเข้ามารับเต็มตัว เพราะถือว่าหน้าที่ป้องกันรักษาโรคให้กับประชาชน แต่มีความพยายามปกปิดข้อมูลการระบาด เพราะกลัวมีผลกระทบทางด้านชื่อเสียงและธุรกิจท่องเที่ยว เมื่อกระโดดเข้ามาอ้อมแล้วแก้ปัญหาไม่ได้ เพราะเอดส์ไม่ใช่แค่โรคระบาดแต่กลายเป็นปัญหาของสังคม/ของชาติไปแล้ว ทางสาธารณสุขจึงปล่อยให้ฝ่ายอื่นๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนเข้ามาช่วย

อัมปัญหาเอชไอวีแทน แต่เมื่อปล่อยแล้วก็ไม่ค่อยตาม ปล่อยให้การแก้ปัญหาเอชไอวีเป็นไปอย่างไร้ทิศทางไร้เอกภาพ แทนที่แต่ละหน่วยงานจะมาร่วมแก้ปัญหาเอชไอวีโดยใช้จุดแข็งของตนเป็นฐาน กลับกลายเป็นว่าสาธารณสุขต้องมาอบรมส่งเสริมอาชีพให้ชาวบ้าน มหาดไทยและเกษตรต้องมาอบรมให้ความรู้เอชไอวีแก่ชาวบ้านเป็นต้น โดยเฉพาะหน่วยราชการแทบจะทุกหน่วยงานหันมาจัดอบรมให้ความรู้เอชไอวีแก่เจ้าหน้าที่และประชาชนกันถ้วนหน้า เกิดความซ้ำซ้อนจนบางคน (เช่น กำนันผู้ใหญ่บ้าน) ต้องเข้าอบรมเอชไอวีกันคนละหลายรอบ

จนเมื่อเกิดศูนย์อำนวยการป้องกันเอดส์ภาคเหนือตอนบน(คอบน.) ปลายปี 2537 ก็ดูเหมือนจะดีขึ้นกว่าเก่าเล็กน้อย ผลสัมฤทธิ์เป็นอีกเรื่องหนึ่ง แต่อย่างน้อยแต่ละหน่วยงานก็มีโอกาสมานั่งคุยกันและวางแผนทำงานร่วมกัน เกิดศูนย์ประสานงานในระดับจังหวัดและอำเภอ แต่น่าเสียดายที่แนวคิดหลักยังเหมือนเดิม คือส่วนกลาง/ส่วนราชการชอบกำหนดแผนงานมาให้พื้นที่เป็นล๊อคๆ ให้แต่ละพื้นที่ที่ต้องการเงินต้องเขียนโครงการไปสวมตามล๊อคที่ถูกระบุไว้แล้ว

แทนที่จะให้แต่ละพื้นที่เป็นเงินก้อน กำหนดหลักเกณฑ์ทิศทางและนโยบายการใช้จ่ายเงิน แล้วให้เขาไปวางแผนและเขียนโครงการตามสภาพปัญหาและแนวคิดในการทำงานของแต่ละพื้นที่ หรืออย่างน้อยก็แต่ละจังหวัด แต่ที่เป็นอยู่ในขณะนี้คือ ยังเป็นท่อประปาที่ต่อโยงตั้งแต่ระดับบนสุด (บางที่ตั้งแต่กระทรวง) ลงสู่ชุมชน ยิ่ง NGO ซึ่งมีบทบาทสูงและได้รับการสนับสนุนจากรัฐมากขึ้น แทนที่ NGO ที่ทำงานในเชียงใหม่ ควรที่จะขอการสนับสนุนงบประมาณจากเชียงใหม่ กลับจะต้องไปขอจากเขต/คอบน./กองโรคเอดส์จากกรุงเทพฯ เป็นต้น

ทำให้ท้องถิ่นไม่สามารถจะมีกรอบการทำงานร่วมกันของท้องถิ่น เพราะงบประมาณมาจากที่อื่นก็จำเป็นต้องสนองกรอบความต้องการที่ผู้ให้เป็นผู้กำหนด ซึ่งเสียดายเงินมหาศาลที่ถูกใช้ไปในการแก้ปัญหาเอชไอวีที่น่าจะทำได้ดีกว่าที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะในช่วงหลังมีการจัดตั้งกลุ่มขึ้นมาเป็นดอกเห็ด เพื่อรองรับเงินช่วยเหลือ เป็นการสวนทางกับเจตนารมณ์ของการรวมตัวกันเป็นกลุ่มที่เกิดขึ้นในช่วงแรก

ซึ่งยึดหลักการรวมตัวเพื่อช่วยเหลือกันและเป็นตัวอย่างบทเรียนให้สังคม ทำให้ผู้ติดเชื้อมีคุณค่าต่อสังคม ให้สังคมได้เรียนรู้และปรับตัวเพื่อความอยู่รอด ส่วนสังคมจะช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยน้ำใจและมนุษยธรรมเป็นสิ่งประเสริฐที่มีในวัฒนธรรมไทย เพราะผู้ติดเชื้อก็ไม่ใช่คนอื่นคนไกล ก็ลูกหลานของสังคมทั้งนั้น เพียงแต่ความตระหนักแตกตื่นที่ไม่เข้าใจทำให้เกิดช่องว่างในช่วงแรกๆ ดังนั้นชุมชน/สังคมยังเป็นคำตอบสำหรับการแก้ปัญหาที่ถูกต้องและยั่งยืน

แต่เมื่อเอาแนวคิดแบบตะวันตกในเรื่องการต่อรองสิทธิ์/การเรียกร้องสิทธิ์มาใช้ ทำให้ผู้ติดเชื้อรวมกลุ่มกันเพื่อหวังเงินงบประมาณ จึงทำให้เกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อเพื่อเอาเงินเป็นจำนวนมาก ยิ่งผสมกับแนวคิดการจัดตั้งแบบราชการไทยที่ชอบรวมศูนย์และชอบล๊อกระบบปกครองที่มีกลุ่มในระดับหมู่บ้าน กลุ่มระดับตำบล กลุ่มระดับอำเภอ กลุ่มระดับจังหวัด กลุ่มระดับเขต/ภาค กลุ่มระดับประเทศ ไปจนถึงกลุ่มระดับนานาชาติ ก็ยิ่งทำให้หลักการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อผิดเพี้ยนไปหมด ยามที่ประเทศมีเงินก็ดูดี ทุกคนรวมกลุ่มแล้วได้เงินใช้ เมื่อประเทศประสบปัญหาเศรษฐกิจและรัฐไม่มีเงินงบประมาณที่จะให้เกิดปัญหา กลุ่มยุบ

ตัวกันเป็นแถว ซึ่งจริงๆ แล้วเงินเป็นเพียงปัจจัยหนึ่งเท่านั้น โดยเฉพาะอาจจำเป็นสำหรับคนที่ขาดปัจจัยที่พึ่งตัวเอง/ญาติไม่ได้ แต่ยังมีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมากที่ต้องการกำลังใจและการยอมรับจากสังคมมากกว่าเงินและสิ่งของ ทำให้ผู้ติดเชื้อที่มีฐานะดีแต่ไม่กล้าเปิดเผยตัวมีเป็นจำนวนมาก ซึ่งมีมากกว่าที่ยอมเปิดเผยตัวเพราะต้องการเงินช่วยเหลือ

โดยเฉพาะเมื่อเกิดกลุ่มขึ้นมาในลักษณะของการรับจากสังคมฝ่ายเดียวไม่ใช่การให้กับสังคม ในที่สุดความแปลกแยกจากสังคมก็จะเกิดขึ้น ทำให้กลุ่มอยู่ไม่รอด ยกเว้นกลุ่มที่ได้พยายามปรับปรุงให้ผู้ติดเชื้อมีศักยภาพในการช่วยเหลือตนเองมากขึ้น ขณะเดียวกันก็มีส่วนช่วยเหลือสังคมด้วยไม่ทางตรงก็ทางอ้อม เช่น แคเป็นตัวอย่าง (Model) /บทเรียนแก่สังคม เดือนสติสังคมไม่ให้เข้าไปติดเชื้อในรายใหม่ หรือไม่แพร่เชื้อสู่สังคม รวมทั้งปรับตัวและพึ่งตนเองมากขึ้น จนสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติ ไม่เป็นการให้กับสังคมโดยไม่จำเป็น ก็จะทำให้ผู้ติดเชื้ออยู่ร่วมกับสังคมและได้รับการจุนเจือเอื้ออาทรจากสังคมได้ โดยไม่ต้องแยกผู้ติดเชื้อออกจากสังคม

นั่นหมายถึง รัฐก็ต้องปรับแก้หลักการและวิธีการช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อ ไม่ให้เกิดข้อผิดพลาดดังที่ปรากฏ เช่น ลูกของผู้บังเอิญติดเชื้อ ซึ่งเป็นคนดีแต่มีความยากจน รัฐไม่ให้ความช่วยเหลือเนื่องจากไม่ตรงกับเงื่อนไขที่กระทรวงได้วางไว้ แต่เด็กที่พ่อติดยาเสพติดและลูกก็ติดเชื้อ กลับได้รับความช่วยเหลือเป็นต้น เท่ากับรัฐกำลังส่งเสริมทางอ้อมให้คนติดยาเสพติดหรือไม่ ที่จริงเป็นหน้าที่รัฐที่ต้องช่วยเหลือทุกคนที่พึ่งตนเอง/ญาติไม่ได้จริงๆ ไม่ว่าจะเงินจากกระทรวงไหนก็ตาม ถ้าหากทำงานร่วมกันแบบไม่แบ่งแยก และร่วมมือกับชุมชนท้องถิ่น โดยมี NGO สนับสนุนการทำงานในพื้นที่ระดมเงินมาร่วมกันแก้ปัญหา ช่วยเหลือในส่วนที่ควรช่วยโดยเฉพาะในส่วนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์โดยตรง แม้งบประมาณจะไม่มากมายเหมือนเดิม ก็น่าจะฟื้นฟูสภาพสังคมได้ดีกว่าที่เป็นอยู่

(4) วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาเอดส์/ปัญหาสุขภาพในอนาคต

บนพื้นฐานบทเรียนจากการแก้ปัญหาเอดส์ในอดีตและปัจจุบัน

การแก้ปัญหาทางสาธารณสุขต่อไปคงจะมีความซับซ้อนยิ่งขึ้น จึงไม่ใช่การแก้ปัญหาใน Concept ของเชิงระบาดวิทยาอดีต ที่มองเพียง เชื้อโรค-พาหะ-สภาพแวดล้อมเชิงระบาด แต่เป็นการแก้ปัญหาสุขภาพและคุณภาพชีวิตโดยรวม ที่มีคนเป็นเป้าหมายหลักและมีชุมชนเป็นฐาน ดังนั้นดัชนีชี้วัดเชิงระบาด/เชิงสถิติ ที่มักจะยึด "พฤติกรรมทางโรค" เป็นหลัก จะเป็นตัวชี้วัดและเป็นสัญญาณเตือนที่ไม่ไวพอ ซึ่งจะเข้าทำนองกว่าตัวจะสูงงาก็ไหม้ เพราะเป็นการชี้วัดตามหลังปัญหาเสมอ โดยเฉพาะกรณีปัญหาเอดส์ จะตามหลังปัญหาลายปี จึงมีความจำเป็นต้องมีดัชนีชี้วัดที่มีขีดความสามารถสูงขึ้น สามารถเตือนให้รู้ล่วงหน้าได้ก่อนที่จะมีการเจ็บป่วยเกิดขึ้น นั่นคือจำเป็นต้องมีดัชนีชี้วัดที่ยึด "พฤติกรรมทางโลก" เป็นหลัก ประกอบด้วย ดังนั้น ความชัดเจน ถูกต้อง รวดเร็วและการรู้เท่าทันในสถานการณ์ความเคลื่อนไหวของปัญหาสุขภาพในอนาคต จะช่วยให้เราสามารถจัดการป้องกันและควบคุมปัญหาได้ ไม่ต้องสูญเสียมากมายเหมือนอดีต

ขณะเดียวกันเมื่อจะยึดคนเป็นหลัก (ไม่ใช่ยึดโรคเป็นหลัก) บทบาทหน้าที่ของแพทย์ พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข คงต้องปรับเปลี่ยนไปจากปัจจุบันบ้าง อย่างน้อยก็ควรมีขีดความสามารถในการทำงานกับคน/ชุมชน/สังคมมากขึ้น การรวมตัวเป็นกลุ่มโดยธรรมชาติของผู้มีปัญหา จะเป็นเครื่องมือสำคัญในการแก้ปัญหาในอนาคต เพราะจะเป็นการแก้ปัญหาที่มีชุมชนเป็นฐาน/มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาคงตลอดเวลานั้น การมีกลุ่มที่ชุมชนมีส่วนร่วมและไม่แปลกแยกจากชุมชนเป็นความจำเป็นพื้นฐานในการแก้ปัญหาในอนาคต

เมื่อมีกลุ่มและชุมชนเป็นฐานในการแก้ปัญหาแล้ว สาธารณสุขจำเป็นต้องมีเพื่อนร่วมแก้ปัญหาด้วย ทั้งเพื่อนจากภาครัฐและภาคเอกชน หรืออาจเรียกว่าทำงานแบบ พหุภาคี/เครือข่ายภาคี โดยแต่ละฝ่ายควรทำงานบนจุดยืนและจุดแข็งของตน ไม่ใช่ไปทำงานก้าวถ่างในสิ่งที่ตนไม่รู้เรื่อง/ไม่ถนัด นั้นหมายความว่า หมอก็ยังคงเป็นหมอไม่ใช่ช่างเกษตร/ไม่ใช่ช่างปกครอง/ไม่ใช่ครู หรือกลับกัน ดังนั้นต่างคนต่างทำหน้าที่เสริมกันโดยมีคนและปัญหาเป็นจุดหมายร่วมกัน

บทเรียนจากกรณีปัญหาเอเดส์ที่ผ่านมาสอนให้เรารู้ว่า หากฝ่ายเกษตรจะช่วยแก้ปัญหาให้ผู้ติดเชื้อสามารถผลิตอาหารและสมุนไพรได้เองอย่างเพียงพอ ฝ่ายปกครองจะช่วยแก้ปัญหาคารอยู่ร่วมกันของผู้ติดเชื้อกับชุมชนและการมีงานทำ/อาชีพเสริมเพื่อให้ผู้ติดเชื้อยังมีคุณค่าโดยการพึ่งตนเองได้บ้าง ไม่เป็นภาระของสังคม/รัฐมากเกินไปจนความจำเป็น ฝ่ายครูจะมีส่วนช่วยการเตรียมความพร้อมของคนและชุมชนที่จะเผชิญกับปัญหาใดๆ ให้คนและชุมชนมีภูมิปัญญาที่จะแก้ปัญหามาด้วยตัวของเขาเองเป็นหลัก สามารถตัดสินใจเองได้ถูกต้อง ไม่เป็นกระต่ายตื่นตูม หรือถูกจูงจูงจากกระแส ฝ่ายสาธารณสุขก็จะได้มุ่งเน้นในการดูแลป้องกันไม่ให้คนเจ็บป่วย หรือหากต้องเจ็บป่วยขึ้นมาก็ช่วยกันดูแลบำบัดรักษาพร้อมกับชุมชนบนภูมิปัญญาของตนเป็นหลักและมีทางเลือกหลากหลาย

แต่น่าเสียดาย จากบทเรียนการแก้ปัญหาเอเดส์ที่ผ่านมา หน่วยราชการเกือบทุกฝ่ายมารวมกันทำหน้าที่ของสาธารณสุข ช่วยกันอบรมให้ความรู้เอเดส์ ขณะที่สาธารณสุขกลับต้องไปทำหน้าที่ของฝ่ายอื่น ทั้งช่วยผู้ติดเชื้อสร้างการยอมรับในชุมชน การส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ติดเชื้อ และการเตรียมความพร้อมชุมชนในการแก้ปัญหา แต่สาธารณสุขกลับไม่สามารถหยุดยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อเอเดส์ให้ยุติลงโดยเร็ว หรือกลับไม่มีวิธี/ทางเลือกที่จะดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอเดส์ ปล่อยให้ไปดิ้นรนแสวงหาวิธีกันเองตามยถากรรม ถูกบ้างผิดบ้าง และนำไปสู่ความขัดแย้งเมื่อผู้ติดเชื้อเฮโลกันไปพึ่งพิงวิธีการแก้ปัญหาที่ไม่ถูกกฎหมายที่สาธารณสุขต้องรับผิดชอบอยู่ ความสับสนเหล่านี้น่าจะหมดไปหากจะนำบทเรียนราคาแพงที่ผ่านมาเป็นบรรทัดฐานในการแก้ปัญหาในอนาคต

จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ปัญหาอุปสรรคที่ยังจำเป็นต้องพิจารณา คือ จุดหมายและทิศทางที่ชัดเจนของการแก้ปัญหา ไม่ใช่มีปัญหามาที่หนึ่งก็วิ่งแก้กันที่หนึ่ง ซึ่งเป็นการแก้ปัญหาเฉพาะหน้าในระยะสั้นไม่ยั่งยืนทำให้เกิดปัญหาซ้ำซาก จึงจำเป็นต้องมองปัญหาในระยะยาวมากขึ้น ทำงานในเชิงรุก ไปดักปัญหาข้างหน้า แทนที่จะไล่แก้ปัญหาตามหลัง ควรต้องเริ่มตั้งแต่เด็กและเยาวชนเป็นจุดหมายหลัก ขณะเดียวกัน รัฐบาลควรมีทิศทางที่เป็ลัดเกี่ยวกับการแก้ปัญหารุทธิทางเพศด้วย ซึ่งไปเกี่ยวพันไปกับการเร่ง

หาเงินตราต่างประเทศจากการท่องเที่ยวอย่างแยกกันไม่ออก ยิ่งเร่งการเติบโตทางด้านเศรษฐกิจและการท่องเที่ยว แต่ไม่เร่งระดมแก้ปัญหาสังคมที่มีอยู่ ปัญหาการค้าทางเพศก็ยิ่งจะทวีความรุนแรงมากขึ้น

ดังเป็นที่น่าสนใจว่า เชื้อเอดส์ที่พบในภาคเหนือ นั้น เป็นคนละสายพันธุ์กับที่พบในภาคอื่นของประเทศไทย คือเป็น HIV Subtype E ซึ่งเป็นสายพันธุ์ที่ระบาดในแอฟริกาเมื่อ 10 ปีก่อน คำถามก็คือ มันมาปรากฏตัวในเชียงใหม่ได้อย่างไร โดยเฉพาะมีการระบาดอย่างหนักอยู่ในบริเวณอำเภอฝาง-แม่อาย ซึ่งประมาณการได้ว่าเริ่มติดเชื้อมาในเวลาที่ใกล้เคียงกับที่ระบาดหนักในแอฟริกา เมื่อสืบสาวถึงสถานการณ์ในช่วงนั้น จะเห็นว่า มีการจับกุมชาวแอฟริกันที่มาขนยาเสพติดเฮโรอีนที่เชียงใหม่เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะบริเวณอำเภอฝาง-แม่อาย ซึ่งเป็นแหล่งนำเข้าจากพม่า ชาวแอฟริกันเหล่านั้น โดยเฉพาะชาวไนจีเรีย ถึงกับมาเช่าบ้านอยู่กันประจำในฐานะนักท่องเที่ยว ซึ่งก็หนีไม่พ้นการพัวพันกับธุรกิจทางเพศด้วย และทางราชการไทยก็ไม่เคยได้ตรวจสอบถึงความเกี่ยวพัน ระหว่างชาวแอฟริกันที่มาขนเฮโรอีนในคราบนักท่องเที่ยวกับเชื้อเอดส์ที่มีการระบาดในเชียงใหม่ ซึ่งเป็นชนิดเดียวกันกับที่ระบาดในแอฟริกา

กรณีนี้แม้จะยังไม่มีการศึกษาวิจัยที่จะยืนยันว่า นักท่องเที่ยวชาวไนจีเรียที่มาขนเฮโรอีนกันที่เชียงใหม่ มีส่วนแพร่กระจายเชื้อ HIV Subtype E ให้กับชาวเชียงใหม่ ? แต่จากเหตุผลและปรากฏการณ์ย่อมเพียงพอที่จะทำให้ต้องพิจารณาถึงความเสี่ยงของคนไทยกับนโยบาย Amazing ของการท่องเที่ยว ที่หวังจะได้เงินตราต่างประเทศ แต่ไม่มีทิศทางและมาตรการในการป้องกันปัญหาที่จะเกิดจากนโยบายนี้ โดยเฉพาะผลกระทบจากธุรกิจทางเพศต่อเด็กและเยาวชน การมีทางเลือกในการแก้ปัญหา จึงควรจะเป็นประโยชน์มากกว่าเป็นโทษ

(5) ความคาดหวังในการแก้ปัญหาเอดส์/คล้ายเอดส์ในพื้นที่ใหม่/พื้นที่เดิมในอนาคต

ถ้ามีโอกาสทำงานด้านเอดส์กันใหม่ จะต้องเน้นการสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้อง และชัดเจนกับชุมชน กลุ่มเป้าหมายที่สำคัญที่สุดคือ เด็กนักเรียน ให้มีพฤติกรรมที่เหมาะสมและมีความรับผิดชอบ ต้องเร่งสร้างทักษะชีวิตให้เกิดความรับผิดชอบในการมีเพศสัมพันธ์ (Smart sex) ไม่ใช่เน้นแค่ความปลอดภัยในการมีเพศสัมพันธ์ (Safe sex) ไม่ใช่ใช้เงินเป็นตัวเร่งทำให้เกิดกลุ่ม แต่จะใช้เงินช่วยเหลือกลุ่มที่เกิดโดยธรรมชาติให้เข้มแข็ง กลุ่มต้องมีส่วนร่วมช่วยเหลือสังคม ไม่ใช่คอยรับแต่ความช่วยเหลือจากสังคมฝ่ายเดียว การแก้ปัญหาจะต้องพุ่งเป้าไปที่คนแทนที่จะพุ่งเป้าไปที่โรค โดยเฉพาะต้องเปิดโอกาสให้มีทางเลือก ไม่ผูกขาดวิธีการแก้ปัญหา

ตัวอย่างกรณีพิพาทหมอมอเวอดานั้น (กรณีนายวิชัย วิชนิลกุล) แสดงให้เห็นถึงการปิดกั้นโอกาสให้มีทางเลือกของระบบราชการ แม้ทางเลือกนั้นจะยังต้องศึกษาพัฒนาอีกมากก็ตาม เพราะนั่นเป็นโอกาสแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ๆ สำหรับการแก้ปัญหา ซึ่งไม่จำเป็นต้องผูกขาดการแสวงหาองค์ความรู้ใหม่ๆ ไว้กับประเทศที่พัฒนาแล้ว ตัวอย่างที่กลุ่มผู้ติดเชื้อได้ทดลองใช้สมุนไพรของนายวิชัย วิชนิลกุล จากที่ติดตามเป็นกรณีศึกษาประมาณ 20 ราย พบว่าในด้านกำลังใจขึ้นอย่างชัดเจน จากคนที่ห่อเหี่ยวอยากฆ่าตัวตาย ก็กระชุ่มกระชวยมีชีวิตชีวาและมีความหวัง ซึ่งจะเป็นปัจจัยหลักสำคัญที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อมีกำลังใจที่จะมี

ชีวิตอยู่ต่อไปได้ แม้การติดตามศึกษาการเปลี่ยนแปลงในระดับเซลล์ ยังไม่มีความชัดเจนก็ตาม แต่สิ่งเหล่านี้คือความหวังที่ควรมีการศึกษาวิจัยกันอย่างจริงจังกันไป โดยเฉพาะการศึกษาในลักษณะบุกเบิกระบบทางเลือกใหม่ๆ เช่น ระบบการแพทย์พื้นบ้าน หรือการแพทย์แผนไทย เป็นต้น

การแก้ปัญหาของท้องถิ่นในระดับจังหวัด จะต้องมีการรอบในการดำเนินงานของแต่ละปีที่ชัดเจน และให้ทุกฝ่าย/เครือข่ายภาคี ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือภาคเอกชน ร่วมกันทำงานตามกรอบของจังหวัด โดยให้ทุกกระทรวง กรม กอง และ NGO แสดงบทบาทของตนตามหน้าที่ของตน และไม่ควรระงับอะไรฟรีๆ มองคนติดเชื่อว่าเป็นคนด้อยโอกาสเหมือนกัน ไม่ว่าจะได้รับงบประมาณจากหน่วยไหนก็ตาม จะส่งเสริมองค์กรที่มุ่งทำงานโดยไม่มุ่งหวังแต่สิ่งตอบแทน

สำหรับคนที่ทำงานด้านโรคเอดส์ได้ในอนาคตนั้น ต้องเป็นคนพัฒนาตนเองอยู่เสมอและมีวิสัยทัศน์ที่กว้างไกล ใฝ่รู้และปรับตัวอยู่ตลอดเวลา มีความเป็นมนุษย์มากขึ้น ยิ่งผู้บริหารก็ยิ่งต้องเรียนรู้และปรับตัวมาก ไม่ใช่เอาแต่คนเรียนเก่งหรือมีความชำนาญด้านการแพทย์เพียงด้านเดียวมาเป็นผู้บริหาร

5.5 บทเรียนและประสบการณ์ของจังหวัดเชียงราย จากช่องถึงการพัฒนาชุมชน:

ผ่าน นพ. สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2541)

(1) ตำแหน่งหน้าที่: ผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

(2) ความเห็นต่อสถานการณ์โรคเอดส์

1) สถานการณ์ด้านการระบาดของโรคเอดส์

การติดเชื่อรายใหม่ เป็นจุดที่สาธารณสุขให้ความสำคัญ เพราะว่าหากติดเชื่อในวันนี้ กว่าที่จะแสดงอาการต้องใช้เวลานาน ในช่วงแรกๆ เชื่อว่าโสเภณีและผู้ติดยาเสพติดเป็นแหล่งระบาดที่สำคัญ จึงกำหนดให้กลุ่มโสเภณีและกลุ่มติดยาเสพติดเป็นกลุ่มเสี่ยง หลังจากที่ทำกิจกรรมรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยและไม่ให้เข็มฉีดยาร่วมกันอย่างหนัก ทำให้สถานการณ์การระบาดของกลุ่มเสี่ยงมีแนวโน้มลดลงในปัจจุบัน แต่จริงๆ แล้วกลุ่มเสี่ยงทั้งสองเป็นเพียงคนกลุ่มน้อย ช่วงหลังๆ การระบาดของโรคเอดส์ได้เข้าไปถึงครอบครัวที่เป็นประชาชนส่วนใหญ่ ซึ่งทำให้สถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ในภาพรวมยังคงทรงตัวหรือชะลอตัว แต่ยังไม่ลดลงถึงจุดที่ต้องการ เพราะตอนแรกๆ กลุ่มเสี่ยงที่ถูกกำหนดคือหญิงโสเภณีและคนติดยาเสพติด ซึ่งเป็นประชากรส่วนน้อย การระบาดในกลุ่มเสี่ยงจึงลดลงอย่างน่าพอใจ คือมีการติดเชื่อลดลงจาก 60% มาเป็น 30% ในช่วงกลางๆ และ 20% ในปัจจุบัน แม้เปอร์เซ็นต์จะลดลงมาก แต่จำนวนประชากรน้อย ตัวเลขผู้ติดเชื่อที่ลดลงจึงไม่มากนัก

แต่ขณะเดียวกัน การระบาดของเอดส์ได้เข้าไปถึงสถาบันครอบครัวแล้ว ซึ่งเป็นประชากรส่วนใหญ่ แม้ตัวเลขผู้ติดเชื่อของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์จะเพิ่มขึ้นจาก 1% เป็น 2% และสูงสุดถึง 7% ก่อนที่จะเริ่มชะลอตัวและลดลงเหลือ 5% ในปัจจุบัน แต่ตัวเลขผู้ติดเชื่อของหญิงตั้งครรภ์แม้เพียง 1% ก็เป็นจำนวน

คนที่มากกว่ากลุ่มเสี่ยงทั้งหมด หากใช้อัตราการติดเชื้อของหญิงตั้งครรภ์แทนประชากรหญิงทั้งหมด จะเห็นว่าผู้หญิงยังคงมีโอกาสติดเชื้อสูงมาก ส่วนผู้ชายหากใช้การติดเชื้อของทหารเกณฑ์เป็นตัวแทน เชียงรายเคยมีตัวเลขสูงถึง 16.7% ในปี 2535 แม้ล่าสุดจะเหลือเพียง 3.2% (พฤศจิกายน 40) ลงไปอยู่ในอันดับที่ 10 ของประเทศ (ระนอง อันดับที่ 1) แต่ก็ถือว่าผู้ชายยังมียังมีโอกาสติดเชื้อสูง หากจะพิจารณาอัตราการติดเชื้อจากดัชนีชี้วัดทั้งสองค่า จะพบว่าในกลุ่มผู้ใหญ่อายุยังสูงอยู่ และน่าจะใช้เป็นตัวเลขที่สะท้อนไปถึงกลุ่มเยาวชนนักเรียนและนักศึกษาด้วย ซึ่งนับวันความเสี่ยงจากพฤติกรรมทางเพศ ได้ขยายไปสู่กลุ่มเยาวชนที่มีอายุน้อยลงเรื่อยๆ

2) สถานการณ์ด้านความเคลื่อนไหวในการแก้ปัญหาเอดส์

จังหวัดเชียงรายได้จัดทำระบบเฝ้าระวังพฤติกรรม หากนำมาพิจารณาประกอบจะพบว่า แม้พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเสี่ยงเดิมจะลดลงอย่างน่าพอใจ แต่พฤติกรรมเสี่ยงในการรับเชื้อเอดส์ของกลุ่มคนงานหญิง/ชาย นักเรียนและนักศึกษา ยังคงที่ ไม่ลดลง และอายุเฉลี่ยของเยาวชนที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก็ลดจากอายุ 19 ปี ลงมาเป็น 18 ปี แสดงว่าพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเอดส์กำลังแพร่ลงสู่เยาวชนที่อายุน้อยลง

และพบว่ามีการเข้าใจผิดอย่างหนึ่งที่ทางสาธารณสุขต้องแก้ไข นั่นคือ ถ้าไปสำรวจจากช่องจะพบว่าแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยสูง ถามผู้ใหญ่ก็ใช้ ถามเด็กวัยรุ่นก็ใช้ เพราะทุกคนมีความรู้ว่าถ้าไม่ใส่ถุงยางอนามัยมีโอกาสติดเอดส์ ต้องใส่ถุงยางอนามัยป้องกัน แต่พอมามีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มเดียวกัน กับเพื่อนด้วยกัน เข้าใจผิดคิดว่าปลอดภัย ไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย จากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงพบว่า ไม่มีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนเลย

ดังนั้นถึงแม้ว่าการดำเนินงานที่ผ่านมาจะได้ผลในกลุ่มเสี่ยงเดิม แต่ก็จะมีปัญหาใหม่ๆ ตามมาและถือว่าตัวเลขการติดเชื้อโดยภาพรวมก็ยังสูงอยู่ ส่วนผู้ติดเชื้อที่เริ่มมีอาการหรือเริ่มป่วย ซึ่งติดเชื้อมาเมื่อ 5-10 ปีก่อน เริ่มเข้าโรงพยาบาล เริ่มเสียชีวิต ตัวเลขผู้ป่วยของปี 2539 ควรจะเป็นตัวเลขสูงสุด (peak) และจะทรงตัวในลักษณะนี้ไปอีกอย่างน้อย 10 ปี และอาจถึง 20 ปี ข้างหน้า

นอกจากจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยจะยังคงเป็นปัญหาต่อไปอีกนาน ปัญหาที่เกิดขึ้นตามมาที่เรียกว่าคลื่นลูกที่ 2 คือ ปัญหาสังคม เพราะจะมีเด็กกำพร้าและผู้สูงอายุที่ไม่มีที่พึ่งจำนวนมากเป็นปัญหาเชิงสังคมและครอบครัว แต่บังเอิญประเทศไทยเป็นเมืองเกษตรและเป็นเมืองพุทธ ซึ่งการพึ่งพากันในหมู่เครือญาติ หรือแม้แต่การพึ่งพาเพื่อนบ้านในชุมชนด้วยกัน เป็นวิถีชีวิตที่เกิดขึ้นเป็นปกติ จึงอาจจะช่วยผ่อนคลายนความรุนแรงของปัญหา

ทำให้ไม่เห็นปัญหาชัดเจนเหมือนในเมืองอุตสาหกรรม ที่ทำงานไม่ได้ก็ขาดรายได้หรือตกงานทันที แต่ในเมืองไทยแม้ไม่มีงานทำก็ยังพออยู่ได้ เพียงแต่อาจมีปัญหारेื่องเด็กกำพร้าบ้าง ที่แม้จะมีญาติที่น้องดูแลช่วยเหลือได้ แต่ค่าครองชีพในระยะยาวและปัญหาการศึกษาของเด็ก ยังเป็นปัญหาที่สะสมและไม่มีแนวทางแก้ไขที่ชัดเจน

ซึ่งจะมีผลไปถึงการเพิ่มของประชากรที่การติดเชื้อและการเสียชีวิตจากเอดส์ที่ผ่านมาอาจต้องสูญเสียประชากรในวัยเจริญพันธุ์ไปถึง 10% แม้ในภาพรวมจะทำให้การเพิ่มประชากรคงที่ แต่การเพิ่มของประชากรในหลายอำเภอของจังหวัดเริ่มติดลบ เพราะฉะนั้นประชากรจะไม่เพิ่มขึ้น แต่เมื่อดูโครงสร้างประชากรในกลุ่มวัยแรงงานหรือกลุ่มที่เสียชีวิตจากเอดส์ในอีก 10-20 ปี จะเป็นโครงสร้างประชากรที่พิสดาร คือจะคล้ายรูปนาฬิกาทรายที่มีท่อนบนโตกว่าท่อนล่าง

(3) บทเรียนจากการแก้ปัญหาเอดส์ (ความสำเร็จ/ความล้มเหลว/ปัญหาอุปสรรค)

แนวโน้มการระบาดของปัญหาเอดส์ที่มีทิศทางไปสู่กลุ่มนักเรียนนักศึกษาในจังหวัดเชียงรายก็คงจะคล้ายกับจังหวัดอื่น โดยเฉพาะเชียงใหม่ที่เป็นแหล่งการศึกษาที่มีเยาวชนจากที่ต่างๆ ไปเรียนกันมาก นั่นคือมีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนไป มีการขายบริการทางเพศแอบแฝงมากขึ้น เพราะหาเงินได้ง่ายและได้มาก สังคมก็ไม่ค่อยสนใจหรือรังเกียจ จึงมีการแอบแฝงในการทำอาชีพแบบนี้ รวมทั้งมีคนใช้บริการมากขึ้น โดยเข้าใจว่าปลอดภัยกว่าช่อง ซ้อเท็จจริงกลับตรงกันข้าม

ดังนั้นความคิดในด้านการป้องกันจึงไม่อาจจะยึดที่รูปแบบของพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งจะเป็นแบบไหนก็แล้วแต่ขอให้มีการป้องกันเป็นจุดสำคัญ สมัยก่อนเราเน้นแต่หญิงโสเภณีเป็นหลัก และพึงพอใจที่มีการใช้ถุงยางอนามัยสูง แต่ลืมคิดถึงแหล่งอื่นๆ หรือไปอนุมานเอาเองว่าชาวบ้านน่าจะประยุกต์ใช้ได้ทุกที่ แต่ปรากฏว่ามันผิด เพราะฉะนั้นจึงต้องติดตามตลอดเวลาและปรับตัวให้ทันกับการเปลี่ยนแปลงของสังคม ถ้าพฤติกรรมยังไม่เป็นไปตามที่คาดหวังหรือเปลี่ยนแปลงในทางลบ ก็จำเป็นต้องแสวงหาวิธีการใหม่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์

ที่จริงคนไทยมีชื่อเสียงในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย แต่คนที่ทำงานเอดส์ต้องใช้วิธีการที่หลากหลาย จึงจะได้ผล เพราะไม่มีวิธีการใดดีที่สุด ยิ่งไปใช้วิธีบังคับ เช่น ถ้าช่องไหนไม่แจกถุงยางอนามัยจะให้ทางตำรวจมาปิดช่อง ซึ่งอาจจะได้ผลชั่วคราวในขณะที่ถูกบังคับ แต่ไม่ใช่ความสำนึกรับผิดชอบ หรือความสำนึกในการรู้ตัวชั่ว ไม่ได้เกิดเป็นทักษะ/นิสัยโดยอัตโนมัติ เมื่อไปมีเพศสัมพันธ์กับภรรยา เพื่อน วัยรุ่น หรือโสเภณีแอบแฝง ซึ่งไม่ใช่ช่อง ก็จะไม่ใช้ถุงยางอนามัย อันเป็นผลสะท้อนถึงวิธีการทำงานแก้ปัญหาที่ผ่านมา ที่ไปเน้นให้เกิดการใช้ถุงยางอนามัยในช่องด้านเดียว แทนที่จะส่งเสริมให้เกิดความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง เน้นให้เกิดสติปัญญามากกว่าการโฆษณาชวนเชื่อให้เลียนแบบ โดยหวังว่าจะเหนี่ยวนำให้เกิดพฤติกรรมที่คาดหวัง ซึ่งปรากฏว่าต้องผิดหวัง เนื่องจากวิธีการสำหรับกลุ่มเป้าหมายหนึ่งอาจจะไม่เหมาะสมกับอีกกลุ่มหนึ่ง

โดยเฉพาะหากพิจารณาในมิติวัฒนธรรม ในช่วงแรกกลุ่มแม่บ้านไม่ถูกจัดอยู่ในกลุ่มเสี่ยง เพราะไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง แต่ในความเป็นจริง การมีเพศสัมพันธ์แบบสามีภรรยานั้น ภรรยาจะไม่มีอำนาจต่อรอง หากสามีไม่ร่วมมือ/ไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย แม้ภรรยาจะมีความรู้ว่าจะถุงยางอนามัยป้องกันเอดส์ได้ ดังนั้น การเสริมสร้างศักยภาพในการต่อรองแก่ผู้หญิง หรือในทางกลับกันการเสริมสร้างความรับผิดชอบด้านพฤติกรรมทางเพศแก่ผู้ชายจึงเป็นบทเรียนสำหรับการทำงานแก้ปัญหาเอดส์มาก เพราะมักจะละไว้ในฐานที่เข้าใจ

ใจว่าผู้หญิงต้องฟังผู้ชาย ไม่เคยพูดกันว่าผู้ชายจะทำอะไรต้องถามหญิงก่อน และไม่ได้คิดว่าผู้หญิงก็ควรจะป้องกันตนเองได้ ทั้งๆ ที่เวลาผู้ชายไปเที่ยวจะใช้ถุงยางอนามัย แต่กลับไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์กับภรรยา ในทางกลับกันผู้หญิงเองก็มักจะไม่นิยมรับความจริง เช่นหากจับได้ว่าสามีใช้ถุงยางอนามัยแสดงว่าสามีอาจนอกใจ ซึ่งก็อาจเป็นเหตุให้ถึงกับทะเลาะและหย่าร้างกันได้ ดังนั้นเรื่องวัฒนธรรมจึงเป็นเรื่องละเอียดอ่อนที่ต้องอาศัยมิติวัฒนธรรมในการแก้ไข เรื่องของจิตใจคงไม่อาจแก้ได้ง่ายๆ เพียงการใช้วัตถุอย่างถุงยางอนามัย

(4) วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาเอตส์/ปัญหาสุขภาพในอนาคต

บนพื้นฐานบทเรียนจากการแก้ปัญหาเอตส์ในอดีตและปัจจุบัน

จากปัญหาและอุปสรรคในการทำงานแก้ปัญหาเอตส์ที่ผ่านมาทั้งในเชิงโครงสร้าง การบริหารจัดการ งบประมาณ และสภาพแวดล้อมทางวัฒนธรรม จะเห็นว่านโยบายและโครงสร้างในการแก้ปัญหาในระดับชาติ ถือว่าอยู่ในระดับที่น่าพอใจ ที่รัฐบาลมีนโยบายและมีความพยายามในการแก้ไขปัญหา รวมทั้งได้ทุ่มเทงบประมาณผ่านช่องทางต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน โดยเฉพาะมีการปรับตัวทางยุทธศาสตร์ในการทำงานระดับเขตและระดับพื้นที่ ที่มุ่งเน้นให้เกิดการมีส่วนร่วมของชุมชน ทั้งเชิงป้องกันและการดูแลรักษา แม้กระทั่งการตั้งศูนย์อำนวยการด้านภัยเอตส์ภาคเหนือตอนบน (ศอณบ.) ขึ้นมาแก้ปัญหา โดยเน้นการทำงานแบบเครือข่าย คือมี ศอจ. และ ศออ. รองรับ ที่มีทั้งหน่วยงานราชการจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องร่วมทำงานกับองค์กรเอกชนและองค์กรชุมชน/กลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งถือได้ว่าเป็นต้นแบบของการแก้ปัญหาในยุคใหม่ก็ว่าได้

สำหรับในระดับพื้นที่/จังหวัด หน่วยงานหลักใน ศอ.จังหวัดที่ต้องทำงานคือส่วนราชการต่างๆ พบว่ายังมีปัญหาในด้านทัศนคติของบุคลากร โดยเฉพาะการเห็นความสำคัญของการทำงานร่วมกันยังมีน้อย ส่วนใหญ่ก็จะคิดทำงานตามสั่งหรือตามงานประจำของตนเท่านั้น พอมีปัญหาใหม่ๆ แทนที่จะปรับโยงให้เข้าไปทำงานในหน้าที่ของตน ก็มักจะปิดให้พ้นตัวโดยอ้างระเบียบกฎเกณฑ์ แต่ถ้าหากเห็นความสำคัญของปัญหาจริงและมีความจริงใจที่จะทำหน้าที่ให้สมบูรณ์ แม้จะมีปัญหา/ข้อจำกัดใดๆ ย่อมมีทางออกเสมอ ดังนั้นยุทธศาสตร์สำคัญจะต้องปรับเปลี่ยนแนวคิด/วิถีคิดและทัศนคติของเจ้าหน้าที่รัฐเป็นลำดับแรก เพราะทัศนคติแบบข้าราชการเดิมๆ ไม่อาจทำงานแก้ปัญหาอย่างเอตส์ได้

แม้กระทั่งเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเองก็ยอมรับว่ายังมีทัศนคติที่ไม่เหมาะสม ทางสาธารณสุขอาจถูกคาดหวังให้มีส่วนรับผิดชอบโดยตรงในการแก้ปัญหาเอตส์ แต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกคนกลับไม่ได้คิดว่าจะต้องรับผิดชอบในการแก้ปัญหาเอตส์ บางคนคิดว่าเป็นความสมัครใจ ถ้าตนไม่เข้าไปยุ่งกับงานเอตส์ก็ไม่มีผลอะไรต่อตน ที่จริงตั้งแต่ยุคก่อนที่จะมีปัญหาเอตส์ เจ้าหน้าที่ทุกคนจะถูกอบรมให้แก้ปัญหาโดยให้ชุมชนมีส่วนร่วม หรือทำงานร่วมกับชุมชน แต่ก็มีเพียงบางคนเท่านั้นที่นำชุมชนเข้ามาร่วมทำงานแก้ปัญหาสุขภาพ บางคนก็ไม่เชื่อกายภาพของชุมชน และคิดว่าชักช้าไม่ทันใจ ยังยึดตัวเองเป็นศูนย์กลางในการแก้ปัญหาตลอดเวลา

เมื่อเกิดปัญหาเอคส์ ซึ่งเกี่ยวข้องกับปัญหาเศรษฐกิจ-สังคมและวัฒนธรรมโดยตรง ที่ลำพังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่อาจทำงานแก้ปัญหาได้ จำเป็นต้องทำงานร่วมกับฝ่ายต่างๆ เพื่อให้เจ้าหน้าที่มีขีดความสามารถในการทำงานร่วมกับฝ่ายอื่นๆ ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้เน้นให้เจ้าหน้าที่ที่มีความเข้าใจและมีทักษะการทำงานแบบการใช้สหวิทยาการในการแก้ปัญหา รวมทั้งส่งเสริมให้เรียนรู้จากผู้เชี่ยวชาญด้านต่างๆ เรียนรู้จากชุมชน หรือแม้แต่เรียนรู้จากผู้ติดเชื้อเอง

ซึ่งก็ยังมีบุคลากรสาธารณสุขจำนวนไม่น้อยที่ไม่สนใจ ยังยึดติดวิชาชีพทางสาธารณสุขการแพทย์แบบเก่าๆ ที่ขอคำแนะนำใช้มารักษาโดยตรงที่สถานพยาบาลก็พอแล้ว ทั้งที่ตนเองก็ทำอะไรไม่ได้/ไม่มีวิธีการหรือยาที่จะรักษา แต่ก็มีบุคลากรทางสาธารณสุขในพื้นที่ไม่น้อยที่ทำงานเป็นทีมร่วมกับหลายองค์กรในพื้นที่ บางครั้งทำงานได้ดีกว่าที่ทางจังหวัดคาดหวังเสียอีก ทางจังหวัดจึงพยายามใช้เป็นกรณีตัวอย่างส่งเสริมให้ขยายแนวร่วมไปยังพื้นที่อื่นๆ บ้าง แต่การขยายผลจากรูปแบบที่ประสบความสำเร็จไปยังพื้นที่อื่นๆ ก็ยังไม่ค่อยได้ผลตามความคาดหวัง

ดังนั้นทางสาธารณสุขจังหวัดจึงได้ปรับยุทธศาสตร์ในการพัฒนาเจ้าหน้าที่ โดยให้เรียนรู้จากการปฏิบัติงานจริงเป็นหลัก แทนที่จะใช้วิธีอบรมความรู้เพียงด้านเดียวอย่างอดีต นั่นคือนอกจากการฝึกอบรมให้ความรู้ความเข้าใจเท่าที่จำเป็นแล้ว ยังจะให้โอกาสไปศึกษาดูงานจากของจริงและให้งบประมาณแบบอุดหนุนเพื่อไปดำเนินงานตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ คล้ายๆ กับการทำงานของ NGO ที่ได้รับเงินอุดหนุนให้ทำงานตาม TOR นั่นเอง

เพราะงบประมาณที่ผ่านๆ มาในระบบราชการจะให้เงินตามหน่วยงานที่เสนอขอโดยมีแผนงานและโครงการที่หน่วยงานนั้นได้จัดทำขึ้นมา ซึ่งส่วนใหญ่จะมีเพดานหรือโควตางบประมาณอยู่แล้ว เพียงแต่เขียนแผนงาน-โครงการไปรองรับ ดังนั้นบางครั้งจึงทำได้จริงบ้างไม่จริงบ้าง หรือบางหน่วยงานก็เพียงแค่พยายามใช้เงินให้หมดตามเวลา เพื่อรักษาฐานงบประมาณไว้สำหรับของบประมาณในปีถัดไป จึงไม่ต้องพูดถึงคุณภาพงาน ไม่ต้องพูดถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการทำงาน

ดังนั้นการปรับยุทธศาสตร์แบบให้เงินอุดหนุนตามปริมาณและคุณภาพของงานที่ทำ นั่นคือหน่วยไหนขยันทำงาน มีผลงานที่ชัดเจน จะได้งบประมาณมาก หน่วยไหนขี้เกียจหรือทำงานไม่ได้เรื่องก็จะไม่ได้รับงบประมาณ จะช่วยอุดช่องว่างในการใช้งบประมาณอย่างไม่มีคุณภาพและประสิทธิภาพดังที่ผ่านมา รวมทั้งจะช่วยให้เกิดความโปร่งใสมากขึ้น ตรวจสอบได้ง่ายขึ้น แต่จุดอ่อนคือจะมีเจ้าหน้าที่บางคนฉวยโอกาสอยู่เฉยๆ รับเงินเดือนโดยไม่ต้องทำงานให้เหนื่อย ซึ่งต่างกับ NGO หากไม่ทำงานก็จะมีเงินเดือน/ค่าจ้าง

ดังนั้นหากจะทำให้ยุทธศาสตร์แบบ "ทำงานมาก ทำงานดี ได้เงินมาก" ได้ผล จึงจำเป็นต้องนำระบบประกันคุณภาพและระบบให้ผลตอบแทนความดีความชอบมาใช้ประกอบด้วย นั่นคือ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานดี ทำงานมาก ทำงานมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล จึงจะได้รับเงินงบประมาณมากและได้ความดีความชอบตอบแทนด้วย แต่ถ้าเจ้าหน้าที่ขี้เกียจทำงาน หรือทำงานไม่มีคุณภาพ ก็จะไม่ได้รับงบประมาณ และจะไม่ได้รับการพิจารณาความดีความชอบ หรืออาจจะต้องถูกพิจารณาสถานภาพในการทำงานด้วย ซึ่งที่

ผ่านมายังทำได้เพียงครั้งเดียว คือทำงานมากไต่งบมาก คนไม่ทำงานแม้จะไม่ได้รับงบประมาณ แต่ยังอยู่ สุขสบายดี ได้เงินเดือนขึ้นปีละขั้น นั่นคือยังขาดการทำงานอย่างเชื่อมโยง/อย่างเป็นองค์รวมภายในองค์กร เดียวกัน

จากประสบการณ์ของ ศอจ. บุคลากรถือว่าเป็นอุปสรรคมากที่สุด โดยเฉพาะบุคลากรในส่วนของ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รองลงมาคือครู เพราะส่วนใหญ่ยังยึดติดอยู่ในรูปแบบเดิม ไม่กล้าทำงานที่อีกรูปแบบไปจากเดิม เช่น จะทำกิจกรรมอะไรหากไม่มีการกำหนดรายละเอียดจากข้างบนก็ทำไม่ได้ จะปรับหลักสูตรการเรียนการสอนเด็กให้สอดคล้องกับการแก้ปัญหาของท้องถิ่นก็ทำไม่ได้ถ้าไม่ได้รับอนุมัติจากกรมวิชาการก่อน เป็นต้น ทั้งที่สามารถจะปรับแนวปฏิบัติให้สอดคล้องกับสภาพแวดล้อมได้อยู่แล้ว นอกจากนั้น บุคลากรที่มีปัญหาอีกกลุ่มคือ ผู้นำชุมชน ซึ่งในภาคเหนือยอมรับว่าผู้นำชุมชนมีบทบาทมาก เพราะชาวบ้านจะเชื่อฟังกำนันผู้ใหญ่บ้านมาก

ถ้าผู้นำชุมชนไม่เข้าใจอย่างแท้จริงก็เลยไม่สามารถทำงานได้ตามจุดมุ่งหมาย บางทีผู้นำชุมชนอาจเกรงใจทางราชการ มักจะไปใช้วิธีบังคับให้ชาวบ้านทำตาม ซึ่งก็จะเกิดความเสียหายต่อการแก้ปัญหา ทั้งๆที่เป็นปัญหาของตน/ของชุมชน แต่มักจะต้องรอฟังคำสั่งจากทางราชการก่อน ซึ่งบางครั้งทางราชการก็ไม่ค่อยรู้เรื่องของชุมชนเท่าใดนัก เป็นการสวนทางกับความพยายามในการส่งเสริมให้พึ่งตนเอง ยิ่งผู้นำชุมชนบางคนที่ยอยากเอาใจเจ้านายทางราชการ ก็จะพยายามสนองความต้องการเชิงปริมาณโดยยอมบิดเบือนข้อเท็จจริงก็มี ทำให้ปัญหาที่แท้จริงในท้องถิ่นของตนไม่ได้รับการแก้ไข

แต่ผู้นำชุมชนที่เป็นตัวของตัวเองและมีขีดความสามารถสูงก็มีไม่น้อย ทำให้เกิดรูปแบบใหม่ๆ ของการแก้ปัญหาในชุมชนโดยตัวของชุมชนเองเป็นหลัก ทางราชการเพียงแต่เป็นผู้สนับสนุนเท่านั้น ดังนั้นการปรับบทบาทเพียงผู้สนับสนุนของทางราชการจำเป็นต้องได้รับการยอมรับและนำไปสู่ข้อปฏิบัติอย่างจริงจัง ขณะเดียวกัน การเตรียมความพร้อมชุมชน โดยเฉพาะการเสริมสร้างขีดความสามารถและภาวะผู้นำของกลุ่มแกนนำชุมชน เป็นความจำเป็นที่เร่งด่วน คงจะปล่อยให้ไปไปตามยถากรรมไม่ได้

ในส่วนขององค์กรพัฒนาเอกชนมีจุดแข็งที่เป็นองค์กรที่ทำงานในเชิงลึก สัมผัสและเกาะติดกับปัญหาชาวบ้านได้ดีกว่าทางราชการ แต่ก็มีจุดอ่อน คือ NGO จะเลือกลงบางพื้นที่/บางปัญหาที่มีความชัดเจนและขอการสนับสนุนงบประมาณได้ง่าย จึงมักจะทำงานในพื้นที่ซ้อนทับกันหลายๆ องค์กร ทำให้เกิดความซ้ำซ้อน องค์กรพัฒนาเอกชนเองจะไม่สามารถทำงานครอบคลุมพื้นที่/ปัญหาได้ทั่วถึงเหมือนรัฐ และทำงานมีกำหนดเวลา ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ใช่ทำงานในระยะยาว ไม่ถาวรเหมือนองค์กรรัฐ รวมทั้งระบบตรวจสอบยังไม่ค่อยชัดเจน (ยังขาด Accountability)

เพราะฉะนั้นถ้าจะแก้ปัญหาในภาพรวม ทั้งรัฐและเอกชนจำเป็นต้องร่วมมือกัน โดยเอาข้อดีของแต่ละฝ่ายมาใช้ร่วมกัน ในส่วนของราชการมีข้อดีคือ ความครอบคลุมไม่เลือกพื้นที่/ปัญหา เพราะเป็นหน้าที่อยู่แล้ว และมีงบประมาณ ทำงานได้คงเส้นคงวาในระยะยาว ข้อดีขององค์กรเอกชนคือ เจาะลึก เกาะติด ยึดชาวบ้าน/ชุมชนเป็นหลัก ชาวบ้านมีอิสระ (ยกเว้นบาง NGO ที่มีลักษณะครอบงำ) และเป็นกันเอง เข้าถึงได้ง่าย ไม่มีพิธีรีตองมากมายเหมือนรัฐ

แต่จากที่เคยทำงานร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนปรากฏว่าทางราชการยังห่วงงานหวงอำนาจ ไม่ยอมให้เอกชนเข้ามาช่วยทำงานอย่างเต็มที่ บางหน่วยงานยังยึดติด คิดว่าเป็นการก้าวก่ายหน้าที่ทางราชการ ยังไม่ค่อยยอมรับและไว้วางใจ บางครั้งถึงกับไม่ค่อยให้ความร่วมมือ หรือมักจะกำหนดกฎเกณฑ์ขั้นตอนยุ่งยากตามระบบของราชการ บางครั้งจึงทำให้องค์กรเอกชนที่มาทำงานกับราชการมีความยุ่งยากในขั้นตอนการทำงานและเกิดข้อขัดแย้งบ่อย

จึงจำเป็นต้องปรับปรุงตั้งแต่ทัศนคติและสร้างระบบการทำงานร่วมกันขึ้นมาใหม่ระหว่างองค์กรรัฐกับองค์กรเอกชน คงจะเอาระบบราชการที่รัฐใช้อยู่ มาใช้กับการทำงานขององค์กรเอกชนไม่ได้ เพราะองค์กรเอกชนไม่ใช่หน่วยงานราชการ ยิ่งในอนาคตจะมีการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐกับเอกชนและชุมชนมากขึ้น ตามสภาพการเปลี่ยนแปลงทางสังคม-เศรษฐกิจของโลก การปรับบทบาทของรัฐเป็นผู้กำกับดูแลและสนับสนุนมากขึ้น ค่อยๆ ลดบทบาทในฐานะผู้ปฏิบัติโดยตรงลง แต่กระจายอำนาจ กระจายทรัพยากร กระจายภาระงาน และกระจายความรู้-เทคโนโลยี มาสู่ภาคเอกชนและชุมชนในท้องถิ่นมากขึ้น

ที่จริงรูปแบบของ สอนบ.ที่นำร่องลักษณะการทำงานแบบเครือข่ายระหว่างภาครัฐกับเอกชนและชุมชนในช่วง 4 ปีที่ผ่านมา ก็ทำให้เรียนรู้บทเรียนที่สำคัญ โดยเฉพาะเรื่องกองทุนเอตส์หมู่บ้าน ซึ่งเป็นโครงสร้างที่เปิดโอกาสให้ชาวบ้านทุกคนในชุมชนได้เรียนรู้ถึงการจัดการผลประโยชน์ของเขาเอง ซึ่งมีทั้งที่ทำได้ ดีกว่าความคาดหมาย มีทั้งที่เกิดปัญหาผิดเพี้ยนไปจากเป้าหมาย และมีทั้งที่ไม่กล้าทำอะไรจึงไม่เกิดผลตามเป้าหมาย แล้วแต่ความพร้อมของผู้นำและชุมชนเอง

แต่ผลที่ได้คือชาวบ้านได้เรียนรู้ด้วยตัวของเขาเอง จะเห็นได้ว่าในช่วงหลังๆ ชุมชนได้ปรับตัวในการจัดการกับกองทุนเอตส์หมู่บ้านได้ดีขึ้น มีการตรวจสอบติดตามกันเอง ซึ่งส่วนใหญ่จะมอบความไว้วางใจให้ผู้นำชุมชนเป็นคนดูแล (ไม่มีคำจ้งในการดำเนินงาน) ยังไม่มีระบบการทำงานเป็นของชุมชนเอง ความสำเร็จจึงขึ้นกับตัวผู้นำชุมชน ซึ่งค่อนข้างจะเสี่ยงต่อความล้มเหลว

ดังนั้น จึงจำเป็นที่องค์กรรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีประสบการณ์ ต้องช่วยเตรียมความพร้อมชุมชนก่อน โดยเฉพาะความพร้อมของกลุ่มผู้นำและคอยให้คำปรึกษาแนะนำในการดำเนินงาน โดยอาจมีกรณีตัวอย่างให้ได้เรียนรู้และศึกษา แต่ไม่ใช่เลียนแบบ เพราะแต่ละชุมชนควรมีจุดยืนและลักษณะเฉพาะของตนตามศักยภาพของชุมชน ขณะเดียวกัน ชุมชนคงต้องช่วยกันสร้างระบบการทำงานที่เหมาะสมกับตนเอง เพื่อจะลดความเสี่ยงในการทำงานที่ขึ้นกับผู้นำเพียงคนเดียว และความเป็นระบบในการทำงานยังจะช่วยให้เกิดความโปร่งใส ตรวจสอบจากทุกคนได้ง่าย ช่วยให้การดำเนินงานมีความชัดเจน มีความต่อเนื่อง/สืบเนื่องได้ง่ายขึ้น

รวมทั้งการเชื่อมโยงกับการทำงานขององค์กรอื่นๆ ได้ง่ายขึ้น แต่ไม่ใช่เลียนแบบระบบราชการที่มีแต่คณะกรรมการชุดต่างๆ เต็มไปหมด หากคนทำงานจริงๆ ได้ยาก เมื่อองค์กรชุมชนมีความเข้มแข็งขึ้นและมิงานที่สลับซับซ้อนมากขึ้น ต้องใช้วิชาชีพในการทำงานมากขึ้น นอกจากทางราชการที่ต้องคอยให้ความช่วยเหลือชุมชนอยู่แล้ว องค์กรชุมชนก็อาจต้องว่าจ้างองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีความรู้และประสบการณ์เป็นที่ปรึกษา หรือว่าจ้างรับช่วงงานไปทำให้ชุมชน

