



สัญญาเลขที่ RDG 45E 0006

รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาเอดส์โดยชุมชนอย่างยั่งยืน
กรณีศึกษา อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

โดย

1. นางดวงจันทร์ หลีกด่าน
2. นายประจักษ์ อาษาธง
3. นางปราณี สิงห์ทองห้าว
4. นางหนูลม เทียบผา
5. นายดำรงค์ ทิพาศรี
6. นางสมพร วงศ์สอสัตย์
7. นางบุญมี รังดิษฐ์
8. นายวิรัตน์ ศรีอาราม

ลาดำเนินการ 1 ตุลาคม 2544 ถึง 30 กันยายน 2548

สนับสนุนโดย

สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย



ส.บ.อ.เลขที่ RDG 45E 0006

รายงานฉบับสมบูรณ์
โครงการพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาเอดส์โดยชุมชนอย่างยั่งยืน
กรณีศึกษา อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด

โดย

1. นางดวงจันทร์ หลักด่าน
2. นายประจักษ์ อาษาธง
3. นางปราณี สิงห์ทองห้าว
4. นางหนูลม เทียบผา
5. นายดำรงค์ ทิพาศรี
6. นางสมพร วงศ์สอสัตย์
7. นางบุญมี รังดิษฐ์
8. นายวิรัตน์ ศรีอาราม

ระยะเวลาดำเนินการ 1 ตุลาคม 2544 ถึง 30 กันยายน 2548

สนับสนุนโดย
สำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย

คำนำ

โครงการวิจัยฯ ซึ่งได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยและดำเนินการในพื้นที่อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด ได้ดำเนินการตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม 2544 ถึงวันที่ 31 ธันวาคม 2546 โดยมีวัตถุประสงค์คือ 1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานชุมชนและศึกษาสภาพความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีของคนในชุมชน 2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการอยู่ร่วมกันของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอชไอวีกับคนในชุมชน 3. เพื่อศึกษาและพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้เรื่องการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด 4. เพื่อทดลองปฏิบัติการจัดการกระบวนการป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติดในชุมชน งานวิจัยชิ้นนี้เป็นประสบการณ์ที่ทำงานกับชุมชนโดยใช้กระบวนการมีส่วนร่วมของแกนนำชุมชนและชุมชน ในประเด็นเรื่อง ทักษะของการทำงาน มุ่งเน้นศึกษาสถานการณ์จากชุมชน หนุนเสริมการมีส่วนร่วมในการเสนอรูปแบบวิธีการแก้ปัญหา เน้นกระบวนการสร้างความตระหนัก ความเข้าใจ การให้ความรู้ให้เกิดการเปลี่ยนแปลงทัศนคติ ความคิด ความเชื่อของคนในชุมชน เน้นการแก้ไขปัญหายาเสพติดจากภายในตัวของแกนนำชุมชน กลุ่มเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ร่วมมือแก้ไข อาศัยกลไกที่มีอยู่ในชุมชน วิธีการธรรมชาติ ให้ชุมชนมีบทบาทร่วมกันแก้ไขปัญหายาเสพติด ให้หน่วยงานภายนอกมีบทบาทในการสนับสนุนโดยให้ข้อมูล ความรู้ โดยมีกระบวนการทำงานที่หลากหลาย โดยเฉพาะรูปแบบวิธีการที่แก้ไขปัญหายาเสพติดจากภายใน กลุ่มแกนนำชุมชนเขามีวิธีการของเขา แกนนำชุมชนจะร่วมกันสะท้อนปัญหาและรวมกลุ่มกัน หาวิธีในการหนุนช่วยกันในการทำความเข้าใจในกลุ่มแกนนำชุมชนเอง หาทางร่วมมือกันแก้ไขปัญหายาเสพติด และสิ่งที่สำคัญคือ แกนนำชุมชนหรืออาสาสมัครแกนนำชุมชนเป็นผู้ดำเนินการเอง โดยการหนุนเสริมและสนับสนุนจากผู้นำชุมชน ครอบครัว เครือญาติ ครู อาจารย์ พระสงฆ์ รวมทั้งหน่วยงานภาครัฐในท้องถิ่น โดยเริ่มต้นจากการทำความเข้าใจสถานการณ์ปัญหา เพื่อให้เกิดการหนุนเสริมแกนนำอาสาสมัครชุมชนในทุก ๆ ด้าน

งานวิจัยเรื่องนี้จะนำเสนอเนื้อหา รวม 5 บท ดังนี้

บทที่ 1 กล่าวถึง ความเป็นมาและสถานการณ์เอชไอวีในพื้นที่ วัด วัตถุประสงค์ของการศึกษา วิธีวิจัย และภารกิจของทีมวิจัย

บทที่ 2 กล่าวถึงข้อมูลพื้นฐานและบริบทชุมชน ซึ่งประกอบด้วยประวัติหมู่บ้าน สภาพภูมิประเทศ สังคมวัฒนธรรม การตั้งถิ่นฐานบ้านเรือน เส้นทางคมนาคม การศึกษา สาธารณสุข ประเพณีวัฒนธรรม การปกครองส่วนท้องถิ่น ทรัพยากรธรรมชาติ สภาพเศรษฐกิจ

บทที่ 3 กล่าวถึงการวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเอชไอวีในชุมชน วิธีการเก็บข้อมูล การจัดทำแผนป้องกันแก้ไขปัญหายาเสพติด

บทที่ 4 การปฏิบัติการเพื่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด โดยมีรายละเอียดในการปฏิบัติการได้แก่ การจัดตั้งอาสาสมัครชุมชน แนวทางการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อเอชไอวีในชุมชน แนวทางการฟื้นฟูผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอชไอวีอยู่ร่วมกับชุมชน แนวทางการพัฒนาความร่วมมือกับชุมชน องค์การท้องถิ่น

บทที่ 5. ศรูปบทเรียนและข้อเสนอแนะ ประกอบด้วย การสรุปผลการวิจัย บทเรียนที่ได้จากการวิจัย และในเนื้อหาที่แนบมาท้ายสุดคือ ภาคผนวก ซึ่งประกอบด้วย 2 ส่วน ได้แก่ รายละเอียดการจัดเสวนากลุ่มย่อย และ รายละเอียดของหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์.

สารบัญ

หน้า

บทที่ 1 บทนำ

1. ความเป็นมา	1
2. วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
3. วิธีวิจัย	4
4. บทบาทภารกิจของทีมวิจัย	4

บทที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชน

1. ข้อมูลพื้นฐานชุมชน / ประวัติหมู่บ้าน	5
2. สภาพภูมิประเทศ	5
3. สภาพสังคมและวัฒนธรรม	6
4. การตั้งถิ่นฐานบ้านเรือน	6
5. เส้นทางคมนาคมการติดต่อกับภายนอก	7
6. การศึกษา	7
7. สาธารณสุข	8
8. ประเพณี วัฒนธรรม	9
9. การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาวะผู้นำ	11
10. ทรัพยากรธรรมชาติ	14
11. สภาพเศรษฐกิจ	15

บทที่ 3 การวิเคราะห์สถานการณ์และปัญหาเอคส์ในชุมชน

3.1 วิธีการเก็บข้อมูล	17
3.2 การจัดทำแผนป้องกันแก้ไขปัญา	23

บทที่ 4 การปฏิบัติการเพื่อการแก้ไขปัญา

4.1 แนวทางการจัดตั้งอาสาสมัครชุมชน	25
4.2 แนวทางป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อเอคส์ของคนในชุมชน	27
4.3 แนวทางการฟื้นฟูผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอคส์อยู่ร่วมกับชุมชน	28
4.4 แนวทางการพัฒนาความร่วมมือกับชุมชน องค์กรท้องถิ่น	30

บทที่ 5 สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะ	36
5.1 สรุปผลการวิจัย	36
5.1.1 รูปแบบการป้องกันเอดส์	36
5.1.2 รูปแบบการฟื้นฟูดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์	36
5.2 บทเรียนจากการวิจัย	37
5.2.1 การสังเคราะห์ห้องศรัทธาชุมชน	
5.2.2 การสร้างภาคีท้องถิ่น	
5.2.3 บทเรียนสำหรับทีมวิจัย	38
5.3 ข้อเสนอแนะ	39
ภาคผนวก	
ก. สรุปรายงานการจัดการเสวนากลุ่มย่อย	40
ข. บทบาทของหน่วยงานภาครัฐ เอกชน ในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์	50

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมา

เมื่อปี พ.ศ.2536 เป็นครั้งแรกที่คนในหมู่บ้านที่ศึกษาได้รู้จักโรคเอดส์เป็นครั้งแรก เมื่อมีชายอายุ 31 ปี ซึ่งเป็นคนในหมู่บ้านนี้ และได้ออกจากบ้านไปทำงานประมงตั้งแต่อายุ 20 ปี หลังจากนั้นก็มีข่าวว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี โดยเขาใช้เข็มฉีดยา เมื่อมีอาการป่วย จึงเดินทางกลับบ้าน มีอาการแสดงคือตามตัวเป็นแผลพุพอง ผ่ายผอม ผู้คนลือกันว่าเขาป่วยเป็นโรคเอดส์ เขากลับมาอยู่บ้านได้ประมาณสองเดือนก็เสียชีวิต

ในตอนนั้นชาวบ้านยังไม่รู้จักโรคเอดส์ ได้เห็นข่าวจากทางโทรทัศน์ว่าเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ไม่มีทางรักษา เป็นแล้วต้องตาย ทำให้ชาวบ้านกลัวมาก เวลาเขาเดินไปไหนคนก็จะหลีกห่าง นั้งที่ไหนก็ไม่มีใครกล้านั่งทับรอยที่เขาเคยนั่ง เมื่อเขาเค็มน้ำในโอ่งดินหน้าบ้านหลังหนึ่ง เจ้าของบ้านได้เทน้ำในโอ่งดินทิ้งต่อหน้า นอกจากนี้ชาวบ้านไม่กล้าลงไปอาบน้ำในสระน้ำของหมู่บ้านหลังจากที่ชายผู้นี้ลงไปอาบ ทั้งๆที่เป็นแหล่งน้ำที่ใช้อยู่ประจำ และเมื่อตอนเขาป่วยไม่มีใครกล้าไปเยี่ยม ไม่มีใครกล้าถามข่าวคราว แม้แต่ญาติพี่น้องก็ไม่กล้าเข้าไปดูแลให้ความช่วยเหลือ เพราะกลัวติดโรค เมื่อเขาเสียชีวิต มีเฉพาะญาติสนิทไปส่งศพ (ภาษาอีสานเรียกว่าไปส่งสการ) มีพระมาสวดบังสุกุล 2 รูป นั่งสวดที่มุมศาลาอยู่ห่างจากที่ตั้งศพมากกว่าปกติ

ช่วงต้นปีพ.ศ. 2538 ข่าวการเสียชีวิตของชายผู้นี้แพร่ไป ก็มีข่าวว่าเพื่อนๆของเขาที่ลงเรือลำเดียวกัน และเคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกันแต่เป็นคนหมู่บ้านอื่นก็เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ในช่วงนั้นแรงงานประมงในหมู่บ้านที่ป่วยก็เริ่มทยอยกลับบ้าน บางคนถึงขั้นป่วยหนักต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล บางคนยังไม่ป่วยยังไม่ตรวจเลือด แต่ก็รู้ตัวเองดีเพราะเคยใช้เข็มฉีดยาร่วมกันกับคนที่เสียชีวิต หรือเคยเที่ยวหาหญิงบริการคนเดียวกับเพื่อนที่เสียชีวิตแล้ว คนที่ป่วยที่กลับมาบ้านพร้อมอาการหนักก็เริ่มทยอยเสียชีวิตไปเรื่อยๆ คนที่ยังไม่มีอาการหรือยังไม่รู้ชัดว่าตัวเองติดเชื้อเอดส์หรือไม่ก็จะปิดเป็นความลับ ที่มีครอบครัวก็มีเพศสัมพันธ์กับภรรยาเหมือนปกติ หรือแม้แต่คนที่รู้ตัวเองว่าติดเชื้อแต่ยังไม่มีอาการแสดงชัดเจนก็ไม่ยอมบอกภรรยาที่บ้านและก็มีเพศสัมพันธ์ตามปกติ ทำให้มีการแพร่เชื้ออย่างรวดเร็วจากสามีสู่ภรรยา จากภรรยาสู่ลูกที่เกิดใหม่ ในช่วงปี พ.ศ. 2537-2540 พบว่ามีผู้ป่วยโรคเอดส์และเสียชีวิต จำนวน 13 คน โดยแยกเป็นชาย 9 คน หญิง 4 คน ในจำนวนนี้เป็นแม่บ้านและสามีนำเชื้อมาแพร่ให้ และแม่ที่ติดเชื้อยังแพร่เชื้อสู่ลูก จำนวน 1 คน ที่เหลือเป็นกลุ่มที่ป่วยจากการไปรับจ้างลงเรือประมง และในกลุ่มนี้มีจำนวน 3 คน ที่ป่วยจากการไปรับจ้างที่กรุงเทพฯ ซึ่งกลุ่มหลังนี้ ส่วนมากจะติดเชื้อเอดส์จากการเที่ยวหาหญิงบริการ

กล่าวได้ว่าในช่วงปี พ.ศ. 2538-2540 สถานการณ์โรคเอดส์ในชุมชนเริ่มรุนแรงขึ้น เพราะมีคนป่วยเป็นโรคเอดส์ทยอยกลับมาบ้านมากขึ้น และปี พ.ศ.2541 สถานการณ์รุนแรงหนักที่สุด ในปีนี้มีคนเสียชีวิต

จากโรคเอดส์ในหมู่บ้านทั้งหมด 18 คน ในช่วงนี้คนยังรังเกียจผู้ที่เป็เอดส์มาก (“ขี้เอดส์คัก”) ทำให้สถานการณัในหมู่บ้านตึงเครียดมากขึ้น ผู้ป่วยเอดส์ที่เปิดเผยตัวต่อชุมชนได้รับผลกระทบที่เห็นได้ชัดเจนคือ ญาติครอบครัว ชุมชนไม่ยอมรับ และมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ คนในชุมชนไม่ยอกที่จะเข้าไปพูดคุย คบค้าสมาคมด้วย ไม่ต้องการให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ร่วมกิจกรรมชุมชนด้วย เช่น งานบุญ ประเพณีต่างๆ หรือแม้แต่ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตไม่มีใครมาช่วยเหลืองานฃาปนกิจศพ และไม่ยอกให้นำศพผู้ป่วยเอดส์ไปที่เมรุเผาศพที่เป็นของส่วนรวม เพราะชาวบ้านกลัวติดเชื้อเอดส์ด้วย เป็นเหตุให้ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์เองเมื่อกลับเข้าสู่ครอบครัว ชุมชน บางคนไม่กล้าเปิดเผยสถานภาพตัวเองว่าติดเชื้อ เพราะไม่มั่นใจว่าเมื่อบอกไปแล้ว ญาติ ครอบครัว ชุมชนจะยอมรับหรือไม่ กลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ที่กล้าเปิดเผยตัวส่วนหนึ่งต้องปิดตัวเงียบอยู่ในบ้าน ไม่คบค้าสมาคมกับคนอื่น หรือบางคนแยกตัวเองไปอยู่เฉพาะตัวเอง ในชุมชนมีจำนวน 3 ราย ที่ผู้ป่วยเอดส์ต้องตัดสินใจฆ่าตัวตาย เพื่อประชดสังคม และบางคนลงโทษสังคมโดยการขายบริการทางเพศเรื่อยไป พื้นที่เป้าหมายดังกล่าวยังพบว่าม่ีเด็กกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตจากโรคเอดส์จำนวน 17 คน ขาดการดูแลเอาใจใส่ที่ดีพอ และขาดโอกาสทางการศึกษา เด็กกลุ่มนี้เป็นเด็กที่ถูกมองจากชุมชนในลักษณะเป็นภาระของสังคม

แม้ว่าในช่วงปี พ.ศ.2544 ชาวบ้านเริ่มเข้าใจเรื่องโรคเอดส์มากขึ้น ข่าวสารทางโทรทัศน์มีแนวโน้มให้ความเห็นใจผู้ที่เป็โรค และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องได้พยายามโดยชี้แจงเรื่องช่องทางการติดต่อของโรค ทำให้ทัศนคติของชุมชนต่อโรคเอดส์ดีขึ้น แต่ความกลัวยังไม่เปลี่ยน ชุมชนเริ่มยอมรับผู้ป่วย เริ่มชิน เข้าใกล้ได้ กล้าจับต้องตัวผู้ป่วย แต่กั “บอแจบ” (ไม่สนิทใจ) แต่ถ้ามีคนที่เสียชีวิตก็จะยังไม่กล้าแต่งศพเอง จะต้องเรียกทีมอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน(อสม.) มาช่วยจัดการศพให้

ชุมชนที่ศึกษาเป็นหมู่บ้านแห่งหนึ่งในจังหวัดร้อยเอ็ด กว่าร้อยละ 90 ของประชากรประกอบอาชีพเกษตรกรรม ทำนาปีละครั้ง ในหมู่บ้านนี้การออกไปทำงานนอกหมู่บ้านเริ่มมีมาตั้งแต่ประมาณ ปี พ.ศ. 2506 กลุ่มใหญ่ไปทำงานประมง แถบจังหวัดสมุทรปราการ ระนอง ตรวด เด็กที่จบการศึกษาภาคบังคับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ชาย ถือเป็นประเพณีที่จะต้องไปเรือ เหตุผลที่ต้องไปเพราะมีรายได้ดี โดยเฉพาะคนที่เป็ไต้ก๋งเรือ ปีหนึ่งๆจะได้เงินเป็นแสน คนที่เป็นลูกเรือสามารถทำรายได้ 5-6 แสนบาทในช่วงเวลา 4 ปี จึงทำให้เกิดค่านิยมที่จะส่งลูกไปลงเรือ โดยฝากไปกับคนรู้จักที่ไปทำงานประมงตอนกลับมาเยี่ยมบ้าน หรือมีเครือข่ายคนรู้จัก หรือญาติที่ไปทำงานอยู่ก่อน

การอพยพแรงงานจึงถือเป็นเรื่องปกติของคนในหมู่บ้านนี้ เหตุการณ์สำคัญที่ทำให้การอพยพแรงงานลดลงก็คือ เหตุการณ์พายุเฮอร์ถล่มภาคใต้ ในปี พ.ศ. 2536 มีคนในหมู่บ้านนี้เสียชีวิต 8 คน ทำให้จำนวนคนไปลงเรือลดลงเพราะความกลัว แต่หลังจากนั้น ประมาณ 1-2 ปี คนก็เริ่มไปลงเรืออีก ปีังจยสำคัญอีกประการหนึ่งที่ทำให้จำนวนคนไปลงเรือลดลงก็คือการศึกษา เมื่อปี พ.ศ. 2535 มีการขยายการศึกษาภาคบังคับถึงชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 ทำให้อายุของคนไปลงเรือขยายมากขึ้น และเมื่อโรงเรียนในหมู่บ้านเปิดสอนถึงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 3 ตั้งแต่ ปี พ.ศ 2538 เด็กก็จะเรียนต่อจนจบชั้นมัธยม แล้วจึงออกไปหางานทำ และ

ลักษณะการไปก็จะระมัดระวังตัวมากขึ้น ดูแลตัวเองได้ดีขึ้น เหตุเพราะอายุมากขึ้น รู้จักคิดมากขึ้น และเห็นตัวอย่างคนเป็นโรคเอดส์ในหมู่บ้าน หลังจากนั้นการไปลงเรือก็จะขาดลง ประกอบกับชุมชนตระหนักและเห็นความสำคัญด้านการศึกษาของลูกหลานมากขึ้น ส่งลูกหลานเรียนสูงขึ้นและมีจำนวนมากขึ้น จึงหันไปทำงานรับจ้างอย่างอื่นแทน ในปี พ.ศ. 2546 ไม่มีแรงงานใหม่ที่ไปลงเรือเลย ปัจจุบันยังมี คนไปลงเรือประมงจำนวน 11 คน ทั้งหมดจะเป็นระดับหัวหน้า(ไต้เรือ) ที่เสียค่ารายได้ที่สูงและงานสบาย หลังจากนั้นปัญหาเรื่องโรคเอดส์ การไปประมงก็แผ่ลง ทุกวันนี้เมื่อเรียนจบชั้นมัธยมเด็กหนุ่มสาวก็จะเดินทางเข้ากรุงเทพฯ ไปทำงานโรงงาน ทำงานบริษัท ทำงานบ้าน ขับรถแท็กซี่ งานก่อสร้าง แยกย้ายกันไปตามสายเครือข่าย กลุ่มนี้ยังไม่มีใครคิดโรค ปัจจุบันประมาณร้อยละ 60 ของครอบครัวที่มีการอพยพแรงงาน

ในขณะที่เดียวกันกระแสโลกาภิวัตน์ก็ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในชุมชน บริเวณติดถนนใหญ่ แถวปากทางเข้าหมู่บ้านมีห้องอาหาร มีนักร้อง มีร้านคาราโอเกะ และมีหญิงบริการทางเพศในราคาไม่แพง ประกอบกับในระหว่างที่ผ่านมามีการแพร่เชื้อจากสามีที่ไปทำงานที่อื่นแล้วนำมาติดภรรยาที่อยู่บ้าน เด็กติดเชื้อจากพ่อแม่ ปัญหาเรื่องผู้สาวในหมู่บ้าน ปัญหาเรื่องพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น ทำให้การแพร่กระจายของโรคเอดส์ในชุมชนมีมากขึ้น และไม่ได้เกิดกับกลุ่มแรงงานอพยพเท่านั้น แต่เป็นการแพร่เชื้อในหมู่บ้านกันเอง ซึ่งเปลี่ยนจากเดิมที่หมู่บ้านไม่ได้เป็นแหล่งแพร่เชื้อ แต่เป็นที่ตาย

เกือบ 10 ปีที่ผ่านมา ที่องค์กรภาครัฐ โดยกระทรวงสาธารณสุข และประมาณ 3 ปีที่ผ่านมา องค์กรพัฒนาเอกชนได้เข้าไปมีบทบาทในการรณรงค์ป้องกันทุกรูปแบบกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ อาทิ การจัดให้บริการทางสังคม การสงเคราะห์แก่ผู้ที่ได้รับผลกระทบโดย รณรงค์จนชาวบ้านมีความรู้เรื่องเอดส์ว่าติดต่ออย่างไร ? ก็ทาง ? ป้องกันอย่างไร? แม้ชาวบ้านจะสามารถตอบคำถามเหล่านี้ได้ แต่จำนวนและสถิติผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ใน 3 หมู่บ้าน ที่ทำการศึกษาก็ยังเพิ่มสถิติทวีคูณขึ้นเรื่อย ๆ จำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์เปิดเผยตัวกับองค์การพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ล่าสุด เมื่อเดือนมิถุนายน 2544 จำนวนทั้งสิ้น 33 คน จากรายแรกถึงปัจจุบันมีผู้ป่วยเอดส์ทั้งสิ้น 34 คน เสียชีวิต 28 คน ติดเชื้อและมีชีวิตอยู่ 6 คน

