

การสร้างประวัติศาสตร์โรคภัยไข้เจ็บ: นวัตกรรมและความเปลี่ยนแปลงในการทำงานป้องกันเอ็ดส์

สันติพงษ์ ช้างเผือก

เกริ่นนำ

ตลอด 1 ปีเศษที่ผ่านมา ผู้เขียนในฐานะที่ปรึกษาของโครงการพัฒนาศักยภาพองค์กรสมาชิก และแกนนำชุมชนในการสร้างระบบบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในชุมชนเฝ้าพื้นเมืองและกลุ่มชาติพันธุ์² ภายใต้การดำเนินงานของเครือข่ายสุขภาพชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง (คชส.) ได้ร่วมกับองค์กรสมาชิก แกนนำชุมชน และองค์กรภาคี พยายามทำสิ่งที่ท้าทายสำหรับวงการดำเนินงานด้านเอ็ดส์ในภาคประชาสังคม นั่นคือ สิทธิในการเข้าถึงการสร้างความรู้ของคนตัวเล็ก-ตัวน้อย โดยเฉพาะการสร้างความรู้ร่วมกับชุมชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์ ที่อยู่ในฐานะชายขอบของความสัมพันธ์เชิงอำนาจในสังคมไทย ด้วยเชื่อและเห็นด้วยกับข้อคิดของอาจารย์อาวุโสท่านหนึ่งที่เคยกล่าวไว้ว่า “คนชนเผ่า หรือว่าชายขอบจะเสียเปรียบที่ไม่สามารถเข้าถึงการสร้างความรู้ เพื่อจะบอกว่า มันเป็นอย่างนั้น มันเป็นอย่างนี้”

สำหรับ กลุ่มนักวิจัยหลัก ทั้งที่เป็นแกนนำชุมชน องค์กรสมาชิก ครูและนักวิชาการสาธารณสุข โครงการได้เลือกใช้แนวคิดและพัฒนาแนวทางการทำงานกับความทรงจำและการสร้างความรู้ประวัติศาสตร์โรคภัยไข้เจ็บเพื่อป้องกันเอ็ดส์ มาเป็น “เครื่องมือ” ในการพัฒนาศักยภาพคนทำงาน โดยใช้กระบวนการวิจัยเชื่อมโยงและเปิดพื้นที่ให้กับเสียงของคนเล็กคนน้อยในชุมชน/ท้องถิ่นได้มีโอกาสเล่า และทบทวนประวัติศาสตร์ชีวิต ประวัติชุมชน/ท้องถิ่น และ ประสบการณ์ต่อโรคภัยไข้เจ็บ นับแต่โรคระบาดเมื่อครั้งอดีต จนถึง เอชไอวี/เอดส์ ที่เป็นหัวใจสำคัญของงาน

ขณะที่ กลุ่มนักวิจัยจากสถานีอนามัยในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย โครงการได้รับความกรุณาจากสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) กระทรวงสาธารณสุข ที่มีส่วนสำคัญต่อการบุกเบิกและผลักดันการทำงานวิจัยเชิงคุณภาพให้กับกลุ่มบุคลากรสาธารณสุข หรือ ที่สื่อสารกันในชื่อ การวิจัยจากงานประจำ (Routine to Research: R2R) มาเป็นแนวทางการในพัฒนาศักยภาพคนทำงานในหน่วยบริการปฐมภูมิ ให้เห็นว่า ตนไม่ใช่เพียงแค่ผู้ใช้ความรู้ แต่สามารถแสวงหาและสร้างความรู้ใหม่ร่วมกับชุมชนที่ตนทำงานได้

ขณะเดียวกัน โครงการก็พยายามสร้างเงื่อนไขและสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการสร้างกลุ่มความร่วมมือเรียนรู้ และพื้นที่แลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมถึง พยายามใช้กระบวนการสร้างและสื่อสารความรู้เพื่อคลี่คลายปัญหาเอชไอวี/เอดส์และสุขภาพ

¹ บทความนำเสนอในเวที “ศูกร์เสวนา” สำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ (สวสส.) กระทรวงสาธารณสุข วันที่ 5 กุมภาพันธ์ 2553.

² โครงการนี้ได้รับการสนับสนุนสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

บทความนี้จะเน้นการพิจารณาวัฏกรรมที่ว่าด้วย ประวัติศาสตร์โรคภัยไข้เจ็บ และความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นในการทำงานป้องกันเอดส์ระดับชุมชน

15 ปีที่ผ่านมา

ถ้านับไมล์หลักแรกจากการปรากฏตัวขึ้นของผู้ป่วยเอดส์รายแรกของสังคมไทยตั้งแต่เดือนกันยายนพ.ศ.2527 เป็นต้นมา เวลาล่วงเลยมาเกือบทศวรรษ การทำงานป้องกันเอดส์ในกลุ่มชาติพันธุ์บริเวณภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยจึงเริ่มต้นขึ้น และมีพัฒนาการ อย่างน้อย 2 ช่วง

ยุคแรก ชาวเขาเผชิญหน้ากับเอดส์ (กลางทศวรรษที่ 2530-ต้นทศวรรษที่ 2540)

การทำงานด้านเอดส์ในกลุ่มชาวเขา (ชื่อที่ใช้เรียกในขณะนั้น) เริ่มต้นขึ้นอย่างชัดเจนในช่วงกลางทศวรรษที่ 2530 โดยมีเหตุปัจจัยแวดล้อมหลายประการ ดังนี้

ด้านหนึ่ง-เป็นเพราะอัตราการเสียชีวิตแบบก้าวกระโดดของผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนพื้นราบ จนหลายคนขนานนามห้วงยามนั้นว่า *ตายแบบใบไม้ร่วง* มีการประเมินว่า การแพร่ระบาดจะลุกลามไปยังคนทุกกลุ่ม

ด้านหนึ่ง-เนื่องเพราะสภาพการณ์สังคมไทย โดยเฉพาะภาคเหนือตอนบนในห้วงยามนั้น อุดมไปด้วยการรังเกียจเดียดฉันท์ ขั้วไล่ไสส่ง กีดกันผู้ป่วยเอดส์ อันเนื่องมาจากการโหมพัดของสื่อทุกแขนงที่เน้นแนวทางในการสร้างหรือกระตุ้นเร้าให้เกิดความหวาดกลัว (fear approach or fear arousal) ให้กับสังคมเป็นหลัก

และที่ปฏิเสธไม่ได้ คือ ความเกี่ยวข้องกับแหล่งทุนสนับสนุน เช่น โครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ (NAPAC) โดยการสนับสนุนของรัฐบาลออสเตรเลียที่ให้การสนับสนุนการทำงานขององค์กรไม่แสวงหากำไร ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2536-2540 หรือองค์กรทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF) ในช่วงปี พ.ศ. 2538

แหล่งทุนภายนอกเหล่านี้มีส่วนสำคัญต่อการผลักดันให้เกิดองค์กรชาติพันธุ์ที่ทำงานด้านเอดส์และสุขภาพโดยเฉพาะขึ้น อาทิ โครงการองค์กรเผ่าสี่ซูเพื่อรับมือกับโรคเอดส์ โครงการให้การศึกษารอคเอดส์ในชุมชนม้ง โครงการสุขภาพลาหู่ ซึ่งถือได้ว่าเป็นก้าวแรกขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านชาติพันธุ์ที่เข้าไปร่วมปฏิบัติการในอาณาบริเวณทางการแพทย์และสาธารณสุขไทย

โจทย์หลักของการทำงานจะเน้นหนักไปที่ *ทำอย่างไรถึงจะหยุดยั้งการแพร่ระบาดของเอดส์ในชนกลุ่มนี้ได้* โดยมีการประยุกต์แนวคิดและแนวทางการทำงานภายใต้กรอบคิดระบาดวิทยาที่มุ่งเน้นไปที่การให้การศึกษารอคเอดส์กับ “กลุ่มเสี่ยง” ด้วยหวังว่า จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติ และพฤติกรรมในที่สุด (KAP: Knowledge Attitude Practice) ต่อมา บางองค์กรได้เพิ่มเติมเรื่องงานด้านการดูแลและสนับสนุนผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบเข้าไปด้วย

หลังจากการทำงานไปได้ระยะหนึ่ง องค์กรที่มีรายนามข้างต้นพยายามสานกันเป็นเครือข่าย หลวมๆ มีการตั้งคณะกรรมการ เลือกรู้ประสานงานและมีความพยายามในการดำเนินการแก้ไขปัญหา ด้วยคนข้างในชาติพันธุ์เอง ตั้งคำสัมภาษณ์ของอาจารย์ประแสง ณ คีรี โครงการสุขภาพลาหู่³

“แปดองค์กรพบกันบ่อย เรียกว่า เครือข่ายชาวเขา ...มีการจัดสัมมนาครั้งหนึ่ง จากนั้นมีการจัดตั้งคณะกรรมการ ผมเป็นผู้ประสานงาน...เราเพิ่งประชุมไป... เราอยากเรียนรู้เรื่อง การบริหารจัดการองค์กรขนาดเล็ก...อีกอันหนึ่ง เรื่องการรวม กลุ่มของผู้ติดเชื้อ เครือข่ายการเรียนรู้ การศึกษาดูงาน ชาวเขาไม่ค่อยมีโอกาสไป ศึกษาดูงาน...อยากให้มี การสร้างเครือข่ายทั้งคนทำงาน รวมทั้งผู้นำชาวเขา⁴ ต่างๆ ได้มาคุยกัน พวกเราอยากมาพบกันพูดเรื่องปัญหาชาวเขาด้วยตัวของเราเอง...”⁵

ทว่าการดำเนินการของเครือข่ายคนทำงานที่ตั้งขึ้นก็ไม่ได้มีการก่อรูปเชิงสถาบันและดำเนินงาน อย่างเป็นจริงเป็นจังมากนัก มีพักต้องกล่าวถึง การขบคิดวิเคราะห์และผลักดันแนวคิด/ แนวทางการ ทำงานเอ็ดส์และสุขภาพที่เฉพาะเจาะจงสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ที่หลากหลาย

รูปธรรมหนึ่ง อาจจะมีมองผ่านการพิจารณาปัญหาการแพร่กระจายของเอ็ดส์ที่มีข้อสมมติฐานที่ น่าสนใจ แต่ขาดฐานข้อมูล หรือ การสร้างความรู้เพื่อสนับสนุนอย่างเพียงพอ เช่น บางโครงการเน้นหนัก ไปที่การเดินทางเข้าสู่ “อาชีพบริการทางเพศ” ของบรรดาหญิงชนเผ่าว่า เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยง การจัด จำแนกเช่นนี้แทบจะไม่ได้ต่างหรือไม่เคยมีการตั้งคำถามกับชุดข้อมูลที่ไหลเวียนอยู่ในสังคมไทยขณะนั้น

บางโครงการมีฐานการมองปัญหาว่า อัตราการระบาดของเอ็ดส์เกี่ยวข้องกับ การติดต่อข้ามกลุ่ม ข้ามชาติพันธุ์ ระหว่างคนพื้นราบกับคนบนภูเขา การวิเคราะห์เช่นนี้เป็นการมองข้ามพัฒนาการทาง ประวัติศาสตร์ที่กลุ่มชนต่างๆ มีการติดต่อสัมพันธ์ข้ามกลุ่มข้ามชาติพันธุ์ในหลากหลายมิติ ทั้งการ แลกเปลี่ยนสินค้า ความรู้ โรคภัยไข้เจ็บ และการดูแลสุขภาพ ฯลฯ

อีกรูปธรรมหนึ่ง คือ การคิดโจทย์การทำงานด้านเอ็ดส์ในกลุ่มชาติพันธุ์ในช่วงต่อมา (กลาง ทศวรรษที่ 2540) ยังมีการกล่าวถึง การประยุกต์เครื่องมือ และกระบวนการทำงานด้านเอ็ดส์กับคนพื้น ราบไปใช้กับกลุ่มชาติพันธุ์อยู่⁶

³ ปัจจุบัน เป็นโครงการหนึ่งภายใต้มูลนิธิไทยลาหู่

⁴ องค์กรที่ทำงานกับกลุ่มชาติพันธุ์ในหลายพื้นที่ช่วงนี้ จะมีการสร้างเครือข่ายผู้นำ เครือข่ายชาวบ้านแต่ละหมู่บ้าน เพื่อ รองรับการทำงานพัฒนาระดับพื้นที่อยู่แล้ว เช่น มูลนิธิพัฒนาชุมชนและเขตภูเขา (พชภ.) ดูเพิ่มในเสรี (2539) “รวมพลังเพื่อความอยู่รอดและสู้ภัยเอ็ดส์ มูลนิธิพัฒนาชุมชนในเขตภูเขา” 23 ประสพการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอ็ดส์ ภาคเหนือ. กรุงเทพฯ: กองโรคเอ็ดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. หน้า 139-145

⁵ เสรี (2539) หน้า 35-43.