(5) ความคาดหวังในการแก้ปัญหาเอดส์/คล้ายเอดส์ในพื้นที่ใหม่/พื้นที่เดิมในอนาคต

จากปัญหาและอุปสรรคในระบบการทำงานของรัฐบาล พบว่าผู้บริหารสาธารณสุข โดยเฉพาะในระดับอำเภอ ซึ่งเป็นผู้ที่มีบทบาทสำคัญในการนำแผนงานและโครงการไปสู่ภาคปฏิบัติให้เกิดผลขึ้นมาจริงๆ แต่ยังไม่มีความไม่เข้าใจในปัญหาเอดส์อยู่มาก รวมทั้งยังทำงานแบบราชการเดิมๆ ยังรอให้มีปัญหาแล้วจึงไปไล่แก้ ไม่ให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและตัดสินใจ สิ่งเหล่านี้จึงเป็นบทเรียนให้กับการแก้ปัญหาเอดส์ในพื้นที่อื่น ไม่ควรจะทำผิดพลาดซ้ำอีก ที่สำคัญคือ ปัญหาเอดส์นั้นจะรอเหมือนโรคระบาดอื่นไม่ได้ เพราะกว่าจะมีอาการให้เห็น อาจจะต้องใช้เวลา 5 ถึง 10 ปี จึงไม่ควรรอให้เกิดปัญหาก่อนแล้วจึงค่อยไปไล่ต่อสู้กับมัน

นอกจากต้องทำงานในเชิงรุกแล้ว ต้องเปลี่ยนทัศนคติในการทำงานเสียใหม่ ต้องมองเห็นความเป็นมนุษย์เป็นหลัก เพราะบางพื้นที่ยังมีทัศนคติในการแก้ปัญหาผู้ติดเชื้อที่เลวมาก คือยังมีความคิดแบบโบราณเหมือนการแก้ปัญหาคนไข้โรคเรื้อนที่อยากกักขังผู้ติดเชื้อเอดส์ไว้ในที่กักกัน เพื่อไม่ให้ไปแพร่เชื้อให้คนอื่น ซึ่งความคิดที่ล้าสมัยแบบนี้ไม่ควรจะมีอยู่ในบุคลากรของสาธารณสุขในยุคศตวรรษที่ 21 แล้ว รวมทั้งไม่ควรเอาความกลัวมาขู่หรือบังคับ (ไม่ควรใช้ Fear appeal)

แต่ต้องมองปัญหาแบบองค์รวม ใช้สหวิทยาการในการแก้ปัญหา เพราะไม่มีแนวทางในการแก้ปัญหาโรคเอดส์ที่ดีที่สุด ไม่มีวิธีไหนที่เป็นวิธีที่ดีที่สุดและไม่มองใครได้เดียวๆ จะแก้ปัญหาได้โดยลำพัง จึงต้องอาศัยการร่วมแรงร่วมใจจากทุกฝ่าย ทำงานกันแบบ เครือข่ายพหุภาคี ความสำเร็จในการแก้ปัญหาเอดส์ของชุมชนหนึ่ง ไม่จำเป็นจะต้องใช้ได้ในชุมชนอื่น จึงต้องมีการปรับประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมตามสภาพพื้นที่และบริบททางวัฒนธรรม จึงจำเป็นต้องให้ความรู้ความเข้าใจที่ลุ่มลึกและถูกต้องแก่คนทำงานทุกฝ่าย เปลี่ยนแปลงวิถีคิดและวิธีมองปัญหาของคนทำงาน ยอมรับความหลากหลาย ยอมรับฟังชาวบ้าน/ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย หาทางแก้ปัญหาร่วมกันทุกฝ่าย โดยเฉพาะผลกระทบต่อเด็กกำพร้าและผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง แม้ว่าสังคมไทยยังพอจะพึ่งพาอาศัยกันได้ในหมู่เครือญาติและมิตรสหาย แต่ถ้ามียานานมากขึ้นและขาดคนดูแล รวมทั้งปัญหาการศึกษาในระยะยาวของเด็ก รัฐต้องเข้ามาดูแลรับผิดชอบร่วมกับชุมชนอย่างเต็มที่

5.6 บทเรียนและประสบการณ์ ผสมผสานจากเชียงราย-แม่ฮ่องสอน :

ผ่าน นพ. ชำนาญ หาญสุทธิเวชกุล (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 1 พฤศจิกายน พ.ศ. 2541)

(1) ตำแหน่งหน้าที่: นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน

(2) ความเห็นต่อสถานการณ์โรคเอดส์

1) สถานการณ์ด้านการระบาดของโรคเอดส์

สถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ในจังหวัดแม่ฮ่องสอน จะแตกต่างจากอีก 5 จังหวัดในภาคเหนือตอนบน คือจะมีอัตราการติดเชื้อน้อยกว่าและเป็นการติดเชื้อมาจากนอกพื้นที่เป็นหลัก โดยเฉพาะ

เป็นการติดเชื้อของคนนอกพื้นที่/ชาวแม่ฮ่องสอนที่ไปทำงานนอกพื้นที่มากกว่าจะเป็นชาวแม่ฮ่องสอนที่อยู่ในพื้นที่โดยตรง ทั้งนี้เนื่องจากจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีประชากร 50% เป็นชาวเขา หรือชนกลุ่มน้อย ชนเผ่าหลักคือกะเหรี่ยงและไทยใหญ่ และจังหวัดแม่ฮ่องสอนมีชายแดนติดกับพม่าเป็นแนวยาวจากเหนือจรดใต้ ซึ่งอาจแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่

ตอนบนสุดมีอำเภอปายเป็นศูนย์กลางที่เป็นทางเข้าไปสู่เมืองเชียงใหม่ที่ใกล้ที่สุด ตอนกลางคืออำเภอเมืองแม่ฮ่องสอนที่ไกลทางเข้าจากตัวเมืองเชียงใหม่มากที่สุด และตอนล่างสุดที่มีอำเภอแม่สะเรียงเป็นศูนย์กลางที่มีถนนเชื่อมกับเชียงใหม่

จังหวัดแม่ฮ่องสอนจึงกลายเป็นสะพานที่มีชาวพม่า (ส่วนใหญ่เป็นกะเหรี่ยง/ไทยใหญ่) ข้ามไปมาได้โดยง่ายและเป็นแหล่งพักพิงก่อนจะเดินทางต่อไปสู่จังหวัดอื่นโดยเฉพาะเชียงใหม่ ขณะเดียวกันก็จะเป็นที่พักก่อนกลับเข้าไปในพม่า ช่วงแรกๆ ชาวพม่า (ขาเข้า) ที่เข้ามาแม่ฮ่องสอนเพื่อรอการส่งตัวไปทำงานจังหวัดอื่นยังไม่มีติดเชื้อ แต่เมื่อกลับจากจังหวัดอื่นจะไปพม่า (ขากลับ) ก็มักจะมีผู้ติดเชื้อเอตส์จากที่อื่นกลับมาด้วยและเป็นผู้แพร่เชื้อเอตส์หลัก โดยเฉพาะที่อำเภอปายและอำเภอแม่สะเรียง ซึ่งเป็นจุดที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อเอตส์มากที่สุด ทั้งชาวแม่ฮ่องสอนและชาวพม่า

ดังนั้นเท่าที่ตรวจพบผู้ติดเชื้อที่เป็นชาวแม่ฮ่องสอนจริงๆ ส่วนใหญ่จะเป็นพวกที่ไปทำงานต่างจังหวัดและเป็นผู้นำเชื้อเอตส์เข้ามาแพร่ในชุมชน ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ชายที่ออกไปทำงานที่เชียงใหม่ ส่วนผู้หญิงที่ไปเป็นโสเภณีจะไม่มีเลย แต่ช่องซึ่งกลายเป็นแหล่งแพร่เชื่อนั้น จะเป็นผู้หญิงพม่าที่ลักลอบเข้ามาเมืองเข้ามามากิน โดยการขายบริการทางเพศให้ชาวพม่าด้วยกัน (ไดนอก) ซึ่งเป็นพวกหนีเข้าเมืองมารับจ้าง จึงเป็นแหล่งแพร่เชื้อสำหรับคนไดนอกและคนไทยจากนอกพื้นที่ไปเที่ยวด้วย

แม้ในปัจจุบันแรงงานต่างชาติจะถูกควบคุมด้วยมาตรการของรัฐมากขึ้น แต่ก็ยังมีพวกที่ไม่ผ่านการตรวจคนเข้าเมืองเข้ามาเป็นประจำ ส่วนใหญ่จะเป็นพวกที่ทำงานภาคเกษตร ซึ่งเป็นตัวการสำคัญหนึ่งที่จะแพร่เชื้อเข้ามาได้ เพราะพวกพม่าที่เข้ามาใหม่ๆ จะเข้ามาพักอยู่ในจังหวัดแม่ฮ่องสอนก่อน พอฝึกภาษาจนรู้เรื่องดี จึงเข้าไปทำงานที่เชียงใหม่ ลำพูน หรือที่อื่นๆ และก่อนกลับบ้านก็ต้องมาแวะที่แม่ฮ่องสอนเพื่อแลกเงินไทยเป็นทองก่อนกลับบ้าน เพราะเงินไทยจะใช้ที่พม่าไม่ได้ ซึ่งในระหว่างที่มาแวะก็จะเป็นตัวแพร่เชื้อให้คนในพื้นที่ได้ โดยเฉพาะที่อ.ปาย เพราะสามารถผ่านไปสู่นครเชียงใหม่ได้ง่าย

สาเหตุสำคัญที่ชาวแม่ฮ่องสอนแท้ๆ มีอัตราการติดเชื้อเอตส์ในพื้นที่ต่ำ โดยเฉพาะการติดเชื้อเอตส์ในครอบครัว/หญิงตั้งครรภ์จะต่ำที่สุดเมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นในภาคเหนือตอนบน ซึ่งมีไม่ถึง 1% คงเป็นเพราะชาวแม่ฮ่องสอนมีเกราะป้องกันตัว (ระบบผัวเดียวเมียเดียว) คือชาวแม่ฮ่องสอนยังมีพื้นฐานทางวัฒนธรรมของสังคมที่แข็งแกร่ง ไม่ว่าจะเป็นชาวกะเหรี่ยงหรือไทยใหญ่ ส่วนใหญ่จะยึดถือประเพณีปฏิบัติอย่างเคร่งครัดในเรื่องผัวเดียวเมียเดียว คนที่แต่งงานแล้วจะไม่ยอมไปยุ่งกับชาย/หญิงอื่น ผัวเมียกันมักจะไปไหนไปด้วยกันเป็นคู่ๆ เสมอ

ขณะเดียวกันก็ยังนิยมดำเนินวิถีชีวิตของชนเผ่าอย่างเหนียวแน่น คือไม่หุงหา/หุงเพื่อ ไม่ค่อยชอบเที่ยว มีชีวิตสมณะ ไม่ค่อยกระตือรือร้น/เห่อเหิมกับความใคร่ใคร่มี บางทีมีเพียง ข้าวและพริกกับเกลือ

เขาก็อยู่ได้อย่างพึงพอใจ จนบางครั้งในสายตาของนักพัฒนาอาจมองเป็นความเกียจคร้าน (ไม่ Productive) การห่างแสงสี หรือที่เรียกว่าความเจริญ และการดำรงชีวิตที่สอดคล้องกับธรรมชาติและวัฒนธรรม กลับกลายเป็นเกราะป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ให้กับชาวแม่ฮ่องสอน โดยเฉพาะชาวกะเหรี่ยง และไทยใหญ่

แม้จะมีปัญหายาเสพติดแพร่ระบาดในหมูชนกลุ่มน้อย (จากผลสำรวจในปี 2538 พบผู้ติดยาเสพติดประมาณ 5,000 คน) ที่มักจะเป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อเอดส์ในจังหวัดอื่น แต่ในแม่ฮ่องสอนกลับไม่เป็นเช่นนั้น เนื่องจากส่วนใหญ่เป็นการติดยาที่ไม่ใช่ติดยาเสพติด ยกเว้นในเขตอำเภอปายและแม่สะเรียงจะมีปัญหาเสพติดรูปแบบอื่นๆ อยู่บ้าง

2) สถานการณ์ด้านความเคลื่อนไหวในการแก้ปัญหาเอดส์

การแก้ปัญหาเอดส์ในจังหวัดแม่ฮ่องสอนส่วนใหญ่ยังเป็นบทบาทของภาครัฐ เนื่องจากปัญหาค่อนข้างจะชัดเจนและอยู่ในวงจำกัด คือ การระบาดจะอยู่ในกลุ่มคนเพียง 2 กลุ่มหลัก ได้แก่หนุ่มสาวที่ไปทำงานนอกพื้นที่โดยเฉพาะเชียงใหม่ และกลุ่มคนต่างด้าวชาวพม่าที่ผ่านเข้ามาชั่วคราวหรือที่มาทำงานอยู่ในแม่ฮ่องสอน ซึ่งจุดหลักจะอยู่ที่อำเภอปายและอำเภอแม่สะเรียง ประกอบกับในระดับชาวบ้านมีเกราะป้องกันตัวจากพื้นฐานวัฒนธรรมดังกล่าวมาแล้ว ดังนั้นการควบคุมและจำกัดปัญหาจึงทำได้ไม่ยากนัก และอยู่ในวิสัยที่ทางสาธารณสุขร่วมกับทางจังหวัดสามารถจัดการได้ ขณะเดียวกันเมื่อการระบาดมีน้อย ผู้ติดเชื้อก็อยู่ในวงจำกัด มีจำนวนไม่มาก อยู่ในศักยภาพที่ทางสาธารณสุขจะให้การดูแลได้ ยกเว้นที่อำเภอปายและแม่สะเรียง ที่มีผู้ติดเชื้อมากกว่าพื้นที่อื่น จึงมีการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อและองค์กรเอกชนเข้ามาช่วยแก้ปัญหากับทางราชการ

โดยเฉพาะที่วัดดอยเก็ง หรือสำนักปฏิบัติธรรมรัตนประทีป อำเภอแม่สะเรียง ที่มีพระอาจารย์รัตน์ (รัตนญาโณ ภิกขุ) เป็นเจ้าอาวาส ที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์โดยการฝึกสมาธิเพื่อบำบัดโรค ร่วมกับสมุนไพรร่วมกับที่เคารพศรัทธาและได้รับความนิยมนอกจากผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์เป็นอย่างมาก ซึ่งนอกจากจะเป็นที่รองรับปัญหาผู้ติดเชื้อเอดส์ของแม่ฮ่องสอนได้เป็นอย่างดีแล้ว ภาระส่วนใหญ่ยังเป็นการรองรับปัญหาและให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยที่มาจากทั่วสารทิศทั้งภาคเหนือและภาคอื่นๆ เป็นจำนวนมาก จนทางสาธารณสุขต้องให้โรงพยาบาลแม่สะเรียงส่งเจ้าหน้าที่ไปร่วมให้ความช่วยเหลือ คือ ทุกวันที่ 1-7 ของเดือนจะมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลแม่สะเรียงไปประจำและให้บริการผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่มารักษาที่วัด โดยร่วมมือกับวิธีธรรมชาติบำบัดของพระอาจารย์รัตน์ เป็นการผสมผสานให้มีทางเลือกสำหรับชาวบ้าน ซึ่งชาวบ้านรอบๆ วัดก็ไม่มีใครรังเกียจหรือกลัว หรือก็ดกกันเลย แม้จะมีผู้คน (ติดเชื้อ) หลังไหลมาจากทั่วสารทิศอย่างมากมาก็ตาม

(3) บทเรียนจากการแก้ปัญหาเอดส์ (ความสำเร็จ/ความล้มเหลว/ปัญหาอุปสรรค)

จากที่เคยมีประสบการณ์การแก้ปัญหาเอดส์ในพื้นที่จังหวัดเชียงรายมาก่อน โดยเฉพาะในช่วงแรกของการระบาด ทำให้ได้เรียนรู้บทเรียนเชิงเปรียบเทียบที่สำคัญเมื่อต้องมารับหน้าที่เป็นนายแพทย์สาธารณสุข

สุขจังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งต่างไปจากสถานการณ์ของจังหวัดเชียงราย แม้ว่าต้นตอของการแพร่เชื้อจะคล้ายๆ กัน คือติดมาจากเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อในพื้นที่อื่น แล้วมาแพร่ต่อเมื่อกลับมาเชียงราย แต่ที่ต่างกันคือการแพร่ระบาดในจังหวัดเชียงรายเป็นไปอย่างรวดเร็วและกระจายไปทั่วพื้นที่ ไม่ว่าพ่อบ้านแม่บ้านหนุ่มสาว หรือแม้แต่เยาวชน นักเรียนนักศึกษาก็ไม่เว้น โดยมีช่องเป็นแหล่งแพร่เชื้อหลักในช่วงแรก แล้วก็แพร่ไปสู่ครอบครัวและเพื่อนอย่างรวดเร็ว แสดงให้เห็นถึงโอกาสเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์แบบหลายคู่ โดยไม่มีการป้องกันได้กระจายไปสู่ทุกคน

แต่การระบาดของเอสในจังหวัดแม่ฮ่องสอนนั้น ค่อนข้างจะจำกัดอยู่ในวงของหนุ่มสาวที่ไปทำงานนอกพื้นที่ อาจจะมีโอกาสเล็ดรอดแพร่มาถึงชุมชนในพื้นที่ได้บ้าง แต่ช้าและไม่กระจายอย่างเชียงราย ทั้งนี้ก็คงเนื่องมาจากพื้นฐานทางวัฒนธรรมและบริบททางสังคมของแม่ฮ่องสอน โดยเฉพาะคนที่แต่งงานแล้วไม่นิยมมีเพศสัมพันธ์แบบหลายคู่ ปฏิบัติอยู่ในกรอบประเพณีที่มีผัวเดียวเมียเดียว ไม่ชอบเที่ยวชองหรือมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่คู่ครองของตน ใช้ชีวิตคู่แบบไปไหนไปด้วยกัน ไม่ทอดทิ้งกัน โดยเฉพาะชาวกะเหรี่ยงจะไม่ละเมิดทางเพศเด็ดขาด คู่ใครคู่มัน ชอบสันโดษ ส่วนใหญ่จะชอบอยู่กับป่าและธรรมชาติอย่างสบายๆ แค่มัฟริก เกลือ ข้าว 3 อย่างเขาก็อยู่ได้แล้ว ไม่ชอบทำงานมากและไม่ชอบเที่ยวมาก จึงเหมือนเป็นเกราะป้องกันชีวิตของพวกเขา แต่ก็เสียเปรียบในด้านการรับบริการสาธารณสุข เพราะชุมชนส่วนใหญ่จะอยู่ตามป่าเขาห่างไกลจากตัวเมือง แต่เขาก็จะอาศัยภูมิปัญญาของเขาในการดูแลสุขภาพของตน

แต่ในอนาคตก็อาจมีการเปลี่ยนแปลงได้ เพราะผลกระทบจากนโยบายการท่องเที่ยวแบบสวนสัตว์ (เห็นชนเผ่าเป็น Zoo) ที่มีคนภายนอกนิยมไปเสพสุขธรรมชาติและวัฒนธรรมชนเผ่าเป็นจำนวนมาก ซึ่งมักจะเป็นการท่องเที่ยวแบบ “ชมชื่นธรรมชาติและชมชื่นประชากร” หากไม่มีมาตรการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนรองรับ ไม่เข้าสิ่งใหม่จากภายนอกย่อมมีอิทธิพลต่อการดำรงชีวิตอย่างสันโดษของชนเผ่า รวมทั้งการที่เยาวชน/คนหนุ่มสาวต้องไปเรียนต่อและหางานทำที่เชียงใหม่ เพราะแม่ฮ่องสอนไม่มีสถานศึกษาชั้นสูงและไม่มีโรงงาน ตลอดจนโครงการพัฒนาต่างๆ ของรัฐที่อาจส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของชนเผ่าได้ โดยเฉพาะการที่มีคนไปทำงานนอกพื้นที่มากขึ้น ย่อมต้องเรียนรู้และเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตให้เข้ากับโลกภายนอก อย่างเช่น

กรณีชนเผ่าทั้งสองที่เดิมนั่งอยู่กับแบบไม่มีบัตรประจำตัวประชาชน จึงไม่ค่อยมีโอกาสเดินทางไปไหนมากนัก เนื่องจากไม่มีบัตรประจำตัว แต่เมื่อได้บัตรประชาชนก็มักจะไปทำงานที่เชียงใหม่ หรือเมืองอื่นๆ ก็จะเป็นการเปิดโอกาสให้วัฒนธรรมภายนอกเข้ามาสู่ชนเผ่าได้อย่างรวดเร็ว ดังนั้นหากไม่มีการเตรียมความพร้อมที่จะเผชิญกับการเปลี่ยนแปลง หรือเตรียมทักษะชีวิตแบบเมือง ก็เสี่ยงต่อผลกระทบจากการเปลี่ยนแปลงทางวัฒนธรรมที่มีทั้งบวกและลบ

ที่สำคัญคือการขยายโอกาสไปเรียนนอกพื้นที่มากขึ้น โดยไม่จัดตำแหน่งงานรองรับให้คนท้องถิ่นมีโอกาสทำงานในท้องถิ่นของตน ทำให้คนแม่ฮ่องสอนที่ไปเรียนจังหวัดอื่น เมื่อมีฐานความรู้มากขึ้น ก็ไม่ค่อยได้ทำงานที่แม่ฮ่องสอน เพราะส่วนใหญ่คนที่ทำงานวิชาชีพในแม่ฮ่องสอนจะเป็นคนมาจากจังหวัดอื่น

และแม่ฮ่องสอนก็เหมือนโรงฝึกงานของทางราชการ เพราะคนส่วนใหญ่ที่มาทำงานที่แม่ฮ่องสอน มักจะเริ่มกระบวนการวิ่งเต้นโยกย้ายไปทำงานในเมืองที่เจริญกว่าตั้งแต่วินาทีแรกที่มารับงานที่แม่ฮ่องสอน จึงทำให้นุคลากรส่วนใหญ่ของหน่วยงานราชการในจังหวัดแม่ฮ่องสอนทำงานได้ไม่เกิน 1 ปี ก็มักจะโยกย้ายไปที่อื่น ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อความต่อเนื่องของการแก้ปัญหาในอนาคต หากพื้นฐานทางสังคมวัฒนธรรมของชนเผ่าเปลี่ยนไปจากเดิม ไม่มีภูมิหรือเกราะป้องกันเหมือนที่ผ่านมา การแก้ปัญหา ก็อาจไม่ง่ายเหมือนที่ผ่านมาก็ได้

ดังนั้นหากแม่ฮ่องสอนมีความเจริญทางวัตถุและแสงสีเหมือนเมืองอื่นๆ การแก้ปัญหาเช่นเอตส์ก็จะมีควมสลับซับซ้อนและยุ่งยากมากขึ้น ยกเว้นจะมีรูปแบบการพัฒนาเป็นแบบฉบับเฉพาะของจังหวัดแม่ฮ่องสอน ที่คงความเหนียวแน่นทางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อมเอาไว้ เน้นคุณภาพชีวิตในมิติวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม มากกว่าคุณภาพชีวิตทางวัตถุสิ่งของ หรือคุณภาพชีวิตในแง่ความสะดวกสบายที่ต้องแลกด้วยการสูญเสียทางด้านวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม

ที่ผ่านมา การทำงานในด้านสาธารณสุขยังถือว่าโชคดี ที่สายงานพยาบาลมาจากการสอบชิงทุนในจังหวัดไปเรียนแล้วกลับมาทำงานที่แม่ฮ่องสอน แต่ในช่วงสองปีที่ผ่านมาเริ่มมีการใช้ระบบสอบ Entrance แบบรวม (หลักสูตร 4 ปี) ซึ่งคนแม่ฮ่องสอนสอบไม่ได้เลย จะได้เฉพาะพวกหลักสูตร 2 ปีเท่านั้นที่ทางสาธารณสุขจัดสอบเองและให้เป็นโควต้าของท้องถิ่น แต่ในระบบสอบแบบรวมกับทบวงมหาวิทยาลัย จะนำไปรวมกับ เชียงใหม่และลำพูน ซึ่งทำให้เด็กแม่ฮ่องสอนเสียเปรียบมาก ดังนั้นในอนาคตก็จะลำบาก แม้แต่หมอก็จะขาด ซึ่งคนท้องถิ่นที่จะอยู่ได้นานๆ เกือบจะไม่มีเลย โดยเฉพาะในระดับโรงพยาบาลอำเภอ ไม่ว่าเภสัชกร ทันตแพทย์ หรือพยาบาล จะหาคนท้องถิ่นได้ยาก ซึ่งก็มักจะมีปัญหาการโยกย้ายตามมา เป็นปัญหาอุปสรรคทางด้านความต่อเนื่อง แต่ก็ยังโชคดีที่ปัญหาเอตส์ไม่รุนแรงเหมือนจังหวัดอื่น

ขณะเดียวกัน การแก้ปัญหาเอตส์ในรูปแบบของศูนย์ด้ายกัยเอตส์จังหวัด ภายใต้เครือข่ายของ คอชนบ. ก็ได้คำนึงถึงปัญหาความต่อเนื่องเป็นอย่างมาก ทางสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จึงได้คัดเลือกเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เป็นคนแม่ฮ่องสอนให้เป็นผู้ทำงานด้านเอตส์ แต่ก็ไม่สามารถทำได้ในหน่วยงานอื่น เช่น ส่วนของมหาดไทยและศึกษาธิการ ซึ่งช่วงแรกๆ ก็มีคนมาช่วยสัปดาห์ละ 1 วัน แต่ต่อมาก็โยกย้ายไปที่อื่นแล้วไม่มีคนมาช่วยจากหน่วยราชการอื่นอีก ซึ่งโดยหลักการของศูนย์เอตส์จังหวัด จะมีหน่วยราชการที่เกี่ยวข้องส่งเจ้าหน้าที่มาร่วมทำงาน โดยมีรองผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน แต่ช่วงหลังๆ จะเหลือแต่สำนักงานสาธารณสุขดำเนินการเองเป็นหลัก ทั้งเจ้าหน้าที่และผู้บริหารศูนย์ ซึ่งเดิมที่ยังได้งบประมาณสนับสนุนจาก คอชนบ. ก็แก้ปัญหาโดยจ้างเจ้าหน้าที่ชั่วคราวมาช่วย เมื่องบประมาณก็กลายเป็นภาระของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขโดยลำพัง แต่ยังโชคดีที่เจ้าหน้าที่เป็นคนที่ท้องถิ่นและมีอุดมการณ์ในการทำงานเพื่อท้องถิ่นของตน จึงทำให้การแก้ปัญหาเอตส์เป็นไปได้อย่างราบรื่น ไม่เช่นนั้นลำพังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่กี่คน ยิ่งถ้ามีการโยกย้ายเกิดขึ้นอีก ก็คงจะแบกรับภาระไม่ไหว

อย่างไรก็ตาม จะอาศัยความเสียสละของเจ้าหน้าที่อย่างเดียว ในระยะยาวก็คงเป็นไปได้ยาก หากไม่มีเจ้าหน้าที่เพียงพอที่จะรับผิดชอบงานด้านบริการ ด้านติดตาม และด้านข้อมูล โดยเฉพาะงานด้าน

บริการแนะแนวให้คำปรึกษาที่มีมากขึ้นเรื่อยๆ และด้านบริการให้การรักษาผู้ป่วยตามอาการ ซึ่งในโรงพยาบาลยังไม่มีฝ่ายที่รับผิดชอบด้านนี้โดยเฉพาะ จะเอาพยาบาลมาประจำก็ไม่ได้เนื่องจากพยาบาลมีน้อย ซึ่งในระยะต่อไปที่มีผู้ป่วยมากขึ้นก็จะเป็นปัญหา

**(4) วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาเอดส์/ปัญหาสุขภาพในอนาคต
บนพื้นฐานบทเรียนจากการแก้ปัญหาเอดส์ในอดีตและปัจจุบัน**

การแก้ปัญหาเอดส์ในระยะยาว โดยเฉพาะผู้ป่วยเอดส์และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ควรจะเป็นเรื่องของชาวบ้านเป็นหลัก ชุมชนต้องเข้ามาจัดการและรับผิดชอบมากขึ้น รัฐต้องปรับบทบาทเป็นฝ่ายสนับสนุน สถานการณ์ในด้านการระบาดของเอดส์ในทศวรรษหน้าควรจะดีขึ้น เพราะเด็กรุ่นใหม่ได้รับการปลูกฝังและเตรียมความพร้อมทักษะชีวิตที่จะสู้กับปัญหาที่คล้ายเอดส์ได้ดีขึ้น แต่ในอีกสองทศวรรษข้างหน้าก็ไม่แน่ การโหมสร้างภูมิคุ้มกันทางสังคมในเรื่องเอดส์อาจจะลดลงไป เด็กรุ่นใหม่ไปอาจไม่เคยประสบพบเห็นคนติดเชื้อเอดส์มากมายอย่างปัจจุบัน หรือครูอาจไม่ค่อยสอน/เน้นอย่างปัจจุบัน อาจจะทำให้ปัญหาเอดส์ถูกละเลย รวมทั้งการทุ่มเททางงบประมาณก็อาจจะลดลง จึงอาจจะมีโอกาสที่เอดส์จะแพร่ระบาดใหม่ได้ คล้ายกับวงจรระบาดของโรคอื่นๆ

ดังนั้น การเสริมสร้างความแข็งแกร่งของภูมิคุ้มกันทางสังคมและวัฒนธรรมแก่ชุมชนอย่างสม่ำเสมอ จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่จำเป็น ไม่ใช่ผลดูๆไปเป็นไฟไหม้ฟาง เพราะสังคมในอนาคตจำเป็นต้องใช้สติปัญญามากขึ้น เป็นตัวของตัวเองมากขึ้น จึงจะใช้วิจารณ์ญาณในการตัดสินใจ/จัดการวิถีชีวิตให้อยู่รอดได้ แต่คนไทยในปัจจุบันยังอ่อนแอทางด้านจิตใจและการตัดสินใจ ซึ่งส่วนใหญ่มาจากปัจจัยในการเลี้ยงดูและการบ่มเพาะนิสัย เช่น เด็กวัยรุ่นปัจจุบันมีจิตใจอ่อนแอเกินไป ไม่ค่อยเป็นตัวของตัวเอง ชอบเอาอย่าง/ทำตามสมัยนิยม ควบคุมตัวเองไม่ค่อยได้ ผสมกับปัญหาครอบครัวที่แตกร้างสูง จึงทำให้เยาวชนออนไลน์เข้าหาสิ่งเสพติดได้ง่าย คือเสพติดกันเกือบทุกประเภท ทั้งยาบ้า ยาไอ กาว ัญชา เฮโรอีน ไม่ว่ายาเสพติดอะไรหากเข้ามาในประเทศไทยเด็กไทยจะเสพติดหมด

ในอดีตอย่างมากก็แค่ติดบุหรี่ ซึ่งยังไม่เลวร้ายเหมือนเสพยาบ้า มันเป็นที่พึ่งของคนขาด มันเป็นตัวชี้วัดการเจ็บป่วยของสังคม ที่ไม่เอื้อให้คนมีทางเลือก เช่น การเล่นกีฬา จะเป็นทางออกที่ช่วยลดความเสี่ยงได้เป็นอย่างดี

แต่น่าเสียดายที่ "ความเป็นสาธารณะ" ของสนามกีฬาในวิถีไทยเดิมได้หายไป ทั้งๆ ที่มีสนามกีฬากระจายอยู่ในโรงเรียน/ชุมชนทั่วประเทศ แต่หน่วยงานต่างๆ เป็นเจ้าของ ทำให้ความเป็นสาธารณะของสนามกีฬาหายไป ไม่เอื้อให้ผู้คนเข้าไปเล่น ดังนั้นแทนที่เยาวชนจะหันมาหาสนามกีฬาแต่กลับหันไปหา ยาเสพติด เด็กน้อยคนนักที่อยากกลับเข้าไปเยี่ยม/เล่นกีฬาในโรงเรียนที่เขาเคยเรียน เพราะเขาไม่ใช่นักเรียนของโรงเรียนอีกแล้ว การทุ่มเทงบประมาณสร้างสนามกีฬาเป็นเรื่องดี แต่การทำให้สนามกีฬาที่มีอยู่เกือบทุกชุมชนสามารถใช้ได้ตลอดเวลา หรือมีความเป็นสาธารณะเต็มที่ที่ทุกคนใช้ได้จะยิ่งมีความจำเป็นมากกว่าการสร้างใหม่

นอกจากนั้น การมีทางเลือกและพึ่งพาตนเองได้ในการดูแลสุขภาพ รวมทั้งการเตรียมคนให้มีทักษะชีวิตในการอยู่รอดอย่างมีคุณภาพ บนพื้นฐานทางวัฒนธรรมของตน เป็นความจำเป็นพื้นฐานสำหรับประชาชนในอนาคต เพราะคนไทยนั้นรับง่าย ปรับตัวง่าย และเสถียรง่าย หากไม่ยึดพื้นฐานทางวัฒนธรรมของตนอย่างเข้มแข็ง ก็จะลู่ตามอิทธิพลของกระแสนิยม ไม่เป็นตัวของตัวเอง แล้วแต่กระแสจะพาไป ซึ่งเป็นอันตรายต่อความอยู่รอดของชาติพันธุ์ไทยรุ่นใหม่ เพราะจะไม่มีภูมิคุ้มกันทางวัฒนธรรมที่ทำให้เราสามารถยืนอยู่บนขาตนเองได้ ต้องพึ่งพาคนอื่น ยืมจมูกคนอื่นหายใจอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะคนรุ่นใหม่ที่ได้ขึ้นมาในท่ามกลางผลกระทบของเอตส์ ผสมกับการรับวัฒนธรรมอื่นที่มีพื้นฐานและบริบทต่างกับวัฒนธรรมของตน มีโอกาสที่จะทำให้คนรุ่นใหม่ก้าวร้าวและรุนแรง มีพฤติกรรมแปลกๆ อดคิดต่อสังคมและเป็นอันตรายต่อสังคม

ดังนั้นจะปล่อยให้ไปเป็นไปตามยถากรรมคงไม่ได้ ทั้งญาติ ชุมชน และรัฐจำเป็นต้องร่วมรับผิดชอบ โดยเฉพาะรัฐจำเป็นต้องลงทุนและให้การสนับสนุนอย่างจริงจัง ผ่านกลไกองค์กรชุมชน/องค์กรเอกชนที่โปร่งใสและตรวจสอบได้ จัดเงื่อนไขที่อาจกดดันเด็กไปสู่ความก้าวร้าว โดยช่วยเหลือให้มีโอกาสอยู่กับญาติที่น้องให้นานที่สุด หากไร้ญาติขาดมิตรจึงจะพึ่งพาเครือข่ายความมั่นคงทางสังคมขององค์กรชุมชน/ท้องถิ่น เช่น การไปอยู่กับพ่อแม่บุญธรรม ก่อนที่จะพึ่งพาประชาสงเคราะห์ดูแลในสถานสงเคราะห์ หรือให้เงินช่วยเหลือโดยเปิดบัญชีธนาคารหรือจ่ายเงินผ่านญาติ แม้เงินจะเป็นปัจจัยที่จำเป็นแต่การให้เงินอย่างเดียวจะไม่เพียงพอ เพราะเงินจะไปถึงตัวเด็กจริงๆ แค่นั้น และเงินจะถูกใช้อย่างเป็นประโยชน์สูงสุดหรือไม่ จึงจำเป็นต้องมีกลไกของชุมชนร่วมดูแลช่วยเหลือ

(5) ความคาดหวังในการแก้ปัญหาเอตส์/คล้ายเอตส์ในพื้นที่ใหม่/พื้นที่เดิมในอนาคต

หากมีโอกาสเริ่มต้นใหม่เกี่ยวกับการแก้ปัญหาเอตส์ สิ่งจำเป็นต้องทำเป็นลำดับแรกคือเข้าใจสถานการณ์ที่เป็นจริงก่อน ซึ่งจำเป็นต้องรับฟังความคิดและประสบการณ์จากทุกฝ่าย ทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชน รวมทั้งศึกษาและประเมินสถานการณ์ที่แท้จริง ตลอดจนทางออกของการแก้ปัญหาที่เป็นไปได้ โดยเฉพาะความเข้าใจและปฏิกิริยาของชุมชน เมื่อกำหนดประเด็นปัญหาและแนวทางแก้ไขที่ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมอย่างชัดเจน จึงกำหนดภารกิจ/กิจกรรมของแต่ละฝ่ายและประสานงานให้ทุกฝ่ายดำเนินการตามภารกิจที่รับผิดชอบร่วมกัน ซึ่งคงต้องพัฒนาขีดความสามารถ/เตรียมความพร้อมที่จำเป็นให้เกิดขึ้นแก่เจ้าหน้าที่ โดยเฉพาะความรู้ความเข้าใจและทักษะในการทำงานกับชุมชน

จากประสบการณ์ในการแก้ปัญหาเอตส์ของภาคเหนือตอนบน เป็นบทเรียนที่ควรต้องนำมาใช้เป็นแบบอย่าง หรือนำมาใคร่ครวญเพื่อหลีกเลี่ยงการทำผิดซ้ำ บางอย่างอาจไม่เหมาะสมด้วยเหตุผลทางวัฒนธรรมหรือบริบททางสังคมและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกัน เช่นการเจาะเลือดก่อนตั้งครรภ์/ก่อนแต่งงานจำเป็นหรือไม่ การใช้ถุงยางอนามัยในระหว่างสามีภรรยาเป็นไปได้อหรือไม่ เป็นต้น

โดยเฉพาะการนำเอาศักยภาพของชุมชนท้องถิ่นมาเป็นฐานในการแก้ปัญหาเช่นการนำส่วนดีขององค์ความรู้สาธารณะ/ภูมิปัญญาชาวบ้าน มาเป็นทางเลือกของการแก้ปัญหา การเสริมสร้างความเข้มแข็ง

ของวัฒนธรรมท้องถิ่นให้เป็นเกราะป้องกันปัญหา/ช่วยแก้ปัญหา หรือแม้แต่การนำองค์กรชุมชนที่ดำรงอยู่มาเสริมบทบาทให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เช่น

ชมรมผู้สูงอายุของหมู่บ้านตำบล สามารถจะเสริมขีดความสามารถจากรัฐและชุมชน เพื่อให้เป็นฐานรองรับผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งเพราะลูกหลานตายจากโรคเอดส์

ดังนั้นความคาดหวังการแก้ปัญหาสาธารณสุขในอนาคต โดยเฉพาะปัญหาในลักษณะคล้ายเอดส์ จำเป็นต้องเรียนรู้และปรับตัวกันทุกระดับ ตั้งแต่ระดับการวางนโยบาย ระดับการบริหารและระดับปฏิบัติในพื้นที่ เอาศักยภาพท้องถิ่นเป็นที่ตั้ง ทั้งบุคลากร ทรัพยากรและภูมิปัญญา แก้ปัญหาโดยยึดคนและบริบททางวัฒนธรรมของคนในพื้นที่เป็นที่ตั้ง โดยเน้นการพึ่งตนเองและให้มีทางเลือกที่หลากหลาย ทำงานแก้ปัญหาในลักษณะค่อยๆ และต่อเนื่อง มองทั้งระยะสั้นและระยะยาว

5.7 บทเรียนและประสบการณ์การนำร่องศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์จังหวัดพะเยา:

ผ่าน พญ. เพชรศรี ศิริรินทร์ (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม พ.ศ. 2541)

(1) ตำแหน่งหน้าที่: นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดพะเยา

(2) ความเห็นต่อสถานการณ์โรคเอดส์

1) สถานการณ์ด้านการระบาดของโรคเอดส์

เนื่องจากการติดตามสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ในภาพรวมใช้อัตราการติดเชื้อในหมู่ทหารเกณฑ์และในหญิงตั้งครรภ์เป็นหลัก จึงไม่ทราบรายละเอียดของสถานการณ์การติดเชื้อที่เป็นจริงในประชากรทั้งหมด (general population) โดยเฉพาะในช่วงหลังที่รูปแบบการระบาดได้ขยายตัวไปสู่ประชากรทั้งหมด ถ้าพึ่งข้อมูลจากอัตราการติดเชื้อในหมู่ทหารเกณฑ์และในหญิงตั้งครรภ์ อาจจะไม่สามารถสะท้อนภาพที่เป็นจริงออกมาได้ทั้งหมด

อย่างไรก็ตามในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เฝ้าติดตามอยู่นั้นมีแนวโน้มลดลงเรื่อยๆ แต่การลดลงในช่วงหลัง ไม่ได้ลดลงมากเหมือนช่วงแรก เพราะพะเยาเคยมีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อสูงถึง 8% แล้วก็ลดลงมาเป็น 5% แต่ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ลดลงไม่มากเหมือนช่วงแรก คือยังคงสูงกว่า 4%

สิ่งที่น่าสนใจสำหรับการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์คือ กลไกของการระบาดที่ยังไม่ค่อยเข้าใจกันนัก เพราะกว่า 30% ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชืื่อนั้นสามีไม่ได้ติดเชื้อด้วย หรืออาจกล่าวได้ว่า 1 ใน 3 ของหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์นั้นไม่ได้ติดมาจากสามี จึงยังไม่ชัดเจนว่าหากไม่ติดจากสามีแล้วหญิงมีครรภ์เหล่านี้ติดเชื้อมาจากไหน

ซึ่งอาจติดเชื้อมาตั้งแต่ก่อนแต่งงาน (โดยเฉพาะผู้หญิงที่ไปขายบริการทางเพศมาก่อน) หรือไม่ก็อาจมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่น ทั้งก่อนแต่งงาน/หลังแต่งงานแล้ว ซึ่งก็เป็นไปได้ทั้งสองทาง หากทราบกลไกในการติดเชื้อที่แท้จริง ก็จะช่วยให้การแก้ไขปัญหาดังกล่าวมากขึ้น โดยเฉพาะประเด็นการมีเพศสัมพันธ์ก่อน

แต่งงานไม่ว่าหญิงหรือชาย เป็นการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการเที่ยวชองของผู้ชายมาเป็นการมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหญิง (Casual sex) หรือกับโสเภณีแอบแฝง และมักจะเกิดความเข้าใจว่าปลอดภัยกว่าการเที่ยวชอง จึงไม่มีการป้องกัน/ใช้ถุงยางอนามัยและกลายเป็นสาเหตุหลักของการระบาดในช่วงหลังๆ ดังนั้นสถานการณ์การระบาดจึงยังไม่ยุติ เพียงแต่เปลี่ยนรูปแบบจากเดิมที่มีชองเป็นแหล่งแพร่เชื้อหลัก มาเป็นการแพร่เชื้อในครอบครัวและระหว่างเพื่อน รวมทั้งการขายบริการทางเพศแอบแฝง

2) สถานการณ์ด้านความเคลื่อนไหวในการแก้ปัญหาเอดส์

ความเคลื่อนไหวในการแก้ปัญหาเอดส์ของจังหวัดพะเยา มีมาตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรคเอดส์ในภาคเหนือตอนบน โดยมีการจัดตั้งศูนย์แก้ปัญหาโรคเอดส์ของจังหวัดพะเยาก่อนที่จะมีการจัดตั้ง ศอนบ. มีการกำหนดนโยบายและแผนงานการแก้ปัญหาขึ้นในระดับจังหวัด กระจายลงไปยังระดับอำเภอและตำบล มีการรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชน รวมทั้งการพัฒนาชุมชนและส่งเสริมอาชีพ เพื่อสกัดกั้นปัญหาในระยะยาว

ขณะเดียวกันก็มีการกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตัวและรวมตัวกันเป็นกลุ่ม/ชมรมโดยโรงพยาบาลต่างๆ ทั้งนี้ก็ด้วยวัตถุประสงค์ที่จะให้ผู้ติดเชื้อมีเพื่อนและดูแลช่วยเหลือกันและกันได้ง่ายขึ้น จึงเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อขึ้นก่อนที่จะมีเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อตามแผนงานของ ศอนบ. จะเห็นว่าการเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อในจังหวัดพะเยาในช่วงแรกนั้น ไม่ได้เกิดขึ้นโดยการจัดตั้งหรือรวมตัวกันเองโดยธรรมชาติเพื่อต่อรองสิทธิประโยชน์ดังที่เกิดกลุ่มขึ้นในจังหวัดอื่น

อย่างไรก็ตามแม้จะมีนโยบายและแผนงานการแก้ไขปัญหในระดับจังหวัด รวมทั้งการกระตุ้นให้ชุมชนจัดทำแผนงาน งบประมาณและโครงการร่วมแก้ปัญหาอย่างเป็นระบบ แต่ในระดับปฏิบัติของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ยังขาดความชัดเจนในด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่มีความเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงค่อนข้างรวดเร็ว รวมทั้งยังขาดทักษะและขีดความสามารถใหม่ๆ ในการทำงานชุมชน

ดังนั้นจึงมีการเสริมสร้างขีดความสามารถให้กับเจ้าหน้าที่ รวมทั้งการจัดให้มีสิ่งอำนวยความสะดวกและโอกาสที่เอื้ออำนวยต่อการเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ โดยร่วมมือกับองค์กรภายนอกและสถาบันการศึกษา นำโครงการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับการแก้ปัญหาเอดส์เข้ามาดำเนินการในจังหวัดพะเยา เพื่อนำร่องความรู้ใหม่ๆ ในการแก้ปัญหา เช่น PRA และการทำงานแบบพหุภาคี (Multisectorial) ขณะเดียวกันก็เป็นโอกาสให้เจ้าหน้าที่ได้เรียนรู้และปรับตัวไปพร้อมๆ กับการทำงานวิจัยและพัฒนาเพื่อแก้ปัญหาเอดส์ด้วย

จึงช่วยให้การทำงานในพื้นที่มีความชัดเจนและเป็นระบบมากขึ้น เช่นการจัดสรรงบประมาณให้พื้นที่ ชุมชนต้องมีโครงการเสนอเข้ามาก่อน ผ่านการพิจารณาถ่วงถ่วงความเป็นไปได้และความเหมาะสม โดยคณะกรรมการร่วมของพหุภาคี จึงจะมีการจัดสรรงบประมาณให้ โดยเน้นการทำงานที่เป็นเครือข่าย ซึ่งนอกจากงบประมาณแล้ว กลุ่มเครือข่ายยังจะได้รับความช่วยเหลือทางด้านวิชาการด้วย เป็นการเพิ่มศักยภาพให้แก่เจ้าหน้าที่และองค์กรในเครือข่าย รวมทั้งมีงบประมาณรองรับและสนับสนุนกิจกรรมของกลุ่มผู้

ติดเชื้อทั้งจากงบประมาณของคอนบ.และเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน โดยกลุ่มผู้ติดเชื้อจะต้องเขียนโครงการเสนอผ่านองค์กรพัฒนาเอกชนในฐานะผู้ประสานงาน ทางศูนย์เอดส์จังหวัดจึงจะพิจารณาจัดสรรงบประมาณสนับสนุน

เจตนาในการกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อรวมตัวกันในช่วงแรกๆ นั้น ทางจังหวัดไม่ได้ต้องการให้เป็นองค์กรหรือกลุ่มขนาดใหญ่ เพราะยากต่อการบริหารจัดการ สิ่งสำคัญเพียงเพื่อต้องการให้ผู้ติดเชื้อไม่ว่าจะอยู่ที่ไหนก็ยังมีเพื่อนอยู่เสมอ เมื่อแต่ละพื้นที่มีกลุ่มผู้ติดเชื้อก็จะช่วยกันเกิดการแลกเปลี่ยนและประสานงานกันเป็นเครือข่าย

แต่ในช่วงหลังเกิดกลุ่มจำนวนมาก จึงประสานงานกันเป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อระดับอำเภอและจังหวัด สำหรับผู้ติดเชื้อที่เริ่มป่วย นอกจากการรักษาตามอาการด้วยวิธีแผนปัจจุบันแล้ว ยังส่งเสริมให้มีทางเลือกด้วยการใช้สมุนไพร แต่เพื่อให้เกิดความปลอดภัย การส่งเสริมให้มีทางเลือกโดยใช้สมุนไพรยังไม่ค่อยชัดเจนนัก เนื่องจากยังต้องมีการศึกษาค้นคว้ากันอีกมาก

(3) บทเรียนจากการแก้ปัญหาเอดส์ (ความสำเร็จ/ความล้มเหลว/ปัญหาอุปสรรค)

ปกติการทำงานของหน่วยราชการมักจะเป็นแนวดิ่ง คือต่างคนต่างทำตามกรอบนโยบายที่ตนสังกัด จึงมักเกิดความซ้ำซ้อน แก้ปัญหาได้ไม่เบ็ดเสร็จและไม่มีพลัง วิกฤตการณ์เอดส์กลายเป็นเงื่อนไขที่ดึงทุกฝ่ายมาช่วยกันทำงานแก้ปัญหาในแนวนราบ เป็นการระดมจุดแข็งและบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงานมาผสมผสานการทำงานกันแบบเครือข่าย จึงขจัดความซ้ำซ้อน และเกิดความร่วมมือโดยนำจุดแข็งมากลบจุดอ่อนให้มีพลังและพลวัตร เสริมแรงการแก้ปัญหา เอดส์จึงกลายเป็นตัวเชื่อมโยงให้เกิดการทำงานแบบองค์รวม

บทเรียนแห่งความร่วมมือจากการแก้ปัญหาเอดส์ แม้จะเป็นการเปลี่ยนวิกฤต/ปัญหาให้เป็นโอกาสของการเรียนรู้และการแก้ปัญหา แต่ในความเป็นจริงไม่จำเป็นต้องรอให้เกิดปัญหาเหมือนเอดส์เสียก่อนแล้วจึงจะมาร่วมมือกันไล่แก้ปัญหาตามหลัง เพราะแท้จริงแล้วหากทุกหน่วยงานประสานบทบาทและประสานศักยภาพ (คน ทรัพยากร ภูมิปัญญา) ร่วมกันทำงานในเชิงรุกเพื่อป้องกันปัญหา/ดับปัญหาก่อนที่ปัญหาจะเกิด จะช่วยลดความสูญเสียอย่างมหาศาลเช่นกรณีของโรคเอดส์ได้เป็นอย่างดี

อย่างไรก็ตาม การระดมสรรพกำลังร่วมกันแก้ปัญหาตามบทบาทและจุดแข็งของแต่ละหน่วยงานยังคงเป็นนโยบายในระดับจังหวัดมากกว่าที่จะนำไปปฏิบัติได้จริงทั้งหมดในระดับพื้นที่ แม้บางพื้นที่จะมีการคิดแก้ปัญหาได้เอง มีความรับผิดชอบ มีความตั้งใจจริงและมองเห็นปัญหาที่เกิดขึ้นในพื้นที่ของตน แต่วิธีคิดและขีดความสามารถที่จะแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับสภาพพื้นที่ยังไม่เด่นชัด ส่วนใหญ่ยังคงทำอย่างที่เคยทำ ไม่มีการปรับวิธีคิดและวิธีแก้ปัญหาใหม่ๆ ให้สอดคล้องกับสถานการณ์

ข้อสำคัญคือเจ้าหน้าที่ยังมีความรู้เรื่องเอดส์น้อยและขาดกลไกที่จะทำให้เจ้าหน้าที่สามารถรับรู้สิ่งใหม่ๆ เท่าทันกับความเคลื่อนไหวหรือการเปลี่ยนแปลง จึงทำให้เจ้าหน้าที่รู้เหมือนกับที่ชาวบ้านทั่วไปรู้ ไม่ได้รู้/เข้าใจมากกว่าชาวบ้านเลย จึงไม่มีศักยภาพพอที่จะคิดและช่วยเหลือชาวบ้านได้อย่างที่เบื่องบนคาดหวัง

หวัง ซึ่งจะโทษเจ้าหน้าที่ในพื้นที่อย่างเดียวยังคงไม่ได้ เนื่องจากทางสาธารณสุขจังหวัดเองก็ไม่ได้ทุ่มเทการพัฒนาขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่อย่างจริงจัง

ดังนั้นจากบทเรียนดังกล่าว จึงได้พยายามระดมพลังทั้งจากในและนอกพื้นที่เข้ามาช่วยเสริมด้านวิชาการให้แก่เจ้าหน้าที่ โดยการชักชวนองค์กรและสถาบันการศึกษาทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน มาร่วมกันทำโครงการนำร่องในเชิงศึกษาวิจัยและพัฒนา เพื่อสนองการแก้ปัญหาโดยตรงในพื้นที่ใดหนึ่ง และเพื่อเป็นแบบฝึกหัดให้เจ้าหน้าที่และชุมชนได้เรียนรู้/พัฒนาตนเองอีกโสดหนึ่ง ซึ่งนับว่าช่วยเสริมขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่และชุมชนในการแก้ปัญหาในพื้นที่ได้เป็นอย่างดี

ขณะเดียวกันโครงการนำร่องก็กลายเป็นเวทีและโอกาสแห่งความร่วมมือของทุกหน่วยงานในเครือข่ายที่ได้ร่วมทำงานแก้ปัญหาเอตส์ตามนโยบายของจังหวัด โดยเฉพาะองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีความถนัดในการทำงานกับชุมชนก็ค่อนข้างจะมีบทบาทในการช่วยประสานงานระหว่างชุมชนกับหน่วยงานของรัฐ

(4) วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาเอตส์/ปัญหาสุขภาพในอนาคต

บนพื้นฐานบทเรียนจากการแก้ปัญหาเอตส์ในอดีตและปัจจุบัน

บทเรียนจากปัญหาอุปสรรคและประสบการณ์ในการแก้ปัญหาที่ผ่านมา สิ่งสำคัญที่สุดในการแก้ปัญหา/พัฒนางานด้านสาธารณสุขคือ ต้องเปลี่ยนวิธีคิดของเจ้าหน้าที่และหน่วยงาน/องค์กรจากเดิมให้ได้ ต้องพัฒนาบุคลากรให้ใฝ่รู้/เกิดการเรียนรู้และปรับตัวอยู่ตลอดเวลา โดยเฉพาะการปรับตัวทางด้านทัศนคติอย่างมีพลวัตร มีความรู้ความเข้าใจที่ลุ่มลึก มีทักษะทางด้านเทคนิควิธีการที่จำเป็น ทั้งด้านการวางแผนและการวิเคราะห์สถานการณ์ ตลอดจนมีขีดความสามารถในการทำงานเป็นทีมและเป็นเครือข่าย ทั้งภายในหน่วยงาน/องค์กรและระหว่างหน่วยงาน/องค์กร

เมื่อมีศักยภาพในการแก้ไขปัญหาดังกล่าวแล้ว สิ่งสำคัญถัดไปคือ อย่ารอให้เกิดปัญหา/เกิดวิกฤตแล้วค่อยมาแก้ หรืออย่าวิ่งตามปัญหา แต่ทำงานในเชิงรุกอย่างมีกลยุทธ์และป้องกันไม่ให้เกิดปัญหา/ดักปัญหาไว้ล่วงหน้า เพราะหากรอให้เกิดปัญหาแล้วค่อยมาแก้จะทำให้แก้ไขปัญหายุ่งยากและเกิดความสูญเสียมาก โดยเฉพาะปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคต มีแนวโน้มจะเพิ่มความเสี่ยงซับซ้อนและความรุนแรงมากกว่าปัจจุบัน ยิ่งต้องมียุทธศาสตร์เชิงรุกในการส่งเสริมป้องกันและเชื่อมโยงการป้องกันแก้ไขอย่างเป็นองค์รวมโดยพหุภาคี

ซึ่งหมายความว่า การดูแลและแก้ไขปัญหสุขภาพอนามัยในอนาคต จะเน้นด้านการบริการรักษาพยาบาลอย่างเดียวยังไม่ได้ จะต้องเน้นพฤติกรรมสุขภาพควบคู่กันให้เกิดดุลยภาพที่เหมาะสมตามสภาพที่เป็นจริงในแต่ละพื้นที่ ตั้งแต่การกิน การอยู่ร่วมกัน การทำงาน/อาชีพ การพักผ่อน การออกกำลังกาย การดูแลตนเองและการลดพฤติกรรมเสี่ยง

อีกนัยหนึ่งคือต้องอาศัยแนวคิดสุขภาพแบบองค์รวม หรือการดูแลรักษาสุขภาพในแนววิถีชีวิต/วัฒนธรรมมากขึ้น ซึ่งดุลยภาพนี้ควรจะแปรตามสภาพความต้องการที่แท้จริงของกลุ่มประชากรในแต่ละพื้นที่ ยิ่งสามารถยับยั้งตำแหน่งดุลยภาพระหว่างการบริการรักษาพยาบาลและพฤติกรรมสุขภาพ ให้เคลื่อน

มาทางฝั่งพฤติกรรมสุขภาพมากขึ้น ก็ยังแสดงถึงแนวโน้มในการพัฒนาสุขภาพในเชิงรุกมากขึ้น หรือแนวโน้มที่ประชาชนสามารถดูแลสุขภาพของตนได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม แม้บทเรียนจากการแก้ปัญหาเอดส์ของจังหวัดพะเยา หรือของภาคเหนือตอนบน อาจเป็นประโยชน์ต่อการแก้ไขปัญหาดังกล่าวในพื้นที่อื่นๆ หรืออาจเป็นแนวทางแก้ปัญหาใหม่ๆ ที่จะตามมา ภายภาคหน้า แต่ต้องคำนึงถึงความแตกต่างและความหลากหลายของบริบทในแต่ละพื้นที่ตามกาลสมัยที่แปรเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว จึงไม่อาจนำไปใช้โดยไม่ปรับ/ประยุกต์ให้เหมาะสมกับบริบทและกาลสมัย โดยเฉพาะการปรับตั้งแต่โครงสร้างและการบริหารจัดการขององค์กร ให้เอื้อต่อการทำงานในแนวคิดแบบองค์รวม และเอื้อต่อความหลากหลายของการแก้ไข/ป้องกันปัญหา เช่นจะให้นิเวศน์พื้นที่คิดเองทำเองแก้ปัญหาเองมากขึ้น ระดับจังหวัดก็ต้องกระจายอำนาจและทรัพยากรให้พื้นที่มากขึ้น รวมทั้งจัดกลไกเสริมสร้างขีดความสามารถมากขึ้นด้วย (Health Care Reform)

(5) ความคาดหวังในการแก้ปัญหาเอดส์/คล้ายเอดส์ในพื้นที่ใหม่/พื้นที่เดิมในอนาคต

แผนงานสาธารณสุขในระดับจังหวัดควรต้องปรับเปลี่ยนจากแผนรับเป็นแผนกลยุทธ์/แผนรุก รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรต้องปรับบทบาทในการทำงานเสียใหม่ จากการออกคำสั่งมาเป็นการกำกับ ดูแล สนับสนุน ติดตามและประเมินผล โดยยอมให้หน่วยงานในพื้นที่คิดเองทำเองมากขึ้น ทำงานเป็นทีมมากขึ้น โดยเจ้าหน้าที่ต้องเข้าใจและรู้จุดหมายที่แท้ มีการวางแผนการทำงาน และมีการทำงานเชื่อมโยงกับหน่วยงานอื่นๆ

ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาปรับเปลี่ยนวิธีคิดของบุคลากรทุกระดับเสียใหม่ โดยเฉพาะปรับทัศนคติในการทำงานเพื่อชุมชนและให้ความสนใจต่อผลที่จะเกิดกับชุมชนและประชาชน สร้างโอกาสให้มีการเพิ่มเติมความรู้วิชาการและทักษะในการวางแผนอยู่ตลอดเวลา สามารถจะวิเคราะห์ เข้าใจและรู้เท่าทันสถานการณ์ที่เป็นปัจจุบัน ใช้ข้อมูลที่ถูกต้องและเป็นจริงมาช่วยในการวางแผนแก้ไข/ป้องกันปัญหาทั้งเฉพาะหน้าและระยะยาว ที่สำคัญคงต้องเข้าใจและมีทักษะการทำงานเป็นทีม ไม่ว่าจะเป็นทีมในหน่วยงานเดียวกัน หรือต่างหน่วยงาน หรือการทำงานเป็นทีมร่วมกับประชาชน

