

ความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย
เป็นที่ยอมรับของนานาชาติ
โดยเฉพาะเมื่อเทียบกับประเทศที่มีการพัฒนาในระดับเดียวกัน
ทั้งเมื่อประเมินจากข้อมูลทางระบาดวิทยา
พฤติกรรมสุขภาพของประชาชนที่เปลี่ยนแปลงไป
และที่สำคัญคือ การผนึกกำลังของสังคมทุกส่วน ทุกระดับ
เพื่อร่วมกันแก้ไขปัญหายาอย่างเป็นเอกภาพ

รายงานการศึกษา **"วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์
ในประเทศไทย"** ฉบับนี้ แสดงให้เห็นถึง
กระบวนการแปรเปลี่ยนวิกฤตอันเนื่องมาจากโรคเอดส์
ที่ส่งผลกระทบต่อสังคมไทยทั่วทั้งหมด
ให้กลายเป็นโอกาสในการพัฒนากระบวนการเพื่อจัดการกับปัญหา
จากการมองในประเด็นของโรคเอดส์ถือเป็นภารกิจของภาคสาธารณสุข
มาเป็นประเด็นทางสังคมและวัฒนธรรม
อันเป็นภารกิจร่วมกันของสังคมประชารัฐ
ที่ทุกภาคทุกส่วนในสังคมเข้ามามีบทบาทในการแก้ปัญหา
จากการแก้ปัญหาด้วยมาตรการทางสาธารณสุข
มาเป็นการปรับโครงสร้างทางนโยบาย และมาตรการต่าง ๆ ทางสังคม
ที่เกี่ยวข้องอย่างกว้างขวาง เพื่อให้รับมือกับปัญหายาอย่างมีประสิทธิภาพ
จากความรังเกียจเดียดฉันท์ผู้ติดเชื้อ มาเป็นการโอบอุ้ม เอื้ออาทร
และปกป้องคุ้มครองสิทธิในฐานะมนุษย์ชนที่เท่าเทียมกัน
นอกจากนี้ กระบวนการในการจัดการกับปัญหายาเอดส์
ยังเป็นบทเรียนสำคัญบทเรียนแรกของประเทศไทย
ที่สามารถนำไปปรับใช้กับการแก้ปัญหาอื่น ๆ ทางสุขภาพ
และการส่งเสริมสุขภาพ ที่ต้องอาศัยการมีส่วนร่วมของชุมชน
และการประสานความร่วมมือของทุกภาคส่วนในสังคม

วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย

วิวัฒนาการ ของการควบคุม โรคเอดส์ ในประเทศไทย

แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ

วิพุธ พูลเจริญ
ปิตร จันทรทัต ณ อยุธยา
วิภา ภาวนาภรณ์
วริศรญา เตียวกุล
บวลิต ตันตนิมิตรกุล

ISBN 974299006-9



9 789742 990060

ราคา 180 บาท

วิวัฒนาการ ของ การควบคุม โรคเอดส์ ในประเทศไทย



วิพุธ พูลเจริญ
ปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา
วิภา ภาวนาภรณ์
วรัญญา เตียวกุล
ชวลิต ตันตินิกมิตรกุล

[คำนำ]

ตลอดเวลากว่าหนึ่งทศวรรษที่ผ่านมา โรคเอดส์กลายเป็นปัญหาสุขภาพที่คุกคามคนทั้งโลก ด้วยความรุนแรงของโรคและด้วยอัตราการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งถึงวันนี้ ความก้าวหน้าทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ก็ยังไม่สามารถเอาชนะโรคร้ายชนิดนี้ได้

ประเทศไทยเป็นประเทศที่ได้รับการประเมินว่าจะต้องเผชิญกับปัญหานี้อย่างรุนแรงที่สุดประเทศหนึ่ง รายงานของธนาคารโลก พ.ศ. 2536 คาดการณ์ว่าเมื่อถึงปี 2543 ประชากรผู้ใหญ่ไทยทุก 50 คนจะมีผู้ติดเชื้อเอดส์ 1 คน ซึ่งจะส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อโครงสร้างทางเศรษฐกิจและสังคม

อย่างไรก็ตาม ในเวลาต่อมา การศึกษาหลายกรณีได้ชี้ให้เห็นเหมือนกันว่า ประเทศไทยสามารถควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เอาไว้ได้ จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่มีจำนวนลดลงมาเป็นลำดับในช่วงปลายทศวรรษ 2530 แม้จำนวนผู้ติดเชื้อโดยรวมจะมีจำนวนสูงพอสมควร โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มพฤติกรรมเสี่ยง แต่อัตราการติดเชื้อในกลุ่มประชาชนทั่วไป และในหญิงตั้งครรภ์-ซึ่งจะถ่ายทอดต่อไปยังเด็กที่เกิดมา ถือว่าอยู่ในระดับต่ำ การควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทยจึงเป็นที่ยอมรับ

ในความสำเร็จจากนานาชาติประเทศ ดังเช่น ในการประชุมนานาชาติเรื่องเอดส์ ที่แวนคูเวอร์ และเป็นแบบอย่างให้หลายประเทศได้ศึกษา

ความสำเร็จที่ได้รับการยกย่องนั้นได้มาจากอะไร โครงการโรคเอดส์สหประชาชาติ ให้คำตอบในภาพรวมว่า เป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอย่างได้ผล ส่วนคำตอบที่เจาะจงลงไปในเรื่องละเอียดมากขึ้นนั้น ธนาคารโลกวิเคราะห์ว่า มาจากการที่รัฐบาลตระหนักถึงความสำคัญของปัญหา ทำการระดมทรัพยากรและความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม มาร่วมกันสร้างและพัฒนากลไกในการควบคุม-ป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพ ในขณะเดียวกัน การตื่นตัวของชุมชนต่างๆ ทั้งตามพื้นที่ทางภูมิศาสตร์ ตามสภาพปัญหาและผลกระทบ ตลอดจนกลุ่มเสี่ยง และกลุ่มผู้ติดเชื้อ มีโอกาสพัฒนาศักยภาพของตนในการจัดการและแก้ไขปัญหาของตนเอง รวมทั้งมีส่วนช่วยเหลือในการป้องกันการแพร่ระบาดในภาพรวมได้ด้วย

ในปีพ.ศ. 2541 สวรส.ได้จัดประชุมวิชาการครั้งที่ 2 ในหัวข้อ “ส่งเสริมสุขภาพ: บทบาทใหม่แห่งยุคของทุกคน” ได้มีความพยายามที่จะศึกษาบทบาทวิวัฒนาการของการส่งเสริมสุขภาพที่เป็นรูปธรรมในสังคมไทย โดยที่การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เป็น 1 ใน 3 กรณีที่ได้รับการพิจารณาให้ทำการศึกษา (อีก 2 กรณีคือ การควบคุมการบริโภคยาสูบ และการป้องกันอุบัติเหตุจราจร) โดย สวรส. มอบหมายให้ผ.วิพุธ พูลเจริญ ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์ในขณะนั้น และคณะ ดำเนินการทบทวนและวิเคราะห์ นับตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของโรคจนถึงสิ้นปีพ.ศ. 2540

นอกจากการวิเคราะห์ให้เห็นถึงวิวัฒนาการในด้านต่างๆ ที่มีส่วนเสริมซึ่งกันและกันในการพัฒนาประสิทธิภาพของการป้องกันและควบคุมโรคแล้ว ประเด็นสำคัญอีกประเด็นหนึ่ง คือ การนำเอาผลการวิเคราะห์นั้น มาเทียบเคียงกับกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ หรือ Ottawa Charter for Health Promotion

(4) วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย

ข้อค้นพบที่น่าสนใจก็คือ ในขณะที่การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทยสามารถเทียบเคียงได้กับกิจกรรมหลัก 5 ประการตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ แต่กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพนั้นไม่ใช่สิ่งที่ผู้คน ชุมชน องค์กรรัฐ-เอกชน-เอกชนสาธารณ-ประโยชน์จำนวนมากเคยรับรู้-ศึกษา-ทำความเข้าใจมาก่อนเลย

ปัญหาสุขภาพของสังคมไทยปัจจุบัน มีความหลากหลาย ซับซ้อน รุนแรง และเป็นภาระที่หนักหน่วงขึ้นเป็นลำดับ การแก้ปัญหาที่ต้นเหตุตามแนวทางการส่งเสริมสุขภาพจึงได้รับการยอมรับมากขึ้น ในแง่นี้-วิวัฒนาการของการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จึงเป็นประสบการณ์ในบริบทของประเทศไทยเราเอง ที่น่าสนใจ น่าศึกษา ไม่ว่าจะเป็นการพัฒนากระบวนการทัศน์ในการจัดการกับปัญหา จากการมองในประเด็นของโรคอันถือเป็นภารกิจของภาคสาธารณสุข มาเป็นประเด็นทางสังคม-วัฒนธรรมและวิถีชีวิต อันเป็นภารกิจร่วมของทุกภาคทุกส่วนในสังคม จากการแก้ปัญหาด้วยมาตรการทางสาธารณสุข มาเป็นการปรับโครงสร้างทางนโยบายและโครงสร้างสิ่งแวดล้อมในสังคม ตลอดจนการพัฒนาทักษะและศักยภาพของบุคคลและชุมชน ซึ่งสามารถเป็นแบบอย่างและบทเรียนในการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในกรณีอื่นๆ ต่อไป

เพื่อให้บรรลุสู่เป้าหมาย “สุขภาพประชาชาติ”

โครงการสำนักพิมพ์

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

(6) วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย

[คำนำ]

บทคัดย่อ		1
Abstract		4
บทนำ		7
บทที่ 1	เอดส์กับการพัฒนากระบวนการทัศน์ทางสุขภาพ	13
บทที่ 2	ระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในประเทศไทย: ข้อมูลข่าวสารกับสังคมประชารัฐ	49
บทที่ 3	การตอบสนองต่อโรคเอดส์ของสังคมไทย: บทบาทของประชาสังคม	71
บทที่ 4	โครงสร้างทางนโยบายในการจัดการปัญหาเอดส์	91
บทที่ 5	เอดส์กับมาตรการทางสาธารณสุข	127
บทที่ 6	เอดส์กับมาตรการทางสังคม	159
บทที่ 7	เอดส์กับกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ	181

[บทคัดย่อ]

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษา วิเคราะห์วิวัฒนาการของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย นับตั้งแต่เริ่มมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ จนกระทั่งถึงสิ้นปี พ.ศ. 2540

วิธีการศึกษา

ผู้วิจัยได้ทำการทบทวน วิเคราะห์เอกสารการศึกษา และทำการวิจัยภารกิจและกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย โดยจำแนกการศึกษาออกเป็น 6 ส่วน ได้แก่

- การศึกษาเพื่อสังเคราะห์วิวัฒนาการกระบวนการทัศน์ส่งเสริมสุขภาพของกระบวนการจัดการกับปัญหาเอดส์
- การศึกษากลไกทางข้อมูลข่าวสารในการนำเสนอสถานการณ์ ของปัญหาเอดส์
- การศึกษาการรวมตัวทางประชาสังคมเพื่อรวมพลังจัดการกับปัญหาเอดส์

- การศึกษาพัฒนาการทางนโยบายสาธารณะในการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์
- การศึกษาวิวัฒนาการของมาตรการทางสุขภาพและสังคมในการแก้ไขและป้องกันปัญหาเอดส์
- ใช้กรอบการสร้างกระบวนการพัฒนาระบบส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นในประเทศอุตสาหกรรม ทำการวิเคราะห์กรอบแนวคิดส่งเสริมสุขภาพที่เกิดขึ้นในกระบวนการจัดการกับปัญหาเอดส์ของประเทศไทย

ผลการศึกษา

การพัฒนา นโยบายสาธารณะในการจัดการกับปัญหาเอดส์ได้ก่อให้เกิดโครงสร้างทางนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยยุทธวิธีหลักที่ใช้ได้แก่ การสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคม การสร้างศักยภาพของบุคคลและชุมชนให้เข้มแข็งพอที่จะจัดการกับปัญหาเอดส์ได้ด้วยตนเอง และการปรับมาตรการทางสุขภาพและสังคมให้มีสมรรถนะพอที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้

กระบวนการดังกล่าวได้ใช้กลวิธีทางข้อมูลข่าวสารและการวิจัย เพื่อสร้างความเข้าใจร่วมกันระหว่างภาคีต่างๆ ที่เข้ามาเป็นแนวร่วมทางยุทธศาสตร์ มีการให้ข้อมูลเพื่อชี้แนะและกำหนดกรอบนโยบายของรัฐให้เป็นแกนกลางประสานองค์กรทุกภาคส่วนร่วมกันดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นเอกภาพ ตลอดจนมีการใช้กลไกของทุกภาคส่วนเพื่อพัฒนามาตรการในการเสริมสร้างทักษะของบุคคลและชุมชน จนเกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตของประชากรส่วนใหญ่ ส่งผลให้การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ลดลง

สรุปผลการศึกษา

วิกฤตการณ์จากโรคเอดส์ สามารถปลุกประชาคมไทยให้ตื่นตระหนก และเข้าใจถึงเหตุปัจจัยของปัญหาทางสุขภาพ ที่มีผลมาจากเงื่อนไขทางสังคม

เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และการเมือง นอกจากนั้น การที่รัฐบาลไทยใช้ ยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์จนประสบ ผลสำเร็จอย่างชัดเจน ถือเป็นบทเรียนที่มีคุณค่า สามารถนำไปใช้ในการแก้ ปัญหาสุขภาพและส่งเสริมสุขภาพต่อไป

[Abstract]

Objectives:

To study evolution of Thailand's HIV/AIDS Preventive and Alleviative National Programme from the advent of HIV/AIDS epidemic until the end of 1997.

Subjects and methods:

Researchers revised and analyzed the HIV/AIDS related studies to illustrate Thailand's missions and activities to prevent and control HIV/AIDS epidemic. To conceptualize AIDS paradigm shift the studies were subcategorized into 6 parts:

- AIDS paradigm development,
- evolving HIV/AIDS information system for good governance,
- HIV/AIDS catalytic role for civil society,
- AIDS public policy development,

- evolution of the HIV/AIDS social and health services,
- the conceptual frame work for Health Promotion from the Ottawa Charter was employed to analyze the emerging Thailand's societal AIDS response.

Results:

HIV/AIDS public policy have been developed to create up the strategic infrastructure for HIV/AIDS prevention and alleviation. The crucial strategic areas which was the main finding are social environment, personal and community empowerment as well as social and health measure reorientation. To achieve these societal evolution, the well developed information system to intercommunicate all the strategic alliances have been undertaken and an effective advocacy had been continually worked out so that the government can play their central role to collaborate the participatory function from all the sectors. The individual and community empowerment have been turned to be the major tool developed to change the people's life style so that the epidemic of HIV/AIDS is under control and the HIV incidence have declined to a lower rate than last 5 years ago.

Conclusions:

AIDS crisis is so serious and complex that it can alert Thai society to learn and understand the intertwined health causal determinants which have its roots from social, economic, cultural and political infrastructure. The way its government develop a

sounded health promotion strategy is the valuable lesson learnt then apply to other kind of health problems.

[บทนำ]

1. ความนำ

นานาประเทศยอมรับในความสำเร็จของการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ความสำเร็จดังกล่าว มิได้ประเมินจากข้อมูลทางระบาดวิทยา หรือพฤติกรรมสุขภาพที่เปลี่ยนไปเท่านั้น แต่รวมถึงการที่สังคมประชารัฐไทยสามารถผนึกกำลังทุกภาคทุกส่วนร่วมกันป้องกันและควบคุมโรคเอดส์อย่างเข้มแข็ง มิใช่เป็นเพียงโครงการของภาครัฐเช่นที่เคยดำเนินการในแผนงานทางสุขภาพส่วนใหญ่ที่ผ่านมา นับเป็นความสำเร็จที่เกิดจากการใช้ธรรมรัฐเป็นกระบวนทัศน์ในการหล่อหลอมภาคี ซึ่งเป็นแนวร่วมเชิงยุทธศาสตร์ (ในการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์) ให้เข้ามาดำเนินกิจกรรมร่วมกันอย่างเป็นเอกภาพ

การศึกษาวิวัฒนาการในการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ในสังคมไทย จึงเป็นบทเรียนที่องค์กรทุกภาคส่วนในประเทศไทยสามารถนำไปใช้ในการพัฒนากระบวนการจัดการกับปัญหาสุขภาพ ตลอดจนกระบวนการส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ โดยใช้ประโยชน์จากโครงสร้างทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม

และการเมืองที่มีอยู่

2. วัตถุประสงค์ของการศึกษา

2.1 ศึกษาทบทวนแนวทางการดำเนินงานควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย เพื่อให้สามารถอธิบายวิวัฒนาการและการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการควบคุมโรคเอดส์

2.2 ศึกษาทบทวนแนวคิด หลักการ ในการดำเนินงานควบคุมโรคเอดส์ในนานาประเทศ และกลไกการสนับสนุนโดยองค์การนานาชาติ

2.3 ศึกษาทบทวนบทบาทของภาคีต่างๆ ในการจัดการกับปัญหาเอดส์ในสังคมไทย เพื่อให้เข้าใจเงื่อนไขและศักยภาพของแต่ละภาคีต่อการรณรงค์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

2.4 ศึกษาทบทวนกลไกการประสานงานของภาคีต่างๆ เพื่อให้สามารถเข้าใจแนวทางการสร้างเอกภาพในการทำงานระหว่างภาคีที่มีภูมิหลังหลากหลายได้

2.5 อธิบายกลไกและโครงสร้างพื้นฐาน อันเป็นองค์ประกอบสำคัญในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

2.6 นำเสนอจุดอ่อนและจุดแข็งในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ อันจะมีผลต่อการนำไปปรับใช้ในการส่งเสริมสุขภาพในลักษณะอื่นๆ ต่อไป

3. วิธีการดำเนินงาน

ทบทวน ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลและผลการศึกษาวิจัยที่นำเสนอเกี่ยวกับการปฏิบัติงาน และการประเมินผล ของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศ ตั้งแต่พ.ศ. 2527-ปัจจุบัน โดยอาศัยกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ The Ottawa Charter for Health Promotion

เป็นเครื่องมือในการวิเคราะห์กลไกของวิวัฒนาการที่เกิดขึ้น

4. การนำเสนอ

รายงานฉบับนี้แบ่งการนำเสนอออกเป็น 7 บท ประกอบด้วย

บทที่ 1 เอดส์กับการพัฒนากระบวนการทัศน์ทางสุขภาพ ซึ่งได้ปรับเปลี่ยนจากการให้ความสำคัญในประเด็นของโรคและสุขภาพ มาเป็นเงื่อนไขทางสังคม วัฒนธรรม และการเมือง ที่แหลมคมขึ้น

บทที่ 2 ระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในประเทศไทย: ข้อมูลข่าวสารกับสังคมประชาธิปไตย เพื่อสร้างภูมิปัญญาทางสังคม กล่าวถึงการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารจากการรายงานผู้ป่วยที่ตรวจพบในสถานบริการสาธารณสุขของหน่วยงานภาครัฐ และนำมารวบรวมเป็นภาพสะท้อนการแพร่ระบาดของโรค พัฒนาไปสู่การใช้ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคเอดส์และพฤติกรรม ตลอดจนใช้ผลการศึกษาวิจัยทางพฤติกรรม การศึกษาวิจัยทางสังคม เศรษฐกิจ และนโยบายมาใช้ในการจัดทำระบบข้อมูลข่าวสาร

บทที่ 3 การตอบสนองต่อโรคเอดส์ของสังคมไทย: บทบาทของประชาสังคม กล่าวถึงบทบาทขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ธุรกิจ เอกชน องค์กรชุมชน ตลอดจนชุมชนนักวิชาการ กับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

บทที่ 4 โครงสร้างทางนโยบายในการจัดการปัญหาเอดส์ กล่าวถึงองค์กรระดับชาติ เขต และจังหวัดในการจัดการกับปัญหาเอดส์ แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โครงสร้าง

งบประมาณและการระดมทุน กฎหมาย จริยธรรม และสิทธิมนุษยชน ตลอดจนบทบาทขององค์กรนานาชาติที่มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายในการจัดการกับปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

บทที่ 5 เอดส์กับมาตรการทางสาธารณสุข กล่าวถึงพัฒนาการการตรวจรักษาในคลินิกแกมโรค โดยใช้การรณรงค์ให้มีการใช้ถุงยางอนามัย 100% ต่อมา มีการให้บริการรักษาเอดส์โดยใช้วิธีการชุมชนบำบัด การให้บริการคำปรึกษาแก่ครอบครัว ซึ่งเน้นที่การรณรงค์ให้มีการเปลี่ยนเข็มและเข็มฉีดยา และพัฒนาไปสู่การรักษาพยาบาลผู้ป่วยผู้ติดเชื้อในโรงพยาบาล จนถึง การดูแลผู้ป่วยผู้ติดเชื้อในครอบครัวและชุมชน การจัดบริการบ้านพัก พึ่งและบ้านพักในระยะสุดท้าย และสุดท้ายเกิดกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งรวมตัวขึ้นมาเพื่อช่วยเหลือกันเอง

บทที่ 6 เอดส์กับมาตรการทางสังคม กล่าวถึงบริการต่างๆ ที่หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน จัดให้แก่ผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ทั้งในด้านการสังคมสงเคราะห์ การคุ้มครองสิทธิ สวัสดิการ ด้านแรงงาน นอกจากนี้ยังกล่าวถึงการพัฒนาการจัดบริการด้านการศึกษาลักษณะการเรียนการสอนของสถานศึกษาทั้งในและนอกระบบการศึกษา

บทที่ 7 เอดส์กับกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการวิเคราะห์เปรียบเทียบโดยใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพของ The Ottawa Charter เป็นเครื่องมือในการทำความเข้าใจ และวิเคราะห์

5. ผู้ร่วมวิจัย

ผู้ร่วมวิจัยในการศึกษานี้มีประสบการณ์ในการปฏิบัติงานในกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ทั้งในระดับชาติ ในระดับจังหวัด และผ่าน

ประสบการณ์การพัฒนาแผนและนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ใน
ระดับชาติมาแล้ว ร่วม 10 ปี

ผู้วิจัยประกอบด้วย

นพ.วิพุธ พูลเจริญ

นางปิติพร จันทรทัต ณ อยุธยา

นางสาววิภา ภาวนาภรณ์

นส.วรัญญา เตียวกุล

นายชวลิต ตันตินิมิตรกุล

6. ผู้ให้ทุนสนับสนุนการวิจัย

สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (สวรส.)

[บทที่ 1]

เอดส์กับการพัฒนา กระบวนการทัศน์ทางสุขภาพ

คนไทย และประชากรโลกได้รู้จักโรคเอดส์ และเริ่มตระหนักถึงผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคนี้ในช่วงเวลาเพียง 2 ทศวรรษเท่านั้น แต่เมื่อเปรียบเทียบกับมหันตภัยจากโรคและปัญหาอื่นๆ ที่คุกคามชีวิตและสุขภาพของมนุษย์มาก่อนหน้านี้ เช่น มาลาเรีย วัณโรค กาฬโรค อุบัติเหตุจากยานยนต์ มะเร็ง การสูบบุหรี่ การเสพติดสารเสพติด ฯลฯ กระบวนทัศน์ในการจัดการกับปัญหาเอดส์ในประเทศไทยนั้นพบว่าการพัฒนาอย่างรวดเร็ว และส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงแบบแผนทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์ได้อย่างชัดเจน ที่สำคัญที่สุดก็คือ การเปลี่ยนแนวคิดของสาธารณชน และองค์กรภาครัฐ จากการมองปัญหาในประเด็นของโรค อันเป็นภารกิจของภาคสาธารณสุข (Public Health Sector) มาเป็นประเด็นทางสังคม และวัฒนธรรม อันเป็นภารกิจร่วมกันของสังคมโดยรวม

การศึกษาวิเคราะห์เพื่อสร้างความเข้าใจในวิวัฒนาการของกระบวนการทัศน์ และมาตรการในการควบคุมและป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย จะช่วยให้เข้าใจพัฒนาการของแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพที่ก่อตัวเป็นรูปร่างขึ้นมาโดยบุคคลและองค์กรจำนวนมากในสังคมไทย

ทั้งที่พวกเขาไม่เคยได้รับรู้หรือเข้าใจแนวทางการส่งเสริมสุขภาพมาก่อน ประเด็นปัญหาเรื่องโรคเอดส์ได้แสดงให้เห็นถึงกระบวนการที่สังคมไทยได้ใช้เพื่อแปรเปลี่ยนวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อสังคมอย่างกว้างขวางและซับซ้อน ให้กลับกลายเป็นโอกาส เป็นทางออกที่แหวกกรอบของกระบวนการแก้ปัญหาโดยระบบราชการ ซึ่งเคยใช้ได้ผลกับปัญหาทางสุขภาพอื่นๆ ในอดีตได้อย่างชัดเจน¹

นายอานันท์ ปันยารชุน² อดีตนายกรัฐมนตรี เป็นผู้มีบทบาทสำคัญในการปรับเปลี่ยนมุมมองของรัฐบาลและระบบราชการไทยต่อปัญหาเอดส์ จากทัศนะในเชิงโรคและสุขภาพ มาสู่กรอบแนวคิดซึ่งสามารถเชื่อมโยงปัญหาเอดส์เข้ากับปัจจัยอันเป็นผลพวงจากการพัฒนาทางเศรษฐกิจที่ไม่สมดุลกับการพัฒนาสังคมของประเทศในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ทั้งยังเป็นผู้ที่แสดงให้เห็นอย่างเด่นชัดว่า การใช้กระบวนการการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นเครื่องมือในการปรับแก้พื้นฐานและเงื่อนไขทางสังคมและการเมืองเท่านั้น จึงจะสามารถป้องกันและแก้ไขผลกระทบทั้งปวงจากปัญหาเอดส์ได้อย่างครบถ้วน โดยมีเงื่อนไขสำคัญคือ จะต้องมีการประสานงานอย่างใกล้ชิด¹ ระหว่างภาครัฐ ภาคธุรกิจเอกชน องค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ นักวิชาการ และที่สำคัญที่สุดคือองค์กรชุมชน ซึ่งจะเป็นรากฐานสำคัญของการเสริมสร้างความเข้มแข็งของสังคมประชาชาติ (Civil Society)

การใช้พลังทางการเมืองและสังคมตามแนวทางดังกล่าว สามารถผลักดันให้การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ลดลงได้ จนเป็นที่ยอมรับของนานาประเทศ ดังที่ปรากฏในบทความเรื่อง “Update in Infectious Disease” ของ John G. Bartlett³ ในวารสาร Ann Intern Med. ฉบับที่ 127 (1 สิงหาคม พ.ศ. 2540) ซึ่งยกย่องให้นายอานันท์ ปันยารชุน เป็น “1 ใน 10 ของกระบวนการพัฒนาที่สำคัญที่สุดในวงการโรคติดเชื้อในรอบปีพ.ศ. 2539”

การทำความเข้าใจกับวิวัฒนาการของการจัดการกับปัญหาเอดส์ในประเทศไทย จำต้องสังเคราะห์ให้ได้กรอบแนวคิดที่ชัดเจนจากประสบการณ์และการศึกษาของนักวิชาการ, นักกิจกรรมที่มีส่วนในการผลักดันและพัฒนาวิสัยทัศน์เกี่ยวกับปัจจัยแวดล้อมที่ส่งผลต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และมีส่วนในการกำหนดนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ทั้งในระดับนานาชาติและในระดับประเทศ ดังนั้นการศึกษานี้จะนำเสนอประเด็นสำคัญ 4 ส่วน คือ

- **เอดส์กับกระบวนการทัศน์สุขภาพ** เพื่อทบทวนมุมมองและทัศนะต่างๆ ของนักวิชาการ และองค์กรที่เกี่ยวข้องกับการกำหนดนโยบายนานาชาติเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา
- **ทัศนะนานาชาติต่อปัญหาเอดส์ในประเทศไทย** เพื่อทำความเข้าใจกับการเปลี่ยนแปลงของสภาพปัญหาเอดส์ และสมรรถนะของแนวทางในการจัดการกับปัญหาเอดส์ ซึ่งได้รับการกลั่นกรองจากมุมมองทางวิชาการขององค์กรนานาชาติ
- **ทัศนะของนักคิดไทยต่อปัญหาเอดส์** เป็นการนำเสนอกรอบกระบวนการทัศน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของไทย โดยศึกษาจากแนวคิดของนักคิดชั้นนำของสังคมไทยที่มีส่วนในการผลักดันและแปลงนโยบายด้านเอดส์ไปเป็นกิจกรรมที่ดำเนินงานโดยองค์กรต่างๆ
- **กรอบการวิเคราะห์วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย** เพื่อใช้เป็นกรอบแนวคิดสำหรับศึกษาพัฒนาการของโครงสร้างส่วนต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยต่อไป

1.1 เอดส์กับกระบวนการค้นสุภาพ

เอดส์เป็นโรคติดเชื้อที่มีสาเหตุจากไวรัสตัวเล็กๆ ชนิดหนึ่ง แต่มี านุภาพเพียงพอที่จะทำให้มนุษย์จำต้องหันกลับมาพิจารณาพิเคราะห์ และ ท้าความเข้าใจกับโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง ของประชาคมในแต่ละประเทศกันใหม่ เนื่องจากโครงสร้างเหล่านี้โดย เฉพาะในสังคมด้อยพัฒนา เป็นทั้งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดการแพร่ระบาดของ โรคอย่างรวดเร็ว และในขณะเดียวกัน ก็เป็นปัจจัยกำหนดความสำเร็จหรือ ล้มเหลวของยุทธศาสตร์-มาตรการที่ใช้ในการควบคุมการแพร่ระบาดของ โรค และการแก้ไขผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจที่ติดตามาด้วย

โจนาธาน มานน์⁴ อดีตผู้อำนวยการคนแรกของโครงการโรคเอดส์ องค์การอนามัยโลก ทำการประมวลการศึกษาจากทั่วโลก และได้ข้อสรุปว่า ในเวลาเพียง 10 ปี หลังจากที่ยังการแพทย์ในสหรัฐอเมริกาค้นพบและรู้จัก โรคเอดส์ในพ.ศ. 2524 เอดส์ได้แพร่ระบาดไปทั่วโลก ไม่ว่าจะเป็นยุโรป ตะวันออก ทวีปเอเชีย ทวีปอเมริกาใต้ รวมไปถึงประเทศเล็กๆ ในหมู่เกาะ แปซิฟิกตอนใต้ ซึ่งแสดงให้เห็นว่าไม่มีพรมแดนทางภูมิศาสตร์ การเมือง สังคม และวัฒนธรรมใดๆ ที่สามารถสกัดกั้นการแพร่ระบาดของโรคได้ โดยในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา (พ.ศ. 2534) ยังไม่มีประเทศใดที่สามารถ อ้างได้ว่าสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคได้แล้ว แม้ว่าทุกประเทศ ต่างเริ่มตระหนักถึงผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจที่ซับซ้อนและรุนแรง อันเนื่องมาจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์แล้วก็ตาม นอกจากนั้น ปัญหา ของโรคเอดส์ต่อผู้หญิงและเด็ก ซึ่งเป็นผู้อยู่ในภาวะจำยอมและไม่สามารถ ป้องกันตนเองได้ ก็เริ่มปรากฏภาพให้เห็นชัดเจนขึ้นในหลายประเทศ ทั่วโลก

องค์การนานาชาติที่ดำเนินการเกี่ยวกับโรคเอดส์ในช่วงปี 2534 ได้ กำหนดยุทธศาสตร์ควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประชาคม 2 ระดับ⁴ ได้แก่

1. การฝึกกำลังความร่วมมือในระดับบุคคลและชุมชนเพื่อดำเนินกิจกรรมควบคุมและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ ซึ่งผลจากการผลักดันขององค์กรต่างๆ ทำให้ความร่วมมือในระดับนี้เข้มแข็งขึ้นเป็นลำดับ
2. การสร้างความร่วมมือในระดับชาติและนานาชาติ ซึ่งยังอ่อนแออยู่มาก แม้ว่าแต่ละชาติจะเริ่มตระหนักปัญหาจากโรคเอ็ดส์มากขึ้น แต่การรวมพลังขององค์กรสากลระดับโลกกับองค์กรในระดับประเทศยังเป็นสิ่งที่ทำได้ยาก

คณะกรรมการหนึ่งชื่อ “AIDS in The World” (พ.ศ. 2534)⁴ เชื่อว่ามาตรการเชิงยุทธศาสตร์ที่มีพลังพอที่จะป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอ็ดส์ได้ จะต้องประกอบด้วย

1. การศึกษาปัจจัยและผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคเอ็ดส์ให้กว้างขวางและชัดเจน เพื่อเป็นข้อมูลนำเสนอต่อสาธารณชนและผู้กำหนดนโยบาย ซึ่งจะทำให้มีวิสัยทัศน์ที่ถูกต้อง สามารถนำไปใช้กำหนดยุทธวิธีต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม
2. การจัดระบบบริการทางสังคมและสุขภาพให้มีประสิทธิภาพเพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาและผลกระทบต่างๆ จากโรคเอ็ดส์ได้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายที่จำเป็นอย่างทั่วถึง
3. การปรับโครงสร้างและสิ่งแวดล้อมทางสังคมให้เอื้ออำนวยต่อการที่ประชาชนจะใช้ประโยชน์ในการปกป้องตนเองจากปัญหาเอ็ดส์และผลกระทบที่จะติดตามมา

ปรากฏการณ์ที่สำคัญอีกประการหนึ่งของปัญหาเอ็ดส์⁴ ในช่วงทศวรรษแรกของการระบาด ก็คือพลวัตของแบบแผนทางระบาดวิทยาของโรค ซึ่งมีรูปแบบที่แตกต่างกันทั้งในส่วนของการแพร่ระบาดและผลกระทบที่เกิดขึ้นในกลุ่มประชากรที่หลากหลาย ทำให้การศึกษาและวิเคราะห์เงื่อนไขเหล่านี้เพื่อนำมาใช้กำหนดนโยบายและมาตรการที่เหมาะสมกับแต่ละพื้นที่แต่ละชุมชน มีความยุ่งยากมากขึ้น ในขณะที่การใช้มาตรการที่เป็นเอกภาพ

ทั่วทุกประเทศ หรือทั่วทุกชุมชนในประเทศเดียวกันก็เป็นสิ่งที่เป็นไปได้ยาก ดังนั้น เพื่อให้สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์โรค และผลกระทบจาก ปัญหาเอ็ดส์ที่แปรเปลี่ยนไปตลอดเวลา จึงจำเป็นต้องปรับเปลี่ยนกรอบแนวคิด ที่เกี่ยวกับประเด็นเหล่านี้ ไปตามพลวัตทางระบาดวิทยาของโรคด้วย ดังนี้

1. มาตรการป้องกันการติดเชื้อโรคเอ็ดส์ที่มีความหลากหลายและ ครอบคลุม เนื่องจากช่องทางการแพร่ระบาดของโรคมีหลากหลาย วิธี ได้แก่ การติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ การติดยาเสพติด การติด เชื้อจากแม่สู่ทารก ตลอดจนการติดเชื้อจากการให้เลือดและบริการ ทางการแพทย์
2. การปรับระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ ให้สามารถป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอ็ดส์ได้อย่างเหมาะสม
3. การพัฒนาระบบบริการสุขภาพและสังคม ให้สามารถรองรับกับ ปัญหาเอ็ดส์ที่เปลี่ยนสภาพไป
4. นโยบายการผลิตเชิงอุตสาหกรรมและการตลาดเพื่อกระจายสินค้า และเทคโนโลยีที่ใช้ในการป้องกันและรักษาโรคเอ็ดส์ เช่น น้ำยา ตรวจโรคเอ็ดส์ ถุงยางอนามัย เวชภัณฑ์ในการรักษาโรคที่ เกี่ยวข้องกับเอ็ดส์ ตลอดจนการพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคเอ็ดส์ ซึ่งจะต้องคำนึงถึงโอกาสที่ประชาชนจะได้ใช้ผลิตภัณฑ์เหล่านี้ อย่างทั่วถึงในอนาคตด้วย
5. การศึกษาบทบาทและสถานภาพสตรีในการควบคุมการแพร่ระบาด ของโรคเอ็ดส์ เพื่อนำความรู้เหล่านี้มาปรับให้สตรีในแต่ละชุมชน สามารถป้องกันตนเองได้
6. การส่งเสริมบทบาทของปัจเจกชน องค์กรชุมชน และรัฐบาล ให้ มีส่วนร่วมในการพัฒนานโยบายสุขภาพ ร่วมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายจากบริการสุขภาพ ตลอดจนสามารถรับบทบาทเป็นผู้นำทาง สังคมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์

ธนาคารโลกซึ่งมีอิทธิพลต่อนโยบายทางการเงินและการคลังของโลก ได้เริ่มหันมาให้ความสำคัญกับปัญหาเอดส์ ดังปรากฏในรายงานของธนาคารโลก เรื่อง “World Development report 1993: Investing in Health”⁵ ในพ.ศ. 2536 ด้วยเหตุผลว่า โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดไปกว้างขวางทั่วโลกแล้ว และพบว่ากว่า 80% ของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในขณะนั้นเป็นประชากรในประเทศด้อยพัฒนา ธนาคารโลกมองเห็นว่าการลงทุนป้องกันการแพร่ระบาดของโรคในระยะแรกซึ่งการแพร่ระบาดยังจำกัดตัวอยู่ในประชากรกลุ่มเสี่ยงบางกลุ่มเท่านั้น น่าจะเป็นภารกิจที่ทำได้ง่ายกว่า เนื่องจากมีการลงทุนน้อยกว่า และได้รับผลตอบแทนสูงกว่า เมื่อเปรียบเทียบกับประสิทธิผลการควบคุมโรคเอดส์ในระยะที่มีการแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์เข้าสู่ประชากรทั่วไป อีกทั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังมีอัตราสูงมากในกลุ่มประชากรวัยแรงงาน ซึ่งส่งผลกระทบโดยตรงต่อรายได้ของครอบครัว หรือเศรษฐกิจระดับอนุภาคของประเทศ ซึ่งจะทำให้เศรษฐกิจระดับมหภาคหรือผลิตภัณฑ์มวลรวมของประเทศได้รับผลกระทบตามไปด้วย นอกจากนั้นการที่ผู้นำครอบครัวติดเชื้อหรือป่วยด้วยโรคเอดส์มากขึ้น จะส่งผลกระทบทั้งทางสังคมและเศรษฐกิจ ไปสู่ครอบครัวและเด็กอย่างรุนแรง กลายเป็นภาระของรัฐบาลที่จะต้องจัดบริการทั้งทางด้านสุขภาพและสังคมให้กับบุคคลเหล่านี้

ธนาคารโลกได้ประเมินเอาไว้ด้วยว่า⁵ การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในแต่ละประเทศ เป็นประเด็นทางการเมืองที่ละเอียดอ่อน เนื่องจากจำเป็นต้องกำหนดมาตรการที่ใช้ดำเนินการกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มคนด้อยโอกาส ไม่ได้รับการยอมรับ และถูกมองอย่างมีอคติในเชิงสังคม วัฒนธรรม และการเมือง จากประชาคมในแต่ละประเทศ เช่น ชายรักร่วมเพศ ผู้ติดยาเสพติด หญิงโสเภณี เด็กข้างถนน แรงงานลักลอบเข้าเมือง เป็นต้น ดังนั้นจึงมักจะพบความขัดแย้งระหว่างการกำหนดนโยบายกับมาตรการป้องกันโรคที่มีประสิทธิผลปรากฏให้เห็นอยู่เสมอในนานา

ประเทศ ตัวอย่างของมาตรการที่มักก่อให้เกิดความขัดแย้ง ได้แก่ การสอน และฝึกทักษะให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ การจัดบริการแลกเปลี่ยนเข็มและหลอดฉีดยาในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น เป็นต้น

ประเด็นสำคัญที่ธนาคารโลกสรุปจากการวิเคราะห์สภาพปัญหาเอดส์ คือ ยุทธศาสตร์สำคัญที่มีประสิทธิผลในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ อยู่ทั้งที่การชักจูงและพัฒนาทัศนคติของนักการเมือง และผู้นำในแต่ละประเทศ ตลอดจนองค์การระดับโลก ให้มองปัญหาโรคเอดส์ด้วยวิสัยทัศน์ที่กว้างขวางและชัดเจน ซึ่งจะส่งผลให้เกิดการระดมทรัพยากรและงบประมาณทั้งในระดับโลกและระดับประเทศ เพื่อดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ ไม่เช่นนั้นแล้ว การแพร่ระบาดของโรคเอดส์จะกลายเป็นหายนะภัยที่บ่อนทำลายเศรษฐกิจโลกที่ใช้เวลาพัฒนาด้วยความอุตสาหะเป็นเวลานานถึง 2-3 ทศวรรษ ให้กลับถดถอยไปอีกครึ่ง

ในการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 10 ที่เมืองโยโกฮาม่า ประเทศญี่ปุ่น เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2537 ซึ่งเป็นการจัดประชุมเรื่องเอดส์ระดับโลกเป็นครั้งแรกในทวีปเอเชีย ไมเคิล เมอร์สัน⁶ ผู้อำนวยการโครงการโรคเอดส์ องค์การอนามัยโลก ในขณะนั้น ได้กล่าวว่า นอกเหนือจากภาระทางด้านการรักษาพยาบาลที่เพิ่มขึ้นแล้ว ปัญหาเอดส์ยังสร้างผลกระทบที่สำคัญสามประการ คือ ประการแรก-จำนวนผู้เสียชีวิตในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ทวีจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็ว ประการที่สอง-ผลกระทบทางเศรษฐกิจจากการป่วยและการตายของประชาชนส่งผลให้รายได้ และผลผลิตของครอบครัวลดลง รัฐบาลและวิสาหกิจเอกชนจำเป็นต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาพยาบาลเพิ่มขึ้น ทั้งยังมีผลทำให้ปริมาณการบริโภคสินค้าและขนาดตลาดหดตัวลง ซึ่งส่งผลกระทบถึงระบบการค้าในตลาดโลก และประการที่สาม-ผลกระทบทางสังคม การที่โรคเอดส์แพร่ระบาดสู่ครอบครัวทำให้จำนวนเด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์มีมาก

ขึ้น เด็กเหล่านี้ได้รับผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจ สังคม และจิตใจ ตั้งแต่เยาว์วัย และจะกลายเป็นปัญหาระยะยาวของสังคมในอนาคต

พ.ศ. 2537 เป็นช่วงที่มีการปรับองค์กรภายใต้ต้องการสหประชาชาติ เพื่อพัฒนาโลกนานาชาติในการจัดการกับปัญหาเอดส์ โดยมีการจัดประชุมสุดยอดผู้นำจาก 42 ประเทศทั่วโลก ที่กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส และมีการลงนามร่วมกันในคำประกาศ ณ วันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2537⁷ มีใจความโดยสรุปว่า ผู้นำรัฐบาลที่เข้าร่วมประชุมครั้งนี้ ได้ตระหนักถึงปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ซึ่งก่อให้เกิดผลกระทบต่อสังคมในทุกระดับ และเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศอย่างรุนแรง รวมทั้งยังก่อให้เกิดปัญหาการเลือกปฏิบัติ และกลายเป็นเงื่อนไขในการละเมิดสิทธิมนุษยชนอีกด้วย ในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ให้ได้ผลนั้น ผู้นำทางการเมืองมีพันธะที่จะให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาที่เกิดจากโรคเอดส์ และจะกำหนดนโยบายแห่งชาติที่จะปกป้องส่งเสริมสิทธิของบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ติดเชื้อเอดส์แล้ว ทั้งด้วยมาตรการทางกฎหมายและสังคม โดยจะร่วมมือกับองค์กรต่างๆ อย่างเต็มที่ และจะจัดสรรทรัพยากรที่จำเป็นให้เพียงพอต่อการต่อต้านการระบาดของโรคเอดส์ ตลอดจนจะริเริ่มสนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพของกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ผู้นำที่เข้าร่วมประชุมได้ยืนยันว่า จะส่งเสริมการประสานงานในระดับโลกเพื่อเร่งพัฒนาเทคโนโลยีในการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ เสริมสร้างระบบบริการโลหิตที่ปลอดภัย สนับสนุนการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ และจะผลักดันให้องค์กรในระดับต่างๆ ร่วมมือกันช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาจากโรคเอดส์ ส่งเสริมการพัฒนากลไกการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในสตรี ตลอดจนสนับสนุนการสร้างกลไกในระดับชาติและนานาชาติ โดยเฉพาะการรวมศูนย์การประสานงานชาติโดยองค์การสหประชาชาติ และแสดงความเห็นชอบในการจัดตั้งโครงการร่วมเรื่องโรคเอดส์ระหว่างหน่วยงานในสังกัดองค์การสหประชาชาติ (UNAIDS) ซึ่งขณะ

นี้อยู่ในระหว่างกำหนดยุทธศาสตร์ขององค์กร

เมื่อวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2538 โครงการโรคเอดส์สหประชาชาติได้รับการจัดตั้งขึ้นและเริ่มดำเนินการ⁷ เพื่อทำหน้าที่เป็นองค์กรประสานองค์กรต่างๆ ในสังกัดสหประชาชาติ ได้แก่ องค์การอนามัยโลก (WHO) โครงการพัฒนาองค์การสหประชาชาติ (UNDP) กองทุนช่วยเหลือเด็กองค์การสหประชาชาติ (UNICEF) องค์การพัฒนาคือครัวและชุมชน (UNFPA) องค์การการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรม สหประชาชาติ (UNESCO) รวมทั้งธนาคารโลก (World Bank) โดยกำหนดบทบาทไว้ดังนี้ คือ

1. การวิจัยและพัฒนาบริหารจัดการกับปัญหาเอดส์ในองค์กรระดับนานาชาติ และระดับประเทศ โดยมุ่งหวังที่จะสร้างแนวทางปฏิบัติที่ดีที่สุด (International Best Practice) ซึ่งมีความหมายครอบคลุมหลักการ นโยบาย ยุทธศาสตร์ และกิจกรรมอย่างถูกต้องตามหลักวิทยาศาสตร์ หลักจริยธรรม และสามารถตอบสนองต่อเป้าหมายเชิงยุทธศาสตร์ โดยจะรวบรวมและเรียนรู้จากประสบการณ์ของประเทศต่างๆ มาทำการเผยแพร่ให้โลกได้รับรู้ นอกจากนั้น UNAIDS จะทำหน้าที่สนับสนุนการวิจัยเชิงวิทยาศาสตร์ สังคมศาสตร์ และการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่เป็นประโยชน์ต่อการปรับแก้วิกฤตในประเทศกำลังพัฒนา
2. การสนับสนุนทางด้านเทคนิค โดย UNAIDS จะเป็นองค์กรกระตุ้นและสนับสนุนให้มีการส่งเสริมด้านเทคนิคเพื่อให้ประเทศต่างๆ ได้มีประสบการณ์ และความชำนาญที่จำเป็นในการใช้เทคโนโลยีต่างๆ ให้เป็นประโยชน์ต่อการป้องกันและควบคุมปัญหาเอดส์
3. การชักจูงและพัฒนาทัศนคติ เพื่อให้องค์กรต่างๆ สามารถประสานกันจัดบริการที่ผสมผสานกิจกรรมของทุกภาคส่วนให้มีประสิทธิภาพสูงสุด
4. การประสานงาน โดย UNAIDS จะช่วยประสานกิจกรรมต่างๆ ของ

ผู้สนับสนุนทุนและทรัพยากรเพื่อให้เกิดความร่วมมือในแต่ละประเทศ

จากภารกิจดังกล่าว UNAIDS ได้กำหนดวัตถุประสงค์ขึ้นมา 4 ประการ คือ หนึ่ง-เพื่อสนับสนุนให้ประเทศด้อยพัฒนาขยายกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้ครอบคลุมการดำเนินการขององค์กรต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง สอง-เพื่อสนับสนุนให้รัฐบาลของประเทศต่างๆ แสดงเจตนารมณ์ที่ชัดเจนในการจัดการกับปัญหาเอดส์ สาม-เพื่อประสานงานในองค์กรต่างๆ ภายใต้องค์การสหประชาชาติทำหน้าที่ส่งเสริมการดำเนินการกับปัญหาเอดส์ได้อย่างเข้มแข็งทั้งในระดับนานาชาติ และในระดับประเทศ และสุดท้าย-เพื่อเลือกสรร พัฒนา และนำเสนอแนวการปฏิบัติที่เหมาะสมกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ต่อชุมชนโลก ตามวัตถุประสงค์ดังกล่าว จะเห็นได้อย่างชัดเจนว่าองค์กรในระดับนานาชาติต้องการเสริมศักยภาพของรัฐบาลและองค์กรในประเทศต่างๆ ให้ดำเนินการกับปัญหาเอดส์ได้เอง

สำหรับการพัฒนากระบวนการค้นเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน ผู้ที่มีบทบาทสำคัญคือ โจนาธาน มาน และแดเนียล ทาเรนทอรา ซึ่งมีประสบการณ์กับการบริหารงานในโครงการโรคเอดส์ องค์กรอนามัยโลกในระยะเริ่มต้น และต่อมาได้ศึกษาการพัฒนานโยบายด้านนี้อยู่ในคณะสาธารณสุข มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด จนในที่สุดได้ก่อตั้งศูนย์การศึกษาสาธารณสุขและสิทธิมนุษยชน ฟรังซ์ซัวซาเวียร์แบนโญต์ ขึ้นมาภายใต้ร่มของคณะ ทั้งสองได้ศึกษาผลงานวิจัยเกี่ยวกับประเด็นความสำคัญของสิทธิมนุษยชนในกระบวนการทางสาธารณสุขแนวใหม่ และได้นำเสนอในหนังสือ “AIDS in the World”⁹ ซึ่งตีพิมพ์เผยแพร่เมื่อพ.ศ. 2539 โดยชี้ให้เห็นว่า ประเด็นสิทธิมนุษยชนเป็นปัจจัยสำคัญที่เกื้อหนุนต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยประมวลจากการศึกษาวิจัย 2 แนวทาง คือ

1. จากการวิเคราะห์งานวิจัย (Meta Analysis) งานวิจัยวิวัฒนาการทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในหลายประเทศทั่วโลก แสดงให้เห็น

อย่างชัดเจนว่ากลุ่มประชาชนที่กำลังเผชิญหน้าและเสี่ยงต่อการรับ และแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ มักจะเป็นกลุ่มชนด้อยโอกาสซึ่ง ถูกสังคมตราหน้าว่าต่ำต้อย ถูกกีดกัน และถูกเลือกปฏิบัติอยู่แล้ว ตั้งแต่ยังไม่มี การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เกิดขึ้น

2. จากการศึกษาความล้มเหลวของโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในหลายกลุ่มประชากร แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การให้ข้อมูลข่าวสารแก่กลุ่มคนเหล่านี้ ไม่ว่าจะใช้กระบวนการสุศึกษาที่มีประสิทธิภาพเพียงใดก็ตาม ก็ไม่สามารถช่วยบางคนในกลุ่มนี้ให้มีสมรรถนะที่จะป้องกันตนเองจากโรคเอดส์ได้ทั้งนี้เพราะการดำเนินการดังกล่าวไม่สามารถสร้างความรู้สึกรับผิดชอบในศักดิ์ศรีแห่งความเป็นคนของตนเองที่เท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคมได้ ตัวอย่างของการศึกษาดังกล่าว ได้แก่ การที่สตรีในสังคมที่ด้อยโอกาสไม่สามารถต่อรองเพื่อให้สามีมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้ เพราะยอมรับว่าสามีหรือผู้ชายมีสถานะและศักดิ์ศรีในทางสังคมเหนือกว่า เป็นต้น สถานภาพทางสังคมและวัฒนธรรมดังกล่าวยังเกิดขึ้นกับคนกลุ่มอื่นๆ อีก เช่น หญิงบริการทางเพศ ผู้ติดยาเสพติด ชายรักร่วมเพศ เด็กข้างถนน แรงงานข้ามชาติที่ผิดกฎหมาย หรือแม้แต่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ก็ยังมีสำนึกว่าตนเองเป็นเพียงเบี้ยล่างในสังคม จำเป็นต้องหลบซ่อน ทำให้ไม่สามารถปกป้องคุ้มครองตนเองได้

ดังนั้น สิทธิมนุษยชนจึงเป็นภาพสะท้อนของศักยภาพของคน (Empowerment)⁹ ที่สำคัญที่สุด เพราะสำนึกนี้เท่านั้นที่จะช่วยให้บุคคลสามารถตัดสินใจเลือกทางออกต่างๆ โดยใช้ข้อมูลข่าวสารที่มีเหตุผล ประกอบดุลยพินิจของตนเองอย่างมีศักดิ์ศรี กลวิธีดังกล่าวจะช่วยให้คนเกิดความเชื่อมั่นในพลังความคิดและการตัดสินใจของตนเอง ที่สำคัญคือ การสร้างศักยภาพดังกล่าว จำต้องได้รับการพัฒนาขึ้นมาภายในตัวบุคคล

องค์กร หรือชุมชนเองเท่านั้น จะใช้วิธีกำหนดหรือบังคับจากภายนอกมิได้

กระบวนการที่เอื้ออำนวยให้เกิดการสร้างเสริมศักยภาพของชุมชนหรือบุคคลประกอบด้วย การให้ข้อมูลข่าวสารที่เปิดกว้างเพียงพอ การเชื่อมโยงบุคคลและกลุ่มต่างๆ ให้รวมตัวเป็นชุมชน จนเกิดการแลกเปลี่ยนแนวคิด เพื่อให้ประกอบการตัดสินใจ และการส่งเสริมให้บุคคลสามารถริเริ่มพัฒนาตนเองได้

ปัจจัยที่ส่งอิทธิพลให้แต่ละบุคคลในสังคมสามารถตัดสินใจเลือกประกอบพฤติกรรมใดๆ ได้อย่างมีเหตุผล ได้แก่ การเมือง เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญทั้งในการกำหนดสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ควบคุมพฤติกรรมส่วนบุคคล และในการสร้างสมรรถนะการส่งเสริมสุขภาพในประชาคมซึ่งส่งผลให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพอย่างยั่งยืน ดังนั้น การทำความเข้าใจจนสามารถปรับใช้ปัจจัยดังกล่าวอย่างเหมาะสม จึงเป็นหัวใจสำคัญของงานสาธารณสุข แต่ในปัจจุบัน ประเด็นดังกล่าวยังคงเป็นจุดอ่อนของผู้บริหารงานสาธารณสุขส่วนใหญ่ เนื่องจากยังมิได้มีการพัฒนาทักษะในการสร้างกระบวนการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจ การเมือง วัฒนธรรม และสังคม ให้หันมาปรับใช้การส่งเสริมสุขภาพและการป้องกันโรคอย่างแท้จริง การแก้ไขปัญหาทางสาธารณสุขจึงมักจะถูกจำกัดอยู่ภายในขอบเขตของสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่มีอยู่ และการประเมินความสำเร็จของมาตรการทางสาธารณสุขก็อยู่ภายในขอบเขตของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และสถานะทางระบาดวิทยา ในรูปของดัชนีชี้วัดสุขภาพประชากรเท่านั้น ยังไม่สามารถขยายขอบเขตออกไปประเมินแรงผลักดันทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมือง อันจะเป็นกลไกการจัดการปัญหาเอ็ดล้อย่างยั่งยืนต่อไปได้

หากจะพัฒนาและสร้างกระบวนการแก้ไขปัญหาให้ยั่งยืน ประชาชนในสังคมจำเป็นต้องเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทางที่จะดำเนินการได้เอง โดยต้องมุ่งเน้นการเสริมศักยภาพของคนยากจน และกลุ่มผู้ด้อยโอกาสใน

สังคมให้เข้มแข็งขึ้น เพื่อให้เป็นศูนย์กลางของกระบวนการพัฒนาที่ยั่งยืน การสร้างกลไก กระบวนการ และสถาบัน ที่สามารถเชื่อมประสานความสนใจของชุมชนแต่ละกลุ่ม (ซึ่งแม้จะมีเงื่อนไขและพันธะผูกพันทางสังคม กฎหมาย และการเมืองแตกต่างกัน) ให้ก่อเกิดเป็นพลังในการดำเนินการ กับปัญหาของประชาคมได้อย่างมีเอกภาพนี้ ก็คือสิ่งที่เรียกว่า ธรรมรัฐ (Good Governance)¹⁰

โครงการพัฒนา องค์การสหประชาชาติเสนอว่า การจัดการปกครอง ในรูปธรรมรัฐเพื่อให้สามารถเร่งระดมพลังจากชุมชนในทุกระดับของสังคม ต้องประกอบด้วยกลยุทธ์ที่สำคัญ 3 ประการ คือ¹⁰ ประการแรก-จะต้องมีความร่วมมือ (Participation) เนกเช่นหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกันระหว่างทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และกลุ่มประชาสังคม ประการที่สอง-จะต้องมีความโปร่งใส (Transparency) ทุกภาคส่วนสามารถรับและนำเสนอข้อมูล ข่าวสารจากหลายมุมมองได้อย่างเปิดเผย มีกระบวนการแลกเปลี่ยนและตรวจสอบข้อมูลข่าวสารต่างๆ จนเกิดความมั่นใจและมีศักยภาพในการตัดสินใจยอมรับทางเลือกต่างๆ อย่างเท่าเทียมกัน และประการที่สาม ผู้รับผิดชอบในการใช้อำนาจและทรัพยากรเพื่อการบริหารจัดการแผนงาน และโครงการ จะต้องมีความสามารถที่อธิบายได้ (Accountable) ในกรณีที่มีข้อวิพากษ์วิจารณ์ในการดำเนินการ หรือเมื่อเกิดความผิดพลาดขึ้น จะต้องชี้แจงได้ว่าเหตุดังกล่าวเกิดขึ้นเนื่องจากความบกพร่อง หรือไร้สมรรถนะ หรือความฉ้อฉล ที่จุดไหน อย่างไร

การส่งเสริมให้มีการใช้แนวคิดธรรมรัฐในการจัดการกับปัญหาระดับชาติ จะต้องดำเนินการให้สอดคล้องประสานกันด้วยกระบวนการ 3 ด้าน คือ ด้านเศรษฐกิจ-ซึ่งครอบคลุมกระบวนการตัดสินใจที่ส่งผลต่อกิจกรรมทางเศรษฐกิจของประเทศ และสัมพันธ์กับกลไกเศรษฐกิจอื่นๆ ในการสร้างความเท่าเทียมกัน โดยเฉพาะในด้านคุณภาพชีวิต ด้านการเมือง-ซึ่งเป็นกระบวนการในการตัดสินใจเพื่อกำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้อง และด้านการ

บริหารจัดการซึ่งเป็นกระบวนการในการแปรนโยบายให้เกิดผลทางปฏิบัติอย่างจริงจัง

ธนาคารโลก¹¹เห็นว่า รัฐบาลของแต่ละประเทศควรกำหนดนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ด้วยเหตุผลสำคัญ 5 ประการ คือ

1. การจัดการบริการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ เป็นภาระค่าใช้จ่ายที่สูงมาก ดังนั้นการที่รัฐบาลลงทุนป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เสียตั้งแต่ต้นจะเป็นการลดภาระค่าใช้จ่ายในอนาคตลงได้อย่างมหาศาล
2. พฤติกรรมส่วนตัวของประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ชายนักเที่ยว หญิงบริการทางเพศ หรือผู้ติดยาเสพติด อาจส่งผลให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ไปยังกลุ่มที่ไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น หญิงที่เป็นภรรยาหรือทารกได้ อันจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมอย่างกว้างขวางขึ้น รัฐบาลจึงควรรับผิดชอบในการป้องกันปัญหาดังกล่าว
3. ข้อมูลข่าวสารเพื่อให้สาธารณชนได้รับรู้สถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์และประสิทธิผลของการรักษาที่มีอยู่ถือว่าเป็นสินค้าสาธารณะอันเป็นประโยชน์ต่อสังคม แต่เนื่องจากขาดแรงจูงใจที่จะให้ภาคเอกชนเข้ามาดำเนินการเองได้ จึงถือว่าการดำเนินการดังกล่าวเป็นความรับผิดชอบของรัฐบาลโดยตรง
4. การอนุเคราะห์และช่วยเหลือผู้ยากไร้และกลุ่มด้อยโอกาส เป็นภาระหน้าที่ของรัฐบาลอยู่แล้ว หากรัฐบาลดำเนินการได้สำเร็จจะเป็นการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และบรรเทาผลกระทบจากปัญหาเอดส์เช่นกัน
5. การสร้างเงื่อนไขสิ่งแวดล้อมทางสังคมและกฎหมาย เป็นอำนาจหน้าที่ของรัฐบาลอยู่แล้ว ดังนั้นรัฐบาลจึงควรจะใช้อิทธิพลจากกลไกดังกล่าวในการปกป้องผู้ด้อยโอกาส ไม่ว่าจะเป็นติดเชื้อโรค

เอดส์แล้วหรือไม่ก็ตาม ให้ปลอดพ้นจากการใช้อำนาจที่มีอคติ และการถูกแสวงหาประโยชน์ต่างๆ การสร้างมาตรการทางสิทธิมนุษยชนดังกล่าวจะช่วยปกป้องประชาคมโดยรวมจากปัญหาเอดส์ได้

กระบวนการทัศน์ในการจัดการกับปัญหาทางสุขภาพที่เริ่มต้นจากปัญหาเอดส์ ได้มีการปรับเปลี่ยนจนทำให้สามารถมองเห็น และเชื่อมโยงความสัมพันธ์ของโครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมืองของแต่ละประเทศ ตลอดจนผลักดันให้เกิดการปรับแก้โครงสร้างเหล่านี้ เพื่อให้สามารถสร้างกลไกการจัดการกับปัญหาอย่างยั่งยืน โดยภาครัฐจะต้องเป็นแกนกลางในการระดมสรรพกำลังจากทุกภาคส่วนร่วมกันป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เจกเช่นหุ้นส่วนที่เท่าเทียมกัน

1.2 ทัศนะนานาชาติต่อปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เกิดขึ้นในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้มีการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างนักวิชาการในแต่ละประเทศทั่วโลกอย่างกว้างขวาง การศึกษาและทำความเข้าใจกับทัศนะและมุมมองของนักวิชาการและองค์กรนานาชาติ รายงานสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์ ตลอดจนการปรับโครงสร้างทางสังคมและการเมืองของประเทศไทยในการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ จึงเป็นเครื่องมือที่สำคัญอันหนึ่งของการวิจัยวิวัฒนาการการจัดการกับปัญหาเอดส์ เนื่องจากชุมชนวิชาการในองค์กรนานาชาติมีมุมมองที่ไม่ได้ถูกจำกัดกรอบแนวคิดด้วยเงื่อนไขเชิงสถาบันภายในประเทศไทย

องค์การอนามัยโลกประเมินว่าการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้¹² เริ่มต้นและแพร่กระจายอย่างกว้างขวางในราวพ.ศ. 2530 และจากการประมวลข้อมูลในปี 2534 พบว่า⁴ มีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อยู่ในทุกประเทศทั่วโลกแล้ว สำหรับในทวีปเอเชีย

คาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อยู่ประมาณ 1 ล้านคน โดยอยู่ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ถึง 675,000 คน ในขณะนั้นกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จากการเสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าทางเส้นเลือด เป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อกลุ่มใหญ่ที่สุดในประเทศไทยและพม่าแต่ได้คาดการณ์ไว้ว่าต่อไปการขายบริการทางเพศจะกลายเป็นปัจจัยสำคัญในการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์ในส่วนนี้ของโลก

รายงานของธนาคารโลกเมื่อพ.ศ. 2536⁵ ได้จำแนกประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็น 4 กลุ่ม ได้แก่

1. พื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จำนวนน้อย มีการติดเชื้อกามโรคอยู่ในเกณฑ์ต่ำ ได้แก่ ประเทศจีน และแอฟริกาตอนเหนือทะเลทรายซาฮารา
2. พื้นที่ที่เริ่มมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และมีอัตราการติดเชื้อกามโรคอยู่ในเกณฑ์สูง ได้แก่ จังหวัดยูนนาน ประเทศจีน จังหวัดสุราบายา ประเทศอินโดนีเซีย
3. พื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์แล้ว แต่จำนวนผู้ป่วยเอดส์ยังมีน้อย ซึ่งประเทศไทยจัดอยู่ในกลุ่มนี้
4. พื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มากแล้วและมีจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์มาก ได้แก่ หลายประเทศในทวีปแอฟริกาตอนใต้ทะเลทรายซาฮารา เช่น อูกานดา แซมเบีย เป็นต้น

รายงานดังกล่าวแสดงให้เห็นด้วยว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในพ.ศ. 2536 มากกว่า 80% อาศัยอยู่ในประเทศกำลังพัฒนา และจากข้อมูลเหล่านี้ธนาคารโลกได้คาดประมาณว่าในปี 2543 จะมีผู้ติดเชื้อทั่วโลกสูงถึง 26 ล้านคน ทั้งได้ประเมินด้วยว่าประเทศไทยจะเผชิญกับการแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางในอนาคต โดยในพ.ศ. 2543 ประเทศไทยจะมีอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ใหญ่สูงถึง 1 ใน 50 คน

อย่างไรก็ตาม ธนาคารโลก⁵ ได้ยอมรับและยกย่องประเทศไทยว่าเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่รัฐบาลมีนโยบายจัดการกับปัญหาเอดส์อย่างชัดเจน ตั้งแต่พ.ศ. 2534 ทำให้สามารถจัดตั้งคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติอันเป็นแกนนำในการจัดระบบนโยบาย และประสานงานให้องค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ และเอกชนผนึกกำลังกันเข้าควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างจริงจัง

ในปี 2537 องค์การอนามัยโลก⁶ ประเมินการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในทวีปเอเชียโดยเฉพาะในประเทศไทย ว่ายังมีแนวโน้มที่สูงขึ้น แต่หลังจากนั้น การศึกษาในหลายกรณีได้แสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยสามารถควบคุมสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ดีขึ้น จนกระทั่งในการกล่าวเปิดการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 11 ที่ แวนคูเวอร์ พ.ศ. 2539 ปีเตอร์ ฟือท¹³ ได้กล่าวยกย่องประเทศไทยว่าเป็นประเทศกำลังพัฒนาประเทศเดียวในเอเชียที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์จนทำให้แนวโน้มการติดเชื้อรายใหม่ลดลงอย่างชัดเจน ส่วนประเทศกำลังพัฒนาอีกประเทศหนึ่งซึ่งได้รับการยกย่องว่าสามารถควบคุมให้อัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ลดลงก็คือ ประเทศอูกานดา ในทวีปแอฟริกา ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ยังไม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ลงได้

การประเมินการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2540¹⁴ โดยโครงการโรคเอดส์ สหประชาชาติ ร่วมกับหน่วยงานต่างๆ ได้แสดงให้เห็นว่า เมื่อสิ้นปี 2540 มีจำนวนผู้ติดเชื้อรวมทั้งสิ้น 30.6 ล้านคน โดยที่เป็นผู้ที่ติดเชื้อรายใหม่เฉพาะในปี 2540 ปีเดียวจำนวน 5.8 ล้านคน และในปีเดียวกันนี้มีผู้ป่วยโรคเอดส์เสียชีวิตทั่วโลกถึง 2.3 ล้านคน ทำให้ยอดรวมผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ตั้งแต่ระยะแรกของการแพร่ระบาดจนถึงสิ้นปี 2540 มีจำนวนสูงถึง 11.7 ล้านคน มีเด็กกำพร้าจากปัญหาเอดส์รวมทั้งสิ้น 8.2 ล้านคน

แต่การประเมินการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ครั้งนั้นพบความจริงที่สวนทางกับความเชื่อในระยะแรกว่าเอเชียจะเป็นพื้นที่ที่มีจำนวนผู้ติดเชื้อมากที่สุดในโลก เพราะการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในทวีปแอฟริกาตอนใต้ทะเลทรายซาฮารายังคงมีปริมาณสูงกว่า และมีการแพร่ระบาดที่รวดเร็วกว่าส่วนอื่นของโลก สาเหตุที่เป็นเช่นนี้ เชื่อว่าเป็นผลจากการที่โครงสร้างทางสุขภาพและสังคมของชุมชนในทวีปเอเชียมีการพัฒนาในมาตรฐานที่สูงกว่าแอฟริกา โดยเฉพาะฟิลิปปินส์ อินโดนีเซีย การแพร่ระบาดไม่รุนแรงและรวดเร็วตามที่คาดประมาณเอาไว้เมื่อ 4-5 ปีก่อนหน้านั้น ส่วนประเทศที่มีการแพร่ระบาดของโรคอย่างรวดเร็วคือ อินเดีย พม่า และกัมพูชา

อย่างไรก็ตาม คาดกันว่าในปีพ.ศ. 2540¹⁴ จะมีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์รายใหม่เพิ่มขึ้นในแต่ละวันสูงถึง 16,000 ราย กว่า 90% ของคนเหล่านี้อาศัยอยู่ในประเทศด้อยพัฒนา และประมาณ 1 ใน 10 ของผู้ติดเชื้อรายใหม่จะเป็นเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี และ 40% ของผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อจะเป็นผู้หญิง เมื่อเปรียบเทียบกับคาดประมาณโดยธนาคารโลกเมื่อพ.ศ. 2536 แล้ว จะเห็นได้ว่าสถานการณ์ในระดับโลกเลวร้ายกว่าที่คาดคิดเอาไว้มาก

สำหรับประเทศไทยนั้นมีหลักฐานเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติแล้วว่า¹⁴ จำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์รายใหม่ได้ลดจำนวนลงในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา โดยมีผู้ติดเชื้อแล้วประมาณ 750,000 คน คิดเป็น 2.3% ของประชากรที่เป็นผู้ใหญ่ และเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศอุกานดาซึ่งเป็นอีกประเทศหนึ่งที่ได้รับการยอมรับในการควบคุมอัตราการติดเชื้อเอดส์ พบว่าประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ดีกว่า ทั้งอัตราการติดเชื้อในประชาชนทั่วไป และในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งประเทศไทยอยู่ในระดับ 1.96% ในปี 2539 ขณะที่อุกานดามีอัตราการติดเชื้อสูงถึง 13.2%¹⁵ (ค่า Median จากหลายพื้นที่ซึ่งมีพิสัยระหว่าง 2.0-15.4%)

โครงการโรคเอดส์ สหประชาชาติประเมินว่า¹⁴ เหตุที่ประเทศไทยสามารถควบคุมการแพร่ระบาดอย่างได้ผล เป็นผลมาจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศในประชากรไทยให้ลดพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส และการที่ยิวหญิงบริการทางเพศลดลง มีการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น มีการปรับเปลี่ยนทัศนคติยอมรับความเสมอภาคของสตรีมากขึ้น ตลอดจนเปิดโอกาสและสนับสนุนให้สตรีไทยมีการศึกษาดีขึ้นซึ่งลดจำนวนสตรีที่เข้าสู่อาชีพค้าบริการทางเพศลงได้มาก แต่ประเด็นที่ยังเป็นปัญหาอยู่ก็คือ การติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นยังมีจำนวนสูงมาก แสดงว่ายังไม่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดในกลุ่มนี้ได้ อีกทั้งยังพบว่าการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายรักร่วมเพศในภาคเหนือยังมีอัตราส่วนที่ต่ำมาก

เอกสารของธนาคารโลก พ.ศ. 2540 ได้นำเสนอความสำเร็จในการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย¹¹ โดยชี้ถึงจุดเด่นที่นำไปสู่ผลสำเร็จดังนี้คือ

ประการแรก รัฐบาลตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบจากโรคเอดส์อย่างจริงจัง ให้ความสำคัญกับนโยบายด้านนี้โดยจัดสรรงบประมาณ และเป็นแกนกลางในการระดมทรัพยากรและความร่วมมือจากทุกภาคส่วน ทั้งในภาครัฐ เอกชน และชุมชน เพื่อสร้างกลไกการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ตั้งแต่ระดับชาติลงไปถึงระดับท้องถิ่น และชุมชน

ประการที่สอง การรวมตัวของชุมชนต่างๆ ในหลายพื้นที่ในลักษณะประชาสังคม เพื่อร่วมกันวางแผน จัดการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ การที่รัฐสามารถร่วมงานกับองค์กรเอกชนสาธาณประโยชน์นับว่าเป็นการลงทุนและระดมทุนจากสังคมที่คุ้มกับผลที่ได้รับกลับคืนมา โดยเฉพาะการเปิดโอกาสให้ชุมชนด้อยโอกาสบางกลุ่ม เช่น หญิงบริการทางเพศ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ได้เข้าร่วมดำเนินการเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง ในขณะเดียวกัน ก็มีสวนช่วยสังคมส่วนรวมในการป้องกันการแพร่ระบาด

ของโรคเอดส์อีกด้วย

และประการที่สาม ประเทศไทยสามารถนำมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงมาใช้ โดยมีการยอมรับจากระดับนโยบาย และไม่มี การขัดแย้งกับเงื่อนไขทางสังคมและศาสนา เช่น การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ แก่สาธารณชนอย่างกว้างขวาง การจัดการเรียนการสอนเกี่ยวกับเพศศึกษา และเอดส์ และสามารถณรงค์ให้เกิดการใช้ถุงยางอนามัยอย่างกว้างขวางในกลุ่มชายบริการทางเพศ ดังเช่นโครงการ “ถุงยางอนามัย 100%” ในพ.ศ. 2534

ภาพการเผชิญกับปัญหาเอดส์ของประชาคมไทยในสายตานักวิชาการนานาชาติ ได้สะท้อนการแปรเปลี่ยนไปในช่วงเวลาเพียง 1 ทศวรรษ เริ่มจากการแพร่ระบาดที่เกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว และความล้มเหลวในการประกาศนโยบายที่ชัดเจนในช่วงพ.ศ. 2530 จนองค์กรสากลหลายหน่วยเชื่อว่า ประเทศไทยจะต้องเผชิญปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างรุนแรง เช่นเดียวกับประเทศในทวีปแอฟริกา แต่การเปลี่ยนแปลงท่าทีและเจตนาของรัฐบาลไทยต่อปัญหาเอดส์ตั้งแต่พ.ศ. 2534 ได้ส่งผลให้ประเทศไทยสามารถฉีกกำลัง ทรัพยากร และสติปัญญาของชุมชนต่างๆ จนสามารถจัดการดำเนินงานควบคุมและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้อย่างเป็นระบบและมีเอกภาพ ส่งผลให้อัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ลดลงใน 5 ปีหลังของทศวรรษ คือระหว่างพ.ศ. 2535–2540 ทั้งยังเป็นแบบอย่างของความสำเร็จที่นักวิชาการนานาชาติให้ความสำคัญ เข้ามาศึกษาและวิจัย เพื่อนำความรู้ที่ได้ไปพัฒนากระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ที่มีข้อจำกัดทางทรัพยากร และเทคโนโลยี ใกล้เคียงกันต่อไป

1.3 ทักษะของนักคิดไทยต่อปัญหาเอดส์

ปรากฏการณ์อันเนื่องมาจากภาวะคุกคามของปัญหาเอดส์ การตื่นรู้ต่อผู้ชกชวมชนและสังคมไทย เป็นทั้งประสบการณ์ และบทเรียนอันมีค่าสำหรับนักคิดหลายท่าน ผู้มีบทบาทในการร่วมกำหนดนโยบาย ร่วมทำกิจกรรมเพื่อแปลงภาวะคุกคามจากปัญหาเอดส์ ให้เป็นโอกาสในการพัฒนาโครงสร้างของประเทศไทยให้เข้มแข็งขึ้น การประมวลมุมมองเหล่านี้เข้าด้วยกันจะช่วยให้มองเห็นกรอบแนวคิดและกระบวนทัศน์ที่มีวิวัฒนาการจากแรงกระตุ้นของปัญหาเอดส์ในสังคมไทยได้ชัดเจนยิ่งขึ้น

ศ.นพ.ประเวศ วะสี¹ เริ่มมองเห็นผลคุกคามจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในสังคมไทย ตั้งแต่ดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติในช่วงก่อนพ.ศ. 2530 ต่อมา เมื่อองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่ทำงานด้านเอดส์หลายองค์กรได้รวมตัวกันเข้าเป็นคณะกรรมการประสานงานองค์กรเอกชนสาธารณสุขในปีพ.ศ. 2530 ศ.นพ.ประเวศ ได้เข้ารับตำแหน่งเป็นประธานคนแรกของคณะกรรมการดังกล่าว นอกจากนั้นในพ.ศ. 2534 ยังได้เข้าร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติอีกด้วย ศ.นพ.ประเวศมีทัศนะที่ชัดเจนว่า เอดส์เป็นวิกฤตทางสังคม อันประกอบด้วยสถานการณ์ทางสังคม 4 ประการ คือ

1. ช่องว่างระหว่างคนรวยและคนจนทางขึ้นเรื่อยๆ ทำให้เกิดความตื่นรู้ของคนไทยที่มุ่งจะมีฐานะดีขึ้น จนส่งผลให้เกิดความล้มสลายของครอบครัวและชุมชน เกิดการอพยพเข้าเมือง โสเภณีการค้าเด็ก
2. การแตกสลายทางสังคม ทำให้ครอบครัวและชุมชนอ่อนแอลงสถาบันต่างๆ ในสังคมก็อ่อนแอลงด้วยไม่สามารถทำหน้าที่ปกป้องคนในชุมชนได้
3. เกิดวิกฤตการณ์ทางสิ่งแวดล้อมทั้งในชนบท และในเมือง

4. วิกฤตการณ์ทางวัฒนธรรมและทางจิตวิญญาณ เนื่องจากการพัฒนาที่เกิดขึ้นในระยะ 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมาเป็นการพัฒนาที่ละทิ้งจิตวิญญาณ คุณค่าการเอื้ออาทรซึ่งกันและกันในสังคมได้เสื่อมถอยลง

วิกฤตการณ์ทางสังคมดังกล่าวได้เป็นอุปสรรคเฉพาะปัญหาเอดส์ และในขณะที่เอดส์ก็เป็นตัวเร่งวิกฤต ดังนั้นศ.นพ.ประเวศจึงมองว่า วิกฤตเอดส์เป็นวิกฤตที่ใหญ่ที่สุด ใหญ่กว่าการแพร่ระบาดของโรคต่างๆ ที่เราเคยเผชิญในอดีต เพราะจะทำให้ผู้คนที่ยึดเชื่อเอดส์ไม่สามารถหลบเลี่ยงความตายที่รออยู่ได้ เนื่องจากยังไม่มีหนทางที่จะรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ อย่างไรก็ตาม ในอีกด้านหนึ่ง เอดส์ทำให้หลายคนในกลุ่มผู้ติดเชื้อนี้หมดความกลัวตาย เกิดความสงบ เกิดการสร้างสรรค์ ทำให้สุขภาพดีขึ้น จิตใจดีขึ้น อยากร่วมมือ อยากช่วยกัน กลายเป็นชุมชนที่ร่วมมือกันได้ ทั้งยังทำให้คนมองเห็นและเข้าใจอย่างชัดเจนว่าการแก้ปัญหาด้วยวิธีการทางเทคโนโลยีอย่างเดียวย่อมไปไม่รอด ดังนั้นจึงมองว่าเอดส์ไม่ได้เป็นเพียงปัญหา แต่ได้กระตุ้นศักยภาพในตัวคนขึ้นด้วย ทำให้เกิดความรัก ความร่วมมือ การแสวงหาความรู้และวิธีการทางวัฒนธรรม

ศ.นพ.ถั่ว ภูมรประวัติ เป็นอีกท่านหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อรองรับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในอนาคต โดยเข้ารับตำแหน่งประธานคณะกรรมการด้านเอดส์ ของคณะกรรมการระบาดวิทยาแห่งชาติ เมื่อพ.ศ. 2535 และรวบรวมแนวคิดจากการวิจัยในด้านต่างๆ เพื่อนำเสนอเป็นแนวทางในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เอดส์แห่งชาติ ในพ.ศ. 2538 ศ.นพ.ถั่ว ได้ให้ความเห็นไว้ว่า¹⁶ การแพร่ระบาดของโรคเอดส์จะเป็นโอกาสให้เราปฏิรูปความไม่เป็นธรรมบางประการในสังคมไทย ซึ่งจะมีผลต่อชะตากรรมของผู้หญิงและเด็กจำนวนมาก การปรับแก้โครงสร้างทางสังคมดังกล่าว จำต้องมีการปรับเงื่อนไขทางกฎหมาย และหลักจริยธรรมที่จะรองรับ

หลักการสิทธิมนุษยชน ซึ่งการผลักดันให้เกิดการดำเนินการเช่นนั้นได้ จะต้องให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณชนเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และแก่ผู้กำหนดนโยบายเพื่อให้สามารถปรับแก้และกำกับการดำเนินการตามยุทธศาสตร์และนโยบายที่วางเอาไว้

นอกจากนั้นศ.นพ.ณัฐยังเห็นว่าควรจะใช้ปัญหาเอดส์เป็นตัวเร่งให้เกิดการปฏิรูประบบการศึกษา ระบบการบริหารและทำงานของรัฐบาล เพื่อให้มีการกระจายอำนาจออกไปให้หน่วยงานในท้องถิ่น เอกชน และชุมชน เข้ามาร่วมดำเนินการตามความจำเป็นของแต่ละชุมชน ประเด็นสำคัญอีกประการหนึ่งก็คือการใช้เงื่อนไขของปัญหาเอดส์กระตุ้นให้เกิดการพัฒนาวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยี เพื่อให้มีการทบทวนแนวนโยบายของรัฐต่อการกำหนดทิศทางการศึกษาวิจัยในประเทศ อันจะเกิดประโยชน์ต่อสังคมไทยในระยะยาว

นายมีชัย วีระไวทยะ นักกิจกรรมผู้มีประสบการณ์ยาวนานกับปัญหาเอดส์ตั้งแต่ช่วงต้นของการแพร่ระบาด ในฐานะผู้บริหารองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และในสมัยที่ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี ได้ใช้กลไกการเมืองดังกล่าวสานให้เกิดโครงสร้างนโยบายที่สำคัญในการจัดการกับปัญหาเอดส์ ได้แสดงให้เห็นในประเด็นความร่วมมือระหว่างทุกภาคส่วนว่า¹⁷ การมองปัญหาเอดส์ จะต้องมองให้เข้าใจประเด็นทางสังคมและเศรษฐกิจที่กว้างไกลและลึกซึ้งมากกว่าการมองว่าเป็นปัญหาสุขภาพ ดังนั้นทุกภาคส่วนจะต้องทำความเข้าใจกับสถานการณ์ทุกด้านที่เกี่ยวข้องให้ชัดเจน จึงจะสามารถร่วมกันดำเนินการได้อย่างเป็นเอกภาพ ที่สำคัญก็คือ ผู้นำสูงสุดของรัฐบาลจะต้องแสดงบทบาทการนำโดยผ่านองค์กรคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ซึ่งจะเป็นแกนนำให้หน่วยราชการต่างๆ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ สามารถประสานแนวคิดและภารกิจได้

ดร.เสรี พงศ์พิศ¹⁸ นักวิชาการสาขาปรัชญา และเป็นผู้ทำกิจกรรมอยู่กับชุมชน และปัญหาเอดส์มาเป็นเวลานาน 10 ปี ในปัจจุบันดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการโครงการโรคเอดส์สหประชาชาติ ภูมิภาคเอเชีย-แปซิฟิก ได้เสนอแนวทางที่หยั่งถึงความเป็นทวิลักษณ์ของปัญหาเอดส์ ที่มีทั้งด้านดีและด้านด้อย สำหรับด้านดีนั้น เอดส์ทำให้หลายคนเริ่มเข้าใจสุขภาพแบบองค์รวม และการพัฒนาแบบองค์รวม โดยมองเห็นความสัมพันธ์ระหว่างสรรพสิ่ง มากกว่าการมองปรากฏการณ์ต่างๆ แบบแยกส่วน ทำให้เกิดความเข้าใจในชุมชนได้อย่างง่ายๆ ว่า เอดส์ไม่ได้เป็นเพียงปัญหาสุขภาพ หากโยงไปถึงปัญหาพื้นฐานของชีวิตทั้งหมด ทั้งปัญหาลังคม เศรษฐกิจ การเมือง และยังเกี่ยวโยงแยกย่อยลงไปถึงปัญหาการศึกษา ปัญหาการพัฒนาสังคม ปัญหาปากท้อง ปัญหาความไม่ลงตัวของสังคม ซึ่งกระทบและสะท้อนออกมาที่ครอบครัวและชุมชน เมื่อสองสถาบันนี้อ่อนแอลง ภูมิต้านทานชีวิตก็น้อยลง เอดส์จึงเข้ามาง่ายขึ้น ดังนั้นเอดส์จึงทำให้คนในชุมชนต้องกลับมาทบทวนเรื่อง “ชีวิต” กันใหม่ ทบทวนความสัมพันธ์เยี่ยงสมาชิกในครอบครัว ความเท่าเทียมกันระหว่างสามีและภรรยาที่จำเป็นต้องมีความซื่อสัตย์และความรักที่ดีซึ่งกันและกัน

ข้อสรุปสำคัญของนักคิดท่านนี้ก็คือ ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่เข้มแข็งสามารถแก้ปัญหาเอดส์ได้ แต่จากประสบการณ์ในชนบทที่ผ่านมา แม้ว่าหน่วยงานภาครัฐจะมีการจัดตั้งองค์กรชาวบ้าน องค์กรชุมชนขึ้นมาแล้วนับหมื่นนับแสนแห่ง และเคยเชื่อกันว่าองค์กรจัดตั้งเหล่านี้มีความเข้มแข็งมั่นคง แต่จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ได้พิสูจน์ให้เห็นว่าไม่เป็นความจริง ชุมชนยังไม่เข้มแข็ง ยังขาดภูมิคุ้มกันของตัวเอง อีกทั้งเมื่อผู้ติดเชื้อเริ่มมีอาการ เริ่มเจ็บป่วย เสียชีวิต เป็นมายและกำเริบ ชุมชนก็ไม่สามารถแก้ไขปัญหาได้ การรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อในภาคเหนือที่เกิดขึ้นนับร้อยกลุ่ม ก็เป็นการรวมตัวเพราะสถานการณ์บีบบังคับ เนื่องจากครอบครัวและชุมชนไม่สามารถช่วยเหลือพวกเขาได้ หรือช่วยได้ก็เพียงเล็กน้อย

ดร.เสรี พงศ์พิศชี้ให้เห็นว่า ชุมชนที่เข้มแข็งในการเผชิญหน้ากับเอดส์ คือชุมชนที่จะไม่แยกผู้ติดเชื้อออกจากผู้ไม่ติดเชื้อ ไม่รังเกียจสมาชิกที่ติดเชื้อเอดส์หรือเป็นเอดส์ มีเอกภาพและมีความสามัคคีเป็นที่ตั้ง เช่นในภาคใต้ซึ่งยังไม่มีปัญหาเอดส์ในชุมชนทั่วไปมากนัก แต่ก็มีชุมชนเข้มแข็งที่พิสูจน์แล้วว่าพวกเขาไม่กลัวและไม่รังเกียจเอดส์ ดังนั้นเอดส์จึงเป็นเครื่องมือตรวจสอบความเข้มแข็งของชุมชน ในขณะเดียวกันก็เป็นสิ่งที่ช่วยให้คนมองเห็นและเชื่อมโยงปัญหาต่างๆ เข้าด้วยกัน ก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนอย่างแข็งแรงแจ้งขึ้น ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถปรับกระบวนการทัศน์ (ซึ่งหมายถึงวิธีคิด วิธีปฏิบัติ วิธีให้คุณค่า ซึ่งตั้งอยู่บนฐานการมองโลกความเป็นจริงแบบหนึ่ง) ของคน ของชุมชน และของสถาบันในสังคม ให้มีวิธีคิดแบบ “องค์กรรวม” ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างคน องค์กร และ ประเด็นต่างๆ

ดร.ม.ร.ว.อภินันท์ รพีพัฒน์¹⁹ นักวิชาการผู้มีประสบการณ์ยาวนาน และได้เข้าไปพัฒนาองค์กรชุมชนในภาคเหนือเช่นกัน มีความเห็นว่า โรคเอดส์เป็นโรคที่ทดสอบสังคมและวัฒนธรรมไทย ความรังเกียจเดียวดฉันท์ในสังคมเมือง อาจจะไม่เกิดขึ้นในสังคมชนบท เนื่องจากในชนบทยังคงมีความผูกพันทางเครือญาติและความเป็นชุมชนอยู่ วิธีชีวิตในการประกอบอาชีพเกษตรอาจทำให้มีเวลาดูแลผู้ป่วยได้ แต่ในสังคมเมืองที่คนส่วนใหญ่ต้องแข่งขันกันทำมาหากิน ทำให้ไม่มีเวลาที่จะมาช่วยดูแลผู้ป่วย นอกจากนั้นแนวคิดเรื่องเชื้อโรคแบบตะวันตกก็มีอำนาจมากกว่า จึงทำให้เกิดความหวาดกลัวและรังเกียจ ตราบเท่าที่ยังไม่มีความสำเร็จทางวิทยาศาสตร์ที่จะกำจัดเชื้อโรคและรักษาผู้ป่วยให้หายได้อย่างแท้จริง

ที่ผ่านมา การต่อต้านการแพร่ระบาดของเชื้อโรคในระบบการแพทย์และสาธารณสุขสมัยใหม่เต็มไปด้วยการจำกัดขอบเขตและลิดรอนสิทธิเสรีภาพของผู้ป่วย การระบาดของโรคเอดส์ทำให้วงการแพทย์ต้องหันกลับ

มาพิจารณากันใหม่ เพราะในกรณีของโรคเอดส์ การปฏิบัติดังกล่าวกลับผลักดันให้มีการหลบซ่อนและแพร่เชื้อเพิ่มมากขึ้น การออกกฎหมายก็อาจไม่มีประสิทธิภาพในการบังคับปฏิบัติมากนัก นอกจากเป็นการกำหนดแนวทางที่ควรประพฤติเท่านั้น สิ่งสำคัญที่ขาดไปและจะต้องสร้างขึ้นในระบบการแพทย์สมัยใหม่ก็คือ “คัล” หรือจริยธรรมทางอาชีพ ซึ่งควรมีพื้นฐานอยู่ที่ค่านิยมแบบพื้นบ้าน ปรัชญาเบื้องหลังการแพทย์แผนโบราณ และชุมชนพื้นบ้านของไทย ดังนั้นจึงเริ่มมีการตั้งคำถามต่อระบบและกระบวนการปฏิบัติต่างๆ ที่มาจากต่างประเทศ ซึ่งทำให้สังคมเริ่มมองเห็นคุณค่าของสิ่งที่มีอยู่เดิม และช่วยแปรเปลี่ยนมหันตภัยที่เกิดขึ้นให้กลับเป็นคุณประโยชน์ สามารถฟื้นฟูสร้างสรรควัฒนธรรมขึ้นมาใหม่ได้

รศ.ดร.ชยันต์ วรรณะภูติ²⁰ นักวิชาการทางสังคมและนักกิจกรรมเอดส์ที่ทำงานอยู่กับชุมชนมาเป็นเวลานานได้ย้่าว่า แนวทางสร้างสรรค์เพื่อแก้ไขปัญหารุนแรงแห่งศตวรรษเยี่ยงเอดส์นี้ไม่สามารถสร้างได้จากเบื้องบนจากนโยบาย จากบทบัญญัติแห่งกฎหมาย หรือการพัฒนาสถาบันและระบบราชการเท่านั้น แต่จะต้องทำให้ทุกคน ทุกระดับ มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาในลักษณะที่เป็น “ขบวนการทางสังคม” (Social Movement) แนวคิดดังกล่าวไม่ได้ปฏิเสธแนวคิดของการพัฒนาสถาบันของรัฐ หรือระบบราชการให้มีประสิทธิภาพ แต่เป็นแนวคิดที่ต้องการเสริมให้ฝ่ายประชาชนหรือประชาสังคม (Civil Society) มีความเข้มแข็งและมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้วย นั่นคือ การสร้างกลไกทางสังคมใหม่ให้เข้มแข็ง ให้ชุมชนมีความมั่นใจและมีอำนาจในการตัดสินใจ ซึ่งเป็นการสร้าง “ชีวิตชุมชนใหม่” ที่มีบทบาทในการป้องกันและแก้ไขปัญหาของชุมชน บนพื้นฐานศักยภาพของครอบครัวและชุมชนของตนเอง

รศ.ดร.ชยันต์ วรรณะภูติ ยังได้มองการรวมตัวของกลุ่มผู้ติดเชื้อว่าเป็นชุมชนลักษณะหนึ่ง ซึ่งเกิดจากการที่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ต้องการแสวงหาทางเลือกใหม่ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ เช่น การทดลองใช้สมุนไพร

และการรักษาสุขภาพอนามัยด้วยวิถีธรรมชาติบำบัด หรือการทำสมาธิ การรวมตัวกันของผู้ติดเชื้อได้สนองตอบความต้องการและความจำเป็นที่จะช่วยเหลือซึ่งกันและกันรวมทั้งต้องการที่จะแลกเปลี่ยนแบ่งปันประสบการณ์ในการดูแลตนเอง เช่น การกินอาหาร การพักผ่อน รวมทั้งกลวิธีต่างๆ ในการขอรับบริการจากโรงพยาบาล องค์กรของรัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนเมื่อมีปัญหสุขภาพเกิดขึ้น

แต่ในอีกด้านหนึ่ง การรวมตัวของกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เป็นผลจากการที่ไม่ได้รับการยอมรับ หรือไม่ได้รับความช่วยเหลือในการดูแลและรักษาพยาบาลจากครอบครัวและชุมชน เพราะชุมชนและสังคมยังมีความรังเกียจ ยังขาดความรู้และประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ยิ่งกว่านั้น โรงพยาบาลของรัฐเองก็ไม่สามารถให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้เพียงพอ เพราะขาดแคลนงบประมาณ บุคลากรของโรงพยาบาลหลายแห่งก็ยังขาดทั้งประสบการณ์และทัศนคติที่เหมาะสม การรวมตัวของผู้ติดเชื้อจึงเป็นการปรับตัวของผู้ติดเชื้อในการต่อสู้กับปัญหาสังคม ปัญหาสุขภาพทางใจและทางกาย

นายโกวิท วรพิพัฒน์²⁰ อดีตอธิบดีกรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ ให้ทัศนะว่า ชุมชนที่ประกอบด้วยผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และผู้ที่ไม่ติดเชื้อ แต่สามารถอยู่รวมกันได้อย่างเอื้ออาทรและสร้างสรรค์ ถือว่าเป็นชุมชนที่เข้มแข็งอย่างแท้จริง ทั้งยังแสดงความเห็นว่า การสร้างชุมชนดังกล่าวได้จะต้องพัฒนาศักยภาพของคนทั้งประเทศในรูปแบบของการให้การศึกษา ดังนั้นจึงควรมีการปรับหลักสูตรการเรียนการสอนของกระทรวงศึกษาธิการเพื่อหล่อหลอมเยาวชนให้รู้จักคิดและแก้ไขปัญหาได้ด้วยตนเอง

ทางด้านอธิบดีกรมการปกครอง นายประมวล รุจนเสรี²⁰ ผู้มีประสบการณ์ในการบริหารโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกระทรวงมหาดไทยมาเป็นเวลากว่า 5 ปี ได้แสดงทัศนะต่อชุมชนไทยว่า มีพื้นฐานของความร่วมมือร่วมใจอยู่แล้ว สถาบันในชุมชน เช่น วัด เป็น

แหล่งที่ชุมชนเข้ามามีส่วนสัมพันธ์กัน และประชาชนเองก็มีภูมิปัญญาของตนในการแก้ไขปัญหาแต่การพัฒนาประเทศที่ผ่านมาได้ละเลยพื้นฐานเหล่านี้ ดังนั้นการรวบรวมศักยภาพดังกล่าวให้กลับคืนมา จะต้องปรับแก้วิถีทัศน์ของเจ้าหน้าที่ราชการเสียใหม่ ให้อยอมรับว่า ชาวบ้านมีความคิด มีภูมิปัญญาของตนเอง และสามารถช่วยตนเองได้ นอกจากนี้จะต้องสร้างเสริมสิ่งแวดล้อมทางสังคมตามแนวทางศีลธรรมจรรยา เพื่อปกป้องชุมชนเมื่อต้องเผชิญกับสิ่งยั่วยุทางพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม รวมทั้งควรใช้กลไกของรัฐและเอกชนมาเป็นตัวกระตุ้นสังคมและชุมชนให้ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ

แนวทัศนะของนักคิดไทยเหล่านี้ได้ส่งผลต่อการกำหนดและปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ รวมทั้งนโยบายการจัดการกับปัญหาเอดส์ในประเทศไทย เพราะผู้เสนอแนวคิดเหล่านี้เป็นบุคคลที่ได้แสดงบทบาทในการกำหนดแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติด้านเอดส์ ในพ.ศ. 2534 และพ.ศ. 2539 ตลอดจนมีบทบาทในการแปลงวิสัยทัศน์จากแผนยุทธศาสตร์ที่กำหนดขึ้นให้เป็นรูปธรรมที่นำไปสู่การปฏิบัติโดยองค์กร ทั้งภาครัฐ เอกชน และชุมชน

1.4 กรอบการวิเคราะห์วิวัฒนาการ ของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย

จากการประมวลแนวคิดของนักวิชาการ นักคิด ผู้กำหนดนโยบาย และนักกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ ทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย จะเห็นได้ว่า วิวัฒนาการของการจัดการกับปัญหาเอดส์ในประเทศไทย ได้ผ่านการพัฒนาจากกลไกของภาครัฐและประชาสังคม โดยมีการใช้กระบวนการทางการเมือง การกำหนดนโยบายของภาครัฐ เอกชน องค์กรชุมชน ตลอดจนการปรับใช้มาตรการด้านต่างๆ ทั้งด้านสุขภาพและสังคม เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์อย่างต่อเนื่องเป็นเวลากว่า 10 ปี

ดังนั้น การวิเคราะห์วิวัฒนาการของการจัดการกับปัญหาเอดส์ในประเทศไทยเพื่อทำความเข้าใจกับองค์ประกอบที่เป็นปัจจัยและสัมฤทธิ์ผลที่

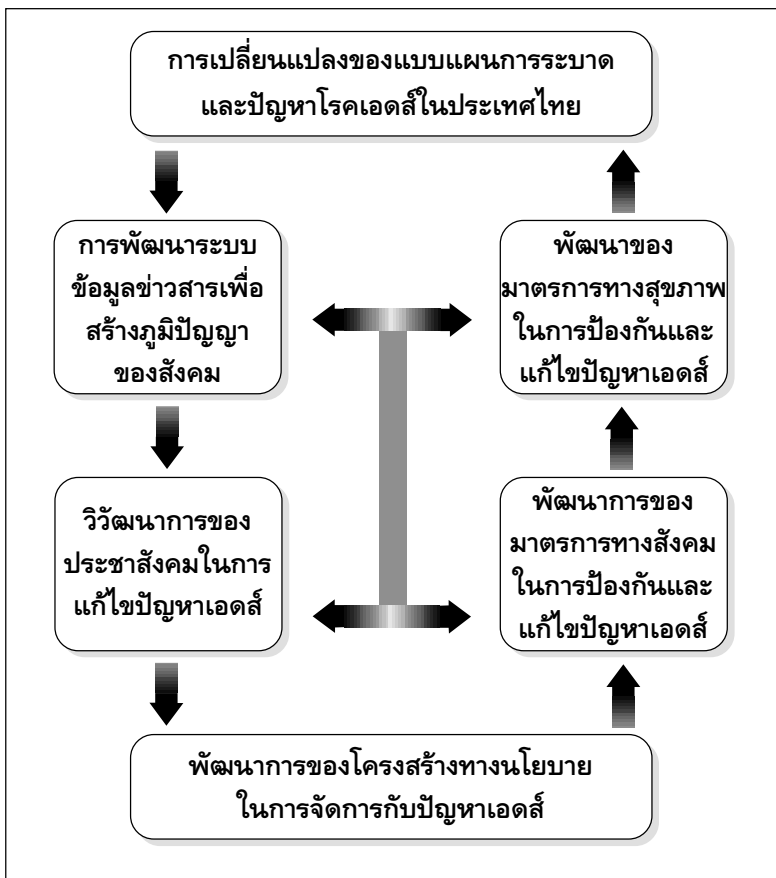
เกิดขึ้น จึงจำเป็นต้องมองประเด็นที่สำคัญ ได้แก่ กระบวนการทางข้อมูลข่าวสารที่ส่งผลให้เกิดความโปร่งใสของปัญหาและการดำเนินการ การพัฒนาประชาสังคมขึ้นมาจัดการกับปัญหาเอดส์ โครงสร้างทางนโยบายที่ภาครัฐกำหนดขึ้นเพื่อประสานการดำเนินงาน และวิวัฒนาการของมาตรการทางสุขภาพและสังคมอันสืบเนื่องมาจากปัญหาเอดส์ จากนั้นจึงนำผลการศึกษามาวิเคราะห์เปรียบเทียบกับแนวทางการปรับกระบวนการทัศน์ส่งเสริมสุขภาพเพื่อให้เข้าใจประเด็นสำคัญซึ่งมีความสัมพันธ์กัน ตลอดจนสามารถประเมินผลสำเร็จและการพัฒนาในประเด็นต่างๆ ดังต่อไปนี้

ประการแรก คือ แบบแผนทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในประเทศไทย มีการแปรเปลี่ยนไปตลอดเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา อันเป็นผลจากปัจจัยด้านต่างๆ ในสังคมที่มีการปรับตัวอยู่ตลอดเวลา (ดูภาพที่ 1) จุดเด่นสำหรับปัญหาเอดส์คือ ระบบข้อมูลข่าวสารได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยความร่วมมือของนักวิชาการหลากหลายสาขาและวิชาชีพเข้ามาผนึกกำลังกันจนก่อให้เกิดเป็นวิวัฒนาการทางภูมิปัญญาในการจัดการกับปัญหาเอดส์ให้แก่สังคมได้สำเร็จ (การศึกษาประเด็นนี้จะปรากฏอยู่ในบทที่ 2)

ประการที่สอง ได้แก่ การใช้ภูมิปัญญาซึ่งก่อกำเนิดขึ้นภายใต้เงื่อนไขการพัฒนาสังคมประชาธิปไตย การเปิดโอกาสให้ทุกภาคส่วนในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างจริงจัง โดยจะวิเคราะห์วิวัฒนาการด้านนี้ในบทที่ 3 จากนั้นจะเชื่อมโยงให้เห็นกลไกในการกำหนดโครงสร้างทางนโยบายส่วนต่างๆ ที่ส่งผลให้การจัดการปัญหาเอดส์มีความชัดเจน โปร่งใส และสามารถระดมการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนได้อย่างเข้มแข็ง แสดงให้เห็นความเป็นธรรมรัฐ (Good Governance) เบื้องต้นในการจัดการกับวิกฤตการณ์ของประเทศ ซึ่งปรากฏในบทที่ 4

นอกจากนี้ ยังมีเงื่อนไขสำคัญได้แก่ การพัฒนาองค์ความรู้ การพัฒนากลไกทางสังคมประชาธิปไตย และโครงสร้างนโยบายที่ได้รับการเปลี่ยนแปลงในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งส่งผลให้เกิดวิวัฒนาการทางด้านการจัดบริการ

ภาพที่ 1-1 แผนผังแสดงปัจจัยที่ส่งผลต่อวิวัฒนาการของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์



ทางสุขภาพ และการจัดบริการทางสังคม โดยจะนำเสนอในบทที่ 5 และ 6 ซึ่งในที่สุด กลไกการจัดบริการตลอดจนข้อมูลข่าวสารที่สื่อสารสู่ประชาชนอย่างเปิดเผย ได้ส่งผลให้การป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ในประเทศไทยที่ผ่านมา ประสบผลสำเร็จในระดับที่น่าพอใจจนเป็นที่ยอมรับในสังคมโลก แต่สิ่งที่จะต้องวิเคราะห์ให้ลึกซึ้งไปอีก ก็คือการปรับแนวกระบวนทัศน์

ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพ เช่น โรคเอดส์ ได้ส่งผลให้องค์กรต่างๆ ในประเทศไทยได้พัฒนาแนวทางการส่งเสริมสุขภาพขึ้นมาในเวลาเดียวกัน ซึ่งได้ศึกษาเปรียบเทียบวิวัฒนาการดังกล่าวไว้ในบทที่ 7

เอกสารอ้างอิง

1. ศ.นพ.ประเวศ วะสี. “เอดส์กับการพัฒนาสังคมมนุษยชาติ.” 23 ประสพการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคเหนือ เสรี พงศ์พิศ: บรรณาธิการ. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2539. หน้า 1-14.
2. Panyarachun, A. *AIDS and Social and Economic Progress in the Asian and Pacific Countries, Proceedings of the Third International Conference on AIDS in Asia and the Pacific and the Fifth National AIDS Seminar in Thailand.* September 17-21, 1995. Chiangmai, Thailand. pp.75-78.
3. Barlett, J. “Update in Infectious Diseases.” *Annals of Internal Medicine* Vol. 127, No. 3 (1 August 1997): pp.217-224.
4. Mann, J.M., et al. *AIDS in the World.* Harvard University Press, 1992. pp.841-843.
5. World Bank. *World Development Report 1993: Investing in Health.* Washington D.C., 1993. pp.99-107.
6. Merson, M.H. “Global Status of the HIV/AIDS Epidemic and the Response.” *Glogal Challenge of AIDS - Ten Years of HIV/AIDS Research, the Proceodings of the Tenth International Conference on AIDS/International Conference on STD, Yokohama, August 7-12, 1994.* Tokyo: Kodasha, 1995. pp. 3-13.
7. Declaration “*Paris AIDS Summit.*” 1 December 1994. กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2537.
8. Piot, P. “*Why UNAIDS?*” a box in the UN Response by Lisa Garbus, *AIDS in the World II.* Ed. Jonathan Mann and Daniel

- Tarantora. New York: Oxford University Press, 1996. pp.370-371.
9. Mann, J. and Talentora, D. "From Vulnerability to Human Rights." *AIDS in the World II*, Ed. Jonathan Mann and Daniel Tarantora. New York: Oxford University Press, 1996. pp.463-476.
 10. UNDP. *Governance for Sustainable Human Development*. A UNDP Policy Document. United Nations Development Programme. January, 1997.
 11. World Bank. *Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic*. Published for the World Bank; Oxford University Press, 1997.
 12. World Health Organization. *WHO Weekly Epidemiological Record*; 1992.
 13. Piot, P. "HIV/AIDS Global Pandemic and Response." Address in Open Ceremony of the Eleventh International Conference on AIDS, Vancouver, Canada.
 14. UNAIDS. *Report on the Global HIV/AIDS Epidemic*, 1997.
 15. US. Bureau of the Census. *HIV/AIDS Surveillance Data Base*. US. Bureau of the Census, Population Division, International Programs Center, January 1998 Release.
 16. Bhamaraprawati, N. "Report of Chairman of the Organizing Committee at the closing Session." Third International Conference on AIDS in Asia and the Pacific and the Fifth National AIDS Semina in Thailand, September 17-21, 1995, Pang Suan Kaew Hotel, Chiang Mai, Thailand. pp.11-12.

17. Viravaidya, M. "Commitment of Governments, Non-Governmental Organizations, the Private Sector and the Community." Keynote Speech in Third International Conference on AIDS in Asia and the Pacific and the Fifth National AIDS Semina in Thailand, September 17-21, 1995, Pang Suan Kaew Hotel, Chiang Mai, Thailand. pp.19-20.
18. ดร.สิริ พงศ์วิศ, บรรณานิการ. "บทเรียนราคาแพง." 23 ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคเหนือ. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2539. หน้า 299-332.
19. ดร.ม.ร.ว.อภินันท์ รพีพัฒน์. "เอดส์: สิทธิและการอยู่อาศัย." สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 6, 26-28 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมโซฟิเทล ราชอาศิต จ.ขอนแก่น. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2539. หน้า 50-55.
20. รศ.ดร.ชยันต์ วรรณะภูติ. "การพัฒนาศักยภาพ คน ครอบครัวและชุมชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์." สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 6, 26-28 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมโซฟิเทล ราชอาศิต จ.ขอนแก่น. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2539. หน้า 31-39.

[บทที่ 2]

ระบาดวิทยาของโรคเอดส์ในประเทศไทย: ข้อมูลข่าวสารกับสังคมประชาธิปไตย

การพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการแพร่กระจายโรคในแต่ละกลุ่มประชากรและประชากรทั่วไปจัดว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยให้สาธารณชน รัฐบาล และสถาบันต่างๆ ในประเทศสามารถมองเห็นปัญหาและเข้าใจสภาพความเป็นจริงที่สังคมโดยรวมต้องเผชิญอย่างชัดเจน การเปิดโอกาสให้นักวิชาการในสาขาต่างๆ พัฒนาเครื่องมือเพื่อตรวจสอบและนำเสนอแง่มุมที่เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในหลากหลายด้าน ดังที่ปรากฏอยู่ในสังคมไทยนับแต่เริ่มมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์นับเป็นเหตุสำคัญที่ทำให้องค์กร และสถาบันต่างๆ ในประเทศไทยสามารถประสานศักยภาพของแต่ละภาคส่วนเข้าด้วยกันอย่างเข้มแข็ง ในขณะที่เดียวกันก็ยังคงความเป็นอิสระในการพัฒนาแนวคิดเพื่อปรับแก้ปัญหาประเด็นที่สำคัญที่สุดก็คือ ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ในทุกแง่มุมได้ช่วยให้แต่ละองค์กรสามารถตรวจสอบความเหมาะสมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้อย่างโปร่งใส เสริมให้การทำงานร่วมกันของทุกหน่วยงานเป็นไปอย่างกลมเกลียวและมั่นคงยิ่งขึ้น

ศ.นพ.วิชัย โปษยะจินดา¹ ผู้มีประสบการณ์ยาวนานในการศึกษา และฝึกอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับปัญหา เอ็ดสียุคในระดับพื้นที่ ได้จำแนกข้อมูลและความรู้อันเป็นประโยชน์ต่อการ แก้ไขปัญหาเอาไว้ 2 ส่วน คือ ส่วนที่เกี่ยวกับสภาพปัญหา และส่วนที่เกี่ยวข้อง กับวิธีแก้ไขปัญห โดยข้อมูลที่จำเป็นอย่างยิ่ง มีทั้งข้อมูลของระบบบริการที่มีอยู่ พร้อมแล้ว แต่ต้องนำมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสม และบางส่วนจำเป็นต้องใช้ กระบวนการศึกษาวิจัยเพิ่มเติม เนื่องจากโรคเอดส์มีการเปลี่ยนแปลงของ ความรู้ ข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์ และกลวิธีในการแก้ไขปัญหาอย่าง รวดเร็วมาก ทำให้จำเป็นต้องมีระบบและกระบวนการสำหรับศึกษาติดตาม ความรู้ให้ครบถ้วนทันการณ์อยู่เสมอ

ส่วนที่สำคัญของระบบข้อมูลก็คือ กลวิธีนำความรู้ไปใช้ให้เกิดผล ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ การยอมรับความรู้ และการดำเนินงานที่ ถูกต้องเที่ยงตรง มีคุณภาพเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมาย การที่หน่วยงาน ต่างๆ พร้อมที่จะรับความรู้ใหม่ จะทำให้สามารถคัดกรองนำความรู้ไปปรับ เปลี่ยนทัศนคติของบุคคลในหน่วยงาน และพัฒนาให้เป็นกระบวนการ วิชาการที่มีคุณภาพ เป็นระบบ เกิดการรับรู้ของบุคคลทั้งในระดับนโยบาย ระดับบริหาร และระดับบริการ อันจะทำให้เกิดวิวัฒนาการของกิจกรรม แต่เนื่องจากโรคเอดส์เป็นปัญหาที่ซับซ้อนและกระจายไปทั่วประเทศ การ ถ่ายทอดวิทยากรให้ขยายครอบคลุมพื้นที่ จำเป็นต้องมีแผนดำเนินงานและ วิธีการถ่ายทอดที่ดีจึงจะเกิดผล การลอกเลียนกิจกรรมโดยไม่เข้าใจที่มา หลักการ และทฤษฎีวิชาการเท่าที่ควร มักจะก่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่ขาด ประสิทธิภาพ ดังนั้นการถ่ายทอดข้อมูลข่าวสาร ความรู้ และวิธีการแก้ไขปัญห จึงเป็นประเด็นวิชาการที่จะต้องสร้างกระบวนการถ่ายทอดให้มีคุณภาพ สมบูรณ์ โดยใช้กลวิธีหลายประการ เช่น การสาธิต โครงการนำร่อง และ การพัฒนาด้วยกระบวนการวิจัย (Research and Development)

2.1 พัฒนาการของระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์

ในระยะแรกที่ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาเอดส์² (พ.ศ. 2527-2531) มีการกำหนดให้โรคเอดส์เป็นโรคที่ต้องแจ้งความตามกฎหมาย มีการรวมข้อมูลดังกล่าวเข้ามาที่ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ และใช้ข้อมูลจากรายงานเหล่านี้เป็นภาพสะท้อนให้เห็นการแพร่กระจายของโรคเอดส์ การรวมศูนย์ข้อมูลเช่นนี้ทำให้ในปีพ.ศ. 2531 พบผู้ป่วยมากขึ้นเป็น 5,401 ราย ทั้งที่ในปี พ.ศ. 2530 พบผู้ป่วยเพียง 194 รายเท่านั้น

หลังจากมีการนำยาน้ำยาตรวจหาการติดเชื้อโรคเอดส์เข้ามาใช้ในประเทศไทยในปี 2528 นักวิจัยหลายกลุ่มได้เริ่มศึกษาอัตราการความชุกของการติดเชื้อโรคเอดส์ในประชากรกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะในกลุ่มเสี่ยง เช่น ชายและหญิงขายบริการทางเพศ และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดทั้งในกรุงเทพฯ และบริเวณชล แต่จนกระทั่งถึงปี 2530 ก็ยังพบข้อมูลการติดเชื้อในปริมาณที่ต่ำมาก³ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงตัดสินใจใช้กลวิธีเชิงรุกในการค้นหาผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ โดยจัดให้มีการสุ่มตรวจการติดเชื้อโรคเอดส์ในคลินิกรักษาผู้ติดยาเสพติด และกลุ่มชายรักร่วมเพศ การศึกษาเมื่อพ.ศ. 2531 ที่โรงพยาบาลธัญญารักษ์และศูนย์รักษาผู้ติดยาเสพติดของกรุงเทพมหานคร⁴ พบว่า เริ่มมีอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์เพิ่มขึ้นจาก 1% ในช่วงต้นปี 2530 เป็น 32%-43% ในช่วงเดือนกันยายน⁵ ปีเดียวกัน

แต่ข้อมูลในลักษณะรายงานโรคดังกล่าวได้ก่อให้เกิดความยุ่งยากในการประเมินและแปลผล เนื่องจากอัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดสูงกว่าประชากรทั่วไปค่อนข้างมาก และยังมีอคติอันเนื่องมาจากการเลือกสรรผู้ที่เข้ารับการตรวจเลือดด้วย จึงเกิดความขัดแย้งกันระหว่างหน่วยงานรัฐ กับองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์⁶ เนื่องจากไม่มั่นใจในข้อมูลที่มีอยู่ รวมทั้งยังทำให้คนบางส่วนคิดว่า กลุ่มผู้ติดยาเสพติด และชายรักร่วมเพศเท่านั้นที่ติดเชื้อโรคเอดส์

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มพัฒนาระบบฐานข้อมูลสำคัญสำหรับติดตามการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ขึ้น⁷ ในตอนต้นปี 2532 ด้วยความร่วมมือจากองค์การอนามัยโลก ศูนย์ควบคุมโรค ประเทศสหรัฐอเมริกา คณาจารย์จากมหาวิทยาลัยแคลิฟอร์เนีย ลอสแอนเจลิส พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเฉพาะที่ขึ้นมาโดยเริ่มดำเนินการครั้งแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2532 ใน 14 จังหวัด เลือกตัวอย่างประมาณ 100-200 รายจากผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นที่เข้ารับการรักษาในคลินิกรักษาผู้ติดยาเสพติดหญิงค้าบริการทางเพศที่อยู่ตามสำนัก หญิงค้าบริการทางเพศทางอ้อมที่ขายบริการในสถานบริการอื่นๆ ชายที่มารับบริการในคลินิกกามโรค หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ เลือดบริจาคจากธนาคารเลือดของโรงพยาบาลจังหวัด ผู้ต้องขังรายใหม่และผู้ต้องขังที่กำลังจะได้รับการปลดปล่อยจากเรือนจำจังหวัด และชายที่ขายบริการทางเพศในจังหวัดที่มีการท่องเที่ยวมาก 5 จังหวัด

ผลการเฝ้าระวังในรอบแรกทำให้มีความมั่นใจว่ามีการติดเชื้อโรคเอดส์ในอัตราที่ค่อนข้างสูงในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และในกลุ่มผู้ต้องขังใหม่ที่ถูกจับในข้อหาขายยาเสพติด ทั้งในกรุงเทพฯ และจังหวัดอื่น นอกจากนั้นยังแสดงให้เห็นได้อย่างชัดเจนว่ามีการติดเชื้อในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศสูงกว่าที่เคยคาดเอาไว้ในจังหวัดภาคเหนือ ซึ่งสะท้อนว่าการแพร่ระบาดจากเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิงเริ่มก่อตัวขึ้นอย่างชัดเจนแล้ว สำหรับการติดเชื้อในกลุ่มอื่นๆ ยังต่ำมาก กระทรวงสาธารณสุขได้เผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวผ่านสื่อมวลชนอย่างกว้างขวาง ทำให้สังคมเริ่มตื่นตัวต่อการระบาดของโรคเอดส์ จนในที่สุด พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ⁸ นายกรัฐมนตรีในขณะนั้นได้ประกาศนโยบายควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในเดือนมกราคม พ.ศ. 2533 หลังจากนั้นการเฝ้าระวังเฉพาะที่ได้ขยายตัวออกไปเป็น 31 จังหวัด ในเดือนธันวาคม 2532 และครอบคลุมทั้ง 73 จังหวัดในเดือนมิถุนายน 2533 ต่อมา มีการปรับเปลี่ยนระบบข้อมูลข่าวสารเพื่อให้

ครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ และมีการปรับการรวบรวมข้อมูลเป็นเพียงปีละครั้งในช่วงกลางปี 2538

ในเดือนพฤศจิกายน 2532 กรมการแพทย์ทหารบก⁹ กระทรวงกลาโหม ได้เริ่มดำเนินการตรวจหาการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มทหารเกณฑ์ที่เข้ารายงานตัว โดยมีการรวบรวมข้อมูลส่วนบุคคลของผู้รับการตรวจได้แก่ สถานภาพสมรส สถานที่เกิด ระดับการศึกษา สถานที่อยู่อาศัย 2 ปีก่อนที่จะรับการเกณฑ์ทหาร โดยได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องจนถึงปัจจุบัน การตรวจดังกล่าว แม้ว่าจะขัดแย้งกับนโยบายป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ เนื่องจากเป็นการตรวจคัดกรองเพื่อไม่ให้กองทัพบกต้องรับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เข้าปฏิบัติหน้าที่เป็นทหารเกณฑ์ แต่ข้อมูลดังกล่าวกลับมีประโยชน์ในการนำมาใช้สะท้อนให้เห็นแนวโน้มของอัตราการติดเชื้อรายใหม่ในเยาวชนชายไทย ที่มีสถานะการศึกษา กับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมต่ำกว่าชายไทยโดยทั่วไปได้เป็นอย่างดี

