

## บทที่ 2

### ยุทธศาสตร์เชิงสังคมระดับมหภาคในการจัดการปัญหาเอดส์

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

การศึกษายุทธศาสตร์เชิงสังคมระดับมหภาคในการจัดการปัญหาเอดส์ในบทนี้ จะเป็นการศึกษาในเชิงประวัติศาสตร์เพื่อให้เห็นภาพรวมของวิกฤตการณ์ที่เกิดขึ้น การปะทะช่วงชิงการนิยามความหมาย และความจำเป็นในการประสานประโยชน์ร่วมกันเพื่อสร้างภาพลักษณ์ในระดับประเทศ

#### 2.1 มุมมองของสาธารณะที่มีต่อปัญหาเอดส์ในช่วงการแพร่ระบาดระยะแรก (พ.ศ.2527-2533)

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

สถานการณ์เป็นเช่นนี้เรื่อยมา จนมาถึงในช่วงเวลาปลายทศวรรษ 2520 แม้ว่าจะมีคนชายขอบของสังคมกลุ่มต่าง ๆ ที่มีวิถีชีวิตเอื้อต่อการมีความสัมพันธ์ทางเพศอย่างหลากหลาย และปราศจากความผูกพันในระยะยาว อาทิ ชายรักร่วมเพศ ผู้ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ซึ่งเป็นที่แน่นอนว่า ทั้งหญิงและชายกลุ่มหลังนี้ ไม่ได้มีพฤติกรรมร่วมกันเพียงการใช้เข็มฉีดยา การมีเพศสัมพันธ์เพียงชั่วคราวชั่วคราวในชุมชนของผู้ที่สมัครใจใช้ยาเสพติดเพื่อให้ลืมเลือนโลกแห่งความจริงที่เจ็บปวดนั้น ย่อมเป็นเรื่องปกติธรรมดาด้วยเช่นเดียวกัน นิยามความหมายของ เอดส์ในยุคนั้น จึงเป็นโรคของคนชายขอบที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากวิถีชีวิตของคนปกติธรรมดา ซึ่งมีนัยของการนำเอากฎเกณฑ์ทางศีลธรรมที่คนส่วนใหญ่ยึดเป็นบรรทัดฐานเข้ามาทำการตัดสิน ความเข้าใจในโรคเอดส์อย่างแท้จริงในช่วงเวลานั้น จึงไม่อาจซึมแทรกเข้าไปในการรับรู้ของคนส่วนใหญ่ในสังคมได้ด้วยเทคนิควิทยาแห่งการปกปิดข้อมูลข่าวสารของรัฐจากเหตุผลที่ได้กล่าวมาแล้วข้างต้น

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

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

ไทยและเชื่อว่า เอดส์เป็นโรคของชาวต่างชาติ ผู้ติดเชื้อที่เป็นชายรักร่วมเพศและผู้ติดยาเสพติดนั้น ได้รับการแพร่เชื้อจากชาวต่างชาติ เอดส์จึงไม่ใช่โรคของคนไทย (เขาวรัตน์, อ้างแล้ว : 10)

แม้โดยหลักการที่คนในสังคมได้รับรู้ร่วมกันเป็นเช่นนั้น แต่ในทางปฏิบัติกลับมีรายละเอียดที่แตกต่าง เมื่อกระทรวงสาธารณสุขนำเจ้าหน้าที่มาตรวจหาการติดเชื้อเอดส์เข้ามาใช้ในประเทศไทยในช่วงปี พ.ศ.2528 นักวิจัยหลายกลุ่มได้เริ่มศึกษาอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคเอดส์ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง อาทิ ชายและหญิงขายบริการทางเพศ และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดทั้งในกรุงเทพฯ และปริมณฑล จนถึงปี พ.ศ.2530 กระทรวงสาธารณสุขได้ตัดสินใจใช้กลยุทธ์เชิงรุกในการค้นหาผู้ติดเชื้อ (วิพุธ และคณะ, 2542 : 51) โดยจัดให้มีการสุ่มตรวจการติดเชื้อโรคเอดส์ในคลินิกรักษาผู้ติดยาเสพติด และกลุ่มชายรักร่วมเพศ ปฏิบัติการเช่นนี้ได้ก่อให้เกิดผลการรายงานอัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดสูงกว่าประชากรทั่วไปค่อนข้างมาก การเลือกสรรผู้ที่เข้ารับการตรวจเลือดด้วยอคติแอบแฝงเช่นนี้เอง ทำให้เกิดความขัดแย้งกันระหว่างหน่วยงานรัฐกับองค์กรพัฒนาเอกชน<sup>1</sup> เนื่องจากไม่มั่นใจในข้อมูลที่มีอยู่ รวมทั้งยังทำให้คนบางส่วนคิดว่า กลุ่มผู้ติดยาเสพติด และชายรักร่วมเพศเท่านั้นที่ติดโรคเอดส์

กระนั้นก็ตาม การทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนในช่วงต้นทศวรรษ 2530 มีทั้งรูปแบบของการปะทะ และการประสานกับองค์กรรัฐไปพร้อม ๆ กัน เพียงแต่การประสานยังไม่เกิดขึ้นอย่างเป็นจริงเป็นจังมากนัก นอกจากกรณีที่เกิดขึ้นกับกลุ่มช่วยเหลือตัวเองที่มีที่มาจากหน่วยงานของรัฐ นั่นคือ กองกามโรค กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งคลินิกสุขภาพชายที่พัฒนพงษ์เพื่อให้บริการตรวจแนะนำ และให้คำปรึกษาแก่กลุ่มชายรักร่วมเพศ จนเป็นผลให้ชายกลุ่มนี้จัดกลุ่มขึ้นมาเพื่อให้ความรู้แก่พวกเดียวกันชื่อว่า *กลุ่มเส้นสีขาว* นับว่า เป็นกลุ่มช่วยเหลือตัวเองกลุ่มแรกที่เกิดขึ้นในประเทศ ดำเนินกิจกรรมเพื่อลดอัตราการติดเชื้อในคนกลุ่มนี้ลงได้ในเวลา 2-3 ปีต่อมา (เขาวรัตน์ และคณะ, 2538 : 12)

นอกเหนือจากนี้ องค์กรพัฒนาเอกชนรุ่นแรก ๆ ที่ก้าวเข้ามาทำงานด้านเอดส์ โดยมากผ่านประสบการณ์จากการทำงานด้านการพัฒนาด้านอื่นๆ มาก่อน อาทิ สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน (PDA) เริ่มก้าวเข้ามาทำงานด้านเอดส์ในปี พ.ศ.2530 โดยในช่วงเวลานั้น เอดส์ยังแพร่ระบาดในหมู่หญิงขายบริการทางเพศในกรุงเทพฯ และพัทยา ซึ่ง PDA ทำงานกับคนกลุ่มนี้ในแง่ของการให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว (family planning) และการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STD prevention education programs) โดยทำโครงการวิจัยแบบมีส่วนร่วมเพื่อวัด

