

การเมืองในการสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้คิดเชื้อเชงไฮว
ในจังหวัดเชียงใหม่

มยุรฉัตร ศิริรัตนกุล

ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพัฒนาระบบ

บัณฑิตวิทยาลัย
มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เมษายน 2544

การเมืองในการสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่

มธุรส ศิริสถิตย์กุล

วิทยานิพนธ์นี้เสนอต่อบัณฑิตวิทยาลัยเพื่อเป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญา
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพัฒนาสังคม

วันที่	- 1 ต.ค. 2546
เลขทะเบียน	๒ - 00318
เลขเรียกหนังสือ	ร ๑6 ๔3

สำนักวิทยบริการ
ศูนย์บริการข้อมูล
ชั้น 4 อาคาร ๒ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เลขที่ ๒๓๑ ๒-๒๓๑ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
เชียงใหม่ ๕๐๐๐๕ โทร ๐๕๒-๒๓๑๑๖
Home page : <http://www.iri.mui.ac.th>
E-mail : iri-mui@iri.mui.ac.th



การเมืองในการสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่

มธุรส ศิริสถิตย์กุล

วิทยานิพนธ์นี้ได้รับการพิจารณาอนุมัติให้นับเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการพัฒนาลังคม

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ
อาจารย์ ดร.อภิญา เพ็องฟูสกุล

..... กรรมการ
อาจารย์ ดร.อานันท์ กาญจนพันธุ์

..... กรรมการ
อาจารย์ทันตแพทย์หญิง ศศิธร ไชยประสิทธิ์

9 เมษายน 2544

ลิขสิทธิ์ของบัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

กิตติกรรมประกาศ

ตลอดระยะเวลา 5 ปีของการเข้ามาศึกษาเรียนรู้ และพัฒนาการทำวิทยานิพนธ์ ความคิดหนึ่งที่ผู้ศึกษาคำนี้ถึงเป็นคำถามในใจตลอดมาว่า ภายใต้พัฒนาของการเมืองภาคประชาชน หรือขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่ ที่มีเรื่องราวต่าง ๆ มากมายซ้อนทับกัน อยู่ทั้งความสำเร็จของการสร้างผู้นำชาวบ้านให้มีความคิดในการทำงานเพื่อส่วนรวม หรือความล้มเหลวในอีกด้านหนึ่งของเหรียญ เมื่อพบว่า มีการเบียดบังผลประโยชน์ในหมู่ผู้เดือดร้อนด้วยกัน การทำงานเพียงเพื่อสนองผลประโยชน์ของตนเอง หรือการฉกฉวยโอกาสผ่านรูปธรรมของการใช้เงินผิดประเภท สิ่งเหล่านี้ควรได้รับการตรวจสอบสรุปทเรียนอย่างตรงไปตรงมามากน้อยแค่ไหน เพียงใด ระหว่างการให้โอกาสซ้ำแล้วซ้ำเล่า เพราะพวกเขาเหล่านั้นถูกกระทำจากความด้อยโอกาสমানักต่อนัก หรือการวิพากษ์วิจารณ์สิ่งที่เกิดขึ้นอย่างตรงไปตรงมา เพื่อสร้างบรรทัดฐานแห่งความถูกต้องที่ควรจะเป็นในเวลาต่อมา

ด้านหนึ่ง เมื่อได้มีโอกาสพบกับประธานกลุ่มผู้ติดเชื้อระดับตำบลในพื้นที่ศึกษาแห่งนี้ และได้เห็นความตั้งใจจริงในการช่วยเหลือซึ่งและกันในหมู่ผู้ร่วมชะตากรรม ผู้ศึกษาเชื่อมั่นในความจริง และการอุทิศตนเองเพื่อการเรียนรู้ในการพัฒนาของเธอ ผู้เป็นแบบอย่างในการวางอัตลักษณ์แห่งผู้ป่วย ด้วยการอุทิศตัวให้แก่การทำงานทั้งภายในและภายนอกชุมชนอย่างขยันขันแข็ง และสม่ำเสมอ จนเป็นที่ประทับใจแก่ทุกคนที่ได้รู้จัก เธอ...คือ ผู้หญิงเก่งของชุมชน ซึ่งผู้ศึกษาภาคภูมิใจในการได้บันทึกภาพบางเสี้ยวตอนของชีวิตและการทำงานตลอดช่วงเวลาที่ได้เข้ามาอาศัยอยู่ในชุมชนแห่งนี้

ขอขอบคุณเธอ แม่ฮ้อย และลูกสาว ที่ได้ให้ความอนุเคราะห์ทั้งอาหารและที่พักอาศัย ทั้งยังเป็นหลักประกันสร้างความมั่นใจในการเผชิญหน้ากับทุกเรื่องราวที่ผู้ศึกษาต้องพบ พิสูจน์ตนเอง และก้าวผ่านไปให้ได้ เพื่อให้งานทางวิชาการชิ้นใหญ่เล่มนี้เป็นรูปเล่มสมบูรณ์อย่างที่เราเห็นในวันนี้

ขอขอบคุณผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ในกลุ่มตำบลแห่งนี้ทุกคน โดยเฉพาะอำไพ มูลตะเลิศ สมศักดิ์ กันทาปวง อานนท์ ศรีคำ และนภัสวรรณ อุ่นราช เด็กหญิงตัวน้อยที่เสียชีวิตไปในวัย 9 ขวบ ก่อนหน้านั้น ตลอดระยะเวลาเกือบ 1 ปี ที่ได้รู้จักเธอ ไม่เคยได้เห็นรอยยิ้ม ไม่ได้ยินแม้แต่เสียงหัวเราะ กระทั่งการเปล่งเสียงโศกสรวลออกมาเป็นคำพูด ก็น้อยครั้งที่จะได้ยินได้ฟังจากปากของเธอ เอดส์...คร่าชีวิตในวัยเด็กที่ควรจะเป็นไปตามครรลองของมันให้หมดสิ้น เมื่อ

มีอาการปรากฏเพิ่มขึ้น พร้อมกับหัวใจที่ตายไปก่อนแล้ว พร้อม ๆ กับการเสียชีวิตของแม่ และพ่อ ผู้ให้กำเนิด

ขอบคุณชาวบ้านในพื้นที่ศึกษาและผู้นำชุมชนทุกคน ทุกเพศ และทุกวัย ที่ช่วยกันฉายภาพของการดำรงอยู่ในชุมชนที่ต้องเผชิญกับปัญหาเอดส์อย่างหนักหน่วง จนผู้ศึกษาตระหนักได้ดีถึงความเข้มแข็งในการตั้งรับกับสถานการณ์ที่น่าพาความสูญเสียอย่างหลีกเลี่ยงได้ยากนี้ และได้เขียนบรรยายถึงศักยภาพของชุมชนออกมาด้วยความเคารพในภูมิปัญญา แม้ว่าจะมีความต่างกับวิธีคิดแบบชนชั้นกลางแท้ ๆ ของผู้ศึกษาก็ตาม

วิทยานิพนธ์เล่มนี้จะเสร็จสมบูรณ์ไม่ได้ ถ้าไม่ผ่านการเคี้ยวกรำ ผึกฝน และสละเวลาอันมีค่าในการให้คำแนะนำของอาจารย์ ดร.อภิญา เพ็ญพูลกุล อาจารย์ ดร.อานันท์ กาญจนพันธุ์ อาจารย์ทันตแพทย์หญิงศศิธร ไชยประสิทธิ์ ตลอดจนกำลังใจ และการให้โอกาสของพ่อ แม่ และทุกคนในครอบครัว ทำให้ผู้ศึกษามีเวลาในการทำงานแห่งความใฝ่ฝันนี้ เพื่อค้นหาศักยภาพของตนเองไปด้วยพร้อม ๆ กัน

สิ่งสำคัญที่ไม่อาจจะเลยที่จะกล่าวถึงได้ในที่นี้คือ มิตรภาพ และความจริงใจ ในการรับฟังปัญหา ความท้อแท้ และความทุกข์ที่เกิดจากความยากลำบากในการทำงานของเพื่อน พี่ น้อง ชาวพัฒนาสังคมทุกคน โดยเฉพาะ ธวัช มณีผ่อง ผู้เป็นทั้งเพื่อน น้อง และที่ปรึกษาใกล้ชิด ร่วมคิดร่วมถกเถียงเกี่ยวกับทิศทางการพัฒนาเรื่องเอดส์ เพื่อให้งานชิ้นนี้มีวิวาทะที่แหลมคมมากขึ้น

สุดท้าย ขอขอบคุณกองทุนชาซากาวา และสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย (สกว.) ที่ช่วยสนับสนุนงานวิจัยชิ้นนี้

มธุรส ศิริสถิตย์กุล

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์	การเมืองในการสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื่อเฮไอวีใน จังหวัดเชียงใหม่	
ชื่อผู้เขียน	นางสาวมธุรส ศิริสถิตย์กุล	
ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต	สาขาวิชาการพัฒนาลังคม	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	อาจารย์ ดร.อภิญา เพ็ญฟูสกุล	ประธานกรรมการ
	อาจารย์ ดร.อานันท์ กาญจนพันธุ์	กรรมการ
	อาจารย์ทันตแพทย์หญิง ศศิธร ไชยประสิทธิ์	กรรมการ

บทคัดย่อ

การศึกษาการเมืองในการสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื่อเฮไอวีในจังหวัดเชียงใหม่ มีวัตถุประสงค์ 3 ประการคือ 1) เพื่อศึกษากระบวนการสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื่อเฮไอวีว่าสร้างขึ้นจากองค์ประกอบทางวัฒนธรรมใด ซึ่งในแต่ละเงื่อนไขบริบท ผู้ติดเชื่อได้เลือกหยิบและประสมประสานแนวคิดดังกล่าวมาใช้นิยามตนเอง และนิยามสถานการณ์เฉพาะหน้าอย่างไร 2) เพื่อศึกษาถึงพลวัตของกลุ่มผู้ติดเชื่อ ในการปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มหรือองค์กรอื่น ๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เพื่อช่วยให้เข้าใจศักยภาพ และข้อจำกัดขององค์กรกลุ่มผู้ติดเชื่อ 3) เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ที่กลุ่มผู้ติดเชื่อจะกลับคืนสู่ชุมชนได้อย่างกลมกลืน จึงต้องศึกษาปฏิสัมพันธ์ของชุมชนที่มีต่อกลุ่ม และค้นหาปัจจัยเชิงโครงสร้างและเชิงวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนระหว่างผู้ติดเชื่อและชุมชน โดยได้ใช้กรอบคิดในการศึกษาเรื่องการเมืองว่าด้วยการแสดงตัวตน และกรอบคิดยุทธศาสตร์การต่อสู้ของผู้ด้อยอำนาจ มาเป็นแนวทางในการศึกษา

ผลการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื่อซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่มตำบลแห่งนี้ได้อ้างอิงกลไกวัฒนธรรมเรื่องพันธะหน้าที่ที่มีต่อกันในระบบเครือญาติแบบเดิม และการอิงแอบกับระบบอุปถัมภ์ของผู้นำบารมี ซึ่งได้นำไปสู่การสร้างอัตลักษณ์ในสามประการคือ ประการที่หนึ่ง การแสดงตัวตนว่าเป็นคนธรรมดาที่ดี ไม่ได้ประพฤติดิสัยธรรม ปัจจัยที่เอื้อให้การนิยามตัวตนเช่นที่ว่ามานี้ มีน้ำหนักและกลมกลืนมากยิ่งขึ้น คือ อุปสรรคในการดูแลจัดการสุขภาพร่างกายภายนอกของตนเองให้แลดูแข็งแรง ไม่ปรากฏอาการทางกาย เพราะการที่แลดูเหมือนคนธรรมดานั้น มีความสัมพันธ์โดยตรงกับปฏิกิริยาที่ดักกันแสดงความรังเกียจที่คนอื่นกระทำกับพวกเขา การประพฤติปฏิบัติตนเป็นคนดีช่วยงานชุมชน การทำบุญเข้าวัดทุกวันสัปดาห์ เพื่อการรื้อฟื้นความสัมพันธ์และการยอมรับจาก

ชาวบ้านกลับคืนมา ประการที่สอง การแสดงตัวตนว่า เป็นคนป่วย ผู้ประสบเคราะห์กรรม และผู้
รอรับความช่วยเหลือ โดยการออกมาเปิดเผยตัว เพื่อหวังผลด้านสวัสดิการความช่วยเหลือ ไม่ว่า
คนคนนั้นจะมีภาพลักษณ์ภายนอกเป็นคนสุขภาพดี คนป่วย หรือเด็กกำพร้า หรือแม้กระทั่งแม่
หม้ายสามีตายจากเอดส์ที่มีผลเลือดเป็นลบ ต่างก็มีจุดร่วมในระดับหนึ่งที่ว่า ตนเองเป็นผู้
ประสบเคราะห์กรรม แม้ว่า ท่าทีแห่งการเรียกร้องจะแตกต่างกันก็ตาม และประการที่สาม การ
แสดงตัวตนในฐานะคนใกล้ชิดผู้นำบารมีของชุมชน เพื่อกันการกระทบกระทั่งในปฏิสัมพันธ์
ระหว่างผู้ติดเชื้อมกับผู้ติดเชื้อ และผู้ติดเชื้อมกับคนอื่น ๆ ในชุมชน เพราะนอกจากจะทำให้ผู้ติดเชื้อมี
ภาพลักษณ์ของคนดีที่ใกล้ชิดศาสนามากกว่าชาวบ้านกลุ่มอื่น ๆ แล้ว ยังสามารถทำให้ชาวบ้าน
เชื่อว่า ผู้ติดเชื้อมที่มาทำงานและได้รับการดูแลจากท่าน เป็นคนดีที่ไม่แตกต่าง หรือดียิ่งกว่า คน
อื่นในชุมชนที่คิดแต่เรื่องการเอาตัวรอดทางเศรษฐกิจของครอบครัวเท่านั้น

อย่างไรก็ตาม การสร้างอัตลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งสามประการที่กล่าวมาข้างต้น
มีลักษณะของการเคลื่อนไหวไปมา (Shifting Identity) และไม่มีใครคนใดที่เป็นผู้ติดเชื้อแล้ว จะ
แสดงตัวตนในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งอย่างสม่ำเสมอตลอดไป โดยการสร้างภาพความคลุมเครือ
สับสน และการสร้างอัตลักษณ์แบบผสมผสาน โดยอัตลักษณ์แบบหนึ่งแบบใดจะปรากฏชัดเจน
แตกต่างกันไปในแต่ละสถานการณ์ สิ่งเหล่านี้มีส่วนกำหนดการจัดระยะห่างเชิงพื้นที่ที่ความ
สัมพันธ์ลักษณะต่าง ๆ ระหว่างผู้ติดเชื้อมกับผู้ติดเชื้อมด้วยกัน และระหว่างผู้ติดเชื้อมกับคนอื่นใน
ชุมชน

กระนั้นก็ตาม โดยยุทธศาสตร์ที่กลุ่มมีการเคลื่อนไหวต่อรองเพื่อเข้ามาอาศัยที่ทำการ
อยู่ในศาลาวัดหมู่ 1 นั้น จากการศึกษาพบว่า นับเป็นยุทธศาสตร์ที่ชาญฉลาดมากในการดำเนิน
กิจกรรมกลุ่มให้เกาะเกี่ยวบงค์กรชุมชนอย่างเหนียวแน่นโดยสม่ำเสมอ ทำให้การกลับสู่ชุมชน
ไม่ถึงกับมีความยุ่งยากหรือใช้เวลายาวนานนัก ทว่า เงื่อนไขการกลับสู่ชุมชน ไม่อาจเป็นไปในทิศ
ทางแห่งความกลมกลืนได้เพียงสถานเดียว แต่คงยังมีการจำกัดขอบเขตไว้บ้างในบางบริบท โดย
มีปัจจัยทางวัฒนธรรมและการเมืองในบริบทของพื้นที่กำกับอยู่

Thesis Title	Politics of Identities among People Living with HIV in PHAs Group in Chiang Mai Province.	
Author	Miss Mathurot Sirisathitkun	
Master of Arts	Social Development	
Examining Committee	Lecturer Dr. Apinya Fuengfusakul	Chairman
	Lecturer Dr. Anan Ganjanapan	Member
	Lecturer Dr. Sasitorn Chaiprasitti	Member

Abstract

The study about Politics of Identities among People Living with HIV in PHAs Group in Chiang Mai Province consists of three objectives:

1. To investigate the Process of how the HIV patients choose to construct their group's identity from particular cultural components available to them in their social context .
2. To study the dynamic of interactions between the group under study and other groups in their community . From these interactions , we try to find out the limitation and potential existing in the group.
3. To explore the possibility of how the HIV patients could return to their community harmoniously by finding out cultural components already existing in the community strengthen and enhance the relationship between the HIV patients and their community .

In order to achieve these objectives, the theoretical framework of Political of Identities and Strategy of the Powerless will be used.

The findings are as follows . The people living with HIV under study have under study have utilized the existing cultural elements namely the bond and cohesion of the kinship system and the dependence upon the patronage of charismatic leader.

Those cultural elements enable the construction of three types of identity of the people living with HIV . The first type is the image projection of *normal* who are within the moral framework of the community. The normalizing strategies include the attempt to manage their physical appearance to look *o.k.* any apparent physical indication of illness leads directly to rejection and distantiation readjustment of social space with other people.

Another important normalizing strategy is to conform strictly to the community's norm and moral codes , e.s. refrain from having sexual relationship alcohol and drugs , as well as to help in public work , and make merits regularly . This conformity has become the strict moral codes of the PHAs group in order to win acceptance from the community, and to establish the accepted space there.

The Third type of identity is the image of "client " under the patronage of the community ' s leader , i.e. the abbot . This particular identity helps to minimize the conflict between the members of the group . It helps to create the image of the ones who are nearer to religion than other people . As for the villagers, This identity enables them to locate the PHAs Group with the community ' s social space . They can assure that the temple take care of HIV problem and the group members are not different or sometimes much better than other normal people who think only of themselves.

The important point is that these three types of identity are always shifting . No PWA being him/herself with only one type of identity. They choose to accentual or combine those types according to one immediate situations and the persons they are dealing with . The ambiguous and shifting identities are themselves spatial politics that governs the relationships among the members of the group and between the group and the community.

The study also finds out that the dependence upon the temple's patronage is the clever strategy of group cohesion which enables rather stable process of integrating back into the community. However such into the community has also been restricted in certain circumstances by the community's cultural codes and inner politics.

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	ค
บทคัดย่อภาษาไทย	จ
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ	ข
สารบัญ	ณ
 บทที่ 1 บทนำ	 1
ความสำคัญของประเด็นปัญหาในการศึกษา	1
วัตถุประสงค์ของการศึกษา	4
ขอบทวนงานศึกษาและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	4
สถานภาพการศึกษาปัญหาเอดส์ในสังคมไทย	4
การเมืองว่าด้วยการแสดงตัวตนและการเคลื่อนไหวทางสังคม ในรูปแบบใหม่	11
ยุทธศาสตร์การต่อสู้ของผู้ด้อยอำนาจ	15
กรอบคิดในการศึกษา	20
ผลที่คาดว่าจะได้รับ	22
ขอบเขตและวิธีการศึกษา	23
การนำเสนอเนื้อหาวิทยานิพนธ์	24
นิยามศัพท์	27
 บทที่ 2 ยุทธศาสตร์เชิงสังคมระดับมหภาคในการจัดการปัญหาเอดส์	 28
มุมมองของสาธารณะที่มีต่อปัญหาเอดส์ในช่วงของการแพร่ระบาด ระยะแรก (พ.ศ.2527-2533)	28
แนวคิดในการตั้งรับกับสถานการณ์เอดส์ในช่วงที่สอง(พ.ศ.2534-2539)	34
บริบทของสถานการณ์เอดส์ในภาคเหนือตอนบน แนวคิดการกลับสู่ชุมชน โดยการประสานกับ อบต.(พ.ศ.2540-2543)	43
สรุป	52

	หน้า
บทที่ 3 สถานการณ์เอดส์ในพื้นที่ศึกษา	54
โครงสร้าง สภาพเศรษฐกิจ และงานพัฒนาในชุมชน	54
ประวัติความเป็นมา และทิศทางการก่อกำเนิดกลุ่มผู้ติดเชื้อระดับตำบล	64
โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิก และการสร้างอัตลักษณ์กลุ่ม	70
สรุป	80
บทที่ 4 เฝยร่าง สร้างตัวตน ยุทธศาสตร์การต่อรองในระดับปัจเจกบุคคล	82
ความรู้และการนียมสภาพการณ์เอดส์ของชาวบ้านในแต่ละบริบท	82
สถานการณ์	
แบบแผนการเปิดเผยตัว และการสร้างอัตลักษณ์ของผู้ติดเชื้อในระดับ	90
ปัจเจกบุคคล	
กลุ่มที่ 1 ผู้ติดเชื้อรุ่นแรก ๆ ที่เปิดเผยตัวก่อนหน้าปี 2539	91
กลุ่มที่ 2 ผู้ชายและเด็กติดเชื้อ เปิดตัวหลังจากมีกลุ่ม เพราะ	95
มีอาการแล้ว ไม่สามารถปิดบังคนในชุมชนได้อีกต่อไป	
กลุ่มที่ 3 ผู้ติดเชื้อหญิงหม้ายที่เปิดตัวอย่างเป็นทางการ เพราะ	101
ได้รับการชักชวนจากกลุ่ม หลังเสร็จสิ้นงานศพของสามี	
แล้ว	
กลุ่มที่ 4 ผู้หญิงที่ตรวจเลือดแล้วพบว่า ไม่ติดเชื้อ แต่เปิดตัวเข้ามา	104
เป็นสมาชิกกลุ่ม เพราะญาติและคนในชุมชน ไม่เชื่อว่า	
เธอมีสถานะเลือดเป็นลบ หลังจากสามีติดเชื้อหรือเสียชีวิต	
เพราะเอดส์	
กลไกทางวัฒนธรรมที่นำมาใช้ร่วมกันในการสร้างอัตลักษณ์ของผู้ติดเชื้อ	109
เฮฮาอีวี	
การเคลื่อนไหวมิตินในการมองปัญหาเอดส์ และการแบ่งแยกเป็นสองโลก	120
ของคนในชุมชน	
สรุป	122

	หน้า
บทที่ 5 การแสดงตัวตนผ่านการเคลื่อนไหวในพื้นที่สาธารณะ	123
แบบแผนการสร้างอัตลักษณ์ เมื่อปฏิสัมพันธ์กับชาวบ้านทั่วไป องค์กร ภายในและภายนอกชุมชน	123
บริบทของการเมืองว่าด้วยปฏิสัมพันธ์ในสถานการณ์ต่าง ๆ	130
พิธีกรรมเพื่อการจัดวางตนเองในบริบทของพื้นที่สาธารณะ	148
สรุป	164
บทที่ 6 สรุปผลการศึกษา	166
ข้อค้นพบที่สำคัญ	166
ข้อสนับสนุนและข้อโต้แย้งทางทฤษฎี	167
บรรณานุกรม	177
ประวัติผู้เขียน	183

บทที่ 1

บทนำ

ในสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างต่อเนื่องยาวนานมากกว่าทศวรรษ ถึงวันนี้บริบทของภาคเหนือตอนบนที่จังหวัดเชียงใหม่ เอดส์ได้เคลื่อนประเด็นปัญหาจากปัญหาของปัจเจกบุคคลและครอบครัว มาสู่การกลายเป็นเรื่องสาธารณะของชุมชน เนื่องจากจำนวนผู้ป่วยที่เพิ่มจำนวนมากขึ้นตามระยะวงจรของการแสดงอาการ ขณะที่อัตราการตายในหมู่ผู้ติดเชื้อรุ่นแรกก็ค่อย ๆ ทอยกันไปเช่นเดียวกัน เอดส์ในมิติของภาคเหนือตอนบนจึงได้เคลื่อนมาสู่มิติของการพัฒนาโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อและองค์กรชุมชนดังที่กล่าวมาในข้างต้น

1.1 ประเด็นปัญหาและความสำคัญของประเด็นปัญหา

เป็นเวลากว่าทศวรรษที่สังคมไทยได้เรียนรู้สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ได้มีการปรับเปลี่ยนพัฒนาการความหมายมาอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 ซึ่งเป็นปีที่ปรากฏผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรก เป็นชายอายุ 28 ปี ได้นำเชื้อโรคนี้มาจากสหรัฐอเมริกา จากการรายงานของศาสตราจารย์นายแพทย์อนุวัตร ลัมสุวรรณ ประจำหน่วยโรคติดเชื้อ ภาควิชาอายุรเวชศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้ป่วยมีอาการไข้ เจ็บคอเรื้อรัง และหูด จากการซักประวัติและตรวจร่างกายพบว่า เป็นผู้ที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ ได้มีการตรวจทางห้องทดลอง รวมถึงการส่งน้ำเหลืองไปตรวจที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อเมืองแอตแลนต้า ประเทศสหรัฐอเมริกา ผลการตรวจยืนยันว่า ติดเชื้อไวรัสเอดส์ (นิตยา, 2538 : 1)

การพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทย ได้รับการรายงานสู่สาธารณชน แต่รายงานนั้นได้รับการวิพากษ์วิจารณ์อย่างรุนแรงจากสื่อมวลชนในเชิงไม่เชื่อว่า โรคนี้จะเกิดขึ้นกับคนไทย ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของคนไทยในสมัยนั้น คิดว่า เป็นโรคของชาวต่างชาติ ชาวเมืองโรคเอดส์ค่อย ๆ เลือนหายจากความสนใจ แม้ในเวลาต่อมาจะมีการรายงานการติดเชื้อเอดส์ในหมู่ผู้ขายยาเสพติดเป็นระยะ ๆ แต่กลับมิได้รับความสนใจจากประชาชนเท่าที่ควร (นิตยา : เพิ่งอ้าง)

กระแสความสนใจของสาธารณชนที่มีต่อปัญหาเอดส์อย่างจริงจัง เริ่มในปี พ.ศ. 2530 เมื่อจะฮ้อน เลือสมุ รับเชื้อเอชไอวีมาจากการรับบริจาคเลือด เขาและครอบครัวได้รับผลกระทบอย่างมากมาจากการแบ่งแยกกีดกัน ตั้งแต่วันที่รู้ตัวว่า ติดเชื้อจนเสียชีวิต หลังจากนั้นมา อัตราผู้ติดเชื้อได้เพิ่มมากขึ้น ไม่เพียงแพร่ระบาดในหมู่ชายรักร่วมเพศ ตามที่เข้าใจกันมาแต่เริ่มแรก ความหมายใหม่ที่เพิ่มเข้ามาในความรับรู้ของผู้คนในสังคมไทย เอดส์แพร่ระบาดโดยทั่วไปในหมู่ชายขอบเที่ยว หญิงขายบริการทางเพศ ผู้ติดยาเสพติด ผู้รับบริจาคเลือด บุคคลที่กล่าวมานี้ มี

ความหมายเท่ากับ “ กลุ่มเสี่ยง” ซึ่งทำให้ผู้คนในสังคมมีทั้งความกลัว และรังเกียจผู้ที่มีพฤติกรรม แสวงหาเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ตนเอง

เมื่อรัฐไม่อาจปฏิเสธความจริงในข้อที่ว่า มีผู้คนจำนวนมากติดเชื้อเอชไอวี และพร้อมที่จะพัฒนาไปสู่การเป็นเอดส์เต็มขั้นในอนาคต จึงมีความจำเป็นต้องกำหนดนโยบายและกลวิธี ควบคุมโรค โดยมอบหมายให้กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานที่มีหน้าที่รับผิดชอบโดยตรง กระนั้นก็ตามนโยบายการตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ที่ดำเนินมาตั้งแต่ต้น โดยเนื้อหา มีความสับสน และพลิกผันไปมา (ดู ศศิธรและวรรณา, 2535) จากสถานการณ์นับตั้งแต่มีการค้นพบผู้ติดเชื้อ เอดส์ในปี พ.ศ. 2527 ได้มีความพยายามปกปิดข้อมูล (ผู้ที่เปิดเผยข้อมูลได้รับการวิพากษ์วิจารณ์ เป็นอย่างมาก ตามที่ได้อ้างมาแล้วข้างต้น) ในขณะที่ในทางปฏิบัติกลับมีการลับลอบตรวจโดยผู้ นั้นไม่รู้ตัวมาก่อน ไม่มีแม้แต่การปกปิดความลับของผู้ติดเชื้อ ทำให้เกิดกระแสตื่นกลัวอย่างไร้ เหตุผล

กระทั่งในปี พ.ศ. 2532 ในยุคนายชวน หลีกภัย เป็นรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และนายแพทย์สมศักดิ์ วรรณาคิน เป็นปลัดกระทรวง ได้เปิดโฉมหน้าใหม่ของนโยบายเอดส์ มีการเปิดเผยข้อมูลหลังจากปกปิดมาโดยตลอด กำหนดให้มีการรายงานผู้ติดเชื้อ ผู้มีอาการ สัมพันธ์กับเอดส์ และผู้ป่วยโรคเอดส์ ในทางปฏิบัติมีการสุ่มเจาะเลือด ค้นหาผู้ติดเชื้อ มีการติดตาม และแจ้งผลตามกลวิธีควบคุมโรคติดต่อแบบดั้งเดิม (ศศิธร, : เพิ่งอ้าง) พบว่า ได้มีผลกระทบ อย่างมากมาย จากการดำเนินงานรวมทั้งที่สืบเนื่องมาจากความตื่นกลัวในระยะแรก เช่น การที่ผู้ ติดเชื้อและครอบครัวถูกสังคมรังเกียจ การฆ่าตัวตาย การปฏิเสธการรักษาพยาบาล เป็นเช่นนี้ เรื่อยมาจนกระทั่งปี พ.ศ.2534 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้หันกลับมาเน้นการตรวจอย่างสมัครใจ

จากสภาพการณ์ปรับเปลี่ยนไปมาของนโยบายตั้งแต่ต้นจนถึงปัจจุบัน ทำให้เกิดความ ไม่เข้าใจ สับสน และปรับตัวไม่ทันของผู้ปฏิบัติงานอย่างน้อย 2 ประการคือ ประการแรก ความ ไม่แน่ใจในผลดีของการดำเนินนโยบายการตรวจหาการติดเชื้อเพื่อป้องกันโรค ตามสภาวะทาง สังคมปัจจุบัน รวมทั้งเงื่อนไขของการบริหาร และการให้บริการในสถานบริการสาธารณสุข ซึ่ง อาจต้องเผชิญกับความรับผิดชอบผลกระทบทางสังคมที่อาจเกิดขึ้น เช่น การแตกร้างในชีวิตรอบ ครัว ความลับรั่วไหล ทำให้ผู้ติดเชื้ออยู่ในสังคมลำบาก การฆ่าตัวตาย เป็นต้น ประการที่สอง สะท้อนให้เห็นถึงความไม่เข้าใจอย่างลึกซึ้ง ชัดเจนถึงแนวคิด หลักการของการตรวจหาการติดเชื้อ เพื่อป้องกันและควบคุมโรค เนื่องมาจากนโยบายที่ให้เน้นเรื่อง แบบแผนวิธีการ โดยมีได้จงใจเน้น ให้เข้าใจ แนวคิดพื้นฐาน (concept) จุดมุ่งหมายและวัตถุประสงค์เป็นที่ตั้ง

นอกเหนือจากความไม่ชัดเจนของนโยบายตามที่ได้กล่าวมาแล้ว กระทรวงสาธารณสุข ยังได้นิยามความหมายที่เกี่ยวข้องกับ "เอดส์" ในสังคมไทย ไปสู่บุคลากรภาครัฐ สื่อมวลชน ตลอดจนประชาชนทั่วไป "เอดส์เป็นโรคร้าย รักษาไม่หาย ตายสถานเดียว" ซึ่งเป็นการสะท้อนความหมายที่สังคมให้กับการเจ็บป่วย โดยนัยที่กล่าวถึงเอดส์ว่า เปรียบได้กับฆาตกร ซึ่งมีความเหี้ยมโหด ไร้ความเมตตาปราณี ฆ่าชีวิตผู้คน คุณค่าที่ให้กับฆาตกร ก็คือ การเป็นบุคคลที่สังคมไม่ต้องการ นำรังเกียจ ควรถูกจัดการอย่างรุนแรงเด็ดขาด ต้องกีดกันออกไปจากสังคมเพื่อจะได้ไม่เป็นอันตรายแก่ผู้บริสุทธิ์อื่น ๆ อีก (บังอร, 2535) โดยละเลยความจริงที่ว่า เอดส์เป็นโรคๆ หนึ่งที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยได้เหมือนโรคภัยไข้เจ็บโรคอื่น

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้ทวิความเป็น "เหยื่อ" ในความหมายที่หนักหน่วงยิ่งขึ้น ทั้งในแง่ที่มี "ตราบาป" จากพฤติกรรมต่าง ๆ อาทิ เทียวสำส่อน เสพยาเสพติด ประกอบอาชีพที่เกี่ยวข้องกับกิจการเพศพาณิชย์ และในแง่ของการจินตนาการถึงผู้ป่วยที่มีรูปลักษณ์น่าเกลียดน่ากลัว ขวนให้รู้สึกขยะแขยง ก่อนที่จะตายจากโลกนี้ไปอย่างทุกข์ทรมาน

