



รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรื่อง ในความทุกข์ทนข้ามพรมแดน:
กรณีศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีบริเวณชายแดนไทย-ลาว

**On Cross-Border Suffering:
A case study of People Living with HIV/AIDS (PLHA) groups
along the Thai-Laos Border**

งานวิจัยภายใต้โครงการ แนวคิดสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน
ในอนุภูมิภาคผู้นำโขง

โดย

อ.ดร.อรัญญา ทิริผล และดร.เสถียร นันทะ

มกราคม 2553

รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์

เรื่อง ในความทุกข์ทนข้ามพรมแดน:
กรณีศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีบริเวณชายแดนไทย-ลาว

**On Cross-Border Suffering:
A case study of People Living with HIV/AIDS (PLHA) groups
along the Thai-Laos Border**

งานวิจัยภายใต้โครงการ แนวคิดสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจกับการพัฒนาอย่างยั่งยืน
ในอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง

โดย

อ.ดร.อรัญญา ศิริผล

ภาควิชาสังคมวิทยาและมานุษยวิทยา คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ดร.เสถียร จันทะ

สาธารณสุข โรงพยาบาลเวียงแก่น

สนับสนุนโดยสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย
(ความเห็นในรายงานนี้เป็นของผู้วิจัย สกว. ไม่จำเป็นต้องเห็นด้วยเสมอไป)

สารบัญ

	หน้า
กิตติกรรมประกาศ	3
บทนำ ความทุกข์ทนทางสังคมกับสังคมวัฒนธรรมชายแดนในบริบทการพัฒนาเศรษฐกิจลุ่มน้ำโขง	7
บทที่ 1 การพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการบริเวณชายแดนไทย-ลาว	27
บทที่ 2 เอชไอวีเอดส์ วิธีคิดและประสบการณ์การรับรู้ของสังคมชายแดนลาว	51
บทที่ 3 เอดส์ อนาคตทางสังคม และการเบียดขับซ้ำสอง: ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อในสังคมลาว	71
บทที่ 4 การเมืองเชิงนโยบายสาธารณสุขเรื่องเอดส์ชายแดนไทย-ลาว	86
บทที่ 5 การจัดการความทุกข์ทนข้ามพรมแดนไทย-ลาว: ประสบการณ์และความสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	107
บทที่ 6 ชีวิตและจินตนาการใหม่ของผู้ติดเชื้อ: ยาด้านไวรัสเอชไอวีในการเปลี่ยนผ่านปฏิบัติการทางการแพทย์ต่อเชื้อเอชไอวี	119
บทสรุป ภาวะตึงตันของการพัฒนาลุ่มน้ำโขง: กรณีเอชไอวีเอดส์และปัญหาสุขภาพในเขตชายแดนไทย-ลาว	133
บรรณานุกรม	139

กิตติกรรมประกาศ

งานวิจัยชิ้นนี้ไม่อาจสำเร็จลุล่วงได้ หากผู้วิจัยและทีมงานไม่ได้รับความเมตตาจากกลุ่มคนหลายๆ กลุ่ม ซึ่งผู้วิจัยขอกล่าวขอบคุณมา ณ ที่นี้

กลุ่มแรก ผู้วิจัยและทีมงานขอแสดงความขอบคุณต่อผู้ติดเชื้อทุกท่าน (ในงานวิจัยชิ้นนี้ได้ใช้ชื่อสมมุติกับผู้ให้สัมภาษณ์ที่เป็นผู้ติดเชื้อทุกท่าน ทั้งนี้ เพื่อปกป้องสิทธิและความต้องการไม่เปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อ) ที่ให้ความไว้วางใจในตัวของผู้ทำวิจัยและทีมงาน ขอมอบอกเล่าเรื่องราว ขอมเปิดเผยตัวให้ข้อมูลแก่ทีมงาน แม้ว่าการเข้าไปหาผู้ติดเชื้อหลายท่านนำพามาซึ่งความลำบากและความเดือดร้อนของผู้ติดเชื้อในเวลาต่อมา โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อในฝั่งลาวที่สังคมคนรอบข้างและเพื่อนบ้านยังมีภาพลักษณ์ด้านลบต่อผู้ติดเชื้อ

นอกจากนี้ เรื่องราว คำบอกเล่าของผู้ติดเชื้อได้เติมเต็มพลังแห่งการต่อสู้และการมีชีวิตอยู่อย่างมีความหวัง หลายครั้งที่ผู้วิจัยและทีมงานรู้สึกสิ้นอยู่ในอก และคิดว่า ชีวิตคนเรานั้นจะมองหาหนทางออกได้มากน้อยเพียงใดเมื่อต้องเผชิญหน้ากับปัญหาต่างๆ ที่รุมเร้าเข้ามา แต่ผู้ติดเชื้อบางคนที่ผู้วิจัยได้พบเจอกลับทำให้เห็นว่า พลังแห่งชีวิตอยู่ที่ “การไม่ยอมแพ้” ผู้ติดเชื้อบางคนทำให้ได้คิดอีกว่า คนเรานั้น เมื่อได้จ้องหน้ากับความตายมาแล้ว ก็ยากที่จะสั่นคลอนต่อวินาทีเหล่านั้นได้ บางคนอาจเล่าถึงวินาทีนั้นอย่างขำขัน ณ ตอนนี้อย่างไรก็ตาม ช่วงเวลานั้น มันคือ ความทุกข์โศกที่ยากแก่การมองเห็นหนทาง แต่ขณะเดียวกันหลายๆ คนก็ทำให้ได้คิดว่า ช่วงเวลานั้น น่าจะเป็นช่วงเวลาแห่งการเตรียมตัวตายอย่างมีสติ และใช้เวลาที่มีอยู่อย่างทันท่วงที ค้นหาความเข้าใจ ความรักและความเอื้ออาทรต่อกัน ชีวิตคนเรานั้นน่าพิศวงยิ่งนักในความเป็นมนุษย์ที่ไม่ยอมแพ้ ผู้วิจัยยังคิดอยู่ว่า หากเป็นผู้วิจัยเอง ในวินาทีที่จ้องหน้ากับความตายเช่นนั้น เราจะเตรียมตัวตายอย่างมีสติได้อย่างไร เราจะมีคำถามกล่าหาญในการเผชิญหน้ากับความตายมากน้อยเพียงใด

ปัจจุบัน ผู้ติดเชื้อหลายคนได้กลายมาเป็นเพื่อน เป็นพี่ เป็นน้อง ได้แลกเปลี่ยนพูดคุย ได้แนะนำลูกหลาน ฝากฝังอนาคตของลูกหลานที่เป็น “ความหวัง” ที่ทำให้เขามีชีวิตอยู่จนถึงตอนนี้ พี่ๆ น้องๆ ผู้หญิงผู้ติดเชื้อหลายคนได้ทำให้เห็นว่า พวกเขามีชีวิตอยู่ในวันนี้ ก็เพราะลูก ซึ่งเป็นความฝัน เป็นแรงใจให้เขาต่อสู้ต่อไปอย่างไม่ยอมแพ้ ขอให้พี่ๆ น้องๆ ได้มีแรงต่อไป ส่งกำลังใจให้สู้อย่างไม่ท้อ และขอให้ลูกของพวกเขาได้เห็นการต่อสู้ของแม่และพ่อเพื่อเขาด้วย

กลุ่มที่สอง ผู้วิจัยและทีมงานขอขอบคุณหน่วยงานราชการ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง ขอขอบคุณนักวิชาการหลายๆ ท่าน ได้แก่ พี่นิวัตร สุวรรณพัฒนา ผู้คร่ำหวอดในวงการพัฒนาด้านเอดส์มายาวนาน อาจารย์หมอโกมาตร จึงเสถียรทรัพย์ ผู้อำนวยการสำนักงานวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) พี่มาลี สิทธิเที่ยงไกร, Paul Cohen, Christopher Lyttleton ที่ให้คำชี้แนะ คำแนะนำ คำวิจารณ์ที่เป็นประโยชน์ต่อรายงานวิจัยชิ้นนี้

กลุ่มที่สาม ขอขอบคุณ ศ.ดร. ยศ สันตสมบัติ ในฐานะหัวหน้าโครงการที่ส่งต่อโครงการนี้ให้แก่ผู้วิจัย และในฐานะ “ครู” ที่ไม่เคยเหน็ดเหนื่อยต่อการสอนและเพิ่มเติมสติปัญญาให้แก่ศิษย์เรื่อยมา และที่ขาดไม่ได้คือ ขอขอบคุณ ทีมงานวิจัย พไลวรรณ ศรีศฤงคาร, พึงภพ ที่ช่วยเก็บข้อมูล เป็นเพื่อนร่วมเดินทาง ตลอดจนเป็นเพื่อน เป็นพี่ที่น่ารักในการทำงานร่วมกัน รวมทั้งขอขอบคุณหมอนูน้องปุ๋ย น้องปันและน้องปณ ที่ทำให้ผู้วิจัยได้เข้ามาค้นคว้าเรื่องของผู้ติดเชื้อ (ทั้งๆ ที่เคยตั้งใจไว้ว่า จะเป็นเรื่องสุดท้ายที่เลือกทำ เพราะเป็นเรื่องที่รู้ทั้งรู้ว่าเจอไปด้วยความเศร้าโศก การจากพรากและความทุกข์)

กลุ่มที่สี่ ขอขอบคุณ ผศ. ดร. ศิริพร วัชรวัลคุ ที่ให้คำแนะนำทั้งทางวิชาการและการจัดการดูแลโครงการ ความน่ารัก ความใจดีและความโอบอ้อมอารีของอาจารย์เป็นสิ่งที่ผู้วิจัยและทีมงานซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง นอกจากนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของสกว. คุณรุ่งนภา ลัคนาพรวิสิฐ และอีกหลายๆ ท่านที่ให้การดูแลอำนวยความสะดวกทั้งในเรื่องเอกสาร การติดต่อประสานงานตลอดจนความเป็นพี่น้องที่น่ายกย่องร่วมกัน รวมทั้ง ขอขอบคุณสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัย(สกว.) ที่ให้การสนับสนุนด้านการเงินและการดูแลให้โครงการดำเนินไปอย่างราบรื่น

บทคัดย่อ

งานวิจัยชิ้นนี้เป็นการศึกษาถึงผลกระทบของการพัฒนาทางเศรษฐกิจบนความร่วมมือระหว่างประเทศในกลุ่มน้ำโขงที่ส่งผลต่อชีวิตและสุขภาพของผู้คนชนชายแดน โดยเฉพาะผลกระทบที่เกิดขึ้นจากสถานการณ์การเปิดชายแดนเพื่อรองรับเศรษฐกิจในภูมิภาคกลุ่มน้ำโขงตอนบนและโดยเฉพาะการพัฒนาชายแดนไปที่อุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ โดยงานวิจัยได้ใช้กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีบริเวณชายแดนสองฟากฝั่งไทย-ลาว ในเขตพื้นที่ชายแดนไทย-ลาวบริเวณอ.เชียงของ เชียงแก่น จังหวัดเชียงรายกับแขวงบ่อแก้วและหลวงน้ำทา ประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว เป็นกรณีศึกษา และใช้แนวคิด “ความทุกข์ทนทางสังคม” และ “การพัฒนาแบบอสมมาตร” เป็นแนวคิดพื้นฐานในการทำความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ โดยงานวิจัยนี้ได้ใช้วิธีการศึกษาทางมานุษยวิทยาที่เน้นการศึกษาภาคสนามเพื่อทำการรวบรวมข้อมูลจากผู้คนชนชายแดนประกอบข้อมูลเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ผลการศึกษา พบว่า การพัฒนาอนุภูมิภาคกลุ่มน้ำโขงบริเวณชายแดนไทย-ลาววางอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการพัฒนาแบบอสมมาตรที่ไม่ได้สัดส่วนทัดเทียมกันซึ่งได้ก่อให้เกิด “การกระจายความทุกข์ทน” (Social distribution of suffering) ซ้ำเติมในกลุ่มคนไร้อำนาจที่อยู่บริเวณชายแดนมากขึ้น ในกรณีศึกษาผู้ติดเชื้อของสองฟากฝั่งได้ชี้ให้เห็นว่า ความทุกข์ทนที่ผู้ติดเชื้อได้รับไม่ได้เป็นผลมาจากปัญหาโรคภัยไข้เจ็บโดยตัวมันเองหรือจากมายาคติที่ปัจเจกเกี่ยวข้องกับการประพาศคิดเชิงศีลธรรมแต่เพียงด้านเดียว หากแต่เป็นผลมาจากสภาวะการพัฒนาที่ไม่ได้สัดส่วนจากวางเป้าหมายให้ชายแดนกลายเป็น “พื้นที่สำคัญทางเศรษฐกิจ” ตามแผนโครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ โดยเฉพาะการพัฒนาที่ชายแดนโดยเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ และความอิหลักอิเหลื่อจากการพัฒนากำลังกลายเป็นเงื่อนไขสำคัญในการสร้าง “ความเสี่ยง” (risk) ต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและนำไปสู่การขยายความทุกข์ทนทางสังคมที่ชุมชนชายแดนไทยลาวกำลังได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม งานศึกษานี้ ก็พบว่า ผู้ติดเชื้อทั้งในฝั่งไทยและฝั่งลาวมิได้ยอมจำนนกับชะตากรรมของตนเอง แต่ได้พยายามจัดการกับความทุกข์ทนของตนในหลายระดับ โดยผู้ติดเชื้อได้นำมิติทางสังคมวัฒนธรรมมาเป็นพื้นฐานของปฏิบัติการเพื่อความอยู่รอดภายใต้บริบทเงื่อนไขการพัฒนากลุ่มน้ำโขงและการเปลี่ยนผ่านของวาทกรรมทางการแพทย์ในเครือข่ายของการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อและวาทกรรมต่อเนื่องที่โยงภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อต่อมาตรฐานทางศีลธรรม

รายงานวิจัยนี้ ได้พบว่า ผู้ติดเชื้อของสองฟากฝั่งได้พยายามจัดการความทุกข์ทนที่เกิดขึ้นข้ามพรมแดน โดยเฉพาะการสร้างเครือข่ายของผู้ติดเชื้อใน 2 ลักษณะคือ การสร้างเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อและความร่วมมือแก้ไขปัญหาดะสัข้ามพรมแดนแบบเป็นทางการ และเครือข่ายมิตรภาพผู้ติดเชื้อข้ามพรมแดนอย่างไม่เป็นทางการ ขณะที่ เมื่อการแพทย์สมัยใหม่ก้าวหน้ามากขึ้น โดยเฉพาะการพัฒนา

ด้านไวรัสเพื่อจัดการกับเชื้อเอชไอวี ผลผลิตที่สำคัญคือ การไปเปลี่ยน “ภาพแทนความเจ็บป่วย” (illness representation) ของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์และส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อในปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้างตามมาอีกด้วย ทำให้เกิดการจัดการความทุกข์ทนและการจัดการชีวิตของผู้ติดเชื้อในรูปแบบใหม่ๆ ด้วย ที่เมื่อผู้ติดเชื้อมีความหวังมากขึ้นในการมีชีวิตอยู่ ทำให้การวางแผนต่อการใช้ชีวิตในระยะยาวมีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งในแง่การเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การจัดการต่อเรื้อนร่างกายที่ได้รับผลกระทบจากยาต้านไวรัสและการสร้างความหมายใหม่ให้กับเชื้อในเชิงเปรียบเทียบ ตลอดจนการตัดสินใจวางความสัมพันธ์ของตนกับคนอื่นๆ ในรูปแบบใหม่ๆ ที่ซับซ้อนมากขึ้น

บทนำ

ความทุกข์ทรมานทางสังคมกับสังคมวัฒนธรรมชายแดนในบริบทการพัฒนาเศรษฐกิจลุ่มน้ำโขง

บริเวณชายแดนไทย-ลาว โดยเฉพาะแถบอำเภอเชียงของ เชียงแสน จ.เชียงรายในฝั่งไทยกับแขวงบ่อแก้ว ห้วยทราย ในฝั่งลาว ถือเป็นหนึ่งในพื้นที่ชายแดนสำคัญที่เชื่อมโยงการพัฒนาเศรษฐกิจการค้า การคมนาคมขนส่งภายใต้โครงการ“สี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ”¹ ซึ่งเป็นความร่วมมือทางเศรษฐกิจระหว่าง 4 ประเทศหลัก คือ จีน พม่า ไทย และลาว ในเขตลุ่มน้ำโขงตอนบน

นับตั้งแต่โครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจเริ่มมีความชัดเจนขึ้นในช่วงทศวรรษ 1990 การเปิดชายแดนไทย-ลาวบริเวณดังกล่าวอย่างถาวรและการยกระดับชายแดนเป็นด่านข้ามแดนนานาชาติเมื่อปี ค.ศ. 1993² ได้กลายเป็นสัญลักษณ์สำคัญที่แสดงถึงความร่วมมือระหว่างประเทศในเขตลุ่มน้ำโขงตอนบนและทำให้เกิดการข้ามแดนไปมาของนักท่องเที่ยวต่างชาติ ตลอดจนการค้าการลงทุนและระบบเศรษฐกิจการค้าเชื่อมโยงประเทศในเขตลุ่มน้ำโขงตอนบนผ่านด่านข้ามแดนดังกล่าว

การเปิดขึ้นของชายแดนดังกล่าวได้ทำให้บริเวณแถบนี้เติบโตขึ้นอย่างรวดเร็วในแง่ของการพัฒนาเศรษฐกิจจากการท่องเที่ยว และเศรษฐกิจการเกษตร เมืองบ่อแก้วและหลวงน้ำทา เป็นเมืองชายแดนแถบตะวันตกเฉียงเหนือของสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ติดกับอำเภอเชียงของ และเชียงแสน จังหวัดเชียงราย ประเทศไทย

จากสภาพที่ตั้งทางภูมิศาสตร์และเงื่อนไขการเร่งพัฒนาเส้นทางคมนาคมเพื่อตอบสนองต่อโครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจเพื่อเชื่อมต่อระหว่างจีนและไทย นำไปสู่การเกิดขึ้นของถนนสาย R3 E³ จึง

¹ โครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ คือ คำที่ถูกใช้นานามการรวมตัวทางเศรษฐกิจของกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ที่ครอบคลุมบริเวณลุ่มแม่น้ำโขงตอนบน นับจากมณฑลยูนนานทางตอนใต้ของจีน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือของพม่า จนถึงตอนบนของไทยและลาว จุดประสงค์เพื่อรวมกลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจในระดับภูมิภาค โดยแสวงหาสู่ทางเปิดใช้เส้นทางคมนาคมร่วมกันระหว่างประเทศ 4 ประเทศ คือ จีน ไทย ลาว พม่า หลังจากนั้น แต่ละประเทศต่างเปิดชายแดนให้เชื่อมโยงถึงกันเพื่อผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจ มีการสร้างโครงข่ายระบบคมนาคมขนส่ง และเปิดระบบเศรษฐกิจแบบตลาดเพื่อตอบรับการเติบโตทางเศรษฐกิจระหว่างสี่ประเทศดังกล่าว

² หากพิจารณาประวัติศาสตร์ของชายแดน โดยเฉพาะชายแดนไทย-ลาว บริเวณอำเภอเชียงของ เชียงแสนในฝั่งไทยกับแขวงบ่อแก้ว ห้วยทรายในฝั่งลาว จะพบว่า ในอดีตผู้คนทั้ง 2 ฝ่ายมีการติดต่อไปมาหาสู่กันตลอดเวลา ยกเว้นในช่วงภาวะสงครามและปัญหาทางการเมืองระหว่างสองประเทศ อย่างเช่น ในช่วงการปฏิวัติโดยพรรคคอมมิวนิสต์ในลาว ทำให้ชายแดนบริเวณดังกล่าวถูกปิดลงในปี ค.ศ. 1976 ทั้งนี้ เป็นผลมาจากมาตรการปิดกั้นทางเศรษฐกิจที่ไทยมีต่อการเปลี่ยนแปลงการปกครองของประเทศลาว อย่างไรก็ตาม ในปี ค.ศ.1987 ชายแดนบริเวณดังกล่าวกลับเปิดขึ้นอีกครั้งเป็นการชั่วคราว เพื่อเปิดโอกาสให้มีการทำมาค้าขาย แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในเรื่องการผ่านแดนอยู่พอสมควร อย่างไรก็ตาม การเปิดชายแดนอย่างถาวรระหว่างเชียงของ-ห้วยทรายเกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ. 1989 ภายหลังการเคลื่อนไหวของหอการค้าจังหวัดเชียงราย ทำให้รัฐบาลไทยแก้ปัญหาข้อจำกัดการค้าบริเวณชายแดน จากนั้นได้ยกระดับเป็นด่านข้ามแดนนานาชาติเมื่อปี ค.ศ. 1993 ซึ่งการที่บริเวณดังกล่าวได้รับการยกระดับเป็นด่านข้ามแดนนานาชาติทำให้เกิดการเข้ามาของนักท่องเที่ยวต่างชาติผ่านด่านข้ามแดนดังกล่าว ไปยังประเทศลาว และจีน แต่การเป็นด่านข้ามแดนนานาชาติบริเวณนี้ก็ไม่ได้มีผลต่อการค้าระหว่างไทย-ลาวมากนัก

³ เส้นทาง R3E เป็นหนึ่งในเส้นทางคมนาคมขนส่งที่ถูกสร้างขึ้นภายใต้กรอบความร่วมมือของกลุ่มประเทศอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงเพื่อเชื่อมต่อระหว่างจีนตอนใต้ (คุนหมิง - เชียงรุ่ง - บ่อหาน) และ สปป.ลาว (บ่อเต็น - ห้วยทราย) และในอนาคตจะเชื่อมต่อกับอำเภอเชียงของ จังหวัดเชียงรายด้วยสะพานข้ามแม่น้ำโขง นอกจากนี้ ยังมีเส้นทางถนนจากจีน-พม่า-ไทย ตั้งแต่ด่านค้าของจีน ผ่านพม่าที่อำเภอเชียงคอง เข้าสู่อำเภอแม่สาย จ.เชียงรายของไทย ระยะทาง 240 กิโลเมตร ขณะที่เส้นทางทางน้ำ ใช้การเดินทางล่องเรือแม่น้ำโขง เริ่มตั้งแต่เมืองซือเหมาผ่านเมืองเชียงรุ่งของจีน สู่ชายแดนพม่า ลาว เข้าสู่ประเทศไทยที่อำเภอเชียงแสน จ.เชียงราย ระยะทางประมาณ 343 กิโลเมตร

ส่งผลให้เมืองห้วยทราย แขวงบ่อแก้ว และแขวงหลวงน้ำทา ตลอดจนบริเวณชายแดนกลายเป็นชุมทางเศรษฐกิจที่สำคัญในการติดต่อค้าขายกับประเทศเพื่อนบ้าน เช่น ไทย และจีนตอนใต้ (มณฑลยูนนาน)

แน่นอนว่า การเร่งพัฒนาความร่วมมือในระดับภูมิภาคจากโครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจได้ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อการพัฒนาในพื้นที่อย่างรวดเร็ว การก่อสร้างโครงข่ายคมนาคมขนส่งที่เชื่อมโยงถึงกันทำให้การพัฒนาทางเศรษฐกิจเป็นไปอย่างกว้างขวาง ก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายของผู้คนและสินค้าที่สะดวกสบายมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นการเดินทางข้ามแดนของคนไทย-ลาวที่มีมากขึ้น การหลั่งไหลเข้ามาของแรงงานต่างถิ่นเป็นจำนวนมาก⁴ รวมไปถึงการทำธุรกิจข้ามแดน เช่น บริษัทจากประเทศไทยได้รับการสัมปทานทำเหมืองแร่ลิโนต์ในเวียงคุก (เมืองในประเทศลาวถัดจากห้วยทรายขึ้นไปตอนเหนือ) ทำให้รถบรรทุกวิ่งไปมาระหว่างเวียงคุก-ห้วยทรายเพื่อขนส่งแร่ข้ามแม่น้ำโขงไปยังฝั่งไทย ตลอดจน การค้าขายขนส่งสินค้าการเกษตร เป็นต้น

อย่างไรก็ตาม จะพบว่า สถานการณ์การเติบโตทางเศรษฐกิจของทั้งสองฟากฝั่งระหว่างไทยกับลาว หรือ แม้กระทั่งระหว่างประเทศ จีน พม่า ไทย ลาว ในเขตอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงนั้นไม่ได้เกิดขึ้นในลักษณะเท่าเทียมกันหรือได้สัดส่วนสมดุลกัน (asymmetrical development) ในแต่ละประเทศ ประเทศบางประเทศในเขตภูมิภาคลุ่มน้ำโขง เช่น ไทย เวียดนาม และจีน ที่พัฒนาไปก่อนหน้านี้ มีอำนาจทางเศรษฐกิจการเมืองมากกว่ากลับได้ประโยชน์จากการเปิดชายแดนและการสร้างความร่วมมือทางเศรษฐกิจมากกว่า ขณะที่บางประเทศ อย่างเช่น ลาว พม่า เขมร ที่ค่อย ๆ พัฒนาทางเศรษฐกิจ การเมือง กลับได้รับผลกระทบอื่น ๆ ทั้งปัญหาด้านสังคม วัฒนธรรม สุขภาพตามมาอย่างรวดเร็วเช่นกัน (พรพิมล และคณะ 2541, กอบกุล 2550) และไม่ว่าด้วยผลการพัฒนาอย่างจงใจหรือไม่ตั้งใจ ประเทศเหล่านั้นได้กลายเป็นผู้รองรับผลกระทบจากการพัฒนาโดยแทบจะปราศจากทางเลือก ดังเช่น ในฝั่งลาว เมื่อเกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ เกิดความยากจนทั่วหน้า ผู้คนมีรายได้ในครัวเรือนไม่เพียงพอ คนลาวจากฝั่งลาวต้องพลัดถิ่นเพื่อหนีจากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำที่บ้านตนไปแสวงหาโอกาสที่ดีกว่าในการหางานทำจากภายนอก

ปรากฏการณ์เช่นนี้ ทำให้คนลาวจำนวนมากข้ามแดนมายังฝั่งไทยเพราะมีความหวังมากกว่าเนื่องจากเศรษฐกิจฝั่งไทยและจีนขยายตัว แต่การขยายตัวทางเศรษฐกิจในเขตพื้นที่ฝั่งไทยหรือจีน กลับมีความต้องการแรงงานเพียงแรงงานไร้ฝีมือและแรงงานราคาถูกจำนวนมากเพื่อลดต้นทุนการผลิตและเพิ่มกำไรให้นายจ้างได้มากขึ้น ปรากฏการณ์เหล่านี้ ยังคงหมายถึง การเข้ามาทำงานของคนลาวในฝั่งไทยจำนวนมากก็มีความเสี่ยงสูงจากการทำงาน ถูกเอารัดเอาเปรียบจากค่าจ้างที่อยู่ในระดับต่ำกว่ามาตรฐาน ไม่มีสิทธิต่อรอง ไม่ได้รับการคุ้มครองจากข้อบังคับตามกฎหมาย และเพราะสภาพการทำงาน

⁴ แรงงานส่วนหนึ่ง คือ แรงงานที่ทำงานให้กับบริษัทไทยที่ได้รับสัมปทานในการก่อสร้างถนนเส้นดังกล่าว มีการสร้างที่พักอาศัยแบบถาวรที่กินอาณาบริเวณกว้างขวางห่างจากเมืองออกไปประมาณ 2-3 ก.ม. ตลอดจนยังมีการเคลื่อนย้ายแรงงานจากภาคชนบทเข้าสู่เมืองชายแดนเพื่อมาเป็นแรงงานก่อสร้าง ในช่วงที่เมืองชายแดนแถบนี้มีโครงการพัฒนาถนน คมนาคมขนส่งและสาธารณูปโภค

และความเป็นอยู่ที่แออัดขาดสุขลักษณะในแหล่งเสื่อมโทรม ทำให้เกิดความเลื่อมใสต่อการแพร่ระบาดของโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ

นอกจากนี้ กระบวนการพัฒนาอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงที่ทำให้ “ชายแดน” (border) กลายเป็น “พื้นที่สำคัญทางเศรษฐกิจ” (economic border) กลับยังไปมุ่งเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ เช่น การสร้างบ่อนการพนัน สถานบริการ โดยเชื่อว่า จะทำให้เกิดการจ้างแรงงานในท้องถิ่นและทำให้เศรษฐกิจชายแดนขยายตัวได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง แต่การพัฒนาตามแนวคิดนี้กำลังทำให้เกิดผลกระทบทางสังคมที่เห็นได้ชัดเจนจากการเข้ามาของอุตสาหกรรมดังกล่าว ทั้งในระดับชุมชนท้องถิ่นในแง่ความขัดแย้งในชุมชนจากปัญหาความแตกต่างทางชนชั้นที่มีมากขึ้น และระหว่างชุมชนจากการถูกขับออกจากที่ดินบ้านเกิดของตนเอง ตลอดจนปัญหาสังคมที่เกิดจากอุตสาหกรรมเหล่านี้ได้กลายเป็นตัวเร่งให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เชื้อเอชไอวีเอดส์

ความทุกข์ทนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบริบทการพัฒนาชายแดนลุ่มน้ำโขง

ในช่วง 2-3 ปีที่ผู้วิจัยและทีมงานเดินทางไปยังแขวงบ่อแก้วและแขวงหลวงน้ำทา ทางตอนเหนือของประเทศไทยเพื่อทำความเข้าใจต่อประเด็นเรื่องสุขภาพของชนชายแดนในบริบทการเติบโตทางเศรษฐกิจในเขตลุ่มน้ำโขง พวกเราได้พบเรื่องราวประสบการณ์ความทุกข์ทนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามชายแดนลุ่มน้ำโขงหลากหลายประสบการณ์

ศรีนวล สาวชาวลาวที่ผู้วิจัยและทีมงานไปพบที่หลวงน้ำทา เมื่อ 2 ปีก่อนเธอได้เผชิญหน้ากับความตายที่เกิดขึ้นจากอาการระยะสุดท้ายของการติดเชื้อเอชไอวี ร่างกายที่ผอมโซเหลือแต่กระดูกเพียงวันอาทิตย์จากโลกทำให้เธอเป็นทุกข์ แต่ความจริงแล้ว มิเพียงโรคที่เกิดขึ้นต่อร่างกายเท่านั้นที่พาเธอจมสู่ห้วงแห่งความทุกข์ทน หากแต่ยังเป็นสภาวะความทุกข์ที่เกิดจากผู้คนรอบข้าง คนในชุมชนที่ต่างมองเธออย่างรังเกียจเคียดแค้นที่เหมือนไม่ใช่มนุษย์ เมื่อชาวบ้านรู้ว่า ความเจ็บป่วยของเธามาจากเชื้อเอชไอวีที่กำลังแสดงอาการทางร่างกาย สิ่งที่ได้รับแทนที่จะเป็นความเห็นใจจากคนรอบข้างเพราะมีความตายรอตรงหน้า แต่สิ่งที่ศรีนวลพบกลับเป็นการขับไล่ไสส่งเธอออกจากชุมชนเพราะชาวบ้านกลัวติดเชื้อ และมองว่าเชื้อเอชไอวีที่เธอได้รับมานั้นเป็นความผิดของเธอที่ออกไปทำงานนอกบ้าน ในร้านกินดื่มและขายเรือนร่างของเธอให้กับชายมากหน้าตาที่แว่เวียนมาเที่ยวเตร่ในบ้าน

ไม่เพียงแต่ศรีนวลเท่านั้นที่กำลังตกอยู่ในห้วงความทุกข์ที่ได้รับจากการติดเชื้อเอชไอวีและการประณามกรณด่าจากผู้คนรอบข้างในชุมชน แต่ยังมีสาวลาวจากหมู่บ้านชนบทของเมืองบ่อแก้ว หลวงน้ำทา อุดมไชยอีกจำนวนหนึ่งที่กำลังประสบกับความทุกข์ในลักษณะเดียวกันกับ ศรีนวล สาวชาวลาวเหล่านั้นเดินทางออกจากบ้าน ไม่ว่าด้วยเหตุผลของการแสวงหารายได้เพิ่มเติมให้ครอบครัว หรือเพื่อค้นหาชีวิตที่ดีกว่าในเมืองใหญ่ พวกเธอต่างเดินทางเข้ามาทำงานตามร้านอาหาร ร้านกินดื่ม ร้านคาราโอเกะหรือคันทานภายในย่านอุตสาหกรรมบันเทิง ผับ บาร์ ตามชายแดนไทยลาวที่กำลังเติบโตอย่างกว้างขวางในเมืองบ่อแก้ว-ฝางลาว และเชียงแสน เชียงของ ชายแดนฝั่งไทย บางคนไปไกลถึงกรุงเทพฯ

หลายคนมีโอกาในการทำงาน สามารถเก็บหอมรอมริบเพื่อเลี้ยงดูคนในครอบครัว มีโอกาสได้สร้างบ้านใหม่และซื้อหาข้าวของเครื่องใช้อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้กับชีวิต แต่อีกหลายคนก็กลับไปยังบ้านเกิดได้พบปัญหาต่าง ๆ ตามคิดไปด้วย เช่น ปัญหาความขัดแย้งภายในบ้านและชุมชนจากความแตกต่างทางชนชั้นที่นับวันเพิ่มมากขึ้น ปัญหาประสิทธิภาพอันเลวร้ายในการทำงานต่างถิ่น บางคนถูกทำร้าย และสุดท้ายคนเหล่านั้นต้องเผชิญกับปัญหาสุขภาพจิตของตัวเอง หนุ่มสาวลาวหลายคนก็เข้าไปทำงานในวงจรธุรกิจขายบริการทางเพศในไทย เมื่อกลับไปบ้านแล้วพบตัวเองในภายหลังว่ามีปัญหาเรื่องโรคทางเพศสัมพันธ์ หรือเชื้อเอชไอวีติดตัวกลับไปด้วย และในเวลาต่อมาก็มักถูกปฏิเสธจากชุมชนและครอบครัวเมื่อพวกเขารับรู้ถึงปัญหาดังกล่าว

ที่แขวงบ่อแก้ว ผู้วิจัยและทีมงานได้พบผู้ติดเชื้อหนุ่มสาวลาวกว่าหลายสิบคนที่เล่าเรื่องราวการเข้ามาทำงานในเมืองไทย หนุ่มสาวลาวหลายคนทำงานเป็นคนงานก่อสร้างให้กับท่าเรือที่เชียงแสนที่พัฒนาขึ้นเพื่อรองรับการขยายการขนส่งสินค้าในเขตลุ่มน้ำโขง หรือเข้ามาก่อสร้างตึกอาคารพาณิชย์ที่ขยายตัวตามการพัฒนาเศรษฐกิจชายแดนในฝั่งไทย

ยม เป็นหนึ่งในกรณีที่ผู้วิจัยและทีมงานได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้วย ยม กับเพื่อนชายกลุ่มเดียวกันเมื่อ 5 ปีก่อน (พ.ศ. 2547) ได้เดินทางไปเป็นแรงงานก่อสร้างที่ชายแดนบริเวณเชียงแสนฝั่งไทย พวกเขาทำงานอยู่ที่นั่นเป็นเวลา 2 ปี เมื่อกลับมาบ้านได้ระยะหนึ่ง ก็พบว่า เพื่อนของยมเสียชีวิตเพราะติดเชื้อเอชไอวี จากนั้น ยมก็รู้ว่า ตนเองติดเชื้อเช่นกัน และก็นำพาเชื้อเอชไอวีไปสู่ หวัน ภรรยาของยมด้วย ทั้งสองคนเมื่อรู้ตัวว่าติดเชื้อ ก็ได้พยายามหาหนทางเยียวยารักษาตัว แต่ด้วยสภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในฝั่งลาวเป็นที่รังเกียจของชุมชน เพราะมีภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อผูกโยงกับพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม กระทำผิดศีลธรรม ประกอบกับการแพทย์ในฝั่งลาวยังไม่มีข้อมูลความรู้และหนทางรักษาที่กว้างขวางพอ ทั้งยมและหวันจึงข้ามแดนมายังโรงพยาบาลฝั่งไทยเพื่อค้นหาการเยียวยารักษาโรค ซึ่งบางโรงพยาบาลในฝั่งไทย โดยการสนับสนุนขององค์กรพัฒนาเอกชนและหน่วยงานสาธารณสุขบางแห่งได้ใช้วิธีการการแพทย์พื้นบ้าน การใช้สมุนไพร และวิธีการรักษาอื่นๆ ในการจัดการกับเชื้อเอชไอวีและรักษาอาการของโรคเอดส์ ขณะที่บางโรงพยาบาลที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนจากต่างประเทศและหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐในการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อช่วยผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปัจจุบัน ทั้ง ยม และ หวัน ตลอดจนผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากแขวงบ่อแก้วจำนวนหนึ่งกำลังเผชิญหน้ากับการตัดสินใจว่า จะเปิดเผยตัวเพื่อรับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนจากต่างประเทศ แต่การเปิดเผยตัวก็จะทำให้พวกเขาต้องเผชิญกับการอยู่ในชุมชนของตนอย่างยากลำบากมากขึ้น มองหน้าผู้คนไม่ได้เพราะถูกรังเกียจ ครอบครัวและญาติพี่น้องก็จะอยู่ในชุมชนอย่างยากลำบากมากขึ้น หรือหากไม่เปิดเผยตัวว่าเป็นผู้ติดเชื้อ พวกเขาจะนำเงินมาจากที่ไหนเพื่อไปซื้อยาต้านไวรัสที่มีราคาแพง หรือจะหาใครมาช่วยพวกเขาในการเผชิญหน้ากับโรคภัยไข้เจ็บที่กำลังมา

ตัวอย่างของความทุกข์ทนของยมและหวัน หรือกรณีของศรีนวล ตลอดจนผู้ติดเชื้ออีกจำนวนมากมายอาจเป็นภาพที่เราพบเห็นในสังคมทั่วไป ในแง่หนึ่ง เราจะพบว่า ความทุกข์ทนของผู้ติดเชื้อ

มิใช่เกิดขึ้นเพียงเพราะต้องเผชิญหน้ากับความตายจากเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่กำลังเกิดขึ้นกับร่างกายเท่านั้น หากแต่ยังเป็นสภาวะความทุกข์ทนที่เกิดจากภาวะการกีดกันให้กลายเป็น “คนอื่น” ในสังคมของตัวเอง

ที่ผ่านมา วาทกรรมทางการแพทย์ (medical discourse) มีบทบาทอย่างสำคัญในการอธิบายเรื่องเชื้อเอชไอวีเอดส์กับภาวะความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในหมู่คนกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ได้แก่ คนรักร่วมเพศ การใช้ยาเสพติดในหมู่ผู้ติดยาเสพติด หรือมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ซึ่งการอธิบายเรื่องเชื้อเอชไอวีเอดส์บนฐานความรู้ทางการแพทย์ในลักษณะดังกล่าวได้นำไปสู่การจัดจำแนกกลุ่มคนต่าง ๆ เช่น กลุ่มคนรักร่วมเพศ ชาย/หญิงขายและเที่ยวบริการทางเพศ ผู้ติดยาเสพติด และอื่น ๆ ให้อยู่ในสถานะ “กลุ่มเสี่ยง” (High Risk Group) ต่อการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ แม้ว่าคนเหล่านั้นจะมีเชื้อเอชไอวีเอดส์ในร่างกายหรือไม่ก็ตาม แต่วาทกรรมทางการแพทย์ได้สร้างภาพลักษณ์ของผู้คนเหล่านั้นให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับเชื้อเอชไอวีเอดส์อย่างมีต้องสงสัย กลุ่มคนรักร่วมเพศ ชาย/หญิงขายและเที่ยวบริการทางเพศ ผู้ติดยาเสพติด และอื่น ๆ ได้กลายมาเป็น “กลุ่มเสี่ยง” ที่มีรัฐ สถาบันสาธารณสุข และชุมชนช่วยกันจับจ้องมอง สอดส่องพฤติกรรมที่เชื่อว่าอาจนำไปสู่การแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอชไอวีเอดส์ได้

อย่างไรก็ตาม นิยามความหมายเรื่องเอชไอวีมิใช่เรื่องเกี่ยวกับประเด็นทางการแพทย์เพียงด้านเดียวเท่านั้น แต่ด้วยเพราะวาทกรรมทางการแพทย์ที่ให้ความหมายต่อเรื่องเชื้อเอชไอวีนั่นเอง ที่ไปเกี่ยวพันอย่างลึกซึ้งต่อกระบวนการให้ความหมายทางสังคมซึ่งไปผูกโยงกับมาตรฐานทางศีลธรรมของคนในสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างแยกไม่ออก ไม่ว่า เอดส์ในฐานะโรคที่มาจากพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศของคนรักร่วมเพศที่ผิดแผกไปจากวิถีชีวิตคนปกติธรรมดา หรือพฤติกรรมทางเพศที่ผิดไปจากศีลธรรมบรรทัดฐานของคนทั่วไปในสังคม ทั้งระบบฟัวเดวเมียเดิว การนอกใจมีคู่ หรือการเที่ยวผู้หญิง ตลอดจนการใช้ยาเสพติดที่เป็นบรรทัดฐานและกฎเกณฑ์ทางศีลธรรมของคนส่วนใหญ่ยึดถือร่วมกันในการเข้ามาตัดสินพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในบางสังคม เกิดกรณีซ้ำร้ายที่วาทกรรมทางการแพทย์มิได้เพียงจัดจำแนกกลุ่มเสี่ยงและสร้างอคติทางสังคมให้เกิดขึ้นจากเชื้อเอชไอวีเอดส์เท่านั้น แต่ยังได้นำเอาอคติทางชาติพันธุ์มาผูกโยงกับเชื้อเอชไอวีเอดส์แล้วตีตราว่าเป็นผู้ติดเชื้อ ซึ่งสร้างให้เกิดการเบียดขับซ้ำสอง (Double marginalization) ต่อผู้คนเหล่านั้นอีกด้วย ดังตัวอย่างกรณีชาวไฮติในสังคมอเมริกัน (Farmer 1992)

สำหรับสังคมลาวก็ไม่แตกต่างจากสังคมอื่นๆ มากนัก ในแง่ที่มีภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผนวกกับการกระทำที่สั่นคลอนมาตรฐานทางศีลธรรม จริยธรรมและโลกทัศน์ทางศาสนาและแบบแผนการดำเนินชีวิตปกติในสังคมลาว ได้แก่ การนอกใจสามี/ภรรยาหรือการออกไปเที่ยวผู้หญิงภายใต้ระบบคิดแบบฟัวเดวเมียเดิว การที่ผู้หญิงมีลักษณะหลายแฟน ซึ่งขัดแย้งกับภาพลักษณ์ของ “ความเป็นผู้หญิงที่ดี” การใช้ยาเสพติดของเด็กวัยรุ่นที่ผิดต่อวิถีคิดทางศาสนา และอื่นๆ ที่ปรากฏต่อภาพลักษณ์ทางลบในเรื่องเอดส์

ความทุกข์ทนของผู้ติดเชื้อ จึงไม่ได้เป็นไปเพราะการติดเชื้อหรืออาการเจ็บป่วยที่มาจากเชื้อโรคที่ผู้ติดเชื้อต้องรู้สึกและเป็นกังวลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่เพราะจากประสบการณ์ของการถูกตั้งข้อรังเกียจเดียดฉันท์และถูกผลักให้กลายเป็น “คนอื่น” ในสังคมของตัวเอง และนำพามาซึ่งการถูกกีดกันออกจากสังคมและสิทธิพึงมีพึงได้ในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง ในสังคม ทำให้คนที่ผู้ติดเชื้อรับรู้ ว่า ติดเชื้อก็เสมือนผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออก (Dilemma) เพราะต้องได้รับความทุกข์ทนเริ่มตั้งแต่การตัดสินใจที่จะยอมรับว่าป่วยและเปิดเผยตนเองเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาโรคหรือไม่ หากตัดสินใจปิดบังและดำเนินชีวิตตามปกติและไม่ถูกกีดกันทางสังคม แต่ก็จำต้องทนทุกข์กับความหวาดวิตกว่า เมื่อไม่ได้รับการรักษาร่างกายของตนจะทรุดลงเมื่อใด และแม้เมื่อเปิดเผยและเข้ารับการรักษา ก็ต้องทนทุกข์กับการถูกสังคมกีดกันให้เป็น “อื่น”

ในเชิงโครงสร้างนั้น เราอาจมองประเด็นเรื่องเชื้อเอชไอวีได้ 2 ด้าน คือ ด้านหนึ่ง โครงสร้างของความคิดทางระบาดวิทยาที่เชื้อเอชไอวีสัมพันธ์กับการเป็นโรคระบาดทางเพศสัมพันธ์ การใช้ยาเสพติด และการแพร่ระบาดเกิดมากขึ้นตามการเคลื่อนย้ายของประชากร ขณะที่ อีกด้านที่สำคัญไปกว่า คือ เราควรจะมีเชื้อเอชไอวี ในฐานะที่เป็นโรคแห่งความยากจน หรือ เชื้อที่มาพร้อมกับ “ความอิหลักอิเหลื่อจากการพัฒนา” (Dilemma of development) ในสิ่งซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคมที่ผลิตการเคลื่อนย้ายของประชากรจากชนบทสู่เมือง หรือข้ามแดน ภาวะการไร้งานทำ ความไม่รู้หนังสือ และภาวะโภชนาการ การกดขี่ขูดรีดเหล่านี้กำลังกลายเป็นกลไกเบื้องหลังที่สร้าง “ความเสี่ยง” ต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและนำไปสู่การขยายความทุกข์ทนทางสังคมทั้งในกลุ่มของผู้ติดเชื้อและคนโดยทั่วไป

วาทกรรมทางการแพทย์กับพัฒนาการความหมายต่อเชื้อเอชไอวีเอดส์

เมื่อกว่า 20 ปีก่อนเมื่อค้นพบเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เริ่มแรก คำขวัญนานาชาติและองค์การอนามัยโลกรณรงค์รณรงค์ว่า “เอดส์เป็นแล้วตาย” คำขวัญเช่นนี้ นำไปสู่นโยบายที่ดำเนินการทั่วโลกตามองค์การอนามัยโลก (WHO) และหน่วยงานสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องทั้งในระดับสากลและระดับชาติ การดำเนินการอันดับแรก ๆ จากมุมมองเรื่องเป็นเอดส์แล้วตาย และโรคนี้เกิดขึ้นใน “กลุ่มเสี่ยง” (High Risk Group) ในการมีเพศสัมพันธ์ คือ การค้นหาแหล่งแพร่เชื้อ ทำการตรวจเลือด โดยเฉพาะในกลุ่ม “หญิงบริการ” ซึ่งเป็นไปตามแผนค้นหาและควบคุม “กลุ่มเสี่ยง” จากนั้น ทำการควบคุมโรคเพื่อป้องกันความเสี่ยงในการแพร่กระจายจาก “กลุ่มเสี่ยง” โรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในระดับภูมิภาคและระดับประเทศต่างดำเนินการตามนโยบายรัฐบาลและแนวทางขององค์การอนามัยโลก ซึ่งแนวทางดังกล่าวที่เกิดขึ้นจากวาทกรรมทางการแพทย์ในการมองเชื้อเอชไอวีและกำหนดกลุ่มเสี่ยงขึ้นมาได้ ส่งผลการสร้างภาพลักษณ์ต่อคนเหล่านั้น เช่น กลุ่มหญิงบริการ เกย์ ฯลฯ ในฐานะกลุ่มเสี่ยง เป็นอย่างมาก แม้ว่า พวกเขาจะมีเชื้อหรือไม่ก็ตาม แต่ก็ถูกริดรอนสิทธิเสรีภาพ ถูกตรวจสอบ ตรวจเลือด และถูกมองอย่างรังเกียจจากสังคมทั่วไป

แต่เมื่อไม่นานมานี้ เมื่อพบว่า มีผู้ติดเชื้อมากขึ้นและพบว่ามิได้เกิดขึ้นกับกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น หากยังเกิดขึ้นกับกลุ่มคนทั่วไป พร้อมๆ กับการค้นพบยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ช่วยในการรักษาและมีแนวทางการดูแลรักษาสุขภาพ การใช้การแพทย์แผนใหม่ที่จะรักษาโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ ที่เกิดจากเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ทำให้ คำขวัญเดิมว่าด้วย "เป็นเอดส์แล้วไม่ตาย" เปลี่ยนไปสู่ "เอชไอวีควบคุมได้ และเอดส์รักษาได้"

พัฒนาการของการให้ความหมายต่อเชื้อเอชไอวีเอดส์จากความก้าวหน้าทางการแพทย์ ในด้านหนึ่ง มองได้ว่าเป็นความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ช่วยลดความเจ็บป่วยจากโรครังกล่าว และทำให้มีผู้ติดเชื้อมีความหวังในการอยู่รอดต่อไป แต่ขณะเดียวกัน สิ่งที่น่าสนใจจากปฏิบัติการของกลุ่มผู้ติดเชื้อการสร้างเครือข่ายการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ ก็คือ ที่ผ่านมา เมื่อผู้ติดเชื้อเผชิญหน้ากับความตายที่รับรู้จากการติดเชื้อเอชไอวี การจัดการต่อภาวะดังกล่าวของผู้ติดเชื้อเกิดขึ้นในรูปแบบต่างๆ เช่น การสร้างเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเป็นเพื่อนรวมกลุ่มช่วยกันเผชิญหน้ากับปัญหา การเข้าหาศาสนา ค้นหาวิธีการเยียวยาจากการแพทย์แผนโบราณ การใช้ยาสมุนไพร โดยการสนับสนุนของโรงพยาบาล องค์กรสาธารณสุข เป็นต้น ตลอดจนเครือข่ายของผู้ติดเชื้อโดยการสนับสนุนขององค์กรพัฒนาเอกชนต่างก็ช่วยบรรเทาให้คนในสังคมยอมรับในสิทธิของผู้ติดเชื้อไม่ให้เกิดการกีดกันสิทธิของกลุ่มคนเหล่านี้

แต่เมื่อปัจจุบัน เอดส์รักษาได้ด้วยยาสมัยใหม่ การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยเฉพาะในประเทศไทย ยาต้านไวรัสได้เข้าสู่กระบวนการประกันสังคมด้วยแล้ว ได้ทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเพื่อการรักษาได้มากขึ้น ในแง่นี้ จึงเป็นที่น่าสนใจว่า เมื่อคำขวัญบรรณาธิปไตยในปัจจุบันเปลี่ยนไปสู่ "เอชไอวีควบคุมได้ เอดส์รักษาได้" และความก้าวหน้าทางการแพทย์จากการใช้ยาต้านไวรัสและการแพทย์แผนใหม่ในการรักษาโรคเอดส์ โรคฉวยโอกาสต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากเชื้อ ได้ทำให้เกิดความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไปของผู้ติดเชื้อ

บริบทใหม่ๆ เช่นนี้จากปฏิบัติการทางการแพทย์ในการสร้างความคิดต่อเรื่องเชื้อเอชไอวีกับการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้นำไปสู่การจัดการกับความทุกข์และชีวิตของผู้ติดเชื้อในรูปแบบใหม่ๆ หรือไม่อย่างไร ดังเช่น ในปัจจุบัน เราจะพบการเกิดผู้ใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiviral therapy) ARV เริ่มเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต (life style) แสวงหาความสุข ใช้ชีวิตที่ระมัดระวังต่อเรื่องสุขภาพน้อยลง ลดความสำคัญต่อการเข้ากลุ่มเพื่อปรึกษาหารือไปเน้นการใช้ยามากขึ้น หรือมองหาคุ้มครองภายหลังจากผู้ติดเชื้อสามารถจัดการกับการมีชีวิตอยู่ต่อไป สิ่งเหล่านี้กำลังเกิดขึ้นในรูปแบบใหม่ๆ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เน้นใช้ยาต้านไวรัสกับการถูกจัดระเบียบชีวิตในแบบที่แตกต่างหลากหลายมากขึ้น

นอกจากนี้ ในฝั่งลาว ที่ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวียังไม่อาจเข้าถึงระบบการแพทย์แผนใหม่หรือการได้รับยาต้านไวรัสอย่างกว้างขวาง ผู้ติดเชื้อฝั่งลาวจึงเกิดปัญหาในเรื่องของการเยียวยารักษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อกันเอง ตลอดจนเมื่อวิถีชีวิตของชุมชนสังคมลาวยังผูกติดอยู่กับภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีปรากฏการณ์ดังกล่าวในสังคมลาวต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีความซับซ้อนเชื่อมโยงกับประเด็นการเปิดเผยตัวหรือปิดบังในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในกลุ่มชนชั้นทางสังคมต่างๆ ที่ค้นหาหนทางของ

ตัวเองในการเชี่ยวชาญตัวและดำรงตัวเองอยู่ในบริบทของสังคมลาวในปัจจุบัน ในแง่นี้ ความน่าสนใจของผู้ติดเชื้อในสังคมลาวจึงมีประเด็นที่เชื่อมโยงกับการค้นหาหนทางต่อสู้กับอาการเจ็บป่วยของตนในกลุ่มต่างๆ ในสังคมลาว ตลอดจนในแง่เครือข่าย และความช่วยเหลือข้ามพรมแดนระหว่างผู้ติดเชื้อสองฝั่งที่ชายแดนนั้นจะสามารถเกิดขึ้นได้หรือไม่อย่างไร

คำถามการวิจัยและพื้นที่การศึกษา

จากปรากฏการณ์ดังกล่าวข้างต้น งานวิจัยชิ้นนี้ จึงมีคำถามหลักต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจในลักษณะของความร่วมมือกันระหว่างประเทศในกลุ่มภาคพื้นลุ่มน้ำโขง (Mekong regionalism) โดยเฉพาะโครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ การเติบโตทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาค (regional economic) ที่กำลังพัดโหมผ่านดินแดนแถบนี้ กับชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (People Living with HIV/AIDS-PLHIV) บริเวณชายแดนสองฟากฝั่งที่ปัจจุบันกำลังขยายตัวเพิ่มมากขึ้น พร้อม ๆ กับบริบทสถานการณ์เฉพาะจากการเติบโตทางเศรษฐกิจชายแดนที่เน้น “การพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ” ตลอดจนการเปิดขึ้นของชายแดนเพื่อรองรับเศรษฐกิจในภูมิภาคลุ่มน้ำโขงตอนบน

จากแง่มุมปรากฏการณ์และปัญหาที่กำลังเกิดขึ้นดังกล่าว งานวิจัยชิ้นนี้ตั้งคำถามกับบริบทสถานการณ์การพัฒนาชายแดนกับความทุกข์ทนของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่า 1.บริบทการเปิดขึ้นของชายแดนเพื่อรองรับเขตสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจและเมืองชายแดนของไทย-ลาวเริ่มมีการเติบโตทางเศรษฐกิจระหว่างชายแดน มีการพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ ในบริบทเช่นนี้ ได้สะท้อนให้เห็นความทุกข์ทางสังคมที่เกิดขึ้นข้ามพรมแดนอย่างไร 2.วิถีคิดของผู้คนที่ชายแดนต่อการเข้ามาและการเจ็บป่วยจากเชื้อเอชไอวีเอดส์เป็นอย่างไรและเกิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขแบบใด และ 3.กลุ่มผู้ติดเชื้อบริเวณชายแดนไทย-ลาวจัดการกับความทุกข์ทนอย่างไร และในบริบทความก้าวหน้าทางการแพทย์แผนใหม่ นำไปสู่การจัดการกับความทุกข์ทนและชีวิตของผู้ติดเชื้อในรูปแบบใหม่ๆ หรือไม่ อย่างไร

พื้นที่ทำงานวิจัยอยู่บริเวณชายแดนไทย-ลาว ระหว่างเชียงรายกับ บ่อแก้วและหลวงน้ำทา ในประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (รูปภาพที่ 1-2)



รูปภาพ 1-2 แสดงพื้นที่การศึกษาของโครงการ
ซึ่งอยู่บริเวณชายแดนระหว่างห้วยทราย-เชียงของ และดั้นผึ่ง – เชียงแสน

ความทุกข์ทนของผู้คนบริเวณชายแดน: กรอบคิด

ภาพแทนความเจ็บป่วยและความทุกข์ทางสังคม

งานวิจัยชิ้นนี้พยายามทำความเข้าใจวิถีชีวิตของผู้คิดเชื่อบริเวณชายแดนสองฟากฝั่ง โดยได้นำแนวคิด “ความทุกข์ทางสังคม” (social suffering) (Kleinman et al 1997) มาอธิบาย โดยแนวคิดดังกล่าวมองว่า ความทุกข์จากการเจ็บป่วยของปัจเจกชนไม่ใช่ประเด็นเรื่องโรคในฐานะเชื่อกับการเจ็บป่วยในตัวเองและไม่ใช่วิถีชีวิตที่เจ็บที่เป็ปัญหาของปัจเจกบุคคลที่ต้องเผชิญกับโรคร้ายไข้เจ็บด้วยตัวเอง แต่ความจริงแล้ว ความทุกข์จากการเจ็บป่วย อาการเจ็บไข้ได้ป่วยของคนเรานั้นเป็นผลทั้งทางตรงและทางอ้อมมาจากปัญหาทางการเมือง เศรษฐกิจและสังคมที่เป็นบริบทรอบข้างผู้ป่วยเหล่านั้น

ปัจจุบันแนวคิดความทุกข์ทางสังคมเป็นแนวทางการศึกษาที่ได้รับความนิยมในทางสังคมศาสตร์ โดยเฉพาะประเด็นสุขภาพในทางมานุษยวิทยาและสังคมวิทยา เพราะแนวคิดนี้ได้เปิด

มุมมองใหม่ ๆ ในการทำความเข้าใจเรื่องสุขภาพ ความเจ็บป่วยกับอิทธิพลของแรงกดดันทางสังคม การเมืองและเศรษฐกิจที่เปลี่ยนแปลงไปและส่งผลกระทบต่อชีวิตสุขภาพ นอกจากนี้ยังช่วยทำให้เกิดการตั้งคำถามใหม่ ๆ ในเชิงความหมายและศีลธรรม และสะท้อนพลวัตทางสังคมที่เชื่อมโยงกับการแสวงหาทางเลือกใหม่ ๆ ให้กับชีวิตมนุษย์ในปัจจุบันด้วย (Wilkinson 2004, 2005)

จะพบว่า งานศึกษาจำนวนมากที่ศึกษาเรื่องการเจ็บไข้ได้ป่วยโดยปรับใช้วิธีการศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณา(ethnography) ที่แตกต่างกันในการนำเสนอความทุกข์ทางสังคมของผู้ป่วยและเชื่อมโยงให้เห็นบริบทที่มาทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมที่ร่ายล้อมการเจ็บไข้ได้ป่วยเหล่านั้น (โปรดดูงานของ Schper-Huges 1993, Kleinman et al. 1997, Frank 2001, Wilkinson 2005) ได้ท้าทายวงการแพทย์แผนใหม่ (modern medicine) ที่มีมุมมองของกลุ่มแนวคิดประจักษ์นิยมและกลุ่มเหตุผลนิยมที่มองว่า อาการเจ็บป่วยของผู้คน โรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ เป็นเพียงประเด็นปัญหาส่วนบุคคลและเป็นปัญหาทางการแพทย์ในการช่วยเยียวยารักษาเท่านั้น แต่กลุ่มงานใหม่ ๆ เหล่านี้ไม่ได้มองเช่นนั้น หากแต่พยายามสำรวจความซับซ้อนของประสบการณ์ผู้ป่วยและการตอบสนองต่ออารมณ์ความรู้สึกที่ได้รับจากความเจ็บป่วย (Wilkinson 2005, Frank 2001) และสาวหาต้นตอที่มาของอาการเจ็บป่วยต่าง ๆ จากบริบทสถานการณ์ทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่แวดล้อมผู้ป่วยเหล่านั้น

หรืองานของ Mahler (1995) และ Quayson (2005) ที่ศึกษาประสบการณ์ของผู้อพยพข้ามชายแดนสหรัฐ-เม็กซิโก พบว่าประสบการณ์ของชนชายแดนตกอยู่ภายใต้ “พันธนาการแห่งความทุกข์” (chain of suffering) (Mahler 1995) กล่าวคือ ในกระบวนการที่ผู้อพยพข้ามชายแดนสหรัฐ-เม็กซิโก (โดยส่วนใหญ่ชาวเม็กซิกันข้ามไปทำงานในสหรัฐ) คนเหล่านี้ต่างพบกับความทุกข์ทนและความเจ็บป่วย ประสบกับความยากลำบากต่าง ๆ กันมา จนกลายเป็น “ลักษณะร่วม” ของคนข้ามแดน ลักษณะเช่นนี้ได้กลายเป็น “กระบวนการ” ที่ด้านหนึ่งทำให้เกิดการเรียนรู้และเกิดอำนาจในการต่อต้านต่อรอง แต่อีกด้านก็ลดทอนอำนาจของความเป็นปัจเจกไปด้วยในตัว ในแง่นี้ เราอาจจะอธิบายจากมุมมองของผู้ป่วย (ผู้อพยพข้ามแดน) ที่ประสบกับความทุกข์ ความยากลำบาก ว่า มิใช่การตระหนักถึงความยากลำบาก ความทุกข์หรือการเจ็บไข้ได้ป่วยในเชิงปัจเจกเท่านั้น แต่มันคือ ลักษณะของการมีปฏิสัมพันธ์กับสภาวะทางสังคม การเมืองและเศรษฐกิจบริเวณชายแดน การเจ็บไข้ได้ป่วยของปัจเจกก็เป็นอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นจากสังคมที่เจ็บป่วยด้วยเช่นกัน (Green 1998: 4; Kleinman 1992:173-174)

นอกจากนี้ ยังมีกรณีการศึกษานัยสำคัญของความเครียดในผู้ป่วย (Kleinman et al 1997) ที่ช่วยเปิดการศึกษาการเจ็บป่วยของปัจเจกไปสู่บริบททางสังคมการเมืองที่กว้างขึ้น (Kleinman et al 1997) ขณะที่ก็ให้ความสนใจต่อชีวิตประวัติส่วนบุคคลของผู้ป่วย โดยลักษณะอาการเจ็บป่วย การที่ผู้ป่วยถูกกระทำในทางสังคม อาจอยู่ในรูปการถูกกระทำโดยตรงจากความรุนแรงทางการเมือง หรือทางอ้อมจากกระบวนการต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นเป็นบริบทร่ายรอบในชีวิตของผู้ป่วย ถูกวางเอาไว้ในกรอบที่มีความเป็นไปได้ในการกระทำอันตรายต่อผู้ป่วยเหล่านั้น

ขณะเดียวกัน การเจ็บไข้ได้ป่วยของปัจเจกหรือของผู้ป่วยใด ๆ อาจเป็นทั้งการตอบสนองและการก่อรูปใหม่ ๆ ในแง่มุมมองชีวิตทางสังคมและการผลิตทางวัฒนธรรม (Farmer 1997, Green 1998) เช่น คำอธิบายต่อเรื่องความเครียดของผู้ป่วยจะกลายเป็นบทสนทนา การปะติดปะต่อเรื่องราวกับบริบททางสังคมเสมอ ดังนั้น เรื่องเล่าเกี่ยวกับความเจ็บป่วยจะเป็นผลเชิงตอบสนองต่อภาพแทนทางสังคมอื่นๆ และเรื่องเล่าเหล่านั้นสามารถสะท้อนการผลิตความหมายทางสังคมและการก่อรูปทางสังคมแบบใหม่ ๆ ด้วยเช่นกัน (Kleinman et al.1997: xxvi-vii) ซึ่งถูกเรียกว่า “ภาพตัวแทนทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับความเจ็บป่วย” (cultural representation of illness) โดยมีภาพลักษณ์และมุมมองต่าง ๆ ที่สะท้อนออกมาเป็น เรื่องเล่า (prototypical tales) คำเปรียบเปรย ที่มีรูปแบบแตกต่างกันในการนำเสนอ ด้วยเหตุนี้ ความเจ็บป่วยจึงมีลักษณะองค์ประกอบการใช้เครื่องมือทางสังคม (social use) ดังตัวอย่างเช่น อาจมีการใช้ความทรงจำทางประวัติศาสตร์ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการเจ็บป่วย ดังในอดีตที่ชาวแอฟริกันตกเป็นทาส หรือการทำลายชุมชนชาวอะบอริจินในออสเตรเลีย การเกิดสงครามฆ่าล้างเผ่าพันธุ์ การตกเป็นอาณานิคมของประเทศต่าง ๆ ที่ผู้คนได้รับความเดือดร้อนถูกกระทำการรุนแรงจากสงคราม ความอดอยาก หรือ สงครามความขัดแย้งระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ ส่งผลต่อความทุกข์ยาก เกิดการเจ็บป่วยในหมู่ชนชาวบ้าน เกิดความเครียด เป็นต้น

นอกจากนี้ ภาพตัวแทนทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วยอาจก่อรูปมาจากประสบการณ์ทางสังคม (social experience) ที่ซึ่งประสบการณ์ของมนุษย์ได้รับการเรียนรู้ แบ่งปัน และบางครั้งคราวอาจขัดแย้งก็ได้ ซึ่งกระบวนการทางการเมืองและวิชาชีพ (political and professional processes) ได้ทำให้เกิดการตอบสนองต่อลักษณะของความเจ็บป่วย (ทางสังคม) ที่แตกต่างกัน ไม่ว่าจะเป็น กระบวนการทำให้เป็นประเด็นทางการแพทย์ (medicalisation) จากวิชาชีพแพทย์และวิทยาศาสตร์ รัฐ และสถาบันการแพทย์ในการกำหนดความเป็นไปของผู้ป่วย ร่างกายและการดูแลรักษา นอกจากนี้ โครงข่ายทางการแพทย์ กระบวนการทางการเมืองและวิชาชีพ สถาบันการแพทย์ยังเข้าไปช่วงชิงและจัดระเบียบทางสังคมด้านอื่น ๆ เช่น การจัดนโยบายสาธารณะ โครงการสาธารณสุขในระดับต่าง ๆ ดังนั้น อาการเจ็บไข้ได้ป่วยของผู้ป่วย ไม่ใช่เป็นเพียงปัญหาทางสุขภาพของปัจเจกเท่านั้น หากแต่ได้กลายเป็น “ความทุกข์ทางสังคม” ที่เกิดขึ้นและสะท้อนอาการเจ็บไข้ได้ป่วยของสังคมโดยรวมด้วยที่เป็นผลมาจากบริบทปัญหาการเมือง เศรษฐกิจและสังคม

นอกจากนี้ การเจ็บไข้ได้ป่วยยังมีขึ้นเพียงประเด็นทางการแพทย์ในการอธิบายความเป็นไปของความเจ็บป่วย หากแต่เกี่ยวข้องโดยตรงกับวิถีคิดและมุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรมต่อการมองความเจ็บป่วยด้วยเช่นกัน เราอาจบอกได้ว่า การเจ็บไข้ได้ป่วยจึงเป็นลักษณะการผลิตสร้าง “ภาพตัวแทนทางวัฒนธรรมเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วย” (Cultural representation of suffering) ที่จะป็นทั้งกรอบคิดที่ใช้ทำความเข้าใจ และภาพปรากฏที่เกิดขึ้นจริงกับความเจ็บป่วย (Klienman et al 1997: xii)

ความสัมพันธ์ระหว่างสังคมวัฒนธรรมกับการเจ็บไข้ได้ป่วย จึงหมายความว่า โรคภัยไข้เจ็บ ไม่ได้ดำรงอยู่ในตัวของมันเอง หากแต่ได้กลายเป็นตัวแบบในการอธิบายความสัมพันธ์ทางสังคม และเป็นส่วนหนึ่งของวัฒนธรรมด้วย ในแง่นี้ โรคภัยไข้เจ็บ ทั้งในฐานะภาพปรากฏและในฐานะเครื่องมือทางความคิด ควรจะถูกมองว่า ไม่ได้เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นตามธรรมชาติ แต่เป็นสิ่งที่ “สร้าง” ขึ้นโดยวิถีปฏิบัติทางสังคม (social practice) และการตีความในชีวิตประจำวันของชาวบ้านและผู้ที่มีการสัมผัสต่อการเจ็บไข้ได้ป่วยและคนรอบข้าง และการเจ็บไข้ได้ป่วยแต่ละครั้งนั้นสามารถนำไปสู่การตีความหาสาเหตุได้หลากหลายแนว (multiple interpretive frame) ดังนั้น การตีความหาสาเหตุการเจ็บป่วยจึงต้องให้ความสำคัญกับประวัติศาสตร์ของชุดความคิดที่มีอิทธิพลกำหนดบริบทสถานการณ์ การตีความของชาวบ้าน วัฒนธรรมที่ให้ความหมายต่อประสบการณ์การเจ็บไข้ได้ป่วย และพฤติกรรมการรักษาพยาบาลที่แตกต่างกันออกไปในแต่ละสังคม และนำไปสู่วิธีการตรวจวินิจฉัยหาสาเหตุ การเยียวยาที่ต่างกันออกไป (ยศ 2542; 90-92)

นอกจากนี้ งานศึกษาด้านมานุษยวิทยาการแพทย์ที่สนใจประเด็นปัญหาเรื่องสุขภาพที่ผ่านมายังให้ความสนใจต่อปัญหาเรื่องสุขภาพในความสัมพันธ์ระหว่างโลกาภิวัตน์กับความเหลื่อมล้ำทางสังคม เช่น การเสนอให้ตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างโรคภัยไข้เจ็บกับความไม่เท่าเทียมกันจากผู้คน ชุมชนองค์กรระดับล่าง (grassroots) ขึ้นสู่เบื้องบน หรืองานศึกษาเชิงชาติพันธุ์วรรณาเกี่ยวกับความยากจน ตลอดจนงานศึกษาที่ตรวจสอบสถานการณ์ความไม่เท่าเทียมกันทางเศรษฐกิจสังคม ความรุนแรงเชิงโครงสร้างและการกีดกันทางสังคม (Santana 2002) ที่ถือว่าเป็นการใช้แนวคิด “วัฒนธรรมความจน” (poverty culture) ที่ต่อเนื่องมาจากงานศึกษาก่อนหน้าในสำนักชิคาโก หากแต่แตกต่างกันตรงที่เป็นการมองการเจ็บไข้ได้ป่วยที่มีรายละเอียดต่อพลวัตทางประวัติศาสตร์ มิติทางวัฒนธรรมของความยากจน และกระบวนการทางเศรษฐกิจสังคมการเมืองระดับโลกที่ผลิตความไม่เท่าเทียมให้เกิดขึ้น ขณะเดียวกันงานเหล่านี้ก็ให้ความสนใจต่อวิธีการหรือมิติต่าง ๆ ที่ชุมชนท้องถิ่น (local actors) ผู้ได้รับผลกระทบหรือผู้ป่วยได้ให้ความหมายและสร้างแนวทางทางวัฒนธรรมในการแสวงหาวิถี หรือปรับเปลี่ยนเรียนรู้ตัวเองเพื่อทำความเข้าใจต่อบริบทสถานการณ์ที่กำลังเกิดขึ้นในชีวิตและเพื่อให้ตัวเองอยู่รอดได้ในภาวะการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ที่กำลังถาโถมเข้ามาสู่ชีวิต

นอกจากนี้ ความเสี่ยง (risk) อาจเป็นมาตรวัดความรุนแรงทางสังคม ที่แสดงให้เห็นถึงวิธีที่อำนาจถูกกระจายอย่างไม่เท่ากันได้เช่นกัน เช่น งานศึกษาเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้แสดงให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อคนยากจนมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ เพราะความยากจนและการกีดกันทางสังคมทำให้คนเหล่านี้ยิ่งตกอยู่ในความเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น (Farmer 1997, Parker 2002) ดังนั้น ความแตกต่างในอัตราการเจ็บป่วยและอัตราการตายจากเชื้อเอชไอวีและ/หรือโรคอื่น ๆ จึงเป็นมาตรวัดถึงความรุนแรงเชิงโครงสร้างด้วย (Farmer 1999) เช่น โอกาสในการเข้าถึงยาเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนที่สุดที่ชี้ให้เห็นถึงความเหลื่อมล้ำที่เกิดขึ้นในสังคม

ความทุกข์ทางสังคมกับความรุนแรงเชิงโครงสร้าง

มีงานศึกษาอีกจำนวนหนึ่งที่มุ่งประเด็นไปที่ความไม่เท่าเทียมกันและนำไปสู่ความรุนแรงเชิงโครงสร้าง อย่างเช่น งานของ Liisa Malkki (1995) ซึ่งกล่าวถึงชีวิตในค่ายพักพิงของผู้ลี้ภัย โดยมองว่า สถานการณ์ความตึงเครียด ความยากจน และความรุนแรงต่อร่างกาย เป็นผลพวงมาจากสถานะที่เต็มไปด้วยความตึงเครียดทางสังคม ความแตกต่างขัดแย้งทางสังคม หรืองานศึกษาของ Farmer (1997, 2003) เสนอว่า แรงกดดันทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมืองถูกฝังอยู่ในประสบการณ์ของมนุษย์ในบริบทสถานการณ์ที่กว้างขึ้น ดังนั้น เขาจึงศึกษาว่า ความเจ็บป่วยและประสบการณ์การเจ็บป่วยของปัจเจกหรือกลุ่ม ไม่ว่าจะเป็น โรคภัยไข้เจ็บ ความยากจน ความเครียด โรคประสาท และอื่นๆ สามารถที่จะสะท้อนให้เห็นภาวะแรงกดดันทางสังคม การเมือง และกระบวนการทางการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมในบริบทที่กว้างขึ้นที่กระทำต่อมนุษย์ โดยเฉพาะผู้ตกเป็นเหยื่อ (inferior)

Farmer ยกตัวอย่างกรณีชีวิตของนางอะเซเป โจเซฟ (Acephie Joseph) สาววัย 19 ปีและครอบครัวโจเซฟแห่งหมู่บ้านเคย์ (Kay) ที่อาศัยอยู่ใน หุบเขาอาร์ติโบไนท์ (Artibonite Valley) ตั้งอยู่บริเวณชนบทอันห่างไกล ตอนกลางของประเทศไฮติ หมู่บ้านแห่งนี้มีความอุดมสมบูรณ์จากผืนดินและแหล่งน้ำจากแม่น้ำอาร์ติโบไนท์ (Rivière Artibonite) ซึ่งเป็นแม่น้ำสายที่กว้างที่สุดในประเทศไฮติหล่อเลี้ยงผู้คนหลายรุ่นจำนวนหลายพันคนในหมู่บ้านเคย์ ได้อาศัยปลูกพืชการเกษตรทำมาหากินอย่างอุดมสมบูรณ์ ในเวลาต่อมาหมู่บ้านเคย์กลับได้รับผลกระทบจากการก่อสร้างเขื่อนขนาดใหญ่ที่สุดในประเทศ ซึ่งเป็นโครงการที่เกิดขึ้นเพื่อตอบสนองต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศ ผลก็คือหมู่บ้านเคย์ถูกน้ำท่วมภายหลังการก่อสร้างเขื่อนขนาดใหญ่ดังกล่าว ชาวบ้านต้องถูกอพยพโยกย้ายออกไปจากที่ดินทำกินเดิม ไปอาศัยอยู่บนเนินเขาหินที่แห้งแล้ง ผืนดินไร้คุณภาพต่อการเพาะปลูก และสุดท้ายกลายเป็นผู้อพยพ โครงการเขื่อนขนาดใหญ่ยังทำให้พวกเขาต้องสูญเสียทั้งทรัพย์สิน บ้านเรือนพืชผล และแม้กระทั่งหลุมฝังศพของบรรพบุรุษ ชีวิตของพวกเขาต่างก็จมอยู่ใต้น้ำนับตั้งแต่เมื่อคราวน้ำท่วมจากเขื่อนครั้งนั้น พวกเขารู้สึกร่วมกันถึงความยากจนที่กำลังคืบคลานเข้ามาและพบว่าชีวิตเริ่มไร้ทางเลือกมากขึ้น

Farmer ผู้วิจัยได้พบกับนางอะเซเป หนึ่งในชาวบ้านจากหมู่บ้านเคย์ที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ในปี 1991 Farmer ใช้วิธีการศึกษาประวัติชีวิตของนางอะเซเปและคนในหมู่บ้านเคย์ที่เจ็บไข้ได้ป่วยอันเป็นผลมาจากปัญหาต่าง ๆ ที่รุมเร้าคนเหล่านั้นนับตั้งแต่เขื่อนได้ปลดปล่อยวิถีชีวิตอันอุดมสมบูรณ์ให้จากไป สำหรับชีวิตของนางอะเซเป เธอเกิดและเติบโตในหมู่บ้านเคย์ เธอจัดว่าเป็นสาวงามที่สุดในหมู่บ้านก็ว่าได้ พออายุได้ 19 ปี หลังเขื่อนสร้างเสร็จสมบูรณ์ เธอและครอบครัวกลายเป็นผู้อพยพย้ายถิ่นและพบกับความยากจน เธอช่วยพ่อแม่ทำงานหาเงินโดยการหาของไปขายที่ตลาดทุก ๆ เช้าวันศุกร์ ที่เมือง Péligre ซึ่งเป็นที่ตั้งของเขื่อนและกองทหาร ทหารจากกองทหารมักจะมาเกี่ยวพาราตีแม่ค้าอยู่บ่อย ๆ การจับแม่ค้ามักเป็นไปในลักษณะเปิดเผย

สำหรับชนบทของประเทศไฮติ่นั้น ความยากจนทำให้ทหารหรือผู้ที่มีรายได้ประจำมีเงินเดือน เลี้ยงตัวมักจะได้รับความสนใจจากหญิงสาวในชนบทเสมอ ครอบครัวของนางอะเซเปก็ไม่ได้แตกต่างกัน โดยเฉพาะในช่วงหลังที่ประสบกับความยากจนมากขึ้นเรื่อย ๆ ความสวยของนางอะเซเปเป็นที่ต้องการ ของร้อยเอกจาซส์ โฮโนรัท (Jacques Honorat) หัวหน้ากองทหารที่เมือง Péligre สำหรับนางอะเซเป แล้ว เธอไม่ปฏิเสธการเข้ามาของร้อยเอกโฮโนรัท แม้จะรู้ว่าเขามีครอบครัวแล้วและยังรู้ดีกว่า เขายังมี ผู้หญิงอื่น ๆ อีกมากมาย แต่นางอะเซเปก็ตอบรับการเรียกรหาของร้อยเอกโฮโนรัท ทั้ง ๆ ที่ก็รู้ว่า พ่อแม่ ของเธอรู้สึกเป็นกังวลกับชีวิตของเธอในอนาคต เธอบอกว่า “พ่อแม่ของฉันไม่สบายใจ แต่พวกเขาก็ไม่ บอกฉันให้หันหลังให้กับชายคนนี้ ฉันก็หวังให้พ่อแม่บอกฉันอย่างนั้น แต่พวกเขาจะรู้ได้อย่างไร ฉันรู้ดี ว่าเป็นความคิดที่แย่ที่ตัดสินใจกับทหารหนุ่มคนนี้ แต่ฉันก็ไม่ว่า ทำไม ฉันไม่เคยนึกมาก่อนว่า เขาจะ หยิบยื่นโรคร้ายให้กับฉัน ไม่เคยคิดเลย ฉันมองไปรอบ ๆ แล้ว ก็มองเห็นแต่ความยากจนที่พวกเรามี คนเผ่าคนแก่จะทำอย่างไรต่อไปถ้าอนาคตมองไม่เห็น ฉันคิดเพียงว่า นี่คือ ทางออกที่ฉันเห็นมัน”

ในที่สุด นางอะเซเปกับร้อยเอกโฮโนรัทตกลงปลงใจกันต่อกัน แม้ว่าตามสถานะจะเป็นเพียงแค่ คู่รักก็ตาม หลังจากนั้นเพียงไม่ถึงเดือน โฮโนรัทเริ่มล้มป่วยลงด้วยไข้ที่หาสาเหตุไม่พบ เขาเก็บเงียบไม่ บอกกรรยาตนเองเรื่องอาการเจ็บป่วยของเขา และก็เสียชีวิตไปในที่สุด

เมื่อร้อยเอกโฮโนรัทเสียชีวิต นางอะเซเปมาถึงทางแยกในชีวิตอีกครั้ง หล่อนเดินทางไปยังเมือง Mirebalai เมืองที่ใกล้ที่สุดและเริ่มหาทางพัฒนาความรู้เพื่อใช้ประกอบอาชีพ เธอไปเข้าเรียนใน โรงเรียนสอนทำอาหาร แต่โรงเรียนเหล่านั้นก็มีเป้าหมายเพียงเปลี่ยนสาวผู้ยากไร้ทั้งหลายให้กลายเป็น สาวรับใช้ในเมืองมากกว่าสิ่งอื่นใด ความจริงแล้ว การออกไปเป็นสาวรับใช้ในเมืองไม่ใช่สถานะทาง สังคมที่ดีมากนัก และแม้ของนางอะเซเปเองก็ไม่ชอบใจนักที่จะคิดถึงลูกสาวของตนที่ลดตัวลงไปเป็น หญิงรับใช้ในเมือง แต่สำหรับเธอกลับคิดว่าเป็นทางเลือกหนึ่งที่พอทำได้

เมื่อออกจากโรงเรียนสอนทำอาหาร นางอะเซเปอายุ 22 ปีได้เดินทางต่อไปยัง Port-au-Prince สถานที่ซึ่งสามารถหางานประเภทสาวดูแลบ้านให้แก่ผู้หญิงชนชั้นกลางชาวไฮติได้ง่าย เธอได้ไปทำงาน ให้กับกรรยาทูตในสถานทูตสหรัฐที่เมืองนั้น แต่ด้วยเพราะนางอะเซเปมีหน้าตาดี จึงทำให้เธอทำงานที่ ไม่เพียงแต่ดูแลความสะอาดเหมือนสาวใช้ชาวไฮติดั้งเดิมทั่วไป แต่ยังได้ออกมาดูแลแขก ทำหน้าที่เปิด ประตูรับแขกและรับโทรศัพท์ด้วย แม้ว่าเธอจะมีรายได้ไม่มากนักจากอาชีพนี้ แต่ก็สามารถช่วยเหลือ ครอบครัวและเก็บเงินบางส่วนเอาไว้ให้พ่อแม่และญาติพี่น้องได้บ้าง