□

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

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

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

จากที่ได้กล่าวถึงบทบาทขององค์กรพัฒนาเอกชนในช่วงต้น ๆ การปะทะกับรัฐเป็นการปะทะกันในเรื่องความคิด และการวิพากษ์วิจารณ์กันอยู่ในที่ มากกว่าที่จะเห็นเด่นชัดว่า ทั้งสองฝ่ายมีแนวทางที่แตกต่างกันอย่างแท้จริง กล่าวได้ว่า ระยะเวลาของการทำงานด้านเอดส์ของรัฐและองค์กรพัฒนาเอกชนแตกต่างกันเพียงในรายละเอียด เมื่อบุคลากรขององค์กรพัฒนาเอกชนทำงานในด้านลึกเกาะติดความเป็นจริงในภาคสนามมากกว่า ในคนกลุ่มเดียวกันหรือใกล้เคียงกับที่รัฐได้แปะป้ายนิยามว่า พวกเขาเป็นกลุ่มเสี่ยง แต่เมื่อองค์กรพัฒนาเอกชนทำงานไปได้สักระยะหนึ่ง กลับพบความจริงที่ว่า ประชากรที่เป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีกลับขยายกว้างมากขึ้นกว่าที่กระทรวงสาธารณสุขได้ให้นิยามไว้ในระยะแรก ๆ อาทิ เมื่อรัฐมุ่งแต่เจาะเลือดหาคนเสพยาเสพติดว่า เป็นกลุ่มเสี่ยง ปรากฏการณ์จริงในสนามหรือคลินิกสุขภาพวางแผนครอบครัว กลับพบการติดเชื้อระหว่างกันของคนสองกลุ่มคือ ชายนักเที่ยวและหญิงโสเภณีทางตรง ซึ่งในหมู่คนทำงานที่มีประสบการณ์ย่อมคาดการณ์ได้ล่วงหน้าว่า หญิงแม่บ้านผู้ใช้ชีวิตปกติ ไม่มีความเสี่ยงตามการให้นิยามความหมายของกระทรวงสาธารณสุข ย่อมกลายเป็นกลุ่มคนกลุ่มต่อไปที่ต้องตกเป็นเหยื่อ เช่นเดียวกับซึ่งเคยเกิดมาแล้วในกรณีของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีมาก่อนหน้านี้ หรือกลุ่มชายนักเที่ยว ย่อมที่จะต้องนับรวมนักเรียนนักศึกษาชายวัยเริ่มแสวงหาความสุขจากเพศสัมพันธ์เข้าไว้ด้วยเช่นเดียวกัน ความคิดที่ว่า เอดส์เป็นโรคที่อาจเกิดกับใครก็ได้ ไม่เฉพาะแต่กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเท่านั้นจึงได้เริ่มเกิดขึ้น

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

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

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

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

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

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

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

## 2.2 แนวคิดในการตั้งรับกับสถานการณ์เอดส์ในช่วงที่สอง (2534-2539)

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

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

นอกจากนี้ นายมีชัย วีระไวทยะ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีในรัฐบาลอานันท์ ยังได้รับความไว้วางใจจากรัฐบาลให้ทำหน้าที่กำกับดูแลการประสานนโยบายและแผนงานด้านเอดส์อีกด้วย (วรรณภา, 2541 : 213-214) โดยจัดตั้งสำนักงานประสานนโยบายและแผนงานเอดส์ขึ้นที่สำนักปลัดนายกรัฐมนตรี พร้อมทั้งแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขึ้น 8 คณะ เพื่อทำงานด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการพิจารณานโยบาย ด้านการประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์ พิจารณาร่างพระราชบัญญัติโรคเอดส์ การป้องกันและบำบัดรักษาโรคเอดส์ ด้านวิชาการโรคเอดส์ รณรงค์สตรีต้านภัยเอดส์ การคุ้มครองสิทธิของประชาชนเกี่ยวกับโรคเอดส์ และความร่วมมือภาครัฐและเอกชนในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ถือเป็นครั้งแรกที่รัฐบาลยอมรับว่า ปัญหาเอดส์ เป็นเรื่องที่ต้องแก้ไขอย่างเร่งด่วน และเร่งรัดให้หน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมมือกันรณรงค์ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนเพื่อให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมรวมทั้งให้มีการจัดการดูแล และรักษาผู้ป่วยเอดส์อย่างเหมาะสม

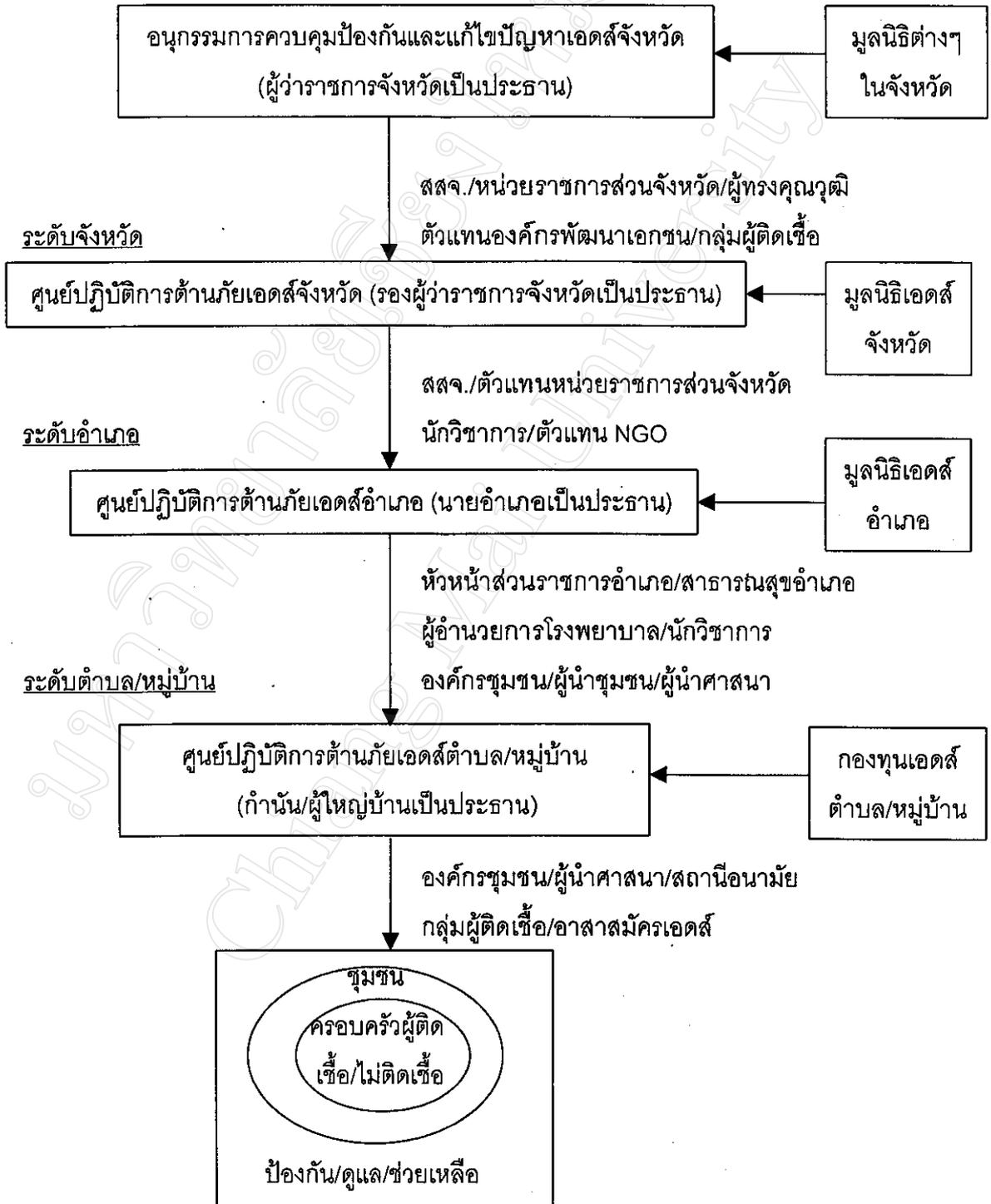
ผ่านพ้นจากช่วงเวลาการบริหารประเทศของนายอานันท์ ปันยารชุน เมื่อปลายปี พ.ศ. 2535 นายชวน หลีกภัย ได้ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีเป็นคนต่อมา สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบนในช่วงเวลานี้ พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้น