กรณีของภาคเหนือตอนบน เมื่อโรงพยาบาลหรือระบบแพทย์แผนปัจจุบันไม่สามารถให้คำตอบในการเผชิญปัญหาเอดส์ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ได้ ในช่วงปี พ.ศ. 2536 เมื่อสถานการณ์ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ติดเชื้อได้รวมตัวกันเป็นกลุ่มขนาดเล็กทั้งในเมืองและชนบท เพื่อหาทางแก้ไขปัญหาดังกล่าว ของผู้ติดเชื้อทั้งในด้านการดูแลสุขภาพ การได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสาร และการหนุนช่วยในด้านจิตใจ นอกจากนี้ การรวมกลุ่มยังเปิดโอกาสให้มีเวทีแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเกิดการเรียนรู้จากประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แต่ละคนในการแก้ไขปัญหาที่เผชิญอยู่

สภาพปัญหาของผู้ติดเชื้อมีความเปลี่ยนแปลงและแตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ (เพ็งอ้าง) ในจำนวนผู้ติดเชื้อประมาณ 200 กลุ่มในเขตภาคเหนือตอนบน ผู้ติดเชื้อในจังหวัดเชียงใหม่ กล่าวได้ว่า มีความเข้มแข็งกว่าในจังหวัดอื่น ๆ บางกลุ่มได้ก้าวออกมาสู่สังคม และได้รับการยอมรับมากขึ้น โดยเฉพาะกลุ่มในเขตพื้นที่อำเภอรอบนอกซึ่งอยู่ไม่ไกลจากตัวเมืองเชียงใหม่มากนัก ลักษณะการรวมกลุ่มในระยะแรกจะเป็นไปในรูปของกลุ่มอำเภอโดยโรงพยาบาลประจำอำเภอเป็นที่เลี้ยงประสานงานกับองค์กรเอกชนที่เข้าไปในพื้นที่ และต่อมามีกลุ่มผู้ติดเชื้อระดับตำบลอีกทอดหนึ่งเพื่อรองรับปัญหาของคนในชุมชนหมู่บ้านอย่างรอบด้านมากขึ้น โดยการหนุนช่วยของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในและนอกพื้นที่อำเภอ

แม้ว่า การรวมตัวกันเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะมีที่มาจากการหนุนช่วยขององค์กรอื่น ๆ แต่ก็น่าจับตามองเป็นอย่างยิ่งในแง่ของการสร้างความหมาย/อัตลักษณ์ใหม่ให้ผู้

ด้วยโอกาสกลุ่มนี้ ให้พวกเขามีตำแหน่งแห่งที่ทางสังคม พร้อม ๆ กับการก่อตัวของกระแสความคิดที่ว่า ปัญหาเอดส์เป็นปัญหาของชุมชน มิใช่ปัญหาของปัจเจกบุคคลคนใดคนหนึ่ง

คำถามจึงมีอยู่ว่า การรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นรูปแบบหนึ่งของการเคลื่อนไหวทางสังคมต่อปัญหาเอดส์ในชุมชนเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขใด กลุ่มมีปฏิสัมพันธ์กับองค์กรอื่น ๆ และชุมชนอย่างไร ตลอดจนมีศักยภาพและข้อจำกัดอย่างไรบ้างในการพัฒนารูปแบบไปสู่ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่ (New Social Movement)

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1.2.1 เพื่อศึกษากระบวนการสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่า สร้างขึ้นจากองค์ประกอบทางวัฒนธรรมใด ซึ่งในแต่ละเงื่อนไขบริบท ผู้ติดเชื้อได้เลือกหยิบและประสมประสานแนวคิดดังกล่าวมาใช้นิยามตนเอง และนิยามสถานการณ์เฉพาะหน้าอย่างไร

1.2.2 เพื่อศึกษาถึงพลวัตของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ในการปฏิสัมพันธ์กับกลุ่มหรือองค์กรอื่นๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน เพื่อช่วยให้เข้าใจศักยภาพ และข้อจำกัด ขององค์กรกลุ่มผู้ติดเชื้อ

1.2.3 เพื่อศึกษาความเป็นไปได้ที่กลุ่มผู้ติดเชื้อจะกลับคืนสู่ชุมชนได้อย่างกลมกลืน จึงต้องศึกษาปฏิกิริยาของชุมชนที่มีต่อกลุ่ม และค้นหาปัจจัยเชิงโครงสร้างและเชิงวัฒนธรรมที่เกื้อกูลต่อความสัมพันธ์ที่ยั่งยืนระหว่างผู้ติดเชื้อและชุมชน

1.3 ทบทวนงานศึกษาและทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

ในการทบทวนครั้งนี้ ได้แบ่งประเด็นออกเป็นสามส่วน ส่วนแรก สถานภาพการศึกษาปัญหาเอดส์ในสังคมไทย ส่วนที่สอง การเมืองว่าด้วยการแสดงตัวตนและการเคลื่อนไหวทางสังคมในรูปแบบใหม่ และส่วนที่สาม ยุทธศาสตร์การต่อสู้ของผู้ด้อยอำนาจ

1.3.1 สถานภาพการศึกษาปัญหาเอดส์ในสังคมไทย

งานศึกษาในประเด็นเกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์ในสังคมไทย เริ่มต้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2530 จากการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลก (WHO) (Wongkhomthong et al, 1995) ถือว่า เป็นการเริ่มต้นยุคข้อมูลข่าวสารในเรื่องเอดส์ และโครงการศึกษาเกี่ยวกับประชากรกลุ่มต่าง ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ เพื่อสร้างรูปแบบของงานวิจัยสังคมศาสตร์ทางพฤติกรรม (socio-behavioral) และงานด้านชีวการแพทย์ในระดับชาติ (bio-medical) ในระดับชาติ และในปี พ.ศ. 2531 รัฐบาลไทยและโครงการวิจัยเอดส์นานาชาติ (WHO's Global Program on AIDS) ได้ร่วมกันทำโครงการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

ผู้ศึกษาได้แบ่งประเภทของงานศึกษาเรื่องเอดส์ในสังคมไทยออกเป็น 3 ประเภท โดยประเภทที่หนึ่ง เป็นงานศึกษาเกี่ยวกับชีวการแพทย์ หรือนงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับการสาธารณสุข ว่าด้วยการติดเชื้อ การป้องกัน ยา วัคซีน และยุทธวิธีทางเลือกอื่น ๆ ที่ใช้ในการรักษา งานศึกษาในลักษณะนี้เป็นงานศึกษาในยุคแรก ๆ ที่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ในสังคมไทยยังไม่แพร่หลาย บุคลากรทางสาธารณสุขจึงมีส่วนสำคัญในการกระจายความรู้ไปสู่ประชาชน ส่วนจะมีนักวิจัยในส่วนอื่น ๆ บ้างก็เพียงส่วนน้อย

วิชาญ และประคอง วิทาศัย (2540) อรรถาธิบายถึงชีวการแพทย์ว่าด้วยปัญหาเอดส์ อาการต่าง ๆ ที่เกิดจากโรคแทรกซ้อน ยาและผลข้างเคียงจากการใช้ยา ความคืบหน้าในการค้นคว้าเรื่องวัคซีนที่จะนำมาจัดโรคภัย ประเด็นปัญหาที่เสนอในงานเขียนชิ้นนี้คือ ทั้งการใช้ยาต้านเชื้อและวัคซีนต่างก็มีปัญหา เมื่อผลข้างเคียงที่มาพร้อมกับการใช้ยาเอดส์ที่มีมากมาย อาทิ ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยตามเนื้อตัว ปวดศีรษะ นอนไม่หลับ ซึ่งพบได้ในระยะแรกของการใช้ยา หรือการทดลองวัคซีนทั้งในอาสาสมัครติดเชื้อและไม่ติดเชื้อเอชไอวี ต่างก็มีปัญหาทางจริยธรรมในทุกขั้นตอน เมื่อมีการทดลองฉีดวัคซีนจริงและวัคซีนหลอกเข้าไปในตัวมนุษย์ อาจเกิดผลข้างเคียงที่ไม่พึงประสงค์ หรือถ้าความลับรั่วไหลจะมีผลต่อชีวิตของผู้รับการทดลองอย่างไร สิ่งเหล่านี้ต้องดำเนินไปอย่างระมัดระวังภายใต้จรรยาบรรณที่ต้องอาศัยความสมัครใจ และให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่อาสาสมัครที่รับการทดลอง

จากปัญหาของแนวคิดในการรักษาด้วยยาและวัคซีน ซึ่งเป็นแนวคิดกระแสหลักในการรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ไมตรี สุทธิจิตต์ (1996) จึงได้ทำการศึกษาทางเลือกอื่น ๆ ในการรักษาเพื่อบรรเทาอาการ อาทิ การใช้สมุนไพรรักษาตามอาการ สารธรรมชาติที่เป็นแอนติออกซิเจนท์ (antioxidant) การใช้ธรรมชาติในการยับยั้งสารพันธุกรรมของไวรัส (LTR inhibitors) อาหารสุขภาพที่มีแคลอรี โปรตีน ไบตาไมน และเกลือแร่ ครบถ้วน แต่ต้องไม่มีสารเคมีที่เป็นพิษหรือส่งผลต่อโรคเอดส์ วิธีขับล้างพิษ การฝึกจิตทางพุทธศาสนาให้มีสมาธิและจิตใจที่เข้มแข็ง และการฝังเข็มเพื่อเพิ่มภูมิคุ้มกันทาน วิธีการเหล่านี้ไม่เพียงแต่จะต่อต้านการรุกรานของเชื้อเอชไอวีเท่านั้น ยังเป็นการช่วยเหลือและกระตุ้นร่างกายให้มีพลังกำลัง มีภูมิคุ้มกันมากขึ้น และมีจิตวิญญาณที่จะยืนหยัดต่อสู้โรคภัยโดยไม่เกรงกลัวต่อความตาย การใช้ยาสมุนไพร-อาหารเสริมสุขภาพ-สมาธิ เป็นการรักษาแบบพื้นบ้านไทย ซึ่งต้องทำร่วมกับการดูแลสุขภาพตนเองด้วยความเข้าใจอย่างถูกต้อง จะทำให้ไม่มีปฏิกิริยาแทรกซ้อน ราคาไม่แพง และใช้ร่วมเสริมกับยาแผนปัจจุบันอื่น ๆ ได้ด้วย

จิราลักษณ์ จงสถิตมัน (2538) ได้นำแนวคิดการแพทย์องค์รวมเช่นเดียวกับที่ไมตรีได้นำเสนอไว้ มาเป็นกรอบในการศึกษาวิธีการอธิบายและการบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์ ด้วยการ

ปฏิบัติธรรม (ฝึกสมาธิหมั่น) ที่วัดดอยเก็ง อำเภอแม่สะเรียง จังหวัดแม่ฮ่องสอน ซึ่งคิดค้นโดยพระอาจารย์รัตน์ รตนาญาโณ คำอธิบายที่ท่านคิดขึ้น มีทั้งความสลับซับซ้อนยากแก่การที่แพทย์ที่ได้รับการศึกษาตามแนวทางสมัยใหม่จะยอมรับได้ทั้งหมด (ดูรายละเอียดจากจิราลักษณ์, 2538) ทั้งยังปฏิเสธการใช้ยา และการฆ่าเชื้อไวรัสที่แปลกปลอมเข้าสู่ร่างกาย ซึ่งเบื้องต้นค่อนข้างตรงกับแนวความคิดที่มีชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในร่างกาย (Living with HIV)

งานศึกษาในแนวนี้นี้ แม้จะมีความจำเป็นในการกระจายความรู้ให้แก่สาธารณชนในวงกว้าง แต่ก็มีข้อวิจารณ์ที่ผู้ศึกษาเห็นว่า ยังขาดมิติในด้านของปัจเจกบุคคล และความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล เพราะเอดส์เป็นโรคทางสังคม จึงมีอาจอธิบายด้วยเทคนิควิทยาในการรักษาหรือบรรเทาอาการของโรคได้เพียงทางเดียว

งานศึกษาเอดส์ประเภทที่สอง หรืออาจเรียกได้ว่า เป็นกระแสหลักของการศึกษาปัญหาเอดส์ในสังคมไทย คือ งานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับทัศนคติและพฤติกรรมเฉพาะในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี พิมพวัลย์ บุญมงคล และวันเพ็ญ มาอุ่น ได้รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานการศึกษาวิจัยพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อโรคเอดส์ในคนไทยกลุ่มต่าง ๆ ช่วงปี 2530-2541 (พิมพวัลย์ และคณะ, 2541 : 27) พบว่า ในช่วงต้น ๆ ของทศวรรษเป็นเรื่องของการศึกษาที่ส่วนใหญ่ไม่ได้มุ่งศึกษาพฤติกรรมทางเพศโดยตรง แต่เป็นการศึกษาด้านความรู้ ทัศนคติ ค่านิยม เกี่ยวกับเรื่องเพศสัมพันธ์ การมีนัด การเลือกคู่อุปการ การแต่งงาน อาชีพ นันทนาการ เดชรัตน์ (2531) ศึกษาการติดเชื้อเอดส์ในประชากรกลุ่มเสี่ยงในกรุงเทพมหานคร พิชญะ รักสกุลกานต์ (2534) ศึกษาระบาดวิทยาของการติดเชื้อโรคเอดส์ของผู้รับบริการในคลินิกการแพทย์ของโรงพยาบาลสันป่าตอง กาญจน์ หวังถิรอำนาจ (2533) ศึกษาการเปิดรับข่าวสารกับความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ในหญิงอาชีพพิเศษและชายรักร่วมเพศในเขตกรุงเทพมหานคร สุพัทธ์ วาณิชเสนี และคณะ (2534) ศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อไวรัสเอดส์ของผู้ติดยาเสพติด เป็นต้น สิ่งที่งานวิจัยเหล่านี้ค้นพบคือ ความแตกต่างทางทัศนคติ ค่านิยมระหว่างหญิงและชายต่อเรื่องความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งเป็นมาตรฐานเชิงซ้อน (พิมพวัลย์, อ้างจาก จรรยา เศรษฐบุตร, 2537)

นับจากปี พ.ศ.2535 เป็นต้นไป มีการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องพฤติกรรมทางเพศโดยตรงของประชาชนทุกกลุ่ม รวมทั้งกลุ่มวัยรุ่น กลุ่มสตรีและชายโดยตรง และตั้งแต่ปี พ.ศ.2537 มีการขยายงานการศึกษากลุ่มคนต่างชาติที่ย้ายถิ่นเข้ามาและคนกลุ่มน้อย ซึ่งพิมพวัลย์ และวันเพ็ญ ได้วิเคราะห์ว่า งานศึกษาในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาเป็นเรื่องของงานวิจัยพื้นฐาน (Basic Research) เพื่อสร้างองค์ความรู้ความเข้าใจ ค่านิยม และพฤติกรรมทางเพศของประชาชนกลุ่ม

ต่าง ๆ ในสังคมไทย ซึ่งมีงานวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) แบบมีส่วนร่วม เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงอยู่บ้างเพียงประปราย (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ, อ้างแล้ว : 30)

งานศึกษาของเพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคณะ (2537) และนิตยา ระวังพาล (2538) ถือเป็นตัวอย่างที่ผู้ศึกษาเห็นว่า เป็นการวิจัยในมิติเชิงลึกแบบมีส่วนร่วม ที่คำนึงถึงบริบทความสัมพันธ์ทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ใกล้เคียงกับวิถีวิทยาทางด้านสังคมวิทยาและมานุษยวิทยาที่เห็นว่า เรื่องความสัมพันธ์ทางเพศเป็นเรื่องละเอียดอ่อน เป็นเรื่องของความต้องการ อารมณ์และความปรารถนา ความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างหญิงและชายซึ่งเป็นผู้ร่วมเพศ ไม่ว่าจะอยู่ในรูปแบบการซื้อขาย การเป็นคู่นอนชั่วคราว เพื่อน หรือการเป็นคนรัก เพราะ การศึกษาเพียงความรู้ทัศนคติ ซึ่งเป็นการวิจัยขั้นพื้นฐานนั้น มิอาจกำหนดพฤติกรรมที่เป็นจริงได้ (พิมพ์วัลย์ บุญมงคล และคณะ, อ้างแล้ว : 31)

เมื่องานศึกษาวิจัยประเภทที่สองมีข้อจำกัดตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น ประกอบกับบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ก้าวเข้ามาเสนอแนวทางจัดการปัญหาเอดส์ด้วยแนวทางการเตรียมชุมชนเพื่อรองรับกับสถานการณ์เอดส์ ซึ่งทวีความรุนแรงขึ้นทุกขณะ กระแสของงานวิจัยเรื่องเอดส์ช่วงปี พ.ศ.2537 เป็นต้นไป จึงเป็นงานวิจัยประเภทที่สามในบริบทของชุมชน วัฒนธรรม และเน้นให้เห็นถึงประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเปลี่ยนแปลงอย่างเป็นพลวัต

อัญชลี สิงหนะตร-ฤณาท และจิราลักษณ์ จงสถิตมัน ศึกษาถึง “การตอบสนองของครอบครัว ชุมชนในสถานการณ์เอดส์” (อัญชลี และจิราลักษณ์, 2540) พบว่า โรคเอดส์ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางสังคมวัฒนธรรมของชาวบ้านเป็นอย่างมาก การเยี่ยมเยียนคนป่วย หรือการเข้าร่วมงานศพ ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงถึงความสัมพันธ์ขั้นพื้นฐานของคนในชุมชนกำลังเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เจ้าของบ้านไม่แน่ใจว่า คนที่มาเยี่ยม มาเพื่ออะไร จะมาเพื่อสังเกตอาการว่าเป็นอย่างไร ชาวบ้านเขาซุบซิบนินทาหรือไม่ ผู้ที่จะไปเยี่ยมก็ไม่แน่ใจว่า ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ยินดีที่จะต้อนรับหรือไม่ การเยี่ยมเยียนจึงยังคงมีอยู่ แต่ว่าเป็นช่วงระยะเวลาสั้น ๆ ไปเยี่ยมเยียนไม่นานก็กลับบ้าน

ส่วนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับบริบทของความสัมพันธ์ระหว่างรัฐและชุมชน ซึ่งมีผลกระทบถึงตัวผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ คือ เครือข่ายของความช่วยเหลือ ปัจจุบันชุมชนต้องพึ่งพาความช่วยเหลือในรูปแบบต่าง ๆ จากภายนอกทั้งสิ้น เช่น บัตรสุขภาพ ในเรื่องการรักษาโรควิธีการต่าง ๆ เหล่านี้เป็นกลไกของรัฐที่จัดมาให้ เจ้าหน้าที่รัฐจะเป็นคนรับคำสั่งมาแล้วชี้ให้เห็นว่า ชุมชนนี้มีปัญหาอะไร และควรจะจัดการกับปัญหาอย่างไร ไม่ใช่การมองจากทัศนะของคนในชุมชน เมื่อเกิดวิกฤตขึ้นมาเมื่อไหร่ จะต้องทำอะไร ก็คิดเองไม่ได้ ต้องรอคำสั่งว่า จะให้ช่วยทำอะไร และรอว่าเมื่อไหร่เงินจะมา ทั้งที่ในสภาพความเป็นจริงแล้ว ชาวบ้านมีศักยภาพในการคิดค้นและทำกิจกรรม

เอง แต่ว่าศักยภาพนี้ไม่ได้ถูกนำมาใช้ในการแก้ปัญหาเอดส์ คงต้องช่วยกันรื้อฟื้นศักยภาพของชุมชนขึ้นมาใหม่

งานศึกษาของอัญชลี และจิราลักษณ์ ที่ได้บทพจนมานั้น ค่อนข้างเน้นนักภาพรวมของชุมชนในฐานะของผู้กระทำค่อนข้างมาก ยังขาดการมองจากแง่มุมของผู้ติดเชื้อ ในขณะที่ผู้ติดเชื้อหลายคนในชุมชนยังไม่ใช่ผู้ป่วย มีศักยภาพในการเป็นผู้กระทำกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างความหมายใหม่ให้คนอื่น ๆ ในสังคมได้ประจักษ์ถึงความจริงในอีกด้านหนึ่ง ต่างจากงานศึกษาประเภทวิทยานิพนธ์สาขาพยาบาลศาสตร์ ซึ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นประเด็นหลักในการศึกษา อาทิ พิกุล นันทชัยพันธ์ (2539) ซึ่งเป็นการศึกษาการพัฒนาศักยภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยใช้กรอบคิดเรื่อง “ศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย” และบำเพ็ญจิต แสงชาติ (2540) ศึกษาการนำปัจจัยทางวัฒนธรรมในท้องถิ่นมาประยุกต์ใช้ อาทิ แนวคิดเรื่องกรรมในพุทธศาสนา การเลือกกระทำตามความเชื่อในท้องถิ่น การผสมผสานการรักษาามาปรับใช้ เพื่อให้มีชีวิตอยู่อย่างปกติสุข แต่ผู้วิจัยไม่ได้วิเคราะห์ลงไปถึงคุณภาพ และความสามารถในการดูแลตนเอง (พิมพ์วัลย์ และคณะ, 2541) ดังนั้นองค์ความรู้สำหรับตอบคำถามเกี่ยวกับคุณภาพ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อและผู้เป็นโรคเอดส์ยังไม่เพียงพอและไม่กระจ่างชัด ในแง่มุมที่เป็นรายละเอียดของแต่ละด้านที่ชี้ให้เห็นว่า พฤติกรรมการดูแลตนเองในลักษณะต่างๆ นั้นมีคุณภาพอย่างไร มีมากน้อยหลากหลายเพียงใด ให้ผลดีจริงหรือไม่อย่างไร

นอกจากการศึกษาในแนวทางพยาบาลศาสตร์ ในแง่มุมของศักยภาพในการดูแลตนเอง ของผู้ติดเชื้อแล้ว ด้านหนึ่งยังมีการศึกษาจากแนวคิดระดับกลางในเรื่องความสัมพันธ์หญิงชาย (Gender Perspective) และแนวคิดเชิงภูมิศาสตร์มนุษย์ว่าด้วยประชากร การย้ายถิ่น และพื้นที่ทางสังคมวัฒนธรรมเฉพาะของกลุ่มเสี่ยง อาทิ งานศึกษาของอัญชลี สิงหนัตร - ฤนาท (ดู Hert 1997) และ Wijngaarden (1995) คือ ตัวอย่างของงานศึกษาที่ใช้สมมติฐานจากแนวคิดทางภูมิศาสตร์ ซึ่งมีคำถามว่า ทำไมการแพร่ระบาดของเอชไอวีจึงมีมากในกลุ่มคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง ในขณะที่กลุ่มอื่นๆ ประเทศอื่น ๆ หรือชุมชนอื่นๆ ไม่ได้รับผลกระทบมากเท่า หรือมีความเชื่อว่า พื้นที่หนึ่ง หรือกลุ่มคนกลุ่มหนึ่ง มีความเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่น โดยพยายามอธิบายปัจจัยที่ทำให้เกิด และโครงสร้างของพื้นที่นั้น ๆ เพื่อที่จะผสมผสานการทำงานสนามและบทบาทการแสวงหาวิธีการป้องกันเข้าไว้ด้วยกัน รวมทั้งประสานความร่วมมือกับสาขาวิชาอื่น ๆ เพื่อสร้างแนวคิดองค์รวม (holistic approach) เพื่อป้องกันความผิดพลาดจากวิธีคิดในการมองปัญหาจากแง่มุมใดแง่มุมหนึ่งเพียงแง่มุมเดียว (Wijngaarden อ้างจาก Boston 1989, 1992)

แต่กระนั้นก็ตาม Wijngaarden ก็ยอมรับว่า เมื่อศึกษาประวัติศาสตร์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยที่เริ่มมาจากการแพร่ระบาดในหมู่ชายรักร่วมเพศ ผู้ติดยาเสพติด มาสู่ชายนักเที่ยวและหญิงขายบริการทางเพศ จนมาถึงการแพร่ระบาดในการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างคนต่างเพศ และการติดเชื้อจากการตาสูทาร์กในปัจจุบัน ทำให้ไม่สามารถระบุกลุ่มเสี่ยงที่ชัดเจนในประเทศไทยได้ เพราะเอดส์ได้เข้าถึงคนทุกกลุ่มในประเทศไทยแล้ว โดยไม่มีประชากรกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งที่ปลอดภัยจากเอดส์ได้ถึง 100% (Wijngaarden, อ้างแล้ว : 5-6)

งานศึกษาของทั้งสองท่านที่กล่าวอ้างมาข้างต้น ได้นำแนวความคิดความสัมพันธ์หญิงชาย (Gender Perspective) มาเป็นแนวความคิดรองในการศึกษา ในขณะที่อัญชลีต้องการทำความเข้าใจความหมายทางสังคมวัฒนธรรมต่อพฤติกรรมของผู้ย้ายถิ่นจากมุมมองของผู้ย้ายถิ่นเอง ครอบครัวและชุมชนต้นทางของเขาที่ได้รับผลกระทบจากการซึมแทรกของระบบทุนนิยมและทฤษฎีการพึ่งพา ทำให้สูญเสียโอกาสการดำรงชีวิตในหมู่บ้านอย่างปกติสุขเหมือนที่ผ่านมา (อ้างจาก Santasombat, 1992) และการย้ายถิ่นจากหมู่บ้านหรือชุมชนดั้งเดิมของตนเองนั้น ไม่เพียงแต่ทำให้พวกเขามีอิสระจากกฎเกณฑ์ตามประเพณีดั้งเดิมเท่านั้น แต่ยังทำให้ประเพณีหรือสิ่งยึดเหนี่ยวร่วมกันภายในชุมชนอ่อนแอลงโดยตัวของมันเองด้วย การมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสหรือเพศสัมพันธ์ชั่วคราวจึงไม่อาจถูกมองว่า เป็นประเด็นทางศีลธรรมเพียงอย่างเดียว แต่เป็นเรื่องของสุขภาพด้วย เพื่อเปิดสิทธิการรับรู้ให้แก่คนทั่ว ๆ ไป มิฉะนั้น จะไม่อาจหลุดพ้นภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออกที่ผู้ย้ายถิ่นเหล่านี้ จะยังคงมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ต่อไป และนำมาฝากครอบครัวของเขาด้วย

Wijngaarden (1995) ศึกษาพื้นที่ทางสังคมของผู้ที่มีแรงปรารถนาที่จะเป็นโฮโมเซ็กชวล ทั้งในแง่พื้นที่ตามแนวคิดทางภูมิศาสตร์ (Location) ความเป็นปัจเจกบุคคล (Individual) และเครือข่ายทางสังคมของพวกเขาในบริบทที่การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่ทวีความรุนแรงขึ้นทุกขณะ ผู้วิจัยต้องการศึกษาว่า โดยผ่านพื้นที่ทางสังคมเหล่านี้ พวกเขามีการแสดงอัตลักษณ์ทางเพศ และได้สร้างบริบทเฉพาะทางวัฒนธรรมในรูปแบบชายรักร่วมเพศอย่างไร ซึ่งมีรูปแบบการปฏิสัมพันธ์ที่หลากหลายมากในจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อหาวิธีการที่เหมาะสมในการกำหนดยุทธวิธีในการลดความเสี่ยง

เขาพบว่า ในความสัมพันธ์ที่เป็นเพศพาณิชย์ แต่เป็นแหล่งบริการที่ค่อนข้างเปิดเผย ราคาค่าบริการสูง เช่น บาร์เกย์ มีความระมัดระวังเรื่องสุขภาพของพนักงาน ด้วยการแจกถุงยางอนามัย และตรวจสุขภาพโดยบุคลากรสาธารณสุข มีความปลอดภัยมากกว่าสถานที่ปิดลับ (รู้จักกันเฉพาะกลุ่ม) และราคาค่าบริการถูก เช่น บ้านที่มีเด็กหรือผู้ขายขายบริการ แต่ที่น่าสนใจคือ ชาย

ที่มีความสัมพันธ์กับเพศเดียวกันเพื่อการทำงานหาเงิน หลายคนยังมีความสัมพันธ์กับผู้หญิงด้วย และยังนิยมตนเองว่าเป็นผู้ชาย นั่นคือ มิติแห่งความหลากหลายที่มีความสัมพันธ์กับผู้ชายเพราะเงิน มีความสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศ เพื่อปลดปล่อยอารมณ์ และมีความสัมพันธ์กับเพื่อนหญิงในฐานะคู่ขาหรือคู่รัก และพบว่า ยิ่งความสัมพันธ์มีเรื่องของความผูกพันทางจิตใจ และระยะเวลายาวนานเท่าไร การป้องกันตนเอง และคู่เพศสัมพันธ์ยิ่งลดน้อยลงไปเท่านั้น

นอกจากงานศึกษาทั้งสามประเภทใหญ่ ๆ ที่ผู้ศึกษาแบ่งตามความนิยมในแต่ละช่วงเวลา และสถานการณ์ทางสังคมเข้ามาเป็นปัจจัยในการสนับสนุนแล้ว ในปัจจุบันสถานการณ์เอดส์ในภาคเหนือของประเทศไทยได้มาถึงยุคของการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเพื่อเคลื่อนไหวในการแก้ปัญหาาร่วมกัน ซึ่งมีวิทยานิพนธ์ปริญญาโทที่ศึกษากลุ่มผู้ติดเชื้อในระดับอำเภอของอำเภอดอยสะเก็ด จิตมณี ก้างอนตา (2539) และ สุนทรี แรงกุล (2541)

จิตมณี ก้างอนตา (2539) ศึกษากระบวนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่เป็นสมาชิกและเข้าร่วมกิจกรรมของโครงการฟ้าสีขาว อำเภอดอยสะเก็ด จังหวัดเชียงใหม่ เป็นการศึกษาในระดับกลุ่มที่เรียกว่า กลุ่มช่วยเหลือตนเอง ในฐานะที่กลุ่มเป็นตัวเชื่อมโยงที่สำคัญระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์ ครอบครัว และชุมชน จากการศึกษาพบว่า กิจกรรมที่สนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ปรับตัวได้มากที่สุด และรองลงมาตามลำดับคือ กิจกรรมการเยี่ยมติดตามที่บ้าน . กิจกรรมการพบกลุ่ม นันทนาการ และกิจกรรมการทำสมาธิมน

งานศึกษาชิ้นนี้ แม้จะเป็นการศึกษาในระดับของกลุ่มผู้ติดเชื้อ แต่ก็มีจุดเริ่มต้นจากการศึกษาในระดับปัจเจกบุคคล โดยอาศัยแนวคิดการเผชิญหน้ากับความเครียดในลักษณะของจิตวิทยามากกว่ามุ่งเน้นศักยภาพ หรือข้อจำกัดของกลุ่มโดยตรง ซึ่งแตกต่างจากงานของสุนทรี (2541) ศึกษาโครงการมิตรภาพหญิง หรือกลุ่มแม่ม่ายดอยสะเก็ดเดิม เพื่อดูว่า ผู้หญิงสามารถมีบทบาทในการจัดการปัญหาเอดส์ในชุมชนได้อย่างไร ทำไมจึงทำโครงการเพื่อแก้ปัญหาเอดส์สำเร็จ มีวิธีการ รูปแบบในการทำโครงการอย่างไร และมีปัจจัยเงื่อนไขอะไรบ้างที่เอื้อให้โครงการนั้นประสบความสำเร็จ

งานศึกษาชิ้นนี้ แม้ว่า จะเปิดเผยให้เห็นถึงบทบาทของผู้หญิงที่เคยถูกมองข้ามไป ทั้งที่บริบทของสังคมล้านนาแต่เดิมมีความเชื่อเรื่องบทบาทของผู้หญิงเป็นพื้นฐานที่ดี ในการสนับสนุนการรวมกลุ่มของผู้หญิงอยู่แล้ว แต่มีข้อควรระวังในแง่ของสมมติฐานที่มองศักยภาพเพียงด้านเดียว แต่ขาดการมองถึงข้อจำกัด อาจทำให้ภาพปรากฏที่บรรยายไว้คลาดเคลื่อนจากความเป็นจริงที่มีอยู่ในชุมชนได้

จากการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับเอดส์ที่ผ่านมา เชื่อมโยงมาถึงบริบทของสถานการณ์การแก้ปัญหาเอดส์ในประเทศไทย ซึ่งมีสองประการที่เกี่ยวข้องคือ ประการแรก นโยบายของรัฐ โดยกระทรวงสาธารณสุข ค่อนข้างสอดคล้องกับแนวทางขององค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ทำให้ประเทศไทยได้ชื่อว่า เป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จในการแก้ไขปัญหเอดส์ มีการทุ่มเงินงบประมาณลงมาทั้งจากภาครัฐ และองค์การเอกชนนานาชาติ จากการประชุมร่วมกันของภาครัฐและเอกชน ได้มีนโยบายสนับสนุนให้เกิดเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่เชื่อมโยงกันเป็นลำดับขั้นตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ จังหวัด ภาค จนถึงระดับชาติ

