



ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ในการพัฒนาประเทศไทยให้เจริญก้าวหน้าทันประเทศที่พัฒนาแล้วนั้น ไม่ว่าจะ เป็นทางด้านเศรษฐกิจ การเงิน การลงทุน สิ่งหนึ่งที่รัฐไม่ควรจะมองข้ามไปคือ คน ในการพัฒนาประเทศนั้น การพัฒนาคุณภาพคนควรจะไปกับการพัฒนาด้านอื่น ๆ หากประชาชนในประเทศไม่มีคุณภาพ กล่าวคือ ด้อยโอกาสทางการศึกษา ขาดความรู้ในการดูแลรักษาในแง่สาธารณสุข หรือการว่างงาน ซึ่งส่วนใหญ่จะพบคนชนบทมากกว่าคนในเมือง การพัฒนาประเทศย่อมจะประสบความสำเร็จได้ยาก

รัฐบาลได้มุ่งพัฒนาชนบทนับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 พ.ศ.2505-2509 จนถึงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 พ.ศ.2540-2544 ซึ่งเน้นไปที่การพัฒนาคนเป็นเป้าหมายหลัก

โดยเน้นการพัฒนาคุณภาพชีวิตของประชาชน และเพิ่มทักษะทรัพยากรมนุษย์ คือการสร้างโอกาสทางด้านการศึกษา สาธารณสุข ตลอดจนการป้องกัน แก้ไข บำรุง และฟื้นฟูสภาพแวดล้อมเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะ การแข่งขันของประเทศ และยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทย เพราะใน 10 ปีข้างหน้า สภาพเศรษฐกิจและสังคมจะเปลี่ยนแปลงไปตามกระแสโลกาภิวัตน์ และมีความเป็นสากลมากขึ้น (สาธารณสุขมูลฐาน 2538 : 5-6)

ในการปฏิรูประบบสาธารณสุข เพื่อยกระดับคุณภาพชีวิตของคนไทยให้สูงขึ้น จะเน้นการป้องกันโรค การรักษาพยาบาลขั้นต้น และสร้างเสริมสุขภาพให้มากขึ้น ให้ความรู้แก่ประชาชน ประเทศจะพัฒนาได้ต้องอาศัยประชาชนที่มีสุขภาพพลานามัยสมบูรณ์ แข็งแรง สภาพแวดล้อมปราศจากมลพิษ เป็นที่ทราบกันดีว่าสุขภาพเป็นสิ่งจำเป็นพื้นฐานในการที่มนุษย์จะพัฒนาตนเอง ครอบครัวและชุมชน เมื่อประชากรในชุมชนใดมีสุขภาพดี ชุมชนนั้นก็จะมีทรัพยากรบุคคลที่มีคุณภาพ อีกทั้งฐานะทางเศรษฐกิจก็จะดีตามไปด้วย เนื่องจากบุคคลมีกำลังผลิตสูง ทั้งนี้เพราะประชาชนมีความสมบูรณ์ของร่างกาย สมอง และจิตใจ เป็นพื้นฐานอยู่แล้ว จึงสามารถรับการศึกษาเพื่อนำไปพัฒนาตนเองและสังคมได้อย่างเต็มที่ต่อไป

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ที่เน้นการพัฒนาคุณภาพของประชาชน ซึ่งจะนำไปสู่การพัฒนาในด้านอื่น ๆ แต่อุปสรรคสำคัญประการหนึ่งของการพัฒนาคุณภาพประชาชนคือ สุขภาพอนามัยของประชาชนเอง โดยเฉพาะประชาชนในชนบท จากสถิติสาธารณสุขโดยพิจารณาจากเครื่องชี้วัดสภาวะสาธารณสุข พบว่า อัตราตายโดยส่วนรวมด้วยโรคต่าง

ๆ ของประชาชนมีแนวโน้มลดลง แต่เมื่อวิเคราะห์จากอัตราผู้ป่วยด้วยโรคต่าง ๆ ซึ่งเป็นเครื่องชี้วัด ระดับสุขภาพอนามัยของประชาชนโดยตรง ยังพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่ของประเทศป่วยเป็นโรคที่สามารถป้องกันได้ในอัตราสูง

สาเหตุที่ประชาชนป่วยเป็นโรคที่ป้องกันได้ในอัตราสูงนั้นมีหลายประการ สาเหตุหนึ่งก็คือ ขาดการศึกษาหรือขาดความรู้เกี่ยวกับการรักษาสุขภาพอนามัย ดังนั้นการส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ทักษะ และ การปฏิบัติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสุขภาพอนามัย จึงเป็นสิ่งสำคัญมากที่จะช่วยให้ประชาชนมีสุขภาพอนามัยดี มีกำลังในการประกอบอาชีพ และยกระดับฐานะทางเศรษฐกิจให้สูงขึ้น

ปัจจุบันมีโรคต่าง ๆ มากมายที่เราสามารถป้องกันได้ หนึ่งในนั้นก็คือโรคเอดส์ ที่ประชาชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจและหลักในการป้องกันปฏิบัติโรคเอดส์ เป็นโรคที่เป็นแล้วไม่หาย ถึงแม้ว่าในปัจจุบันนี้จะมีการคิดค้นตัวยารักษาออกมามากมาย ที่จะมารักษาอาการอยู่ แต่ก็ยังอยู่ในขั้นทดลองเท่านั้น ดังนั้นจึงเป็นหน้าที่ของประชาชนเองที่จะต้องป้องกันตัวเองให้รอดพ้นจากโรคนี้

โรคเอดส์ หรือกลุ่มอาการ ภูมิคุ้มกันบกพร่อง (AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นโรคติดต่อที่เกิดจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งเรียกว่า Human Immunodeficiency Virus หรือเรียกย่อ ๆ ว่า HIV ที่สามารถทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจนร่างกายไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อโรคใด ๆ ได้ ทำให้ร่างกายคนติดเชื้อชนิดฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ได้ง่าย หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่าย และจะเสียชีวิตในที่สุด (สภาพร มานัสสถิตย์ 2534 : 2) โรคเอดส์เป็นโรคที่พบหรือมีรายงานเป็นครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกา ในเดือนมิถุนายน ปี พ.ศ.2524 และศูนย์ควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา (Center For Disease Control : CDC) ได้ประกาศให้โรคเอดส์เป็นโรคระบาด เมื่อปี พ.ศ.2525 ซึ่งเป็นโรคที่ระบาดร้ายแรง และมีแนวโน้มผู้ป่วยโรคเอดส์สูงขึ้นตลอดเวลาทั่วโลก (พรทิพย์ มาลาธรรมและบุญจันทร์ วงศ์นพรัตน์ 2535: 94)