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

กลไกการแก้ไขปัญหาเอดส์ในส่วนของจังหวัด ได้จำลองรูปแบบการทำงานของ สอนบ. มาไว้ที่แต่ละจังหวัดในรูปของ ศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์จังหวัด (ศจ.) โดยระดมหน่วยงานราชการส่วนจังหวัดทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งตัวแทนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (ยิ่งยง และคณะ, 2542 : 24) โดยมีหน่วยงานหลักทางสาธารณสุข การศึกษา พัฒนาชุมชน ประชาสงเคราะห์ เกษตร ฯลฯ ส่งบุคลากรมาร่วมดำเนินงานของ ศจ. รวมทั้งได้ต่อเติมกลไกที่จะปฏิบัติการในพื้นที่ผ่านศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์อำเภอ (ศจอ.) และบางอำเภอยังต่อเติมลงไปถึงชุมชนผ่านศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์ตำบล (ศจต.) ซึ่งทั้ง 6 จังหวัดในพื้นที่ปฏิบัติการของ สอนบ. จะมีโครงสร้างและองค์ประกอบที่คล้ายคลึงกัน

โดยแง่มุมของฝ่ายปฏิบัติการ น.พ.ชวลิต นาถประทาน ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน (สอนบ.) กล่าวถึง กรณีการก่อตั้ง สอนบ. ว่า มีนัยถึงการร่วมประสานงานระหว่างภาครัฐและองค์กรเอกชนอย่างมีรูปธรรมให้เห็นชัดเจนมากที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับกรณีอื่นไหวเพื่อแก้ไขปัญหาสังคมอื่น ๆ ที่เคยมีมาในประเทศไทย

แผนภูมิ 2.1 แสดงโครงสร้างและองค์ประกอบของศูนย์ปฏิบัติการด้านภัยเอดส์  
จังหวัด/อำเภอ/ตำบล



ที่มา: ยิ่งยง เทาประเสริฐและคณะ. บทเรียนและประสบการณ์การแก้ไขปัญหเอดส์ของภาคเหนือตอนบน.  
เชียงใหม่: ศูนย์วิจัยและพัฒนาแพทย์พื้นบ้าน สถาบันราชภัฏเชียงใหม่, 2542.

สาเหตุประการสำคัญที่ก่อให้เกิดความร่วมมือคือ การเข้ามาให้งบประมาณสนับสนุนของโครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ หรือที่รู้จักกันในนามของ NAPAC เนื่องจากมีงบประมาณเป็นสิ่งดึงดูดในช่วงแรก<sup>2</sup> ทำให้องค์กรพัฒนาเอกชนจำนวนหนึ่งในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน ซึ่งมีความเชี่ยวชาญด้านอื่น ๆ อาทิ การส่งเสริมอาชีพ การจัดตั้งกลุ่มในหมู่บ้าน เกษตรกรรมชาติ หรือการจัดการทรัพยากร พร้อมใจกันหันเหทิศทางขององค์กรมาทำงานเอดส์เป็นด้านหลัก

ภาพของการประสานงานในช่วงแรก ๆ คือ ประมาณปี พ.ศ.2537 เกิดจากความจำเป็นในการแบ่งปันงบประมาณ โดยที่ภาครัฐมีแนวคิดในการประสานงาน สนับสนุน และพัฒนาองค์กรพัฒนาเอกชน จึงมีการพบปะและประชุมร่วมกัน เพื่อปรับแนวคิดแนวทางร่วมกัน เนื่องจากองค์กรพัฒนาเอกชนมีธรรมชาติของอิสระในความคิด และการปฏิบัติงาน ส่วนภาครัฐนั้นมีจุดหมายแฝงเร้นประการหนึ่ง คือ ต้องการทำงานร่วมกับองค์กรเอกชนอย่างใกล้ชิดตั้งแต่เริ่มแรก เพื่อที่จะได้มีส่วนกำหนดแนวทางเพราะ ไม่ต้องการให้องค์กรพัฒนาเอกชนทำงานในรูปแบบของการเคลื่อนไหวต่อต้าน แต่ให้ใช้การประนีประนอมในการทำงานร่วมกัน ดังนั้นการก่อตั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อ จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่ลงตัวในระดับหนึ่ง เพราะเป็นการตั้งกลุ่มช่วยเหลือ ประคับประคองซึ่งกันและกันในหมู่เพื่อนสมาชิก โดยปรากฏการณ์การเกิดกลุ่มธรรมชาติกรณีศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ที่ จะได้กล่าวถึงในตอนต่อไป การพบกันทุกพฤหัสบดี ในนามกลุ่มพหุศาสตร์สัมพันธ์ สถานีกาชาดที่ 3 จังหวัดเชียงใหม่ หรือการพบปะกันของผู้ติดเชื้อที่เข้ามาใช้บริการในเอ็งเื่องฝั่งคลินิก ที่ได้รับการสนับสนุนจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อเขต 10 ในระยะแรก