นอกจากนี้ปัญหามุมมองต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยเอดส์ของคนในชุมชนก็ยังมีทัศนคติที่ไม่ยอมรับมากขึ้น ช่องว่างระหว่างคนไม่ติดกับคนติดเชื้อเอดส์ยังมีมากขึ้น ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์เองก็ยังไม่มั่นใจญาติครอบครัว ชุมชนตัวเองมากขึ้น และภาวะทางด้านร่างกาย และจิตใจเกิดความท้อแท้สิ้นหวัง ขาดกำลังใจที่จะอยู่ร่วมกับสังคมต่อไป จากข้อมูลและสถานการณ์ที่กล่าวมาข้างต้น ทีมวิจัย ซึ่งประกอบด้วยทีมอสม. และนักพัฒนาเอกชน เห็นพ้องกันว่า เป็นสถานการณ์ที่ไม่สามารถปล่อยเอาไว้ได้อีกแล้ว จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องระดมภูมิปัญญาจากทุกส่วนเข้ามาร่วมมือกันแก้ไขปัญหา โดยเฉพาะประเด็นหลัก คือ จะทำอย่างไรที่จะสามารถลดความเสี่ยงต่อเอดส์ได้ และ จะทำอย่างไรผู้ติดเชื้อเอดส์/ผู้ป่วยเอดส์จะสามารถอยู่ร่วมกับญาติครอบครัว ชุมชนได้ จึงได้จัดให้เป็นโครงการวิจัยนี้ขึ้น โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อศึกษาข้อมูลพื้นฐานชุมชน และศึกษาสภาพความเสี่ยงของคนในชุมชน

2. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการอยู่ร่วมกันของผู้ติดเชื้อเอดส์/ ผู้ป่วยเอดส์ และคนในชุมชน
3. เพื่อศึกษา และพัฒนารูปแบบกระบวนการเรียนรู้เรื่องการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์
4. เพื่อทดลองปฏิบัติการการจัดกระบวนการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์

วิธีวิจัย

โครงการนี้เป็นการวิจัยปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม ซึ่งประกอบด้วย 4 ขั้นตอน ได้แก่ ขั้นตอนการวิเคราะห์สถานการณ์ วางแผน ปฏิบัติการ และประเมินผล

วิธีการศึกษาวิจัยจะเน้นกระบวนการมีส่วนร่วมของคนในชุมชนทุกขั้นตอน โดยให้ครอบคลุมถึงกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสีย ทุกกลุ่มเท่าที่จะทำได้ และบางกิจกรรมดำเนินการหลายครั้งเพื่อให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ที่ชัดเจน

ก่อนดำเนินการวิจัย ได้มีการประชุมเตรียมทีมวิจัยชุมชน 3 ครั้ง เพื่อชี้แจงวัตถุประสงค์ เป้าหมายของโครงการ เตรียมความพร้อมด้านบทบาท ภาระกิจของทีมวิจัยชุมชน พร้อมทั้งจัดเตรียมและวางแผนปฏิบัติการร่วมกัน เน้นการประชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม เตรียมวัสดุ อุปกรณ์ในการประชุม ประสานงานด้านอาหาร สถานที่ ผู้เข้าร่วมประชุมตามบทบาทภาระงานที่มอบหมายไว้

บทบาท และภาระกิจของทีมวิจัย

- ทีมวิจัยหลัก (ทีมวิจัยชุมชน) มีหน้าที่หลักเกี่ยวกับการประสานชุมชน เก็บข้อมูลชุมชน กลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์ข้อมูลร่วมกับทีมวิจัยสนับสนุน และร่วมดำเนินการจัดกิจกรรมพัฒนาในชุมชน
- หัวหน้าทีมวิจัยสนับสนุน (องค์กรพัฒนาเอกชน) มีหน้าที่ศึกษาหารูปแบบ / วิธีการเก็บข้อมูล สร้างเครื่องมือในการเก็บข้อมูลชุมชน เสริมการวิเคราะห์ข้อมูลชุมชน และวางแผนพัฒนา จัดระบบข้อมูลชุมชน ร่วมดำเนินการกิจกรรมพัฒนา และการเขียนรายงานผลการวิจัย
- ทีมวิจัยนักวิชาการ / ที่ปรึกษา มีหน้าที่ให้คำปรึกษา ในประเด็นต่างๆที่ทีมวิจัยชุมชน ทีมวิจัยสนับสนุนประสานงานร่วมวิเคราะห์ข้อมูลชุมชน และสังเกตการณ์กิจกรรมพัฒนาหมู่บ้านที่เลือกศึกษาเป็นหมู่บ้านขนาดใหญ่ และได้แยกการปกครองออกเป็น 3 หมู่บ้าน หมู่บ้านที่ 1 จำนวน 68 ครัวเรือน หมู่บ้านที่ 2 จำนวน 118 ครัวเรือน และหมู่บ้านที่ 3 จำนวน 79 ครัวเรือน ระยะเวลาทำการวิจัย ระหว่าง พฤศจิกายน 2544 - ธันวาคม 2547

บทที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานและบริบทของชุมชน

ข้อมูลพื้นฐานชุมชน

เพื่อให้เข้าใจสถานการณ์ได้ชัดเจน ในขั้นต้นที่มิวิจัยได้ศึกษาข้อมูลพื้นฐานของทั้งสามหมู่บ้าน โดยศึกษาในประเด็นของ เศรษฐกิจสังคม ประเพณีวัฒนธรรม เหตุผลของกลุ่มเป้าหมายในชุมชนที่มีการอพยพย้ายถิ่นไปขายแรงงาน สถานการณ์ปัญหาเอดส์ ในชุมชน ปัจจัยเอื้อ ปัจจัยเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ของคนในชุมชน ผลกระทบของชุมชนต่อปัญหาเอดส์ และทัศนคติของกลุ่มต่างๆที่มีต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์โดยการสัมภาษณ์ผู้อาวุโสในหมู่บ้าน และรวบรวมจากเอกสารระบุ ดังข้อมูลสรุปในภาคผนวก ก

ในอดีตตามประวัติหลักศิลาจารึกหรือ "หลักเส" ของหมู่บ้านที่มีคนเล่าสืบต่อกันนั้น บ้านคูเมืองนั้นเริ่มก่อตั้งมาเมื่อประมาณปีพุทธศักราช 2362 โดยมีเจ้าโพธิ์และเจ้าชัย ซึ่งเป็นพี่น้องกันเดินทางไปสู่บ้านหัวช้าง อำเภอที่อยู่ใกล้กัน ในขณะที่เดินทางระหว่างทางได้หยุดพักแรมตามสถานที่ต่าง ๆ จนมาถึงบริเวณที่ตั้งบ้านคูเมือง ณ ปัจจุบันจึงตัดสินใจสร้างเป็นสถานที่พัก ต่อมาไม่นานนักเจ้าโพธิ์และเจ้าชัยได้เห็นถึงความอุดมสมบูรณ์ของภูมิประเทศแถบดังกล่าวจึงสร้างเป็นที่พักอาศัยถาวร ภายหลังจึงชักชวนลูกหลานมาอาศัยอยู่บริเวณดังกล่าวและมีการเพาะปลูก เลี้ยงสัตว์ ทำไร่ ทำนา สลับกันไปในแต่ละปี

การจัดตั้งหมู่บ้านครั้งแรกของบ้านคูเมืองมีสมาชิกรวมกันประมาณ 12 ครอบครัว และมีการตั้งชื่อหมู่บ้านโดยตั้งชื่อตามลักษณะของภูมิประเทศคือ "บ้านคูเมือง" คำว่า "คู" นั้นมาจากลักษณะพื้นที่ที่เป็นที่ราบลุ่มและที่ดอน ส่วนบริเวณพื้นที่ดอนมีลักษณะคล้ายกับเมืองเก่า มีสระหิน คาดกันว่าเป็นเมืองร้างเก่าแก่ตั้งแต่สมัยขอม ก็เรียกกันว่า "เมือง" ด้วยลักษณะดังกล่าวจึงได้ชื่อว่า "บ้านคูเมือง"

ปัจจุบันบ้านคูเมืองมีจำนวนสมาชิก 68 ครอบครัว และเมื่อปีพุทธศักราช 2526 ได้มีการแยกเขตการปกครองอีกหนึ่งหมู่บ้าน คือ บ้านโนนคูเมือง ปัจจุบันมีสมาชิกจำนวน 118 ครอบครัว และเมื่อปีพุทธศักราช 2533 ได้มีการแยกการปกครองอีก 1 หมู่บ้าน ชื่อ "บ้านศรีคูเมือง" มีสมาชิกจำนวน 79 ครอบครัว ณ ปัจจุบันเขตการปกครองของบ้านคูเมืองจึงประกอบด้วยอีก 3 หมู่บ้าน คือ บ้านคูเมือง หมู่ที่ 1 ,บ้านโนนคูเมือง หมู่ที่ 3 และบ้านศรีคูเมือง หมู่ที่ 9

สภาพทางภูมิศาสตร์

ในอดีตก่อนที่จะมีการตั้งบ้านเรือน หมู่บ้านนี้มีสภาพเป็นป่าดิบแล้ง กล่าวคือมีต้นไม้ขนาดใหญ่ทั้งต้นไม้ขนาดใหญ่ เช่น ไม้ยาง ไม้ตะแบก ไม้สะแบง ฯลฯ และมีสัตว์ป่าอาศัยอยู่สร้างความอุดมสมบูรณ์ให้

กับคนในหมู่บ้านบริเวณรอบ ๆ หมู่บ้านยังมีแหล่งน้ำตามธรรมชาติเพื่อใช้ในการอุปโภคได้ตลอดทั้งปี สภาพพื้นที่ส่วนใหญ่แบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ ที่ราบลุ่มและที่ดอนสภาพพื้นที่ที่เป็นที่ราบลุ่มนั้นเหมาะแก่การเพาะปลูก ประชาชนส่วนใหญ่ต่างประกอบอาชีพทำนา ทำไร่ และเลี้ยงสัตว์ ในสภาพพื้นที่ที่เป็นที่ดอนประชาชนต่างจับจองเป็นสถานที่ก่อสร้างบ้านเรือนของตนเอง ทางด้านสภาพภูมิอากาศของหมู่บ้าน มีลักษณะเหมือนกับหมู่บ้านอื่นในแถบภาคอีสานซึ่งประกอบด้วย 3 ฤดู คือ

1. ฤดูหนาว เริ่มประมาณปลายเดือนเดือนตุลาคมจนถึงเดือนกุมภาพันธ์อากาศจะเริ่มหนาวเย็นและแห้งแล้งเพิ่มขึ้น เพราะมีมรสุมตะวันออกเฉียงเหนือพัดผ่าน นำเอาความหนาวเย็นมาสู่หมู่บ้าน
2. ฤดูร้อน เริ่มประมาณปลายเดือนมีนาคมถึงเดือนพฤษภาคม อากาศร้อนอบอ้าวในตำบลคูเมืองฝนจะแล้งติดต่อกันหลายปี จนบางปีหน้าร้อนยาวไปถึงเดือนกันยายน
3. ฤดูฝน เริ่มประมาณเดือนมิถุนายนจนถึงเดือนกันยายนของทุกปี มีลมมรสุมตะวันตกเฉียงใต้พัดผ่าน ปกติหมู่บ้านฝนมักตกไม่สม่ำเสมอ ส่วนใหญ่ประสบปัญหาในเรื่องของฝนแล้งมากกว่า ซึ่งแต่ละปีมีปริมาณน้ำฝนเฉลี่ยไม่แน่นอน

สภาพสังคมและวัฒนธรรม

ประชากร

ประชากรส่วนใหญ่เป็นคนในพื้นที่และพื้นที่ใกล้เคียงที่อพยพย้ายเข้ามาอาศัย โดยการแต่งงานกับคนในหมู่บ้าน ประชากรในพื้นที่บ้านคูเมืองทั้งหมดมีจำนวนประชากรประมาณ 1,607 คน โดยสามารถแบ่งออกตามอายุได้ดังต่อไปนี้

หมู่บ้าน (หมู่ที่)	จำนวนประชากร (คน)		ช่วงอายุของประชากร (ปี)			
	ชาย	หญิง	0-14 ปี	15-50 ปี	51-59 ปี	60 ปีขึ้นไป
1	188	172	105	222	15	18
3	414	440	213	615	17	9
9	217	176	94	243	31	25
รวม	819	788	412	1,080	63	52

การตั้งถิ่นฐานบ้านเรือน

การตั้งถิ่นฐานบ้านเรือนในอดีต มีลักษณะเป็นแบบกระจุก โดยการตั้งบ้านเรือนส่วนใหญ่นิยมตั้งอยู่บริเวณหัวไร่ปลายนา เพื่อสะดวกในการทำมาหากินและดูแลพืชผักของตนเอง และบางส่วนยังนิยมอยู่กันแบบเครือญาติ หรือวงศ์ตระกูลของตนเอง ลักษณะของบ้านเรือนก็จะเน้นบ้านแบบใต้ถุนสูง เพื่อที่จะ

ได้นำสัตว์เลี้ยงมาเลี้ยงไว้ในตอนกลางคืน วัสดุที่ใช้ในการสร้างบ้านเรือนส่วนใหญ่จะเป็นไม้ทั้งหมดที่หาได้จากป่าใกล้เคียงเป็นต้น

การตั้งถิ่นฐานในปัจจุบัน มีการเปลี่ยนแปลงไปมากจากอดีต ครอบครัวยุคใหม่ส่วนใหญ่กลายเป็นครอบครัวขยาย และยังคงอาศัยอยู่ในระแวงเดียวกันกับเครือญาติ สิ่งที่เปลี่ยนไปจากอดีตนั้นคือ การจับจองพื้นที่ในการปลูกตั้งที่อยู่อาศัยโดยส่วนใหญ่จะยึดพื้นที่บริเวณตามแนวยาวของถนน (road linear settlement) เพื่อสะดวกในการค้าขายและสัญจรไปมา การใช้วัสดุอุปกรณ์ในการสร้างบ้านเรือนก็แปลกไป โดยรับวัฒนธรรมในการสร้างบ้านแบบตะวันตกเข้ามาเสียส่วนใหญ่ วัสดุที่ใช้ก็ได้มาจาก อิฐ หิน ปูน ทราย กระเบื้อง เหล็ก เป็นต้น ซึ่งปัจจัยต่าง ๆ ที่กล่าวมาข้างต้นนั้นต้องอาศัยจากนอกชุมชนเป็นหลัก และวัสดุต่าง ๆ เหล่านี้ก็ต้องมีราคาสูงทำให้ชาวบ้านส่วนใหญ่มีการกู้หนี้ยืมสินเพื่อที่จะสร้างที่อยู่อาศัยของตน

เส้นทางคมนาคมการติดต่อกับภายนอก

การเดินทางเข้าสู่หมู่บ้าน ปัจจุบันนี้มีความสะดวกสบายเพิ่มมากขึ้นกว่าแต่ก่อนเป็นอย่างมาก เพราะเส้นทางในการเดินทางส่วนใหญ่สามารถเดินทางด้วยรถยนต์ รถจักรยานยนต์และโดยสารประจำทางได้ โดยมีเส้นทางติดต่อดังนี้

ทิศตะวันออก เป็นถนน รพช. จากหมู่บ้านถึงถนนทางหลวงซึ่งเป็นถนนลาดยางเชื่อมระหว่างอำเภอ

ทิศตะวันตก ถนน รพช. จากหมู่บ้านถึงอีกหมู่บ้านหนึ่งของอำเภอใกล้เคียง 2 อำเภอ ทิศเหนือ ถนนลูกรัง เชื่อมจากหมู่บ้าน 2 ถึงบ้านโนนค้อ ของตำบลหนึ่ง ในอำเภอเดียวกัน ทิศใต้ ถนนลูกรัง จากหมู่บ้าน 3 ถึงอีกหมู่บ้านหนึ่ง อำเภอเดียวกัน

การศึกษา

จากการสำรวจขั้นพื้นฐานทางด้านการศึกษาของชาวบ้านว่ายังคงอยู่ในระดับต่ำอยู่ สืบเนื่องจากชาวบ้านจำนวน 21 คน ยังคงไม่สามารถอ่านออกเขียนได้ เนื่องจากชาวบ้านในอดีตยังคงมีความเชื่อกันว่าเมื่อถึงวัยที่สามารถใช้แรงงานต้องออกมาช่วยครอบครัวในการทำไร่ ทำนา แต่ปัจจุบันได้เล็งเห็นความสำคัญของการศึกษาเพิ่มมากขึ้น โดยมีการแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ระบบ คือ การศึกษาในระบบ และการศึกษานอกระบบ ตัวแสดงในตาราง

การศึกษาในระบบ

หมู่บ้าน (หมู่ที่)	ระดับการศึกษา							
	ก่อนวัยเรียน		ประถมศึกษา		มัธยมศึกษา		อุดมศึกษา	
	ในระบบ	นอก ระบบ	ในระบบ	นอก ระบบ	ใน ระบบ	นอก ระบบ	ในระบบ	นอก ระบบ
1	16	-	78	-	47	5	-	-
3	29	-	67	2	30	4	2	-
9	27	-	81	-	20	6	-	-
รวม	72	-	226	2	95	15	2	-

สาธารณสุข (อนามัยชุมชน ระบบประกันสุขภาพหรือสวัสดิการสุขภาพ)

สถานอนามัยประจำตำบล ตั้งอยู่หมู่บ้าน 3 มีบุคลากรประจำสถานอนามัย จำนวน 3 คน ครอบคลุมการบริการทุกหมู่บ้านในตำบล

บทบาทหน้าที่หลักของสถานอนามัยก็แบ่งออกเป็นได้ดังต่อไปนี้

- ให้บริการสุขภาพแก่ประชาชน
- จัดเก็บข้อมูล จปฐ. ของชุมชน
- ตรวจรักษาโรคเบื้องต้น
- รับฝากครรภ์
- ฉีดวัคซีนให้แก่เด็กแรกเกิด
- ระวังป้องกันโรคติดต่อต่าง ๆ เช่น โรคเอดส์ เลปโตสไปโรซิสและโปลิโอ
- ส่งเสริมศักยภาพอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน (อสม.)

หน้าที่หลักที่กล่าวมาแล้วข้างต้น เป็นเพียงส่วนหนึ่งของงานที่เจ้าหน้าที่ที่ประจำอยู่สถานีต้องช่วยกันปฏิบัติและดูแลประชาชนในหมู่บ้าน และในส่วนของงานประกันสุขภาพหรือสวัสดิการสุขภาพต่าง ๆ ที่ชาวบ้านจะได้รับที่นี่ก็มีให้บริการเช่นกัน โดยแบ่งออกได้เป็นหัวข้อหลัก ๆ ได้ดังต่อไปนี้

- บัตรทองประกันสุขภาพ (30 บาทรักษาทุกโรค)
- ศูนย์บริการสาธารณสุขมูลฐานประจำหมู่บ้าน เพื่อบริการให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ บริการยารักษาโรค ซึ่งน้ำหนักเด็กแรกเกิด สงเคราะห์ช่วยเหลือฉุกเฉินด้านสุขภาพ

- โครงการณาปนกิจศพแก่สมาชิกในชุมชนที่เสียชีวิต โดยเก็บครอบครัวละ 50 บาท ต่อหนึ่งศพที่เสียชีวิต

ประเพณีและวัฒนธรรม

ชาวบ้านส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธเกือบครัวเรือน วัดจึงเป็นศูนย์กลางในการประกอบพิธีกรรมทางศาสนา ความศรัทธาในการทำบุญประเพณีสืบต่อกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ นอกจากนี้พระสงฆ์ยังมีบทบาทในการอบรมสั่งสอนให้ชาวบ้านละเว้นการทำชั่วให้ปฏิบัติแต่ความดีสืบต่อกันมา

ประเพณี

ชาวบ้านปัจจุบันให้ความสำคัญกับประเพณีสืบสองไม่เคยเปลี่ยน ซึ่งมีการปฏิบัติสืบต่อกันมาตั้งแต่บรรพบุรุษ สำหรับงานประเพณีที่สำคัญในหมู่บ้านมีดังต่อไปนี้

เดือนมกราคม (เดือนยี่) เป็นการทำบุญขึ้นปีใหม่และบุญกุ่มข้าวใหญ่ ซึ่งจุดประสงค์ในการทำบุญก็เพื่อจะได้รับเอาความโชคดีในปีใหม่ที่จะมาถึง

เดือนกุมภาพันธ์ (บุญข้าวจี) ชาวบ้านเชื่อกันว่าเมื่อเสร็จสิ้นฤดูการเก็บเกี่ยวและก็จะนำข้าวเหนียวมาปั้นขนาดเท่าไข่ไก่ นำไปปิ้งแล้วนำมาชุบไข่หรือกล้วยที่สุกงอม หลังจากนั้นก็นำไปปิ้งอีกรอบ แล้วจึงนำไปถวายพระสงฆ์

เดือนมีนาคม (บุญผะเหวด/บุญมหาชาติ) เป็นบุญที่จัดขึ้นในเดือนสี่ โดยจะนิมนต์พระนักเทศน์มาเทศน์ โดยมากจะนิมนต์เทศน์เรื่อง พระเวสสันดรชาดก ซึ่งมีทั้งหมด 13 กัณฑ์ ชาวบ้านเชื่อกันว่า การทำบุญมหาชาติจะทำให้ตนได้พบพระศรีอาริยมตไตรยในชาติหน้า ซึ่งเป็นดินแดนแห่งความสุขตามพุทธคติของคนไทย

เดือนเมษายน (สงกรานต์) ซึ่งในเดือนเมษายนนี้ถือได้ว่าเป็นวันของครอบครัวอีกวันหนึ่งคนไทยนับถือมาแต่โบราณว่าเป็นเทศกาลขึ้นปีใหม่ของไทย ในแต่ละปีก็จะมีกิจกรรมแตกต่างกันไปแต่ละพื้นที่ ส่วนที่หมู่บ้าน มีกิจกรรมที่ทำทุกปีคือ การรดน้ำดำหัวผู้ใหญ่ การสงฆ์น้ำพระสงฆ์ กีฬาหมู่บ้าน การเล่นน้ำสงกรานต์ระหว่างหนุ่มสาวโดยงานจะเริ่มประมาณวันที่ 12-15 เมษายนของทุก ๆ ปี