องค์การอนามัยโลกได้รับรายงานจากทั่วโลก จนถึงวันที่ 15 ธันวาคม 2538 พบว่า มีผู้ป่วยโรคเอดส์สูงถึง 1,291,810 ราย โดยเป็นผู้ป่วยจากทวีปอเมริกา จำนวน 859,662 ราย ทวีปอัฟริกา 442,735 ราย ทวีปยุโรป 154,103 ราย โอเชียเนีย 6,680 ราย และทวีปเอเชีย 28,630 ราย (Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) - 15 ธันวาคม 2538)

จากการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 11 ที่เมืองแวนคูเวอร์ ประเทศแคนาดา เมื่อเดือนกรกฎาคม 2539 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ประมาณ 22 ล้านคน ในจำนวนนี้เป็นเด็ก 1 ล้านคน เป็นสตรีถึงร้อยละ 42 และร้อยละ 90 อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา โดยครั้งแรกที่ตรวจพบในชายรักร่วมเพศ ผู้ติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่ฐานะยากจน อายุระหว่าง 15-24 ปี ทุก

3
 วันทั่วโลกมีประชาชนประมาณ 8,500 คนติดเชื้อไวรัส สำหรับไทยและยูกันดา ซึ่งเป็น 2 ประเทศที่มีการระบาดของเชื้อไวรัส ในอัตราสูง ลดลงอย่างเห็นได้ชัด อันเป็นผลมาจากการที่รัฐบาลส่งเสริมให้มีการใช้ถุงยางอนามัย และการรณรงค์จนประชากรหยุดการสำส่อนทางเพศ ซึ่งขณะนี้ไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ที่เป็นสาเหตุของโรคเอดส์จำนวน 750,000 คน และในช่วงปลายปี พ.ศ.2543 คาดการณ์ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ประมาณ 900,000 ราย

สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย

นับแต่มีรายงานผู้ป่วยรายแรกเมื่อเดือนกันยายน 2537 จนถึงวันที่ 30 มิถุนายน 2539 มีผู้ป่วยเอดส์ 41,230 ราย แยกเป็นเพศชาย 34,655 ราย เพศหญิง 6,575 ราย คิดเป็นอัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 5.: 1 ในจำนวนนี้ เสียชีวิต 11,418 ราย

ประเภท	2539	2538	2527-2537	รวมสะสม ตั้งแต่ต้น
ผู้ป่วยเอดส์ (AIDS)	2,243	17,269	21,718	41,230
ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการ (Symptomatic HIV patient)	1,105	7,489	8,742	17,336

จำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามกลุ่มอายุและเพศ ประเทศไทย พ.ศ.2527 - 31 สิงหาคม 2539

แหล่งข้อมูล : กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

จากตารางของจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่แบ่งตามจังหวัดและเขตจะเห็นว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์ทางภาคเหนือจะมีจำนวนสูงมากกว่าภาคอื่น ๆ

จำนวนผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามเขต และรายจังหวัด ตั้งแต่กันยายน 2527 ถึง 30 มิถุนายน 2539

แหล่งข้อมูล : กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

เขต	จังหวัด	2527-36	2537	2538	2539	จำนวนสะสม	
						ผู้ป่วย	ตาย
	10 กรุงเทพฯ	904	1105	1635	201	3845	946
1	11 สมุทรปราการ	95	185	230	24	534	133
	12 นนทบุรี	125	174	190	6	495	150
	13 ปทุมธานี	53	126	118	2	299	79
	14 ออยุธยา	60	113	168	20	361	105
	15 อ่างทอง	5	18	36	8	67	17
	รวม	338	616	742	60	1756	484
2	16 ลพบุรี	32	47	59	9	147	44
	17 สิงห์บุรี	10	12	25	5	52	15
	18 ชัยนาท	11	21	29	2	63	18
	19 สระบุรี	71	155	247	37	510	162
	26 นครนายก	20	33	58	23	134	51
	72 สุพรรณบุรี	26	51	135	24	236	60
	รวม	170	319	553	100	1142	350
3	20 ชลบุรี	103	325	485	74	987	184
	21 ระยอง	192	441	676	132	1441	389
	22 จันทบุรี	40	130	308	90	568	122
	23 ตราด	14	88	148	29	279	60
	24 ฉะเชิงเทรา	34	73	146	5	258	57
	25 ปราจีนบุรี	36	65	110	14	225	56
	27 สระแก้ว	7	63	72	16	158	38
	รวม	426	1185	1945	360	3916	906

เขต	จังหวัด	2527-36	2537	2538	2539	จำนวนสะสม	
						ผู้ป่วย	ตาย
4	70 ราชบุรี	124	247	332	40	743	208
	71 กาญจนบุรี	69	164	261	88	582	197
	73 นครปฐม	70	105	129	12	316	81
	74 สมุทรสาคร	23	38	67	6	134	37
	75 สมุทรสงคราม	32	58	106	12	208	65
	76 เพชรบุรี	101	241	302	21	665	176
	77 ประจวบคีรีขันธ์	59	108	150	6	323	96
รวม		478	961	1347	185	2971	860

เขต	จังหวัด	2527-36	2537	2538	2539	จำนวนสะสม	
						ผู้ป่วย	ตาย
5	30 นครราชสีมา	106	202	217	4	529	149
	31 บุรีรัมย์	70	139	182	16	407	153
	32 สุรินทร์	70	81	167	6	324	74
	33 ศรีสะเกษ	71	123	158	19	371	67
	36 ชัยภูมิ	39	98	143	8	288	63
	รวม		356	643	867	53	1919

เขต	จังหวัด	2527-36	2537	2538	2539	จำนวนสะสม	
						ผู้ป่วย	ตาย
6	39 หนองบัวลำภู	8	28	43	6	85	22
	40 ขอนแก่น	181	257	396	40	874	163
	41 อุดรธานี	75	79	226	27	407	58
	42 เลย	22	37	90	10	159	29
	43 หนองคาย	22	30	28	8	88	12
	46 กาฬสินธุ์	34	86	145	11	276	62
	47 สกลนคร	25	26	27	9	87	15