⁶ ใน ร่างเอกสารของโครงการ Strengthening Community Responses on HIV/AIDS in Ethnic Minority Groups in Northern Thailand (phrase 2), 2006 : AIDS Network Development Foundation (AIDSNet) North Office. (เอกสาร อัดสำเนา)

กระนั้นก็ตาม กลุ่มคนทำงานหลักที่มักเป็นคนข้างในในกลุ่มชาติพันธุ์ (insider) และ/หรือ มีประสบการณ์ทำงานพัฒนาในพื้นที่สูงได้พยายามเชื่อม “งานเอดส์” เข้ากับงานพัฒนาที่ทำอยู่โดยมีเป้าหมายใน การสร้างความเข้มแข็งให้ชุมชน เป็นสำคัญ

ขณะเดียวกัน ก็พยายามเปลี่ยนนิยาม “เอดส์” ในฐานะ “เชื้อโรค” เป็น “โรคทางสังคม” เป็นหนึ่งในบรรดาปัญหาที่เป็นผลพวงมาจากนโยบายการพัฒนาแบบภูเขาที่ผิดพลาดและมีแนวโน้มละเมิดสิทธิมนุษยชน ซึ่งข้อเสนอเหล่านี้ก็สอดคล้องไปกับขบวนการเคลื่อนไหวทางการเมืองของกลุ่มชาติพันธุ์ในเขตภาคเหนือตอนบนที่มีความคึกคักและเข้มข้น มาตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 2530

ยุคที่สอง เอดส์ในมิติวัฒนธรรม (กลางทศวรรษที่ 2540-ต้นทศวรรษที่ 2550)

“จากการพูดคุยที่ผ่านมาของเรา (มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์) กับมูลนิธิริออคกีเฟลเลอร์ คณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการ และกับภาคีในหลายๆ ภาคส่วน จนถึง ณ วันนี้ เราจึงได้พัฒนาแผนงานเพื่อแก้ไขปัญหาเอชไอวี/เอดส์จากมุมมองด้านวัฒนธรรมขึ้น⁷”

หลังจากยุคแรกของการทำงานเอดส์ในกลุ่มชาติพันธุ์ผ่านพ้นไปไม่นานนัก มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ (เอดส์เน็ต) สำนักงานภาคเหนือ⁸ ประเมินสถานการณ์เอชไอวี/เอดส์ในชุมชนชาติพันธุ์และแรงงานข้ามชาติ (ที่กำลังกลายเป็นประเด็นใหม่ที่ท้าทายสังคมไทย) ว่า ชุมชนเหล่านี้ยังคงประสบปัญหาที่ท้าทาย การเลือกปฏิบัติ ขาดการเข้าถึงข้อมูลและบริการเพื่อคุ้มครองให้พ้นจากการติดเชื้อและความเจ็บป่วยเนื่องจากเอดส์ การถูกเอารัดเอาเปรียบ ทำให้ความรุนแรงของปัญหาเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้น

โจทย์ใหม่ที่ต้องขบคิดในยุคที่วงการการทำงานด้านเอดส์ในภาคเหนือยังคงดำรงยุทธศาสตร์หลักที่ต้องการกลับสู่ชุมชน คือ จะคิดค้นรูปแบบ และกระบวนการทำงานที่เหมาะสม (ทั้งประยุกต์จากพื้นราบและใช้มิติวัฒนธรรม) ในการพัฒนาศักยภาพชุมชนเพื่อสนองตอบต่อปัญหาเอชไอวี/เอดส์และสุขภาพได้อย่างไร

ขณะที่บริบทของการทำงานเอดส์ในยุคนี้ก็ต่างไปจากยุคเริ่มต้น ไล่เรียงตั้งแต่กระแสโลกที่หันมาให้ความสนใจต่อประเด็นสุขภาพ/สุขภาวะมากขึ้น กระแสในประเทศไทยที่มีการขับเคลื่อนของกระบวนการปฏิรูปทางการเมือง ปฏิรูประบบสุขภาพ เช่น การผลักดันจากภาคส่วนต่างๆ ให้เกิด พรบ.สุขภาพแห่งชาติ ที่ปรารถนาจะทำให้เป็นกฎหมายแม่บทเพื่อเปลี่ยนแนวทางจากการ “ซ่อมสุขภาพ” ไปเป็น “สร้างสุขภาพ” (illness approach to wellness approach)⁹ และพรบ.หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

⁷ แกรี่ สุวรรณรัตน์ (คำนำ) ใน สันติพงษ์ และวิจิตร (2550) เอดส์ข้ามพรมแดน ข้ามพรมแดนเอดส์. เชียงใหม่:

มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์(เอดส์เน็ต)สำนักงานภาคเหนือ. ตัวเน้นโดยผู้เขียน

⁸ แปรรูปมาจากโครงการไทย-ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ (NAPAC)

⁹ อ่านเพิ่มเติมและการเปรียบเทียบระหว่าง 2 พรบ.ใน “พรบ.สุขภาพ กับ พรบ.หลักประกันสุขภาพ” ใน อำพล จินดาวัฒน์ (2550) ปฏิรูปสุขภาพ ปฏิรูปชีวิตและสังคม. กรุงเทพฯ: สำนักงานปฏิรูประบบสุขภาพแห่งชาติ, หน้า 167-

พ.ศ. 2545 ที่เน้นไปที่การปฏิรูประบบบริการสุขภาพ (health care system) ให้ประชาชนสามารถเข้าถึงได้ และส่งผลให้ปัญหาซ้ำซากของกลุ่มชาติพันธุ์เกี่ยวกับการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุขคลี่คลายไปได้ไม่น้อย¹⁰

ลำดวน มหาวัน (2552)¹¹ ผู้อำนวยการมูลนิธิเอ็ดส์เน็ต สำนักงานภาคเหนือ แบ่งช่วงเวลาของการทำงานเอชไอวี/เอ็ดส์ในมิติทางวัฒนธรรมที่ทางเอ็ดส์เน็ตให้การสนับสนุนกับ 8 องค์กร¹² ใน 3 จังหวัด (เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน)¹³ ตั้งแต่ พ.ศ. 2545-2552 ออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 สนับสนุนให้องค์กรทั้ง 8 เริ่มต้นจากการศึกษาประวัติศาสตร์ชุมชนแต่ละชาติพันธุ์ เรื่องของการเจ็บป่วย และการจัดการปัญหาทางด้านสุขภาพ การใช้มิติทางด้านวัฒนธรรมในการดูแลป้องกันและรักษาคนในครอบครัว/ชุมชน

ระยะที่ 2 องค์กรทั้ง 8 พัฒนาแผนงานและกิจกรรมของตนเอง โดยมีโจทย์ร่วม คือ การนำเอามิติทางวัฒนธรรมไปใช้กับการทำงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ในชุมชน รวมถึงการผสมผสานองค์ความรู้ใหม่ๆ ในการทำงาน เช่น องค์ความรู้เรื่องของบทบาทหญิง-ชาย อนามัยเจริญพันธุ์ การสื่อสารเรื่องเอ็ดส์และเพศ

ระยะที่ 3 การทำงานร่วมกันของ 8 องค์กรทำให้เกิดการทำงานในรูปแบบเครือข่ายอย่างไม่เป็นทางการขึ้น ประกอบการสนับสนุนงบประมาณของมูลนิธิโรคเอดส์และเอชไอวีเอ็ดส์ต้องการให้มีการสนับสนุนองค์กรชาติพันธุ์ในลักษณะการทำงานเครือข่าย การทำงานงานในช่วงนี้จึงมุ่งเน้นในการพัฒนาการทำงานในรูปแบบเครือข่าย

หากกล่าวโดยสังเขป การทำงานเอ็ดส์ในมิติวัฒนธรรม คือ ความพยายามในการประสานแนวคิดและแนวทางในการทำงานเอ็ดส์จาก 2 แนวทางหลัก กล่าวคือ

¹⁰ การปฏิรูประบบสุขภาพช่วงนี้ ทำให้องค์กรชาติพันธุ์ที่ทำงานเอ็ดส์และสุขภาพโดยตรงหรือมีความเกี่ยวข้องอยู่บ้าง จำต้องรวมตัวกันเพื่อคัดเลือกตัวแทนเข้าไปเป็นคณะกรรมการต่างๆ เช่น คณะกรรมการ สปสช. หรือ การเข้าไปมีส่วนในการพัฒนาคุณภาพของระบบบริการ และผลักดันปัญหาให้กับกลุ่มที่ตกหล่น

¹¹ “จากองค์กร: ถึงเครือข่ายสุขภาพชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง” ใน รัชชนก ภควัตภากร เอกสารสรุปรวมโครงการรับมือกับปัญหาที่เกี่ยวข้อง HIV/AIDS ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์. เชียงใหม่: มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอ็ดส์. หน้า 67-71.

¹² โครงการเครือข่ายญาติพี่น้องเพื่อการสร้างเสริมสุขภาพ ในสังกัดสมาคมสร้างสรรค์และพัฒนาเมืองในประเทศไทย (สมท.) จังหวัดเชียงใหม่, มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง (เอ็มพาวเวอร์) แม่สาย จังหวัดเชียงราย, มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (MAP Foundation) จังหวัดเชียงใหม่, โครงการจัดระบบและสร้างกระบวนการเรียนรู้ดูแลสุขภาพแบบองค์รวม ในกลุ่มชาติพันธุ์อาข่า ศูนย์การศึกษาชนเผ่า (H-TEC) จังหวัดเชียงราย, โครงการองค์กรเผ่าสี่ขูเพื่อรับมือกับโรคเอดส์ (LOKWA) จังหวัดเชียงราย, สมาคมปกากะญอเพื่อการพัฒนาสังคมและสิ่งแวดล้อม (PASSED) จังหวัดเชียงใหม่, กลุ่มตอยหมอกเพื่อการพัฒนา จังหวัดแม่ฮ่องสอน, โครงการสำนักชุมชน ในสังกัดโครงการเคียงริมโขง จังหวัดเชียงราย

¹³ โครงการฯ ใช้สภาพที่ตั้งทางภูมิศาสตร์มาแบ่งกลุ่มเป้าหมายออกเป็น 3 กลุ่ม คือ ชุมชนบนดอย ชุมชน (ในเมือง) ชนแดน (ชายแดนไทย-พม่า และ ไทย-ลาว)

แนวทางแรก ใช้กรอบคิดระดับชาติวิทยาในมิติการแพทย์ชีวกลไก โดยเริ่มจากการมองปัญหา และดำเนินกิจกรรมการเรียนรู้เรื่อง “เอ็ดส์” ให้กับกลุ่มเป้าหมายที่อยู่ในภาวะเสี่ยงก่อน จากนั้นเสริมกระบวนการเรียนรู้เพื่อทำความเข้าใจความเป็นชาติพันธุ์ หรืออาจจะเรียกได้ว่า “พยายามตีความมิติทางวัฒนธรรมจากการทำงาน”

แนวทางที่สอง เน้นการใช้มิติทางสังคมวัฒนธรรม ด้วยการกลับไปพิจารณาศักยภาพของ “ชุมชน” และดำเนินกิจกรรมเสริมสร้างศักยภาพ เชื่อมร้อยความสัมพันธ์ภายในกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น สร้างเครือข่าย สร้างกลุ่ม จากนั้นแทรกงานกิจกรรมเรียนรู้เรื่อง “เอ็ดส์” เข้าไป

ส่วนระดับของการวิเคราะห์ และพยายามแก้ไขปัญหาเอ็ดส์และสุขภาพก็มีความแตกต่างกันไป อย่างน้อย 3 ระดับตามจุดเน้นและความถนัดของแต่ละองค์กร ดังนี้

การทำงานระดับปัจเจกบุคคล/กลุ่ม ด้วยการสร้างสำนึกชาติพันธุ์และตัวตนใหม่ หรือ บางองค์กรจะเน้นไปที่การสร้างศักยภาพของแกนนำชุมชนในการทำงานป้องกันเอ็ดส์ **ระดับของการ พัฒนาระบบบริการ** มีทั้งองค์กรที่เน้นการรื้อฟื้นภูมิปัญญาเพื่อสร้างระบบดูแลสุขภาพภายในชุมชน และการหาช่องทางในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพของรัฐ **การทำงานระดับโครงสร้าง** ด้วยการสื่อสารณรงค์เพื่อลดอคติทางชาติพันธุ์ หรือ การขับเคลื่อนทางสังคมเพื่อผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนโยบายและกฎหมายที่มีผลต่อสุขภาพของชุมชน¹⁴

คณะทำงานได้สรุปบทเรียนการขับเคลื่อนงานเอ็ดส์ในมิติทางวัฒนธรรมในกลุ่มชาติพันธุ์และ แรงงานข้ามชาติ ไว้ 4 ประการ คือ

1.แนวทางนี้ทำให้คนทำงานเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ดีกว่าแนวทางเดิม เพราะไม่ใช่เป็น กระบวนการที่คนทำงานเป็น “ผู้ให้ความรู้” (เช่นยุคแรกของการทำงานเอ็ดส์) แต่เป็น “ผู้เข้าไปเรียนรู้”

2.แนวทางนี้ต้องการให้คนทำงานและสังคมมองเอ็ดส์และสุขภาพให้เป็นเรื่องของชีวิต เรื่อง ความสัมพันธ์ การเคารพในคุณค่าความเป็นมนุษย์ การให้ความสำคัญกับความหลากหลายทาง วัฒนธรรม

3.แนวทางนี้ยังคงตอกย้ำให้เห็นว่า ปัญหาเอ็ดส์และสุขภาพระดับชุมชนชาติพันธุ์และแรงงาน ข้ามชาติสัมพันธ์อยู่กับนโยบาย และรัฐ

4.แนวทางนี้เป็นความพยายามในการระดมศักยภาพของคน ชุมชน และภูมิปัญญาเพื่อเป็นฐาน ในการจัดการสุขภาพ

อย่างไรก็ตาม ผู้เขียนเห็นว่า แนวคิดและแนวทางการทำงานที่ผ่านมาน่าจะยังมีข้ออ่อนในแง่ ของการสร้างกลุ่มคนทำงานหรือเครือข่ายคนทำงานที่มีคุณภาพ ขาดการพัฒนาฐานข้อมูลและสร้าง ความรู้ใหม่ๆ โดยเฉพาะการสร้างความรู้แบบมีส่วนร่วมร่วมกับชุมชนที่เป็นเจ้าของปัญหา มิพักต้องกล่าวถึง ปัญหาเรื้อรังของวงการเอ็ดส์ในชุมชนชาติพันธุ์ เกี่ยวกับการเข้าถึง “ทรัพยากร” ที่จะมาหล่อเลี้ยงและ พัฒนาศักยภาพการทำงานให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

¹⁴ ประมวลจากร่างเอกสารของโครงการ Strengthening Community Responses on HIV/AIDS in Ethnic Minority Groups in Northern Thailand (phrase 2),2006 : AIDS Network Development Foundation (AIDSNet) North Office.(เอกสารอัดสำเนา)

นวัตกรรมที่ว่า ประวัติศาสตร์โรคภัยไข้เจ็บ

ห้วงยามที่แนวคิด และแนวทางการศึกษาประวัติศาสตร์ท้องถิ่นแบบมีส่วนร่วมได้ถูกปลูกเร้าให้มีชีวิตชีวาในสังคมไทย ตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 2540 มีงานวิจัยชิ้นหนึ่งในชุดโครงการประวัติศาสตร์ท้องถิ่นภาคใต้ ให้ความสนใจต่อการศึกษาประวัติศาสตร์โรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น (โรคและการบริหารโรคในลุ่มทะเลสาบสงขลา ปี พ.ศ.2432-2528: สุวิทย์ มาประสงค์) โครงการได้นำงานวิจัยชิ้นนี้มาเป็นตัวแบบในการศึกษาและเพิ่มเติมกระบวนการที่ขาดหายไป เช่น การพัฒนาศักยภาพคนในการสร้างความรู้ประวัติศาสตร์แบบมีส่วนร่วม กระทั่ง โครงการสามารถพัฒนานวัตกรรมการทำงานป้องกันเอดส์ โดยใช้แนวทางการศึกษาประวัติศาสตร์โรคภัยไข้เจ็บ ซึ่งมีขั้นตอนโดยสังเขป ดังนี้

1.การกระตุ้นความทรงจำ หมายถึง การใช้กระบวนการกระตุ้นความทรงจำทางสังคม/ความทรงจำระยะยาว (Activating social memory or long-term memory) หรือ การใช้แนวทางการศึกษาประวัติศาสตร์ (Historical approach) ที่เน้นการทำความเข้าใจต่อ “โรคภัยไข้เจ็บ” ที่ผู้คน ในชุมชนและท้องถิ่นเคยเผชิญมา ตั้งแต่ทศวรรษที่ 2480-ปัจจุบัน