เดือนพฤษภาคม (บุญบั้งไฟ/บุญตบประทาย) บุญบั้งไฟน้อยมีการจัดทำขึ้นทุกปีเพื่อเสี่ยงทายฝนและมีการจัดที่ดอนปู่ตาของทุกปี และในเดือนเดียวกันนี้ยังมีการทำบุญตบประทายที่ชาวบ้านเอากันไปเสี่ยงมารวมกันบริจาคที่วัดตามศรัทธาของแต่ละบุคคล

เดือนกรกฎาคม บุญเข้าพรรษา ซึ่งตรงกับวันขึ้น 15 ค่ำ เดือน 8 มีการถวายผ้าอาบน้ำฝน อาหารและเครื่องอุปโภคบริโภค จตุปัจจัยแก่พระสงฆ์ และต้นเทียนพรรษา ซึ่งชาวบ้านเชื่อกันว่าใครถวายเทียนพรรษาจะนำแสงสว่างให้แก่ชีวิต

เดือนสิงหาคม (บุญข้าวประดับดิน) บุญข้าวประดับดิน ตรงกับวันแรม 14 ค่ำ เดือน 9 ชาวบ้านจะอาหารคาวหวานไปถวายพระที่วัด เพื่อเป็นการทำบุญเพื่ออุทิศส่วนกุศลให้แก่ญาติที่ล่วงลับไปแล้ว

เดือนกันยายน บุญข้าวสาก ตรงกับวันขึ้น 15 ค่ำ เดือน 10 เป็นการทำบุญอุทิศส่วนกุศลให้แก่ญาติที่ล่วงลับไปแล้ว มีการนำข้าวเปลือกมาทำเป็นข้าวตอก คลุกน้ำตาล ใส่มะพร้าวคั่ว นำไปถวายพระที่วัด และบางส่วนก็แจกจ่ายแก่ญาติพี่น้อง

เดือนตุลาคม บุญออกพรรษา ตรงกับวันขึ้น 15 ค่ำ เดือน 11 ชาวบ้านจะพากันไปทำบุญที่วัด ทำบุญตักบาตร โดยนำอาหารคาวหวานและข้าวต้มมัดไปถวายพระสงฆ์

เดือนพฤศจิกายน บุญกฐินชาวบ้านเริ่มตั้งแต่แรม 1 ค่ำ เดือน 11 ถึงวันขึ้น 15 ค่ำ เดือน 12 จะมีการเลือกและจองวัดที่จะนำกฐินไปทอดลงหน้า ในช่วงนี้ลูกหลานที่ไปทำงานต่างถิ่นจะนำกฐินมาทอดที่วัด

เดือนธันวาคม ในเดือนธันวาคมของทุก ๆ ปี มักจะมีการจัดงานส่งท้ายปีเก่าต้อนรับปีใหม่ ตามความเชื่อของชาวบ้านที่ว่าสิ่งที่ไม่ดีให้ผ่านพ้นไปในปีเก่าและในปีใหม่จะได้มีโชคลาภ เป็นต้น

ในแต่ละปีนั้นการสืบทอดวัฒนธรรมและประเพณีสำคัญต่าง ๆ ในรอบของแต่ละเดือนยังมีปฏิบัติกันอยู่อย่างต่อเนื่อง แต่ในบางพื้นที่จะมีบางประเพณีที่ชาวบ้านมีการว่างเว้นไม่ปฏิบัติด้วยสาเหตุและปัจจัยต่าง ๆ ที่ชุมชนคำนึงถึงความพร้อมของชุมชน เช่น บุญบั้งไฟ บุญสงกรานต์ บุญกฐินและลอยกระทง เป็นต้น

ความเชื่อ

ประชาชนชาวไทยนั้นมีความเชื่อเกี่ยวข้องกับเรื่องผีสืบต่อกันมา สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นความเชื่อในสิ่งที่เหนือธรรมชาติ ชาวบ้านส่วนใหญ่เชื่อกันว่าผีมีจริง และผีที่ชาวบ้านนับถือนั้นก็จะเป็นผีที่ดอนปู่ตามที่เคยปกป้องคุ้มครองชาวบ้าน เช่น การนับถือผีบ้าน ผีเรือน โดยจะมีการทำพิธีกรรมประกอบนิยมทำในช่วงงานขึ้นบ้านใหม่ การนับถือผีปู่ตาก็จะมีการเซ่นไหว้รวมไปถึงการบนบานศาลกล่าว และในอดีตนั้นชาวบ้านยังมีความเชื่อที่ต่าง ๆ ที่ปฏิบัติสืบต่อกันมาจนถึงปัจจุบันคือ

- การเคารพป่อหินศิลาสมัยก่อนมีน้ำขังตลอดปี ซึ่งชาวบ้านมองว่าเป็นน้ำศักดิ์สิทธิ์ ซึ่งปัจจุบันบางคนก็ยังเคารพนับถืออยู่
- กำแพงเมืองเก่า ซึ่งอยู่ภายในหมู่บ้าน หมู่ที่ 1 และหมู่ที่ 3 ซึ่งมีเค้าโครงกำแพงเก่า แสดงให้เห็นถึงความเก่าแก่ จึงมีการเคารพนับถือและชาวบ้านใกล้เคียง ต่างอำเภอ ต่างจังหวัด ได้เข้ามาศึกษาและกราบไหว้
- ความเชื่อเกี่ยวกับการเดินทางออกนอกบ้านไปทำงาน ถ้าเดินทางในวันอังคาร และวันอาทิตย์จะปลอดภัย

- ความเชื่อเรื่องการแต่งงาน มีความเชื่อว่า ควรจัดงานแต่งงานเฉพาะเดือนคู่เพื่อที่คู่แต่งงานจะได้อยู่กันยืนยาว และการแต่งงานต้องไม่อยู่ในช่วงเข้าพรรษาเด็ดขาด
- ความเชื่อเรื่องการปลูกสร้างบ้าน ต้องปลูกบ้านหลังการออกพรรษา ช่วงเข้าพรรษาไม่ควรปลูกสร้างบ้าน

การปกครองส่วนท้องถิ่นและภาวะผู้นำ

การปกครองส่วนท้องถิ่นนั้นประกอบด้วยผู้นำที่เป็นทางการที่ได้มาจากการเลือกตั้ง ประกอบด้วย ผู้ใหญ่บ้าน อบต. เป็นต้น ส่วนผู้นำทางธรรมชาติก็จะประกอบด้วย หมอสูตร หมอพรหมณ์ หมอยาและ หมอนวดแผนโบราณ เป็นต้น

ผู้นำทางการ เป็นผู้นำที่รับการเลือกตั้งจากประชาชนในชุมชน ซึ่งมีวาระและบทบาทหน้าที่ที่แตกต่างดังนี้

ให้คำปรึกษากับสมาชิกในชุมชน

2. เป็นตัวแทนในการเป็นผู้นำของชุมชนด้านงานพัฒนา
3. ตัดสินคดีความให้กับสมาชิกในชุมชน
4. รักษาความสงบเรียบร้อยในชุมชน
5. ดูแลความทุกข์สุขของสมาชิกในชุมชน
6. ประชาสัมพันธ์ข้อมูลข่าวสาร
7. จัดหางบประมาณหรือเงินทุนให้กับสมาชิกในชุมชน สร้างอาชีพเสริม

ณ ปัจจุบันในแต่ละหมู่บ้านมีผู้นำที่เป็นทางการตามตารางดังต่อไปนี้

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	หมู่ที่	ตำแหน่ง	ช่วงระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง
1	นายดำรง ทิพาศรี	1	ผู้ใหญ่บ้าน	2543 - ปัจจุบัน
2	นายน้อย สอนักดี	9	ผู้ใหญ่บ้าน	2535 - ปัจจุบัน
3	นายบิล แสนมาตย์	3	ผู้ใหญ่บ้าน	2531 - ปัจจุบัน
4	นายคำ สุมาลี	1	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	2543 - ปัจจุบัน
5	นายผืน พงษ์โรตง	1	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	2543 - ปัจจุบัน
6	นายวิรัตน์ ศรีมาน	9	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	2535 - ปัจจุบัน
7	นายสำลี ภูสังข์	3	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	2531

ลำดับ	ชื่อ - สกุล	หมู่ที่	ตำแหน่ง	ช่วงระยะเวลาการดำรงตำแหน่ง
8	นายสำรวย ตะกะศิลา	3	ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน	2541
9	นายชาย สีดา	1	อบต.	23 มิ.ย. 2544 – 2548
10	นายคุณ พรมสูงยาง	1	อบต.	23 มิ.ย. 2544 – 2548
11	นายสุนทร จำปาทอง	3	อบต.	23 มิ.ย. 2544 – 2548
12	นายพนม ยางเงิน	3	อบต.	23 มิ.ย. 2544 – 2548
13	นายสุพรรณ สิงห์ทองห้าว	9	อบต.	23 มิ.ย. 2544 – 2548
14	นายหมื่น สืบเพชร	9	อบต.	23 มิ.ย. 2544 – 2548

ผู้นำทางธรรมชาติ

ลักษณะของผู้นำทางธรรมชาตินั้น หมายถึง บุคคลที่ชาวบ้านต่างให้ความเคารพ ทั้งทางด้านความรู้ความสามารถของแต่ละตัวบุคคลและสามารถให้คำปรึกษาได้ทุกเรื่อง ซึ่งบุคคลที่จะกล่าวต่อไปนี้คือบุคคลที่เป็นผู้นำทางธรรมชาติ

ชื่อ - สกุล	หมู่ที่	บทบาทการเป็นผู้นำ
1. นายบุญช่วย พงไทยสงค์	1	หมอสุนท/หมอพราหมณ์ประจำหมู่บ้าน
2. นายจันดี ศรีมาน	1	หมอสุนท/หมอพราหมณ์ประจำหมู่บ้าน
3. นางนา ปาโล	9	หมอนวดแผนโบราณ
4. นายพลอย วงศ์สอัสต์	3	หมอยาสมุนไพร
5. นายคำมูล ศรีมาน	3	หมอยาสมุนไพร/นวดแผนโบราณ

ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนและกลุ่มชุมชน

ความสัมพันธ์ของคนในชุมชนในหมู่บ้าน ยังคงมีความเป็นเครือญาติ มีความเอื้อเฟื้อ เกื้อหนุนต่อกันแสดงให้เห็นถึงความเป็นระบบเครือญาติ ยังคงหลงเหลืออยู่อย่างชัดเจนในพื้นที่ เนื่องจากอดีตจนถึงปัจจุบันคนไทยถูกปลูกฝังให้เคารพผู้อาวุโสตามลำดับของวงศ์ตระกูล และเมื่อเกิดปัญหาขึ้นในครอบครัวผู้ที่เข้ามาแก้ไขปัญหาลำดับแรกคือ ผู้อาวุโสของตระกูล หรือผู้เฒ่าผู้แก่ในหมู่บ้าน เป็นผู้ที่มียศบารมีที่สำคัญในการสร้างความเข้าใจและสร้างความสามัคคีปองดองซึ่งกันและกัน

นอกจากระบบเครือญาติแล้วชาวบ้านยังมีการรวมกลุ่มกันในชุมชน การรวมกลุ่มของชาวบ้านเริ่มมีบทบาทมากขึ้นดังจะเห็นได้จากปัจจุบัน โดยเฉพาะการรวมกลุ่ม เพื่อช่วยเหลือด้านการพัฒนาทางเศรษฐกิจ เช่น กลุ่มเกษตรกรหมู่บ้าน กลุ่มฌาปนกิจศพหมู่บ้าน กลุ่มสัจจะออมทรัพย์ เป็นต้น

ทางด้านความสัมพันธ์ของคนในชุมชนนั้นเริ่มมาจากความสัมพันธ์เฉพาะบุคคลจะเริ่มจากระบบเครือญาติที่ใกล้ชิด หรือเพื่อนที่อยู่ใกล้กันหรือหมู่บ้านเดียวกัน ส่วนทางด้านความสัมพันธ์ของกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชนนั้นก็จะเริ่มจากการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้อย่างต่อเนื่องที่มีการเสนอความคิดเห็นต่าง ๆ มีการตกลงร่วมกันหรือปฏิบัติการกิจกรรมร่วมกัน เป็นต้น

ผลการดำเนินกิจกรรม

ทั้ง 3 หมู่บ้าน ต่างก็มีกิจกรรมร่วมกันอยู่เป็นประจำไม่ว่าจะเป็น กลุ่มออมทรัพย์ กลุ่มฌาปนกิจศพ ซึ่งชาวบ้านสามารถจัดการกิจกรรมต่าง ๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ สิ่งต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นหลังจากเสร็จสิ้นกิจกรรมต่าง ๆ แล้ว ทำให้ชาวบ้านเกิดการเรียนรู้ และความสามัคคีในการจะทำกิจกรรมต่าง ๆ ต่อไปในอนาคต

ปัญหา ความขัดแย้ง และการช่วยเหลือ

สภาพปัญหาความขัดแย้งระหว่างตัวบุคคลในชุมชนยังไม่เห็นชัดเจน แต่ในเรื่องของแนวคิดในการทำงาน โดยเฉพาะทัศนคติต่อคนที่เป็โรคเอดส์ และญาติ พี่น้องของผู้ติดเชื้อเอดส์ค่อนข้างไม่มีการยอมรับ มีการแสดงการรังเกียจ ไม่ยอมรับ และมองปัญหาเอดส์เป็นปัญหาที่ไม่ควรให้ความสำคัญและร่วมมือแก้ไขปัญหาเท่าไร เนื่องจากยังมองว่าเป็นเรื่องที่ไกลตัวของตนเองและครอบครัว

ระเบียบ ข้อปฏิบัติ กฎเกณฑ์ของชุมชน

การอยู่ร่วมกันในสังคมนั้นย่อมมีปัญหาที่แตกต่างกันออกไปและต้องมีข้อห้ามหรือข้อกำหนดต่าง ๆ เพื่อทุก ๆ คนจะได้อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุข การกำหนดกฎเกณฑ์ก็เป็นอีกข้อหนึ่งที่จะทำให้คนในชุมชนสามารถอยู่ร่วมกันได้ บ้านคูเมืองก็เป็นอีกหนึ่งหมู่บ้านที่มีกฎเกณฑ์หรือระเบียบที่ต้องปฏิบัติดังนี้

1. ทุกครัวเรือนในหมู่บ้านจะต้องทำบุญเลี้ยงบ้านทุกปี เพื่อเป็นศิริมงคลแก่บ้านและขอให้ฟ้าฝนตกต้องตามฤดูกาล
 2. เคารพผู้มีปัญญาชาวบ้าน เช่น พ่อเมือง พระสงฆ์ หมอสมุนไพร
 3. ผิดายโง่ไม่ให้เฝ้าในหมู่บ้านต้องนำไปฝังเท่านั้น
- สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้คือ ข้อกำหนดที่ชาวบ้านได้สร้างขึ้นและปฏิบัติสืบต่อกัน และเมื่อเกิด

ความขัดแย้งต่าง ๆ ก็จะมีบทลงโทษของชุมชนเอง หากแต่เป็นเรื่องร้ายแรงชาวบ้านจะมีการปรับเปลี่ยนบทลงโทษไปตามยุคสมัย โดยจะมีหลักในการจัดการความขัดแย้ง ความผิด โดยยึดหลักตามกฎหมายส่วนบทลงโทษจากชุมชนคือ การไม่คบค้าสมาคมกับผู้ที่ทำให้ผิด เป็นต้น

ทรัพยากรธรรมชาติ

ดิน

ลักษณะของดินในบ้านคูเมืองนั้นพื้นที่ส่วนใหญ่เป็นที่ดอน ดินส่วนมากเป็นดินร่วนปนทราย ไม่สามารถกักเก็บน้ำได้ตลอดปี ประกอบกับสภาพแร่ธาตุในดินเริ่มเสื่อมสภาพทำให้ดินเค็ม สาเหตุก็เกิดจากสภาพหน้าดินถูกปรับแต่ง โดยการเผาฟางข้าว หญ้า ทำให้เกิดผลกระทบต่อชาวนาทางด้านผลผลิตเนื่องจากจุลินทรีย์ที่อาศัยอยู่ตามหน้าดินตายไป ทำให้ผลผลิตในการทำนาแต่ละปีลดน้อยลง แต่กลับมีภาระหนี้สินเพิ่มมากขึ้น เกษตรกรหลายคนต้องเดินทางเข้าสู่เมืองใหญ่ เพื่อหาเงินมาชำระหนี้สินดังกล่าว และอาชีพที่ชาวบ้านในหมู่บ้านนิยมที่จะไปขายแรงงานคือ อาชีพประมง เพราะมีรายได้ดีมาก

การถือครองที่ดิน

บ้านคูเมือง หมู่ที่ 1 บ้านโนนคูเมือง หมู่ที่ 3 และบ้านศรีคูเมือง หมู่ที่ 9 มีที่ดินทั้งหมด 4,208 ไร่

- ที่ดินที่มีโฉนด 3,691 ไร่
- ที่ดินที่เป็น นส.3 197 ไร่
- ที่อื่น ๆ (สค.) 407 ไร่
- ที่ดินที่ใช้ในการทำการเกษตร 3,805 ไร่
- ที่ดินที่เป็นที่อยู่อาศัย 403 ไร่

แหล่งน้ำ

ปัจจุบันแหล่งน้ำที่ชาวบ้านใช้มีจำนวน 3 แหล่ง และมีน้ำตลอดทั้งปี คือ หนองตุ หนองฮูมวด คลองทอดน้ำจากลำเสียวน้อย การจัดการระบบชลประทานของหมู่บ้านนั้น ชาวบ้านจะใช้คลองส่งน้ำที่อยู่นอกหมู่บ้านในการใช้เลี้ยงดูสัตว์เลี้ยง ปลูกพืชผักสวนครัว และยังใช้ประโยชน์จากการจับสัตว์น้ำมาอุปโภคบริโภคในครัวเรือน เป็นต้น

ป่า

สภาพพื้นป่าของบ้านคูเมืองนั้นในอดีตมีจำนวนเพียงพอต่อการใช้งาน ปัจจุบันเนื่องจากจำนวนประชากรเพิ่ม มีการบริโภคเพิ่มขึ้น ประกอบกับการบุกรุกถากถางป่า เพื่อสร้างที่ทำกิน ทำให้ผืนป่าลดน้อย

ลงไปอย่างเห็นได้ชัด จำนวนป่าที่หลงเหลืออยู่ ณ ปัจจุบันนี้ทั้ง 3 หมู่บ้านมีเพียง 14 ไร่ ตั้งอยู่ในเขตการปกครองของหมู่ที่ 1 ชาวบ้านจึงจัดให้เป็นพื้นที่ดอนปู่ตา เพื่อสะดวกในการดูแลรักษาป่าร่วมกันของชาวบ้าน โดยใช้วิธีดั้งเดิม คือ ความเชื่อในเรื่องของผีปู่ตาเข้ามามีการจัดการดูแล

ประโยชน์จากพื้นที่ป่าที่ชาวบ้านได้รับในชุมชนคือ การได้เข้าไปเก็บหาของป่ามารับประทานในครอบครัวและยังสามารถเก็บเศษไม้แห้งมาใช้ในการหุงหาอาหารได้

สภาพเศรษฐกิจ

การประกอบอาชีพ

1. ภาคการเกษตร ด้านการเพาะปลูกชาวบ้านส่วนมากประกอบอาชีพทำนาทั้งหมด และประเภทของการทำนามีทั้งนาหว่านและนาดำ ส่วนของการทำนาแบบธรรมชาตินั้นชาวบ้านได้เลิกทำไปตั้งแต่ พ.ศ. 2539 เพราะผลผลิตที่ได้มีปริมาณน้อย และในแต่ละปีชาวบ้านสามารถทำนาได้เพียงปีละ 1 ครั้ง และนิยมปลูกข้าวเหนียวเพื่อบริโภคและปลูกข้าวหอมมะลิเพื่อส่งขาย

การเลี้ยงสัตว์ การเลี้ยงสัตว์เป็นอาชีพหนึ่งที่ชาวบ้านนิยมทำควบคู่กันไประหว่างการทำนา และเมื่อสิ้นสุดการทำนาก็ยังคงปฏิบัติเช่นเดิม สัตว์ที่ชาวบ้านนิยมเลี้ยงในหมู่บ้านคือ โค กระบือ เป็ด ไก่และสุกร เป็นต้น

นอกภาคเกษตร ปัจจุบันเมื่อเสร็จการทำนาชาวบ้านมีเวลาเพิ่มขึ้น ทำให้มีการหาอาชีพเสริมเข้ามาทำในช่วงหลังเก็บเกี่ยวผลผลิต และอาชีพที่นิยมทำกันมากคือ การทอผ้า ทอ絲 และงานสานต่าง ๆ และบางส่วนที่อยู่ในวัยแรงงานจะอพยพย้ายถิ่นเข้าสู่เมืองใหญ่เพื่อไปขายแรงงาน เป็นต้น

ต้นทุนในการผลิต

การลงทุนในการประกอบอาชีพทำนาของชาวบ้านในแต่ละปีนั้น ชาวนาต่างประสบกับปัญหาเรื่องของการนำเงินมาลงทุนหมุนเวียนทุกปี เพราะแต่ละปีปริมาณของการใช้ปุ๋ยเคมีสารกำจัดศัตรูพืช รวมไปถึงค่าจ้างจ้าง เทคโนโลยีต่าง ๆ ที่เข้ามาลงทุนในการผลิตมีราคาสูง ประกอบกับราคาของผลผลิตที่ตกต่ำเกือบทุกปี ทำให้ชาวบ้านมีภาระหนี้สินเพิ่มมากขึ้นเป็นจำนวนมาก และในส่วนปัจจัยที่ใช้ในการผลิตที่สำคัญของเกษตรกรในการทำนาประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ปัจจัยที่สามารถผลิตเองและปัจจัยที่ซื้อจากภายนอก

ปัจจัยที่ผลิตเอง หมายถึง สิ่งที่ชาวบ้านสามารถพึ่งพาตนเองได้ ไม่ได้พึ่งพาจากภายนอก เช่น ที่ดินทำกิน พันธุ์ข้าว และแรงงานจากสมาชิกในครอบครัว เป็นต้น

ปัจจัยที่พึ่งพาภายนอก หมายถึง สิ่งต่าง ๆ ที่ชาวบ้านไม่สามารถพึ่งพาตนเองได้ต้องอาศัยพึ่งพาจากภายนอก ยกตัวอย่าง เช่น รถเกี่ยวข้าว รถไถนาเดินตาม ปุ๋ยเคมีและสารกำจัดศัตรูพืช ฯลฯ สิ่ง