	รวม	367	543	955	111	1976	361
7	34 อุบลราชธานี	109	161	279	43	592	112
	35 ยโสธร	27	52	80	12	171	34
	37 อ่างนาจเจริญ	7	38	58	11	114	15
	44 มหาสารคาม	44	98	164	22	328	56
	45 ร้อยเอ็ด	97	113	168	30	408	78
	48 นครพนม	10	28	29	5	72	23
	49 มุกดาหาร	7	13	38	2	60	15
	รวม	301	503	816	125	1745	333
เขต	จังหวัด	2527-36	2537	2538	2539	จำนวนสะสม	
						ผู้ป่วย	ตาย
8	60 นครสวรรค์	64	95	151	7	317	111
	61 อุทัยธานี	3	28	29	11	71	15
	62 กำแพงเพชร	35	98	203	11	347	91
	63 ตาก	22	53	74	18	167	49
	64 สุโขทัย	38	81	104	16	239	72
	รวม	162	335	561	63	1141	338
9	53 อุตรดิตถ์	28	37	38	6	109	44
	54 อุทัยธานี	63	97	154	3	317	112
	55 น่าน	89	150	255	60	554	238
	65 พิษณุโลก	59	99	99	27	284	90
	66 พิจิตร	33	83	92	13	221	91
	67 เพชรบูรณ์	38	92	145	16	291	88
	รวม	310	558	783	125	1776	663
10	50 เชียงใหม่	1641	2228	2075	148	6092	1425
	51 ลำพูน	279	459	483	53	1274	374
	52 ลำปาง	678	530	711	74	1993	818
	56 พะเยา	439	605	1120	193	2357	697
	57 เชียงราย	1441	1425	1497	241	4604	1503

	58 แม่ฮ่องสอน	70	99	133	14	316	116
	รวม	4548	5346	1019	723	16636	4933
11	80 นครศรีธรรมราช	45	54	103	10	212	28
	81 กระบี่	25	42	41	1	109	34
	82 พังงา	19	30	35	0	84	34
	83 ภูเก็ต	28	72	1028	8	210	93
	84 สุราษฎร์ธานี	34	89	114	3	240	52
	85 ระนอง	28	77	99	27	231	109
	86 ชุมพร	15	54	84	14	167	53
	รวม	194	418	578	63	1253	403
12	90 สงขลา	98	215	211	35	559	156
	91 สตูล	10	25	32	9	76	23
	92 ตรัง	22	12	56	5	95	35
	93 พัทลุง	7	25	30	3	65	18
	94 ปัตตานี	21	41	78	15	155	44
	95 ยะลา	18	34	41	5	98	26
	96 นราธิวาส	36	48	20	2	106	33
	รวม	212	400	468	74	1154	335
	รวมทั้งประเทศ	8766	12952	17269	2243	41230	11418

แหล่งข้อมูล - กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ปี 2539

จะเห็นได้ว่าจำนวนผู้ป่วยเอดส์จะเริ่มมีมากขึ้นตั้งแต่จังหวัดแพร่ จังหวัดน่าน ลำพูน แม่ฮ่องสอน พะเยา ลำปาง เชียงใหม่ และเชียงราย ตามลำดับ ทั้งนี้อาจจะเป็นผลจากการในแต่ละจังหวัดมีสถานบริการทางเพศและจำนวนหญิงขายบริการในอัตราสูง

ที่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร (รวมบทบรรยายการสัมมนา ระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ : 2536) ในเขตภาคเหนือพบว่า เด็กเริ่มเที่ยวครั้งแรกเมื่ออายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 16 ปี ภาคเหนือตอนบนเท่ากับ 34% ภาคเหนือตอนล่าง 26% จากการเป็นนักท่องเที่ยวจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่จะทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ง่าย และอีกสาเหตุหนึ่งคือ การดื่มสุรา จากข้อมูลที่พะเยาพบว่า อายุเริ่มแรกที่ดื่มสุรา คือ 11-12 ปี ประมาณ 2% อายุ 13-14 ปี เท่ากับ 10% และ

15-16 ปี เท่ากับ 40% ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้ประชาชนเพิ่มพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเกิดโรคเอดส์ เพราะการขาดสติมาควบคุม

จังหวัดแพร่เป็นจังหวัดหนึ่งทางภาคเหนือที่มีปัญหาความรุนแรงของโรคเอดส์ คือ นับตั้งแต่พบผู้ติดเชื้อเอดส์รายแรกของจังหวัดแพร่ ในปี พ.ศ.2530 เป็นต้นมา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแพร่ ได้ดำเนินกิจกรรมให้ศึกษาและรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ทุกรูปแบบทุกวิถีทาง เพื่อให้ประชาชนได้มีความรู้และตระหนักถึงผลกระทบต่าง ๆ ของโรคเอดส์ แต่สถานการณ์โรคเอดส์ของจังหวัดแพร่กลับมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อย ๆ จนกลายเป็นจังหวัดที่มีสถานการณ์โรคเอดส์สูงสุดเป็นอันดับหนึ่งของเขต 9 มาโดยตลอด

ตารางที่ 1 สถานการณ์โรคเอดส์จังหวัดแพร่ มีผู้ติดเชื้อเอดส์ตั้งแต่เริ่มพบ (พ.ศ.2530 ถึงเดือนมิถุนายน 2539)

ประเภทของกลุ่มที่พบ	2530 - มิ.ย.39 พบผู้ติดเชื้อ (ราย)	ประจำเดือนมิถุนายน 2539		
		จำนวนตรวจ (ราย)	พบเชื้อเอดส์ (ราย)	ร้อยละ
1. หญิงอาชีพพิเศษ	1,025	10	3	30.00
2. ผู้ติดยาเสพติด	40	17	11	64.71
3. ประชาชนทั่วไป	3,027	928	46	4.96
4. คลินิกนิรนาม	211	18	5	27.78
5. ผู้ต้องขัง	72	0	0	0.00
6. หญิงฝากครรภ์	234	185	4	0.85
รวม	4,609	1,158	66	5.70

หมายเหตุ ประชาชนทั่วไป หมายถึง ผู้บริจาคโลหิต ผู้ป่วยโรงพยาบาล ประชาชนที่มาตรวจโรคทางเพศสัมพันธ์