อย่างไรก็ตาม ตลอดชีวิตของเธอก็ยังคงมองหาหัวหน้าครอบครัว (main man -- *moun prensipal*) ในเวลาต่อมา เธอได้พบกับบลองโก เนอแรท (Blanco Nerette) หนุ่มที่รู้จักกันมาตั้งแต่ สมัยเรียนประถมที่หมู่บ้านเคย์ บลองโกทำงานเป็นคนขับรถประจำทางระหว่างเมืองหลวงกับที่ราบสูง ตอนกลาง (the Central Plateau) ของไฮติ พวกเขาตกลงแต่งงานกันที่สุดในที่สุด หลังแต่งงาน เธอยังคง ทำงานที่เดิมในฐานะสาวรับใช้ที่สถานทูตเป็นเวลากว่า 3 ปี จนกระทั่งตั้งครรภ์ขึ้น หลังจากที่บลองโกรู้ ขาวการตั้งครรภ์ เขาไม่ค่อยชอบใจมากนักรวมทั้งเจ้านายของเธอด้วยที่ไม่อยากมีสาวรับใช้ตั้งครรภ์มา

ทำงาน ทำให้นางอะเซเปต้องตัดสินใจกลับบ้านไปอยู่กับพ่อแม่ ระหว่างอยู่บ้าน บลองโกมาเยี่ยมเธอ เพียงครั้งคราวและเริ่มหายไปจากชีวิตของเธอในที่สุด

นางอะเซเปหลังจากให้กำเนิดลูกสาว ก็พบว่าตัวเองติดเชื่อเอชไอวี และอาการทรุดหนักอย่างรวดเร็ว ร่างกายเริ่มรับไม่ไหว คนในหมู่บ้านเริ่มวิพากษ์วิจารณ์อาการเจ็บป่วยของเธอว่า ถูกทำคุณไสย บ้างก็ว่า เธอติดเชื้อมาตั้งแต่ทหารหนุ่มเจ้าชู้คนนั้น บางคนบอกว่าเป็นเพราะไปทำงานในเมืองที่เป็นที่มาของการติดเชื่อเอชไอวี แต่ทั้งหมดนี้ไม่ใช่เพียงเรื่องของนางอะเซเปกับลูกสาวที่ติดเชื่อเอชไอวีเท่านั้น ยังมีเรื่องกรรยาคนแรกของเธอของร้อยเอกโฮโนรัททหารเข้าสู่ที่ต้องรับกรรมติดเชื่อเอชไอวีไปด้วย ซึ่งหลังจากที่โฮโนรัทตาย กรรยาคนแรกของเธอรู้สึกสิ้นหวัง หมกอาลัยตายอยากกับการเลี้ยงดูลูกทั้ง 5 คน ที่ลูก ๆ ของเธอสองคนติดเชื่อไปด้วย ยังไม่นับรวมคู่รักของโฮโนรัทอีกสองคน ซึ่งเป็นสาวชวานายากจนทั้งคู่ จากที่ราบสูงภาคกลาง คนหนึ่งได้รับเชื่อเอชไอวีและมีลูกสองคนที่นอนป่วยอยู่ ขณะที่ บลองโก สามีของนางอะเซเปซึ่งสุขภาพยังดีอยู่ ก็กำลังเดินทางขึ้นล่องไปทั่วกับอาชีพขับรถ โดยที่ไม่มีใครรู้ว่าบลองโกเป็นพาหะของเชื่อเอชไอวี อาชีพขับรถซึ่งมีรายได้ประจำของเขานั้นเป็นที่ดึงดูดใจสาว ๆ เขามีแฟนสาวมากมายที่ไม่รู้ว่าจะได้รับเชื่อแพร่กระจายไปมากน้อยเพียงใด

เรื่องราวทั้งหมดยังมีไม่ใช่เรื่องราวของผู้คนที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงติดเชื่อเอชไอวีเท่านั้น แต่ความเจ็บปวดที่แม่และพี่ชายของนางอะเซเปได้รับ ทำให้ชีวิตเกิดความตึงเครียดมากขึ้น อีกทั้งยังมีน้อยคนนักที่จะรู้ถึงความปวดร้าวในใจของพ่อนางอะเซเป ที่ไม่ช้าหลังจากที่นางอะเซเปเสียชีวิตลง พ่อของนางก็แขวนคอตายตามไปเพราะความปวดร้าวใจต่อสิ่งที่เกิดขึ้นกับลูกสาวของตน

ในชีวิตประวัติดของนางอะเซเปที่เล่ามานี้ Farmer เสนอว่า การติดเชื่อเอชไอวีของนางอะเซเปไม่ใช่เรื่องบังเอิญหรืออุบัติเหตุหรือเป็นความโชคร้ายของผู้หญิงคนหนึ่ง หากแต่เป็นผลทั้งทางตรงและทางอ้อมจากน้ำมือมนุษย์ผู้มีอำนาจในการกระทำย่ำยีต่อชีวิตมนุษย์ด้วยกันทั้งสิ้น เขาอธิบายว่า การที่หุบเขาอาร์ดิโบในที่ถูกน้ำท่วมและครอบครัวของคนในชุมชนหนึ่ง ๆ สูญหายไป ต่างเกี่ยวข้องกับผู้มีอำนาจในการกำหนดนโยบายทั้งสิ้น ดังนั้น นางอะเซเปผู้ติดเชื่อและชุมชนเคย์ที่ถูกน้ำท่วมต่างได้รับความยากลำบาก ความทุกข์ทน ผู้คนเหล่านี้ คือเหยื่อของความรุนแรงเชิงโครงสร้าง (structural violence) ทั้งสิ้นซึ่งเป็นผลมาจากนักการเมืองและข้าราชการ ผู้มีอำนาจทางการเมืองที่มีอำนาจในการตัดสินใจว่า จะดำเนินการอะไร อย่างไร ผู้มีอำนาจเหล่านี้ต่างเกี่ยวข้องกับความทุกข์ยากและความตายของนางอะเซเปและชุมชนเคย์ พวกเขาเหล่านั้นต้องทนทุกข์อันเป็นผลจากการกระทำของผู้มีอำนาจต่อผู้คนกลุ่มที่ด้อยกว่า (inferior) ที่ซึ่งสิทธิและเสียงแห่งความทุกข์ทนของคนเหล่านี้ไม่เคยได้รับความสนใจจากผู้มีอำนาจเหล่านั้น

งานศึกษาของโกมาตร (Komatra 1998) เองสอดคล้องกับงานของ Farmer โดยงานของโกมาตรยกตัวอย่างชีวิตของโสภานในกลุ่มชุมชนชาวกูย ภาคอีสานของประเทศไทย กับประสบการณ์การเจ็บป่วยซึ่งเต็มไปด้วยความทุกข์ทนยากลำบากที่เกิดขึ้นจากการได้ยีนเสี่ยงที่ผิดปกติ อาทิ เสี่ยงคำคำทอจากเพื่อนบ้าน เสี่ยงจักรยานยนต์ และเสี่ยงคนเมา ความวุ่นวายที่ไม่เคยเงียบ จนทำให้โสภานเกิดอาการ

เกรียค โกมาตร ชี้ว่า เสียงต่าง ๆ ที่โสภาก็ยินเป็นเสียงที่เธอต้องเผชิญอยู่ทุกวันและไม่อาจหลีกเลี่ยงมันได้พ้น จากกรณีของโสภาก็โกมาตร เสนอว่า ความเจ็บป่วยของโสภาก็ในฐานะประสบการณ์ความเจ็บป่วยที่เธอได้รับต่างเกี่ยวข้องกับโลกของความทันสมัยที่กำลังเกิดขึ้นรอบข้างที่น่าพาเสียงต่าง ๆ ที่ไม่สามารถควบคุมได้เข้าไปสู่ชีวิตของชาวชนบท ตรงนี้เอง แสดงให้เห็นถึงความไร้อำนาจของชนชาวกุญที่กำลังเผชิญหน้ากับแรงกดดันเชิงโครงสร้างของการบริโภคนิยมและเศรษฐกิจการตลาดที่สะท้อนให้เห็นจากการเข้ามาของรถจักรยานยนต์ในชีวิตประจำวัน (Komatra 1998)

อำนาจที่ไร้สมดุลกับความทุกข์ทนข้ามพรมแดน

สำหรับงานวิจัยชิ้นนี้มองความทุกข์ทนในขอบเขต (Scale) ที่กว้างขึ้น ที่เรียกว่า “ความทุกข์ทนข้ามพรมแดน” (Cross-Border Suffering) ซึ่งในที่นี้ หมายถึง ความทุกข์ทนที่กำลังเกิดขึ้นข้ามพรมแดนของชาติสองฟากฝั่ง ที่ซึ่งผู้คนบริเวณชายแดนโดยเฉพาะสำหรับกรณีศึกษา คือ บริเวณชายแดนไทย-ลาวกำลังได้รับผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม/ทางบวกและทางลบจากการเปิดขึ้นของชายแดนเพื่อรองรับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาคลุ่มน้ำโขงตอนบน ตามเป้าหมายของโครงการพัฒนาเขตสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจระหว่างประเทศไทย-ลาว-พม่า-และจีน ที่ซึ่งความทุกข์ทนดังกล่าวเกิดขึ้นมาจากอำนาจที่ไร้สมดุล (asymmetrical power) ในการพัฒนาอย่างไม่ได้สัดส่วนที่ชายแดน กล่าวคือ

ในสถานะที่ชายแดนระหว่างไทย-ลาวปัจจุบันได้รับการเปิดกว้างมากขึ้น โดยอำนาจรัฐที่ชายแดนเริ่มมีความยืดหยุ่นมากขึ้นจากการผ่อนปรนกฎเกณฑ์การควบคุมการเคลื่อนย้ายและการเฝ้าระวังต่าง ๆ ที่ลดน้อยลงเพื่อรองรับความร่วมมือทางเศรษฐกิจข้ามชาติ ลักษณะชายแดนเช่นนี้ ในด้านหนึ่ง ได้ส่งผลดีที่ทำให้การเคลื่อนย้ายของผู้คน สินค้า เทคโนโลยี และอื่น ๆ สามารถข้ามผ่านพรมแดนรัฐชาติได้สะดวกมากขึ้นและทำให้เกิดการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของเมืองชายแดนสองฟากฝั่ง ไม่ว่าจะเป็น การขยายตัวทางเศรษฐกิจ การลงทุนการค้าเกษตร/พาณิชย์ การขยายตัวของร้านค้า การอุปโภคบริโภคมากขึ้น ตลอดจน สาธารณูปโภค การคมนาคมขนส่งที่สะดวกสบายมากขึ้น

แต่อีกด้าน ชายแดนไทย-ลาวที่กำลังเป็น “ชุมทางทางเศรษฐกิจ” ของลุ่มน้ำโขงตอนบนกลับสร้างผลกระทบทางลบต่อชีวิตผู้คนบริเวณชายแดนสองฟากฝั่ง อาทิ การขยายตัวของปัญหาสังคมต่าง ๆ ที่กำลังเกิดขึ้นจากการพัฒนาเขตสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ การก่อสร้างถนน/สะพานที่นำไปสู่การสูญเสียที่ดินทำกินของชุมชนชาวบ้านตามชายแดน หรือการระเบิดแก่งหินในลำน้ำโขงที่ทำลายสภาพแวดล้อมแม่น้ำโขงและที่ทำมาหากินของชุมชนริมน้ำโขง ตลอดจนปัญหาโรคภัยไข้เจ็บ โดยเฉพาะปัญหาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์/โรคเอดส์ที่กำลังขยายตัวจากการเติบโตของอุตสาหกรรมบันเทิง ร้านกึ่งดื่ม บ่อนกาสิโน ตามชายแดนดังกล่าว

ในแง่นี้เอง บริเวณพื้นที่ศึกษาชายแดนไทย-ลาว กำลังกลายเป็น “พื้นที่ผลิตความทุกข์ทนข้ามพรมแดน” (the sphere of cross-border suffering) ที่ซึ่ง ในด้านหนึ่ง เราพบเห็นการเจริญเติบโตทาง

เศรษฐกิจของเมืองชายแดนสองฟากฝั่ง แต่อีกด้านเรากำลังพบเห็นความทุกข์ทนที่กำลังเกิดขึ้นข้ามพรมแดนของชุมชนสองฟากฝั่งในปัจจุบัน

การจัดการความทุกข์ทนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี: ปฏิบัติการของมนุษย์ในสถานะสิ้นหวัง

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยชิ้นนี้ ต้องการนำเสนอประเด็นความทุกข์ทนข้ามพรมแดนจากกรณีศึกษา กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีข้ามชายแดนที่กำลังขยายตัวมากขึ้นจากการเปิดชายแดน โดยมองว่า การเปิดขึ้นของชายแดนไทย-ลาวบริเวณดังกล่าวตามโครงการเขตสีเหลี่ยมเศรษฐกิจได้ทำให้ผู้คนที่ย้ายแดน โดยเฉพาะในกลุ่มคนหนุ่มสาวชาวลาวเข้ามาทำงานเป็นแรงงาน ในจำนวนนี้รวมถึงการขายบริการทางเพศในฝั่งไทย เพื่อตอบรับกับสถานการณ์การเติบโตทางเศรษฐกิจในฝั่งไทยที่ต้องการแรงงานราคาถูก และร้านค้าอุตสาหกรรมบันเทิงในฝั่งไทยที่ต้องการสาว ๆ มาทำงาน กลุ่มคนหนุ่มสาวชาวลาวยุคใหม่เข้ามาทำงานในฝั่งไทยหรือแต่งงานกับคนไทยเหล่านี้ บางส่วนได้กลายเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเมื่อกลับไปบ้านก็ได้เริ่มแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีไปสู่ภรรยาสามี และคนอื่น ๆ ที่ตนเองมีสัมพันธ์ทางเพศด้วยในประเทศลาว

งานวิจัยชิ้นนี้จึงมองว่า กลุ่มคนหนุ่มสาวและชาวลาวยุคใหม่ที่กลายเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ไม่ใช่เป็นเรื่องประเด็นของโชคร้ายหรือเรื่องของเคราะห์กรรมที่ได้รับเชือดีดตัวมาแต่อย่างใด หากแต่ความจริงแล้ว คนเหล่านี้ต่างตกอยู่ในกระแสการพัฒนา “ชายแดนแบบอสมมาตร” (asymmetrical border of development) (Oscar Martinez 1994) ที่ซึ่งกำลังผลิต “อำนาจแบบอสมมาตร” (asymmetrical power) ให้เกิดขึ้นจากกระแสการพัฒนาทางเศรษฐกิจระดับภูมิภาคในเขตลุ่มน้ำโขงตอนบน จากโครงการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่มีลักษณะของบริบทการพัฒนาที่ไร้สมดุลมาตลอดช่วงเวลาที่ผ่านมา

อำนาจแบบอสมมาตรนี้ เกิดขึ้นระหว่าง “กลุ่มผู้มีอำนาจ” (hegemonic groups) ในการเข้าถึงการพัฒนา เช่น กลุ่มบริษัทการลงทุน รัฐบาล ทั้งจีน ไทย เป็นต้น ที่เชื่อว่า การเปิดชายแดน นอกเหนือจากจะให้ประโยชน์ต่อประเทศลาวแล้ว ยังช่วยเปิดโอกาสให้ชุมชนชายแดนสามารถสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมข้ามพรมแดนได้มากขึ้นและได้รับประโยชน์จากการพัฒนา กับกลุ่มผู้ด้อยอำนาจ (subordinated groups) โดยเฉพาะชาวบ้านและชุมชนชายแดนลาวที่ไม่อาจเข้าถึงการพัฒนาและหน้าซีกกลับได้รับผลกระทบทางสังคม วัฒนธรรมและสุขภาพจากสายลมแห่งการพัฒนาที่กำลังเกิดขึ้น ในแง่หนึ่ง ศักยภาพในการผลิตและการพัฒนาของฝั่งที่มีทรัพยากรธรรมชาติ ทรัพยากรการผลิตทุน ตลอดจน ทรัพยากรบุคคลจะถูกเชื่อมโยงกับอีกฝั่งหนึ่งที่มีวัตถุดิบด้านแรงงานราคาถูก และมีสถานะยากจนเพื่อที่ถกฉวยโอกาสและดูดซับทรัพยากรการผลิตที่จำเป็นต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของฝั่งที่เติบโตมากกว่า

อย่างไรก็ตาม งานวิจัยชิ้นนี้ ไม่ได้ต้องการเน้นเพียงแค่การเสนอหรือสะท้อน “ปัญหา” ความทุกข์ทนข้ามพรมแดน” ที่เกิดขึ้นจากกรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพียงด้านเดียว หรือมองว่า ผู้คนเหล่านี้เป็นเพียงเหยื่อเท่านั้น หากแต่ในชีวิตจริงแล้ว จะพบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ได้พยายาม “จัดการ”

(manage) ปัญหาความทุกข์ทรมานที่ตนเองกำลังประสบอยู่ ดังที่ Clifford Geertz (1973:104) เสนอว่า ความทุกข์ ความสิ้นหวัง เป็นสองด้าน ที่มนุษย์มิใช่ต้องการจะยอมรับความทุกข์เพียงอย่างเดียวเท่านั้น หากแต่มนุษย์ยังต้องการค้นหาวิธีที่จะอยู่กับภาวะแห่งความสิ้นหวังเหล่านั้น ไม่ว่า ในสภาวะความสิ้นหวังที่เกิดขึ้นจาก การเจ็บป่วย การสูญเสีย นั้นหมายความว่า มนุษย์มิใช่เป็นเพียงผู้ที่ยอมรับในชะตากรรมที่ตนเองต้องพานพบเพียงอย่างเดียวเท่านั้น หากแต่ยังต้องค้นหาหนทางในการจัดการหรือเพื่อที่จะอยู่กับความสิ้นหวังเหล่านั้นอย่างไร

ดังนั้น งานวิจัยชิ้นนี้ จึงให้น้ำหนักกับความเป็นมนุษย์ที่ต้องการทำความเข้าใจระบบการจัดการต่าง ๆ ที่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีสองฟากฝั่งเหล่านี้ได้พยายามสร้างขึ้นและนำมาใช้เยียวยารักษาโรคภัยไข้เจ็บที่ตนเองกำลังประสบอยู่ เพื่อให้สามารถอยู่กับเชื้อเอชไอวีและแก้ไขปัญหาชีวิตของตนเองและสามารถต่อรองปรับตัวต่อกระแสการพัฒนาแบบไม่เท่าเทียมกันในสภาวะชายแดนแบบอสัมมาตรได้ อย่างไม่ลำบากมากนักและได้รับความเป็นมนุษย์เทียบเท่ากับคนอื่น ๆ ในสังคมโดยรวม

นอกจากนี้ งานวิจัยชิ้นนี้ ให้ความสนใจมิติของความแตกต่างทางชนชั้น ความเป็นเพศสภาพ ความเป็นชาย/หญิงในการจัดการความทุกข์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย เจือปนใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบริบทของสังคมลาวที่มีภาพลักษณ์เชื้อเอชไอวีกับมาตรฐานทางศีลธรรมจนนำไปสู่การกีดกันทางสังคม นำไปสู่เงื่อนไขต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อในการยอมรับหรือไม่ยอมรับ ในการเปิดเผยตัวหรือปิดบังต่อสังคม สิ่งเหล่านี้ต่างเกิดขึ้นบนเงื่อนไขในชีวิตของผู้ติดเชื้อที่แตกต่างอย่างชัดเจน ไม่ว่า ระหว่างความเป็นเพศสภาพ ความเป็นชาย/หญิงที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อ และ/หรือระหว่างเวลาที่สังคมให้ความสำคัญต่อหญิง/ชายในการได้มาซึ่งเชื้อเอชไอวี ตลอดจนเส้นแบ่งในเชิงเงื่อนไขฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้น ดังเช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีฐานะดี มีหน้ามีตาในสังคมลาวเลือกที่จะไปดูแลร่างกายของตนเองนอกชุมชน โดยสามารถปิดบังสถานะของตัวเองจากชุมชนไว้ได้ หรือผู้ติดเชื้อมักจะเปิดเผยตัวต่อชุมชนและนำไปสู่การหาหนทางเยียวยารักษา เพราะสถานภาพการได้รับมาซึ่งเชื้อของภรรยาผ่านมาจากสามี โดยส่วนใหญ่จะได้รับความเห็นอกเห็นใจจากชุมชน เป็นต้น ทั้งนี้ การนำเสนอเงื่อนไขในมิติของเพศสภาพ และชนชั้นของผู้ติดเชื้อในสังคมลาวที่ชายแดนก็เพื่อสะท้อนให้เห็นการเคลื่อนไหวไปมาของภาพลักษณ์เอชไอวีเอดส์ในสังคมชุมชนลาวที่มีต่อกลุ่มคนที่แตกต่างกัน และทำให้เกิดความเข้าใจความเป็นไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสังคมลาวที่ต้องเผชิญหน้ากับเงื่อนไขในการดำรงชีวิตที่นอกเหนือจากการดำรงชีวิตประจำวัน และพบกับความยากลำบาก และความทุกข์ทรมานที่ต้องเผชิญอยู่ในชีวิตประจำวัน

วางบทและสรุปเนื้อหาโดยย่อ

รายงานวิจัยชิ้นนี้ประกอบไปด้วย 2 ภาค คือ ภาค 1 ว่าด้วย บริบทการพัฒนาชายแดนลุ่มน้ำโขงกับการก่อรูปความทุกข์ทางสังคม กับภาคที่ 2 ว่าด้วยประสบการณ์ความทุกข์ทรมานของผู้ติดเชื้อ และการจัดการความทุกข์ทรมานของผู้ติดเชื้อผ่านปฏิบัติการต่างๆ เช่น การสร้างเครือข่าย การก่อรูปเครือข่ายใหม่ๆ และรูปแบบของการจัดการชีวิตในสภาวะสิ้นหวังและ/หรือกลับมามีความหวังอีกครั้งภายใต้เงื่อนไข

บริบทของการเปลี่ยนผ่านพัฒนาการความก้าวหน้าทางการแพทย์ และวาทกรรมทางการแพทย์ ตลอดจนบริบทของความสัมพันธ์ทางสังคมของชนชายแดนกับการพัฒนาเศรษฐกิจที่ชายแดน

โดยในภาคแรก นั้น บทที่ 1 เน้นไปที่ การพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและสถานบริการ เช่น การสร้างบ่อนกาสิโนขนาดใหญ่ เป็นบริบทเงื่อนไขที่ส่งผลต่อการก่อรูปความทุกข์ทางสังคมของผู้คนบริเวณชายแดนอย่างไร โดยเสนอว่า การพัฒนาที่ชายแดนโดยเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ (ทางเพศ ทั้งแบบเปิดเผยและแอบแฝง) กำลังเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง เป็นบริบทเงื่อนไขสำคัญที่พาผู้คนชนชายแดนเข้าสู่ความเสี่ยงในการเกิดความทุกข์ในรูปแบบต่างๆ เช่น การเกิดความขัดแย้งในชุมชนและระหว่างชุมชนจากการถูกขับออกจากที่ดินบ้านเกิดของตนเอง ตลอดจนปัญหาในแง่สังคมสุขภาพที่การพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ (ทางเพศ ทั้งแบบเปิดเผยและแอบแฝง) ได้กลายเป็นบริบทเงื่อนไขสำคัญในการสร้าง “ความเสี่ยง” (risk) ให้ผู้คนชนชายแดนได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพ ความอึดอัดใจเหลือจากการพัฒนาที่กลายเป็นเงื่อนไขเบื้องหลังการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและนำไปสู่การขยายความทุกข์ทนทางสังคมที่ชุมชนชายแดนไทยลาวกำลังประสบอยู่ในปัจจุบัน

สำหรับบทที่2 ต้องการทำความเข้าใจกับวิถีคิดและประสบการณ์การรับรู้ทางสังคมวัฒนธรรมที่คนลาว โดยเฉพาะจากกรณีศึกษาที่บริเวณชายแดนมีต่อการเข้ามาของเชื้อเอชไอวีตลอดจนการตีความของคนลาวต่อการค้นหาสาเหตุที่มา ในบทนี้ มองว่า การเจ็บไข้ได้ป่วยมิใช่เป็นเพียง “ประเด็นทางการแพทย์” ที่เปิดโอกาสให้มีการอธิบายความเป็นไปของการเจ็บป่วยจากมุมมองทางการแพทย์เท่านั้น หากแต่มองว่า การเจ็บไข้ได้ป่วยกลับเกี่ยวข้องโดยตรงกับวิถีคิดและมุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรมที่ผู้คนแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรมจะตีความ ทำความเข้าใจต่อการเจ็บไข้ได้ป่วยเหล่านั้น โดยชี้ให้เห็นว่า วิถีคิดเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วย โดยเฉพาะวิถีคิดที่คนลาวมองว่า เชื้อเอชไอวีมาจากเมืองไทยนั้นเป็นผลมาจากสถานะความไร้อำนาจ (powerless) และการตกเป็นผู้ด้อยกว่า (subordinated group) การไร้อำนาจทางเศรษฐกิจสังคม ขณะที่อีกฝั่งกลับกลายเป็นผู้มีอำนาจ (hegemonic group) ที่มีการพัฒนา แต่กลับนำพาความทุกข์ให้เกิดขึ้นกับผู้ด้อยกว่า สถานะดังกล่าวเหล่านี้เกี่ยวข้องกับ “อำนาจแบบอสมมาตร” (asymmetrical power) ของสองฝ่ายฝั่งที่เป็นผลมาจากการพัฒนาที่ไร้สมดุล ซึ่งอำนาจที่ไร้สมดุลนี้ส่งผลต่อเนื่องกับทัศนคติและวิถีคิดต่อการเข้ามาของเชื้อเอชไอวีจากเมืองไทยเข้าสู่ลาว และทัศนคติที่คนลาวมีต่อคนไทยในลักษณะดังกล่าว

ส่วนบทที่ 3 นำเสนอวาทกรรมทางการแพทย์ในการสร้างพรมแดนหรือเส้นแบ่งจัดจำแนกแยกแยะผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกจากคนปกติในสังคมทั่วไปโดยผูกโยงกับมาตรฐานทางศีลธรรมและพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ยาเสพติดที่ผิดไปจากบรรทัดฐานร่วมของสังคมอันดีงาม และนำไปสู่กระบวนการกีดกันทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ แต่ที่สำคัญไปกว่านั้น บทนี้ได้นำเสนอเงื่อนไขของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในบริบทของสังคมลาวที่มีภาพลักษณ์เชื้อเอชไอวีกับมาตรฐานทางศีลธรรมจนนำไปสู่การกีดกันทางสังคม เงื่อนไขต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อในการยอมรับหรือไม่ยอมรับ ใน

การเปิดเผยตัวหรือปิดบังต่อสังคม สิ่งเหล่านี้ต่างเกิดขึ้นบนเงื่อนไขในชีวิตของผู้ติดเชื้อที่แตกต่างอย่างชัดเจน ไม่ว่า ระหว่างความเป็นเพศสภาพ ความเป็นชาย/หญิงที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อ และ/หรือ ระหว่างการที่สังคมให้ความหมายต่อหญิง/ชายในการได้มาซึ่งเชื้อเอชไอวีเอดส์ ตลอดจนเส้นแบ่งในเชิงเงื่อนไขฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้น เป็นต้น ทั้งนี้ การนำเสนอเงื่อนไขดังกล่าวของผู้ติดเชื้อในสังคมลาวที่ชายแดนก็เพื่อสะท้อนให้เห็นการเคลื่อนไหวไปมาของภาพลักษณ์เอชไอวีในสังคมชุมชนลาวที่มีต่อกลุ่มคนที่แตกต่างกัน และทำให้เกิดความเข้าใจความเป็นไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสังคมลาวที่ต้องเผชิญหน้ากับเงื่อนไขในการดำรงชีวิตที่นอกเหนือจากการดำรงชีวิตประจำวัน และพบกับความยากลำบาก และความทุกข์ทนทั้งก่อนและหลังการเผชิญหน้าต่อภาพลักษณ์ทางลบของเอชไอวีที่เข้ามาในชีวิต

ส่วนบทที่ 4 ว่าด้วยการเมืองเชิงนโยบายสาธารณสุขเรื่องเอดส์ชายแดนไทย-ลาว โดยให้ความสนใจต่อเรื่องการรักษาโรคเอชไอวีเอดส์กับการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในแนวทางเศรษฐศาสตร์ การเมืองว่าด้วยเรื่องยาต้านไวรัสตามวาทกรรมการแพทย์แผนใหม่เกิดขึ้นได้อย่างไร และรัฐ/องค์กรที่เกี่ยวข้องของประเทศไทยและประเทศลาวมีนโยบายการดำเนินงานแก้ไขปัญหาระบาดของเอชไอวีเอดส์อย่างไร และความคล่องในการเข้าถึงการรักษาสุขภาพเป็นอย่างไร

ส่วนภาคที่ 2 นั้นเน้นไปที่ประสบการณ์และความสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อในระนาบต่างๆ ของความสัมพันธ์เชิงอำนาจ ตลอดจนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อภายใต้เงื่อนไขต่างๆ โดยบทที่ 5 ทำความเข้าใจกับประเด็นการจัดการความทุกข์ทนที่เกิดขึ้นข้ามพรมแดน โดยเฉพาะ การสร้างเครือข่ายของผู้ติดเชื้อข้ามพรมแดนไทย-ลาวที่เกิดขึ้นจากการสร้างความร่วมมือในระดับต่างๆ ซึ่งพบว่า อย่างน้อยมีเครือข่ายข้ามพรมแดนอยู่ 2 ลักษณะคือ การสร้างเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อและความร่วมมือแก้ไขปัญหาระบาดของเอดส์ข้ามพรมแดนแบบเป็นทางการ (Formal networks) และเครือข่ายมิตรภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีข้ามพรมแดนหรือเครือข่ายแบบไม่เป็นทางการ (Informal networks)

ขณะที่ บทที่ 6 ให้ความสนใจกับบริบทใหม่ๆ จากความก้าวหน้าในการพัฒนายาต้านไวรัสเอชไอวีและวิธีการรักษาโรคเอดส์ซึ่งได้ไปเปลี่ยน “ภาพแทนความเจ็บป่วย” ของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์จากเดิมที่เป็นเอดส์แล้วตาย ไปสู่ เอชไอวีควบคุมได้ เอดส์รักษาได้ ในแง่นี้ การเปลี่ยนภาพแทนของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความหวังต่อการมีชีวิตมากขึ้นได้ส่งผลอย่างสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกระทำของผู้ติดเชื้อในปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ทำให้เกิดการการจัดการกับความทุกข์ทนและชีวิตของผู้ติดเชื้อในรูปแบบใหม่ๆ ทำให้การวางแผนต่อการใช้ชีวิตในระยะยาวมีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งในแง่การเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การเกิดรูปแบบการให้ความหมายใหม่ๆ ต่อเชื้อเอชไอวี ในเชิงเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อ การปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต (life style) ในรูปแบบต่างๆ ทั้งเพื่อแสวงหาความสุขแก่ตนเองคนทั่วๆ ไปและเพื่อให้สัมพันธ์กับการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีตามรูปแบบการแพทย์แผนใหม่

บทที่ 1

การพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการบริเวณชายแดนไทย-ลาว

การพัฒนาข้ามพรมแดนรัฐชาติในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทำให้เกิด “เขตการเจริญเติบโตของอนุภูมิภาค” (subregional growth zone -SGZs) ในรูปแบบต่าง ๆ ดังเช่น การรวมตัวกันของกลุ่มอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง (Mekong Regionalism) กลุ่มประเทศในสมาคมประชาชาติแห่งเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (ASEAN) ในบริบทของโลกาภิวัตน์ทางเศรษฐกิจ (economic globalization) แต่การเติบโตและการขยายตัวของพัฒนาทางเศรษฐกิจในลักษณะความร่วมมือระดับอนุภูมิภาคดังกล่าวโดยใช้ชายแดนเป็นจุดเชื่อมต่อหากัน มีการเปิดการค้าชายแดน ทำให้ผู้คน สินค้า ความคิด เทคโนโลยีทั้งหลายได้อย่างทั่วถึงกันเหล่านี้กลับมีคำถามตามมาที่สำคัญคือ การค้าชายแดน และกิจกรรมทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศที่หลังไหลหากันนี้มีสถานะแบบอสมมาตร (asymmetrical) ที่ไร้สมดุลของการพัฒนาหรือไม่ มากไปกว่านั้น สถานะการพัฒนาแบบไร้สมดุลดังกล่าวยังเป็นสถานการณ์ที่ด้านใดด้านหนึ่งมีอำนาจในการเข้าถึงทรัพยากรวัตถุดิบและอื่น ๆ มากกว่า ขณะที่อีกด้านกลับไร้อำนาจในการต่อรองทั้งทางการเมืองและเศรษฐกิจ และตกเป็นผู้รองรับผลกระทบจากการพัฒนาเหล่านั้นโดยแทบจะปราศจากทางเลือก ดังเช่น ในฝั่งลาว เมื่อเกิดภาวะเศรษฐกิจตกต่ำ เกิดความยากจนทั่วหน้า ผู้คนมีรายได้ในครัวเรือนไม่เพียงพอ คนลาวจากฝั่งลาวต้องพลัดถิ่นมาจากภาวะเศรษฐกิจตกต่ำที่บ้านตน เพื่อแสวงหาโอกาสที่ดีกว่าในการหางานทำจากภายนอก ปรากฏการณ์เช่นนี้ ทำให้คนลาวจำนวนมากข้ามแดนมายังฝั่งไทยเพราะมีความหวังมากกว่าเนื่องจากเศรษฐกิจฝั่งไทยขยายตัว

การขยายตัวทางเศรษฐกิจในเขตพื้นที่ฝั่งไทย ทำให้เกิดความต้องการแรงงานไร้ฝีมือและแรงงานราคาถูกจำนวนมาก เพื่อลดต้นทุนการผลิตและเพิ่มกำไรให้นายจ้างได้มากขึ้น แต่การเข้ามาทำงานของคนลาวในฝั่งไทยจำนวนมากก็มีความเสี่ยงสูงจากการทำงานแบบ 3 D (งานที่เสี่ยงอันตราย (Dangerous) งานที่สกปรก (Dirty) และงานที่ยากลำบาก (Difficult)) เพื่อแลกกับค่าจ้างที่อยู่ในระดับต่ำกว่าระดับค่าจ้างแรงงานมาตรฐาน ไม่มีสิทธิต่อรอง ไม่ได้รับการคุ้มครองจากข้อบังคับตามกฎหมาย และเพราะสภาพการทำงานและความเป็นอยู่ที่แออัดขาดสุขลักษณะในแหล่งเสื่อมโทรม ทำให้เกิดความเสี่ยงสูงต่อการแพร่ระบาดของโรคภัยไข้เจ็บต่าง ๆ

นอกจากนี้ กระบวนการพัฒนาอนุภูมิภาคแม่น้ำโขงที่เน้นให้เกิดความร่วมมือและสร้างความเชื่อมโยงหากันนี้ ยังทำให้ “ชายแดน” (border) กลายเป็น “พื้นที่สำคัญทางเศรษฐกิจ” (economic border) ตามแผนโครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจในเชิงนโยบายและในเชิงปฏิบัติ แนวทางการพัฒนาพื้นที่เศรษฐกิจชายแดนเหล่านี้ มุ่งไปที่การพัฒนาถนน โครงข่ายคมนาคม และสาธารณูปโภคต่าง ๆ นอกจากนี้ ยังได้เน้นให้เกิดอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ โดยเชื่อว่า จะทำให้เกิดการจ้างแรงงานในท้องถิ่นและทำให้เศรษฐกิจชายแดนขยายตัวได้อย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง แต่แนวคิดดังกล่าวเมื่อakorปกับสถานะการพัฒนาแบบไร้สมดุล ทำให้เกิดคำถามสำคัญที่ว่า กระบวนการพัฒนาเศรษฐกิจชายแดน

และการพัฒนาอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงกำลังทำให้เกิดผลกระทบทั้งทางตรงและทางอ้อม ด้านหนึ่ง เราอาจมองว่า ได้ทำให้เศรษฐกิจที่ชายแดนเติบโต แต่อีกด้าน กลับทำให้เกิดปัญหาด้านสังคมและสุขภาพตามมา ในบทความนี้ต้องการเสนอว่า การพัฒนาที่ชายแดนโดยเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ(ทางเพศ ทั้งแบบเปิดเผยและแอบแฝง) ซึ่งกำลังเกิดขึ้นและแพร่กระจายอย่างกว้างขวางได้กลายเป็นบริบทเงื่อนไขสำคัญในการสร้าง “ความเสี่ยง” (risk) ให้ผู้คนชนชายแดนได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพ และความอึดอัดใจหรือความวิตกกังวลจากการพัฒนาที่เสนอรูปแบบการพัฒนาบนฐานของอุตสาหกรรมบันเทิงและสถานบริการ บ่อนการพนัน ได้กลายเป็นเงื่อนไขเบื้องหลังของความเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและนำไปสู่การขยายความทุกข์ทนทางสังคมที่ชุมชนชายแดนไทยลาวกำลังประสบอยู่ในปัจจุบัน

ชายแดนกับการพัฒนาแบบอสมมาตร (Border and asymmetrical development)

Giro (1994) นำเสนอความคิดเรื่อง “ชายแดนอสมมาตร” (Asymmetrical border) ว่าหมายถึง ชายแดนระหว่างสองประเทศที่มีปัจจัยทางเศรษฐกิจสังคมแตกต่างกัน ซึ่งเกิดขึ้นจากโครงสร้างทางเศรษฐกิจ การเมืองของสองฟากฝั่งที่ไม่เท่าเทียมกัน ในแง่นี้ ผู้เขียนกล่าวเฉพาะเจาะจงไปที่ระดับของ “การพัฒนา” (development) ที่นำไปสู่ความแตกต่างในเรื่องรายได้ ตลอดจนศักยภาพในการเข้าถึงการให้บริการทางสังคมด้านต่าง ๆ (social service) ของผู้คนที่ย้ายถิ่นสองฟากฝั่ง ชายแดนในลักษณะนี้ จะพบว่ามี ความแตกต่างทางเศรษฐกิจที่เห็นได้อย่างเด่นชัด เช่น อัตราแลกเปลี่ยนเงินตรา ระหว่างสองประเทศที่มีค่าแตกต่างสูงลิ่ว อย่างค่าเงินบาทของไทยกับค่าเงินกีบของลาว โครงสร้างราคาสินค้าอุปโภคบริโภค และต้นทุนการผลิตที่เกี่ยวข้องกับเศรษฐกิจโดยเฉพาะในช่วงหลังทศวรรษ 1990 เป็นต้นมา ขณะที่ ในประเด็นนี้ Ganster and Lorey (2005) เสนอภาพของชายแดนแบบอสมมาตรที่ยังพบว่า มีความแตกต่างในเรื่องมาตรฐานการครองชีพ การพัฒนาทางเทคโนโลยีและรูปแบบเชิงสถาบันด้วย สำหรับตัวอย่างของชายแดนอสมมาตรนั้น Giro (1994) ยกตัวอย่าง ชายแดนของประเทศคอสตาริกา กับ ปานามา บนชายฝั่งทะเลแปซิฟิกในทวีปอเมริกากลาง ซึ่งพบว่า ค่าจ้างแรงงานในปานามาสูงมากจนดึงดูดให้แรงงานจากคอสตาริกาไหลเข้าไปทำงานในปานามา สถานการณ์ดังกล่าวยังทำให้ระบบการศึกษาและการดูแลสุขภาพในคอสตาริกาดีขึ้น และทำให้เกิดแรงกระตุ้นให้มีการเชื่อมโยงคนทั้งสองฝั่งมากขึ้น (Giro 1994)

Martinez (1994) ให้คำอธิบายต่อชายแดนแบบอสมมาตร (asymmetrical border) ในแง่ของการพึ่งพิงระหว่างกันของสองฟากฝั่ง โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องการพัฒนา อย่างไรก็ตาม เขาเน้นอธิบายเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างสองฟากฝั่ง จากงานศึกษาวิจัยที่ชุมชนชายแดนบริเวณสหรัฐ-เม็กซิโก ได้พบที่สำคัญว่า ชุมชนชายแดนสองฟากฝั่ง โดยเฉพาะในกลุ่มผู้มีอำนาจ ไม่ว่า รัฐบาลกลาง รัฐท้องถิ่น ได้ตกลงร่วมกันที่จะส่งเสริมและขยายความสัมพันธ์ด้านต่าง ๆ ในลักษณะที่เท่าเทียมกัน สถานะเหล่านี้เกิดขึ้นเมื่อสองประเทศเชื่อมความสัมพันธ์ทางการค้าและเปิดชายแดนเพื่อประโยชน์

ทางเศรษฐกิจเป็นหลัก ในกลุ่มผู้มีอำนาจระดับบนมักมองว่า การเปิดชายแดน นอกเหนือจากจะทำให้ประโยชน์ต่อประเทศทั้งสองฝั่งแล้ว ยังช่วยเปิดโอกาสให้ชุมชนชายแดนสามารถสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมข้ามพรมแดนได้มากขึ้นด้วย โดยทำให้เกิดการผนวกรวมทางวัฒนธรรมที่สำคัญ ดังนั้น ระบบเศรษฐกิจแบบทวิภาคจึงเกิดขึ้นและเข้มข้นตามนโยบายและความสนใจของรัฐบาลทั้งสองฟากฝั่ง

อย่างไรก็ตาม ปัญหาหลัก ๆ ที่รัฐบาลสองฟากฝั่งให้ความสำคัญ คือ ปัญหาผู้อพยพ การแข่งขันทางการค้า การทำการค้าที่ถูกและผิดกฎหมาย ตลอดจนปัญหาทางการเมืองและความมั่นคงระหว่างประเทศ ซึ่งรัฐบาลของแต่ละฝั่งต้องควบคุมดูแลกำกับอย่างระมัดระวังไปพร้อม ๆ กับการเติบโตทางเศรษฐกิจการค้าบริเวณชายแดน

จุดเน้นของ Martinez ต้องการชี้ว่า ชายแดนแบบอสมมาตรนั้นยังคงหมายถึงการพึ่งพิงระหว่างกันที่ไม่สมดุล (Asymmetrical interdependence) หรือปฏิสัมพันธ์ทางด้านต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นอย่างไม่ได้สัดส่วนสมดุลต่อกันด้วย ทั้งในแง่ของขนาดและอำนาจทางเศรษฐกิจ ตลอดจนศักยภาพในการผลิตและการได้รับโอกาสในการพัฒนาที่ไม่เท่ากัน โดยเฉพาะในกลุ่มของชนชายแดน (borderlanders) ของสองฝั่ง ในแง่นี้ ศักยภาพในการผลิตและการพัฒนาของฝั่งที่มีทรัพยากรธรรมชาติ ทรัพยากรการผลิต และตลอดจนทรัพยากรบุคคลจะถูกเชื่อมโยงกับอีกฝั่งหนึ่งที่มีวัตถุดิบด้านแรงงานราคาถูก และมีสถานการณ์ของความยากจนโดยฝั่งที่มีขนาดและอำนาจทางเศรษฐกิจเหนือกว่าสามารถฉกฉวยโอกาสและดูดซับทรัพยากรการผลิตที่จำเป็นต่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจของตนไปได้

Martinez เสนอว่า ชายแดนแบบอสมมาตรนี้กำลังเป็นแนวโน้มที่เกิดขึ้นทั่วโลกในบริบทสถานการณ์โลกาภิวัตน์ทางเศรษฐกิจ ที่มีการผนวกรวมประเทศต่าง ๆ เข้าเป็นภูมิภาค ไม่ว่าจะเป็นภูมิภาคแปซิฟิก ยุโรป หรือ เอเชีย แต่ชายแดนที่มีความแตกต่างทางวัฒนธรรม มีความไม่สมดุลในมาตรฐานการครองชีพและโอกาสที่ไม่เท่ากันในการได้รับการเจริญเติบโต ตลอดจนความทันสมัยและเทคโนโลยีที่ขยายตัวและพัฒนาอย่างไม่เท่ากันนี้ ได้ทำให้ชายแดนมีการจัดระเบียบ (order) ที่แตกต่างไปจากโครงสร้างหลักของสังคมทั้งสองฝั่งด้วย และประชากรก็มีวิถีชีวิตแตกต่างจากศูนย์กลางของประเทศสองฟากฝั่ง ดังเช่น ชายแดนสหรัฐ-เม็กซิโก ที่ซึ่งโครงสร้างของสังคมในชายแดนฝั่งสหรัฐสะท้อนความเป็นสหพันธรัฐที่มาจากส่วนกลาง ขณะที่ฝั่งเม็กซิโกกลับสะท้อนการรวมศูนย์อำนาจของรัฐ ทำให้การจัดระเบียบเชิงสถาบัน ทั้งสถาบันเอกชนและสถาบันของรัฐในแต่ละฝั่งแตกต่างกัน เมื่อเผชิญหน้ากันที่ชายแดนจึงมีความจำเป็นต้องจัดระเบียบใหม่ที่เป็นการผนวกรวม เพื่อทำให้การค้าชายแดนและกิจกรรมต่าง ๆ บริเวณชายแดนมีความยืดหยุ่นมากขึ้น ในแง่ของชุมชนที่ชายแดนเอง ก็เกิดลักษณะที่เรียกว่า “ชุมชนข้ามชาติ” (transnational communities) ที่บางครั้งก็มีการให้นิยามว่าเปรียบเสมือน “ประเทศที่สาม” (third country) ที่แตกต่างไปจากทั้งสองฝั่ง ดังเช่น ชุมชนชายแดนเม็กซิโก-สหรัฐที่ผนวกรวมผู้คนทั้งสองฝั่งที่ไม่ใช่ทั้งคนเม็กซิกัน และ/หรือคนอเมริกัน

ลักษณะของตัวอย่างชายแดนที่มีอำนาจทางเศรษฐกิจแบบอสมมาตรของสองฟากฝั่งในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เราอาจพบเห็นได้จากตัวอย่างเช่น บริเวณชายแดนยูนานัน-พม่า ที่พบกรณีชน

กลุ่มน้อยในประเทศพม่า ชาวไทใหญ่ บังกลาเทศ ฯลฯ ที่ประสบปัญหาความยากจน ไร้งานทำในบ้านตนเองอันเนื่องมาจากปัญหาทางการเมือง ความรุนแรงทางชาติพันธุ์และปัญหาทางเศรษฐกิจ ผู้คนเหล่านี้จำนวนมากต้องอพยพหนีความยากจนและความวุ่นวายทางการเมืองหลั่งไหลเข้าไปทำงานบริเวณชายแดนฝั่งจีน ที่ซึ่งมีการขยายตัวทางเศรษฐกิจและมีการเมืองที่สงบมากกว่าบ้านตน (Aranya 2008)

บริบทการพัฒนาชายแดนไทย-ลาว: การพัฒนาแบบอสมมาตรในเขตลุ่มน้ำโขง (GMS)

การพัฒนาของประเทศลาวนั้นผูกโยงกับบริบทการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจการเมืองในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้มายาวนาน สำหรับประเทศลาว นับตั้งแต่มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อ พ.ศ. 2518 ไปสู่ระบบสังคมนิยมภายใต้อำนาจของพรรคคอมมิวนิสต์ลาวหรือประชาชนปฏิวัติลาวได้ทำให้ระบบการผลิตของครัวเรือนเปลี่ยนไปสู่ระบบสหกรณ์รวม ต่อมาทางการลาวได้ปฏิรูปการเมืองเศรษฐกิจใหม่ในปี พ.ศ.2529 (ค.ศ.1986) ภายใต้นโยบาย “จินตนาการใหม่หรือกลไกเศรษฐกิจใหม่” (New Economic Mechanism-NEM) มีการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารงานของประเทศและการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นระดับแขวง การกระจายอำนาจให้กับระดับแขวงดังกล่าวทำให้เจ้าแขวงมีอำนาจในการบริหารจัดการภายในแขวง ดังเช่น การค้าขายระหว่างแขวงกับประเทศชายแดนที่ติดต่อกัน ขณะเดียวกัน การเข้ามาของแหล่งทุนอย่างธนาคารพัฒนาแห่งเอเชีย (ADB) ได้สนับสนุนให้ประเทศลาวมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางในการพัฒนาประเทศ โดยนับตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา ธนาคารพัฒนาแห่งเอเชียมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาประเทศลาวทั้งรูปของเงินกู้ (loan) และเงินช่วยเหลือแบบให้เปล่า (grant) และการให้คำปรึกษาและนำการใช้จ่ายเงินกู้เพื่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและพลังงานเพื่อรองรับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ

การเข้ามามีบทบาทต่อการพัฒนาประเทศลาวของธนาคารพัฒนาแห่งเอเชียได้เปลี่ยนกรอบวิธีคิดการพัฒนาประเทศของรัฐบาลลาวจาก “Land Lock” สู่ “Land Link country” โดยจัดทำแผนพัฒนาประเทศเพื่อเปิดสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจสู่สากลและประเทศเพื่อนบ้านที่ชายแดนติดกัน โดยในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชียได้เสนอการพัฒนาเศรษฐกิจในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่มีจุดประสงค์หลักเพื่อพัฒนาระบบเศรษฐกิจการตลาด (market economy) ของภูมิภาคนี้ ที่เน้นการพัฒนา “เขตเศรษฐกิจ” (Economic growth corridor) โดยวางแผนการลงทุนในโครงข่ายคมนาคมขนส่ง ถนน ท่าเรือ และโครงการสาธารณูปโภคต่าง ๆ เพื่อเชื่อมโยงภาคพื้นเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ให้เป็นภูมิภาคเดียวกันทั้ง 6 ประเทศ (ไทย ลาว พม่า เวียดนาม กัมพูชา และจีน มณฑลยูนนาน) โครงการพัฒนาการลงทุนในโครงข่ายคมนาคมขนส่งและสาธารณูปโภค ถูกเสนอว่า จะมีมูลค่าการลงทุนมากกว่า 1 ล้านล้านบาทใน 12 โครงการหลัก แม้ว่าในช่วงปลายทศวรรษ 1990 เกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจขึ้นในหลายประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และลุกลามไปทั่วโลก แต่กลุ่มผู้ริเริ่มก็ยังเชื่อว่า โครงการพัฒนาโครงข่ายสาธารณูปโภคและการคมนาคมขนส่งในเขตอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง

(Great Mekong Subregion - GMS) ผนวกกับการเปิดเสรีของกลุ่มประเทศดังกล่าวจะช่วยทำให้ การค้าการลงทุนของภูมิภาคนี้ขยายตัวไปได้ดี

หนึ่งในแผนพัฒนาเขตเศรษฐกิจของธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย ได้เสนอการพัฒนาเขต เศรษฐกิจตอนเหนือของกลุ่มน้ำโขง (The Northern Economic Corridor)⁵ เพื่อเชื่อมโยงพื้นที่ เศรษฐกิจเหนือ - ใต้ (North South Economic Corridor: NSEC) ระหว่างประเทศไทย พม่า ลาว จีน⁶ วัตถุประสงค์ของการริเริ่มพัฒนาเขตเศรษฐกิจเชื่อมโยงพื้นที่เศรษฐกิจเหนือ - ใต้ตามที่ธนาคาร เพื่อการพัฒนาเอเชียวางแผน ก็เพื่ออำนวยความสะดวกทางการค้าและการพัฒนาระหว่างลาว พม่า ไทย เวียดนาม และจีน เพื่อลดต้นทุนค่าขนส่งในพื้นที่ภายใต้โครงการและทำให้การเคลื่อนย้ายสินค้าและคน มีประสิทธิภาพและเพื่อลดความยากจนตลอดจนสนับสนุนการพัฒนาในพื้นที่ชนบทและชายแดนอย่างทั่วถึงกัน

โครงการพัฒนาสำคัญ ๆ ในเขตนี้ เน้นการพัฒนาโครงข่ายคมนาคมขนส่ง เช่น การสร้างถนน เชื่อมโยงประเทศต่าง ๆ ให้เดินทางได้ทั่วถึงกัน⁷ และโครงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานสำคัญอื่น ๆ อีก หลายด้าน เช่น การเชื่อมโยงระบบสายส่งไฟฟ้า การส่งเสริมการจัดทำความร่วมมือด้านพลังงานใน ภูมิภาค การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานโทรคมนาคม การพัฒนาการท่องเที่ยวแม่น้ำโขง และแผนความ ร่วมมือทางเศรษฐกิจไทย-กัมพูชา⁸

บริเวณชายแดนไทย-ลาว เขตอำเภอห้วยทราย แขวงบ่อแก้ว ในฝั่งลาว กับ อำเภอเชียงของ และ อำเภอเชียงแสนในฝั่งไทยนั้น มีโครงการปรับปรุงถนนเชียงราย - คุณหมิง สาย R3 E จากคุณหมิง ในมณฑลยูนนานตัดผ่านสิบสองปันนาและเข้าสู่แขวงหลวงน้ำทาและแขวงบ่อแก้วในลาว จากนั้นข้าม สะพานแม่น้ำโขงที่ห้วยทราย-เชียงของ (ซึ่งยังอยู่ในแผนการก่อสร้าง) มาที่เชียงของในจังหวัดเชียงราย⁹ และโครงการปรับปรุงท่าเรือเชียงแสนและการท่องเที่ยวแม่น้ำโขง ซึ่งเชื่อกันโดยทั่วไปว่า โครงการ

⁵ โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ http://www.thaifita.com/ThaiFTA/Portals/0/GMS_Corridor.pdf (สืบค้นเมื่อวันที่ 26 ตุลาคม 2552)

⁶ โครงข่ายคมนาคมขนส่งเพื่อเชื่อมโยงพื้นที่เศรษฐกิจเหนือ - ใต้ (North South Economic Corridor: NSEC) ระหว่างประเทศไทย พม่า ลาว จีน ประกอบด้วย 3 เส้นทางหลัก คือ 1. เส้นทาง **R3E** : คุณหมิง - ยูซี - หยวนเจียง - โมเฮ - ซิมา - เฉียวเหมิงหยาง - บ่อหาน (จีน) - บ่อเต็น - ห้วยทราย (ลาว) - เชียงของ - เชียงราย - ดาก - กรุงเทพฯ (ไทย) ซึ่งมีจุดข้ามแดน 2 จุดหลักคือ บ่อหาน (จีน) - บ่อเต็น (ลาว) กับ ห้วยทราย (ลาว) - เชียงของ (ไทย) (2) เส้นทาง **R3W** : เชียงตุง - ท่าซี้เหล็ก (พม่า) - แม่สาย - เชียงราย - ดาก - กรุงเทพฯ (ไทย) มีจุดข้ามแดนอยู่ที่ ท่าซี้เหล็ก (พม่า) - แม่สาย (ไทย) และเส้นทางที่ 3 คือ เส้นทาง **R5** : คุณหมิง - หมี่เหลอ - หินซ้อ - ไคหยวน - เม่งซือ - เสียวไค (จีน) - ลาวไค - ซานอ - ไสฟอง (เวียดนาม) มีจุดข้ามแดนอยู่ที่ เสียวไค (จีน) - ลาวไค (เวียดนาม)

⁷ โครงการพัฒนาโครงข่ายคมนาคมขนส่งในเขตนี้ ได้แก่ 1. โครงการปรับปรุงถนน เชียงราย - คุณหมิง ผ่านลาว 2. โครงการปรับปรุงถนน เชียงราย - คุณหมิง ผ่านพม่า 3. โครงการปรับปรุงถนน ห้วยโก๋น (จ.น่าน) - ปากแบ่ง - อุดมไชย - บ่อเต็น - เชียงรุ่ง - คุณหมิง 4. โครงการ เส้นทางคมนาคม คุณหมิง - ซานอ - ไสฟอง 5. การยกระดับเส้นทางรถไฟคุนหมิง - ไสฟอง - อินเวียน - ลาวไคและเส้นทางรถไฟใต้ - รุ่ยลี่ 6. การพัฒนาท่าอากาศยานที่หลวงน้ำทาและห้วยทราย 7. การพัฒนาพื้นที่ตอนบนของแม่น้ำล้านช้าง (Lancang) ในจีนว่าด้วย ความตกลงว่าด้วยการเดินเรือเชิงพาณิชย์ในแม่น้ำโขง 8. การอำนวยความสะดวกข้ามพรมแดนในการเคลื่อนย้ายสินค้าและคน 9. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในสาขา การขนส่ง

⁸ โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ www.thaifita.com/ThaiFTA/Portals/0/GMS_Corridor.pdf

⁹ เส้นทางนี้ มีแนวคิดที่จะขยายลงมาถึงกรุงเทพฯ และอาจต่อไปถึงท่าเรือน้ำลึกที่ระนองเพื่อลงเรือไปประเทศตะวันตกหรือไปที่มาเลเซียและสิงคโปร์

คมนาคมขนส่งที่สะดวกสบายมากขึ้นจากทั้งสามโครงการดังกล่าวจะช่วยทำให้การค้าการส่งออกของพื้นที่สี่เหลี่ยมเศรษฐกิจเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ทำให้สินค้าจากเมืองจีนและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ขนส่งถึงกันได้รวดเร็วขึ้น ด้วยความคิดเช่นนี้ ธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชียจึงให้เงินกู้ดอกเบี้ยต่ำเพื่อสร้างถนนและสะพานเชื่อมต่อจุดต่าง ๆ ให้สำเร็จตามแผน

นอกเหนือจากธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชียแล้ว รัฐบาลจีนและกลุ่มนายทุนบริษัทชาวจีนได้เข้ามามีอิทธิพลอย่างมากต่อการพัฒนาเศรษฐกิจทางตอนเหนือของอนุภูมิภาคแม่น้ำโขง โดยนับตั้งแต่ช่วงหลังทศวรรษที่ 1980 ประเทศจีนเข้ามามีบทบาทสำคัญในการพัฒนาแม่น้ำโขง ภายใต้การมุ่งพัฒนาภูมิภาคตะวันตกของประเทศจีนให้เติบโตทางเศรษฐกิจโดยน่านโยบายการพัฒนาแม่น้ำล้านช้างหรือแม่น้ำโขงตอนบนเป็นเขตเศรษฐกิจ (Lancang Economic Belt) ซึ่งนโยบายดังกล่าวประกอบไปด้วยการสร้างเขื่อนขนาดใหญ่กั้นแม่น้ำล้านช้างหรือแม่น้ำโขงตอนบนเพื่อเป็นแหล่งพลังงานสำหรับป้อนโครงการนิคมอุตสาหกรรม และโครงการปรับปรุงแม่น้ำโขงเพื่อการเดินเรือเชิงพาณิชย์จากซือเหมาลงไปยังหลวงพระบาง นอกจากนี้ ในเชิงนโยบายความร่วมมือระหว่างรัฐบาลจีนกับรัฐบาลลาวในช่วงหลังทศวรรษ 2000 เริ่มมีมากขึ้นตามลำดับ ดังเช่น เมื่อ กรกฎาคม ค.ศ. 2009 ที่ผ่านมา คณะกรรมการปฏิรูปและพัฒนาเมืองยูนนาน (the Yunnan Province Development and Reform Commission) โดยสำนักงานวิจัยทรัพยากรและที่ดินระดับมณฑล (the provincial Land and Resources Research Office) ได้อนุมัติแผนการพัฒนาเศรษฐกิจตอนเหนือของลาว โดยพุ่งเป้าการพัฒนาไปที่การพัฒนาทางเศรษฐกิจ การเกษตร อุตสาหกรรมเกษตร และการท่องเที่ยว ตามแนวทางการพัฒนาดังกล่าวประกอบไปด้วย 3 ส่วนหลัก คือ หนึ่ง การพัฒนาเส้นทางจากจีนสู่ไทยที่เชียงราย สอง พัฒนาเส้นทางจากบ่อเต็นไปยังหลวงพระบาง และ สาม คือ การพัฒนาต่อเนื่องจากไทยไปยังเวียงคานม ซึ่งทั้งสามส่วนนี้จะมีการก่อสร้างถนนและทางรถไฟที่บริษัทจีนจะเป็นผู้รับผิดชอบ แม้ว่ากรอบอนุมัติแผนดังกล่าวได้รับการตอบสนองในทางลบ แต่ประเด็นสำคัญคือ ได้สะท้อนให้เห็นถึงเจตจำนงของจีน¹⁰ อย่างชัดเจนว่า เป็น

¹⁰ การเข้ามาของจีนในลาวอย่างเข้มข้นเกิดขึ้นตั้งแต่ปี 1997 ที่มีการลงนามสัญญาตั้งคณะกรรมการความร่วมมือทางเศรษฐกิจการค้าและเทคโนโลยี (Joint Commission on Economic, Trade and Technical Cooperation) ถือเป็นก้าวสำคัญของการให้ความช่วยเหลือจีนนับตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมาที่ลาวเป็นพันธมิตรอันแนบชิดกับจีนในการต่อสู้กับศัตรูทางการเมืองอย่างเวียดนาม ในช่วงนั้น นายทหารระดับกลางของลาวหนีไปจีนและปักกิ่งได้ให้การสนับสนุนและสิ่งอำนวยความสะดวกในการฝึกที่ยูนนานเพื่อต่อต้านกลุ่มต่อต้านรัฐบาล การลงนามใหม่นี้ทำให้จีนสร้างศูนย์วัฒนธรรม-ธรรมชาติขนาดใหญ่ขึ้นที่เวียงจันทน์ (Natural Culture Hall) ในช่วงทศวรรษ 1990 ที่ผ่านมา จีนเริ่มกลายเป็นผู้ลงทุนหลักในลาว มีโครงการอย่างน้อย 236 โครงการจำนวนมูลค่าการลงทุน 876 ล้านดอลลาร์สหรัฐและเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ตามความร่วมมือระหว่างกันสำหรับโครงการลงทุนที่ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการวางแผนการลงทุนของลาวในปี 2007 พบว่า มีจำนวนมากกว่า 1 พันล้านเหรียญสหรัฐ รองมาจากอันดับแรก คือ ไทย (ซึ่งทำการลงทุนในลาวมาช้านาน) จำนวน 1.3 พันล้านเหรียญสหรัฐ หรือประมาณ 32% สำหรับการลงทุนของจีนในลาวคือ พลังงานน้ำ นอกจากนี้ บริษัทจีนยังได้รับสัมปทานเหมืองแร่ทอง ทองแดง เหล็ก โปแตสเซียม และ บิโกลิครวมไปถึงจีนยังได้รับสัมปทานที่ดินในลาวเพื่อการปลูกยางพาราจำนวนมากด้วยเช่นกัน การให้ความช่วยเหลือด้านเงินทุนให้เปล่า เงินกู้ปลอดดอกเบี้ย และเงินกู้พิเศษ ของจีนต่อลานั้นนับตั้งแต่ 1997 มีมูลค่ามากถึง 500 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (Lintner 2008)

เป้าหมายหลักของรัฐบาลจีนระดับมณฑลในยูนนานที่กำลังเดินตามเส้นทางเศรษฐกิจการค้าแบบนักสังคมนิยม (socialist market economy)¹¹

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณายุทธศาสตร์การพัฒนากลุ่มภาคเหนือของลาว (The Northern Region Development Strategy-NRDS) จะพบว่า กลุ่มแผนการขยายตัวและนโยบายลดความยากจนพุ่งเป้าไปที่เขตภาคเหนือ โดยเฉพาะในกลุ่มชาติพันธุ์บนที่สูง ซึ่งปรากฏโครงการต่าง ๆ มากมายกำหนดอยู่ในแผนการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติปี ค.ศ. 2006-2010 ตามแผนประจำปีและงบประมาณระดับจังหวัดทางภาคเหนือ ตามยุทธศาสตร์การพัฒนากลุ่มภาคเหนือของลาว จะพบว่า รัฐบาลลาวกำหนดให้จังหวัดบ่อแก้วเป็นหนึ่งในสองจังหวัดหลักที่จะได้รับโอกาสการพัฒนาทางเศรษฐกิจตามโครงการเขตเศรษฐกิจเหนือ-ใต้ (ไทย-จีน) ผ่านการสร้างสะพานเชื่อมข้ามแม่น้ำโขงที่บ่อแก้ว-เชียงของ¹² ไม่เพียงเฉพาะรัฐบาลลาว การส่งเสริมดังกล่าวยังได้รับการสนองตอบโดยคณะกรรมการเพื่อการวางแผนและการลงทุน และคณะกรรมการระดับจังหวัดในการจัดทำแผนระดับกลางและประจำปีด้วย¹³

ปรากฏการณ์การพัฒนาทางเศรษฐกิจบริเวณชายแดนไทย-ลาว ไม่ได้มุ่งเน้นแค่เพียงการทุ่มสร้างโครงข่ายคมนาคมขนส่งเท่านั้น การพัฒนาในพื้นที่ดังกล่าวยังให้ความสำคัญกับการพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการบริเวณชายแดน เราจะพบเห็นบ่อนกาสิโนและร้านกินดื่มผุดขึ้นอย่างรวดเร็วในรอบหลายปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะผ่านความร่วมมือระหว่างรัฐบาลและกลุ่มบริษัทจากประเทศไทย ลาวและจีน ดังเช่น การเกิดขึ้นของบ่อนบริเวณสามเหลี่ยมทองคำเมื่อหลายปีก่อนตามโครงการโรงแรมโกลเด้นท์ไทโรแองเกิลแอนด์พาราไดซ์รีสอร์ท ลงทุนโดยคนไทย ซึ่งตั้งอยู่ตรงข้ามจุดชมวิวสามเหลี่ยมทองคำ บ้านสบรวกตรงข้ามอำเภอเชียงแสน จังหวัดเชียงราย แม้ว่า บ่อนการพนันดังกล่าวจะประสบปัญหาทางฝั่งไทย แต่ก็มักมีการเปิดบริการบ่อนการพนันอย่างไม่เป็นทางการให้แก่ลูกค้ามาตลอด¹⁴

นอกจากนี้ ยังมีกลุ่มบริษัทดอกเงี้ยวคำ (Dok Ngeokham Company Group) ของจีนกับรัฐบาลลาวได้ตกลงลงนามในสัญญาตั้งแต่ปีค.ศ.2007 เพื่อพัฒนาการท่องเที่ยวในเขตสามเหลี่ยมทองคำ และมีมูลค่าการลงทุน 2,240 ล้านดอลลาร์สหรัฐเพื่อพัฒนาเขตเศรษฐกิจพิเศษสามเหลี่ยมทองคำบริเวณตอนเหนือของลาว โดยเตรียมพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานบนพื้นที่ 3,000 เฮกเตอร์ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 2009 ไป

¹¹ โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ <http://mqvu.wordpress.com/2008/12/15/development-master-plan-for-northern-laos-drafted-by-china/> (สืบค้นเมื่อวันที่ 24 ตุลาคม 2552)

¹² ข้อมูลการก่อสร้างสะพานข้ามน้ำโขงที่เชียงของ-บ่อแก้วนั้น ปัจจุบันจีนได้ประกาศที่จะให้เงินช่วยเหลือในการก่อสร้างสะพานข้ามแม่น้ำโขงร่วมกับประเทศไทย โดยมีงบประมาณในการก่อสร้างประมาณ 1,934 ล้านบาท แบ่งเป็นฝ่ายไทย 1,034.7 ล้านบาท และฝ่ายจีน 967 ล้านบาทคาดว่าจะก่อสร้างแล้วเสร็จในปีค.ศ. 2555

¹³ โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ <http://www.culpinplanning.com/projects/project-23.html>

¹⁴ โรงแรมโกลเด้นท์ไทโรแองเกิลแอนด์พาราไดซ์รีสอร์ท ดำเนินการโดยบริษัทวิทวัส อินเตอร์เนชั่นแนล จำกัดที่มีตระกูลโพธิ์สุธนเป็นเจ้าของ บริษัทได้ทำสัญญาเช่าที่ดินจำนวน 4,000 ไร่ เป็นระยะเวลา 40 ปีกับรัฐบาลพม่า แต่ที่ผ่านมาบริษัทมักประสบปัญหาการเปิดบ่อนการพนันอย่างเป็นทางการจากรัฐบาลไทยไม่อนุมัติและไม่สามารถของเปิดจุดผ่อนปรนที่บ้านสบรวก อำเภอเชียงแสน เพื่ออำนวยความสะดวกในการเดินทางข้ามไปเล่นกาสิโนของโครงการด้วย อย่างไรก็ตาม โรงแรมได้เปิดให้บริการบ่อนกาสิโนอย่างไม่เป็นทางการ โดยเปิดบริการในช่วงวันหยุดสุดสัปดาห์

จนถึงปี ค.ศ. 2020 เพื่อดึงนักลงทุนต่างประเทศเข้ามาทำธุรกิจในเขตนี้ ทำให้กลายเป็นเมืองที่น่าดึงดูดในอนาคตรับได้

ตามแผนบริษัทของจีนดังกล่าว จะพัฒนา 3 ด้านหลัก คือ หนึ่ง พัฒนาการท่องเที่ยวในเขตนี้ และบริเวณอื่น ๆ ในลาวซึ่งคาดว่าจะดึงดูดนักท่องเที่ยวเข้ามาไม่ต่ำกว่า 1 ล้านคน สองคือ พัฒนากนและสะพาน ซึ่งบริษัทจะสร้างสาธารณูปโภคพื้นฐานและสิ่งอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับการลงทุน และ สาม คือ การพัฒนาการเกษตร ซึ่งบริษัทจะปลูกพืชโดยมีประชาชนคนลาวเข้าร่วมโครงการดังกล่าว ระบุว่า ชาวบ้านในพื้นที่กว่า 4,700 คนใน 1,170 ครัวเรือนจะได้รับประโยชน์จากการมีงานทำ โดยเฉพาะคนหนุ่มสาว ขณะที่ปัจจุบันมีชาวบ้านได้งานทำแล้วจากโครงการนี้มากกว่า 1,000 คน ในจำนวนนี้ 100 คนเป็นคนลาว และบริษัทยังต้องการแรงงานอีก 5,000 คนในอนาคต สำหรับโครงการพัฒนาเขตเศรษฐกิจบริเวณสามเหลี่ยมทองคำ โดยเฉพาะที่แขวงบ่อแก้วในฝั่งลาว รัฐบาลลาวมั่นใจว่า โครงการดังกล่าวจะกระชับความร่วมมือระหว่างรัฐบาลจีนกับลาวเพื่อเปลี่ยนภาพสี่เหลี่ยมทองคำที่เคยมีปัญหาเรื่องกิจกรรมผิดกฎหมาย เช่น ยาเสพติด และการค้ามนุษย์ ไปสู่การพัฒนาที่ดีขึ้น¹⁵



¹⁵ อ้างอิงจาก Vientiane Times, 14 Sep 2009 โปรดดูรายละเอียดที่ http://www.vientianetimes.org.la/sub-new/Previous_213/index.htm (สืบค้นเมื่อวันที่ 12 พฤศจิกายน 2552)



ภาพที่ 1-2 ริมฝั่งน้ำโขง บริเวณต้นฝั้ง ห้วยทราย ฝั่งลาว บริษัท ดอกจิวคำ จำกัด ซึ่งเป็นกลุ่มทุนจาก สาธารณรัฐประชาชนจีน เปิดโครงการ "เขตพัฒนาเศรษฐกิจและการท่องเที่ยวในพื้นที่อาเซียน" หรือ "Kings Romans of Laos ASEAN economic & tourism development zone" เมื่อ 9 กันยายน 2552 (ภาพดัดแปลงจาก www.ichiangrai.com)

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันโครงการดังกล่าวได้เปิดตัวการพัฒนาบางส่วนที่ก่อสร้างแล้วเสร็จ เช่น ถนน ระบบไฟฟ้า ที่อยู่อาศัย พื้นที่ทางการเกษตร ผนังคอนกรีตป้องกันคลื่นแม่น้ำโขงพังทลาย ร้านอาหารและโรงแรมขนาด 700 ห้อง สำหรับอนาคตจะพัฒนาเป็นโรงพยาบาล อาคารพาณิชย์ สนาม กอล์ฟ 36 หลุม อุตสาหกรรมเบา หัตถกรรม ผลิตภัณฑ์ยาสมุนไพร เขตท่องเที่ยวเกาะดอนขาว เขต ปลอดคานี และอื่น ๆ โดยเชื่อว่า จะสามารถดึงดูดคนจีนให้เดินทางมาเที่ยวโครงการได้วันละกว่า 5,000 -10,000 คน

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบันชาวบ้านและคนท้องถิ่นบริเวณต้นฝั้ง แขวงบ่อแก้ว ที่อาศัยอยู่ใกล้กับ โครงการบ่อนคาสิโนดังกล่าวกำลังได้รับผลกระทบจากการโครงการ เช่น ชาวบ้านบางส่วนมีปัญหากับการได้รับเงินชดเชยจากโครงการ ขณะที่คนท้องถิ่นบางกลุ่มได้ประโยชน์จากการค้าขายกับคนจีนและ แรงงานจากพม่าที่เข้ามาทำงานในพื้นที่ นอกจากนี้ ยังมีผลกระทบทางอ้อม เช่น ปัญหาราคาสินค้าที่ สูงขึ้นเพื่อขายของให้กับผู้มาใหม่ ส่งผลให้คนท้องถิ่นต้องแบกรับภาระค่าใช้จ่ายที่สูงขึ้นตามไปด้วย ขณะที่ค่าจ้างแรงงานกลับได้รับต่ำกว่าแรงงานที่มาจากภายนอก เช่น คนจีนได้รับค่าจ้างรายวันประมาณ 1,000 บาท/วัน ขณะที่คนลาวและคนพม่าที่เข้ามาเป็นแรงงานกลับได้เพียง 100-150 บาท/วันเท่านั้น และต้องทำงานไม่ต่ำกว่า 10 ชั่วโมง ตั้งแต่ 6 โมงเช้าไปจนถึง 6 โมงเย็น นอกจากนี้ ยังเกิดความขัดแย้ง ระหว่างแรงงานจีนกับคนท้องถิ่นในชุมชน ที่มีทั้งปัญหาความรุนแรงและความไม่ปลอดภัยเกิดขึ้น

ภายในชุมชน รวมไปถึง จะพบว่า ผับ บาร์ และ การขยายการให้บริการทางเพศในร้านกินดื่มผุดขึ้นราว ดอกเห็ดตามจำนวนของลูกค้าที่ส่วนใหญ่เป็นแรงงานจีนที่มีวิถีชีวิตนอกเหนือการทำงานกับการ พักผ่อนเที่ยวเตร่ในรูปแบบดังกล่าว

แม้ว่าปัจจุบันโครงการของกลุ่มบริษัทดอกเกืงว่กำลังกล่าวยังไม่แล้วเสร็จ และยังไม่ได้เปิด ให้บริการเต็มรูปแบบ ทว่า พื้นที่แห่งการพัฒนา เช่น เขตบ้านต้นผึ้ง แขวงบ่อแก้ว และพื้นที่โดยรอบ กลับต้องเผชิญปัญหานานัปการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ผลพวงจากการขยายตัวของอุตสาหกรรมบันเทิง และบริการ ส่งผลให้ร้านอาหาร ผับ ไนต์คลับ บาร์ดิสโก้และร้านกินดื่มผุดขึ้นมาอย่างคึกคัก ร้าน เหล่านี้กระจายไปทั่วในเขตเมืองบ่อแก้วและหลวงน้ำทา โดยมักมีการให้บริการนั่งดื่มและการให้บริการ ทางเพศแอบแฝง เพื่อรองรับนักท่องเที่ยว ตลอดจนแรงงาน พ่อค้า ทั้งชาวไทย จีน ลาว และต่างประเทศ จำนวนมากที่อาจนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีเอดส์และผลกระทบอื่น ๆ ที่ ตามมาอย่างมากมาย

การพัฒนาเขตภาคเหนือตอนบนในลาว: บริบทเงื่อนไขในการสร้างความเสี่ยงทางสังคมชายแดน

ถนนกับการพัฒนา

การพัฒนามาคมนาคมขนส่ง ถนนและสาธารณูปโภคในลาว กำลังสร้างความเสี่ยงทางสังคม โดย การกลายเป็นดาบสองคม (Double-edged sword) ต่อชุมชนสังคมลาว กล่าวคือ ในด้านหนึ่ง ทำให้ เกิดการขยายตัวทางเศรษฐกิจในภูมิภาค ทำให้การเดินทางของผู้คน สินค้า ติดต่อกันได้อย่างสะดวก รวดเร็วขึ้นและนำไปสู่การเพิ่มผลผลิตทางการค้าระหว่างกันได้มากขึ้น แต่อีกด้าน เรากลับพบว่าการ พัฒนาทางเศรษฐกิจได้กลายเป็นเงื่อนไขสำคัญในการสร้างความเสี่ยงทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ ให้เกิด การขยายตัวอย่างรวดเร็ว เช่น ปัญหาการค้ำมนุษย์ ยาเสพติด ของเถื่อน ตัดไม้ทำลายป่า คนยากจนไร้ ที่ดินทำกิน การเปลี่ยนรูปแบบการผลิตทางการเกษตร เป็นต้น

Rigg (1997:3-5) เรียก “ดาบสองคม” ที่กำลังเกิดขึ้นกับการพัฒนาในประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ลักษณะนี้ว่า “จากสิ่งมหัศจรรย์สู่ภาวะวิกฤติ” (from the miracle to crisis) เพราะจากความ คาดหวังที่จะได้เห็นสิ่งมหัศจรรย์เกิดขึ้นมากมายจากการพัฒนา เช่น ระบบสาธารณูปโภค การเพิ่มผล การผลิตทางการเกษตร การใช้ที่ดินอย่างเข้มข้น จะทำให้ชาวบ้านมีรายได้มากขึ้น แต่ในทางกลับกัน กลับมีผลกระทบจากการพัฒนาในเรื่องต่าง ๆ ตามมา ทั้งปัญหาความไม่เท่าเทียมกันทางสังคมระหว่าง กลุ่มชาวบ้านที่เข้าถึงทรัพยากรแตกต่างกัน การถูกกีดกันทางสังคม การทำลายสิ่งแวดล้อมมากขึ้น ตามลำดับ สิ่งเหล่านี้ล้วนเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการขยายตัวของการพัฒนาตามกระแสหลักที่ แพร่กระจายอย่างรวดเร็วในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ปัจจุบัน

ในประเทศลาว นโยบายการพัฒนาที่เกิดขึ้นจากการก่อสร้างโครงข่ายคมนาคมขนส่งและ สาธารณูปโภคส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิตของคนบนพื้นที่สูงอย่างมาก เพราะการตัดถนนผ่านหมู่บ้านกลุ่ม ชาตพันธุ์ในประเทศลาว ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้นถึง 90 หมู่บ้าน ผลจากการก่อสร้างถนน ทำให้รัฐบาลลาว

ตามข้อเสนอของธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชียต้องกำหนดแผนการอพยพโยกย้าย (Resettlement plan) ชาวบ้านลงมาอาศัยอยู่ตามถนน เพื่อบรรเทาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นจากปัญหาเรื่องที่ดิน และมีการวางแผนการปฏิบัติงานทางสังคม (social action plan- SAP) เพื่อส่งเสริมโครงการที่ให้ประโยชน์ต่อชุมชนที่อาศัยอยู่ตามถนนภายหลังการอพยพโยกย้าย

งานศึกษาของ Evrard and Goudineau (2004) ให้ความสนใจที่น่าสนใจเกี่ยวกับการตัดสินใจทางภาคเหนือตอนบนของประเทศลาวว่า ถนนเคยถูกมองว่าจะนำพาเศรษฐกิจความมั่งคั่งมาให้ผ่านการเคลื่อนย้ายของผู้คนและสินค้าในประเทศ แต่ปัจจุบันจะพบว่า ถนนกลับกลายเป็น “เครื่องมือ” (means) ของรัฐในการขยายอำนาจในการควบคุมประชากรที่อยู่ห่างไกลให้อยู่ในสายตาและการควบคุมมากขึ้น ดังเช่น การอพยพโยกย้ายกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงที่เกิดขึ้นบนถนนสาย 17 B ระหว่างเมืองสิงห์-เมืองลอง-เชียงกอก (ถนนเส้นรองขยายจากเส้นหลัก R3E) คือ หนึ่งในกลวิธีของรัฐบาลลาวที่ใช้นโยบายการพัฒนาชนบท ไม่ว่าจะเป็น ถนนเส้นใหม่ โรงเรียน งานสาธารณสุข การปฏิรูปที่ดิน และสิทธิการใช้ที่ดิน การทำการเกษตรอย่างเข้มข้น การอนุรักษ์และการใช้ทรัพยากรป่าไม้ ที่ถูกออกแบบมาเพื่อดำเนินการไปพร้อม ๆ กับการอพยพโยกย้ายประชากรบนพื้นที่สูง กลวิธีเหล่านี้ยังกลายเป็นเครื่องมือที่รัฐใช้ในการเร่งผนวกวัฒนธรรมความแตกต่างของกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงของลาวให้เข้าไปสู่ “วัฒนธรรมแห่งชาติลาว” (National Culture) อีกด้วย (Evrard and Goudineau 2004: 3)

งานวิจัยของลิวา (Liwa 2009) ซึ่งทำการศึกษาพื้นที่เมืองลา ชายแดนจีน-ลาว ก็พบความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดระหว่างการพัฒนาถนนสายหลัก R3E ที่เชื่อมต่อจีนกับประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ผ่านลาวกับอัตราการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีเอดส์ในลาวที่เกิดขึ้นในกลุ่มคนงานก่อสร้างจีนที่เข้ามาทำงานก่อสร้างถนนเส้นนี้กับหญิงค้าบริการทางเพศในผับ บาร์ ในที่ลับที่กระจายตัวอยู่ตามพื้นที่งานก่อสร้างบนถนนเส้นนี้

Cohen and Lyttleton (2004) ตรวจสอบความสัมพันธ์ทางสังคมของคนลาวในเขตภาคเหนือตอนบนที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายการพัฒนาและการเข้ามาของถนนสาย 17B ระหว่างเมืองสิงห์-เชียงกอก โดยให้ความสนใจต่อประเด็นผลกระทบทางสังคม เช่น ปัญหาสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการค้ายาเสพติด การขยายตัวของความเสี่ยงเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีผ่านการค้าบริการทางเพศในรูปแบบใหม่ ๆ ที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาโครงข่ายถนนคมนาคมขนส่งของถนนสาย 17B