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

□

<sup>2</sup> จากการสัมภาษณ์ นพ. ชวลิต นาทประทาน ผู้อำนวยการศูนย์ประสานงานด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน (คอนบ.) เมื่อวันที่ 25 กุมภาพันธ์ 2542

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

ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และคณะ (2540) วิเคราะห์ผลด้านบวกของการมี ศอนบ.ขึ้นมาทำหน้าที่ดูแลจัดการเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ของภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัดได้อย่างทันทั่วทั้งที่ว่า เนื่องจากมีการประชุมกันบ่อยครั้งและต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่มีการตั้งคณะกรรมการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบนขึ้นมาเมื่อปี พ.ศ.2537 เป็นต้นมา ทำให้ผลการดำเนินงานและการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของภาคเหนือตอนบนเป็นไปอย่างน่าพึงพอใจในระดับหนึ่ง ไม่ว่าจะเป็นการสร้างเครือข่ายการดูแล การสร้างเครือข่ายประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ต่าง ๆ หรือการสร้างอาสาสมัครในชุมชน สาเหตุที่การดำเนินงานค่อนข้างประสบผลสำเร็จอย่างเห็นได้ชัดเจนนี้นั้นเป็นเพราะ การประสานความร่วมมืออย่างจริงจังของทุกฝ่าย การบริหารงานและการติดต่อสื่อสารกันเป็นไปอย่างง่ายดายไม่ซับซ้อน เท่ากับการบริหารงานของคณะกรรมการใหญ่ในระดับชาติ คือ เป็นการประสานกันแบบไม่เป็นทางการผสมผสานกันกับแบบที่เป็นทางการ ตรงกับรูปแบบของสังคมไทย ทำให้เมื่อมีปัญหาโรคเอดส์ขึ้น จึงมีการรวมตัวกันของทุก ๆ ฝ่ายในการที่จะหาทางช่วยเหลือและป้องกันปัญหา ไม่ว่าจะเป็นในส่วนของราชการ เอกชน ชุมชน และสังคมต่าง ๆ

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

แม้จะเปิดโอกาสให้ฝ่ายต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วม แต่ก็เป็นการมีส่วนร่วมอย่างหลวม ๆ ไม่มีใครสิ่งใครได้อย่างชัดเจน ไม่มีผู้จัดการที่แท้จริง รวมทั้งไม่มีผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน จึงเกิดความสับสนในทางปฏิบัติ บางพื้นที่ในระดับอำเภอหรือตำบล ถึงกับเก็บงบประมาณไว้ ไม่กล้าทำอะไร ทำไปก็กลัวจะผิดเพราะขาดความชัดเจน

ในส่วนขององค์กรพัฒนาเอกชน หลังจากปี พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา เมื่อมีความจำเป็นต้องประสานงานกับรัฐเพื่อแบ่งปันงบประมาณในการทำงาน ยุทธศาสตร์ก้าวต่อไป หรือถือเป็นก้าวแรกของกระบวนการสร้างอัตลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ การสนับสนุนผู้ติดเชื้อให้ออกมาเปิดเผยตนเองต่อครอบครัว สังคมทั่วไป และชุมชนที่อาศัยอยู่ในลำดับต่อมา โดยบุคลากรจากองค์กรพัฒนาเอกชน(NGO) มีบทบาทอย่างมากในการสนับสนุนด้านกำลังใจ โดยเริ่มจากการให้คำปรึกษารายบุคคล (counseling) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อกล้าบอกความลับแก่ผู้ที่ยังไม่ไว้วางใจที่สุดในลำดับแรก และเมื่อผ่านช่วงเวลาในการค้นหาตำแหน่งแห่งที่ของตนเองในสถานภาพผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นสถานภาพใหม่ที่ไม่ได้เตรียมตัวเตรียมใจมาก่อนระยะหนึ่งแล้ว ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งสามารถก้าวออกมาเล่าเรื่องราวชีวิตของตนเองสู่สาธารณชน นั่นคือ การก้าวออกมาจากปริมณฑลส่วนตัว (private sphere) สู่ปริมณฑลสาธารณะ (public sphere)

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

ในบริบทของภาคเหนือตอนบน ช่วงปี พ.ศ.2536-2537 กลุ่มพันธกิจเอดส์ สภาคริสตจักรในประเทศไทย ได้นำผู้ติดเชื้อจากจังหวัดเชียงใหม่จำนวนหนึ่งผ่านการให้คำปรึกษา และพร้อมที่จะเปิดเผยตัวสู่สาธารณชนไปเปิดเผยตัวและเที่ยวพักผ่อนที่จังหวัดเชียงราย<sup>3</sup> ก่อนที่ผู้ติด

□ \_\_\_\_\_

<sup>3</sup> จากการสัมภาษณ์ ศจ.สนั่น วุฒิ กุมภาพันธุ์ 2542

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

โดยผ่านเรื่องเล่าที่ผู้ติดเชื้อในฐานะผู้ด้อยอำนาจทางสังคม ได้นิยามความหมายของโรค ความเจ็บป่วย และศีลธรรมขึ้นมาใหม่ เพื่อจัดการกับชีวิตและความเป็นไปของโลกที่เห็นว่าการควบคุมหรือจัดการไม่ได้ การศึกษาเรื่องเล่าจึงเป็นการศึกษาประสบการณ์ทั้งความเจ็บป่วยและการถูกแบ่งแยกกีดกันจากครอบครัว/ชุมชน มีนัยยะถึงการมองประสบการณ์ในความหมายของความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล (Good, 1997 : 116) โดยอาศัยเรื่องเล่าเป็นภาพสะท้อน เพื่อให้ความหมายใหม่อีกครั้งกับประสบการณ์ความเจ็บป่วย และสิ่งที่ผู้คนในสังคมปฏิบัติต่อพวกเขานั้นคือ การบอกกล่าวให้สาธารณชนรับรู้ว่า การติดเชื้อเอชไอวีไม่ใช่ประเด็นปัญหาในทางศีลธรรมเนื่องจากพฤติกรรมอันนำมาซึ่งการติดเชื้อของพวกเขา ไม่แตกต่างไปจากพฤติกรรมทางเพศของชายไทยคนอื่น หรือในกรณีของหญิงแม่บ้านที่ติดเชื้อจากสามี พวกเธอก็ไม่ได้ประพฤติผิดศีลธรรมใด ๆ เลย เพราะ ไม่มีพฤติกรรมล่าส่อนทางเพศอย่างที่คุณคนในสังคมคาดคิดกัน พร้อม ๆ กับได้ย้อนมาตั้งคำถามตีความ "ศีลธรรม" ในแนวทางใหม่ว่า การแสดงความรังเกียจแบ่งแยกกีดกันที่คนอื่นกระทำต่อพวกเขาและเธอต่างหากที่ควรจะต้องตั้งคำถามในเชิงศีลธรรมมากกว่า (ดูรายละเอียดจาก Chayan Vaddhanaphuti and Sasitorn Chaiprasitti, 1998 )