ตารางที่ 2 จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อมีอาการแยกตามรายอำเภอ
ตั้งแต่ปี 2531 - มิถุนายน 2539

อำเภอ	ผู้ป่วย เอดส์	เสียชีวิต	ผู้ติดเชื้อมี อาการ	เสียชีวิต	รวม	เสียชีวิต
เมือง	90	22	139	20	229	42
ร้องกวาง	41	12	29	2	70	14
สูงเม่น	42	17	90	13	132	30
สอง	32	9	75	8	107	17
สอง	33	19	66	14	99	33
เด่นชัย	21	8	82	7	103	15
หนองม่วงไข่	11	3	26	5	37	8
วังชิ้น	18	7	32	9	50	16
ไม่ทราบที่อยู่	2	0	1	1	3	1
รวมทั้งจังหวัด	290	97	540	79	830	176

แหล่งข้อมูล จากรายงาน 506/1,507/1 งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค จังหวัดแพร่ สำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัดแพร่

สถานการณ์โรคเอดส์ เฉพาะอำเภอเด่นชัย จ.แพร่
จากที่พบจนถึงวันที่ 30 ตุลาคม 2538

ระยะอาการ	จำนวนผู้ป่วย	จำนวนผู้ป่วยเสียชีวิต
AIDS	8	5
Symptomatic HIV	47	18
HIV+	123	35
รวม	179	58

ข้อมูล : จากฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลสมเด็จพระพุทธพรหม เด่นชัย จ.แพร่

จำนวนผู้ป่วยแยกตามอาการและหมู่บ้าน อ.เด่นชัย จ.แพร่

ตำบล	AIDS	Symtomatic	HIV+	รวม
ต.เด่นชัย	6	15	52	74
ต.ห้วยไร่	0	5	18	23
ต.ไทรน้อย	1	9	15	25
ต.ปางป๋าย	0	9	20	29
ต.แม่จั่ว	1	8	18	27

แนวทางในการป้องกันโรคเอดส์

จากวารสารเศรษฐกิจและสังคม (วรัญญา : 2536) พบว่างานศพของผู้มีเกียรติในภาคเหนือบางคน ซึ่งป่วยด้วยโรคเอดส์ มีคนไปร่วมในงานศพเพียง 10 กว่าคน และ 10 กว่าคนนั้นยืนอยู่ห่าง ๆ แม้แค่น้ำที่แจกในงานศพ ก็ยังไม่มีใครดื่ม ทั้ง ๆ ที่เขาเหล่านั้นรู้ว่าโรคเอดส์ติดต่อกันได้อย่างไร และป้องกันได้อย่างไร แต่ก็ยังมีความหวาดกลัว เนื่องจากศพของผู้ป่วยถูกห่อหุ้มด้วยถุงพลาสติกหลายชั้น ซึ่งอาจกล่าวได้ว่า โรคเอดส์มีผลกระทบต่อด้านจิตใจ ครอบครัว และสังคมโดยตรง

แม้ว่าการแก้ไขปัญหาและการรณรงค์โรคเอดส์ใน 2-3 ปี ที่ผ่านมา ไทยประสบความสำเร็จอย่างมาก คือ ป้องกันการติดเชื้อของประชาชนผู้รับบริการโลหิตไม่ต่ำกว่าปีละ 10,000 คน ป้องกันการติดเชื้อในหมู่ชายไทย จากหญิงขายบริการทางเพศอย่างน้อยปีละ 50,000 คน สำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีการเจ็บป่วยสามารถครอบคลุมได้ถึง 80% ของจำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่ ผลการดำเนินงานได้รับการยอมรับจากนานาชาติว่าประสบความสำเร็จการระดมความร่วมมือป้องกันและควบคุมปัญหาเอดส์

แต่ภาวการณ์ของเอดส์ปัจจุบันยังมีผลกระทบอีกหลายแง่มุม การดำเนินการป้องกันแก้ไขยังต้องสืบเนื่องต่อไปให้ทันสถานการณ์

แนวทางการพัฒนาส่งเสริมสุขภาพ บริการทางการแพทย์นับเป็นอีกแนวทางสำคัญในการป้องกันแก้ไข แม้ไทยจะควบคุมอัตราผู้ติดเชื้อรายใหม่ในระดับหนึ่ง แต่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยจำนวนมากที่เริ่มมีอาการป่วยต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม ฯลฯ

ภายใต้ยุทธศาสตร์การบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขจะต้องระดมความร่วมมือจากสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยและนานาชาติ ร่วม

สร้างเครือข่ายการพัฒนาการดูแลสุขภาพ สำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์และการพัฒนาการจัดการกับการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่เด็กทารก ในการสร้างกลไกการจัดการ บริการโลหิตให้มีความปลอดภัยสูงสุด รวมถึงการพัฒนาทดลองและประเมินวัคซีน ผสมผสานเข้ากับระบบสาธารณสุขในชุมชน เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ระหว่างปี 2540-2544

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน จัดประชุม 'ปฐมทัศน์แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2540-2544' วันที่ 22 กรกฎาคม พ.ศ.2539 ณ ศูนย์ประชุมสหประชาชาติ

ซึ่งแผนเอดส์ฉบับล่าสุดเน้นพัฒนาที่คนให้มีศักยภาพในการป้องกันตนเองและรู้จักแก้ไขปัญหาเอดส์ เน้นพัฒนาสภาพแวดล้อมรอบตัวให้เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไข โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

แนวคิดและทิศทาง

การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ.2540-2544 ได้มีการปรับปรุงแนวคิดและทิศทางการดำเนินงานใหม่ให้สอดคล้องกับสถานการณ์ของโรคเอดส์ที่แปรเปลี่ยนไปอย่างรวดเร็ว ประกอบกับสภาวะทางเศรษฐกิจสังคมและวัฒนธรรมภายในประเทศได้ปรับเปลี่ยนไปตามกระแสโลกาภิวัตน์ ดังนั้น การแก้ไขปัญหาก็ปรากฏผลสำเร็จได้อย่างยั่งยืนจะต้องมีจุดเน้นดังนี้

1. เน้นพัฒนาที่ตัวคน ให้คนมีศักยภาพ ในการป้องกันตนเองจากโรคเอดส์และปัญหาสังคมต่าง ๆ รวมทั้งการรู้จักแก้ไข้ปัญหา
2. เน้นพัฒนาสภาพแวดล้อมรอบตัวคน ให้เอื้อต่อการป้องกัน และแก้ไข้ปัญหาโรคเอดส์

