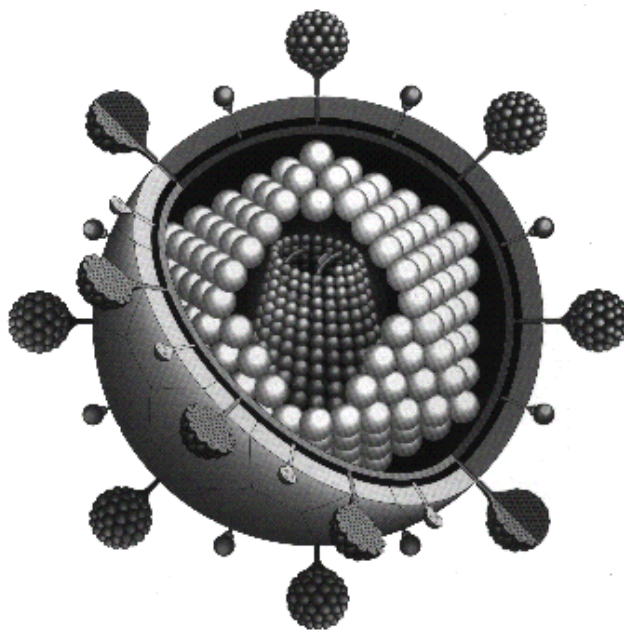


เรื่องโรคเอดส์ และการติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย

ชัยยศ คุณานูนธ์ พบ. PhD (Epidemiology)



โครงการทบทวนสภาวะสุขภาพประชาชนไทย พ.ศ. 2543
สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

คำนำ

ความตั้งใจเริ่มต้นที่จะทำเอกสารชุดนี้ คือการทบทวนองค์ความรู้ แล้วจัดทำข้อเสนอแนะ เพื่อ
บันทึกไว้ สำหรับผู้ที่ทำงานด้านเอดส์ในประเทศไทย ไว้ศึกษา และใช้ประโยชน์ แต่ด้วยภาระหน้าที่
และการปรับเปลี่ยนระบบงาน ทำให้ผู้เขียนมีเวลาจำกัด เอกสารนี้จึงกลายเป็นการรวบรวม ความรู้
เรื่องโรคเอดส์ การติดเชื้อเอชไอวี การรักษา ป้องกัน และกิจกรรม ที่ผู้เขียนมีส่วนร่วมทำงาน มากกว่า
การทบทวน แบบ Literature review ดังที่ตั้งใจไว้ตั้งแต่ตอนเริ่มต้น อย่างไรก็ตาม บทที่ 9 ซึ่งเป็นข้อเสนอ
แนะกิจกรรมการป้องกัน ควบคุมการแพร่เชื้อบางอย่าง ก็ได้ทำตามที่ตั้งใจไว้ แม้จะไม่ดีนักก็ตาม

ส่วนที่ผู้เขียนรู้สึกขัดใจอย่างยิ่งคือ การอ้างอิงเอกสาร เพราะตลอดสิบปีที่ผ่านมาเรื่องเอดส์
ในประเทศไทย ได้ศึกษาค้นคว้า เอกสารวิชาการไว้จำนวนมาก แต่ไม่ได้จัดทำเป็นทำเนียบอย่างเป็น
ระบบไว้ ยิ่งเมื่อมีการย้ายโต๊ะทำงานในช่วงที่กำลังจัดทำเอกสารชุดนี้ ยิ่งทำให้ค้นคว้ายากขึ้นอีก จึงขอ
อภัยท่านผู้อ่านที่เป็นนักวิชาการ และต้องการเอกสารอ้างอิง ซึ่งเกี่ยวเรื่องที่เขียนไว้ในเอกสารนี้ อย่าง
ไรก็ตาม ผู้เขียนยินดีค้นคว้าเอกสารอ้างอิงเพิ่มเติมให้ ตามความต้องการ และถ้าสามารถจัดระบบ
เอกสารได้ จะทำการแก้ไขปรับปรุงเอกสารนี้ ให้สมบูรณ์ขึ้นต่อไปอีก

ผู้เขียนคาดหวังว่า เอกสารความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย นี้ จะ
เป็นประโยชน์ต่อท่าน ไม่มากนักน้อย หากมีข้อเสนอแนะประการใด ยินดีน้อมรับด้วยความเต็มใจ

20 กรกฎาคม 2543

ครบรอบ 10 ปีของโรคเอดส์

กิตติกรรมประกาศ

บุคคลแรกที่ขอขอบคุณ คือ พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ ผู้แนะนำให้ผู้เขียนจัดทำเอกสารความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการติดเชื้อเอชไอวี นี้ ด้วยความเห็นชอบของ นพ.วิพุธ พูลเจริญ ผู้ให้คำแนะนำ และอยู่ทั้งข้างหน้า ข้างหลัง ของผู้เขียน ในช่วง 5-6 ปีหลังของการทำงานที่กองโรคเอดส์ และบุคคลสำคัญอีกท่านที่ผู้เขียนระลึกถึงเสมอ คือ นพ. ประยูร ภูนาส ผู้เป็นครูทางด้านระบาดวิทยา และการป้องกันควบคุมโรค ผู้ชักนำ ให้ผู้เขียนมาทำงานทางด้านเอดส์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2529

บุคคลรอบข้าง ผู้เข้าใจ และยินยอมให้ผู้เขียนใช้เวลาส่วนตัว กับการศึกษา ทบทวน อ่านเขียน เพื่อจัดทำเอกสารชุดนี้ มีส่วนมากกว่าครั้งที่ทำให้เอกสารชุดนี้ ถึงมือท่านได้

ผู้ร่วมงานจำนวนมาก ทั้งในส่วนราชการ องค์กรเอกชน กลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้ทำงานในองค์กรธุรกิจ องค์กรศาสนา และรวมถึงองค์กรการเมือง ที่ได้ให้ความรู้ แนะนำให้คิด ทั้งโดยตรงและโดยอ้อม มีจำนวนมากมาย จนผู้เขียนมิอาจกล่าวนามได้หมด จึงขอขอบคุณทุกท่านโดยรวม ณ โอกาสนี้ด้วย หากปราศจากความร่วมมือ คำถาม ข้อชี้แนะของท่านเหล่านั้น ผู้เขียนคงจะไม่อุทิศสละ ศึกษาเรื่องเอดส์จนถึงวันนี้ได้เป็นแน่ ขอขอบคุณทุกท่านไว้ ณ โอกาสนี้ด้วย

บทคัดย่อ

โรคเอดส์ เริ่มเป็นที่รู้จักกันตั้งแต่ พ.ศ. 2524 เมื่อมีการรายงานผู้ป่วยปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติสอย่างผิดสังเกตในสหรัฐอเมริกา จากนั้น ก็มีการวางระบบเฝ้าระวังโรคในหลายประเทศ รวมทั้งประเทศไทยด้วย อันทำให้สามารถรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกได้ ในปี พ.ศ. 2527 และเนื่องจากในระยะแรก การระบาดวนเวียนอยู่ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ หรือรักสองเพศ ซึ่งพบบ่อยในกลุ่มผู้ที่มีความสนิทสนมกับชาวต่างประเทศ ทำให้เข้าใจผิดกันว่า เอดส์เป็นโรคของชาวต่างชาติ การควบคุมป้องกันในหมู่คนไทย ไม่น่าจะมีความจำเป็นนัก จนกระทั่งกองกามโรค ได้เป็นแกนกลาง ในการรณรงค์ ดึงความร่วมมือจากภาคีต่าง ๆ ด้วยการใช้ข้อมูลระบาดวิทยา เป็นเครื่องมือสำคัญในการชักจูง กิจกรรมการศึกษา ควบคุม ป้องกันโรคเอดส์ และการติดเชื้อเอชไอวี จึงก้าวหน้าขึ้น และมีการจัดตั้งกองโรคเอดส์ ในปี พ.ศ. 2533

การระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ ในประเทศไทย ขยายสู่กลุ่มรักต่างเพศ และสู่ประชากรทั่วไปอย่างรวดเร็ว แม้ว่าจะได้วางมาตรการป้องกันควบคุมตั้งแต่แรกแล้ว ในปี พ.ศ. 2543 ค่ามัธยฐานความชุกการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์ อยู่ที่ประมาณ 1.5% ความชุกในกลุ่มชายไทยอายุ 21 ปี ที่รับราชการทหาร 1.8% นับว่าสูงอย่างน่าวิตก ทำให้รัฐบาลและภาคีต่าง ๆ ในประเทศไทย ร่วมมือกันรณรงค์ ควบคุมป้องกันปัญหานี้อย่างพร้อมเพรียง จากการคาดประมาณที่ใช้ข้อมูลถึงปี พ.ศ. 2543 เชื่อว่า ตลอดสิบกว่าปีที่ผ่านมา สามารถป้องกันประชาชนจากการติดเชื้อนี้ได้นับล้านคน ภาระหน้าที่ในช่วงต่อไป นอกจากการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ คือการสร้างระบบดูแลรักษา และบริการทางการแพทย์ สำหรับผู้ติดเชื้อแล้ว ที่มีกว่าเก้าแสนคน

มาตรการป้องกันที่ละเลยไม่ได้ คือ การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของประชาชน ทั้งการสนับสนุนถุงยางอนามัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และการสนับสนุนเข็ม กระบอกฉีดยา และน้ำยาฆ่าเชื้อ สำหรับป้องกันการติดเชื้อจากยาเสพติด สำหรับมาตรการระยะยาว ได้แก่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อให้คน ครอบครัวยุวมชน และสังคม มีศักยภาพในการป้องกันตนเอง และลด หรือ หยุดการระบาดของเอดส์ในสังคมให้ได้

การวิจัย ทั้งด้านชีววิทยาการแพทย์ ระบาดวิทยา และสังคมศาสตร์ มีความก้าวหน้าจนทำให้เข้าใจกระบวนการว่า มีสองกลุ่มพร้อมกัน คือ กลุ่มเพศสัมพันธ์ และยาเสพติด เข้าใจว่า คนไทยมีระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่าชาวตะวันตก และทราบถึงปัจจัยทางสังคม สิ่งแวดล้อม ที่มีผลต่อการระบาดของเอดส์ แต่ก็ยังมีข้อข้องการวิจัยอีกมาก ที่ต้องร่วมกันศึกษาเพิ่มเติมอีก เพื่อความสำเร็จอย่างยั่งยืนของการหยุดหรือชะลอการระบาดให้ได้

คำสำคัญ การติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์ การระบาด การควบคุมป้องกัน ประเทศไทย

Abstract

The Acquired Immune-deficiency Syndrome (AIDS) was recognized in 1991 when a cluster of *Pneumocystis carinii* pneumonia was reported in the United States. Disease surveillance systems were set up in several countries including Thailand so that the first case in Thailand was reported in 1994. Because the epidemic was confined to special groups ie. Homosexual/bisexual men, injecting drug users, and commercial sex workers during the first years, health authorities misunderstood that AIDS was disease of the foreigners and interventions for the Thais were not necessary. Control measures started in late 1980's, from Venereal Disease (STD) division using epidemiological data to propose justified control measures. The AIDS Division was established in 1990 to coordinate national activities.

During the 1990's, the epidemic expanded to general population through heterosexual people especially those who visited commercial sex establishments and through casual sex later. The median infection rates among women attending ante-natal care (ANC) clinics and 21 year old Thai men were 1.5% and 1.8% respectively. These alarming trends have called attention thus made participation among government and non-government institutions to be profoundly implemented. The upcoming task is to strengthen health care system to be capable of coping with the AIDS epidemic from more than nine hundred thousand people already infected in Thailand.

The essential control measure now is to reduce risk per act among sex and drug related population through condom promotion and needle exchange with bleach supply. Long term goal is to promote and maintain safe behaviors which will enable individuals, families, and society to protect themselves and their society.

Biomedical, epidemiological, and social research studies allow us to understand patterns and determinants of the epidemic that there had been two distinct epidemics among sex and drug acquired populations. Studies also allow us to learn the difference of normal ranges of CD4 between Thai and Caucasian people. More studies are in great need for rapid and effective control measures.

Key words: HIV, AIDS, Epidemic, Control, Thailand.

สารบัญ

บทที่ 1	ประวัติ ความเป็นมา และการระบาดของเอชไอวี และโรคเอดส์ในโลก	1
	ภาพรวม	1
	ประวัติการค้นพบโรคเอดส์	1
	คำจำกัดความ และการเฝ้าระวัง	2
	การระบาดจำแนกตามภูมิศาสตร์	4
บทที่ 2	ระบาดวิทยาของเอดส์และเอชไอวีในประเทศไทย และความแตกต่างจากประเทศอื่น	8
	ลักษณะการระบาดในประเทศไทย	8
	เปรียบเทียบการระบาด กับประเทศอื่น ๆ	10
	บทเรียนที่ผ่านมา	11
	กิจกรรมที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญสูง	12
	กิจกรรมในอนาคต	13
	สรุป	14
บทที่ 3	การตอบสนองต่อการระบาดในประเทศไทย	
	โครงสร้างองค์กร และแผนงาน	16
	งบประมาณ	20
	สรุป	21
บทที่ 4	ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการระบาด ระดับบุคคลและสาธารณสุข	
	ปัจจัยระดับบุคคล	22
	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเอดส์กับวัณโรค	23
	ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเอดส์กับกามโรค	23
	ผลกระทบด้านสังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์	24
บทที่ 5	ผลกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการพัฒนาวัคซีนเอดส์	
	สถานการณ์	26
	ภาระการรักษาในระบบปัจจุบัน	26
	จำนวนผู้ป่วยและภาระด้านการรักษาพยาบาล	28
	ความต้องการทรัพยากร	28
	ไวรัสวิทยา พยาธิกำเนิด และ การรักษา	30
	ความคาดหวัง และความต้องการของประชาชน	32
	ปัญหาและมิติของปัญหาด้านการดูแลรักษา	33
	ทางออก	33
	วัคซีนเอดส์	35

	วัคซีนเอดส์ทดลอง (HIV Vaccine Candidate)	36
	อะไรคือตัวกำหนดที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์	37
	วัคซีนเอดส์ทดลองที่มีการศึกษาในประเทศไทย	38
	การเตรียมการสำหรับการศึกษาทางคลินิกระยะที่ 3	38
	สรุป	40
บทที่ 6	แนวโน้มการระบาดในอนาคต 20 ปี และผลที่อาจเกิดขึ้นในฉากทัศน์ต่างๆ	
	ข้อมูลแนวโน้มการติดเชื้อในปัจจุบัน	42
	The Asian Epidemic Model	55
บทที่ 7	นโยบายและบทสรุปผลการดำเนินงานควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย	
บทที่ 8	บทบาทของครอบครัว ชุมชน องค์กรท้องถิ่น ในการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	
	ปฏิกริยาของครอบครัวและสังคม ต่อผู้ป่วยเอดส์	61
	บทบาทของครอบครัว ชุมชน	61
	เป้าหมายที่คาดหวัง	62
	บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น	62
บทที่ 9	ข้อเสนอด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สำคัญในการจัดการปัญหาเอดส์ในประเทศไทย	
	การสร้างกลไกเพื่อติดตามสถานการณ์ วิทยาการ และกระจายความรู้	66
	การสร้างกลไกเพื่อลดราคาพฤติกรรมมปลอดภัย	67
	การสร้างกลไกเพื่อให้ประชาชนรู้สิทธิและหน้าที่	69
	มาตรการที่จำเป็นสำหรับประเทศไทย	70
	ทิศทางการพัฒนาประเทศไทย	72
	ปัญหาในการประสานงานในปัจจุบัน	73
	การแปรยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ	75
	แนวทางการประสานงานในอนาคต	75
บทที่ 10	ข้อเสนอด้านการวิจัย	
	ด้านชีววิทยาการแพทย์	77
	ด้านการวิจัยทางคลินิก และห้องปฏิบัติการ	78
	ด้านการเฝ้าระวังโรค	82

สารบัญรูป

รูปที่ 1.1 เชื้อไวรัสเอชไอวี	2
รูปที่ 1.2 ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามปี และพื้นที่ตามเขตภูมิศาสตร์	4
รูปที่ 1.3 ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ที่มีอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก พ.ศ. 2535, 2537	5
รูปที่ 1.4 ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ที่มีอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก พ.ศ. 2539, 2541	5
รูปที่ 1.5 ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ที่มีอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก พ.ศ. 2542	6
รูปที่ 2.1 ลำดับการระบาดของเอชไอวี และเอดส์ ในประเทศไทย	8
รูปที่ 3.1 แนวคิดด้านการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ในแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2540-2544	19
รูปที่ 4.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง HIV/AIDS และกามโรค	25
รูปที่ 4.2 disease Specific STD control outcomes in term of CORE:NONCORE Ratio	25
รูปที่ 5.1 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ ที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงาน ก.ย.2527-พ.ย.2540	26
รูปที่ 5.2 เปรียบเทียบค่ายาต้านไวรัสต่อเดือน สูตร สอง-สามชนิดพร้อมกัน	27
รูปที่ 5.3 HIV viral dynamics	31
รูปที่ 5.4 โครงสร้างพื้นฐานสำหรับการพัฒนาวัคซีนเอดส์ในประเทศไทย	40
รูปที่ 6.1 อัตราความชุกการติดเชื้อ HIV จากการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่	42
รูปที่ 6.2 ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม ตามแนวโน้มปัจจุบัน เมื่อมีกิจกรรมป้องกันต่าง ๆ	56
รูปที่ 6.3 ประมาณการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2543 และ 2548	57
รูปที่ 6.4 จำนวนเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยสมมติฐานว่าโครงการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ได้ผลเต็มที่ตั้งแต่ พ.ศ. 2543	57
รูปที่ 6.5 ประมาณการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อ จำแนกตามปี และสมมติเหตุการณ์ว่าอัตราการใช้อย่างอนามัย ลดลงเหลือร้อยละ 50 ตั้งแต่ พ.ศ. 2541	58
รูปที่ 9.1 ประมาณการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อ (Prevalent HIV) และสมมติเหตุการณ์ว่าการใช้อย่างอนามัยลดลงเหลือร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2541	68
รูปที่ 9.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาเอดส์ เทียบกับค่าใช้จ่ายสำหรับนักเรียนประถม ของประเทศต่าง ๆ	69