เรื่องราวที่บอกเล่าต่อสาธารณชนคือ ชีวิตก่อนและหลังจากการติดเชื้อเอชไอวีใหม่ ๆ ที่พวกเขาและเธอต้องให้ความอดทนอย่างสูง ซึ่งถือว่า เป็นคุณธรรมอย่างหนึ่ง ต่อสู้ชีวิตมาอย่างไรถึงมีวันนี้ วันที่ได้ขึ้นเวทีสาธารณะอย่างองอาจ นอกจากการเล่าเรื่องจะเป็นการเยียวยาตนเองตามที่ได้กล่าวมาข้างต้น ด้านหนึ่งยังเป็นการยืนยันว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ใช่ผู้ป่วยที่มีรูปลักษณ์น่าขยะแขยง เช่นเดียวกับที่สื่อต่าง ๆ ได้สร้างภาพลักษณ์ไว้เสมอไป ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ใช่ผู้ป่วยหลายคนมีชีวิตร่วมอยู่กับเชื้อเอชไอวีในร่างกายได้ยาวนานหลายปี บางคนยังมีสุขภาพดี ชั่วบั้นปลายสมบูรณ์ พร้อมทั้งจะทำงานและทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวันได้เหมือนคนปกติ

หลังจากได้นำผู้ติดเชื้อไปแสดงตัวตนในเวทีสาธารณะบ่อยครั้ง ยุทธศาสตร์ต่อไปที่แกนนำองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ใช้ในเชิงรุก คือ การเขียนเรื่องเล่าชีวประวัติของผู้ติดเชื้อออกมาในรูปแบบหนังสือ (ดู เสรี พงศ์พิศ 2538, ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ/ก.ข/ 2536) หรือการ

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

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

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

จากนั้นมา ผู้ติดเชื้อเริ่มเปิดตัวและมีการรวมกลุ่มกันมากขึ้น เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดในพื้นที่อย่างรุนแรง บางชุมชนมีผู้ติดเชื้อถึง 10% ของประชากร ทำให้ปัญหาเอดส์กลายเป็นส่วนหนึ่งของวิถีชีวิตปกติ โดยมีเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย

ประจำตำบล และองค์กรพัฒนาเอกชนสนับสนุน โดยทำหน้าที่เป็นที่เลี้ยง ที่ปรึกษาของกลุ่มผู้ติดเชื้อ ให้มีบทบาทเป็นที่ยอมรับของชุมชนมากขึ้น ตั้งแต่ในระดับชุมชน จนถึงระดับประเทศและระดับสากล มีการจัดกิจกรรมเพื่อประโยชน์ของสมาชิก เช่น การฝึกสมาธิ การทำอาชีพเสริม การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร การดูแลรักษาสุขภาพของตัวเอง การเป็นอาสาสมัครเยี่ยมบ้านผู้ป่วย รวมทั้งมีบทบาทในการกำหนดนโยบายการทำงานด้านเอดส์ โดยการเป็นคณะทำงานร่วมกับองค์กรภาครัฐและเอกชนในการดำเนินงานต่างๆ ตั้งแต่ในระดับเขต จังหวัด และในชุมชน (ยิ่งยง และคณะ, อ้างแล้ว: 55) .

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

ต่างจาก กลุ่มที่เกิดขึ้นในปี พ.ศ.2537-2539 กลุ่มอยู่ในฐานะ “ที่ยืน” ในสังคม หรือเป็นสถานที่ที่ผู้ติดเชื้อสามารถที่จะพูดคุยหรือทำกิจกรรมใด ๆ อย่างมั่นใจ ไม่ต้องหลบ ๆ ซ่อน ๆ เมื่อไปที่กลุ่มก็จะมีเพื่อนที่ประสบปัญหาเดียวกัน มีผู้ที่คอยรับฟังปัญหาที่คับข้องใจ และคอยปลอบโยนให้คลายกังวล นอกจากนั้น ยังเป็นแหล่งทรัพยากรที่จะให้ความช่วยเหลือได้ ถ้าเป็นสมาชิกของกลุ่ม อาทิ ความช่วยเหลือจากรัฐ/เอกชน แหล่งเงินกู้ยืมประกอบอาชีพ ฯลฯ (ธวัช และคณะ, : 19-20)

กลุ่มที่เกิดขึ้นหลังจากนั้น มีนิยามความหมายที่แตกต่างไปจากสองยุคแรก เพราะการมีกลุ่มสถาปนาตัวเองอยู่ในชุมชน ในขณะที่ปัญหาของการแบ่งแยกก็ติดกัน ในชุมชนได้ลดน้อยลงไปในนั้นมีค่าเท่ากับ การที่กลุ่มเป็นแหล่งสนับสนุนทรัพยากรให้แก่สมาชิก ไม่ว่าจะเป็นเงินประชาสงเคราะห์ ทุนส่งเสริมอาชีพ หรือค่าเล่าเรียนของลูกผู้ติดเชื้อผู้รับผลกระทบจากเอดส์ แต่ความเป็นจริงอีกด้านหนึ่งเมื่อเศรษฐกิจของประเทศทรุดตัวลง อย่างไม่มีใครคาดการณ์มาก่อน ทิศทางของการจัดการและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงทศวรรษ 2540 นั้นจะเป็นไปในทิศทางใด จะได้กล่าวถึงในช่วงต่อไป

### 2.3 บริบทของสถานการณ์เอดส์ในภาคเหนือตอนบน แนวคิดกลับสู่ชุมชน โดยการประสานกับ อบต. (2540-2544)

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

ศอนบ. ได้อ้างอิงความสำเร็จจากการทุ่มเทงบประมาณพิเศษสนับสนุนเป็นวงเงินค่อนข้างสูงนี้ว่า ในปี พ.ศ. 2538-2540 ได้งบประมาณสนับสนุนกว่า 50 ล้านบาทต่อปี และในปี พ.ศ. 2541 เหลือ 25 ล้านบาทต่อปี แต่เมื่อคิดคำนวณราคาต่อหัวประชากรที่มีประมาณ 4.5 ล้านคนแล้ว ค่าใช้จ่ายของงานในชุมชนนี้จะเป็นเพียง 10 บาทต่อคนต่อปีเท่านั้น<sup>4</sup> ผลที่ได้รับคือ การรังเกียจผู้ติดเชื้อหายไป พบการอยู่ร่วมกัน ทำงานร่วมกัน ตลอดจนการเอื้ออาทรซึ่งกันและกันแต่เด็กผู้ติดเชื้อและเด็กที่เคยได้รับผลกระทบของสังคม ที่ไม่สามารถดำรงตนอยู่ในสังคมนั้น ก็สามารถกลับมาอยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข ทั้งยังได้ให้ความเอื้อเฟื้อแก่เด็กที่ได้รับผลกระทบจากพื้นที่อื่นด้วย และประสบความสำเร็จ 5 ปีของ ศอนบ. ยังเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ที่สำคัญที่ทำให้แผนเอดส์แห่งชาติ ตามแผนพัฒนาฉบับที่ 8 (2540-2544) ได้กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญ 8 ข้อ โดยมีข้อที่ 1 ที่สำคัญที่สุดคือ การพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว และชุมชน และอีกหลาย ๆ ข้อ เช่น การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เหมาะสมทางสังคม การบริการดูแลช่วยเหลือทางสังคม ล้วนแล้วแต่ปรากฏในกิจกรรมตามแผนงานโครงการเร่งรัดของ ศอนบ. มาก่อนทั้งสิ้น