หนึ่งในบรรดาโรคในความทรงจำของชุมชนและท้องถิ่น คือ **เอชไอวี/เอดส์** ที่โครงการให้ความสนใจในแง่ของการรับรู้ การแพร่กระจายเข้ามา ปฏิกริยาตอบสนองของคนกลุ่มต่างๆ ในชุมชน จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่เสียชีวิต/ได้รับผลกระทบ หรือการให้คำกับ “ประสบการณ์ต่อเอชไอวี/เอดส์” (HIV/AIDS experience) ของผู้ติดเชื้อญาติพี่น้องและผู้เกี่ยวข้องอันนำไปสู่การทำความเข้าใจต่อตำแหน่งแห่งที่ของเอชไอวี/เอดส์ในความทรงจำของผู้คนในแต่ละพื้นที่

2.การร้อยความทรงจำ หมายถึง การใช้กระบวนการสร้างบทสนทนา (Dialogic construction) เพื่อร้อยถอบชุดข้อมูล หรือวงจรรความทรงจำเดิมที่มีคลาดเคลื่อนและไม่ทันสมัยเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ด้วยการตั้งคำถามเชิงเปรียบเทียบระหว่างโรคภัยไข้เจ็บในอดีต กับ เอชไอวี/เอดส์ ตั้งแต่ระดับของการนิยาม และการปฏิบัติของคนในชุมชน อาทิ การเปรียบเทียบการอยู่ร่วมกัน การดูแลรักษา การให้คำปรึกษา และการป้องกัน

3.การสร้างความทรงจำใหม่ หมายถึง การใช้กระบวนการจัดการเรียนรู้เอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDS learning process) ที่หวังผลในแง่ของการสร้าง/สะสมชุดข้อมูล หรือวงจรรความทรงจำใหม่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ที่มีความถูกต้อง เหมาะสมสอดคล้องไปกับ “บริบท” หรือความสนใจใคร่รู้ของกลุ่มเป้าหมายทั้งในพื้นที่ชุมชน/ท้องถิ่น และพื้นที่สาธารณะ

โดยมีรูปธรรม เช่น การพยายามนิยามเอชไอวี/เอดส์ใหม่ การสร้างจุดบริการถุงยางอนามัยในชุมชน การสร้างโครงข่ายของการให้คำปรึกษา/ส่งต่อ การผลิตสื่อหลายรูปแบบเพื่อลดความรุนแรงทางสังคมวัฒนธรรม ต่อการตีตราและการป้องกันการติดเชื้อ การเชื่อมโยงงานป้องกันเอดส์กับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพ เป็นต้น

การสร้าง “นวัตกรรม” นี้ โครงการได้เลือกใช้ และประยุกต์เครื่องมือพื้นฐานทางมานุษยวิทยา เช่น เส้นเวลา (timeline) แผนที่และการสร้างแผนที่ (map and mapping) ผังเครือญาติ (family tree) หรือ เครื่องมือง่ายๆ อย่างแผนภูมิความคิด (mind map) ที่นำมาใช้ในการเรียนรู้การนิยามทางวัฒนธรรมต่อโรคภัยไข้เจ็บ การจัดการเรียนรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ เช่น ช่องทางการติดเชื้อ การจำแนกระหว่างเอชไอวี-เอดส์ ฯลฯ รวมถึง การทำกิจกรรมประเมินความเสี่ยง นอกจากนี้ นักวิจัยใน

โครงการยังร่วมกันสร้าง “เครื่องมือ” ในการทำงานขึ้นมาอีก 1 ชั้น คือ ตารางเวลาโรคร้ายไข้เจ็บ (timeline of illnesses) ดังนี้

เครื่องมือ

1.เส้นเวลา (timeline) หรือที่โครงการมักเรียกว่า “ตารางเวลา” เครื่องมือชิ้นนี้ช่วยในการจัดระเบียบเรื่องเล่าจากความทรงจำของผู้คนที่กล่าวถึงชีวิตตนเอง (ประวัติชีวิต) ชีวิตครอบครัว สายเครือญาติและชุมชน/ท้องถิ่น (ประวัติชุมชน/ท้องถิ่น) ท่ามกลางความเปลี่ยนแปลงที่ส่งผลกระทบต่อคนกลุ่มต่างๆ ในชุมชน โดยโครงการจะเน้นกระตุ้นความทรงจำของคนในชุมชนตั้งแต่ทศวรรษที่ 2480-2550 (ราว 70 ปี)

จากการกระตุ้นความทรงจำของกลุ่มเป้าหมายแต่ละคนเพื่อสร้างประวัติชีวิต เราสามารถจะเรียงร้อยประวัติชีวิตเหล่านั้นขึ้นเป็นประวัติชุมชน/ท้องถิ่น โดยโครงการจะเน้นการค้นหาจุดเปลี่ยน หรือการกำหนดยุคสมัยทางประวัติศาสตร์จากภายใน ซึ่งผู้คนในพื้นที่มีความรู้สึกร่วมว่า เหตุการณ์นั้นๆ เป็นตัวแทนของการเปลี่ยนแปลงครั้งสำคัญ

อย่างไรก็ตาม ชุมชนหลายแห่งเป็นชุมชนเกิดใหม่มีผู้นอพยพย้ายถิ่นฐานมาจากหลายที่หลายทาง การค้นหาจุดเปลี่ยนในทางประวัติศาสตร์ในช่วงระยะเวลา 70 ปีจะทำผ่านประวัติชีวิตในดินแดนต้นทาง ดินแดนอพยพผ่าน (อาจจะมีจุดเปลี่ยนทางประวัติศาสตร์ที่ต่างกันในแต่ละพื้นที่ภายใต้บริบทของจีน พม่า ลาว) จนกระทั่ง มารวมตัวกันตั้งถิ่นฐานใหม่

ขณะเดียวกัน เรื่องเล่าของชีวิตแต่ละคน ชีวิตชุมชน/ท้องถิ่นจำนวนหนึ่งจะถูกชักทอขึ้นเป็นบริบท (context) ที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับตัวบท (text) ที่โครงการให้ความสนใจ นั่นก็คือ โรคร้ายไข้เจ็บ ที่เกิดขึ้นในชุมชน/ท้องถิ่นในแต่ละช่วงเวลา



ภาพที่ 1-2

น้ำท่วมใหญ่ปลายทศวรรษที่ 2500 (พ.ศ. 2509) คือ เหตุการณ์สำคัญที่อยู่ในความทรงจำของชุมชน และเป็นจุดเปลี่ยนทางประวัติศาสตร์ของชุมชนในแถบเชียงของ (ภาพที่ 2 ภาพเก่าที่ติดไว้ที่ฝาเรือนของแม่ดอกแก้ว หมู่บ้านศรีดอนชัย)

นอกจากนี้ โครงการยังได้ทดลองนำเส้นเวลาไปสร้างการมีส่วนร่วมกับแกนนำชุมชนที่เข้าร่วมเวทีเรียนรู้เพื่อให้ผู้เข้าร่วมรู้สึกว่าเป็นส่วนหนึ่งของเวลาในทางประวัติศาสตร์ ตนเป็นส่วนหนึ่งของผู้สร้างความรู้ประวัติศาสตร์ ขณะที่นักวิจัยเองเมื่อใช้เครื่องมือนี้ก็จะสามารถตรวจสอบเรื่องเล่าของแกนนำชุมชนกับช่วงเวลาต่างๆ ได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น



ภาพที่ 3-4 นักวิจัยใช้เส้นเวลาเพื่อกระตุ้นความทรงจำของผู้ที่เข้าร่วมเวที



ภาพที่ 5 เส้นเวลาเคลื่อนที่ ช่วยสร้างการมีส่วนร่วมกับแกนนำชุมชนได้ไม่น้อย

2. แผนที่และการสร้างแผนที่ (map and mapping) ที่มีขนาดต่างๆ กันออกไป ตั้งแต่ระดับชุมชน ท้องถิ่น จังหวัด ภูมิภาค อนุภูมิภาคลุ่มน้ำโขง ซึ่งสามารถหาซื้อหรือค้นหาจากอินเทอร์เน็ต และ/หรือ แผนที่ที่ผลิตสร้างจากคำบอกเล่า เช่น แผนที่การอพยพ แผนที่การเกิดและกระจายของโรคภัยไข้เจ็บ

แผนที่และการสร้างแผนที่ ช่วยสร้างการเรียนรู้และจินตนาการเกี่ยวกับสถานที่ให้กับนักวิจัยได้มาก¹⁵ และสร้างความสัมพันธ์ระหว่างนักวิจัยกับแกนนำชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การให้แกนนำที่เข้าร่วมได้มีโอกาสในการระบุตำแหน่งแห่งที่ของชีวิตตนบนโลกกายภาพ ถ้าการสร้าง “แผนที่” มีเรื่องราวและชีวิตของผู้เข้าร่วมพูดคุยมากเท่าใดก็จะมีสร้างความรู้สึกร่วมได้มาก



ภาพที่ 6 ใช้แผนที่ระบุเส้นทางการอพยพ



ภาพที่ 7 ผู้เข้าร่วมเวทีสร้างแผนที่บ้านเกิดเมืองนอนที่ตนจากมา

3. ผังเครือญาติ (family tree)

มีนักวิจัยในโครงการจำนวนหนึ่งใช้เครื่องมือชิ้นนี้เป็นตัวช่วยในทำความเข้าใจและเรียนรู้ชีวิตของแกนนำชุมชนที่ตนลงไปทำงานด้วย เนื่องจากชุมชน/ท้องถิ่นแต่ละแห่งจะมีสายตระกูลใหญ่ๆ หรือ สายตระกูลหลักที่เป็นพื้นฐานของชุมชน/ท้องถิ่นไม่กี่สายตระกูล

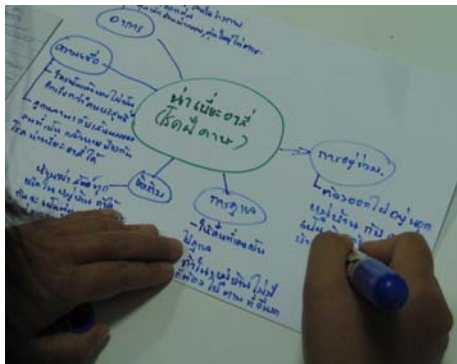
¹⁵ ถ้านักวิจัยได้มีโอกาสในการไปสัมผัสพื้นที่จริง หรือ พื้นที่ที่มีลักษณะภูมิประเทศใกล้เคียง จะทำให้เกิดจินตนาการและรู้สึกร่วมไปกับเรื่องเล่ามากขึ้น ตัวอย่างรูปธรรมหนึ่ง คือ นักวิจัยจากโครงการเคียงริมโขง เข้าไปศึกษาดูงานที่เมืองเลน เมืองเชียงตุง เห็นสภาพภูมิประเทศ พืชพรรณไม้ จะนึกถึง คำบอกเล่าจากพ่อเฒ่าที่เข้าร่วมสงครามเชียงตุง และโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นกับพวกทหารหรือพลเรือนที่เป็นลูกหาบ

การทำความเข้าใจฝั่งเครือญาติและสายตระกูล จะช่วยให้เราทำความเข้าใจต่อโรคติดต่อทางพันธุกรรมในสายตระกูล หรือ ตรวจสอบความสัมพันธ์เชิงอำนาจในชุมชน/ท้องถิ่น-“โครงสร้างทางสังคม” ต่อการนิยาม และจัดการต่อโรคร้ายไข้เจ็บที่เกิดขึ้น

4. การนิยามทางวัฒนธรรมของโรคร้ายไข้เจ็บ (cultural construct of illness)

เป็นเครื่องมือเชิงมโนทัศน์ในการทำความเข้าใจต่อการนิยามทางวัฒนธรรมของโรคร้ายไข้เจ็บต่างๆ โดยเฉพาะโรคร้ายร้ายแรงในความทรงจำ เช่น ไข้มา ลักษณะอาการ การดูแลรักษา การป้องกัน การอยู่ร่วม ซึ่งความทรงจำนี้อาจจะยังปรากฏอยู่บนเนื้อตัวร่างกาย แฝงฝังอยู่ในตำนานเรื่องเล่า พิธีกรรม การสืบสายตระกูล ฯลฯ

นักวิจัยจำนวนหนึ่งนิยมใช้แผนภูมิความคิด (mind map) มาช่วยจัดระเบียบ “เรื่องเล่า” หรือให้แกนนำชุมชนที่เข้าร่วมกิจกรรมมาเป็นคนเขียนแผนภูมิความคิดด้วยตนเอง



ภาพที่ 8 การใช้แผนภูมิความคิดในการจัดระเบียบข้อมูลการนิยามทางวัฒนธรรมต่อโรคร้ายไข้เจ็บ

ภาพที่ 9 โบหน้าของแม่เผ่าชาวอาข่ายังมีแผลเป็นจากฝีดาษ และนี่คือ ส่วนหนึ่งของความทรงจำเกี่ยวกับโรคร้ายไข้เจ็บ ซึ่งชาวบ้านบางแห่งยังคงใช้หลักคิดเดิมในการจัดการโรคระบาดมาจัดการกับเอชไอวี/เอดส์

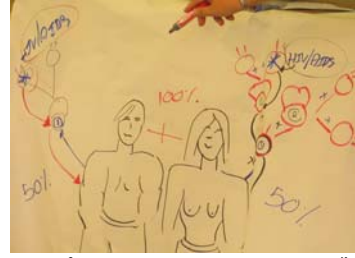


5. ตารางเวลาโรคร้ายไข้เจ็บ (timeline of illnesses)



ภาพที่ 10 การใช้ตารางโรคร้ายไข้เจ็บในเวทีชุมชนไทยวน (บ้านทุ่งช้าง)

เป็นเครื่องมือจัดระเบียบข้อมูลที่นักวิจัยหลักในโครงการร่วมกันผลิตขึ้นเพื่อแก้ไขปัญหาการมุ่งเจาะลึกไปยังการนิยามทางวัฒนธรรมของโรคร้ายไข้เจ็บที่ละโรคๆ โดยลืมนำ โรคร้ายไข้เจ็บ และการจัดการที่แกนนำชุมชนบอกเล่ามีกาลเทศะ หรือ มีบริบททางประวัติศาสตร์ของมันเอง



ภาพที่ 11-13 การตั้งคำถามเชิงเปรียบเทียบระหว่างโรคภัยไข้เจ็บในอดีตกับเอชไอวี/เอดส์ จะทำให้นักวิจัยเกิดความเข้าใจการนิยามและการปฏิบัติต่อเอชไอวี/เอดส์ของแกนนำชุมชนมากขึ้น รวมถึงจะเริ่มเห็นช่องทาง และจังหวะในการเชื่อมการเรียนรู้เอชไอวี/เอดส์ที่ถูกต้องเหมาะสมลงไป เช่น แกนนำชุมชนแห่งหนึ่งต้องการทราบเรื่อง การติดเชื้อเอชไอวีของทารกในครรภ์ (ภาพกลาง) หรือ ความเสี่ยงจากการติดเชื้อจากคู่นอน (ภาพขวามือ)