ประการที่สอง การเติบโตของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ล่าสุดในเขตภาคเหนือตอนบนมีกลุ่มผู้ติดเชื้อถึงเกือบ 200 กลุ่ม การขยายปริมาณกลุ่มอย่างรวดเร็ว เนื่องจากทรัพยากรความช่วยเหลือซึ่งอัดฉีดเข้ามาก่อให้เกิดคำถามว่า การขยายตัวเชิงปริมาณของกลุ่ม คือ ดัชนีชี้ความสำเร็จของการแก้ไขปัญหเอดส์หรือไม่ เพราะมีกลุ่มหลายกลุ่มทยอยยุบเลิกไป ทำให้สมควรที่จะต้องมีงานวิจัยที่ศึกษาถึงพลวัตของการเกิด การเติบโต และการยุบเลิกของกลุ่มในบริบทที่ลึกซึ้งมากยิ่งขึ้น ซึ่งก็มีงานวิจัยนำร่องจากองค์การพัฒนาเอกชนผู้มีบทบาทในการเคลื่อนไหวในการร่วมการแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกับชุมชน คือ ชยันต์ วรรณะภุติ และคณะ (2542) ศึกษากระบวนการสร้างอัตลักษณ์ใหม่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อผ่านการเปิดเผยตนเองในระดับปัจเจกบุคคลว่า เป็นผู้ติดเชื้อ ทำให้ได้ออกไปสังคมความรู้และประสบการณ์จากภายนอกชุมชน แล้วกลับมาเคลื่อนไหวผ่านการจัดตั้งกลุ่มเพื่อเปิดพื้นที่ทางภูมิศาสตร์และสังคมในการช่วงชิงการนิยามความหมายใหม่ให้กับตนเอง และผู้ติดเชื้อคนอื่นในชุมชนนั้น ๆ หรือ ธวัช มณีผ่อง และคณะ (2542) ซึ่งเป็นการศึกษาถึงมิติเชิงวัฒนธรรมในการก่อรูปของกลุ่มผู้ติดเชื้อหลากหลายกลุ่มในภาคเหนือตอนบน ในเชิงเปรียบเทียบทั้งความสำเร็จในการดำรงความเป็นกลุ่มและปัญหาอุปสรรคของกลุ่มที่เคยมีบทบาทสำคัญในกระบวนการแก้ไขปัญหเอดส์ของชุมชนแต่ต้องยุบเลิกไปในที่สุด ตลอดจนวิเคราะห์ถึงปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม และแนวคิดพื้นฐานที่แตกต่างกันของกลุ่มที่ตั้งขึ้นมาในยุคสมัยที่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นแนวทางอย่างสำคัญที่ผู้ศึกษาจะสืบสานมิติทางวัฒนธรรมในการมองปัญหาและการจัดการที่เกิดขึ้นในชุมชนหนึ่งอย่างเป็นพลวัตต่อไป

1.3.2 การเมืองว่าด้วยการแสดงตัวตนและการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่

ดังที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้นว่า มีงานศึกษาที่ว่าด้วยการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อจัดการกับปัญหาเอดส์อยู่ไม่มากนัก ในการศึกษากลุ่มผู้ติดเชื้อระดับตำบล ๆ หนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้นำมโนทัศน์ "การเมืองว่าด้วยการแสดงตัวตน" (Identity Politics) มาเป็นกรอบในการทบทวนงานศึกษาในหัวข้อนี้

การเมืองว่าด้วยการแสดงตัวตน มีรากฐานที่สอดคล้องและเกี่ยวข้องกับการเคลื่อนไหวทางสังคมในหลากหลายรูปแบบ โดยเฉพาะการเคลื่อนไหวยุคแรก ๆ ของขบวนการแรงงาน ขบวนการสังคมนิยม และการเคลื่อนไหวของกลุ่มผู้หญิง โดยการนำเสนอกรณีปัญหาของผู้ใช้แรงงาน หรือผู้หญิงที่ประสบปัญหาในแง่มุมต่าง ๆ ด้วยแนวความคิด "เรื่องส่วนตัวคือ เรื่องการเมือง" (The personal is political) ซึ่งมีนัยท้าทายวิธีคิดที่แบ่งแยกเป็นขั้วตรงข้ามอย่างเด็ดขาดระหว่าง ความเป็นส่วนตัว (personal / private) และ อาณาบริเวณทางสังคม (public) ว่าแฝงเร้นไปด้วยเรื่องของอำนาจและการเมืองภายในครอบครัว ภายใต้ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีมิติอื่น ๆ ของชีวิตที่เป็นส่วนตัว กล่าวถึงที่สุดแล้ว แนวคิดเฟมินิสต์ก็เป็นการท้าทายทุกระดับของการแบ่งแยก และแสดงให้เห็นว่า การแยกความแตกต่างระหว่างเรื่องส่วนตัวและสาธารณะอย่างเด็ดขาด ทำให้ปัญหาของผู้หญิงถูกเบียดขับให้อยู่ชายขอบ และถูกละเลยที่จะได้รับช่วยเหลือแก้ไขปัญหอย่างจริงจังทันทั่วทั้งที่ (Calhoun, 1994 : 21)

จากแนวความคิดนี้ ได้ก่อให้เกิดขบวนการเคลื่อนไหวในรูปแบบต่าง ๆ ติดตามมา ไม่ว่าจะเป็นการเคลื่อนไหวของเกย์/เลสเบี้ยน การเคลื่อนไหวของเยาวชน หรือนิเวศวิทยาแนวเล็ก โดยมีแกนกลางความคิดเดียวกัน นั่นคือ มาจากการถูกกีดกันและปฏิเสธ เช่น การที่สังคมปฏิเสธการมีตัวตนของเกย์ หรือเลสเบี้ยน ทำให้พวกเขาต้องรวมกลุ่มกันเพื่อท้าทายทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องเพศที่สังคมส่วนใหญ่ปฏิเสธพวกเขา และนำไปสู่ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในรูปแบบใหม่ (the new social movement)

ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่ในรูปแบบที่กล่าวมานี้ มีความแตกต่างและพัฒนาารูปแบบไปจากการเคลื่อนไหวที่ผ่านมา ๆ มาในแง่ที่มีได้มุ่งเคลื่อนไหวเพื่อประท้วงหรือต่อต้านอำนาจรัฐอย่างตรงไปตรงมา ไม่เน้นความเข้มแข็งขององค์กรหรือจำนวนสมาชิกผู้ร่วมอุดมการณ์ แต่มีเป้าหมายอยู่ที่การช่วงชิงอำนาจในการสร้างค่านิยม หรือความหมายชุดใหม่ให้กับสิ่งที่เรียกว่า ต่อสู้ เคลื่อนไหว (ไชยรัตน์ 2538, : 84) อาทิ การเคลื่อนไหวของขบวนการสิทธิสตรีอินเดียในประเทศแคนาดา ที่เรียกร้องให้ปรับเปลี่ยนแก้ไข พระราชบัญญัติอินเดีย (The Indian Act) ของประเทศแคนาดา

พระราชบัญญัติฉบับนี้ นอกจากจะเป็นพระราชบัญญัติที่ไม่ได้ผ่านความเห็นชอบของคนอินเดียในแคนาดาแล้ว ยังเลือกปฏิบัติต่อผู้ชายและผู้หญิงอินเดียแตกต่างกันอย่างน่ารังเกียจมากด้วย โดยกำหนดว่า ถ้าสตรีอินเดียคนใด แต่งงานกับผู้ชายที่ไม่ใช่คนอินเดียด้วยกัน ก็จะหมดสภาพความเป็นคนอินเดียทันที คือ สูญเสียทั้งอัตลักษณ์ของความเป็นคนอินเดียและสูญเสียสิทธิทุกอย่างในฐานะที่เป็นคนอินเดียด้วย เช่น ไม่มีสิทธิรับมรดก ถูกตัดออกจากเผ่า

ห้ามมีบทบาทใด ๆ ในชุมชนอินเดีย ถูกไล่ออกจากบ้านพัก ถูกตัดออกจากครอบครัว ชุมชน เมื่อตายไปแล้วก็ไม่มีสิทธิที่จะนำศพมาฝังในสุสานที่คนอินเดียถือว่า ศักดิ์สิทธิ์ ในขณะที่ผู้ชายอินเดีย หากแต่งงานกับผู้หญิงอื่นที่ไม่ใช่คนอินเดีย ก็ไม่สูญเสียสิทธิใด ๆ ทั้งสิ้น ยิ่งกว่านั้น ผู้หญิงอื่นที่แต่งงานกับผู้ชายอินเดีย ก็จะได้รับสิทธิทุกประการเช่นผู้หญิงอินเดีย (ไชยรัตน์, 2540 : 45)

ขบวนการสิทธิของสตรีอินเดียในแคนาดาเห็นว่า พระราชบัญญัติอินเดียฉบับนี้ไม่ยุติธรรมต่อสตรี เป็นกฎหมายที่เลือกปฏิบัติ และลำเอียงเข้าข้างเพศชายอย่างสูง (sexist) จึงลุกขึ้นมาเคลื่อนไหวคัดค้าน ด้วยการเสนอข้อถกเถียงว่า ในระบบคิดของคนอินเดีย ไม่มีการแบ่งแยกเพศอย่างชัดเจน และทำให้เพศชายเป็นใหญ่อย่างวิธีคิดของคนผิวขาว ยิ่งไปกว่านั้น ยังเป็นข้อกำหนดที่ขัดกับหลักการว่าด้วยสิทธิมนุษยชนขององค์การสหประชาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสิทธิในการปกครองตนเองของคนพื้นเมืองดั้งเดิม (ไชยรัตน์, อ้างแล้ว : 45) เนื่องจากเป็นกฎหมายที่ไม่เคารพในความแตกต่างหลากหลายของคนในสังคม

ขบวนการเรียกร้องของสตรีอินเดียในแคนาดา มีรูปแบบชัดเจนว่า เป็นขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่ เพราะเป็นขบวนการที่เน้นการเคลื่อนไหวเรียกร้องในปริณทณทางวัฒนธรรม และเป็นการประสานความร่วมมือระหว่างขบวนการสิทธิสตรีในแคนาดา และขบวนการสิทธิสตรีในประเทศต่าง ๆ เป็นการเคลื่อนไหวข้ามพรมแดนรัฐชาติ ด้วยการสร้างแรงกดดันต่าง ๆ ต่อรัฐบาลแคนาดา พยายามฉายภาพรัฐบาล/สังคมแคนาดาว่า มีการเก็บกดปิดกั้นทางเพศสูง จนในต้นทศวรรษ 1990s รัฐบาลจึงเสนอร่างแก้ไขพระราชบัญญัติอินเดีย เพื่อให้สิทธิแก่สตรีอินเดียเท่าเทียมกับบุรุษ เนื่องจากคำวินิจฉัยของศาลโลกในปี 1981 ระบุว่า การกระทำของรัฐบาลแคนาดาในพระราชบัญญัติอินเดีย เป็นการกระทำที่ขัดกับหลักการว่าด้วยสิทธิมนุษยชนขององค์การสหประชาชาติ การสร้างแรงกดดันในเวทีนานาชาติ การเคลื่อนไหวผ่านสื่อมวลชนต่าง ๆ นับเป็นยุทธศาสตร์ที่สำคัญของขบวนการเรียกร้องสิทธิ เพราะทำให้รัฐบาลแคนาดาเกรงว่าจะเสียภาพลักษณ์ของตัวเองในชุมชนโลก ในที่สุดก็นำไปสู่การแก้ไขกฎหมาย ด้วยการคืนความเป็นตัวตนกลับให้แก่สตรีอินเดียอีกครั้งหนึ่ง (ไชยรัตน์, อ้างแล้ว : 46)

ลักษณะที่น่าสนใจอีกประการหนึ่งของการเคลื่อนไหวในแนว "การเมืองเพื่อแสดงตัวตน" หรือ Identity Politic คือ เป็นการเคลื่อนไหวที่ปฏิเสธการแบ่งแยกอย่างเด็ดขาดระหว่างสองชั่วที่แตกต่างกัน คือ "ผู้กระทำทางสังคม" (agency) และ "โครงสร้างทางสังคม" (structure) ว่าจะไรเป็นตัวกำหนดพฤติกรรมทางสังคม โดยหันมาศึกษาปฏิสัมพันธ์อันสลับซับซ้อน และไม่อาจแยกขาดจากกันได้ระหว่างตัวกำหนดเชิงปัจเจกหรือโครงสร้าง มาเน้นการศึกษากระบวนการก่อรูป

“อัตลักษณ์” ซึ่งเป็นขอบเขตที่เลื่อนไหลไม่หยุดนิ่ง เป็นเวทีการต่อรอง หยิบยืม ดีความและการต่อสู้ในกระบวนการนิยามความหมาย ไม่ว่า “ปัจเจก” หรือ “กลุ่ม” ไม่มีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ถูกกำหนด หรือ เป็นฝ่ายเลือกกระทำเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่ง แต่ความเป็น “ตัวตน” เป็นทั้งกระบวนการและพื้นที่ทางสังคม (Social Space) ที่มีปฏิบัติการนิยามความหมายที่หลากหลาย เป็นทั้งผู้นิยามและถูกนิยามในเวลาเดียวกัน (ดูรายละเอียดจาก Duncan, 1993)

แม้ว่า การเมืองว่าด้วยการแสดงความเป็นตัวตน มีที่มาจากการสร้างอัตลักษณ์ เพื่อเปิดพื้นที่ให้กับความแตกต่างหลากหลายของกลุ่มคนที่ถูกปิดกั้นโอกาสในสังคม และก่อรูปไปสู่ขบวนการเคลื่อนไหวจากผู้ที่เป็นเจ้าของปัญหาเอง แต่กระนั้นก็ตาม ก็ยังเป็นมนต์เสน่ห์ที่มีความคลุมเครือ สลับซับซ้อน ทั้งยังไม่สามารถนิยามความหมายได้อย่างชัดเจน และเป็นที่ยอมรับได้ในวงกว้างว่า คืออะไร เพราะขาดทฤษฎีที่จะมารองรับอย่างเพียงพอ แม้ว่าจะเป็นความเคลื่อนไหวที่น่าตื่นตาตื่นใจในกรณีที่มีประเด็นของอำนาจที่เรียกร้องโดยฝ่ายที่นิยามตนเองว่า ต่อสู้เพื่อมวลชน (ที่มักเรียกกันว่า ฝ่ายซ้าย) แต่ยังไม่มีความชัดเจนสำหรับความเคลื่อนไหวร่วมสมัยอื่นๆ เช่น กลุ่มศาสนาใหม่ การต่อต้านของชุมชนคนผิวขาวที่มีต่อคนผิวสี ความเคลื่อนไหวของขบวนการชาตินิยมที่หลากหลาย ซึ่งในปัจจุบันเราไม่อาจเบียดขับปรากฏการณ์การต่อสู้เหล่านี้ ออกจากแนวทางการเคลื่อนไหวทางสังคมได้ (Calhoun, 1994 : 22)

ไฮยาร์ดน์ (2540) อาสาที่จะให้คำจำกัดความของขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมแนวใหม่ ว่า คือ ไม่ใช่รัฐ ไม่ใช่เรื่องของระบบเศรษฐกิจ และไม่ใช่เรื่องส่วนตัวหรือเรื่องทางสังคมอย่างแยกแยะเด็ดขาดตายตัว แต่เป็นสิ่งที่ฮาเบอร์มาสเรียกว่า อาณาบริเวณสาธารณะ (ไฮยาร์ดน์, อ้างจาก Habermas 1982, Arendt 1959 และ Hansen 1993) นั่นคือ การขยายอาณาบริเวณสาธารณะให้กว้างออกไปในการวิพากษ์วิจารณ์เรื่องราวบางประเด็น ที่ไม่อาจมีข้อสรุปตายตัวว่าเป็นเรื่องส่วนตัว หรือเรื่องทางสาธารณะเพียงในแง่มุมใดแง่มุมหนึ่งในแง่มุมเดียว (ดูรายละเอียดใน ไฮยาร์ดน์, 2540 : 62)

ในกรณีของกระบวนการสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือของประเทศไทย ถือเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนตัวอย่างหนึ่งถึงการเปิดเผยตนเองจากระดับปัจเจกบุคคลของผู้ซึ่งผ่านความวิตกกังวลหวาดกลัว มาสู่การคิดตีความการมีชีวิตอยู่กับเชื้อเอชไอวีใหม่ จนถึง การรวมกลุ่มเพื่อทำกิจกรรม เรียกร้องสิทธิในการมีชีวิตอยู่กับคนอื่นๆ ในสังคมอย่างปกติสุข โดยปราศจากการแบ่งแยกกีดกันโดยเฉพาะในชุมชนเดิมที่มีความใกล้ชิด จึงมีความน่าสนใจในการศึกษาว่าผู้ติดเชื้อจึงเป็นผู้ด้อยโอกาสในสังคมกลุ่มหนึ่ง มียุทธศาสตร์การต่อสู้เพื่อนิยามอัตลักษณ์

ใหม่ในภาวะวิกฤตของชีวิตอย่างไร ในตอนต่อไปจะทบทวนแนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวกับยุทธศาสตร์การต่อสู้ของผู้ด้อยอำนาจ

3.3 ยุทธศาสตร์การต่อสู้ของผู้ด้อยอำนาจ

แนวทางการศึกษาเรื่องยุทธศาสตร์การต่อต้านในทางสังคมศาสตร์ ได้ถูกสถาปนามาเป็นเวลาเนิ่นนาน ในยุคสมัยใหม่ถือได้ว่า แนวคิดมาร์กซิสต์เป็นต้นแบบของการศึกษาอุดมการณ์การต่อต้านของผู้ด้อยอำนาจอย่างชัดเจนมากแนวทางหนึ่ง โดยเล็งเห็นว่า การต่อสู้ของผู้ด้อยอำนาจต้องมีรูปธรรมชัดเจน เต็มไปด้วยจิตสำนึก ผ่านการจัดตั้งโดยปัญญาชน หรือผู้นำที่มีความสามารถ ไม่ใช่เรื่องของปัจเจกบุคคล หรือการกระทำตามอารมณ์ความรู้สึก แนวทางที่เปี่ยมล้นไปด้วยอุดมการณ์อย่างแน่นหนักเช่นนี้เอง ได้กลายเป็นคู่มือวิวาทะที่สำคัญของแนวคิดเศรษฐกิจแบบมีศีลธรรมของนักคิดผู้สนใจยุทธศาสตร์การต่อสู้ของชาวนาในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นามว่า James C. Scott

ผลงานชิ้นเด่น Weapon of the Weak : Everyday Forms of Peasant Resistance (1985) และ Moral Economy of the Peasant : Rebellion and Subsistence in Southeast Asia (1976) มีจุดร่วมกันในแง่ของการฉายภาพจริยธรรมการอยู่ร่วมกันในชุมชน โดยอาศัยกลไกประเพณี โดยเฉพาะศาสนาของชุมชน เป็นเครื่องยึดโยงความผูกพัน ทำให้ความขัดแย้ง และความไม่เท่าเทียมกัน ไม่ก่อให้เกิดความเจ็บปวดมากนัก แม้จะมีความเหลื่อมล้ำแต่ก็ไม่มาก และคนจนจะได้รับสิ่งตอบแทนจากคนรวยมากกว่าการดำรงชีวิตภายใต้ระบบทุนนิยม (ดูรายละเอียดจาก อนันัญญา, 2530)

Scott เห็นว่า การต่อสู้ของชาวนานั้น ต่อเนื่อง ยาวนาน และเป็นจริงต่อการกดขี่นานา รูปแบบ ไม่เพียงแต่ถูกกดขี่ครอบงำจากรัฐหรือผู้มีอำนาจเหนือกว่านอกชุมชน แต่ยังถูกกดขี่และเบียดบังจากชาวนาในชุมชนเดียวกันที่ต่างชนชั้น และฐานะภายใต้กลไกของประเพณี ศาสนา ซึ่งเป็นรูปแบบที่ซับซ้อนและหลากหลาย งานศึกษาของเขาจึงมีความน่าสนใจที่ได้ประกาศตัวว่าเป็นการศึกษาชาวนาในแง่ของศักยภาพของการต่อสู้ในชีวิตประจำวัน โดยการตีความจากการทำความเข้าใจในมุมมองของผู้ถูกศึกษา มุมมองของชาวนาที่นักคิดแนวมาร์กซิสต์ทั้งหลายต่างละเลยที่จะให้ความสนใจ ด้วยเหตุผลที่ว่า เจื้อยเนือย สบายยอม ยึดติดกับค่านิยมเก่า ในขณะที่เดียวกันก็มีความเป็นปัจเจกสูง

แต่กระนั้น งานเลี้ยงชื้อของเรา ก็มีข้อถกเถียงจากนักคิดต่างสาย นอกเหนือจากข้อวิจารณ์ของชาวมาร์กซิสต์ที่มองว่า เราเชื่อมั่นเกินไปต่อศักยภาพของปัจเจกแต่ละคนที่มารวมกันว่ามีพลังเพียงพอต่อ 'การต่อต้านในชีวิตประจำวัน' แล้ว แนวทางเช่นนี้ยังได้รับการวิจารณ์อย่าง

มากกว่า ไม่ไปไหนไกลเกินกว่าหน่วยวิเคราะห์ที่เรียกว่า ชุมชน คล้ายกับชุมชนนั้นอยู่โดดเดี่ยว แม้มีอิทธิพลจากภายนอกเข้ามากระทบ จนส่งผลสะท้อนการจัดการภายในชุมชนนั้น ๆ แต่กลไกประเพณีก็มีคุณค่าเกินกว่าที่ใครในชุมชนนั้นจะละเลยได้ เพราะถ้าฝ่ายใดก็ตามไม่ปฏิบัติตามกฎเกณฑ์อันดีงาม ย่อมถูกติฉินนินทา ชาวนาในชุมชนที่เขาศึกษาจึงดูเหมือนว่า ไม่คิดคำนึงไปไกลเกินกว่าปัญหาเฉพาะหน้า ไม่ต่อสู้กับสิ่งที่ป็นนามธรรมและห่างไกลตัวจนเกินไป

ในขณะที่ชาวนาในความคิดของ Benedict Anderson นั้นถูกพลังของอุดมการณ์ชาตินิยมครอบงำไว้ได้อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด โดยมีประจักษ์พยานถึงการยอมตายเพื่อชาติของชาวนาจน ๆ เพื่อให้ร่างไร้วิญญาณถูกฝังไว้ใต้ผืนแผ่นดิน ภายใต้การสลักชื่อในอนุสาวรีย์ทหารนิรนาม เขาจึงเห็นว่า แม้จะต่อสู้เพื่อให้หลุดพ้นจากลำนิกแห่งความเป็นชาติ ชาวนายังไม่เคยแม้แต่จะคิด เนื่องจากได้รับการปลูกฝังจนแยกไม่ออกว่าเป็น การตระหนักรู้ด้วยเหตุผล หรือคือ อารมณ์ความรู้สึกที่เกิดขึ้นโดยสัญชาตญาณ

Vandergesest กลับโต้แย้งด้วยการมองในอีกแง่หนึ่งว่า การครอบงำในทุกระดับคงไม่สามารถกระทำอย่างง่ายตายจนเกินไป ใน "Constructing Thailand : Regulation , Everyday Resistance , and Citizenship " (1993) ได้เสนอประเด็นวาทกรรมของรัฐในช่วงก่อนสร้างชาติ / ยุคสร้างชาติของประเทศไทย และวาทกรรมการต่อต้านของชาวนา ศึกษาในพื้นที่อำเภอสังขละบุรี จังหวัดสงขลา เมื่อชนชั้นปกครองไทยถูกท้าทายความชอบธรรมในการปกครอง จึงต้องปรับตัวเพื่อเปิดรับแนวคิดตะวันตกนำมาปฏิรูปสังคม โดยรับเอาแนวคิดวิทยาศาสตร์และแนวคิดหลักกฎหมายสากล ในจุดร่วมกันบนพื้นฐานหลักการสากลนิยม คือ เคารพในหลักเหตุผลแบบวิทยาศาสตร์ และเห็นว่า มนุษย์ทุกคนมีศักดิ์ศรี และสิทธิเสรีภาพเท่าเทียมกัน

เมื่อการปฏิรูปสังคมนำความทันสมัยมาให้ อีกด้านหนึ่งก็นำมาซึ่งความชอบธรรมให้แก่ชนชั้นผู้ปกครอง และเทคนิคใหม่ในการควบคุมความเป็นพลเมือง (citizenship) โดยการอยู่ภายใต้หลักการควบคุมโดยกฎหมายเดียวกันของชาติ แต่ยังคงควบคุมเข้มงวดมากขึ้นเท่าไร การต่อต้านกลับเพิ่มมากขึ้นด้วย โดยชาวบ้านจะใช้กฎหมายและวิธีคิดแบบวิทยาศาสตร์ที่รัฐนำมาเผยแพร่ มาเป็นเครื่องมือในการต่อสู้ เมื่อใดที่ชาวบ้านรู้สึกว่า เจ้าหน้าที่รัฐไม่ปฏิบัติตัวเป็นข้าราชการที่ดี เมื่อใดที่สูญเสียผลประโยชน์ หรือได้รับความเดือดร้อน พวกเขาจะต่อต้านเพื่อปกป้องสิทธิ โดยยกหลักกฎหมาย ซึ่งอ้างว่าจะให้ความคุ้มครองต่อปัจเจกชนอย่างเท่าเทียมกันมาเป็นข้ออ้าง

แนวคิดที่ได้จากการศึกษาของ Vandergeest ขึ้นนี้ จึงเป็นการถกเถียงกับ Scott ในแง่ที่ชาวนามีศักยภาพที่จะคิดถึงการต่อต้านไปถึงระดับโครงสร้าง โดยแง่มุมการคิดคำนึงถึงเรื่องสิทธิและโต้แย้งกับ Anderson ที่ละเลยเรื่องจิตสำนึกการต่อสู้ของชาวนา

แม้ว่า จะต้องเผชิญกับการโต้แย้งทางวิชาการอย่างมากมาย แต่งานของ Scott ก็มีสวนช่วยขยายปริมณฑลของ "การเมือง" ให้ไปพ้นจากการเมืองแบบยึดติดอยู่กับองค์กรทางการเมือง และการรวมกลุ่มทางการเมือง และพัฒนาทฤษฎีการต่อต้านให้มีลักษณะครอบคลุมมากยิ่งขึ้น ในงาน Domination and the Arts of Resistance (1990) เขาใช้แนวคิดเรื่องของมิติเชิงพื้นที่มาผนวกกับแนวคิดเรื่องการต่อต้านอย่างเงียบ ๆ (Hidden Transcript) เรียกว่า Infrapolitics of the Powerless โดยให้คำจำกัดความของการต่อต้านแบบเงียบ ๆ ว่า คือ พื้นที่ทางสังคมที่มีความเป็นเอกเทศ และพ้นจากการจับจ้องสังเกตการณ์ของผู้มีอำนาจโดยตรง ได้กลายเป็นอาณาบริเวณที่ทำให้อำนาจไม่เข้มข้น และไม่สามารถครอบครองจิตสำนึกของผู้ด้อยอำนาจได้อีกต่อไป ดังนั้น พื้นที่ของการต่อต้าน จึงอยู่นอกเหนือไปจากอำนาจการครอบงำโดยตรง (อ้างใน Moore, 1997 : 91)

งานศึกษาการต่อต้านของชาวอัลจีเรียต่อฝรั่งเศสชาติเจ้าอาณานิคมของ Fanon ในปี 1959 Study in a Dying Colonialism กล่าวถึงการใช้ผ้าคลุมหน้าเป็นสัญลักษณ์ของการต่อสู้เพื่อกอบกู้ชาติ และหาตำแหน่งแห่งที่ใหม่ในความเป็นผู้หญิงชาวอัลจีเรีย ช่วยเปิดมิติใหม่ของการมองยุทธศาสตร์การต่อต้าน จากวิธีคิดทางสังคมศาสตร์ที่มองการต่อต้าน (resistance) เป็นชั่วคราว ข้ามกับการครอบงำ (domination) อย่างเบ็ดเสร็จเด็ดขาด โดยได้รับอิทธิพลทางความคิดจาก post-structuralism ที่มุ่งเปิดพื้นที่ใหม่ (re-position) การต่อต้านในแนวคิดนี้คือ การไม่ยอมรับการถูกกำหนดตำแหน่งแห่งที่แบบเดิม ๆ แต่เป็นการเปลี่ยนพื้นที่ (changing space) เพื่อการต่อสู้ในชีวิตประจำวัน นั่นคือ การต่อสู้ในยุคหลังโครงสร้างนิยม ไม่จำเป็นต้องเป็นการกระทำที่เปี่ยมไปด้วยจิตสำนึก มีความเป็นสาธารณะ หรือมีการเคลื่อนไหวอย่างเป็นรูปธรรมชัดเจนเท่านั้น

การที่ผู้หญิงชาวอัลจีเรียต้องสวมผ้าคลุมผ้าเวลอาอยู่ในที่สาธารณะคือ วัฒนธรรมของชาวอาหรับที่สืบทอดกันมายาวนาน เป็นตัวแทนของขนบธรรมเนียมเดิม (tradition) ที่ชาวฝรั่งเศสเจ้าอาณานิคมมองว่า ล้าสมัยและกดขี่สตรีเพศ เมื่อมายึดครองอัลจีเรียจึงถือตัวว่า เป็นผู้ปลดปล่อยอัลจีเรียจากขนบธรรมเนียมที่ล้าสมัย (tradition) เพื่อก้าวไปสู่ความทันสมัย (modernity) โดยห้ามไม่ให้ผู้หญิงใช้ผ้าคลุมหน้า

ในภาวะที่ประเทศถูกยึดครองโดยเจ้าอาณานิคม ผู้ชายชาวอัลจีเรียถูกจับตามองทุกฝีก้าวว่า คือผู้ที่มีศักยภาพในการร่วมรบนการกู้ชาติ ต่างจากผู้หญิงที่ยังอยู่แต่ในขนบธรรมเนียม

เก่า ๆ และไม่ก้าวเข้ามาสู่ปริมณฑลสาธารณะมากนัก ผู้หญิงจึงใช้ช่องว่างที่ไม่ถูกจับตามองนี้ เป็นผู้ชนอาวุธ สงครามลับ โดยแต่งตัวแบบยุโรปออกจากบ้าน นั่นคือ การที่ผู้หญิงละทิ้งการแต่งกายแบบประเพณีที่เคยกระทำอย่างเคร่งครัด มาแต่งตัวแบบยุโรปเพื่อให้เจ้าอาณานิคมเข้าใจว่าเป็นพวกเดียวกัน แต่แท้ที่จริงแล้ว เป็นการต่อสู้กับจิตสำนึกอย่างหนักหน่วงเพื่อยามตัวตนใหม่ ว่า การเป็นผู้หญิงอัลจีเรียที่แต่งตัวสมัยใหม่ในภวะนั้น คือ การเป็นอิสระทั้งจากเจ้าอาณานิคมฝรั่งเศส และเป็นอิสระจากวิธีคิดแบบผู้ชายเป็นใหญ่ของวัฒนธรรมอาหรับดั้งเดิม จึงเท่ากับว่า ผู้หญิงต้องต่อสู้ทั้งกับคนหัวเก่าชาวอัลจีเรีย และกับฝรั่งเศสศัตรูของชาติ นั่นคือ ผู้หญิงใช้ตรรกะใหม่ เพื่อการจัดตำแหน่งแห่งที่ในความสัมพันธ์ทางสังคมว่าคือ ผู้ปลดปล่อยตัวเอง ช่วยเหลือชาติ เคียงบ่าเคียงไหล่ผู้ชาย จึงเห็นได้ว่า ความหมายของผ้าคลุมหน้า ในกรณีศึกษานี้ อยู่ที่การให้ความหมายของผู้หญิงชาวอัลจีเรีย ตามบริบทที่ไม่หยุดนิ่งตายตัว (Pile, 1997 : 17-23)

หรือในกรณีของปัญหาเอดส์ มีตัวอย่างที่น่าสนใจในต่างประเทศ ซึ่งชุมชนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีประสบการณ์การต่อสู้มายาวนาน และมีความชัดเจนพอที่จะยกเป็นกรณีตัวอย่างได้ คือ การนำแนวคิดการให้การศึกษาเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (safe sex education) มาใช้เป็นยุทธศาสตร์การต่อสู้ของชุมชนเกย์ในซีกโลกตะวันตก แนวทางนี้ มีที่มาจากแนวคิดวิทยาศาสตร์กระแสหลักว่าด้วยการดูแลสุขภาพ Look after yourself หรือสุขภาพเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล และไปไม่ไกลเกินกว่าความรับผิดชอบต่อครอบครัว ซึ่งครอบครัววิธีคิดของคนจำนวนมาก โดยเฉพาะในเขตชุมชนเมืองที่ความสัมพันธ์ทางสังคมไม่แน่นแฟ้นเท่าที่ควร

Wilton 1997 วิพากษ์แนวคิดนี้ว่า นอกจากว่า มาจากวิทยาศาสตร์กระแสหลักซึ่งเน้นเรื่องปัจเจกบุคคลแล้ว ยังแฝงแนวคิดของระบบผู้ชายเป็นใหญ่ ทำให้ผู้หญิงต้องตกเป็นผู้ถูกกระทำ มีทางเลือกน้อยกว่าในการดูแลสุขภาพ (Wilton, : 43) ทั้งยังต้องถูกคาดหวังให้รับภาระในการดูแล เพื่อเป็นแม่และเมียที่ดีในที่สุด ดังนั้นการที่ใครบางคนหรือหลาย ๆ คนออกมายอมรับว่าเป็นเกย์ จึงเป็นการกระทำที่สั่นคลอนระบบครอบครัวแบบชายจริงหญิงแท้ (heterosexual) เพราะเด็กหนุ่มที่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับเกย์ด้วยความไม่รู้เท่าทันหลายคนคือ ผู้บริสุทธิ์ที่กลายเป็นเหยื่อ และอาจนำโรคร้ายไปฝากครอบครัวในอนาคต (Myrick, 1996: 45 อ้าง Watney, 1987 a) แนวคิดที่ว่านี้ได้เบียดขับความสัมพันธ์แบบชายชอบชาย (homosexual) และหญิงรักหญิง (lesbian) ให้เป็นเพียงแค่พฤติกรรมเบี่ยงเบน (deviant) ซึ่งยืนยันได้จากพัฒนาการทางความคิดที่เปลี่ยนแปลงไปจาก 'ความเป็นเกย์คือ บาปของพระเจ้า' มาสู่ 'เกย์ คือ เหยื่อที่เลวร้ายของโรคเอดส์' เมื่อเกย์จำนวนมากทยอยติดเชื้อ ล้มป่วย และเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์