นอกเหนือจากข้อมูลทางระบาดวิทยาที่ได้จากการระบบการเฝ้าระวังดังกล่าว ยังมีการศึกษาวิจัยโดยนักวิจัยภายในประเทศร่วมกับสถาบันต่างประเทศเพื่อพัฒนาข้อมูลทางระบาดวิทยาอื่นๆ อีกมากมาย เช่น การศึกษาอัตราการติดเชื้อรายใหม่ (Incidence Rate) ในกลุ่มทหารเกณฑ์ภาคเหนือ^{10,11,12} ผู้บริจาคโลหิต^{13,14} หรือการศึกษาระบาดวิทยาในเชิงอณู (Molecular Epidemiology)^{15, 16, 17} ซึ่งช่วยเสริมให้ความเข้าใจในเรื่องการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยเป็นไปอย่างชัดเจน และลึกซึ้งยิ่งขึ้น

ข้อมูลที่ช่วยเสริมสร้างความเข้าใจของประชาชนและองค์กรต่างๆ จนทำให้สามารถเชื่อมโยงปรากฏการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เข้ากับเงื่อนไขทางพฤติกรรมและวัฒนธรรมของสังคมไทย ก็คือ การศึกษาวิจัยทางพฤติกรรมเพศ ซึ่งดำเนินการโดยสภาประชาชาติไทย ร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย¹⁸ ในปี 2533 ต่อมาสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัย

มหิตล ได้ดำเนินการสำรวจอีกครั้งหนึ่งโดยใช้กรอบมาตรฐานแบบสอบถาม เช่นเดียวกัน¹⁹ ทำให้สามารถติดตามการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศในระดับชาติได้ ต่อมาในปี 2537 กองโรคเอดส์ และโครงการโรคเอดส์ สหประชาชาติ ได้สนับสนุนให้สถาบันวิจัยประชากรและสังคมฯ ดำเนินการสำรวจระดับชาติอีกครั้งหนึ่ง และทำการประเมินประสิทธิผลของการสนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัยไปด้วย ทั้งหมดนี้ทำให้ได้ข้อมูลเพื่อติดตาม ประเมินการเปลี่ยนแปลงได้อย่างใกล้ชิด

การศึกษาในด้านสังคมและจิตวิทยา ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ได้ช่วยพัฒนากรอบแนวคิดด้านพฤติกรรมที่เกี่ยวกับเอดส์ให้ครอบคลุมถึงปัจจัยเกื้อหนุนต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอย่างกว้างขวาง และชัดเจนขึ้น ซึ่งเห็นได้จากผลงานวิจัยที่แสดงอิทธิพลของวัฒนธรรม^{20,21} ผลจากกลุ่มเพื่อน²² เจือไน้ทางสังคมและเศรษฐกิจ^{23,24,25} ตลอดจนสำนึกในศักดิ์ศรีของตนเอง (Self Esteem)²⁶ ซึ่งกรอบแนวคิดจากการศึกษาเหล่านี้ ได้ผ่านการแลกเปลี่ยน และค่อยๆ พัฒนาขึ้นมาเป็นแนวยุทธศาสตร์ และมาตรการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในที่สุด

นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนารูปแบบทางคณิตศาสตร์เพื่อคาดประมาณจำนวนผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และผลกระทบต่างๆ เช่น จำนวนเด็กกำพร้า ในอนาคต โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ พ.ศ. 2535²⁷ และต่อมา สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้เข้าร่วมศึกษาเพื่อนำมาใช้ในการจัดเตรียมแผนงานต่างๆ²⁸

ข้อมูลจากการศึกษาวิจัยด้านต่างๆ เหล่านี้ เมื่อนำมารวมกับการพัฒนา กระบวนทัศน์ในการจัดการกับปัญหาเอดส์ และกระบวนงานที่เปิดโอกาส ให้ให้นักวิชาการและนักวิจัยแขนงต่างๆ ได้เข้าร่วมจัดทำแผนระดับชาติ ในปี 2534 ที่มีสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นองค์กรประสาน ก่อให้เกิดแผนยุทธศาสตร์ขึ้นในแผนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ พ.ศ. 2534-2538²⁹ ซึ่งเป็นแผนที่มีความชัดเจน ครอบคลุม

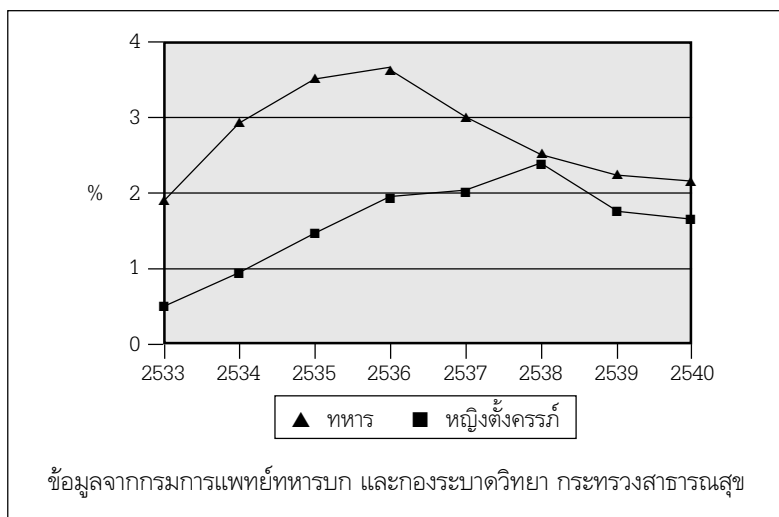
คลุม และเป็นจุดเริ่มต้นของการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์อย่างเป็นระบบ ทั้งยังมีการพัฒนาเป็นแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2539–2544³⁰

ส่วนการใช้ข้อมูลข่าวสารที่ก่อให้เกิดผลการเปลี่ยนแปลงที่สำคัญในสังคม ก็คือ การสร้างบรรยากาศที่เปิดกว้างในการนำเสนอข้อมูลข่าวสารต่างๆ ด้านที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ตั้งแต่ พ.ศ. 2534⁸ ซึ่งมีผลให้สาธารณชนได้รับรู้ และพัฒนาความเข้าใจแง่มุมต่างๆ ของปัจจัยที่ก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ตลอดจนผลกระทบต่างๆ ได้ทันกับสถานการณ์ ซึ่งแตกต่างกับช่วงเวลาก่อนหน้านั้น ที่สื่อมวลชน ประชาชน และนักวิชาการจำนวนมาก เข้าใจว่ารัฐบาลตั้งใจปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ในประเทศไทย เนื่องจากเกรงว่าจะส่งผลกระทบต่อบรรยากาศการท่องเที่ยว^{31,32} การปรับเปลี่ยนนโยบายด้านการเผยแพร่ข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ดังกล่าว มีผลอย่างสำคัญต่อการรับรู้และปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคนไทยทำให้การป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ³³ ทั้งในเขตเมืองและชนบทของทุกภาค ทั้งยังเปลี่ยนทิศทางของข้อมูลที่เคยเสนอออกมาในช่วงก่อนปี 2534 ที่เคยสร้างความหวาดกลัวโรคเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงจนทำให้เกิดผลข้างเคียงทางสังคม คือ วัสดุเกรงเกียจ และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และกลุ่มเสี่ยงต่างๆ

2.2 การเปลี่ยนแปลงสถานการณ์ทางระบาดวิทยา

นับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในปี 2527³⁴ หลังจากนั้นการแพร่ระบาดได้เริ่มแสดงออกอย่างชัดเจนในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ชายรักร่วมเพศ ผู้ติดยาเสพติด และหญิงบริการทางเพศ ในช่วงปี 2531 ซึ่งเป็นช่วงที่ระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาที่ได้กล่าวมาแล้วได้เริ่มพัฒนาขึ้น ทำให้มีการติดตามความเปลี่ยนแปลงการติดเชื้อในกลุ่มประชากรต่างๆ ได้ทันต่อสถานการณ์ที่เป็นจริง

ภาพที่ 2-1 แสดงอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มทหารเกณฑ์รายใหม่ และหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2533-2534

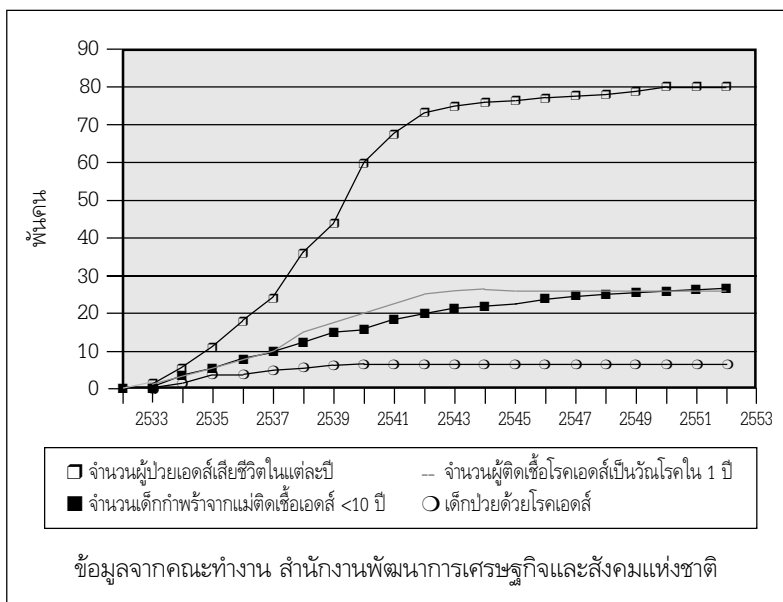


การเปลี่ยนแปลงอัตราการติดเชื้อในกลุ่มทหารเกณฑ์รายใหม่³⁵ และในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์³⁶ ได้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มการติดเชื้อในประชากรทั่วไป ดังแสดงในภาพที่ 2-1

อัตราความชุกการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มทหารเกณฑ์รายใหม่สะท้อนการติดเชื้อในกลุ่มชายไทยอายุ 21 ปี ซึ่งมารายงานตัวต่อกองทัพ โดยถือเป็นตัวแทนของชายไทยที่มีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจและการศึกษาดำรงต่ำกว่ากลุ่มอื่น จึงมีอัตราการติดเชื้อสูงกว่าเกณฑ์เฉลี่ยของชายไทยทั่วไป อัตราการติดเชื้อเริ่มสูงตั้งแต่ปี 2532 และขึ้นไปจนสูงสุดในปี 2536 มีอัตราการติดเชื้อถึง 3.6% หลังจากนั้นจึงค่อยลดลง จนมีอัตราการติดเชื้อ 2.2% ในปี 2539 และ 2540 แสดงว่าอัตราการติดเชื้อในเยาวชนไทยรุ่นหลังลดลงมากกว่าที่ตรวจพบในรุ่นที่มารับการเกณฑ์ทหารในปี 2536 อย่างไรก็ตามอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มนี้ก็ยังจัดว่าสูงอยู่หากเปรียบเทียบกับประเทศตะวันตก

สำหรับการติดเชื้อในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีอัตราเพิ่มมากขึ้นแม้ว่าจะช้ากว่าการติดเชื้อในกลุ่มชายไทยวัยรุ่น แต่มีอัตราสูงขึ้นจนถึงจุดสูงสุดเมื่อปี 2538 คือ 2.4% แล้วจึงลดลงเหลือ 1.7% ในปี 2540 แม้ว่าแนวโน้มในทั้ง 2 กลุ่มนี้จะดีขึ้น แต่อาจจะก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมและเศรษฐกิจตามมาอีกมากในอนาคต เนื่องจากเด็กที่คลอดจากกลุ่มนี้ส่วนหนึ่งอาจจะติดเชื้อป่วยเป็นโรคเอดส์ และเสียชีวิตลง หรือส่วนใหญ่ที่ไม่ติดเชื้อโรคเอดส์ แต่ก็อาจจะกลายเป็นเด็กกำพร้าที่ต้องการความช่วยเหลือจากสังคม ดังตารางที่ 2-2 ซึ่งนำข้อมูลอัตราการติดเชื้อมาคาดประมาณผลกระทบทางสุขภาพ

ภาพที่ 2-2 แสดงการคาดประมาณผู้ป่วยเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในแต่ละปี ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ป่วยด้วยวัณโรคในแต่ละปี จำนวนเด็กกำพร้าจากแม่ติดเชื้อเอดส์ที่อายุน้อยกว่า 10 ปีในแต่ละปี และเด็กทารกที่ติดเชื้อโรคเอดส์จากแม่ และป่วยด้วยโรคเอดส์ในแต่ละปี คาดประมาณจาก พ.ศ. 2535-2553



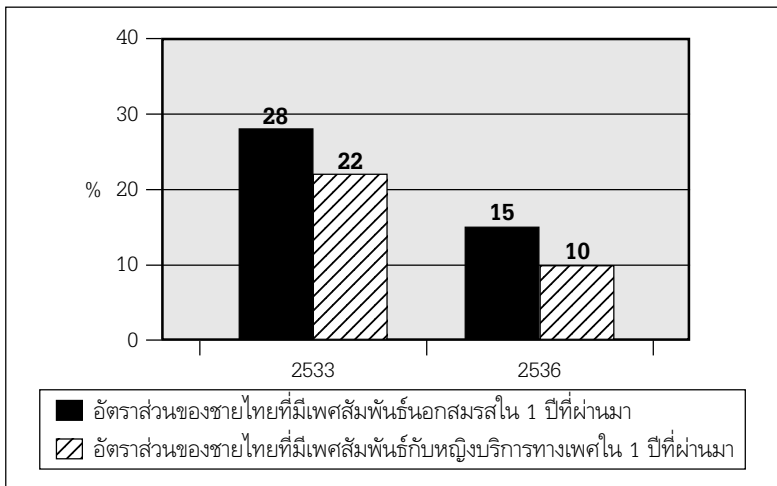
และสังคม²⁸ โดยได้แสดงแนวโน้มการคาดประมาณผู้ป่วยเอดส์ที่จะเสียชีวิตในแต่ละปี จำนวนเด็กทารกแรกเกิดติดเชื้อโรคเอดส์จากแม่ จำนวนผู้ป่วยวัณโรคอันเนื่องมาจากติดเชื้อโรคเอดส์และจำนวนเด็กกำพร้าอายุต่ำกว่า 10 ปี ซึ่งสังคมจะต้องให้การเลี้ยงดูในแต่ละปี

จากการศึกษาในกลุ่มประชากรหลายกลุ่ม¹¹⁻¹⁴ การใช้ข้อมูลคาดประมาณดังกล่าวแสดงให้เห็นว่าแม้จะสามารถลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ในแต่ละปีลงได้จำนวนมาก และนักคณิตศาสตร์³⁷ ได้ประมาณว่าในระยะ 5 ปีที่ผ่านมาการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่างๆ สามารถป้องกันคนกว่า 2 ล้านคนในประเทศไทยมิให้ต้องติดเชื้อโรคเอดส์ แต่ก็ยังไม่สามารถลดการติดเชื้อรายใหม่ลงจนเป็นศูนย์ ดังนั้นการพัฒนาเทคโนโลยีทางชีวภาพ และการพัฒนาสังคม นอกเหนือไปจากมาตรการทางข้อมูลข่าวสาร และบริการทางสุขภาพซึ่งได้ดำเนินการอยู่แล้ว เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดให้ลดลงมากกว่าที่เป็นอยู่ในขณะนี้ จึงจัดว่าเป็นสิ่งจำเป็นที่สุด ส่วนที่สำคัญไม่ยิ่งหย่อนไปกว่ากันก็คือ การคาดประมาณนี้ได้เสนอภาพให้สังคมไทยตระหนักถึงมหันตภัยทางสังคมที่จะต้องเผชิญหน้าในอนาคต ซึ่งเรียกกันว่า “คลื่นลูกที่สามของปัญหาเอดส์”³⁸ อันได้แก่ ปัญหาเด็กกำพร้า เด็กด้อยโอกาส อันเนื่องจากผู้ปกครองติดเชื้อเอดส์หรือเสียชีวิตจากโรคเอดส์ ทำให้ไม่สามารถโอบอุ้มพุ่มพักเด็กเหล่านี้ให้เติบโตใหญ่เป็นทรัพยากรมนุษย์อันเป็นประโยชน์ต่อสังคมไทย นั่นก็คือ แม้ว่าสถานการณ์ทางระบาดวิทยาของการติดเชื้อโรคเอดส์ในประเทศไทยจะมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่ดีขึ้น แต่ปัญหาทางสังคมจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์กำลังขยายตัวกว้างขวางขึ้น และฝังรากลึกลงในสังคมไทยยิ่งขึ้น

2.3 การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเสี่ยง

ปัจจัยสำคัญที่เกื้อหนุนให้การติดเชื้อโรคเอดส์รายใหม่ลดลงก็คือการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของคนไทย เนื่องจากพฤติกรรมส่วนใหญ่

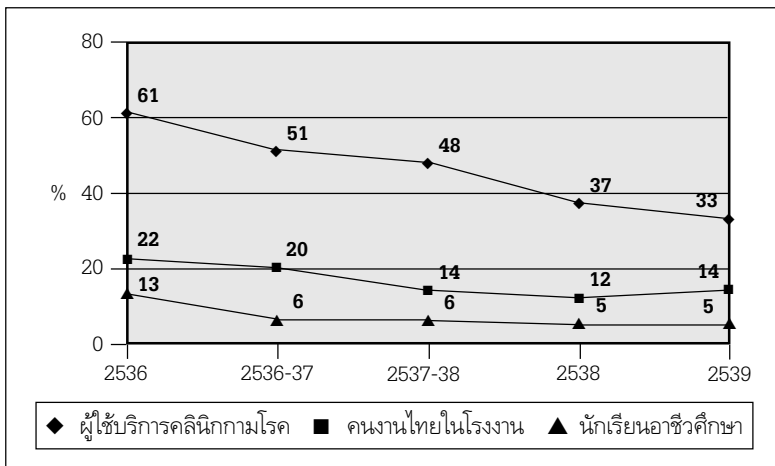
ภาพที่ 2-3 แสดงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศของชายไทย จากการสำรวจกลุ่มตัวอย่างระดับชาติ ของสภาการศึกษาไทยร่วมกับจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย พ.ศ. 2533¹⁸ เปรียบเทียบกับการสำรวจของสถาบันประชากรและสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล พ.ศ. 2536¹⁹



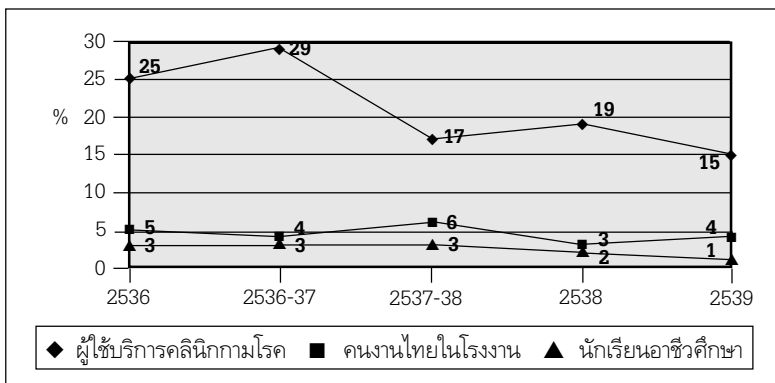
ที่ก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย เป็นพฤติกรรมทางเพศ^{2,3,18} ดังนั้น ข้อมูลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศจึงสะท้อนให้เห็นภาพการเปลี่ยนแปลงดังกล่าวได้อย่างเหมาะสม

การสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่างในระดับชาติ ซึ่งแสดงให้เห็นในภาพที่ 2-3 สะท้อนให้เห็นว่าพฤติกรรมทางเพศของชายไทยในภาพรวมเปลี่ยนไปอย่างชัดเจน ทั้งอัตราส่วนของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศและอัตราส่วนของชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์นอกสมรสในรอบปีที่ผ่านมา โดยพฤติกรรมทั้งสองประการในกลุ่มชายไทยที่สำรวจในปี 2536 ลดลงจากปี 2533 ลงไปเกือบครึ่งหนึ่ง และเมื่อพิจารณาร่วมกับข้อมูลจากการศึกษาในพื้นที่ย่อยๆ เช่น ในภาพที่ 2-4 และ 2-5 ซึ่งเป็นการศึกษาในพื้นที่กรุงเทพมหานคร³⁹ ดำเนินการโดยองค์กรเอกชนคือ AIDSCAP ร่วมกับ

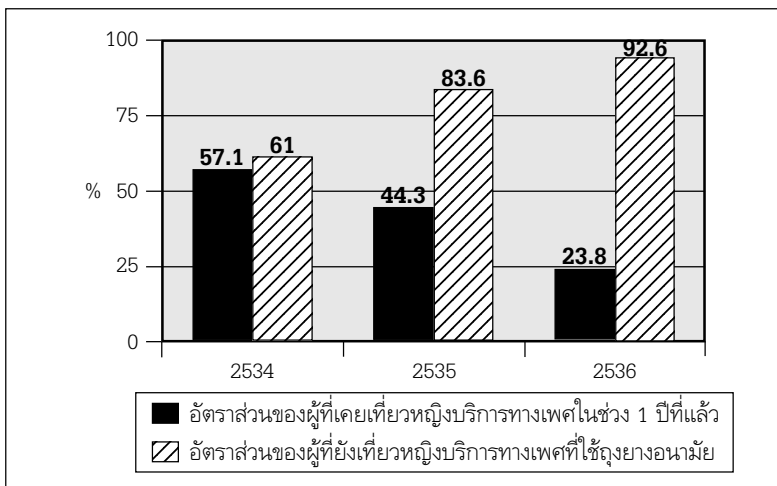
ภาพที่ 2-4 แสดงอัตราส่วนของชายไทยที่ไปเที่ยวหญิงบริการทางเพศใน 1 ปีที่ผ่านมา จากการสำรวจผู้ใช้บริการคลินิกการโรคใน กทม. คนงานไทย ของโรงงานในกทม. และเด็กนักเรียนอาชีวศึกษาในกทม. ดำเนินการสำรวจร่วมกันระหว่าง AIDSCAP กับ กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่ พ.ศ. 2536-2539³⁹



ภาพที่ 2-5 แสดงอัตราส่วนของชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์นอกสมรสกับหญิงที่มีไข้หญิงบริการทางเพศในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จากการสำรวจผู้ใช้บริการคลินิกการโรคในกทม. คนงานไทยของโรงงานในกทม. และเด็กนักเรียนอาชีวศึกษาในกทม. ดำเนินการสำรวจร่วมกันระหว่าง AIDSCAP กับ กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่พ.ศ. 2536-2539³⁹



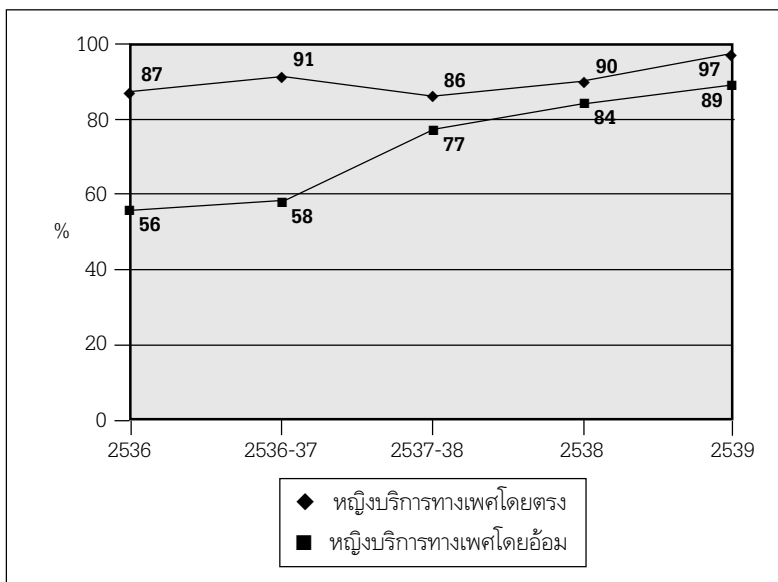
ภาพที่ 2-6 แสดงอัตราส่วนของพฤติกรรมกาไปเที่ยวหญิงบริการทางเพศใน 1 ปีที่ผ่านมา กับการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มที่ยังไปเที่ยวหญิงบริการทางเพศ ในกลุ่มทหารเกณฑ์รายใหม่ใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน รุ่นที่เข้ารับการเกณฑ์ในปีพ.ศ. 2534, 2535 และ 2536⁴⁰



กรุงเทพมหานคร และกองกามโรค กระทรวงสาธารณสุข จะเห็นว่าพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของชายไทยในพื้นที่ดังกล่าวทั้ง 3 กลุ่ม คือผู้มาใช้บริการที่คลินิกกามโรค แรงงานของโรงงานอุตสาหกรรมในกรุงเทพฯ และนักเรียนชายในโรงเรียนอาชีวศึกษาในกรุงเทพฯ มีแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงที่ปลอดภัยมากขึ้นภายหลังจากช่วงปี 2536-2539 นอกจากนั้นการศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์ในภาคเหนือตอนบนโดยกองทัพบกไทยร่วมกับนักวิจัยจากมหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์⁴⁰ ยังช่วยยืนยันว่าพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มชายไทยวัยรุ่นในภาคเหนือก็มีแนวโน้มว่าปลอดภัยมากขึ้นเช่นกัน (ภาพที่ 2-6)

นอกจากการเปลี่ยนแปลงในพฤติกรรมทางเพศของชายไทยแล้ว ยังมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยง เช่น หญิงขายบริการทางเพศ

ภาพที่ 2-7 แสดงอัตราการใช้อย่างเหมาะสมกับลูกค้าในกลุ่มหญิงบริการทางเพศโดยตรง และหญิงบริการทางเพศโดยอ้อม จากการสำรวจในกทม. โดย AIDSCAP และ กรุงเทพมหานคร ตั้งแต่พ.ศ. 2536-2539³⁹



อย่างชัดเจน ดังแสดงในภาพที่ 2-7

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ ชายที่ไม่เที่ยว และชายไทยในกลุ่มประชากรทั่วไปดังกล่าวเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการคุมให้การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ลดลง การศึกษาในกลุ่มผู้ป่วยกามโรคที่ไปรับบริการในคลินิกเอกชน ภาครัฐ หรือร้านขายยา⁴¹ ในกรุงเทพฯ พ.ศ. 2537 แสดงให้เห็นว่าปัจจัยเสี่ยงได้แปรเปลี่ยนไปแล้วเช่นกัน เพราะพบว่าคนเหล่านี้ ประมาณ 49-59% ติดเชื้อจากหญิงขายบริการทางเพศ ที่เหลือให้ข้อมูลว่าติดมาจากเพื่อนหญิง และหญิงที่ได้พบได้เที่ยวด้วยกัน

Ken Nelson⁴⁰ นักวิจัยจากมหาวิทยาลัยจอห์นฮอปกินส์ ซึ่งเข้าร่วมวิจัยกับนักวิจัยในประเทศไทยเป็นเวลามากกว่า 10 ปี ได้ประเมินไว้ว่าความสำเร็จในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมดังกล่าวเป็นผลมาจากการที่นายอานันท์ ปันยารชุน ซึ่งเป็นนายกรัฐมนตรีในปี 2534 ได้ตัดสินใจสร้างเจตนารมณ์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ โดยการประกาศว่า เอดส์เป็นหายนะภัยสำคัญของสังคมและเปิดโอกาสให้สื่อมวลชนนำเสนอความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชนทั่วไปได้อย่างกว้างขวาง รวมทั้งผลักดันการณรงค์โครงการ “ถุงยางอนามัย 100%” เพื่อเร่งให้มีการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายบริการทางเพศ นับเป็นการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยมีนัยจากการบริหารประเทศในขณะนั้น ซึ่งมีผู้บริหารที่ประกอบด้วยนักวิชาการ ผู้ทำกิจกรรม นักธุรกิจภาคเอกชน และไม่มีฝ่ายค้าน โดย Ken Nelson ย้ำว่าพลังดังกล่าวเกิดจากการรวมภาครัฐเข้ากับภาคเอกชน

บทสรุป

การศึกษาการเปลี่ยนแปลงเงื่อนไขและผลกระทบจากปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทย ได้ใช้เครื่องมือทางวิชาการหลากหลายหลักการเข้ามาทำงานร่วมกัน ก่อให้เกิดการแลกเปลี่ยนผลการศึกษาในรูปแบบของข้อมูลข่าวสารที่เปิดกว้างให้แก่นักวิชาการในสาขาอื่นๆ เจ้าหน้าที่ของรัฐจากทุกภาคส่วนและสาธารณชนได้รับรู้วิพากษ์วิจารณ์ ตลอดจนมีส่วนร่วมในการนำข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ไปใช้ให้เป็นประโยชน์ เปรียบเสมือนการสร้างบรรยากาศที่โปร่งใสให้แก่สังคมประชาธิรัฐ ซึ่งประชาชนและองค์กรต่างๆ เชื่อว่ารัฐบาลมิได้ปิดบังซ่อนเร้นข้อมูลใดๆ การสนับสนุนให้ชุมชนวิชาการจากพื้นฐานการศึกษาต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการศึกษาและเสนอแนวคิดได้อย่างเสรี เป็นกลไกสำคัญที่ก่อให้เกิดวิวัฒนาการของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งมีได้จำกัดอยู่ที่กลวิธีทางสาธารณสุขเท่านั้น แต่กลับเริ่มต้นที่การสร้างโครงสร้างทางนโยบายที่มีประสิทธิภาพ และสามารถปรับ

ได้ตลอดเวลาตามพลวัตของสภาพปัญหาที่เปลี่ยนไป โดยมีกลไกที่
คล่องตัวทำหน้าที่ประสานระหว่างภาครัฐ ภาคเอกชน นักวิชาการ และ
ชุมชน

ข้อมูลซึ่งนำเสนอในบทนี้ได้แสดงให้เห็นชัดเจนว่า การปรับเปลี่ยน
พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราการติดเชื้อรายใหม่
ในหลายกลุ่มประชากรลดลง แต่ปัญหาที่ยังค้างคาใจนักวิชาการสาธารณสุข
หลายประการก็คือ นโยบาย มาตรการ และการดำเนินการเช่นไร ที่
สังคมไทยใช้ควบคุมโรคเอดส์อย่างได้ผลที่สุด และมีแนวทางที่จะพัฒนา
บทเรียนเช่นนี้เพื่อไปใช้กับปัญหาทางสุขภาพและสังคมอื่นๆ ได้หรือไม่

อย่างไรก็ตาม อาจกล่าวได้ว่า ด้วยโอกาสทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม
และวัฒนธรรม ที่เอื้ออำนวยให้มีการสร้างสรรค์และพัฒนากลไกในการ
รวบรวม ศึกษา วิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์อย่าง
กว้างขวาง ตลอดจนภาวะ “สังคมเปิด” ของประชาคมไทยในช่วงระยะเวลา
ดังกล่าวได้ส่งผลให้ประชาสังคมมีโอกาสผนึกกำลังกับภาครัฐในการแก้ปัญหา
ซึ่งเท่ากันสะท้อนถึงความโปร่งใสในการร่วมกิจกรรมระหว่างประชาสังคม
กับภาครัฐได้เป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. วิชัย โปษยะจินดา; วิภา ด้านธำรงกุล; อุษณีย์ พึ่งปาน. “ทิศทางการวิจัยและการนำผลการวิจัยไปใช้ในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในชุมชน.” *สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 6 วันที่ 26-28 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมโซฟิเทล ราชอาคิณ จ.ขอนแก่น. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2539. หน้า 66-77.*
2. ศ.นพ.ธีระ รามสูต “5 ปีแรกของการแพร่ระบาดและการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย.” *วารสารโรคเอดส์ (2533): 4-32.*
3. Weninger, B., et al. “The epidemiology of HIV infection and AIDS in Thailand.” *AIDS*. 5 (suppl 2) (1991): S71-S85.
4. Uneklabh, C., and Phutiprawan, T. *Prevalence of HIV infection among Thai drug dependents*. IV International Conference on AIDS, Stockholm, June 1988 (abstract 5524).
5. Vanichseni, S., et al. “First seroprevalence survey of intravenous drug users in Bangkok, Thailand.” *วารสารโรคเอดส์ 1 (2532): หน้า 75-82.*
6. Ungphakorn, J., and Sittitrai, W. “The Thai Response to the HIV/AIDS Epidemic.” *AIDS* 1994, 8 (suppl 2).
7. Frerichs, R., et al. “HIV Sentinel Surveillance in Thailand - An Example for Developing Countries.” *Asia-Pacific Journal of Public Health* 8 (1) (1995): pp 20-26.
8. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม; สมใจ ประมาณพล; สุพัตรา อติโพธิ์. *นโยบายเอดส์: กรณีศึกษาในประเทศไทย 2527-2537. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.*

9. Mason, C., et al. "Declining prevalence of HIV-1 infection in young Thai men." *AIDS* Vol 9, No 9 (1995): 1062-1065.
10. Carr, J., et al. "Incidence of HIV-1 Infection Among Young Men in Thailand." *JAIDS* 7 (1994): 1270-1275.
11. Celentano, D., et al. "Risk Factors for HIV-1 Seroconversion Among Young Men in Northern Thailand." *JAMA* 275(1996): 122-127.
12. Khamboonruang, C., et al, *HIV incidence in adults in Northern Thailand*. XIth International Conference on AIDS, Vancouver, July 1996.
13. Sawanpanyalert, P., et al. "An Estimate of Number of Human Immunodeficiency Virus (HIV) Positive Blood Donations by HIV-Seronegative Donors in a Northern Thailand HIV Epicenter." *Int J Infect Dis* 174 (1996): 870-873.
14. Kitayaporn, D., et al. "Estimated rate of HIV-1 infection in seronegative blood donation in Bangkok, Thailand." *AIDS* 10 (1996): 1157-1162.
15. Wasi, C., et al. "Determination of HIV-1 subtypes in injecting drug users in Bangkok, Thailand, using peptide-binding enzyme immunoassay and heteroduplex mobility assay: Evidence of increasing infection with HIV-1 Subtype E." *AIDS* 9 (1995): 843-849.
16. Subbarao, S., et al. "Evaluation of oligonucleotide probes for the determination of the two major HIV-1 env subtypes in Thailand." *AIDS* 10 (1996): 350-351.
17. Subbarao, S., et al. "HIV Type 1 in Thailand, 1994-1995:

- Persistence of Two Subtypes with Low Genetic Diversity.” *AIDS Research and Human Retroviruses* Vol 14, No 4 (1998): 319-327.
18. Sittitrai, W., et al. *Thai Sexual Behaviour: A Report on the 1990 Survey of Partner Relations and Risk of HIV infection in Thailand*. Thai Red Cross Society Program on AIDS, Research Report, Nov 1992.
 19. Thongthai, V., and Guest, P. *Thai Sexual Attitudes and Behaviour: Result from a Recent National Survey*. presented at Gender and Sexuality in Modern Thailand, ANU, July 1995.
 20. Ford, N., and Kitti Suksathit. “Destinations unknown: the gender construction and changing nature of the sexual expressions of Thai youth.” *AIDS Care* 6 (1994): 517-531.
 21. Havanon, N.; Bennett, A., and Knodel, J. *Sexual Networking in Provincial Thailand, Studies in Family Planning* 24 (1993): 1-17.
 22. Celentano, D., et al. “Behavioural and sociodemographic risks for frequent visits to commercial sex workers among northern Thai men.” *AIDS* 7 (1993): 1647-1652.
 23. MacQueen, K., et al. “Alcohol consumption, brothel attendance, and condom use: normative expectations among Thai military conscripts.” *Med Anthropol* 10 (1996): 402-423.
 24. Maticka-Tyndale, E., et al. “Contexts and Patterns of Mens Commercial Sexual Partnerships in Northeastern Thailand:

- Implications for AIDS Prevention.” *Social Science and Medicine* 44 (1997): 199–213.
25. VanLandingham, M.; Suprasert, S., and Sittitrai, W. “Two Views of Risky Sexual Practices Among Northern Thai Males: the Health Belief Model and the Theory of Reasoned Action.” *Journal of Health and Social Behaviour* 36 (1995): 195–212.
26. Koetsawang, S., and Ford, N. *An Investigation into the Psycho-Social Factors Influencing Condom Use Among Female Sex Workers in Thailand*. Report to EEC Project ATF 002/90, 1993.
27. Brown, T., et al. “The recent Epidemiology of HIV and AIDS in Thailand.” *AIDS* 8 (suppl2) (1994): S131–S141.
28. NESDB Working Group. *Projections for HIV/AIDS in Thailand: 1987-2020*. May 1997. Bangkok, Thailand.
29. สำนักงานกฤษฎีกา. แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2535–2539. กันยายน พ.ศ. 2535.
30. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ. แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540–2544. พฤษภาคม พ.ศ. 2540.
31. Warden, J. “AIDS in Thailand.” *British Medical Journal*. 300 (1990): 415–416.
32. Clements, A. “Thailand stifles AIDS campaign.” *British Medical Journal*. 304 (1992): 1264.
33. Lyttleton, C. “Messages of Distinction: the HIV/AIDS Media Campaign in Thailand.” *Medical Anthropology*, 16 (1996): 363–89.

34. Limsuwan, A; Kanapa, S., and Siristonapun, Y. "Acquired Immune Deficiency Syndrome in Thailand: A Report of Two Cases." *J Med Assoc Thai* 69 (1986): 164-169.
35. รายงานการตรวจการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มทหารเกณฑ์รายใหม่. กรมการแพทย์ทหารบก กองทัพบก. พ.ศ. 2532-2540.
36. รายงานการเฝ้าระวังเฉพาะที่หญิงตั้งครรภ์. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. พ.ศ. 2532-2540.
37. Robinson, NJ., et al. *Condom Use in Thailand has prevented over two million HIV infection.* presentation in Late Breaker symposium in eleventh international conference on AIDS, Vancouver, Canada.
38. Tinker, J. *Introduction of the 3rd epidemic.* The 3rd Epidemic: Repercussions of the Fear of AIDS, The Panos Institute published in association with the Norwegian Red Cross, 1990, pp. i-iv.
39. Mills, S., et al "HIV risk behavioral surveillance in Bangkok, Thailand sexual behavior trends among eight population groups." *AIDS* 11 (suppl 1) (1997): S43-S51.
40. Nelson, K., et al., "Changes in Sexual Behaviour and A Decline in HIV Infection Among Young Men in Thailand. *NEJM* 335 (1996): 297-303.
41. Benjarattanaporn, P., et al. "Men with sexually transmitted diseases in Bangkok: where do they go for treatment and why?" *AIDS* 11 (suppl 1) (1997): s87-s95.

[บทที่ 3]

การตอบสนองต่อโรคเอดส์ของสังคมไทย: บทบาทของประชาสังคม

“ประชาสังคม” เป็นพลังซึ่งเกิดจากการรวมตัวและพัฒนาของเครือข่ายองค์กรที่เป็นอิสระจากภาครัฐ ซึ่งในกรณีของสังคมไทย ประสบการณ์เหล่านี้ นับเป็นมิติใหม่และมีวิวัฒนาการที่สัมพันธ์กับการจัดการปัญหาเอดส์ในประเทศไทยอย่างแนบแน่น

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในทุกส่วนของโลกจะชะลอตัวลงได้ก็ต่อเมื่อประชาชนสามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมส่วนตัวให้ป้องกันตนเองได้ในด้านการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ก็เช่นกัน จำเป็นต้องปรับแก้ความเชื่อมั่นในระดับปัจเจกชน ให้เกิดความมั่นใจว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์แต่ละคนยังคงมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ถูกกีดกันสิทธิหรือเลือกปฏิบัติ และได้รับความรักความเอื้ออาทรเท่าเทียมกับบุคคลอื่นๆ ดังนั้น หัวใจของการป้องกันและดูแลสุขภาพโรคเอดส์จึงอยู่ที่ระดับชุมชน อันเป็นที่ซึ่งประชาชนสามารถช่วยเหลือซึ่งกันและกันได้โดยผ่านทาง “องค์กรชุมชน” (Community-based Organization)¹

ธนาคารโลก² ได้สรุปผลจากการศึกษาในนานาประเทศว่า กลุ่มต่างๆ ในสังคมที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ จะเข้าไปมีส่วนร่วมกำหนด

นโยบายเกี่ยวกับเอดส์ รวมทั้งผลักดันการดำเนินงานให้เป็นไปตามนโยบายนั้น แต่จำนวนและลักษณะของกลุ่มต่างๆ เหล่านี้จะมีการเปลี่ยนแปลงไปตามแบบแผนการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และปัญหาอันเนื่องจากผลกระทบของโรคเอดส์ที่เปลี่ยนแปลงไป เช่น ในระยะแรกกลุ่มที่ให้ความสนใจต่อปัญหานี้มักจะเป็นแพทย์และนักการสาธารณสุข ต่อมาคือกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่เพิ่มจำนวนมากขึ้น และเริ่มมีการจัดองค์กรของตนจนมีพลังผลักดันนโยบายของรัฐได้ระดับหนึ่ง ส่วนอีกกลุ่มหนึ่งซึ่งมีความเหลื่อมซ้อนกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ คือกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งยังไม่ติดเชื้อโรคเอดส์ แม้จะไม่สามารถรวมตัวกันได้ในตอนแรก แต่เมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคมากขึ้น กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงในบางประเทศเริ่มมีการรวมตัวกัน เช่น กลุ่มชายรักร่วมเพศ กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด นอกจากนั้น องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ยังได้แสดงบทบาทสำคัญในการช่วยให้กลุ่มคนที่ด้อยโอกาสกลุ่มต่างๆ มีความเข้มแข็งขึ้น โดยมีการดำเนินการทั้งในด้านการผลักดันนโยบาย การจัดบริการสุขภาพและสังคม และเมื่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยิ่งกระจายกว้างออกไป ก็มีกลุ่มอื่นๆ ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์เข้ามามีบทบาทเกี่ยวข้องด้วยมากขึ้น เช่น กลุ่มผู้ให้บริการประกันสุขภาพ นายจ้าง เป็นต้น

สำหรับประเทศไทย แผนพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) มุ่งเสริมสร้างรากฐานของสังคมตามแนวคิด “ครอบครัวอบอุ่น ชุมชนเข้มแข็ง”³ อันเป็นเจตนารมณ์ที่จะพัฒนาประเทศและสังคมไปสู่ทิศทางใหม่ โดยผสมผสานบทบาทของชุมชนในการพัฒนาประเทศตามแนวทาง “ประชาสังคม” (Civil Society) เข้ากับการปรับบทบาทการดำเนินงานของรัฐให้มีความโปร่งใส สาธารณชนสามารถตรวจสอบได้ตามแนวทาง “ประชารัฐ” (Public Governance)

กระบวนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยเป็นตัวอย่างที่ดีของการผสมผสานสองแนวทางดังกล่าวเข้าด้วยกัน และ

เมื่อเทียบกับการดำเนินงานพัฒนาด้านอื่นๆ ของภาครัฐ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มีจุดเด่นที่แตกต่างอย่างชัดเจนในการระดมความร่วมมือจากทุกภาคส่วนในสังคม ทั้งองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ องค์กรชุมชน และกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีส่วนได้ส่วนเสียกับปัญหาเอดส์ ให้มาผนึกกำลังร่วมกับภาคราชการในการแก้ไขปัญหาให้ทุเลาเบาบางลง กระบวนการทำงานเช่นนี้ช่วยเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนให้เกิดกระบวนการเรียนรู้ และสามารถจัดการกับปัญหาเอดส์ในชุมชนได้เอง

ดังนั้นการทบทวนและการวิเคราะห์องค์ความรู้เกี่ยวกับเหตุและปัจจัยที่นำมาซึ่งการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชน เช่นในกรณีปัญหาเอดส์ จึงสามารถใช้เป็นแบบอย่างของประสบการณ์ที่นำไปประยุกต์ใช้กับกิจกรรมการพัฒนาด้านการส่งเสริมสุขภาพในกรณีอื่นๆ ต่อไปได้

ปรัชญาในการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่มีความต่อเนื่องและยั่งยืน ได้ยึดยุทธศาสตร์พื้นฐานที่สำคัญ 2 ประการ⁴ ประการแรกคือ การเสริมสร้างศักยภาพของคน-ครอบครัว-ชุมชน ให้รู้จักป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของตนเอง ประการที่สองคือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในความหมายกว้าง ซึ่งตามแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ไม่ได้มีความหมายจำกัดเฉพาะชุมชนตามพื้นที่ แต่ครอบคลุมถึงกลุ่มคนที่มีการรวมตัวกัน ทำกิจกรรมร่วมกัน และมีผลประโยชน์ร่วมกัน เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อ กลุ่มแรงงานในสถานประกอบการ

ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา องค์กรที่มีบทบาทการดำเนินงานในระดับชุมชนประเภทต่างๆ ประกอบด้วย องค์กรพัฒนาเอกชน (NGOs) องค์กรชุมชน กลุ่มผู้ติดเชื้อ และหน่วยราชการ โดยเฉพาะองค์กรพัฒนาเอกชนนั้นมีบทบาทเด่นชัดที่สุดในการกระตุ้นให้เกิดการเคลื่อนไหวตื่นตัวในระดับชุมชน⁵ และการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อ ซึ่งนำไปสู่การทำกิจกรรมรณรงค์เรื่องเอดส์ในระดับชุมชนและครอบครัวในที่สุด ดังนั้น หากจะนำประสบการณ์เรื่องเอดส์มาเป็นบทเรียนสำหรับการกระตุ้นให้องค์กรพัฒนา

เอกชนดำเนินการด้านส่งเสริมสุขภาพ จำเป็นต้องเริ่มต้นที่การทบทวนและทำความเข้าใจเกี่ยวกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งใน 4 ประเด็นสำคัญ คือ

1. ปัจจัยที่เกื้อหนุนให้องค์กรพัฒนาเอกชนทำงานด้านโรคเอดส์
2. พัฒนาการขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์เปรียบเทียบกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านอื่น
3. การเสริมสร้างความเข้มแข็งขององค์กร
4. ความยั่งยืน (Sustainability) ของการพัฒนา

3.1 ปัจจัยที่เกื้อหนุนให้องค์กรพัฒนาเอกชนทำงานด้านโรคเอดส์

ปัญหาเอดส์นับเป็นปัญหาระดับโลก และในหลายประเทศองค์กรพัฒนาเอกชนเป็นกลไกสำคัญในการเคลื่อนไหวผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะเรื่องเอดส์ เช่น กรณีของประเทศบราซิล⁶ องค์กรพัฒนาเอกชนมีบทบาทอย่างสูงในการวิพากษ์วิจารณ์นโยบายของรัฐ และตรวจสอบการนำนโยบายสาธารณะเรื่องเอดส์ไปปฏิบัติให้บังเกิดผล หรือกรณีที่เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนในกลุ่มประเทศแถบละตินอเมริกา มีบทบาทสำคัญในการสร้างภาวะประชาสังคมขึ้นมา⁷

Pamela Hartigan⁷ ได้จำแนกลักษณะขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ดำเนินงานในละตินอเมริกาออกเป็น 10 กลุ่ม ดังนี้

1. องค์กรอาสาสมัครบริการสังคม (Voluntary Service Delivery Organizations) องค์กรเหล่านี้เกิดขึ้นจากการมีจุดมุ่งหมายร่วมกัน (Shared Value) เน้นการทำงานในลักษณะการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้า ไม่ต้องรับผิดชอบต่อกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์ โดยทั่วไปแล้วจะได้รับการสนับสนุนจากต่างประเทศ

2. องค์กรพัฒนา (Development Organizations) มีจุดมุ่งหมาย

ที่จะกระตุ้นให้องค์กรชุมชนมีศักยภาพและพึ่งตัวเองได้ รวมทั้งช่วยเหลือเป็นปากเสียงให้กับคนยากจน คนด้อยโอกาส เรียกร้องสิทธิและการจัดการเรื่องราวภายในท้องถิ่น องค์กรลักษณะนี้มักมีการกิจเฉพาะ และเคลื่อนย้ายพื้นที่เป้าหมายการดำเนินการไปเรื่อยๆ

3. องค์กรสนับสนุน (NGO Support Organizations) องค์กรลักษณะนี้จะให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ เพื่อเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรอาสาสมัครหรือองค์กรอื่นๆ ให้เข้มแข็ง หรือให้การสนับสนุนทุนเริ่มต้น (Seed Funding) แก่โครงการนำร่องต่างๆ

4. เครือข่าย (Networks) เป็นการพนักำลั้ระหว่างองค์กรอาสาสมัคร เพื่อผลักดันให้เกิดนโยบายสาธารณะ โดยทั่วไปจะเป็นการเชื่อมโยงระหว่างองค์กรอาสาสมัครที่ทำงานในภูมิภาคเดียวกัน และมีความสนใจในประเด็นใดประเด็นหนึ่งร่วมกัน

5. องค์กรประชาชน (People's Organizations) ตัวอย่างเช่น สหกรณ์ หอการค้า สหภาพแรงงาน หรือกลุ่มการเมือง ซึ่งโดยทั่วไปแล้วจะดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อความต้องการของสมาชิก สามารถพึ่งตนเองได้ และเป็นอิสระจากการครอบงำของแหล่งทุนภายนอก

6. สมาคมวิชาชีพ (Professional Associations) เป็นองค์กรไม่แสวงหากำไร สมาชิกองค์กรเป็นกลุ่มนักวิชาชีพเดียวกันที่มีความสนใจร่วมกัน

7. องค์กรรับช่วงการดำเนินกิจกรรม (Market Driven Services Contractors) เป็นองค์กรที่มีทิศทางการดำเนินงานตามความสนใจของแหล่งทุน โดยมีการประเมินถึงความเป็นไปได้ในเรื่องที่มาของเงินทุน ดำเนินการและปรับทิศทางการดำเนินงานขององค์กรให้สอดคล้องกัน

8. มหาวิทยาลัยเอกชนหรือสถาบันวิจัยเอกชน (Private Universities and Other Research Institutes) จะเน้นการพัฒนาขีดความสามารถของบุคลากร หรือขีดความสามารถในการวิจัย และอาจให้บริการ/

ความช่วยเหลือในการประเมินผลด้านต่างๆ

9. องค์กรเอกชนที่ก่อตั้งโดยรัฐ (Government-organized NGOs)
เป็นองค์กรที่ก่อตั้งขึ้นเพื่อนำแผนงานของรัฐไปปฏิบัติ มากกว่าที่จะริเริ่มดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อจุดมุ่งหมายร่วม (Shared Value)

10. องค์กรเอกชนที่ก่อตั้งโดยแหล่งทุน (Donor-organized NGOs)
ก่อตั้งโดยแหล่งทุนเพื่อตอบสนองต่อภารกิจของแหล่งทุนเอง โดยทั่วไปจะตั้งเป็นองค์กรให้ทุนซึ่งมีกระบวนการทำงานที่ตรงตามความต้องการของแหล่งทุนนั้นๆ

สำหรับในประเทศไทย เพ็ญจันทร์ ประดับมุข⁸ ได้วิเคราะห์การก่อตัวและความเคลื่อนไหวขององค์กรเอกชนด้านเอดส์ โดยจำแนกเป็น 7 รูปแบบดังนี้

1. องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ มักเป็นองค์กรขนาดเล็ก ประกอบด้วยกลุ่มคนที่มีจิตสำนึกร่วมกันในการแก้ไขปัญหาสังคม มีโครงสร้างการดำเนินงานที่ยืดหยุ่น มีการทำงานที่เน้นกระบวนการ ซึ่งเป็นคุณลักษณะที่ทำให้องค์กรประเภทนี้มีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจกรรมแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ร่วมกับภาครัฐ และได้ขยายบทบาทของตนออกไปอย่างรวดเร็ว

2. เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เริ่มก่อตัวเมื่อ พ.ศ. 2532 โดยองค์กรพัฒนาเอกชนด้านต่างๆ เริ่มเล็งเห็นว่า ปัญหาเอดส์เป็นปัญหาสังคมที่มีความซับซ้อน และส่งผลกระทบต่อสังคมทุกระดับ เกินกว่าที่องค์กรใดองค์กรหนึ่งที่มีความชำนาญเฉพาะด้านจะสามารถตามทันสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็วในทุกๆ ด้าน จึงรวมตัวกันเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และประสานความรู้ เพื่อประโยชน์ในการพัฒนาการดำเนินงาน เพิ่มพลังในการต่อรอง และการแสดงความคิดเห็นต่อรัฐและสาธารณชน

3. สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ เป็นองค์กรเอกชนที่

ไม่แสวงหากำไร ตั้งขึ้นในปีพ.ศ. 2536 โดยบริษัทธุรกิจต่างๆ บริจาคเงินสนับสนุนการดำเนินงาน มีสมาชิกมากกว่า 100 บริษัท มีบทบาทเป็นกลไกสำคัญในการระดมความคิดและพลังของผู้บริหารระดับสูงในภาคธุรกิจเพื่อกำหนดยุทธวิธีวางแผนป้องกันโรคเอดส์ ให้ความช่วยเหลือองค์กรสมาชิก และเป็นแหล่งแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร

4. องค์กรประชาชน เป็นการริเริ่มอย่างเป็นทางการโดยผู้นำท้องถิ่น/ชุมชนที่ได้รับการยอมรับ เช่น ผู้ใหญ่บ้าน พระ หมอพื้นบ้าน เพื่อแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นในท้องถิ่น และอาจพัฒนาไปสู่องค์กรสังคมที่เป็นทางการ มีการบริหารจัดการที่ชัดเจนได้ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับเงื่อนไขการสนับสนุนด้านงบประมาณ ขนาดของปัญหา รวมทั้งศักยภาพของผู้นำ

5. ประชาสังคมของนักวิชาการและข้าราชการ ซึ่งมีกิจกรรมการศึกษาวิจัยในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ในมิติต่างๆ อย่างกว้างขวาง มีการจัดประชุมแลกเปลี่ยนความรู้และทัศนะเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ในแง่มุมที่หลากหลาย กลายเป็นชุมพลทางปัญญาที่มีผลต่อการผลักดันนโยบายและแนวปฏิบัติต่างๆ ในเรื่องเอดส์

6. กลุ่มผู้ติดเชื้อที่รวมตัวกันเอง เป็นการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อที่มีปัญหาและความต้องการเหมือนกัน เพื่อดูแลและช่วยเหลือตนเอง เริ่มต้นโดยไร้การจัดตั้ง ไม่มีการจัดองค์กรที่ชัดเจน ส่วนใหญ่เกิดจากการไปรื้อรับยาหรือรับบริการสาธารณสุข แล้วมีการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ ความทุกข์ แบ่งปันความเห็นใจซึ่งกันและกัน และให้คำปรึกษาแนะนำกันเองในด้านการรักษา ถือเป็นการรวมกลุ่มทางสังคมโดยธรรมชาติ จัดเป็นกลุ่มสนับสนุนกันและกัน (Support Group)

7. องค์กรผู้ติดเชื้อเอดส์ที่จัดตั้งโดยองค์กรพัฒนาเอกชนและรัฐ องค์กรผู้ติดเชื้อแห่งแรกจัดตั้งขึ้นโดยการสนับสนุนของสภาประชาชาติไทยเมื่อปลายปีพ.ศ. 2532 เป็นกลุ่มช่วยเหลือตัวเอง (Self-help Group) ในลักษณะเดียวกับที่มีในต่างประเทศ ซึ่งนอกจากจะสนับสนุนให้กำลังใจซึ่ง

กันและกันแล้ว ยังมุ่งเน้นการสร้างศักยภาพให้สามารถเข้าถึงแหล่งบริการทางการแพทย์ได้มากขึ้น ในระยะต่อมา องค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆ เช่น มูลนิธิฮอโบลิน และ Access ได้จัดตั้งองค์กรผู้ติดเชื้อเอชไอวีแห่งประเทศไทยขึ้น นอกจากนี้องค์กรเอกชนหลายแห่งได้ถือเอาการสนับสนุนกลุ่มผู้ติดเชื้อเป็นกิจกรรมสำคัญขององค์กร ภาครัฐเองก็ได้ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อที่มาใช้บริการจากศูนย์บริการผู้ป่วยกลางวัน (Day Care Centers) ในระดับโรงพยาบาลชุมชน รวมตัวเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อด้วยเช่นกัน

จะเห็นได้ว่ารูปแบบขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ที่ทำงานด้านเอดส์ในประเทศไทย มีแนวโน้มการพัฒนาลักษณะกิจกรรมใกล้เคียงกับรูปแบบขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ในกลุ่มประเทศละตินอเมริกา และในส่วนอื่นๆ ของโลก เพียงแต่ยังมิได้รวมถึงกลุ่มองค์กรนักวิชาการหรือองค์กรที่ภาครัฐหรือภาคเอกชนที่เป็นเจ้าของทุนจัดตั้งขึ้นเพื่อดำเนินการด้านเอดส์ในลักษณะองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ แม้ว่าองค์กรลักษณะนี้จะเริ่มมีขึ้นบ้างแล้วในประเทศไทย แต่เป็นองค์กรที่ดำเนินงานด้านอื่น

นาถฤดี เด่นดวง และวรรณ จารุสมบัติ⁹ ได้นำเสนอรายงานการวิจัยเรื่อง “บทบาทองค์กรพัฒนาเอกชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์” ในพ.ศ. 2536 โดยได้สำรวจและรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเรื่องเอดส์ ย้อนหลังตั้งแต่ปี 2527 เป็นต้นมา ปรากฏว่ามีองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ที่ทำงานด้านเอดส์ในขณะนั้นรวม 59 องค์กร โดย 14 องค์กรมีกิจกรรมหลักในเรื่องเอดส์ ส่วน 45 องค์กรทำกิจกรรมเรื่องเอดส์ผสมผสานกับกิจกรรมอื่น ทั้งนี้เป็นที่น่าสังเกตว่าองค์กรที่มีกิจกรรมหลักในเรื่องเอดส์ ก่อตั้งภายหลังปี 2532 เป็นต้นมา ในขณะที่องค์กรที่ทำกิจกรรมเรื่องเอดส์ผสมผสานกับกิจกรรมอื่น แม้ว่าจะก่อตั้งมาก่อนหน้านั้น และมีผลงานการพัฒนาด้านอื่นๆ เป็นที่รู้จักกันอย่างแพร่หลายแล้ว แต่เริ่มดำเนินงานด้านเอดส์ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน

ประเด็นที่น่าสนใจก็คือ มีปัจจัยอะไรที่เกื้อหนุนให้องค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ เหล่านี้ เริ่มทำงานด้านเอดส์ในช่วงเวลาใกล้เคียงกัน ผู้วิจัยได้วิเคราะห์ว่าน่าจะเป็นผลจากปัจจัยต่อไปนี้ คือ

ประการแรก เนื่องจากมีการค้นพบและเกิดความตระหนักถึงปัญหาเอดส์ในช่วงที่ทำงานพัฒนาด้านอื่นอยู่ เช่น สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน สภาวิชาชีพพยาบาล เป็นต้น ซึ่งองค์กรเหล่านี้มีกิจกรรมบริการชุมชนอยู่แล้ว และกิจกรรมที่เป็นภารกิจองค์กรนั้นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับปัญหาเอดส์ ส่วนองค์กรที่ให้บริการคำปรึกษาปัญหาชีวิตแก่สาธารณชน เช่น มูลนิธิฮอโบลิน ก็พบว่าเมื่อมีผู้ขอคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30 องค์กรเหล่านี้จึงรับรู้ถึงความรุนแรงของปัญหา และเริ่มพัฒนาศักยภาพขององค์กรสำหรับการทำงานด้านเอดส์ขึ้นมา