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1.1	อาการ หรือการป่วยที่บ่งชี้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นโรคเอดส์ (AIDS)	3
ตารางที่ 1.2	Major และ Minor signs for diagnosis of pediatric AIDS	3
ตารางที่ 1.3	อาการ หรือการป่วยที่บ่งชี้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการ (Symptomatic HIV)	4
ตารางที่ 3.1	งบประมาณแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในส่วนของรัฐ และการเพิ่ม เป็นร้อยละ	20
ตารางที่ 4.1	ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก	22
ตารางที่ 4.2	โอกาสติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามรูปแบบของการสัมผัส	23
ตารางที่ 5.1	ประมาณค่าใช้จ่าย ยาต้านไวรัส สูตรต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วย 35,000 คน ต่อปี	27
ตารางที่ 5.2	ประมาณการณั้จำนวนผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการป่วย พ.ศ.2539-2543	29
ตารางที่ 5.3	เปรียบเทียบลักษณะโรคไวรัสต่าง ๆ ที่พัฒนาวัคซีนสำเร็จ กับโรคเอดส์	36
ตารางที่ 5.4	การศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลองในประเทศไทย (ถึงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2543)	38
ตารางที่ 6.1	อัตราการติดเชื้อเอชไอวี จากการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ จากกองทัพบก และประมาณการณั้	43
ตารางที่ 6.2	ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Point prevalence) จำแนกตามปี พ.ศ. 2538-2548 จาก Extrapolated prevalent rates, และ Estimated population	43
ตารางที่ 6.3	NESDB 1994 model, DEMOGRAPHIC PROJECTIONS BY TARGET GROUP, 1995 - 2005	44
ตารางที่ 6.4	NESDB 1994 model: AVERAGE AGE OF ONSET OF ASYMPTOMATIC HIV	45
ตารางที่ 6.5	NESDB model 1997: AVERAGE AGE OF ONSET OF SYMPTOMATIC HIV	45
ตารางที่ 6.6	NESDB 1994 model: AVERAGE AGE OF ONSET OF AIDS	46
ตารางที่ 6.7	NESDB 1994 model: LIFE EXPECTANCY AT AVERAGE OF AGE OF ONSET OF ASYMPTOMATIC HIV BY TARGET GROUP, 1995 - 2005	46
ตารางที่ 6.8	NESDB 1994 model: INCIDENCE OF HIV INFECTION	47
ตารางที่ 6.9	NESDB 1994 model: INCIDENCE OF SYMPTOMATIC HIV INFECTION	47
ตารางที่ 6.10	NESDB 1997 model: INCIDENCE OF AIDS	48
ตารางที่ 6.11	NESDB 1994 model: POINT PREVALENCE OF HIV	48
ตารางที่ 6.12	NESDB 1994 model: POINT PREVALENCE OF SYMPTOMATIC HIV INFECTION	49
ตารางที่ 6.13	NESDB 1994 model: POINT PREVALENCE OF AIDS	49
ตารางที่ 6.14	NESDB 1994 model: CASELOAD OF ASYMPTOMATIC HIV/CD4<500 IN PERSON-YEARS	50
ตารางที่ 6.15	NESDB 1994 model: CASELOAD OF SYMPTOMATIC HIV IN PERSON-YEARS	50

ตารางที่ 6.16	NESDB 1994 model: CASELOAD OF AIDS IN PERSON-YEARS	51
ตารางที่ 6.17	NESDB 1994 model: MORTALITY DUE TO AIDS	52
ตารางที่ 6.18	NESDB 1994 model: BURDEN OF DISEASE DUE TO HIV/AIDS	53
ตารางที่ 6.19	ประมาณการณ์ Asian Epidemic Projection Model ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย ผู้เสียชีวิต ตามเพศ และปี	55
ตารางที่ 10.1	กรอบกิจกรรมการวิจัยการให้บริการทางการแพทย์	78
ตารางที่ 10.2	กรอบกิจกรรมการวิจัยการให้บริการทางการแพทย์ ด้านห้องปฏิบัติการ เกี่ยวกับเอดส์	79
ตารางที่ 10.3	แนวคิด ด้านความจำเป็น และลักษณะปัญหา สำหรับกิจกรรมห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับเอดส์	80

บทที่ 1

ประวัติ ความเป็นมา และการระบาดของเอชไอวี และโรคเอดส์ในโลก

ภาพรวม

ประมาณกันว่า ในปี พ.ศ. 2543 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทยรวมสะสมแล้วประมาณ 980,000 คน เมื่อวิเคราะห์กันดูแล้ว จะเห็นว่า การระบาดของ การติดเชื้อ เอชไอวี และการระบาดของโรคเอดส์ ก็เหมือนกับ การระบาดของโรคหรือภาวะการอื่น ๆ ที่มีปัจจัยเกี่ยวข้องในเชิงระบาดวิทยา สามประการ คือ บุคคล (Host) ตัวเชื้อ (Agent) และ ปัจจัยแวดล้อม (Environment) หากเราไม่มีมาตรการใด ๆ เลย การระบาดนี้ก็จะเหมือนกับ กาฬโรค อหิวาต์ตกรโรค ฯลฯ ที่ผ่านมาแล้ว คือติดต่อกันในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง รายเก่าสู่รายใหม่ ไปเรื่อย ในช่วงแรก ๆ ของการระบาด ก็มีผู้คิดว่า คนไทยจะติดเชื้อนี้กันใหญ่ แต่จากการคาดประมาณของสำนักงาน คณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เห็นได้ว่า จำนวนผู้ติดเชื้อ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วในช่วงแรก ๆ เท่านั้น ถึงปลาย ๆ คริสต์ทศวรรษนี้ จำนวนผู้ติดเชื้อก็จะคงอยู่ราว ๆ หนึ่งล้านคน และเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ ไม่เหมือนช่วงแรก ที่สำคัญคือ เชื่อกันว่าจะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่เรื่อย ๆ และจะทำให้เอดส์เป็นโรคประจำถิ่น (Endemic disease) ของประเทศไทยไปอีกหลายสิบปี

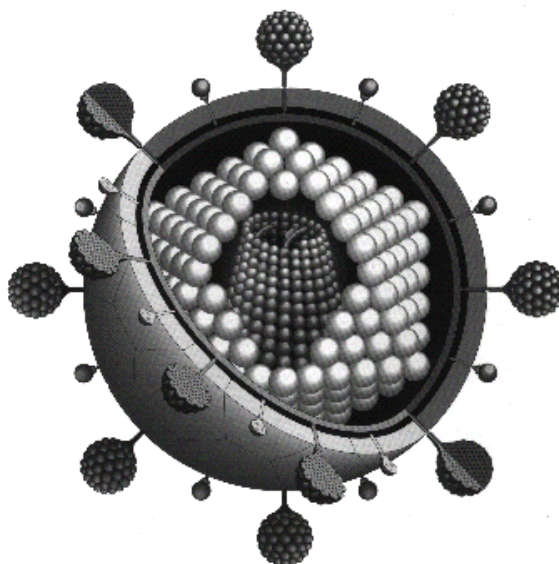
ประวัติการค้นพบโรคเอดส์

ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 ได้มีการรายงานผู้ป่วยปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติส 5 ราย ในแคลิฟอร์เนีย^[1] สหรัฐอเมริกา ต่อมา ประมาณเดือนสิงหาคม ปีเดียวกัน ก็มีการรายงานผู้ป่วยปอดบวมจากเชื้อนิวโมซิสติส และมะเร็งหลอดเลือด คาโปซี ซาร์โคมา จากทั้งนิวยอร์ก และแคลิฟอร์เนีย จำนวน 111 ราย^[2] ส่วนใหญ่ก็เสียชีวิตอย่างรวดเร็ว โดยที่ผู้ป่วยทุกราย มีประวัติรักร่วมเพศ และมีสุขภาพทั่วไปแข็งแรงดี ก่อนป่วย และมีภูมิคุ้มกันระบบเซลล์ (Cell mediated immunity) ลดลงอย่างมาก^[3] ในปีต่อมา คือ พ.ศ. 2525 พบผู้ป่วยลักษณะคล้ายกัน แต่มีประวัติได้รับเลือด โดยเฉพาะผู้ที่ เป็นโรคฮีโมฟีเลีย และทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดยาเสพติดชนิดฉีด ทำให้เกิดความตระหนักถึงความสำคัญ ในกลุ่มนักวิชาการ และเพื่อให้สะดวกต่อการสืบสวนหาสาเหตุของอาการภูมิคุ้มกันบกพร่องนี้ ศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา จึงกำหนดคำจำกัดความสำหรับการเฝ้าระวัง และเรียกกลุ่มอาการป่วย จากภูมิคุ้มกันบกพร่องนี้ ว่า เอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome)^[4]

แม้ว่าจะมีสมมติฐานว่า เอดส์ อาจเกิดจากการใช้ยาเสพติด การสัมผัสน้ำเชื้อในช่องทวารหนัก แต่ก็ไม่มีผู้ใดสามารถพิสูจน์สมมติฐานเหล่านี้ได้ จนกระทั่งนักไวรัสวิทยา จากสถาบันปาสเตอร์ กรุงปารีส (Luc Montagnier) สามารถแยกเชื้อไวรัส LAV (Lymphadenopathy Associated Virus) ได้^[5] จากผู้ป่วยชายรักร่วมเพศ (รหัสชื่อ BRU) ในปี พ.ศ. 2525 ใกล้เคียงกันกับอีกกลุ่มหนึ่ง ในสถาบันมะเร็งแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (Robert Gallo)^[6] ก็สามารถแยกเชื้อไวรัสจากผู้ป่วยเอดส์เช่นกัน และตั้งชื่อเชื้อไวรัสนั้นว่า HTLV-III (Human T-cell Lymphotropic Virus type III, สืบต่อจากที่เคยได้แยกเชื้อไวรัส HTLV-I และ HTLV-II ได้มาก่อนแล้ว) ที่น่าสนใจคือ พร้อม ๆ กันนั้น คณะนักวิทยาศาสตร์ทางแคลิฟอร์เนีย (Jay Levy) ก็สามารถแยกเชื้อไวรัสจากเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยเอดส์ได้เช่นกัน และตั้งชื่อเชื้อนั้นว่า ARV (AIDS Related Virus) ต่อมา เมื่อได้มีการศึกษาเปรียบเทียบ

เทียบเชื้อ HTLV-III, LAV และ ARV พบว่า มีลักษณะเหมือนกัน และเชื่อว่าเป็นสาเหตุของการป่วยเป็นเอดส์แน่นอน และเพื่อลดข้อขัดแย้งในการเรียกชื่อ ในที่สุด จึงกำหนดให้เรียกเชื้อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคเอดส์ ว่า HIV (Human Immunodeficiency Virus)^[8]

รูปที่ 1.1 เชื้อไวรัสเอชไอวี



การศึกษาโครงสร้างเชื้อไวรัสเอชไอวี เป็นไปอย่างกว้างขวาง ได้มีการรวบรวมเชื้อที่แยกได้ในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลกไปศึกษาเปรียบเทียบกัน จนพบว่า มีเชื้อเอชไอวี ซึ่งแตกต่างกัน สองพันธุ์ (Type) คือ HIV-1 และ HIV-2^[9] และในกลุ่ม HIV-1 ด้วยกัน ก็มีหลายสายพันธุ์^[10-12] จนมีการพัฒนาการตรวจแยกแยะขึ้นมาได้^[13]

คำจำกัดความ และการเฝ้าระวัง

การติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ ได้รับการจัดตาม ICD9 อยู่ในลำดับ 042-044 สำหรับ ICD10 แบ่งใหม่ เป็นลำดับ B20-B24^[14]

เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่ในระยะแรก ๆ ที่มีการรายงาน (ระยะต้น ถึงกลาง คริสตทศวรรษ 1980) อยู่ในทวีปอเมริกาเหนือ และยุโรปตะวันตก ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา (United States Centers for Disease Control and Prevention) จึงมีบทบาทเป็นหน่วยงานหลักที่เร่งรัดการเฝ้าระวัง ค้นหาผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ เพื่อทำความเข้าใจ และหาทางรักษา แก้ไข ในระยะนั้นการรายงานในทวีปอาฟริกา ยังมีจำนวนต่ำ (แม้ว่าระยะหลัง จะมีข้อมูลบ่งชี้ว่า การระบาดมีอยู่แล้ว เพียงแต่ไม่ได้มีการรายงานเท่านั้น) และการระบาดในเอเชียก็ยังไม่ปรากฏเด่นชัด ทั่วโลกจึงใช้คำจำกัดความซึ่งกำหนดโดยศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2525 ต่อมา มีการทบทวนคำจำกัดความ ในปี พ.ศ. 2530 เพื่อให้สามารถวินิจฉัยได้กว้างขวางขึ้น โดยเน้นการวินิจฉัยทางคลินิก การทบทวนที่สำคัญคือ ในปี พ.ศ. 2536 ซึ่งประเทศไทยได้ประยุกต์และใช้มาจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2543)^[15]

การรายงานผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย เริ่มต้นด้วยการพิสูจน์ว่า บุคคลนั้น ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมักเป็นการตรวจเลือด หาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ และจำแนกประเภทตามคำจำกัดความการเป็นเอดส์ได้ดังนี้

1. มีอาการป่วย หรือ พิสูจน์ได้ว่าป่วยจากกลุ่มอาการที่บ่งชี้ถึงความบกพร่องของระบบภูมิคุ้มกัน (Indicative diseases) ประการใดประการหนึ่ง ใน 25 โรค/อาการ ดังตารางที่ 1.1 ประเภทที่ 1
2. มีระดับเม็ดเลือดขาว CD4 ต่ำกว่า 200 cells/cu.mm.แม้ว่าจะไม่มีอาการป่วยใดเลย
3. เป็นเด็ก ซึ่งเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการตรวจพบ 2 major และ 2 minor signs หรือหากเสียชีวิตก่อนอายุ 15 เดือน โดยมี 1 major กับ 1 minor sign ดังตารางที่ 1.2

ตารางที่ 1.1 อาการ หรือการป่วยที่บ่งชี้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นโรคเอดส์ (AIDS)

ประเภทที่ 1	
Candidiasis หลอดอาหาร หรือ ปอด	Lymphoma, Burkitt's
Invasive cervical cancer	Lymphoma, immunoblastic
Cryptococcosis	Lymphoma, primary in brain
Coccidioidomycosis แพร่กระจาย นอกเหนือจากปอด หรือ ต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือข้อปอด	Mycobacterium, other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary
Cryptosporidiosis และมีอุจจาระร่วง นานกว่า 1 เดือน	Recurrent (bacterial) pneumonia กว่า 1 ครั้งใน 1 ปี
โรคติดเชื้อ Cytomegalovirus นอกจากระดับ ม้าม และ ต่อมน้ำเหลือง	Mycobacterium tuberculosis, pulmonary or extrapulmonary
HIV encephalopathy	โรคปอดบวมจากเชื้อ <i>Pneumocystis carinii</i>
Herpes simplex นานกว่า 1 เดือน	ติดเชื้อ <i>Penicillium marneffei</i>
Histoplasmosis แพร่กระจาย	Progressive multifocal leukoencephalopathy
Isosporiasis และมีอุจจาระร่วง นานกว่า 1 เดือน	Salmonella septicemia ซ้ำ ๆ
Kaposi's sarcoma	Toxoplasmosis ในสมอง
	Wasting syndrome (emaciation, slim disease)
ประเภทที่ 2	
ตรวจพบ CD4 น้อยกว่า 200 ต่อไมโครลิตร อย่างน้อย 2 ครั้ง ในกรณีไม่ปรากฏโรคหรือกลุ่มอาการอื่น หรือ การวินิจฉัยโดยอาศัยโรคหรือกลุ่มอาการอื่น ๆ ยังไม่แน่นอน	

ตารางที่ 1.2 Major และ Minor signs for diagnosis of pediatric AIDS

Major signs	Minor signs
1. Weight loss or failure to thrive	1. Generalized lymphadenopathy or hepatosplenomegaly
2. Chronic/recurrent diarrhea more than 1 month	2. Oral thrush
3. Chronic/recurrent fever more than 1 month	3. Repeated common infections (Otitis, pharyngitis)