ลักษณะของแผน

1. แผนนี้เป็นแผนชี้นำทิศทางการแก้ไข้ปัญหาเอดส์สำหรับปี พ.ศ.2540-2544 ตามแนวคิดใหม่ที่เน้นพัฒนาคนและสภาพแวดล้อมรอบตัวคนในการป้องกันและแก้ไข้ปัญหาเอดส์และปัญหาสังคมอื่น ๆ ดังนั้นจึงได้ปรับเปลี่ยนจากการชี้นำทิศทางการแก้ไข้ปัญหาเอดส์แบบแยกส่วนมาเป็นแบบองค์รวม ให้มีความสอดคล้องสัมพันธ์กันอย่างเป็นระบบ ทั้งแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม แผนพัฒนาการสาธารณสุข แผนพัฒนาการศึกษา แผนพัฒนาเด็กและเยาวชน แผนพัฒนาแรงงานและสวัสดิการสังคม แผนพัฒนาวัฒนธรรม และแผนพัฒนาอื่น ๆ

2. แผนนี้ได้ปรับกระบวนการทศวรรษในเรื่องเอดส์จากเดิมที่เน้นบทบาทการดำเนินการแก้ไข้ปัญหาเอดส์โดยภาครัฐ มาเน้นบทบาทของทุกฝ่าย ตามภารกิจหน้าที่ขององค์กรนั้น ๆ ทั้งธุรกิจเอกชนองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ครอบครั้ว ชุมชน ตลอดจนผู้ติดเชื้อเอดส์ให้เข้ามามีส่วน

ร่วมในทุกกระบวนการ ตั้งแต่การร่วมคิด การวางแผน การร่วมดำเนินการ และการร่วมติดตาม ประเมินผล

3. แผนนี้กำหนดยุทธศาสตร์ และมาตรการที่ชี้นำทิศทางการแก้ไขปัญหาเอชดี ตาม วัตถุประสงค์โดยรายละเอียดจะปรากฏในแผนปฏิบัติการ ซึ่งคณะกรรมการชุดต่าง ๆ ภายใต้ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ เป็นแกนหลักในการประสานการจัดทำแผน ปฏิบัติการร่วมกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ องค์กรเอกชน ภาคธุรกิจเอกชน ชุมชน ครอบครัว สื่อมวลชน นักวิชาการ ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในลักษณะพหุภาคี

4. ทั้งนี้แผนปฏิบัติการจะประกอบด้วยแผนงานโครงการซึ่งควรจะต้องดำเนินการ แบบองค์รวม คือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกหน่วยงานร่วมกันคิด ร่วมกันทำ ในลักษณะมีส่วนร่วมรับผิดชอบแก้ไขปัญหาร่วมกัน และร่วมติดตามประเมินผลโดยยึดหลักภารกิจหน้าที่และพื้นที่ในการ จัดทำแผนงานและโครงการให้สอดคล้องกับแผนเงินและแผนคน

สาระสำคัญของแผน

แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชดี พ.ศ.2540-2544 มีสาระสำคัญดังนี้

วัตถุประสงค์ทั่วไป

1. เพื่อป้องกันและลดปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์
2. เพื่อลดผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพ ของประชาชน จากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับชาติ

วัตถุประสงค์เชิงยุทธศาสตร์

1. เพื่อให้สังคมไทยมีสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ รวมทั้งเอื้อต่อการบรรเทาปัญหาโรคเอดส์
2. เพื่อให้คน ครอบครัว ชุมชน และระบบเศรษฐกิจไทยมีศักยภาพในการลด และจัดการปัญหาอันเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

เป้าหมาย

1. ประชากรทั่วไปมีการติดเชื้อรายใหม่ลดลง
2. ลดผลกระทบทางสังคม เศรษฐกิจ และสุขภาพของประชาชน อันเนื่องมาจากปัญหาเอชดี ตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน จนถึงระดับชาติ

ยุทธศาสตร์

1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพ ครอบครัว และชุมชน เพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอชดี
2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสภาพแวดล้อมในสังคมให้เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอชดี
3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาลังคมจิตวิทยา ให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอชดีอยู่ในสังคม อย่างปกติสุข
4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาบริการพื้นฐานทางสังคม และเศรษฐกิจ ในการป้องกันและ แก้ไขปัญหาเอชดี
5. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ ในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอชดี
6. ยุทธศาสตร์การพัฒนามุมปัญญาและการวิจัย เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา เอชดี
7. ยุทธศาสตร์การพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอชดี
8. ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกการบริหารจัดการ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา เอชดี

จุดเน้นในแต่ละยุทธศาสตร์

1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพ ครอบครัว และชุมชน เพื่อป้องกันปัญหาเอชดี เน้นการพัฒนาศักยภาพคน สถาบันครอบครัว และชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชดี โดยเฉพาะการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนให้มีความเข้มแข็ง ตระหนักต่อปัญหาเอชดีมีการช่วยเหลือเกื้อกูล มีการจรรโลงวัฒนธรรมชุมชน และวิถีชีวิตที่สามารถป้องกันปัญหาเอชดี ยุติศานิยมที่ไม่เหมาะสม เพื่อป้องกันการเหนี่ยวนำเข้าสู่สถานการณ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชดี อาทิ การซื้อขายบริการทางเพศ การมีโสเภณีเด็กในชุมชน การขายลูกและล่อลวงเยาวชนสู่ธุรกิจบริการทางเพศ และการดื่มสุรา เป็นต้น
2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสภาพแวดล้อมในสังคมให้เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอชดี เน้นเสริมสร้างสภาพแวดล้อมทางเศรษฐกิจ สังคมที่เอื้อต่อการสร้างศักยภาพในการ ป้องกัน และการแก้ไขปัญหาเอชดี โดยส่งเสริม และพัฒนาการประกอบธุรกิจที่ไม่ทำลายวัฒนธรรม และวิถีชีวิตของชุมชน ให้ผู้ด้อยโอกาสได้มีระดับรายได้เพียงพอเลี้ยงตัวเองและครอบครัว มีความมั่นคงในอาชีพ โดยไม่ต้องอพยพย้ายถิ่น สร้างจิตสำนึกให้ผู้ประกอบการและนายจ้างได้

