



กระบวนการทุนทางสังคม: นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วย และผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน*

Social Capital Process: The Innovation for Care of People Living with HIV/AIDS in Community

อรัทัย ศรีทองธรรม** Orathai Srithongtham

บทคัดย่อ

บทความนี้ต้องการนำเสนอ กระบวนการทุนทางสังคมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน ประกอบด้วย ระบบคิด วิธีปฏิบัติ และผลลัพธ์ ซึ่งเป็นผลจากการศึกษาปรากฏการณ์ในชุมชนแห่งหนึ่งของจังหวัดในภาคอีสานตอนใต้ที่ประสบความสำเร็จในการดำเนิน งานด้านเอดส์ กลุ่มเป้าหมายที่ให้ข้อมูล ประกอบด้วย ตัวแทน กลุ่มองค์กรเครือข่าย ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ คนในชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้รู้ในด้านต่าง ๆ และผู้ติดเชื้อเอดส์ สังเคราะห์ข้อมูลด้วยการประยุกต์ใช้ทฤษฎีฐานราก และควบคุมคุณภาพข้อมูลในเรื่องความน่าเชื่อถือ ความเหมาะสม ความสามารถในการตรวจสอบ และความสามารถในการยืนยันข้อมูล กระบวนการทุนทางสังคม ด้านระบบคิดของชุมชนเกิดจากการมีความเชื่อต่อหลักศาสนาฮินดูสอง คองสิบสี่ และวิญญาณบรรพบุรุษ อย่าง เข้มข้นช่วยเหลือหลอมให้คนในชุมชนเป็นคนดีมีศีลธรรมอยู่ในกรอบจารีต ช่วยเหลือเกื้อกูล ไว้วางใจกัน ให้ความเคารพผู้นำและผู้เฒ่าผู้แก่ ยึดมั่นในความเป็นเครือญาติ การให้โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน และความสามัคคีและการมีส่วนร่วมเป็นทุนทางสังคมที่มีในชุมชน ในขณะที่ชุมชนมองเห็นว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาและต้องดำเนินการแก้ปัญหาพร้อมกันด้วยการดึงเอาทุนทางสังคมที่ฝังอยู่ในชุมชนมาใช้ในการจัดการปัญหา ด้วยวิธีปฏิบัติในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้งระดับชุมชน ระดับกลุ่ม/เครือข่าย และระดับปัจเจก เป็นการดูแลที่เน้นบทบาทผู้ติดเชื้อเป็นและครอบครัว ชุมชน และกลุ่มแกนนำด้านเอดส์ในชุมชน ด้วยการดูแลแบบบูรณาการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม เศรษฐกิจ ถือเป็นนวัตกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน ผลลัพธ์ที่ได้ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความมั่นคงในชีวิตอนาคต สามารถหาเลี้ยงชีพได้ ใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข เข้าถึงการรักษา และมีการดูแลตัวเองอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง ลดการเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส

คำสำคัญ: กระบวนการทุนทางสังคม นวัตกรรม การดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์

* บทความนี้เป็นส่วนหนึ่งของวิทยานิพนธ์สังคมศาสตรดุษฎีบัณฑิตเรื่อง “กระบวนการทุนทางสังคมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน” คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2551

** Ph. D. candidate ปรัชญาดุษฎีบัณฑิตสังคมศาสตร์ สาขาวิชาประชากรศึกษา คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

Abstract

*This article examines the social capital process (cognitive system, practice and result) using for care of People Living with HIV/AIDS (PHA) in the community. The phenomena study was selected in methodology. The study area is located in the province of Esarn. The criterion of the area selection was solving AIDS problem successfully. Target population were the representative of the organization/social network, PHA's family, people in the community, the leader of the community, key informant and PHA. Data coding and analysis by applied grounded theory method. The credibility, fittingness, auditability and confirmability were used for quality control. **The social capital process: the cognitive system** of the community was constructed from the belief of the religious, the custom (Heed Sib Song Klong Sib Sri), and the forefather's soul which was socializing people to behave within frame of social norm, reciprocal, trust, respect to the leader and the elderly, lineage embedded, philanthropy, and harmonious and participation. It is the social capital inside the community. In community's view AIDS is the communal problem not individual problem that they need solving. It was stimulated the people to excavate the social capital use for guidance of AIDS solving by PHA care. **The practices** of PHA care were in the level of community, group/social network and individual. It was emphasis the role of PHA, family, community, and the community's AIDS network by integral care in aspect of physical, mental and socio-economic. It was an innovation for care of PHA in the community. **The result;** PHA were life-security in the future, earn a living, living in the community as normal, access to care and treatment continuously, and reducing of opportunity infectious (OI) diseases.*

Keywords: Social Capital Process Innovation Care of People Living With HIV/AIDS

บทนำ

การพัฒนาคุณภาพประชากรในประเทศไทยมีความเป็นรูปธรรมและชัดเจนที่สุด เริ่มในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ซึ่งเปลี่ยนจุดเน้นการพัฒนาประชากรจากเชิงปริมาณ มาเป็นเชิงคุณภาพ โดยเน้นการพัฒนาคน โดยคน และเพื่อคน จุดเปลี่ยนประกอบด้วยห้าสาเหตุหลักโดยสาเหตุการตายของประชากรด้วยโรคเอดส์ ถือเป็นหนึ่งในห้าสาเหตุ ที่ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจฯ (อรทัย อาจอ่ำ (บรรณาธิการ), 2539) เนื่องจากเป็นโรคที่ยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ และคุกคามต่อภาวะสุขภาพของประชากรทั่วโลก สาเหตุจากมีการเปลี่ยนแปลงแบบแผนการเจ็บป่วย ถือเป็นปัญหาและอุปสรรคต่อการบรรลุคุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์ของประชากร นอกเหนือจากปัญหาจากการเจ็บป่วยและการตายจากสาเหตุอื่น (กฤติยา อาชวนิจกุล และคณะ (บรรณาธิการ), 2534) นอกจากนี้โรคเอดส์ยังถือเป็นหนึ่งในสามกระแสสำคัญที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงภูมิทัศน์ทางด้านประชากรศาสตร์ (Demographic landscape) (ชาย โพธิ์สิตา, 2548) โรคเอดส์จึงเป็นปัญหาที่คุกคามต่อภาวะคุณภาพประชากร และคุณภาพชีวิตของประชากร

ผลกระทบจากโรคเอดส์ที่เป็นปัญหาสำคัญคือการถูกสังคมรอบข้างปฏิเสธที่จะมีความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน เนื่องจากการไม่ยอมรับผู้ติดเชื้อ ส่งผลกระทบหลายด้าน โดยเฉพาะการไม่ได้รับการสนับสนุนทางสังคม จากครอบครัว เพื่อน เพื่อนบ้าน เครือข่ายสังคมและกลุ่มองค์กรในชุมชน ดังผลการศึกษาวิจัยที่ผ่านมาที่ยืนยันชัดเจนว่าการติดเชื้อเอดส์ และการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์นั้น มีผลกระทบต่อการลดลงของทุนทางสังคม ดังในผลการศึกษาในกลุ่มผู้ประกอบ

อาชีพเกษตรกรรมในชนบทของประเทศในเอเชียตะวันออกเฉียงใต้พบว่า (World Bank, 2006 online) และผลการศึกษาของประชาคมผู้หญิงติดเชื้อ HIV/AIDS นานาชาติ สหราชอาณาจักร ร่วมกับสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล คณะพยาบาลศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น และกลุ่มพลังชีวิตประเทศไทยที่ศึกษาเรื่อง “เสียงและทางเลือกของผู้หญิงติดเชื้อ HIV ในประเทศไทย” (เบญจายอดคำเนิน-แอ็ดติกิจ และคณะ, 2549)