เมื่อสื่อมวลชนกระแสหลักได้เสนอภาพของเกย์ว่า เป็นผู้ที่มีอันตรายต่อความสัมพันธ์ปกติแบบชายจริงหญิงแท้ ดังที่ได้ที่กล่าวมา ชุมชนชาวเกย์จึงต้องแสวงหายุทธวิธีต่อต้านการแปะป้ายประณามที่ต่อเนื่องยาวนานเช่นนี้ ด้วยการนำเอายุทธวิธีของกระแสหลัก ซึ่งก็คือ การให้การศึกษารื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (safe sex education) มาเป็นอาวุธในการต่อสู้ ซึ่ง Watney (1990) ได้กล่าวถึงประเด็นนี้ว่า ชุมชนเกย์ได้ให้การศึกษารื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยมานานก่อนหน้าสถานการณ์เอดส์ หรือก่อนทศวรรษ 1980 แล้ว ทั้งยังให้การศึกษารื่องนี้อย่างต่อเนื่อง จริงจัง และประสบความสำเร็จ และในยุคที่เอดส์แพร่ระบาดอย่างหนัก การให้การศึกษารื่องนี้ต่อผู้คนในชุมชนเกย์ยิ่งต้องทำอย่างเข้มข้นขึ้น เพราะชาวเกย์เข้าใจเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยดีกว่าคนกลุ่มอื่น ๆ ว่าเป็นมากกว่าเทคนิควิธี แต่เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยยังกลมกลืนไปกับแบบแผนทางวัฒนธรรม และเป็นพื้นฐานการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชนเกย์ด้วย (Watney, 1990 : 23)

นอกจากนี้ ชุมชนเกย์และเลสเบี้ยนยังมียุทธวิธีการเคลื่อนไหวในรูปแบบของการจัดตั้งองค์กรเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน อาทิ กรณีของ ACT UP ซึ่งเป็นกลุ่มเคลื่อนไหวทางการเมืองที่ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ.1987 เพราะในช่วงเวลานั้นมีการต่อต้านชาวเกย์อย่างรุนแรง ถึงกับมีการฆาตกรรมเกย์ด้วยความเกลียดชัง และการตั้งกลุ่มยังเป็นไปภายใต้แนวคิดการเคลื่อนไหวทางการเมืองในรูปแบบใหม่ คือ การใช้สิทธิที่จะไม่เชื่อฟังรัฐ กรณีที่รัฐมีแนวทางในการดำเนินการเกี่ยวกับปัญหาเอดส์อย่างผิดพลาด คือ การโทษว่าเอดส์เป็นโรคของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งเท่านั้นที่ประพฤติดีศีลธรรม แนวทางการต่อสู้ของ ACT UP จึงเน้นไปที่ยุทธวิธีในการสร้างภาพตัวแทนเช่นเดียวกับรัฐณรงค์ผ่านสื่อกระแสหลัก (Myrick, : 59) ด้วยมโนทัศน์หลังยุคสมัยใหม่ (postmodern approach) ที่มุ่งศึกษายุทธวิธีการสร้างภาพตัวแทน เพราะ ไม่มีใครเลยที่จะมีภาพลักษณ์ติดตัวมาแต่เดิม แต่ทุกอย่างที่เกิดขึ้นก็เพราะ การเคลื่อนไหวในทางการเมือง การต่อสู้ของ ACT UP จึงเป็นการนำบริบททางประวัติศาสตร์และวัฒนธรรมมาตีความใหม่อีกครั้งหนึ่ง เพื่อการสร้างอัตลักษณ์ใหม่ โดยการนำงานของฟูโกต์ที่เขียนเกี่ยวกับเรื่องเพศซึ่งเป็นแนวทางที่แตกต่างจากเพศวิทยากระแสหลัก มาเป็นหัวใจของกิจกรรมในกลุ่มเกย์ ด้วยการประกาศว่า แม้การเป็นเกย์จะเป็นคนนอกของสังคม แต่กระนั้นพวกเขาก็ยังมีตัวตนไม่แตกต่างจากคนอื่น (Myrick, อ้างจาก Crimp and Rolston, 1990)

กิจกรรมในช่วงปีแรก ๆ ของกลุ่ม คือ การใช้สิทธิไม่เชื่อฟังรัฐกรณีที่รัฐบาลของประธานาธิบดีเรแกนใช้สื่อของรัฐเผยแพร่ปัญหาเอดส์ ด้วยการเดินขบวนในปี 1987 ที่ถนนวอลสตรีท ทำให้สื่อกระแสหลักต้องสนใจทำข่าวการเคลื่อนไหวนี้เช่นเดียวกัน และในปี 1988 ก็ทำปิด



ล้อมองค์การอาหารและยาสหรัฐ กิจกรรมทั้งหมดนี้ดำเนินไปด้วยสโลแกน ความเจ็บคือ ความตาย มีนัยว่า ความตายจะเกิดขึ้นถ้าเจ็บเฉย เมื่อถูกกดขี่ข่มเหงและเกลียดชัง เมื่อใดได้รับการปฏิบัติเช่นนั้นจึงจำเป็นต้องลุกสู้ขึ้นมาเพื่อให้ชาวเกย์ทั้งหลายอยู่รอด แนวคิดเช่นนี้ได้กลายเป็นสัญลักษณ์การต่อสู้ทางการเมืองของนักเคลื่อนไหวชาวเกย์ในช่วงเวลานั้น (Myrick, 60 อ้างจาก Crimp and Rolston, 1990)

ตัวอย่างที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการสร้างวาทกรรมที่เป็นไปเพื่อให้เกิดการศึกษาแก่ชุมชนชาวเกย์และเลสเบี้ยนทางหนึ่ง และอีกทางหนึ่งเป็นการเคลื่อนไหวเพื่อการสร้างภาพตัวแทนอีกภาพหนึ่งเกี่ยวกับความปรารถนาทางเพศที่แตกต่าง โรคภัย และภาพลักษณ์ใหม่ของคนรักเพศเดียวกัน เพื่อประกาศว่า สังคมที่คนมีพฤติกรรมทางเพศอย่างหลากหลายอยู่ด้วยกันนั้นเป็นไปได้ในความจริง

จากการทบทวนทั้งสามประเด็นที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ผู้ศึกษาต้องการฉายภาพให้เห็นถึงการเคลื่อนไหวเพื่อแก้ไขปัญหาดังกล่าว ๆ ย่อมต้องมีการรวมกลุ่มของผู้เป็นเจ้าของปัญหาเพื่อเคลื่อนไหวในรูปแบบขององค์กร และมีการจัดวางความสัมพันธ์กับส่วนอื่น ๆ ในชุมชนที่ตระหนักถึงปัญหาร่วมกัน เพื่อให้แลเห็นภาพขบวนการเคลื่อนไหว ซึ่งไม่เน้นเพียงแต่ความเข้มแข็งของกลุ่มเป็นประเด็นหลัก แต่ขบวนการเคลื่อนไหวในที่นี่ต้องมี “เครือข่ายความสัมพันธ์” ที่เข้มข้นเพียงพอเช่นเดียวกัน

1.4 กรอบคิดและหน่วยการวิเคราะห์

1.4.1 กรอบคิดในการวิเคราะห์

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้นำมโนทัศน์ “การเมืองว่าด้วยการแสดงตัวตน” (Identity Politics) มาใช้ในการศึกษากระบวนการนิยามอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีที่มาจากการพัฒนาแนวคิดทฤษฎีที่ใช้ในการเคลื่อนไหวในยุคแรก ๆ ของกลุ่มผู้ใช้แรงงานและกลุ่มผู้หญิงที่ประสบปัญหาในแง่มุมต่างๆ ด้วยแนวความคิด “เรื่องส่วนตัวคือ เรื่องการเมือง” มีนัยท้าทายวิธีคิดที่แบ่งแยกเป็นขั้วตรงข้ามอย่างเด็ดขาดระหว่าง ความเป็นส่วนตัว (personal/private) และ อาณาบริเวณสาธารณะ (public) ว่า แฝงเร้นไปด้วยเรื่องของอำนาจและการเมืองภายในครอบครัว ภายใต้ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดและมีมิติอื่นๆ ของชีวิตที่เป็นส่วนตัว (Calhoun, 1994)

เช่นเดียวกับปัญหาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ชยันต์ วรรธนะภูติ และคณะ (2542) เห็นว่า น่าจะวางน้ำหนักไปที่การศึกษาขบวนการเคลื่อนไหว (Movement) จากการดิ้นรนต่อสู้ของผู้ติดเชื้อในฐานะที่เป็นปัจเจกบุคคล ไปสู่การรวมตัวเป็นกลุ่ม เพื่อให้สามารถมีที่ยืนในสังคม และสามารถอยู่กับเอดส์ได้ ปรากฏการณ์รูปธรรมก็คือ ความพยายามดิ้นรนแสวงหาทางเลือกในการเผชิญกับโรคภัย และต่อสู้เพื่อดำรงชีวิตอยู่ในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี โดยผ่านประสบการณ์ของการเปิดเผย

ตนเอง หรือที่ชยันต์ วรรธนะภูติ และคณะ (2542) ใช้คำว่า "เผยแพร่ สร้างตัวตน" และการให้ค่านิยามใหม่ที่เกี่ยวกับตัวตน(Identity) ของผู้ติดเชื้อ ตลอดจนการแสวงหาวิธีการต่างๆ เพื่อเปลี่ยนจากผู้ที่ถูกรังเกียจ และถูกเบียดขับจนอยู่ชายขอบของสังคม ไปสู่การช่วงชิงพื้นที่ทางภูมิศาสตร์และสังคม (ชยันต์ 3) การรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ และการสร้างเครือข่ายผู้ติดเชื้อระดับต่างๆ คือยุทธศาสตร์ในการต่อสู้ที่มีรูปธรรมชัดเจนที่สุดของกลุ่มผู้ติดเชื้อในภาคเหนือตอนบน

จากกรณีของกลุ่มศึกษา ซึ่งเป็นกลุ่มระดับตำบล การสถาปนาตำแหน่งแห่งที่ของกลุ่ม มีนัยถึง การกลับสู่ชุมชน ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์สำคัญในการจัดการปัญหาเอดส์ในทศวรรษ 2540 ดังนั้นจำเป็นต้องศึกษาแนวคิดยุทธศาสตร์การต่อสู้ของผู้ด้อยอำนาจ ควบคู่ไปกับการเมืองเรื่องการแสดงตัวตน เพราะ ในขบวนการเคลื่อนไหวใด ๆ ก็ตาม ไม่อาจแบ่งแยกอย่างเด็ดขาดระหว่างกลุ่มในฐานะตัวแทนของผู้กระทำทางสังคม(agency) และองค์กรชุมชน ซึ่งก็คือ โครงสร้างทางสังคม(structure) ที่มีอยู่เดิม ว่า อะไรเป็นตัวกำหนดความเป็นไปในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชน ดังนั้นจึงต้องหันมาศึกษาปฏิสัมพันธ์อันสลับซับซ้อน ซึ่งทำให้กระบวนการก่อรูป "อัตลักษณ์" ของกลุ่มผู้ติดเชื้อ เป็นขอบเขตที่เลื่อนไหลไม่หยุดนิ่ง เป็นเวทีการต่อรอง หยิบยืม ตีความในกระบวนการนิยามความหมาย ไม่ว่า "กลุ่มผู้ติดเชื้อ" หรือ "องค์กรชุมชนส่วนอื่น ๆ " ไม่มีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ถูกกำหนด หรือฝ่ายเลือกกระทำเพียงอย่างเดียวอย่างใดอย่างหนึ่ง เพราะปฏิสัมพันธ์ในลักษณะต่าง ๆ ที่กลุ่มผู้ติดเชื้อมีต่อหน่วยงานทั้งภาครัฐ เอกชน และชาวบ้านในชุมชนเดียวกัน ซึ่งได้รับการคาดหวังว่าคือ หนทางที่นำไปสู่การเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่ (the new social movement) ในความหมายของการร่วมมือกัน แก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน นั้นเต็มไปด้วยมิติของความหลากหลายและซับซ้อน ครอบคลุมอยู่บนความเป็นจริงของการต่อสู้ในชีวิตประจำวัน อาทิ รูปธรรมในพื้นที่ศึกษามีข้อสังเกตว่า หน่วยงานรัฐ (state) ในระดับพื้นที่พยายามทำตนเหมือนเป็นส่วนหนึ่งของภาคประชาสังคม (civil society) ทำให้ไม่อาจแยกภาครัฐและประชาสังคมออกจากกันเป็นสองขั้วเด็ดขาด (dichotomy) ได้อีกต่อไป ในมิติของงานพัฒนายุคปัจจุบัน หรือ การที่ผู้ติดเชื้อยินดีแสดงตัวตนและเปิดเผยบุคคลในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์เพื่อขอความช่วยเหลือจากภายนอก แต่อีกด้านหนึ่ง ผู้ติดเชื้อก็มีการทำงานในระดับพื้นที่กับองค์กรชุมชน ในฐานะนักพัฒนา บทบาทของการพัฒนาและการสงเคราะห์ จึงไม่อาจถูกแยกออกจากกันเป็นสองขั้วโดยเบ็ดเสร็จเด็ดขาดได้เช่นกัน นั่นคือ ภาพปรากฏที่แต่ละฝ่ายในชุมชนต่างสร้างพื้นที่ใหม่ (re-position) ของการต่อสู้ในชีวิตประจำวัน (ดู Pile, 1997) ภายใต้อาณัติที่ดูเหมือนจะกลมกลืนของความร่วมมือไตรภาคีโดยรัฐ / เอกชน/องค์กรชาวบ้าน

1.4.2 หน่วยและระดับการวิเคราะห์

ในการศึกษาค้างนี้ เป็นการวิจัยในมิติทางวัฒนธรรม เพื่อศึกษาถึงกระบวนการก่อรูปของกลุ่มผู้ติดเชื่อในระดับตำบล ว่าสามารถใช้ในการสร้างอัตลักษณ์ใหม่ให้ผู้ติดเชื่อได้อย่างไร เพื่อยืนยันถึงศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ด้านหนึ่ง และเพื่อปรับความสัมพันธ์กับคนอื่น ๆ ในชุมชนทั้งผู้ติดเชื่อด้วยกัน และคนที่มิติดเชื่อเอชไอวี

หน่วยการวิเคราะห์ คือ กลุ่มผู้ติดเชื่อระดับตำบลแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ โดยศึกษาผ่านปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นในโครงสร้างของกลุ่ม ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล กิจกรรมที่กระทำร่วมกันภายในกลุ่ม และแนวทางในการปะทะประสานกับบุคคลหรือองค์กรอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภายในและภายนอกชุมชน

ระดับการวิเคราะห์ แบ่งเป็น 2 ระดับคือ ระดับปัจเจก และระดับกลุ่ม

ระดับปัจเจก วิเคราะห์ผ่านเรื่องเล่าย้อนหลังประวัติชีวิตของแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื่อ 3-4 คนว่า มีกระบวนการ "เผยแพร่ สร้างตัวตน" เพื่อกำหนดพื้นที่ทางภูมิศาสตร์และสังคมในชุมชนใหม่ อย่างไรในความเป็นปัจเจกบุคคล ซึ่งมีระดับของการแสดงตัวตนที่แตกต่างกันออกไป ตามแต่ประสบการณ์ในหนหลัง และโอกาสที่เปิดให้ในการออกไปแสวงหาความรู้จากภายนอกชุมชน เพื่อวิเคราะห์ถึงนัยที่ชุมชนมองแกนนำที่มีบทบาทสำคัญของกลุ่มว่า เป็นเช่นไร และปัจเจกบุคคลผู้นั้นเลือกที่จะสัมพันธ์กับคนอื่นในชุมชนโดยนัยอะไรบ้าง

ระดับกลุ่ม ถือเป็นระดับการวิเคราะห์หลักในการศึกษาค้างนี้ วิเคราะห์ผ่านกิจกรรมที่ผู้ติดเชื่อซึ่งเป็นสมาชิกของกลุ่มเลือกจะสัมพันธ์กับกลุ่มและคาดหวังกับการเข้าร่วมกลุ่มในลักษณะต่างๆ จากมุมมองของผู้ติดเชื่อระดับแกนนำของกลุ่ม ผู้ติดเชื่อที่เข้ามาทำงานในกลุ่ม ผู้ติดเชื่อทั่วไปที่เข้ามาได้รับความช่วยเหลือจากกลุ่ม มุมมองขององค์กรชุมชน เจ้าหน้าที่ของรัฐในระดับพื้นที่ และชาวบ้านในชุมชนซึ่งเลือกที่จะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ติดเชื่อในระดับต่างๆ กัน ตามความหมายที่แอบแฝงอยู่ในจิตใจของพวกเขา

1.5 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้เกิดความเข้าใจ และตระหนักถึงศักยภาพของผู้ติดเชื่อเอชไอวีว่า พวกเขายังคงมีศักยภาพในความเป็นมนุษย์อย่างเต็มเปี่ยม มีตัวตนในการเป็นผู้กระทำเพื่อปรับเปลี่ยนและต่อรอง ผ่านการเคลื่อนไหวทางสังคม โดยเริ่มจากการรวมกลุ่ม และมีปฏิสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆ กับองค์กรอื่น ๆ เพื่อเสนอแนวทางในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นร่วมกันภายในชุมชนของตนเอง ในยามที่ตกอยู่ในภาวะวิกฤตเชิงอัตลักษณ์อย่างหนักหน่วงเช่นทุกวันนี้

2. เสริมสร้างการเรียนรู้ประสบการณ์การพัฒนาจากอุปสรรคของปัญหาเอดส์ ปฏิบัติการของภาครัฐ ชุมชนท้องถิ่น และองค์กรพัฒนาเอกชน ในฐานะที่เป็นปัญหาใหม่ต่อการรับรู้ของผู้คนในสังคม หากเทียบเคียงกับปัญหาสังคมอื่น ๆ การเปิดกว้างที่จะสรุปบทเรียนร่วมกัน ย่อมเป็นสิ่งจำเป็นมาก

1.6 ขอบเขตและวิธีการวิจัย

พื้นที่ศึกษา การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เลือกพื้นที่ตำบลแห่งหนึ่ง ซึ่งตั้งอยู่ในอำเภอที่อยู่ห่างจากตัวเมืองเชียงใหม่ ประมาณ 30 กิโลเมตร แม้จะไม่ใช่อำเภอที่ห่างไกลมากนัก แต่ความเจริญในด้านวัตถุหรือสาธารณูปโภคในชุมชนยังไม่ครบถ้วนสมบูรณ์ โดยเฉพาะการประปาและโทรศัพท์ ด้านหนึ่งทำให้ความเป็นเครือญาติ และการสืบทอดประเพณีดั้งเดิมของชุมชนยังคงดำเนินไปอย่างไม่ตกหล่นมากนัก โดยเฉพาะวัดที่ตั้งอยู่ใจกลางของชุมชน มีบทบาทสำคัญในการสืบทอดทั้งประเพณีวิถีชีวิตแบบดั้งเดิม และเป็นศูนย์กลางในการปฏิสัมพันธ์ระหว่าง กลุ่มผู้ติดเชื้อ หน่วยงานด้านสาธารณสุข และองค์กรภายนอกที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือ

วิธีการดำเนินชีวิตของชาวบ้าน ยังชีพอยู่ด้วยการรับจ้างทั้งในและนอกภาคเกษตร โดยเฉพาะการเป็นแรงงานก่อสร้างในเมือง ต่างอำเภอ หรือบางครั้งต่างจังหวัด ในช่วงที่เศรษฐกิจยังไม่ตกต่ำมากเช่นปัจจุบัน ได้ทำให้การแพร่ระบาดของเอดส์ในชุมชนเป็นไปอย่างรวดเร็ว แต่เมื่อมาถึงทศวรรษ 2540 ผู้ชายในชุมชนที่ติดเชื้อ ได้ทยอยกันป่วย และล้มตายไปเป็นจำนวนมาก ผู้หญิงติดเชื้อและลูกกำพร้า ทั้งกำพร้าแต่พ่อ และกำพร้าสมบูรณ์แบบทั้งพ่อและแม่ คือ ภาพปรากฏซึ่งดูเสมือนจะเป็นเรื่องปกติที่ใคร ๆ ในชุมชนต่างรับรู้และตระหนักถึงปัญหา

ข้อมูลและการเก็บรวบรวมข้อมูล ข้อมูลที่จำเป็นและสำคัญในการศึกษามี 3 ลักษณะ คือ

ลักษณะแรก ข้อมูลด้านอาชีพ จำนวนประชากร สุขภาพอนามัย ลักษณะภูมิศาสตร์ กายภาพ เพื่อเป็นพื้นฐานการอธิบายประวัติศาสตร์ และภาพรวมในปัจจุบันของชุมชน

ลักษณะที่สอง ข้อมูลที่แสดงถึงความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจ สังคมวัฒนธรรม ระหว่างผู้คนในชุมชน โดยศึกษาผ่านกลุ่มเครือญาติ กลุ่มความร่วมมือต่าง ๆ ที่มีอยู่ในหมู่บ้าน กลุ่มศรัทธา วัด ข้อมูลเหล่านี้จะบอกกล่าวถึงความสัมพันธ์ของผู้คนภายในชุมชนเดียวกัน และความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชนกับสังคมภายนอกด้วย

ลักษณะที่สาม ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ในชุมชน การเปิดเผยตัวตนในลักษณะต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อ บทบาทสถานภาพของผู้ติดเชื้อว่า มีตำแหน่งแห่งที่อย่างไรบ้าง โดยศึกษาผ่านกิจกรรมต่าง ๆ ในชุมชน ทั้งที่มีจุดเริ่มจากคนในชุมชน และบุคลากรจากภายนอกเป็นผู้ริเริ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล โดยใช้สามวิธีการคือ การสัมภาษณ์ การสัมภาษณ์และสังเกตอย่างมีส่วนร่วม และการเข้าร่วมพิธีกรรมและกิจกรรมทางวัฒนธรรมที่มีขึ้นตลอดเวลาที่ผู้ศึกษาอยู่ในชุมชน

การสัมภาษณ์ โดยการพูดคุยอย่างไม่เป็นทางการกับผู้นำชุมชน ชาวบ้าน คนในครอบครัวและญาติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เกี่ยวกับทัศนคติในการมองปัญหาเอดส์ของคนในชุมชน การจัดการกับปัญหาที่เกิดขึ้นว่า มีความแตกต่างหลากหลายกันอย่างไรบ้างในแต่ละครอบครัว ตลอดจนการปรับตัวที่จะอยู่ร่วมกันในฐานะคนในครอบครัวเดียวกัน เพื่อนบ้านใกล้เคียง และความเป็นคนในเครือญาติเดียวกัน

การสัมภาษณ์และสังเกตอย่างมีส่วนร่วม โดยการพูดคุยเชิงลึกกับแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข พระภิกษุ เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือในพื้นที่ถึงสถานการณ์ปัญหาต่าง ๆ ในการดำเนินงานรณรงค์ป้องกันเอดส์ ประวัติชีวิตของการดิ้นรนต่อสู้เพื่อให้ชุมชนยอมรับ ตั้งแต่เริ่มแรกที่รู้ว่า ติดเชื้อ จนถึงระยะเวลาที่สถานการณ์คลี่คลายลงไป ตลอดจนการเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อ และสังเกตปฏิสัมพันธ์ระหว่างผู้ติดเชื้อด้วยกันเอง

การเข้าร่วมพิธีกรรมและกิจกรรมทางวัฒนธรรม เน้นกิจกรรมที่ผู้ติดเชื้อกระทำร่วมกัน ไม่ว่าจะเป็นการพบกลุ่ม การเข้าอบรมสัมมนาต่าง ๆ ทั้งในและนอกพื้นที่ศึกษา อาทิ การอบรมสมาธิ การฟื้นฟูหมอมือเมือง การให้ความรู้เรื่องยา และสมุนไพร ด้านหนึ่ง อีกด้านหนึ่ง คือ การเข้าร่วมพิธีกรรมของชุมชนตามประเพณีที่ชาวบ้านทั้งผู้ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อกระทำร่วมกัน อาทิ งานบุญตามประเพณี งานสงกรานต์ ขึ้นปีใหม่ งานศพของผู้ติดเชื้อ เพื่อตีความถึงระดับความสัมพันธ์ที่ผู้คนในชุมชนมีอยู่ร่วมกันในสถานการณ์เอดส์ที่รุนแรงอย่างต่อเนื่อง

การวิเคราะห์ข้อมูล เก็บและวิเคราะห์ข้อมูลพร้อม ๆ กันไปในสนาม แล้วนำข้อมูลที่ได้จากการวิเคราะห์เขียนรายงานออกมา ในเชิงพรรณนาให้เห็นความเป็นจริงของข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลเชื่อมโยงกับประเด็นหลักในการศึกษาครั้งนี้

1.7 การนำเสนอเนื้อหาวิทยานิพนธ์

บทที่ 1 บทนำกล่าวถึงปัญหาและความสำคัญของประเด็นปัญหาในการศึกษา เพื่อศึกษาถึงการเมืองในการสร้างอัตลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่า ในบริบทของภาคเหนือตอนบน ซึ่งปัญหาเอดส์ได้คลี่คลายจากปัญหาความเจ็บป่วยและความทุกข์ในระดับปัจเจกบุคคล มาสู่กระบวนการคำนึงถึงปัญหาร่วมกันระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อระดับตำบลกับองค์กรชุมชน และพันธมิตรรวมทั้งในส่วนของภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน โดยทำการศึกษาผ่านปฏิสัมพันธ์ซึ่งทุกภาคส่วนกระทำต่อกันในนามของการเมืองในชีวิตประจำวัน เพื่อดูแนวโน้มการกลับสู่ชุมชนของกลุ่ม

จากนั้นได้ระบุดัตถุประสงค์ในการศึกษา และการทบทวนงานศึกษาและทฤษฎีที่เกี่ยวข้องในสามประเด็นคือ สถานภาพการศึกษาปัญหาเอดส์ในสังคมไทย การเมืองว่าด้วยการแสดงตัวตนและขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมในรูปแบบใหม่ ยุทธศาสตร์การต่อสู้ของผู้ด้อยอำนาจ และนำทั้งสามประเด็นมาเชื่อมโยงเป็นกรอบคิดในการวิจัย เพื่อใช้ในการวิเคราะห์กระบวนการในการแสดงตัวตนและแนวโน้มการกลับสู่ชุมชนอย่างกลมกลืน

บทที่ 2 ศึกษายุทธศาสตร์เชิงสังคมระดับมหภาคในการจัดการปัญหาเอดส์จากระดับประเทศ ตามลำดับช่วงระยะเวลาซึ่งคลี่คลายไปในทิศทางที่ชัดเจนโดยลำดับ และมาเน้นหนักในประเด็นของภาคเหนือตอนบน ซึ่งความร้อนแรงของปัญหาเอดส์ได้ก่อตัวและได้รับการจัดการไปก่อนภูมิภาคอื่นของประเทศไทย โดยการทบทวนเอกสาร สัมภาษณ์เชิงลึก และการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้องทั้งในภาคส่วนรัฐและเอกชน เพื่อให้เห็นภาพชัดเจนในการปะทะประสานทั้งในแง่ความคิดและปฏิบัติการภาคสนามที่ดำเนินมาเป็นเวลาร่วมสิบเจ็ดปี รวมทั้งการสรุปทเรียนวิพากษ์วิจารณ์ การทุ่มเทงบประมาณ ซึ่งส่งผลให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่ได้รับการยอมรับว่าสามารถจัดการปัญหาเอดส์ได้อย่างครอบคลุมแม้ในระดับตำบล หมู่บ้าน ในแง่ของพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ และการสร้างใหม่ของพื้นที่ชุมชนทางจิตใจผ่านการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ให้เป็นพื้นที่ช้อนทับกันในการดำเนินการจัดการปัญหาเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบน

บทที่ 3 ศึกษาสถานการณ์เอดส์ในชุมชน ผ่านหมู่บ้านสองแห่งในตำบลเดียวกันซึ่งเป็นสองหมู่บ้านที่มีผู้ติดเชื้อเปิดเผยตัวเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่มตำบลมากที่สุด โดยเริ่มจากการฉายโครงสร้างสภาพเศรษฐกิจสังคม ความเป็นกลุ่มทางชุมชน ความสัมพันธ์ในลักษณะต่าง ๆ ทั้งในแง่ความเป็นเครือญาติ การช่วยเหลืออุปถัมภ์ระหว่างกันในกลุ่มอาชีพ เพื่อหาทางรอดในยุคเศรษฐกิจตกต่ำต่อเนื่องกันมาหลายปี และการผลิตใหม่ความเป็นชุมชนผ่านการทำงานพัฒนาของวัดประจำหมู่บ้านหมู่ 1 ซึ่งเป็นพื้นที่สาธารณะที่กลุ่มผู้ติดเชื้อได้รับการเชิญชวนเข้าไปแสดงตัวตนผ่านการเปิดเผยตัวและสมัครเป็นสมาชิกกลุ่ม ประวัติความเป็นมา และทิศทางการก่อกำเนิดของกลุ่มผู้ติดเชื้อระดับตำบล โครงสร้าง ปฏิสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่ม ซึ่งนำไปสู่การวิเคราะห์ทิศทางการสร้างอัตลักษณ์กลุ่ม เพื่อการปรับความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชนเดียวกัน และให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในแง่มุมต่าง ๆ

บทที่ 4 ในบทนี้เป็นการศึกษารูปแบบการเผยแพร่ สร้างตัวตน ในระดับปัจเจกบุคคลของผู้ติดเชื้อ โดยเริ่มจากการวิเคราะห์ว่า ชุมชนรับรู้เกี่ยวกับเรื่องเอดส์อย่างไร ในแต่ละบริบทของ

เงื่อนไขเวลาและสถานการณ์ทางสังคม ตลอดจนมีการจำแนกแยกแยะผู้ติดเชื้อออกเป็นกลุ่มคนประเภทต่าง ๆ ประเภทใดบ้าง จากนั้นเป็นการจำแนกแยกแยะแบบแผนการเปิดเผยตนเอง และการสร้างอัตลักษณ์ในระดับปัจเจกบุคคลของผู้ติดเชื้อตามวัย เพศสภาพ ตลอดจนปัจจัยแวดล้อมที่เสริมให้มีการเปิดเผยตนเองในรูปแบบต่าง ๆ และในตอนท้ายได้กล่าวถึงกลไกทางวัฒนธรรมที่ผู้ติดเชื้อได้นำมาใช้เพื่อเป็นเครื่องมือแสวงหาอัตลักษณ์ร่วมกัน เพื่อปรับความสัมพันธ์และอยู่ร่วมกับคนอื่น ๆ โดยผ่านการรวมกลุ่มตำบล และกำหนดกฎเกณฑ์บรรทัดฐานในการรวมกลุ่ม โดยนำบรรทัดฐานทางศีลธรรมเดิมของชุมชน มากำหนดข้อปฏิบัติให้มีความเคร่งครัดมากกว่าคนปกติธรรมดา และการอ้างอิงพันธะหน้าที่ต่อกันในกลไกเครือญาติแบบดั้งเดิมของชุมชน เพื่อนำไปสู่การยอมรับของคนในชุมชนว่า แม้จะเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อ แต่สมาชิกเป็นคนดีมีศีลธรรม ใกล้ชิดศาสนาผ่านการเป็นผู้อยู่ใต้ระบบอุปถัมภ์ของผู้นำบารมี จึงมีความชอบธรรมที่เขาและเธอจะดำรงอยู่ในชุมชนได้อย่างมีศักดิ์ศรี

บทที่ 5 ศึกษาและวิเคราะห์การแสดงตัวตนผ่านการเคลื่อนไหวในพื้นที่สาธารณะ โดยเริ่มจากการสร้างอัตลักษณ์ในระดับกลุ่ม เมื่อปฏิสัมพันธ์กับองค์กรภายในและภายนอกชุมชน ในลักษณะและบริบทต่าง ๆ ทั้งในชีวิตปกติและการช่วยงานของชุมชน จากนั้นเป็นการยกตัวอย่างการใช้พิธีกรรมเพื่อการจัดวางตนเองในพื้นที่สาธารณะในบริบทต่าง ๆ เพื่อดูว่า ในโอกาสพิเศษเหล่านี้ กลุ่มได้ช่วงชิงพื้นที่โดยการแสดงตัวตนในฐานะผู้กระทำทางสังคมอย่างไรบ้าง ทั้งในโอกาสการแสดงตัวตนนอกพื้นที่คืนเพ็ญยี่เป็งเดือนสิบสอง การทอดผ้าเนื่องในวันเอดส์โลก และปฏิสัมพันธ์ภายในชุมชนช่วงการพักผ่อนยาวนานสงกรานต์ปีใหม่ของชาวล้านนาไทย เพื่อดูว่า การใช้พิธีกรรมเพื่อปรับความสัมพันธ์ และสร้างโอกาสพิเศษในการเสนอภาพลักษณ์แห่งการร่วมมือร่วมใจกันในลักษณะต่าง ๆ เหล่านี้ มีผลต่อการสร้างอัตลักษณ์และการกลับสู่ชุมชนเหมือนหรือแตกต่างกันอย่างไร และเป็นดัชนีชี้ถึงภาพแห่งความเป็นชุมชนชนบทในยุคการเปลี่ยนผ่านสู่ความทันสมัยโดยนัยใดบ้าง

