บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ : ศึกษากรณีชุมชนตำบลแม่แฝกใหม่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อเป็นแนวทางในการศึกษา โดยมีเนื้อหาดังนี้

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์

2.2 การดำเนินงานด้านเอดส์ของภาครัฐและภาคเอกชน

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาโดยชุมชน

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.8 กรอบแนวคิดในการศึกษา

2.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์

2.1.1 ความหมายของโรคเอดส์

โรคเอดส์เกิดจากเชื้อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) ซึ่งเป็นเชื้อไวรัสชนิด Retrovirus ที่สามารถเข้าไปอาศัยและแบ่งตัวได้ในเซลล์บางชนิดของร่างกายมนุษย์เท่านั้น เช่น เซลล์เม็ดเลือดขาว เซลล์บางชนิดของผิวหนัง เซลล์บางชนิดของสมองและระบบประสาท และเซลล์บางชนิดของระบบทางเดินอาหาร เซลล์ที่ไวรัสเอดส์สามารถเข้าไปอาศัยอยู่ได้เป็นจำนวนมากที่สุดคือ เซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด Lymphocytes โดยเฉพาะเซลล์พวก T Helper Lymphocytes (สถาพร มานัสสถิตย์ 2538 : 12-14) เมื่อมีการติดเชื้อ ร่างกายจะสร้างแอนติบอดี้ต่อชิ้นส่วนของไวรัส แต่แอนติบอดี้ที่สร้างขึ้นใหม่ไม่สามารถจำกัดเชื้อเอดส์ให้หมดไปจากร่างกายได้ เชื้อจึงยังคงอาศัยอยู่ในเม็ดเลือดและสามารถแพร่ต่อไปได้ เชื้อเอดส์จะไปทำลาย Lymphocytes ชนิด T Helper (T4) ทำให้ภูมิต้านทานลดลง เป็นผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อโรคชนิดฉวยโอกาส หรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ ผู้ป่วยโรคนี้มักจะมีอาการรุนแรง และเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว (กรมควบคุมโรคติดต่อ , 2533 : 1) ตามธรรมดาเชื้อเอดส์จะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เพราะเป็นสัตว์เซลล์เดียวที่ตัวเล็กมาก ตามปกติเชื้อตัวเดิมจะมีชีวิตอยู่ได้เพียงไม่กี่วัน

หรือเป็นอาทิตย์เท่านั้น แต่การที่อยู่ในร่างกายได้นานหลายปีเพราะมันสามารถแบ่งตัวเพิ่มจำนวนในร่างกาย และแบ่งตัวเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อเชื้อเอดส์ออกนอกร่างกายมนุษย์ก็จะสามารถทนต่อสภาพแวดล้อมภายนอกได้ไม่นานนัก อาจจะอยู่ในสภาพภายนอกร่างกายได้นานเป็นชั่วโมง หรือเป็นวันเท่านั้นขึ้นอยู่กับอุณหภูมิ ความร้อน ความเย็น สภาวะกรดด่าง ความแห้ง ความชื้น เป็นต้น (สถาพร มานัสสถิตย์, อ้างแล้ว : 9)

2.1.2 การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย

จากข้อมูลการศึกษาในการเฝ้าระวัง และการสำรวจทางระบาดวิทยา ทุก ๆ ระบบ สามารถจัดแบ่งการระบาดได้ดังนี้ (สมบัติ แทนประเสริฐสุข และ สมศักดิ์ ภิญโญธรรมากร อ้างถึงใน สุพิศ ศาสตระสิงห์ และ นงลักษณ์ เอมประดิษฐ์, 2539 : 2-4)

ระยะที่ 1 ช่วง พ.ศ. 2527 เป็นระยะที่เชื้อเอดส์ถูกนำเข้ามาในประเทศไทย การแพร่ระบาดยังคงจำกัดอยู่ในชุมชนจำนวนน้อย และมีพฤติกรรมพิเศษ เช่น กลุ่มชายรักร่วมเพศ และเริ่มมีการตรวจพบผู้ป่วยโรคเอดส์บ้าง แต่เกือบทั้งหมดเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อมาจากต่างประเทศ

ระยะที่ 2 ช่วง พ.ศ. 2530 - 2531 การแพร่ระบาดเป็นไปอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด โดยมีรายงานอัตราการติดเชื้อ จากต่ำกว่า 1% ในปลายปี พ.ศ. 2530 เป็นสูงกว่า 40% ในช่วงปลายปี พ.ศ. 2531

ระยะที่ 3 ช่วง พ.ศ. 2532 - 2533 เกิดการแพร่ระบาดรุนแรงมากขึ้นในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ มีการตรวจพบอัตราความชุกในหญิงบริการทางเพศสูงถึง 44% เมื่อเดือนมิถุนายน 2532 เชื่อว่าการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มนี้คงจะเกิดจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดรักต่างเพศ

ระยะที่ 4 ช่วง พ.ศ. 2533 มีการระบาดของเชื้อเอดส์ในกลุ่มชายนักเที่ยว หญิงบริการทางเพศ โดยข้อมูลการสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มชายที่มาขอตรวจกามโรคสูงถึง 42% และการแพร่ระบาดในกลุ่มนี้จะยังคงดำเนินควบคู่ไปกับกลุ่มหญิงบริการทางเพศ หากค่านิยมและพฤติกรรมการเที่ยวหญิงบริการยังไม่เปลี่ยนแปลง

ระยะที่ 5 การแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ในหญิงทั่วไปและทารก หลังจากมีการแพร่ระบาดในกลุ่มชายนักเที่ยวแล้ว กลุ่มที่จะติดเชื้อเอดส์ต่อไปอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้คือ กลุ่มหญิงทั่วไป ซึ่งอาจจะเป็นแม่บ้านหรือหญิงที่กำลังจะสมรส หรือมีเพศสัมพันธ์กับชายเหล่านี้ และกลุ่มทารกที่จะเกิดจากพ่อแม่ที่ติดเชื้อเอดส์

2.1.3 การแพร่ของโรคเอดส์

การแพร่ของโรคเอดส์นั้นพบว่า โอกาสที่จะแพร่โรคมีได้ 3 ทาง คือ (กรมควบคุมโรคติดต่อ , อ้างแล้ว : 5)

1. ทางเพศสัมพันธ์ โรคเอดส์สามารถแพร่ได้ทั้งจากชายสู่ชาย ชายสู่หญิง และหญิงสู่ชาย ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์โดยทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์อย่างสำส่อน หรือเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ หญิงหรือชายที่มีอาชีพขายบริการ คู่นอนของผู้ติดเชื้อเอดส์ โอกาสที่ติดเชื้อขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายอย่าง เช่น การมีแผลบริเวณอวัยวะเพศ การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ และรูปแบบของเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

2. การแพร่ทางเลือดและผลิตภัณฑ์จากเลือด การรับเชื้อทางเส้นเลือดเป็นวิธีการแพร่โรคที่ได้ผลที่สุด โอกาสติดเชื้อขึ้นกับปริมาณของไวรัสที่มีอยู่ในเลือด การแพร่โรคทางเลือดพบได้ 3 กรณีคือ การรับเลือดขณะทำการผ่าตัด หรือเพื่อรักษาโรคเลือดบางชนิด การใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อ และการรับอวัยวะของผู้ติดเชื้อ หรือการผสมเทียมโดยรับอสุจิของผู้ติดเชื้อ

3. การแพร่จากมารดาสู่ทารก โอกาสแพร่จากมารดาสู่ทารกได้ตั้งแต่ก่อนคลอด ขณะคลอด และระยะหลังคลอด โอกาสที่ทารกจะได้รับเชื้อประมาณ 20-50% และจากการศึกษาในประเทศต่าง ๆ ที่ผ่านมา ไม่ปรากฏว่าโรคเอดส์แพร่ทางอื่น ๆ นอกจากที่กล่าวมาแล้ว การอยู่ร่วมกัน การใช้ห้องน้ำร่วมกัน และการใช้ภาชนะร่วมกันก็ไม่ทำให้ติดเชื้อเอดส์

2.1.4 ระยะฟักตัวของโรค

เมื่อสัมผัสโรคแล้ว จะใช้เวลาฟักตัวนานเท่าไรไม่มีคำตอบแน่นอน ช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มรับเชื้อเอดส์จนเริ่มปรากฏอาการของโรคเอดส์ อาจใช้เวลาประมาณ 6 เดือนถึง 5 ปี หรือนานกว่านั้นก็ได้ ผู้ติดเชื้อเอดส์อาจไม่ปรากฏอาการใด ๆ เลย บางรายจะมีเชื้อไวรัสเอดส์อยู่ในร่างกายได้ตลอดชีวิต แต่ในบางคนการติดเชื้อก็จะเกิดอาการเฉียบพลัน มีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโต (glandular fever type of illness) อย่างน้อยที่สุดในเวลา 3-14 วัน (Pratt , 1986 : 19)

2.1.5 ลักษณะอาการของโรค

ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จะมีลักษณะอาการของโรคเป็น 3 ระยะ คือ (กรมควบคุมโรคติดต่อ , อ้างแล้ว : 8-13)

1.ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ตรวจพบการติดเชื้อเอดส์โดยการตรวจเลือดหาแอนติบอดี้ต่อเชื้อเอดส์ โดยที่ผู้ติดเชื้อไม่มีอาการที่สัมพันธ์กับโรคเอดส์

2. ระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (ARC หรือ AIDS related Complex) ตรวจพบการติดเชื้อเอดส์และผู้ติดเชื้อมีอาการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้ ในระยะเวลาไม่ต่ำกว่า 3 เดือน คือ มีไข้เกิน 37.8 องศาเซลเซียสเป็นพัก ๆ หรือติดต่อกัน อุจจาระร่วงอย่างเรื้อรัง น้ำหนักลดเกิน 10% ของน้ำหนักตัว มีต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งในบริเวณที่ไม่ติดต่อกัน มีเชื้อราในปากเป็น nairy leukoplakia และเป็นโรคงูสวัด

3. ระยะป่วยเป็นเอดส์ ตรวจพบการติดเชื้อเอดส์และมีโรคฉวยโอกาส ซึ่งแสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันในร่างกายเสื่อม ผู้ป่วยจะเป็นโรคใดโรคหนึ่งหรือหลายโรค ทั้งโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคมะเร็ง มีลักษณะอาการของโรคดังนี้

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่

1) การติดเชื้อโรคทางเดินหายใจ ซึ่งผู้ป่วยจะมีอาการของปอดบวม หรือไข้หอบเหนื่อย หายใจลำบาก เจ็บหน้าอก และไอ

2) การติดเชื้อของระบบส่วนกลาง ผู้ป่วยจะมีความผิดปกติในระบบประสาทสั่งงานหรือประสาทรับความรู้สึก หรือเกิดอาการของเยื่อหุ้มสมองอักเสบ ชัก

3) การติดเชื้อของระบบทางเดินอาหาร ผู้ป่วยมักจะมีอาการอุจจาระร่วงเรื้อรัง อาจเป็นน้ำหรือเป็นมูกเลือด หรือบางรายมีอาการคลื่นไส้อาเจียนร่วมด้วย

4) อาการไข้ มักพบกับอาการครั่นเนื้อครั่นตัว อ่อนเพลีย น้ำหนักลด

5) อาการต่อมน้ำเหลืองโต

6) อาการกลืนลำบาก เนื่องจากหลอดอาหารอักเสบ

7) อาการของ retinochoroiditis ผู้ป่วยจะมีอาการเกี่ยวกับการมองเห็น เนื่องจากการอักเสบที่จอตา (retina) รายที่เป็นรุนแรงมีผลให้ตาบอดได้

อาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ป่วยเด็กคล้ายคลึงกับในผู้ใหญ่ แต่อาการจะรุนแรงกว่ามาก และมักจะเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว

โรคมะเร็ง มะเร็งที่พบได้บ่อยที่สุดคือ Kaposi's sarcoma อาการที่พบขึ้นอยู่กับว่ามีมะเร็งที่บริเวณใดของร่างกาย ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งบริเวณเยื่อเมือกมักจะมีอาการไม่รุนแรง แต่ผู้ป่วยที่เป็นมะเร็งที่อวัยวะภายในจะมีอาการไข้ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย เหนื่อยง่าย และอุจจาระร่วงเรื้อรัง เป็นต้น ทั้งโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคมะเร็งที่พบในผู้ป่วยโรคเอดส์ จัดเป็นโรคแทรกซ้อนในผู้ติดเชื้อเอดส์

และโรคแทรกซ้อนดังกล่าวนี้ ทำให้เปลี่ยนสภาวะของผู้ติดเชื้อจากการติดเชื้อโดยไม่มีอาการ กลายเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ อย่างไรก็ตามในประเทศไทยมีการตรวจพบน้อยมาก ส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อในกลุ่มชายรักร่วมเพศ

ภาวะแทรกซ้อนอีกอย่างหนึ่ง ซึ่งพบได้ทั้งในผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ระยะอื่น ๆ คือ ปัญหาทางด้านจิตใจ เนื่องจากผลกระทบทางสังคมที่ตามมา ทั้งนี้เพราะผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์มักจะได้รับความรังเกียจจากครอบครัวและชุมชน ทำให้ต้องหลบซ่อนและไม่กล้าเปิดเผยตัวว่าติดเชื้อเอดส์

โดยทั่วไปในปัจจุบันมีการส่งเสริมให้สตรีตั้งครรภ์ได้รับยา Azidothymidine (AZT) จากโรงพยาบาลด้วย

2.1.6 การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีที่จะรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ดังนั้นการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ในขณะนี้ จึงมีแนวทางดำเนินการหลาย ๆ อย่าง โดยแบ่งเป็น 4 ขั้นตอนคือ (กรมควบคุมโรคติดต่อ , อ้างแล้ว : 13-20)

1. การรักษาโรคติดเชื้อหรือโรคมะเร็งฉวยโอกาส

2. การใช้ยาหยุดยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ (Antiviral therapy) ยาที่เป็นที่ยอมรับว่าได้ผลในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอดส์ และใช้กันอย่างแพร่หลายในปัจจุบันคือยา Zidovudine หรือชื่อเดิม Azidothymidine (AZT)

3. การเสริมสร้างภาวะภูมิต้านทานของผู้ป่วย วิธีการกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่กำลังศึกษากันอยู่ในปัจจุบัน ได้แก่ การปลูกถ่ายไขกระดูกและถ่ายเม็ดเลือดขาว การใช้ Transfer factor และการใช้ยาเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค (Immune mofulators)

4. การรักษาสภาพทางจิตใจของผู้ป่วย ได้แก่ การให้คำปรึกษาทางการแพทย์และสังคม และการช่วยเหลือด้วยวิธีการสังคมสงเคราะห์

2.1.7 การป้องกัน

เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มียารักษาที่มีประสิทธิภาพดีพอเพื่อใช้ในการบำบัดรักษา และยังไม่มีวัคซีนที่ใช้ในการป้องกันโรคนี้โดยเฉพาะ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเน้นมาตรการการป้องกันไม่ให้เป็นโรคเอดส์ เช่น การให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ เพื่อก่อให้เกิดการเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ และป้องกันการติดเชื้อเอดส์ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น (สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี , 2538 : 9 และชวนชม สกนธวัฒน์ , 2538 : 23)

1. การงดเที่ยวแหล่งบริการต่าง ๆ ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์

2. หากจะมีเพศสัมพันธ์กับใครก็ตาม ควรทราบแน่นอนว่าผู้นั้นไม่มีเลือดบวกเอดส์ ถ้าไม่แน่ใจควรมีการเซฟเซ็กส์ (Safe sex) หรือเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกวิธีทุกครั้ง จูบแบบธรรมดาไม่รุนแรง ไม่แลกเปลี่ยนน้ำลายกัน งดการใช้ปากกับอวัยวะเพศทั้งหญิงและชาย หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับน้ำอสุจิและน้ำในช่องคลอด

3. หยุดการฉีดยาเสพติด หากเลิกไม่ได้ควรใช้เข็มและกระบอกฉีดที่สะอาดของตนเอง

4. ก่อนแต่งงานควรตรวจเลือดทั้งสองฝ่าย

5. ถ้าจะมีบุตรควรตรวจเลือดทั้งสามีและภรรยา เพราะบุตรอาจจะติดเชื้อเอดส์ได้หากมารดาติดเชื้อเอดส์

6. งดดื่มสุรา ของมึนเมา เพราะจะทำให้ขาดสติและอาจพาไปสู่การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย หรือใช้อย่างไม่ถูกต้อง

7. ถ้าพบอุบัติเหตุที่มีเลือดกระจาย การช่วยเหลือควรใส่ถุงมือหรือถุงพลาสติกทุกครั้ง

8. อย่าใช้แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ หรือของใช้ที่จะก่อให้เกิดแผลที่ผิวหนังร่วมกันกับผู้อื่น ควรใช้ของตนเองเท่านั้น

9. หลีกเลี่ยงการรับบริการ การฝังเข็ม การสักผิวหนัง หรือเจาะหู เพราะถ้าไม่เปลี่ยนเข็มก็สามารถแพร่เชื้อเอดส์ได้

10. เปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่อาจทำให้ติดเชื้อเอดส์ เช่น การขึ้นครู เป็นต้น

2.1.8 ปัญหาความต้องการของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

ปัญหาที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ มักจะมีความหลากหลายและซับซ้อน โดยปัญหานั้นจะสัมพันธ์กับอาการเจ็บป่วย และการดำเนินของโรคคือ (วิพุธ พูลเจริญ และคณะ, 2539 : 134-135)

1. ระยะก่อนการตรวจพบว่าติดเชื้อเอดส์ ปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงระยะนี้คือ ความสับสน และความกังวลเรื่องการจะติดเชื้อหรือไม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง อย่างไรก็ตาม ปัญหาในระยะนี้อาจไม่เกิดขึ้นเลยในบุคคลทั่วไป ที่ไม่คิดว่าตนเองจะติดเชื้อเอดส์ และไม่ต้องการตรวจเลือด ปัญหาอีกประการที่เกิดขึ้นในช่วงนี้คือ การละเมิดสิทธิในเรื่องการตรวจเลือด ที่นำไปสู่การเปิดเผยผลการติดเชื้อเอดส์ นอกจากนี้ยังรวมถึงปัญหาอื่น ๆ ที่เป็นปัญหาพื้นฐาน อันนำไปสู่การติดเชื้อเอดส์ในที่สุด อาทิ การไม่รู้เรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์ เนื่องจากเข้าไม่ถึงข่าวสารข้อมูล หรือวิธีการป้องกันอันเนื่องมาจากเหตุผลต่าง ๆ ความยากจนที่นำไปสู่การประกอบอาชีพที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ปัญหาครอบครัวที่นำไปสู่การติดยาเสพติด ปัญหาทางด้านพฤติกรรมส่วนตัวที่ทำให้บุคคลต้อง