จากงานวิจัยที่ศึกษาระบาดวิทยา HIV/AIDS ในแอฟริกา ที่เกี่ยวข้องกับตัวแปรทุนทางสังคมที่สัมพันธ์กับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์พบว่าปัจจัยด้านเครือข่ายทางสังคม ความสัมพันธ์ในกลุ่มภายในสังคม และการเข้าถึงทรัพยากรที่เกิดจากความไว้วางใจ และการดูแลช่วยเหลือจากกลุ่ม มีอิทธิพลต่อสุขภาพและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์และปัจจัยด้านระบบระบบความสัมพันธ์ภายในเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ยังสามารถสร้างความเข้มแข็งในการเคลื่อนไหวทางสังคม ในกรณีที่รัฐบาลไม่ให้การสนับสนุนอย่างจริงจังในการรักษาและป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ (Berkman, 2000 cited by Goudge, J. and et al., 2004) งานวิจัยในประเทศไทยให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อแบบองค์รวม เน้นการสร้างเสริมความสัมพันธ์และบทบาทของครอบครัว ชุมชน สังคมและองค์กร/เครือข่ายที่เกี่ยวข้อง ให้มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ของคน ในครอบครัว ชุมชน องค์กรเครือข่ายในชุมชน ระบบเครือข่าย วัฒนธรรมอุปถัมภ์ วัฒนธรรมความเชื่อและประเพณี หมอพื้นบ้านและสมุนไพรที่มีผลต่อการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนจากที่พบจากงานวิจัยข้างต้นสิ่งเหล่านี้ก็คือ ทุนทางสังคม ในบริบท และความหมายของไทยนั่นเอง ถึงแม้ว่าในจะไม่ได้เรียกว่าทุนทางสังคมโดยตรงก็ตาม (มธุรส ศิริสถิตกุล, 2549; ราณี วงศ์คงเดช และคณะ, 2545; รังสรรค์ จันดี, 2544; สุจินดา สุขกานันต์ และคณะ, 2545)

เมื่อพิจารณาความหมายของทุนทางสังคมในแนวคิดตะวันตกกับแนวคิดของไทยจะเห็นว่ามีความสอดคล้องกัน ในเรื่องการให้ความหมายที่แสดงถึงระบบความสัมพันธ์ของคน ทั้งในระดับปัจเจกและระดับกลุ่มสังคม ในเรื่องความไว้วางใจ การช่วยเหลือเกื้อกูลกัน การมีบรรทัดฐานและค่านิยมร่วมกัน การสนับสนุนทางสังคม เครือข่ายทางสังคม และเรื่องของสถาบันทางสังคม (วรวิภา โธมสันพันธ์, 2548; Berkman and et al., 2000; Rostila, M., 2006 online, Sharon D. and et al., 2005) ส่วนแนวคิดของไทยที่แตกต่างจากแนวคิดตะวันตกคือ การให้ความหมายของทุนทางสังคมที่เป็นบูรณาการและเป็นผลลัพธ์ ว่าเป็นทั้งความรู้และความดีที่เอื้อให้มนุษย์อยู่ร่วมกันได้อย่างมีความสุขและนำไปสู่ผลลัพธ์ คือพลังปัญญาหรือความรู้ในการขับเคลื่อนชุมชนทำให้รู้เท่าทันปัญหา และจัดการกับปัญหาของชุมชนได้เอง การจัดการทรัพยากร การจัดระบบความสัมพันธ์ในการอยู่ร่วมกันของคนในชุมชน ทุนทางสังคมจึงมาพร้อม ๆ กัน กับเครือข่ายทางสังคม ที่ช่วยรองรับปัญหาของคนในสังคม

การศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย ส่วนใหญ่มุ่งให้ความสนใจ การศึกษาที่เกี่ยวข้องกับทางการแพทย์มากกว่าทางด้านสังคม และเป็นการศึกษาถึงวิธีปฏิบัติ เช่น เครือข่ายการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ความสัมพันธ์ระหว่างครอบครัวชุมชน และการแพทย์ทางเลือกในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน และการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ฯลฯ ร่วมกับการอธิบายถึงผลลัพธ์ที่เกิดต่อผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในผลการศึกษา แต่ขาดการศึกษาถึงระบบคิดที่อยู่เบื้องหลังของทุนทางสังคมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน ซึ่งระบบคิดที่อยู่เบื้องหลังมีความสำคัญต่อแนวทางปฏิบัติและผลลัพธ์ ดังที่ โกมาคย์ จิงเสถียรทรัพย์ (2549) กล่าวว่าแนวทางหลักหนึ่งในการศึกษาความเป็นระบบของวัฒนธรรมสุขภาพ คือ การศึกษาระบบวิธีคิดเกี่ยวกับการเจ็บป่วยและการเยียวยารักษาโรค ซึ่งหากทำการศึกษาระบบทุนทางสังคม ซึ่งประกอบด้วยระบบคิด วิธีปฏิบัติ และผลลัพธ์จะช่วยให้เข้าใจบริบทของพื้นที่ตลอดจนพัฒนาการ ในการนำทุนทางสังคมมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ดังนั้นคำถามต่อชุมชนที่ดำเนินงานด้านเอดส์จนประสบความสำเร็จ คือ ชุมชนมีกระบวนการทุนทางสังคมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนเป็นอย่างไรตั้งแต่ระบบคิด วิธีปฏิบัติและผลลัพธ์

วิธีการศึกษา

พื้นที่ศึกษาเป็นชุมชนในจังหวัดแห่งหนึ่งในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หน่วยการวิเคราะห์คือ ชุมชนหลักเกณฑ์ในการเลือกชุมชนคือ 1) เป็นพื้นที่ที่ประสบผลสำเร็จในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน จากรูปธรรมที่ผู้ป่วยสามารถใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติและเปิดเผย โดยพื้นที่ศึกษาหลักมีการดำเนินงานได้ต่อเนื่อง และมีความเข้มแข็งของกลุ่มผู้ติดเชื้อ มากกว่าพื้นที่ศึกษาเปรียบเทียบ 2) เป็นพื้นที่ที่มีบริบทด้านทุนทางสังคมที่หลากหลายทั้งด้านทรัพยากร ระบบความสัมพันธ์ในชุมชน เครือข่ายทางสังคมที่มีความเข้มแข็ง และ 3) เป็นพื้นที่ที่ใช้กระบวนการทุนทางสังคมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อในชุมชน

เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ (Interview) ทั้งวิธีสัมภาษณ์กลุ่ม (Group interview) และการสัมภาษณ์แบบเจาะลึก (In-depth interview) ตามประเด็นการศึกษาที่ผู้ศึกษาสนใจ และการสังเกต (Observation) ทั้งแบบมีส่วนร่วม (Participant observation) และแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-participant observation) ใช้เวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูล 9 เดือน ในการศึกษาครั้งนี้ขอสถานที่และบุคคลเป็นข้อสมมุติทั้งหมด

ทำการควบคุมคุณภาพการศึกษาด้วยความน่าเชื่อถือ ความเหมาะสม ความสามารถในการตรวจสอบและความสามารถในการยืนยันข้อมูล (Guba & Lincoln, 1981) วิเคราะห์ข้อมูลด้วยให้รหัสข้อมูลสามแบบจากการประยุกต์ใช้ทฤษฎีฐานราก (Strauss and Cobin, 1998; เบญจายอดคำเนิน แอ็คติจิก, มปป.)