ในประเด็นเรื่องเอชไอวีกับการอพยพเคลื่อนย้ายนั้น Cohen and Lyttleton (2004) พบว่า ไม่เพียงแต่การอพยพเคลื่อนย้ายที่ทำให้ผู้คนจากภายนอกและท้องถิ่นเกิดความเสี่ยงต่อเชื้อเอชไอวีเท่านั้น แต่ปัจจุบัน รูปแบบและพฤติกรรมที่เกิดขึ้นทั้งในกลุ่มที่เคลื่อนย้ายและไม่เคลื่อนย้ายได้ทำให้โอกาสในการขยายตัวของเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็วด้วยเช่นกัน ดังเช่น นโยบายการพัฒนาได้นำพากลุ่มคนบางกลุ่ม ซึ่งในกรณีศึกษา คือ คนขับรถบรรทุกชาวจีนและแรงงานจีนเดินทางเข้ามาอย่างต่อเนื่องผ่านถนนสายหลักเส้น R3E และต่อถนนสายรอง 17B ที่ถูกพัฒนาขึ้นมาเพื่อรองรับการเจริญเติบโต

และการขยายการค้าระหว่างภูมิภาค การเดินทางเข้ามาของคนใหม่ ๆ ทั้งคนขับรถบรรทุกชาวจีนและแรงงานจีนก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงใหม่ ๆ ขึ้นบนถนนเส้น 17B นี้ กล่าวคือ เกิดความสัมพันธ์ทางสังคมรูปแบบใหม่ระหว่างคนขับรถและแรงงานชาวจีนที่ได้ใช้ถนนกับคนบนพื้นที่สูงที่ถูกอพยพลงจากคอกมาอยู่บนถนนและทำการตั้งถิ่นฐานใหม่ในบริเวณใกล้เคียง แม้ไม่สามารถกล่าวได้ว่า ถนนและการเคลื่อนย้ายของคนทั้งสองกลุ่มเป็นปัจจัยหลักที่ทำให้การค้าทางเพศขยายตัวขึ้น แต่อาจบอกได้ว่าความต้องการในเชิงวัตถุและการบริโภคตลอดจนความสัมพันธ์ทางสังคมใหม่ ๆ ที่มาพร้อมกับการพัฒนาได้นำพาเรื่องผลประโยชน์และผลกระทบด้านลบต่าง ๆ ให้เกิดขึ้น ซึ่งนับรวมไปถึงการแพร่กระจายเชื้อโรคด้วยจากปฏิสัมพันธ์ใหม่ ๆ ของคนเหล่านี้

จะพบว่า ความหลากหลายของประชากรในเขตเมืองสิงห์และเมืองลอง ทางภาคเหนือตอนบนของลาวทำให้เกิดการติดต่อย่างใกล้ชิดระหว่างผู้อพยพเคลื่อนย้ายสองกลุ่ม คือ คนขับรถบรรทุกและแรงงานชาวจีนกับกลุ่มชาติพันธุ์ที่ถูกผลักดันจากพื้นที่สูงตามนโยบายการสร้างถนน การพัฒนาชนบทและนโยบายลดความยากจน (ผ่านเรื่องการค้าการทำไร่ย้ายที่และการอนุรักษ์ป่า) ของรัฐบาลลาว ในกรณีศึกษาของ Cohen and Lytleton (2004) พบว่า หมู่บ้านคนลาวสูง ลาวเทิงที่ถูกอพยพลงมาจากภูเขากับแรงงานท้องถิ่นที่ทำการเกษตรริมถนน หรือในสวนยางพารา หรือสวนปาล์มที่ลงทุนโดยนายทุนจีน และแรงงานจากภายนอกชาวจีนได้เข้ามาปฏิสัมพันธ์กัน ความต้องการแรงงานจากการทำเศรษฐกิจและอุตสาหกรรมเกษตรดังกล่าวได้นำพาคนจากภายนอกเข้าสู่วงจรทางสังคมและวงจรทางกายภาพผ่านการขยายตัวของฝั บ บาร์ ไนท์คลับ และร้านกินดื่มที่ส่งเสริมให้เกิดการค้าบริการทางเพศเพิ่มมากขึ้นและสุดท้ายนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการขยายตัวของเชื้อเอชไอวีเอดส์ในภูมิภาคนี้

นอกจากนี้ การเกิดขึ้นของบาร์ ไนท์คลับ ร้านกินดื่มบริเวณชุมชนหมู่บ้านตามถนนสาย 17B ในปัจจุบันได้กลายเป็นแหล่งพบปะของผู้คนที่มีความสัมพันธ์อันแตกต่างหลากหลายได้ผลัดเปลี่ยนหมุนเวียนเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กันทั้งในเรื่องทางเพศและเรื่องทางสังคมอื่น ๆ





ภาพที่ 3-4 การขยายตัวของสวนยางพาราระหว่างทางจากหลวงน้ำทา ไปยังเมืองลอง เมืองสิงห์ ภาคเหนือตอนบนของลาว ซึ่งคนลาวบางส่วนได้เปลี่ยนผืนนาไปเป็นสวนยาง ขณะที่คนลาวสูง ลาวเทิงที่ถูกอพยพมาจากภูเขาค่อยกลายเป็นแรงงานในสวนยางที่ลงทุนโดยนายทุนจีน นอกจากนี้ ยัง พบแรงงานชาวจีนจากภายนอกได้เข้ามาปฏิสัมพันธ์กับคนท้องถิ่นมากขึ้น การเข้ามาของสวนยางและ คนภายนอก โดยเฉพาะชาวจีนได้นำไปสู่การสร้างปฏิสัมพันธ์ใหม่ๆ ผ่านถนนเส้นใหม่และการ เคลื่อนย้ายที่กำลังเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของคนลาวไปอย่างรวดเร็ว

ข้อมูลจากการศึกษาภาคสนามของ Cohen and Lyttleton (2004) ยังคงเป็นหลักฐานสำคัญว่า ถนน การเคลื่อนย้ายกับการค้ามนุษย์ที่กำลังเกิดขึ้นที่เมืองเชียงกอกต่างมีความเกี่ยวโยงกันอย่างแนบ แน่น ซึ่งถนนสาย 17B ในด้านหนึ่งได้ช่วยทำให้การค้ามนุษย์เดินทางได้สะดวกรวดเร็วขึ้นในการ ส่งผ่านเด็กสาวจากหมู่บ้านเข้ามายังประเทศไทยหรือไปประเทศจีน นอกจากนี้ การอพยพโยกย้าย ชาวบ้านลงมาจากพื้นที่สูงมาอาศัยอยู่ตามถนน (ในเมืองสิงห์และเมืองลอง) กลับกลายเป็นกระบวนการ ที่เต็มไปด้วยอันตรายและเกิดความเสียหายสูงมาก เพราะนอกจากจะทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลง ความสัมพันธ์ทางการผลิตที่เริ่มส่งผลต่อปัญหาความไม่เท่าเทียมกันทั้งภายในสังคมและกับภายนอก แล้ว ยังทำให้เกิดการคุกคามต่อสุขภาพและวิถีชีวิตในเวลาต่อมาอีกด้วย

นอกจากนี้ ยังมีงานสำคัญ ๆ ที่พิจารณาถึงปัญหาต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็น ปัญหาด้านสุขภาพ การค้า มนุษย์ที่เข้ามาพร้อม ๆ กับการเข้ามาของถนน ดังเช่น ประเด็นเรื่อง ความมั่นคงในชีวิตชุมชนท้องถิ่น (Alton and Houmpanh 2004) ประเด็นเรื่องการค้ามนุษย์ (Chamberlin 2000, UNICEF 2005) และโดยเฉพาะเมื่อไม่นานมานี้ รัฐบาลลาว โดยกระทรวงสาธารณสุขลาวเริ่มทำการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอช ไอวีที่หลวงน้ำทา ซึ่งพบว่า มีการขยายตัวมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการตรวจเลือดกลุ่ม เสี่ยงที่อาจจะเป็นผู้ติดเชื้อในหลวงน้ำทา งานวิจัยและปรากฏการณ์ที่กระทรวงสาธารณสุขลาวเริ่มให้ ความสำคัญเหล่านี้ อาจเป็นตัวบ่งบอกได้ประการหนึ่งถึงความเป็นห่วงต่อผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อ

ชุมชนสังคมลาวในอนาคตข้างหน้า สิ่งเหล่านี้ อาจจะเป็นดัชนีชี้วัดได้ว่า ถนนและชุมชน รวมทั้งผู้มาใหม่ในปฏิสัมพันธ์ของการเคลื่อนย้ายเหล่านี้กำลังกลายเป็นตัวจุดชนวนที่ปล่อยให้เกิดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีหรือโรคในกลุ่มติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เกิดขึ้นได้หากไม่มีมาตรการในการรองรับปัญหาหรือมาตรการการป้องกันที่มีประสิทธิภาพมากพอ

อุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ : บ่อนการพนัน สถานบันเทิงและการค้าทางเพศ

นโยบายการพัฒนาประเทศลาวที่มีการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและเครือข่ายคมนาคมเพื่อรองรับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ทำให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวในภูมิภาคนี้เริ่มขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็ว เราจะเห็นภาพการก่อสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกต่าง ๆ เพื่อรองรับนักท่องเที่ยวจำนวนมากจากข้อมูลสถิตินักท่องเที่ยวที่เข้ามาท่องเที่ยวในลาวเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจากปีพ.ศ. 2535 มีจำนวนประมาณ 100,000 คน เพิ่มขึ้นเป็น 1,736,787 คน ในปี พ.ศ.2551 ส่วนใหญ่มาจากภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก โดยเป็นนักท่องเที่ยวจากไทย 891,448 คน หรือร้อยละ 50 เวียดนาม 351,384 คน จีน 105,852 คน ที่เหลือจากภูมิภาคอื่น ๆ โดยแขวงบ่อแก้วเป็นแหล่งท่องเที่ยวยอดนิยมลำดับที่สี่ และหลวงน้ำทาลำดับที่ห้าของประเทศ มีจำนวนนักท่องเที่ยวทั้งสองแขวงในปี พ.ศ. 2551 รวมกันจำนวน 342,769 คน¹⁶ ซึ่งทำให้ประเทศลาวมีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่มีรายได้จากการท่องเที่ยวเป็นอันดับที่สองรองจากรายได้จากพลังงานและเหมืองแร่ โดยสถาบันวิจัยเศรษฐกิจแห่งชาติลาวประเมินว่าในปี พ.ศ. 2551-2553 ลาวจะมีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ร้อยละ 7.5-8 อันเป็นผลมาจากการลงทุนจากต่างประเทศที่เพิ่มขึ้น¹⁷

อย่างไรก็ตาม อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวในลาวไม่ได้เป็นเพียงการท่องเที่ยวในลักษณะของการชื่นชมความงดงามจากธรรมชาติและวัฒนธรรมความหลากหลายของผู้คนในประเทศลาวเท่านั้น หากแต่การท่องเที่ยวในลาว โดยเฉพาะตามชายแดนกลับพบการท่องเที่ยวในลักษณะของรูปแบบอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการจากการเปิดบ่อนการพนัน สถานบันเทิงและการค้าทางเพศอีกด้วย

การเกิดขึ้นของอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ บ่อนการพนัน โรงแรม อาคารพาณิชย์และสถานบันเทิงต่าง ๆ บริเวณชายแดนไทยเพื่อรองรับการท่องเที่ยวและความบันเทิงนั้น แม้ว่า ในวงการธุรกิจพาณิชย์ ความคาดหวังของรัฐบาลและพ่อค้านักธุรกิจนักลงทุนทั้งหลายมักเชื่อว่า จะทำให้เศรษฐกิจที่ชายแดนเฟื่องฟูและส่งผลดีต่อชุมชนท้องถิ่นและชาวบ้านทั้งสองฟากฝั่งที่ได้รับจากการกระจายรายได้ และมีงานทำในเวลาต่อมา แต่งานศึกษาวิจัยมากมายได้ตั้งคำถามต่อประเด็นปัญหาทางสังคมต่าง ๆ ที่กำลังตามมากับการพัฒนาอุตสาหกรรมประเภทนี้เช่นกัน

ผาสุก พงษ์ไพจิตรและคณะ (2543) เคยศึกษาผลกระทบที่ได้รับจากอุตสาหกรรมการพนัน ก็ได้ข้อสรุปที่ชัดเจนว่า บ่อนการพนันนั้นมีลักษณะเป็นธุรกิจข้ามชาติขนาดยักษ์ ที่ตัวธุรกิจเองไม่ได้เป็น

¹⁶ โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ <http://www.thaisavannakhet.com> (สืบค้นเมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2552)

¹⁷ โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมได้ที่ (<http://cac.kku.ac.th/laos>) (สืบค้นเมื่อวันที่ 17 พฤศจิกายน 2552)

การสร้างรายได้ขึ้นใหม่แต่อย่างใด หากกลับเป็นการถ่ายโอนรายได้จากกลุ่มหนึ่งสู่อีกกลุ่มมากกว่า นอกจากนี้ มักจะเชื่อกันว่าการเปิดธุรกิจการพนันจะช่วยดึงดูดนักท่องเที่ยวที่มีฐานะดี มีรายได้สูงเข้ามาเล่น แต่ในความเป็นจริงแล้ว บ่อนคาสิโนกลับทำรายได้ดีจากนักพนันรายย่อยที่เข้ามาเล่นตู้เกม ซึ่งส่วนใหญ่เป็นคนงานระดับล่างและรายได้น้อย และสุดท้ายคนกลุ่มเหล่านี้ก็หลงมัวเมาในการพนันและสูญเสียรายได้ ที่ทำให้เกิดปัญหาอื่น ๆ ตามมา อาทิ ปัญหาการทะเลาะวิวาทในครอบครัว ปัญหาการทำมาหากิน และส่งผลต่อปัญหาสังคมตามมาในภายหลัง

ตัวอย่างความเสี่ยงทางสังคมที่กำลังกลายเป็นปัญหามาจากอุตสาหกรรมบันเทิงบ่อนการพนัน และการค้าบริการเห็นได้ชัดในงานศึกษาของ Roi Aung Lanau (2009) ซึ่งศึกษาชุมชนกะฉิ่นที่ชายแดนยูนนาน-พม่า เขตเมืองไลซา อันเป็นที่ตั้งของบ่อนคาสิโนขนาดใหญ่เพื่อรองรับนักท่องเที่ยวจีนและนักพนันชาวจีนทั้งหลาย งานศึกษานี้ พบว่า การพัฒนาเขตเศรษฐกิจที่ชายแดนยูนนาน-พม่าโดยมุ่งให้พัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงจากการสร้างบ่อนคาสิโนและสถานบริการบันเทิงจำนวนมากกลับส่งผลกระทบต่อชุมชนท้องถิ่นที่ชายแดนในฝั่งพม่าอย่างมาก เช่น ปัญหาความขัดแย้งระหว่างชาวกะฉิ่นผู้อยู่เดิมกับผู้มาใหม่ ช่องว่างระหว่างชนชั้นที่กำลังขยายตัวมากขึ้น และเกิดการเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์ทางสังคมของคนในสังคมกะฉิ่นอย่างมากด้วย ที่ว่า คนกะฉิ่นดั้งเดิมเองไม่ได้รับผลประโยชน์จากการพัฒนาทางเศรษฐกิจตามที่ได้เคยมีการให้ความหวังไว้ นอกจากนี้ กลับยังพบปัญหาใหม่ ๆ ที่คนในสังคมกะฉิ่นจำต้องเผชิญกับลูกหลานของตน เช่น ปัญหายาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น ปัญหาผู้หญิงขายบริการทางเพศแอบแฝงที่เกิดขึ้นในสถานบริการบันเทิงเหล่านั้น (Lanau 2009)

นอกจากนี้ ข้อเสนอของ Cohen and Lyttleton (2004) ได้ชี้ให้เห็นว่า ถนนนำพาผู้คนเคลื่อนย้ายและสร้างความสัมพันธ์ทางสังคมชุดใหม่ ที่ด้านหนึ่งนำไปสู่ความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเชื้อเอชไอวี เพราะมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการเกิดขึ้นของอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการที่รายรอบกิจกรรมทางเศรษฐกิจใหม่ ๆ ในแง่หนึ่ง เราจึงพบเห็นความสัมพันธ์ระหว่างการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีเอดส์ข้ามอนุภูมิภาคจากการค้าบริการทางเพศที่มีให้พบเห็นทั่วไปบริเวณชายแดน ซึ่งมีทั้งการให้บริการทางเพศโดยตรงในสถานบริการทางเพศ อย่างเช่น ซ่อง หรือการให้บริการทางเพศทางอ้อมที่รวมทั้งผู้หญิง ชาย และเพศที่สาม ในสถานที่อันหลากหลาย เช่น คาราโอเกะ บาร์ ร้านอาหาร สวนสาธารณะ และริมถนน

Allan Beesey (2008) ชี้ว่า การพัฒนาอนุภูมิภาคกลุ่มน้ำโขงบนฐานของเศรษฐกิจการตลาดและการเปิดชายแดนเพื่อเชื่อมโยงหากันได้กลายเป็นทางเลือกให้แก่ผู้หญิงในการหารายได้เพิ่มมากขึ้น ในสถานะที่ผู้ชายปรารถนาผู้หญิง ขณะที่ผู้หญิงเองก็ต้องการเงินมาจุนเจือครอบครัว ในแง่หนึ่ง อุตสาหกรรมบันเทิงและบริการผ่านการค้าประเวณีได้เสนอหนทางการหารายได้และโอกาสที่สูงกว่า ที่ซึ่งผู้หญิงจากชนบทในลาวไม่เคยได้รับมาก่อน จากเดิมที่เคยหารายได้จากการทำการเกษตรเพียง 1-2 ดอลลาร์/วัน (35-70 บาท/วัน) กลับได้รับเพิ่มมากขึ้นถึง 10 เท่าตัวหรือมากกว่านั้น ดังนั้น ภูมิภาคกลุ่มน้ำโขงที่เชื่อมโยงกันที่ชายแดนได้เปิดโอกาสใหม่ ๆ ให้แก่คนจนและชาติพันธุ์ หรือคนรายได้ปานกลางได้

เข้ามามีส่วนร่วมต่อการหารายได้เพิ่มขึ้น ดังนั้น ในแง่หนึ่ง ความยากจนกำลังกลายเป็นตัวขับเคลื่อนที่กลุ่มการค้าทางเพศและกลุ่มผู้ค้ามนุษย์จำนวนมากต่างจกพยายามประโยชน์เอาจากคนชายแดนในสถานะเช่นนี้ ซึ่งการเติบโตของอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการการค้าทางเพศนี้ต่างขึ้นอยู่กับอำนาจของผู้ชายและการรวมศูนย์ความมั่งคั่งเอาไว้ที่ใดที่หนึ่ง

ตัวอย่างในเชียงก๊ก ตอนเหนือของประเทศลาว บนถนนสาย 17B ระหว่างเมืองสิงห์-เมืองลอง-เชียงก๊ก นั้น Cohen and Lytteton (2004) ให้ภาพชัดเจนถึง การเปิดให้บริการบาร์ ผับเรียงรายบนถนนสาย 17B ซึ่งมีหญิงจีนค้าบริการทางเพศคอยบริการคนขับรถบรรทุกจีนที่มักจะวิ่งผ่านมาจอดเพื่อพักสินค้า ซึ่งในช่วงระหว่างรอคิวนำสินค้าขนถ่ายจากเรือสู่รถบรรทุก จะพบว่า คนขับรถบรรทุกชาวจีนสามารถหาซื้อบริการทางเพศได้อย่างสะดวกง่ายดาย นอกจากนี้ กลุ่มแรงงานทำไม้ก็มักซื้อบริการทางเพศในลักษณะเดียวกันนี้มากกว่าที่จะเข้าไปยังตัวเมืองใหญ่ โดยหญิงบริการชาวจีนและกลุ่มลาวเทิง ลาวสูง มักมี “ห้องฉุกเฉิน” ด้านหลังของบาร์ที่ลูกค้าสามารถไปใช้บริการได้ ดังนั้น บาร์และไนท์คลับบนถนนสาย 17B จากการมีปฏิสัมพันธ์ของคนกลุ่มแรงงานจีน คนขับรถบรรทุก กับสาวขายบริการทางเพศและกลุ่มลูกค้าที่สลับสับเปลี่ยนกันมาากหน้าหลายตาได้กลายเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการสร้างความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ มากมาย

ปรากฏการณ์ลักษณะเดียวกันนี้ดังที่ Cohen and Lytteton (2004) ให้ภาพไว้ก็กำลังเกิดขึ้น ณ บริเวณชายแดนห้วยทราย บ่อแก้ว ดันผึ่ง ในฝั่งลาว และอำเภอเชียงของ เชียงแสนในฝั่งไทย ตลอดสองแนวพากฝั่งด้วยเช่นกันริมถนนสายพัฒนาในพื้นที่ศึกษา ปรากฏมีการขยายตัวอย่างรวดเร็วของร้านกินดื่ม ไนต์คลับ บาร์ เพื่อรองรับลูกค้าอันหลากหลาย ไม่ว่าจะเป็น กลุ่มนักท่องเที่ยวชายจากฝั่งไทย หรือนักท่องเที่ยวลาวจากต่างถิ่นที่เข้ามาติดต่อค้าขายหรือมาท่องเที่ยว และกลุ่มแรงงาน พ่อค้าชาวจีนที่เข้ามาทำงานตามโครงการขยายเครือข่ายสาธารณูปโภคและคมนาคมขนส่ง เป็นที่น่าศึกษาว่า การเกิดขึ้นของบาร์ไนท์คลับ และผู้หญิงขายบริการในเมืองตามถนนที่มีมากขึ้นตามลำดับนี้ สามารถเพิ่มศักยภาพและความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีได้มากน้อยเพียงใด โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อการทำงานของหญิงสาวเหล่านี้มีเครือข่ายการเดินทางที่กว้างขวางอย่างน้อยในเขต 3 แขวงใหญ่ คือ หลวงน้ำทา บ่อแก้ว อุดมไชย ส่วนลูกค้าพลัดเปลี่ยนหมุนเวียนมาากหน้าหลายตา มีทั้งลูกค้าหนุ่มท้องถิ่นและผู้มาเยือนนักท่องเที่ยวจากที่อื่น และข้ามประเทศมาจากเมืองไทย หรือเมืองจีนเข้ามาซื้อบริการ เครือข่ายเหล่านี้กำลังขยายตัวขึ้นอย่างรวดเร็วจนคาดไม่ถึง

ร้านกินดื่ม ไนต์คลับ บาร์ ที่ขยายตัวในบริเวณสองพากฝั่งชายแดนไทย-ลาว ทั้งฝั่งเชียงของและฝั่งบ่อแก้วมักมีเครือข่ายการค้าบริการทางเพศแอบแฝงอยู่เสมอ และในช่วงหลายปีที่ผ่านมากลับพบการขยายตัวของร้านค้าเหล่านี้้อย่างมากมายตลอดสองฝั่งลำน้ำ จากการเก็บข้อมูลโดยการสำรวจร้านอาหารที่มีสาวเสิร์ฟในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า ในช่วงปี พ.ศ. 2547 บริเวณอำเภอเชียงของ ริมน้ำโขง มีร้านอาหารที่มีสาวเสิร์ฟประเภทดังกล่าวเพียงประมาณ 5 ร้าน แต่ปี พ.ศ. 2552 กลับขยายตัวเพิ่มมากขึ้นเป็น 1 เท่าตัวมีมากถึง 10 ร้าน ร้านอาหารเหล่านี้ยังไม่ได้นับรวมผับ บาร์ ไนต์คลับ ที่ทยอยเปิดและปิด

ในช่วงเวลาดังกล่าว ขณะที่บ่อแก้ว ฝั่งตรงข้ามไทย กลับพบว่า อัตราการขายตัวของร้านกินดื่มที่มีสาวเสิร์ฟมากกว่าฝั่งไทยหลายเท่าตัวนัก โดยในปี พ.ศ. 2547 มีจำนวนถึง 36 ร้าน โดยมีสาวเสิร์ฟและผู้หญิงบริการจำนวนรวม 125 คน เมื่อปี พ.ศ. 2552 ร้านอาหารที่มีสาวเสิร์ฟมีจำนวนเพิ่มขึ้นถึง 44 ร้าน และมีสาวเสิร์ฟและผู้หญิงบริการจำนวนรวมถึง 152 คน นอกจากนี้ จากบ่อแก้วเข้าสู่หลวงน้ำทา บนเส้นทางสาย R3E ก็พบว่า ร้านกินดื่ม ผับ บาร์ ไนต์คลับก็ขยายตัวอย่างรวดเร็วเช่นกัน รองรับทั้งนักท่องเที่ยว ลูกค้านอกการพนันชาวจีน และลาว จากเดิมในช่วงปีพ.ศ. 2547 มีเพียง 5 ร้าน ปัจจุบัน (พ.ศ. 2552) เพิ่มขึ้นเป็น 23 ร้าน และมีสาวเสิร์ฟบริการมากถึง 153 คน



ภาพที่ 5 ถนนสายสำคัญของเมืองห้วยทราย แขวงบ่อแก้ว ที่เลาะริมน้ำโขง ปัจจุบันกำลังเป็นทำเลทองในการเกิดขึ้นของสถานบันเทิง โดยเฉพาะร้านกินดื่ม เพราะมีทิวทัศน์สวยงามและข้ามลำคินวัยรุ่นก็มักจะออกมานั่งเล่น และหนุ่มสาวจะพรอดรักกันตามแนวที่นั่งเล่นริมถนนเลียบริมน้ำโขง



ภาพที่ 6 หนึ่งในร้านอาหารบริเวณแขวงบ่อแก้ว ปัจจุบันมีร้านอาหารเหล่านี้เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วตามริมน้ำโขงฝั่งลาว เพื่อรองรับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ซึ่งจะมีนักท่องเที่ยวโดยเฉพาะฝั่งไทยที่ข้ามไปอุดหนุนอยู่ตลอดเวลา ทำให้จำนวนร้านกินดื่มเหล่านี้มีจำนวนเพิ่มมากกว่าเมื่อ 5 ปีก่อนเกือบเท่าตัว และร้านเหล่านี้ก็จะมีสาวนั่งเครื่องมาคอยต้อนรับและบริการแขกที่มาเที่ยวในยามค่ำคืน ร้านน็อกานก็เป็นอีกหนึ่งร้านหนึ่งที่เพิ่งเกิดขึ้นเมื่อต้นปีที่ผ่านมา

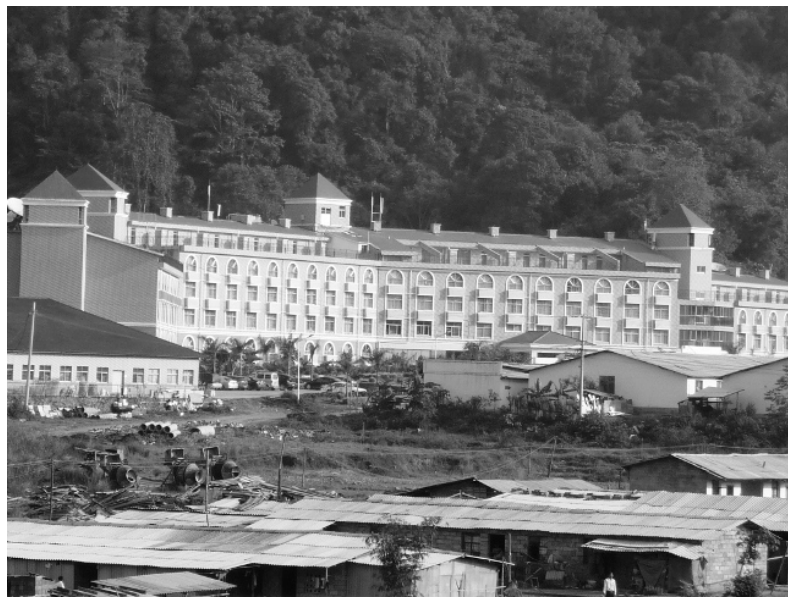
ในร้านอาหาร หรือร้านกินดื่มทั้งสองฟากฝั่งที่เรียกว่ามีสาวเสิร์ฟนี้ มักเรียกกันโดยทั่วไปในฝั่งลาวว่า “สาวนั่งเครื่อง” คอยให้บริการแขก ไม่ว่า จะเป็นร้านคาราโอเกะ บาร์ ร้านอาหาร ที่มีการค้าบริการทางเพศ (แบบแอบแฝง) ให้พบเห็นบริเวณชายแดน ในฝั่งลาว ระบบนั่งเครื่องส่วนใหญ่มักจะมีลักษณะที่แขกดื่มกินมาจากที่อื่น แล้วมาเที่ยวอย่างต่อเนื่องในร้านกินดื่มประเภทคาราโอเกะ เพื่อร้องเพลง แสวงหาความสุข และลงเอยด้วยการนอนกับสาว ซึ่งส่วนใหญ่แขกที่มาเที่ยวบริการ มักเป็นผู้ชายที่ข้ามมาจากฝั่งไทย มีทั้งเป็นคนไทย คนลาว หรือคนจีน มากกว่าชาวตะวันตก



ภาพที่ 7-8 หนึ่งในร้าน “กินดื่ม” ที่ตั้งอยู่ฝั่งตรงข้ามประตูทางเข้าที่พักคนงานไทยในช่วงที่มีการก่อสร้างถนนสาย R3E ในแขวงบ่อแก้ว



ภาพที่ 9 บ่อนคาสีโน หรือบ่อนการพนันและโรงแรมในเมืองหลวงน้ำทา ที่ลงทุนโดยนักลงทุนชาวจีน ปัจจุบันได้เปิดต้อนรับลูกค้าทั้งชาวจีนและคนลาวท้องถิ่นให้เข้าไปใช้บริการได้อย่างสะดวก



ภาพที่ 10 บ่อนคาสีโนและโรงแรมขนาดใหญ่บริเวณบ่อเต็น ชายแดนยูนนาน-ลาว บนถนนเส้นทางสาย R3E เชื่อมต่อยูนนาน ประเทศจีนกับประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้โดยผ่านลาว สถานบันเทิงและบริการแห่งนี้ลงทุนโดยนักลงทุนชาวจีน ปัจจุบันกำลังเติบโตและขยายตัวอย่างมาก โดยมีทั้งแรงงาน พ่อค้าแม่ค้า ชาวจีนจากยูนนาน กวางสี หลัังไหหลำเข้ามาทำงาน เปิดร้านค้าและทำงานร้านอาหาร เพื่อรองรับลูกค้า ซึ่งส่วนใหญ่เป็นชาวจีน ที่เข้ามาเล่นการพนัน และแสวงหาความสุขความบันเทิงในรูปแบบต่าง ๆ

ผู้สาวลาวกับอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการเขตภาคเหนือตอนบนของลาว

การขยายตัวเศรษฐกิจตามลุ่มน้ำโขงโดยตั้งเป้าเพื่อการพัฒนาประเทศในเขตลุ่มน้ำโขงเป็นทิศทางที่เกิดขึ้นตามแนวทางการพัฒนาข้ามพรมแดนรัฐชาติในเขตเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ การทำให้เกิดเขตการเจริญเติบโตของอนุภูมิภาค แต่การเติบโตและการขยายตัวของการพัฒนาทางเศรษฐกิจในบริเวณดังกล่าวกลับพบการขยายตัวของอุตสาหกรรมบางประเภทอย่างจงใจ ดังเช่น อุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ ดังกล่าวข้างต้น การขยายตัวของร้านค้ากึ่งดื่มเพื่อรองรับอุตสาหกรรมและการเติบโตของธุรกิจกลายเป็นที่ทางที่ผู้คนจากชนบทของสังคมลาวเริ่มขยับขยายหาหนทางในการทำงานเพื่อเป็นทางเลือกในเชิงเศรษฐกิจของตนเองและครอบครัว

จะพบว่า ในสถานการณ์ที่อุตสาหกรรมบันเทิงและบริการเติบโตขึ้นที่ชายแดน ส่งผลอย่างสำคัญต่อการเคลื่อนย้ายถิ่นของแรงงานภาคการเกษตรในสังคมลาวออกสู่เมืองชายแดนเพื่อแสวงหารายได้เลี้ยงดูจนเจือครอบครัว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สาวลาวที่ออกมาทำงานนอกบ้าน หลายคนเต็มใจออกมาทำงานในเมืองใหญ่ ขณะที่อีกหลายคนถูกหลอกลวงโดยไม่รู้ว่ามีงานอะไร เพียงแต่เห็นเพื่อนฝูงญาติพี่น้องที่ออกมาทำงานแล้วชักชวนกันไปทำงานต่อ

จากการศึกษาของ Neatdao (2008) ศึกษาวิจัยกลุ่มผู้หญิงพลัดถิ่นที่เข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายบริเวณชายแดนไทย-ลาวแถบจังหวัดอุบลราชธานี พบว่า กลุ่มผู้หญิงลาวพลัดถิ่นเหล่านี้มักเผชิญกับปัญหาการหลอกลวงและการค้ามนุษย์ตลอดจนการกดขี่ใช้แรงงานประเภทต่าง ๆ มากมาย แต่ในหลายกรณี ก็พบว่า กลุ่มแรงงานหญิงพลัดถิ่นที่ถูกล่อลวงเข้ามาขายบริการทางเพศมักจะค้นหาทางเลือกของตนเอง แม้จะมีทางเลือกอยู่เพียงน้อยนิด โดยบางกลุ่มเมื่อรู้ว่า ถูกหลอกลวง ก็เลือกที่จะเดินทางกลับบ้านทันทีและละทิ้งงานเหล่านั้นไว้เบื้องหลังแม้ยากจะมีรายได้ก็ตาม ขณะที่บางกลุ่มก็ปรับตัวทำความเข้าใจกับสถานการณ์การค้าทางเพศในประเทศไทย แต่ก็ตั้งเป้าหมายไว้ว่า จะทำงานเหล่านี้เป็นงานชั่วคราวเท่านั้นเพื่อหารายได้ โดยที่เก็บเรื่องนี้ไว้เป็นความลับกับตัวเอง ไม่บอกกล่าวใคร หรือคนในชุมชนที่บ้านเมื่อกลับไป ซึ่งก็พบว่า ผู้หญิงลาวหลายคนเข้ามาทำงานบริการในไทย เมื่อสามารถเก็บเงินได้จำนวนหนึ่งก็จะเลิกการทำงานค้าบริการทางเพศเพื่อนำเงินที่ได้ไปเปิดธุรกิจของตัวเองหรือนำเงินไปช่วยเหลือพี่น้องให้จบการศึกษา

ในกรณีของงานวิจัยชิ้นนี้ ก็พบว่า ผู้หญิงลาวหลายคนที่กำลังทำงานเป็นสาวนั่งเครื่องบริเวณชายแดนไทย-ลาวฝั่งแขวงบ่อแก้ว ให้บริการแขกผู้ชายตามร้านกึ่งดื่มบริเวณชายแดนไทย-ลาวนั้น ส่วนใหญ่ มักเป็นกลุ่มที่ไม่ได้รับรู้ข้อมูลล่วงหน้า บางส่วนก่อนออกจากบ้านมา พวกเธอไม่รู้ว่า จะได้ไปทำงานอะไร ที่ไหน รู้เพียงว่า ไปทำงานร้านอาหาร และจะมีรายได้เพิ่มเติมจากเดิมที่ไม่มีงานทำที่บ้าน โดยส่วนใหญ่มักเป็นสาวกลุ่มชาติพันธุ์ลาวเทิง ลาวสูง เช่น ขมุ อาข่า และกลุ่มอื่น ๆ ที่อาศัยอยู่บนพื้นที่สูงในเขตชนบทแถบเมืองหลวงน้ำทา เมืองสิงห์ เมืองลอง อุดมไซ ที่ต้องการแสวงหารายได้เพิ่มเติมและเปิดรับโลกภายนอก

จากการสัมภาษณ์ผู้หญิงลาวหลายคนที่เข้าสู่อุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ ตลอดจนร้านกินดื่มทั่วไป โดยเฉพาะในแขวงบ่อแก้วนั้น ในที่นี้ ขอยกตัวอย่าง 2 กรณีหลัก คือ *น้องหนิง* (นามสมมุติ) เป็นสาวขมุอายุ 17 ปี เดินทางมาจากชนบทของเมืองหลวงพระบาง ที่อยู่ห่างจากตัวเมืองไปประมาณ 20 กิโลเมตร ครอบครัวของ*น้องหนิง* มีพ่อแม่ที่ประกอบอาชีพการเกษตร มีที่ดินประมาณ 5 ไร่ สำหรับทำไร่ข้าวและแบ่งพื้นที่บางส่วนปลูกพืชเงินสดเพื่อขายและผักพืชอาหารเพื่อการยังชีพในบ้าน พี่ชายและน้องสาวของเธอเรียนอยู่ในระดับวิทยาลัยและระดับประถมตามลำดับ ส่วน *น้องหนิง* ตัดสินใจไม่เรียนต่อ แม้ว่าจะเรียนได้จนถึงมัธยมปีที่ 4 จากโรงเรียนในแขวงหลวงพระบาง เธอบอกว่า เหลืออีก 2 ปีแต่ไม่อยากเรียนแล้ว เพราะว่า หัวสมองไม่ดี จึงเลือกออกมาทำงานข้างนอกเพื่อหารายได้ช่วยเหลือจุนเจือคนในครอบครัว ที่รายได้จากการเกษตรมีเพียงเล็กน้อย แต่รายจ่ายในปัจจุบันกำลังสูงขึ้นเรื่อย ๆ จากการต้องซื้อหาข้าวของเครื่องใช้ภายในบ้านและรายจ่ายจากการเรียนการศึกษาของพี่ชายและน้องสาว

การเข้าสู่กระบวนการเป็นสาวนั้ดริงของ*น้องหนิง* เกิดจากการพูดคุยกับเพื่อนที่หมู่บ้านที่เคยไปทำงานร้านคาราโอเกะมาก่อน แล้วกลับบ้านไปพบกัน เพื่อนคนนั้นจึงชักชวนให้ออกไปทำงานร้านอาหารด้วยกัน *น้องหนิง* เชื่อว่า เส้นทางนี้น่าจะเป็นทางออกที่ดีในการมีรายได้เพิ่มเติมส่งให้ที่บ้านได้ ขณะเดียวกันก็ได้เปิดหูเปิดตาสู่โลกภายนอกด้วย เธอจึงตัดสินใจเดินทางมากับเพื่อนคนดังกล่าว

ที่ร้านกินดื่ม คาราโอเกะในแขวงบ่อแก้ว ในแต่ละร้านจะมีจำนวนสาวนั้ดริงแตกต่างกันไป ระหว่างประมาณ 3-6 คน สลับสับเปลี่ยนกันไปเรื่อย ๆ ตามแต่ช่วงเทศกาล วันหยุด เป็นต้น

ระบบการทำงานภายในร้านนั้น รายได้ของสาวนั้ดริงไม่ใช่ได้มาโดยง่าย พวกเธอไม่ได้ค่าจ้างจากร้านเป็นรายเดือน แต่มีรายได้จากเปอร์เซ็นต์ที่หักออกจาก “จำนวนขวดเบียร์” ที่แขกดื่มกินและค่าทิปหรือเงินรางวัลที่แขกจะให้แก่สาวนั้ดริงแต่ละคนเมื่อแขกไม่พาพวกเธอออกไปข้างนอกหรือไม่ใช้บริการทางเพศกับเธอ แต่หากมีการให้บริการทางเพศ สาวนั้ดริงแต่ละคนจะได้ค่าตัวแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับการให้บริการ สถานที่ และความชื่นชมส่วนตัว เช่น หากแขกใช้ห้อง “ลูกเงิน” ที่เตรียมไว้ด้านหลังร้าน ค่าตัวจะอยู่ที่ประมาณ 500-700 บาท ขณะที่หากพาสาวนั้ดริงออกไปที่โรงแรม สถานที่ภายนอก จะได้รับค่าจ้างบริการประมาณ 1,000 บาทขึ้นไป

แต่ไม่ว่า สาวนั้ดริงจะออกไปข้างนอกหรือใช้ห้องลูกเงินกับแขก เจ้าของร้าน หรือ “แม่” จะมีรายได้จากสาวนั้ดริงอย่างแน่นอนครั้งละ 200 บาท ในฐานะที่เป็นสถานที่ให้สาวนั้ดริงได้พบเจอแขกและเป็นตัวกลางในสายสัมพันธ์เหล่านั้น

อย่างไรก็ตาม ในปัจจุบัน เราจะพบว่า สาวนั้ดริงหลายคนเริ่มปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ของตน ด้วยการไม่จ่ายผ่าน “แม่” แต่ใช้วิธีการเก็บเบอร์โทรศัพท์ของแขกไว้ เพื่อว่าจะเป็นแขกประจำ และโทรนัดเมื่อแขกมาเยือน ซึ่งได้เปลี่ยนสภาพจากสาวนั้ดริงไปสู่สาวทางโทรศัพท์โดยกลาย ๆ

ตุ๊ก (นามสมมุติ) เป็นสาวขมุ อายุ 18 ปี มาจากหมู่บ้านหนึ่งที่ห่างจากเมืองหลวงน้ำทาออกไปประมาณ 15 กิโลเมตร ครอบครัวของเธอทำการเกษตรคล้ายกับ*น้องหนิง* ปลูกข้าวไร่บนดอย และแบ่งแปลงเล็ก ๆ ไว้ปลูกพืชเงินสดเพื่อขาย และมีแปลงเล็กอีกแปลงปลูกพืชอาหารจำพวกผัก ปัจจุบัน

ครอบครัว คุ้ม ต้องพึ่งรายได้หลักจากเงินที่เธอหามาได้ โดยใช้ไปกับการซื้อหาข้าวของเครื่องใช้ภายในบ้าน ช่วงหลังมาเธอเริ่มมีเครื่องอำนวยความสะดวกที่ซื้อหามาฝากให้กับพ่อแม่มากขึ้น ไม่ว่า เครื่องมือทำการเกษตร เงินทุนในการปลูกสวนยางเพิ่มเติม เป็นต้น

ในแง่การทำงานแล้ว เธอเป็นคนพูดเก่ง มีไหวพริบ ตลก เอาใจแขกเก่ง เธอเข้ามาทำงานเป็นสาวนึ่งครึ่งได้ 2 ปีแล้ว เธอมักเดินสายทำงานนี้ใน 3 เมืองหลัก คือ หลวงพระบาง หลวงน้ำทา และบ่อแก้ว เธอเคยคิดอยากจะไปไกลถึงเวียงจันทน์ หรือข้ามไปทำงานในฝั่งไทย แต่ยังไม่สามารถหาช่องทางที่ดีได้ และ “แม่” เจ้าของร้านที่บ่อแก้วเอง ก็ยังอยากให้เธอทำงานสายนี้อยู่ เพราะว่า เธอเรียกแขกได้เก่ง และแขกบางคนก็ติดใจ

เมื่อไม่นานมานี้ เกิดข่าวร้ายในชีวิตของเธอ เมื่อไปตรวจเลือดพบว่า เธอมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกายที่ได้รับมาจากแขกที่มาเที่ยว เธอเก็บความลับนี้ไว้กับตัวเองระยะหนึ่ง ไม่รู้จะปรึกษาใคร ไม่พูดกับเพื่อน และ “แม่” เจ้าของร้าน เพราะหากทำเช่นนั้น เธออาจจะไม่ได้ทำงานต่อ ในที่สุด เธอตัดสินใจไปพบเจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ในแขวงบ่อแก้ว เพื่อปรึกษาเรื่องการดูแลสุขภาพตัวเองและการรักษาตัวไปพร้อม ๆ กับการทำงานเดิม เพราะ คุ้ม คิดว่า หากไม่ทำงานนี้ ครอบครัวก็จะลำบาก หรือหากหยุดงานไปเฉย ๆ พ่อแม่ก็คงแคลงใจ และขณะเดียวกันเธอก็คิดมากกว่า ในอนาคตของเธอนั้นเมื่อประสบกับโรคนี้ก็จะเกิดปัญหามากมายที่ยังไม่รู้ชะตากรรมต่อไป

ในที่สุด คำแนะนำมีสองทาง คือ การเข้าสู่ระบบการรักษาทางสาธารณสุขที่จะรับยาต้านไวรัสเอชไอวีจากโรงพยาบาล หรือ จะรักษาตัวด้วยวิธีอื่น ๆ เธอตัดสินใจไม่รับการรักษาตัวด้วยยาต้านไวรัสที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนจากภายนอกเข้ามาช่วยเหลือ เพราะหากทำเช่นนั้นเท่ากับประกาศตนว่าเป็นผู้ติดเชื้อและจะไม่สามารถทำงานได้อีก เธอจึงใช้วิธีดูแลสุขภาพ รักษาร่างกายให้แข็งแรงและทำงานเป็นสาวนึ่งครึ่งต่อไป แต่เมื่อต้องออกไปกับแขก เธอมักจะขอร้องให้แขกมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยด้วยการใช้ถุงยางอนามัยเสมอ อย่างไรก็ตาม การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยด้วยการใช้ถุงยางอนามัยนั้นไม่ได้ขึ้นอยู่กับความคิดของเธอ คุ้ม เพียงฝ่ายเดียว บางครั้งบางครั้งแขกผู้ให้บริการเองก็มักไม่ยินยอม

ความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีในบริบทการพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ

กรณีของ คุ้ม เป็นเหตุการณ์หนึ่งที่สะท้อนให้เห็นว่า ผลผลิตของการพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการบริเวณชายแดนได้ทำให้เกิดความเสี่ยงทางสังคมมากมาย กรณีของ คุ้ม ที่ต้องการแสวงหารายได้เพื่อจุนเจือภาวะความยากจน ความขาดแคลนของครอบครัว แต่การออกมาจากบ้าน ก็เกิดขึ้นในสถานะเงื่อนไขที่ตนเองยังไม่รู้ว่า จะมาทำงานอะไร และภายหลังจึงรู้ว่าถูกหลอกให้มาขายบริการ จนสุดท้ายตนเองต้องติดเชื้อเอชไอวีจากการทำงาน

บริบทของการพัฒนาเศรษฐกิจบนอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ กำลังเป็นเงื่อนไขสำคัญในการสร้างความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเชื้อเอชไอวีผ่านการค้าบริการทางเพศบริเวณชายแดนให้สามารถเกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็วและแพร่กระจายได้กว้างไกลจนคาดไม่ถึง

จากข้อมูลของหน่วยงานสาธารณสุขแขวงบ่อแก้ว ที่ได้เคยสุ่มทำการเก็บตัวอย่างการตรวจเลือด สวามันต์ครั้งที่ทำงานตามร้านกินดื่มทั่วเขตห้วยทรายจำนวน 29 คน พบว่า มีผู้ติดเชื้อ 2 คน และสวามันต์ ครั้งยังคงทำงานอย่างต่อเนื่องในอาชีพเดิมของพวกเขา

ความเสี่ยงที่มีมากขึ้นต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในฝั่งลาว ยังเกิดขึ้นจากระบบการทำงานแบบเคลื่อนย้ายไปตามแหล่งการพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ บริเวณชายแดน จะพบว่า ระบบการทำงาน “แบบเดินสาย” หลายเมืองของสวามันต์ครั้งไปตามแหล่ง ขยายตัวของอุตสาหกรรมเหล่านี้ในเขตภาคเหนือตอนบนของลาว เช่น บ่อแก้ว หลวงน้ำทา หลวงพระ บาง ที่มักจะเดินสายไปทำงานยังร้านอาหาร ผับ บาร์ ร้านกินดื่มในเมืองอื่น ๆ โดยทำงานเป็นช่วงเวลา แล้วแต่โอกาสและปริมาณของแขกแต่ละแห่ง และในแต่ละช่วงเทศกาล ลักษณะการทำงานดังกล่าวที่ ไปตามแหล่งอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการจึงยิ่งเพิ่มความเสี่ยงสูงต่อการแพร่กระจายของโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในฝั่งลาว

ข้อมูลเมื่อปีพ.ศ. 2552 หน่วยงานสาธารณสุขแขวงหลวงน้ำทาได้ตรวจพบโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์จำนวน 614 คน โดยในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อในแขวงหลวงน้ำทาเพิ่มเป็น 40 คน จากเดิมใน ปี พ.ศ. 2547 ที่มีเพียง 6 คนเท่านั้น สถานการณ์เหล่านี้สอดคล้องกับข้อมูลจากหน่วยงานกระทรวง สาธารณสุขลาวซึ่งได้รายงานสถานการณ์เอดส์บริเวณชายแดนทางภาคเหนือไทย-ลาวว่า แม้ในปัจจุบัน อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีจะอยู่ในระดับต่ำ แต่กลับจะมีแนวโน้มที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงบริการทางเพศที่เพิ่มขึ้นเป็นสองเท่าจากการตรวจเฝ้าระวังในช่วงปี ค.ศ.2001-2004 คือ จาก 0.9% เป็น 2 % โดยตัวเลขผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศลาวที่พบผู้ติดเชื้อครั้งแรกในปี ค.ศ. 1990 (พ.ศ. 2533) จนมาถึงเดือนธันวาคม ปี ค.ศ. 2005 (พ.ศ. 2548) มีผู้ติดเชื้อสะสมจำนวน 1,827 ราย ป่วยเป็นเอดส์ 1,069 ราย และเสียชีวิตไป 637 ราย ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยจะเป็นเพศชายมากกว่า หญิง โดยเป็นชาย 60% หญิง 40% ส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มอายุระหว่าง 20-39 ปี (Country report: Lao PDR 2006)

หากเอชไอวีเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของตัวชี้วัดให้เห็นรูปแบบใหม่ ๆ ของปฏิสัมพันธ์ทางเพศที่ กำลังเกิดขึ้นในหมู่บ้าน ริมถนน บาร์ ผับและอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการอื่นๆ แล้ว ตัวชี้วัดใน ชีวิตประจำวันเหล่านี้ รวมทั้งรูปแบบการค้าทางเพศใหม่ๆ และการก่อกวนทางเพศที่เกิดขึ้น ก็กำลังสะท้อน ให้เห็นถึง สายลมแห่งการพัฒนาในเขตลุ่มน้ำโขง ที่ซึ่งการพัฒนา กำลังเกิดขึ้นในแบบอสมมาตรไม่ได้ สัดส่วน ที่ประเทศหนึ่งมีอำนาจทางเศรษฐกิจมากกว่าสามารถฉายใช้ประโยชน์จากอีกประเทศหนึ่งที่มี อำนาจน้อยกว่า การพัฒนาที่ไม่ได้สัดส่วนเช่นนี้เองที่กำลังนำไปสู่เส้นทางอันตรายจากปัญหาและ ผลกระทบต่างๆ ที่กำลังตามมา การคุกคามใหม่ๆ ต่อวิถีชีวิตของผู้คนบริเวณชายแดนมากขึ้น ไม่ว่า จะ เป็นในกลุ่มคนท้องถิ่น ชุมชนแรงงาน และคนทำงานการค้าบริการอื่น ๆ ที่อาจตกเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะพบ กับปัญหาต่าง ๆ จากการเปลี่ยนความสัมพันธ์ทางการผลิต ที่เริ่มสะท้อนให้เห็นความไม่เท่าเทียมกันทาง สังคม ขณะเดียวกันก็กำลังคุกคามต่อวิถีชีวิต ความไม่มั่นคงแน่นอน และนำไปสู่การคุกคามต่อสุขภาพ

และวิถีชีวิตในอนาคตที่อาจพบว่าการแพร่กระจายจากเชื้อเอชไอวีเอดส์เป็นเพียงบันปลายของปัญหาที่ปรากฏ โคมให้เห็นชัดเจนขึ้นเท่านั้น

บทที่ 2

เอชไอวีเอดส์ วิธีคิดและประสบการณ์การรับรู้ของสังคมชายแดนลาว

“เชื่อมั่นมาจากเมืองไทยนั่นแหละ เพราะเมืองไทยเกิดมาก่อน เมืองลาวไม่เคยมีตั้งแต่แรก”

คำกล่าวข้างต้นนี้ ผู้วิจัยและทีมงานได้ยินได้ฟังมาตลอดจากผู้คนในประเทศลาว ช่วงที่เดินทางไปยังแขวงบ่อแก้วและอีกหลายจังหวัดในประเทศลาวในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา เมื่อสอบถามคนลาวเกี่ยวกับเรื่องเอชไอวีเอดส์และผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่มักตอบทันทีว่า มาจากเมืองไทย โดยเฉพาะถ้ารู้ว่า ทีมผู้วิจัยมาจากเมืองไทยด้วยแล้ว เขาจะตอบเพิ่มเติมอีกทันทีว่า ที่เมืองไทย มียารักษาแล้ว แต่ที่นี้ยังมีน้อย

ผู้วิจัยสงสัยมาตลอดว่า เหตุใดคนลาวจึงมีความคิดเช่นนั้น ที่ว่า เชื้อเอชไอวีเป็น “เชื้อโรคนำเข้า” มาจากเมืองไทย ทั้ง ๆ ที่ก็มีคนมากหน้าหลายตาเดินทางเข้าสู่ประเทศลาวและมีช่องทางอื่น ๆ มากมายในการที่เชื้อเอชไอวีจะแพร่กระจายไปสู่สังคมลาวได้ แต่เหตุใด ความคิดโดยส่วนใหญ่ของคนลาวจึงมองเชื้อเอชไอวีอย่างเชื่อมโยงกับเมืองไทย มุมมองของคนลาวเช่นนี้อาจจะคล้ายกับมุมมองของคนไทยในช่วงแรกๆ ที่เคยมองว่า เชื้อเอชไอวีมาจากฝรั่ง ในแง่นี้เอง คำถามสำคัญสำหรับผู้วิจัย ก็คือว่า คนลาวเชื่อว่า ปรากฏการณ์การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีในลาวเป็นเรื่องจริงตามข้อมูลและภาพปรากฏที่ได้ยินได้ฟังต่อ ๆ กัน หรือว่า เป็นเรื่องของทัศนคติและวิธีคิดมุมมองที่คนลาวมีต่อการเข้ามาของเชื้อเอชไอวีในสังคมลาวในบริบทความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจสังคมและการเมืองที่ไม่ได้มีส่วนร่วมเท่าเทียมกันระหว่างลาวกับไทย

จากคำถามดังกล่าว บทนี้จึงต้องการทำความเข้าใจกับวิธีคิดและประสบการณ์การรับรู้ทางสังคมวัฒนธรรมที่คนลาว โดยเฉพาะจากกรณีศึกษาที่บริเวณชายแดนมีต่อการเข้ามาของเชื้อเอชไอวี ตลอดจนการตีความของคนลาวต่อการค้นหาสาเหตุที่มา ในบทนี้ มองว่า การเจ็บไข้ได้ป่วยมิใช่เป็นเพียง “ประเด็นทางการแพทย์” ที่เปิดโอกาสให้มีการอธิบายความเป็นไปของการเจ็บป่วยจากมุมมองทางการแพทย์เท่านั้น หากแต่มองว่า การเจ็บไข้ได้ป่วยกลับเกี่ยวข้องโดยตรงกับวิธีคิดและมุมมองเชิงสังคมวัฒนธรรม ที่ผู้คนแตกต่างกันไปในแต่ละวัฒนธรรมจะตีความ ทำความเข้าใจต่อการเจ็บไข้ได้ป่วยเหล่านั้น ดังนั้น การเจ็บไข้ได้ป่วยในแง่นี้ จึงเป็น “ภาพปรากฏ” (phenomena) ที่สะท้อนการผลิตสร้าง “ภาพตัวแทนทางสังคมวัฒนธรรมเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วย” (illness representation) ซึ่งมีมิติของความสัมพันธ์ระหว่างสังคมวัฒนธรรมกับการเจ็บไข้ได้ป่วยของผู้คน สิ่งที่ชุมชนคนลาวตีความในชีวิตประจำวัน ไม่ว่า การตีความหาสาเหตุที่มา การเฝ้าระวังรักษา เป็นต้น กลับเข้ามาเกี่ยวข้องอย่างแนบแน่นสัมพันธ์กัน(ยศ 2542; 90-92)

งานศึกษาวิจัยที่ผ่านมา ดังเช่น งานของ ยศ (2542) ซึ่งศึกษาความรู้ด้านการแพทย์พื้นบ้านและวิธีคิดเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วยของกลุ่มชาติพันธุ์ภาคเหนือตอนบน พบว่า วิธีคิดของชาวบ้านมองความเจ็บป่วยว่า เกิดขึ้นจากอำนาจของสิ่งใดสิ่งหนึ่งที่เข้ามากระทำกับตัวเขา ดังนั้น ในการบำบัดรักษาจึง

จำต้องหาทางทำให้อำนาจที่เข้ามากระทำนั้น หยุดการกระทำให้เกิดการเจ็บป่วยเสีย โดยทำการ บวงสรวง ขอมมา เช่น ไห้ว เพื่อให้อำนาจนั้นพึงพอใจและหายโกรธ หรือในบางครั้งก็ใช้อำนาจอื่นที่สูง กว่าอำนาจนั้น มาข่มให้อำนาจที่มากระทำอ่อนพลังลงไป อำนาจที่เป็นสาเหตุของการเจ็บป่วยจึงมิใช่ เรื่องนามธรรม แต่เป็นอำนาจที่คนในสังคมเชื่อว่ามีอยู่จริงและสามารถปรากฏให้เห็นอย่างเป็นรูปธรรม

อย่างไรก็ตาม บทนี้ต้องการชี้ให้เห็นว่า วิธีคิดเกี่ยวกับการเจ็บไข้ได้ป่วย โดยเฉพาะวิธีคิดที่คน ลาวมองว่า เชื้อเอชไอวีเอดส์มาจากเมืองไทยนั้น เป็นผลมาจากสถานะความไร้อำนาจ (powerless) และ การตกเป็นผู้ด้อยกว่า (subordinated group) การไร้อำนาจทางเศรษฐกิจสังคม ขณะที่อีกฝั่งกลับ กลายเป็นผู้มีอำนาจ (hegemonic group) ที่มีการพัฒนา แต่กลับนำพาความทุกข์ให้เกิดขึ้นกับผู้ด้อย กว่า สถานะดังกล่าวเหล่านี้เกี่ยวข้องกับ “อำนาจแบบอสมมาตร” (asymmetrical power) ของสอง ฝักฝั่งที่เป็นผลมาจากการพัฒนาที่ไร้สมดุล เช่น อำนาจในทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมที่ไม่ เท่ากันของสองฝักฝั่งระหว่างไทยกับลาวในบริบททางประวัติศาสตร์การพัฒนา ที่สะท้อนให้เห็นจาก อำนาจทางเศรษฐกิจที่ด้อยกว่าและความยากจนของผู้คนในประเทศลาวได้ผลักดันให้พวกเขาต้องออกมา แสวงหางานทำข้างนอก ซึ่งอำนาจที่ไร้สมดุลนี้ส่งผลต่อเนื่องกับทัศนคติและวิธีคิดต่อการเข้ามาของเชื้อ เอชไอวีเอดส์จากเมืองไทยเข้าสู่ลาว และทัศนคติที่คนลาวมีต่อคนไทยในลักษณะดังกล่าว

วิธีคิดเรื่องอุบัติการณ์เชื้อเอชไอวีเอดส์ในสังคมลาว

เอชไอวีเอดส์กับความเป็น “โรคนำเข้า”

Chris Beyrer (1998) เคยให้ข้อมูลไว้ว่า ในปี ค.ศ. 1995 ระหว่างล่องเรือจากห้วยทรายไปยัง หลวงพระบาง เขาได้ตั้งคำถามกับคนขับเรือ ผู้โดยสาร และลูกเรือชาวลาวว่า เคยได้ยินเรื่องราวเกี่ยวกับ เอชไอวีเอดส์หรือไม่ คำตอบที่ได้รับคือ เคยได้ยิน และรับรู้ว่ามีโรคนี้น่าสามารถติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ และคนที่ เป็นโรคนี้อาจถึงแก่ชีวิตได้ แต่ชาวลาวยังเห็นพ้องต้องกันว่า “เอดส์มีอยู่แต่เฉพาะในไทยเท่านั้น ในลาวไม่มีหรอก” และเมื่อถามคนขับเรือว่า เขาคิดว่าตัวเองมีความเสี่ยงที่จะติดโรคนี้นั้น คนขับเรือ หัวเราะแล้วตอบว่า “ไม่มีทาง เพราะผมไม่ได้ทำอะไรที่จะทำให้ตัวเองต้องตกอยู่ในความเสี่ยงแบบ นั้น” (Beyrer 1998: 77)

คำตอบจากคนลาวคนหนึ่งดังกล่าว อย่างน้อยสะท้อนให้เห็นว่า คนลาวเชื่อว่า เชื้อเอชไอวีเอดส์ ไม่เคยปรากฏมาก่อนในสังคม และไม่เคย เป็นปัญหาสำหรับคนในประเทศลาวมาก่อน และเท่าที่รับรู้ เชื้อเอชไอวีเอดส์ก็ห่างไกลจากพวกเขามาก เพราะยังไม่พบตัวอย่างผู้ติดเชื้อใกล้ตัว ขณะเดียวกัน สถานการณ์ที่เกิดขึ้นอยู่ ณ ตอนนั้น เท่าที่พวกเขารับรู้ ก็เชื่อว่า เกิดขึ้นในประเทศไทยเท่านั้น

ในแง่ของปรากฏการณ์นั้น เมื่อเทียบกับข้อมูลจากงานศึกษาวิจัยเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ใน ลาวที่เริ่มต้นในปีค.ศ. 1993 ซึ่งมีการสำรวจอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีเอดส์เป็นครั้งแรกที่ เวียงจันทน์ ก็พบว่า มีความสอดคล้องกัน เพราะในการสำรวจครั้งนั้นไม่ได้พบผู้ติดเชื้อมากนัก และยังไม่พบการแพร่กระจายในกลุ่มประชากรทั่วไป ตัวเลขที่ได้รับคือ มีผู้ติดเชื้อเพียงร้อยละ 0.2 หรือ 18 คน

จากจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 9,449 คน อย่างไรก็ตาม ในรายละเอียด ก็พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อ 13 ใน 18 คนที่พบเป็นผู้หญิงอายุระหว่าง 15 – 29 ปี และจำนวน 12 ใน 13 คนดังกล่าวมีประสบการณ์มาจากการเคยข้ามแดนไปทำงานขายบริการทางเพศในจีนหรือในไทยก่อนที่จะกลับบ้าน (Beyrer 1998, USAID 2002)

ในปี ค.ศ. 1994 งานวิจัยของ Pasongsith และคนอื่น (Pasongsith and et al 1994) ได้ทำนายไว้ว่า สภาพทางภูมิศาสตร์ประเทศลาว เป็นเสมือนหนึ่ง “หัวใจของคาบสมุทรอินโดจีน” (the heart of Indochinese peninsula) เชื่อมต่อระหว่างประเทศต่าง ๆ ในดินแดนแถบนี้ ดังนั้น การเปิดตัวทางเศรษฐกิจของลาวที่นำไปสู่การสร้างเส้นทางคมนาคมเชื่อมโยงระหว่างประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้างสะพานเชื่อมต่อไทยและลาวตามชายแดนหลาย ๆ แห่ง จะนำไปสู่การเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์การเกิดโรคเอชไอวีเอดส์ในลาวได้ในที่สุด (Pasongsith and et al 1994)

การนำเสนอข้อมูลประสบการณ์จากชาวลาวและงานวิจัยดังกล่าวข้างต้น ได้สะท้อนให้เห็นว่า ประวัติศาสตร์การอุบัติขึ้นของเอชไอวีเอดส์ในลาวและวิถีชีวิตของคนลาวต่อเรื่องเชื้อเอดส์ไม่ได้เป็นผลผลิตมาจากคนลาวหรือคนในสังคมชุมชนลาวเอง หากแต่เป็นผลมาจากภายนอก การเข้ามาของผู้คนจากภายนอก โดยเฉพาะการรับรู้มาจากเมืองไทย สำหรับคนลาวแล้ว เอดส์ไม่ใช่โรคที่เกิดขึ้นและแพร่กระจายมาจากคนภายในประเทศลาวแต่อย่างใด หากแต่เป็นเรื่องของ “โรคนำเข้า” หรือ เป็นโรคที่ชาวลาวรับรู้มาจากการเปิดประเทศและมาจากการเดินทาง ที่ซึ่งในช่วงเวลานั้น ความคิดเกี่ยวกับเรื่องเอชไอวีเอดส์จะเป็นสิ่งห่างไกลจากคนลาวชนิดที่ยังไม่อาจจินตนาการถึงมันได้

ประสบการณ์การรับรู้เรื่องเอชไอวีเอดส์ของชุมชนชายแดนลาว

ปี ค.ศ. 2008 ทีมนักวิจัยได้ร่วมแลกเปลี่ยนกับกลุ่มผู้ติดเชื้อในแขวงบ่อแก้ว สน (นามสมมติ) หนึ่งในผู้ติดเชื้อชาวลาวที่อาศัยอยู่แขวงบ่อแก้ว เอย์ขึ้นในเชิงตัดพ้อระหว่างการสนทนาว่า

“เชื่อมั่นมาจากเมืองไทยนั่นแหละ เพราะหลายปีมานี้มีคนลาวไปทำงานในเมืองไทยจำนวนมาก ไปทำงานเป็นแรงงานบ้าง ผู้สาวลาวบางคนก็ออกไปแต่งงานที่เมืองไทยก็มี พอกลับมา ก็เอาติดตัวมาด้วย”

ตัวอย่างข้างต้นจากประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อ ได้อธิบายสาเหตุที่มาของการเจ็บป่วยจากโรคเอชไอวีเอดส์บนพื้นฐานของ “โรคนำเข้า” ที่ส่วนใหญ่มาจากปฏิสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจและสังคมระหว่างคนไทยและลาว เช่น การออกไปทำงานที่เมืองไทย หรือการมีสายสัมพันธ์ผ่านการแต่งงาน แต่ในช่วงกว่าสิบปีที่ผ่านมา ภายหลังที่ประเทศลาวเปิดประเทศเพื่อรับการพัฒนาจากภายนอกผ่านความร่วมมือทางเศรษฐกิจในเขตอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงอย่างกว้างขวาง จะพบว่า สาเหตุที่มาของเชื้อเอชไอวีเอดส์ในการรับรู้ของชนชาวลาวเริ่มเข้มข้นมากขึ้น ในการมองว่า เชื้อเอชไอวีเอดส์มาจากการเปิดประเทศเพื่อรับการพัฒนาจากภายนอก ขณะที่ลาวมีเพียงความยากจน ที่ทำให้เกิดความจำเป็นในการต้องออกไปแสวงหารายได้ทางเศรษฐกิจเพื่อเลี้ยงดูครอบครัว

“มันเหมือน เราไปทำงานต่างประเทศ คนลาวออกไปทำงานนอกบ้าน แล้วก็พามันกลับมา พอตอนหลังมันเริ่มแพร่กระจายในบ้าน ก็เลยติดกันมากขึ้นในหลาย ๆ กลุ่ม ผมเองก็ไปทำงานอยู่ที่เชียงราย มาหลายเดือน ไปเที่ยวบ้าง ทำงานบ้าง ก็นึกไม่ถึงว่ามันจะเป็นเช่นนี้” สกกล่าว โดยยกตัวอย่างกรณีตัวเอง

สน ยังเล่าถึงกรณีตัวอย่างที่พบในเขตเมืองห้วยทรายอีกหลายกรณี อย่างเช่น พัน (นามสมมุติ) หลานชายของเพื่อนที่อาศัยอยู่ในบ่อแก้วก็ออกไปทำงานในเมืองไทยมาหลายครั้งหลายครา ไปแถบภาคอีสาน มหาสารคาม อุบลราชธานี ระหว่างอยู่เมืองไทย พัน ก็ไปพบสาวไทย พอแต่งงานอยู่กินกัน สักพักใหญ่ เมื่อกลับมาบ้านก็พบว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวีกลับมาด้วย ตอนนี้อยู่รู้ตัวและพบว่า มีอาการแทรกซ้อน ก็ไปรักษาตัวที่โรงพยาบาล

ส่วนกรณีของ ปิว (นามสมมุติ) หนึ่งในแม่บ้านที่กลายเป็นผู้ติดเชื้อจากแขวงหลวงน้ำทา ก็เกิดจากสามีไปทำงานก่อสร้างในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทยเป็นเวลาหลายเดือน ระหว่างอยู่เมืองไทย สามีของปิวไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงขายบริการที่ทำงานร้านคาราโอเกะ เมื่อกลับมาบ้านก็นำมาติดปิวผู้เป็นภรรยาด้วย ปัจจุบันสามีของเธอเสียชีวิตไปแล้ว เพราะโรคเอดส์ ขณะที่ปิวยังคงมีชีวิตอยู่กับเชื้อเอชไอวีในร่างกาย

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์กลุ่มผู้ติดเชื้อเหล่านี้เป็นเพียงเศษเสี้ยวเดียว ที่สะท้อนให้เห็นในแง่มุมปรากฏการณ์ที่คนลาวมีความคิดมุมมองของการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่เชื่อว่ามาจากเมืองไทย โดยเฉพาะในช่วงหลังการเปิดประเทศเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจลุ่มน้ำโขง และเกิดการเดินทางข้ามแดนไปมาของคนลาวเข้าสู่ไทยเพื่อแสวงหางานทำ ขณะเดียวกัน ในกลุ่มคนลาวโดยทั่วไปที่เชื่อว่า เอชไอวีเอดส์มาจากเมืองไทยนั้น ก็สะท้อนวิธีคิดของคนลาวเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีเอดส์ว่า เกิดขึ้นจากการเดินทางข้ามแดนไปมา ทั้งในกลุ่มคนที่ออกไปเป็นแรงงาน ทำงานรับจ้าง หรือการออกไปมีครอบครัว การไปมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันซึ่งเกิดขึ้นข้ามแดน ตลอดจนกรณีผู้ติดเชื้อจากการใช้ยาเสพติดและอื่น ๆ ที่เกิดขึ้นในสภาวะความไร้สมดุลทางอำนาจเศรษฐกิจของสองประเทศ

การพลัดถิ่นของคนลาวในไทย: ผลผลิตการพัฒนาเศรษฐกิจที่ไร้สมดุล

เราอาจบอกได้ว่า อาการเจ็บป่วยของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นที่อวัยวะร่างกายของมนุษย์ในฐานะปัจเจกบุคคล แต่อาการเจ็บป่วยเหล่านั้นไม่เพียงนำมาซึ่งร่างกายที่อ่อนแอ แต่ยังนำมาซึ่งความทุกข์ทางใจของทั้งบุคคลและความทุกข์ทางสังคมของชุมชนโดยรวมอีกด้วย ในประเด็นนี้ การสำรวจบริบทเงื่อนไขทางประวัติศาสตร์การพัฒนาทางเศรษฐกิจชายแดนระหว่างสองฟากฝั่งของไทยกับลาว เป็นไปเพื่อสะท้อนให้เห็นว่า ความทุกข์ในความหมายของคนลาวและโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ติดเชื้อชาวลาวยุคหนึ่งเชื่อมโยงกับปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นก่อนหน้านี้อย่างมีนัยสำคัญ ซึ่งเราอาจจะเข้าใจได้ดีขึ้น เมื่อย้อนกลับไปมองบริบทเงื่อนไขจากการเปลี่ยนผ่านการพัฒนาประเทศของสองฟากฝั่งที่ไร้สมดุล และบริบทเช่นนี้เองที่เป็นแรงผลักดันให้คนลาวต้องพลัดถิ่นออกจากบ้านมา เพราะสภาวะเศรษฐกิจที่บ้านตน

ในแง่นี้ เราจะพบว่า เมื่อประเทศลาวประสบกับสภาวะความยากจน ผู้คนไร้งานทำในประเทศของตน ทำให้ต้องพลัดถิ่นอาศัยอยู่ ออกมาทำมาหากินนอกบ้านเกิด บางคนเข้าสู่เมืองใหญ่ในประเทศ แต่จำนวนมากหลังไหลข้ามแดนมายังฝั่งไทย ที่ซึ่งมีการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจมากกว่า สามารถหางานทำได้ง่ายและมีรายได้เพื่อนำเงินกลับสู่บ้านได้มากกว่า แต่การเดินทางเหล่านั้นเชื่อว่าจะราบรื่น แม้ว่าหลายคนจะได้รับเงินทองที่ได้มาจากการแลกน้ำพักน้ำแรงของตน แต่หลายคนกลับตกอยู่ในบ่วงความทุกข์ทรมานซ้ำซ้อน เมื่อเข้ามาสู่กระบวนการการค้าแรงงาน เข้ามายังเมืองไทยแล้วถูกหลอกลวงจากกระบวนการค้ามนุษย์ แรงงานพลัดถิ่นจำนวนมากไม่พอ ไม้ว่า ผู้หญิงและเด็กสาวถูกขายเข้าสู่กระบวนการค้าทางเพศโดยไม่รู้เนื้อรู้ตัว บ้างก็ถูกกดค่าจ้างแรงงาน และอีกจำนวนมากที่ต้องคอยหลบหนีการกระทำผิดกฎหมายแรงงานต่างด้าวในรัฐไทย จนถูกขูดรีดเงินทองจากเจ้าหน้าที่รัฐไทยที่ประพฤติมิชอบ และเมื่อกลับไปยังบ้านเกิดของตน บางคนก็เกิดปัญหาการไม่ได้รับการยอมรับจากคนในชุมชนเมื่อประสบภาวะการตั้งครุภพแบบไม่รู้เนื้อรู้ตัว หรือเข้าไปข้องเกี่ยวกับธุรกิจทางเพศ หรือบางคนนำโรคทางเพศสัมพันธ์ และ/หรือเชื้อเอชไอวีกลับไปยังบ้านโดยไม่รู้ตัว

ในบริบทการเปลี่ยนผ่านการพัฒนาทางเศรษฐกิจของประเทศลาวและประเทศไทยในความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงของภูมิภาคลุ่มน้ำโขง เราอาจเริ่มต้นได้ที่ช่วงเวลาก่อนที่กลุ่มประเทศลุ่มน้ำโขงเข้าสู่ปัญหาสงคราม ไม่ว่า สงครามโลกครั้งที่สองและสงครามอินโดจีน (ก่อนค.ศ 1945) ในช่วงเวลาดังกล่าว หากเราพิจารณาความสัมพันธ์ของผู้คนที่ชายแดน จะพบว่า ความสัมพันธ์ของผู้คนที่ชายแดนระหว่างไทย-ลาวต่างวางอยู่บนพื้นฐานความสัมพันธ์ทางสังคมวัฒนธรรม ที่มีภาษาและวัฒนธรรมใกล้เคียงกันบนความเป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไท การเดินทางข้ามแดนระหว่างคนไทยกับคนลาวตามบริเวณชายแดนเกิดขึ้นเป็นเรื่องปกติในชีวิตประจำวัน ในวิถีชีวิตทางการค้าขาย เครือญาติ เพื่อนฝูงที่มีกิจกรรมทางสังคมร่วมกันระหว่างชุมชนข้ามแดน ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวผู้คนชนชายแดนไม่ได้ให้ความสนใจต่อเส้นเขตแดน ในฐานะเครื่องหมายแบ่งแยกความเป็นประเทศหรือขอบพันธสีมาของรัฐชาติแต่ละฝั่งแต่อย่างใด การที่พวกเขามีสายสัมพันธ์ต่อกันผ่านความสัมพันธ์ทางสังคม และวัฒนธรรมที่คล้ายกัน ทำให้เกิดความผูกพันกันในฐานะกลุ่มชาติพันธุ์ วัฒนธรรม และภาษาที่ใกล้เคียงกัน ทำให้ได้ชื่อว่าเป็นบ้านพี่เมืองน้องระหว่างคนไทยกับคนลาว (โสภิตา 2549)

แต่ในช่วงหลังสงครามเย็นเป็นต้นมา (หลังค.ศ 1945 - 1991) ประเทศในกลุ่มน้ำโขงเกิดความแตกแยกออกเป็นสองฝักสองฝ่ายตามค่ายประเทศคอมมิวนิสต์และกลุ่มประเทศเสรีนิยมในแง่ของการเมืองและการปกครอง ประเทศลาวเปลี่ยนการปกครองเป็นสังคมนิยมพึ่งพิงกับพรรคคอมมิวนิสต์จีนและรัสเซีย ขณะที่ไทยยึดโยงอยู่กับความเป็นเสรีนิยมผูกพันกับสหรัฐอเมริกา สถานการณ์เช่นนี้ได้ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศเกิดปัญหาทางการเมืองและส่งผลกระทบต่ออย่างสำคัญต่อผู้คนที่ชายแดน ในฐานะที่เส้นเขตแดนเริ่มเป็นที่ตระหนักของรัฐส่วนกลางของทั้งสองประเทศ

แม้ว่า ในช่วงเวลาแห่งสงครามและปัญหาทางการเมืองจะเป็นกรณีระหว่างรัฐสองฟากฝั่ง แต่สำหรับชาวบ้าน ชุมชนชายแดนสองฟากฝั่งยังคงมีการเดินทางข้ามแดนเพื่อการค้าขายและติดต่อกัน

ระหว่างญาติพี่น้องอยู่เนื่อง ๆ แต่ในช่วงหลัง ชุมชนชายแดนไทยลาวเริ่มรับรู้ว่าการเดินทางข้ามแดนมีความยากลำบากมากขึ้น การปิดชายแดนมิให้เห็นโดยทั่วไป ความสัมพันธ์ระหว่างชนชายแดนสองฟากฝั่งไทยลาวที่เคยมีสัมพันธ์ทางสังคมวัฒนธรรมเริ่มถูกฉีกขาดด้วยเส้นเขตแดนของ“ความเป็นรัฐชาติ”มากขึ้น นับแต่นั้น การนับเอาเส้นเขตแดนของรัฐไทยและลาวบนฐานอุดมการณ์ทางการเมืองที่แตกต่างกันนำไปสู่การจัดการชายแดนที่เข้มงวดตรวจตรา และจับจ้องมองจากรัฐทั้งสองฝ่าย

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา ภายหลังความคิดริเริ่มในการผนวกรวมประเทศในเขตลุ่มน้ำแม่โขงเพื่อความร่วมมือทางเศรษฐกิจ ภายใต้ชื่อ “โครงการการพัฒนาเขตสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ” และการเติบโตทางเศรษฐกิจของกลุ่มประเทศเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ได้ทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศของกลุ่มประเทศลุ่มน้ำโขงกลับมามีความเคลื่อนไหวตื่นตัวขึ้นอีกครั้ง แต่ภายใต้สถานการณ์ที่ประเทศต่าง ๆ มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจอย่างไร้สมดุลไม่เท่าเทียมกันที่ผ่านมารอบ 20 ปี โดยเฉพาะประเทศลาวที่ประสบความยากลำบากจากการพัฒนาประเทศในทางเศรษฐกิจและการเมืองล่าช้ากว่าประเทศอื่นในกลุ่ม¹⁸ ขณะที่ประเทศไทยดำเนินการพัฒนาเศรษฐกิจการเมืองก็รีบร้อนไปรวดเร็วกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อเทียบกับประเทศลาวและพม่า ผลที่ปรากฏเด่นชัด คือ ลักษณะของการพัฒนาเศรษฐกิจโดยรวมสองฟากฝั่งไม่สอดคล้องกัน และโดยเฉพาะภายหลังการเปิดชายแดนเพื่อเศรษฐกิจการค้าด้วยแล้ว จะพบว่า การพัฒนาเศรษฐกิจทางชายแดนกลับพบความไม่สมดุลอย่างชัดเจน ดังเช่น ในช่วงระหว่างปลายทศวรรษที่ 1970 ถึงต้นทศวรรษที่ 1990 เศรษฐกิจของลาวตกต่ำจากการปกครองประเทศในระบบสังคมนิยมคอมมิวนิสต์ ไม่สามารถเปิดประเทศเพื่อการพัฒนาทางเศรษฐกิจได้อย่างเต็มที่ คนลาวจำนวนมากที่ประสบปัญหาความยากจน มีรายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในครัวเรือน ขณะที่ค่าใช้จ่ายสำหรับอุปโภคบริโภคในครัวเรือนกลับสูงขึ้นเรื่อย ๆ พวกเขาต่างค้นหาโอกาสในการข้ามชายแดนเข้ามายังเมืองไทยเพื่อหางานทำ ซึ่งก็สอดคล้องกับในสถานะที่ฝั่งไทยเองที่มีการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ขยายตัวมากกว่า ซึ่งนายจ้างคนไทยก็มีความต้องการแรงงาน “ราคาถูก” มาตอบสนองการลดต้นทุนการผลิตของตนเองเพื่อให้การส่งออกสามารถทำกำไรได้มากขึ้น

ปัญหาความยากจนของคนในประเทศลาว สะท้อนให้เห็นได้อย่างชัดเจนจากสถิติความยากจนที่ระบุว่า ความยากจนเป็นปัญหาหลักของประเทศลาว ดังเช่น ธนาคารโลก (World Bank)¹⁹ รายงาน

¹⁸ ภายหลังจากลาวได้รับเอกราชจากการตกเป็นอาณานิคม ในปี ค.ศ. 1975 เป็นต้นมา ลาวได้เปลี่ยนระบอบการปกครองเข้าสู่ระบบสังคมนิยมคอมมิวนิสต์ และดำรงวิถีทางเศรษฐกิจแบบสังคมนิยมเป็นเวลานาน ทำให้เศรษฐกิจของลาวประสบปัญหาความฟุ้งซ่าน เกิดปัญหาความยากจน ขาดแคลนสินค้าอุปโภคบริโภค เกิดปัญหาเงินเฟ้อและปัญหาการบริหารงานและการผลิตที่ไร้ประสิทธิภาพ จนรัฐบาลลาว ภายหลังปี ค.ศ. 1986 ในบริบทสืบเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในกลุ่มประเทศสังคมนิยมแกนนำ ซึ่งเป็นช่วงที่โซเวียตเปลี่ยนมาใช้นโยบาย Perestroika และเวียดนามเปลี่ยนมาใช้นโยบาย Doi Moi ลาวจึงได้ดำเนินการปรับเปลี่ยนนโยบายเศรษฐกิจของประเทศตนใหม่ เรียกว่า “นโยบายจินตนาการใหม่” (New Economic Mechanism) โดยได้กำหนดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 2 ช่วงปี 2529-2533 นำเอาระบบราคาที่เป็นไปตามกลไกตลาด และการบริหารในเชิงธุรกิจมาใช้มากขึ้น

¹⁹ World Development Indicators database, World Bank, 1 May 2007 (สืบค้นเมื่อวันที่ 13 พฤศจิกายน 2552) โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ <http://web.worldbank.org/WBSITE/EXTERNAL/DATASTATISTICS/>