โดยเฉพาะการทำงานเป็นทีมในหน่วยงานสาธารณสุขด้วยกัน จำเป็นต้องมีความผสมกลมกลืนกัน ระหว่างโรงพยาบาลชุมชน-สาธารณสุขอำเภอ-สาธารณสุขตำบล/สถานีอนามัย แม้ว่าตามระบบโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุข การหลอม/ยุบเลิกหน่วยงานคงทำได้ยาก แต่ในทางปฏิบัติที่เกี่ยวกับภารกิจและบทบาทหน้าที่แล้ว สามารถจะหลอมภารกิจและทรัพยากรเข้าด้วยกัน แล้วกำหนดบทบาทหน้าที่ให้ชัดเจน โดยแต่ละหน่วยงานจะเสริมการทำหน้าที่ซึ่งกันและกันอย่างกลมกลืน ซึ่งจะช่วยให้การทำงานมีพลังและมีพลวัตร นอกจากนั้น ในระยะยาวชุมชนคือคำตอบของการแก้ปัญหาเอดส์/ปัญหาอื่นๆ จึงต้องทำให้ชุมชนสามารถสู้กับปัญหาเอดส์ให้ได้ เตรียมความพร้อมชุมชนในการเข้าใจปัญหา เสริมสร้างทักษะในการแก้ปัญหา และสร้างทางเลือกในการแก้ไขปัญหามุมชนโดยคนในชุมชน บนพื้นฐานของศักยภาพและภูมิปัญญาชาวบ้านในลักษณะที่พึ่งพาตนเองให้ได้มากที่สุด

5.8 บทเรียนและประสบการณ์ของ NGO ในบทบาทตัวกลางระหว่างชาวบ้านกับรัฐ : ผ่าน คุณสุภาพร ถิ่นวัฒนากุล (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 4 สิงหาคม, 15 กันยายน พ.ศ. 2541)

(1) ตำแหน่งหน้าที่: ผู้ประสานงานมูลนิธิฟื้นฟูชนบท สำนักงานภาคสนามจังหวัดพะเยา-เชียงราย-ลำปาง

(2) ความเห็นต่อสถานการณ์การระบาดและการแก้ปัญหาโรคเอดส์

มูลนิธิฟื้นฟูชนบทได้ทุ่มเทความช่วยเหลือสู่ชาวบ้านยากจนในชนบทให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีคุณภาพและมีศักดิ์ศรีของตนเอง ซึ่งได้ดำเนินงานในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนด้านตะวันออก (พะเยา เชียงราย ลำปาง) มาก่อนที่จะมีการระบาดของโรคเอดส์ โดยเน้นทั้งด้านการสร้างผู้นำและเครือข่ายองค์กรชาวบ้าน การส่งเสริมอาชีพและสร้างรายได้ การสร้างค่านิยมและการปรับทัศนคติใหม่ รวมทั้งการส่งเสริมและสนับสนุนการจัดตั้งกองทุนหมู่บ้านในด้านอาชีพและกลุ่มออมทรัพย์

โดยเฉพาะการสนับสนุนให้ทุนการศึกษาแก่เด็กหญิงได้เรียนต่อ เพื่อตัดตอนวงจรการตกเที่ยวและการเข้าไปสู่โสเภณีเด็ก เมื่อเกิดการระบาดของโรคเอดส์ในพื้นที่ทำงาน ซึ่งเกี่ยวข้องกับพันธกิจเดิมของมูลนิธิอย่างแยกกันไม่ออก การรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์ จึงกลายเป็นภารกิจสำคัญอันหนึ่งของมูลนิธิฯ โดยผสมผสานกับงานฟื้นฟูชุมชนในด้านอื่นที่ทำอยู่เดิม และเน้นการให้ข้อมูลข่าวสาร การฝึกอบรม การดูแลให้คำปรึกษา และการสนับสนุนเงินทุนเลี้ยงชีพ

โดยเฉพาะพื้นที่ทำงานของมูลนิธิฯ ในจังหวัดพะเยา ซึ่งเป็นศูนย์ประสานงานหลักของมูลนิธิฯ ในภาคเหนือตอนบน ที่มีฐานชุมชน/ฐานชาวบ้านค่อนข้างเข้มแข็ง ทำให้การทำงานแก้ปัญหายาเอดส์ได้รับการตอบสนองค่อนข้างดีทั้งจากภาครัฐและชุมชน ประกอบกับการทำงานของ NGO ในจังหวัดพะเยาค่อนข้างจะเป็นภาพลักษณ์ที่เป็นบวกในทัศนะของทางราชการ จึงช่วยให้มูลนิธิฯ มีโอกาสร่วมมือกับหน่วยงานราชการต่างๆ และมีบทบาทนำในการทำงานเชิงรุกได้มาก โดยเฉพาะในบทบาทของ "ตัวเชื่อม-ตัวประสาน-ตัวเสริม" ระหว่างชาวบ้านกับหน่วยงานของรัฐ

จากฐานการทำงานเดิมของมูลนิธิฯ และความร่วมมืออย่างใกล้ชิดกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (ผ่านศูนย์เอดส์จังหวัด) ทั้งมูลนิธิฯ สถานีนอนามัยและโรงพยาบาลชุมชน มีส่วนช่วยกระตุ้นให้มีการรวมตัวของผู้ติดเชื้อ เพื่อจะมีเพื่อนและช่วยเหลือกันได้ง่าย ซึ่งส่วนใหญ่เริ่มจากการมีเพื่อนและรวมตัวกันเองในชุมชน 2-3 คน หรือ 4-5 คนก่อน

เมื่อได้รับการกระตุ้นจากทางสาธารณสุข ผู้ติดเชื้อจึงมารวมตัวกันเป็นกลุ่ม 10-100 คน (ระดับตำบล) โดยมีสถานีนอนามัยเป็นพี่เลี้ยง หรือมารวมตัวกันเป็นกลุ่มใหญ่ 50-400 คน (ระดับอำเภอ) โดยมีโรงพยาบาลชุมชนเป็นพี่เลี้ยง แล้วทุกกลุ่มก็มาเชื่อมโยงกันเป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อของจังหวัดพะเยา โดยมีมูลนิธิฯ ช่วยประสานงานในนามของศูนย์เอดส์จังหวัดพะเยา

จะเห็นว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อของจังหวัดพะเยาจะมีลักษณะต่างกับที่อื่นบ้างก็ตรงที่ไม่ได้เกิดกลุ่มเองโดยธรรมชาติ หรือไม่ได้เกิดกลุ่มโดยการจัดตั้งของรัฐ แต่เกิดจากการกระตุ้นให้รวมกลุ่มกันขึ้นมาเอง ซึ่งมี

จำนวนทั้งหมดถึง 28 กลุ่ม กระจายอยู่ตามอำเภอต่างๆ ของจังหวัดพะเยา ข้อสำคัญคือส่วนใหญ่จะเกิดการรวมกลุ่มขึ้นก่อนที่จะมี ศอนบ. ซึ่งเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณให้เครือข่ายผู้ติดเชื้อในภาคเหนือตอนบน อย่างเป็นระบบผ่านศูนย์เอดส์จังหวัด

ในช่วงที่มีงบประมาณสนับสนุนจาก ศอนบ. กลุ่มต่างๆ ได้เสนอโครงการและงบประมาณขอการสนับสนุนจากศูนย์เอดส์จังหวัดพะเยา โดยมีมูลนิธิฯ หรือสถานีนามัยเป็นที่เลี้ยงช่วยกลั่นกรองโครงการ ขณะเดียวกันมูลนิธิฯ ก็เป็นผู้ประสานงานให้กับกลุ่มในการเสนอของบสนับสนุนจากเครือข่ายเอดส์ภาคเหนือ (NAPAC)

นอกจากที่มูลนิธิฯ ใช้งบประมาณของตนสนับสนุนต่างหาก ปัจจุบัน ทั้ง 28 กลุ่ม ก็ยังคงมีตัวตนอยู่ครบ แม้ว่าการสนับสนุนงบประมาณจาก ศอนบ. หรือจากเครือข่ายเอดส์ภาคเหนือ (AIDSNet) จะลดลง/หยุด เพียงแต่จำนวนสมาชิกอาจลดลงบ้าง เนื่องจากทยอยกันเสียชีวิต จากข้อมูลถึงสิ้นเดือน พฤษภาคม 2541 ยังคงมีสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัวรวมแล้วไม่น้อยกว่า 1,500 คน

ส่วนพันธกิจในจังหวัดเชียงรายก็ทำเช่นเดียวกับที่พะเยา เพียงแต่การตอบสนองไม่เด่นชัดเหมือนพะเยา เนื่องจากที่เชียงรายมี NGO ที่ทำงานทางด้านเอดส์เป็นจำนวนมาก และวิธีการทำงานของจังหวัดเชียงรายนั้น ทางสาธารณสุขจะเน้นการประสานงานกับ NGO ที่ทำงานเรื่องเอดส์โดยตรงอยู่แล้ว โดยมี ACCESS เป็นหลักในด้านการประสานงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงราย

ทางมูลนิธิฯ จึงไม่ได้เป็นหลักในเรื่องงานเอดส์มากนักเหมือนที่พะเยา หากเทียบปริมาณงานของมูลนิธิฯ ในพื้นที่ 3 จังหวัดจะไม่ต่างกันเลย เวลาเปิดโครงการในหมู่บ้านจะมีจำนวนเท่ากันทั้งที่ พะเยา เชียงราย และลำปาง แต่ปรากฏว่าเวลาทำงานจริงๆ ที่จังหวัดพะเยาจะมีงานดำรงอยู่อย่างต่อเนื่องได้มากที่สุด รองลงมาคือ จังหวัดเชียงราย และลำปางจะเหลืองานน้อยที่สุด

(3) บทเรียนจากการแก้ปัญหาเอดส์ (ความสำเร็จ/ความล้มเหลว/ปัญหาอุปสรรค)

บทเรียนที่ได้จากการทำงานที่ลำปาง ซึ่งเริ่มจากงานด้านผู้หญิงและเด็กก่อนแล้วจึงมาทำในด้านเอดส์ ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควรและพบปัญหามากกับการทำงานเกือบทุกเรื่องทั้งที่จังหวัดลำปาง เริ่มตั้งแต่เจ้าหน้าที่ของมูลนิธิฯเอง ส่วนใหญ่จะเป็นคนใหม่ที่ไม่มีความรู้มาก่อนและอยู่ได้ไม่นาน หากเทียบกับจังหวัดอื่น เมื่อมีการเปลี่ยนตัวคนทำงานมักจะได้นคนที่เคยมีประสบการณ์ในการทำงานจากที่อื่น มาก่อนทั้งสิ้นมาช่วยงาน

แต่ที่ลำปางจะหาคนมีประสบการณ์ไปทำงาน NGO ได้ยาก รวมไปถึงจำนวน NGO ในจังหวัดลำปางก็มีน้อยมากด้วย ส่วนใหญ่จะทำงานอยู่ตามชายขอบของจังหวัดลำปาง หรือทำงานอยู่ในจังหวัดอื่นเป็นหลักแล้วเฉียดเข้ามาในพื้นที่ของจังหวัดลำปางบ้าง จะหา NGO ที่ทำงานพัฒนาเป็นแหล่งหลักในจังหวัดลำปางได้ยาก เท่าที่มีบ้างส่วนใหญ่อีกก็จับงานทางด้านสิ่งแวดล้อม ซึ่งมักจะทำงานสวนทางกับภาครัฐ จึงทำให้หน่วยราชการในจังหวัดลำปางมอง NGO ไปในทางลบและไม่ค่อยให้ความร่วมมือ หรือไม่คอยเห็นประโยชน์จาก NGO นัก

จากการที่หน่วยราชการไม่ค่อยเข้าใจ/ใส่ใจการทำงานของ NGO เมื่อมูลนิธิฟื้นฟูชนบทได้เริ่มดำเนินงานด้านเอชไอวีที่อำเภอแม่เมาะเป็นแห่งแรกและไปประสานงานกับหน่วยราชการ สิ่งแรกที่หน่วยราชการขอก็คือ จดหมายหรือหนังสือที่ได้รับอนุมัติจากผู้ว่าราชการให้ทำงานในพื้นที่ได้ก่อน ทั้งที่ความจริงของปี 2538-2539 นั้น จังหวัดลำปางก็เป็น 1 ใน 6 จังหวัดของ สอนบ. ที่ร่วมเครือข่ายการทำงานเป็นพหุภาคีที่มีทั้งภาครัฐ ชุมชนและองค์กรพัฒนาเอกชน

แต่การทำงานของหน่วยราชการตั้งแต่ศูนย์เอชไอวีจังหวัด ซึ่งจะต้องมีภาคเอกชนเข้าไปร่วมทำงานตามเจตนารมณ์ของ สอนบ. ไปจนถึงระดับอำเภอและตำบล รวมทั้งกำนันผู้ใหญ่บ้าน ยังคงทำงานโดยยึดรูปแบบราชการอย่างเคร่งครัด งานทุกอย่างจะต้องได้รับความเห็นชอบเป็นขั้นเป็นตอนจึงจะกล้าทำและยอมร่วมมือ

แม้แต่ชาวบ้านก็ยังไม่ค่อยรู้จัก NGO และไม่เข้าใจการทำงานของ NGO เลย จนอาจกล่าวได้ว่า นอกจากทางราชการแล้ว ชาวบ้านยังไม่มีพื้นฐานการทำงานพัฒนาร่วมกับองค์การพัฒนาเอกชนเลย เมื่อเทียบกับจังหวัดอื่นแล้วแทนที่จะร่วมงานกันได้เลยกลับต้องใช้เวลาในการสร้างความเข้าใจและการยอมรับของชุมชนค่อนข้างมาก จึงจะร่วมมือร่วมงานกันได้

ที่จริงทางศูนย์เอชไอวีจังหวัดลำปาง ซึ่งมีราชการเป็นหลักอยู่แล้ว สามารถมีบทบาทนำในการรุกรุยการทำงานแบบพหุภาคีให้เกิดความเข้าใจตั้งแต่ระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้าน เพราะมีเจ้าหน้าที่รัฐประจำในทุกระดับอยู่แล้ว แต่เนื่องจากการทำงานยังยึดรูปแบบราชการมากเกินไป ขาดระบบขั้นตอนการทำงานและการประสานงานที่ยืดหยุ่นคล่องตัว โดยเฉพาะยังมีทัศนคติในการทำงานแบบแนวตั้งหรือแบบสั่งการ ยึดราชการเป็นศูนย์กลางและเป็นผู้ปฏิบัติการเบ็ดเสร็จ ไม่ได้ยึดชุมชนเป็นหลัก ทางศูนย์เอชไอวีจังหวัดถึงกับเคยแสดงจุดยืนในลักษณะที่สามารถทำงานเรื่องเอชไอวีได้โดยไม่ต้องอาศัย NGO เลย ซึ่งในทางปฏิบัติก็เป็นเช่นนั้นจริง ที่ศูนย์เอชไอวีจังหวัดลำปางเป็นผู้ทำงานเรื่องเอชไอวีเองเกือบทั้งหมด

ซึ่งไม่ได้หมายความว่าสถานการณ์เอชไอวีในจังหวัดลำปางไม่มีปัญหา ตรงกันข้ามสถานการณ์ของปัญหาเอชไอวีที่จังหวัดลำปางก็ไม่แตกต่างกับจังหวัดอื่นเลย แต่ชาวบ้านยังไม่ค่อยตื่นตัวในเรื่องปัญหาเอชไอวี แต่ตื่นตัวในรูปของความกลัวและความรังเกียจ มากกว่าความหวาดกลัวและความสนใจในการแก้ปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นในพื้นที่

ขณะที่เขียนรายละเอียด/เพียเริ่มเรียนรู้การมีกลุ่มผู้ติดเชื้อไม่ใช่ทางออกที่ดีที่สุดของการแก้ปัญหาเอชไอวีในระยะยาว เพราะทำให้แปลกแยกจากชุมชนและทำให้ชุมชนปฏิเสธภาระจากปัญหาเอชไอวี แม้การเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อจะเป็นทางออกที่ไม่มีทางเลือกในช่วงต้นก็ตาม

แต่ที่ลำปางกำลังพยายามสร้างและผลักดันให้เกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อ ปัจจุบันได้จัดตั้งขึ้นแล้ว 12 กลุ่ม ล้วนไปอิง/ขึ้นอยู่กับโรงพยาบาลทั้งหมด ไม่มีกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เกิดขึ้นเองในชุมชนเลย ที่เป็นเช่นนี้อธิบายว่า ผู้ติดเชื้อของจังหวัดลำปางยังไม่พร้อมที่จะเปิดเผยตัวต่อสาธารณชน แต่ถ้ามาอยู่กับหมอ/โรงพยาบาลจะรู้สึกปลอดภัย เพราะมีหมอคอยดูแล ซึ่งข้อเท็จจริงโรงพยาบาลคงไม่สามารถรองรับผู้ป่วยเอชไอวีเป็นจำนวนมากมายได้ในอนาคต

(4) วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาเอดส์/ปัญหาสุขภาพในอนาคต
บนพื้นฐานบทเรียนจากการแก้ปัญหาเอดส์ในอดีตและปัจจุบัน

บทเรียนจากพะเยา ที่มีความพยายามในการสร้างความร่วมมือและผนึกกำลังของหน่วยงานต่างๆ มาทำงานร่วมกัน เพื่อแก้ปัญหาเอดส์ในลักษณะพหุภาคีที่สอดคล้องกับฐานความคิด ศอนบ. เป็นยุทธศาสตร์ที่ดีและน่าสนใจมาก เพราะสามารถที่จะหลีกภัยที่เป็นการแบ่งแยก คน หน่วยงานทรัพยากรและงานออกจากกันโดยต่างคนต่างทำ มาเป็นการระดมสรรพกำลังร่วมแรงร่วมใจกันทำงาน มีการวางแผนกำหนดบทบาทหน้าที่ ภารกิจ กลยุทธ์ พื้นที่ เป้าหมายและเวลาอย่างชัดเจน มีการแบ่งปันทรัพยากรและเอาจุดแข็งของแต่ละหน่วยงานมาเสริมแรงซึ่งกันและกัน ลดความซ้ำซ้อน

แม้บางหน่วยงานจะทำงานในพื้นที่ซ้อนทับกัน (ทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน) ก็สามารถจัดสรรพื้นที่และแบ่งกลุ่มเป้าหมายช่วยกันดูแล ทำให้แต่ละหน่วยงานลดความเป็นตัวของตัวเองลง ไม่ใช่ใหญ่อยู่คนเดียว/ทำอยู่คนเดียว อย่างกรณีของมูลนิธิฟื้นฟูชนบท ก็อาศัยฐานของบ้านเมตตาธรรมและแอคเซนเตอร์ร่วมกัน จึงสามารถดำเนินงานในพื้นที่ได้มากขึ้น

อย่างไรก็ตาม ความเข้มแข็งในการทำงานแบบพหุภาคีของศูนย์เอดส์จังหวัดพะเยา ย่อมปฏิเสธไม่ได้ว่าขึ้นอยู่กับ ความเข้มแข็ง ความเอาใจจริงเอาใจ และวิสัยทัศน์ ของผู้บริหารหน่วยราชการที่เป็นองค์ประกอบหลักอย่างนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดด้วย ซึ่งเป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการผลักดันให้การทำงานของศูนย์เอดส์จังหวัดให้เป็นไปได้ ผู้บริหารจึงเป็นตัวแปรสำคัญของความสำเร็จของระบบ

นอกจากนั้นความเป็นหุ้นส่วน/องค์ประกอบในศูนย์เอดส์ของหน่วยงานนั้น ลำพังการให้ความร่วมมือโดยส่งเจ้าหน้าที่มาช่วยทำงานเป็นประจำไม่เพียงพอ แต่จำเป็นต้องบูรณาการงานแก้ปัญหาเอดส์ที่เกี่ยวข้องกับบทบาทหน้าที่ปกติของหน่วยงานเข้าไปเป็นงานส่วนหนึ่งของหน่วยงานด้วย จึงจะบรรลุจุดหมายที่แท้จริงของการแก้ปัญหาเอดส์ในระยะยาว

แต่ก็มีหน่วยราชการที่ยังแยกงานเอดส์ออกเป็นงานพิเศษต่างหากจากงานประจำ ทั้งที่เป็นงานปกติของตน เช่นโรงพยาบาลชุมชน ช่วงแรกให้ความสำคัญกับงานเอดส์มากถึงกับจัดให้มีผู้รับผิดชอบโดยตรง มาทำงานเอดส์ทั้งในชุมชนและในโรงพยาบาล แต่พองบประมาณถูกตัดก็ดึงเจ้าหน้าที่กลับเข้าประจำในหน้าที่เดิม รวมทั้งลดการจ่ายยาให้ผู้ติดเชื้อด้วย โดยอ้างเจ้าหน้าที่ไม่พอ ให้ความสำคัญกับงานปกติทั่วไปและมองงานเอดส์เป็นงานพิเศษ/งานฝาก เมื่อไม่มีงบพิเศษ โรงพยาบาลก็พร้อมลดบทบาทลง ทั้งที่งานเอดส์นั้นจะมีงบหรือไม่ก็ควรเป็นงานปกติของโรงพยาบาลอยู่แล้ว

หรือในกรณีงานพัฒนาชุมชนของจังหวัดพะเยา ที่ไม่ได้บูรณาการงานเอดส์ให้เป็นงานหนึ่งที่ต้องทำเป็นปกติของตน ซึ่งเจ้าหน้าที่ก็ขยันขันแข็งทำงานพัฒนาชุมชนที่เกี่ยวกับการแก้ปัญหาเอดส์ได้ดี แต่มากเกินไปจนละทิ้งงานประจำอื่นๆ ของตน ทำให้งานที่ทำประจำลดประสิทธิภาพลง ทำให้ผู้บริหารถึงกับต้องเตือนให้ทำงานพัฒนาชุมชนทั่วไปเป็นหลัก ซึ่งแท้จริงแล้วงานเอดส์ก็เป็นส่วนหนึ่งของงานปกติทั่วไปของงานพัฒนาชุมชนนั่นเอง เพียงแต่จัดเวลาให้เหมาะสม ไม่ถึงกับต้องหยุดทำ

ดังนั้น นอกจากรูปแบบความร่วมมือที่จะต้องกำหนดเป็นแผนงานที่ชัดเจนแล้ว ยังต้องอาศัยความคิด ความเข้าใจ ความเอาใจใส่ และการทำงานด้วยใจของผู้บริหารและเจ้าหน้าที่ของหน่วยงาน ตลอดจนการปรับหลอมงานให้เป็นส่วนหนึ่งของงานที่ต้องทำ ไม่ใช่งานฝาก/งานแฝง ซึ่งควรทำด้วยความรับผิดชอบทุกระดับอย่างกระตือรือร้น ตัดสินใจได้เองตามความรับผิดชอบที่ได้รับมอบหมาย ไม่ใช่เรื่องเล็กน้อยหรือทุกสิ่งทุกอย่างต้องรอฟังคำสั่งจากผู้บังคับบัญชาก่อนที่จะลงมือทำการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น นั่นคือทุกหน่วยงานควรต้องพยายามเสริมสร้างขีดความสามารถของเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการในพื้นที่ ให้สามารถทำงานได้เอง มีวิจรรณญาณที่จะวินิจฉัยและตัดสินใจได้ตามขอบเขตความรับผิดชอบ

งบประมาณเป็นปัจจัยที่ขาดไม่ได้ก็จริง แต่บทเรียนจากความสำเร็จของศูนย์เอดส์จังหวัดพะเยาที่ผ่านมา งบประมาณแม้จะไม่มากแต่ก็เชื่อให้ทำงานได้ตามเป้าหมาย โดยเฉพาะการรู้จักจัดสรรการใช้จ่ายที่ดีและมีประสิทธิภาพ ถือเป็นความจำเป็นยิ่งกว่าขนาดของงบประมาณเสียอีก ดังนั้นการระดมและจัดสรรงบประมาณแต่ละปีของทางราชการที่มีเป็นจำนวนมากโดยไม่มีหน่วยใดหน่วยหนึ่งเป็นเจ้าของทั้งหมดนับเป็นข้อดีที่ทำให้ได้คิดค้นและสามารถสนองงานได้หลากหลายและคุ้มค่า

เมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่แต่ละหน่วยงานได้รับและเป็นเจ้าของเพียงผู้เดียว ส่วนใหญ่มักจะถูกใช้ไปตามอำเภอใจของผู้มีอำนาจอย่างไม่คุ้มค่า บางหน่วยงานลักแต่ใช้งบประมาณให้หมดไปตามโครงการแบบถลุงเงิน ทำลายประโยชน์ที่ควรจะได้รับ หรือแม้จะมีผู้ได้รับประโยชน์บ้างก็มองไม่เห็นคุณค่าของเงินนั้น

โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากศูนย์เอดส์จังหวัด หากขาดขีดความสามารถในการบริหารจัดการให้โปร่งใสและเป็นประโยชน์สูงสุดต่อกลุ่ม เงินก็มักจะกลายเป็นเหตุแห่งปัญหาของกลุ่ม ซึ่งบางกลุ่มถึงกับแตกแยกเพราะทะเลาะกันเรื่องเงิน ยิ่งถ้าไม่อยู่ในลักษณะของกองทุนที่มีเงินไหลมาเพิ่มจากความช่วยเหลือของรัฐหรือชุมชน ก็ขาดความยั่งยืน ใช้ได้ประเดี๋ยวเงินก็หมด จึงไม่ใช่วิธีแก้ปัญหาในระยะยาว

ดังนั้น การทำให้ชุมชนได้คิดทบทวนถึงผลกระทบจากเอดส์ในระยะยาว หันมาให้ความสำคัญกับคนในครอบครัวมากขึ้น ทำให้ชุมชนตื่นตัวและตระหนักมากขึ้น พูดถึงเรื่องเอดส์ที่เชื่อมโยงกับเรื่องอื่นๆ ซึ่งเป็นเรื่องของทุกคนในชุมชน ไม่ใช่เป็นเรื่องส่วนบุคคลที่ต้องหาทางแก้ไขกันเอง แต่สัมพันธ์กับทุกปัญหา และสามารถแก้ไขได้ด้วยคนในชุมชนเอง

จึงไม่ใช่แค่ชุมชนไม่รังเกียจอาการของผู้ติดเชื้อเท่านั้น แต่ต้องจริงใจกันทุกฝ่าย ไม่ละเมิดสิทธิส่วนบุคคลขั้นพื้นฐานเช่น ห้ามผู้ติดเชื้อเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มฌาปนกิจศพของหมู่บ้าน หรือไม่ให้บวชหน้าศพพ่อแม่ด้วยเหตุเพียงพระอุปชาไม่บวชให้ผู้ติดเชื้อเอดส์

นอกจากนั้นชุมชนจะต้องไม่เห็นงานเอดส์เป็นภาระของคนภายนอกชุมชนที่ต้องเข้าไปช่วยแก้ไข แต่ชุมชนต้องเปลี่ยนความคิดมาเป็นเจ้าของปัญหาที่ต้องร่วมกันแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะในหมู่บ้านหรือในชุมชนนั้นมีกลุ่มผู้ติดเชื้อและบุคคลที่อาศัยอยู่ในชุมชนมากมาย ไม่ใช่รอแต่หมอ/สาธารณสุข หรือ NGO เข้าไปแก้ไขปัญหาให้

(5) ความคาดหวังในการแก้ปัญหาเอชไอวี/คล้ายเอชไอวีในพื้นที่ใหม่/พื้นที่เดิมในอนาคต

ความคาดหวังประการแรกคือ ทุกคนที่จะทำงานเรื่องเอชไอวีต้องเปลี่ยนทัศนคติใหม่จากการทำงานแบบเดิมๆ ต้องเข้าใจปัญหาอย่างถ่องแท้และลุ่มลึก ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานสาธารณสุขเองหรือหน่วยงานราชการอื่นที่เกี่ยวข้อง รวมทั้ง NGO ที่จะทำงานด้านเอชไอวีด้วย ล้วนไม่ใช่ผู้กระทำ แต่เป็นผู้ที่จะทำให้ชาวบ้านลุกขึ้นมาแก้ไขปัญหามาของเขาเอง โดยมีหน่วยราชการคอยให้บริการและสนับสนุน มี NGO คอยเป็นพี่เลี้ยง

นอกจากนั้นองค์กรเครือข่ายที่ร่วมกันแก้ไขปัญหาคือต้องร่วมมือกันอย่างเป็นระบบและแก้ปัญหากันอย่างเป็นองค์รวม แต่ละองค์กรจะนำจุดแข็ง/ความถนัดของตนมาเสริมซึ่งกันและกัน มีนโยบายที่ชัดเจนตามบทบาทหน้าที่และปฏิบัติกันอย่างจริงจัง ไม่ใช่ผูกไว้ที่ตัวบุคคลที่สนใจเท่านั้น แต่ต้องทำงานเชิงระบบมากขึ้น รวมทั้งต้องปรับการทำงานเป็นเชิงรุกมากขึ้นด้วย เช่น ประชาสงเคราะห์จะไม่นั่งอยู่กับที่แล้วให้ผู้ติดเชื้อเข้ามาขอความช่วยเหลือ แต่ควรจะสนับสนุนงบประมาณให้กับชุมชนและเสริมให้ชุมชนจัดสรรเงินและแก้ไขปัญหามาของชุมชนเอง

การแก้ไขปัญหาคือต้องคำนึงถึงความเป็นมนุษย์ให้มาก ผู้ติดเชื้อควรจะอยู่ในชุมชนได้เหมือนคนอื่น ๆ ที่สังคมให้การยอมรับและเข้าใจพวกเขาเยี่ยงเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน มีเพื่อน/กลุ่มและมีศักดิ์ศรีเหมือนกลุ่มแม่บ้าน/กลุ่มเยาวชน/คนอื่น ๆ ในชุมชน สามารถจะพึ่งพา/เลี้ยงดูตนเองและครอบครัวได้ โดยการมีอาชีพตามกำลังที่เขาอยู่ และมีกองทุนช่วยเหลือที่ต่อเนื่องไม่ใช่ตามยถากรรมหยุดๆขาดๆ โดยเฉพาะบทบาทขององค์กรชุมชนอย่าง อบต. ควรจะเป็นหลักในการแก้ไขปัญหาคือของชุมชน เนื่องจากเป็นองค์กรของชาวบ้านที่มีทั้งอำนาจและทรัพยากร

นอกจากผู้ติดเชื้อแล้ว เด็กและผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี กำลังเป็นปัญหาใหญ่ที่ตามมาเป็นคลื่นยักษ์ระลอกที่สอง การช่วยเหลือความเดือดร้อนของผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่งเนื่องจากลูกหลานตายจากด้วยโรคเอดส์ เป็นภารกิจของรัฐและชุมชนที่ต้องดำเนินการอย่างเร่งด่วน แม้ว่าจะเป็นปัญหาเพียงช่วงที่ผู้สูงอายุยังมีชีวิตอยู่ก็ตาม แต่ก็ยังเป็นช่วงเวลาที่ยาวนานถึง 2 ทศวรรษได้ ที่สำคัญยิ่งกว่าคือ ปัญหาเด็กกำพร้า/เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี รวมทั้งเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจากพ่อแม่ ซึ่งจะต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่ตลอดระยะที่มีชีวิต

โดยเฉพาะเด็กที่ไม่ติดเชื้อที่จะต้องเป็นพลังและอนาคตของชาติต่อไป จำเป็นต้องมีบ้านที่อบอุ่นรองรับ มีผู้ปกครองคอยดูแลและให้การศึกษา ซึ่งอาจจะป็นญาติพี่น้องหรือเพื่อนบ้านในชุมชนให้การอุปการะเลี้ยงดูก็ได้ แต่รัฐและชุมชนต้องมีส่วนให้ความช่วยเหลืออย่างน้อยด้านเงินทุนเลี้ยงชีพและเงินทุนการศึกษาอย่างต่อเนื่อง ไม่ใช่ทุนการศึกษารายปี หรือรายตามสะดวกของผู้ให้

ข้อสำคัญที่สุดคือชุมชนต้องตระหนักว่าปัญหาเอดส์สัมพันธ์กับชุมชนในทุกๆ เรื่อง การแก้ปัญหาจะสามารถทำได้ก็ต่อเมื่อคนในชุมชนให้ความร่วมมือกันและถือเป็นหน้าที่ โดยเฉพาะบุคคลในศาสนาไม่ว่าจะเป็นพระ/แม่ชี ล้วนมีศักยภาพและบทบาทที่สำคัญอย่างมาก แต่ที่ผิดหวังคือพระสงฆ์ยังมีบทบาทน้อยมาก จนผิดกับหลักคำสอนของศาสนา

5.9 บทเรียนและประสบการณ์ของการประสานงานเครือข่าย NGO เอดส์ภาคเหนือ: ผ่าน คุณอำพา เกตุสถิตย์ (สัมภาษณ์เมื่อวันที่ 4 พฤศจิกายน พ.ศ. 2541)

(1) ตำแหน่งหน้าที่: ผู้ประสานงานคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภาคเหนือ

(2) ความเห็นต่อสถานการณ์การระบาดและการแก้ปัญหาโรคเอดส์

คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภาคเหนือ เป็นการรวมตัวกันอย่างหลวมๆ ขององค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนเกือบ 50 องค์กรที่ทำงานเกี่ยวกับเอดส์ใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ทั้งนี้เพื่อจะช่วยให้การทำงานแก้ไขปัญหาเอดส์ในส่วนขององค์กรพัฒนาเอกชน มีความเป็นเครือข่ายที่มีเอกภาพ สามารถจะเป็นศูนย์ประสานงานการติดต่อสื่อสารข้อมูลและความร่วมมือเกี่ยวกับการทำงานเรื่องเอดส์ ทั้งภายในองค์กรสมาชิกด้วยกันเองและกับองค์กรภายนอก โดยเฉพาะกับองค์กรภาครัฐ นอกจากนั้นยังเป็นที่กลางการจัดกิจกรรมและการประชุมสัมมนาขององค์กรสมาชิกกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ/องค์กรชุมชน รวมทั้งเป็นศูนย์ประสานงานการพัฒนาและการเสริมสร้างศักยภาพให้กับบุคลากรขององค์กรสมาชิก

มูลเหตุเบื้องต้นของการรวมตัวกันเป็นเครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ก็เนื่องมาจากในช่วงปี 2535 เริ่มมีผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัวในเชียงใหม่เพิ่มมากขึ้นและเกิดปัญหาความตื่นกลัวของชุมชนที่ไม่ยอมรับ/รังเกียจผู้ติดเชื้อ องค์กรพัฒนาเอกชนหลายองค์กรที่ทำงานพัฒนาชุมชนในด้านอื่นๆ เช่นองค์กรแคร์ เอ็มเพาเวอร์ มูลนิธิฟื้นฟูชนบทฯ ประมาณ 7-8 องค์กร ต้องหันมาให้ความสนใจและมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาเอดส์ แต่เนื่องจากไม่มีทักษะและประสบการณ์เกี่ยวกับปัญหาเอดส์มาก่อน จึงได้หารือร่วมกันถึงความร่วมมือในการทำงานด้านเอดส์ขององค์กรพัฒนาเอกชนในลักษณะของเครือข่าย

โดยสิ่งแรกที่ทุกองค์กรเห็นพ้องต้องร่วมมือกันก่อนคือ ร่วมกันพัฒนาศักยภาพขององค์กร โดยการเพิ่มความรู้ความเข้าใจและทักษะการให้คำปรึกษาในด้านเอดส์แก่องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานพัฒนาชุมชนด้านอื่นอยู่แล้ว โดยเฉพาะทักษะการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ เพราะสถานการณ์ในช่วงนั้น เมื่อผู้ติดเชื้อรู้ตัวว่าติดเชื้อก็มักจะคิดฆ่าตัวตาย โดยไม่มีการให้คำปรึกษาและกำลังใจในการต่อสู้กับผู้ติดเชื้อ นอกจากนั้นยังรวมถึงการรณรงค์ให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทั้งด้านการป้องกันการแพร่ระบาดและการดูแลผู้ติดเชื้อ

ดังนั้นองค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนหนึ่งดังกล่าว จึงเริ่มก่อตัวกันเป็นเครือข่ายขึ้นอย่างหลวมๆ โดยเน้นในด้านการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อและการรณรงค์ป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ และในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน (ปี 2536) ก็เกิดโครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ (NAPAC) ซึ่งเป็นแหล่งสนับสนุนเงินทุนเพื่อแก้ปัญหาเอดส์ของภาคเอกชน อีกทั้งเป็นแหล่งความรู้ด้านเอดส์และมีส่วนสำคัญในการกระตุ้นให้เกิดการรวมตัวกันขององค์กรพัฒนาเอกชนและผู้ติดเชื้อ

จนเมื่อปี 2537 ผู้ติดเชื้อเริ่มรวมตัวกันติดและเกิดกลุ่มเพื่อนชีวิตใหม่ที่เชียงใหม่ โดยมี NAPAC เข้ามาให้การสนับสนุน และให้ผู้ติดเชื้อเป็นวิทยากรในการเผยแพร่ประสบการณ์ข้อเท็จจริง เพื่อให้ประชาชน

ชนได้เข้าใจผู้ติดเชื้อดีขึ้น แต่ชุมชนส่วนใหญ่ในขณะนั้นยังไม่ค่อยยอมรับผู้ติดเชื้อ และทำให้เกิดช่องว่าง และปัญหาความขัดแย้งในชุมชนสูง ดังนั้นทางเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเอดส์จึงต้องปรับทิศทางการทำงานใหม่ โดยเริ่มหันไปให้ความสนใจชุมชนมากขึ้นแทนที่จะพุ่งเป้าไปที่กลุ่มผู้ติดเชื้อ ทั้งนี้เพื่อให้ชุมชนยอมรับผู้ติดเชื้อและสามารถอยู่ร่วมกันกับครอบครัวได้อย่างปกติ โดยทำความเข้าใจและให้ความรู้เกี่ยวกับเอดส์ที่ถูกต้องและกลุ่มเล็กเพียงพอที่จะช่วยปรับทัศนคติของคนในชุมชนและร่วมกันแก้ปัญหาเอดส์ที่เกิดขึ้นในชุมชนของตน โดยมี NGO เป็นพี่เลี้ยงเมื่อมีกลุ่มผู้ติดเชื้อมากขึ้น ก็ทำให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามาร่วมทำงานเอดส์กันมากขึ้นและทำให้เครือข่ายมีสมาชิกเพิ่มขึ้นด้วย

ยิ่งในช่วงปี 2538-2539 หลังจากทีภาครัฐได้จัดตั้ง ศอนบ. ในปลายปี 2537 ช่วยให้ NGO มีแหล่งสนับสนุนงบประมาณในการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ทำให้องค์กรสมาชิกเพิ่มขึ้นจนมีจำนวนเกือบ 50 องค์กร ขณะเดียวกัน ก็มีกลุ่มผู้ติดเชื้อเกิดขึ้นอย่างมากมายเช่นเดียวกัน จนมีกลุ่มผู้ติดเชื้อทั้ง 6 จังหวัดรวมแล้วเกือบ 200 กลุ่ม และกลุ่มผู้ติดเชื้อในแต่ละจังหวัดก็รวมตัวกันเป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อจังหวัด จากการเพิ่มขึ้นของกลุ่มผู้ติดเชื้อและการมีแหล่งงบประมาณสนับสนุนเพิ่มขึ้น ทำให้องค์กรสมาชิกต้องทำงานในพื้นที่มากขึ้น โดยมุ่งให้ผู้ติดเชื้ออยู่ในสังคมได้อย่างปกติ รวมทั้งมีบทบาทและมีคุณค่าเป็นที่ยอมรับของสังคม

ขณะเดียวกัน การทำงานของเครือข่ายองค์กรก็ได้เพิ่มความเป็นระบบที่ชัดเจนมากขึ้นด้วย มีการแบ่งงานออกเป็นหมวดๆ แต่ละองค์กรสมาชิกสามารถเลือกทำหมวดงานตามความสนใจและความถนัดของตน โดยมีคณะกรรมการจากตัวแทนองค์กรสมาชิกและจากตัวแทนเครือข่ายผู้ติดเชื้อจังหวัดมาร่วมเป็นกรรมการ ในช่วงหลังองค์กรสมาชิกที่ทำงานกับชาวเขาได้แยกตัวเป็นเครือข่ายเอดส์และยาเสพติดชาวเขาออกไปต่างหาก แต่ก็ยังทำงานร่วมกันอย่างใกล้ชิด และในปี 2540 ทางเครือข่ายองค์กรได้ปรับหมวดงานตามสถานการณ์ใหม่ออกเป็น 5 หมวด ได้แก่

หมวดงานรณรงค์และผลักดันนโยบาย

หมวดงานพัฒนาบุคลากรและระบบข้อมูล

หมวดงานสนับสนุนองค์กรชุมชนและผู้ติดเชื้อ

หมวดงานเด็ก และหมวดงานเยาวชน

หากองค์กรสมาชิกสนใจหมวดงานใดก็มุ่งทำกิจกรรมในหมวดงานนั้นๆ โดยแต่ละองค์กรจะแสวงหางบประมาณมาทำเอง ทั้งจาก ศอนบ. หรือ AIDSNet (NAPAC) หรือที่อื่นๆ แต่ถ้าเป็นกิจกรรมที่ร่วมกันทำในเวทีกลาง ทางเครือข่ายองค์กรจะเป็นผู้หางบประมาณ โดยแต่ละองค์กรสมาชิกจะเข้ามาร่วมทำกิจกรรมในเวทีกลาง

(3) บทเรียนจากการแก้ปัญหาเอดส์ (ความสำเร็จ/ความล้มเหลว/ปัญหาอุปสรรค)

บทเรียนสำคัญจากการแก้ปัญหาเอดส์ของเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนก็คือ การทำงานร่วมกันในลักษณะของเครือข่ายพันธมิตร สามารถจะเสริมสร้างพลังการทำงานและพลังการต่อรองได้มาก โดยเฉพาะกับการแก้ไขปัญหาระดับวิกฤตที่มีความยุ่งยากและสลับซับซ้อนมากอย่างปัญหาเอดส์ ซึ่งลำพังขีด

ความสามารถขององค์กรใดองค์กรหนึ่งไม่อาจจะทำงานแก้ปัญหาได้อย่างเบ็ดเสร็จ นับเป็นบทเรียนและประสบการณ์ที่มีคุณค่าอย่างมากต่อการทำงานในอนาคต เนื่องจากความไร้พรมแดนของโลกอนาคต ทำให้สรรพสิ่งเชื่อมโยงถึงกันหมด การแก้ปัญหาที่ละส่วนที่ละเล็กละน้อยอย่างโดดเดี่ยวจึงยากที่จะบรรลุผล

อย่างไรก็ตาม การรวมตัวกันทำงานแบบเครือข่ายก็มีจุดอ่อนและปัญหามากมาย เริ่มตั้งแต่ทักษะของผู้บริหารองค์กรสมาชิก หากขาดจุดยืนที่ร่วมกันอย่างแน่วแน่และขาดการให้ความสำคัญกับงานของเครือข่าย เห็นงานในองค์กรของตนสำคัญกว่างานที่ทำร่วมกันเป็นเครือข่าย ก็จะทำให้พันธมิตรในจักรกลของเครือข่ายสะดุด สร้างความอ่อนแอให้กับเครือข่ายได้ ยิ่งรวมเอาปัญหาบางประมาณที่ไม่ค่อยต่อเนื่อง/ไม่มั่นคงของ NGO ซึ่งมักจะต้องรณรงค์แสวงหางบประมาณมาทำงานและเลี้ยงตัวเองเป็นปีต่อปีแล้ว ก็ยิ่งจะเพิ่มความอ่อนแอให้กับเครือข่ายมากขึ้น

โชคดีที่ในช่วงแรกๆ เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ภาคเหนือ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณอย่างต่อเนื่องทั้งจาก NAPAC และจาก ศอนบ. อย่างน้อยก็ 2-3 ปี ทำให้การทำงานของเครือข่ายเป็นไปได้อย่างเป็นรูปธรรม แต่น่าเสียดายที่แม้แต่แหล่งทุนอย่าง NAPAC และ ศอนบ. ก็ไม่มั่นคงและไม่ต่อเนื่องในระยะเวลาที่นานพอที่จะช่วยสถาปนารากฐานที่ยั่งยืนให้กับเครือข่ายองค์กรชุมชน ที่ NGO เป็นเพียงตัวเร่งและเพื่อน เพราะเครือข่ายที่ยั่งยืนอย่างแท้จริงก็คือเครือข่ายประชาชน

ดังนั้นการมีกองทุนพัฒนาสังคมที่อิสระและไม่ต้องอิงกับงบประมาณประจำปี ตลอดจนมีกฎเกณฑ์การจัดสรรและการใช้ที่เป็นระบบเฉพาะแตกต่างจากกระเป๋ายาทางราชการที่มีข้อจำกัดมากมาย จึงเป็นสิ่งจำเป็นที่รัฐควรพัฒนาให้เกิดขึ้น

นอกจากนั้นความอ่อนล้าขององค์กรพัฒนาเอกชนเองที่ทำงานมานานโดยขาดการซ่อมเสริมและปรับตัว ทั้งด้านบุคลากรและทรัพยากร เป็นจุดอ่อนสำคัญที่รัฐควรให้ความสำคัญ หากยังคิดว่า NGO เป็นจักรกลช่วยเสริมการพัฒนาประเทศได้ โดยเฉพาะด้านบุคลากรของ NGO ที่ต้องอาศัยคนหนุ่มสาวที่มีอุดมการณ์และมีจิตใจอาสาที่จะช่วยทำงานพัฒนาบ้านเมือง เพื่อช่วยเสริมช่องว่างที่ทางราชการอาจจะทำงานได้ไม่คล่องตัว จำเป็นต้องรักษามูลค่าบุคลากรรุ่นพี่ที่มีความชำนาญไว้ในองค์กรและเร่งเข้าคนรุ่นใหม่ที่มีไฟแต่ไม่มีประสบการณ์เข้ามาทำงานต่อเนื่อง เพราะ NGO ก็เหมือนหน่วยงานราชการที่ต้องมีบุคลากรหมุนเวียนกันเข้ามาทำหน้าที่ได้อย่างต่อเนื่อง หากไม่แล้วเมื่อหมดรุ่นก็จะยุบตัวเหี่ยวเฉาไปตามกาลเวลา ซึ่งจะทำให้การทำงานพหุภาคีตามปณิธานในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 ที่จะต้องมี NGO เป็นพันธมิตรหนึ่งในองค์กรรวมของพหุภาคี จะเกิดขึ้นไม่ได้

(4) วิสัยทัศน์และยุทธศาสตร์การแก้ปัญหาเอตส์/ปัญหาสุขภาพในอนาคต

บนพื้นฐานบทเรียนจากการแก้ปัญหาเอตส์ในอดีตและปัจจุบัน

บทเรียนจากการแก้ปัญหาเอตส์ขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเป็นเครือข่าย ดังได้กล่าวในหัวข้อที่ผ่านมา เป็นข้อบ่งชี้ให้เห็นว่า มันมีพลังและเป็นพันธมิตรสำคัญตัวหนึ่งในจักรกลการแก้ปัญหาเอตส์จนสามารถช่วยคลี่คลายสถานการณ์วิกฤตที่เกิดขึ้นจากปัญหาเอตส์ได้ในระดับหนึ่ง แต่หากจะนำบทเรียน

มาปรับแก้จุดที่ยังเป็นอุปสรรคของการทำงาน โดยเฉพาะในระยะยาว ก็น่าจะช่วยเสริมแรงให้กับการทำงานในรูปแบบดังกล่าวมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ซึ่งมีหลายประเด็น นอกจากความต่อเนื่องของการสนับสนุนจากภาครัฐดังได้กล่าวมาแล้ว ยังรวมถึงนโยบายและหลักเกณฑ์/วิธีการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชน ที่ควรพัฒนาให้มีความเป็นระบบที่ชัดเจน กำหนดเป็นนโยบายและแนวปฏิบัติที่ชัดเจนทั้งระยะสั้นและระยะยาว มีระเบียบกฎเกณฑ์การจัดสรรและการใช้งบประมาณที่คล่องตัวและตรวจสอบง่ายเป็นการเฉพาะ มีวิธีการบริหารจัดการร่วมกันอย่างชัดเจนที่องค์กรพัฒนาเอกชนและองค์กรชุมชนมีส่วนตัดสินใจเท่าๆ กับหน่วยงานรัฐ ซึ่งหน่วยงานราชการที่มีหน้าที่ปฏิบัติก็ควรต้องปรับตัวให้เข้ากับระบบและวิธีการทำงานที่พัฒนาขึ้นใหม่นี้อย่างจริงจังด้วย

นอกจากนั้น การกำหนดนโยบายของรัฐจากเบื้องบนในเรื่องใดก็ตาม ควรที่จะคำนึงถึงความเป็นจริงและความเป็นไปได้ของการปฏิบัติในพื้นที่ให้มากที่สุด โดยพยายามรับฟังหน่วยปฏิบัติงานในพื้นที่และองค์กรชุมชน/NGO อย่าให้หลักการพหุภาคีเป็นเพียงลมปากและสร้างภาพ บทเรียนจากการจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อขึ้นเป็นจำนวนมากในเกือบทุกตำบลเพียงเพื่อจะได้เงินอุดหนุนจากรัฐ โดยไม่คำนึงถึงความพร้อมของกลุ่มและองค์กรที่จะให้การช่วยเหลือ ดังเช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ที่เกิดขึ้นในจังหวัดเชียงราย (59 กลุ่ม) หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อทั้งหมดที่เกิดขึ้นในจังหวัดลำปาง (12 กลุ่ม) และลำพูน (20 กลุ่ม) เป็นการเกิดเพื่อจะรับเงินจาก ศอนบ. (ผ่านศูนย์เอดส์จังหวัด-อำเภอ-ตำบล/โรงพยาบาล) โดยขาดการเตรียมความพร้อมกลุ่ม หรือขาดการส่งเสริมองค์กรพัฒนาเอกชน/องค์กรชุมชนที่จะเป็นพี่เลี้ยงคอยช่วยเหลือ/มีส่วนรับผิดชอบ เพราะลำพังสถานอนามัยในท้องที่ไม่อาจจะรับภาระในการช่วยเหลือดูแลได้ทั้งหมด

ทำให้เกิดปัญหาขึ้นหลายด้าน เช่น การดลึงเงินไปอย่างไม่คุ้มค่าและใช้เงินไปในลักษณะสูญสิ้นอย่างรวดเร็ว แทนที่จะผลิตดอกออกผลหมุนเวียนกันใช้ได้นานๆ รวมทั้งการบริหารจัดการด้านการเงินยังไม่ค่อยเป็นและไม่โปร่งใส ก่อให้เกิดการโกง การแตกแยกและทะเลาะกันเพราะเงิน ข้อสำคัญคือ การให้เงินและการจัดตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อเพื่อรองรับเงินจากรัฐ เป็นการโดดเดี่ยวผู้ติดเชื้อจากชุมชนมากยิ่งขึ้น เนื่องจากเป็นข้ออ้างให้ชุมชนไม่จำเป็นต้องรับผิดชอบต่อผู้ติดเชื้อ มีแต่หลักการ/เรียกร้องให้คนอื่นช่วย ซึ่งจะทำให้ปัญหามากขึ้นในระยะยาวที่ชุมชนจะพึ่งตนเองไม่ได้ โดยเฉพาะเมื่อรัฐไม่มีเงินจะแจกกลุ่มผู้ติดเชื้อ

ดังนั้น แม้เงินทุนจะเป็นปัจจัยช่วยแก้ปัญหาเอดส์ที่ขาดไม่ได้ แต่การมีระบบตรวจสอบและกำกับดูแลการใช้จ่ายเงินที่คุ้มค่า รวมทั้งการทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อรู้จักใช้จ่ายเงินอย่างเหมาะสมและเกิดความยั่งยืน เป็นสิ่งที่สำคัญยิ่งกว่า โดยเฉพาะต้องกำกับตั้งแต่การเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยความตระหนักและสมัครใจรวมกลุ่มกันเองอย่างธรรมชาติ แทนที่จะล่อหลอกให้จัดตั้งกลุ่มด้วยเงิน ขณะเดียวกัน แม้การเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ผ่านมาจะเป็นผลดีต่อการแก้ปัญหาเอดส์ แต่ในระยะยาวควรต้องให้ชุมชนมีส่วนรับผิดชอบ โดยเฉพาะองค์กรชุมชนอย่าง อบต. นั่นคือแทนที่จะมุ่งไปที่การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อโดยตรงด้านเดียว จำเป็นต้องทำความเข้าใจกับชุมชนเข้มแข็ง ทำให้ชุมชนมีคุณภาพและอยู่ได้ด้วยตนเอง ทำให้ชุมชนมีความสามารถที่จะเข้าใจปัญหาของชุมชนและมีความรับผิดชอบที่จะร่วมกันแก้ไขปัญหานั้น โดยไม่ใช่รอคอยรัฐแก้ปัญหาให้อยู่ต่อไป

(5) ความคาดหวังในการแก้ปัญหาเอดส์/คล้ายเอดส์ในพื้นที่ใหม่/พื้นที่เดิมในอนาคต

ที่ผ่านมา ทางสาธารณสุขยังไม่มีตัวชี้วัดที่จะติดตามการเคลื่อนไหวของเอดส์ได้ไวพอที่จะบ่งบอกถึงการระบาดของปัญหาเอดส์ในทุกกลุ่ม เมื่อปัญหาเอดส์เปลี่ยนทิศจากช่องไปสู่ครอบครัว/คนทั่วไปและนักเรียน/นักศึกษา ทำให้การแก้ปัญหาเอดส์ไม่สอดคล้องและไม่ทันกับการเคลื่อนตัวของปัญหา ดังนั้นการใช้สถิติการระบาดเชิงคลินิกเป็นตัวชี้วัดปัญหาเอดส์เพียงอย่างเดียวจึงไม่เพียงพอและไม่ทันการ ทำให้ต้องไล่ตามปัญหาแทนที่จะรุกไปสกัดปัญหา จึงจำเป็นต้องพัฒนาตัวชี้วัดเชิงพฤติกรรม/เชิงสังคมขึ้นมาใช้ร่วมกันกับตัวชี้วัดเชิงคลินิก เช่น

พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กนักเรียนและนักศึกษา ความเชื่อในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์กับเด็ก ภาวะการตกงานกับโสเภณีแฝง บริโภคนิยมในหมู่วัยรุ่น ความอ่อนไหวทางวัฒนธรรมในเรื่องเพศระหว่างสามีภรรยาและพ่อแม่กับลูกความรับผิดชอบในเรื่องเพศในหมู่วัยรุ่น/ในหมู่บ้าน/ชุมชน เป็นต้น ซึ่งจะช่วยให้สามารถติดตามการเคลื่อนไหวของปัญหาได้ทันการ และป้องกัน/แก้ปัญหาได้ตรงเป้าหมายมากขึ้น

นอกจากนั้น การสื่อความเข้าใจระหว่างองค์กรรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนยังมีช่องว่าง ทำให้ทั้ง 2 ฝ่ายยังไม่สามารถนำศักยภาพของแต่ละฝ่ายออกมาใช้ได้อย่างแท้จริง ดังนั้นการจัดรูปแบบอย่าง สอนบ. ที่เชื้อให้ตัวแทน NGO ทำงานด้านเอดส์เข้าไปมีส่วนร่วม (โดยเฉพาะประธานคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เป็นกรรมการใน สอนบ. โดยตำแหน่ง) นับเป็นรูปแบบที่ดีและเป็นบทเรียนที่น่าจะนำไปใช้ได้กับพื้นที่อื่น หากจะปรับปรุงให้มีความกระชับ คล่องตัว มีช่องทางติดต่อสื่อสารสองทาง พูดยุติกันรู้เรื่อง และมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงในทุกขั้นตอนจนถึงขั้นร่วมตัดสินใจ ไม่ใช่แค่ร่วมรับทราบ/เห็นชอบตามที่ฝ่ายราชการเสนออย่างที่ผ่านมา

โดยเฉพาะชุมชน/อบต. ควรเป็นหลักในการแก้ปัญหาของตนในทุกๆ เรื่อง เริ่มจากการเตรียมความพร้อมในด้านความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและลุ่มลึกของเรื่องนั้นๆ มีการวางแผนการทำงานที่เป็นระบบมากขึ้น โดยเฉพาะต้องสอดคล้องประสานกับขีดความสามารถและประสบการณ์ของชุมชน

บทที่ 6

บทเรียนจากการแก้ไขปัญหาเอดส์ของเครือข่ายองค์กรชุมชนในจังหวัดเชียงราย

“องค์กรชุมชนของผู้ติดเชื้อเอดส์” หมายถึงกลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันโดยธรรมชาติ หรือโดยการจัดตั้ง ซึ่งมีตัวตน มีแกนนำ มีระบบชัดเจน มีกระบวนการทำงาน/การบริหารจัดการร่วมกับชุมชนชัดเจน มีประสบการณ์ การเรียนรู้และการปรับตัวเพื่อต่อสู้กับปัญหาเอดส์อย่างชัดเจน มีทั้งที่ผ่านพ้นวิกฤตมาแล้วและที่กำลังเผชิญกับวิกฤตอยู่ จากการสำรวจเบื้องต้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มาสังกัดอยู่ในเครือข่ายของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์จังหวัดเชียงราย รวม 59 กลุ่ม โดยใช้เกณฑ์ การมีตัวตนชัดเจน มีการเรียนรู้และปรับตัวจนดำรงตนอยู่ได้ มีความรู้และประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหามือหรือการบริหารจัดการจนอยู่ร่วมกับเอดส์ได้ ซึ่งมีชุมชนที่เป็นไปตามเกณฑ์ดังกล่าวเพียง 9 แห่ง ดังได้กล่าวแล้วในบทที่ 1

สำหรับในบทนี้ จะนำเสนอผลการศึกษาลึกลงในแต่ละชุมชน เป็นรายกรณี ทั้งในแง่ของความเป็นมาและสถานการณ์ปัจจุบัน บทเรียนจากการเรียนรู้และการปรับตัว ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อกับชุมชน ตลอดจนปัญหาอุปสรรคและความคาดหวังในการแก้ไขปัญหามาเอดส์ แม้ว่าในแต่ละชุมชนจะมีผู้ถูกศึกษาและผู้ถูกสัมภาษณ์หลายคน มีทั้งผู้ติดเชื้อ ญาติผู้ติดเชื้อ แกนนำกลุ่ม/แกนนำชุมชน รวมทั้งผู้ที่มีบทบาทเป็นผู้จัดการ/ผู้ประสานงานในการแก้ไขปัญหามาเอดส์ แต่เพื่อให้เห็นภาพรวมในการแก้ไขปัญหามาเอดส์ของชุมชน จึงได้สังเคราะห์เป็นภาพรวมของการแก้ไขปัญหามาเอดส์ของชุมชนทั้งหมด รวมทั้งบทเรียนและประสบการณ์ของผู้ที่มีบทบาทจัดการ/ประสานงานในชุมชนด้วย ดังจะได้แยกเสนอทีละชุมชน ต่อไปนี้

6.1 ชุมชนคริสต์จักรบ้านฟาร์ม (กลุ่มด้วยรักและเอื้ออาทร ตำบลริมกก อำเภอเมืองเชียงราย)

6.1.1 ความเป็นมาและสถานการณ์ปัจจุบัน

เริ่มก่อตั้งกลุ่มด้วยรักและเอื้ออาทร ขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2539 มีนายบุญทอง มูลสถาน เป็นแกนนำ เริ่มต้นมีสมาชิกกลุ่มประมาณ 50 คน โดยมีป้ามาลี ผู้นำกลุ่มสตรีคริสต์จักรบ้านฟาร์มเป็นผู้ประสานงาน แต่ภายหลังทางกลุ่มด้วยรักฯ มีข้อขัดแย้งทางด้านการเงินในโครงการลุ่มน้ำโขง (ยูนิเซฟ) กับกลุ่มสตรีคริสต์จักรบ้านฟาร์ม จึงแยกกลุ่มด้วยรักฯ ออกมาเป็นอิสระ ปัจจุบันสมาชิกเดิมได้เสียชีวิตลงมาก กลุ่มด้วยรักฯ จึงยังเหลือสมาชิกเพียง 10 กว่าคน ส่วนกลุ่มของป้ามาลีได้แยกออกมาดำเนินการอิสระ โดยมีผู้ติดเชื้ออยู่ในความดูแล 37 ครอบครัว มีผู้ติดเชื้อประมาณ 40 คน แต่เสียชีวิตไปแล้ว 28 คน ปัจจุบันดูแลผู้ติดเชื้อที่ป่วย 4 คน ผู้สูงอายุ (ญาติผู้ติดเชื้อ) ประมาณ 10 คน และเด็กกำพร้าอยู่ในความดูแลอีก 32 คน (มีเด็กอายุ 7 ปีติดเชื้อ 1 คน และเด็กที่พ่อแม่เสียชีวิตแล้ว 19 คน)