ต่าง ๆ เหล่านี้ปัจจุบันชาวบ้านต้องพึ่งพาจากภายนอกทั้งหมดและในแต่ละปีชาวบ้านจำเป็นต้องเพิ่มปริมาณของต้นทุนการผลิตขึ้นเรื่อย ๆ เนื่องจากไม่สามารถผลิตเองได้

การจัดการผลผลิตและการตลาด

การจัดการทางด้านผลผลิตในแต่ละปีนั้น ชาวบ้านมักจะนำข้าวไปขายให้พ่อค้าคนกลางรายย่อย และจำหน่ายข้าวออกสู่ตลาดเมื่อยามจำเป็นที่จะต้องใช้เงิน ราคาในการจำหน่ายในแต่ละปีมักจะเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสของเศรษฐกิจ ยกตัวอย่างราคาข้างในปี 2545 ข้าวหอมมะลิใหม่ราคา กิโลกรัมละประมาณ 5.00 บาท - 6.50 บาท ส่วนข้าวเหนียวราคา กิโลกรัมละประมาณ 3.50 บาท - 5.50 บาท และแหล่งตลาดส่วนมากจะอยู่ในตัวอำเภอ เกษตรกรจำต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นในการขนส่ง ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เกษตรกรมีหนี้สินเพิ่มขึ้น

การสนับสนุนขององค์กรภายนอก

ความสัมพันธ์ขององค์กรกับหน่วยงานภายนอก สำนักงานเกษตรและสหกรณ์อำเภอ และธนาคารเพื่อเกษตรและสหกรณ์ (ธ.ก.ส.) เป็นองค์กรที่สนับสนุนทางด้านวิชาการ และประกันราคาข้าวให้แก่ชาวบ้านซึ่งชาวบ้านทุกครัวเรือนเป็นสมาชิก รูปแบบของการสนับสนุนจากหน่วยงานสู่ประชาชน สามารถแบ่งออกได้เป็น 3 ลักษณะ คือ

- ให้ความรู้เชิงวิชาการด้านการเกษตร
- ประกันราคาข้าวทุกปี (จำนองข้าว)
- บริการขายปุ๋ยเคมีให้เกษตรกรที่เป็นสมาชิก

สภาพปัญหาของสมาชิกในชุมชนที่เกิดจากการประกอบอาชีพในปัจจุบันนี้มักเป็นปัญหาทางด้านเศรษฐกิจมากกว่าปัญหาอื่น ๆ โดยปัญหาที่พบส่วนมากในชุมชนคือ

- ราคาข้าวตกต่ำ ไม่คุ้มทุนที่ลงไป
- ภาระหนี้สินที่ชาวบ้านกู้เพื่อการลงทุนที่เพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ
- หลังฤดูกาลผลิต ไม่มีอาชีพเสริมรายได้ ประชากรว่างงาน

ส่วนปัญหาทางด้านสังคมและวัฒนธรรมที่พบในชุมชนและเป็นปัญหาหลักในขณะนี้คือเยาวชนบางส่วนติดยาเสพติดและสมาชิกในชุมชนมีการศึกษาที่ค่อนข้างจัดอยู่ในระดับต่ำอยู่

บทที่ 3

การวิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเอดส์ในชุมชน

3.1 การวิเคราะห์สถานการณ์

3.1.1 วิธีการเก็บข้อมูล

ทีมวิจัยได้วางแผนการศึกษาข้อมูลเชิงลึกที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคเอดส์ในชุมชน โดยใช้วิธีการต่างๆ ดังนี้

1. ศึกษาข้อมูลกิจกรรมหรือโครงการที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ได้ดำเนินการในชุมชน ทั้งส่วนขององค์กรภาครัฐ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด+อำเภอ) และองค์การพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ (เครือข่ายผู้นำสตรีด้านเอดส์) หรือบทเรียนจากหน่วยงานองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อรวบรวมข้อมูลกิจกรรมโครงการต่างๆ ว่ามี หน่วยงานใดบ้าง ? ได้ดำเนินการกิจกรรมอะไรบ้าง ? รูปแบบวิธีการเป็นอย่างไร? ผลการดำเนินการที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? ตลอดจน ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการที่ผ่านมาเป็นอย่างไร? โดยสรุปจากเอกสาร สรุปบทเรียน ประสิทธิภาพการทำงานของหน่วยงานนั้นๆ

2. สัมภาษณ์รายบุคคล ในพื้นที่ชุมชนเป้าหมายโดยใช้แบบสอบถามปลายเปิด สัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) กับบุคคลสำคัญของชุมชน เช่น ผู้นำท้องถิ่น ภูมิปัญญาชาวบ้าน ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ และญาติหรือผู้ที่ได้รับผลกระทบ กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และผู้ทำงานเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ เช่น หัวหน้าฝ่ายงานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จำนวนทั้งหมด 50 คน โดยใช้วิธีการสำรวจข้อมูลร่วมกับชุมชนถึงพื้นฐานด้านเศรษฐกิจที่เป็นสาเหตุหรือปัจจัยให้อพยพย้ายถิ่นขายแรงงานของชุมชน สาเหตุของการติดเชื้อเอดส์ในหมู่บ้าน ของกลุ่มต่างๆ ข้อมูลด้านสถิติตัวเลขจริงของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ที่เปิดเผยตัวในชุมชน และผลกระทบต่อชุมชนกับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนเพื่อนำข้อมูลที่ได้นำไปสู่การวิเคราะห์ และวางแผนอันจะนำไปสู่การปฏิบัติการเพื่อการแก้ไขปัญหาร่วมกับชุมชนต่อไป

3. เสวนากลุ่มย่อย (Focus group discussion) ได้จัดให้มีการเสวนากลุ่มย่อยในชุมชน 6 ครั้ง เพื่อศึกษาข้อมูล ความคิดเห็นและทัศนคติของกลุ่มเป้าหมายต่อเรื่องเอดส์ รูปแบบ แนวทางการลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน

ในการเสวนากลุ่มย่อยแต่ละครั้งทีมวิจัยจะจัดเตรียมประเด็นในการเสวนา เตรียมทีมวิจัยชุมชนเพื่อเป็นผู้ดำเนินการเสวนากลุ่มย่อย เตรียมสื่อ อุปกรณ์ และประสานกลุ่มเป้าหมายเข้าร่วมกิจกรรม

ในเวทีเสวนาจะจัดโต๊ะแบบครึ่งวงกลม โดยมีผู้ดำเนินการอภิปราย ซึ่งเป็นผู้จุดประเด็นเพื่อให้มีการแลกเปลี่ยนหรือเสวนา จัดให้มีผู้จดบันทึกการประชุม และเมื่อเสร็จจากการเสวนาจะประชุมทีมวิจัยชุมชนเพื่อร่วมกันวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้แต่ละครั้ง ทีมวิจัยในชุมชนติดตามข้อมูลเพิ่มเติมในชุมชนและสรุปเป็นราย

งาน มีการจัดเวทีทั้งหมด 6 ครั้ง เพื่อให้ได้ครบทุกกลุ่มเป้าหมาย ผลของการเสวนากลุ่มย่อยดังปรากฏในภาคผนวก ข

ครั้งที่ 1 วันที่ 13 ตุลาคม 2544 ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน

กลุ่มเป้าหมาย แก่นนำแม่บ้าน 21 คน

ครั้งที่ 2 วันที่ 15 ตุลาคม 2544 ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน

กลุ่มเป้าหมาย แก่นนำพ่อบ้าน 15 คน

ครั้งที่ 3 วันที่ 19 ตุลาคม 2544 เวลา 09.00 – 12.30 น. ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน

กลุ่มเป้าหมาย แก่นนำเยาวชนชาย 10 คน

ครั้งที่ 4 วันที่ 19 ตุลาคม 2544 เวลา 13.00 – 16.30 น. ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน

กลุ่มเป้าหมาย แก่นนำเยาวชนหญิง 13 คน

ครั้งที่ 5 วันที่ 3 พฤศจิกายน 2544 ณ ศาลาประชาคมหมู่บ้าน

กลุ่มเป้าหมาย แก่นนำชุมชน 11 คน

ครั้งที่ 6 วันที่ 6 พฤศจิกายน 2544 ณ สถานีอนามัยบ้านคูเมือง

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มผู้ติดเชื้อ 6 คน

ผลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์

1. สถานการณ์ด้านสังคม

ในหมู่บ้านที่ทำการวิจัย คนในชุมชนโดยเฉพาะพ่อ แม่ ผู้ปกครองมักไม่ส่งเสริมให้ลูกหลานได้เรียนหนังสือ เพราะจะทำให้เสียเวลาหาเงิน เมื่อจบการศึกษาภาคบังคับจะส่งลูกไปทำงานทันที จากการที่กลุ่มผู้ลงเรือประมงมีรายได้ดีและมีชีวิตความเป็นอยู่ที่ดีขึ้น จึงอยากให้ลูกหลาน หรือแม้แต่สามีของตนไปรับจ้างลงเรือประมง เพราะนอกจากจะสามารถกู้ยืมเงินก่อนล่วงหน้าได้ เวลากลับจากการไปรับจ้างลงเรือประมงยังมีอาหารทะเล เช่น ปลาหมึก ปลาทะเล กลับมาฝากญาติพี่น้องที่บ้าน ส่วนมากเมื่อเห็นคนไปมีรายได้ดีคนอื่นก็อยากไปกับเขาบ้าง คนที่ไม่ไปมักเกิดการเปรียบเทียบหรือพูดเสียดสีกัน เช่น คนที่อยู่บ้านเฉยๆไม่มีงานทำ จะถูกมองว่าเป็นคนขี้เกียจ เป็นคนที่ห่างกรรยาไม่ได้ เกะเมียกิน ฯลฯ จึงเป็นแรงผลักดันให้ชาวบ้านที่อยู่ในวัยแรงงานอยู่ในชุมชนไม่ได้ ส่วนเด็กและเยาวชน เมื่อเห็นรุ่นพี่ไปรับจ้างลงเรือประมงกลับมามีเครื่องเสียง มีโทรทัศน์ เครื่องเล่น VCD รถจักรยานยนต์ มีเงินเที่ยวก็มีความรู้สึกลอยลางเหมือนกับเขาบ้าง จึงตัดสินใจไปทำงานประมงหรือเข้ากรุงเทพฯ

จากการศึกษากลุ่มชาวประมงหรือผู้ที่เคยอพยพย้ายถิ่นไปขายแรงงานทั้งประมงและรับจ้างทั่วไปในกรุงเทพฯ พบว่ากลุ่มแรงงานส่วนมากมีความรู้สึกคล้ายกัน คิดว่าอยู่บ้านไม่มีอะไรดีแน่นอน บางคนต้องยืมเงินล่วงหน้าก่อนค่อยไปทำงาน ขดใช้ภายหลัง บางคนมีหนี้สินล้นตัว อยู่บ้านไม่ได้ บางคนเห็นเขามี

บ้านสวยๆ มีเงินซื้อที่ดิน ซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกก็อยากมีบ้าง ความคิดดังกล่าวจึงเป็นแรงผลักดันให้จำเป็นต้องอพยพไปขายแรงงาน นอกจากนี้การที่กลุ่มผู้ไปรับจ้างลงเรือประมงที่เล็กหรือหุคแล้วก็มีชีวิตความเป็นอยู่ดีขึ้น บางคนเป็นนายทุนปล่อยเงินกู้ให้แก่ชาวบ้าน ก็ยังเป็นตัวกระตุ้นให้คนอยากไปลงเรือมากขึ้น จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์สำหรับคนที่ยังคงไปรับจ้างลงเรือประมง เขามองว่าเป็นงานที่สบาย รายได้ดี ชีวิตบนเรือก็มีอาหารที่ดีๆ รับประทาน อยากเที่ยวก็มีเรือทัวร์มารับขึ้นฝั่งเที่ยวได้ตลอด ขอให้ปฏิบัติตามระเบียบของหัวหน้า เมื่อถูกถามว่าเขาไม่กลัวเหตุการณ์ที่อาจจะเกิดขึ้นเหมือนพายุเกย์หรือ เขามองว่า เป็นเรื่องของดวง อะไรจะเกิดก็เกิด ถึงคราวเคราะห์อยู่ที่ไหนก็ตาย ข้อจำกัดของลูกเรือประมงที่ได้สัมภาษณ์พบว่าคนที่อยู่บนเรือทำอะไรต้องทำด้วยกัน เช่น เที่ยวก็เที่ยวด้วยกัน เสพยากก็ต้องเสพเหมือนกัน เล่นการพนันก็เล่นด้วยกัน เพราะชีวิตส่วนใหญ่อยู่บนเรือและอยู่ในทะเลเป็นเวลานานเป็นปี

2. การรับรู้ ความรู้ความเข้าใจต่อเรื่องโรคเอดส์

จากการศึกษาโดยใช้วิธีการสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน 3 คน อาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน จำนวน 10 คน และการจัดเสวนากลุ่มย่อย กลุ่มพ่อบ้าน แม่บ้าน กลุ่มเด็ก เยาวชน กลุ่มแรงงานประมงขึ้นถิ่น และกลุ่มผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ และญาติ ครอบครัว กลุ่มละ 2 ครั้ง ที่ผ่านมามีพบว่าแรงงานอพยพย้ายถิ่นไปขายแรงงานประมงไม่มีโอกาสได้ศึกษาเรียนรู้เรื่องโรคเอดส์ และไม่ทราบด้วยว่าโรคเอดส์ติดต่ออย่างไร จะมีวิธีการป้องกันอย่างไรที่จะไม่ให้ตัวเองติดเชื้อเอดส์ จากการศึกษาถึงสาเหตุที่แรงงานอพยพย้ายถิ่นไปลงเรือประมงไม่ได้เรียนรู้เรื่องโรคเอดส์ เพราะกลุ่มคนที่ไปลงเรือประมงจะอพยพไปขายแรงงานตั้งแต่เล็ก จบการศึกษาระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 4 ก็เข้าสู่ตลาดแรงงาน ลักษณะการทำงานก็ใช้ชีวิตอยู่บนเรือในทะเลส่วนใหญ่บนเรือจะไม่มีเครื่องมือสื่อสารใดๆในการรับรู้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ แรงงานประมงขึ้นฝั่งก็ต่อเมื่อขึ้นมาเที่ยวซื้อสิ่งของเครื่องใช้ หรือต่อเมื่อเรือใหญ่ถึงกำหนดขึ้นฝั่ง แรงงานส่วนหนึ่งจะกลับบ้านพักผ่อนประมาณ 1-2 สัปดาห์ แล้วก็กลับไปทำงาน โดยปกติแล้วแรงงานประมงจะมีโอกาสกลับบ้าน 2 ปี ต่อครั้ง

ส่วนชาวบ้านที่อยู่ในชุมชน จากการศึกษาพบว่า ที่ผ่านมามีชาวบ้าน โดยเฉพาะพ่อบ้าน แม่บ้านที่สามีอพยพไปขายแรงงานหรือแม้แต่ผู้นำชุมชน เช่น ผู้ใหญ่บ้าน ผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน อบต. เด็ก เยาวชน ยังคงมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องเอดส์ที่ไม่ชัดเจน และไม่ถูกต้อง มองเรื่องเอดส์เป็นเรื่องไกลตัว ไม่สนใจในการป้องกันตัวเอง โอกาสการเรียนรู้เรื่องเอดส์มีน้อยมาก จะมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยคัดเลือกตัวแทนอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้านๆละ 2-3 คน เข้าร่วมอบรมปีละหนึ่งครั้ง สื่อเอกสารที่ได้รับแจกส่วนมากจะอยู่ที่บ้านผู้ใหญ่บ้าน หรือบ้านคนที่ถูกคัดเลือกเข้าร่วมอบรม ชาวบ้านคนอื่นๆไม่มีโอกาสได้ศึกษาและเรียนรู้ สำหรับสื่อวิทยุ โทรทัศน์ ถ้าเป็นรายการที่มีสาระเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ ชาวบ้านจะไม่สนใจดูหรือเปิดฟัง ปัจจุบันถึงแม้ว่าจะพบว่าผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตเพิ่มสูงขึ้นเรื่อยๆ แต่ยังพบว่าชาวบ้านยังไม่ตระหนักต่อการป้องกันตนเอง ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยง และมองว่าเอดส์เป็นเรื่องของคนสาละอ่อน เมื่อมีผู้ติดเชื้อในชุมชน

ไม่กล้าเข้าไปใกล้ ไปสัมผัสเพราะกลัวจะติดเชื้อเอดส์จากคนที่ เป็นโรคเอดส์ กลัวคนเป็นเอดส์มากกว่ากลัว การติดเชื้อจากพฤติกรรมของตัวเอง ญาติ ครอบครัว ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ก็ไม่เข้าใกล้ ไม่อยากจะดูแลเพราะ มองว่าตัวเองจะติดเชื้อด้วย

กลุ่มแรงงานอพยพย้ายถิ่นที่ไปรับจ้างลงเรือประมงและไปรับจ้างทั่วไปในกรุงเทพฯ และจังหวัด ประจวบฯ ส่วนใหญ่จะเป็นกลุ่มวันรุ่นอพยพย้ายไปขายแรงงานตั้งแต่จบการศึกษาภาคบังคับ กลุ่มที่ลงเรือ ประมงจะมีทั้งคนโสดและคนที่มีครอบครัวแล้ว การทำงานจะแข่งขันกันเพื่อให้ได้เงินหรือค่าตอบแทน จำนวนมาก เมื่อมีการแข่งขันกันก็จำเป็นต้องใช้สารกระตุ้นร่างกาย เช่น สุราหรือสารเสพติดชนิดต่างๆ ทำให้มีการใช้สารเสพติดมากโดยเฉพาะชนิดฉีดเข้าเส้น เมื่อได้เงินก็ชวนกันดื่มสุราและขึ้นฝั่งเพื่อเที่ยวหญิง บริการ การใช้เข็มฉีดยาสารเสพติดก็มักใช้ร่วมกัน เพราะนานๆถึงจะมีโอกาสขึ้นฝั่งครั้งหนึ่ง ส่วนการเที่ยวหญิง บริการ ส่วนมากก็จะนิยมเที่ยวหญิงบริการโดยไม่มีการป้องกัน เพราะถูกเรือส่วนมากจะมีเงินและจะเลือก หญิงบริการที่ราคาแพงๆ ซึ่งมองว่าสะอาด ปลอดภัย ไม่คิดว่าตัวเองจะได้รับเชื้อโรคเอดส์ หรือแม้ได้รับเชื้อ ในระยะแรกก็จะคิดไม่ถึง กว่าจารู้ตัวก็ต่อเมื่อป่วยจนไม่สามารถจะทำงานได้แล้ว จึงไปพบแพทย์และตรวจ เลือด เมื่อป่วยหนักก็จะเดินทางกลับบ้านเพื่อรักษาตัวหรือกลับไปตายบ้าน ในกรณีที่คนที่ป่วยหนักเมื่อกลับ มาอยู่บ้าน แม้ไม่บอกคนอื่น ชาวบ้านทั่วไปก็จะรู้เลยว่าคนนั้นติดเชื้อเอดส์จากการสังเกตอาการ และชาวบ้าน จะแสดงอาการรังเกียจ ไม่เข้าใกล้ทันที ส่วนกรณีที่ป่วยและอาการไม่หนักเมื่อกลับมาอยู่ในชุมชนก็จะปิด ภรรยาหรือญาติพี่น้อง และมีเพศสัมพันธ์กับภรรยาโดยไม่ป้องกันใดๆทั้งสิ้น ยังผลให้ภรรยาได้รับเชื้อเอดส์ โดยไม่รู้ตัว ลูกที่เกิดมาก็ติดเชื้อเอดส์จากแม่ เมื่อพ่อแม่ป่วยหรือเสียชีวิต ลูกที่เกิดมาเป็นเด็กกำพร้าอาศัยอยู่ กับตายายในชุมชน

(3) ทศนคติ / ความคิด / ความเชื่อของคนในชุมชน

จากการศึกษาความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ของกลุ่มเยาวชน กลุ่มพ่อบ้าน แม่บ้าน กลุ่ม แก่นนำชุมชน กลุ่มแรงงานลงเรือประมง และครอบครัวจำนวน 11 ครอบครัว กลุ่มผู้ติดเชื้อและญาติ ครอบครัวผู้ติดเชื้อ จำนวน 8 ครอบครัว ชาวบ้านมองว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่เกี่ยวกับตัวเอง เป็นโรคที่เกี่ยวกับคน ล่าถ่อนทางเพศ เกี่ยวกับหญิงบริการทางเพศและคนที่ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเท่านั้น ความรู้เกี่ยวกับ เอดส์ ส่วนมากรู้ข้อมูลจากสื่อวิทยุ โทรทัศน์ และเอกสารจากสำนักงานสาธารณสุขแจกให้ หรือได้รับข้อมูล จากผู้ใหญ่บ้าน อาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ผ่านหอกระจายข่าวประจำ หมู่บ้าน ซึ่งได้รับรู้ปีละ 1-2 ครั้ง เนื้อหาที่กลุ่มเป้าหมายได้รับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์จะเป็นว่าโรคเอดส์คืออะไร เชื้อไวรัสเอดส์ ติดจากอะไร ซึ่งส่วนมากจะรู้ว่ามี 3 ทาง ได้แก่ เพศสัมพันธ์ เข็มฉีดยาสารเสพติด แม่ สูบบุหรี่ อาการของผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้ายเป็นอย่างไร ข้อควรระวังเมื่ออยู่ใกล้ผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น

จากการศึกษาการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชนกับผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มเป้าหมายในชุมชน โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อที่มีอาการ ไม่หนักหรือยังไม่มีโรคแทรกซ้อนจะไม่กล้าเปิดเผยตัวให้ญาติพี่น้องได้รับรู้ จะเปิดเผยตัวก็ต่อเมื่ออาการหนัก หรือ ไม่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้แล้ว ส่วนญาติ พี่น้องหรือเพื่อนบ้านเมื่อทราบข่าวว่าใครเป็นผู้ป่วยเอดส์จะไม่เข้าใกล้ ไม่กล้าเข้าไปสัมผัสเพราะกลัวติดเชื้อเอดส์ และมีแนวคิดอยากให้ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตัวทุกคน เมื่อเปิดเผยตัวจะได้เฝ้าระวัง ไม่ไปคลุกคลีด้วย หรือถ้าหากเป็นไปได้อยากให้ผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอดส์ไปอยู่ที่ที่เฉพาะซึ่งแยกออกจากชุมชนเป็นสัดส่วนเฉพาะ และไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมทางสังคมด้วย เช่น การไปทำบุญวัดกัศยัตถ์ การไปทำกับข้าวในงานประเพณีต่างๆ ผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตชาวบ้านส่วนใหญ่จะไม่ไปร่วมงานศพ หรือรับประทานอาหารที่บ้านของผู้ป่วยที่เสียชีวิต