แยกตัวออกจากครอบครัวและเพื่อนฝูง ทำให้ขาดที่พึ่งยามเจ็บป่วย ปัญหาเหล่านี้ล้วนนำไปสู่การติดเชื้อเอดส์และทำให้ปัญหาต่าง ๆ หนักขึ้น เมื่อบุคคลต้องติดเชื้อเอดส์หรือป่วยด้วยโรคเอดส์

2. ระยะเมื่อพบว่าติดเชื้อและยังไม่มีอาการ ปัญหาทางจิตใจและอารมณ์ เป็นปัญหาแรกที่ต้องเผชิญ ทั้งนี้สืบเนื่องมาจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาที่ได้ผลแน่นอน อีกทั้งเป็นโรคที่บุคคลรอบข้างและสังคมรังเกียจ เพราะกลัวการติดเชื้อเอดส์จนเกินเหตุ ดังนั้นจึงสร้างความกดดันให้กับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์มากขึ้น หากความลับถูกเปิดเผย และครอบครัวทราบและไม่ยอมรับ หรือมีปฏิกริยาเชิงรังเกียจจากเพื่อน เพื่อนบ้าน และชุมชน รวมถึงทัศนคติและการปฏิบัติในเชิงแบ่งแยกจากเจ้าหน้าที่ ทำให้ไม่ได้รับบริการต่าง ๆ จากสังคม สิ่งต่าง ๆ เหล่านี้จะยิ่งเพิ่มความกดดันทางอารมณ์ให้มีเพิ่มมากขึ้น ซึ่งในหลายกรณีทำให้เกิดความคิดอยากฆ่าตัวตายเพื่อหลบหนีปัญหา หรือมีพฤติกรรมต่อต้านสังคม (Antisocial) ในกรณีหญิงมีครรภ์พบว่าจะต้องประสบปัญหาการตัดสินใจเรื่องการจะตั้งครรภ์ต่อไปหรือไม่ด้วย

3. ระยะเมื่อเริ่มมีอาการป่วย โดยธรรมชาติของอาการป่วยด้วยโรคเอดส์ ผู้ป่วยจะมีอาการป่วยเป็นระยะ ๆ และเป็นแบบเรื้อรังด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ อาทิ ปอดบวม เชื้อราในสมอง เป็นต้น ซึ่งเมื่อเริ่มมีอาการป่วย ปัญหาต่าง ๆ ก็จะทวีความซับซ้อนและรุนแรงมากขึ้น อาการป่วยจะทำให้ต้องขาดงานหรือไม่สามารถทำงานได้ นอกจากนี้ยังไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมได้ตามปกติ ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ และกลายเป็นภาระให้ครอบครัวต้องคอยดูแล กรณีหากผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว ครอบครัวก็จะยิ่งประสบปัญหาทางเศรษฐกิจเป็นอย่างมาก เพราะนอกจากจะต้องสูญเสียรายได้แล้ว ยังต้องเสียค่าใช้จ่ายเพิ่มมากขึ้นในเรื่องของค่ารักษาพยาบาล

4. ระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต ผู้ป่วยระยะสุดท้ายก่อนเสียชีวิต มักจะมีการเจ็บป่วยเรื้อรัง ไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ทำให้ยิ่งกลายเป็นภาระครอบครัว ซึ่งผู้ป่วยระยะนี้ต้องการกำลังใจ รวมถึงการช่วยเหลือทางด้านจิตวิญญาณ (Spiritual) เพื่อให้สามารถสงบจิตใจได้ เนื่องจากต้องเผชิญกับความตาย นอกจากนี้ทั้งผู้ป่วยและครอบครัวยังต้องเผชิญกับความวิตกกังวล และการเตรียมตัวกับปัญหาที่จะเกิดขึ้นภายหลังจากผู้ป่วยเสียชีวิต โดยเฉพาะในกรณีของครอบครัวที่มีเด็กเล็ก ที่จะต้องเตรียมหาผู้ที่จะให้การเลี้ยงดูเด็กเหล่านั้นแทนพ่อแม่จริง ๆ ที่ต้องเสียชีวิตจากโรคเอดส์

5. ระยะหลังจากผู้ป่วยโรคเอดส์เสียชีวิตไปแล้ว ปัญหาในระยะนี้จะเกิดกับครอบครัวของผู้ป่วยที่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ โดยเฉพาะในเรื่องของการต้องเผชิญกับการพลัดพรากและสูญเสียผู้ป่วย การต้องปรับตัวของสมาชิกในครอบครัวด้านต่าง ๆ เช่น แม่ต้องทำหน้าที่ทั้งพ่อและแม่ ต้องออกทำงานหาเลี้ยงครอบครัวแทน หรือเด็กต้องออกจากโรงเรียนมาทำงานหรือเลี้ยงน้องแทนมารดาที่ต้องออกไปทำงาน เป็นต้น และปัญหาในระยะนี้จะรุนแรงขึ้นไปอีก ถ้าครอบครัวถูกรังเกียจจากชุมชน หรือครอบครัวต้องสูญเสียทั้งพ่อและแม่ ทำให้เด็กที่ยังไม่สามารถช่วยตัวเองได้กลายเป็นเด็กกำพร้า ตกเป็นภาระที่สังคมจะต้องเข้ามารับผิดชอบ ดูแล ให้ความช่วยเหลือ เพื่อให้เด็กเหล่านี้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและสามารถเติบโตเป็นบุคคลที่มีค่าของสังคมต่อไป

2.2 การดำเนินงานด้านเอดส์ของภาครัฐและภาคเอกชน

2.2.1 การดำเนินงานของภาครัฐ

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย เริ่มมีขึ้นตั้งแต่การตรวจพบผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย เมื่อเดือนกันยายน พ.ศ. 2527 โดยระยะแรกเป็นการดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักโดยตรง มุ่งเน้นไปในการให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ทันเหตุการณ์ มีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2528 ให้โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อที่ต้องแจ้งความตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 และขณะเดียวกันจากสภาพปัญหาระยะแรกที่พบว่า มีผู้ติดโรคมาจากชาวต่างชาติในต่างประเทศ นโยบายของรัฐบาลจึงมุ่งเน้นไปที่การสกัดไม่ให้ชาวต่างชาติผู้เดินทางเข้าประเทศ นำเชื้อโรคเข้ามาแพร่ในประเทศ โดยมอบให้กระทรวงมหาดไทยออกกฎกระทรวงกำหนดให้โรคเอดส์เป็นโรคต้องห้าม ตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 (ยกเลิกเดือนตุลาคม พ.ศ. 2534) ซึ่งในส่วนของกระทรวงสาธารณสุขในฐานะเป็นหน่วยงานหลัก ได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ดังนี้ (กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐสิน และคณะ , อ้างแล้ว : 8-9)

1. กวดขันสถานพยาบาลทางการแพทย์ และทางทันตกรรม เพื่อรักษาความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ให้ปราศจากเชื้อโรค รวมทั้งขอความร่วมมือร้านเสริมสวยและร้านตัดผม ให้ระมัดระวังความสะอาดเครื่องมือตัดเล็บและโกนหนวด

2. ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลทุกหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชน ควบคุมดูแลกวดขันการฉีดยาให้แก่ประชาชนที่เข้ารับการบริการ โดยเปลี่ยนเข็มฉีดยาให้แก่ประชาชนที่เข้ารับการบริการทุกราย หรือทำความสะอาดเข็มฉีดยาทุกรายด้วยการนึ่งหรือต้ม

3. รณรงค์สร้างค่านิยมในการไม่สำส่อนทางเพศ และการใช้ถุงยางอนามัยที่มีคุณภาพให้กว้างขวางยิ่งขึ้น

4. ประสานขอความร่วมมือให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ยุติการใช้ธุรกิจบริการทางเพศ เป็นเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยว ส่งเสริมการฝึกอาชีพ และการสงเคราะห์แก่หญิงที่มีอาชีพค้าบริการทางเพศ ให้ปรับเปลี่ยนอาชีพใหม่เพื่อลดจำนวนหญิงบริการทางเพศ รวมทั้งการกวดขันดูแลไม่ให้มีโสเภณีเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี เป็นต้น

แต่การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ดังกล่าว ก็ไม่สามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งผลกระทบจากโรคเอดส์ไม่ได้ก่อความเดือดร้อนเสียหายเฉพาะด้านสุขภาพอนามัยของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เท่านั้น แต่ผลกระทบได้ก่อความเดือดร้อนเสียหายทั้งด้านเศรษฐกิจและสังคมส่วนรวม จึงจำเป็นที่จะต้องแสวงหาแนวทางใหม่ที่เหมาะสม ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้คลี่คลายลงไป โดยการร่วมมือประสานงานจากทุกหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสังคมและชุมชน ดังนั้นรัฐบาลจึงได้เห็นถึงความจำเป็นในการจัดตั้งกลไกระดับชาติขึ้น ในปี พ.ศ. 2538

โดยมีชื่อว่า "คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ" ซึ่งได้กำหนดยุทธศาสตร์ในแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 ไว้ 8 ยุทธศาสตร์ ดังนี้ (สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย , อ้างแล้ว : 160-162)

1. การพัฒนาคน ครอบครัว และชุมชน คนและครอบครัวต้องมีศักยภาพ ตระหนักถึงปัญหาเอดส์ ในขณะเดียวกันชุมชนต้องเข้มแข็ง พึ่งพาตัวเองได้ เกื้อกูลซึ่งกันและกัน ร่วมจรรโลงวัฒนธรรม ยุติค่านิยมที่ไม่เหมาะสม เพื่อป้องกันการนำเข้าสู่สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ และร่วมแก้ไขปัญหาเอดส์

2. การพัฒนาสภาพแวดล้อมในสังคม ให้เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ สภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม ต้องสอดประสาน เอื้อให้คนมีคุณภาพชีวิต วิถีชีวิตที่เหมาะสม สามารถพึ่งพาตนเอง ลดการบีบคั้น หรือนำเข้าสู่สภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์

3. การพัฒนาสังคมจิตวิทยา ให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในสังคมอย่างปกติสุข ชุมชนต้องมีจิตใจที่เอื้ออาทร มีเจตคติที่ยอมรับซึ่งกันและกัน ไม่รังเกียจ และรู้จักเคารพและไม่ละเมิดสิทธิผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์และผู้อื่น ส่งผลให้อยู่ร่วมกันอย่างปกติสุข

4. การพัฒนาบริการพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ ระบบบริการพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ จะต้องเอื้อให้เกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจที่ถูกต้อง และสร้างโอกาสในการให้คำปรึกษาอย่างทั่วถึง นอกจากนี้ผู้ด้อยโอกาส ผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์จะต้องได้รับสวัสดิการสังคมอย่างเหมาะสม

5. การส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ ระบบบริการสาธารณสุข ต้องได้รับการพัฒนาจนเอื้อให้คนมีศักยภาพในการดูแลสุขภาพของตนเอง และป้องกันการติดเชื้อเอดส์ ส่วนผู้ที่ติดเชื้อแล้วจะต้องรู้จักดูแลตนเองให้มีสุขภาพแข็งแรงยาวนานที่สุด ในขณะที่ผู้ป่วยจะต้องได้รับการดูแลที่เหมาะสมจากสถานพยาบาล ครอบครัว และชุมชน อย่างต่อเนื่อง

6. การพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัย ผู้บริหารโครงการและชุมชนต้องทันสถานการณ์ และสามารถประยุกต์องค์ความรู้ต่าง ๆ ให้สอดคล้องกับสังคมไทย และแก้ไขปัญหาได้อย่างแท้จริง

7. การพัฒนาความร่วมมือต่างประเทศ ผู้บริหารโครงการและชุมชนชายแดน เกิดความร่วมมือกับประเทศเพื่อนบ้านในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในขณะเดียวกันก็มีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ วิทยาการ และการประเมินเทคโนโลยีกับนานาประเทศ

8. การพัฒนากลไกการบริหารจัดการ การบริหารจัดการในระดับชาติ ระดับภูมิภาค ท้องถิ่น และชุมชน ต้องมีเอกภาพ และสามารถปฏิบัติการให้บรรลุเป้าหมายที่เหมาะสมและชัดเจน เพื่อให้เกิดประสิทธิผลสูงสุดในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

จากยุทธศาสตร์ทั้ง 8 ข้อที่กล่าวมาแล้วข้างต้น มีหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ดังนี้ (กรมควบคุมโรคติดต่อ , 2541 : 8-13)

1. **กระทรวงสาธารณสุข** เป็นหน่วยงานที่ดูแลรับผิดชอบด้านสุขภาพอนามัยของประชากรทั้งประเทศ ซึ่งในส่วนของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ รัฐบาลได้มอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลัก ดังจะเห็นได้จากในการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขก็ได้รับการแต่งตั้งเป็นรองประธานกรรมการ และกรรมการส่วนใหญ่ก็เป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุข เช่น รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวง ปลัดกระทรวง อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ และผู้อำนวยการกองโรคเอดส์ การแต่งตั้งคณะกรรมการบริหารงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ซึ่งมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ และกรรมการส่วนใหญ่ก็เป็นข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขเช่นเดียวกัน คณะกรรมการอำนวยการด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบนซึ่งมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ ก็มีข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขร่วมเป็นรองประธานกรรมการและกรรมการส่วนใหญ่ และแม้กระทั่งคณะอนุกรรมการในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติทั้ง 6 คณะ ก็มีข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขตั้งแต่ระดับปลัดกระทรวง อธิบดี ผู้อำนวยการกอง และหัวหน้ากลุ่มวิชาการ ร่วมเป็นกรรมการทุกคณะ (สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย, อ้างแล้ว : 57-83)

การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์กระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ การให้คำปรึกษาและส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ การก่อสร้างอาคารผู้ป่วยโรคเอดส์ การส่งเสริมให้มีอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน การพัฒนาระบบเครื่องมือการแพทย์และวัคซีนโรคเอดส์ รวมทั้งการส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภายในประเทศ และองค์กรระหว่างประเทศในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เป็นต้น

จากบทบาทของกระทรวงสาธารณสุข ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่ากระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ แต่เป็นสิ่งที่สังเกตว่าเจ้าหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเพียงไม่กี่ตำแหน่ง ที่ร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการต่าง ๆ หลายคณะ ทำให้เจ้าหน้าที่ดังกล่าวต้องรับผิดชอบมากเกินไป มีเวลาปฏิบัติงานน้อย และเมื่อรัฐบาลมีนโยบายในการประหยัดงบประมาณการใช้จ่าย และงดการจัดประชุม อบรมและสัมมนาต่าง ๆ ก็จะมีผลกระทบต่อการดำเนินงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในภาพรวมของประเทศ จำเป็นที่ต้องหาแนวทางการส่งเสริมให้องค์กรภาคเอกชนและชุมชนต่าง ๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ

2. กระทรวงมหาดไทย เป็นหน่วยงานที่ดูแลทุกข์สุขของประชาชน ซึ่งในส่วนของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ รัฐบาลได้มอบให้กระทรวงมหาดไทยรับผิดชอบในการส่งเสริมชุมชนควบคุมโรคเอดส์ โดยแต่งตั้งให้ปลัดกระทรวงมหาดไทยเป็นประธานอนุกรรมการส่งเสริมชุมชนควบคุมโรคเอดส์ในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ

กระทรวงมหาดไทยได้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เช่น การเสริมสร้างสมรรถนะชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับเทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบลทั่วประเทศ การส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในเรือนจำและทัณฑสถาน เป็นต้น

บทบาทของกระทรวงมหาดไทยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ดังกล่าวข้างต้น แม้ว่ากระทรวงมหาดไทยไม่ใช่หน่วยงานหลักในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ แต่โดยที่กระทรวงมหาดไทยมีเครือข่ายการบริหารงานในระดับจังหวัด อำเภอ ตำบล และหมู่บ้านทั่วประเทศ ทำให้การดำเนินงานด้านเอดส์ของรัฐบาลสามารถเข้าถึงชุมชนทั้งในเมืองและชนบท

3. กระทรวงศึกษาธิการ เป็นหน่วยงานที่ส่งเสริมและพัฒนาการศึกษาแก่ทรัพยากรมนุษย์ของชาติ ตั้งแต่ระดับโรงเรียน วิทยาลัย การศึกษานอกโรงเรียน ตลอดจนด้านการศาสนา ซึ่งในส่วนของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ รัฐบาลได้มอบให้กระทรวงศึกษาธิการดำเนินการด้านการศึกษาเพื่อควบคุมปัญหาโรคเอดส์ โดยแต่งตั้งปลัดกระทรวงศึกษาธิการเป็นประธานอนุกรรมการการศึกษาเพื่อควบคุมปัญหาโรคเอดส์ ในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ในการดำเนินงานด้านนี้ กระทรวงศึกษาธิการได้จัดกิจกรรมโครงการรณรงค์เสริมสร้างความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่กลุ่มเป้าหมาย ทั้งเยาวชน ครู ตลอดจนผู้นำศาสนา เป็นต้น โดยเน้นให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวเป็นองค์ประกอบในสภาพแวดล้อมของสังคม ได้แก่ เพื่อน บิดา มารดา ชุมชน และสื่อสารมวลชน เป็นต้น

ดังนั้นจึงนับได้ว่า กระทรวงศึกษาธิการเป็นหน่วยงานหลักหน่วยงานหนึ่งในการให้การศึกษาประชาชน เพื่อควบคุมปัญหาโรคเอดส์ในลักษณะการเน้นการให้ความรู้เพื่อป้องกันการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี อันเป็นที่มาของการเกิดโรคเอดส์

4. กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม เป็นหน่วยงานที่ส่งเสริม ช่วยเหลือ และพัฒนาด้านฝีมือแรงงาน การมีงานทำ และการจัดสวัสดิการแก่ประชากรวัยทำงาน รวมทั้งการสงเคราะห์ช่วยเหลือประชากรผู้ด้อยโอกาสทุกวัยตั้งแต่เด็กจนถึงคนชราทั่วประเทศ ซึ่งในส่วนของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ รัฐบาลได้มอบให้กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมรับผิดชอบในการพัฒนาบริการทางสังคมและเศรษฐกิจแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ โดยแต่งตั้งให้ปลัดกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมเป็นประธานอนุกรรมการพัฒนาบริการทางสังคมและเศรษฐกิจแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ

กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ได้ดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เช่น การส่งเสริมการเรียนรู้และทักษะการป้องกันโรคเอดส์แก่กลุ่มแรงงานในสถานฝึกประกอบอาชีพของหน่วยงานในสังกัด และในโรงงานอุตสาหกรรมต่าง ๆ การคุ้มครองการจัดสวัสดิการและการจัดทุนประกันสังคมในการดูแลรักษาพยาบาลกลุ่มแรงงานที่ติดเชื้อและป่วยโรคเอดส์ โดยการรับเลี้ยงดูในสถานสงเคราะห์ การช่วยเหลือเป็นเงินอุดหนุนสงเคราะห์เด็กในครอบครัว เงินเบี้ยยังชีพ และเงินทุนประกอบอาชีพ เป็นต้น

บทบาทของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมดังกล่าวข้างต้น จึงมีส่วนสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงาน ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีสูง รวมทั้งการแก้ไขปัญหาด้านการครองชีพแก่กลุ่มแรงงานที่ติดเชื้อและป่วยโรคเอดส์ และสมาชิกในครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์อีกด้วย

นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐที่ดำเนินกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เช่น ทบวงมหาวิทยาลัยดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้ การพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ กระทรวงกลาโหมดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้และการรักษาพยาบาลแก่เหล่าทหารและครอบครัวในค่ายทหาร และโรงพยาบาลในสังกัด กระทรวงยุติธรรมดำเนินกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้แก่เยาวชน ในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ สำนักนายกรัฐมนตรีดำเนินกิจกรรมการส่งเสริมและพัฒนาสื่อในการเรียนรู้ตามหน่วยสื่อสารมวลชนต่าง ๆ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์สำหรับประชาชนทั่วไป และสำนักงานอัยการสูงสุดดำเนินกิจกรรมคุ้มครองสิทธิ และการช่วยเหลือแก้ไขปัญหาการถูกละเมิดสิทธิในการตรวจโรคเอดส์ การเปิดเผยความลับ และการหลีกเลี่ยงรักษาพยาบาลผู้ป่วย เป็นต้น

ตามที่คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ได้กำหนดยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้ง 8 ข้อ สำหรับให้หน่วยงานต่างๆ ของภาครัฐรับไปดำเนินการ ดังที่กล่าวไปแล้วข้างต้น นับว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่มีเนื้อหาสาระกว้างขวางครอบคลุมประเด็นต่าง ๆ ของปัญหาโรคเอดส์ โดยให้ความสำคัญต่อการเสริมสร้างศักยภาพของคนและสภาพแวดล้อม เพื่อช่วยในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งสอดคล้องกับแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ที่เน้นการพัฒนาคนเป็นหลัก หากหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐสามารถดำเนินการตามยุทธศาสตร์ดังกล่าวได้ครบถ้วน และทันต่อสถานการณ์ ปัญหาและผลกระทบจากโรคเอดส์ภายในประเทศ ก็คงจะคลี่คลายลงไปได้ แต่เนื่องจากการดำเนินงานของหน่วยงานต่าง ๆ ของภาครัฐเท่าที่ผ่านมาจนถึงปัจจุบัน ยังมีปัญหา อุปสรรค และข้อจำกัด ในการดำเนินงานหลายประการ เช่น การปฏิบัติงานโดยมีกฎหมายรองรับอำนาจหน้าที่ การมีแผนงานดำเนินการที่ขาดความยืดหยุ่น การบริหารการจัดการใช้วิธีรวมศูนย์แยกส่วนทำ มีความรับผิดชอบในขอบเขตที่กำหนด ขาดระบบประสานงานที่มีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งงานด้านสวัสดิการสังคมที่มีลักษณะสหวิชาชีพ ซึ่งต้องมีการประสานงานที่ดีเป็นฐานรองรับ นอกจากนี้รูปแบบการปฏิบัติงานยังเน้นการตั้งรับมากกว่าเชิงรุก การปฏิบัติงานยังเป็น

ระบบค่อนข้างปิด ปฏิเสธการตรวจสอบจากภายนอกค่อนข้างมาก รวมทั้งมีงบประมาณและบุคลากรปฏิบัติงานอย่างจำกัด เป็นต้น ทำให้การบริการของหน่วยงานภาครัฐไม่ครอบคลุมทั่วถึง และทันต่อสถานการณ์ความต้องการของประชากรผู้เดือดร้อนจากโรคเอดส์ ซึ่งเป็นปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจส่วนรวม องค์กรภาคเอกชนต่าง ๆ จึงต้องเข้ามาดำเนินการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้คลี่คลายลงไปอีกทางหนึ่งด้วย

2.2.2 การดำเนินงานของภาคเอกชน

องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ซึ่งมีบทบาทในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มีความหลากหลาย ทั้งที่เป็นมูลนิธิ สมาคม ชมรม องค์กร โครงการ หน่วยงานศาสนา หรือกลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันตามความสนใจทั้งจากภาคธุรกิจ กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มผู้ติดเชื้อ เป็นต้น จากการศึกษาของบุษบา รุจนเวท และดวงสมร ชินโชติเกษม (อ้างถึงใน ภาวดี คุชิตา และเทียมใจ ทองเมือง, 2540 : 6) พบว่า มีจำนวนองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ในทุกภูมิภาคของประเทศไทย จำนวน 189 องค์กร และตามรายงานของสำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทยระบุว่า องค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) มีสมาชิกทั่วประเทศจำนวน 120 องค์กร ซึ่งกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรดังกล่าว สามารถจำแนกเป็น 4 ประเภท คือ (ภาวดี คุชิตา และเทียมใจ ทองเมือง, เพิ่งอ้าง : 29-112)

1. การรณรงค์ป้องกัน ซึ่งมีการจัดกิจกรรมเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

1) การจัดกิจกรรมให้ความรู้ ได้แก่

1.1) การจัดการแสดงต่าง ๆ เช่น การแสดงจินตลีลาของกลุ่มเส้นสีขาว การแสดงละครสัตว์ของคณะนิทัศน์โชว์ การแสดงละครหุ่น ละครเวที ของกลุ่มสื่อสายใย และองค์การแคร์นานาชาติ (ประเทศไทย) การแสดงหมอลำของสมาคมหมอลำฉุทา และมูลนิธิพัฒนาบุคคลอำเภอสุวรรณภูมิ และการแสดงเพลงชอพื้นเมืองของโครงการร่วมพัฒนาชนบทลำพูน

1.2) การจัดทัศนศึกษา เช่น การทัศนศึกษาที่วัดพระบาทน้ำพุ โรงพยาบาลบำราศนราดูร สวนสันติธรรม และศูนย์โบว์แดง เป็นต้น

1.3) การจัดรายการวิทยุเพื่อเผยแพร่ความรู้เรื่องเอดส์ ของโครงการเข้าถึงเอดส์ สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน และคณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.)

1.4) การบรรยายให้ความรู้แก่กลุ่มบุคคลต่าง ๆ ของมูลนิธิช่วยเหลือเด็กกำพร้าของสตรีไทยมุสลิมแห่งประเทศไทย สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน และสมาคมทำหมันและพัฒนาคุณภาพชีวิตแห่งประเทศไทย

1.5) การจัดกิจกรรมพิเศษ เช่น การจัดกิจกรรมวันเอดส์โลกของมูลนิธิดวงประทีป กิจกรรมเรื่องเอดส์เนื่องในวันสำคัญต่าง ๆ ขององค์การแคร์นานาชาติ (ประเทศไทย) การจัดประกวดร้อยกรองของชมรมนักกลอนสุนทรภู่ การเขียนบทความลงหนังสือพิมพ์ของคณะกรรมการ

องค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ การเปิดศูนย์การเรียนการศึกษานอกโรงเรียนของมูลนิธิเอ็มพาวเวอร์และมูลนิธิดวงประทีป การสนับสนุนให้เยาวชนเขียนจดหมายกลับบ้านนอก เพื่อเล่าสถานการณ์ด้านเอดส์ให้ผู้ปกครองที่บ้านรับรู้ของมูลนิธิเพื่อเยาวชนชนบท และการจัดบอร์ดนิทรรศการในชุมชนของมูลนิธิเพื่อการพัฒนาชุมชนเมือง

2) การจัดกิจกรรมอบรมอาสาสมัคร ได้แก่

2.1) การอบรมกระบวนการประเมินชุมชนอย่างมีส่วนร่วม ของมูลนิธิอาสาสมัครประชาสงเคราะห์ มูลนิธิพัฒนาการสาธารณสุขมูลฐาน สมาคมทำหมันและพัฒนาคุณภาพชีวิตแห่งประเทศไทย และองค์การกุศลเพิร์ล.เอส.บัค.

2.2) การฝึกอบรมเพื่อเป็นนักฝึกอบรม ขององค์การแคร์นานาชาติ (ประเทศไทย) และศูนย์บริการข้อมูลและฝึกอบรมแรงงาน

2.3) การอบรมกระบวนการพลังเมตตา พลังสร้างสรรค์ และพลังปัญญา ของสมาคมส่งเสริมสิทธิและเสรีภาพของประชาชน ภาคอีสาน เขต 1

2.4) การจัดค่ายเยาวชนของกลุ่มกระจกเงา โครงการเตือนภัยเอดส์ องค์การพัฒนาเด็กและเยาวชนจังหวัดหนองคาย กลุ่มสักเมืองน่าน

2. การให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมเป็น 8 ลักษณะดังนี้

1) การจัดอบรมเรื่องการดูแลผู้ป่วยที่บ้าน ของโครงการโรคเอดส์ สภากาชาดไทย สมาคมทำหมันและพัฒนาคุณภาพชีวิตแห่งประเทศไทย มูลนิธิสุภนิมิตแห่งประเทศไทย องค์การสยามแคร์ และมูลนิธิฟื้นฟูชนบท

2) สถานบำบัดของวัดดอยเกิ้ง สำนักสงฆ์พระศรีอุดมธรรม วัดเชิงหวายอ่างทอง โครงการธรรมชาติบำบัดราชบุรี สมาคมปราบวัณโรคจังหวัดเชียงใหม่ บ้านธารน้ำใจ

3) การสนับสนุนเรื่องการประกอบอาชีพ ได้แก่

3.1) การฝึกอบรมอาชีพเสริม เช่น การทอผ้าของศูนย์คาทอลิกเชียงของ การประดิษฐ์ดอกไม้ของโครงการจุดประกายสายธารธรรม การสานกระเป๋าจากวัสดุเหลือใช้ของโครงการบ้านพักใจ

3.2) การให้ทุนประกอบอาชีพเป็นรายบุคคล ระหว่าง 1,000 - 5,000 บาทต่อราย ขององค์การแคร์นานาชาติ (ประเทศไทย) มูลนิธิฟื้นฟูชนบท

4) การให้การสงเคราะห์ทั่วไป เช่น การช่วยเงินสงเคราะห์ 1,000 - 3,000 บาท แก่ผู้ติดเชื้อของชมรมอาสาสมัครสาธารณสุข อำเภอบ้านโฮ่ง และชมรมต่อต้านโรคเอดส์บ้านดงหลวง

5) การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพผู้ติดเชื้อ ได้แก่

5.1) งานส่งเสริมกิจกรรมกลุ่มของศูนย์เพื่อนชีวิตใหม่ ชมรมแสงเทียนเพื่อชีวิต ชมรมเพื่อนวันพุธ โครงการเข้าถึงเอดส์ ศูนย์คาทอลิกเชียงของ

5.2) งานพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อของชมรมเพื่อนวันพุธ และมูลนิธิฟื้นฟูชนบท

5.3) งานสนับสนุนเครือข่ายผู้ติดเชื้อของชมรมเพื่อนวันพุธ มูลนิธิฟื้นฟูชนบท และองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์

6) สถานที่พักฟื้นชั่วคราวสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อแม่และเด็ก และผู้ติดเชื้อหญิงขององค์การสยามแคร์ มูลนิธิศูนย์ฮอทไลน์ บ้านพักฉุกเฉิน และสำหรับผู้ติดเชื้อทั่วไปของบ้านพักใจอุดรธานี ศูนย์บรรเทาใจจังหวัดระยอง

7) บ้านพักระยะสุดท้ายของโครงการพุทธรักษ์นิเวศน์ (วัดพระบาทน้ำพุ จังหวัดลพบุรี) สถานบริการผู้ป่วยระยะสุดท้าย จังหวัดอ่างทอง บ้านกลารา (สวนสันติธรรม) และโครงการสร้างสถานพักฟื้นผู้ป่วยเอดส์ (เทพรักษ์นิเวศน์)

8) การสนับสนุนการใช้สมุนไพรของวัดเชิงหวาย จังหวัดอ่างทอง สำนักสงฆ์พระศรีอุดมธรรม จังหวัดพะเยา วัดดอยเกิ้ง คริสตจักรยูพีซี กลุ่มเกษตรกรป่าคงหมู แปลง 3 โครงการเข้าถึงเอดส์ และศูนย์คาทอลิกเชียงของ

3. การให้คำปรึกษาแนะนำ ซึ่งมีการจัดกิจกรรมเป็น 2 ลักษณะ ดังนี้

3.1) การให้บริการปรึกษาแนะนำควบคู่กับการทำงานรณรงค์ หรืองานให้ความช่วยเหลือของมูลนิธิศูนย์ฮอทไลน์ องค์การกุศลเพิร์ล เอส.บัค. คลินิคเพื่อน องค์การแอคเซ็นเดอร์

3.2) การอบรมเทคนิคการให้คำปรึกษาแนะนำแก่บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ของสภาสตรีแห่งชาติ สมาคมแพทย์สตรีแห่งประเทศไทย มูลนิธิศูนย์ฮอทไลน์ คณะกรรมการคาทอลิก เพื่อส่งเสริมสุขภาพอนามัย และสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย

4. การเสริมสร้างศักยภาพองค์กร ซึ่งมีการจัดกิจกรรมเป็น 3 ลักษณะดังนี้

4.1) การพัฒนาศักยภาพของบุคลากรองค์กร ได้แก่

4.1.1) โครงการเสริมสร้างความเข้มแข็งและประสิทธิภาพกับองค์กรพัฒนาเอกชน ขององค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์

4.1.2) โครงการอบรมแก่ผู้ประสานงานองค์กร ของสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน

4.1.3) โครงการพัฒนาวิชาการบุคลากร ขององค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์

4.1.4) โครงการจัดพิมพ์หนังสือคู่มือ ของมูลนิธิศูนย์ฮอทไลน์

4.1.5) โครงการรณรงค์เครือข่ายเอดส์ภาคอีสาน ขององค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์

4.2) การศึกษาเพื่อค้นหาหรือพัฒนารูปแบบในการดำเนินงาน เพื่อนำไปสู่การพัฒนาประสิทธิภาพการดำเนินงานของสภากาชาดไทย องค์การแคร์นานาชาติ (ประเทศไทย) สำนักสงฆ์พระศรีอุดมธรรม

4.3) การศึกษาวิเคราะห์รูปแบบ กระบวนการในการดำเนินงานเพื่อนำไปสู่ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบาย ขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.)

สำหรับการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในภาคเหนือ ขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ภาคเหนือ ประกอบด้วยองค์กร 3 กลุ่มดังนี้ (องค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข, 2541 : 28)

1. องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำหน้าที่ประสานงานและสนับสนุน เป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีบทบาทหน้าที่ เป็นองค์กรประสานงาน สนับสนุนงานทางด้านวิชาการ การพัฒนาบุคลากรและงบประมาณแก่องค์กรที่ปฏิบัติงานในพื้นที่หรือชุมชน ได้แก่ มูลนิธิพัฒนาสังคมเพื่อความรู้และบำบัดเอดส์ คริสตจักรภาคที่ 2 เชียงราย และมูลนิธิพัฒนาศักยภาพชุมชน ซึ่งผู้บริหารองค์กรมีประสบการณ์เดิมมาก่อนอย่างยาวนาน ทั้งทางด้านวิชาการและในงานพัฒนา จึงมีมุมมองต่องานด้านเอดส์อย่างเป็นองค์รวม โดยเชื่อมโยงเอดส์กับงานพัฒนาสังคมในภาพรวม หรือเชื่อมโยงกับงานพัฒนาองค์ความรู้ ภูมิปัญญาที่จะนำไปใช้กับสังคมโดยรวม นอกจากนั้นยังมีทักษะ และมีเครือข่ายในการประสานความร่วมมือจากหลายฝ่ายได้อย่างชัดเจนหรืออาจกล่าวได้ว่าให้ความสำคัญต่อการประสานความร่วมมือภาคีต่าง ๆ

2. องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำหน้าที่ปฏิบัติงานพื้นที่ และกลุ่มเป้าหมายโดยตรง เป็นองค์กรพัฒนาเอกชน ที่มีบทบาทหน้าที่ปฏิบัติงานอยู่ในพื้นที่หรือชุมชนนั้น ๆ ได้แก่ คริสตจักรสันติสุข แอดเซ็นเตอร์ คริสตจักรอรุณชัยสายสัมพันธ์ ศูนย์สอทไลน์ สำนักปฏิบัติธรรมรัตนประทีป (วัดดอยเกิ้ง) สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน และโครงการสุขภาพลาหู่ ซึ่งมีประสบการณ์ในการทำงานกับกลุ่มเป้าหมาย หรือชุมชนเป้าหมายอยู่ก่อนแล้ว จึงมีความรู้ความเข้าใจในกลุ่มเป้าหมายที่จะทำงานร่วมตลอดจนมีกลวิธีหรือมีทักษะในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย โดยผสมผสานงานด้านเอดส์เข้ากับงานพัฒนาที่คุ้นเคยแต่เดิม เช่น โครงการของคริสตจักร ซึ่งมีภารกิจในการเยี่ยมเยือนและให้กำลังใจแก่สมาชิกของคริสตจักรอยู่แล้ว เมื่อหันมาทำงานด้านเอดส์ จึงสามารถใช้ทักษะที่มีแต่เดิมในการเยี่ยม และให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้เป็นอย่างดี และกรณีโครงการสุขภาพลาหู่ ซึ่งผู้ประสานงานเป็นชนเผ่ามีประสบการณ์ในการทำงานพัฒนามานาน จึงมีความเข้าใจปัญหาเอดส์ที่ซ้อนทับอยู่บนวัฒนธรรมและปัญหาด้านอื่นที่สลับซับซ้อนของชนเผ่า เช่น ปัญหาด้านสิทธิ ปัญหาการเคลื่อนย้ายแรงงาน เป็นต้น

3. องค์กรที่ดำเนินงานโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อและองค์กรชุมชน เป็นองค์กรชาวบ้าน และองค์กรผู้ติดเชื้อที่ปฏิบัติงานในพื้นที่หรือชุมชนนั้น ๆ ได้แก่ กลุ่ม อสม. บ้านดอนปิน ชมรมต่อต้านเอดส์บ้านดงหลวง โครงการฟ้าหลังฝนทุกคนปลอดเอดส์ (กลุ่มสตรีพาน) และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ซึ่งองค์กรที่ดำเนินงานโดยองค์กรชุมชนมีจุดแข็งอยู่ที่คนในองค์กรเป็นคนในพื้นที่ จึงสามารถวิเคราะห์และดึงศักยภาพในชุมชนออกมาใช้ให้เป็นประโยชน์ ไม่ว่าจะเป็นการประยุกต์ประเพณีพื้นบ้าน เพื่อระดมพลังในชุมชน เช่น การจัดทอดผ้าป่าหาทุนช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอดส์ การระดมทุนจากนักธุรกิจ สตรีในอำเภอท้องที่ การดึงเอาผู้ประสบปัญหาเอดส์เข้ามาร่วมเป็นคณะกรรมการดำเนินงาน เป็นต้น ส่วนองค์กรที่ดำเนินงานโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นกลุ่มคนที่ประสบปัญหาด้วยตนเอง และมีประสบการณ์ในการต่อสู้กับปัญหาและวิธีการดำเนินชีวิต จึงทำงานด้วยความมุ่งมั่น ตลอดจนมีเครือข่ายให้ความสนับสนุนช่วยเหลือ ทั้งการปฏิบัติงาน ความรู้วิชาการ งบประมาณ จากกลุ่มองค์การภายนอกทั้งภาครัฐและเอกชน เช่น มหาวิทยาลัย องค์การพัฒนาเอกชน สาธารณสุขจังหวัด เป็นต้น