ว่า ในปี ค.ศ. 2005 ประเทศลาวยังคงถูกจัดให้เป็นประเทศที่ยากจนประเทศหนึ่งในเอเชีย โดยมีรายได้เฉลี่ยต่อประชากรเพียง 430 ดอลลาร์สหรัฐ/ปี (ประมาณ 15,000 บาท/ปี) และเพิ่มมาเป็น 740 ดอลลาร์สหรัฐ/ปี (ประมาณ 26,000 บาท/ปี) ในปี ค.ศ. 2008 ขณะที่ประเทศไทยกลับมีรายได้เฉลี่ยต่อประชากรมากกว่าถึง 7 เท่าตัวที่ 2,720 ดอลลาร์สหรัฐ/ปี (ประมาณ 95,000 บาท/ปี) และเพิ่มเป็น 2,840 ดอลลาร์สหรัฐ/ปี (ประมาณ 100,000 บาท/ปี) ในปีค.ศ. 2008 นอกจากนี้ โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP) ยังจัดให้ประเทศลาวติดอันดับที่ 140 จากจำนวนทั้งหมด 178 ประเทศที่จำเป็นต้องมีการพัฒนาทรัพยากรด้านต่าง ๆ เพิ่มมากขึ้น เช่น ทรัพยากรมนุษย์ การศึกษา เพื่อรองรับความมั่นคงทางสังคมและเศรษฐกิจในอนาคต

ตัวเลขสถิติที่ยกมาดังกล่าว สะท้อนให้เห็นว่า การพัฒนาเศรษฐกิจในประเทศลาวยังคงเกิดขึ้นน้อยมาก ขณะที่รายได้ของประชากรโดยส่วนใหญ่มาจากภาคการเกษตรที่ยังคงเน้นการผลิตเพื่อการยังชีพ และมีรายได้จากการปลูกพืชเพื่อขายไม่มากนัก ส่วนรายได้เสริมจากการทำงานอื่น ๆ เป็นไปได้ยาก ภาวะการไร้งานทำในประเทศจึงเกิดขึ้นโดยทั่วไปในหมู่คนลาว โดยเฉพาะในเขตชนบท ซึ่งสถานการณ์การพัฒนาทางเศรษฐกิจในลาวเช่นนี้เองทำให้คนลาวโดยทั่วไปแสวงหาโอกาสหารายได้ทางเศรษฐกิจเพิ่มเติมจากภายนอก จะพบว่า ช่วงหลังวิกฤตทางเศรษฐกิจการเมืองปี ค.ศ. 1997 เป็นต้นมา ปรากฏการณ์แรงงานพลัดถิ่นชาวลาวเข้าสู่ประเทศไทยเกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง มีรายงานระบุว่า มีแรงงานลาวพลัดถิ่นมากกว่า 100,000 คนทั้งผิดและถูกกฎหมายเดินทางเข้ามาทำงานในเมืองไทย (Asian Migrant Center 2002) โดยส่วนใหญ่เดินทางเข้าประเทศไทยผ่านทางชายแดนไทย-ลาวแขวงจำปาสัก

อย่างไรก็ตาม เมื่อพิจารณาในรายละเอียดจากสถิติจากกระทรวงแรงงานของประเทศไทยจะพบว่า มีการจดทะเบียนแรงงานลาวในไทยในปี ค.ศ. 2002 จำนวน 42,085 คน ซึ่ง 59.2% (24,910) เป็นผู้หญิง และ 40.8% (17,175) เป็นผู้ชาย ขณะที่วัยรุ่นอายุประมาณ 15-18 ปี ถือเป็นสัดส่วนที่เข้ามาหางานทำมากที่สุด ขณะที่ก่อนหน้านี้ รัฐบาลไทยประมาณการว่า มีแรงงานที่ทั้งจดทะเบียนและไม่จดทะเบียนชาวลาวเข้ามาทำงานในเมืองไทยไม่ต่ำกว่า 100,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้ ครึ่งหนึ่ง หรือประมาณ 50,000 คนมีสถานภาพเป็นแรงงานผิดกฎหมายและกำลังทำงานอยู่ในกรุงเทพฯ ขณะที่จำนวน 45,000 คนทำงานอยู่ในภาคการเกษตรและงานก่อสร้างบริเวณชายแดนไทย-ลาว ขณะที่สถิติจากองค์กรแรงงานสากล (ILO) กลับระบุว่า ตัวเลขของทางการไทยมีน้อยกว่าความเป็นจริงมากนัก ซึ่งองค์กรแรงงานสากลเชื่อว่า มีแรงงานลาวในไทยมากถึง 300,000 คน โดยจำนวนนี้ มีแรงงานชาวลาวจำนวน 45,000 คนทั้งจดทะเบียนและไม่ได้จดทะเบียนกับทางการไทยอพยพมาจาก 3 แขวงหลัก คือ แขวงคำม่วน สะหวันเขต และ จำปาสัก และโดยส่วนใหญ่เป็นผู้หญิงมากกว่าชาย โดยตัวเลขรวมแรงงานลาวในไทยจากทั้งสามแขวงมี 45,215 คน ซึ่ง 50% เป็นผู้หญิง

ตัวเลขของแรงงานพลัดถิ่นชาวลาวที่เข้ามาทำงานในเมืองไทยยังคงได้รับคำยืนยันจากเจ้าหน้าที่รัฐของประเทศลาวเช่นกันที่ว่า ปัจจุบันแรงงานจากประเทศลาวอย่างน้อย 100,000 คนลักลอบข้าม

แดนไปทำงานในประเทศไทยอย่างผิดกฎหมาย ซึ่งบางส่วนคือ คนหนุ่มสาวที่ต้องการเข้ามาทำงานในเมืองไทยมากกว่า 1 ปี ขณะที่บางส่วนต้องการเป็นเพียง “แรงงานชั่วคราว” ที่มีเวลาว่างหลังการเก็บเกี่ยวผลผลิตที่บ้านตนแล้วเสร็จและในช่วงฤดูแล้ง ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีแรงงานตามฤดูกาลเช่นนี้จำนวนมากเดินทางเข้าเมืองไทย ไปทำงานยังภาคเศรษฐกิจต่าง ๆ ของไทย เช่น ทำงานในโรงงานตัดเย็บเสื้อผ้า ในอุตสาหกรรมการประมง ทำงานบ้านและงานอื่น ๆ ซึ่งส่วนใหญ่ คือ วัยรุ่น คนหนุ่มสาว และเพิ่มมากขึ้นในช่วงหลังปี ค.ศ. 1997

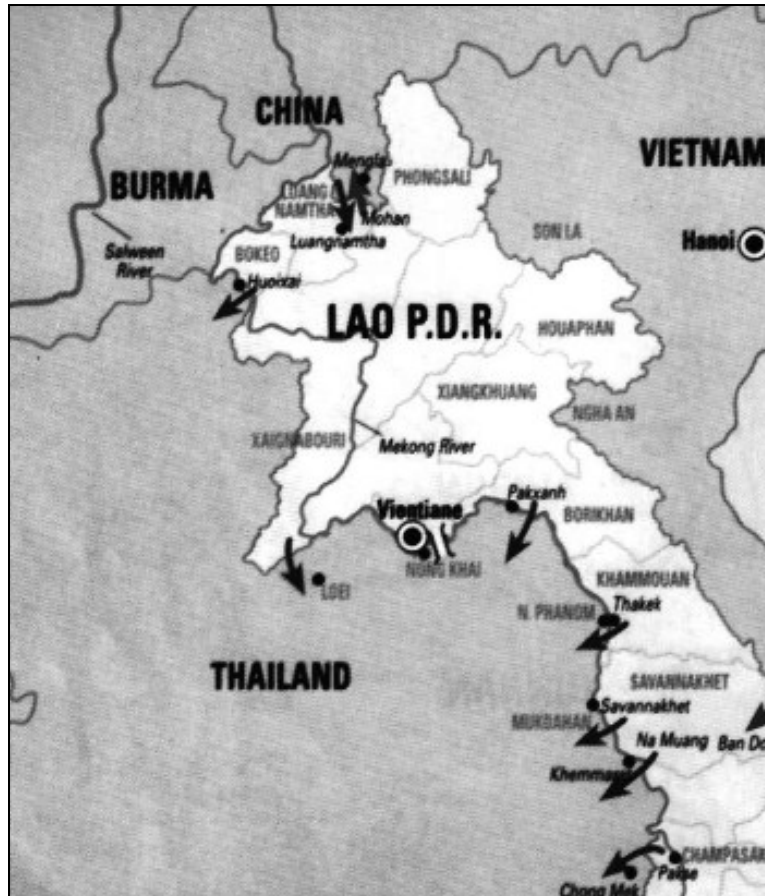
ขณะที่ในพื้นที่เชียงรายตามแนวพรมแดนไทย-ลาวได้แก่ อำเภอเชียงแสน เชียงของ และเวียงแก่นนั้น นับตั้งแต่มีกลไกการสร้างความร่วมมือในการพัฒนาอนุภูมิภาคกลุ่มน้ำโขง (GMS) ก็เกิดปรากฏการณ์การทะลักเข้ามาลงทุนของพ่อค้า นักธุรกิจ จากภายนอก รวมทั้งนักธุรกิจในพื้นที่เอง โดยเฉพาะธุรกิจบริการที่ต้องอาศัยแรงงานราคาถูก แรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านอย่างลาวและพม่าได้กลายเป็นแรงงานหลักในภาคบริการของธุรกิจเหล่านี้ ตัวเลขแรงงานข้ามชาติที่มีใบอนุญาตของสำนักงานจัดงานจังหวัดเชียงราย ณ 29 สิงหาคม 2552 พบว่ามีแรงงานชาวพม่า 14,017 คน ลาว 732 คน และกัมพูชา 6 คน²⁰ ซึ่งเป็นที่น่าเชื่อว่าตัวเลขดังกล่าวต่ำกว่าความเป็นจริง

สำหรับสาเหตุสำคัญที่แรงงานพลัดถิ่นชาวลาวจำนวนมากต้องข้ามแดนไปทำงานในเมืองไทยนั้น อาจพบว่า มีหลากหลายสาเหตุด้วยกัน แต่โดยทั่วไป จะพบสาเหตุร่วมกัน ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ปัญหาการพัฒนาเศรษฐกิจที่ไม่สมดุลระหว่างสองฟากฝั่ง ในลาว ผู้คนมีรายได้ไม่เพียงพอภายในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจยากจนและปรารถนาจะมีรายได้เพิ่มมากขึ้นมาใช้จ่ายในครอบครัว โดยส่วนใหญ่สภาวะการณดังกล่าวเกิดขึ้นในกลุ่มชนภาคชนบทของลาวที่ทำการเกษตรแบบยังชีพ ปลูกพืชเพื่อเป็นอาหารและขายบางส่วน ขณะที่การทำงานทำในประเทศมีน้อย หรือหากมีก็เป็นการทำงานในเมือง ที่ซึ่งก็พบปัญหาค่าจ้างแรงงานต่ำและสวัสดิการจ้างงานไม่ดีพอ

จากการเก็บข้อมูลสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างบริเวณชายแดนไทย-ลาว แถบภาคเหนือตอนบนพบว่า ในช่วงหลังฤดูกาลเก็บเกี่ยวในฝั่งบ่อแก้ว และหลวงน้ำทา คนลาวจำนวนมากได้เดินทางข้ามฟากมายังฝั่งไทย เพื่อหารายได้เสริมอื่น ๆ ภายหลังที่ตนเองเก็บเกี่ยวผลผลิตแล้วหรือในช่วงฤดูแล้ง กลุ่มคนเหล่านี้โดยส่วนใหญ่มีมักเดินทางข้ามไปมาหาสู่กันได้อย่างสะดวก

²⁰ สำนักงานจัดงานจังหวัดเชียงราย. ข้อมูลการจดทะเบียนแรงงานต่างด้าวหลบหนีเข้าเมืองสัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชา. สืบค้นวันที่ 18 พฤศจิกายน 2552 จาก <http://www.cr-emp.com/home2/index.php>



แผนภาพแสดงการเคลื่อนย้ายของกลุ่มแรงงานลาวเข้าสู่เมืองไทยตามชายแดนไทย-ลาว ซึ่งพบว่า ในช่วงหลังปีค.ศ. 1997 เกิดการเคลื่อนย้ายของแรงงานพลัดถิ่นชาวลาวจำนวนไม่ต่ำกว่าแสนคน หลังไหลเข้ามาหางานทำในเมืองไทย โดยมีทั้งแรงงานตามฤดูกาลและแรงงานที่ปรารถนาทำงานระยะยาวมากกว่า 1 ปี แรงงานเหล่านี้ในแง่หนึ่งต้องพลัดถิ่นเพราะปัญหาภาวะเศรษฐกิจฝืดเคืองในบ้านตน พวกเขาต้องแสวงหาทางรอด การเดินทางข้ามแดนเพื่อหางานทำเป็นหนทางหนึ่ง แต่การเดินทางข้ามแดนของพวกเขาก็ไม่ได้ราบรื่น แรงงานพลัดถิ่นชาวลาวจำนวนมากถูกกระบวนกรค้ามนุษย์ นายจ้างหลอกลวง ถูกล่วงละเมิด และต้องประสบกับปัญหาการกระทำผิดกฎหมายในไทยอย่างมากมาย (ดัดแปลงจาก Asian Migration Center 2002)

อย่างเช่น พื้นที่อำเภอเวียงแก่น เป็นอำเภอเล็ก ๆ ที่ไม่ค่อยมีการลงทุนทางด้านธุรกิจภาคบริการ แต่ส่วนใหญ่จะเป็นการทำการเกษตรกรรม บางคนมาเป็นแรงงานเก็บข้าวโพดในอำเภอเวียงแก่น ชายแดนไทย-ลาว หรือมาช่วยงานในสวนผลไม้ของเกษตรกรฝั่งไทย เช่น การมาทำงานอยู่ในสวนส้ม สวนส้มโอ ไร่ยาสูบและโรงบ่มยาสูบไม่ต่ำกว่า 500 คน หรือ บริเวณอำเภอเชียงของ ซึ่งเป็นเมืองหน้าด่านของการท่องเที่ยวข้ามพรมแดนไทย-ลาว มีด้านสากลที่อำนวยความสะดวกในการข้ามแดน ประกอบกับมีการลงทุนทางด้านธุรกิจบริการที่เพิ่มมากขึ้นโดยเฉพาะร้านอาหาร ที่พัก โรงแรม เกสต์เฮาส์ ร้านคาราโอเกะขยายตัวอย่างมาก ทำให้มีความต้องการแรงงานมากขึ้น ในเขตอำเภอนี้ เรามักพบ

เด็กผู้หญิงจากลาวที่ข้ามมาทำงานในร้านค้า ร้านอาหาร ภาคบริการดังกล่าว อย่างไรก็ตาม บางส่วนแรงงานผู้ชายชาวลาวได้เข้ามาทำงานรับจ้างเป็นกรรมกร หรือลูกจ้างภาคการเกษตร โรงบ่มยาสูบ และโรงงานต่าง ๆ²¹ ซึ่งเชื่อว่า น่าจะมีแรงงานชาวลาวที่เข้ามาทำงานในเขตอำเภอเชียงของไม่ต่ำกว่า 2,000 คน ส่วนใหญ่มาทำงานชั่วคราว 4-5 วัน จากนั้นข้ามกลับไปประทับตราบัตรผ่านแดน แล้ววนกลับมาทำงานใหม่ โดยไม่ได้สนใจการลงทะเบียนแรงงานต่างด้าวตามกฎหมาย

นอกจากนี้ แรงงานพลัดถิ่นชาวลาวบางคนยังให้เหตุผลว่า ต้องการรายได้บางส่วนมาใช้จ่ายกับค่าครองชีพที่สูงขึ้น ซึ่งทำให้ครอบครัวมีค่าใช้จ่ายที่จำเป็นมากขึ้น หรือบางคนต้องการเก็บเงินเพื่อสร้างบ้านใหม่ หรือซื้อของใช้ เครื่องใช้ไฟฟ้า เครื่องอำนวยความสะดวกอื่น ๆ ที่จำเป็นมากขึ้น ขณะที่บางคนมีญาติอยู่ฝั่งไทยในอำเภอเชียงของ เชียงแสน ก็มักจะเที่ยวมาหาญาติเพื่อได้ทำทั้งงานและได้เที่ยวไปด้วย อย่างไรก็ตาม ก็พบว่า มีแรงงานลาวพลัดถิ่นบางส่วนที่ต้องการเงินซื้อหาความบันเทิงให้ตัวเอง

นอกจากนี้ ยังพบว่า ครอบครัวของคนลาวตามชายแดนไทย-ลาวมักประสบปัญหาบางประการที่น่าสนใจ เช่น ในกลุ่มผู้หญิงที่รู้สึกว่าการทำงานมากขึ้นจากการทำงานบ้าน เลี้ยงลูกและทำการเกษตร จึงตัดสินใจออกมาหางานทำนอกบ้านเพื่อมองหาเสรีภาพของตนเองขณะที่มีรายได้นำกลับไปจุนเจือครอบครัว นอกจากนี้ มีบางครอบครัวพบว่า มีปัจจัยอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดปัญหาเงินขาดมือ เช่น ปัญหาคนในครอบครัวเจ็บป่วยจากโรคที่ต้องใช้เงินค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก บางคนมีพ่อและญาติที่ติดหนี้การพนันจากการเข้าไปเล่นการพนันในบ่อนตามชายแดน ทำให้เกิดหนี้สิน หรือบางคนมีหนี้สินจากการลงทุนทางการเกษตรที่ไม่ประสบผลสำเร็จ เป็นต้น ขณะที่กลุ่มคนหนุ่มสาวหรือวัยรุ่นบางส่วนที่จบการศึกษาในระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 หรือระดับชั้นมัธยมปีที่ 3 ไม่ต้องการศึกษาต่อเพราะการศึกษาต่อในระดับสูง จำเป็นต้องเสียค่าใช้จ่ายสูงขึ้น ซึ่งหมายถึงการมีหนี้ในระยะยาวหากตัดสินใจเรียนต่อ คนหนุ่มสาวเหล่านี้ก็มักตัดสินใจออกมาหางานทำภายนอก หรือบางคนยอมออกมาหางานทำภายนอกเพื่อนำเงินมาส่งเสียให้น้องหรือพี่เรียนต่อในระดับสูงกว่า

ผู้คนชาวลาวเหล่านี้จำนวนมากยอมเสี่ยงเดินทางข้ามแดนอย่างผิดกฎหมายเข้าประเทศไทย เพื่อให้ได้ค่าจ้างแรงงานในไทยที่สูงกว่าในประเทศของตน ซึ่งถือเป็นทางเลือกที่น่าดึงดูดใจสำหรับแรงงานลาวพลัดถิ่นที่ต้องการมีรายได้เพิ่มขึ้นและหนีหนทางที่จำกัดชีวิตของตนในประเทศลาว อย่างไรก็ตาม มีชาวลาวบางกลุ่มที่เดินทางข้ามแดนมายังฝั่งไทยในลักษณะชั่วคราวตามการอนุญาตของใบผ่านแดน หรือบางคนก็ข้ามแดนโดยเลือกใช้เส้นทางอื่น ๆ ที่ไม่ผ่านด่านตรวจของทางการ เช่น ว่ายน้ำข้ามลำน้ำโขง หรือข้ามแดนผ่านเส้นทางที่หลบหลีกสายตาผู้คน

²¹ บริเวณอำเภอเชียงของมีโรงงานทั้งสิ้น 54 โรงงาน ในจำนวนนี้มีโรงงานอุตสาหกรรมที่อยู่ในกลุ่มอุตสาหกรรมอาหารและอาหารสัตว์และอุตสาหกรรมเชรามิคและแก้วจำนวน 47 โรงงาน โดยรวมโรงสีข้าวและบ่มยาสูบ 44 โรง ส่วนอุตสาหกรรมที่อยู่นอกกลุ่มเป้าหมายมี 4 กลุ่มย่อย คือ อุตสาหกรรมอบพืชและเมล็ดพืช อุตสาหกรรมกระดาษและสิ่งพิมพ์ อุตสาหกรรมประกอบชิ้นส่วน อุตสาหกรรมแร่และโลหะรวม 7 โรงงาน อุตสาหกรรมอบพืชและเมล็ดพืชมีอยู่เพียง 1 โรง โดยอบข้าวโพด ข้าวเปลือก ถั่วเหลือง และโรงงานผลิตกระดาษสา 1 โรง

2. การเปิดขึ้นของอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขงที่ประเทศไทยเข้าไปเกี่ยวข้องอย่างเต็มตัวและการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศลุ่มน้ำโขงได้นำไปสู่การพัฒนาเครือข่ายระบบคมนาคมขนส่งและสาธารณูปโภคต่าง ๆ ที่ทำให้เกิดการเดินทางที่สะดวกรวดเร็ว การเชื่อมโยงทางชายแดนที่มีลักษณะทางกายภาพของประเทศมีชายแดนติดกันอยู่แล้วได้ทำให้การเดินทางข้ามแดนของชนชาวลาวเป็นไปได้ง่ายมากขึ้นภายหลังข้อตกลงเรื่องความร่วมมือในการพัฒนาโครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ เมื่อมีถนนที่เข้าถึงได้การเดินทางที่ง่ายขึ้น สะดวกขึ้น ได้นำไปสู่การขยายเครือข่ายของการอพยพย้ายถิ่น ตลอดจนเครือข่ายของการค้ามนุษย์ที่ทำได้ง่ายมากขึ้นตามไปด้วย ทำให้กระบวนการอพยพย้ายถิ่นไปได้ไกลมากขึ้นและกว้างขวางขึ้น ดังผลการศึกษาของ Cohen and Lyttleton (2004) ที่ได้นำเสนอไว้ในบทก่อนหน้า

3. ภาพลักษณ์ของเมืองไทยในฐานะประเทศที่พัฒนาอย่างรวดเร็ว มีความทันสมัยและความเจริญ ประกอบกับมีตัวอย่างของคนลาวในหมู่บ้านที่สามารถนำรายได้กลับไปซื้อหาความสะดวกสบายในภายหลัง คือ อีกสาเหตุที่จูงใจให้คนลาวเดินทางข้ามแดนมาทำงานในประเทศไทย ในประเด็นนี้ข้อมูลจากศูนย์การย้ายถิ่นเอเชีย (2007) พบว่า มีพ่อแม่ของเด็กหนุ่มสาวชาวลาวในชนบทจำนวนมากที่พบเห็นเพื่อนบ้านและญาติมิตรกลับมาจากเมืองไทยแล้วมีฐานะทางเศรษฐกิจที่แตกต่างไปจากเดิม มีเครื่องใช้อำนวยความสะดวก หรือมีทุนสำหรับสร้างบ้านหลังใหม่ พ่อแม่ของเด็กเหล่านั้นต่างมีความหวังที่จะเห็นลูกหลานของตนเดินทางไปทำงานในเมืองไทยแล้วกลับมาพร้อมสิ่งที่คุณสมบัติ

นอกจากนี้ การรับรู้ถึงความทันสมัย และการพัฒนาของคนลาวเกี่ยวกับเมืองไทยผ่านสื่อข้ามชายแดน โดยเฉพาะคนลาวที่ชายแดนที่สามารถรับโทรทัศน์ไทยได้ ที่มีทั้งดาราหนังไทย ผ่านสื่อไทยและแผ่นเพลงคาราโอเกะต่าง ๆ ที่เพิ่มความปรารถนาในการบริโภคข้าวของ เครื่องใช้สอยต่าง ๆ เครื่องอำนวยความสะดวกที่คนลาวจำนวนมากพึงอยากมีไว้ในครอบครอง สิ่งเหล่านี้เป็นแรงจูงใจไม่น้อยที่สร้างความปรารถนาให้คนหนุ่มสาวชาวลาวจำนวนมากประสงค์จะข้ามแดนมาเพื่อทั้งทำงานมีรายได้ในเมืองไทยและเพื่อได้มาท่องเที่ยวดูความทันสมัยในเมืองใหญ่

ไม่เพียงเท่านั้น ความเข้มข้นของการแสวงหาแรงงานพลัดถิ่นลาวในหมู่บ้านของกิจการหรือผู้ประกอบการในฝั่งไทย โดยเฉพาะในกลุ่มของนายหน้าผู้ส่งผ่านแรงงานสู่นายจ้างก็มีส่วนกระตุ้นให้เกิดการไหลเข้าฝั่งไทยของแรงงานชาวลาวทั้งโดยถูกกฎหมายและไม่ถูกกฎหมาย รายงานขององค์กรแรงงานสากลระบุว่า ผู้หญิงลาวบางคนมีนายหน้าไปรับสมัครงานโดยตรงที่หมู่บ้านเพื่อพาเข้าไปทำงานในเมืองไทย หรือ บางหมู่บ้านในชนบทของลาวก็แอบลักลอบเข้ามาทำงานในสวนยางพาราทางใต้ของประเทศไทยผ่านการสร้างเครือข่ายของเพื่อนในหมู่บ้านเดียวกันที่มาทำงานก่อน

การที่ชาวลาวจำนวนมากเลือกที่จะเดินทางเข้ามาทำงานในเมืองไทยนั้น แน่นอนว่า สิ่งที่เขาได้รับ คือ รายได้ที่เพิ่มมากขึ้น แม้ว่าบางคนต้องเสี่ยงอย่างมากในการเข้าเมืองไทยอย่างผิดกฎหมายหลายคนถูกจับและถูกเลือกปฏิบัติจากคนแปลกหน้าและนายจ้างที่เอารัดเอาเปรียบ แต่หลายคนก็เชื่อว่าการเสี่ยงเหล่านี้คุ้มค่า เพราะแลกกับการนำมาซึ่งรายได้เพื่อเลี้ยงดูครอบครัว อย่างไรก็ตาม ยังมีอาจ

บอกได้ว่ารายได้ที่เพิ่มขึ้นนั้น จักเป็นเครื่องรับประกันความสุขหรือปลดปล่อยความทุกข์ให้กับพวกเขาได้

ความทุกข์ทนจากการพลัดถิ่น: จากบ้านสู่เมืองไทย

การที่ชาวลาวจำนวนมากเลือกที่จะเดินทางเข้ามาทำงานในเมืองไทยนั้น สิ่งที่พวกเขาได้รับเป็นข้อแลกเปลี่ยนอย่างเป็นรูปธรรม คือ รายได้เสริมจากการเข้ามาทำงาน แต่พวกเขาเรียกสิ่งเหล่านี้ว่าความสุขได้หรือไม่ ความสุขที่พวกเขาได้รับจากการเดินทางไปสู่ที่แปลกถิ่น หรือความสุขของคนลากับโอกาสที่ได้จากการทำงานในฝั่งไทยจะวัดจากตัวเงินเพียงอย่างเดียวได้หรือไม่ หรือกลับกลายเป็นว่าพวกเขากลับต้องได้เผชิญกับความทุกข์ในรูปแบบใหม่ ความทุกข์อันเกิดจากการแสวงหาประโยชน์จากพวกเขาโดยคนแปลกหน้า ความทุกข์จากการถูกปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียม ความทุกข์จากการถูกมองอย่างหยามเหยียด หรือความทุกข์จากการต้องเผชิญกับโรคภัยไข้เจ็บในต่างถิ่น ฯลฯ ที่มีปรากฏการณ์มากมายที่สะท้อนความทุกข์ทนของพวกเขาอันเกิดจากการเอารัดเอาเปรียบแรงงานพลัดถิ่นชาวลาวจากสถานการณ์การพลัดถิ่นเข้ามาเมืองไทย และถูกฉกฉวยเอาประโยชน์โดยนายจ้างที่ต้องการแรงงานราคาถูก

ในประเด็นนี้ แม้ว่า ในมุมหนึ่ง อาจคิดได้ว่า คนลาวอาจจะเต็มใจเดินทางมาหางานทำในฝั่งไทยเองเพื่อแสวงหาชีวิตที่ดีกว่า แต่ต้องไม่ลืมพิจารณามูลเหตุปัจจัยอันเป็นต้นเรื่องที่ทำให้เกิดการพลัดถิ่นจากปัญหาของรัฐลาวและการพัฒนาประเทศที่สร้างให้เกิดความยากจนและการไร้งานทำในประเทศภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำกลายเป็นแรงผลักดันอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ ทำให้เกิดการอพยพออกมาหางานทำนอกบ้านตน เข้ามาเป็นคนพลัดถิ่นในเมืองไทย แต่เมื่อข้ามแดนเข้ามายังรัฐชาติอีกแห่งหนึ่งในบริบทที่รัฐชาติไทยอยู่ภายใต้กระแสทุนนิยมโลกและระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมที่เต็มไปด้วยการแข่งขัน นายทุนต้องการแรงงานรับจ้างราคาถูกเพื่อลดต้นทุนการผลิตจึงเกิดการแสวงหาผลประโยชน์และเอารัดเอาเปรียบในรูปแบบต่าง ๆ

ในทางกฎหมาย แรงงานพลัดถิ่นชาวลาวส่วนใหญ่ไม่ได้ข้ามแดนเข้ามาทำงานในไทยอย่างถูกกฎหมาย เพราะรัฐบาลไทยกับลาวไม่ได้เซ็นสัญญาการข้ามแดนกันระหว่างสองประเทศ คนลาวจึงต้องอาศัยช่องทางอื่น ๆ ในการหลบหลีกเข้ามา บางส่วนพึ่งญาติพี่น้อง ครอบครัว เครือข่ายทางสังคม หรือเครือข่ายนายหน้า ผู้ลักลอบค้าของเถื่อน หรือ ผู้ค้ามนุษย์ เป็นที่พึ่งพิงเพื่อให้ได้มาซึ่งการทำงานในเมืองไทย แรงงานชาวลาวบางส่วนต้องจ่ายค่านายหน้าจำนวนมากเพื่อให้การรับรองว่าจะมีงานทำจริง ขณะที่คนลาวจำนวนมากก็ไม่เลือกจดทะเบียนกับกรมแรงงานต่างด้าวของไทยเพราะเสียค่าใช้จ่ายสูง หรือบางส่วนอาจจะข้ามแดนเข้ามาเมืองไทยมาอย่างถูกกฎหมายด้วยบัตรผ่านแดน (border pass) แต่สุดท้ายก็อยู่อาศัยเกินกำหนดและทำงานต่อไปผ่านเครือข่ายสังคม ครอบครัวหรือนายหน้า

แรงงานพลัดถิ่นชาวลาวที่ทำงานอยู่ใกล้ชายแดนอาจเลือกข้ามชายแดนเข้ามาอย่างผิดกฎหมายผ่านการเดินหรือว่ายน้ำข้ามน้ำโขง และใช้กลุ่มพ่อค้านายหน้าเพื่อเดินทางต่อเข้ามายังกรุงเทพฯ หรือจังหวัดอื่น ๆ ที่มีงานทำ แม้ว่า บางส่วนจะประสบผลสำเร็จในการเดินทางข้ามแดนมายังเมืองไทยและ

ได้งานทำในระยะหนึ่ง แต่ก็พบว่า มีแรงงานพลัดถิ่นชาวลาวจำนวนมากถูกจับและถูกส่งตัวกลับไปยังฝั่งลาว จะพบว่า ปัจจุบันมีแรงงานลาวจำนวนมากที่ถูกจับและรอส่งกลับประเทศอยู่ที่ด่านตรวจคนเข้าเมืองในฝั่งไทย²² ขณะที่ในภาคเศรษฐกิจของฝั่งไทยกลับมีความต้องการกรรมกรหรือแรงงานไร้ฝีมือมากขึ้นเพื่อรองรับการขาดแคลนแรงงาน โดยเฉพาะแรงงานราคาถูกเพื่อลดต้นทุนการผลิต ปัญหาความต้องการแรงงานไร้ฝีมือในสถานะเศรษฐกิจขยายตัวสอดคล้องกับสถานการณ์การลักลอบเข้ามาทำงานของแรงงานพลัดถิ่นสัญชาติพม่า ลาว กัมพูชาจำนวนมากว่าล้านคน แต่มีปัญหาในทางกฎหมายของไทยในการปรับใช้นโยบายแรงงานต่างด้าว 3 สัญชาติ ลาว เขมร พม่าที่ยังมีความลึกลับขัดแย้ง ความลึกลับเหล่านี้ได้นำไปการเอารัดเอาเปรียบแรงงานพลัดถิ่นได้ง่ายมากขึ้น

ภาวะแรงกดดันทางเศรษฐกิจทำให้เกิดการพลัดถิ่นเข้าสู่เมืองไทย แต่เป็นการเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมาย และทางเลือกในการทำงานที่มีไม่มากนัก ทำให้แรงงานพลัดถิ่นชาวลาวเหล่านี้ต้องทำงานทุกอย่าง ไม่มีข้อยกเว้น รวมถึงงานที่เรียกกันโดยทั่วไปว่า 3 D อันได้แก่ งานที่เสี่ยงอันตราย (Dangerous) งานที่สกปรก (Dirty) และงานที่ยากลำบาก (Difficult) เพื่อแลกกับค่าจ้างที่อยู่ในระดับต่ำกว่าระดับค่าจ้างแรงงานมาตรฐาน แรงงานพลัดถิ่นชาวลาวเหล่านี้มีน้อยนักที่จะมีสิทธิต่อรองหรือได้รับการคุ้มครองจากข้อบังคับตามกฎหมาย และเพราะสภาพการทำงานและความเป็นอยู่ที่แออัดขาดสุขลักษณะ และในแหล่งเสื่อมโทรมซึ่งยิ่งทำให้มีโอกาสของการแพร่ระบาดของโรคต่าง ๆ ได้ง่ายและเป็นอันตรายต่อแรงงานพลัดถิ่นเหล่านั้น

แม้ว่า ในเมืองไทย จะมีภาพอันหลากหลายของคนไทยที่ได้ขึ้นชื่อว่าเป็นนายจ้าง ไม่ว่าจะเป็นภาพนายจ้างที่เปี่ยมไปด้วยมนุษยธรรมและมีจิตใจดี พร้อมจะอ้าแขนต้อนรับเพื่อนบ้านที่หอบผ้าหอบผ่อนหนีตายมาพึ่งแผ่นดินไทย ขณะเดียวกัน ก็ยังมีภาพการล่วงละเมิด การฉกฉวยประโยชน์ การกดขี่ ขูดรีดแรงงาน การค้ามนุษย์ สตรีและเด็กเพื่อประโยชน์ส่วนตน

ปัญหาเรื่องการได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียม การถูกเอารัดเอาเปรียบจากกลุ่มต่างๆ ในเมืองไทย และประสบการณ์ของคนลาวในการถูกหลอกให้เข้ามาทำงานที่ตนเองไม่รู้มาก่อน ได้รับการยืนยันจากองค์กรแรงงานสากล (International Labor Organization-ILO) ที่ทำการสำรวจแรงงานพลัดถิ่นชาวลาวจากแขวงจำปาศักดิ์เมื่อปี ค.ศ. 2000 พบว่า 50% ของ 45,000 คน คือ กลุ่มหนุ่มสาววัยรุ่นอายุระหว่าง 15-18 ปี ซึ่งคนกลุ่มนี้จำนวนมากเกี่ยวข้องกับการค้าบริการทางเพศ (Caouette 1998) ในจำนวนแรงงานพลัดถิ่นชาวลาวที่เดินทางเข้ามายังเมืองไทยนี้ ยังพบว่า ได้รับผลกระทบจากปัญหาการเอารัดเอาเปรียบต่าง ๆ นานา ๆ ในเมืองไทย ไม่ว่าจะเป็น การถูกดูถูกและเอารัดเอาเปรียบโดยนายจ้างคนไทย ได้รับค่าจ้างแรงงานต่ำ การถูกล่อลวงโดยกลุ่มค้ามนุษย์ การทำแท้งอย่างไม่ปลอดภัย

²² <http://www.manager.co.th/IndoChina/ViewNews.aspx?NewsID=9520000100115> (ดาโพลด์เมื่อ 13 พย.52)

การถูกบังคับขายตัว²³ การตั้งครุฑที่ไม่เป็นที่ต้องการ และความรุนแรงทางเพศ ตลอดจนขาดการเข้าถึงบริการสาธารณสุขในประเทศไทย (Archavanikul 1998, Caouette 1998, Kaosar-ard 2003)

งานวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล²⁴ ได้ศึกษาวิจัยเรื่องความเสี่ยงของเชื้อเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่นสตรีจากประเทศพม่าและลาวที่เข้าสู่ประเทศไทยเพื่อประกอบอาชีพหึงบริการ โดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มหึงบริการชาวพม่าและลาวจำนวน 200 คน เป็นผู้หญิงลาว 25 คน และผู้หญิงพม่า 175 คน อายุระหว่าง 14-42 ปี ซึ่งพบข้อมูลที่น่าสนใจว่า เด็กชาวลาวและชาวพม่าจำนวน 40.1% ทำงานอาชีพหมอนวดหรือพนักงานนวดในเมืองไทยเมื่อมาถึง แต่ก็พบว่าอีกจำนวนหนึ่งถูกชักนำให้เข้ามาทำงานในภาคแรงงาน แต่ด้วยเพราะค่าแรงที่ได้รับน้อยเกินไป ทำให้พวกเขาตัดสินใจเปลี่ยนอาชีพไปทำงานที่ได้ค่าจ้างแรงงานมากกว่า ซึ่งส่วนหนึ่งคือ อาชีพค้าบริการ อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงที่เข้ามาทำงานบริการทางเพศกลุ่มดังกล่าว จำนวน 26.5% ไม่รู้มาก่อนว่ามีบริการทางเพศเข้ามาเกี่ยวข้อง โดยให้เหตุผลว่า ไม่ได้รับข้อมูลที่ครบถ้วน นอกจากนี้ งานวิจัยของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม ยังพบว่า มากกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวน 200 คน (59.1%) มีการละเมิดสิทธิเสรีภาพส่วนบุคคล เช่น ถูกจำกัดสิทธิการใช้โทรศัพท์ การมีวันหยุดน้อย บางคนถูกเอาเปรียบจากนายหน้าค้าแรงงาน เช่น ต้องจ่ายให้นายหน้าเป็นเงินจำนวนสูงมากตั้งแต่ 6000-20,000 บาท ขณะที่หากอายุต่ำกว่า 25 ปีต้องจ่ายสูงมาก เพราะถือว่าเป็นวัยที่สามารถทำเงินได้มาก

นอกจากนี้ ข้อมูลของ Beyrer (1998) และองค์กร USAID (2002) ที่สำรวจเรื่องผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อ 13 ใน 18 คนที่พบเป็นผู้หญิงอายุระหว่าง 15 – 29 ปี และจำนวน 12 ใน 13 คนดังกล่าวต่างมีประสบการณ์มาจากการเคยข้ามแดนไปทำงานขายบริการทางเพศในจีนหรือในไทย ก่อนที่จะกลับบ้าน และเมื่อกลับบ้านก็พบบกกับการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่ได้รับจากการทำงานในเมืองไทย

งานของ Oppenheimer et al (1998) สนับสนุนความคิดเหล่านี้ที่ว่า การค้ามนุษย์จากจีน พม่า ลาว เวียดนาม กัมพูชาไปยังประเทศเพื่อนบ้าน โดยเฉพาะในไทยเกิดขึ้นอยู่เนื่อง ๆ จากกรณีที่สตรีและเด็กถูกลักลอบมาใช้แรงงานหรือมาขายบริการทางเพศ แล้วส่งไปยังตลาดที่ให้ราคาสูง หรือเรื่องราวของครอบครัวยากจนขายลูกให้กับเอเยนต์ที่สัญญาว่าจะหางานให้ทำตามร้านอาหาร แต่สุดท้ายร้านอาหารที่ว่า ก็เป็นเรื่องของการพาเข้าสู่กระบวนการขายบริการทางเพศอย่างหนีไม่พ้น

ในกรณีการค้ามนุษย์และการขายบริการทางเพศนี้ ยังพบจากกรณีตัวอย่างที่ได้จากการสัมภาษณ์ สาวลาวที่บริเวณชายแดนไทย-ลาว อำเภอเชียงของและบ่อแก้วในงานวิจัยชิ้นนี้ เช่นกัน

แสงสรวัน (นามสมมุติ) อายุ 18 ปี เป็นคนอุดมไชย ที่บ้านมีพ่อแม่ และพี่น้อง 3 คน บ้านอยู่เนินดอยขึ้นไป ปัจจุบันที่บ้านของเธอ พ่อแม่ทำการเกษตรสวนยางพาราแปลงเล็ก ๆ และมีสวนผักอื่น ๆ

²³ คังกรณีตัวอย่างขาวที่ได้ขึ้นได้ฟังตามหน้าหนังสือพิมพ์ไทยในการจับกุมกลุ่มค้ามนุษย์มากมาย โปรดดูตัวอย่างได้ที่ <http://www.asiafinest.com/forum/index.php?showtopic=200283&mode=threaded&pid=4195673>

²⁴ โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมการรายงานข่าวผลการวิจัยของโครงการนี้ได้ที่ <http://www.peoplepress.in.th>

เธอเรียนหนังสือจบชั้นประถมใกล้ ๆ บ้าน แต่พอเรียนจบ ก็ไม่ได้ทำอะไร อยู่บ้านเฉย ๆ สักพักหนึ่ง มีเพื่อนกลับมาจากเชียงของ มาชวนไปทำงานที่บ่อแก้วและอาจข้ามไปฝั่งไทย แสงสรวนจึงขออนุญาต พ่อแม่ว่าต้องการออกไปทำงานกับเพื่อนที่นั่น เพื่อหารายได้เพิ่มเติม และนำเงินมาใช้จ่ายในครอบครัว ให้พี่และน้องได้เรียนหนังสือต่อไป

ตอนที่เธอมา เพื่อนบอกว่า มาทำร้านอาหาร แต่เธอหาว่าไม่รู้ ว่าร้านอาหารที่ว่านั้น คือร้านกินดื่ม มีคาราโอเกะร้องเพลง และมีหนุ่ม ๆ ลูกค้าที่ต้องการการบริการทางเพศด้วย แสงสรวนเป็นคนขี้อาย แต่สักพักหนึ่ง เธอเริ่มคุ้นชินและบอกตัวเองว่า ไม่เป็นไร หากจะได้มาซึ่งเงินบางส่วนที่จะจุนเจือครอบครัวได้ และตนเองก็สามารถมีเงินสักก้อนสำหรับทำกิจกรรมของตัวเอง ทั้งไปเที่ยว ซื้อของใช้ และเครื่องประทีนโคม

ในระยะแรก ๆ หลังเธอจากบ้านมา แม้ว่าด่านชายแดนเชียงของบ่อแก้วจะเปิดแล้ว แต่เธอยังไม่ได้ข้ามไปฝั่งไทยบ่อยนัก ขึ้นอยู่กับเพื่อน ๆ ที่มาก่อนจะพากันไป หรือบางครั้งบางครั้งก็ข้ามมาชื่นชมความเจริญของอีกฟากฝั่งที่เรียกว่าเมืองไทย หรือซื้อหาข้าวของ ทำผม และอื่น ๆ ในช่วงหลัง เธอกับเพื่อน ๆ เริ่มข้ามมาทำงานในฝั่งไทยบ่อยขึ้น ทั้งเพื่อเปลี่ยนบรรยากาศการทำงานและทั้งจะได้พบเจอแขกคนไทยมากกว่าที่อยู่แขวงบ่อแก้ว เธอทำเช่นนี้อยู่ประมาณ 2 ปี จากนั้น ในฝั่งลาวเริ่มมีแรงจูงใจให้มีการตรวจเลือดสาวนั่งเครื่องร้านกิมคิมที่เป็นสาวเสิร์ฟและมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และเชื้อเอชไอวีเอดส์ เจ้าหน้าที่จากองค์กรพัฒนาเอกชนที่เข้ามาทำการสำรวจได้เก็บตัวอย่างเลือดของเธอส่งตรวจดู แต่ผลตรวจทำให้เธอเข้าใจผิด เพราะพบว่า ตนเองติดเชื้อเอชไอวีจากการทำงานโดยไม่รู้ตัว เธอเล่าว่า เธอมีโอกาสใช้ถุงยางอนามัยกับแขกน้อยมาก เพราะส่วนใหญ่แขกพร้อมจะจ่ายเงินจำนวนมาก หากไม่ใช้ถุงยางอนามัย หรือบางครั้งแขกก็มามายจนไม่สามารถที่จะต่อรองให้สามารถป้องกันตัวเองได้ ปัจจุบัน เธอยังทำงานบริการในร้านอาหารและยังคงสับสนว่า อะไรทำให้เกิดปัญหาเรื่องนี้กับตัวเธอ และอนาคตของเธอจะเป็นอย่างไร

กรณีของ แสงสรวน ตอกย้ำงานวิจัยของ Oppenheimer et al (1998) ที่เคยเสนอว่า การย้ายถิ่นข้ามพรมแดนมีแนวโน้มที่จะทำให้เกิดการแพร่ขยายการติดเชื้อเอชไอวี เพราะความรู้เท่าไม่ถึงการณ์ เรื่องความเสี่ยงต่าง ๆ รวมไปถึงการละเมิดทางร่างกายและทางเพศต่อผู้ย้ายถิ่นเอง ซึ่งพบตัวอย่างมากมาย ระบุว่า แรงงานชายย้ายถิ่นไปทำงานในเหมืองหยก หรือเหมืองทับทิมทางตอนเหนือของพม่า หรือ เป็นลูกเรือประมงทางตอนเหนือของไทย หรือเป็นแรงงานก่อสร้างในไทย หรือเป็นพ่อค้าขายอัญมณีในมณฑลยูนนานของจีน ที่พบสภาพการทำงานที่ยากลำบาก ห่างจากครอบครัว ขณะที่มิยาเซฟติดและการค้าบริการทางเพศกระจายอยู่ทั่วไป ทำให้การติดเชื้อเอชไอวีผ่านการซื้อขายบริการทางเพศเกิดขึ้นในอัตราที่สูงในหมู่คนผู้ย้ายถิ่นเหล่านี้

นอกจากนี้ ผู้ชายชาวลาวที่ห่างไกลบ้านเกิดจำนวนมากขึ้นเริ่มมีเพศสัมพันธ์แบบฉาบฉวยและกับหญิงขายบริการทางเพศทางอ้อมมากขึ้น เช่น กับผู้หญิงตามบาร์ นักร้องคาราโอเกะ และสาวเสิร์ฟ

(suwannarat 2002) หรือ เริ่มมีความสัมพันธ์ระหว่างการระบาดของโรคเอดส์กับพฤติกรรมทางเพศ นอกกลุ่มสมรสและสถานบริการมากขึ้น (Lyttleton 2000)

กรณีเช่นนี้ ปรากฏปรากฏให้เห็นอย่างชัดเจนเช่นกัน จากกลุ่มตัวอย่างที่ผู้วิจัยได้ไปสัมภาษณ์ ชนชาวลาวบริเวณชายแดนไทยลาวฝั่งอำเภอเชียงของและบ่อแก้ว ดังกรณีของ ยาว (นามสมมติ) หนุ่มใหญ่ชาวลาวเกิดที่แขวงบ่อแก้วอายุ 45 ปี ปัจจุบันมีอาชีพขับรถสองแถวรับส่งคนจากท่าหน้าไปรอบ ๆ เขตเมืองบ่อแก้ว ยาว มีครอบครัว ภรรยา ลูกสาว/ลูกชาย 2 คนและมีพ่อแม่ที่อาศัยอยู่ร่วมชายคาบ้าน

แต่ก่อนที่ ยาว จะสามารถมีเงินเป็นกอบเป็นกำเพื่อมาออกรถสองแถวได้นั้น หลายปีก่อน ยาว ไม่ได้มีอาชีพอะไรเป็นหลักแหล่ง ได้แต่รับจ้างทำงานเล็ก ๆ น้อย ๆ ที่พอมีในเขตเมือง ขณะที่ภรรยาเปิดร้านขายของชำเล็ก ๆ ในตลาด แต่เมื่อชายแดนฝั่งไทยเปิดขึ้น ยาว ตัดสินใจเข้าไปทำงานที่เชียงแสน ในช่วงที่ทำเรือกำลังก่อสร้าง ได้ทำงานเป็นกรรมกรรับจ้างและพักอาศัยอยู่ในเชียงแสนเป็นเวลาหลายเดือน จากนั้น ก็เดินทางต่อไปยังแหล่งก่อสร้าง ไซต์งานต่าง ๆ บางคราวไปไกลถึงจังหวัดอุดรธานี และบริเวณจังหวัดโคยรอบภาคอีสานบ้าง

ระหว่างที่อยู่อำเภอเชียงแสนทำงานเป็นกรรมกรรับจ้าง และในช่วงหลังที่ออกไปทำงานไกลทางภาคอีสาน ยาว ออกเที่ยวเตร่กับเพื่อน ๆ ที่ร่วมทำงานด้วย เขาได้ไปมีเพศสัมพันธ์กับสาวขายบริการฝั่งไทยตามร้านคาราโอเกะบ้าง ร้านเหล้าบ้างเป็นครั้งคราว แต่เมื่องานหมด เขาเก็บเงินได้ก้อนหนึ่ง หลังจากนั้น กลับมาอยู่ที่บ้านแขวงบ่อแก้ว เขาตัดสินใจออกรถสองแถวมือสองคันหนึ่ง ขับรถทำมาหาเลี้ยงชีพครอบครัวและลูกเล็ก ๆ สองคนพร้อมกับพ่อแม่ของตน ยาว ณ ตอนนั้นไม่รู้ตัวว่าได้รับเชื้อเอชไอวีมาจากการไปมีเพศสัมพันธ์ตามสถานบริการต่าง ๆ จนกระทั่งร่างกายอ่อนเพลีย เริ่มมีอาการอื่น ๆ แทรกซ้อนปรากฏขึ้น จึงได้รู้ตัวไปโรงพยาบาล แต่เมื่อนั้น ก็สายไปเสียแล้วสำหรับสิ่งที่เกิดขึ้น และหน้าซำยังส่งผลต่อภรรยาที่ติดเชื้อจากตนเองไปด้วย

การพัฒนาชายแดน: ประสบการณ์การรับรู้เรื่องเอดส์ที่แผ่ขยายของสังคมลาว

Lyttleton (1999:117) เคยกล่าวเอาไว้ว่า องค์การพัฒนาเอกชนที่ดูแลเรื่องการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีเอดส์ในลาวได้ดำเนินโครงการให้การศึกษาเรื่องเอดส์ไปอย่างช้า ๆ ทั้ง ๆ ที่เอชไอวีเอดส์ในลาวเริ่มตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1990 คนลาว แม้ว่า จะเริ่มได้ยินถึงความจำเป็นที่ชุมชนต้องหยุดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีในลาว แต่น้อยคนนักที่จะเข้าใจถึงการณรงค์เหล่านี้ เพราะคนลาวจำนวนมากคิดว่าเป็นเรื่องไกลตัวและประเทศลาวเป็นประเทศที่ค่อนข้างแยกตัวโดดเดี่ยว จึงไม่น่าจะมีการนำเชื้อเข้าสู่ประเทศได้

แต่จากข้อมูลภาคสนามที่ได้ทำการสำรวจกลุ่มผู้ติดเชื้อในฝั่งลาว แขวงบ่อแก้ว อาจทำให้เราย้อนคิดได้ว่า การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีเอดส์ในลาวปัจจุบันนั้น ไม่ได้เป็นเรื่องไกลตัวดังที่ชุมชนรับรู้อีกต่อไป ในแง่นี้ เราสามารถจำแนกรูปแบบของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ 2 ระยะ และเกิดขึ้นใน 2 กลุ่มหลักในความสัมพันธ์กับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจสังคมในเขตลุ่มน้ำโขง โดยเฉพาะภายหลังการเปิดขึ้นของชายแดนและโครงการพัฒนาที่เหลื่อมเศรษฐกิจ โดยมีรายละเอียด ดังนี้ คือ

ระยะแรก อาจจะย้อนกลับไปในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1991-2000 ภายหลังการเปิดขึ้นของชายแดนไทย-ลาวและการเริ่มต้นของโครงการพัฒนาทางเศรษฐกิจภายใต้ความร่วมมือสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจที่ทำให้การเดินทางระหว่างสองฟากฝั่งสะดวกขึ้น ขณะที่ฝั่งไทยต้องการแรงงานราคาถูกเข้ามาช่วยรองรับการเติบโตทางเศรษฐกิจในบริเวณจังหวัดเชียงรายและจังหวัดใกล้เคียง

ช่วงเวลานี้เอง การเดินทางของเชื้อข้ามชายแดนเกิดขึ้นใน 2 รูปแบบ โดย กลุ่มแรก เกิดขึ้นในกลุ่มแรงงานพลัดถิ่นชาวลาว ซึ่งส่วนใหญ่เกิดขึ้นในกลุ่มทั้งชายและหญิงชาวลาวในวัยทำงานที่เข้าไปทำงานทำในเมืองไทยภายหลังการเปิดขึ้นของชายแดน อย่างไรก็ตาม จากข้อมูลสืบสวนและทำการสัมภาษณ์ตัวอย่างผู้ติดเชื้อ พบว่า ในช่วงปี ค.ศ. 1991 เป็นปีแรกที่รับรู้ว่ามีผู้ติดเชื้อผู้ชายในแขวงบ่อแก้ว โดยเกิดขึ้นจากการข้ามแดนไปทำงานในจังหวัดเชียงราย จากนั้น กลับมาบ้าน แล้วจึงนำมาแพร่สู่ภรรยา กรณีของ สน (นามสมมุติ) ดังที่กล่าวไว้ข้างต้น เป็นหนึ่งในตัวอย่างของหนุ่มชาวลาวที่สะท้อนให้เห็นรูปแบบของการเดินทางของเชื้อข้ามพรมแดนที่เกิดขึ้นในอดีตและยังคงเกิดขึ้นต่อเนื่องถึงปัจจุบัน ขณะที่ กลุ่มที่สอง เกิดขึ้นในกลุ่มพ่อบ้าน/แม่บ้านที่ข้ามมาแต่งงานกับชาย/หญิงฝั่งไทย ตัวอย่างแรก ๆ คือ กรณี ตุ๋น (นามสมมุติ) อายุ 40 ปีพักอาศัยอยู่ที่บริเวณปากทาสองฝั่งลาว เมื่อประมาณ 10 ปีที่แล้ว ตุ๋น ได้ข้ามมาแต่งงานกับหนุ่มไทยและอยู่กินร่วมกันแถบอำเภอเวียงแก่น ปัจจุบันสามีของ ตุ๋น เสียชีวิตลงด้วยโรคเอดส์ ขณะที่ ตุ๋น ยังคงใช้ชีวิตอยู่กับเชื้อเอชไอวีและมารักษาตัวที่โรงพยาบาลฝั่งไทยทุกเดือน

ขณะที่ ระยะที่สอง นั้นอาจนับเนื่องได้ตั้งแต่ ค.ศ. 2000 เป็นต้นมาจนถึงปัจจุบัน ในระยะนี้ปรากฏการณ์การเดินทางข้ามแดนของเชื้อเอชไอวียังคงเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องในกลุ่มแรงงานพลัดถิ่นที่เข้ามาทำงานในเมืองไทยกับกลุ่มพ่อบ้าน/แม่บ้านที่ข้ามมาแต่งงานกับชาย/หญิงฝั่งไทยเช่นในระยะแรก อย่างไรก็ตาม กาแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีในฝั่งลาวเกิดมากขึ้นและต่อเนื่องกระจายออกสู่กลุ่มอื่น ๆ ได้แก่ กลุ่มแรงงานชายข้ามชายแดนที่แพร่เชื้อสู่ภรรยา โดยปัจจุบันพบว่า กลุ่มแม่บ้านชาวลาว ในแขวงบ่อแก้วที่มีสามีออกไปทำงานฝั่งไทยมาก่อนกำลังกลายเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ติดเชื้อหลักที่ปรากฏชัดอยู่ในแขวงบ่อแก้ว ดังเช่น กรณี สาว (นามสมมุติ) อายุ 38 ปี มีลูกสาว 2 คน เธอได้รับเชื้อมาจากสามีที่ข้ามไปทำงานก่อสร้างบริเวณท่าเรือเชียงแสน สามีของ สาว เสียชีวิตไปแล้วเมื่อสองปีก่อน ขณะที่ปัจจุบัน สาว ใช้ชีวิตอยู่กับเชื้อเอชไอวี และแสวงหาหนทางในการเฝ้าระวังรักษาสุขภาพให้แข็งแรงไปพร้อม ๆ กับยังต้องทำงานหาเงินเลี้ยงลูก

นอกจากนี้ ยังมีชายข้ามแดนเพื่อมาเที่ยวหาบริการในเขตอำเภอเชียงของ-เชียงแสนในฝั่งไทย และห้วยทรายในฝั่งลาวแพร่เชื้อสู่ภรรยา ที่ออกไปเที่ยวเตร่ ดังเช่น กรณีของ แสง (นามสมมุติ) อายุ 42 ปี ทำงานบริษัทเอกชนอยู่ในตัวเมืองแขวงบ่อแก้ว ส่วนสามีทำงานข้าราชการ เป็นคนมีฐานะในเขตบ่อแก้ว เธอได้รับเชื้อจากสามี ซึ่งเมื่อก่อนออกไปเที่ยวร้านกินดื่มและร้านคาราโอเกะในเชียงของ เชียงแสนฝั่งไทยบ่อยครั้ง ปัจจุบันสามีของ แสง ได้เสียชีวิตลง ขณะที่เธอมีเชื้อเอชไอวีที่รับมาจากสามี

อีกกรณีตัวอย่างที่คล้ายกัน คือ กรณี จอย (นามสมมุติ) หนึ่งในผู้ติดเชื้อ เธอเป็นคนบ้านด่านบ้านไทลื้อที่อยู่ห่างจากห้วยทรายไปประมาณ 30 กิโลเมตร จอย ติดเชื้อเอชไอวีจากสามี จากการที่สามี

ไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้สาวลาวขายบริการที่ร้านกินดื่ม ซึ่งผู้สาวลาวคนนี้เคยข้ามแดนจากห้วยทรายไปทำงานที่อำเภอเชียงของและเชียงราย จากนั้นเธอคิดเชิ้อกลับมาจากฝั่งไทย จอย เพิ่งรู้ว่า เธอและสามีคิดเชิ้อเมื่อราวปีที่ผ่านมา (ค.ศ. 2007) ปัจจุบันทั้ง จอย และสามีเสียเงินไปจำนวนมาก เพื่อนำมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาตัวและค่าเดินทางไปโรงพยาบาลในฝั่งไทย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้สาวลาวค้าบริการทางเพศ หรือ “ผู้สาวนั่งครึ่ง” กำลังกลายเป็นกลุ่มผู้คิดเชิ้อกลุ่มใหม่ ๆ และกำลังเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีมากที่สุดคนในแขวงบ่อแก้ว ที่ซึ่งกำลังขยายตัวอย่างรวดเร็วไปพร้อม ๆ กับร้านกินดื่มที่กำลังเติบโตขึ้นอย่างมากในแขวงบ่อแก้ว

โดยจะพบว่า ภายหลังการหลังการเปิดด่านชายแดน เมืองห้วยทราย แขวงบ่อแก้วได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างผิดหูผิดตา พัฒนาการที่เห็นชัดเจนที่สุด คือ การขยายตัวของการขายบริการทางเพศหลากหลายรูปแบบ ซึ่งแปรเป็นสัดส่วนไปในทิศทางเดียวกันกับอุบัติการณ์ที่สูงขึ้นของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีตั้งแต่การโรคไปจนถึงโรคเอดส์ และในทัศนะของผู้คนในเมืองห้วยทรายที่ผู้วิจัยมีโอกาสได้พูดคุยด้วย พบว่า การเพิ่มขึ้นของโรคเหล่านี้เกิดขึ้นอย่างเด่นชัด และมีแนวโน้มว่า เป็นผลพวงมาจาก “ความทันสมัย” ที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วง 5 – 10 ปีมานี้จากการเปิดขึ้นของชายแดน ซึ่งทำให้แขวงบ่อแก้วเจริญเติบโตอย่างรวดเร็ว

เด่น (นามสมมุติ) คนขับรถสองแถวที่คอยรับส่งนักท่องเที่ยวบริเวณท่าเรือเขตห้วยทราย บอกว่า 80 % ของผู้ชายที่เข้ามาในเขตบ่อแก้ว ไม่ว่า คนไทย คนจีน หรือคนลาวต่างถิ่นจะเข้ามาเที่ยวหาผู้สาว มีเพียง 20 % เท่านั้นที่มาเที่ยวทั่ว ๆ ไป หรือมาแวะบ่อแก้วเพื่อจะเดินทางต่อไปยังที่อื่น ๆ

“ผมส่งเด็กสาวให้แขกเป็นประจำตามโรงแรมต่าง ๆ ในห้วยทราย อย่างคืนที่ผ่านมา มีแขกคนไทยเข้ามาเที่ยว 4 คน พักในโรงแรมนี้ (เมื่อซีไปยังโรงแรมแห่งหนึ่งในห้วยทราย) แขกถามผมว่า ให้หาเด็กให้ ผมก็โทร ไปที่ร้านกินดื่ม ซานเมืองที่มีอยู่ 5-6 ร้าน ถามว่า มีเด็กลงมาบ้างไหม หรือให้ช่วยหาเด็กให้หน่อย ผมก็พามาให้ได้ 4 คน เด็ก ๆ เพิ่งกลับมาจากงานที่หลวงพระบางกัน”

คำกล่าวของ เด่น หนุ่มขับรถสองแถว ยืนยันถึงปรากฏการณ์การขยายตัวของการขายบริการทางเพศในแขวงบ่อแก้ว ที่มาในรูปของร้าน “กินดื่ม” ที่แฝงไปด้วยการขายบริการทางเพศจำนวนหลายสิบร้านกระจายอยู่บริเวณรอบนอกของตัวเมือง และยังไม่นับรวมถึงการเกิดขึ้นของปรากฏการณ์การขายบริการทางเพศของสาว ๆ ผ่านการใช้โทรศัพท์มือถือ ต่างก็เกิดขึ้นในช่วงเวลาเดียวกันกับการ “พัฒนา” อย่างรวดเร็วของเมืองชายแดนบริเวณนี้

ในแง่ของตัวเลขผู้ติดเชื้อบริเวณแขวงบ่อแก้ว หลวงน้ำตานัน ยังไม่มีข้อมูลระบุชัดเจนว่าจำนวนผู้ติดเชื้อในลาวภายในเขตนี้มีจำนวนเท่าใด เจ้าหน้าที่คนหนึ่งของ “โครงการพัฒนาชนบทเขตน้ำจ้วมและเมืองเมิง (Nam Chouam and Mueng Rural Development Project)” ให้ข้อมูลว่า เมื่อ 10 ปีที่แล้วแถบเมืองห้วยทรายมีผู้ติดเชื้อเพียงแค่รายเดียวเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ในช่วง 5 ปีมาจนถึงทุกวันนี้ กลับพบผู้ติดเชื้อ (ในกรณีผู้ติดเชื้อที่เปิดเพศตัว) ในเขตห้วยทรายเพียงแห่งเดียวมากถึง 30 คน

ข้อมูลข้างต้นสอดคล้องกับรายงานสถานการณ์ผู้ติดเชื้อในแขวงบ่อแก้วจากหน่วยงานสาธารณสุขแขวงบ่อแก้ว ที่รายงานสถานการณ์ล่าสุดว่า ในช่วงปี ค.ศ. 1994-2007 หน่วยงานสาธารณสุขแขวงบ่อแก้วได้ทำการตรวจโลหิตตัวอย่างจำนวน 2,881 คน พบผู้ติดเชื้อแล้วจำนวน 120 คน มีอาการของโรคเอดส์ 86 คน และพบผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์มากถึง 53 คน²⁵ สำหรับเขตหลวงน้ำทาในช่วงปี ค.ศ. 2002-2007 ได้ทำการตรวจโลหิตตัวอย่างจำนวน 1,323 คน พบผู้ติดเชื้อจำนวน 15 คน มีอาการของโรคเอดส์ 12 คน และพบผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ 7 คน²⁶

ข้อมูลดังกล่าวได้รับการยืนยันจาก UNFPA (United Nation Population Fund) ที่สรุปว่า บริเวณแขวงบ่อแก้ว โดยเฉพาะ 3 เขตหลัก คือ ห้วยทราย ดันผึ่ง และปากทาได้กลายเป็นพื้นที่เร่งด่วนที่จำเป็นต้องเร่งแก้ปัญหาการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีเอดส์ เพราะถือว่า พื้นที่บริเวณนี้คิดหนึ่งในห้าของพื้นที่กลุ่มเสี่ยงทั่วประเทศ²⁷ ขณะที่ประมาณการตัวเลขผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวมทั้งประเทศลาวมี 1,400 คน (UNAIDS 2002)

แม้ว่า ข้อมูลเชิงสถิติของจำนวนผู้ติดเชื้อจากหน่วยงานต่าง ๆ ยังไม่มีความแน่นอนมากนัก แต่จากข้อมูลตัวเลขผู้ติดเชื้อในแขวงบ่อแก้วที่เพิ่มขึ้นดังปรากฏในรายงานจากทุกภาคส่วน อาจพอชี้ให้เห็นได้ว่า ภายในช่วงกว่า 10 ปีของการพัฒนาภายใต้ความร่วมมือของโครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ การเปิดชายแดนไทย-ลาวอย่างเป็นทางการ การเคลื่อนย้ายของผู้คน/สินค้าข้ามพรมแดนที่สะดวกมากขึ้น และการเกิดขึ้นของเมืองชายแดนที่รองรับการเติบโตทางเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว ได้ทำให้วิถีชีวิตของชาวบ้านในการมองเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ว่าเป็น “โรคนาเข้า” ที่มาจากการเปิดประเทศและการเดินทางแออัดมากขึ้น ขณะเดียวกัน ภาพที่คนลาวเคยคิดว่าเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องไกลตัวก็เริ่มเปลี่ยนแปลงไปสู่การตระหนักว่า เป็นปัญหาสำคัญของผู้ที่ชายแดนบริเวณนี้ในปัจจุบัน ดังที่ Porter (1997: 216) ได้กล่าวเอาไว้ก่อนหน้านี้ว่า เอชไอวีเอดส์ในเขตสามเหลี่ยมทองคำ (พม่า ไทย ลาว) สามารถบอกได้ว่าเป็นโรคระบาดไร้พรมแดน (the plague without borders) ที่มาจากการขยายตัวของเขตเศรษฐกิจอนุภูมิภาค อย่างเช่น เขตสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ และการเคลื่อนย้ายของคนดังเช่นที่กำลังเกิดในปัจจุบัน (Linge 1997: 64)

วิถีชีวิตและประสบการณ์การรับรู้ทางสังคมวัฒนธรรมที่คนลาว โดยเฉพาะบริเวณชายแดนมีต่อการเข้ามาของเชื้อเอชไอวีเอดส์ตลอดจนการตีความของคนลาวต่อการค้นหาสาเหตุที่มานั้น อาจชี้ได้ว่า เชื้อเอชไอวีเอดส์มิใช่ปัญหาของแต่ละบุคคล หรือชะตากรรมของผู้ติดเชื้อที่รับกรรมมา หรือเป็นเรื่องโชคชะตาแต่อย่างใด หากแต่กลับเป็นผลมาจากสภาวะความรู้อำนาจและการตกเป็นผู้ด้อยกว่า

²⁵ ข้อมูลตัวเลขมีความไม่แน่นอนอย่างมาก อย่างเช่น ข้อมูลจาก UNFPA (United Nation Population Fund) ระบุว่า บริเวณเขตบ่อแก้ว ซึ่งมีจำนวนประชากร 134,909 คน มีการบันทึกผู้ติดเชื้อเอชไอวีถึง 90 คน ในเขตบ่อแก้วนี้ 3 อำเภอหลัก คือ ห้วยทราย ดันผึ่ง และปากทาถูกชี้ว่าเป็นพื้นที่เร่งด่วนที่ต้องแทรกแซงกรณีการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

²⁶ ข้อมูลตัวเลขดังกล่าวมาจากการสัมภาษณ์เจ้าหน้าที่สาธารณสุขแขวงบ่อแก้วและได้ทำการรวบรวมข้อมูลเอาไว้ในเอกสารที่ยังมิได้รับการตีพิมพ์อย่างเป็นทางการ

²⁷ โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่เว็บไซต์ของ UNFPA ที่ <http://lao.unfpa.org/hivaids.htm>

การไร้อำนาจทางเศรษฐกิจสังคมของคนในสังคมลาวที่ถูกแรงกดดันทางเศรษฐกิจในประเทศ
ตน ผลักให้พวกเขาต้องออกมาแสวงหางานทำต่างถิ่น กลายเป็นผู้พลัดถิ่นเข้ามาแสวงหาโอกาสใน
เมืองไทย แต่เมื่อข้ามแดนเข้ามายังรัฐชาติอีกแห่งหนึ่งในบริบทที่รัฐชาติไทยอยู่ภายใต้กระแสทุนนิยม
โลกและระบบเศรษฐกิจแบบทุนนิยมที่นายทุนแข่งขันกันคว้าส่วนแบ่งตลาด ต่างก็ต้องการแรงงาน
รับจ้างราคาถูกเพื่อลดต้นทุนการผลิต นำมาซึ่งการแสวงหาผลประโยชน์และเอารัดเอาเปรียบแรงงาน
พลัดถิ่นในรูปแบบต่าง ๆ

คนลาวแสวงหาทางรอดด้วยการทำงานขายแรงงาน ทำงานรับจ้างเพื่อหารายได้เลี้ยงชีพใน
ระหว่างการถูกทำให้เป็นคนพลัดถิ่น แม้ว่า ในเมืองไทยจะมีภาพอันหลากหลายของนายจ้างที่มีทั้งด้าน
เปี่ยมไปด้วยมนุษยธรรมอา่แขนต้อนรับผู้อ่อนแอที่หนีตายมาพึ่งแผ่นดินไทย แต่ขณะเดียวกัน ก็ยังมี
เรื่องราวของการกดขี่ขูดรีดแรงงาน การค้ามนุษย์ สตรีและเด็กเพื่อประโยชน์ส่วนตน การถูกบังคับขาย
ตัว การตั้งครุฑที่ไม่เป็นที่ต้องการ และความรุนแรงทางเพศ ตลอดจนขนาดการเข้าถึงบริการสาธารณสุข
ในประเทศไทย

อาจกล่าวได้ว่า พื้นที่เขตชายแดนทั้งสองฝั่งสะท้อนปัญหาการพัฒนาเศรษฐกิจที่ไร้สมดุล เป็น
สถานะที่ฝั่งที่มีพัฒนาการทางเศรษฐกิจและการเมืองและมีทรัพยากรการผลิตที่พร้อมกว่าเป็นผู้มีอำนาจ
ซึ่งนำพาความทุกข์ให้เกิดขึ้นกับผู้ด้อยกว่า ที่พยายามต่อสู้ดิ้นรนเพื่อรายได้ให้ตนเองอยู่รอด เพื่อไล่ตาม
การพัฒนา หรือเพื่อผลักดันตนเองและครอบครัวเข้าสู่ภาวะ “ความทันสมัย” “โก้หรู” ดังที่ได้พบเห็น
จากอีกฟากฝั่ง ในสถานการณ์เช่นนี้ ยิ่งผู้ด้อยกว่าพยายามดิ้นรนก็ยิ่งเปิดช่องให้ผู้มีอำนาจฉวยประโยชน์
เอารัดเอาเปรียบ ละเมิดสิทธิ เพื่อทรงไว้ซึ่งอำนาจหรือสร้างฐานอำนาจให้แข็งแกร่งขึ้น อำนาจที่ไร้
สมดุลนี้เองได้ส่งผลต่อเนื่องกับทัศนคติและวิถีคิดต่อเชื้อเอชไอวีเอดส์ในหมู่คนลาวในพื้นที่ชายแดน
ในระยะแรกคนลาวมองว่าประเทศลาวห่างไกลจากเชื้อเอชไอวีเอดส์ และโรคดังกล่าวเป็น “โรค
ทันสมัย” เป็น “โรคนำเข้าจากเมืองไทย” ยิ่งกาลเวลาผ่านไป และ การพัฒนาเศรษฐกิจไร้สมดุลเห็นผล
ชัดเจนขึ้น ก็ยิ่งตอกย้ำทัศนคติดังกล่าวในกลุ่มคนลาวพื้นที่ชายแดน ทัศนคติของเขาเหล่านั้น
เปลี่ยนแปลงเพียงว่าความทุกข์ทนจากโรคร้ายดังกล่าวนั้นไม่ใช่เรื่องไกลตัวอย่างที่เคยคิดอีก

ในบทต่อไป จะกล่าวถึง สถานะความไร้อำนาจ การตกเป็นผู้ด้อยกว่าจาก ความไร้สมดุลกันใน
แง่โครงสร้างทางสังคมที่ไม่ยุติธรรม ไม่ว่า ในประเด็นความแตกต่างทางชนชั้น และเพศสภาพระหว่าง
หญิงชายในบริบทพัฒนาการจากวาทกรรมทางการแพทย์ผ่านเชื้อเอชไอวีเอดส์

บทที่ 3

เอดส์ อดติทางสังคม และการเบียดขับข้ามสอง: ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อในสังคมลาว

ธงชัย (Thongchai 1994:15) ได้ตั้งคำถามต่ออำนาจของชาติสมัยใหม่ที่สะท้อนให้เห็นจากการประกาศศักดา ณ ปลายสุดของเส้นแบ่งเขตแดน ไม่ว่า เส้นเขตแดน (boundaries) หรือ ชายแดน (border) นั้นจะเป็นไปในทางกายภาพที่แบ่งแยกระหว่างความเป็นประเทศของสองฟากฝั่ง หรือทำการจำแนกความแตกต่างระหว่างผู้คนทั้งสองฟากฝั่งและก่อให้เกิดจินตนาการต่อความเป็นชาติ (imagined communities) ผ่านเส้นเขตแดน และทำการจัดจำแนกระหว่างความเป็นคนในกับคนนอก (ประเทศนั้นๆ) อย่างไรก็ตาม ในทางมานุษยวิทยาแล้ว การพูดถึงชายแดน (border) และเส้นแบ่งเขตแดน (boundaries) นั้น มิได้หมายความว่า การประกาศศักดาของชาติต่ออำนาจเหนือดินแดน ณ เส้นเขตแดนแต่เพียงเท่านั้น หากยังหมายถึง เส้นแบ่งเขตแดนและชายแดนในทางวัฒนธรรม สังคม ซึ่งเกิดขึ้นในรูปแบบของความสัมพันธ์ทางสังคม วัฒนธรรม และ/หรือการก่อรูปความสัมพันธ์เชิงอำนาจใหม่ ๆ ในการใช้ความเป็นวัฒนธรรม ความเป็นชาติพันธุ์ ในความเหมือนหรือความต่างสำหรับการจัดจำแนกความเป็นกลุ่มก้อน พวกพ้องของผู้คน ในแง่นี้ เราอาจเปรียบเทียบชายแดนและเส้นแบ่งเขตแดนในลักษณะของการอุปมาอุปไมย (metaphor) เพื่อทำความเข้าใจกับชีวิตของผู้คนในปฏิสัมพันธ์ทางสังคมและในบริบทของชาติตลอดจนกระแสของโลกาภิวัตน์ที่กำลังถาโถมเข้าสู่ชีวิตผู้คน

ตัวอย่างงานศึกษาที่น่าสนใจในการมองชายแดนและเส้นแบ่งเขตแดนในลักษณะของปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ดังเช่น งานของ Van Gennep (1960) ที่ศึกษาเส้นแบ่งเขตแดนทางวัฒนธรรมเพื่อทำความเข้าใจกับการแสดงอำนาจทางสังคมวัฒนธรรมและอัตลักษณ์ของผู้คน หรืองานของ Barth (1969) ที่ให้ความสนใจต่อกลุ่มชาติพันธุ์กับการจำแนกความแตกต่างทางวัฒนธรรม ความเป็นชาติพันธุ์ที่เหมือนกันหรือแตกต่างกันนำไปสู่การจัดจำแนกพวกพ้องระหว่างคนในกับคนนอกกลุ่ม ด้วยการใช้ความเป็นชาติพันธุ์ วัฒนธรรม ความเชื่อต่าง ๆ ในการจัดจำแนกความแตกต่างระหว่างกัน มากกว่าจะใช้ลักษณะทางกายภาพ เช่น ที่อยู่อาศัย เสื้อผ้า ลักษณะภูมิประเทศ และอื่น ๆ ในการจัดจำแนกกลุ่มชาติพันธุ์ ขณะทำงานทางมานุษยวิทยาที่ศึกษาเรื่องชายแดนในปัจจุบันก็พยายามต่อทอดมุมมองเรื่องชายแดนและเส้นแบ่งเขตแดนมากขึ้น โดยไปทำความเข้าใจเรื่องชายแดนและเส้นแบ่งเขตแดนที่มีนัยสำคัญมากกว่าการแบ่งแยกอำนาจระหว่างรัฐชาติ ผู้คน ชุมชนหมู่บ้านออกเป็นสองฝั่งสองฝ่าย หรือระหว่างภายในกับภายนอก แต่ให้ความสำคัญกับวัฒนธรรมชายแดน (border culture) และการถูกแบ่งแยกบนแนวคิดเรื่องเส้นเขตแดนและชายแดนจากประเด็นเรื่องเพศสภาพ ความเป็นชายหญิง และอื่น ๆ ดังเช่นงานของ Gloria Anzaldua (1999) ที่เสนอการวิจัยเกี่ยวกับชีวิตของผู้หญิงชาติพันธุ์ที่มีเชื้อสายคนอเมริกันพื้นเมืองกับยุโรป (mestizas) ที่ถูกแบ่งแยกระหว่างสองฟากฝั่งชายแดนสหรัฐอเมริกากับเม็กซิโก และบ่อยครั้งก็ถูกแบ่งแยกระหว่างสองวัฒนธรรมของเม็กซิโกกับสหรัฐด้วย ซึ่ง Anzaldua พบว่า ชายแดนในลักษณะนี้ไม่ใช่เป็นเพียงชายแดนในทางกายภาพที่ทำให้เกิดการตระหนักรู้ถึงเส้นเขต

แดนระหว่างรัฐและความแตกต่างของผู้คนบนพื้นฐานของชุมชนในจินตนาการของชาติใดรัฐชาติหนึ่งเท่านั้น แต่ชายแดนยังสร้างให้รู้สึกถึงความแตกต่างทางเพศสภาพที่ถูกแฝงฝัง (embodied) อยู่ในกลุ่มผู้คนที่ถูกจำแนกด้วยเส้นเขตแดนลักษณะดังกล่าว นอกจากนี้ งานของ Daphne Berdahl (1999) ซึ่งศึกษาหมู่บ้านหนึ่งที่อาศัยอยู่บนชายแดนแบบรัฐจาริต ที่รัฐชาติไม่ได้ตระหนักถึงเส้นเขตแดนระหว่างความแตกต่างของประเทศเยอรมันตะวันตกกับเยอรมันตะวันออก ประเด็นในเรื่องนี้ ก็ชี้ให้เห็นว่า เส้นแบ่งเขตแดน (boundaries) คือ สัญลักษณ์สำคัญที่รัฐ ชาติและท้องถิ่นต่างให้ความสำคัญต่อความเป็นชายแดนในฐานะความแตกต่างและจัดจำแนกแยกแยะบนฐานการปกครอง ขณะที่ก็ได้สร้างอาณาบริเวณที่แตกต่างกันบนข้อจำกัดทางวัฒนธรรมที่เคยมีอยู่

ในบทนี้ มุมมองเกี่ยวกับความคิดเรื่องชายแดน (borders) และเส้นแบ่งเขตแดน(boundaries) จะถูกนำมาใช้ในลักษณะการเปรียบเทียบ อุปมาอุปมัย ในความสัมพันธ์ระหว่างวาทกรรมทางการแพทย์ที่ปกคลุมโอบล้อมสถานะที่เกี่ยวกับเชื้อโรคเอชไอวีเอดส์ ที่ซึ่งวาทกรรมทางการแพทย์ได้ส่งผลต่อการสร้างภาพลักษณ์เชื่อมโยงเชื้อโรคเอชไอวีเอดส์กับมาตรฐานทางศีลธรรม (moral principle) หลายชุด เช่น ระบบผิวเฉียวเมียวเฉียว ความล่าช้าทางเพศ และพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ (sexual behavior) และเรื่องการใช้ยาเสพติด ซึ่งแตกต่างไปจากคนปกติธรรมดา (normal) จนสามารถกำหนดกลุ่มเสี่ยงต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับโรคเอดส์และมีแนวโน้มที่จะเป็นกลุ่มแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีเอดส์ให้แก่คนอื่น ๆ ในสังคมได้

วาทกรรมทางการแพทย์ที่เชื่อมโยงกับมาตรฐานทางศีลธรรมและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่มาจากเพศสัมพันธ์และการใช้ยาเสพติดได้สร้างภาพลักษณ์ทางลบ (negative images) ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีเอดส์ให้เกิดขึ้น และส่งผลกระทบอย่างมหาศาลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมภายในชุมชนคนรอบข้างที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องเชื้อเอชไอวีเอดส์ ไม่ว่าคนที่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงในวาทกรรมทางการแพทย์เหล่านั้นจะมีเชื้ออยู่ในร่างกายหรือไม่ก็ตาม แต่หากมีพฤติกรรมบางประการที่อยู่ในข่ายดังกล่าว ก็มักถูกมองในลักษณะประทับตราทันทีว่า เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอชไอวีเอดส์ให้แก่คนอื่น ๆ ในสังคมได้ ภาพลักษณ์ที่เชื่อมโยงเอชไอวีเอดส์ต่อกลุ่มเสี่ยงเหล่านี้ทำให้เกิดกระบวนการจำแนกแยกแยะ (differentiation) คนเหล่านี้ออกไปจากคนปกติ และเกิดกระบวนการกีดกันทางสังคมต่าง ๆ มากมาย หรือ ในกรณีที่หากใครเป็นผู้ติดเชื้อ หรือมีเชื้อในร่างกาย ไม่ว่าที่มาของเชื่อนั้นจะมาจากเหตุผลประการใด ผู้ติดเชื้อเหล่านั้นก็มักจะประสบปัญหากับภาพลักษณ์ทางลบที่สังคมมองว่าได้เข้าไปเกี่ยวข้องกับการประพฤติผิดศีลธรรมหรือมีพฤติกรรมผิดต่อเรื่องเพศสัมพันธ์อันดีงามตามบรรทัดฐานของสังคมทั่วไป