6. การประเมินความเสี่ยง (risk assessment)

โครงการได้ทดลองนำแบบประเมินความเสี่ยงของมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ (Access) 10 ข้อมาประยุกต์โดยเพิ่มเติมมิติเพศทางวัฒนธรรมเข้าไปด้วย และได้เริ่มทดลองให้แกนนำชุมชนทำประเมินทั้งก่อน-หลังการทำกิจกรรม โดยโครงการจะมีการจัดการเรียนรู้เสริมให้กับกลุ่มเป้าหมายเพื่อทำความเข้าใจใหม่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์กลายเป็นความทรงจำระยะยาวของแกนนำชุมชนและค่อยๆ กลายเป็นความทรงจำร่วมของชุมชน/ท้องถิ่นมากขึ้น ขณะที่นักวิจัยก็สามารถทำความเข้าใจต่อวิถีคิดเรื่อง *เพศทางวัฒนธรรม* ที่สัมพันธ์กับเอชไอวี/เอดส์ของแกนนำชุมชนในพื้นที่ที่ตนทำงานมากขึ้นอีกด้วย

ตารางที่ 1 แบบประเมินความเสี่ยง 15 ข้อ

ถ้อยความ	เริ่มต้น			หลังจากนั้น	
	เห็น ตัว ย ใช่ เคย	ไม่ เห็น ด้วย ไม่ใช่ ไม่เคย	ไม่ แน่ใจ	เห็น ตัว ย ใช่ เคย	ไม่ เห็น ด้วย ไม่ใช่ ไม่เคย
1. เรื่อง “ <i>เพศ</i> ” เป็นเรื่องของผู้ใหญ่และผู้ชายเท่านั้นที่จะสามารถเรียนรู้และทดลองทำได้ (<i>เพศ</i> ไม่ใช่แค่เรื่อง เอากันเท่านั้น)					
2. ผู้หญิง เด็กเยาวชน <u>ไม่ควร</u> เรียนรู้เรื่อง <i>เพศ</i>					
3. ใครก็ตามที่เรียนรู้เรื่อง <i>เพศ</i> ถือว่าเป็น คนลามก คนไม่ดี !!!					
4. ในสังคมของเรามีเฉพาะคนที่ เป็น <i>หญิง-ชาย</i> และความรักระหว่างหญิง-ชาย เท่านั้น <u>อย่างอื่นไม่มีเลย</u>					
5. การมี <i>เพศสัมพันธ์</i> ที่ถูกต้อง ดีงาม และปลอดภัย จากโรคติดต่อทาง <i>เพศสัมพันธ์</i> เอชไอวี/เอดส์ มีเฉพาะคูแต่งงานตามประเพณีเท่านั้น (รักเดียวใจเดียวไม่ติดเชื่อ <u>แน่นอน</u>)					
6. เอชไอวี <u>ต่างจาก</u> เอดส์					
7. เอชไอวี/เอดส์ เป็นแค่สิ่งวหนึ่งของโรคภัยไข้เจ็บที่เราเคยเผชิญมา... เราสามารถ <u>เรียนรู้</u> ใหม่ได้					
8. เคยคุยกับแฟน คนรัก และคู่ชีวิต อย่างจริงจัง เรื่อง การป้องกันเอดส์					

9.ฉันเคยมี อะไรกับคนอื่น ที่ไม่ใช่คู่วิต โดยไม่ป้องกันใดๆ เลย					
10.สะดวกคุยหรือเปล่าที่จะบอกกับแฟน คนรัก และคู่วิตว่า เคยมีอะไรกับคนอื่นมาแล้ว					
11.หลังจากแต่งงานอยู่กินกันแล้ว ฉัน <u>มั่นใจ</u> ว่า ฉันจะมีอะไรกับคู่วิตคนเดียวเท่านั้น					
12.หลังจากแต่งงานอยู่กินกันแล้ว ฉัน <u>มั่นใจ</u> ว่า คู่วิตของฉันจะไม่มีอะไรกับคนอื่นอีก					
13.ฉัน <u>มั่นใจ</u> ว่า ฉันจะสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันได้ ทุกครั้ง ทุกเวลา ทุกสถานที่					
14.ฉัน <u>กลัว</u> พอกและมี <u>ถุงยาง</u> อนามัยพร้อมใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง					
15.ฉันเคยใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับคนอื่น					

สื่อใหม่จากฐานการวิจัย

สื่อที่ผลิตขึ้นจากโครงการนี้ ถือได้ว่า เป็นกระบวนการผลิตสื่อที่ใช้ฐานข้อมูลจากงานวิจัย หรือเกิดจากกระบวนการสร้างความรู้ของนักวิจัยในโครงการ ในที่นี้จะยกตัวอย่าง ความพยายามนิยามเอดส์ใหม่ภายใต้แนวคิดหลักของโครงการที่เน้นการทำให้เอดส์เป็นเพียงเสี้ยวหนึ่งของโรคร้ายไข้เจ็บที่ชุมชนเคยเผชิญมาและกระตุ้นให้ชุมชนร่วมกันใช้ความรู้เพื่อแก้ปัญหา และการเปลี่ยนนิยามเอดส์ในเชิงลบให้มีนัยเชิงบวกขึ้น (เปลี่ยนจากนิยามว่า *เอ ชี* หน้าก็อ-โรคที่เป็นแล้วตาย เป็น *เอ ซี* หน้าก็อ-โรคที่น่าเรียนรู้)

1.การนิยามเอดส์ ผ่าน สปอติวิทยุ สติกเกอร์ เสืออรุณรงค์ และหน้าสุดท้ายของการนำเสนอในทุกระยะ ภายใต้สโลแกน

เอชไอวี/เอดส์

เป็นแค่เสี้ยวหนึ่งของประวัติศาสตร์โรคร้ายไข้เจ็บที่เราเคยเผชิญมา

เราสามารถเรียนรู้ อยู่ร่วม และดูแลรักษาได้ด้วย “ความรู้” ที่หลากหลายของเรา

เครือข่ายสุขภาพชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง (คชส.)
ภายใต้การสนับสนุนของ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)
สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

2.การนิยามเอดส์ใหม่ของกลุ่มชาติพันธุ์ ผ่าน เพลงที่แต่งขึ้นเป็นภาษาชาติพันธุ์ 3 กลุ่ม คือ อ่าซ่า กะเหรี่ยงโปว์ กะเหรี่ยงสะกอ (เผยแพร่ในวิทยุชุมชน พื้นที่วิจัย และงานประชุมหลายครั้ง)

เอ ซี หน้า ก็อ
(โรคที่น่าเรียนรู้)

คำร้อง อ้าโพยว อ้าพี อ้าบอ อ้ายอ อ้ามีอ หน้าฮ่า อ้าบู อ้าลี หมี่ตะ หย่าตะ

ปู่ทวด ย่าทวด พ่อเฒ่า แม่เฒ่า น้ำ อ้า จงฟัง เด็กชาย เด็กหญิง หนุ่มๆ สาวๆ ทั้งหลาย

เฮอ ก่า ต่อ แพ ยี่ เล่า

จงขยับเข้ามาใกล้ๆ

เอสี่ ก้ากือ จ้าแหม่ม แหน่ ย้า

จะ เล่าเรื่องเอตส์ ซึ่งเป็นโรคที่น่าเรียนรู้ให้ฟัง

คำพูด ช. อ่ายี่อ อ่าเยียว ง่า เอสี่ หน้ากือ ก้ากือ จา แหม่ม ก้า ถึโปว หน้า ฮ่า ล่า เซ่

พี่น้องทั้งหลาย ผมมีเรื่องโรคเอตส์ที่น่าเรียนรู้ มาเล่าให้ฟัง

ญ. แอะ!!! อ่าซ้อ เอสี่หน้ากือ และ กูว หม่า เง่อ อาโลว?

เออะ!!! โรคนี้เขาเรียกว่า โรคที่เป็นแล้วตายไม่ใช่หรือ?

ช. อ่าฮู อ่าหึง ฮ่อ เออ อี่หึง ม่าตุ่ เล่ง งาอ่าฮู หน้ากือ หน้า เล่ หน้า สี่ หม่า มี แหน เอสี่ หน้า กือ แล่ กู

เออ งา

ความเข้าใจเรื่องโรคเอตส์ นั้นในอดีตกับปัจจุบันมีความเข้าใจที่ต่างกัน

เราก็เลยต้องมา นิยามโรคนี้กันใหม่ คือ ในอดีตเราจะเรียนรู้และเข้าใจว่า คนที่ติดเชื้อเอตส์ จะ

เสียชีวิต

เร็วมาก จึงมีการนิยาม และเรียกว่าโรคที่เป็นแล้วตาย

ยุ่มอ่า ก่า กอ สี่ ยา เลา หน้า กือ หย่อ เล่ ก่อ อู่ มือ นี บี แด เออ ยา ซ่า ยะ มี แหน เอสี่ หน้ากือ

และ กูว ยา สี่ ยา แหม

แต่ปัจจุบัน มียาต้านไวรัส คนมี ความรู้ในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS มีชีวิตที่

ยืนยาว

ได้ เหมือนคนปกติทั่วไปได้ จึงต้องมีการนิยามโรคใหม่ว่า โรคที่น่าเรียนรู้ เพื่อเป็นการเรียนรู้ใหม่ไป

ด้วยกัน

คำร้อง เอสี่ ๆ หน้ากือ สี่ ยาอ ออ มือแอ โนว ซอ

โรคที่น่าเรียนรู้ เมื่อเรียนรู้แล้วต้องทำความเข้าใจ

หน้ากือ หน้าเออ หน้ากือ หย่อ เออ

การเป็นโรคและการติดโรค

เอสี่หน้า เอสี่ หย่อ เออ

ผู้ป่วยโรคเอตส์ และผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS

ต่อ เธอ ยี่ ต่อ ก่า กอ เปอ งา

คำสองคำนี้มีความต่างกันนะ

คำพูด ช. หน้ากือ หน้า เออ และ แอ เออ ฮ่อ หน้ากือ หย่อ และ แอ เออ เฮอ หยี่ ถ่อ ม่า ญ เลง งาม

คำว่าผู้ป่วยเอตส์ กับผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS สองคำนี้มีความหมายที่ต่างกันนะ

ญ. ถ่อ เธอ หยี่ ถ่อ อ่า โยว ม่า ญ เล อา และ น่อ หง่า อึง แอ ม่า แหน่ หล่ เซ ม่าย

สองคำนี้มีความหมายที่แตกต่างกันอย่างไรละ ช่วยอธิบายให้ฟังหน่อยสิ

ช. หน้ากือ หน้า เออ และ แอ เออ ญา หย่อเล่ เออ ซ่อ ห่า หน้ากือ หน้า โดว ล่า เออ ก่า แอ แอ แม เต

ผู้ป่วยเอตส์นั้นจะแสดงอาการเจ็บป่วยเนื่องจากโรคฉวยโอกาสที่เข้ามาแทรกแซง

หน้ากือ ย่อ และ แอ เออ ก่า หน้ากือ หย่อ เล่ เออ กอย ม่า หน้า โดว ล่า เออ ก่า แอ เออ แม

ส่วนผู้ติดเชื้อนั้นเป็นผู้ที่ได้รับเชื้อ HIV แต่ยังไม่ได้แสดงอาการเจ็บป่วยจาก โรคฉวยโอกาส

ญอ มือ แอ โนว ถ่า หล่อ

จำไว้ให้ดีนะ

คำร้อง เอสี่ ก้า กือ สี่หน้า น่อ งา กูว เจ้ ม่า เงอ ง่า

เมื่อมีความเข้าใจ คำว่าเอตส์โรคที่น่าเรียนรู้ใหม่แล้ว โรคเอตส์ก็ไม่ใช่เรื่องที่น่ากลัว

มะ บี ย่อ ล่า มา บี หน้า ล่านี้ (ซ้ำ 2 ครั้ง)
 เพื่อให้ไม่ให้พี่น้องเป็น
 อ่า ยี่ อ่า ยื่อ แล่ สีม ถ้า ยา แม
 พี่น้องเราสามารถช่วยกันหาวิธีป้องกันได้

คำพูด **ช. น่อม่า เอลี่ หน้า ก้อ มา บี ย่อ ล่า นี ยิง ผ่อ อา ตี ยา สี่ ยา เต**
 นอกจากนี้เรายังจะต้องเรียนรู้ขั้นตอนการไม่ให้ติดเชื้อ HIV/AIDS ด้วยนะ
ญ. อ่า โยว แอ ยา จึง ฮ่อ
 แล้วจะต้องทำอย่างไรละ
ช. นอ มะ ยอ มือ แอ โหว ถ้า เต
 ทุกคนจำให้ตึนะ

1. หมี่ ซ่อ ญอ หย่า ปอ เตอ อาซ่อ อ่า บู้ ถ้า ยา
 คนที่มีสามี-ภรรยาแล้ว ไม่ควรไปมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น)

2. อ่า ซ่อ อา บู้ แหน่ อยู่ ตะ แง ปอ ตี ยา จึง แหม
 ถ้าไปมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นก็ให้ป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย

3. อ่า ซ่อ แหน ยา ท่า จอ แซ ถ้า หยุ่ม ต่า ญอ มือ แอ โหว ถ้า หล่อ
 ต้องไม่ใช่เข็มฉีดยาร่วมกับคนอื่น จำไว้ให้ตึนะ

คำร้อง **เอลี่ หน้า ก้อ ญอ เตอ โหว สี่ ยา มา โลว อา โยว ยา จึง ล่า**
 ผู้ติดเชื้อทั้งหลายเอ๋ย รู้ไหมว่าต้องปฏิบัติตัวอย่างไร?
หน้า ก้อ หน้า แหน หน้า ก้อ หย่อ หน้า (ซ้ำ 2 ครั้ง)
 ทั้งผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อ HIV/AIDS
 อ่า ซ่อ แหน แอ โลว แอ ญา จึง ซอ แหม
 ต้องปฏิบัติตามข้อแนะนำนะ