ประการที่สอง เนื่องจากแหล่งทุนซึ่งส่วนใหญ่เป็นองค์กรระหว่างประเทศ มีแนวโน้มให้ความสนับสนุนการดำเนินงานในเรื่องเอดส์มากขึ้น ในขณะที่ภาครัฐยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการรณรงค์ควบคุมและแก้ไขปัญหาเอดส์ องค์กรพัฒนาเอกชนซึ่งมีความเป็นอิสระและคล่องตัวสูงกว่า จึงเป็นช่องทางสำหรับการสนับสนุนให้มีการดำเนินงานเรื่องเอดส์ในประเทศไทย โดยองค์การอนามัยโลก (WHO) เป็นองค์กรแรกที่ทำให้ความช่วยเหลือด้านนี้แก่ประเทศไทยในปี 2531 เป็นมูลค่า 500,000 เหรียญสหรัฐ (ประมาณร้อยละ 73 ของงบประมาณดำเนินการเรื่องเอดส์ของประเทศ) และในปีถัดมามีองค์กรต่างประเทศให้การช่วยเหลือสนับสนุนงบประมาณด้านเอดส์เพิ่มเป็น 9 องค์กร มีมูลค่ารวมกัน 3,871,270 เหรียญสหรัฐ (ประมาณร้อยละ 90 ของงบประมาณเรื่องเอดส์ของประเทศ)

นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาจากความช่วยเหลือที่ประเทศไทยได้รับจากหน่วยงานหลัก เช่น AIDSCAP ที่ให้ความช่วยเหลือระหว่างพ.ศ. 2532-2540 เป็นมูลค่า 3,773,318 เหรียญสหรัฐ หรือประเทศออสเตรเลียที่ให้ความช่วยเหลือ

เหลือระหว่างพ.ศ. 2534-2540 รวม 6,159,556 เหยื่อสหรัฐ ส่วนใหญ่เป็นความช่วยเหลือที่ให้แก่องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์

ประการที่สาม เมื่อภาครัฐเริ่มให้ความสำคัญกับปัญหาเอดส์ และกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ ก็ได้แสดงท่าทีที่ชัดเจนว่าต้องการระดมความร่วมมือจากองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และให้การสนับสนุนด้านทรัพยากรในการดำเนินงาน¹⁰ โดยเริ่มจัดสรรงบประมาณแก่องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ รวม 23 องค์กร เป็นมูลค่า 11.9 ล้านบาท ตั้งแต่ พ.ศ. 2535 และเพิ่มขึ้นเป็น 90 ล้านบาทในปี 2540 นอกจากนั้นยังได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนกิจกรรมของกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จำนวน 36.8 ล้านบาท และ 53.4 ล้านบาทในปี 2538 และ 2539 ตามลำดับ

จึงอาจกล่าวได้ว่า การสนับสนุนทรัพยากรจากแหล่งทุนต่างๆ ที่องค์กรระหว่างประเทศ และงบประมาณจากรัฐบาลไทย ได้เป็นปัจจัยสำคัญที่ดึงดูดให้องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ให้ความสนใจและดำเนินงานเรื่องเอดส์มากขึ้น

3.2 พัฒนาการขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ เปรียบเทียบกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านอื่น

พ.ศ. 2536 นาถฤดี เต็นดวง และวรรณ จารุสมบุรณ์ รายงานว่า มีองค์กรพัฒนาเอกชนที่มีกิจกรรมหรือโครงการเกี่ยวกับเรื่องเอดส์ 59 องค์กร ดังที่ได้กล่าวแล้ว ต่อมาในปี 2537 กรมประชาสัมพันธ์¹¹ รายงานว่ามีองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์รวม 79 องค์กร และเมื่อถึงปี 2538 บุษบา รุจนเวท และดวงสมร ชินโชติเกษม¹² รายงานว่ามีองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์อยู่ในทุกภูมิภาคทั่วประเทศรวม 189 องค์กร แสดงให้เห็นว่าจำนวนองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลในรายงานของคันสนีย์ สมิตะเกษตริน เรื่อง “การสนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ด้านโรคเอดส์

ตารางที่ 3-1 เปรียบเทียบการสนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรเอกชน
สาธารณประโยชน์ด้านเอดส์ ด้านสาธารณสุข และด้านสังคมสงเคราะห์
พ.ศ. 2535-2540

ปีพ.ศ.	ด้านเอดส์ ¹³			ด้านสาธารณสุข ¹⁴			ด้านสังคมสงเคราะห์ ¹⁵		
	จำนวน	จำนวน	งบ	จำนวน	จำนวน	งบ	จำนวน	จำนวน	งบ
	องค์กร	โครงการ	ประมาณ	องค์กร	โครงการ	ประมาณ	องค์กร	โครงการ	ประมาณ
	(ล้านบาท)			(ล้านบาท)			(ล้านบาท)		
2535	23	35	11.9	43	72	49.2	n.a.	n.a.	n.a.
2536	39	56	15.0	119	185	49.2	53	n.a.	15.0
2537	76	91	10.0	305	654	49.2	66	n.a.	15.0
2538	94	153	75.0	103	287	49.2	75	n.a.	15.0
2539	122	188	80.0	106	219	49.2	75	n.a.	15.0
2540	184	247	90.0	n.a.	n.a.	n.a.	115	n.a.	40.0

เปรียบเทียบช่วงเวลา พ.ศ. 2535-2540¹³ ที่แสดงให้เห็นว่า องค์กรที่ได้รับ
ทุนสนับสนุนจากรัฐ เพิ่มขึ้นจาก 23 องค์กรในปี 2535 เป็น 184 องค์กรใน
ปี 2540 ดังตารางที่ 3-1

จากตาราง จะเห็นว่า งบประมาณที่รัฐจัดสรรสำหรับการดำเนินงาน
ขององค์กรเอกชนด้านเอดส์และกลุ่มผู้ติดเชื้อ กับจำนวนองค์กรเอกชน
ด้านเอดส์ เพิ่มขึ้นอย่างสัมพันธ์กัน ในขณะที่องค์กรเอกชนด้านอื่น เช่น
องค์กรเอกชนด้านสาธารณสุข และด้านสังคมสงเคราะห์ ได้รับการ
สนับสนุนงบประมาณคงที่ โดยด้านสาธารณสุขได้รับปีละ 49.2 ล้านบาท
ด้านสังคมสงเคราะห์ได้รับปีละ 15 ล้าน ก่อนที่จะเพิ่มขึ้นเป็น 40 ล้านในปี
2540

เป็นที่น่าสังเกตว่า องค์กรเอกชนที่ทำงานด้านสาธารณสุขก็มีจำนวน
เพิ่มขึ้น จาก 43 องค์กรในปี 2535 เป็น 119 องค์กรในปี 2536 และ 305
องค์กรในปี 2537 ก่อนที่จะลดลงเหลือ 106 องค์กรในปี 2539 ทั้งนี้ไม่มี

รายละเอียดชัดเจนถึงสาเหตุที่องค์กรเอกชนที่ทำงานด้านสาธารณสุขเพิ่มจำนวนขึ้นกว่า 7 เท่าภายในระยะเวลา 2 ปี แต่ข้อมูลที่ได้รับจากการสอบถามคณะกรรมการพิจารณาคำขอทุนขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ได้ข้อสังเกตว่า องค์กรเอกชนด้านสาธารณสุขส่วนใหญ่ เป็นองค์กรจัดตั้งของรัฐ (กระทรวงสาธารณสุขและหน่วยงานในสังกัด) ในลักษณะกลุ่มชมรมต่างๆ เช่น กลุ่มแม่บ้านสาธารณสุข ชมรมผู้สื่อข่าวสาธารณสุข ชมรมผู้สูงอายุ และงบประมาณสนับสนุนองค์กรสาธารณสุขประโยชน์ด้านสาธารณสุขในแต่ละปีกว่าครึ่งหนึ่งเป็นการอุดหนุนกิจกรรมองค์กรที่จัดตั้งโดยรัฐเหล่านี้ ส่วนองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านสังคมสงเคราะห์มีจำนวนเพิ่มขึ้นเล็กน้อย จาก 53 องค์กรในปี 2536 เป็น 75 องค์กรในปี 2539 แต่เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วเป็น 115 องค์กรในปี 2540 และได้รับการสนับสนุนงบประมาณในปีนั้นเพิ่มขึ้นเกือบ 3 เท่า

เมื่อเป็นเช่นนี้ อาจกล่าวได้ว่า โอกาสในการก่อตัวขององค์กรเอกชนด้านเอดส์ และองค์กรเอกชนด้านอื่นไม่น่าจะแตกต่างกันมากนัก ขึ้นอยู่กับปัจจัยหรือแหล่งทุนสนับสนุนการดำเนินงานเป็นสำคัญ แต่วิวัฒนาการขององค์กรไปสู่การดำเนินงานที่มีคุณภาพ และมีการบริหารจัดการที่ดีนั้น ขึ้นอยู่กับการมีจิตสำนึกร่วมกัน (Shared Value) ของกลุ่มบุคคลที่มาร่วมตัวกันเป็นสำคัญ

3.3 การเสริมสร้างความเข้มแข็ง ของกระบวนการทำงานด้านเอดส์

จุดเด่นขององค์กรเอกชนด้านเอดส์อยู่ที่การสร้างให้เกิดการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อขึ้นในกระบวนการและขั้นตอนการทำงาน¹⁶ ประเด็นสำคัญที่สุดคือ กระบวนการทำงานขององค์กรเอกชนด้านเอดส์ ได้ให้ความสำคัญกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในฐานะที่เป็นทรัพยากรในการดำเนินงานแก้ไขปัญหา ไม่ได้เป็นเพียงกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานเท่านั้น

การดำเนินงานโดยอาศัยกระบวนการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ ในขณะที่กลุ่มผู้ติดเชื้อมีจำนวนมากขึ้น และมีการจัดเครือข่ายการทำงานในลักษณะที่ช่วยเหลือซึ่งกันและกัน มีผลให้การดำเนินงานเป็นไปอย่างมีพลัง ทั้งในการต่อรอง การผลักดันนโยบาย และการตรวจสอบ-ติดตามการดำเนินนโยบายของรัฐในบางกรณี เช่น เมื่อทบวงมหาวิทยาลัยมีแนวคิดที่จะตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มนักเรียนที่สมัครเข้าเรียนคณะแพทยศาสตร์ ซึ่งถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน องค์กรเอกชนด้านเอดส์และกลุ่มผู้ติดเชื้อได้รวมตัวกันเคลื่อนไหวคัดค้านอย่างแข็งขัน

อาจกล่าวได้ว่า ในกระบวนการทำงานด้านเอดส์นั้น องค์กรพัฒนาเอกชนต่างๆ ทำหน้าที่เป็นกลไกในการสร้างพันธมิตร (Partnership) ในการทำงานร่วมกันระหว่างรัฐ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ กลุ่มผู้ติดเชื้อ และประชาชนหรือองค์กรชุมชน อย่างไรก็ดีตาม เนื่องจากปัจจัยสำคัญในการทำงานร่วมกันระหว่างฝ่ายต่างๆ ต้องอาศัยความเข้าใจในวัฒนธรรมองค์กรและวัฒนธรรมการทำงานที่แตกต่างกันของแต่ละฝ่าย ความร่วมมือที่เกิดขึ้นระหว่างภาครัฐและเอกชนในกรณีเอดส์ที่เกิดขึ้นอย่างเป็นรูปธรรมนั้น ต้องถือว่าเป็นผลมาจากการที่ผู้บริหารในภาครัฐได้เปลี่ยนแปลงทัศนคติของตนด้วย ดังจะเห็นได้จากการจัดสรรงบประมาณอุดหนุนกิจกรรมขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ จาก 5 ล้านบาทในปี 2535 เป็น 90 ล้านบาทในปี 2540 ทั้งยังได้ปรับปรุงกระบวนการทำงานร่วมกันมาเป็นลำดับ ส่งผลให้องค์กรเอกชนด้านเอดส์เติบโตและเพิ่มจำนวนขึ้น จนกลายเป็นพันธมิตรในการทำงานที่เข้มแข็งได้ในที่สุด

พัฒนาการสำคัญขององค์กรเอกชนด้านต่างๆ ที่เข้ามาดำเนินงานเรื่องเอดส์ คือ การรวมตัวกันเป็น คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.)¹⁷ ในปี 2533 โดยมีสมาชิกแรกก่อตั้ง 18 องค์กร ในปี 2539 มีสมาชิกเพิ่มขึ้นเป็น 51 องค์กร และต่อมาในปี 2540 มีองค์กรสมาชิกทั่วประเทศกว่า 100 องค์กร จึงได้มีการจัดเครือข่ายองค์กรสมาชิกจำแนก

ตามภาคเป็น 3 เครือข่าย โดยมีวัตถุประสงค์ดังนี้

1. เพื่อเชื่อมสัมพันธ์และแลกเปลี่ยนข่าวสารระหว่างองค์กรที่ทำงานด้านเอดส์
2. เพื่อหนุนช่วยทรัพยากรและเสริมประสิทธิภาพบุคลากรที่ทำงานด้านเอดส์
3. เพื่อเป็นองค์กรตัวแทนผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนนโยบาย
4. เพื่อให้ความคุ้มครองในสิทธิและเสริมสร้างขวัญกำลังใจ ตลอดจนให้ความช่วยเหลือผู้ประสบปัญหาอันเนื่องมาจากการติดเชื้อโรคเอดส์

กพอ. มีการจัดประชุมปีละครั้ง เพื่อนำเสนอและแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานของสมาชิกในรอบปีที่ผ่านมา และร่วมกันกำหนดทิศทางการทำงานต่อไป จึงกล่าวได้ว่าการรวมกลุ่มกันขององค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ นอกจากทำให้เกิดพัฒนาการด้านองค์ความรู้จากการแลกเปลี่ยนประสบการณ์ซึ่งกันและกันแล้วยังทำให้เกิดพลังในการทำงาน มีการต่อรองที่เข้มแข็ง และมีทิศทางการทำงานที่ชัดเจนด้วย เนื่องจากตัวแทน กพอ. ได้รับการแต่งตั้งให้เข้าร่วมเป็นคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ซึ่งเป็นองค์กรกำหนดและกำกับนโยบายการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเอดส์ของประเทศ ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน

บทบาทการดำเนินงานขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ผ่านมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของ การสนับสนุนการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อ นับว่าเป็นการสร้างรูปแบบใหม่ในการทำงาน เป็นขบวนการทางสังคมที่ผู้มีส่วนได้ส่วนเสียมาร่วมตัวกัน แสวงหาแนวทางในการแก้ไขปัญหาาร่วมกัน และเป็นรูปแบบที่ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง ดังจะเห็นได้จากใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการติดเชื้อสูง การรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อขยายตัวอย่างรวดเร็ว จาก 11 กลุ่มในปี 2537 เป็น 108 กลุ่มในปี 2540 ในทาง

กลับกัน การทำงานขององค์กรพัฒนาเอกชนที่มีชุมชนเป็นฐาน และมีกลุ่มผู้ติดเชื่อเป็นแนวร่วม ได้เสริมสร้างความเข้มแข็งให้องค์กรพัฒนาเอกชนด้วย ทำให้สามารถกำหนดทิศทางการดำเนินงานที่แหลมคมขึ้น และสามารถเชื่อมโยงเป็นเครือข่ายที่มีระบบความสัมพันธ์และการหนุนช่วยซึ่งกันและกัน ยิ่งทำให้มีพลังในการดำเนินงานเรียกร้องและต่อรองมากขึ้น

องค์กรเอกชนด้านเอดส์หลายแห่งจึงสามารถพัฒนาขีดความสามารถทั้งด้านเทคนิค วิชาการ แนวคิด และการดำเนินงานของตน รวมทั้งพัฒนาเครือข่ายให้กว้างขวางและรุดหน้าไป จนสามารถตรวจสอบการดำเนินนโยบายสาธารณะด้านเอดส์ของรัฐ เช่น การรณรงค์ด้านเอดส์ สถานการณ์การรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการภาครัฐ ปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ แต่ก็ยังมีจุดอ่อนในเรื่องการพัฒนากลไกการระดมทุน ต้องพึ่งพาทุนอุดหนุนจากแหล่งใดแหล่งหนึ่งเป็นหลัก ซึ่งเป็นเงื่อนไขที่จะนำไปสู่ความสัมพันธ์เชิงอุปถัมภ์ระหว่างองค์กรผู้ให้ทุนกับองค์กรพัฒนาเอกชนผู้รับทุนได้ และอาจจะส่งผลให้ไม่สามารถกำหนดทิศทางการดำเนินงานได้อย่างอิสระ เพราะต้องคำนึงถึงการตอบสนองต่อนโยบายของแหล่งทุนด้วย อย่างไรก็ตามในช่วงเวลาที่ผ่านมา (2535-2540) ถือได้ว่าองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์สามารถขยายตัว พัฒนางานอย่างเป็นระบบ และแสดงบทบาทที่สำคัญในการร่วมแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ

อีกแง่มุมหนึ่งที่ควรพิจารณาก็คือ แนวคิดพื้นฐานที่ว่า ในระยะยาว ปัญหาเอดส์จะต้องจัดการโดยชุมชน โดยที่รัฐมีบทบาทลดลง และองค์กรพัฒนาเอกชนจะต้องเป็นเพียงกลไกหรือสื่อกลางในการเสริมสร้างศักยภาพของชุมชนให้สามารถวางแผนและดำเนินการแก้ไขปัญหาได้เอง แต่เนื่องจากในระยะแรกและระยะกลาง องค์กรพัฒนาเอกชนจะเป็นผู้แสดงบทบาทประหนึ่งตัวแทนของประชาชน/องค์กรชุมชน และการพัฒนาองค์กรที่เป็นตัวแทนให้เข้มแข็งเป็นสิ่งจำเป็น ข้อควรระวังคือ ในระยะยาว ตัวแทนยัง

เข้มแข็ง ชุมชนยังต้องการพึ่งพา จนกลายเป็นความเคยชินและอาจเป็นเหตุให้ชุมชนอ่อนแอลง องค์กรพัฒนาเอกชนจึงต้องปรับบทบาทการดำเนินงานตามจังหวะเวลาที่เหมาะสม เพื่อให้ชุมชนสามารถรับโอนเอางานขององค์กรไปเป็นภารกิจของชุมชนเองได้ในที่สุด

บทเรียนจากกรณีเอดส์ สามารถนำไปใช้ในกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพอื่นๆ ได้ โดยจะต้องทำความเข้าใจในกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันขององค์กรต่างๆ ซึ่งมีปฏิสัมพันธ์กันในการพัฒนากิจกรรม และต้องยึดถือไว้เสมอว่าผลลัพธ์สุดท้ายของการพัฒนาคือ ความเข้มแข็งของชุมชนที่จะดำเนินกิจกรรมส่งเสริมสุขภาพด้วยตนเองได้อย่างต่อเนื่อง

3.4 ความยั่งยืนของการพัฒนา

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้องค์กรเอกชนสามารถดำเนินงานได้อย่างต่อเนื่อง ประกอบด้วย การสร้างจิตสำนึกและอุดมการณ์ร่วมกันในการทำงาน การบริหารจัดการที่ดี และมีศักยภาพในการระดมทุนเพื่อดำเนินกิจกรรมอย่างต่อเนื่อง เมื่อน้องค์ประกอบเหล่านี้มาเป็นเกณฑ์วิเคราะห์ความยั่งยืนขององค์กร พบว่าหลายองค์กร โดยเฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อในเขตภาคเหนือตอนบน มีปัญหาการแยกตัวของสมาชิกออกไปจัดตั้งกลุ่มใหม่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเพราะต้องการแสวงหาทุนสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมอย่างเป็นอิสระจากกลุ่มเดิม แต่สถานการณ์นี้แตกต่างออกไปในองค์กรที่มีการจดทะเบียนนิติบุคคลในรูปสมาคม มูลนิธิ ซึ่งมีกรอบกำหนดสถานะองค์กรอยู่

อย่างไรก็ตาม ปัญหาร่วมกันขององค์กรทั้งที่เป็นนิติบุคคล และองค์กรที่ไม่เป็นทางการ ก็คือ ต้องพึ่งพาแหล่งทุนในการดำเนินกิจกรรม ยังไม่มีการพัฒนากลไกในการสร้างทุนหรือระดมทุนของตนเอง ซึ่งนอกจากจะทำให้แหล่งทุนมีอิทธิพลต่อการกำหนดทิศทางการดำเนินงานขององค์กรแล้วยังอาจมีผลต่อความต่อเนื่องของกิจกรรม หรือแม้กระทั่งการดำรงอยู่ขององค์กรได้ หากไม่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนต่อไป

กลุ่มผู้ติดเชื้อบางกลุ่มได้จัดตั้งกลุ่มอมมทรัพย์ขึ้นเพื่อช่วยเหลือกันเองในด้านสภาพชีวิตความเป็นอยู่ ซึ่งนอกจากจะแสดงให้เห็นถึงศักยภาพในการพึ่งพาตัวเอง ยังเป็นหลักประกันการคงอยู่และการดำเนินงานขององค์กรได้ระดับหนึ่ง แต่ความยั่งยืนขององค์กรนั้นจำเป็นต้องพิจารณาถึงความยั่งยืนของการพัฒนาองค์กรด้วย

ในยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ความยั่งยืนที่แท้จริงหมายถึง ความยั่งยืนขององค์กรชุมชนที่จะพัฒนาศักยภาพในการแก้ไขจัดการปัญหาเอดส์ และรวมถึงความยั่งยืนขององค์กรเอกชนที่จะพัฒนาบทบาทของตนในการเสริมสร้างศักยภาพและความเข้มแข็งของชุมชนอย่างต่อเนื่อง ในแง่นี้ ยุทธศาสตร์การปรับให้องค์กรบริหารส่วนตำบลทำหน้าที่กลไกประสานองค์กรต่างๆ เพื่อสร้างกระบวนการประชาสังคมในระดับชุมชนเป็นแนวทางที่ทั้งภาครัฐและองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ต่างก็เห็นว่าอาจเป็นหนทางที่จะนำไปสู่การสร้างความยั่งยืนให้กับองค์กรชุมชนได้

เอกสารอ้างอิง

1. O' Malley, J.; Nguyen, VK., and Lee S. "Nongovernment Organizations." *AIDS in the World II*. Ed. Jonathan Mann and Daniel Tarantora. New York: Oxford University Press, 1996. pp. 341-361.
2. World Bank. *Working together to confront HIV/AIDS*. Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic. Published for the World Bank. Oxford University Press, 1997. pp. 239-282.
3. สำนักงานการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ. *แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2540-2544)*. พ.ศ. 2539.
4. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ. *แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544*. พฤษภาคม พ.ศ. 2540.
5. ดร.เสรี พงศ์พิศ, บรรณานิการ. "บทเรียนราคาแพง." 23 *ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคเหนือ*. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2539. หน้า 299-332.
6. Parker, R. "Public Policy, Political Activism, and AIDS in Brazil." *Global AIDS Policy*. Ed. Douglas A. Feldman. Connecticut: Bergin & Garvey, 1994. pp. 28-46.
7. Hartigan, P. "The Response of Nongovernmental Organizations in Latin America to HIV Infection and AIDS: A Vehicle for Grasping the Contribution NGOs Make to Health and Development." *Global AIDS Policy*. Ed. Douglas A. Feldman. Connecticut: Bergin & Garvey, 1994. pp 47-60.

8. เพ็ญจันทร์ ประดับมุข. ความเคลื่อนไหวของประชาสังคมเอตส์ในประเทศไทย: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ. เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ”, วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2539.
9. นาถฤดี เต๋นดวง และวรรณ จารุสมบุญ. บทบาทองค์กรพัฒนาเอกชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์. 2536.
10. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. ข้อมูลงบประมาณจากแหล่งต่างๆ ในการโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์.
11. กรมประมงกระทรวง. ทำเนียบองค์การสังคมสงเคราะห์เอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ พ.ศ. 2537. เอกสารการสังคมสงเคราะห์เอกชน. 2537.
12. บุษบา รุนเวท และดวงสมร ชินโชติเกษม. องค์กรเอกชน: กิจกรรมด้านเอดส์ในประเทศไทย. สถาบันพัฒนาสาธารณสุขมูลฐานอาชีวศึกษา มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
13. คันสนีย์ สมิติเกษตริณ. การสนับสนุนงบประมาณแก่องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ พ.ศ. 2535-2540. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ, เอกสารโรเนียว.
14. นพ.สุวิทย์ วิบุลย์ผลประเสริฐ. ประชาสังคม: ดุลยภาพใหม่เพื่อสุขภาพในประชาสังคมกับการพัฒนาสุขภาพ: บทวิเคราะห์ทางวิชาการ. เอกสารประกอบการนำเสนอในที่ประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่อง “ปฏิรูปเพื่อสุขภาพ ยุทธศาสตร์ใหม่สู่การพัฒนาระบบ”, วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2539.
15. สำนักงานประมาณ. เอกสารงบประมาณรายจ่ายประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2536, 2537, 2538, 2539, และ 2540.

16. ภาวดี คุชิตา และเทียมใจ ทองเมือง. รายงานประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ด้านเอดส์ที่ได้รับทุนจาก กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2538. พ.ศ. 2539.
17. คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.). องค์กรพัฒนาเอกชนไทยรุกไปข้างหน้ากับงานพัฒนาด้านเอดส์. เอกสารสรุปการสัมมนาประจำปีพ.ศ. 2538, 14-16 ธันวาคม 2538 ณ โรงแรมรอยัลพาเลซ พัทยา.
18. ชัยนนต์ วรรณะภูติ. ประชาสังคมด้านเอดส์: สถานการณ์และทิศทางการวิจัย. คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่, 2540. เอกสารโรเนียว.

[บทที่ 4]

โครงสร้างทางนโยบาย ในการจัดการปัญหาเอดส์

การกำหนดกลไกทางการปกครอง (Governance) ให้สามารถชี้นำ
แนวนโยบายที่เป็นเหตุเป็นผล และถูกต้องตามทำนองคลองธรรม เพื่อให้
ทุกภาคส่วนในประเทศสามารถมีส่วนร่วมในการจัดการกับปัญหาเอดส์
จัดว่าเป็นหัวใจสำคัญที่จะส่งผลต่อภารกิจป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
Jonathan Mann¹ ได้เสนอแนวคิดในการวิเคราะห์การกำหนดโครงสร้างทาง
นโยบายของประเทศว่า ประกอบด้วย การแสดงเจตนาารมณในการจัดการ
กับปัญหาเอดส์ของเจ้าหน้าที่รัฐบาลในระดับสูง การแปลงนโยบายไปสู่
การปฏิบัติซึ่งจะสะท้อนให้เห็นได้จากการวิเคราะห์โครงสร้างงบประมาณและ
การสร้างแนวร่วมจากธุรกิจเอกชน เอกชนสาธารณประโยชน์ และชุมชน
ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย การประสานแผนงานโครงการ
การจัดการ ตลอดจนการประเมินผลกระทบและความก้าวหน้าของแผนงาน
โครงการต่างๆ

ในบทนี้ได้แบ่งการวิเคราะห์โครงสร้างนโยบายโรคเอดส์ ออกเป็น 5
หัวข้อ ดังต่อไปนี้

1. นโยบายและการสนับสนุนจากนานาชาติ
2. นโยบายสาธารณะในประเทศไทย
3. กฎหมาย จริยธรรม และสิทธิมนุษยชน
4. การจัดองค์กรบริหารโครงการเอดส์
5. โครงสร้างงบประมาณภาครัฐ

4.1 นโยบายและการสนับสนุนจากนานาชาติ

การที่โครงสร้างทางนโยบายเรื่องเอดส์ในประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว เป็นผลมาจากการเปิดกว้างให้กลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศเข้ามาช่วยกันระดมทรัพยากร และความรู้ในการจัดการกับปัญหา จนเป็นที่ยอมรับและถือเป็นแบบอย่างในการศึกษาของนานาชาติ²

ในระยะแรก ประเทศผู้สนับสนุนเงินทุนในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ได้ให้เงินสนับสนุนแก่ประเทศที่ต้องการความช่วยเหลือ ผ่านทางองค์การอนามัยโลก¹ ซึ่งเป็นองค์กรเดียวที่ดำเนินงานโครงการเอดส์ระดับโลกในขณะนั้น ทำให้ในปี 2530 โครงการเอดส์ องค์การอนามัยโลก ได้รับงบประมาณทั้งสิ้น 43.7 ล้านดอลลาร์ คิดเป็น 74% ของเงินที่ประเทศอุตสาหกรรมได้ให้ความช่วยเหลือในเรื่องเอดส์ทั้งหมด (58.77 ล้านดอลลาร์) ต่อมาปรากฏว่าหลายประเทศไม่พอใจกับการดำเนินการบางประการขององค์การอนามัยโลก จึงได้เพิ่มปริมาณการให้เงินช่วยเหลือแก่ประเทศที่ต้องการโดยตรง (Bilateral Funding) ทำให้สัดส่วนของเงินที่ให้ความช่วยเหลือในปี 2535 เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือให้ผ่านองค์กรนานาชาติในสังกัดสหประชาชาติเพียง 79.69 ล้านดอลลาร์ (35% ของเงินช่วยเหลือด้านเอดส์ทั้งหมด) ให้ความช่วยเหลือโดยตรงแก่รัฐบาลของประเทศด้อยพัฒนา 102.48 ล้านดอลลาร์ (39%) ให้ผ่านองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์นานาชาติ 22.16 ล้านดอลลาร์ (10%) ให้ผ่านองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ในแต่ละประเทศโดยตรง 15.42 ล้าน

1. นโยบายและการสนับสนุนจากนานาชาติ
2. นโยบายสาธารณะในประเทศไทย
3. กฎหมาย จริยธรรม และสิทธิมนุษยชน
4. การจัดองค์กรบริหารโครงการเอดส์
5. โครงสร้างงบประมาณภาครัฐ

4.1 นโยบายและการสนับสนุนจากนานาชาติ

การที่โครงสร้างทางนโยบายเรื่องเอดส์ในประเทศไทยได้ปรับเปลี่ยนอย่างรวดเร็ว เป็นผลมาจากการเปิดกว้างให้กลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งในและต่างประเทศเข้ามาช่วยกันระดมทรัพยากรและความรู้ในการจัดการกับปัญหา จนเป็นที่ยอมรับและถือเป็นแบบอย่างในการศึกษาของนานาชาติ²

ในระยะแรก ประเทศผู้สนับสนุนเงินทุนในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ได้ให้เงินสนับสนุนแก่ประเทศที่ต้องการความช่วยเหลือ ผ่านทางองค์การอนามัยโลก¹ ซึ่งเป็นองค์กรเดียวที่ดำเนินงานโครงการเอดส์ระดับโลกในขณะนั้น ทำให้ในปี 2530 โครงการเอดส์ องค์การอนามัยโลก ได้รับงบประมาณทั้งสิ้น 43.7 ล้านดอลลาร์ คิดเป็น 74% ของเงินที่ประเทศอุตสาหกรรมได้ให้ความช่วยเหลือในเรื่องเอดส์ทั้งหมด (58.77 ล้านดอลลาร์) ต่อมาปรากฏว่าหลายประเทศไม่พอใจกับการดำเนินการบางประการขององค์การอนามัยโลก จึงได้เพิ่มปริมาณการให้เงินช่วยเหลือแก่ประเทศที่ต้องการโดยตรง (Bilateral Funding) ทำให้สัดส่วนของเงินที่ให้ความช่วยเหลือในปี 2535 เปลี่ยนแปลงไป กล่าวคือให้ผ่านองค์กรนานาชาติในสังกัดสหประชาชาติเพียง 79.69 ล้านดอลลาร์ (35% ของเงินช่วยเหลือด้านเอดส์ทั้งหมด) ให้ความช่วยเหลือโดยตรงแก่รัฐบาลของประเทศด้อยพัฒนา 102.48 ล้านดอลลาร์ (39%) ให้ผ่านองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์นานาชาติ 22.16 ล้านดอลลาร์ (10%) ให้ผ่านองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ในแต่ละประเทศโดยตรง 15.42 ล้าน

เหรียญสหรัฐ (7%) และใช้ไปในลักษณะอื่นอีก 20.44 ล้านเหรียญสหรัฐ (9%) ทั้งนี้ ประเทศอุตสาหกรรมหลายประเทศ ได้แก่ สหรัฐอเมริกา (ซึ่งได้จัดตั้งองค์กร AIDSCAP ภายใต้ USAID เพื่อสนับสนุนการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของประเทศด้อยพัฒนาโดยตรง) ฝรั่งเศส เยอรมนี และประเทศในกลุ่มสแกนดิเนเวีย ได้ให้การสนับสนุนโครงการเอดส์แก่หลายๆ ประเทศ

หากมองในด้านของประเทศผู้รับความช่วยเหลือ¹ จะเห็นได้ว่างบประมาณจากความช่วยเหลือนานาชาติ ในปีพ.ศ. 2535 จัดสรรไปสู่ภาครัฐของประเทศด้อยพัฒนาซึ่งขอรับความช่วยเหลือ 73% (เป็นเงิน 165.17 ล้านเหรียญสหรัฐ) และให้ความช่วยเหลือแก่ภาคเอกชนสาธาณ-ประโยชน์ในประเทศด้อยพัฒนา 18% (40.53 ล้านเหรียญสหรัฐ) แสดงให้เห็นถึงเจตนารมณ์ของนานาชาติที่จะผลักดันการแก้ไขปัญหาเอดส์ผ่านองค์กรเอกชน เพื่อให้เกิดการสร้างกลไกประชารัฐในแต่ละประเทศควบคู่กันไปด้วย และเงินในส่วนที่จัดสรรให้แก่องค์กรเอกชนสาธาณประโยชน์ในแต่ละประเทศนำไปดำเนินการในเรื่องเอดส์ก็เพิ่มขึ้นโดยตลอด นับตั้งแต่ปี 2533 เป็นต้นมา โดยในปี 2535 มีการให้ความช่วยเหลือโดยตรงจากประเทศอุตสาหกรรม 10 ประเทศไปสู่ประเทศต่างๆ เป็นเงิน 88 ล้านเหรียญสหรัฐ 6 ประเทศที่ได้รับความช่วยเหลือสูงสุด ได้แก่ อูกานดา ไฮติ แทนซาเนีย ไทย แคมเบีย และเคนยา ได้รับความช่วยเหลือรวมกันเป็นเงิน 24 ล้านเหรียญสหรัฐ โดยที่ 5 ประเทศในกลุ่มนี้ คือ แทนซาเนีย ไทย อูกานดา แคมเบีย และซิมบับเว ได้รับความช่วยเหลือจากประเทศอุตสาหกรรมมากกว่า 5 ประเทศ

นอกจากนั้น ธนาคารโลกยังได้เพิ่มวงเงินให้แต่ละประเทศกู้เพื่อนำไปดำเนินการในโครงการป้องกันโรคเอดส์ โดยในปีพ.ศ. 2538 มีโครงการเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนจากธนาคารโลก ถึง 45 โครงการ ใน 35 ประเทศ โดย 25 ประเทศที่ได้รับการสนับสนุนอยู่ในทวีปแอฟริกา ซึ่งได้รับเงิน

จำนวนสูงถึง 258.6 ล้านเหรียญสหรัฐ อีก 2 ประเทศที่ได้รับเงินกู้จำนวนมากคืออินเดีย และบราซิล แต่จุดอ่อนของการสนับสนุนจากธนาคารโลกก็คือหลายประเทศมีหนี้สินอยู่แล้ว แม้จะได้รับเงินกู้ดอกเบี้ยต่ำ ผ่อนชำระระยะยาว ก็ยังไม่สามารถชำระหนี้ได้

Margaret Laws³ ที่ปรึกษาความร่วมมือเกี่ยวกับนโยบายโรคเอดส์ในระดับโลก ได้ให้ความเห็นต่อแนวโน้มการให้ความช่วยเหลือเรื่องเอดส์ต่อประเทศด้อยพัฒนาว่า นับตั้งแต่พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา ความต้องการรับความช่วยเหลือในด้านนี้เพิ่มขึ้นอย่างมาก เนื่องจากมีประเทศเกิดใหม่จำนวนมากที่แยกตัวออกมาจากสหภาพโซเวียต และต่างก็ต้องการความช่วยเหลือจากกลุ่มประเทศพัฒนาแล้ว ในขณะเดียวกันเกิดสถานการณ์วุ่นวายขึ้นทั่วโลก มีความขัดแย้งในหมู่ชนชาติต่างๆ มากขึ้น ทำให้ต้องจัดสรรความช่วยเหลือส่วนหนึ่งไปใช้ในกระบวนการรักษาความสงบ และช่วยเหลือผู้ลี้ภัยในประเทศต่างๆ เพิ่มขึ้น จากสัดส่วน 2% ในปี 2532 เพิ่มขึ้นเป็น 7% ในปี 2536 โดยเฉพาะส่วนที่ให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศในยุโรปตะวันออกและประเทศเกิดใหม่แถบนั้น เพิ่มขึ้นอย่างมากจาก 18.6 ล้านเหรียญสหรัฐ ในปี 2534 เป็น 24.2 ล้านเหรียญสหรัฐ ในปี 2535

การลดวงเงินความช่วยเหลือต่างประเทศของประเทศอุตสาหกรรม ในขณะที่ความต้องการความช่วยเหลือของประเทศด้อยพัฒนามีมากขึ้น รวมทั้งองค์กรในประเทศพัฒนาแล้วที่เคยให้ความช่วยเหลือเริ่มไม่แน่ใจว่าจะสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาดเอดส์ให้บรรลุเป้าหมายได้ กลายเป็นเงื่อนไขที่ก่อให้เกิดภาวะชะงักงันในการให้ความช่วยเหลือ (Donor Fatigue Syndrome) จากกลุ่มประเทศอุตสาหกรรม ภาวะนี้เห็นได้ชัดเจนจากการประชุมสุดยอดผู้นำประเทศเรื่องเอดส์ที่กรุงปารีส ประเทศฝรั่งเศส เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2537 เพื่อระดมทุนจากนานาชาติสนับสนุนผลักดันยุทธศาสตร์เอดส์ทั่วโลก แต่ไม่บรรลุผล เนื่องจากไม่สามารถจะเร่งระดมทรัพยากรจากประเทศต่างๆ ได้ แนวโน้มการให้เงินทุนช่วยเหลือจากนานา

ชาติหลังจากปี 2536 จึงลดน้อยลง สาเหตุอีกส่วนหนึ่งที่ทำให้เกิดภาวะดังกล่าวขึ้นก็คือ มีการศึกษาในระดับนานาชาติพบว่า การติดตามการใช้ยาเกี่ยวกับโรคเอดส์ในแต่ละโครงการทำได้ยาก ที่สำคัญก็คือ ผลการดำเนินการในโครงการเอดส์เป็นสิ่งที่วัดผลและประเมินผลได้ยากด้วย

องค์กรแรกในสังกัดของสหประชาชาติที่รับผิดชอบเรื่องเอดส์มาตั้งแต่พ.ศ. 2527⁴ คือ องค์การอนามัยโลก ต่อมาในเดือนตุลาคม ปี 2530 องค์การสหประชาชาติได้นำประเด็นพิเศษเรื่องเอดส์เข้าพิจารณาในการประชุมสมัชชาทั่วไป และมีมติว่า ปัญหาเอดส์มีความเกี่ยวข้องกับการดำเนินการของทุกภาคส่วน จึงจำเป็นต้องประสานองค์กรต่างๆ ในสังกัดองค์กรสหประชาชาติ ให้มีส่วนร่วมกันจัดการกับปัญหาเอดส์ จากนั้นได้มีความพยายามร่วมกันระหว่างองค์การอนามัยโลก (WHO) กับโครงการพัฒนาสหประชาชาติ (UNDP) ประสานนโยบายและยุทธศาสตร์เพื่อสนับสนุนการจัดการโครงการในระดับประเทศ แต่ปัญหาการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วและความซับซ้อนทางการเมืองที่เกี่ยวข้องทำให้การประสานงานดังกล่าวไม่ประสบผลเท่าที่ควร จนกระทั่งวันที่ 1 มกราคม พ.ศ. 2539 จึงมีการจัดตั้งโครงการความร่วมมือในด้านโรคเอดส์ องค์การสหประชาชาติขึ้นสำเร็จ หน่วยงานที่เข้าร่วมประกอบด้วย องค์การอนามัยโลก (WHO) โครงการพัฒนาสหประชาชาติ (UNDP) กองทุนช่วยเหลือเด็กสหประชาชาติ (UNICEF) องค์การพัฒนาประชากรสหประชาชาติ (UNFPA) องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรม สหประชาชาติ (UNESCO) และธนาคารโลก (World Bank) โดยมี Mr. Peter Piot อดีตรองผู้อำนวยการโครงการเอดส์ องค์การอนามัยโลก เป็นผู้อำนวยการ ทำหน้าที่ประสานงานองค์กรภายใต้สหประชาชาติทั้ง 6 องค์กร ให้จัดโครงการที่สอดคล้องประสานกันในการสนับสนุนประเทศและหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนทั่วโลก ให้สามารถจัดการกับปัญหาเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ

สำหรับประเทศไทย องค์การต่างประเทศได้เริ่มสนับสนุนให้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ตั้งแต่พ.ศ. 2531 โดยองค์การอนามัยโลก ได้จัดสรรงบประมาณให้เป็นเงิน 500,000 เหรียญสหรัฐ และต่อมาก็ได้รับความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นจากหลายแหล่ง ดังตารางที่ 4-1 อย่างไรก็ตามงบประมาณส่วนใหญ่ที่ใช้จ่ายในโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์มาจากงบประมาณของรัฐบาลเองตั้งแต่แรก จากการศึกษาของธนาคารโลก⁵ ประเทศไทยได้ใช้จ่ายในการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ ระหว่างพ.ศ. 2536-2538 เฉลี่ย 4.76 เหรียญสหรัฐ ต่อคนต่อปี โดยเป็นเงินที่มาจากภาครัฐ 72% ภาคเอกชน 16% และจากแหล่งเงินทุนต่างประเทศ 12% ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ นับว่าเป็นการใช้จ่ายจากภาครัฐในสัดส่วนที่สูง และเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่สนับสนุนผ่านองค์การอนามัยโลก รวมทั้งแหล่งเงินทุนอื่นๆ ซึ่งมีแนวโน้มลดลงเป็นลำดับ หลังจากปี 2537 สัดส่วนค่าใช้จ่ายจากงบประมาณของรัฐบาลไทยก็ยิ่งเพิ่มขึ้นจนถึงระดับประมาณ 90%

ตารางที่ 4-1 งบประมาณในโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จำแนกตามแหล่งเงินทุนจาก พ.ศ. 2540 (หน่วย: ล้านบาท)

แหล่งเงินทุน	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	รวม
WHO	500,000	800,000	752,000	870,000	953,900	527,000	650,000	721,369	223,400	0	5,997,769
UNDP	0	890,000	1,130,000	0	0	0	300,000	300,000	300,000	0	2,920,000
UNICEF	0	14,700	62,300	270,000	180,700	46,912	89,360	139,680	198,080	345,360	1,347,092
UNFPA	0	0	0	0	0	0	23,000	28,000	430,408	288,987	770,395
UNESCO	0	0	0	0	0	0	0	0	1,000	2,000	3,000
AUSTRALIA	0	0	0	300,000	772,000	500,000	970,000	1,629,515	879,961	1,108,080	6,159,556
CANADA .	0	0	448,000	58,000	37,000	22,000	24,500	98,000	132,000	0	819,500
DENMARK	0	0	0	0	0	0	180,000	180,000	180,000	180,000	720,000
E.C.	0	800,000	341,800	0	415,540	700,000	1,884,000	1,300,000	1,326,7000	1,125,250	7,893,290
FRANCE	0	72,320	0	0	0	0	0	28,000	96,000	91,000	287,320
GERMANY	0	593,250	406,800	0	0	0	0	92,924	92,924	92,924	1,278,821
GTZ	0	0	100,000	100,000	100,000	100,000	0	0	0	0	400,000
JAPAN	0	0	250,000	0	0	0	0	0	0	0	250,000
JICA	0	0	232,000	112,000	0	552,000	750,000	0	0	0	1,646,000

ตารางที่ 4-1 งบประมาณในโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จำแนกตามแหล่งเงินทุนจาก พ.ศ. 2540 (หน่วย: ล้านบาท)
(ต่อ)

แหล่งเงินทุน	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	รวม
NETHERLAND	0	0	0	30,000	348,000	400,000	600,000	15,900	0	9,360	1,403,271
U.K.	0	0	0	0	0	39,000	0	0	0	0	39,000
U.S.A.	0	560,000	0	0	0	0	0	0	0	0	560,000
AIDSCAP	0	50,000	150,000	150,000	200,000	100,000	200,000	2,025,000	856,318	42,000	3,773,318
AFRIM	0	0	0	400,000	600,000	2,600,000	1,600,000	0	0	0	5,200,000
PAVE	0	0	0	0	0	500,000	500,000	0	0	0	1,000,000
รวม	500,000	3,780,270	3,872,900	2,290,100	3,607,140	6,086,912	7,770,860	6,558,399	4,716,791	3,284,961	42,468,333
รัฐบาลไทย	687,172	4,313,742	6,771,748	10,118,783	29,608,820	65,429,569	62,372,188	71,900,363	92,218,511	82,725,885	426,146,781
รวมทั้งสิ้น	1,187,172	8,094,012	10,644,648	12,408,883	33,215,960	71,516,481	70,143,048	78,458,762	96,935,302	86,010,846	468,615,114
สัดส่วนงบไทย	57.9%	53.3%	63.6%	81.5%	89.1%	91.5%	88.9%	91.6%	95.1%	96.2%	90.9%

4.2 นโยบายสาธารณะในประเทศไทย

ปัญหาเอดส์มีความเกี่ยวข้องกับปัจจัยและผลกระทบที่ซับซ้อน จำเป็นต้องกำหนดยุทธศาสตร์ระยะยาวและระยะปานกลาง เพื่อใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายสำหรับชี้นำให้ทุกภาคส่วนในสังคมได้เข้าใจ และสามารถรวมพลังแก้ปัญหาได้อย่างมีประสิทธิภาพ นโยบายการจัดการปัญหาเอดส์ของไทยมีพัฒนาการมาเป็นเวลาเกือบ 2 ทศวรรษ โดยจำแนกเป็นยุคหรือระยะได้ตามลักษณะของกรอบแนวคิด และแนวทางการระดมแนวร่วมเข้ามาบริหารจัดการกับแผนงานโครงการ เป็น 3 ระยะ^{2,6} ได้แก่

1) นโยบายการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคในช่วงก่อนปีพ.ศ. 2534

กระทรวงสาธารณสุข⁷ ได้รับความช่วยเหลือจาก Global Programme on AIDS (GPA) องค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) ให้จัดทำแผนระยะสั้น (Short Term Plan) เป็นเครื่องกำกับการดำเนินงานในเรื่องเอดส์ตั้งแต่พ.ศ. 2531 โดยแผนระยะสั้นดังกล่าวมีลักษณะเป็นแผนปฏิบัติงานโครงการ (Project Action Plan) เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยได้กำหนดกลุ่มกิจกรรมที่สำคัญ (Basic Essential Interventions) ซึ่งส่วนใหญ่เป็นมาตรการ และกลวิธีทางด้านสาธารณสุข เช่น การตรวจเลือด การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล การสุศึกษา และการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น นับเป็นการเตรียมระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐานให้พร้อม

ต่อมา กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแผนระยะกลาง พ.ศ. 2531-2533 (Medium Term Plan 1989-1991) ซึ่งเป็นแผนสำหรับดำเนินการเฉพาะบางหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น มิได้ระดมการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานอื่นๆ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากยังขาดความชัดเจนในนโยบายชี้นำจากฝ่ายการเมือง ประกอบกับขาดการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการ

ดำเนินโรคที่ชัดเจนต่อสาธารณชน² และข้อจำกัดขององค์ความรู้ทางวิทยาศาสตร์ในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในระยะนั้น

สาระสำคัญของการดำเนินงานเรื่องเอดส์ในช่วงนั้น⁸ เป็นเรื่องของการพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ปรับระบบบริการสาธารณสุขพื้นฐาน และจัดการเฝ้าระวังเฉพาะกลุ่ม โดยมีการเผยแพร่ข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคแก่สาธารณชนควบคู่กันไปด้วย

2) นโยบายการประชาสัมพันธ์นำการสาธารณสุข

ในช่วงต้นปี 2534 มีการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองในประเทศไทย โดยการยึดอำนาจ และจัดตั้งรัฐบาลชั่วคราวขึ้นบริหารประเทศ โดยมีนายมีชัย วัชรไวยยะ² ซึ่งเป็นหนึ่งในผู้บริหารองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ที่มีประสบการณ์ในการรณรงค์เรื่องเอดส์อย่างแข็งขันมาก่อน ได้เข้าร่วมคณะรัฐบาล จึงมีส่วนสำคัญในการให้ข้อมูลในแง่มุมต่างๆ จนกระทั่งนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น คือ นายอานันท์ ปันยารชุน หันมาสนใจปัญหาเอดส์ มีการจัดประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานเป็นครั้งแรก จากนั้นได้มีการมอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เป็นผู้ประสานการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2535-2539 จุดเปลี่ยนที่สำคัญของแผนคือ พยายามระดมความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ และให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับกลยุทธ์การประชาสัมพันธ์ผ่านทางสื่อมวลชนอย่างกว้างขวางและเปิดเผย โดยพัฒนารูปแบบเนื้อหาและสาระของสื่อให้มีความหลากหลาย

อย่างไรก็ตาม การนำนโยบายไปปฏิบัติในช่วงนี้มีจุดอ่อนคือ ขาดการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในหน่วยงานต่างๆ ให้มีความพร้อมที่จะรับมือกับการกิจใหม่ที่ได้รับมอบหมาย ทำให้กิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานต่างๆ มีลักษณะที่คล้ายคลึงกัน นั่นคือการจัดการอบรม⁹ ในขณะเดียว

กันก็ขาดการพัฒนากลไกการกำหนดนโยบายด้านสาธารณสุขที่มีพื้นฐานจากองค์ความรู้ที่เป็นวิทยาศาสตร์¹⁰ ดังนั้น เมื่อมีผู้เสนอนโยบายเกี่ยวกับการจัดหายาต้านไวรัสสำหรับผู้ป่วยเอดส์และลดภาชีนำเข้ายาดังกล่าวเสนอในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ โดยที่ไม่ได้เตรียมข้อมูลที่วิเคราะห์ผลดีและผลเสีย จึงไม่ได้รับการพิจารณา นอกจากนี้ในช่วงเวลาเดียวกัน หน่วยงานต่างประเทศหลายแห่งได้จัดให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศไทยรวมทั้งความช่วยเหลือด้านเอดส์ เนื่องจากไม่เห็นด้วยกับการยึดอำนาจโดยสภารักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติ แต่รัฐบาลก็ได้พยายามจัดสรรงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเรื่องเอดส์เพิ่มขึ้น

สำหรับแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ฉบับแรก (พ.ศ. 2535-2539)¹¹ ได้สะท้อนถึงแนวคิดเกี่ยวกับกลยุทธ์การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ที่แตกต่างกัน ระหว่างหน่วยงานของรัฐกับองค์กรเอกชนที่เข้ามามีบทบาทควบคุมอำนาจรัฐในขณะนั้น⁵ โดยแผนดังกล่าวได้ปรับทิศทางของกลยุทธ์การดำเนินงานและการจัดสรรทรัพยากร จากแนวนโยบายที่เคยมุ่งเน้นเรื่องการสาธารณสุข มาเน้นในเรื่องการประชาสัมพันธ์ ทั้งในเนื้อหาสาระเรื่องเอดส์และประชาสัมพันธ์ภาพลักษณ์ของการบริหารจัดการ ให้สังคมโลกได้เข้าใจการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศไทย โดยใช้ประเด็นเหล่านี้เป็นจุดขาย และเชิญให้องค์กรต่างประเทศเข้ามาร่วมศึกษาประเด็นปัญหาต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ในประเทศไทยอย่างกว้างขวางขึ้น

เมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาลในช่วงปี 2536 สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างรวดเร็ว สังคมไทยเริ่มมองเห็นข้อมูลที่เป็นจริง มีการแสดงภาพให้เห็นว่ามีผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จำนวนมากขึ้น ในขณะที่ระบบบริการสาธารณสุขยังไม่พร้อมกับการรองรับสถานการณ์ดังกล่าว จึงได้มีการปรับกลยุทธ์การดำเนินงานให้ครอบคลุมแนวทางการส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์มากขึ้น รวมทั้งการปรับแกนการนำและกลไกการตัดสินใจระหว่างหน่วยงานของภาครัฐ โดยมีการปรับแผน

3) นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างเป็นองค์รวมโดยมีคนเป็นศูนย์กลาง

ในช่วงปีพ.ศ. 2538-2539 มีการปฏิรูปยุทธศาสตร์การดำเนินงานด้านเอตส์อย่างมาก เนื่องจากเป็นช่วงที่สังคมเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญในด้านต่างๆ มีโอกาสเข้ามาร่วมวิเคราะห์ปัญหา และเสนอแนะแนวทางการแก้ไขปัญหาเอตส์ ดังนั้นในการจัดเตรียมแผนยุทธศาสตร์ที่ดำเนินไปพร้อมๆ กับการพัฒนาแผนเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 (พ.ศ. 2540-2544) ซึ่งดำเนินการโดยแกนนำกลุ่มเดียวกัน คือ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงได้จัดเวทีให้นักวิชาการหลากหลายสาขา นักกิจกรรมเกี่ยวกับเอตส์ในหลายๆ ด้าน และผู้ติดเชื้อโรคเอตส์ เข้ามาร่วมระดมสมองในการกำหนดยุทธศาสตร์ใหม่¹³ กิจกรรมเหล่านี้ได้ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์แห่งชาติครั้งใหญ่ โดยพัฒนายุทธศาสตร์ขึ้นมาภายใต้แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544¹⁴ ซึ่งได้เปลี่ยนจุดเน้นจากโรคเอตส์หรือปัญหาเอตส์มาเน้นที่ **คน** และ**สิ่งแวดล้อมรอบตัวคน** โดยให้ความสำคัญกับกลไกการพัฒนาการบริหารจัดการที่มีกระบวนการประชาสัมพันธ์ที่ดำเนินการอยู่ในระดับชุมชน

ในระยะที่เริ่มดำเนินการตามแผนยุทธศาสตร์นี้ ได้เกิดวิกฤตการณ์ทางการเงินและการคลังขึ้นในประเทศไทย แต่ก็ได้มีการปรับความรับผิดชอบขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน เพื่อไม่ให้เกิดความซ้ำซ้อนและสูญเสียทรัพยากรโดยไม่จำเป็น มีการแบ่งสรรภาระหน้าที่เพื่อให้แต่ละหน่วยงานและแต่ละภาคส่วนมีความรับผิดชอบที่ชัดเจน⁹ อย่างไรก็ตามยังคงมีจุดอ่อนของการบริหารโครงการในระดับชาติ อันเป็นผลจากการที่ขยายให้หน่วยงานหลายแห่งเข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาด้านเอดส์ โดย

เฉพาะในการจัดการกับปัญหาสังคม ซึ่งมีขอบเขตที่กว้างขวางมากขึ้นและต้องการผู้รับผิดชอบที่มีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง

จุดเปลี่ยนผันที่แสดงให้เห็นอย่างชัดเจนจากการแบ่งระยะเวลาเป็น 3 ช่วงดังกล่าว ก็คือแรงผลักดันสำคัญที่อยู่นอกภาครัฐ ได้แก่บุคลากรภาคธุรกิจเอกชน และเอกชนสาธารณประโยชน์ นักวิชาการ และกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ที่ได้ให้ข้อเสนอในการพัฒนาแนวนโยบายเกี่ยวกับเอดส์ ตลอดจนคอยเฝ้าดูและท้วงติงเมื่อพบว่าหน่วยงานบางหน่วยไม่สามารถนำเอานโยบายดังกล่าวไปดำเนินการให้บรรลุผลตามที่ได้กำหนดไว้ แม้แต่กลุ่มผู้ติดเชื้อเองก็ได้พัฒนากลไกการบริหารจัดการโดยการสนับสนุนจากทั้งภาคองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์และภาครัฐ จนเข้มแข็งขึ้น สามารถรวมตัวกันจัดประชุมเครือข่ายผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งในระดับภาคและระดับประเทศ จนสามารถทำข้อเสนอให้รัฐบาลปรับแก้กลไกของรัฐที่ยังไม่สามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาเอดส์ได้ตามที่กำหนดไว้ในแผน ดังที่เสนอในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เมื่อเดือนธันวาคม พ.ศ. 2540¹⁵ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงวิวัฒนาการของกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ จากกลุ่มเล็กๆ ที่มีสมาชิกส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมด้อยกว่า แต่ในที่สุดสามารถพัฒนากิจกรรมและองค์กรจนกระทั่งสามารถรวบรวมประเด็นปัญหาและจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายได้อย่างเป็นกระบวนการ

กลไกการพัฒนานโยบายด้านเอดส์จึงเป็นวิวัฒนาการที่แสดงทิศทางของธรรมรัฐ (Good Governance) ได้เป็นอย่างดี เนื่องจากกลุ่มสำคัญกลุ่มต่างๆ ในสังคมสามารถมองเห็นและติดตามตรวจสอบการกำหนดนโยบายและกลวิธีในการเปลี่ยนนโยบายไปสู่การปฏิบัติในระดับต่างๆ ได้อย่างเป็นระบบ ข้อที่โดดเด่นมากก็คือ กลุ่มกิจกรรมเหล่านี้ได้เข้ามามีส่วนในการสร้างนโยบายและผลักดันนโยบายโดยไม่ยอมให้ภาครัฐเป็นผู้นำแต่เพียงฝ่ายเดียว นอกจากนั้นการกำหนดแนวกิจกรรมที่จะเปลี่ยนนโยบายไปสู่ภาคปฏิบัติได้ถูกกำหนดขึ้นอย่างชัดเจน โดยภาครัฐได้แสดงเจตนารมณ์

สำหรับการดำเนินการในรูปของการสนับสนุนทั้งด้านงบประมาณ และกำลังคนอย่างเด่นชัด รวมทั้งสร้างบรรยากาศที่เปิดกว้างให้ภาคส่วนอื่นๆ สามารถร่วมกำหนดทิศทางการดำเนินการได้อย่างอิสระ

4.3 กฎหมาย จริยธรรม และสิทธิมนุษยชน

เนื่องจากโรคเอดส์¹⁶ ได้ก่อให้เกิดปัญหาขัดแย้งกันระหว่างผลประโยชน์บุคคลกับผลประโยชน์สาธารณะ ระหว่างประโยชน์ของผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์กับผู้ให้บริการสุขภาพ การอยู่ร่วมกันของมนุษย์ในยุคที่มีโรคเอดส์แพร่กระจายจนกลายเป็นโรคประจำถิ่น (Endemic) เช่นนี้ จำต้องประสานประโยชน์ระหว่างคนกลุ่มต่างๆ ให้เหมาะสม การปกป้องสิทธิของคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งหรือสังคมโดยรวมมากเกินไป ย่อมจะกระทบกระเทือนต่อผลประโยชน์ของคนกลุ่มอื่นโดยไม่ยุติธรรม การประสานประโยชน์จึงจำต้องวิเคราะห์ถึงสิทธิและหน้าที่ของสังคมโดยรวม และของสมาชิกของสังคมให้ชัดเจน เพื่อประเมินคุณค่าทางจริยธรรมต่อมาตรการทางกฎหมายที่น่าออกปฏิบัติการเกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์เป็นรายกรณีไป