ในแง่นี้เอง แนวคิดเรื่อง การสร้างเส้นแบ่ง (Boundaries) และชายแดน (borders) ดังกล่าวจึงมิได้หมายถึง เส้นแบ่งเขตแดนหรือชายแดนในทางกายภาพที่ผู้คนเหล่านี้อาศัยอยู่บริเวณชายแดนระหว่างสองฟากฝั่งเท่านั้น แต่การสร้างเส้นแบ่งและชายแดนในลักษณะเช่นนี้เป็นการใช้แนวคิดแบบอุปมาอุปมัยเปรียบเทียบ ที่เกิดการจำแนกและสร้างเส้นแบ่งขึ้นตรงใจกลางระหว่างผู้คนในสังคมด้วย

และกรณีเส้นแบ่งทางมาตรฐานศีลธรรม เส้นแบ่งระหว่างคนปกติกับคนผิดปกติ ที่เป็นผลมาจากการผลิตขึ้นของวาทกรรมทางการแพทย์เกี่ยวกับเชื้อโรคเอดส์ เหล่านี้เองกลับส่งผลกระทบตามมาอย่างรุนแรงต่อประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อที่ต้องต่อสู้ดิ้นรนกับการสร้างเส้นแบ่งของความเป็นมนุษย์ ถูกกระทำรุนแรงและถูกเลือกปฏิบัติ ถูกกีดกันออกจากสังคม ไม่ได้รับการยอมรับจากคนในสังคม

วาทกรรมทางการแพทย์ที่นำไปสู่กระบวนการกีดกันทางสังคมนี้เอง ยังมีผลต่อประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะต่อการตัดสินใจว่าจะเปิดเผยตัวเพื่อรับการรักษา หรือว่าจะปิดบังต่อสังคมต่อไป เพื่อยุ่รอดได้ในสังคมอย่างปกติ ณ ขณะที่ร่างกายยังพอรับได้จากเชื้อเอชไอวีเอดส์

อย่างไรก็ตาม ในบทนี้ จะนำเสนอวาทกรรมทางการแพทย์ในการสร้างพรมแดนหรือเส้นแบ่งจัดจำแนกแยกแยะผู้ติดเชื้อออกจากคนปกติในสังคมทั่วไป โดยผูกโยงกับมาตรฐานทางศีลธรรมและพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ยาเสพติดที่ผิดไปจากบรรทัดฐานร่วมของสังคมอันดีงาม และนำไปสู่กระบวนการกีดกันทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ

แต่ที่สำคัญไปกว่านั้น บทนี้ ยังต้องการนำเสนอเงื่อนไขของผู้ติดเชื้อในบริบทของสังคมลาวที่มีภาพลักษณ์เชื้อเอชไอวีเอดส์กับมาตรฐานทางศีลธรรมจนนำไปสู่การกีดกันทางสังคม เงื่อนไขต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อในการยอมรับหรือไม่ยอมรับ ในการเปิดเผยตัวหรือปิดบังต่อสังคม สิ่งเหล่านี้ต่างเกิดขึ้นบนเงื่อนไขในชีวิตของผู้ติดเชื้อที่แตกต่างอย่างชัดเจน ไม่ว่า ระหว่างความเป็นเพศสภาพ ความเป็นชาย/หญิงที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อ และ/หรือระหว่างเวลาที่สังคมให้ความหมายต่อหญิง/ชายในการได้มาซึ่งเชื้อเอชไอวีเอดส์ ตลอดจนเส้นแบ่งในเชิงเงื่อนไขฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้น เป็นต้น ทั้งนี้ การนำเสนอเงื่อนไขดังกล่าวของผู้ติดเชื้อในสังคมลาวที่ชายแดนก็เพื่อสะท้อนให้เห็นการเคลื่อนไหวไปมาของภาพลักษณ์เอดส์ในสังคมชุมชนลาวที่มีต่อกลุ่มคนที่แตกต่างกัน และทำให้เกิดความเข้าใจความเป็นไปของผู้ติดเชื้อในสังคมลาวที่ต้องเผชิญหน้ากับเงื่อนไขในการดำรงชีวิตที่นอกเหนือจากการดำรงชีวิตประจำวัน และพบกับความยากลำบาก และความทุกข์ทรมานทั้งก่อนและหลังการเผชิญหน้าต่อภาพลักษณ์ทางลบของเอดส์ที่เข้ามาในชีวิต

ภาพลักษณ์เอชไอวีเอดส์กับกระบวนการกีดกันทางสังคม

นิยามความหมายเรื่องเอชไอวีเอดส์มิใช่เรื่องเกี่ยวกับประเด็นทางการแพทย์เพียงด้านเดียวเท่านั้น แต่ด้วยเพราะวาทกรรมทางการแพทย์ที่ให้ความหมายต่อเรื่องเอดส์ จึงทำให้ไปเกี่ยวพันอย่างลึกซึ้งต่อกระบวนการให้ความหมายทางสังคมที่ผูกโยงไปกับมาตรฐานทางศีลธรรมของคนในสังคมที่ให้อะไรกับผู้ติดเชื้ออย่างแยกไม่ออก ไม่ว่า เอดส์ในฐานะโรคที่มาจากพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศของคนรักร่วมเพศที่ผิดแผกไปจากวิถีชีวิตคนปกติธรรมดา หรือพฤติกรรมทางเพศที่ผิดไปจากศีลธรรมบรรทัดฐานของคนทั่วไปในสังคม ทั้งระบบผิวเดียวเมือเดียว การนอกใจมีคู่ หรือการเที่ยวผู้หญิง ตลอดจนการใช้ยาเสพติดที่เป็นบรรทัดฐานและกฎเกณฑ์ทางศีลธรรมของคนส่วนใหญ่ยึดถือร่วมกันในการเข้ามาตัดสินพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การระบาดของเชื้อเอชไอวีเอดส์และประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อจึงไม่เพียงทำให้เกิดความเจ็บป่วยในหมู่ผู้ติดเชื้อเท่านั้น แต่ยังผลให้เกิดความทุกข์ซ้ำซ้อนติดตามมาอย่างมากมาย และเกิดบาดแผลความรุนแรงภายในจิตใจในประสบการณ์ของมนุษย์ที่เชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ทางสังคมและการได้รับการยอมรับจากสังคมในระดับต่าง ๆ ดังนั้น ความทุกข์ทรมานของผู้ติดเชื้อ จึงไม่ได้เป็นไปเพราะการติดเชื้อหรืออาการเจ็บป่วยที่มาจากเชื้อโรค ที่ผู้ติดเชื้อต้องรู้สึกและเป็นกังวลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่เพราะจากประสบการณ์ของการถูกตั้งข้อรังเกียจเดียดฉันท์ และถูกผลักให้กลายเป็น “คนอื่น” ในสังคมของตัวเอง และนำมาซึ่งการถูกกีดกันออกจากสังคมและสิทธิพึงมีพึงได้ในฐานะมนุษย์คนหนึ่ง ในสังคม ทำให้คนที่ผู้ติดเชื้อได้รับรู้ว่าติดเชื้อ ก็เสมือนผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออก (Dilemma) เพราะต้องได้รับความทุกข์ทรมานเริ่มตั้งแต่การตัดสินใจที่จะยอมรับว่าป่วยและเปิดเผยตนเองเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาโรคหรือไม่ หากตัดสินใจปิดบังและดำเนินชีวิตตามปกติและไม่ถูกกีดกันทางสังคม แต่ก็จะต้องทนทุกข์กับความหวาดวิตกว่าเมื่อไม่ได้รับการรักษาร่างกายของตนจะทรุดลงเมื่อใด และแม้เมื่อเปิดเผยและเข้ารับการรักษา ก็ต้องทนทุกข์กับการถูกสังคมกีดกันให้เป็น “อื่น”

อาจกล่าวได้ว่า ความทุกข์ทางสังคมของผู้ติดเชื้อเกิดจากกระบวนการสร้าง “ความเป็นอื่น” (otherness) ซึ่งนำไปสู่วิธีการเลือกปฏิบัติในลักษณะการกีดกันทางสังคม ที่ผ่านมามาตรการทางการแพทย์ (medical discourse) มีบทบาทอย่างสำคัญในการอธิบายเรื่องเชื้อเอชไอวีเอดส์กับภาวะความเสี่ยงที่เกิดขึ้นจากพฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ในหมู่นักรั่วมเพศ การใช้ยาเสพติดในหมู่ผู้ติดเชื้อยาเสพติด หรือมีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ ซึ่งการอธิบายเรื่องเชื้อเอชไอวีเอดส์บนฐานความรู้ทางการแพทย์ในลักษณะดังกล่าวได้นำไปสู่การจัดจำแนกกลุ่มต่าง ๆ เช่น กลุ่มนักรั่วมเพศ ชาย/หญิงชาย และเที่ยวบริการทางเพศ ผู้ติดเชื้อยาเสพติด และอื่น ๆ ให้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี แม้ว่า คนเหล่านั้นจะมีเชื้อเอชไอวีในร่างกายหรือไม่ก็ตาม แต่วาทกรรมทางการแพทย์ได้สร้างภาพลักษณ์ของผู้คนเหล่านั้นให้เข้าไปเกี่ยวข้องกับเชื้อเอชไอวีเอดส์อย่างมีต้องสงสัย กลุ่มนักรั่วมเพศ ชาย/หญิงชาย และเที่ยวบริการทางเพศ ผู้ติดเชื้อยาเสพติด และอื่น ๆ ได้กลายมาเป็น “กลุ่มเสี่ยง” และถูกจับจ้องมองสอดส่องพฤติกรรมทั้งโดยรัฐ ชุมชน ที่เชื่อว่าอาจนำไปสู่การแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอชไอวีเอดส์ได้

ในบางสังคม เกิดกรณีซ้ำร้าย ที่วาทกรรมทางการแพทย์มิได้เพียงจัดจำแนกกลุ่มเสี่ยงและสร้างอคติทางสังคมให้เกิดขึ้นจากโรคเอดส์เท่านั้น แต่ยังได้นำเอาอคติทางชาติพันธุ์มาผูกโยงกับเชื้อเอชไอวีเอดส์แล้วตีตราว่าเป็นผู้ติดเชื้อ ซึ่งสร้างให้เกิดการเบียดขับซ้ำสอง (double marginalization) ต่อผู้คนเหล่านั้นอีกด้วย ดังตัวอย่างเช่น กรณีชาวไฮติในสังคมอเมริกันที่ Farmer (1992) ได้ให้ความสนใจเป็นพิเศษต่อการถูกกีดกันทางสังคมที่เกิดขึ้นในกลุ่มชนชาวไฮติ เขาพบว่า ปัญหาเรื่องโรคเอดส์ไม่ใช่เพียงปัญหาเรื่องโรคและอาการเจ็บป่วยเท่านั้น แต่กรณีของชาวไฮติในสังคมอเมริกันยังตอกย้ำความเป็นคนผิวดำและการกีดกันทางชาติพันธุ์ของชาวไฮติในสังคมอเมริกันที่ก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติจากการเหยียดผิวและเชื้อชาติในสังคมอเมริกันด้วย ชาวไฮติสำหรับคนอเมริกันในยุคทศวรรษ 1980 นั้น นอกเหนือจากจะถูกคนในสังคมอเมริกันโดยทั่วไปชี้ว่า เป็นคนจน ไร้การศึกษาและเป็นขอทานแล้ว

ชาวไฮติยังถูก “เบียดขับซ้ำสอง” (double marginalization) จากความรู้ทางการแพทย์ในช่วงทศวรรษ 1980 ที่วงการแพทย์อเมริกันระบุว่า ชาวไฮติเป็นตัวแทนของโรคเอดส์²⁸ จากการกำหนดให้เป็นหนึ่งในสี่ของกลุ่ม H (four - H club) คือ 1. กลุ่มชายรักร่วมเพศที่มีคู่นอนหลายคน(homosexuals) 2. กลุ่มที่เป็นโรคเลือด (hemophiliacs) 3. กลุ่มที่ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด (heroin user) และ 4.ชาวไฮติที่อพยพเข้าอเมริกา (Haitians) ให้ถือว่า เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การกำหนดกลุ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ในสังคมอเมริกาเช่นนี้ได้ทับซ้อนไปกับภาพลักษณ์ที่คนอเมริกันมองชาวไฮติว่า เป็นพวกขอลาน ยากจน นับถือผีและโชคลาง อีกทั้งยังเป็นชาวนาชาวไร่ที่ล้าหลัง ในทางการแพทย์อเมริกายังจัดตกต่ำลงไปว่า ชาวไฮติเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวีเอดส์ ซึ่งเป็นผลมาจากพฤติกรรมของชาวไฮติเองที่เกี่ยวข้องกับพิธีกรรมวูดู (voodoo) ที่มีการถ่ายเทเลือดและสารคัดหลั่งจากคนหนึ่งไปสู่อีกคนหนึ่ง ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ทำให้ง่ายต่อการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ อย่างไรก็ตาม สมมุติฐานเหล่านี้ยังไม่เคยมีข้อสรุปที่ชัดเจนแต่อย่างใด แต่ผลผลิตของการกำหนดเช่นนั้นกลับได้สร้างภาพและสร้างข้อรังเกียจเดียดฉันท์ให้เกิดขึ้นแก่ชาวไฮติในสังคมอเมริกันว่า เป็นผู้แพร่เชื้อเอดส์ หน้าที่ภาพลักษณ์ดังกล่าวที่เกิดจากการความรู้ทางการแพทย์ได้ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อวิถีชีวิตของคนไฮติในอเมริกา ทำให้พวกเขาถูกกีดกันในการใช้ชีวิตปกติ ถูกแบ่งแยกออกไปจากคนปกติทั่วไป เช่น เด็กๆ ชาวไฮติไม่ได้รับอนุญาตให้เข้าชั้นเรียนหนังสือ เช่นเดียวกันเด็กอเมริกันทั่วไป ผู้เช่าบ้านไม่ยอมให้เช่าบ้านอาศัย ถูกห้ามไม่ให้ทำงาน หรือนายจ้างไม่รับชาวไฮติเข้าทำงาน และห้ามไม่ให้บริจาคเลือดเพื่อช่วยเหลือผู้อื่น ดังนั้น ชะตากรรมและความทุกข์จากปัญหาภาพลักษณ์เรื่องเอชไอวีเอดส์ที่นำไปผูกโยงกับชาติพันธุ์ความเป็นชาวไฮติต่างแยกไม่ออกจากความเป็นคนไฮติ ที่ถูกทั้งกระบวนการเหยียดสีผิวและความรู้ทางการแพทย์กระทำต่อพวกเขา คนไฮติแม้ว่า จะเป็นผู้ติดเชื้อหรือไม่ก็ตาม ชาวไฮติในสังคมอเมริกันเหล่านี้ต่างถูกแปะป้ายเหมารวมว่า ต่างเป็นพาหะของโรคเอดส์ด้วยกันทั้งสิ้น

จากชาวไฮติในสังคมอเมริกัน ลองหันกลับมามองภาพลักษณ์เกี่ยวกับเอดส์ในสังคมไทยบ้าง ภาพลักษณ์เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสังคมไทยเกิดขึ้นจากในยุคแรกที่เอดส์แพร่ระบาดในหมู่ของชนรักร่วมเพศ อย่างไรก็ตาม ในช่วงหลังพ.ศ. 2530 ในสังคมไทยมีภาพลักษณ์ที่เป็นประสบการณ์การรับรู้ใหม่ในสังคม คือ เอดส์สามารถแพร่ระบาดได้โดยทั่วไป ทั้งในหมู่ชายนักเที่ยว หญิงขายบริการทางเพศ ผู้ติดยาเสพติด ผู้บริจาคเลือด คนเหล่านี้ถูกเหมารวมว่า เป็นผู้อยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ที่คนทั่วไปในสังคมมีภาพของความหวาดกลัวและนำไปสู่การตั้งข้อรังเกียจต่อผู้ติดเชื้อที่วางอยู่บนมาตรฐานทางศีลธรรมชุดหนึ่ง โดยเฉพาะการมีพฤติกรรมเสี่ยงในการแสวงหาเชื้อเอชไอวีเอดส์เข้าสู่ตนเอง

²⁸ ค.ศ. 1983 Center of Disease Control –CDC ประกาศกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอดส์มี 4 กลุ่ม หรือ four - H club คือ 1. กลุ่มชายรักร่วมเพศที่มีคู่นอนหลายคน (Homosexuals) 2. กลุ่มที่เป็นโรคเลือด (Hemophiliacs) 3. กลุ่มที่ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด (heroin user) และ 4.ชาวไฮติที่อพยพเข้าอเมริกา (Haitians)

ในช่วงหลังปี ค.ศ. 1980 เป็นต้นมา การแพทย์สมัยใหม่ได้เข้ามาทดสอบและควบคุมพฤติกรรมของประชาชนมากขึ้น เกิดการควบคุมสอดส่องต่อพฤติกรรมทางเพศที่ดำเนินการอย่างกว้างขวาง ลักษณะของการแพทย์แผนใหม่ดังกล่าวกลับยังเป็นการสร้างอคติทางสังคมซ้ำเติมแก่ให้กลุ่มคนต่าง ๆ ที่เข้าไปข้องเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี เช่น ผู้ขายกรรมกร หญิงขายบริการ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด ดังเช่น ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อโรคเอชไอวีในเขตภาคเหนือตอนบนของไทยที่เกิดขึ้นมาไม่ต่ำกว่า 20 ปี ก็เป็นผลมาจากภาพลักษณ์การนิยามความหมายที่ผูกโยงเชื้อโรคเอดส์กับมาตรฐานทางศีลธรรม จรรยาในการประพฤติปฏิบัติตนเช่นกัน ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อในสังคมไทยที่ถูกกีดกันจากสังคม เกิดขึ้นอย่างกว้างขวาง ทั้งในระดับครอบครัว ชุมชน และสาธารณชนทั่วไป เช่น การถูกรังเกียจจากครอบครัวไม่ได้รับประทานอาหารร่วมกัน ร้านอาหารแยกผู้ติดเชื้อออกไปต่างหาก หรือการกีดกันในโรงพยาบาลไม่ให้รักษาร่วมกับผู้อื่น หรือถูกกีดกันให้ออกจากงาน/ ไล่ออกจากงานเมื่อนายจ้างรู้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อ (มธุรส 2546)

อย่างไรก็ตาม ในสังคมไทยภายใต้กระแสโลกาภิวัตน์ที่สังคมไทยเริ่มเปิดมากขึ้นกับโลกภายนอก และการเริ่มต้นอย่างจริงจังของรัฐบาล กระทรวงสาธารณสุข ตลอดจนองค์กรพัฒนาเอกชนในเรื่องการณรงค์ทำความเข้าใจต่อปัญหาเรื่องเอดส์ ได้ทำให้ในระยะเวลาที่ผ่านมาเกือบ 20 ปี ผู้ติดเชื้อได้พยายามต่อสู้กับภาพลักษณ์ทางลบที่เกิดขึ้นจากเชื้อเอชไอวีเอดส์ และอย่างน้อยสามารถเอาชนะการกีดกันและการถูกมองว่าเป็น “คนอื่น” ในสังคมไทยออกไปได้ระดับหนึ่ง โดยทำให้เกิดการยอมรับมากขึ้นในสังคมไทย มีการลุกขึ้นมาต่อสู้เรียกร้องความเป็นมนุษย์ของตัวเองมากขึ้น หรือพยายามสร้างความหมายใหม่ ๆ ไม่ว่าจะเป็น “ความเป็นคนดีที่ช่วยเหลือสังคม” และในความเป็นคนของชุมชนและคนของครอบครัว (มธุรส 2546)

ประสบการณ์ผู้ติดเชื้อกับการเบียดขับทางสังคมในสังคมลาว

ในบริบทการเปิดขึ้นของชายแดนภายใต้ความร่วมมือของประเทศในอนุภูมิภาคกลุ่มน้ำโขง และในกระบวนการพัฒนาภูมิภาคกลุ่มน้ำโขง ได้ทำให้คนจนในสังคมลาวเกิดปัญหาซ้ำซ้อนมากขึ้น จะพบว่าคนในสังคมลาวจำนวนมากจากชนบทได้อพยพเคลื่อนย้ายเข้าไปหางานทำในเมืองไทย กลายเป็นคนพลัดถิ่นเข้าสู่เมืองไทย อันเนื่องมาจากภาวะเศรษฐกิจที่ตกต่ำของบ้านตน แม้ว่า จะได้โอกาสในการทำงาน สามารถเก็บหอมรอมริบเพื่อมาเลี้ยงดูคนในครอบครัว มีโอกาสได้สร้างบ้านใหม่ และซื้อหาข้าวของเครื่องใช้อำนวยความสะดวกต่าง ๆ ให้กับชีวิต แต่คนลาวหลายคนที่ย้ายมาอยู่บ้านเกิดยังได้พบปัญหาต่าง ๆ ตามมามากมาย เช่น ปัญหาความขัดแย้งภายในบ้านและชุมชนจากการจัดแบ่งชั้นวรรณะกันมากขึ้น หรือปัญหาเรื่องสุขภาพจิต ปัญหาประสบการณ์อันเลวร้ายในการทำงานที่เมืองไทย และ/หรือที่อื่น หนุ่มสาวลาวหลายคนที่ย้ายมาทำงานในธุรกิจขายบริการทางเพศในไทย เมื่อกลับไปบ้านแล้วพบตัวเองในภายหลังว่า มีปัญหาเรื่องโรคทางเพศสัมพันธ์ หรือเชื้อเอชไอวีเอดส์ติดตัวกลับไปด้วย และในเวลาต่อมาก็มักถูกปฏิเสธจากชุมชนและครอบครัวเมื่อพวกเขาเรียนรู้ว่ามีปัญหาดังกล่าว ดังเช่น กรณี

ของ หวัน (นามสมมุติ) เล่าให้ฟังว่า “หลังจากที่สามีกับเพื่อน ๆ เดินทางไปทำงานที่ชายแดนแถบ
อุดรธานีและอีกหลายจังหวัดในเมืองไทยแล้วกลับมาบ้าน ตอนนั้น เขาบอกว่า เขาและเพื่อน ๆ ไปเที่ยว
ผู้หญิง ไปเที่ยวหญิงขายบริการ พอกลับมาบ้าน ได้ยินข่าวว่า เพื่อน ๆ ของสามีตายเพราะโรคเอดส์หลาย
คน สามีของฉันก็กลัวว่าจะติดเหมือนกัน เพราะได้ไปเที่ยวเหมือนกัน”

เมื่อคนหลายคนในสังคมลาวกลายเป็นผู้ติดเชื้อ แต่ขณะที่หนทางรักษาในลาวกลับมีอยู่น้อย
และมีโอกาสของการเข้าถึงยาน้อยกว่าที่อื่น ๆ โรคเอดส์เองในแง่ของภาพลักษณ์ก็ไม่แตกต่างไปจากที่
อื่น ๆ มากนัก ที่ในสังคมลาวก็มีภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเชื่อมโยงกับการกระทำผิดที่สั่นคลอนมาตรฐาน
ทางศีลธรรม จริยธรรมและโลกทัศน์ทางศาสนาในสังคมลาว ได้แก่ การนอกใจสามี/ภรรยาหรือการ
ออกไปเที่ยวผู้หญิงภายใต้ระบบคิดแบบผิวเดียวเมียวเดียว การที่ผู้หญิงมีลักษณะหลายแฟนซึ่งขัดแย้งกับ
ภาพลักษณ์ของ “ความเป็นผู้หญิงที่ดี” การใช้ยาเสพติดของเด็กวัยรุ่นที่ผิดต่อวิถีคิดทางศาสนา และอื่นๆ
ที่ปรากฏต่อภาพลักษณ์ทางลบในเรื่องเอดส์

ข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อในสังคมลาวบริเวณชายแดนไทยลาว นำเสนอภาพลักษณ์ด้าน
ลบของเอดส์ที่กระทำต่อตนเองในหลากหลายรูปแบบ ดังเช่น กรณี พรหม (นามสมมุติ) เล่าว่า ในตอน
แรกที่ไม่รู้ว่าติดเชื้อและแสดงอาการในระยะสุดท้าย ตอนนั้นคิดว่า ตนเองคงไม่รอดแล้ว ลากรอบครัว พ่อ
แม่ แต่ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากฝั่งลาวก็พยายามพาตัวเธอไปขอความช่วยเหลือให้รักษาตัวที่
โรงพยาบาลในบริเวณชายแดนฝั่งไทย ตอนนั้นเองที่คนในชุมชนรู้ คนในชุมชนเขารีบบอกเลยว่า “ให้
รีบเอาตัวออกไปเลย ไม่งั้นจะติดใส่คลองให้ตายไปเลย คนในชุมชนเขาพูดอย่างนั้น เพราะว่า เขากลัว
เรื่องเอดส์มาก เขากลัวว่าจะติด เราอาบน้ำคลองเดียวกัน เวลาเราอาบน้ำ เขาก็หนีกันหมด เพราะเขา
รังเกียจบ้าง กลัวว่าจะติดจากน้ำที่อาบบ้าง ไม่มีใครรู้ว่า เอดส์คืออะไรหรือเป็นอย่างไร รู้แต่ว่า เป็นเอดส์
แล้วตาย”

หรือกรณี ด้อย (นามสมมุติ) เล่าให้ฟังหลังจากผ่านความระทมทุกข์ในการสูญเสียสามีจากโรค
เอดส์ว่า “เราก็ไม่รู้ว่ ทำไมเขาไปติดยา ไปติดได้ อย่างไร เขาติดยาตั้งแต่อยู่ในเมืองไทยช่วงที่ไปทำงาน
ที่นั่น ก่อนที่จะกลับมาบ้าน เขาพยายามจะเลิก แต่ทำไม่ได้ยาก ก็เลยต้องมึนจนแบบนี้ เพื่อนบ้านเขาก็
ระแคะระคายว่า สามีเราตายเพราะติดยา และเป็นเอดส์ เขาก็พูดกันไปต่าง ๆ นานา แต่ว่า เราก็ไม่เก็บ
แล้ว เพราะว่า ตอนนี้ เราเองก็คิดมากอยู่แล้ว เป็นทุกข์ใจ อยู่ไปวัน ๆ ถ้าไม่มีลูก ก็คงตายไปแล้ว”

ด้วยเพราะภาพลักษณ์ด้านลบของเอดส์เชื่อมโยงกับมาตรฐานทางศีลธรรมของสังคม ส่งผลต่อ
การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะยอมรับ หรือไม่ยอมรับตัวเอง หรือเปิดเผย/ปิดบังตัวเองเพื่อเข้าสู่กระบวนการ
รักษา เช่น การรับยาต้านไวรัสเอชไอวีจากโครงการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ขององค์กรพัฒนาเอกชน
ระดับสากลตามแนวชายแดน องค์กรสาธารณสุขของรัฐ ในกรณีของผู้ติดเชื้อในสังคมลาวนั้น ยังพบว่า
สังคมมีการให้การยอมรับต่อผู้ติดเชื้อน้อยมาก เพราะว่าภาพลักษณ์ด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงทรง
พลังมหาศาลต่อการทำความเข้าใจในสังคมลาว ผู้ติดเชื้อในลาวเอง ถึงกับพูดกันว่า “เป็นเอดส์ในลาว
มันตายเร็ว เพราะว่า ไม่ใช่แค่ไม่มียารักษา แต่เพราะเขาไม่ยอมรับในตัวของเขาเป็น”

ข้อมูลของ Lyttleton (2007) เองก็สอดคล้องกับสถานการณ์เรื่องการยอมรับในผู้ติดเชื้อของ สักมลาว พบว่า คนที่เปิดเพศตัวในลาวมีน้อยมาก โดยในช่วงปี ค.ศ. 2006 พบว่ามีเพียง 329 คนจาก 7 แขวงในลาวที่เปิดเพศตัวว่า มีเชื้อเอชไอวีในร่างกายและเป็นผู้ติดเชื้อ (Lyttleton 2007) การไม่ยอมรับ ในตัวเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั่น ในแง่หนึ่งอาจเป็นผลมาจากแรงกดดันในสักมลาวเองที่ยังไม่พร้อม เปิดกว้างจะยอมรับผู้ติดเชื้อและการแพร่กระจายของเชื้อเอดส์ที่เข้ามาอย่างรวดเร็ว

อย่างไรก็ตาม ในช่วงเปลี่ยนผ่านของกระแสสักมลาวที่ยังอยู่ในระหว่างการให้การยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในลาวนั้น บริบทของกระแสสักมกับการยอมรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในลาวเช่นนี้ส่งผลต่อ ประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอชไอวีในสักมลาวอย่างสำคัญ โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องการ เปิดเพศตัว/หรือปิดบังตัวเองของผู้ติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับแนบแน่นต่อมิติต่าง ๆ ทางสังคมวัฒนธรรม เช่น มิติ ทางชนชั้น สภาวะทางเศรษฐกิจ รายได้ สถานภาพการศึกษา และมิติทางเพศสภาพของคนในสักมลาว เอง ที่เป็นเงื่อนไขสำคัญในการที่ผู้ติดเชื้อต้องดิ้นรนแก้ไขปัญหามา เพื่อเยียวยา รักษาทั้งชีวิตของตนเองที่ ประสบจากเชื้อเอชไอเอดส์ ขณะเดียวกันก็ต้องจัดการกับสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของครอบครัว ตลอดจน ความรู้สึกของคนในครอบครัวและคนรอบข้าง และสภาวะทางสังคมที่สัมพันธ์ไปกับการ ยอมรับของคนในสักมลาวด้วยกันเองด้วย

ดังนั้น ปัญหาเรื่องการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอเอดส์ ไม่เพียงทำให้เกิดความเจ็บป่วยและ เกิดความทุกข์ในระดับบุคคลเท่านั้น แต่กลับทำให้เกิดความรุนแรงและบาดแผลในประสบการณ์ของ มนุษย์ที่เชื่อมโยงกับเรื่องความสัมพันธ์เชิงอำนาจอื่น ๆ ที่เข้ามาเกี่ยวข้อง ความทุกข์ของผู้ติดเชื้อในแง่ หนึ่ง จึงไม่ใช่เพียงเรื่องที่ต้องตระหนักถึงการเจ็บไข้ได้ป่วยของตัวเองที่กำลังเผชิญหน้าเท่านั้น หากยัง ต้องเผชิญหน้ากับแรงกดดันทางสังคมที่เข้ามากระทบต่อประสบการณ์ของผู้ติดเชื้ออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

เงื่อนไขทางเศรษฐกิจ ชนชั้น และการยอมรับในสักมลาว

เจ้าหน้าที่องค์กรสาธารณสุขในลาว ให้ข้อมูลว่า จากประสบการณ์การทำงานเรื่องผู้ติดเชื้อเอช ไอวีตามชายแดนลาว ก็พบว่า คนลาวไม่ค่อยมารับการรักษาหรือยอมรับที่จะรักษากับองค์กรต่าง ๆ ไม่ ว่า องค์กรของรัฐ และองค์กรระหว่างประเทศที่เข้ามาให้การช่วยเหลือมากนัก ความจริงแล้ว ในเขต เมืองบ่อแก้ว หลวงน้ำทา ชายแดนไทย-ลาว มีกลุ่มคนมากมายหลายกลุ่มที่กำลังกลายเป็นผู้ติดเชื้อ แต่ ส่วนใหญ่ไม่ยอมเปิดเผยตัว ด้วยเพราะหลายคนเป็นคนที่มียาเสพติดในสักมลาว เช่น พวกข้าราชการ ตำรวจ ผู้พิพากษา คนทำงานในระดับสูง ในบริษัทเอกชน หรือในองค์กรพัฒนาเอกชนต่างประเทศ คน เหล่านี้เป็นคนมีเงิน บางคนยอมดาบอยู่ภายในบ้านดีกว่าจะยอมให้คนอื่นรู้ ชาวบ้านและสักมภายนอกก็ จะรู้เพียงว่า เขาตายด้วยโรคหัวใจวาย โรคปอด แต่ไม่ใช่เพราะโรคเอดส์ คนกลุ่มเหล่านี้ เขาบอกกับ สังคมไม่ได้ เพราะว่า เขาเป็นคนมียาเสพติดในสักมลาว เขาจึงไม่เปิดเผยตัว ส่วนพวกที่เปิดเพศตัวเข้ามา หาและมาขอความช่วยเหลือจากองค์กรสาธารณสุข ส่วนใหญ่ เป็นกลุ่มพ่อบ้าน แม่บ้าน คนยากจนที่ไม่ มีเงินรักษาตัว ขณะเดียวกัน ก็มีลูก ๆ และพ่อแม่ที่ต้องเลี้ยงดู มีปัญหาทางเศรษฐกิจ คนเหล่านี้จะหาเงิน

ไปซื้อยากินเองก็ยาก เพราะไม่มีเงินมากพอ คนกลุ่มนี้ก็จะเข้ามาหาสาธารณสุข เจ้าหน้าที่ก็จะแนะนำเรื่องการใช้จ่ายด้านไวรัสเอชไอวีและเข้าโครงการให้ความช่วยเหลือต่าง ๆ ที่มีอยู่ในหลายระดับ และบางโครงการก็ให้เงินเลี้ยงชีพครอบครัว คนเหล่านี้จึงยอม

จากข้อมูลของเจ้าหน้าที่องค์กรสาธารณสุขดังกล่าวข้างต้น จะพบประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อในการจัดการกับชีวิตของตัวเองที่แตกต่างกัน ซึ่งจะขอนำเสนอกรณีตัวอย่างข้อมูลผู้ติดเชื้อลาวบริเวณชายแดนที่แตกต่างกันในแง่ของเงื่อนไขทางเศรษฐกิจ ชนชั้น และการยอมรับของผู้ติดเชื้อที่แตกต่างกันไป โดยจะนำเสนอในลักษณะข้อมูลประวัติชีวิตและการจัดการความสัมพันธ์ทางสังคมในลาว ดังรายละเอียดต่อไปนี้

สวาย²⁹ (นามสมมุติ) มีสามีเป็นนายตำรวจผู้ใหญ่ของฝั่งลาว เป็นคนมีฐานะ มีการศึกษา และมีรายได้จากการทำงานราชการตำรวจ ส่วน สวาย ทำงานธนาคาร มีรายได้หลักจากเงินเดือน เมื่อหลายปีก่อน (ค.ศ.2006) สามีของ สวาย เสียชีวิตลงเพราะโรคฉวยโอกาสจากเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการแพร่กระจายมาจากการไปมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงที่มาบริการในงานสังสรรค์กับเพื่อนนายตำรวจฝั่งไทย หลายครั้งหลายครา ขณะที่ สวาย ก็ติดเชื้อจากสามีของเธอด้วยเช่นกัน ระหว่างที่สามียังเจ็บป่วย อด ๆ สามีออกไปตรวจรักษาโรคที่กรุงเทพฯ เพื่อให้เห็นใจว่า ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ พอรู้ผลแน่ชัด ก็ไม่ยอมรับการรักษาใด ๆ และปล่อยให้ตัวเองตายลงเพียงไม่ถึงปีให้หลัง ขณะที่ สวาย ก็จมอยู่กับความทุกข์ที่สูญเสียสามี แต่มีความทุกข์ซ้ำซ้อน เมื่อตนเองก็ติดเชื้อจากสามีด้วยเช่นกัน และยังไม่รู้ว่าจะทำอย่างไรกับลูกอีก 2 คนที่กำลังโต โดยเฉพาะเมื่อตนเองจะคิดแบบสามีดีหรือไม่ คือ ปล่อยให้ตายไป ไม่ต้องรักษา หากทำเช่นนั้นแล้ว ลูกจะเป็นอย่างไรต่อไป และคนรอบข้าง ญาติพี่น้องควรจะรู้หรือไม่ ลูกควรจะรู้หรือไม่ แล้ว ถ้ารู้จะเป็นอย่างไร สิ่งเหล่านี้คือ ความคิดที่วนเวียนอยู่กับพี่สวายหลังจากที่รับรู้ว่าคุณเองติดเชื้อสามีด้วย

แม้ว่า สังคมรอบข้าง เพื่อนบ้าน คนในตลาด เพื่อนร่วมงาน จะกระแคะกระคายเรื่องพี่สามีของเธอเสียชีวิตลงเพราะเอดส์และมองว่า เธอเองก็คงจะติดเชื้อมาจากสามี แต่จนถึงปัจจุบัน สวาย ก็ไม่เคยยอมบอกใครในชุมชนรอบข้าง เพื่อนที่ทำงาน เพื่อนบ้านในสังคมลาวว่า ตนเองเป็นผู้ติดเชื้อ แม้กระทั่งญาติและลูกของตนเองก็ไม่รู้ เพราะเธอกลัวว่า พวกเขาจะเป็นกังวลและยอมรับไม่ได้ อย่างไรก็ตาม ด้วยเพราะเธอจำเป็นต้องรักษาตัว เนื่องจากต้องคิดถึงเรื่องลูกกับการมีชีวิตต่อไปเพื่อลูก สวาย จึงเดินทางไปรับการรักษาในฝั่งไทย ด้วยเงินของตัวเองที่ได้รับจากการทำงานประจำ การไปรักษาในฝั่งไทย ทำให้เธอต้องหยุดงานเป็นประจำเดือนละครั้ง ครั้งละ 1-2 วัน เหตุนี้ทำให้เพื่อนร่วมงานและเจ้านายค่อนข้างไม่พอใจ ซึ่ง สวาย จำเป็นต้องหาทางแก้ปัญหาไปที่ละเปาะ หลายช่วงที่เธอเกิดการแพ้ยาต้านไวรัส ทำให้ร่างกายทรุดโทรม ไม่มีเรี่ยวแรงไปทำงาน ต้องลาป่วยบ่อยครั้ง เธอก็หวังดีกว่าจะกระทบต่อการ

²⁹ ข้อมูลจากสวาย เล่าผ่านจากแหล่งข้อมูลคนที่ สวาย ไว้ใจและให้การยอมรับ เนื่องจากคนเธอไว้ใจนี้เป็นผู้ติดเชื้อที่มีประสบการณ์ในลักษณะคล้ายกัน และพยายามจะหาหนทางออกไปให้พ้นจากกรอบพันธนาการ ที่พันธเอาไว้จากภาพลักษณ์เอดส์ในแง่ของศีลธรรมในสังคม

ทำงานของตัวเอง และนำไปสู่การต้องอธิบายเหตุผลว่า ไม่สบายเป็นอะไร จะรักษาอย่างไร ลูก ๆ ก็กังวลว่าแม่ไม่สบายเป็นอะไร

สิ่งเหล่านี้ คือ ประสบการณ์ของ *สวาย* ในฐานะชีวิตผู้ติดเชื้อในสังคมลาวที่กำลังเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ รุมเร้าเข้ามาในชีวิต อารมณ์ความรู้สึกและความไม่มั่นคงที่ถูกคลื่นแห่งความทุกข์พัดโถมเข้ามาเป็นระลอกซ้ำแล้วซ้ำเล่า ในแง่หนึ่ง *สวาย* ในฐานะเป็นคนมีฐานะ มีรายได้ที่ดี จึงมีทางเลือกในการที่จะหาหนทางรักษาจากภายนอก ข้ามฝั่งมายังเมืองไทย ณ ที่ซึ่งปลอดภัยจากสายตาของคนในสังคมตนเอง ขณะที่ในเมืองไทยก็มีแนวทางการรักษาจากการแพทย์สมัยใหม่ที่เจริญก้าวหน้า แต่สิ่งที่ต้องเผชิญหน้าต่อไปสำหรับเธอทั้งในปัจจุบันและอนาคต ก็คือ การยอมรับในตัวเอง และการเปิดเผยตัวต่อคนในสังคม คนรอบข้าง การวางแผนอนาคตให้กับลูก ๆ จะฝากฝังลูกให้กับใคร หรือทำวันนี้ให้กับลูกให้มากที่สุด ไม่ว่า จะเป็นเรื่องการศึกษา เป็นต้น

อีกกรณีหนึ่ง เป็นประสบการณ์ชีวิตผู้ติดเชื้อในสังคมลาว ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดี และเป็นคนมีหน้ามีตาในสังคม ซึ่งคล้ายกับกรณี *สวาย* แต่ก็ส่งผลให้การเลือกเปิดเผยตัวหรือไม่เปิดเผยตัว หรือการยอมรับในสังคมลาวแตกต่างกัน

ทองอุเทน (นามสมมุติ) หนุ่มใหญ่อายุประมาณ 40 ปี จบการศึกษาจากต่างประเทศ ด้านการปลูกสัตว์ตั้งแต่เมื่อ 20 ปีก่อน ปัจจุบันทำงานองค์กรพัฒนาเอกชนต่างประเทศได้รับเงินเดือนสูง ถือได้ว่าเป็นคนมีฐานะมั่นคงในแขวงหลวงน้ำทา *ทองอุเทน* รู้ตัวว่า เป็นผู้ติดเชื้อตั้งแต่ปี ค.ศ. 2003 ตอนแรกไม่สบายเป็นมาลาเรีย แต่เมื่อไปตรวจที่เวียงจันทน์ หมอพบว่า มีเชื้อเอชไอวีเอดส์ด้วย *ทองอุเทน* จึงตัดสินใจเดินทางข้ามฝั่งมาเมืองไทยเพื่อไปหาแพทย์ผู้เชี่ยวชาญที่คลินิกนิรนาม กรุงเทพฯ ตรวจสอบให้แน่ใจอีกครั้ง จากนั้น ก็เริ่มทำการรักษาโดยรับยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ปี ค.ศ. 2006 จนถึงปัจจุบัน ที่ผ่านมา *ทองอุเทน* เดินทางขึ้นลงด้วยเครื่องบิน บ้าง รถโดยสารบ้างเพื่อไปรับยาที่กรุงเทพฯ ฯ ในช่วงแรก และต่อมาเริ่มไปรับยาที่เวียงจันทน์ในช่วงหลังทุก ๆ เดือน

สำหรับ *ทองอุเทน* แล้ว แม้ว่าจะมีโครงการให้ยาด้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อในแขวงหลวงน้ำทา โดยองค์กรพัฒนาเอกชนจากต่างประเทศ แต่ *ทองอุเทน* ไม่เลือกเข้าโครงการ เขาอธิบายว่า เขาไม่มีปัญหาเรื่องการรักษาโรคและค่ารักษาพยาบาล ด้วยเพราะเขามีฐานะและมีรายได้มากพอที่จะจ่ายค่ารักษา แต่ขณะเดียวกัน การไม่เข้าสู่กระบวนการรักษาโดยการรับยาผ่านโรงพยาบาลที่หลวงน้ำทาเป็นผลจากการที่ *ทองอุเทน* ไม่พร้อมที่จะเปิดเผยตัว เขาให้เหตุผลว่า “ที่ไม่เปิดเผยตัว เพราะว่า พี่น้องคนอื่นเขามีขสฐาบรรดาศักดิ์ ก็ไม่อยากจะเปิดเผย ยกเว้นเรากับครอบครัวพี่น้องใกล้ชิดเท่านั้น ซึ่งในตอนแรก เขาก็ตกใจ และไม่รู้อะไรกับเรา ลูกสาวเรารู้ เขาก็ทำใจอยู่นาน ส่วนภรรยาเก่า แม่ของลูกสาว เราก็ดูไม่ได้บอก เพราะหากบอก เขาก็จะเสียใจ แต่ที่ผมไม่บอกกับคนอื่น ๆ ทั่วไป เพราะว่า ผมก็เป็นคนมีฐานะ ผมก็ใหญ่คนหนึ่ง พี่น้องผมก็เป็นคนมีหน้ามีตาในสังคม หากคนอื่นรู้ว่า ผมเป็น ญาติพี่น้องผมก็จะเดือดร้อน”

สำหรับ ทองอุเทน แล้ว เรามีโอกาสมากกว่า ในแง่ของฐานะทางเศรษฐกิจที่จะเลือกไม่เปิดเผยตัวเองว่า เป็นผู้ติดเชื้อ แต่ขณะเดียวกันก็ทำการรักษาตัวด้วยการเดินทางไปรับยาไกลถึงเวียงจันทน์ หรือเดินทางไปยังกรุงเทพฯ เพื่อติดต่อขอซื้อยา/รับยาจากที่นั่น ทองอุเทน แม้ว่าจะทำงานอยู่ที่หลวงน้ำทา แต่เขายอมเดินทางไปเวียงจันทน์ทุกเดือนเพื่อไปรับยาที่นั่น เพราะไม่อยากให้คนอื่นในบริเวณที่ทำงานรู้ ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อการทำงานร่วมกับคนอื่น ๆ และชาวบ้าน ชุมชนที่อยู่ห่างไกล

กรณีของ สาว อายุ 42 ปี ทำงานบริษัทเอกชนอยู่ในตัวเมืองห้วยทราย สามีทำงานเป็นข้าราชการ ทั้งสองคนมีลูก 2 คน ลูกสาวคนหนึ่งกำลังเรียนอยู่ชั้นมัธยมต้น ส่วนลูกชายอีกคนเรียนชั้นประถมศึกษา ครอบครัวพี่สาวถือเป็นคนมีฐานะดีในแขวงบ่อแก้ว เขาเรียกกันว่า เป็น “คนมี” ในสังคมลาวทั้งในเรื่องหน้าตาและเงินทอง เมื่อ 2 ปีก่อน (2006) สามีของ สาว มักออกไปเที่ยวร้านกินดื่มและร้านคาราโอเกะกับเพื่อน ๆ ในฝั่งเชียงของ ประเทศไทย ส่วนใหญ่ที่ออกไป เป็นเพราะการงานอาชีพ ที่มีการทำงานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ฝั่งไทย จากนั้นมาไม่นาน สามีของ สาว ล้มป่วยลงและเพิ่งเสียชีวิตไปเมื่อปี ค.ศ.2007 ขณะที่ สาว ได้รับเชื้อมาจากสามี

เมื่อสามีเสียชีวิตลง คนในสังคมรอบข้างซุบซิบนินทากันไปต่าง ๆ นานา ๆ ซึ่งส่งผลกระทบต่อชีวิตของ สาว อย่างมาก เธอไม่ยอมออกไปไหน ไม่ไปตลาด แรก ๆ ไม่กล้าออกบ้าน ไม่กล้าเผชิญหน้ากับใคร ไม่กล้าเดินในที่สาธารณะ หมกตัวอยู่ในบ้าน ไปทำงาน ก็เหนื่อยง่าย ไปตลาดก็รีบ ๆ เดิน หรือไม่กี่เดินก็หันหน้า เพราะกลัว อาจว่าคนอื่นเขาจะรู้ กลัวว่า คนลาวไม่ยอมรับเรื่องโรคเอดส์ ที่มาจากพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรม สาว เมื่อรู้ว่า ติดเชื้อมาจากสามี เธอเริ่มค้นหาวิธีว่า จะมีชีวิตอยู่อย่างไร แม้ว่า สาว ยังจะต้องออกไปทำงานที่บริษัทเหมือนเดิม เพราะจำเป็นต้องทำงานหาเลี้ยงลูกอีก 2 คน แต่ด้วยเพราะร่างกายเริ่มอ่อนแอลง เหนื่อยง่าย สาว จึงต้องหาทางไปรับการรักษาที่โรงพยาบาล สาว ไม่ยอมไปโรงพยาบาลประจำแขวง เพราะกลัวคนอื่น ๆ จะรู้ เธอไม่ยอมไปรวมกลุ่มกับองค์กรผู้ติดเชื้อในแขวงบ่อแก้วและไม่ยอมเข้าโครงการหมอไร้พรมแดนด้วยเหตุผลเดียวกัน สำหรับ สาว แล้ว เธอต้องหยุดงาน 1 วันทุก ๆ เดือน เพื่อไปหาหมอที่โรงพยาบาลเชียงแสน ทำการตรวจสภาพร่างกายและรับยาต้านไวรัส เอชไอวี สาวหมดค่ารักษาพยาบาลและค่าเดินทางทุก ๆ เดือนไม่ต่ำกว่า 3,000 บาท

แม้ว่า เธอเป็นคนมีฐานะในสังคมลาว ทำงานบริษัทเอกชนที่มีรายได้ระดับหนึ่ง แต่เมื่อสามีเสียชีวิตลง รายได้หลักจึงเหลืออยู่เพียงงานประจำที่เธอทำอยู่ ขณะที่รายจ่ายนั้น ต้องส่งเสียลูก ๆ เรียนหนังสือถึง 2 คน แล้วยังมีรายจ่ายเพิ่มขึ้นประจำจากการเสียค่ารักษาพยาบาลจำนวนมาก สาว เริ่มขาดเงินทอง มีชีวิตที่ลำบากมากขึ้น ขณะที่ลูก ๆ ก็เฝ้ามองว่า แม่เป็นอะไร ไม่สบายอยู่เป็นประจำและกินยาอะไรเป็นประจำ ลูก ๆ ทั้งสองคนไม่รู้ว่า แม่ของพวกเขากำลังป่วย สาว ไม่เคยคิดว่าจะบอกเรื่องสุขภาพของเขาให้แก่ลูก ๆ ฟัง เพราะลูก ๆ ยังเด็กมาก และกลัวลูก ๆ จะมีปัญหา

ปัจจุบัน งานที่กำลังเป็นรายได้หลักของพี่สาวที่บริษัทเอกชนก็กำลังถูกเจ้านายของเธอเพ่งเล็งด้วยเพราะเธอต้องลาหยุดงานทุก ๆ เดือน หน้าซ้ายยาต้านไวรัสที่กินเข้าไปบางครั้งก็เกิดผลข้างเคียง ทำให้เธอทำงานได้ไม่เต็มที่ สาว กำลังมีชีวิตอยู่ด้วยความกลัวว่า สักวันหนึ่งจะถูกไล่ออกจากงาน สักวัน

หนึ่ง คนข้างนอกจะรู้ว่า เธอเป็นอะไร สักวันหนึ่งลูก ๆ จะรู้และเสียใจ และสักวันหนึ่ง เมื่อเธอจากไป ใครจะมาดูแลลูก ๆ ที่ยังเล็กของเธอ

จากทั้งสามกรณีตัวอย่าง จะพบว่า เจ็บป่วยของฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้นและความมีหน้ามีตา ในสังคมส่งผลอย่างสำคัญในการที่ผู้ติดเชื้อจะตัดสินใจว่าเปิดเผยตัวหรือไม่อย่างไรในสถานการณ์ที่ สังคมลาวเองมองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในแง่ลบเกี่ยวข้องกับภาพลักษณ์ด้านลบที่เกิดจากการ กระทำผิดต่อมาตรฐานทางศีลธรรมจรรยาหลาหลายชุด

ขณะที่ คนจน คนไม่มีรายได้ประจำ มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำมักจะตัดสินใจได้ง่ายกว่าในการเปิดเผยตัวต่อสังคมและเข้าสู่กระบวนการรักษา โดยผ่านโครงการให้ความช่วยเหลือขององค์กรพัฒนา เอกชนต่าง ๆ ที่เข้ามายังชายแดนฝั่งลาว ดังเช่น ในแขวงบ่อแก้วที่ผู้ติดเชื้อเปิดเผยตัวด้วยภาวะจำยอม อันเนื่องมาจากสุขภาพที่ทรุดโทรม ร่างกายอ่อนแอ การเปิดเผยตัวตน หมายถึงโอกาสที่จะมีชีวิตรอด เพราะจะได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานอยู่ในพื้นที่ เช่น กรณีของ ลอ (นาม สมมติ) และ แสงทอง (นามสมมติ)

ลอ เป็นสาวลาวอายุ 37 ปี อาศัยอยู่ที่เมืองห้วยทราย แขวงบ่อแก้ว ประเทศลาว เธอแต่งงานเมื่อ ปี พ.ศ.2538 ต่อมาปี พ.ศ. 2540 ได้ให้กำเนิดบุตรสาว 1 คน เธอมีผู้ชายเพียงสามีคนเดียว สามีเธอ ทำงานรับราชการเป็นเจ้าหน้าที่ป่าไม้ของลาว เธอเล่าว่า สามีเป็นคนเจ้าชู้มากชอบเที่ยวเตร่ร้านกินดื่ม บ่อยๆ ต่อมาสามีเริ่มมีอาการผิดปกติ ชูบผอมลง น้ำหนักลด ไปหาหมอ อาการก็ดีขึ้นบ้าง แต่ต่อมาเริ่ม ป่วยออกๆ แอดๆ จึงพากันข้ามมารักษาที่โรงพยาบาลเชียงของฝั่งไทย จนหมดเงินทองไปเป็นจำนวน มากแต่อาการก็ไม่ดีขึ้น ในช่วงนั้น เริ่มได้ยินเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่มีการรณรงค์โฆษณาในประเทศไทย จึง เกิดความกังวลและเริ่มสงสัยอาการว่าจะใช่หรือไม่ จึงพากันข้ามไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนใน จังหวัดเชียงราย ซึ่งหมอตรวจเลือดหาเชื้อก็พบว่าสามีติดเชื้อเอชไอวี และเสียชีวิตลงต่อมาไม่นาน

ลอ มีชีวิตอยู่ด้วยความทุกข์ กลัวว่าจะติดเชื้อจากสามีไม่ยอมไปตรวจเลือด จนกระทั่งร่างกาย เริ่มอ่อนแอลง ปีพ.ศ.2547 เธอตัดสินใจตรวจเลือดและพบว่ามีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย เธอซึมเศร้า หลังจากนั้น รู้สึกกลัวว่าจะตายแล้วทิ้งลูกยังเล็กเอาไว้ เธอไม่กล้าออกไปไหนในช่วงแรกเพราะกลัวคน อื่นรู้ เธอทนทุกข์อยู่กับสภาพร่างกายที่ผอมแห้งและจิตใจที่บอบช้ำ แต่เมื่อในช่วงนั้นมีองค์กรพัฒนา เอกชน³⁰ ที่ทราบข่าวไปเยี่ยมและอาสาช่วยเหลือเรื่องการรักษาตัว เธอตัดสินใจรับความช่วยเหลือทันทีด้วย การข้ามฝั่งมารักษาตัวที่ฝั่งไทย โดยใช้ทั้งการบำบัดด้วยสมุนไพร และยาสมัยใหม่บางตัวที่รักษาโรค เทรกซ้อน จากนั้นเธอเริ่มมีอาการดีขึ้นตามลำดับด้วยจิตใจมุ่งมั่นจะเอาชนะความเจ็บป่วยและมีชีวิตอยู่ รอดเพื่อลูกสาวที่กำลังรอเธอกลับไปอยู่ที่บ้าน

ต่อมาเมื่อร่างกายได้รับการฟื้นฟู เธอตัดสินใจรับยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยการสนับสนุนของ สภากาชาดลาว (กาแดงลาว) และองค์กรหมอไร้พรมแดนที่เข้ามาช่วยเหลือเรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวี

³⁰ ณ ขณะนั้นมืองค์กรบรรเทาทุกข์คริสตจักรแห่งนอร์เวย์ลาว (NCA) ทำงานเรื่องการรณรงค์ควบคุมและป้องกันเอดส์อยู่ในแขวงบ่อแก้ว

บริเวณชายแดนไทย-ลาวในภายหลัง จากนั้นเธอเริ่มเปิดเผยตัวมากขึ้น โดยเข้ามาช่วยงานที่ศูนย์กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี แขวงบ่อแก้ว เป็นอาสาสมัครช่วยให้ความรู้เรื่องเอดส์แก่ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มยากจนในแขวงบ่อแก้ว จนปัจจุบันผู้คนและสังคมในแขวงบ่อแก้วเริ่มยอมรับและอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ ปัจจุบันเธอยังทำงานและเลี้ยงลูกสาวจนเติบโตและลูกสาวได้แต่งงานในเวลาต่อมา เธอยังใช้ชีวิตอย่างปกติเฉกเช่นคนทั่วไป

อีกกรณีหนึ่ง เป็นเรื่องราวของ *แสงทอง* (นามสมมติ) หญิงสาวที่ได้รับเชื้อเอชไอวีเอดส์มาจากการเดินทางไปทำงานในฝั่งไทยในช่วงที่ไปทำงานรับเหมาก่อสร้าง เป็นกรรมกรที่ทำเรือเชียงแสนช่วงแรกที่ไม่แน่ใจ เธอจึงไปหาหมอที่โรงพยาบาลแขวงบ่อแก้ว หมอแจ้งให้ทราบและให้ทำการรักษาตัว เธอรู้สึกแย่ไปหมด ยอมรับไม่ได้เมื่อรู้ข่าว ขณะที่ภรรยาของ *แสงทอง* เริ่มรู้ตัวว่า ตนเองอาจได้รับเชื้อเอชไอวีมาจากสามีเช่นกัน ทั้งสองคนไม่ได้บอกใครในระยะแรกหลังจากรู้ข่าว ด้วยเกรงว่า คนรอบข้างในฝั่งลาวจะรังเกียจ

หลังการตรวจครั้งแรกที่โรงพยาบาลแขวงบ่อแก้ว *แสงทอง* และภรรยาไม่ได้กลับไปรักษาตัวที่นั่นอีก แต่ด้วยเพราะขาดแคลนค่ารักษาพยาบาล ช่วงนั้นได้ยินข่าวจากเพื่อนฝั่งไทยเกี่ยวกับโครงการโครงการหมอไร้พรมแดน³¹ (Doctor without border or medicins sans frontier -MSF) ซึ่งมีความร่วมมือกับโรงพยาบาลเชียงแสนในการให้ยาด้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้ป่วยทั้งฝั่งไทยและลาว จึงเดินทางไปขอรับการรักษาตัวที่โรงพยาบาลเชียงแสน อำเภอเชียงแสน ในฝั่งไทยแทน ด้วยเพราะไม่อยากให้คนในแขวงบ่อแก้วรู้ข่าวและแพร่กระจายข่าวเกี่ยวกับตัวเขาและภรรยาออกไป

ที่โรงพยาบาลเชียงแสน *แสงทอง* พบว่า มีทั้งคนรุ่นพี่รุ่นพ่อในเมืองไทยเป็นผู้ติดเชื้อมาขอการรักษาเต็มไปหมดในโรงพยาบาล ทำให้เธอรู้สึกว่า มีคนมากมายที่เป็น ไม่ใช่แค่เขาเพียงคนเดียวที่เป็นโรคนี้ เธอจึงรู้สึกใจชื้นขึ้น และพยายามทำใจ หลังจากนั้น ก็รับยาด้านไวรัสมากินตลอดจากโครงการดังกล่าว และพยายามจะใช้ชีวิตตามปกติ จากนั้น *แสงทอง* เริ่มรับการทำงานจากองค์กรพัฒนาเอกชน ต้องการเข้ามาทำงานเรื่องการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อในแขวงบ่อแก้ว เขาตัดสินใจเปิดเผยตัว จากนั้น ผู้ติดเชื้อลาวบางคนโดยการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนก็เริ่มกลายเป็นเพื่อนกัน ช่วยกันทำงานรวมกลุ่มตั้งองค์กรผู้ติดเชื้อ เพื่อดูแล/ทำงานกิจกรรมร่วมกัน มีการพากันไปเยี่ยมเพื่อนผู้ติดเชื้อภายในแขวงบ่อแก้ว รวมทั้งจัดงานรณรงค์สร้างความเข้าใจเรื่องเชื้อในกลุ่มอื่น ๆ เป็นต้น

³¹ โครงการหมอไร้พรมแดนเริ่มงานในเมืองไทยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983 และในลาวเริ่มในปี ค.ศ. 1989 มีจุดประสงค์เพื่อให้กลุ่มคนผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ไม่ว่า กลุ่มชาติพันธุ์ คนจน ให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ โครงการหมอไร้พรมแดนเริ่มโครงการให้ยาด้านแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ในเมืองไทยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000 โดยกลุ่มองค์กรนี้ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและองค์กรท้องถิ่นในจังหวัดนั้น ๆ ในโรงพยาบาลอำเภอเชียงแสน โครงการหมอไร้พรมแดนได้ให้การรักษาสื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์และดูแลชนกลุ่มน้อยต่าง ๆ ที่ไม่มีสิทธิในการรักษาพยาบาลตามโรงพยาบาลอื่น ๆ ของรัฐ นอกจากนี้ โครงการหมอไร้พรมแดนยังให้ความช่วยเหลือและช่วยเพิ่มศักยภาพให้แก่โรงพยาบาลตามแนวชายแดนไทย-ลาว อย่างเช่น โรงพยาบาลแขวงบ่อแก้ว โรงพยาบาลหลวงน้ำทา โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ <http://www.doctorswithoutborders.org/thailand>

มิติทางเพศสภาพกับการเคลื่อนที่ของความหมายเชื้อเอชไอวีในสังคมลาว

อย่างไรก็ตาม เราจะพบว่า การเปิดเผยตัวของผู้หญิงมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นสูงกว่าผู้ชาย เพราะคนในสังคมลาวให้การยอมรับมากกว่าในแง่ของการได้มาซึ่งเชื้อเอชไอวี ในแง่นี้ จากข้อมูลที่ได้รับในฐานะประสบการณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลาวบางคนอาจจะทำให้เห็นภาพในลักษณะของความเห็นอกเห็นใจของสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างเพศชาย/หญิงและต่อการได้มาซึ่งเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่มีความสำคัญไม่น้อย

การที่สังคมลาวพิจารณาที่มาของเชื้อเอชไอวีเอดส์กับความเป็นเพศ ทำให้เกิดการเคลื่อนที่ไปมาของ “พรมแดนแห่งการตัดสิน” ระหว่างความกลัวรังเกียจกับความสงสารในสังคมลาว ซึ่งถือว่าเป็นพรมแดนหนึ่งในเชิงมิติทางอารมณ์และมาตรฐานทางศีลธรรมของผู้คนในสังคมลาวที่สัมพันธ์กับบริบททางสังคมวัฒนธรรมและภาพที่ถูกนำเสนอออกมาในสังคม

ในกรณีของสังคมไทย อาจบอกได้ว่า สังคมได้ก้าวข้ามผ่านพรมแดนมิติทางอารมณ์และมิติของการสร้างมาตรฐานทางศีลธรรมไปได้บ้างแล้วบางระดับ เช่น การที่คนในครอบครัวและชุมชนรอบข้างยอมรับผู้ติดเชื้อมากขึ้น ขณะเดียวกัน ผู้ติดเชื้อเองก็ได้พยายามสร้างภาพลักษณ์ด้านอื่น ๆ ที่ดีขึ้นมาทดแทนภาพลักษณ์ด้านลบที่ตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีไทย(มรุส 2546) แต่ในสังคมลาวนั้น ยังมีพรมแดนนี้ที่กักขังภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสังคมลาวอยู่มาก

อย่างไรก็ตาม พรมแดนแห่งการกักขังภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสังคมลาวนี้ก็อาจมีระดับของการเคลื่อนที่ไปมาอยู่บ้างเช่นกัน ดังเช่น ในประเด็น การได้รับมาซึ่งเชื้อเอชไอวี จะพบว่า มีความหมายที่แตกต่างกัน ระหว่างคำว่า “ผู้หญิงติดเชื้อจากสามี มันน่าสงสาร” เพราะเป็นแม่บ้านอยู่กับบ้าน แต่สามีเอาเชื้อมาให้ กับคำว่า “มันทำตัวมันเอง” ในกรณีที่ผู้ชาย/สามีไปเล่นซู้ หรือกรณีที่สาวไปทำงานขายบริการทางเพศแล้วติดเชื้อกลับมา ในแง่ความหมายและการกระทำแล้ว สังคมลาวมักจะให้ความหมายต่อคนเหล่านี้ว่า “มันทำตัวมันเอง” ที่ถูกตัดสินอย่างรุนแรงจากสังคมลาว ดังเช่น กรณี ออม (นามสมมุติ) มีข่าวร่ำลือในชุมชนว่าออกไปขายบริการทางเพศในเมืองไทยช่วงหนึ่ง และตอนนี้หลายคนรู้ว่าเธอติดเชื้อเอชไอวีกลับมา สังคมคนรอบข้างจึงมองว่า เธอประพฤติดนไม่เหมาะสมจากการหายไปจากหมู่บ้านเพื่อไปทำงานในเมือง และเมื่อกลับมาก็นำไปสู่ปัญหาของตัวเอง

แต่ในหลายกรณีเราจะพบว่า ภาพลักษณ์เอดส์เคลื่อนไปมาระหว่าง “ความกลัวรังเกียจ” ผู้ติดเชื้อไปสู่ “ความสงสาร” ดังเช่น ศุ่ย อายุ 35 ปี เป็นคนบ๊อแก้ว พบรักและแต่งงานใหม่กับสามีคนไทยเมื่อสองปีก่อน (ค.ศ. 2006) เธออพยพมาอยู่กับสามีที่ฝั่งไทย และอยู่กินกันมาจนกระทั่งเมื่อปีที่ผ่านมา (ค.ศ. 2007) สามีเธอล้มป่วยและเสียชีวิตลงโดยที่ไม่ทันได้ส่งตัวรักษา เมื่อสามีเธอเสียชีวิตลง เธอตัดสินใจย้ายกลับไปบ้านที่ปากทา กลับไปอยู่กับญาติพี่น้อง เพราะที่ฝั่งเวียงแก่นมีเพียงญาติของฝ่ายสามี เมื่อกลับไปอยู่บ้านได้สักพัก เธอเริ่มล้มป่วยลงบ้าง เริ่มมีอาการไข้รุม ๆ หาสาเหตุไม่ได้ เธอตัดสินใจมารับการรักษาที่โรงพยาบาลเวียงแก่น ซึ่งเพียงแค่ข้ามปากเหวไม่นานก็ถึง ปัจจุบัน คนในชุมชนปากทารู้เรื่องของ ศุ่ย เป็นอย่างดี แต่ก็ไม่ได้แสดงท่าทางรังเกียจ บางครั้งบางครั้งก็แบ่งปันอาหารมาให้ ด้วย

เพราะ ค่าย เองก็ไม่ใช่คนมีฐานะ หลายคนในชุมชนบอกว่า “นางค่าย น่าสงสารที่ต้องมารับเคราะห์กรรมจากสามีของตัว ไม่ใช่ความผิดของเธอที่ควรจะต้องมาเกิดเรื่องอย่างนี้”

จะพบว่า กรณีของ ค่าย ในฐานะผู้ติดเชื้อที่ค่อนข้างได้รับการยอมรับจากคนในสังคมลาว เป็นผลมาจากการพิจารณาที่มาของการติดเชื้อที่สัมพันธ์กับความเป็นเพศสภาพดังที่กล่าวมา ในกรณีของผู้หญิงหรือโดยเฉพาะแม่บ้านที่ติดเชื้อจากสามีมักจะได้รับความสงสารมากกว่าจะถูกประณามจากสังคมที่ชี้ลงไปว่า กระทำพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมด้วยตัวเอง

สรุป

วาทกรรมทางการแพทย์ในการให้คำจำกัดความต่อเชื้อโรคเอชไอวีเอดส์ได้ทำให้เกิดการสร้างพรมแดนหรือเส้นแบ่งในการจัดจำแนกแยกแยะผู้ติดเชื้อออกจากคนปกติในสังคมทั่วไป โดยผูกโยงกับมาตรฐานทางศีลธรรมและพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ยาเสพติดที่ผิดไปจากบรรทัดฐานร่วมของสังคมอันดีงาม และนำไปสู่กระบวนการกีดกันทางสังคมในรูปแบบต่าง ๆ แต่สำหรับสังคมลาวนั้น พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประสบกับเงื่อนไขต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเปิดเผยหรือปิดบังของผู้ติดเชื้อต่อสังคมแตกต่างกัน ดังเช่น เงื่อนไขความเป็นเพศสภาพกับการที่สังคมให้ความสำคัญต่อการพิจารณาที่มาของเชื้อเอชไอวีเอดส์ ตลอดจนเงื่อนไขฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้น ซึ่งในแง่หนึ่ง อาจชี้ให้เห็นว่า ปรากฏการณ์เอดส์ในสังคมชุมชนลาวได้เคลื่อนไหวไปมาระหว่างความกลัวน่ารังเกียจกับความน่าสงสารที่กลุ่มผู้ติดเชื้อบางกลุ่มต้องเผชิญอย่างแตกต่างกัน

บทที่ 4

การเมืองเชิงนโยบายสาธารณสุขเรื่องเอดส์ชายแดนไทย-ลาว

ประเด็นคำถามที่สำคัญในบทนี้ คือ เราสามารถมองประเด็นเรื่อง การรักษาโรคเอดส์ไวยเอดส์ ในแนวทางเศรษฐศาสตร์การเมืองว่าด้วยเรื่องยาต้านไวรัสที่กำลังดำเนินการไปตามวาทกรรมการแพทย์แผนใหม่ได้อย่างไร รัฐ/องค์กรที่เกี่ยวข้องของประเทศไทยและประเทศลาวมีนโยบายทางด้านสาธารณสุขในการทำงานเรื่องเอดส์ไวยเอดส์อย่างไร และผู้ติดเชื้อทั้งสองฝักฝั่งสามารถเข้าถึงกระบวนการเฝ้าระวังรักษาสุขภาพได้มากน้อยเพียงใดอย่างไร ในบทนี้ จึงต้องการนำเสนอบทบาทของ รัฐและองค์กรต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการจัดการเอดส์บริเวณชายแดนไทย-ลาว โดยมองการเมืองเชิงนโยบายในการจัดการเอดส์ไวยเอดส์ และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อบนแนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมือง (Political economy) เรื่องการเข้าถึงยาต้านไวรัส และบทบาทขององค์กรระหว่างประเทศกับสัมพันธภาพต่อรัฐชาติ และแนวคิดเรื่องกระบวนการเฝ้าระวังรักษาความเจ็บป่วยของการแพทย์สมัยใหม่กับการลดทอนแนวทางการแพทย์ทางเลือกในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ไวยเอดส์ ตลอดจนประเด็นการทำงานขององค์กรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง และรูปแบบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ไวยเอดส์

เศรษฐศาสตร์การเมืองเรื่องยาต้านไวรัสเอดส์ไวยเอดส์

นับตั้งแต่เชื้อเอดส์ไวยเอดส์เริ่มระบาดลุกลามไปทั่วโลก โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนาทั้งในทวีปแอฟริกาและแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ เอดส์ได้กลายมาเป็นประเด็นปัญหาสุขภาพที่ส่งผลกระทบต่อวัฒนธรรม สังคม เศรษฐกิจและการเมืองอย่างกว้างขวาง

บทความของ Lee & Zwi (1996) เรื่อง “A Global Political Economy Approach to AIDS: Ideology, Interests and Implications” ได้ใช้แนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองวิเคราะห์ปัญหาเรื่องเอดส์ความเชื่อมโยงระดับโลก โดยเฉพาะในประเด็นอุดมการณ์ ผลประโยชน์ในนัยความหมาย 2 ระดับ คือ ระดับแรก เป็นการเสนอมุมมองที่กว้างขึ้นในเชิงพื้นที่ระดับชาติและปัญหาปรากฏการณ์ระดับโลก ระดับที่สอง เป็นการวิเคราะห์การขยายตัวของเอดส์ในท้องถิ่น ที่เป็นผลส่วนหนึ่งมาจากการจัดระเบียบโลกของระบบเสรีนิยมใหม่ข้ามชาติ (transnational neoliberalism) ภายใต้อำนาจสำคัญและแรงผลักดันที่แตกต่างกันทางอุดมการณ์จนนำไปสู่ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศตั้งแต่ปีค.ศ. 1960 เป็นต้นมา ซึ่งเงื่อนไขการแพร่ระบาดของเอดส์ทั่วโลกนี้อาจถือได้ว่า เป็นประวัติศาสตร์ส่วนหนึ่งของผลประโยชน์ในเศรษฐศาสตร์การเมืองระดับโลกจนนำไปสู่การสร้างนโยบายเกี่ยวกับการจัดการเอดส์อย่างเข้มข้นภายใต้บริบทวาทกรรมการแพทย์แผนใหม่และการจัดระเบียบเศรษฐกิจเสรีนิยมใหม่

ขณะทำงานของ Altman (1999) เสนอว่า การศึกษาเกี่ยวกับเอดส์ที่ผ่านมามักมุ่งเน้นไปที่การควบคุมพฤติกรรมความเสี่ยงเพื่อควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของเอดส์เป็นส่วนใหญ่ เช่น การวิจัยทางสังคมเกี่ยวกับเอดส์ไวยเอดส์ที่ถูกครอบงำผ่านวิธีวิทยาทางจิตวิทยากับคำถามที่สัมพันธ์กับ “ความ

เสี่ยง” พฤติกรรมส่วนบุคคลและกระบวนการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว ซึ่ง “ความเสี่ยง” ดังกล่าวได้กลายมาเป็นแนวคิดที่วงการแพทย์และสาธารณสุขนำมาใช้เป็นตัวกำหนดนโยบายทางการเมืองเป็นหลักในการควบคุม ป้องกันโรคในปัจจุบัน

ในแง่นี้ หากวิเคราะห์ในขอบเขตที่กว้างขึ้นในการเชื่อมโยงการแพร่กระจาย ผลกระทบ และการเปลี่ยนแปลงของสังคม เศรษฐกิจ การเมืองที่นำไปสู่ในกระแสโลกาภิวัตน์ตั้งแต่หลังช่วงยุคสงครามเย็น จะพบว่า ผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อชีวิตมนุษย์มีหลายประการ ทั้งด้านการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ซับซ้อนขึ้นที่ส่งผลต่อความไม่เท่าเทียมกันในการเข้าถึงทรัพยากรและนำไปให้ชีวิตความเป็นอยู่ของมนุษย์มีความยากลำบากมากขึ้น ซึ่งเมื่อมองกระบวนการโลกาภิวัตน์กับการแพร่ระบาดของเอชไอวีทั่วโลกบนพื้นฐานของความสัมพันธ์ทางเศรษฐศาสตร์การเมืองแล้ว เอชไอวีอาจนับได้ว่าเป็น “ตัวบ่งชี้” หนึ่งของผลสะท้อนกลับที่เกิดจากกระบวนการโลกาภิวัตน์ โดยเฉพาะประเด็นเรื่อง ยาต้านไวรัสกับเศรษฐศาสตร์การเมืองระหว่างประเทศพัฒนาแล้วกับประเทศกำลังพัฒนา ที่กลายมาเป็นประเด็นหลักในการกำหนดนโยบายสาธารณสุข การรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อผ่านวาทกรรมการแพทย์แผนใหม่และเศรษฐกิจเสรีนิยมใหม่

จะพบว่า ยาต้านไวรัสนั้นเป็นเทคโนโลยีทางการแพทย์ที่ผลิตขึ้นในประเทศที่พัฒนาแล้ว เช่น สหรัฐอเมริกา และถูกผูกขาดผ่านกฎหมายสิทธิบัตรยาของบริษัทข้ามชาติ ทำให้ผู้ติดเชื้อที่ยากจนและป่วยไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้ โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยในประเทศกำลังพัฒนาที่มีสถานการณ์และแนวโน้มของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ประเด็นนี้ Nattrass (2008) ได้ชี้ให้เห็นว่า เศรษฐศาสตร์การเมืองเรื่องยาต้านไวรัสในประเทศกำลังพัฒนานั้น การเมืองและเศรษฐกิจเป็นเงื่อนไขสำคัญต่อการกำหนดนโยบายและการเข้าถึงยาต้านของผู้ติดเชื้อ เนื่องจากต้นทุนรายาของบริษัทข้ามชาติที่นำเข้ามาใช้รักษาผู้ติดเชื้อสูงเกินความเป็นจริง ประกอบกับการผลิตยาของแต่ละประเทศไม่สามารถกระทำได้อย่างได้สิทธิบัตรทรัพย์สินทางปัญญา (Intellectual property) รวมทั้งการถูกแทรกแซงโดยประเทศในโลกว่าหนึ่งผ่านการใช้มาตรการตัดความช่วยเหลือหรือกีดกันทางการค้า ดังเช่น กรณีของสหรัฐอเมริกากับประเทศต่างๆ

ประเด็นทรัพย์สินทางปัญญาได้กลายมาเป็นเงื่อนไขสำคัญทางการค้าที่มีผลต่อชีวิตของผู้ป่วยในประเทศโลกที่สาม และยังส่งผลกระทบต่อการสาธารณสุขของประเทศกำลังพัฒนาด้วย ซึ่งนำไปสู่ความแตกต่างทางความคิดของกลุ่มประเทศซีกโลกโลกเหนือกับประเทศซีกโลกใต้ ก่อให้เกิดปัญหาความขัดแย้งและนำไปสู่การเจรจาระหว่างประเทศในองค์การการค้าโลก (WTO) และองค์กรอื่นๆ เช่น องค์การอนามัยโลก (WHO) องค์การทรัพย์สินทางปัญญาโลก (WIPO) เป็นต้น

ความขัดแย้งที่เกิดขึ้นบนผลประโยชน์ทางเศรษฐกิจและเกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องศีลธรรมจากรื่องการค้ายารักษาโรค เช่น ยาต้านไวรัส และโรคอื่นๆ ดังกล่าว เกิดขึ้นจากการมองความแตกต่างระหว่างเรื่องผลประโยชน์ที่ได้รับ ไม่เท่าเทียมระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้วกับประเทศยากจน ซึ่งเป็นไปตาม

ข้อตกลงทริปส์³² (TRIPS Agreement) ตามระเบียบข้อตกลงขององค์การการค้าโลก (WTO) อย่างไรก็ตาม แม้จะมีข้อกำหนดหลักการตามข้อตกลงทริปส์เอาไว้ แต่ในความเป็นจริงแล้ว กฎหมายของแต่ละประเทศกลับมีความแตกต่างกัน โดยเฉพาะการคุ้มครองสิทธิในระดับสูงเพื่อปกป้องผลประโยชน์ของบรรษัทข้ามชาติของประเทศที่พัฒนาแล้ว ขณะที่ประเทศกำลังพัฒนากลับถูกมองว่าไม่มีความจำเป็นที่จะต้องคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาในระดับสูง เพราะไม่เป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของตน แต่กลับจะส่งเสริมให้เกิดการผูกขาดตลาด ซึ่งจะกลายมาเป็นตัวกีดขวางการวิจัยและก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา

ปัญหาโรคเอดส์ได้กลายมาเป็นประเด็นโต้เถียงเกี่ยวกับผลกระทบของทรัพย์สินทางปัญญาต่อสังคมในระดับโลก โดยเฉพาะการเข้าถึงยาต้านไวรัสในกลุ่มประเทศยากจนและประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งขาดกำลังซื้อยาต้านไวรัสที่มีราคาแพงและถูกกำหนดราคาและผูกขาดการขายจากบรรษัทข้ามชาติของประเทศพัฒนาแล้ว ในเชิงเปรียบเทียบ จะเห็นได้ว่า ค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันการระบาดของเอดส์ในประเทศกำลังพัฒนามีค่าใช้จ่ายเฉลี่ยสำหรับการสาธารณสุขอยู่ที่ 23 ดอลลาร์/คน/ปี แต่กลับพบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับยาต้านไวรัสเอชไอวีที่เป็นยาสามัญที่มีราคาถูกที่สุดในตลาดโลกมีต้นทุนค่าใช้จ่ายที่สูงมากถึงกว่า 200 ดอลลาร์/คน/ปี (MSF 2000) องค์การอนามัยโลกประเมินว่า มีผู้ติดเชื้อเพียงร้อยละ 5 ของจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกเท่านั้นที่มีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัส

อย่างไรก็ตาม ก็เชื่อว่า ข้อตกลงทริปส์จะเปิดโอกาสให้บรรษัทข้ามชาติในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วสามารถผูกขาดการใช้ยาต้านไวรัสได้เพียงฝ่ายเดียว เราจะพบในบางกรณีที่บางประเทศ เช่น บราซิล พยายามดิ้นรนออกนอกกรอบของการค้าในระบบเศรษฐกิจเสรีนิยมใหม่ ด้วยการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (Compulsory licensing) และการเจรจาต่อรองลดราคา (Negotiation) กับบรรษัทข้ามชาติ องค์การอนามัยโลกได้ชี้ว่า ผู้ติดเชื้อในประเทศบราซิล คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อหลักที่มีโอกาสเข้าถึงยามากกว่าประเทศอื่นๆ (WHO 2002) เพราะประเทศบราซิล เป็นตัวอย่างหนึ่งของการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (Compulsory licensing) และการเจรจาต่อรองลดราคา (Negotiation) กับบรรษัทข้ามชาติ (UNAIDS 2002)

โดยการบังคับสิทธิเหนือสิทธิบัตรยานั้น ประเทศบราซิลจัดตั้งโปรแกรมการแก้ไขปัญหาคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือ NASP (Brazilian National STD/AIDS Programme) ขึ้นในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 เพื่อให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีราคาถูกลงและสามารถแจกจ่ายให้กับผู้ติดเชื้อได้อย่างทั่วถึงโดยผ่านระบบสาธารณสุขของชาติ โดยรัฐบาลประเทศบราซิลดำเนินยุทธศาสตร์ใน

³² ข้อตกลงทริปส์ (TRIPS Agreement) เป็นความตกลงพหุภาคีภายใต้องค์การการค้าโลกมีการกำหนดมาตรฐานและหลักเกณฑ์การคุ้มครองทรัพย์สินทางปัญญาเพื่อเป็นมาตรฐานขั้นต่ำสำหรับกฎหมายภายในประเทศสมาชิก ซึ่งในส่วนที่เกี่ยวข้องกับเทคโนโลยีผลิตภัณฑ์ยาที่มีข้อกำหนดหลักการให้มีการคุ้มครองการประดิษฐ์ที่เกี่ยวกับยาและสิ่งมีชีวิต (โดยมีข้อยกเว้นบางประการ) ทั้งการประดิษฐ์ที่เป็นผลิตภัณฑ์และกรรมวิธี รวมถึงข้อห้ามการปฏิบัติที่แตกต่างในเรื่องสิทธิตามสิทธิบัตรที่เกี่ยวกับสาขาของเทคโนโลยีและสถานที่ทำการประดิษฐ์ การให้มีการคุ้มครองสิทธิตามสิทธิบัตรเป็นเวลา 20 ปี การจำกัดขอบเขตข้อยกเว้นสิทธิ การกำหนดเงื่อนไขการใช้มาตรการบังคับสิทธิ และการกำหนดให้มีการบังคับสิทธิในทรัพย์สินทางปัญญาอย่างมีประสิทธิภาพ (จักรกฤษณ์ 2550)

การควบคุมยาต้านไวรัส ทั้งการส่งเสริมการผลิตยาต้านไวรัสในประเทศ และการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการแห่งชาติเพื่อวิจัยโรคเอดส์ ผลจากการดำเนินการดังกล่าว ทำให้ประเทศบราซิลสามารถให้ยาต้านไวรัสกับผู้ติดเชื้อได้มากกว่า 600,000 คน และผลสำเร็จดังกล่าว ทำให้ช่วยลดอัตราการตายของผู้ป่วยเอดส์ลงกว่าครึ่งหนึ่งของจำนวนที่คาดการณ์ไว้เมื่อช่วงเริ่มต้นการระบาดโรคเอดส์ รวมทั้งจำนวนผู้ป่วยที่ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลก็ลดลงกว่าร้อยละ 80

