

รายงานผลการศึกษา

เรื่อง

แนวคิดและภาคปฏิบัติการเรื่องชุมชนในการเผชิญ
ปัญหาเอดส์ของสังคมไทย:
กรณีศึกษานโยบายการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่บ้านและในชุมชน

Community Concepts and Practices in
Thailand's HIV/AIDS Responses:
A Case of the Home and Community-Based Care Policy

โดย

สุชาดา ทวีสิทธิ์ และ จันทิมา เอี่ยมมานนท์
คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

โครงการวิจัยนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
(สวรส.)

ปีงบประมาณ พ.ศ. 2547

ความเห็นและข้อเสนอแนะที่ปรากฏในเอกสารนี้เป็นของผู้วิจัย
มิใช่ความเห็นของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

กิตติกรรมประกาศ

รายงานการวิจัยฉบับนี้ เป็นผลงานศึกษาหนึ่งในสามเรื่องภายใต้ชุดโครงการศึกษาวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ด้านเอดส์ ที่สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) สนับสนุนทุนในการทำวิจัย โดยชุดโครงการวิจัยดังกล่าวมีวัตถุประสงค์เพื่อให้ นักวิจัยด้านสังคมศาสตร์ที่เป็นนักวิจัยในชุดโครงการนี้ ทำการทบทวนงานวิจัยตลอดจนนโยบายด้านเอดส์ของประเทศไทย ทั้งในมิติของงานป้องกันและงานดูแลรักษา ทั้งนี้เพื่อวิเคราะห์ทบทวนเชิงวิพากษ์ถึงวิธีวิทยาและวิธีคิดที่ถูกนำมาใช้เป็นฐานคิดในการทำงานแก้ปัญหาเอดส์ของประเทศไทยตลอดช่วงระยะเวลาที่ผ่านมา การศึกษาชิ้นนี้สำเร็จลงได้ด้วยดี โดยความช่วยเหลือให้ความคิดเห็นตลอดจนการชี้แนะแนวทางในการค้นคว้าเอกสารและแนวทางการวิเคราะห์ที่มีประโยชน์ยิ่ง จากกัลยาณมิตรทางวิชาการหลายท่าน ได้แก่ รองศาสตราจารย์ฉลาดชาย รมิตานนท์ รองศาสตราจารย์วิระดา สมสวัสดิ์ รองศาสตราจารย์ ดร. กฤตยา อาชวนิจกุล รองศาสตราจารย์ ดร. นภาพรณ์ หะวานนท์ ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชลิตาภรณ์ ส่งสัมพันธ์ และอาจารย์สมใจ ประมาณพล ตลอดจนคณาจารย์กลุ่มวิชาสังคมศาสตร์ คณะศิลปศาสตร์ ทุกท่าน ที่ได้เข้าร่วมฟังและให้ความคิดเห็นตลอดจนข้อเสนอแนะที่มีประโยชน์ต่อการวิจัยนี้ในเวทีสัมมนาเพื่อนำเสนอผลการวิจัยครั้งที่ 1 คณะวิจัยจึงขอขอบคุณทุกท่านไว้ ณ ที่นี้ สุดท้ายขอขอบคุณผู้ช่วยนักวิจัย อาจารย์พัชรีย์ จำปา ที่ช่วยเหลือพวกเราอย่างมากในการค้นคว้ารวบรวมเอกสาร และงานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและจำเป็นสำหรับงานศึกษาชิ้นนี้

สุชาดา ทวีสิทธิ์

จันทิมา เอี่ยมมานนท์

นักวิจัยหลักของโครงการ

18 เมษายน พ.ศ. 2548

บทคัดย่อ

รายงานวิจัยนี้เป็นการนำเสนอบทสังเคราะห์แนวคิดและอุดมการณ์ว่าด้วยเรื่องชุมชนที่ปรากฏอยู่ในแนวทางการทำงานเพื่อจัดการกับปัญหาและผลกระทบของโรคเอดส์ในประเทศไทย นับตั้งแต่พบการระบาด ข้อมูลหลักที่ใช้ในการสังเคราะห์เป็นข้อมูลทุติยภูมิประเภทงานวิจัย บทความวิชาการ บทสรุปการสัมมนา ตลอดจนแผนงานและนโยบายที่เกี่ยวกับ HIV/AIDS ที่มีการเชื่อมโยงกับประเด็นเรื่อง “ชุมชน” โดยเอกสารทั้งหมดเขียนขึ้นหลังจากที่รัฐบาลไทยได้เริ่มรับเอาแนวคิดการส่งเสริมบทบาทและศักยภาพของครอบครัวและชุมชนเข้ามาไว้ในแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ฉบับ พ.ศ. 2535-2539)

วัตถุประสงค์ทั่วไปของงานวิจัยชิ้นนี้คือ เพื่อศึกษาว่าแนวคิดว่าด้วยเรื่อง “ชุมชน” ถูกสร้าง ถูกให้ความหมาย ถูกเข้าใจ ตลอดจนถูกนำไปใช้อย่างไรบ้างในตลอดช่วงระยะเวลาของการเผชิญ และจัดการกับปัญหาเอดส์ของสังคมไทย ไม่ว่าจะเป็นถูกใช้ในระดับท้องถิ่นหรือระดับชาติโดยรัฐบาล คนในวงการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการในมหาวิทยาลัย คนทำงาน NGOs นักกิจกรรมสังคม หรือแม้กระทั่งผู้ติดเชื้อ HIV เองก็ตาม ส่วนวัตถุประสงค์เฉพาะของงานวิจัยนี้ คือต้องการตรวจสอบแนวคิดเรื่องชุมชนที่ดำรงอยู่ในภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติการของกลยุทธ์การใช้ ครอบครัวและชุมชนเป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ ตลอดจนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ (Home and Community-Based Care Approach) ของสังคมไทย

ผลการวิจัยได้ชี้ให้เห็นว่าวาทกรรมและชุดความหมายของชุมชนชุดต่าง ๆ ที่พบวนำไปใช้กันอยู่ในแนวทางการทำงานแก้ปัญเอดส์แต่ละยุค ซึ่งเริ่มตั้งแต่ยุคที่มีการนำกระบวนการทัศน์ระบาดวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์มาใช้ มาจนกระทั่งถึงยุคที่ใช้กระบวนการทัศน์ธรรมชาติและประชาสังคมนั้น มักเต็มไปด้วยความสับสน กล่าวคือไม่ได้ถูกตีความหมายไปในทิศทางเดียว และยังถูกสร้างและรื้อสร้างใหม่อยู่ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับการตีความของรัฐและผู้ปฏิบัติงานในระดับท้องถิ่น นอกจากนี้ ผลการวิจัยได้ชี้ว่าในการเผชิญกับปัญหาเอดส์ในสังคมไทยนั้น มีการใช้แนวคิดเกี่ยวกับชุมชนอยู่ 2 แนวคิดหลัก ๆ ด้วยกัน ได้แก่ แนวคิดที่ชุมชนถูกนำเสนอเชิงโครงสร้างสังคมและสถาบัน กับแนวคิดที่ฉายภาพชุมชนเชิงกระบวนการการต่อสู้ของปัจเจกและกลุ่มเพื่อสร้างความชอบธรรมในการเรียกร้องสิทธิบางอย่างบนพื้นฐานของความเป็นมนุษย์ และสุดท้ายงานชิ้นนี้ชี้ให้เห็นว่าการตีความและการใช้แนวคิดเรื่องชุมชนที่หลากหลายและสับสนเช่นนี้ มีผลอย่างมากต่อข้อจำกัดและประสิทธิภาพของกลยุทธ์การแก้ปัญเอดส์ที่นำเอาครอบครัวและชุมชนมาเป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ ตลอดจนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ของสังคมไทย

Abstract

This paper concerns the conceptualization, the ideology and the practice regarding the *community* in the HIV/AIDS responses in Thailand. It reviews the community-related HIV/AIDS research, articles, seminar proceedings as well as documents regarding national plans and policies that have been made available since in the early 1990s. Its main aim is to see how the *community* was conceptualized, understood and utilized by the Thai government, medical community, academic, NGOs, social activists and people living with HIV and AIDS to fight against the impacts of AIDS both at the national and community levels. In particular, it also investigates the community concepts in discourses regarding the home and community-based care's policy and practice which were recommended for Thailand in the early 1990s in response to the changing AIDS situation.

The paper primarily argues that the sets of concept and discourse concerning the community in the HIV/AIDS responses are problematic and are made and remade over times. It reveals that in the course of AIDS responses, Thailand had utilized several approaches ranging from epidemiological-behavioral approach to good governance and civil society approaches in order to alleviate the negative consequences of the epidemic. Throughout this course, two major community concepts were conceptualized and imposed. The first concept necessarily sees community as the social unit encompassing geographical, administrative and social structures such as formal community leaders, informal leaders, temples, schools and other interest groups at a local level. The latter concept understands the community as the process in which individuals voluntarily come together, and through collective actions they resist the oppressions of others and the external forces that affect their lives negatively.

Finally, the paper points out that the application of the community concepts at any stage of the HIV/AIDS responses necessarily contributed to the constraints and effectiveness of the home and community-based care approach which has been robustly encouraged by the Thai government since in 1997.

สารบัญ

กิตติกรรมประกาศ	i
บทคัดย่อภาษาไทย	ii
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	iii
บทที่ 1 บทนำ	1
-วัตถุประสงค์การศึกษา	2
-วิธีการศึกษา	3
บทที่ 2 “ชุมชน” ในกระบวนการจัดการปัญหาโรคเอดส์ของไทย	4
-เกริ่นนำ	4
-ชุมชนในกระบวนการระดับชาติ-พหุวิทยา-พหุวัฒนธรรมศาสตร์	8
-ชุมชนในกระบวนการระดับรัฐธรรมนูญ	14
-ชุมชนในกระบวนการระดับประชาสังคม	20
บทที่ 3 “ชุมชน” ในภาคปฏิบัติการของนโยบายการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและในชุมชน	27
-วิวัฒนาการของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในประเทศไทย	27
-รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในประเทศไทย	29
-ปัญหาของงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน	31
-การรื้อสร้างอัตลักษณ์ของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์	33
-นโยบายการดูแลที่บ้านและในชุมชน	
-ผู้หญิงในฐานะ “บ้านและชุมชน” กับภาระที่ต้องแบกรับ	36
บทที่ 4 บทสรุปและข้อเสนอแนะ	39
บรรณานุกรม	42

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของประเด็นที่ศึกษา

สถานการณ์โรคเอดส์ในสังคมไทยที่ก้าวเข้าสู่ทศวรรษที่สองนับตั้งแต่พบผู้ป่วยเอดส์รายแรกที่เป็นคนไทยและเสียชีวิตเมื่อปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา ยังเป็นเรื่องที่จะต้องติดตาม เฝ้าระวัง และขบคิดเพื่อหาทางป้องกันและแก้ไขผลกระทบที่เกิดขึ้นอยู่ตลอดเวลา การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์ในสภาพการณ์ที่สถานพยาบาลไม่สามารถรับมือได้เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยที่มีปริมาณมากขึ้นเรื่อย ๆ และระยะเวลาในการรักษาพยาบาลที่ค่อนข้างใช้เวลายาวนาน เพราะอาการเจ็บป่วยเรื้อรังที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งปัญหาเรื่องการตั้งแรงแรงเกียจ กีดกันผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเนื่องจากความกลัวว่าจะติดเชื้อจากผู้เอดส์ของสมาชิกในครอบครัว ชุมชน และสังคม ได้นำไปสู่การรับเอาแนวทางการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านและใน ชุมชนมาใช้ในสังคมไทย แนวทางนี้ได้รับการสนับสนุนให้เป็นนโยบายและมาตรการสำคัญใน แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคเอดส์แห่งชาติ ที่บรรจุไว้ภายใต้แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 8 จนถึงฉบับปัจจุบัน คือฉบับที่ 9 เนื้อหาสาระได้กล่าวไว้กว้าง ๆ โดยเน้นที่ บทบาทของชุมชนในการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์

ด้วยการปรับเปลี่ยนท่าทีและนโยบายด้านการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์จากเดิม ที่เน้นการจัดการโดยสถาบันของรัฐมาเป็นการให้ความสำคัญกับภาคีภาคชุมชนในการเข้ามามีส่วน ร่วม จนไปถึงการที่ชุมชนจัดการและดำเนินงานต่าง ๆ ด้วยตนเองในชุมชนของตน ทำให้โครงการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคเอดส์และผลกระทบจากโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นในระยะหลัง ๆ ต่างมุ่งเน้น ไปที่การส่งเสริมบทบาทของชุมชนในการเข้ามามีส่วนจัดการกับปัญหาระบาดโรคเอดส์ ไม่ว่าจะเป็นการจัดการ ด้านการป้องกัน ตลอดจนการจัดการด้านดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ โดยมุ่งให้มีการดูแล 3 ด้าน คือ กาย จิต และสังคม การนำแนวทางดังกล่าวมาใช้ส่งผลให้มีการไป กระตุ้นส่งเสริมให้ชุมชนเกิดการรวมตัวกัน ตลอดจนให้ชุมชนนำศักยภาพทุกด้านรวมทั้งภูมิปัญญา ของชุมชนพื้นถิ่นมาใช้ในการจัดการกับปัญหาและผลกระทบจากโรคเอดส์ กระนั้นก็ตามดูเหมือนว่าแนวทางที่เน้นชุมชนเป็นฐานที่มั่นคงสำคัญในการจัดการกับปัญหาและผลกระทบจากโรคเอดส์ ยังไม่สามารถสร้างความต่อเนื่องและความยั่งยืนในการจัดการกับปัญหาของโรคเอดส์ได้ จะเห็นได้จากการที่มีโครงการและกิจกรรมการป้องกันและการดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ/ผู้ที่ได้รับผลกระทบที่ดำเนินงานโดยชุมชนจำนวนมากที่มีอายุค่อนข้างสั้น มีการพึ่งพิงคนทำงานตลอดจน ทรัพยากรจากภายนอกสูง หลายโครงการมุ่งเน้นให้ชุมชนเป็นแค่เพียงพื้นที่เป้าหมายหรือพื้นที่

ทดลองในการนำแนวทางชุมชนเป็นฐานไปปฏิบัติ หลายโครงการที่ประสบความสำเร็จแต่นำไปขยายผลสู่พื้นที่อื่นไม่ได้

สถานการณ์ดังที่กล่าวมาจึงเป็นมากกว่าความแตกต่างในเรื่องของหลักการปฏิบัติและวิธีดำเนินงานตามแนวทางการใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ปัญหาเอชไอวี หากแต่ผู้วิจัยคิดว่าน่าจะมีเกิดขึ้นมาจากเงื่อนไขที่เป็นจริงของความเป็นชุมชนในสังคมไทยในปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลงไปจากเดิมมาก ตลอดจนเกี่ยวข้องกับ ทักษะ จุดยีน และกรอบการทำความเข้าใจในสิ่งที่เรารู้จักกันว่า “ชุมชน” ของผู้กำหนดนโยบายและผู้ที่มีอำนาจนำแนวทางนี้ไปปฏิบัติด้วย นี่เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้พวกเราในฐานะนักวิจัยมุ่งความสนใจมาที่การตรวจสอบแนวคิดและความเข้าใจเกี่ยวกับ “ชุมชน” ภายใต้บริบทของการดำเนินงานด้านเอชไอวีในสังคมไทย เหตุใดเราถึงศึกษากรอบความคิดเรื่อง “ชุมชน” ศึกษาแล้วจะเอาไปทำอะไร ศึกษาไปทำไม จะทำอะไรต่อไปให้เป็นรูปธรรมได้หรือไม่ คำถามเหล่านี้ยังคงสะท้อนอยู่ในความคิดของพวกเรา อย่างไรก็ตามพวกเรามีคำตอบให้กับตัวเองว่า ถ้าหากคนทำงานเอชไอวียังเห็นว่า “ชุมชน” คือคุณเจตนาสำคัญที่จะนำไปสู่การทำงานเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพและยั่งยืน การเปิดพื้นที่ศึกษาเรื่องนี้เพื่อทำความเข้าใจและการผลักดันให้เกิดการ “ขบ” คิด ใคร่ครวญกับสิ่งที่เกิดขึ้นมาแล้ว สิ่งที่กำลังดำเนินอยู่ และสิ่งที่ควรจะเป็นในอนาคต จึงควรเป็นเงื่อนไขสำคัญในการพัฒนาแนวทางการใช้ชุมชนมาเป็นฐานของการทำงานเอชไอวีของสังคมไทย

ในการวิจัยครั้งนี้ เราต้องการจับความคิดและตีแผ่กรอบความเข้าใจเรื่อง “ชุมชน” ว่ากรอบคิดเรื่องชุมชนที่ถูกหยิบใช้ในแต่ละช่วงประวัติศาสตร์ของการเผชิญปัญหาเอชไอวี ถูกโดยตรงแน่นด้วยกระบวนการทัศน์และเจตจำนงใดบ้าง อันมีผลอย่างยิ่งต่อการถกทอวิธีการปฏิบัติและมาตรการต่างๆ ที่ออกมาจัดการและดำเนินการเกี่ยวกับเอชไอวีที่แตกต่างกัน เนื้อหาหลักของงานวิจัยนี้จึงอยู่ที่การวิเคราะห์ฐานคิดอันเป็นที่มาของความเข้าใจเรื่อง “ชุมชน” ตลอดจน จุดยีน และทักษะเรื่อง “ชุมชน” ในการเผชิญปัญหาโรคเอดส์และการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ในระยะต่าง ๆ ที่ผ่านมา โดยศึกษาวิจัยจากข้อมูลเอกสารของทางราชการ แผนพัฒนาประเทศ แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด เอกสารนโยบายด้านสาธารณสุข ตลอดจนรายงานการศึกษาวิจัย บทความทางวิชาการ และรายงานการประชุมสัมมนาและการบรรยายในเรื่องเอชไอวี จากนั้นจะเป็นการนำเอากรณีศึกษาเกี่ยวกับการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่นำเสนอไว้ในรายงานการวิจัยมาวิเคราะห์ ทั้งนี้เพื่อชี้ให้เห็นอย่างเชื่อมโยงระหว่างวิธีการทำงานกับวิธีคิดเรื่อง “ชุมชน” ของผู้ดำเนินโครงการ

วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อวิเคราะห์ให้เห็นว่า “ชุมชน” ถูกนำมาใช้ในความหมายใดและในแง่ใดบ้างในนโยบายและภาคปฏิบัติการในการจัดการกับปัญหายาเสพติด

2. เพื่อวิเคราะห์ให้เห็นว่านโยบายรัฐเกี่ยวกับการใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์เริ่มต้นเมื่อใด และด้วยฐานคิดอะไรอยู่เบื้องหลัง
3. เพื่อศึกษาว่าในระหว่างที่รัฐยังไม่มีนโยบายเกี่ยวกับชุมชนในการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ ชุมชนเองมีการพัฒนาในเรื่องการใช้ชุมชนเป็นฐานในการจัดการกับโรคเอดส์อย่างไรบ้าง และมีการจัดตั้งกันเองหรือไม่และในรูปแบบใด

วิธีการศึกษา

1. ทบทวนเอกสารวิชาการ เอกสารนโยบายและแผนงาน ตลอดจนรายงานการวิจัย รายงานการประเมินผลการทำโครงการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทย ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ เพื่อศึกษาวิเคราะห์วิธีคิดและวิธีการให้ความหมายเรื่องชุมชน ตลอดจนสังเคราะห์ภาคปฏิบัติการของวาทกรรมโรคเอดส์ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องชุมชนในแต่ละช่วงประวัติศาสตร์ของสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย
2. นำเสนอผลการทบทวนวิเคราะห์นโยบาย แผนงาน กิจกรรม ตลอดจนงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในเวทีสัมมนาเพื่อระดมความคิดเห็นจากนักวิชาการและผู้ปฏิบัติงานด้านโรคเอดส์

บทที่ 2

“ชุมชน” ในกระบวนการจัดการปัญหาโรคเอดส์ของไทย

เกริ่นนำ

พวกเราเห็นว่าแนวคิดในการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ในประเทศต่างๆ ทั่วโลก โดยเฉพาะในทวีปแอฟริกาที่มีองค์การระดับนานาชาติ เช่น องค์การอนามัยโลก องค์การสหประชาชาติ และองค์กรแหล่งทุนอื่นๆ ที่สนับสนุนการแก้ปัญหาโรคเอดส์ในประเทศต่างๆ มีอิทธิพลสูงมากในการกำหนดทิศทางนโยบายและกระบวนการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ในแต่ละช่วงเวลาของประเทศไทย ซึ่งองค์การนานาชาติเหล่านี้ก็มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์อยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อให้สามารถรับมือกับสถานการณ์ปัญหาเอดส์ที่เปลี่ยนแปลงไปอยู่ตลอดเวลาเช่นกันได้อย่างมีประสิทธิภาพ งานศึกษาเชิงสังเคราะห์กระบวนการควบคุมโรคเอดส์เรื่อง “วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย: แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ” ที่เขียนโดยนายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ และคณะ (2542) ได้ให้ข้อมูลเรื่องนี้ไว้อย่างละเอียด โดยระบุถึงข้อชี้แนะขององค์การนานาชาติด้านเอดส์ที่ให้แก่ประเทศต่างๆ ซึ่งประสบปัญหาเอดส์ให้มีการปรับเปลี่ยนกระบวนการจัดการกับวิกฤตการณ์เอดส์จากกระบวนการระบาดวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ไปสู่กระบวนการแบบธรรมาภิบาลและประชาสังคมที่เน้นให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมและแสดงบทบาทนำในการแก้ปัญหาเอดส์ ในขณะเดียวกันประสบการณ์ในการเผชิญกับปัญหาโรคเอดส์ในบริบทของสังคมไทยเองก็มีส่วนอย่างมากเช่นเดียวกันในการบ่มเพาะมาตรการและแนวทางในการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ของไทยให้มีความโดดเด่นเฉพาะตัว

แนวคิดเรื่อง “ชุมชน” ถูกนำมาหยิบใช้ในกระบวนการต่างๆ ของการดำเนินงานแก้ปัญหาโรคเอดส์ของประเทศไทยมาตั้งแต่ยุคแรกของการระบาด กระบวนการที่นำมาใช้จัดการกับปัญหาโรคเอดส์ได้พูดถึง “ชุมชน” ไว้ไม่ทางตรงก็ทางอ้อม แนวคิดชุมชนถูกหยิบใช้ภายใต้ความเข้าใจและการตีความที่หลากหลาย สังคมไทยได้ผ่านช่วงแห่งการปรับเปลี่ยนกระบวนการตอบสนองต่อปัญหาโรคเอดส์จากการกระบวนการที่เน้นให้ภาครัฐเป็นฝ่ายจัดการและรับผิดชอบแก้ปัญหา มาสู่กระบวนการที่มองว่าภาค “ชุมชน” เป็นหัวใจสำคัญของการป้องกันและดูแลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ชุดความหมาย/ชุดความเข้าใจ “ชุมชน” จึงมีหลากหลายแง่มุม ทั้งนี้เพื่อหารูปแบบการใช้ชุมชนเป็นฐานในการทำงานเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตามชุดความหมายนี้จะมีความโดดเด่นและถูกใช้เป็นฐานคิดหลักในการจัดการกับสถานการณ์ปัญหาโรคเอดส์ในแต่ละยุค ย่อมขึ้นอยู่กับว่าใครเป็นผู้มีอำนาจในการสร้างและผลิตชุดความหมายนั้น ประกอบกับสถานการณ์โรคเอดส์แต่ละช่วงย่อมมีผู้ที่มิบทบาทนำในการผลิตและสร้างชุดความคิดว่าด้วยเรื่องชุมชนหลายฝ่ายด้วยกัน ในสภาพการณ์เช่นนี้จึงทำให้เราได้เห็นว่ากระบวนการ “ชุมชน” เป็น

เหมือนพื้นที่การต่อสู้กันทางความคิด ตลอดจนเป็นพื้นที่แห่งการใช้อำนาจและการต่อรองกับอำนาจของหลายฝ่ายที่มีส่วนได้ส่วนเสียจากสถานการณ์ปัญหาโรคเอดส์ไม่ว่าจะเป็น รัฐ องค์กรทุน นานาชาติ ตลาด องค์กรชาวบ้าน ผู้ติดเชื้อ และองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์

พวกเราวิเคราะห์ว่าชุดความหมายของ “ชุมชน” ที่แต่ละฝ่ายพยายามสถาปนาขึ้นมาท่ามกลางวิกฤตโรคเอดส์นั้นมีความเคลื่อนไหวไปมาอยู่ระหว่างความหมายสองชุดที่รับอิทธิพลมาจากกระบวนการทัศน์หลักที่นำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาและผลกระทบจากโรคเอดส์ของสังคมไทย กล่าวคือชุดแรก “ชุมชน” ถูกตีความเป็น “พื้นที่การระบาด” และ “กลุ่มเสี่ยง” ที่จะต้องมีมาตรการควบคุมกำกับไม่ให้เกิดการแพร่เชื้อโรคเอดส์ขยายวงกว้างออกไป จะเห็นว่าความหมายของชุมชนชุดนี้รับอิทธิพลมาจากวิธีการจัดการปัญหาโรคเอดส์ที่ใช้กระบวนการทัศน์ระบาดวิทยา กระบวนทัศน์พฤติกรรมศาสตร์ และกระบวนการทัศน์ธรรมชาติ ซึ่งมุ่งเน้นอยู่ที่การมองหา “ปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน” จึงมองชุมชนในฐานะที่เป็นกลุ่มคนแพร่เชื้อ แหล่งแพร่เชื้อ หรือเป็นพื้นที่ที่อาจจะได้รับผลกระทบจากการระบาดของโรคเอดส์ ภายใต้อุดมการณ์นี้ส่งผลให้กลุ่มคนเฉพาะบางกลุ่ม เช่น ชายรักเพศเดียวกัน กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด กลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ กลุ่มชาวนักเที่ยว ชาวเขา ลูกเรือประมง เป็นต้น ถูกปักป้ายและตีตราว่าเป็นกลุ่มหรือชุมชนกลุ่มเสี่ยง นอกจากนี้กระบวนการทัศน์ที่ใช้จัดการกับปัญหาโรคเอดส์ทั้ง 3 กระบวนทัศน์ที่กล่าวมามีคติความหมายชุมชนภายใต้ฐานคิดทฤษฎีโครงสร้าง-หน้าที่ กล่าวคือ นิยามชุมชนแบบยึดติดพื้นที่กายภาพและพื้นที่การปกครองของรัฐ เช่น ชุมชนคือหมู่บ้าน หรือ ชุมชนแออัดในเมือง เป็นต้น