จากการศึกษากลุ่มองค์กรชุมชนต่างๆที่มีอยู่ในพื้นที่ เช่น กลุ่มผู้นำชุมชน กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุข กลุ่มแกนนำพ่อบ้าน แม่บ้าน กลุ่มออมทรัพย์หมู่บ้านและสมาชิกองค์การบริหารส่วนตำบล ต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน กลุ่มองค์กรชุมชนต่างๆ รวมทั้งคณะกรรมการหมู่บ้าน ได้จัดกิจกรรมรณรงค์ผ่านหอกระจายข่าวเพื่อสร้างการยอมรับและเข้าใจผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอดส์เป็นช่วงๆ และประสานงานความร่วมมือกับหน่วยงานระดับอำเภอ เพื่อการขอทุนสงเคราะห์ช่วยเหลือครอบครัวผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาวิถีชีวิตของคนในชุมชนทั้ง 3 หมู่บ้านพบว่า เมื่อสมัย ปู่ ย่า ตา ยาย มีความผูกพันกันมาก พ่อแม่ได้อยู่กับลูกและทำกิจกรรมร่วมกัน เช่น รับประทานอาหารร่วมกัน ทำนาด้วยกัน การทำอาชีพก็จะลงแรงด้วยกัน ใครมีอะไรมาแบ่งปันกันกินกันใช้ แต่พอช่วงหลังวิถีชีวิตของชาวบ้านได้เปลี่ยนไป การช่วยเหลือซึ่งกันและกันก็มีน้อย เงินเข้ามามีบทบาทมากขึ้น ดังเห็นจากการทำนาต้องจ้างแรงงานในหมู่บ้านเดียวกันวันละ 140 บาท ชีวิตประจำวันของคนในชุมชนต่างคนต่างอยู่ ต่างคนต่างทำ มีการแข่งขัน จึงคิดชิงเด่นมากขึ้น มีค่านิยมการแต่งตัวตามสมัยนิยมของเด็กวัยรุ่น และกลุ่มแม่บ้านในหมู่บ้าน เช่น เสื้อสายเดี่ยว เกาะอก รองเท้าส้นตึก การจับกลุ่มดื่มสุราเวลาว่างหรืองานบุญประเพณีต่างๆ ทั้งเด็กและผู้ใหญ่อยู่ในวงเดียวกัน สนุกสนานตลอดทั้งปี ค่านิยมเรื่องการแข่งขันกันสร้างบ้านหลังใหญ่ๆ และซื้อสิ่งอำนวยความสะดวกอย่างครบครัน อาทิ โทรทัศน์ วิทยุ เครื่องเสียง ตู้เย็น พัดลม เครื่องซักผ้า เตาแก๊ส หม้อหุงข้าวไฟฟ้า รถไถนาเดินตาม รถจักรยานยนต์ รถยนต์ ฯลฯ ซึ่งส่วนมากจะเป็นเงินผ่อนส่งระยะยาว แหล่งเงินกู้ของชาวบ้านส่วนมากจะเป็นแหล่งเงินกู้ในระบบที่มีอยู่ในชุมชนดอกเบี้ยค่อนข้างสูง จากการสอบถามพบว่า ดอกเบี้ยต่ำสุดร้อยละ 8 บาทต่อเดือน สูงสุดร้อยละ 15 บาทต่อเดือน

(4) กลไกการทำงานเพื่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน

จากการศึกษาพบว่าแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2545 - 2549ซึ่งมีการบริหารจัดการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการนั้น ได้ใช้เป็นกรอบการดำเนินงานของทุกภาค

ส่วนของสังคมที่เกี่ยวข้อง ตั้งแต่ระดับชาติ จังหวัด อำเภอ และท้องถิ่น ทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ ภาครัฐกิจเอกชน องค์กรชุมชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในระดับจังหวัดได้แต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหายเอดส์จังหวัดร้อยเอ็ด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดร้อยเอ็ดเป็นประธาน คณะอนุกรรมการ และหัวหน้าส่วนราชการทุกส่วนราชการเป็นคณะอนุกรรมการร่วม มีนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดร้อยเอ็ด เป็นคณะอนุกรรมการและเลขานุการ เป็นผู้กำกับดูแลปฏิบัติการของหน่วยปฏิบัติการต่างๆ ให้เป็นไปตามนโยบายภารกิจหลักจะมีการประชุมคณะอนุกรรมการฯ เพื่อรับนโยบายและรายงานผลการดำเนินการแก้ไขปัญหายเอดส์จังหวัดร้อยเอ็ด เพื่อให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ สอดคล้องกับสภาพปัญหาและสถานการณ์ ปัจจุบันจึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายเอดส์จังหวัดขึ้น โดยรองผู้ว่าราชการจังหวัด เป็นผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายเอดส์จังหวัด มีหัวหน้าส่วนราชการระดับจังหวัดทุกส่วนราชการเป็นคณะทำงาน มีหัวหน้าฝ่ายคุ้มครองโรคเอดส์ กามโรคหรือโรคติดต่อ สำนักสาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ โดยมีภารกิจในการจัดทำยุทธศาสตร์ ประสานงาน บูรณาการแผนงาน / โครงการแก้ไขปัญหายเอดส์ของจังหวัด จัดทำงบประมาณ วิเคราะห์แผนงาน / โครงการและติดตามประเมินผลในพื้นที่ หน่วยปฏิบัติการในระดับพื้นที่ที่มีบทบาทต่อการแก้ไขปัญหายเอดส์ในระดับอำเภอทุกอำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการ หัวหน้าส่วนราชการในระดับอำเภอเป็นคณะทำงาน หัวหน้าสำนักงานสาธารณสุขอำเภอเป็นคณะทำงานและเลขานุการ ในระดับตำบล แต่ละตำบลมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายเอดส์ระดับตำบลทุกตำบล โดยมีนายกองค์การบริหารส่วนตำบลเป็นผู้อำนวยการศูนย์ฯ และมีเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยประจำตำบลเป็นเลขานุการ หัวหน้าส่วนราชการในระดับตำบลเป็นคณะทำงาน รับนโยบายจากระดับจังหวัดสู่การปฏิบัติในหมู่บ้าน แต่ละหมู่บ้าน โดยมีอาสาสมัครสาธารณสุขหมู่บ้าน 15 คน เป็นผู้ปฏิบัติการแก้ไขปัญหาด้านเอดส์และด้านสุขภาพทุกอย่างกับประชาชน (ดูรายละเอียดจากภาคผนวก ค)

ปัญหาอุปสรรคในการดำเนินการที่ผ่านมาคือ ความไม่ต่อเนื่องของนโยบายรัฐที่สนับสนุนกิจกรรมแก่หน่วยงานปฏิบัติการในพื้นที่ เวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันระหว่างหน่วยงานค่อนข้างน้อย ผู้ปฏิบัติการในพื้นที่หรือกลุ่มชาวบ้าน ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายมีส่วนร่วมน้อยมากในการร่วมคิด ร่วมวางแผน ร่วมปฏิบัติ ร่วมประเมินผล และร่วมรับผิดชอบ นอกจากการสนับสนุนที่ไม่ต่อเนื่องแล้วบุคลากร/คน ปฏิบัติงาน โดยเฉพาะภาครัฐ โยกย้ายสับเปลี่ยนตำแหน่งรับผิดชอบบ่อย ทำให้แผนการป้องกันและแก้ไขปัญหายเอดส์ที่วางไว้ไม่ค่อยถูกนำมาปฏิบัติ และมีความล่าช้าในการแก้ไขปัญหาย บุคลากร/คนทำงานรับผิดชอบเรื่องเอดส์ยังไม่ตระหนักต่อปัญหายเอดส์เท่าที่ควร ยังมองการทำงานเอดส์เป็นงานฝาก มากกว่าจะมองว่าเป็นปัญหาสำคัญ จึงไม่ได้ใส่ใจที่จะหาทางแก้ไขปัญหายที่เหมาะสมกับสถานการณ์พื้นที่/กลุ่มเป้าหมาย การมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ การยึดเอาความคิดตัวเองเป็นใหญ่ เอาทัศนคติตัวเองตัดสินปัญหาและเลือกปฏิบัติในการดูแลรักษา คิดว่าการรักษาผู้ป่วยเอดส์เสียเวลาและไม่คุ้มค่าในการรักษา

3.2 การจัดทำแผนป้องกันแก้ไขปัญา

3.2.1 วิธีการจัดทำแผน

ในวันที่ 9 เมษายน 2546 ทีมวิจัยได้จัดการประชุมเพื่อนำเสนอความรุนแรงของปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน ทศนคติของชุมชนต่อโรคเอดส์ และให้ชุมชนช่วยกันหาแนวทางแก้ไข โดยพยายามตอบคำถาม 2 ข้อ คือ 1) จะมีวิธีการอย่างไรที่จะป้องกันและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และ 2) ทำอย่างไรผู้ป่วยเอดส์จึงจะอยู่ร่วมในชุมชนได้ ผู้เข้าร่วมประชุมได้แก่ ผู้นำสตรี ผู้นำชุมชน เช่นผู้ใหญ่บ้าน อบต. เขาวงกต พ่อบ้าน-แม่บ้าน และตัวแทน อสม. มีผู้เข้าร่วมประชุม จำนวน 35 คน

ในการประชุมได้แบ่งออกเป็นสองกลุ่มย่อย เพื่อให้ทุกคนได้มีโอกาสแสดงความคิดเห็นอย่างทั่วถึง โดยมีที่ปรึกษาช่วยนำอภิปรายสมาชิกได้ช่วยกันแสดงความคิดเห็นอย่างเต็มที่

3.2.2 แผนการป้องกันและแก้ไขปัญา

(1.) แผนป้องกัน

กิจกรรม

1.1 ให้ความรู้กับชุมชนต่อสถานการณ์ปัญหา การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยง และปัจจัยสาเหตุของการติดเชื้อเอดส์และวิธีการป้องกันหรือลดโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ การสื่อสารเรื่องเอดส์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติต่อเรื่องเอดส์

1.2 ให้ความรู้ทักษะชีวิต เพศศึกษา มิติหญิง-ชายเพื่อความเข้าใจที่ดีต่อกัน

- การสร้างความสัมพันธ์ระหว่าง พ่อ แม่ ลูก
- คีล 5 กับการครองเรือน
- การต่อรองเรื่องเพศและการให้กำลังใจซึ่งกันและกัน
- บทบาทหญิง-ชาย

(2.) แผนการฟื้นฟูชีวิตผู้ติดเชื้อและครอบครัว

กิจกรรม

2.1 การให้คำปรึกษาปัญหาสุขภาพ การดูแลสุขภาพแบบองค์รวม (ประมาณครอบครัวละ 6 ครั้ง)

2.2 ให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตัวเองเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส แนวทางการเตรียมตัวกินยาต้านไวรัสเอดส์และภูมิปัญญาชาวบ้านกับการสร้างภูมิคุ้มกันสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์

(3.) แผนการสร้างความร่วมมือกับคน/กลุ่มองค์กรท้องถิ่น

กิจกรรม

3.1 ให้ความรู้ เพื่อให้เกิดความตระหนักต่อสถานการณ์ปัญหา เพื่อให้เข้าใจปัจจัยสาเหตุแห่งปัญหา และผลกระทบต่อชุมชน โดยรวม เพื่อหาแนวทางการประสานความร่วมมือเพื่อการแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง

3.2 จัดเวทีแลกเปลี่ยนเพื่อให้เกิดความเข้าใจกันระหว่างกลุ่ม เช่น กลุ่มเยาวชน กลุ่มพ่อบ้าน-แม่บ้าน กลุ่มผู้ติดเชื้อ และกลุ่มผู้นำ เพื่อหาวิธีแก้ไขปัญหาร่วมกันของชุมชน เช่น การใช้ชีวิตแบบเรียบง่าย ยึดธรรมะ เป็นแนวทาง ตามีภรรยาพูดคุยเพื่อทำความเข้าใจ ให้กำลังใจกัน เอาใจใส่ดูแลถูก จัดกิจกรรมให้เยาวชน

(4.) แผนการพัฒนากลไกอาสาสมัคร

กิจกรรม

4.1 ให้ความรู้เทคนิคการให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน และทักษะการทำงาน เป็นทีมของอาสาสมัคร และผู้ติดเชื้อเอดส์ แลกเปลี่ยนประสบการณ์ชีวิต

4.2 แลกเปลี่ยนประสบการณ์การทำงานของอาสาสมัครชุมชนป้องกันเอดส์กับชุมชนที่มีศักยภาพ และเข้มแข็ง เพื่อเตรียมการทำงานช่วยเหลือผู้ป่วยระยะสุดท้ายในชุมชน

4.3 สรุปรบทเรียนการทำงานร่วมกันในกลุ่มคณะทำงานอาสาสมัครและภาคีความร่วมมือที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อทบทวนและวางแผนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งการ ประเมินผลความสำเร็จของโครงการ

หลังจากนั้นได้ร่วมกันวางแผนแนวทางการปฏิบัติงานว่าจะมีขั้นตอนการปฏิบัติอย่างไร รวมไปถึงการวางแผนการจัดเก็บข้อมูลเพื่อการประเมินผลด้วย

บทที่ 4

การปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเส

จากแผนการแก้ไขปัญห 4 แนวทางหลักที่ได้จากการวางแผนร่วมกันระหว่างทีมวิจัย และกลุ่มเป้าหมายหลักในชุมชน ทีมวิจัยได้ดำเนินการตามแผนที่วางไว้ ดังนี้

4.1 แนวทางการจัดตั้งกลไก อาสาสมัครชุมชน

กลไกอาสาสมัครในชุมชนเป็นรูปแบบหนึ่งซึ่งนำมาใช้ในการขับเคลื่อนงาน ปฏิบัติงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดเสในระดับชุมชน โดยมีกิจกรรมการดำเนินการดังนี้

1) ทีมของอาสาสมัคร และความสำคัญของอาสาสมัคร อาสาสมัครที่มาทำงานด้านเสในชุมชน เป็นผู้ที่มิภูมิลำเนาอยู่ในหมู่บ้านทั้ง 3 หมู่บ้าน และประกอบอาชีพอยู่ในชุมชนทุกสาขาอาชีพ ทุกเพศ ทุกวัย ที่ผ่านกระบวนการเรียนรู้เรื่องเสร่วมกันในชุมชนและมีความสมัครใจ สนใจที่จะอยากมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดเสในชุมชนของตนเองร่วมกัน เหตุผลที่เน้นการสร้างอาสาสมัครในหมู่บ้าน ในชุมชน เพราะบุคคลเหล่านี้เขาเป็นคนอยู่ในพื้นที่มาตลอด รู้ปัญหาและเข้าใจปัญหา ผลกระทบของปัญหาได้ดี และสามารถปฏิบัติการแก้ไขปัญหาคืบเนื่อง ยาวนาน โดยมีข้อจำกัดน้อยมาก

2) ส่วนประกอบของอาสาสมัครมีจำนวน 15 คน ประกอบด้วย สตรีแม่บ้าน จำนวน 8 คน ผู้ใหญ่บ้าน 1 คน เยาวชนชาย - หญิง จำนวน 2 คน ญาติ ครอบครัวผู้ติดเชื้อ จำนวน 3 คน พ่อบ้าน จำนวน 1 คน

3) การพัฒนาศักยภาพอาสาสมัคร ซึ่งเป็นกลไกการขับเคลื่อนกิจกรรมเพื่อแก้ไขปัญห ในชุมชน กิจกรรมการอบรมเพิ่มพูนทักษะความรู้เรื่องโรคเส หลักสูตรการสื่อสารเรื่องเสเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติ หลักสูตรทักษะการบริการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเสระยะแรก - ระยะสุดท้าย หลักสูตรทักษะการทำงานเป็นทีมอย่างสร้างสรรค์ โดยเชิญวิทยากรกระบวนการจากภายนอกชุมชน มาดำเนินการจัดกระบวนการให้ กิจกรรมศึกษาดูงานนอกสถานที่ ซึ่งเป็นชุมชนที่มีองค์กรชุมชนทำงานเรื่องโรคเสบริเวณใกล้เคียง การประสานงานการปฏิบัติการกับกลุ่มเป้าหมายโดยตรงในชุมชนอย่างต่อเนื่อง และการจัดกิจกรรมสรุปผลการดำเนินงานทุกเดือนในชุมชนร่วมกับกลไกอาสาสมัคร

รูปแบบ/วิธีการดำเนินการ

1. การจัดกลไกอาสาสมัครชุมชน ซึ่งเป็นความสมัครใจของคนในชุมชนร่วมมือแก้ไขปัญห และมีความตระหนักต่อปัญหาดเสที่เกิดขึ้น โดยมีองค์ประกอบจากส่วนเยาวชน ผู้นำชุมชน แกนนำสตรี ญาติ ครอบครัวผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเสมาร่วมกันทำงาน ซึ่งแต่ละส่วนจะรับผิดชอบการทำงานกับกลุ่มเป้าหมายตามความถนัดกล่าวคือ เยาวชนทำงานกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเยาวชน ผู้นำชุมชนทำงานประสานกับผู้นำชุมชน สตรีแม่บ้านทำงานกับสตรีแม่บ้าน ญาติผู้ติดเชื้อก็ทำงานกับผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเสในชุมชน

2. การลงปฏิบัติจริงกับกลุ่มเป้าหมายในชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทั้งงานด้านการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อเอดส์ของกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในชุมชน งานด้านการฟื้นฟูและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน และงานด้านการพัฒนาความร่วมมือกับองค์กรชุมชน องค์กรท้องถิ่นต่าง ๆ ภายในชุมชน

3. การสรุปผลการดำเนินงาน รายงานผลการดำเนินงานในแต่ละครั้งหลังการปฏิบัติงานและมีการประเมินผลนำไปสู่การปรับกระบวนการวิธีการทำงาน เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพตามเป้าประสงค์ที่วางไว้ร่วมกัน

4. สรุปบทเรียนการทำงานร่วมกันเพื่อถอดบทเรียนความรู้ของตนเองสู่การพัฒนาเป็นองค์ความรู้ขยายผลสู่ชุมชนอื่น ๆ ที่อยู่ใกล้เคียง

ผลการดำเนินงานที่เกิดขึ้น

1. กลไกอาสาสมัคร สามารถอธิบาย ทำความเข้าใจเรื่องการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อเอดส์ และการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างต่อเนื่อง สม่่าเสมอกับทุกกลุ่มวัยในชุมชน โดยเฉพาะกลุ่มวัยที่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ในชุมชน และสามารถพูดคุยสื่อสารได้ทุกโอกาสไม่ว่าจะคุยกันสองต่อสอง หรือการไปทำงานรับจ้างด้วยกัน การไปเก็บเห็ด เก็บข้าวรับจ้าง งานบุญต่าง ๆ เป็นต้น

2. กลไกอาสาสมัครมีความสัมพันธ์ที่ดี ไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และสามารถปฏิบัติต่อผู้ป่วยให้เป็นแบบอย่างของคนในชุมชน รวมทั้งญาติผู้ป่วยได้อย่างเช่น การไปเยี่ยมบ้านคนป่วยที่ติดเชื้อเอดส์ การสัมผัสร่างกายของคนเป็นเอดส์ การร่วมรับประทานอาหารที่บ้านคนป่วย การจัดการงานฌาปนกิจศพคนป่วยเอดส์ที่เสียชีวิตในชุมชน

3. กลไกอาสาสมัครมีความสัมพันธ์ที่ต่อเนื่องกับคนทุกกลุ่มวัย ทุกอาชีพในชุมชน สามารถที่จะรู้และเข้าใจสภาพปัญหาและใช้เทคนิคต่าง ๆ ในการแก้ไขปัญหาได้อย่างเหมาะสมกับสถานการณ์และกลุ่มเป้าหมายนั้น ๆ

4. กลไกอาสาสมัครสามารถประสานงานสนับสนุนจากหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรชุมชนในการให้บริการทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ได้ อาทิ การส่งต่อผู้ป่วยเอดส์เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ การประสานและติดตามกองทุนสงเคราะห์ช่วยเหลือฉุกเฉินให้แก่ผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น

5. กลไกอาสาสมัคร สามารถบริการให้คำปรึกษาปัญหาเรื่องเอดส์กับชุมชนรอบข้างที่มาขอรับคำปรึกษาได้

4.2 แนวทางการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อเอดส์ของคนในชุมชน

กิจกรรมดำเนินการเพื่อลดความเสี่ยงต่อเอดส์

1.1 กิจกรรมการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงป้องกัน และเข้าใจรู้เท่าทันต่อสถานการณ์ปัญหาเอดส์ ความเสี่ยงต่อโรคเอดส์

1.2 กิจกรรมให้ความรู้ทักษะชีวิต เพศศึกษา มิติชาย - หญิง

กลุ่มเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายที่ทดลองปฏิบัติการให้ความรู้ ประกอบด้วย เด็ก เยาวชน จำนวน 30 คน และ พ่อบ้าน แม่บ้าน จำนวน 45 คน สาเหตุที่ต้องเลือกกลุ่มเด็ก เยาวชน พ่อบ้านและแม่บ้าน เพราะเป็นกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงและมีพฤติกรรมทางเพศเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ในชุมชนสูง โดยเฉพาะพ่อบ้าน แม่บ้านที่มีสามีหรือภรรยาที่อพยพย้ายถิ่นไปขายแรงงานต่างถิ่นนานหลายเดือนจึงกลับภูมิลำเนา ซึ่งมีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อเอดส์และนำมาแพร่สู่ภรรยาหรือสามีที่อยู่บ้านได้ และสาเหตุที่ต้องจำกัดจำนวนกลุ่มเป้าหมายในการปฏิบัติการแก้ไข เพราะเนื่องจากข้อจำกัดเรื่องเวลาและงบประมาณดำเนินการตามโครงการ

รูปแบบ/วิธีการดำเนินการให้ความรู้แก่กลุ่มเป้าหมาย

1. จัดเวทีวิเคราะห์ปัญหา สภาพปัญหา ปัจจัยสาเหตุแห่งปัญหา ความรุนแรงของปัญหา
2. อบรมให้ความรู้ถึงช่องทางการติดต่อ วิธีการป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ การต่อรองเรื่องเพศระหว่างสามี-ภรรยา
3. ค่ายทักษะชีวิต มิติชาย-หญิง รู้เขารู้เราเท่าทันเรื่องเพศ
4. พุดสื่อสารปากต่อปาก ผู้คนหนึ่งไปอีกคนหนึ่ง
5. ใช้ถุงยางอนามัยแจกฟรีแก่กลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมทางที่เสี่ยง โดยกลุ่มที่มีพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ หรือกลุ่มเสี่ยง รูปแบบวิธีการที่ใช้คือ การบริการถุงยางอนามัย (Condom) แจกจ่ายให้ฟรีตามสถานการณ์ โอกาสที่เหมาะสม