ส่วนการเจรจาต่อรองกับบริษัทยาข้ามชาตินั้น ประเทศบราซิลได้ต่อรองให้บริษัทยาลดราคาให้ถูกลง โดยยื่นเงื่อนไขว่า หากไม่ดำเนินการดังกล่าว รัฐบาลจะใช้มาตรการบังคับสิทธิเพื่อให้องค์การเภสัชกรรมของรัฐทำการผลิตยาออกจำหน่าย เพราะองค์การเภสัชกรรมของรัฐมีศักยภาพและเทคโนโลยีมากพอในการผลิตยาต้านไวรัสที่บริษัทต่างชาติได้ขอรับสิทธิบัตรเอาไว้ ซึ่งผลการเจรจาดังกล่าวทำให้บริษัทยาข้ามชาติ อย่างเช่น บริษัท Roche และบริษัท Merck ยอมลดราคายา Nelfinavir และ Efavirenz ลง 40 -70 % ของราคาขายในท้องตลาด

กรณีตัวอย่างจากประเทศบราซิล ชี้ให้เห็นว่า การต่อรองกับบริษัทยาข้ามชาติจนบริษัทยายอมลดราคาถูกลงนั้น ได้ทำให้ผู้ป่วยที่ไม่ใช่เฉพาะผู้ติดเชื้อเท่านั้นที่มีโอกาสในการรอดชีวิตรอด แต่ยังรวมถึงผู้ป่วยกลุ่มอื่นๆ ด้วย เช่น ผู้ป่วยโรคมะเร็ง โรคหัวใจ ที่ต้องทนทุกข์จากการขาดโอกาสในการซื้อยา เพราะความยากจน ซึ่งผลดังกล่าว ได้ทำให้ผู้ป่วยเหล่านี้มีโอกาสเข้าถึงยามากขึ้นด้วย

กรณีเหล่านี้กำลังเกิดขึ้นกับประเทศกำลังพัฒนาหลายๆ ประเทศ ทั้งในเอเชียและแอฟริกาที่ทยอยประกาศมาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา จนทำให้เจ้าของสิทธิบัตรยายอมลดราคายาลงมาให้ถูกลง นอกจากนี้ ในกลุ่มประเทศพัฒนาแล้วบางประเทศ เช่น แคนาดา อิตาลี ฝรั่งเศส เยอรมัน หรือแม้กระทั่งสหรัฐอเมริกาเอง ที่ต่อต้านการใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา ประเทศเหล่านี้เองก็ยังมี การประกาศใช้มาตรการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาดูด้วยเช่นกัน โดยแฝงอยู่ในกฎหมายอื่นๆ เช่น กฎหมายต่อต้านการผูกขาด ซึ่งมาตรการใช้สิทธิของสหรัฐอเมริกาที่พบบ่อยที่สุดจึงเป็นเรื่องเยียวยาการกระทำที่เป็นปฏิปักษ์ต่อการแข่งขัน รวมทั้งการใช้โดยรัฐบาลเพื่อประโยชน์สาธารณะ (มูทิตา 2551)

ผู้ติดเชื้อในบริบทการเมืองเชิงนโยบายการสาธารณสุขด้านเอดส์ของรัฐ ไทย-ลาว

การต่อสู้เพื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพภาครัฐของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศไทย

หากย้อนประวัติศาสตร์นโยบายสาธารณสุขเรื่องการควบคุมและแก้ไขเอดส์ของประเทศไทย แล้ว จะพบว่า นโยบายสาธารณสุขเริ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2527 หลังจากที่พบรายงานการตรวจพบผู้ป่วยเอดส์ครั้งแรกในประเทศไทย ต่อมาปี พ.ศ.2528 กระทรวงมหาดไทยได้ออกกฎกระทรวงกำหนดห้ามไม่ให้ผู้ติดเชื้อเข้ามาในราชอาณาจักร และหากตรวจพบชาวต่างชาติติดเชื้อ ก็ให้มีมาตรการส่งกลับประเทศต้นทางทันที ซึ่งมาตรการเหล่านี้ได้รับการยอมรับในระยะแรก ด้วยเพราะสอดคล้องกับมาตรการการควบคุมโรคและการลดความเสี่ยงที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคต

ต่อมาในปี พ.ศ.2534 กฎกระทรวงดังกล่าวถูกยกเลิกไป เพราะไม่สามารถสกัดกั้นชาวต่างชาติ ผู้ติดเชื้อได้ทุกรายในการเดินทางเข้าประเทศ (ชัยยศ 2543) ขณะที่ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของไทย ระยะแรก กลไกสำคัญของรัฐ คือ กองkamโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข เป็นหน่วยงานหลักในการทำงาน ซึ่งพบว่า ไม่สามารถป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีได้อย่างทันการ ต่อมาเมื่อสถานการณ์เอดส์ได้แพร่ลุกลามมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงจัดตั้ง “ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์” ขึ้น และได้เปลี่ยนมาเป็น “กองโรคเอดส์” เมื่อปี พ.ศ.2533

หลังจากมีกองโรคเอดส์ ในปี พ.ศ.2534 มีการจัดตั้ง “คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ” ขึ้น ประกอบด้วย หน่วยงานราชการต่างๆ ที่เกี่ยวข้องและองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์³³ เข้ามาช่วยจัดทำ “แผนปฏิบัติการ” จนกลายมาเป็นจุดเริ่มต้นของ “แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ” ต่อมาในช่วง พ.ศ.2540-2544 มีการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ ตามแผนปฏิบัติการ และมีการสรุปประเมินผลการดำเนินงาน จนนำไปสู่การกำหนดแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติในเวลาต่อมา

แม้ว่ารัฐจะประกาศให้เอดส์เป็นนโยบายแห่งชาติที่ต้องควบคุม กำกับ ดูแล แต่ทั้งนี้ก็ไม่ได้หมายความว่า รัฐจะดูแลการรักษาพยาบาลทั้งหมด โดยเฉพาะการทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อในประเทศไทยสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้อย่างเท่าเทียมกัน แต่กลับพบว่า กระบวนการรับยาต้านของกลุ่มผู้ติดเชื้อต้องแลกมาด้วยการต่อสู้และเรียกร้องต่อรัฐ ตลอดช่วงเกือบสองทศวรรษที่ผ่านมา

หากย้อนพินิจประวัติศาสตร์การต่อสู้ของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อแล้ว จะพบว่า การเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อและองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์เริ่มต้นขึ้นภายหลัง “งานประชุมเอดส์เอเชียแปซิฟิก” เดือนกันยายน ปี พ.ศ. 2538 จุดเริ่มต้นในการเคลื่อนไหวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อต่างเกิดขึ้นในหลายระดับ ตั้งแต่ระดับภาค ไปจนถึงระดับประเทศ เพื่อณรงค์และเรียกร้องให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสและสามารถได้รับการรักษาพยาบาลภายในระบบบริการของรัฐ (นิวัตรและคณะ 2551) การเคลื่อนไหวดังกล่าว มีองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ให้การสนับสนุนและผลักดันเชิงนโยบายและสร้างองค์ความรู้ในการดูแลสุขภาพสูงขึ้น

จนกระทั่งปลายปี พ.ศ.2539 มีการรวมตัวกันเพื่อเคลื่อนไหวและรณรงค์ให้สาธารณสุขชนและนักการเมืองเข้าใจสถานการณ์โรคเอดส์และการรักษาเอดส์ว่า “เอดส์สามารถรักษาได้” การเคลื่อนไหวรณรงค์ดังกล่าวเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องมาจนถึงปี พ.ศ.2542 มีการตั้ง “กลุ่มทำงาน” เพื่อศึกษาเรื่องการเข้าถึงยารักษา ด้วยเพราะยาต้านไวรัสเอชไอวีมีราคาแพงมากจากการผูกขาดการขายยาโดยบริษัทข้ามชาติ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ในประเทศไทยไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้ จึงมีการเคลื่อนไหวรวมกลุ่มกัน

³³ ประเทศไทยมีองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์จำนวนมาก องค์กรเหล่านี้มีส่วนร่วมผลักดันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่สำคัญจนช่วยให้ประเทศไทยสามารถแก้ไขปัญหาเอดส์ได้ในระดับหนึ่ง และยังคงช่วยเป็นแรงผลักดันสนับสนุนเครือข่ายผู้ติดเชื้อในประเทศไทยในการต่อสู้เพื่อการเข้าถึงการดูแลสุขภาพและยาต้านไวรัสเอชไอวี (ดูรายละเอียดเกี่ยวกับองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์และกิจกรรมที่ดำเนินงานเกี่ยวกับเอดส์เพิ่มเติมที่ www.tncathai.org)

เพื่อไปประท้วงที่หน้ากระทรวงสาธารณสุข เรียกร้อง “สิทธิในการเข้าถึงยาต้าน” ที่ผู้ติดเชื้อทุกคนควรจะได้รับอย่างเท่าเทียมกัน

ในเวลาต่อมา กระทรวงสาธารณสุขด้วยแรงผลักดันจากการเคลื่อนไหวของกลุ่มผู้ติดเชื้อดังกล่าว จึงได้ประกาศ “บังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา” ผลิตภัณฑ์ DDI³⁴ ขึ้นโดยมอบให้องค์การเภสัชกรรม ของประเทศไทย ทำการผลิตขึ้น ซึ่งนับว่า เป็นการเคลื่อนไหวครั้งแรกของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน ประเทศไทย ที่ประสบความสำเร็จในเรื่อง การเรียกร้องให้ลดการผูกขาดสิทธิบัตรยา (CL: Compulsory Licensing)³⁵

ต่อมาในปี พ.ศ.2543 เครือข่ายผู้ติดเชื้อได้ร่วมรณรงค์ให้มี “กฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วน หน้า” โดยใช้บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญ พ.ศ.2540 ที่กำหนดให้ประชาชนรวบรวมรายชื่อให้ครบ 50,000 คน จากนั้นสามารถเสนอขอให้สภาฯ พิจารณากฎหมายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ต่อมาใน ปีเดียวกัน ได้มีการตั้ง “ชมรมร่วมกันซื้อยาต้านไวรัสเอชไอวี” หรือ ยา ARV (Buyer’s Club) ขึ้น เนื่องจากผู้ติดเชื้อจำนวนมากเริ่มมีสุขภาพที่แย่ลง การเคลื่อนไหวต่อสู้ดังกล่าวนำไปสู่การริเริ่มโครงการ พัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย (ATC1) ของ กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งรองรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เข้าสู่โครงการทั่วประเทศได้ประมาณ 3,000 คน

ต่อมา การดำเนินงานเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อของประเทศไทยนั้น ภายหลังจากรัฐบาลทักษิณได้ ประกาศนโยบายด้านสาธารณสุขและสุขภาพต่อรัฐสภาเมื่อวันที่ 26 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2544 ได้มีการ จัดตั้ง “กองทุนประกันสุขภาพแห่งชาติ” ขึ้น และมีการตรากฎหมายว่าด้วย “การประกันสุขภาพ แห่งชาติ”³⁶

³⁴ DDI: Didanosine (2',3'-dideoxyinosine) เป็นยาที่ขัดขวางการแบ่งตัวของ HIV (หรือ HTLV III, LAV หรือ ARV) ในเซลล์ มนุษย์ที่เพาะเลี้ยงไว้หลังจากไดคาโนซินเข้าไปในเซลล์จะถูกเปลี่ยนโดยเอนไซม์ เป็น dideoxyadenosine triphosphate (ddATP) ซึ่งเป็น สารออกฤทธิ์ในการแบ่งตัวของกรดนิวคลีอิกของไวรัสเมื่อมีสาร 2'-3'-dideoxynucleoside เข้าไปจะป้องกันไม่ให้เกิดการต่อตัวของสายโซ่ DNA จึงเป็นการขัดขวางการแบ่งตัวของไวรัส นอกจากนั้น ddATP ยังขัดขวางเอนไซม์ HIV-reverse transcriptase โดยแข่งกับการจับกัน dATP ที่จะจับกันเอนไซม์ดังกล่าว เป็นการป้องกันการสร้าง proviral DNA Didanosine จะถูกทำลายอย่างรวดเร็วในสภาวะกรด ใช้ สำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่สามารถกินยา AZT ได้หรือมีการข้างเคียงจากยา AZT มาก ดูสูตรยาต้านไวรัสเอดส์ต่างๆเพิ่มเติมที่เว็บไซต์กระทรวง สาธารณสุข <http://dpc9.ddc.moph.go.th/napha9/sudya1.html> ซึ่งการต่อสู้เรื่องการลดสิทธิการผูกขาดยา DDI กับบริษัทบริสทอล ไมเยอร์ สควิบป์ หรือ BMS ดังกล่าวได้ขึ้นสู่การต่อสู้ในชั้นศาลตามกระบวนการยุติธรรม และศาลมีคำพิพากษาเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม 2545 โดยให้ BMS และกรมทรัพย์สินทางปัญญาแพ้คดี และมีการอุทธรณ์ ต่อมาเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ NGOs เอดส์ทั่วโลกได้ทำจดหมายถึงกระทรวง สาธารณสุขให้มีการฟ้องร้องบริษัท BMS จนกระทรวงสาธารณสุขมีคำสั่งให้องค์การเภสัชกรรมเป็นโจทก์ยื่นฟ้อง ในปี 2547 บริษัท Bristol Myers Squibb (BMS) ขอเจรจาและขอลดสิทธิบัตรยาจากกรมทรัพย์สินทางปัญญาก็ทำให้ ยา DDI ไม่มีสิทธิบัตรในประเทศไทยต่อไป ดู เพิ่มเติมจาก www.thaiplus.net/medical.php

³⁵ คุราชะเลียมเพิ่มเติมเกี่ยวกับการบังคับการใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (CL: Compulsory Licensing) ของยาต้านไวรัสเอดส์ใน ประเทศไทยในงานของ นักร้อง เริ่มกุล.2551. ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการบังคับใช้สิทธิบัตรต่อต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย. วิทยานิพนธ์ ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

³⁶ กฎหมายดังกล่าวกำหนดว่า บุคคลที่มีสิทธิเข้าถึงการบริการสุขภาพ (Right to health services) ต้องเป็นคนไทยที่มีบัตรประจำตัวประชาชน ที่แสดงตนเท่านั้น ทำให้คนที่ไม่มีบัตรประชาชนกลายเป็นคนไร้สิทธิในการเข้าถึงบริการสุขภาพของรัฐหรือนายหนึ่งคือคนไม่มีสิทธิเหล่านี้สามารถที่จะใช้บริการสาธารณสุขของรัฐได้แต่ต้องออกค่าใช้จ่ายเองทั้งหมด

นอกจากนี้ รัฐบาลในยุคนั้นได้ประกาศให้มีการควบคุมการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์และดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างเหมาะสม จนมีการจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติในช่วง พ.ศ. 2545-2549³⁷ ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าวส่งผลให้ ประเทศไทยได้รับการยอมรับจากนานาชาติว่า เป็นประเทศที่มีการดำเนินงานเรื่องเอดส์อยู่ในระดับที่ดี แม้ว่า เอดส์ยังคงเป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบทั้งทางด้านสุขภาพ สังคม และเศรษฐกิจของประเทศไทยอยู่ก็ตาม

อย่างไรก็ตาม แม้ว่าในช่วงทศวรรษที่ 2550 รัฐบาลไทยได้ประกาศนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าขึ้น โดยวาง “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” แต่โครงการดังกล่าว กลับระบุขุดสิทธิประโยชน์ของโครงการเอาไว้ว่า “ไม่รวมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์” การระบุขุดสิทธิดังกล่าวก่อให้เกิดปัญหาในการกีดกันการเข้าถึงยาต้านของผู้ติดเชื้อ จึงนำไปสู่การรวมตัวกันอีกครั้งของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ และองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ในประเทศไทยเพื่อเคลื่อนไหวเรียกร้อง โดยมีการเดินขบวนประท้วงหน้ากระทรวงสาธารณสุขอีกครั้งเมื่อวันที่ 30 พฤศจิกายน ปีพ.ศ. 2544 มีตัวแทนผู้ติดเชื้อจากทั่วประเทศเข้าร่วมกว่า 1,200 คน ซึ่งในที่สุด สามารถผลักดันให้กระทรวงสาธารณสุขรับในหลักการให้นำยาต้านไวรัสเข้าสู่ “โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค” ได้ โดยกำหนดให้มีขั้นตอนการทำงานและแต่งตั้งคณะทำงานจากทั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อในประเทศไทย องค์กรพัฒนาเอกชน และภาครัฐเพื่อเตรียมความพร้อมของโครงการดังกล่าว

จะเห็นได้ว่า ผู้ติดเชื้อ ได้เคลื่อนไหวต่อสู้เพื่อผลักดันการเมืองเชิงนโยบายสาธารณสุขที่สำคัญ จนนำไปสู่การสร้างหลักประกันสุขภาพและสิทธิในการเข้าถึงยา ตลอดจนการบริการสุขภาพจากรัฐได้อย่างสำเร็จผล หลังจากนั้นในปี พ.ศ.2545 องค์กรเภสัชกรรมแห่งประเทศไทยสามารถผลิตยา GPO-Vir ซึ่งเป็นสูตรยาต้านไวรัสเอชไอวีที่รวมด้วยยา 3 ชนิดไว้ในเม็ดเดียวกัน ทำให้กรมควบคุมโรคติดต่อได้เปิดดำเนินโครงการ ATC2 (MoPH Access to Care) ซึ่งเป็นโครงการต่อเนื่องจาก ACT1

ต่อมาในปี พ.ศ.2546 รัฐบาลได้ประกาศจัดตั้ง “โครงการยาต้านไวรัส” (ARV) เข้าสู่โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค โดยมีกรมควบคุมโรคดำเนินการร่วมกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการกำหนดทิศทางการทำงานโครงการร่วมกัน ถัดมาในปี พ.ศ.2547 ได้มีการขยายโอกาสในการเข้าถึงการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ภายใต้โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ (National Access to Antiretroviral Program for PHA: NAPHA) หลังจากนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้ประกาศเมื่อวันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2548 ว่า ยาต้านไวรัสเอดส์เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วประเทศ

ความสำเร็จของการเคลื่อนไหวต่อสู้เรียกร้องซึ่งสิทธิในการเข้าถึงยาต้านไวรัสและระบบการบริการจากรัฐของกลุ่มผู้ติดเชื้อและเครือข่ายผู้ติดเชื้อมีดังกล่าวกว่า ได้ทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้มากขึ้น แต่ในแง่ของผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส เรากลับพบข้อจำกัดบางประการ

³⁷ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมในคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2544. แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ต่อการได้รับยาต้าน กล่าวคือ “การดื้อยา” ซึ่งพบว่า ชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้านั้นได้กำหนดเพียงยาต้านที่เป็นชนิดยาสูตรพื้นฐานเอาไว้เท่านั้น แต่กลับมีผู้ป่วยบางกลุ่มที่จำเป็นต้องปรับเปลี่ยนสูตรยาในการรักษาซึ่งไม่อยู่ในยาสูตรพื้นฐาน ขณะที่ตัวยาด้านนอกสูตรยาพื้นฐานมีราคาแพงมาก เพราะอยู่ในเงื่อนไขของสิทธิบัตรยาที่ต้องสั่งซื้อหรือนำเข้ามาจากบริษัทฯ³⁸ ทำให้ในเวลาต่อมา เครือข่ายผู้ติดเชื้อและองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในประเทศและต่างประเทศ เช่น องค์กรหมอไร้พรมแดนที่สนับสนุนเครือข่ายผู้ติดเชื้อได้ร่วมกันเคลื่อนไหวและเรียกร้องให้กระทรวงสาธารณสุขพิจารณาทบทวนมาตรการที่จะบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาในกลุ่มยา 3 กลุ่มหลัก ซึ่ง 2 ใน 3 กลุ่มดังกล่าว คือ ยาด้านเชื้อไวรัสเอชไอวี ได้แก่ ยาด้านไวรัสเอชไอวี “Efavirenz” หรือชื่อทางการค้าว่า “Stocrin” ของบริษัท Merck Sarp & Dohme และยาด้านไวรัส “Lopinavir+Ritonavir” หรือชื่อการค้าว่า “Keletra” ของบริษัท Abbott Laboratories Limited ประเทศสหรัฐอเมริกา

ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (กระทรวงสาธารณสุขและ สปสช. 2550) ส่งผลให้รายาด้านไวรัสเอชไอวีถูกลง และทำให้รัฐประหยัดงบประมาณลงไปได้อย่างมาก จากประมาณปีละ 25,770 ล้านบาทเหลือปีละประมาณ 2,100 บาท (ฉัตรชัย 2551) ซึ่งอันนี้ส่งผลต่อการต่อสู้เรื่องการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยา (CL) ในประเทศไทยส่งผลดีต่อผู้ติดเชื้อในประเทศใกล้เคียงด้วย เช่น ประเทศลาว สามารถซื้อยาด้านไวรัสเอชไอวีได้ เพราะรายาถูกลง ซึ่งประเด็นนี้ ประเทศลาวก็ได้สนับสนุนและเรียกร้องในการประชุมพิจารณา ร่างแถลงการณ์อาเซียนว่าด้วยโรคเอดส์ที่นครเวียงจันทน์ว่า ต้องการเรียกร้องให้องค์การอนามัยโลกรับรองไทยเป็นประเทศผู้ผลิตยาด้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งจะทำให้รายาด้านไวรัสถูกลงมากกว่าการสั่งซื้อมาจากอินเดีย อเมริกาและบราซิล (สำนักข่าวกรองแห่งชาติ 2552)

ความสำเร็จจากการเคลื่อนไหวเรียกร้องของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อในประเทศไทยดังกล่าว Nathan Ford และคณะ (2007) ชี้ว่า ความยั่งยืนในการเข้าถึงสิทธิในการรักษาด้วยยาด้านไวรัสในประเทศไทยกำลังพัฒนาอย่างประเทศไทยและประเทศบราซิล มีปัจจัยสำคัญ 3 ประการ คือ ประการแรก การมีกฎหมายรองรับสำหรับการเข้าถึงการรักษาฟรี ประการที่สอง ภาคส่วนสาธารณะมีความเข้มแข็งในการเข้าถึงการผลิตยา และประการสุดท้าย ความเข้มแข็งของภาคประชาสังคมที่ช่วยสนับสนุนให้เกิดการเข้าถึงยาของผู้ติดเชื้อ ซึ่งประเทศต่างๆ ที่กำลังประสบปัญหาดังกล่าวควรนำเอาตัวอย่างจากประเทศไทยและประเทศบราซิลไปปรับใช้ เพื่อทำให้คนจนได้มีโอกาสในการได้รับยาด้านไวรัสและระบบการบริการจากรัฐอย่างทั่วถึงและเท่าเทียมกัน

³⁸ สูตรยาสารองหรือ Second-line AIDS เป็นสูตรยาสารองที่ใช้รักษาผู้ป่วยเอดส์ที่กินต้านสูตรพื้นฐานแล้วมีอาการดื้อยา ซึ่งมีชื่อทางการค้า “Keletra” เป็นยี่ห้อผลิตโดยบริษัท Abbott Laboratories ซึ่งยี่ห้อนี้ต้องกินตรงเวลาต่อเนื่องทุกวันและมีราคาสูงถึงเดือนละประมาณ 11,580 บาท และเมื่อมีการประกาศบังคับใช้สิทธิบัตรยาทำให้รายาดังกล่าวลดลงเหลือเพียงเดือนละ 4,000 บาท และอีกตัวหนึ่งคือ “Efavirenz” หรือชื่อทางการค้าว่า “Stocrin” ของบริษัท Merck Sarp & Dohme

การต่อสู้ดิ้นรนเพื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพภาครัฐของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศลาว

การต่อสู้ดิ้นรนเพื่อเข้าสู่ระบบบริการสุขภาพภาครัฐของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศลาวนั้น สัมพันธ์กับระบบการปกครองและการพัฒนาประเทศลาว โดยประวัติศาสตร์การพัฒนาของประเทศลาวนั้น นับตั้งแต่มีการเปลี่ยนแปลงการปกครองเมื่อ พ.ศ.2518 จากประเทศเสรีประชาธิปไตยไปสู่ระบบสังคมนิยมภายใต้อำนาจของพรรคคอมมิวนิสต์ลาวหรือประชาชนปฏิวัติลาว (เอื่องฟ้า และนิศยา 2543) ได้ทำให้ระบบการผลิตของครัวเรือนสู่ระบบสหกรณ์รวม ต่อมาระบบการจัดการดังกล่าวล้มเหลว ทางลาวจึงมีการปฏิรูปการเมือง เศรษฐกิจใหม่ในปี ค.ศ.1986 ภายใต้นโยบาย “จิตนาการใหม่หรือกลไกเศรษฐกิจใหม่” (New Economic Mechanism-NEM) มีการปรับปรุงโครงสร้างการบริหารงานของประเทศและการกระจายอำนาจให้แก่ท้องถิ่นระดับแขวง เพื่อยุติการวางแผนเศรษฐกิจจากส่วนกลาง การกระจายอำนาจให้กับระดับแขวงดังกล่าวทำให้เจ้าแขวงมีอำนาจในการบริหารจัดการภายในแขวง ดังเช่น การค้าขายระหว่างแขวงกับประเทศชายแดนที่ติดต่อกัน ขณะเดียวกันการเข้ามาของแหล่งทุน อย่างเช่น ธนาคารพัฒนาแห่งเอเชียได้สนับสนุนให้ประเทศลาวมีการเปลี่ยนแปลงแนวทางในการพัฒนาประเทศ โดยนับตั้งแต่ทศวรรษ 1980 เป็นต้นมา ธนาคารพัฒนาแห่งเอเชียมีบทบาทสำคัญต่อการพัฒนาประเทศลาว ทั้งรูปของเงินกู้ (loan) และเงินช่วยเหลือแบบให้เปล่า (grant) และการให้คำปรึกษาและนำการใช้เงินกู้ เพื่อการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและพลังงานเพื่อรองรับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ (เอื่องฟ้า และนิศยา 2544) ซึ่งทำให้ลาวมีการเปลี่ยนแปลงวิธีคิดดั้งเดิมในการพัฒนาประเทศ ทำการกำหนดกรอบการพัฒนาประเทศในระยะยาว ซึ่งเป็นรากฐานการเปลี่ยนแปลงนโยบายทางการเมือง เศรษฐกิจและความสัมพันธ์ระหว่างประเทศของลาวต่อภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ทั้งหมด สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงวิถีชีวิตของประชาชนลาวในเวลาต่อมา

นโยบายการพัฒนาประเทศลาวที่มีการปรับปรุงโครงสร้างพื้นฐานและเครือข่ายคมนาคมเพื่อรองรับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ทำให้อุตสาหกรรมการท่องเที่ยวในภูมิภาคนี้เริ่มคึกคัก มีการสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ เพื่อรองรับนักท่องเที่ยว ขณะที่นโยบายรัฐเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ของประเทศลาวเริ่มเกิดขึ้นเมื่อปี ค.ศ.1988 เมื่อมีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมเอดส์แห่งชาติ (National Committee for the Control of AIDS: NCCA) ที่ประกอบด้วยรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานและมีภาคส่วนต่างๆเป็นคณะกรรมการ เพื่อเป็นสำนักงานเลขานุการประสานงานทั้งในประเทศและต่างประเทศ มีหน้าที่จัดทำแผนทั้งระยะสั้นและระยะยาวสำหรับการป้องกันเอดส์ในประเทศ มีการจัดตั้งคณะกรรมการควบคุมโรคเอดส์ระดับแขวง (Provincial Committees for the Control of AIDS: PCCA) มีเจ้าแขวงเป็นประธาน

เมื่อเปรียบเทียบกับประเทศไทยในการดำเนินงานของรัฐแล้วอาจไม่แตกต่างกันที่มีคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติและระดับจังหวัด และในปี ค.ศ.2003 มีการเพิ่มนโยบายทางการเมืองโดยเพิ่มจำนวนคณะกรรมการจาก 11 เป็น 14 คนที่มาจากกระทรวงต่างๆและสื่อมวลชน โดยรัฐผนวกเอานโยบายเรื่องเอดส์เข้ากับนโยบายการแก้ไขเพื่อลดปัญหาความยากจน (Ministry of Health National

Committee for the Control of AIDS Bureau 2004) โดยเฉพาะยุทธศาสตร์การพัฒนาภาคเหนือของลาวที่เชื่อมกับการพัฒนาเขตสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจลุ่มน้ำโขงที่มีการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานและระบบคมนาคม ทำให้ภาคเหนือของลาวทั้งเขตแขวงบ่อแก้วและหลวงน้ำทาเริ่มถดถอยไปด้วยการลงทุนและอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวและบันเทิง อาทิ บ่อนคาสิโน ในดัลลัม บาร์ ร้านกินดื่มทำให้เศรษฐกิจชายแดนเจริญเติบโตขึ้น ขณะเดียวกันผลกระทบจากนโยบายดังกล่าวก็ส่งเสริมให้มีการค้าบริการทางเพศทำให้เกิดการระบาดของเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นเป็นเงาตามตัว (UNDP 2000; Cohen and Lyttleton 2004; UNSCAP 2007; ADB 2008)

อย่างไรก็ตาม แม้ว่ารัฐลาวจะพยายามในการวางมาตรการและนโยบายในการจัดการกับปัญหาเอดส์ที่เกิดขึ้น แต่ไม่ค่อยประสบผลสำเร็จมากนัก เนื่องจากกระบวนการขั้นตอนในการสร้างความเข้าใจและกลไกในการร่วมมือของภาครัฐแต่ละส่วนยังขาดความสอดคล้องและต่อเนื่องกัน ดังที่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขรัฐลาวเองบอกถึงความไม่เป็นเอกภาพในการทำงานและขาดการสนับสนุนจากรัฐทรัพยากรจากส่วนกลาง ซึ่งความล้มเหลวในการจัดการเอชไอวี/เอดส์ของรัฐนั้น ทำให้องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีบทบาทเคลื่อนไหวในระดับรากหญ้าในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ (Chikwendu 2004) ภายหลังจากมีการตรวจพบผู้ติดเชื้อครั้งแรกของประเทศลาว เมื่อปี ค.ศ.1990 และผู้ป่วยเอดส์รายแรกเมื่อปี ค.ศ.1992 ประเทศลาวได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ (International non-government: INGOs) ในการดำเนินงานแก้ไขปัญหามาเอดส์แห่งแรกที่แขวงสะหวันนะเขต และกลายมาเป็นจุดศูนย์กลางในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศลาวจนถึงปัจจุบัน ในปี ค.ศ.1994 คณะกรรมการเอดส์แห่งชาติลาวได้รับการช่วยเหลือจากองค์กรระหว่างประเทศ และองค์การอนามัยโลกในปรับแผนระยะกลางในการดำเนินควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ที่มีกิจกรรมด้านต่างๆ ทั้งการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับคณะกรรมการเอดส์ขึ้นแขวงและเมือง การรณรงค์เชิงป้องกันเรื่องเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และต่อมาได้มีการเพิ่มความช่วยเหลือด้านการดูแลรักษาและสนับสนุนให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อในลาว โดยเฉพาะกองทุนโลกด้านเอดส์ที่สนับสนุนงบประมาณในการสร้างอาสาสมัครให้คำปรึกษา และการลดการกระจายเชื้อทั้งทางเลือดและเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ (Chanthone Kamsibounheuang, 2006) โดยมีเป้าหมายเพื่อลดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีที่กำลังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง

จนกระทั่งปี ค.ศ.2003 มีการรวมตัวผู้ติดเชื้อเป็นเครือข่ายอยู่ภายใต้การสนับสนุนขององค์กรสหประชาชาติลาว (กาแดงลาว) และต่อมาปี ค.ศ.2005 เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีลาวได้เรียกร้องขอจัดตั้งเป็นสมาคมซึ่งเป็นการเริ่มต้นการเปิดเผยต่อสาธารณชน และ UNAIDS ได้สนับสนุนให้มีการจัดประชุมเครือข่ายผู้ติดเชื้อเพื่อสร้างการมีส่วนร่วมทั้งการศึกษา การดูแลสุขภาพและการสนับสนุนความตระหนักของชุมชนของเครือข่ายผู้ติดเชื้อลาวและความเข้มแข็งของชุมชนท้องถิ่นที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ โดยได้รับความช่วยเหลือการฝึกฝนจากเครือข่ายผู้ติดเชื้อประเทศไทยภายหลังจากที่มีการประชุมร่วมกันของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอเชียแปซิฟิก (Asia-Pacific Positive Peoples Network)

และปลายปี ค.ศ.2004 เครือข่ายผู้ติดเชื้อลาวได้มีการขยายและสนับสนุนเครือข่ายเกิดขึ้นใน 7 แขวง มีสมาชิกเพิ่มขึ้นเป็น 329 คน ในปี ค.ศ.2006 ซึ่งเป็นกลุ่มเล็กๆ โดยมีองค์กรพัฒนาเอกชนให้การสนับสนุนรายได้ในแขวงใหญ่บางแขวง (Lyttleton 2007) แต่กลุ่มเล็กๆ ก็นำเสนอการทำงานต่อสังคม โดยใช้กิจกรรมกลุ่มเป็นเครื่องมือในการสื่อสารให้ความช่วยเหลือเรื่องสุขภาพ จนกระทั่งมีองค์กรหมอไร้พรมแดน (Medicines Sans Frontieres: MSF) เข้ามาสนับสนุนการรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัส (ARV) ที่แขวงสะหวันนะเขต ตั้งแต่ปี ค.ศ.1989 ซึ่งมีผู้ติดเชื้อเข้าร่วมโครงการจำนวน 99 คน เป็นผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในแขวงสะหวันนะเขต 77 คน ที่เหลือมาจากแขวงใกล้เคียงทั้งคำม่วน จำปาสัก สาละวันและเวียงจันทน์ ต่อมาได้ขยายการบริการมายังเวียงจันทน์ (Ministry of Health National Committee for the Control of AIDS Bureau 2004) ในกลางปี ค.ศ.2006

Lyttleton (1997) ชี้ว่า ประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ กลุ่มผู้ติดเชื้อจะได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนทั้งในเรื่องของการฝึกอบรมเขียนโครงการ ความรู้เรื่องโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและยาต้านไวรัสเอชไอวี เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีลาวก็เช่นเดียวกันซึ่งในประเทศลาวมีองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศที่เพิ่มมากขึ้นเกือบเท่าตัวในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา (ADB 1999) และองค์กรระหว่างประเทศกว่า 30 องค์กร (Ministry of Health National Committee for the Control of AIDS Bureau 2004)

จะเห็นว่า นโยบายการสาธารณสุขเรื่องเอดส์ของลาวมุ่งเน้นไปที่การป้องกันมากกว่าที่รักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เนื่องจากข้อจำกัดด้านค่ายาต้านไวรัสต่อผู้ป่วยก่อนสูง การเมืองเชิงนโยบายเรื่องการค้าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในลาวจึงเป็นการเมืองเชิงนโยบายที่องค์กรรัฐข้ามชาติ (Intergovernmental organizations: IGOs) เข้ามาช่วยเหลือทั้ง WHO และ UNAIDS และองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ (INGOs) ซึ่งองค์กรหมอไร้พรมแดนถือว่าเป็นองค์กรหลักที่เข้ามาช่วยเหลือเรื่องการรักษาถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศลาว แต่ก็มีข้อจำกัดเรื่องงบประมาณที่จะสนับสนุน จากแผนยุทธศาสตร์และปฏิบัติการเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ปี 2006-2010 ของลาว มีผู้ติดเชื้อที่เข้าถึงยาต้านไวรัสจำนวน 306 คน และในแผนดังกล่าวมีเป้าหมายที่จะให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงยาต้านไวรัส 1,000 คนเมื่อสิ้นสุดแผนในปี 2010 (National Committee for the Control of AIDS 2006)

ปัจจุบันกองทุนโลกด้านเอดส์ได้เข้ามาสนับสนุนงบประมาณในกิจกรรมต่างๆ เกี่ยวกับการควบคุมป้องกันเอดส์และดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ในลาว ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบการเมืองเชิงนโยบายสาธารณสุขเรื่องเอดส์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อในประเทศไทยและลาวแล้ว กลับมีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิงบนเงื่อนไขของสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจและระบอบการปกครองประเทศ การเกิดเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีในลาวจึงเกิดขึ้นมาไม่นานนี้และมีข้อจำกัดในการนำไปสู่การต่อสู้เคลื่อนไหวเรียกร้อง เพราะรัฐมีการควบคุมกำกับ ขณะที่ยังไม่มีเครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชนในประเทศหรือท้องถิ่นที่แตกต่างกับไทย ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อและรัฐบาลลาวมักจะได้รับการช่วยเหลือทางการเงินจากองค์กร

ต่างประเทศและองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ จึงทำให้การเคลื่อนไหวของผู้ติดเชื้อในลาวไม่ได้เป็นการเคลื่อนไหวในการผลักดันนโยบายเชิงการเมืองในเรื่องสิทธิการเข้าถึงการรับบริการยาต้านไวรัส เอชไอวีเหมือนกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีไทย (Lyttleton 2007) แต่เป็นการรับความช่วยเหลือจากองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศในการพัฒนาบทบาทองค์กรชุมชนที่มีใช้ภาครัฐในการเคลื่อนไหวการทำงานให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและชุมชนในลาว

เอดส์ชายแดนไทย-ลาว: ความลึกลับในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อ

พื้นที่ชายแดนนั้น นอกจากจะมีความลึกลับขัดแย้งของการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจหรือการพัฒนาแบบอสมมาตรแล้ว ในแง่ของการเข้าระบบบริการสุขภาพก็มีความลึกลับตามไปด้วย ซึ่งหมายถึงว่า คนที่มีโอกาสเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ดีกลับไปขึ้นอยู่กับอำนาจทางเศรษฐกิจ การเงินในการจ่ายค่าตอบแทนคุณภาพบริการที่ควรจะได้รับ ความลึกลับยังเกิดจาก “พรมแดน” ที่ปิดกั้นการเข้าถึงซึ่งสิทธิทางสุขภาพ ไม่ว่าจะเป็นพรมแดนเชื้อชาติ พรมแดนรัฐชาติ พรมแดนทางสังคม วัฒนธรรม และพรมแดนทางเศรษฐกิจ เมื่อชายแดนกลายเป็นพื้นที่ที่มีการพัฒนาอย่างไม่เท่าเทียมกัน โดยเฉพาะชายแดนไทย-ลาว ทำให้เชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ข้ามพรมแดนไปพร้อมกับความทุกข์ทนของผู้ที่ได้รับเชื้อโรคร้ายด้วยเช่นกัน ขณะเดียวกันการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของผู้คนทั้งฝั่งไทยและลาวเองก็มีความแตกต่างกันอย่างสิ้นเชิง ทั้งในแง่ของสิทธิในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพภาครัฐ โดยเฉพาะการเข้าถึงยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวีบริเวณชายแดน ซึ่งความลึกลับดังกล่าวได้สร้างความทุกข์ทนให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อบริเวณชายแดนอย่างมากมาย โดยเฉพาะการแพทย์แผนใหม่เรื่องยาต้านไวรัสที่ต้องไปผูกกับเงื่อนไขเงินนโยบายต่างๆ มากมาย โดยเฉพาะนโยบายรัฐเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อที่แตกต่างกันของแต่ละประเทศ

อย่างไรก็ตาม ภายใต้เงื่อนไขเงินนโยบายของสองฟากฝั่งต่อผู้ติดเชื้อ เราอาจมองประเด็นเรื่องการเผชิญหน้าของผู้ติดเชื้อกับการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพที่ดีกว่า ไม่ว่าจะเป็น ภาครัฐ หรือเอกชน หน่วยงานองค์กรที่เกี่ยวข้องได้ การพิจารณาปฏิสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อกับความสัมพันธ์ทางอำนาจในระดับต่างๆ เพื่อนำไปสู่เป้าหมายของการได้รับการรักษาพยาบาลที่ดีกว่านี้ แม้ว่า ด้านหนึ่ง เรามองเห็นความทุกข์ทนที่เกิดขึ้นจากผู้ติดเชื้อต้องเผชิญหน้ากับการถูกจำกัดสิทธิด้านต่างๆ มากมาย แต่ในอีกมุมหนึ่ง ก็เป็นความพยายามที่จะมองผู้ติดเชื้อในฐานะที่เป็นผู้เลือกหนทางอย่างขมขื่นภายใต้เงื่อนไขอันจำกัดที่มีอยู่

ในที่นี้ จะขอเสนอ 3 ประเด็นหลักกว่าด้วย 1.โครงการ NAPHA Extension ที่เน้นการให้ยาต้านไวรัสบางส่วนกับประเด็นผู้ไร้สิทธิที่ชายแดน 2.องค์กรช่วยเหลือข้ามชาติบริเวณพรมแดนไทย-ลาว 3.การแพทย์สมัยใหม่และการแพทย์พื้นบ้านที่ถูกเลือกใช้ โดยสะท้อนปฏิสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อกับความสัมพันธ์ทางอำนาจในระดับต่างๆ ที่มีเป้าหมายต่อการเยียวยารักษาตัวผู้ติดเชื้อที่เกิดขึ้นในบริบทเงื่อนไขอันจำกัดของความรู้ทางการแพทย์ที่ยังไม่ลงตัวต่อเรื่องยาต้านไวรัสที่ผ่านมา และเงื่อนไขของ

การให้ความช่วยเหลือจากองค์กรต่างๆ รอบนอก โดยในการนำเสนอ นั้น จะใช้เรื่องของ เสถียร หนึ่ง ในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลเวียงแก่น ให้รายละเอียดในฐานะ ผู้วิจัย ดังต่อไปนี้

1. โครงการ NAPHA Extension ยาด้านไวรัสกับประเด็นเรื่องผู้ติดเชื้อไร้สิทธิที่ชายแดน

โครงการ NAPHA Extension เป็นโครงการที่กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย โดยสำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกด้านโรคเอดส์ (Global Fund AIDS)³⁹ ในการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อด้วยยาด้านไวรัสแก่กลุ่มด้อยโอกาสทางสังคมและผู้ที่มีข้อจำกัดในการใช้สิทธิ เช่น ผู้ไร้สัญชาติไทย และผู้ที่เข้าไม่ถึงระบบสุขภาพทั่วไป โครงการดังกล่าวดำเนินการในระยะแรก 5 ปีและสิ้นสุดโครงการเมื่อวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2551 โครงการนี้เป็นโครงการที่มีประโยชน์ต่อผู้ติดเชื้อชายขอบอย่างมากในการเข้าถึงยาด้านไวรัสได้

อย่างไรก็ตาม ด้วยข้อจำกัดเรื่องงบประมาณสนับสนุน และมีแนวโน้มของงบประมาณที่ไม่แน่นอน เพราะขึ้นอยู่กับ การสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกด้านเอดส์เป็นหลัก ทำให้เกิดปัญหาตามมาในอนาคต เช่น กลุ่มคนที่มีโอกาสได้รับยาด้านจากโครงการดังกล่าวจะมีโอกาสต่อเนื่องในการได้รับยาด้านต่อไปหรือไม่ หรือจะถูกทิ้งให้รอคอยความหวัง เพราะผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาด้านไวรัสแล้ว จำเป็นจะต้องกินไปตลอดชีวิต หากไม่มีโครงการอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ติดเชื้อที่มีฐานะทางเศรษฐกิจไม่ดี ต้องซื้อหา มารับประทานเอง ซึ่งคงเป็นเพียงความฝัน เพราะในชีวิตจริงการที่จะทำมาหากินเลี้ยงปากท้องและครอบครัวก็ลำบากอยู่มาก

นอกจากนี้ ในกรณีผู้ไร้สิทธิต่างๆ ก็เกิดปัญหาเช่นกัน จากการพูดคุยกับทีมงานแกนนำผู้ติดเชื้อที่เวียงแก่นที่เข้าร่วมประชุมกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือ เล่าว่า เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากศูนย์ควบคุมโรค บอกว่า อย่าไปหวังคนอื่นมากนัก ควรจะสนใจคนไทยมากกว่า ให้มีชีวิตรอดก่อน ในกรณีนี้ เห็นได้ชัดเจนว่า ผู้ที่กินยาด้านไวรัสผ่านโครงการ NAPHA Extension ดังกล่าวที่ไม่ใช่คนไทยหรือเป็นคนไร้สิทธิ ก็หมดโอกาสที่จะได้รับยาต่อจากนั้น

เช่น กรณีของ เพชร หนึ่งในผู้ติดเชื้อชาวลาวที่แต่งงานกับคนไทยและปัจจุบันอาศัยอยู่ในอำเภอเวียงแก่น เป็นอีกรายหนึ่งที่กำลังวิตกกังวลว่า จะไม่สามารถเข้าสู่โครงการยาด้านได้ เพราะโครงการดังกล่าวประกาศรับผู้ติดเชื้อรายใหม่ ยกเว้นกลุ่มที่เคยรับยาด้านมาก่อนปี พ.ศ.2548 เท่านั้น แม้ว่า ในเวลาต่อมากกระทรวงสาธารณสุขจะประกาศว่า กองทุนโลกด้านเอดส์พิจารณาให้การสนับสนุนโครงการต่อเนื่องในระยะที่สองอีก 6 ปี (ปี พ.ศ.2551-2557) แต่ก็ไปมุ่งเน้นกลุ่มเป้าหมายแรงงานพลัด

³⁹ กองทุนโลก (Global Fund) เป็นที่ได้รับจากการบริจาคเงินมาจากทั่วโลกเพื่อสนับสนุนด้านสาธารณสุขสำหรับโรคที่เป็นปัญหาของโลก ได้แก่ เอดส์ มาลาเรีย และวัณโรค โดยมีสำนักงานบริหารจัดการอยู่ที่กรุงเจนีวา ประเทศสวิสเซอร์แลนด์ ซึ่งกองทุนดังกล่าวได้สนับสนุนการทำงานทั้งในประเทศไทยและลาว

ถิ่นและผู้อพยพทั่วประเทศจำนวน 2,000 ราย⁴⁰ ด้วยเพราะยาต้านไวรัสมีราคาแพงและต้องกินตลอดชีวิต ขณะที่งบประมาณมีจำกัด

ในแง่ี้ จะพบว่า เป็นการให้บริการผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่จำกัดจำนวนมาก เพราะปัจจุบัน ข้อมูลผู้ป่วยเอดส์ไร้สิทธิตามชายแดนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากข้อมูลรายงานของกรมการปกครองและสำนักกระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ.2548 พบว่า มีผู้ป่วยเอดส์ต่างชาติในประเทศไทยบริเวณชายแดนไทย-พม่า มากที่สุดร้อยละ 76.1 รองลงมา คือ ชายแดนไทย-ลาว ร้อยละ 19 ดังในตาราง

ชายแดน	อำเภอ (แห่ง)	จังหวัด (แห่ง)	จำนวนผู้ป่วย (ราย)	ร้อยละ
ไทย-ลาว	48	11	729	19.0
ไทย-พม่า	41	10	2,915	76.1
ไทย-กัมพูชา	21	7	113	2.95
ไทย-มาเลเซีย	14	4	70	1.82
รวม	124	32	3,827	100.0

ที่มา: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2551)

ดังนั้น การสนับสนุนของกองทุนโลกด้านเอดส์ จึงเป็นโครงการที่ดีโครงการหนึ่งในการช่วยต่อลมหายใจให้กับผู้ติดเชื้อให้สามารถมีชีวิตอยู่รอดต่อไปอีกระยะหนึ่ง แม้ว่าหนทางข้างหน้าจะยังมีคมน แต่ขณะเดียวกัน ก็พบข้อจำกัดบางประการต่อการให้ความช่วยเหลือ เช่น คนบางกลุ่มไม่สามารถเข้าสู่โครงการได้ หรือ ไม่แน่ใจว่า จะมีโครงการลักษณะนี้ไปได้ยาวนานเพียงใด ซึ่งผู้ติดเชื้อต้องรอดด้วยความหวังว่าจะมีโอกาสในระยะยาว เพื่อที่จะมีชีวิตรอดที่ยืนยาวขึ้น

ดังเช่น กรณี นางสี (นามสมมติ) เป็นชาวมุหรือลาวเทิง แขวงบ่อแก้ว ประเทศลาว เธอแต่งงานกับชาวมุฝ่งไทย (แต่ไม่มีบัตรประชาชน) ที่บ้านห้วยเอียน อ.เวียงแก่น แล้วอพยพมาอยู่กับสามีในฝั่งไทยเมื่อหลายสิบปีก่อนจนมีลูกด้วยกัน 3 คน ปัจจุบัน สามีเธอเสียชีวิตลงด้วยอาการแทรกซ้อนจากเชื้อเอชไอวี ขณะที่เธอต้องเลี้ยงลูกชาย 2 คน หญิง 1 คนที่กำลังเล็กอยู่ ต่อมาเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแนะนำให้นางสี ตรวจเลือด ผลตรวจเลือดพบว่า ติดเชื้อ แต่ด้วยความยากจน เธอจึงไปทำงานเป็นสาวเสิร์ฟที่ร้านอาหารในอำเภอเชียงของ ต่อมาได้รู้จักชายหนุ่มชาวลาวด้วยกันที่เข้ามาทำงานรับจ้างอยู่ในอำเภอ

⁴⁰ โครงการ NAPHA Extension ต่อเนื่องรอบ 2 (พ.ศ.2551-2557) กำหนดผู้ที่สามารถจะสมัครเข้าสู่โครงการต้องเป็นผู้ติดเชื้อที่อยู่นอกสิทธิระบบประกันสุขภาพต่างๆ ทั้งกลุ่มที่เคยและไม่เคยได้รับยาต้าน ได้แก่ กลุ่มคนไทยที่รอพิสูจน์สิทธิ กลุ่มคนไทยพลัดถิ่น กลุ่มชาติพันธุ์ กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีหลักประกันสุขภาพ แต่ไม่ครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กลุ่มผู้อพยพด้วยสาเหตุต่างๆ กลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำ และกลุ่มผู้ติดเชื้ออื่นๆที่มีอุปสรรคในการเข้าถึงการเข้ารับบริการในระบบที่สังกัดอยู่นอกเหนือจากกลุ่มที่กล่าวมา อย่างไรก็ตาม โครงการดังกล่าวจะให้โอกาสแก่กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวเท่านั้น ไม่สามารถให้กับคนต่างชาติที่ข้ามแดนมารักษาด้วยแบบชั่วคราวได้ นอกจากนี้ โครงการดังกล่าวก็ให้ยาต้านไวรัสเพียงสูตรการรักษาพื้นฐานเพียง 3 สูตรเท่านั้น

เชียงของ จึงแต่งงานใหม่ แต่อยู่กับสามีใหม่ได้เพียง 1 ปีก็มีเหตุทะเลาะเรื่อยมา เพราะสามีมักดื่มสุรา และทุบตีเธอเป็นประจำ จึงต้องเลิกกันในที่สุด

ปัจจุบัน เธอต้องเลี้ยงลูกคนเดียวด้วยอาชีพรับจ้างเป็นแรงงานเกษตร เธอบอกว่าเหนื่อยมาก ต้องเลี้ยงลูกคนเดียว ทำสวนทำไร่ ค่าใช้จ่ายไม่พอ ลูกโตขึ้นทุกวัน ขณะที่ นางสี มาพบกลุ่มสมาชิกผู้คิดเชื่อเป็นประจำ เพื่อที่จะได้มีเพื่อนๆ บอกเล่าถ่ายทอดความทุกข์สู่กันฟัง และรับรู้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพใหม่ๆ จากแกนนำกลุ่มที่ไปอบรมมา แม้ว่า นางสี ยังไม่สามารถเข้าร่วมโครงการยาด่านไวรัสของโครงการ NAPHA Extension ได้ เพราะไม่มีโควต้าให้และไม่มีแนวทางปฏิบัติที่ส่งมายังโรงพยาบาลที่เธอรับบริการอยู่ แต่เธอก็อยู่ด้วยความหวังว่า สักวันเธอจะมีโอกาสได้เข้าถึงยาด่านไวรัสในไม่ช้า

กรณีผู้ติดเชื้อ ดังเช่น นางสี เป็นสิ่งที่ช่วยยืนยันถึงความลึกลับของการพัฒนาที่ผู้หญิงคนหนึ่งกลายเป็นเหยื่อของกระบวนการพัฒนา การข้ามแดนมาแต่งงานอาศัยอยู่กับสามีในฝั่งไทยด้วยความหวังว่า จะมีชีวิตที่ดีกว่า เพราะประเทศไทยมีการพัฒนา มีความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ตลอดจนสิ่งอำนวยความสะดวกมากกว่า แต่จากเหตุดังกล่าวทำให้เธอกลายมาเป็นผู้ติดเชื้อและต้องแบกรับภาระในการเลี้ยงดูลูกเล็กๆ ด้วยความทุกข์ลำบาก ขณะเดียวกัน เธอก็ไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐได้ เพราะเป็นคนไร้สิทธิตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่กำหนดสิทธิในการเข้าถึงไว้ แม้ว่าโครงการ NAPHA Extension จะเข้ามาช่วยเหลือยากกลุ่มผู้ติดเชื้อไร้สิทธิเหล่านี้อยู่บ้างแต่ก็มีข้อจำกัดเรื่องจำนวนคนและความต่อเนื่องของยาที่ผู้ติดเชื้อจำเป็นจะต้องกินตลอดชีวิต แต่นางสี คือ ตัวอย่างหนึ่งในช่องว่างและช่องโหว่ที่มีได้รับโอกาสในการบรรเทาความทุกข์ทางร่างกายจากการรักษา แม้ว่า ความทุกข์ทางใจอาจผ่อนคลายลงบ้าง เมื่อมีความหวังจะสู้ต่อเพื่อมีชีวิตอยู่ดูการเติบโตของลูกๆ ในอนาคตก็ตาม

2.องค์กรช่วยเหลือข้ามชาติบริเวณพรมแดนไทย-ลาว

บนความแตกต่างทางนโยบายด้านสาธารณสุขเรื่องเอดส์ของรัฐ ทำให้ชายแดนกลายเป็นที่ที่เราพบเห็นผู้ที่ประสบชะตากรรมต่อเรื่องสุขภาพ โดยเฉพาะการติดเชื้อเอดส์ บริเวณแขวงบ่อแก้ว-เชียงราย ได้มีความพยายามแก้ไขปัญหายาเอดส์ชายแดนมากกว่า 10 ปี โดยมีองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ เช่น องค์กรบรรเทาทุกข์แห่งคริสตจักรนอร์เวย์ (Norwegian Church AID: NCA) ให้การสนับสนุนงบประมาณการทำกิจกรรมต่างๆ ในสามพื้นที่ฝั่งไทย คือ เชียงแสน เชียงของ เวียงแก่น และบางส่วนของแม่สาย ชายแดนพม่า และฝั่งลาว คือ แขวงบ่อแก้วและหลวงน้ำทา โดยมีศูนย์ประสานงานอยู่ที่โรงพยาบาลเชียงแสน โดยตั้งแต่ปี พ.ศ.2539 มีการสนับสนุนให้เกิดการพัฒนาและขยายงานให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อบริเวณแขวงบ่อแก้ว ฝั่งลาว โดยตั้งคณะกรรมการเอดส์และแผนปฏิบัติการระดับเมืองและแขวงที่เมืองคันทัน จัดกิจกรรมครอบคลุมปัญหาเอดส์และยาเสพติดเฉพาะกลุ่มแม่หญิงรักชาติ (สมศักดิ์ และคณะ 2542) นอกจากนี้ การตั้งศูนย์ประสานงานที่โรงพยาบาลเชียงแสนทำให้การดำเนินงานแก้ไขปัญหายาเอดส์ชายแดนมีความคล่องตัวระดับหนึ่งและเกิดความสำเร็จตามมาไม่น้อย

ดังนั้น การเกิดความร่วมมือระหว่างสาธารณสุขแขวงบ่อแก้ว หลวงน้ำทา และอำเภอชายแดนสาม
อำเภอของเชียงราย เป็นต้น

นอกจากนี้ องค์กรหมอไร้พรมแดน (MSF) เป็นอีกหนึ่งองค์กรหลักที่เข้ามาช่วยเหลือด้วยการ
ให้ยาด้านไวรัสแก่ผู้ป่วยลาว โดยเริ่มที่แขวงสะหวันนะเขตก่อนตั้งแต่ปี ค.ศ.1989 จากนั้นขยายพื้นที่
ให้บริการมายังชายแดนไทย-ลาวทางภาคเหนือ โดยมีศูนย์อยู่ที่โรงพยาบาลเชียงแสนในฝั่งไทย เพื่อ
รองรับผู้ติดเชื้อบริเวณชายแดนไทย-ลาว-พม่า⁴¹ โดยกลุ่มองค์กรนี้ทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข
และองค์กรท้องถิ่นในจังหวัดนั้นๆ ในโรงพยาบาลอำเภอเชียงแสน ส่วนใหญ่ โครงการหมอไร้พรมแดน
ให้การรักษาผู้ติดเชื้อและดูแลชนกลุ่มน้อย หรือกลุ่มชาติพันธุ์บนพื้นที่สูงที่ไม่มีสิทธิในการ
รักษาพยาบาลตามโรงพยาบาลอื่นๆ ของรัฐ นอกจากนี้ ยังให้ความช่วยเหลือในเชิงการเพิ่มศักยภาพ
ให้แก่โรงพยาบาลตามแนวชายแดนไทย-ลาวด้วย อย่างเช่น โรงพยาบาลแขวงบ่อแก้ว โรงพยาบาลหลวง
น้ำทา⁴²

นอกจากนี้ เราอาจพบความร่วมมือขององค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศในการให้ความ
ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ เช่น องค์กรบรรเทาทุกข์แห่งคริสตจักรนอร์เวย์ลาวกับองค์กรหมอไร้พรมแดนร่วมมือ
กับหน่วยงานสาธารณสุขแขวงบ่อแก้ว หลวงน้ำทาและโรงพยาบาลชายแดนของไทยให้การช่วยเหลือผู้
ติดเชื้อที่เริ่มป่วยและมีความจำเป็นต้องได้รับยาด้าน โดยองค์กรบรรเทาทุกข์แห่งคริสตจักรนอร์เวย์
สนับสนุนค่าใช้จ่ายในการเดินทางไปรับยาด้านที่โรงพยาบาล ขณะที่องค์กรหมอไร้พรมแดนสนับสนุน
เรื่องยาด้านและค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เกิดขึ้นจากกระบวนการรักษา เช่น ค่าตรวจเลือด การวัดค่า CD4
(cluster of differentiation 4)⁴³ เป็นต้น

การเข้ามาช่วยเหลือผู้ติดเชื้อขององค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศทำให้ผู้ติดเชื้อโดยเฉพาะ
ฝั่งลาวมีความหวังมากขึ้นในการมีชีวิตอยู่รอด แม้ว่าโครงการยาด้านไวรัสขององค์กรหมอไร้พรมแดน
จะมีกำหนดเวลาถึงเพียงปี ค.ศ.2008⁴⁴ ก็ตาม แต่อย่างน้อยก็ช่วยทำให้ผู้ติดเชื้อได้พ้นทุกข์ทางร่างกาย
ไปช่วงระยะเวลาหนึ่งและได้ใช้ชีวิตอยู่กับครอบครัวยาวขึ้น

⁴¹ โครงการหมอไร้พรมแดนเริ่มงานในเมืองไทยตั้งแต่ปี ค.ศ. 1983 มีจุดประสงค์เพื่อให้กลุ่มคนผู้ด้อยโอกาสทางสังคม ไม่ว่า กลุ่มชาติพันธุ์ คนจน
ให้สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ และเริ่มโครงการให้ยาด้านแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ในเมืองไทยตั้งแต่ปี ค.ศ. 2000

⁴² โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ <http://www.doctorswithoutborders.org/Thailand>

⁴³ ซีดีโฟร์ (CD4) คือ เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งมีหน้าที่กำจัดสิ่งแปลกปลอมที่เข้าสู่ร่างกาย เช่น เชื้อโรค
ต่างๆ สารเคมี สารพิษ ฝุ่นละอองที่ไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ต่อร่างกาย เปรียบเหมือนเป็นทหารที่คอยปกป้องไม่ให้ศัตรูเข้ามารุกราน ซีดีโฟร์ (CD4)
ในคนปกติทั่วไปในเลือด 1 ซีซีจะมีประมาณ 500-1,000 เม็ด สำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่จะมีซีดีสี่ (CD4) ในระดับไม่เกิน 700 เม็ด

⁴⁴ โรคแทรกซ้อน หรือโรคฉวยโอกาส (Opportunistic Infection - OI) จริงๆ แล้ว ก็คือโรคทั่วไปที่เรารู้จักและคุ้นเคยกันดี เช่น ท้องเสีย
งูสวัด วัณโรค เชื้อรา โรคผิวหนังต่างๆ เป็นต้น แต่เรียกว่า โรคฉวยโอกาสเพราะว่าโรคเหล่านี้มักเล่นงานตอนที่เหลือ จะรอจังหวะและโอกาส
แสดงอาการของโรคกับคนที่ร่างกายอ่อนแอ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีค่าซีดีสี่ (CD4) น้อยหรือต่ำมากเกินไปก็จะมีโอกาสเกิดอาการของ
โรคฉวยโอกาสได้มากกว่าคนทั่วไป

⁴⁵ โครงการดังกล่าวได้ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้งที่มาจากพม่าและลาว โดยคนลาวที่ติดเชื้อเอดส์และเข้าร่วมโครงการมีทั้งสิ้น 35 คน และต้องมารับ
รับยาด้านที่โรงพยาบาลเชียงแสน จนกระทั่งโครงการขององค์กรหมอไร้พรมแดนได้สิ้นสุดลง อย่างไรก็ตาม ทางศูนย์เอดส์แห่งชาตินลาวได้รับการ
สนับสนุนโครงการเข้าถึงยาด้านไวรัสจากกองทุนโลกด้านเอดส์ (Global Fund AIDS) ร่วมองค์กร NCA ในปี ค.ศ.2009 ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์
สามารถเข้าถึงยาด้านและมารับบริการได้ทั้งที่โรงพยาบาลเมืองดันทิงและโรงพยาบาลห้วยทรายที่แขวงบ่อแก้ว

Phoutsavath และคณะ (Phoutsavath et al 2000) กล่าวถึงการเข้ามาขององค์กรนานาชาติในการทำงานด้านเอดส์ที่แขวงบ่อแก้ว ว่า การแก้ไขปัญหาของแขวงบ่อแก้วในระยะแรกได้รับการสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ เช่น องค์กรบรรเทาทุกข์แห่งคริสตจักรนอร์เวย์ ร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย และรัฐบาลกลางลาวในการสร้างความเข้มแข็งให้กับคณะกรรมการเอดส์ระดับแขวงและเมืองตั้งแต่ปี ค.ศ.1996 มีการพัฒนารูปแบบและยุทธศาสตร์ การฝึกอบรมและการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ด้านเอดส์ข้ามแดน นอกจากนี้ องค์กรอื่นๆ เช่น องค์กรแคร์นานาชาติ (CARE) สนับสนุนด้านการศึกษา การสนทนากลุ่ม และโครงการป้องกันต่างๆ โดยการผลิตสื่อและประชาสัมพันธ์การใช้ถุงยางอนามัย ส่วนองค์กรกาชาดออสเตรเลีย (Australian Red Cross) ได้ให้ความช่วยเหลือด้านการฝึกอบรมแกนนำและอาสาสมัคร ทำให้ชุมชนมีความรู้เรื่องเอดส์เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 70 ซึ่งส่งผลให้การติตราและการตั้งข้อรังเกียจจากคนในสังคมลดลง

Lyttleton (2005) สรุปว่า โครงการต่างๆ ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างชาติ เช่น องค์กรบรรเทาทุกข์แห่งคริสตจักรนอร์เวย์ และอื่นๆ ที่ดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ในแขวงบ่อแก้วและหลวงน้ำทา มีจุดเด่นที่ทำให้เกิดการสร้างความเข้มแข็งให้กับองค์กรภาครัฐท้องถิ่นและเครือข่าย นอกจากนี้ กิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ต่างๆ ได้สร้างความตระหนักให้เกิดขึ้นในวงกว้าง โดยเฉพาะกลุ่มเป้าหมายเยาวชนได้เข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น มีการอบรม ให้คำปรึกษา ความรู้เรื่องยารักษาเชื้อฉวยโอกาสและยาต้านไวรัสแก่บุคลากรสาธารณสุข มีการติดตามเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อ รวมทั้งการสร้างรายได้ให้กับครอบครัวผู้ติดเชื้อ ขณะที่ ยังมีข้อจำกัดอยู่ที่การขาดทักษะในการจัดองค์กรและความเข้มแข็งของทีมงานในระดับขึ้นเมือง รวมทั้งการดำเนินการร่วมของคณะกรรมการเอดส์ขึ้นแขวงและเมืองยังมีอยู่น้อย

ข้อมูลจากกระทรวงสาธารณสุขลาวได้สรุปถึงองค์กรต่างประเทศที่ให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการดำเนินการแก้ไขปัญหาด้านเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในลาว แขวงบ่อแก้ว หลวงน้ำทามีมากกว่า 10 องค์กร เช่น CARE, Japan International Cooperation Agency - JICA, The Australian Government's overseas aid program - AusAid, German Development Cooperation -GTZ, Médecins Sans Frontières - MSF (Ministry of Health National Committee for the Control of AIDS Bureau, 2004) เป็นต้น

ในแง่หนึ่ง อาจมองได้ว่า การเข้ามาช่วยเหลือผู้ติดเชื้อขององค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศเป็นปัจจัยสำคัญในการช่วยผลักดันให้รัฐบาลลาวหันมาให้ความสำคัญกับผู้ติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น แต่ในอีกทางหนึ่ง เราก็พบว่า การเข้ามาขององค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศก็มีเงื่อนไขข้อจำกัด ดังเช่น UNFPA (United Nation Population Fund) ที่เข้ามาให้ความช่วยเหลือในลาวช่วงปี ค.ศ.2005-2006 เกี่ยวกับโครงการบูรณาการการบริการเอชไอวี/เอดส์ เพศสัมพันธ์และอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มเยาวชนในแขวงบ่อแก้ว มีการสร้างความเข้มแข็งด้วยการฝึกอบรมให้กับผู้นำชุมชน และเจ้าหน้าที่

สาธารณสุขของรัฐ เพื่อนำไปใช้ในการลดปัญหาสังคมรังเกียจผู้ติดเชื้อ รวมทั้งสร้างความตระหนักในการป้องกันเอดส์ในกลุ่มผู้ชาย และการสามารถเข้าถึงการบริการอนามัยเจริญพันธุ์ของกลุ่มประชากรเป้าหมาย แต่เมื่อจบโครงการที่มีระยะเวลาเพียง 1 ปี กิจกรรมที่ดำเนินมาก็หยุดไปด้วย ในแง่นี้ ก็พบว่าองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศมักมีข้อจำกัดในการให้การสนับสนุนที่ไม่ต่อเนื่อง และบางครั้งบางครั้ง การเข้ามาช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ขององค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศในลาวกลับกลายเป็นเงื่อนไขหนึ่ง ที่สร้างความขัดแย้งให้เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ทำงานให้แก่องค์กรอีกด้วย เพราะต่างแย่งกลุ่มเป้าหมาย หรือผู้ติดเชื้อ ที่มีกลุ่มเป้าหมายเดียวกัน อยู่ที่ตัวเลขของผู้ติดเชื้อที่จะเข้าร่วมโครงการ และมีการให้ความช่วยเหลือคล้ายกัน ดังเช่น กรณีการช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อกลุ่มหนึ่งในลาวของกาแดงลาวและองค์กรพัฒนาเอกชนข้ามชาติองค์กรหนึ่งในเรื่องกิจกรรมการช่วยเหลือ งบประมาณ และการรายงานผลกิจกรรมที่เป็นปัญหาความขัดแย้ง ทำให้การประสานงานระหว่างองค์กรบางองค์กรเกิดปัญหาในทางปฏิบัติ

3. การแพทย์พื้นบ้าน ทางเลือกของผู้ติดเชื้อชายแดน

นับตั้งแต่เริ่มต้นที่ *เสถียร* หนึ่งในทีมผู้วิจัยได้ทำงานปัญหาเรื่องเอดส์ร่วมกับผู้ติดเชื้อ ได้ร่วมกันจัดตั้งกลุ่มขึ้นเมื่อปี พ.ศ.2537 มีผู้ติดเชื้อเข้าร่วมกิจกรรมช่วยเหลือผู้ติดเชื้อคนอื่นๆ จำนวนกว่า 10 คน ในขณะนั้นยังไม่มียาต้านไวรัสหรือความรู้การแพทย์แผนใหม่ที่ช่วยรักษาโรคแทรกซ้อนได้มากนัก สิ่งที่ผู้ติดเชื้อพยายามเยียวยารักษาตัวเอง คือ การรักษาสุขภาพให้แข็งแรงด้วยการกินอาหารที่มีประโยชน์และใช้สมุนไพรดูแลสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคแทรกซ้อน โดยเน้นการดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ให้มีสุขภาพแข็งแรง มีการใช้ธรรมชาติบำบัดเพื่อช่วยให้จิตใจสงบ คลายความทุกข์ที่รุมเร้ารอบตัวผู้ติดเชื้อจากภาวะสังคมรังเกียจ ความทุกข์จากร่างกาย และความกังวลเรื่องครอบครัว ชีวิต

การรวมกลุ่มด้วยการดูแลสุขภาพทางเลือกแบบพื้นบ้าน จึงเป็นหนทางหนึ่ง ณ ขณะนั้นที่ช่วยประคับประคองชีวิตของผู้ติดเชื้อให้บรรเทาลงไปได้บ้าง โดยการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อมี 2 ลักษณะ คือ การรับรู้เกี่ยวกับโรค และการทดลองรูปแบบการดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านกับการแพทย์สมัยใหม่ (สุทธิรัตน์ 2544; รัชนิ 2545)

อย่างไรก็ตาม การดูแลสุขภาพทางเลือกเป็นหนทางหนึ่งที่กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยให้การส่งเสริมในช่วงที่ยาต้านไวรัสยังไม่มีประสิทธิภาพมากนัก จะเห็นได้จาก การผลิตความรู้เรื่องการแพทย์พื้นบ้าน สมุนไพรออกเผยแพร่ให้กับองค์กรและหน่วยงานในสังกัดของกระทรวงฯ เพื่อนำไปใช้ปรับใช้ในหน่วยงาน เช่น การใช้สมุนไพรรักษาอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยเอดส์ไม่ว่า เป็นไข้ ไข้หวัด เจ็บคอ ท้องร่วง ซึ่งในช่วงนั้นก็พบว่า มีผู้ป่วยจำนวนมากกว่าร้อยละ 50 ที่ใช้สมุนไพรท้องถิ่นรักษาตนเอง (วาสนา 2540) ขณะเดียวกันในแง่ของอาหาร ก็พบว่า ความเชื่อเรื่องอาหารและพฤติกรรม การบริโภคนำไปสู่การสร้างสุขภาพที่ดีของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (จัญจรา 2544; ดาราลักษณ์ 2544) ซึ่งผู้ติดเชื้อในเขตชายแดน ดังเช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อที่อำเภอเชียงของและเวียงแก่นในช่วงกว่าสิบปีที่ผ่านมา

ต่างก็ใช้การดูแลสุขภาพทางเลือก ทั้งอาหาร สมุนไพร และการเยียวยาด้วยจิตใจ ช่วยบรรเทาเบาบางความทุกข์ที่เกิดจากเชื้อเอชไอวี

อย่างไรก็ตาม ในแง่ของการดูแลสุขภาพทางเลือกนั้น ถือว่ามีแนวคิดแตกต่างไปจากการแพทย์สมัยใหม่ในเรื่องการใช้ยาต้านไวรัส สำหรับวิธีการรักษานั้น ยาต้านไวรัสเป็นการยับยั้งเชื้อเอชไอวีมิให้เพิ่มจำนวนมากขึ้นในร่างกายด้วยฤทธิ์ของยา แต่การดูแลสุขภาพทางเลือกแบบพื้นบ้านเป็นการสร้างความแข็งแรงให้กับร่างกายและเพิ่มภูมิคุ้มกันที่เกิดจากธรรมชาติ เพื่อให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อไวรัสได้

ศูนย์สุขภาพองค์รวมของอำเภอเวียงแก่น ถือว่า เป็นองค์กรหนึ่งในการปรับใช้การดูแลสุขภาพแบบพื้นบ้านกับกลุ่มผู้ติดเชื้อตั้งแต่เริ่มต้น แม้ว่า ปัจจุบันผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะเข้าสู่โครงการรับยาด้านเนื่องจากเงื่อนไขของสุขภาพที่ทรุดโทรมลงเพราะปัจจัยร่างกายและสภาพแวดล้อมของแต่ละบุคคล แต่ก็มีผู้ติดเชื้ออีกกว่า 15 คนที่ยังไม่เข้าสู่กระบวนการรับยาด้าน หากใช้วิธีการดูแลสุขภาพร่างกายให้สมบูรณ์แข็งแรงอยู่เสมอ นอกจากนี้ การตัดสินใจรับยาด้านของผู้ติดเชื้อ ย่อมหมายถึง การกำหนดให้ตัวเองต้องกินยาต้านไวรัสไปตลอดชีวิต ซึ่งแน่นอนว่า จะเกิดผลข้างเคียงตามมา เช่น วิถีชีวิตที่เปลี่ยนไปตามวงจรการกินยาที่ต้องตรงเวลาและต่อเนื่องทุกวัน และผลข้างเคียงต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้นจากการกินยาด้าน หรือการซื้อยาที่ตามมาในภายหลัง

ดังนั้น กรณี พงษ์ หนึ่งในสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อเวียงแก่นที่เข้ารับยาด้านไวรัสแล้ว แม้ว่า พงษ์ จะพ้นทุกข์จากการจัดการปัญหาเรื่องเชื้อเอชไอวีด้วยการรับยาด้าน แต่ปัจจุบัน พงษ์ ก็เกิดอาการข้างเคียงของยาทั้งสภาพร่างกายที่เริ่มผิดปกติและภาวะคือยาที่ทำให้ต้องเปลี่ยนสูตรยาบ่อยครั้ง ภาวะเช่นนี้ ก็ทำให้ พงษ์ เกิดความเครียดและวิตกกังวลไปอีกด้านหนึ่ง ซึ่งกรณีเช่นนี้ไม่ได้มีเพียง พงษ์ เท่านั้น แต่คนอื่นๆ เริ่มเกิดอาการข้างเคียงจากยาด้านไวรัส สภาพร่างกายผิดปกติ ทำให้ต้องเปลี่ยนสูตรยา และนำไปสู่ภาวะความเครียด ความวิตกกังวลไปอีกทางหนึ่ง

อย่างไรก็ตาม ปัจจุบัน แม้ว่าระบบการแพทย์แผนใหม่จะมีประสิทธิภาพในการรักษามากขึ้น แต่ขณะเดียวกัน เราจะพบกลุ่มผู้ติดเชื้อบางคนก็ยังคงเลือกใช้การดูแลสุขภาพทางเลือก เพื่อไม่ให้ร่างกายอ่อนแอลงหรือเกิดค่า CD4 ลดต่ำลง หรือ บางกลุ่มก็ใช้อย่างผสมผสานกันหลากหลายรูปแบบการรักษา เพื่อให้ร่างกายแข็งแรงและเพิ่มภูมิคุ้มกันมากขึ้น

ดังนั้นเราจึงสามารถทำความเข้าใจกับประเด็นเรื่องเอชไอวีกับการเมืองเชิงนโยบายในการจัดการกับเชื้อเอชไอวี และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อบนแนวคิดเศรษฐศาสตร์การเมืองเรื่องการเข้าถึงยาด้านไวรัส และบทบาทขององค์กรระหว่างประเทศกับสัมพันธภาพต่อรัฐชาติ และแนวคิดเรื่องกระบวนการเยียวยารักษาความเจ็บป่วยของการแพทย์สมัยใหม่กับการลดทอนแนวทางการแพทย์ทางเลือกในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตลอดจนประเด็นการทำงานขององค์กรสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องและรูปแบบการปรับตัวของผู้ติดเชื้อ ซึ่งพบว่า นโยบายสาธารณสุขและการเมืองที่เกิดขึ้นในปัจจุบันส่วนหนึ่งเป็นผลมาจากความลึกลับของความเป็นชายแดนกับการพัฒนาที่ไม่เท่ากันในแง่ของอำนาจ ไม่

ว่า การข้ามพรมแดนของเชื้อเอชไอวีกับการเข้าถึงกระบวนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อทั้งสองฝั่ง และแรงกดดันจากต่างประเทศที่มีต่อการระบาดของเชื้อเอชไอวีในภูมิภาคลุ่มน้ำโขง

ภาคที่ 2 ประสบการณ์และการจัดการความทุกข์ทนของผู้ติดเชื้อ

บทที่ 5

การจัดการความทุกข์ทนข้ามพรมแดนไทย-ลาว: ประสบการณ์และความสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อ

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา มีโครงการจากหน่วยงานองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขที่ให้ความช่วยเหลือเรื่องโรคต่างๆ ข้ามพรมแดนมากมาย เช่น the United Nations Population Fund (UNFPA)⁴⁵ ทำโครงการรณรงค์ป้องกันเชื้อเอชไอวี/เอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ตลอดจนช่วยสร้างเครือข่ายของชุมชนให้เกิดความเข้าใจต่อเรื่องโรคเหล่านี้มากขึ้น หรือ The United Nations Children's Fund (UNICEF) ที่ให้การสนับสนุนกลุ่มผู้ติดเชื้อในการดูแลสุขภาพ เสริมธุรกิจ และครอบครัว หรือ กลุ่มสภากาชาดแห่งออสเตรเลีย (Australian Red Cross) ที่ให้งบประมาณสนับสนุนการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์และการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ตลอดจนให้เงินสนับสนุนแก่กลุ่มเยาวชนในการทำโครงการรณรงค์ในกลุ่มหนุ่มสาว หรือ กลุ่ม Norwegian Church Aid (NCA) ที่ให้การสนับสนุนกลุ่มผู้ติดเชื้อในแง่ของการดูแลตัวเองที่บ้าน และกลุ่มผู้หญิงขายบริการทางเพศ รวมไปถึงการให้ทุนสนับสนุนหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐสองฟากฝั่ง เช่น สาธารณสุขเวียงแก่น สาธารณสุขแขวงบ่อแก้วเพื่อทำโครงการสร้างความเข้าใจเรื่องเชื้อเอชไอวี ทำโครงการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องเอดส์ โครงการการดูแลสุขภาพทางเลือกรด้วยการผสมผสานการแพทย์และสมุนไพรพื้นบ้านของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม โครงการเพื่อนช่วยเพื่อนเพื่อการส่งเสริมสุขภาพและการเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์โดยผู้ติดเชื้อเอดส์ เป็นต้น หรือ Save the Children Australia (SCA) ก็ให้เงินสนับสนุนการเก็บข้อมูลเรื่องการศึกษาและการรักษาพยาบาล⁴⁶

ข้อมูลที่น่าเสนอข้างต้นดังกล่าว เพื่อแสดงให้เห็นว่า ปัจจุบันมีหน่วยงานรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนมากมายที่ให้ความสนใจเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหา บางส่วนได้พยายามทำให้เกิดการรวมตัวของเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อในเขตชายแดนไทยบริเวณเชียงราย เวียงแก่น เชียงแสน เชียงของ

บทนี้เป็นการทำความเข้าใจประเด็นเรื่องการจัดการความทุกข์ทนที่เกิดขึ้นข้ามพรมแดน โดยเฉพาะประเด็นเรื่อง การสร้างเครือข่ายของผู้ติดเชื้อ ในแง่ของการแบ่งปันความรู้ การสร้างความร่วมมือในระดับต่างๆ จากการศึกษ พบว่า มีการเกิดขึ้นของเครือข่ายดังกล่าวอยู่ 2 ลักษณะคือ การสร้างเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อและความร่วมมือแก้ไขปัญหามาตรฐานแบบเป็นทางการ (Formal networks) และเครือข่ายมิตรภาพผู้ติดเชื้อข้ามพรมแดนหรือ อีกนัยหนึ่ง เป็นเครือข่ายแบบไม่เป็นทางการ (Informal networks) ซึ่งรูปแบบเครือข่ายทั้ง 2 แบบนี้ มีประเด็นเรื่องการขยายเครือข่ายในลักษณะการให้ความรู้ กำลังใจ แบ่งปันน้ำใจให้แก่กัน การก่อร่างสร้างความเป็นเพื่อนในกลุ่มผู้ติดเชื้อ

⁴⁵ โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ <http://lao.unfpa.org/hiv/aids.htm>

⁴⁶ โปรดดูรายละเอียดเพิ่มเติมรายชื่อองค์กร จุดประสงค์การทำงานได้ที่ www.directoryofngos.org/province.cfm?id=5

และการทำงานเอดส์ข้ามพรมแดน ที่เป็นกลไกสำคัญในการแก้ไขปัญหาเอดส์ชายแดนตลอดช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. กลุ่มผู้ติดเชื้อกับความพยายามสร้างเครือข่ายแบบทางการข้ามชายแดน

เครือข่ายลักษณะนี้ หมายถึง การเข้าไปช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อสองฟากฝั่งผ่านระบบขององค์กรต่อองค์กร เช่น ระหว่างโรงพยาบาล หรือหน่วยงานสาธารณสุขของสองฝั่ง ดังเช่น ระหว่างโรงพยาบาลเชียงรายที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการหมอไร้พรมแดนที่ให้การสนับสนุนโรงพยาบาลแขวงบ่อแก้วโดยรับผู้ป่วยส่งต่อมาจากโรงพยาบาล เป็นต้น

ในที่นี้ จะยกตัวอย่างการสร้างเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อข้ามพรมแดนแบบเป็นทางการผ่านหน่วยงานสาธารณสุขโรงพยาบาลเวียงแก่นกับหน่วยงานสาธารณสุขในแขวงบ่อแก้ว โดยใช้เรื่องเล่าของ เสถียร หนึ่งในเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจากโรงพยาบาลเวียงแก่น ให้รายละเอียดในฐานะ ผู้วิจัยดังต่อไปนี้