การรวมกลุ่มเริ่มจากการได้ไปเห็นตัวอย่างการรวมกลุ่มของจังหวัดเชียงใหม่ เห็นว่าเป็นประโยชน์ จึงเข้ามาจัดตั้งกลุ่มเพื่อจะได้ช่วยเหลือกันและเยี่ยมเยียนซึ่งกันและกัน ได้รวมกลุ่มภายใต้การให้คำปรึกษาของเจ้าหน้าที่ สถานีอนามัยริมกก เนื่องจากช่วงแรกๆ ชาวบ้านมีความรังเกียจกลุ่มผู้ติดเชื้อ ปัจจุบันชาว

บ้านมีการยอมรับผู้ติดเชื้อมากขึ้น แต่ก็ยังมีอุปสรรคขวางกั้นอยู่เล็กน้อยและการช่วยเหลือจากชุมชนยังมีจำกัด ส่วนผู้ติดเชื้อที่ไม่ยอมเปิดเผยตัวมีจำนวนเท่าๆ กับที่ยอมเปิดเผยตัว ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นผู้มีอันจะกินหรือมีหน้ามีตาในสังคม

6.1.2 บทเรียนจากการเรียนรู้และการปรับตัว

การรวมตัวในช่วงแรก ชาวบ้านยังไม่ยอมรับ ต้องใช้เวลาเป็นปีกว่าชุมชนจะเริ่มเข้าใจ แต่ก็ยังไม่ยอมจ้างทำงาน ทางกลุ่มจึงต้องดิ้นรนช่วยตัวเอง โดยการเลี้ยงไก่และเพาะเห็ดขาย แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร และมีข้อขัดแย้งเรื่องเงินที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการรุ่มน้ำโขง จึงทำให้กลุ่มด้วยรักฯ แยกทางกันเดินกับกลุ่มของป้ามาลี (กลุ่มสตรีคริสต์จักรบ้านฟาร์ม) หลังจากที่ยกออกมาจากกลุ่มป้ามาลี ก็ไม่ได้รับการช่วยเหลือจากสภาคริสตจักรอีกเลย จากที่เคยได้รับความช่วยเหลือเป็นเงิน 600 บาท/คน ต่อมาได้รับความช่วยเหลือจากกองทุนเอดส์หมู่บ้าน คนละ 400 บาท แต่ก็ได้รับเพียงครั้งเดียว

ปัจจุบัน นายพิพัฒน์ ปินตาดวง เป็นประธานกลุ่มด้วยรักและเอื้ออาทร ซึ่งเรียนจบ ปวส. จากวิทยาลัยเกษตรกรรมเชียงราย เคยไปทำงานดูแลสวนให้เจ้าของร้านสรรพสินค้าแห่งหนึ่งในเชียงใหม่ เมื่อพบว่าติดเชื้อเอดส์ นายจ้างก็ให้กลับมาอยู่บ้าน แต่ก็ยังให้เงินเดือนๆ ละ 1,000 บาท ภรรยาทำงานเป็นแคชเชียร์อยู่โรงแรมแห่งหนึ่งในเมืองเชียงราย ก็พอจะช่วยเหลือจนเจือกันไปได้

ต่อมาทางกลุ่มได้รับความช่วยเหลือจาก NAPAC ผ่านสถานีนอนามัยเป็นเงิน 24,000 บาท และในปี 2541 อบต. ได้ให้งบประมาณอบรมอาชีพ เช่น เลี้ยงปลา อีก 10,000 บาท โดยได้รับอนุเคราะห์จากชาวบ้านให้ยืมบ่อเลี้ยงปลา 1 ปี มีเนื้อที่ประมาณ 2 งาน เพื่อเลี้ยงปลาเป็นการหารายได้ โดยทางกลุ่มได้มอบให้ลุงสุข (ผู้ติดเชื้อ) ดูแล ประกอบกับประธานกลุ่มมีความรู้พื้นฐานการเลี้ยงปลาอยู่แล้ว จึงมั่นใจว่าการเลี้ยงปลาจะเป็นทางออกในการทำมาหากินของกลุ่ม เพราะไม่ต้องใช้แรงงานมาก แต่ก็ยังเกรงว่า ชาวบ้านจะรังเกียจ ไม่ยอมซื้อปลาจากผู้ติดเชื้อเลี้ยง เช่นเดียวกับที่เคยรังเกียจไม่ยอมซื้อเห็ด

6.1.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อมีกับชุมชน

กลุ่มด้วยรักและเอื้ออาทร มีการรวมกลุ่มพบปะกันที่สถานีนอนามัยทุกวันศุกร์ที่ 2 ของเดือน โดยมีสมาชิกกลุ่มจากบ้านฟาร์มสัมพันธกิจ บ้านผึ่งหมื่นและบ้านปายาง และมี อสม. เป็นที่เลี้ยง การช่วยเหลือเชิงสัมพันธ์จากชุมชนแท้ๆ ยังไม่ค่อยเป็นรูปธรรม นอกจากได้รับเงินช่วยเหลือจากกองทุนเอดส์ของหมู่บ้าน คนละ 400 บาท ซึ่งทางกลุ่มยังมีความจำเป็นที่ยากได้รับความช่วยเหลือทางด้านเงินทุนยังชีพจากชุมชนมากกว่านั้น เนื่องจากสุขภาพทรุดโทรม ทำงานหนักไม่ได้ และยังคงต้องซื้อยาสมุนไพรสำเร็จรูปมารักษาอาการ ซึ่งก็มีราคาแพงกว่าการใช้สมุนไพรสด ปัจจุบันได้พึ่งพาเงินกองทุนจากโครงการเข้าถึงเอดส์ (ACCESS) เพื่อซื้อมะระขี้นก (แคปซูล) ให้กับสมาชิกกลุ่ม

ส่วนกลุ่มของป้ามาลี ปัจจุบันดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อ ออกพบปะเยี่ยมเยียนญาติและผู้ป่วยทุกเดือน เลี้ยงอาหารกลางวันและเยี่ยมบ้านเดือนละครั้ง ได้ช่วยเหลือเงินเล็กน้อยขณะไปเยี่ยม ประมาณครอบครัวละ 50-60 บาท แต่ช่วยเหลือครอบครัวที่ช่วยตัวเองไม่ได้ นอกจากนั้นยังช่วยเหลือผู้ป่วยโดยออกค่ารถไป

โรงพยาบาล ทำบัตรเพื่อรับการสงเคราะห์จากกรมประชาสงเคราะห์ ซึ่งให้เดือนละ 500 บาท/คน รวมทั้งซื้อสมุนไพรจาก รพ. เชียงของ มาแจกจ่ายให้ผู้ติดเชื้อ ขณะเดียวกันกับที่ทางกลุ่มได้ช่วยตัวเองโดยการทำดอกกุหลาบเหลืองจำหน่าย รวมทั้งประสานงานกับองค์กรท้องถิ่นเช่น อบต. เข้ามาช่วยเหลือ เพื่อรองรับปัญหาในระยะยาว

6.1.4 บทเรียนและประสบการณ์ของผู้ประสานงานชุมชน

ป๋ามาลี ในฐานะผู้ประสานงาน เป็นผู้เริ่มก่อตั้งและริเริ่มการรวมกลุ่มด้วยรักและเอื้ออาทร เมื่อปี 2539 สืบเนื่องจากบุตรชายติดเชื้อและมีอาการเจ็บป่วยตั้งแต่ปี 2534 ได้เห็นสภาพความทุกข์ทรมานของลูก ตลอดทั้งความลำบากในการดูแลจนลูกเสียชีวิตในปี 2538 จึงตั้งใจอุทิศตัวเองเพื่อช่วยเหลือผู้ที่เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์และโรคอื่นๆ ในหมู่บ้านและช่วยเหลือสังคมในด้านอื่นๆ เท่าที่จะทำได้

ป๋ามาลีและคณะกรรมการดำเนินงานอีก 7 คน ได้เริ่มทำงานโดยเป็นฝ่ายเยี่ยมเยียนของสตรีคริสตจักรบ้านฟาร์มสัมพันธกิจ เยี่ยมผู้ป่วยทั่วไปและได้พบว่าในตำบลริมกก มีผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นจำนวนมาก จึงได้ชักชวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จำนวน 37 คน มารวมกลุ่มและจัดให้มีการศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลเชียงของและจังหวัดเชียงใหม่ สมาชิกกลุ่มเห็นประโยชน์จึงได้จัดตั้งเป็นกลุ่มด้วยรักและเอื้ออาทรขึ้นในปี 2539 และขอให้ป๋ามาลีเป็นผู้ประสานงานกลุ่ม การทำงานได้รับความร่วมมือจากสถานีนามัยในการให้คำปรึกษา ให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ เช่น การซื้อบัตรสุขภาพให้ผู้ป่วย การรักษาพยาบาล เป็นสถานที่รวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อทุกวันศุกร์ที่ 2 ของเดือน รวมทั้งการประสานงานขอความช่วยเหลือจากหน่วยราชการอื่นๆ

การทำงานของป๋ามาลีเริ่มจากการเสียสละ ออกเยี่ยมเยียนผู้ป่วยโดยใช้งบประมาณจากคริสตจักรบ้านฟาร์มสัมพันธกิจ บางครั้งก็ต้องใช้เงินส่วนตัว ต่อมาได้จัดทำโครงการในนามของกลุ่มพัฒนาสตรีบ้านฟาร์มสัมพันธกิจ เพื่อของบประมาณสนับสนุนจากยูนิเซฟ จำนวน 100,000 บาท และจากกองโรคเอดส์จำนวน 70,000 บาท มาทำกิจกรรม คือ เยี่ยมเยียนผู้ป่วย/ญาติ อบรมญาติ/ผู้ป่วย ดูแลเด็กกำพร้า ดูแลผู้สูงอายุ ช่วยเหลือผู้ป่วยรายละ 600 บาท อบรมเยาวชน จัดงานคริสต์มาสประจำปี เพื่อให้มีการสังสรรค์ระหว่างญาติ ผู้ป่วยและคนในชุมชน นอกจากนี้ยังให้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ หรือญาติ ยืมเป็นเงินทุนประกอบอาชีพ ปลูกผักปลอดสารพิษ เลี้ยงไก่ ปลูกข้าวโพด โดยให้ปุ๋ยในอัตราดอกเบี้ย ร้อยละ 0.50 บาทต่อปี เพื่อเอาดอกเบี้ยที่ได้รับไปช่วยเหลือเด็กกำพร้า ซึ่งได้ทำต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี 2540 และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยสามารถมีรายได้พออยู่พอกิน

นอกจากนั้น ยังได้จัดทำโครงการในนามของกลุ่มผู้ติดเชื้อ เพื่อขอสนับสนุนทุนประกอบอาชีพจาก NAPAC ได้รับเงินจำนวน 24,000 บาท ให้กลุ่มได้ลงทุนเลี้ยงปลา และได้รับงบประมาณจาก World Concern จำนวน 30,000 บาท โดยผ่านทางเครือข่ายคริสตจักรภาค 2 เชียงราย ในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เช่น สงเคราะห์ผู้ป่วย ช่วยงานศพ ทำดอกกุหลาบเหลืองจำหน่าย

ป้ามาลีได้พยายามช่วยเหลือกลุ่มให้ได้รับผลประโยชน์จากสังคมให้มากที่สุด โดยการรวบรวมหลักฐานของผู้ป่วยเพื่อขอเงินยืมยังชีพจากกรมประชาสงเคราะห์ เดือนละ 500 บาท/คน ซึ่งได้รับทุนถึง 17 คน

ต่อมามีข้อขัดแย้งเกิดขึ้นระหว่างป้ามาลากับกลุ่มด้วยรักและเอื้ออาทร เนื่องจากไม่เข้าใจการบริหารจัดการงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากยูนิเซฟ จึงได้แยกตัวจากกลุ่มออกมาช่วยเหลือผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อตามบ้านและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอตส์ในนามของกลุ่มพัฒนาสตรีบ้านฟาร์มสัมพันธกิจ ต่อมากลุ่มด้วยรักและเอื้ออาทร ประสบภาวะขาดทุนในการประกอบอาชีพ ตลอดจนไม่มีประสบการณ์ในการบริหารจัดการกลุ่ม จึงได้มาขอร้องให้ป้ามาลีเป็นผู้ประสานงานกลุ่มเหมือนเดิม และได้ย้ายที่ตั้งกลุ่มจากสถานีอนามัยไปอยู่ที่ศูนย์ศาสนาสัมพันธ์มิตร อยู่ในบริเวณโรงเรียนคริสต์เตียนไพศาลศาสตร์ และได้รับความช่วยเหลือจากอาจารย์พิพัฒน์ ไชยสุนทร ผู้จัดการโรงเรียน ซึ่งมีบริษัททัวร์นำคณะนักท่องเที่ยวมาบริจาคทรัพย์และให้ความช่วยเหลือสมาชิกกลุ่มและเด็กกำพร้า นอกจากนั้นยังได้ช่วยเหลือการศึกษาเล่าเรียนเด็กกำพร้า 3 คน เป็นจำนวนเงินคนละ 5,000 บาท

ปัจจุบันชาวบ้านมีการยอมรับผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อมากขึ้น ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ สามารถไปงานต่างๆ ของชุมชนได้ เด็กกำพร้าที่ได้รับผลกระทบจากเอตส์ สามารถเข้าโรงเรียนได้ตามปกติไม่มีการรังเกียจจากโรงเรียน และผู้ปกครองของเด็กอื่นๆ ผู้ป่วยบางส่วนสามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวได้ตามปกติ

ปัญหาที่สำคัญที่สุดของผู้ป่วยคือปัญหาด้านเศรษฐกิจ เนื่องจากเมื่อเริ่มเจ็บป่วย ค่าใช้จ่ายต่างๆ จะมากขึ้นกว่าปกติ เช่น ค่ารักษาพยาบาล ค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพ การขาดรายได้ในการทำงาน ค่าเล่าเรียนบุตร ทางออกคือ คนในชุมชนต้องช่วยเหลือกัน ถ้ามองภาพรวมแล้วคนในชุมชนค่อนข้างมีฐานะที่พอจะช่วยเหลือได้ และอยากให้ผู้นำชุมชน องค์การท้องถิ่นได้เข้ามามีบทบาท และให้มองปัญหาเรื่องเอตส์เป็นเรื่องสำคัญ คิดแก้ไขอย่างจริงจัง สำหรับผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อ ชุมชนและผู้ที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญในการให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องเอตส์ เพราะเท่าที่ทราบ พฤติกรรมเสี่ยงในชุมชนยังมีอีกมาก

6.1.5 ยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาเอตส์ของชุมชนในอนาคต

จากการสัมมนาในแนวประชาสังคม ที่มีทั้งผู้ติดเชื้อ ผู้นำชุมชนทุกฝ่าย โดยเฉพาะ อบต. ซึ่งปลัด อบต. ได้เสนอแผนงานแก้ไขปัญหาคัดที่ได้วางกรอบไว้แล้ว ตามนโยบายของกรมการปกครอง โดยการให้ศึกษา ประชาสัมพันธ์ และการอบรมกลุ่มเสี่ยง เป็นหลัก แต่ที่ประชุมกลับมีความเห็นว่า ไม่เพียงพอ งบประมาณส่วนหนึ่งควรต้องนำมาดำเนินงานในชุมชนด้วย ไม่ทำเฉพาะการอบรมอย่างเดียว จึงตกลงกันที่จะให้มีคณะทำงาน ซึ่งประกอบด้วย ผู้นำชุมชน สมาชิก อบต. อสม. ครู ผู้นำศาสนา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข กลุ่มแม่บ้านและพ่อบ้าน ได้นำปัญหาเอตส์มาพูดคุย/ถกเถียงกัน เพื่อให้ได้ข้อสรุป แล้วให้ อบต. เป็นผู้จัดทำแผนงานรองรับการแก้ไขปัญห ทั้งระยะสั้นและระยะยาว โดยให้สถานีอนามัยเป็นส่วนประสานงาน และให้คณะทำงานได้พูดคุยถึงปัญหาเป็นระยะๆ เพื่อปรับกลยุทธ์การแก้ไขปัญหให้ทันการณ์ ซึ่งการจัดทำแผนงานแบบนี้ ที่ประชุมเห็นว่า น่าจะแก้ไขปัญหายั่งยืนกว่าที่ผ่านมา และน่าจะรองรับได้ทั้งปัญหาการระบาด ปัญหาของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอตส์

6.2 ชุมชนวัดศรีชุม (กลุ่มแสงธรรมวัดศรีชุม ตำบลป่าอ้อดอนชัย อำเภอเมืองเชียงราย)

6.2.1 ความเป็นมาและสถานการณ์ปัจจุบัน

ในช่วงแรกที่ทางราชการได้รณรงค์ป้องกันโรคเอดส์อย่างหนักนั้น มีผลทำให้ชาวบ้านเกิดอาการหวาดกลัวต่อการติดเชื้อและพลอยรังเกียจผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะผู้ที่มีอาการทางผิวหนัง ต่อมาทางสถานีอนามัยตำบลป่าอ้อดอนชัย ได้ร่วมกับสำนักงานประชาสัมพันธ์จังหวัด จัดทำโครงการหมู่บ้านประสานใจ ด้านภัยเอดส์ เป็นตัวอย่างขึ้นที่บ้านหนองหม้อ มีการประชุม อบรบแม่บ้าน พ่อบ้านและเยาวชน ให้รู้ข้อเท็จจริงที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ภายใต้การสนับสนุนขององค์การแคร์นานาชาติ จนได้รับการคัดเลือกเป็นที่ 2 ของหมู่บ้านประสานใจด้านภัยเอดส์ ระดับประเทศ

แต่ปัญหายังคงดำรงอยู่ เนื่องจากเอดส์ไม่ใช่ปัญหาด้านสุขภาพเท่านั้น ยังมีปัญหาอีกมากมายที่เป็นผลพวงเกี่ยวเนื่องกับเอดส์ ทางสถานีอนามัยได้พยายามส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อรวมตัวเป็นกลุ่ม เพื่อช่วยต่อการช่วยเหลือกัน โดยได้พระครูวิมลธรรมมานุศาสน์ เจ้าอาวาสวัดศรีชุม เป็นที่ปรึกษาและพึ่งพิง ซึ่งพระครูเองก็มีญาติติดเชื้อเอดส์ด้วยเช่นกัน

จนเมื่อปี พ.ศ. 2538 มีผู้ติดเชื้อจาก 15 หมู่บ้าน มาร่วมกันจัดตั้งกลุ่มแสงธรรมวัดศรีชุม โดยเริ่มต้นจากหญิงหม้ายสามิเสยชีวิต มีปัญหาทางด้านครอบครัว จึงไปปรึกษาพระครูวิมลธรรมมานุศาสน์ เจ้าอาวาสวัดศรีชุม เพื่อขอรับความช่วยเหลือ พระครูได้จัดให้มีการฝึกอบรมอาชีพหัตถกรรม มีผู้ติดเชื้อสนใจสมัครเข้าอบรมถึง 30 คน แต่ที่ฝึกกันจริงจะมีเพียง 3 คน การรวมกลุ่มจึงเกิดจากแกนนำ 3 คนที่มาฝึกงานฝีมือกับพระครู และขยายตัวจนปัจจุบันมีสมาชิกกลุ่มกว่า 30 คน โดยที่ผู้ติดเชื้อทั้งหมดยังคงอาศัยอยู่กับครอบครัว พ่อแม่ หรือญาติพี่น้อง ส่วนใหญ่ยังคงประกอบอาชีพ ทำไร่ ทำนา คนที่ไม่มีนาจะไปรับจ้างและทำงานหัตถกรรมที่พระครูรับงานมาให้ทำ

ปัจจุบัน มีผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตแล้วเกือบ 20 คนและส่วนใหญ่เป็นผู้ชาย มีเด็กกำพร้ารวม 30 กว่าคน อยู่กับญาติพี่น้องและมาฝึกอาชีพกับพระครู 10 กว่าคน ในช่วงหลัง แม้ชุมชนจะไม่รังเกียจและยอมรับผู้ติดเชื้อ แต่เด็กที่ติดเชื้อและมีอาการก็จะไปโรงเรียนได้ลำบาก ต้องอยู่กับบ้าน ส่วนผู้ติดเชื้อที่ไม่เปิดเผยตัวมีจำนวนเท่าๆ กับที่ยอมเปิดเผยตัวต่อสาธารณะ ส่วนหนึ่งก็รู้ได้จากการติดตามผู้ป่วยวันโรคของทางสถานีอนามัย เหตุที่ไม่เปิดเผยตัวเนื่องจากมีฐานะดี ไม่ต้องการความช่วยเหลือ บางคนก็มีหน้ามีตาในชุมชน เช่น บางคนเป็นถึงผู้นำ ครู หรือแม้แต่เจ้าหน้าที่ของสาธารณสุข

6.2.2 บทเรียนจากการเรียนรู้และการปรับตัว

เดิมที ทางกลุ่มได้รับงบประมาณ 50,000 บาท จากประชาสงเคราะห์อำเภอ เพื่อมาส่งเสริมอาชีพ โดยการประดิษฐ์ตุ๊กตา แต่ไม่ประสบความสำเร็จ คือตุ๊กตาขายไม่ได้ เนื่องจากมีปัญหาด้านการตลาด ดังนั้น พระครูวิมลธรรมมานุศาสน์ จึงได้เขียนโครงการขอรับเงินสนับสนุนจากผู้ใจบุญและองค์กรต่างๆ มาช่วยเหลือ โดยได้ครูจาก กศน. มาช่วยสอนประดิษฐ์ดอกไม้ จากวัดสุธรรมชาติที่มีอยู่ในท้องถิ่น และหาตลาดรองรับ รวมทั้งมีผู้ใจบุญสนับสนุน เช่น คุณพจมาน ชินวัตร สมาคมนักธุรกิจสตรีภาคเหนือเชียงใหม่

จนสามารถจัดตั้งกองทุนผู้ติดเชื้อขึ้นมา ปัจจุบันมีเงินกองทุน 20,000 บาท เงินกองทุนนี้จะให้สมาชิกได้กู้ยืมโดยไม่มีดอกเบี้ย และใช้สำหรับเยี่ยมผู้ป่วย รวมทั้งช่วยผู้ป่วยเป็นค่ารถเพื่อไปรักษาที่โรงพยาบาล ต่อมา มีกองทุนเอตส์หมู่บ้าน มาเสริมอีกหมู่บ้านละ 10,000 บาท แต่ในส่วนที่มาจากองค์กรท้องถิ่น หรือ อบต. ยังไม่มีการทำแผนงานและงบประมาณรองรับ

ปัจจุบันในการทำอาชีพเสริม มีกลุ่มแม่บ้านเข้ามาร่วมทำด้วย คือไม่ได้มีเฉพาะผู้ติดเชื้อ โดยมีการทำตะกร้าผ้า ที่ใส่ขยะในรถ ที่เสียบจดหมาย ดอกไม้กระดาดสา/ผ้า กระเป๋าออมสินและตัดเย็บเสื้อผ้านักเรียน ทำให้ผู้ติดเชื้อและกลุ่มแม่บ้าน มีรายได้เสริมจากการทำสิ่งของประดิษฐ์และเย็บกระเป๋า หรือเสื้อผ้าจากบทเรียนในช่วงแรกที่ทำแล้วไม่มีตลาดรองรับ พระครูต้องเอาใส่ท้ายรถตระเวนไปช่วยขายแก่ญาติโยมที่มานิมนต์ ทั้งในเชิงรายและต่างจังหวัด

แต่ต่อมาได้เปลี่ยนเป็นวิธีรับงานเหมาโหลจากโรงงาน หรือบริษัท มาให้ผู้ติดเชื้อและกลุ่มแม่บ้านช่วยกันทำ แม้ว่าจะได้ค่าจ้างไม่มากนัก แต่ก็แน่นอนและไม่มีปัญหาตลาด เช่น รับเย็บกระเป๋าให้ธนาคารออมสิน 3 แสนใบ และของบริษัทจอห์นสันอีก 1 แสนใบ หรือรับเย็บชุดนักเรียนของ สปข. (ผ่านบริษัทผู้ประมูลได้) จำนวน 1 ล้านชุด ได้ค่าเย็บเสื้อ-กางเกงชุดละ 12 บาท เป็นต้น ซึ่งนอกจากผู้ติดเชื้อกลุ่มแสงธรรมวัดศรีชุมและกลุ่มแม่บ้านตำบลป่าอ้อดอนชัยแล้ว พระครูยังเผื่อแผ่การมีงานทำไปยังอำเภอต่างๆ ด้วย ขณะเดียวกันก็ใช้โอกาสกระจายการมีงานทำนี้ชักชวนให้วัดต่างๆ ยื่นมือเข้ามาช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในพื้นที่ต่างๆ ด้วย

6.2.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อกับชุมชน

ปัจจุบัน ชุมชนให้การยอมรับและให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อเป็นอย่างดี โดยมีพระครูเป็นแกนนำ จึงไม่มีการรังเกียจผู้ติดเชื้อ จะเห็นว่ามีการทำงานร่วมกันกับแม่บ้านได้ และทุกวันศุกร์จะมีการพบสมาชิกกลุ่มที่วัดศรีชุมพร้อมญาติผู้ป่วย เพื่อฟังบรรยาย สวดมนต์ และทำสมาธิร่วมกัน รวมทั้งมีโครงการประสานใจด้านภัยเอตส์ แต่ในส่วนของ อบต. ยังไม่ได้เข้ามามีบทบาทในเรื่องกองทุน หรือความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจ มีแต่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขมาเป็นพี่เลี้ยง DAY CARE Center และมีนายวิฑูรย์ ผู้ใหญ่บ้านเป็นผู้ให้คำปรึกษาแก่กลุ่มผู้ติดเชื้อ

ปัจจุบันสถานการณ์ในชุมชน ไม่ได้มีเพียงปัญหาเอตส์เท่านั้น แต่กำลังเผชิญกับมหันตภัยยาเสพติด โดยเฉพาะการติดยาบ้าของเด็กวัยรุ่น พระครูจึงร่วมกับญาติโยมพยายามดึงเยาวชนเข้าวัด โดยจัดโครงการลานวัดลานกีฬา และจัดบวชนเณรศึกษาธรรม ซึ่งนอกจากจะดึงเยาวชนให้ห่างจากเอตส์แล้ว ยังดึงให้ห่างจากยาเสพติดอีกด้วย นับเป็นบทบาทสำคัญของพระสงฆ์ที่ยื่นมือเข้ามาร่วมแก้ปัญหาภัยกับชุมชน

6.2.4 ปัญหาอุปสรรคและความคาดหวัง

เด็กกำพร้ายังคงเป็นปัญหาไปอีกยาวนาน ปัญหาเฉพาะหน้าคือ เด็กที่มีอาการจะถูกรังเกียจจากศูนย์เลี้ยงเด็ก/โรงเรียน ต้องอยู่กับญาติ หรือบางคนก็ไร้ที่พึ่ง ไม่มีสถานที่เลี้ยงดูเป็นพิเศษ แต่โดยฐานะของชุมชนถือว่าน่าจะสามารถดูแลกันเองได้ เพราะมีฝ่ายศาสนาเข้ามาช่วย ซึ่งถือว่าเป็นรากฐานที่ดี แต่ในระยะยาวยัง

จำเป็นต้องมีองค์กรชุมชนเข้ามารองรับปัญหาอย่างเป็นระบบ ดังนั้น อบต. ซึ่งมีบทบาทหน้าที่โดยตรง คงต้องเข้ามามีส่วนช่วยเหลือ รวมทั้งทางราชการควรเข้ามาสนับสนุนเครื่องมือและเงินทุนในการส่งเสริมอาชีพที่พระครูได้ริเริ่มไว้

6.2.5 ยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชนในอนาคต

ความโปร่งใสในกระบวนการดำเนินงานขององค์กรชุมชน เป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการแก้ไขปัญหามุมชน ซึ่งยังคงถือเป็นจุดอ่อนขององค์กรชุมชนในปัจจุบัน ที่สมาชิกยังขาดความเข้าใจในกระบวนการดำเนินงาน เช่น การใช้กองทุนหมู่บ้านแก้ไขปัญหาเอดส์ ควรดำเนินการให้กองทุนถูกใช้ไปแบบกองทุนหมุนเวียนและยั่งยืนมากกว่าที่จะเป็นการจ่ายขาดไปจนหมด แต่ก็มีบางหมู่บ้านที่ได้จัดหาทุนเข้ามาเสริมให้กับกองทุนหมู่บ้าน โดยวิธีการจัดหารายได้จากดอกผลกำไรให้กู้ยืมเงินกองทุน หรือการจัดกิจกรรมการหารายได้ในรูปแบบต่างๆ (Fund raising)

ยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ จึงจำเป็นต้องเริ่มจากการสร้างความเข้าใจในเชิงปัญญาให้กับสมาชิกของชุมชน เพื่อการปรับเปลี่ยน/หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และการแพร่เชื้อเอดส์ พร้อมกันนั้น จำเป็นต้องให้ความช่วยเหลือเฉพาะหน้า ด้านกำลังใจและปัจจัยสี่ในการยังชีพ ของผู้ติดเชื้อและครอบครัว รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจให้หน่วยงานราชการและเอกชนที่จะดำเนินงานในพื้นที่ ได้มีความเข้าใจที่ตรงกัน เสริมกันและกันในการดำเนินงาน

แต่เนื่องจากที่ผ่านมา ความช่วยเหลือจากทางราชการเป็นไปแบบการให้เปล่า แบบสงเคราะห์ ทำให้ชาวบ้านจำนวนมากเข้าใจว่ารัฐยังจะต้องช่วยในเรื่องปัจจัยสี่ในการยังชีพของผู้ติดเชื้อและครอบครัว และความช่วยเหลือที่เป็นเงินยังชีพ ทำให้เกิดการนำไปใช้ในทางที่ไม่มีประสิทธิภาพ หรือไม่เหมาะสม เนื่องจากการให้เป็นรายบุคคลในลักษณะจ่ายขาด

ดังนั้น ยุทธศาสตร์ “บวร” (บ้าน วัด ราชการ) โดยการ ร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมแก้ปัญา ของทุกฝ่ายในชุมชน โดยเฉพาะแกนนำอย่าง พระครู อบต. และเจ้าหน้าที่รัฐในตำบล มีส่วนสำคัญยิ่งในการจัดกิจกรรมรวมพลังแกนนำ “บวร” ให้ทำงานประสานกันอย่างใกล้ชิด โดยมีผู้ประสานงานที่ชัดเจน จะทำให้การแก้ไขปัญหาใดๆ ในชุมชน มีความเป็นระบบมากกว่าการดำเนินงานเชิงบุคคล หรือต่างคนต่างทำ

6.3 ชุมชนจันจว้า (กลุ่มดอกแก้ว, กลุ่มเมตตารธรรม, ตำบลจันจว้า, อำเภอแม่จัน)

กรณีของชุมชนจันจว้านั้น เป็นชุมชนขนาดใหญ่ เดิมอยู่ในตำบลเดียวกัน ต่อมาแยกเขตปกครองเป็น 2 ตำบล คือ จันจว้ากับจันจว้าใต้ แต่อยู่ในเขตสุขภาพตำบลจันจว้า ซึ่งปัจจุบันถูกยกฐานะเป็นเทศบาลจันจว้า และมีกลุ่มผู้ติดเชื้อที่โดดเด่นอยู่ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มดอกแก้ว (เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อกลุ่มแรกของอำเภอแม่จัน) และกลุ่มเมตตารธรรม ที่มีประสบการณ์การแก้ไขปัญาเอดส์เป็นการเฉพาะของตน อย่างไรก็ตาม ในแง่ของการแก้ไขปัญาที่มีองค์กรชุมชน/องค์กรท้องถิ่นรองรับนั้น ทั้ง 2 กลุ่ม อยู่ภายใต้การรองรับของเทศบาลจันจว้าทั้งสิ้น

ดังนั้น ในการนำเสนอกรณีศึกษาประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอชอีขององค์กรชุมชน จึงจำเป็นต้องนำเสนอเป็นกรณีศึกษาชุมชนเดียว แต่แยกรายละเอียดเป็น 2 ส่วน ตามประสบการณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อ นั่นคือ เสนอตามประสบการณ์ของกลุ่มดอกแก้ว ซึ่งมีฐานชุมชนอยู่ที่บ้านป่าสักหลวง ตำบลจันจว้าใต้ กับ กลุ่มเมตตาธรรม ซึ่งมีฐานชุมชนอยู่ที่บ้านห้วยน้ำราก ตำบลจันจว้า ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

6.3.1 ชุมชนจันจว้ากลุ่มดอกแก้ว (บ้านป่าสักหลวง ตำบลจันจว้าใต้ อำเภอแม่จัน)

(1) ความเป็นมาและสถานการณ์ปัจจุบัน

โรคเอดส์เริ่มเป็นที่รู้จักกันในชุมชนเมื่อ ปี พ.ศ. 2528 โดยกำนันปรีชา พงพัฒนานุกุล กำนันตำบลจันจว้าใต้ ทราบข่าวเตือนจากทางราชการ แต่ก็ไม่มีใครเชื่อ จนเมื่อปี 2532 มีคนตายด้วยโรคเอดส์เกิดขึ้นในชุมชน จึงเริ่มเชื่อว่าโรคเอดส์มีจริง ตั้งแต่ปี 2534 เป็นต้นมา มีคนตายมากขึ้น ประชาชนตื่นตระหนกกลัวการติดเชื้อเอดส์มาก ยิ่งศพคนตายด้วยโรคเอดส์ในขณะนั้น ทางโรงพยาบาลจะห่อศพคลุมปิดมิดชิดสั่งญาติให้รับเผาห้ามเปิดดู ก็ยิ่งทำให้ชาวบ้านกลัวมากขึ้น และเกิดความรู้สึกรังเกียจ ไม่กล้าทานข้าว/น้ำในงานศพ

ในช่วงปี 2534 พระครูวิระธรรมมาภิบาล ได้รับอาราธนาอานิสงค์จากโรงพยาบาลแม่จัน เพราะเห็นว่าบทบาทของพระสงฆ์คงจะช่วยเหลือชุมชนได้ จึงได้จัดสัมมนาพระสงฆ์ ถวายความรู้แก่พระสงฆ์ จำนวน 80 รูป จาก 80 วัด เมื่อพระสงฆ์เข้าใจสถานการณ์โรคเอดส์และการแพร่ระบาด จึงมีการกำหนดบทบาทพระสงฆ์ ให้มีส่วนร่วมรณรงค์ป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์

ดังนั้น คณะสงฆ์โดยการนำของเจ้าคณะอำเภอ จึงมีการจัดตั้งกลุ่มของพระสงฆ์ขึ้นเรียกว่า “พระสงฆ์อาสา” โครงการแรกที่ทำคือ “ธรรมะด้านเอดส์” เริ่มออกไปเยี่ยมเยียนให้คำปรึกษาและทำใบสัญญาครอบครัวยุติว่า จะไม่เกี่ยวข้องให้ตัวเองไปรับเชื้อเอดส์และจะช่วยดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ จะไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ มีการประสานงานกับฝ่ายผู้นำชุมชน อสม. สถานีอนามัย และได้พิมพ์คัมภีร์ไบเบิลออกมาชื่อว่า “ธรรมะสู้ภัยเอดส์” เพื่อใช้เป็นเครื่องมือประกอบการเทศนาของพระสงฆ์ ในงานบุญ งานบ้าน หรืองานทั่วไป ทำให้การรังเกียจผู้ติดเชื้อเริ่มลดน้อยลง แต่ก็ยังมีผู้ติดเชื้อบางส่วนไม่กล้าเปิดเผยตัวต่อสาธารณะ จะเปิดเผยตัวก็เมื่ออาการหนักและต้องไปอยู่โรงพยาบาล

ปี 2537 คณะพระสงฆ์อาสาจึงได้ทำโครงการ “ห้องธรรมรักษา” ขึ้นมา และเริ่มรู้จักกับผู้ติดเชื้อและญาติ ทำให้สามารถเข้าไปพบปะกับผู้ติดเชื้อในบ้านได้ เมื่อมีการตาย พระสงฆ์ก็จะไปเยี่ยมและเป็นเจ้าภาพพร้อมด้วย ภาพเหล่านี้ทำให้ชาวบ้านเริ่มเข้าใจเอดส์มากขึ้น จึงไม่ค่อยมีการรังเกียจผู้ติดเชื้อเหมือนช่วงแรก

แต่เดิมผู้ติดเชื้อจากพื้นที่ต่างๆ จะไปรวมกลุ่มกันที่โรงพยาบาลอำเภอแม่จัน เป็นกลุ่มใหญ่และตั้งชื่อว่า “กลุ่มพุทธรักษา” เพื่อรับความช่วยเหลือด้านยาสมุนไพรและความรู้ในการดูแลรักษาตนเองจากโรงพยาบาล แต่เนื่องจากต้องเดินทางไกลและเดือนหนึ่งจึงจะมาพบปะกันครั้งหนึ่ง ทำให้ไม่สะดวกและไม่สนองความต้องการของสมาชิก จึงตกลงกันไปรวมตัวกันเป็นกลุ่มเล็กๆ ในพื้นที่/ตำบลของตน เพื่อสะดวก

ต่อการพบปะที่ดีขึ้นตามความต้องการ และไม่ต้องเดินทางไกล เช่น อาจจะพบปะกันทุกสัปดาห์ ส่วนการรวมกลุ่มใหญ่ที่โรงพยาบาลก็ยังคงรักษาไว้ กลายสภาพเป็นเครือข่ายของกลุ่มผู้ติดเชื้อในอำเภอแม่จัน โดยสมาชิกจะมาพบปะกันเดือนละครั้ง ส่วนกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่จะยึดสถานีนามัยและวัดเป็นฐานร่วมงาน แต่หากสมาชิกที่ป่วยมีอาการก็จะไปใช้บริการที่โรงพยาบาลอำเภอแม่จัน ซึ่งได้จัดบริการให้เป็นการเฉพาะ (Day Care Center)

สำหรับกลุ่มดอกแก้ว ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อในชุมชนกลุ่มแรกที่เกิดขึ้นในอำเภอแม่จัน เริ่มขึ้นเมื่อปี 2537 โดยการประสานงานของ นางสมจิต จาอินตะ หัวหน้าสถานีนามัยจันจว้าได้ในขณะนั้น ครั้งแรกจัดตั้งเป็นกลุ่ม "Day care center" มีการพบปะกลุ่มทุก 2 สัปดาห์ ตอนนั้นมีสมาชิกประมาณ 40 คน กิจกรรมที่ทำคือ การพูดคุยกันในกลุ่ม สถานีนามัยได้ให้บริการดูแลสุขภาพ จ่ายยารักษาตามอาการ และให้คำแนะนำการปฏิบัติตัว ส่วนพระสงฆ์ก็ให้กำลังใจและให้ของเยี่ยม/ให้การสงเคราะห์ แนะนำการทำสมาธิ โดยมีการทำในวัดก่อน เพราะจะได้ไม่ต้องกลัวคนอื่นรู้เห็น โดยเฉพาะคนที่ไม่กล้าเปิดเผยตัวแต่แอบไปร่วมสังเวยกรรม หรือร่วมกิจกรรม

ต่อมามีสมาชิกมากขึ้นและชาวบ้านก็เริ่มเข้าใจ สมาชิกกลุ่มเองก็ไม่กลัวสังคมรังเกียจ มีความมั่นใจ มีเพื่อน จึงได้ทำ "โครงการบวร" ที่บ้านหนองเขียว โดยทางวัดได้ยกศาลาให้หนึ่ง เพื่อจัดเป็น "ศูนย์บำบัดเอตส์เพื่อชุมชน" โดยมีสถานีนามัย และพระสงฆ์ เช่น พระครูวิระธรรมมาภิบาล พระสมหมาย และพระหน่อแก้ว เป็นพี่เลี้ยง รวมทั้งช่วยเสริมการทำกิจกรรม ให้กำลังใจ ให้คำปรึกษา ให้การสงเคราะห์ประเภทถุงยังชีพ ต่อมาก็เริ่มผลิตยาพื้นบ้านใช้เอง เช่น มะระขี้นก ฟ้าทะลายโจรและสมุนไพรตัวอื่นๆ ไว้บริการสมาชิก

ประธานกลุ่มดอกแก้ว ชื่อ นางสาวจันทร์ จันทากาศ ปัจจุบันรวมกลุ่มพบปะกันที่ สอ.จันจว้าได้ การเข้าเป็นสมาชิกกลุ่มทำได้โดย แจ้งความจำนงที่สถานีนามัย พร้อมกับสำเนาทะเบียนบ้าน เพื่อสะดวกในการทำบัตรสุขภาพ แต่ไม่เก็บค่าใช้จ่ายใดๆ มีการรวมกลุ่มพบปะกันทุกวันศุกร์ที่สถานีนามัย ปัจจุบันมีสมาชิกเหลือ 25 คน ในจำนวนผู้ติดเชื้อที่ยอมเปิดเผยตัว มีจำนวนเท่าๆ กับผู้ติดเชื้อที่ไม่ยอมเปิดเผยตัว ซึ่งส่วนใหญ่มีฐานะดี ช่วยตัวเองได้และยังกลัวเสียหน้า

กิจกรรมหลักของการรวมกลุ่มและการพบปะกัน คือ การตรวจสุขภาพทั่วไป ซึ่งนำหนัก แลกเปลี่ยนความคิดเห็น และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้ยังร่วมกันทำอาชีพเสริม ปักผ้าพื้นเมืองขาย เช่น ผ้าคลุมโต๊ะ ผ้าปักตกแต่งเสื้อ มีตลาดรองรับจากพ่อค้าใน อ.แม่จัน โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนเอตส์หมู่บ้าน (ศอจ.ชร.)

(2) บทเรียนจากการเรียนรู้และการปรับตัว

แต่เดิม ผู้ติดเชื้อต่างคนต่างอยู่ ทำให้อยู่อย่างสิ้นหวัง ขาดเพื่อน ขาดกำลังใจ โดยเฉพาะคนที่มีฐานะไม่ดี หรือไม่มีความรู้ ไม่มีรายได้และเริ่มมีอาการเจ็บป่วย ก็จะมีปัญหาแสนสาหัส มีผลกระทบถึงลูกทั้งที่ยังเป็นเด็กเล็กและเด็กวัยเรียน ทำให้เป็นที่เวทนาของชาวบ้าน โดยเฉพาะผู้นำชุมชน เช่นพระครูวิระ

ธรรมมาภิบาล เจ้าอาวาสวัดทุ่งแก้ว หรือกำนันปรีชา กำนันตำบลจันจว้าได้ ซึ่งได้มีส่วนสนับสนุนให้มีการรวมกลุ่ม จัดอาชีพเสริม ช่วยหาตลาดรองรับ ช่วยเหลือเด็กกำพร้า มีการพัฒนาจิตใจกลุ่มผู้ติดเชื้อโดยหมุนเวียนกันไปพบปะกับกลุ่ม ทำสมาธิ สวดมนต์และฟังเทศน์จากวัดต่างๆ ที่หมุนเวียนกันเป็นเจ้าภาพ อันเป็นการสร้างขวัญและกำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อ ขณะเดียวกันก็เชื่อมโยงชุมชนให้เข้ามามีบทบาทในการสนับสนุนกลุ่มได้มากขึ้น แทนที่จะรังเกียจและถอยห่างจากผู้ติดเชื้อดังอดีต

อย่างไรก็ตาม หลังปี 2540 กลุ่มผู้ติดเชื้อรายใหม่เริ่มไหวตัว ซึ่งอาจมาจากการที่ผู้ติดเชื้อเหล่านั้นมีความรู้ในการดูแลตัวเอง เข้าใจกันเองว่ามียาจากโรงพยาบาลช่วยป้องกันโรคเอดส์ได้ (AZT) เริ่มเรียนรู้วิธีการดูแลสุขภาพและการปฏิบัติตนที่จะทำให้สุขภาพแข็งแรง จึงไม่ยอมเข้ากลุ่ม หรือไม่ยอมเปิดเผยตัว แม้แต่สมาชิกเก่าบางคนก็เริ่มหันเหกับการยอมรับความตัวเองเป็นคนดีของสังคม เพราะตนรู้สึกทำดีก็แล้วเปิดเผยตัวก็แล้ว ยังขาดการรับรู้จากสังคมน้อยกว่าที่ควรจะเป็น จึงต้องดิ้นรนต่อสู้เพื่อปากท้องและทุกข์ทรมานจากโรคภัย

ผู้ติดเชื้อบางรายจึงมีความรู้สึกท้อถอยและคิดแต่การอยู่รอดโดยไม่แยแสจะต้องรักษาตัวเป็นคนดีของสังคม โดยเฉพาะสมาชิกกลุ่มดอกแก้วส่วนใหญ่เป็นผู้หญิง เพราะสามีเสียชีวิตไปก่อนแล้ว จึงขาดที่พึ่งพิง บางคนจึงออกจากกลุ่มและหวนกลับไปทำงานต่างจังหวัด ในรูปของหญิงบริการร้านอาหาร หรือเป็นโสเภณีด้วย จึงกลายเป็นประเด็นปัญหาใหม่คือ ทั้งผู้ติดเชื้อรุ่นใหม่ที่ไม่ยอมเปิดเผยตัว และผู้ติดเชื้อรุ่นเก่าที่ยังแข็งแรง แต่หวนกลับไปทำงานที่เสี่ยงต่อการแพร่เชื้อเอดส์มากขึ้น

(3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อกับชุมชน

องค์กรชุมชน เช่น เทศบาลจันจว้า ที่ผ่านมายังไม่ได้ให้การสนับสนุนกลุ่มในเรื่องเงินทุนอย่างเป็นทางการ หรือยังไม่มีแผนงานและงบประมาณรองรับ แต่ภายใต้การนำของผู้นำชุมชนทั้งฝ่ายฆราวาสและฝ่ายสงฆ์ ได้ให้กำลังใจในการทำกิจกรรมกลุ่มและช่วยเหลืออำนวยความสะดวกในส่วนที่ช่วยได้ เช่น ช่วยหาตลาด ช่วยส่งเสริมอาชีพ แต่การมีส่วนร่วมของชุมชนและชาวบ้านในการรับมิดชอบต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อโดยตรงยังไม่ชัดเจน แต่อย่างน้อยก็ไม่มีกีดกันหรือการรังเกียจผู้ติดเชื้อจากชุมชน

อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างระหว่างผู้ติดเชื้อกับผู้นำชุมชนบางคน ที่ยังไม่ค่อยยอมรับแกนนำผู้ติดเชื้อบางคน ที่เคยแสดงพฤติกรรมไม่เหมาะสม เช่น ยังไปเที่ยวผับ/บาร์ ดื่มเหล้า หรือเที่ยวสถานเริงรมณ์ราวกับคนไม่ติดเชื้อ แสดงว่า ไม่ควบคุมตัวเองในการแพร่เชื้อเอดส์ และไม่ดูแลสุขภาพตัวเอง รวมทั้งยังมีเงินทองไปเที่ยวเตร่

จึงทำให้ผู้นำชุมชนที่ไปพบเห็นกับตาตัวเอง ยอมรับไม่ได้ ถึงกับกล่าวว่า ผู้ติดเชื้อสุขสบายกว่าชาวบ้านเสียอีก เพราะไม่ต้องทำอะไรก็มีคนช่วยเหลือ แล้วยังมีเงินไปหาความสุขสำราญ ชุมชนจึงไม่น่าจะอุมชู่ให้โอกาสผู้ติดเชื้อเหล่านั้น ซึ่งทางกลุ่มผู้ติดเชื้อเองก็ยอมรับว่าเคยมีเรื่องดังกล่าว แต่ก็เป็นคนส่วนน้อย และเป็นเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงต้นของการปรับตัว ซึ่งหลังจากเข้าร่วมเป็นสมาชิกกลุ่มแล้ว ได้เรียนรู้และปรับตัวได้แล้ว ก็ไม่เคยประพฤติในทางที่ไม่เหมาะสมอีก แสดงว่ายังมีช่องว่าง/ความไม่เข้าใจกัน

แต่ปรากฏการณ์ดังกล่าว นับว่าน่าสนใจมาก เพราะปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อกับชุมชน มีทั้งการสนับสนุนเกื้อกูลและการสงเคราะห์ ขณะเดียวกันก็มีการจับตาตรวจสอบ/เฝ้าระวัง และการคัดค้าน/ปฏิเสธในสิ่งที่ไม่ถูกต้อง อันเป็นตัวอย่างที่สะท้อนให้เห็นถึงการเอาใจใส่ของชุมชนต่อผู้ติดเชื้อเอตส์ในทุกแง่มุม คือไม่ใช่ทอดทิ้ง/ปล่อยให้เป็นปัญหาตามยถากรรม แต่ก็ไม่ใช่หลบหลีกช่วยเหลือนโดยไม่ดูความเหมาะสม

(4) ปัญหา/อุปสรรค/ความคาดหวัง

แม้ว่ากลุ่มดอกแก้วจะเป็นกลุ่มที่บุกเบิกการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ (Pioneer) ของอำเภอแม่จันก็ว่าได้ แต่รากฐานของกลุ่มไม่ได้มาจากแกนนำผู้ติดเชื้อหรือชาวบ้านเป็นหลัก แต่กลับมาจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยและผู้นำชุมชน/พระเป็นหลัก จึงอาจทำให้ความเป็นระบบและความเข้มแข็งของกลุ่มที่มีชุมชนเป็นฐานไม่ค่อยแข็งแรง เมื่อมีการเปลี่ยนแปลงเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ความต่อเนื่องจึงอาจจะกระทบต่อความเข้มแข็งเดิมของกลุ่มได้

แม้แต่ความพยายามของพระที่จะมีศูนย์พักพิงของผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอตส์ โดยเฉพาะเด็ก ก็ไม่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง ด้วยข้อจำกัดด้านปัจจัยที่พระต้องไปแสวงหามาเองจากศรัทธา ซึ่งในระยะยาวจะเป็นไปไม่ได้ หรือแม้แต่กำนันปรีชา ที่ทุ่มเทกำลังกายกำลังใจช่วยสนับสนุนการทำกิจกรรมของกลุ่ม ทำหน้าที่ผู้นำชุมชน แต่ก็ไม่ยั่งยืน เนื่องจากยังทำงานอยู่บนฐานของส่วนบุคคลมากกว่าบนฐานขององค์กรชุมชน เช่น อบต./สุขาภิบาล/เทศบาล ซึ่งมีทรัพยากรและขีดความสามารถในการสนับสนุนได้อย่างต่อเนื่องในระยะยาว และเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบโดยตรง เพราะผู้ติดเชื้อเป็นสมาชิกในความดูแลและความรับผิดชอบในการบำบัดทุกข์บำรุงสุขแก่ลูกบ้านของ อบต./สุขาภิบาล/เทศบาล

แกนนำกลุ่มจึงคาดหวัง อยากให้กลุ่มดอกแก้วดำรงอยู่ได้ด้วยระบบมากกว่าตัวบุคคล ให้ผู้ติดเชื้อพึ่งพาตนเองได้มากขึ้น มีสัมมาชีพที่เหมาะสมกับสภาพของตน โดยเฉพาะผู้หญิงที่ติดเชื้อเอตส์ควรมีจิตใจสูง มีคุณธรรม ไม่ไปแพร่เชื้อต่อให้คนอื่น หรือหาเงินก่อนตาย

6.3.2 ชุมชนจันจวักกลุ่มเมตตาธรรม (บ้านห้วยน้ำราก ตำบลจันจว้า อำเภอแม่จัน)

(1) ความเป็นมาและสถานภาพปัจจุบัน

ในปี 2539 มีผู้ติดเชื้อล้มตายเป็นจำนวนมาก ชุมชนเห็นความสำคัญจึงเกิดการรวมกลุ่มโดยมี พระจรัส กันตธรรมโน วัดห้วยน้ำราก และพระอธิการประดิษฐ์ ชินะวังโส แห่งวัดบ้านดง เป็นผู้เริ่มดำเนินการให้มีการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อจาก 7 หมู่บ้าน ต่อมาในเดือนมกราคม 2540 โรงพยาบาลแม่จันได้สนับสนุนโครงการจัดตั้งศูนย์สุขภาพดีที่บ้านขึ้นที่วัดห้วยน้ำราก มีบริการยารักษาโรคพื้นฐาน ให้คำปรึกษาแนะนำแก่ผู้ติดเชื้อและญาติ รวมทั้งทางโรงพยาบาลได้ให้บริการตรวจสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเดือนละครั้ง

ต่อมาโครงการศูนย์สุขภาพดีที่บ้านของโรงพยาบาลแม่จันสิ้นสุดลง และพระจรัสได้ลาสิกขา พระอธิการประดิษฐ์ ชินะวังโส แห่งวัดบ้านดง จึงได้สานงานต่อโดยร่วมกับ พระคำแสน สังฆพุทธโร แห่งวัดต้น

ยาง และพระสมพงษ์ ดาวะโร แห่งวัดหนองร่อง ได้ร่วมกับสถานีนามัยตำบลจันจว้าและผู้ติดเชื้อจำนวน 17 คน จัดตั้งกลุ่มเมตตารธรรมขึ้นที่ศูนย์สาธารณสุขชุมชน (ศสมช.) หน้าวัดบ้านดง ในวันที่ 24 กันยายน 2540 โดยมีสมาชิกในช่วงก่อตั้งรวม 29 คน เหตุที่พระหนุ่ม 3-4 รูป เข้ามาช่วยเป็นหลักให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อก็เนื่องจากมีความสงสารและเป็นคณะพระสงฆ์อาสา ได้ไปศึกษาดูงานที่โรงพยาบาลแม่จันมาก่อน

ปัจจุบันมี นางคารเพ็ญ น้อยหมอ เป็นประธานกลุ่มเมตตารธรรม มีสมาชิกกลุ่มที่ยังมีชีวิตประมาณ 40 คน แต่ยังน้อยกว่าจำนวนผู้ติดเชื้อที่ไม่เปิดเผยตัว ทั้งที่ชุมชนให้การยอมรับและช่วยเหลือ แต่เนื่องจากผู้ติดเชื้อที่ไม่เปิดเผยตัวมีฐานะดี ไม่ต้องการความช่วยเหลือและยังมีความอาย ดังนั้นทางกลุ่มจึงได้พยายามประชาสัมพันธ์ให้ผู้ติดเชื้อและชาวบ้านได้เข้าใจปัญหาเอดส์และเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหาเอดส์มากขึ้น

จากผลพวงดังกล่าว กลับทำให้กลุ่มเมตตารธรรม มีสภาพที่ตรงกันข้ามกับกลุ่มดอกแก้วที่ตำบลจันจว้าได้ เพราะมีสมาชิกใหม่เข้ามาเพิ่มอยู่ตลอดเวลา เหตุผลที่มาร่วมกลุ่ม อาจมาจากเรื่องการขอความช่วยเหลือด้านการเงิน/การรักษาพยาบาลเป็นหลักมากกว่าเหตุผลอื่นๆ

จึงอาจกล่าวได้ว่า กลุ่มเมตตารธรรมถือเกิดจากการดำเนินงานของคณะสงฆ์อำเภอแม่จันร่วมกับโรงพยาบาลแม่จัน โดยเริ่มมาจากโครงการสุขภาพดีที่บ้าน ที่สถานีนามัยตำบลจันจว้าได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมกลุ่ม โดยเน้นด้านการตรวจสุขภาพ ส่วนพระสงฆ์เน้นด้านให้กำลังใจ จัดหายาสมุนไพรและเยี่ยมบ้าน ซึ่งเน้นการไปให้กำลังใจมากกว่าให้สิ่งของ เน้นการสร้างสามัคคีเรียนรู้ซึ่งกันและกัน

(2) บทเรียนจากการเรียนรู้และการปรับตัว

เนื่องจากกลุ่มเมตตารธรรม มีศาสนาเข้ามายึดเหนี่ยวทางด้านจิตใจ ก่อให้เกิดการรวมกลุ่มเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันโดยชุมชน มีการพบปะกันทุกวันศุกร์ ที่สถานีนามัยบ้านห้วยน้ำราก กิจกรรมที่ทำร่วมกันในการพบปะกลุ่ม คือ การทำยาสมุนไพรแคปซูล ได้แก่ บอระเพ็ด ฟ้าทะลายโจร มะระขี้นก ซึ่งจะปลูกไว้ตามบ้าน หรือช่วยกันหามาจากแหล่งที่ขึ้นตามธรรมชาติ รวมทั้งชาวบ้านก็มีส่วนร่วมในการช่วยปลูก และช่วยหาวัตถุดิบสมุนไพรมาให้ มีการอบสมุนไพร ตรวจสุขภาพจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข โดยพระสงฆ์ทั้ง 3 รูปจะเปลี่ยนกันมาร่วมประชุม ช่วยเทศนา ชี้แนวทางปฏิบัติตน ให้ความรู้ สวดมนต์ทำสมาธิและให้กำลังใจแก่สมาชิกกลุ่ม รวมทั้งมีกิจกรรมบันเทิงให้สมาชิกได้ร่วมสนุกสนาน โดยมีชุมชนร่วมสนับสนุน

(3) ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อกับชุมชน

พระมีส่วนอย่างมากในการทำลายความรังเกียจของชุมชนต่อผู้ติดเชื้อ ดังที่มักจะเป็นกันในหมู่บ้านทั่วไป ทำให้ชาวบ้านหันมาให้การช่วยเหลือและให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อ บ้างก็มาร่วมกิจกรรมกลุ่ม บ้างก็ช่วยหาสมุนไพรมาสสมทบ หรือแม้แต่ในการประชุมพบปะของกลุ่ม ถ้าผู้ติดเชื้อไม่สามารถมาประชุมได้ ญาติจะมาประชุมแทน มี อสม. ให้ความรู้และให้กำลังใจ โดยเฉพาะพ่อหลวงบุญยวง ผู้ใหญ่บ้านของบ้านดงมีส่วนอย่างมากในการชักจูงให้ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตัวและสมัครเข้าร่วมกลุ่ม โดยประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวประจำหมู่บ้าน เพื่อจะได้ช่วยเหลือกันและให้กำลังใจกัน จนผู้ป่วยเอดส์ที่มีอยู่ 10 กว่ารายของบ้านดง ยอมเปิดเผยตัวกันทุกราย

(4) ปัญหา/อุปสรรคและความคาดหวัง

ยังมีปัญหาเรื่องปากท้องสำหรับคนที่ฐานะไม่ดี แม้ว่าจะพยายามตั้งกองทุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อโดยการระดมทุนรูปแบบต่างๆ เช่นการทอดผ้าป่า มีการส่งเสริมอาชีพเพื่อสร้างรายได้ เช่นการจัดทำพวงหรีดดอกไม้เงินและทำข้าวซ้อมมือจำหน่าย แต่ก็ยังไม่มีตลาด โดยเฉพาะตลาดในชุมชน รองรับอย่างจริงจัง รวมทั้งองค์กรท้องถิ่น ยังไม่ได้มีส่วนเข้ามาสนับสนุนเรื่องการยังชีพอย่างเป็นระบบ จึงคาดหวังเทศบาลจันทบุรี จะเข้ามามีบทบาทในการจัดทำแผนงานและงบประมาณรองรับอย่างเป็นระบบและเป็นรูปธรรม เช่นเดียวกับที่กล่าวมาแล้วในกลุ่มดอกแก้ว อันจะเป็นการแก้ไขปัญหาเอดส์ในระยะยาวที่ยั่งยืน