ตามที่องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ทั้งที่เป็นมูลนิธิ สมาคม ชมรม องค์กร โครงการ หน่วยงานศาสนา หรือกลุ่มบุคคลที่รวมตัวกันจากภาคธุรกิจ กลุ่มวิชาชีพ กลุ่มผู้ติดเชื้อ เป็นต้น เข้ามาดำเนินการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ นับว่าเป็นการเสริมงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่หน่วยงานของภาครัฐดำเนินการได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานของภาคเอกชนดังกล่าว มีจุดเด่นกว่าหน่วยงานของภาครัฐ ที่สามารถดำเนินการได้ครอบคลุมทั่วถึง และทันต่อสถานการณ์ความต้องการของประชากรผู้เดือดร้อนจากโรคเอดส์ ทั้งด้านการรณรงค์ป้องกัน การให้ความช่วยเหลือ การให้คำปรึกษาแนะนำ รวมทั้งการเสริมสร้างศักยภาพองค์กรในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ให้คลี่คลายลงไปได้ในระดับหนึ่ง แต่โดยที่ปัญหาเอดส์เป็นปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจที่ก่อตัวขึ้นในระดับของชุมชน ก่อนที่จะส่งผลกระทบเป็นปัญหาระดับประเทศ หากประชาชนในชุมชนมีความตระหนักต่อปัญหาเอดส์ มีการร่วมมือและช่วยเหลือเกื้อกูลกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างจริงจัง ก็จะทำให้ปัญหาเอดส์คลี่คลายไปในที่สุด ตามนโยบายของรัฐบาลและความคาดหวังของสังคมต่อไป

2.3 แนวคิดเกี่ยวกับการมีส่วนร่วม

2.3.1 ความหมายของการมีส่วนร่วม

สหประชาชาติ (United Nations ,1975 : 4) ได้อธิบายถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นกระบวนการเกี่ยวกับการกระทำ และเกี่ยวข้องกับมวลชนในระดับต่าง ๆ ดังนี้

1) ในกระบวนการตัดสินใจ ซึ่งตัดสินใจเกี่ยวกับจุดประสงค์ทางสังคม และการจัดสรรทรัพยากร

2) ในการกระทำโดยสมัครใจต่อกิจกรรมและโครงการ

อาภรณ์พันธ์ จันทร์สว่าง (2522 : 15) อธิบายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ว่า "การมีส่วนร่วม (Participation) เป็นผลมาจากการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องของความต้องการ และทิศทางของการเปลี่ยนแปลง และความเห็นพ้องต้องกันนั้นจะต้องมีมากพอ จนเกิดการริเริ่มโครงการเพื่อการปฏิบัติการ กล่าวคือ จะต้องเป็นความเห็นพ้องต้องกันของคนส่วนใหญ่ที่จะเข้าร่วมปฏิบัติการนั้น ๆ เหตุผลเบื้องแรกของการที่คนเรามารวมกันได้จะต้องมีการตระหนักว่า ปฏิบัติการทั้งหมดหรือการกระทำทั้งหมดนั้น กระทำผ่านองค์การ (Organization) ดังนั้น องค์การจะต้องเป็นเสมือนตัวนำให้บรรลุถึงความเปลี่ยนแปลงที่ต้องการได้"

กรรณิการ์ ชมดี (2524 : 9-10) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้คือ

1. การมีส่วนร่วม หมายถึง ความร่วมมือ การมีส่วนร่วมในบางสิ่งบางอย่าง รวมถึงความรับผิดชอบด้วย

2. การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปะทะสังสรรค์ทางสังคมของบุคคลหรือกลุ่ม

3. การมีส่วนร่วม หมายถึง ผลจากการเห็นพ้องต้องกันในเรื่องความต้องการ และทิศทางของการเปลี่ยนแปลง ความเห็นพ้องต้องกันนี้จะต้องมีมากพอจนเกิดการริเริ่มโครงการปฏิบัติการ และเหตุผลเบื้องแรกที่ทุกคนต้องตระหนักคือ ปฏิบัติการหรือกระทำที่ทำในนามกลุ่มนั้นต้องผ่านองค์การ องค์การจึงเป็นตัวทำให้บรรลุถึงความต้องการเปลี่ยนแปลงที่ต้องการได้

ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (2527 : 6) ได้ให้ความหมายและหลักการสำคัญเรื่องนโยบายการมีส่วนร่วมของชุมชนในการพัฒนาไว้ว่า หมายถึง กระบวนการที่รัฐบาลทำการส่งเสริม ชักนำ สนับสนุน และสร้างโอกาสให้ประชาชนในชุมชน ทั้งรูปส่วนบุคคล กลุ่มชน ชมรม สมาคม มูลนิธิ และองค์การอาสาสมัครรูปแบบต่าง ๆ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานเรื่องใดเรื่องหนึ่ง หรือหลายเรื่องรวมกัน

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (2527 : 112-113) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ซึ่งรวมถึงการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

2. การเข้าไปมีส่วนร่วมในทางสังคม เป็นการเข้าไปมีส่วนร่วมด้วยความสมัครใจ ในลักษณะความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลต่อบุคคล และระหว่างกลุ่มต่อกลุ่ม ซึ่งเป็นส่วนประกอบของกิจกรรมของกลุ่มนั้น ๆ ซึ่งอาจจะเป็นทางการหรือไม่เป็นทางการก็ได้

3. การมีส่วนร่วมในการพัฒนา จะต้องยึดหลักที่จะให้ประชาชนตระหนักถึงสภาพที่เป็นอยู่ สภาพทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง ที่มีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน เจ้าหน้าที่ของทางราชการหรืออื่น ๆ จะต้องยึดหลักให้ประชาชนสามารถวิเคราะห์สภาพการที่เป็นอยู่ของเขา และกระทำการเพื่อให้บรรลุจุดมุ่งหมายของเขา ซึ่งจะต้องเป็นการเปลี่ยนแปลงของประชาชนเองไม่ใช่อิทธิพลจากภายนอก

ประกิต จันทร์ศรี (2532 : 23-24) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับการมีส่วนร่วมไว้ดังนี้

1. การมีส่วนร่วม หมายถึง การมีส่วนร่วมในการปะทะสังสรรค์ทางสังคม ซึ่งรวมทั้งการมีส่วนร่วมของปัจเจกบุคคล และการมีส่วนร่วมของกลุ่ม

2. แบบของผู้ที่เข้ามามีส่วนร่วม หมายถึง การเป็นผู้สัมภาษณ์ ผู้ชักชวน ผู้ใช้แรงงาน รวมทั้งเป็นผู้ค้นหาความช่วยเหลือ สนับสนุนในการปฏิบัติ

3. การมีส่วนร่วมแบ่งออกเป็น 4 แบบ คือ การมีส่วนร่วมประชุม การมีส่วนร่วมออกความคิดเห็น การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ และการมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ

4. การมีส่วนร่วมของประชาชน เกิดขึ้นเมื่อพวกเขาเรียนรู้ถึงประโยชน์ที่พวกเขาจะได้รับจากการเข้ามามีส่วนร่วม ซึ่งเกิดจากการแลกเปลี่ยนกันระหว่างผู้เข้าร่วมด้วยกัน หรือการได้รับความช่วยเหลือจากผู้เข้าร่วมคนอื่น

จากความหมายที่บุคคลต่าง ๆ ได้ให้ไว้ จะเห็นได้ว่า การมีส่วนร่วม หมายถึง ความร่วมมือของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลที่มีความคิดเห็นตรงกัน และเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานกิจกรรมของโครงการหนึ่ง เพื่อให้บรรลุตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้

2.3.2 ลักษณะของการมีส่วนร่วม

พัฒน์ บุญยรัตพันธ์ (2517 : 3) ได้กล่าวถึงการมีส่วนร่วมของชุมชน ในกระบวนการพัฒนาว่า จะต้องมีตั้งแต่การวางแผนโครงการ การเสียสละกำลังแรงงาน วัสดุ กำลังเงิน หรือทรัพยากรที่มีอยู่ในชุมชนนั้น

กรรณิการ์ ชมดี (อ้างแล้ว : 13) ได้สรุปรูปแบบของการมีส่วนร่วมออกเป็น 10 รูปแบบดังนี้

1) การมีส่วนร่วมประชุม (Attendance at Meetings)

2) การมีส่วนร่วมออกเงิน (Financial Contribution)

3) การมีส่วนร่วมเป็นกรรมการ (Membership on Committees)

4) การมีส่วนร่วมเป็นผู้นำ (Position of Leadership))

5) การมีส่วนร่วมสัมภาษณ์ (Interviewer)

6) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ชักชวน (Solicitor)

7) การมีส่วนร่วมเป็นผู้บริโภค (Customers)

8) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ริเริ่ม (Enterpreneur)

9) การมีส่วนร่วมเป็นผู้ใช้แรงงานหรือเป็นลูกจ้าง (Employee)

10) การมีส่วนร่วมออกวัสดุอุปกรณ์ (Material Contribution)

ประสบสุข ดีอินทร์ (2524 : 21) ได้แบ่งการมีส่วนร่วมออกเป็น 4 แบบ คือ

1. การมีส่วนร่วมในการตัดสินใจ (Decision Making) ประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ ริเริ่มตัดสินใจ ดำเนินการตัดสินใจ และตัดสินใจปฏิบัติการ

2. การมีส่วนร่วมในการปฏิบัติการ (Implementation) ประกอบด้วย การสนับสนุนด้านทรัพยากร การบริหาร และการประสานขอความร่วมมือ

3. การมีส่วนร่วมในผลประโยชน์ (Benefit)

4. การมีส่วนร่วมในการประเมินผล (Evaluation)

ประสบสุข ดีอินทร์ (เพิ่งอ้าง : 22) ได้แบ่งรูปแบบการมีส่วนร่วมออกเป็น 5 แบบ คือ

1. เป็นสมาชิก (Membership)

2. เป็นสมาชิกเข้าประชุม (Attendance at Meeting)

3. เป็นสมาชิกผู้บริจาคเงิน (Financial Contribution)

4. เป็นกรรมการ (Membership on Committees)

5. เป็นประธาน (Position of Leadership)

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (อ้างแล้ว : 189) ได้กล่าวว่า ลักษณะของการมีส่วนร่วมมีหลายระดับ ตั้งแต่สมาชิกจนถึงการเป็นผู้นำ ดังนี้

1. เป็นสมาชิก
2. เป็นสมาชิกที่เข้าร่วมประชุม
3. เป็นสมาชิกที่บริจาคเงินช่วย
4. เป็นกรรมการ
5. เป็นประธานกรรมการ
6. สมาชิกผู้นั้นทำอะไรระหว่างประชุม
7. สมาชิกผู้นั้นเล่นบทอะไรในที่ประชุม

จากลักษณะของการมีส่วนร่วมที่บุคคลต่าง ๆ กล่าวไว้ ผู้ศึกษาจึงได้สรุปลักษณะของการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เพื่อเป็นแนวทางการศึกษา ดังนี้

(1) การมีส่วนร่วมในลักษณะของตัวบุคคล หมายถึง การที่สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งประชาชนทั่วไปในชุมชน เข้าไปมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่างๆ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชน

(2) การมีส่วนร่วมในลักษณะของกลุ่ม ขบวนการ หมายถึง กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์รวมตัวกันดำเนินกิจกรรมต่าง ๆ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน

(3) การมีส่วนร่วมในลักษณะของโครงการ หมายถึง ประชาชนในชุมชนร่วมกันจัดโครงการ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เช่น โครงการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ โครงการเสริมกำลังใจและพัฒนาอาชีพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โครงการดูแลช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เป็นต้น

(4) การมีส่วนร่วมในลักษณะของสถาบัน หมายถึง สถาบันหรือหน่วยงานต่าง ๆ ในชุมชน เข้าไปมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เช่น อบต. สถานีอนามัย โรงพยาบาล โรงเรียน วัด เป็นต้น

2.3.3 ขั้นตอนของการมีส่วนร่วม

ประสบสุข ดีอินทร์ (อ้างแล้ว : 24) ได้เสนอขั้นตอนของยุทธศาสตร์การมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาชนบทไว้ 7 ขั้นตอนดังนี้

1. การสำรวจขั้นต้น (Preliminary Reconnaissance)
2. การศึกษาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา (Piority Problem Identification Studies)
3. การแสวงหาแนวทางแก้ไข (Search for Solutions)

4.การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา (Assesment of Solutions)

5.การปฏิบัติตามโครงการ (Project Implementation)

6.การประเมินผลโครงการ (Formal Project Evaluation)

7.การพิจารณาทบทวนโครงการเพื่อดำเนินการให้เสร็จสมบูรณ์(Project Reconsideration of Completion)

เจิมศักดิ์ ปิ่นทอง (2525 : 11-13) ได้แบ่งขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 4 ขั้นตอนคือ

1. การมีส่วนร่วมในการค้นหาปัญหาและสาเหตุของปัญหา
2. การมีส่วนร่วมในการวางแผนดำเนินกิจกรรม
3. การมีส่วนร่วมในการลงทุนและปฏิบัติงาน
4. การมีส่วนร่วมในการติดตามและประเมินผลงาน

ฉอ้าน วุฑฒิกรรมรักษา (2526 : 33-34) ได้จัดอันดับขั้นตอนการมีส่วนร่วมในลักษณะต่าง ๆ ดังนี้

1. การร่วมประชุม
2. การออกความคิดเห็น
3. การตีปัญหาให้กระจ่าง
4. การออกเสียงสนับสนุนหรือคัดค้านปัญหา

ขุวัฒน์ วุฒิเมธี (2526 : 20) ให้ความเห็นว่า การมีส่วนร่วมของประชาชนนั้น หมายถึง การเปิดโอกาสให้ประชาชนได้มีส่วนร่วมในการคิดริเริ่มการพิจารณาตัดสินใจ การปฏิบัติ และการรับผิดชอบในเรื่องต่าง ๆ อันมีผลกระทบถึงตัวประชาชนเอง การที่สามารถทำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบทเพื่อแก้ไขปัญหา และนำมาซึ่งสภาพความเป็นอยู่ของประชาชนที่ดีขึ้นได้นั้น ผู้นำการเปลี่ยนแปลงต้องยอมรับปรัชญาพัฒนาชุมชนที่ว่า มนุษย์ทุกคนมีความปรารถนาที่จะอยู่ร่วมกับผู้อื่นอย่างเป็นสุข ได้รับการปฏิบัติอย่างเป็นธรรม และเป็นที่ยอมรับของผู้อื่น และพร้อมที่จะอุทิศตนเพื่อกิจกรรมของชุมชน ขณะเดียวกันต้องยอมรับด้วยความบริสุทธิ์ใจด้วยว่า มนุษย์นั้นสามารถพัฒนาได้ถ้ามีโอกาส และได้รับการชี้แนะอย่างถูกต้อง

ไพรัตน์ เดชะรินทร์ (อ้างแล้ว : 6-7) ได้กล่าวถึง ขั้นตอนการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานให้บรรลุวัตถุประสงค์ของนโยบายการพัฒนา คือ

1. ร่วมทำการศึกษาค้นคว้าถึงปัญหา และสาเหตุปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมถึงความต้องการของชุมชน

2. ร่วมค้นหาและสร้างรูปแบบและวิธีการพัฒนา เพื่อแก้ไขและลดปัญหาของชุมชน หรือเพื่อสร้างสรรค์สิ่งใหม่ที่เป็นประโยชน์ต่อชุมชน หรือสนองความต้องการของชุมชน

3. ร่วมวางนโยบาย หรือแผนงาน หรือโครงการ หรือกิจกรรม เพื่อขจัดหรือแก้ไขตลอดจนสนองความต้องการของชุมชน

4. ร่วมตัดสินใจในการใช้ทรัพยากรที่มีจำกัดให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

5. ร่วมจัดหรือปรับปรุงระบบการบริหารงานพัฒนาให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

6. ร่วมการลงทุนในกิจกรรมโครงการในชุมชน ตามขีดความสามารถของตนเองและของหน่วยงาน

7. ร่วมปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมให้บรรลุตามเป้าหมายที่วางไว้

8. ร่วมควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ทั้งภาคเอกชนและภาครัฐ ให้ใช้ประโยชน์ได้ตลอดไป

ชื่น ศรีสวัสดิ์ (2532 : 92) ได้ทำการศึกษาการมีส่วนร่วมของผู้นำท้องถิ่นในการพัฒนาชนบท ศึกษากรณีบ้านดงเค็ง และบ้านชุมแสง อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ ผลการศึกษาสรุปได้ว่า ผู้นำท้องถิ่นมีวิธีการเข้ามามีส่วนร่วมโดยร่วมคิด ร่วมประชุมหารือ ร่วมวางแผน ร่วมทำ ร่วมติดตามผล และร่วมค้นคิดหางานใหม่

จากแนวคิดเกี่ยวกับขั้นตอนของการมีส่วนร่วมดังกล่าวข้างต้น จะเห็นได้ว่าส่วนใหญ่แล้วจะมีขั้นตอนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก จะแตกต่างกันบ้างเล็กน้อยในส่วนร่วมของรายละเอียดที่แยกย่อยลงไปเท่านั้น อย่างไรก็ตาม ในการศึกษาเรื่องนี้ผู้ศึกษาจึงได้สรุปขั้นตอนของการมีส่วนร่วมของชุมชนไว้ ดังนี้

(1) ร่วมคิด หมายถึง ประชาชนในชุมชนร่วมกันทำการศึกษา ค้นหาปัญหา และสาเหตุของปัญหาโรคเอดส์ที่เกิดขึ้นในชุมชน รวมทั้งความต้องการของชุมชน

(2) ร่วมตัดสินใจ หมายถึง ประชาชนในชุมชนร่วมกันค้นหารูปแบบและวิธีการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่เกิดขึ้นในชุมชน

(3) ร่วมวางแผน หมายถึง ประชาชนในชุมชนร่วมกันกำหนดนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรม เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน

(4) ร่วมปฏิบัติการ หมายถึง ประชาชนในชุมชนร่วมกันปฏิบัติตามนโยบาย แผนงาน โครงการ และกิจกรรมที่กำหนดไว้ให้บรรลุผล ทั้งนี้รวมไปถึงการระดมทรัพยากร ร่วมการลงทุนในกิจกรรม โครงการ และร่วมกันจัดระบบการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลด้วย

(5) ร่วมติดตามและประเมินผล หมายถึง ประชาชนในชุมชนร่วมกันควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมกันบำรุงรักษาโครงการและกิจกรรมที่ได้ทำไว้ ให้มีการพัฒนาเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้คลี่คลายลงไป

2.3.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม

รีดเดอร์ (Reeders, mimeographed : 2) ได้สรุปปัจจัยต่าง ๆ ที่มีผลต่อการรักษาการมีส่วนร่วมของประชาชนไว้ 11 ประการดังนี้

1. การปฏิบัติตนให้คล้อยตามความเชื่อพื้นฐาน กล่าวคือ บุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะเลือกแบบวิธีการปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องและคล้ายคลึงกับความเชื่อพื้นฐานของตนเอง

2. มาตรฐานคุณค่า บุคคลและกลุ่มบุคคล เหมือนจะปฏิบัติในลักษณะที่สอดคล้องกับมาตรฐานคุณค่าของตนเอง

3. เป้าหมาย บุคคลและกลุ่มบุคคลดูเหมือนจะส่งเสริม ปกป้อง และรักษาเป้าหมายของตนเอง

4. ประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา พฤติกรรมของบุคคลหรือกลุ่มบุคคล บางครั้งมีรากฐานมาจากประสบการณ์ที่ผิดปกติธรรมดา

5. ความคาดหมาย บุคคลและกลุ่มบุคคลจะประพฤติตามแบบที่ตนคาดหมายว่า จะต้องประพฤติในสถานการณ์เช่นนั้น ทั้งยังชอบปฏิบัติต่อผู้อื่นในลักษณะที่ตนคาดหวังจากผู้อื่นด้วยเช่นกัน

6. การมองแต่ตัวเอง บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งคิดว่าตัวเองควรกระทำเช่นนั้น

7. การบีบบังคับ บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ด้วยความรู้สึกว่าตนถูกบังคับให้ทำ

8. นิสัยและประเพณี บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะทำสิ่งต่าง ๆ ซึ่งเขามีนิสัยชอบกระทำเมื่ออยู่ในสถานการณ์นั้น ๆ

9. โอกาส บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมในรูปแบบการปฏิบัติของสังคม โดยเฉพาะในทางที่เกี่ยวข้องกับจำนวน และชนิดของโอกาส ซึ่งโครงสร้างของสังคมเอื้ออำนวยให้เข้ามามีส่วนร่วมกันในการกระทำเช่นนั้น เท่าที่พวกเขาได้รับรู้มา

10. ความสามารถ บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเข้ามามีส่วนร่วมกันในกิจกรรมบางอย่างที่เห็นว่าสามารถทำในสิ่งที่ต้องการให้เขาทำในสถานการณ์เช่นนั้น

11. การสนับสนุน บุคคลและกลุ่มบุคคลมักจะเริ่มปฏิบัติเมื่อเขารู้สึกว่า เขาได้รับการสนับสนุนที่ดีพอให้กระทำการเช่นนั้น

นิรันดร์ จงวุฒิเวศย์ (อ้างแล้ว : 183) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมดังนี้

1. ความศรัทธาที่มีต่อความเชื่อถือบุคคลสำคัญ และสิ่งศักดิ์สิทธิ์ทำให้ประชาชนมีส่วนร่วมในกิจกรรมต่าง ๆ เช่น การลงแขก การบำเพ็ญประโยชน์ การสร้างโบสถ์วิหาร

2. ความเกรงใจที่มีต่อบุคคลที่เคารพนับถือหรือมีเกียรติยศ ตำแหน่ง ทำให้ประชาชนเกิดความเกรงใจที่จะมีส่วนร่วมด้วย ทั้ง ๆ ยังไม่มีความศรัทธา หรือความเต็มใจอย่างเต็มเปี่ยมที่จะกระทำ เช่น ผู้ใหญ่ออกปากขอแรงผู้น้อยก็ช่วยแรง

3. อำนาจบังคับที่เกิดจากบุคคลที่มีอำนาจเหนือกว่า ทำให้ประชาชนถูกบีบบังคับให้มีส่วนร่วมในการกระทำต่าง ๆ เช่น บีบบังคับให้ทำงานเยี่ยงทาส

จากแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วม ที่บุคคลต่าง ๆ กล่าวไว้ ผู้ศึกษาจึงสรุปเพื่อเป็นแนวทางการศึกษา เกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน ประกอบด้วย

(1) กิจกรรมที่จัดทำขึ้นตรงกับความต้องการขั้นพื้นฐานของประชาชนในชุมชน ตามทฤษฎีของ Maslow

(2) ความพร้อมทางด้านเศรษฐกิจ วัฒนธรรม กายภาพ ตลอดจนการมีขวัญและทัศนคติที่ดีของประชาชนในชุมชน

(3) ความศรัทธา เกรงใจ และเห็นคล้อยตามผู้นำของประชาชนในชุมชน

(4) การมีระบบทางการบริหารที่ดี ซึ่งสร้างความมั่นใจแก่ประชาชนในชุมชน

(5) ความรู้สึกว่าตนเองมีคุณค่าต่อส่วนรวม และความรู้สึกรักท้องถิ่นของประชาชนในชุมชน

2.4 แนวคิดเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาโดยชุมชน

2.4.1 ขั้นตอนในการแก้ไขปัญหา

ฟรานซิส แอล อูลชาค และคณะ (Francis L. Ulschak ,et al , 1981 : 1-3) ได้แบ่งขั้นตอนในการแก้ไขปัญหาออกเป็น 8 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การรับรู้ปัญหา (Awareness of a Problem)

จุดเริ่มต้นของการแก้ไขปัญหาใด ๆ ก็ตาม จะเริ่มด้วยความรู้สึกว่ามีบางอย่างไม่ถูกต้อง ในแต่ละบุคคลมักจะรู้ว่ามีปัญหาซึ่งเขาอาจจะรู้สึกตกใจ วิตกกังวล หรือไม่สบายใจ และจึงสำนึกได้ว่ามีบางอย่างผิดปกติเกิดขึ้นกับตัวเองหรือกลุ่ม ในที่นี้ชุมชนจะต้องมีความรู้สึกยอมรับและเห็นพ้องว่าเป็นปัญหาร่วมกัน ซึ่งปัญหาจะเกิดขึ้นเมื่อมีช่องว่างระหว่างสภาวการณ์ที่เป็น กับสภาวการณ์ที่คาดหวังว่าควรจะเป็น

ระยะที่ 2 การวิเคราะห์แยกแยะประเด็นปัญหา (Problem Diagnosis and Identification)

เป้าหมายในระยะนี้ก็คือ การได้มาซึ่งข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับปัญหา เพื่อที่จะดูว่าปัญหานั้นคืออะไร เกิดความเข้าใจในสถานการณ์ สาเหตุ และรากเหง้าของปัญหา ซึ่งจะทำให้สามารถกำหนดเกณฑ์ในการแก้ไขปัญหาต่อไป

ระยะที่ 3 เกณฑ์หรือเป้าหมายในการแก้ไขปัญหา (Criteria for Solution)

ส่วนสำคัญที่สุดของวงจรการแก้ไขปัญหาคือ การนิยามสภาวะการณ์คาดหวังว่าควรจะเป็นเช่นไร สภาวะการณ์คาดหวังนี้จะต้องวัดได้และชี้เฉพาะ ซึ่งสมาชิกในชุมชนจะต้องเห็นด้วยกับสภาวะเหล่านี้ เพื่อเป็นการหลีกเลี่ยงความขัดแย้งที่อาจเกิดขึ้นได้ในภายหลัง ดังนั้นเกณฑ์หรือเป้าหมายของการแก้ไขปัญหาจะต้องนำเสนอต่อสมาชิกในชุมชน

ระยะที่ 4 การแสวงหาทางเลือกหรือวิธีแก้ไขปัญหา (Formulation of Alternative)

ในช่วงนี้จะต้องวิเคราะห์ถึงวิธีหรือทางเลือกที่เป็นไปได้ในการแก้ไขปัญหา ชุมชนจะต้องค้นหาวิธี ยุทธศาสตร์ และแหล่งทรัพยากร เพื่อที่จะบรรลุเป้าหมายของการแก้ไขปัญหา สิ่งสำคัญคือสมาชิกจะต้องรับผิดชอบต่อการรวบรวมข้อมูลร่วมกัน เพราะนอกจากจะเป็นการได้มาซึ่งหนทางแก้ไขที่หลากหลายแล้ว ยังเป็นการสร้างการยอมรับและความรู้สึกที่มีส่วนในวิธีแก้ปัญหาระหว่างสมาชิกด้วย

ระยะที่ 5 การเลือกวิธีแก้ไขปัญหาที่ดีที่สุด (Selection of the Best Strategy)

ในระยะนี้วิธีการแก้ไขปัญหาที่ได้มาหลายทาง จะถูกประเมินเปรียบเทียบกัน วิธีแก้ปัญหาใดที่เข้ากับเกณฑ์หรือเป้าหมายของการแก้ปัญหาดีที่สุด ก็จะถูกเลือกมาใช้ในการแก้ไขปัญหา ทั้งนี้ผลของการประเมินอาจออกมาได้หลายรูปแบบ เช่น อาจมีวิธีการแก้ปัญหาหลาย ๆ วิธีที่เหมาะสมกับเกณฑ์การแก้ปัญหา ซึ่งแก้ไขได้โดยเพิ่มเกณฑ์ขึ้นมาอีก เพื่อจำกัดทางเลือกให้ลดลง หรือมีวิธีที่ได้วิเคราะห์แล้วว่าเหมาะสมกับเกณฑ์ทั้งหมด ก็สามารถใช้วิธีแก้ปัญหานั้นได้ และถ้าไม่สามารถพบวิธีแก้ปัญหาที่เหมาะสมได้เลย จะต้องย้อนกลับไปในระยะที่ 2 เพื่อวิเคราะห์สาเหตุปัญหาอีกครั้ง และกระทำซ้ำในระยะที่ 3

ระยะที่ 6 การกำหนดแผนปฏิบัติการ (Specify the Action Plan)

ทันทีที่วิธีการแก้ปัญหาได้ถูกเลือก จะต้องมีการวางแผนในรายละเอียดว่าใครจะทำอะไร ทำเมื่อไร และทำอย่างไร

ระยะที่ 7 ลงมือปฏิบัติการ (Implement the Action Plan)

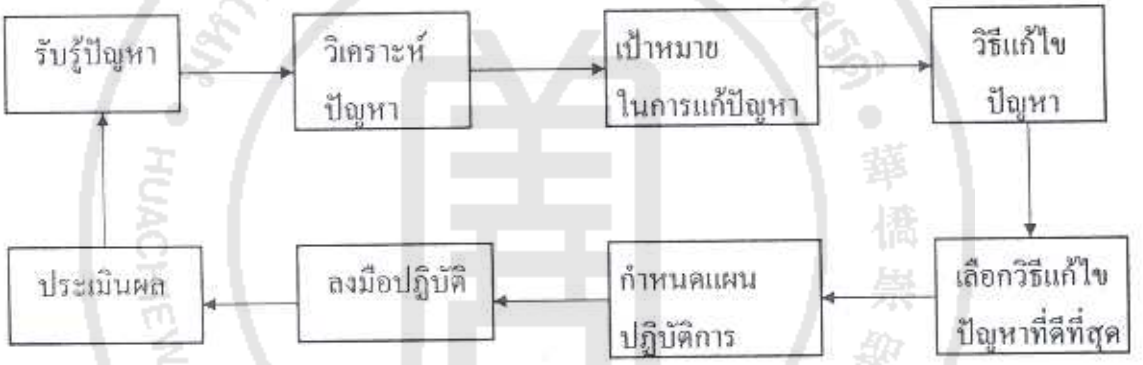
เป็นช่วงของการดำเนินตามแผนปฏิบัติการที่ได้เลือกไว้ สมาชิกจะต้องกระทำในส่วนที่ตนรับผิดชอบด้วยความระมัดระวัง และสามารถรู้สึกได้ถึงความสำเร็จที่ได้รับร่วมกัน

ระยะที่ 8 การดำเนินการประเมินผลและการสะท้อนกลับ (Monitoring , Evaluation , and Feedback)

เมื่อแผนปฏิบัติได้ดำเนินมาถึงในระยะของสภาวะที่คาดหวังแล้ว ผลที่ออกมาจะต้องมีการตรวจสอบว่า เป้าหมายของการแก้ปัญหาได้บรรลุแล้ว และปัญหาได้ถูกแก้ไขหรือไม่ ทั้งแผนปฏิบัติการ วิธีการแก้ไข และการดำเนินการ จะต้องเป็นไปอย่างมั่นคงเพื่อที่จะแน่ใจว่าเป้าหมายที่ต้องการกำลังจะบรรลุ ถ้าสมาชิกยังคงเกิดความรู้สึกไม่สบายต่อแนวทางที่ทำไป ก็จะต้องย้อนกลับไปเริ่มในระยะที่ 1 ใหม่อีกครั้ง

แผนภูมิที่ 2.1

แสดงขั้นตอนในการแก้ไขปัญหาตามแนวคิดของ Francis L. Ulschak, et al



ที่มา : ดัดแปลงจากแนวคิดของ Francis L. Ulschak, et al, 1981.

2.4.2 ปัจจัยที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาของชุมชน

มาร์วิน อี.ชอว์ (Marvin E. Shaw, 1981 : 391-394) ได้กล่าวถึงปัจจัยที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาของชุมชน มี 6 ด้านคือ

1. สภาพแวดล้อมทางกายภาพ สถานที่ซึ่งเกิดการปฏิสัมพันธ์ชุมชนขึ้น มีอิทธิพลต่อการแก้ไขปัญหาเป็นอย่างมาก การกระทำของชุมชนจะถูกเอื้อด้วยปัจจัยแวดล้อมต่าง ๆ เช่น ลักษณะทางวัตถุของสภาพแวดล้อมที่เหมาะสมของสถานที่ทำงาน หรือห้องประชุม เป็นต้น

การจัดเตรียมช่องทางการสื่อสารระหว่างสมาชิกชุมชน อาจนับเป็นปัจจัยหนึ่งทางสภาพแวดล้อมทางกายภาพ การสื่อสารที่รวมศูนย์จะช่วยให้ประสิทธิภาพในการแก้ปัญหาง่าย ๆ ในขณะที่การสื่อสารแบบไม่รวมศูนย์จะช่วยแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อน ดังนั้นการสื่อสารแบบไม่รวมศูนย์จะเหมาะสมมากกว่าต่อการแก้ไขปัญหาชุมชน ผลกระทบนี้เกี่ยวข้องต่อการแบ่งบทบาทหน้าที่ของสมาชิก

2. ขนาดของชุมชน จำนวนสมาชิกมีผลสำคัญต่อการกระทำของชุมชน ถ้าปัญหานั้นเป็นประเภทที่ทำให้เกิดการช่วยเหลือร่วมมือกันระหว่างสมาชิก การเพิ่มขนาดของชุมชนก็จะเอื้อต่อการกระทำของชุมชน หากปัญหานั้นเป็นความผิดพลาดของชุมชนใหญ่ การลดขนาดของชุมชนก็จะเอื้อต่อการกระทำของชุมชน

3. ลักษณะของสมาชิก คุณสมบัติส่วนตัวของสมาชิกที่ติดตัวมา เมื่อนำมารวมชุมชนอาจเป็นส่วนที่เสริม หรือทำให้ชุมชนขาดความมีประสิทธิภาพได้ และลักษณะของสมาชิกยังมีอิทธิพลต่อระดับความสามารถ และทักษะที่ใช้ในการแก้ปัญหาด้วย

4. การรวมกันเข้าของชุมชน ไม่เพียงแต่ลักษณะของสมาชิกจะมีอิทธิพลต่อการแก้ไขปัญหาของชุมชนเท่านั้น แต่คุณลักษณะส่วนบุคคลที่มารวมกันเป็นลักษณะเฉพาะชุมชน ก็ยังมีความสำคัญอีกด้วย ปัจจัยที่มารวมกันเข้าอย่างมีนัยสำคัญต่อการแก้ปัญหาของชุมชนนั้น คือ ความเหนียวแน่นของชุมชน การเข้ากันได้ และลักษณะที่แตกต่างกันของสมาชิกชุมชน

5. โครงสร้างของชุมชน ชนิดของโครงสร้างของชุมชนที่พัฒนาหรือกำหนดให้มีขึ้น มีอิทธิพลต่อกระบวนการชุมชนในหลาย ๆ ด้าน เช่น พฤติกรรมการยอมตาม ปฏิกริยาโต้ตอบของสมาชิก และระดับของความร่วมมือระหว่างสมาชิก ซึ่งโครงสร้างของชุมชนจะเกี่ยวข้องต่อประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหา

6. พฤติกรรมของผู้นำ ผู้นำที่ดีจะช่วยในการกระทำของชุมชน ชุมชนที่มีผู้นำเมื่อเปรียบเทียบกับชุมชนที่ไม่มีผู้นำแล้ว ชุมชนซึ่งมีผู้นำจะเป็นชุมชนแก้ปัญหาที่มีประสิทธิภาพดีกว่า เช่น ผู้นำที่ตระเตรียมทิศทางและโครงสร้างสำหรับชุมชนที่จะเอื้อต่อการแก้ไขปัญหาชุมชน และผู้นำที่มีการเรียนรู้ถึงความสัมพันธภาพ จะมีประสิทธิภาพในการร่วมแก้ไขปัญหาชุมชน

นอกจากนี้ มาร์วิน อี.ชอว์ (Marvin E. Shaw) ยังได้กล่าวถึงปัจจัยภายในระหว่างสมาชิกชุมชนที่เป็นอุปสรรค ต่อการแก้ไขปัญหาของชุมชน มี 3 ด้านคือ

1. ความกดดันจากการที่ต้องเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน ความต้องการเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกัน สามารถนำไปสู่การตัดสินใจของชุมชนก่อนถึงเวลาอันควร เป็นการตัดสินใจซึ่งถูกกระทำก่อนที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารอย่างดีพอ ต่อการตัดสินใจที่ดีที่สุด สมาชิกชุมชนผู้ที่ไม่เห็นพ้องกับความคิดเห็นของคนส่วนใหญ่ อาจจะระงับการแสดงความคิดเห็น เพราะเขาไม่อยากจะแตกต่างไปจากคนอื่น