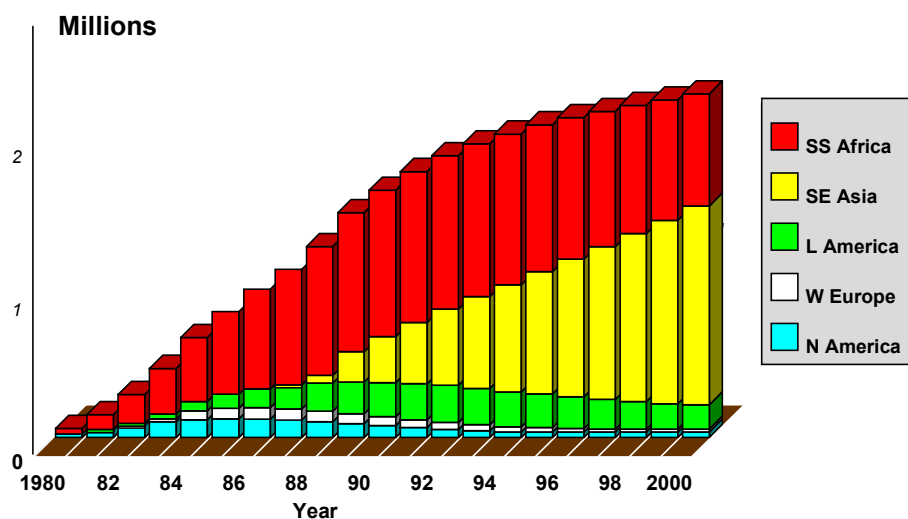
4. Persistent or severe lower resp. tract infection	4. Chronic cough
	5. Generalized dermatitis
	6. Confirmed maternal or children HIV infection

ตารางที่ 1.3 อาการ หรือการป่วยที่บ่งชี้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นผู้ติดเชื้อที่มีอาการ (Symptomatic HIV)

Oral candidiasis or hairy leukoplakia	Asthenia more than 1 month
Herpes Zoster more than 1 dermatome	Persistent dermatitis more than 1 month
Central nervous system dysfunction	Anemia, lymphopenia, thrombocytopenia
Diarrhea for more than 1 month	Persistent cough or any pneumonia more than 2 months (except TB)
Fever for more than 1 month	Lymphadenopathy more than 1 cm. At least 2 noninguinal sites for more than 1 month
Cachexia or more than 10% weight loss	Others

การระบาดจำแนกตามภูมิศาสตร์

รูปที่ 1.2 ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามปี และพื้นที่ตามเขตภูมิศาสตร์



Source J. Chin WHO/GPA

Global Epidemics

อาจกล่าวได้ว่าประวัติการระบาดของโรคเอดส์ เริ่มเมื่อมีการรายงานผู้ป่วยชายรักร่วมเพศ ที่มีอาการโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในลอสแอนเจลิส เมื่อปี พ.ศ. 2524^[1] จากนั้นก็มีการติดตามเฝ้าระวังโรคที่มีลักษณะภูมิคุ้มกันบกพร่อง โดยใช้ชื่อเรียกว่า **โรคเอดส์** (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) และทำการปรับคำนิยามใหม่ ในปี พ.ศ. 2530^[16] และ พ.ศ. 2535^[17] โดยที่ในระหว่างนั้น ประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกก็ทำการติดตามเฝ้าระวังผู้ป่วยเอดส์ในลักษณะเดียวกัน เชื่อว่า การรายงานโรคเอดส์ มีความครอบคลุมไม่เท่ากันกันในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก กล่าวคือ ในประเทศพัฒนาแล้ว หรือประเทศอุตสาหกรรมความครอบคลุมของการรายงาน

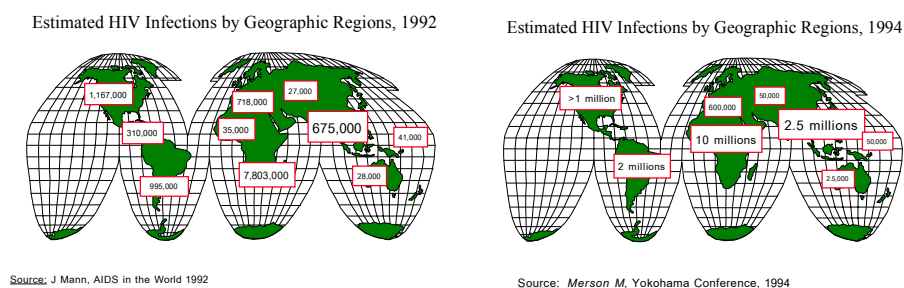
งานน่าจะเกือบครบถ้วน เนื่องจากผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาพยาบาลทุกคน ในขณะที่ประเทศที่กำลังพัฒนาอาจมีการรายงานต่ำกว่าความเป็นจริงหลายเท่า สำหรับประเทศไทย เชื่อว่าความครบถ้วนของการรายงานอยู่ที่ 30%-80% ^[18]

สำหรับจำนวนผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีนั้น องค์การอนามัยโลกได้ทำการประมาณจำนวนในปี พ.ศ. 2535, 2537 ในระยะหลังโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ ได้ทำการประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ ในภูมิภาคต่าง ๆ ในปี พ.ศ. 2539 และ พ.ศ. 2541 ดังแสดงในรูปที่ 1.3 และ รูปที่ 1.4 สำหรับรูปที่ 1.5 แสดงจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2542 ทั้งนี้ สรุปรวมได้ว่า มีผู้ติดเชื้อในปลายปี พ.ศ. 2542 รวม 33.6 ล้านคน ติดใหม่ 5.6 ล้านคน เสียชีวิตในปี พ.ศ. 2542 จำนวน 2.6 ล้านคน และจำนวนเสียชีวิตสะสม 16.3 ล้านคน

แนวโน้มของการระบาดทั่วที่ผ่านมา เห็นได้ชัดว่าเกิดในกลุ่มประเทศ “โลกที่สาม” อันได้แก่ประเทศในทวีปอาฟริกาและเอเชีย ซึ่งส่วนใหญ่ (80%) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีประวัติติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะแบบรักต่างเพศ (ชาย-หญิง) ต่างจากประเทศทางตะวันตกที่มีปัญหายาเสพติดเป็นปัญหาสำคัญ อย่างไรก็ตาม เชื่อว่าหากไม่ควบคุมให้ดีแล้ว การระบาดทางเพศสัมพันธ์ก็อาจเป็นปัญหาสำคัญสำหรับประเทศตะวันตกได้ในอนาคตอันใกล้

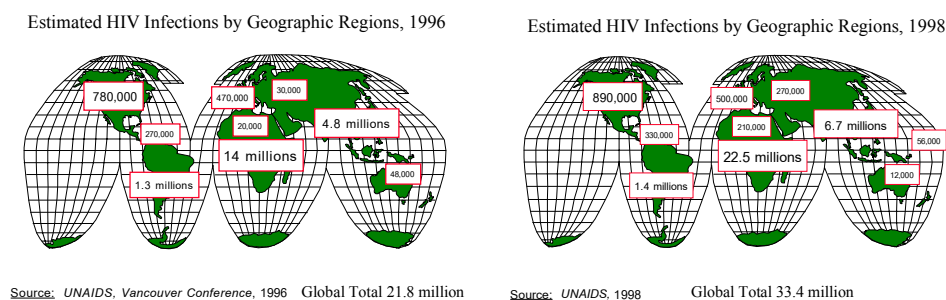
รูปที่ 1.3

ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ที่มีอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก พ.ศ. 2535, 2537



รูปที่ 1.4

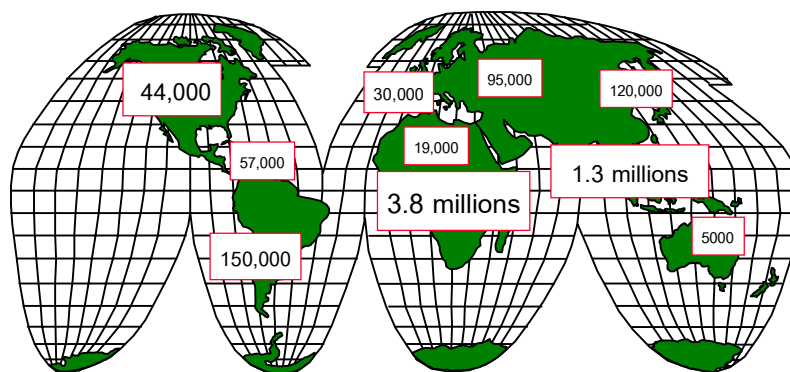
ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ที่มีอยู่ในภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก พ.ศ. 2539, 2541



รูปที่ 1.5

ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี รายใหม่ จำแนกตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก พ.ศ. 2542

Estimated Incident HIV by Geographic Regions, 1999



Source: UNAIDS, AIDS Epidemic Update: December 1999

Total 5.6 million

HIV-1 Subtypes

ไวรัสเอชไอวี มีอัตราการกลายพันธุ์สูง เมื่อประเทศต่าง ๆ วางแผนที่จะพัฒนาวัคซีน ก็จำเป็นต้องทำการศึกษาลักษณะความจำเพาะของไวรัส (Viral Characterization) โดยละเอียด ทำให้พบว่า ลักษณะทั้งเปลือกนอก และแกนในของไวรัสเอชไอวี หนึ่ง (HIV-1) มีความแตกต่างกัน ตามภูมิภาคต่าง ๆ ทั่วโลก นักวิทยาศาสตร์ จึงได้จัดแบ่งชนิดไวรัส HIV-1 ออกเป็นสายพันธุ์ต่าง ๆ ตามลักษณะเปลือกนอก (env) หรือ ลักษณะแกนใน (gag) ออกเป็น สายพันธุ์ต่าง ๆ สำหรับการแบ่งตาม env พบสองกลุ่มใหญ่ ๆ คือ กลุ่ม M (Major) ได้แก่ สายพันธุ์ A, B, C, ... ถึง J รวมแล้วประมาณ 10 สายพันธุ์ ส่วนอีกกลุ่ม คือ กลุ่ม O (Outlier) ทั้งนี้ โดยรวม ๆ แล้วพบว่า ประเทศทางตะวันตก มีการระบาดของสายพันธุ์ B เป็นส่วนใหญ่ ส่วนในแอฟริกา มีสายพันธุ์ต่าง ๆ มากมาย ตั้งแต่ A, C, D, E, F, G, H ในตอนกลางทวีปใต้ทะเลทรายซาฮารา และกลุ่มสายพันธุ์ O ทางตะวันตกของแอฟริกา

สำหรับประเทศไทยนั้น พบมีการระบาดพร้อมกันของทั้งสายพันธุ์ E ในกลุ่มผู้มีประวัติเพศสัมพันธ์ และสายพันธุ์ B ในกลุ่มผู้มีประวัติติดทางยาเสพติด ทั้งนี้มีการศึกษาที่ผ่านมา ทั้งทางระบาดวิทยา^[19] และทางห้องปฏิบัติการ^[20] พบว่า สายพันธุ์ E อาจจะสามารถติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ดีกว่าสายพันธุ์ B อย่างไรก็ดี เรื่องนี้ยังต้องมีการติดตามรายละเอียดกันต่อไป ก่อนที่จะมีการสรุปความเห็นให้เป็นที่แน่นอนได้

เอกสารอ้างอิง

1. Centers for Disease Control. **Pneumocystis pneumonia in Los Angeles.** *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1981; 30:250-2.
2. Gottlieb MS, Shraff R, Schanker HM, et al. **Pneumocystis carinii pneumonia and mucosal candidiasis in previously healthy homosexual men.** *N Engl J Med* 1981; 305:1431-8.
3. Centers for Disease Control. **Kaposi's sarcoma and Pneumocystis pneumonia among heterosexual men.** *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1981; 30:305-8.
4. Centers for Disease Control Task Force on Kaposi's sarcoma and opportunistic infections, epidemiological aspects of the current outbreak of Kaposi's sarcoma and opportunistic infections. *N Engl J Med* 1982; 306:248-52.
5. Barre-Sinoussi F, Chermann JC, Rey F, et al. **Isolation of a T lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS).** *Science* 1983; 220:868-871.
6. Gallo RC, Salahuddin SZ, Popovic M, et al. **Frequent detection and isolation of cytopathic retroviruses (HTLVIII) from patients with AIDS and at risk for AIDS.** *Science* 1984; 224:500-3.
7. Levy JA, Hoffman AB, Kramer SM, Landis JA, Shimabukuro JM. **Isolation of lymphocytopathic retroviruses from San Francisco patients with AIDS.** *Science* 1984; 225:840-2.
8. Hirsch MS, Kaplan JC. **The biomedical impact of the AIDS epidemic.** In Broder S, Merigan TC, Bolognesi D (Ed). *Textbook of AIDS medicine* 1994, Williams & Wilkins, USA.
9. Clavel F, Guetard D, Brun-Vezinet F, et al. **Isolation of a new human retrovirus from west African patients with AIDS.** *Science* 1986; 233:343-6.
10. McCutchan FE, Hegerich PA, Brennan TP. Et al. **Genetic variants of HIV-1 in Thailand.** *AIDS Res Hum Retrovir* 1992; 8(11):1887-95.
11. Ou CY, Takabe Y, Luo C. Et al. **Wide distribution of two subtypes of HIV-1 in Thailand.** *AIDS Res Hum Retrovir* 1992; 8(8):1471-2.
12. Ou CY, Takabe Y, Weniger BG. Et al. **Independent introduction of two major HIV-1 genotype into distinct high-risk populations in Thailand.** *Lancet* 1993; 341:1171-4.
13. Pau CP, Lee-Thomas S, Auwanit W. Et al. **Highly specific V3 peptide enzyme immunoassay for serotyping HIV-1 specimens from Thailand.** *AIDS* 1993; 7:337-340.
14. International classification of disease (ICD) revision 10
15. กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข **นิยามผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้ติดเชื้อเอดส์ ที่มีอาการที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรค รายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์** 2536 ว/24 (2S):1-22.
16. Centers for Disease Control. **Revision of CDC surveillance case definition for Acquired Immunodeficiency Syndrome.** *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1987; 36:4S-15S
17. Centers for Disease Control and Prevention. **1993 Revised classification system for HIV infection and expanded surveillance case definition for AIDS among adolescents and adults.** *Morbidity and Mortality Weekly Report* 1992; 41(RR17):1-19
18. ชัยยศ คุณานัฐณ์ วาตรี ศิริศรีตรีกฤษ พิมใจ ศาสดิทธิ **สถานการณ์ทางด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2538-2539 วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 พ.ศ. 2537 หน้า 191-199**
19. Kunanusont C, Foy HM, Kreiss JK, Rerks-Ngarm S, Phanuphak P, Raktham S, Pau CP, Young NL. **HIV-1 subtypes and male-to-female transmission in Thailand** *Lancet* 1995; 345:1078-1082.
20. Soto-Ramirez LE, Renjifo B, McLane MF, et al. **HIV-1 Langerhan's cell tropism associated with heterosexual transmission of HIV.** *Science* 1996; 271: 1291-93.