6.4 ชุมชนป่าซาง (กลุ่มฟ้าลิขิต ตำบลป่าซาง อำเภอแม่จัน)

6.4.1 ความเป็นมาและสถานภาพปัจจุบัน

เดิมไปร่วมเป็นสมาชิกของกลุ่มพุทธรักษาที่โรงพยาบาลอำเภอแม่จัน ต่อมาเมื่อปี 2539 จึงได้มารวมกลุ่มกันเองโดยไม่มีคนอื่นเกี่ยวข้อง มีนายสถิตย์ มงคลดี เป็นแกนนำการจัดตั้งและเป็นประธานกลุ่ม (นายสถิตย์ มีพ่อเป็นหมอพื้นบ้าน) มีสมาชิกประมาณ 15 คน ใช้วัดสันคือ เป็นที่ตั้งกลุ่ม ต่อมาเมื่อมีข้อขัดแย้งเรื่องเงินของกลุ่ม จึงมีการเปลี่ยนประธานกลุ่มใหม่และได้ย้ายที่ตั้งกลุ่มไปที่ สอ.พระราชทาน โดยสถานีนอนามัยได้มีส่วนช่วยส่งเสริมและสนับสนุนกิจกรรมของกลุ่ม

ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ดูแลตนเองได้ที่บ้าน โดยมีญาติและชุมชนให้การดูแลดี ไม่มีการรังเกียจจากชุมชน สมาชิกกลุ่มอยู่ในหมู่บ้านไหนก็จะไปขอรับความช่วยเหลือจากหมู่บ้านนั้น จึงเกิดเป็นโครงการ ศูนย์สุขภาพดีที่บ้าน ร่วมกับทางสถานีนอนามัย โดยจะช่วยกันทำสมุนไพร (แคปซูล) ไว้ใช้เอง ถ้าเป็นคนอื่นที่ไม่ใช่สมาชิกจะขายเอาเงินเข้ากลุ่ม สมุนไพรที่ใช้ คือ ฟ้าทะลายโจรและบอระเพ็ด ในการพบปะกลุ่มส่วนใหญ่จะพบปะกัน 2 เดือนครั้ง ที่ สถานีนอนามัย นอกจากนัดพบปะกันแล้วยังมีการเยี่ยมกันโดยใช้เงินส่วนหนึ่งมาจากการสนับสนุนของหมู่บ้าน แม้การเปิดเผยตัวจะได้รับการยอมรับและช่วยเหลือจากชุมชน แต่ก็ยังมีผู้ติดเชื้อที่พึ่งตนเองได้และไม่ยอมเปิดเผยตัวจำนวนพอๆ กับผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัว

6.4.2 บทเรียนจากการเรียนรู้และการปรับตัว

การรวมกลุ่มกันขึ้นเอง ทำให้กลุ่มมีโอกาสเรียนรู้ด้วยตัวเอง เกิดความรักในกลุ่ม แต่ก็อาจต้องเลี้ยกลองผิดลองถูกกับการแก้ปัญหา เช่นการจัดการกลุ่มที่ไม่ชัดเจน โดยเฉพาะเรื่องเงิน ได้นำไปสู่ความเคลือบแคลงถึงกับต้องเปลี่ยนประธานกลุ่ม ซึ่งในแง่หนึ่งสะท้อนถึงปัญหาความด้อยประสิทธิภาพของกลุ่ม แต่อีกแง่หนึ่งกลับสะท้อนถึงการมีส่วนร่วมและเอาใจใส่ในกิจกรรมกลุ่มของสมาชิก จนสามารถนำไปสู่การปรับปรุงเพื่อให้กลุ่มเข้มแข็งแม้จะต้องเปลี่ยนตัวผู้นำ (ผู้ก่อตั้งกลุ่ม) ก็ตาม

หากดูผิวเผินเหมือนกับว่าไม่มีปัญหาเรื่องการยอมรับจากชุมชนและไม่มีปัญหาเรื่องความอยู่รอดของกลุ่ม แต่บทเรียนของกลุ่มฟ้าลิขิตเป็นอีกตัวอย่างหนึ่งของการได้อาศัยพึ่งพาพระสงฆ์ นั่นคือพระทำหน้าที่เป็นคนกลางในการรับปัจจัยจากชาวบ้านที่มาทำบุญแล้วนำไปช่วยเหลือผู้ติดเชื้อแทนชาวบ้าน ทำให้

กลุ่มได้ฟังพาอาศัยปัจจัยและข่าวกันบาตรจากหลวงพ่อบุญ เจ้าอาวาสวัดป่าซางอย่างสม่ำเสมอ แม้ชาวบ้านบางคนอาจรู้สึกเกรงกลัวและไม่ค่อยเต็มใจที่จะทำบุญกับผู้ติดเชื่อ เพราะกลัวว่าไม่ได้บุญ/อานิสงค์ตามความตั้งใจ ซึ่งหลวงพ่อบุญก็ได้ช่วยคลี่คลายให้ชาวบ้านเข้าใจว่า การทำบุญกับหลวงพ่อบุญ แล้วหลวงพ่อบุญเป็นคนกลางนำไปช่วยเหลือผู้ตกทุกข์ได้ยากนั้น ยิ่งจะได้รับอานิสงค์แรงกว่าการทำบุญธรรมดาเสียอีก นับเป็นบทเรียนสำคัญที่สะท้อนให้เห็นถึงพลังของ “กลไกทางสังคม” บางครั้งมีพลังมากกว่า กลไกทางเศรษฐกิจโดยตรงเสียอีก

6.4.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื่อกับชุมชน

คนในชุมชนส่วนใหญ่ก็จะมองผู้ติดเชื่อเอดส์เป็นคนที่ยังสามารถพึ่งพาตนเองได้ โดยเฉพาะยังมีเงินสนับสนุนกลุ่มจากส่วนราชการ ดังนั้น ชุมชนและผู้นำชุมชนจึงยังไม่ได้แสดงบทบาทอย่างจริงจังในการให้ความช่วยเหลือกลุ่มอย่างเป็นระบบ หรือยังไม่มีแผนงาน/งบประมาณรองรับอย่างเป็นทางการ แต่ก็ไม่มีการรังเกียจผู้ป่วยและผู้ติดเชื่อเอดส์อย่างช่วงแรก ซึ่งก็แล้วแต่สถานการณ์ ชาวบ้านจะดูที่พฤติกรรมก่อนการติดเชื่อ ว่า ติดเชื่อเอดส์มาในลักษณะใด ในรายที่ติดเชื่อมาโดยไม่ตั้งใจ หรือไม่ได้ไปมั่วสุม ชาวบ้านก็จะเอื้ออาทร ห่วงใยและไปมาหาสู่เยี่ยมเยียนยามเจ็บป่วย แต่ถ้าก่อนติดเชื่อเอดส์มีพฤติกรรมไม่เหมาะสมก็จะแสดงความเฉยเมย แต่เมื่อได้รับการกระตุ้นจากเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย ผู้นำชุมชนก็ได้มีการออกไปเยี่ยมผู้ติดเชื่อบ้าง โดยเฉพาะผู้ใหญ่บ้านป่าซาง และผู้นำชุมชนอื่นๆ จะให้ความร่วมมือและดูแลผู้ติดเชื่ออย่างใกล้ชิด

แต่ในส่วนของผู้ติดเชื่อนั้น ยังมีเป็นจำนวนมากที่ไม่ยอมเปิดเผยตัวตนต่อสาธารณชน แม้บางรายจะเริ่มมีอาการแล้วก็ตาม ซึ่งมีสาเหตุหลักมาจาก

- 1) มีฐานะพออยู่พอกิน ยังสามารถเลี้ยงตัวเองได้ และไม่ต้องการขอรับการช่วยเหลือจากชุมชน
- 2) ยอมรับการติดเชื่อไม่ได้ ด้วยเห็นว่าเป็นเรื่องที่น่าอับอายทั้งตัวเองและญาติพี่น้อง
- 3) หวาดกลัวชาวบ้านจะสมน้ำหน้า เนื่องจากได้เคยคาดโทษคนอื่นที่ซุบซิบว่าตัวเองติดเชื่อ
- 4) ร่างกายยังแข็งแรง ยังไม่มีอาการปรากฏเด่นชัด
- 5) กลัวถูกทอดทิ้งและสูญเสียสัมพันธภาพกับครอบครัวและญาติ

ดังนั้น ในรายที่ยังยอมรับการติดเชื่อไม่ได้จะด้วยสาเหตุใดก็ตาม ทำให้ไม่สามารถที่จะให้ความช่วยเหลือได้ ทั้งในด้านการดูแลสุขภาพและการช่วยเหลืออื่นๆ ที่จำเป็น เช่น การรับเบี้ยยังชีพ เป็นต้น

6.4.4 ปัญหา/อุปสรรคและความคาดหวัง

ภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื่อเอดส์ส่วนใหญ่ยังอยู่ในระดับดี มีการดูแลสุขภาพของตนเองด้วยการรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ งดของแสลงตามความเชื่อพื้นบ้าน เช่น งดกิน กบ ปลาตุก ปลาหมอง เพราะจะทำให้ปวดตามกระดูก เป็นต้น เมื่อเกิดการเจ็บป่วย เช่น ปวดหัว เป็นไข้ ก็จะใช้สมุนไพรพื้นบ้านมาช่วยให้อาการดีขึ้น แต่ก็ยังต้องไปซื้อสมุนไพรที่ผลิตสำเร็จรูป (แคปซูล) จากพะเยา แทนที่จะผลิตเอง เพียงเพราะขาดอุปกรณ์การผลิต ซึ่งก็ไม่จำเป็นต้องใช้แคปซูลเสมอไป อาจปลูกเองและใช้ในรูปแบบอื่นได้

แม้ในเบื้องต้นความเชื่ออาทรจากชุมชนและวัดจะช่วยบรรเทาความเดือดร้อนในการยังชีพได้ระดับหนึ่ง แต่ในระยะยาวก็ยังมีปัญหาการยังชีพของผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะการที่นายจ้างไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อเข้าทำงาน อันมีสาเหตุมาจากลักษณะงานที่ผู้ติดเชื้อทำได้ ไม่เป็นที่ต้องการของนายจ้าง หรือมีงานให้ทำแต่ไม่เหมาะสมกับขีดความสามารถและความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อ นอกจากนั้นนายจ้างบางคนยังให้ความเห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์บางคนชอบเอาการติดเชื้อเอดส์มาเป็นเครื่องต่อรองในการเลือกงานที่จะทำ โดยอ้างว่าทำงานหนักไม่ได้ หรือมีอาการเจ็บป่วยและขาดงานบ่อย ทำให้งานที่รับมาทำนั้นส่งผลให้ลูกค้าไม่ทันกำหนด เช่น การทำเก้าอี้หินอ่อน เป็นต้น ดังนั้นผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่จึงยังคงต้องดิ้นรนทำอาชีพอิสระเท่าที่จะหาได้ เช่น ผู้หญิงส่วนใหญ่ก็จะทำงานเย็บปักผ้า บ้างก็ขายหอย ขายเบอร์ ขายมะก่องดี (หอยชาวบ้านที่ใช้วิธีทายปริศนาภาพสัตว์) ตามบ้าน ส่วนผู้ติดเชื้อชาย ซึ่งมักจะประกอบอาชีพรับจ้างแรงงาน จึงอยู่ในสภาพที่ว่างงานมากกว่าผู้หญิง

ยิ่งเมื่อมีอาการเจ็บป่วยจนไม่สามารถไปประกอบอาชีพได้ รายได้หลักจึงต้องพึ่งพิงเบี้ยยังชีพที่ได้รับจากกรมประชาสงเคราะห์ เดือนละ 500 บาท ซึ่งนอกจากไม่เพียงพอต่อการยังชีพแล้ว ยังล่าช้า ใช้เวลาดำเนินการตามขั้นตอนราชการยาวนาน (บางแห่งยังมีผู้ติดเชื้อกล่าวหาว่า ตนถูกหักค่าหัวคิวจากผู้มีหน้าที่เกี่ยวข้องถึง 100-200 บาท) แต่เดิมนั้น ผู้ติดเชื้อเอดส์หญิงส่วนใหญ่จะพึ่งรายได้จากสามี เมื่อสามีไม่มีรายได้และล้มป่วยลง ในช่วงแรกๆ ก็อาจนำเงินที่สะสมได้บ้างเล็กน้อยจากการเก็บเล็กผสมน้อย มาใช้จ่ายทั้งการรักษาและค่าอาหารยังชีพ แต่เมื่อเงินเก็บหมดลงจึงจำเป็นต้องออกไปรับจ้างตามที่จะมีโอกาส รายได้จึงไม่แน่นอน ได้งานเฉลี่ยเพียงเดือนละ 10 วันๆ ละ 80-100 บาท บางรายที่โชคดียังพอมิ พ้อ แม่ ญาติพี่น้องที่พอมิฐานะ จุนเจือ ช่วยเหลือ ดูแลกันไปตามมีตามเกิด แต่รายที่พึ่งพาญาติพี่น้องไม่ได้ก็ต้องลำบากแสนสาหัส

6.4.5 กลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชนป่าซางในอนาคต

ผลการสนทนากลุ่มระหว่าง กลุ่มผู้ติดเชื้อ พระ ผู้นำชุมชน อบต. และหน่วยราชการในท้องถิ่นของชุมชนป่าซาง อาจสรุปกลยุทธ์ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชนป่าซาง ได้ดังนี้

1) ควรต้องปรับองค์กรในการทำงาน ให้มีคณะทำงานระดับหมู่บ้าน/ตำบลร่วมกันหลายๆ ฝ่าย เช่น ครู สาธารณสุข อสม. พระ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน และอบต. อย่างเป็นระบบและเป็นทางการ โดยเลือกคนที่มีความสามารถและมีความเสียสละมาช่วยกันทำงาน รวมทั้งจัดให้มีการสื่อสารข้อมูลความเคลื่อนไหวเกี่ยวกับกิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อ แก่ทุกฝ่ายของชุมชนได้รับทราบกันอย่างทั่วถึงและให้การสนับสนุน

2) ประสานความสามัคคีกันระหว่างคณะกรรมการเอดส์ กับผู้ติดเชื้อเอดส์ในการทำงานร่วมกัน มีการประชุม พบปะปรึกษาหารือกันเป็นประจำ รวมทั้งจัดทำแผนงานร่วมกัน จัดช่องว่างระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์กับชุมชน โดยการรณรงค์ให้ความรู้กับประชาชนเพิ่มมากขึ้น

3) สำรวจและจัดทำข้อมูลให้เป็นปัจจุบัน เกี่ยวกับความต้องการช่วยเหลือของผู้ติดเชื้อเอดส์ รวมทั้งจัดทำโครงการเสนอเข้าแผนของ อบต. หรือศูนย์ส่งเสริมสุขภาพราษฎรแต่ละท้องถิ่น

4) ดำเนินการคัดกรองการช่วยเหลือกับครอบครัวเด็กที่พ่อแม่เสียชีวิตจากเอดส์ ให้มีการตรวจสอบถึงฐานะความเป็นอยู่ที่แท้จริง ว่ายากจนจริงหรือไม่ ก่อนให้การช่วยเหลือ

5) จัดอบรมให้กับนักเรียนในโรงเรียน ให้เป็นผู้ที่มีความรู้ความสามารถและทักษะในป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยอาจจะให้วัดในชุมชนทุกแห่งเป็นศูนย์กลางในการให้ความช่วยเหลือเด็กในชุมชน

6) รัฐควรจัดสรรงบประมาณให้กับเด็กแรกเกิด - 15 ปี ให้ได้รับการดูแลเอาใจใส่เกี่ยวกับ

- ค่าเล่าเรียน - ค่านม ค่าอาหาร
- ค่าเสื้อผ้าเครื่องนุ่งห่ม - อุปกรณ์การเรียน สมุด ปากกา ดินสอ
- ที่อยู่อาศัย - การรักษาพยาบาลและบัตรประกันสุขภาพครอบครัว

7) การเบิกจ่ายเงินช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ (ประชาสงเคราะห์) ควรจะมีการถ่ายโอนการจ่ายเงินให้กับองค์กรท้องถิ่นได้พิจารณาตามความเหมาะสมกับสถานะการณ์และเกิดความรวดเร็ว ไม่ใช่ให้รายบุคคลไปร้องขอ เหมือนขอทานจากรัฐ

8) จัดศูนย์ดูแลลูกผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เป็นเด็กก่อนวัยเรียน อย่างน้อยอำเภอละแห่ง เพื่อแก้ไขปัญหาลูกกำพร้าที่ต้องได้รับการดูแลเอาใจใส่และอบรมให้เป็นเด็กดี

9) ให้เด็กโตได้เข้าเรียนในโรงเรียนศึกษาสงเคราะห์ ซึ่งรัฐให้การช่วยเหลือเกือบอยู่แล้ว

10) ให้มีการปรับเปลี่ยนวิธีการช่วยเหลือเบี้ยยังชีพของกรมประชาสงเคราะห์ คือแต่เดิมให้เป็นเงินสดแก่รายบุคคล มาเป็นการสนับสนุนกองทุนเลี้ยงชีพแก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์แทน เพราะเดือนละ 500 บาทต่อคน น้อยเกินกว่าที่จะยังชีพอยู่ได้ และการจ่ายเป็นรายบุคคล ทำให้เม็ดเงินที่จ่ายหมดไป เกิดประโยชน์น้อย แทนที่จะจ่ายเป็นก้อน/กองทุนเลี้ยงชีพ ให้ อบต./เทศบาล เป็นผู้บริหารจัดการ โดยจัดบงท้องถิ่นสมทบเท่ากับที่รัฐจัดสรรให้จากส่วนกลาง โดยท้องถิ่นอาจจะสนับสนุนทั้งในรูปแบบของเงินเดือนยังชีพและรูปแบบเงินทุนประกอบอาชีพแก่ผู้ติดเชื้อ เพื่อให้เม็ดเงินถูกใช้อย่างคุ้มค่าที่สุด

6.5 ชุมชนแม่ไร่ (กลุ่มดอกตะล่อม ตำบลแม่ไร่ อำเภอแม่จัน)

6.5.1 ความเป็นมาและสถานการณ์ปัจจุบัน

นับตั้งแต่ คนแรกที่เสียชีวิตจากเอดส์ในตำบลแม่ไร่เมื่อประมาณปี พ.ศ. 2535 จนถึงเดือนธันวาคม 2541 มีคนเสียชีวิตแล้วไม่น้อยกว่า 100 คน เดิมผู้ติดเชื้อจำนวนมากจากทุกหมู่บ้านในตำบล มาใช้บริการที่สถานีนอนามัยแม่ไร่ แต่ต่อมากเกิดความรังเกียจจากคนทั่วไปที่มาใช้บริการที่สถานีนอนามัยด้วยกัน ทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดความอาย ไม่อยากเปิดเผยตัวและไม่อยากไปใช้บริการที่สถานีนอนามัยดังเดิม จึงเกิดการรวมกลุ่มกันขึ้นที่วัดสันกอง เมื่อปี 2539 แทนการไปใช้บริการที่สถานีนอนามัย โดยมีเจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยแม่ไร่ คือนายณรงค์ ใจวง เป็นผู้ประสานงานและมาดูแลกลุ่มผู้ติดเชื้อที่วัดสันกอง ซึ่งมีพระครูฤกิตประยุต เจ้าคณะตำบลแม่ไร่ เป็นที่พึ่งพิงและเป็นผู้ตั้งชื่อ "กลุ่มดอกตะล่อม" เมื่อเดือนสิงหาคม 2540 ดังนั้น การเกิดกลุ่มดอกตะล่อม จึงมาจากแรงผลักดันสำคัญคือ เจ้าหน้าที่สถานีนอนามัยและเจ้าคณะตำบล เป็นหลัก

ต่อมาลูกชายของนายคำคำ ห้วยไร่ (อสม. บ้านดอนชัย) ซึ่งเป็นสมาชิกกลุ่มคนหนึ่งได้เสียชีวิตลง ทั้งสามีและภรรยา เหลือแต่หลานชายที่ยังเล็ก นายคำคำ ซึ่งต้องมาเลี้ยงดูหลานที่ติดเชื้อมานาน จึงได้ยกบ้านของลูกชายให้เป็นสถานที่รวมกลุ่มและเป็นที่ทำการของกลุ่มดอกตะล่อม รวมทั้งเป็นที่ผลิตยาสมุนไพรแจกจ่ายสมาชิกกลุ่ม เรียกชื่อว่า ศูนย์สุขภาพดี เนื่องจากเป็นบ้านที่มีพื้นที่กว้างขวางและเป็นสัดส่วนเอกเทศไม่โล่งแจ้งเป็นที่สาธารณะเหมือนวัด จึงทำให้ผู้ติดเชื้ออยากมาร่วมกิจกรรมที่ศูนย์สุขภาพดีเหมือนกับอยู่บ้านของตน บางคนทีละเลาะกับครอบครัวเป็นครั้งคราวก็นิยามหาความสงบบนอนค้างที่ศูนย์ก็มี นอกจากนี้แล้วยังมีที่นาและบ่อปลาให้สมาชิกกลุ่มได้ช่วยกันทำกินและช่วยกันดูแล เพื่อช่วยเสริมรายได้ให้แก่คนที่มีฐานะไม่ดี

ปัจจุบันกลุ่มดอกตะล่อมมีสมาชิก 48 คน จาก 8 หมู่บ้าน มีเด็กที่ติดเชื้อและเปิดเผยถึง 19 คน แต่ก็มีผู้ติดเชื้อที่ไม่เปิดเผยมากกว่า 3-4 เท่า โดยเฉพาะคนที่ออกไปทำงานนอกหมู่บ้านแล้วติดเชื้อเอชไอวี กลับมามากจะไม่กล้าเปิดเผย กลุ่มดอกตะล่อมนับว่าเป็นกลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนอย่างมากจากหน่วยงานต่างๆ จนอาจจะกล่าวได้ว่าเป็นกรณีตัวอย่างสาธิต (Showcase) ก็ว่าได้ กลายเป็นแหล่งศึกษาดูงานทั้งของภาครัฐและเอกชน

นอกจากหน่วยงานภาครัฐเช่น สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ/จังหวัด โรงพยาบาลอำเภอแม่จันและประชาสงเคราะห์อำเภอแม่จัน ที่ได้ให้การสนับสนุนอย่างดีโดยเฉพาะในด้านเงินทุน ยังมีองค์กรภาคเอกชน มารวมมาตุ้มให้การสนับสนุนอย่างมากมายเช่น องค์การแคร์, PDA, กลุ่มสายใยรัก, สภาคริสตจักร, มูลนิธิหมอล่อมฯ และมูลนิธิกองทุนต่างๆ รวมทั้งยังได้รับงบประมาณจากกองทุนเอชไอวีหมู่บ้าน และ อบต. ตลอดจนถึงวัดและโบสถ์ ซึ่งบางทีก็จะเป็นสิ่งของและปัจจัยแทนเงิน

ดังนั้น กรณีของกลุ่มดอกตะล่อมจึงเป็นกรณีพิเศษเฉพาะ (Unique) ซึ่งไม่เหมือนกลุ่มผู้ติดเชื้ออื่นๆ เพราะมีแกนนำกลุ่มที่เข้มแข็งและทุ่มเทเสียสละตัวเอง ที่ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อเลย แต่เป็นอสม. (ลุงคำคำ) เจ้าหน้าที่สาธารณสุขตำบล (นายณรงค์ ใจวง) และเจ้าคณะตำบล (พระครูศุภกิตประยุต) ซึ่งก็อยู่ในกลุ่มคณะสงฆ์อาวาสอำเภอแม่จัน ที่ได้รับการส่งเสริมและสนับสนุนจากโรงพยาบาลอำเภอแม่จัน หรืออาจกล่าวได้ว่า เป็นความลงตัวได้พอดีในลักษณะที่จัดตั้งจากทางราชการ บวกกับลักษณะเฉพาะส่วนบุคคลของแกนนำที่เข้มแข็งและเสียสละทั้งสามคน จึงทำให้กลุ่มสามารถดำเนินกิจกรรมได้เด่นชัด ต่อเนื่องและยาวนาน และเป็นเหตุให้ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรภาคเอกชนมากมายดังกล่าว

ซึ่งแตกต่างกับกลุ่มผู้ติดเชื้อทั่วไปที่แกนนำกลุ่มมักจะเป็นผู้ติดเชื้อด้วย แม้จะมีความเข้มแข็งสักเพียงใด แต่เมื่อต้องล้มป่วยหรือเสียชีวิตลง ก็จะกระทบต่อการคงอยู่ได้ของกลุ่ม จึงมักจะพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะดำรงคงอยู่อย่างเข้มแข็งได้ไม่นาน หรือล้มลุกคลุกคลานตั้งแต่ต้น เพราะแกนนำไม่เข้มแข็งเป็นเหตุให้ไม่ค่อยได้รับความสนใจและทุ่มเทช่วยเหลืออย่างมากมาย จากองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชน อย่างเช่นกลุ่มดอกตะล่อมแห่งชุมชนแม่ไร่

ดังนั้น กรณีตัวอย่างสาธิตกลุ่มดอกตะล่อม ถือเป็นประเด็นที่จะถกเถียงเพื่อสร้างสรรค์ทางปัญญาได้อีกมากเช่น ควรทุ่มเทช่วยเหลือเพราะกลุ่มเข้มแข็งดี หรือควรทุ่มเทช่วยเหลือเพราะกลุ่มยังอ่อนแอ ?

6.5.2 บทเรียนจากการเรียนรู้และการปรับตัว

เหตุที่บ้านดอนชัย ตำบลแม่ไร่เป็นพื้นที่ระบาดอย่างรุนแรงของโรคเอดส์ตั้งแต่ยุคต้นๆ ก็เนื่องจากตำบลแม่ไร่มีห้องขายบริการทางเพศทั้งที่เปิดเผยและไม่เปิดเผยประมาณ 20 กว่าแห่ง ทำให้เกิดการระบาดอย่างรุนแรง แม้ว่า หลังจากที่เกิดการระบาดของโรคเอดส์ได้ไม่นานช่องก็ถูกปิด แต่มีการจัดงานรื่นเริงบ่อยขึ้น มีการดื่มเหล้า มีการมั่วสุมทั้งในผู้ใหญ่ที่ไม่ใช่คู่สมรสของตนเอง และวัยรุ่นมั่วกันเองกับเพื่อน จะสังเกตได้ตามไต้ต้นไม้ มักจะมีวัยรุ่นหนุ่มสาว ไปนั่งคุยกันตามที่มืดที่เปลี่ยว และลงท้ายด้วยการมั่วสุมทางเพศ โดยเฉพาะเยาวชนนับเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สุด จนมีการหยิบยกเรื่องการจัดงานรื่นเริงบ่อยมากกันในชุมชน ซึ่งมีการเสนอให้ฝ่ายบ้านเมืองควบคุมลดความถี่การจัดงานรื่นเริงลง เพื่อเป็นการตัดไฟแต่ต้นลม เป็นการลดโอกาสการมั่วสุม

ผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ เนื่องจากครอบครัวประกอบอาชีพปลูกข้าวโพดหวานหรือผัก ที่ต้องใช้ปุ๋ย/ฮอร์โมน ซึ่งเมื่อไปสัมผัสแล้วจะมีตุ่มและผื่นขึ้นตามร่างกาย รักษาหายช้า แต่ก็ใช้แรงงานในการเย็บปัก ถักร้อยผ้าและดอกไม้ต่าง ๆ เพื่อใช้เวลาว่างให้เกิดประโยชน์มากกว่าทำอย่างธุรกิจ แต่ทางกลุ่มดอกตะล่อมโชคดี ที่ได้รับการสนับสนุนอาชีพเสริมจากพ่อค้าขายส่งในตลาดห้วยไคร้ โดยช่วยล้งรอนทุนบางส่วนและช่วยรับซื้อผลผลิต ทางกลุ่มจึงได้จ้างครูมาสอนการทำผ้าปักให้กับสมาชิกกลุ่ม ทำให้สมาชิกกลุ่มมีรายได้จากการปักผ้าจำหน่าย พร้อมกับนั้น ยังประดิษฐ์ดอกไม้พลาสติกขายด้วย บวกกับที่ศูนย์สุขภาพดีมีที่เลี้ยงปลา เลี้ยงไก่และปลูกพืชผักสมุนไพร จึงทำให้สมาชิกกลุ่มมีทางเลือกในการหารายได้มาเลี้ยงตัวเองหลายทาง ในส่วนของผลผลิตสมุนไพรก็จะนำมาทำแห้ง บดเป็นผงและบรรจุแคปซูลบริการแจกจ่ายแก่สมาชิกไว้ใช้เอง รวมทั้งมีการอบสมุนไพร ซึ่งนอกจากจะปลูกเองแล้วยังมีชาวบ้านและญาติช่วยหาสมุนไพรมาสมทบด้วย

ดังนั้น ภายในศูนย์สุขภาพดี จึงมีการแสดงข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งให้การช่วยเหลือทั้งภาครัฐและเอกชน มีการจำหน่ายผลิตภัณฑ์จากกลุ่ม ทำให้ผู้ติดเชื้อมีรายได้ช่วยตัวเองได้มากขึ้น ในการรวมกลุ่ม จะมีการตรวจสุขภาพร่างกายทุกวันจันทร์ตอนบ่าย อบรมให้ความรู้ ฝึกจิตใจและทำสมาธิ เดือนละ 1 ครั้ง ช่วยกันบดยา อัดเม็ดยา ใช้ทานเอง ทำสวนสมุนไพรที่บ้าน มียาและเวชภัณฑ์สามัญประจำบ้าน ไว้บริการ 24 ชั่วโมง ณ ที่ตั้งกลุ่ม หรือ ศูนย์สุขภาพดี

ความสำเร็จของกลุ่มดอกตะล่อมในการเรียนรู้และปรับตัว คงปฏิเสธไม่ได้ว่าส่วนสำคัญมาจากบทบาทของ อสม. อย่างสูงค่าคำ และบทบาทของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอย่าง นายณรงค์ ใจวง ที่ทำงานในลักษณะ NGO แม้ตัวจะเป็นข้าราชการ ซึ่งทั้งสองได้กลายเป็นแกนนำกลุ่มไปโดยปริยายทั้งที่ไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ นอกจากนั้นลุงดำคำยังมีความรู้พื้นฐานการแพทย์พื้นบ้านล้านนา หรือหมอเมือง และอ่านตัวอักษรล้านนาได้ จึงได้ศึกษานันทิกหมอเมืองเก่าๆ เพื่อค้นหาความรู้และตำรับสมุนไพรที่เทียบเคียงกับการบำบัดรักษาอาการของผู้ติดเชื้อ เขาได้แปลตำรา "คิลานะเภสัชปัจจะยา" ของพระอาจารย์สุทัศน์ อภสสโรภิกขุ (ฤาษีนา ตำบล) แห่งวัดน้ำตกแม่แอบ ตำบลบ้านแซว อำเภอเชียงแสน ซึ่งบันทึกตำราสมุนไพรและการรักษาอาการเจ็บป่วยไว้มากมาย แต่ลุงดำคำยังไม่ได้นำมาใช้กับสมาชิกกลุ่มดอกตะล่อม โดยตรง

6.5.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อมีกับชุมชน

แม้ในช่วงแรกที่ยุติติดเชื้อมีกับชาวบ้านทั่วไปยังมีช่องว่างอยู่บ้างที่เกิดข้อรังเกียจในการไปใช้บริการสุขภาพที่สถานีนามัยเดียวกัน แต่หลังจากที่ได้แยกมารวมกลุ่มและทำกิจกรรมกลุ่มเป็นเอกเทศ ภายใต้การสนับสนุนของพระครู สถานีนามัย อสม. และอบต. รวมทั้งชาวบ้านค่อยๆ เข้าใจมากขึ้นและสมาชิกกลุ่มเองก็พยายามปรับตัว ทำประโยชน์ให้กับชุมชนและร่วมกิจกรรมชุมชนโดยไม่ให้เกิดความอึดอัดใจแก่ชาวบ้าน เช่น ไปช่วยงานสาธารณะ งานบุญ งานวัด หรืองานศพ โดยหลีกเลี่ยงที่จะไปจับต้องอาหารน้ำดื่ม หรือไปบริการอาหารน้ำดื่ม เพื่อป้องกันไม่ให้ชาวบ้านที่ยังทำใจไม่ได้เกิดความรังเกียจหรือกลัวจะไม่สะอาด ทำให้มีการยอมรับผู้ติดเชื้อมีเกือบจะเหมือนคนปกติ

จนมีชาวบ้านมาร่วมกิจกรรมกับกลุ่มดอกตะล่อมมากขึ้น มีกลุ่มแม่บ้านและเยาวชน เข้ามามีบทบาทร่วมการทำอาชีพเสริมและช่วยหาสมุนไพรมาสมทบ หรือแม้แต่โบสถ์คริสต์ของบ้านห้วยไคร้ ซึ่งเป็นตำบลเพื่อนบ้านของตำบลแม่ไร่ ก็มาสนับสนุนปัจจัยกันบ่อยๆ ด้วยเหตุที่ตำบลห้วยไคร้ไม่มีกลุ่มผู้ติดเชื้อมี นับว่ากลุ่มดอกตะล่อมได้กลายเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนในบริเวณนั้นโดยปริยาย

6.5.4 ปัญหา/อุปสรรคและความคาดหวัง

จากที่กลุ่มได้เรียนรู้และปรับตัวจนได้รับการสนับสนุนจากชุมชนในเกือบทุกด้าน รวมไปถึง อบต. ที่จะเป็นความหวังในการรองรับปัญหาในระยะยาว แต่สิ่งที่ยังเป็นอุปสรรคเฉพาะหน้าคือกองทุนที่จะช่วยเสริมสภาพคล่องในการทำอาชีพเสริม และปัญหาเด็กติดเชื้อมีที่เริ่มมีอาการยังไม่ดีที่พึงพิง เพราะโรงเรียนก็ไม่สามารถจะรองรับปัญหาได้ เนื่องจากผู้ปกครองกลัวลูกติดเชื้อมีจากการสัมผัสเวลาเล่นกับเด็กที่ติดเชื้อมี จนบางคนไม่กล้าให้ลูกไปโรงเรียน

สำหรับการทำงานด้านเอคส์ในตำบลแม่ไร่ ผู้ทำงานไม่ได้มีเงินเดือน มาทำด้วยความเสียสละ และกลุ่มเองก็ไม่มีเงินรายได้เข้ามาแต่อย่างใด เพียงแต่รอรับเงินสนับสนุนจาก ผู้ใหญ่ องค์กรเอกชน หน่วยงานราชการ ผู้ทำต้องทำด้วยใจรักเท่านั้น แต่เนื่องจากกลุ่มดอกตะล่อมมีคนมาศึกษาดูงานบ่อย มีผู้ติดเชื้อมีเอคส์เดินเข้าเดินออกทุกวัน สร้างความงุนงงสับสนให้กับชาวบ้านในละแวกใกล้เคียง ว่าเป็นการทำงานที่มีรายได้/ผลประโยชน์ เมื่อทางกลุ่มขอรับบริจาคหรือขอรับการสนับสนุนเงินทุนจากชุมชน จึงมักถูกผู้นำชุมชนมองว่าผู้ทำงานอาจมีส่วนได้ประโยชน์ ยิ่งชาวบ้านไม่ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการรับรู้ความเป็นไปในกลุ่ม จึงไม่ทราบสถานภาพทางการเงินของกลุ่ม เพียงแต่คาดเดาเอาจากจำนวนคนที่เข้าออกเท่านั้น

ดังนั้น ความไม่ชัดเจนในเรื่องของการบริหารจัดการกลุ่ม ต่อสมาชิกกลุ่มหรือต่อชุมชนก็ตาม รวมทั้งก่อนตัดสินใจดำเนินการใดๆ สมาชิกกลุ่มอาจจะมีส่วนร่วมในการตัดสินใจน้อยกว่าที่ควร จึงอาจถูกชาวบ้านบางส่วน/สมาชิกกลุ่มบางส่วน เกิดข้อข้องใจอยู่บ้าง ทำให้มองการดำเนินงานของกลุ่มไปในทางที่ขาดความโปร่งใส โดยเฉพาะผู้นำชุมชนบางคน (ระดับกำนัน) ยังคงค่อนข้างจะมีอคติกับกลุ่มผู้ติดเชื้อมีและยังมีความคิดแบบโบราณที่อยากจะให้ผู้ติดเชื้อมีไปอยู่รวมกันในที่ที่จำกัด เช่นนิคมโรคเรื้อน ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าแม้ในภาพลักษณ์ของสายตาคนภายนอก จะชื่นชมกับความเข้มแข็งและความสำเร็จของกลุ่มดอกตะล่อม

แต่ว่าในสายตาของคนในชุมชน โดยเฉพาะในระดับผู้นำสูงสุดของชุมชน กลับมองเห็นไปในทางตรงข้าม อย่างไรก็ตาม เมื่อมีโอกาสเรียนรู้ร่วมกันจากการสนทนากลุ่มที่ประกอบด้วยคนหลายฝ่าย ทั้งในชุมชนและนอกชุมชน ความเข้าใจในข้อเท็จจริงต่างๆ ได้ช่วยลดช่องว่างแห่งความเข้าใจลงไปได้มาก แม้ว่าจะยังมีความคิดในการแก้ไขปัญหายเอตส์ของชุมชนที่ยังไม่เป็นเอกภาพเสียทีเดียว ซึ่งเป็นอุทาหรณ์สอนว่า ความช่วยเหลือจากภายนอกชุมชน อาจแทรกแซงและต่างช่องว่างในชุมชนได้ หากไม่มีเจตนาตัดสินใจของชุมชนร่วมกัน และความยั่งยืนในเชิงระบบก็จะเกิดขึ้นได้ยาก

6.6 ชุมชนเกาะช้าง (กลุ่มฝั่งสาย ตำบลเกาะช้าง อำเภอแม่สาย)

6.6.1 ความเป็นมาและสถานการณ์ปัจจุบัน

เริ่มจากปี 2535 ที่มีผู้ติดเชื้อในหมู่บ้านยอมเปิดเผยตัว 3 คน เพราะอยากมีเพื่อน รวมทั้งต้องการให้ผู้อื่นยอมรับและให้ความช่วยเหลือ โดยเฉพาะอยากให้ชาวบ้านเข้าใจว่าคนติดเชื้อเอตส์ยังทำงานได้ ทางมูลนิธิศุภนิมิต ได้เข้ามาให้การช่วยเหลือในขณะนั้น โดยเข้ามารณรงค์ให้ความรู้และข้อปฏิบัติที่ถูกต้องแก่ผู้ติดเชื้อและชุมชน ทำให้ผู้ติดเชื้อคนอื่นกล้าที่จะเปิดเผยตัวและเริ่มเข้ามาเข้าร่วมกลุ่มมากขึ้น โดยมีพ่อหลวงสุคำ เป็นแกนนำประสานงานให้เกิดกลุ่มจนมีสมาชิกกลุ่มเพิ่มขึ้นถึง 30 คน แต่ปัจจุบันเหลือเพียง 19 คน เพราะเสียชีวิต

ที่จริงยังมีผู้ติดเชื้อที่ไม่เปิดเผยตัวมากเป็น 2 เท่า เพราะยังทำใจไม่ค่อยได้และส่วนใหญ่ยังพึ่งพาตนเองได้ สำหรับคนที่ยากจนแต่ไม่กล้าเปิดเผยตัวก็ใช้วิธีแอบมาขอความช่วยเหลือจากกลุ่ม รวมทั้งผู้ติดเชื้อชาวพม่าที่อยู่ฝั่งตรงข้ามก็มักจะข้ามแม่น้ำสายมาขอความช่วยเหลือจากกลุ่ม จนมาอาศัยอยู่กันถาวรถึง 3 ครอบครัว (5 คน) เพราะสามีเสียชีวิตแล้ว กลับไปก็ไม่มีที่พึ่ง

ในปี 2537 พ่อหลวงสุคำและกลุ่มแกนนำได้มีโอกาสไปศึกษาดูงานด้านเอตส์ที่แอฟริกา ในประเทศอูกันดา เป็นเวลา 1 สัปดาห์ โดยได้รับการสนับสนุนจากมูลนิธิศุภนิมิต การดูงานทำให้กลุ่มแกนนำได้แนวคิด ประสบการณ์และกำลังใจขึ้นมาก จึงได้นำประสบการณ์มาปรับปรุงสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มในการพึ่งพาตัวเองให้ได้มากที่สุด โดยเฉพาะการรองรับปัญหาเด็กกำพร้าที่มีอยู่ถึง 45 คน รวมทั้งยังเผื่อแผ่ไปยังประเทศเพื่อนบ้านพม่า ซึ่งก็มีผู้ติดเชื้อเป็นจำนวนมาก โดยมีพระครูวิสุทธาจารย์นิวัตร เจ้าอาวาสวัดป่าแดงหลวงและเจ้าคณะตำบลเกาะช้าง เป็นที่พึ่งทางใจและให้การสนับสนุนปัจจัยอย่างแข็งขัน

ตั้งแต่ปี 2540 ทางกลุ่มได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณจาก PDA ให้ทุนแก่เด็กนักเรียนระดับมัธยมที่เป็นลูกผู้ติดเชื้อ 18 ทุนๆ ละ 6,000 บาท/ปี และให้ทุนยังชีพแก่ผู้ติดเชื้อที่ช่วยตัวเองไม่ได้ 9 คนๆ ละ 3,000 บาท รวมทั้งทางกลุ่มยังได้ส่งเสริมให้ลูกผู้ติดเชื้อที่เรียนชั้นประถมจำนวนถึง 45 คน มีรายได้โดยให้ช่วยกันปลูกกระเทียมขาย ส่วนลูกผู้ติดเชื้อที่เรียนจบระดับมัธยม ก็หางานให้ทำโดยนำไปฝากโรงงาน 2 แห่ง ที่ตั้งอยู่ในตำบลเกาะช้าง เป็นการบรรเทาความเดือดร้อนของผู้ติดเชื้อได้ระดับหนึ่ง ในระยะหลัง ทางอบต. เองก็เริ่มเข้าใจปัญหายเอตส์และบทบาทของตนมากขึ้น ดังนั้นตั้งแต่ปี 2542 เป็นต้นไป จึงได้บรรจุแผนงานช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยเริ่มต้นในปีแรกเป็นเงิน 10,000 บาท

6.6.2 บทเรียนจากการเรียนรู้และการปรับตัว

ในระยะแรกที่ชาวบ้านยังไม่เข้าใจและกลัว จึงได้ร่วมกับมูลนิธิทำการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องเอชส์ที่ถูกต้องแก่ชาวบ้าน ส่งเสริมการทำสวนสมุนไพรให้ผู้ติดเชื้อได้พึ่งพา ส่งเสริมการเพาะเห็ดนางฟ้า เลี้ยงไก่ เลี้ยงกบและเลี้ยงปลา เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีงานทำ สามารถเลี้ยงดูตนเองและครอบครัวได้ ประจวบกับมีผู้ติดเชื้อคนหนึ่ง ซึ่งมีบ่อปลาและคอกหมูประมาณ 1 ไร่ ได้เสียชีวิตลง และได้ยกบ่อปลาและคอกหมูให้กลุ่มผู้ติดเชื้อได้อาศัยทำกินและนำผลผลิตออกขายเพื่อหารายได้เข้ากลุ่ม

นอกจากนั้น ด้วยการนำของพ่อหลวงสุคำและพระครูวิสุทธิธาราจารย์วิฐ กลุ่มยังช่วยกันหารายได้จากงานทอดผ้าป่า โดยการออกร้าน (สอยดาว) มีหน่วยงานต่างๆ มาร่วมบริจาคสิ่งของรางวัลเพื่อชิงโชค ทำให้กลุ่มหาเงินเข้ากองทุนของกลุ่มได้ถึง 2 หมื่นกว่าบาท โดยได้นำเงินส่วนหนึ่งมาลงทุนเลี้ยงหมู เมื่อขายหมูได้ก็จะหักทุนคืนให้กองทุนและนำผลกำไรมาแบ่งปันกันเป็นรายได้แก่สมาชิกที่ช่วยกันเลี้ยงหมู แล้วก็จะลงทุนใหม่เพื่อซื้อลูกหมูมาเลี้ยงในรุ่นต่อไป นอกจากนั้นยังลงทุนซื้อไก่ไข่ให้สมาชิกคนละ 5 ตัวเพื่อเลี้ยงไว้กินไข่ มีการเชิญเจ้าหน้าที่เกษตรมาแนะนำการปลูกผักสวนครัว เช่น ถั่ว ผักคะน้า ผักกาด แบบผักปลอดสารพิษ สำหรับบริโภคในครัวเรือน

จากการส่งเสริมให้กลุ่มมีอาชีพและรายได้พอเลี้ยงตัวเอง มีทุนช่วยการศึกษาลูก รวมทั้งยังมีทุนเลี้ยงชีพสำหรับคนที่ช่วยตัวเองไม่ได้ ทำให้สมาชิกกลุ่มอยู่ร่วมกับชุมชนอย่างสงบสุข คนที่มีอาการป่วยก็จะไปรักษาตัวที่โรงพยาบาลแม่สาย โดยกลุ่มเป็นเครือข่ายของโรงพยาบาล ส่วนคนที่ยังทำงานได้ก็ช่วยกันทำงาน ผลิตสมุนไพรไว้ใช้เอง ทำให้ชีวิตมีความหวัง จนมีหนุ่มสาวผู้ติดเชื้อด้วยกันเข้าหอแต่งงานกันถึง 2 คู่ รวมทั้งคู่ของประธานกลุ่มคือ นายถาวร ยานะรส ซึ่งทั้ง 2 คู่ก็ยังมีสุขภาพสมบูรณ์แข็งแรง เป็นกำลังสำคัญของกลุ่ม

เนื่องจากตำบลเกาะช้างอยู่ติดกับแนวชายแดนประเทศพม่า กั้นด้วยแม่น้ำสายที่เดินข้ามไปมาได้ ชาวพม่าที่อยู่ฝั่งตรงข้ามส่วนใหญ่เป็นชาวไทยใหญ่และมีปัญหาการระบาดของโรคเอดส์ไม่ต่างกับฝั่งประเทศไทย ทางกลุ่มจึงได้ร่วมกับชุมชนและองค์กรพัฒนาเอกชน ข้ามไปรณรงค์ให้ความรู้และการแก้ปัญหาเอดส์แก่เพื่อนบ้านชาวพม่า มีการนำสื่อวีดีโอป้องกันเอดส์และการดูแลผู้ป่วยเอดส์ไปฉายในฝั่งพม่า แต่ต่อมาทางการพม่าเกรงจะมีผลกระทบ จึงไม่อนุญาตให้กลุ่มฝั่งสายเข้าไปรณรงค์อีก อย่างไรก็ตามทางกลุ่มฝั่งสายก็ยังพยายามใช้วิธีการประชาสัมพันธ์ผ่านเสียงตามสายที่หันลำโพงไปฝั่งพม่าให้ความรู้เรื่องการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แก่ชาวพม่าที่อยู่ฝั่งตรงข้ามด้วยสื่อทางเสียงแทน

สาเหตุสำคัญอันหนึ่งของการติดเชื้อในชุมชนนี้ ก็คือ งานรื่นเริงที่มาพร้อมกับงานบุญตามประเพณี ซึ่งจัดขึ้นค่อนข้างบ่อย เนื่องจากมีธุรกิจและรายได้/ผลประโยชน์เข้ามาแทรก ทำให้การจัดงานบุญเป็นเพียงข้ออ้างบังหน้า เมื่อจัดงานก็จะค้าขายสุราอาหาร เสพสิ่งมีนเมาและนำไปสู่การมั่วสุมทางเพศ จึงทำให้โรคเอดส์ระบาดอย่างรุนแรง ทางออกคือ ท่านพระครูได้หารือกับผู้นำชุมชน เพื่อกำหนดกฎเกณฑ์ให้จัดงานบุญได้น้อยครั้ง จะจัดเฉพาะงานบุญเท่าที่จำเป็น และกำหนดระยะเวลางานให้สั้นที่สุด เพื่อป้องกันการมั่วสุมและนำไปสู่โอกาสของการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์

6.6.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อกับชุมชน

จากการที่กลุ่มแกนนำได้ไปศึกษาดูงานต่างประเทศ ทำให้ชุมชนเข้าใจและให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้ออย่างถูกวิธี รวมทั้งกระทำตัวเป็นแบบอย่างแก่ชาวบ้านทั่วไปที่ไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ ผู้ใหญ่บ้านเองได้ร่วมกับแกนนำชุมชน ภายใต้การอุปถัมภ์ของพระครู ได้ทุ่มเทการแก้ปัญหาเอดส์ด้วยตัวชุมชนเองมาตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรคเอดส์ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งถือว่าเป็นชุมชนแรกที่บุกเบิกการแก้ปัญหาเอดส์ด้วยตัวเอง โดยการประสานงานกับเจ้าหน้าที่สถานีอนามัย พระ อสม. และ NGO เข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมสร้างความแข็งแกร่งให้กับกลุ่มจนกลายเป็นส่วนหนึ่งของชุมชนอย่างกลมกลืน มีการนัดพบปะสมาชิกกลุ่มทุกวันพุธ มาช่วยกันทำสมุนไพรแคปซูล และประชุมการดำเนินงานของกลุ่ม ซึ่งก็จะมีผู้นำชุมชนเข้ามาร่วมเสมอ รวมทั้งยังร่วมกับชุมชนในการช่วยเหลือเพื่อนชาวพม่าที่อยู่ฝั่งตรงข้าม เพื่อเป็นการสกัดกั้นปัญหาที่จะรุกรามมาฝั่งไทยได้

6.6.4 ปัญหา/อุปสรรคและความคาดหวัง

แม้ว่ากลุ่มฝั่งสายจะประสบความสำเร็จในการทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถปรับตัวและอยู่รอดได้อย่างคนปกติ แต่ก็ยังมีปัญหาสำหรับผู้ติดเชื้อรายใหม่ ที่ยังไม่ค่อยยอมเปิดเผยตัวในช่วงต้นๆ จะรับสภาพก็ต่อเมื่อป่วยหนักใกล้เสียชีวิตแล้ว ซึ่งทำให้สูญเสียโอกาสที่จะได้รับความช่วยเหลือให้มีชีวิตอย่างปกติเหมือนกับสมาชิกกลุ่มที่ยอมเปิดเผยและมาร่วมกลุ่มตั้งแต่เริ่มรู้ตัวติดเชื้อ ซึ่งทำให้บางคนอยู่มาได้มากกว่า 7 ปี หรือ 11 ปี โดยยังไม่มีการ ดึงเน้นการชักชวนให้เปิดเผยตัวในระยะแรก เพื่อให้เขาได้มีชีวิตอยู่ได้นานๆ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่ท้าทายกลุ่มฝั่งสาย

นอกจากนั้น การแก้ปัญหาในระยะยาวก็เป็นสิ่งท้าทาย เพราะจะมีปัญหาเด็กกำพร้าและผู้สูงอายุที่ขาดที่พึ่ง เนื่องจากลูกหลานเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ พ่อหลวงสุคำกับแกนนำกลุ่มได้คิดวางแผนที่จะหาเงินสักก้อนหนึ่ง เพื่อเตรียมรับปัญหาดังกล่าว โดยบางส่วนหนึ่งคงต้องอาศัยงบประมาณของ อบต. เพราะรายได้ อบต. มีมาก แต่ยังไม่ได้ให้ความช่วยเหลืออย่างเป็นระบบและจริงจัง ดังนั้นในปี 2542 ทาง อบต. จึงได้เริ่มบรรจุแผนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ พร้อมกับมีนโยบายให้ดำเนินการเรื่องเอดส์ควบคู่กับยาเสพติดและจัดทำแผนรองรับการช่วยเหลือในระยะยาว โดยเฉพาะในลักษณะของกองทุน เพราะทางกลุ่มเองก็ไม่ต้องการความช่วยเหลือแบบให้เปล่า แต่เป็นการให้ยืมโดยไม่มีดอกเบี้ยและนำเงินคืนกองทุนเมื่อได้ผลกำไร

อุปสรรคในการแก้ปัญหาเอดส์อีกประการหนึ่งของตำบลเกาะช้าง คือเพื่อนบ้านชาวพม่าที่อยู่ติดกันแค่เดินข้ามน้ำ แม้ว่าทางฝั่งเราจะสามารถแก้ปัญหาได้ก็ไม่อาจปฏิเสธปัญหาที่จะกระทบมาจากฝั่งพม่าไม่ว่าในแง่แหล่งแพร่เชื้อ หรือการเข้ามาขอความช่วยเหลือโดยตรงของผู้ติดเชื้อ ซึ่งนับวันสถานการณ์ก็จะรุนแรงมากขึ้น เพราะทางฝั่งพม่ายังไม่มีการแก้ไขปัญหากันอย่างจริงจังเหมือนกับฝั่งไทย

ดังนั้นการที่ทางกลุ่มต้องช่วยพม่าจนรงค์ก็เพื่อให้ฝั่งพม่าสามารถแก้ปัญหanyaเองได้ โดยไม่ต้องให้ชาวพม่าข้ามน้ำมาขอความช่วยเหลือจากฝั่งไทย ซึ่งปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อชาวพม่าที่มาขออาศัยอยู่ประจำ 5 คน ยังไม่รวมที่ข้ามมาขอความช่วยเหลือเป็นรายวันอีกมากมาย

6.7 ชุมชนแม่เปา (กลุ่มมิตรภาพ ตำบลสบเปา อำเภอพญาเม็งราย)

6.7.1 ความเป็นมาและสถานภาพปัจจุบัน

อำเภอพญาเม็งราย โดยเฉพาะตำบลสบเปา ถือเป็นพื้นที่ระบาดรุนแรงของจังหวัดเชียงราย ตั้งแต่เริ่มตรวจพบผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดเชียงรายเมื่อปี 2531 สาเหตุหลักมาจากเด็กสาวไปประกอบอาชีพโสเภณีที่กรุงเทพฯ และติดเชื้อเอดส์กลับมาแพร่ระบาดในท้องถิ่น ดังนั้นตั้งแต่ปี 2533 จึงเฝ้าระวังการรณรงค์และประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์อย่างหนัก

โดยเฉพาะโรงพยาบาลพญาเม็งรายเป็นด่านแรกที่ต้องเผชิญกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย จึงร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งองค์กรของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น Access, Care, มูลนิธิศุภนิมิต เป็นต้น ทำการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพื่อหยุดการแพร่ระบาดของเอดส์ รวมทั้งยังมีโครงการนำร่องระยะยาวเพื่อป้องกันไม่ให้เด็กสาวเข้าสู่อาชีพโสเภณี เช่น โครงการลูกหญิงพญาเม็งราย ให้ทุนการศึกษาต่อแก่เด็กที่จบชั้นประถมเพื่อป้องกันปัญหาตกเที่ยว แต่ปัญหาระยะสั้นยังไม่มีที่ท่าจะควบคุมได้จากการรณรงค์ประชาสัมพันธ์เพียงอย่างเดียว

ในปี 2538 จึงได้มีการจัดเวทีเสวนาขึ้นในชุมชน เพื่อให้ทุกฝ่ายมีโอกาสร่วมคิดร่วมแสวงหาแนวทางที่จะหยุดยั้งปัญหาเอดส์ให้ได้ พบว่าชุมชนส่วนใหญ่ยังขาดความรู้ความเข้าใจที่ลุ่มลึกและถูกต้อง จึงยังกลัวและไม่ค่อยยอมรับผู้ติดเชื้อ ทำให้ผู้ติดเชื้อขาดที่พึ่ง ขาดเพื่อน ขาดกำลังใจ และนำไปสู่การไม่มีงานทำ ไม่มีรายได้มาเลี้ยงชีพตนเองและครอบครัว ไม่มีเงินที่จะรักษาอาการแทรกซ้อนที่เริ่มปรากฏมากขึ้นๆ ทำให้เกิดสภาวะวิกฤตขึ้นในชุมชนต่างๆ

ในปี 2539 ทางโรงพยาบาลจึงร่วมกับฝ่ายต่างๆ ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเกิดการรวมกลุ่ม เพื่อเป็นแหล่งพึ่งพิงของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เพื่อรองรับภาวะวิกฤตที่ชุมชนยังไม่พร้อมจะเป็นฐานรองรับตามลำพัง จึงเกิดกลุ่มมิตรภาพ เพื่อรวมตัวกันช่วยเหลือกันเอง ทั้งด้านขวัญ-กำลังใจและสมาธิ ด้านการฝึกอาชีพหารายได้เสริม และด้านการดูแลสุขภาพตัวเอง ทำสวนและผลิตสมุนไพรใช้เอง โดยมีสมาชิกประมาณ 40 คน จากหลายตำบล ส่วนใหญ่มาจากตำบลพญาเม็งราย สบเปาและไม้ยา โดยการสนับสนุนด้านงบประมาณจาก NAPAC, ศอจ.ชร. และโรงพยาบาลพญาเม็งราย ภายใต้โครงการชุมชนพญาเม็งรายเข้าใจเอดส์

พร้อมกันนั้น ทางอำเภอพญาเม็งรายได้จัดตั้งศูนย์ด้านภัยเอดส์อำเภอ ตามแผนเร่งรัดการแก้ปัญหาเอดส์ของชาติ ที่เริ่มจากภาคเหนือตอนบน (ศอนบ.) จังหวัด (ศอจ.) อำเภอ (ศออ.) และตำบล โดยมีงบประมาณจากโครงการเร่งรัดการแก้ไขปัญหามาตรฐานสนับสนุน ทั้งในรูปโครงการพัฒนาเพื่อแก้ไขปัญหามาตรฐานและกองทุนเอดส์ เพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อลงมาถึงระดับตำบลและหมู่บ้าน ดังนั้นนอกจากกลุ่มมิตรภาพที่เกิดตามผลพวงของการแก้ไขปัญหามาตรฐานตั้งแต่ปี 2533 ต่อมาในช่วงปี 2539 ที่รัฐทุ่มเทงบประมาณสนับสนุนกลุ่มผู้ติดเชื้อ จึงเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อตามมาอีกหลายกลุ่ม เพื่อจะรองรับงบประมาณจากรัฐบาลดังกล่าว แต่ปัจจุบัน รัฐบาลไม่มีงบประมาณสนับสนุน ทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อที่เกิดขึ้นแบบชั่วคราวหายไปถึงเกือบหมด ที่ยังหลงเหลืออยู่บ้างก็มาสมทบกับกลุ่มมิตรภาพ ซึ่งสมาชิกกลุ่มส่วนใหญ่จะอยู่ในพื้นที่

ของตำบลพญาเม็งรายและตำบลสบเป่า ปัจจุบัน ที่ทำการของกลุ่มมิตรภาพตั้งอยู่ที่สำนักงานสาธารณสุขอำเภอพญาเม็งราย แต่ชุมชนที่รองรับกิจกรรมกลุ่มอย่างเข้มข้นอยู่ในพื้นที่ตำบลสบเป่า ภายใต้การนำของกำนันสำราญ ปาคำ

ซึ่งได้ผนวกปัญหาเอตส์เป็นส่วนหนึ่งของการพัฒนาชุมชนของตำบล (อบต.) โดยร่วมมือกับโรงพยาบาลพญาเม็งราย ภายใต้การสนับสนุนของ NAPAC ได้จัดทำโครงการ "หมู่บ้านพัฒนาคุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน" ขึ้นในตำบลสบเป่า เพื่อรองรับปัญหาเอตส์และปัญหาสุขภาพอื่นๆ รวมทั้งปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจของชุมชนในระยะยาว

6.7.2 บทเรียนจากการเรียนรู้และการปรับตัว

กลุ่มมิตรภาพที่ยืนหยัดอยู่ได้ แม้ช่วงหลังจะมีสมาชิกลดลงเนื่องจากเสียชีวิต เห็นได้ชัดเจนว่าเกิดจากการมีพี่เลี้ยง (โรงพยาบาลพญาเม็งราย) ที่เข้มแข็ง มั่นคงและต่อเนื่อง ซึ่งยังผลให้กลุ่มร่วมกับองค์กรท้องถิ่นที่เกี่ยวข้องทั้งรัฐและชุมชน ได้รับการสนับสนุนด้านงบประมาณทั้งจากภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนอย่างเป็นระบบแบบแผนที่ชัดเจนและมากพอที่จะดำเนินกิจกรรมต่างๆ อย่างเป็นรูปธรรม