เมื่อกว่าสิบปีก่อน ผู้วิจัยได้นำแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อของเวียงแก่นไปร่วมจัดนิทรรศการ ทางทีมงานผู้ติดเชื้อของเวียงแก่นได้ถูกเชิญไปเปิดการแสดง โดยเล่นดนตรีพื้นเมืองและรำไทยโชว์เปิดหมู่บ้านจัดนิทรรศการเอดส์โลก (Thai pavilion) ในงานประชุมเอดส์โลกที่กรุงเทพฯ ทำให้ผู้วิจัยได้พบ ดร.พรสวรรค์ จันดี ผู้ประสานงานโครงการเอดส์ชายแดนขององค์กรบรรเทาทุกข์คริสตจักรแห่งนอร์เวย์ (Norwegian Church Aid - NCA-Laos -NCA Lao) เพื่อนแพทย์ชาวลาว และคุณสีทน หัวหน้าโครงการด้านเอดส์ NCA ลาว จึงได้หารือแนวทางการทำงานเอดส์ชายแดนร่วมกัน

จากวันนั้น นับได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการทำงานเอดส์ข้ามพรมแดนครั้งสำคัญ ขณะที่ก่อนหน้านี้ ผู้วิจัยพยายามทำงานเชื่อมโยงกับฝั่งลาวมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยเดินทางไปหารือกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลห้วยทราย แขวงบ่อแก้วขณะนั้น แต่ก็เพียงการพูดคุยแนวทาง แลกเปลี่ยนความคิดในการทำงานแก้ไขปัญหาโรคติดต่อและเอดส์ชายแดนไทย-ลาวโดยทั่วไป เพราะการทำงานในลาวต่างมีขั้นตอนของรัฐเข้ามาเกี่ยวข้องมากมาย หากจะดำเนินกิจกรรมใดๆ ในฝั่งลาว อย่งไรก็ตาม ผู้วิจัยได้ตั้งความหวังว่า หากยังอยู่ในพื้นที่ชายแดนแห่งนี้ ก็จะทำงานชายแดนร่วมระหว่างไทยกับลาวต่อไป ซึ่งเบื้องหลังของแรงบันดาลใจมาจากการได้พบกับผู้ป่วยลาวที่ข้ามมารักษาตัวที่โรงพยาบาลที่ผู้วิจัยทำงานอยู่ตลอดเวลา และหนึ่งในผู้ป่วยนั้น ก็พบว่า เธอเจ็บป่วยและมารักษาด้วยอาการของติดเชื้อเอดส์ ขณะที่ตัวเองไม่รู้ว่าเป็นเอดส์ คืออะไร และต้องใช้ชีวิตอย่างไรกับเชื้อโรคร้ายที่อยู่ในตัวเธอ

คู่ย์ (นามสมมติ) หญิงชาวลาววัย 34 ปี บ้านเดิมอาศัยอยู่ที่หมู่บ้านเล็กๆ แห่งหนึ่งชื่อน้ำเงินในเมืองหงสา แขวงไซยะบุรี ที่มีพรมแดนติดกับจังหวัดน่านและบางส่วนติดกับพะเยาและเชียงราย คู่ย์ ได้ข้ามพรมแดนมาแต่งงานอยู่กินกับชายไทยชื่อ ซึ่งอาศัยอยู่หมู่บ้านแห่งนี้บริเวณชายแดนไทย ด้วยความหวังว่า จะทำให้ชีวิตอยู่สบายขึ้นมากกว่าที่บ้านเกิดในลาว ช่วงชีวิตปกติ คู่ย์ ก็ทำมาหากินเรื่อยมาจนต่อมาทางตั้งครรภ์และต่อมาแท้งลูก จนกระทั่งวันหนึ่งสามีล้มป่วยและเสียชีวิตลง แพทย์ได้วินิจฉัย

สาเหตุการเสียชีวิตก็พบว่า เกิดจากอาการแทรกซ้อนของโรคเอดส์ เมื่อด้อย ขาดซึ่งสามี ก็เหมือนไร้ญาติ ขาดมิตร เพราะเธอข้ามแดนมาอยู่เมืองไทยเพียงลำพัง เธอจึงหวนกลับไปยังบ้านเกิด แต่ต่อมาเธอเริ่มพบว่า ตัวเองมีอาการเจ็บป่วย อ่อนเพลีย จึงเดินทางมายังโรงพยาบาลเวียงแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ใกล้บ้านเธอที่สุดจากบ้านน้ำเงินที่ต้องใช้เวลาเดินทางด้วยเท้าและต่อเรือโดยสารขึ้นมาตามลำน้ำโขงจากลาวมายังฝั่งไทยกว่าครึ่งก่อนวัน

ช่วงระยะเวลาดังกล่าว ประมาณปี พ.ศ. 2541 ทางโรงพยาบาลเวียงแก่นก็ยังไม่มีความพร้อม หรือยังไม่มีมาตรการรองรับผู้ป่วยเอดส์มากพอ ในช่วงนั้นใช้เพียงหลักการป้องกันตนเองในการปฏิบัติงาน (Universal precaution) แต่ด้วยเพราะโรงพยาบาลมีชมรมผู้ติดเชื้อ ที่ผู้ติดเชื้อในอำเภอเวียงแก่นร่วมกันจัดตั้งขึ้นเมื่อปี พ.ศ. 2537 ด้อยซึ่งหวังมาฟังฟังการเฝ้าระวังรักษาได้ทราบถึงสาเหตุอาการเจ็บป่วยของตนว่าติดเชื้อจากสามี แต่เธอเองไม่ค่อยเข้าใจว่า เอชไอวีหรือเอดส์หมายถึงอะไรกันแน่ เพราะในประเทศลาวไม่คุ้นเคยหรือได้ยินเรื่องโรคนี้นักนักในช่วงเวลาดังกล่าว จากนั้น แก่นนำชมรมผู้ติดเชื้อได้กลายเป็นผู้นำหลักในการอธิบายภาวะความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นกับด้อย เพื่อสร้างความเข้าใจและนำไปสู่การรักษาตัว ดูแลสุขภาพ และได้มีการส่งเลือดไปตรวจค่า CD4 ที่โรงพยาบาลศูนย์เชียงราย หลังจากนั้น ได้นัด ด้อย มาฟังผลการตรวจ ซึ่งพบว่า มีค่า CD4 ต่ำ จึงจำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยการกินยาต้านไวรัส ซึ่งขณะนั้นมีเพียงตัวยา AZT เท่านั้น แต่ว่า ด้อย เป็นคนลาว จึงไม่สามารถเข้าโครงการให้ความช่วยเหลือเพื่อรับยาต้านได้ ด้อย จึงต้องซื้อยากินเอง และยาต้องกินตลอดชีวิต

ด้วยความยากจนที่ต้องดิ้นรนหาหนทางเฝ้าระวังรักษาชีวิตตนเอง ด้อย ต้องขายทรัพย์สิน วัวควายที่บ้านเพื่อนำเงินมาซื้อยาและเป็นค่าเดินทางมาโรงพยาบาลทุกๆ เดือน ต่อมาองค์กร UNCEF ประเทศไทยทราบข่าว จึงนัดพบพูดคุยซักถามและเข้ามาช่วยเหลือเรื่องค่ายาและค่าเดินทางบางส่วน นางด้อยเป็นผู้ติดเชื้อชาวลาวคนแรกที่กลายเป็นแรงผลักดันทำให้ในเวลาต่อมาเกิดความร่วมมือระหว่างคนทำงานของสองฟากฝั่ง โดยเจ้าหน้าที่ คนทำงานในหน่วยงานองค์กร รวมทั้ง ผู้วิจัย ในฐานะหนึ่งในคนทำงานเรื่องสุขภาพชายแดนได้เขียนโครงการขอรับทุนสนับสนุนจากองค์กรพัฒนาเอกชน เช่น องค์กรบรรเทาทุกข์แห่งคริสต์จักรนอร์เวย์ (NCA) ที่มีศูนย์ประสานงานให้การสนับสนุนงบประมาณการทำงานเอดส์ชายแดน เพื่อสร้างโครงการพัฒนาความร่วมมือเครือข่ายการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อและเอดส์ชายแดนไทยลาว (เชียงราย- บ่อแก้ว) โดยมีการประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่สองฝั่ง จัดประชุมแลกเปลี่ยนและโครงการต่างๆ ในปี พ.ศ. 2546 โรงพยาบาลเวียงแก่นจัดโครงการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์ วัณโรค มาลาเรีย ของประชาชนสองฝั่งโขง โครงการพัฒนาความร่วมมือเครือข่ายการควบคุมและป้องกันโรคติดต่อและเอดส์ชายแดนไทย-ลาว โครงการส่งเสริมการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวมแขวงบ่อแก้ว ประเทศลาว จากนั้น นำไปสู่การสร้างข้อตกลงร่วมกันอย่างเป็นทางการ ในการสร้างเครือข่ายการทำงานแก้ไขปัญหาเอดส์ระหว่างชายแดนขึ้นต่อมา

ขณะเดียวกันในพื้นที่ชายแดนของอำเภอเวียงแก่น กลุ่มผู้ติดเชื้อได้จัดทำโครงการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องเอดส์แก่กลุ่มชาติพันธุ์ในพื้นที่เวียงแก่น จัดกิจกรรมให้ความรู้เรื่องเอดส์แก่คนลาวที่ข้ามฝั่ง

มาค้าขายยังด่านจุดผ่อนปรนที่แจ่มป่อง เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์ให้กับคนทั้งสองฝั่ง รวมทั้งสร้างศูนย์สุขภาพองค์รวม เพื่อเป็นสถานที่นัดพบปะประจำเดือนของสมาชิกผู้ติดเชื้อ เป็นที่ทำงานของแกนนำกลุ่มและเป็นแหล่งเรียนรู้เรื่องสุขภาพทางเลือก สมุนไพรพื้นบ้านให้แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อ จนต่อมากลายมาเป็นศูนย์แลกเปลี่ยนประสบการณ์ของคนทำงานด้านเอดส์ชายแดนให้แก่ผู้สนใจทั้งในประเทศ และกลุ่มประเทศเพื่อนบ้านลุ่มน้ำโขง

หลังจากนั้นในปลายปี พ.ศ. 2547 แขวงหลวงน้ำทาได้เป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมทำแผนงาน และแนวทางการทำงานร่วมกับโรงพยาบาลเวียงแก่น มีการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มาจากโรงพยาบาลและสาธารณสุขเมืองของแขวงบ่อแก้วและหลวงน้ำทาเกี่ยวกับการเขียนแผนงาน/โครงการและแนวทางในการทำงานแก้ไขปัญหเอดส์ขึ้น โดยการสนับสนุนขององค์การบรรเทาทุกข์คริสตจักรแห่งนอร์เวย์ ซึ่งมีการสร้างแผนงานร่วมกันในการแลกเปลี่ยนเรียนรู้การแก้ไขปัญหเอดส์ในเวลาต่อมา ทั้งเรื่องของการฝึกอบรมความรู้ด้านต่างๆ อาทิ ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี การบริการให้คำปรึกษา การตรวจเลือดและปฏิบัติการทางห้องชันสูตร การรักษาโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาส การดูแลสุขภาพทางเลือกและสมุนไพรพื้นบ้าน มีการส่งเจ้าหน้าที่จากลาวทั้งสองแขวงมาฝึกอบรมที่ศูนย์สุขภาพองค์รวมของโรงพยาบาลเวียงแก่น และห้องบริการคนไข้ของโรงพยาบาลเวียงแก่นทุกหน่วยบริการที่มีผู้ติดเชื้อเข้ารับบริการ

ผลจากการทำงานแลกเปลี่ยนเพื่อสร้างความเข้มแข็งทางวิชาการให้กับบุคลากรสาธารณสุข แขวงบ่อแก้วและหลวงน้ำทาดังกล่าว จึงทำให้มีการตกลงร่วมกันในการที่จะจัดประชุมสรุปผลการดำเนินประจำปีทุกปีและร่วมกันสร้างแผนงานในการแก้ไขปัญหเอดส์ของปีถัดไป ซึ่งในปีต่อมาพ.ศ. 2548 ทางแขวงบ่อแก้วได้เป็นเจ้าภาพจัดประชุมขึ้นที่สาธารณสุขแขวง เมืองห้วยทราย มีการเชิญผู้อำนวยการโรงพยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุขของอำเภอชายแดนคือ เชียงแสน เชียงของ และเวียงแก่น และผู้รับผิดชอบงานเอดส์จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงรายเข้าร่วมประชุม เพื่อหาแนวทางการทำงานแก้ไขปัญหเอดส์ชายแดนไทย-ลาวร่วมกัน ทำให้แผนงาน/โครงการต่างๆ ที่ NCA สนับสนุนต้องผ่านการบริการจัดการโดยโรงพยาบาลเชียงแสน เพื่อให้โรงพยาบาลเชียงแสนเป็นแม่ข่ายการเป็นแหล่งเรียนรู้เรื่องการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อ

ต่อมาปลายปี พ.ศ. 2548 โรงพยาบาลเวียงแก่นเป็นเจ้าภาพจัดประชุมสรุปผลงานประจำปี ได้ขยายความร่วมมือระหว่างไทย-ลาว โดยมีตัวแทนคณะกรรมการขึ้นเมืองและแขวงของแขวงหลวงน้ำทาและแขวงบ่อแก้วเข้าร่วมประชุม นำไปสู่การสร้างแผนความร่วมมือและแนวทางปฏิบัติร่วมกัน ที่จะทำให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืน เนื่องจากโครงการต่างๆ ที่องค์การบรรเทาทุกข์แห่งคริสตจักรนอร์เวย์ (NCA) กำลังจะหมดงบประมาณลง ซึ่งถือว่าเป็นครั้งสุดท้ายในการประชุมร่วมกันของคณะเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ทำงานเอดส์ชายแดนระหว่างแขวงหลวงน้ำทา แขวงบ่อแก้วและโรงพยาบาลเวียงแก่นที่ได้ดำเนินกิจกรรมต่างๆ ร่วมกันมาในลักษณะที่เป็นทางการ ผลจากการดำเนินงานดังกล่าวได้สร้างสัมพันธภาพที่ดีของคนทำงานสุขภาพชายแดนและดำรงอยู่ต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน ซึ่งต่อมาทาง

โรงพยาบาลเชียงแสนได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่ออีกสองปีในเรื่องการเป็นศูนย์การแลกเปลี่ยน การดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อตามวิธีการแพทย์สมัยใหม่ให้กับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขลาว และบริการผู้ติดเชื้อ จากลาวที่มารับยาด้านจากองค์กรหมอไร้พรมแดน

บทเรียนจากการทำงานเอดส์ชายแดนครั้งนี้ คือการเกิดขึ้นของความร่วมมือระหว่างองค์กร ท้องถิ่นของสองประเทศในลักษณะของ “เครือข่ายความร่วมมือการแก้ไขปัญหายาเอดส์ชายแดนร่วมกัน ทางภาคเหนือของไทย-ลาว” อันเป็นลักษณะเครือข่ายที่เป็นทางการ

อย่างไรก็ตาม การสร้างเครือข่ายความร่วมมือข้ามพรมแดนแบบเป็นทางการ ก็มีปัญหาการทำงานระหว่างองค์กรสาธารณสุขของสองฟากฝั่ง กล่าวคือ ในปี พ.ศ. 2550 ทางผู้ประสานงานองค์กร บรรเทาทุกข์คริสตจักรแห่งนอร์เวย์ ที่กรุงเทพฯ ต้องการให้โรงพยาบาลเชียงแสน เป็นศูนย์กลางในการศึกษาดูงานและแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของเจ้าหน้าที่และกลุ่มผู้ติดเชื้อจากฝั่งลาว เนื่องจากโรงพยาบาล เชียงแสนรับกลุ่มผู้ติดเชื้อจากฝั่งลาวจากหลายภาคส่วน ไม่ว่า โครงการหมอไร้พรมแดน และองค์กร พัฒนาเอกชนอื่นๆ แต่จากการทำงานเริ่มได้ 1 ปี กลับประสบปัญหาในเรื่องแนวทางการดำเนินงาน ระหว่างเจ้าหน้าที่ฝั่งไทยและลาว โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขฝ่ายลาวได้สะท้อนปัญหาไม่ค่อยสบายใจใน การทำงานกับโรงพยาบาลเชียงแสนในเชิงเปรียบเทียบกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลเวียงแก่น และแสดง ความประสงค์อยากทำงานกับโรงพยาบาลเวียงแก่นต่อไป ปัจจุบันการทำงานระหว่างโรงพยาบาลเชียง แสนกับโรงพยาบาลแขวงบ่อแก้วจึงเกิดขึ้นในลักษณะที่ กลุ่มผู้ติดเชื้อสามารถไปรับยาด้านไวรัสได้ตาม กลุ่มผู้ที่ได้รับการสนับสนุนจากโครงการขององค์กรหมอไร้พรมแดน ขณะที่เครือข่ายการทำงานเอดส์ ข้ามชายแดนระหว่างโรงพยาบาลเวียงแก่นกับโรงพยาบาลแขวงบ่อแก้ว กลุ่มผู้ติดเชื้อในแขวงบ่อแก้ว หลวงน้ำทา ที่ต้องการทำการรักษาสุขภาพทางเลือด ก็ยังคงทำงานอย่างต่อเนื่องโดยมี NCA ลาวให้การ สนับสนุนงบประมาณและการพัฒนาเจ้าหน้าที่รัฐของประเทศลาวในการนำมาศึกษาดูงานและฝึกอบรม ความรู้เกี่ยวกับการทำงานเอดส์ในด้านต่างๆ ที่เวียงแก่น ซึ่งเป็นทั้งในระดับแขวง ระดับเมือง (อำเภอ) และลงสู่ชุมชนและผู้ติดเชื้อในลาวอันเป็นลักษณะของความร่วมมือบนมิตรภาพหรือการทำงานแบบ เพื่อนช่วยเพื่อน

เรื่องเล่าของ เสถียร ดังกล่าว เป็นหนึ่งในความพยายามที่จะสร้างความร่วมมือระหว่าง หน่วยงานเจ้าหน้าที่รัฐ องค์กรสาธารณสุข โรงพยาบาล องค์กรพัฒนาเอกชน และคนท้องถิ่น ที่กำลัง เกิดขึ้นในลักษณะข้ามชายแดนเพื่อจัดการปัญหาที่เกิดขึ้นกับเชื้อเอชไอวีเอดส์ข้ามชายแดน และมุ่งหวัง ที่จะการบรรเทาทุกข์ให้คนติดเชื้อทั้งสองฟากฝั่งของน้ำโขง

2. เครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อข้ามพรมแดนไม่เป็นทางการ

อย่างไรก็ตาม ไม่เพียงความพยายามของหน่วยงานเจ้าหน้าที่รัฐ องค์กรสาธารณสุข โรงพยาบาล องค์กรพัฒนาเอกชน เท่านั้นที่ต้องการบรรเทาทุกข์ให้แก่คนติดเชื้อทั้งสองฟากฝั่งของน้ำ โขง แต่จะพบว่า มีการสร้างความร่วมมือ ขยายเครือข่ายความสัมพันธ์ระหว่างคนท้องถิ่น ในกลุ่มของผู้

ติดเชื่ออย่างกว้างขวางของทั้งสองฟากฝั่งแม่น้ำโขง ซึ่งผู้ติดเชื่อจากทั้งสองฟากของแม่น้ำได้สร้างเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการเพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีการมอบความเป็นเพื่อน แลกเปลี่ยนประสบการณ์ ให้กำลังใจ แบ่งปันความทุกข์และความสุขในกลุ่มผู้ติดเชื่อเอชไอวี/เอดส์ด้วยกัน

ในที่นี้ จะกล่าวถึงรายละเอียดของการสร้างเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการที่เกิดขึ้นผ่านความเป็นเพื่อน ทั้งในกลุ่มเพื่อนที่รู้จักกันเป็นทุนเดิมอยู่แล้ว กับกลุ่มผู้ติดเชื่อที่สร้างเครือข่ายผ่านการทำงานกับเจ้าหน้าที่รัฐ องค์กรสาธารณสุข โรงพยาบาล องค์กรพัฒนาเอกชน หลังจากนั้นได้กลายมาเป็นเพื่อนข้ามพรมแดน

ลักษณะการเกิดขึ้นของเครือข่ายแบบไม่เป็นทางการ เกิดขึ้นหลังจากที่ผู้ติดเชื่อลาวและเจ้าหน้าที่สาธารณสุขลาวได้มาศึกษาดูงานและฝึกอบรมที่ฝั่งไทย อย่างเช่น ที่โรงพยาบาลเวียงแก่น และต่อมาได้กลายมาเป็นเพื่อนกัน ที่นำไปสู่การแลกเปลี่ยนความรู้ ข่าวสารการดูแลสุขภาพและเรื่องอื่นๆ โดยเฉพาะเรื่องของการให้คำแนะนำ ความช่วยเหลือต่างๆ ในแง่ของเครือข่ายความสัมพันธ์แล้ว อาจแบ่งออกเป็นรูปแบบความสัมพันธ์แบบไม่เป็นทางการเกิดขึ้นในลักษณะต่างๆ ดังนี้

จากเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื่อแบบทางการสู่ความเป็นเพื่อน

กลุ่มผู้ติดเชื่อในฝั่งประเทศไทย โดยเฉพาะแถวเขตอำเภอเวียงแก่นเริ่มขึ้นเมื่อประมาณปี พ.ศ. 2537 โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มแม่บ้าน หรือภรรยาที่มีสามีเป็นผู้ติดเชื่อมาก่อน เริ่มแรกมีการรวมตัวกันประมาณ 5-7 คนจากการไปพบกันที่โรงพยาบาลเวียงแก่นบ่อยๆ ภายหลังจากพาสามีไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาล เมื่อแพทย์ทราบข่าวจึงเริ่มพูดคุยกับภรรยา ทำการตรวจ ก็พบว่า ภรรยาของสามีเหล่านั้นต่างติดเชื่อไปด้วย เมื่อกลุ่มแม่บ้านต่างเผชิญปัญหาเดียวกัน พวกเขาจึงหันหน้าเข้าหากัน ปลอดภัยซึ่งกันและกัน พร้อมๆ กับค้นหาวิธีการเยียวยารักษา ต่อมาเริ่มมีองค์กรพัฒนาเอกชนคนเข้ามาดูแลโดยดำเนินการผ่านเจ้าหน้าที่สาธารณสุข และโรงพยาบาล มีการให้รวมกลุ่มกันเพื่อทดลองวิธีการรักษาจากการใช้สมุนไพร และการแพทย์ทางเลือกอื่นๆ ในการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อต่อสู้กับเชื้อเอชไอวี

ภายหลังการรวมกลุ่ม เครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื่อเริ่มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ด้วยเพราะการใช้การแพทย์ทางเลือกเริ่มเป็นอีกแนวทางหนึ่งนอกเหนือไปจากการกินยาต้านไวรัสในช่วงเวลาดังกล่าว มีผู้ติดเชื่อหลายคนเริ่มเปิดเผยตัวเพื่อเข้ารับการรักษาการแพทย์ทางเลือกที่โรงพยาบาลแห่งนี้ มีการจัดตั้งระบบการทำงานต่างๆ ภายในกลุ่มผู้ติดเชื่อ มีการออกทำงานข้างนอก เยี่ยมเยียนผู้ติดเชื่อ คอยให้กำลังใจและให้ความช่วยเหลือด้านอื่นๆ ไม่ว่า เรื่อง การให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพ การให้ความช่วยเหลือแก่ลูกหลานของผู้ติดเชื่อที่อาจได้รับความเดือดร้อนทางการเงิน เป็นต้น

จากประสบการณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื่อในฝั่งไทยที่ทำงานกับผู้ติดเชื่อด้วยกันมาหลายปี นอกจากจะทำให้เกิดการขยายเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื่อไปยังเขตอำเภออื่นๆ และบนดอยแล้ว เครือข่ายผู้ติดเชื่อที่เคยทำงานภายในกลุ่มแม่บ้านดังกล่าวยังขยายออกไปยังพรมแดนอีกฟากฝั่งในประเทศลาวด้วย ในที่นี้ จะยกตัวอย่างกรณีของ บิ่ง กอนำกลุ่มผู้ติดเชื่อในฝั่งไทยที่ทำงานช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื่อในฝั่งลาวอย่าง

ต่อเนื่อง จนปัจจุบัน ความเป็นเพื่อนระหว่างกันได้ถูกสานต่อ มีการไปมาหาสู่กัน ใช้ชีวิตแสวงหาความสุข ความทุกข์ และให้คำปรึกษากันอย่างต่อเนื่องมาตลอดในช่วงหลายปีที่ผ่านมา

บิง อดีตประธานกลุ่มผู้ติดเชื้อในผับไทย ปัจจุบันมักเขม้นกับการทำงานที่ศูนย์สมุนไพรรของโรงพยาบาลแห่งหนึ่งบริเวณเขตชายแดนไทย-ลาว แม้ว่า บิง จะทำงานที่ศูนย์แห่งนี้ในฐานะเจ้าหน้าที่ แต่เนื่องจาก เธอทำงานกับกลุ่มผู้ติดเชื้อมานานตลอดกว่า 10 ปีที่โรงพยาบาลแห่งนี้ เธอจึงรู้จักกับผู้ติดเชื้อที่เข้ามาขอรับการรักษาที่นี่ ไม่ว่า ผู้ติดเชื้อจากกลุ่มชาติพันธุ์บนดอยในจังหวัดเชียงรายที่ลงมาขอรับการรักษา หรือคนฝั่งลาวที่ข้ามแดนมาพึ่งพิงที่นี่ สำหรับ บิง แล้ว ผู้ติดเชื้อหลายคนได้กลายเป็นเพื่อนเธอ ด้วยเพราะเธอให้ความดูแลเอาใจใส่ ให้ความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่องตลอดมา

แดง หนึ่งในผู้ติดเชื้อ ที่อาศัยอยู่ในหลวงน้ำทา ฝั่งลาว เธอข้ามมารักษาตัวที่โรงพยาบาลที่ บิง ทำงานเมื่อปี พ.ศ. 2549 และพักอยู่กับ บิง ที่ศูนย์สมุนไพรรนานกว่า 1 เดือน ระหว่างที่พักรักษาตัวที่นั่น บิง ดูแล แแดง จนอาการต่างๆ หายเป็นปกติ และก็ให้กินยาสมุนไพรรเพื่อฟื้นฟูร่างกาย

ระหว่าง 1 เดือนที่ทั้งสองอยู่ด้วยกัน เรื่องราวต่างๆ ระหว่าง แแดง กับ บิง ถูกถ่ายทอดหากัน บิง เล่าเรื่องราวทุกข์สุขดิบ ไม่ว่า เรื่อง สามิและลูกสาวสองคน ชีวิตของ บิง ที่เคยลำบากมาก่อนในช่วงเริ่มต้นเป็นผู้ติดเชื้อ ช่วงที่ บิง ไม่ยอมออกจากบ้านเพราะอายและกลัวเพื่อนๆ จะรังเกียจ ไม่ได้รับการยอมรับจากคนรอบข้าง การต้องอยู่อย่างหลบๆ ซ่อนๆ คิดมากจนอาการทรุดลง ชีวิตก็ยิ่งแย่ลง ต้องส่งลูกออกไปเรียนในเมือง ยกลูกให้กับญาติ เพราะคิดว่า ตัวเองอาจจะตายไม่วันใดก็วันหนึ่ง จากนั้น บิง ก็เริ่มทดลองเปลี่ยนการใช้ชีวิต ยุติการรักษาด้วยการแพทย์แผนใหม่ หันมาทดลองใช้ยาสมุนไพรรและใช้ต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน บิง ยังเล่าถึงการใช้ชีวิตแบบ “ผู้เปิดเผยตัว” ให้ แแดง ฟัง ว่า จะต้องยอมรับในตัวเองก่อนเพื่อให้ผ่านวินาทีแห่งความทุกข์ในใจของตนไปให้ได้ ส่วน แแดง เอง ก็แลกเปลี่ยนเรื่องราวชีวิตตัวเอง ไม่ว่า เรื่องสามิของเธอที่ชอบเที่ยวบ่อยๆ แล้วภายหลังก็มาเกิดปัญหา หรือเรื่องลูกชายที่กำลังเลืกอยู่ การทำงานที่มีความยากลำบาก ระหว่างที่แลกเปลี่ยนกับ บิง นั้น แแดง ก็ได้เรียนรู้มากมาย ทั้งเรื่องการใช้ชีวิต เรื่องของคนที่เป็นผู้ติดเชื้อที่ลำบากมาก่อน เรื่องการวางตัว เรื่องการจัดการกับความทุกข์ในใจ ตลอดจนเรื่องการดูแลสุขภาพ การใช้ยาสมุนไพรร การแพทย์ทางเลือก ผลข้างเคียง และอื่นๆ

ระหว่าง 1 เดือนที่ แแดง กับ บิง ได้พบเจอกัน จน แแดง อาการดีขึ้น กลับไปบ้าน แแดง เริ่มเรียนรู้การอยู่ร่วมกับคนอื่นจาก บิง ปัจจุบัน แแดง เป็นหนึ่งในผู้ติดเชื้อฝั่งลาว ที่พยายามจัดการกับการมีชีวิตอยู่กับเชื้อเอชไอวีและนำสิ่งที่ได้ร่วมแลกเปลี่ยนกับ บิง ไปทดลองปฏิบัติดู รวมทั้งเรื่องของการใช้ยาสมุนไพรร ที่หลวงน้ำทา แแดงเริ่มนำการแพทย์ทางเลือก ทั้งการใช้ยาสมุนไพรรประเภทต่างๆ การนวด ที่ได้ทดลองใช้จากโรงพยาบาลแห่งนี้ไปปฏิบัติที่หลวงน้ำทา และขยายไปสู่กลุ่มผู้ติดเชื้อที่เปิดเผยตัวที่หลวงน้ำทา ปัจจุบัน แแดง กับ บิง นอกจากจะติดต่อไปมาหาสู่กันในเรื่องของการนำความรู้เรื่องยาสมุนไพรรไปทดลองปฏิบัติแล้ว ทุกวันนี้ ทั้งสองคนรวมทั้งเพื่อนผู้ติดเชื้อของแดงและบิง เริ่มกลายเป็นเพื่อนสนิทกัน มีการไปเยี่ยมเยียนเพื่อนในช่วงวันเทศกาลงานบุญต่าง ๆ บางครั้งบางครั้งแดงก็นำลูกชายมาฝากให้เล่นกับลูกสาวบิงที่ฝั่งไทย ช่วงงานวันตลาดลำไย หรืองานบุญที่เชียงราย ทั้งสองคนและ

เพื่อนๆ ก็พากันมาเที่ยวหา หรือเมื่องานบุญออกพรรษาที่หลวงน้ำทา ปีนี้ก็มักจะพาเพื่อนๆ จากฝั่งนี้ไปเยี่ยมหาพี่แดงและเพื่อนที่หลวงน้ำทาอยู่บ่อยๆ

ความรู้ ประสบการณ์ กำลังใจ และเพื่อนชีวิต ข้ามพรมแดน

“ถ้าทำได้ ยอมรับมันและจัดการกับมันซะ เราก็จะค่อยๆ ผ่านพ้นวิกฤติชีวิตไปได้ เราก็รู้กันดีว่า ตอนนี้โรคนี้มันไม่หาย แต่อนาคตอาจจะมีหนทางอยู่ สิ่งสำคัญคือ ทำอย่างไรให้เราอยู่กับเชื้อนี้ได้ อย่างไม่ทุกข์ทรมาน”

น้อย หนึ่งในผู้ติดเชื้อจากฝั่งไทยพูดลอบประโลม ค่าย ผู้ติดเชื้อคนหนึ่งที่เคยบ่อก้าว ฝั่งลาว ระหว่างที่พาทีมนักวิจัยไปเยี่ยมเยียนผู้ติดเชื้อหลายๆ คนที่เธอรู้จัก

น้อยเคยไปเยี่ยม ค่าย ประมาณ 1-2 ครั้งแล้ว ทั้งสองคนไม่ได้รู้จักกันมาก่อน แต่ว่าได้ยินชื่อเสียงเรื่องราวการสู้ชีวิตกับเชื้อเอชไอวีของ น้อย มาจากเพื่อนๆ บางคนเล่าสู่กันฟัง น้อย มักจะแวะไปหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ๆ ในฝั่งลาวที่มีอาการทรุดลงที่ไม่ยอมไปหาหมอ หรือบางคนที่มีอาการเครียด และยังค้นหาทางออกของตนเองไม่ได้ น้อยจะรู้เรื่องเหล่านี้ได้ดี จากการได้ยินได้ฟังข่าวจากเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในฝั่งไทยบ้าง หรือจากเพื่อนๆ ผู้ติดเชื้อด้วยกันในฝั่งลาวบ้าง

ข้อมูลที่ได้รับเรื่อง ค่าย จากเพื่อนๆ คือ หมอที่โรงพยาบาลฝั่งไทยได้ทำการรักษา ค่าย โดยให้ยาต้านไวรัสไปกินเป็นระยะเวลาหนึ่ง แต่ว่า ยาต้านไวรัสไม่ได้ผลและต้องเปลี่ยนสูตรยาไปไม่ต่ำกว่า 4 ครั้งแล้ว แต่ก็ยังไม่ได้ทำให้ค่า CD4 (cluster of differentiation 4) หรือค่าในการตรวจนับเม็ดเลือดขาวของ ค่าย เพิ่มขึ้นแต่อย่างใด ซึ่งในกรณีเช่นนี้จะทำให้ ค่าย มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภาวะแทรกซ้อนได้อย่างง่ายดาย หมอที่โรงพยาบาลคิดว่า อาจจะมาจากการเครียด หมอจึงบอก ค่าย ว่า อย่าเครียด และควรออกกำลังกายบ้างเพื่อให้เลือดสูบฉีด มีร่างกายที่แข็งแรงขึ้นจะได้มีเรี่ยวแรงสู้กับเชื้อได้

เมื่อน้อยได้รับข้อมูลมาเช่นนี้ จึงแวะไปเยี่ยมหา ค่าย ที่บ้าน แนะนำตัวกันเสร็จสรรพ จึงได้เปิดใจคุยกัน น้อย ถามว่า ไปหาหมอมานะ เป็นอย่างไรบ้าง เรื่องยา การเดินทางสะดวกดีไหม สอบถาม เรื่องที่ทำงาน เรื่องลูก เรื่องเพื่อน เพื่อให้ ค่าย รู้สึกได้ระบายความในใจ เหมือนกับได้พูดคุยกับคนที่เป็นผู้ติดเชื้อเหมือนกัน และเป็นคนที่ ค่าย เองก็เคยได้ยินชื่อเสียง น้อย ในฐานะคนที่ต่อสู้กับเชื้อนี้มา น้อย เล่าประสบการณ์ของตัวเองเมื่อสมัยสิบปีที่แล้วให้ ค่าย ฟัง

“ดูอย่างพี่ พี่แข็งแรง ร่างกายเหมือนคนปกติทุกอย่าง ค่าซีดีโฟร์อาจจะไม่เท่ากับคนทั่วไป แต่ก็ไม่ได้เลวร้ายจนเกิดอาการแทรกซ้อน พี่ไม่ได้กินยาด้าน แต่ก็ต้องดูแลสุขภาพอยู่ตลอดเวลา สิ่งสำคัญ คือ ทำอย่างไรเราจึงจะอยู่กับโรคนี้ได้อย่างปกติ คนที่ดูแลร่างกายแข็งแรงอยู่ตลอดเวลา มีชีวิตอยู่ได้อีกหลายสิบปี พี่เองก็อยู่มาได้เป็นสิบปีแล้วโดยที่ไม่ได้กินยาด้านมานานเกือบเจ็ดปีแล้ว พี่ดูแลสุขภาพของตัวเอง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่ให้มีความเครียด และก็ออกไปช่วยเพื่อนๆ ทำงาน ก็จะมีความสุขมากขึ้น”

น้อย บอกกับทีมวิจัยว่า ส่วนใหญ่เวลาออกเยี่ยมเยียนเพื่อนๆ ผู้ติดเชื้อ น้อย ก็มักจะพูดเช่นนี้ เพราะหลักการ คือ แม้ว่า เราจะขจัดเชื้อออกไปจากร่างกายไม่ได้ แต่เราจะต้องอยู่กับเชื้ออยู่ดี เพราะฉะนั้น จะต้องมานั่งคิดว่า จะอยู่กับเชื้อนี้ให้มีชีวิตและให้มีความสุขได้อย่างไร จุดเริ่มต้น ก็คือ ให้ ขจัดความอ่อนแอออกไปจากใจตัวเองก่อน แล้วทำความเข้าใจกับโรคนี้ใหม่ ให้อยู่กับเชื้อนี้ได้อย่างเอื้อ อาทรต่อกัน

สำหรับการออกไปเยี่ยมเยียนเพื่อนๆ ผู้ติดเชื้ออีกฟากฝั่งหนึ่ง โดยเฉพาะผู้ที่เริ่มรู้ตัว ก็คือ การให้ กำลังใจ ปลอบใจกัน เช่น ที่น้อยปลอบใจ *คู่ย์* เมื่อคราวไปเยี่ยมบ้าน เพื่อให้ *คู่ย์* คิดได้ มีมุมมองกว้างขึ้น “บางทีเราก็คิดไปเอง อย่างเรื่องคนอื่นๆ ที่เรามองเรา เราไม่ต้องคิดมาก อย่างเราเดินในตลาด ไม่มีใครรู้ หรือกว่า เราเป็นอะไร บางทีเราก็คิดไปเองว่า คนนั้นคนนี้รู้ เราอยู่กับความหวาดระแวง ก็ทำให้เราตกอยู่ในความอ่อนแอตลอดเวลา เราสบตาเขา เขาสบตาเรา ใจเราเอง ที่บอกว่า เขารู้แน่ๆ ทั้งๆ ที่อาจจะไม่มี อะไรในสายตาเขาเลยนะ ก็เป็นคนทีเดินผ่านไปผ่านมา สำคัญที่ใจเรา ถ้าไม่ไปคิดก่อนจนหลอกตัวเอง ทำใจให้อยู่กับมัน แล้วทำให้ร่างกายแข็งแรง เราก็จะอยู่ได้อย่างคนปกติ มันเป็นเรื่องที่เราคิดไปก่อนเอง แล้วมันก็เลยทำให้จิตเราอ่อนแอ”

สำหรับการปลอบประโลมผู้ติดเชื้อของ *คู่ย์* วิธีคิดที่สำคัญ คือ ทำอย่างไรให้คนเหล่านี้หายจากความเครียด ความกลัว ความอาย เพราะพวกเขาต้องการเพื่อนที่คอยช่วยยามทุกข์ร้อน โดยเฉพาะเพื่อนที่ เคยผ่านช่วงเวลาเดียวกันมา มีชะตากรรมเดียวกัน หากได้คอยให้คำแนะนำ แบ่งปันความทุกข์ให้กัน และกันได้ พวกเขาก็กำลังมีจิตใจที่อ่อนแอก็จะฟื้นขึ้น และสู้ชีวิตต่อไปได้

“พอมีกลุ่มมีเพื่อนก็จะรู้สึกดีขึ้น เพราะเราจะไม่รู้สึกละเดียวดายอยู่คนเดียว แต่ถ้าอยู่คนเดียว แอบ ไปปรึกษากินยาต้าน แล้วก็เครียดอยู่คนเดียว ไม่ได้คุยกับใคร ค่า CD4 สูงขึ้นเพราะความเครียดเป็นเหตุ แต่ถ้าได้อยู่กับกลุ่ม ได้ปรึกษากัน สุขภาพก็จะดีขึ้น เพราะใจเราปลง ไม่เครียด ไม่คิดมาก ไม่ได้กินข้าว ไปคิดไป จิตมันยุ่ง ก็ไม่หลุด กลุ่มทำให้เราอยู่ร่วมกัน ปรึกษาหารือกัน เข้าใจหัวอกซึ่งกันและกัน ทำให้ เราจิตแจ่มใส ไม่ใจจิตตก ไม่อ่อนแอ ไม่อายต่อสังคม ถ้าเราจิตแจ่ม ไม่อาย ค่าซีดีโฟร์ก็ขึ้น สุขภาพดี ก็ อยู่ได้ยาวขึ้น ”

ส่วนปัญหาที่ต้องเผชิญและต้องแก้ไขในทางปฏิบัติ อย่างเช่น เรื่องการทำงาน ก็ต้องหาหนทาง แก้ไขกัน อย่างกรณี *คู่ย์* เมื่อรู้ว่าตัวเองได้รับเชื้อเอชไอวี เกิดอาการต่างๆ และทำงานไม่ค่อยได้ ก็เริ่มเกิด ปัญหาที่ทำงาน เจ้านายพยายามจะให้ *คู่ย์* ลาออก ให้น้อย ซึ่งเคยมีปัญหาที่ทำงานมาก่อน ก็ลอง เสนอคำว่า “อาจจะขอเจ้านายย้ายงาน ไปทำในส่วนที่ไม่ต้องพบกับคนจำนวนมาก แต่ยังได้ทำงานอยู่ เพราะว่าจำเป็นต้องเลี้ยงลูก ลองขอเจ้านายอย่างนี้ได้ไหม”

ในที่นี้ เจื่อนใจหนึ่งในการทำให้เกิดการขยาย “เครือข่ายข้ามพรมแดน” ทั้งในแง่ความรู้ การ แบ่งปันความรู้สึก และความทุกข์ต่างๆ เหล่านี้ เกิดขึ้นจากการทำงานของกลุ่มผู้ติดเชื้อฝั่งไทย ในฐานะ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในเขตชายแดนร่วมกับผู้ติดเชื้อคนอื่นๆ ที่พยายามค้นหาแนวทาง การแพทย์ทางเลือกในการจัดการกับเชื้อเอชไอวี ตลอดจนการสร้างความร่วมมือขององค์กรพัฒนา

เอกชนด้านสาธารณสุข องค์การรัฐของแต่ละฟากฝั่ง จนทำให้เกิดกิจกรรมการให้ความช่วยเหลือระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อข้ามแดน การไปเยี่ยมผู้ติดเชื้อฝั่งลาว ให้ความช่วยเหลือทั้งในแง่ของการเป็นที่ปรึกษาทางความคิด การดูแลสุขภาพต่างๆ มากมาย

กรณีหนึ่ง เกิดขึ้นระหว่าง รอน และ แสง (นามสมมุติ) ผู้ติดเชื้อฝั่งไทย ไปเยี่ยม แสง (นามสมมุติ) ผู้ติดเชื้อฝั่งลาว โดย แสง สาวลาวไปหาแพทย์ที่โรงพยาบาลและรับยาต้านไวรัสมากินที่บ้าน แต่ว่าแพทย์ได้จัดยาไปให้หลายสูตรแล้ว เปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสไปหลายครั้ง แต่ยาด้านไวรัสไม่ได้ทำให้ค่า CD4 (cluster of differentiation 4) หรือ ค่าในการตรวจนับเม็ดเลือดขาวของ แสง เพิ่มขึ้นแต่อย่างใด ทำให้ แสง มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคภาวะแทรกซ้อนได้ง่าย⁴⁷ แพทย์ได้แต่บอกว่า ห้าม แสง เครียด

รอน และทีมงานได้ไปพูดคุยลอบใจให้เธอหายเครียด สอบถามเรื่องทำงาน เรื่องลูก เรื่องเพื่อน เพื่อให้ แสง รู้สึกผ่อนคลาย เธอบอกกับ แสง ว่า ให้พยายามลดความเครียด โดยต้องจัดความอ่อนแอที่อยู่ในใจก่อน ความเครียดเกิดขึ้นเพราะเราคิดไปเอง ความเครียดอยู่ที่ตัวเราทำให้มันเกิดความคิดฟุ้งซ่าน นอกเหนือจากเรื่องงานแล้ว เราต้องแก้ไขไปที่ละเปลาะ เช่น เรื่องงาน หากเจ้านายที่ทำงานต้องการให้เราลาออก เรื่องนี้เราต้องพิจารณาเป็นขั้นตอน อาจจะขอย้ายงานไปทำในส่วนที่ไม่ต้องพบกับคนจำนวนมาก แต่ยังได้ทำงานอยู่ เพราะว่าจำเป็นต้องเลี้ยงดูครอบครัว ส่วนเรื่องคนอื่นๆ ที่มองเรา เราไม่ต้องคิดมาก อย่างเดินในตลาด ไม่มีใครรู้หรือกว่า เราเป็นอะไร บางทีเราก็คิดไปเองว่าคนนั้นคนนี้รู้ เราอยู่กับความหวาดระแวง ที่ซึ่งทำให้เรตกอยู่ในความอ่อนแอตลอดเวลา เราสบตาเขา เขาสบตาเรา ใจเราเองที่บอกว่า เขารู้แน่ๆ ทั้งๆ ที่อาจจะไม่มีอะไรในสายตาเขา คนที่เดินผ่านไปมา สำคัญที่ใจเรา ไม่ใช่ไปคิดก่อนจนหลอกตัวเอง ทำใจให้อยู่กับมัน แล้วทำให้ร่างกายแข็งแรง เราก็จะอยู่ได้อย่างคนปกติ มันเป็นเรื่องที่ผู้ติดเชื้อ คิดไปก่อนเอง แสดงให้เห็นว่า จิตเราอ่อนแอ”

ในแง่นี้ รอน และทีมงาน ก็ยกตัวอย่างกรณีศึกษาคือ ตัวเธอเองให้ ผู้ติดเชื้อฝั่งลาวทำความเข้าใจว่า “ดูอย่างพี่ พี่แข็งแรง ร่างกายเหมือนคนปกติทุกอย่าง ค่าซีดีโฟร์อาจจะไม่เท่าคนทั่วไป แต่ก็ไม่ได้เลวร้ายจนเกิดภาวะโรคแทรกซ้อน เพราะฉะนั้น ทำอย่างไรเราจึงจะอยู่กับโรคนี้อย่างปกติ คนที่ดูแลร่างกายให้แข็งแรงอยู่ตลอดเวลา จะมีชีวิตอยู่ได้อีกหลายสิบปี พี่เองก็อยู่มาได้เป็นสิบปีแล้ว โดยที่ไม่ได้กินยาด้านไวรัสมานาน เพราะพี่ดูแลสุขภาพของตัวเอง ออกกำลังกายสม่ำเสมอ ไม่ให้มี ความเครียด และก็ออกไปช่วยเพื่อนๆ ทำงาน ก็จะมีสุขมากขึ้น”

หลังการสนทนา แลกเปลี่ยนประสบการณ์ เราได้พบรอยยิ้มแรกของ แสง จากอารมณ์ความรู้สึกถึงความเป็นเพื่อน ผู้ร่วมชะตากรรม ได้รับฟังได้แลกเปลี่ยน เพื่ออย่างน้อยให้ แสง ได้ปลดปล่อยตัวเอง

⁴⁷ โรคแทรกซ้อน หรือโรคฉวยโอกาส (Opportunistic Infection - OI) จริงๆ แล้ว ก็คือโรคทั่วไปที่เรารู้จักและคุ้นเคยกันดี เช่น ท้องเสีย ฐิหวัด เริ่ม วันโรค เชื้อรา โรคผิวหนังต่างๆ เป็นต้น แต่เรียกว่า โรคฉวยโอกาสเพราะว่าโรคเหล่านี้มักเล่นงานตอนที่เผลอ จะรอจังหวะและโอกาส แสดงอาการของโรคกับคนที่ร่างกายอ่อนแอ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีค่าซีดีสี่ (CD4) น้อยหรือต่ำมากเกินไปก็จะมีโอกาสเกิดอาการของโรคฉวยโอกาสได้มากกว่าคนทั่วไป

ออกจากบ่วงแห่งความทุกข์ได้บ้าง และมองเห็นหนทางเดินต่อไปในข้างหน้าพร้อมๆ กับเพื่อนผู้ร่วมชะตากรรมที่มีประสบการณ์มาก่อน

นอกจากนี้ การสร้างประสบการณ์ใหม่ๆ ยังเกิดขึ้นในลักษณะการลองผิดลองถูกร่วมกันในการเยียวยารักษาโรคลมชักไข้เจ็บ และความพยายามของผู้ติดเชื้อสองฟากฝั่งที่ต้องการจะใช้ชีวิตเฉกเช่นคนอื่นๆ จะพบว่า มีหลายกรณีตัวอย่าง ภายหลังจากการเผชิญหน้ากับการลองผิดลองถูกกับเชื้อเอชไอวีมาระยะหนึ่ง ผู้ติดเชื้อเหล่านี้ได้ผูกพันรักใคร่ หลายรายตกลงปลงใจแต่งงานและมีลูกเพื่อสร้างครอบครัวของตนเอง กรณีตัวอย่างของผู้ติดเชื้อทั้งฝั่งไทย-ลาวอยากจะมี “กิ๊ก” หรือ เพื่อนคู่ใจ ที่มีการเจตนาหมั่นๆ สาวๆ ข้ามพรมแดน ซึ่งในภาวะที่เชื้อเอชไอวีถูกนำเข้าไปเกี่ยวข้องกับเรื่องของศีลธรรม ไม่ว่า การที่ผู้ติดเชื้อต้องเผชิญกับความกลัวว่าเพื่อนคู่ใจจะยอมรับไม่ได้และความคิดที่ว่าไม่น่าเชื่อไปติดคนอื่น ผู้ติดเชื้อได้รวมกลุ่มกัน ผู้ติดเชื้อบางคนเมื่อได้แลกเปลี่ยนและใช้เวลาด้วยกันมากขึ้น พวกเขาเหล่านั้นก็ได้พัฒนาความรู้สึกนึกคิด จนก่อตัวขึ้นเกิดความรัก จนตัดสินใจแต่งงานร่วมกันหลายคู่ บางรายบางคู่ตัดสินใจมีลูกด้วยกันเพื่อสร้างครอบครัวและเป็นความหวังในการมีชีวิตอยู่ของพวกเขา

ดังเช่น กรณีของ *ศูน* กับ *ฉิน* ที่พบรักกันผ่านการทำงานในเครือข่ายผู้ติดเชื้อบริเวณชายแดน *ศูน* เป็นคนบ่อแก้ว ติดเชื้อเอชไอวีจากสามีคนแรกที่ไปทำงานในเมืองไทย สามีคนแรกของ *ศูน* ได้เสียชีวิตจากไปแล้วเมื่อปีค.ศ. 2005 จากนั้น *ศูน* ตัดสินใจเปิดเผยตัวเพื่อรับการรักษาและรับยาต้านไวรัสจากองค์กรพัฒนาเอกชนด้านสาธารณสุขที่ทำงานบริเวณชายแดน *ศูน* ทำงานหาเงินเล็กๆ น้อยๆ เลี้ยงดูลูกเล็กๆ ของตนที่เกิดจากสามีคนแรก โดยมียายและตาคอยดูแลให้ จากนั้นไม่นาน *ศูน* ได้พบกับ *ฉิน* ผู้ติดเชื้อที่อยู่ฝั่งเวียงแก่น ผ่านการแนะนำของเครือข่ายที่ทำงานด้านเอดส์ ทั้งสองคนช่วยกันทำงานในเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ไปเยี่ยมเพื่อนบ้าง ให้คำแนะนำ ให้กำลังใจบ้าง จนทั้ง *ศูน* และ *ฉิน* ตกลงปลงใจที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันในฝั่งไทย *ศูน* บอกว่า ตัดสินใจแต่งงาน เพราะ “ก็คิดไปคิดมา ติดเชื้อเหมือนกัน น่าจะให้กำลังใจ เข้าใจกัน ถ้าเป็นคนอื่น เขาคงไม่อยากจะยุ่งกับเรา”

Lave and Wenger (1991) ได้เสนอแนวคิด ชุมชนปฏิบัติ หรือ Communities practice ว่าด้วย ชุมชนที่เน้นกระบวนการเรียนรู้ทางสังคมและเป็นพื้นที่ที่ได้มาซึ่งความรู้และการแบ่งปันและเก็บรักษาความรู้ ชุมชนปฏิบัติ หมายถึง การที่สมาชิกแต่ละคนนำความสามารถของแต่ละคนออกแบ่งปันต่อกันเพื่อแก้ไขปัญหาการคิดกัน การแบ่งแยกที่เกิดขึ้น ชุมชนนี้ ก่อรูปจากการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ผู้เข้าร่วมแต่ละคนได้แบ่งปันความเข้าใจและใส่ใจในสิ่งที่พวกเขากำลังเผชิญหน้าและหาหนทางในการแก้ไขปฏิบัติร่วมกัน และการปฏิบัติเหล่านั้นมีความหมายต่อชีวิตและชุมชนของพวกเขา

ในแง่นี้ การรวมตัวของกลุ่มผู้ติดเชื้อของสองฟากฝั่งที่เกิดขึ้นในลักษณะข้ามพรมแดน อาจมองในแง่ของ “ชุมชนปฏิบัติ” เพื่อที่จะจัดการกับความทุกข์ที่เกิดขึ้นจากบริบทของเอชไอวีเอดส์ที่ตนประสบดังกล่าว กลุ่มผู้ติดเชื้อเลือกที่จะแบ่งปันทั้งความทุกข์ ความสุขที่ตนประสบ ตลอดจนแลกเปลี่ยนพูดคุยเรื่องปัญหาต่างๆ มากกว่าการใช้ชีวิตตามลำพังในครอบครัวหรือชุมชนที่ไม่ยอมรับการรวมกลุ่มเป็นไปเพื่อการแลกเปลี่ยนข้อมูล การรักษา ประสิทธิภาพการรักษาและการประยุต์ใช้

ความสำคัญของกลุ่มชุมชนลักษณะนี้ ก็คือ เรื่อง ความรู้และอำนาจ ในแง่ความรู้ เกิดการแบ่งปันความรู้ ซึ่งกระจายในหมู่สมาชิกหรือผู้ร่วมชะตากรรม ในแง่นี้ ความรู้ไม่ได้มาจากการคิดค้นหรือจากสถาบันการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่เป็นความรู้ที่ผ่านการเรียนรู้และประสบการณ์ร่วมกัน ซึ่งความรู้ที่พอกพูนขึ้นจากการมีประสบการณ์ต่างๆ เหล่านี้เป็นไปเพื่อหาทางออกให้กับปัญหาที่ตนเองเผชิญ ทำให้เกิดการมีชีวิตใหม่ หลุดออกไปจากการกีดกันการรังเกียจจากชุมชนเดิมที่ตัวเองอยู่

บทที่ 6

ชีวิตและจินตนาการใหม่ของผู้ติดเชื้อในช่วงเปลี่ยนผ่านปฏิบัติการทางการแพทย์ต่อเชื้อเอชไอวี

เมื่อการแพทย์สมัยใหม่ก้าวหน้ามากขึ้นในการพัฒนาต้านไวรัสเพื่อจัดการกับเชื้อไวรัสเอชไอวีเอดส์ ตลอดจนมีแนวทางการดูแลสุขภาพและใช้การแพทย์แผนใหม่ช่วยรักษาโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ ที่เกิดจากเชื้อเอชไอวี พัฒนาการทางการแพทย์ดังกล่าวได้ค่อยๆ เปลี่ยนคำขวัญ (Campaign) เดิมในช่วงแรกๆ เมื่อกว่า 20 ปีก่อนที่ว่า “เอดส์เป็นแล้วตาย” ไปสู่ “เอชไอวีควบคุมได้ เอดส์รักษาได้”

พัฒนาการของความก้าวหน้าทางการแพทย์ดังกล่าวกำลังเปลี่ยนการให้ความหมายต่อเชื้อเอชไอวีเอดส์จากเดิมให้สามารถมองได้ว่าเป็นความก้าวหน้าทางการแพทย์ที่ช่วยบรรเทาความเจ็บไข้ได้ป่วยจากเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ และทำให้มีผู้ติดเชื้อมีความหวังในการอยู่รอดต่อไป แม้ว่า เชื้อเอชไอวีจะไม่มีทางหมดไปจากร่างกาย แต่ก็สามารถทำให้มีชีวิตอยู่ยืนยาวต่อไปได้หากผู้ติดเชื้อดูแลสุขภาพร่างกายอย่างเหมาะสมตามคำแนะนำทางการแพทย์ อย่างไรก็ตาม เมื่อปัจจุบัน เอดส์และเชื้อเอชไอวีสามารถควบคุมรักษาได้ด้วยการแพทย์สมัยใหม่ โดยเฉพาะการใช้ยาต้านไวรัส ซึ่งในประเทศไทยก็พบว่า การเคลื่อนไหวก้าวหน้าของเครือข่ายผู้ติดเชื้อทั่วประเทศสามารถทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงยาต้านไวรัสเพื่อการรักษาได้มากขึ้นผ่านกระบวนการประกันสังคม

ในแง่นี้ สิ่งที่น่าสนใจก็คือว่า บริบทใหม่ๆ จากวาทกรรมทางการแพทย์ดังกล่าวทำให้ความคิดความเชื่อในการมองเรื่องเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เปลี่ยนไปดังเช่นการเปลี่ยนคำขวัญดังกล่าว แต่ที่น่าสนใจไปกว่า ก็คือ ผลผลิตที่ตามมาอย่างสำคัญ ที่ว่า วาทกรรมทางการแพทย์ดังกล่าวได้ไปเปลี่ยน “ภาพแทนความเจ็บป่วย” (illness representation) ของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่จากเดิม เมื่อเป็นแล้วก็รวันจากโลกนี้ไป ไปสู่ เมื่อเป็นแล้ว หากดูแลสุขภาพให้ดีด้วยการใช้ยาต้านไวรัสและดูแลสุขภาพก็สามารถมีชีวิตร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้อีกยาว วาทกรรมทางการแพทย์ดังกล่าวไม่เพียงเปลี่ยนภาพแทนความเจ็บป่วยเท่านั้น หากแต่ส่งผลตามมาต่อพฤติกรรม การกระทำของผู้ติดเชื้อในปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ตลอดจนผลข้างเคียงต่อการใช้ยาต้านไวรัสอีกด้วย ทำให้เกิดการการจัดการกับความทุกข์ทนและชีวิตของผู้ติดเชื้อในรูปแบบใหม่ๆ บริเวณชายแดนไทย-ลาว ปัจจุบัน ดังเช่น เราจะพบการเกิดขึ้นของ “ผู้ติดเชื้อใช้ยาต้าน ARV” หรือผู้ติดเชื้อที่ใช้ยาต้านไวรัสในการควบคุมจำนวนไวรัสในร่างกาย และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ยาวนานหากมีการควบคุมปฏิบัติตัวตามแนวทางที่เหมาะสม

เมื่อพวกเขาเริ่มมีความหวังมากขึ้นในการมีชีวิตอยู่ต่อไป ทำให้การวางแผนต่อการใช้ชีวิตในระยะยาวมีความซับซ้อนมากขึ้นทั้งในแง่การเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การแสวงหาคู่ครองภายหลังจากที่ผู้ติดเชื้อสามารถจัดการกับการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ ตลอดจนการตัดสินใจว่า จะวางความสัมพันธ์ของตนกับคนอื่นๆ ใหม่ๆ ในระยะยาวอย่างไร การทำงานควรจะเป็นอย่างไร ที่จะต้องดูแลสุขภาพไปพร้อมๆ กับการหารายได้ให้กับตนเองและครอบครัวในอนาคต

โดยในระดับปัจเจกจะพบว่า ด้านหนึ่งทำให้เกิดการจัดการสุขภาพของตนเองที่สัมพันธ์ไปกับตัวเลขของค่า CD4 มีการปฏิบัติตัวที่สำคัญๆ เช่น การกินยาตรงเวลา เพื่อไม่ให้เกิดอาการดื้อยา การใช้ยาวิตามินบำรุงร่างกาย และยาสมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกาย วาทกรรมทางการแพทย์จากการใช้ยาต้านไวรัสทำให้เกิดปฏิบัติการต่อการจัดการร่างกายอย่างมีระเบียบวินัย (disciplined body) ขณะที่ในอีกกด้านหนึ่ง เมื่อผู้ติดเชื้อกินยาด้านไวรัส จะทำให้สามารถดูแลร่างกายได้จนบางครั้งคนทั่วไปก็ไม่ว่า เป็นผู้ติดเชื้อ แต่ขณะเดียวกันยาด้านไวรัสก็มีผลข้างเคียงของยากับผู้ติดเชื้อบางคน เช่น ทำให้ร่างกายชูกหมอม หน้าตอบ ลำแขนเกร็งไม่สมส่วน ภาวะเหล่านี้ส่งผลต่อการใช้ชีวิตปกติธรรมดาของผู้ติดเชื้อที่อาจถูกมองจากคนภายนอกว่า เป็นผู้ติดเชื้อ ผลข้างเคียงเหล่านี้ได้ทำให้ผู้ติดเชื้อบางคนที่ได้รับผลข้างเคียงบางคนจำต้องใช้สัลดกรรมตกแต่งเข้าช่วยเพื่อปกปิดร่องรอยที่ยาด้านไวรัสมีผลต่อเรือนร่าง โดยเฉพาะในหมู่ของผู้หญิง เพราะหากไม่ทำเช่นนั้น คนภายนอกก็จะเห็นร่องรอยของความผิดปกติบนหน้าตาเรือนร่างที่สื่อแสดงถึงการเป็นผู้ติดเชื้อได้เช่นกัน

ขณะที่ในระดับกลุ่ม แนวโน้มที่กำลังเกิดขึ้นตามมาบริเวณชายแดน โดยเฉพาะในฝั่งไทยในกลุ่มผู้ติดเชื้อไทยที่สามารถเข้าถึงยาด้านไวรัสผ่านระบบประกันสังคมสุขภาพถ้วนหน้า คือ การลดความจำเป็นในการพึ่งพากลุ่มหรือเครือข่ายลง เช่น เมื่อผู้ติดเชื้อมารักษาที่โรงพยาบาลผ่านระบบประกันสังคมก็สามารถกลับบ้านได้ทันที ไม่จำเป็นต้องเข้ากลุ่มเพื่อพูดคุยหรือให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมเหมือนดังในอดีตอีกต่อไป โครงการเยี่ยมบ้านให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อก็ลดความจำเป็นลงตลอดจนการใช้ยาสมุนไพร และการแพทย์พื้นบ้านก็ลดความสำคัญลงตามมาด้วยเช่นกัน เมื่อผู้ติดเชื้อหันไปใช้ยาด้านไวรัสในการจัดการกับเชื้อเอชไอวีมากขึ้น

จาก “เอดส์เป็นแล้วตาย” สู่อะไรก็ควบคุมได้/เอดส์รักษาได้”: กลุ่มผู้ติดเชื้อกับการจัดการความทุกข์

ดังได้กล่าวไปข้างต้น ว่า พัฒนาการทางการแพทย์แผนใหม่ในการเฝ้าระวังรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยนั้น ความคิดทางการแพทย์แผนใหม่ได้นำไปสู่การเปลี่ยน “ภาพตัวแทนความเจ็บป่วย” (illness representation) ของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์จากเดิม ที่เมื่อเป็นแล้วก็รอวันจากโลกนี้ไป ไปสู่ การใช้ยาด้านไวรัสและดูแลสุขภาพก็สามารถมีชีวิตร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้อีกยาว แต่พัฒนาการทางการแพทย์แผนใหม่ดังกล่าวไม่เพียงเปลี่ยนภาพตัวแทนความเจ็บป่วยเท่านั้น แต่ยังเชื่อมโยงไปสู่การจัดการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้ออย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ในที่นี้ จะกล่าวถึง การเปลี่ยนผ่านของวาทกรรมทางการแพทย์ในบริบทเดิมที่ผู้ติดเชื้อยังไม่มีหวังต่อการแพทย์แผนใหม่มากนัก ไปสู่ความคิดใหม่ๆ ทาง การแพทย์ การใช้ยาด้านไวรัสที่ส่งผลต่อการจัดการต่อความทุกข์ที่เป็นผลมาจากเชื้อเอชไอวีในรูปแบบที่แตกต่างหลากหลายออกไป

ในแง่นี้ งานศึกษาของซิกฮาร์ ทานาเบ้ (2551) เรื่อง ชุมชนกับการปกครองชีวิต: กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือของไทย โดยเสนอแนวคิด ชุมชนปฏิบัติ หรือ Communities practice (Lave and Wenger 1991) ประกอบเข้ากับแนวคิดเรื่องการปกครองชีวิต (governmentality) ที่เน้น

ปฏิบัติการของประชาชนและผ่านการดูแลตนเอง (care of self) ที่ไม่ได้เป็นผลมาจากภายนอก แต่เป็น มิติที่เปลี่ยนแปลงสิ่งแวดล้อมรอบตัวเองและสร้างตัวตนขึ้นมาใหม่ มีวิธีการและปฏิบัติการอย่าง หลากหลายที่พบในกลุ่มของผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้ผูกติดกับคนใดคนหนึ่งโดยเฉพาะ แต่ได้หล่อหลอมขึ้นมา ผ่านการตีความสะท้อนย้อนกลับของชุมชน(ทานาเบ 2551: 190-191)

โดยในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีภาคเหนือได้สร้างการดูแลรักษาตัวเองอย่างกระตือรือร้น โดยการ เเชิญหน้ากับการปกครองชีวิตที่ประกอบขึ้นจากเครือข่ายตลาดสุขภาพ ซึ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อมีกิจกรรม มากมายตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ที่แสวงหาหนทางในการดูแลรักษาโรค วิธีการกินอาหารที่มีประสิทธิภาพ ภายใต้อาณัติการถูกรังเกียจจากชุมชนที่อาศัยอยู่ โรงพยาบาลและวงการแพทย์ หรือแม้แต่ใน ครอบครัวตนเอง วิธีการมีหลากหลายมากมาย ตั้งแต่การรักษาด้วยการแพทย์แผนใหม่ การใช้ยาต้าน ไวรัสเอชไอวี รวมถึงการใช้การแพทย์แผนไทย แพทย์พื้นบ้านท้องถิ่น การปฏิบัติสมาธิในพุทธศาสนา โยคะ สะกดจิตและการกินอาหาร กินยาวิตามินสุขภาพที่ผสมผสานผ่านการลองผิดลองถูก โดยการ สะท้อนกลับและพิจารณาภายในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่แต่ละคนเลือกรับและเลือกใช้แตกต่างกัน

นอกจากนี้ “ชุมชนปฏิบัติ” ยังกลายเป็นพื้นที่สาธารณะที่กลุ่มผู้ติดเชื้อสร้างขึ้นและเปลี่ยนพื้นที่ สาธารณะให้กลายเป็น “พื้นที่ใกล้ชิด” บอกเล่าเรื่องราวและขยายความสัมพันธ์ที่นำไปสู่การเปิดเผย ความเข้าใจ การเห็นใจในความทุกข์ยากลำบากของชีวิต ตลอดจนสามารถสร้างเครือข่ายกับองค์กร ภายนอก (ทานาเบ 2551: 181-188) และเปลี่ยนภาพลบของผู้ติดเชื้อไปสู่อัตลักษณ์ใหม่ๆ จนทำให้เกิด การยอมรับในสายตาของสังคมทั่วไป (มธุรส 2546)

ในภาคเหนือของประเทศไทย จะพบว่า กลุ่มผู้ติดเชื้อถือกำเนิดขึ้นในช่วงทศวรรษ 1990 จาก การรวมตัวกันของผู้ติดเชื้อที่แสวงหาทางรอดด้วยวิธีต่างๆ เช่น ต้องการน้ำยาสมุนไพรจากหมอ สมุนไพรท่ามกลางภาพลบเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีที่มาจากวาทกรรมทางการแพทย์ว่าด้วยกลุ่มเสี่ยง ของผู้ติดเชื้อ จากนั้น กลุ่มผู้ติดเชื้อได้ขยายเครือข่ายออกไปโดยการช่วยเหลือขององค์กรพัฒนาเอกชน ด้านสาธารณสุข หน่วยงานรัฐ จนในปี พ.ศ. 2542 มีกลุ่มผู้ติดเชื้อจำนวน 209 กลุ่มใน 6 จังหวัด ภาคเหนือ และสามารถแบ่งรูปแบบของกลุ่มออกเป็น 4 กลุ่มหลักคือ หนึ่ง กลุ่มที่กำหนดการทำงานของ ตนเองและช่วยเหลือกลุ่มผู้ติดเชื้อกลุ่มเล็กๆ สอง กลุ่มที่ได้รับการสนับสนุนจากโรงพยาบาล ชุมชน สถานีนามัย และหน่วยงานภาครัฐอื่นๆ สาม กลุ่มที่กำเนิดในชุมชนด้วยการสนับสนุนขององค์กร พัฒนาเอกชน และ สี่ กลุ่มใหม่ๆ ที่เกิดขึ้นบนความร่วมมืออันหลากหลายในชุมชน เช่น กลุ่มเยาวชน แม่บ้าน พระภิกษุสงฆ์ กลุ่มอาสาสมัครด้านสุขภาพ กลุ่มหมอเมือง หรือหมอพื้นบ้าน หรือองค์กรส่วน ท้องถิ่น

กิจกรรมที่ดำเนินการไปส่วนใหญ่ของกลุ่มเหล่านี้ เน้นเรื่องการแบ่งปันความเข้าใจและใส่ใจต่อกัน แบ่งปันประสบการณ์ ความทุกข์และปัญหาร่วมกับเพื่อนผู้ติดเชื้อที่ถือว่ามิมีปัญหาาร่วมกัน กิจกรรม เหล่านี้เมื่อไปถึงระดับหนึ่ง กลุ่มผู้ติดเชื้อได้สังสมประสบการณ์การเรียนรู้ การต่อรองเรื่องการดูแล สุขภาพของตนเองจนนำไปสู่ความหมายใหม่ในการดำรงชีวิต เกิดความรู้ความเข้าใจร่วมกัน หาทาง

ออกร่วมกัน บางกลุ่มเริ่มเดินสายเพื่อให้คำปรึกษา ไปเยี่ยมบ้านเพื่อช่วยปรับประคับประคองจิตใจของผู้ติดเชื้อ ตลอดจนช่วยให้ข้อมูล ส่งเสริมการดูแลสุขภาพ เช่น การปรับใช้วิธีต่างๆ ในการดูแลสุขภาพการฝึกสมาธิ การฝึกโยคะ ทำให้ใจสงบ และเข้มแข็ง ปราศจากความกลัว หรือวิตกต่อความตายที่กำลังจะมาถึง เพื่อลดความตึงเครียดที่เข้ามาสู่ผู้ติดเชื้อ การใช้ยาสมุนไพร การดูแลสุขภาพแบบองค์รวมเข้ามาผนวก (ทานาเบ 2551: 79-110, Niwat et al 2008)

เงื่อนไขสำคัญที่ทำให้เกิดการก่อรูปชุมชนหรือกลุ่มผู้ติดเชื้ออย่างหลากหลายเช่นนี้ เป็นผลมาจากข้อจำกัดทางการแพทย์ในการรักษาพยาบาล และความรู้ที่มีต่อเชื้อเอชไอวี ตลอดจนระบบการดูแลสุขภาพ ในแง่นี้ เราอาจจะทำความเข้าใจต่อหนทางในการจัดการความทุกข์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อภาคเหนือของประเทศไทยได้ว่า ที่ผ่านมามีได้เงื่อนไขที่ภาพตัวแทนของเชื้อเอชไอวียังผูกติดกับวาทกรรมทางการแพทย์ว่าด้วยภาพลักษณ์เอดส์กับผู้ติดเชื้อที่รอวันตายและข้อจำกัดเรื่องความรู้ทางการแพทย์แผนใหม่ที่ไม่พัฒนามากนักในการรักษาผู้ติดเชื้อ ภายใต้เงื่อนไขดังกล่าว ทำให้เครือข่ายของกลุ่มผู้ติดเชื้อเกิดขึ้นและมีปฏิบัติการในความเป็นชุมชนร่วมกันเพื่อตอบสนองประสงค์ ใหญ่ๆ 2 ด้านหลักๆ คือ

ด้านแรก การช่วยผู้ติดเชื้อเตรียมตัวตายอย่างมีสติ เครือข่ายของผู้ติดเชื้อในการรวมกลุ่มสร้างชุมชนปฏิบัติร่วมกันนี้ได้ทำหน้าที่ในการเตรียมผู้ติดเชื้อทั้งหลายให้เผชิญหน้ากับปัญหาที่กำลังจะเกิดขึ้นกับตัวเอง โดยเฉพาะเรื่องของความตายที่กำลังจะมาถึง หรือการไร้ความหวังต่อการมีชีวิตอยู่ในระยะยาว จะทำอย่างไรในการเตรียมตัวตายอย่างมีสติในช่วงระหว่างที่ดำเนินชีวิตอยู่ เช่น ในกลุ่มพระภิกษุสงฆ์ได้ให้ความช่วยเหลือต่อผู้ติดเชื้อโดยนำเอาหลักคิดทางพุทธศาสนามาช่วยปลดปล่อยจิตใจ หรือกลุ่มพระคาทอลิก ไปแคสแตนท์ ก็ใช้หลักการทางศาสนาในการบรรเทาความทุกข์ให้แก่ผู้ติดเชื้อ ไม่ให้เกิดความเครียดต่อชีวิต ตลอดจนระหว่างผู้ติดเชื้อด้วยกันเองก็มีการช่วยเหลือเกื้อกูลกัน สร้างกลุ่มเพื่อแบ่งปันความเข้าใจและใส่ใจต่อรายละเอียดชีวิตของกันและกัน เป็นเพื่อนแบ่งเบาภาระในยามทุกข์ร่วมกัน สร้างกิจกรรมต่างๆ เช่น การให้คำปรึกษาทั้งด้านการแพทย์ การรักษาพยาบาล และด้านการดำรงชีวิตในทางเศรษฐกิจ และเรื่องอารมณ์ที่ต้องเผชิญกับความสัมพันธ์ที่ไม่ลงรอยกับทั้งครอบครัว ครอบครัวข้างที่อาจเกิดปัญหาความไม่เข้าใจหรือความรังเกียจเกิดขึ้นที่ที่เกิดขึ้นจากคนภายนอก

กับ ด้านที่สอง เครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อกับการเปิดพื้นที่ทางสังคมให้ผู้ติดเชื้อ เครือข่ายของผู้ติดเชื้อในการรวมกลุ่มสร้างชุมชนปฏิบัติร่วมกันนี้ได้ทำหน้าที่เปิด “พื้นที่ทางสังคม” ให้กับผู้ติดเชื้อในการทำคนทั่วไปและสาธารณชนยอมรับในสิทธิของความเป็นมนุษย์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อ โดยไม่มองผู้ติดเชื้อติดกับภาพลักษณ์ตามวาทกรรมทางการแพทย์ ไม่ถูกรังเกียจและมีภาพด้านลบจนนำไปสู่การกีดกัน และกลายเป็นคนชายขอบของสังคม ขณะเดียวกัน กลุ่มผู้ติดเชื้อเองก็ได้สร้างพื้นที่สาธารณะให้คนยอมรับในอัตลักษณ์ใหม่ๆ ผ่านการทำกิจกรรมอื่นๆ เช่น การช่วยเหลือคนในชุมชน เพื่อเปลี่ยนภาพลักษณ์ด้านลบของตน

อย่างไรก็ตาม ในช่วง 2-3 ปีที่ผ่านมา เมื่อพัฒนาการทางการแพทย์แผนใหม่ในการเฝ้าระวังรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีความก้าวหน้ามากขึ้นจากการพัฒนายาต้านไวรัสเอชไอวีที่สามารถ ควบคุมจำนวนเชื้อไวรัสในร่างกายคนได้มากขึ้น วาทกรรมทางการแพทย์ ได้เปลี่ยนภาพตัวแทน (illness representation) ของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ไปสู่ ภาพของชีวิตผู้ติดเชื้อที่สามารถอยู่ ร่วมกับเชื้อไวรัสเอชไอวีได้ในระยะยาวเหมือนคนปกติทั่วไปหากผู้ติดเชื้อใช้ยาด้านไวรัสอย่างถูกวิธี และดูแลสุขภาพให้แข็งแรง

วิธีคิดดังกล่าวเป็นผลมาจากอานิสงส์ของวิธีการจัดการของการแพทย์สมัยใหม่ จากวิชาชีพ แพทย์และวิทยาศาสตร์ รัฐและสถาบันการแพทย์เป็นผู้กำหนดความเป็นไปของผู้ป่วย ร่างกายและ กระบวนการดูแลรักษาที่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องปฏิบัติตามคำสั่งในการกินยาด้านไวรัสอย่าง เคร่งครัด

ในแง่หนึ่ง การเปลี่ยนภาพแทนของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์จากวาทกรรมทางการแพทย์แผน ใหม่ดังกล่าว ทำให้เกิด “ความหวังต่อการใช้ชีวิต” ในระยะยาวมากขึ้น เพราะไม่จำเป็นต้องรอวันตาย เพียงทางเดียว หากแต่ยังสามารถที่จะจัดการกับความตายที่ไม่ต้องเกิดกับผู้ติดเชื้อในระยะสั้นเหมือนใน อดีตโดยผ่านการใช้ยาด้านไวรัสและดูแลสุขภาพให้ดี

การเปลี่ยนภาพแทนของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความหวังต่อการใช้ชีวิตมาก ขึ้นนี้เอง ส่งผลอย่างสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงในปฏิบัติการของกลุ่มผู้ติดเชื้อ และกลุ่มชุมชนปฏิบัติของ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเพื่อจัดการกับชีวิต ความทุกข์ ที่เป็นผลมาจากเชื้อเอชไอวี การเกิดรูปแบบการให้ ความหมายใหม่ๆ ต่อเชื้อเอชไอวี ในเชิงเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ เพื่อการมีชีวิตรอดอยู่ต่อ การปรับเปลี่ยน รูปแบบการใช้ชีวิต (Life style) ในรูปแบบต่างๆ ทั้งเพื่อแสวงหาความสุขเช่นคนทั่วๆ ไปและ เพื่อให้สัมพันธ์กับการใช้ยาด้านไวรัสตามรูปแบบการแพทย์แผนใหม่

การสร้างความหมายใหม่ต่อเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดเชื้อ

การเพิ่มค่า CD4 กับการดูแลร่างกาย

โดยทั่วไป เวลาที่ทางการแพทย์อธิบายเกี่ยวกับโรคเอดส์นั้น จะอธิบายว่า เกิดจากการติดเชื้อ human immunodeficiency virus (HIV-1) ก็คือ ไวรัสฆ่าเซลล์ของระบบภูมิคุ้มกันและทำให้ ร่างกายสูญเสียความสามารถในการต่อสู้กับโรคติดเชื้อและมะเร็งบางชนิดมากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งเซลล์ เป้าหมายของเชื้อ HIV-1 ก็คือ เซลล์เม็ดเลือดขาว ที่เรียกว่า เซลล์ CD4 ซึ่งเซลล์เหล่านี้สำคัญ เพราะทำ หน้าที่ในการบอกเซลล์อื่น ๆ ให้เริ่มทำงานต่อสู้กับสิ่งแปลกปลอม ดังนั้น หากเชื้อ HIV-1 ทำให้ จำนวนของเซลล์ CD4 ลดลงมากจนถึงระดับหนึ่ง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายก็จะอ่อนแอลงมาก เช่น หากค่า CD4 ลดลงต่ำกว่า 200 หรือเมื่อเกิดการติดเชื้อหรือเกิดโรคแทรกซ้อน ก็จะหมายถึงการแสดง อาการของเชื้อ ที่เรียกคนนั้นว่า เป็นเอดส์ (acquired immunodeficiency syndrome: AIDS)

วิธีการอธิบายเรื่องการสร้างค่า CD 4 ให้เพิ่มขึ้นในร่างกายนั้น จากข้อมูลของศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย⁴⁸ ระบุว่า การสร้างค่า CD 4 ให้เพิ่มขึ้น มาจากหลายปัจจัย กล่าวคือ ดัชนีมวลกาย หรือ ความสามารถในการสร้าง CD 4 ของร่างกายแต่ละคนไม่เท่ากัน หากจำนวนเชื้อในร่างกาย มีมากก็จะทำลาย CD 4 ได้มาก แต่หากมีน้อย ก็จะทำลายได้น้อย อย่างไรก็ตาม มีปัจจัยอื่นๆ ที่อาจทำให้ ค่า CD 4 ในร่างกายสูงขึ้นได้ คือ ปัจจัยทางกายและจิต ทางกาย หมายถึง หากผู้ติดเชื้อไม่ได้ใช้ยาต้านไวรัส ก็หมายถึง ความพยายามที่จะต้องทำให้ร่างกายแข็งแรง ด้วยการรับประทานอาหารให้ครบถ้วน 5 หมู่ งดอาหารหมักดอง งดอาหารสุกๆ ดิบๆ และหมั่นออกกำลังกาย แต่หากใช้ยาต้านไวรัส ก็ควรจะรับประทานยาตามคำสั่งของแพทย์ให้เคร่งครัด รับประทานอย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ รวมทั้งออกกำลังกายด้วย ขณะที่ทางจิตใจ หมายถึง การทำให้ใจแจ่มใส ไม่เครียด

คำอธิบายทางการแพทย์เหล่านี้ มักพบว่า ถูกนำมาปรับใช้และตีความหมายใหม่ๆ ในกลุ่มของผู้ติดเชื้อในไทยได้อย่างน่าสนใจที่สะท้อน *วิธีคิดต่อเชื้อเอชไอวีเอดส์และการจัดการต่อร่างกายในกลุ่มผู้ติดเชื้อ* โดยเฉพาะผู้ติดเชื้อบางคนที่ไม่ใช้ยาต้านไวรัสได้นำเอาวิธีการอธิบายเรื่องการปฏิบัติตัวต่อร่างกายและจิตใจมาใช้อย่างเต็มที่ โดยเชื่อว่า ทำให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจไม่เครียด ปลอดภัยจากโรคเอดส์ เพื่อให้ร่างกายต่อสู้กับเชื้อโรคให้ชนะ ขณะที่บางคนพยายามที่จะตีความออกไปในเรื่องของ ภาวะทางอารมณ์ ภาวะทางจิต และการเปรียบเทียบในลักษณะของโรคอื่นที่รุนแรงกว่า เพื่อทำให้จิตใจของตนรู้สึกดีขึ้น ในที่นี้ ขอนำเสนอกรณีตัวอย่างกลุ่มผู้ติดเชื้อที่พยายามตีความและให้นิยามความหมายใหม่ๆ ต่อการจัดการกับเชื้อเอชไอวีเอดส์ เพื่อให้พวกเขาสามารถอยู่ร่วมกับเชื้อเหล่านี้ได้อย่างมีหนทางและมีคุณค่าต่อการใช้ชีวิตดังเช่น

รอน (นามสมมุติ) ผู้ติดเชื้อชาวไทย อายุ 45 ปี เธอติดเชื้อจากสามี ปัจจุบันสามีเธอเสียชีวิตไปแล้วประมาณ 4 ปีแล้ว ทั้งลูกสาวสองคนให้เลี้ยงดูจนโตใหญ่ คนโตได้เรียนระดับมหาวิทยาลัย คนที่สองเรียนชั้นมัธยมในเมือง รอน ปัจจุบันทำงานอยู่คนเดียวที่เชียงใหม่ ขณะที่ลูกๆ ทั้งสองคนนั้น เมื่อหลายปีก่อน เธอได้ยกให้ญาติฝ่ายสามีช่วยเลี้ยงดู ด้วยเพราะเธอคิดว่า เธอจะเสียชีวิตเพราะโรคเอดส์ในไม่ช้า เธอจึงต้องการให้แน่ใจว่า ลูกของเธอทั้งสองคนมีคนดูแลและให้การศึกษาแก่พวกเขาได้อย่างดี ขณะที่ รอน ตัดสินใจว่า ระหว่างมีชีวิตอยู่ก็จะดูแลสุขภาพ ทำงานไปเรื่อยๆ และช่วยผู้ติดเชื้อคนอื่นๆ ในการจัดการกับชีวิตของตนเองอย่างดีที่สุด

หลังจากที่ รอน ศึกษาหาความรู้ และทำความเข้าใจกับเชื้อโรคนี้อย่างหนึ่ง เธอเริ่มคิดว่า จะเยียวยารักษาตัวเองอย่างไร จะจัดการชีวิตตัวเองอย่างไร เธอเริ่มค้นคว้าหาความรู้มากขึ้น ไม่ว่า ความรู้เรื่องเชื้อโรค เรื่องการดูแลรักษาร่างกาย เรื่องยาสมุนไพรทางเลือกที่จะช่วยทำให้ร่างกายแข็งแรง

เธอเล่าว่า เธอได้เปลี่ยนความคิดบางประการเกี่ยวกับเรื่องเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ จากนั้นทำความเข้าใจกับโรคนี้ใหม่ เธอเรียนรู้ว่า ในทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ การอธิบายสาเหตุของโรค

⁴⁸ รายละเอียดเพิ่มเติม โปรดดูที่ <http://www.trcsrc.org/home/?content=faq&id=24>

ภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยเฉพาะเชื้อไวรัสเอชไอวีนั้น คือ เชื้อไวรัสที่ทำลายเม็ดเลือดขาว เมื่อเม็ดเลือดขาวในร่างกายมีน้อยลงก็จะไปทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย สิ่งที่ดีที่สุด คือ จะต้องทำทุกวิถีทางเพื่อเพิ่มเม็ดเลือดขาวให้ตัวเอง ซึ่งเธออธิบายว่า เม็ดเลือดขาวจะเพิ่มได้ต่อเมื่อไขสันหลังได้รับความร้อนมากขึ้น ความร้อนจะทำให้ไขสันหลังไปทำงานเพื่อเพิ่มเม็ดเลือดขาวในร่างกาย แล้วถ้าอย่างนั้น ความร้อนในร่างกายเกิดจากอะไร ความร้อนในร่างกายเกิดจากการทำให้ร่างกายมีเหงื่อ การเพิ่มเหงื่อให้ร่างกาย ก็คือการออกกำลังกาย หากเราออกกำลังกาย ความร้อนก็จะไปเผาผลาญและทำให้ไขสันหลังผลิตเม็ดเลือดมากขึ้น

นอกจากนี้ รอน อธิบายอีกว่า เม็ดเลือดขาวในร่างกายจะน้อยลง หากเรามีความเครียด เพราะความเครียดทำให้สารอดินาลินในร่างกายไม่หลั่งออกมา ถ้าร่างกายเราหยุดนิ่ง ใจวกวน มีแต่ความเครียด ความกังวล ภาวะเช่นนี้จะกระตุ้นให้ร่างกายหยุดผลิตเม็ดเลือดขาว และเมื่อเม็ดเลือดขาวมีน้อย ร่างกายก็จะมีภูมิคุ้มกันต่ำลงเรื่อยๆ

ในแง่ภาวะทางอารมณ์ เธออธิบายว่า เรื่องบางเรื่อง เป็นเรื่องที่เราคิดไปเอง จนเกิดความเครียดจริงๆ ความเครียดยังเกิดจากความรู้สึกเดียวดายของเราเองที่ปล่อยใจฟุ้ง เพราะฉะนั้น ถ้าเรารู้สึกว่าเรามีใคร เรามีเพื่อน ก็จะรู้สึกดีขึ้น เพราะเพื่อนทำให้เราได้ปรึกษากัน ได้ปลดปล่อยออกมา แล้วจะทำให้ใจเราปลง ไม่เครียด ไม่คิดมาก ไม่อ่อนแอ ไม่รู้สึกอายต่อสังคม ถ้าเราจิตใจเข้มแข็งไม่เครียด ค่า CD 4 ก็จะสูงขึ้นเอง สุขภาพจะดีขึ้นและก็จะอยู่ได้ยาวนาน

การเทียบความตายของโรคเอดส์กับโรคอื่นๆ

นอกจากนี้ วิธีการให้นิยามความหมายเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวียังเกิดขึ้นในลักษณะ การเทียบความตายของโรคเอดส์กับโรคอื่นๆ เช่น มะเร็ง ที่ปัจจุบันเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตมากที่สุด และคนเริ่มมีแนวโน้มเป็นผู้ป่วยโรคมะเร็งมากขึ้นเรื่อยๆ แต่สำหรับผู้ติดเชื้อแล้ว สิ่งที่คุณคิดเชื่ออธิบายมากไปกว่านั้นก็คือ โรคมะเร็งนั้น แม้จะในทางการแพทย์พยายามจะหาวิธีการรักษามากขึ้น แต่ก็พบว่า โรคมะเร็งไม่ได้มียารักษาจริงๆ คนจำนวนมาก เป็นมะเร็งแล้วก็เสียชีวิต ขณะที่ในเชิงเปรียบเทียบ ผู้ติดเชื้ออธิบายว่า เราอยู่กับเชื้อนี้ได้อย่างถ้อยทีถ้อยอาศัยกัน เพราะเอดส์มียารักษา เพียงแต่ผู้ติดเชื้อต้องเข้าใจหลักการการทำงานและสถานะที่เกี่ยวข้องกับเชื้อนี้เท่านั้นเอง ผู้ติดเชื้อหลายคนถึงกับบอกว่า “คนเราเดี๋ยวนี้ น่าจะกลัวการเป็นมะเร็งมากกว่าโรคเอดส์ เพราะเป็นมะเร็งแล้ว ไม่หาย ตายอย่างเดียว แต่ถ้าเป็นเอดส์ หากเรารู้จักดูแลสุขภาพ ก็จะมีชีวิตอยู่ได้ยืนยาวไปกับมัน”

สิ่งเหล่านี้ คือ ความพยายามในการทำความเข้าใจต่อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ มีการสร้างนิยามความหมายใหม่ เพื่อที่จะทำให้เกิดพลังในการขับเคลื่อนชีวิตต่อไปข้างหน้า ผู้ติดเชื้ออธิบายว่า หากเราทำความเข้าใจกับโรคนี้ใหม่ ไม่ปล่อยให้อึดเราอ่อนแอ ทำใจได้ ยอมรับมันว่า โรคนี้ไม่หาย แต่ว่าทำอย่างไรให้อยู่กับเชื้อนี้ได้โดยไม่ทุกข์ทรมาน และจัดการกับมัน เราก็จะค่อยๆ ผ่านพ้นวิกฤติไปได้ สิ่งเหล่านี้ก็จะทำให้ผู้ติดเชื้ออยู่กับเชื้อเอชไอวีเอดส์นี้ได้อย่างเอื้ออาทรต่อกัน

ความคิดและการให้นิยามต่อเชื้อโรคเอดส์ และนำไปสู่การปฏิบัติดังกล่าวเกิดขึ้นบนชายแดนฝั่งไทยในช่วงต้น อย่างไรก็ตาม จะพบว่า ความคิดและการสร้างนิยามความหมายใหม่ๆ เหล่านี้ได้ถูกถ่ายทอดส่งผ่านไปยังเครือข่ายของผู้ติดเชื้อ นำไปสู่การขยายความคิดต่อเรื่องเชื้อเอชไอวีเอดส์และการจัดการต่อร่างกายและภาวะอารมณ์ที่มีลักษณะ “ข้ามพรมแดน” จากผู้ติดเชื้อฝั่งไทยไปสู่ฝั่งลาว ในแง่นี้เราจะพบ ความพยายามที่จะช่วยแบ่งปันความทุกข์ข้ามพรมแดน และการแบ่งปันความรู้ ความเข้าใจข้ามพรมแดน ผ่านการเป็นเพื่อนที่ร่วมชะตากรรมเดียวกัน และช่วยให้คำแนะนำ ความรู้ต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

จากกลุ่มผู้ติดเชื้อสู่ ผู้ใช้ยาต้าน ARV ในปฏิบัติการทางการแพทย์แผนใหม่

ในประเทศไทยนั้น เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย (the Thai Network for People Living with HIV/AIDS-TNP+) ถือเป็นกลุ่มขบวนการเคลื่อนไหวทางสังคมที่มีประสิทธิภาพอย่างมากในการดำเนินการเพื่อให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อด้วยกันเองและการเปลี่ยนแปลงลักษณะที่ทำให้สาธารณชนยอมรับในตัวผู้ติดเชื้อมากขึ้น โดยเฉพาะบทบาทสำคัญที่ผ่านมาเมื่อปี พ.ศ.2548 กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทยได้สร้างความสำเร็จในการต่อสู้เรียกร้องจากรัฐบาลไทยและบริษัทยาต่างชาติจนสามารถทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อในประเทศไทยสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้ในราคาถูกลง โดยผ่านระบบหลักประกันสุขภาพ การเคลื่อนไหวเรียกร้องดังกล่าวได้ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มป่วยได้เข้าสู่โครงการรับยาต้านและเริ่มมีชีวิตที่ยืนยาวมากขึ้น

ผู้ใช้ยาต้าน ARV: การลดทอนศักยภาพของกลุ่มผู้ติดเชื้อเดิม?