ศ.นพ.วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์ ได้ให้ความเห็นว่า มาตรการทางกฎหมายที่ใช้ควบคุมและป้องกันการระบาดของโรคที่มีอยู่ในปัจจุบัน เมื่อนำมาพิจารณาประกอบกับเหตุผลเชิงจริยธรรมแล้ว ไม่สามารถนำมาใช้กับกรณีของเอดส์ได้อย่างเหมาะสม เนื่องจากเมื่อทบทวนการใช้กฎหมายด้านนี้ในประเทศไทยในระยะแรกของการแพร่ระบาดของโรค ได้แก่ มาตรการบังคับตรวจผู้ต้องสงสัย การบังคับเจ้าหน้าที่การแพทย์ให้แจ้งชื่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ การกักบริเวณและแยกผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ออกจากชุมชน การบังคับให้รักษาหรือป้องกัน และการห้ามคนที่มีโรคระบาดเข้าประเทศ ล้วนแต่ไม่ก่อให้เกิดผลในเชิงปฏิบัติ และได้มีการยกเลิกมาตรการเหล่านี้ไปหมดแล้ว ในขณะเดียวกัน แนวคิดในเรื่องสิทธิผู้ป่วยได้ก่อตัวและพัฒนาไปอย่างรวดเร็ว จนกระทั่งกลายเป็นองค์ประกอบสำคัญ

ของจริยธรรมสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม ซึ่งเป็นที่รับรู้ในสังคมอย่างกว้างขวางมากขึ้น

Julie Hamblin นักกฎหมายจากประเทศออสเตรเลีย¹⁷ ได้วิเคราะห์ลักษณะกฎหมายของประเทศต่างๆ ที่ก่อให้เกิดผลกระทบต่อนโยบายเกี่ยวกับโรคเอดส์ ว่ามี 3 ลักษณะ ได้แก่

- 1) กฎหมายที่เป็นข้อห้าม (Proscriptive Role of Law) เป็นการห้ามและกำหนดบทลงโทษทางอาญาเพื่อมิให้กระทำการบางอย่างที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาเอดส์
- 2) กฎหมายมุ่งป้องกัน (Protective Role of Law) มุ่งเน้นการใช้กฎหมายเพื่อปกป้องคนและจำกัดคุ้มครองสิทธิและผลประโยชน์ของทุกชนชั้น
- 3) กฎหมายเชิงสร้างสรรค์ (Instrumental Role of Law) มุ่งเน้นการใช้กฎหมายในเชิงรุกเพื่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงค่านิยม และแบบแผนการดำเนินชีวิตในสังคม ซึ่งจะนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์

อาจารย์วิฑิต มั่นตราภรณ์¹⁸ ได้ชี้ให้เห็นว่า ปัญหาเอดส์ได้เพิ่มความขัดแย้งในสังคมไทยอย่างชัดเจน เมื่อมองจากแง่มุมนักกฎหมาย อาจกล่าวได้ว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่สะท้อนปัญหาของกฎหมาย (Legal Disease) เพราะจะเห็นข้อบกพร่องที่ชัดเจนหลายประการในกฎหมายไทยเมื่อนำมาใช้กับปัญหาเอดส์ เช่น พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2523 ซึ่งนำมาใช้ในระยะแรก และต่อมาได้ยกเลิกการบังคับใช้กับโรคเอดส์ในปีพ.ศ. 2534 โดยการผลักดันขององค์กรภายใต้องค์การสหประชาชาติหลายหน่วยงาน หรือความพยายามที่จะออกพระราชบัญญัติโรคเอดส์ ในช่วงปี 2533-2534 เพื่อจัดตั้งองค์การบริหารการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ แต่มีประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการบังคับให้สถานบริการการแพทย์รายงานผู้ป่วยเอดส์ บังคับให้ผู้ติดเชื้อเอดส์รับการตรวจและติดตามโดยเจ้าหน้าที่ รวมทั้งให้

อำนาจเจ้าหน้าที่กักกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ในบางกรณีเพื่อไม่ให้แพร่เชื้อต่อไป โดยกำหนดบทลงโทษไว้ทั้งจำคุกและปรับ ร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวถูกโจมตีอย่างรุนแรงจากกลุ่มองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ ซึ่งมีผลให้ไม่ได้รับความเห็นชอบจากคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติในการเสนอให้คณะรัฐมนตรีพิจารณา นอกจากนี้ยังมีประกาศกระทรวงมหาดไทยฉบับที่ 11 พ.ศ. 2529 อาศัยอำนาจตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ. 2522 ที่ห้ามชาวต่างประเทศที่ติดเชื้อโรคเอดส์เข้าเมือง ซึ่งประกาศฉบับนี้ได้ถูกยกเลิกไปในปี 2534 เช่นกัน

จะเห็นได้ว่ากฎหมายเหล่านี้มีการประกาศใช้ในยุคแรกที่รัฐบาลมีนโยบายมุ่งใช้มาตรการทางกฎหมายบังคับ แต่อิทธิพลจากแนวโน้มนโยบายขององค์กรต่างประเทศ ร่วมกับการจัดตั้งองค์กรกำหนดนโยบายแห่งชาติด้านเอดส์ในปี 2534 ทำให้ภาคเอกชนสาธารณสุข และนักวิชาการทางสังคมมีส่วนร่วมกันผลักดันให้ยกเลิกกฎหมายเหล่านี้ ด้วยเหตุผลว่าเป็นมาตรการที่มีลักษณะลิดรอนสิทธิ แก่ปัญหาที่ปลายเหตุ และไม่สามารถป้องกันปัญหาเอดส์ได้อย่างจริงจัง

นอกจากนี้ อาจารย์วิฑิตยังได้วิเคราะห์กฎหมายไทยที่สามารถประยุกต์ใช้กับปัญหาเอดส์ซึ่งพบว่ามีอยู่มากมาย ได้แก่ กฎหมายที่เกี่ยวข้องกับการเลือกปฏิบัติ เกี่ยวกับสตรีและเด็ก เกี่ยวกับการให้ข้อมูลข่าวสาร เกี่ยวกับครอบครัวและผู้ดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ เกี่ยวกับนักโทษและผู้ถูกควบคุม ตลอดจนกระบวนการใช้กฎหมาย ซึ่งสามารถสรุปได้ว่า กฎหมายที่เกี่ยวข้องหรือประยุกต์ใช้ได้กับปัญหาเอดส์ในประเทศไทยล้วนมีลักษณะบังคับใช้และลงโทษเมื่อเกิดปัญหาขึ้นแล้วเท่านั้น โดยไม่มีกฎหมายที่จะมีผลต่อการป้องกันปัญหา ทั้งที่ควรจะปรับใช้กฎหมายในการสร้างสรรค์ค่านิยมที่ดีขึ้นในสังคมมากกว่า

อย่างไรก็ตาม เป็นที่ยอมรับกันว่าแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ได้กำหนดแนวยุทธศาสตร์ที่ครอบคลุมกลวิธีการประชาสัมพันธ์

ให้ข้อมูลข่าวสาร ให้การศึกษา การฟื้นฟูสุขภาพ การดูแลรักษาในระดับครอบครัวและชุมชน การคุ้มครองสิทธิ ซึ่งสามารถนำมาใช้เป็นเครื่องมือป้องกันการล่วงละเมิดจริยธรรมของผู้ประกอบวิชาชีพและล่วงละเมิดสิทธิของประชาชนได้ ในขณะเดียวกันก็มีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนยอมรับจากชุมชนต่างๆ มากกว่าการกำหนดเป็นกฎหมาย เนื่องจากการบังคับใช้กฎหมายในประเทศไทยมักจะถูกบิดเบือนวัตถุประสงค์ให้ไปรับใช้เจ้าหน้าที่ที่ฉ้อฉล อันจะก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมาอีกมากมาย โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโสเภณี ปัญหายาเสพติด ฯลฯ

ประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน นับว่าเป็นเรื่องใหม่สำหรับนักการสาธารณสุขในประเทศไทย เนื่องจากการเปลี่ยนพฤติกรรมระดับบุคคลตามกรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพ ได้แก่ มาตรการทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรม ร่วมกับมาตรการสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคมให้ทุกคนมีทางเลือกของตนเองได้ เพิ่งก่อกำเนิดขึ้นมาได้ไม่นานนัก แต่ผลการศึกษาจากนานาประเทศแสดงให้เห็นว่า¹⁹ กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมักจะเป็นชุมชนที่ด้อยโอกาส เป็นที่รังเกียจ ถูกเลือกปฏิบัติ และไม่ได้รับการยอมรับในสังคมอยู่แล้ว เช่น กลุ่มชายรักร่วมเพศ โสเภณี ผู้ติดยาเสพติด เด็กข้างถนน แรงงานเข้าเมืองโดยผิดกฎหมาย หรือแม่แต่สตรีที่มีสถานะทางเศรษฐกิจ-สังคมต่ำ และอยู่ภายใต้ค่านิยมที่ยอมรับการเป็นผู้นำของเพศชายก็อาจไม่สามารถปกป้องตนเองจากการติดเชื้อโรคเอดส์จากสามีได้ ดังนั้น การจัดแผนงานให้ความรู้ สุขศึกษา จัดบริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือด หรือการแจกและรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัย จึงไม่สามารถช่วยให้คนกลุ่มนี้ป้องกันตนเองได้อย่างแท้จริง เพราะกิจกรรมเหล่านี้ไม่สามารถสร้างสำนักความมีศักดิ์ศรีของมนุษย์ขึ้นในตัวคนเหล่านี้ได้ ดังนั้น แนวคิดสิทธิมนุษยชนจึงเป็นสิ่งจำเป็นที่สังคมควรจะต้องสร้างขึ้นมา เพื่อช่วยยกระดับกลุ่มคนด้อยโอกาสเหล่านี้ให้มีความเท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคม เนื่องจากการวิเคราะห์ประเด็นสิทธิมนุษยชนในเรื่องต่างๆ เกี่ยวกับเอดส์จะช่วยลดช่องว่างที่

ทำให้คนกลุ่มหนึ่งกลายเป็นคนชั้นต่ำ ถูกดูถูกดูแคลน และจงเกลียดจงชัง อันเป็นปัญหาใหญ่ในสังคมที่ไม่เท่าเทียมกัน ในแง่นี้ แนวคิดสิทธิมนุษยชน และแนวคิดสาธารณสุขแนวใหม่จึงมีการพัฒนาเข้าหากัน จนกระทั่งกลายเป็นเนื้อเดียวกันเมื่อเผชิญกับปัญหาเอดส์

การผสมผสานแนวคิดเรื่องสิทธิมนุษยชนให้เข้ากันกับมาตรการทางสาธารณสุขที่ดีที่สุดคือ การเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อ ได้รับความสมัครใจ (Voluntaristic Approach)²⁰ เพราะจะเป็นการปรับนโยบายให้เอื้อต่อการยอมรับค่านิยมที่แตกต่างกันในสังคมและชุมชนต่างๆ ส่งผลให้เกิดความร่วมมือกันในระหว่างกลุ่มชน โดยเฉพาะการปกป้องสิทธิของแต่ละบุคคลจัดได้ว่าเป็นสวัสดิการส่วนหนึ่งของชุมชน

4.4 การจัดองค์กรบริการโครงการเอดส์

การประสานให้องค์กรต่างๆ ในทุกระดับจัดการกับปัญหาเอดส์ได้ ภายใต้กรอบนโยบายเดียวกัน จำต้องมีการพัฒนาองค์กรขึ้นมาเพื่อทำหน้าที่ประสานนโยบาย⁹ ในประเทศไทยมีการจัดองค์กรในระดับต่างๆ ดังนี้ คือ

องค์กรระดับชาติ

ในระยะแรกกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการสำรวจ และค้นหาผู้ติดเชื้อ ติดตามผู้ป่วยและผู้สัมผัสโรค ตลอดจนการรณรงค์ ด้านสุขศึกษาประชาสัมพันธ์ โดยมีกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัด กระทรวงสาธารณสุขและกองกาโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ เป็นผู้ดำเนินการกิจกรรมต่างๆ จนกระทั่งในปีพ.ศ. 2530 เมื่อปัญหาโรคเอดส์มีแนวโน้มการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประชาชนยังขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องการแพร่ระบาดของโรค และผู้ปฏิบัติงานเองก็ยังขาดความรู้ เทคโนโลยี และประสบการณ์ในการทำงานและแก้ไขปัญหา กรมควบคุม

โรคติดต่อ จึงได้จัดทำ “โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์” เป็นแผนระยะกลาง (Medium Term Plan) โดยได้รับการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการป่วยและการติดเชื้อไวรัสโรคเอดส์ และเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มประชากรไทย โครงการนี้ได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี และเพื่อให้การดำเนินการมีประสิทธิภาพสูงสุด จึงได้จัดตั้ง “ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์” ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2530 เป็นหน่วยงานเฉพาะกิจที่ดำเนินการและประสานงานด้านแผนงาน ด้านการประเมินผล ด้านระบาดวิทยา ประชาสัมพันธ์ การชันสูตรโรค ตลอดจนส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการพัฒนาวิชาการ และการวิจัยเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยขึ้นตรงต่ออธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ⁸

นอกจากนั้น เพื่อให้การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ กระทรวงสาธารณสุขยังได้จัดตั้ง “คณะกรรมการประสานงานการควบคุมโรคเอดส์” โดยมีอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อเป็นประธาน และมีคณะอนุกรรมการด้านต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อเสนอแนะและแก้ไขปัญหาในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งเป็นการก้าวแรกของการประสานความร่วมมือจากหน่วยงานภายนอกกระทรวงสาธารณสุข ต่อมา เพื่อขยายขอบเขตของความร่วมมือให้กว้างขวางขึ้น จึงได้ขอความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรี แต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เมื่อวันที่ 18 ตุลาคม พ.ศ. 2531 มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน และมีการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนมากขึ้น

ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2532 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบตามข้อเสนอของคณะรัฐมนตรีฝ่ายสังคม ที่กำหนดให้การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เป็นนโยบายระดับชาติ ประกอบกับสถานการณ์ปัญหามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในทุกจังหวัด และมีการระบาดเข้าสู่ประชาชนเกือบทุกอาชีพ จึง

จำเป็นต้องระดมความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน และเอกชนสาธารณประโยชน์ เพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรค ลดอัตราการป่วยและตายอย่างมีประสิทธิภาพ จึงได้เสนอคณะรัฐมนตรีให้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการระดับชาติขึ้นเมื่อต้นปี 2533 โดยใช้ชื่อว่า “คณะกรรมการประสานงานการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ” มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการ อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อเป็นเลขานุการ รองอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ และผู้อำนวยการศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เป็นผู้ช่วยเลขานุการ

เมื่อมีคณะกรรมการระดับชาติแล้ว การมีองค์กรที่เป็นแกนกลางในการวางแผน ดำเนินงาน ควบคุมกำกับ ติดตาม และประเมินผล ตลอดจนประสานกับหน่วยงานองค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชน อย่างมีประสิทธิภาพ นับเป็นสิ่งจำเป็น กระทรวงสาธารณสุขจึงได้เสนอขอจัดตั้งกองโรคเอดส์ขึ้นในกรมควบคุมโรคติดต่อ เพื่อเป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งได้ประกาศในราชกิจจานุเบกษา เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม พ.ศ. 2533⁹

ในปีพ.ศ. 2534 รัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุนได้กำหนดให้เรื่องของโรคเอดส์ให้เป็นนโยบายระดับชาติภายใต้นโยบายด้านการพัฒนาสาธารณสุข โดยเน้นให้หน่วยงานภาครัฐ เอกชน และเอกชนสาธารณประโยชน์ ร่วมมือกันรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนเกี่ยวกับปัญหาโรคเอดส์ เพื่อให้ประชาชนโดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยงได้เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมในด้านสุขภาพ นอกจากนี้ นายอานันท์ ปันยารชุนยังรับเป็นประธานกรรมการของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งแสดงถึงการให้ความสำคัญอย่างยิ่งกับนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของประเทศ จึงได้มีการเปลี่ยนแปลงจาก คณะกรรมการประสานงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ที่มีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน เป็น “คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ” มี

หน้าที่ควบคุม กำกับ และกำหนดนโยบายในการดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายของรัฐบาล โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการ มีปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขานุการอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อและผู้อำนวยการกองโรคเอดส์เป็นผู้ช่วยเลขานุการ ส่วนผู้ที่ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นกรรมการ ได้แก่ หัวหน้าส่วนราชการของกระทรวง ทบวง กรมต่างๆ ที่มีอำนาจในการตัดสินใจสั่งการให้ผู้เกี่ยวข้องดำเนินการตามมติกรรมการ ผู้ทรงคุณวุฒิ และผู้แทนจากภาคธุรกิจเอกชน

ต่อมา นายมีชัย วีระไวทยะ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีซึ่งบริหารงานของสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้เสนอให้มีการแต่งตั้งคณะเลขานุการกิจ เพื่อให้การปฏิบัติงานของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติมีความต่อเนื่อง โดยเสนอตั้งหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่เป็นคณะเลขานุการกิจในสำนักนายกรัฐมนตรี มีหน้าที่ประสานนโยบายและแผนงานของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ โดยใช้ชื่อว่า "สำนักงานประสานนโยบายและแผนงานโรคเอดส์" โดยมีปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน และปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน²¹ ส่งผลให้มีการปรับปรุงองค์ประกอบคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ในปีพ.ศ. 2535 โดยให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขานุการ และปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นเลขานุการร่วม อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และคณะทำงานจากสำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นผู้ช่วยเลขานุการ การปรับปรุงคณะเลขานุการกิจในครั้งนี้ ทำให้มีการจัดสรรงบประมาณในการบริหารงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ไว้ในหน่วยงาน 2 แห่งคือ งบประมาณด้านสาธารณสุข มีกระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้ดูแล ส่วนงบประมาณด้านการณรงค์ ประชาสัมพันธ์ และอื่นๆ สำนักนายกรัฐมนตรี ให้สำนักงานประสานนโยบายและแผนงานโรคเอดส์เป็นผู้ดูแล

ในปีพ.ศ. 2536 ได้มีการปรับปรุงองค์ประกอบของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติอีกครั้งหนึ่ง จากเดิมที่มีปลัดสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นเลขานุการร่วม มาเป็นปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นเลขานุการเพียงตำแหน่งเดียวแต่ยังคงให้ผู้ตรวจราชการสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นผู้ช่วยเลขานุการ และต่อมาได้มีการปรับโครงสร้างของฝ่ายเลขานุการใหม่ โดยคงเหลือเพียงกระทรวงสาธารณสุขเป็นฝ่ายเลขานุการ แต่ปฏิบัติงานร่วมกัน โดยคณะกรรมการบริหารงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งเป็นกรรมการภายใต้คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ได้จัดตั้งศูนย์ประสานงานรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ เพื่อประสานการจัดทำคำของบประมาณตลอดจนติดตาม กำกับ การปฏิบัติงานของหน่วยงานต่างๆ ให้สอดคล้องและเป็นไปตามนโยบายและแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยมีผู้ปฏิบัติงานจาก 7 กระทรวงหลัก ได้แก่ สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงกลาโหม กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม ทบวงมหาวิทยาลัย และกระทรวงสาธารณสุข มาปฏิบัติงานร่วมกันที่กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

การจัดตั้งองค์การบริหารในรูปแบบคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาตินี้ มิได้กำหนดเป็นกฎหมาย แต่จะต้องได้รับความเห็นชอบจากนายกรัฐมนตรี ซึ่งทุกครั้งที่มีการเปลี่ยนรัฐบาล ก็จะต้องเสนอให้คณะรัฐมนตรีแต่งตั้งคณะกรรมการโดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการทุกครั้งไป อันมีจุดอ่อนคือ ทำให้ต้องเสียเวลาในช่วงรอยต่อของการเปลี่ยนคณะรัฐมนตรี ซึ่งนับตั้งแต่พ.ศ. 2534 จนถึงปัจจุบัน ได้มีการเปลี่ยนตัวนายกรัฐมนตรีถึง 4 คน แต่ข้อดีก็คือ ผู้นำรัฐบาลหรือนายกรัฐมนตรีได้แสดงเจตนารมณ์ที่ชัดเจนในการจัดองค์การบริหารในรูปแบบนี้ อย่างไรก็ตามในปีพ.ศ. 2541 คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบให้มีระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรีว่าด้วยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2541

ในการประชุมเมื่อวันที่ 3 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2541 และได้มีประกาศในราชกิจจานุเบกษา ฉบับประกาศทั่วไป เล่ม 115 ตอนพิเศษ 15 ง. วันที่ 16 กุมภาพันธ์ 2541 โดยระเบียบดังกล่าวกำหนดให้มี “คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์” ซึ่งมีผลให้คณะกรรมการชุดดังกล่าวดำเนินการต่อไปได้อย่างต่อเนื่อง

องค์กรประสานนโยบายระดับเขต

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบนพบว่ามีจำนวนผู้ป่วยเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว และคาดว่าจะมีอัตราป่วยและติดเชื้อเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หากไม่มีการกำหนดมาตรการพิเศษหรือมาตรการเร่งรัดการแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้นในทางปฏิบัติ หรือยังไม่สามารถแก้ไขปัญหและอุปสรรคเพื่อเป็นหน่วยงานกลางในการประสานแผนงบประมาณและทรัพยากรในการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ของพื้นที่ในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ดังนั้น นพ.อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม ซึ่งเป็นรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น จึงได้เสนอขอตั้งศูนย์ปฏิบัติการต้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน และได้รับการอนุมัติในการประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 1/2537 วันที่ 14 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2537 โดยมีรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข เป็นประธาน สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรคติดต่อ เป็นเลขานุการ²² และมีการแต่งตั้งคณะกรรมการขึ้น จำนวน 4 คณะ เพื่อประสานงานในแต่ละด้าน ได้แก่ ด้านการประชาสัมพันธ์ ด้านข้อมูลข่าวสาร ด้านการวิเคราะห์แผน ด้านการติดตามและประเมินผล ทั้งนี้การทำงานของคณะกรรมการปฏิบัติการต้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน เป็นการดำเนินการโดยการประสานงานและสนับสนุนงบประมาณ ตลอดจนร่วมดำเนินการกับศูนย์ปฏิบัติการต้านภัยเอดส์จังหวัดทั้ง 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ซึ่งปัจจุบันได้เปลี่ยนชื่อจากคณะ

กรรมการปฏิบัติการต้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน เป็นคณะกรรมการ
อำนวยการต้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน เพื่อให้สอดคล้องกับภารกิจที่
เป็นเพียงคณะกรรมการอำนวยการเท่านั้น

คณะกรรมการระดับจังหวัด

ในปีพ.ศ. 2534 กระทรวงสาธารณสุขเร่งรัดให้สำนักงานสาธารณสุข
จังหวัดทุกจังหวัดประสานงานเพื่อจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุม
โรคเอดส์ในระดับจังหวัดขึ้นทุกจังหวัด โดยมีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน
และนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดเป็นเลขานุการ พร้อมกันนี้ได้สั่งการให้
จัดตั้งงานกามโรคและโรคเอดส์ขึ้นในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกแห่ง
เช่นกัน

ต่อมาเมื่อกระทรวงมหาดไทยได้เข้ามารับผิดชอบคณะกรรมการ
ส่งเสริมชุมชนควบคุมโรคเอดส์ นายประมวล รุจนเสรี รองปลัดกระทรวง
มหาดไทย ซึ่งได้รับมอบหมายจากปลัดกระทรวงมหาดไทย ได้จัดสัมมนาเรื่อง
“แนวทางปฏิบัติในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์” เมื่อวันที่ 31 สิงหาคม
พ.ศ. 2537 ที่ประชุมได้ขอให้ทุกจังหวัดปรับปรุงวิธีการบริหารงานป้องกัน
และควบคุมโรคเอดส์เพื่อให้มีประสิทธิภาพในการทำงาน โดยได้กำหนดให้
ปรับปรุงคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ระดับจังหวัด ด้วยการ
เพิ่มสมาชิกผู้แทนราษฎรในพื้นที่ ผู้นำทางศาสนา การศึกษา ธุรกิจเอกชน
และอื่นๆ เข้าร่วมเป็นกรรมการ และให้จัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและ
ควบคุมโรคเอดส์ ในระดับจังหวัดและระดับอำเภอ โดยให้มีเจ้าหน้าที่
ปฏิบัติงานเต็มเวลา มีรองผู้ว่าราชการจังหวัดทำหน้าที่เป็นประธานศูนย์ฯ
การสั่งการดังกล่าวอาศัยแนวคิดและหลักการของการจัดตั้งคณะกรรมการ
อำนวยการต้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบนเป็นแบบอย่าง ต่อมาจึงได้มีการ
ผลักดันให้ผู้ว่าราชการจังหวัดและสำนักงานจังหวัด ซึ่งเป็นหน่วยงานของ
กระทรวงมหาดไทยที่มีหน้าที่ดูแลทุกข์สุขของประชาชนให้หันมาสนใจเรื่อง

โรคเอดส์ซึ่งเป็นปัญหาสังคมของประชาชนไทยด้วย

เพื่อให้เกิดการปฏิบัติงานที่เป็นรูปธรรมและมีโครงสร้างการทำงานเช่นเดียวกับการทำงานระดับชาติ กระทรวงมหาดไทยจึงได้เสนอให้แต่งตั้งคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ซึ่งประกอบด้วยผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานอนุกรรมการ ผู้อำนวยการศูนย์ปฏิบัติการต้านภัยเอดส์จังหวัด (รองผู้ว่าราชการจังหวัดที่ได้รับมอบหมาย) เป็นเลขานุการผู้เชี่ยวชาญพิเศษด้านเวชกรรมป้องกัน สำนักงานสาธารณสุข และหัวหน้าฝ่ายนโยบายและแผน สำนักงานจังหวัด เป็นผู้ช่วยเลขานุการ²³ ต่อมาในปี พ.ศ. 2540 ได้เพิ่มหัวหน้างานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด เป็นผู้ช่วยเลขานุการอีกหนึ่งคน

ส่วนในระดับอำเภอ มีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์อำเภอ และศูนย์ปฏิบัติการต้านภัยเอดส์อำเภอ โดยมีนายอำเภอเป็นประธาน สาธารณสุขอำเภอหรือผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนเป็นเลขานุการ มีหน่วยงานภาครัฐและเอกชนในพื้นที่เป็นกรรมการ สำหรับในระดับอำเภอ ผู้ประสานงานและดำเนินการส่วนใหญ่ยังเป็นหน่วยงานของกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานอื่นๆ ร่วมดำเนินการด้วย

โครงสร้างองค์กรระดับท้องถิ่น

กรุงเทพมหานคร

หลังจากมีการรายงานผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทย กรุงเทพมหานคร โดยกองควบคุมโรค สำนักอนามัย²⁴ ซึ่งเป็นผู้รับผิดชอบงานด้านการสาธารณสุขและการควบคุมโรคในเขตพื้นที่รับผิดชอบของกรุงเทพมหานคร จึงได้เริ่มค้นหาผู้ป่วยด้วยการตรวจเลือด โดยเฉพาะในกลุ่มชายรักร่วมเพศ ที่ให้บริการในบาร์เกย์ และสถานบริการทางเพศ การดำเนินการในระยะต้นเป็นการดำเนินการเฉพาะงานด้านการสาธารณสุขเพียงด้านเดียว จนกระทั่งในระหว่างปีพ.ศ. 2531 จากข้อมูลการเฝ้าระวังโรคอย่างต่อเนื่องพบว่า

อัตราการแพร่ระบาดเพิ่มสูงขึ้นอย่างน่ากลัวและทำให้หน้าเชื่อว่าการแพร่ระบาดของโรคจะเข้าสู่กลุ่มแม่บ้าน ซึ่งไม่ใช่ปัญหาเฉพาะด้านสาธารณสุขเท่านั้น แต่จะเป็นปัญหาด้านสังคม และเศรษฐกิจติดตามมาด้วย

การดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของกรุงเทพมหานคร ได้รับความสนใจและสนับสนุนจากผู้บริหารมาตั้งแต่ต้น โดยให้มีการรายงานผลการปฏิบัติงานและสถานการณ์ต่อรองผู้ว่าราชการกรุงเทพมหานคร ฝ่ายการสาธารณสุข เป็นประจำทุกสัปดาห์ จนกระทั่งในปีพ.ศ. 2533 นายแพทย์ชิตพงษ์ ไชยวสุ ได้สนับสนุนให้ตั้งคณะทำงานเฉพาะกิจขึ้นมา เพื่อจัดกิจกรรมการณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ และในปีพ.ศ. 2534 นายแพทย์กระแส ชนะวงศ์ ก็ได้สนับสนุนให้มีการตั้งคณะทำงานเพื่อศึกษาหารูปแบบและแนวทางในการจัดองค์กรรับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จากการศึกษาดังกล่าวทำให้เกิดศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เป็นหน่วยงานเฉพาะกิจเพื่อกำหนดนโยบายและเป็นศูนย์รวมอำนาจในการสั่งการและประสานงานระดับสำนักต่างๆ ตามระเบียบบริหารราชการกรุงเทพมหานคร และเกิดการจัดตั้งกองควบคุมโรคเอดส์ขึ้นในสำนักอนามัย โดยแยกตัวออกจากกองควบคุมโรค ตามมติคณะกรรมการข้าราชการกรุงเทพมหานคร เมื่อปีพ.ศ. 2536 เป็นหน่วยงานรับผิดชอบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่เป็นหน่วยปฏิบัติให้แก่ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์กรุงเทพมหานคร และเป็นหน่วยงานระดับกอง ทำหน้าที่ในด้านวิชาการและประสานงาน สนับสนุนงานวิชาการและกิจกรรมต่างๆ ให้แก่หน่วยงานของกรุงเทพมหานครที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนหน่วยงานภาครัฐและเอกชนนอกสังกัดกรุงเทพมหานครและหน่วยงานต่างประเทศ

องค์กรระดับตำบล

โครงสร้างขององค์กรการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ใน

ระดับตำบล เกิดขึ้นจากระบบการสั่งการของทางราชการในสายงานของกระทรวงสาธารณสุข ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2534 ที่มีการสั่งการให้ทุกจังหวัดและอำเภอ จัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ดังนั้นหัวหน้าสถานีอนามัยตำบลจึงมีหน้าที่และภารกิจรับผิดชอบงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของตำบล ซึ่งการดำเนินการต่างๆ ในระดับตำบลได้มีการประสานงานกับหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง จนกระทั่งในปี 2537 กระทรวงมหาดไทย ได้สั่งการให้มีการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับตำบล²⁵ โดยมอบหมายให้คณะทำงานสนับสนุนการปฏิบัติการพัฒนาชนบทระดับตำบล (คปต.) เป็นองค์กรดำเนินการในระดับหมู่บ้าน โดยให้มีอาสาสมัครป้องกันและควบคุมโรคเอดส์หมู่บ้านละ 10 คน

สำหรับการดำเนินการระดับตำบลในเขต 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ซึ่งได้แก่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน พะเยา และแม่ฮ่องสอน ได้มีการจัดตั้งศูนย์ปฏิบัติการต้านภัยเอดส์ระดับตำบล โดยมีกำนันเป็นประธาน มีหัวหน้าสถานีอนามัยเป็นเลขานุการ และมีหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนในพื้นที่เป็นกรรมการศูนย์

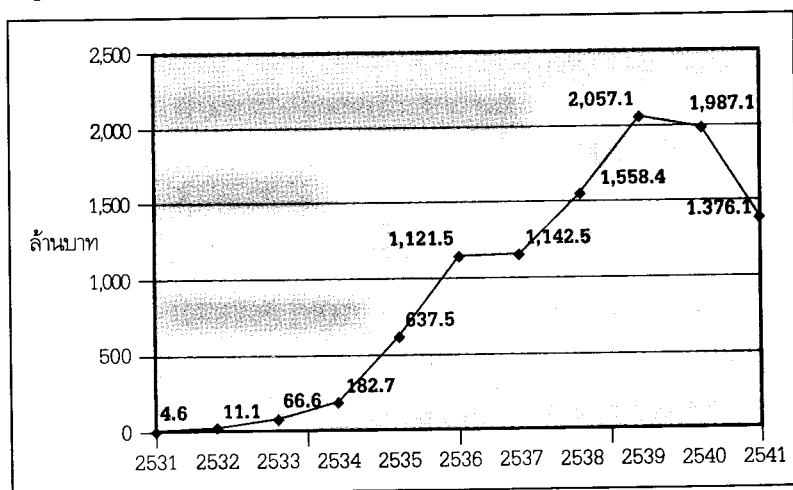
สถานีอนามัยตำบล เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในระดับท้องถิ่น เริ่มแรกเป็นการดำเนินการในเชิงตั้งรับ ต่อมาใช้เครือข่ายของอาสาสมัครสาธารณสุข เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในชุมชน โดยการอบรมและให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์เพื่อให้อาสาสมัครสาธารณสุขไปถ่ายทอดให้แก่ประชาชนในชุมชน หลังจากที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มากขึ้น ประกอบกับมีปัญหาในเรื่องการยอมรับผู้ป่วยของสังคมมีเพิ่มมากขึ้น จึงได้มีหน่วยงานภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความรู้ ความเข้าใจ เพื่อให้ผู้ป่วยอยู่ร่วมกับสังคมได้ และมีการพัฒนาศักยภาพของผู้นำชุมชน ผู้นำท้องถิ่น ให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของชุมชน

4.5 โครงสร้างงบประมาณภาครัฐ

การจัดสรรงบประมาณและวิธีการแบ่งสรรงบประมาณเพื่อดำเนินการในโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เป็นเครื่องบ่งชี้ให้เห็นถึงเจตนารมณ์ที่จะแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติให้เกิดการแก้ไขปัญหาอย่างจริงจัง ภาพที่ 4-1 แสดงให้เห็นถึงการเปลี่ยนแปลงจำนวนงบประมาณที่จัดสรรให้ โดยเริ่มจากการตั้งงบประมาณผ่านกองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ ในปีพ.ศ. 2531 เพียง 4.6 ล้านบาท ต่อมาในระยที่จัดตั้งเป็นกองโรคเอดส์และมีการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ในรูปของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ในปีพ.ศ. 2534 ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นเป็น 182.7 ล้านบาท และ 637.5 ล้านบาท ในปี 2535

ในช่วงพ.ศ. 2536 มีการเปลี่ยนแปลงโดยรวมงบประมาณมาไว้ที่กระทรวงสาธารณสุข ทำให้การจัดทำค่าของงบประมาณของหน่วยงานต่างๆ หักดะงัก มีผลให้งบประมาณคงที่อยู่ในช่วงปีพ.ศ. 2537 หลังจากนั้น การประสานงานระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนมีความราบรื่นดีขึ้น จึง

ภาพที่ 4-1 แสดงงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ นับตั้งแต่ปีพ.ศ. 2531-2541²⁶



มีการปรับเปลี่ยนปฏิบัติการและคณะกรรมการฯ ได้ขอให้สำนักงานงบประมาณเพิ่มงบประมาณในด้านนี้ขึ้นจนกระทั่งมาประสบกับวิกฤตการณ์ภาวะเศรษฐกิจและการคลังในปี 2540 และ 2541

เมื่อพิจารณาการประสานและแบ่งสรรงบประมาณให้แก่หน่วยงานในภาคราชการ จะเห็นว่ากระทรวงต่างๆ ได้รับการจัดสรรงบประมาณเป็นสัดส่วนดังแสดงในตารางที่ 4-2 ซึ่งในที่นี้มีได้นำเสนอทุกหน่วยงานที่ได้รับงบประมาณ เนื่องจากหน่วยงานบางแห่ง เช่น กระทรวงยุติธรรม สำนักอัยการสูงสุด ได้รับงบประมาณด้วยแต่มีสัดส่วนน้อยมาก จึงมิได้นำเสนอในตารางนี้

ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2539 ปัญหาจากโรคเอดส์และผลกระทบต่อสังคมเกิดขึ้นค่อนข้างกว้างขวางและชัดเจนมากขึ้น จึงทำให้มีการจัดสรรงบประมาณไปให้หน่วยงานอื่นมากขึ้นและลดสัดส่วนที่จัดสรรให้แก่กระทรวงสาธารณสุข นับตั้งแต่มีคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ การจัดสรรงบประมาณในแต่ละปีได้ใช้กลไกของคณะกรรมการฯ และอนุกรรมการในแต่ละด้านเป็นผู้พิจารณาแบ่งสรรงบประมาณ

ตารางที่ 4-2 แสดงสัดส่วนของงบประมาณแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จำแนกตามหน่วยงาน ปีงบประมาณ 2534 - 2541²⁵

หน่วยงาน	2534	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541
กระทรวงสาธารณสุข	1.00	0.70	0.81	0.88	0.80	0.69	0.74	0.72
สำนักนายกรัฐมนตรี	0.00	0.16	0.15	0.06	0.04	0.02	0.01	0.02
กระทรวงมหาดไทย	0.00	0.06	0.00	0.00	0.05	0.08	0.05	0.02
กระทรวงแรงงานฯ	0.00	0.00	0.00	0.00	0.01	0.04	0.05	0.08
กระทรวงกลาโหม	0.00	0.01	0.00	0.00	0.02	0.02	0.02	0.01
กระทรวงศึกษาธิการ	0.00	0.02	0.00	0.00	0.01	0.02	0.02	0.02
ทบวงมหาวิทยาลัย	0.00	0.05	0.04	0.05	0.08	0.12	0.12	0.13

หากพิจารณาการจัดสรรงบประมาณให้แก่แผนงานในแต่ละด้าน จะเห็นได้ดังตารางที่ 4-3

การจัดแผนงบประมาณดังกล่าวจำแนกแผนงาน งาน และโครงการตามกรอบแผนงบประมาณในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมฉบับที่ 8 ระหว่างปี 2540-2544 ซึ่งได้กำหนดวัตถุประสงค์การใช้งบประมาณเพื่อเสริมความเข้มแข็งของโครงสร้างในด้านต่างๆ และปรับโครงสร้างที่มีอยู่ได้แก่ โครงสร้างของชุมชนและครอบครัว โครงสร้างบริการทางสังคมและเศรษฐกิจ โครงสร้างการศึกษา โครงสร้างประสานงานสังคมประชาชาติ โครงสร้างบริการทางสุขภาพ และเครือข่ายสำหรับการศึกษาและวิจัยให้สามารถ

ตารางที่ 4-3 แสดงการจัดสรรงบประมาณป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จำแนกตามแผนงาน ในปีงบประมาณ 2540 และ 2541

แผนงาน	ปีงบประมาณ 2540		ปีงบประมาณ 2541	
	จำนวน (บาท)	(%)	จำนวน (บาท)	(%)
แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์				
1) งานพัฒนาศักยภาพคน				
ครอบครัว และชุมชน	201,967,100	10.16	138,281,600	10.05
2) งานบริการทางสังคมและ				
สังคมจิตวิทยา	85,206,200	4.29	102,157,700	7.42
3) งานพัฒนากลไกการบริหาร				
จัดการ	213,761,100	10.76	86,588,200	6.29
แผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์				
4) งานส่งเสริมสุขภาพและ				
บริการทางการแพทย์	1,438,558,180	72.39	1,002,780,200	72.84
5) งานพัฒนาภูมิปัญญา				
และการวิจัย	47,633,500	2.40	46,732,800	3.40
รวมงบประมาณ	1,987,126,080	100.0	1,376,540,500	100.0

รองรับปัญหาเอดส์ในสังคมไทยได้ต่อไป

การกำหนดแผนงบประมาณได้แยกออกเป็นแผนงานป้องกัน และ แก้ไขปัญหาเอดส์ซึ่งอยู่ในสาขาทางสังคม และแผนงานป้องกันและควบคุม โรคเอดส์ในสาขาสาธารณสุข จะเห็นได้ว่าได้จัดสรรงบประมาณในแผนงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในงานพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัวยุ และชุมชน กับงานบริการทางสังคมและสังคมจิตวิทยา ส่วนงาน ส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ได้ถูกลดงบประมาณส่วนนี้ลง แต่ มิได้หมายความว่าค่าใช้จ่ายในการจัดบริการด้านนี้จะลดลง เนื่องจากสถาน บริการสาธารณสุขได้ใช้งบประมาณบริการสาธารณสุข และงบประมาณ สงเคราะห์ผู้มีรายได้น้อยเข้ามาจัดบริการด้วย

ในระยะ 5-6 ปีที่ผ่านมา มีความพยายามจากหลายฝ่ายที่จะปรับ แก้ให้กระบวนการในการบริหารงบประมาณมีประสิทธิภาพ มีความยืดหยุ่น และคล่องตัวมากขึ้น ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณที่จัดให้แก่หน่วยงานของรัฐเอง งบประมาณที่จัดให้แก่องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ องค์กรชุมชน และ สถาบันวิจัยต่างๆ โดยมีข้อเสนอที่เป็นทางเลือกหลายประการ เช่น การจัด ตั้งมูลนิธิ การจัดตั้งกองทุน การจัดงบประมาณเป็นเงินหมวดอุดหนุน แต่ก็ยังอยู่ในระหว่างการศึกษาของคณะกรรมการฯ

สรุป

การจัดการกับปัญหาเอดส์ในประเทศไทยได้มีการพัฒนามาจากการ ทำงานแบบตั้งรับของกระทรวงสาธารณสุขเพียงหน่วยงานเดียว แต่ได้ปรับ เปลี่ยนไปอย่างรวดเร็วตามสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์ รวมทั้งการ เปิดกว้างให้กลุ่มองค์กรต่างๆ ทั้งภายในและต่างประเทศ เข้ามามีส่วนร่วม ในการผลักดันทางนโยบาย และการระดมทรัพยากรต่างๆ ทั้งงบประมาณ ความรู้ และวิทยาการ จนสามารถจัดการกับปัญหาเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การพัฒนาดังกล่าวได้มีการดำเนินการอย่างเป็นระบบ จากนโยบายที่ไม่ชัดเจนในระยะต้นไปสู่การใช้นโยบายสาธารณสุข นโยบายการเปิดกว้างทางด้านการประชาสัมพันธ์ ไปจนถึงนโยบายที่ถือว่าเอดส์เป็นปัญหาสังคม จึงต้องเน้นการพัฒนาคนและสิ่งแวดล้อมรอบตัวคน และยึดชุมชนเป็นหลัก เพื่อให้เกิดการแก้ไขปัญหายั่งยืน นอกจากนี้ยังได้ให้ความสำคัญของกลไกในการบริหารจัดการ มีการจัดองค์กรการบริหารงานที่ชัดเจนตั้งแต่ระดับชาติถึงระดับท้องถิ่น มีการประสานงานของทุกภาคส่วน ซึ่งสะท้อนให้เห็นจากการมีแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติที่สอดคล้องกับพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ มีการจัดแบ่งภารกิจความรับผิดชอบในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้สอดคล้องกับภารกิจหลักของหน่วยงาน ตลอดจนมีการจัดสรรงบประมาณในการดำเนินการให้แก่ทุกหน่วยงานที่มีส่วนร่วม ทั้งหน่วยงานของรัฐและเอกชน สาธารณประโยชน์ ซึ่งปัจจัยต่างๆ เหล่านี้ล้วนเป็นองค์ประกอบสำคัญที่มีส่วนทำให้การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทย ประสบความสำเร็จ จนได้รับการยกย่องจากองค์กรระหว่างประเทศ

เอกสารอ้างอิง

1. Mann, J., and Tarantora, D. "Governmental National AIDS Programs." *AIDS in the World II*. Ed. Jonathan Mann and Dániel Tarantora. New York: Oxford University Press, 1996. pp. 315-325.
2. ยศวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สมใจ ประมาณพล, และสุพัตรา อติโพธิ์. นโยบายเอดส์: กรณีศึกษาในประเทศไทย พ.ศ. 2527-2537 สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
3. Laws, M. "International Funding of the Global AIDS Strategy: Official Development Assistance." *AIDS in the World II*. Ed. Jonathan Mann and Daniel Tarantora. New York: Oxford University Press, 1996. pp. 375-389.
4. Garbus, L. "The UN Response." *AIDS in the World II*. Ed. Jonathan Mann and Daniel Tarantora. New York: Oxford University Press, 1996. pp. 369-374.
5. World Bank. *Working together to confront HIV/AIDS*. Confronting AIDS: Public Priorities in a Global Epidemic. Published for the World Bank. Oxford University Press, 1997.
6. Boonyoen, D. *HIV/AIDS Epidemic in Thailand: the Shift of Policies and Strategies*. Proceedings of the third International Conference on AIDS in Asia and the Pacific and the fifth National AIDS Seminar in Thailand, September 17-21, 1995, Chiangmai, Thailand.
7. กองโรคเอดส์. เอกสารความร่วมมือกับองค์กรต่างประเทศ.
8. นพ.ธีระ รามสูต. "5 ปีแรกของการแพร่ระบาดและการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย." *วารสารโรคเอดส์* ฉบับที่ 1

(2533): 4-32.

9. ดร.ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และคณะ. รายงานการวิจัยเรื่องการประเมินโครงการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ. มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI), 2540.
10. กองโรคเอดส์. รายงานการประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2534-2541.
11. สำนักงานรัฐมนตรี. แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2535-2539. กันยายน พ.ศ. 2535.
12. กองโรคเอดส์. แผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2538-2539. พ.ศ. 2537.
13. กองโรคเอดส์. เอกสารสรุปผลการระดมสมองกำหนดทิศทางการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ พ.ศ. 2540-2544. การประชุมในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2538 ณ โรงแรมอมารีวอเตอร์เกต.
14. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ. แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544. พฤษภาคม พ.ศ. 2540.
15. เครือข่ายผู้ติดเชื้อโรคเอดส์. "ข้อเสนอของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย." เอกสารประกอบการประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ วันที่ 29 ธันวาคม พ.ศ. 2540.
16. ศ.นพ. วิฑูรย์ อึ้งประพันธ์. "เอดส์กับปัญหาจริยธรรม." สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 6, 26-28 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมโซฟิเทล ราชอาศิต จ.ขอนแก่น. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2539. หน้า 41-49.
17. Hamblin, J. *The Role of the Law in HIV/AIDS Policy*. Law, Ethics and HIV Proceeding of the UNDP Intercountry consultation, Cebu Philippines 3-6 May, 1993.
18. Muntarbhorn, V. *HIV/AIDS, Ethics and the law: The case of*

- Thailand. Law, Ethics and HIV Proceeding of the UNDP Intercountry consultation, Cebu Philippines 3-6 May, 1993.
19. Mann, J., and Tarantola, D. "From Vulnerability to Human Rights." *AIDS in the World II*. Ed. Jonathan Mann and Daniel Tarantola. New York: Oxford University Press, 1996. pp. 463-476.
 20. Gostin, L., and Lazzarini, Z. *Harmonizing Human Rights and Public Health*. Human Rights and Public Health in the AIDS Pandemic. New York: Oxford University Press, 1997.
 21. บันทึกข้อความสำนักนายกรัฐมนตรี. ลงวันที่ 25 ธันวาคม 2534.
 22. ปิธิพร จันทรทัต ณ อยู่ธยา. "ศักยภาพการบริหารโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ระดับเขต: การวิเคราะห์นโยบายโครงสร้างการบริหารจัดการ ในศูนย์ปฏิบัติการต้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบน พ.ศ. 2538-2539." *วารสารวิชาการสาธารณสุข* ปีที่ 5 ฉบับที่ 3 (ก.ค.-ก.ย. 2539).
 23. สำเนาหนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท.0212/ว.2957. ลงวันที่ 10 ตุลาคม 2539.
 24. กฤษฎาพร ศิริกุล. *ประวัติความเป็นมาของกองควบคุมโรคเอดส์ กรุงเทพมหานคร*. สำนักอนามัย, เอกสารโรเนียว. 2540.
 25. สำเนาหนังสือกระทรวงมหาดไทย ที่ มท.0212/ว.2957. ลงวันที่ 3 ตุลาคม 2537.
 26. ข้อมูลการจัดสรรงบประมาณจากกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2531-2541.

[บทที่ 5]

เอดส์กับมาตรการทางสาธารณสุข

ระบบและมาตรการทางสาธารณสุขเป็นกลไกส่วนแรกของสังคมที่เริ่มปรับตัวเพื่อจะรองรับกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ แต่เนื่องจากความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนเทคโนโลยีทางชีวภาพที่นำมาใช้เกี่ยวกับโรคเอดส์ มีวิวัฒนาการไปอย่างรวดเร็วมาก เริ่มจากในระยะแรกของการแพร่ระบาด ที่วงการแพทย์มองโรคเอดส์เป็นโรคที่ไม่มีทางรักษา การดำเนินโรครวดเร็วทำให้เสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น แต่ต่อมาในช่วงทศวรรษที่สองของการแพร่ระบาด มนุษย์เริ่มเรียนรู้ว่าการใช้เทคโนโลยีทางการแพทย์ จิตวิทยา และสังคม สามารถควบคุมการดำเนินโรคได้ ทำให้กระบวนทัศน์ได้ปรับเปลี่ยนไปเป็นการมองโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรัง ที่ต้องสร้างระบบและกระบวนการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง โดยผสมผสานเทคโนโลยีทางการแพทย์ และสังคมหลายด้านเข้าด้วยกัน

ระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทยส่วนใหญ่เน้นการบริการในเชิงตั้งรับ แต่ในระยะ 4-5 ปีที่ผ่านมาได้พยายามปรับเปลี่ยนลักษณะบริการเชิงรุกมากขึ้น ในขณะเดียวกัน ก็เกิดความเหลื่อมล้ำจากการพัฒนาเทคโนโลยีการรักษาที่ก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว จนทำให้การ

พัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการรองรับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการพัฒนาเทคโนโลยีการรักษาก้าวหน้าไม่ทัน ช่องว่างที่เกิดขึ้นระหว่างประสิทธิภาพการรักษา และการพัฒนาศักยภาพของโครงสร้างพื้นฐาน เกิดขึ้นทั้งในส่วนการให้บริการรักษา การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค ตลอดจนการฟื้นฟูสุขภาพ และยังเห็นได้ชัดเจนเมื่อพิจารณาถึงมิติการให้บริการทางกาย และการให้บริการทางสังคมจิตวิทยา ซึ่งพบว่าเป็นปัจจัยสำคัญสำหรับการให้บริการแก้ปัญหาทางสุขภาพเรื้อรัง¹

การติดเชื้อโรคเอดส์เป็นปัญหาเรื้อรังและเป็นโรคเรื้อรัง¹ จากการศึกษาในหลายประเทศเชื่อว่าระยะพักตัวของการติดเชื้อโรคเอดส์จนถึงการเกิดโรคเอดส์นั้นนานประมาณ 10 ปี และเมื่อป่วยเป็นเอดส์แล้วจะมีอายุขัยเฉลี่ยกว่า 2 ปี พัฒนาการด้านการรักษาที่ผ่านมาทำให้สามารถยืดอายุผู้ป่วยโรคเอดส์ให้ยืนยาวขึ้นทำให้ต้องเตรียมบริการทางการแพทย์และสังคมที่มีความซับซ้อนมากขึ้น เนื่องจากค่านิยมสังคมยังคงมีความรังเกียจโรคติดต่อ ซึ่งเป็นผลมาจากจุดเน้นในการรณรงค์ที่ผ่านมาทำให้ประชาชนหวาดกลัวจนเกินควร รวมทั้งความผองใจผิดๆ ของประชาชนที่คิดว่าผู้ป่วยโรคเอดส์มีแต่รอความตาย และเป็นแหล่งแพร่โรคให้ผู้อื่นได้ง่าย ส่งผลให้การจัดการบริการที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ทำได้ยากกว่าโรคเรื้อรังชนิดอื่นๆ

อย่างไรก็ตาม ถือว่าโรคเอดส์ได้ก่อให้เกิดการพัฒนามาตรการทางสาธารณสุขหลายด้าน นับตั้งแต่การจัดการบริการสุขภาพและให้ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มประชากรต่างๆ การจัดการบริการที่ช่วยกลุ่มเสี่ยงให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคเอดส์ การจัดการบริการทางสุขภาพให้แก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ตลอดจนการปรับบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขมิให้กลายเป็นแหล่งแพร่โรค จะเห็นได้ว่าบริการสาธารณสุขที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาโรคเอดส์และก่อให้เกิดพัฒนาการอย่างชัดเจนในช่วงที่ผ่านมา มีขอบข่ายที่กว้างขวาง นอกจากนั้น วิวัฒนาการเหล่านี้ยัง

ถูกกำหนดโดยเงื่อนไขทางด้านเศรษฐกิจ การคลัง สังคม การเมือง และ วัฒนธรรมของแต่ละประเทศ ดังนั้นการปรับเปลี่ยนและการยอมรับบริการ สาธารณสุขในด้านต่างๆ ของแต่ละประเทศจึงแตกต่างกัน

มาตรการทางสาธารณสุขในประเทศไทยที่มีพัฒนาการอันเนื่องมาจาก ปัญหาโรคเอดส์ ที่เห็นได้อย่างชัดเจน ตั้งแต่พ.ศ. 2530 เป็นต้นมา ได้แก่

- 1) การสุศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเอดส์
- 2) คลินิกกามโรคกับถุงยางอนามัย 100%
- 3) การป้องกันโรคเอดส์ในคลินิกผู้ติดยาเสพติด
- 4) การป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก
- 5) คลินิกเจริญพันธุ์
- 6) การจัดบริการให้คำปรึกษาและคลินิกนิรนามสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อ
- 7) การป้องกันการติดเชื้อในระบบบริการสาธารณสุข
- 8) การให้บริการโลหิต
- 9 การจัดการบริการสุขภาพครบวงจร

มาตรการเหล่านี้ได้รับการพัฒนาเพื่อให้สามารถตอบสนองต่อความต้องการของสังคมไทยอย่างชัดเจน

5.1 การสุศึกษาเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์

ศ.นพ.ธีระ รามสูต อดีตอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ ซึ่งเป็นผู้ที่ได้ บันทึกริเริ่มกิจกรรมบริการทางสาธารณสุขในระยะแรก ได้เสนอภาพ การให้สุศึกษาในระยะแรกที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ (พ.ศ. 2527- 2530)² ไว้ว่า เป็นการให้บริการแก่กลุ่มเสี่ยงและแรงงานไทย ร่วมไปกับการ ให้สุศึกษาและแนะแนวในหน่วยงานกามโรคเป็นหลัก สำหรับในด้าน สื่อมวลชนนั้น รัฐยังต้องขอความร่วมมือให้ประชาสัมพันธุ์ในลักษณะที่ไม่ สร้างความตื่นตระหนก หวาดกลัว โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขอร้องไม่ให้สร้าง ภาพลักษณ์ที่ไม่ดีต่อความมั่นคงของชาติ

นักวิชาการต่างชาติที่ศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในขณะนั้นมองว่า^{3,4} หน่วยงานของรัฐบาลตั้งใจปกปิดข้อมูลเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ในประเทศไทย เนื่องจากเกรงว่าจะส่งผลกระทบต่อบรรยากาศการส่งเสริมการท่องเที่ยวในขณะนั้น แม้ว่าในช่วงปี 2530 องค์การเอกชนสาธารณสุขประโยชน์จะเริ่มหันมาทำงานร่วมกับรัฐ⁵ และมีการเสนอข้อมูลผ่านองค์การเอกชนสาธารณสุขประโยชน์มากขึ้น รวมทั้งมีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลและแนะนำโรคเอดส์ขึ้นในศูนย์สารนิเทศ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในกรมควบคุมโรคติดต่อ² เพื่อประสานการรวบรวมและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์แก่สาธารณชนให้เป็นเอกภาพมากขึ้น ทว่าในระยะแรกยังคงเห็นได้ชัดว่ามีความขัดแย้งระหว่างสังคม การเมือง กับบริการข้อมูลข่าวสารสำหรับสื่อมวลชน นอกจากนี้ข้อจำกัดที่สำคัญก็คือ ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับธรรมชาติการติดต่อและการดำเนินโรคของโรคเอดส์ยังอยู่ในขั้นเริ่มต้น ยังขาดความชัดเจน ตลอดจนยังมีความขัดแย้งกันเองระหว่างนักวิชาการหลายสาขา

การเริ่มดำเนินการศึกษาทางระบาดวิทยาโดยวิธีการเฝ้าระวังเฉพาะที่ในปี 2532 ได้ให้ข้อมูลที่มีนัยสำคัญในการสื่อสารให้สาธารณชนเข้าใจสถานการณ์ของปัญหาเอดส์ได้ดีขึ้น⁶ โดยมีผู้นำข้อมูลดังกล่าวมาคาดประมาณว่าในเดือนธันวาคม 2533 มีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์แล้วถึง 200,000 คน และคาดว่าในปี 2534 จะมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอีกประมาณ 50,000–100,000 คน ซึ่งทำให้องค์กรเอกชนหลายแห่ง เช่น สมาคมพัฒนาประชากรและสังคม เริ่มจัดกิจกรรมเกี่ยวกับการให้ความรู้เรื่องเอดส์ตั้งแต่ปี 2531 โดยได้รับการสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาลประเทศออสเตรเลีย

หลังจากนายอานันท์ ปันยารชุน ได้ระดมนักวิชาการ นักธุรกิจ และนักกิจกรรมจากองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์เข้ามาร่วมในคณะรัฐมนตรี โดยให้ นายมีชัย วีระไวทยะ⁷ รับผิดชอบเรื่องการท่องเที่ยวและเอดส์ ใน

ตำแหน่งรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี ได้มีการปรับเอากลไกการประชาสัมพันธ์ของรัฐเข้ามาใช้ในการให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชนอย่างเปิดกว้าง ทำให้หน่วยงานของรัฐและองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ได้ใช้สื่อมวลชนทั้งวิทยุ โทรทัศน์ หนังสือพิมพ์ นำเสนอข่าวสารในลักษณะการสร้างกระแสสังคม (Social Marketing) ให้ประชาชนตระหนักถึงปัญหาเอดส์มากขึ้น ซึ่งจากการรวบรวมสื่อเกี่ยวกับเอดส์ในปี 2534 พบว่า มีการผลิตสโปตโฆษณาแนะนำผ่านทางวิทยุ โทรทัศน์ และวารสาร จำนวนมากถึง 660,216 รายการ และยังมีการพิมพ์เผยแพร่ในรูปของหนังสือ แผ่นพับ โปสเตอร์ และป้ายโฆษณา ถึง 8,721,336 รายการ⁹ ส่งผลให้ประชาชนไทยได้รับรู้เรื่องโรคเอดส์อย่างกว้างขวาง และจากการศึกษาประเมินผลการรับรู้สื่อเอดส์ทั่วประเทศในพ.ศ. 2536^{9,10} ก็พบว่า มีประชากรเพียง 1% เท่านั้นที่ไม่เคยได้ยินเรื่องเอดส์ โดยที่ประชากร 94% ได้รับสื่อเหล่านี้จากโทรทัศน์มากที่สุด รองลงมาเป็นวิทยุ และสิ่งสิ่งพิมพ์ต่างๆ การศึกษาเชิงคุณภาพแสดงให้เห็นว่า¹⁰ ประชาชนได้รับรู้เนื้อหาที่สื่อแนะนำในเรื่องการติดต่อ อากา และ การป้องกัน ทำให้เกิดความตระหนักในการป้องกันตนเอง มีความรู้สึกเห็นใจ เข้าใจ และไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาดังกล่าว⁹ แสดงให้เห็นว่า แม้ว่าจะได้รับข้อมูลครอบคลุมมากเช่นนี้ แต่มีประชาชนเพียงประมาณ 1 ใน 3 เท่านั้นที่เปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของตน ระมัดระวังตัวไม่ให้ติดเอดส์ และแม้ว่าการรณรงค์ดังกล่าวจะให้ผลดี แต่ก็มีผลแทรกซ้อนคือ ยังคงทำให้เกิดความรู้สึกรังเกียจเดียดฉันท์ต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อ และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง¹¹ ซึ่งต้องใช้มาตรการปรับแก้ในระยะหลัง

ในการประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 1/2536 เมื่อวันที่ 1 มิถุนายน พ.ศ. 2536 ที่ประชุมได้มีมติให้ทำการรณรงค์ทั่วประเทศภายใต้ชื่อ “ครอบครัวยุคไทยสู้ภัยเอดส์” เพื่อสร้างกระแสให้ประชาชนตื่นตัวและรับรู้ปัญหาเอดส์กำลังคุกคามสู่ทุกครอบครัว

และให้ใช้กลไกความรักความอบอุ่นในครอบครัวเป็นเครื่องมือป้องกันปัญหาเอดส์ การรณรงค์ดังกล่าวดำเนินการระหว่างเดือนกรกฎาคม-สิงหาคม 2536 โดยการใช้สื่อบุคคล คือ ผสส. และอสม. ในระดับหมู่บ้านสร้างกระแสในท้องถิ่น ด้วยการให้ความรู้ และระดมให้ร่วมลงนามใน “บันทึกความร่วมมือเอดส์” นำมารวมกันที่อำเภอ และจังหวัดทั่วประเทศ แล้วนำบันทึกนั้นและแผ่นผ้าที่เย็บเป็น “ธงรวมใจสู้ภัยเอดส์” จากทุกอำเภอทั่วประเทศมารวมกันที่สนามกีฬาแห่งชาติ กรุงเทพมหานคร ในขณะเดียวกันก็ใช้สื่อมวลชนทุกสาขาให้ข้อมูลข่าวสาร และประชาสัมพันธ์ การรณรงค์ครั้งนี้มีผู้ร่วมลงนามทั้งสิ้น 14,580,366 คน มีการคัดเลือก และมอบรางวัลให้แก่คณะกรรมการประสานงานสาธารณสุขระดับอำเภอที่จัดการรณรงค์ได้ดีเด่นจากทุกเขตทั่วประเทศ¹²

สำหรับการให้สุขศึกษาในคลินิก และการจัดบริการต่างๆ จำเป็นต้องใช้กลวิธีที่คำนึงถึงเทคโนโลยีทางจิตวิทยามากขึ้น เช่น การใช้วิธีการให้คำปรึกษา ร่วมกับการจัดบริการกามโรค การจัดกระบวนการกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Group)¹² การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) รวมทั้งการสร้างคุณค่าของตนเอง (Self Esteem)¹³ ซึ่งได้ถูกนำมาใช้มากขึ้นในภายหลัง

สรุปได้ว่า กลุ่มที่ทำกิจกรรมเกี่ยวกับเอดส์ได้พัฒนากลวิธีในการจัดบริการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของคน เริ่มจากการให้สุขศึกษาในขอบข่ายที่จำกัด มาเป็นยุคการใช้สื่อมวลชนที่กว้างขวาง และในปัจจุบันมุ่งเน้นการใช้สื่อบุคคล โดยใช้กระบวนการทางจิตวิทยาสังคมเน้นให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Empowerment) เสียก่อน แล้วจึงเข้าสู่กระบวนการให้ความรู้และพัฒนาทักษะเพื่อครองตนให้ปลอดภัยจากปัญหาเอดส์ โดยเฉพาะการทำงานกับกลุ่มที่มีความรู้สึกว่าตนเป็นผู้ด้อยคุณค่าในสังคมซึ่งเปลี่ยนแปลงแก้ไขได้ยาก เช่น หญิงขายบริการทางเพศ ผู้ติดยาเสพติด เด็กข้างถนน กลุ่มแรงงาน และกลุ่มแรงงานหลบหนีเข้าเมือง

ซึ่งไม่มั่นใจว่าบริการต่างๆ ที่มีอยู่ในสังคมจะยินดีต้อนรับหรือไม่

5.2 คลินิกการโรคกับอุ้งยางอนามัย 100%

การจัดบริการคลินิกการโรค โดยกรมควบคุมโรคติดต่อได้ดำเนินการเป็นระยะเวลา รวม 20 ปีก่อนการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ แต่จากข้อมูลของกองการโรค¹⁴ จำนวนผู้ป่วยการโรคได้เพิ่มขึ้นโดยตลอด แนวทางหลักในการจัดบริการของคลินิกการโรค มีลักษณะเป็นการตั้งรับโดยคลินิกได้จัดบริการให้ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษา มีการให้สุขศึกษาในสถานบริการทางเพศที่เจ้าของยินยอม และให้หญิงบริการทางเพศเหล่านั้นมาตรวจกับคลินิกเป็นระยะ เมื่อตรวจพบการติดเชื้อการโรคก็ได้ให้การรักษา พร้อมทั้งมีการติดตามผู้สัมผัสโรคเพื่อนำมารักษาต่อไปด้วย¹⁵

ต่อมาเมื่อมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ขึ้นคลินิกการโรคได้เริ่มมีการปรับยุทธศาสตร์ในการดำเนินการป้องกันในเชิงรุกมากขึ้น มีการศึกษาการรณรงค์ให้ใช้อุ้งยางอนามัยในสถานบริการทางเพศที่จังหวัดเชียงใหม่¹⁶ แม่สอด จังหวัดตาก¹⁷ จังหวัดราชบุรี¹⁵ ทำให้เกิดแนวคิดในการนำ “โครงการอุ้งยางอนามัย 100%” มาดำเนินการในระดับชาติ โดยในการประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 1 พ.ศ. 2534 ที่ประชุมได้มีมติให้ดำเนินการโครงการนี้ ซึ่งเป็นมาตรการที่ใช้คลินิกการโรคเป็นหน่วยบริการให้สุขศึกษาแก่หญิงบริการทางเพศ และรวบรวมข้อมูลแสดงปัญหาการติดเชื้อการโรคในหญิงบริการทางเพศ การกำหนดนโยบายดังกล่าวส่งผลให้ได้รับความร่วมมือจากผู้ว่าราชการจังหวัด และผู้กำกับ การตำรวจในจังหวัด โดยเชิญให้เจ้าของสถานบริการทางเพศในแต่ละจังหวัดมารับฟังปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในแต่ละพื้นที่ของประเทศไทย พร้อมทั้งขอความร่วมมือในการรณรงค์ให้ใช้อุ้งยางอนามัย ขณะเดียวกัน กรมควบคุมโรคติดต่อได้จัดซื้ออุ้งยางอนามัยเพื่อให้คลินิกการโรคเป็นผู้สนับสนุนแก่สถานบริการทางเพศต่างๆ โดยไม่คิดมูลค่า

ก่อนหน้านี้ มีการนำยาอะละอ์สันคือ Quinolone เข้ามาใช้ในกลุ่มผู้ป่วยกามโรคในประเทศไทย ทำให้การติดเชื้อโรคหนองใน (Gonorrhea) และแผลริมอ่อน (Chancroid) ลดลงอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี 2530 และเมื่อมีการให้ข้อมูลข่าวสารด้านเอดส์ และรณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัย ก็ยิ่งส่งผลให้จำนวนผู้ป่วยกามโรคลดลงรวดเร็วยิ่งขึ้น โดยเฉพาะเมื่อมีการรณรงค์ทั่วประเทศในปี 2534 แม้ต่อมาจะพบว่าผู้ป่วยกามโรค ราว 78% ไปใช้บริการที่คลินิกเอกชน และร้านขายยา¹⁹ แต่ก็ได้มีการพัฒนาร้านขายยา และฝึกอบรมแพทย์เอกชนให้สามารถให้การรักษากามโรค โดยเฉพาะการฝึกอบรมให้ผู้ขายยาในร้านขายยาสามารถซักถามประวัติ และอาการของผู้ป่วย (Syndromic Approach) เพื่อให้สามารถรักษาได้ถูกต้องมากขึ้น และรู้จักการให้สุขศึกษาเพื่อให้ผู้ป่วยไปรักษาต่อหากอาการไม่ดีขึ้นด้วย

นอกเหนือไปจากนั้น ศ.นพ.สุพร เกิดสว่าง¹³ ยังได้วิจัยและพัฒนาวิธีการจัดบริการให้แก่หญิงบริการทางเพศ โดยใช้สื่อภาพยนตร์ เทปเพลง ร่วมกับการสนทนากลุ่มซึ่งเป็นวิวัฒนาการที่มุ่งเป้าหมายสู่ตัวคนอย่างชัดเจน แนวการพัฒนาดังกล่าวขณะนี้อยู่ระหว่างการถ่ายทอดเทคโนโลยีเพื่อนำไปใช้ในระดับผู้ให้บริการ

สรุปได้ว่าวิวัฒนาการของการจัดบริการกามโรคได้มีการเปลี่ยนแปลงจากการให้บริการทางการแพทย์และการสาธารณสุข ไปสู่การใช้โครงสร้างทางนโยบายจากระดับชาติ เพื่อสานความร่วมมือจากภาคีราชการอื่นๆ และภาคเอกชน คือสถานบริการทางเพศ พร้อมไปกับสนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งส่งผลต่อการปรับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในสถานบริการทางเพศ และในที่สุดได้มุ่งเน้นที่การเสริมสร้างศักยภาพของหญิงบริการทางเพศ ในส่วนของบริการเสริม ได้มีการพัฒนาศักยภาพของโครงสร้างบริการสุขภาพที่มีอยู่ เช่น ร้านขายยา และคลินิกเอกชนให้มีสมรรถนะสูงขึ้น

5.3 การป้องกันโรคเอดส์ในคลินิกผู้ติดยาเสพติด

มีการจัดตั้งคลินิกผู้ติดยาเสพติดมาประมาณ 20 ปี ก่อนการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โดยมีเป้าหมายที่จะให้ผู้ติดยาเสพติดเลิกสารเสพติดเหล่านั้น แต่พบว่าจำนวนผู้ติดยาเสพติดยังคงเพิ่มขึ้น สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (ปปส.) จึงได้มอบหมายให้สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาแห่งประเทศไทย²⁰ ดำเนินการสำรวจ และคาดประมาณว่า เมื่อวันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2536 มีผู้ติดยาเสพติดในประเทศไทยรวม 1,267,590 คน หรือ 2.2% ของประชาชนไทย กลุ่มใหญ่ที่สุดเป็นเกษตรกร (72%) รองลงมาเป็นนักเรียนนักศึกษา (6%) ชาวประมง (4%) ผู้ที่อาศัยอยู่ในชุมชนยาเสพติด (4%) โดยมีการใช้สารระเหยถึง 411,603 คน (32.3%) กัญชา 25.6% ยาบ้า 20.27% เฮโรอีน 16.8% และเมื่อปปส. ร่วมกับกระทรวงมหาดไทยดำเนินการสำรวจซ้ำใน พ.ศ. 2539²¹ พบว่ามีจำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นในระดับหมู่บ้านและชุมชน เป็น 355,441 คน ทั้งๆ ที่การสำรวจไม่ได้ครอบคลุมหมู่บ้านและชุมชนทั้งหมดในประเทศ และกรุงเทพมหานคร ดังที่ศึกษาในปี 2536 นอกจากนั้น เมื่อเปรียบเทียบกับฐานข้อมูลหมู่บ้านและชุมชนเดียวกันกับที่สำรวจในปี 2536 พบว่ามีจำนวนผู้ติดยาเสพติดเพิ่มขึ้นถึง 23.25%

ส่วนการคาดประมาณถึงวิธีใช้ของผู้ติดยาในกรุงเทพฯ²² เมื่อปีพ.ศ. 2534 ประมาณว่ามีผู้ติดยาที่เป็นอนุพันธ์ของฝิ่นและเฮโรอีน อยู่ถึง 36,600 คน ในจำนวนนี้ ประมาณ 89% ใช้ยาเสพติดโดยการฉีดเข้าทางเส้นเลือด และประมาณ 1 ใน 3 ของกลุ่มนี้ติดโรคเอดส์ นั่นก็คือจะมีผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าทางเส้นเลือดในกรุงเทพฯ ที่ติดเชื้อโรคเอดส์แล้ว ในขณะนั้นถึง 12,000 คน และจากการศึกษาในผู้ติดยาเสพติดที่เข้ารับบริการในโรงพยาบาลรัฐรักษาระหว่าง ปีพ.ศ. 2530-2535²³ พบว่าอัตราการติดเชื้อรายใหม่ (Incidence Rate) เพิ่มขึ้นจาก 20 ราย ต่อ 100 คน-ปี ในพ.ศ. 2530 จนถึงจุดสูงสุดที่ 57 ราย ต่อ 100 คน-ปี ในพ.ศ. 2531 แล้วจึงค่อยๆ

ลดลงจนมีอัตราการติดเชื้อประมาณ 11 ราย ต่อ 100 คน-ปี ในช่วงปี 2534-2535 ในการศึกษาชุดเดียวกันนี้ยังพบว่ากลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ได้ฉีดเข้าเส้นก็มีอัตราการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ จนสูงสุดที่ 4.9 ราย ต่อ 100 คน-ปี ใน 3 เดือนแรกของพ.ศ. 2535 แล้วจึงลดลงจนต่ำกว่า 1 ราย ต่อ 100 คน-ปี

ศ.นพ.วิชัย โปษยะจินดา และคณะ ได้ทบทวนการวิจัยเกี่ยวกับการจัดการและปัญหาการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด²⁴ ตั้งแต่เริ่มมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด และพบว่าเริ่มมีการดำเนินการป้องกันในกลุ่มนี้ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2530 เนื่องจากการศึกษาวิจัยและมีข้อมูลว่ามีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด จากนั้น ในปี 2531 สถานบริการที่ให้บริการรักษาผู้ติดยาเสพติดเริ่มจัดการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดยาเสพติดทั้งในลักษณะส่วนบุคคลและเป็นกลุ่ม เพื่อให้ข่าวสารแก่ผู้ติดยาเสพติดให้ตระหนักถึงความเสี่ยง และรู้วิธีป้องกันโรคเอดส์ ต่อมาบริการดังกล่าวได้ขยายกว้างสู่คู่สมรส และผู้ปกครองของผู้ติดยาเสพติดด้วย มีการให้ยา Methadone ต่อเนื่องให้ยาวขึ้นเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยกลับไปใช้ยาเสพติดแบบฉีดเข้าเส้น โดยได้นำมาทดลองและปรับใช้เป็นบริการในสถานบริการรักษายาเสพติดของกรุงเทพมหานคร²⁵ และในโรงพยาบาลธัญญารักษ์²⁶ ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดให้เป็นมาตรการที่ใช้ทั่วไปในประเทศจนถึงปัจจุบัน²⁷

นอกจากนั้นกรุงเทพมหานครและโรงพยาบาลธัญญารักษ์ยังได้จัดโครงการฟื้นฟูสุขภาพแก่ผู้ติดยาเสพติดโดยประสานไปกับการให้การรักษาอื่นๆ เช่น รักษาด้วย Naltrexone การจัดชุมชนบำบัดทั้งในแบบมาพักอยู่หรือมาใช้บริการในช่วงกลางวันแล้วกลับไปพักที่บ้าน การเยี่ยมบ้าน และการให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการในโครงการป้องกันยาเสพติดและโรคเอดส์ ต่อมาได้เริ่มมีการดำเนินการทั้งในกรุงเทพฯและจังหวัดต่างๆ แต่ยังไม่เห็นผลการประเมิน

การติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดเป็นไปอย่างรวดเร็ว และแพร่กระจายไปทั่วทุกจังหวัด ตั้งแต่พ.ศ. 2530 ปัจจุบันพบว่า อัตราการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือดสูงถึง 40-50% เนื่องจากปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญในกลุ่มนี้คือ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ในการฉีดยาเสพติดเข้าสู่เส้นเลือด และอาจจะมีพฤติกรรมกรรมกร่วมเพศซึ่งทำให้แพร่ขยายการติดเชื้อออกไปสู่กลุ่มอื่นๆ อีก นอกจากนั้น ยังพบว่าในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ไม่ได้ใช้ยาเสพติดแบบฉีดเข้าเส้น ทั้งในกลุ่มที่ใช้เฮโรอีน ผีน และกลุ่มที่ใช้ยากระตุ้นเช่น Amphetamine ก็มีอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์เพิ่มมากขึ้น²⁴ ซึ่งเชื่อว่าเป็นผลจากพฤติกรรมทางเพศอันมีเหตุมาจากภาวะแวดล้อมของการติดยาเสพติด การศึกษาลักษณะของเชื้อไวรัสเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดแสดงให้เห็นว่า ไม่สามารถแยกการแพร่เชื้อทางการร่วมเพศกับการปนเปื้อนเลือดในกลุ่มนี้ออกจากกันได้ นอกจากนั้นข้อมูลการติดเชื้อสูงในกลุ่มผู้ต้องขังยังแสดงให้เห็นว่า การจัดทำแผนแก้ปัญหาโดยนำเอาสภาพสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่เอื้อให้เกิดการติดเชื้อโรคเอดส์ มาประกอบการพิจารณาเป็นส่วนที่สำคัญที่สุด

มาตรการที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดให้ใช้เพื่อลดการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดตั้งแต่พ.ศ. 2531²⁷ ก็คือการใช้ผู้ป่วยรับประทันยา Methadone และ Naltrexone ในระยะยาวขึ้น เพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดที่ฉีดยาเข้าเส้นหันมาใช้ยาประทันแทน แต่จุดอ่อนของการจัดบริการให้กับคนกลุ่มนี้ก็คือยังไม่สามารถปรับแก้ข้อบกพร่องทางสังคม จิตวิทยาของผู้ติดยา ครอบครัว และสังคม อันส่งผลให้คนกลุ่มนี้มักจะกลับไปติดยาเสพติดอีก แม้ว่าต่อไปจะมีการพัฒนาแนวคิดชุมชนบำบัด²⁸ ขึ้นมาเพื่อเสริมสร้างสมรรถนะให้คนเหล่านี้สามารถกลับคืนสู่สังคมได้ก็ตาม แต่ก็ยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างกว้างขวางเท่าที่ควร

ในปี 2538 ได้มีการผลักดันให้เกิด พระราชบัญญัติยาเสพติด²⁸ ที่มุ่งหวังให้ผู้ติดยาเสพติดเข้ารับบริการฟื้นฟูสภาพโดยไม่ต้องถูกจำคุกอัน

เนื่องจากติดยาเสพติด แต่ยังไม่สามารถจัดบริการดังกล่าวให้ครอบคลุมทั้งประเทศได้

สำหรับข้อเสนอจากภาคเอกชนและองค์กรต่างประเทศ ที่ผลักดันให้ประเทศไทยยอมรับกลวิธีในการสนับสนุนหลอดฉีดยาและเข็มฉีดยาที่สะอาดให้ผู้ติดยาเสพติดนำไปใช้ เพื่อจะได้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวีจากผู้ติดยาเสพติดที่ร่วมกันใช้หลอดและเข็มฉีดยาร่วมกัน ปรากฏว่ารัฐบาลไทยยังไม่ยอมรับนโยบายดังกล่าว เนื่องจากยังเกรงว่าจะเป็นการสนับสนุนให้มีผู้ติดยาเสพติดมากขึ้น นอกจากนี้สังคมไทยยังไม่ตระหนักในคุณค่าชีวิตของผู้ติดยาเสพติดเท่าที่ควร จึงยังไม่มียุทธศาสตร์สนับสนุนในเรื่องนี้

5.4 การป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก

ประเทศไทยเริ่มเผชิญกับปัญหาการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์²⁹ ในปีพ.ศ. 2532 และเริ่มมีการติดเชื้อในกลุ่มนี้มากขึ้นจนถึง 2.4% ในปี 2538 จากนั้นจึงเริ่มลดลงเป็น 1.7% ในปี 2540 ในระยะแรกมีข้อโต้แย้งกันมากกว่า ควรจะมีการตรวจเชื้อโรคเอดส์ในหญิงมีครรภ์หรือไม่ จนกระทั่งกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดงบประมาณสนับสนุนนมผง เพื่อให้แม่ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ใช้เลี้ยงทารกแทนนมแม่ ในปี 2535 จึงเริ่มมีโรงพยาบาลต่างๆ ตรวจเลือดหญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์³⁰ แต่ส่วนใหญ่เป็นการตรวจในโรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไป ส่วนในโรงพยาบาลอำเภอไม่มีการตรวจมากนัก และพบว่าในโรงพยาบาลที่ตรวจการติดเชื้อโรคเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์ ยังไม่มีการให้บริการคำปรึกษาที่มีคุณภาพพอเพียง

นอกเหนือจากปัญหาการจัดการของโรงพยาบาลซึ่งมีการจัดบริการแม่และเด็กเพิ่มขึ้นแล้ว ยังพบว่ามีปัญหาทางสังคมสอดแทรกอยู่ด้วย ดังเช่นการที่สามีของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์^{31,32} ประมาณ 20-30% ไม่ได้ติดเชื้อโรคเอดส์ (Discordance) ซึ่งอาจทำให้เกิดปัญหา

ขัดแย้งในครอบครัวขึ้นได้ ในขณะเดียวกันก็ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมา เช่น การทิ้งเด็กไว้ในโรงพยาบาล³³ ซึ่งพบว่ามียอดสูงกว่าในกรณีที่แม่ไม่ติดเชื้อโรคเอดส์ถึง 5 เท่า การจัดการในเชิงสังคมและจิตวิทยากับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์จึงมีความซับซ้อนมากขึ้น ดังนั้นการเตรียมปรับระบบบริการให้สามารถรองรับปัญหาทั้งทางสุขภาพและสังคมจึงเป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่งที่ได้มีการเตรียมการกันมาตั้งแต่พ.ศ. 2538³⁴ นับตั้งแต่รับรู้ผลสำเร็จของการศึกษาวิจัยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์จากแม่ไปสู่ทารกที่คลอดออกมา โดยความร่วมมือกันระหว่างสหรัฐอเมริกาและฝรั่งเศส

องค์กรในประเทศไทยได้ดำเนินการแก้ไขปัญหานี้คู่ขนานไป 2 ด้าน ได้แก่ การศึกษาวิจัยทางคลินิก เพื่อปรับการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ในขนาดที่เหมาะสมกับคนไทย โดยให้มีความเป็นไปได้ในเชิงเศรษฐกิจและเหมาะสมกับโครงสร้างการบริการของประเทศไทย กับการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสังคมให้ประสานกันเพื่อรองรับภาระบริการที่จะเกิดขึ้นเมื่อเริ่มโครงการดังกล่าว โดยในปีพ.ศ. 2538 คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย³⁵ ได้เริ่มทดลองใช้ยา AZT ในระยะเวลาที่สั้นกว่าปกติ จากนั้นศูนย์ความร่วมมือกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย กับศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อ (CDC) สหรัฐอเมริกา³⁶ ได้ศึกษาการให้ยาต้านไวรัส AZT ระยะสั้นแก่มารดาที่ตั้งครรภ์ในช่วง 1 เดือนก่อนคลอด เปรียบเทียบกับการไม่ให้ยา การศึกษาเสร็จสิ้นในเดือนกุมภาพันธ์ 2541 นอกจากนี้มหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ดร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่และกระทรวงสาธารณสุข ได้ศึกษาการให้ยาต้านไวรัสระยะสั้นกับระยะยาวในแม่ และระยะสั้นกับระยะยาวในลูก เพื่อตอบคำถามว่าการให้ยาในระยะใดเหมาะสมที่สุด³⁷ ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างการดำเนินการ

สำหรับการเตรียมพัฒนากลไกการจัดบริการป้องกันการแพร่เชื้อเอดส์จากแม่สู่เด็กนั้น ได้มีการร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับโครงการ

โรคเอดส์ สภาวิชาชีพไทย³⁸ เพื่อรณรงค์ในโครงการ “ซื้อชีวิตเด็กไทยให้ปลอดภัยจากเอดส์” โดยโครงการจัดยาต้านไวรัส (AZT) สำหรับแม่และทารกนับตั้งแต่แม่ตั้งครรภ์ 28 สัปดาห์ จนกระทั่งเด็กคลอดออกมารับยาต่อไปอีก 6 สัปดาห์ โดยมีเงื่อนไขว่า โรงพยาบาลของรัฐและเอกชนที่เข้าร่วมโครงการจะต้องปรับปรุงบริการให้คำปรึกษาแก่แม่ บริการสูติศาสตร์ และบริการกุมารเวชศาสตร์ จนเข้ามาตรฐานที่ทางโครงการกำหนดเอาไว้ ซึ่งในปลายปี 2540 มีโรงพยาบาลเข้าร่วมโครงการถึง 80 แห่ง และได้สนับสนุนยาให้แก่หญิงตั้งครรภ์ไปแล้ว 2,000 ราย

ในขณะเดียวกันสำนักตรวจราชการกระทรวงสาธารณสุข เขต 10³⁹ ได้จัดโครงการเพื่อปรับโครงสร้างบริการของโรงพยาบาลต่างๆ ใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน เพื่อให้สามารถรองรับการจัดบริการใช้ยาต้านไวรัสลดการติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่ปลอดภัยจากแม่ซึ่งติดเชื้อโรคเอดส์ โดยได้รับการสนับสนุนจากกรมควบคุมโรคติดต่อ และในปีพ.ศ. 2540 กรมอนามัยก็ได้เริ่มพัฒนาโครงการดังกล่าว ในสำนักงานส่งเสริมสุขภาพเขตหลายแห่ง นอกเหนือจากนี้ ในพื้นที่ 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบนได้รณรงค์ให้มีการตรวจเชื้อโรคเอดส์ และรับบริการคำปรึกษาก่อนแต่งงาน⁴⁰ ซึ่งช่วยสร้างกระแสสำนึกในคนหนุ่มสาวที่กำลังจะเริ่มชีวิตครอบครัว ทำให้ลดปัญหาดังกล่าวลงได้มาก ทางจังหวัดจึงได้เพิ่มการประชาสัมพันธ์ให้หนุ่มสาวตระหนักในปัญหาดังกล่าวมากยิ่งขึ้น

สำหรับปัญหาผลกระทบต่อเด็กที่เกิดมาแม่เด็กไม่ติดเชื้อแต่อาจได้รับผลกระทบจากผู้ปกครองที่ติดเชื้อและไม่มีกำลังพอที่จะให้การเลี้ยงดูอุ้มชูจนเติบโตใหญ่และมีการศึกษาที่ดีได้ หรือเด็กอาจจะต้องกลายเป็นกำพร้าเนื่องจากผู้ปกครองเสียชีวิตก่อนวัยอันควร มูลนิธิราชประชาสมาสัย⁴¹ จึงได้เข้ามามีบทบาทขยายโครงสร้างเพื่อประสานภาครัฐ ธุรกิจเอกชน และองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ต่างๆ ในภูมิภาค ให้ร่วมมือกันเพื่อแก้ปัญหาดังกล่าว ตั้งแต่พ.ศ. 2540 ตามพระราชดำริของพระบาทสมเด็จพระ

พระเจ้าอยู่หัวที่ให้อำนาจคณะกรรมการมูลนิธิฯ ความเคลื่อนไหวนี้แสดงให้เห็นว่า การผนึกกำลังเข้าร่วมดำเนินการดังกล่าวเป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ ต่อมาคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ จึงได้มีมติให้ดำเนินการโครงการ “ปกป้องเด็กไทยจากภัยเอดส์เฉลิมพระเกียรติ ” อันเป็นโครงการที่จะน้อมเกล้าฯ ถวายพระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวเนื่องในวโรกาสมีพระชนมายุครบ 72 พรรษา ในปีพ.ศ. 2542⁴² โดยคณะกรรมการฯ จะเป็นกลไกในการประสานให้องค์กรในภาคส่วนต่างๆ มาผนึกพลังในการจัดการกับปัญหาดังกล่าว นับเป็นอีกกิจกรรมหนึ่งสำหรับการใช้โครงสร้างนโยบายระดับชาติมาช่วยสร้างกลไกการประสานงาน

5.5 คลินิกเอริวพันธุ์

ลักษณะการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในปัจจุบันได้ส่งผลกระทบต่อกลุ่มวัยรุ่นซึ่งเป็นวัยที่มีกิจกรรมทางเพศมากกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ ประกอบกับประชาชนกลุ่มนี้ส่วนมากยังไม่มีทักษะชีวิตพอเพียงที่จะจัดการกับปัญหาเกี่ยวกับเพศและความสัมพันธ์ทางเพศได้อย่างเหมาะสม จึงกลายเป็นกลุ่มที่มีจุดอ่อนในการดำเนินวิถีชีวิต โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในวัยแรงงานและจากครอบครัวมาทำงานเลี้ยงชีพอยู่ห่างไกลจากเครือญาติ อยู่ในสิ่งแวดล้อมใหม่ๆ มีเพื่อนฝูงใหม่ๆ และได้รับข่าวสารการบันเทิงในรูปแบบที่แตกต่างจากที่เคยได้รับ การจัดคลินิกที่สามารถเป็นที่ให้คำปรึกษาด้านการเจริญพันธุ์จึงเป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับคนกลุ่มนี้ กรมอนามัย⁴³ จึงเริ่มพัฒนาโครงสร้างเพื่อจัดระบบบริการดังกล่าวขึ้น โดยมีการปรับเปลี่ยนคลินิกวางแผนครอบครัวเพื่อให้สามารถรับภาระดังกล่าวได้ด้วย ในขณะนี้ อยู่ในการวางแผนพัฒนา

5.6 การจัดบริการให้คำปรึกษา และคลินิกนิรนาม สำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อ

เนื่องจากปัญหาเรื่องเอดส์ได้ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงทางจิตใจของ ผู้ที่เกี่ยวข้องมาก ดังนั้นองค์กรทั้งภาครัฐและเอกชนจึงได้ให้ความสนใจกับการพัฒนาบริการให้คำปรึกษาดังแต่ระยะแรกที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ แต่เริ่มให้ความสำคัญกับการฝึกอบรมให้เจ้าหน้าที่ในสถานบริการต่างๆ สามารถให้บริการคำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และกลุ่มเสี่ยงตั้งแต่ปีพ.ศ. 2532⁴⁴ โดยจัดอบรมให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่ทั่วประเทศเพื่อให้มีการจัดฝึกอบรมต่อเนื่องในทุกจังหวัด หลังจากนั้นในปี 2534 ได้สั่งการให้สถานบริการต่างๆ เปิดคลินิกนิรนาม เพื่อให้บริการแก่ประชาชนที่ต้องการเข้ารับบริการขอคำปรึกษาและตรวจเลือดหาเชื้อโรคเอดส์โดยไม่จำเป็นต้องเปิดเผยตนเอง จากการศึกษาประเมินการดำเนินการในด้านนี้ โดย ลิขากันธมาลา⁴⁵ พบว่าการดำเนินการของคลินิกนิรนามในแต่ละจังหวัดยังไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ควร มีผู้มารับบริการน้อย ปัญหาสำคัญอยู่ที่เจ้าหน้าที่ที่เคยได้รับการฝึกอบรม เมื่อกลับไปมักจะไม่ได้เป็นผู้ให้บริการเอง และพบว่าผู้ให้บริการด้านนี้ส่วนใหญ่มีได้มีใจรักที่จะทำงานด้านนี้จริงจัง ทำให้คุณภาพบริการด้อยลง ในขณะเดียวกัน การเปลี่ยนหน้าที่ไปทำหน้าที่อื่นก็เป็นเหตุปัจจัยสำคัญที่ทำให้ขาดแคลนคนที่ จะดำเนินการให้บริการคำปรึกษาต่อไป

องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์หลายหน่วยงานได้เริ่มพัฒนาตนเองเข้ามาดำเนินการด้านนี้ เช่น ACCESS, HOTLINE⁴⁶ ซึ่งถือว่าเป็นกิจกรรมตัวอย่างขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่สนับสนุนการดำเนินการแก่ภาครัฐได้เป็นอย่างดี ประกอบกับในปัจจุบันพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อได้เริ่มก่อตัวมากขึ้น สามารถเข้ามาร่วมดำเนินการกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ทำหน้าที่เป็นอาสาสมัครให้คำปรึกษากับเพื่อนที่ติดเชื้อด้วยกัน ซึ่งมีประสิทธิภาพค่อนข้างสูง ดังนั้นการสนับสนุนการรวมกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เพื่อ

สนับสนุนการให้บริการของโรงพยาบาล จึงน่าจะเป็นทางออกที่ทดแทนจุดอ่อนในการจัดบริการโดยฝ่ายเจ้าหน้าที่ของรัฐ โดยเฉพาะในสถานะที่ขาดแคลนเจ้าหน้าที่เช่นในปัจจุบัน

กรมสุขภาพจิต⁴⁷ ได้พัฒนาเทคโนโลยีในการให้คำปรึกษาใหม่ๆ ขึ้นมาใช้ เช่น การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว ซึ่งดำเนินการอยู่ในโรงพยาบาล บำราศนราดรุร เพื่อให้สมาชิกในครอบครัวได้ปรับจิตใจและการยอมรับจนสามารถให้ความร่วมมือในการดูแลและประคับประคองผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ให้อยู่ในครอบครัวและชุมชนได้ และได้ขยายแนวคิดการจัดบริการดังกล่าวเพื่อให้สมาชิกของชุมชนที่มีศักยภาพเพียงพอ เช่น พระ ผู้นำศาสนา ครู หรือผู้ใหญ่ที่เป็นที่นับถือในชุมชน สามารถดำเนินการในชุมชนของตนได้ ซึ่งแนวการพัฒนาดังกล่าวจะส่งผลให้ชุมชนสามารถยืนอยู่ได้ด้วยตนเองอย่างมั่นคงขึ้น และเป็นหลักประกันว่าชุมชนสามารถจะจัดการกับปัญหาดังกล่าวได้เอง

5.7 การป้องกันการติดเชื้อในระบบบริการสาธารณสุข

การให้ความมั่นใจแก่ประชาชนทั่วไปที่มาใช้บริการสาธารณสุขว่าจะปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคเอดส์เป็นสิ่งที่สำคัญมาก เนื่องจากประชาชนจำนวนมากยังแตกตื่นต่อปัญหาการติดเชื้อจากเครื่องมือแพทย์ ในขณะที่เดียวกันเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ในสถานบริการต่างๆ ก็มีความวิตกกังวลว่าจะติดเชื้อจากผู้มารับบริการ ความไม่ไว้วางใจกันและกันดังกล่าวก่อให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในการจัดบริการสาธารณสุขอยู่เนืองๆ ในการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานเรื่องแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในปีพ.ศ. 2531⁴⁸ โดยกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ได้เสนอแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในโรงพยาบาล แต่ยังไม่เรียกว่า Universal Precautions ต่อมาเมื่อมีการรับผู้ป่วยเข้าไว้ในโรงพยาบาล บำราศนราดรุร จึงได้เริ่มมีการพัฒนาเทคนิคต่างๆ ให้เหมาะสมและมีราคา

ย่อมเยาลง⁴⁹ มีการประยุกต์ประสบการณ์จากโรงพยาบาลบาราคนราดูร์ให้เป็นคู่มือต่างๆ เช่น เทคนิคโน้ตซ์ที่ใช้ในการผ่าตัดผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในปีพ.ศ. 2532 ตลอดจนได้จัดทำคู่มือการเตรียมบุคลากร เทคนิคการส่งเครื่องมือ และวิธีการทำลายเชื้อในการผ่าตัดผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ เผยแพร่ให้แก่หน่วยงานต่างๆ เพื่อนำไปประยุกต์ใช้งาน นอกจากนี้ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อยังได้จัดทำวีดิทัศน์เรื่องการผ่าตัดผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ เผยแพร่เป็นสื่อเสริมในการเรียนรู้ให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาลด้วย

ในปีพ.ศ. 2534 นพ.สมหวัง ด่านชัยวิจิตร⁵⁰ ได้จัดทำคู่มือการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอดส์และตับอักเสบ โดยใช้คำว่า Universal Precautions ต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้เห็นความสำคัญของประเด็นการติดเชื้อโรคเอดส์ในสถานบริการ จึงได้จัดตั้งคณะทำงานวางแผนทางการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์⁵¹ โดยเชิญผู้เชี่ยวชาญจากสถาบันต่างๆ มาร่วมกำหนดแนวทางในการป้องกัน หลังจากนั้นได้มีการปรับปรุงมาเป็นระยะ จนถึงปี 2538 ได้ปรับปรุงเป็นคู่มือ 2 เล่ม คือ คู่มือการปฏิบัติงานการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล กับบุคลากรในสถานอนามัย ตลอดจนมีการทำสื่อต่างๆ เพื่อกระตุ้นให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกิดความตระหนักต่อการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษาอุบัติเหตุจากการปฏิบัติหน้าที่ของเจ้าหน้าที่ในสถานบริการ⁵² พบว่ามีเจ้าหน้าที่ประสบอุบัติเหตุจากการปฏิบัติงานปีละประมาณ 200 ราย และต้องขอรับการสนับสนุนยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากอุบัติเหตุสัมผัสวัสดุคัดหลังจากคนไข้โรคเอดส์ ดังนั้นเพื่อเป็นหลักประกันของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกระเบียบการสงเคราะห์เจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้อโรคเอดส์จากการปฏิบัติงานสาธารณสุข⁵³ ซึ่งได้ประกาศใช้ในปีพ.ศ. 2540

อย่างไรก็ตาม ปัญหาการติดเชื้อโรคไวรัสโรคได้กลับกลายเป็นภาวะคุกคามด้วยเช่นกัน เนื่องจากในสมัยที่โรคเอดส์แพร่ระบาดกว้างขวางขึ้น ผู้ป่วยโรคก็เริ่มทวีจำนวนขึ้น และมีการพบสายพันธุ์ที่ดื้อยามากขึ้น ทำให้พบว่าเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสาธารณสุขเริ่มติดเชื้อโรคจากคนไข้เพิ่มมากขึ้น⁵⁴

5.8 การให้บริการโลหิต

กระทรวงสาธารณสุขร่วมกับศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย ได้กำหนดหลักเกณฑ์การรับบริจาคโลหิตในปีพ.ศ. 2530² ให้หลีกเลี่ยงไม่รับเลือดจากกลุ่มเสี่ยง และให้เฝ้าระวังตรวจเลือดบริจาคก่อนจะให้แก่ผู้ป่วย ต่อมาในปี 2532 ศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย ได้กำหนดแนวทางการจัดบริการเลือด โดยมีเงื่อนไขให้ตรวจหาภูมิคุ้มกัน (Antibody) ในเลือดบริจาคทั้งหมด⁵⁰ หลังจากนั้น ในปี 2534 กระทรวงสาธารณสุข ได้เริ่มจัดงบประมาณให้ศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย และธนาคารเลือดในโรงพยาบาลทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มีการตรวจเลือดทุกหน่วย และต่อมาในปี 2536 ยังได้กำหนดให้มีการตรวจหาองค์ประกอบของตัวไวรัส (Antigen) ด้วย

ดังนั้น เลือดทุกหน่วยที่ได้รับบริจาคในปัจจุบันจึงต้องผ่านการตรวจหาภูมิคุ้มกัน (Antibody) ส่วนการตรวจหาองค์ประกอบของตัวไวรัส (Antigen) ให้พิจารณาดำเนินการตามความเหมาะสมของจำนวนงบประมาณที่ได้รับจัดสรร ความจำเป็นเร่งด่วนในพื้นที่ ตลอดจนหาวิธีการให้ผู้ใช้โลหิตที่ฐานะไม่ยากไร้ช่วยรับภาระของค่าตรวจด้วย และได้กำหนดมาตรการลดอัตราการปนเปื้อนของไวรัสในเลือด โดยการให้ผู้ที่จะมาบริจาคเลือดประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองก่อนตัดสินใจบริจาค โดยการให้กรอกแบบสอบถาม หรือการให้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา ก่อน

5.9 การจัดบริการสุขภาพครบวงจร

ในระยะแรกที่พบผู้ป่วยโรคเอดส์² เจ้าหน้าที่แพทย์และพยาบาลยังไม่มีความรู้ความเข้าใจพอเพียงที่จะจัดการกับปัญหาได้ จึงได้กำหนดให้มีโรงพยาบาลเฉพาะโรค ได้แก่ โรงพยาบาลบำราศนราดูรให้เป็นสถานที่สำหรับบริการผู้ป่วยโรคเอดส์ ประกอบกับในขณะนั้นมีความเข้าใจว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาไม่ได้และจะเสียชีวิตในระยะเวลาอันสั้น จึงเริ่มคิดเรื่องการจัดตั้งสถานดูแลผู้ป่วยเอดส์ระยะสุดท้าย และเริ่มมีการจัดตั้งโครงการชุมชนบำบัดและศูนย์สงเคราะห์ฟื้นฟูสภาพเพื่อเป็นแหล่งพักพิงชั่วคราวให้ผู้ป่วยได้รับการฟื้นฟูทั้งสภาพร่างกายและจิตใจ รวมทั้งได้รับการฝึกอาชีพที่เหมาะสม และได้รับการแนะนำแนวทางการแพทย์และสังคม จนกระทั่งผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อสามารถกลับไปอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข แต่ในช่วงปี 2534 แนวคิดนี้ได้รับการคัดค้านจากองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ส่วนใหญ่ เนื่องจากมองเห็นว่าแบบแผนการจัดบริการดังกล่าวควรดำเนินการโดยภาคเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ ซึ่งจะดำเนินการมีประสิทธิภาพสูงกว่าการจัดการโดยภาครัฐจึงได้มีการดำเนินการเพื่อทดลองรูปแบบเพียงแห่งเดียวที่ศูนย์รัตนารักษ์ จังหวัดลำปาง

สำหรับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น ในปีพ.ศ. 2530 รัฐเริ่มวางแผนที่จะขยายภารกิจให้โรงพยาบาลศูนย์ 17 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 72 แห่งทั่วประเทศ ปรับสมรรถนะจนสามารถดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ได้ ในปี 2535 คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติได้กำหนดให้จัดสรรงบประมาณสำหรับการจัดซื้อยาต้านไวรัส AZT เพื่อใช้สนับสนุนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ โดยตั้งงบประมาณไว้ในกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข ต่อมาพบว่าผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ได้รับการดูแลและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ สามารถมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น แนวคิดเดิมจึงเริ่มเปลี่ยนไปเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบโรคเรื้อรัง ซึ่งจำเป็นต้องสร้างระบบการรักษาที่ครบถ้วนต่อเนื่อง¹ โดยมุ่งหวังให้เกิดระบบบริการที่พึงประสงค์ดังนี้

คือ

- 1) ระบบที่สามารถให้การดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ทั้งความต่อเนื่องของผู้ให้การดูแลและระบบข้อมูลสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อใช้ในการประสานกับองค์กรอื่นๆ รวมทั้งผู้ป่วยและญาติ ที่จะต้องมีบทบาทร่วมกันในการดูแลรักษา
- 2) ระบบที่สามารถขยายการให้บริการผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ไปถึงที่บ้านหรือชุมชน หรือประสานกับสถานบริการในลักษณะอื่น เช่น บ้านกึ่งวิถี สถานที่พักระยะสุดท้าย หรือศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ
- 3) ระบบที่ให้การดูแลได้ทั้งสุขภาพกาย สุขภาพจิต และปัญหาสังคม ซึ่งจะต้องประสานบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพให้ร่วมมือกัน

การดำเนินการดังกล่าวมีองค์กรเอกชนสาธาณประโยชน์จำนวนมากเข้าร่วมด้วย โดยมีการจัดงบประมาณสนับสนุนให้หน่วยงานของรัฐดำเนินการด้านนี้ ในขณะที่เดียวกันก็ได้สนับสนุนงบประมาณให้องค์กรเอกชน สาธาณประโยชน์และองค์กรชุมชน ร่วมประสานกับหน่วยงานของรัฐ เพื่อจัดระบบการดูแลในระดับชุมชนที่สามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่อง และสอดคล้องกับการให้บริการในโรงพยาบาลได้ด้วย

สรุป

ระบบและมาตรการทางสาธาณสุขนับเป็นกลไกส่วนแรกของสังคมที่มีการปรับตัวเพื่อรองรับกับปัญหาการแพร่ของโรคเอดส์ แต่เนื่องจากเทคโนโลยีทางชีวภาพที่นำมาใช้กับโรคมีวิวัฒนาการอย่างรวดเร็วมาก ทำให้มีการกระบวนทัศน์ในการมองโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรัง ซึ่งเป็นโอกาสอันดีของการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธาณสุขในทุกๆ ด้าน รวมทั้งมาตรการทางสาธาณสุข นับตั้งแต่มาตรการการป้องกันโรคเอดส์ เช่น **การให้สุศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเอดส์** ที่เริ่มจากการให้สุศึกษาในขอบข่ายที่จำกัด พัฒนาการเป็นการใช้สื่อมวลชน จนถึงปัจจุบันที่ใช้สื่อบุคคลโดย

อาศัยกระบวนการทางจิตวิทยาสังคม เน้นให้กลุ่มเป้าหมายตระหนักในคุณค่าของตนเอง (Empowerment)

การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในคลินิกการโรค เริ่มด้วยการจัดบริการในลักษณะตั้งรับ แล้วปรับเปลี่ยนกลยุทธ์ในการดำเนินงานเป็นการบริการในเชิงรุก มีการรณรงค์ให้มีการใช้ถุงยางอนามัยในสถานบริการทางเพศ โดยนำแนวคิดในโครงการถุงยางอนามัย 100% มาใช้ และดำเนินการผ่านการประสานงานของบุคลากรในบริการในคลินิกการโรค โดยให้คลินิกการโรคเป็นผู้สนับสนุนถุงยางอนามัยแก่สถานบริการทางเพศต่างๆ โดยไม่คิดมูลค่า

การป้องกันโรคเอดส์ในคลินิกผู้ติดยาเสพติด มาตรการเริ่มแรกทีกระทรวงสาธารณสุขนำมาใช้เพื่อลดการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มนี้(พ.ศ. 2531) คือการให้ Methadone และ Naltraxone รับประทานในระยะยาว แต่จุดอ่อนอยู่ที่วิธีการดังกล่าวไม่สามารถแก้ไขข้อบกพร่องทางสังคมจิตวิทยาทางครอบครัว และสังคมของผู้ติดยาเสพติดได้ ต่อมาจึงได้ใช้แนวคิดชุมชนบำบัด เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะในคนกลุ่มนี้ให้สามารถกลับเข้าสู่สังคมได้ อย่างไรก็ตามยังไม่สามารถดำเนินการได้อย่างกว้างขวาง นอกจากนี้ยังมีการผลักดันให้เกิดพระราชบัญญัติยาเสพติด เพื่อฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติดโดยที่ผู้เสพติดไม่ต้องถูกจำคุก ซึ่งรวมถึงแรงผลักดันจากภาคเอกชนและองค์กรต่างประเทศที่จะให้ประเทศไทยยอมรับกลวิธีในการสนับสนุนหลอดและเข็มฉีดยาที่สะอาดให้แก่ผู้ติดยาเสพติด แต่ยังไม่ได้รับการยอมรับเท่าที่ควร

การป้องกันการติดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก ในปีพ.ศ. 2538 ได้เริ่มมีการทดลองใช้ยา AZT เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคเอดส์จากแม่สู่ทารกในครรภ์ มีการเตรียมความพร้อมระบบบริการและปรับโครงสร้างบริการของโรงพยาบาลต่างๆ ให้สามารถรองรับการจัดบริการให้ยาต้านไวรัส ลดการติดเชื้อในทารกแรกเกิดที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ เช่น โรงพยาบาล

ต่างๆ ใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ในปี 2540 กรมอนามัยได้เริ่ม พัฒนาโครงการดังกล่าวในสำนักส่งเสริมสุขภาพเขตหลายแห่งทั่วประเทศ มีการสร้างกระแสสำนึกในคนหนุ่มสาวที่กำลังจะเริ่มชีวิตครอบครัว โดยให้บริการคำปรึกษา ก่อนแต่งงาน นอกจากนี้ยังมีการใช้โครงสร้างนโยบายระดับชาติช่วยสร้างกลไกการประสานงาน ได้แก่ โครงการ “ปกป้องเด็กไทย จากภัยเอดส์เฉลิมพระเกียรติ” เป็นโครงการร่วมระหว่างภาครัฐ ธุรกิจ เอกชน และภาคเอกชนสาธารณประโยชน์ ผนึกกำลังกันเพื่อลดผลกระทบต่อเด็กที่เกิดจากผู้ปกครองติดเชื้อเอดส์ หรือเด็กกำพร้าเนื่องจากผู้ปกครอง เสียชีวิตก่อนวัยอันควร

คลินิกเจริญพันธุ์ กรมอนามัยได้เริ่มจัดคลินิกที่สามารถให้คำปรึกษา ในด้านการอนามัยเจริญพันธุ์ แก่กลุ่มวัยรุ่นที่อยู่ในวัยแรงงาน

การจัดบริการให้คำปรึกษาและคลินิกนิรนามเพื่อกลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ เริ่มด้วยหน่วยงานของรัฐให้ความรู้ด้านการให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่ทั่วประเทศ เพื่อสามารถให้บริการคำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และกลุ่มเสี่ยง ต่อมาในปี 2534 มีการสั่งการให้สถานบริการต่างๆ เปิดคลินิกนิรนามเพื่อ บริการแก่ประชาชนที่ต้องการขอรับคำปรึกษาและตรวจหาเชื้อโรคเอดส์ ในขณะที่มีองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์หลายหน่วยงานพัฒนาตนเองจน สามารถให้บริการคำปรึกษาได้เป็นอย่างดี และเป็นการสนับสนุนการดำเนินงานของภาครัฐในสถานะที่ขาดแคลนเจ้าหน้าที่ในปัจจุบันด้วย นอกจากนี้ กรมสุขภาพจิตได้พัฒนาเทคโนโลยีในการให้คำปรึกษา เช่น การให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว เพื่อให้สมาชิกครอบครัวได้ปรับจิตใจและการยอมรับ จนสามารถให้ความร่วมมือในการดูแลและประคับประคองผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ให้อยู่ในครอบครัวและชุมชนได้

การป้องกันการติดเชื้อในบริการสาธารณสุข กรมควบคุมโรคติดต่อ เริ่มเสนอแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในโรงพยาบาล ได้มีการประยุกต์ ประสพการณ์จากโรงพยาบาลบาราตราบาดูร พัฒนาเป็นคู่มือการป้องกันการ

แพร่กระจายของเชื้อเอชไอวี และตับอักเสบบี และเริ่มใช้คำว่า “Universal Precautions” ต่อมากระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญในเรื่องนี้ จึงได้จัดตั้งคณะทำงานเพื่อวางแผนทางการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์ และดำเนินการจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับบุคลากรในโรงพยาบาล ตลอดจนกำหนดให้มีระเบียบการส่งเคราะห์เจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้อมีโรคเอดส์จากการปฏิบัติงาน ซึ่งได้ประกาศใช้ในปีพ.ศ. 2540

การให้บริการโลหิต เริ่มด้วยกระทรวงสาธารณสุขและสภาวิชาชีพไทยกำหนดหลักเกณฑ์ให้หลีกเลี่ยงการรับบริจาคเลือดจากกลุ่มเสี่ยง ต่อมาศูนย์บริการโลหิต สภาวิชาชีพไทยได้กำหนดแนวทางการจัดบริการโลหิต โดยตรวจหาภูมิคุ้มกันในเลือดบริจาคทุกหน่วย จนกระทั่งถึงปัจจุบันเลือดทุกหน่วยต้องได้รับการตรวจหาภูมิคุ้มกันและหาองค์ประกอบของตัวไวรัส (Antigen) และประเมินพฤติกรรมเสี่ยงของตัวผู้บริจาคโลหิตโดยการตอบแบบสอบถามและการให้คำปรึกษาแก่ผู้บริจาคโลหิต

การจัดบริการสุขภาพอย่างครบวงจร เริ่มด้วยการวางแผนขยายภารกิจโรงพยาบาลศูนย์ 17 แห่ง และโรงพยาบาลทั่วไป 72 แห่งทั่วประเทศ ให้ปรับสมรรถนะจนสามารถดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ ในปีพ.ศ. 2535 มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับจัดซื้อยาต้านไวรัส AZT เพื่อสนับสนุนการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ โดยตั้งบัวที่กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข ต่อมาเปลี่ยนแนวคิดเป็นการดูแลผู้ป่วยแบบโรคเรื้อรัง อันจำเป็นต้องอาศัยการสร้างระบบการดูแลรักษาที่ครบถ้วนและต่อเนื่อง โดยมีลักษณะสำคัญคือ เป็นระบบที่มีการดูแลได้ทั้งสุขภาพกาย จิตใจ และสังคมเศรษฐกิจอย่างต่อเนื่อง ซึ่งต้องประสานกับบุคลากรหลายสาขาวิชาชีพ

เอกสารอ้างอิง

1. นพ.สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์; นพ.ศุภสิทธิ์ พรรณารุโณทัย, และนพ.ชัยยศ คุณานุสนธิ์. “ระบบบริการสาธารณสุขกับการควบคุมป้องกันโรคเอดส์.” *สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 6, 26-28 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมโซฟิเทล ราชาออคิต จ.ขอนแก่น. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2539. หน้า 150-171.*
2. นพ.ธีระ รามสูต. “5 ปีแรกของการแพร่ระบาดและการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย.” *วารสารโรคเอดส์ ฉบับที่ 1 (2533): 4-32.*
3. Warden, J. “AIDS in Thailand.” *British Medical Journal* 300 (1990): 415-416.
4. Clements, A. “Thailand stifles AIDS campaign.” *British Medical Journal*. 304 (1992): 1264.
5. ศ.นพ.ประเวศ วะสี. “เอดส์กับการพัฒนามนุษยชาติ” 23 *ประสบการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคเหนือ. บรรณาธิการ เสรีพงศ์พิศ. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2539. หน้า 1-14.*
6. Viravaidya, M.; Obremsky, S., and Myers, C. “The Economic Impact of AIDS on Thailand.” *Economic Implications of AIDS in Asia*. Ed. David E. Bloom and Joyce V. Lyons. United Nation Development Programme, Regional Programme Division, Regional Bureau for Asia and the Pacific, New Delhi, India, 1993. pp. 7-34.
7. เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม; สมใจ ประมาณพล; และสุพัตรา อติโพธิ์. *นโยบายเอดส์: กรณีศึกษาในประเทศไทย พ.ศ. 2527-2537. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.*

8. กองสุศึกษา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข. *การเสวนาสื่อเอดส์. 20-21 พฤษภาคม พ.ศ. 2534 ณ โรงแรมรอยัลริเวอร์ กรุงเทพมหานคร. โดยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก, 2535.*
9. วรชัย ทองไทย, และอรพินทร์ พิทักษ์มหาเกตุ. *ความรู้ การรับข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์: โครงการสำรวจประสิทธิผลของการสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ ต่อพฤติกรรมและค่านิยม พ.ศ. 2536. เอกสารทางวิชาการหมายเลข 177. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2537.*
10. วาทีนี บุญชะลίκη, สมศักดิ์ นัคลาจารย์, และอารี อุเด็น. *สื่อเอดส์: การศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อพัฒนาสื่อในอนาคต. เอกสารทางวิชาการหมายเลข 183. สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.*
11. Lyttleton, C. "Messages of Distinction: the HIV/AIDS Media Campaign in Thailand." *Medical Anthropology*. 16 (1996): 363-389.
12. เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สมอาจ วงษ์ขมทอง, และอริศรา ชูชาติ. *โครงการบันทึกอาสาสมัครป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ รูปแบบความพยายามเพื่อนช่วยเพื่อน. พิมพ์ครั้งที่ 2. สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล: โรงพิมพ์สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน, 2539.*
13. Koetsawang, S., and Ford, N. *An Investigation into the Psycho-Social Factors Influencing Condom Use Among Female Sex Workers in Thailand.* Report to EEC Project ATF 002/90, 1993.
14. Puttanakorn, P., and Rojanapithayakorn, W. "Current Approaches for the Prevention and Control of Sexually

- Transmitted Diseases in Thailand." *Journal of Health Science Ministry of Public Health* 1997: 180-183
15. Chitwarakorn, A., et al. "Sexually Transmitted Disease in Thailand." *Sexually Transmitted in Asia and the Pacific*. Ed. Brown, T., et al. Melbourne: Venereology Publishing, 1997.
 16. Visrutaratna, S., et al. " 'Superstar' and 'model brothel' evaluating a condom promotion program for sex establishments in Chiang Mai, Thailand." *AIDS*. 9 (suppl 1) (1995): S69 - S75.
 17. Swaddiwudhipong, W., et al. "Effect of Health Education and Condom Promotion on Behavioural Change among Low Socioeconomic Prostitutes in Mae Sot, Tak, Thailand." *SE Asia Jnl Trop Med Pub Hlth* 21 (1990): 453-457.
 18. Hanenberg, R., et al. "Impact of Thailand's HIV - control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases." *Lancet* 344 (1994): 246-249.
 19. Benjarattanaporn, P., et al. "Men with sexually transmitted diseases in Bangkok: where do they go for treatment and why?" *AIDS* 11 (suppl 1) (1997): s87-s95.
 20. ดร.นิพนธ์ พัวพงศกร และคณะ. *การประมาณการจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย*. ฝ่ายแผนงานเศรษฐกิจรายสาขา, สถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย, 2537.
 21. สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด. *สภาพปัญหาเอดส์ในประเทศไทยจากแบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานยาเสพติดระดับหมู่บ้าน/ชุมชน ปี 2539*. เอกสารเผยแพร่ 2-06-2540. กระทรวงมหาดไทย ร่วมกับ สำนักงาน ปปส., 2540.

22. Mastro, T., et al. "Estimating the Number of HIV - Infected Injection Drug Users in Bangkok: A Capture - Recapture Method." *American Journal of Public Health* Vol 84, No. 7 July (1994): 1094-1099.
23. Kitayaporn, D., et al. "HIV-1 incidence determined retrospectively among drug users in Bangkok, Thailand." *AIDS* Vol 8, No. 10 (1994): 1443 -1450.
24. Poshyachinda, V; Perngparn, U., and Danthamrongkul, V. *The Human Immunodeficiency Virus Epidemic Among Substance Abuse Population in Thailand: A Hard Lesson From Inadequate Intervention and Future Threat*. Report Paper by Drug Dependence Research Center, Institute of Health Research, Chulalongkorn University, 1998.
25. Vanichseni, S., et al. "A controlled trial of methadone maintenance in a population of intravenous drug users in Bangkok: Implication for prevention of HIV." *Int J Addictions* 26 (12) (1991): 1313-1320.
26. Uneklabh, T., and Veerachai, V. *Efficacy of methadone maintenance treatment for heroin users in Thanyarak Hospital : 1990-1996*. Thanyarak Hospital, Department of Medical Services, Ministry of Public Health, 1997.
27. ชำรง ทศนาญชลี "แนวทางการบำบัดรักษาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดและสารเสพติด." *รวมบทบรรยายการสัมมนาเรื่องโรคเอดส์แห่งชาติครั้งที่ 1, 20-22 มีนาคม 2534*. กรุงเทพมหานคร, หน้า 363-368.
28. "พระราชบัญญัติฟื้นฟูสภาพผู้ติดยาเสพติด พ.ศ. 2534." พระ

- ราชกิจจานุเบกษา 25 พฤศจิกายน 2534. เล่มที่ 108 ตอนที่ 205.
29. คำนวน อึ้งชูศักดิ์ และคณะ “ผลสำรวจหาอัตราความชุกของการติดเชื้อเอช ไอ วี ในประเทศไทย รอบที่ 13 (มิถุนายน 2538).” *วารสารโรคเอดส์* 7 (4) (2538): 177-189.
30. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ. รายงานการศึกษาอัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข, 2539. เอกสารอัดสำเนา.
31. Roongpisuthipong, A., et al. “Husband HIV Discordance Among HIV-Infectious Pregnant Women, Bangkok, Thailand.” *Abstract 103C*. Presented in the Tenth International Conference on AIDS, Yokohama, Japan. 7-12 August 1994.
32. การศึกษา Discordant ในโรงพยาบาลนครราชสีมา.
33. สมบัติ แทนประเสริฐสุข; ปาริชาติ จันทรจรัส และพัศกรวิมล ประเสริฐ “ปัญหาเด็กถูกทอดทิ้ง กรณีมารดาติดเชื้อเอดส์ การสำรวจในโรงพยาบาลของรัฐขนาดใหญ่ ปี 2535-2537.” *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 3 (2540): 493-501.
34. Edward M. Connor., and Lynne M. Mofenson. “Zidovudine for the reduction of perinatal human immuno-deficiency virus transmission: Pediatric AIDS Clinical trials Group Protocol 076-results and recommendations.” *โครงการศึกษาการใช้ยา Zidovudine (AZT) ในหญิงตั้งครรภ์เพื่อลดการติดเชื้อเอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก*. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2540: หน้า 22-36.
35. Limongsanurak, S., et al. *Short Courses Zidovudine Treatment to Reduce HIV-1 Vertical Transmission*. Fifteenth Annual Meeting of the International Clinical Epidemiology Network. February 16-21, 1998.