ประสบการณ์ที่สำคัญคือ มีการวางแผนการแก้ปัญหาร่วมกันทุกฝ่ายอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะกับชุมชน มีการผสมผสานและนำเอาความแข็ง/ความเก่งของทุกฝ่ายให้แสดงบทบาทออกมาได้อย่างเต็มที่ มีการนำเอาภูมิปัญญาพื้นบ้านมาเป็นฐานในการดูแลสุขภาพร่วมกับการแพทย์แผนปัจจุบัน นั่นคือมีทั้ง น้ำมนต์ คาถา พิธีกรรมบำบัด สมาธิ การออกกำลังกาย การนวด โยคะ สมุนไพร อาหาร และการรักษาอาการแทรกซ้อนที่จำเป็นต้องใช้เทคโนโลยีและยาแผนปัจจุบัน

มีการฝึกและส่งเสริมอาชีพให้สมาชิกพึ่งตนเองได้และทำให้ผู้ติดเชื้อมีกิจกรรมทำตลอดไม่ฟุ้งซ่าน/คิดมาก เช่น การทำพวงหรีด ดอกไม้จันทร์ ดอกไม้ประดิษฐ์จากดินหอมมะลิ เย็บปักผ้า กรอบรูปวิทยาศาสตร์ เลี้ยงไก่ เลี้ยงหมู เลี้ยงปลา ปลูกสมุนไพรและผลิตสมุนไพรแคปซูล ทั้งผลิตใช้เองและจำหน่ายให้เพื่อนผู้ติดเชื้ออื่นๆ จนกลายเป็นแหล่งผลิตสมุนไพรแหล่งใหญ่ของจังหวัดเชียงราย

ประสบการณ์ที่สำคัญอีกด้านคือ การเชื่อมโยงเกาะเกี่ยวกันระหว่างสมาชิกในกลุ่มด้วยกันและระหว่างกลุ่มกับชุมชน ซึ่งถือเป็นส่วนสำคัญที่ทำให้กลุ่มได้รับการสนับสนุนจากชุมชนและอยู่รอด นั่นคือจะจัดให้มีกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์เป็นประจำเดือน โดยหมุนเวียนสถานที่จัด เช่น ศูนย์คริสต์จักร วัด หรือบริเวณลานบ้าน โดยมีการเล่นเกมส์ การฝึกสมาธิ ฝึกโยคะ การสือข่าวสารความเคลื่อนไหว การแนะนำดูแลสุขภาพ การแลกเปลี่ยนประสบการณ์ การปรึกษาหารือกิจกรรมกลุ่มเป็นต้น โดยการพบปะแต่ละครั้งอาจมีชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมด้วยตลอด

นอกจากนั้นยังจัดให้มีอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน ซึ่งมีอาสาสมัครจาก สมาชิกกลุ่ม ชุมชนและเจ้าหน้าที่สาธารณสุข หมุนเวียนกันไป โดยจะออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อทุกวันจันทร์-ศุกร์ เป็นการไปให้กำลังใจทั้งผู้ติดเชื้อและครอบครัวหรือญาติพี่น้อง ซึ่งเป็นการเชื่อมความสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อกับชุมชนให้แน่นแฟ้นยิ่งขึ้น เกิดความเข้าใจและเห็นใจกัน ช่วยเหลือเอื้ออาทรกันตามประสาชาวบ้านในวิถีชีวิตชนบท

6.7.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อกับชุมชน

ช่วงแรกเป็นการแทรกแซงจากหน่วยงานของรัฐ คือโรงพยาบาลพญาเม็งราย เป็นหลัก กลุ่มไม่ได้เกิดเองโดยธรรมชาติ ซึ่งในช่วงแรกๆ ที่เจ้าหน้าที่รัฐมีบทบาทค่อนข้างมาก ไม่ค่อยประสบความสำเร็จในการรวมกลุ่มและจัดกิจกรรมกลุ่ม เป็นการรวมกลุ่มกันอย่างหลวมๆ และหวังจะมารับความช่วยเหลือมากกว่า รวมทั้งชุมชนเองก็ไม่มีส่วนร่วมและไม่มีความรู้ความเข้าใจ โดยเฉพาะความกลัวที่ถูกสร้างขึ้นจากการรณรงค์ป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ก่อนหน้านี้ยังฝังใจชาวบ้านอยู่

จนเมื่อมีการจัดเวทีเสวนาในชุมชนต่างๆ สร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและสร้างโอกาสให้ทุกฝ่ายได้มีส่วนร่วมผ่านตัวกลาง/ช่องทางต่างๆ แทนที่จะผ่านปัญหาเอดส์โดยตรง ขณะเดียวกันก็เสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับแกนนำกลุ่ม ด้วยการไปศึกษาดูงาน ฝึกอบรม ให้คำปรึกษาแนะนำอย่างใกล้ชิด ข้อสำคัญคือให้มีบทบาทการบริหารจัดการกลุ่มอย่างเต็มที่ โดยไม่พยายามเข้าไปก้าวก่าย จึงทำให้การรวมกลุ่มและการจัดกิจกรรมกลุ่มเป็นของสมาชิกกลุ่มอย่างแท้จริง มีความชัดเจน มีความมั่นคงพอสมควร แม้ว่าจะยังต้องพึ่งพาที่เลี้ยงค่อนข้างมากก็ตาม ยิ่งเมื่อได้รับการสนับสนุนจากชุมชน โดยเฉพาะผู้นำท้องถิ่น (กำนันและผู้ใหญ่บ้าน) ก็ยิ่งเชื่อมโยงกลุ่มและผู้ติดเชื้อกับชุมชนแน่นยิ่งขึ้น

ตัวอย่างเช่น พ่อหลวงสมภพ ผู้ใหญ่บ้านทุ่งเจ้าเหนือ ถึงกับชักชวนกรรมการหมู่บ้านและอาสาสมัครออกเยี่ยมผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เอง ให้การดูแลช่วยเหลือสำหรับคนที่ไม่มียาที่เพียงพออย่างสม่ำเสมอ และยังตั้งกฎของหมู่บ้านขึ้นให้การปกป้องคุ้มครองผู้ติดเชื้อเป็นการพิเศษ เช่น ห้ามใครไปรังแกผู้ติดเชื้อที่เขาอาจจะอ่อนแอเกินกว่าจะคุ้มครองตัวเอง ไม่ว่าจะเป็นการไปลักขโมยทรัพย์สิน หรือไปเบียดเบียน หากฝ่าฝืนจะถูกไล่ออกจากหมู่บ้าน

ตัวอย่างที่เกิดขึ้นจริง คือ มีผู้ติดเชื้อเป็นไข้ ปรกติเสียชีวิตแล้ว ลูกอายุ 3 ขวบก็ติดเชื้อด้วยและเป็นไข้เหมือนพ่อ ได้รับความช่วยเหลือในโครงการเลี้ยงไก่ของกลุ่ม ซึ่งสนับสนุนโดยองค์การเคหะฯ จึงได้อาศัยการขายไข่ไก่ ปลูกผักสวนครัว ปลูกสมุนไพร และรับจ้างแรงงาน เลี้ยงชีพ ปรากฏว่าคืนหนึ่งหลังสองยาม มีขโมยมาลักแม่ไก่ไป 2 ตัว จึงรีบไปแจ้งให้พ่อหลวงสมภพทราบ ทางผู้ใหญ่บ้านจึงไปประกาศทางหอกระจายข่าวของหมู่บ้านทันทีและให้นำมาคืนโดยด่วน หากจับได้จะถูกไล่ออกจากหมู่บ้าน ปรากฏว่าก่อนรุ่งสาง ขโมยแอบนำไก่มาปล่อยคืนให้กับเจ้าของครบทั้ง 2 ตัว จากตัวอย่างดังกล่าวเป็นหลักประกันว่าหากชุมชนและผู้นำชุมชนเข้าใจอย่างลุ่มลึกในปัญหาเอดส์ การแก้ไขปัญหทั้งระยะสั้นและระยะยาวก็จะมี ความหวังมากขึ้น

เช่น กลุ่มผู้นำชุมชนบ้านทุ่งเจ้าเหนือ ได้ออกกฎของหมู่บ้านในการดูแลผู้ติดเชื้อที่อาศัยช่วยเหลือตนเองไม่ได้ กลุ่มผู้นำชุมชนและครูบ้านสันหลวง ได้ร่วมกันระดมทุนเพื่อจัดตั้งกองทุนการศึกษาป้องกันการตกเรียนของเด็กนักเรียนหญิงชั้นประถม โดยได้รับการสนับสนุนจากกลุ่มพัฒนาเด็ก กลุ่มกองทุนชายผลิตภัณฑ์การเกษตรเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ โดยมีการระดมทุนจากสมาชิกในชุมชนที่เข้าร่วมโครงการและเอาดอกผลไปช่วยเหลือผู้ติดเชื้อที่ได้รับความเดือดร้อน หรืออย่างกลุ่มกำนันลำราญ ป่าคำ จากบ้านสบเปา แม่เปาและนาเจริญ ได้ออกกฎของหมู่บ้านว่า ถ้าครอบครัวใดส่งลูกสาวไปค้าประเวณีจะถูกตัดขาดจากความ

ช่วยเหลือของชุมชน เช่น ไม่รับเป็นสมาชิกฌาปนกิจของหมู่บ้าน รวมทั้งผู้นำชุมชนจะไม่ให้ความช่วยเหลือ/ร่วมมือในกิจกรรมต่างๆ เพื่อป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เป็นต้น

6.7.4 ปัญหา/อุปสรรคและความคาดหวัง

ปัญหาความยากจนไม่มีรายได้ของผู้ติดเชื้อ ยังคงเป็นอุปสรรคและเป็นภาระหนักสำหรับการแก้ไข ปัญหาเอดส์ของชุมชน แม้ว่าการขอรับความช่วยเหลือจากประชาสงเคราะห์ จะเป็นทางออกที่จะช่วยเสริมแรงให้ชุมชนแก้ไขปัญหาได้มากขึ้น แต่กว่าจะได้รับความช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อบางคนก็ตายเสียก่อน เนื่องจากการทำงานแบบราชการมีขั้นตอนยาวนาน บางรายใช้เวลาขอความช่วยเหลือเป็นปี ที่โศคร้ายกว่านั้นคือ ผู้ติดเชื้อบางคนที่ได้รับเงินช่วยเหลือจากทางประชาสงเคราะห์ ยังจะต้องเสียค่าหัวคิวแก่เจ้าหน้าที่ที่คอยให้ความช่วยเหลือบริการรายละ 200 บาท โดยอ้างเป็นค่าบริการ หากผู้ติดเชื้อไม่ยอมให้ ก็จะไม่ให้ความช่วยเหลืออีก

วิธีการช่วยเหลือของประชาสงเคราะห์ที่ให้การสงเคราะห์เป็นรายบุคคลโดยตรง โดยไม่มีกลไกทำงานในพื้นที่ที่จะช่วยตรวจสอบ กลั่นกรอง และกำกับดูแลให้การสงเคราะห์เป็นไปตามเป้าหมาย นับว่าเป็นวิธีที่ยังมีช่องว่างมาก มีปรากฏการณ์เกิดขึ้นแล้วคือ บางรายตายก่อนที่จะได้เงินเพราะความล่าช้า บางคนได้เงินก่อน (เป็นรายปี) แล้วก็นำเงินไปกินเหล้า เมายา เทียวเตร่ ล้ำสอน เป็นที่ระอาใจของชุมชน แต่ทำอะไรไม่ได้เนื่องจากเป็นเงินตามสิทธิส่วนบุคคลที่ทางการให้โดยตรงแก่บุคคล ไม่เกี่ยวกับชุมชน ทำให้ชุมชนที่อยากช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อเกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อบางคนที่มีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ผู้ติดเชื้อเอดส์กลายเป็นอภิสิทธิ์ชนที่มีรัฐเลือกช่วยเหลือ ทำให้ชาวบ้านที่ยากจนและด้อยโอกาสอื่นๆ ซึ่งไม่ได้ติดเชื้อเอดส์ เกิดความน้อยใจในความไม่เป็นธรรมของการช่วยเหลือ จนบางคนพยายามปลอมข้อมูลเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ หรือพยายามติดเชื้อเอดส์ เพื่อที่จะได้รับการสงเคราะห์จากรัฐบ้าง

ดังนั้นวิธีการช่วยเหลือที่ให้ไปทีเดียวโดยไม่มีกลไกช่วยกำกับดูแลในพื้นที่ จึงอาจจะก่อเกิดความยุ่งยากในการแก้ไขปัญหาให้กับชุมชนได้ จากการจัดเวทีชาวบ้านถกเถียงกันถึงวิธีการที่เหมาะสมในการสงเคราะห์ของรัฐ (ในทุกชุมชนที่จัดเวที) ได้ข้อสรุปที่น่าสนใจคือ อบต. เสนอตัวเป็นกลไกช่วยบริหารจัดการแทนประชาสงเคราะห์อำเภอ โดยจะจัดทำข้อมูลผู้ติดเชื้อที่เป็นปัจจุบันให้ทางประชาสงเคราะห์จัดสรรงบประมาณที่จะช่วยเหลือเป็นก้อน ให้ อบต. เป็นผู้ดำเนินการแทน โดยที่ อบต. ยังจะจัดสรรงบประมาณท้องถิ่นสมทบ (บาง อบต. ที่มีงบท้องถิ่นมากจะสมทบเท่ากับที่ประชาสงเคราะห์จัดสรรให้) รวมทั้งจะช่วยพิจารณา คัดสรร กลั่นกรอง ตรวจสอบและกำกับดูแลร่วมกับชุมชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อ ให้เกิดความถูกต้องเป็นธรรมและเหมาะสม (โดยอาจพัฒนาให้เป็น Social security net ดังที่กล่าวในบทที่ 2 แล้ว)

นอกจากนั้น ปัญหาที่เริ่มชัดเจนมากขึ้นในปัจจุบัน คือเด็กกำพร้าไม่มีที่พึ่งพิง โดยเฉพาะเด็กที่ไม่มีญาติหรือญาติไม่มีชีวิตความสามารถที่จะเลี้ยงดูได้ ซึ่งมีถึงกว่า 35 ราย จากที่ทีมอาสาเยี่ยมบ้านรับทราบ ขณะที่ออกไปเยี่ยมบ้านจำนวน 101 ครอบครัว แม้แต่เด็กติดเชื้อที่อยู่ในวัยเรียนและยังมีที่พึ่งก็มีปัญหาเนื่องจากโรงเรียนปกติไม่อาจรองรับได้ ผู้ปกครองบางคนแม้จะเข้าใจและไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ แต่ก็ไม่วางใจ

ให้ลูกได้เล่นหรือสัมผัสกับเด็กที่ติดเชื้อ ยิ่งเด็กที่มีอาการทางโรงเรียนก็ไม่อยากให้ไปโรงเรียน เพราะจะกระทบจิตใจเด็กที่ถูกแบ่งแยกจากเด็กอื่นๆ ปัญหาผู้สูงอายุไม่มีลูกหลานดูแลเนื่องจากเสียชีวิตจากเอชส์ จะเป็นปัญหาที่รุนแรงของชุมชนในระยะเวลาต่อไป

ดังนั้นหากชุมชนไม่มีการเตรียมแผนรองรับอย่างเป็นระบบในรูปแบบของแผนงานและงบประมาณ ประจำขององค์กรท้องถิ่น (อบต.) ก็จะมีผลกับปัญหาอย่างมากในอนาคต ซึ่งรูปแบบของ หมู่บ้านพัฒนา คุณภาพชีวิตอย่างยั่งยืน ของ อบต.สบเปาอาจพัฒนาให้เป็นทางเลือกที่น่าสนใจ เช่น หลังจากที่ถูกกลุ่มแกน นำชุมชนได้ไปศึกษาดูงานมาหลายแห่ง ได้ก่อให้เกิดความคิดในการแก้ไขปัญหของชุมชนที่เชื่อมโยงกันทั้ง ระบบ หรือองค์รวม จึงร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหไปพร้อมๆ กันในทุกๆ ด้านที่เป็นต้นเหตุแห่งปัญหา แทน ที่จะแก้กันเป็นส่วนๆ แยกออกจากกัน ซึ่งแม้จะทำให้แก้ปัญหได้หนึ่งอย่าง แต่อาจก่อให้เกิดปัญหาขึ้นใหม่ อีกหลายอย่าง

ซึ่งชุมชนแม่เปา ภายใต้การนำของกำนันสำราญ ปาคำและกลุ่มแกนนำ ได้เริ่มเห็นความสำเร็จในการดำเนินงานในระยะเวลาเพียง 3 ปี โดยเริ่มตั้งแต่การปรับแนวคิดในการดำเนินวิถีชีวิตเสียใหม่ ยึดหลัก ความพอเพียง มีการขุดบ่อเลี้ยงปลา ปลูกผักปลอดสารพิษเพื่อบริโภคเอง ที่เหลือก็แบ่งขาย ดำเนินชีวิต อย่างเรียบง่ายแต่มีความสุข ลดค่าใช้จ่ายและขยันหารรายได้เสริม มีการผลิตข้าวซ้อมมือของหมู่บ้าน ปลูก สมุนไพรเพื่อใช้เองและส่งขายให้โรงพยาบาลเป็นรายได้เสริม ทำให้ชาวบ้านเริ่มหันกลับมาให้ความสนใจ ในการแก้ไขปัญหาวีชีวิตอย่างเป็นองค์รวม โดยการพัฒนชุมชนให้เข้มแข็งในทุกๆ ด้าน แล้วภูมิคุ้มกัน/ทุน ทางสังคมก็จะเป็นเกราะป้องกันปัญหาและเป็นพลังขับเคลื่อนของการแก้ไขปัญหาด้วยตัวของชุมชนเอง

6.8 ชุมชนนางาว (กลุ่มฟ้าสาบ ตำบลนางาว อำเภอเทิง)

6.8.1 ความเป็นมาและสถานการณ์ปัจจุบัน

จากเดิมที่มีผู้ติดเชื้อมารักษาที่โรงพยาบาลเทิงเป็นจำนวนมาก เพื่อสะดวกต่อการให้บริการจึงได้ รวบรวมผู้มาใช้บริการขึ้นเป็นกลุ่มในปี 2537 เรียกชื่อกลุ่มพิทักษ์อนามัย โดยให้บริการในด้านการแพทย์ แผนไทยเป็นหลัก รวมทั้งให้ความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชส์และการปฏิบัติตนที่ถูกต้อง ตลอดจนฝึกสมาธิ พบ ปะเพื่อน แลกเปลี่ยนประสบการณ์และให้กำลังใจซึ่งกันและกัน จนมีสมาชิกถึง 300 กว่าคน ครอบคลุมทั้ง อำเภอเทิง โดยนัดหมายสมาชิกร่วมกิจกรรมทุกวันที่ 1 ของเดือน ซึ่งก็จะมีสมาชิกร่วมเวียนกันมาร่วม กิจกรรมในแต่ละครั้งประมาณ 60-70 คนเป็นประจำ เมื่อสมาชิกมากและต้องเดินทางมาไกล ทางโรง พยาบาลจึงได้ชักชวนให้สมาชิกไปรวมตัวกันเป็นกลุ่มย่อยในพื้นที่ของตน จึงเกิดกลุ่มย่อยขึ้น 7 กลุ่ม กระจายอยู่ในตำบลต่างๆ ส่วนกลุ่มพิทักษ์อนามัยเดิมก็กลายมาเป็นเครือข่ายศูนย์พิทักษ์อนามัย ที่มีตัว แทน 7 กลุ่มเป็นกรรมการ มีการประชุมใหญ่เดือนละครั้ง

ดังนั้น กลุ่มฟ้าสาบจึงเป็นกลุ่มแรกๆ ที่พัฒนามาจากกลุ่มพิทักษ์อนามัย ที่ใช้หลักการดูแลตนเอง ด้วยการแพทย์แผนไทยและการแพทย์พื้นบ้าน ปัจจุบันมีสมาชิก 29 คน เป็นหญิง 25 คน ชาย 4 คน มา

จาก 16 หมู่บ้านของตำบลหนองหวาย เหตุที่มีสมาชิกขายน้อยกว่าเพราะได้เสียชีวิตไปเกือบหมดแล้ว เป็นจำนวน 200-300 คน และมีเด็กกำพร้าประมาณ 40 คน โดยมี นางวนิดา ชัยชนะ เป็นประธานกลุ่มฟ้าสาง และยังเป็นประธานศูนย์พิทักษ์อนามัยด้วย

6.8.2 บทเรียนจากการเรียนรู้และการปรับตัว

สมาชิกกลุ่มใหญ่จะมีการพบปะกันเดือนละครั้งที่โรงพยาบาลเทิง เป็นการมารับทราบข้อมูล แลกเปลี่ยนประสบการณ์และวิเคราะห์ปัญหาของแต่ละกลุ่มย่อย ให้คำปรึกษา จัดกิจกรรมการตรวจและการดูแลสุขภาพ (Day Care Center) ในวันเดียวกัน ในขณะที่การพบปะกลุ่มย่อยในพื้นที่ จะมีการฝึกอบรมและส่งเสริมอาชีพ เพื่อหารายได้เลี้ยงชีพและเข้ากองทุน เช่น เย็บปักผ้า ทำธูปสมุนไพรทำไม้กวาด ทำเครื่องหวาย และทำสวนสมุนไพร ตลอดจนมาร่วมกิจกรรมสหกรณ์ ชื่อหาของใช้ที่จำเป็นจากสหกรณ์ของกลุ่ม

กิจกรรมของกลุ่มที่สำคัญ นอกจากทำอาชีพเสริมและผลิตสมุนไพรใช้เองแล้ว ยังมีการฝึกอบรมเตรียมความพร้อมในการดูแลสุขภาพของตน และเตรียมความพร้อมผู้ปกครอง/ญาติในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อ โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภาคเหนือ และส่วนหนึ่งได้งบประมาณจากศูนย์เอดส์อำเภอ (20,000 บาท) และศูนย์เอดส์จังหวัดโดยตรง (24,000 บาท) ซึ่งได้นำไปลงทุนซื้อตู้อบยาและเครื่องบดยาเพื่อเป็นเครื่องมือทำสมุนไพร นอกจากไว้ใช้เองแล้ว ยังส่งผลผลิตที่เหลือให้ขายที่ร้านธรรมชาติ (ในเมืองเชียงราย) หรือกาดไม้ค้ายเมืองรายฯ มีการพบกลุ่มทุกวันพุธแรกของเดือน

ทางกลุ่มได้พยายามเข้าไปมีส่วนร่วมกับ อบต. โดยบางครั้งได้เข้าร่วมประชุมและชี้แจงต่อสมาชิก อบต. มีการพูดคุยหารือกันถึงเรื่องผลกระทบจากเอดส์ ยาเสพติด จน อบต. ได้ให้ความสำคัญจนกำหนดเป็นนโยบายและให้ทางกลุ่มจัดทำโครงการเสนอของบประมาณจาก อบต. เพื่อสร้างความเข้มแข็งแก่กลุ่มและช่วยเหลือเด็กกำพร้า ซึ่งมีจำนวนเพิ่มขึ้นทุกวัน จนปัจจุบันมีจำนวนถึง 45 คนแล้ว หากได้รับการสนับสนุนจาก อบต. อย่างต่อเนื่อง ก็จะเป็นความหวังในการแก้ปัญหาผลกระทบจากเอดส์ได้ในระยะยาว

6.8.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อกับชุมชน

เมื่อชุมชนเริ่มมีความเข้าใจในปัญหาเอดส์ที่ถูกต้อง กลุ่มผู้ติดเชื้อก็ได้รับการสนับสนุนจากชุมชน โดยเฉพาะจากผู้นำและองค์กรชุมชน มีการวางแผนรองรับปัญหาเด็กกำพร้า หรือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์อย่างเป็นกิจจะลักษณะมากขึ้น ทางกลุ่มเองก็ได้รับการยอมรับและต้อนรับจากชุมชนในการร่วมกิจกรรมพิเศษของชุมชน เช่น การแข่งขันกีฬา รวมทั้งกลุ่มยังเป็นที่รองรับคนที่มีอาการเจ็บป่วยที่ตนเองได้น้อยจากชุมชน (ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการจะหากินเอง) จึงทำให้กลุ่มมีบทบาทในการผ่อนคลายปัญหาของชุมชนโดยปริยาย นั่นคือกลุ่มได้ทำประโยชน์และกลายเป็นส่วนหนึ่งและส่วนสำคัญของชุมชน

ในทางกลับกัน ปัญหาบางอย่างเช่น เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ซึ่งในตำบลหนองหวายมีจำนวนถึง 45 คน เป็นเด็กวัยก่อนเรียนและวัยเรียน เป็นเด็กกำพร้าบิดาเป็นส่วนใหญ่ บางคนกำพร้าทั้งพ่อและแม่ จึงไม่มีที่พึ่งพิง ดังนั้นการแก้ปัญหาเด็กจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องได้รับการช่วยเหลือจากชุมชน ปัจจุบันเด็กกำพร้าส่วนใหญ่ยังอยู่กับญาติพี่น้อง จะมีส่วนน้อยที่ไม่มีที่พึ่งก็จะถูกส่งไปอยู่ที่มูลนิธิลูกหญิงที่จังหวัด

เชียงใหม่ ซึ่งมีทั้งข้อดีข้อเสียและเป็นการแก้ปัญหาได้ชั่วคราว ข้อสำคัญคือ ในระยะยาวจะมีเด็กพวกนี้มากขึ้นเรื่อยๆ จึงเป็นภาระหนักของกลุ่มผู้ติดเชื้อและชุมชน ที่จะต้องร่วมกันขบคิดหาหนทางแก้ไขในระยะยาว เพราะเด็กส่วนใหญ่จะอยู่กับ ปู่ ย่า ตา ยาย ซึ่งมีอายุมากและมีฐานะยากจน ที่สำคัญคือเมื่อปู่ ย่า ตา ยาย ตาย เด็กพวกนี้จะอยู่กันอย่างไร

6.8.4 ปัญหา/อุปสรรคและความคาดหวัง

ที่ผ่านมา ความสำเร็จของกลุ่มขึ้นอยู่กับความเข้มแข็งของแกนนำกลุ่มเป็นหลัก ซึ่งในระยะยาวหากแกนนำกลุ่ม ซึ่งก็เป็นผู้ติดเชื้อคนหนึ่ง เกิดเจ็บป่วยและต้องเสียชีวิตลงตามวาระแห่งความเป็นจริง ก็อาจกระทบต่อสถานะของกลุ่มได้ โดยเฉพาะในภาวะที่เศรษฐกิจตกต่ำ ความช่วยเหลือจากภาครัฐและภาคเอกชนที่เคยได้รับก็ได้ลดน้อยถอยลง ความอยู่รอดของกลุ่มในระยะยาวจึงยังไม่ชัดเจน แต่ก็เริ่มมีความหวังขึ้นบ้าง เมื่อองค์กรท้องถิ่นอย่าง อบต. ได้เริ่มเข้าใจและเข้ามามีส่วนรับผิดชอบในการแก้ปัญหาเอดส์และยาเสพติดร่วมกับกลุ่ม

ดังนั้น ยุทธศาสตร์การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์และการแก้ไขปัญหามาตรฐานของตำบลนางา ในระยะยาวจึงฝากไว้กับองค์กรชุมชนอย่าง อบต. เป็นหลัก ซึ่งหลังจากที่มีการจัดเวทีถกการแก้ไขปัญหามาตรฐานของชุมชน ทาง อบต. ได้แสดงเจตจำนงที่ชัดเจนในการเข้ามามีส่วนร่วมแก้ไขปัญหามาตรฐานอย่างเป็นระบบ โดยจะมีคณะทำงานแบ่งออกเป็น 4 ฝ่าย คือฝ่ายพัฒนาอาชีพ ฝ่ายดูแลสิ่งแวดล้อม ฝ่ายกองทุนช่วยเหลือและฝ่ายสวัสดิการเด็กและผู้สูงอายุ และจะจัดเข้าไปสู่ระบบแผนและงบประมาณของ อบต. โดยจัดสรรงบประมาณดำเนินการช่วยเหลือปัญหาเอดส์ทั้ง 4 ด้าน และให้องค์กรทุกองค์กรในชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม

6.9 ชุมชนเชิงเสาดิน (กลุ่มเวียงกล้า ตำบลเวียง อำเภอเทิง)

6.9.1 ความเป็นมาและสถานภาพปัจจุบัน

การเริ่มต้นของกลุ่มเวียงกล้า ก็คล้ายกับกลุ่มฟ้าสาบ คือพัฒนามาจากกลุ่มพิทักษ์อนามัยที่ทางโรงพยาบาลเทิงจัดตั้งขึ้น จนเมื่อมีจำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมากเกินไปที่โรงพยาบาลจะให้การดูแลอย่างทั่วถึง จึงได้ส่งเสริมให้เกิดกลุ่มย่อยขึ้นในพื้นที่ต่างๆ เพื่อรองรับผู้ติดเชื้อที่สามารถดูแลตัวเองได้ ส่วนผู้ติดเชื้อที่มีอาการป่วยก็จะให้ไปใช้บริการที่โรงพยาบาล ซึ่งจะทำให้โรงพยาบาลสามารถให้บริการได้ทั่วถึงมากขึ้น

ดังนั้นกลุ่มเวียงกล้าที่สร้างขึ้นเมื่อปี 2539 โดยมี นางโบ เชื้อนแก้ว เป็นประธานกลุ่ม ก็เนื่องมาจากการมีผู้ป่วยเอดส์มารับบริการที่ โรงพยาบาลเทิง เป็นจำนวนมาก ทางโรงพยาบาลจึงขอความร่วมมือไปยังหลวงปู่เพ็ง เจ้าอาวาสวัดเชิงเสาดิน ซึ่งอยู่ใกล้กับโรงพยาบาล เป็นสถานที่ให้การอนุเคราะห์พักพิงแก่ผู้ป่วยเอดส์ที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาล โดยมีแม่ชีเพชรรัตน์ เป็นแกนนำสำคัญในการช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะทางวัดมีส่วนสำคัญในการช่วยเหลือผู้ป่วยทางด้านจิตใจ มีการฝึกปฏิบัติธรรม ฝึกอบรมการดูแลตนเอง การให้ยาและการกินอาหารที่มีประโยชน์

ต่อมาสมาชิกกลุ่มได้เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนมีประมาณ 50 คน (ปัจจุบันเหลืออยู่ 21 คน) ซึ่งไม่ใช่เฉพาะผู้ติดเชื้อที่มีอาการที่มากทักทึงเมื่อมาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเทิงเท่านั้น แต่ส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อในบริเวณนั้น (ตำบลเวียง) ซึ่งถูกชุมชนในบริเวณนั้นรังเกียจและมาขออาศัยอยู่ด้วย ครั้งแรกรวมกลุ่มกันในวัดเทิงเสาดิน แต่ต่อมาหลวงปู่เพิ่งได้ย้ายกลับไปอยู่ทางอีสาน (ศรีธาตุวัดเสาดินส่วนใหญ่เป็นชาวอีสาน) ศรีธาตุวัดซึ่งนำโดยผู้ใหญ่บ้าน จึงต่อต้านไม่ยอมให้กลุ่มผู้ติดเชื้อมารวมกลุ่มและทำกิจกรรมในบริเวณวัดเทิงเสาดิน รวมทั้งขับไล่แม่ชีเพชรรัตน์ออกไปจากวัดเทิงเสาดินด้วย

แม่ชีเพชรรัตน์ จึงมาตั้งกลุ่มที่ศูนย์ กศน. ซึ่งอยู่หน้าวัดเทิงเสาดิน โดยทาง กศน. ให้การสนับสนุนทั้งเป็นที่ตั้งกลุ่ม ที่ฝึกอาชีพเย็บปักผ้าและหัตถกรรมอื่นๆ รวมทั้งการเพาะขยายพันธุ์สมุนไพร การดำเนินงานของกลุ่มเวียงกล้า ค่อนข้างมีปัญหา ทางชุมชนเองโดยเฉพาะกรรมการที่รับผิดชอบงานเอดส์ของตำบลและหมู่บ้านซึ่งได้รับงบประมาณจาก ศอจ.ชร. ยังไม่เข้าใจปัญหาเอดส์และบทบาทหน้าที่ของตน ทางโรงพยาบาลเทิง แม้จะพยายามเข้าไปประสานงานและกระตุ้นผู้นำ รวมทั้งฝึกอบรมให้ความเข้าใจและสนับสนุนชุมชนให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ แต่ก็ยังไม่สามารถโน้มน้าวผู้นำชุมชน ซึ่งเป็นที่ตั้งของวัดเทิงเสาดิน ที่ยังไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ โดยยังมีความเชื่อว่าลูกบ้านของตนไม่มีใครติดเชื้อเอดส์ (ชุมชนชาวอีสาน) ข้อเท็จจริงคือ ผู้ติดเชื้อที่เป็นชาวอีสานมีเป็นจำนวนมากแต่ไม่กล้าเปิดเผยตัวเพราะกลัวชุมชนรังเกียจ

ยิ่งปัจจุบันผู้ใหญ่บ้านหมู่ที่ 9 ได้รับหน้าที่จาก อบต. ให้เป็นประธานกรรมการต้านภัยเอดส์ของตำบล โดยมีกรรมการ 7 คน ซึ่งยังไม่ทราบว่า เมื่อเอาคนที่ไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อมาเป็นประธานกรรมการต้านภัยเอดส์ ผลจะออกมาอย่างไร

6.9.2 บทเรียนจากการเรียนรู้และการปรับตัว

บทเรียนที่สำคัญที่สุดของกลุ่มเวียงกล้าก็คือ การเกิดกลุ่มโดยไม่มีฐานจากชุมชนรองรับ ทำให้เกิดปัญหาการต่อต้านจากชุมชน เพราะการเกิดกลุ่มเวียงกล้าเริ่มจากการระบายความแค้นของผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการที่โรงพยาบาลเทิงมากกว่าที่จะดูแลได้ทั่วถึง จึงไปหวังพึ่งวัด ซึ่งหลวงปู่เพิ่ง เจ้าอาวาสวัดเทิงเสาดินก็เห็นความสำคัญและให้ความร่วมมือกับโรงพยาบาลเป็นอย่างดี แต่หลวงปู่เป็นพระสายธรรมยุทธ ที่ถือวัฏปฏิบัติเคร่งครัด จึงไม่ได้มายุ่งเกี่ยวกับตัวเอง และให้แม่ชีเพชรรัตน์ดูแล แม้ว่าแม่ชีเพชรรัตน์จะเป็นอดีตครู ก็ดำเนินการในนามปัจเจกบุคคล ไม่ได้สัมพันธ์กับชุมชนเท่าที่ควร โดยเฉพาะเมื่อเกิดข้อขัดแย้งหลังจากที่หลวงปู่ย้ายกลับไปภาคอีสาน แทนที่จะจัดอุปสรรคร่วมกับชุมชน กลับยิ่งเพิ่มความขัดแย้งกับชุมชนมากขึ้น

นั่นคือเมื่อ กศน. ซึ่งอยู่ติดกับหน้าวัด ยอมให้เป็นที่ตั้งกลุ่มและสนับสนุนผู้ติดเชื้อจากต่างถิ่นให้มาฝึกอบรมมีอาชีพ ก็เท่ากับทำให้คนในชุมชนเสียโอกาสและส่งเสริมการประจัญหน้ากันมากขึ้น จะเห็นว่าการกลุ่มเวียงกล้าจะเกี่ยวข้องกับองค์กรนอกชุมชนมากกว่าในชุมชน ขาดการสื่อความเข้าใจกันโดยเฉพาะสมาชิกกลุ่มจะมาจากต่างหมู่บ้าน/ตำบลเป็นส่วนใหญ่ เพราะผู้ติดเชื้อในหมู่บ้านไม่กล้าเปิดเผยตัว ก็ยิ่งทำให้กลุ่มเพิ่มความแปลกแยกจากชุมชนมากขึ้น จึงมีทางออกทางเดียวคือ ต้องประสานความเข้าใจและลด

ช่องว่างระหว่างกลุ่มกับชุมชน เรียนรู้ซึ่งกันและกัน ข้อสำคัญคือ การเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อในชุมชน ซึ่งประมาณการว่ามีจำนวนไม่น้อย เพียงแต่ยังไม่กล้าเปิดเผย หากดึงพวกนี้มาร่วมกิจกรรมกลุ่มและทำให้กลุ่มกลายเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน โดยการเชื่อมโยงของสมาชิกกลุ่มซึ่งมาจากชุมชน ก็จะทำให้กลุ่มไม่แปลกแยกอีกต่อไป ดังนั้นหลังจากที่มีการจัดเวทีพูดคุยกันจากทุกฝ่ายแล้ว เกิดความเข้าใจกันมากขึ้น จนอบต. ซึ่งส่วนหนึ่งก็เคยเป็นนโยบายที่มอบหมายลงมาจากกรมการปกครองด้วย ได้ยอมเข้ามาเกี่ยวข้องและบรรจุเข้าไว้ในแผนงานประจำปี เพื่อจัดสรรงบประมาณสมทบกับฝ่ายต่างๆ ที่มีส่วนช่วยเหลือมาตั้งแต่แรก

6.9.3 ปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อกับชุมชน

การที่ชุมชนขาดการมีส่วนร่วมและยังขาดความรู้ความเข้าใจในปัญหาเอชส์อย่างถูกต้อง ทำให้ชุมชนไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชส์ เป็นผลให้ผู้ติดเชื้อในชุมชนเองก็ถูกปิดกั้นโอกาสในการเปิดเผยตัว กลุ่มที่ตั้งขึ้นก็เท่ากับไม่มีส่วนเกี่ยวข้องกับชุมชนและไม่เอื้อประโยชน์ให้แก่ชุมชน ทำให้ชุมชนเกิดความรังเกียจและต่อต้านผู้ติดเชื้อ สมัยที่หลวงปู่เพ็งยังอยู่ ชาวบ้านยังให้ความเกรงใจ แม้ไม่สนับสนุนก็ยังไม่กล้าขับไล่ แต่เมื่อไม่มีหลวงปู่ จึงเกิดกรณีขับไล่กลุ่มผู้ติดเชื้อและแม่ชีออกจากวัดไปอยู่ที่ กศน. อย่างไรก็ตาม เมื่อจัดโอกาสได้พูดคุยและเรียนรู้เข้าใจกันมากขึ้น ผู้นำชุมชนเริ่มมีบทบาททั้งโดยนิตินัยและพฤตินัย การยอมรับและการสนับสนุนจากชุมชนจึงเริ่มก่อตัวเป็นรูปเป็นร่างขึ้น แต่คงจะต้องใช้เวลา กว่าผู้นำชุมชนจะเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มตัวและเป็นเจ้าภาพในการจัดการกับปัญหาเอชส์โดยชุมชน

6.9.4 ปัญหา/อุปสรรคและความคาดหวัง

การดำรงชีพของผู้ติดเชื้อยังคงเป็นปัญหา การขอเงินจากประชาสงเคราะห์ กว่าจะได้เงินแบบรวบยอด 11 เดือน บางคนก็ตายก่อน บางครั้งผู้ติดเชื้อเขียนโครงการขอเงินไปยังอำเภอพอได้เงินมา เช่น 4000 บาท ผู้นำชุมชนก็จะขอหักไว้ 200 บาท เพื่อเป็นค่าบริการ ถ้าผู้ติดเชื้อร้องเรียนก็จะไม่ให้ความช่วยเหลืออีกที่ผ่านมาแม้ผู้ติดเชื้อจะพยายามทำงานช่วยตัวเอง เช่น ปลูกผัก สมุนไพร เย็บปักผ้า ทำของชำร่วยและจักสาน แต่ก็มีปัญหาเรื่องตลาด หากชุมชนเริ่มเข้าใจและให้การสนับสนุน ปัญหาเหล่านี้จะคลี่คลายได้

การที่ชุมชนยังขาดความเข้าใจและตระหนักในปัญหาเอชส์อย่างลุ่มลึก ทำให้เกิดการรังเกียจและต่อต้านในช่วงแรก แต่เมื่อทางภาคราชการ โดยเฉพาะโรงพยาบาล ได้พยายามกระตุ้นผู้นำชุมชนและกรรมการกองทุนเอชส์หมู่บ้าน ให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องและหันมาช่วยกันแก้ปัญหาเอชส์ รวมทั้งปัญหาของชุมชนเองที่ยังหลบซ่อนอยู่ โดยการนำเงินสนับสนุนจาก ศอจ.ชร. มาดำเนินกิจกรรม พร้อมกับจัดเวทีให้ทุกฝ่ายมาเรียนรู้แลกเปลี่ยนและผลักดันการแก้ปัญหาในระยะยาว โดยเฉพาะผลักดันให้องค์กรท้องถิ่น ซึ่งมีพลังมากต้องเข้ามามีส่วนรับผิดชอบโดยใช้ทรัพยากรของตัวเอง เนื่องจากรายได้ขององค์กรท้องถิ่นเช่น เทศบาล และอบต. ในเขตเมืองค่อนข้างจะมากและมั่นคง องค์กรท้องถิ่นจึงเริ่มเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบปัญหาเอชส์ และเริ่มจัดทำแผนงานงบประมาณรองรับ แม้จะเพียงส่วนน้อยก็ถือเป็นจุดเริ่มต้นของการแก้ไขปัญหาเอชส์ในระยะยาวต่อไป

บทที่ 7

การเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชุมชนแก้ปัญหาเอดส์

จากกรณีศึกษาเจาะลึกบทเรียนการแก้ไขปัญหาคีขององค์กรชุมชน ดังกล่าวแล้วในบทที่ 6 ได้สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า แต่ละชุมชนมีวิถีทางแห่งการแก้ไขปัญหาคีของตนเอง ตามสภาพแวดล้อมและเงื่อนไขปัจจัยของแต่ละชุมชน แม้ว่าบางส่วนจะคล้ายคลึงกัน แต่ก็จะมีบางส่วนที่เป็นลักษณะเฉพาะ อันเป็นจุดสำคัญที่ทำให้ชุมชนมีจุดเริ่มและสามารถดำรงความต่อเนื่องได้ตามสภาพแวดล้อมของตน ที่ไม่ค่อยจะเหมือนกันทีเดียว อันเป็นมรรคผลแห่งการเรียนรู้และการปรับตัวของแต่ละชุมชน หรืออาจจะเรียกได้ว่าเป็นภูมิปัญญาของชุมชน

ดังนั้น ขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัยในช่วงแรกนี้ จึงได้จัดโอกาสให้แต่ละองค์กรชุมชนได้เรียนรู้ข้ามแดนกันให้กว้างไกลมากขึ้น และเป็นเวทีที่จะสร้างพันธมิตรของการแก้ไขปัญหาร่วมกัน จนอาจจะพัฒนาการเกาะเกี่ยวที่เป็นระบบมากขึ้นถึงระดับเครือข่าย และเกิดประชาสังคมที่จะแก้ไขปัญหาคีขึ้นโดยธรรมชาติ ที่ไม่ได้มาจากการจัดตั้งของหน่วยงานใด

7.1 เวทีการเรียนรู้ร่วมกันในบทเรียนการแก้ไขปัญหาคีของชุมชน

การเสวนาแลกเปลี่ยนบทเรียนและประสบการณ์ เป็นกิจกรรมการเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่ายองค์กรชุมชน ที่ทำงานแก้ไขปัญหาคี ซึ่งเป็นพันธกิจหนึ่งของโครงการวิจัย "การสังเคราะห์องค์ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนรู้และการปรับตัวในการแก้ไขปัญหาคีของภาคเหนือตอนบนและชุมชนในจังหวัดเชียงราย" ที่มีเป้าหมายหลักเพื่อการเก็บเกี่ยวบทเรียนในการแก้ไขปัญหาคีของชุมชนและองค์กรทั้งจากภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดช่วงระยะเวลาหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา เพื่อจะนำไปสู่การเรียนรู้ การป้องกันและการแก้ไขปัญหาคี หรือปัญหาวิกฤตอื่นๆ ในอนาคตของชุมชน รวมทั้งเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย/ประชาคมในการทำงานแก้ไขปัญหาคี

หลังจากที่ได้ทำการศึกษาบทเรียนและประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาคีในระดับต่างๆ ดังได้เสนอรายละเอียดมาแล้ว ตั้งแต่บทที่ 1-6 ขั้นตอนสุดท้ายของการวิจัยในระยะแรกนี้ จึงเป็นเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนบทเรียนและประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาคีของเครือข่ายองค์กรชุมชน รวมทั้งช่วยกันตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลและแสวงหาทางเลือกในการแก้ไขปัญหาคีต่อไปในอนาคต ผู้เข้าร่วมเสวนาประกอบด้วย กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ผู้นำศาสนา ผู้ติดเชื้อ สมาชิกอบต./ปลัดอบต./ปลัดเทศบาล จากชุมชนที่ศึกษาทั้ง 9 แห่ง เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและครูในพื้นที่ รวมทั้งตัวแทนจากองค์กรพัฒนาเอกชน ศูนย์ปฏิบัติการต้านภัยเอดส์จังหวัด ประชาสงเคราะห์จังหวัด สำนักงานการประถมศึกษาจังหวัด และสื่อมวลชนที่ทำงานด้านเอดส์ ทั้งนี้เพื่อที่จะเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชุมชน ให้เป็นประชาคมแก้ไขปัญหาคีของจังหวัดเชียงรายต่อไป

การเสวนาประกอบด้วยการนำเสนอ สรุปบทเรียนการแก้ไขปัญหาดูแลของแต่ละกลุ่มองค์กรชุมชน เพื่อที่จะเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ช่วยกันระดมความคิด เพื่อแสวงหาแนวทางและกรอบการทำงานร่วมกันสำหรับการแก้ไขและป้องกันปัญหาเอชไอวีในอนาคต รวมทั้งการเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่ายองค์กรชุมชนในแนวประชาสังคม โดยพยายามทำความเข้าใจกับปัญหาเอชไอวีว่า เป็นปัญหาของใคร? เกี่ยวข้องกับใครบ้าง? อย่างไร? ใครบ้างที่ต้องรับผิดชอบ? ใครต้องผูกพันเป็นเจ้าของของการแก้ไขปัญหานี้? ใครต้องเป็นผู้จัดการในการแก้ไขปัญหานี้? รวมทั้งช่วยกันกำหนดบทบาทหน้าที่ความรับผิดชอบของแต่ละฝ่ายอย่างชัดเจน ตลอดจนกำหนดแนวทาง/มาตรการในการดำเนินการแก้ไขปัญหาดูแลและผลกระทบจากปัญหาเอชไอวีในอนาคต

เมื่อได้ข้อสรุปร่วมกัน ในเรื่องทิศทาง ขอบข่าย รูปแบบ กลยุทธ์ และแนวทาง ในการทำงานแก้ไขปัญหาดูแลของชุมชน ก็จะนำไปสู่การวางแผนและการดำเนินการตามแผนต่อไป รวมทั้งการสร้างเครือข่ายเป็นพันธมิตรช่วยเหลือกัน และเป็นเวทีแห่งการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ที่เชื่อมโยงกิจกรรมถึงกัน ซึ่งจะเป็นพันธกิจหลักของโครงการวิจัยและพัฒนาที่จะดำเนินการในระยะที่ 2 ต่อไป

7.2 ภาพรวมในการแก้ไขปัญหาดูแลของชุมชนในจังหวัดเชียงราย

(1) ลำดับสถานการณ์เอชไอวีในชุมชน

- ปี 2528 เริ่มรับทราบเรื่องราวของโรคเอดส์ แต่ไม่เชื่อว่าจะเป็นเรื่องจริง
- ปี 2531 พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในเชียงราย แต่ชาวบ้านยังไม่ค่อยเชื่อว่าจะเป็นเรื่องจริง
- ปี 2532 เริ่มมีผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ศพถูกคลุมด้วยถุงดำ เริ่มเชื่อว่าโรคเอดส์มีจริง ชาวบ้านเริ่มตื่นตระหนกและกลัวโรคเอดส์
- ปี 2533 จังหวัดเชียงรายเริ่มดำเนินโครงการควบคุมป้องกันโรคเอดส์
- ปี 2534 มีผู้ป่วยเสียชีวิตเป็นจำนวนมาก ชาวบ้านตื่นกลัวกันมาก ไม่กล้ากินข้าวกินน้ำในงานศพ ไม่ยอมมีรับและรังเกียจผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลแม่จันร่วมกับคณะสงฆ์จัดตั้งกลุ่ม “พระสงฆ์อาสา” และเริ่มโครงการ “ธรรมด้านเอดส์” พิมพ์คัมภีร์ใบลาน “ธรรมสู่ภัยเอดส์” เทศนาในงานบุญ/งานบ้าน สร้างความเข้าใจที่ถูกต้อง
- ปี 2535 เริ่มมีผู้ติดเชื้อในหมู่บ้านกล้าเปิดเผยตัวมากขึ้น แต่ชุมชนยังไม่ค่อยยอมรับ
- ปี 2537 พระสงฆ์อาสา เริ่มโครงการ “ห้องธรรมรักษา” ดูแลผู้ป่วยและเริ่มรู้จักผู้ติดเชื้อและญาติ สามารถเข้าเยี่ยมผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยในบ้านได้ เริ่มรวมตัวกันเป็นกลุ่ม เกิด “กลุ่มพุทธรักษา” ที่โรงพยาบาลแม่จัน เพื่อรับการช่วยเหลือด้านยาสมุนไพรและความรู้ในการดูแลรักษาตนเอง กระจ่ายการรวมตัวที่ชุมชนและเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อ

ในชุมชนกลุ่มแรก “กลุ่มดอกแก้ว” ที่ สอ. ตำบลจันจว้า และเกิด “ศูนย์บำบัดเอดส์เพื่อชุมชน” ขึ้นที่วัดบ้านหนองบัวเขียวในตำบลเดียวกัน

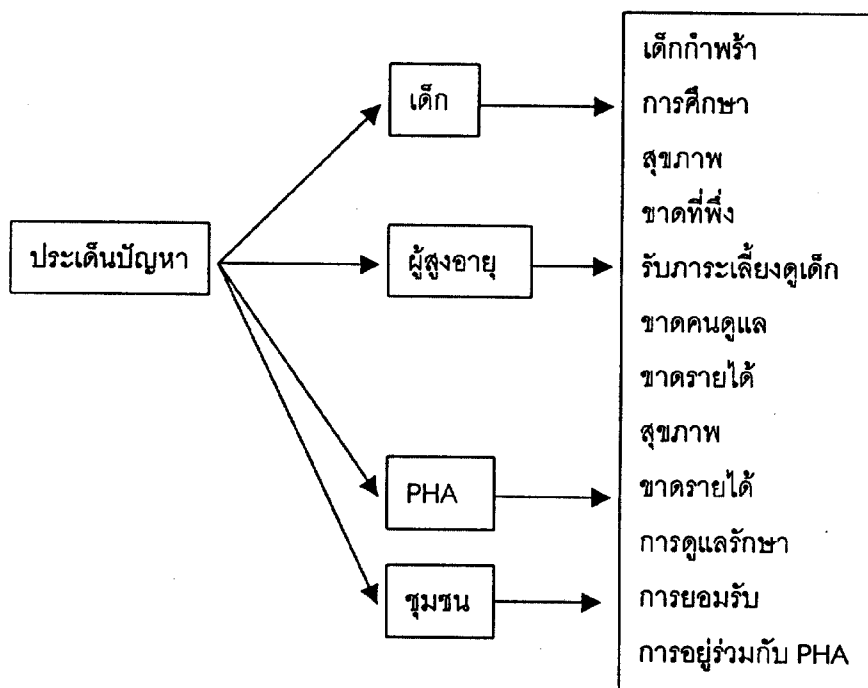
- ปี 2538 มีผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตเป็นจำนวนมากและกระจายไปทั่วทุกกลุ่มของชุมชน จนเริ่มชินกับการตายด้วยโรคเอดส์เป็นเรื่องธรรมดา มีการเปิดเผยตัวกันมากขึ้นและรวมตัวกันเป็นกลุ่มมากขึ้น มีการยอมรับจากชุมชนมากขึ้น การรังเกียจผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ลดน้อยลง ชุมชนและญาติพี่น้องผู้ติดเชื้อมีส่วนเข้ามาช่วยเหลือมากขึ้น รวมทั้งมีงบประมาณจากรัฐลงชุมชนผ่าน ศอนบ./ศอจ./ศออ./ศอต. มีการส่งเสริมอาชีพเพื่อการพึ่งตนเองของผู้ติดเชื้อ
- ปี 2539 เกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อถึง 59 กลุ่ม เพราะมีเงินสนับสนุนจาก ศอนบ. ผ่านกลุ่มผู้ติดเชื้อ เกิดกองทุนเอดส์หมู่บ้าน เริ่มการช่วยเหลือจากรัฐอย่างเป็นระบบและเป็นกอบเป็นกำ ทั้งการป้องกัน การดูแลรักษา และการช่วยเหลือ/สงเคราะห์ เป็นช่วงที่ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตัวมากที่สุด แต่ยังมีจำนวนเท่าๆ กันที่ไม่เปิดเผยเพราะมีฐานะดี
- ปี 2540 เริ่มปรากฏปัญหาเด็กกำพร้ารุนแรงขึ้น โดยเฉพาะเด็กที่ติดเชื้อและเริ่มมีอาการงบประมาณสนับสนุนจากรัฐเริ่มลดลง เพราะปัญหาวิกฤตทางเศรษฐกิจ เริ่มคิดถึงปัญหาผู้สูงอายุขาดลูกหลานดูแลเพราะเสียชีวิตจากเอดส์ กลุ่มที่รวมตัวกันเป็นดอกเห็ดเพื่อรับงบประมาณจากรัฐเริ่มหดหาย จะเหลือเฉพาะกลุ่มที่เข้มแข็งช่วยตัวเองได้เท่านั้น ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการบางคน หวนกลับไปทำงานในต่างจังหวัด เพราะความจำเป็นในการเลี้ยงชีพ เชื้อเอดส์มีโอกาสแพร่ระบาดใหม่
- ปี 2541 สถานการณ์การแก้ไขปัญหาด้วยประชาสังคม เกิดเวทีเสวนาแลกเปลี่ยนปัญหาสู่แนวคิดประชาคมเอดส์ตำบล องค์กรท้องถิ่น เช่น อบต. เริ่มเข้ามาเรียนรู้ข้อเท็จจริง ชุมชนเริ่มคิดหาทางพึ่งพาตนเองมากขึ้น
- ปี 2542 ผันเริ่มเป็นจริง มีการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ในระดับ อบต./เทศบาลตำบล โดยผ่านระบบแผนงานและงบประมาณประจำปี มีคณะทำงานที่ครอบคลุมปัญหาด้านต่างๆ ที่ทุกองค์กรในชุมชนมีส่วนร่วม โดยมี อบต. เป็นแกนกลาง

(2) ปัญหาและผลกระทบที่ยังคงรอการแก้ไข

- ปัญหาการยอมรับของชุมชนต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์อย่างแท้จริง
- ปัญหาการยอมรับเปิดเผยของผู้ติดเชื้อต่อชุมชน
- ปัญหาผลกระทบจากโรคเอดส์ ทั้งเด็กกำพร้าและผู้สูงอายุที่ลูกหลานติดเชื้อ/เสียชีวิตจากเอดส์ขาดที่พึ่งพิง/อุปการะ ขาดความอบอุ่น

- ปัญหาการดำรงชีพของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งส่วนมากจะยากจน และสุขภาพไม่เอื้อต่อการทำงาน รวมทั้งเงินช่วยเหลือจากรัฐ/เอกชนไม่พอใช้จ่าย ไม่มีงานทำ/มีงานทำแต่รายได้น้อย ไม่มีทุนประกอบอาชีพ หรือผลิตแล้วไม่มีตลาด
- บางรายเมื่อเปิดเผยตัวเองว่าติดเชื้อ ทำให้สูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพ/ทำงานอื่นๆ
- ขาดการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร/การประสานงานแก้ไขปัญหาเอดส์
- ขาดเอกภาพในการกำหนดแนวนโยบายที่ชัดเจน ขาดการมีส่วนร่วมของชุมชนและความต่อเนื่องในการดำเนินงานร่วมกันของหน่วยงานในชุมชน

สรุปประเด็นปัญหาสำคัญที่ยังรอการแก้ไข

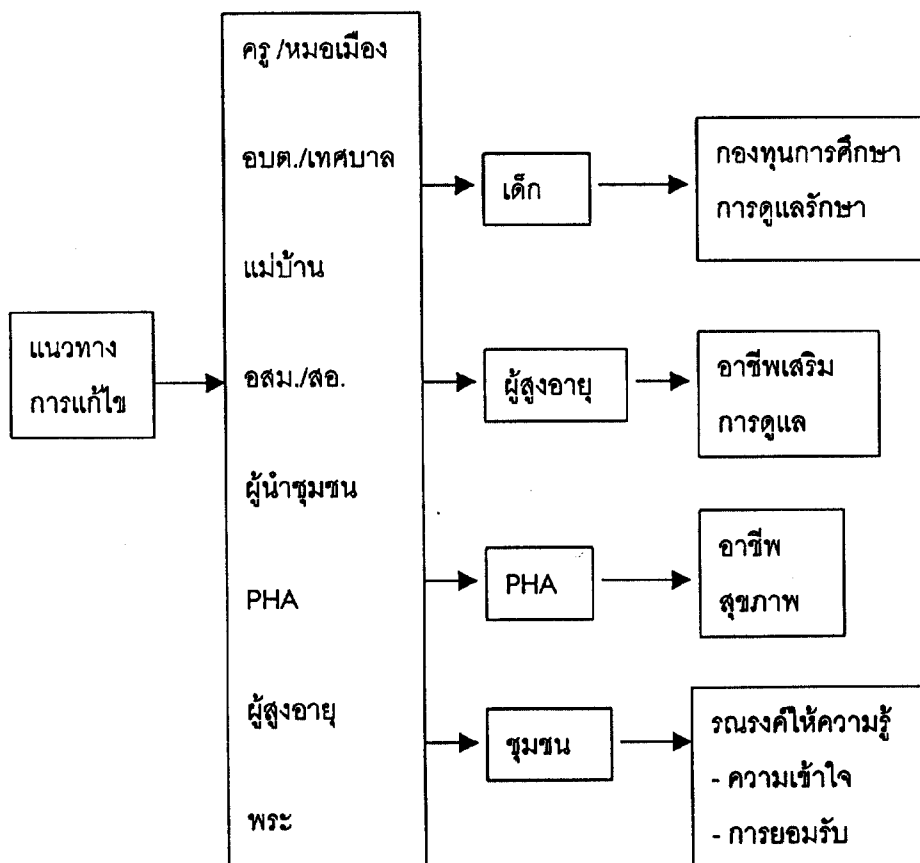


(3) ประสบการณ์และแนวทางการแก้ไขปัญหาของชุมชน

- รวมกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ สร้างเครือข่ายการแก้ไขปัญหาเอดส์เพื่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ เรียนรู้และช่วยเหลือกัน
- แสวงหาความช่วยเหลือและงบประมาณ ทั้งจากรัฐ ภาคเอกชนและชุมชนท้องถิ่น
- ส่งเสริมผู้ติดเชื้อ ทำอาชีพเสริม เพาะเห็ด เลี้ยงปลา เลี้ยงไก่ ปลูกผักปลอดสารพิษ ทำหัตถกรรม
- จัดตั้งกองทุนผู้ป่วยเอดส์ และกองทุนเด็กกำพร้า
- อบรมตั้งแต่เด็กอนุบาลและเยาวชน โดยมีลานวัดลานกีฬา ห้องสมุด ศูนย์การเรียนรู้ชุมชน และกิจกรรมเด็ก-เยาวชน ช่วยตรึงเยาวชนให้ห่างจากยาเสพติดและเอดส์
- มีคณะทำงานเอดส์ที่รับผิดชอบชัดเจน จัดโอกาสให้พูดคุยกันและแก้ไขปัญหเป็นระยะๆ