บทที่ 6 สรุปผลการศึกษา เป็นการนำเสนอข้อค้นพบจากการทำงานวิจัยสนาม และนำไปสู่ข้อสนับสนุนและข้อโต้แย้งโดยนัยเชิงทฤษฎี เกี่ยวกับกระบวนการสร้างอัตลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พลวัตของการปฏิสัมพันธ์อย่างมีสีสันของการเป็นผู้กระทำ และทิศทางการกลับสู่ชุมชนของผู้ติดเชื้อ โดยผสมผสานความหมายของชุมชนตามนัยเดิม มาผนวกกับการผลิตภาพความเป็นชุมชนขึ้นมาใหม่ของกลุ่มและองค์กรชุมชน และนัยเชิงนโยบายที่ได้จากผลการศึกษา อันสามารถดัดแปลงประยุกต์ใช้ในพื้นที่ชนบทภาคอื่น ๆ ของประเทศไทย

1.8 นิยามศัพท์

อัตลักษณ์ หรือการสร้างตัวตน หมายถึง การแสวงหาคำนิยามตนเองในแง่มุมใหม่ เมื่อบุคคลตกอยู่ในภาวะวิกฤตของชีวิต เช่น เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นชาวเขาที่ได้รับการตีตราว่า เป็นผู้ทำลายทรัพยากร เพื่อตอบโต้กับคำนิยามที่ผู้อื่นในสังคมเป็นผู้กำหนด ในงานวิจัยชิ้นนี้ ศึกษาการก่อรูปอัตลักษณ์ของผู้ติดเชื้อ ผ่านปฏิสัมพันธ์ในลักษณะต่างๆ เพื่อสร้างพื้นที่ทางสังคม (social space) ให้ผู้ติดเชื้อสามารถมีที่ยืนอยู่ได้ ซึ่งการสร้างอัตลักษณ์ที่กล่าวนี้ ไม่มีรูปแบบแน่นอนตายตัว แต่จะปรากฏให้เห็น และเปลี่ยนแปลงไปในการปฏิสัมพันธ์และการแสดงตัวตนในรูปแบบต่าง ๆ ทั้งภายในและภายนอกชุมชน

ขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่ เป็นพลังที่อยู่นอกเหนือสถาบันทางการเมืองที่ดำรงอยู่ เป็นพื้นที่ทางการเมือง (political space) ชนิดพิเศษที่ไม่ใช่ทั้งรัฐ ระบบเศรษฐกิจ และเรื่องส่วนตัว งานศึกษาเกี่ยวกับประชาสังคมส่วนใหญ่เท่าที่ผ่านมา มักไม่ให้ความสำคัญกับรัฐ มองข้ามรัฐ มุ่งแต่จะสร้างความแข็งแกร่งให้กับประชาสังคม แต่กระบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่ ในฐานะที่เป็นประชาสังคมแบบหนึ่ง แสดงให้เราเห็นว่าจริง ๆ แล้วประชาสังคม กับรัฐไปด้วยกันเสมอ ต่างก็เป็นเงื่อนไขของกันและกัน และขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมรูปแบบใหม่นี้ ไม่เน้นขนาดและความเข้มแข็งขององค์กรเท่านั้น แต่ยังเน้นถึงเครือข่ายความสัมพันธ์ เครือข่ายความร่วมมือทั้งในบริบทของชุมชนเชิงพื้นที่ และชุมชนของผู้ที่สนใจในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน เป็นกลไกหนึ่งในการปรับเปลี่ยนความสัมพันธ์ระหว่างรัฐกับประชาชน ในสังคมปัจจุบัน (ไชยรัตน์, 2540)

ในงานศึกษาชิ้นนี้ มุ่งอธิบายความร่วมมือไตรภาคี รัฐ /องค์กรเอกชน /กลุ่มผู้ติดเชื้อ (ในฐานะองค์กรชาวบ้าน) ซึ่งมีภาพของความร่วมมือกันแก้ไขปัญหาเอชไอวีในชุมชน ในฐานะของการเคลื่อนไหวทางสังคมในระดับจุลภาค (micro) โดยมุ่งเน้นกลุ่มผู้ติดเชื้อในระดับตำบลของชุมชน เป็นศูนย์กลางในการปฏิสัมพันธ์กับองค์กรอื่น ๆ

องค์ประกอบทางวัฒนธรรม การผสมผสานกันของแนวคิด คำนิยม อุดมการณ์ และวิถีปฏิบัติต่าง ๆ ที่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเลือกหยิบยกมาใช้ในการก่อรูปขององค์กรทางสังคมของตนเอง อาทิ แนวคิดสิทธิมนุษยชนที่ได้รับมาจากองค์กรพัฒนาเอกชน วิถีปฏิบัติในความสัมพันธ์แบบดั้งเดิมในท้องถิ่นของตน แนวคิดวัฒนธรรมชุมชน (เช่น การฟื้นฟูการรักษาพยาบาลแบบพื้นเมือง) หรืออุดมการณ์พุทธศาสนา เมื่อแนวคิดและวิถีปฏิบัติเหล่านี้มาผสมผสานกันย่อมมีทั้งความกลมกลืน ความขัดแย้งกัน ซึ่งจะสังเกตได้ผ่านการปฏิสัมพันธ์ในรูปแบบของการรวมกลุ่ม

บทที่ 2

ยุทธศาสตร์เชิงสังคมระดับมหภาคในการจัดการปัญหาเอดส์

จากการทบทวนงานศึกษาที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการเมืองว่าด้วยการแสดงตัวตนของคนชายขอบผู้ได้รับผลกระทบจากการพัฒนา อันนำมาซึ่งสร้างความไม่เท่าเทียมกันทางโอกาสให้กับคนส่วนใหญ่ของประเทศ ในบทที่แล้ว มาถึงบทนี้ จะเป็นการเชื่อมโยงไปถึงกรณีเฉพาะคือ สถานการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้รับผลกระทบจากเอดส์ในประเทศไทย โดยเริ่มจากการทบทวนงานศึกษาว่าด้วยการปะทะประสานกันของยุทธศาสตร์เชิงนโยบายระดับประเทศของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ซึ่งไม่อาจปฏิเสธความสำคัญของการวิเคราะห์วิจารณ์บทบาทในภาคสังคมทั้งสองส่วนนี้ได้ เนื่องจากทั้งสองต่างได้ร่วมกันสร้างประวัติศาสตร์หน้าหนึ่งของยุทธศาสตร์ในการจัดการปัญหาเอดส์ ให้มีลักษณะเฉพาะที่แตกต่างไปจากการภาพของการปะทะประสานกันในการต่อสู้ช่วงชิงพื้นที่ทางสังคมในปัญหาลักษณะอื่น ๆ ที่ผ่านมาก่อนหน้านี้

การศึกษายุทธศาสตร์เชิงสังคมระดับมหภาคในการจัดการปัญหาเอดส์ในบทนี้ จะเป็นการศึกษาในเชิงประวัติศาสตร์เพื่อให้เห็นภาพรวมของวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้น . การปะทะช่วงชิงการนิยามความหมาย และความจำเป็นในการประสานประโยชน์ร่วมกันเพื่อสร้างภาพลักษณ์ในระดับประเทศ

2.1 มุมมองของสาธารณะที่มีต่อปัญหาเอดส์ในช่วงการแพร่ระบาดระยะแรก (พ.ศ.2527-2533)

จากการทบทวนสถานการณ์ปัญหาเอดส์ในบทที่หนึ่ง ซึ่งว่าด้วยความสำคัญของการประเด็นปัญหาเอดส์ในสังคมไทย พบว่า นับจากปี พ.ศ.2527 ปีแรกที่พบผู้ติดเชื้อชายรักร่วมเพศวัย 28 ปี ที่เพิ่งเดินทางกลับจากสหรัฐอเมริกา และมีการรายงานข่าวอาการป่วยที่สัมพันธ์กับอาการของโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (ดูรายละเอียดจากนิตยา, 2538 : 1) ท่าทีแรกของรัฐไทยต่อปัญหาเอดส์นั้น เป็นเช่นเดียวกับท่าทีที่มีต่อปัญหาอื่น ซึ่งรัฐขาดความรู้ความเข้าใจ และการเตรียมยุทธศาสตร์ในการตั้งรับมือกับปัญหานั้น ๆ คือ ท่าทีแห่งความเป็นอื่น ซึ่งหมายถึงการมองเห็นโรคเอดส์เป็นเพียงโรคนำเข้าจากแผ่นดินส่วนอื่นของโลก ไม่ใช่โรคของคนไทยที่มีแบบแผนการดำเนินชีวิตโดยปกติ เมื่อเป็นเช่นนี้ แนวทางแรก ๆ ในการรับมือคือ การปกปิดปัญหาด้วยไมเคิลคิดว่า เอดส์เป็นเรื่องเร่งด่วนฉุกเฉินที่สมควรระดมสรรพกำลังในการรับมืออย่างจริงจัง

สถานการณ์เป็นเช่นนี้เรื่อยมา จนมาถึงในช่วงเวลาปลายทศวรรษ 2520 แม้ว่าจะมีคนขายรอบของสังคมกลุ่มต่าง ๆ ที่มีวิถีชีวิตเชื่อต่อการมีความสัมพันธ์ทางเพศอย่างหลากหลาย และปราศจากความผูกพันในระยะยาว อาทิ ชายรักร่วมเพศ ผู้ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่า ทั้งหญิงและชายกลุ่มหลังนี้ ไม่ได้มีพฤติกรรมร่วมกันเพียงการใช้เข็มฉีดยา การมีเพศสัมพันธ์เพียงชั่วครั้งชั่วคราวในชุมชนของผู้ที่สมัครใจใช้ยาเสพติดเพื่อให้ลืมเลือนโลกแห่งความจริงที่เจ็บปวดนั้น ย่อมเป็นเรื่องปกติธรรมดาด้วยเช่นเดียวกัน นิยามความหมายของ เอดส์ในยุคนั้น จึงเป็นโรคของคนขายรอบที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากวิถีชีวิตของคนปกติธรรมดา ซึ่งมีนัยของการนำเอากฎเกณฑ์ทางศีลธรรมที่คนส่วนใหญ่ยึดเป็นบรรทัดฐานเข้ามาทำการตัดสิน ความเข้าใจในโรคเอดส์อย่างแท้จริงในช่วงเวลานั้น จึงไม่อาจซึมแทรกเข้าไปในการรับรู้ของคนส่วนใหญ่ในสังคมได้ด้วยเทคนิควิทยาแห่งการปกปิดข้อมูลข่าวสารของรัฐจากเหตุผลที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

สถานการณ์ทางการเมืองในช่วงนี้ มีส่วนสำคัญในการกำหนดนโยบายเพื่อตั้งรับกับปัญหาเอดส์ด้วยเช่นเดียวกัน ประเทศไทยมีพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี ซึ่งมาจากการแต่งตั้ง รัฐบาลมีนโยบายหลักในการพัฒนาเศรษฐกิจของชาติโดยมีรายได้จากการท่องเที่ยวเป็นรายได้สูงอยู่ในอันดับต้นๆ คือ ประมาณร้อยละ 4-5 ของรายได้ประชาชาติต่อปี (เขียวรัตน์ และคณะ, 2538 : 13) การส่งเสริมอุตสาหกรรมท่องเที่ยวจึงมีความจำเป็นต้องรักษาไว้ด้วยการรักษาภาพพจน์ของประเทศในสายตาของนานาชาติ ดังนั้น การยอมรับว่ามีหรือกำลังจะมีการระบาดของโรคเอดส์ ย่อมเป็นเครื่องเหนี่ยวรั้งการพัฒนาอุตสาหกรรมท่องเที่ยวอย่างแน่นอน รัฐบาลจึงมีนโยบายไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ โดยอ้างว่าจะทำให้ประชาชนแตกตื่นโดยใช่เหตุ ปัญหาเอดส์อาจเป็นผลเสียต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยว การส่งออก และการลงทุนในประเทศ ขณะเดียวกันกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีความพร้อมเพียงพอ โดยเฉพาะในเรื่องข้อมูลการระบาดและจำนวนผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งเครื่องมือการตรวจวินิจฉัยผู้ติดเชื้อ

กล่าวโดยสรุปได้ว่า ช่วงปี พ.ศ.2527-2530 คือ ระยะเวลาเริ่มต้นที่สังคมไทยยังไม่มีความพร้อมในการเตรียมรับมือกับปัญหาเอดส์ และสนองตอบต่อสถานการณ์ด้วยความอिमคริมปกปิดข้อมูลข่าวสาร สถิติของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มีการเปิดเผยในระยะต้น ๆ โดยความไม่ตั้งใจเนื่องจากการเปิดเผยของแพทย์ผู้ปฏิบัติงาน จึงได้รับคำวิพากษ์วิจารณ์จากภาครัฐและสื่อมวลชนเป็นผลพวงติดตามมา ในปี พ.ศ.2527-2528 พบผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น 2 ราย รายหนึ่งเป็นคนไทยเพิ่งกลับจากไปเรียนต่างประเทศ อีกรายหนึ่งเป็นชาวอเมริกันที่เข้ามาอยู่ในประเทศไทย ทั้งสองรายต่างเป็นชายรักร่วมเพศ ส่วนในปี พ.ศ. 2529 และครึ่งปีแรกของปี พ.ศ.2530 ไม่มีการรายงานผู้ป่วย กระทรวงสาธารณสุขจึงสรุปว่า ในระยะแรกนี้ ยังไม่มีการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศ

ไทยและเชื่อว่า เอดส์เป็นโรคของชาวต่างชาติ ผู้ติดเชื้อที่เป็นชายรักร่วมเพศและผู้ติดยาเสพติดนั้น รับการแพร่เชื้อจากชาวต่างชาติ เอดส์จึงไม่ใช่โรคของคนไทย (เยาวรัตน์, อ้างแล้ว : 10)

แม้โดยหลักการที่คนในสังคมได้รับรู้ร่วมกันเป็นเช่นนั้น แต่ในทางปฏิบัติกลับมีรายละเอียดที่แตกต่าง เมื่อกระทรวงสาธารณสุขนำเข้าน้ำยาตรวจหาการติดเชื้อเอดส์เข้ามาใช้ใน ประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2528 นักวิจัยหลายกลุ่มได้เริ่มศึกษาอัตราความชุกของการติดเชื้อโรค เอดส์ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง อาทิ ชายและหญิงขายบริการทางเพศ และ กลุ่มผู้ติดยาเสพติดทั้งในกรุงเทพฯ และปริมณฑล จนถึงปี พ.ศ.2530 กระทรวงสาธารณสุขได้ ตัดสินใจใช้กลวิธีเชิงรุกในการค้นหาผู้ติดเชื้อ (วิฑูร และคณะ, 2542 : 51) โดยจัดให้มีการสุ่มตรวจ การติดเชื้อโรคเอดส์ในคลินิกรักษาผู้ติดยาเสพติด และกลุ่มชายรักร่วมเพศ ปฏิบัติการเช่นนี้ได้ก่อให้เกิดผลการรายงานอัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดสูงกว่าประชากรทั่วไปค่อนข้างมาก การเลือกสรรผู้ที่เข้ารับการตรวจเลือดด้วยอคติแอบแฝงเช่นนี้เอง ทำให้เกิดความขัดแย้งกัน ระหว่างหน่วยงานรัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชน¹ เนื่องจากไม่มั่นใจในข้อมูลที่มีอยู่ รวมทั้งยังทำให้ คนบางส่วนคิดว่า กลุ่มผู้ติดยาเสพติด และชายรักร่วมเพศเท่านั้นที่ติดโรคเอดส์

กระนั้นก็ตาม การทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนในช่วงต้นทศวรรษ 2530 มีทั้งรูปแบบของการปะทะ และการประสานกับองค์กรรัฐไปพร้อม ๆ กัน เพียงแต่การประสานยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงเป็นจังมากนัก นอกจากกรณีที่เกิดขึ้นกับกลุ่มช่วยเหลือตัวเองที่มีที่มาจากหน่วยงานของรัฐ นั่นคือ กองกามโรค กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคลินิกสุภาพชายที่พัฒนพงษ์เพื่อ ให้บริการตรวจแนะนำ และให้คำปรึกษาแก่กลุ่มชายรักร่วมเพศ. จนเป็นผลให้ชายกลุ่มนี้จัดกลุ่ม ขึ้นมาเพื่อให้ความรู้แก่พวกเดียวกันชื่อว่า กลุ่มเส้นสีขาวย นับว่า เป็นกลุ่มช่วยเหลือตัวเองกลุ่มแรก ที่จัดขึ้นในประเทศ ดำเนินกิจกรรมเพื่อลดอัตราการติดเชื้อในคนกลุ่มนี้ลงได้ในเวลา 2-3 ปีต่อมา (เยาวรัตน์ และคณะ, 2538 : 12)

นอกเหนือจากนี้ องค์กรพัฒนาเอกชนรุ่นแรก ๆ ที่ก้าวเข้ามาทำงานด้านเอดส์ โดยมาก ผ่านประสบการณ์จากการทำงานด้านการพัฒนาด้านอื่นๆ มาก่อน อาทิ สมาคมพัฒนาประชากร และชุมชน (PDA) เริ่มก้าวเข้ามาทำงานด้านเอดส์ในปี พ.ศ.2530 โดยในช่วงเวลานั้น เอดส์ยัง แพร่ระบาดในหมู่หญิงขายบริการทางเพศในกรุงเทพฯ และทตยา ซึ่ง PDA ทำงานกับคนกลุ่มนี้ในแง่ของการให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว (family planning) และการป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ (STD prevention education programs) โดยทำโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อวัด

□ _____

¹ วิฑูร และคณะ 2542 อ้างจาก Ungphakorn ,J., and Sitritrai ,W . "The Thai Response to the HIV/AIDS Epidemic" AIDS 1994 . 8 (suppl 2) .

ประสิทธิภาพของการให้การศึกษาผ่านกลุ่มเพื่อน (peer education) ที่ทำงานในสถานบริการทางเพศด้วยกัน (Wongkhomthong et al., 1995 : 54) ทั้งบาร์เกย์ บาร์อะโกโก้ เพื่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมที่นำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวี และมีการรณรงค์ลักษณะนี้ในกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น ผู้ใช้ยาเสพติด เยาวชน พ่อบ้านแม่บ้านที่มาใช้บริการคลินิกวางแผนครอบครัว

องค์กรอื่น ๆ ก็ได้ทำงานในลักษณะใกล้เคียงกันนี้ คือ การรณรงค์ผ่านกลุ่มเสี่ยง และสร้างอาสาสมัครถ่ายทอดความรู้ในลักษณะของเพื่อนช่วยเพื่อน (peer group education) ในหลายองค์กร อาทิ สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย รณรงค์ตามกลุ่มเสี่ยง จากผู้ขายบริการทางเพศ ไปสู่ผู้ใช้ยาเสพติด (IDUs) นักเรียน เยาวชนที่อยู่นอกระบบโรงเรียน นักโทษในเรือนจำ ชาวประมง หรือมูลนิธิดวงประทีป มุ่งรณรงค์โดยสร้างอาสาสมัครเยาวชนชาวคลองเตย เพื่อให้พวกเขาเข้าไปรณรงค์ให้ความรู้กับกลุ่มเสี่ยงในชุมชน คือ ผู้ใช้ยาเสพติด ผู้ขายบริการทางเพศ คนขับรถมอเตอร์ไซด์รับจ้าง คนขับรถแท็กซี่ หรือองค์การแคร์นานาชาติ ทำโครงการร่วมกับชาวชนบทภาคเหนือในโครงการอยู่ร่วมกับเอชไอวี (The Living with AIDS Project) เพื่อสร้างอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน และฝึกอาชีพให้ผู้ติดเชื้อและครอบครัว

จากที่ได้กล่าวถึงบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในช่วงต้น ๆ การปะทะกับรัฐเป็นการปะทะกันในเรื่องความคิด และการวิพากษ์วิจารณ์กันอยู่ในที่ มากกว่าที่จะเห็นเด่นชัดว่า ทั้งสองฝ่ายมีแนวทางที่แตกต่างกันอย่างแท้จริง กล่าวได้ว่า ระยะแรกของการทำงานด้านเอชไอวีของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนแตกต่างกันเพียงในรายละเอียด เมื่อบุคลากรขององค์กรพัฒนาเอกชนทำงานในด้านลึกลงมาติดความเป็นจริงในภาคสนามมากกว่า ในคนกลุ่มเดียวกันหรือใกล้เคียงกับที่รัฐได้แปะป้ายนิยามว่า พวกเขาเป็นกลุ่มเสี่ยง แต่เมื่อองค์กรพัฒนาเอกชนทำงานไปได้สักระยะหนึ่ง กลับพบความจริงที่ว่า ประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีกลับขยายกว้างมากขึ้นกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขได้ให้คำนิยามไว้ในระยะแรก ๆ อาทิ เมื่อรัฐมุ่งแต่จะเลือดหาคนเสพยาเสพติดว่า เป็นกลุ่มเสี่ยง ปรากฏการณ์จริงในสนามหรือคลินิกสุขภาพวางแผนครอบครัว กลับพบการติดเชื้อระหว่างกันของคนสองกลุ่มคือ ชายนักเที่ยวและหญิงโสเภณีทางตรง ซึ่งในหมู่คนทำงานที่มีประสบการณ์ย่อมคาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่า หญิงแม่บ้านผู้ใช้ชีวิตปกติ ไม่มีความเสี่ยงตามการให้นิยามความหมายของกระทรวงสาธารณสุข ย่อมกลายเป็นกลุ่มคนกลุ่มต่อไปที่ต้องตกเป็นเหยื่อ เช่นเดียวกับซึ่งเคยเกิดมาแล้วในกรณีของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีมาก่อนหน้านี้ หรือกลุ่มชายนักเที่ยว ย่อมที่จะต้องนับรownikเรียนนักศึกษาชายวัยเริ่มแสวงหาความสุขจากเพศสัมพันธ์เข้าไว้ด้วยเช่นเดียวกัน ความคิดที่ว่า เอชไอวีเป็นโรคที่อาจเกิดกับใครก็ได้ ไม่เฉพาะแต่กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเท่านั้นจึงได้เริ่มเกิดขึ้น

ในส่วนของภาครัฐและกระทรวงสาธารณสุขเริ่มจะถึงจุดเปลี่ยนในการยอมรับความจริงว่า คนอื่น ๆ นอกเหนือจากกลุ่มเสี่ยงที่กล่าวมาข้างต้น ก็มีสิทธิกลายเป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยด้วยเช่นเดียวกัน นั่นคือ กรณีของนายจะฮ้อน เลือสม ผู้ได้รับเลือดจากการผ่าตัดในปี พ.ศ. 2529 และตรวจพบว่า ได้รับเชื้อเอชไอวี ทำให้มีนโยบายที่จะตรวจเลือดบริจาคทุกหน่วย โดยรัฐบาลสนับสนุนงบประมาณในการตรวจคัดกรองเลือดบริจาค เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2531 เพื่อให้ความปลอดภัยต่อการติดเชื้อเอดส์จากการถ่ายเลือด

นอกจากนี้ การยอมรับว่า เอดส์เป็นโรคที่เกิดขึ้นได้กับคนไทยยังมีเหตุผลมาจากในช่วงปี พ.ศ.2530-2531 มีรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นถึง 171 ราย ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดยาเสพติด 136 ราย และส่วนหนึ่งเริ่มตรวจพบในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ เมื่อไม่อาจปฏิเสธความจริงที่ว่านี้ได้ ฝ่ายปฏิบัติงานในกระทรวงสาธารณสุขจึงได้มีการเสนอปัญหาเรื่องเอดส์ขึ้นไปให้รัฐมนตรีว่าการฯ พิจารณา (วรรณ, 2541 : 212) ซึ่งนายชวน หลีกภัย รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นเห็นด้วยว่า ควรจะต้องมีนโยบายระดับชาติ แต่สถานการณ์ในขณะนั้นไม่เอื้ออำนวย เนื่องจากมีกลุ่มผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากการท่องเที่ยวออกมาท้วงติงผ่านสื่อมวลชนว่า การยอมรับความจริงเกี่ยวกับสถานการณ์เอดส์จะส่งผลกระทบต่อรายได้จากการท่องเที่ยว ทำให้นโยบายเอดส์ในช่วงเริ่มต้นเป็นได้แค่แค่นโยบายระดับกระทรวงและมีกรมควบคุมโรคติดต่อเป็นเจ้าของเรื่อง

พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ผู้เป็นนายกรัฐมนตรีต่อจากพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ในช่วงปี พ.ศ.2531-2534 ยังคงไม่ยอมรับตำแหน่งประธานคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ แม้ว่าสถานการณ์เอดส์ในช่วงนั้นทวีความรุนแรง จนกระทั่งคณะรัฐมนตรีต้องมีมติเห็นชอบให้มีการจัดตั้งโครงการป้องกันและควบคุมเอดส์ พ.ศ. 2531-2534 ตามที่กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข เสนอมา ทำให้ในทางปฏิบัติโครงการนี้จึงเป็นได้เพียงนโยบายระดับกระทรวงเท่านั้น เป็นผลให้ไม่ได้รับความร่วมมือจากกระทรวง ทบวง กรมอื่น ๆ และไม่ได้รับการสนับสนุนในงบประมาณด้วย (ศศิธร และวรรณ, 2535)

แนวทางการประทะความคิดระหว่างรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ในช่วงปี พ.ศ.2532 เริ่มมีความชัดเจนมากขึ้น เมื่อองค์กรเอกชน ยังมองไม่เห็นความตั้งใจจริงของภาครัฐในการดำเนินนโยบายสกัดกั้นความรุนแรงของปัญหาเอดส์อย่างเป็นรูปธรรม มากไปกว่าการใช้สื่อที่มุ่งให้คนไทยกลัวเอดส์ โดยเฉพาะกรณีการทำงานและปฏิบัติการเชิงความคิดของศูนย์พิทักษ์สิทธิหญิงบริการ หรือที่รู้จักกันทั่วไปในนาม เอ็มพาวเวอร์ (EMPOWER) เมื่อมีข้อมูลปรากฏเด่นชัดว่า เอดส์แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในหมู่หญิงขายบริการทางเพศ ทำให้กระแสของสาธารณชนในขณะ

นั้น ซึ่งมีภาพลบต่อผู้ประกอบอาชีพนี้เป็นทุนเดิมอยู่แล้ว มีแนวความคิดในการแบ่งแยกกีดกันเพิ่มขึ้นมากกว่าเดิมว่า หญิงขายบริการทางเพศเป็นพาหะนำโรคเอดส์มาสู่คนทั่วไป โดยไม่ได้คิดในมุมมองกลับว่า หญิงขายบริการนั้น มีโอกาสรับเชื้อจากลูกค้าที่มาเที่ยวด้วยเช่นกัน จันวิภา อภิสุข (อ้างจาก Wongkhomthong et al., 1995 : 66) แสดงความไม่พอใจอย่างมากในการรณรงค์เรื่องเอดส์ของภาครัฐที่ผ่านมา ซึ่งมุ่งแต่เล็งเห็นว่า หญิงขายบริการทางเพศ และผู้ใช้ยาเสพติดเป็นกลุ่มเสี่ยง โดยละเลยคนทั่วไป และทำให้คนเหล่านั้นไม่สนใจปัญหาเอดส์เท่าที่ควร ที่สำคัญยิ่งไปกว่านั้น คือ แนวคิดในการรณรงค์ของรัฐที่มองว่า การติดเชื้อเอดส์คือ ช่วงเวลาแห่งการนอนรอความตาย โดยเฉพาะโปสเตอร์ของกระทรวงสาธารณสุขที่ใช้รูปชาตาน หรือหัวกะโหลกซึ่งเป็นสัญลักษณ์ของความตาย ซึ่งแพร่หลายและติดตามคนทั่วไปในสังคมไทย ทำให้เกิดความรู้สึกกลัวต่อการติดเชื้อ และกลัวผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยอย่างไม่อาจแยกออกจากกันได้

ในขณะที่การรณรงค์ของเอ็มพาวเวอร์มีแนวความคิดในการเฝ้ารักษาสุขภาพเพื่อระมัดระวังต่อการติดเชื้อเอดส์ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับธรรมชาติของการแพร่ระบาดของโรค โดยเน้นว่า ทุกคนมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ จึงเป็นความรับผิดชอบของทุกคนในการป้องกันการติดเชื้อ ไม่นำถ้อยคำที่สะท้อนถึงความตาย มาใช้เป็นภาษาในการรณรงค์ ควรมุ่งสร้างความเห็นอกเห็นใจ และให้โอกาสแก่ผู้ติดเชื้อ ในแง่ของการสร้างคุณภาพชีวิตใหม่ เพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในสิ่งที่เขาไม่เคยกระทำมาก่อน รูปธรรมของการรณรงค์ที่ชัดเจนที่สุด คือ การออกจดหมายข่าวรายสองเดือนชื่อ นามชีวิต ตั้งแต่ปี พ.ศ.2533 โดยมีจุฬพล อภิสุข สามีของจันวิภาเป็นบรรณาธิการ ให้ข้อมูลเกี่ยวกับความก้าวหน้าของยา ทั้งยาด้านเชื้อ ยาที่ใช้รักษาโรคแทรกซ้อน การทดลองวัคซีน อาหารสุขภาพ และการปฏิบัติตัวในการอยู่กับเชื้อเอชไอวีอย่างสร้างสรรค์

ในปี พ.ศ.2533 ภายหลังจากที่รัฐบาลพลเอกชาติชาย ได้มีการปรับคณะรัฐมนตรีชุดใหม่ ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุข ได้มีความพยายามจะเสนอเรื่องนี้เข้าสู่คณะรัฐมนตรีสังคมอีกครั้งหนึ่ง โดยขอให้คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบในการจัดทำแผนปฏิบัติการควบคุมเอดส์แห่งชาติขึ้นมาเพื่อเป็นกรอบในการปฏิบัติงาน ในครั้งนี้ นายกรัฐมนตรี ได้มอบหมายให้นายมีชัย วีระไวทยะ หนึ่งในคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน รับไปพิจารณาในรายละเอียดร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข เสมือนเป็นประวิงเวลาออกไป จนกระทั่งนายชาติชายถูกรัฐประหารโดยคณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติ หรือ รสช. เมื่อเดือนกุมภาพันธ์ 2534

2.2 แนวคิดในการตั้งรับกับสถานการณ์เอดส์ในช่วงที่สอง (2534-2539)

หลังจากนายกรัฐมนตรีคนแรกที่มาจากการเลือกตั้ง พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ได้ถูกรัฐประหารในช่วงต้นปี พ.ศ. 2534 นายอานันท์ ปันยารชุน ได้ก้าวเข้ามาเป็นนายกรัฐมนตรีคนต่อไป โดยได้แต่งตั้งคณะรัฐมนตรีโดยเลือกนักการเมือง ข้าราชการ นักวิชาการที่มีความรู้ความสามารถสูงเข้าร่วมรัฐบาล ทั้งนี้ให้มีจำนวนเท่ากับจำนวนกระทรวงเท่านั้นเพื่อความรวดเร็วและประสิทธิภาพของการทำงาน

สถานการณ์ทางการเมืองภายใต้การบริหารของนายอานันท์ ปันยารชุน ซึ่งรวมทั้งรัฐบาลอานันท์หนึ่ง (มีนาคม 2534-เมษายน 2535) และรัฐบาลอานันท์สอง (พฤษภาคม-กันยายน 2535) มีบรรยากาศทางการเมืองที่เป็นอิสระมากกว่ารัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้ง การกำหนดนโยบายสำคัญ ๆ ในการบริหารประเทศกระทำโดยเสนอผ่านวุฒิสภาเพียงสภาเดียวกรณีที่เป็นเรื่องด่วน เป็นผลให้รัฐบาลสามารถจัดการเรื่องสำคัญ ๆ ที่ค้างมาจากรัฐบาลพลเอกชาติชายให้สำเร็จลุล่วงไปได้โดยเร็ว รวมถึงนโยบายเอดส์แห่งชาติ (เยาวรัตน์, อ้างแล้ว : 7-8) โดยนายกรัฐมนตรีรับเป็นประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติเป็นคนแรก พร้อมกับมอบหมายให้สภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติเป็นเจ้าของเรื่อง ในการวางแผนแม่บท โดยให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นแกนในการประสานงาน

นอกจากนี้ นายมีชัย วีระไวทยะ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีในรัฐบาลอานันท์ ยังได้รับความไว้วางใจจากรัฐบาลให้ทำหน้าที่กำกับดูแลการประสานนโยบายและแผนงานด้านเอดส์อีกด้วย (วรรณ, 2541 : 213-214) โดยจัดตั้งสำนักงานประสานนโยบายและแผนงานเอดส์ขึ้นที่สำนักปลัดนายกรัฐมนตรี พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้น 8 คณะ เพื่อทำงานด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการพิจารณานโยบาย ด้านการประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์ พิจารณาร่างพระราชบัญญัติโรคเอดส์ การป้องกันและบำบัดรักษาโรคเอดส์ ด้านวิชาการโรคเอดส์ รณรงค์สตรีด้านภัยเอดส์ การคุ้มครองสิทธิของประชาชนเกี่ยวกับโรคเอดส์ และความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ถือเป็นครั้งแรกที่รัฐบาลยอมรับว่า ปัญหาเอดส์ เป็นเรื่องที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน และเร่งรัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมมือกัน รณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม รวมทั้งให้มีการจัดการดูแล และรักษาผู้ป่วยเอดส์อย่างเหมาะสม