ความหมายชุดที่สองเกี่ยวกับชุมชนที่พบ คือ “ชุมชน” ถูกให้ความหมายในฐานะที่เป็น “กระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคม” หรือมีการมองชุมชนในฐานะเป็น “ชุมชนปฏิบัติ” (community of practice) ชุมชนในความหมายนี้ก่อเกิดขึ้นภายใต้กระบวนการทัศน์เครือข่าย-ประชาสังคมในการเผชิญกับปัญหาโรคเอดส์ของสังคมไทย หัวใจสำคัญของชุมชนกระบวนการหรือชุมชนปฏิบัติ คือ ความเป็นพลวัต การปรับตัว และการต่อสู้ โดยมีปัจจัยที่นำไปสู่การเชื่อมโยงกันของผู้คนในหลายรูปแบบ เช่น การเผชิญปัญหา ร่วม การมีผลประโยชน์ร่วม การมีอุดมการณ์บางอย่างร่วมกัน ในกรณีของโรคเอดส์พบว่าอุดมการณ์ร่วมเหล่านี้ได้แก่ การมีความทุกข์ที่เกิดจากการติดเชื้ออันเดียวกัน การมีเป้าหมายเดียวกันในการเผชิญปัญหา การมีความรัก ความสงสาร ความเห็นอกเห็นใจเพื่อนมนุษย์ที่ทุกข์ยาก ตัวอย่างของชุมชนเหล่านี้ เช่น กลุ่มพึ่งตนเองของผู้ติดเชื้อ เครือข่ายผู้ติดเชื้อ ชุมชนคนที่เห็นใจผู้ติดเชื้อในไซเบอร์สเปซ เป็นต้น พวกเรากล่าวว่าชุมชนลักษณะนี้เป็น “ชุมชนในโรคเอดส์” ที่ก่อตัวขึ้นในลักษณะที่เป็นกระบวนการที่มีพลังขับเคลื่อนจากภายในชุมชน และทำให้ชุมชนมีศักยภาพสูงในการรับมือกับปัญหาโรคเอดส์ เป็นชุมชนที่อาจมีหรือไม่มีพื้นที่ทางกายภาพและโครงสร้างทางการที่ตายตัวรองรับ มีภาวะผู้นำที่หลากหลายรูปแบบ และสมาชิกสามารถสื่อสารกันผ่านหลายช่องทาง เช่น การพบปะ การชุมนุม การติดต่อผ่านคลื่นวิทยุ หรือผ่านระบบอินเทอร์เน็ต เป็นต้น

เนื้อหาหลักของบทนี้มีจุดเน้นอยู่ที่การนำเสนอผลการวิเคราะห์นโยบาย แผนงาน บทความ วิชาการ และงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ที่มีสะสมอยู่ในสังคมไทยตั้งแต่ปีที่ตรวจพบผู้ป่วยรายแรกถึงปัจจุบันซึ่งเป็นปีที่สังคมไทยเผชิญกับวิกฤตการณ์โรคเอดส์ครบสองทศวรรษพอดี (พ.ศ. 2527-2547) คำถามหลักในการวิเคราะห์ คือ ในประวัติศาสตร์การเผชิญโรคเอดส์ของสังคมไทยแต่ละยุคนั้น “ชุมชน” ถูกเข้าใจและถูกหยิบใช้อย่างไร ลักษณะและวัตถุประสงค์ของการหยิบใช้นั้นแตกต่างกันหรือไม่ ตลอดจนสังเคราะห์ให้เห็นถึงฐานคิดและเจตจำนงที่รองรับความเข้าใจและการหยิบใช้ชุดความหมาย “ชุมชน” แต่ละชุดในแต่ละยุค ซึ่งที่สุดแล้วจะทำให้เราเห็นพลวัตของชุดความหมาย “ชุมชน” ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน ตลอดจนได้เห็นข้อได้เปรียบและข้ออ่อนด้อยของชุดความหมาย/ชุดความคิดชุมชนแต่ละชุดที่นำมาใช้ในการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ โดยในการวิเคราะห์ชุดความหมาย “ชุมชน” นั้นพวกเราพยายามเชื่อมโยงไปถึงภาคปฏิบัติการของแนวคิดชุมชนที่พบในยุทธศาสตร์การจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ของประเทศไทยที่ผ่านมาด้วย และพวกเราให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับบริบทในในช่วงประวัติศาสตร์ของการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ของสังคมไทย

จากการทบทวนและสังเคราะห์นโยบาย แผนงาน รายงานสรุปบทเรียนการทำงาน ตลอดจนงานวิจัยและบทความวิชาการเกี่ยวกับโรคเอดส์ ทำให้พวกเราได้ข้อสรุปว่าความเข้าใจเรื่องชุมชนในกระบวนการทัศน์การแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของไทยนั้นมีอุดมการณ์การพัฒนาประเทศแบบทุนนิยมกำกับสูงมาก แต่แนวคิดเรื่อง “ชุมชน” ในการทำงานแก้ปัญหาโรคเอดส์ มีการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่อง โดยแนวคิดเรื่องชุมชนถูกหยิบใช้อย่างต่อเนื่อง ซ้อนทับ และยืดหยุ่น ตลอดช่วงประวัติศาสตร์ของการเผชิญกับปัญหาโรคเอดส์ของสังคมไทยที่ไล่เรียงมาตั้งแต่ **ระยะเริ่มต้น** (พ.ศ. 2527-พ.ศ. 2533) ซึ่งเป็นช่วงที่การตอบสนองต่อปัญหายังขาดความชัดเจนและขาดการผนึกกำลังในการจัดการกับปัญหา มาจนถึง **ระยะกลาง** (พ.ศ. 2534-2539) อันเป็นระยะที่การจัดการกับปัญหาโรคเอดส์เริ่มมีทิศทางที่ชัดเจนและมีการผนึกกำลังจากหลายฝ่ายโดยมุ่งเน้นที่งานป้องกันการแพร่ระบาดเป็นหลัก **สู่ระยะปัจจุบัน** (พ.ศ. 2540-ปัจจุบัน) ที่มีการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดอย่างต่อเนื่องและเร่งจัดการกับผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์ เช่น การดูแลรักษาผู้ป่วย การดูแลเด็กกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิต ตลอดจนการปรับเปลี่ยนทัศนคติให้สังคมและชุมชนยอมรับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์

พวกเราเห็นว่าแนวทางจัดการปัญหาโรคเอดส์ของประเทศไทยนับตั้งแต่มีการรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 จนกระทั่งถึงปัจจุบัน ได้รับอิทธิพลจากกระบวนการทัศน์หลัก 3 กระบวนทัศน์ด้วยกัน ในระยะเริ่มต้นซึ่งพบว่าเป็นระยะที่มีความวุ่นวายและเกิดความสับสนมากที่สุดในการดำเนินงานเพื่อแก้ปัญหาโรคเอดส์ เนื่องจากข้อมูลยังมีน้อยหรือแทบจะไม่มีเลย การทำงานต้องอาศัยข้อมูลจากต่างประเทศเป็นส่วนใหญ่ อีกทั้งการปฏิเสธปัญหา ความไม่เข้าใจ และความไม่ตระหนักถึง

ผลกระทบที่จะตามมาของโรคเอดส์ของผู้บริหารประเทศในขณะนั้น ทำให้ทิศทางการทำงานของหน่วยงานและผู้ที่เกี่ยวข้องขาดความชัดเจนและขาดการสนับสนุนจากรัฐบาลอย่างจริงจัง ส่งผลให้สถานการณ์การติดเชื้อของประชากรมีความรุนแรงจนน่าตกใจ นำไปสู่การตื่นตัวของผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในระดับรัฐบาลในที่สุด อย่างไรก็ตามช่วงนี้เป็นช่วงที่กระบวนทัศน์ระบาดวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์ถูกขาดการชี้นำการจัดการปัญหาโรคเอดส์ในสังคมไทยโดยมุ่งเน้นที่การเฝ้าระวังโรคและการป้องกันการแพร่ระบาดไปพร้อมๆ กัน

เมื่อสังคมไทยเข้าสู่ระยะกลางของการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ ได้มีการผลักดันแผนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ พ.ศ. 2534-2538 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ขึ้นมา ซึ่งแผนดังกล่าวมีความชัดเจน และครอบคลุม ถือว่าการดำเนินงานในช่วงนี้เป็นการเปิดศักราชของการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์อย่างเป็นระบบในประเทศไทย ช่วงเวลานี้เราพบว่ากระบวนทัศน์ระบาดวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์ถูกใช้อย่างเข้มข้นมากขึ้น มีการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ และผลกระทบต่างๆ ที่จะเกิดขึ้น มีการกระจายข้อมูล ความรู้ และข่าวสาร เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง มีการส่งเสริมการวิจัยทางสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ทั้งเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพมากขึ้น เพื่อนำผลการศึกษามาวางแนวยุทธศาสตร์และมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ 2542) ประเทศไทยเริ่มเข้าสู่ระยะปัจจุบันของการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ในปี 2540 บทเรียนและประสบการณ์ที่สั่งสมจากการเผชิญปัญหาในทศวรรษแรก ถูกนำมาพิจารณาเพื่อทำแผนกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัญหาที่มีความเป็นพลวัตสูง แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 ถูกประกาศใช้ และปัจจุบันประเทศไทยอยู่ในช่วงของการใช้แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 มีความชัดเจนว่าแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติทั้ง 2 ฉบับ ได้ปรับทิศทางการแก้ปัญหาเอดส์แบบแยกส่วนแนวระบาดวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์มาสู่กระบวนทัศน์ธรรมชาติที่เน้นการสร้างภาคีความร่วมมือ โดยมีรัฐเป็นผู้ผลักดันหลักให้ทุกภาคส่วนของสังคมเข้ามามีส่วนร่วมรับผิดชอบในการแก้ปัญหา นอกจากนี้ในช่วงเดียวกันพวกเรายังได้เห็นอิทธิพลของกระบวนทัศน์ประชาสังคมที่ขับเคลื่อนจากรากหญ้าโดยมีกลุ่มผู้ติดเชื้อเป็นแกนกลางในการเคลื่อนไหว กระบวนทัศน์นี้ได้แทรกตัวเข้ามาแย่งชิงพื้นที่และมีบทบาทมากขึ้นไปกับกระบวนทัศน์ธรรมชาติ และกระบวนทัศน์ระบาดวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์ที่รัฐสนับสนุน ดังนั้นเมื่อเราทำการวิเคราะห์แนวคิดเรื่องชุมชนในนโยบายการจัดการโรคเอดส์ทั้ง 3 ระยะ ชุดความหมาย “ชุมชน” ที่พบในการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ เป็นชุดความหมายที่ถูกนิยามและได้รับอิทธิพลจากกระบวนทัศน์การจัดการปัญหาโรคเอดส์ 3 กระบวนทัศน์นี้ ซึ่งในส่วนที่จะกล่าวถึงต่อไปนี้เป็น การวิเคราะห์แนวคิดเรื่องชุมชนในกระบวนทัศน์การจัดการปัญหาเอดส์แต่ละกระบวนทัศน์อย่างละเอียด

1. “ชุมชน” ในระบบทัศนระบาศวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์

จากการทบทวนเอกสารนโยบาย แผนงาน แนวทางปฏิบัติงานของกระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนผลงานวิชาการและงานวิจัยเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ที่ตีพิมพ์ในช่วง พ.ศ. 2527-2539 ซึ่งอยู่ในช่วงทศวรรษแรกของการเผชิญปัญหา พบว่าระบบทัศนระบาศวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์ถูกนำมาใช้เป็นระบบทัศนหลักในการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ โดยให้ความสำคัญกับมาตรการควบคุม การเฝ้าระวัง และการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคอย่างต่อเนื่อง มีการนำมาตรการทางกฎหมายที่เน้นการเฝ้าระวังและควบคุมโรคเพื่อไม่ให้วงของการแพร่ระบาดของโรคขยายกว้างออกไป เช่น มีการออกเป็นประกาศกระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความ เมื่อ พ.ศ. 2528 (แต่ต่อมาได้ยกเลิกประกาศดังกล่าวเมื่อปี พ.ศ. 2534) มาตรการควบคุมโรคหลายมาตรการได้ถูกนำมาใช้ เช่น การเร่งรัดงานด้านการตรวจหาผู้ติดเชื้อในประชากรกลุ่มเสี่ยงและการควบคุมแหล่งแพร่เชื้อตามทัศนะของนักโรคเอดส์และนักพฤติกรรมศาสตร์ ซึ่งกลุ่มที่มักตกเป็นเป้าหมายของมาตรการนี้มักเป็นหญิงอาชีพพิเศษตามสถานบันเทิงต่างๆ ในช่วงเวลาเดียวกันนี้ องค์การพัฒนาเอกชนคือสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนได้เริ่มงานรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ชายที่เป็นเกย์ด้วย

ในช่วงระยะ 2-3 ปีแรกของการระบาดเป็นช่วงที่มีความสับสนด้านข้อมูลเกี่ยวกับโรคและจำนวนของผู้ติดเชื้อในประเทศไทยระหว่างข้อมูลจากฝ่ายรัฐและฝ่ายองค์กรพัฒนาเอกชน แรงกดดันที่จะไม่ให้กระทบเป้าหมายของการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการท่องเที่ยว ทำให้ข้อมูลเบื้องต้นของโรคเอดส์ที่ออกมาจากรัฐบาลไม่ได้สร้างความเข้าใจถึงสถานการณ์ที่แท้จริงเกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชน มีข้อมูลออกมาว่าเอดส์มิใช่เป็นโรคของคนไทย และยังไม่พบผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นคนไทยจากรายงานข้อมูลเมื่อปี พ.ศ. 2529 ซึ่งขัดแย้งกับข้อมูลที่ออกมาจากฝ่ายนักวิชาการและองค์กรพัฒนาเอกชนที่มองว่ารัฐกำลังปิดหูปิดตาประชาชน ไม่เปิดเผยข้อมูลที่แท้จริงสู่สาธารณชน จนกระทั่งเมื่อ พ.ศ. 2530-2531 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการจัดทำรายงานข้อมูลผู้ติดเชื้อขึ้นเป็นครั้งแรก โดยมีสถิติผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 171 ราย และเพิ่มจำนวนมากขึ้นอย่างก้าวกระโดดในปีต่อ ๆ มา (ดู ธรรมนูญ วรรณิสสร 2533, เขวรัตน์ ปรปักษ์ขามและคณะ 2538) ส่วนงานด้านนโยบายในระยะแรกพบว่าปัญหาโรคเอดส์ถูกกำหนดให้เป็นนโยบายในระดับกระทรวงเท่านั้น ไม่ใช่ระดับชาติโดยมีกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข เป็นเจ้าของเรื่องและมีจัดตั้งศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ และศูนย์ข้อมูลและให้คำแนะนำเกี่ยวกับโรคเอดส์ขึ้นภายในกระทรวงสาธารณสุข ต่อมาช่วง พ.ศ. 2531-2534 จึงมีการแต่งตั้งคณะกรรมการแก้ปัญหาโรคเอดส์ระดับชาติขึ้น และจัดตั้งเป็นโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ แต่การดำเนินการหลักยังคงอยู่ที่ภายในกระทรวงสาธารณสุขโดยกรมควบคุมโรคติดต่อเช่นเดิม

การรณรงค์เผยแพร่ความรู้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้แก่ประชาชนทั่วไปได้ทราบในช่วงนี้ ส่วนใหญ่ออกมาในลักษณะของการขู่ให้กลัว ข้อมูลที่บอกว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่มีทางรักษา เป็นแล้วต้องเสียชีวิตเพียงอย่างเดียวถูกสื่อสารออกไปอย่างมีประสิทธิภาพผ่านสื่อของรัฐบาลหลากหลายรูปแบบ เช่น ชุดประชาสัมพันธ์สั้น ๆ ในโทรทัศน์และวิทยุ และแผ่นป้ายขนาดใหญ่ที่ติดตั้งในที่สาธารณะของทุกจังหวัด (ดู อภัสรา จันทรสุวรรณ 2535) ข้อมูลดังกล่าวส่งผลต่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคพอๆ กับการสร้างปฏิกิริยาด้านลบในแง่การเกิดความหวาดกลัว รังเกียจ จนนำไปสู่การกีดกันทอดทิ้งผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในระยะต่อมา ดังจะพบได้จากการรายงานข่าวว่า ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน นายจ้างผู้ประกอบการ ตลอดจนหน่วยงานที่ให้บริการด้านสุขภาพทั้งของรัฐและเอกชนแสดงความรังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อย่างชัดเจนในหลายรูปแบบและในระดับของความรุนแรงที่แตกต่างกันออกไป ซึ่งงานวิจัยของ วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และ เกร็น วิลเลียมส์ (2539) ตลอดจนงานของ ศุภพรรัตน์ สุขพุ่ม (2540) ได้กล่าวถึงประเด็นนี้ไว้พอสมควร

จะเห็นว่าในช่วงทศวรรษแรกของการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ของสังคมไทย ภายใต้การนำของกระบวนทัศน์ระบาดวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์ เราพบว่าโรคเอดส์ถูกทำให้กลายเป็นเพียงแค่เรื่องในระดับปัจเจก (Individualized) อย่างชัดเจน โดยเน้นอธิบายสาเหตุของการติดเชื้อเอดส์ไปที่พฤติกรรมเสี่ยง (Risk Behaviors) และวิถีชีวิต (Lifestyles) ของปัจเจก นอกจากนี้ยังให้ความสำคัญมิติชีววิทยาของการเกิดโรคคือการให้ความสำคัญกับทฤษฎีเชื้อโรค (Germ Theory) อย่างไรก็ดีตามพหุภาพที่เราพอที่จะสรุปได้ว่าแนวทางการทำงานเพื่อแก้ปัญหาการระบาดภายใต้กระบวนทัศน์นี้ได้ฉายภาพชุมชนใน 3 ลักษณะออกมาให้เราได้เห็น ดังรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไปนี้

● “ชุมชน” ในฐานะ “กลุ่มเสี่ยง”

ภายใต้แนวคิดทางระบาดวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์พบว่า แนวคิดเรื่องความเสี่ยงได้กลายเป็นวาทกรรมหลักที่มีอิทธิพลต่อวิธีการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ในระยะแรกอย่างมาก โดยในระยะเริ่มแรกของการระบาดนั้นแนวคิดนี้ได้จัดแบ่งและแยกผู้คนออกเป็นสองประเภทอย่างชัดเจน คือกลุ่มเสี่ยงกับไม่เสี่ยง และพบว่าปัจเจกหรือกลุ่มคนที่ถูกคิดป้ายว่าเป็น “กลุ่มเสี่ยง” หมายถึงปัจเจกหรือกลุ่มคนที่อยู่ในภาวะอันตรายที่อาจติดเชื้อหรืออาจป่วยด้วยโรคเอดส์ได้ อย่างไรก็ตามมีข้อสังเกตว่าในกระบวนทัศน์นี้ “กลุ่มเสี่ยง” มีความหมายอยู่สองนัยยะด้วยกัน กล่าวคือนัยยะแรกหมายถึงกลุ่มนี้มีโอกาสที่จะติดเชื้อโรคเอดส์ได้ง่ายกว่าประชากรกลุ่มอื่นๆ ในขณะที่อีกนัยยะหนึ่งหมายถึงกลุ่มคนที่เป็น “แหล่งแพร่” เชื้อโรคเอดส์ให้กับผู้อื่นด้วย ในระยะแรกนั้นการตัดสินใจใครคือ “กลุ่มเสี่ยง” อยู่บนพื้นฐานของข้อมูลด้านระบาดวิทยาเป็นหลัก กลุ่มประชากรที่ถูกตรวจพบว่ามีโรคติดเชื้อ HIV ในระยะนี้ได้แก่ เกย์ ผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น หญิงขายบริการทาง

เพศ และชายที่ซื้อบริการทางเพศ ทำให้การดำเนินงานในแง่ของการสืบค้นและขยายผลการตรวจการติดเชื้อไปใน “กลุ่มเสี่ยง” เหล่านี้เป็นไปอย่างเข้มข้น

งานวิจัยที่พบในช่วงนี้มักเน้นการศึกษาด้านระบาดวิทยาและพฤติกรรมทางเพศของ “กลุ่มเสี่ยง” โดยมีการนำผลการศึกษามาใช้กำหนดแนวทางรณรงค์ให้ความรู้ในการป้องกันและควบคุมไม่ให้ผู้ติดเชื้อที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้แพร่เชื้อออกไปอีก วรรณคดีกล่าวของนักระบาดวิทยาและนักพฤติกรรมศาสตร์ส่งผลให้กลุ่มคนบางประเภทที่สังคมตั้งแง่ไม่ยอมรับพวกเขาก่อนหน้านั้นแล้ว ถูกตีตราซ้ำและถูกประณามรังเกียจจากสังคมยิ่งกว่าเดิม (double prejudice) หลังตรวจพบว่ามี การติดเชื้อ HIV ในกลุ่มนี้มากกว่ากลุ่มอื่น ทั้งนี้เพราะสังคมได้ตัดสินพวกเขาไปแล้วว่ามีพฤติกรรมที่ ละเมิดศีลธรรมและกฎหมาย เป็นพวก “เบี่ยงเบนทางเพศ” “สำส่อนทางเพศ” “มั่วเพศ” “มั่วเข้ม” “มั่วยา” เป็นต้น อย่างไรก็ตามเมื่อแบบแผนการระบาดของโรคเอดส์ได้เปลี่ยนแปลงไปจากเดิม คือ มีการระบาดเข้าสู่ประชากรประชากรกลุ่มอื่นๆ เช่น แม่บ้านและเด็กที่ติดเชื้อ ก็เริ่มมีวิธีคิดใหม่และเริ่ม พูดยกกันใหม่แล้วว่าทุกคนเสี่ยงหมด กล่าวคือไม่มีเขาไม่มีเราโดยไม่มีการจับคนแยกขังอย่างเช่นใน ช่วงแรกเพราะไม่รู้แล้วว่าใครกลุ่มไหนบ้างจะติดเชื้อหรือไม่ติดเชื้อ แต่การเปลี่ยนวิธีพูดวิธีคิด ดังกล่าวเกิดขึ้นเฉพาะในกลุ่มคนแคบ ๆ ที่เข้าใจถึงสถานการณ์เอดส์ชัดแจ้งพอ แต่สำหรับใน ประชาชนทั่วไปกลับพบว่า การแยกขัง “เรา (ไม่เสี่ยง)” กับ “เขา (ต่างหากที่เสี่ยง)” ยังทำงานของมัน อยู่อย่างเข้มแข็งภายใต้ภาคปฏิบัติของการกวาดต้อนเรื่องเสี่ยง

● “ชุมชน” ในฐานะ “พื้นที่เสี่ยง”

นอกจากการกำหนดชุมชน “กลุ่มเสี่ยง” ในลักษณะที่เป็นกลุ่มคนเป้าหมายของการควบคุม การระบาดและการป้องกันการแพร่เชื้อโรคเอดส์แล้ว กระบวนทัศน์ระบาดวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์ยัง มีการค้นหาและกำหนดชุมชนเสี่ยงในลักษณะพื้นที่เป้าหมายทางกายภาพ/ภูมิศาสตร์อีกด้วย ทั้งนี้เพื่อ ทำให้การเข้าควบคุม ป้องกัน และเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรคเป็นไปอย่างสะดวกและมีขอบเขต การทำงานที่ชัดเจน โดยเกณฑ์ที่นำมาใช้ในการระบุ “พื้นที่เสี่ยง” ต่อโรคเอดส์ คือผลจากการตรวจ พบการติดเชื้อของ “กลุ่มเสี่ยง” ดังที่กล่าวไปแล้ว ซึ่งชุมชนที่เป็นเขตพื้นที่เป้าหมายในการทำงาน ควบคุมและเฝ้าระวังโรคในระยะแรกจึงถูกระบุไปตามสถานที่และเขตพื้นที่ที่ชุมชน “กลุ่มเสี่ยง” ทั้งหลายใช้ชีวิตอยู่หรือใช้เป็นพื้นที่ทางสังคมของพวกเขา เช่น สถานบริการทางเพศ สถานบันเทิง ต่างๆ รวมทั้งบาร์เกย์ กลายเป็นพื้นที่เป้าหมายหลักของการควบคุม จะเห็นว่ามีกรณีวิจัยเรื่องความรู้ ทัศนคติและพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ ตลอดจนศึกษาหาอัตราความชุกของ “กลุ่มเสี่ยง” ที่มาใช้ ชีวิตในเขตพื้นที่ที่เป็นที่ตั้งของสถานบันเทิงเหล่านี้อย่างเข้มข้นและจริงจัง นอกจากนี้ “พื้นที่เสี่ยง เอดส์” ยังขยายไปยังเขตพื้นที่/ท้องที่/จังหวัด ที่มีการกระจุกตัวของสถานบันเทิงและสถานขายบริการ ทางเพศ และเมืองที่มีการอพยพย้ายถิ่นของประชากรสูง เช่น เมืองท่องเที่ยว เมืองอุตสาหกรรม ดังนั้น กรุงเทพมหานคร พัทยา หาดใหญ่ และเชียงใหม่ ได้ถูกสร้างภาพให้กลายเป็น “พื้นที่เสี่ยงเอดส์” และ

เป็นพื้นที่เป้าหมายหลักในการทำงานควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในระยะต้นของการระบาดของโรคเอดส์