การเกิดขึ้นและดำรงอยู่ของ ศอนบ. คงไม่อาจปฏิเสธปัจจัยด้านงบประมาณอันเป็นที่มาของความสำเร็จที่เกิดจากภาพความร่วมมือของภาครัฐ และองค์กรทางสังคมอื่น ๆ ด้านหนึ่ง

□ \_\_\_\_\_

<sup>4</sup> สำนักงานเลขานุการศูนย์อำนวยการต้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน(ศอนบ.) "ประสบความสำเร็จ 5 ปี ของศูนย์อำนวยการต้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน กับการบริหารจัดการ" การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7 กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

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

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

สำราญ ทะกัน ประธานศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ สรุปถึงทิศทางการทำงานเอดส์ที่ผ่านมา โดยยอมรับว่า ภายใต้อำนาจที่หลายฝ่ายสรุปกันมา ยังมีภาพลวงตาเคลือบแฝงอยู่ นั่นคือ ปัญหาของการหว่านงบประมาณ เรื่องของการทุจริตในหมู่ผู้ที่อาสาทำงาน โดยมีรูปธรรมของการไม่ใช้เงินที่ได้รับมาตามวัตถุประสงค์<sup>5</sup> ซึ่งในหมู่องค์กรของผู้ติดเชื้อได้มีการสรุปบทเรียน และตั้งกรอบของการทำงาน โดยเปลี่ยนจากแต่เดิมที่มอบให้ทางศูนย์ประสานงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน เป็นผู้ประสานการจัดกิจกรรมและพิจารณาแบ่งปันงบประมาณที่ได้รับมาเป็นรายปีจากกระทรวงสาธารณสุข แต่ในปี พ.ศ.2543 นี้ ตกกลงกันว่า จะมีการกระจายอำนาจให้เครือข่ายอำเภอบริหารจัดการกันเอง ซึ่งในกรณีของจังหวัดเชียงใหม่และเชียงรายได้แบ่งพื้นที่เป็นโซนอย่างชัดเจน เนื่องจากพื้นที่กว้างใหญ่ ส่วนในลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน และพะเยา มีลักษณะเป็นเครือข่ายอำเภอ

□ \_\_\_\_\_

<sup>5</sup> สัมภาษณ์ สำราญ ทะกัน เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2543

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

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

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

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

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

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

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

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

4. ยุคคืนดี ผู้ติดเชื้อสามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ มีที่ยืนของตนเองใหม่ในชุมชน ซึ่งอาจจะมีกิจกรรมกลุ่มในลักษณะเดิมหรือไม่ก็ได้ หรือกลุ่มจะเปลี่ยนจากเดิมที่เน้นการสนับสนุนช่วยเหลือผู้ที่เป็นสมาชิกในฐานะคนในชุมชนเดียวกัน

คำถามที่ว่า ปี พ.ศ.2544 ปัจจุบันนี้ ถึงยุคคืนดีตามรูปแบบที่ว่ามันแล้วหรือยัง และอบต.ในฐานะองค์กรชุมชนภาพตัวแทนของการกระจายอำนาจรูปแบบใหม่ จะเป็นที่ยืนที่หวังได้แค่ไหนเพียงใด สำราญ ทะกัน ประธานศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ และอภิเดช ชัยราชา เครือข่ายชุมชนรักษาสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่<sup>6</sup> เห็นพ้องต้องกันว่า ในภาวะปัจจุบันเป็นเพียงความพยายามก้าวแรกๆ ที่จะกลับสู่ชุมชน โดยมีรายละเอียดแตกต่างกันในแต่ละเขตพื้นที่ ซึ่งถ้าเทียบกันในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบนแล้วพบว่า เขตอำเภอใกล้เคียงตัวเมืองเชียงใหม่ก้าวไปไกลกว่าที่อื่นๆ เนื่องจากมีการหนุนช่วยจากนักวิชาการ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรศาสนาในชุมชน ในรูปแบบของประชาคมตำบล ตามรายละเอียดของความร่วมมือที่กล่าวไปแล้วข้างต้น ขณะที่เขตอำเภอ

□ \_\_\_\_\_

<sup>6</sup> สัมภาษณ์ อภิเดช ชัยราชา เครือข่ายชุมชนรักษาสันกำแพง จังหวัดเชียงใหม่ เมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2543

รอบนอกของเชียงใหม่และจังหวัดอื่นๆ ยิ่งก้าวไปไม่ถึงขั้นนั้น บางชุมชนเพื่อนบ้านยังคงกลัวว่า สัตว์เลี้ยงจะติดเชื้อเอดส์จากผู้ป่วยข้างบ้านที่ปรากฏอาการแล้ว หรือปัญหาเรื่องเด็กถูกผู้ติดเชื้อ เข้าโรงเรียนไม่ได้ ยังคงเป็นเรื่องที่ได้ยินกันอยู่โดยทั่วไป

อภิเดช ยังได้วิเคราะห์ต่อไปในประเด็นการจัดการปัญหาเอดส์ร่วมกันในชุมชนว่า โดยแต่ละพื้นที่ก็มีบริบทแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับความเข้าใจของสมาชิกใน อบต.ต่อปัญหาเอดส์ แต่นั่นก็ชี้ว่า จะเป็นประเด็นสำคัญที่สุด เพราะสิ่งที่สำคัญกว่านั้นคือ ปัจจัยเรื่องความสัมพันธ์เชิง อำนาจ หรือการเมืองภายในท้องถิ่นนั้น ๆ เอง เพราะ มิติแห่งอำนาจท้องถิ่นนั้น มีการแข่งขันกัน อยู่สองระดับคือ กลุ่มกำนัน/ผู้ใหญ่บ้าน ชั่วอำนาจดั้งเดิม แม้จะหลุดจากอำนาจตรงนี้ไปแล้ว ก็ยังคงโหยหาอยู่ และชั่วอำนาจใหม่ ที่สมาชิก อบต.ต่อสู้แย่งชิงกันเองอย่างไม่รู้จบสิ้น กระนั้นจึงทำให้ปัญหาเอดส์ หรือปัญหาคุณภาพชีวิตอื่นๆ ของชาวบ้านในชุมชนกลายเป็นเรื่องเล็กไปโดยปริยาย