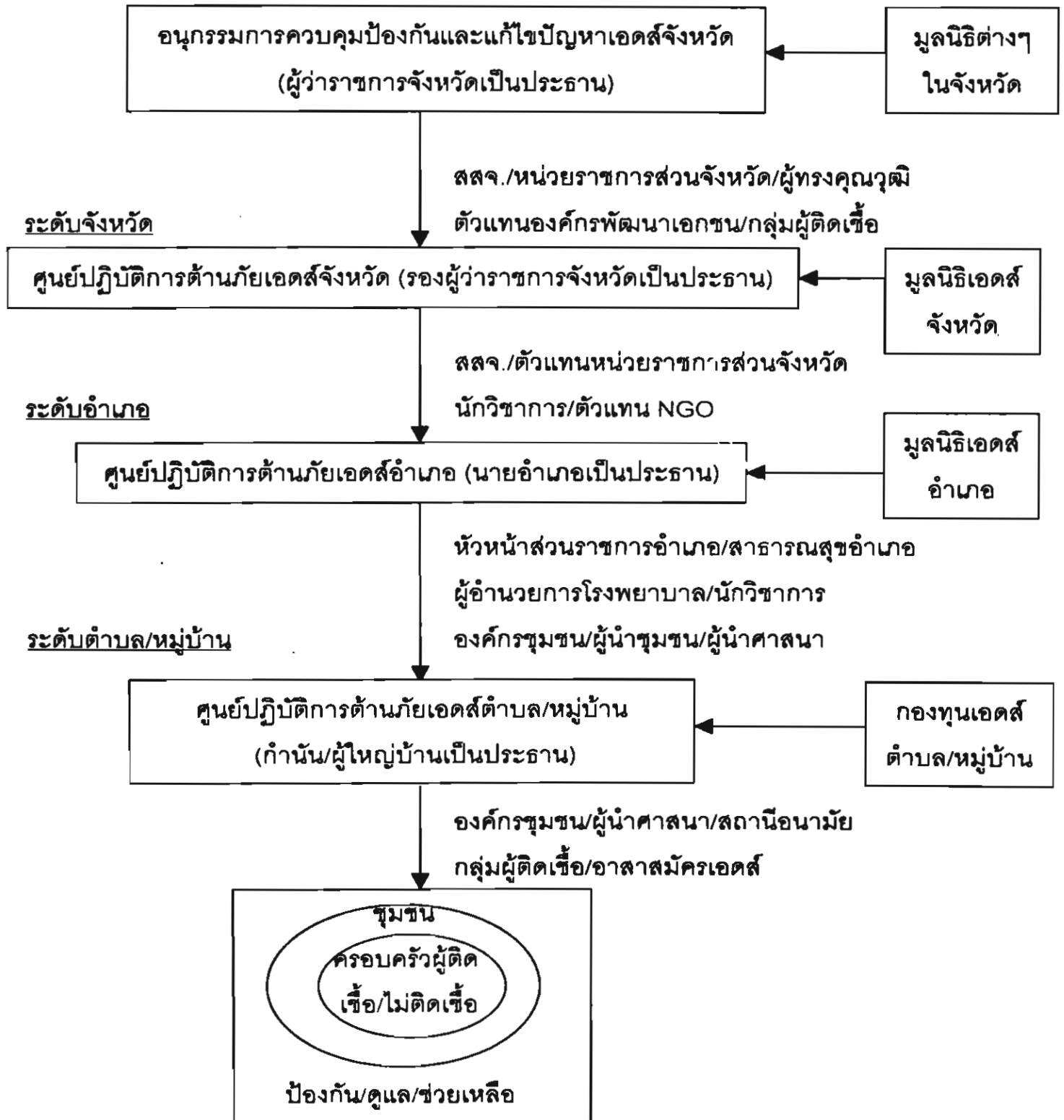
ผ่านพ้นจากช่วงเวลาการบริหารประเทศของนายอานันท์ ปันยารชุน เมื่อปลายปี พ.ศ. 2535 นายชวน หลีกภัย ได้ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีเป็นคนต่อมา สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบนในช่วงเวลานี้ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

อย่างรวดเร็ว และคาดว่า หากไม่มีการกำหนดมาตรการเร่งด่วนเป็นพิเศษเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติ จะมีอัตราการป่วยและเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้นจนเข้าสู่ภาวะวิกฤต นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ได้เสนอขอตั้งศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน และได้รับการอนุมัติในการประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 1/2537 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ.2537 โดยมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน รองปลัดกระทรวงมหาดไทย รองปลัดกระทรวงสาธารณสุข และอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อกันเป็นรองประธาน คณะกรรมการ ในส่วนกลางคือ ระดับผู้ตรวจราชการ ส่วนคณะกรรมการในส่วนภูมิภาค คือ ผู้ว่าราชการจังหวัดใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ผู้แทนองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภาคเหนือตอนบน ผู้แทนผู้ติดเชื้อ ผู้แทนภาคมหาวิทยาลัย และมีสาธารณสุขนิเทศน์เขต 10 เป็นเลขานุการ ในระยะแรก ต่อมาได้เปลี่ยนเป็นผู้อำนวยการสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรคติดต่อดำรงตำแหน่งแทน

กลไกการแก้ไขปัญหาเอดส์ในส่วนของจังหวัด ได้จำลองรูปแบบการทำงานของ คอสนบ. มาไว้ที่แต่ละจังหวัดในรูปของ ศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์จังหวัด (ศอจ.) โดยระดมหน่วยงานราชการส่วนจังหวัดทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตัวแทนองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (ยิ่งยง และคณะ, 2542 : 24) โดยมีหน่วยงานหลักทางสาธารณสุข การศึกษา พัฒนาชุมชน ประชาสงเคราะห์ เกษตร ฯลฯ ส่งบุคลากรมาร่วมดำเนินงานของ ศอจ. รวมทั้งได้ต่อเติมกลไกที่จะปฏิบัติการในพื้นที่ผ่านศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์อำเภอ (ศออ.) และบางอำเภอยังต่อเติมลงไปถึงชุมชนผ่านศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์ตำบล (ศอต.) ซึ่งทั้ง 6 จังหวัดในพื้นที่ปฏิบัติการของ คอสนบ. จะมีโครงสร้างและองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน

โดยแง่มุมของฝ่ายปฏิบัติการ น.พ.ชวลิต นาถประทาน ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน (คอสนบ.) กล่าวถึง กรณีการก่อตั้ง คอสนบ. ว่า มีนัยถึงการร่วมประสานงานระหว่างภาครัฐและองค์กรเอกชนอย่างมีรูปธรรมให้เห็นชัดเจนมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับ การเคลื่อนไหวเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมอื่น ๆ ที่เคยมีมาในประเทศไทย

แผนภูมิ 2.1 แสดงโครงสร้างและองค์ประกอบของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์
จังหวัด/อำเภอ/ตำบล



ที่มา: ยิ่งยง เทาประเสริฐและคณะ. บทเรียนและประสบการณ์การแก้ไขปัญหาเอดส์ของภาคเหนือตอนบน.
เชียงราย: ศูนย์วิจัยและพัฒนาแพทย์พื้นบ้าน สถาบันราชภัฏเชียงราย. 2542.

สาเหตุประการสำคัญที่ก่อให้เกิดความร่วมมือคือ การเข้ามาให้งบประมาณสนับสนุนของโครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ หรือที่รู้จักกันในนามของ NAPAC เนื่องจากมีงบประมาณเป็นสิ่งดึงดูดในช่วงแรก² ทำให้องค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนหนึ่งในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ อาทิ การส่งเสริมอาชีพ การจัดตั้งกลุ่มในหมู่บ้าน เกษตรกรรม ชาติ หรือการจัดการทรัพยากร พร้อมใจกันหันเหทิศทางการขององค์กรมาทำงานเอดส์เป็นด้านหลัก

ภาพของการประสานงานในช่วงแรก ๆ คือ ประมาณปี พ.ศ.2537 เกิดจากความจำเป็นในการแบ่งปันงบประมาณ โดยที่ภาครัฐมีแนวคิดในการประสานงาน สนับสนุน และพัฒนาองค์กรพัฒนาเอกชน จึงมีการพบปะและประชุมร่วมกัน เพื่อปรับแนวคิดแนวทางร่วมกัน เนื่องจากองค์กรพัฒนาเอกชนมีธรรมชาติของอิสระในความคิด และการปฏิบัติงาน ส่วนภาครัฐนั้นมีจุดหมายแฝงเร้นประการหนึ่ง คือ ต้องการทำงานร่วมกับองค์กรเอกชนอย่างใกล้ชิดตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อที่จะได้มีส่วนกำหนดแนวทางเพราะ ไม่ต้องการให้องค์กรพัฒนาเอกชนทำงานในรูปแบบของการเคลื่อนไหวต่อต้าน แต่ให้ใช้การประนีประนอมในการทำงานร่วมกัน ดังนั้นการก่อตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อ จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่ลงตัวในระดับหนึ่ง เพราะเป็นการตั้งกลุ่มช่วยเหลือ ประคับประคองซึ่งกันและกันในหมู่เพื่อนสมาชิก โดยปรากฏการณ์การเกิดกลุ่มธรรมชาติกรณีศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ ที่จะได้กล่าวถึงในตอนต่อไป การพบกันทุกพฤหัสบดีเดือน ในนามกลุ่มพหุศาสตร์สัมพันธ์ สถานีภาคที่ 3 จังหวัดเชียงใหม่ หรือการพบปะกันของผู้ติดเชื้อที่เข้ามาใช้บริการในเอ็งผิงคลินิก ที่ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อเขต 10 ในระยะแรก

การทำงานช่วงแรกของ คอนบ. มีการประชุมกันทุกเดือน พอทำได้สักระยะหนึ่งก็ประชุมกันสองเดือนครั้ง และเริ่มลดการพบปะกันเมื่องานเริ่มอยู่ตัว ส่วนในภาคปฏิบัติการเน้นการกระจายงบประมาณลงในรูปของกองทุนหมู่บ้าน จากวงเงินงบประมาณ 50 ล้านบาท ที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อเขต 10 จังหวัดเชียงใหม่ ได้ขอจากสำนักงานงบประมาณในปี พ.ศ. 2536 ได้เสนอให้แจกจ่ายลงในหมู่บ้าน ๆ ละ 10,000 บาท ในจำนวน 5,000 หมู่บ้านในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน รูปแบบกิจกรรมเป็นการให้ความรู้แก่ชุมชน โดยอบรมผู้ใหญ่บ้าน/ผู้นำชุมชน ให้ผู้นำไปอบรมชาวบ้านอีกต่อหนึ่ง จึงเกิดภาพของอาสาสมัครเยี่ยมบ้าน ที่ลงไปให้ความรู้เพื่อสร้างความเข้าใจในชุมชนพร้อมกับเครื่องมือในการป้องกันโรค คือ ถุงยางอนามัย ไข่แจกจ่ายชาวบ้าน หลังจากนั้นมีการสร้างเครือข่ายความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจสังคม ให้แต่ละจังหวัดประสานงานกับประชาสงเคราะห์จังหวัด เพื่อจัดหาทรัพยากรในการช่วยเหลือชุมชน และประสานงานกับ

□ _____

² จากการสัมภาษณ์ นพ. วรลิต นาถประพาน ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน (คอนบ.) เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2542

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมที่เพิ่งก่อตั้ง และโครงการศูนย์สงเคราะห์ราษฎรหมู่บ้าน ซึ่งอนุมัติงบประมาณศูนย์ละ 12,500 บาท เพื่อช่วยเหลือคนชรา คนพิการ และผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ด้วยความร้อนแรงของปัญหาในขณะนั้น เงินงบประมาณจึงหมดไปกับการจัดตั้งเครือข่ายดูแลอบรมผู้ติดเชื้อ อบรมญาติในการดูแลสุขภาพผู้ป่วย จึงนับได้ว่าปี พ.ศ.2538 เป็นปีประวัติศาสตร์ของการที่ภาครัฐให้งบประมาณสนับสนุนองค์กรเอกชน โดยผ่านทางกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข ในรูปแบบงบประมาณสนับสนุนกลุ่มองค์กรของผู้ติดเชื้อ และเงินสงเคราะห์ผู้ด้อยโอกาสผ่านทางกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม

ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และคณะ (2540) วิเคราะห์ผลด้านบวกของการมี ศอนบ.ขึ้นมาทำหน้าที่ดูแลจัดการเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ของภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัดได้อย่างทันทั่วที่ว่า เนื่องจากการประชุมกันบ่อยครั้งและต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่มีการตั้งคณะกรรมการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบนขึ้นมาเมื่อปี พ.ศ.2537 เป็นต้นมา ทำให้ผลการดำเนินงานและการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาระบาดของภาคเหนือตอนบนเป็นไปอย่างน่าพึงพอใจในระดับหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแล การสร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ต่าง ๆ หรือการสร้างอาสาสมัครในชุมชน สาเหตุที่การดำเนินงานค่อนข้างประสบผลสำเร็จอย่างเห็นได้ชัดเจนนี้นี้เป็นเพราะ การประสานความร่วมมืออย่างจริงจังของทุกฝ่าย การบริหารงานและการติดต่อสื่อสารกันเป็นไปอย่างง่ายดายไม่ซับซ้อน เท่ากับการบริหารงานของคณะกรรมการใหญ่ในระดับชาติ คือ เป็นการประสานกันแบบไม่เป็นทางการผสมผสานกันกับแบบที่เป็นทางการ ตรงกับรูปแบบของสังคมไทย ทำให้เมื่อมีปัญหาโรคเอดส์ขึ้น จึงมีการรวมตัวกันของทุก ๆ ฝ่ายในการที่จะหาทางช่วยเหลือและป้องกันปัญหา ไม่ว่าจะเป็นในส่วนของการราชการ เอกชน ชุมชน และสังคมต่าง ๆ

อย่างไรก็ตาม นักวิชาการผู้สังเกตการณ์ในพื้นที่บางคนกลับไม่ได้มองในแง่ของความสำเร็จเพียงประการเดียว แต่ยังมองในอีกมุมหนึ่งด้วยว่า รูปแบบหรือโครงสร้าง และบทบาทหน้าที่ของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์ ยังมีข้อจำกัดมาก ถ้าจะฝากความหวังในการขับเคลื่อนให้ระบบ/กลไกแก้ปัญหาไว้กับตัวผู้นำศูนย์และตัวผู้นำภาคี ซึ่งเป็นจุดอ่อนของการจัดองค์กรแบบเจ้าภาพร่วม (Matrix organization) ถ้าการสนับสนุนจากภาคีไม่เข้มแข็งเพียงพอ ก็จะทำให้การขับเคลื่อนของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์อ่อนแรง (ยิ่งยง และคณะ, อ้างแล้ว : 27) ซึ่งในปรากฏการณ์ที่เป็นจริง เริ่มแรกการดำเนินการเป็นไปได้อย่างเข้มแข็งตามหลักการ แต่เมื่อเวลาผ่านไปเพียง 1-3 ปี ความเป็นเจ้าภาพร่วมก็ค่อย ๆ จางหายไป เหลือแต่แกนหลักคือ สำนักงานสาธารณสุขเป็นตัวจริง ยกเว้นบางจังหวัด เช่น พะเยา และเชียงราย ยังคงพยายามรักษาลักษณะของ Matrix organization ไว้ให้มากที่สุด โครงสร้างของ ศอนบ.ยังคงยึดลำดับขั้นตอนราชการเป็นหลัก

แม้จะเปิดโอกาสให้ฝ่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม แต่ก็เป็นกรที่มีส่วนร่วมอย่างหลวม ๆ ไม่มีใครสั่งใครได้อย่างชัดเจน ไม่มีผู้จัดการที่แท้จริง รวมทั้งไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน จึงเกิดความสับสนในทางปฏิบัติ บางพื้นที่ในระดับอำเภอหรือตำบล ถึงกับเก็บงบประมาณไว้ ไม่กล้าทำอะไร ทำไปก็กลัวจะผิดเพราะขาดความชัดเจน

ในส่วนรขององค์กรพัฒนาเอกชน หลังจากปี พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา เมื่อมีความจำเป็นต้องประสานงานกับรัฐเพื่อแบ่งปันงบประมาณในการทำงาน ยุทธศาสตร์ก้าวต่อไป หรือถือเป็นก้าวแรกของกระบวนการสร้างอัตลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ การสนับสนุนผู้ติดเชื้อให้ออกมาเปิดเผยตนเองต่อครอบครัว สังคมทั่วไป และชุมชนที่อาศัยอยู่ในลำดับต่อมา โดยบุคลากรจากองค์กรพัฒนาเอกชน(NGO) มีบทบาทอย่างมากในการสนับสนุนด้านกำลังใจ โดยเริ่มจากการให้คำปรึกษารายบุคคล (counseling) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อกล้าบอกความลับแก่ผู้ที่ตนไว้วางใจที่สุดในลำดับแรก และเมื่อผ่านช่วงเวลาในการค้นหาตำแหน่งแห่งที่ของตนเองในสถานภาพผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นสถานภาพใหม่ที่ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อนระยะหนึ่งแล้ว ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งสามารถก้าวออกมาเล่าเรื่องราวชีวิตของตนเองสู่สาธารณชน นั่นคือ การก้าวออกมาจากปริมนทลส่วนตัว (private sphere) สู่ปริมนทลสาธารณะ (public sphere)

การสร้างเรื่องเล่าขึ้นมาใหม่ (narrative reconstruct) คือ ยุทธวิธีที่เป็นรูปธรรมตั้งแต่ยุคแรก ๆ ที่องค์กรพัฒนาเอกชนก้าวเข้ามาทำงานเรื่องเอดส์ ในช่วงปี พ.ศ.2535 ศูนย์ฮอทไลน์ได้จ้างผู้ติดเชื้อเข้ามาทำงานในตำแหน่งผู้ให้การศึกษา (HIV/AIDS educator) โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่จะทำหน้าที่เป็นผู้ให้การศึกษาต้องผ่านการให้คำปรึกษาแนะนำ และการทำจิตบำบัดจนอยู่ในขั้นที่ยอมรับตนเองในฐานะที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์ได้ โดยไม่ต้องวิตกกังวลว่า ใครจะคิดอย่างไรกับตน บุคคลดังกล่าวพร้อมที่จะเปิดเผยตนเอง พูดในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับตนเองต่อหน้ากลุ่มคน และสามารถนำประสบการณ์ชีวิตและการติดเชื้อเอชไอวีออกมาแบ่งปันให้กับสังคมส่วนรวมได้ด้วยคามมั่นใจ (อรอนงค์ และนรินทร์, 2535 : 104) ในขั้นของการปฏิบัติงานผู้ติดเชื้อจะไปขึ้นเวทีสาธารณะเพื่อเล่าความรู้สึกและเหตุการณ์ต่างๆ ที่นำพามาสู่การติดเชื้อเอชไอวี และตอบคำถามของผู้ฟัง ซึ่งกลุ่มเป้าหมายแรกคือ นักศึกษาระดับอุดมศึกษาทั่วประเทศไทย

ในบริบทของภาคเหนือตอนบน ช่วงปี พ.ศ.2536-2537 กลุ่มพันธกิจเอดส์ สภาคริสตจักรในประเทศไทย ได้นำผู้ติดเชื้อจากจังหวัดเชียงใหม่จำนวนหนึ่งผ่านการให้คำปรึกษา และพร้อมที่จะเปิดเผยตัวสู่สาธารณชนไปเปิดเผยตัวและเที่ยวพักผ่อนที่จังหวัดเชียงราย³ ก่อนที่ผู้ติด

□

³ จากการสัมภาษณ์ ศจ.สนั่น วุฒิ กุมภาทันท์ 2542

เชื่อจะก้าวขึ้นเวทีเพื่อเล่าเรื่องราวสะท้อนใจจากชะตาชีวิตที่พลัดพลั้ง และถูกแบ่งแยกกีดกันจากครอบครัวชุมชนเดิม ต้องผ่านการฝึกฝนให้คิดเรื่องเอดส์ในแง่บวก (Positive Thinking) โดยที่ตามหลักของคริสตศาสนานั้น การเล่าประสบการณ์ชีวิตของตนเองเพื่อเป็นบทเรียนแก่ผู้อื่นนั้นถือว่าเป็นพยานชีวิต เช่นเดียวกับความคิดเรื่องการแผ่เมตตาของพุทธศาสนา ซึ่งไม่เพียงแต่คนฟังจะได้รับประโยชน์ ผู้เล่าเองก็ได้บังเกิดเป็นคนใหม่เช่นเดียวกัน คือ มีวิธีคิดกับชีวิตในเชิงสร้างสรรค์ แม้ว่าจะติดเชื่อเอชไอวีก็ตาม

โดยผ่านเรื่องเล่าที่ผู้ติดเชื่อในฐานะผู้ด้อยอำนาจทางสังคม ได้นิยามความหมายของโรค ความเจ็บป่วย และศีลธรรมขึ้นมาใหม่ เพื่อจัดการกับชีวิตและความเป็นไปของโลกที่เหนือการควบคุมหรือจัดการไม่ได้ การศึกษาเรื่องเล่าจึงเป็นการศึกษาประสบการณ์ทั้งความเจ็บป่วยและการถูกแบ่งแยกกีดกันจากครอบครัว/ชุมชน มินัยยะถึงการมองประสบการณ์ในความหมายของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Good, 1997 : 116) โดยอาศัยเรื่องเล่าเป็นภาพสะท้อน เพื่อให้ความหมายใหม่อีกครั้งกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย และสิ่งที่ผู้คนในสังคมปฏิบัติต่อพวกเขา นั่นคือ การบอกกล่าวให้สาธารณชนรับรู้ว่า การติดเชื่อเอชไอวีไม่ใช่ประเด็นปัญหาในทางศีลธรรม เนื่องจากพฤติกรรมอันนำมาซึ่งการติดเชื่อของพวกเขา ไม่แตกต่างไปจากพฤติกรรมทางเพศของชายไทยคนอื่น หรือในกรณีของหญิงแม่บ้านที่ติดเชื่อจากสามี พวกเธอก็ไม่ได้ประพฤติดศีลธรรมใด ๆ เลย เพราะ ไม่มีพฤติกรรมสำสอนทางเพศอย่างที่คุณคนในสังคมคาดคิดกัน พร้อม ๆ กับได้ย้อนมาตั้งคำถามตีความ "ศีลธรรม" ในแนวทางใหม่ว่า การแสดงความรังเกียจแบ่งแยกกีดกันที่คนอื่นกระทำต่อพวกเขาและเธอต่างหากที่ควรจะต้องตั้งคำถามในเชิงศีลธรรมมากกว่า(ดูรายละเอียดจาก Chayan Vaddhanaphuti and Sasitorn Chaiprasitti, 1998)

เรื่องราวที่บอกเล่าต่อสาธารณชนคือ ชีวิตก่อนและหลังจากการติดเชื่อเอชไอวีใหม่ ๆ ที่พวกเขาและเธอต้องใช้ความอดทนอย่างสูง ซึ่งถือว่า เป็นคุณธรรมอย่างหนึ่ง ต่อสู้ชีวิตมาอย่างไรถึงมีวันนี้ วันที่ได้ขึ้นเวทีสาธารณะอย่างองอาจ นอกจากการเล่าเรื่องจะเป็นการเยียวยาตนเองตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น ด้านหนึ่งยังเป็นการยืนยันว่า ผู้ติดเชื่อเอชไอวีไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีรูปลักษณะน่าขยะแขยง เช่นเดียวกับที่สื่อต่าง ๆ ได้สร้างภาพลักษณ์ไว้เสมอไป ผู้ติดเชื่อที่ยังไม่ใช่ผู้ป่วยหลายคนมีชีวิตรอยู่ร่วมกับเชื่อเอชไอวีในร่างกายได้ยาวนานหลายปี บางคนยังมีสุขภาพดี ช่วนถ้วนสมบูรณ์ พร้อมทั้งจะทำงานและทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมือนคนปกติ

หลังจากได้นำผู้ติดเชื่อไปแสดงตัวตนในเวทีสาธารณะบ่อยครั้ง ยุทธศาสตร์ต่อไปที่แกนนำองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ใช้ในเชิงรุก คือ การเขียนเรื่องเล่าชีวประวัติของผู้ติดเชื่อออกมาในรูปเล่มหนังสือ (ดู เตรี พงศ์พิศ 2538, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ/ก.ช. 2536) หรือการ

สัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อที่ทำกิจกรรมเพื่อสังคมออกมาถ่ายทอดในรูปวิดีโอ ยังมีหวัง เพื่อพลิกมุมมองของผู้คนในสังคมให้เล็งเห็นศักยภาพของผู้ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อที่กล่าวเข้ามาสู่กระบวนการสร้างตัวตนเหล่านี้ ก็เช่นเดียวกับที่ได้กล่าวมาแล้วคือ ได้ผ่านการให้คำปรึกษาเพื่อเปลี่ยนมุมมองการมีชีวิตอยู่กับเชื้อเอชไอวีมาแล้ว จากองค์กรศาสนา หรือคลินิกให้คำปรึกษาของเอกชน องค์กรเหล่านี้ได้ใช้แนวคิดวัฒนธรรมชุมชน และการตีความคำสอนของศาสนาใหม่เพื่อนำมาใช้ในการทำงานพัฒนาด้านเอดส์ (ดูรายละเอียด สภาคริสตจักรในประเทศไทย, 1992)

เมื่อผ่านการสนับสนุนการก้าวจากปริณิณทลส่วนตัว มาสู่เวทีสาธารณะในระดับปัจเจกบุคคลแล้ว การรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อในแนวทางของกลุ่มช่วยเหลือตนเอง (self-help group) ได้ตามมาในลำดับต่อไป เมื่อจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น ความต้องการทางด้านจิตใจและความช่วยเหลืออื่นๆ ก็เพิ่มมากขึ้นเป็นเงาตามตัว กลุ่มในช่วงแรก ๆ เกิดขึ้นตามธรรมชาติเมื่อคนที่มีปัญหาเดียวกันต้องการมารวมตัวกันแลกเปลี่ยนประสบการณ์ และเสริมสร้างความคิดเกี่ยวกับชีวิตในเชิงสร้างสรรค์ ช่วยเหลือกันในหมู่เพื่อนผู้ติดเชื้อเพื่อฟื้นฟูความเคารพนับถือตนเองขึ้นมาใหม่ หลังจากผ่านประสบการณ์การแบ่งแยกกีดกันอย่างหนักหน่วงมาระยะหนึ่งแล้ว

ศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ ก่อตั้งขึ้นในปี พ.ศ.2536 มีลักษณะเป็นกลุ่มธรรมชาติ จากการมาขอรับน้ำยาสมุนไพรจากหมอวิชัย ซึ่งออกมาประกาศว่า มียาสมุนไพรที่ช่วยรักษาโรคเอดส์ได้ ในขณะที่การแพทย์แผนตะวันตก ออกมาประกาศอย่างชัดเจนว่า ไม่มีหนทางรักษาได้ แต่แล้วในเดือนกุมภาพันธ์ 2537 เขาก็ถูกสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่แจ้งจับในข้อหาหลอกลวงต้มตุ๋นประชาชน และจำนายยาโดยมิได้ขึ้นทะเบียนตำรับ (ธวัช และคณะ, 2542 อ้างจาก ชยันต์ และศศิธร, 2539) ผู้ติดเชื้อที่มาขอรับยาจึงได้รวมกลุ่มกันเรียกร้องเพื่อขอต้มยากินต่อ ซึ่งท้ายที่สุดก็ได้รับอนุญาตให้นำยามาต้มต่อไปได้ แต่ให้ผู้ติดเชื้อเป็นผู้ดำเนินการกันเอง ผู้ติดเชื้อกลุ่มดังกล่าวได้ดำเนินกิจกรรมของกลุ่มต่อมาจนถึงปัจจุบัน โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก NAPAC มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ติดเชื้อได้มาพบปะกัน ปรึกษาหารือเพื่อแก้ไขปัญหาทั้งด้านสุขภาพกายและสุขภาพใจ นอกจากนั้น บุคลากรของศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ยังออกไปสู่เวทีสาธารณะทั้งในเมืองและชนบทเพื่อให้ความรู้เรื่องเอดส์ และการปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องในการอยู่กับเชื้อเอชไอวี และเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนการตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อกลุ่มอื่นๆ โดยเฉพาะในเขตชนบทของจังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดใกล้เคียงอื่น ๆ

จากนั้นมา ผู้ติดเชื้อเริ่มเปิดตัวและมีการรวมกลุ่มกันมากขึ้น เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดในพื้นที่อย่างรุนแรง บางชุมชนมีผู้ติดเชื้อถึง 10% ของประชากร ทำให้ปัญหาเอดส์กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตปกติ โดยมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย

ประจำตำบล และองค์การพัฒนาเอกชนสนับสนุน โดยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ที่ปรึกษาของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ให้มีบทบาทเป็นที่ยอมรับของชุมชนมากขึ้น ตั้งแต่ในระดับชุมชน จนถึงระดับประเทศและระดับสากล มีการจัดกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของสมาชิก เช่น การฝึกสมาธิ การทำอาชีพเสริม การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การดูแลสุขภาพสภาพของตนเอง การเป็นอาสาสมัครเยี่ยมบ้านผู้ป่วย รวมทั้งมีบทบาทในการกำหนดนโยบายการทำงานด้านเอดส์ โดยการเป็นคณะทำงานร่วมกับองค์การภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานต่างๆ ตั้งแต่ในระดับเขต จังหวัด และในชุมชน (ยิ่งยง และคณะ, อ้างแล้ว: 55) .