คำพูด **ญ. หน้า ก้อ หน้า เล เออ ซ่อ ซ่า ฮ่อ เออ หน้า ก้อ ญอ เตอ อา โยว แอ ญา จึง ฮ่อ?**
 แล้วผู้ติดเชื้อกับผู้ป่วยเอดส์จะต้องปฏิบัติตัวอย่างไรละ?
ช. อา โยว ญา จึง งา แล แอ หน้า
 จะต้องทำอย่างไร นะหรอ
หน้า ก้อ ญอ เล เออ เตอ อา หมอ แหน แอ เออ โลว ยาชา จำ เออ ถ้า แพ
 ผู้ติดเชื้อนั้นเมื่อรับยาต้านแล้ว ต้องกินยาตามที่หมอแนะนำอย่างเคร่งครัด
จี ป่า ยา ท่อ มา ต่อ นี ญอ มือ แต่ หน้า หน้า ก้อ ญอ ก้อ ออ มิ่ง นี แด ยา แหม
 ดูแลสุขภาพให้ดี เมื่อปฏิบัติตามได้ ก็จะมีชีวิตที่ยืนยาว
หน้า ก้อ หน้า โดว ล่า เออ เกอ ย่า จำ เออ ญอ มือ จา จำ แอ ยา หย่า จำ เออ มา แพ หนะ
 ส่วนผู้ป่วยเอดส์นั้น ต้อง ดูแลเรื่อง อาหารการกินให้ดี และกินยาต้านอย่างสม่ำเสมอ และต่อเนื่อง
หน้า ก้อ หน้า โดว ล่า เออ โบว อิว อ่า ซ่อ โลว แด ยา ซ่อ ยา แม
 ก็จะทำให้ไม่มีอาการป่วยจาก โรคแทรกซ้อน และสามารถชีวิตเหมือนคนทั่วไปได้
น่อ มะ ถ้า แง หอ
 ทุกคน อ่า ลี มนะ

ความรู้เพื่อเข้าใจปัญหาใหม่

1. จำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย และอัตราการติดเชื้อสะสมในพื้นที่วิจัย

หลังจากที่โครงการได้สนับสนุนให้นักวิจัยรุ่นใหม่ทำงานวิจัยร่วมกับชุมชน 34 แห่งในพื้นที่ 8 อำเภอ 3 จังหวัด คือ เชียงราย เชียงใหม่ แม่ฮ่องสอน โดย 30 ชุมชน เป็นงานวิจัยหลักที่เน้นการ

พัฒนาวิธีการในการเข้าถึง และสร้างนวัตกรรมการป้องกันเอดส์ในกลุ่มชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์ ที่เหลืออีก 4 ชุมชนแบ่งเป็นงานวิจัยเชิงเปรียบเทียบ 2 ชุมชน และงานวิจัยจากงานประจำ (R2R) 2 ชุมชน (จาก 5 ชุมชนในอำเภอแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย) โดยนักวิจัยหลักของโครงการได้ใช้วิธีการกระตุ้นความทรงจำของแกนนำชุมชน ตั้งแต่เอชไอวี/เอดส์แพร่เข้ามาในชุมชนตั้งแต่ทศวรรษที่ 2530 จนถึงต้นทศวรรษที่ 2550 พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วย และอัตราการติดเชื้อสะสม (prevalence rate) เป็นดังนี้

ตารางที่ 2 จำนวนและอัตราการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในพื้นที่วิจัย

	ขุนยวม (5 ชุมชน) แม่ฮ่องสอน	แม่แจ่ม (4 ชุมชน) เชียงใหม่	แม่สรวย (5 ชุมชน) เชียงราย	ขอบเมือง (5 ชุมชน) เชียงราย	แม่ฟ้า หลวง (3 ชุมชน) เชียงราย	แม่สาย (4 ชุมชน) เชียงราย	เชียงของ -เวียง แก่น (4 ชุมชน) เชียงราย	รวม
ประชากร ในพื้นที่	2,389	1,347	1,633	1,527	2,842	3,933	3,228	16,899
ผู้ติดเชื้อ/ ผู้ป่วยที่ เสียชีวิต	19	0	5	45	15	87	59	230
ผู้ติดเชื้อ ที่ยังมี ชีวิตและ เปิดเผย ตัวเอง	8	1	0	3	5	38	11	66
อัตราการ ติดเชื้อ สะสม	ต่ำสุด 0 สูงสุด 2.08	ต่ำสุด 0 สูงสุด 0.15	ต่ำสุด 0 สูงสุด 0.54	ต่ำสุด 0.42 สูงสุด 7.54	ต่ำสุด 0.31 สูงสุด 1.58	ต่ำสุด 0.70 สูงสุด 21.7	ต่ำสุด 0.85 สูงสุด 6.17	

ข้อมูลเชิงประจักษ์จากตารางข้างต้น(ยังไม่รวมผู้ที่ไม่ทราบว่า ตนติดเชื้อ และไม่เปิดเผยตัวเอง) เมื่อเทียบกับอัตราการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สะสมในประเทศไทยที่อยู่ในราว 1.7 % และอัตราการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์สะสมในจังหวัดเชียงราย 2.41 % พบว่า ชุมชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์ในพื้นที่วิจัย โดยเฉพาะจังหวัดเชียงราย จำนวน 8 แห่งจาก 21 แห่ง มีอัตราการติดเชื้อสะสมสูงกว่าอัตราการติดเชื้อสะสมของจังหวัดและประเทศ กลุ่มที่มีการติดเชื้อสูงที่สุด คือ กลุ่มแรงงานข้ามชาติชาวไต ในเขตพื้นที่อำเภอแม่สาย

การกระจายของกลุ่มผู้ติดเชื้อมีตั้งแต่วัยเด็กจนถึงวัยแรงงาน อาทิ หมู่บ้านขมุแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงราย มีผู้ติดเชื้อสะสม 21 ราย เสียชีวิต 18 ราย เป็นเด็ก 6 ราย เป็นคนวัยแรงงานอายุ 20-35 ปี แยกเป็นเพศชาย 6 ราย หญิง 6 ราย เป็นต้น

การให้ชุมชนได้มีโอกาสทบทวนจำนวนผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ คือ กระบวนการหนึ่งในการสร้าง การตระหนักรู้ว่า เอชไอวี/เอดส์ เป็นเรื่องใกล้ตัวของชุมชน และเป็นเรื่องที่ต้องอาศัยการร่วมแรงร่วมใจ จากหลายฝ่ายในการแก้ไขปัญหา

ตัวเลขข้างต้น ยังชี้ให้เห็นว่า ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มชนเผ่าพื้นเมืองและชาติพันธุ์ น่า จะต้องมีการพิจารณากันใหม่อีกครั้ง โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพิจารณาเชื่อมโยงกับ “ความเสี่ยง” ที่ เกิดขึ้นจากหลายปัจจัย

2. ความเสี่ยงของกลุ่มเป้าหมาย

หลังจากการทำวิจัย โครงการได้จำแนก “ความเสี่ยง” ของกลุ่มเป้าหมาย ออกเป็น 4 ด้านที่ เชื่อมโยงกัน กล่าวคือ ความเสี่ยงจากปัจจัยเชิงโครงสร้าง ความเสี่ยงจากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของ กลุ่มชาติพันธุ์ ความเสี่ยงจากพฤติกรรมรายบุคคล และความเสี่ยงต่อการเปิดเผยตัวเอง โดยมี รายละเอียดดังนี้

1. ความเสี่ยงจากปัจจัยเชิงโครงสร้าง อาจจะมีอยู่ในกลุ่มความเสี่ยงที่เกิดจากสิ่งแวดล้อมที่ ชุมชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์เผชิญอยู่ นับแต่การไม่มีที่ทางในประวัติศาสตร์(อยู่ในฐานะ “คนอื่น” ของ สังคมไทย) ที่สร้างความรู้สึกต่ำต้อยด้อยค่า และปัญหาอันสืบเนื่องมาจากการพัฒนาบนพื้นที่สูงที่มี แนวโน้มละเมิดสิทธิมนุษยชน เช่น ปัญหาสถานะบุคคล การถูกช่วงชิงทรัพยากรธรรมชาติที่เป็นฐานใน การดำรงชีวิต การไม่สามารถเข้าถึงทรัพยากรที่มีคุณภาพ เช่น การศึกษา การบริการสาธารณสุข การ งานอาชีพ แหล่งทุน และการเรียนรู้ด้านเพศและเอดส์ศึกษาที่มีคุณภาพและสอดคล้องกับบริบททาง สังคมวัฒนธรรมแต่ละพื้นที่

ปัญหาที่เป็นปัจจัยเชิงโครงสร้างเหล่านี้เมื่อผนวกเข้ากับปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมของแต่ละ กลุ่มชน (ดังจะกล่าวต่อไป) ก็จะทำให้พฤติกรรมของคนในชุมชนชาติพันธุ์จำนวนมากไม่น้อยเข้าสู่ “สถานะเสี่ยง” ต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อมากขึ้น รวมถึง มีแนวโน้มที่จะถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ จากชุมชนของตนเองอีกด้วย กระนั้นก็ตาม ปัญหาเชิงโครงสร้างที่กล่าวข้างต้นก็มีความหนัก/เบาไปตาม พื้นที่ ทางโครงการได้ทดลองจำแนกไว้ในตาราง ดังนี้

ตารางที่ 3 สรุปปัญหาและอัตราความรุนแรงของปัญหาเชิงโครงสร้างในพื้นที่วิจัย

ปัญหาและอัตรา ความรุนแรง	ขุมนวม (5 ชุมชน)	แม่แจ่ม (4 ชุมชน)	แม่สรวย (5 ชุมชน)	ขอบเมือง เชียงราย (5 ชุมชน)	แม่ฟ้า หลวง (3 ชุมชน)	แม่สาย (4 ชุมชน)	เชียงของ -เวียง แก่น (4 ชุมชน)
สถานะบุคคล	ไม่พบ	ไม่พบ	ไม่พบ	พบปัญหา ใน กลุ่ม แรงงาน ข้ามชาติ และกลุ่มไร้ สถานะ	พบปัญหา มาก	พบปัญหา มาก	พบปัญหา เฉพาะ บางกลุ่ม

การแย่งชิง ทรัพยากรธรรมชาติ	มี เล็กน้อย	มี เล็กน้อย	มี ค่อนข้างมาก	มี บ้านรวม มิตร บ้าน แคววัวดำ	มี ระดับปาน กลาง- มาก	มี เล็กน้อย	มี บ้านขมุ 2 แห่ง
การเข้าถึงบริการ การศึกษาขั้น พื้นฐาน	ปัญหาดังกล่าวในระดับพื้นที่มีความคลี่คลายไปมาก แม้กระทั่งในกลุ่มเด็กที่ไม่มีสถานะบุคคล หรือ แรงงานข้ามชาติ ก็สามารถเข้าถึงบริการ การศึกษาได้มากขึ้น						
การเข้าถึงบริการ สาธารณสุขระดับ ปฐมภูมิ	ไม่มี แต่เป็น ปัญหา ด้าน คุณภาพ บริการ	มี โดยเฉพาะ การ เดินทาง ยาก	มี โดยเฉพาะ การเดินทาง ยาก	มี กลุ่มที่เป็น แรงงาน ข้ามชาติ	มี กลุ่มที่ไม่ มีสถานะ บุคคล	มี กลุ่มที่ไม่ มีสถานะ บุคคล	มี กลุ่มที่ไม่ มีสถานะ บุคคล
การเข้าถึงการงาน อาชีพในท้องถิ่น	มี มาก	มี มาก	มี มาก	มี ปานกลาง	มี มาก	มี ปานกลาง	มี มาก
การเข้าถึงการ เรียนรู้ด้านเพศและ เอดส์ศึกษาที่ ต่อเนื่อง	มี โดยเฉพาะ อย่างยิ่ง บ้าน กะเหรี่ยง	มี มาก	มี มาก	มี มาก	มี มาก	มี มาก	มี ปานกลาง มากบาง บ้าน

2. ความเสี่ยงจากปัจจัยทางสังคม-วัฒนธรรมของกลุ่มชาติพันธุ์ โดยเฉพาะโครงสร้างทาง อำนาจระหว่างเพศ คติความเชื่อบางประการ

ถ้าเราหยิบยกปัญหาของการเข้าถึงการเรียนรู้ด้านเพศและเอดส์ศึกษาที่ต่อเนื่องและมีคุณภาพ
มาพิจารณา ด้านหนึ่ง-สามารถมองได้ในฐานะปัญหาเชิงโครงสร้างที่รัฐ และหน่วยงานต่างๆ ที่ทำงาน
ป้องกันเอดส์ค่อนข้างละเอียดต่อการพัฒนาแนวทางในการเข้าถึงและสร้างนวัตกรรมในการสร้างการ
เรียนรู้เพศและเอดส์ศึกษาในกลุ่มชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์ อีกด้านหนึ่ง-ปัญหานี้สัมพันธ์กับความ
ละเอียดอ่อนและความสลับซับซ้อนทางสังคมวัฒนธรรมของชาติพันธุ์แต่ละกลุ่ม

จาก “แบบประเมินความเสี่ยง 15 ข้อ” ที่โครงการได้ทดลองให้แกนนำชุมชนในช่วงเดือน
มิถุนายน-สิงหาคม 2552 พบว่า กลุ่มแกนนำชุมชนชาวกะเหรี่ยงคริสต์ในอำเภอเมืองเชียงใหม่
ร้อยละ 60 ขึ้นไป (สัดส่วนของผู้หญิงเข้าร่วมเวทีมากกว่าผู้ชาย) เห็นว่า การเรียนรู้เรื่องเพศยังเป็นเรื่อง
ของผู้ชาย ไม่เกี่ยวกับผู้หญิง เด็ก เยาวชน และการเรียนรู้เรื่องเพศเป็นเรื่องไม่ดี

ขณะที่แกนนำชาวลาหู่ อาข่า ไต กะเหรี่ยง ตั้งแต่ร้อยละ 50 จนถึง 80 เห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์
ที่ถูกต้อง ดีงาม และปลอดภัยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เอชไอวี/เอดส์ มีเฉพาะในคู่แต่งงานตาม
ประเพณีเท่านั้น (รักเดียวใจเดียว ไม่ติดเอดส์แน่นอน) ร้อยละของคำตอบที่ค่อนข้างสูงเป็นภาพตัวแทน
ของคติความเชื่อ/วัฒนธรรมผิวเดียวเมียวเดียว และเป็นปมเงื่อนไขสำคัญที่ทำให้อัตราผู้ติดเชื้อในกลุ่มผู้หญิง

ที่มีสามีแล้วมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งทางโครงการได้มีการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นกับแกนนำหลังกิจกรรม ประเมินความเสี่ยง

นอกจาก ตัวอย่างของการพิจารณามุมมองทางเพศที่นำไปสู่ “ความเสี่ยง” แล้ว งานวิจัยของโครงการก็ยังชี้ให้เห็นว่า การนิยามทางวัฒนธรรมต่อโรคภัยไข้เจ็บ ก็เป็นอีกหนึ่งปัจจัยทางสังคม วัฒนธรรมที่ส่งผลต่อ “ความเสี่ยง” เนื่องจากนิยามมีผลต่อการกำหนดท่าทีและการปฏิบัติของผู้คนในชุมชนชาติพันธุ์ต่อผู้ติดเชื้อ (โดยเฉพาะการตีตราและเลือกปฏิบัติ) อีกทั้งยังเป็น แรงบันดาลใจการเรียนรู้เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ให้หยุดนิ่ง และลดทอนไปสู่ “ความตาย” สถานเดียว