ผลการศึกษา

สถานการณ์ปัญหาเอชไอวีในชุมชน

สถานการณ์ปัญหาเอชไอวีในชุมชนมะเกลือ เริ่มมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในชุมชนประมาณกว่าสิบปีจากการมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในกลุ่มวัยรุ่นที่เสพยาเสพติดทางเข็มฉีดยาที่เสียชีวิตไล่เลี่ยกัน หลังจากนั้นก็เป็นกลุ่มที่ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ ที่ส่วนใหญ่เกิดจากสามีไปเที่ยวและรับเชื้อเอชไอวีมาแพร่ให้กับภรรยา และจากประสบการณ์ที่มีผู้เสียชีวิตด้วยอาการคล้ายคลึงกันมากๆ ในวัยไล่เลี่ยกัน ทำให้ชาวบ้านเริ่มรับรู้ว่าการป่วยโรยบางที่น่าสงสัยว่าเป็นโรคเอดส์พร้อมๆ กับมีท่าที่รังเกียจไม่กล้าคบหาเพราะกลัวติดเชื้อ เพราะโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาได้ ส่งผลต่อปัญหาด้านความสัมพันธ์ที่ไม่ดีระหว่างเพื่อนบ้านและคนในชุมชน

ความรุนแรงของปัญหาโรคเอดส์ในชุมชนมะเกลือ มีผลต่อหลายครอบครัวที่สูญเสียคนในครอบครัว เนื่องจากยังไม่มีการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ชุมชนประสบปัญหาว่าคนในครอบครัวญาติพี่น้องและเพื่อนบ้าน ใกล้เคียงเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ โดยเฉพาะมีหลายบ้านที่สูญเสียคนในครอบครัวหลายคนทั้งพ่อแม่ลูก หรือลูกชาย ลูกสาว และลูกเขย ช่วงแรกที่เกิดปรากฏการณ์นี้คนในชุมชนแสดงท่าที่รังเกียจ ไม่ยอมรับ ไม่เข้าใกล้และปฏิเสธการมีความสัมพันธ์กับเพื่อนบ้านเหมือนปกติ เนื่องจากยังไม่มียารักษาได้ผู้ที่ติดเชื้อก็รักษาตนเองตามอาการและปกปิดไม่ต้องการให้คนในชุมชนรับรู้ ท้ายที่สุดก็ต้องเสียชีวิตลง ดังที่แม่ของผู้ติดเชื้อที่เสียชีวิตในช่วงดังกล่าวเล่าว่า “การดูแลก็รักษาตามอาการ แต่ก่อนไม่มีศูนย์เอดส์ ไม่มียารักษาามาไม่ทันแต่เดี๋ยวนี้น่าจะหายหมด (ไม่ตาย) เขาเข้าศูนย์” หลายคนเสียชีวิตไปพร้อมกับความเคลือบแคลงสงสัยของคนในชุมชน และหลายคนที่มีอาการชัดเจนแต่คนในชุมชนก็ไม่กล้าพูด แม้ว่าค่อนข้างจะมั่นใจว่าอาการของที่แสดงให้เห็นก่อนเสียชีวิตเป็นอาการคล้ายโรคเอดส์

การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การรับรู้โรคเอดส์ของชุมชนในระยะแรกเป็นภาพลบที่ส่งผลกระทบต่อความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อนบ้านและคนในชุมชนที่ไม่ยอมคบหาและเข้าไปมีปฏิสัมพันธ์กับทั้งผู้ติดเชื้อและคนในครอบครัวผู้ติดเชื้อ ภายหลังจากชาวบ้านเริ่มมีความรู้ถูกต้อง รวมทั้งความเข้าใจต่อโรคเอดส์จากการทำงานของเครือข่ายแกนนำด้าน

เอดส์ในชุมชน ตลอดจนการเห็นผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถใช้ชีวิตได้ปกติและทำงานหาเลี้ยงชีพได้ ชาวบ้านจึงเริ่มยอมรับและเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อและครอบครัวอีกครั้ง

การยอมรับผู้ติดเชื้อของชุมชน และการเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อต่อชุมชน เกิดขึ้นหลังจากมีแกนนำด้านเอดส์ มีบทบาทสำคัญในการให้ความรู้ครอบคลุมทุกกลุ่ม ทั้งผู้ติดเชื้อ คนในชุมชน ผู้ที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ ในฐานะเป็นคนในครอบครัวหรือญาติ และในกลุ่มเด็กและเยาวชน ทั้งในรูปการจัดอบรมในหมู่บ้าน รวมทั้งการสอดแทรกการณรงค์ให้ความรู้แก่ชุมชนในงานบุญประเพณีของหมู่บ้าน เช่น บุญบั้งไฟ ชุมชนมะเกลือเป็นหมู่บ้านที่มีการอบรมบ่อยมาก ทั้งส่วนที่อบรมให้กับชุมชนและการให้ความรู้แก่กลุ่มแกนนำเพื่อพัฒนาศักยภาพในการทำงาน ภายหลังจากได้รับการอบรมคนในชุมชน กลุ่มคนเหล่านี้จะรับทราบอาการเบื้องต้นของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและสามารถเป็นผู้ช่วยสอดส่องดูแลคนในชุมชนว่ามีใครที่มีอาการน่าสงสัยว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อ เพื่อนำมาบอกแก่กลุ่มแกนนำเพื่อเข้าไปสร้างความสัมพันธ์ และแนะนำให้ไปรับการตรวจยืนยันหากติดเชื้อเอชไอวีจริงก็ให้ความรู้และทำให้ผู้ติดเชื้อยอมรับการรักษา และเปิดเผยตัวเองกับชุมชน กลุ่มเพื่อนผู้ติดเชื้อ และกับกลุ่มแกนนำ เพื่อประโยชน์ทั้งด้านการรักษา การดูแลตนเอง และสิทธิประโยชน์ที่จะได้รับจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นเบี้ยยังชีพรายเดือน ผลจากการณรงค์ให้คนในชุมชนมีความรู้ทำให้คนในชุมชน รวมทั้งกลุ่มเยาวชนในหมู่บ้าน รู้จักการป้องกันการติดเชื้อด้วยการใช้ถุงยางป้องกันเอดส์ เห็นได้จากคนในชุมชนมาขอรับถุงยางอนามัยมากขึ้น อย่างในกลุ่มเยาวชนที่ได้รับความรู้เกี่ยวกับการเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ก็รู้จักการป้องกันตนเอง อย่างไรก็ตามกลุ่มที่ไปใช้แรงงานต่างถิ่นในมุมมองของผู้นำยังมองว่าเป็นปัญหาที่ชุมชนยังไม่สามารถณรงค์ให้ความรู้เรื่องการป้องกันโรคเอดส์ ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ในภาพรวมของชุมชน มีพัฒนาการในการดูแลผู้ติดเชื้อด้วยการรวมเป็นเครือข่ายแกนนำด้านเอดส์ในชุมชน ที่มีสมาชิกทั้งผู้ติดเชื้อคนในชุมชนที่เป็นอาสาสมัคร และผู้นำชุมชน มาทำงานในกลุ่มโดยไม่มีการตอบแทน บทบาทที่สำคัญของกลุ่มคือการออกเยี่ยมผู้ติดเชื้อเพื่อให้กำลังใจ ให้คำแนะนำเรื่องการดูแลตัวเองและการรักษา ตลอดจนค้นหาปัญหาและหาแนวทางแก้ไขปัญหา โดยการมีส่วนร่วมของสมาชิกในกลุ่มร่วมกับทีมสาธารณสุข และช่วยให้คำแนะนำแก่ผู้ติดเชื้อในการมารับความช่วยเหลือจากชุมชน ด้วยการรับเงินสงเคราะห์รายเดือนจากองค์การบริหารส่วนตำบล

องค์ประกอบทุนทางสังคม

องค์ประกอบทุนทางสังคมที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนมะเกลือแบ่งเป็นองค์ประกอบทุนทางสังคมภายในและภายนอกชุมชน ดังนี้

องค์ประกอบภายในชุมชน ชุมชนมะเกลือประกอบด้วย วัฒนธรรมความเชื่อ ในเรื่องฮิดลิบสอง คองลิสตีความ เชื่อต่อวิญญาณบรรพบุรุษ หรือที่คนในชุมชนเรียกว่าพ่อใหญ่ปู่ ความเชื่อที่มีต่อหลักศาสนา การมีภูมิปัญญาที่เป็นเอกลักษณ์ของชุมชน การมีทรัพยากรบุคคลที่เป็นที่เคารพศรัทธา ที่คนในชุมชนให้ความเคารพศรัทธา และเป็นที่ยึดเหนี่ยวด้านจิตใจ ทำให้คนในชุมชนมีความสามัคคีเอื้ออาทรเห็นอกเห็นใจกัน การมีทรัพยากรธรรมชาติที่สมบูรณ์ คนในชุมชนไม่อดอยาก ส่งเสริมให้คนในชุมชนมีการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ เกื้อกูลกันทางด้านอาหารและความเป็นอยู่ การมีกลุ่มอาชีพที่ 1 เข้มแข็ง ที่สร้างรายได้และชื่อเสียงให้ชุมชน การมีเครือข่ายแกนนำด้านเอดส์ในชุมชน ที่มีสมาชิกเป็นคนในชุมชนทั้งที่เป็นผู้ติดเชื้อเอดส์ และไม่ใช่ผู้ติดเชื้อ ที่มีบทบาทสำคัญในการจัดการปัญหาเอดส์ของชุมชน สิ่งเหล่านี้ส่งผลต่อระบบความสัมพันธ์ และเป็นฐานสำคัญในการมีปฏิสัมพันธ์ที่ดีของคนในชุมชนและนำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ในชุมชนประกอบด้วยความสัมพันธ์ที่อยู่บนฐานของความไว้วางใจกันของคนในชุมชน มีการช่วยเหลือเกื้อกูลเอื้อเฟื้อ เผื่อแผ่กัน การทำบุญให้ทานโดยไม่หวังสิ่งตอบแทน และความสามัคคีและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน

ส่วนองค์ประกอบทุนทางสังคมที่ถือว่าเป็นปัจจัยภายนอก ได้แก่ องค์การเอกชนทั้งภายในและต่างประเทศและหน่วยงานของรัฐ ที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณในการทำกิจกรรมของเครือข่ายแกนนำด้านเอดส์ในชุมชน ตลอดจนการเชื่อมประสานการทำงานระหว่างเครือข่าย เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ได้อย่างทั่วถึงและมีคุณภาพ ส่วนเรื่องความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเรื่องโรคเอดส์ถือเป็นปัจจัยด้านเทคโนโลยีที่ส่งผ่านทางกลุ่มองค์กรเอกชน และหน่วยงานรัฐด้านสาธารณสุข ทำให้ชุมชนมีความรู้ความเข้าใจถือเป็นทุนสำคัญที่ส่งเสริมให้การดำเนินงานด้านเอดส์เป็นไปอย่างราบรื่น องค์ประกอบทั้งสองส่วน ต่างก็เป็นปัจจัยสำคัญในกระบวนการทุนทางสังคมที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ ในชุมชนมะเกลือจนประสบความสำเร็จอย่างเป็นรูปธรรม

กระบวนการทุนทางสังคมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน

กระบวนการทุนทางสังคมที่ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนมะเกลือ ทั้งส่วนที่เป็นระบบคิด วิธีปฏิบัติ และผลลัพธ์ที่เกิดจากการดูแลผู้ติดเชื้อของชุมชนมะเกลือ ดังนี้

ส่วนที่เป็นระบบคิด เนื่องจากชุมชนมะเกลือเป็นชุมชนที่มีความชัดเจนในเรื่องกลุ่มคนเริ่มแรกที่มาตั้งชุมชน กล่าวคือเป็นกลุ่มไพร่พลที่อพยพมาจากเวียงจันทน์ และขอแยกตัวออกมาหาทำเลที่ตั้งที่มีลักษณะชัยภูมิเหมาะสม มีความอุดมสมบูรณ์ในการสร้างบ้านแปลงเมือง กลุ่มคนแรกเริ่มมีทั้งไพร่พล พระ และผู้นำกลุ่ม ทำให้คนในชุมชนมีความสำนึกในความรู้สึกเคารพเชื่อฟังผู้นำ และความสำนึกในความเป็นพี่น้องอย่างเหนียวแน่น ประกอบกับความเชื่อความศรัทธา ที่มี หลักศาสนา ฮิตสิบสองกองสิบสี่ และวิญญาณบรรพบุรุษ ที่มีการนับถือและปฏิบัติอย่างเข้มข้น ในชุมชน สะท้อนให้เห็นความเป็นเอกลักษณ์ และโครงสร้างทางความคิดของคนในชุมชน ที่สื่อให้เห็นบรรทัดฐานทางศีลธรรมที่คนในชุมชนนับถือ เนื่องจากฮิตสิบสองเป็นพิธีกรรมตามปฏิทินปฏิบัติในรอบปี กองสิบสี่เป็นแนวปฏิบัติในชีวิตประจำวัน และมีศาสนาเป็นศูนย์กลางแห่งศรัทธาคือวัด กับการทำบุญบำรุงพระพุทธศาสนาตลอดทั้งปี รวมถึงความเชื่อที่มีต่อวิญญาณบรรพบุรุษที่คนในชุมชนให้ความเคารพนับถือ ไม่ละเมิดถือเป็นการควบคุมพฤติกรรมทางสังคมของคนในชุมชน ได้เป็นอย่างดี องค์ประกอบในความเชื่อเหล่านี้ผสมผสานรวมกันเป็น ภูมิปัญญาแม่บท หรือโครงสร้างทางความคิด (เอกวิทย์ ฌ กลาง, 2544) ของคนในชุมชน ที่หล่อหลอมคนในชุมชนมะเกลือให้เป็นคนทำคุณงามความดีประกอบด้วยการทำบุญให้ทานเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน ดังที่บัวศรี ศรีสูง ปรากฏชาวบ้านแห่งบ้านดงเค็ง มหาสารคาม (อ้างใน เอกวิทย์ ฌ กลาง, 2544: 67) บรรยายในหัวข้อ “ทิศทางหมู่บ้านอีสาน” ว่า

“วัฒนธรรมของคนอีสาน เป็นวัฒนธรรมที่มีความเชื่อมั่นว่าดีที่สุดในบ้านเรา ในแคว้นสุวรรณภูมิเป็นวัฒนธรรมแต่โบราณมา วัฒนธรรมอีสานสร้างคนให้เป็นคน สร้างคนให้ละจากความโลภ ความโกรธ ความหลง ให้คนทำคุณงามความดี เอื้อเฟื้อเผื่อแผ่ต่อกัน มีฮึดมีคง อยู่ เรียกว่า ฮิตสิบสอง กองสิบสี่...”

ภูมิปัญญาและวัฒนธรรมสำคัญ ที่มีอิทธิพลต่อความสัมพันธ์ระหว่างเครือข่ายและคนในชุมชนของบ้านมะเกลือ และได้ทำการถ่ายทอดภูมิปัญญาโบราณ มาจนถึงปัจจุบันคือการทอผ้าไหมและถ่ายทอดเอกลักษณ์ร่วมของชุมชนจากลายผ้า และรูปทรงเสื้อผ้าไหมสีดำ คอกลม ลายลูกแก้วที่เป็นเอกลักษณ์ของคนบ้านมะเกลือ รวมไปถึงภูมิปัญญาในการทำเครื่องทองเหลืองด้วยเทคนิคโบราณ ที่ทำกันในกลุ่มเครือข่ายและนำไปขายนอกชุมชนในกลุ่มพี่น้องและเครือข่าย จึงกล่าวได้ว่าภูมิปัญญาทั้งสองนอกจากจะสร้างความเป็นเอกลักษณ์ร่วมของคนมะเกลือแล้ว อีกนัยหนึ่งยังเป็นการกระชับความสัมพันธ์ในเครือข่ายได้อย่างเหนียวแน่น

ด้วยระบบคิด ความเชื่อและวัฒนธรรมของชุมชนมะเกลือดังที่ได้กล่าวมา แสดงให้เห็นถึงโครงสร้างทางความคิด ที่หล่อหลอมให้คนในชุมชนเป็นคนดีมีศีลธรรม และมีอิทธิพลต่อการกำหนดความสัมพันธ์ระหว่างคนในชุมชน ด้วยการเอื้อเฟื้อเผื่อแผ่กันช่วยเหลือเกื้อกูลกัน มีความไว้วางใจกัน เนื่องจากคนในชุมชนต่างก็อยู่ในกรอบของจารีตชุมชน จึงทำให้คนในชุมชนมีค่านิยมในการให้ความเคารพเชื่อฟังต่อผู้นำและผู้เฒ่าผู้แก่ มีความยึดมั่นในความเป็นพี่น้องและเครือญาติ รวมไปถึงความสามัคคีและการมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมพัฒนาชุมชนส่วนรวม

ระบบความสัมพันธ์ของคนในชุมชนมะเกลือที่ถือว่าเป็นทุนทางด้านระบบความสัมพันธ์ที่เด่นชัดคือเรื่องความไว้วางใจ การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน และความสามัคคีและการมีส่วนร่วม ระบบความสัมพันธ์เหล่านี้ต่างก็เป็นพื้นฐานสำคัญที่คนในชุมชนนำไปปรับใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่คนในชุมชนมองเห็นว่าเป็นปัญหาของชุมชนจากประสบการณ์ที่เห็นคนในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนบ้านใกล้ชิด หรือคนในชุมชนที่เสียชีวิต จากการป่วยด้วยโรคเอดส์ คนแล้วคนเล่า รวมไปถึงผลกระทบที่ตามมาต่อผู้ที่อยู่เบื้องหลังคือครอบครัว พ่อแม่ และลูก

ปัจจัยสำคัญที่ส่งเสริมให้คนในชุมชนหันกลับมามองเห็นปัญหาโรคเอดส์ในระดับชุมชน จากวิกฤติของปัญหาในชุมชน การเกิดวิกฤติของปัญหาที่คนในชุมชนต่างก็มองเห็นและหรือมีประสบการณ์ร่วมกัน เกี่ยวกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นจากโรคเอดส์ หลายครอบครัวที่สูญเสียคนในครอบครัวเพราะ โรคเอดส์ หรือหลายคนในหนึ่งครอบครัวที่เสียชีวิตเพราะ โรคเอดส์ และผลกระทบที่ตามมาหลังจากคนในครอบครัวเสียชีวิต หรือผลกระทบที่เกิดขึ้นในขณะที่มีผู้ติดเชื้อ กำลังป่วยด้วยโรคเอดส์ประกอบด้วยสองปัจจัย คือ 1) ปัจจัยด้านการได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์จากหน่วยงานสาธารณสุข จากองค์กรเอกชนและจากอาสาสมัครที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เข้ามาให้ความรู้แก่ชุมชนอย่างต่อเนื่อง ทำให้ชุมชนไม่กลัวว่าจะติดเชื้อเอชไอวี คนในชุมชนเริ่มเข้าใจและยอมรับผู้ติดเชื้อมากขึ้น การทำงานเรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่คนในชุมชนมะเกลือ ผู้ที่แสดงบทบาทหลักคือเครือข่ายแกนนำด้านเอดส์ฯ องค์กรเอกชนและหน่วยงานสาธารณสุขของรัฐ เป็นเพียงผู้ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณ และให้คำแนะนำ และ 2) ปัจจัยด้านตัวอย่างของผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้วอาการดีขึ้น หลายคนเป็นตัวอย่างให้กับชุมชนได้เห็นว่า การรักษาด้วยยาต้านไวรัสทำให้ฟื้นขึ้นมาเป็นปกติและสามารถกลับไปทำงานหาเลี้ยงชีพได้ ผู้ติดเชื้อหลายคนที่ย่างมาทำงานกับเครือข่ายแกนนำด้านเอดส์

ปัจจัยด้านสองที่เป็นผลมาจากการรับเอาความรู้จากภายนอกที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์เข้ามาในชุมชน ทำให้ชุมชนเข้าใจ ยอมรับผู้ติดเชื้อ และเป็นปัจจัยที่กระตุ้นให้คนในชุมชนเกิดพลังที่อยากจะจัดการปัญหา ด้วยการดึงเอาทุนทางสังคมที่ฝังอยู่ในตัวคนในชุมชน ตั้งแต่ความไว้วางใจ การช่วยเหลือเกื้อกูล การให้โดยไม่หวังสิ่งตอบแทน และความสามัคคีและการมีส่วนร่วม ทำให้เกิดพลังในการดำเนินกิจกรรม ด้านเอดส์ในชุมชน ด้วยความร่วมมือกันของคนในชุมชนตั้งแต่ชาวบ้านซึ่งประกอบด้วยคนในครอบครัวผู้ติดเชื้อ เพื่อนบ้าน เครือญาติ เพื่อนผู้ติดเชื้อ ผู้นำชุมชน ผู้ติดเชื้อ และหน่วยงานองค์กรและสถาบัน ที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกชุมชน ได้แก่ โรงเรียน สถานีนามัย วัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สถานบริการสุขภาพของรัฐ ด้วยการดำเนินการจัดการปัญหาเอดส์ของชุมชนภายใต้ชื่อเครือข่ายแกนนำ ด้านเอดส์ของชุมชน ที่ให้การดูแลช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อ นอกเหนือจากการดูแลกันในครอบครัว เครือญาติ และในฐานะเพื่อนบ้าน หรือเพื่อนผู้ติดเชื้อ

เนื่องจากการมีส่วนร่วมจากหลายกลุ่มหลายระดับ และหลายหน่วยงานในการจัดการปัญหาเอดส์ในชุมชนมะเกลือ ส่งผลต่อการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนที่สามารถแบ่งออกเป็นหลายระดับเช่นกัน กล่าวคือ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับชุมชน การดูแลในระดับกลุ่ม/เครือข่ายและการดูแลในระดับปัจเจกดังนี้

1) การดูแลในระดับชุมชนด้วยการเข้าใจ และยอมรับศักยภาพ และเห็นคุณค่าของผู้ติดเชื้อเช่นเดียวกับคนในชุมชนทั่วไป ด้วยการดึงผู้ติดเชื้อที่มีศักยภาพเข้ามาทำงานให้กับส่วนร่วม โดยไม่มีการแยกแยะเป็นชาวบ้าน

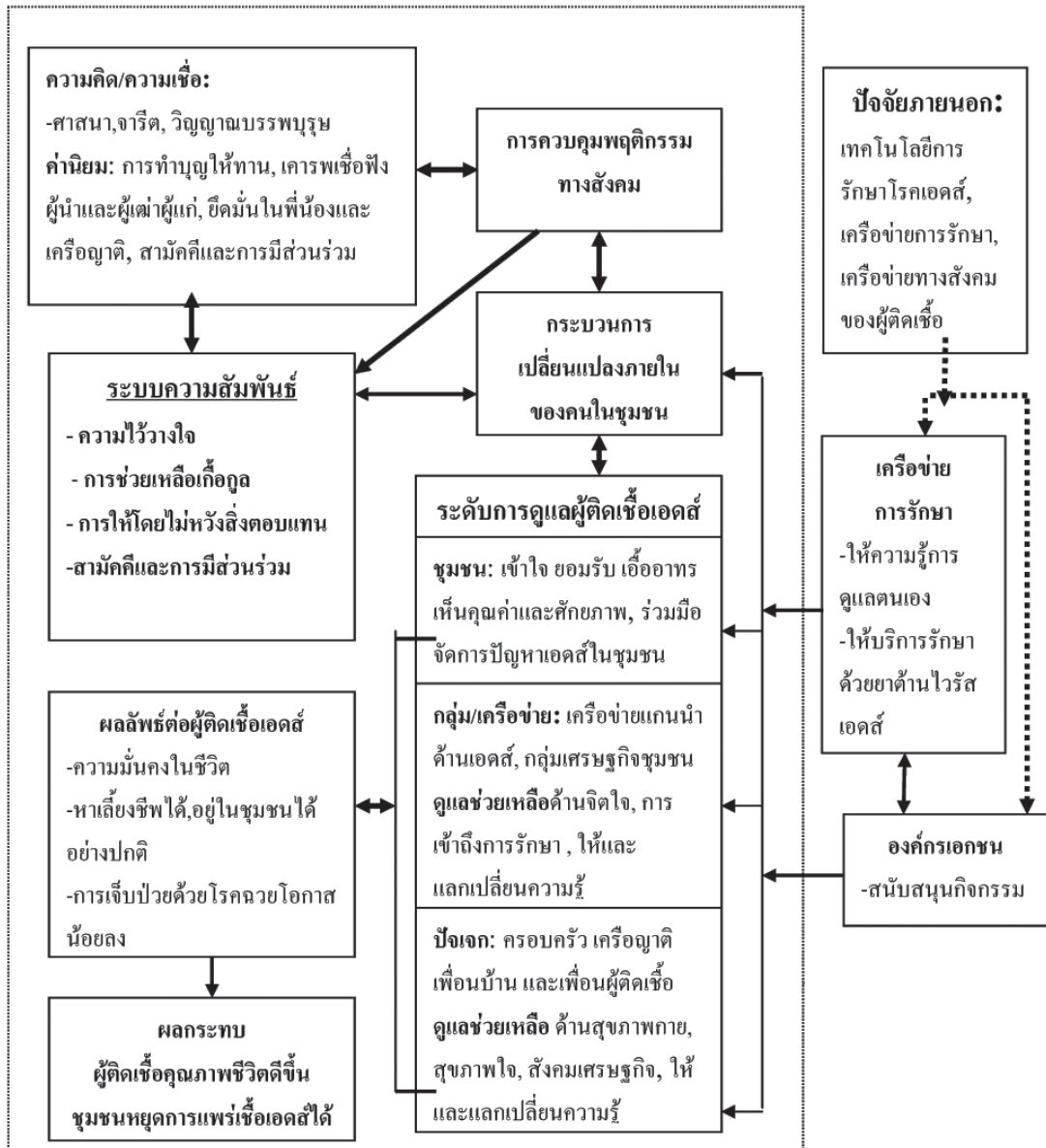
ธรรมดาหรือเป็นผู้ติดเชื้อแต่พิจารณาจากความรู้ความสามารถในที่มีเฉพาะในตัวบุคคล เช่น การช่วยจัดทำบัญชีให้กับเจ้าอาวาสวัดละมัยงานบุญประเพณีสำคัญ ได้รับคัดเลือกให้เป็นคนขายสินค้าในร้านค้าชุมชน และได้เป็นครูสอนพลศึกษาในโรงเรียน ความเข้าใจและการยอมรับของชุมชนที่มีต่อผู้ติดเชื้อทำให้ผู้ติดเชื้อกล้าเปิดเผยตัว มั่นใจที่จะอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติ รวมไปถึงมีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างผู้ติดเชื้อและคนในชุมชนเกี่ยวกับการดูแลผู้ติดเชื้อ การป้องกัน และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คนในชุมชนและผู้ติดเชื้อต่างก็มีบทบาทในการจัดการปัญหาเอชไอวีในชุมชนร่วมกัน