ตระหนักถึงความสำคัญของการขยายโอกาสให้พนักงานและลูกจ้างได้รับการพัฒนาศักยภาพของตนเองในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีควบคู่ไปกับการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอชไอวีและครอบครัว สามารถพึ่งตนเองได้ทางเศรษฐกิจ และมีคุณภาพชีวิตที่ดี

นอกจากนี้การสร้างสภาพแวดล้อมในสังคมยังครอบคลุมถึงการให้ข้อมูลข่าวสารที่มีคุณภาพผ่านสื่อมวลชนต่าง ๆ และสร้างโอกาสให้คนในทุกท้องถิ่น รวมทั้งที่อยู่ในถิ่นทุรกันดารห่างไกล มีโอกาสเข้าถึงข้อมูลข่าวสารที่เป็นประโยชน์อย่างทั่วถึง อีกทั้งการจัดสร้างที่พักผ่อนหย่อนใจ ในรูปแบบต่าง ๆ เช่น สวนสาธารณะ สนามกีฬา สวนสนุก สวนสัตว์ ฯลฯ เพื่อเป็นทางเลือกในการพักผ่อนหย่อนใจแก่ประชาชน แทนการไปแสวงหาที่เที่ยวในแหล่งเริงรมย์ ผับ ดิสโกเธค คาราโอเกะ เป็นต้น

3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคมจิตวิทยาให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อยู่ในสังคมอย่างปกติสุข เน้นการใช้กระบวนการทางสังคมจิตวิทยาให้บุคคลรอบข้างและสังคมมีความเข้าใจยอมรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอชไอวี และครอบครัวโดยไม่มีการรังเกียจสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข รวมทั้งให้การคุ้มครองสิทธิประโยชน์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และครอบครัวในด้านต่าง ๆ อาทิ ในการเข้าศึกษา การประกอบอาชีพ และที่อยู่อาศัย เป็นต้น

4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาบริการพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี เน้นการพัฒนาบริการพื้นฐานทางสังคม ได้แก่ กระบวนการเรียนรู้ และกระบวนการศึกษาอบรม เพื่อเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ซึ่งจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนค่านิยมและพฤติกรรมเสี่ยงระบบความมั่นคงทางสังคมและสวัสดิการสังคม เพื่อการดูแลเด็กและผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ให้การดูแลเด็กกำพร้า และการจัดให้มีบริการคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์ ในหน่วยงานและสถาบันต่าง ๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เป็นต้น

5. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ และบริการทางการแพทย์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี เน้นใช้กระบวนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีสร้างศักยภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในการดูแลสุขภาพของตนเองคงความเป็นผู้มีสุขภาพแข็งแรงไว้ให้ยาวนานที่สุด รวมทั้งจัดระบบบริการทางการแพทย์ ที่เหมาะสมแก่ผู้เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์หรือโรคแทรกซ้อนฉวยโอกาสควบคู่ไปกับการสร้างศักยภาพของครอบครัว และชุมชนให้สามารถดูแลสุขภาพสมาชิกในยามเจ็บป่วยได้

6. ยุทธศาสตร์การพัฒนากฎมีปัญญาและการวิจัยเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี เน้นการทบทวนสังเคราะห์องค์ความรู้จากการวิจัยที่มีอยู่ทั้งในและต่างประเทศ เพื่อนำมาประยุกต์ใช้ให้สอดคล้องกับบริบทของสังคมไทยอย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ด้านต่าง ๆ ร่วมกับนานาชาติ รวมทั้งสนับสนุนการพัฒนาอุตสาหกรรมที่รองรับเทคโนโลยี ซึ่งสำคัญต่อการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์

7. ยุทธศาสตร์การพัฒนาความร่วมมือต่างประเทศเพื่อการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ เน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในภูมิภาค ในการป้องกันและแก้ปัญหา เอดส์ร่วมกัน การแลกเปลี่ยน การประเมินเทคโนโลยี และวิทยาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหา เอดส์กับนานาชาติ ตลอดจนเป็นแนวทางในการประสานการใช้ทรัพยากรที่ได้รับ ผ่านความร่วมมือ ระหว่างประเทศให้สอดคล้องกับทิศทางของแผนป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ

8. ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกการบริหารจัดการเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหา เอดส์จุดเน้นของยุทธศาสตร์นี้คือการเสนอแนวทางในการบริหารจัดการแบบองค์รวม ทั้งในระดับ ชาติ ระดับภูมิภาค และท้องถิ่น เพื่อให้แผนงานและโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของ ประเทศเป็นไปอย่างมีเอกภาพและกอบปรักด้วยประสิทธิภาพสูงสุด

กล่าวสรุปได้ว่า วิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์จะประสบความสำเร็จจะสร้าง ความเข้มแข็งให้แก่ครอบครัวและชุมชน โดยการให้ความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคเอดส์ โดยมีภาคราชการและองค์กรพัฒนาเอกชน อาสาสมัครต่าง ๆ ให้ความช่วยเหลือ สนับสนุนทางด้านความรู้ งบประมาณ อุปกรณ์ สื่อต่าง ๆ เป็นต้น โดยเฉพาะภาคราชการจะต้อง เปลี่ยนวิธีการดำเนินงานจากเดิม ๆ ที่เคยปฏิบัติกันหันมาใช้วิธีการใหม่ ๆ ที่เห็นว่าจะประสบความสำเร็จได้ วิธีการหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุข ได้นำมาใช้ในการดำเนินงานแก้ไข เพื่อให้สอดคล้องกับแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2540-2544 ก็คือ การหันมามองสื่อ ประเภทหนึ่งที่อยู่ใกล้ชิดกับประชาชน ในแต่ละพื้นที่มากที่สุดนั่นก็คือสื่อพื้นบ้าน ซึ่งในทุกภาคจะมีความนิยมแตกต่างกันไป เช่น ภาคเหนือจะนิยมฟังหรือชมการแสดงขอ ภาคกลางจะเป็นลิเก