จากรายงานวิจัย พบว่า ชาวอ่าข่านิยามเอดส์ว่า **เอ ชี ห่าก้อ-โรคที่เป็นแล้วตาย** คำนิยามนี้ นักพัฒนาชาวอ่าข่ากลุ่มหนึ่งในจังหวัดเชียงรายได้หยิบยืมมาจากสื่อรณรงค์ป้องกันเอดส์ในยุคแรก และชุมชนอ่าข่ายังคงใช้นิยามอยู่จนถึงปัจจุบัน ขณะที่ ชาวกะเหรี่ยงโปว์ในเขตเมืองเชียงราย นิยามว่า เอดส์ ด้วยภาษากะเหรี่ยงโปว์ว่า **ต่าซาเอ-โรคร้าย/โรคไม่ตี** คำศัพท์คำนี้เลื่อนหายไปจากสังคมกะเหรี่ยง ที่นี้พร้อมกับโรคระบาดหลังสงครามโลกครั้งที่ 2 เมื่อเอดส์แพร่เข้ามาในช่วงทศวรรษที่ 2530 แกนนำชุมชนก็นำคำนิยามนี้กลับมาใช้ใหม่และยังขยายความหมายไปเชื่อมโยงกับความหมายอื่น โดยเฉพาะ ความสับสนทางเพศ อีกด้วย

3. ความเสี่ยงจากพฤติกรรมรายบุคคล

จากแบบประเมินความเสี่ยง 15 ข้อที่โครงการได้ทดลองทำกับกลุ่มแกนนำชุมชนมีอยู่หลายข้อที่โครงการมุ่งเน้นไปที่การประเมินสถานะเสี่ยงจากพฤติกรรมรายบุคคลมากขึ้น ดังตารางนี้

ตารางที่ 4 ตัวอย่างร้อยละของการตอบแบบประเมินสถานะเสี่ยงที่เน้นความเสี่ยงรายบุคคล

ถ้อยความ	ร้อยละของผู้เข้าร่วมที่ตอบคำถาม				
	แม่แจ่ม (ลัวะ)	แม่สรวย (อาข่า)	เมือง (กะเหรี่ยง)	แม่ฟ้าหลวง (ชาวล่าหู่ปางมะหันต์)	แม่สาย (ไต)
9.ฉันเคยมีอะไรกับคนอื่นที่ไม่ใช่คู่อชีวิต โดยไม่ป้องกันใดๆ เลย	เคย 40	เคย 13.79	เคย 12.5	เคย 20	เคย 18.18
11.หลังจากแต่งงานอยู่กินกันแล้ว ฉันมั่นใจว่า ฉันจะมีอะไรกับคู่อชีวิตคนเดียวเท่านั้น	มั่นใจ 85.71	มั่นใจ 82.75	มั่นใจ 68.75	มั่นใจ 45.45	มั่นใจ 71.42
13.ฉันมั่นใจว่า ฉันจะสามารถปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันได้ทุก ครั้งทุกเวลาทุกสถานที่	มั่นใจ 42.85	มั่นใจ 48.27	มั่นใจ 31.25	มั่นใจ 15	มั่นใจ 38.09
14.ฉันกล้าพกและมีถุงยางอนามัยพร้อมใช้ในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง	กล้า/มี 50	กล้า/มี 44.82	กล้า/มี 43.75	กล้า/มี 33.33	กล้า/มี 63.63
15.ฉันเคยใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับคนอื่น	เคย 0	เคย 20.68	เคย 6.25	เคย 0	เคย 0

จากตารางข้างต้น แสดงให้เห็นว่า แกนนำชุมชนจำนวนมากมั่นใจว่า หลังแต่งงานอยู่กินกับคู่อชีวิตแล้ว ตนจะมีเพศสัมพันธ์กับคู่อชีวิตเพียงคนเดียว กระนั้นก็ตาม คำตอบจำนวนน้อยก็ทำให้

สิ่งที่ควรจะต้องมองข้าม เพราะความไม่มั่นใจว่า จะมีเพศสัมพันธ์กับคู่ชีวิตเพียงคนเดียวจะต้องพิจารณาควบคู่ไปกับคำตอบอื่นๆ ที่เข้าข่ายมีสถานะเสี่ยง เช่น แกนนำชุมชนจำนวนหนึ่งเคยมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นโดยไม่ป้องกัน มีการใช้ถุงยางอนามัยในเกณฑ์ต่ำ มีการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น (บางชุมชนที่เป็นเส้นทางลำเลียงยาเสพติด จะพบ จำนวนผู้ติดเชื้อจากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน)

นอกจากนี้ การเน้นหนักไปยังการสนับสนุนให้คนข้างในลุกขึ้นมาทำงานวิจัยเชิงปฏิบัติการในภาคสนามอย่างเข้มข้นได้สร้างเงื่อนไขให้คนทำงานพื้นมีทรัพยากรในการติดตามสถานการณ์ความเสี่ยงใหม่ๆ ที่เกิดจากพฤติกรรมของกลุ่มคนต่างๆ อาทิ การติดตามสถานการณ์กลุ่มวัยรุ่นในพื้นที่ของโครงการเคียงริมโขง พบว่า หมู่บ้านแห่งหนึ่งในพื้นที่วิจัย จังหวัดเชียงรายมีอัตราการตั้งท้องของเด็กวัยเรียน ร้อยละ 23.52 จากจำนวนประชากรวัยรุ่นทั้งหมดในหมู่บ้าน เป็นต้น

4. ความเสี่ยงจากการเปิดเผยตัวเองในชุมชน

จากผลการสำรวจรายสุดของแกนนำผู้ติดเชื้อในเขตอำเภอแม่ฟ้าหลวง พบว่า มีผู้ติดเชื้อในอำเภอแม่ฟ้าหลวงที่ทราบผลเลือดแล้วอยู่ราว 520 คน แต่มีผู้ที่เข้ามารับบริการทางสาธารณสุขเท่าที่ตรวจสอบข้อมูลจากโรงพยาบาลแม่ฟ้าหลวง อ.แม่ฟ้าหลวง จ.เชียงราย และสถานีอนามัยที่ทำงานวิจัยในงานประจำ (R2R) มีจำนวนไม่ถึง 100 คน

ขณะที่งานวิจัยจากงานประจำของนักวิชาการสาธารณสุขอำเภอแม่ฟ้าหลวงที่เกี่ยวข้องกับงานสื่อ 2 ชั้น พบว่า สื่อที่หน่วยงานสาธารณสุขใช้ในการทำงานเผยแพร่ความรู้ เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ ไม่สามารถทำให้กลุ่มเป้าหมายเรียนรู้เพื่อป้องกันและรักษาโรคได้มากนัก

เมื่อเจาะลงไปทีละผลกระทบบนสื่อสาธารณสุขเกี่ยวกับการป้องกันเอดส์ พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์แต่ละกลุ่มในหมู่บ้านแห่งหนึ่งล้วนได้รับสื่อรณรงค์ป้องกันเอดส์จากหน่วยงานสาธารณสุข และทุกกลุ่มเห็นว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัว

เมื่อนำปรากฏการณ์ที่อำเภอแม่ฟ้าหลวง และผลงานวิจัยสื่อมาพิจารณาร่วมกับหัวข้อที่กล่าวมาแล้ว เช่น ความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีที่มาจากปัจจัยเชิงโครงสร้าง อาทิ การไม่มีสถานะบุคคล การถูกช่วงชิงทรัพยากร ความยากจน การไม่มีโอกาสในการเข้าถึงการเรียนรู้เรื่องเพศและเอดส์ศึกษาที่มีคุณภาพและต่อเนื่อง หรือ ความเสี่ยงจากปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรมทั้งมิติทางเพศหรือการนิยามทางวัฒนธรรมต่อโรคภัยไข้เจ็บ ไม่ว่าจะเอดส์ รวมถึงการย้อนกลับไปพิจารณาการจัดการกับโรคภัยที่ร้ายแรงและฝังอยู่ในความทรงจำของชุมชนนับแต่อดีต ก็พบว่า ปัจจัยเหล่านี้ล้วนมีผลทำให้ การเปิดเผยตัวของผู้ติดเชื้อในชุมชนชาติพันธุ์กลายเป็นความเสี่ยงอีกรูปแบบหนึ่ง

ตัวอย่าง ชุมชนอำเภอหนึ่งในจังหวัดเชียงรายใช้วิธีการเผาศพผู้เสียชีวิตด้วยเอดส์ 2 ศพ ด้วยเชื่อว่า จะไม่ทำให้เชื้อแพร่กระจาย ทั้งที่วัฒนธรรมอำเภอที่เคยจัดการศพของผู้ที่ประสบโรคภัยร้ายแรงที่สุดในอดีต เช่น นะเบ็ย อัสนี-ผีตาซ ก็ยังใช้วิธีการฝังศพ

หมู่บ้านอำเภออีกแห่งหนึ่งที่มีการทำงานป้องกันเอดส์ มาไม่น้อยกว่า 5 ปี และมีรายงานว่า ประสบความสำเร็จในการทำงานแก้ไขการตีตราและเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อได้ แต่จากงานวิจัยเชิงเปรียบเทียบที่ลงไปศึกษาผ่านมิติประวัติศาสตร์และวัฒนธรรม พบว่า จนถึงปัจจุบัน ชุมชนยังคงจัด

พิธีกรรมฝังศพให้กับผู้เสียชีวิตด้วยเอชไอวี/เอดส์ที่ต่างจากผู้เสียชีวิตทั่วไปอยู่ (จะมีการลดขั้นตอนในการทำพิธี และใช้เวลาให้สั้นที่สุด)

พิธีกรรมที่ชุมชนได้เลือกกระทำต่อผู้เสียชีวิตจากเอดส์ คือ รูปแบบหนึ่งของการตีตราและเลือกปฏิบัติในทางวัฒนธรรม ถ้าจะอุปมาอาจเปรียบได้กับการสร้างอนุสาวรีย์ขึ้นกลางชุมชน อนุสาวรีย์แห่งนี้ไร้รูปกาย แต่ทรงพลังต่อการย้ำเตือน ถ้าใครติดเชื่อและเผยความให้ชุมชนล่วงรู้เขา/เธอ ครอบครัวจะต้องประสบชะตากรรมเช่นนี้

จากการทบทวนความทรงจำของคนในชุมชนต่อจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการวิเคราะห์ “ความเสี่ยง” ของกลุ่มเป้าหมาย คือ ความพยายามในการสร้างและใช้ความรู้ที่ได้จากงานวิจัยของโครงการมาช่วยอธิบายสถานการณ์ปัญหาเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์ในภาคเหนือตอนบนของประเทศไทยว่า เป็นเช่นไร และการที่เรามีความเข้าใจต่อปรากฏการณ์ปัญหาอย่างลึกซึ้งขึ้น น่าจะเป็นพื้นฐานต่อการขบคิด และค้นหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้นด้วย

ความรู้ประวัติศาสตร์โรคภัยไข้เจ็บ

“ความรู้ประวัติศาสตร์โรคภัยไข้เจ็บ” ถือได้ว่าเป็นองค์ประฐานหรือศูนย์กลางของการแพทย์ตลอดช่วงประวัติศาสตร์ที่ผ่านมา นักประวัติศาสตร์การแพทย์ให้ความสนใจต่อการศึกษาโรคภัยไข้เจ็บใน 6 ประเด็นสำคัญ¹⁶ ดังนี้ 1.ศึกษาว่า โรคภัยไข้เจ็บได้เปลี่ยนแปลงทางชีววิทยาไปในรูปแบบใดตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน 2.ศึกษาถึงการปรากฏขึ้นและหายไปของโรคว่า เป็นผลมาจากอะไร 3.ศึกษาประวัติศาสตร์ในเชิงระบาดวิทยาของโรคนั้นๆ ว่าเป็นอย่างไรร 4.ศึกษาคำอธิบายทางประวัติศาสตร์ที่เฉพาะเจาะจง หรือน่าสนใจของโรคนั้นๆ เป็นอย่างไร 5.ศึกษาโรคที่แสดงออกให้เห็นชัดเจนทางกายภาพและมีผลกระทบต่อสังคมที่น่าสนใจ 6.ศึกษาคำอธิบาย หรือการจำแนกของโรคจากเอกสารในอดีตว่าเป็นโรคใด ตรงกับโรคในปัจจุบัน หรือไม่ รวมถึง การเปลี่ยนแปลงความหมายของโรคในช่วงเวลาต่างๆ

ขณะที่ โครงการนี้สนใจศึกษา “โรคภัยไข้เจ็บ” ในมิติทางประวัติศาสตร์ของชุมชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์ในช่วงทศวรรษที่ 2480-2550 ราว 70 ปี โดยใช้งานศึกษาวิจัยเป็น “เครื่องมือ” ในการพัฒนาศักยภาพคนทำงานความรู้ การสร้างความรู้แบบมีส่วนร่วมกับชุมชน และการใช้กระบวนการสร้างความรู้ประวัติศาสตร์โรคภัยไข้เจ็บเพื่อแก้ไขปัญหาและป้องกันโรค โดยเฉพาะ เอชไอวี/เอดส์ ซึ่งแนวทางการศึกษาดังกล่าวนี้มีนักวิชาการประวัติศาสตร์บางท่านจัดให้อยู่ในกลุ่มของแนวการศึกษาที่เป็นกระแสนโต้ตอบของประวัติศาสตร์ภูมิปัญญาการแพทย์ในสังคมไทย และการเข้ามามีส่วนร่วมของภาคประชาชนในการสร้างประวัติศาสตร์¹⁷

¹⁶ อ่านเพิ่มในชาติชาย มุกสง (2552) “ประวัติศาสตร์ของโรคและความเจ็บป่วย” ตำราการเรียนการสอนพื้นฐานด้านประวัติศาสตร์การแพทย์ สำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติและสำนักวิจัยสังคมและสุขภาพ.