- ผลักดันองค์กรท้องถิ่น อบต./เทศบาล จัดทำแผนงานและงบประมาณแก้ไขปัญหาย่อยอย่างเป็นระบบ
- พระ สอ. และ อบต. เป็นตัวขับเคลื่อนชุมชนในรูปของ "บวร" (บ้าน วัด ราชการ)
- สร้างความเข้าใจและความเป็นเอกภาพระหว่างหน่วยงานที่ดำเนินงานในพื้นที่ร่วมกัน
- ให้ความช่วยเหลือด้านกำลังใจ และปัจจัยยังชีพของผู้ติดเชื้อและครอบครัว
- พัฒนาชุมชนอย่างยั่งยืน เพื่อแก้ไขปัญหาดังแต่ต้นเหตุจนถึงผลกระทบที่เกิดขึ้น
- ใช้การแพทย์พื้นบ้านเป็นทางเลือกในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ
- จำเป็นต้องมีผู้นำชุมชนที่เข้มแข็ง และเป็นนักพัฒนาที่มีวิสัยทัศน์กว้างไกล
- แก้ไขปัญหาโดยเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชน หน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชน
- มีเวทีการเรียนรู้และแลกเปลี่ยนเสวนาปัญหาร่วมกัน สู่แนวคิดประชาสังคมเอตส์ เพื่อร่วมกันหาแนวทางแก้ไขป้องกันปัญหา

สรุปประสบการณ์และแนวทางการแก้ไขปัญหาเอตส์ของชุมชน



7.3 แนวทางการแก้ไขปัญหาเอชไอวีของชุมชนในอนาคต (ผลการเสวนา)

การที่ผู้ติดเชื้อยอมเปิดเผยตัวเองกับชุมชน ขณะเดียวกันการที่ชุมชนยอมรับและไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ เป็นเงื่อนไขสำคัญที่จะนำไปสู่การยอมรับในข้อเท็จจริง ทั้งการยอมรับปัญหาและการรับผิดชอบต่อปัญหา ซึ่งจะทำให้ปัญหาเอชไอวีมีเจ้าของและมีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน นำไปสู่การแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น

ดังนั้น การเสวนาเพื่อเรียนรู้ร่วมกัน ถึงการแก้ไขปัญหาเอชไอวีของชุมชน นอกจากได้เรียนรู้ร่วมกันถึง สถานการณ์และประสบการณ์ ตลอดจนแนวทางการแก้ไขที่ผ่านมา การเสวนายังก้าวล่วงไปถึงสิ่งที่จะเป็น/ จะเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งแนวทางในการแก้ไข จึงเริ่มจากการแลกเปลี่ยนความเห็นตั้งแต่ ไครบ้างที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นเจ้าของปัญหา หรือผู้ที่จะต้องรับผิดชอบ/เป็นเจ้าภาพ หรือเป็นผู้ที่จะต้อง ดำเนินการ/เป็นผู้จัดการ ตลอดจน ยุทธศาสตร์ แนวทาง และกระบวนการวิธีที่จะต้องดำเนินการ เพื่อแก้ไขและ ป้องกันปัญหาเอชไอวี หรือปัญหาอื่นๆ ในลักษณะเดียวกัน ที่อาจเกิดขึ้นได้ในอนาคต โดยมี ดร.ยิ่งยง เทา ประเสริฐ เป็นผู้ดำเนินรายการเสวนา ดังจะได้ถอดความเอชไอวีสำคัญมานำเสนอไว้ต่อไปนี้

ผู้ดำเนินรายการ:

เอชไอวีเป็นปัญหาของใคร? ที่ผ่านมามีคนดูเหมือนว่าชุมชนยังไม่ค่อยจะยอมรับว่าเป็นปัญหาของตน ทำ อยางไรจึงจะทำให้เอชไอวีเป็นปัญหาของชุมชน หรือองค์กรชุมชน เพื่อจะได้มีเจ้าภาพในการแก้ไขปัญห

พระครูวิมลธรรมมานุศาสน์ (เจ้าอาวาสวัดศรีชุม):

เราคิดกันอย่างง่าย ๆ ว่า โรคเอชไอวีนั้นเป็นปัญหาของสังคม เราต้องมาช่วยกันแก้ไข ซึ่งจะเฉพาะ เป็นนามธรรมไม่ได้ จะต้องทำเป็นรูปธรรม เราจะเห็นว่า การส่งเสริม การฝึกอบรมจะเน้นนามธรรมมากกว่า รูปธรรม ถ้าเราเน้นรูปธรรมให้มาก คนจะเข้าใจปัญหาตรงนี้

แต่ตามข้อเท็จจริงแล้ว ปัญหาที่เกิดขึ้นมานั้น เพราะคนเราทั้งนั้น คนเป็นปัจเจกบุคคลที่คล้ายกันหนึ่ง บางคนไม่ยอมรับปัญหา บางคนก็อาจจะไม่เข้าใจปัญหา อย่างเรื่องโรคเอชไอวี ถ้าเราช่วยกันเต็มที่ก็จะแก้ปัญ หารู้ได้ ในลักษณะที่ว่า เราต้องระดมความคิดแต่ละกลุ่ม ทั้งองค์กรของภาครัฐหรือเอกชน ให้เข้ามาช่วย เหลือ ก็จะแก้ปัญหาก็ได้

ผู้ดำเนินรายการ:

ตอนนี้ท่านพระครูอยากเห็นอะไรที่เป็นรูปธรรม? หมายความว่า ขณะนี้เหมือนกับว่า ชุมชนเป็นเจ้า ภาพ แต่ต้องเป็นรูปธรรม เช่น องค์กรหรืออะไรที่จะมาเป็นตัวรองรับที่ชัดเจน

พระครูวิมลธรรมมานุศาสน์:

เราพูดถึงว่าองค์กรที่น่าจะรองรับในเรื่องปัญหาโรคเอชไอวี ปัจจุบันประเทศไทยประสบปัญหาเรื่อง ภาวะเศรษฐกิจและงบประมาณ โดยงบประมาณที่ทางรัฐจัดให้กับองค์กรประเภทนี้ลดน้อยลง แต่ควรจะมี องค์กรหนึ่งที่จะมารองรับปัญหานี้ได้ ซึ่งก็คือ องค์กรการบริหารส่วนตำบล แต่ละท้องที่จะมี อบต. เกือบทั้ง

นั่น ถ้าเราช่วยผลักดันตรงนี้ให้กับคณะกรรมการ อบต. ให้รองรับปัญหาจะเป็นการดีที่สุด จะช่วยแก้ปัญหาได้ โดยการบรรจุแผนการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับประชาชนภายในตำบลที่ตนเองรับผิดชอบ อย่างเช่น ต. ริมกก ท่านกำนันจัดงบประมาณไว้เยอะ ในการช่วยปัญหาโรคเอดส์เขาทำได้ดี แต่บาง อบต. อาจจะเข้าใจปัญหาแต่แก้ไขปัญหายังไม่ถูกจุดก็มี เพราะฉะนั้นต้องผลักดันให้กับพวกนี้ เพราะงบประมาณจะถูกตัดไปเรื่อยๆ เราต้องอาศัยงบประมาณของ อบต. จึงจะช่วยกันแก้ปัญหาสังคมตรงนี้ได้ดีขึ้น

ผู้ดำเนินรายการ:

ตรงนี้น่าสนใจ ที่ท่านพระครูมองว่า คงหนีไม่พ้นชุมชนที่จะเป็นเจ้าภาพ โดยชุมชนในที่นี้ก็คือ ทุกคนในชุมชนนั้น ทั้งภาครัฐหรือเอกชน ที่อยู่และมีหน้าที่ในชุมชนนั้น ก็คงต้องเป็นเจ้าภาพร่วมกัน แต่คงทำได้ยาก ท่านก็เสนอว่า อบต. จะกลายเป็นน้องใหม่ที่เร็วและคล่องตัว มีศักยภาพ และเป็นมือเป็นไม้ที่สำคัญของชุมชน

กำนัน ต.ริมกก:

จากการเสวนา รู้สึกจะมีปัญหาล้ายกัน ในส่วนของผมในฐานะที่เป็นผู้บริหารในองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ได้ตระหนักดีเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดเอดส์ ในคำถามที่ว่าใครจะมีส่วนรับผิดชอบประเด็นหลัก ถ้าจะพูดโดยรวม ก็คือ รัฐบาล เน้นมาถึงองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นหน่วยงานที่ควบคุมค่อนข้างใกล้ชิด จากที่ได้เข้าร่วมประชุมที่โรงแรมลำปางเวียงทอง อธิบดีกรมการปกครอง ได้นำผู้ติดเชื้อและพระคุณเจ้าวัดพระบาทน้ำพุ มาให้ได้เรียนรู้และประสบการณ์จากที่นั่น ท่านว่า องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องทำ ไม่ทำไม่ได้ ถ้าไม่ทำคุณผิด เพราะว่า การแก้ไขปัญหาระบาดเอดส์ต่างๆ รวมถึงโรคเอดส์นี้เป็นปัญหาของคุณ หลังจากที่ได้เข้าร่วมประชุมแล้ว ได้มาปรึกษากับทางหัวหน้าสถานีอนามัย และปลัด อบต. รวมถึงคณะกรรมการในรูปของสภา ทุกคนก็ตกลงกันว่า ปัญหานี้เป็นปัญหาที่แก้ไม่ตก เพียงช่วยชะลอได้เท่านั้น

ผู้ดำเนินรายการ:

ถ้าท่านประมวลไม่ให้นโยบายวันนั้น ท่านกำนันคิดว่า จะสามารถเป็นหัวหน้าได้หรือไม่? เพราะไม่ใช่ อบต. แห่งเดียว เราพูดถึงชุมชนที่จะต้องเป็นเจ้าภาพทุกส่วน แต่จะต้องมีใครเป็นตัวตนที่จะสามารถสัมผัสได้ มิฉะนั้นจะกลายเป็นไม่มีหัว หาดหัวไม่เจอ

กำนัน ตำบลริมกก:

อบต. เป็นองค์การปกครองใหม่ เป็นน้องใหม่ จะทำอะไรก็อ้างอิงถึงระเบียบ ส่วนมากทางด้านอำเภอ หรือเบื้องบนจะเป็นผู้กำกับเอง โดยบางครั้งให้อำนาจมาแต่ไม่มีเงิน หรือให้เงินแต่ไม่ให้อำนาจ ในบางครั้งข้อบังคับงบประมาณรายจ่ายที่เสนอไปที่อำเภอ โดยนายอำเภอเป็นผู้อนุมัติงบประมาณ บางครั้งก็ไปติดอยู่ที่อำเภอเสียเอง จึงเอือมระอาที่ไม่สามารถทำให้สำเร็จได้ดังที่ชุมชนอยากทำ

ผู้ดำเนินรายการ:

หมายถึงท้องถิ่นหรือพื้นที่ที่มีความพร้อมที่จะแก้ไขปัญหานี้ แต่บางครั้งก็ยังไม่ติดขัดอยู่กับกฎระเบียบที่ทางราชการควบคุมกำกับอยู่หรือไม่ ในพื้นที่อื่นๆ เป็นอย่างนั้นหรือไม่

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข (สวรท.):

จากการที่ได้ฟังทั้งท่านพระครูและท่านหนุต เราจะเห็นประเด็นว่า เรื่องของเอตส์ ถ้าจะทำให้ยั่งยืน และแก้ไขปัญหานี้ได้ จะต้องทำด้วยใจ จากการฟังท่านวิทยากรในช่วงเช้า และจากตัวเองในฐานะที่เป็นผู้สังเกตการ พบว่า ทุกท่านที่พูดให้เราฟังถึงบทเรียน ท่านทำด้วยใจ เช่นท่านปลัดสุภาภิบาล ท่านทำงานตรงนี้มา 10 กว่าปี ที่ทำอยู่ แต่ยังไม่รู้เส้นทางข้างหน้าว่าจะไปทางไหน ก็เพราะว่าท่านทำด้วยใจ รวมถึงท่านที่มาจากคริสต์จักร ท่านหนุต และคนอื่นๆ ที่ทำตรงนี้ได้โดยจะให้อย่างยั่งยืนได้ก็ต้องทำด้วยใจ แต่ถามว่า เราจะทำงานเอตส์เป็นเรื่องของชุมชน และทำด้วยใจได้ จะทำอย่างไร? นี่ก็เป็นประเด็น เพราะคิดว่า การจัดตั้งเชิงองค์กร เชิงโครงสร้างที่ถูกสั่งมา ไม่ยั่งยืน มีความซับซ้อน ถ้าเราจะเปลี่ยนในชุมชน เราจะไม่เอาแบบนั้น จะทำได้ไหม? แบบไหน? คือการจัดตั้งเป็นการจัดตั้งแบบชุมชนอย่างแท้จริง

ประเด็นที่สอง จากที่ฟังจะพบว่า กลุ่มองค์กรต่างๆ หรือที่เป็นตัวแทนของกลุ่มองค์กร จะสะท้อนปัญหาของตัวเองในแง่ของการจัดการองค์กร แต่ไม่รู้ว่าจะปัญหายังตรงไหน เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อเอตส์ ตัวแทนเล่าว่า อยากจะเข้ามาอยู่ในองค์กร แต่เจอปัญหาว่าเมื่อจัดรวมกลุ่มกัน ไม่ได้รับรู้ปัญหาของเพื่อนร่วมทาง ไม่รู้จักว่าเพื่อนร่วมทางมีปัญหา หรือข้อจำกัดในการรวมตัวกันอย่างไร อยากถามว่า มีกระบวนการของการได้รู้จักกันหรือไม่? แะไหน? อย่างไร? ในกระบวนการของการรวมกลุ่มกัน แล้วจะจัดการอย่างไร? ผ่านกลไกที่มีอยู่ และผ่านกลไกใหม่ๆ ที่เราจะสร้างขึ้น มา อยากจะให้มีการแลกเปลี่ยนกันในการทำงานนี้ต่อไปอีก

ผู้ดำเนินรายการ:

ประเด็นแรก ได้ยังเสียงกันว่า เรายังมองปัญหาเอตส์ต่างกัน เราโยนปัญหากันหรือเปล่า? เช่น เอตส์เป็นเรื่องของสาธารณสุข, ราชการ หรือชุมชน เอตส์เป็นเรื่องของใคร? ควรจะมีข้อยุติในลักษณะที่ชัดเจน ถ้าใครที่คิดว่าไม่เห็นด้วยกับที่เสนอ สามารถแย้งได้ เท่าที่ฟังมา คงปฏิเสธได้ยากว่า เอตส์เป็นเรื่องของสังคม ซึ่งใหญ่เกินไป เราคงจะพูดในระดับชุมชน แต่ชุมชนก็มีหลายหน่วยงานอยู่ในนั้น มีผู้เสนอว่า ควรจะเป็นกลไกที่มีอยู่แล้วในชุมชนโดยตรง เช่น อบต. ควรจะเป็นองค์กรรองรับ แต่ในส่วนนี้ยังถกกันไม่ได้ ไม่ได้สรุป

เมื่อลงตัวแล้ว ก็จะพูดคุยถึงกระบวนการ โครงสร้าง จะทำอย่างไร? แต่ทั้งหมดนี้ ให้สิ่งของที่ราชการจัดตั้งไว้ เราคงไม่ต้องมาเสียเวลาพูดอีก เพราะมันมีอยู่แล้ว และที่บอกว่ามันไม่ค่อยทำงานหรือไม่ค่อยเกิดผล อยากจะเห็นสิ่งใหม่ๆ แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าสิ่งใหม่นั้นต้องตัดราชการทิ้งหมด เพราะราชการคือศักยภาพที่เราจะเอามาใช้ เพียงแต่เราเอามาจัดตามที่เราคิดว่าควรจะเป็น ฉะนั้นอย่ากลับไปประเด็นแรกว่า เอตส์เป็นเรื่องของชุมชน ชุมชนต้องเป็นเจ้าภาพร่วมกันทั้งหมด

ประเด็นที่สอง ความเป็นเจ้าภาพก็ต้องมีเจ้ามือ คืออย่างน้อยเราควรจะไปหาใครได้ ซึ่งก็มีคนเสนอว่า อบต. จะเป็นองค์กรที่คล่องตัว เหมาะสมกับตรงนี้

ปลัดสุขาภิบาลจันจว้า:

ขอย้อนไปที่ว่า เอ็ดส์เป็นปัญหาของใคร? มันอยู่ที่ว่าถามใครด้วย คือถ้าถามผู้ป่วยหรือญาติผู้ป่วย เขาก็บอกว่าเอ็ดส์คือปัญหาของเขา ถามในหมู่บ้าน ก็บอกว่าเป็นปัญหาของหมู่บ้าน ทีนี้เราจะถามอยู่แค่นั้น? ถามท่านนายกฯ ท่านก็ตอบว่า เป็นปัญหาของประเทศ แต่ที่เรามาเสวนาวันนี้ เราคงไม่ล่งล้าไปถึงระดับจังหวัด ภาค หรือประเทศ เรากำลังคุยในระดับของชุมชน เพราะฉะนั้น คำถามที่ว่าเอ็ดส์คือปัญหาของใคร? ก็คงยุติที่ว่าเอ็ดส์คือปัญหาของชุมชน เพราะทุกคนในชุมชนจะต้องมาแก้ไขปัญหาร่วมกัน

ที่พูดไว้ในตอนเช้าคือ การเล่นกันเป็นทีมจะเล่นอย่างไร? เหมือนเล่นฟุตบอล เรากำลังจะทำประตูให้ได้ ให้ชนะโรคเอ็ดส์ แล้วใครจะมาเป็นโค้ช หรือผู้จัดการทีมในชุมชนนั้นดี มีคนเล่นหลายคน บางคนเป็นศูนย์หน้าที่ดี เป็น Haft ซ้าย-ขวา, กองกลาง, กองหลัง หรือประตูที่ดี ถ้าจะจัดให้ประตูไปเป็นศูนย์หน้า หรือเอาศูนย์หน้ามาเป็นประตูสลับกันไปมา คงจะสับสนวุ่นวายและไม่ประสบความสำเร็จ เพราะฉะนั้น กระบวนการตรงนี้ ควรหรือไม่ที่จะต้องผู้จัดการทีม? ถ้ามีควรจะเป็นใคร? ที่เปิดประเด็นตรงนี้ เพื่อให้ขบคิดกันว่า มีหลายองค์กรหลายแนวทางที่จะแก้ไข แต่ลงในสนามเดียวกันคือสนามต่อสู้โรคเอ็ดส์

ผู้ดำเนินรายการ:

ถ้าเรามองหาผู้จัดการปัญหา/ผู้จัดการทีม จากหน่วยงาน หรือองค์กร อาจจะเจอทางตัน เพราะผู้จัดการทีมอาจจะมีได้หลากหลาย ตามสภาพที่ต่างกัน เช่น อาจเป็นองค์กรอย่าง อบต. สุขาภิบาล หรือเทศบาล หรืออาจเป็นบุคคล/กลุ่มบุคคลก็ได้ ซึ่งฟังเสียงแล้วดูเหมือนว่าควรจะมีผู้จัดการ จึงอยากให้แลกเปลี่ยนบทเรียนตรงนี้ว่า ควรจะมีในลักษณะใดได้บ้าง และจะมีได้อย่างไร?

อาจารย์สุมาลี วรรณรัตน์ (ครู รร.บ้านปางลาว):

ในที่ประชุมนี้ ทุกคนคงยอมรับแล้วว่า เอ็ดส์เป็นปัญหาของทุกคน รู้สึกว่าปัญหาเอ็ดส์เป็นปัญหาที่ยังแก้ไม่ตก ยังวนเวียนอยู่ เท่าที่ฟังมาสภาพของการทำงานด้านเอ็ดส์ในระดับชุมชน จะขาดความร่วมมือกันของคนในชุมชน เป็นปัญหาของคนที่มีความตั้งใจหรืออยากจะทำงานเท่านั้น และยังขาดความร่วมมือจากหลายฝ่าย จนกระทั่งเราต้องมาบ่นกันต่อมาว่า เราจะทำอย่างไรต่อไปกับการร่วมมือของคนในชุมชน หรือองค์กรในชุมชน และคาดคั้น อบต. หน่วยราชการในพื้นที่ว่า คุณจะทำอย่างไรกับปัญหาเหล่านี้

ปัญหาเอ็ดส์จะต้องเป็นปัญหาที่ถูกจัดการหรือดำเนินการในระดับพื้นที่ ไม่ใช่เริ่มที่ใครไม่รู้ที่มองเห็นปัญหาแล้วพยายามยัดเยียดให้ชุมชนทำ ซึ่งจะเหมือนกับปัญหาอื่นๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน คือเราพยายามที่จะจัดการกับปัญหา โดยที่เจ้าของปัญหาไม่รู้เรื่อง และบอกว่าเราเป็นเจ้าของปัญหาเอง ปัญหาเอ็ดส์ควรเริ่มต้นที่ระดับหมู่บ้าน

เรื่องการจัดการระดับหมู่บ้านควรจะมีการสร้างพลังในชุมชน ทำให้คนในชุมชนมีความตื่นตัวที่จะทำงานและบอกว่าเป็นปัญหาของตัวเอง และในเรื่องของปัญหาเอ็ดส์จะไม่เจาะจงว่า การทำงานจะเน้นที่กลุ่มเป้าหมายคือผู้ติดเชื้อเพียงอย่างเดียว เพราะที่จริง ปัญหาเอ็ดส์ไม่ใช่ปัญหาของคนติดเชื้อ แต่เป็นปัญหาที่มีผลกระทบในวงกว้างอย่างที่ว่ากัน

งานที่จะต้องทำในระดับชุมชนมีสองเรื่อง คือ เรื่องของการช่วยเหลือด้านสวัสดิการแก่กลุ่มที่มีปัญหา ที่ประสบปัญหาทั้งที่เป็นเอตส์และไม่เป็นเอตส์ ถ้าเรามุ่งไปที่เรื่องเอตส์ ชุมชนจะต้องมีปัญหาคือขึ้นทันทีว่า ทำไมต้องเป็นเอตส์ แล้วคนจนกลุ่มอื่นในชุมชนล่ะ เขาเหล่านั้นไม่มีสิทธิได้รับการช่วยเหลือหรือ ซึ่งจะประเด็นถกเถียงกันอีก ส่วนอีกเรื่องคือการให้ความเอาใจใส่เรื่องด้านอาชีพและกิจกรรมรณรงค์อื่นๆ ในชุมชน แล้วจะต้องสร้างพลังให้กับชุมชน

ช่องทางที่จะช่วยเหลือให้ชุมชนเกิดกระบวนการช่วยเหลือขึ้นมาได้คือ กองทุนชุมชน เพราะมองว่าชุมชนร่ำรวย ทั้งทรัพยากรบุคคล เงิน ฯลฯ ควรจะมีการจัดการกองทุนตรงนี้ แล้วมีคณะกรรมการขึ้นมาช่วยเหลือดูแล โดยความร่วมมือจากหลายฝ่าย สู่กลุ่มปัญหา โดยไม่เจาะจงเพียงปัญหาเอตส์ จากนั้นจึงเข้าสู่ระดับตำบล

แต่ก่อนที่จะเข้าสู่เครือข่ายระดับตำบล ควรจะมีการสร้างพลังให้แก่องค์กรชุมชน สร้างสำนึกร่วมกัน ซึ่งจะเกิดเครือข่ายผลักดันให้องค์กรชุมชนระดับตำบลคือ อบต. เข้ามาทำงานเพื่อแก้ปัญหาพื้นฐานของชุมชน ขณะเดียวกันในชุมชนไม่เพียงแต่มีระบบการเมืองอย่างเดียว ยังมีระบบที่คล้ายกับเป็นวิชาการของชุมชน เป็นกลุ่มที่จะสามารถให้คำปรึกษาหารือแก่ชุมชนได้ด้วย และในระดับจังหวัด การทำงานไม่ควรที่จะแบ่งแยกออกมาว่า งานเอตส์ให้สาธารณสุขรับไปจัดการ ซึ่งขอเถียงว่า งานเอตส์ไม่ใช่งานของสาธารณสุขแล้ว เพราะจากการที่ได้ไปร่วมสัมมนาเอตส์ชาติ เห็นชัดว่า การรณรงค์ในพื้นที่ชุมชน บอกว่าเอตส์เป็นปัญหาของทุกคน แต่ในระดับชาติ ภาพที่ออกมาคืองานของสาธารณสุข ตรงนี้ควรจะเป็นการร่วมกันในการทำงานโดยอาศัยการสร้างพลังให้แก่ชุมชน

อยากเสนอแนะในลักษณะเรื่องของงานวิจัย จากเวทีเอตส์ชาติ ทำอย่างไรที่จะวิจัยเพื่อสร้างหรือพัฒนาเครื่องมือที่จะสร้างพลังให้แก่ชุมชน ให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการที่จะแก้ไขปัญหา โดยเป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ

อีกเรื่องหนึ่งคืออาชีพ เรื่องของการจัดการด้านอาชีพ เป็นปัญหาหลัก ตั้งกลุ่มอาชีพของผู้ติดเชื้อเอตส์ขึ้นมาแต่ไปจนกันที่ตลาด คือเมื่อผลิตอะไรขึ้นมาจะเป็นผู้ขายเอง ต่างคนต่างขาย แล้วไปแย่งตลาดกันเอง ถ้าเราดูระบบการตลาดโดยรวม พบว่าปัจจุบันระบบเศรษฐกิจเปลี่ยนไป ผู้ผลิตก็คือผู้ผลิต แต่จะมีบริษัท 2-3 แห่ง ที่จะผูกขาดในเรื่องของการขาย ผู้ขายจะเป็นผู้ที่สร้างรูปแบบ โดยพยายามพัฒนาว่าทำอย่างไรให้ขายได้ การขายจะมีเรื่องราคาและต้นทุนเข้ามาเกี่ยวข้อง ถ้าเราทำในลักษณะผู้ผลิตและมีผู้ที่มารับไปขาย มูลค่าการขายก็จะลดลง จะช่วยลดช่องว่าง และจะมีหน่วยงานอื่นๆ เข้ามาช่วยสนับสนุนอีกด้วย

ผู้ดำเนินรายการ:

ถ้าเราเริ่มชัดเจนว่า ชุมชนต้องเข้าใจและยอมรับปัญหาเอตส์เป็นเรื่องของชุมชน ไม่อาจนิ่งดูเฉยหรือหวังรอให้หน่วยงานรัฐมาแก้ไข ตรงกันข้ามชุมชนต้องพร้อมใจกันรับเป็นเจ้าภาพ เราก็ไม่ควรต้องพูดอีกแต่ที่ต้องถกเถียงเพราะยังมีเสียงสะท้อนในลักษณะที่ชุมชนยังไม่ได้ยอมรับปัญหาเอตส์อย่างที่เรานำหวัง ดังนั้นในที่ประชุมนี้จึงต้องช่วยกันทำความเข้าใจในสำนึกของชุมชนที่ต้องยอมรับเอตส์เป็นปัญหาของตน

นอกจากนั้น ที่ประชุมยังได้ช่วยกันเปิดประเด็นว่า ควรจะมีผู้จัดการปัญหา หรือมีกลไกที่จะมาดำเนินการ ตัวอย่างในเรื่องการสร้างจิตสำนึกและการรณรงค์ต่างๆ ที่ อ.สุมาลี ได้เสนอไว้ จะช่วยนำไปสู่คำถามว่า ใครทำ คืออย่างน้อยควรจะมีผู้เริ่มต้น ซึ่งอาจจะเป็นองค์กรในชุมชนนั้นๆ เช่นตัวอย่างจาก อ.สุมาลี โรงเรียนก็ถือเป็นองค์กรในชุมชน ซึ่งเป็นผู้เริ่มต้นได้และก็ได้เริ่มต้นแล้ว คล้ายกับเป็นการจุดประกายให้ อบต. หรือองค์กรส่วนอื่นมาร่วมจัดการสานต่อ ซึ่งอาจจะเป็นองค์กร/บุคคลในชุมชนที่มีศักยภาพ ใครก็ได้ ไม่กำหนดตายตัวว่าจะต้องเป็น อบต. สุขาภิบาล หรือโรงเรียน ขึ้นกับความพร้อมของแต่ละพื้นที่ เพราะเท่าที่เรียนรู้จากประสบการณ์ของพวกเขาที่ยืนหยัดอยู่ได้เพราะใจ ฉะนั้นคงหาสูตรตายตัวยาก จุดนี้จึงอยากให้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของแต่ละชุมชน เพื่อให้เกิดภาพที่เป็นรูปธรรมมากขึ้น

ตัวแทนคริสตจักร:

ทางคริสตจักรถือว่า เด็กเป็นรากฐานที่สำคัญที่สุด เป็นคนรุ่นใหม่ที่จะมาแทนคนรุ่นเก่า ดังนั้นคิดว่า ทางวัดหรือศาสนา คงจะต้องดูแลเด็กเหล่านี้ให้ดี และพยายามให้เด็กมีส่วนศึกษาธรรมต่างๆ ให้มากขึ้น เพราะปัจจุบันเด็กมีค่านิยมทางตะวันตกมากขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น จะมีค่านิยมที่ฟุ้งเฟ้อ มีการเลียนแบบทางโทรทัศน์หรือสื่อต่างๆ ฉะนั้นจะอย่างไรกับลูกหลานของเรา ถ้าเราป้องกันเด็กไว้ได้ จะทำให้เอดส์ลดลง คิดว่าน่าจะเป็นการรักษาประชากรไว้ได้ ทุกคนมีส่วนร่วม และทางด้านศาสนามีส่วนเข้ามาเกี่ยวข้อง เราจะให้เมล็ดพืชที่ดีแก่เด็กเท่านั้น เพื่อว่าในอนาคตจะมีสิ่งที่ดียึดเขาไว้ได้ มิฉะนั้นเราก็จะแก้ปัญหาที่ปลายเหตุกันไป หรือถ้าเราไม่ได้หว่านอะไรที่ดี ให้กับเด็กที่กำลังเติบโตขึ้นมา จะทำให้เกิดปัญหาขึ้นเป็นระลอกๆต่อไป

ผู้ดำเนินรายการ:

ทางคริสตจักรมีประสบการณ์ด้านต่างๆ โดยเฉพาะเรื่องครอบครัว เพราะฉะนั้นที่สะท้อนออกมา จึงได้พยายามแจ้งว่า เราได้ถกกัน 2 ประเด็น คือ เรื่องของเจ้าภาพกับผู้จัดการ เราควรพูดถึงเป้าหมายว่า คงไม่ใช่จะเอาผู้ติดเชื้อเป็นหลัก ควรจะเอาหน่วยต่างๆ ในชุมชน แต่หน่วยที่ดีว่าเป็นรูปธรรมมากที่สุดในตอนนี้อคือ ครอบครัว ส่วนโครงสร้างในองค์กรนั้น จะเป็นองค์กรชุมชนรูปแบบใดก็ได้ที่ทำด้วยใจ ซึ่งอาจทำหน้าที่เริ่มต้นเป็นผู้ประสานงาน และผู้จัดการต่อไป

ตัวแทนชุมชนบ้านป่าซาง อ.แม่จัน:

อยากพูดถึงเรื่องระบบการศึกษาว่า การศึกษาจัดอยู่ 4 ระดับ คือ ก่อนประถม ประถม มัธยม และอุดม ซึ่งมีอยู่ 2 ระดับ ที่มีปัญหาเรื่องโรคเอดส์มาก คือ ระดับก่อนประถมเป็นกลุ่มเด็กที่ติดเชื้อเอดส์จากผู้ปกครอง อายุประมาณ 6 ปีลงมา ฉะนั้นถ้าเด็กเข้าโรงเรียน จะทำให้เกิดปัญหาว่า ถ้าเด็กมีตุ่มหนอง ผู้ปกครองไม่ให้ลูกหลานมาเข้าเรียน ทำให้โรงเรียนเกิดปัญหาด้านบริหารงานขึ้นมากมาย ส่วนอีกระดับหนึ่งคือระดับมัธยม ซึ่งโดยมากจะติดสารเสพติดไม่ต่ำกว่า 50% นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์กัน เกิดการติดเชื้อเอดส์มากมาย ควรจะหาวิธีป้องกัน

ผู้ดำเนินรายการ:

ตอนนี้เรากำลังพูดถึงเหตุหรือโอกาสที่จะทำให้เกิดปัญหา ซึ่งเราจะจัดการอย่างไร? แล้วค่อยมาพูดถึงว่าปัญหาอยู่ที่ไหน? แล้วใครบ้างที่เกี่ยวข้อง? ใครจะจัดการ? โครงสร้างเป็นอย่างไร? แต่ว่าส่วนที่เกี่ยวข้องกับเด็กก็มีหลายอย่างที่เป็นประเด็นใหญ่ เราจะมาถกกันอีกทีในเรื่องของผลกระทบ

หลังจากที่เราได้โครงสร้างต่างๆ ที่ค่อนข้างเป็นรูปร่างพอควร เมื่อเราถกกันถึงวิธีแก้ปัญหาเหล่านั้น จะมีความชัดเจนมากขึ้น มีฉะนั้นจะวนเวียนอยู่ที่ว่า พอเกิดปัญหา เราก็แก้เฉพาะตัวปัญหา แต่ว่าระบบโครงสร้างและกระบวนการแก้ปัญหา ไม่เป็นระบบ เหมือนกับไล่ตามปัญหา

ตัวแทนชุมชนบ้านป่าซาง อ.แม่จัน:

อยากให้ทาง สปช. ส่งการลงมาให้ทางตำบล เปิดโรงเรียนที่รับเฉพาะเด็กที่ติดเชื้อ เอามาเรียนรวมกัน จะทำให้เกิดปัญหากับผู้ปกครองลดน้อยลง

ผู้ดำเนินรายการ:

หมายความว่า จะแยกเด็กติดเชื้อไว้ต่างหากไหม? ยังไงขอเอามารวมกับผลกระทบ และกลับมาที่โครงสร้างว่ามีรูปแบบ?

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข :

อยากเสริมประเด็นที่ว่า การที่เราจะมีผู้จัดการ เพราะเราอยากให้เอคส์เป็นเรื่องของชุมชน และทุกคนทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาร่วมกัน เราพอจะเห็นแล้วว่า เพื่อนร่วมทางจะเป็นใครได้บ้าง แต่ผู้จัดการที่เกิดขึ้นนั้นเพื่ออะไร? เป้าหมายคือ อยากจะให้ชุมชนของเราเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง ต้องอยู่ในระดับไหน? เพื่ออะไร? เพราะเข้มแข็งที่เป็นอยู่คือ หนึ่ง แก้ไขปัญหาชุมชนของเราได้ ดูแลเด็กได้ หรืออาจจะต้องคุยกันว่า เป้าหมายชุมชนเข้มแข็งที่เราต้องการมันคืออะไร? จึงจะย้อนมาที่ประเด็นว่า ถ้ามีผู้จัดการ จะจัดการอย่างไร? สร้างความตื่นตัวหรือเปล่า? โดยคงต้องดูว่า จัดการเพื่ออะไร? เพราะทุกคนมีส่วนร่วมที่จะทำให้เกิดการจัดการนั้น เราจึงจะสามารถฝากหน้าที่นี้ให้กับผู้จัดการนั้น

อยากจะโยนคำถามให้กับภาควิชา เราอยากจะจัดการอะไรกับชุมชนของเรา เพื่อให้ชุมชนเข้มแข็งขึ้น? กำนันอยากให้ใครทำหน้าที่อะไรบ้าง? เมื่อมาเจอกัน

ผู้ดำเนินรายการ:

ฟังดูเหมือนเราจะยอมรับผู้จัดการแล้ว หมายความว่า ควรจะมีการจัดการ เพียงแต่เราจะจัดการอะไร? อย่างไร? เพื่ออะไร? มาถึงใคร?

อาจารย์สุมาลี วรรณรัตน์ :

เห็นด้วยที่จะมีผู้จัดการ แต่ผู้จัดการนั้น เรายินดีสนับสนุนให้ชุมชนเป็นผู้จัดการ แต่ว่าก่อนที่จะข้ามไป ยังติดปัญหา 2 เรื่องคือ ปัญหาทัศนคติของคน ตราบใดที่เรายังมีนายกรัฐมนตรีที่พูดว่า “ผมแสดงความ

ดีใจชื่นชมที่ท่านมาช่วยเหลืองานนี้โดยที่เอาตัวเองมาเสี่ยง" และได้ยืนยันว่า "ไม่อยากให้ผู้ติดเชื้อทำอาหารขาย" จากปากของท่านรองผู้ว่าฯ (ประธานเปิดงาน) คิดว่า ถ้าเราก้าวข้ามพ้นปัญหาทัศนคติของคนไปได้ การแก้ปัญหาจะง่ายขึ้น แต่ไม่ได้เรียกร้องให้มาถกเถียงประเด็นนี้ เพราะคิดว่ามันยาว

อีกปัญหาหนึ่งคือ ปัญหาโครงสร้างการปกครองของรัฐ รัฐของเราถูกจัดการด้วยระบบราชการ ฉะนั้นเมื่อเราทำงาน มักจะมองว่าจะต้องใช้ระบบโครงสร้างของราชการไปจัดการกับชาวบ้าน ซึ่งถ้าเราต้องการให้ชุมชนชาวบ้านเป็นผู้จัดการ แต่ไม่สามารถลืมเรื่องของระบบการจัดการโดยรัฐ คิดว่า ภาพที่ฝันไว้ไม่เกิดแน่นอน ยกเว้นคนที่มีจิตใจอยากทำเกี่ยวกับปัญหาเอตส์ การพยายามต่อสู้และฝ่าฟันผืนระบบ ทำได้ยาก ต้องอาศัยความร่วมมือจากทั้งหน่วยงานที่เป็นหน่วยราชการการศึกษาในระดับจังหวัดของเรา ถ้าก้าวข้ามปัญหา 2 ข้อนี้ได้ ปัญหาเอตส์มีแนวทางที่จะคลี่คลายขึ้นได้

ผู้ดำเนินรายการ:

นั่นเป็นกระดุกชั้นโตที่ติดอยู่ที่คอ กลืนไม่เข้าคายไม่ออก บางอย่างจึงจำเป็นต้องล้มชั่วคราว จะเห็นว่า เจตนาที่จะนำหลายฝ่ายมาให้ความคิดหลากหลาย ไม่อยากให้เห็นไปทางเดียวกันหมด แม้กระทั่งประธานวันนี้ ก็ทำให้สมาชิกได้คิดอย่างหลากหลาย

ส่วนเรื่องทัศนคติของผู้บริหารตั้งแต่ระดับประเทศลงมากับเรื่องของโครงสร้าง เป็นปัญหาโลกแตกที่อาจต้องล้มไปชั่วคราว กลับมาดูว่า ชุมชนทำอะไรได้บ้าง? ซึ่งเราพยายามสร้างขึ้นมา แม้ว่าจะเป็น อบต. โรงเรียน หรือกลุ่มแม่บ้าน/กลุ่มผู้ติดเชื้อ เรามองทุกคนเป็นชุมชน ลืมความเป็นราชการไปชั่วคราว จะทำให้เรามองเห็นแสงสว่างมากขึ้น

ปลัดสุขาภิบาลจันทบุรี:

ประเด็นที่ว่า น่าจะมีผู้จัดการนั้น ผมหมายความว่า อยากให้ผู้จัดการยกเว้นไม่เกี่ยวข้องกับระบบราชการ เพราะระบบราชการจะโยนให้ อบต. ซึ่งเป็นนิติบุคคล วัตถุประสงค์คือ เมื่อมีผู้จัดการแล้ว องค์กรจะต้องสร้างความเข้มแข็งขึ้นมาให้มีสภาพเป็นนิติบุคคล โดยการจดทะเบียนเป็นชมรม/มูลนิธิ ที่มีสภาพเป็นนิติบุคคล เพื่อรองรับหน่วยงานของรัฐ เช่น ประชาสงเคราะห์ เอาเงินผ่านมาทางจังหวัด อำเภอ มาถึงตัวคนป่วยใช้เวลา 3 เดือน โดยที่คนป่วยตายไปก่อนแล้ว 2 เดือน

เรากำลังจะแก้ปัญหาตรงที่ว่า เมื่อเราเป็นองค์กรนิติบุคคลแล้ว ทางหน่วยงานหรือองค์กรที่วิจัยอาจจะเสนอแนวทางที่ว่า จะเป็นไปได้ไหมที่รัฐจะเอาเงินก้อนที่เกิดจากโครงการที่องค์กรที่เราจัดตั้งและมีผู้จัดการเสนอไปโดยตรง และหน่วยงานของรัฐส่งงบประมาณโดยตรงกลับคืนมาให้องค์กรชุมชนนั้นๆ บริหารงบประมาณด้วยตนเอง คำนตรงไหน เกาตรงนั้น เกาถูกที่คันแน่นอน ไม่ใช่เกาเฉียดไปมาจนนำรำคาญ ประเด็นนี้เท่านั้นเอง ใครจะเป็นผู้จัดการไม่สำคัญ และยกเว้น การเขียนว่า กรรมการเป็นใคร สมาชิกเป็นใคร รายละเอียดไม่ควรเป็นหน่วยงานของรัฐอีกต่อไป

ผู้ดำเนินรายการ:

ท่านปลัดมีความคิดเห็นอย่างไร? ผู้จัดการซึ่งสมมุติว่าเป็นองค์กรพิเศษขึ้นมาและจดทะเบียนเป็นนิติบุคคล ห้ามเป็นส่วนราชการ บทบาทหน้าที่จะตั้งขึ้นมาเพื่ออะไร? จะทำหน้าที่อะไร?

ปลัดสุขาภิบาลจันจว้า:

ผู้จัดการที่อยากให้ตั้งขึ้นมานั้น ไม่ใช่ผู้นำ แต่เป็นผู้ที่คอยประสานงานของกลุ่มที่จะทำให้เกิดภาพที่ดีและชัดเจนขึ้น ให้เกิดเป็นรูปธรรมในการติดต่อสื่อสารซึ่งกันและกันในชุมชน

ผู้ดำเนินรายการ:

ตอนนี้เจ้าของกระทู้ได้ขยายความของคำว่า “ผู้จัดการ” ให้แล้วว่า มองในแง่องค์กรนิติบุคคล ทำหน้าที่ในการประสาน แต่ว่าจะทำได้หรือไม่? คงต้องถกกัน

น.พ.วิพุธ พูลเจริญ (ผอ. สวรส.):

อยากจับประเด็นที่ว่า ภารกิจ หน้าที่ หรือสิ่งที่อยากจะให้อะไรชักอ้อมไปทำ คืออะไรกันแน่? มองว่ากระบวนการทางชุมชนกับกระบวนการทางระบบราชการ เวลาทำงานที่เกิดผลจริง อาจมีลักษณะที่แตกต่างกัน พอตีในเอกสารที่แจกมาของอาจารย์ยิ่งยง เวลาที่อาจารย์จะพูดถึงเรื่องชุมชน การทำงาน การเกิดขึ้น การดำรงคงอยู่ อาจารย์ได้พูดถึง มิติทางวัฒนธรรม เท่าที่ฟังมาจากตอนเช้า มีหลายประเด็นที่เป็นปัญหาชุมชน และต้องแก้โดยชุมชน และเป็นมิติทางวัฒนธรรม แต่เราจะแก้ยังไงนั้น ยังไม่ชัดเจน

ยกตัวอย่างเช่น ประเด็นในเรื่องของสถานเริงรมย์ หรือบริการทางเพศในระดับตำบล เข้าใจว่า เป็นเงื่อนไขของวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมของชุมชน หรือประเด็นที่มีคนพูดถึงเรื่องงานบุญกับเอตส์ การมีงานบุญก็ทำให้มีการแพร่ระบาดของเอตส์มาก และวิธีการ/มาตรการ คือ ทำงานบุญให้ห่างขึ้น แต่ในเนื้อหาของงานบุญในเชิงวัฒนธรรมเป็นไปเพื่ออะไร? และจะต้องดำรงคงอยู่เพื่ออะไร? เข้าใจว่า เป็นเงื่อนไขหลักของประเด็นทางวัฒนธรรม ประเด็นเรื่องการซื้อขายบริการทางเพศ รวมทั้งมาโยงกับเรื่องของกาตุแลร์รักษาความเอื้ออาทรในการที่จะอยู่ร่วมกันกับคนในชุมชนในสังคมผู้ติดเชื้อ วิถีทางสังคมวัฒนธรรมที่จะใช้กัน ที่จะทำให้เกิดโครงสร้างของครอบครัวที่มั่นคง ทำให้มีครอบครัวที่อบอุ่น เป็นรูปแบบ หรือมิติทางวัฒนธรรมแน่นอน

แต่กลไก/วิถีทางวัฒนธรรมที่ควรจะเป็นในระดับชุมชน ยังไม่ถูกพัฒนาขึ้นมา เรายังคงใช้โครงสร้างทางระบบราชการในการสอน อบรม หรือจัดรายการวิทยุ เข้าใจว่า ไม่ใช่เป็นโครงสร้างในมิติวัฒนธรรม จึงยังมีช่องว่างในประเด็นที่จะดำเนินการ หรือจะจัดการ ให้เป็นไปในลักษณะที่สอดคล้องกับวิถีทางวัฒนธรรม

ผู้ดำเนินรายการ:

เจตนาที่เอาเอกสารเกี่ยวกับพื้นฐานการทำงานในชุมชนแถมให้ เพราะบางครั้งคำที่เราใช้กันมักจะตีความกันเอง ไม่ได้จำกัดความว่าหมายถึงอะไร? กินความแค่ไหน? บางครั้งพูดคำเดียวกันแต่ไปคนละเรื่อง แต่ก็ไม่ใช่เรื่องแปลก เพราะในมิติทางวัฒนธรรม เป็นเรื่องของความหลากหลาย

ถ้าเรามองผู้จัดการในลักษณะโครงสร้างคล้ายราชการ ก็จะมีขาดมิติทางวัฒนธรรม คือ จะไม่มีความหลากหลาย คล้ายกับว่าทุกคนในชุมชนต้องขึ้นกับมูลนิธิ เพราะมูลนิธิเป็นองค์กรนิติบุคคล ก็จะมีขาดความหลากหลาย การแก้ปัญหาโดยใช้มิติวัฒนธรรมที่เป็นตัวอย่างรูปธรรม เช่น บ้านป่าแดงหลวงของพ่อหลวงสุคำ ที่ท่านพระครูระอาใจเกี่ยวกับเรื่องจัดงานวัดเพื่อเจริญรอย แล้วเป็นเหตุทำให้เอตส์ระบาด ท่านจึงปรับวิถีทางวัฒนธรรม ซึ่งเดิมวัฒนธรรมเป็นงานบุญที่ให้ทุกคนมาสร้างกุศล แต่เมื่อถูกใช้ไปในทางที่ไม่ถูกต้อง ท่านจึงปรับให้มีเฉพาะงานวัดใหญ่ๆ ที่เป็นงานของพิธีกรรมเท่านั้น ทำให้งานวัดลดความถี่ลง เท่ากับลดแหล่งมั่วสุม เหล่านี้ก็เป็น การปรับมิติทางวัฒนธรรม และมีอีกหลายอย่างที่เรารับตัวโดยอาจไม่รู้ตัว

หากเรายึดติดกรอบราชการมากเกินไป โดยเรามักจะคิดในลักษณะค่อนข้างเป็นโครงสร้างเชิงระบบ แม้ความเป็นระบบก็จำเป็น แต่ถ้าเรายึดติดที่ตัวบุคคล หากบุคคลนั้นเป็นอะไรไปก็จะเสียหาย ฉะนั้นความเป็นระบบก็ต้องคู่กับคนที่ทำได้ด้วยใจ ซึ่งก็จะเอื้อต่อกัน เพราะถ้ามีใจแต่ไม่มีระบบจะทำให้ไปด้วยกันยาก เราจะต้องผสมผสานทั้งระบบและบุคคลที่มีใจเสียสละ

ถ้าเราพูดล้าหลังว่าการจัดการคงไม่เสียหาย เพราะเราไม่ได้หมายถึงหน่วยเดียว แต่อาจหมายถึงใครก็ได้ที่อยู่ในศักยภาพที่จะจัดการ เราจะหาจุดร่วมกันใน 9 ชุมชน เพื่อเชื่อมโยงกันเป็นกัลยาณมิตร

เสาวลักษณ์ แก้วหน่อ (สอ.ต.หนอง):

ชุมชนนั้นยังยืนอยู่แล้ว แต่บางครั้งวิธีการหรือกลวิธีในการจัดการของผู้จัดการซึ่งเราเข้าใจมาว่า ผู้จัดการคือองค์กรของรัฐหรือเอกชน บางส่วนเข้าไปทำลายความมั่นใจ หรือทำให้ชุมชนอ่อนแอลง แต่ไม่ได้หมายความว่า กลวิธีของรัฐหรือเอกชนไม่ดี

จะเป็นไปได้ไหมว่าเราจะรวบรวมชุมชนกับผู้จัดการเข้าด้วยกัน แต่ผู้จัดการต้องตระหนักถึงวิธีการที่จะทำกับชุมชนว่าเป็นปัญหาของเราหรือของชุมชน เพราะเชื่อมั่นว่า ชุมชนมีศักยภาพเพียงพอที่จะแก้ปัญหาได้ แต่ว่าบทบาทหน้าที่ของเราอยู่ตรงไหน? เพราะฉะนั้น เราจะต้องเข้าใจบทบาทของตัวเองให้ดีที่สุด

ผู้ดำเนินรายการ:

ตอนนี้บทบาทหน้าที่เราคือหนึ่งในชุมชนนั้น โดยสมมุติว่า ตอนนี้เราอยู่ในชุมชนนั้น

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข :

มีความสำคัญอันหนึ่งที่อยากจะแลกเปลี่ยนว่า คนที่จะมาทำหน้าที่ผู้จัดการของกลุ่มนี้ต้องเข้าใจปัญหาของชุมชน เพราะที่ผ่านมา การจัดการที่เป็นอยู่ จัดการไปแล้วทำให้อ่อนแอลงไป ทำให้แก้ปัญหาไม่ได้ เราจะทำอย่างไรให้การจัดการนั้นเข้าใจปัญหาชุมชนได้

ผู้ดำเนินรายการ:

คล้ายกับเรามาช่วยกันกำหนดคุณสมบัติหรือบทบาทของการจัดการนี้ ซึ่งตอนนี้มาถึงขั้นว่า การจัดการนี้ไม่ได้กำหนดเอาไว้ตายตัว เพราะมีหลากหลายรูปแบบ แต่ว่าทุกรูปแบบควรจะมีส่วนร่วมกันได้ มีหลักการร่วมกันอย่างที่เราเสนอมา คือ คงต้องพยายามทำงานแบบชุมชน ไม่ใช่ราชการ เพื่อที่จะแก้ปัญหาได้

อาจารย์สุมาลี วรรณรัตน์ :

เท่าที่ฟังมา ผู้จัดการหรือหัวหน้าทีมในชุมชน ถ้ากลับตานึกถึงแต่ชุมชนของเรา ปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของเรา ผู้จัดการหรือผู้รับผิดชอบในเรื่องโรคเอดส์ส่วนมากจะเป็นของกระทรวงสาธารณสุข อย่างหน่วยงาน อบต. ครู หรือหน่วยงานอื่น เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน ก็เป็นแค่เพื่อนร่วมงาน ช่วยชี้แจงด้วยว่า ผู้จัดการทีมหรือหัวหน้าในชุมชนเรา ควรจะเป็นเจ้าหน้าที่ทางฝ่ายอนามัยประจำตำบลจะถูกหรือไม่?

ผู้ดำเนินรายการ:

เท่าที่ฟังจากปลัดสุขภาพตำบล ผู้จัดการคือองค์กร หรือกรรมการ หรืออะไรที่เป็นคณะบุคคล ไม่ใช่รายบุคคลแน่นอน

อันที่สองคือ คณะบุคคล หรือองค์กรนี้ ถึงแม้ว่าจะเป็นหน่วยราชการหรือจะเป็นใครก็ตาม แต่วิธีการทำงานต้องไม่ใช่ราชการ คิดว่าในส่วนที่จะไปหา ควรจะเป็นจำเลยมากกว่า แต่ว่าเรามีปัญหาร่วมกัน เราจะมีกลไกมาจัดการอย่างไร? ซึ่งกลไกนี้เปิดกว้าง มีหลายรูปแบบ เพียงแต่ หลายท่านเป็นห่วง เลยมาช่วยเติมบทบาทกลไกนี้ ทำให้มีความชัดเจนขึ้น ซึ่งได้เติมข้อหนึ่งว่า อย่าให้กลไกทำงานเหมือนกับราชการอีก เพราะเสียเวลาที่จะมีกลไกใหม่ และแก้ปัญหาไม่ได้

อาจารย์สุมาลี วรรณรัตน์ :

เท่าที่เห็นการดำเนินงานของแต่ละกลุ่ม รู้สึกว่า การร่วมใจหรือการที่จะมาพบปะกันมีโอกาสน้อยมาก โดยเฉพาะหน่วยงานต่างๆ หรือองค์กรที่เราจะมาร่วมกันขึ้นมา ยากแก่การปฏิบัติ แต่อย่างจะให้กลุ่มที่มีความกระชับในเรื่องของการทำงานให้ชัดเจน บรรลุเป้าหมาย เราจะมีวิธีการดำเนินงานแบบไหนที่จะมีความกระชับ?

ผู้ดำเนินรายการ:

อาจารย์ได้เสนอมาแล้วว่า เราจะทำงานแค่นี้หรือ เพราะเรื่องเอดส์พัวพันไปหมด เรามอง 2 ชั้น ชั้นแรก เรามองในชุมชน แต่ชั้นที่สอง คงไม่ใช่แค่ชุมชน สมมุติเราเห็นร่วมกันว่า เวทีนี้เป็นประโยชน์ อย่างน้อยการที่เราจะมาพบปะแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน และมากำหนดทิศทางร่วมกัน เพื่อที่จะไปต่อสู้กับปัญหาที่ซับซ้อน ก็สามารถที่จะเริ่มเป็นเครือข่ายร่วมกัน ซึ่งไม่ใช่แค่ในชุมชน อันนี้เป็นลักษณะรากฐานที่ค่อยๆ ก่อตัวขึ้นมา ฉะนั้นบทบาทที่เราพูดถึงนี้ไม่ใช่แค่จัดการแก้ปัญหาตัวเองเท่านั้น ก็คงต้องแสวงหาพันธมิตร เครือข่ายร่วมกัน เพราะจะสามารถแก้ไขปัญหาย่างมีประสิทธิภาพ

อาจารย์สุมาลี วรรณรัตน์:

ยังติดใจมิติทางวัฒนธรรม คิดว่า เป็นประเด็นใหญ่ที่เราต้องหยิบยกขึ้นมาพูดกัน เรากล่าวถึงมิติทางวัฒนธรรม โดยที่เราถูกครอบงำโดยระบบ ควรตั้งคำถามกับตัวเองว่า เราซึ่งเป็นองค์กรข้างนอกไม่รวมถึงองค์กรชาวบ้าน มีความเข้าใจในมิติทางวัฒนธรรมของชุมชนมากน้อยแค่ไหน? ดูเหมือนว่า เราตกใจหรือเห็นด้วยที่จะต้องทำงานเอดส์ โดยที่ไม่มองเรื่องโครงสร้างของระบบที่มันเป็นอยู่ แต่ว่าเราต้องใช้มิติทาง

วัฒนธรรมมาช่วยในการแก้ไขปัญหาก็เหมือนจะมีงานใหญ่เกิดขึ้นอีก อยากให้ศูนย์เอดส์จังหวัดและสถาบันราชภัฏไปคิดว่า ควรจะมีการสัมมนาคนทำงานในมิติทางวัฒนธรรมกับการทำงานเรื่องเอดส์

ผู้ดำเนินรายการ:

เรามีเทคนิควิธีการในการทำงานมากมาย แต่มักจะไปอิงอยู่กับระบบราชการมากกว่า ซึ่งเป็นระบบที่ตะวันตกใช้กันมาก ละเลยพื้นบ้านของเรา เราสามารถใช้มิติทางวัฒนธรรมมาช่วยแก้ไขปัญหาก็ได้ แม้โครงสร้างจะติดขัด แต่ว่าท่ามกลางความติดขัดนั้น เรายังสามารถทำอะไรได้บ้าง ตรงนี้คือความดีของวัฒนธรรมของเรา ถ้าตรงนี้เริ่มมีความชัดเจนแล้ว คือ เราคงไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาโดยระบบใดระบบหนึ่ง คงจะต้องยืดความหลากหลาย แต่ว่าเราต้องมีจุดร่วมกัน คงต้องเป็นเครือข่ายร่วมกัน ซึ่งระดับนี้ยังเป็นการศึกษาวิจัย

พ่อหลวงสุคำ ใจภักดี (ผู้ใหญ่บ้านป่าแดงหลวง):

เมื่อก่อนชุมชนผมก็มีปัญหาเหมือนกัน ไม่ได้รอราชการ ไม่ได้หวังจากองค์กรต่างๆ เราเอาจากชุมชน ตั้งแต่ครอบครัวจนถึงชุมชนในหมู่บ้านต้องช่วยกันเอง เราได้ตั้งกลุ่มในหมู่บ้านขึ้นมามีความเข้าใจว่า ผู้จัดการก็คือหมู่บ้าน

ทำมาตั้งแต่ปี 2533-2541 เพิ่งมาได้รับความอนุเคราะห์เมื่อปี 40 นี้เอง เมื่อก่อนหมู่บ้านช่วยกันเอง ถ้าอยากให้สังคมอยู่รอดไม่ต้องหวังคนอื่นที่จะมาช่วย เราต้องทำไปก่อน เพื่อให้เป็นปึกแผ่น มีรากฐาน ต่อไปเราไม่ต้องโฆษณา เขาก็จะมาหาเอง เหมือนกลุ่มผีเสื้อ เมื่อก่อนมีผลกระทบมากที่สุดใน ต.เกาะช้าง 12 หมู่บ้าน เดียวนี้ ตั้งแต่ปี 2539 หมู่บ้านไม่มีใครตายเป็นเอดส์ซักคน เกิดจากตัวของเราก่อน แล้วจึงไปถึงครอบครัว คนอื่น ที่นี้เอาจมารวมกันเป็นปึกแผ่น ทุกเดือนจะมีการประชุมกัน 2 ครั้ง ให้พ่อบ้านแม่บ้านมาประชุม มี VDO ฉายภาพความจริงให้ดู เราควรจะช่วยกันเองในชุมชนของเรา สิ่งนี้จะทำให้สำเร็จได้

ยกตัวอย่างหมู่บ้านของผม มีอยู่ 207 หลังคา ทุกเดือนจะออกเงินเฉลี่ย 50 บาท เอาจมาเป็นเงินกองกลาง ตอนนี้มีอยู่ 4 แสนกว่าบาท ใช้เงินเหล่านี้ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ ทำมาจนกระทั่งเป็นผลสำเร็จ ได้รับทุนจาก PDA มาช่วยตั้งแต่ปี 2540 โดยที่ผมเริ่มมาตั้งแต่ปี 2532 ตอนนี้จุดประสงค์ที่สำเร็จคือ เมื่อก่อนไม่มีใครยอมรับใน ต.เกาะช้างและ อ.แม่สาย โดยผมต้องบอกว่า ตัวเองเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ ทั้งที่ไม่ได้เป็น เมื่อก่อนมีการฆ่าตัวตาย ฆ่าลูกเมีย ผมพยายามหาทางช่วยเหลือทุกวิถีทาง สุดท้ายคนใน ต.เกาะช้าง ก็ไม่ฆ่าตัวตาย จึงเข้ามารวมกลุ่มกับกลุ่มผีเสื้อ เดือนหนึ่งจะนัดกันวันที่ 20 มาทำสมุนไพรมานำกินกันหมด ตรงนี้คือผลสำเร็จของคนในชุมชน

ผู้ดำเนินรายการ:

นี่เป็นรูปแบบหนึ่งของผู้จัดการ ซึ่งท่านเป็นผู้ใหญ่บ้านที่ทำได้ด้วยใจ อย่างว่าแต่ชุมชน ผู้ติดเชื้อเองยังไม่รับ ท่านก็ปลอมตัวเป็นผู้ติดเชื้อ ก็ทำให้ทุกอย่างคลี่คลายด้วยดี ซึ่งต้องใช้เวลา และคงต้องอาศัยองค์กรภายนอกชุมชนด้วย

อาจารย์สุมาลี วรรณรัตน์:

คนที่ทำงานเรื่องเอดส์ โดยเฉพาะคนที่อยู่ในหน่วยงาน หรือองค์กรราชการ อยากจะเห็นในเรื่องทัศนคติทางบวกต่อการทำงานเรื่องนี้ ถ้าเรายังมีผู้นำที่มีทัศนคติทางลบต่อปัญหาอยู่ งานตรงนี้ก็คาดหวังอะไรได้ยาก

อันที่สอง การพัฒนาที่ยั่งยืน เราเน้นให้คนลืมนิดไปว่า งานพัฒนาที่ทำมาตลอดแผนพัฒนาตั้งแต่ฉบับแรก ทำให้ชุมชนยิ่งจนลง ในเรื่องของปัญญา และทรัพยากร ควรจะปรับแนวคิดใหม่ในคนของราชการ นอกจากนั้นควรจะมีการเรียนรู้วิถีชีวิตของชุมชนให้มากขึ้น คนของราชการเรียนรู้วิถีชีวิตของชุมชนน้อยมาก ไม่เข้าใจมิติทางวัฒนธรรม และแก่นแท้ของวัฒนธรรมที่แท้จริง และควรจะมีการพัฒนาเครื่องมือในการทำงานกับชุมชน ให้สอดคล้องกับแนวคิดหรือวิถีชีวิตของชาวบ้าน ที่ชาวบ้านสามารถนำไปใช้ต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ที่เกิดขึ้นในชุมชน

พระครูศุภกิจประยุต:

การแก้ปัญหาเอดส์ทำได้ยาก ฉะนั้นมีอย่างเดียวคือ แก้นิสัยในธรรม เพราะปัจจุบันลูกหลานไม่อยู่ในศีลในธรรม จึงเกิดปัญหาเอดส์

ผู้ดำเนินรายการ:

หากมองในมิติวัฒนธรรม โดยเฉพาะในเรื่องศาสนาพุทธ มีทางสว่างให้เดินอยู่แล้ว บรรพชนของเราอยู่กันมาเป็นร้อยเป็นพันปี มาถึงรุ่นเราจะสิ้นชาติเองง่ายๆ เช่นนั้นหรือ? เราควรต้องเอาอย่างบรรพชน ใช้กลยุทธ์หรือกลวิธีในการดำเนินชีวิตให้รอด โดยเฉพาะการเอื้ออาทรต่อผู้ติดเชื้อ เด็กกำพร้า หรือผลกระทบที่จะตามมาทั้งหลาย ซึ่งมีมากมาย เราจะทำอย่างไร?