บทที่ 2

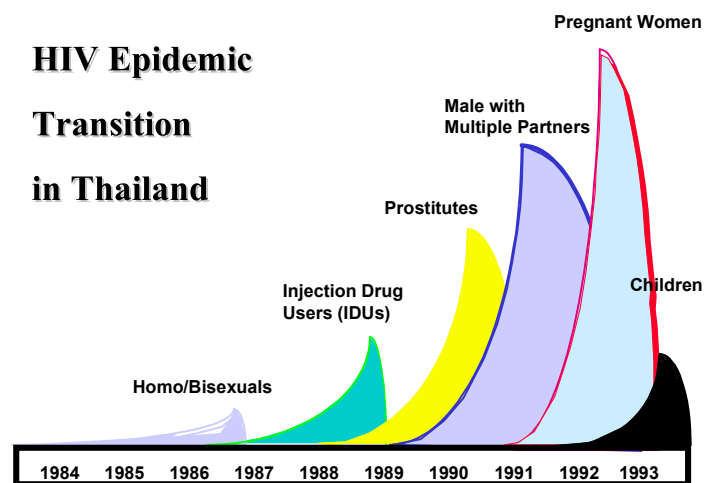
ระบาดวิทยาของโรคเอดส์ และเอชไอวี ในประเทศไทย และความแตกต่างจากประเทศอื่น

ลักษณะการระบาดในประเทศไทย

การระบาดของโรคติดเชื้อ เอชไอวี และการระบาดของโรคเอดส์ ในประเทศไทย มีการบันทึกไว้อย่างดี เนื่องจากมีผู้ทำการศึกษาทางระบาดวิทยาตั้งแต่ต้นการระบาด เพราะกองระบาดวิทยา ได้ร่วมงานกับศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา เฝ้าระวังโรคนี้ ตั้งแต่ พ.ศ. 2524

1. เชื่อว่าโรคนี้ถูกนำเข้ามาในประเทศไทยประมาณช่วงต้น ค.ศ. 1980 (พ.ศ. 2523) โดยปรากฏผู้ป่วยรายแรก เมื่อ พ.ศ. 2527 ในระยะแรกระบาดในกลุ่มเฉพาะ อันได้แก่ ชายรักร่วมเพศ ชายรักต่างเพศ กับหญิง ชาย ที่ให้บริการทางเพศ และได้ระบาดเข้าสู่ผู้ติดยาเสพติด และประชาชนทั่วไปตั้งแต่ราว พ.ศ. 2530
2. จำต้องแยกแยะให้เห็นชัดว่า การระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี และการระบาดของโรคเอดส์ ในประเทศไทย มีระยะห่างกันประมาณ 7-10 ปี โดยมีการระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี เกิดก่อน คือประมาณปี 2528 เชื่อว่าจุดสูงสุดของการระบาดอยู่ที่ประมาณ ปี พ.ศ. 2539-2540 ส่วนการระบาดของโรคเอดส์ (ผู้ป่วยเอดส์ ผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์) ซึ่งเริ่มที่ พ.ศ. 2533 นั้น ยังอยู่ในช่วงต้นของการระบาด เชื่อว่าจุดสูงสุด น่าจะอยู่ในราว พ.ศ. 2547-2550 สำหรับผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจนั้น อาจจะคงอยู่อีก 2-3 ทศวรรษ คือ ถึงประมาณปี พ.ศ. 2560-2570

รูปที่ 2.1 ลำดับการระบาดของเอชไอวี และเอดส์ ในประเทศไทย



Source: Wiput Phoolcharoen, AIDS Division, Thailand

3. จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมถึง พ.ศ. 2543 มีกว่า 9 แสนคน มีการรายงานผู้ป่วยเอดส์ ปีละ 3-4 หมื่นคน เชื่อว่าการรายงานครอบคลุมประมาณ 80% ของผู้ป่วยที่รับการรักษา แต่เนื่องจากการรายงานมีความล่าช้าประมาณ 6 เดือน ถึง 1 ปี ดังนั้นรายงานที่เวลาใดเวลาหนึ่งจะ เป็นประมาณ 30% (ตัวอย่างเช่น ผลสรุปรายงานผู้ป่วยวันที่ 31 กรกฎาคม จะครอบคลุม 80% ของผู้ที่ป่วยสะสมตั้งแต่อดีตจนถึง 31 มกราคม แต่ครอบคลุมประมาณ 30% ของผู้ป่วยที่สะสมตั้งแต่อดีตจนถึง 31 กรกฎาคม ในปีนั้น)

4. มีการระบาดของไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยสองสายพันธุ์ คือ สายพันธุ์ B และสายพันธุ์ E ($E_{env}A_{gag}$) ในกลุ่มยาเสพติด และกลุ่มเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ ซึ่งเชื่อว่าจะจะนำเข้ามาในเวลาไล่เรี่ยกัน แต่ระบาดในประชากรคนละกลุ่ม ที่น่าสนใจคือ ยิ่งนานเข้า ก็พบว่าสายพันธุ์ E กำลังเอาชนะ (Takeover) สายพันธุ์ B' โดยเฉพาะใน กลุ่มผู้ติดยาเสพติด ในกรุงเทพมหานครและจังหวัดใกล้เคียง และยังมีข่าวที่รายงานกันแล้วว่า สายพันธุ์ ทั้งสองนี้ พบได้ในบางส่วนของประเทศเมียนมาร์ (พม่า) และมีการระบาดของสายพันธุ์ A กับสายพันธุ์ B ใน เวียดนามด้วย สำหรับลาวและเขมร ไม่มีข้อมูลพอ
5. ปัจจัยเสี่ยงที่นำไปสู่การติดเชื้อ ต่อการดำเนินโรค และผลการรักษา สำหรับคนไทย น่าจะไม่ต่างจากผลการศึกษาที่มีในต่างประเทศ เหตุที่มีการระบาดมาก และเร็ว อาจจะเป็นจากผลของสายพันธุ์ที่ต่างกัน หรือเป็นจากการที่ประเทศไทยมีภูมิโรคมากกว่า นอกจากนี้ อาจเป็นได้ว่าลักษณะทางพันธุกรรมของคนเอเชีย และแอฟริกา อาจจะต่างจากชาวอเมริกา และยุโรปในบางประการ โดยเฉพาะปัจจัยพันธุกรรมเกี่ยวกับตัวรับบนผิวเซลล์ของร่างกายคน
6. มีข้อที่กำลังต้องติดตาม คือระยะเวลาที่มีชีวิตอยู่หลังเริ่มป่วยของคนไทย (survival) ดูเหมือนจะสั้นกว่าชาวตะวันตก ซึ่งอาจเป็นเพราะเข้ารับการรักษาล่าช้า แต่ที่พบทางห้องปฏิบัติการคือ ระดับปกติของเม็ดเลือดขาว CD4 ของคนไทยที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี ต่ำกว่าของชาวตะวันตก ลักษณะดังกล่าวไม่น่าจะทำให้ผลการรักษาแตกต่างกัน แต่น่าจะมีผลต่อการตัดสินใจการรักษา เพราะหากใช้มาตรฐานตะวันตกสำหรับคนไทย อาจจะทำให้ตัดสินใจรักษาล่าช้าเกินกว่าที่ควร
7. สถานการณ์การรักษายาบาลปัจจุบัน กล่าวได้ว่า **โรคเอดส์เป็นโรคที่รักษาได้** เพราะมียาด้านไวรัสเอดส์มากมายหลายชนิด และเทคโนโลยีการวินิจฉัย ตลอดจนการรักษารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสก็มีประสิทธิภาพดี มาก แต่ปัญหาสำคัญมีสองประการ คือ (ก) เศรษฐกิจของผู้ป่วย สังคม และประเทศ เพราะการรักษาที่ได้ผลดีนั้น มีมูลค่าเป็นตัวเงินสูง ประมาณ 2-3-แสนบาทต่อปี (ข) โครงสร้างระบบบริการทางแพทย์และสาธารณสุขในประเทศไทย ที่ยังไม่เอื้ออำนวยต่อการรักษาโรคเรื้อรัง อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง
8. ในเรื่องสถานการณ์การควบคุมโรค อาจกล่าวได้ว่า**ประเทศไทยมีความก้าวหน้ากว่าชาติตะวันตกหลายประเทศ** เพราะเรามีเอกภาพ และมีการตอบสนองจากสังคมและหน่วยงานต่าง ๆ สูงมาก เนื่องจากการระบาดเกิดรวดเร็ว เห็นได้จากการมีองค์กรตั้งแต่ คณะกรรมการป้องกันควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ จนถึงคณะกรรมการเอดส์จังหวัด อำเภอ ที่มีองค์ประกอบจากกระทรวง ทบวง กรม ต่าง ๆ ร่วมกับองค์กรเอกชน และองค์กรชุมชน และที่สำคัญคือ ประเทศไทยได้ผนวกแผนป้องกันควบคุมแก้ไขปัญหาเอดส์ ไว้เป็นแผนหลักแผนหนึ่งของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 ด้วย
9. สถานการณ์ความร่วมมือระหว่างประเทศนั้น ก็มีกิจกรรมกับองค์กรต่าง ๆ ทุกทวีป และกำลังจะมีกิจกรรมสำหรับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ กับเอเชียใต้ รวมทั้งภาคพื้นมหาสมุทรแปซิฟิก ด้วย ส่วนสถานการณ์การวิจัย ก็มีทั้งการวิจัยด้านระบาดวิทยา สังคมวิทยา การแพทย์ และการบริหารจัดการ โดยจัดเป็นระบบอย่างชัดเจน
10. **ลักษณะการระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี จะถูกเปลี่ยนแปลงไปในทางลดลง** ด้วยผลจากการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนโดยส่วนรวม อันเป็นผลทั้งทางตรงและทางอ้อมจากโครงการ กิจกรรม และการร่วมมือต่าง ๆ ที่หน่วยงานทั้งของรัฐ และเอกชน ตลอดจนองค์กรชุมชน ดำเนินการด้วยกัน ซึ่งจะมีผลให้จำนวนผู้ป่วยในอนาคต ไม่เพิ่มสูงขึ้นอย่างที่เคยเกรงกลัวกันในช่วงต้นแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7 นอกจากนั้น

วิทยาการด้านการรักษาพยาบาล ก็จะลดอัตราการป่วยลงได้ส่วนหนึ่ง อันจะทำให้การเพิ่มจำนวนผู้ป่วย อย่างน่าตกใจในปัจจุบัน ลดอัตราการลง อย่างไรก็ดี ผลจากโครงการป้องกันควบคุม และกิจกรรมการรักษา พยาบาล จะทำให้ประเทศสูญเสียทางด้านเศรษฐกิจอย่างมากมาย ทั้งในระดับมหภาค และจุลภาค อัน จะมีผลต่อเนื่องกระทบประชาชน 2-3 รุ่น อย่างไรก็ดี การรณรงค์ต่าง ๆ ประกอบกับความตระหนักทางด้านการ พัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ก็จะทำให้ประชาชนทั่วไป มีคุณภาพชีวิตดีขึ้น กลับเข้าสู่วัฒนธรรม ขนบ ธรรมเนียมอันดีงาม ที่มีมาแต่ดั้งเดิมของไทย มากขึ้น อันนับเป็น**ผลได้ทางสังคม** เชื่อกันว่า ขบวนการทั้งหมดนี้ จะบังเกิดผลเป็นรูปธรรมได้ คงต้องใช้เวลาอีกนับเป็นสิบปี ทั้งนี้ ขึ้นอยู่กับความร่วมมือของทุก ส่วนของสังคมไทย

เปรียบเทียบการระบาด กับประเทศอื่น ๆ

Asian and Thai Epidemics

การระบาดของเอชไอวีและเอดส์ในทวีปเอเชีย มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศพอสมควร ทั้งรูปแบบและระยะเวลาที่เกิดการระบาด รวมถึงความน่าเชื่อถือของข้อมูลตลอดจนกลไกการควบคุมป้องกันโรค เชื่อว่าในพื้นที่ทางแถบลุ่มแม่น้ำสาละวินและแม่น้ำโขง (ประเทศอินเดีย พม่า ไทย กัมพูชา) กำลังมีการระบาดของเอชไอวี และเอดส์อย่างรวดเร็ว ในขณะที่ประเทศทางเอเชียตะวันออก อันได้แก่ เกาหลี ฟิลิปปินส์ ญี่ปุ่น ได้ผ่าน จนถึงสิงคโปร์ อาจจะมีการระบาดน้อยกว่า ทั้งนี้ ยังไม่มีการสรุปผลว่าเป็นเนื่องจากปัจจัยใด⁷ ในเรื่องนี้ นอกจาก พัฒนาการทางเศรษฐกิจและสังคม ซึ่งก่อให้เกิดการเคลื่อนไหวของประชากรแล้ว ปัจจัยทาง ศาสนา วัฒนธรรม ก็อาจมีผลต่อการระบาดด้วยได้

ประเทศไทยได้ชื่อว่าเป็นประเทศหนึ่งที่มีข้อมูลพื้นฐานน่าเชื่อถือ และมีการดำเนินการอย่างจริงจัง จนสามารถทำให้เห็นผลการควบคุมป้องกันโรคได้ชัดเจน¹⁻³ โดยเฉพาะผลที่ปรากฏในกลุ่มชายไทยอายุ 21 ปี ที่เข้ารับการเกณฑ์ทหาร ซึ่งมีรายงานว่า อัตราความชุกโดยรวมของการติดเชื้อ ลดลงจาก 3.6% ในปี พ.ศ. 2536 เป็นประมาณ 2.5% ในปี พ.ศ. 2538²

เชื่อว่าปัญหาการระบาดของเอชไอวีและเอดส์ในสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนจีน และในประเทศอินเดีย จะทวีความสำคัญขึ้นเรื่อย ๆ ทั้งนี้เพราะปัจจัยจำนวนประชากรที่สูงมาก และอัตราความครอบคลุมของการให้บริการความรู้ตลอดจนการสาธารณสุข ที่ไม่สามารถไปได้ทั่วถึง ประกอบกับการเปลี่ยนแปลงเส้นทาง การค้ายาเสพติด ผ่านประเทศจีน ไปยังตอนเหนือของอินเดียมีมากขึ้น ทำให้มีการนำเชื้อเอชไอวีเข้าไปสู่ประชากรในชนบทของจีนสูงขึ้นในช่วง พ.ศ. 2540-2542 ข้อมูลที่ปรากฏในขณะนั้นบ่งชี้ว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ติด จากยาเสพติด และพบมากบริเวณแคว้นยูนนาน ในจีนตอนใต้ กับบริเวณรอบ ๆ เกาะฮ่องกง ได้มีการคาด ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อว่ามีประมาณ 10,000 รายในปี พ.ศ. 2536 ซึ่งได้ทวีจำนวนเป็นประมาณ 100,000 ราย ในปี พ.ศ. 2538¹ สำหรับในปี พ.ศ. 2542 เชื่อว่า มีการติดเชื้อแล้วประมาณ 1 ล้านราย แต่ยังไม่มีการยืนยันเป็นทางการ

เมื่อเทียบกับประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกที่รูปแบบการระบาดของเอชไอวี ในประเทศต่าง ๆ แบ่งได้เป็น 4 ระดับ ประเทศไทย จัดอยู่ในระดับ 3 ของรูปแบบการระบาด คือ

1. ระดับที่หนึ่ง มีการระบาดในช่วงปลายคริสต์ทศวรรษ 1980 ถึงต้นคริสต์ทศวรรษ 1990 โดยเริ่มการระบาดในกลุ่มที่เข้ายาเสพติดชนิดฉีดบ้าง แต่เป็นประชากรส่วนน้อย อัตราความชุกในประชากร ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงทางเพศสัมพันธ์ เช่น หญิงบริการทางเพศ ชายที่ติดกามโรค ยังต่ำกว่า ร้อยละ 0.5 โดยที่ประชากรในกลุ่ม

- อายุ 15-49 ปี อัตราความชุกยังอยู่ในช่วง 1/10,000 ถึง 1/1,000 (ค่ากลางร้อยละ 0.05) เช่น ประเทศในทวีปอเมริกาเหนือ ตะวันออกกลาง และส่วนใหญ่ของประเทศในภาคพื้นเอเชีย เช่น บังกลาเทศ รวมถึงเอเชียแปซิฟิก เช่น ญี่ปุ่น เกาหลีใต้ สิงคโปร์ ฮองกง อินโดนีเซีย ฟิลิปปินส์
2. ระดับที่สอง เริ่มระบาดในกลุ่มชายรักร่วมเพศ และกลุ่มที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ในต้นคริสต์ทศวรรษ 1980 และกระจายสู่กลุ่มรักต่างเพศต่อมา ระดับความชุก ในกลุ่มอายุ 15-49 ปีประมาณ ร้อยละ 0.5 ประเทศเหล่านี้ ได้แก่ ประเทศในทวีปอเมริกา (ยกเว้น กลุ่มแคริบเบียน และ ตอนบน ของอเมริกาใต้) ยุโรปตะวันตก
 3. ระดับที่สาม เริ่มระบาดในกลุ่มฉีดยาเสพติด หรือผู้ที่มีการสัมผัสสูงทางเพศ ต้นคริสต์ทศวรรษ 1980 และกระจายสู่ประชากรทั่วไป อย่างมีขอบวงเฉพาะ ได้แก่ กลุ่มประเทศแคริบเบียน ตอนบนของอเมริกาใต้ กลุ่มประเทศในเอเชียใต้ และตะวันออกเฉียงใต้ เช่น ไทย กัมพูชา พม่า บางส่วนของอินเดีย
 4. ระดับที่สี่ เริ่มระบาดในกลุ่มที่มีพฤติกรรมสัมผัสสูงทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะรักต่างเพศ กระจายสู่ประชากรทั่วไปอย่างไม่จำกัด อัตราการติดเชื้อสูงมาก ประเทศเหล่านี้ อยู่ในอาฟริกา โดยเฉพาะทางใต้ของทะเลทรายซาฮารา

บทเรียนที่ผ่านมา

บทเรียนที่สำคัญที่สุด คือ การให้ข้อมูลข่าวสาร รณรงค์ให้ประชาชน กลัวเอดส์ ไม่ได้ผลในการควบคุม ซึ่งน่าจะเป็นเพราะผู้ทำงานในระยะแรก มีสมมติฐานว่า ความกลัวจะทำให้ประชาชนหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยง แต่การณกลับกลายเป็นว่า ประชาชนส่วนใหญ่กลัวเอดส์จริง แต่ส่วนหนึ่งที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ไม่สามารถลดเลิกพฤติกรรมเหล่านั้นได้ เพราะ