อย่างไรก็ตามในช่วงนี้การรณรงค์เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ได้ดำเนินการครอบคลุมทั้งประเทศ ผ่านหน่วยงานของรัฐทั้งสังกัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงมหาดไทย และกระทรวงศึกษาธิการ ซึ่งเป็นกระทรวงหลักที่มีบทบาทในการดำเนินงานภายใต้กระบวนการต้นระบบคณาวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ช่วงก่อนที่จะมีกำหนดแผนควบคุมและป้องกันโรคเอดส์แห่งชาติ แต่การปฏิบัติงานดูเหมือนกับว่าจะเป็นการวิ่งไล่ตามแก้ปัญหามากกว่า เพราะการตั้งหลักที่แนวคิระบาดวิทยาและพฤติกรรมศาสตร์ทำให้การดำเนินงานเพื่อการควบคุมและป้องกันในพื้นที่เป้าหมายมักจะต้องรอข้อมูลที่เป็นสถิติตัวเลขจากผลการศึกษาทางระบาดวิทยาเสียก่อน แล้วจึงกำหนดพื้นที่เป้าหมายเพื่อการปฏิบัติงานด้านเอดส์อย่างจริงจัง ชุดความหมายชุมชนในฐานะที่เป็น “พื้นที่เสี่ยง” เอดส์ หรือ “พื้นที่เป้าหมาย” ในการทำงานเอดส์ จึงไม่โดดเด่นมากนักในช่วงต้นนี้เมื่อเปรียบเทียบกับการทำงานซึ่งมุ่งเป้าหมายไปที่คน “กลุ่มเสี่ยง”

● “ชุมชน” ในฐานะภาชนะที่ว่างเปล่า

ในปี พ.ศ. 2534 เป็นปีที่มีการปรับแนวทางการรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์เพราะสถานการณ์การรังเกียจผู้ติดเชื้อซึ่งรุนแรงขึ้น ที่เคยรณรงค์สร้างภาพน่ากลัวให้กับโรคเอดส์และคนเป็นโรคเอดส์ก็เริ่มปรับเปลี่ยน (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ 2542:55) มีการใช้สื่อที่สร้างสรรค์เข้ามาแทนที่สื่อที่สร้างความหวาดกลัว โดยเน้นให้สังคมเห็นใจและให้กำลังใจแก่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมากขึ้น ซึ่งต่อมาทำให้ระดับของการรังเกียจและกลัวผู้ติดเชื้อของคนในสังคมลดลง โดยเฉพาะในหมู่บ้านทางภาคเหนือหลายหมู่บ้านที่พบมีผู้ป่วยอยู่จำนวนมาก การทบทวนผลงานวิชาการและงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในช่วง พ.ศ. 2535-2536 พบว่างานเกี่ยวกับโรคเอดส์ช่วงนี้ส่วนใหญ่เป็นงานที่มุ่งสำรวจทัศนคติความรู้ พฤติกรรม เกี่ยวกับโรคเอดส์ของประชาชนทั่วไปในพื้นที่ต่างๆ และเป็นงานที่เน้นศึกษาหาวิธีการเพื่อพัฒนารูปแบบที่เหมาะสมในการควบคุมและป้องกันโรคในประชากรไทยทั่วไปมากขึ้น โดยไม่ได้พุ่งเป้าหมายการทำงานไปที่เฉพาะชุมชน “กลุ่มเสี่ยง” เพียงอย่างเดียวอีกต่อไป อย่างไรก็ตามการทำงานกับประชากรกลุ่มเสี่ยงก็ยังคงดำเนินควบคู่ไป

ค่อนข้างชัดเจนว่าในช่วงนี้ “ชุมชน” ถูกนำเสนอออกมาในลักษณะเชิงพื้นที่ และเป็นพื้นที่ค่อยพัฒนาเต็มไปด้วยปัญหา ถ้าหลัง ขาดความรู้ ไม่มีศักยภาพ คิดอะไรเองไม่เป็น ทำอะไรเองไม่ได้ เป็นภาชนะที่ว่างเปล่าไม่มีภูมิปัญญาใดๆ ที่จะจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นภายในได้ รัฐจึงจำเป็นต้องเข้าไปช่วยพัฒนาชี้ให้เห็นปัญหาและช่วยแก้ปัญหาให้แบบเบ็ดเสร็จ ดังนั้นการทำงานแก้ปัญหาโรคเอดส์ในช่วงนี้จึงเป็นในลักษณะวางแผนและสั่งการจากส่วนกลาง โดยให้เจ้าหน้าที่ของรัฐที่ระดับภูมิภาคและท้องถิ่นเป็นผู้นำและทำงานแก้ปัญหาโรคเอดส์ให้ประชาชนในทุกชุมชน จะเห็นว่าโครงการเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่พบมากในการทบทวนเอกสารของช่วงเวลานี้ ได้แก่ โครงการอบรมให้ความรู้

ด้านการป้องกันโรคเอดส์ โครงการสร้างอาสาสมัครด้านเอดส์ในหมู่บ้าน เป็นต้น โดยมุ่งให้การศึกษา และความรู้แก่ชาวบ้านที่อยู่ในชุมชน/หมู่บ้าน เช่น หมู่บ้านชาวเขา หมู่บ้านไทยในภาคต่างๆ ชุมชนแออัดในเมือง และงานวิชาการบางชิ้นเริ่มมีการพูดถึงการให้ผู้นำชุมชนและองค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์บ้างแล้ว เอกสารงานวิจัยและเอกสารการดำเนินงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ส่วนใหญ่ที่ผลิตขึ้นในช่วงนี้ เป็นโครงการที่ดำเนินงานโดยเจ้าหน้าที่ภาครัฐและนักวิชาการในมหาวิทยาลัย และเป็นโครงการที่ดำเนินงานภายใต้กรอบแผนงานและนโยบายด้านโรคเอดส์ของภาครัฐ อย่างไรก็ตามพวกเราตั้งข้อสังเกตว่าองค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินงานแก้ปัญหาโรคเอดส์ในระยะนี้ก็ทำงานภายใต้กระบวนการที่เหมือนกับเจ้าหน้าที่ภาครัฐและนักวิชาการ แต่เนื่องจากเอกสารการดำเนินงานที่จัดทำจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่สรุปการทำงานขององค์กรมีจำกัด การทบทวนงานเขียนในส่วนขององค์กรพัฒนาเอกชนจึงมีข้อจำกัดไปด้วย

การกำหนดยุทธศาสตร์การทำงานให้มีการค้นหาชุมชนหรือกลุ่มคนที่เข้าข่ายหรือถูกสงสัยว่าอาจติดเชื้อ/เป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเอดส์โดยเมื่อพบแล้วรัฐก็เข้าควบคุมและเฝ้าระวัง มีความคล้ายคลึงกับยุทธศาสตร์การทำงานตามแนวทางการพัฒนาชุมชนของรัฐที่ผ่านมาในอดีตอย่างมาก ดังนั้นภาพชุมชนที่ปรากฏภายใต้กระบวนการพัฒนาชุมชนของรัฐบาลในอดีตเช่นกัน การมองชุมชนในฐานะที่เป็น “กลุ่มเสี่ยง” และ “พื้นที่เสี่ยง” เป็นการเสนอภาพชุมชนว่าเต็มไปด้วยปัญหาและไม่พัฒนา ชุมชนกลุ่มเสี่ยงจึงตกอยู่ในวังวนของความโง่ จน เจ็บ เพราะฉะนั้นรัฐต้องเข้าไปช่วยเหลือดูแลและกำกับให้มิพฤติกรรมดีขึ้น ส่วนการมองชุมชนในฐานะที่เป็น “ภาชนะที่ว่างเปล่า” ได้ให้ภาพชุมชนในเชิงรูปธรรมราวกับจับต้องได้ด้วยผัสสะทั้งห้าสูงมาก กล่าวคือเห็นเฉพาะคุณลักษณะที่เป็นโครงสร้างด้านกายภาพและโครงสร้างการปกครองของชุมชนนั่นก็คือหมู่บ้านที่ประกอบด้วย อาณาบริเวณ พื้นที่ ผู้นำ ชาวบ้าน วัด โรงเรียน กลุ่มและองค์กรต่างๆ ที่สำคัญมองว่าชุมชนมีองค์กรด้านการบริหารที่เชื่อมโยงกับโครงสร้างการปกครองของรัฐส่วนกลางซึ่งทำหน้าที่รองรับนโยบายและแผนงานด้านเอดส์ที่เขียนขึ้นมาจากส่วนกลาง ชุมชนในความหมายนี้จึงเป็นชุมชนที่ข้าราชการหรือภาคราชการจะต้องนำเอาโครงการป้องกันโรคเอดส์ที่ออกแบบไว้เรียบร้อยแล้วจากส่วนกลางไปดำเนินงานให้ประสบผลสำเร็จ

พวกเรามีข้อสังเกตว่ากระบวนการวัดวัดวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์ที่มุ่งเน้นจัดการกับ “ความเสี่ยง” ซึ่งเป็นสิ่งประกอบสร้างทางวัฒนธรรม (cultural construct) และมีสถานะเป็นเพียงการอนุมานภายใต้ทฤษฎีระดับวัดวัดวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์ มักมองไม่เห็นพลังและศักยภาพของชุมชนกลุ่มเสี่ยง เช่นเดียวกับที่แนวคิดพัฒนาชุมชนในอดีตมองไม่เห็นชุมพลังทางปัญญาที่ดำรงอยู่ภายในหมู่บ้าน นอกจากนี้กลยุทธ์ค้นหากลุ่มเสี่ยงยังได้สร้างความอ่อนแอให้เกิดขึ้นกับคนที่ถูกชี้ว่าเป็น “กลุ่มเสี่ยง” ซึ่งประกอบด้วย เกย์ หญิงอาชีพพิเศษ และคนดึกขาสีเสียด เป็นต้น จะเห็นว่าในระยะต้นของการพบ

การระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย คนกลุ่มนี้ระส่ำระสายไม่สามารถรวมตัวกันได้ เพราะถูกปราบปรามและควบคุมเข้มงวดยิ่งขึ้น ทั้งโดยการใช้มาตรการทางกฎหมายและการลงโทษจากสังคม เช่น มีการกวาดจับและตรวจค้นตามสถานบันเทิงขึ้น ส่วนการลงโทษทางสังคมพบว่ากลุ่มคนเหล่านี้กลายเป็นกลุ่มที่ถูกจับจ้องและกล่าวโทษว่าเป็น “ตัวอันตราย/ตัวร้าย” ที่คุกคามความมั่นคงของชาติและคุณภาพของคนทั้งประเทศ เมื่อบุคคลประเภทนี้ติดเชื้อโรคเอดส์ก็ไม่ได้ได้รับความเห็นใจ ตรงกันข้ามยังถูกสังคมตราหน้าหรือสมน้ำหน้า ทำให้สถานะความเป็นคนชายขอบของพวกเขาที่ถูกจัดวางโดยสังคมได้รับการตอกย้ำยิ่งขึ้นไปอีก นอกจากนี้การที่สื่อประเภทต่างๆ ที่ทำหน้าที่รณรงค์ป้องกันเอดส์ต่างก็มุ่งเป้าไปที่ชุมชน “กลุ่มเสี่ยง” ทำให้ประชากรที่ไม่ถูกจัดอยู่ในชุมชน “กลุ่มเสี่ยง” ต่างก็พากันเข้าใจผิดคิดว่าโรคเอดส์เป็นเรื่องไกลตัวไม่เกี่ยวกับตนเอง หรือโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่ใช่คนประเภทตนเป็น แต่เป็นโรคของ “คนอื่น” ที่มีพฤติกรรมทางเพศ หรือมีพฤติกรรมอื่นๆ “นอกกลุ่มนอกทาง” และ “ไม่เหมาะสม” คนทั่วไปจึงไม่มีความตระหนักในการป้องกันตัวเอง ในขณะที่ “กลุ่มเสี่ยง” ก็ถูกตีตราไว้อย่างแน่นอนหนาและกลายเป็นบุคคลเข้าข่ายต้องสงสัยเสมอว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ กลยุทธ์การค้นหา “กลุ่มเสี่ยง” จึงกลายเป็นหนามยอกอกขึ้นต่อการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ในระยะแรกและงานส่งเสริมการยอมรับผู้ติดเชื้อในระยะต่อมา ซึ่งเป็นประสบการณ์ที่สังคมไทยต้องจดจำและเรียนรู้

จะเห็นว่าความสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นระหว่างคนทำงานแก้ปัญหาโรคเอดส์กับกลุ่มเป้าหมายภายใต้ชุดความหมายชุมชนที่เน้นอาณานิคมและคนกลุ่มเสี่ยงเช่นนี้ มักเป็นไปในลักษณะการใช้อำนาจของรัฐเข้าควบคุมกำกับ “กลุ่มเสี่ยง” ใน “พื้นที่เสี่ยง” เพราะการกำหนดชุดความคิดดังกล่าวล้วนเกิดขึ้นและสั่งการมาจากข้างบนนำไปสู่การปฏิบัติในระดับล่างซึ่งเป็นแนวดิ่ง อย่างไรก็ตามในสังคมที่ยอมรับเอกราชเมือง-การปกครองแนวเสรีนิยมมาใช้ การใช้อำนาจของรัฐในการปฏิบัติการเช่นนี้ถือว่าชอบธรรมภายใต้เหตุผลที่ว่าเพื่อปกป้องสุขภาพของสาธารณชน เพราะฉะนั้นการละเมิดสิทธิใด ๆ ของปัจเจกชนที่ถูกจัดอยู่ใน “กลุ่มเสี่ยง” และ “พื้นที่เสี่ยง” จึงไม่ใช่สิ่งที่ผู้กำหนดนโยบาย/แผนงานแก้ปัญหาโรคเอดส์จะต้องคำนึงถึงกันในขณะนั้น แต่สิ่งที่ขบคิดกันมากในช่วงนั้นคือทำอย่างไรจึงจะไม่ให้โรคเอดส์แพร่ระบาดรุนแรงในประเทศไทย ทางออกในขณะนั้นก็คือต้องมีมาตรการที่ลดและควบคุมอัตราการติดเชื้อรายใหม่ให้ได้

พวกเราวิเคราะห์ว่าแนวคิดด้วยเรื่อง “กลุ่มเสี่ยง” และ “พื้นที่เสี่ยง” ที่พบในกระบวนทัศน์ระบาดวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์ เป็นแนวคิดที่ฉายภาพชุมชนเชิงรูปธรรมมากเกินไป กล่าวคือเห็นแต่กลุ่มคนและพื้นที่กายภาพโดยไม่เห็นกลุ่มคนและพื้นที่ในมิตินามธรรม การมองชุมชนในเชิงนามธรรมคือการมองเห็นมิติของระบบคุณค่าและอุดมการณ์บางอย่างที่ผูกพันและเชื่อมโยงกลุ่มคนไว้ด้วยกัน (Normative Community) และลักษณะนามธรรมเช่นนี้เองที่ขับเคลื่อนให้เกิดกระบวนการรวมตัวเป็นชุมชนเพื่อต่อสู้และตอบโต้กับปัญหาที่เข้ามากระทบวิถีชีวิตปกติของกลุ่มคน ซึ่งลักษณะ

ดังกล่าวสามารถนำมาใช้เป็นพลังผลักดันให้สมาชิกมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบางอย่างได้ มิติดินามิของความเป็นกลุ่มคนหรือมิติของการเป็นชุมชนแนวกระบวนการถูกละเลยในการทำงาน แก้ปัญหาโรคเอดส์ภายใต้กรอบคิดที่เน้น “กลุ่มเสี่ยง” และ “พื้นที่เสี่ยง” ด้วยเหตุนี้เราจึงได้ย่นการตั้งข้อสังเกตที่ว่า “สำหรับการสร้างชุมชนของกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น โสเภณี ชายรักร่วมเพศ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด ดังที่มีการก่อตัวขึ้นอย่างชัดเจนในหลายประเทศ ในประเทศไทยมีอยู่น้อยมาก ที่มีอยู่เป็นเพียงการทำงานของกลุ่มองค์กรสาธารณประโยชน์กลุ่มเล็กๆ เท่านั้น” (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ 2542:198) ซึ่งแสดงให้เห็นว่ากรอบคิดที่เน้น “กลุ่มเสี่ยง” และ “พื้นที่เสี่ยง” ไม่ค่อยได้ให้ความสำคัญกับการสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มคนที่มีพฤติกรรมเสี่ยง จึงทำให้การรวมตัวเพื่อสนับสนุนซึ่งกันและกัน (social support) ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเกิดขึ้นน้อย

พวกเราจึงมีข้อสรุปว่าการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ของสังคมไทยภายใต้การนำของคนที่ทำงานที่ใช้กระบวนการทัศน์ระดับชาติ-พฤติกรรมศาสตร์ ส่งผลให้สังคมไทยขาดพลังที่เข้มแข็งในการจัดการกับปัญหาผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์ ทั้งนี้เพราะการทำงานภายใต้กระบวนการทัศน์ดังกล่าว ได้มีส่วนในการทำลายความเป็นชุมชนและความเข้มแข็งของชุมชนไทยไปพอสมควร เนื่องจากการทำงานภายใต้กระบวนการทัศน์ทั้งสองได้สร้างและขัดแย้งความเป็นอื่น (Otherness) ให้กับกลุ่มคนต่างๆ ในสังคมและชุมชน เช่น การจำแนกคนเป็น กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ติดเชื้อ กลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบ เป็นต้น กลุ่มคนบางกลุ่มที่ถูกระบุว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ถูกสื่อออกมาในแง่ที่เป็นตัวคุกคามความอยู่ดีมีสุขของสังคม ทำให้สังคมและชุมชนอยู่ท่ามกลางความหวาดกลัว หวาดระแวง สงสัยซึ่งกันและกัน ผู้ติดเชื้อถูกรังเกียจ กีดกัน ไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสังคมและแม้กระทั่งจากครอบครัวและชุมชนของตนเอง พวกเขาถูกทำให้อ่อนแอ สิ้นหวัง หวาดกลัวความเจ็บป่วยและความตายจากโรคเอดส์ หวาดระแวงคนรอบข้างเพราะกลัวความลับถูกเปิดเผย เพราะเมื่อเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อของตัวเองออกไปก็มักถูกรังเกียจ ถูกจำกัดพื้นที่ ถูกปฏิเสธการช่วยเหลือ หรือถูกควบคุมพฤติกรรมด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาในมุมมองของการแพทย์และการสาธารณสุขล้วนๆ

2. “ชุมชน” ในกระบวนการทัศน์ธรรมรัฐ

ระหว่างปี พ.ศ. 2535 ถึง พ.ศ. 2540 พบว่าอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ลดลง ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการทำงานแก้ปัญหาที่มีทิศทางชัดเจนในระยะกลาง (พ.ศ. 2534-2539) อย่างไรก็ตาม ในช่วงนี้พบว่าเป็นช่วงของการขยายตัวของผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยโดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน อีกทั้งรูปแบบการแพร่ระบาดหรือการติดเชื้อได้ขยายวงกว้างออกไปนอก ชุมชน “กลุ่มเสี่ยง” และ “พื้นที่เสี่ยง” นอกจากนี้พบว่าความเข้มข้นของการณรงค์แบบสร้างความหวาดกลัวต่อโรคเอดส์ และการประกาศสงครามกับเอดส์ในช่วงก่อนปี 2534 ได้ส่งผลในทางลบอย่างชัดเจนต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่กล้าเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเพราะกลัวการรังเกียจและถูกเลือกปฏิบัติ

สถานการณ์ดังกล่าวส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้ออย่างมาก ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเข้าไม่ถึงการรักษาพยาบาลเพราะไม่กล้าเปิดเผยตัว ส่วนในกรณีที่เปิดตัวก็ถูกเลือกปฏิบัติจากผู้ที่ให้การรักษาพยาบาล ผู้ติดเชื้อหลายรายต้องหลบหนีหน้าออกจากชุมชนที่ตนอาศัยอยู่ หรือไม่ก็ต้องอาศัยอยู่อย่างทรมานและยากลำบากท่ามกลางสภาวะของการไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ของคนในครอบครัวและชุมชน สถานการณ์การรังเกียจผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมีความรุนแรงมากที่สุดในช่วงระหว่าง พ.ศ. 2534-2538 (ดู อุษา ดวงสา และคณะ 2544) ในขณะที่มาตรการที่ออกมาจากรัฐโดยกระทรวงสาธารณสุขก็มิได้มีหลักประกันใด ๆ ที่จะลดปัญหาผลกระทบที่เกิดขึ้น อีกทั้งไม่สามารถที่จะควบคุมให้การแพร่ระบาดจำกัดอยู่ในกลุ่มประชากรที่ตรวจพบในระยะแรกได้ นอกจากนี้ผู้ป่วยที่เพิ่มจำนวนสูงขึ้นและมิได้เสียชีวิตในทันทีมีจำนวนมากเกินกว่าที่สถานพยาบาลของรัฐจะรับไว้ได้ ซึ่งสถานการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้นและพบเห็นชัดเจนในหลายพื้นที่ของภาคเหนือตอนบนเช่นกัน

ในปี พ.ศ. 2540 กระบวนทัศน์ธรรมชาติจึงถูกนำมาใช้เพื่อจัดการกับปัญหาเอดส์ที่มีความสลับซับซ้อนมากขึ้น โดยดำเนินงานภายใต้แผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 และต่อเนื่องมาถึงแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 ซึ่งใช้อยู่ในปัจจุบัน ดังที่ได้กล่าวไปข้างแล้วว่าในแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 และในแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 ได้มีการระบุไว้ชัดเจนถึงการปรับกระบวนทัศน์การแก้ไขปัญหาเอดส์จากการทำงานแบบแยกส่วนแนวระบาวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์ มาสู่การวางเงื่อนไขสำคัญเรื่องการกระจายอำนาจ ที่เน้นบทบาท ภารกิจ และหน้าที่ขององค์กรต่างๆ ในสังคม ซึ่งหมายรวมถึง ภาครัฐ ภาคเอกชน ครอบครัว ชุมชน ตลอดจนผู้ติดเชื้อให้เข้ามามีส่วนร่วมในลักษณะพหุภาคีในทุกกระบวนการการทำงานเอดส์ตั้งแต่ การร่วมคิดวางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมติดตามประเมินผล ซึ่งกระบวนทัศน์ดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากแนวคิดขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่เสนอให้ใช้ชุมชนเป็นหน่วยพื้นฐานหรือเป็นเครื่องมือสำคัญของการดำเนินงานผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV ของปัจเจกโดยอาศัยกลุ่มหรือสมาชิกภายในชุมชน โดยที่ “ชุมชน” ในที่นี้ได้รวมเอาครอบครัว กลุ่มอาสาสมัคร หรือองค์กรสาธารณประโยชน์อยู่ด้วยกัน (ดู Thomas J. Coates 1994) ซึ่งต่อมาแนวคิดนี้ได้ขยายครอบคลุมแนวคิดเรื่องการส่งเสริมให้ใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ (Community-based Care) ด้วย โดยแนวทางดังกล่าวได้รับการนำไปปฏิบัติในหลายประเทศที่ประสบปัญหาเอดส์รุนแรง ตัวอย่างเช่นในประเทศอูกันดา และอีกหลายประเทศในทวีปแอฟริกา

- **ธรรมชาติกับรอบคอบคิดชุมชนแนวโครงสร้างสังคมและสถาบัน**

ยศ สันตสมบัติ (2546) ได้ชี้ให้เห็นว่า ความเข้าใจเกี่ยวกับความเป็นชุมชนที่เราคุ้นชินกันมาโดยตลอดนั้น เป็นการเข้าใจความเป็นชุมชนบนพื้นฐานของความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างหรือเชิงสถาบันทางสังคมบางประการ เช่น เราเชื่อว่าชุมชนต้องมีอุดมการณ์อำนาจบางอย่างที่ถักทอ

ความสัมพันธ์และผูกโยงครัวเรือนและกลุ่มคนต่างๆ ไว้ด้วยกัน อุดมการณ์อำนาจเหล่านั้นอาจได้แก่ ความเชื่อบางอย่างที่กลุ่มมีร่วมกัน เราเชื่อว่าคนในชุมชนต้องมีพิธีกรรม ภูมิปัญญาท้องถิ่น และจารีตประเพณีที่ยึดถือปฏิบัติร่วมกัน โดยสิ่งเหล่านี้เป็นตัวสร้างและผลิตซ้ำความรู้สึกเป็นอันหนึ่งอันเดียวกันของคนในกลุ่ม ตลอดจนเป็นพื้นฐานในการสืบทอดสำนัก อุดมการณ์ ศักดิ์ศรี และความโดดเด่นของชุมชน และเราเชื่อว่าชุมชนต้องมียุทธศาสตร์ทางสังคมซึ่งทำหน้าที่ดูแลจัดการความสัมพันธ์ของคนในรูปแบบต่างๆ เช่น กลุ่มวัด กลุ่มผู้นำ กลุ่มฌาปนกิจสงเคราะห์ กลุ่มสาธารณประโยชน์อื่นๆ เป็นต้น ซึ่งการจัดการกับปัญหาเอดส์โดยกระบวนการทัศนัยธรรมรัฐมักทำงานภายใต้กรอบความเข้าใจชุมชนลักษณะนี้เป็นหลัก

จะเห็นว่าการทำงานแก้ปัญหาโรคเอดส์ภายใต้กระบวนการทัศนัยธรรมรัฐมีเป้าหมายเพื่อต้องการกระจายอำนาจในการวางแผน ตัดสินใจ และปฏิบัติการ โดยยกบทบาทภาคประชาชนและชุมชนให้อยู่ในฐานะหุ้นส่วนของการแก้ปัญหาโรคเอดส์ (Partnership in development) และมุ่งเน้นแนวทางการพัฒนาที่เอาประชาชนเป็นศูนย์กลาง (People-centered development) หรือให้ชุมชนเป็นหลักในการพัฒนา (Community-based development) คือต้องการเห็นชุมชนคิดเองและลงมือปฏิบัติเองในฐานะเป็นเจ้าของปัญหาและเจ้าของทุนทางสังคมและเงิน โดยเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือองค์กรจากภายนอกชุมชนจำกัดบทบาทของตนเป็นเพียงที่ปรึกษา/พี่เลี้ยง (community consultant) หรือเป็นผู้ประสานงานชุมชน (community organizer) อย่างไรก็ตามเมื่อมองผ่านภาคปฏิบัติการจริงของกระบวนการทัศนัยธรรมรัฐที่นำมาใช้จัดการกับปัญหาโรคเอดส์ในสังคมไทย พวกเราพบว่าบ่อยครั้งที่รัฐไทยมักมองชุมชนในลักษณะประโยชน์นิยม (Utilitarianism) และเครื่องมือนิยม (Instrumentalism) กล่าวคือรัฐได้หยิบเอาเฉพาะโครงสร้างและสถาบันทางสังคมที่มีอยู่ในชุมชนมาใช้ประโยชน์ในฐานะที่เป็นเครื่องมือกลไกหรือทรัพยากร ในการส่งเสริมการทำงานของภาครัฐมากกว่าเป็นหุ้นส่วนหรือภาคีการทำงานอย่างแท้จริง โดยมีเจ้าหน้าที่ของรัฐทำหน้าที่เป็นผู้จัดการ (manager) กำกับให้ชุมชนทำงานตามกรอบนโยบายที่ยังกำหนดจากส่วนกลางอยู่ เช่น ให้จัดทำโครงการป้องกันและแก้ปัญหาด้านเอดส์ในระดับหมู่บ้าน ระดับตำบล ระดับอำเภอ และระดับจังหวัด ให้จัดตั้งกลุ่มอาสาสมัครด้านเอดส์และกองทุนช่วยเหลือผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อในระดับหมู่บ้าน แม้กระทั่งการจัดตั้งและขยายกลุ่มช่วยเหลือตนเองของผู้ติดเชื้อ (Self-help Groups) ในระดับโรงพยาบาลชุมชนก็ยังอยู่ภายใต้กรอบการทำงานที่รัฐเป็นผู้จัดการและชี้นำทิศทางการทำงาน