ลำตัด ภาคอีสานก็คือหมอลำ และภาคใต้เป็นหนังตะลุง เป็นต้น ด้วยเหตุนี้ ทางกองสุศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ จึงได้จัดโครงการสัมมนาเรื่อง "ศิลปินท้องถิ่นกับงานสาธารณสุข" ระหว่างวันที่ 11-13 ก.ค. 2539 ที่โรงแรม ลิลเดิ้ลคัก จ.เชียงราย โดยมีเป้าหมายที่จัดการอบรมให้ความรู้เกี่ยวกับงานสาธารณสุขให้กับศิลปินพื้นบ้าน เพื่อจะได้ออกเผยแพร่ให้กับกลุ่มเป้าหมายต่อไป

เสนาะ เทียนทอง รัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข ได้กล่าวถึงบทบาทสำคัญของศิลปินพื้นบ้านไว้น่าสนใจว่า ศิลปินพื้นบ้านเป็นนักแสดงที่สามารถเข้าถึงประชาชนได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะในเขตชนบท จึงถือเป็นผู้ที่มีอิทธิพลและมีบทบาทสำคัญอย่างยิ่ง ด้วยความคิด ความเชื่อ ของประชาชน สามารถถ่ายทอดความรู้ต่าง ๆ ด้วยภาษาท้องถิ่นที่ง่ายต่อการเข้าใจ เหมาะสมกับ สภาพของแต่ละท้องถิ่น ทำให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายสามารถรับรู้และเข้าใจได้อย่างรวดเร็ว นำ ไปสู่การโน้มน้าวให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมบางอย่างได้ (ข่าวสด : อาทิตย์ที่ 14 กรกฎาคม 2539)

ซึ่งสอดคล้องกับคำกล่าวของจุมพล รอดคำดี (2527) ที่ได้กล่าวถึงผลดีของสื่อพื้นบ้าน ไว้ว่า "สื่อพื้นบ้านเป็นสื่อที่นิยมของประชาชนได้ดีกว่าสื่อสมัยใหม่และมีราคาถูกในแง่ต้นทุนการ

ผลิต เนื่องจากเป็นสื่อที่มีอยู่แล้ว ซึ่งส่วนใหญ่ใช้ในด้านบันเทิง ดังนั้นการสอดแทรกเนื้อหาในงานพัฒนา ถ้าหากทำได้จะเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ในแผนพัฒนามากที่สุด' สุรพล วิรุฬห์รักษ์ (2527 : 18) ได้กล่าวถึงข้อดีของสื่อพื้นบ้านว่า 'สื่อพื้นบ้านเป็นสื่อที่ได้รับความนิยมจากคนหมู่มากและสามารถแสดงได้บ่อย ๆ เปิดโอกาสให้คนดูมีส่วนร่วมได้มาก ตลอดจนสามารถเปิดโอกาสให้สอดแทรกข่าวสารตามที่ต้องการได้' นอกจากนี้ Shyam Parmar (อ้างถึง ใน จุมพล รอดคำดี และคณะ 2527 : 3) กล่าวถึงข้อดีของสื่อพื้นบ้านว่า

1. สื่อพื้นบ้านเป็นสื่อที่ใกล้ชิดกับมวลชนทั้งประเทศและแสดงออกทางอารมณ์มากกว่าการให้เหตุผลในเชิงวิชาการ
2. สื่อพื้นบ้านสามารถดัดแปลงการแสดงได้หลายรูปแบบ เพื่อสนองความต้องการในด้านการสื่อสารมวลชนทุกหมู่เหล่า
3. สื่อพื้นบ้านเป็นของท้องถิ่นและมีชีวิต สามารถสร้างความสามัคคีในกลุ่มคนฟังหรือคนดูได้ดีกว่าสื่อมวลชนสมัยใหม่
4. สื่อพื้นบ้านเป็นสื่อที่หาง่ายสำหรับชาวบ้าน
5. สื่อพื้นบ้านสามารถปรับตัวเข้ากับเนื้อหาใหม่ ๆ ได้เสมอ
6. สื่อพื้นบ้านเป็นสิ่งที่ชื่นชอบแก่ทุกเพศทุกวัย
7. สื่อพื้นบ้านเป็นสื่อที่มีราคาถูกเมื่อเปรียบเทียบกับสื่อมวลชนสมัยใหม่

ดังนั้นคงพอสรุปได้ว่า สื่อพื้นบ้านเป็นสื่ออีกชนิดหนึ่งที่สามารถนำมาใช้ในการเผยแพร่ข่าวสาร การให้ความรู้ด้านต่าง ๆ แก่ประชาชนในชนบทได้เป็นอย่างดี ด้วยเหตุนี้ผู้วิจัยจึงมีความสนใจศึกษาสื่อพื้นบ้านชนิดหนึ่ง ที่ได้รับความสนใจและความนิยมจากประชาชนท้องถิ่นล้านนาเป็นอย่างมาก ถึงกับนำสื่อพื้นบ้านชนิดนี้ออกอากาศทั้งทางสถานีวิทยุและโทรทัศน์อยู่เป็นประจำมาจนกระทั่งทุกวันนี้ นั่นก็คือ 'สื่อพื้นบ้านประเภทขอ' ซึ่งเป็นสื่อพื้นบ้านที่เก่าแก่และได้รับความนิยมในหมู่ประชาชนท้องถิ่นล้านนาสืบมาตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีลักษณะเป็นวรรณกรรมปากเปล่าหรือวรรณกรรมมุขปาฐะ ที่ใช้ร้องเล่นในโอกาสและเทศกาลต่าง ๆ กล่าวคือ เป็นการขับร้องโต้ตอบระหว่างกัน ชายหนึ่งคนกับหญิงหนึ่งคนมีดนตรีบรรเลงคลออยู่ตลอดเวลา เนื้อหามักเป็นเรื่องเกี่ยวกับพิธีกรรมต่าง ๆ ที่ได้รับการว่าจ้างให้ไปประกอบพิธีนั้น ๆ คำร้องเป็นไปตามแบบแผนที่จดจำกันมาว่าเป็นไปตามปฏิภาณของผู้ขอบ้าง ท่วงทำนองขอจะมีอยู่หลายทำนองด้วยกัน นอกจากนี้ยังได้มีผู้รู้หลายท่านให้ความหมายของสื่อพื้นบ้านประเภทขอไว้ดังต่อไปนี้ เช่น สิงชะวรรณลัย (2524) ได้ให้ความหมายของคำว่าขอ คือ 'เพลงของล้านนาไทยใช้นำหน้าบทขับต่าง ๆ คำขับโตที่ขึ้นต้นด้วยคำว่าขอมักมีดนตรีคลอตามไปด้วยเสมอ' สำหรับมณี พยอมยงค์ (2524) อธิบายว่า ขอ หมายถึง 'การขับร้องโดยนำเอาเหตุการณ์ที่พบเห็นหรือประสบการณ์ต่าง ๆ มาขับร้อง โดยจัดทำนองให้ไพเราะมักได้จากการพรรณนาถึงความงามตามธรรมชาติ ชนบทรรมนิยม