2) การดูแลในระดับกลุ่ม/เครือข่าย เครือข่ายแกนนำด้านเอชไอวีในชุมชนมีบทบาทสำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชนในทุกมิติทั้งด้านร่างกายด้วยการให้คำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลตนเอง การใช้สมุนไพรเพื่อส่งเสริมสุขภาพการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี การปฏิบัติตัวขณะกินยาต้านไวรัส รวมทั้งการดูแลด้วยการแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเองของสมาชิก เครือข่ายที่เป็นผู้ติดเชื้อ ด้านจิตใจด้วยการไปเยี่ยมผู้ติดเชื้อ และครอบครัวเพื่อให้กำลังใจ ทำผู้ติดเชื้อมีกำลังใจ มั่นใจที่จะอยู่ในชุมชนอย่างเปิดเผย ด้านเศรษฐกิจสังคมด้วยการทำให้คนในชุมชนยอมรับผู้ติดเชื้อและสามารถทำงานรับจ้าง เพื่อหาเลี้ยงชีพในชุมชนหรือให้ฝักอาชีพทอดผ้าและส่งขายให้กับกลุ่มทอดผ้าในชุมชน เพื่อหารายได้เลี้ยงตัวเองและครอบครัว

3) การดูแลในระดับปัจเจก ประกอบด้วย การดูแลในครอบครัว การดูแลโดยเพื่อนบ้าน เพื่อนผู้ติดเชื้อ เครือญาติ และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ด้วยการดูแลเรื่องสุขภาพเมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาส หรือการป้องกันการเจ็บป่วยตามฤดูกาล การกินยาต้านไวรัส โดยเฉพาะในผู้ติดเชื้อเด็ก ที่ครอบครัวมีความสำคัญมากต่อการดูแลเรื่องสุขภาพกาย ทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี การดูแลให้กำลังใจเป็นที่ปรึกษาพูดคุยเมื่อผู้ติดเชื้อมีความเครียด โดยเฉพาะในกลุ่มเพื่อนผู้ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อเกือบทุกคนจะแวะเวียนเข้ามาพูดคุยกับกลุ่มผู้ติดเชื้อที่รวมกลุ่มกันเย็บผ้า นอกเหนือจากการปรึกษาพูดคุยกับคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านที่ผู้ติดเชื้อให้ความไว้วางใจ รวมไปถึงการเข้ามาพูดคุยเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้เกี่ยวกับการดูแลตนเอง การกินยาและการปฏิบัติตัวขณะกินยา ส่วนครอบครัวและเครือญาติมีบทบาทสำคัญมากในเรื่องการสร้างความมั่นคงในชีวิตอนาคตให้กับผู้ติดเชื้อ ดังจะเห็นได้จากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสะใภ้ของบ้านมะเกลือเมื่อสามีเสียชีวิตยังคงอาศัยอยู่ในบ้านมะเกลือต่อไปด้วยเหตุผลว่าคนมะเกลือยอมรับผู้ติดเชื้อได้ และที่สำคัญคือความมั่นใจที่ได้รับจากเครือญาติและคนในครอบครัวของสามีที่สร้างความมั่นใจให้กับผู้ติดเชื้อว่าจะดูแลจนถึงที่สุด

ผลจากการดูแลผู้ติดเชื้อโดยชุมชน ทำให้เกิดผลลัพธ์ที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีกล่าวคือ ทำให้ผู้ติดเชื้อมีความมั่นคง ในชีวิตอนาคตมีสุขภาพแข็งแรงสามารถหาเลี้ยงชีพได้ และใช้ชีวิตอยู่ในชุมชนได้อย่างปกติสุข และผลต่อการเข้าถึงการรักษาด้วยการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ร่วมกับการดูแลตัวเองได้อย่างถูกต้อง ทำให้ผู้ติดเชื้อลดการเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสน้อยลง หลายคนกลับไปทำงานที่กรุงเทพมหานครเหมือนเดิม พร้อม ๆ กับดูแลตัวเองและกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการใช้กระบวนการทุนทางสังคมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนมะเกลือที่สำคัญมีสองประการคือ ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี กล่าวคือทำให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น ประการที่สองคือผลกระทบที่เกิดขึ้นกับชุมชนมะเกลือคือ ชุมชนมะเกลือสามารถหยุดการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีในชุมชนได้ตัวชี้วัดที่สำคัญคือไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่แสดงตัวเพื่อขอรับเงินสงเคราะห์จากองค์การบริหารส่วนตำบลที่จัดเตรียมไว้ เพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่แสดงตนมาห่าปี้แล้ว

กระบวนการทุนทางสังคมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนมะเกลือดังแสดงในรายละเอียดในแผนภูมิที่ 1



แผนภูมิที่ 1 รูปแบบกระบวนการทุนทางสังคมที่ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนห้วยสมบุรณ์

- หมายถึง ความสัมพันธ์ โดยตรงทางเดียว
- ↔ หมายถึง ความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน
- - - - -> หมายถึง ความสัมพันธ์โดยตรงทางเดียวบางส่วน

รูปแบบกระบวนการทางสังคมนวัตกรรมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน

รูปแบบกระบวนการทางสังคมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน เป็นรูปแบบที่สนับสนุนให้เกิดการดูแลสุขภาพโรคเอดส์ได้อย่างต่อเนื่องและเคร่งครัด โดยเฉพาะเรื่องการรักษาและการปฏิบัติตัวของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อในชุมชน โดยเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยและครอบครัว ร่วมกับทีมสุขภาพที่ผสมผสานทั้งวิชาชีพเฉพาะและอาสาสมัครที่เป็นคนในชุมชน ผู้นำชุมชน และการให้การสนับสนุนช่วยเหลือจากคนในชุมชนและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทั้งเรื่องสวัสดิการทางสังคม การเข้าถึงการรักษา การดูแลสุขภาพการแลกเปลี่ยนและให้ความรู้ในการป้องกันการแพร่เชื้อโรคเอดส์ การสนับสนุนช่วยเหลือด้านความเป็นอยู่รวมถึงการให้กำลังใจและให้ความมั่นใจแก่ผู้ติดเชื้อ ทำให้ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนที่ศึกษาได้รับการดูแลอย่างครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ สังคม เศรษฐกิจ และมีความต่อเนื่องของการดูแลในครอบครัวและชุมชนจึงถือว่าเป็นนวัตกรรมด้านการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ซึ่งมีความสอดคล้องกับกรอบนวัตกรรมการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ขององค์การอนามัยโรคว่า กรอบของนวัตกรรมในการดูแลโรคเอดส์ ประกอบด้วยองค์ประกอบพื้นฐาน สามอย่างคือ การมีปฏิสัมพันธ์ในระดับผู้ป่วย (Micro) องค์กรและชุมชน ที่ดูแลเรื่องสุขภาพ (Meso) และระดับนโยบาย (Macro) หรือการมองที่ผลลัพธ์ของนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เห็นในรูปของการมีส่วนร่วมในการทำงานระหว่าง ผู้ป่วยและครอบครัว ทีมสุขภาพ และการสนับสนุนจากชุมชน (WHO, 2008) ถึงแม้ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้ศึกษาถึงระดับนโยบาย แต่ผลการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชนหากพิจารณาในระดับนโยบายการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศไทย ได้ให้ความสำคัญกับชุมชนและสังคมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงอาจกล่าวได้ว่าผลการศึกษาครั้งนี้สามารถตอบสนองต่อนโยบายในระดับชาติเรื่องการเน้นบทบาทของสังคมชุมชนในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นรูปธรรม

หากพิจารณาการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนด้วยกระบวนการทางสังคม ในครั้งนี้ว่าเป็นการทำงานด้านสุขภาพที่เน้นบทบาทของผู้ป่วยและครอบครัวและชุมชนเป็นหลัก ทีมสุขภาพและองค์กรเอกชน เป็นเพียงผู้ให้คำแนะนำและช่วยเหลือในการส่งเสริมศักยภาพคนในชุมชน และแกนนำด้านสุขภาพในชุมชนให้สามารถดำเนินกิจกรรมการแก้ปัญหาสุขภาพด้วยตัวเอง ทำให้เกิดทีมสุขภาพหรือเครือข่ายการดูแลสุขภาพในชุมชนที่มีความเข้มแข็ง ซึ่งสอดคล้องกับความหมายนวัตกรรมสังคม (Social Innovation, 2008) ว่าหมายถึง กลยุทธ์ใหม่ แนวคิดรายยอด และองค์กรที่ทำการพัฒนาเพื่อตอบสนองความต้องการของสังคมและชุมชนทั้งด้านการศึกษาและสุขภาพ ที่ทำให้ประชาสังคมเข้มแข็ง ซึ่งแกนนำ ด้านสุขภาพชุมชน โดยความร่วมมือและการมีส่วนร่วมของคนในชุมชน ผู้นำชุมชน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน โดยความร่วมมือของหน่วยงานด้านสุขภาพในชุมชน องค์กรเอกชน และเครือข่ายเอดส์ในชุมชน ในการจัดการปัญหาเอดส์ในชุมชนครั้งนี้จึงเป็นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน และเป็นนวัตกรรมที่เกิดจากการสร้างของคนในชุมชนผู้ศึกษาเป็นเพียงคนนอกที่เข้าไปเก็บรวบรวมข้อมูลการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนอย่างเป็นระบบและนำมาสร้างเป็นองค์ความรู้ ที่เป็นนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ในชุมชน ซึ่งผู้ป่วยโรคเอดส์ในการศึกษาครั้งนี้คือผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยทำการสร้างนวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนด้วยรูปแบบกระบวนการทางสังคมที่ใช้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สิ่งที่สำคัญที่สุดที่ทำให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่องในระดับชุมชนคือการที่ชุมชนยอมรับปัญหาโรคเอดส์พร้อม ๆ กับมีการยกระดับปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน จากปัญหาในระดับปัจเจกหรือระดับครอบครัวเป็นปัญหาร่วมของชุมชนหรือปัญหาสาธารณะ โดยมีสาเหตุหลักจากประสบการณ์ทั้งโดยตรงและประสบการณ์โดยอ้อมจากการสูญเสียผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผลกระทบต่อครอบครัว ชุมชน และสังคม ภายหลังจากการสูญเสียผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้คนในชุมชนหันกลับมามองเห็นปัญหาร่วมกัน พร้อม ๆ กับทำให้เกิดความร่วมมือกันทั้งชุมชนด้วยการดึงเอาพลังภายในที่เป็นทุนทางสังคม ในชุมชนมาใช้ในการจัดการปัญหาเอดส์ได้ประสบความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง และยั่งยืน

การวิเคราะห์ขั้นตอนการยอมรับกระบวนการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน เพื่อนำไปเปรียบเทียบกับ การวางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานด้านสุขภาพ ด้วยนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 1 ชุมชนรับรู้ถึงการทำงานของเครือข่ายแกนนำด้านเอดส์และองค์กรเอกชนที่ทำงานในชุมชน ชุมชนเริ่มให้ความสนใจเข้าร่วมในกิจกรรม

ขั้นตอนที่ 2 ชุมชนเริ่มมีความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้นและนำความรู้ความเข้าใจไปเปรียบเทียบกับปรากฏการณ์ปัญหาเอดส์ในชุมชน และจากประสบการณ์ทั้งทางตรงและทางอ้อมที่ได้รับผลกระทบจากปัญหา โรคเอดส์

ขั้นตอนที่ 3 ชุมชนเริ่มยอมรับผู้ติดเชื้อ มีความเข้าใจและเห็นใจผู้ติดเชื้อ และเปลี่ยนเป็นมีทัศนคติที่ดี ต่อผู้ติดเชื้อ พร้อมกับการที่ชุมชนเริ่มมีการเปลี่ยนพฤติกรรมการแสดงออกต่อผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนด้วยการมี ปฏิสัมพันธ์ที่ดีกับผู้ติดเชื้อ ด้วยการยอมรับผู้ติดเชื้อในชุมชน ไม่รังเกียจที่จะคบหา เนื่องจากเห็นความสำคัญของ กิจกรรมด้านเอดส์จากผลการดำเนินงานว่าผู้ติดเชื้อหลายคนดีขึ้นสามารถทำงานและใช้ชีวิตได้เช่นคนปกติ

ขั้นตอนที่ 4 สิ่งที่ตามมาคือการมีส่วนร่วมสนับสนุนช่วยเหลือของชุมชนต่อกิจกรรมการดำเนินงาน เพื่อ แก้ปัญหาเอดส์ในชุมชนให้มีความยั่งยืน ด้วยการให้ความร่วมมือกิจกรรมเอดส์ในชุมชนในชุมชนดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง การให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อในชุมชน

ขั้นตอนการเปลี่ยนแปลงของชุมชนในการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน เมื่อนำมาเทียบเคียงกับการ วางแผนเพื่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการทำงานด้านสุขภาพ ด้วยนวัตกรรมทางด้านสุขภาพ จาก 10 ขั้นตอน (Richard P.T.M, et al., 2007) ดังนี้

นวัตกรรมด้านสุขภาพ

การรับรู้

1. ตระหนักในนวัตกรรม
2. สนใจและให้ความร่วมมือ

ทำความเข้าใจ

3. เข้าใจ
4. รับเข้าไปในงานประจำ

การยอมรับ

5. มีทัศนคติที่ดีต่อนวัตกรรม
6. ตัดสินใจที่จะเปลี่ยน

การเปลี่ยน

7. ยอมรับอย่างจริงจังและพยายาม
8. ปรับเปลี่ยนค่านิยม

ความยั่งยืน

9. แนวปฏิบัติใหม่ถูกนำไปปรับใช้ในงานประจำ

นวัตกรรมการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน

การรับรู้

1. ตระหนักในการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์
2. สนใจและให้ความร่วมมือเข้าอบรม