ชุดความเข้าใจชุมชนภายใต้กระบวนการจัดการปัญหาโรคเอดส์แบบธรรมรัฐมักถูกนำเสนอออกมาจากมุมมองของคนภาครัฐและภาคองค์กรพัฒนาเอกชนหลายกลุ่ม ลักษณะเด่นประการหนึ่งของการมองชุมชนแนวโรแมนติก คือการเห็น “ชุมชน” เป็นเครื่องมือและแหล่งทรัพยากร ซึ่งวิธีมองแบบนี้รับอิทธิพลมาจากแนวคิดการพัฒนาชุมชนภายใต้กระบวนการพัฒนากระแสหลักที่มีระบบทุนนิยมชี้นำ เห็นได้ว่าช่วงนี้มีการพูดถึงเรื่องผลกระทบของโรคเอดส์ต่อการ

พัฒนาเศรษฐกิจของประเทศมากขึ้น องค์การนานาชาติด้านเอดส์พยายามชี้ให้รัฐบาลไทยเห็นถึงความสำคัญของการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ด้วยเหตุผลด้านเศรษฐกิจ โดยมีการนำเสนอผลการศึกษาค่าใช้จ่ายที่รัฐบาลจะต้องรับภาระในการดูแลรักษาผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ และเด็กกำพร้า ซึ่งสูงมากโดยเปรียบเทียบกับค่าใช้จ่ายเพื่องานป้องกันซึ่งต่ำกว่า นอกจากนี้ว่าทรมเอดส์ในช่วงนี้ยังมีการพูดถึงการสูญเสียด้านเศรษฐกิจของไทยในแง่ที่ว่าเนื่องจากผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่เป็นประชากรวัยแรงงาน ถ้าหากคนเหล่านี้ป่วยและเสียชีวิตจำนวนมากในระยะเวลาสั้นและต่อเนื่องกันย่อมส่งผลกระทบต่อการพัฒนาประเทศ เป็นต้น เหตุผลเหล่านี้ถือว่าเป็นเหตุผลสำคัญทีเดียวที่ทำให้รัฐบาลไทยและสังคมไทยปรับเปลี่ยนมุมมองและหันมาหาวิธีการในการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์อย่างจริงจัง ความตื่นตัวและความร่วมมือจากหลายภาคส่วนในสังคมจึงได้รับการกระตุ้นในช่วงนี้

การเห็นชุมชนเป็น “เครื่องมือและทรัพยากร” ภายใต้กระบวนการทศวรรษธรรมรัฐโครงสร้างสังคมและสถาบันหรืออาจเรียกอีกอย่างว่าแนวโรแมนติค มีความแตกต่างจากการมองชุมชนในฐานะ “ภาชนะที่ว่างเปล่า” ภายใต้กระบวนการทศวรรษระบาดวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์หลายประการ กล่าวคือภาคราชการเริ่มมีการปรับเปลี่ยนทัศนคติการมองชุมชนไปในทิศทางที่เห็นศักยภาพและภูมิปัญญาของชุมชนในการที่จะจัดการกับปัญหาโรคเอดส์มากขึ้น การที่กำลังคนภาครัฐไม่สามารถจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ได้ทั้งหมดไม่ว่าในเรื่องของการป้องกันและดูแลรักษา เพราะจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมีจำนวนสะสมและเพิ่มมากขึ้นทุกขณะ ส่งผลกระทบต่อพัฒนาประเทศอย่างมาก จึงจำเป็นที่รัฐต้องอาศัยทุนทางสังคมและวัฒนธรรม เช่น เครือข่าย ภูมิปัญญาด้านการดูแลสุขภาพพยาบาล และทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนเข้าร่วมแบ่งเบาภาระดังกล่าว อีกประการหนึ่งเงื่อนไขของแหล่งเงินทุนสนับสนุนการทำงานเอดส์จากภายนอกประเทศในช่วงนี้ ไม่ว่าจะเป็นองค์การอนามัยโลก ธนาคารโลก หรือมูลนิธิต่างๆ ล้วนแล้วแต่มุ่งที่จะสนับสนุนให้มีการจัดการปัญหาเอดส์ภายในชุมชนเอง (ดู วิพุธ พูลเจริญและคณะ 2542, จามะรี เชียงทอง 2543) และให้ทุนสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ในชุมชน เพราะจากประสบการณ์การทำงานที่ผ่านมาในหลายพื้นที่ของโลกรวมทั้งประเทศไทยสะท้อนให้เห็นว่า การจัดการโดยรัฐราชการเพียงลำพังไม่สามารถจะรับมือกับปัญหาเอดส์ได้ เพราะรัฐมีเพียงผู้ที่มีความรู้แต่ไม่เชี่ยวชาญที่จะทำงานในชุมชนและไม่สามารถที่จะแก้ปัญหาที่ซับซ้อน องค์การของรัฐและระบบการทำงานแบบราชการที่เทอะทะและเชื่องช้าจึงทำงานไม่ทันต่อสถานการณ์ ในขณะที่เดียวกันปัญหาที่รัฐต้องประสบในแง่ของการขาดแคลนทรัพยากรบุคคล อุปกรณ์การรักษาพยาบาล สถานที่และเงินทุนมหาศาลในการดำเนินงานเอดส์ที่ผ่านมาในช่วงแรก จึงไม่อาจทำให้รัฐแบกรับภาระการจัดการปัญหาเอดส์ได้อย่างเบ็ดเสร็จ รวมทั้งการดำเนินงานด้านระบาดวิทยาเพียงอย่างเดียวที่แสดงผลออกมาว่าล้มเหลวไม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อได้ ด้วยกระแสกดดันทั้งปัจจัยภายนอกและปัจจัยภายในเช่นนี้จึงทำให้รัฐต้องปรับท่าทีและมุมมองเกี่ยวกับชุมชนเสียใหม่ให้มาอยู่ภายใต้แนวคิดการให้ชุมชนมีส่วนร่วม (community participation approach)

พวกเขามองว่าลักษณะโดดเด่นของการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ภายใต้กระบวนทัศน์แบบ
รัฐธรรมนูญที่มองชุมชนแนวโรแมนติคยังมีลักษณะสั่งการจากบนลงล่าง (top-down approach) กล่าวคือ
ใช้กลยุทธ์การทำงานที่ฝ่ายราชการเป็นผู้สั่งการและเข้าไปจัดการภายในชุมชน พยายามกระตุ้นให้
ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมหรือหนุนเสริมแผนงานการแก้ปัญหาโรคเอดส์ที่รัฐได้กำหนดไว้ ซึ่งวิธีการ
จัดการภายในเหล่านี้เป็นการจัดการกับโครงสร้างและสถาบันทางสังคมที่ทรงสนะแบบนี้มองว่าเป็น
องค์ประกอบของความเป็นชุมชน ได้แก่ การสร้างกลุ่มอาสาสมัครเอดส์ในหมู่บ้าน หรือการดึงเอา
กลุ่มต่างๆ ในหมู่บ้านที่เคยจัดตั้งไว้หรือเข้าไปจัดตั้งใหม่โดยรัฐ เช่น กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน กลุ่ม
ผู้นำ กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มอาสาสมัครเอดส์ เป็นต้น เข้ามามีส่วนร่วมและหนุนเสริมการ
ทำงานด้านเอดส์ของเจ้าหน้าที่ภาครัฐที่ยังคงเป็นแกนหลักในการทำงานทั้งในแง่การจัดการและ
ประสานงานเช่นเดิม จากการวิเคราะห์ภาคปฏิบัติการของกระบวนทัศน์รัฐธรรมนูญแนวโรแมนติค พวก
เราพบว่าชุมชนถูกฉายภาพในมิติความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างและสถาบันทางสังคมเพียงอย่างเดียว
ชุมชนในฐานะที่เป็นหน่วยการปกครองท้องถิ่นของรัฐและกลุ่มผู้นำที่เชื่อมโยงกับรัฐถูกทำให้
เข้มแข็งมากขึ้น มีความพยายามในการดึงเอาองค์กรชุมชนที่มองเห็นชัดเจนมาใช้เป็นกลไกในการ
ทำงานของภาคราชการและขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ มีการกระตุ้นให้องค์กรบริหารส่วน
ตำบล และ กลุ่มผู้นำ/แกนนำชุมชนท้องถิ่น ตื่นตัวและตระหนักต่อปัญหาทั้งนี้เพื่อมาเสริมการทำงาน
ด้านเอดส์ มีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันโรคเอดส์ระดับจังหวัดล๊อคกันไปกับคณะกรรมการ
ป้องกันโรคเอดส์ระดับชาติ มีการจัดงบประมาณลงไปให้ในระดับชุมชนที่รวมตัวกันเป็นกลุ่มผู้ติด
เชื้อ และมีการจัดโครงสร้างการบริหารจัดการที่ดูเหมือนจะถักทอความร่วมมือจากภาคีต่างๆ ทั้ง
แนวดิ่งและแนวราบ แต่ในภาคปฏิบัติการแล้วพบว่าโครงสร้างดังกล่าวยังต้องทำงานตามสูตรที่รัฐ
ส่วนกลางกำหนด โดยขาดการคำนึงถึงลักษณะเฉพาะภายในของแต่ละพื้นที่ (ดู ยิ่งยง เทาประเสริฐ
2542 และ 2543)

นอกจากนี้มีการเน้นเรื่องการระดมทรัพยากรที่มีในชุมชนไม่ว่าจะเป็น คน ภูมิปัญญาท้องถิ่น
สถาบันทางสังคมได้แก่ กลุ่มวัด และกลุ่มโรงเรียน เข้ามามีส่วนร่วมทำงานประสานกันกับองค์กร
พัฒนาเอกชนด้านเอดส์ งานวิจัยที่ออกมาหลายงานได้ชี้ให้เห็นทิศทางของแนวคิดและวิธีการทำงาน
ของรัฐดังกล่าว เช่นงานของ จุรีรัตน์ ภารา (2538) ศึกษาการมีส่วนร่วมของคณะกรรมการพัฒนาสตรี
หมู่บ้านในการป้องกันโรคเอดส์ กรณีศึกษา อ. ดอกคำใต้ จ. พะเยา งานของ สมพร ปิ่นอักษรสกุล
(2538) ศึกษาความร่วมมือระหว่างภาครัฐและเอกชนในการป้องกันปัญหาโรคเอดส์ของจังหวัด
เชียงราย งานของ เอกสุธิ พุฒมนตรี (2538) ศึกษาศักยภาพขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานเรื่อง
โรคเอดส์ในชุมชน เป็นต้น ส่วนตัวอย่างที่ชัดเจนที่ชี้ให้เห็นการดึงเอาทรัพยากรและคนกลุ่มต่างๆ ที่มี
อยู่ในชุมชน มาเสริมแรงและเป็นผู้ประสานงานให้ภาคราชการในการทำงานแก้ปัญหาโรคเอดส์
ได้แก่ การนำเอาโครงสร้างและการจัดการงานสาธารณสุขมูลฐาน เช่น ศูนย์สาธารณสุขมูลฐานชุมชน
(ศสมช.) ที่เป็นศูนย์กลางด้านข้อมูลข่าวสาร ผู้สื่อข่าวสาธารณสุข (ผสส.) และอาสาสมัครสาธารณสุข

ประจำหมู่บ้าน (อสม.) ที่ทำงานในระดับชุมชนหมู่บ้านมาเสริมแรงการทำงานด้านเอดส์ มีการฝึกอบรม อสม. ผสส. (ซึ่งปัจจุบันนี้ ผสส. ถูกยกเลิกไปแล้ว) และพัฒนาอาสาสมัครเอดส์ประจำหมู่บ้าน ให้มีความรู้และเจตคติในการดูแลรักษาและให้คำแนะนำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และครอบครัวผู้ติดเชื้อในชุมชน กลวิธีดังกล่าวนอกจากจะช่วยให้เกิดการมีส่วนร่วมของประชาชนในหมู่บ้านเพื่อทำงานด้านโรคเอดส์แล้ว ยังส่งเสริมให้ผู้นำหมู่บ้านและผู้นำชุมชนรวมไปถึงผู้นำในองค์กรอื่น ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านโรคเอดส์ด้วยภายใต้รูปแบบของคณะกรรมการประจำหมู่บ้าน คณะกรรมการประจำกองทุนต่างๆ เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการส่งเสริมและพัฒนาภูมิปัญญาทางการรักษาพยาบาลแบบพื้นบ้าน เช่น การส่งเสริมเรื่องยาสมุนไพร การแพทย์และเภสัชกรรมแผนไทยโดยให้ครอบคลุมทั้งด้านการรวบรวมความรู้ การให้บริการและการวิจัย โดยสนับสนุนการพัฒนาเทคโนโลยีพื้นบ้าน การจัดตั้งกลุ่มผู้สนใจสมุนไพรและจัดสวนสาธิตในสถานพยาบาลชุมชนและในหมู่บ้าน

เป็นที่น่าสังเกตว่างานวิจัยหลายชิ้นที่ผลิตขึ้นในช่วงนี้แสดงให้เห็นลักษณะการมีส่วนร่วมของชุมชนในแง่ที่รัฐอนุญาตให้เข้ามามีส่วนร่วม หรือเป็นเพียงการเปิดพื้นที่ให้คนในชุมชนทั้งที่เกี่ยวข้องกับเอดส์หรือไม่เกี่ยวข้องกับเอดส์โดยตรงเข้ามามีส่วน “รับรู้” ความคิดและการทำงานที่รัฐได้คิดและกำหนดไว้แล้วมากกว่าที่จะเป็นการระดมความคิดและสมองของชุมชน รูปแบบที่ให้คนในชุมชนเข้าร่วมในโครงการทำงานก็มักเป็นลักษณะของการจัดการประชุมให้คนได้พูดคุยกัน การตอบแบบสอบถาม การสัมภาษณ์ (ดู วิชัย จุลวนิชย์พงษ์ และคณะ 2536, สุภาพ ดัฒพานานุกุล 2536, สมบัติ แทนประเสริฐสุขและคณะ 2536) การฝึกอบรมให้ความรู้เรื่องเอดส์ (ดู นาถเฉลียว ยั่งยืนทวิพัฒนา และประภาส ศิลปรัศมี 2535) การให้พื้นที่แก่คนในชุมชนเข้าร่วมประชุมและสนทนาร่วมกัน (ดู ทิพาพร อปสรชนะสมบัติ และคณะ 2535) แม้จะบอกว่าเป็นการทำงานที่ประสานกันและการแสดงความสัมพันธ์ระหว่างภาคราชการกับประชาชนแต่การปฏิบัติงานก็ยังผูกติดกับรัฐ แผนแก้ปัญหาโรคเอดส์ระดับชาติที่เป็นกรอบใหญ่กำหนดแนวทางของการดำเนินงานที่ยังต้องอาศัยรัฐ ลักษณะเช่นนี้ทำให้การประสานความร่วมมือระหว่างภาคราชการ องค์กรเอกชนและองค์กรภาคประชาชนที่เกิดขึ้นในระดับท้องถิ่น ยังอยู่ภายใต้ขอบข่ายการใช้อำนาจทางการปกครองของรัฐเข้ามาจัดการให้เกิดความร่วมมือเหล่านี้ขึ้นมา

ภาคปฏิบัติการของธรรมชาติเช่นนี้สะท้อนความเข้าใจเรื่องชุมชนในความหมายที่ไม่ค่อยแตกต่างไปจากมโนทัศน์ชุมชนในแนวทางการพัฒนาชุมชนในอดีตที่ผ่านมามากนัก โดยชุมชนได้รับการปฏิบัติเช่นวัตถุ (Objectification) ที่รัฐต้องเข้าไปจัดการและจัดระบบเสียใหม่ ซึ่งการมองชุมชนแบบนี้ทำให้เราละเลยพลังของความเป็นชุมชนที่เกิดจากกระบวนการปรับตัวต่อสู้กับปัญหาโดยชุมชนเอง ซึ่งที่ผ่านมาเรามักพบว่าการเข้าใจชุมชนแนวโรแมนติกทำให้งานป้องกันและแก้ไขปัญหาระดับเอดส์ไม่มีความยั่งยืน เพราะเมื่อใดที่รัฐไม่เน้นนโยบายเรื่องนี้โดยลดงบประมาณที่สนับสนุน

ลง การทำงานแบบพหุภาคีร่วมมือกันขององค์กรทางสังคมต่างๆ ในชุมชนก็มัก fade down ลงไปด้วยเช่นกัน ดังจะเห็นความกังวลใจในประเด็นเรื่องนี้ในงานวิจัยเชิงสังเคราะห์เรื่อง “ธรรมรัฐกับปัญหาเอดส์” (วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ, ไม่ระบุปีที่พิมพ์) ซึ่งศึกษาวิเคราะห์การกระจายอำนาจในฐานะที่เป็นเงื่อนไขสำคัญของการแก้ไขปัญหาเอดส์กรณีศึกษาในภาคเหนือของประเทศไทย

จากการอ่านงานวิจัยและบทความวิชาการส่วนใหญ่ที่เกี่ยวข้องกับการนำชุมชนมามีส่วนร่วมในการทำงานเอดส์ในช่วงเวลานี้ พวกเราเห็นว่าการใช้กรอบคิดชุมชนแนวโรแมนติคที่เห็นชุมชนเป็นเครื่องมือหรือแหล่งทรัพยากรที่รัฐสามารถนำมาใช้ประโยชน์ได้ มิได้จำกัดอยู่กับการรอบการทำงานของภาคราชการเท่านั้น องค์กรพัฒนาเอกชนส่วนใหญ่ก็มีการใช้มุมมองนี้ในการทำงานเอดส์เช่นกัน กล่าวโดยสรุปพบว่าทั้งรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (NGOs) ที่ใช้กระบวนการทัศน์ธรรมรัฐในการทำงานมักมองชุมชนแบบโรแมนติค โดยเชื่อว่าชุมชนท้องถิ่นมีภูมิปัญญาและมีศักยภาพในการมีส่วนร่วมช่วยแก้ปัญหาเอดส์ และมักทุ่มเทความพยายามที่จะจัดการให้ชุมชนเข้ามาร่วมทำงานเอดส์ให้ได้ แต่บ่อยครั้งที่ทัศนคติแบบนี้มองข้ามความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ดำรงอยู่อย่างเข้มงวดภายในชุมชน ซึ่งความสัมพันธ์เชิงอำนาจดังกล่าวทำงานอยู่ภายใต้โครงสร้างความสัมพันธ์ทางชนชั้น เพศภาวะ และสายการบังคับบัญชาในองค์กรราชการส่วนท้องถิ่น ทำให้การรวมตัวขององค์กรระดับชุมชนเป็นไปอย่างหลวมๆ และชุมชนไม่ได้ถูกสร้างให้เป็นฐานในการแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างแท้จริง แต่ขึ้นอยู่กับหน่วยงานที่ลงมาแก้ไขปัญหาให้ชุมชน อย่างไรก็ตามปฏิบัติการจากบนลงล่างของธรรมรัฐในการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ดังกล่าวได้บรรลุจุดประสงค์ของรัฐในระดับหนึ่งคือได้ช่วยแบ่งเบาภาระงานด้านนี้ของรัฐลงไปได้บ้าง นอกจากนี้ผลพลอยได้ก็ตามมาอีกส่วนหนึ่งคือ ทำให้เกิดองค์กรประชาชนและเกิดการขยายความร่วมมือระหว่างภาคีต่างๆ ในการทำงานด้านเอดส์เพิ่มมากขึ้นทั้งภาคราชการและภาคชุมชน โดยภาคชุมชนประกอบด้วย 2 ส่วน คือองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (NGOs) และองค์กรระดับชุมชน (CBOs) ต่างๆ ได้แก่ อบต. องค์กรศาสนา กลุ่มผู้ติดเชื้อ เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

3. “ชุมชน” ในกระบวนการทัศน์ประชาสังคม

คำว่า “ประชาสังคม” เป็นคำที่เกิดขึ้นได้ไม่นานนัก หากอ้างตามเกษียร เตชะพีระ (2540 อ้างใน จามะรี เชียงทอง 2543) ที่อ้างถึง สุรพงษ์ ชัยนาม ว่าเป็นคนแรกที่น่าคำว่า civil society หรือที่เรียกว่า ประชาสังคม มาใช้ในสังคมไทยเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2524-2525 ซึ่งถูกนำมาใช้ในเชิงปฏิรูปในการทำงานเพื่อสังคมและเพื่อประชาชนอย่างสันติแทนการใช้กำลัง โดยมีลักษณะของการรวมกลุ่มของมวลชนเพื่อจัดการและแก้ไขปัญหา แนวคิดดังกล่าวได้ถูกสื่อสารอย่างเข้มข้นในช่วงระยะ 10 กว่าปีหลังนี้ พร้อมกับชุดคำที่สื่อออกมาในทำนองเดียวกัน ได้แก่ ชุมชนเข้มแข็ง สังคมเข้มแข็ง และเครือข่ายสังคม ที่แสดงนัยแห่งมิติของพลังประชาชนในเชิงกลุ่มที่มีเจตจำนงที่จะร่วม

รับผิดชอบต่อสังคมโดยตรงโดยไม่ต้องขึ้นตรงกับอำนาจรัฐ แนวคิดเช่นนี้จึงเหมือนเป็นการท้าทายกรอบคิดพัฒนาชุมชนที่รัฐผูกขาดความรับผิดชอบต่อสังคมอย่างเบ็ดเสร็จอย่างที่เคยเป็นมา

กระบวนการทัศน์ประชาสังคมมีลักษณะคล้ายกับแนวคิดกระแสวัฒนธรรมชุมชนที่ถูกนำไปใช้โดยกระบวนการรัฐประการหนึ่งคือ ทั้ง 2 แนวทางต่างก็ปะทะและตอบโต้กับกระแสหลักของการพัฒนาที่เน้นการพัฒนาไปสู่การเป็นทุนนิยมและความทันสมัย แต่สิ่งที่ต่างกันระหว่างวัฒนธรรมชุมชนและประชาสังคมนั้นอยู่ที่การเน้นที่ระบบความสัมพันธ์ของชุมชนที่แตกต่างกัน พบว่าอุดมการณ์เรื่องชุมชนแบบชาวบ้านซึ่งมองในแง่ของระบบความสัมพันธ์ระหว่างคนกับคน และคนกับธรรมชาติโดดเด่นขึ้นมาในกระแสวัฒนธรรมชุมชน ในขณะที่การปฏิบัติงานยังคงต้องอาศัยการสนับสนุนจากรัฐและองค์กรภายนอกชุมชน ซึ่งยังทำให้อำนาจการจัดการบางอย่างยังคงเป็นรัฐที่มีบทบาทอยู่ แม้โดยอุดมการณ์แล้วจะพยายามพึ่งทรัพยากรภายในชุมชนให้มากที่สุดก่อนก็ตาม ในขณะที่แนวคิดแบบประชาสังคมจะเน้นที่คนเป็นศูนย์กลางแห่งการปฏิบัติในลักษณะของความร่วมมือกันเป็นเครือข่ายบนพื้นฐานของวัตถุประสงค์และเป้าหมายในเรื่องใดเรื่องหนึ่งร่วมกันโดยไม่พึ่งรัฐ โดยมากการรวมตัวกันมักเกิดจากประชาชนที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเดียวกัน รวมตัวกันเพื่อต่อสู้และเรียกร้อง พิทักษ์ผลประโยชน์ต่าง ๆ ร่วมกัน ก่อเกิดเป็นขบวนการทางสังคมในรูปของกลุ่มขึ้นมา และพัฒนาไปสู่เครือข่ายความร่วมมือระหว่างกลุ่มที่เผชิญปัญหาร่วมหรือต่าง รวมทั้งการปฏิบัติงานที่เกิดการผนึกกำลังกันโดยมีภาคประชาชนเป็นแกนหลักในการจัดตั้ง และดำเนินการภายในกลุ่ม และมีภาคเอกชนและกลุ่มองค์กรต่าง ๆ เป็นแนวร่วมสนับสนุน (ชูชัย ศุภวงศ์ และยุติ ศาตการณ์ไกล 2541) ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการพัฒนาประเทศในสมัยหลังที่ต้องการทำให้เกิดการตื่นตัวและสถาปนาการพัฒนาสังคมและการเมืองให้เกิดขึ้นในระดับรากหญ้า

กระบวนการทัศน์ประชาสังคมนั้นมีฐานคิดสำคัญอยู่ที่การสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกันของบุคคลโดยอยู่ที่ความสมัครใจและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน ที่จะร่วมมือในการกระทำกิจกรรมใด ๆ ที่มีเป้าหมายเดียวกัน ดังนั้นเรื่องของความช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การมีส่วนร่วมของกิจการสาธารณะในลักษณะของเครือข่ายจึงเป็นกรอบคิดหลักของประชาสังคม กล่าวกันว่าแนวคิดประชาสังคมมาจากแนวคิดของตะวันตกที่เน้นถึงการเปิดพื้นที่ และให้อิสระทางความคิดแก่ประชาชนคนธรรมดาได้วิพากษ์วิจารณ์ปัญหาทางการเมืองและปัญหาสังคม และหาทางแก้ไขกับปัญหาเหล่านั้นกันเอง ภาระหน้าที่ทางการเมืองและทางสังคมจึงไม่ใช่ภาระของรัฐอีกต่อไป ซึ่งนักวิชาการไทยหลายท่านมองว่าแนวคิดเช่นนี้สอดคล้องกันอย่างดีกับแนวคิดทางพุทธศาสนาที่เน้นหลักการพึ่งตนเองและการเรียนรู้จากสังคม (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2540)