1. กลุ่มที่ซื้อบริการทางเพศ รู้จักเอดส์ตามการรณรงค์ที่เป็นภาพโป๊สาว น่ากลัว เรียนรู้ว่าผู้เป็นเอดส์ (ยังแยกแยะไม่ออกระหว่าง เป็นเอดส์ กับติดเชื้อเอชไอวี) มีลักษณะผอมทรวดโหมม มีผื่น ตุ่มตามตัว มีเชื้อราในปาก มีมะเร็งผิวหนัง จึงเข้าใจว่าผู้ให้บริการทางเพศ ซึ่งสวย งาม ไม่ใช่ผู้ที่จะนำเอดส์มาสู่ตน จึงพยายามเลือกผู้ให้บริการทางเพศ หรือคนที่มีสัมพันธ์ด้วย โดยดูจากรูปร่างหน้าตา มาให้บริการ อันทำให้ติดเชื้อในที่สุด
2. กลุ่มที่ใช้ยาเสพติด ไม่สามารถลดเลิกได้ เพราะแรงผลักดันที่ทำให้ติดยาเสพติด โดยเฉพาะปัญหาสังคม การขาดความอบอุ่น ภาวะจิตใจอ่อนแอ แก้ปัญหาชีวิตไม่ได้ ยังคงอยู่ ไม่ได้รับการแก้ไขในกิจกรรมการรณรงค์ ป้องกัน ควบคุมเอดส์ ประกอบกับข้อจำเป็นทางกฎหมายบ้านเมือง ที่เจ้าหน้าที่ตำรวจ ต้องติดตามกวาดล้าง ผู้ขาย และผู้ซื้ยา ทำให้ผู้ซื้ยาเสพติดโดยเฉพาะชนิดฉีด จำต้องใช้เข็ม กระบอกฉีด ที่ซุกซ่อนไว้ใกล้สถานที่ขายยาในการเสพยา โดยไม่สามารถทำความสะอาดก่อน และไม่สามารถพกพา หรือเก็บอุปกรณ์เสพยาไว้ใช้ส่วนตัว เพราะหากถูกจับกุมพร้อมอุปกรณ์ฉีดยา ก็จะได้รับโทษทัณฑ์หนักกว่า
3. ผู้ที่ไม่ทราบว่าตนเองเสี่ยง ส่วนใหญ่กลุ่มนี้คือ หญิงซึ่งติดเชื้อจากสามี รองลงมาคือ ชายซึ่งอยู่ห่างบ้าน หรือมีภรรยาหลายคนพร้อมกัน ซึ่งเลือกมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่คิดว่าสะอาด แต่ความจริงหญิงที่ตนมีสัมพันธ์ด้วยนั้น ก็มีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นอีกหลายคน ซึ่งดูลักษณะสะอาดเช่นกัน และหลายคนในกลุ่มชายเหล่านั้น ก็มีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่นอีกหลายคน ฯลฯ

จนเมื่อมีการสำรวจอัตราการติดเชื้อในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ด้วยการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ ติดตามด้วยการวิจัยทางสังคมศาสตร์อีกหลายชิ้น จึงได้ทราบว่า เอดส์ได้ลุกลามเข้าสู่สถาบันครอบครัว ผ่านทางความละเลยดังกล่าว และจนถึงบัดนี้ ก็ยังไม่มีกระบวนการที่ได้ผล ในการแก้ไขปัญหานี้ได้ อย่างเป็นที่น่าพอใจ นับเป็นบทเรียนที่สำคัญประการแรกของประเทศไทย ในการตอบสนองต่อการระบาดของเอดส์

ผลกระทบจากขบวนการให้ข้อมูลดังที่กล่าวมาแล้ว โดยใช้สมมติฐานให้กลัวเพื่อหลีกเลี่ยง ยังก่อให้เกิดการรังเกียจผู้ติดเชื้อ มีการแบ่งแยกทางสังคม (Social discrimination) เช่น ไม่รับเข้าทำงาน ไม่รับเข้าศึกษา อันที่จริงแล้ว การกำหนดคุณลักษณะของผู้สมัครงาน หรือ สมัครเรียน เป็นสิทธิของผู้รับสมัครอยู่แล้ว และเป็นความชอบธรรม หากสามารถอธิบายได้ว่า ทำไมจึงกำหนดคุณลักษณะเหล่านั้นไว้ แต่ถ้าอธิบายว่าไม่รับผู้ติดเชื้อ เพราะเกรงว่าจะทำงาน หรือ เรียนได้ไม่เต็มที่ ก็จำเป็นต้องกลั่นกรอง ไม่รับผู้ติดเชื้ออื่น หรือมีพฤติกรรม ตลอดจนสมภาวะร่างกาย จิตใจ ด้านอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสมกับการทำงาน หรือ ศึกษาต่อ ให้ครบถ้วนด้วย ไม่ใช่มุ่งเน้นแต่เรื่องเอดส์อย่างเดียว ประเด็นเรื่องการกำหนดคุณลักษณะผู้สมัคร (Applicant's characteristics) และการกีดกันทางสังคม (Social discrimination) จึงต้องได้รับการพิจารณา และแยกแยะให้ชัดเจน เรื่องนี้ นับเป็นบทเรียนที่สำคัญอีกประการหนึ่งของสังคมไทย ที่สามารถนำมาเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อยกระดับมาตรฐานทางสังคมให้ดีขึ้นได้

กิจกรรมที่ได้รับการจัดลำดับความสำคัญ

กิจกรรมสำคัญในแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2540-2544 ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 8 เน้นเรื่องการสร้างศักยภาพคน ครอบคลุม ชุมชน ให้สามารถปกป้องตนเอง จากการติดเชื้อเอชไอวี โดยมียุทธศาสตร์สำคัญ 4 ประการในเรื่องนี้ และอีก 4 ประการ ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ การพัฒนากลไกการบริหารจัดการ การพัฒนาภูมิปัญญา การวิจัย และความร่วมมือระหว่างประเทศ

เมื่อเปรียบเทียบพัฒนาการ ความรู้ในด้านต่าง ๆ ที่ผ่านมา ซึ่งเกี่ยวกับเอดส์ จะเห็นได้ชัดว่ากลุ่มวิทยาศาสตร์พื้นฐาน โดยเฉพาะด้าน ไวรัสวิทยา และชีววิทยาระดับโมเลกุล (Molecular biology) มีความก้าวหน้าเร็วที่สุด ตามมาติด ๆ เป็นด้านภูมิคุ้มกันวิทยา (Immunology) และการวิจัยทางคลินิก (Clinical studies) แต่ความรู้ในด้านวิทยาศาสตร์พื้นฐานนั้น ต้องใช้เวลาในการประยุกต์ ก่อนนำมาใช้งานจริง ในขณะที่ความรู้จากการวิจัยทางคลินิกนั้น สามารถนำมาใช้ได้แทบจะทันที ที่ผลการวิจัยประกาศออกมา ปัจจุบันเหล่านี้ ทำให้เกิดช่องว่างระหว่างประเทศที่พัฒนาแล้ว กับประเทศกำลังพัฒนา ในแง่ที่ว่า ประเทศพัฒนาแล้ว สามารถใช้ผลการวิจัยทางคลินิกได้อย่างทันที แต่ประเทศกำลังพัฒนา ต้องมีการสร้างโครงสร้างพื้นฐาน และวางกลไกที่จำเป็นก่อน จึงจะสามารถนำมาใช้ได้ ตัวอย่างที่เห็นได้ชัดเจน คือ การใช้ยาไซโดวูดีน (Zidovudine, AZT) ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ซึ่งมีการประกาศผลการวิจัยครั้งแรก ในปี พ.ศ. 2537 ประเทศสหรัฐอเมริกา นำไปใช้ในวงกว้างในระยะเวลาไม่ถึง 1 ปีหลังทราบผล แต่สำหรับประเทศไทย กว่าจะสามารถนำผลมาใช้ในวงกว้างได้ ก็ในราวปี พ.ศ. 2542 นี้เอง ทั้งนี้ เป็นเพราะต้องมีการพัฒนา บริการให้คำปรึกษา ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญสำหรับการใช้ยาดังกล่าว และต้องปรับปรุงระบบการติดตามผู้รับบริการ เตรียมทรัพยากร งบประมาณ ในการนี้ และยังต้องหาทางแก้ไขปัญหาสังคม กรณีที่หญิงหลังคลอดไม่สามารถเลี้ยงลูกด้วยนมตนเอง เพราะเป็นการกระตุ้นให้เพื่อนบ้านสรุปได้ว่า หญิงหลังคลอดรายนั้น ติดเชื้อเอชไอวี

อย่างไรก็ดี อาจกล่าวได้ว่า ในช่วงหลังของแผนฯ 8 คือ ในช่วง พ.ศ. 2542 เป็นต้นมานั้น กิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก (Prevention of Mother-to-Child Transmission, PMTCT) เป็นหัวข้อสำคัญ ที่หลายฝ่ายให้ความสนใจ และร่วมมือกันดำเนินการ อย่างสุดความสามารถ สภาวิชาชีพไทย และโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ก็ดำเนินโครงการลดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก กระทรวงสาธารณสุข โดยกรมอนามัย ก็ได้กำหนด กิจกรรม ทั้งการสร้างเสริมกลไกการให้คำปรึกษา การให้ยาต้านไวรัสแก่แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ติดตามผล ให้ยา ตลอดจนสนับสนุนนมผง แก่เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีตลอดมา มหาวิทยาลัยต่าง ๆ ทั้งมหิดล เชียงใหม่ ขอนแก่น สงขลา หน่วยงานระหว่างประเทศ ทั้งมหาวิทยาลัยฮาร์วาร์ด สหรัฐอเมริกา ศูนย์ควบคุมป้องกันโรคแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา UNICEF โครงการโรคเอดส์ สหประชาชาติ ฯลฯ ต่างก็สนับสนุนกิจกรรมนี้ นับได้ว่า กิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อ นี้ ได้รับการจัดลำดับความสำคัญสูงสุด ทั้งระดับท้องถิ่น ระดับชาติ และระดับนานาชาติ

ปัญหาที่ยังค้างคาอยู่ คือการกำหนดสูตรยาต้านไวรัส และวิธีการคลอด^[4-8] เพราะผลการศึกษาวิจัยที่ตีพิมพ์จนถึง พ.ศ. 2542 เป็นการให้ยา ต้านไวรัสชนิดเดียว (AZT in ACTG076, AZT in Bangkok study, Nevirapine in HIVNET012) ยังมีผลการวิจัยอีกจำนวนหนึ่งที่เผยแพร่ออกมา ซึ่งให้ยาต้านไวรัสตั้งแต่สองชนิดขึ้นไป (AZT/3TC in PETRA study) และการให้ยาต้านไวรัสฯ ร่วมกับการผ่าคลอดทางหน้าท้อง โดยรวมแล้ว พบว่า การให้ยาทั้งในแม่ และในลูก มีความสำคัญพอ ๆ กัน ซึ่งก็สอดคล้องกับผลการวิจัยการป้องกันการติดเชื้อในบุคลากร (CDC MMWR 1995) การกำหนดสูตรยานั้น จำเป็นต้องสรุปผลจากการศึกษาทั่วโลก ในระหว่างนี้ นโยบายสำหรับประเทศไทย ก็จำเป็นต้องยืดหยุ่นพอที่จะเปลี่ยนแปลงไป ตามวิทยาการที่ก้าวหน้ามากขึ้นเรื่อยๆ

เรื่องการพัฒนาวัคซีนก็เป็นกิจกรรมสำคัญ ที่มีความก้าวหน้ามากในช่วงแผนฯ 8 โดยเห็นได้จากการที่ประเทศไทย สามารถต่อรอง ให้บริษัทที่ทำกรวิจัยวัคซีน ใช้สายพันธุ์ E ที่มีเฉพาะในประเทศไทย เป็นสายพันธุ์หนึ่ง สำหรับการพัฒนาวัคซีน ร่วมกับสายพันธุ์ B ซึ่งระบาดมากในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรม นอกจากนี้ ประเทศไทยยังก้าวเข้าสู่การวิจัยวัคซีนระยะที่ 3 ซึ่งเริ่มตั้งแต่เดือนมีนาคม 2542 เป็นต้นมา ในกลุ่มผู้รักษาการติดเชื้อเอชไอวี ของกรุงเทพมหานคร อย่างไรก็ดี ยังต้องมีการวางโครงสร้างพื้นฐานอีกหลายประการ กว่าประเทศไทยจะพร้อมเพียงพอ

กิจกรรมในอนาคต

สัมฤทธิ์ผลของการควบคุมป้องกัน แก่ไขปัญหาเอดส์ ในช่วงที่ผ่านมา ยังไม่ปรากฏเด่นชัดในด้านรูปธรรม ซึ่งอาจเป็นเพราะปัจจัยร่วม สองประการใหญ่ ๆ คือ กิจกรรมส่วนใหญ่ ดำเนินตามแผนฯ 8 ซึ่งเป็นแผนยุทธศาสตร์ ที่มีความคิดก้าวหน้า ล้าสมัย การแปลยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ เป็นเรื่องลำบาก โดยเฉพาะในสภาพที่องค์กรปฏิบัติงาน ยังไม่ได้รับการปรับปรุงให้พร้อม อีกประการหนึ่งคือ แผนฯ 8 เริ่มดำเนินการในช่วงที่เศรษฐกิจของประเทศไทย เข้าสู่ภาวะตกต่ำ อย่างรุนแรง หน่วยงานต่าง ๆ จำต้องผดุงกิจกรรมที่มีอยู่เดิมให้รอดก่อนที่จะพัฒนาสู่ลักษณะกิจกรรมใหม่ ทั้งหมดนี้ ทำให้เกิดคำถามว่า แผนฯ 9 ที่เริ่มจุดประกายในปี พ.ศ. 2543 และดำเนินการตั้งแต่ปีงบประมาณ 2544 จะมีลักษณะใด เพื่อที่จะตอบคำถามนี้ได้ จำต้องมีการประเมินผลโครงการ ที่ผ่านมามาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 ให้จงได้ แต่ก็ปรากฏว่า ไม่มีหน่วยงานใดพร้อมที่จะทำการประเมินโครงการ ระดับชาตินี้ได้ กิจกรรมเร่งด่วน น่าจะเป็นการทบทวนผล และศึกษาปัจจัยเชื่อมโยงต่อผลการปฏิบัติงาน อย่างเร่งด่วน

ในระดับจุลภาค (ประชาชนรายบุคคล) นั้น สิ่งสำคัญที่ต้องเร่งดำเนินการ ประเด็นแรก คือ ต้องเน้นให้ทราบว่า ทุกคนในประเทศไทย มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มากก็น้อย เพราะผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ ไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ และยังคงถ่ายทอดเชื้อให้ ภรรยาสามี หรือ ผู้ร่วมใช้ยาเสพติดกัน ประเด็นที่สอง คือ ต้องเน้นให้ทราบว่า ทุกคน จะได้รับผลกระทบของเอดส์ ไม่ทางด้านเศรษฐกิจ ก็ด้านสังคม เพราะเอดส์กำลังสร้างผลกระทบ ทั้งระยะเฉียบพลัน เช่น ปัญหาความขาดแคลน ทั้งเวชภัณฑ์ ผู้ดูแลรักษา กับบริการรักษาพยาบาล และในระยะยาว เช่น การทำลายโอกาสการศึกษาของบุตรผู้ป่วยเอดส์ อันอาจทำให้อาชญากรรมสูงขึ้น สังคมเสื่อมโทรมลงได้

สำหรับระดับมหภาค (กลุ่มประชากร และการพัฒนาประเทศ) การปรับโครงสร้างองค์กร ทั้งในกระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงอื่น ๆ ก็มีความสำคัญเร่งด่วนเช่นกัน ที่ต้องดำเนินการไปพร้อมกันกับการฟื้นฟูสภาวะเศรษฐกิจ ปัจจัยสำคัญที่จะกำหนดความสำเร็จในเรื่องนี้ คือ การพัฒนาความคิดของผู้ทำงาน ให้สอดคล้องกับกระแสสังคมที่เปลี่ยนไป ดังปรากฏในรัฐธรรมนูญฉบับปัจจุบัน อันนับได้ว่า เป็นหน้าที่ของคนไทยทุกคน ทั้งภาครัฐ เอกชน ชุมชน องค์กรธุรกิจ องค์กรศาสนา และองค์กรการเมือง ที่จะต้องร่วมมือกันต่อไป

สรุป

วิวัฒนาการของสังคม กินเวลาเป็นร้อยปี พันปี ในอดีต การระบาดของโรคต่าง ๆ ได้ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนวิถีชีวิต วิถีสังคม หลายประการ ความสัมพันธ์ระหว่างปัญหาสุขภาพ ปัญหาสังคม และปัญหาเศรษฐกิจ นั้น มีความเชื่อมโยงกันอย่างแน่นแฟ้น จนไม่อาจจะแยกจากกันได้ การระบาดของเอดส์ในปัจจุบัน ก็จะเป็นจุดหักเหจุดหนึ่ง ในวิวัฒนาการของสังคมไทยเช่นเดียวกับที่เคยเกิดมาในอดีตเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงการปกครอง การเกิดสงครามโลก และการเข้าสู่ยุคโลกาภิวัตน์

กล่าวโดยสรุปคือ การระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ ได้ก่อให้เกิดความสูญเสียอย่างมหาศาลต่อสังคมไทย แต่ก็กลับกลายเป็นสิ่งกระตุ้นให้เกิดการพลิกผันการพัฒนา ที่เคยมุ่งเน้นทางวัตถุ โดยมองบุคคลเป็นเพียงทรัพยากร หรือปัจจัยการผลิต ให้เป็นการมองบุคคลเป็นเป้าหมายของการพัฒนา และทำให้เกิดการเชื่อมโยงไปสู่การปฏิรูประบบการรักษายาบาล การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อันจะต่อเนื่องไป ถึงการรื้อฟื้นวัฒนธรรมอันดีงามของไทยให้หวนกลับคืนมาด้วย

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

1. AIDSCAP, Francois-Xavier Bagnoud Center, UNAIDS. **The status and trends of the global HIV/AIDS pandemic** July 5-6 final report of the satellite symposium in the XI International Conference on AIDS, Vancouver 1996.
2. Nelson KE, Celentano DD, Eiumtrakol S, et al. **Changes in sexual behavior and a decline in HIV infection among young men in Thailand.** *N Engl J Med* 1996; 335:297-303
3. Weniger BG, Brown T. **The march of AIDS through Asia.** *N Engl J Med* 1996; 335:343-344.
4. Landesman SH, Kalish LA, Burns DN, et al. **Obstetrical factors and the transmission of HIV-1 from mother to child.** *N Engl J Med* 1996; 334: 1617-1623.
5. Connor EM, Sperling RS, Gelber R. et al. **Reduction of maternal-infant transmission of Human Immunodeficiency virus type 1 with Zidovudine treatment.** *N Engl J Med* 1994; 331: 1173-1180. CDC *MMWR* 1998; 47(8):151-154. MOPH *WESR* 1998; 29(11):153-166.
6. Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA, et al **Short-course Zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomized controlled trial.** *Lancet* 1999; 353:773-780.
7. Jackson B, Fleming TR. A Phase IIB randomized, controlled trial to evaluate the safety, tolerance, and HIV vertical transmission rates associated with short course nevirapine (NVP) vs. short course zidovudine (ZDV) in HIV infected pregnant women and their infants in Uganda, Executive Summary, JULY 12, 1999. AND Laurie K. Doepel, Researchers Identify a Simple, Inexpensive Drug Regimen Which is Highly Effective in Preventing HIV in Infants of Mothers with the Disease. United States National Institute of Health (US NIH) News Release 14 July 1992.
8. Biggar RJ, Miotti PG, Taha TE, et al. **Perinatal intervention trial in Africa: effect of a birth canal cleansing intervention to prevent HIV transmission.** *Lancet* 1996; 347:1647-50.