36. Center for Disease Control and Prevention. "Administration of Zidovudine During Late Pregnancy and Delivery to Prevent Perinatal HIV Transmission-Thailand, 1996-1998." *MMWR* 47 (8) (1998).
37. Marc Lallermant. "A Short Zidovudine (ZDV) Course to Prevent Perinatal HIV in Thailand." *NT-PHPT News* 1 (1) 1997.
38. สภาอากาศไทย ในพระอุปถัมภ์พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสม-วลีพระวรราชทินนิตตามาตุ. *โครงการช่วยลดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก*. กันยายน 2540.
39. วัลลภ ไไทยเหนือ, และเพชรศรี ศิรินิรันดร์. *โครงการศึกษาการใช้ยา Zidovudine เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก เขต 10*. 2540 เอกสารอัดสำเนา.
40. Tanasugarn, C., and Sonthirat, A. "Factors Affecting AIDS Preventive Behavior Among Married Women Who Live in the High Prevalence Areas of AIDS Infection." *Abstract A (0) 082*. Presented in 4th International Conference on AIDS in Asia and the Pacific, Manila, 25-29 October 1997.
41. พระบาทสมเด็จพระเจ้าอยู่หัวภูมิพลอดุลยเดช. *พระราชดำรัสพระราชทานแก่คณะกรรมการมูลนิธิราชประชานุเคราะห์ ในพระบรมราชูปถัมภ์ ณ ศาลาดุสิดาลัย วังจิตรลดา พระราชวังดุสิต วันจันทร์ที่ 2 มิถุนายน 2540*. กรุงเทพฯ: บริษัทอมรินทร์ พริ้นติ้ง แอนด์ พับลิชชิ่ง จำกัด (มหาชน), 2540.
42. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ. *การประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 2/2540*. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2540.

43. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. โครงการผสมผสานบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ (โครงการนร่อง). 2541. เอกสารอัดสำเนา.
44. กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการให้คำปรึกษาแนะแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2532.
45. ลิซ่า กันธมาลา, กุลธิดา ไชยวรรณ, และจิราภรณ์ ยาชมภู. การศึกษารูปแบบการดำเนินงานของบริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอดส์แบบนิรนาม (คลินิกนิรนาม). เจ เอส การพิมพ์, 2541.
46. ภาวดี คุชิตา, และเทียมใจ ทองเมือง. รายงานการประเมินผลการดำเนินงานขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ด้านเอดส์ที่รับทุนจากกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ปีงบประมาณ 2539. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์, 2540.
47. สถาบันสุขภาพจิต โรงพยาบาลบาราศณราดรุ. โครงการการให้บริการปรึกษาในครอบครัวผู้ติดเชื้อ HIV. เอกสารอัดสำเนา.
48. กรมควบคุมโรคติดต่อ. คู่มือการปฏิบัติงานเรื่องแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ พ.ศ. 2531. โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด.(ไม่ปรากฏปีที่พิมพ์).
49. นพ.ชนะ ตันจันทรพงศ์ และเยาวรัตน์ อินทอง. เทคนิคในการผ่าตัดผู้ติดเชื้อผู้ป่วยโรคเอดส์. (ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์) 2532.
50. สมหวัง ด้านชัยวิจิตร. การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal Precautions). กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์แฟร์ปรินทร์, 2534.
51. คำสั่งคณะอนุกรรมการประสานงานด้านการป้องกันและบำบัดรักษาโรคเอดส์ ที่ 1/2534. เรื่อง “แต่งตั้งคณะทำงานวางแผนแนวทางการป้องกันการติดเชื้อจากการให้บริการทางการแพทย์.” สั่ง ณ วันที่ 19 พฤศจิกายน พ.ศ. 2534.

52. Satasit, P.; Sirisreetreeruse, R., and Kunanusont, C. "Post Exposure Zidovudine (ZDV) Prophylaxis Among Health Care workers in Thailand, 1992-1995." *Abstract Tu.B. 2258*. Presented in the XI International Conference on AIDS, Vancouver, 7-12 July 1996.
53. กระทรวงการคลัง. *ระเบียบกระทรวงการคลังว่าด้วยการสงเคราะห์ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์อันเนื่องจากการปฏิบัติหน้าที่ พ.ศ. 2540*. 2540, เอกสารอัดสำเนา.
54. Uthaiworawit, W., et al. "Occupational Risk of Mycobacterium tuberculosis Infection Among Health Care Workers (HCWs) at Chiang Rai Hospital., Thailand." *Abstract B(P)056*. Presented in 4th International Congress on AIDS in Asia and the Pacific, Manila, 25-29 October 1997.

[บทที่ 6]

เอดส์กับมาตรการทางสังคม

การจัดบริการด้านสวัสดิการสังคมแก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว โดยให้ครอบคลุมด้วยระบบสวัสดิการสังคมนั้น ในประเทศไทย มีหลัก 2 ประการ¹ คือ การจัดสวัสดิการสำหรับกลุ่มที่ประสบปัญหาหรือด้อยโอกาสทางสังคม อันได้แก่ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และครอบครัวที่ขาดรายได้ หรือตกงาน ตลอดจนเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ เช่น เด็กกำพร้า รวมทั้งการจัดบริการสังคมให้แก่กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ ได้แก่ เด็กข้างถนน กลุ่มสตรีที่ทำผิดตามพระราชบัญญัติปราบการค้าประเวณี และอีกประการหนึ่งก็คือ การจัดสวัสดิการสังคมที่เป็นบริการพื้นฐานทางสังคม เช่น การประกันสังคม บริการด้านการศึกษา บริการจัดหางาน การคุ้มครองสิทธิ ซึ่งดำเนินการภายใต้แนวคิดการตอบสนองต่อความต้องการขั้นพื้นฐาน แก่สมาชิกของสังคม

ภาระในการจัดบริการทางสังคมดังกล่าว จำต้องแบ่งสรรให้มีผู้ร่วมรับผิดชอบซึ่งแบ่งได้เป็น 5 กลุ่ม¹ คือ

- 1) **ครอบครัว** เป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลช่วยเหลือผู้ที่ประสบวิกฤตในชีวิต

- 2) **ชุมชน** จัดว่าเป็นเครือข่ายทางสังคมที่สำคัญ ที่ควรเข้ามาช่วยเหลือบุคคล และครอบครัวได้อย่างใกล้ชิด
- 3) **นายจ้าง** เนื่องจากในภาวะสังคมไทยปัจจุบันแปรเปลี่ยนจากสังคมเกษตรไปสู่สังคมบริการและอุตสาหกรรม ทำให้กลุ่มเสี่ยงส่วนใหญ่เป็นลูกจ้าง การส่งเสริมให้บริษัทห้างร้านต่างๆ มีแนวคิดพัฒนาคุณภาพชีวิตจึงเป็นสิ่งสำคัญ
- 4) **องค์กรเอกชน** ซึ่งในปัจจุบันเข้ามามีบทบาทในการจัดสวัสดิการสังคมแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์มากขึ้น
- 5) **รัฐบาล** ซึ่งจะต้องรับผิดชอบในการจัดสวัสดิการสังคมสำหรับผู้ประสบปัญหา และจัดสวัสดิการพื้นฐานของสังคม

ในบทนี้จะกล่าวถึงการจัดบริการที่เป็นมาตรการทางสังคมซึ่งมีการวิวัฒนาการขึ้นอย่างรวดเร็ว อันเป็นผลจากวิกฤตการณ์ของโรคเอดส์ต่อสังคมไทยไว้ดังนี้

1. การจัดสวัสดิการสำหรับผู้ประสบปัญหา
2. เอดส์กับวิวัฒนาการทางการศึกษา
3. การพัฒนางานเอดส์ในสถานที่ทำงาน

ทั้งนี้ เพื่อใช้กรอบแนวคิดการจัดสวัสดิการสังคมในประเทศไทยซึ่งยึดหลักการแบ่งสรรความรับผิดชอบดังกล่าว เป็นแนวทางศึกษาการพัฒนาทางด้านส่งเสริมสุขภาพ

6.1 การจัดสวัสดิการสำหรับผู้ประสบปัญหา

ปัญหาทางสังคมของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ปรากฏให้เห็นขึ้นเป็นครั้งแรกในกรณีของนายฉอ้อน เสือลุ่ม ซึ่งติดเชื้อโรคเอดส์จากเลือดที่ได้รับจากการผ่าตัดในโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในปีพ.ศ. 2530 ภาพของผู้ที่ถูกผลักดันขับไล่ออกจากครอบครัวและชุมชน ไม่สามารถหางานทำได้ สะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนนับจากกรณีนี้เป็นต้นมา จนถึงปีพ.ศ. 2534 มีหน่วยงาน

เอกชนหลายหน่วยเริ่มเข้ามารองรับปัญหาของผู้ติดเชื้อเอดส์เหล่านี้ เช่น คุณหญิงกนิษฐา วิเชียรเจริญ² นายกสมาคมส่งเสริมสถานภาพสตรี ได้จัดบริการ “บ้านพักฉุกเฉิน” ซึ่งเดิมจัดไว้ให้ความช่วยเหลือแก่หญิงตั้งครรภ์ ที่ถูกสามีทอดทิ้งหรือทุพพิกาทรุน หรือหญิงที่ถูกกล่ลวงมาขายบริการ เป็นต้น ต่อมาเริ่มมีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์มารับบริการในบ้านพักฉุกเฉินตั้งแต่ปี 2533 ในปีพ.ศ. 2535 บ้านพักฉุกเฉินจึงได้ขยายการให้บริการสู่กลุ่มหญิงหลังคลอดซึ่งขาดที่พักอาศัยด้วย โดยจัดบริการต่างๆ เช่น จัดที่พักชั่วคราวพร้อมอาหาร การรักษาพยาบาล การให้คำปรึกษา เป็นสื่อกลางติดต่อประสานขอรับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ สำหรับผู้รับบริการ

นางสาวอรอนงค์ อินทวจิตร² ผู้อำนวยการศูนย์ฮอทไลน์ ซึ่งในระยะแรกได้จัดบริการให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต ทั้งทางโทรศัพท์และนัดมาพบที่หน่วยงาน ตลอดจนฝึกอบรมบุคลากรเพื่อเตรียมเปิด Half-Way Home สำหรับเด็กวัยรุ่นที่มีปัญหา ในปีพ.ศ. 2529 เริ่มมีผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์เข้ามาใช้บริการเพิ่มมากขึ้น จึงระบับโครงการ Half Way Home ไปก่อน และสอดแทรกงานด้านเอดส์เข้ากับงานหลักของมูลนิธิ ลักษณะงานมี 2 ส่วน คือ

- 1) งานให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิต มีศูนย์ฮอทไลน์ที่กรุงเทพฯ เชียงใหม่ หาดใหญ่ และขอนแก่น
- 2) สถาบันจิตวิทยาฮอทไลน์ ผลิตบุคลากรผู้ให้คำปรึกษาสำหรับรองรับงานบริการของศูนย์ฮอทไลน์

สำหรับงานบริการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ มีโครงการองค์การผู้ติดเชื้อเอดส์แห่งประเทศไทย เริ่มด้วยการสร้างสัมพันธ์กับผู้เข้ารับบริการให้ความเข้าใจ จนถึงขั้นที่ผู้ติดเชื้อเอดส์ยอมรับการเยี่ยมบ้านได้ ซึ่งเป็นสิ่งสำคัญมากเพราะจะช่วยให้สามารถแสวงหาความร่วมมือจากบุคคลในครอบครัวเดียวกันได้ เนื่องจากเป้าหมายของงาน คือการให้บริการ

สาธารณสุขมูลฐานแก่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

นางประทีป อึ้งทรงธรรม ฮาตะ ดำเนินการมูลนิธิดวงประทีป² โดยจัดบริการด้านการเรียนการสอน การพัฒนาชุมชนแออัด และดำเนินงานตามโครงการส่งเสริมเขตปลอดยาเสพติด ต่อมาในปีพ.ศ. 2534 พบผู้ติดเชื้อเอดส์เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในระยะเวลาเพียง 5 เดือน มูลนิธิดวงประทีปจึงปรับกิจกรรมให้เกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์มากยิ่งขึ้น โดยมุ่งที่จะทำให้ผู้ติดยาเสพติดและผู้ติดเชื้อได้รับการยอมรับจากชุมชนที่เขาอาศัยอยู่ งานบริการที่มูลนิธิดวงประทีปให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ ได้แก่ การทำความเข้าใจกับผู้ติดยาเสพติดที่ติดเชื้อเอดส์ จัดส่งผู้ป่วยเอดส์พบแพทย์ รับบริการให้คำปรึกษาจากคลินิกนิรนาม

สภาวิชาชีพ² มุ่งให้ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ตั้งแต่ปีพ.ศ. 2532 โดยจัดทำสื่อที่เน้นถึงความรัก ความเข้าใจ ต่อมาได้จัดตั้ง “คลินิกนิรนาม” ให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อ และขยายบริการโดยสนับสนุนให้กลุ่มผู้ติดเชื้อรวมตัวกันเป็น “ชมรมเพื่อนวันพุธ” เพื่อให้บริการช่วยเหลือทั้งทางสังคม และจิตใจแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ด้วยกัน

สำหรับภาครัฐ แม้ว่ากิจกรรมบริการทางสังคมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ถือเป็นภารกิจของกรมประชาสัมพันธ์อยู่แล้ว แต่ในระยะแรกที่ยังไม่มีนโยบายและแผนงบประมาณรองรับสำหรับเรื่องเอดส์โดยเฉพาะ จึงแทรกการจัดบริการเข้ากับแผนงานที่มีอยู่แล้ว ได้แก่ การจัดตั้งสถานสงเคราะห์ 2 แห่งสำหรับหญิงบริการทางเพศ เพื่อให้บริการฝึกอาชีพให้การรักษาโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และรับเด็กที่ติดเชื้อเอดส์เข้าอยู่ในสถานสงเคราะห์เด็ก ต่อมาในปีพ.ศ. 2538 จึงเริ่มจัดตั้งงบประมาณให้ทุนส่งเสริมอาชีพ ต่อมากระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมก็เริ่มเข้ามาดำเนินการด้านนี้มากขึ้น โดยมีงบประมาณสำหรับฝึกอาชีพและการลงทุนเพื่อเริ่มอาชีพใหม่

เนื่องจากการจัดบริการทางสังคมจำเป็นต้องอาศัยเครือข่ายร่วมกัน ระหว่างหน่วยงานบริการสาธารณสุขและหน่วยงานที่ให้บริการทางสังคม กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข³ จึงได้ร่วมมือกับสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และประชาสงเคราะห์จังหวัด ดำเนินการพัฒนาระบบบริการสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัว โดยจัดทำเป็นโครงการศึกษาวิจัยเชิงปฏิบัติการเพื่อเป็นโครงการนำร่อง ทำการศึกษาในพื้นที่ 12 จังหวัด เมื่อพ.ศ. 2535 ในระยะแรกเป็นการจัดทำแนวทางการปฏิบัติงานด้านการจัดบริการทางสังคม เพื่อใช้เป็นแนวทางจัดบริการ แนวทางการประสานงาน และหลักเกณฑ์ในการใช้จ่ายเงินสงเคราะห์ ต่อมาจึงดำเนินการอบรมนักสังคมสงเคราะห์ให้มีความรู้ความเข้าใจในปัญหาสังคมและสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ ผู้เข้ารับการฝึกอบรมประกอบด้วย นักสังคมสงเคราะห์หรือผู้ปฏิบัติงานด้านสังคมสงเคราะห์ จากหน่วยงาน 3 แห่ง คือ สำนักงานควบคุมโรคติดต่อ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป และเจ้าหน้าที่ประชาสงเคราะห์จังหวัด การดำเนินงานระยะนี้ได้รับเงินอุดหนุนจากองค์การอนามัยโลก ซึ่งนำมาใช้ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัว นอกจากนี้ผู้ให้บริการยังสามารถแสวงหาทรัพยากรเพื่อให้บริการได้จากหน่วยงานต่างๆ เช่น งบประมาณจากกรมประชาสงเคราะห์ มูลนิธิ และองค์กรธุรกิจเอกชนภายในจังหวัด เป็นต้น และในปีพ.ศ. 2537 ได้ขยายโครงการดังกล่าวออกไปทั่วทุกจังหวัด⁴

จะเห็นได้ว่างานด้านการจัดบริการทางสังคมดังกล่าว จำต้องได้รับความร่วมมือดำเนินการร่วมกันระหว่างองค์กรหลายภาคส่วน การจัดเครือข่ายที่ได้รับการพัฒนาขึ้นอย่างเหมาะสม จะช่วยให้สามารถระดมความร่วมมือของภาครัฐ เอกชน เอกชนสาธารณประโยชน์ และชุมชน ให้เข้ามามีส่วนร่วมดำเนินการได้อย่างเข้มแข็ง

6.2 เอดส์กับวิวัฒนาการทางการศึกษา

สภาพการณ์ทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์ที่เป็นไปอย่างรวดเร็วทำให้เกิดผลกระทบในด้านต่างๆ โดยเฉพาะด้านการศึกษา ซึ่งก่อให้เกิดกระบวนการเรียนการสอนเกี่ยวกับโรคเอดส์ขึ้นตั้งแต่ปลายปี 2530 กระทรวงศึกษาธิการได้ขอความร่วมมือไปยังกรมต่างๆ ที่รับผิดชอบสถานศึกษาในสังกัด ให้กำหนดการสอนเกี่ยวกับโรคเอดส์ในหลักสูตรมัธยมศึกษาตอนต้น⁵ ด้วยการสอดแทรกเนื้อหาเข้าในกระบวนการเรียนการสอนตามรายวิชาต่างๆ ที่มีเนื้อหาเกี่ยวข้องได้แก่

- 1) สุขศึกษา สอดแทรกในหัวข้อ โรคติดต่อ กามโรค เพศศึกษา การวางแผนครอบครัว และสิ่งเสพติด
- 2) สังคมศึกษา สอดแทรกในหัวข้อ ปัญหาสังคมเศรษฐกิจ ประชากรศึกษา สิ่งแวดล้อม
- 3) วิทยาศาสตร์ สอดแทรกในหัวข้อ ระบบการสืบพันธุ์ของคน การปฏิสนธิ การคุมกำเนิด รวมทั้งวิทยาศาสตร์สุขภาพ
- 4) สาขาการสาธารณสุข สอดแทรกในรายวิชา ตั้งแต่วัยทารกจนถึงวัยสูงอายุ เน้นหัวข้อการตั้งครรภ์ของมารดาที่มีเชื้อโรคเอดส์

นอกจากนี้ ยังจัดกิจกรรมต่างๆ ตามโครงการ เช่น จัดนิทรรศการ จัดฉายวิดีโอ เชิญวิทยากรที่เป็นผู้เชี่ยวชาญมาบรรยายให้นักเรียนฟัง

ทั้งนี้ การเรียนการสอนเรื่องโรคเอดส์ มีจุดประสงค์ที่สำคัญ 2 ประการ คือ

- 1) ให้นักเรียนมีความรู้ความเข้าใจอย่างถูกต้อง มีเจตคติที่ดีต่อการดูแลสุขภาพของตนเอง และสามารถปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ได้
- 2) ให้นักเรียนสามารถให้คำแนะนำ ช่วยเหลือแก่ผู้ที่มีปัญหาเกี่ยวกับโรคเอดส์ได้อย่างถูกต้อง

ในปีพ.ศ. 2532 ภายหลังจากที่เริ่มยอมรับว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาที่สำคัญทางสังคมและเศรษฐกิจ⁶ กระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงศึกษาธิการมีความเห็นว่า เพื่อให้สามารถป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ไม่ให้แพร่ระบาดอย่างมีประสิทธิภาพ จำต้องให้ความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ที่ถูกต้องแก่ผู้บริหารและครูในสถานศึกษา เพื่อให้เกิดการถ่ายทอดสู่เยาวชนวัยเรียนในสถานศึกษา จึงได้มีการจัดสัมมนาศึกษานิเทศก์ เขต ผู้บริหาร และครูปฏิบัติการในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา ตลอดจนจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์รูปแบบต่างๆ ในสถานศึกษา โดยให้บุคลากรในโรงเรียนและนักเรียนมีส่วนร่วมในการจัดกิจกรรมนั้น และคาดหวังว่า บุคลากรและนักเรียนในสถานศึกษาระดับมัธยมศึกษา จำนวน 104 แห่ง จะได้รับความรู้ ความเข้าใจ และตระหนักถึงอันตรายของโรคเอดส์ กล่าวโดยสรุป วัตถุประสงค์ของการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ในสถานศึกษาประกอบด้วย

- เขตสํักับมาตรการทางสังคม 165

4) เพื่อส่งเสริมให้มีการจัดกิจกรรมร่วมกันระหว่างสถานศึกษากับ
ชุมชนในการป้องกันโรคเอดส์

จากการศึกษาวิจัยผลการดำเนินงานการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ใน
โรงเรียนมัธยมศึกษา สังกัดกรมสามัญศึกษา ของสมศรี คามาภิและคณะ⁷
ในปีพ.ศ. 2533 พบว่า ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์และการ
ป้องกัน ของนักเรียนและครู โดยเฉลี่ยอยู่ในระดับดี การปฏิบัติตนด้านการ
ป้องกันโรคเอดส์ และทักษะต่อการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ของนักเรียน
และครู อยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างดี นักเรียนและครูยังได้มีส่วนร่วมในการจัด
กิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ โดยสามารถใช้สื่อต่างๆ มาประกอบการ
จัดกิจกรรมรณรงค์ นอกจากนี้ยังมีข้อเสนอแนะว่า การให้ความรู้ความ
เข้าใจในการปฏิบัติตนในการป้องกันโรคเอดส์ เป็นวิธีที่ทำให้นักเรียนและ
ครูสามารถนำความรู้ไปใช้ในการป้องกันตนเองและแนะนำผู้ใกล้ชิดได้
อย่างเกิดผลดียิ่ง แสดงให้เห็นว่ากิจกรรมดังกล่าวสามารถจัดสื่อได้ตรงกับ
กลุ่มเป้าหมาย และน่าสนใจ ตลอดจนเป็นกิจกรรมที่สามารถกระตุ้นให้
โรงเรียนจัดกิจกรรมรณรงค์อย่างต่อเนื่องได้

จากการประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ
ครั้งที่ 1/2534 เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม พ.ศ. 2534 ที่ประชุมได้มีมติให้
กระทรวงศึกษาธิการปรับปรุงหลักสูตรเรื่องเพศศึกษา โดยให้เริ่มสอน
ตั้งแต่ระดับชั้นประถมศึกษา เพื่อให้เด็กได้ทราบถึงอันตรายและวิธีการ
ป้องกันโรคเอดส์ และประกอบกับกรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ ได้
พิจารณาแล้วเห็นว่านักเรียนในระดับประถมศึกษา (ป.5-6) เป็นกลุ่ม
เป้าหมายที่สำคัญกลุ่มหนึ่ง เนื่องจากเมื่อจบการศึกษาแล้ว นักเรียน
ประมาณร้อยละ 40 ไม่มีโอกาสเรียนต่อ ถ้านักเรียนเหล่านี้ไม่ได้รับความ
รู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ให้ตั้งแต่วัยประถมศึกษาแล้ว โอกาสที่เขา
จะได้รับความรู้จากสื่อมวลชนอย่างเดียวย่อมจะไม่ได้ผล เพราะนักเรียนที่
ไม่ได้เรียนต่อจำต้องออกไปประกอบอาชีพและมีครอบครัว จึงจะกลาย

เป็นกลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดโรคเอดส์มาก⁸ ดังนั้น ในปีพ.ศ. 2536 กรมวิชาการ จึงได้พัฒนาจากหลักสูตรการเรียนการสอนของชั้นประถมศึกษาปีที่ 5 และ ปีที่ 6 ให้มีแผนการสอนเอดส์ศึกษา ซึ่งเนื้อหาของแผนนี้จะอยู่ในกลุ่ม ประสพการณ์ 2 กลุ่ม คือ กลุ่มเสริมสร้างประสบการณ์ชีวิต และกลุ่มเสริม สร้างลักษณะนิสัย โดยมีเป้าหมายหลัก 4 ด้าน คือ

1. การให้ความรู้และความเข้าใจที่ถูกต้อง ท้นต่อเหตุการณ์
2. การสร้างค่านิยมที่ดีงาม
3. การฝึกนิสัย
4. การควบคุมตนเอง

นอกจากนี้ กองพัฒนาการศึกษานอกโรงเรียน กรมการศึกษานอก โรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ⁹ ได้จัดทำชุดวิชา “โรคเอดส์” ขึ้นใช้ในการเรียน การสอนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น โดยมุ่งให้ผู้เรียนได้รับทราบสถานการณ์ ของโรคเอดส์ อาการ การป้องกัน การลดเลิกพฤติกรรมเสี่ยง และสิทธิ มนุษยชน ตลอดจนการอยู่ร่วมกับผู้ป่วยเอดส์อันจะนำไปสู่การใช้ประโยชน์ ในการดำเนินชีวิต

จากงานวิจัยของสุพรรณิ สุฤทธิธำ¹⁰ ในปีพ.ศ. 2536 เรื่อง “ประสิทธิผลของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชาย ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดเพชรบุรี” พบว่านักเรียนในกลุ่มทดลองที่เข้า ร่วมในโปรแกรมสุขศึกษาเป็นเวลา 12 สัปดาห์ โดยการเน้นเรื่องการ อภิปรายกลุ่ม การสาธิต การเรียนรู้สถานการณ์ที่กำหนด การอภิปรายหมู่ โดยผู้ติดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ และบุคลากรซึ่งทำหน้าที่ให้คำปรึกษา แก่ผู้ติดเชื้อ ได้เกิดการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมความรู้ การรับรู้ ความ คาดหวัง และพฤติกรรมการป้องกันโรคได้ดีกว่าในกลุ่มควบคุมซึ่งได้รับ การสอนแบบปกติ

ในช่วงปีพ.ศ. 2535-2537 กระทรวงศึกษาธิการได้ดำเนินการส่งเสริม และจัดกิจกรรมการเรียนการสอน เพื่อหล่อหลอมเยาวชนให้ปลอดภัย

มวลชน การใช้สื่อแจก การสอดแทรกเข้าไปในบริการต่างๆ ที่มีอยู่ การให้คำปรึกษา การส่งตัวแทนเข้าไปอบรม แนะนำ ชักจูงในพื้นที่ และการใช้กระบวนการกลุ่ม

จากแนวคิดนี้ กรมสามัญศึกษาจึงได้กำหนดนโยบาย แผนงาน และดำเนินงานป้องกันโดยใช้กระบวนการทางการศึกษาสอดคล้องกับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (Peer Group) กระบวนการเรียนรู้ที่เป็นกลวิธีหลักที่ใช้ดำเนินงานคือ รูปแบบการมีส่วนร่วม (Participatory Learning) โดยยึดนักเรียนเป็นศูนย์กลางของการเรียนรู้ ด้วยการจัดทำโครงการ “เพื่อนเตือนเพื่อน” ซึ่งเป็นกิจกรรมเสริมหลักสูตรกิจกรรมหนึ่งที่กรมสามัญศึกษาได้กำหนดเป็นมาตรการหลักเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหารอคเอดส์ และได้มอบหมายให้หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา เป็นผู้รับผิดชอบการดำเนินงานตามกิจกรรมของโครงการฯ และมีมาตรการให้สถานศึกษาทุกแห่งดำเนินงาน โดยหน่วยศึกษานิเทศก์เป็นผู้รับผิดชอบในการประสานงาน ดำเนินงานให้คำแนะนำช่วยเหลือสถานศึกษาในสังกัด และดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายมาตรการโครงการที่กรมสามัญศึกษากำหนด

ในปีพ.ศ. 2537 พบว่านักเรียนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างถูกต้อง การรับรู้ข่าวสารของนักเรียนทั้งข่าวสารทั่วไปและข่าวสารโรคเอดส์เป็นการรับรู้จากโทรทัศน์มากที่สุด อันดับสองคือการจัดกิจกรรมป้องกันโรคเอดส์ในโรงเรียน อันดับสามคือหนังสือพิมพ์ เมื่อมีปัญหาซับซ้อนใจมักจะปรึกษา “เพื่อน” ดังนั้น การรณรงค์เกี่ยวกับโรคเอดส์ในกลุ่มนักเรียนวัยรุ่นควรดำเนินการโดยผ่านสื่อทางโทรทัศน์และหนังสือที่วัยรุ่นชื่นชอบ ที่สำคัญที่สุดคือ กระตุ้นให้ใช้ความเป็นเพื่อนห่วงใยเพื่อนด้วยกันสำหรับเนื้อหา นั้น ในเรื่องการให้ความรู้อาจมีความจำเป็นน้อย แต่ควรเน้นในเรื่องของความตระหนักในผลของปัญหาโรคเอดส์ต่อตนเอง เพื่อนและครอบครัว รวมถึงแรงจูงใจและทักษะในการตัดสินใจ เป็นต้น

ในช่วงปี 2538-2540 กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการได้ดำเนินการโดยใช้มาตรการสนับสนุนให้สถานศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษาใช้ “อิทธิพลกลุ่มเพื่อน” (Peer Group) เป็นกลวิธีในการสร้างทักษะชีวิตและส่งเสริมสนับสนุนให้สถานศึกษาจัดกิจกรรมการเรียนการสอน โดยเน้นกระบวนการสร้างเจตคติและค่านิยมที่ถูกต้องในเรื่องเพศกับนักเรียน โดยใช้กลวิธีการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning)

ในรอบ 4 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2536-2539) สถานศึกษาทั่วประเทศได้ใช้อิทธิพลของกลุ่มเพื่อนดำเนินกิจกรรม “เพื่อนเตือนเพื่อน” ซึ่งพบว่าประสบผลสำเร็จอย่างยิ่ง มีนักเรียนแกนนำโดยธรรมชาติที่ผ่านกระบวนการอบรมนักเรียนแกนนำ ภายใต้แนวคิดการทำงานแบบมีส่วนร่วม การเรียนรู้แบบมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ในแต่ละปีจำนวน 40,000 คน รวมทั้งสิ้น 160,000 คน นักเรียนเหล่านี้ได้รับการปลูกฝังเจตคติ ทักษะการปฏิเสธ ทักษะการเตือนเพื่อป้องกันเอดส์ และเฝ้าระวังกลุ่มเพื่อนสนิทให้มิให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นเอดส์ จนสามารถเปลี่ยนเจตคติของเพื่อนสนิทให้เป็นไปในทิศทางที่เหมาะสม มีเหตุผลได้ในระดับที่น่าพอใจ

ในขณะเดียวกัน กิจกรรมในการณรงค์ป้องกันเอดส์ทั้งในและนอกสถานศึกษา ส่วนใหญ่เป็นกิจกรรมเผยแพร่ความรู้ การให้ข้อมูลข่าวสารต่างๆ อาทิ เสี่ยงตามสาย หอกระจายข่าว การจัดนิทรรศการ การเดินรณรงค์ การแสดงละคร การบริการสื่อวีดิทัศน์ เทปบันทึกเสียง หนังสือ เอกสารต่างๆ เกี่ยวกับเอดส์ ฯลฯ โดยผ่านเครือข่ายนักเรียนแกนนำตามธรรมชาติ (Peer Group) และเครือข่ายนักเรียนผู้นำ (Peer Education)

ข้อคิดเห็นของครูและอาจารย์ทุกฝ่าย¹² มีความเห็นตรงกันว่า ควรจะเร่งดำเนินการสร้างเสริมค่านิยมและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันเอดส์ในกลุ่มนักเรียนและครูอาจารย์อย่างต่อเนื่องและเป็นรูปธรรม โดยเฉพาะการทำให้กลุ่มครูและอาจารย์จำนวนหนึ่งได้ลด ละ และเลิก ค่านิยมและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเอดส์โดยสิ้นเชิง เพื่อให้เป็นแบบอย่างแก่

นักเรียน ผู้ปกครอง ชุมชน และสังคมทั่วไป แต่ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานยังไม่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายอย่างทั่วถึง จึงส่งผลให้คุณภาพของการดำเนินงานรณรงค์ป้องกันเอดส์ในกลุ่มนักเรียนบางส่วนยังไม่เป็นที่พอใจ

การศึกษาวิจัยที่ประเมินการสอนเรื่องโรคเอดส์ของครูในกรุงเทพฯ พ.ศ. 2538-2539¹³ แสดงให้เห็นว่าครูกว่า 80% ได้ผ่านการอบรมเรื่องโรคเอดส์มาแล้วและเคยมีประสบการณ์ในการสอนมากกว่า 5 ปี ครูส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์จากแหล่งต่างๆ อย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ยังมีสื่อการสอนในรูปสื่อสิ่งพิมพ์กว่า 90% มีสื่อเป็นวีดิทัศน์ประมาณ 75% ส่วนใหญ่ต้องการสื่อวีดิทัศน์เกี่ยวกับปัญหาเอดส์ที่ให้ข่าวสารแตกต่างกันไปเพิ่มขึ้นอีก ทั้งนี้ครูส่วนใหญ่ (87.7%) ใช้การบรรยายเป็นแนวทางหลักในการให้ความรู้แก่นักเรียน มีการนำนักเรียนไปทัศนศึกษา 72% และเชิญวิทยากรมาช่วยสอน 57% อย่างไรก็ตามจากผลสรุปของการศึกษาดังกล่าว ครูที่ดำเนินการสอนเรื่องนี้ยังให้ความเห็นว่าควรจะมีกระบวนการเรียนการสอนที่เปลี่ยนทักษะชีวิตของนักเรียน โดยเฉพาะเกี่ยวกับด้านพฤติกรรมทางเพศ

ในปี 2539 กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย ร่วมกับกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม กรุงเทพมหานคร และสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ได้ร่วมกันพัฒนาแนวการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันเอดส์^{14,15} กล่าวคือเป็นการนำกระบวนการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ยึดผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ซึ่งมีการพัฒนาใช้กับโครงการเอดส์ในระบบการศึกษาในระยะ 4-5 ปีที่ผ่านมา ผสมผสานเข้ากับการสอนเจตคติและการสอนทักษะให้เกิดเป็นประสบการณ์ชีวิตจนทำให้นักเรียนมีศักยภาพเพิ่มขึ้น เพื่อให้สามารถเผชิญกับปัญหาที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ โดยมุ่งหวังที่จะให้เยาวชนสามารถจะตอบสนองต่อสิ่งเร้า สิ่งกระตุ้นที่เกิดขึ้นทั้งภายในและภายนอกร่างกาย เช่น ความรู้สึกทางเพศ ข่าวสาร ข้อมูลต่างๆ ตลอดจนอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน การใช้กระบวนการสร้างทักษะชีวิตทั้งในและนอกกระบบโรงเรียน¹⁶ ซึ่งเป็น

กลวิธีที่ครอบคลุมบริบทในการพัฒนาศักยภาพหลายด้าน ได้แก่ ความตระหนักในตนเอง เข้าใจสถานะผู้อื่น ความคิดสร้างสรรค์ ความคิดวิจารณ์ การสื่อสาร การสร้างสัมพันธภาพ การแก้ไขปัญหา การตัดสินใจ การจัดการกับอารมณ์ และการจัดการกับความเครียด อย่างไรก็ตาม จุดอ่อนที่อยากจะพัฒนา คือ ตัวครู ซึ่งจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทให้สามารถช่วยนักเรียนให้บรรลุสัมฤทธิ์ผลทักษะเหล่านี้ได้จากการศึกษา

การพัฒนาแนวการสอนทักษะชีวิตเพื่อป้องกันปัญหาทางเพศและการใช้สารเสพติดในนักเรียนและเยาวชนนอกระบบโรงเรียน ได้ถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวางในปัจจุบัน ซึ่งต้องการกิจกรรมประเมินผลเพื่อปรับปรุงให้มีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

6.3 การพัฒนางานเอดส์ในสถานที่ทำงาน

การริเริ่มแนวคิดของการจัดให้มีนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในสถานประกอบการ (AIDS in Work Place) เกิดขึ้นจากแนวคิดของบริษัทข้ามชาติ โดยการสนับสนุนของโครงการโรคเอดส์ องค์การอนามัยโลกตั้งแต่พ.ศ. 2536 โดยมีการรวมตัวจัดตั้งเป็นสมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ (TBCA)¹⁷ มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยบริษัทที่เข้ามาเป็นสมาชิกกว่า 100 บริษัท ให้สามารถพัฒนานโยบายเอดส์ได้อย่างเหมาะสม ตลอดจนสนับสนุนการบริหารและการจัดการเรื่องเอดส์ในแต่ละบริษัทให้สอดคล้องกับแนวทางจัดการกับปัญหาเอดส์ของชาติ รวมทั้งการจัดการฝึกอบรมให้แก่ลูกจ้างของบริษัทต่างๆ ที่ขอให้ดำเนินการให้

ต่อมาในปี 2535 กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม¹⁸ ได้เริ่มจัดกิจกรรมให้ข้อมูลข่าวสารเพื่อป้องกันกลุ่มแรงงานจากการติดเชื้อเอดส์ โดยให้ข้อมูลในด้านความรู้ ความเข้าใจ การติดเชื้อโรคเอดส์ และกลวิธีต่างๆ ในการป้องกันตนเองให้ปลอดภัยจากปัญหาเอดส์ รวมทั้งได้ให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ใช้แรงงานที่ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว ในงบประมาณ

2538 และ 2539¹⁹ กระทรวงแรงงานฯ ได้ประเมินผลแสดงให้เห็นว่าการใช้กระบวนการฝึกอบรมเป็นแนวทางหลัก สามารถให้ความรู้แก่แรงงานและลูกจ้างผ่านหน่วยงานในระดับจังหวัดได้พอสมควร ต่อมาได้มีองค์กรเอกชนและสถาบันทางวิชาการหลายหน่วยงานเริ่มพัฒนากรอบแนวคิดและกลวิธีในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งฉีกแนวจากการให้ความรู้ในเชิงสุศึกษาออกไป ในปี 2536-2537 สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล AIDSCAP และ PATH ได้พัฒนาโครงการบัณฑิตอาสาสมัครป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในโรงงานอุตสาหกรรมเขตกรุงเทพมหานคร (บอภ.)²⁰ โดยฝึกบัณฑิตอาสาสมัคร 3 รุ่น จำนวนทั้งสิ้น 35 คน เข้าปฏิบัติงานร่วมกับโรงงาน 30 แห่ง ในเขตกทม. ซึ่งมีจำนวนคนงานทั้งสิ้น 32,792 คน บัณฑิตอาสาสมัครได้แบ่งตัวทำงานร่วมกับคนงาน และได้อาศัยโอกาสต่างๆ ในการให้ความรู้แก่คนงานทั้งสิ้น 21,355 คน คิดเป็น 65% ของคนงานทั้งหมด ทั้งยังได้เลือกสรรและฝึกอบรมคนงานให้เป็นอาสาสมัครเพื่อนช่วยเพื่อน จำนวน 1,146 คน ซึ่งเมื่อประเมินผลเปรียบเทียบกับโครงการ SWOP ที่ AIDSCAP สนับสนุนให้องค์กรพัฒนาเอกชน 6 แห่ง ดำเนินการลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อนในโรงงานขนาดเล็ก 368 แห่ง ที่มีคนงานรวม 10,768 คน พบว่า โครงการ บอภ. ใช้งบประมาณทั้งสิ้น 8,158,607 บาท เหลือค่าดำเนินการต่อคนงาน 1 คน เป็นเงิน 278 บาท ในขณะที่โครงการ SWOP ใช้งบประมาณ 9,086,814 บาท เหลือค่าดำเนินการต่อคนงาน 1 คน เป็นเงิน 766 บาท ผู้วิจัยได้นำเสนอการวิเคราะห์ต้นทุน-กำไร โดยพิจารณาผลที่ป้องกันไม่ให้คนงานติดเชื้อเอดส์เทียบกับต้นทุน พบว่าโครงการ บอภ. ที่มีประสิทธิภาพเต็มที่ มีผลกำไรถึง 4 เท่าของต้นทุน

จากการประเมินผลโดยสุ่มตัวอย่างเปรียบเทียบคนงานก่อนและหลังการดำเนินการโครงการ²¹ พบว่า โครงการบอภ. สามารถสร้างคนงานอาสาสมัครได้ 3.2% ของคนงานในโรงงานทั้ง 6 แห่ง โดยอาสาสมัครเหล่านี้มี

ความสนใจเพราะความอยากรู้เรื่องเอดส์ อยากช่วยเหลือผู้อื่น อาสาสมัครส่วนใหญ่ทำกิจกรรมในช่วงเวลาพักและหลังอาหารกลางวันในบริเวณโรงงาน กิจกรรมที่ทำ คือ การให้ความรู้เป็นกลุ่มเล็กๆ ประมาณ 1-3 ครั้งต่อสัปดาห์ กับการจัดนิทรรศการ ผลจากโครงการพบว่า ระดับความรู้เปลี่ยนไปไม่มากนักเมื่อเปรียบเทียบกับความรู้ก่อนเริ่มโครงการ แต่การรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงเพิ่มมากขึ้นอย่างชัดเจน พฤติกรรมเสี่ยงได้แก่ จำนวนคู่นอนลดลง พฤติกรรมการเที่ยวโสเภณีลดลง และมีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราป่วยจากกามโรคลดลงอย่างชัดเจน

ในปีพ.ศ. 2539 กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมได้จัดอบรมที่ปรึกษาปัญหาโรคเอดส์ในสถานประกอบการจำนวน 900 แห่ง ใน 44 จังหวัด²² และได้จัดงบประมาณสำหรับสงเคราะห์ผู้ใช้แรงงานที่ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว²³ ซึ่งเป็นการขยายเนื้อหาในกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับแรงงานและเอดส์ให้กว้างขวางขึ้น จากการประเมินผลทั้งสองโครงการแสดงให้เห็นว่าการสงเคราะห์ผู้ใช้แรงงานที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ยังทำได้ในวงแคบ เนื่องจากงบประมาณปี 2539 ที่ใช้ในการสงเคราะห์ 30.5 ล้านบาทนั้นยังไม่พอเพียง จึงไม่สามารถประชาสัมพันธ์ให้แรงงานรับรู้อย่างกว้างขวางได้ ทั้งยังใช้งบประมาณหมดไปก่อนครึ่งปีแรก โดยให้การสงเคราะห์ในรูปของทุนสงเคราะห์เพื่อการประกอบอาชีพ เพื่อการฝึกอาชีพ และเป็นทุนการศึกษาของบุตรหลาน จำนวน 2,604 คน การประเมินจากภาครัฐแสดงให้เห็นว่า บริษัท 76.9% มีนโยบายสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ และนายจ้างส่วนใหญ่คิดว่าโครงการที่จัดโดยหน่วยงานของกระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมให้ผลดีพอสมควร

อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการสำรวจทัศนคติของบริษัทผู้ประกอบการต่างๆ ใน 6 จังหวัด จำนวน 404 บริษัท ในเดือนกุมภาพันธ์ 2540²⁴ โดยภาคเอกชน กลับให้ข้อมูลที่แตกต่างกัน โดยแสดงให้เห็นว่า ยังมีบริษัทที่มีการตรวจเลือดค้นหาโรคเอดส์เพื่อคัดกรองผู้สมัครงานไม่น้อยกว่า 22% มีการ

บังคับหรือแอบตรวจเลือดพนักงานค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ราว 11-24% มีบริษัทที่เลิกจ้างพนักงานที่ติดเชื้อโรคเอชไอวี 6-19% ที่สำคัญก็คือมีบริษัทที่ไม่เคยจัดอบรมเรื่องเอชไอวีให้แก่พนักงานในบริษัทเลยประมาณ 54-60% และมีบริษัทเพียง 9% เท่านั้นที่มีแผนนโยบายเอชไอวีสอดคล้องกับนโยบายของรัฐ สถานการณ์นี้สะท้อนให้เห็นว่า การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีในสถานประกอบการยังไม่ได้ได้รับความร่วมมือในการพัฒนาเท่าที่ควรส่วนสำคัญก็คือยังขาดการปรับกลไกทางนโยบายจากภาครัฐในการสนับสนุนเอกชนให้ดำเนินการได้เอง

สรุป

มาตรการทางสังคมที่กำหนดโดยทุกภาคส่วนที่มีส่วนร่วมในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี ได้มีพัฒนาการมาจากปัญหาสังคมของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอชไอวีที่ปรากฏให้เห็นเป็นขั้นตอนตามสถานการณ์ของปัญหา เริ่มจากปัญหาจากการถูกสังคมรังเกียจ ถูกขับไล่ออกจากงาน จากครอบครัว-ชุมชน ปัญหาหญิงที่ถูกล่วงละเมิดทางเพศ บริการหญิงบริการติดเชื้อและตั้งครรภ์ ปัญหาด้านสภาพจิตใจหลังจากทราบผลการตรวจเลือดในกลุ่มวัยรุ่นและประชาชนทั่วไป ทำให้เกิดการจัดบริการด้านสังคมสงเคราะห์ ได้แก่ การเปิดบ้านพักฉุกเฉิน การจัดบริการให้คำปรึกษา การให้การสงเคราะห์แก่ผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ และผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอชไอวี การคุ้มครองสิทธิ การจัดสวัสดิการแรงงาน ตลอดจนการฝึกอาชีพ โดยบริการต่างๆ ที่กล่าวมานั้นถูกผลักดันให้เกิดขึ้นโดยสภาพสังคม การจัดบริการส่วนใหญ่กล่าวได้ว่า ภาคเอกชน และองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์เป็นผู้ริเริ่มดำเนินการก่อน จากนั้นภาครัฐจึงเข้าไปมีส่วนร่วมในการจัดบริการ โดยเป็นผู้ประสานสนับสนุนในด้านวิชาการและงบประมาณ

สำหรับระบบการป้องกันไม่ให้เกิดการติดเชื้อในเยาวชนที่ได้ผลดียิ่งกระทรวงศึกษาธิการได้กำหนดให้มีการเรียนการสอนเกี่ยวกับโรคเอชไอวี

โดยมีพัฒนาการตั้งแต่ การสอนเรื่องโรคเอดส์สอดแทรกในรายวิชาที่เกี่ยวข้อง ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อให้เกิดความรู้ ความเข้าใจ สามารถปฏิบัติตนให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ กำหนดให้มีหลักสูตรการเรียนการสอนในสถานศึกษาทั้งระดับประถมศึกษา มัธยมศึกษา และอุดมศึกษา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้นักเรียนเกิดความตระหนักถึงภัยอันตรายของโรคเอดส์ มีการจัดกิจกรรมการรณรงค์ให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้ข่าวสารที่ถูกต้อง และเปิดเผยทั้งในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษา ซึ่งต่อมา กระทรวงศึกษาธิการได้ปรับนโยบายและแผนการดำเนินงาน โดยใช้กระบวนการทางการศึกษาที่ใช้รูปแบบการมีส่วนร่วม (Participatory Learning) ผสมผสานกับอิทธิพลของกลุ่มเพื่อน (Peer Group) และได้นำกระบวนการเรียนรู้ดังกล่าวไปพัฒนาใช้ในสถานประกอบการที่มีประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ด้วย ซึ่งจากการประเมินผลของนักวิชาการต่างๆ เห็นว่าได้ผลดี และควรมีการขยายการดำเนินการให้ครอบคลุมมากขึ้น

เอกสารอ้างอิง

1. นพ.วิพุธ พูลเจริญ และคณะ. “สวัสดิการสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัว.” สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติ เรื่อง โรคเอดส์ ครั้งที่ 6, 26-28 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมโซฟิเทล ราชาออคิด จ.ขอนแก่น. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. 2539. หน้า 129-148.
2. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อกำหนดมาตรฐานการให้บริการดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยครอบครัวและชุมชน วันที่ 20-24 เมษายน 2535. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด, 2535.
3. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานผลโครงการพัฒนาบริการทางสังคมสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอดส์ และครอบครัว. โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2536.
4. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการพัฒนาและสนับสนุนเครือข่ายการจัดบริการทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัว. การพัฒนาบริการทางสังคม กรณีโรคเอดส์ เล่มที่ 1. โรงพิมพ์อักษรพัฒนา, 2540.
5. จิตรา ทองเกิด และคณะ. การสอนสุขศึกษาเรื่องโรคเอดส์. กรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการ, 2531.
6. ไม่ปรากฏชื่อผู้เขียน. แนวทางการจัดกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ ในสถานศึกษา. กรมสามัญศึกษา และกองสุขศึกษา, 2532.
7. สมศรี คามาภิและคณะ. ศึกษาผลการดำเนินงานการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ในโรงเรียนมัธยมศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2534.

8. ไม่ปรากฏชื่อผู้เขียน. รายงานการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเอดส์ระดับประถมศึกษา พ.ศ. 2534.
9. กองพัฒนาการศึกษาออกโรงเรียน. ชุดวิชาโรคเอดส์ ระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. กองพัฒนาการศึกษาออกโรงเรียน กรมการศึกษาออกโรงเรียน กระทรวงศึกษาธิการ, 2537.
10. สุพรรณิ สุขจิตต์อิทธิราช. ประสิทธิภาพของโปรแกรมสุขศึกษาในการป้องกันโรคเอดส์ของนักเรียนชายมัธยมศึกษาปีที่ 6 จังหวัดชลบุรี. วิทยานิพนธ์ปริญญาโทวิทยาศาสตร์มหาบัณฑิต (สาธารณสุขศาสตร์) สาขาวิชาเอกสุขศึกษา, บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล, 2536.
11. ประยูร อองกุลนะ และวีรลลิต ลิขิตไตรัย. รายงานผลการวิจัย เรื่อง ความเป็นเพื่อนกับการป้องกันโรคเอดส์ในโรงเรียนมัธยมศึกษา. หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการร่วมกับโครงการโรคเอดส์ สภาวิชาชีพ, 2537.
12. คณะนิเทศวิชาพลานามัย-สาธารณสุข หน่วยศึกษานิเทศก์ กรมสามัญศึกษา กระทรวงศึกษาธิการ. รายงานผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์ในสถานศึกษาสังกัดกรมสามัญศึกษา. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์.
13. นางศิริพร พุทธิรังษี, และนางปัทมา คุปตจิต. รายงานการวิจัยเรื่อง การศึกษาความต้องการและความคิดเห็นเกี่ยวกับการเรียนการสอนเรื่องโรคเอดส์ ของครูผู้สอนในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายในเขตกรุงเทพมหานคร. สนับสนุนโดยสำนักงานปลัดทบวงมหาวิทยาลัย, 2539.
14. กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงศึกษาธิการ, กระทรวงกลาโหม, กรุงเทพมหานคร, และสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. คู่มือการสอนทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันเอดส์. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์, 2539.
15. กระทรวงสาธารณสุข, กระทรวงศึกษาธิการ, กระทรวงกลาโหม,

กรุงเทพมหานคร, และสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย. คู่มือ
วิทยากร ฝึกอบรมทักษะชีวิตเพื่อการป้องกันเอดส์ด้วยการเรียนรู้
แบบมีส่วนร่วม. ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์, 2539.

16. นพ.ทวีศักดิ์ นพเกษร. “ทักษะชีวิตในและนอกระบบโรงเรียน.” สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 6, 26-28 สิงหาคม 2539 ณ โรงแรมโซฟิเทล ราชาออคิต จ.ขอนแก่น. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2539. หน้า 196-204.
17. ไม่ปรากฏชื่อผู้เขียน. *THAILAND BUSINESS COALITION ON AIDS*. AIDS Workplace Education. เอกสารเผยแพร่ พ.ศ. 2540.
18. ฝ่ายติดตามและประเมินผล กองวิชาการและแผนงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. รายงานการประเมินผลโครงการณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ ปีงบประมาณ 2538. 2539.
19. ฝ่ายติดตามและประเมินผล กองวิชาการและแผนงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม. รายงานการประเมินผลโครงการณรงค์เพื่อป้องกันโรคเอดส์ ปีงบประมาณ 2539. 2540.
20. เยาวรัตน์ ปรีกษ์ขาม, สมอาจ วงษ์ชมทอง, และอลิศรา ชูชาติ. โครงการบัณฑิตอาสาสมัครป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในโรงงานอุตสาหกรรมเขตกรุงเทพมหานคร. เอกสารหมายเลข 1 โครงการ บอภ., สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2538.
21. พันธุ์ทิพย์ งามสุต และคณะ. การประเมินผลโครงการบัณฑิตอาสาสมัครป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในโรงงานอุตสาหกรรมเขตกรุงเทพมหานคร. เอกสารหมายเลข 5 โครงการ บอภ., สถาบันพัฒนาการสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2539.

22. จริยา ชันธิวิทย์ และคณะ. รายงานการประเมินผล การจัดอบรมที่
ปรึกษาปัญหาโรคเอดส์ในสถานประกอบการ. กสร 9/2540, กอง
สวัสดิการแรงงาน, กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2540.
23. เครือมนี บุณนาค และคณะ. รายงานการประเมินผลการสงเคราะห์ผู้
ใช้แรงงานที่ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว. กสร 17/2540, กองสวัสดิการ
แรงงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน, 2540.
24. สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์. ผลการสำรวจเรื่อง
นโยบายเอดส์ของสถานประกอบการ กันยายน 2539-กุมภาพันธ์ 2540,
ไม่ปรากฏสถานที่พิมพ์. 2541.