กระบวนการทัศน์ประชาสังคมสื่อความหมายชุมชนออกมาในฐานะที่เป็นอุปลักษณะของการต่อสู้และตอบโต้การพัฒนาของรัฐ ชุมชนจึงเป็นสนามของการเผชิญและปะทะกันระหว่างชนชั้นกลาง ชนชายขอบ ชนท้องถิ่น และอำนาจการครอบงำของรัฐ การตอบโต้และรื้อถอนอุดมการณ์

บางอย่างที่ติดแนบแน่นอยู่กับการสั่งการจากเบื้องบนหรือ “นาย” เป็นความท้าทายของวิธีการทำงานและระเบียบของสังคมแบบจากบนลงล่าง (top-down) มาเป็นจากล่างขึ้นบน (bottom-up) แต่ในเวลาเดียวกันก็เป็นการเคลื่อนไหวในแนวราบระหว่างสมาชิกในชุมชนด้วยกัน นอกจากนี้ยังจัดวางชุมชนไว้ในฐานะขบวนการทางสังคม ที่การรวมกลุ่มของมวลชนเกิดขึ้นภายใต้บริบททางสถานการณ์ในสังคมบางอย่าง ที่เป็นไปได้เพื่อต่อต้านกับกระบวนทัศน์และวิธีการแบบเดิมที่ไม่สามารถตอบสนองและแก้ปัญหาทางสังคมนั้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่กระทบต่อวิถีชีวิตของประชาชนที่ซับซ้อนและหลากหลาย ดังนั้นจุดมุ่งหมายของการรวมตัวจึงอยู่ที่ความต้องการที่จะเปลี่ยนแปลงทางสังคม เพราะโดยตัวของชุมชนแล้วมีความเข้มแข็งที่จะดำเนินการและจัดการกับปัญหาได้ด้วยตนเอง ชุมชนลักษณะนี้จึงมีพลังอย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดการผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสังคม จึงไม่ใช่เรื่องน่าแปลกใจที่ชุมชนลักษณะนี้ได้รับความสนใจมากขึ้นในสถานการณ์ปัจจุบัน

ยิ่งยง เทาประเสริฐ (2543) ซึ่งศึกษาประสบการณ์และศักยภาพการแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรประชาชน ได้ระบุว่ากระบวนทัศน์ประชาสังคมได้ถูกคิดค้นและนำมาใช้เป็นทางเลือกอีกทางหนึ่งของสังคมไทยเพื่อเผชิญกับปัญหาเอดส์ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 ซึ่งเป็นปีที่ประเทศไทยประสบปัญหาวิกฤตทางเศรษฐกิจ ตามคำอธิบายของ ยิ่งยง เทาประเสริฐ ทำให้พอสรุปได้ว่ากระบวนทัศน์ประชาสังคมเป็นกระบวนทัศน์ที่ชุมชนเป็นเจ้าของเต็มตัวและเบ็ดเสร็จในการแก้ไขปัญหเอดส์ โดยร่วมมือและรับการสนับสนุนจากฝ่ายต่างๆ ทั้งในและนอกชุมชนในรูปแบบของเครือข่าย ทั้งนี้แต่ละชุมชนต่างมีวิธีการจัดการกับปัญหาของตัวเองตามสภาพที่เหมาะสมกับชุมชนของตนเองโดยไม่จำเป็นต้องใช้รูปแบบเดียวกัน และฝ่ายที่ริเริ่มในการแก้ไขปัญหามิจำเป็นต้องเริ่มที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งในชุมชนเสมอไป เช่น อาจเริ่มต้นที่ผู้นำทางการได้แก่ กำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ครู/หมออนามัย หรืออาจเริ่มต้นโดยผู้นำทางธรรมชาติได้แก่ พระสงฆ์/ผู้นำศาสนา แกนนำกลุ่มแม่บ้าน ผู้ติดเชื้อ เป็นต้น

อย่างไรก็ตามจากการทบทวนเอกสารวิชาการและงานวิจัยที่ศึกษารวบรวมประสบการณ์ในการเผชิญปัญหาเอดส์ของจังหวัดในภาคเหนือตอนบน (ดู พิชโรบล นาถประทาน 2541 และ อุษา ดวงสา และคณะ 2544) เราพบว่าปรากฏการณ์การรวมตัวกันแบบธรรมชาติของผู้ติดเชื้อ ขึ้นมาเป็นกลุ่มอิสระที่อยู่นอกอำนาจรัฐ เริ่มมาตั้งแต่ช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2536-2537 อันเป็นช่วงก่อนหน้าที่กลุ่มผู้ติดเชื้อจะได้รับการสนับสนุนจากภาครัฐและองค์กรระหว่างประเทศ (พ.ศ. 2538-2541) ให้รวมกลุ่มกันด้วยซ้ำ โดยลักษณะของความเป็นกลุ่มในขณะนั้นอยู่ที่สมาชิกมีจิตสำนึกในการช่วยเหลือเกื้อกูลและแบ่งปันกัน ตลอดจนมีความรักใคร่สมานฉันท์ต่อกัน ทั้งนี้เพื่อต่อสู้กับปัญหาการเจ็บป่วยและการถูกรังเกียจจากสังคมอันเนื่องมาจากการติดเชื้อ การรวมตัวมีลักษณะเป็นกลุ่มพึ่งตนเอง (Self-help Groups) และกระบวนการเกิดกลุ่มมาจากเงื่อนไขภายในคือแรงกดดันจากสังคมที่มีการรังเกียจผู้ติดเชื้อซึ่งค่อนข้างรุนแรงในขณะนั้น นอกจากนี้ความต้องการในการรักษาความลับการติดเชื้อ ความ

กังวลใจเกี่ยวกับสุขภาพหลังการติดเชื้อ และความต้องการที่จะดูแลสุขภาพตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ในขณะที่ระบบการแพทย์สมัยใหม่ยังหาคำตอบให้ไม่ได้ ล้วนเป็นปัจจัยที่ทำให้กลุ่มพึ่งตนเองของผู้ติดเชื้อพัฒนาขึ้น

การรวมตัวกันของกลุ่มผู้ติดเชื้อในระยะเริ่มแรกเกิดขึ้นมาแบบหลวม ๆ ตามธรรมชาติของปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของมนุษย์ ไม่มีการจัดตั้งอย่างเป็นระบบหรือเป็นรูปองค์กรแต่อย่างใด เป็นเพียงการพบปะกันระหว่างการรอรักษาหรือรับบริการสาธารณสุขในระบบของรัฐ แล้วมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ แบ่งปันความทุกข์ ความเห็นใจ การให้กำลังใจและให้คำปรึกษาซึ่งกันและกัน ตัวอย่างจาก 23 ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคเหนือของ เสรี พงศ์พิศ (2539) ได้สะท้อนให้เห็นการรวมตัวกันของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์และผู้ที่ทำงานการพัฒนาในชุมชนในพื้นที่ต่าง ๆ ของภาคเหนือหลายกลุ่มด้วยกัน จัดเป็นกลุ่มที่เรียกว่า กลุ่มสนับสนุนกันและกัน (เพ็ญจันทร์ ประดับ मुख 2539 อ้างใน วิพุธ พูลเจริญ และคณะ 2542) ในระยะแรก ๆ การรวมตัวเช่นนี้อยู่ในรูปของการจัดตั้งเป็นชมรม อาทิเช่น ชมรมเพื่อนวันพฤหัสบดี สัมพันธ์ในจังหวัดเชียงใหม่ ชมรมเพื่อนวันพุธในกรุงเทพมหานคร ชมรมเหล่านี้ได้ก่อเกิดและผลักดันจากความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยกันเองโดยมีเจ้าหน้าที่รัฐในโรงพยาบาลที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยมารับบริการรักษา องค์กรสาธารณสุขประโยชน์ เช่น สภาวิชาชีพ หรือองค์กรพัฒนาเอกชนคอยสนับสนุน ทำหน้าที่เหมือนเป็นพี่เลี้ยงให้คำแนะนำ ให้คำปรึกษา รวมทั้งอาจช่วยจัดหาแหล่งทุนเพื่อดำเนินกิจกรรมภายในกลุ่ม

● กรอบคิดชุมชนแนวกระบวนการ

จะเห็นว่าพัฒนาการของการเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อและเครือข่ายผู้ติดเชื้อภายใต้กระบวนการจัดการเอดส์แนวประชาสังคม ได้นำเสนอกรอบความเข้าใจเกี่ยวกับชุมชนแนวใหม่ต่อสังคมไทย ซึ่งเป็นกรอบคิดเรื่องชุมชนที่ไม่เน้นเฉพาะมิติความสัมพันธ์เชิงโครงสร้างและสถาบันทางสังคมเพียงอย่างเดียวอีกต่อไป แตกต่างจากแนวคิดเรื่องชุมชนที่พบภายใต้กระบวนการทศวรรษรัฐ แต่กรอบคิดเกี่ยวกับชุมชนแนวนี้นับพิจารณาความเป็นชุมชนในมิติที่เป็นพลวัตหรือเป็นกระบวนการในการปรับตัวและต่อสู้เพื่อแย่งชิงพื้นที่ทางสังคม และการสร้างและนิยามตัวตนของคนชายขอบผู้ไร้สิทธิทั้งหลาย ไม่ว่าจะเป็นคนชายขอบภายใต้เงื่อนไข ชชาติพันธุ์ เพศภาวะ ความยากจน ความเจ็บป่วย ความพิการ เป็นต้น สำหรับชุมชนเชิงกระบวนการเป็นชุมชนที่มีความเคลื่อนไหวไม่หยุดนิ่งตายตัว แต่มีการปรับตัวไปตามเงื่อนไขสถานการณ์หรือผลประโยชน์ที่เปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา และที่สำคัญชุมชนกระบวนการเป็นชุมชนที่อยู่ในบริบทของความสัมพันธ์เชิงอำนาจชุดหนึ่ง (Power Relation) เพราะความเป็นชุมชนจะเกิดขึ้นเมื่อเกิดแรงกดดันหรือความขัดแย้งและเกิดความพยายามที่จะปรับตัว ทั้งนี้เพื่อตอบโต้กับอำนาจภายนอกที่เข้ามากระทำ (ดู ยศ สันตสมบัติ 2546) เพราะฉะนั้นการก่อเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อจึงเป็นความพยายามของผู้ติดเชื้อเองที่ต้องการสร้างอัตลักษณ์ของพวกเขาขึ้นมา เพื่อเปิดพื้นที่

ทางสังคมที่เอื้อในการต่อรองกับอำนาจภายนอกที่กดดันพวกเขาอยู่ และต้องการสร้างความชอบธรรมในการเรียกร้องสิทธิบางอย่างให้กับกลุ่มบนพื้นฐานของความเป็นมนุษย์นั่นเอง การพิจารณาชุมชนในมิติที่เป็นกระบวนการทำให้เราได้รับรู้ว่าชุมชนทำงานของมันอย่างมีพลังได้อย่างไร ทำให้เราเห็นได้เห็นความเป็นชุมชนในฐานะ “สนาม” ของการต่อสู้และตอบโต้กับอำนาจภายนอกที่กดดัน ทำให้เราได้ยินเสียงพูดและได้เห็นความพยายามของคนกลุ่มหนึ่งหรือหลายกลุ่มที่เป็นผู้ที่ไม่มีอำนาจหรือมีสิทธิ์เสียงในสังคมมากนัก เช่นกรณีของ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น การมองชุมชนในมิตินี้จึงมีพลังอย่างยิ่งที่นอกจากจะทำให้ชุมชนมี “อะไร” แล้ว ยังทำให้ชุมชนได้สร้าง “อะไรใหม่” ที่เอื้อประโยชน์ให้แก่ประชาชนและสังคมส่วนรวมได้อีกด้วย

ลักษณะเด่นอีกประการหนึ่งของชุมชนแนวกระบวนการที่ขาดไม่ได้คือการเป็นชุมชนแนวปฏิบัติ (Community of Practice) ที่ให้ความสำคัญต่อเรื่องการสร้างและการแลกเปลี่ยนความรู้ ประสบการณ์ตรงของสมาชิกแต่ละคนเกี่ยวกับความเจ็บป่วยและการรักษาพยาบาลทางเลือกต่างๆ ผ่านการปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในกลุ่ม การพัฒนาและการจัดการความรู้ที่กว้างขวางขึ้นก็ได้มาจากการได้มีเครือข่ายของปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลที่เพิ่มขึ้นนั่นเอง แนวคิดเช่นนี้จึงส่งเสริมให้เกิดเครือข่ายทางสังคมและทำให้ชุมชนขยายวงกว้างออกไป ในแง่นี้ชุมชนจึงไม่ถูกจำกัดเพียงพื้นที่เฉพาะและมีได้เป็นพื้นที่ทางกายภาพเท่านั้น หากแต่ได้หมายรวมเอาอาณาเขตของความสัมพันธ์ที่อาจมีได้ไม่สิ้นสุด ตั้งแต่กลุ่มผู้ติดเชื้อกลุ่มเล็ก ๆ จนไปถึงเครือข่ายผู้ติดเชื้อระดับตำบล ระดับอำเภอ ระดับจังหวัด ระดับภาค ระดับประเทศ และระดับโลกในที่สุด โดยเป็นชุมชนที่ไม่อยู่บนพื้นที่ทางกายภาพที่เห็นได้จริงอีกต่อไปแต่ดำรงอยู่ในพื้นที่แห่งอุดมการณ์และจินตนาการร่วมกันที่เรียกว่า ชุมชนเสมือน (Virtual community) ด้วยลักษณะที่การยึดโยงของปัจเจกให้กลายเป็นชุมชนนั้น ขึ้นอยู่กับเจตนาและอุดมการณ์ที่มีร่วมกันเพื่อเป้าหมายที่เป็นส่วนรวมร่วมกัน บางครั้งชุมชนแบบชุมชนเสมือนจึงอาจเรียกว่าเป็นชุมชนในจินตนาการ (Imagined community) ตามแนวคิดของเบเนดิก แอนเดอร์สัน (โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ 2540) ที่เน้นชุมชนในแง่ของการเกาะเกี่ยวกันด้วยอุดมการณ์การต่อสู้เพื่อบางอย่างร่วมกัน ชุมชนจึงเป็นนามธรรม สมาชิกไม่จำเป็นต้องรู้จักหรือมีความสัมพันธ์ส่วนตัว แต่ต่างก็รู้หรือมีจินตภาพร่วมกันว่านอกจากตนเองแล้ว ก็ยังมีบุคคลอื่น ๆ อีกที่ร่วมอุดมการณ์การต่อสู้อันเดียวกันนี้ ยิ่งสังคมในปัจจุบันที่ความก้าวหน้าทางด้านการติดต่อสื่อสารที่ไม่จำเป็นต้องเป็นการสื่อสารต่อหน้าแต่เป็นการสื่อสารผ่านเครื่องมือสื่อสาร เช่น โทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต จึงเกิดเป็นชุมชนรูปแบบใหม่ เช่น ชุมชนไซเบอร์สเปซ ชุมชนคลื่นวิทยุ ชุมชนอินเทอร์เน็ตในกรณีของผู้ติดเชื้อที่ชื่อ แก้ว เป็นตัวอย่างหนึ่งที่แสดงให้เห็นการรวมกลุ่มกันของชุมชนที่มีความเห็นอกเห็นใจและต้องการที่จะช่วยเหลือเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน

ชยันต์ วรรณะภูติ (2539) ได้วิเคราะห์ว่า การรวมตัวของกลุ่มผู้ติดเชื้อทั้งในลักษณะของกลุ่ม และเครือข่ายคือความเป็นชุมชนในอีกรูปแบบหนึ่ง และเป็นขบวนการทางสังคมในรูปแบบใหม่ที่

แสดงให้เห็นการต่อสู้ของคนชายขอบที่ถูกสังคมรังเกียจ ตีตรา และกีดกัน (ชยันต์ วรรณระภูติ และคณะ 2543) การรวมตัวกันของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เป็นกลุ่มพึ่งตนเอง เป็นการเปลี่ยนความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่สำคัญระหว่างรัฐกับผู้ติดเชื้อ และระหว่างระบบการแพทย์สมัยใหม่กับผู้ติดเชื้อ โดยได้สะท้อนให้เห็นข้อเท็จจริงในเรื่องของข้อจำกัดด้านการบริการสาธารณสุขของรัฐที่มุ่งในเรื่องการรักษาทางการแพทย์ที่เน้นการทำลายเชื้อโรค แต่ละเลยด้านจิตวิญญาณและภูมิปัญญาท้องถิ่น ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยถูกจำกัดในระบบการรักษาพยาบาลเชิงสถาบัน (Institutional Care) ที่ยังขาดความรู้ ขาดบุคลากร ขาดหูกยา และขาดบริการที่เป็นมิตรต่อผู้ป่วยเอดส์ ในขณะที่การรับรู้เกี่ยวกับเอดส์ที่ถูกสื่อออกมาว่าเป็นโรคที่ยังไม่มีทางรักษา จึงทำให้เกิดการดิ้นรนแสวงหาทางเลือกในการรักษากันเองโดยเฉพาะอย่างยิ่งการนำเอาภูมิปัญญาในเรื่องสมุนไพรท้องถิ่นมาทดลองใช้กับการรักษาเอดส์ ตลอดจนการพึ่งพาหมอพื้นบ้าน และการใช้หลักธรรมชาติบำบัด นอกจากนี้ยังรวมไปถึงการนำหลักธรรมทางศาสนาเยียวยาสภาพกายและจิตของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยด้วย เช่น การทำสมาธิตามวิถีพุทธ ที่วัดดอยเก็ง จังหวัดแม่ฮ่องสอน (อุษา ดวงสาและคณะ อ้างแล้ว) กรณีพิพาทในเรื่อง “หมอเทศา” ถูกจับ เมื่อปี พ.ศ.2536 ได้ทำให้เกิดการรวมกลุ่ม “เพื่อนชีวิตใหม่” ของผู้ติดเชื้อและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ที่ร่วมประสบการณ์เดียวกัน เกิดการเจรจาต่อรองกับฝ่ายรัฐ และเกิดมีกิจกรรมด้านการรักษากันเอง เช่น ดมยาสมุนไพรแจกจ่ายกัน กลุ่มในลักษณะเช่นนี้ได้พัฒนาขยายมากขึ้นอีกหลายกลุ่ม จนนำไปสู่การจัดตั้งเป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อ มีโครงการต่าง ๆ ออกมาสู่สาธารณะและเกิดเป็นความร่วมมือกันมากขึ้นสู่ภาคประชาชนอื่น ๆ และในกลุ่มผู้ติดเชื้อจากต่างที่กันทำให้เป็นเครือข่ายขึ้นในระดับภาคจนกลายเป็นเครือข่ายระดับประเทศ และสามารถต่อรองกับรัฐได้ในหลายประเด็น เช่น เรื่องสิทธิในการรักษาพยาบาลภายใต้นโยบาย 30 บาท และสิทธิในการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นต้น

เจตจำนงของการสร้างชุมชนที่เกิดจากการรวมตัวกันเพื่อดูแลรักษากันเองของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยนั้น เกิดขึ้นหลายประการด้วยกัน ประการแรกเป็นการตอบโต้กับวาทกรรมการรักษาพยาบาลของรัฐที่จำกัดให้ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยต้องรักษาอยู่ในระบบ ในขณะที่การบริการการดูแลรักษาไม่เพียงพอ แต่กลับปิดทางให้พวกเขาได้มีโอกาสเลือกแสวงหาหนทางรักษาด้วยตนเอง ด้วยการใช้มาตรการทางกฎหมายจับ “หมอเทศารักษาเอดส์” กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเหล่านี้จึงหันมารวมกลุ่มและพึ่งภูมิปัญญาตนเองและท้องถิ่นจัดตั้งเป็นกลุ่มเพื่อช่วยเหลือกันไม่เพียงแต่เรื่องการรักษาสุขภาพกายและใจเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงการช่วยเหลือทางเศรษฐกิจด้วยการจัดตั้งเป็นกองทุน การจัดกิจกรรมให้สมาชิกในกลุ่มมีกำลังใจและมีรายได้ รวมไปถึงการบำเพ็ญสาธารณประโยชน์ให้แก่สังคมอันเป็นการเพิ่มคุณค่าและศักดิ์ศรีให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอง ในแง่ที่ว่าพวกตนมิใช่เป็นเพียงผู้ไร้ความหมายนอนรอความตายเท่านั้น การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อดังกล่าวนี้นี้มักเกิดขึ้นด้วยความต้องการของตัวอย่างแท้จริง ชุมชนของผู้ติดเชื้อในลักษณะนี้จึงมักดำเนินงานโดยกลุ่มสมาชิกผู้ติดเชื้อเป็นหลัก โดยอาจมีแนวร่วมจากองค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ ประชาชนทั่วไปที่สนใจเรื่องเอดส์รวมไปถึงเจ้าหน้าที่ของ

รัฐบาลคนด้วย ประการที่สอง ชุมชนที่เกิดจากการรวมตัวเพราะความต้องการที่จะช่วยเหลือและสนับสนุนด้านกำลังใจและจิตวิญญาณให้แก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ชุมชนในลักษณะนี้หมายรวมถึงสถาบันศาสนาซึ่งกล่าวได้ว่าเป็นต้นทุนทางสังคมของชุมชนที่มีอยู่ พบว่ามีการจัดเตรียมสถานที่ที่เป็นแบบ “บ้านกึ่งวิถี” (Half Way Home) เพื่อให้บริการบำบัดรักษาผู้ป่วยในระยะเวลาอันสั้น และที่พำนักผู้ป่วยระหว่างรอพบแพทย์ รวมทั้งให้สถาบันศาสนาทำหน้าที่จัดสถานที่ดูแลผู้ป่วยหนัก (Hospice) เพื่อบริการผู้ป่วยในระยะสุดท้ายโดยไม่ต้องใช้สถานที่ของโรงพยาบาล เช่น วัดพระบาทนันทน์ นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้ง “ชุมชนหรือหมู่บ้านพักใจ” เป็นสถานที่พักชั่วคราวเพื่อฟื้นฟูจิตใจและฝึกอาชีพผู้ติดเชื้ออีกด้วย

รูปแบบของชุมชนที่สร้างขึ้นมาจากการรวมกลุ่มกันด้วยความสมัครใจของผู้ติดเชื้อ ด้วยอุดมการณ์และเป้าหมายอันแรงกล้าของบุคคลที่ประสบปัญหาเดียวกัน เพื่อช่วยเหลือพึ่งพิงกันยามยากเข็ญ และการขยายขอบเขตความสัมพันธ์ออกไปในลักษณะของเครือข่าย โดยอยู่บนฐานของความต้องการเดียวกัน ทำให้ชุมชนลักษณะนี้สนองตอบความต้องการพื้นฐานของสมาชิกได้เป็นอย่างดี และเป็นเงื่อนไขหนึ่งที่ทำให้ชุมชนมีความเข้มแข็ง ผู้คนในชุมชนอยู่ร่วมกันได้และจัดการแก้ปัญหาได้ด้วยตนเองโดยไม่ต้องพึ่งพิงภายนอก โดยเฉพาะอย่างยิ่งไม่ต้องพึ่งรัฐ แต่โดยอาศัยความการพึ่งพิงระหว่างกันของกลุ่มและบุคคลในลักษณะเครือข่าย ทำให้ชุมชนแนวกระบวนการนี้มักถูกเรียกว่าเป็นชุมชนเครือข่าย (Civic network) หรือชุมชนแนวประชาสังคม ซึ่งชุมชนแบบนี้ได้ส่งผลอย่างมากต่อการปรับเปลี่ยนความเข้าใจที่เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์จากที่เป็น “ผู้ร้าย” ของสังคม ผู้ที่รอคอยความตายอย่างไร้ความหมาย ไร้คุณค่าและไร้สมรรถภาพในทุกเรื่อง กลายเป็นผู้ที่มีศักยภาพ ผู้กระทำ นักกิจกรรม และนักเคลื่อนไหวในสังคม ที่มีส่วนอย่างยิ่งต่อการผลักดันเกี่ยวกับทิศทางของแผนงานและแนวนโยบายการแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศในระยะต่อมา

บทที่ 3

“ชุมชน” ในภาคปฏิบัติการของนโยบายการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและในชุมชน

วิวัฒนาการของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในประเทศไทย

จากการทบทวนแผนงานและนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พบว่าแนวคิดเรื่องการใช้บ้านและชุมชนให้เป็นหน่วยพื้นฐานหรือหัวใจในการดูแลผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อตลอดจนผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ได้เริ่มเข้าสู่วาทกรรมการทำงานเอดส์ของภาครัฐในช่วงแผนป้องกันและควบคุมเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2535-2539 อย่างไรก็ตาม ถึงแม้แนวคิดดังกล่าวได้ปรากฏอยู่ในแผนเอดส์ฉบับดังกล่าว แต่การนำแผนดังกล่าวไปสู่ภาคปฏิบัติจริงก็ยังไม่เกิดขึ้นทันทีในภาครัฐ ทั้งนี้เพราะรัฐยังให้ความสำคัญกับการกิจด้านการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเป็นอันดับแรก ส่วนเรื่องการดูแลรักษายังให้ความสำคัญในอันดับรองลงมา อย่างไรก็ตาม สถานการณ์เอดส์ในภาคเหนือตอนบน ในช่วง พ.ศ. 2535-2539 ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ได้เป็นปัจจัยผลักดันสำคัญให้เกิดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ ผู้ติดเชื้อ และผู้ที่ได้รับผลกระทบที่บ้านและชุมชนขึ้นมาเองอย่างเป็นธรรมชาติ กล่าวคือเกิดขึ้นมาอย่างเป็นอิสระนอกอำนาจการจัดตั้งของรัฐโดยสิ้นเชิง เป็นการดำเนินงานที่กลุ่มผู้ติดเชื้อ องค์กรสาธารณะประโยชน์ องค์กรในชุมชน วัด และองค์กรพัฒนาเอกชนระดับท้องถิ่น ระดับประเทศ และระดับนานาชาติ เข้ามามีบทบาทสำคัญในการดำเนินงาน ในแง่ของการดำเนินการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยในชุมชนจากภาคประชาชนซึ่งหมายรวมทั้งองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรชุมชน ประชาชนทั่วไปและผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ พบว่าเริ่มต้นจากการรวมกลุ่มเพื่อการพึ่งตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยมีทั้งที่จัดตั้งกันเองและที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน หลายกลุ่มที่จัดตั้งกันเองก็ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนที่เป็นองค์กรต่างประเทศและองค์กรพัฒนาเอกชนให้กลุ่มได้ดำเนินกิจกรรมช่วยเหลือตนเองและผู้ติดเชื้อคนอื่น ๆ ด้วย ทั้งในเรื่องการดูแลสุขภาพกายและสุขภาพใจ การแสวงหาหนทางการรักษาพยาบาลทางเลือกต่าง ๆ เท่าที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยแต่ละคนจะแสวงหาได้