2. ความลำเอียงในการมีส่วนร่วม ระดับของการเข้ามามีส่วนร่วมของสมาชิกชุมชนอาจไม่เท่าเทียมกัน ชุมชนที่มีสมาชิกน้อยอาจเข้ามามีส่วนร่วมทั้งหมดในกิจกรรมชุมชน และมีอัตราที่ไม่เท่ากัน เพิ่มขึ้นเมื่อขนาดของชุมชนใหญ่ขึ้น และการที่สมาชิกชุมชนบางคนพูดเก่ง อาจได้รับการยอมรับจากชุมชนมากกว่าคนที่พูดน้อย อันเป็นการทำลายวิธีแก้ไขปัญหาที่มีประสิทธิภาพ

3. ความแตกต่างทางสถานภาพและอำนาจ โดยภาพรวมแล้วสถานภาพและอำนาจดูเหมือนจะเป็นอิสระจากกัน แต่ทั้งสองสิ่งก็ส่งผลกระทบต่อกระบวนการชุมชนคล้ายกัน เช่น บุคคลที่มีสถานภาพสูงและเป็นสมาชิกชุมชนที่มีอำนาจ จะมีอิทธิพลต่อชุมชนมากกว่าสมาชิกที่มีอำนาจและพลังน้อย

จากแนวคิดเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาของชุมชน ที่ Marvin E. Shaw กล่าวไว้ข้างต้น ผู้ศึกษาได้สรุปเพื่อเป็นแนวทางการศึกษาดังนี้

(1) ปัจจัยที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาของชุมชน ประกอบด้วย สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรม ขนาดของจำนวนสมาชิก คุณสมบัติส่วนตัวของสมาชิก ลักษณะการรวมตัวของสมาชิก โครงสร้างของชุมชน และพฤติกรรมของผู้นำชุมชน

(2) ปัจจัยภายในระหว่างสมาชิกชุมชน เป็นอุปสรรคต่อการแก้ไขปัญหาของชุมชน ประกอบด้วย ความกดดันในการแสดงความคิดเห็นที่แตกต่างจากสมาชิกส่วนใหญ่ ความลำเอียงต่อการยอมรับในตัวสมาชิก และความแตกต่างในด้านสถานภาพ และอำนาจของสมาชิกบางคนที่มีมากกว่าสมาชิกคนอื่น ๆ

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม

2.5.1 ความหมายของเครือข่ายทางสังคม

เครือข่ายทางสังคม (Social Network) เป็นความสัมพันธ์ที่ปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มมีต่อกัน ซึ่งเป็นแนวความคิดที่นักสังคมสงเคราะห์นิยมใช้ในการปฏิบัติงาน ตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 เป็นต้นมา (Specht, 1988 : 169)

ลิน (Lin , 1986 อ้างถึงใน Streeter and Flankin , 1992 : 81) อธิบายว่าปัจเจกบุคคลมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับสภาวะแวดล้อมทางสังคมได้ 3 ระดับคือ

1. ระดับชุมชน โดยผ่านกลไกบูรณาการทางสังคม (Social Integration)

2. ระดับเครือข่ายสังคม โดยผ่านการปฏิสัมพันธ์ทางสังคม และการแลกเปลี่ยนทางสังคม

3. ระดับสัมพันธภาพที่ใกล้ชิด โดยการที่บุคคลมีความใกล้ชิดสนิทสนม การแสวงหาคำแนะนำและการชี้แนะเกี่ยวกับชีวิตความเป็นอยู่ส่วนตัวของเขา

พิมพ์วัลย์ ปรีดาสวัสดิ์ (2530 : 154) อธิบายว่า สังคมเป็นสิ่งที่มีการเคลื่อนไหวเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลา ความสัมพันธ์ทางสังคมก็มีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย การศึกษาวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคมคือ การศึกษาถึงสิ่งแวดล้อมของบุคคล ซึ่งมิใช่เพียงการติดต่อสื่อสาร แต่เป็นการแลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน การแลกเปลี่ยนดังกล่าวเป็นการแลกเปลี่ยนผลตอบแทน อันเกิดจากปฏิสัมพันธ์ของคนตั้งแต่สองคนขึ้นไป สิ่งที่แลกเปลี่ยน ได้แก่ ข่าวสาร ข้อมูล สินค้า บริการ คำแนะนำ โดยบุคคลทั้งสองหรือเท่าที่เกี่ยวข้องสวมบทบาททั้งเป็นผู้ให้และเป็นผู้รับ

การที่บุคคลมาสัมพันธ์กันเป็นเครือข่ายทางสังคม ก็เพื่อที่จะดำรงไว้ซึ่งสถานภาพทางสังคมของตนเอง การตอบสนองความต้องการทางด้านอารมณ์ ด้านทรัพยากร ด้านการจัดการเพื่อให้ได้รับข้อมูลข่าวสาร ความรู้เพิ่มเติม เป็นต้น และการวิเคราะห์เครือข่ายทางสังคม จะทำให้มองเห็นความสัมพันธ์ทางสังคมทั้งหมดของบุคคล ภายใต้สังคมที่เขาอาศัยอยู่ ซึ่งขยายรวมถึงบุคคลในครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนร่วมงาน และเพื่อนบ้าน ความสัมพันธ์ระหว่างกันและกันของบุคคลภายในเครือข่ายสังคมนี้จะมีทั้งมิติของระบบเศรษฐกิจ ระบบเครือญาติ และการแต่งงาน ระบบการเมือง ระบบสุขภาพอนามัย และอื่น ๆ

เครือข่ายทางสังคม จะเปรียบเสมือนกับรูปภาพที่ประกอบด้วยจุดต่าง ๆ ที่มีเส้นหลาย ๆ เส้นเชื่อมกันไปมาระหว่างจุดหลาย ๆ จุด กับจุดที่เป็นศูนย์กลาง จุดศูนย์กลางนี้เปรียบเสมือนเป็นบุคคลหนึ่ง และจุดอื่น ๆ เป็นตัวแทนของบุคคลรอบ ๆ ข้างที่บุคคลนั้นมีปฏิสัมพันธ์ด้วย ส่วนเส้นเชื่อมโยงกันหลาย ๆ เส้นนั้น แทนความสัมพันธ์ทางสังคมหลาย ๆ ความสัมพันธ์ที่บุคคลติดต่อกัน ซึ่งเครือข่ายทางสังคมนี้จะมีความสัมพันธ์กับการสนับสนุนทางสังคม

2.5.2 องค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายทางสังคม

สุภัสตรา เก้าประดิษฐ์ (2535 : 19) กล่าวว่า องค์ประกอบที่สำคัญของเครือข่ายทางสังคมมีดังนี้

1. ขนาดของกลุ่มสังคม หมายถึง จำนวนบุคคลในกลุ่มสังคม ซึ่งจะต้องเป็นบุคคลที่มีความสัมพันธ์กันจริง ๆ จำนวนมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับปัจจัยหลายประการ เช่น ประเภทของความสัมพันธ์ ความห่างไกลทางภูมิศาสตร์ วัยของแต่ละบุคคล

2. ระดับความหนาแน่นของความสัมพันธ์ในเครือข่ายทางสังคม หมายถึง ระดับที่สมาชิกในเครือข่ายบุคคลมีความสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน ในเชิงการติดต่อสื่อสารที่เกิดขึ้น ทั้งในด้านปริมาณและชนิดของข้อมูลที่แลกเปลี่ยนซึ่งกันและกัน ซึ่งจำแนกได้ดังนี้

1) เครือข่ายหลัก (Intimate Network) ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง ซึ่งมีความใกล้ชิดมากที่สุด

2) เครือข่ายรอง (Effective Network) ประกอบด้วยบุคคลต่าง ๆ ซึ่งบุคคลที่เป็นศูนย์กลางรู้จักคุ้นเคยน้อยกว่ากลุ่มแรก สามารถคาดหวังจากเครือข่ายนี้ได้น้อยกว่าเครือข่ายแบบแรก กลุ่มนี้ได้แก่ ญาติพี่น้องที่อยู่ห่างออกไป เพื่อนฝูง และคนที่รู้จักคุ้นเคยอื่น ๆ

3) เครือข่ายขยาย (Ego's extended Network) ได้แก่ กลุ่มคนที่บุคคลซึ่งเป็นศูนย์กลางไม่รู้จักโดยตรง แต่สามารถติดต่อสัมพันธ์ด้วยได้ถ้าต้องการ โดยผ่านเครือข่ายใกล้ชิดอีกทีหนึ่ง

การวิเคราะห์ความหนาแน่นของเครือข่ายทางสังคม ยังสามารถพิจารณาได้จากคุณภาพของความหนาแน่น ซึ่งจำแนกได้เป็น 2 ประเภทคือ

1) เครือข่ายที่มีความหนาแน่นน้อย (Loose Network) ได้แก่ เครือข่ายที่มีความสัมพันธ์กันค่อนข้างน้อย สมาชิกในเครือข่ายมีความผูกพันระหว่างกันน้อย การติดต่อสื่อสารระหว่างกันและกันมีอยู่ในอัตราความถี่ที่จัดว่าน้อย ซึ่งมีผลให้คนในเครือข่ายมีความคิดเห็นและการกระทำที่แตกต่างกันออกไปมาก และมีอิทธิพลระหว่างกันและกันน้อยมาก (Specht ; อ้างแล้ว : 174)

2) เครือข่ายที่มีความหนาแน่นสูง (Dense Network) ได้แก่ ลักษณะของเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่นและใกล้ชิด มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารหรือกิจกรรมการปฏิสังสรรค์อยู่ในอัตราความถี่ที่จัดว่าสูง ทำให้มีลักษณะความคล้ายคลึงกันค่อนข้างมาก และมีอิทธิพลต่อกันและกันมาก

3. ระยะเวลาที่สมาชิกติดต่อกัน หากบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างแน่นแฟ้น และรู้จักกันในระยะเวลายาวนาน ก็จะส่งผลต่อการสนับสนุนทางสังคม ทำให้เกิดการช่วยเหลือกันมากยิ่งขึ้นไปด้วย

4. ความถี่ในการติดต่อ จำนวนครั้งที่บุคคลได้มีการติดต่อกัน แสดงให้เห็นถึงความมั่นคงในกลุ่มเครือข่ายทางสังคม

5. วิธีที่ใช้ในการติดต่อ การติดต่อสื่อสารโดยตรงด้วยกัน พบปะพูดคุยที่เห็นได้ทางพฤติกรรม ได้ยินคำพูดน้ำเสียงโดยตรง จะมีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าการติดต่อสื่อสารโดยทางอ้อม หรือผ่านบุคคลที่สาม

องค์ประกอบของเครือข่ายทางสังคม จะมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับการสนับสนุนทางสังคมในรูปแบบที่แตกต่างกัน เครือข่ายทางสังคมที่มีความหนาแน่นสูง มีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่นใกล้ชิด จะส่งผลให้ได้รับการสนับสนุนทางสังคมมากกว่าเครือข่ายทางสังคมที่มีความหนาแน่นน้อย นอกจากนั้นองค์ประกอบอื่น ๆ เช่น ขนาดของกลุ่ม ระยะเวลาที่สมาชิกติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อ และวิธีการที่ใช้ในการติดต่อของเครือข่ายทางสังคม ล้วนแต่มีผลต่อการสนับสนุนทางสังคมทั้งสิ้น

เพราะฉะนั้นการที่บุคคลจะได้รับการสนับสนุนทางสังคมอย่างดี จะต้องมีการสร้างเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็ง มีศักยภาพ และมีสายสัมพันธ์ที่ดีด้วย

จากแนวคิดเกี่ยวกับเครือข่ายทางสังคม ผู้วิจัยได้สรุปเป็นแนวทางในการศึกษา โดยกำหนดให้เครือข่ายทางสังคมแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ เครือข่ายทางสังคมภายในชุมชน ซึ่งจะพิจารณาถึงบทบาทของสมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ญาติ เพื่อนบ้าน ผู้นำชุมชน กลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และเครือข่ายภายนอกชุมชน ได้แก่ บทบาทและประเภทของกิจกรรมที่องค์กรภายนอกชุมชนให้การสนับสนุนในการป้องกันและแก้ไขเอดส์ในชุมชน

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม

2.6.1 ความหมายของการสนับสนุนทางสังคม

ซิดนีย์ คอบบ์ (Sidney Cobb, 1979 : 90) อธิบายว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลได้รับข้อมูลข่าวสารที่บ่งชี้ให้เขาเชื่อได้ว่ายังมีคนรัก มีคนคอยดูแลเอาใจใส่ มีคนยกย่องเห็นคุณค่า และรู้สึกว่าตนเองเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความผูกพันเอื้ออาทรต่อกันในสังคม ส่วน อาร์. แอล. คาห์น (R.L. Kahn , 1979 อ้างถึงใน จิรศักดิ์ เล่าศักดิ์กิติโบราณ , 2535 : 11) อธิบายว่า "การสนับสนุนทางสังคม" หมายถึง การปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในลักษณะดังต่อไปนี้

1. การแสดงความพึงพอใจของบุคคลหนึ่งกับอีกบุคคลหนึ่ง
2. การยืนยันรับรองพฤติกรรมของบุคคล อาจโดยการรับรู้หรือการแสดงออกถึงการยอมรับ
3. การให้ความช่วยเหลือด้านสิ่งของ เงินทอง หรืออื่น ๆ

เบญจามิน เอช. กอตล์เลียบ (Benjamin H. Gottlieb , 1982 : 32) ได้นิยามความหมายคำว่า "การสนับสนุนทางสังคม" เป็นผลที่เกิดจากปฏิสัมพันธ์ของบุคคลซึ่งอยู่ในเครือข่ายทางสังคมที่มีโครงสร้างแน่ชัด ปฏิสัมพันธ์นี้เป็นการมีส่วนร่วมของบุคคลที่เกี่ยวข้อง และเป็นการแลกเปลี่ยนทรัพยากรกับบุคคลที่รู้จักคุ้นเคยกันอย่างดี นอกจากนั้น เมท พิลลิสุก (Mate Pillisuk , 1982 อ้างถึงใน พูนพร ศรีสะอาด, 2534 : 30) ได้กล่าวว่า การสนับสนุนทางสังคม เป็นความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ไม่เพียงแต่ความช่วยเหลือทางด้านวัตถุและความมั่นคงทางอารมณ์เท่านั้น แต่ยังรวมถึงความรู้สึกที่ว่าตนเป็นส่วนหนึ่งของสังคมด้วย นอกจากนั้นการสนับสนุนทางสังคมยังสามารถป้องกันบุคคลจากภาวะวิกฤติ และการคุกคามของความเจ็บป่วยได้อีกด้วย

ในส่วนของผู้ศึกษาขอสรุปว่า การสนับสนุนทางสังคม หมายถึง การที่บุคคลในชุมชนให้ความรักความเอาใจใส่ ให้การยอมรับ เห็นคุณค่า รู้สึกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของสังคม และมีความรู้สึกผูกพันเอื้ออาทรกันในสังคม รวมไปถึงการให้ความช่วยเหลือกันในด้าน

ต่าง ๆ เช่น ในรูปของวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร การให้คำแนะนำ ให้ความคิดเห็น ให้เวลา และแรงงาน เป็นต้น ซึ่งสามารถช่วยบรรเทาความรุนแรงของปัญหาที่ชุมชนประสบ หรือป้องกันชุมชนให้พ้นจากภาวะวิกฤติได้

2.6.2 หลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม

วันทนีย์ วาสิกะสิน (2537 : 99-100) กล่าวว่า หลักการสำคัญของการสนับสนุนทางสังคม ประกอบด้วย

1. กระบวนการติดต่อสื่อสารระหว่างผู้ที่ทำหน้าที่เป็น "ผู้ให้" และผู้ที่ทำหน้าที่เป็น "ผู้รับ" การสนับสนุน

2. กระบวนการติดต่อสื่อสารโดยทั่วไป ประกอบด้วย

1) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ "ผู้รับ" เชื่อว่ายังมีคนที่เอาใจใส่ มีความรัก และมีความหวังดีต่อตนอย่างจริงจัง

2) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ "ผู้รับ" รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า และเป็นที่ยอมรับในสังคม

3) ข้อมูลข่าวสารที่ทำให้ "ผู้รับ" เชื่อว่าเขาเป็นส่วนหนึ่งของสังคม และสามารถทำประโยชน์แก่สังคมได้

3. ปัจจัยนำเข้าในกระบวนการสนับสนุน ซึ่งอาจอยู่ในรูปของข้อมูลข่าวสาร วัสดุสิ่งของ หรือแรงสนับสนุนทางด้านจิตใจ

4. การช่วยให้ "ผู้รับ" ได้บรรลุถึงจุดหมายที่เขาต้องการ เช่น ด้านสาธารณสุข ก็คือการมีสุขภาพที่ดี ด้านสวัสดิการสังคมอื่น ๆ ก็คือ การมีสภาพความเป็นอยู่ที่ดี ไม่ประสบปัญหาความเดือดร้อนทางสังคม หรือสามารถแก้ปัญหาหรือเผชิญปัญหาความเดือดร้อนได้อย่างเหมาะสม

การสนับสนุนทางสังคม จะเกิดขึ้นได้ก็เมื่อมีกระบวนการติดต่อสื่อสารซึ่งมีขอบเขตครอบคลุม ทั้งการให้และการรับจากบุคคลในครอบครัว อาทิ บิดามารดา ญาติพี่น้อง รวมทั้งเพื่อนบ้าน เพื่อนนักเรียน ครูอาจารย์ คนในชุมชน บุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

2.6.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคม

ซิดนี่ย์ คอบบ์ (Sidney Cobb , อ้างแล้ว : 93) ได้แบ่งการสนับสนุนทางสังคมออกเป็น 3 ชนิดคือ

1. การสนับสนุนด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นข้อมูลที่ทำให้บุคคลเชื่อว่าเขาได้รับความรักและการดูแลเอาใจใส่ ซึ่งมักจะได้จากความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิด และมีความผูกพันลึกซึ้งต่อกัน

2. การสนับสนุนด้านการยอมรับและการเห็นคุณค่า (Esteem Support) เป็นข้อมูลที่บอกให้ทราบว่าบุคคลนั้นมีคุณค่า บุคคลอื่นยอมรับและเห็นคุณค่าด้วย

3. การสนับสนุนด้านการเป็นส่วนหนึ่งของสังคม (Socially Support or Network Support)

จาคอบสัน (Jacobson , 1986 : 252) จำแนกการสนับสนุนทางสังคมเป็น 3 ประเภทคือ

1. การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ (Emotional Support) เป็นพฤติกรรมที่ทำให้บุคคลเกิดความสบายใจ เชื่อว่าได้รับการยกย่อง เคารพนับถือ และความรัก รวมทั้งได้รับการเอาใจใส่และให้ความมั่นใจ

2. การสนับสนุนทางด้านสติปัญญา (Cognitive Support) หมายถึง การให้ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำที่จะช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจในสิ่งต่าง ๆ จนสามารถนำไปเป็นประโยชน์ในการปรับตนต่อการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้

3. การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ (Materials Support) หมายถึง การช่วยเหลือด้านสิ่งของและบริการที่จะช่วยแก้ปัญหาได้

จากแนวคิดเกี่ยวกับประเภทของการสนับสนุนทางสังคมดังกล่าวข้างต้น สามารถสรุปเพื่อเป็นแนวทางการศึกษาเรื่องนี้ได้ว่า การสนับสนุนทางสังคมเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชน ประกอบด้วย 3 ประเภทคือ

(1) การสนับสนุนทางด้านอารมณ์ หมายถึง ประชาชนในชุมชนได้รับความรัก ความเป็นห่วง ความเอาใจใส่ และเกิดความรู้สึกมั่นคง ปลอดภัยในอารมณ์ จิตใจ ได้รับการยกย่อง มีการติดต่อสัมพันธ์กับเครือข่ายทางสังคมในชุมชนอย่างอบอุ่นใจ

(2) การสนับสนุนทางด้านสิ่งของ และบริการต่าง ๆ หมายถึง ประชาชนในชุมชนได้รับความช่วยเหลือจากสมาชิกชุมชนและองค์กรต่างๆ ทั้งด้านปัจจัยพื้นฐานในการดำเนินชีวิต การมีงานทำ การมีรายได้ ตลอดจนบริการช่วยเหลือด้านแรงงาน เป็นต้น

(3) การสนับสนุนทางด้านข่าวสาร หมายถึง ประชาชนในชุมชนได้รับข่าวสารข้อมูล รวมทั้งคำแนะนำ วิธีการป้องกันและรักษาสุขภาพอนามัย การดูแลรักษาพยาบาล เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และการป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งข่าวสารเกี่ยวกับความเปลี่ยนแปลงของสังคม และสิ่งแวดล้อมรอบ ๆ ตัว เพื่อการส่งเสริมให้เกิดความคงอยู่ของการติดต่อทางสังคม เป็นต้น

ดังนั้น ปัญหาที่เกิดจากโรคเอดส์จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องได้รับการสนับสนุนทางสังคม ไม่ว่าจะเป็นการให้ความช่วยเหลือในด้านวัตถุสิ่งของ ข้อมูลข่าวสาร คำแนะนำปรึกษา การสนับสนุนด้านจิตใจ การยกย่องให้การยอมรับ ให้ความรัก ความเอาใจใส่ห่วงใย ตลอดจนการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาจากเครือข่ายทางสังคม ซึ่งได้แก่ บุคคลในครอบครัว เครือญาติ เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน คนในชุมชน รวมทั้งบุคลากรวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งในภาครัฐและเอกชน เพื่อให้ปัญหาเอดส์ในชุมชนคลี่คลายลงไป

2.7 ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการค้นคว้างานวิจัยที่เกี่ยวข้องพบว่า การศึกษาเรื่องการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ยังไม่มีผู้ใดทำการศึกษาไว้โดยตรง แต่ผู้ศึกษาก็ได้ศึกษาค้นคว้าผลงานวิจัยที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับเรื่องที่ผู้ศึกษากำลังศึกษาอยู่ในปัจจุบัน ดังมีรายละเอียดต่อไปนี้

ประเด็นเกี่ยวกับปัญหาที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ต่อชุมชน

พวงทิพย์ ชัยพิบาลสฤษดิ์ และคณะ (2534) ทำการวิจัยกรณีศึกษาแบบแผนจิตสังคมชาวไทยที่ติดเชื้อเอดส์ พบว่าในด้านสังคมผู้ติดเชื้อเอดส์ถูกทอดทิ้ง ถูกรังเกียจจากพี่น้อง พ่อแม่ ผู้ร่วมงาน แม้แต่บุคลากรด้านสุขภาพ เป็นเหตุให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีสภาพที่ด้อย ขาดความมั่นใจในตนเอง แยกตนเอง รู้สึกหมดโอกาสในความเป็นภรรยา สามี บิดา มารดา ที่ดี ส่วนด้านการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอดส์พบว่า มีจุดมุ่งหมายเพื่อการบรรเทาอาการของโรค ส่งเสริมความแข็งแรงของสุขภาพ ลดความกังวล ป้องกันการแพร่เชื้อ และเพิ่มคุณค่าให้กับตนเอง

เสาวภา พรสิริพงษ์ และคณะ (2537) ทำการศึกษาปฏิกิริยาของครอบครัวและชุมชนต่อผู้ป่วยเอดส์ : กรณีศึกษาหมู่บ้านในจังหวัดเชียงราย พบว่า ชุมชนมีความรังเกียจครอบครัวผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ โดยการหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์ แบ่งแยกการร่วมกิจกรรมในหมู่บ้าน แต่มีปัจจัยที่มีผลต่อการคลี่คลายปฏิกิริยาดังกล่าว ปัจจัยทางสังคมวัฒนธรรม ความสำคัญเชิงเศรษฐกิจของผู้ป่วย ความเชื่อเรื่องเคราะห์กรรม ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของชุมชน และความสามารถของผู้นำชุมชน

อมรา พงศาพิชญ์ (2537) ทำการศึกษาเรื่องครอบครัว เพศ กับการป้องกันเอดส์ พบว่า รูปแบบของครอบครัวไทยในขณะนี้มีหลายรูปแบบมาก มีทั้งครอบครัวเดี่ยว ครอบครัวขยาย ครอบครัวตายายหลาน ครอบครัวที่ประกอบด้วยญาติหลายความสัมพันธ์ ครอบครัวแม่ลูก หรือพ่อลูก และในอนาคตหากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังเป็นเช่นนี้ ครอบครัวรูปแบบผสมซึ่งประกอบด้วยผู้ที่เป็นญาติ และไม่ใช่ญาติอยู่ร่วมกันเพื่อการช่วยเหลือดูแลซึ่งกันและกัน จะมีเพิ่มมากขึ้นซึ่งแสดงให้เห็นว่าองค์ประกอบของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป

เอกสุธี พยุหมนตรี (2538) ทำการศึกษาเรื่องศักยภาพขององค์กรชุมชนในการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในชุมชน พบว่า องค์กรชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ กลุ่มผู้นำชุมชน คณะกรรมการหมู่บ้าน กลุ่มหนุ่มสาว กลุ่มแม่บ้าน กลุ่มผู้นำศาสนา กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน กลุ่มผู้นำอาชีพ เป็นต้น ล้วนแต่มีบทบาทและเป็นพลังสำคัญในการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ในชุมชน และยังพบว่าวัฒนธรรมของชุมชน และกลไกทางสังคมทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ก็เป็นส่วนสำคัญในการพัฒนารูปแบบและกระบวนการเสริมสร้างศักยภาพขององค์กร

ชยันต์ วรรธนะภูติ (2539) ทำการศึกษาเรื่อง การพัฒนาศักยภาพของคน ชุมชน และครอบครัวในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พบว่า ชุมชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอดส์ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มขนาดเล็ก ที่ยังไม่เข้มแข็งและยังขาดประสบการณ์ในการทำงาน จึงมักมีปัญหาในด้านทิศทางของการดำเนินงาน สมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้มีสถานภาพทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำ

จากผลการวิจัยดังกล่าว สามารถสรุปปัญหาที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ต่อชุมชนได้ 3 มิติ ดังนี้

1. โครงสร้างของสถาบันครอบครัวที่เปลี่ยนแปลงไปเป็นหลายรูปแบบ เช่น ครอบครัวแม่ลูก ครอบครัวพ่อลูก ครอบครัวตายายหลาน และครอบครัวที่มีญาติและไม่มีญาติอยู่ร่วมกัน ตลอดจนครอบครัวกำพร้า เป็นต้น ทำให้เกิดสภาพประชากรขาดความอบอุ่น มีปัญหาความเดือดร้อนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ เป็นภาระต่อชุมชน

2. วัฒนธรรมชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไป จากการที่เคยรักใคร่เอื้ออาทรช่วยเหลือซึ่งกันและกัน เป็นการรังเกียจ หลีกเลี่ยงการร่วมปฏิสัมพันธ์ รวมทั้งกล่าวโทษว่าร้ายต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ตลอดจนสมาชิกของครอบครัวด้วย

3. พลังชุมชนที่เปลี่ยนแปลงไปในทางที่อ่อนแอลง เนื่องจากสมาชิกของชุมชนติดเชื้อและป่วยโรคเอดส์ กลายเป็นทรัพยากรบุคคลที่ด้อยค่า รวมทั้งบุตรหลานและญาติสนิทในครอบครัวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วย ต้องละทิ้งการศึกษา ละทิ้งการประกอบอาชีพ มาทำการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์กันเอง

ประเด็นเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชน

กรรณิการ์ ชมดี (2524) ได้ศึกษาถึงการมีส่วนร่วมของประชาชนที่มีผลต่อการพัฒนาเศรษฐกิจ ศึกษาเฉพาะกรณีตำบลท่าช้าง อำเภอวารินชำราบ จังหวัดอุบลราชธานี พบว่า ปัจจัยจูงใจให้มีส่วนร่วม ได้แก่ เกียรติ ความต้องการอาชีพใหม่ การจูงใจจากเพื่อน ความสัมพันธ์อันดีกับเพื่อน และเจ้าหน้าที่ของรัฐ ความต้องการเงินทุน ความต้องการซื้อสินค้าราคาถูก และผู้ที่ชักนำให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม ได้แก่ กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน แพทย์ ครู กรรมการสภาตำบล เป็นต้น

ฉอ้าน วุฑฒิกรรมรักษา (2526) ศึกษาถึงปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการเข้ามีส่วนร่วมในโครงการสร้างงานในชนบท พบว่า สถานภาพทางเศรษฐกิจไม่ใช่ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนในขั้นตอนต่าง ๆ แต่ผู้มีฐานะทางเศรษฐกิจดีกว่า จะเข้ามามีส่วนร่วมได้บ่อยครั้งกว่า ส่วนสถานภาพทางสังคมและความแตกต่างในเรื่องเพศ เป็นปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน

สุจินต์ ดาววีระกุล (2527) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาหมู่บ้าน ศึกษาเฉพาะกรณีหมู่บ้านชนะเลิศการประกวดหมู่บ้านดีเด่นระดับจังหวัด ของจังหวัดนครสวรรค์ ประจำปี พ.ศ. 2527 พบว่า ปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชน ได้แก่ ตำแหน่งทางสังคมในหมู่บ้าน การรู้สึกว่าตนมีความสำคัญต่อหมู่บ้าน การมีความกระตือรือร้นที่จะเข้าร่วมในการพัฒนา ความต้องการเกียรติ การได้รับการชักจูงจากกรรมการหมู่บ้าน เพื่อนบ้าน และเจ้าหน้าที่

รักขณา กางกรณ์ (2528) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการรณรงค์เพื่อการรู้หนังสือแห่งชาติของอาสาสมัคร ในจังหวัดนครราชสีมา พบว่า ความสงสาร ความพอใจ ความต้องการมีส่วนร่วมในการพัฒนาท้องถิ่น ความตระหนักถึงปัญหาของท้องถิ่น ความรู้สึกว่าการช่วยเหลือผู้ไม่รู้หนังสือให้รู้หนังสือเป็นการทำความดีอย่างหนึ่ง ความภูมิใจที่ได้ช่วยผู้ไม่รู้หนังสือ ความภูมิใจที่มีคนนับถือว่าเป็นครู ได้รับการชักชวนหรือขอร้องจากกำนัน ผู้ใหญ่บ้าน การได้ฟังจากวิทยุเชิญชวนให้มาเป็นอาสาสมัคร และการได้รับการชักชวนจากหน่วยประชาสัมพันธ์เคลื่อนที่ของศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน มีผลต่อการเข้าร่วมโครงการอาสาสมัคร

ปรัชญา เวสารัชช์ (2528) ได้ศึกษาวิจัยเรื่องการมีส่วนร่วมของประชาชนในกิจกรรมเพื่อพัฒนาชนบท พบว่า ปัจจัยผลักดันการมีส่วนร่วมของประชาชน ประกอบด้วย

1. ปัจจัยสภาพแวดล้อม ทั้งทางกายภาพ เศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง และความปลอดภัย

2. ปัจจัยผลักดันจากบุคคลอื่น โดยเฉพาะผู้นำ เช่น กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน

3. รางวัลตอบแทน ได้แก่ ค่าตอบแทนแรงงาน เงินปันผลจากสหกรณ์ออมทรัพย์หรือธนาคารข้าว

4. ปัจจัยภายในส่วนบุคคล ได้แก่ ความคาดหวังในประโยชน์ส่วนรวม ความรู้สึกเกรงใจไม่กล้าขัดข้องเมื่อถูกชักชวน หรือรู้สึกเป็นพันธะที่ต้องเข้าร่วม ความปรารถนาให้เกิดความสามัคคี เป็นต้น

ปัญญา ธนะสัมบัญ (2535) ได้ศึกษาถึงปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของประชาชนในโครงการพัฒนาชนบทและชุมชน ตามข้อเสนอของสมาชิกสภาผู้แทนราษฎร ศึกษาเฉพาะกรณีจังหวัดปทุมธานี พบว่า ปัจจัยที่มีผลอย่างเด่นชัดต่อการมีส่วนร่วมในโครงการ คือ รายได้ การติดต่อพบปะผู้นำท้องถิ่น และเจ้าหน้าที่ของรัฐ ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโครงการและความคาดหวัง ผลประโยชน์จากโครงการ สำหรับปัญหาและอุปสรรคต่อโครงการที่สำคัญ ได้แก่ การมีภาระในการประกอบอาชีพ ขาดการประชาสัมพันธ์จากผู้นำท้องถิ่น เจ้าหน้าที่ และหน่วยงานของรัฐ

ผลการวิจัยดังกล่าว สามารถสรุปปัจจัยที่มีผลต่อการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ดังนี้

1. ปัจจัยด้านคุณภาพของคนในชุมชน ซึ่งดูจากความรู้ความเข้าใจในกิจกรรม

2. ปัจจัยด้านฐานะทางเศรษฐกิจ ได้แก่ อาชีพ รายได้ และทรัพย์สินที่ถือครอง

3. ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม ได้แก่ การเป็นสมาชิกของกลุ่มในชุมชน การติดต่อและการได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่ เพื่อนบ้าน ผู้นำ สมาชิกในครอบครัว และการได้รับการอบรมให้ความรู้ทางสังคม

ประเด็นเกี่ยวกับขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน

ประสบสุข ดีอินทร์ (2524) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมในการอนุรักษ์ทรัพยากรป่าไม้ของกำนัน ผู้ใหญ่บ้านในภาคเหนือ พบว่า การมีส่วนร่วมเพื่อพัฒนาชนบทมี 7 ขั้นตอนดังนี้

1. การสำรวจสภาพปัญหาขั้นต้น
2. การศึกษาเพื่อจัดลำดับความสำคัญของปัญหา
3. การแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหา
4. การกำหนดแนวทางแก้ไขปัญหา
5. การปฏิบัติตามโครงการ
6. การประเมินผลโครงการ
7. การพิจารณาทบทวนโครงการเพื่อดำเนินการให้เสร็จสมบูรณ์

ฉอ้าน วุฑฒิกรรมรักษา (2526) ได้ศึกษาเรื่อง ปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคมที่มีผลต่อการเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชน ในโครงการสร้างงานในชนบท : ศึกษาเฉพาะกรณีโครงการที่ได้รับรางวัลดีเด่นของตำบลคุ้งพยอม อำเภอบ้านโป่ง จังหวัดราชบุรี พบว่า การเข้ามามีส่วนร่วมของประชาชนมี 4 ขั้นตอนดังนี้

1. การร่วมประชุม
2. การออกความคิดเห็น
3. การตีปัญหาให้กระจ่าง
4. การออกเสียงสนับสนุนหรือคัดค้านปัญหา

ชื่น หรีฉวัฒดิ์ (2532) ได้ศึกษาเรื่อง การมีส่วนร่วมของผู้นำท้องถิ่นในการพัฒนาชนบท : ศึกษากรณีบ้านดงเค็งและบ้านชุมแสง อำเภอจอมพระ จังหวัดสุรินทร์ พบว่า ผู้นำท้องถิ่นเข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาชนบท 6 ขั้นตอนคือ การร่วมคิด การร่วมประชุมหารือ การร่วมวางแผน การร่วมทำ การร่วมติดตามผล และการร่วมค้นคิดหางานใหม่

ผลการวิจัยดังกล่าว สามารถสรุปขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชนได้ดังนี้

1. ร่วมคิด โดยให้โอกาสผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ เข้ามามีส่วนร่วมในการเสนอข้อมูลสภาพปัญหา ค้นคว้าปัญหา ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชน

2. ร่วมตัดสินใจ โดยให้โอกาสผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ เข้ามามีส่วนร่วมตัดสินในทางเลือกที่จะใช้ปฏิบัติ รวมทั้งการใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้เป็นประโยชน์ต่อส่วนรวม

3. ร่วมวางแผน โดยให้โอกาสผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ เข้ามามีส่วนร่วมในการวางนโยบาย แผนงาน โครงการ หรือกิจกรรม เพื่อขจัดและแก้ไขปัญหาที่สนองความต้องการของชุมชน

4. ร่วมปฏิบัติ โดยการให้โอกาสผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ เข้ามามีส่วนร่วมในการปฏิบัติตามกิจกรรม แผนงาน โครงการ หรือนโยบายที่วางแผนไว้

5. ร่วมติดตามและประเมินผล โดยให้โอกาสผู้ที่เกี่ยวข้องในทุกระดับ เข้ามามีส่วนร่วมในการควบคุม ติดตาม ประเมินผล และร่วมบำรุงรักษาโครงการหรือกิจกรรมที่ได้ปฏิบัติไปแล้วให้เกิดประโยชน์ตลอดไป

ประเด็นเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาของชุมชนและการพึ่งพาตนเองของชุมชน

สายพิรุณ น้อยศิริ (2530) ศึกษาปัจจัยส่งเสริมการพัฒนาองค์กรประชาชนในชนบท พบว่า ความสัมพันธ์ทางสังคมในชุมชน ประสบการณ์แก้ไขปัญหาร่วมกัน การมีปัญหาความต้องการร่วมกันของชุมชน คุณลักษณะของผู้นำและเจ้าหน้าที่ ตลอดจนการมีส่วนร่วมของประชาชน ล้วนเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้องค์กรเกิดการพัฒนา โดยที่ชุมชนสามารถแก้ไขปัญหาภายใต้กระบวนการแก้ไขปัญหาเป็นระบบกลุ่ม