¹⁷ ชาติชาย เฟื่องอ้าง

บทความชิ้นนี้ใคร่ชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญของ “ความรู้ประวัติศาสตร์โรคภัยไข้เจ็บ” ที่ได้จากงานวิจัยของโครงการ อย่างน้อย 2 ประเด็น ดังต่อไปนี้

1. การกำหนดยุคสมัยทางประวัติศาสตร์ ถือเป็น หัวใจสำคัญของงานสร้างความรู้ประวัติศาสตร์ที่พยายามจะเปิดพื้นที่ให้กับ “คนตัวเล็กตัวน้อย” ในชุมชน/ท้องถิ่นได้มีโอกาสในการทบทวนความเปลี่ยนแปลงของความสัมพันธ์ชุดต่างๆ ในชุมชน/ท้องถิ่น และใช้เหตุการณ์หรือรูปธรรมอื่นๆ ที่กระทบต่อความรู้สึกร่วมของผู้คนและยังคงฝังตรึงอยู่ในความทรงจำเป็นเกณฑ์ในการแบ่งยุคสมัยทางประวัติศาสตร์

จากรายงานของนักวิจัยหลักในโครงการ พบว่า งานทุกชิ้นมีความพยายามในการแบ่งยุคสมัยทางประวัติศาสตร์โรคภัยไข้เจ็บ ออกเป็น 3 ยุค¹⁸ ดังนี้

ยุคแรก (อยู่ในช่วงทศวรรษที่ 2480 ถึงราวทศวรรษที่ 2500) งานแต่ละชิ้นได้ให้ภาพของชุมชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์ที่ตั้งถิ่นฐานอยู่ในภูมิภาคที่ประกอบไปด้วยภูเขาและหุบเขาของดินแดนตอนใน ตั้งแต่บนภูเขาสูงจนถึงพื้นราบริมฝั่งแม่น้ำในเขตลุ่มน้ำโขงตอนกลาง ที่ประกอบไปด้วยรัฐต่างๆ ทั้งไทย พม่า ลาว และจีนตอนใต้

ชุมชนในยุคนี้มีทั้งระบบเศรษฐกิจที่เน้นการผลิตเพื่อยังชีพ ควบคู่ไปกับการผลิตเพื่อการค้า แลกเปลี่ยนบนฐานภูมิภาคที่ตนตั้งถิ่นฐานอยู่ เช่น กลุ่มที่อยู่บนภูเขาสูงรอยต่อชายแดนพม่า-จีนปลูกฝิ่นเพื่อใช้เป็นยา เสพ และแลกเปลี่ยนของเครื่องใช้ที่จำเป็น หลายชุมชนมีการเก็บของป่า หรือชุมชนที่อยู่ติดกับแม่น้ำใหญ่ก็จะหาพืช-สัตว์น้ำไว้กินและขายบ้างในบางวาระ มีการค้าขายแลกเปลี่ยนทั้งในท้องถิ่นตนเองและข้ามถิ่น บางกลุ่มที่สามารถผลิตข้าวได้จำนวนมากก็จะนำไปขายเพื่อแลกซื้อสินค้าอื่นๆ ที่ตนมีข้อจำกัดในการผลิต เช่นเกลือ ฝ้าย หรือสิ่งของเครื่องใช้ นอกจากนี้ ยังมีคนจำนวนหนึ่งเข้าไปรับจ้างในภาคการผลิตอื่นๆ อาทิ กิจการทำไม้ กิจการยาสูบ เป็นต้น

เหตุการณ์สำคัญของยุคสมัยที่อยู่ในความทรงจำของผู้คนแต่ละพื้นที่ คือ **สงครามญี่ปุ่น** (สงครามโลกครั้งที่ 2 / สงครามที่กองทัพไทยยกขึ้นไปยึดครองเมืองเชียงตุง) โดยชุมชนแต่ละแห่งมีปฏิสัมพันธ์และได้รับผลกระทบจากสงครามในระดับที่แตกต่างกันออกไป บางคนถูกเกณฑ์หรือสมัครเข้าไปเป็นแรงงานรับจ้าง เป็นทหาร กลุ่มผู้หญิงในเส้นทางเดินทัพเข้าไปค้าขายสินค้าอีกไม่น้อยที่ถูกจริตได้ ถูกลักขโมย ตกอยู่ในสภาวะอดอยากขาดแคลน หวาดกลัว และประสบกับโรคภัยไข้เจ็บตั้งแต่ธรรมดาจนถึงขั้นร้ายแรง มีคนในครอบครัว เครือญาติ และชุมชนของตนต้องจบชีวิตลง แม้ว่าบางพื้นที่อย่างเมืองเชียงรายจะมีโรงพยาบาลตั้งขึ้นแล้วก็ตาม

หลังสงครามใหญ่ผ่านไป สงครามปฏิวัติเปลี่ยนแปลงการปกครองของพรรคคอมมิวนิสต์ในประเทศจีน ในต้นทศวรรษที่ 2490 และระบบเศรษฐกิจการเมืองแบบใหม่ภายใต้การนำของพรรคฯ ได้

¹⁸ แม้ว่า การแบ่งยุคงานหลายชิ้นยังพบข้ออ่อนในการกำหนดยุคสมัยจากภายในชุมชนท้องถิ่น หรือ บางชิ้นไม่สามารถอธิบายสาเหตุของการเปลี่ยนแปลงของแต่ละยุคได้อย่างชัดเจน แต่สำหรับคนทำงานด้านแอดส์และสุขภาพที่เริ่มงานวิจัยประวัติศาสตร์เป็นครั้งแรก ก็ถือได้ว่า การแบ่งยุคดังกล่าวจะเป็นพื้นฐานในการพิจารณา “โรคภัยไข้เจ็บ” ของชุมชนอย่างมีมิติทางประวัติศาสตร์ และเป็นการให้ค่าต่อการกำหนดยุคสมัยจากภายใน อันหมายถึง การให้ค่าต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนต่อการสร้างความรู้ประวัติศาสตร์นั่นเอง

ส่งผลกระทบต่อชาวอำเภอที่เคยอาศัยอยู่ในแคว้นสิบสองปันนาของจีน พวกเขาเลือกที่จะอพยพย้ายหนีเข้าไปในเขตรัฐฉานตะวันออกของพม่า ก่อนจะประสบกับปัญหาสงครามระหว่างกองกำลังต่างๆ ในยุคต่อมา

ขณะที่ชุมชนชาวไตในเขตเมืองเชียงตุงได้รับผลกระทบจากเศรษฐกิจตกต่ำหลังสงคราม และบางชุมชนที่อยู่รอบนอกเริ่มรู้จักกับ “ทหารป่า” ที่ตระเตรียมกำลังและเสบียงไว้หลังจากการเมืองในพม่าเริ่มส่อเค้าจะกลายเป็นสงครามระหว่างชาติพันธุ์

ในเขตรัฐไทย ชุมชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์บางพื้นที่ เช่น พื้นที่แม่แจ่ม เริ่มเข้าสู่ระบบเศรษฐกิจฝิ่นอย่างเต็มตัวมากขึ้น ขณะที่อีกไม่น้อยยังคงดำรงวิถีเศรษฐกิจที่เคยเป็นมาก่อนจะเกิดสงคราม และแทบทุกแห่งเริ่มมีปฏิสัมพันธ์กับอำนาจรัฐที่ขยายตัว และค่อยๆ เพิ่มบทบาทต่อชีวิตและร่างกายของผู้คนมากขึ้น

ยุคที่สอง ระหว่างทศวรรษที่ 2510 จนถึงปลายทศวรรษที่ 2520 (มีเพียงพื้นที่แม่แจ่มที่ยุคนี้ไปสิ้นสุดลงที่ปลายทศวรรษที่ 2540) รายวิจัยแต่ละพื้นที่ได้ชี้ให้เห็นภาพในเชิงเปรียบเทียบระหว่างคนเล็กคนน้อย และชุมชนที่ตกอยู่ในแวดล้อมของสงคราม (ประเทศไทย-สงครามระหว่างรัฐบาลกับพรรคคอมมิวนิสต์ไทย (พคท.) ประเทศพม่า-สงครามระหว่างกองกำลังกลุ่มๆ และประเทศลาว-สงครามปลดปล่อย) ผู้คนมีชีวิตอยู่ท่ามกลางแรงกดดัน ความหวาดระแวง การสูญเสีย อดอยาก และถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาแห่งการอพยพย้ายถิ่น กระทั่งหลายชุมชนได้มาเริ่มลงหลักปักฐานในบริเวณที่ตั้งปัจจุบัน

กลุ่มคนที่แตกกระจัดกระจายหรือ ชุมชนหลายแห่ง ที่มีการเคลื่อนย้ายจากสภาพแวดล้อมเดิมไปสู่ สภาพแวดล้อมใหม่ ทั้งภายในรัฐเดิมและข้ามรัฐ ต้องเผชิญกับโรคร้ายไข้เจ็บใหม่ๆ ที่ตนไม่เคยรู้จัก (บางโรคเคยได้ยินชื่อแต่ไม่เคยเป็น) และบางชุมชนยังไม่สามารถผลิตสร้างความรู้ ในการจัดการโรคร้ายไข้เจ็บเหล่านั้นได้ การพึ่งพาความรู้ในการจัดการโรคข้ามชาติพันธุ์มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ในสภาพที่การบริการสาธารณสุขของรัฐ หรือ การรักษาของกองกำลังติดอาวุธต่างๆ ยังมีข้อจำกัด

ขณะที่อีกด้านหนึ่ง งานวิจัยบางชิ้นก็ชี้ว่า คนเล็กคนน้อยและชุมชนบางพื้นที่ที่ไม่ได้อยู่ในเขตสู้รบ อย่างกลุ่มกะเหรี่ยงขอบเมืองเชียงตุงได้ถูกผนวกเข้าไปอยู่ในกระแสการพัฒนาเศรษฐกิจของไทย และได้รับการสนับสนุนจากองค์กรคริสต์ในการพัฒนาชุมชน ก็เริ่มยกฐานะความเป็นอยู่ให้มีทิศทางที่ดีขึ้นกว่ายุคก่อน หรือบางพื้นที่ที่ยังไม่มีสถานการณืรပ်พุง แต่มีการเคลื่อนไหวแย่งชิงมวลชนก็กลายเป็นเงื่อนไขที่ทำให้ชุมชนสามารถเข้าถึง และได้ประโยชน์จากการพัฒนาและการบริการจากรัฐ ทั้งการศึกษาสาธารณสุข หรืออื่นๆ มากกว่าที่เคยเป็นมาในอดีต

กลางทศวรรษที่ 2520 หลังจากที่สถานการณ์ความขัดแย้งและการสู้รบเริ่มคลี่คลาย ชุมชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์แต่ละแห่งก็ทยอยเข้าสู่กระแสของการพัฒนาบนพื้นที่สูง ขณะเดียวกันปรากฏการณ์ในการย้ายถิ่นลงมาเรียนหรืออพยพลงมาทำงานในเมืองก็เริ่มมีให้เห็นถี่ขึ้นๆ

ยุคที่สาม ระหว่างทศวรรษที่ 2530-ปัจจุบัน งานวิจัยทุกชิ้นชี้ให้เห็นสภาพของชุมชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์ที่อยู่ท่ามกลางกระแสที่เชี่ยวกรากของการพัฒนาเศรษฐกิจที่เชื่อมโยงหน่วยสังคมเล็กๆ บนพื้นที่สูงหรือที่ราบในหุบเขา ริมฝั่งแม่น้ำใหญ่ เข้ากับ ทิศทางการพัฒนาในระดับภูมิภาค และอนุ

ภูมิภาคลุ่มน้ำโขง เหมือนที่งานวิจัยบางชิ้นระบุชื่อยุคว่า เอชไอวี/เอดส์และปัญหาสุขภาพหลังเปลี่ยน สนามรบให้เป็นสนามการค้า หรือบางชิ้นที่โปรยหัว อยู่อย่างวิตกกังวล

ช่วงเวลานี้ ชุมชนที่อยู่ติดหรือในเขตป่าหลายแห่งในพื้นที่วิจัยมีแรงกดดัน และมีข้อจำกัดในการ เข้าถึงทรัพยากรป่ามากขึ้น ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากนโยบายการจัดการป่าของรัฐ การส่งเสริมพืชเศรษฐกิจ เชิงเดี่ยว(ทั้งรัฐ-เอกชน)และการพัฒนาการท่องเที่ยวชาติพันธุ์ ซึ่งก็มีความแย้งขัดกันอยู่ ในที่ ขณะที่ชุมชนที่อยู่ในเขตเมืองมีการขายที่ดินและเปลี่ยนฐานการผลิตจากเกษตรกรรมและค้าขาย เล็กๆ น้อย ไปสู่ งานรับจ้าง งานบริการ หรือ งานราชการในเมืองมากขึ้น

ด้านชุมชนไต-ไท (ไทใหญ่ ไทลื้อ ไทซิ่น) ที่อยู่ในเมืองเชียงตุง และเมืองยาง หลังจากการเปิด ด่านชายแดนถาวรและมีการพัฒนาเศรษฐกิจที่เชื่อมโยงระหว่างเมืองชายแดนของไทย-จีนในช่วงกลาง ทศวรรษที่ 2530 กอปรกับปัญหาเศรษฐกิจการเมืองที่ย่ำแย่ภายใต้การปกครองของรัฐบาลทหาร ส่งผล ให้ชาวไต-ไท ทอยถอยอพยพเข้ามาหางานทำ หรือ พยายามจะมีชีวิตใหม่ในประเทศไทย โดยมี “เมือง แม่สวาย” เป็นจุดพักแห่งหนึ่ง และสำหรับ หลายคนที่นี่คือ “บ้านใหม่”

กลางทศวรรษที่ 2540 ในพื้นที่วิจัยขอบเมืองเชียงตุง ก็ปรากฏสภาพของชุมชนของชาติพันธุ์ ไต อ่าซ่า ลาหู่ กะเหรี่ยง ฯลฯ ที่เคลื่อนย้ายแรงงานมาจากหลายที่หลายทาง มาก่อร่างสร้างสังคมและชุมชน คนขายแรงงาน โดยมีโบสถ์เป็นศูนย์กลางในการเชื่อมร้อยผู้คน

ในส่วนท้าย รายงานแต่ละชิ้นพยายามที่จะนำเสนอให้เห็นถึง วิถีชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปของ ชุมชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์ท่ามกลางกระแสการพัฒนาที่ถาโถมเข้ามา ปัญหาของการไม่สามารถเข้าถึง ทรัพยากรที่มีคุณภาพของชนกลุ่มนี้ รวมถึงปัญหาของโรคภัยไข้เจ็บที่เกิดขึ้นกับผู้คนในชุมชน เช่น มะเร็ง เบาหวาน และเจาะลึกไปยัง “ประสบการณ์ของชุมชนที่มีต่อเอชไอวี/เอดส์”

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการแบ่งยุคสมัยทางประวัติศาสตร์ของงานวิจัยในโครงการ