ทำความเข้าใจ

3. เข้าใจเรื่องโรคเอดส์(การติดต่อ และการดูแลรักษา)
4. นำไปพิจารณากับประสบการณ์และสถานการณ์ชุมชน

การยอมรับและการเปลี่ยนแปลง

5. เปลี่ยนทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเข้าใจและเห็นอกเห็นใจผู้ติดเชื้อ
6. มีการตัดสินใจที่จะเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและให้การยอมรับผู้ป่วยเอดส์
7. มีการยอมรับผู้ติดเชื้อในชุมชนอย่างจริงจัง
8. มีทัศนคติที่ดีต่อผู้ป่วยเอดส์ ด้วยการไม่แสดงอาการรังเกียจ คบหา เช่นปกติ

ความยั่งยืน

9. มีการดูแลผู้ติดเชื้อในระดับต่าง ๆ
-ในระดับครอบครัวมีการดูแลให้กำลังใจผู้ป่วย

ความยั่งยืน

10. แนวปฏิบัติใหม่ใช้ในองค์กรอย่าง
จริงจัง

ความยั่งยืน (ต่อ)

-ในระดับชุมชนมีการให้ความร่วมมือกิจกรรมเอดส์ใน
ชุมชน

10. มีแนวทางที่ชัดเจนต่อการให้ความช่วยเหลือ และ
สนับสนุนกิจกรรมให้ต่อเนื่อง และมีแนวทางที่
ชัดเจนต่อการดูแลปฏิบัติของคนในครอบครัว
ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์รวมทั้งการดูแลตนเอง
ของผู้ติดเชื้อ

จะเห็นได้ว่า สารสำคัญในการยอมรับการดำเนินงานด้านเอดส์ในชุมชน จากการศึกษาครั้งนี้มี
ความสอดคล้องกับการยอมรับนวัตกรรมการทำงานด้านการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพจากข้างต้น แม้จะมี
ความแตกต่างในรายละเอียดและลำดับขั้นตอนบ้าง จึงเป็นข้อยืนยันถึงรูปแบบกระบวนการทุนทางสังคมที่ใช้ในการดูแล
ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน ที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้ว่า เป็นนวัตกรรมทางสังคมที่ใช้ในการดูแลผู้ป่วยและ
ผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน

ข้อเสนอแนะ

1. การนำทุนทางสังคมในชุมชนมาใช้ในการจัดการปัญหาเอดส์ ต้องเน้นให้ชุมชนยอมรับและมองเห็นว่า
เอดส์เป็นปัญหาระดับชุมชน ไม่ใช่ปัญหาเฉพาะคนเฉพาะกลุ่มคนในชุมชน เพื่อให้ชุมชนดึงทุนทางสังคมมาเป็นพลัง
ในการจัดการปัญหาเอดส์ ทั้งนี้การจัดการปัญหาเอดส์ต้องเน้นการมีส่วนร่วมของชุมชนเครือข่ายแกนนำ
ด้านสุขภาพแบบผสมผสานในชุมชน และเน้นบทบาทผู้ติดเชื้อที่เป็นตัวอย่างแก่ผู้ติดเชื้อรายอื่นในชุมชนเข้าร่วม
ดำเนินกิจกรรมด้านเอดส์ในชุมชน

2. การดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชนต้องให้ความสำคัญกับบทบาทของชุมชน ด้วยการดึงพลังภายใน
ชุมชนมาใช้ในการดำเนินงาน โดยภาครัฐมีบทบาทในการพัฒนาเครือข่ายการรักษาพัฒนาศักยภาพสมาชิก
กลุ่มแกนนำด้านเอดส์ในชุมชน และเน้นการทำงานเป็นทีมสุขภาพร่วมกัน

เอกสารอ้างอิง

- กฤติยา อาชวนิจกุล และคณะ (บรรณาธิการ). (2534). *คุณภาพประชากรในทศวรรษหน้า*. (รายงานสัมมนา ในวาระครบรอบ 20 ปี สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 11 ตุลาคม 2534 ณ ห้องภาณุรังษี โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร).
- โกมาตย์ จิ่งเสถียรทรัพย์. (2549). *พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติสังคมวัฒนธรรม*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร (องค์การมหาชน).
- ชาย โพธิ์สิตา (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม). (2548). *ประชากรศาสตร์ในประเทศไทย: แนวโน้มและก้าวต่อไปในวิชาชีพ*. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
- เบญจา ยอดคำเนิน-แอตติกัจ และคณะ (บรรณาธิการ). (2549). *เสียงและทางเลือกของผู้หญิงคิดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เบญจา ยอดคำเนิน-แอตติกัจ. (ม.ป.ป.). *การสร้างทฤษฎีฐานราก (Grounded theory)*. เอกสารประกอบการบรรยาย. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- มธุรส ศิริสถิตกุล. (โกมาตย์ จิ่งเสถียรทรัพย์, บรรณาธิการ). (2549). *พหุลักษณะทางการแพทย์กับสุขภาพในมิติทางสังคมวัฒนธรรม*. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์มานุษยวิทยาสิรินธร.
- ราณี วงศ์คงเดช และคณะ (2545). *สมรรถนะชุมชนเมืองในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์*. ศูนย์ฝึกอบรมและพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่น.
- รังสรรค์ จันต๊ะ. (2544). *ภูมิปัญญาพื้นบ้าน: มิติทางวัฒนธรรมในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในภาคเหนือของประเทศไทย*. เชียงใหม่: โรงพิมพ์มิ่งเมือง.
- สุจินดาสุขกำเนิด และคณะ. (2545). *ระบบการส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในชุมชน โดยผ่านเครือข่ายหมอพื้นบ้านภาคตะวันออกเฉียงเหนือ*. งบประมาณสนับสนุนจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ. มปท.
- วรวิทย์ โรมรัตน์พันธ์. (2548). *ทุนทางสังคม*. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์เดือนตุลา.
- อรัญญ์ อาจอำ (บรรณาธิการ). (2539). *ประชากรไทย 60 ล้านคน สถานการณ์นโยบายและมิติด้านการพัฒนา*. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล.
- เอกวิทย์ ณ ถลาง. (2544). *ภูมิปัญญาอีสาน*. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: อัมรินทร์ พรินต์ติ้งแอนด์พับลิชชิ่งจำกัด.
- Berkman, Lisa F and Kawachi, Ichiro (Editor). (2000). *Social Epidemiology*. Oxford University Press, Inc.
- Goudge, J., and et al. (2004). *Theorising contextual relationships A review of the adherence and related literature with an annotated bibliography*. [Online]. Available: <http://www.wits.ac.za/chp/docs/B58.pdf> [2006, August 11].
- Guba, E, & Lincoln, Y. (1981). *Effective Evaluation*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Richard P.T.M, and et al. (2007). *Planning and Studying Improvement in Patient Care: The Use of Theoretical Perspectives*. *The Milbank Quarterly*, Vol. 85, No 1, 2007 (pp. 93-138).
- Rostila, M. (2006). *Social Capital and Health in European Welfare regimes A multilevel approach*. [Online]. Available: <http://www.northwestern.edu/rc19/Rostila.pdf>.
- Sharon D. (2005). Morrison, et al. *Social Capital, Health and HIV awareness of Girls in a Rural Caribbean Community*. *International Electronic Journal of Health education*, 8: 135-145.

Social Innovation. (2008).[Online]. Available: http://en.wikipedia.org/wiki/social_innovation [2008, February 21].

Strauss, A., and Corbin, J. (1998). *Basics for Qualitative Research: Techniques and Procedures for Developing Grounded Theory*. California: SAGE publication.

World Bank. *South Asia Multi Sector briefs on HIV/AIDS*. [Online]. Available: <http://siteresources.worldbank.org/INTSAREGTOPHIVAIDS/Resources/RuralFinalVersion.pdf> [2006, June 1].

WHO. (2008). *Innovation Care for Chronic Conditions: Building Block for Action*. [Online]. Available: www.who.int/ncd/chronic_care/index.htm [2008, February 20].