ประเพณีและสิ่งที่ตั้งมาต่าง ๆ' นอกจากนี้ สุรสิงห์สำรวม จิมพะเนาร์ (2525-2526) ยังได้กล่าวว่า
 ขอ 'คือการขับร้องอย่างหนึ่งของชาวล้านนา มีลักษณะการขับร้องแบบอื่น ๆ ที่สำคัญที่สุดคือจะ
 ต้องมีดนตรีประกอบเสมอ เป็นการขับร้องอาชีวะซึ่งเป็นการขับร้องแบบอื่น ๆ ที่สำคัญที่สุดคือจะ
 ต้องมีดนตรีประกอบเสมอ เป็นการขับร้องอาชีวะซึ่งเป็นการขับร้องแบบเดียวของชาวล้านนาที่จะ
 ต้องมีคณะหรือวง มีการถือครูเช่นเดียวกับศิลปะชั้นสูงอื่น ๆ โดยทั่วไป'

สรุปแล้ว ขอ หมายถึง สื่อพื้นบ้านประเภทหนึ่งของชาวล้านนา เป็นการขับร้องที่มี
 ดนตรีประกอบ มีท่วงทำนองที่ไพเราะ บรรยายเนื้อหาตามเหตุการณ์ สถานที่และขนบธรรมเนียม
 ประเพณีต่าง ๆ

จากข้อดีของสื่อพื้นบ้านประเภทขอ ดังกล่าวข้างต้น ทำให้ผู้วิจัยสนใจใคร่ศึกษาว่าการ
 นำสื่อพื้นบ้านประเภทขอ ซึ่งเป็นสื่อที่ใกล้ชิดกับประชาชนในท้องถิ่นมากที่สุด เข้ามามีบทบาทใน
 การพัฒนางานสาธารณสุข โดยเฉพาะโครงการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ แผนป้องกันและแก้ไข
 ปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2540-2544 ของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ จะ
 ประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใดนั้นหมายถึง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชน จากการ
 รับข่าวสารความรู้เรื่องโรคเอดส์จากสื่อพื้นบ้านประเภทขอ ดังนั้นจึงทำให้ผู้วิจัยมีความสนใจและ
 ใคร่ศึกษาอย่างยิ่งเพื่อจะได้เป็นแนวทางและข้อเสนอแนะแก่หน่วยงานต่าง ๆ ที่รับผิดชอบเกี่ยวกับ
 งานด้านพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสังคมล้านนาให้หันมาสนใจใช้สื่อพื้นบ้านประเภทขอให้มาก
 ยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาพฤติกรรมในการเปิดรับสื่อในเรื่องต่างๆ ไป จากสื่อมวลชน สื่อเฉพาะกิจและ
 สื่อบุคคล ของประชาชน อ. เด่นชัย จ.แพร่
2. เพื่อศึกษาช่องทางการสื่อสารที่ได้รับความรู้ทางด้านสาธารณสุขของประชาชน อ.
 เด่นชัย จ.แพร่
3. เพื่อศึกษาถึงประเภทของสื่อที่เผยแพร่ความรู้เรื่องเอดส์ที่เข้าถึงประชาชน
4. เพื่อศึกษาถึงประสิทธิผลของสื่อเพลงขอ ต่อความรู้และการปฏิบัติที่ถูกต้องในการ
 ป้องกันและการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์
5. ศึกษาถึงปฏิกิริยาของผู้รับสารที่มีต่อการใช้เพลงขอในการเผยแพร่ความรู้

ขอบเขตการวิจัย

1. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้มุ่งศึกษาเฉพาะกลุ่มประชากรผู้ที่มีภูมิคุ้มกันอยู่ในเขตอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ และมีอายุไม่ต่ำกว่า 15 ปีบริบูรณ์
2. การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพเพื่อเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2539 ถึงกุมภาพันธ์ 2540

คำนิยามศัพท์

1. โรคเอดส์ หมายถึง โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immune Deficiency Syndrome, AIDS) เกิดจากเชื้อไวรัส
2. ความรู้ หมายถึง ความรู้ที่ถูกต้องในเรื่องเกี่ยวกับโรคเอดส์ การแพร่ของโรค อาการของโรค วิธีป้องกัน ซึ่งเกิดได้จากแบบสอบถามที่สร้างขึ้น
3. สื่อพื้นบ้านประเภทเพลงขอ หมายถึง การขับร้องที่มีดนตรีประกอบ มีท่วงทำนองที่ไพเราะ บรรยายเนื้อหาตามเหตุการณ์ สถานที่และขนบธรรมเนียมประเพณีต่าง ๆ
4. ประชาชน ในที่นี้หมายถึง ผู้ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีบริบูรณ์ขึ้นไป และมีภูมิลำเนาอยู่ในเขตอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่
5. เขตอำเภอเด่นชัย จังหวัดแพร่ หมายถึง เขตการปกครอง 5 ตำบล อันได้แก่ ต.แม่จิว ต.เด่นชัย ต.ห้วยไร่ ต.ไทรย้อย และ ต.ปงป่าหวาย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ได้แนวคิดอันเป็นประโยชน์ต่อการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้สื่อต่างๆ ทางภาคเหนือในงานสาธารณสุข ตลอดจนการพัฒนาประเทศในด้านต่างๆ นอกเหนือจากงานสาธารณสุข
2. ทำให้ได้แนวทางในการพัฒนาเพลงพื้นบ้านให้มีประสิทธิภาพเพื่อการถ่ายทอดข่าวสารความรู้
3. สามารถจำแนกกลุ่มเป้าหมายการใช้สื่อแต่ละประเภทในการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารโรคเอดส์ได้อย่างชัดเจน อันเป็นประโยชน์ต่อการวางแผนการสื่อสาร
4. เป็นการพัฒนาองค์ความรู้ด้านเพลงพื้นบ้านกับการพัฒนา