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

กระนั้นก็ตาม ภาพปรากฏที่เป็นจริงในหลาย ๆ พื้นที่ แม้ในเขตชนบทที่ไม่ห่างไกลจากตัวเมืองเชียงใหม่มากนัก แขนงนำกลุ่มผู้ติดเชื้อที่เป็นผู้หญิง และไม่เคยสนใจการเมืองท้องถิ่นมาก่อน ขาดช่องทางโอกาสในการชักจูงทรัพยากรจาก อบต.มาใช้ให้คุ้มค่า ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากขาดความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับสมาชิก อบต. แม้ว่าจะเป็นตัวแทนมาจากหมู่บ้านของตนเองก็ตาม ในประเด็นนี้ เขาวิเคราะห์ถึงเงื่อนไขการที่กลุ่มผู้ติดเชื้อจะเข้าไปตั้งทรัพยากรจาก อบต. ว่า มี 4 เงื่อนไขคือ

ประการแรก อบต.ชั้นอะไร ได้เงินอุดหนุนมากหรือน้อยแค่ไหน

ประการที่สอง ความเข้าใจต่อปัญหาเอดส์ของสมาชิก อบต.ทั้งหมดเป็นไปในทิศทางใด

ประการที่สาม ความรุนแรงของปัญหา จำนวนผู้ติดเชื้อ และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์มีมากน้อยเพียงใด

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

กระนั้นก็ตาม การฝากความหวังไว้ที่ อบต. หรือองค์กรในชุมชน ว่าคือ ปลายทางของ ความสำเร็จร่วมกันในการจัดการปัญหาเอดส์ในช่วงทศวรรษ 2540 นี้ นอกจากข้อจำกัดที่ได้กล่าว มาแล้วข้างต้น ด้านหนึ่งซึ่งหลายฝ่ายต่างมองข้าม สิ่งที่เหลือตกค้าง และยังคงมีอิทธิพลอย่างสูง ยิ่งในชุมชนชนบทไทยยุคปัจจุบัน นั่นคือ ระบบอุปถัมภ์ และโครงสร้างของความสัมพันธ์ที่ไม่เท่า เทียมกัน โดยลักษณะของความสัมพันธ์แนวตั้ง นั้นมีความขัดแย้งกับหลักการของประชาสังคม ซึ่งเน้นความร่วมมือในลักษณะของความเสมอภาค รูปธรรมของความขัดแย้งนี้ได้สะท้อนผ่าน ปฏิบัติการจริงในงานพัฒนาชนบทที่ยังคงเน้นรูปแบบการสงเคราะห์ ซึ่งมีนัยของการให้/การรับ การพึ่งพิง และความคาดหวังสิ่งที่จะได้จากการพัฒนาในรูปของวัตถุประสงค์มากกว่าการต่อรอง อย่างเสมอหน้ากัน และการสร้างความเข้มแข็งในแก๊งค์กรชุมชนในระยะยาว

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

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

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

ประการที่หนึ่ง ขบวนการทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะยังคงเป็นไปในรูปแบบของระบบอุปถัมภ์หรือความสัมพันธ์แนวตั้งเพราะ กลุ่มและเครือข่ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้พัฒนารูปแบบขึ้นมาด้วยบุคลิกที่เน้นการพึ่งพิงกับระบบอุปถัมภ์สูงมาก เริ่มตั้งแต่การก่อเกิดกลุ่มที่ส่วนมากต้องเริ่มจากการหนุนช่วยของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลประจำอำเภอ ซึ่งไม่แตกต่างจากความเป็นจริงของสังคมไทยซึ่งระบบอุปถัมภ์ยังทรงอิทธิพลอยู่มาก ส่วนหนึ่งที่เป็นเช่นนี้ก็เพราะ ผู้ติดเชื้อชาวชนบทเหล่านี้พึ่งพิงความช่วยเหลือจากองค์กรภายนอกทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชน มากกว่าที่จะพยายามแก้ไขปัญหอันสลบซับซ้อนด้วยการรวมพลังของพวกเขาผู้เป็นเจ้าของปัญหาเอง

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

ประการที่สาม แม้ว่า กระแสประชาสังคมจะมาแรงมากในทศวรรษนี้ แต่เมื่อเทียบกับซากเศษของระบบอุปถัมภ์แล้ว ในหมู่คนทำงานด้านเอดส์ยังคงต้องยอมรับความจริงที่ว่า ระบบอุปถัมภ์ยังคงอิทธิพลสูงยิ่ง ภายใต้อาภความร่วมมือไตรภาคี รัฐ องค์กรเอกชน และกลุ่มองค์กร

ชาวบ้าน ระบบราชการยังคงมีอิทธิพลมากกว่าภาคส่วนอื่น ๆ ที่ประกอบกันเข้ามาภายใต้ नियามของคำว่า ประชาสังคม

ประการที่สี่ กิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อมีความไม่แน่นอน ไม่ต่อเนื่อง ด้วยเหตุผลต่างๆ อาทิ ปรธานกลุ่มเสียชีวิต หรือแกนนำกลุ่มไม่สามารถถ่ายทอดประสบการณ์หรือความรู้ความสามารถที่ตนเองมีอยู่ไปสู่คนอื่น ๆ ได้

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

ในประเด็นของการติดต่อประสานงาน ตลอดจนถึงปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันของภาครัฐกับองค์กรเอกชน ซึ่งภาครัฐอยู่ในฐานะที่เหนือกว่าเพราะว่า เป็นผู้ให้การสนับสนุนงบประมาณโดยผ่านทางกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข<sup>7</sup> จน อึ้งภากรณ์ อดีตผู้อำนวยการโครงการเข้าถึงเอดส์ ได้วิเคราะห์ว่า เป็นเรื่องที่ทำให้ประโยชน์และความจำเป็นต่อการ

□ \_\_\_\_\_

<sup>7</sup> แผนนโยบายของรัฐในการสนับสนุนงบประมาณส่วนงานด้านเอดส์ เมื่อเริ่มต้นโครงการในปี พ.ศ.2535 แผนงานควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ เป็นเพียง 1 ใน 10 แผนงานของโครงการสนับสนุนองค์กรเอกชนสาธารณสุข ประโยชน์ในการพัฒนาสาธารณสุขได้รับงบประมาณ 6.5 ล้านบาท จากงบประมาณทั้งสิ้นของโครงการ 49.2 ล้านบาท ในปีเดียวกันนั้นเองแผนงานดังกล่าวได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นจากการแปรรูปคดี รวมเป็นงบประมาณทั้งสิ้น 11.9 ล้านบาท งบประมาณดังกล่าวทวงตัวอยู่ 2 ปี โดยได้รับ 15 และ 10 ล้านบาท ในปี 2536 และ 2537 ตามลำดับ