กลุ่มเยาวชน ใช้รูปแบบวิธีการจัดค่าย

ซึ่งเป็นวิธีการที่สอดคล้องเหมาะสมกับเยาวชน และเยาวชนมีความสนใจเข้าร่วมอย่างตั้งใจ และรูปแบบวิธีการรองลงมาคือ อบรมให้ความรู้โดยเน้นให้เยาวชนมีส่วนร่วมทุกกระบวนการ ขั้นตอน

กลุ่มพ่อบ้าน แม่บ้าน รูปแบบวิธีการ ให้อาสาสมัครยุคกลุ่มย่อย เสวนาอย่างไม่เป็นทางการ หรือคุยตัวต่อตัว เป็นรูปแบบหลัก รูปแบบรองคือ การอบรมให้ความรู้ ซึ่งเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายทุกกระบวนการ

ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการ

1. เยาวชนและพ่อบ้านแม่บ้านรู้จักการป้องกันและเรียนรู้ กล้าพูด เข้าใจความเสี่ยง/พฤติกรรมเสี่ยงต่อเอดส์เพิ่มมากขึ้น โดยจากการสัมภาษณ์เยาวชน พ่อบ้าน แม่บ้านที่เคยเข้าร่วมกิจกรรม อาทิ บางคนก่อน

เข้าร่วมกิจกรรมไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย ปัจจุบันต้องใช้ทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับทุกคน และเมื่อก่อนมองว่ากลุ่มเสี่ยงคือ โสเภณี แต่ปัจจุบันมองว่าทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อเอดส์ทุกคน

2. ชาวชน พ่อบ้าน แม่บ้านมีทัศนคติที่ดี ยอมรับผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ มองผู้ติดเชื้อเอดส์ผู้ป่วยเป็นเหมือนโรคทั่วไป ไม่รังเกียจผู้ที่เป็นโรคเอดส์ ผู้ที่ป่วยเป็นเอดส์ไม่ใช่ตัวปัญหา เขายังมีคุณค่าต่อชุมชนและควรจะได้รับกำลังใจอย่างต่อเนื่อง

3. แม่บ้าน ได้เรียนรู้ กล้าพูดคุยและเข้าใจความเสี่ยงของตนเองและกล้าพูดหรือต่อรองเรื่องเพศกับสามีตนเอง โดยเฉพาะในครอบครัวที่สามีอพยพไปขายแรงงานประมง 1-2 ปี กลับมาบ้าน สามารถต่อรองให้สามีใช้ถุงยางอนามัยก่อนการไปตรวจเลือด

4. ชาวชนชาย - หญิง มีความสามัคคีกันดี ให้เกียรติซึ่งกันและกัน รู้และเข้าใจความเสี่ยงของตนเอง โดยมีชาวชนชาย - หญิง จำนวน 10 คู่ จะหมั่นและแต่งงานได้ชักชวนกันไปตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ก่อนหมั้นและแต่งงานกัน

4.3 แนวทางการฟื้นฟูผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์อยู่ร่วมกับชุมชน

กิจกรรมดำเนินการเพื่อการฟื้นฟูผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว มีกิจกรรมดังนี้

1. ให้ความรู้การดูแลสุขภาพตนเองแบบองค์รวมแก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
2. อบรมให้ความรู้ทักษะเรื่องการบริการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์แก่ญาติ ครอบครัวผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์
3. ส่งเคราะห์ช่วยเหลือฉุกเฉินแก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์

กลุ่มเป้าหมายดำเนินการ

- ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และญาติที่เปิดเผยตัวและยินดีเข้าร่วมกิจกรรมกับอาสาสมัคร โครงการ

รูปแบบ วิธีการดำเนินการ

1. อาสาสมัครลงเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และญาติถึงครอบครัว เพื่อให้ความรู้ ทักษะการดูแลสุขภาพร่างกาย ญาติ ครอบครัว
2. เมื่อลงเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ พบเห็นเหตุการณ์ฉุกเฉินได้ดำเนินการช่วยเหลือ โดยการประสานงานกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรท้องถิ่นในพื้นที่ เพื่อการช่วยเหลือหรือ
3. ในกรณีญาติผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอดส์ จัดให้มีการอบรมทำความเข้าใจ ให้ความรู้แก่ญาติเรื่องการดูแลสุขภาพเบื้องต้นแก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และการติดต่อประสานความช่วยเหลือกับหน่วยงานต่างๆ ที่ในการช่วยผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์

ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินการ

1. ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการช่วยเหลือจากอาสาสมัคร มีความเชื่อมั่นต่อการทำงานของอาสาสมัครที่ทำงานช่วยเหลือดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน กรณีนางม่วย หมู่ 1 ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่ยอมเปิดเผยตัวมานานถึง 5 ปี และกล้าเปิดเผยตัวกับอาสาสมัคร และให้อาสาสมัครลงเยี่ยมบ้านต่อเนื่องจนเสียชีวิต

กรณีนายอุทัย หมู่ 9 และนายสมคิด หมู่ 3 เป็นผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัวเอง ไม่คบค้าสมาคมกับคนอื่น ด้วยความมุ่งมั่นในการทำงานของอาสาสมัคร ทำให้ทั้งสองคนยอมเปิดเผยตัวเองและขอรับการช่วยเหลือจากอาสาสมัคร และให้อาสาสมัครลงเยี่ยมบ้านได้ และให้ผู้นำชุมชน ตัวแทนองค์กร หน่วยงานต่าง ๆ ลงเยี่ยมได้

2. ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และญาติ ครอบครัว ให้ความร่วมมือกับอาสาสมัครอย่างต่อเนื่อง ดังกรณี นางทองฮ้อย หมู่ 3 ญาติผู้ติดเชื้อนางม่วย หมู่ 1 ผู้ติดเชื้อ (เสียชีวิตแล้ว) และนายอุทัย หมู่ 9 ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ที่เปิดเผยตัวอยู่ในชุมชนได้ร่วมกับอาสาสมัครเป็นวิทยากรให้ความรู้คนอื่นได้ จนถึงทุกวันนี้ และร่วมมือกับอาสาสมัครในการลงเยี่ยมบ้าน และให้คำปรึกษาเพื่อนที่ลงเรือและติดเชื้อด้วยกัน เปิดเผยตัวเพื่อให้อาสาสมัครไปเยี่ยมและให้การช่วยเหลือ นายสมคิด กรณีนางอรอุมา หมู่ 9 ผู้ป่วยเอดส์ ปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว ในช่วงที่ยังมีชีวิตอยู่มีความสับสนในชีวิต ต้องการประชดสังคมโดยพยายามแพร่เชื้อกับคนทั่วไป เพราะเป็นคนหน้าตาสวยมีอาชีพเป็นนักร้องตามห้องอาหาร จากการบอกเล่าของนางอรอุมา ในช่วงที่รู้ตัวเองว่าติดเชื้อได้แพร่เชื้อสู่คนอื่นมากกว่า 250 คน มีทุกวัย ทุกอาชีพ ทั้งในเขตอำเภอที่อยู่ อำเภอ ไกล่เคียง ทั้งในจังหวัด และในจังหวัดใกล้เคียง และคิดลงโทษตนเองตลอดเวลาโดยเคยเผาตัวเองให้ตาย กินยาฆ่าแมลง แต่ญาติห้ามไว้ และล่าสุดก่อนเสียชีวิตเขาจะหนีออกจากบ้านไปอยู่วัดพระพุทธรบาทน้ำพุ เพราะไม่มีญาติดูแล อาสาสมัครได้จัดอบรมสร้างความเข้าใจให้แก่ญาติและแกนนำชุมชน จนทำให้ทุกคนเปลี่ยนทัศนคติ ยอมรับ ทำให้คนป่วยตัดสินใจอยู่ในชุมชนและให้ความร่วมมือ ปฏิบัติตามคำแนะนำของอาสาสมัครทุกอย่างจนถึงวาระสุดท้ายของชีวิต

3. ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ญาติ ครอบครัว มีความเข้าใจต่อปัญหาเอดส์ ดังกรณีนายสุพรรณ หมู่ 9 ซึ่งเป็นญาตินางอรอุมา ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งปัจจุบันเสียชีวิตแล้ว ในช่วงที่คนป่วยยังมีชีวิตอยู่จะไม่สนใจ และพยายามทำทุกวิถีทางที่จะให้คนป่วยตายเร็ว ๆ เพราะไม่อยากเป็นภาระและไม่ให้อกภัยในพฤติกรรมกรรมการกระทำที่เป็นเหตุให้ติดเชื้อเอดส์ แม้ งานศพก็ไม่ไปร่วม แต่เมื่อภรรยาที่เป็นอาสาสมัครพูดถึงปัญหาเอดส์ บ่อยๆ ในที่สุดทำให้เขาเข้ามา ร่วมกับภรรยาในการลงเยี่ยมผู้ป่วยทุกครั้ง และช่วยณาปณกิจศพทุกศพที่เสียชีวิต และร่วมเป็นวิทยากรพูดเรื่องเอดส์กับผู้นำศึกษาฐานทุกครั้งร่วมกับภรรยา

กรณีนางทองฮ้อย หมู่ 3 ซึ่งถูกเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์กลับมารักษาตัวที่บ้าน ในขณะที่ป่วยระยะสุดท้าย ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ แม่กลัวมาก ไม่กล้าเข้าใกล้ และจะใช้ไม้ไผ่เช็ดผ้าห่มคลุมที่ลูกคลุมหน้าเอาไว้ดูว่าตายหรือยัง และจะใช้เด็กลูกหลาน และอาสาสมัครมาช่วยป้อนข้าว น้ำ และยา แต่แม่จะไม่เข้าใกล้เพราะ

กลัวติดเชื้อเอดส์จากลูก พออาสาสมัครไปพูดสร้างความเข้าใจเรื่องการอยู่ร่วมกันและทำเป็นตัวอย่าง ทำให้แม่เกิดความมั่นใจและสามารถดูแลลูกได้ และเมื่อลูกชายเสียชีวิตก็จัดงานศพให้ลูก ด้วยความตั้งใจและไปให้คำแนะนำคนติดเชื้อรายอื่น ๆ ตลอดมาจนถึงปัจจุบัน

4. ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์เปิดเผยตัวเองมากขึ้น ดังกรณีนางกาญจนา หมู่ 9 นายอุทัย และนายสมคิด หมู่ 9 ซึ่งติดเชื้อ HIV/AIDS จากการแต่งงานและจากการเที่ยวสำส่อนทางเพศ และรู้ตัวเองว่าติดเชื้อมาตั้งแต่ปี 2541 (นางกาญจนา) และปิดบังตนเองไม่เปิดเผยตัวเองว่าติดเชื้อเอดส์ เพราะกลัวจะกระทบต่ออาชีพการงานที่ทำ กลัวญาติและคนในชุมชนรังเกียจ และวันหนึ่ง (เมื่อประมาณ ปีพ.ศ. 2547) ได้ตัดสินใจไปปรึกษาอาสาสมัครชุมชน ซึ่งลงเยี่ยมบ้านและเล่าประวัติการติดเชื้อของตนเองให้อาสาสมัครรับฟัง เธอรู้สึกไว้วางใจและเชื่อคำแนะนำของอาสาสมัครจนกลับมาอยู่บ้าน ปัจจุบันนี้เธอมีความมั่นใจในตนเอง และเปิดร้านขายกล้วยเตี๋ยในหมู่ 3 เลี้ยงชีพตนเอง ส่วนนายสมคิด และนายอุทัย ติดเชื้อกลับมาอยู่บ้านนาน 3 ปี ตั้งแต่ปี 2544 - 2546 ไม่เปิดเผยตัวเองและปิดตัวเองอยู่บ้านคนเดียว ไม่ต้องการให้ญาติ หรือใครไปพูดคุยด้วย และมีคำพูดจากญาติว่า ถ้าใครว่าลูกเขาเป็นเอดส์จะฟ้องร้องให้ติดคุก แต่เมื่ออาสาสมัครลงเยี่ยมผู้ป่วยคนอื่นและญาตินำมาเล่าให้ฟัง จึงบอกญาติให้อาสาสมัครมาเยี่ยมได้ และเริ่มดูแลสุขภาพตนเองดีขึ้น ไปพบหมอบ่อยขึ้น

4.4 แนวทางการพัฒนาความร่วมมือกับชุมชน องค์กรท้องถิ่น

กิจกรรมและวัตถุประสงค์ในการดำเนินการ

1. เวทีนำเสนอสถานการณ์ สาเหตุแห่งปัญหา ความรุนแรงของปัญหา ผลกระทบต่อชุมชน
2. เสนอแผนการดำเนินงานต่อ อบต. เพื่อการสนับสนุน
3. อาสาสมัครร่วมกับเครือข่ายผู้นำสตรีด้านเอดส์ ของระดับอำเภอ จัดกิจกรรมในชุมชนโดยความร่วมมือกับ อบต.
4. จัดตั้งกองทุนหนุนช่วยงานด้านเอดส์ในระดับหมู่บ้านและตำบล

รูปแบบ วิธีการดำเนินการ

1. เวทีประชาคมหมู่บ้าน (ในชุมชน) เป็นเวทีเปิดเพื่อให้ชุมชนมีส่วนร่วมในการรับรู้สถานการณ์ ความรุนแรงของปัญหา สาเหตุของปัญหา สภาพปัญหาและผลกระทบของปัญหาคือชุมชน โดยอาสาสมัครเป็นผู้ดำเนินการอธิบาย ทำความเข้าใจกับผู้นำชุมชน
2. เวทีสาธารณะ (ชุมชน+ภายนอกชุมชน) เป็นเวทีเปิดให้รับรู้สถานการณ์ ปัญหา ได้รับทราบการทำงาน ของทีมวิจัย และการเรียนรู้ร่วมกันของชุมชน
3. การประสานงานโดยตรงของอาสาสมัครกับอบต. เช่นการเสนอโครงการและนำเสนอประสานงานการทำงานเอดส์สู่ อบต.

4. จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบทบาทแกนนำชุมชน โดยให้ความรู้มีวิทยากรจากภายนอกมาถ่ายทอดความรู้
5. รับบริจาคจากบุคคล องค์กรต่าง ๆ ภายในท้องถิ่น

ผลการดำเนินการ

1. ผู้นำเห็นความสำคัญปัญหาเอดส์มากขึ้น และเข้า ร่วมกิจกรรมอาสาสมัครทุกกิจกรรม ที่อาสาสมัครจัดขึ้น ดังกรณี นายน้อย ผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 9 และผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 3 ซึ่งช่วงแรกที่โครงการลงไปในพื้นที่ ไม่ให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูล และมีความรู้สึกต่อผู้ป่วยเอดส์ ค่อนข้างรังเกียจ ไม่ยอมรับ โดยพูดในลักษณะคำพูด “ปล่อยให้มันตายหมดจะได้ไม่แพร่เชื้อ” “พวกเป็นเอดส์เป็นพวกสันดานไม่ดี บอกไม่เชื่อ” “ไม่ต้องไปช่วยมันให้เสียเวลา” “ไปสงสารเขาทำไม ตัวเขาเองยังไม่สงสารตัวเอง” “มาทำงานเอดส์นี่แหละ จึงมีผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น” “จะไปแก้ได้อย่างไร หมอเองยังไม่บอกเลยว่าใครเป็นเอดส์” จากการได้เข้ามามีส่วนร่วมในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับโครงการฯ ทำให้ผู้นำทั้งสองปรับเปลี่ยนทัศนคติตัวเองอย่างเห็นได้ชัด อาทิ การพูดประชาสัมพันธ์ตามหอกระจายข่าว เรื่องการยอมรับผู้ป่วยให้ชาวบ้านได้เข้าใจ การไปเยี่ยมครอบครัวผู้ป่วย การจัดตั้งเอกสาร หลักฐานผู้ป่วยไปขอความช่วยเหลือจากกองทุนเอดส์ของอำเภอ จนได้รับทุนสงเคราะห์ให้ผู้ติดเชื้อ จำนวน 2 ราย รายละ 1,500 บาท และอยู่ในขั้นตอนการจัดตั้งเอกสารหลักฐานเพื่อขอความช่วยเหลือให้ผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอดส์อีก 3 ราย

นอกจากโครงการจะสามารถปรับเปลี่ยนผู้ใหญ่บ้านทั้ง 2 คน ให้มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์แล้วยังมี ส.อบต. ประจำหมู่บ้าน จำนวน 1 คน คือ นายสุพรรณ หมู่ 9 และผู้ช่วยผู้ใหญ่บ้าน หมู่ 9 ชื่อ นายสำลี ซึ่งมีทัศนคติเบื้องต้นก่อนโครงการเข้าไปดำเนินการ เป็นเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ค่อนข้างรังเกียจ ไม่ยอมรับ และไม่ต้องการให้หน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาทำงานเพื่อป้องกันเอดส์และช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ ด้วยเหตุผลจะทำให้เอดส์เพิ่มขึ้น เพราะมีคนมาช่วยเหลือ “เป็นก็ไม่มีปัญหา ยังไงก็มีคนมาช่วยแน่” เป็นคำพูดที่ได้ยินจากปากของผู้ป่วยเอดส์ที่ฝังใจและไม่อยากให้มีหน่วยงานใดมาทำงานช่วยเหลือ อยากเสนอให้รวบรวมผู้ป่วยเอดส์ในหมู่บ้านไปรวมกันอยู่ที่เดียวกัน จะได้ไม่แพร่เชื้อหรือก็ปล่อยให้ตายไปเอง เอดส์จะได้หมดไปเร็วๆ

หลังจากโครงการฯ ได้ดำเนินการในชุมชนที่ผ่านมาทั้งสองคนเริ่มให้ความสนใจเข้าร่วมกิจกรรมบ่อยขึ้น และได้เรียนรู้เกี่ยวกับสถานการณ์เพิ่มขึ้น ได้เข้าใจความรู้สึกผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้น จนต้องลงเยี่ยมบ้านผู้ป่วยทุกอาทิตย์ เข้าร่วมกิจกรรมทุกครั้ง และนำเสนอประสบการณ์ของอาสาสมัครในหมู่บ้านในเวทีประชุมสภาอบต. จนทำให้อบต. จัดสรรงบประมาณด้านโรคเอดส์เพิ่มขึ้น จาก 5,000 บาท เพิ่มเป็น 20,000 บาท ให้เป็นกองทุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ในระดับตำบล และยังคงเหลือเป็นกองทุนอยู่จนถึงปัจจุบัน

2. เกิดแนวคิดเรื่องกองทุนเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และทำงานเรื่องโรคเอดส์ขึ้นในระดับหมู่บ้านทั้ง 3 หมู่บ้านร่วมกัน โดยร่วมกันจัดเวทีประชาคมหมู่บ้านเพื่อจัดตั้งกองทุนสวัสดิการ เพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ โดยร่วมกันแสวงหารูปแบบการระดมทุนภายในและภายนอกชุมชน ภายในชุมชนแกนนำชุมชนได้บริจาคเป็นทุนเริ่มต้น จำนวน 8,000 บาท และมีข้อตกลงให้กองทุนหมู่บ้านละหนึ่งล้านบาท ทั้งสามหมู่บ้านสมทบดอกเบี้ย ดอกผลกำไรเพื่อเป็นกองทุนสวัสดิการฯทุกปี และได้เสนอแนวคิดเรื่องกองทุนสวัสดิการต่อเจ้าอาวาส เพื่อประสานระดมทุนในอนาคตต่อไป ส่วนการระดมทุนนอกชุมชนได้เชื่อมแนวคิดกับนายกองค์การบริหารส่วนตำบล และเข้าไปนำเสนอขออนุญาตเรียนประสานการดำเนินงานที่ประชุมสภา อบต. 1 ครั้ง และขณะทำงานเอดส์ร่วมกับกลไกแกนนำหมู่บ้านได้มีกิจกรรมการพัฒนาโครงการร่วมกันในชุมชนเพื่อเสนอขอรับการสนับสนุนงบประมาณมาขยายผลในชุมชนต่อไป

แนวโน้มสถานการณ์ใหม่ในพื้นที่

กลุ่มเป้าหมายใหม่คือ กลุ่มเยาวชน และพ่อบ้าน แม่บ้าน ที่อยู่ในชุมชน

ปัญหาหลักที่ 1 คือ

1. เยาวชนไม่ทันคิดว่าการมี Sex กับเพื่อน/แฟนจะทำให้มีโอกาสได้รับเชื้อเอดส์ และการมี Sex กับคนเพียงคนเดียวน่าจะไม่มีโอกาสติดเชื้อ
2. เยาวชนชาย - หญิง มี Sex ในวัยเรียนและเปลี่ยนคู่อ้อย หญิงไปหาชายที่บ้านอย่างเปิดเผย
3. วัฒนธรรมคนรุ่นใหม่ มีค่านิยมชอบเลียนแบบ เห็นเพื่อนมีแฟนก็ต้องมีเหมือนเขา เห็นเพื่อนมี Sex ก็เหมือนเพื่อน ชายตัวก็ชายเหมือนเพื่อน เห็นเพื่อนดื่มสุราก็เอาเหมือนเพื่อนและเยาวชนไม่ยึดติดต่อเพศตรงข้าม รักได้เลิกได้ เปลี่ยนคู่ออน เปลี่ยนแฟนบ่อย ทั้งชาย - หญิง และนิยมป้องกันโดยการใส่ยาเม็ดคุมกำเนิดเมื่อมี Sex
4. ครอบครัวไม่อยู่ร่วมกัน อาทิ พ่อ แม่ ไปทำงานต่างถิ่น ปล่อยให้ลูกอยู่กับญาติ หรือเพื่อนบ้านตามลำพัง คอยส่งเงินมาให้ลูกใช้อย่างเดียว ลูกอยากได้อะไรก็จะสนองทันที หรือบางครั้งครอบครัวพ่อแม่แยกทางกัน ทำให้เยาวชนมีปมด้อย ขาดความอบอุ่น ก็เลยต้องหันหน้าเข้าหาเพื่อนและเครือข่ายเพื่อน เพื่อทดแทนในสิ่งที่เขาขาดหายไป เมื่อเข้าหากลุ่มเพื่อน ๆ ทำอะไรก็ต้องทำตามเพื่อนทุกอย่าง