สมาชิกเสวนา:

จากคำถามที่ว่า อยากให้ราชการทำอะไร? ราชการควรมีมาตรการกับข้าราชการมากขึ้น เพราะข้าราชการคือคนในชุมชน ไปเจอระบบเข้าขามเย็นขาม ก็เลยรับเอาระบบมาด้วย และไม่อยากจะเอาลักษณะการทำงานแบบฝักขี้ไริยหน้ามาทำ อยากให้ชุมชนทำในลักษณะที่ไม่เอาความดีความชอบเข้าตัวเองคนเดียว ควรทำเป็นกลุ่ม ซึ่งชุมชนจะมีความภูมิใจในงานและมีความผูกพัน รักงานของตัวเองโดยที่คนในชุมชนมีส่วนร่วม

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข:

การที่จะให้ชุมชนพึ่งตนเองได้ ชุมชนหวังที่จะให้คนข้างนอก ซึ่งหมายถึงองค์กรภาครัฐ/เอกชน ทำหรือไม่ทำอะไรบ้าง?

แม่ชีเพ็ชรรัตน์ ชัยพัฒน์ (วัดเท่งเสาคิน):

หน่วยราชการไม่ติดตามผล เช่นในเรื่องงบประมาณ ระบบราชการเป็นแบบฝักขี้ไริยหน้า ควรแก้ที่ตัวบุคคล โดยให้ศีลธรรมเป็นตัวช่วยแก้ไขระบบราชการให้ดีขึ้น

ผู้ดำเนินรายการ:

อะไรที่คิดว่าเป็นวิธีการที่ทันตาเห็น ระบบบางที่เป็นตัวบังคับ ถ้าไม่มีการบังคับของระบบ บางครั้งผ่านไปที อบรม. ราชการก็อาจจะต้องเริ่มปรับตัวเอง เพราะไม่ได้มาอย่างเดิมแล้ว พอระบบเปลี่ยนหลายอย่างก็ปรับเปลี่ยน เราทำงานแล้วอีต้อตตรงนี้ ทำไมเงินเป็นอย่างนี้? ทำไมวิธีการเป็นอย่างนี้? เราควรจะปรับวิธีการใหม่ได้ไหม? โดยที่ชุมชนเป็นฐานในการทำ ตรงนี้อาจจะกว้าง ประเด็นที่สาม เราจะพูดถึงว่า เราจะดำเนินการอย่างไร? จะเห็นว่าราชการไม่ควรจะทำ ควรจะให้ชุมชนทำ

มาลี เจริญบุญ:

ถ้ามีทัศนคติที่ดี เสียสละตัวเองบ้าง ก็จะทำงานแก้ปัญหาเอตส์ของชุมชนได้ไม่มากนักน้อย แม้แต่จะต้องเป็นอาสาสมัครที่ไม่มีค่าตอบแทน และยังต้องแสวงหางบประมาณกันเอง ทั้งจากในหมู่บ้านและนอกหมู่บ้าน ก็สามารถจะบรรเทาปัญหาไปได้ระดับหนึ่ง แต่ก็ยากได้งบประมาณสนับสนุนจากรัฐ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงบประมาณจาก สคต. เขต 10 รู้สึกว่าเร็วและคล่องตัว แต่ก็ไม่ค่อยรู้ข้อมูลที่แท้จริง อย่างงบประมาณปี 2542 เขามุ่งช่วยเด็กที่ได้รับผลกระทบ แต่ทำโครงการขอไปอีกแบบหนึ่ง ก็ไม่ได้รับการพิจารณา รู้มาว่า ทางสาธารณสุขเขียงราย จะทำทำเนียบองค์กรเอกชนขึ้นมา โดยมีการพบปะกับองค์กรเหล่านี้ เพื่อจะอบรมทำโครงการที่จะเสนอต่อไป ซึ่งก็น่าจะดี จะได้สื่อกันให้เข้าใจระหว่างรัฐกับชุมชน

ผู้ดำเนินรายการ:

พูดง่ายๆ ว่า อยากเห็นวิธีดำเนินการที่คล่องตัวและโปร่งใสของรัฐ โดยเฉพาะด้านงบประมาณ ซึ่งได้ลองมาแล้วเหมือนกับวิธีดำเนินการพิเศษของ สอนบ.

พระประดิษฐ์ ชินะวังโส (เจ้าอาวาสวัดบ้านดง):

นอกจากการปรับโครงสร้างให้กระชับแล้ว ยังอยากให้ราชการมีความจริงจังจริงจังใจในการแก้ปัญหา โดยเฉพาะในเขตทำงานของอาตมา ตอนแรก เราช่วยกันหลายหน่วยงาน ทั้งราชการ คณะครู อะไรต่างๆ มาร่วมกันสัมมนาหาหนทาง สุดท้ายเหลือแต่องค์กรของพระที่ทำงานอยู่ในเขต อ.แม่จัน นอกจากจะมีการปรับข้าราชการแล้ว ควรจะต้องสร้างคนที่จุดประเด็น คนที่นำร่องด้วย เพราะว่าที่มาเสวนากันวันนี้ มีแค่ 9-10 องค์กร ซึ่งถือว่าเป็นชุมชนที่เข้มแข็ง นอกเหนือจากนั้นแสดงว่ายังไม่เข้มแข็ง แล้วจะเป็นหน้าที่ของใครที่จะจุดให้เขามีความคิดในเรื่องเหล่านี้ ให้เป็นชุมชนที่มีความรู้ ความรับผิดชอบ

ดังนั้น ส่วนราชการควรจะเป็นคนนำร่องขึ้นก่อน เมื่อปล่อยให้ชุมชนมีความเข้มแข็งแล้วจึงจะถอนตัวออกมา เช่น ราชการให้เงินกองทุนเอตส์ไป บางหมู่บ้านยังไม่ได้ใช้ แสดงว่าชุมชนยังไม่มี ไม่ชินกับระบบระเบียบอะไรต่างๆ มีเพียงไม่กี่กลุ่มชุมชนที่รู้จักใช้เงินก้อนนี้ อย่างดีก็เอามาทำเป็นบัตรประกันสังคม

ผู้ดำเนินรายการ:

สมมุติเรารวมตัวกับชุมชน ส่วนราชการทุกฝ่ายในชุมชนมารวมตัวกัน ทำงานร่วมกัน ที่เน้นคำว่าจริงจังและจริงจัง คือ ราชการจะมีการทำงาน 2 แบบ คือ ทำโดยหน้าที่และทำด้วยใจ เราจะต้องสะท้อนให้

เกิดนโยบายระดับสูงที่จะต้องกำหนดออกมาให้ชัดเจนว่า บทบาทหน้าที่ของราชการที่จะต้องถูกขับออกไปสู่จุดนั้น ตรงนี้คิดอย่างไร? เพราะมีฉะนั้นจะกลายเป็นว่าทำไปทำไมมาเหลือแต่พระอย่างที่ท่านว่า

พระประดิษฐ์ ชินะวังโส :

ควรจะให้เป็นความรับผิดชอบ ที่หลายฝ่ายบอกว่าควรจะขึ้นมาจากชุมชนก่อน เป็นข้อคิด หรือเป็นความต้องการของชุมชน แล้วถึงจะขอความช่วยเหลือจากรัฐบาล แต่ส่วนใหญ่ชุมชนยังมีความอ่อนแออยู่

เรื่องผู้จัดการนั้น เราต้องคิดถึงขอบเขตของชุมชนนั้นๆ ด้วย เช่น ชุมชนวัด ผู้ที่จะเป็นผู้จัดการก็คือเจ้าอาวาสนั่นเอง เราต้องดูว่า ชุมชนที่อ่อนแอ ทางราชการควรจะเป็นผู้ชี้แนะ เป็นผู้นำร่องให้ แล้วถ้าชุมชนมีความเข้มแข็ง จึงออกห่างปล่อยให้ดำเนินการเอง

ผู้ดำเนินรายการ:

หลวงพี่ หมายถึง อยากให้หน่วยราชการทำหน้าที่นำร่องด้วย ถ้าชุมชนนั้นตั้งต้นได้ ก็ค่อยๆปล่อยวาง ขณะเดียวกัน เหมือนกับว่า เป็นการกดดันให้ราชการต้องปรับตัว เป็นหน่วยรบพิเศษ มีการขับเคลื่อนให้ชุมชนที่ยังไม่เข้มแข็ง สามารถเริ่มต้นได้

ผู้ติดเชื่อที่อยู่ในชุมชนจะมีส่วนช่วยเหลือกันอย่างไร? ผลกระทบต่อเด็กและผู้สูงอายุจะอย่างไร? เพราะการแก้ปัญหาเอตส์มีความสลับซับซ้อน มีความยุ่งยาก จะต้องใช้กลยุทธ์เชิงสังคม ดึงองค์กรทุกฝ่ายมาร่วมกันทำงาน ซึ่งค่อนข้างแหวกแนวจากราชการ ฉะนั้นคิดว่า ต่างคนต่างทำโดยไม่ร่วมพลังกัน คงจะทำได้ ถ้าอยากจะทำร่วมกันทำ จะอย่างไร? เพราะคงต้องมีปัจจัย โครงสร้างรองรับ

ปลัดสุขาภิบาลจันจว้า:

การทำงานของชุมชนน่าจะแบ่งเป็น 2 รูปแบบ ในลักษณะแผนงานโครงการ แบบแรกคือ ลักษณะของแผนงานโครงการที่ไม่ต้องใช้งบประมาณ เช่น สร้างจิตสำนึก กับลักษณะโครงการที่ต้องใช้งบประมาณมาก ซึ่งมีวิธีการหลากหลาย แต่อย่างไรก็ยังไม่พ้นงบประมาณของทางราชการ

บางครั้งกลุ่มต่างๆ ไม่เข้าใจว่าทำแผนงานโครงการไปแล้ว ไม่ได้รับการตอบสนองเลย ซึ่งในระบบราชการต้องทำแผนงานโครงการหรือข้อบังคับปีต่อปี มันมีระยะเวลาของการทำงาน เช่น ระยะนี้เป็นช่วงเวลาของการจัดทำแผนประจำปี 2543 หลังจากนั้นอีก 3-4 เดือน ก็จะเริ่มทำข้อบังคับ ถ้าเป็นเทศบาลจะเป็นเรื่องของการทำเทศบัญญัติ คือ ข้อบังคับการใช้เงิน แต่ข้อบังคับนั้นต้องมีแผนอยู่แล้ว

ฉะนั้นในช่วงนี้ที่เป็นช่วงจัดทำแผน กลุ่มต่างๆ ไม่เสนอแผนงาน/โครงการไป คณะกรรมการจัดทำแผนไม่ได้บรรจุไว้ในแผน คงได้รับงบประมาณยาก ฉะนั้นสิ่งหนึ่งที่จำเป็นคือ ต้องเข้าหาหน่วยงานท้องถิ่นด้วย ไม่ใช่รอแต่จะให้หน่วยงานท้องถิ่นมาหาท่านอย่างเดียว จะทำให้พลาดโอกาสอันดีไป

ผู้ดำเนินรายการ:

ในชุมชน มีทรัพยากรอยู่ โดยเฉพาะทางราชการที่เข้าไป อย่างน้อย ท่านที่อยู่ในเขตสุขภาพ เทศบาล หรือเขต อบต. ก็จะมีงบประมาณ แต่อาจจะไม่มากมายนัก อยู่ที่สามารถในชุมชน ในการวางนโยบายร่วมกัน รูปแบบของแต่ละชุมชนในการทำงานจะเป็นอย่างไร?

แม่ชีเพ็ชรรัตน์ ชัยพัฒน์ :

ต้องมีหน่วยราชการ หรือเบื้องบนมาช่วย โดยอาศัยเครือข่ายร่วมกัน ฉะนั้นการขับเคลื่อนของกลุ่มมี 2 อย่าง คือพยายามผลักดันเข้า อบต. และหน่วยงานของราชการต้องเข้ามาช่วยชุมชน ที่ก่อดำเนินขึ้นจากชุมชนวัด ซึ่งเป็นองค์กรของหมู่บ้านโดยตรง มีความสำคัญที่จะต้องรวมกลุ่มช่วยเหลือกัน มีกระบวนการที่เป็นระบบ มีโครงสร้างที่มีมั่นคงถาวรยั่งยืนต่อไป

มาลี เจริญบุญ:

การจัดพบปะเครือข่ายนี้เป็นประโยชน์ แต่ใครจะทำต่อ ?

ผู้ดำเนินรายการ:

ตอนนี้เราเสนอได้ เช่น องค์กรท้องถิ่นระดับจังหวัดที่ทางราชการได้จัดไว้ เช่น ศูนย์เอดส์จังหวัด

อาจารย์สุมาลี วรรณรัตน์:

ในส่วนของราชการ อยากจะให้เปลี่ยนแนวคิดให้เชื่อมั่นชุมชน ไม่แบ่งชั้นวรรณะ รวมถึงส่วนของชาวบ้านทั้งกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อยากให้มีความเชื่อมั่นในศักยภาพของตัวเอง ว่าในชุมชนก็มีทรัพยากรที่จะสามารถช่วยเหลือกันเองได้ เช่น การสร้างโบสถ์วิหาร

ฉะนั้นการที่เราจะช่วยกันในเรื่องของเอดส์ ถ้ามีความจริงจัง หรือเชื่อมั่นที่จะช่วยกัน เราก็สามารถที่จะช่วยกันได้

ผู้ดำเนินรายการ:

คนในชุมชนที่มีศักยภาพที่จะรองรับการแก้ปัญหาเอดส์ มีไหม? ถ้ามีจะเอามาได้อย่างไร? เพื่อที่จะทำให้ชุมชนนั้นเข้มแข็งมากขึ้น จากตรงนี้อาจเชื่อมโยงไปสู่ผลกระทบทั้งหลาย เราจะทำอย่างไร? กับเด็กกับผู้สูงอายุ หรือผู้ติดเชื้อ

อาจารย์สุมาลี วรรณรัตน์:

ในระดับพื้นที่และระดับองค์กรสนับสนุนข้างนอก องค์กรที่ทำงานในพื้นที่ เช่น องค์กรชาวบ้าน องค์กรรัฐ/เอกชน ควรจะมีการทำงานโดยวิเคราะห์ปัญหาให้ครอบคลุมมากกว่านี้ ว่าปัญหาเอดส์เกี่ยวข้องกับเรื่องอะไรบ้าง? ก่อนที่จะมุ่งไปที่เรื่องเอดส์หรือผู้ติดเชื้ออย่างเดียว ควรมองกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาให้มากขึ้นโดยเฉพาะกลุ่มเด็ก กลุ่มหญิงที่สามีทอดทิ้งไป ซึ่งต้องรับภาระเพิ่มขึ้น ตรงนี้จะรวมถึงการสร้างความคิดหวังต่อ อบต. ด้วยว่า ควรจะเข้ามามีบทบาทในการทำงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตให้มากขึ้น

ในส่วนในระดับองค์กรสนับสนุน อยากเห็นบทบาทของศูนย์เอสจังหวัด ในลักษณะที่เป็นองค์กรที่จะเข้ามาประสานเครือข่ายของคนทำงานด้านเอสได้อย่างเป็นรูปธรรม เพื่อให้คนทำงานด้านเอสมาเจอกัน จะทำให้คนที่ทำงานในพื้นที่ที่หมกมุ่นกับปัญหาได้มองเห็นกระแสของงานพัฒนาด้านเอสที่เปลี่ยนไป แล้วการที่เรามาพบปะกันโดยมีศูนย์เอสจังหวัดเป็นศูนย์กลาง ควรจะเป็นการผลักดันให้งานเอสเข้าไปสู่ระดับนโยบายได้ด้วย

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข:

ประชาสังคม ซึ่งเป็นเป้าหมายของการที่จะให้พวกเรารวมตัวกัน จะทำได้อย่างอย่างไร? และทำให้เข้มแข็งขึ้นได้อย่างไร? คงต้องวิเคราะห์ตัวเราเอง เพราะความเป็นชุมชนในจังหวัดเชียงราย หรือทั้ง 10 องค์กรที่มาประชุมกันวันนี้ จะมีความเข้มแข็งที่แตกต่างกันไป

ปัญหาและความต้องการในเรื่องของเอสและสังคมเป็นอย่างไร? กระบวนการของการวิเคราะห์ชุมชนจะประเมินอย่างไร? แคไหน? องค์กรชุมชนที่ทำงานร่วมกันจะเห็นจุดอ่อนจุดแข็งของกันและกัน เป็นประเด็นสำคัญในการเคลื่อนไหวเพื่อสร้างความเข้มแข็ง

ผู้ดำเนินรายการ:

คงเป็นลักษณะว่าต้องเรียนรู้ซึ่งกันและกัน คงทำงานคนเดียวไม่ได้ ประชาสังคมก็คงจะเป็นคำตอบ

พ่อหลวงสุคำ ใจภักดี:

คนฝั่งพม่าลาวได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่มฝั่งสาย เป็นพม่า 14 คน ลาว 4 คน ให้ทุนคนละ 1,000 บาท ซื้อไก่มาเลี้ยง โดยทุนที่ให้เป็นงบประมาณจากกลุ่มฝั่งสายที่หากันเอง อยากจะประสานงานเจ้าหน้าที่ขายแดน เพราะไม่ทราบว่าควรทำอย่างไร? ที่ทำไปผิดกฎหมายหรือเปล่า?

น.พ.วิพุธ พูลเจริญ (ผอ. สวรส.):

นี่เป็นปัญหาวิธีการมองแบบกฎหมายกับการมองแบบชุมชน ซึ่งโดยทั่วไปเป็นการฟังพากันในลักษณะของชุมชน ฉะนั้นในการแก้ปัญหาชุมชนนี้ไม่มีพรมแดน หรือเส้นแบ่งทางกฎหมาย

ผู้ดำเนินรายการ:

ความเป็นระบบจะมีประโยชน์ในการแก้ปัญหาตรงนี้

อาจารย์สุมาลี วรรณรัตน์:

การช่วยเหลือคนที่ไม่มีสัญชาติหรือคนฝั่งนั้น ถ้าเป็นในระดับชุมชนเรื่องของเงินจำนวนเล็กน้อยคงไม่มีปัญหา แต่ถ้าเกิดปัญหาที่เป็นผลกระทบต่อไป เช่น การมีลูก หรือเด็กถูกล่วงละเมิดทางเพศ คงต้องมีปัญหาทางกฎหมาย ความมั่นคงเข้ามาเกี่ยวข้อง

ผู้ดำเนินรายการ:

เราจะจัดการกับเด็กที่ได้รับผลกระทบอย่างไร? มีผู้เสนอว่า ควรที่จะมีโรงเรียนพิเศษ หรือที่กักขังพิเศษขึ้นมา

นลินี โรมพิรัน (ผู้ติดเชื้อ):

ไม่เห็นด้วย ถ้าจะแยกเด็กติดเชื้อกับเด็กไม่ติดเชื้อที่อยู่ในโรงเรียนเดียวกันออกจากกัน เพราะจะทำให้เกิดปัญหา

พระครูวิมลธรรมมานุศาสน์:

ไม่เห็นด้วยที่จะมีโรงเรียนเฉพาะสำหรับเด็กติดเชื้อ ซึ่งขัดกับจุดประสงค์เดิมที่อยากจะให้เป็นเรื่องของชุมชน อยากระหว่างชุมชนมีส่วนร่วมรับผิดชอบช่วยกันรักษาน้ำบาด ถ้าแยกกลุ่มจะทำให้เด็กมีปมด้อย

มนัชยา มรรคอนันตโชติ (รพ.เทิง):

เด็กติดเชื้อมีจำนวนน้อยมาก เมื่อเทียบกับเด็กไม่ติดเชื้อ การแยกกลุ่มจะทำให้เกิดปัญหาการแบ่งพวกเป็น 2 กลุ่ม คือ ที่เห็นด้วยและไม่เห็นด้วยกับการแยกกลุ่มระหว่างผู้ที่ติดเชื้อเอตส์กับไม่ติดเชื้อ

ผู้ดำเนินรายการ:

ในการแก้ไขปัญหานี้ อยากระหว่างชุมชนเอาประโยชน์จากการพูดคุยวันนี้ และจากการวิจัยในพื้นที่เป็นบทเรียน และคงจะกลับไปสู่ชุมชน โดยผ่านคนที่ประสานงานในพื้นที่

น.พ.วิฑูร พูลเจริญ (ผอ. สวรส.):

เรากำลังจะมาเรียนรู้ร่วมกัน เพื่อสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชุมชน ซึ่งถือเป็นหัวใจหรือประเด็นสำคัญของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ซึ่งไม่ได้ขึ้นกับกระทรวงสาธารณสุข และเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนทำวิจัย ฉะนั้นระบบบริหารไม่ได้ขึ้นกับราชการ

เรื่องความเข้มแข็งของชุมชนมีเป้าหมายอยู่ตรงไหน? การพึ่งพาตัวเองในเรื่องงบประมาณนั้น เป็นเงินของราชการหรือประชาชน? ถ้าเป็นเงินของราชการก็ต้องใช้โดยหน่วยงานราชการเท่านั้น ทั้งในส่วนกลาง ส่วนภูมิภาค และส่วนท้องถิ่น อบต. สุขาภิบาล ก็ถือว่าเป็นหน่วยงานราชการส่วนท้องถิ่น ซึ่งมีระบบกลไก เราสามารถปรับเปลี่ยนกลไกที่ทำให้งบประมาณง่ายขึ้นได้ เช่น งบประมาณส่วนท้องถิ่น เงิน อบต. ใช้วิธีจ้าง NGO หรือชุมชนทำก็ได้

ถ้างบประมาณเป็นเงินของประชาชน เราคงมีวิธีการปรับเปลี่ยนในหมวดอุดหนุนให้เป็นหมู่บ้านหรือ NGO ได้ กลไกงบประมาณที่จะเสริมสร้างให้ชุมชนเข้มแข็งยังมีทางออกอีกมาก

เรื่องของทุนสังคม สามารถเปลี่ยนแปลงได้ เช่น ในเรื่องของค่านิยมของคนในสังคม

เรื่องนโยบาย ที่สำคัญที่สุดเป็นนโยบายของชุมชน ซึ่งทำงานได้ดีที่สุด โดยนโยบายที่แท้จริง ต้องมียุทธศาสตร์ที่ชัดเจน ต้องมีความเข้าใจในรากฐานที่มาที่ไป ต้องมีเป้าหมายทรัพยากรที่จะปรับใช้ให้เกิดผลออกมาอย่างชัดเจน ทุกพื้นที่มีนโยบายอยู่แล้ว เพียงแต่ว่าใครจะทำ?

เอดส์เป็นสิ่งที่ทำลายหรือวัดความยืดหยุ่นทางสังคมของคนไทย คนไทยเป็นคนที่ยืดหยุ่น ประนีประนอม อยู่ร่วมกับชาติอื่นๆ ได้อย่างดี ไม่เคยมีความขัดแย้งระหว่างเชื้อชาติ และเราสามารถปรับตัว ในเรื่องระบบสังคมได้ดีตลอดมา จนกระทั่งเกิดปัญหาเอดส์ขึ้น คิดว่าเอดส์เป็นเครื่องมือที่ทำลาย ที่จะวัดว่า จะจัดการอย่างไร เพราะมีความยุ่งยาก สังคมไทยแต่ละชุมชนคงต้องพิจารณาแก้ไขกันเองในเรื่องเหล่านี้ คำตอบอยู่ที่ชุมชน

7.3 สรุปบทเรียนจากเวทีการเรียนรู้ร่วมกันของเครือข่ายองค์กรชุมชน

จากการเสวนาเพื่อเรียนรู้ร่วมกันในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชน โดยเฉพาะแนวทางแก้ไขใน อนาคต บนพื้นฐานบทเรียนและประสบการณ์ที่ผ่านมาหนึ่งทศวรรษ สามารถจะสรุปประเด็นหลักของการ พุดคุยกัน ได้ดังนี้

- 1) ในระดับชุมชน ปัญหาเอดส์เป็นปัญหาของชุมชนอย่างแน่นอน ไม่อาจปิดความรับผิดชอบได้
- 2) องค์กรท้องถิ่น เช่น อบต. สุขาภิบาล/เทศบาล ที่มีทั้งทรัพยากรและอำนาจท้องถิ่นตามกฎหมาย คงต้องเป็นหลักในการเป็นผู้แบกรับภาระในการแก้ไขปัญหาเอดส์ (เป็นเจ้าภาพ) ร่วมกับองค์กร ชุมชนอื่นๆ ภายใต้การสนับสนุนของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน
- 3) การแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน จำเป็นต้องมีผู้จุดประกายนำร่อง หากชุมชนมีแกนนำที่เข้มแข็ง ก็อาจจะริเริ่มโดยแกนนำชุมชนตามธรรมชาติ ซึ่งมีรูปแบบที่หลากหลาย ไม่มีกฎเกณฑ์ตายตัว แต่ชุมชนที่ไม่เข้มแข็ง คงต้องอาศัยการจุดประกายนำร่องให้เกิดการกระตุ้นจากหน่วยงานภาครัฐ หรือองค์กรพัฒนาเอกชน เมื่อชุมชนเริ่มต้นได้ก็ต้องค่อยๆ ปล่อยให้ชุมชนดำเนินการเอง
- 4) การแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชนให้มีเอกภาพในลักษณะเครือข่าย จำเป็นต้องมีผู้จัดการที่ชัดเจน เพื่อเป็นแกนประสานงานให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญา ซึ่งแต่ละชุมชนอาจแตกต่างกัน ไปตามความหลากหลายของสภาพพื้นที่ของแต่ละชุมชน เช่น อาจเป็น พระ ผู้ใหญ่บ้าน กำนัน ครู กลุ่มแม่บ้าน หรือกลุ่มผู้ติดเชื้อ ฯลฯ
- 5) หน่วยงานรัฐคงต้องปรับเปลี่ยนวิธีคิดและวิธีทำงานในมิติวัฒนธรรมชุมชน มีความจริงใจและ จริงจัง ต่อเนื่อง พร้อมรับฟังและเรียนรู้จากชุมชน ทำงานในแนวราบมากขึ้น
- 6) การเชื่อมโยงชุมชนเป็นเครือข่ายเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชน เป็นความจำเป็นพื้นฐานที่จะ ขาดเสียมิได้ อย่างน้อยเป็นเวทีเรียนรู้ร่วมกันและเป็นช่องทางการสื่อสารข้อมูลถึงกัน โดยมี กิจกรรมการแก้ไขปัญหาเอดส์เชื่อมโยงเสริมแรงกันและกัน ซึ่งอาจต้องอาศัยกลไกที่มีอยู่แล้วแต่ ปรับบทบาทหน้าที่ใหม่ เช่น ศูนย์เอดส์จังหวัด เป็นแกนประสานเครือข่าย
- 7) ความสัมฤทธิ์ผลของเครือข่ายการแก้ไขปัญหาเอดส์ จะเป็นรากฐานไปสู่ประชาสังคมที่เข้มแข็ง สร้างภูมิคุ้มกันในการแก้ไขป้องกันปัญหาทุกรูปแบบที่จะเกิดขึ้นในอนาคต

บทที่ 8

สรุป บทเรียนและทางเลือกในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชน

โครงการสังเคราะห์องค์ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนรู้และการปรับตัวในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของภาคเหนือตอนบนและชุมชนในจังหวัดเชียงราย มีจุดมุ่งหมายหลัก เพื่อเก็บเกี่ยวบทเรียนในการแก้ไขปัญหายาเสพติดของชุมชนและองค์กรทั้งภาครัฐและภาคเอกชน ตลอดช่วงระยะเวลาหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา โดยมีขอบเขตการศึกษาที่ครอบคลุมถึง 3 ระดับ ได้แก่

- 1) ระดับภาพรวมของ 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน (ตามกรอบของศูนย์อำนวยการด้านภัย
เอดส์ภาคเหนือตอนบน หรือ ศอนบ. ในพื้นที่ สคต.10)
- 2) ระดับองค์กรจังหวัด ทั้งจากภาครัฐ (ศูนย์เอดส์จังหวัด) และองค์กรพัฒนาเอกชนหลักที่
ทำงานในด้านเอดส์ของ 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน
- 3) ระดับชุมชน ที่มีองค์กรชุมชน แกนนำชุมชน กลุ่มผู้ติดเชื้อ และชาวบ้านร่วมกันแก้ไขปัญหายา
ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งมีระบบวิธีคิด/วิธีแก้ปัญหายาอย่างชัดเจนและยังคงดำรงสถานภาพของ
การแก้ไขปัญหายาอยู่ในปัจจุบัน

ในระดับกว้าง ใช้วิธีศึกษาจากเอกสารข้อมูล แผนงาน/โครงการ และผลการดำเนินงานของเครือข่ายและองค์กรที่ทำงานแก้ไขปัญหายาเสพติดทั้ง 3 ระดับ ส่วนในระดับลึก ใช้วิธีสัมภาษณ์เจาะลึกเกี่ยวกับบทเรียนและประสบการณ์ของบุคคลระดับแกนนำที่ทำงานคลุกคลีกับการแก้ไขปัญหายาเสพติด ตลอดจนการระดมแนวคิดและประสบการณ์การแก้ปัญหายาเสพติดในอดีต-ปัจจุบันและอนาคตจากเวทีประชาสังคมในแต่ละชุมชนเป้าหมาย รวมทั้งยังจัดเวทีกลางเพื่อเสวนาแลกเปลี่ยนบทเรียนและประสบการณ์ในลักษณะการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายองค์กรชุมชนในการต่อสู้กับปัญหายาเสพติด เพื่อจะนำไปสู่การเรียนรู้ การป้องกันและการแก้ไขปัญหายาเสพติด หรือปัญหาวิกฤตอื่นๆ ของชุมชนในอนาคต ผลการศึกษา อาจสรุปเป็นบทเรียนที่มีสาระสำคัญในแต่ละระดับอย่างย่อ ดังนี้

ก. บทเรียนการแก้ไขปัญหายาเสพติดในภาพรวมของภาคเหนือตอนบน ในรูปแบบของ "ศอนบ." ที่ระดมสรรพกำลังมาร่วมกันทำงานในลักษณะของ "การลงแขก" (Matrix Organization) ซึ่งอาจกล่าวได้ว่าปัญหายาเสพติดได้กลายเป็นตัวเร่งในการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ของการแก้ปัญหายาจากอดีตอย่างสิ้นเชิง ไม่ว่าจะเป็นกระบวนทัศน์ใหม่ในการแก้ปัญหายาของรัฐ หรือขององค์กรพัฒนาเอกชน ที่เน้นกระบวนการมีส่วนร่วมในแนวราบ/แนวประสาน และกระบวนการเรียนรู้และการตัดสินใจร่วมกันเชิงประชาสังคม โดยมีกลไกหลักอยู่ที่การระดมทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องมาร่วมกันเป็นเจ้าภาพในการแก้ไขปัญหายา นับตั้งแต่ภาครัฐที่มีรัฐมนตรีลงมาเป็นประธาน โดยมีผู้แทนที่มีอำนาจเต็มจากหน่วยงานส่วนกลาง ผู้ว่าราชการจังหวัด

และผู้แทนหน่วยงาน/องค์กรในท้องถิ่นที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนมีเครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนและตัวแทนผู้ติดเชื้อเอดส์มาร่วมเป็นกรรมการ เพื่อร่วมกันวางแผนยุทธศาสตร์และระดมสรรพกำลัง/ทรัพยากรทั้งจากส่วนกลางและส่วนท้องถิ่นมาช่วยกันแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะรัฐบาลได้จัดสรรงบประมาณเร่งรัดสนับสนุนเป็นพิเศษ ลงสู่ชุมชนโดยตรง ร่วมกับบทบาทของหน่วยงานทั้งในรูปของงบประมาณ สงเคราะห์ สวัสดิการ/เลี้ยงชีพ และกองทุนเอดส์ของชุมชน

แนวคิด เจตนารมณ์และจุดมุ่งหมาย ตามนโยบายและแผนที่ คอนบ. กำหนด ถูกนำไปแปลงสู่ภาคปฏิบัติ โดยผ่านศูนย์ปฏิบัติการด้านกัยเอดส์ จังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งจะรองรับการประสานงานภาคปฏิบัติในแต่ละพื้นที่ ให้เกิดการบริหารจัดการอย่างมีเอกภาพ แต่ในทางปฏิบัติจริงยังไม่อาจทำได้ตามหลักการนี้ทั้งหมด เนื่องจากภาคีในพื้นที่ยังคงทำงานในแนวตั้งตามสายงานที่ตนสังกัด ยังคงยึดมั่นในกฎเกณฑ์วิธีการและขั้นตอนการทำงานของตน มีอัตราสูงและขาดผู้จัดการระดับปฏิบัติการในชุมชนที่ชัดเจนและทรงพลัง ชุมชนที่ประสบความสำเร็จได้ตามเป้าหมาย จึงมักจะเป็นชุมชนที่มีภาคีก้าวหน้าและยอมแหวกม่านประเพณีการทำงานแบบเดิมๆ บทเรียนแห่งความสำเร็จ จึงขึ้นกับการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ใหม่ในการทำงานของเครือข่ายพหุภาคีในพื้นที่ ให้มีความเป็นหุ้นส่วนอย่างแท้จริง

ข. บทเรียนการแก้ไขปัญหเอดส์ในระดับองค์กรจังหวัด ในภาครัฐจะมีศูนย์ปฏิบัติการด้านกัยเอดส์จังหวัด (ศอจ.) เป็นหลัก ซึ่งรับลูกต่อจาก คอนบ. มาดำเนินการให้เกิดผลโดยมีศูนย์ปฏิบัติการด้านกัยเอดส์อำเภอและตำบล (ศอ. และศอต.) รองรับการทำงานในพื้นที่ และใช้แนวคิดเดียวกับ คอนบ. คือระดมสรรพกำลังจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งองค์กรพัฒนาเอกชนและเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในระดับจังหวัด อำเภอและตำบล มาช่วยกันแก้ไขปัญห โดยเชื่อมโยงกันเป็นลำดับกับ คอนบ. ทั้งด้านทิศทาง นโยบาย แผนงาน/โครงการและงบประมาณ เพียงแต่ ศอจ. ของแต่ละจังหวัด อาจมีจุดเน้นและยุทธวิธีในการแก้ไขปัญหเฉพาะของตน ซึ่งแตกต่างกันไปตามความเหมาะสมสอดคล้องของสภาพแวดล้อมในแต่ละท้องถิ่น

ดังนั้น ศอจ. จึงเป็นเจ้าภาพหลักของภาครัฐ ที่แก้ไขปัญหเอดส์ของแต่ละจังหวัด ซึ่งก็ได้ทำหน้าที่เป็นเวทีกลางให้ทุกฝ่ายมีส่วนร่วม เริ่มตั้งแต่การร่วมประชุม “มหาสภาคเอดส์” ไปจนถึงการร่วมปฏิบัติงานใน ศอจ. และการปรับแผนงาน/โครงการประจำของแต่ละหน่วยงานให้สอดคล้องกับ ทิศทาง นโยบาย และแผนงาน/โครงการในการแก้ไขปัญหเอดส์ของ ศอจ. แต่ในทางปฏิบัติจริง ยังไม่ได้เป็นไปตามเป้าหมายนี้ทั้งหมด ยิ่งระยะเวลาเนิ่นนานออกไป โดยเฉพาะเมื่อรัฐบาลได้ลดการสนับสนุนด้านงบประมาณลง องค์กรประกอบของ ศอจ. ที่เป็นส่วนราชการส่วนใหญ่จึงเหลือเพียงสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหลัก แต่อาจมี ศอจ. บางจังหวัดที่ยังคงมีองค์กรพัฒนาเอกชนร่วมงานเคียงบ่าเคียงไหล่กับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอย่างต่อเนื่อง

โดยเฉพาะจังหวัดที่มีลักษณะเปิดกว้างและมีปัญหาค่อนข้างชัดเจน เช่น เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ก็มักจะมีองค์กรพัฒนาเอกชน ทั้งที่ตั้งขึ้นเพื่อการแก้ปัญหาเอดส์โดยตรง หรือที่ปรับตัวมาจากองค์กร

การพัฒนาเอกชนด้านอื่นๆ เป็นกำลังสำคัญในการขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นองค์กรที่ดำเนินการในพื้นที่หลายจังหวัด โดยมี NAPAC (ปัจจุบัน AIDSNET) เป็นแม่ข่ายคอยสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ร่วมแก้ไขปัญหาเอดส์ของภาคเหนือตอนบน คู่ขนานกับ คอนบ. ซึ่งเป็นแม่ข่ายองค์กรภาครัฐ บทเรียนสำคัญจึงอยู่ที่การผสมผสานในการเป็นหุ้นส่วนการแก้ไขปัญหาเอดส์ระหว่างองค์กรภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งต่างก็มีจุดแข็งและจุดอ่อนด้วยกันทั้งคู่ การผสมผสานจุดแข็งเข้าด้วยกันในลักษณะหุ้นส่วน ทำให้เกิดพลังมหาศาลในการแก้ไขปัญหา แต่ความยั่งยืนของการแก้ไขปัญหาก็จำเป็นต้องมีชุมชนเป็นฐานรองรับอย่างเข้มแข็ง

ค. บทเรียนการแก้ไขปัญหาเอดส์ที่ชุมชนได้เรียนรู้ สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่า ปัญหาเอดส์เหมือนหนึ่งเป็นระเบิดเวลาที่ถล่มสังคม ซึ่งกำลังหลั่งระเหิงกับความศรัทธาของโลกาภิวัตน์ ^{อันได้แก่โลก} ให้ปั่นป่วน สับสน วุ่นวาย สร้างความอ่อนแอและล่มสลายให้กับครอบครัวและชุมชน ^{ชีวิตผู้คนถูกทำลายล้างราวกับใบไม้ร่วง} สร้างความแตกตื่น หวาดระแวงและแตกร้างขึ้นในชุมชน และยังได้วางระเบิดเวลาเกี่ยวกับเด็กกำพร้าและผู้สูงอายุ/บุพการีไร้ที่พึ่งพิง แต่ขณะเดียวกัน ปัญหาเอดส์ก็เป็นตัวเร่งให้สังคมเรียนรู้และปรับตัวเพื่อความอยู่รอดของเผ่าพันธุ์ในอนาคต เป็นตัวเร่งให้ชุมชนฟื้นคืนสู่ความเป็นชุมชนที่เข้มแข็งและมีภูมิคุ้มกันพร้อมสู้กับปัญหาวิกฤตใหม่ๆ แม้จะไม่สามารถฟื้นคืนสภาพชีวิตและครอบครัวให้กลับมาได้ดังเดิมในคนรุ่นปัจจุบัน แต่ก็ทำให้ชุมชนเริ่มตระหนักถึงภารกิจในการ ^{หาค้นหาหนทางใหม่ที่จะ} รื้อฟื้นครอบครัวและชุมชนให้เข้มแข็งอยู่รอดสืบไปในอนาคต

ดังนั้น บทเรียนราคาแพงที่ชุมชนได้เรียนรู้ ^{ซึ่งทำให้} คือเริ่มต้นด้วยความสับสน หวาดกลัว รังเกียจ วิตกกังวล ไม่ยอมรับ และกล่าวโทษ ^{ผู้ติดเชื้อ} (ผู้ติดเชื้อ) ฐานก่อปัญหาเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อถูกแบ่งแยกจากครอบครัวและชุมชน ส่วนหนึ่งได้รวมตัวกันเป็นกลุ่มอย่างเปิดเผย เพื่อช่วยเหลือกันและสร้างอำนาจต่อรองกับชุมชนและรัฐ แต่อีกส่วนหนึ่งในจำนวนที่เท่าๆ กัน หรือมากกว่า ได้พลางตัวหลบอยู่ในที่มืด ทำให้การแพร่ระบาดไม่อาจหยุดยั้งได้ เนื่องจากเชื้อเอดส์ได้เข้าไปสู่ในวิถีชีวิตปกติของครอบครัวและชุมชน ระหว่างสามปี-ภรรยา คู่รักหนุ่ม-สาว หรือเพศสัมพันธ์ชั่วคราว รวมไปถึงเยาวชน นักเรียน นักศึกษา

จนเมื่อผู้ติดเชื้อทั้งที่เปิดเผยและไม่เปิดเผยได้เริ่มล้มป่วยและตายอย่างโหดร้าย คนส่วนใหญ่ต้องเข้าไปเกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์ไม่ว่าทางใดก็ทางหนึ่ง อย่างน้อยก็มีญาติมิตรที่ต้องตายจากปัญหาเอดส์ ซึ่งบางชุมชนต้องล้มตายสูงถึง 10% ของประชากรในชุมชน ผู้คนเริ่มได้สติ เริ่มเข้าใจปัญหาเอดส์อย่างถ่องแท้ ความพยายามในการแก้ไขปัญหามาจากภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนที่เพียรทำมาระยะเวลานานเริ่มตกตะกอนและออกฤทธิ์ ช่องว่างระหว่างผู้ติดเชื้อกับชุมชนเริ่มแคบลง ชุมชนเริ่มขานรับปัญหาและเข้าไปมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหา ช้าหรือเร็วขึ้นกับความพร้อมของชุมชนและการมีหัวหน้ารณรงค์ในชุมชน ซึ่งอาจจะเป็นผู้นำชุมชนที่เป็นทางการ เช่น กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน และอาจเป็นผู้นำที่ไม่เป็นทางการเช่น พระ ผู้นำศาสนา แม่ชี แม่บ้าน/พ่อบ้าน ครู เจ้าหน้าที่สอ./รพ. หรือหมอพื้นบ้าน รวมทั้งผู้นำกลุ่มผู้ติดเชื้อและ NGO ซึ่งแต่ละชุมชนอาจเริ่มต้นและขับเคลื่อนโดยแกนนำที่ต่างๆ กัน

แม้ชุมชนส่วนใหญ่ (ในจังหวัดเชียงราย) ยังไม่เข้มแข็งพอที่จะเผชิญกับปัญหาเอคส์อย่างเป็นระบบต่อเนื่องบนพื้นฐานการพึ่งพาตนเอง แต่ก็มีชุมชนที่สามารถยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาเอคส์ได้อย่างต่อเนื่อง จนปัญหาเอคส์ถูกหลอมเป็นส่วนหนึ่งในวิถีชีวิตของชุมชน ซึ่งระยะเวลาและความสูญเสียช่วยให้ชุมชนเรียนรู้ถึงข้อเท็จจริง ที่เอคส์ไม่ได้เป็นเพียงโรคที่สถานบริการสาธารณสุขต้องดูแลรับผิดชอบ แต่เอคส์เป็นปัญหาของชุมชนที่ทุกคนในชุมชนต้องร่วมกันรับผิดชอบ หรือร่วมกันเป็นเจ้าภาพแก้ไข ไม่ว่าปัญหาผู้ติดเชื้อ เด็กกำพร้า หรือบุพการีไร้ที่พึ่งพิง ความรู้สำนึกในการเป็นเจ้าของปัญหาหรือความผูกพันและความรับผิดชอบต่อการแก้ไขปัญหาล้วนเป็นรากฐานแห่งการแก้ไขปัญหายั่งยืน ซึ่งชุมชนได้อาศัยภาวะวิกฤตเอคส์เป็นโอกาสของการเรียนรู้และปรับตัวไปสู่การยืนหยัดอยู่ได้ในอนาคต

บทเรียนของชุมชนที่ยืนหยัดต่อสู้กับปัญหาเอคส์ได้ค่อนข้างชัดเจน มักจะมีกลไกสำคัญที่คล้ายๆ กันคือ มีกลุ่มแกนนำชุมชนที่บุกเบิกนำร่องการแก้ไขปัญหา ซึ่งมาทำด้วยใจอย่างธรรมชาติ ไม่ใช่การจัดตั้งทำให้ชุมชนยอมรับและให้ความร่วมมือสนับสนุน มีบทบาทในการจัดการกับปัญหาของชุมชนอย่างอิสระและเป็นเอกภาพ กลุ่มแกนนำที่นำร่องการแก้ไขปัญหามาจากกลุ่มที่หลากหลายดังได้กล่าวแล้ว โดยทุกกลุ่มแกนนำที่นำร่องการแก้ไขปัญหาคือของชุมชนจะทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ คอยประสานเชื่อมโยงภารกิจแก้ไขปัญหากับองค์กรชุมชนที่เป็นทางการ (อบต.) และกลุ่มพลังต่างๆ ในชุมชน รวมทั้งหน่วยงานราชการและองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ เพื่อขับเคลื่อนให้เกิดการแก้ไขปัญหามาจากทุกส่วนของชุมชนในเชิงประชาสังคม แต่บทเรียนที่ผ่านมายังเป็นเพียงการเริ่มต้น ซึ่งยังต้องใช้เวลาพัฒนาสู่ความเป็นระบบที่ชัดเจน เข้มแข็ง ต่อเนื่องและยั่งยืน

ข้อค้นพบการแก้ไขปัญหาคือของชุมชน อาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า ชุมชนที่เข้มแข็งเท่านั้นที่จะให้คำตอบการแก้ไขปัญหาคือของชุมชนหรือแม้แต่วิกฤตอื่นๆ ได้อย่างสมบูรณ์ เบ็ดเสร็จ ต่อเนื่องและยั่งยืน แต่ชุมชนจะขับเคลื่อนการแก้ไขปัญหาคือของชุมชนได้ต้องมีองค์ประกอบอย่างน้อย 4 อย่าง ได้แก่

- 1) ผู้ริเริ่มนำร่องที่ทำด้วยใจและชุมชนยอมรับ/ศรัทธา ซึ่งมักจะเป็นผู้นำหลากหลายรูปแบบที่มีอยู่ในชุมชน แล้วแต่สถานการณ์แวดล้อมในแต่ละชุมชนจะกระตุ้น/ผลักดันให้เกิดผู้ริเริ่มตามเหตุปัจจัย
- 2) กาลเวลาและ^{ความสัมพันธ์}ความผูกพันของสถานการณ์ ที่ทำให้ปัญหามีความชัดเจนและเกิดความจำเป็นที่จะต้องแก้ไข หรือสถานการณ์บังคับ ซึ่งช่วยสร้างความเห็นพ้องต้องกันของสาธารณะ ให้มีเอกภาพ
- 3) การสนับสนุนปัจจัยด้านงบประมาณทั้งจากในชุมชนและนอกชุมชน บนพื้นฐานการพึ่งพาตนเองเป็นหลัก โดยการสนับสนุนขององค์กรชุมชน/อบต.เป็นเบื้องต้น แต่จำเป็นต้องพึ่งพางบประมาณนอกชุมชน โดยเฉพาะจากรัฐในรูปแบบเงินอุดหนุนที่ลงถึงชุมชนโดยตรง หรือท้องถิ่นมีส่วนบริหารจัดการ
- 4) กระบวนการบริหารจัดการในแนวประชาสังคม ที่มีผู้จัดการชัดเจน (อาจเป็นผู้ริเริ่มนำร่อง) ประสานเชื่อมโยงให้ทุกภาคของชุมชนมีส่วนร่วมคิด ร่วมทำ ร่วมตัดสินใจ ในฐานะหุ้นส่วนของการแก้ไขปัญหาคือของชุมชนทั้งระบบ ซึ่งไม่เพียงแต่เชื่อมโยงเป็นเครือข่าย^{ศักยภาพ}ทางจิตในชุมชน แต่รวมไปถึงการเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายการแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนอื่นๆ ในลักษณะประชาสังคมด้วย

การเก็บเกี่ยวบทเรียนทั้ง 3 ระดับ ของงานวิจัยนี้ ได้สะท้อนภาพรวมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งระบบของภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัด ที่เริ่มจากการลองถูกลองผิดที่ไม่มีต้นแบบมาก่อน โดยเฉพาะถือเป็นการนำร่องการแก้ไขปัญหามาตรฐานที่ไม่มีรูปแบบสั่งตรงลงมาจากเบื้องบนเหมือนโครงการทั่วไป ดังนั้น การเรียนรู้ของท้องถิ่น ไม่ว่าจะเป็นภาครัฐ ภาคเอกชน หรือภาคชุมชน จึงเป็นการเรียนรู้จากการกระทำโดยตรง เป็นประสบการณ์ที่แลกมาด้วยชีวิตและน้ำตา ที่มีมูลค่านับพันล้านบาทที่ต้องสูญเสียไปกับมหันตภัยเอดส์ ดังนั้น บทเรียนและประสบการณ์การแก้ไขปัญหาลักษณะเดียวกับปัญหาเอดส์ ของภาคเหนือตอนบน จึงควรจะเป็นประโยชน์ให้คนไทยในภูมิภาคอื่นๆที่กำลังเผชิญกับปัญหาเอดส์ เจดเช่นภาคเหนือตอนบนเมื่อทศวรรษที่ผ่านมา ได้เรียนรู้และป้องกันแก้ไขทันการณ์ เพื่อลดความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สิน จะได้ไม่ต้องย่ำรอยเท้าของภาคเหนือตอนบน

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยนี้ได้เน้นหนักไปในด้านการเก็บเกี่ยวบทเรียนที่ผ่านมาเป็นหลัก แม้ว่าจะได้ทำการแสวงหาแนวทางเลือกในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์พร้อมกันไปด้วย โดยเฉพาะผลกระทบจากปัญหาเอดส์ ที่จะตามมาในอนาคตอันใกล้นี้ แต่การแก้ไขปัญหามาตรฐานในอนาคต เฝิงจะเริ่มต้นโดยไม่มีรูปแบบมาก่อน จึงยังคงต้องทดลองเรียนรู้ต่อไปเหมือนที่ผ่านมา เพียงแต่บทเรียนที่ผ่านมาจะเป็นรากฐานที่จะส่งทางให้การแก้ไขปัญหามีทิศทางและแนวที่ชัดเจนกว่าเมื่อทศวรรษที่แล้ว โดยเฉพาะการแก้ไขปัญหามาตรฐาน

ดังนั้น บทเรียนจากการแก้ไขปัญหามาตรฐานของงานวิจัยนี้ จึงเท่ากับเป็นบทเรียนบทที่หนึ่ง ซึ่งยังจำเป็นต้องดำเนินการวิจัยเพื่อเก็บเกี่ยวและนำร่องการแก้ไขปัญหามาตรฐานของชุมชนอย่างต่อเนื่องต่อไป เพื่อจะเขียนบทเรียนการแก้ไขปัญหามาตรฐานของชุมชน บทที่สอง ที่สาม ต่อๆ ไป

เอกสารอ้างอิง

- กองโรคเอดส์, 2542, ประสบการณ์ 5 ปี ของ ศอนบ. กับการบริหารจัดการ, (เอกสารประกอบการสัมมนา ระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 7, เมษายน 2542), กระทรวงสาธารณสุข
- กองโรคเอดส์, 2542, ประสบการณ์ 5 ปี ของ ศอนบ. กับการพัฒนาศักยภาพชุมชน, (เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 7, เมษายน 2542), กระทรวงสาธารณสุข
- กองโรคเอดส์, 2542, บทบาทขององค์กรปกครองท้องถิ่นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, (เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 7 เมษายน 2542) กระทรวงสาธารณสุข
- กองโรคเอดส์, 2542, ความร่วมมือระหว่างรัฐ องค์กรเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อในการดำเนินกิจกรรม ด้านเอดส์, (เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 7, เมษายน 2542), กระทรวงสาธารณสุข
- กองโรคเอดส์, 2542, สถานการณ์ การคาดประมาณและแนวโน้มของโรคเอดส์, (เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 7, เมษายน 2542), กระทรวงสาธารณสุข
- กองโรคเอดส์, 2542, รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536-2540, กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
- กองระบาดวิทยา, รายงานสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย ณ วันที่ 31 มีนาคม 2542, กรมควบคุมโรคติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข
- คริสต์จักรภาคที่ 2, รายงานสรุปผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหามาเอดส์, 2538-2542 (เอกสารโรเนียว)
- โครงการเข้าถึงเอดส์, รายงานสรุปผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหามาเอดส์, 2534-2542 (เอกสารโรเนียว)
- งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค, รายงานสถานการณ์เอดส์จังหวัดเชียงราย มิถุนายน 2531- กุมภาพันธ์ 2542, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย (เอกสารโรเนียว)
- งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค, 2541, สรุปผลการดำเนินงานควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
- งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค, 2540, รายละเอียดองค์กรภาครัฐและเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ การช่วยเหลือทางด้านสังคมผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
- ทิพย์วัลย์ บุญมงคล และคณะ, 2541, องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์, โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข มหาวิทยาลัยมหิดล

- มยุรี วรรณไกรโรจน์ และคณะ, 2540, ส่องทศวรรษการระบาดของโรคเอดส์ในจังหวัดเชียงราย, สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดเชียงราย
- มนัชา มรรคอนันตโชติ, 2540, รายงานการศึกษาการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์แบบองค์รวมผสมผสานกับการ
แพทย์แผนปัจจุบัน, โรงพยาบาลเทิง (เอกสารโรเนียว)
- มูลนิธิฟื้นฟูชนบท, สรุปรายงานผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์ 2535-2542, สำนักงานภาคสนาม มูล
นิธิฟื้นฟูชนบท จังหวัดพะเยา (เอกสารโรเนียว)
- มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์, 2542, เวทีสรุปบทเรียน การดำเนินงานด้านเอดส์ภาคเหนือตอนบน ของโครง
การสาธารณะประโยชน์ที่ได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข 2540-
2541, สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10
- มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์, 2542, เอกสารเผยแพร่ความเป็นมาของ NAPAC-AIDSnet
- มูลนิธิศุภนิมิตฯ, รายงานสรุปผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์, 2538-2542 (เอกสารโรเนียว)
- อึ้งยง เทาประเสริฐ, 2541, การเสริมสร้างศักยภาพแก่ชุมชนชาวเขาในการป้องกันเอดส์, PATH
- สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย, 2540, ผลการดำเนินโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด
เชียงราย, องค์การบริหารทูลุขแห่งคริสต์จักรนอร์เวย์
- เสรี พงศ์พิศ, 2539, 20 ประสพการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคเหนือ (เอกสารประกอบการสัมมนา
ระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 6, สิงหาคม 2539), กระทรวงสาธารณสุข
- ศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดพะเยา, 2537, คู่มือศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดพะเยา
- ศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดพะเยา, 2540, กลวิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดพะเยา
2540-2544 (เอกสารโรเนียว)
- ศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดพะเยา, 2541, การประเมินและประสานแผนป้องกันและแก้ไขปัญหา
เอดส์จังหวัดพะเยา (เอกสารโรเนียว)
- ศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดพะเยา, แผนงานและโครงการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
จังหวัดพะเยา ปีงบประมาณ 2538-2542 (เอกสารโรเนียว)
- ศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดเชียงราย, แผนงานและโครงการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
จังหวัดเชียงราย ปีงบประมาณ 2538-2542 (เอกสารโรเนียว)
- ศูนย์ปฏิบัติการด้านเอดส์จังหวัดเชียงใหม่, แผนงานและโครงการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
จังหวัดเชียงใหม่ ปีงบประมาณ 2538-2542 (เอกสารโรเนียว)

ศูนย์ปฏิบัติการด้านกัยเอดส์จังหวัดลำปาง, แผนงานและโครงการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
จังหวัดลำปาง ปีงบประมาณ 2538-2542 (เอกสารโรเนียว)

ศูนย์ปฏิบัติการด้านกัยเอดส์จังหวัดลำพูน, แผนงานและโครงการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
จังหวัดลำพูน ปีงบประมาณ 2538-2542 (เอกสารโรเนียว)

ศูนย์ปฏิบัติการด้านกัยเอดส์จังหวัดแม่ฮ่องสอน, แผนงานและโครงการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหา
เอดส์ จังหวัดแม่ฮ่องสอน ปีงบประมาณ 2538-2542 (เอกสารโรเนียว)

ศูนย์ปฏิบัติการด้านกัยเอดส์จังหวัดเชียงราย, 2540, รายงานการประเมินผลโครงการป้องกันแก้ไขปัญห
เอดส์และความคุมคามโรค จังหวัดเชียงราย 2535-2539 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
เชียงราย

ศอนบ., 2542, คู่มือแนวทางการดำเนินงานควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน, สำนักงานควบ
คุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่ (เอกสารโรเนียว)

ศอนบ., แผนงานและโครงการเร่งรัดการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอน
บน ปีงบประมาณ 2538-2542, สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 (เอกสารโรเนียว)

องค์การแคร์นานาชาติ, รายงานสรุปผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหเอดส์, 2535-2542 (เอกสารโรเนียว)

องค์การบรรเทาทุกข์แห่งคริสต์จักรนอร์เวย์, รายงานสรุปผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหเอดส์, 2534-2542
(เอกสารโรเนียว)

PATH, 2538, ผลการสำรวจองค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินโครงการด้านเอดส์ใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอน
บน, สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 (เอกสารโรเนียว)

PATH, 2540, รายงานการประเมินผลกระทบโครงการเร่งรัดการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
ใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน, สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 (เอกสารโรเนียว)

UNDP, 1998, Governance and HIV: A Case Study from Northern Thailand, UNDP Regional
Project on HIV and Development.