หลังจากที่การดูแลที่บ้านและชุมชนที่ขับเคลื่อนให้เป็นจริงได้โดยพลังของผู้ติดเชื้อและองค์กรภาคประชาชนอื่นที่ไม่ใช่ภาครัฐประสบผลสำเร็จในจังหวัดภาคเหนือตอนบน รัฐจึงได้เข้ามาสนับสนุนแนวทางนี้อย่างจริงจังและเข้มข้นขึ้นตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 เป็นต้นมา และได้นำรูปแบบการดำเนินงานในภาคเหนือไปขยายผลในพื้นที่อื่นทั่วประเทศ โดยรัฐให้การสนับสนุนงบประมาณลงไปผ่านกลุ่มผู้ติดเชื้อที่รัฐส่งเสริมให้จัดตั้งกันขึ้นมา เหตุผลสำคัญของการริเริ่มการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและในชุมชนโดยภาคประชาชนที่เกิดขึ้นในจังหวัดภาคเหนือตอนบน เป็นเรื่องของปฏิกิริยาที่

กลุ่มผู้ติดเชื้อนำมาใช้เพื่อโต้ตอบกับภาวะการณ์ที่ถูกสังคมรังเกียจกีดกัน และเพื่อต่อต้านมาตรการที่รัฐใช้ควบคุมพลเมือง โดยรัฐในขณะนั้นต้องการให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ต้องเลือกวิธีการรักษาพยาบาลที่รัฐให้การยอมรับและสนับสนุนเท่านั้นคือการแพทย์สมัยใหม่ ซึ่งในช่วงดังกล่าวมีการจับกุมหมอพื้นบ้านที่ดัดยาแจกจ่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ที่จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งสร้างความไม่พอใจในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไปรับยาต้มจากหมอพื้นบ้านคนดังกล่าวและเป็นครั้งแรกที่ผู้ติดเชื้อรวมตัวกันขึ้นประท้วงรัฐ

ในทางกลับกันเหตุผลสำคัญอันดับแรกที่รัฐนำมากล่าวถึงบ่อยครั้งเพื่อสร้างความชอบธรรมให้แก่กลยุทธ์การใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ คือ เหตุผลในเรื่องปัญหาภาระงานในโรงพยาบาลของรัฐทุกระดับที่ไม่สามารถรับมือกับจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เพิ่มขึ้นอย่างมากในหลายพื้นที่ได้ รัฐพบว่าโรงพยาบาลหลายแห่งมีเตียงและบุคลากรไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากผู้ป่วยเหล่านี้ต้องใช้ระยะเวลาก่อนข้างยาวนานในการรักษาพยาบาลเพราะอาการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง นอกจากนี้ ยังมีการกล่าวอ้างถึงภาระค่าใช้จ่ายที่สูงซึ่งรัฐจะต้องแบกรับถ้าหากยังมีการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในโรงพยาบาล โดยไม่ผ่อนถ่ายภาระดังกล่าวไปที่ครอบครัวและชุมชน นอกเหนือจากเหตุผลเพื่อลดภาระของสถานบริการรักษาพยาบาลของรัฐและค่าใช้จ่ายของรัฐแล้ว เหตุผลอีกประการหนึ่งที่มีมีการกล่าวถึงบ่อยขึ้นในระยะหลังมานี้เพื่อใช้สนับสนุนกลยุทธ์ให้ครอบครัวและชุมชนมาเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ คือมุมมองที่ว่า แนวทางการดูแลที่บ้านและชุมชนสามารถตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่ต้องการใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวและในชุมชนได้ เพราะการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโดยบ้านและชุมชนเป็นการกระตุ้นให้สมาชิกในครอบครัวและชุมชนยอมรับผู้ติดเชื้อมากขึ้น ตลอดจนลดการรังเกียจลง ซึ่งจะเป็นหนทางให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมีสภาพจิตใจและกำลังใจที่ดีขึ้น จนสามารถใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับชุมชนได้อย่างปกติและมีศักยภาพเช่นเดียวกับคนทั่วไปที่ไม่ได้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นหนทางหนึ่งในการนำผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์กลับคืนสู่ชุมชนนั่นเอง (Normalization)

จะเห็นว่าในระยะแรก ๆ คือ ช่วงปี พ.ศ. 2535-2539 หน่วยงานบริการรักษาพยาบาลของรัฐได้เริ่มพัฒนากิจกรรมเพื่อสนับสนุนให้เกิดการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านขึ้นบ้างแล้ว เช่น การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการดูแลตนเองก่อนออกจากโรงพยาบาล รวมไปถึงมีการจัดทำเป็นคู่มือความรู้เกี่ยวกับการดูแล การบริการเยี่ยมบ้านโดยผนวกเข้ากับการออกเยี่ยมบ้านผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ และ การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ป่วยในเวลากลางวัน เป็นต้น (ดู สมบัติ แทนประเสริฐสุข 2540) นอกจากนี้ยังส่งเสริมให้มีการศึกษาวิจัยที่มุ่งสำรวจความพร้อมของชุมชน เช่น ทำการสำรวจความรู้ เจตคติในเรื่องเอดส์และการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่บ้านและในชุมชน รวมไปถึงการสำรวจความคิดเห็นและความต้องการการสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และสมาชิกในครอบครัว (จิตรา เจริญภัทรเกตุ 2537, ปาริชาติ จันทร์จิรศ และคณะ 2537) เป็นต้น

ก่อนหน้านี้จะมีการมุ่งเน้นนโยบายนี้ ได้มีแผนนโยบายด้านการดูแลสุขภาพพยาบาลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้ ซึ่งอาจจัดได้ว่าเข้าข่ายการดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนคือแนวทางที่เรียกว่า “ชุมชนบำบัด” “บ้านกึ่งวิถี” และ “ศูนย์สงเคราะห์เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ติดเชื้อในชุมชน” โดยแนวทางทั้ง 3 ไม่สามารถพัฒนาไปสู่ภาคปฏิบัติจริงได้สำเร็จ เพราะเกิดกระแสการต่อต้านจากกลุ่มสิทธิมนุษยชนที่ไม่ต้องการให้เกิดภาพพจน์ที่ว่าผู้ป่วยมีอันตรายจนต้องแยกออกไปใช้ชีวิตในชุมชนต่างหากของตนเอง นอกจากนี้ชุมชนทั่วไปก็ไม่ยอมให้มีการจัดตั้งและไปสร้างชุมชนลักษณะดังกล่าวขึ้นในอาณาบริเวณชุมชนของตนเพราะการรังเกียจผู้ติดเชื้อที่รุนแรงในขณะนั้น อย่างไรก็ตาม โรงพยาบาลราชบุรีรักษ์เป็นหน่วยงานแรกที่ได้ใช้แนวทางกลุ่มบำบัด/ชุมชนบำบัดเพื่อให้การบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อเสียดิตที่ติดเชื้อโดยมุ่งเน้นไปที่การปรับสภาพหรือฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตใจ โดยจัดให้กลุ่มบุคคลเหล่านี้ซึ่งอยู่ในฐานะเป็นผู้ป่วยของโรงพยาบาลได้อยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ๆ เป็นสังคมขนาดเล็ก ให้มีการช่วยเหลือซึ่งกันและกันและให้เกิดการจัดเกลาปรับตัวพฤติกรรมกันเอง ภายในกลุ่มก่อนที่จะออกไปสู่สังคมภายนอก การบำบัดโดยกลุ่ม/ชุมชนเช่นนี้จะเน้นทั้งด้านจิตใจและด้านสังคมโดยมีการฝึกอบรมด้านงานอาชีพด้วย ภายหลังมีความพยายามที่จะใช้วิธีการชุมชน/กลุ่มบำบัดเช่นนี้กับผู้ติดเชื้อกลุ่มอื่น ๆ ในโรงพยาบาลของรัฐเช่นกัน

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนในประเทศไทย

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนี้พอสรุปได้ว่า จุดเด่นของการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและชุมชนในประเทศไทยอยู่ที่ การมุ่งเน้นที่ปฏิสัมพันธ์ของระบบการสนับสนุนต่างๆ ระดับชุมชน ที่จัดหาให้แก่ผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ที่อยู่ในชุมชน โดยที่ภาระด้านการดูแลสุขภาพหลักยังคงอยู่ที่สมาชิกภายในครอบครัว ระบบสนับสนุนต่างๆ ที่เกิดขึ้นก็เพื่อมาเสริมความเข้มแข็งของการดูแลโดยครอบครัวนั่นเอง งานวิจัยของ ภัสสร ลิมานนท์ (2544) ได้ชี้ให้เห็นว่า องค์ประกอบหลักที่มีผลต่อความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการจัดการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและในชุมชนของประเทศไทยนั้นมีอยู่ 4 องค์ประกอบ ได้แก่ ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย ในฐานะที่เป็นกลไกพื้นฐาน ครอบครัว/ชุมชน ในฐานะที่เป็นกลไกหลักและเป็นหน่วยพื้นฐานในการดูแลช่วยเหลือ องค์การพัฒนาเอกชนในฐานะที่เป็นกลไกเชื่อมโยง ประสานงานงานสนับสนุนและเสริมการปฏิบัติงาน และสุดท้ายคือรัฐในฐานะที่เป็นกลไกนำทางโดยการกำหนดนโยบายและจัดสรรงบประมาณ ซึ่งพวกเขามองว่าการวิเคราะห์ดังกล่าวยังเป็นการวิเคราะห์ที่อยู่บนพื้นฐานของการมองวิธีการจัดการปัญหาเอดส์โดยชุมชนภายใต้กรอบกระบวนทัศน์แบบบรรณรัฐ ที่ยังฉายภาพชุมชนในลักษณะโครงสร้างทางสังคมและสถาบันอยู่

ข้อสรุปของงานวิจัยดังกล่าวได้มาจากการทบทวนสังเคราะห์ความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและในชุมชนในประเทศไทยที่อาศัยข้อมูลหลักในการวิเคราะห์จาก

งานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน ที่สำคัญ 4 เรื่อง ได้แก่ รายงานการทบทวน และสังเคราะห์องค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและการจัดการของชุมชนต่อการแก้ไขปัญหา เอดส์ในบริบททางสังคมภาคเหนือตอนบน (สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล และคณะ 2544) รายงานการ สังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดย ครอบครัวและชุมชนในบริบทสังคมวัฒนธรรมภาคกลาง (สุธีรา อุ่นตระกูล และ เพ็ญศรี กวีวงศ์ ประเสริฐ 2544) รายงานสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาระบบการดูแล ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์ 2544) และ รายงานสังเคราะห์องค์ความรู้และ กลไกการปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านโดยครอบครัวและ ชุมชน ในบริบทของสังคมวัฒนธรรมภาคใต้ (ประณิต ส่งวัฒนา และคณะ 2544)

นอกจากนี้งานวิจัยเชิงสังเคราะห์ดังกล่าวยังยืนยันให้เห็นว่ารูปแบบของการจัดการดูแล ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่บ้านและชุมชนในประเทศไทยนั้น ไม่ค่อยมีความแตกต่างหลากหลายมาก นัก เพราะมีการถอดบทเรียนจากภาคเหนือไปใช้ขยายผลในพื้นที่ต่างๆ ทั่วประเทศ โดยรูปแบบการ จัดการและดำเนินงานมักให้ความสำคัญกับการส่งเสริมให้มีการจัดตั้งชมรม/กลุ่มผู้ติดเชื้อ การให้ กลุ่มผู้ติดเชื้อออกเยี่ยมบ้านให้กำลังใจแก่ผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ และครอบครัว การจัดตั้งกองทุนสงเคราะห์ กองทุนส่งเสริมอาชีพแก่ผู้ติดเชื้อโดยรัฐเป็นผู้สนับสนุนงบประมาณ อย่างไรก็ตามงานวิจัยดังกล่าว พบว่ารูปแบบเด่นชัดของการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนที่มีในเกือบทุกภาคของประเทศไทย คือ การที่สมาชิกในครอบครัว มูลนิธิ และองค์กรทางศาสนา เช่น วัด ได้กลายเป็นผู้ที่แสดงบทบาท หลักในการรับภาระดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ เพราะฉะนั้นความหมายของ “ชุมชน” ใน ภาคปฏิบัติการของการดูแลที่บ้านและในชุมชนที่เกิดขึ้นในประเทศไทยก็คือ สถาบันครอบครัว และ สถาบันทางศาสนา หรือองค์กรสาธารณะประโยชน์อื่นๆ นั่นเอง ซึ่งโดยมากแล้วมักทำงาน อย่างโดดเดี่ยวภายใต้การหนุนเสริมจากภาคส่วนอื่นที่ยังจำกัดอยู่มากและเกิดขึ้นไม่ต่อเนื่อง

งานวิจัยของ เสรี พงศ์พิศ (พ.ศ. 2539) ซึ่งรวบรวมประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรค เอดส์ในภาคเหนือจำนวน 23 ประสพการณ์ ได้สะท้อนให้เห็นจุดร่วมหลายประการของการทำงาน ในภาคปฏิบัติการของการใช้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ โดยสามารถแบ่ง ประสพการณ์ทั้ง 23 ประสพการณ์ ออกเป็น 3 กลุ่มด้วยกัน คือ 1) กลุ่มประสพการณ์ที่มีภาคราชการ เป็นผู้ริเริ่ม 2) กลุ่มประสพการณ์ที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนเป็นผู้ริเริ่ม และ 3) กลุ่มประสพการณ์ที่มี ชาวบ้าน/ผู้ติดเชื้อเป็นผู้ริเริ่ม จุดร่วมที่สำคัญของประสพการณ์ทั้ง 23 ประสพการณ์ ได้แก่ วิธีคิด และวิธีการทำงาน ที่ไม่ได้มองว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว แต่มองว่าโรค เอดส์เป็นปัญหาสังคมปัญหาหนึ่ง มีการดึงเอาผู้นำชุมชนทุกฝ่ายมาเข้าร่วมในการผลักดันและ ขับเคลื่อนการทำงานแก้ปัญหา เช่น พระสงฆ์ ผู้นำหมู่บ้าน เจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครอง ฝ่ายเกษตร ครู และสาธารณสุขในพื้นที่ ผู้นำทางศาสนาของหมู่บ้าน เช่น สมาชิก อบต. กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน เป็นต้น มี

การกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อและครอบครัวเข้าร่วมเป็นแกนนำในการทำงาน มีการผสมผสานภูมิปัญญาท้องถิ่นในการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย มีการกระตุ้นการเรียนรู้ของชาวบ้าน เช่น การจัดอบรม การจัดเวทีพูดคุยแลกเปลี่ยนและวางแผนการทำงานร่วมกันทุกฝ่าย เป็นต้น นอกจากนี้ยังมีการผนวกเอางานป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเข้ามาไว้ในขอบข่ายการดำเนินงานด้วย

รูปแบบของการดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่บ้านและชุมชนในประเทศไทยที่ได้รับการกล่าวถึงว่าเป็นกรณีตัวอย่างหนึ่งที่ประสบความสำเร็จ คือ กรณีการดำเนินงานของโรงพยาบาลชุมชนแม่จัน โดยรูปแบบการดำเนินงานของโรงพยาบาลแม่จันมีลักษณะดังนี้ เป็นการริเริ่มโดยหน่วยงานภาครัฐคือโรงพยาบาลแม่จันประมาณต้นทศวรรษ 2535 เนื่องจากมีปัญหาไม่สามารถรับมือกับจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มขึ้นได้ โรงพยาบาลจึงได้จัดให้มีระบบการดูแลผู้ป่วยทั้งในโรงพยาบาลและในระดับชุมชนขึ้น มีการกระตุ้นให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม โดยการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อรวมตัวกันตั้งเป็นชมรมขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือกันและกัน อีกทั้งมีการประสานให้เกิดเครือข่ายเพื่อให้มีการช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจและด้านสังคมอื่นๆ โดยโรงพยาบาลแม่จันเป็นผู้ประสานความร่วมมือกับสำนักงานสาธารณสุขอำเภอ สถานีอนามัยประจำตำบล และอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เพื่อให้ทำงานกันเป็นเครือข่ายในการส่งต่อผู้ป่วย มีการประสานความร่วมมือกับพระสงฆ์ในพื้นที่ ผู้นำชุมชน ตลอดจนองค์กรพัฒนาเอกชน และหน่วยงานราชการอื่นๆ ในพื้นที่ (Surachai Piyavorawong and Laksami Suebsaeng 2000)

โดยสรุปพบว่า พัฒนาการและแนวโน้มของการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน ส่วนมากเป็นรูปแบบการดูแลสุขภาพที่เกิดจากการริเริ่มโดยหน่วยงานของรัฐภายนอกชุมชน แต่การปฏิบัติและผู้ที่มีบทบาทหลักมักเป็นคนในชุมชน ภายใต้คำแนะนำและการกำกับดูแลจากคนภายนอกชุมชน ซึ่งเป็นคนจากรัฐโดยส่วนใหญ่ งานวิจัยที่ออกมาในรูปแบบนี้มีมากที่สุด ส่วนรูปแบบการดูแลสุขภาพที่เกิดจากภายในชุมชนเอง ดูแลและจัดการกันเอง ไม่ได้พึ่งพิงหรือรับการสนับสนุนจากรัฐ วิธีการตามวิถีพื้นบ้าน (เช่น ไปหาพ่อหมอแม่หมอ รักษาตนเอง สำนักปฏิบัติธรรม และพระสงฆ์มีบทบาทในการจัดกิจกรรมการดูแลสุขภาพ) มีไม่มาก และรูปแบบสุดท้ายเป็นการดูแลที่บ้านและชุมชนที่เกิดจากภายนอกชุมชนและภายในชุมชนร่วมกันคิด ทำงานประสานกัน โดยคนในชุมชนเป็นหลักในการจัดการ อาศัยการสนับสนุนบางส่วนจากภายนอกชุมชน (เช่น เงินทุน อุปกรณ์ เครื่องมือ) ใช้วิธีการที่เกิดจากภายนอกชุมชนและภายในชุมชนผสมผสานกัน (ความรู้พื้นบ้านผสมผสานกับความรู้สากล) มีแนวโน้มเกิดเพิ่มขึ้น

ปัญหาของงานวิจัยเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนส่วนใหญ่ที่มีในประเทศไทยมักดำเนินงานโดยนักวิชาการที่ทำงานในหน่วยงานรัฐ และงานวิจัยส่วนมากต้องการรับใช้รัฐในเชิงนำไปกำหนดนโยบาย การวิจัยส่วนใหญ่จึงเป็นไปในลักษณะต้องการหารูปแบบสำเร็จรูปของการ

ดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่บ้านและชุมชน โดยส่วนมากนักวิจัยจะทำการศึกษาในเฉพาะพื้นที่ใดพื้นที่หนึ่ง แต่กลับหวังนำเอาผลที่ได้ไปใช้ขยายต่อในพื้นที่ใหม่ บริบทและเงื่อนไขสถานการณ์เฉพาะทางสังคมและวัฒนธรรมของพื้นที่ต่างๆ มักถูกมองข้ามไป นอกจากนี้ งานวิจัยส่วนมากใช้ฐานคิดที่มองชุมชนในมิติโครงสร้างสังคมและสถาบันสังคมเป็นหลัก กล่าวคือให้ความสำคัญกับการศึกษาองค์ประกอบเชิงสถาบันและบทบาทขององค์กร มากกว่าที่จะศึกษากระบวนการที่ทำให้การดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่บ้านและชุมชนเกิดขึ้นและดำรงอยู่ โดยฐานคิดแนวนี้นักมองว่าสถาบัน/องค์กรกับความเป็นชุมชนเป็นสิ่งเดียวกัน ทำให้การศึกษาวิจัยเป็นแบบนิ่งและเป็นเชิงบรรยาย มากกว่าจะวิเคราะห์และวิพากษ์วิจารณ์เพื่อให้เห็นพลวัตของการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่บ้านและชุมชนที่ขับเคลื่อนด้วยกระบวนการภายในของชุมชนเอง

ภัตสร ลิมานนท์ (2544) ได้ให้ความเห็นไว้ว่า การดำเนินงานด้านการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่บ้านและในชุมชนที่ผ่านมาไม่ว่าจะดำเนินงานโดยรัฐ NGOs องค์กรชุมชน หรือองค์กรผู้ติดเชื้อ ยังขาดการศึกษาและบันทึกรายละเอียดของกระบวนการไว้อย่างเป็นระบบ ทำให้มองไม่เห็นภาพรวมของกระบวนการทั้งหมด และเมื่อมีการหยิบยืมไปใช้ในพื้นที่อื่นก็นำไปเฉพาะส่วนที่เห็นเป็นรูปธรรมเท่านั้น พวกเรามองว่าส่วนที่เป็นนามธรรม เช่น จิตสำนึกของคน ประเพณีวัฒนธรรม การต่อสู้ดิ้นรน และการต่อรองกับอำนาจต่างๆ ของผู้ที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เป็นบริบทเงื่อนไขสำคัญที่มีผลต่อความสำเร็จและความล้มเหลวของกลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่บ้านและชุมชนอย่างยิ่ง แต่ประเด็นเหล่านี้มักได้รับการเก็บเกี่ยวไปพิจารณาในการทำงานกันน้อยมาก

จากการทบทวนงานวิจัยด้านเอดส์ พวกเราพบว่างานวิจัยแนว Home and Community-based Care ที่เป็นการวิเคราะห์กระบวนการจริงๆ มีน้อยมาก ส่วนใหญ่มักเป็นงานในลักษณะของการรวบรวมตัดตอน และแยกส่วนบทเรียนมานำเสนอ หรือเป็นงานวิจัยแนวโรแมนติคที่เขียนขึ้นเพื่อชื่นชมคนทำงานเสียสละในระดับชุมชน เช่น งานวิจัยของเสรี พงศ์พิศ เป็นต้น จนทำให้พวกเราอดตั้งข้อสงสัยไม่ได้ว่ารูปแบบ Home and Community-based Care ตามกรอบคิดของนักวิชาการหรือข้าราชการที่ถูกนำมาขับเคลื่อนและผลักดันโดยหน่วยงานรัฐนั้น มันมีอยู่จริงหรือเปล่าในบ้านเราอย่างไรก็ตามจากการเฝ้าสังเกตการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในระดับหมู่บ้านในภาคอีสาน ในฐานะที่คนทำงานเอดส์คนหนึ่ง ทำให้พวกเราคิดว่า Home and Community-based Care ตามกรอบคิดแบบพื้นบ้านที่อาศัยภูมิปัญญาชาวบ้านไทย และอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์แบบเครือญาติที่ตัดกันไม่ได้ขาดกันไม่ขาด หรือ การช่วยเหลือกันยามยากของผู้คนในหมู่บ้าน กลับมีความโดดเด่นและหลากหลายมากกว่ากรอบคิดเรื่องการดูแลที่บ้านและในชุมชนเชิงระบบที่รัฐสนับสนุนและจัดการเสียอีก แต่เนื่องจากวิธีปฏิบัติของชาวบ้านเหล่านั้น ไม่ได้อยู่ในกรอบคิดเชิงระบบและเป็นทางการตามที่รัฐเข้าใจและอยากให้เป็น จึงไม่ค่อยได้รับความสนใจศึกษาวิจัยกันเท่าไร นอกจากนี้จากการทบทวนงานวิจัยและเอกสารต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ในสังคมไทย พบว่าไม่มีงานวิจัยชิ้นใดที่ใช้

มุมมองเชิงวิพากษ์ในการศึกษาวิเคราะห์นโยบายและปฏิบัติการของมาตรการการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชน

การรื้อสร้างอัตลักษณ์ของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ในนโยบายการดูแลที่บ้านและในชุมชน

ในส่วนนี้พวกเราต้องการทำความเข้าใจว่ารัฐมีวิธีคิดและเจตจำนงอะไรอยู่เบื้องหลังการสนับสนุนนโยบายการใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยที่รัฐในที่นี้หมายถึงรัฐบาลหรือผู้ที่มีอำนาจในการตัดสินใจและผลักดันนโยบายนี้ออกมาเพื่อจัดการกับปัญหาเอดส์ กล่าวอีกนัยหนึ่งก็คือพวกเราต้องการทำความเข้าใจว่านโยบายนี้ต้องการให้บรรลุผลอะไร และรัฐใช้กลไกเกณฑ์กติกาตลอดจนวิธีการอย่างแยบยลอะไรบ้าง เพื่อให้บรรลุเป้าประสงค์ที่ต้องการ พวกเราคิดว่าภายใต้นโยบายส่งเสริมให้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ ได้มีความพยายามในการสร้างกติกาใหม่บางอย่างขึ้นมา และกติกาใหม่นั้นได้ไปเกี่ยวข้องกับอย่างเลื่องไม่ได้กับการสร้างอัตลักษณ์หรือการให้นิยามความหมายแก่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ จะเห็นว่าในช่วงนี้รัฐได้ปรับเปลี่ยนวาทกรรมที่ผลิตความรู้เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อในสังคมเสียใหม่ จากเดิมที่เคยบอกกับทุกคนว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ คือ ตัวแพร่เชื้อ ตัวอันตราย ตัวคุกคามสุขภาพของสังคม และถึงกับเคยมีแนวคิดที่เสนอให้ทำการกักกันผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อไม่ให้อาศัยปนเปื้อนอยู่ในสังคมเช่นคนทั่วไป มาสู่วาทกรรมเอดส์ที่บอกว่า ทุกคนอยู่ร่วมกันได้ ไม่มีเขา (ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ) และไม่มีเรา (คนที่ไม่ติดเชื้อ) อีกต่อไป เป้าหมายการทำงานของวาทกรรมใหม่เป็นความพยายามที่จะรื้อถอนอัตลักษณ์เดิมที่กระบวนทัศน์ระดับชาติวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์ได้ยึดเหนี่ยวให้แก่ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อในอดีต โดยการสร้างอัตลักษณ์ใหม่ของผู้ติดเชื้อขึ้นมา และอัตลักษณ์ใหม่นั้นมีความจำเป็นต้องทำให้สังคมรับรู้และคิดกับผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อในทางบวกมากกว่าทางลบ เพื่อที่จะทำให้การผ่องถ่ายภาระของรัฐในการดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อสู่ภาคบ้านและชุมชนเป็นไปได้เป็นอย่างดี