บทที่ 3

การตอบสนองต่อการระบาดในประเทศไทย

โครงสร้างองค์กร และแผนงาน

(ก) ก่อนการตั้งกองโรคเอดส์

การสนองตอบต่อการระบาดของเอดส์ เริ่มตั้งแต่ พ.ศ. 2524 ในกลุ่มนักระบาดวิทยาชาวไทย ที่มีการสื่อสารใกล้ชิดกับนักระบาดวิทยาในสหรัฐอเมริกา จนกระทั่ง ได้ตรวจพบผู้ป่วยเอดส์ รายแรก ในปี พ.ศ. 2527 และนำเสนอข้อมูลความเป็นไปได้ ที่จะมีการระบาดของเอดส์ในประเทศไทย ปลายปีนั้น

พ.ศ. 2528 กระทรวงมหาดไทย ได้ออกกฎกระทรวง กำหนดไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ขณะนั้น เรียกว่า ผู้ติดเชื้อเอดส์) เข้าในราชอาณาจักร และหากตรวจพบชาวต่างชาติติดเชื้อ ก็มีมาตรการ ส่งกลับประเทศต้นทางได้ มาตรการนี้ ได้รับการยอมรับในระยะแรก เพราะสอดคล้องกับหลักพื้นฐานการควบคุมโรคติดต่อ ที่ให้วินิจฉัยเร็ว และรักษาทันที (Early diagnosis and prompt treatment) กับหลักการควบคุมกามโรค ที่ให้ติดตามหาผู้สัมผัสโรค (Contact tracing) แต่ต่อมา ได้พิสูจน์ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า เป็นมาตรการที่เหลื่อมล้ำ เพราะไม่สามารถสกัดกั้นชาวต่างชาติที่ติดเชื้อ ทุกรายได้ และยังไม่มีคำตอบว่าจะทำอย่างไร กับชาวไทยที่ติดเชื้อ กฎกระทรวงนี้ จึงถูกยกเลิกไป ในปี พ.ศ. 2534

ระยะแรก การตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของไทย ใช้กลไก กองกามโรค และกรมควบคุมโรคติดต่อเป็นหลัก โดยกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญต่อปัญหานี้อย่างชัดเจน ในรูปการแต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานการควบคุมโรคเอดส์ ตั้งแต่ พ.ศ. 2530 (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 374/2530 วันที่ 15 กรกฎาคม 2530) และการจัดตั้ง ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในวันที่ 13 ตุลาคม 2530 และมีการปรับปรุงประกอบคณะกรรมการประสานงานใหม่ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 578/2530 วันที่ 5 พฤศจิกายน 2530) มีอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ เป็นประธานคณะทำงานฯ มีอนุกรรมการ สามชุด ร่วมกันทำงานด้านวิชาการ สุขศึกษาประชาสัมพันธ์ และด้านข้อมูลข่าวสาร

แม้ว่าจะไม่มีการประเมินผลการทำงาน กระทรวงสาธารณสุขก็ขยายกิจกรรมควบคุมป้องกันเอดส์อีก โดยให้ ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการฯ (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 548/2531 วันที่ 4 พฤศจิกายน 2531) และให้เพิ่มคณะอนุกรรมการอีกสองคณะ คือ ด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในสถานบริการ และด้านมาตรการทางกฎหมายในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์

ต่อมาในปี พ.ศ. 2533 ก็มีการปรับปรุงการทำงาน ให้รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน (คำสั่งกระทรวงสาธารณสุข ที่ 128/2533) อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อเป็นเลขานุการ โดยให้คณะกรรมการฯ นี้ กำหนดนโยบาย และกลวิธีหลัก ๆ ทำงานควบคู่ไปกับคณะกรรมการบริหารโครงการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ที่มี ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน มีคณะอนุกรรมการ เจ็ดคณะด้วยกัน ได้แก่

- 1 คณะอนุกรรมการบริหารด้านป้องกันและบำบัดรักษาโรคเอดส์
- 2 คณะอนุกรรมการบริหารด้านการฝึกอบรมโรคเอดส์
- 3 คณะอนุกรรมการบริหารด้านชั้นสูตรเกี่ยวกับโรคเอดส์
- 4 คณะอนุกรรมการบริหารด้านสุศึกษาและประชาสัมพันธ์
- 5 คณะอนุกรรมการบริหารด้านวิชาการโรคเอดส์

- 6 คณะอนุกรรมการบริหารด้านประสานงานภาครัฐ และเอกชนเกี่ยวกับโรคเอดส์
- 7 คณะอนุกรรมการบริหารด้านการประสานงานและติดตามผลโรคเอดส์

มีการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับเอดส์ มากมาย กว้างขวาง ได้รับความร่วมมือจากหน่วยงานนอก กระทรวงสาธารณสุขอย่างชัดเจน สังคมไทยเริ่มใส่ใจ และตระหนักถึงความสำคัญ จึงมีการยกระดับ ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เป็นกองโรคเอดส์ เมื่อวันที่ 20 กรกฎาคม 2533 มีการรณรงค์วันเอดส์โลก ซึ่งในปีนั้น มีคำขวัญว่า “สตรีไทยร่วมต้านภัยเอดส์” (Women and AIDS) นับว่า สังคมไทย ได้ตอบสนองต่อการระบาดของเอดส์อย่างรวดเร็ว สอดคล้องกับสถานการณ์ และดำเนินการอย่างเป็นระบบอย่างดี

(ข) หลังการตั้งกองโรคเอดส์ ก่อนแผนฯ 8

กองโรคเอดส์ ซึ่งเป็นกองวิชาการ กองหนึ่งในกรมควบคุมโรคติดต่อ ได้รับอิทธิพลความคิด ทั้งโครงสร้างของกองฯ การทำงาน และการจัดสรรงบประมาณจากผู้ทำงานด้านกามโรคอย่างชัดเจน แต่มีพัฒนาการเพิ่มเติม ในลักษณะการทำโครงการระดับชาติ และเพิ่มแนวคิดการทำงานพหุภาคีเข้าไป หลังจากการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ขึ้นในปี พ.ศ. 2534 ซึ่งปลัดกระทรวงสาธารณสุข เป็นเลขานุการ และอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ กับกองโรคเอดส์ เป็นผู้ช่วยเลขานุการ ภาระงานการทำงานของกองโรคเอดส์ จึงกว้างไกลอยู่ระหว่างบทบาทของหน่วยงานย่อย (ระดับกอง) ของกรมควบคุมโรคติดต่อ กับบทบาทผู้ประสานพหุภาคี (ระดับชาติ) ของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน แม้แต่การจัดทำคำของบประมาณ ก็ต้องรับผิดชอบหลายระดับ ตั้งแต่งบประมาณดำเนินการ ของกองโรคเอดส์เอง ไปถึงงบประมาณการอบรมให้ความรู้แก่ประชาชน ของกรมควบคุมโรคติดต่อ งบประมาณการตรวจวินิจฉัย การรักษา ของกระทรวงสาธารณสุข และ งบประมาณการรณรงค์ เผยแพร่ ประชาสัมพันธ์ ของทุกหน่วยงาน ในระดับชาติ

ยิ่งเมื่อมีการตั้งเลขานุการร่วม ของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ โดยกำหนดให้ปลัดกระทรวงสาธารณสุข และปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี เป็นเลขานุการร่วมกัน ตามคำสั่งสำนักนายกรัฐมนตรีที่ 184/2535 วันที่ 11 กันยายน 2535 แบ่งหน้าที่กันโดยลักษณะว่า หากเป็นเรื่องการดูแลรักษา ก็เป็นหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข หากเป็นด้านรณรงค์ ประชาสัมพันธ์ ก็เป็นหน้าที่สำนักนายกรัฐมนตรี บทบาทของกองโรคเอดส์ ก็มีมากขึ้น เพราะต้องประสานงานระหว่างสองกระทรวงให้ราบรื่น

ในช่วงนั้น เมื่อมีการเปลี่ยนรัฐบาล ก็ต้องแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ขึ้นใหม่ทุกครั้ง แม้จะยังแก้ปัญหาดังกล่าวนี้อยู่ไม่ได้ แต่ก็มี ความพยายามที่จะให้กิจกรรมเรื่องโรคเอดส์ เป็นไปในทางเดียวกัน สำนักนายกรัฐมนตรีร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ จึงจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติขึ้น เป็นแม่บท สำหรับให้กระทรวง ทบวง กรม ต่าง ๆ ใช้ในการจัดทำแผนปฏิบัติการ อันนับเป็นปฐมบท ของการจัดทำแผนฯ อย่างเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ที่แท้จริง ซึ่งก็ได้กลายมาเป็นแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในช่วง พ.ศ. 2540-2544 (ตรงกับแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 8)

ในช่วงดังกล่าว มีเหตุการณ์ที่น่าสนใจเกิดขึ้น อันนับเป็นบทเรียนสำคัญแก่ผู้ทำงานเอดส์ และน่าจะเป็นประโยชน์ต่อผู้ทำงานสาธารณสุขด้วย คือ มีการรวมงบประมาณเอดส์ทั้งหมด ไว้ที่สำนักงานรัฐมนตรี และกระทรวงสาธารณสุข สลับปีกัน ตามข้ออำนาจทางการเมืองที่เป็นอยู่ขณะนั้น ผลที่เหมือนกันคือ การทำงานชะงักงัน ลำช้าลง โดยเฉพาะงานในพื้นที่ อันที่จริงแล้วผู้ปฏิบัติงานในพื้นที่ สามารถดำเนินงานได้เหมือนกัน ไม่ว่างงบประมาณจะโอนมาจากที่ใด ต่อเมื่อทุกฝ่ายเห็นตรงกันว่า การรวมศูนย์ไม่เกิดประโยชน์ จึงตกลงให้กระจายงบประมาณไปสู่หน่วยปฏิบัติงานตั้งแต่ พ.ศ.2538 กิจกรรมป้องกันควบคุมเอดส์ จึงคล่องตัวขึ้น

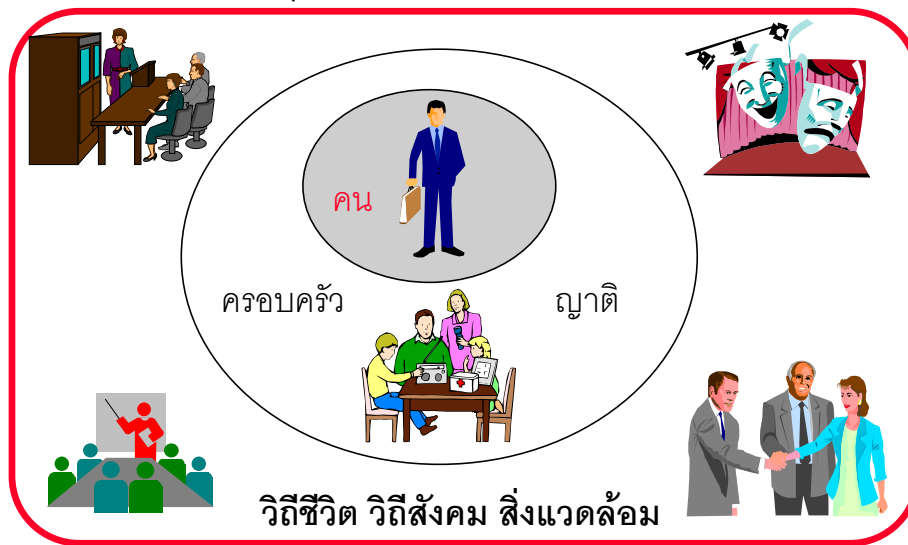
ปี พ.ศ. 2539 เป็นปีที่มีการปรับเปลี่ยนสูงมาก เพราะเป็นปลายแผนฯ 7 ต่อดันแผนฯ 8 ซึ่งจะมีการปรับปรุงโครงสร้างงบประมาณ และการจัดการใหม่ ประกอบกับการยอมรับของหน่วยงานต่าง ๆ ในเรื่องเอดส์มีสูง เนื่องจากสถานการณ์การระบาดเด่นชัด และผู้นำประเทศ กับผู้บริหารระดับสูงสุดของกระทรวงต่าง ๆ ได้รับทราบปัญหาการดำเนินงานที่มีมาตลอด การปรับเปลี่ยนที่สำคัญได้แก่

1. การจัดตั้งกองทุนบริหารจัดการปัญหาเอดส์ เพื่อแก้ไขปัญหาที่คณะกรรมการฯ ไม่สามารถดำเนินกิจกรรมเรื่องเอดส์ได้อย่างต่อเนื่อง เพราะติดขัดระบบงบประมาณ กับปัญหาที่เกิดขึ้นในการยุบเลิกรัฐบาลทุกครั้ง ต้องมีการแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ใหม่ทุกครั้ง จึงมีความคิดที่จะแต่งตั้งคณะกรรมการฯ ที่ถาวร และส่งเสริมความร่วมมือกับภาคธุรกิจให้เด่นชัดขึ้น
ต่อมา ได้มีการชะลอการจัดตั้งกองทุนฯ นี้ และให้ปรับปรุงวิธีการ เพื่อนำไปรวมกับการจัดตั้งมูลนิธิเอดส์แห่งชาติ (ซึ่งกว่าจะก่อตั้งสำเร็จ ก็เป็นเดือนกันยายน 2542)
2. แต่งตั้ง คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ทุกจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน และให้มีศูนย์ปฏิบัติการฯ ที่มีรองผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นหัวหน้าศูนย์
3. ปรับเปลี่ยนโครงสร้างกองโรคเอดส์ ซึ่งแม้ว่าจะเป็นการปรับเปลี่ยนภายใน แต่บทบาทหน้าที่ของฝ่ายต่าง ๆ ที่ถูกกำหนดเป็นกลุ่มงาน และฝ่าย ก็เปลี่ยนแปลงไป เป็นผลให้จุดประสานงาน และจุดเน้นกิจกรรม ต้องมีการเปลี่ยนแปลงตามไปด้วย

(ค) ในช่วงแผนฯ 8

จากการวิเคราะห์ความเป็นมา และผลกระทบของการพัฒนาสังคมเศรษฐกิจ ต่อภาวะการระบาดของเอดส์ในประเทศไทย ได้ข้อสรุปว่า การพัฒนาที่มุ่งเน้นทางวัตถุ ตัวเงิน ทำให้ครอบครัวมีแนวโน้มที่จะเกิดความแตกแยก ประชาชนวัยทำงานต้องมีการอพยพย้ายถิ่นฐานเป็นจำนวนมาก ทำให้ขาดความอบอุ่น มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวี และเมื่อมีผู้ติดเชื้อในครอบครัวหรือชุมชน ก็ขาดความเอื้ออาทร เห็นอกเห็นใจ มีปัญหาทางสังคมเพิ่มขึ้น ทางออกที่จะต้องเร่งดำเนินการพร้อม ๆ กันไปคือ เน้นการแก้ปัญหาที่ตัวบุคคลด้วยการเสริมศักยภาพให้ป้องกันตนได้ พร้อมกันกับการเสริมศักยภาพของครอบครัว ชุมชน ให้ยอมรับผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ และการปรับรื้อระบบวิถีชีวิต และวิถีสังคม ให้เอื้ออำนวยต่อการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ได้เป็นอย่างดีที่สุด