บทความของ Chris Lyttleton และคณะ (2007) ชี้ว่ากระบวนการเคลื่อนไหวทางการเมืองของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างมากในการทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัส ARV (Anti-retrovirals -ARVs) ได้มากขึ้น ซึ่งสามารถช่วยให้บริการและขยายโครงการการให้บริการยาต้านไวรัสแก่กลุ่มผู้ติดเชื้อที่กว้างขวางขึ้นตลอดจนสามารถบรรเทาปัญหาการกีดกันในสายตาของสาธารณชนทั่วไปและการฉ้อโกงของผู้ติดเชื้อได้อย่างมาก อย่างไรก็ตาม Chris Lyttleton และคณะ (2007) ให้ความสนใจกับบทบาทของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทยในความพยายามจะขยายการเคลื่อนไหวและกิจกรรมรณรงค์ของกลุ่มไปสู่กลุ่มคนชายขอบอื่นๆ เช่น คนบนพื้นที่สูง และชนกลุ่มน้อยตามแนวชายแดนที่ไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้ การขยายกิจกรรมดังกล่าวของกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย กำลังท้าทายปัญหาใหม่ๆ ที่กำลังจะเกิดขึ้นกับกลุ่ม โดยเฉพาะในบริบทสถานการณ์ปัญหาเรื่องชนกลุ่มน้อย ความไม่ลงรอยระหว่างรัฐชาติกับปัญหาเรื่องสิทธิของคนพลัดถิ่น และประเด็นปัญหาเรื่องอัตลักษณ์แห่งชาติในอนาคต

จากบทความของ Chris Lyttleton และคณะ ได้ชี้ให้เห็นถึงบทบาทอันสำคัญของกลุ่ม
เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทยในแง่บวก และปัญหาใหม่ๆที่มีความเสี่ยงต่อการเกิดขึ้นใน
อนาคต อย่างไรก็ตาม สำหรับส่วนนี้ รายงานนี้ ต้องการชี้ให้เห็นถึง อีกด้านหนึ่งของการเคลื่อนไหวของ
กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย ที่ทำให้เกิดการเข้าถึงยาต้านไวรัสได้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ
มากขึ้น

การเข้าถึงยาต้านไวรัสได้ในกลุ่มผู้ติดเชื้อมากขึ้น ในแง่หนึ่ง ได้ทำให้การจัดการเชิงการแพทย์
สมัยใหม่กลายมาเป็น “แบบแผนหลัก” ของวิธีการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อในปัจจุบันแทนที่ระบบการ
ดูแลสุขภาพแบบทางเลือกเดิมที่เคยใช้ แม้ว่าจะไม่สามารถแทนที่ได้ทั้งหมดก็ตาม แต่อาจกล่าวได้ว่า
การแพทย์ทางเลือกเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่ผู้ติดเชื้อบางกลุ่มยังใช้อยู่เพื่อรักษาสุขภาพของตนเอง
เท่านั้น ซึ่งอาจบอกได้ว่า การเข้าถึงยาต้านไวรัสได้มากขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อส่งผลอย่างสำคัญในการทำให้
ผู้ติดเชื้อหันไปพึ่งพาการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีเอดส์ และทำให้การจัดการเชิงการแพทย์สมัยใหม่เข้ามา
ดำเนินการกำหนดความเป็นไปในวิถีปฏิบัติในชีวิตประจำวันของผู้ติดเชื้อ เช่น การพึ่งพาการแพทย์
ทางเลือกน้อยลง การใช้ยาต้านไวรัสเป็นหลัก รวมถึงความสัมพันธ์ระหว่างสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วย
กันเองก็เปลี่ยนแปลงไปด้วยเช่นกัน

ดังนั้น การเข้ามาแทนที่ของยาต้านไวรัสเอดส์ทำให้เกิด “ผู้ติดเชื้อที่ใช้ยาต้าน ARV” ขึ้นใหม่
แทนที่เครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อเดิมที่เคยดูแลสุขภาพทางเลือกแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่เน้นการให้
คำปรึกษา การให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ (Moral support) กิจกรรมตามรูปแบบเดิมได้เริ่มหายไป
เพราะบทบาทความสำคัญถูกลดทอนลง การมารวมกลุ่มในระยะหลังของผู้ติดเชื้อที่โรงพยาบาลหรือ
หน่วยงานที่เกี่ยวข้องเป็นไปเพียงการมารับยาตามคลินิกบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ตามที่แพทย์นัด
เท่านั้น ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์บางรายก็เลิกกินอาหารและสมุนไพรที่เคยปฏิบัติมา เหลือเพียงแต่การ
กินยา ARV ให้ตรงตามแพทย์สั่งเท่านั้น

นอกจากนี้ ลักษณะการรวมกลุ่มที่เคยเกิดขึ้นในรูปแบบของการแบ่งปันความทุกข์ ความเข้าใจ
ระหว่างผู้ติดเชื้อเริ่มมีความซับซ้อนและถูกแทรกแซงโดยองค์กรต่างๆ จนเกิดผลที่ตามมา ไม่ว่า การ
ผลักดันโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน การเยี่ยมบ้านและอื่นๆ ดังเช่น กรณี “ผู้ติดเชื้อที่ใช้ยาต้าน ARV” ใน
พื้นที่ศึกษาบริเวณชายแดนไทย-ลาว เกิดขึ้นจากความร่วมมือและการผลักดันขององค์กรพัฒนาเอกชน
ด้านเอดส์และเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อร่วมกับสถาบันทางการแพทย์ดำเนินการร่วมกัน ซึ่งในระยะเวลา
ต่อมา บทบาทของผู้ติดเชื้อที่เป็นแกนนำได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้บริการติดตามเยี่ยมบ้านสมาชิก
กลุ่ม โดยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกด้านเอดส์ ผ่านเครือข่ายขององค์กรพัฒนาเอกชนด้าน
เอดส์และทำให้ผู้ติดเชื้อเปลี่ยนจาก “ผู้รับบริการ” มาเป็น “ผู้ร่วมให้บริการ” ซึ่งเป็นการพยายามสร้าง
คุณค่า ความหมายของตัวตนผู้ติดเชื้อให้มีความหมายในทางสังคมภายใต้ระบบบริการทางการแพทย์
สมัยใหม่

อย่างไรก็ตาม กลับพบว่า รูปแบบดังกล่าวมีทั้งข้อดีและข้อเสีย ข้อดี คือ การให้คุณค่าของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เคยเป็นผู้รับบริการทางการแพทย์ให้กลายมาเป็นผู้มีบทบาทร่วมในการให้บริการแทน ขณะที่ผู้ติดเชื้อที่เป็นแกนนำเข้าร่วมทำงานกลับมิได้มาเพราะมิได้ทำงานเพราะจิตอาสาอีกต่อไป แต่มาเพราะแรงจูงใจเรื่องเงินงบประมาณเป็นหลัก ได้รับค่าตอบแทนผ่านองค์กรพัฒนาเอกชน ผลที่ตามมาคือ ความต่อเนื่องยั่งยืนในอนาคตว่า จะเป็นอย่างไรหากกองทุนโลกด้านเอดส์การสนับสนุนงบประมาณส่วนนี้ไป นอกจากนี้ ที่ผ่านมาระบบการให้ค่าตอบแทนกับแกนนำผู้ติดเชื้อกำลังกลายเป็นกลไกสำคัญที่ “บั่นทอน” ความสัมพันธ์อันดีระหว่างสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยกัน เพราะบางครั้งทำให้เกิดความขัดแย้งในกลุ่มแกนนำกับเรื่องผลประโยชน์ที่ไม่ลงตัวในการทำงานและการบริหารจัดการ ค่าตอบแทนที่เกิดขึ้น จนนำไปสู่การแยกตัวเองออกจากกลุ่ม บางแห่งระบบความสัมพันธ์ของกลุ่มเดิมที่เคยมีมากลับต้องยุติลง เพราะเกิดความขัดแย้งกันอย่างรุนแรงบนปัญหาเรื่องผลประโยชน์ทางการเงินในการบริหารจัดการ และทำให้การดูแลสุขภาพในรูปแบบของจิตใจ เริ่มลดน้อยถอยลงไปตามลำดับ

กระบวนการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีกับการจัดระเบียบร่างกาย

แม้ว่า กลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อประเทศไทยได้สร้างความสำเร็จในการต่อสู้เรียกร้องจากรัฐบาลและบริษัทยาต่างชาติจนสามารถทำให้กลุ่มผู้ติดเชื้อในประเทศไทยสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ในราคาถูกลง แต่ประเด็นที่น่าสนใจตามมา ก็คือ *ประเด็นแรก* การจัดการของการแพทย์สมัยใหม่ในการกำหนดความเป็นไปของชีวิต และ *ประเด็นที่สอง* คือ ยาต้านไวรัสกับการจัดระเบียบร่างกายใหม่ๆ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ

ประเด็นแรก การจัดการของการแพทย์สมัยใหม่ในการกำหนดความเป็นไปของชีวิต จะพบว่า การจัดการของการแพทย์สมัยใหม่ จากวิชาชีพแพทย์และวิทยาศาสตร์ รัฐและสถาบันการแพทย์ที่สามารถกำหนดความเป็นไปของผู้ป่วยต่อการรักษา เช่น กระบวนการเข้าสู่การรับยาต้านไวรัสจะต้องผ่านการตรวจวินิจฉัยจากแพทย์อย่างละเอียด โดยเฉพาะมีหลักเกณฑ์เงื่อนไขตามข้อตกลงทางการแพทย์ว่าด้วย การต้องตรวจค่า CD4 ก่อนการรับยาต้าน หากพบว่า ค่า CD4 ต่ำกว่า 200 จึงจะมีสิทธิเข้ารับยาด้าน สำหรับผู้ติดเชื้อแล้ว การรับยาด้านอาจจะเป็ทางออกสุดท้ายเมื่อร่างกายอ่อนแอมากจนไม่สามารถต้านทานเชื้อไวรัสได้และนำไปสู่การเกิดโรคต่างๆ เพราะการรับยาด้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อหมายถึง การต้อง “จัดระเบียบชีวิต” ตนเองใหม่ให้เป็นไปตามความรู้ทางการแพทย์ เพื่อทำให้เกิดประสิทธิภาพในการรักษาร่างกายของยาต้านไวรัสที่รับ

ประเด็นที่สอง คือ ยาต้านไวรัสกับการจัดระเบียบร่างกายใหม่ๆ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งจะพบว่า เมื่อผู้ติดเชื้อตัดสินใจเข้ารับยาด้านไวรัสแล้ว ยาต้านจะทำให้ชีวิตเปลี่ยนไปทันทีเพื่อเป้าหมายในการใช้ยาต้านให้มีประสิทธิภาพกับเชื้อเอชไอวีเอดส์ ดังเช่น การกินยาด้านถูกบังคับให้ต้องกินตรงเวลา 2 ครั้งต่อวัน และเมื่อเริ่มกินในเวลาใด ก็จะต้องกินตรงตามเวลานั้นทุกๆ วัน จะพบว่า ผู้ติดเชื้อที่รับยาด้านจะต้องพกยาติดตัวไปด้วยทุกครั้งและห้ามพลาดการกินยาตามเวลาที่กำหนดอย่างเด็ดขาด ผู้ติดเชื้อที่ทมิ

วิจัยได้ไปพบ ส่วนใหญ่จะต้องมีนาฬิกาปลุกตั้งเวลาเอาไว้ให้ตรงกับเวลาที่กินยาต้าน เพื่อไม่ให้พลาดการกินยาต้าน เช่นนี้แล้ว หากผู้ติดเชื้อไม่มีวินัยต่อตนเองไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของแพทย์ ก็จะเกิดผลต่อเชื้อที่ดื้อยาด้าน ทำให้เกิดผลต่อเนื่องในการต้องเปลี่ยนยาต้านชนิดใหม่หรือเชื้อดื้อยาจนไม่สามารถจัดการได้ในอนาคต

นอกจากการจัดระเบียบวินัยให้ตนเองในการกินยาแล้ว ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อทั้งทางร่างกายและจิตใจอย่างไม่ต้องสงสัย เช่น จะพบว่า ผู้ติดเชื้อจำนวนมาก มีความวิตกกังวลเรื่องการดื้อยาและผลข้างเคียงของยาที่กำลังเกิดขึ้นกับเพื่อนสมาชิกที่กำลังกินยาด้าน และหลายรายผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสได้แสดงอาการออกมาทางร่างกาย หลายคนมีอาการหน้าบวม มีอาการระตูก น้ำหนักลด หน้าตาและร่างกายดูทรุดโทรม แก้มตบ กล้ามเนื้อและไขมันพอกเสริมในบางแห่งของร่างกาย มีรูปร่างผิดปกติ ซึ่งผู้ติดเชื้อหลายคน เมื่อเดินทางไปไหนมาไหน ก็มักถูกทักถึงความผิดปกติจนรู้สึกเครียด

ในกรณีของผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสมาจนตลอดชีวิตจนเกิดอาการแก้มตบ กล้ามเนื้อและไขมันพอกเสริมในบางแห่งของร่างกายนั้น ได้สร้างผลเกิดปัญหาความทุกข์ในรูปแบบใหม่ๆ ตามมา แม้ว่า ตนเองจะสามารถควบคุมจัดการกับเชื้อเอชไอวีในร่างกายได้ แต่ปัญหาใหม่ๆ ก็ตามมาจากผลข้างเคียงดังกล่าว ผู้ติดเชื้อจำนวนมาก ไม่กล้าปฏิสัมพันธ์กับคนภายนอก เพราะจะถูกทักถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นจากผลข้างเคียงของยา บางคนเก็บตัวอยู่แต่ในบ้าน เพราะกลัวคนอื่นถาม แต่ผู้ติดเชื้อหลายรายแก้ปัญหาดังกล่าวด้วยการไปทำศัลยกรรมตกแต่งเพื่อช่วยลดความผิดปกติของร่างกาย เช่น ไปฉีดสารโบต็อกซ์ (Botox) เพื่อลดอาการแก้มตบ หรือกล้ามเนื้อแข็งเกร็ง ซึ่งการกระทำเช่นนั้น ก็ทำให้พบกับ “ความเสี่ยง” ต่อผลข้างเคียงจากการฉีดสารดังกล่าวในร่างกายตามมาอีกด้วย เป็นต้น

ดังนั้น กรณีของ นุช (นามสมมุติ) ทำงานอยู่กับกลุ่มผู้ติดเชื้อในอำเภอชายแดนแห่งหนึ่ง เธอเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่รับยาต้านไวรัสมาหลายปี และเธอได้รับผลกระทบจากการใช้ยา ที่เกิดผลข้างเคียง ทำให้แก้มตบ มีหน้าตาที่ผิดรูปผิดร่าง กล้ามเนื้อแขนเกร็ง นอกเหนือจากชีวิตของเธอดำเนินไปตามวิถีแต่ละวันด้วยการทำงานตามตาราง และกินยาต้านไวรัสให้ตรงเวลา เธอก็สามารถมีชีวิตอยู่ได้อย่างปกติ จนกระทั่งวันหนึ่งเพื่อนได้ให้เบอร์โทรศัพท์เพื่อนผู้ชายต่างจังหวัดมา เธอกับเขาโทรคุยกันบ่อยครั้งจนถูกคอและกลายมาเป็นความรู้สึกที่ดีต่อกัน ภาวะของการมี “ความหวัง” ต่อความรู้สึกเหล่านี้ ความหวังที่จะสานต่อความสัมพันธ์เฉกเช่นคนปกติธรรมดา ได้ทำให้ นุช เป็นกังวลต่อหน้าตาของตนเอง ที่มีแก้มตบและรูปหน้าผิดปกติ เธอกลัวใจที่จะต้องนัดเจอกับเพื่อนชายคนใหม่ เธอจึงตัดสินใจทำตามคำแนะนำของเพื่อนผู้ติดเชื้อที่ผ่านการทำศัลยกรรมหน้าตามามากมายหลายคน โดยไปทำศัลยกรรมด้วยการฉีดสารให้แก้มตบตึงขึ้นมา เพื่อให้หน้าตาของตัวเองดีขึ้น ต่อมาเธอก็แต่งงานไปอยู่กับชายคนนั้นและย้ายไปอยู่ต่างจังหวัด

นอกเหนือจากกรณีดังกล่าว เราจะพบว่า การเข้ามาของยาต้านไวรัสเอชไอวียังได้เปลี่ยนวิธีคิดเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อในกรณีที่ยังไม่ป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนอื่นๆ อีกด้วย โดยเฉพาะวิธี

การปฏิบัติตัวของผู้ติดเชื้อ ที่แต่เดิมมีการควบคุมดูแลเรื่องสุขภาพและอาหารการกิน ตลอดจนควบคุมพฤติกรรมต่างๆ ที่นำไปสู่ความเสี่ยงโทรมของสุขภาพ เช่น ไม่เที่ยวเตร่กลางคืน ไม่นอนดึก ไม่ดื่มสุรา หรือการไม่มีคู่นอนและเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อุปกรณ์ป้องกัน สิ่งเหล่านี้เคยเป็นวิถีปฏิบัติอันเคร่งครัดสำหรับผู้ติดเชื้อเพื่อป้องกันไม่ให้ร่างกายของตนเองเสื่อมโทรมลงและนำไปสู่โรคแทรกซ้อนต่างๆ ตามมาในภายหลัง แต่ปัจจุบัน เราจะพบว่า เมื่อผู้ติดเชื้อมีความเชื่อใหม่ๆ ว่า หากป่วยจนถึงขั้นที่ร่างกายอ่อนแอ ก็ไม่เป็นไร เพราะก็จะเข้ารับยาต้านไวรัสได้ ทำให้ตนเองมีชีวิตยืนยาวตามปกติไปได้ ซึ่งวิธีคิดนี้ได้เปลี่ยนมุมมองการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปจากเดิมที่หมดหวัง ทอแท้ ที่ต้องรอความตายกลายมาเป็นชีวิตที่มีความหวัง ซึ่งหลายคู่ได้สร้างครอบครัวขึ้นมาใหม่และหลายคนก็เปลี่ยนวิธีการปฏิบัติตัว กลับไปใช้ชีวิตที่เสี่ยงต่อความเสี่ยงโทรมของสุขภาพ ไม่ว่า การเที่ยวเตร่กลางคืน นอนดึก ดื่มสุรา สูบบุหรี่

ดังนั้น กรณีของ เพ็ญ (นามสมมติ) เป็นชายหนุ่มที่ชอบผจญภัย ออกจากบ้านในเขตภาคเหนือ ไปแสวงหางานทำต่างถิ่นตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 และกลับไปกลับมาระหว่างบ้านกับที่ทำงานต่างจังหวัด ในช่วงที่ เพ็ญ ทำงาน เขามีรายได้มากพอที่จะแสวงหาความสำราญในบริเวณรอบๆ ที่ทำงาน ซึ่งเต็มไปด้วยสถานบันเทิงเรีงรมย์และแหล่งขายบริการทางเพศที่เขาเข้าไปใช้บริการอยู่บ่อยครั้ง จนกระทั่งปี พ.ศ.2545 เพ็ญ เริ่มป่วย จึงเดินทางกลับบ้านมาตรวจเลือดที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ และพบว่า ติดเชื้อเอชไอวี เพ็ญ ได้รับคำแนะนำจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้เข้ากลุ่มผู้ติดเชื้อ เพื่อทำงานร่วมกับสมาชิกกลุ่มคนอื่นๆ จากนั้น เพ็ญ ก็ได้เข้าสู่กระบวนการรับยาต้านไวรัส จนอาการทางร่างกายดีขึ้น

เมื่อ เพ็ญ ร่างกายแข็งแรงอีกครั้งจากการรับยาต้านไวรัส เพ็ญ ก็เริ่มหันกลับไปกินเหล้าอีกครั้ง แม้ว่า ภรรยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุขและเพื่อนสมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อจะเตือนเขาแล้วก็ตาม แต่ เพ็ญ ก็ไม่ได้สนใจ เพราะคิดว่า ตนเองน่าจะจัดการกับโรคภัยไข้เจ็บได้ จนกระทั่งปีที่ผ่านมามีเขาไปเกิดอุบัติเหตุต้องรักษาตัวอยู่ที่โรงพยาบาลอยู่นาน จากนั้นสภาพร่างกายฟื้นตัว เพ็ญ กลับมาทำงานให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้ออีกครั้งในฐานะประธานกลุ่ม จนกระทั่งได้พบกับ พวน หญิงหม้ายชาวลาว ซึ่งเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ติดเชื้อ และตกลงปลงใจอยู่กินกันฉันท์สามีภรรยา แต่ เพ็ญ และ พวน ต้องเลี้ยงดูลูกอีกสองคนที่ติดมากับ พวน ซึ่งบางครั้ง เพ็ญ เกิดความเครียดในการทำมาหากินเพื่อนำเงินมาเลี้ยงดูครอบครัว เพ็ญ หันกลับไปพึ่งเหล้าอีกครั้ง แม้พยายามสร้างครอบครัวตนเองด้วยความหวังว่าจะทำให้ชีวิตมีความสมบูรณ์มากขึ้น การกลับไปหาเหล้าเป็นไปเพื่อตอบสนองต่อความทุกข์หรือสุขที่มีดังคนปกติ โดยไม่ได้ให้ความสนใจต่อเชื้อเอชไอวีเอดส์ที่มีในร่างกาย ด้วยเพราะเขาเชื่อว่า ยาต้านไวรัสสามารถที่จะจัดการปัญหาดังกล่าวให้ได้

อีกกรณีหนึ่ง คือ กรณีของ ปาน (นามสมมติ) ผู้ติดเชื้อหญิงชาวลาวจากแขวงหลวงน้ำทา เธอเป็นคนที่มีฐานะ เพราะทำงานองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ เธอเป็นหนึ่งในกลุ่มผู้ติดเชื้อที่ได้รับอานิสงส์จากการเคลื่อนไหวต่อสู้เรื่องการเข้าถึงยาต้านไวรัสผ่านการทำ CL ยาในประเทศไทย จนทำให้ยาต้านไวรัสมีราคาถูกลง ปาน นั้น ในสถานะที่โครงการยาต้านไวรัสเอชไอวีขององค์กรพัฒนาเอกชนต่างชาติ เช่น องค์กรหมอไร้พรมแดนยังเข้าไม่ถึงในประเทศลาว เธอได้ขอซื้อยาจากเพื่อนผู้ติด

เชื้อฝั่งประเทศไทยช่วยในการจัดการให้นามารักษาตัวเองมากขึ้น ปัจจุบัน ปาน สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสในราคาถูกได้พอๆ กับผู้ติดเชื้อฝั่งไทย ทำให้เธอรู้สึกมีความหวังในการใช้ชีวิตมากขึ้น แต่สิ่งที่ตามมาหลังจากนั้น ก็คือ วงจรแห่งการใช้ชีวิต ที่หมุนวนระหว่าง การมีชีวิตสนุกสนานสลับสับเปลี่ยนไปกับการดูแลสุขภาพเมื่อร่างกายอ่อนแอลง

จะพบว่า หลายครั้งที่ ผู้วิจัยและทีมงานไปเยี่ยมเยียนพูดคุยหาหรือกับ ปาน จะได้ยินได้ฟังเรื่องเล่าสนุกสนานของเธอในการกลับไปใช้ชีวิตกับเพื่อนฝูง แม้ว่า บางครั้ง ผู้วิจัยและทีมงานตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไปด้วยจะรู้สึกอึดอัดกับสถานะที่ ปาน ดำเนินชีวิตไปเช่นนั้น และได้กล่าวเตือน ปาน ไปบ้างถึงหนทางข้างหน้าในการดูแลสุขภาพ การรักชีวิตตัวเองและคนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง โดยเฉพาะได้ขอให้เธอเพลๆ การดื่มสุรา และการนอนดึก หรือการไปเที่ยวเตร่กับหนุ่มๆ ลงบ้าง เพราะสิ่งเหล่านี้จะทำให้ร่างกายอ่อนแอ และมีความเสี่ยงอื่นๆ ตามมา แต่ผู้วิจัยและทีมงานตลอดจนเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก็ได้แต่พบกับรอยยิ้มและเรื่องเล่าของเธอเกี่ยวกับการทำงาน การใช้ชีวิตที่สนุกสนาน เธอมักบอกว่า เธอเริ่มหันกลับมาใช้ชีวิตที่สนุกสนาน มีความสุขมากขึ้นกว่าเดิมที่เคยต้องคอยระมัดระวังเรื่องอาหารการกิน คอยระแวดระวังเรื่องพฤติกรรมกาปฏิบัติตัวต่างๆ นานา ไม่ให้ทำงานหนัก เป็นต้น

เธอตัดสินใจใช้ชีวิตด้วยการนัดเพื่อนฝูง หนุ่มๆ สาว ออกเที่ยวเตร่ในช่วงยามค่ำกิน หรือบางทีก็มีเพื่อนชายหลายคนมาเยี่ยมเยียน หรือนัดเพื่อนจากต่างที่ต่างถิ่นมาสวนเสเฮฮาที่บ้าน และกินอาหารตามความอยาก ตามความต้องการ บางครั้งบางครั้งก็ครึกครื้นชวนสนุกด้วยการดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ร่วมกับเพื่อนฝูงที่มาเที่ยวเตร่สังสรรค์ ปาน ปัจจุบันไม่ได้วิตกกังวลกับสภาพร่างกายที่อาจเสื่อมโทรมลงจากการใช้ชีวิตแบบใหม่ เพราะเชื่อว่า ยาต้านไวรัสน่าจะควบคุมอาการต่างๆ ไว้ได้เป็นอย่างดี หรือหากร่างกายอ่อนแอ เธอก็จะกลับมาดูแลสุขภาพอีกครั้งด้วยการหยุดกิจกรรมสังสรรค์เหล่านั้น และหาอาหารเสริมสมุนไพร วิตามินเพื่อฟื้นฟูร่างกายให้ดีขึ้นอีกครั้ง และเมื่อร่างกายดีขึ้นอีกครั้ง เธอก็จะกลับไปใช้ชีวิตสนุกสนานมีความสุขกับเพื่อนๆ อีก วันเวียนอย่างนี้ไปเรื่อยๆ เพื่อดำเนินชีวิตที่เป็นของเธอต่อไป

ในแง่นี้ จะพบว่าบริบทใหม่ๆ จากความก้าวหน้าในการพัฒนายาต้านและวิธีการรักษาโรคเอดส์ได้ไปเปลี่ยน “ภาพแทนความเจ็บป่วย” ของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ไปสู่ เอชไอวีควบคุมได้ เอดส์รักษาได้ ซึ่งหมายถึง การมีความหวังมากขึ้นในการมีชีวิตอยู่ต่อไป

การเปลี่ยนภาพแทนของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความหวังต่อการมีชีวิตมากขึ้นนี้เอง ส่งผลอย่างสำคัญต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม การกระทำของผู้ติดเชื้อในปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ทำให้เกิดการการจัดการกับความทุกข์ทนและชีวิตของผู้ติดเชื้อในรูปแบบใหม่ๆ ทำให้การวางแผนต่อการใช้ชีวิตในระยะยาวมีความซับซ้อนมากขึ้น ทั้งในแง่การเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การเกิดรูปแบบการให้ความหมายใหม่ๆ ต่อเชื้อเอชไอวี ในเชิงเปรียบเทียบกับโรคอื่นๆ เพื่อการมีชีวิตอยู่ต่อการปรับเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต (life style) ในรูปแบบต่างๆ ทั้งเพื่อแสวงหาความสุขเฉกเช่นคนทั่วๆ ไปและเพื่อให้สัมพันธ์กับการใช้ยาต้านไวรัสตามรูปแบบการแพทย์แผนใหม่ ที่เราพบกับความ

ซับซ้อนมากขึ้นทั้งในแง่การเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การแสวงหาคู่ครองภายหลังจากที่ผู้ติดเชื้อสามารถจัดการกับการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ ตลอดจนการตัดสินใจว่า จะวางความสัมพันธ์ของตนกับคนอื่น ๆ ใหม่ๆ ในระยะยาวที่จะต้องดูแลสุขภาพไปพร้อมๆ กับการหารายได้ให้กับตนเองและครอบครัวในอนาคตหลังจากที่ผู้ติดเชื้อเริ่มมีความหวังมากขึ้นในการมีชีวิตอยู่ต่อไป

บทสรุปสังท้าย

ภาวะติดตันของการพัฒนากลุ่มน้ำโขง:กรณีเอชไอวีเอดส์และปัญหาสุขภาพในเขตชายแดนไทย-ลาว

1. ภาวะติดตันของการพัฒนากลุ่มน้ำโขงไปสู่ความทันสมัย

อุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ: นิยามความทันสมัยในบ่วงทุกข์ของชนชายแดน

การเร่งพัฒนาความร่วมมือในระดับภูมิภาคจากโครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจได้ทำให้เกิดความเปลี่ยนแปลงต่อการพัฒนาในพื้นที่อย่างรวดเร็ว ด้านหนึ่ง การก่อสร้างโครงข่ายคมนาคมขนส่งที่เชื่อมโยงถึงกันทำให้การพัฒนาทางเศรษฐกิจเป็นไปอย่างกว้างขวาง ก่อให้เกิดการเคลื่อนย้ายของผู้คนและสินค้าที่สะดวกสบายมากขึ้น อย่างไรก็ตาม อีกด้านหนึ่ง กลับพบว่า สถานการณ์การเติบโตทางเศรษฐกิจของทั้งสองฟากฝั่งระหว่างไทยกับลาว หรือ แม้กระทั่งระหว่างประเทศ จีน พม่า ไทย ลาว ในเขตอนุภูมิภาคกลุ่มน้ำโขงนั้นไม่ได้เกิดขึ้นในลักษณะเท่าเทียมกันหรือได้สัดส่วนสมดุลกันในแต่ละประเทศประเทศ บางประเทศในเขตภูมิภาคกลุ่มน้ำโขง เช่น ไทย เวียดนาม และจีน ที่พัฒนาไปก่อนหน้านี้และมีอำนาจทางเศรษฐกิจ/การเมืองเหนือกว่า กลับได้ประโยชน์จากการเปิดชายแดนและการสร้างความร่วมมือทางเศรษฐกิจมากกว่า ขณะที่บางประเทศ อย่างเช่น ลาว พม่า เขมร ที่ค่อย ๆ พัฒนาทางเศรษฐกิจการเมือง กลับได้รับผลกระทบอื่น ๆ ทั้งปัญหาด้านสังคม วัฒนธรรม สุขภาพตามมาอย่างรวดเร็วจากการพัฒนา

งานศึกษานี้ พบว่า การพัฒนาอนุภูมิภาคกลุ่มน้ำโขงบริเวณชายแดนไทย-ลาวกลับวางอยู่บนพื้นฐานของกระบวนการพัฒนาแบบ “อสมมาตร” ที่ไม่ได้สัดส่วนทัดเทียมกัน (Asymmetrical development) ซึ่งทำให้บริเวณชายแดนสองฟากฝั่ง แทนที่จะเกิดการกระจายการพัฒนาอย่างทั่วถึงกัน กลับเกิดภาวะ “การกระจายความทุกข์ทน” (Social distribution of suffering) ที่ซ้ำเติมให้เกิดขึ้นในกลุ่มคนไร้อำนาจที่อยู่บริเวณชายแดนมากขึ้น

กรณีศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ของสองฟากฝั่งบริเวณชายแดนไทย-ลาว ได้สะท้อนให้เห็นว่าความทุกข์ทนที่ผู้ติดเชื้อได้รับนั้น ไม่ได้เป็นผลมาจากปัญหาโรคภัยไข้เจ็บโดยตัวมันเอง หรือจากมายาคติที่ปัจเจกเกี่ยวข้องกับการประพฤติดิจิศจิตธรรมแต่เพียงด้านเดียวเท่านั้น หากแต่เป็นผลมาจากสถานะการพัฒนาที่ไม่ได้สัดส่วนจากวงเป้าหมายให้ “ชายแดน” กลายเป็น “พื้นที่สำคัญทางเศรษฐกิจ” (economic border zone) ตามแผนโครงการสี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาที่ชายแดน โดยเน้นการพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ (ทางเพศ ทั้งแบบเปิดเผยและแอบแฝง) กำลังเกิดขึ้นอย่างกว้างขวางที่เชื่อว่าจะเป็นตัวขับเคลื่อนให้เกิดการพัฒนาเศรษฐกิจและลดความยากจนที่ชายแดน กำลังกลายเป็นเงื่อนไขสำคัญที่พาผู้คนชนชายแดนเข้าสู่ความทุกข์ในรูปแบบต่างๆ เช่น การเกิดความขัดแย้งในชุมชนและระหว่างชุมชนจากการถูกขับออกจากที่ดินบ้านเกิดของตนเอง ตลอดจนปัญหาในแง่สังคมสุขภาพที่การพัฒนาอุตสาหกรรมบันเทิงและบริการ (ทางเพศ ทั้งแบบเปิดเผยและแอบแฝง) ได้กลายเป็นบริบทเงื่อนไขอันสำคัญในการสร้าง “ความเสี่ยง” (risk) ให้ผู้คนชนชายแดน

ได้รับผลกระทบทางด้านสุขภาพ ความอึดอัดเหลือจากการพัฒนาเหล่านี้เองที่กำลังกลายเป็นเงื่อนไขเบื้องหลังการสร้าง “ความเสี่ยง” ต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและนำไปสู่การขยายความทุกข์ทนทางสังคมที่ชุมชนชายแดนไทยลาวกำลังประสบอยู่ในปัจจุบัน

สภาวะอสมมาตรแห่งการพัฒนา: เอดส์กับความหมายทางสังคม

การขยายตัวของเมืองชายแดนและการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจทำให้ชนชายแดนและคนลาว โดยเฉพาะคนหนุ่มสาว ข้ามมาทำงานขายแรงงานรวมถึงการขายบริการทางเพศในฝั่งไทยเพิ่มขึ้นเพื่อตอบสนองต่อความต้องการแรงงานราคาถูกและธุรกิจเร่ร่อนที่ต้องการสาว ๆ มาทำงาน แรงงานหนุ่มสาวเหล่านี้บางส่วนได้กลายเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเมื่อกลับไปบ้านก็ได้แพร่เชื้อไปสู่สามี ภรรยา และคนอื่นๆ ที่คนมีความสัมพันธ์ทางเพศด้วยในประเทศลาว

การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี/เอดส์จึงเกิดขึ้นในบริบทของการพัฒนาชายแดนแบบ “อสมมาตร” ที่มาจากความเหลื่อมล้ำของการพัฒนาระหว่างกลุ่มผู้มีอำนาจ ทั้งไทยและจีน ซึ่งได้รับผลประโยชน์จากการเปิดชายแดนและการค้าเสรีอย่างเต็มที่ กับกลุ่มคนด้อยอำนาจ ที่ไม่อาจเข้าถึงการพัฒนาและผลประโยชน์จากการขยายตัวของการค้าเสรี แต่ในทางกลับกัน กลับต้องได้รับผลกระทบทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจากกระแสการพัฒนาที่ถั่งโถมข้ามโขงเข้ามากระหน่ำใส่ชีวิตของพวกเขาและเธอ เราจะพบความถักถักระหว่างศักยภาพในการพัฒนาของฟากฝั่งที่มีทุนและอำนาจมากกว่า กับอีกฟากฝั่งหนึ่งที่มีวัตถุดิบและแรงงานซึ่งกลายมาเป็นสินค้าตอบสนองความต้องการของฝั่งที่มีความเจริญเติบโตและมีอำนาจทางเศรษฐกิจมากกว่า ซึ่งอำนาจที่ไร้สมมูลนี้เองได้ส่งผลต่อเนื่องกับทัศนคติและวิธีคิดต่อการเข้ามาของเชื้อเอชไอวีเอดส์จากเมืองไทยเข้าสู่ลาว และทัศนคติที่คนลาวมีต่อคนไทย ในลักษณะการให้ความหมายทางสังคมที่ถูกสร้างในหลายรูปแบบ เช่น โรคที่มาจากฝั่งไทย โรคที่มาจากพฤติกรรมเบี่ยงเบนของคนรักร่วมเพศ การนอกใจคู่สมรสและการใช้ยาเสพติด เป็นต้น

ในลักษณะเช่นนี้ การศึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์บริเวณชายแดนได้ชี้ให้เห็นว่า การพัฒนาอย่างไม่เท่าเทียมที่เกิดขึ้นบริเวณชายแดนไทย-ลาวนั้น ได้ทำให้คนท้องถิ่นตกอยู่ในสภาวะไร้อำนาจ ไร้สิทธิและไร้โอกาส ทำให้พวกเขาจำต้องเผชิญหน้ากับความทุกข์จากการเปลี่ยนแปลงที่กำลังเข้ามาสู่ชีวิตของพวกเขา จากเดิมที่มีความทุกข์จากความยากจนเป็นพื้นฐาน กลับเริ่มพบกับปัญหาใหม่ๆ ซ้ำเติมไม่ว่า การถูกผลักออกจากที่ดินทำกินของตนเพื่อรองรับอุตสาหกรรมใหม่ๆ จนต้องออกมาแสวงหางานทำในเมืองและกลายเป็นแรงงานไร้สัญชาติในอีกฟากฝั่งหนึ่ง ซึ่งมีงานให้เลือกไม่มากนัก หนาแน่นจนยังถูกซ้ำเติมด้วยความทุกข์จากการติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ ซึ่งจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้สะท้อนให้เห็นจำนวนที่เพิ่มขึ้นอย่างชัดเจน

แต่ในประเด็นความทุกข์ทนของผู้ติดเชื้อนั้น ก็ไม่ได้เป็นไปเพราะการติดเชื้อหรืออาการเจ็บป่วยที่มาจากเชื้อโรคที่ผู้ติดเชื้อต้องรู้สึกและเป็นกังวลเพียงอย่างเดียวเท่านั้น แต่เพราะจากประสบการณ์ของการถูกตั้งข้อรังเกียจเคียดแค้นและถูกผลักให้กลายเป็น “คนอื่น” ในสังคมของตัวเอง

และนำพามาซึ่งการถูกกีดกันออกจากสังคมและสิทธิพึงมีพึงได้ในฐานะมนุษย์คนหนึ่งในสังคม ทำให้คนที่ผู้ติดเชื้อได้รับรู้ว่า ติดเชื้อ ก็เสมือนผู้ป่วยกำลังอยู่ในภาวะกลืนไม่เข้าคายไม่ออก (Dilemma) เพราะต้องได้รับความทุกข์ทนเริ่มตั้งแต่การตัดสินใจที่จะยอมรับว่าป่วยและเปิดเผยตนเองเพื่อเข้าสู่กระบวนการรักษาโรคหรือไม่ หากตัดสินใจปิดบังและดำเนินชีวิตตามปกติและไม่ถูกกีดกันทางสังคม แต่ก็จำต้องทนทุกข์กับความหวาดวิตกว่า เมื่อไม่ได้รับการรักษาร่างกายของตนจะทรุดลงเมื่อใด และเมื่อเปิดเผยและเข้ารับการรักษา ก็ต้องทนทุกข์กับการถูกสังคมกีดกันให้เป็น “อื่น”

ในเชิงโครงสร้างนั้น เราอาจมองประเด็นเรื่องเชื้อเอชไอวีได้ 2 ด้าน คือ ด้านหนึ่ง โครงสร้างของความคิดทางระบาดวิทยาที่เชื้อเอชไอวีสัมพันธ์กับการเป็นโรคระบาดทางเพศสัมพันธ์ การใช้ยาเสพติด และการแพร่ระบาดเกิดมากขึ้นตามการเคลื่อนย้ายของประชากร ขณะที่ อีกด้านที่สำคัญไม่น้อยไปกว่าก็คือ การมองเชื้อเอชไอวีในฐานะที่เป็นโรคแห่งความยากจน หรือ เชื้อที่มาพร้อมกับ “ความอิหल्लीถือจากการพัฒนา” (dilemma of development) ในสิ่งซึ่งความสัมพันธ์ทางสังคมที่ผลิตการเคลื่อนย้ายของประชากรจากชนบทสู่เมือง หรือข้ามแดน ภาวะการไร้งานทำ ความไม่รู้หนังสือ และภาวะโภชนาการ การกดขี่ขูดรีดเหล่านี้กำลังกลายเป็นกลไกเบื้องหลังที่สร้าง “ความเสี่ยง” ต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและนำไปสู่การขยายความทุกข์ทนทางสังคมทั้งในกลุ่มของผู้ติดเชื้อและคนโดยทั่วไป

2. ผลผลิตของวาทกรรมทางการแพทย์กับการจัดการกับ “ความทุกข์ทน” ในสถานะข้ามพรมแดน

อย่างไรก็ตาม งานศึกษานี้ ได้พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทั้งในฝั่งไทยและฝั่งลาวมิได้ยอมจำนนกับชะตากรรมของตนเอง แต่ได้พยายามจัดการกับความทุกข์ทนของตนในหลายระดับด้วยกัน โดยนำเอามิติทางสังคมวัฒนธรรมเข้ามาเป็นพื้นฐานของปฏิบัติการเพื่อความอยู่รอดของผู้ป่วยภายใต้บริบทเงื่อนไขของการพัฒนากลุ่มน้ำโขงและการเปลี่ยนผ่านของวาทกรรมทางการแพทย์ในเครือข่ายของการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อ และวาทกรรมต่อเนื่องที่โยงภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อต่อมาตรฐานทางศีลธรรม

ชนชั้นและเพศสภาพในสังคมลาวกับภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อ

วาทกรรมทางการแพทย์ที่เชื่อมโยงกับมาตรฐานทางศีลธรรมและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่มาจากเพศสัมพันธ์และการใช้ยาเสพติดได้สร้างภาพลักษณ์ทางลบ (Negative images) ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีเอดส์ให้เกิดขึ้น และส่งผลกระทบอย่างมหาศาลต่อความสัมพันธ์ทางสังคมภายในชุมชนคนรอบข้างที่เข้าไปเกี่ยวข้องกับประเด็นเรื่องเชื้อเอชไอวีเอดส์ ไม่ว่าคนที่ถือว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงในวาทกรรมทางการแพทย์เหล่านั้นจะมีเชื้ออยู่ในร่างกายหรือไม่ก็ตาม แต่หากมีพฤติกรรมบางประการที่อยู่ในข่ายดังกล่าว ก็มักถูกมองในลักษณะประตบตราทันทีว่า เป็นกลุ่มที่มีแนวโน้มจะแพร่ระบาดเชื้อโรคเอชไอวีเอดส์ให้แก่คนอื่น ๆ ในสังคมได้

วาทกรรมทางการแพทย์ในการให้คำจำกัดความต่อเชื้อโรคเอชไอวีเอดส์ได้ทำให้เกิดการสร้าง
พรมแดนหรือเส้นแบ่งในการจัดจำแนกแยกแยะผู้ติดเชื้อออกจากคนปกติในสังคมทั่วไป โดยผูกโยงกับ
มาตรฐานทางศีลธรรมและพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์และการใช้ยาเสพติดที่ผิดไปจากบรรทัด
ฐานร่วมของสังคมอันดีงาม และนำไปสู่กระบวนการกีดกันทางสังคมในรูปแบบต่างๆ

อย่างไรก็ตาม รายงานวิจัยนี้ได้พบเห็นเงื่อนไขบางประการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ในบริบท
ของสังคมลาวที่มีภาพลักษณ์เชื้อเอชไอวีเอดส์กับมาตรฐานทางศีลธรรมจนนำไปสู่การกีดกันทางสังคม
เงื่อนไขต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อในการยอมรับหรือไม่ยอมรับ ในการเปิดเผยตัวหรือปิดบังต่อสังคม สิ่ง
เหล่านี้ต่างเกิดขึ้นบนเงื่อนไขในชีวิตของผู้ติดเชื้อที่แตกต่างกันชัดเจน ไม่ว่า ระหว่างความเป็นเพศ
สภาพ ความเป็นชาย/หญิงที่เกิดขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อ และ/หรือระหว่างการศึกษาที่สังคมให้ความหมายต่อ
หญิง/ชายในการได้มาซึ่งเชื้อเอชไอวีเอดส์ ตลอดจนเส้นแบ่งในเชิงเงื่อนไขฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้น
เป็นต้น โดยสังคมนั้น พบว่า ผู้ติดเชื้อประสบกับเงื่อนไขต่าง ๆ ที่นำไปสู่การเปิดเผยหรือปิดบังของ
ผู้ติดเชื้อต่อสังคมแตกต่างกัน ดังเช่น เงื่อนไขความเป็นเพศสภาพกับการที่สังคมให้ความหมายต่อการ
พิจารณาที่มาของเชื้อเอชไอวีเอดส์ ตลอดจนเงื่อนไขฐานะทางเศรษฐกิจ ชนชั้น ซึ่งในแง่หนึ่ง อาจ
ชี้ให้เห็นว่า ภาพลักษณ์เอดส์ในสังคมชุมชนลาวได้เคลื่อนไหวไปมาระหว่างความกลัวน่ารังเกียจกับ
ความน่าสงสาร ที่กลุ่มผู้ติดเชื้อบางกลุ่มต้องเผชิญอย่างแตกต่างกัน และในแง่ของมาตรฐานทางศีลธรรม
ก็มักจะถูกเลื่อนไปมา ไม่จำเป็นต้องจำกัดหรือตีตราผู้ติดเชื้อที่เหมือนกัน ดังเช่น ในกลุ่มแม่บ้านนั้น
หากได้รับการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีเอดส์จากสามี ก็จะมีภาพที่เคลื่อนไหวไปมาระหว่าง ความน่าสงสาร
กับความน่ารังเกียจ การทำตัวเอง เป็นต้น

การจัดการความทุกข์ทนข้ามพรมแดน: ความเป็นเพื่อนข้ามพรมแดน

รายงานวิจัยนี้ยังได้พบว่า ผู้ติดเชื้อของสองฟากฝั่งไทย-ลาว ได้พยายามจัดการความทุกข์ทนที่
เกิดขึ้นข้ามพรมแดน โดยเฉพาะความพยายามสร้างเครือข่ายของผู้ติดเชื้อใน 2 ลักษณะ คือ การสร้าง
เครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อและความร่วมมือแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ข้ามพรมแดนแบบเป็นทางการ (Formal
networks) และเครือข่ายมิตรภาพผู้ติดเชื้อข้ามพรมแดนหรือเครือข่ายแบบไม่เป็นทางการ (Informal
networks) ในทั้งสองรูปแบบดังกล่าว มีประเด็นเรื่องของการขยายเครือข่ายในการให้ความรู้ กำลังใจ
แบ่งปันน้ำใจให้แก่กัน ก่อร่างสร้างความเป็นเพื่อนในกลุ่มผู้ติดเชื้อ และเน้นการทำงานเอดส์ข้าม
พรมแดนขององค์กรต่างๆ ที่เป็นกลไกสำคัญในการแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ชายแดนตลอดช่วงทศวรรษที่ผ่านมา

ผลผลิตของการแพทย์แผนใหม่: ยาด้านกับอีกด้านของการจัดการความทุกข์ของผู้ติดเชื้อ

เมื่อการแพทย์สมัยใหม่ก้าวหน้ามากขึ้นในการพัฒนายาต้านไวรัสเพื่อจัดการกับเชื้อไวรัสเอชไอ
วีเอดส์ ตลอดจนมีแนวทางการดูแลสุขภาพ และใช้การแพทย์แผนใหม่ช่วยรักษาโรคฉวยโอกาส
ต่าง ๆ ที่เกิดจากเชื้อเอชไอวี พัฒนาการทางการแพทย์ดังกล่าว ได้ค่อยๆ เปลี่ยนคำขวัญจากเดิมว่าด้วย

“เอดส์เป็นแล้วตาย” ไปสู่ “เอชไอวีควบคุมได้ เอดส์รักษาได้” ด้วยยาต้านไวรัสและการดูแลสุขภาพให้ถูกต้องตามหลักทางการแพทย์

ผลผลิตที่สำคัญของความก้าวหน้าทางการแพทย์ได้ไปเปลี่ยน “ภาพแทนความเจ็บป่วย” (illness representation) ของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ จากเดิม เมื่อเป็นแล้วก็รวันจากโลกนี้ไป ไปสู่ เมื่อเป็นแล้ว หากดูแลสุขภาพให้ดีด้วยการใช้ยาต้านไวรัสและดูแลสุขภาพก็สามารถมีชีวิตร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้อีกยาว ในแง่นี้ วาทกรรมทางการแพทย์ไม่เพียงเปลี่ยนภาพแทนความเจ็บป่วยเท่านั้น หากแต่ส่งผลตามมาต่อพฤติกรรม การกระทำของผู้ติดเชื้อในปฏิสัมพันธ์กับคนรอบข้าง ตลอดจนผลข้างเคียงต่อการใช้ยาต้านไวรัสอีกด้วย ทำให้เกิดการจัดการกับความทุกข์ทนและชีวิตของผู้ติดเชื้อในรูปแบบใหม่ๆ บริเวณชายแดนไทย-ลาวปัจจุบัน ดังเช่น เราจะพบการเกิดขึ้นของ “ผู้ติดเชื้อใช้ยาต้าน ARV” หรือผู้ติดเชื้อที่ใช้ยาต้านไวรัสในการควบคุมจำนวนไวรัสในร่างกาย และสามารถดำรงชีวิตอยู่ได้ยาวนานหากมีการควบคุมปฏิบัติตัวตามแนวทางที่เหมาะสม

เมื่อผู้ติดเชื้อเริ่มมีความหวังมากขึ้นในการมีชีวิตอยู่ต่อไป ทำให้การวางแผนต่อการใช้ชีวิตในระยะยาวมีความซับซ้อนมากขึ้นทั้งในแง่การเปลี่ยนรูปแบบการใช้ชีวิต การสร้างความหมายใหม่ให้กับเชื้อเอชไอวีในเชิงเปรียบเทียบกับโรคภัยอื่นๆ เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจวายที่ไม่อาจรู้ว่าจะเมื่อไรจะเสียชีวิต ขณะที่ปฏิบัติการทางการแพทย์บนความก้าวหน้าของแพทย์แผนใหม่ในการใช้ยาต้านไวรัสควบคุมเอชไอวีและรักษาโรคเอดส์นั้น ก็ทำให้พบว่า ผู้ติดเชื้อเริ่มจำเป็นต้องจัดการสุขภาพของตนเองที่สัมพันธ์ไปกับตัวเลขของค่า CD4 โดยมีการปฏิบัติตัวที่สำคัญๆ เช่น การกินยาตรงเวลา เพื่อไม่ให้เกิดอาการดื้อยา การใช้ยาวิตามินบำรุงร่างกาย และยาสมุนไพรเพื่อบำรุงร่างกาย ในแง่นี้ วาทกรรมทางการแพทย์จากการใช้ยาต้านไวรัสทำให้เกิดปฏิบัติการต่อการจัดการร่างกายอย่างมีระเบียบวินัย (disciplined body) ขณะที่ในอีกทางหนึ่ง เมื่อยาต้านไวรัสมีผลข้างเคียงของยาเกิดขึ้น เช่น ทำให้ร่างกายชูกบวม หน้าตบ ลำแขนเกร็งไม่สมส่วน ภาวะเหล่านี้ส่งผลต่อการใช้ชีวิตปกติธรรมดาที่อาจถูกมองจากคนภายนอกกว่าเป็นผู้ติดเชื้อได้ง่าย ผลข้างเคียงดังกล่าวนี้เอง แม้ว่า ชีวิตของผู้ติดเชื้อจะได้รับการยืดอายุให้ยาวนานขึ้นด้วยการใช้ยาต้านไวรัสในการจัดการ แต่อีกด้าน กลับทำให้ผู้ติดเชื้อบางคนที่ได้รับผลข้างเคียงจำต้องเกิดความทุกข์ในรูปแบบใหม่ๆ ผู้ติดเชื้อที่เกิดผลข้างเคียงจากยาเหล่านี้ จำต้องแก้ไขปัญหาด้วยการใช้ศัลยกรรมตกแต่งเข้าช่วย เพื่อปกปิดร่องรอยที่ยาต้านไวรัสมีผลต่อเรือนร่าง โดยเฉพาะในหมู่ของผู้หญิง

นอกจากนี้ เรายังพบว่า เมื่อผู้ติดเชื้อมีความหวังในการมีชีวิตอยู่ต่อไปโดยพึ่งพิงการแพทย์แผนใหม่ จากการใช้ยาต้านไวรัส ก็ทำให้ผู้ติดเชื้อเริ่มปรับเปลี่ยนพฤติกรรมต่อการใช้ชีวิตมากขึ้น เริ่มผ่อนคลายต่อกฎเกณฑ์การดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ อย่างเช่น ผู้ติดเชื้อหลายรายเริ่มกลับไปใช้ชีวิตอย่างสนุกสนาน ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ นอนดึก ที่ไม่จำเป็นต้องดูแลสุขภาพมากนัก เพราะเชื่อว่า ยาต้านไวรัสสามารถควบคุมได้ หรือบางคนเริ่มกินอาหารตามความอยาก ความต้องการ หลายรายเริ่มแสวงหาคู่ครองภายหลังจากที่สามารถจัดการกับการมีชีวิตอยู่ต่อไปได้ ตลอดจนการตัดสินใจว่า

จะวางความสัมพันธ์ของตนกับคนอื่น ๆ อย่างไร การทำงานควรจะเป็นอย่างไร ที่จะต้องดูแลสุขภาพไปพร้อมๆ กับการหารายได้ให้กับตนเองและครอบครัวในอนาคต

นอกจากนี้ ในระดับกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อ สิ่งที่น่าสนใจที่กำลังเป็นแนวโน้มเกิดขึ้นบริเวณชายแดนไทย-ลาว โดยเฉพาะในฝั่งไทยที่ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้มากขึ้น ก็คือ การลดความจำเป็นในการพึ่งพากลุ่มหรือเครือข่ายลง ดังเช่น เมื่อผู้ติดเชื้อมารับยาที่โรงพยาบาลผ่านระบบประกันสังคมก็สามารถกลับบ้านได้ทันที ไม่จำเป็นต้องเข้ากลุ่มเพื่อพูดคุยหรือให้ความช่วยเหลือเพิ่มเติมเหมือนดังในอดีต เครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อเดิมที่เคยดูแลรักษาสุขภาพทางเลือกแบบกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนที่เน้นการให้คำปรึกษา การให้การสนับสนุนทางด้านจิตใจ กิจกรรมรูปแบบเดิมได้เริ่มหายไปเมื่อการมารวมกลุ่มในระยะหลังกลายเป็นเพียงการมารับยาตามคลินิกบริการทางการแพทย์สมัยใหม่ตามที่แพทย์นัด ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์บางรายก็เลิกกินอาหารและสมุนไพรที่เคยปฏิบัติมา เหลือเพียงแต่การกินยา ARV ให้ตรงตามแพทย์สั่งเท่านั้น

บรรณานุกรม

ภาษาไทย

กระทรวงสาธารณสุขสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว 2008 บทสรุปรวมเกี่ยวกับโรคเอดส์ในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ฉบับแรก เดือนตุลาคม 2008 (ภาษาลาว)

กระทรวงสาธารณสุขและสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ 2550 ข้อมูลความจริง 10 ประเด็นร้อนการใช้สิทธิโดยรัฐต่อยาที่มีสิทธิบัตร 3 รายการในประเทศไทย เอกสารเพื่อการพัฒนาภูมิปัญญาของสังคมไทยในเรื่องสิทธิบัตรยา

กอบกุล ราชนาคร (บก.แปล) 2550 *ความท้าทายทางสังคมในภูมิภาคลุ่มน้ำโขง* กรุงเทพฯ: ศูนย์วิจัยสังคมอนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง มหาวิทยาลัยอุบลราชธานี

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2544 *แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2545-2549* กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

จักรกฤษณ์ ควรพจน์. 2550. *มาตรการบังคับใช้สิทธิกับปัญหาการเข้าถึงยา: ข้อพิจารณาด้านกฎหมายและความตกลงระหว่างประเทศ. เอกสารวิชาการหมายเลข 15 โครงการ WTO Watch (จับกระแสองค์การการค้าโลก)* กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

จัญจรา วาฤทธิ์ 2544 *ความเชื่อด้านอาหาร พฤติกรรมการบริโภคอาหาร และภาวะโภชนาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่* ปรินญาวิทยาสาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ชัยยศ คุณานุนี 2543 *เรื่องโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย โครงการทบทวนสถานะสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ.2543 สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข*

ฉัตรชัย เริ่มกุล 2551 *ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการบังคับใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย* วิทยานิพนธ์ปริญญาบริหารธุรกิจมหาบัณฑิต บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

คาราลักษณ์ ถาวรประสิทธิ์ 2544 *ความรู้ ความเชื่อ และพฤติกรรมการบริโภคอาหารของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่* ปรินญาวิทยาสาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาโภชนศาสตร์ศึกษา บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ทานาเบ, ชิเกฮารุ 2551 *ชุมชนกับการปกครองชีวิต: กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือของไทย* กรุงเทพฯ: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร

นิวัตร สุวรรณพัฒนาและคณะ.2551. จากคนหมายเลข 0 สู่แนวหน้าภาคประชาชน: บทเรียนและการต่อสู้ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ กรุงเทพฯ; เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย บริษัท แปลน ฟร้นดิง จำกัด

พรพิมล ตรีโชติ, วรศักดิ์ มัทธโนบล, ทรงฤทธิ์ โพนเงิน, สุกัลยณัฏ์ กาญจนบุณดี 2541 *สี่เหลี่ยมเศรษฐกิจ: ความเป็นจริงและผลกระทบ* สถาบันเอเชียศึกษา, จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

มธุรส ศิริสถิตย์กุล 2546 *การเมืองในการสร้างอัตลักษณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดเชียงใหม่* เชียงใหม่: บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

มาลี สิทธิเกรียงไกร 2550 เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ การแพทย์และชะตากรรมของคนชายขอบ ใน ขวัญชีวัน บัวแดง และอภิญา เพื่องฟูสกุล (บก.) *ข้ามขอบฟ้า: 60 ปี ชิงฮาร์ ทานาเบ้* เชียงใหม่: คณะสังคมศาสตร์

ยศ สันตสมบัติ 2535 *แม่หญิงสหายตัว ชุมชนและการค้าประเวณีในสังคมไทย* กรุงเทพฯ; สถาบันชุมชนท้องถิ่นพัฒนา

รัชณี ภูริสสัย 2545 พฤติกรรมการแสวงหาการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการที่ศูนย์เพื่อนชีวิติใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลอาชีวอนามัยและสรีรศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

วาสนา จันทรดี 2540 การใช้สมุนไพรรักษาอาการแทรกซ้อนของผู้ป่วยเอดส์ในศูนย์เพื่อนชีวิติใหม่ จังหวัดเชียงใหม่ สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ผาสุก พงษ์ไพจิตร และคนอื่นๆ 2543 *อุตสาหกรรมพนัน: ไทย อังกฤษ สหรัฐอเมริกา ออสเตรเลีย และมาเลเซีย* เชียงใหม่: ตรีสวิน

ศรีสุวรรณ วรบุตร 2551 เพศภาวะ เพศวิถี และเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสังคมอาช่า: กรณีศึกษาโครงการพัฒนาจากต่างประเทศในเมืองสิงและเมืองลอง แขวงหลวงน้ำทา ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต (สตรีศึกษา) บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สุทธิรัตน์ บุญดี 2544 พฤติกรรมแสวงหาการดูแลสุขภาพในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลชุมชน บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยขอนแก่น

สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2551 แนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวัง ป้องกันควบคุมโรคเอดส์กลุ่มประชากรพื้นที่บริเวณชายแดน กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กรุงเทพฯ: J.S. การพิมพ์

โสภิตา วีรกุลเทวัญ 2549 การนำเสนอความเป็นตัวตนของหญิงบาร์เบียร์ วิทยานิพนธ์ปริญญาโท สาขา พัฒนาสังคม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ภาษาอังกฤษ

ADB. 1999 A Study of NGOs Lao People's Democratic Republic. Asian Development Bank

ADB. 2008 ADB, Roads, and HIV/AIDS A Resource Book for the Transport Sector. Asian Development Bank

Anzaldua, Gloria. 1999 *Borderland= La Frontera*. 2 nd ed/ San Francisco: Aunt Lute Books.

Altman, D.1999. Globalization, political economy, and HIV/AIDS. In *Theory and Society* 28: 559-584.

Alton, C.and Houmphanh Rattanavong. 2004 Service Delivery and Resettlement: Option for Development Planning, Unpublished report, UNDP: Laos PDR, Vientiane.

Aranya Sirihon 2008 Weaving the Tai Social World: the Process of Translocality and Alternative Modernities along the Yunnan-Burma Border. Ph.D. Dissertation, Faculty of Social Sciences, Chiang Mai University.

Archavanitkul, K. 1998 Combating the Trafficking in Children and their Exploitation in Prostitution and Other intolerable forms of Child Labor in Mekong Basin Countries. Bangkok: International Labor Organization.

Asian Migrant Center 2002 Asian Migration Center 2000 Asian Migration Yearbook: Migration facts, Analysis and Issue in 1999. Asian Migrant Center, Hong Kong.

Barth, Fredrik 1969 introduction in Fredrik Barth (ed) *Ethnic Groups and Boundaries: The social organization of culture difference*. Oslo: Universitetsforlaget

Beesey, Allan 2008 selling sex on the boundaries; the crossroads of sexual desire and economic need, in Suchada Thaweessit and et al (eds.) *Transborder issues in the Greater Mekong Region*. Ubon Ratchathani University, MSSRC.

Berdahl, Daphne 1999 *Where the World ended: Re-unification and Identity in The German Borderland*. Berkeley and Los Angeles: University of California Press.

Beyrer, Chris 1998 *War in the Blood; Sex, Politics and AIDS in Southeast Asia*. Bangkok: White Lotus.

Caouette, T. 1998 Needs Assessment on Cross-border Trafficking in Women and Children-the Mekong Sub-Region. Prepared for the Un Working Group on Trafficking in the Mekong Sub-Region. 20 feb.

Chamberlain, J. 2000 HIV Vulnerability and Population Mobility in Northern province of Lao PDR. Bangkok: UNDP.

Chanthone Khamsibounheuang. 2006. "Lao PDR" Fighting a Rising Tide: The response to AIDS in East Asia; (eds. Tadashi Yamamoto and Satoko Itoh). Tokyo: Japan Center for International Exchange, pp. 172-194.

Cohen P., Lyttleton C., Houmphanh Rattanaovong, Bouakham Thongkhamhane and Souriyanh Sisaengrat. 2004. Watermelons, bars and trucks: dangerous intersections in Northwest Lao PDR. Institute fir Cultural Research of Laos and Macquarie University.

Country report: Lao PDR. 2006. LAO PDR. East Asia Pacific Regional Consultation on Children and HIV/AIDS Hanoi, Viet Nam 22-24 March.

Evrard, O. and Goudineau, Y 2004 Planned Resettlement, unexpected migration and cultural trauma: the Political management of rural mobility and interethnic relationships in Laos. *Development and Change* 34 (5)

Farmer, Paul 1997 On suffering and Structural Violence: A View from Below (pp.261-284), in Arthur Kleinman, Veena Das, and Margaret Lock (eds.) *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.

Farmer, P. 1999 *infection and inequalities; The Modern Plague*. Berkeley, CA: University. California Press.

Farmer, Paul 2003 On suffering and Structural Violence: Social and Economic Right in the Global Era (pp29-50), *Pathologies of Power: Health, Human Rights, and the New War on the Poor*. Berkeley: University of California Press

Ford N., Wilson D., Chaves C G., Lotrowska M. and K Kijtiwatchkul. 2007 Sustaining access to antiretroviral therapy in the less-developed world: lessons from Brazil and Thailand. Lippincott Williams & Wilkins. Unauthorized reproduction of this article is prohibited.

Frank, A. 2001 Can we research suffering? *Qualitative Health Research*, 11, 353 – 362.

Ganster, Paul and David E. Lorey 2005 *Borders and border politics in a globalizing world* UK; SRBOOKS

Geertz, Clifford 1973 *The interpretation of Cultures*. Basic Books, INC.

Giro, Pascal 1994 *the Americas*. Routeldge

Green, L. 1998. Lived lives and social suffering: problems and concerns in medical anthropology. *Medical Anthropology Quarterly*, 12(1), 3-7.

ILO, 2000 *Trafficking in Women and Children in the Lao PDR: Initial Observ a t i o n s*, Ministry of Labor and Social Welfare (MLSW)/UNIAP, Vientiane, October.

- Kaosa-ard, K. and Dore, J. (eds.) 2003 *Social Challenges for the Mekong Region*. Bangkok: Social Research Institute, Chiang Mai University.
- Komatra Chuengsatiansup 1998 *Living on the edge: marginality and contestation in The Kui community of northeast Thailand*. Harvard University.
- Kleinman, Arthur and Veena Das, Margaret Lock (eds.) 1997 *Social Suffering*. Berkeley: University of California Press.
- Kleinman, Arthur. 1992 Pain and resistance: the delegitimation and relegitimation of local worlds, In Delvecchiogood, Browin and et.al (eds) *Pain as Human Experience: An Anthropological Perspective*. Berkeley: University of California Press.
- Lanau, Roi Aung 2009 Kachin Borderlanders: A Case study of Laiza Town Along the Yunnan-Myanmar Frontier Area. MA. Thesis, RCSD, Social Sciences Faculty, Chiang Mai University.
- Lave, Jean and Etienne Wenger 1991 *situated learning; legitimate peripheral Participation*. Cambridge; Cambridge University Press
- Linge, G. (1997) The HIV/AIDS epidemic in a changing region. In G. Linge and D. Porter (eds) *No Place for Borders* (Sydney: Allen and Unwin), pp. 50-66.
- Lintner, Bertil 2008 Laos at the Crossroads in *Southeast Asian Affairs*: 171-183
- Lyttleton C. 2005. Summary of Evaluations of NORAD Financed Projects: Evaluation of HIV/AIDS Program, Norwegian Church Aid, Lao PDR. Norwegian Church Aid.
- Lyttleton C. 2007. AIDS and Civil Belonging: Converging Currents in Thailand and Laos. Maj-Lis Follér and Håkan Thörn (eds.) *The Politics of AIDS Globalization, the State and Civil Society*. Palgrave Macmillan
- Lyttleton C., Beesey A and M. Sitthihriengkrai. 2007 Expanding community through ARV.provision in Thailand. *AIDS Care*, 19 (Supplement 1): pp.44-53.
- Martinez, Oscar J. 1994 *Border People: Life and Society in the U.S.-Mexico Borderlands*. USA: The Arizona Board of Regents.
- Mahler, Sarah 1995. *American Dreaming: Immigrant Life on the Margins*. Princeton, NJ: Princeton University Press.
- Ministry of Health National Committee for the Control of AIDS Bureau. 2004. Report on Mid Term Review in the Implementation of HIV/AIDS/STI for 2002-2005. Vientiane, Supported for the printing by TRUST/WHO.
- MSF. 2000. Improving Access to Essential Medicines in East Africa: Patents and Prices in a Global Economy, Report on the East African Access to Essential Medicines Conference Organised by Medecins Sans Frontières (MSF) and Health Action International (HAI), Nairobi, 15-16 June 2000.

National Committee for the Control of AIDS. 2007 National Strategy and Action Plan on HIV/AIDS/STI 2006-2010. Lao People's Democratic Republic Peace Independence Democracy Unity Prosperity.

Nattrass N. 2008. The (political) economics of antiretroviral treatment in developing countries. *Trends in Microbiology*, Vol.16 No.12: 574-579.

Niwat Suwanphatthana, Kanjana Thalaengkit and Waraluk Kapha 2008 *From people of Number Zero to a Leader in People's sector*. Chiangmai: Plan Printing.

Oppenheimer E, Bunnag M and Stern A 1998 HIV/AIDS and cross-border migration: A rapid assessment of migrant population along the Thai-Burma border region, Asian Research center for migration, institute of Asian Studies, Chulalongkorn University.

Parsonage, James 1997 Trans-State Developments in South-East Asia: Subregional Growth Zone. In Rodan, Garry et al (eds.). *The Political Economy of South-East Asia: An Introduction*, : 248-283

Pasongsith, B.C., P. Blanche, K. Phouvang et al. 1994. "HIV Infection in Lao Republic", 10th International Conference on AIDS, Yokohama.

Porter, D. (1997) A plague on the borders. In L. Manderson and M. Jolly (eds) *Sites of Desire- Economies of Pleasure* (Chicago: Chicago University Press), pp. 212-232.

Quayson, Valentina 2005 Social Suffering and Embodied States of Male Transnational Migrancy in San Francisco, California, in *Identities: Global Studies in Culture and Power*, 12:335–362

Rigg, Jonathan 1997 *Southeast Asia: the Human Landscape of Modernization and Development*. London: Routledge

Santana P. 2002 Poverty, Social Exclusion and Health in Portugal. *Soc.Sci. Med.* 55:33-45 UNAIDS 2002 "Report on the global HIV/AIDS epidemic 2002" Joint United Nations Program on HIV/AIDS.

Scheper-Hughes, Nancy 1993 *Death without Weeping: The Violence of Everyday Life in Brazil*. Berkeley: University of California Press. (Second edition, paperback).

Suwannarat, Gary. 2002 equity and AIDS, in Presentation at Asia Pacific Social Science and Anthropology meeting. Kunming.

Thongchai Winichakul. 1994. *Mapping Siam: A History of the Geo-Body of a Nation*. Honolulu: University of Hawaii Press.

UNDP. 2000 Building an Alliance with Transport Sector in HIV Vulnerability Reduction. United Nations Development Programme South East Asia HIV and Development Project.

UNSCAP. 2007 Health without Borders: Improving health and reducing HIV/AIDS vulnerability among long-distance road transport workers through a multi-sectoral approach. United Nations Publication.

UNAIDS .2002. "Report on the Global HIV/AIDS Epidemic 2002", UNAIDS, Geneva, p.105.

USAID 2003 HIV/AIDS in the Mekong Region; Cambodia, Laos PDR, Thailand and Vietnam. Bureau for Asia and the Near East U.S. Agency for International Development

Van Gennup, Arnold. 1960 *The Rite of Passage*. Translated by M.B. Vizedom and G.L.Caffee. Chicago: University of Chicago Press.

Wilkinson, Iain 2004 The Problem of 'Social Suffering': The Challenge to Social Science in Toni Schofield, Fran Collyer (eds.) *Symposium on Rural Health: Patients & Practitioners* Vol. 13/2

Wilkinson, Iain. 2005 *Suffering: A Sociological Introduction* (Cambridge: Polity Press).

Wolffers. 2000. Policy and Practice. Biomedical and development paradigms in AIDS prevention. Bulletin of the World Health Organization, 78(2).

เอกสารอ้างอิงจากเว็บไซต์

สำนักข่าวกรองแห่งชาติ ลาวเรียกร้องให้ WHO รับรองไทยเป็นผู้ผลิตยาต้านไวรัสเอดส์ ข่าวต่างประเทศ, วันจันทร์ที่ 20 พ.ศ. 2552 ค้นจาก www.nia.go.th/nia/content/showsubdetail.asp?fdcode...ifmid...

สมศักดิ์ สุภวิทย์กุล, สมทอง ศรีสุทธีวงศ์, สวรินทร์ สีนสมบูรณ์ทอง และบงกช สุภวิทย์กุล 2542 ความร่วมมือแก้ปัญหาโรคเอดส์ของจังหวัดเชียงรายกับประเทศในอนุภูมิภาคโดยการสนับสนุนขององค์การบรรเทาทุกข์แห่งคริสตจักรนอร์เวย์ (บทคัดย่อ). ค้นเมื่อวันที่ 26 พฤศจิกายน 2552 จาก [www'AIDSThai.org](http://www.AIDSThai.org)

Phoutsavath P, Supawitkul S, Srisudthiwong S and Jenssen M. 2000. The fight for HIV/AIDS in Bokeo Province, Laos PDR: the differences of a resource-limited setting, situation, and hope to the HIV epicenter of Thailand. *Int Conf AIDS*.2000 Jul 9-14; 13: abstract no.TuPeE3899. จากwww.gateway.nlm.nih.gov/MeetingAbstracts/102240005.html