ผลกระทบ คือ

1. เด็ก เยาวชน มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร/วัยเรียน
2. เด็ก เยาวชนมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนหลายคนโดยไม่ป้องกัน
3. เด็ก เยาวชน ไม่เชื่อฟังพ่อแม่หรือผู้ดูแล
4. เด็ก เยาวชน ตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มสูงขึ้น

5. เด็ก เยาวชน ขาดโอกาสทางการศึกษา
6. เด็ก เยาวชน มั่วสุมยาเสพติด/มั่วสุมทางเพศ
7. เด็ก เยาวชน ก่อความวุ่นวาย เช่น แก๊งค์มอเตอร์ไซด์ซิ่ง
8. เด็ก เยาวชน ดัดจริต/เชิดสอยเพิ่มสูงขึ้น

ปัญหาหลักที่ 2 คือ กลุ่มพ่อบ้าน แม่บ้านมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ในชุมชนสูง
สาเหตุ คือ

1. พฤติกรรมผิดผิดเมีย (ชอบหลอกลวง)
2. จาริด ประเพณีทางสังคม ควบคุมไม่ได้เพราะเป็นพฤติกรรมปัจเจกบุคคล บอกกันไม่ได้
สอนกันไม่ได้
3. ปิดบังซึ่งกันและกันระหว่างสามี-ภรรยา โดยเฉพาะเรื่องเพศ

ผลกระทบคือ

1. พ่อบ้าน แม่บ้านมีคู่นอนหลายคนขณะเดียวกัน
2. หย่าร้างสูง/ครอบครัวแตกแยก
3. ครอบครัวขาดความอบอุ่น/ล้มสลาย
4. ต่างคนต่างอยู่/ต่างคนต่างแก้ไขปัญหา
5. พ่อบ้าน/แม่บ้านดัดจริต/เชิดสอยเพิ่มสูงขึ้น

ปัญหาหลักที่ 3 คือ สถาบันครอบครัวล้มสลาย

สาเหตุคือ

1. พ่อ แม่ สอน/อบรมลูกไม่ได้ในขณะที่กระแสวัฒนธรรมใหม่ ค่านิยมใหม่มา
ครอบงำตลอดเวลา
2. พ่อหรือแม่ต้องอพยพไปขายแรงงานเพื่อนำเงินมาจุนเจือครอบครัว บางคนเหลา
สังคมเมืองก็หลงไปกับสังคมเมือง
3. พ่อแม่ไม่เข้าใจลูกตามความจริงที่เป็นอยู่และตามลูกไม่ทัน
4. พ่อ แม่ คาดหวังสถาบันการศึกษาเป็นที่อบรมบ่มนิสัยแทนและสถาบัน
การศึกษาไม่สามารถทำได้ตามความคาดหวัง

ผลกระทบ คือ

1. พ่อแม่ฝากลูกให้คนอื่นดูแลแทน อุปการะแทน
2. เด็ก เยาวชน ขาดความอบอุ่น หันไปพึ่งพากลุ่มเพื่อน เครือข่ายเพื่อน
3. เด็ก เยาวชน แต่งงานก่อนวัยอันสมควร
4. เด็ก เยาวชน ค้อยโอกาสทางการศึกษา/ติดยาเสพติด
5. เด็ก เยาวชนขายบริการทางเพศแอบแฝงในชุมชน

แนวทางในอนาคตต่อไป

1. แนวทางการลดโอกาสเสี่ยงต่อเอดส์ในกลุ่มเยาวชนชาย-หญิงในชุมชน
2. แนวทางการลดโอกาสเสี่ยงต่อเอดส์ในกลุ่มพ่อบ้าน แม่บ้าน
3. แนวทางการพัฒนาสถาบันครอบครัวให้เข้มแข็ง พึ่งพาตนเองได้

การปฏิบัติการที่ผ่านมากลไกอาสาสมัครถือเป็นหัวใจของการดำเนินการ ใครเข้ากับกลุ่มไหนได้ก็จะแบ่งกันรับผิดชอบ ให้แต่ละคนไปคิดเอง วางแผนเองว่าจะทำอะไรบ้าง แล้วให้แต่ละคนเขียนบันทึกว่าทำอะไรกับใคร ทำอย่างไร ผลเป็นอย่างไร มีการเปลี่ยนแปลงอะไรบ้าง เช่น ปัญหาในครอบครัวของเขาดีขึ้นไหม เพราะอะไรจึงเกิดผลเช่นนั้น การดำเนินการมีปัญหาอุปสรรคอะไรบ้าง ในระยะปฏิบัติการก็จะมีการพบปะพูดคุยกันเป็นระยะๆ

เมื่อปฏิบัติไปได้ประมาณหนึ่งปี (เมษายน 2546- กรกฎาคม 2547) แม้จะดูเหมือนว่าการปฏิบัติการจะได้ผลตามที่โครงการตั้งเป้าหมายไว้ กลไกอาสาสมัครมีความมั่นใจมากขึ้น ได้รับการยอมรับและความร่วมมือจากชุมชนมากขึ้น ประสานงานได้กว้างขวางขึ้น แต่สิ่งที่ทีมวิจัยได้ข้อสรุปก็คือ สถานการณ์ปัญหาได้เปลี่ยนไป และสถานการณ์ใหม่ก็มีความซับซ้อนกว่าเดิมมาก ตัวอย่างสถานการณ์ปัญหาที่ทีมวิจัยได้ประสบ เช่น ปฏิสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวและชุมชนจะห่างจากกันไปเรื่อยๆ สมาชิกในชุมชนมีปฏิสัมพันธ์กันน้อยมาก ไม่มีกิจกรรมร่วมกัน กลุ่มในชุมชนถูกจัดตั้งจากภายนอก คนในชุมชนไม่ได้จัดการตัวเอง ทำให้ขาดแรงยึดเหนี่ยวของคนในชุมชน และในขณะเดียวกันความสัมพันธ์ในครอบครัวก็เปลี่ยนไป วัฒนธรรมและค่านิยมของการดำรงชีวิตเปลี่ยนไป พ่อแม่ทุกวันนี้ต้องเจียวไข่ให้ลูกกิน ดัมบะหมี่สำเร็จรูปให้ลูก กินลูกคิดว่าพ่อแม่การศึกษาน้อยล้าหลัง พูดกันไม่รู้เรื่อง ไม่เชื่อพ่อแม่แต่หันไปเชื่อเพื่อนมากกว่า พ่อแม่ขาดความมั่นใจที่จะอบรมสั่งสอนลูก และขาดโอกาสที่จะอบรมสั่งสอนลูก โดยเฉพาะในครอบครัวที่ต้องไปทำงานต่างถิ่น

เมื่อโจทย์เปลี่ยนไปทีมวิจัยเห็นว่าแผนการแก้ไขปัญหาคือเพื่อตอบโจทย์เดิมน่าจะใช้ไม่ได้ การปฏิบัติ
การในช่วงแรกที่เน้นการอบรมให้ความรู้ที่นั่นแทบจะตัดทิ้งไปได้เลย สถานการณ์ปัญหาในชุมชนไปไกลและ
ซับซ้อนเกินกว่าการแก้ไขด้วยการให้ความรู้

บทที่ 5

สรุปบทเรียน และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 รูปแบบการป้องกันเอดส์

จากการศึกษาพบว่า การจัดกระบวนการให้ความรู้ ความเข้าใจแก่เด็ก เยาวชน พ่อบ้าน แม่บ้านในชุมชน ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์สูง โดยใช้รูปแบบเข้าถึงตัว คุยกกลุ่มย่อยอย่างไม่เป็นทางการ และมีรูปแบบการกระชุมเชิงปฏิบัติการแบบมีส่วนร่วม โดยเน้นเนื้อหาหลักในการแลกเปลี่ยนแต่ละครั้งประกอบด้วย การวิเคราะห์ปัญหา ความรุนแรงของปัญหา สภาพปัญหา ผลกระทบของปัญหา ช่องทางการติดต่อ วิธีป้องกันและลดโอกาสเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอดส์ การต่อรองเรื่องเพศระหว่างชาย – หญิง และทางเลือกโดยการใช้ถุงยางอนามัยป้องกันเอดส์ และจากการศึกษาพบว่า ในการดำเนินการจัดกระบวนการเรียนรู้ ถ้าหากเป็นคนที่ในชุมชนด้วยกันในการดำเนินการจะสามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดีกว่าคนอื่น และมีความต่อเนื่องในการดำเนินการได้มากกว่า เพราะคนที่อยู่ในชุมชนหรืออาสาสมัครจะรู้และเข้าใจปัญหาต่าง ๆ มากกว่า และสามารถปรับรูปแบบ เนื้อหาในการจัดการ ได้อย่างเหมาะสม

5.1.2. รูปแบบการฟื้นฟูและผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์

จากการศึกษาพบว่า การช่วยเหลือเยียวยารักษาผู้ที่ได้รับผลกระทบโดยตรงก็เป็นเรื่องที่สำคัญที่จะต้องช่วยเหลือควบคู่ไปกับการป้องกัน รูปแบบการฟื้นฟูผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ โดยการลงเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ ให้คำปรึกษาด้านการดูแลสุขภาพทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ การดูแลตนเองที่บ้าน และถ้าหากการเยี่ยมบ้านพบเหตุฉุกเฉิน เช่น อาการป่วย โรคแทรกซ้อนต่าง ๆ หรือแม้แต่ปัญหาด้านเศรษฐกิจ สังคมจะช่วยประสานงานและส่งต่อข้อมูลรายการณไปยังองค์กรหน่วยงานต่าง ๆ ให้ในส่วนญาติ ครอบครัว จะมีรูปแบบการจัดอบรมเพิ่มพูนทักษะความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลเบื้องต้น เพื่อจะสามารถดูแลตนเองได้ในชุมชนเดียวกัน อนึ่งจากการศึกษา อาสาสมัครที่ลงเยี่ยมบ้านจะต้องเป็นคนที่อยู่ในชุมชนเดียวกันที่มีความรู้ ความเข้าใจ และไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ เพราะถ้าหากเป็นคนในชุมชนเดียวกันจะสามารถลงเยี่ยมได้ต่อเนื่องและสามารถทำเป็นตัวอย่างแก่คนอื่น ๆ ได้ด้วย

5.2 บทเรียนจากการวิจัย

5.2.1 การสังเคราะห์องค์กรชุมชน

จากการศึกษาพบว่า ในการพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาเอดส์ นอกจากจะพัฒนารูปแบบการจัดการปัญหาให้สอดคล้อง และเหมาะสมกับสถานการณ์ปัญหาและกลุ่มเป้าหมายในท้องถิ่นแล้ว การพัฒนาองค์กรชาวบ้าน องค์กรชุมชนหรือที่เรียกว่ากลไกอาสาสมัครชุมชนในการเข้ามาปฏิบัติการแก้ไขปัญหาก็เป็นเรื่องที่สำคัญและจำเป็น ในการพิจารณาอาสาสมัครชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จะต้องคำนึงถึงบุคคลที่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ เข้าใจผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และเป็นที่ยอมรับของชุมชน เป็นบุคคลที่มีความเอื้ออาทร เสียสละเพื่อบุคคลอื่นในชุมชน และผ่านการคัดเลือกจากชุมชน ถ้าหากมีตัวแทนเด็ก เยาวชน ตัวแทนพ่อบ้าน แม่บ้าน ตัวแทนผู้ติดเชื้อ ญาติผู้ติดเชื้อเข้าร่วมเป็นอาสาสมัคร จะยิ่งดีมาก เพราะแต่ละกลุ่มจะสามารถทำงานกับกลุ่มเป้าหมายตามถนัดและใกล้ชิดได้ดี ทั้งกลไกอาสาสมัครชุมชนจะต้องได้รับการอบรม พัฒนาศักยภาพ พัฒนาทักษะด้านต่าง ๆ อาทิ ทักษะการสื่อสารเรื่องเอดส์เพศศึกษา เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติ ทักษะบริการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และมีเวทีติดตามประเมินผลต่อเนื่อง มีเวทีสรุปบทเรียนร่วมกันของชุมชนอย่างต่อเนื่อง

5.2.2 การสร้างภาคีท้องถิ่น

จากการศึกษาพบว่า องค์กรท้องถิ่นที่อยู่ในชุมชน อาทิ องค์กรบริหารส่วนตำบล สถานีอนามัย โรงเรียน วัด กลุ่มออมทรัพย์ชุมชน กลุ่มผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มสตรีแม่บ้าน กลุ่มเยาวชน ซึ่งกลุ่มต่าง ๆ เหล่านี้ จากการศึกษพบว่า ยังไม่ตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาเรื่องเอดส์ มองปัญหาเรื่องเอดส์เป็นเรื่องของอาสาสมัครสาธารณสุข (อสม.) หรือเจ้าหน้าที่สถานีอนามัยที่จะต้องจัดการปัญหา แต่จากการจัดเวทีสร้างความร่วมมือกันขึ้น ทำให้องค์กรท้องถิ่นต่าง ๆ ตระหนักรู้ต่อปัญหาเอดส์เพิ่มขึ้น จนมีแนวทางและกำหนดแนวทางป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ร่วมกัน โดยเน้นบทบาทการเข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุน ส่งเสริมกระบวนการทำงานของชาวบ้าน หรือกลไกอาสาสมัครให้สามารถทำงานได้อย่างต่อเนื่องและครอบคลุมพื้นที่ ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายมากขึ้น อบต.ตำบลคูเมืองได้นำแผนปฏิบัติการเพื่อการแก้ไขปัญหาลงสู่แผนประจำปีของ อบต. และภาคีท้องถิ่นบ้านคูเมืองทั้งสามชุมชนได้จัดตั้งกองทุนเพื่อการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ขึ้น โดยการระดมทุนจากผู้บริจาคทั่วไปเข้าเป็นกองทุน ในการจัดเวทีพัฒนาความร่วมมือแต่ละครั้ง ประเด็นในการเสนออภิปรายแลกเปลี่ยนเรียนรู้ร่วมกันจะต้องมีประเด็นหลักที่สำคัญดังนี้ การวิเคราะห์สถานการณ์ ความรุนแรงของปัญหา สภาพปัญหา ผลกระทบของปัญหา ปัจจัยสาเหตุของปัญหา และแนวทางความร่วมมือขององค์กรท้องถิ่นในการจัดการปัญหาเอดส์ร่วมกัน การเชิญวิทยากรผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์เข้าร่วมเป็นผู้นำเสนอประสบการณ์ตรง จะสามารถสร้างความตระหนักแก่องค์กรท้องถิ่นท้องถิ่นต่าง ๆ ได้เร็วและมากขึ้น

5.2.3 บทเรียนสำหรับทีมวิจัย

ทีมวิจัยที่เป็นชาวบ้านเข้าร่วมงานนี้ด้วยความเต็มใจ เพราะเห็นว่าเป็นการทำเพื่อชุมชนตัวเอง หลายคนมีประสบการณ์ตรงที่มีญาติใกล้ชิดเป็นผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ หลังจากการทำวิจัยครั้งนี้ทำให้ได้เรียนรู้ ได้พัฒนาหลายอย่าง ได้แก่

1. มีความสุขที่ได้ทำงานนี้ มีความมั่นใจในตนเองมากขึ้น เพราะการทำงานแบบนี้ได้คิดเอง วางแผนเอง ลงมือทำเอง ไม่มีคนมาสั่ง

2. ทีมวิจัยมีความคิดในเรื่องการทำงานเปลี่ยนไป จะให้ความสำคัญกับผู้อื่นมากขึ้น ให้เกียรติผู้อื่นมากขึ้น เชื่อในความสามารถของทุกคนว่าเขาสามารถคิดเองได้ ยอมรับความคิดเห็นของคนอื่น และเชื่อว่าเขาก็คงอยากจะทำเอง เหมือนกับที่ตนเองเคยประสบ ได้เรียนรู้ว่าเราไม่สามารถทำงานคนเดียว ต้องเอาชาวบ้านไปช่วย มาร่วมกันแก้ปัญหา ทำโดยคนข้างล่าง คนที่เผชิญกับปัญหา เป็นการทำงานจากล่างขึ้นบน ต่างจากการทำงานแบบเดิมซึ่งเป็นแบบบนลงล่าง งานนี้เป็นการทำงานแบบนอกกรอบ ซึ่งแต่เดิมไม่เคยทำ ไม่กล้าทำ เพราะกลัวทำผิด กลัวผิดใจแหล่งทุน เดิมเคยเชื่อหมอ เชื่อในเรื่องการอบรมให้ความรู้ ต่อมาได้ตระหนักว่าปัญหาเอดส์ไม่ใช่เรื่องขาดความรู้ แต่เป็นปัญหาสังคม

3. กระบวนการวิจัยแบบนี้มีประโยชน์ ได้เริ่มจากศึกษาสถานการณ์ปัญหาให้เข้าใจก่อน ก่อนที่จะลงมือทำอะไร และในการทำงานก็ต้องพิจารณาความเหมาะสมและความเป็นไปได้ โอกาสที่จะประสบความสำเร็จก็จะมีมาก ไม่ต้องทำงานแบบโลกมากเหมือนเดิม เมื่อเริ่มต้นทีมวิจัยมุ่งเน้นการให้ความรู้ จัดอบรมจากการทำวิจัยนี้ทำให้ได้เรียนรู้ว่าทำให้ตรงกับปัญหาทุกอย่างมีที่ไปที่ไป การทำงานนี้นอกจากจะได้เรียนรู้เรื่องการทำวิจัยแล้ว กระบวนการทำงาน และกระบวนการคิดแบบนี้ยังสามารถนำไปปรับใช้กับการทำงานอื่นได้ด้วย

4. ได้พัฒนาศักยภาพของตนเอง ประสานงานกับองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ร่วมกับหัวหน้าทีมวิจัยได้เรียนรู้วิธีการสนับสนุน จัดเวทีเพื่อการวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม และทักษะการสื่อสารเรื่องเอดส์ในชุมชน ทักษะการเยี่ยมบ้าน และการจัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเอดส์สู่ชุมชนร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย ทำให้ทีมวิจัยชุมชนร่วมกับอาสาสมัครในชุมชนสามารถบูรณาการ การให้การศึกษาเรื่องเอดส์ได้อย่างต่อเนื่อง

5. ทีมวิจัยตระหนักว่าการที่ชุมชนให้การตอบรับในเชิงบวก ให้ความร่วมมือเพราะชุมชนรู้ว่าทีมนี้ทำงานจริง จึงต้องเตือนตัวเองอยู่เสมอว่า การทำงานต้องทำจริง และต้องทำอย่างต่อเนื่อง ต้องมีความตั้งใจจริง และมีความปรารถนาดีเป็นที่ตั้ง และจะยึดถือเป็นแนวทางในการทำงานต่อไป

6. เกิดความรู้สึกมั่นใจในตนเอง มองเห็นว่าตนเองและชุมชนมีความสามารถที่จะแก้ปัญหาได้ และคิดว่าปัญหาของเรา เราต้องเป็นคนแก้เอง

5.3 ข้อเสนอแนะ

1. การวิจัยแบบมีส่วนร่วมที่ได้ผลจะต้องใช้รูปแบบ วิธีการของคนในชุมชน ที่ช่วยกันศึกษา วิเคราะห์ และปฏิบัติการร่วมกัน
2. รูปแบบวิธีการในการดำเนินการกับชุมชนเป้าหมาย กลุ่มเป้าหมายต้องสอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย หรือชุมชนเป้าหมาย
3. รูปแบบ วิธีการต่าง ๆ ที่ดำเนินการต้องเป็นรูปแบบที่คนในชุมชนสามารถทำได้ และสอดคล้องกับวิถีชีวิตของชาวบ้าน/กลุ่มเป้าหมาย
4. การค้นหาความเสี่ยงต่อโรคเอดส์ของคนในชุมชน เราใช้วิธีการศึกษาข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ เอกชนในพื้นที่ สัมภาษณ์รายบุคคล รายการ การสำรวจข้อมูลด้วยแบบสอบถามรายครอบครัว และการเสวนากลุ่มย่อยในชุมชน เช่น กลุ่มเยาวชนชาย – หญิง กลุ่มพ่อบ้าน แม่บ้าน กลุ่มผู้นำชุมชน แกนนำชุมชน และกลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และญาติ ครอบครัว ซึ่งสามารถค้นหาความเสี่ยงต่อเอดส์ของกลุ่มเป้าหมายได้ชัดเจนและถูกต้องมากที่สุด
5. วิธีการสื่อสารความรู้เรื่องเอดส์ เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเชิงการป้องกันและทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้วิธีการ เช่น สื่อสารปากต่อปาก จะทำให้กลุ่มเป้าหมายสามารถนำความรู้ นำประสบการณ์ที่ได้ไปปรับใช้ในวิถีชีวิตประจำวันได้ และกลุ่มเป้าหมายให้ความสนใจอย่างต่อเนื่อง
6. การฟื้นฟูและดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ โดยใช้วิธีการให้อาสาสมัคร ซึ่งเป็นคนในชุมชนลงเยี่ยมบ้านให้กำลังใจ และการอบรมญาติ ครอบครัวผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ในด้านการดูแลเบื้องต้น จะทำให้ผู้ติดเชื้อ และครอบครัวดูแลกันได้อย่างต่อเนื่องและให้กำลังใจกันได้ดีกว่า
7. การพัฒนาความร่วมมือกับองค์กรท้องถิ่น โดยใช้รูปแบบวิธีการเปิดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ประสบการณ์การทำงานด้านเอดส์ เพื่อให้รับรู้สถานการณ์ ความรุนแรงของปัญหา สาเหตุปัญหา สภาพปัญหาและผลกระทบของปัญหา การประสานงานโดยตรงระหว่างกลไกอาสาสมัครกับกลุ่ม/องค์กรท้องถิ่นนั้น ๆ การจัดอบรมพัฒนาศักยภาพแกนนำชุมชน ผู้นำองค์กรชุมชนท้องถิ่น โดยเชิญวิทยากรจากภายนอกมาร่วมแลกเปลี่ยน และการร่วมวิเคราะห์ชุมชนภายในชุมชนด้านโรคเอดส์ จะสร้างความร่วมมือในการทำงานเอดส์ และเกิดความสามัคคีกันมากยิ่งขึ้นในชุมชน

บรรณานุกรม

- การวิเคราะห์ชุมชนแบบมีส่วนร่วม โครงการเอดส์ศึกษา ภาคคณะวิชาส่งเสริมการศึกษา
คณะศึกษาศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่. (2540)
- กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2535) รายงานการประชุมเชิง
ปฏิบัติการเพื่อกำหนดมาตรฐานการให้บริการดูแลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อเอดส์โดย
ครอบครัวและชุมชน 20-24 เมษายน. 2535 ณ โรงแรมไบนยักพทยาชลบุรี.
กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- กาญจนา บุตรชน, แสงจันทร์ ศรีทะวงษ์, นิรุฐา ยะราไธย์, ยุพา รัตนเวฬุ, ดารารัตน์ บุญปก.
(2543) ศึกษาการยอมรับ และการให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ของครอบครัว
ในอำเภอราชบุรี จังหวัดราชบุรี. ขอนแก่น : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข.
- ชาวลิต วิชัย. (2545) สรุปรบทเรียนการทำงานเอดส์กับกลุ่มเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อ
เอดส์ในชุมชน กรณีศึกษา ต.เมืองเตา อ.พยัคฆภูมิพิสัย จ.มหาสารคาม, : องค์การ
ศิลปินเพื่อพัฒนาชนบท. (อพช.)
- ดรุณี รุจกรกานต์. (2542). ชุมชนอีสานกับผู้ติดเชื้อเอดส์ : แนวทางการพัฒนาคุณภาพ
ชีวิต. เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับภูมิภาคครั้งที่ 3 วันที่ 2-4 ธันวาคม
2541. ขอนแก่น : ขอนแก่นการพิมพ์.
- ดรุณี รุจกรกานต์ และคณะ. (2540). การพัฒนารูปแบบส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ
และผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดขอนแก่น. ขอนแก่น. ศูนย์ประสานงานการป้องกันและ
ควบคุมโรคเอดส์ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ มหาวิทยาลัยขอนแก่น.
- ดรุณี รุจกรกานต์. (2544) เอกสารประกอบการประชุมวิชาการระดับภูมิภาค ครั้งที่ 3 ชุมชนอีสาน
กับผู้ติดเชื้อเอดส์ : แนวทางการพัฒนาคุณภาพชีวิต เรื่องการเตรียมชุมชนและ
ครอบครัวกับสภาพการติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน วันที่ 2 ธันวาคม 2541 ณ
ห้องมณฑุเพชร โรงแรมโฆษะ จังหวัดขอนแก่น.
- ธีระพันธ์ ไชยพร. (2544). สรุปรบทเรียนการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับองค์กรชุมชน องค์การ
ท้องถิ่นกับการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ กรณีศึกษา ต.ดงแดง อ.จตุรพักตรพิมาน
จ.ร้อยเอ็ด : เครือข่ายครูช่างถนนร่วมกับเครือข่ายผู้นำสตรี จังหวัดร้อยเอ็ด
- ประยุทธ์ เสรีเสถียร. (ผู้เรียบเรียง). คู่มือการฝึกอบรมการให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์
ปัจจัยทางสังคมจิตวิทยาที่เกี่ยวข้องต่อการให้คำปรึกษา เล่มที่ 2. กรุงเทพฯ :
โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์.