พวกเราเห็นว่ากลยุทธ์การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนซึ่งได้รับการเสนอแนะโดยองค์การอนามัยโลกให้ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลก ซึ่งประสบกับปัญหาผลกระทบจากเอดส์อย่างรุนแรงนำไปใช้ในการเผชิญและจัดการกับปัญหาเอดส์ในประเทศของตน เป็นนโยบายทางสังคมที่ถูกต้องผลักดันเพราะการวางเงื่อนไขด้านเศรษฐกิจเป็นหลัก จะเห็นว่าในอดีตนั้นนโยบายการใช้บ้านและชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วย (Home and Community-Based Care) เป็นนโยบายด้านสาธารณสุขที่เริ่มขึ้นในประเทศตะวันตกที่มีระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมทั้งสิ้น เช่น อังกฤษ สหรัฐอเมริกา และออสเตรเลีย และพบว่ากลุ่มผู้ป่วยในนโยบายแบบนี้ที่ถูกจัดให้เข้าข่ายกลุ่มที่จะต้องย้ายฐานการดูแลรักษาออกจากโรงพยาบาลที่มีแพทย์และพยาบาลเป็นผู้ดูแลหลัก ไปสู่การให้ครอบครัวและชุมชนเป็นผู้ดูแลหลัก ได้แก่ ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยด้านจิตเวช และผู้ป่วยโรคเรื้อรังอื่นๆ ด้วยการให้เหตุผลที่ว่า การดูแลผู้ป่วยประเภทนี้ในโรงพยาบาลต้องเสียค่าใช้จ่ายสูง และ

การดูแลในโรงพยาบาล (Institutional Care) มักไม่ค่อยตอบสนองต่อความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วย แต่ถ้าสามารถดูแลโดยครอบครัวและชุมชนซึ่งเป็นรูปแบบการดูแลอย่างไม่เป็นทางการ (Informal Care) ได้ ก็จะช่วยลดค่าใช้จ่ายลงและช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตใจของผู้ป่วยได้ จะเห็นว่าในประเทศที่กล่าวมาทั้ง 3 ประเทศ เป็นประเทศที่ใช้ระบบรัฐสวัสดิการทั้งหมด โดยที่ค่าใช้จ่ายด้านสวัสดิการที่เกิดขึ้นส่วนใหญ่ได้ใช้จ่ายไปกับการดูแลผู้สูงอายุและคนพิการ โดยจ่ายในรูปแบบของเงินรายเดือน สวัสดิการการรักษาพยาบาล และการให้บริการต่างๆ แต่เนื่องจากแนวโน้มจำนวนประชากรผู้สูงอายุในประเทศทุนนิยมเหล่านี้มีตัวเลขเพิ่มสูงขึ้นทุกปี ในขณะที่อัตราการเกิดลดลงอย่างต่อเนื่อง ทำให้รัฐสวัสดิการแบบทุนนิยมทั้งหลายต้องนำเอานโยบายการดูแลที่บ้านและในชุมชนมาใช้เพื่อทำให้ภาระค่าใช้จ่ายด้านนี้ของรัฐลดลง อย่างไรก็ตามวิธีคิดที่อิงอยู่กับการให้ความสำคัญแก่ต้นทุนค่าใช้จ่ายและกำไรขาดทุน (Cost-Effectiveness) ซึ่งอยู่เบื้องหลังนโยบายนี้ มักไม่ค่อยมีการพูดถึงหรือพยายามที่จะเลี่ยงไม่พูดถึง และบ่อยครั้งที่วิธีคิดเชิงเศรษฐศาสตร์นี้ถูกกลบอย่างแยบยลด้วยวาทกรรมที่เน้นย้ำอยู่เสมอว่า การดูแลที่บ้านและชุมชนตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยได้ดีกว่าการดูแลในโรงพยาบาล

ซึ่งแน่นอนว่าวิธีคิดดังกล่าวได้ถูกรับเข้ามาอยู่เบื้องหลังนโยบายการให้ชุมชนเป็นฐานในการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อในประเทศไทยด้วย แต่มักถูกกลบไว้อย่างแยบยลภายใต้วาทกรรมที่บอกกับประชาชนว่า ประเทศไทยเป็นประเทศยากจนที่โรงพยาบาลต่าง ๆ มีงบประมาณ บุคลากร จำนวนเตียง และอุปกรณ์ไม่เพียงพอที่จะรองรับผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นทุกปีได้ อีกทั้งมีการเสริมด้วยวาทกรรมที่ว่า การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและชุมชนมีเป้าหมายให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลด้านจิตใจ และเป็นความต้องการของผู้ป่วยเองด้วย ที่จะได้รับการดูแลจากสมาชิกในครอบครัวตนเอง เหตุผลเหล่านี้ทำให้การกระจายความรับผิดชอบในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมาที่ครอบครัวและชุมชนกลายเป็นปฏิบัติการที่ชอบธรรมของประเทศไทยไปในที่สุด ผู้ที่สนับสนุนนโยบายการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านและในชุมชนในประเทศไทยซึ่งมักเป็นคนในวงการสาธารณสุข ถูกปลูกฝังความรู้ที่ทำให้เชื่อว่า “มาตรการนี้เป็นมาตรการที่เข้าถึงรากฐานของสังคมและยึดผู้ป่วยและครอบครัวเป็นศูนย์กลางของบริการ โดยอาศัยปฏิสัมพันธ์ระหว่างองค์กรต่างๆ โดยมาตรการนี้จะช่วยให้ชุมชนและครอบครัวมีความเข้มแข็ง และสามารถจัดการกับปัญหาของตนเองได้มากขึ้น” (สมบัติ แทนประเสริฐสุข 2540:170) ที่กล่าวเช่นนี้พวกเราไม่ได้กำลังปฏิเสธว่าความรู้ดังกล่าว มีภาคปฏิบัติการจริงที่ประสบความสำเร็จในประเทศไทย อย่างไรก็ตามพวกเราเห็นว่าลักษณะดังกล่าวเกิดขึ้นจริงในบางพื้นที่เท่านั้น และอยู่ได้เพียงบางช่วงบางขณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่วนที่เกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขบางอย่างที่ภาครัฐกำหนด ในขณะที่ส่วนที่เกิดขึ้นนอกเงื่อนไขการจัดการของภาครัฐอาจอยู่ได้นานกว่าเพราะเกิดจากการขับเคลื่อนของประชาสังคมผู้ติดเชื้อเอง เช่น การเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อพึ่งตนเองที่เข้มแข็งขึ้นมาในบางชุมชน โดยกลุ่มเหล่านี้ได้ประสานความร่วมมือกับ

โครงสร้างและองค์กรในชุมชนตลอดจนหน่วยงานภายนอก และให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกัน
อย่างมีประสิทธิภาพ ดังที่ได้กล่าวไปแล้วในบทที่ 2

พวกเราลองว่าภายใต้กลยุทธ์การดูแลที่บ้านและชุมชน ประเทศไทยได้รื้อทั้งสร้างใหม่อัตลักษณ์
หรือตัวตนของผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อเอดส์อยู่ตลอดเวลา ทั้งนี้เพื่อให้นโยบายการดูแลที่บ้าน
และชุมชนมีความชอบธรรมและบังเกิดผลในทางปฏิบัติ อัตลักษณ์ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่ถูกสร้างขึ้น
ภายใต้กลยุทธ์นี้มีอยู่ 2 ลักษณะ ซึ่งค่อนข้างขัดแย้งกันเองอยู่ในที่ อัตลักษณ์ประเภทแรกที่เรพบมัก
ถูกซ่อนไว้ระหว่างบรรทัดโดยไม่นำมาพูดถึง เพราะถ้าพูดถึงจะทำให้เห็นนโยบายการดูแลผู้ป่วยเอดส์/ผู้
ติดเชื้อที่บ้านและชุมชนขาดความชอบธรรมขึ้นมาทันที อัตลักษณ์ที่ว่านี้ให้ความหมายว่าผู้ติดเชื้อ/
ผู้ป่วยเอดส์เป็นบุคคลไร้ค่า เป็นผู้บริโภค ไม่ใช่ผู้ผลิต เป็นภาระของสังคม การยอมรับนโยบายที่
มุ่งเน้นการดูแลที่บ้านและชุมชนแสดงว่า ประเทศไทยมีฐานคิดไม่แตกต่างจากรัฐทุนนิยมที่เป็นแม่แบบ
ของประดิสัฎฐ์กรรมทางสังคมชั้นนี้ โดยรัฐไทยมองผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่แตกต่างไปจาก
ผู้สูงอายุ คนพิการ ผู้ป่วยด้านจิตเวช หรือผู้ป่วยด้วยโรคเรื้อรังอื่นๆ กล่าวคือมองว่าบุคคลประเภท
เหล่านี้ “ไร้สมรรถนะในการผลิต” คือ ไม่สามารถทำการผลิตทางเศรษฐกิจได้อีกต่อไป แต่เป็น
ผู้บริโภคที่เป็นภาระของสังคมเพราะเจ็บป่วยและสังคมต้องดูแล และถ้าหากต้องรักษาดูแลกันใน
โรงพยาบาลก็ไม่สามารถกระทำได้ เพราะรัฐทุนนิยมมองว่าต้นทุนในการดูแลรักษาในโรงพยาบาล
สูง ในขณะที่ผลตอบแทนกลับมาจากเศรษฐกิจแทบจะไม่มี การที่รัฐจะแบกรับภาระตรงนี้ไว้ก็ไม่
คุ้มค่า แต่เป็นภาระด้านงบประมาณของประเทศอย่างมาก และถือเป็นการสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจ
จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้ครอบครัวและชุมชนของผู้ป่วยเหล่านี้เข้ามารับภาระการดูแลแทนรัฐ
โดยรัฐอาจสนับสนุนด้านงบประมาณบางส่วนในระยะแรก

ในช่วงเดียวกับการนำมาตรการการดูแลที่บ้านและในชุมชนมาใช้ รัฐได้ผลิตวาทกรรม
เอดส์ขึ้นมาชุดหนึ่ง คือ วาทกรรมเรื่องการอยู่ร่วมกับเอดส์ ซึ่งวาทกรรมนี้ได้สร้างตัวตนแบบใหม่
ให้กับผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยบอกกับสังคมว่าผู้ติดเชื้อ คือ คนปกติที่สามารถอยู่ร่วมกับครอบครัวและ
ชุมชนได้โดยไม่เป็นอันตราย นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อยังถูกนำเสนอในฐานะที่เป็นบุคคลที่มีคุณค่า มี
ศักยภาพ และสามารถพึ่งตนเองทางเศรษฐกิจได้ แต่วาทกรรมดังกล่าวทำงานภายใต้ข้อแม้ที่ว่า
อัตลักษณ์ใหม่ทางบวกของผู้ติดเชื้อจะเป็นจริงได้ ต่อเมื่อผู้ติดเชื้อได้รับการยอมรับจากสมาชิกใน
ครอบครัวและชุมชน โดยไม่มีการรังเกียจ หรือกีดกัน ตลอดจนมีการประสานความช่วยเหลือพัฒนา
ศักยภาพให้ พวกเราลองว่าการนำเสนอตัวตนใหม่ของผู้ติดเชื้อโดยการวางเงื่อนไขของรัฐแบบนี้ ก็
เพื่อตั้งให้ครอบครัวและชุมชนหยุดทอดทิ้งผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ แต่หันมาสนใจให้การดูแลผู้ติดเชื้อ
และผู้ป่วยเอดส์นั่นเอง การวางเงื่อนไขดังกล่าวมาจากสภาพความเป็นจริงที่ว่า ยังมีครอบครัวและ
ชุมชนอีกจำนวนหนึ่งตั้งแง่รังเกียจ ตีตรา และกีดกันผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ และความเป็นจริง
ดังกล่าวเป็นอุปสรรคใหญ่หลวงต่อการกระจายภาระการดูแลผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อจากหน่วยงาน

ของรัฐ เช่น สถานพยาบาล ไปสู่ครอบครัวและชุมชน อย่างไรก็ตามการเคลื่อนไหวในรูปประชาสังคมเอดส์ที่ช่วยเปิดมิติการอยู่ร่วมกับเอดส์ ได้นำเสนอตัวตนผู้ติดเชื้อในฐานะที่มีคุณค่า มีศักยภาพ และสามารถทำประโยชน์ให้กับสังคมได้ด้วยเช่นกัน แต่การนำเสนอตัวตนดังกล่าวจากภาคประชาสังคมเอดส์มีวัตถุประสงค์ที่แตกต่างจากการนำเสนอของภาครัฐ กล่าวคือ เพื่อพลิกผันสถานการณ์เลวร้ายที่ถูกรังเกียจ ศีตรา และกีดกัน จนกระทั่งไม่มีพื้นที่ที่จะยืนในสังคม ไปสู่การยอมรับของชุมชนและรัฐได้

ที่ผ่านมาไม่พบว่ามียานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่บ้านและในชุมชนขึ้นใดที่ใช้แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองมาทำการวิเคราะห์มาตรการนี้ ส่วนใหญ่จะออกมาในลักษณะให้การสนับสนุนมาตรการนี้ทั้งสิ้น งานวิจัยหลายชิ้นมองว่าการย้ายฐานการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อมาไว้ที่บ้านและชุมชนเป็นการให้อิสระกับผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ ตลอดจนครอบครัวในการตัดสินใจด้านการดูแลรักษา มีลักษณะเป็นประชาธิปไตย อีกทั้งยังสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนในการจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของตนเองได้ แต่พวกเขามองว่ามาตรการนี้ได้ตอบสนองต่อเป้าหมายของทุนนิยมโดยเฉพาะ ที่ต้องการถอดถอนคนที่ทุนนิยมมองว่าไม่ทำการผลิตอีกต่อไปให้ออกไปจากระบบ พวกเราไม่ได้มองว่ามาตรการนี้เป็นการให้อิสระแก่ผู้ติดเชื้อและครอบครัวในการดูแลตนเอง ตลอดจนไม่ได้เห็นว่ามาตรการนี้จะสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนอย่างแท้จริง เพราะความเป็นครอบครัวและความเป็นชุมชนในสังคมไทยปัจจุบันเอง ก็เริ่มมีภาพที่ไม่ชัดเจนว่าคืออะไรกันแน่ ในบางกรณีของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อพบว่า ความเป็นครอบครัวและความเป็นชุมชนไม่ได้ดำรงอยู่ในบริบททางสังคมของพวกเขาด้วยซ้ำไป อย่างไรก็ตามการจัดการกับปัญหาเอดส์ภายใต้กระบวนการทัศน์ประชาสังคม ซึ่งพยายามทำความเข้าใจกับความหมายของชุมชนในฐานะที่เป็นกระบวนการต่อสู้ของคนชายขอบหรือคนไร้อำนาจในสังคม ได้มองว่าการดูแลที่บ้านและชุมชนที่จัดการกันเองโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อโดยที่รัฐไม่ได้มีส่วนเกี่ยวข้องใด ๆ เป็นมาตรการหนึ่งของการตอบโต้การครอบงำของสถาบันการแพทย์สมัยใหม่ และต่อต้านรัฐในฐานะเป็นผู้อุปถัมภ์สถาบันนี้

ผู้หญิงในฐานะ “บ้านและชุมชน” กับภาระที่ต้องแบกรับ

ในภาคปฏิบัติการของนโยบายส่งเสริมมาตรการการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่บ้านและในชุมชนพบว่า ลักษณะของความเป็น gendered care มีความชัดเจนมาก กล่าวคือ ผู้หญิง ซึ่งได้แก่ แม่ ภรรยา พี่สาว น้องสาว หลานสาว และลูกสาว ถูกทำให้กลายเป็นผู้ให้การดูแลหลักแก่คนในครอบครัวที่ติดเชื้อและมีอาการป่วยด้วยเชื้อเอชไอวีซึ่งมักเป็นผู้ชาย เช่น สามี พ่อ ลูกชาย น้องชาย พี่ชาย เป็นต้น และในกรณีที่ผู้ติดเชื้อเป็นเด็กติดเชื้อหรือเด็กกำพร้าเพราะพ่อแม่เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ ภาระก็มักตกอยู่กับ น้ำสาว ป้า ย่า และยาย (จอห์น โนเคล และคณะ 2545, มณฑิรา เขียวยิ่ง และ จินตนา ตั้งวรพงศ์ชัย ไม่ระบุปีที่พิมพ์, ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ และอรุณรัตน์ วัฒน

พลิน 2539, พวงเพ็ญ ชุณหปราณ และคณะ 2539, ภัสสร ลิมานนท์ 2539, ปาริชาติ จันทร์จิรัส และคณะ 2537, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข 2537, 2542) และงานวิจัยเกี่ยวกับประชาสังคมภาคสตรีด้านเอดส์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อในภาคเหนือตอนบน พบว่าในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีอยู่ประมาณ 186 กลุ่ม ส่วนใหญ่มีผู้ชายเป็นผู้นำกลุ่ม แต่บางคนทำงานจริงๆ กลับเป็นผู้หญิงแทบทั้งหมด ในขณะที่กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีผู้หญิงเป็นผู้นำกลุ่มมีจำนวนเพียงไม่กี่กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพลังชีวิต กลุ่มแม่ข่ายคอยสะเก็ด กลุ่มมิตรภาพหญิง กลุ่มประสานใจทุ่งสะโตก เป็นต้น (บุบผา วัฒนาพันธ์ และ ศิวรักษ์ ศิวารมย์ 2543)

เห็นได้ชัดเจนนโยบายที่ส่งเสริมมาตรการการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่บ้านและในชุมชนนั้นไม่ได้ใช้ฐานคิดที่คำนึงถึง/ให้ความสำคัญกับมิติด้านเพศภาวะ (the gendered nature of care) ของการดูแลซึ่งดำรงอยู่ในสังคมไทยเลย ในทางตรงกันข้ามกลับส่งเสริมให้บรรทัดฐานทางเพศภาวะเดิม ๆ ที่เชื่อว่า “ธรรมชาติสร้างผู้หญิงมาให้เป็นผู้ดูแล” ถูกผลิตซ้ำอย่างต่อเนื่อง สังคมไทยคาดหวังกันมาช้านานว่า ผู้หญิงควรมีบทบาทในการดูแลสมาชิกในครอบครัว วิเคราะห์กันจนถึงที่สุดแล้วพวกเราอยากบอกว่า โดยเจตนาหรือไม่เจตนาก็ตาม นโยบายรัฐที่สนับสนุนมาตรการการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่บ้านและในชุมชนกำลังหยิบใช้ประโยชน์จากระบบปฏิบัติในประเทศไทยดั้งเดิม ที่สอนสั่งและคาดหวังให้ผู้หญิงไทยไม่ว่าจะอยู่ในสถานภาพของการเป็นแม่ ภรรยา ป้า น้า ย่า ยาย พี่สาว น้องสาว และลูกสาว จะต้องมีชีวิตที่ยึดโยงอยู่แต่ภายในบ้าน (domestic sphere) ซึ่งการยึดโยงอยู่กับบ้านเช่นนี้ทำให้ผู้หญิงต้องทำบทบาทภายในบ้านแทบทุกด้านด้วย โดยบทบาทดังกล่าวได้รวมเอาการทำงานทุกประเภทที่อยู่ภายในบ้าน เช่น ปัดกวาด เช็ดถู ประกอบอาหาร ซักล้าง ตลอดจนรวมไปถึงการดูแลสมาชิกในบ้านที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ เช่น เด็ก คนแก่ และคนป่วย

นอกจากนี้บทบาทของการเป็นผู้ดูแลของผู้หญิงยังขยายไปสู่การดูแลในระดับหมู่บ้านด้วย เช่น ผู้หญิงถูกคาดหวังให้เป็นผู้ปรุงอาหารในงานบุญต่างๆ หรือในงานเลี้ยงรับรองแขกของหมู่บ้าน เป็นต้น ดังนั้นเมื่อมีมาตรการส่งเสริมการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่บ้านและในชุมชนเกิดขึ้น และถูกนำเข้ามาในหมู่บ้านโดยหน่วยงานภาครัฐหรือองค์กรพัฒนาเอกชน ผู้ที่จะต้องมีบทบาทหลักในการรับภาระการดูแลตามมาตรการนี้ก็หนีไม่พ้นผู้หญิง ในหลายพื้นที่กลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อหรือที่ต้องดูแลสามีหรือลูกที่ติดเชื้อได้เข้าร่วมกลุ่มพัฒนาอาชีพเพื่อหารายได้มาช่วยจุนเจือครอบครัว เราพบว่าในโครงการป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์ระดับหมู่บ้านในภาคอีสาน มีผู้หญิงเข้าร่วมเป็นอาสาสมัครด้านเอดส์ในสัดส่วนที่สูงกว่าผู้ชาย โดยอาสาสมัครเหล่านี้ทำหน้าที่ออกเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในหมู่บ้านของตนเองและหมู่บ้านใกล้เคียงที่ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้ และที่ต้องการความช่วยเหลือเร่งด่วน เช่น การพาไปโรงพยาบาล การช่วยหุงหาอาหาร เป็นต้น

พวกเรามองว่าเบื้องหลังวิธีคิดในระดับนโยบาย ที่เสนอมาตรการการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ที่บ้านและในชุมชนให้เป็นทางออกสุดท้ายในการจัดการกับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ไม่ได้มีการคำนึงถึงว่าผู้หญิงจะต้องเผชิญกับภาระอันหนักหน่วงนี้อย่างไร และจะเกิดผลกระทบ

อะไรบ้างต่อชีวิตของผู้หญิงที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่บ้านและในชุมชน จากการอ่านงานศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้พอสรุปได้ว่า ผู้หญิงที่เป็นผู้ดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านมักประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจ เพราะมีค่าใช้จ่ายในการดูแลโดยเฉพาะด้านการรักษาพยาบาล เช่น ค่าเดินทาง ค่ารักษา ค่ายา เป็นต้น ปัญหาทางจิตใจของผู้ดูแลรักษา เช่น เกิดความเครียด เกิดความกลัว ปัญหาด้านสุขภาพของผู้ดูแลรักษา เนื่องจากผู้ดูแลบางคนเป็นผู้หญิงสูงอายุ ผู้หญิงที่ติดเชื้อจากสามี และในหลายกรณีเป็นลูกสาวที่ยังเป็นเด็ก เมื่อต้องทุ่มเทเวลาให้กับการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ทำให้ไม่มีเวลาดูแลตัวเอง

นอกจากนี้ผู้หญิงที่เป็นผู้ดูแลบางคนต้องรับผิดชอบทั้งงานประจำนอกบ้าน ภาระงานบ้าน และการดูแลลูก โดยเฉพาะผู้หญิงที่ต้องทำหน้าที่เป็นหัวหน้าครอบครัวก็ต้องเผชิญปัญหาอันหนักอึ้งนี้ตามลำพัง ขาดแหล่งสนับสนุนทางสังคมที่จะให้ความรู้และให้คำปรึกษาแก่ผู้ดูแล รวมทั้งทรัพยากรอื่น ๆ ที่จำเป็นต่อการดูแลรักษา ปัญหาด้านความรู้เกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ผู้ดูแลที่เป็นผู้หญิงในครอบครัวชนบทมักมีการศึกษาน้อย บางคนอ่านหนังสือไม่ออก ต้องพึ่งพาการถ่ายทอดความรู้จากผู้อื่น ทำให้มีความรู้ด้านเอดส์และการดูแลรักษาเกี่ยวกับเอดส์ไม่เพียงพอ ซึ่งส่งผลให้โอกาสในการเข้าถึงทรัพยากรเพื่อการดูแลรักษาน้อยไปด้วย

บทที่ 4

บทสรุปและข้อเสนอแนะ

กล่าวโดยสรุปแล้ว พวกเราพบว่าการเผชิญปัญหาโรคเอดส์ของสังคมไทยภายใต้การนำของคนที่ทำงานที่ใช้กระบวนการทัศนระบาศวิทยา-พฤติกรรมศาสตร์ ส่งผลให้สังคมไทยขาดพลังที่เข้มแข็งในการจัดการกับปัญหาผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์ ทั้งนี้เพราะการทำงานภายใต้กระบวนการทัศนหลักดังกล่าว ได้มีส่วนในการไปทำลายความเป็นชุมชน มากกว่าไปสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เนื่องจากการทำงานภายใต้กระบวนการทัศนดังกล่าวได้สร้างและยึดเยียดความเป็นอื่น (Otherness) ให้กับกลุ่มคนต่างๆ ในสังคมและชุมชน เช่น การจำแนกคนเป็น กลุ่มเสี่ยง กลุ่มผู้ติดเชื้อ กลุ่มผู้ที่ได้รับผลกระทบ เป็นต้น กลุ่มคนบางกลุ่มที่ถูกกระแกว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ถูกต้อออกมาในแง่ที่เป็นตัวคุกคามความอยู่ดีมีสุขของสังคม ทำให้สังคมและชุมชนอยู่ท่ามกลางความหวาดกลัว หวาดระแวงสงสัยซึ่งกันและกัน ผู้ติดเชื้อถูกรังเกียจ กีดกัน ไม่ได้รับการช่วยเหลือดูแลจากสังคมและแม้กระทั่งจากครอบครัวและชุมชนของตนเอง พวกเขาถูกทำให้อ่อนแอ สิ้นหวัง หวาดกลัวความเจ็บป่วยและความตายจากโรคเอดส์ หวาดระแวงคนรอบข้างเพราะกลัวความลับถูกเปิดเผย เพราะเมื่อเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อของตัวเองออกไปก็มักถูกรังเกียจ ถูกจำกัดพื้นที่ ถูกปฏิเสธการช่วยเหลือหรือถูกควบคุมพฤติกรรมด้วยวิธีการจัดการกับปัญหาในมุมมองของการแพทย์และการสาธารณสุขล้วนๆ