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

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

ทำงานขององค์กรเอกชนจำนวนมากตลอดมา (จอห์น, 2542) แต่ระบบการจัดสรรและการพิจารณาให้ทุนยังมีปัญหาที่สลับซับซ้อน มีความจำเป็นที่ผู้เกี่ยวข้องทั้งกับกลไกการให้ทุน ทั้งในส่วนของราชการ และในส่วนผู้แทนองค์กรเอกชนจะต้องร่วมกันปรึกษาหารือเพื่อพัฒนาระบบกลไกให้สอดคล้องกับรูปแบบการทำงานขององค์กรเอกชนมากยิ่งขึ้น เพื่อให้เงินงบประมาณดังกล่าวได้ก่อประโยชน์มากที่สุดต่อการเสริมบทบาทขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ รวมทั้งยังรักษาความเป็นอิสระขององค์กรเอกชน

ด้วยเหตุนี้ องค์กรเอกชนส่วนใหญ่จึงมีความจำเป็นต้องให้การยอมรับต่อแนวนโยบายการแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ของรัฐ เพราะ ด้านหนึ่ง องค์กรเอกชนไม่สามารถแก้ไขปัญหาสังคมได้โดยลำพัง เพราะมีกำลังคน กำลังทรัพยากรที่จำกัด ยังคงจำเป็นต้องทำงานร่วมกับหน่วยงานของรัฐที่มีทิศทางการทำงานไปด้วยกันได้ และจำเป็นต้องอาศัยความร่วมมือดังกล่าว เป็นพลังสร้างสิ่งที่ดีงามในสังคม

แต่ในอีกด้านหนึ่ง องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ยังต้องเล่นอีกบทบาทหนึ่ง ซึ่งเป็นบทบาทการคัดค้าน แนวนโยบายของรัฐ หรือแนวปฏิบัติของหน่วยงานของรัฐบางส่วน ที่องค์กรเอกชนมองว่ามีลักษณะก่อความไม่เป็นธรรมในสังคม โดยองค์กรเอกชนจะพยายามรวมพลังกันเองในส่วนที่มีความคิดเห็นสอดคล้องกัน รวมทั้งรวมพลังกับกลุ่มองค์กรของชุมชนที่เป็นผู้ถูกกระทำ ซึ่งในประเด็นนี้ อาจารย์จอห์นวิพากษ์ว่า องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่ทำงานด้านเอ็ดส์ยังแสดงบทบาทนี้ไม่เพียงพอ คือ ยังคงอ่อนข้างอ่อนไปในด้านการวิจารณ์การทำงานด้านเอ็ดส์ของหน่วยงานรัฐต่าง ๆ หรือในการเรียกร้องการเปลี่ยนแปลงต่าง ๆ ที่ควรเกิดขึ้นในสังคม เช่น เรื่องการพัฒนาบริการต่าง ๆ ของรัฐอันเนื่องมาจากผลกระทบของปัญหาเอ็ดส์ เช่น การละเมิดสิทธิในกรณีต่าง ๆ หรือสวัสดิการทางสังคมที่ควรจะต้องดีกว่านี้ แต่องค์กรเอกชนก็ยังไม่มีการรวมกันที่เป็นรูปธรรมชัดเจน แต่อย่างไรก็ตาม อาจารย์จอห์นก็มีข้อเสนอรูปธรรมในลักษณะที่คล้ายคลึงกับ ชยันต์และศศิธร คือ หน่วยงานภาครัฐและองค์กรเอกชนควรช่วยกันเสริมกลุ่มและเครือข่ายของผู้ติดเชื้อให้มีศักยภาพและมีความเข้มแข็งมากยิ่งขึ้น สามารถทำงานอิสระและหลุดพ้นจากอิทธิพลของโรงพยาบาลหรือองค์กรเอกชนที่เป็นผู้ริเริ่มก่อตั้งกลุ่ม เพราะขณะนี้กลุ่มผู้ติดเชื้อจำนวนมากยังไม่ได้รับการสนับสนุนเพียงพอให้เติบโตในลักษณะที่เป็นตัวของตัวเอง (จอห์น, 2542 : 11)

เช่นเดียวกับ นิธิ เอียวศรีวงศ์ นักวิชาการเพื่อประชาชนได้ตั้งข้อเสนอลไว้ในประเด็นนี้ว่าการไม่รังเกียจเด็ดฉันทผู้ติดเชื้อเป็นเพียงก้าวแรกเท่านั้น แต่ยังมีหนทางอีกยาวไกลกว่าที่ผู้ติดเชื้อจะมีชีวิตปกติสุขในสังคมเหมือนคนอื่นได้ ดังจะเห็นได้ว่า แม้สังคมของเรามีผู้ติดเชื้ออยู่

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

ในขณะที่การทำงานประสานร่วระหว่างภาครัฐและชุมชนในเขตพื้นที่ภาคเหนือตอนบนยังคงเน้นเรื่องการกลับสู่ชุมชน โดยอาศัยโครงสร้างของแนวคิดประชาคมตำบล ที่มุ่งเน้นสิทธิของการเอื้ออาทรเห็นอกเห็นใจกัน แบบค่อยเป็นค่อยไป หรือ แบ่งใจหากัน (มูลนิธิพัฒนาสังคม เพื่อความรู้และบำบัดเอดส์, 2542 : 20) โดยมีรูปธรรมของการประสานงานกับองค์การบริหารส่วนตำบล(อบต.) ให้เป็นที่เล็งหลักในการให้ความช่วยเหลือด้านงบประมาณ และการสงเคราะห์ผู้รับผลกระทบจากเอดส์ มากกว่าการเรียกร้องสิทธิโดยตรงเช่นปรากฏการณ์การเคลื่อนไหวของผู้ติดเชื้อชาวเกย์ในสหรัฐอเมริกาที่เน้นการเรียกร้องสิทธิความเสมอภาคในการเข้าถึงยาและระบบสวัสดิการในการรักษาพยาบาลโดยการวิพากษ์นโยบายที่ผิดพลาดของรัฐอย่างเผ็ดร้อนและตรงไปตรงมา ซึ่งส่งผลต่อการแยกตัวรัฐออกจากประชาสังคมอย่างเห็นได้ชัดเจน (ดู Brown 1997: 154)

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

#### 2.4 สรุป

จากการทบทวนทฤษฎีวิทยาศาสตร์เชิงสังคมที่ว่าด้วยการปะทะประสานกันของภาครัฐและองค์กรเอกชนในการแก้ไขวิกฤตการณ์เอดส์ในประเทศไทย และมาเน้นหนักที่ภาคเหนือตอนบนในช่วงปลายทศวรรษ 2530 ถึงต้นทศวรรษ 2540 นั้น ทำให้เห็นภาพการเคลื่อนไหวของทุกภาค

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