อรทัย อาจอ่ำ (2531, อ้างถึงใน ภูษา ศรีวิลาศ, 2539 : 47) ศึกษาวิจัยเรื่อง ชุมชนแซ่งกี่กับวิถีชีวิตและกระบวนการพัฒนาสู่การพึ่งพาตนเอง ได้วิเคราะห์ถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่เกิดจากกระบวนการพัฒนา พบว่าทำให้ชุมชนเกิดการเรียนรู้ในการทำงานร่วมกัน สามารถแก้ไขปัญหาที่อยู่อาศัย และปัญหาหนี้สิน เกิดความคิดในการแก้ปัญหาอื่น ๆ ด้วยตนเอง นำไปสู่การมีสวัสดิการให้กับสมาชิกในชุมชนในด้านต่าง ๆ เช่น การจัดตั้งศูนย์เด็กเล็ก การส่งเสริมรายได้ให้กับกลุ่มสตรี รวมถึงกองทุนการศึกษา กองทุนยา หรือสาธารณสุข โดยมีตัวแปรเสริมที่นำไปสู่ความสำเร็จ ได้แก่ ศักยภาพและภูมิปัญญาของผู้นำ ความเป็นอิสระในการคิดไตร่ตรองของชุมชน ความต้องการหลักประกันในการดำรงชีวิต และความต้องการที่จะดำเนินการด้วยตนเองของคนในชุมชน

พรประภา สินธุนาวา (2533) ศึกษาการพึ่งพาตนเองของชุมชน โดยแนววัฒนธรรมชุมชนเพื่อการปฏิบัติงานสังคมสงเคราะห์ ศึกษาเฉพาะกรณีบ้านตะเพินคี่ จังหวัดสุพรรณบุรี พบว่าหมู่บ้านที่ศึกษามีการพึ่งตนเองได้ตามจารีตประเพณี โดยขึ้นอยู่กับองค์ประกอบของชุมชนในเรื่องของระบบการผลิตแบบยังชีพเพื่อการบริโภค ระบบการอยู่ร่วมสัมพันธ์กัน ซึ่งมีสถาบันครอบครัวและความเป็นเครือญาติ ระบบคุณค่า ศาสนา และความเชื่อ อันเป็นองค์ประกอบหลักของวัฒนธรรมชุมชน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยสภาพแวดล้อมและทรัพยากรธรรมชาติ ที่เอื้ออำนวยต่อการดำรงชีวิตของชุมชน

อรทัย อาจอ่ำ และโรเซ่ ซีกาล (2536, อ้างถึงใน ภูษา ศรีวิลาศ, อ้างแล้ว : 46) ทำการวิจัยและพัฒนาความจำเป็นขั้นพื้นฐานในชุมชนผู้มีรายได้น้อยในเมือง ศึกษากรณีชุมชนวัดช่องลม พบว่า ประชาชนในชุมชนมีความรับผิดชอบต่อชุมชนและสภาพแวดล้อมของตน มีความรู้สึกเป็นเจ้าของและความคิดริเริ่มสร้างสรรค์ของชุมชน ประกอบกับการมีปัจจัยหรือองค์ประกอบที่สำคัญ 3 ประการ ได้แก่

1. องค์กรชุมชน ซึ่งมีบทบาทและหน้าที่ในการบริหารจัดการ และการวางแผนดำเนินการต่าง ๆ

2. กำลังคน ซึ่งอาจอยู่ในรูปของปัจเจกบุคคล กลุ่ม หรือระบบอาสาสมัครก็ได้

3. การจัดการด้านการเงิน ซึ่งอาจจะเป็นในรูปของสหกรณ์ กลุ่มออมทรัพย์ หรือกองทุนหมุนเวียน เป็นต้น

จากการศึกษางานวิจัยดังกล่าว จะเห็นว่าในกระบวนการแก้ไขปัญหาของชุมชน มีจุดเน้นที่การระดมทุน และรวมตัวจัดตั้งขึ้นเป็นองค์กรเพื่อแก้ไขปัญหา โดยที่อยู่ภายใต้การดำเนินงาน การบริหาร การจัดการของคนในชุมชนได้อาศัยมิติทางวัฒนธรรมและศาสนาเป็นเครื่องมือกำกับจิตใจ เช่น ผู้นำขององค์กรจะต้องเป็นผู้ที่ซื่อสัตย์ สุจริต มีคุณธรรม และมีความสามารถ นอกจากนั้นปัจจัยทางกายภาพของชุมชนที่มีผลต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่ สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรม ลักษณะการตั้งบ้านเรือนราษฎร ระบบสาธารณูปโภคของชุมชน และการเชื่อมโยงติดต่อกับภายนอกชุมชน

ประเด็นเกี่ยวกับกลุ่ม ชุมชน เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม

สุภัสตรา เก้าประดิษฐ์ (2535) ได้ศึกษาเรื่อง ความสัมพันธ์ระหว่างการสนับสนุนทางสังคมกับการดูแลสุขภาพตนเองของคนในโรงงานอุตสาหกรรม ศึกษาเฉพาะกรณีโรงงานร่วมแสงพัฒนาอุตสาหกรรม พบว่า เครือข่ายที่มีความหนาแน่นสูง จะมีลักษณะของเครือข่ายที่มีความสัมพันธ์กันอย่างเหนียวแน่นและใกล้ชิด มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลหรือกิจกรรมการปฏิสังสรรค์ในอัตราความถี่สูง และมีอิทธิพลต่อกันและกันมาก

บังอร ศิริโรจน์ และ ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ (กระทรวงสาธารณสุข ; 2536) ได้ศึกษาการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่าปัจจัยสำคัญที่ช่วยให้การเผชิญปัญหาและการปรับตัวในแต่ละระยะ คือแรงสนับสนุนทางสังคมรอบข้าง โดยเฉพาะคนในครอบครัว และยังพบว่าผู้ที่ขาดแรงสนับสนุนทางสังคมจะมีภาวะเครียดสูง และประสบปัญหาในการปรับตัวมาก แต่ผู้ที่ได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากผู้อื่น ต้องผ่านการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อกับบุคคลนั้น ๆ ก่อน โดยผู้ติดเชื้อจะ

ต้องประเมินแล้วว่า ถ้าเปิดเผยจะเป็นผลดีมากกว่าผลเสีย โดยมีตัวกำหนดคือบทบาทหรือสถานภาพและความสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ติดเชื้อ ที่มีต่อบุคคลที่ตนเองจะเปิดเผยสภาพการติดเชื้อให้ทราบ

ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์ และคณะ (2536) ได้ศึกษาเกี่ยวกับชะตาชีวิตและการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอดส์ พบว่าปัจจัยด้านแรงสนับสนุนทางสังคม ได้แก่ ครอบครัว ญาติพี่น้อง จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์ดำรงชีวิตอยู่ได้อย่างปกติสุข มากกว่าพวกที่เผชิญปัญหาแต่เพียงลำพัง และพวกที่ทุกข์ยิ่งกว่าคือพวกที่ได้รับการรังเกียจ การแบ่งแยกจากสังคม ทำให้พวกนี้มีแนวโน้มที่จะไม่ประสบความสำเร็จในการเผชิญปัญหา บางคนถึงกับฆ่าตัวตาย

จิตรา เจริญภัทรเภสัช (2537) ได้ศึกษาเรื่องการสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวต่อผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น ศึกษาเฉพาะกรณีครอบครัวผู้ป่วยเอดส์เต็มขั้น โรงพยาบาลบำราศนราดูร พบว่า การสนับสนุนทางสังคมของครอบครัวส่วนใหญ่ ไม่กล้าจะเปิดเผยกับชุมชนว่าในครอบครัวมีผู้ป่วยเอดส์ เพราะเกรงว่าเมื่อเปิดเผยไปแล้วจะทำให้เพื่อนบ้านห่างเหินไป

ทิพพากรณ์ อัปสรธนะสมบัติ (Tippaporn Appsornthanasombat ,1994) ได้ศึกษาเรื่อง Establishing Community-Based Care for HIV/AIDS in a Rural Thai Community พบว่า นอกจากพระสงฆ์จะมีบทบาทเป็นผู้นำทางจิตวิญญาณแล้ว พระสงฆ์ยังมีบทบาทเป็นผู้รักษาพยาบาลหรือหมอชาวบ้านอีกด้วย โดยอาศัยหลักธรรมของพุทธศาสนาเป็นแนวทาง ฝึกจิตให้สงบ และให้ยาสมุนไพรเสริมเพื่อรักษาอาการไม่ให้ลุกลาม

จริยา ฐิตะฐาน (2539) ได้ศึกษาเรื่อง การศึกษาปฏิสัมพันธ์และความต้องการของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ครอบครัวและชุมชน พบว่า หากผู้ติดเชื้อเอดส์ได้พบปะระหว่างผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วยกัน มีกิจกรรมร่วมกัน โดยเฉพาะกิจกรรมที่มีรายได้ และสามารถทำในหมู่บ้านได้ จะทำให้สภาวะจิตใจของผู้ติดเชื้อเอดส์ดีขึ้น ความรู้สึกโดดเดี่ยว และความรู้สึกว่าตนเองเป็นภาระของครอบครัวลดลง นอกจากนี้ การสนับสนุนด้านอาชีพ ที่สามารถทำได้ในชุมชนแก่ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอดส์ จะทำให้ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ดีที่สุด

สกล บุญคำ (2540) ได้ศึกษาเรื่องบทบาทของชุมชนกับการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ศึกษาเฉพาะกรณีการดำเนินงานของสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่า ส่วนใหญ่เห็นสมควรให้ชุมชนช่วยกันดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ชุมชนไม่ควรผลักไสเด็กไปอยู่ที่อื่น และเห็นสมควรให้มีการขยายโครงการชุมชนช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ไปยังชุมชนอื่น ๆ ที่มีสภาพคล้ายคลึงกัน

ศูนย์บรรณสารสนเทศ
มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ

1 CO29 - 79960
2 HV 688 .T5 ส๒๔๙ ๒๕๔๒

จากการศึกษาวิจัยดังกล่าว สามารถสรุปบทบาทของกลุ่ม ชุมชน เครือข่ายทางสังคม และการสนับสนุนทางสังคม เพื่อเป็นแนวทางการศึกษาเรื่องนี้ได้ดังนี้

1. เครือข่ายทางสังคมที่จะมีส่วนร่วมในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน ประกอบด้วย 5 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มสมาชิกในครอบครัว กลุ่มเครือญาติ กลุ่มเพื่อนบ้าน กลุ่มผู้นำชุมชน และกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

2. การสนับสนุนทางสังคมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในชุมชน ประกอบด้วย 4 ประเภท ได้แก่ การสนับสนุนด้านอารมณ์ การสนับสนุนด้านสิ่งของและการเงิน การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสาร และการสนับสนุนด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยจากปราชญ์ชาวบ้าน

2.8 กรอบแนวคิดในการศึกษา

ในการศึกษาเรื่อง "การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ : ศึกษาเฉพาะกรณีชุมชนตำบลแม่แฝกใหม่ อำเภอสันทราย จังหวัดเชียงใหม่" ผู้ศึกษาได้นำผลจากการศึกษาแนวคิดทฤษฎีและผลงานวิจัยเกี่ยวข้องกับปัญหาที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์โดยชุมชน เครือข่ายทางสังคมและการสนับสนุนทางสังคม และการมีส่วนร่วมของชุมชนมากำหนดเป็นกรอบแนวคิดในการศึกษาไว้ดังนี้

1. ปัญหาที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ต่อชุมชน พิจารณาจากผลกระทบที่เกิดขึ้น 3 มิติ คือ

   1.1 โครงสร้างของสถาบันครอบครัว

   1.2 วัฒนธรรมชุมชน

   1.3 พลังชุมชน

2. เครือข่ายทางสังคมภายในชุมชน ที่มีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พิจารณาจากบทบาทของ

   2.1 กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

   2.2 สมาชิกในครอบครัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

   2.3 ญาติ

   2.4 เพื่อนบ้าน

   2.5 ผู้นำชุมชนทั้งที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ

3. สภาพแวดล้อมภายในชุมชน พิจารณาจากปัจจัย 3 ด้านคือ

3.1 ปัจจัยการมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่

3.1.1 ปัจจัยด้านคุณภาพของคนในชุมชน ซึ่งดูจากความรู้ความเข้าใจในกิจกรรม

3.1.2 ปัจจัยด้านฐานะความเป็นอยู่ของครอบครัว เช่น อาชีพ รายได้ และสิ่งอำนวยความสะดวกสบายในครอบครัว

3.1.3 ปัจจัยด้านความสัมพันธ์ทางสังคม เช่น การเป็นสมาชิกของกลุ่มในชุมชน การติดต่อและการได้รับการชักชวนจากเจ้าหน้าที่ เพื่อนบ้าน ผู้นำ สมาชิกในครอบครัว และการได้รับการอบรมให้ความรู้ทางสังคม

3.2 ปัจจัยทางกายภาพของชุมชน ที่มีผลต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชน ได้แก่

3.2.1 สถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกในการทำกิจกรรม

3.2.2 ลักษณะการตั้งบ้านเรือนอยู่อาศัยของประชาชน

3.2.3 ระบบสาธารณูปโภคของชุมชน

3.2.4 การเชื่อมโยงติดต่อกับภายนอกชุมชน

3.3 ประเภทของการสนับสนุนทางสังคมภายในชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่

3.3.1 การสนับสนุนด้านอารมณ์และจิตใจ

3.3.2 การสนับสนุนด้านสิ่งของ

3.3.3 การสนับสนุนด้านข้อมูลข่าวสารระหว่างประชาชนในชุมชน

3.3.4 การสนับสนุนด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยจากปราชญ์ชาวบ้าน ในชุมชน

4. สภาพแวดล้อมภายนอกชุมชน พิจารณาจากบทบาทขององค์กรและปัจจัยทางด้านกิจกรรมที่สนับสนุนชุมชน ดังนี้

4.1 บทบาทขององค์กรภาครัฐและภาคเอกชนภายนอกชุมชน ที่เป็นเครือข่ายกับชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่

4.1.1 บทบาทของสถาบันการศึกษา

4.1.2 บทบาทของหน่วยงานด้านสาธารณสุข

4.1.3 บทบาทของหน่วยงานด้านเศรษฐกิจ

4.1.4 บทบาทของหน่วยงานด้านสังคม

4.1.5 บทบาทขององค์กรภาคเอกชน

4.2 ปัจจัยทางด้านกิจกรรมที่สนับสนุนชุมชน ได้แก่

4.2.1 การรณรงค์เรื่องความรู้โรคเอดส์

4.2.2 การอยู่ร่วมและปฏิสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

4.2.3 การช่วยดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์

4.2.4 การตั้งกลุ่มกิจกรรมฝึกอาชีพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

4.2.5 การรณรงค์จัดหาทุนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

5. การมีส่วนร่วมของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่

5.1 การปรับตัวเพื่อการอยู่ร่วมกันของประชาชน

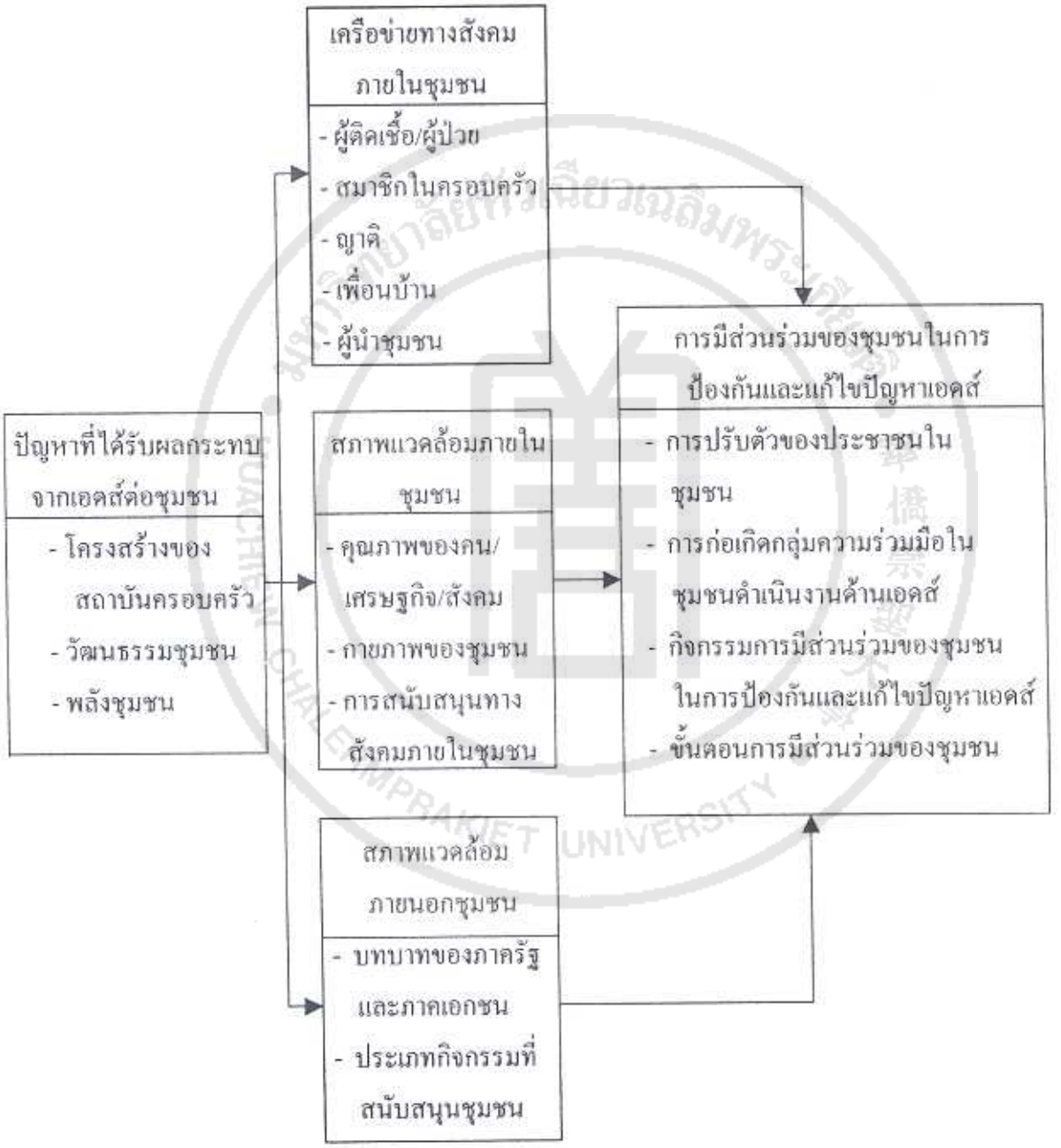
5.2 การก่อเกิดกลุ่มความร่วมมือในชุมชนดำเนินงานด้านเอดส์

5.3 กิจกรรมการมีส่วนร่วมของชุมชนดำเนินงานด้านเอดส์

5.4 ขั้นตอนการมีส่วนร่วมของชุมชน

มหาวิทยาลัยหัวเฉียวเฉลิมพระเกียรติ HUACHIEW CHALERMPRAKIET UNIVERSITY 華僑崇聖大學

จากกรอบแนวคิดดังกล่าว สรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้

แผนภูมิที่ 2.2

แสดงกรอบแนวคิดในการศึกษา