	ขุนยวม	แม่แจ่ม	แม่สรวย	แม่สรวย (เปรียบเทียบ)	ขอบเมือง เชียงตุง	แม่สวาย	เชียงของ- เวียงแก่น
2480	การตั้งถิ่นฐาน และโรคภัยไข้เจ็บในอดีต	ลัษณะดั้งเดิม	“อ่าเจ้เกอเล ..อ่า!!” (เกิดอะไรขึ้น)	การตั้งถิ่นฐานและโยกย้าย	โอ้ หนะ โอ้ เพี้ยอ (อยู่อย่างทุกข์ยาก)	สงคราม	โรคเก่า โรคยามสงคราม และการจัดการ
2490							
2500	โรคภัยไข้เจ็บ ทศวรรษที่	การตีบคลานของงูใหญ่	อ่า..ยาพ้อ	การเผชิญโรคที่ไม่รู้จัก	อ้อ หนี โอ้ เปอ(อยู่ดีมีสุข)	ลูกไก่อยู่ในกำมือจะบีบก็ตายจะคลายก็รอด	โลกและโรคหลังน้ำท่วมใหญ่
2510	2500-2520		(ได้อพยพบอยจั้ง)				
2520							
2530	โรคภัยไข้เจ็บ	โลกาภิวัตน์ที่ปลายดอย	“อ่า . . ส้า เมียะส้า..”	การพัฒนาภาครัฐเข้าสู่ชนบท	โอ้ โก่อ้ โก่อว(อยู่อย่างวิตกกังวล)	ความฝันและความหวัง	เอชไอวี/เอดส์และปัญหาสุขภาพ
2540	ทศวรรษที่		(อ้อ สงบแล้วละ)				
2550	2530-2550						

						ประเทศไทย	หลังเปลี่ยน สนามรบ เป็นสนาม การค้า
--	--	--	--	--	--	-----------	---

2. โลกของโรคภัยไข้เจ็บ มีประเด็นสำคัญๆ ที่บทความชิ้นนี้จะนำมาอภิปราย ดังนี้

หนึ่ง-การจัดลำดับความรุนแรงของโรคภัยไข้เจ็บในแต่ละยุค

รายงานวิจัยได้แสดงให้เห็น การจัดลำดับความรุนแรงของโรคภัยไข้เจ็บในแต่ละยุคที่ชุมชนเคยประสบมา เช่น ยุคแรกที่นักวิจัยลงทำการศึกษา ชาวลัวะแม่แจ่ม อ่าข่าแม่สรวย กะเหรี่ยงเชียงใหม่ ชมุเชียงของ และอีกหลายชาติพันธุ์ จัดให้ “ฝีดาษ” เป็นโรคร้ายแรงที่คร่าชีวิตของผู้คนมากที่สุด ด้านชุมชนไทยวนเขตเชียงของ เห็นว่า หล่างเมือง (อหิวาต์ตกรโรค) ซึ่ตูดเปี้ยก (เรื้อนเปี้ยก) มีความรุนแรงเป็นลำดับต้นๆ (ชาวบ้านยังเทียบว่า รุนแรงกว่าเอชไอวี/เอดส์ในยุคนี้เสียอีก)

ถ้าเป็นยุคปัจจุบัน ชุมชนมักทะเลาะแค้นให้กับ “มะเร็ง” ที่คร่าชีวิตผู้คนในชุมชนเป็นลำดับแรกๆ ขณะที่ เอชไอวี/เอดส์ ในช่วงแรก ถือได้ว่า เป็นเรื่องไกลตัวสำหรับชุมชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์หลายแห่ง กระทั่ง พบปรากฏการณ์ของการติดเชื้อและมีผู้เสียชีวิตมากขึ้นๆ บางชุมชนอาจจะจัดลำดับไว้ใน 5 โรคที่มีความรุนแรง บางพื้นที่ เห็นว่า เอชไอวี/เอดส์ ทำให้คนในชุมชนต้องตายไปก็จริง แต่ไม่ถือว่าเป็นโรคร้ายแรงแต่อย่างใด

งานวิจัยบางชิ้น ยังแสดงให้เห็นถึงความสำคัญของการทำความเข้าใจต่อการจัดลำดับความรุนแรงของโรคภัยไข้เจ็บที่จะช่วยนำไปสู่การทำความเข้าใจต่อโลกสุขภาพและการเจ็บไข้ได้ป่วยของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ เช่น *นะเบี้ยะอ่าสี่, อ่าสี่นะเบี้ยะ* (ฝีดาษ) ที่ชาวอ่าข่าจัดไว้ในลำดับหนึ่งในโรคร้ายในอดีต โรคนี้จะมีฝีหรือเทพเจ้าประจำโรค 2 ตน ใครหายจากฝีดาษถือได้ว่า ผู้นั้นเป็น “คนบริสุทธิ์” ดูแลช่วยเหลือคนเจ็บได้ ใครตายจะถูกมองว่าเป็น “คนเนา” ไม่มีการฝังในป่าช้าตามขนบการจัดแบ่งป่าช้าในวัฒนธรรมอ่าข่า และผู้ตายจะถูกตัดขาดออกจากสายตระกูล เป็นต้น

สอง-คำเรียกขานเกี่ยวกับโรคภัยไข้เจ็บ

คำเรียกขานโรคของกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ในรายงานวิจัยของโครงการได้ชี้ภาพของมิติทางวัฒนธรรมของกลุ่มชนต่างๆ เช่น มิติของความสัมพันธ์ระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ต่างๆ ตัวอย่าง กลุ่มไทยวนเรียกฝีดาษว่า *ตุ่มสุก* ชาวลัวะ เรียกว่า *หลักอกสุก* ชาวลัวะแม่แจ่มที่ถือได้ว่าเป็นชนพื้นเมืองดั้งเดิมของดินแดนแม่แจ่ม เรียกโรคชนิดหนึ่งที่ชุมชนเคยประสบด้วยภาษากะเหรี่ยง (ไม่มีโรคนี้ในภาษาลัวะ)

ศัพท์เกี่ยวกับโรคมักเป็นการนำเสนอภาพแทน “อาการ” ของโรคภัยไข้เจ็บนั้นๆ เช่น ชาวไต (ไทใหญ่) เรียก ฝีดาษ ว่า *หมากหลง/หมากโหลง* ที่สื่อถึง การออกตุ่มขนาดใหญ่ ด้านชาวกะเหรี่ยงสะกอ เรียกฝีดาษว่า *ต่าซาไต* ที่สื่อความถึงความรุนแรง กะเหรี่ยงโปว์ เรียกว่า *ต่าอูสุ* ที่คล้ายการบ่มจนสุกแล้วแตกออก ถ้าเป็นอ่าข่าจะเรียก *นะเบี้ยะอ่าสี่, อ่าสี่นะเบี้ยะ* ที่แปลความได้ว่า การเป็นตุ่มขนาดใหญ่ เมื่อตุ่มแตกและคนผู้นั้นรอดชีวิตจะทิ้งรอยแผลเป็นที่เป็นลายไว้

คำเรียกขานอีกไม่น้อยมีลักษณะของการอุปมาที่มีนัยเชิงลบ เห็นได้ชัดเจนจากการเรียก เอชไอวี/เอดส์ ด้วยคำแทนว่า *เพียงดำ* หรือ *โรคกระซิบ* ในกลุ่มไทยวน(คนเมือง) *ต่าซาเออ* (โรคร้าย/โรค

ไม่ดี) ในกลุ่มชาวกะเหรี่ยง เอลีนาก้อ (เอดส์เป็นแล้วตาย) ในกลุ่มอ่าซ่า ซึ่งคำเรียกขานเหล่านี้มีความสัมพันธ์กับการนิยามของรัฐต่อเอดส์ในยุคแรกๆ ที่เน้นไปที่ความน่ากลัว และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สาม-คำอธิบายเหตุของโรคภัยไข้เจ็บ

รายงานวิจัยของโครงการได้เผยให้เห็นความหลากหลายและซ้อนทับของคำอธิบายเหตุหรือที่มาของโรคภัยไข้เจ็บที่ชุมชนประสบมาอย่างมีกาลละ-เทศะ การสดับรับฟังเรื่องเล่าของคนกลุ่มต่างๆ ในชุมชนที่เคยผ่านประสบการณ์ตรง หรือ ได้รับการบอกเล่าต่อๆ ได้ช่วยตอกย้ำให้เห็นว่า โรคภัยไข้เจ็บที่ชุมชนประสบ คือ พื้นที่หนึ่งที่เปิดโอกาสให้คนกลุ่มต่างๆ ในชุมชนได้นิยามความหมายที่สะท้อนให้เห็นวิถีคิด ความเชื่อ และความทรงจำที่ตนมี ซึ่งอาจจะต่าง เหมือน หรือ สอดรับไปกับความทรงจำร่วมของชุมชนก็ได้

สี่-การปฏิบัติต่อเอชไอวี/เอดส์/โรคภัยไข้เจ็บ

รายงานวิจัยแต่ละชิ้นได้ใช้วิธีการนำเสนอประสบการณ์ต่อโรคภัยไข้เจ็บร้ายแรงในอดีตโยงกับเอชไอวี/เอดส์ เพื่อตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้ความเข้าใจ การอยู่ร่วมกันในชุมชน การดูแลด้วยครอบครัว และการให้คำปรึกษา/ส่งต่อ ซึ่งพบว่า การรณรงค์ป้องกันเอดส์ในยุคแรกๆ ที่เน้นการสร้าง ความหวาดกลัว และมีรูปธรรมในการปฏิบัติจากหน่วยงานของรัฐ (เช่น หน่วยงานสาธารณสุขห่อศพผู้ตายด้วยถุงดำและกำชับให้ญาติพี่น้องห้ามเปิดถุง) ยังคงส่งผลต่อความรู้ความเข้าใจ และกลายเป็นความทรงจำทางสังคมต่อเอชไอวี/เอดส์ของชุมชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์หลายแห่ง

การไม่มีโอกาสเข้าถึงการเรียนรู้เอชไอวี/เอดส์และเพศศึกษาอย่างมีคุณภาพทำให้ชุมชนมีการตอบสนองต่อโรคใหม่ที่เข้ามาด้วยวิธีการต่างๆ นานา เช่น การเลือกที่จะใช้นิยามเดิม (เช่น ต่าซาเออ ในกลุ่มกะเหรี่ยงปาร์) การหยิบใช้คำนิยามหลักของรัฐ (เช่น เอลีนาก้อ ในกลุ่มอ่าซ่า) มาอธิบายเอดส์ บางแห่งอาจจะหยิบใช้หลักคิดบางประการในการจัดการโรคภัยร้ายแรงในอดีตมาจัดการกับเอชไอวี/เอดส์ เมื่อผนวกกับความทรงจำด้านลบต่อโรคที่ได้จากการสื่อสารที่กล่าวข้างต้น ได้ทำให้การตีตรา และเลือกปฏิบัติในหลายชุมชนอยู่ในขั้นรุนแรงทั้งทางตรง ทางอ้อมและทางสัญลักษณ์ ทว่าในหลายพื้นที่ก็มีการคลี่คลายลงไปหลังจากการทำงานอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อ และองค์กรต่างๆ

นอกจากนี้ งานวิจัยของโครงการยังชี้ผ่านประสบการณ์ในบางกรณีว่า แนวคิดที่จะให้ครอบครัว ช่วยดูแลและเยียวยาผู้ติดเชื้อ จำต้องพิจารณา ครอบครัว ภายใต้บริบทของชุมชน เช่น พิจารณาความเข้าใจต่อเอชไอวี/เอดส์ในชุมชนว่าเป็นอย่างไร หรือ ครอบครัวภายในโครงสร้างอำนาจของชุมชน (สถานะภาพทางสังคมของผู้ติดเชื้อและเครือญาติ) ข้อจำกัดทางเศรษฐกิจสังคมของแต่ละครอบครัวในการดูแลระยะยาว สำหรับความพยายามของโครงการในการวางโครงข่ายของการให้คำปรึกษาและส่งต่อในระดับชุมชน พบว่า ยังมีข้ออ่อนในการศึกษาปัญหากระบวนการสุขภาพ และการคิดเชิงระบบ โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพชาติพันธุ์

รายงานวิจัยของโครงการยังแสดงให้เห็นถึง บทบาทของคณะวิจัยในโครงการในฐานะ "ผู้กระทำการ" ที่พยายามเรียนรู้ พยายามปรับเปลี่ยนนิยาม หรือ สร้างความทรงจำใหม่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ ที่เชื่อว่า จะส่งผลต่อการปฏิบัติของชุมชนในอนาคต

การทำความเข้าใจและนำเสนอภาพของประสบการณ์ต่อเอชไอวีเอดส์ในฐานะที่เป็นโรคภัยไข้เจ็บหนึ่งของชุมชนในห้วงเวลาประวัติศาสตร์ ยังสะท้อนให้เห็นความปรารถนาของคณะวิจัย อย่างน้อย 2 ด้าน กล่าวคือ

ด้านหนึ่งเป็นการเปิดพื้นที่ให้กับคนเล็กคนน้อยที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ได้มีโอกาสสื่อสารประสบการณ์ที่เต็มไปด้วยอารมณ์ความรู้สึก และเป็นภาพตัวแทนของ “ความเป็นมนุษย์”

อีกด้านหนึ่ง-ประสบการณ์เหล่านี้จะเป็นเครื่องมือในการย้อนกลับไปตั้งคำถามต่อการปฏิบัติของชุมชนที่ผ่านมาว่า ถูกต้องเหมาะสม หรือไม่ เพียงใด เพื่อหาแนวทางในการปฏิบัติใหม่ หรือนำประสบการณ์ต่อเอชไอวี/เอดส์ไปเปรียบเทียบกับประสบการณ์ต่อโรคภัยไข้เจ็บอื่นๆ ในอดีตเพื่อชี้ให้เห็นด้านที่เป็นศักยภาพ และโอกาสในการนำศักยภาพของชุมชนกลับมาใช้ใหม่

ข้อเสนอแนะ

1. หน่วยงานที่ให้การสนับสนุนทุนกับโครงการนี้ ทั้งศูนย์ประสานงานเพื่อพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์ป้องกันปัญหาเอดส์ (ศรอ.) สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.) และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) น่าจะเป็นเจ้าภาพในการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อพิจารณาปัญหาเอชไอวี/เอดส์และระบบบริการสุขภาพในกลุ่มชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์ อย่างเป็นระบบ โดยใช้งานวิจัยจากโครงการนี้และงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องเป็นฐานในการพิจารณาปัญหา

2. สร้างเงื่อนไขและรูปธรรมของกระบวนการมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย แผนงาน และจัดสรรงบประมาณในการสนับสนุนให้คนทำงาน และเครือข่ายคนทำงานทั้งที่เป็นแกนนำชุมชน องค์กรภาคประชาสังคม และภาครัฐได้พัฒนาขีดความสามารถในการทำงานสร้างความรู้ร่วมกับชุมชนเพื่อป้องกันเอดส์และพัฒนาระบบบริการสุขภาพ อย่างมีคุณภาพมากขึ้น

3. นโยบายตามข้อที่ 2 ควรจะครอบคลุมถึง การให้โอกาสกับชุมชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์ และคนทำงานได้เข้าถึง และใช้สื่อสาธารณะ เช่น โทรทัศน์ในการสื่อสารปัญหาและกระตุ้นให้ชุมชนพื้นเมืองและชาติพันธุ์ในพื้นที่ต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันเอดส์ และพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่ตอบสนองต่อปัญหาเอดส์และสุขภาพได้.