ธวัช มณีผ่อง และคณะ (2542) สรุปความหมายของการก่อเกิดและดำรงอยู่ของกลุ่มผู้ติดเชื้อว่า กลุ่มที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2536-2537 กลุ่มอยู่ในฐานะแหล่งรวมของผู้ที่ประสบปัญหาเดียวกัน ผู้ติดเชื้อต่างก็แสวงหาหนทางในการรักษาโรคให้หาย หรือหาหนทางกำจัดไวรัสออกจากร่างกาย การรวมกลุ่มคือ หนทางได้มาซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา หรืออีกฐานะหนึ่งของกลุ่ม คือ เป็นจุดรวมพลังในการต่อรองกับอำนาจรัฐ ดังภาพปรากฏของศูนย์เพื่อนชีวิตร่วมใหม่ที่ได้กล่าวมาแล้ว

ต่างจาก กลุ่มที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2537-2539 กลุ่มอยู่ในฐานะ "ที่ยืน" ในสังคม หรือเป็นสถานที่ที่ผู้ติดเชื้อสามารถที่จะพูดคุยหรือทำกิจกรรมใดๆ อย่างมั่นใจ ไม่ต้องหลบๆ ซ่อนๆ เมื่อไปที่กลุ่มก็จะมีเพื่อนที่ประสบปัญหาเดียวกัน มีผู้ที่คอยรับฟังปัญหาที่คับข้องใจ และคอยปลอบโยนให้คลายกังวล นอกจากนั้น ยังเป็นแหล่งทรัพยากรที่จะให้ความช่วยเหลือได้ ถ้าเป็นสมาชิกของกลุ่ม อาทิ ความช่วยเหลือจากรัฐ/เอกชน แหล่งเงินกู้ยืมประกอบอาชีพฯลฯ (ธวัช และคณะ, : 19-20)

กลุ่มที่เกิดขึ้นหลังจากนั้น มีนิยามความหมายที่แตกต่างไปจากสองยุคแรก เพราะการมีกลุ่มสถาปนาตัวเองอยู่ในชุมชน ในขณะที่ปัญหาของการแบ่งแยกกีดกันในชุมชนได้ลดน้อยลงไปในนั้นมีค่าเท่ากับ การที่กลุ่มเป็นแหล่งสนับสนุนทรัพยากรให้แก่สมาชิก ไม่ว่าจะเป็นเงินบริจาค สงเคราะห์ ทุนส่งเสริมอาชีพ หรือค่าเล่าเรียนของลูกผู้ติดเชื้อผู้รับผลกระทบจากเอดส์ แต่ความเป็นจริงอีกด้านหนึ่งเมื่อเศรษฐกิจของประเทศทรุดตัวลง อย่างไม่มีใครคาดการณ์มาก่อน ทิศทางการจัดการและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงทศวรรษ 2540 นั้นจะเป็นไปในทิศทางใด จะได้กล่าวถึงในช่วงต่อไป

2.3 บริบทของสถานการณ์เอดส์ในภาคเหนือตอนบน แนวคิดกลับสู่ชุมชน โดยการประสานกับ คอบบ. (2540-2544)

จากความร่วมมือร่วมใจกันฝ่าฝืนภาวะวิกฤตของปัญหาเอดส์ในช่วงปลายทศวรรษ 2530 ร่วมกันของภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนนั้นมีความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรมหลายประการ ที่สำคัญที่สุดคือ การมีกลุ่มผู้ติดเชื้อรุกคืบเข้าสู่ชุมชนในลักษณะของกลุ่มตำบล มีกิจกรรมหลายอย่างที่กลุ่มผู้ติดเชื้อสามารถกระทำในชุมชนโดยอยู่ในขอบเขตของตนเอง และในหลายกรณีคนในชุมชนสามารถเข้ามามีส่วนร่วมด้วยได้ เช่น กรณีของกิจกรรมวันเอดส์โลก ในหลายชุมชนที่มีการยอมรับการดำรงอยู่ของผู้ติดเชื้อ นอกจากนี้ โดยภาพรวมของกรณีการจัดการปัญหาเอดส์ภาคเหนือตอนบน ได้รับการยอมรับว่า ประสบความสำเร็จเมื่อผู้ติดเชื้อจำนวนมากสามารถอยู่ในชุมชนเดิมของตนเองได้ มีชาวต่างประเทศและคนไทยในภาคอื่นๆ มาดูงานกลุ่มผู้ติดเชื้อในชุมชนหลายแห่ง โดยเฉพาะในเขตจังหวัดเชียงใหม่ และเชียงราย ซึ่งมีจำนวนกลุ่มผู้ติดเชื้อมากกว่าจังหวัดอื่นๆ

คอบบ.ได้อ้างอิงความสำเร็จจากการทุ่มเทงบประมาณพิเศษสนับสนุนเป็นวงเงินค่อนข้างสูงนี้ว่า ในปี พ.ศ.2538-2540 ได้งบสนับสนุนกว่า 50 ล้านบาทต่อปี และในปี พ.ศ.2541 เหลือ 25 ล้านบาทต่อปี แต่เมื่อคิดคำนวณราคาต่อหัวประชากรที่มีประมาณ 4.5 ล้านคนแล้ว ค่าใช้จ่ายของงานในชุมชนนี้จะเพียง 10 บาทต่อคนต่อปีเท่านั้น⁴ ผลที่ได้รับคือ การรังเกียจผู้ติดเชื้อหายไป พบการอยู่ร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ตลอดจนการเชื้ออาหารซึ่งกันและกันแต่เด็กผู้ติดเชื้อและเด็กที่เคยได้รับผลกระทบของสังคม ที่ไม่สามารถดำรงตนอยู่ได้ในสังคมนั้น ก็สามารถกลับมาอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข ทั้งยังได้ให้ความเชื่อเพื่อแก่เด็กที่ได้รับผลกระทบจากพื้นที่อื่นด้วย และประสบการณ์ 5 ปีของ คอบบ. ยังเป็นปัจจัยนำเข้าที่สำคัญที่ทำให้แผนเอดส์แห่งชาติ ตามแผนพัฒนาฉบับที่ 8 (2540-2544) ได้กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ 8 ข้อ โดยมีข้อที่ 1 ที่สำคัญที่สุดคือ การพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว และชุมชน และอีกหลาย ๆ ข้อ เช่น การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทางสังคม การบริการดูแลช่วยเหลือทางสังคม ล้วนแล้วแต่ปรากฏในกิจกรรมตามแผนงานโครงการเร่งรัดของ คอบบ.มาก่อนทั้งสิ้น

การเกิดขึ้นและดำรงอยู่ของ คอบบ. คงไม่อาจปฏิเสธปัจจัยด้านงบประมาณอันเป็นที่มาของความสำเร็จที่เกิดจากภาพความร่วมมือของภาครัฐ และองค์กรทางสังคมอื่น ๆ ด้านหนึ่ง

□

⁴ สำนักงานเลขาธิการศูนย์อำนวยการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน(คอบบ.) “ประสบการณ์ 5 ปี ของศูนย์อำนวยการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน กับการบริหารจัดการ” การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7 ของโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

แม้จะมีผลงานทางด้านบวกให้เห็นอย่างชัดเจน แต่อีกด้านหนึ่งย่อมมีผลกระทบด้านลบที่ไม่อาจปฏิเสธได้เช่นเดียวกัน นอกจากการติดภาพของระบบราชการเช่นที่มีผู้กล่าววิจารณ์ไว้แล้วข้างต้น ยังมีผลอีกด้านหนึ่งที่สมควรนำมาพิจารณาด้วยคือ การสร้างภาพงานพัฒนาด้านเอดส์ที่ยึดติดกับเรื่องของเงินงบประมาณ ผลประโยชน์ และการสงเคราะห์ ซึ่งในช่วงที่เศรษฐกิจของประเทศรุ่งเรือง มีงบประมาณที่จะผ่านมาจากกระทรวงสาธารณสุขยังมีมากเพียงพอ อาจไม่มีใครคิดคำนึงในประเด็นนี้ แต่จากภาวะเศรษฐกิจที่แปรจากหน้ามือเป็นหลังมือที่เกิดขึ้นในช่วงปลายปี พ.ศ.2540 ต่อเนื่องมาถึงปี พ.ศ.2543 ปัจจุบัน ถือเป็นโอกาสอันดียิ่งในการสรุปบทเรียนการทำงานที่ผ่านมา

ปรากฏการณ์การเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และล่มสลายอย่างรวดเร็วของกลุ่มผู้ติดเชื้อในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน (ดู ธวัช และคณะ, 2542) การเปิดตัวในระยะหลัง ๆ ของผู้ติดเชื้อบางคนด้วยเหตุจูงใจในแง่ความช่วยเหลือในรูปของการสงเคราะห์ หรือการที่ผู้ได้รับผลกระทบบางคนเช่น ภรรยาของผู้ติดเชื้อ เพียรพยายามไปตรวจเลือดมากกว่าหนึ่งครั้ง เพื่อหวังผลเงินเบี้ยยังชีพรายเดือนจากกรมประชาสงเคราะห์หรือความคาดหวังต่อกลุ่มของสมาชิกส่วนใหญ่ในแง่ของสวัสดิการ มากกว่าการหนุนช่วยซึ่งกันและกันในลักษณะของชุมชนใหม่ ดังที่หลายคนคาดหวังให้เป็น สิ่งเหล่านี้เพิ่งเริ่มมีการจุดประเด็นถกเถียงกันในหมู่ที่เกี่ยวข้อง แม้ว่ามิจะเห็นร่วมกันว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อจะต้องกลับไปสู่การโอบอุ้มคำจุนช่วยเหลือโดยองค์กรชุมชน ซึ่งก็คือ ก้าวต่อไปของทิศทางการพัฒนาด้านเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบน โดยเฉพาะกรณีของจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีกลุ่มเหลืออยู่มากที่สุดขณะนี้

สำราญ ทะกัน ประธานศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ สรุปถึงทิศทางการทำงานเอดส์ที่ผ่านมา โดยยอมรับว่า ภายได้ความสำเร็จที่หลายฝ่ายสรุปกันมา ยังมีภาพลวงตาเคลือบแฝงอยู่ นั่นคือ ปัญหาของการหว่านงบประมาณ เรื่องของการทุจริตในหมู่ผู้ที่อาสามาทำงาน โดยมีรูปธรรมของการไม่ใช้เงินที่ได้รับมาตามวัตถุประสงค์⁵ ซึ่งในมุมมององค์กรของผู้ติดเชื้อได้มีการสรุปบทเรียน และตั้งกรอบของการทำงาน โดยเปลี่ยนจากแต่เดิมที่มอบให้ทางศูนย์ประสานงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน เป็นผู้ประสานการจัดกิจกรรมและพิจารณาแบ่งปันงบประมาณที่ได้รับมาเป็นรายปีจากกระทรวงสาธารณสุข แต่ในปี พ.ศ.2543 นี้ ตกลงกันว่า จะมีการกระจายอำนาจให้เครือข่ายอำเภอบริหารจัดการกันเอง ซึ่งในกรณีของจังหวัดเชียงใหม่และเชียงรายได้แบ่งพื้นที่เป็นโซนอย่างชัดเจน เนื่องจากพื้นที่กว้างใหญ่ ส่วนในลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน และพะเยา มีลักษณะเป็นเครือข่ายอำเภอ

□ _____

⁵ สัมภาษณ์ สำราญ ทะกัน เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2543

งบประมาณที่องค์กรผู้ติดเชื้อได้รับจากหน่วยงานภาครัฐตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 เป็นต้นมา มีมาจากสองทางคือ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ให้งบประมาณ มาทางศูนย์ประสานงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน เพื่อนำไปสนับสนุนกลุ่มผู้ติดเชื้อใน เขตโซนหรือเขตอำเภอต่าง ๆ ใน 6 จังหวัดภาคเหนือ และงบประมาณที่ผ่านมายังจาก คสนบ.ใน หมวด 800 สนับสนุนกิจกรรมของผู้นำศาสนาในชุมชน กลุ่มผู้ติดเชื้อ และองค์กรพัฒนาเอกชน ด้านเอดส์ ในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือ ในขณะที่งบประมาณจากกระทรวงแรงงานและสวัสดิการ สังคม ที่อุดหนุนผู้ติดเชื้อเป็นรายบุคคล ในลักษณะของการสงเคราะห์เป็นเบี้ยยังชีพรายเดือน ๆ ละ 500 บาท เงินสนับสนุนอาชีพสำหรับครอบครัวของผู้ติดเชื้อ และเงินช่วยเหลือเด็ก/คนชราใน ครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

เขาวินิจฉัยต่อไปว่า แนวโน้มการสนับสนุนงบประมาณในช่วงทศวรรษ 2540 นี้ต้อง อิงกับองค์กรชุมชน โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) อย่างไม่มีทางเลือกเลยได้ เพราะ นับจาก พ.ศ.นี้เป็นต้นไป เงินงบประมาณจากทั้งภาครัฐและองค์กรทุนจากต่างประเทศจะ ผ่านเข้าสู่ชุมชนโดยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ในระดับตำบล ผ่านคณะกรรมการเอดส์ตำบล ซึ่งมีตัวแทนของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้นำชุมชน พระสงฆ์ กำนัน หัวหน้าสถานีอนามัย เข้ามาประชุม บริหารจัดการแบ่งสรรงบประมาณและความช่วยเหลือร่วมกับ อบต. ดังนั้นเงินสนับสนุนที่กลุ่มผู้ ติดเชื้อจะได้รับในแต่ละปี เป็นเงินจาก คสนบ.ร่วมกับเงินงบประมาณของ อบต. ความคาดหวังที่ คนทำงานด้านเอดส์ทั้งองค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรผู้ติดเชื้อ และองค์กรภาครัฐที่ทำงานในระดับ พื้นที่ที่มีต่อ อบต.ให้เป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนและบริหารจัดการงบประมาณร่วมกับองค์กรชุมชน จึง เป็นเรื่องหลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะ หน้าที่ของ อบต. ควรทำทุกเรื่องในชุมชน ถ้าเน้นทำแต่เรื่องโครงสร้าง ไม่คำนึงถึงคุณภาพชีวิตของชาวบ้าน คำถามคือว่า จะสร้างถนนให้ใครเดิน

สถานการณ์การทำงานด้านเอดส์ในช่วงทศวรรษ 2540 จึงเป็นยุคถนนทุกสายเดินเข้าสู่ชุมชน ใครก็ตามที่ทำงานเกี่ยวข้องกับเอดส์จะตกเถียงกันในเรื่องของการกลับคืนสู่ชุมชน จน เป็นที่น่าสังเกตในนิยามความหมายของคำว่า ชุมชน เป็นอย่างยิ่งว่า มีหลายนิยามที่ซ้อนทับกัน อยู่ และมีความขัดแย้งกันอยู่ในที่ ครั้งหนึ่ง เสรี พงศ์พิศ (2538) เคยกล่าวถึง การออกมาเปิดเผย ตัวและการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อในเขตภาคเหนือตอนบนว่า เป็นการสร้างชุมชนใหม่ ที่มีแต่ผู้ติด เชื้อและผู้ที่เกี่ยวข้องกัน โดยละเลยการกล่าวถึงชุมชนในเชิงพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ หรือชุมชนเดิมที่ พวกเขาเหล่านั้นเกิดและเติบโต แต่เมื่อช่วงเวลาผ่านไป พร้อม ๆ กับการถองมิดลของถูกในประสบ การณ์การทำงานพัฒนาด้านเอดส์ด้วยการสร้างภาพด้านบวก เพื่อเกิดการยอมรับผู้ติดเชื้อใน ระดับสาธารณะ มาจนถึง พ.ศ.นี้ การพูดถึงชุมชนใหม่ จางหายไปเรื่อย ๆ ขณะที่คำว่า ชุมชน ที่

พูดกัน ณ พ.ศ.นี้ กลับมีนัยของชุมชนเดิมเชิงพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ สอดคล้องกับการตั้งคำถามและข้อสังเกตเบื้องต้นของ ธวัช มณีผ่อง และคณะ (2542 : 3) ศึกษากระบวนการก่อเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อและปฏิสัมพันธ์กับชุมชน ที่ว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อที่แยกตัวออกมาในลักษณะของชุมชนใหม่ จะกลับเข้าไปแทรกตัวในชุมชนเดิมได้อย่างไร คำถามนี้ ปัจจุบันยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจน

ด้านหนึ่งเมื่อพิจารณาจากงานศึกษาขององค์กรพัฒนาเอกชน (ศศิธร และคณะ, 2541) ได้วิเคราะห์ความหมายของ กลุ่ม การสร้างชุมชนใหม่ และแนวทางการกลับสู่ชุมชนเดิมไว้เป็นแนวทางเบื้องต้น ออกเป็น 4 ยุคคือ

1. ยุคกดดัน (2534-2536) ไม่มีกลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อเผชิญปัญหาเพียงลำพัง พังชาน และมีการฆ่าตัวตาย จากคนที่อยู่ในสังคมร่วมกัน เมื่อมีเชื้อก็กลายเป็น "คนอื่น" ของสังคมนั้น

2. ยุครวมตัว (2537-2539) ผู้ติดเชื้อรวมตัวกันนอกชุมชน สร้างที่ยืน (space) ให้ตนเองในสังคม หรือบางกลุ่มอาจจะใช้สถานที่ในชุมชน แต่นัยยะคือ มีเฉพาะผู้ติดเชื้อที่มาร่วมกิจกรรม ซึ่งแปลกแยกจากวิถีของชุมชนเดิม

3. ยุคแตกตัว (2539-2540) ผู้ติดเชื้อแตกหน่อออกแล้วกลับสู่ชุมชนอีกครั้ง สามารถอยู่ในชุมชนหมู่บ้านโดยที่ไม่ต้องหลบๆ ซ่อนๆ มีคนในชุมชนเดิม เช่น พระสงฆ์ อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.) หรือผู้เฒ่าผู้แก่ในชุมชนนั้น ๆ เข้ามาร่วมกิจกรรมของกลุ่มด้วย แต่ก็ยังคงอยู่ในลักษณะของกลุ่มผู้ติดเชื้อขนาดเล็กมีพื้นที่ในระดับตำบล

4. ยุคคืนดี ผู้ติดเชื้อสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ มีที่ยืนของตนเองใหม่ในชุมชน ซึ่งอาจจะมีกิจกรรมกลุ่มในลักษณะเดิมหรือไม่ก็ได้ หรือกลุ่มจะเปลี่ยนจากเดิมที่เน้นการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ที่เป็นสมาชิกในฐานะคนในชุมชนเดียวกัน

คำถามที่ว่า ปี พ.ศ.2544 ปัจจุบันนี้ ถึงยุคคืนดีตามรูปแบบที่ว่ามันแล้วหรือยัง และอบต.ในฐานะองค์กรชุมชนภาพตัวแทนของการกระจายอำนาจรูปแบบใหม่ จะเป็นที่ยืนที่หวังได้แค่ไหนเพียงใด ลำราญ ทะกัน ประธานศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ และอภิเดช ชัยราชา เครือข่ายชุมชนรักษาสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่^{*} เห็นพ้องต้องกันว่า ในภาวะปัจจุบันเป็นเพียงความพยายามก้าวแรกๆ ที่จะกลับสู่ชุมชน โดยมีรายละเอียดแตกต่างกันในแต่ละเขตพื้นที่ ซึ่งถ้าเทียบกันในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบนแล้วพบว่า เขตอำเภอใกล้เคียงตัวเมืองเชียงใหม่ก้าวไปไกลกว่าที่อื่นๆ เนื่องจากการหนุนช่วยจากนักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรศาสนาในชุมชน ในรูปแบบของประชาคมตำบล ตามรายละเอียดของความร่วมมือที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ขณะที่เขตอำเภอ

□

* สัมภาษณ์ อภิเดช ชัยราชา เครือข่ายชุมชนรักษาสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2543

รอบนอกของเชียงใหม่และจังหวัดอื่นๆ ยิ่งก้าวไปไม่ถึงขั้นนั้น บางชุมชนเพื่อนบ้านยังคงกลัวว่าสัตว์เลี้ยงจะติดเชื้อเอดส์จากผู้ป่วยข้างบ้านที่ปรากฏอาการแล้ว หรือปัญหาเรื่องเด็กถูกผู้ติดเชื้อเข้าโรงเรียนไม่ได้ ยังคงเป็นเรื่องที่ได้ยินกันอยู่โดยทั่วไป

อภิเดช ยังได้วิเคราะห์ต่อไปในประเด็นการจัดการปัญหาเอดส์ร่วมกันในชุมชนว่า โดยแต่ละพื้นที่ก็มีบริบทแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความเข้าใจของสมาชิกใน อบต.ต่อปัญหาเอดส์ แต่นั่นก็เชื่อว่า จะเป็นประเด็นสำคัญที่สุด เพราะสิ่งที่สำคัญกว่านั้นคือ ปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจ หรือการเมืองภายในท้องถิ่นนั้น ๆ เอง เพราะ มิติแห่งอำนาจท้องถิ่นนั้น มีการแข่งขันกันอยู่สองระดับคือ กลุ่มกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ขั้วอำนาจดั้งเดิม แม้จะหลุดจากอำนาจตรงนี้ไปแล้ว ก็ยังคงโหยหาอยู่ และขั้วอำนาจใหม่ ที่สมาชิก อบต.ต่อสู้แย่งชิงกันเองอย่างไม่รู้จบสิ้น กระนั้นจึงทำให้ปัญหาเอดส์ หรือปัญหาคุณภาพชีวิตอื่นๆ ของชาวบ้านในชุมชนกลายเป็นเรื่องเล็กไปโดยปริยาย

อย่างไรก็ตาม ทิศทางของประชาคมตำบล หรือการจัดการปัญหาเอดส์ในระดับของชุมชนร่วมกัน โดยที่กลุ่มผู้ติดเชื้อเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ต้องทำงานประสานกับกลุ่มหรือคนอื่นๆ ภายในชุมชน ไม่ใช่การมุ่งเพียงแสวงหาพันธมิตรนอกพื้นที่ หรือพึ่งพาผู้นำบารมีแบบเบ็ดเสร็จเด็ดขาดแต่อย่างเดียว คงต้องดำเนินต่อไปในนามหน่ออ่อนของการเมืองภาคประชาชน ซึ่งจะสำเร็จลุล่วงไปได้มากน้อยเพียงใด เขาวิเคราะห์ว่า ขึ้นอยู่กับผู้ติดเชื้อในพื้นที่นั้น ๆ ได้ก้าวเข้าไปในความสัมพันธ์เชิงอำนาจถูกจุดหรือไม่ ถ้าก้าวเข้าไปถูกจุดอย่างรู้เท่าทัน ก็ไม่ใช่เรื่องยาก

กระนั้นก็ตาม ภาพปรากฏที่เป็นจริงในหลาย ๆ พื้นที่ แม้ในเขตชนบทที่ไม่ห่างไกลจากตัวเมืองเชียงใหม่มากนัก แกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เป็นผู้หญิง และไม่เคยสนใจการเมืองท้องถิ่นมาก่อน ชาติช่องทางโอกาสในการจกจวดยทรัพยากรจาก อบต.มาใช้ให้คุ้มค่า ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากขาดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับสมาชิก อบต. แม้ว่าจะเป็นตัวแทนมาจากหมู่บ้านของตนเองก็ตาม ในประเด็นนี้ เขาวิเคราะห์ถึงเงื่อนไขการที่กลุ่มผู้ติดเชื้อจะเข้าไปดึงทรัพยากรจาก อบต. ว่า มี 4 เงื่อนไขคือ

ประการแรก อบต.ชั้นอะไร ได้เงินอุดหนุนมากหรือน้อยแค่ไหน

ประการที่สอง ความเข้าใจต่อปัญหาเอดส์ของสมาชิก อบต.ทั้งหมดเป็นไปในทิศทางใด

ประการที่สาม ความรุนแรงของปัญหา จำนวนผู้ติดเชื้อ และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์มีมากน้อยเพียงใด

ประการที่สี่ วัฒนธรรมชุมชน ระบบเครือญาติ ถ้าภายในหมู่บ้านหรือตำบลนั้น มีระบบเครือญาติ และสิ่งตกค้างจากวัฒนธรรมเก่าที่เข้มแข็งพอประมาณ การดึงทรัพยากรมาใช้ก็ เป็นไปได้มากกว่า เช่น กรณีของชุมชนในเขตตำบลบ้านธิ จังหวัดลำพูน สืบเชื้อสายมาจาก ตระกูลไทยลื้อ ที่อพยพมาจากสิบสองปันนา แม้ว่า อบต.บ้านธิ จะเป็น อบต.ชั้น 5 ซึ่งถือเป็นชั้นที่ ยากจนที่สุด แต่ก็ได้ให้เงินสนับสนุนการจัดการปัญหาเอดส์ในปี พ.ศ.2542 ถึง 100,000 บาท ต่างจาก อบต.ชั้น 5 ในเขตอำเภอใกล้เคียงเชียงใหม่หลาย ๆ ที่ที่มีความร่อนแรงของปัญหาเอดส์ ไม่น้อยไปกว่ากัน แต่ อบต.อนุมัติงบประมาณให้แค่ปีละ 30,000 บาท เช่นนี้เพราะ ความวิกฤต ของปัญหาเอดส์ในพื้นที่มีสาเหตุมาจากการเคลื่อนย้ายแรงงานไปทำงานในตัวเมืองลำพูน แต่ที่ สำคัญไปกว่านั้นคือ การมีระบบเครือญาติสายตระกูลเดียวกันภายในชุมชนละแวกนั้น ทำให้ ความคิดที่จะช่วยเหลือสนับสนุนงบประมาณของสมาชิก อบต.เป็นไปโดยสำนักแห่งชุมชน และ ความเหนียวแน่นของระบบเครือญาติ

กระนั้นก็ตาม การฝากความหวังไว้ที่ อบต. หรือองค์กรในชุมชน ว่าเป็น ปลายทางของ ความสำเร็จร่วมกันในการจัดการปัญหาเอดส์ในช่วงทศวรรษ 2540 นี้ นอกจากข้อจำกัดที่ได้กล่าว มาแล้วข้างต้น ด้านหนึ่งซึ่งหลายฝ่ายต่างมองข้าม สิ่งที่เหลือตกค้าง และยังคงมีอิทธิพลอย่างสูง ยิ่งในชุมชนชนบทไทยยุคปัจจุบัน นั่นคือ ระบบอุปถัมภ์ และโครงสร้างของความสัมพันธ์ที่ไม่เท่า เทียมกัน โดยลักษณะของความสัมพันธ์แนวดิ่ง นั้นมีความขัดแย้งกับหลักการของประชาสังคม ซึ่งเน้นความร่วมมือในลักษณะของความเสมอภาค รูปธรรมของความขัดแย้งนี้ได้สะท้อนผ่าน ปฏิบัติการจริงในงานพัฒนาชนบทที่ยังคงเน้นรูปแบบการสงเคราะห์ ซึ่งมีนัยของการให้/การรับ การพึ่งพิง และความคาดหวังสิ่งที่จะได้จากการพัฒนาในรูปของวัตถุรูปธรรมมากกว่าการต่อรอง อย่างเสมอหน้ากัน และการสร้างความเข้มแข็งในแก่งองค์กรชุมชนในระยะยาว

การเข้ามาของเงินสวัสดิการผ่านกองทุนทางสังคมที่ได้รับงบประมาณธนาคารโลกเมื่อ กลางปี พ.ศ. 2542 ในรูปของกองทุนสวัสดิการเพื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบ (SIF เมญู 5) ได้เข้ามาเสริมความชอบธรรมให้งานพัฒนาด้านเอดส์ และการสงเคราะห์แนบแน่นเป็นเนื้อ เดียวกันยิ่งขึ้น ด้วยจำนวนเงินที่สูงลิ่ว และการให้งบประมาณในระดับมหภาคที่ไม่ผ่านการสำรวจ ชุมชนอย่างถี่ถ้วนเพียงพอ ด้านหนึ่งแม้ว่า การสงเคราะห์จะมีความจำเป็นเบื้องต้นในการบรรเทา ความรุนแรงของปัญหา แต่อีกด้านหนึ่งที่ตามมาควบคู่กันอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ คือ การปลูกฝัง ความคิดในระยะยาวแก่ผู้ด้อยโอกาสทางสังคมให้มีทัศนคติการรอรับความช่วยเหลือ และไม่ให้อ ความสำคัญกับแนวทางการพัฒนาอื่น ๆ ที่พวกเขาไม่เห็นผลประโยชน์เฉพาะหน้า ในประเด็นนี้ อภิเดช ได้เสนอทางเลือกว่า น่าจะมีการปรับรูปแบบให้องค์กรชุมชนเข้ามามีส่วนรวมในความช่วย

เหลือที่เข้ามาจากภายนอก เช่น กรณีที่หลายชุมชนระดมทุนผ่านการจัดผ้าป่า หรือการที่คนในชุมชนช่วยกันบริจาคเงินเล็ก ๆ น้อยๆ เป็นการร่วมทำบุญในงานเทศกาลของชุมชน และการพัฒนาควรเน้นให้ความสำคัญในเรื่องของจิตใจควบคู่ไปกับวัตถุ การอยู่ร่วม การแบ่งปัน หรือคือ การคัดสรรเอาสิ่งตกค้างจากวัฒนธรรมเก่าที่ยังคงมีพลังหลงเหลืออยู่ มาเชื่อมประสานกับความเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ เพื่อก้าวเข้าสู่ความทันสมัยอย่างมีสำนึกรู้เท่าทัน ก็น่าจะเป็นทางออกที่เป็นไปได้เช่นเดียวกัน

ชยันต์ วรรธนะภูติ และศศิธร ไชยประสิทธิ์ ได้ทำการศึกษาเบื้องต้นถึงการสร้างความหมายใหม่ด้วยปัจจัยทางวัฒนธรรมของผู้ติดเชื้อและผู้เข้าร่วมสนับสนุนการทำงานเรื่องเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบน (Chayan Vaddhanaphuti and Sasitorn Chaiprasitti, 1998 : 29-31) ได้ให้ข้อสังเกตถึงการก่อเกิดขบวนการทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และแนวโน้มที่จะเป็นไปในอนาคตว่า

ประการที่หนึ่ง ขบวนการทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะยังคงเป็นไปในรูปแบบของระบบอุปถัมภ์หรือความสัมพันธ์แนวดิ่งเพราะ กลุ่มและเครือข่ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้พัฒนารูปแบบขึ้นมาด้วยบุคคลิกที่เน้นการพึ่งพิงกับระบบอุปถัมภ์สูงมาก เริ่มตั้งแต่การก่อเกิดกลุ่มที่ส่วนมากต้องเริ่มจากการหนุนช่วยของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ ซึ่งไม่แตกต่างจากความเป็นจริงของสังคมไทยซึ่งระบบอุปถัมภ์ยังทรงอิทธิพลอยู่มาก ส่วนหนึ่งที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะ ผู้ติดเชื้อชาวชนบทเหล่านี้พึ่งพิงความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชน มากกว่าที่จะพยายามแก้ไขปัญหอันสลับซับซ้อนด้วยการรวมพลังของพวกเขาผู้เป็นเจ้าของปัญหาเอง

ประการที่สอง แนวโน้มหนึ่งที่ไม่อาจมองข้ามได้ของความเป็นไปในทศวรรษ 2540 คือ กิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อจะเน้นการตอบสนองกิจกรรมของปัจเจกบุคคลมากกว่าความต้องการร่วมกันของกลุ่ม แม้ว่ากลุ่มจะมีความสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องกับองค์กรภายนอกที่มีอำนาจมากกว่าก็ตาม แต่ความสัมพันธ์เหล่านั้นก็ไม่มีประสิทธิภาพเพียงพอต่อการแก้ปัญหาในระดับชุมชนรากหญ้าได้ ด้วยเหตุที่ความสัมพันธ์ในลักษณะไตรภาคี รัฐ องค์กรเอกชน และกลุ่มผู้ติดเชื้อองค์กรชาวบ้าน ไม่ใช่ความสัมพันธ์ที่มีพลังเพียงพอต่อการฟื้นฟูบูรณะความรู้ในการช่วยเหลือตนเอง แล้วยกระดับไปสู่ภูมิปัญญาความเชื่อท้องถิ่นที่เป็นองค์รวมของชุมชนได้

ประการที่สาม แม้ว่า กระแสประชาสังคมจะมาแรงมากในทศวรรษนี้ แต่เมื่อเทียบกับรากเหง้าของระบบอุปถัมภ์แล้ว ในหมู่คนทำงานด้านเอดส์ยังคงต้องยอมรับความจริงที่ว่า ระบบอุปถัมภ์ยังคงอิทธิพลสูงยิ่ง ภายใต้ภาพความร่วมมือไตรภาคี รัฐ องค์กรเอกชน และกลุ่มองค์กร

ชาวบ้าน ระบบราชการยังคงมีอิทธิพลมากกว่าภาคส่วนอื่น ๆ ที่ประกอบกันเข้ามาภายใต้ नियามของคำว่า ประชาสังคม

ประการที่สี่ กิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อมีความไม่แน่นอน ไม่ต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลต่างๆ อาทิ ประธานกลุ่มเสียชีวิต หรือก้อนนำกลุ่มไม่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์หรือความรู้ความสามารถที่ตนเองมีอยู่ไปสู่คนอื่น ๆ ได้

ประการที่ห้า องค์กรพัฒนาเอกชนในฐานะของพี่เลี้ยงผู้ให้การสนับสนุนกลุ่ม ต้องมีความเข้าใจธรรมชาติและความต้องการของผู้ติดเชื้อ โดยทำให้ปัญหาเอดส์เกี่ยวข้องและเชื่อมโยงกับปัญหาอื่น ๆ ในชุมชนให้ได้ ช่วยกระตุ้นให้กลุ่มผู้ติดเชื้อตระหนักในเรื่องสิทธิ นโยบาย และเคลื่อนไหวนโยบายสาธารณะมาสู่การปฏิบัติจริงในพื้นที่ และที่สำคัญคือ ต้องไม่ละเลยที่จะช่วยขจัดปัญหาในกลุ่ม เครือข่าย เพื่อให้กลุ่มพึ่งตนเองได้มากขึ้นอย่างแท้จริง

ในประเด็นของการติดต่อประสานงาน ตลอดจนถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของภาครัฐกับองค์กรเอกชน ซึ่งภาครัฐอยู่ในฐานะที่เหนือกว่าเพราะว่า เป็นผู้ให้การสนับสนุนงบประมาณ โดยผ่านทางกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข⁷ จอน อึ้งภากรณ์ อดีตผู้อำนวยการโครงการเข้าถึงเอดส์ ได้วิเคราะห์ว่า เป็นเรื่องที่ทำให้ประโยชน์และความจำเป็นต่อการ

□ _____

⁷ แผนนโยบายของรัฐในการสนับสนุนงบประมาณส่วนงานด้านเอดส์ เมื่อเริ่มต้นโครงการในปี พ.ศ.2535 แผนงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ เป็นเพียง 1 ใน 10 แผนงานของโครงการสนับสนุนองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ในการพัฒนาสาธารณสุขได้รับงบประมาณ 6.5 ล้านบาท จากงบประมาณทั้งสิ้นของโครงการ 49.2 ล้านบาท ในปีเดียวกันนั้นเองแผนงานดังกล่าวได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นจากการแปรญัตติ รวมเป็นงบประมาณทั้งสิ้น 11.9 ล้านบาท งบประมาณดังกล่าวทรงตัวอยู่ 2 ปี โดยได้รับ 15 และ 10 ล้านบาท ในปี 2536 และ 2537 ตามลำดับ

ต่อมาในปี 2538 งบประมาณดังกล่าวได้เพิ่มขึ้นอย่างก้าวกระโดดเป็น 75 ล้านบาท และเป็น 80 ล้านบาท ในปี 2539 ในปี 2540 ได้รับงบประมาณเพิ่มเป็น 90 ล้านบาท วิกฤตเศรษฐกิจในปี 2541 ทำให้งบประมาณดังกล่าวถูกปรับลดลงจาก 90 ล้าน เหลือเพียง 60 ล้านในระยะแรก แต่โดยการผลักดันของธนาคารโลกทำให้งบประมาณได้รับเพิ่มเป็น 90 ล้านบาทเท่าเดิม

ปี 2542 แม้งบประมาณ ในส่วนนี้จะได้รับเพียง 87 ล้านบาท แต่รัฐบาลได้ตัดสินใจใช้เงินกู้และเงินช่วยเหลือตามโครงการลงทุนเพื่อสังคม (SIP) โดยในส่วนของโครงการสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนสำหรับการดำเนินงานป้องกัน คุม แล และช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน ใช้เงินกู้จากธนาคารโลกประมาณ 90 ล้านบาท มีระยะเวลาการดำเนินงาน 2 ปี (ที่มา : วิรัช โชควิวัฒน์ , น.พ. "ความร่วมมือระหว่างภาครัฐ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ในการดำเนินกิจกรรมด้านเอดส์" การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7 กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข)

ทำงานขององค์กรเอกชนจำนวนมากตลอดมา (จอห์น, 2542) แต่ระบบการจัดสรรและการพิจารณาให้ทุนยังมีปัญหาที่สลับซับซ้อน มีความจำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องกับกลไกการให้ทุน ทั้งในส่วนราชการ และในส่วนผู้แทนองค์กรเอกชนจะต้องร่วมกันปรึกษาหารือเพื่อพัฒนาระบบกลไกให้สอดคล้องกับรูปแบบการทำงานขององค์กรเอกชนมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เงินงบประมาณดังกล่าวได้ก่อประโยชน์มากที่สุดต่อการเสริมบทบาทขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ ทั้งยังรักษาความเป็นอิสระขององค์กรเอกชน