รูปที่ 3.1
แนวคิดด้านการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ในแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 2540-2544



วัตถุประสงค์หลักที่สำคัญของแผนฯ มีสองประการ คือ (1) ลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ และ (2) ลดผลกระทบทางสังคมเศรษฐกิจ โดยมีลักษณะสำคัญของแผนฯ ที่เน้นการมีส่วนร่วมระหว่างองค์กรภาครัฐ เอกชน และองค์กรชุมชน ในการแก้ปัญหาร่วมกัน โดยมีการกำหนดสาระสำคัญของแผนฯ เป็น 8 ยุทธศาสตร์¹ ได้แก่

1. ยุทธศาสตร์การพัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชน เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
2. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสภาพแวดล้อมในสังคมให้เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
3. ยุทธศาสตร์การพัฒนาสังคมจิตวิทยาให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อยู่ในสังคมอย่างปกติสุข
4. ยุทธศาสตร์การพัฒนาบริการพื้นฐานทางสังคม และเศรษฐกิจ ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
5. ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
6. ยุทธศาสตร์การพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัย เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
7. ยุทธศาสตร์การพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
8. ยุทธศาสตร์การพัฒนากลไกการบริหารจัดการ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ซึ่งแต่ละยุทธศาสตร์ต่างก็มีจุดเน้นในการลดการแพร่กระจายโรค และการลดผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาวทางด้านสังคมเศรษฐกิจที่เกี่ยวข้องจากโรคเอดส์ ทั้งนี้ ได้มีการขยายความคิดจากยุทธศาสตร์ต่าง ๆ ดังกล่าวออกเป็นมาตรการ และวิธีการ และเป็นกิจกรรมในแผนปฏิบัติการของแต่ละปีงบประมาณในที่สุด

แผนยุทธศาสตร์นี้ นับว่าเป็นแผนที่ก้าวหน้า ทางปรัชญาความคิด หักมุมจากเดิม จนผู้ปฏิบัติส่วนใหญ่ไม่สามารถแปลยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติได้ เมื่อถึงกึ่งกลางแผนฯ คือ ประมาณ พ.ศ. 2542 ขณะเริ่มกลไกการประเมินผล จึงได้พบว่า ข้อมูลสำหรับการประเมินผลมีไม่พร้อม และยังพบว่า นอกจากผู้ปฏิบัติไม่สามารถแปลยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติได้ตามเป้าประสงค์แล้ว กลไกการประเมินผลก็ยังไม่ได้ก่อรูปร่าง ทำให้ต้องนำเรื่องนี้ เข้าสู่การเตรียมร่างแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545-2549 (ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9) อย่างเร่งด่วน

งบประมาณ

งบประมาณด้านเอดส์ในส่วนของรัฐ เริ่มในปี พ.ศ. 2531 สำหรับโครงการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโครงการพิเศษของแผนพัฒนาสาธารณสุข ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534) มีกรมควบคุมโรคติดต่อเป็นหน่วยงานหลัก ได้รับการจัดสรรงบประมาณเริ่มต้น 4 ล้านบาทเศษ และเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ

ตารางที่ 3.1 งบประมาณแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในส่วนของรัฐ และการเพิ่ม เป็นร้อยละ

พ.ศ.	2531	2532	2533	2534	2535	2536	2537	2538	2539
งบประมาณ (ล้านบาท)	4.6	11.1	66.6	182.7	637.5	1121.5	1142.5	1558.4	2057.1
การเพิ่ม (ร้อยละ)		140.3	501.6	174.5	250.6	125.6	5.1	19.1	30.8

ช่วงต้น คือ พ.ศ. 2531-2533 งบประมาณทั้งหมดตั้งไว้ที่กระทรวงสาธารณสุข และสนับสนุนงบประมาณแก่หน่วยงานต่าง ๆ ที่ทำงานด้านเอดส์ ต่อมา ในช่วงปี พ.ศ. 2534-2535 มีการเปลี่ยนแปลงกระบวนการงบประมาณ โดยให้จัดงบประมาณรวมศูนย์ไว้ที่สำนักนายกรัฐมนตรี เน้นการประชาสัมพันธ์สร้างความรู้ ความเข้าใจเรื่องเอดส์ และเป็นช่วงที่มีการปรับเพิ่มงบประมาณสูงสุด (ร้อยละ 250.6) โดยให้หน่วยงานต่าง ๆ รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักนายกรัฐมนตรี ต่อมา ปี พ.ศ. 2536-2537 ก็มีการเปลี่ยนแปลงให้งบประมาณรวมศูนย์ไว้ที่กระทรวงสาธารณสุขอีกครั้งหนึ่ง ซึ่งก็ไม่ได้แก้ปัญหาความล่าช้าซับซ้อนของการใช้งบประมาณแต่อย่างใด เพียงเป็นการเปลี่ยนจุดล่าช้าเท่านั้น ในปี พ.ศ. 2538-2539 จึงมีการปรับปรุงอีกครั้งหนึ่ง โดยตั้งงบประมาณไว้ที่ 8 กระทรวง/ทบวง ที่ทำงานเรื่องเอดส์ **ไม่ตั้งงบประมาณที่หน่วยใดหน่วยหนึ่ง** เหมือนแต่ก่อน และให้มีคณะทำงานร่วม พิจารณาการจัดสรรงบประมาณโดยยึดหลักการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรม

ในช่วงแผนฯ 8 คือตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 เป็นต้นมา การจัดสรรงบประมาณ ยึดตามโครงสร้างใหม่ ซึ่งมีสองแผนงานหลัก และจำแนกต่อเป็นอีก 5 แผนงานรอง ดังนี้ คือ

(1) แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

1.1 แผนงานรณรงค์พัฒนาศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชน

โครงการเสริมสร้างสมรรถนะชุมชนในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์

โครงการส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

1.2 แผนงานรณรงค์บริการสังคมและสังคมจิตวิทยา

งานจิตสวัสดิการและสงเคราะห์ผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์

โครงการพัฒนาศักยภาพทางเศรษฐกิจของผู้ติดเชื้อเอดส์และครอบครัว

โครงการคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์

1.3 แผนงานรองบริหารจัดการ

งานประสานนโยบายและแผนเอดส์

(2) แผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

2.1 แผนงานรณรงค์ส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์

งานส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

งานบริการรักษาพยาบาลโรคเอดส์

งานสนับสนุนการบริการรักษาพยาบาลโรคเอดส์

งานบริการคำปรึกษา

โครงการสร้างอาคารผู้ป่วยเอดส์

2.2 แผนงานรองพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัย

โครงการพัฒนาภูมิปัญญาและการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์

โดยมีสัดส่วนงบประมาณในแผนงานรองส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ สูงที่สุด คือ งบประมาณ สามในสี่ ของงบประมาณทั้งหมด แม้กระนั้นก็ตาม งบประมาณจำนวนนี้ ก็ยังไม่เพียงพอที่จะสนับสนุนบริการที่ประชาชนต้องการได้ เพราะจำนวนผู้ป่วยที่ขึ้นอย่างรวดเร็ว ความพยายามในช่วงต้นแผนฯ คือ การพัฒนาระบบบริการ ให้มีความครบถ้วน และมีความต่อเนื่อง โดยเน้นการสร้างวิทยาการ ให้องค์กรชุมชน ผู้ติดเชื้อ และครอบครัว มีส่วนร่วมกันในการให้ และรับบริการ ไม่เน้นการรวมศูนย์ รับภาระทั้งหมดไว้ที่หน่วยให้บริการ แต่พัฒนาการดังกล่าว ก็ไม่มีความคืบหน้า ซึ่งอาจเป็นความไม่พร้อมของระบบ และภาวะถดถอยทางเศรษฐกิจ ที่ทำให้หน่วยงานส่วนใหญ่ไม่สามารถจลจอลกับการพัฒนาได้

สรุป

การตอบสนองต่อเอดส์ ในส่วนของการป้องกันการติดเชื้อ เป็นไปอย่างรวดเร็ว และต่อเนื่อง โดยมีหน่วยงานหลัก สองหน่วย ร่วมกันดำเนินงาน คือ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานกฤษฎีกา งบประมาณที่ได้รับในส่วนของรัฐบาล เพิ่มขึ้น จนถึงช่วงที่ประเทศไทยประสบภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ สำหรับการตอบสนองต่อการแก้ไขปัญหายาเสพติด นั้น ยังไม่ทันต่อสถานการณ์ โดยมีลักษณะตั้งรับเป็นส่วนใหญ่ จำเป็นต้องมีการปรับปรุง พัฒนาระบบบริการให้สามารถรองรับปัญหาได้อย่างเร่งด่วน

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

1. คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 เอกสารแจกในงานประชุมทัศน์แผนป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 วันที่ 22 กรกฎาคม 2539 ณ ศูนย์ประชุมองค์การสหประชาชาติ กรุงเทพฯ
2. ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และคณะ การประเมินโครงการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย พฤศจิกายน 2540 (ปรับปรุง ธันวาคม 2540)
3. Wiput Phoolcharoen, Kumnuan Ungchusak, Werasit Sittitrai, Tim Brown. *Lessons from a strong national response to HIV/AIDS* AIDS Division, Department of Communicable Disease Control, Nonthaburi 1998.

บทที่ 4

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการระบาด ระดับบุคคลและสาธารณสุข

ปัจจัยระดับบุคคล

ได้มีการศึกษามาเป็นเวลานานแล้วว่าผู้ที่ได้รับเลือด มีอัตราการติดเชื้อสูงที่สุด คือ เกือบ 100% ในกรณีที่อัตราการติดเชื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันแต่ละครั้ง ไม่สูงนัก อย่างไรก็ตาม พบว่า การเป็นกามโรค เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ต่อการมีเพศสัมพันธ์แต่ละครั้ง ประมาณ 2-7 เท่า ทั้งกามโรคชนิดที่เป็นแผล และชนิดหนองใน การที่มีเพศสัมพันธ์ระหว่างหญิงมีประจำเดือน หรือการใส่ยาคุมกำเนิดชนิดกิน ชนิดฉีด ก็มีรายงานว่าเพิ่มความเป็นไปได้ของการติดเชื้อต่อการมีเพศสัมพันธ์แต่ละครั้งได้เช่นกัน ข้อความรู้เท่าที่สรุปได้ในด้านความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เรียงตามลำดับมากน้อยคือ การได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี > การใช้ยาเสพติดร่วมกัน > การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันและมีกามโรค > การมีเพศสัมพันธ์ธรรมดา > การสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ป่วยด้วยการถูกเข็มตำ > การสัมผัสเลือด/สารคัดหลั่งของผู้ป่วยที่ผิวหนังปกติ

ในเรื่องการติดต่อจากมารดาสู่ทารก พบปัจจัยหลายอย่างที่ อาจจะเกี่ยวกับอัตราการติดเชื้อในลูกได้ เช่น ระยะเวลาเจ็บท้องที่ถุงน้ำคร่ำแตกนานกว่า 4 ชั่วโมง ระดับ CD4 ของมารดา น้ำหนักเด็กแรกเกิด และการใช้ยาเสพติดของมารดา (ตารางที่ 1) สำหรับปริมาณไวรัสในเลือดของมารดานั้น ได้เคยมีรายงานว่าอาจเกี่ยวข้องกับอัตราการติดเชื้อ ซึ่งในเรื่องนี้กำลังเป็นหัวข้อวิจัยที่อยู่ในช่วงดำเนินการกันอยู่ สำหรับการให้ยาต้านไวรัสเอดส์ Zidovudine (AZT) หรือ Nevirapine (NVP) นั้น มีรายงานชัดเจนแล้วว่าสามารถลดอัตราการติดเชื้อได้ 2-3 เท่า ส่วนการสวนล้างช่องคลอดด้วยยาฆ่าเชื้อนั้น เชื่อว่าน่าจะจะได้ผลแต่การศึกษาที่ผ่านมายังไม่สามารถสรุปแนวทางปฏิบัติได้แน่นอน

ตารางที่ 41 ปัจจัยเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

Risk Factors	OR	95%Confidence Limits
Rupture membrane > 4 hours	1.82	1.10-3.00
CD4% < 29%	2.82	1.67-4.76
Birth weight < 2500 grams	1.86	1.03-3.34
Hard drug use	1.90	1.14-3.16

Source Landesman S, et al. *N Engl J Med* 1996; 334:1617-23.

โอกาสติดเชื้อจากการใช้ยาเสพติด กระบอกลด หรือ เข็มร่วมกัน อยู่ในช่วง 30% ถึง 90% ต่อการสัมผัสแต่ละครั้ง ขึ้นกับรายละเอียดอื่น ๆ โดยเฉพาะปริมาณเลือดที่ผ่านเข้าในกระบอกลด การศึกษาเรื่องนี้ในประเทศไทยมีไม่มากพอที่จะสรุปได้เป็นตัวเลขแน่นอนเหมือนการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตาม ผลการศึกษาในต่างประเทศ พอที่จะสรุปได้ดังตารางที่ 4.2

ตารางที่ 4.2 โอกาสติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามรูปแบบของการสัมผัส

รูปแบบการสัมผัส	โอกาสติดเชื้อต่อการสัมผัส 100 ครั้ง
1. ชายสู่หญิง ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	0.1-0.2
2. หญิงสู่ชาย ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	0.033-0.1
3. ชายสู่ชาย ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	0.5-3.0
4. บุคลากรที่ให้บริการถูกเข็มตำ	0.3
5. มารดาสู่ทารก	13-48
6. ได้รับเลือด หรือ ผลิตภัณฑ์ของเลือดที่ได้จากผู้ติดเชื้อ	90-100

หมายเหตุ โอกาสการติดเชื้อทั้งหมด หมายถึงกรณีที่ไม่มีปัจจัยอื่น โดยเฉพาะกามโรค

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเอดส์กับวัณโรค

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ทำให้ผู้ที่มีเชื้อวัณโรคอยู่ในร่างกายมีโอกาสที่จะป่วยเป็นวัณโรคสูงขึ้นกว่าเดิมที่ไม่ติดเชื้อเอดส์ 6-30 เท่า นอกจากนี้ยังพบเชื้อวัณโรคที่ดื้อต่อยารักษาในผู้ที่ติดเชื้อเอดส์และมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องบ่อยกว่าธรรมดาด้วย

ปัญหาเรื่องเอดส์กับวัณโรคนี้กำลังเป็นเรื่องใหญ่ขึ้นเรื่อย ๆ และจะก่อให้เกิดผลกระทบสูงมากสำหรับประเทศที่มีโรคทั้งสองนี้อยู่ เช่นประเทศไทย ทั้งในมุมของการรักษาพยาบาลผู้ป่วย การป้องกันผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ให้ป่วยเป็นวัณโรค และการป้องกันบุคลากรไม่ให้ติดเชื้อวัณโรคเพิ่มขึ้น

มีปัญหอย่างหนึ่งในการรักษาและป้องกันวัณโรคโดยการให้ยา คือ การได้ยาครึ่ง ๆ กลาง ๆ หรือกินยาไม่ครบคอร์ส จะก่อผลเสียมากกว่าการไม่รักษาเลยด้วยซ้ำ ฉะนั้น องค์การอนามัยโลกจึงเน้นให้มีการสร้างระบบการรักษาที่ดีก่อนที่จะทำการแสวงหาผู้ป่วยมารับการรักษา

ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเอดส์กับกามโรค

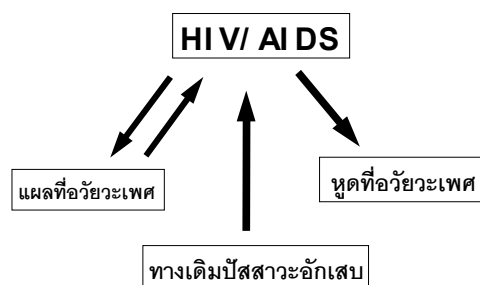
มีการศึกษาเรื่องปฏิสัมพันธ์ (Interactions) ระหว่าง HIV/AIDS กับกามโรคไว้มากมาย โดยเฉพาะในพื้นที่ซึ่งมีปัญหาการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งประเทศไทยด้วย สรุปได้ว่า ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเอดส์ กับกามโรค มี 3 รูปแบบใหญ่ ๆ คือ

รูปแบบที่ 1 เป็นแบบเสริมกัน ได้แก่ HIV/AIDS กับ แผลที่อวัยวะเพศ กล่าวคือ การมีแผลที่อวัยวะเพศ ทำให้มีการติดเชื้อ HIV ได้ง่ายขึ้น และการติดเชื้อ HIV ก็ทำให้แผลหายช้ากว่าธรรมดา