พรทิพย์ แสงคุณ. (2545). **สรุปบทเรียนการพัฒนารูปแบบการสร้างอาสาสมัครชุมชนใน
การจัดการปัญหาเอดส์** กรณีศึกษาตำบลกู่กาสิงห์ อ.เกษตรวิสัย จ.ร้อยเอ็ด :
องค์กรชุมชนด้านภัยเอดส์ จ.ร้อยเอ็ด.

พิบูล นันทชัยพันธ์. (2539). **รูปแบบการพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี/เอดส์**. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรดุษฎีบัณฑิต
คณะพยาบาลศาสตร์ : มหาวิทยาลัยมหิดล.

พลสมบัติ นามหล้า และคณะ. (2544). **รายงานผลการสรุปบทเรียนการดำเนินงาน
เครือข่ายองค์กรเอกชนด้านเอดส์ 2542-2543 ภาคอีสาน สถาบันชุมชนอีสาน
มูลนิธิชุมชนอีสาน จ.สุรินทร์.**

มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ สำนักงานภาคอีสาน. **เอกสารสรุปการสัมมนาระดับภาคเรื่อง
แรงงานอพยพกับเอดส์**. ณ ห้องภูพาน โรงแรมขอนแก่น วันที่ 21 กุมภาพันธ์ 2544.

ศศิวิมล ศิริวัฒนานนท์, สุพัฒน์ ผาภิการ. (2544). **สรุปบทเรียนการจัดการปัญหาเอดส์แบบมี
ส่วนร่วมของชุมชน** กรณีศึกษา ตำบลเหล่าหลวง อำเภอเกษตรวิสัย ตำบลโคกสาม
อำเภอจตุรพักตรพิมาน จังหวัดร้อยเอ็ด. (ปี พ.ศ. 2544-2546). สมาคมพัฒนาชุมชน
อำเภอเกษตรวิสัย จังหวัดร้อยเอ็ด.

สุชาดา ทวีสินธุ์. (2544). **แรงงานอพยพและปัญหาโรคเอดส์ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ.
อุบลราชธานี : คณะศิลปศาสตร์ มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี.**

สุพจน์ อันทะลี. (2543). **ปัญหาโรคเอดส์ในชุมชนดงเกลือ : กรณีศึกษานานดงเกลือ ตำบล
คูเมือง อำเภอเมืองสรวง จังหวัดร้อยเอ็ด**. พัฒนานิพนธ์ ส่วนหนึ่งของวิชา (Community
Development Fieldwork.) มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.

สุภาพร อิมสำราญรัตน์. (2540). **บทบาทครอบครัว ชุมชน พระและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขใน
การดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในจังหวัดร้อยเอ็ด** (ม.บ.ท. : ม.ป.ท.).

หลักสูตรการอบรมเรื่อง เทคนิคการเป็นวิทยากรเอดส์ : **การสื่อสารเรื่องเอดส์เพื่อการ
ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติ**. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน
มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายาร่วมกับมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (แอคเซส).

อนุพงศ์ ชิตวรากรและคณะ (2544). **แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ
พ.ศ. 2545-2549 : คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
พฤษภาคม 2544**. โรงพิมพ์การศาสนา.

ภาคผนวก

ภาคผนวก ก แบบสัมภาษณ์

แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของครอบครัวต่าง ๆ ในชุมชน

(โครงการพัฒนารูปแบบ 1)

ตอนที่1 ข้อมูลพื้นฐาน

คำชี้แจง.....โปรดให้ข้อมูลทุกข้อตามความเป็นจริง

1. ข้อมูลครัวเรือน

1.1 ชื่อผู้ให้สัมภาษณ์.....

1.2 อยู่บ้านเลขที่..... หมู่ที่..... ตำบล..... อำเภอ.....

จังหวัด.....

1.3 สมาชิกในครัวเรือนมีจำนวน.....คน ชาย.....คน หญิง.....คน

1.4 อาชีพหลักคือ.....อาชีพเสริมคือ.....

1.5 การศึกษาสูงสุดของสมาชิกในครัวเรือน

- ไม่ได้ศึกษา จำนวน.....คน
- จบการศึกษาระดับสูงสุด ป.4 จำนวน.....คน
- จบการศึกษาระดับสูงสุด ป.6 จำนวน.....คน
- จบการศึกษาระดับสูงสุด ม.3 จำนวน.....คน
- จบการศึกษาระดับสูงสุด ม.6 จำนวน.....คน
- จบการศึกษาระดับสูงสุด ปวช, ปวศ จำนวน.....คน
- จบการศึกษาระดับสูงสุด ปริญญาตรีขึ้นไป จำนวน.....คน

1.6 สมาชิกในครัวเรือน อพยพย้ายถิ่นไปขายแรงงานจำนวน.....คน

1.7 ประเภทงาน / อาชีพที่สมาชิกในครัวเรือนของท่านอพยพไปขายแรงงาน

- ลงเรือประมง จำนวน.....คน
- ลาวโรงงาน จำนวน.....คน
- รับจ้างทั่วไป จำนวน.....คน
- อื่น ๆ (ระบุ) จำนวน.....คน

1.8 รายได้ต่อปีโดยเฉลี่ยประมาณ.....บาท โดยมีที่มาของรายได้ดังนี้

- ()ขายข้าว จำนวน.....บาท / ปี
- () ขายแรงงาน ,รับจ้างทั่วไป จำนวน บาท /ปี
- ()อื่น ๆ (ระบุ)บาท / ปี

1.9 ภาระหนี้สินของครอบครัว(ถ้ามี)

ที่มาของหนี้	จำนวนเงิน(บาท)	ดอกเบี้ย / ปี ร้อย ละ	ระยะเวลาใช้คืน (กี่เดือน / กี่ปี)
1. ธกส.			
2. สหกรณ์การเกษตร			
3. กองทุนในชุมชน ต่างๆ			
4. นายทุนในหมู่บ้าน			
5. อื่นๆ(ระบุ)			
รวม			

1.10 สาเหตุที่สมาชิกในครอบครัวอพยพย้ายถิ่นไปขายแรงงาน (สามารถตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

- () ญาติ / เพื่อนบ้านชักชวน () อยู่ว่าง ๆ หลังฤดูกาลเก็บเกี่ยว
- () หาเงินเพื่อซื้อที่ดิน
- () อยากได้สิ่งอำนวยความสะดวกเช่น รถ / บ้าน / โทรศัพท์ ฯลฯ

แบบสัมภาษณ์ผู้นำชุมชน

ตอนที่ 2 ความรู้ความเข้าใจต่อเรื่องเอดส์ (การแพร่ระบาด)

1. ท่านคิดว่าโรคเอดส์ในทัศนะของท่านเป็นอย่างไร ? ทำไมจึงคิดเช่นนั้น ?
.....
.....
.....
.....
2. ท่านคิดว่าตัวท่านและครอบครัวของท่านมีโอกาสเสี่ยงต่อการที่จะได้รับเชื้อเอดส์หรือไม่ ? เพราะเหตุใด.....
.....
.....
.....
3. ท่านคิดว่าคนกลุ่มใดที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการที่จะได้รับเชื้อเอดส์ ? เพราะเหตุใด.....
.....
.....
.....
4. ระหว่างเพศชายกับเพศหญิงใครมีโอกาสเสี่ยงต่อการที่จะได้รับเชื้อเอดส์มากกว่ากัน เพราะเหตุใด.....
.....
.....
.....
5. ท่านคิดว่าพฤติกรรมเสี่ยงและค่านิยมใดในชุมชนของท่านที่ทำให้เสี่ยงต่อการที่จะได้รับเชื้อเอดส์.....
.....
.....
.....
6. ท่านคิดว่าโรคจะส่งผลกระทบต่อชุมชนของท่านในด้านใดบ้าง ? และเป็นอย่างไร ?
.....
.....
.....
.....

ตอนที่ 3 การรับรู้ / การยอมรับค่านิยมชีวิตของผู้ป่วยเอดส์

1. ท่านมีความรู้สึกอย่างไรต่อผู้ที่ได้รับเชื้อเอดส์ ? เพราะอะไรจึงรู้สึกอย่างนั้น

.....

.....

.....

2. ท่านจะปฏิบัติตัวอย่างไรต่อผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ทั่วไป และหากคนนั้นเป็นญาติ พี่น้อง หรือคนในครอบครัวของท่าน

.....

.....

.....

3. " เราสามารถอยู่ร่วมกับผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ได้อย่างปกติสุข " ท่านเห็นด้วยกับคำกล่าวนีหรือไม่ เพราะ

.....

.....

.....

4. ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อการที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ฆ่าตัวตายทำไมคิดอย่างนั้น

.....

.....

.....

5. ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อการที่คนในชุมชนของท่านกลัวผู้ที่ติดเชื้อเอดส์ไม่ขยักเข้าใกล้ หรือยุ่งเกี่ยวกับ

.....

.....

.....

.....

.....

6. ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อการตั้งครรภ์ของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอดส์

.....

.....

.....

.....

7. ท่านคิดเห็นอย่างไรกับการสอนเรื่องเพศศึกษาแก่เด็กวัยรุ่น

.....

.....

.....

.....

8. " โรคเอดส์เป็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับทุกคน และทุกคนจะต้องช่วยกันแก้ไขปัญหานี้ " ท่านคิดอย่างไรกับคำกล่าวนี้

.....

.....

.....

.....

9. ท่านคิดเห็นอย่างไรต่อการที่คนเฒ่า คนชรารับภาระเลี้ยงดูเด็กกำพร้าที่ พ่อ - แม่ เสียชีวิตจากโรคเอดส์

.....

.....

.....

.....

10. ความเชื่อ หรือ ประเพณีวัฒนธรรมใดในชุมชนของท่านที่ท่านคิดว่าสามารถป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้

.....

.....

.....

.....

6. ท่านคิดเห็นอย่างไรจากการที่คนในชุมชนของท่านไม่ยอมรับเด็กที่มี พ่อ - แม่ ที่เสียชีวิตด้วยโรค
เอดส์ถึงแม้ว่าตัวเด็กเองจะไม่ได้ติดเชื้อก็ตาม.....

7. " รัฐบาลไม่ควรเสี่ยงงบประมาณในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์มากนัก เพราะถึงอย่างไร คนพวกนี้ก็
จะตายอยู่ดี" ท่านคิดเห็นอย่างไรกับคำกล่าวนี้.....

ตอนที่ 4 ความรู้ในการป้องกัน

1. ท่านมีวิธีการอย่างไรบ้างในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์.....

2. ท่านคิดว่าควรเริ่มให้ความรู้เรื่องเอดส์กับคนในวัยใด เพราะเหตุใด.....

3. ท่านคิดเห็นอย่างไรกับการพกถุงยางอนามัยของเด็กวัยรุ่น ชาย - หญิง.....

4. ท่านคิดว่าวิธีการใดที่จะป้องกันการติดเชื้อเอดส์ได้ดีที่สุดเพราะเหตุใด.....

5. ท่านคิดอย่างไรกับคำกล่าวที่ว่า " ผู้หญิงที่แต่งงานแล้วต้องเชื้ทั้ง สามีจะช้คหรือได้ยั้งหรือไม ".....

ภาคผนวก ข สรุปรายงานการจัดการเสวนากลุ่มย่อย

สรุปกิจกรรมอบรม

"ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและทัศนคติ"

วันที่ 5 พฤษภาคม 2545 ณ บ้านคูเมืองหมู่ที่ 1

ต.คูเมือง อ.เมืองสรวง จ.ร้อยเอ็ด 45220

เริ่มการอบรมเวลา 09.00 น. โดย คุณประจักษ์ อาษาทอง ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการจัดกิจกรรมอบรมการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์

กิจกรรมที่ 1 ปรับความคาดหวัง

วิธีการ แจกกระดาษรูปหัวใจให้ผู้เข้าร่วมอบรม แล้วให้ผู้เข้าร่วมเขียนความคาดหวังในการเข้าร่วมอบรมในครั้งนี้ ว่าอยากทราบเรื่องอะไรบ้างเกี่ยวกับโรคเอดส์

สรุปความคาดหวัง

1. เอดส์ติดต่อได้อย่างไร
2. อยู่เฉยๆ มีโอกาสติดเชื้อเอดส์หรือไม่
3. วิธีการป้องกันเพื่อไม่ให้ติดเชื้อเอดส์
4. ถ้าติดเชื้อเอดส์จะไปอยู่ที่ไหน
5. อาการเริ่มแรกของคนติดเชื้อเอดส์
6. ไปตัดผมที่ร้านมีโอกาสติดเชื้อเอดส์หรือไม่
7. ดื่มน้ำแก้วเดียวกันกับคนติดเชื้อเอดส์จะติดหรือไม่
8. ทำอย่างไรถึงจะรู้ว่าตัวเองติดเชื้อเอดส์
9. ชีดยามีโอกาสติดเชื้อเอดส์หรือไม่
10. ทำไมไม่มียารักษาโรคเอดส์ให้หาย
11. อยู่บ้านเดียวกันกับผู้ติดเชื้อเอดส์มีโอกาสติดเชื้อเอดส์หรือไม่
12. จะสังเกตอย่างไรว่าสามีไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นมา
13. วิธีการใช้ถุงยางอนามัย
14. โรคเอดส์เข้ามาในประเทศไทยเมื่อใด ใครเป็นคนนำมา
15. การสัมผัส กอด จูบ มีโอกาสติดเชื้อเอดส์หรือไม่

กิจกรรมที่ 2 ประเมินโอกาสเสี่ยง

รูปแบบ แจกกระดาษให้กับผู้เข้าร่วมอบรมเขียนความรู้สึกและประเมินตัวเองที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบันนี้ มีความเสี่ยง ไม่เสี่ยง ไม่แน่ใจ ต่อการติดเชื้อเอดส์หรือไม่ พร้อมให้เหตุผล

เสี่ยง 7 คน

เหตุผล

1. สามีไปทำงานต่างถิ่น
2. กลัวติดจากเข็มฉีดยาหมอมอ และการผ่าตัด
3. สามีเคยเที่ยวมาก่อน
4. กลัวผู้ติดเชื้อเอดส์มาทำอาหารให้กิน

ไม่เสี่ยง 14 คน

เหตุผล

1. สามีภรรยาเข้าใจกัน
2. มีความรู้เรื่องเอดส์
3. มั่นใจสามี
4. ไม่เคยไปเที่ยว
5. รู้จักวิธีการป้องกัน
6. กลัว
7. ร่างกายแข็งแรง สุขภาพดี
8. แก่แล้ว ไม่มีสามี
9. อยู่คนเดียว

ไม่แน่ใจ 11 คน

เหตุผล

1. สามีไม่อยู่บ้าน
2. ไม่แน่ใจคู่ครอง
3. เคยไปฉีดยาที่โรงพยาบาล
4. เคยดื่มข้าวร่วมกับผู้อื่น
5. ไม่ได้อยู่ด้วยกัน
6. เคยเที่ยว และได้ป้องกัน

กิจกรรมที่ 3 วิเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเอดส์

รูปแบบ แบ่งกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่ม แล้วแยกเขียนแต่ละสถานีให้ครบทั้งหมด ตามหัวข้อที่กำหนดไว้ตามความคิดของแต่ละกลุ่มโดยช่วยกันระดมความคิดเห็นแล้วเขียนลงในกระดาษ

1. คนทั่วไปคิดอย่างไรเกี่ยวกับโรคเอดส์

- เป็นโรคที่น่ารังเกียจเพราะรักษาไม่หาย
- น่ากลัว
- ติดได้ง่าย
- โรคที่ร้ายแรง
- เป็นโรคธรรมดาสามารถอยู่ด้วยกันได้

2. คนทั่วไปคิดอย่างไรเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์

- รังเกียจ
- คนส่วนใหญ่ไม่ยอมรับ
- กลัว
- สงสารเพราะเกิดมาทุกคนไม่อยากติดเชื้อเอดส์
- เห็นอกเห็นใจผู้ติดเชื้อเอดส์

3. คนทั่วไปคิดอย่างไรกับพฤติกรรมทางเพศของคนในปัจจุบัน

- ชอบเที่ยวอยากลองของใหม่
- อยากลองอยากรู้เรื่องเพศ
- เป็นเรื่องธรรมชาติของมนุษย์
- ไม่ชอบป้องกัน มักง่าย
- ไม่เลือกว่าเป็นสามีภรรยาใครเอาหมด
- ชอบเที่ยวสนุกสนานแล้วลองของ

4. ท่านจะมีวิธีการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ให้หมดไปจากชุมชนของท่านอย่างไร

- รักเดียวใจเดียว
- รู้จักป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น
- ไม่ให้ลูกหลานติดยาเสพติด
- ให้ความรู้แก่คนในชุมชน
- ครอบครัวยุติให้ความอบอุ่น

กิจกรรมที่ 4 ระดับความเสี่ยง

วัตถุประสงค์

1. สร้างความเข้าใจที่ชัดเจนในเรื่องการติดต่อของเชื้อซึ่งจะส่งผลต่อความเข้าใจและคลายความกังวลในการยอมรับ การอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อ
2. ได้เรียนรู้ร่วมกัน คือ ข้อมูลที่เป็นจริงในเรื่องเอดส์เป็นพื้นฐานสำคัญที่คนทำงานจะต้องมีความเข้าใจ โดยเฉพาะในประเด็นการติดต่อ นอกจากนี้ยังจำเป็นต้อง สื่อสาร พูดคุย เพื่อสร้างความเข้าใจกับคนที่มีคำถาม อย่างตรงไปตรงมา
3. เห็นถึงความสำคัญของการให้ข้อมูล ข่าวสาร ที่เป็นไปในทิศทางเดียวกันของคนทำงานและต้องแยกแยะให้ได้ระหว่างข้อเท็จจริงและความเชื่อที่คนส่วนบุคคล ในการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย

วิธีการ

- แบ่งกลุ่มผู้เข้าร่วมออกเป็น 2 กลุ่ม และแจกบัตรความเสี่ยงจำนวน 21 ใบ ซึ่งระดับความเสี่ยงมีอยู่ 4 ระดับ เสี่ยงมาก เสี่ยงปานกลาง เสี่ยงน้อยมาก ไม่เสี่ยง
- กลุ่มเป้าหมายช่วยกันจัดบัตรคำในแต่ละระดับ

ผลจากกลุ่มย่อย

- 1.เสี่ยงมาก ได้แก่ เพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย , เพศสัมพันธ์ทางช่องทวารโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย , เพศสัมพันธ์ขณะมีประจำเดือน , เพศสัมพันธ์ขณะมีแผลที่อวัยวะเพศมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น การรับเลือดที่มีเชื้อ HIV , ซึ่งเป็นความเสี่ยงในระดับที่ทำให้มีโอกาสได้รับเชื้อสูงมาก และคนส่วนใหญ่ได้รับเชื้อเอดส์จากความเสี่ยงนั้น ๆ
- 2.เสี่ยงปานกลาง ได้แก่ การใช้อุปกรณ์เสริมความสุทางเพศสอดใส่ในอวัยวะให้กันและกัน การเป็นผู้ใช้ปากทำ Oral sex เด็กทารกที่ดื่มน้ำนมแม่ที่มีเชื้อ HIV คือ มีความเสี่ยงที่ได้รับเชื้อเอดส์อยู่บ้างแต่ไม่มากเท่ากับเสี่ยงมาก
- 3.เสี่ยงน้อยมาก ได้แก่ การถูกเข็มตำ การสัมผัสแผลเลือดน้ำเหลือง คือ ความเสี่ยงในเชิงทฤษฎี แต่ในทางเป็นจริงโอกาสและความเป็นไปได้ที่จะได้รับเชื้อเอดส์จากการทำนั้น ๆ แทบไม่มีเลย และไม่ ปรากฏหรือมีกรณีน้อยมาก ๆ ว่ามีคนได้รับเชื้อเอดส์จากช่องทางนั้น ๆ และไม่มีการรายงานว่า การเป็นฝ่ายถูกทำ oral sex แล้วติดเชื้อเอดส์