ด้วยเหตุนี้ องค์กรเอกชนส่วนใหญ่จึงมีความจำเป็นต้องให้การยอมรับต่อแนวนโยบายการแก้ไขปัญหาเอดส์ของรัฐ เพราะ ด้านหนึ่ง องค์กรเอกชนไม่สามารถแก้ไขปัญหาสังคมได้โดยลำพัง เพราะมีกำลังคน กำลังทรัพยากรที่จำกัด ยังคงจำเป็นต้องทำงานร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่มีทิศทางการทำงานไปด้วยกันได้ และจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือดังกล่าว เป็นพลังสร้างสิ่งที่ดีงามในสังคม

แต่ในอีกด้านหนึ่ง องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ยังต้องเล่นอีกบทบาทหนึ่ง ซึ่งเป็นบทบาทการคัดค้าน แนวนโยบายของรัฐ หรือแนวปฏิบัติของหน่วยงานของรัฐบางส่วน ที่องค์กรเอกชนมองว่ามีลักษณะก่อความไม่เป็นธรรมในสังคม โดยองค์กรเอกชนจะพยายามรวมพลังกันเองในส่วนที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน รวมทั้งรวมพลังกับกลุ่มองค์กรของชุมชนที่เป็นผู้ถูกกระทำ ซึ่งในประเด็นนี้ อาจารย์จอห์นวิพากษ์ว่า องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่ทำงานด้านเอดส์ยังแสดงบทบาทนี้ไม่เพียงพอ คือ ยังคงค่อนข้างอ่อนไปในด้านการวิจารณ์การทำงานด้านเอดส์ของหน่วยงานรัฐต่าง ๆ หรือในการเรียกร้องการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ควรเกิดขึ้นในสังคม เช่น เรื่องการพัฒนาบริการต่าง ๆ ของรัฐอันเนื่องมาจากผลกระทบของปัญหาเอดส์ เช่น การละเมิดสิทธิในกรณีต่าง ๆ หรือสวัสดิการทางสังคมที่ควรจะได้ดีกว่านี้ แต่องค์กรเอกชนก็ยังไม่มีการร่วมมือกันที่เป็นรูปธรรมชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม อาจารย์จอห์นก็มีข้อเสนออุปสรรคในลักษณะที่คล้ายคลึงกับ ชยันต์และศศิธร คือ หน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนควรช่วยกันเสริมกลุ่มและเครือข่ายของผู้ติดเชื้อให้มีศักยภาพและมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น สามารถทำงานอิสระและหลุดพ้นจากอิทธิพลของโรงพยาบาลหรือองค์กรเอกชนที่เป็นผู้ริเริ่มก่อตั้งกลุ่ม เพราะขณะนี้กลุ่มผู้ติดเชื้อจำนวนมากยังไม่ได้รับการสนับสนุนเพียงพอให้เติบโตในลักษณะที่เป็นตัวของตัวเอง (จอห์น, 2542 : 11)

เช่นเดียวกับ นิธิ เอียวศรีวงศ์ นักวิชาการเพื่อประชาชนได้ตั้งข้อเสนอลไว้ในประเด็นนี้ว่า การไม่รังเกียจเด็ดขาดกับผู้ติดเชื้อเป็นเพียงก้าวแรกเท่านั้น แต่ยังมีหนทางอีกยาวไกลกว่าที่ผู้ติดเชื้อจะมีชีวิตปกติสุขในสังคมเหมือนคนอื่นได้ ดังจะเห็นได้ว่า แม้สังคมของเรามีผู้ติดเชื้ออยู่

จำนวนมาก แต่เราไม่ได้สร้างหรือปรับกลไกทางสังคมเกือบทุกอย่าง ไม่ว่าจะเป็นระบบสวัสดิการ การรักษาพยาบาลสำหรับผู้ป่วย ระบบการศึกษาสำหรับลูกผู้ติดเชื้อ หรือการสร้างระบบประกันชีวิต ทำให้ไม่มีบริษัทประกันชีวิตบริษัทใดขายกรมธรรม์ให้พวกเขา ทั้ง ๆ ที่อายุเฉลี่ยของผู้ติดเชื้อ ซึ่งดูแลรักษาสุขภาพของตนเอง ยาวนานพอที่จะทำให้บริษัทประกันชีวิตทำกำไรได้อย่างแน่นอน นี่คือ ภูมิธรรมที่แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อยังคงถูกปฏิเสธโดยความไม่ยุติธรรมของสังคม เปรียบประดุจ กำแพงซึ่งเคยขวางผู้ติดเชื้อเอาไว้ในโลกแคบ ๆ แต่เพียงลำพังอาจขยายบริเวณขึ้นบางส่วน ทำให้โลกของผู้ติดเชื้อขยายใหญ่ขึ้นรวมเอาครอบครัวและชุมชนใกล้ชิดไว้ในโลกนี้ได้ แต่ยังมีกำแพงที่ขวางกั้นคนติดเชื้อไว้ไม่ให้เข้าถึงสังคมในวงกว้างอย่างเสมอภาค (นิธิ, 2543 : 6-7)

ในขณะที่การทำงานประสานร่วมระหว่างภาครัฐและชุมชนในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบนยังคงเน้นเรื่องการกลับสู่ชุมชน โดยอาศัยโครงสร้างของแนวคิดประชาคมตำบล ที่มุ่งเน้นสิทธิของการเอื้ออาทรเห็นอกเห็นใจกัน แบบค่อยเป็นค่อยไป หรือ แบ่งใจหากัน (มูลนิธิพัฒนาสังคม เพื่อความรู้และบำบัดเอดส์, 2542 : 20) โดยมีรูปแบบของการประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ให้เป็นที่เล็งหลักในการให้ความช่วยเหลือด้านงบประมาณ และการสงเคราะห์ผู้รับผลกระทบจากเอดส์ มากกว่าการเรียกร้องสิทธิโดยตรงเช่นปรากฏการณ์การเคลื่อนไหวของผู้ติดเชื้อชาวเกย์ในสหรัฐอเมริกาที่เน้นการเรียกร้องสิทธิความเสมอภาคในการเข้าถึงยาและระบบสวัสดิการในการรักษาพยาบาลโดยการวิพากษ์นโยบายที่ผิดพลาดของรัฐอย่างเผด็จรื้อและตรงไปตรงมา ซึ่งส่งผลต่อการแยกตัวรัฐออกจากประชาสังคมอย่างเห็นได้ชัดเจน (ดู Brown 1997: 154)

โดยความเป็นจริงของข้อถกเถียงที่ว่าด้วย ณ.พ.ค.นี้ที่อยู่ในช่วงต้นทศวรรษ 2540 จึงยังคงอยู่ในประเด็นที่ว่า การกลับสู่ชุมชนนั้นถึงเวลาแล้วหรือยัง จะยังคงมีกลุ่มผู้ติดเชื้ออยู่ในชุมชน โดยมีผู้นำหรือองค์กรชุมชน เช่น วัด โรงเรียน อบต. คอยโอบอุ้มค้ำจุน หรือสลายกลุ่มไปเพื่อที่จะให้ผู้ติดเชื้อเป็นส่วนหนึ่งของชุมชน โดยไม่มีความเป็นกลุ่มที่จะแบ่งแยกพวกเขาและเธอออกจากชีวิตปกติในความเป็นชาวบ้านทั่ว ๆ ไป ยังคงไม่มีข้อสรุปเป็นที่แน่นอน และคงต้องเป็นวิวาทะยอดเยี่ยมในทุกเวทีการประชุมสัมมนาให้ผู้ติดเชื้อและพี่เลี้ยงได้ร่วมสังสรรค์เสวนากันต่อไปอีกยาวนาน

2.4 สรุป

จากการทบทวนภาพยุทธศาสตร์เชิงสังคมที่ว่าด้วยการปะทะประสานกันของภาครัฐ และองค์กรเอกชนในการแก้ไขวิกฤตการณ์เอดส์ในประเทศไทย และมาเน้นหนักที่ภาคเหนือตอนบนในช่วงปลายทศวรรษ 2530 ถึงต้นทศวรรษ 2540 นั้น ทำให้เห็นภาพการเคลื่อนไหวของทุกภาค

ส่วนที่ประกอบกันเข้ามาเป็น ประชาสังคม หรือ ประชาคมในการร่วมกันจัดการปัญหาเอดส์ ซึ่งโดยภาพปรากฏที่ผ่านมานั้น ทั้งการประสานงานและการจัดการปัญหาเอดส์ได้รับการสรุปจากผู้เกี่ยวข้องว่า มีภาพที่ดีมากกว่าภาพลบ และมีความก้าวหน้ามากถึงขนาดที่ทำให้ ภาคเหนือตอนบนของไทยได้รับการกล่าวขวัญถึงในแง่ของความสำเร็จในการจัดการปัญหาเอดส์ในระดับครอบครัวชุมชน และยังมีการจัดการลงมือลงแรงกระทำลงไปนั้นเกิดจากการรวมกลุ่มเปิดเผยตนเอง และเคลื่อนไหวในพื้นที่สาธารณะของบุคคลระดับรากหญ้าผู้เป็นเจ้าของปัญหาที่แท้จริง ยิ่งทำให้ภาพลักษณ์ในการจัดการปัญหาเอดส์ของชุมชนภาคเหนือตอนบนกลายเป็นข้อสังเกตที่น่าประทับใจ และได้รับการคาดหวังจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องว่า นี่คือ หน่ออ่อนของการเมืองภาคประชาชนที่น่าจับตามองเป็นอย่างยิ่ง แต่สิ่งเหล่านี้ย่อมมีทั้งความจริงและภาพลวงใดประกอบเข้าไว้ด้วยกัน ในบทต่อ ๆ ไปผู้ศึกษาจะกล่าวถึงรายละเอียดของปฏิบัติการจริงของกลุ่มผู้ติดเชื้อระดับตำบลในพื้นที่ชุมชนเขตอำเภอ้านใต้ของจังหวัดเชียงใหม่

บทที่ 3

สถานการณ์เอดส์ในพื้นที่ศึกษา

จากการทบทวนภาพกว้างที่เกี่ยวข้องกับนโยบายและแนวทางการปฏิบัติงานด้านเอดส์ในระดับประเทศ แล้วเจาะจงลงมาภาคเหนือตอนบน โดยเฉพาะกรณีของจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งมีภาพปรากฏความสำเร็จในการสร้างขบวนการทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม ในบทนี้จะกล่าวเฉพาะถึงชุมชนตำบลซึ่งอยู่ทางอำเภอด้านใต้ของจังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งได้รับการยอมรับจากภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนให้เป็น **พื้นที่ตัวอย่าง** ที่ประสบความสำเร็จในกิจกรรมงานพัฒนาด้านเอดส์มากถ้าจะเปรียบเทียบกับที่อื่น เนื่องจากผู้ติดเชื้อในระดับแกนนำของกลุ่มมีศักยภาพสูงในการทำงานประสานกับทั้งในและนอกชุมชน ทำให้เกิดการสร้างภาพตัวแทนว่า ผู้ติดเชื้อก็สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ ถ้าองค์กรชุมชนมีความเข้มแข็งและเข้าใจในปัญหาเอดส์มากเพียงพอ โดยจะวิเคราะห์ว่า ชุมชนนี้มีศักยภาพ และข้อจำกัดใดบ้าง การรับรู้และเข้าใจปัญหาเอดส์ของชาวบ้านในชุมชนมีพัฒนาการที่มาที่ไปอย่างไร จากอดีตจนถึงปัจจุบัน ผู้ติดเชื้อในแต่ละเพศ วัย ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์มีการสร้างอัตลักษณ์เพื่อการดำรงอยู่ในชุมชนของพวกเขาอย่างไรบ้าง

3.1 โครงสร้าง สภาพเศรษฐกิจ และงานพัฒนาในชุมชน

ในการศึกษาศักยภาพและข้อจำกัดของชุมชน ในการจัดการปัญหาเอดส์ จะเป็นการศึกษาเปรียบเทียบสองหมู่บ้านในตำบลนี้ ซึ่งมีอาณาบริเวณติดต่อกัน ทั้งสองชุมชนต่างมีลักษณะพิเศษอยู่ที่การมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมาก ทั้งที่เป็นสมาชิกกลุ่มในช่วงเวลานี้ และที่เสียชีวิตไปแล้ว โดยตลอดการศึกษาจะเรียกชุมชนที่มีวัดเพื่อการพัฒนาตั้งอยู่ว่า บ้านหมู่ 1 และเรียกอีกบ้านใกล้เคียงที่นำมาศึกษาเปรียบเทียบกันว่า บ้านหมู่ 2

เริ่มแรกทีเดียว ทั้งสองหมู่บ้านเคยเป็นหมู่บ้านเดียวกัน แต่ในช่วงปี พ.ศ. 2520 ทางตำบลเล็งเห็นว่า บ้านหมู่ 1 มีจำนวนครัวเรือนมากกว่า 500 ครัวเรือน กลายเป็นหมู่บ้านที่มีขนาดใหญ่เกินไป จึงเห็นสมควรให้บางส่วนของหมู่ 1 แยกไปเป็นบ้านหมู่ 2 และอาณาบริเวณของบ้านหมู่ 2 ก็คือ หมู่บ้านที่ประธานกลุ่มผู้ติดเชื้ออาศัยอยู่

บริบทของความเป็นชุมชนในยุคที่การก้าวไกลไปสู่ความทันสมัยไม่อาจหลีกเลี่ยงได้อีกต่อไป บ้านหมู่ 1 กลายเป็นแหล่งรวมของการพัฒนาทั้งห่างจากหมู่บ้านอื่นอีก 11 หมู่บ้านของตำบลนี้อย่างเห็นได้ชัดเจน จนมีพระภิกษุรูปหนึ่งกล่าวไว้อย่างน่าคิดว่า **ดีที่สุดก็ของหมู่บ้านนี้ เดวที่**

สุดก็อยู่ที่หมู่บ้าน' (ของที่ดีที่สุดก็อยู่บ้านหมู่ 1 ของที่เลวที่สุดก็อยู่ที่บ้านหมู่ที่ 1 นั่นเอง) สิ่งที่ดีที่สุดนั้นได้รับการขยายความจากชาวบ้านหมู่บ้านอื่นที่มองว่า บ้านหมู่ 1 มีภาพของความสามัคคีที่ร่วมแรงร่วมใจกันในการทำงานเพื่อชุมชน เป็นหมู่บ้านที่มีกลุ่มเพื่อการพัฒนามากที่สุด ส่วนเลวที่สุดหมายถึง จำนวนผู้ซื้อ ราย เสนยาบ้าในชุมชน ซึ่งมีมากขึ้นทุกวัน จนชาวบ้านไม่อาจปกปิดความเป็นจริงที่ว่า ผู้ซื้อและผู้เสพยาบ้าต่างก็ใช้พื้นที่วัดหมู่ 1 วัดเพื่อการพัฒนาเป็นจุดนัดหมายพบปะซื้อขายกันในช่วงเวลาที่ปลอดคนในช่วงเช้าตรู่ และดึกดื่น

บ้านหมู่ 1 มีจำนวนครัวเรือน 430 ครัวเรือน อาชีพหลักของชาวบ้านคือ การเกษตร และรับจ้างภาคเกษตร ประมาณ 80-90% ของชาวบ้านยึดอาชีพนี้ แม้ว่า ชาวบ้านส่วนใหญ่จะเป็นคนไม่มีที่ดินเป็นของตนเอง เนื่องจากเหตุผลของประการคือ ประการที่หนึ่ง ตามธรรมเนียมปฏิบัติแล้ว พ่อแม่จะไม่แบ่งที่ดินมรดกให้ลูกเป็นสิทธิขาดก่อนเสียชีวิต เนื่องจากเกรงว่า ลูกจะขายที่ดินเพื่อการเกษตรกรรมไปในยุคที่ธุรกิจอสังหาริมทรัพย์เฟื่องฟูต้นทศวรรษ 2530 และกลัวว่า ถ้าแบ่งที่ดินเป็นสิทธิขาดแล้ว ลูกจะไม่เลี้ยงดู ไม่แบ่งข้าวจากที่นามาให้พ่อแม่บ้างในบ้านปลายของชีวิต ประการที่สอง บางกรณีพ่อแม่มีฐานะดี มีที่นามากและแบ่งให้ลูกหลานบ้างแล้ว ลูกก็ขายที่ดินไปเพื่อหวังผลประโยชน์ในรูปแบบเงินสดจำนวนมาก เพื่อนำมาลงทุนค้าขาย หรือหันไปทำงานรับเหมาก่อสร้างในยุคเศรษฐกิจเฟื่องฟู

แม้ว่า สถานการณ์ด้านความเป็นอยู่ และอาชีพโดยรวมของชาวบ้านหมู่ 1 ที่กล่าวมาข้างต้นจะไม่มี ความแตกต่างจากหมู่บ้านใกล้เคียงอื่น ๆ ในตำบลเดียวกันมากนัก แต่ด้วยจำนวนเงินที่ชาวบ้านได้จากการขายที่ดิน และงานอาชีพเสริมอื่น ๆ ที่มีให้เลือกมากกว่า อาทิ การทำดอกไม้ประดิษฐ์ หรือการที่มีคนจำนวนหนึ่งประมาณ 10-20% มีงานราชการและเอกชนที่มีเงินเดือนประจำให้ยึดเป็นอาชีพหลัก ทำให้ความแตกต่างเหลื่อมล้ำของฐานะความเป็นอยู่มีให้เห็นอย่างชัดเจน ชาวบ้านหมู่อื่นใกล้เคียงเล่าให้ฟังถึงความแตกต่างทางด้านฐานะความเป็นอยู่ที่คนบ้านหมู่ 1 มีต่อกันว่า คนรวยเป็นใส่ทองเส้นโต บางคนดีเข้ามาอยู่กลุ่มแม่บ้าน เป็นว่างมาเข้าส่วนกิจกรรมได้ ไม่ลำบากเรื่องปากเรื่องท้อง เพราะ ผัวเป็นมีเงินเดือนประจำ คนจนก็จนนัก ตู๊กนักฮับจ้างไปวัน ๆ (คนรวยบ้านนั้นเราใส่ทองเส้นโต บางคนดีเข้ามาอยู่กลุ่มแม่บ้านหมู่ 1 ไม่ลำบากเรื่องปากท้อง เพราะสามีมีเงินเดือนประจำคอยเลี้ยงดู แต่คนจนบ้านนั้นก็จนมาก ต้องรับจ้างไปวัน ๆ) และตามด้วยรูปทรงผู้บอกลำที่ ไม่แตกต่างจากสภาพความเป็นไปของสังคมชนบทที่ความเป็นเมืองแทรกซึมเข้ามาแล้ว คือ ไครวยไครจน คงจะดูกันที่จำนวนที่ดินไม่ได้

' ตำบลนี้มี 12 หมู่บ้าน แต่สองหมู่บ้านที่กล่าวถึงและเรียกว่า หมู่ 1 และหมู่ 2 ไม่ใช่หมู่ที่ 1 และ 2 ตามความจริง เป็นเพียงชื่อที่สมมติเรียกเท่านั้น

เดี๋ยวนี้ต้องดูกันที่อาชีพเสริม หรือรายได้นอกภาคเกษตรที่สมาชิกในครอบครัวหาได้เป็นรายวัน หรือรายเดือน

หลังจากผ่านพ้นยุคเศรษฐกิจฟองสบู่มาแล้ว ภาพสินค้าที่มีรถมารับคนในหมู่บ้านไปทำงานก่อสร้างในเมืองและเขตอำเภออื่นๆ ทุกเช้า เริ่มมีให้เห็นลดน้อยลง แม้กระทั่งการย้ายถิ่นชั่วคราวเพื่อออกไปเป็นแรงงานรับจ้างของบรรดาเกษตรกรไว้ที่ท่ากินเหล่านี้นี้ ก็เบาบางลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 ต่อปี พ.ศ.2541 และชะงักงันลงในปี พ.ศ.2542 ซึ่งเป็นปีที่ผู้วิจัยเริ่มเข้าไปในพื้นที่ศึกษา แต่ผลพวงของการเดินทางไกลไปขายแรงงานกลับกลายมาเป็นความเจ็บปวดสูญเสียอันประมาณค่ามิได้ของผู้ครองเรือนทุกวัย ตั้งแต่เด็กมาถึงคนชราในหมู่บ้าน ต่างต้องจิมเคร่ำกับการสูญเสียหัวหน้าครอบครัวไปอย่างไม่มีวันกลับมา เนื่องเพราะสถานการณ์เอดส์ที่เข้ามาในหมู่บ้านนี้ ตั้งแต่ช่วงปลายทศวรรษ 2530

บ้านหมู่ 2 เองแม้จะเป็นหมู่บ้านเล็กกว่า มีจำนวนครัวเรือนเพียง 97 ครัวเรือน แต่ความสูญเสียมิได้น้อยไปกว่ากัน แม้ว่าโดยสภาพทางสังคม และฐานะทางเศรษฐกิจของชาวบ้านคนที่มียี่สิบดินเกิน 10 ไร่ มีประมาณ 10 หลังคาเรือน และมีจำนวนคนไม่มีที่ดิน เพราะพ่อแม่ไม่ยอมแบ่งให้ถึง 45 ครัวเรือน รวมถึงครัวเรือนของพ่อหลวงบ้านนี้ด้วย นั่นคือ คนส่วนใหญ่มีที่ดิน 2-5 ไร่ ไร่ปลูกข้าวพอกิน เหลือขายบ้าง และรับจ้างในภาคเกษตรเพื่อหารายได้ที่เป็นตัวเงิน แม้ว่าสถานการณ์จะไม่เชื่อให้มีคาวรายที่ดินมากนัก แต่ในยุคก่อนที่เศรษฐกิจจะตกต่ำเช่นทุกวันนี้การไปเป็นแรงงานก่อสร้างก็เคยเป็นที่นิยมของคนในหมู่บ้านนี้ไม่น้อยไปกว่ากัน ถือว่า เป็นอาชีพรองจากการเป็นแรงงานในภาคเกษตร ส่วนเงื่อนไขอื่น ๆ ที่แตกต่างไปจากหมู่ 1 คือ บ้านหมู่ 2 ไม่มีภาพของการเป็นหมู่บ้านพัฒนาอย่างชัดเจนเท่าบ้านหมู่ 1 ความเป็นชุมชน เครือญาติ การไปมาหาสู่ช่วยเหลือกันอย่างจริงจังในหมู่ญาติที่น้อง และน้ำใจไมตรีที่มีต่อคนภายนอก มิให้เห็นเด่นชัดกว่าบ้านหมู่ 1 วัดประจำหมู่บ้านของหมู่ 2 ก็ไม่มีภาพลักษณ์ของวัดเพื่อการพัฒนา แต่ในวันศีล 8 ค่ำ และ 15 ค่ำ มีการทำบุญของชาวบ้านในวัย 45 ปีขึ้นไป อย่างคึกคักพร้อมเพรียง ในขณะที่ในวันธรรมดา วัดหมู่2ก็เป็นวัดเงียบ ๆ เพื่อรอคอยการมาทำบุญในบางโอกาสเท่านั้น

การจำแนกแยกแยะกลุ่มทางสังคมเพื่อให้เห็นรายละเอียดของตอชุมชนนั้นก็แตกต่างกัน บ้านหมู่ 1 การคบหาหรือให้ความสนิทสนมกันของคนในชุมชน นอกจากความเป็นเครือญาติแล้ว ปัจจัยของการเข้ากลุ่มทางสังคมที่เป็นประเด็นหลักมากกว่าคือ การช่วยเหลือกันตามกลุ่มอาชีพ นั่นหมายถึง การแบ่งแยกกันตามฐานะและกลุ่มอาชีพ ค่อนข้างชัดเจน มากกว่าจะสนิทสนมกันเพราะความเป็นเครือญาติ กลุ่มอาชีพของบ้านหมู่ 1 สำหรับผู้ขายคือ กลุ่มชาวนาชาวนวน ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มเกษตรกรของอำเภอ มีกิจกรรมการแนะนำเมล็ดพันธุ์ การใช้ปุ๋ย ซึ่ง

โดยมากคนที่เข้ากลุ่มนี้ คือ เกษตรกรที่ยังมีที่ดินทำกินเป็นของตัวเอง ส่วนคนไม่มีที่ดิน ที่ทำงานรับจ้างของคนอื่น จะไม่ค่อยเข้ามาเป็นสมาชิกกลุ่ม²

ส่วนผู้หญิงจะสนิทสนมกันตามวัย คนที่แต่งงานแล้ว และสามีมีอาชีพมั่นคง หรือมีฐานะดี ได้รวมตัวกันเข้ามาทำงานในกลุ่มแม่บ้านหมู่ 1 ซึ่งก่อนหน้าเดือนเมษายน 2542 กลุ่มแม่บ้านมีตัวตนในการทำงานชุมชนด้วยภาระหน้าที่การทำอาหาร จัดดอกไม้ในงานพิธีกรรมต่างๆ ไม่ใช่งานเชิงเศรษฐกิจอย่างเช่นที่เห็นอยู่ในปัจจุบัน กลุ่มแม่บ้านมาทำงานร้านค้าชุมชนซึ่งได้งบประมาณ 100,000 บาทจากเงินกู้โครงการขยายอาชีพที่ลงมาในหมู่บ้าน และเปิดทำการในวันที่ 14 ตุลาคม 2542 นอกจากงานบริหารร้านค้าแล้ว แม่บ้านบางส่วนในกลุ่มได้ทำงานตัดเย็บเสื้อผ้าจากผ้าพื้นเมือง ซึ่งมีครูจากสำนักงานการศึกษาออกโรงเรียนมาฝึกสอนหลักสูตรระยะสั้น ตั้งแต่ปลายเดือนตุลาคมถึงต้นเดือนธันวาคมปีเดียวกัน

นอกจากนั้น ยังมีกลุ่มอาชีพอีกสองกลุ่มคือ กลุ่มดอกไม้ประดิษฐ์และกลุ่มสานเสื่อ ซึ่งทั้งสองกลุ่มนี้ ผู้ที่เป็นตัวกลางในการดำเนินการคือ คนมีฐานะดีในหมู่บ้าน ดังเกิดได้จากที่พวกเธอใช้นามสกุลเดียวกับพ่อหลวง และอดีตกำนัน ซึ่งในหมู่ 1 ผู้นำทางการเมืองคนปัจจุบันและที่ผ่านๆ มาคือ คนฐานะดีในชุมชน นางยุพิน มาแดง น้องสะใภ้ของพ่อหลวง เล่าถึงกลุ่มดอกไม้ประดิษฐ์ที่เธอเป็นตัวกลางในการรับงานมาว่า รับอุปกรณ์มาทั้งกระดาษ กาว ลวด จากโรงงานย่านบ้านถวาย อำเภอหางดง ทั้งบ้านหมู่ 1 มีคนมารับงานจากเธอประมาณ 200 หลังคาเรือน แต่ละคนรับงานไปทำตามถนัด เพียงรับตอนเดียวจากสี่ขั้นตอนคือ ตัดลวด ทำสี รุ่มยาง และเข้าซอ ซึ่งเป็นขั้นตอนสุดท้าย ได้รับค่าจ้างเป็นรายเดือน แล้วแต่ปริมาณงานที่ทำ คนที่ทำสม่ำเสมอและได้ปริมาณงานมากจะมีรายได้ถึง 3,000-4,000 บาทต่อเดือน แรงงานในหมู่บ้านมีทั้งผู้หญิงและผู้ชาย รวมทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีสุขภาพดีบางคนที่ไม่อยากออกไปทำงานในทุ่งนา และไม่เลือกไปทำงานในวัดซึ่งมีค่าจ้างเพียง 50 บาทต่อวัน รวมอยู่ในกลุ่มนี้ด้วย คนรับงานส่วนใหญ่เป็นคนในบ้านหมู่ 1 มีทั้งญาติและเพื่อนบ้านที่สนิทสนมกัน

กลุ่มสานเสื่อ อาชีพสานเสื่อได้เข้ามาในชุมชนนี้ในช่วงทศวรรษ 2520 เมื่อมีฝรั่งนักวิจัยชื่อดังเข้ามาทำวิทยานิพนธ์ปริญญาเอกในชุมชนบ้านหมู่ 1 แล้วพบว่า การเกษตรเพื่อยังชีพเป็นเพียงมายาคติที่เชื่อตาม ๆ กันมา โดยปราศจากความจริงรองรับ เมื่อชาวบ้านมีการติดต่อดำรายแลกเปลี่ยนกับคนนอกชุมชนมาเป็นเวลานานแล้ว และชาวบ้านส่วนใหญ่ไม่มีที่ดินมากเพียงพอที่จะทำการเกษตรเป็นอาชีพหลักเพียงอาชีพเดียวแล้วมีรายได้เพียงพอ นักวิจัยผู้นั้นได้วิเคราะห์

² จากการสัมภาษณ์ พ่อหลวงบ้านหมู่ 1 เมื่อปลายเดือนมิถุนายน 2542

ช่วยความสัมพันธ์ที่เธอมีอยู่ติดต่อหาอาชีพเสริมให้กับชาวบ้านด้วยการสานเสื่อ และตั้งกลุ่มสานเสื่อขึ้นในชุมชนตั้งแต่นั้นมา

แต่เมื่อวันเวลาผ่านไป พร้อมๆ กับกระแสนิยมที่รุกคืบเข้ามาในหมู่บ้านอย่างไม่อาจต้านทานได้ งานสานเสื่อกลายเป็นอาชีพเสริมที่หาคนรุ่นใหม่มาสานในหมู่บ้านทำแทบไม่ได้ และที่สุดก็กลายเป็นอาชีพหลักของคนเฒ่าคนแก่ในหมู่บ้านไปในที่สุด กลุ่มสานเสื่อที่ตั้งไว้แต่เก่าก่อนล้มลงระยะหนึ่ง และมีกลุ่มใหม่เกิดขึ้น โดยจินดา เบญจวรรณ หญิงวัยกลางคนในหมู่บ้านนี้ เห็นช่องทางในการติดต่อรับงานจากคนนอกหมู่บ้านที่ขาย *ตอกไม้ไผ่* (ไม้ไผ่ที่ผ่าเป็นแผ่นบาง ๆ มัดรวมกัน พร้อมทั้งจะนำมาสานเป็นเสื่อ) ในจังหวัดลำปาง และติดต่อให้คนผู้นี้นำไม้มาขายให้ชาวบ้านที่เคยอยู่กลุ่มสานเสื่อเก่า และเต็มใจที่จะสานต่องานนี้ โดยจินดาเล่าให้ฟังว่า รุ่นตอนแรกชาวบ้านที่เป็นคนเฒ่าจะรับไม้ไผ่ 3-10 มัด มัดละ 4 เล่ม และสานเสื่อไปเรื่อย ๆ แล้ว *ป้าดา* ที่ใคร ๆ เรียกขานกัน จะไปรับเสื่อ โดยคนสานจะได้เงิน 35 บาทต่อเสื่อ 1 ผืน แต่เมื่อหักค่าไม้แล้วคนสานเองจะราคาตกที่ 2 ผืนต่อเงิน 45 บาท ส่วนจินดาในฐานะตัวกลางจะได้กำไรเป็นเงิน 5 บาทต่อผืน ถือว่า นี่คือนโยบายหลักของเธอ เพราะถ้าประมาณเงินที่ได้ในแต่ละเดือนถึง 3,000 บาทเลยทีเดียว

ปัจจุบันมีคนสานเสื่อทั้งบ้านหมู่ 1 หมู่ 2 และหมู่ 5 จำนวน 30 ครัวเรือน โดยมากเป็นครัวเรือนที่มีคนอายุ 35-70 ปีที่ไม่มีรายได้จากอาชีพอื่น คือ คนเฒ่าคนแก่ที่อยู่กับลูกหลาน หรือคนวัยกลางคนที่ไม่มียี่สิบดิน และไม่ไปทำงานรับจ้างที่อื่น ถ้ามองจากปรากฏการณ์นี้ กลุ่มสานเสื่อก็น่าจะมีจินดาเป็นผู้อุปถัมภ์ติดต่อกับงานในคนที่ไม่มีอาชีพในชุมชนทำ และนอกจากนี้เครือข่ายทางสังคมของเธอยังมีในระดับของการเป็น อสม. (อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน) ประจำบ้านหมู่ 1 ซึ่งมีสมัครพรรคพวกที่สนิทสนมกันประมาณ 10 คน คนเหล่านี้เป็น อสม. รุ่นเก่ารุ่นเดียวกันจากจำนวน อสม. บ้านหมู่ 1 ทั้งหมดประมาณ 30 คน

ในความเป็นจริง งาน อสม. เป็นงานที่ต้องใช้เวลาอย่างมาก แต่ไม่มีเงินเบี้ยเลี้ยงตอบแทน นอกจากเบี้ยเลี้ยงในวันที่มีการอบรมประจำปี คราวละ 50 - 100 บาท โดยใช้สถานที่ของวัดหมู่ 1 เป็นที่จัดการประชุม และอสม. ของทุกหมู่บ้านมาอบรมร่วมกันในวันนั้น งานหลักของ อสม. คือ แนะนำเรื่องวิธีป้องกันภัยแล้ง และงานเอดส์ โดยเฉพาะงานเอดส์มีผู้ติดเชื้อมักใจมาเป็น อสม. หมู่ 1 ถึงสองคน สมนึก หญิงหัวบ้านประจำหมู่บ้าน หัวหน้ากลุ่ม อสม. เคยเล่าให้ฟังว่า งาน อสม. ต้องอาศัยความเสียสละอย่างมาก ต้องชักชวนกันมาเป็นให้ครบ เพราะตามหลักการของกระทรวงสาธารณสุข กำหนดอัตรา อสม. 1 คน ต่อ 20 หลังคาเรือน แต่ความเป็นอยู่ของบ้านหมู่ 1 มี