ส่วนมโนทัศน์เรื่องชุมชนภายใต้กระบวนการทัศนประชาสังคมได้มีส่วนร่วมในหลายแง่มุมของกระบวนการเชิงนโยบายและการจัดการกับเอดส์ในสังคมไทย ประเด็นเรื่องสิทธิมนุษยชนและความเป็นศูนย์กลางของคนที่เป็นแนวคิดหลักของกระบวนการทัศนนี้ ก็มีอิทธิพลต่อการมองประเด็นและการทำความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่สัมพันธ์กับชีวิตทางสังคมของคน อย่างไรก็ตาม การมุ่งเน้นไปที่แนวคิดเรื่องชุมชนแบบประชาสังคม โดยคาดหวังว่าจะทำให้เกิดคุณภาพในสังคมและจะนำมาซึ่งความเป็นชุมชนกลับคืนสู่สังคมไทยดั้งเดิม เป็นเรื่องที่พวกเราคิดว่ายังควรจะต้องตระหนักให้ถ้วนถี่และรอบคอบ เนื่องจากการทบทวนงานวิจัยและทบทวนเอกสารโครงการชุมชนที่เกี่ยวกับเอดส์ที่ผ่านมา มีหลายงานที่ชี้ให้เห็นว่า “ชุมชน” ในแต่ละกระบวนการทัศนมีข้อเด่นและข้อด้อยที่แตกต่างกันไป การที่จะนำชุมชนเป็นแนวคิดหลักของการทำงานเอดส์ก็ควรจะต้องพิจารณาถึงความเหมาะสมและความเป็นไปได้ของการปฏิบัติงาน มโนทัศน์ชุมชนในกระบวนการทัศนรัฐธรรมนูญ มีจุดแข็งในแง่ของการปฏิบัติและดำเนินงานภายใต้โครงสร้างที่มีบุคลากรและงบประมาณสนับสนุน อำนวยการจัดการเป็นไปอย่างมีระบบ ผู้ปฏิบัติไม่ต้องใช้ความคิดมากนัก แต่ข้อด้อยก็คือ ระบบและโครงสร้างขององค์กรที่ใหญ่และการสั่งการที่เชื่อมโยงจากการรวมศูนย์

อำนาจ ไม่เปิดพื้นที่ให้ชุมชนได้แสดงศักยภาพได้อย่างเต็มที่ และหากไม่มีนโยบายและงบประมาณสนับสนุนจากรัฐหรือองค์กรภายนอกก็ไม่สามารถอยู่รอดได้

ในส่วนของมโนทัศน์ชุมชนแนวประชาสังคมนั้น จุดแข็งก็คือเป็นการแสดงความร่วมมือกันอย่างเท่าเทียมและตรงกับความต้องการของชุมชนอย่างแท้จริง ทำให้ปัจเจกและชุมชนได้แสดงศักยภาพของตนในการสร้างสรรค์สิ่งใหม่ ๆ ให้เกิดขึ้นมาได้ การโยงโยกกันเป็นเครือข่ายก็จะช่วยเสริมให้ฐานเข้มแข็งและกว้างขวาง แต่ในขณะที่เดียวกันงานวิจัยหลายงานได้สะท้อนให้เห็นว่าชุมชนแบบประชาสังคมอาจมีปัญหาได้ และการทำโครงการแต่ละโครงการอาจมีปัญหาคือความไม่ยั่งยืนอยู่ด้วย ทั้งนี้เป็นเพราะความสนใจของปัจเจกที่มีได้หลากหลายและปรับเปลี่ยนไปมาได้อยู่ตลอดขึ้นอยู่กับเป้าประสงค์ที่ต้องการ ประกอบกับความเป็นสมาชิกภาพก็ไม่แน่นอน ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลก็อาจไม่แน่นแฟ้นนัก รวมทั้งข้อผูกมัดของการร่วมกลุ่มก็มิได้แสดงไว้อย่างชัดเจน ความร่วมมือที่คาดหวังว่าจะได้รับอย่างแข็งขันจากสมาชิกก็อาจจะลดน้อยลงไป หรืออาจจะไม่ได้รับความร่วมมือเลยก็ได้เมื่อเวลา เงื่อนไข และสถานการณ์เปลี่ยนไป เช่น ชุมชนในอินเทอร์เน็ต สามารถเข้าและออกได้ทุกเมื่อตามที่ต้องการ การที่เข้าร่วมในการสนทนาพูดคุยในปัญหาเดียวกันได้ ก็ไม่จำเป็นต้องมาอยู่ที่นั่นจะต้องมาร่วมทำกิจกรรมที่จัดขึ้น แต่จุดดีก็คือ ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนเช่นนี้ย่อมมาร่วมด้วยความตั้งใจจริง ตามทฤษฎีของนักคิดหลายคนได้แสดงให้เห็นว่าชุมชนแบบประชาสังคมอาจเปราะบางได้ และหากการจัดการในกลุ่มไม่ดีพอ ก็อาจทำให้กลุ่มกระจัดกระจาย ไร้ทิศทาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากคนในกลุ่มเคยแต่เป็นผู้รับมาโดยตลอด มิได้เคยเป็นผู้กระทำหรือนำการเคลื่อนไหว ผู้นำของชุมชนควรต้องเข้มแข็งและสร้างความเชื่อมั่นพอสมควรที่จะยึดกลุ่มไว้ได้ ขณะเดียวกันปัญหาในเรื่องเงินทุนและการแทรกแซงจากองค์กรภายนอกก็เป็นอีกปัจจัยที่ควรจะต้องพิจารณาด้วยเช่นกัน

อย่างไรก็ตาม พวกเราขอย้ำว่าการมองเห็นความเป็นชุมชนในมิติกระบวนการและมิติเชิงโครงสร้างสังคมและสถาบันไปพร้อมๆ กัน น่าจะทำให้คนทำงานที่ต้องการใช้ชุมชนเป็นฐานในการแก้ไขปัญหาสังคมต่างๆ มีข้อใคร่ครวญพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อหาทางออกในการทำงานได้มากขึ้น โดยเฉพาะเมื่อพบว่า “รูปแบบการทำงานที่เคยใช้” ได้ผลในชุมชนหนึ่งกลับล้มเหลวในชุมชนอื่น” หรือเมื่อต้องเผชิญกับสถานการณ์ที่ว่า “โครงการพัฒนาต่างๆ ที่ดูสำคัญลุ่มป้อนกันมาเป็นแรมปี มีอันต้องล้มหายตายจากเมื่อไม่มีการผลักดันจากภายนอกชุมชน”

นอกจากนี้ หากภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ตลอดจนภาคประชาชนยังเห็นว่ามาตรการการดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อที่บ้านและในชุมชน เป็นทางออกที่ดีที่สุดในการเผชิญกับปัญหาคำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นจนรัฐบาลรับมือไม่ได้ พวกเราเห็นว่าผู้ที่รับผิดชอบผลักดันมาตรการนี้ไปสู่การปฏิบัติ ควรได้ทบทวนวิธีคิด ตลอดจนวิธีการทำงานที่ผ่านมา เพื่อทำให้มาตรการนี้มีความไวต่อภาวะหรือมีความไวต่อการให้ความหมายทางวัฒนธรรมของความเป็นหญิงเป็นชายใน

สังคมไทยมากขึ้น (gender sensitivity) พวกเราเห็นว่าการให้ความสำคัญกับการให้ความรู้และเสริมทักษะด้านการดูแลสุขภาพให้แก่สมาชิกครอบครัวที่เป็นผู้ชาย ตลอดจนการทำให้ผู้ชายเห็นคุณค่าของการได้ดูแลสุขภาพผู้อื่น น่าจะเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญควบคู่ไปกับมาตรการนี้ ทั้งนี้ เพื่อช่วยผ่อนคลายภาระด้านนี้ของผู้หญิงไปสู่ผู้ชายได้บ้าง

บรรณานุกรม

- กนกพร แสงธรรม. 2541. ปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับของชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ ศึกษาเฉพาะกรณีบ้านพระเจ้าทองทิพย์ ตำบลบ้านกลาง อำเภอสันป่าตอง จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กนกภรณ์ ชูเชิด. 2547. ปัจจัยเชิงกระบวนการกลุ่มที่มีอิทธิพลต่อประสิทธิผลของกลุ่มช่วยเหลือตนเองตามการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ. 2535. รายงานผลโครงการพัฒนาบริการทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และครอบครัว. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข.
- กัญจนา ดีวิเศษ (บรรณาธิการ). 2537. การแพทย์แผนไทยกับการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์. สถาบันการแพทย์แผนไทย กระทรวงสาธารณสุข.
- เกียรติคุณ เผ่าทรงฤทธิ์ และ จิราภรณ์ ยาชมภู. 2543. โครงการศึกษาการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนของประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- เกรียงศักดิ์ เจริญวงศ์ศักดิ์. 2544. ชุมชนนิยม: ฝ่าวิกฤตชุมชนล่มสลาย. กรุงเทพฯ: ชัคเชส มีเดีย.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2535. แนวคิดไทย เรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย. ใน นิธิอุบล คุณวัฒน์ (บรรณาธิการ) ระบบการแพทย์พื้นบ้านในชนบทไทย. กรุงเทพฯ: ดีไซน์.
- โกมาตร จึงเสถียรทรัพย์. 2536. แนวคิดไทย เรื่องเจ็บไข้ได้ป่วย. ใน เสรี พงศ์พิส (บรรณาธิการ) ภูมิปัญญาชาวบ้านกับการพัฒนาชนบท เล่มที่ 2. กรุงเทพฯ: อมรินทร์พริ้นติ้งกรุ๊ป.
- คณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนพัฒนาชนบท (กป.อพช.) ภาคอีสาน. 2540. NGOs อีสาน: ทางเลือกแห่งพลังการเปลี่ยนแปลง. ขอนแก่น: พิมพ์ดี จำกัด.
- จิราลักษณ์ จงสถิตมัน. 2538. รายงานการวิจัยเรื่องการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยการปฏิบัติธรรม : ศึกษากรณีวัดดอยเกิ้ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน. เชียงใหม่ : ศูนย์สตรีศึกษา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- จอห์น โนเดล และคณะ. 2545. ผลกระทบจากการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ของบุตรวัยผู้ใหญ่ต่อบิดามารดาสูงวัย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม.
- ฉลาดชาย รมิตานนท์. 2545. วาทกรรม “ความสวย”. ใน วิระดา สมสวัสดิ์ (บรรณาธิการ). พลวัตสังคมผ่านสายตานักวิชาการไทย: หกสิบปีฉลาดชาย รมิตานนท์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.

- ฉลาดชาย รมิตานนท์. 2545. วัฒนธรรมและอัตลักษณ์: ชุมชนและการบริโภคอัตลักษณ์ความเป็นชาติพันธุ์. ใน วีระดา สมสวัสดิ์ (บรรณาธิการ). พลวัตสังคมผ่านสายตานักวิชาการไทย: หกสิบปีฉลาดชาย รมิตานนท์. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.
- ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. 2529. บ้านและเมือง. กรุงเทพฯ : สร้างสรรค์
- ฉัตรทิพย์ นาถสุภา. 2540. วัฒนธรรมไทยกับขบวนการเปลี่ยนแปลงสังคม. พิมพ์ครั้งที่ 4. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ชยันต์ วรรธนะภูติ และคณะ. 2543. ศักยภาพและขบวนการทางสังคมในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของผู้ติดเชื้อ. รายงานสรุปสาระสำคัญจากผลการศึกษาวิจัยเพื่อเป็นเอกสารประกอบการประชุมวิชาการสังคมกับสุขภาพ ครั้งที่ 1 เรื่อง “ประชาสังคมกับสุขภาพ ข้อเท็จจริง และทิศทาง” จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วันที่ 3-4 กรกฎาคม.
- ชยันต์ วรรธนะภูติ. 2539. การพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว และชุมชน ในการป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์. สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 6 (26-28 สิงหาคม 2539). จัดโดยกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 31-39.
- ชื่นจิตต์ เพชรชาติ, โสภา เขียววิจิตรและดารุณี ภูษณสุวรรณศรี. 2537. การสำรวจความต้องการของผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัวเกี่ยวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้าน. กรุงเทพฯ : แผนกอบรมอนามัยในบ้าน สำนักงานกลาง สภาอากาศไทย.
- ชูชัย สุภวงส์ และยุวดี คาคการณ์ไกล. (บรรณาธิการ). 2543. ประชาสังคม ทรรศนะนักคิดในสังคมไทย. กรุงเทพฯ: มติชน.
- ณัฐพงศ์ จิตรนิรัตน์. 2544. ชุมชนศึกษา: การศึกษาชุมชนในยุคหลังสมัยใหม่ (Post Modernism). สงขลา: มหาวิทยาลัยทักษิณ.
- ดวงฤทัย พงศ์เชี่ยวชาญ. . การมีส่วนร่วมของชุมชนและสิ่งสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันโรคเอดส์ ในบ้านถวาย ตำบลขุนคอง อำเภอหางดง จังหวัดเชียงใหม่.
- ดวงสมร พันธูเสนและคณะ. 2539. คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์โดยครอบครัวและชุมชน. กรุงเทพฯ: ทัดดาว ลอโรจน์วงศ์ และคณะ. 2541. ความคิดเห็นของสตรีภาคเหนือต่อการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และการอยู่ร่วมกันในสังคม. กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยการศึกษาทางไกล สถาบันวิจัยและพัฒนา มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมราช.
- บุบผา วัฒนาพันธ์ และศิริรักษ์ ศิวารมย์. 2543. ศักยภาพประชาสังคมด้านสตรีในการแก้ไขปัญหาเอดส์. รายงานสรุปสาระสำคัญจากผลการศึกษาวิจัย เพื่อเป็นเอกสารประกอบการประชุมวิชาการสังคมกับสุขภาพครั้งที่ 1 เรื่องประชาสังคมกับสุขภาพ ข้อเท็จจริงและทิศทาง จัดโดย สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข วันที่ 3-4 กรกฎาคม.
- บำเพ็ญจิต แสงชาติ และ วาสนี วิเศษฤทธิ์. 2544. รายงานสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการ

ปฏิบัติงาน เพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชนภายใต้บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคตะวันออก เชียงเหนือ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ประณีต สว่างวัฒนา และคณะ. 2544. รายงานสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไกการปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชน ในบริบทของสังคมวัฒนธรรมภาคใต้. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

ปาริชาติ จันทร์จรัส และคณะ. 2537. ครอบครัวกับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์: กรณีศึกษาเบื้องต้น. เอกสารวิจัยนำเสนอในการประชุมวิชาการนานาชาติ เรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 10 วันที่ 7-12 สิงหาคม ณ เมืองโยโกฮาม่า ประเทศญี่ปุ่น.

ธรรมบุญ วรณิศสร. 2533. การศึกษาระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในประเทศไทย. วารสารโรคติดต่อ. 16, 3 (กรกฎาคม-กันยายน): 288-313.

นภกรณ หะวานนท์. 2546. วิถีวิทยาในการสร้างความรู้เพื่อความเข้มแข็งของชุมชน. ใน ญาณวิทยาใหม่ในการสร้างความรู้เพื่อความเข้มแข็งของชุมชนและสังคม. กรุงเทพฯ: เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการวันสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

นิพัทธเวช สืบแสง. 2541. รายงานการวิจัย วัฒนธรรมกับพฤติกรรมทางเพศและสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนชาวเขาเผ่าถิ่นและเผ่าขมุ. เชียงใหม่: สถาบันวิจัยชาวเขา กรมประชาสัมพันธ์ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม.

นิภา ต. ตุมรสุนทร และคณะ. 2541. การศึกษาปัจจัยเกื้อหนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์. กรุงเทพฯ : สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทยในพระบรมราชูปถัมภ์.

บุญเทียน ทองประสาน. 2531. แนวคิดวัฒนธรรมชุมชนในงานพัฒนา. กรุงเทพฯ: สภาทอโลกแห่งประเทศไทยเพื่อการพัฒนา.

พัชโรบล นาถประทาน. 2541. ประสบการณ์การรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ในภาคเหนือตอนบนประเทศไทย. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่.

พวงเพ็ญ ชูณหปราณ, สุริพร ธนศิลป์ และสังจา ทาโต. 2539. รายงานการวิจัยเรื่อง ศึกษาความต้องการสนับสนุนของผู้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตกทม. กรุงเทพฯ: ทบวงมหาวิทยาลัย.

พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ. 2541. การทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้จากผลงานวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์เกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย. นครปฐม: โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2537. การเผชิญปัญหาชีวิตของผู้ติดเชื้อเอดส์. นครปฐม: ศูนย์นโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล.

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2540. ประชาสังคมกับการแพทย์และสาธารณสุขไทย. ใน สุวิทย์ วิบุลผล

- ประเสริฐ (บรรณาธิการ). *ประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ*. นนทบุรี: โครงการสำนักพิมพ์สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. 2542. “ผู้หญิงกับการเผชิญปัญหาเอดส์” ใน *รื้อสร้างองค์ความคิดผู้หญิงกับสุขภาพ*. พิมพ์ด้วย บุญมงคล, นิกรณัฏ์ สันทจิรา และศันสนีย์ เรืองสอน, บรรณาธิการ. กรุงเทพฯ: เจนเดอร์เพรส.
- พันธ์ศักดิ์ วราฮ์สวัสดิ. 2539. *การประเมินผลการดำเนินงานการให้บริการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์ เขต 7*. อุบลราชธานี: โรงพยาบาลพระศรีมหาโพธิ์ ศูนย์สุขภาพจิต 3 กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข.
- ภัสสร ลิมานนท์ และคณะ. 2538. *รายงานการวิจัยการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน ชนบทภาคเหนือ : แนวคิดและทางเลือกใหม่*. กรุงเทพฯ : โครงการพัฒนามาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ สถาบันประชากรศาสตร์ และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- ภัสสร ลิมานนท์. 2539. ปัญหาผู้หญิงไทยกับเอดส์: ทางออกอยู่ที่ใด. *วารสารประชากรศาสตร์* 12 (1).
- ภัสสร ลิมานนท์. 2544. *การสังเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับระบบการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและในชุมชนในประเทศไทย: บทเรียนและแนวทางในอนาคต*. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- มณฑิรา เขียวยิ่ง และ จินตนา ตั้งวรพงษ์ชัย. ไม่มีปีที่พิมพ์. *การรับรู้เรื่องโรคเอดส์และบทบาทสามี/ภรรยาในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์*. คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ยุค ศรีอาริยะ [เทียนชัย วงศ์ชัยสุวรรณ]. 2544. ภูมิปัญญาบูรณาการ. ใน *ใน สันติสุข โสภณศิริ (บรรณาธิการ). วิธีสังคมไทย: สรรนิพนธ์ทางวิชาการเนื่องในวาระหนึ่งศตวรรษปริทัศน์ พจนมยงค์ ชุดที่ 4 ประชาสังคมและวัฒนธรรมชุมชน*. กรุงเทพฯ: เคล็ดไทย.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. 2542. *บทเรียนและประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์ของภาคเหนือตอนบน*. โครงการสังเคราะห์องค์ความรู้และประสบการณ์เกี่ยวกับการเรียนรู้และการปรับตัวในการแก้ปัญหาเอดส์ของชุมชนในจังหวัดเชียงราย. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ยิ่งยง เทาประเสริฐ. 2544. *ประสบการณ์และศักยภาพการแก้ปัญหาเอดส์ขององค์กรภาคประชาชน*. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค.
- ยศ สันตสมบัติ. 2546. *พลวัตและความยืดหยุ่นของสังคมชาวนา: เศรษฐกิจชุมชนภาคเหนือ และการปรับกระบวนการทัศน์ว่าด้วยชุมชนในประเทศโลกที่สาม*. ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
- รังสรรค์ จันต๊ะ. 2544. ภูมิปัญญาพื้นบ้าน: มติทางวัฒนธรรมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือของประเทศไทย. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.

- รัชณี ภูริสสัย. 2545. พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการในศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอายุรศาสตร์และศัลยศาสตร์, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- เรืองลักษณ์ ทิพย์ทอง. 2542. การศึกษาความพร้อมของศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านในการจัดบริการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัวในชุมชน ศึกษาเฉพาะกรณีศูนย์สงเคราะห์ราษฎรประจำหมู่บ้านในเขตอำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วาสนา จันทรีดี. 2540. การใช้จ่ายสมุนไพรรักษาอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิจักขณา หุตานนท์. 2545. การประสานงานลักษณะเครือข่ายระหว่างองค์กรภาครัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชนต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. วิทยานิพนธ์สังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต (การบริหารและนโยบายสวัสดิการสังคม) คณะสังคมสงเคราะห์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.
- วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. 2542. วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย: แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- วิวัฒน์ โรจนพิทยากร และคณะ. ไม่ระบุปีที่พิมพ์. ธรรมชาติกับปัญหาเอดส์การกระจายอำนาจ: เงื่อนไขสำคัญในการแก้ปัญหาเอดส์ กรณีศึกษาในภาคเหนือของประเทศไทย. โครงการโรคเอดส์กับการพัฒนาสำหรับภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก และหน่วยงานส่งเสริมทรัพยากรมนุษย์ด้านธรรมชาติในระดับภูมิภาค.
- วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ และคณะ. 2534. กลวิธีในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่ชาวเขา. โครงการโรคเอดส์ สภาอากาศไทย.
- ศิริวรรณ ไกรสุรพงศ์ และอรุณรัตน์ วัฒนผลิน. 2540. สภาวะทางจิตใจและสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและการให้คำปรึกษา. รายงานการวิจัย. คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล. นครปฐม.
- สมศักดิ์ นัคลาจารย์. 2540. รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง เครือข่ายอาสาสมัครเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมเอดส์. กรุงเทพฯ: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดลและศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กรุงเทพมหานคร.
- สมศักดิ์ ศุภวิทย์กุล และคณะ. 2544. รายงานการทบทวนและสังเคราะห์องค์ความรู้การดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้านและการจัดการของชุมชนต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ในบริบททางสังคมภาคเหนือตอนบน. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- สำนักนายกรัฐมนตรี. 2537. เอกสารการสัมมนาเรื่ององค์กรชุมชนกับการจัดการปัญหาโรคเอดส์

- ยาเสพติดและสิ่งแวดล้อมในภาคเหนือ. กรุงเทพฯ : สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี.
 สุปราณี แก้วเพชร. 2542. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์: ศึกษา
 กรณีชุมชนตำบลแม่แฝกใหม่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่. วิทยานิพนธ์สังคม
 สงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการจัดการ โครงการสวัสดิการสังคม มหาวิทยาลัย
 หัวเหียวเฉลิมพระเกียรติ.
- สุธีรา อุ่นตระกูล และ เพ็ญศรี กวีวงศ์ประเสริฐ. 2544. รายงานการสังเคราะห์องค์ความรู้และกลไก
 การปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่บ้าน โดยครอบครัวและชุมชนใน
 บริบทสังคมวัฒนธรรมภาคกลาง. สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
- เสรี พงศ์พิศ. 2539. 23 ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคเหนือ. กรุงเทพฯ: กองโรค
 เอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข.
- เสาวนีย์ พันธุ์พัฒนกุล. . การรับรู้ของประชาชนเกี่ยวกับบทบาทของครอบครัวในการดูแลผู้
 ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ณ หมู่บ้านดอกบัว ตำบลท่าวังทอง อำเภอเมือง จังหวัด
 พะเยา.
- อรทัย อาจอ่ำ และสมศักดิ์ นัคลาจารย์. 2540. รายงานการวิจัยเชิงปฏิบัติการเรื่อง “เครือข่าย
 อาสาสมัครเพื่อการอยู่ร่วมกันในสังคมเอดส์”. กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยประชากรและ
 สังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์. 2536. ศักยภาพชุมชนและการพัฒนา: กรอบความคิดและแนวทางการวิจัย
 ด้านการพัฒนาสังคม. เชียงใหม่: คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์. 2544. มติชุมชน: วิธีคิดท้องถิ่นว่าด้วยสิทธิ อำนาจ และการจัดการ
 ทรัพยากร. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์. 2544. หมู่บ้านในสังคมไทย: ข้อโต้แย้งทางความคิด. ใน สันติสุข โสภณ
 สิริ (บรรณาธิการ). วิถีสังคมไทย: สรรนิพนธ์ทางวิชาการเนื่องในวาระหนึ่งศตวรรษปรีดี
 พนมยงค์ ชุดที่ 4 ประชาสังคมและวัฒนธรรมชุมชน. กรุงเทพฯ: เคล็ดไทย.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์. (in press). ทฤษฎีการเมืองชุมชนในสังคมไทย. เชียงใหม่: คณะ
 สังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์ (บรรณาธิการ). 2543. พลวัตของชุมชนในการจัดการทรัพยากรสถานการณ์
 ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- อานันท์ กาญจนพันธุ์. 2544. วิธีคิดเชิงซ้อนในการวิจัยชุมชน: พลวัตและศักยภาพของชุมชนในการ
 พัฒนา. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย.
- เอกสุธี พุฒมนตรี. 2538. ศักยภาพขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในชุมชน.
 วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการศึกษานอกระบบ,
 มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.

อุษณีย์ ธโนศวรรย์. 2546. มอการศึกษาด้วยวิธีวิทยาของวาทกรรม. ใน *ญาณวิทยาใหม่ในการสร้างความรู้เพื่อความเข้มแข็งของชุมชนและสังคม*. กรุงเทพฯ: เอกสารประกอบการสัมมนาทางวิชาการวันสมเด็จพระเทพรัตนราชสุดาฯ สยามบรมราชกุมารี มหาวิทยาลัยศรีนครินทรวิโรฒ.

อุษา ดวงสา และคณะ. 2544. *พัฒนาการและบทเรียนของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ: พัฒนาการและบทเรียนของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ กรณีภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย (ฉบับย่อ)*. โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ.

Coates, Thomas J. 1994. Communities and AIDS Prevention: What Works. *AIDSCAPTIONS* 1 (2): 2-4.

Surachai Piyavarawong and Laksami Suebsaeng. 2000. Community-Based HIV/AIDS Care: A Successful Model from Thailand. *AIDS Watch* 5 (1) Jan-April: 1-3.