[บทที่ 7]

เอดส์กับกรอบแนวคิด การส่งเสริมสุขภาพ

วิวัฒนาการในการจัดการกับปัญหาเอดส์ของประเทศไทยเป็น บทเรียนที่ควรศึกษาวิเคราะห์ ดังที่ ศ.นพ.ประเวศ วะสี¹ ชี้ให้เห็นว่า เอดส์เป็นวิกฤตการณ์ที่เข้ามากระตุ้นให้เกิดความเอื้ออาทรในสังคมปัจจุบัน ที่มีช่องว่างของชุมชนในทุกระดับ มีการแตกสลายของครอบครัวและชุมชน มีวิกฤตการณ์ทางสิ่งแวดล้อมทั้งในชนบทและในเมือง ตลอดจนวิกฤตทาง วัฒนธรรมและจิตวิญญาณซึ่งเป็นเรื่องที่ลึกซึ้ง สิ่งที่ซับซ้อนยิ่งไปกว่านั้น ก็คือ วิกฤตในสังคมดังกล่าวเป็นเสมือนเชื้อเพลิงที่เร่งให้การแพร่ระบาดของ โรคเอดส์เร็วยิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกันเอดส์ก็ยิ่งเพิ่มความรุนแรงให้กับ วิกฤตเหล่านี้ แต่สังคมไทยสามารถเปลี่ยนวิกฤตการณ์ทางสังคมเช่นเอดส์ให้ เป็นโอกาสในการสร้างความเอื้ออาทรในสังคมและชุมชนให้สามารถรวมพลัง ลดช่องว่างในสังคม สอดประสานให้เกิดความเป็นน้ำหนึ่งใจเดียวกันของ ครอบครัวและชุมชน รังสรรค์สิ่งแวดล้อมทางสังคมให้เอื้อต่อการรวมตัว ของประชาคม และเสริมความเข้มแข็งของวัฒนธรรมท้องถิ่น ซึ่งจะสัมพันธ์ กับสภาพจิตใจที่อ่อนโยนในชุมชนที่เข้มแข็ง

กรอบแนวคิด “การส่งเสริมสุขภาพ”² เป็นแนวคิดที่ก่อตัวขึ้นมาในประเทศไทยตะวันตกในระยะ 2 ทศวรรษที่แล้ว โดยเชื่อว่าแนวคิดนี้จะเป็นพลังผลักดันให้เกิดกระบวนการเคลื่อนไหวทางสุขภาพที่เข้มแข็งขึ้น องค์การอนามัยโลก³ ได้เริ่มแสวงหาแนวทางในการปรับปรุงสุขภาพ 2 ด้าน คือ ด้านวิถีชีวิตของบุคคล และด้านโครงสร้างซึ่งประกอบด้วยเงื่อนไขของสิ่งแวดล้อมเชิงสังคม การคลัง และเศรษฐกิจ มาใช้เป็นยุทธศาสตร์หลักในการส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยทางสุขภาพทั้ง 2 ด้านนี้ต่อมาได้รับการพัฒนาขึ้นมาเป็นยุทธศาสตร์ย่อยๆ เป็นจำนวนมาก

“วิถีชีวิต” ซึ่งจัดได้ว่าเป็นหนึ่งในสองแนวทางหลักในการส่งเสริมสุขภาพ มีรากฐานวิวัฒนาการมาจากกระบวนการทางสุขศึกษา การถ่ายทอดความรู้ และทักษะจากผู้สอนสู่นักเรียน ซึ่งต่อมาได้พัฒนาขึ้นเป็นกลวิธีต่างๆ ได้แก่ การเสริมความรู้และการเปลี่ยนทัศนคติ การสร้างทักษะทางสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ตลอดจนการพัฒนาศักดิ์ศรีของตนเอง (Self Esteem) ส่วนการพัฒนาโครงสร้างทางสังคม ก็ได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากหลากหลายแนวทางเช่นกัน ได้แก่ มาตรการทางการคลัง มาตรการทางกฎหมาย เช่น การเก็บภาษีแอลกอฮอล์ การออกกฎหมายใช้เข็มขัดนิรภัย และมาตรการทางสิ่งแวดล้อม นอกจากนั้น ยังมีการกำหนดมาตรการคุ้มครองสุขภาพที่ช่วยเชื่อมโยงกลวิธีสนับสนุนวิถีชีวิตเข้ากับกลวิธีทางโครงสร้างสังคม เช่น โครงการให้อาหารแก่เด็ก โครงการตรวจคัดกรองโรคในระยะต้น

Lawrence Green⁴ จากสถาบันวิจัยการส่งเสริมสุขภาพ มหาวิทยาลัยโคลัมเบีย ให้นิยามของการส่งเสริมสุขภาพ ว่า “การส่งเสริมสุขภาพเป็นทั้งศาสตร์และศิลป์ในการช่วยให้ประชาชนปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตไปสู่สภาวะที่มีสุขภาพดีที่สุด การเปลี่ยนวิถีชีวิตดังกล่าวจะเป็นไปได้หากสามารถดำเนินกิจกรรม 3 ประการ ประการที่หนึ่ง คือการเสริมสร้างจิตสำนึก ประการที่สอง คือการเปลี่ยนพฤติกรรม ประการสุดท้ายซึ่งสำคัญที่สุด คือ

การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ และส่งเสริมให้การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวยั่งยืนต่อไป

เขาเชื่อว่าการทำความเข้าใจในวิถีชีวิตของคน จะต้องประมวลหลักความรู้ทางมนุษยวิทยา สังคมวิทยา และจิตวิทยา มาใช้ร่วมกัน เพื่อให้สามารถอธิบายแบบแผนของพฤติกรรมต่างๆ ที่เกิดขึ้นและคงอยู่ในสังคม โดยนำรากฐานความเข้าใจในเรื่องวัฒนธรรมที่สืบทอดในชุมชน ความสัมพันธ์ทางสังคมสิ่งแวดล้อมทางภูมิศาสตร์ สังคมและเศรษฐกิจ ตลอดจนความรู้เกี่ยวกับบุคลิกภาพมาใช้ประกอบด้วย

แนวคิดเรื่องการส่งเสริมสุขภาพเริ่มขึ้นครั้งแรกเมื่อ Marc Lalonde ได้ตีพิมพ์เอกสารชื่อ “A New Perspective on the Health of Canadians”² ในปีพ.ศ. 2518 เสนอแนะนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับสาเหตุที่ก่อให้เกิดโรค และทำให้ประชาชนเสียชีวิต ว่าประกอบด้วยสาเหตุ 4 ประการ คือ การขาดแคลนบริการสาธารณสุข ปัจจัยทางพฤติกรรมและสุขภาพ มลพิษในสิ่งแวดล้อม และลักษณะทางชีวภาพ เขาเชื่อว่าการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมให้ดีขึ้นอันเป็นแนวคิดการปรับโครงสร้างทางสังคม และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมอันเป็นแนวคิดการเปลี่ยนวิถีชีวิต จะช่วยลดการป่วยและการตายของประชาชนก่อนวัยอันควรได้เป็นจำนวนมาก รายงานของ Lalonde ส่งผลให้เกิดการเคลื่อนไหวในองค์การอนามัยโลก โดยมีการนำไปใช้เป็นแนวทางในการประชุมที่อัลมา อะตาในสหภาพโซเวียต เมื่อปีพ.ศ. 2520 และได้ปรากฏออกมาเป็นคำประกาศเจตนารมณ์ร่วมในการนำประเทศสมาชิกขององค์การอนามัยโลกทั้งหมดสู่เป้าหมายสุขภาพดีถ้วนหน้าในปีพ.ศ. 2543 โดยกำหนดแนวทางหลักที่ถือเป็นหัวใจสำคัญของยุทธศาสตร์ส่งเสริมสุขภาพ คือ ชุมชนมีส่วนร่วม และการดำเนินงานร่วมกันระหว่างทุกภาคส่วนในสังคม

ในปี 2527 องค์การอนามัยโลก ภูมิภาคยุโรป ได้ริเริ่มโครงการที่ใช้หลักการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งครอบคลุมประเด็นการปรับวิถีชีวิตและโครงสร้างทางสังคม ต่อมาในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2529 มีการประชุมที่

กรุงออตตาวา ประเทศแคนาดา และได้ออกคำประกาศเป็น “กฎบัตรออตตาวา ว่าด้วยการส่งเสริมสุขภาพ” (Ottawa Charter for Health Promotion)⁵ ซึ่งสรุปหลักการได้ว่า การส่งเสริมสุขภาพประกอบด้วย 5 กิจกรรมหลัก คือ การสร้างนโยบายสาธารณะที่ส่งเสริมสุขภาพ การสร้างสิ่งแวดล้อมที่รองรับกระบวนการส่งเสริมสุขภาพ การเสริมพลังของกิจกรรมชุมชน การพัฒนาทักษะส่วนบุคคลให้จัดการควบคุมปัญหาทางสุขภาพได้ และประการสุดท้ายคือการปรับบริการสุขภาพที่มีอยู่ให้สามารถส่งเสริมบุคคลและชุมชนให้ดูแลสุขภาพของตนเองได้ โดยมีการแบ่งสรรภารกิจกันในระหว่างสถาบันต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

นอกจากนั้น ยังกำหนดกลวิธีสำคัญ 3 กระบวนการที่จะก่อให้เกิดกิจกรรมทั้ง 5 ได้ ประการที่หนึ่งคือ การสื่อสารข้อมูลข่าวสาร ประการที่สองคือ การเสริมสมรรถนะของชุมชนและบุคคล และประการที่สามคือ การชี้แนะฝ่ายนโยบายให้มีทัศนคติที่ถูกต้องตามหลักทฤษฎีของการส่งเสริมสุขภาพ กระบวนการเหล่านี้จะมุ่งไปสู่เป้าหมายสุดท้าย คือ ให้ประชาชนสามารถควบคุมปัญหาทางสุขภาพของตนเองได้

Gordon MacDonald และ Robin Button² ได้สรุปไว้ว่า การเปลี่ยนแปลงกระบวนการทัศน์มาสู่แนวทางการส่งเสริมสุขภาพ เป็นผลมาจากการที่วิชาการแพทย์ในช่วงปลายศตวรรษที่ 20 ไม่สามารถยกระดับสุขภาพประชาชนให้ดีขึ้นได้ แม้ว่าในช่วงศตวรรษที่ผ่านมาจะมีการพัฒนาความรู้และหลักทฤษฎีทางชีวภาพของสุขภาพและโรคภัยไข้เจ็บมาอย่างลึกซึ้งและกว้างขวาง มีการผลิตผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ มากขึ้น มีเทคโนโลยีที่ก้าวหน้าและทันสมัยเพียงไรก็ตาม

ในสหรัฐอเมริกา⁴ ก็ต้องเผชิญปัญหาที่คล้ายคลึงกัน คือ ปัญหาค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่เพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ปัญหาโรคเรื้อรังต่างๆ เป็นภาระมากขึ้น แม้จะมีการใช้มาตรการควบคุมค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพที่พัฒนามาอย่างต่อเนื่อง แต่ก็ไม่สามารถบรรเทาปัญหาได้ สหรัฐอเมริกาจึง

ได้เริ่มหันมาให้ความสำคัญกับการให้สุขศึกษา เพื่อให้แต่ละคนสามารถดูแลตนเองและรับผิดชอบปัญหาทางสุขภาพของตนเองได้มากขึ้น มีการริเริ่มให้ภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วมในโครงการสุขภาพของลูกจ้าง อันส่งผลให้เกิดองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ที่เข้าร่วมดำเนินการพัฒนาชุมชนและสุขภาพ ซึ่งกลายเป็นกลไกที่สนับสนุนการส่งเสริมสุขภาพแก่ประชาชน และหลังจากที่รัฐบาลแคนาดาได้กำหนดให้การส่งเสริมสุขภาพเป็นนโยบายหลักของประเทศ รัฐบาลสหรัฐอเมริกาก็ได้ปรับแนวนโยบายตามแนวทางดังกล่าว โดยจัดตั้งสำนักงานสุขศึกษาขึ้นในปีพ.ศ. 2517 เป็นส่วนหนึ่งในศูนย์ควบคุมโรค (CDC) ซึ่งต่อมาได้ขยายออกเป็นศูนย์กลางป้องกันโรคเรื้อรังและศูนย์กลางส่งเสริมสุขภาพ จนกระทั่งในปี 2522 Surgeon General ได้เสนอรายงานเรื่อง “การส่งเสริมสุขภาพและป้องกันโรคเพื่อประชาชนที่มีสุขภาพดี” ซึ่งเป็นสัญญาณแสดงให้เห็นว่า สหรัฐอเมริกาได้ผ่านเข้าสู่ยุคใหม่ของนโยบายสุขภาพแล้ว

รัฐบาลของประเทศในทวีปยุโรป แคนาดา และสหรัฐอเมริกา ได้สรุปบทเรียนให้เห็นได้ชัดเจนว่า วิกฤตที่ประเทศอุตสาหกรรมเหล่านี้ต้องเผชิญก็คือ การใช้ทรัพยากรและความรู้ที่ได้จากการพัฒนาด้านการแพทย์และสาธารณสุขเพียงแขนงเดียวไม่สามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของประชาชนได้ ประชาคมในประเทศเหล่านั้นจึงได้ระดมนักวิชาชีพทางด้านสังคมศาสตร์และสาขาอื่นๆ มาร่วมพัฒนากระบวนการส่งเสริมสุขภาพ

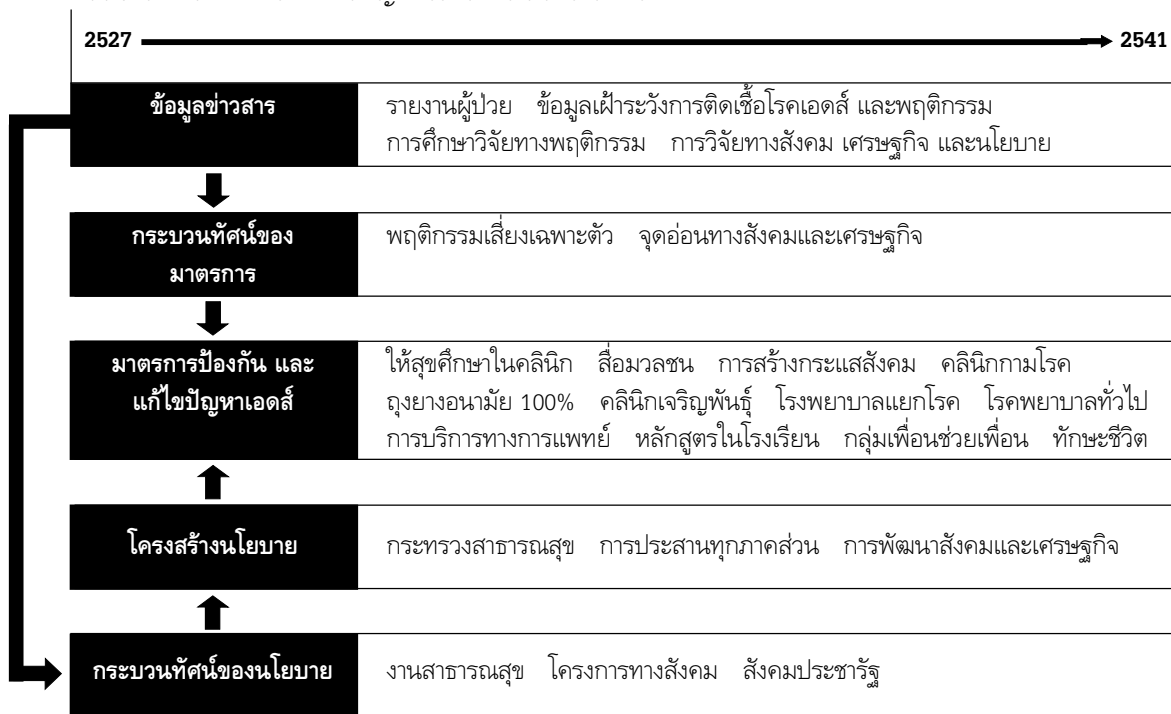
ในประเทศไทย ดร.เสรี พงศ์พิศ^๖ ชี้ให้เห็นว่า เอดส์สามารถสยบอหังการของมนุษย์ลงได้ แพทย์หลายคนที่เคยคิดว่าตนเองยิ่งใหญ่มากเกินไปเหลือตัวเล็กนิดเดียวเมื่อเผชิญกับเอดส์ เอดส์ทำให้หลายคนเริ่มเข้าใจสุขภาพแบบองค์รวม เริ่มเข้าใจการพัฒนาแบบองค์รวม เริ่มมองเห็น “ความสัมพันธ์” มากกว่า “ชิ้นส่วน” ที่แยกออกมาด้วยเหตุผล เริ่มเข้าใจว่าเอดส์ไม่ได้เป็นเพียงปัญหาสุขภาพ หากโยงใยไปถึงปัญหาพื้นฐานของชีวิตทั้งหมด ปัญหาสังคม เศรษฐกิจ การเมือง เกียวโยงแยกย่อยลงไปถึง

ปัญหาการศึกษา ปัญหาการพัฒนาสังคม ปัญหาปากท้อง ปัญหาความไม่ลงตัวนานาประการในสังคม ซึ่งกระทบและสะท้อนสู่ครอบครัวและชุมชน เมื่อสองสถาบันหลักนี้อ่อนแอลง ภูมิฐานทางชีวิตของคนก็น้อยลง เอดส์จึงเข้ามาได้ง่าย

การวิเคราะห์วิวัฒนาการของการจัดการกับปัญหาเอดส์ในประเทศไทย อาจใช้กรอบแนวคิดของการส่งเสริมสุขภาพซึ่งพัฒนาขึ้นในประเทศตะวันตกมาเปรียบเทียบ เพื่อแสดงให้เห็นว่า วิกฤตในการจัดการกับปัญหาสุขภาพในประเทศตะวันตกที่ผลักดันให้ต้องปรับกระบวนการนั้นไปสู่การส่งเสริมสุขภาพนั้น มีความคล้ายคลึงเพียงไรกับผลของวิกฤตการณ์จากปัญหาโรคเอดส์ ซึ่งสามารถกระชากล้าไม้ของสังคมไทยให้ต้องหันมาสร้างกระบวนการในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์

จากภาพที่ 7-1 จะเห็นบทสรุปของวิวัฒนาการของการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทย ซึ่งมีจุดเริ่มต้นจากข้อมูลข่าวสารที่ชัดเจน ให้แง่มุมที่กว้างขวางเพียงพอ ช่วยให้สังคมเข้าใจสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่เป็นจริง ตลอดจนเข้าใจความสัมพันธ์ของเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรม ที่เป็นปัจจัยกำหนดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มประชากรต่างๆ จนสามารถพัฒนาเป็นกระบวนการที่หยั่งเห็นองค์รวมในการแก้ไขปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อโครงสร้างทางนโยบาย ซึ่งมีผลต่อการพัฒนา นโยบาย กลไกการแปลงนโยบายไปสู่แนวปฏิบัติ และกลไกการประเมินนโยบาย ในขณะที่เดียวกันกลุ่มนักวิชาการและนักทำกิจกรรมก็ได้พัฒนากรอบแนวคิดในการจัดทำโครงการต่างๆ ขึ้นมา เพื่อให้เป็นมาตรการและกลวิธีที่มีพลวัตปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ของปัญหาเอดส์ในแต่ละช่วง ดังนั้น จะเห็นได้ว่าการกำหนดกลวิธีแก้ไขปัญหานั้นในแต่ละช่วงจะต้องมีกรอบแนวคิดในการดำเนินการที่ชัดเจน และมีโครงสร้างทางนโยบายรองรับอย่างเหมาะสม จึงจะสามารถก่อให้เกิดแผนงานที่มีประสิทธิภาพในการเปลี่ยนวิถีชีวิตของประชาชนให้มีพฤติกรรมที่ปลอดภัยขึ้นได้

ภาพที่ 7-1 วิวัฒนาการของการจัดการปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทย



จากการศึกษาในหลายประเทศมีข้อสรุปให้เห็นอย่างชัดเจนว่า จุดอ่อนที่ทำให้ผู้กำหนดนโยบายสุขภาพไม่สามารถปรับใช้ปัจจัยทางสังคมให้ส่งผลต่อสุขภาพได้⁷ มีอยู่ 4 ประการ คือ

- 1) ขาดกรอบแนวคิดที่อธิบายและวิเคราะห์กลไกขององค์ประกอบทางสังคมที่ชัดเจนเพียงพอ
- 2) ขาดการยอมรับอย่างเป็นทางการอันที่ว่าองค์ประกอบทางสังคมสามารถเปลี่ยนแปลงสถานะสุขภาพให้ดีขึ้นได้จริง
- 3) ขาดการสื่อสารแลกเปลี่ยนระหว่างกลุ่มนักวิชาการและนักทำกิจกรรม เพื่อทำความเข้าใจองค์ประกอบทางสังคมเหล่านั้นอย่างต่อเนื่อง
- 4) ขาดกลวิธีดำเนินการที่สามารถนำไปปฏิบัติได้ที่สำคัญคือ สมรรถนะที่จะปรับใช้ในหน่วยงานและสิ่งแวดล้อมที่แตกต่างกันทำให้ไม่สามารถนำไปใช้เป็นข้อเสนอต่อระดับนโยบาย และระดับผู้ปฏิบัติงานได้

มาตรการต่างๆ ทั้งทางด้านสุขภาพและด้านสังคมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่สะท้อนให้เห็นถึงจุดอ่อนทั้ง 4 ประการมีอยู่มากมาย การปรับแก้จุดอ่อนดังกล่าวทำให้บางโครงการเป็นที่ยอมรับและได้รับการสนับสนุนทั้งในระดับโครงสร้างทางนโยบาย และระดับปฏิบัติ แต่บางโครงการที่มีจุดอ่อนเหล่านี้จะไม่สามารถขยายแนวคิดและวิธีปฏิบัติออกไปได้

ดังนั้น การใช้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพมาวิเคราะห์ให้เห็นวิวัฒนาการของการจัดการกับปัญหาเอดส์ในประเทศไทย จะช่วยแสดงให้เห็นถึงการนำองค์ประกอบและกลไกทางสังคมมาปรับใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างจริงจัง ซึ่งหากสามารถทำความเข้าใจได้อย่างแจ่มแจ้งก็จะสามารถปรับใช้กลไกทางสังคมให้เป็นประโยชน์ในการจัดการกับปัญหาสุขภาพอื่นๆ ได้ด้วย

7.1 การสร้างนโยบายสาธารณะ

การพัฒนาแผนนโยบายสาธารณะเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ในประเทศไทย เริ่มต้นจากการเคลื่อนไหวของนโยบายสาธารณะสุขภาพที่ชี้นำโดยองค์การอนามัยโลก ตั้งแต่ระยะแรกที่มีการค้นพบการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในโลก แต่ในระยะแรกยังมีข้อจำกัดเนื่องจากสังคมไทยยังไม่เข้าใจความรุนแรงและความซับซ้อนของผลกระทบจากโรคเอดส์ที่มีต่อประเทศไทย อีกทั้งรัฐบาลในยุคนั้นหวัหระแวว่า การให้ข้อมูลข่าวสารที่เปิดกว้าง จะส่งผลกระทบในทางลบต่อการท่องเที่ยวในประเทศไทยเนื่องจากในระยะนั้นเป็นช่วงเวลาที่ประเทศไทยเริ่มประสบความสำเร็จในการนำรายได้จากการท่องเที่ยวเข้าประเทศเป็นจำนวนมาก ความพยายามที่จะเสนอแนวคิดเชิงนโยบายเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ จึงเริ่มต้นมาจากองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรต่างประเทศให้ทำกิจกรรมในเรื่องโรคเอดส์ ตั้งแต่ช่วงปีพ.ศ. 2530 เป็นต้นมา และรัฐบาลเริ่มมีท่าทีตอบรับและสนับสนุนงบประมาณให้ตั้งแต่พ.ศ. 2531 แต่ยังมีจำนวนไม่มากนัก

เมื่อเกิดรัฐบาลเฉพาะกิจสมัยนายกรัฐมนตรีนายอานันท์ ปันยารชุน ในปีพ.ศ. 2534 นายมีชัย วีระไวทยะ ผู้เคยบริหารองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ซึ่งมีประสบการณ์ยาวนานเกี่ยวกับงานวางแผนครอบครัว และดำเนินการรณรงค์ด้านเอดส์ทั่วประเทศมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2530 ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี อันเป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้รัฐบาลในยุคนั้นมองเห็นความสำคัญของปัญหาเอดส์ จนกระทั่งได้กำหนดโครงสร้างทางนโยบายเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ขึ้นมาหลายส่วน โดยให้คณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์แห่งชาติ (ซึ่งเสนอให้จัดตั้งโดยกระทรวงสาธารณสุขในรัฐบาลก่อนหน้านี้ แต่ยังไม่เคยมีการประชุม) เป็นองค์กรประสานและบริหารนโยบาย มีการผลักดันให้จัดตั้งหน่วยงานเพื่อทำหน้าที่ประสานนโยบายเรื่องโรคเอดส์ สังกัดสำนัก

นายกรัฐมนตรี มีการตั้งงบประมาณซึ่งมุ่งเน้นในการเผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ และใช้วิธีการสร้างกระแสสังคม (Social Marketing) เป็นยุทธศาสตร์หลัก รวมทั้งเปิดกว้างให้เอกชนสาธารณประโยชน์ขอรับงบประมาณจากภาครัฐไปดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับเอดส์ และที่สำคัญก็คือ ได้มอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เข้าร่วมในการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติในลักษณะของแผนยุทธศาสตร์ชาติ ซึ่งจะใช้เป็นเครื่องมือในการชี้แนะหน่วยงานทุกภาคส่วนที่เข้าร่วมทำงานภายใต้แผนงานนี้

จุดสำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงก็คือ การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารจากทุกๆ ฝ่าย ซึ่งเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนแนวคิดและความรู้จากนักวิชาการหลากหลายสาขา ส่งผลให้องค์กรวิชาการจากนานาประเทศมีโอกาเข้ามาส่งเสริมและสนับสนุนการศึกษาวិจัยในประเทศไทยอย่างมากมาย นับเป็นการเปิดแนวร่วมทางการวิจัยที่กว้างขวาง จนทำให้มองเห็นและเข้าใจปัจจัยอันเป็นเงื่อนไขในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ตลอดจนผลกระทบที่ซับซ้อนทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นตามมาได้อย่างชัดเจนมากขึ้น

หลังจากนั้นเป็นต้นมา รัฐบาลที่มาจากการเลือกตั้งทุกสมัยต่างมองเห็นว่า ปัญหาเอดส์ยังเป็นปัญหาที่ส่งผลวิกฤตต่อสังคมไทย จึงกำหนดให้นโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เป็นนโยบายของรัฐบาลติดต่อกันมาทุกสมัย นอกจากนั้นการพัฒนองค์กรการบริหารนโยบายเอดส์ก็ดำเนินการไปอย่างต่อเนื่อง มีการจัดตั้งคณะกรรมการจากกระทรวงต่างๆ 6 กระทรวง รับผิดชอบภาระในภาคส่วนต่างๆ ได้แก่ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ การเสริมสร้างสมรรถนะขององค์กรชุมชน การศึกษาและเยาวชน การจัดบริการทางสังคมและเศรษฐกิจ การจัดบริการทางสุขภาพและการศึกษาวิจัย เพื่อให้การกำหนดแผนปฏิบัติและการบริหารจัดการการใช้งบประมาณของภาครัฐในด้านต่างๆ เป็นไปอย่างเหมาะสมและสอดคล้องกับแนวนโยบาย

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติและอนุกรรมการ
ทุกคณะ ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยราชการ องค์กรเอกชน สาธารณ-
ประโยชน์ ภาคเอกชน และตัวแทนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ จึงเป็นเวทีของการ
แลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อเสนอแนะเชิงนโยบายที่กว้างขวางและโปร่งใส ต่อ
มาได้มีการแก้ไขระเบียบสำนักนายกรัฐมนตรี ว่าด้วยการบริหารจัดการ
ปัญหาเอดส์แห่งชาติ เพื่อสามารถกำหนดให้มีคณะกรรมการแห่งชาติว่า
ด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เป็นองค์กรที่บริหารงานอย่าง
ต่อเนื่องได้โดยไม่ต้องขอคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ทุกครั้งที่มีการ
เปลี่ยนแปลงคณะรัฐมนตรี สำหรับหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประสานนโยบาย
ในฐานะสำนักงานเลขานุการของคณะกรรมการฯ ก็ได้มอบหมายให้เป็น
ภารกิจของกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข
ตั้งแต่พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา

เวทีของคณะกรรมการชุดต่างๆ ดังกล่าว เปิดโอกาสให้นักวิชาการ
องค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ และผู้แทนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ได้ทำหน้าที่
เสนอแนะ ชี้แนะ และวิพากษ์วิจารณ์ การบริหารงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่
คณะทำงานได้ร่วมกันกำหนดขึ้น เช่น การออกกฎระเบียบที่ขัดแย้งกับแผน
ยุทธศาสตร์ และความบกพร่องของกลไกรัฐที่จะแปลงนโยบายไปเป็นแผน
ได้อย่างถูกต้อง

สำหรับการพัฒนาโครงสร้างการบริหารนโยบายในระดับเขต เริ่มมีการ
ดำเนินการอยู่ในภาคเหนือตอนบน นอกจากนี้ยังมีคำสั่งของกระทรวง
มหาดไทย ให้แต่งตั้งคณะกรรมการในระดับจังหวัด โดยผู้ว่าราชการจังหวัด
เป็นประธาน และมีรองผู้ว่าราชการจังหวัดทำหน้าที่ควบคุมศูนย์ประสาน
งานป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดเอดส์ในจังหวัด ทั้งยังมีการอบรมการทำ
แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดเอดส์ในระดับองค์กรบริหารส่วนท้องถิ่น ทั้ง
ในระดับกรุงเทพมหานคร เทศบาล และองค์การบริหารส่วนตำบล เพื่อให้
สามารถนำงบประมาณของท้องถิ่นมาใช้ดำเนินการด้านนี้ตั้งแต่พ.ศ. 2539

กระบวนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เริ่มดำเนินการครั้งแรกในปีพ.ศ. 2534 ซึ่งเป็นช่วงที่ยังมุ่งเน้นการประชาสัมพันธ์ให้สังคมไทยตระหนักถึงการคุกคามจากปัญหาเอดส์ ส่วนการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ครั้งที่สองในปีพ.ศ. 2538 ซึ่งเป็นที่มาของแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่ใช้เป็นยุทธศาสตร์หลักในปัจจุบัน นับว่าเป็นกลไกที่ส่งผลสำเร็จในการพัฒนายุทธศาสตร์และนโยบาย เนื่องจากแกนกลางในการยกร่างแผนฯ คือสำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้รับความร่วมมือจากทุกฝ่าย ทั้งหน่วยงานในภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ นักวิชาการ และผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ เข้ามาร่วมระดมสมองและเสนอแนวคิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในการทำแผนฯ ในปีพ.ศ. 2538 ได้ดำเนินการควบคู่ไปกับการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 ทำให้สามารถประสานยุทธศาสตร์หลักเข้าด้วยกันได้อย่างเหมาะสม

การจัดโครงสร้างทางงบประมาณเป็นประเด็นที่น่าสนใจในการพัฒนานโยบายสาธารณะ เนื่องจากนโยบายทางงบประมาณเป็นเครื่องแสดงให้เห็นว่ารัฐมีเจตนารมณ์ชัดเจนเพียงไรในการจัดการกับปัญหาเอดส์ ในขณะเดียวกัน วิวัฒนาการของรูปแบบการจัดแผนงบประมาณก็สามารถสะท้อนให้เห็นถึงทิศทางการผลักดันกิจกรรมให้ตอบสนองต่อยุทธศาสตร์ที่กำหนดไว้ในแผนอย่างชัดเจน โดยเฉพาะในกรณีของแผนงานโรคเอดส์ ซึ่งมีการกำหนดภารกิจให้หน่วยงานหลายหน่วยในระบบราชการ องค์กรเอกชน และสถาบันวิชาการ เข้าร่วมดำเนินการโดยใช้งบประมาณภายใต้แผนงานนี้

ในระยะแรกของการแปลงแผนไปสู่การปฏิบัติการของแผนระดับชาตินั้น เห็นได้ว่าหน่วยงานจำนวนมากทั้งภาครัฐและเอกชนได้ทำท่างบประมาณเป็นโครงการย่อยๆ เพื่อนำไปใช้ในการดำเนินกิจกรรม โดยในระยะแรกมุ่งเน้นที่การให้ข้อมูลข่าวสาร การจัดฝึกอบรมให้ความรู้แก่บุคคลากรต่างๆ เป็นหลัก ต่อมาได้พัฒนางานให้มีลักษณะกว้างขวางขึ้นทั้ง

ทางด้านบริการสุขภาพ บริการสังคม และการคุ้มครองสิทธิ ดังนั้นในการจัดทำแผนงบประมาณป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2540-2544 สำนักงานประมาณจึงได้ทำการวิเคราะห์โครงสร้างของแผนยุทธศาสตร์ภารกิจของหน่วยงานต่างๆ ที่รับผิดชอบต่อกิจกรรมที่เกี่ยวข้อง และความสำคัญของปัญหา จากนั้นได้จำแนกแผนงบประมาณออกเป็น 2 สาขาใหญ่ ได้แก่ แผนงบประมาณทางด้านสังคม และแผนงบประมาณทางด้านสาธารณสุข โดยที่ในโครงสร้างงบประมาณดังกล่าว จะมีงบประมาณส่วนที่สนับสนุนองค์การเอกชนสาธารณสุขประโยชน์และชุมชนอยู่ด้วย เพื่อให้สอดคล้องกับจุดเน้นของยุทธศาสตร์ที่จะสร้างศักยภาพของคน ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้ด้วยตนเอง

7.2 การสร้างสิ่งแวดล้อม

การเปลี่ยนแปลงเนื้อหาที่เป็นนัยสำคัญของแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติป้องกันโรคเอดส์ จากที่กำหนดเอาไว้ในแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2535-2539 ไปสู่กรอบแนวคิดใหม่ในยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2540-2544 แสดงให้เห็นถึงการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์ในการป้องกันโรคเอดส์ กระบวนทัศน์เดิมได้มุ่งที่การให้ความรู้ ประชาสัมพันธ์ และสื่อสารด้วยข่าวสารเกี่ยวกับเอดส์ที่ต่อเนื่อง จนประเมินได้ว่าประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์เป็นอย่างดี แต่ก็ได้เรียนรู้ไปในขณะเดียวกันด้วยว่า การที่ประชาชนมีความรู้ความเข้าใจในเรื่องเอดส์นั้น ยังไม่เพียงพอที่จะส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้ปลอดภัยได้ จึงต้องพัฒนายุทธศาสตร์ในการเสริมศักยภาพบุคคล ครอบครัว และชุมชน ให้สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กับพัฒนาสิ่งแวดล้อมทางเศรษฐกิจและสังคม เพื่อให้คนและครอบครัวสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้

ประเด็นสำคัญของแผนยุทธศาสตร์ใหม่นี้ ให้ความสำคัญกับสิ่งแวดล้อมทางสังคมซึ่งเป็นเครื่องกำหนดวิถีชีวิตเสี่ยงของบุคคล ตลอดจน

จนมองการป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอเดสเป็นองค์รวม คือ ไม่แยกออกจากกัน ทั้งนี้เพราะหากผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เป็นจำนวนเกือบหนึ่งล้านคนไม่สามารถอยู่ในสังคมได้อย่างเปิดเผยและมีศักดิ์ศรีเพียงพอ การที่จะได้รับความร่วมมือจากคนเหล่านี้ ให้ร่วมมือกันปกป้องสังคมส่วนรวมเพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ จักเป็นไปได้ยาก

ดังนั้น การสร้างจริยธรรมและนโยบายเชิงสิทธิมนุษยชน โดยไม่ให้เกิดการเลือกปฏิบัติจากปัญหาเอดส์ จึงเป็นประเด็นสำคัญในเรื่องสิ่งแวดล้อมทางสังคมที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาในหมู่นักทำกิจกรรมต่อต้านโรคเอดส์ ตั้งแต่พ.ศ. 2534 เพราะในช่วงนั้นมีการจัดตั้งคณะกรรมการขึ้นมาดูแลปัญหาด้านนี้ รวมทั้งมีองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์จำนวนมากเริ่มเข้ามาทำกิจกรรมรับเรื่องราวร้องทุกข์ และเป็นปากเสียงให้กลุ่มผู้ติดเชื้อที่ถูกละเมิดสิทธิ จนกระทั่งในระยะหลัง สำนักงานอัยการสูงสุดจึงได้เริ่มพัฒนาบทบาทด้านนี้ขึ้น โดยให้อัยการจังหวัดดำเนินการแก้ปัญหาด้านสิทธิมนุษยชนนอกจากนี้ยังพบว่าการให้ข้อมูลโดยทำให้คนกลัวโรคเอดส์ ได้สร้างผลข้างเคียงทำให้เกิดความรังเกียจต่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ไปด้วย จึงมีการเปลี่ยนเนื้อหาของสื่อประชาสัมพันธ์จากเดิมมาเน้นให้ประชาชนเกิดความเข้าใจ มีความเอื้ออาทรต่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ และเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ติดเชื้อเข้ามามีบทบาทในทางสังคมและองค์กรที่ทำงานเรื่องเอดส์มากขึ้น

การปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมด้านข่าวสารและการประชาสัมพันธ์ที่สำคัญก็คือ การใช้เครือข่ายการสื่อสารด้านบันเทิงของภาคเอกชนที่มีอิทธิพลต่อสังคม เป็นช่องทางในการเผยแพร่ ในปีพ.ศ. 2536 สำนักนายกรัฐมนตรีเริ่มจัดกิจกรรมด้านนี้ โดยให้บริษัทเอกชนจัดทำเทปเพลงและจัดคอนเสิร์ตในส่วนต่างๆ ของประเทศ ในระยะแรกได้จัดวิทยากรให้ความรู้ความเข้าใจแก่นักร้อวงวัยรุ่นและพิธีกรผู้ประกาศรายการต่างๆ เพื่อให้สามารถสอดแทรกความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์แก่ประชาชน และสร้างความเห็นอกเห็นใจผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ต่อมาได้ขยายกลุ่มออกไปโดยการจัดเวทีแลกเปลี่ยนความรู้

และทัศนคติกับนักจัดรายการเพลงทางวิทยุ นักเขียนบทละครโทรทัศน์ สมาคมนักข่าว ผู้กำกับและผู้สร้างภาพยนตร์ เพื่อให้เกิดเครือข่ายของผู้ให้ข่าวสารแก่สาธารณชนที่จะสามารถสอดแทรกแง่มุมต่างๆ ในชีวิตของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ผ่านทางสื่อของตน ซึ่งเป็นโอกาสให้สังคมไทยได้พัฒนาทัศนคติในการโอบอุ้มเอื้ออาทรต่อผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ประเด็นสำคัญในอนาคตก็คือการสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อวิถีชีวิตที่ปลอดภัยต่อปัญหาเอดส์ ทั้งในระดับ ชุมชน และครอบครัว ตามที่กำหนดเอาไว้ในแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2540-2544 ซึ่งแนวทางดังกล่าวครอบคลุมประเด็นสถาบันบันเทิงเรีงรมย์ สภาพการทำงานในภาคประกอบการ และอุตสาหกรรม ปัญหาการโยกย้ายถิ่น การใช้สารเสพติด การหาประโยชน์ทางเพศจากเด็กและสตรี ซึ่งได้รับการยอมรับทั่วโลกว่าเป็นปัจจัยพื้นฐานของปัญหาเอดส์ โดยที่ในปัจจุบันประเทศไทยก็มีความพยายามปรับแก้ไขดังกล่าวดำเนินการตามแนวทางของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้วยเช่นกัน

7.3 การสริมพลังของกิจกรรมชุมชน

การใช้พลังชุมชนในการสร้างกระบวนการรณรงค์จากหมู่บ้านขึ้นไปสู่ระดับประเทศ ให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญของครอบครัวในฐานะที่เป็นหน่วยหลักในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้เริ่มมาตั้งแต่ปีพ.ศ. 2536 ในการรณรงค์ “ครอบครัวทั่วไทยสู้ภัยเอดส์” แม้ว่าการดำเนินการดังกล่าวจะเป็นเสมือนการใช้ชุมชนจัดตั้งของภาครัฐก็ตาม แต่ภาพการทำงานขององค์กรเอกชนในภาคเหนือที่มุ่งเข้าไปเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับชุมชนเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์หลังจากปี 2536 ก็ได้เพิ่มจำนวนมากขึ้น ในระยะแรกจะเห็นได้ว่าองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากองค์กรนานาชาติ ได้แสดงบทบาทสำคัญในการลงไปทำงานกับชุมชน โดยเฉพาะในพื้นที่ที่เริ่มมีการติดเชื้อโรคเอดส์มากเช่นใน

ภาคเหนือ ต่อมาเมื่อมีการจัดตั้งศูนย์ประสานงานด้านภัยเอดส์ภาคเหนือตอนบนขึ้น ก็ได้มีการจัดสรรงบประมาณเพื่อพัฒนาศักยภาพของชุมชนชนบทใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน เพื่อให้มีสมรรถนะในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ด้วยตนเอง โดยเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างภาครัฐ และองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์

จากการติดตามผลการใช้งบประมาณดังกล่าว แม้จะพบว่ายังไม่สามารถนำไปเป็นปัจจัยสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนอย่างเป็นรูปธรรม อีกทั้งยังอยู่ในระยะเริ่มต้นของความร่วมมือระหว่างรัฐและองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ แต่พบว่าเป็นเครื่องมือกระตุ้นให้เกิดการประสานงานระหว่างภาครัฐ องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และองค์กรชุมชนได้ นอกจากนั้น กระทรวงมหาดไทยยังเข้าร่วมวางแผนและสนับสนุนให้องค์กรท้องถิ่นทั้งเทศบาลและองค์การบริหารส่วนตำบล เข้าไปมีส่วนร่วมในการทำงานเรื่องเอดส์ร่วมกับองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ โดยสามารถจัดสรรงบประมาณส่วนท้องถิ่นเพื่อดำเนินการในแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้ แต่ในปัจจุบันการดำเนินการเรื่องนี้ยังมิอุปสรรคจากปัญหาทางเศรษฐกิจและการคลังของประเทศ ทำให้องค์กรในระดับท้องถิ่นไม่ได้รับงบประมาณตามที่คาดหวัง

การพัฒนาสถาบันในชุมชนให้เกิดความสนใจและเข้าร่วมป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ได้เกิดขึ้นอย่างต่อเนื่อง เช่น มีพระสงฆ์และวัดในศาสนาพุทธเป็นจำนวนมากหันมาจัดกิจกรรมเพื่อให้ความช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และครอบครัว นอกจากนั้น ทางสำนักจุฬาราชมนตรีก็ยังจัดโครงการให้ความรู้เรื่องเอดส์แก่มุสลิมต่างๆ ในประเทศ ส่วนสภาคริสตจักรและองค์กรในศาสนาคริสต์จำนวนมากได้จัดโครงการเยี่ยมและให้กำลังใจแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่บ้านในหลายพื้นที่ทั้งในภาคเหนือ ภาคกลาง ภาคตะวันออก และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งเป็นรากฐานของการสร้างกลไกในการสานความร่วมมือภายในชุมชนได้เป็นอย่างดี นอกจากนั้น

กลุ่มครูในโรงเรียน และเจ้าหน้าที่อนามัยตำบล โดยเฉพาะในภาคเหนือตอนบน ซึ่งอยู่ใกล้ชิดกับพื้นที่ที่ประสบปัญหายังได้เข้ามาร่วมมือกับชุมชนอย่างใกล้ชิดมากขึ้นด้วย

ส่วนการรวมตัวของกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ถือเป็นชุมชนในรูปแบบใหม่ เนื่องจากในปัจจุบัน การเตรียมชุมชนทั่วไปให้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ได้อย่างสมานฉันท์ ยังมีอาจปฏิบัติได้โดยทั่วไป การรวมตัวกันของกลุ่มผู้ติดเชื้อจึงเป็นทางออกที่สำคัญทางหนึ่งที่จะช่วยให้คนเหล่านี้ได้มีกลุ่มของตนเองที่สามารถปรับทุกข์ แลกเปลี่ยนข่าวสาร ซึ่งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติได้ส่งเสริมและสนับสนุนการรวมตัวของคนกลุ่มนี้มาตลอด จนกระทั่งในปัจจุบันมีกลุ่มผู้ติดเชื้อภายในประเทศกว่า 300 กลุ่ม และมีการจัดประชุมทั้งในระดับภาคและระดับประเทศ เพื่อสร้างเครือข่ายของชุมชนเหล่านี้ให้สามารถยังประโยชน์ต่อชุมชนและสังคมโดยรวมของประเทศไทย จุดเด่นของการพัฒนาชุมชนผู้ติดเชื้อเอดส์ ก็คือเป็นกระบวนการที่ช่วยเสริมศักยภาพ (Empowerment) ของคนเหล่านี้ให้ตระหนักถึงศักดิ์ศรีของความเป็นคน มีความเอื้ออาทรต่อกันและกัน มีสมรรถนะในการตัดสินใจเลือกทางออกต่างๆ จนกระทั่งในปัจจุบันชุมชนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ซึ่งมีเครือข่ายในระดับชาติ ได้ทำหน้าที่ให้ข้อเสนอและวิพากษ์วิจารณ์การดำเนินนโยบายต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์ได้อย่างชัดเจนและเปิดเผยมากขึ้น ที่สำคัญก็คือ ได้แสดงให้เห็นว่าการพัฒนาประชาสังคมสำหรับกลุ่มด้อยโอกาสหรือกลุ่มยากไร้ มีความเป็นไปได้ในสังคมไทย

ชุมชนแรงงานในสถานประกอบการหรือโรงงานอุตสาหกรรม เป็นอีกเป้าหมายหนึ่งที่ได้รับการพิจารณาว่าเป็นกลุ่มที่มีวิถีชีวิตเสี่ยงมากกว่ากลุ่มอื่น จึงมีการดำเนินการเพื่อพัฒนาให้เกิดการรวมตัวและช่วยเหลือกันและกันในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยเริ่มจากกลุ่มนักวิชาการ นักวิจัย และองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ซึ่งได้พัฒนากลวิธีในการทำงานร่วม

กับชุมชนแรงงานเหล่านี้ แต่การดำเนินการดังกล่าวต้องได้รับความร่วมมือจากเจ้าของสถานประกอบการด้วย ต่อมาหน่วยงานราชการเช่น กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม จึงได้แสดงบทบาทเป็นผู้ประสานงานกับเจ้าของกิจการ และได้ให้ความรู้ความเข้าใจแก่เจ้าหน้าที่ของกระทรวงให้สามารถจัดทำกิจกรรมในกลุ่มชุมชนแรงงานนี้ด้วย อย่างไรก็ตาม กลุ่มแรงงานที่ยังเข้าถึงได้ยาก เช่น คนงานก่อสร้าง คนงานประมง แรงงานข้ามประเทศผิดกฎหมาย ก็ยังเป็นกลุ่มชุมชนที่จะต้องทำการศึกษาและพัฒนารูปแบบในการทำงานต่อไป

สำหรับการสร้างชุมชนของกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ เช่น โสเภณี ชายรักร่วมเพศ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด ดังที่มีการก่อตัวขึ้นอย่างชัดเจนในหลายประเทศ ในประเทศไทยยังมีอยู่น้อยมาก ที่มีอยู่เป็นเพียงการทำงานของกลุ่มองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์กลุ่มเล็กๆ เท่านั้น อย่างไรก็ตาม การประสานในระดับนานาชาติอาจช่วยสนับสนุนให้มีการรวมตัวที่เข้มแข็งขึ้นได้ในอนาคต

7.4 การพัฒนาทักษะส่วนบุคคล

ภายหลังจากได้ผ่านช่วงแรกของการให้สุศึกษาข้อมูลข่าวสารในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในช่วงต้นทศวรรษ 2530 ผู้ทำกิจกรรมและนักวิชาการต่างก็ตระหนักว่า เพียงการให้ความรู้ความเข้าใจในการติดต่อและประเด็นทางชีวภาพการแพทย์ของโรคเอดส์ ยังไม่สามารถทำให้คนส่วนใหญ่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมให้เบี่ยงเบนออกจากวิถีชีวิตที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ได้ การให้ความสำคัญกับการปรับทักษะของแต่ละบุคคลจึงกลายเป็นกลวิธีสำคัญที่ใช้กันอย่างกว้างขวาง

ในกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ที่จัดสำหรับกลุ่มนักเรียนทั้งในระบบและนอกระบบโรงเรียน ได้มีการระดมนักวิชาการ ทั้งในและต่างประเทศจากหน่วยงานของกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงสาธารณสุข และ

มหาวิทยาลัย มาร่วมพัฒนารูปแบบการพัฒนาทักษะชีวิต เพื่อให้วัยรุ่นใน
วัยศึกษามีสมรรถนะพอเพียงที่จะหลีกเลี่ยงการนำพาตนเองไปอยู่ใน
สถานการณ์เสี่ยง ปัจจุบันกลวิธีและคู่มือเหล่านี้ได้รับการพัฒนาและ
กำหนดเป็นแนวทางไว้ในแผนการเรียนการสอนของกระทรวงศึกษาธิการ
แล้ว เพียงแต่การพัฒนาบุคลากรในแต่ละโรงเรียนให้สามารถดำเนินการ
ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้อย่างครอบคลุมคงจะต้องใช้เวลาในการ
ขยายวงออกไป เนื่องจากกระบวนการในการวิเคราะห์ผลสำเร็จของการ
พัฒนาทักษะชีวิตดังกล่าว ยังไม่ได้นำมาใช้ในการประเมินโครงการอย่าง
จริงจัง

สำหรับกลุ่มประชากรที่มีวิถีชีวิตเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์สูง
เช่น กลุ่มเด็กข้างถนน หญิงค้าบริการทางเพศ กลุ่มผู้ติดยาเสพติด กลุ่ม
กรรมกรประมง กลุ่มแรงงานต่างชาติ ทหารเกณฑ์ ตลอดจนกลุ่มคนงานใน
โรงงานและสถานประกอบการ เป็นกลุ่มที่มีความจำเป็นต้องพัฒนาทักษะ
ชีวิตสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ ดังนั้นตลอดระยะเวลาเกือบ 10 ปีที่ผ่านมา มีนัก
วิชาการ และนักทำกิจกรรมเกี่ยวกับเอดส์เป็นจำนวนมากที่ได้พัฒนากรอบ
แนวคิด วิธีการปฏิบัติ และการประเมินผลการพัฒนาทักษะชีวิตในคนกลุ่ม
เหล่านี้ เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนวิถีชีวิตซึ่งส่งผลให้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อ
การติดเชื้อโรคเอดส์ลดลง ในขณะเดียวกันก็ได้เรียนรู้เพิ่มขึ้นว่า ก่อนที่จะ
สร้างทักษะชีวิตให้แก่กลุ่มคนที่ด้อยโอกาสเหล่านี้ได้นั้น จำต้องสร้างความ
เชื่อมั่นในคุณค่าของชีวิตตนเองแก่พวกเขาเสียก่อน จากนั้นจึงจะสามารถ
ชักจูงให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและพัฒนาทักษะของตนเองจน
ปลอดภัยจากปัญหาเอดส์ได้ การให้ความสำคัญกับเงื่อนไขทางสังคม
จิตวิทยาของแต่ละบุคคลจึงได้กลายเป็นศูนย์กลางในการป้องกัน และ
แก้ไขปัญหาเอดส์ ภายใต้ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพของบุคคล
ครบถ้วน และชุมชน

สำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ มีการพัฒนาการให้บริการคำปรึกษา ทั้งในระดับบุคคล และครอบครัว ให้สามารถมีสถานภาพทางจิตวิทยาสังคม และมีกระบวนการทางการแพทย์เพื่อเสริมให้คนเหล่านี้และครอบครัว สามารถให้การดูแลพยาบาลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ให้มีชีวิตอยู่ได้ยืนยาว สามารถสร้างกระบวนการส่งเสริมสุขภาพในครอบครัว ให้มีการรับประทาน อาหารที่เหมาะสม การพักผ่อนที่พอเพียง การใช้สมุนไพรรอบตัวให้ถูกต้อง การออกกำลังกายที่เหมาะสม ตลอดจนการใช้กลวิธีทางจิตวิญญาณของแต่ละศาสนาเพื่อปรับสภาพจิตใจให้ผ่อนคลาย เช่น การนั่งสมาธิ ซึ่งกระบวนการในการส่งเสริมสุขภาพเหล่านี้ มีกลุ่มที่มีความรู้ในหลากหลาย พื้นฐานความรู้ได้ร่วมกันผนึกสติปัญญาในการพัฒนากลวิธีต่างๆ ขึ้นมา

7.5 การปรับบริการสุขภาพและสังคม

การพัฒนาบริการสุขภาพและสังคมที่มุ่งหวังให้บุคคลและชุมชน สามารถพึ่งพาตนเองได้ในการจัดการบำบัดปัญหาทางสุขภาพและสังคมของตนเองได้อย่างเหมาะสมกับความจำเป็นทางเศรษฐกิจ และสังคม และตอบสนองต่อปัจจัยที่คุกคามสุขภาพ ตลอดจนได้รับการยอมรับและสนับสนุนจากโครงสร้างทางนโยบาย ถือว่าเป็นประเด็นที่น่าศึกษาอีกประการหนึ่งของ วิชาการในการจัดการกับปัญหาเอดส์

“โครงการรณรงค์อนามัย 100%” เป็นตัวอย่างที่ชัดเจน เนื่องจากมี ข้อมูลชี้ให้เห็นชัดเจนว่าในระยะนั้นมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ไปถึง กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ ซึ่งแสดงถึงแนวโน้มที่จะแพร่ออกไปยังกลุ่ม ผู้ชายและสังคมในวงกว้าง การให้ข้อมูลแก่สาธารณชนและรัฐบาล ทั้งในแง่ ขนาดของปัญหา ลักษณะพฤติกรรมทางเพศที่สื่อให้เห็นว่าจะแพร่โรคผ่าน ช่องทางนี้ไปยังประชากรทั่วไปได้อย่างรวดเร็ว นอกจากนี้ การที่มีคนจาก ภาคธุรกิจเอกชน ภาคเอกชนสาธารณประโยชน์ และนักวิชาการ เข้าไป ดำรงตำแหน่งในรัฐบาลในขณะนั้น สามารถผลักดันให้เกิดการประชา-

สัมพันธปัญหาเอตส์อย่างกว้างขวาง ทำให้ประชาชนและข้าราชการส่วนใหญ่เชื่อถือข้อมูลข่าวสาร และยอมรับว่าเอตส์กำลังคุกคามสังคมไทยอยู่จริง ประกอบกับมีนักวิชาการสาธารณสุขจำนวนหนึ่งได้ทดลองทำโครงการต้นแบบให้เห็นในจังหวัดเชียงใหม่ ตาก และราชบุรี จึงทำให้การกำหนดแผนงานที่จะแปลงนโยบายไปสู่การปฏิบัติทำได้ง่ายขึ้น

แต่เมื่อหันกลับมาพิจารณาเปรียบเทียบกับการจัดบริการให้แก่กลุ่มผู้ติดยาเสพติดเพื่อป้องกันการติดเชื้อโรคเอตส์ในผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด เห็นได้ว่าระดับสัมฤทธิ์ผลในการป้องกันผู้ติดยาเสพติดมิให้ติดเชื้อโรคเอตส์ยังอยู่ในเกณฑ์ต่ำมาก ตลอดจนยังไม่มีแนวโน้มที่จะยอมรับกลวิธีการป้องกันที่มีประสิทธิผลสูงกว่า เช่น การจัดบริการแลกเปลี่ยนหลอดและเข็มฉีดยาเพื่อให้ผู้ติดยาเสพติดปลอดภัยจากการติดเชื้อโรคเอตส์ แม้ว่าจะมีข้อมูลการศึกษาในหลายประเทศแสดงให้เห็นว่า ไม่ส่งผลกระทบต่อในแง่ของการส่งเสริมให้มีผู้ติดยาเสพติดเพิ่มมากขึ้นแต่อย่างใด ทั้งนี้เป็นเพราะผู้กำหนดนโยบายยังไม่ยอมรับทัศนะการป้องกันในกลุ่มนี้มากเท่ากับการป้องกันในกลุ่มผู้ขายบริการทางเพศ ซึ่งมีแนวโน้มในการแพร่กระจายออกสู่ผู้ขายจำนวนมากที่ไปเที่ยวตามสถานบริการ อันจะนำไปสู่การแพร่ระบาดอย่างกว้างขวางในประชากรทั่วไปต่อไป ดังนั้น จึงมีเพียงองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ 2-3 กลุ่มที่ริเริ่มและทดลองทำโครงการลักษณะดังกล่าวในบางพื้นที่ของประเทศไทย

การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์บางด้านเป็นไปอย่างรวดเร็วมาก เช่น ระบบบริการโลหิต เนื่องจากมีความชัดเจนในเรื่องวิธีการตรวจคัดกรองเลือด และมีโครงสร้างการดำเนินงานในสถานบริการต่างๆ อยู่แล้วอย่างชัดเจน แม้ว่าจะใช้เวลาในการปรับมาตรฐานของน้ำยาตรวจ และกลไกเสริมอื่นๆ ก็ตาม แต่การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์หลายส่วนคงเป็นไปอย่างช้าๆ เช่น การรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอตส์ ระบบการดูแลผู้ติดเชื้อโรคเอตส์อย่างต่อเนื่องและครบวงจรเนื่องจากองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้อง

กับบริบทของการรักษาพยาบาลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ มีการพัฒนาตัวเองไปอย่างรวดเร็ว ทำให้ต้องมีการปรับกลไกการบริการ และการศึกษาวิจัยภายในประเทศให้มีความยืดหยุ่นพอที่จะปรับตัวเข้ากับวิวัฒนาการทางด้านความรู้ในการดูแลรักษา และให้สอดคล้องกับข้อจำกัดทางสังคม เศรษฐกิจ และวัฒนธรรมของแต่ละพื้นที่

บริการสำคัญที่ก่อตัวขึ้นอย่างชัดเจนในกรณีปัญหาเอดส์ ก็คือการให้บริการทางสังคมจิตวิทยา ซึ่งจำเป็นต้องทำให้ผสมผสานเข้าไปในระบบบริการสุขภาพที่มีอยู่ และสามารถขยายให้ประสานเป็นเครือข่ายกับหน่วยงานบริการทางสังคมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องภายนอกระบบบริการสาธารณสุข เพื่อให้สามารถมองกระบวนการส่งเสริมสุขภาพของคนและครอบครัวของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ว่าเป็นองค์รวมของร่างกาย จิตใจ และสังคมอย่างแท้จริง

บริการทางสังคมสำหรับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ได้แก่ บริการทางสังคม สงเคราะห์ การฝึกอาชีพ สวัสดิการแรงงาน และการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทุนทรัพย์ในการริเริ่มประกอบอาชีพ เพิ่งได้รับการพัฒนาและสนับสนุนอย่างชัดเจนขึ้นในระยะ 2-3 ปีที่ผ่านมา ส่วนการจัดบริการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์เป็นการริเริ่มจากองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ โดยรัฐเริ่มพัฒนาหน่วยงานสำนักงานอัยการสูงสุดเพื่อให้เข้ารับการกิจด้านนี้ ตั้งแต่พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา ซึ่งถือได้ว่าเป็นมิติใหม่ของการบริการทางสังคม แต่ยังคงใช้เวลาอีกมากพอสมควรในการพัฒนาให้มีกิจกรรมที่ครอบคลุมเนื้อหาที่มองว่าสิทธิมนุษยชนเป็นความสมบูรณ์ด้านหนึ่งของสุขภาพมนุษย์

การพัฒนาการจัดการศึกษาสำหรับเยาวชนให้เตรียมตัวพร้อมที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้รับการตอบสนองจากกระทรวงศึกษาธิการเป็นอย่างดี มีการพัฒนาตั้งแต่เริ่มใส่ประเด็นของความรู้เรื่องโรคเอดส์ไว้ในหลักสูตรการศึกษา ตลอดจนมีการพัฒนาแผนการเรียนการสอน และใน

ปัจจุบันได้พัฒนาระบบการและกลวิธีในการสร้างให้เยาวชนมีทักษะชีวิต ในการป้องกันตนเองจากปัญหาเอดส์อย่างจริงจัง ประเด็นที่ยังขาดในด้านนี้ก็คือ ยังไม่มีการประเมินความครอบคลุมและสมรรถนะของสถานศึกษาต่างๆ ในประเทศว่าสามารถจัดการเรียนการสอนในรูปแบบดังกล่าวอย่างได้ผลจริงจังเพียงไร

สรุป

จะเห็นได้ว่า วิวัฒนาการในการจัดการกับปัญหาเอดส์มีกระบวนการพัฒนาที่มีรากฐานจากความโปร่งใสด้านข้อมูลข่าวสารจากหลายแง่มุม และจากหลากหลายวิชาชีพ โดยไม่มีการผูกขาดความเป็นเจ้าของข้อมูล มีการแลกเปลี่ยนและพัฒนากิจกรรมที่สอดคล้องประสานกันเป็นอย่างดี ทำให้การสร้างกลไกปรับวิถีชีวิต และกลไกปรับโครงสร้างเชิงนโยบายดำเนินไปด้วยกันได้อย่างกลมกลืน จนกล่าวได้ว่า เอดส์ช่วยก่อให้เกิดสังคมประชาธิปไตยแบบหนึ่ง ที่เข้ามาร่วมกันพัฒนาองค์ประกอบทั้ง 5 ส่วนของกลวิธีการส่งเสริมสุขภาพ ทั้งที่กลุ่มบุคคลจากหลากหลายประสบการณ์ที่ร่วมกันต่อสู้กับปัญหาเอดส์ในประเทศไทยในช่วง 2 ทศวรรษที่ผ่านมา ไม่เคยเรียนรู้กรอบแนวคิดการส่งเสริมสุขภาพมาก่อน ซึ่งแสดงให้เห็นว่า เมื่อต้องเผชิญกับวิกฤตการณ์สังคมที่รุนแรง การเปิดโอกาสให้คนจากภาคส่วนต่างๆ ที่ได้รับรู้และเข้าใจข้อมูลในแง่มุมต่างๆ ได้อย่างชัดเจน เข้ามามีส่วนร่วมในการแก้ปัญหา เกิดการรวมตัว ร่วมกันคิด ร่วมกันทำ และร่วมกันพัฒนาอย่างกว้างขวางในทุกระดับ จะสามารถจัดการกระบวนการส่งเสริมสุขภาพขึ้นมาได้ในที่สุด

วิวัฒนาการของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่เกิดขึ้นในประเทศไทยในระยะเวลาเพียง 1 ทศวรรษที่ผ่านมา มีผลมาจากวิกฤตทางสังคมและสุขภาพที่มีสภาพแตกต่างไปจากวิกฤตการณ์ในสหรัฐอเมริกา แคนาดา และยุโรป ที่ผลักดันให้ประชาคมต้องฉีกแนวออกจากการใช้

เทคโนโลยีทางการแพทย์และสาธารณสุขเพียงด้านเดียว ไปสู่การพัฒนา ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพ ด้วยการระดมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการใช้โครงสร้างทางเศรษฐกิจ สังคม วัฒนธรรม และการเมือง อย่างไรก็ตาม การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ก็ได้ส่งผลในการสร้างสรรค์ประสบการณ์ให้แก่ประชาคมไทยในลักษณะเดียวกัน นั่นก็คือ ทำให้ค้นพบกลวิธีในการประสานพลังทางสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม และการเมือง ให้ผนึกกำลัง และสร้างปัญหาที่สามารถมองปัญหาเอดส์แบบองค์รวมได้สำเร็จ ทำให้สามารถระดมสมรรถนะจากทุกภาคส่วนของสังคมเพื่อรังสรรค์นโยบาย และกิจกรรม จนสามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในสังคมไทยได้อย่างจริงจังได้ในที่สุด

เอกสารอ้างอิง

1. ศ.นพ.ประเวศ วะสี. “เอ็ดส์กับการพัฒนามนุษยชาติ.” *23 ประสพการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคเหนือ*. บรรณาธิการ เสรี พงศ์พิศ. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2539. หน้า 1-14.
2. Macdonald, G., and Bunton R. “Health Promotion: Discipline or disciplines?” *Health Promotion: Discipline and Diversity*. Ed. Robin Bunton and Gordon MacDonald. 1992. pp. 6-19.
3. WHO. *Health Promotion: European Monographs in Health and Health Education*. Research No 6. Copenhagen, 1984.
4. Green, L. “Health Promotion Today and a Framework for Planning.” *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. by Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter, Mayfield Publishing Company, 1991. pp. 1-31.
5. WHO. *Ottawa Charter for Health Promotion*. International Conference on Health Promotion: The Move towards a New Public Health, Ottawa, Ontario, Canada, November 17-21, 1986.
6. ดร.เสรี พงศ์พิศ. “บทเรียนราคาแพง”. *23 ประสพการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคเหนือ*. บรรณาธิการ เสรี พงศ์พิศ. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2539. หน้า 299-332.
7. Mann, J., and Talentora, D. “From Vulnerability to Human Rights.” *AIDS in the World II*. Ed. Jonathan Mann and Daniel Tarantora. New York: Oxford University Press, 1996. pp. 463-476.