รูปแบบที่ 2 เป็นแบบเสริมกันทางเดียว โดยเอดส์ทำให้กามโรคเป็นปัญหามากขึ้น ได้แก่ HIV/AIDS กับหูดของอวัยวะเพศ เนื่องจากเอดส์ ทำให้อัตราการเป็นหูด (โดยเฉพาะในกลุ่มจากเชื้อ Human papilloma virus-HPV) สูงขึ้น แต่การติดเชื้อ หรือ เป็นหูด ไม่ทำให้มีการติดเชื้อ HIV มากขึ้น

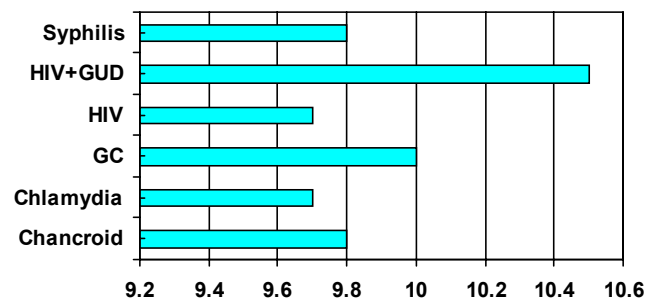
รูปแบบที่ 3 เป็นการเสริมกันทางเดียว โดยกามโรคทำให้เอดส์เป็นปัญหามากขึ้น ได้แก่ โรคทางเดินปัสสาวะอักเสบกับ HIV/AIDS เพราะการอักเสบในทางเดินปัสสาวะ เป็นผลทำให้ระบบป้องกัน การติดเชื้อตามธรรมชาติที่เยื่อเมือกลดลง ประกอบกับการมีเม็ดเลือดขาวมาอยู่ในบริเวณนั้นมากขึ้น ก่อให้เกิดอัตราการติดเชื้อเอดส์มากขึ้นกว่าภาวะธรรมดาอีกหลายเท่าตัว

รูปที่ 4.1 ปฏิสัมพันธ์ระหว่าง HIV/AIDS กับกามโรค



จากการศึกษาในพื้นที่ซึ่งมีการระบาดของเอดส์ และกามโรค ค่อนข้างสูง ในทวีปอาฟริกา พบว่า การควบคุมกามโรคที่ได้ผล จะทำให้การระบาดของ HIV ลดลงอย่างน้อย 2 เท่า นอกจากนี้ยังมีการสร้างรูปแบบจำลองของการควบคุมกามโรคในกลุ่มเฉพาะต่าง ๆ ก็พบว่า กลไกการควบคุมในกลุ่มหัวแข็ง (Core group) ก็ทำให้ผลการควบคุมค่อนข้างสูงต่อทั้งกามโรค และการติดเชื้อเอดส์

รูปที่ 4.2 disease Specific STD control outcomes in term of CORE:NONCORE Ratio



Source: J. Mann AIDS in the World 1992

ผลกระทบด้านสังคมศาสตร์ ประชากรศาสตร์

แม้ว่าเอดส์จะระบาดอย่างรวดเร็ว แต่โดยรวมแล้วเอดส์มีผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรของไทยไม่มากนัก เพราะกลไกการควบคุม ป้องกัน แก้ไขปัญหา เกิดขึ้นเกือบจะพร้อมกัน ประมาณการณ์ในระยะแรก ๆ ของการระบาด (ต้นพุทธทศวรรษ 2530) คาดว่า ในปี พ.ศ. 2543 จะมีผู้ติดเชื้อประมาณ 2-4 ล้านคน แต่การประมาณการณ์ในระยะหลัง (หลัง พ.ศ. 2535) ให้ตัวเลข ไม่เกิน 1 ล้านคน สำหรับการประมาณการณ์ล่าสุด (Asian Epidemic Model) เชื่อว่า มีผู้ติดเชื้อในกลางปี พ.ศ. 2543 ประมาณ 7 แสนคน เท่านั้น ความกังวลที่ว่า เอดส์จะทำให้ประชากรไทยลดน้อยลง หรือ เปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรโดยตรง จึง

ไม่น่าจะเป็นไปได้ แต่ในทางกลับกัน ปัจจัยทางประชากรศาสตร์ โดยเฉพาะการย้ายถิ่น ไม่ว่าจะตามฤดูกาล หรือ ย้ายถาวร ล้วนเป็นผลต่อการระบาดของเอดส์ทั้งสิ้น

ด้านสังคมศาสตร์ และเศรษฐศาสตร์ มีความสลับซับซ้อนยิ่ง ทั้งเรื่อง ความยากจน สิทธิเสรีภาพสตรี การพัฒนาเขตเมือง ค่านิยม พฤติกรรมทางเพศ และการกีดกันในสังคม ล้วนมีผลต่อ หรือ เป็นผลจาก การระบาดของเอดส์ การเคลื่อนย้ายประชากรบางครั้งไม่ปรากฏชัด แต่ก็สร้างภาระให้กับระบบการให้บริการ และทำให้ เรี่ยวแรงในการควบคุมโรคลดน้อยลง ภาวะขาดข้อมูลเรื่องการค้าบริการทางเพศ โดยเฉพาะแบบแอบแฝง ทำให้ การควบคุมโรค ไม่ตรงจุด เพราะลูกค้าซึ่งเป็นผู้ใช้แรงงาน ชาวประมง ข้าราชการ ทหาร ตำรวจ นักธุรกิจ ล้วนไม่ รู้ตัวว่า ตนเองเสี่ยงต่อการรับเชื้อ และมักแพร่เชื้อไปสู่ครอบครัว หรือผู้อื่นได้อีก หลายขั้นตอน

ผลกระทบทางสังคม และเศรษฐกิจ มีทั้งทางตรงและทางอ้อม หรือ ทั้งทำลายและสร้างสรรค์ เช่น ทำให้ มีการแบ่งแยก กีดกัน สูญเสียทรัพยากร หรือ ทำให้ต้องรื้อฟื้นวัฒนธรรมที่ถูกทำลาย เป็นต้น

บทที่ 5

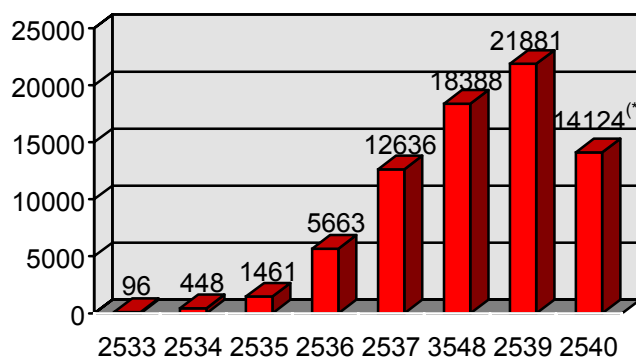
ผลกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์ การสาธารณสุข และการพัฒนาวัคซีนเอดส์

สถานการณ์

จำนวนผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย เพิ่มขึ้นเรื่อยมา เห็นได้ชัดตั้งแต่ พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา โดยเพิ่มปีละสองเท่า มาตลอดจนถึง พ.ศ. 2538 คาดว่าจำนวนผู้ป่วยจะเพิ่ม ประมาณปีละ 3-4 หมื่นราย อย่างไรก็ตาม ขนาดของภาระจะไม่เป็นเพียงจำนวนผู้ป่วยใหม่แต่ละปีเท่านั้น หากแต่จะเป็นจำนวนผู้ป่วยสะสม ที่ยังมีชีวิตอยู่ และเข้ารับบริการทางการแพทย์ด้วย ซึ่งเรียกว่า Case load ขนาด case load นี้ อาจเป็น สองเท่า สามเท่า แล้วแต่ผลการรักษา ที่ทำให้ผู้ป่วย ดำรงชีวิตอยู่ได้นานขึ้นเพียงไร

จำนวนผู้ป่วยรายงาน เป็นเพียงส่วนหนึ่ง และอาจทำให้เข้าใจไขว้เขวได้ เพราะการรายงานล่าช้า (6 เดือนถึง 1 ปี) ทำให้ตัวเลขในปีหลังน้อยกว่าความจริง หากไม่ระวังจะนึกว่าจำนวนป่วยกำลังลดลง (รูปที่ 5.1)

รูปที่ 5.1 จำนวนผู้ป่วยเอดส์ ที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงาน ก.ย.2527-พ.ย.2540



:แหล่งข้อมูล กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ข้อมูลจากรายงาน 506/1

หมายเหตุ: (*) ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2540

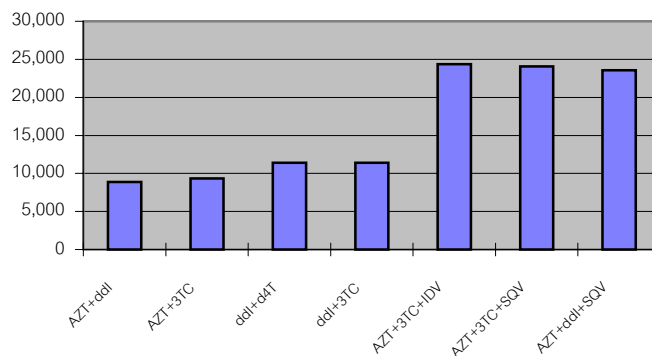
ภาระการรักษาในระบบปัจจุบัน

ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อที่มีอาการป่วย จะต้องการอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ยปีละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 12 วัน ค่าใช้จ่ายที่โรงพยาบาลต้องใช้ เฉลี่ยเฉลี่ยละ 3 แสนบาทต่อปี¹ (มูลค่าใน พ.ศ. 2538) สำหรับค่ายาที่ต้องใช้สำหรับรักษาอาการป่วย จะตกประมาณคนละ 60,000 บาท ต่อปี² (ไม่รวมความสูญเสียทางอ้อม เช่นค่าเสียโอกาสทำงาน ค่าเดินทาง ค่าใช้จ่ายของคนในครอบครัว) เห็นได้ชัดว่า โรคเอดส์ สร้างภาระให้กับทั้งภาครัฐและครอบครัวอย่างมากมาย จำเป็นที่จะต้องเร่งหาทางออกที่เหมาะสม โดยเฉพาะ ในภาวะเศรษฐกิจชะงักงันของประเทศไทยในขณะนี้

¹ ศุภชัย ฤกษ์งาม และคณะ ต้นทุนสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข วารสารโรคเอดส์ 2535; 4(4):127-133.

² ชัยยศ คุณานุสนธิ์ และคณะ สถานการณ์ทางการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย วารสารโรคเอดส์ 2537; 6(4):191-199

รูปที่ 5.2 เปรียบเทียบค่ายาต้านไวรัสต่อเดือน^(*) สูตร สอง-สามชนิดพร้อมกัน



ตารางที่ 5.1 ประมาณค่าใช้จ่ายยาต้านไวรัส^(*) สูตรต่าง ๆ สำหรับผู้ป่วย 35,000 คน ต่อปี

สูตรยา	ค่ายาต่อเดือน ต่อคน	ค่ายา ต่อปี ผู้ป่วย 35,000 คน
AZT+ddl	8,876	3,727,920,000
AZT+3TC	9,360	3,931,200,000
ddl+d4T	11,396	4,786,320,000
ddl+3TC	11,396	4,786,320,000
AZT+3TC+IDV	24,361	10,231,494,000
AZT+3TC+SQV	24,060	10,105,200,000
AZT+ddl+SQV	23,576	9,901,920,000

หมายเหตุ ^(*)ค่าใช้จ่าย คำนวณจากราคาในปี พ.ศ. 2538

การติดเชื้อเอชไอวี เป็นภาวะการณ (Status) ในขณะที่การเป็นเอดส์ เป็นความเจ็บป่วย (Sickness) ที่เกิดจากโรคติดเชื้อหรือมะเร็งฉวยโอกาส ซึ่งสืบเนื่องมาจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างยิ่ง (Severe immunodeficiency) อันเป็นผลโดยตรงจากการที่เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ ทำลายเซลล์ที่สำคัญในระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

ระยะเวลานับตั้งแต่ติดเชื้อเอชไอวี จนกระทั่งมีอาการป่วย อาจจะเร็วหรือช้า ขึ้นกับสมดุลระหว่างเชื้อไวรัส และการตอบสนองของร่างกาย โดยทั่วไป จากข้อมูลที่รวบรวมไว้ในโลกตะวันตก เชื่อว่า ค่ามัธยฐานของระยะฟักตัว (Median incubation period) เป็นประมาณ 10 ปี สำหรับระยะเวลาจากเริ่มป่วยจนถึงเสียชีวิตนั้น ขึ้นอยู่กับประสิทธิภาพการดูแลรักษา และระดับภูมิคุ้มกันที่คงเหลืออยู่ โดยดูจากระดับเซลล์เม็ดเลือดขาว และโรคติดเชื้อ/มะเร็งฉวยโอกาสที่ผู้นั้นเป็น ทั้งนี้ การรักษาโรคเอดส์ เดิมมีความหมายรวมถึงตั้งแต่ การรักษาโรคฉวยโอกาส การรักษาอาการ และการให้ยาต้านไวรัส แต่ในปัจจุบัน มีการขยายกรอบแนวคิดออกไปถึงการให้ยาเสริมภูมิคุ้มกัน ต่าง ๆ และการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ยังไม่มีอาการป่วยด้วย

ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล เฉพาะยาต้านไวรัสอย่างเดียว ก็มักจะเป็นภาระที่หนักเกินความสามารถของผู้ป่วยส่วนใหญ่ รูปที่ 5.2 เปรียบเทียบค่ายาต้านไวรัสสูตรต่าง ๆ ส่วนตารางที่ 5.1 คำนวณค่าใช้จ่ายสำหรับรักษาผู้ป่วย 35,000 คน ต่อปี

จำนวนผู้ป่วยและภาระด้านการรักษาพยาบาล

จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานนั้น เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ จากปีละไม่กี่สิบรายในช่วง พ.ศ.2527-2533 เป็นปีละหลายร้อย ถึงเป็นหลายพันรายในช่วง พ.ศ. 2534 ถึง พ.ศ.2536 โดยเฉลี่ยแล้ว ตั้งแต่ต้นปี พ.ศ. 2537 เป็นต้นมา มีรายงานผู้ป่วยเอดส์ประมาณเดือนละหนึ่งพันราย และเชื่อว่าจะต้องเพิ่มขึ้นสูงกว่านี้อย่างมากเป็นเวลาอีกหลายปี เพราะในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอดส์แล้วเกินกว่า 9 แสนคน และกำลังติดเชื้อเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ เมื่อยังไม่มีทางรักษาผู้ติดเชื้อเหล่านี้ก็จะทยอยป่วยเป็นเอดส์ต่อไป เชื่อว่าในปี พ.ศ. 2543 มีผู้ป่วยเอดส์เข้าสู่ระบบประมาณ หกหมื่นราย ค่าใช้จ่ายในการรักษาจะตกอยู่ประมาณ 3,700 ล้านบาท ทั้งนี้ ยังไม่รวมค่ายาต้านไวรัส ซึ่งผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ได้รับ และบางรายก็หาซื้อด้วยตนเอง

จำนวนผู้ป่วยเอดส์ตามระบบการเฝ้าระวังโรคก็เป็นเพียงส่วนน้อยเมื่อเทียบกับจำนวนผู้ป่วยที่มีจริง ๆ ในชุมชนเท่านั้น ทั้งนี้เพราะมีผู้ป่วยที่ไม่ได้เข้ารับบริการในระบบ และไม่ได้ถูกรายงานด้วยเหตุผลต่าง ๆ เชื่อกันว่าในการรายงานผู้ป่วย 1 ราย จะมีผู้ป่วยอีก 2-3 รายที่ไม่ได้รายงาน ประชาชนที่เจ็บป่วยแต่ไม่ได้เข้าสู่ระบบบริการเหล่านี้ ได้อาศัยการรักษาแบบพื้นบ้าน หรือทางไสยศาสตร์ และคงมีจำนวนหนึ่งที่เสียชีวิตไปโดยไม่ได้รับการวินิจฉัย แต่ก็คงมีอีกจำนวนหนึ่งที่จะตัดสินใจเข้าสู่ระบบบริการ เมื่อเกิดความมั่นใจว่าจะได้รับการดูแลรักษาที่ดี ซึ่งจะทำให้กลายเป็นว่าการขยายฐานการบริการออกไปจะไม่มีความเพียงพอได้เลย สภาวะนี้เป็นวงจรวิฤตที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะเมื่อพัฒนาระบบให้ดีขึ้นแล้ว จำนวนผู้ป่วยที่จะใช้บริการในระบบก็จะมากขึ้นตามไปด้วย

อย่างไรก็ตามการเตรียมความพร้อมที่จะรองรับปัญหานี้ เป็นพันธะที่ทุกฝ่ายต้องร่วมกันแก้ไข ที่ผ่านมามีการศึกษาว่า ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ อาจจะสูงถึง 4% ของผลิตภัณฑ์มวลรวมของประชาชาติ (Gross Domestic Product) ของประเทศในแถบเอเชีย ปัญหาภาระด้านการรักษาพยาบาลนี้ ไม่สามารถผ่อนคลายลงได้ด้วยการเพิกเฉยหรือละเลยต่อแนวทางการแก้ไข เพราะการละเลยต่อผู้ป่วยที่ต้องการบริการรักษาพยาบาลนั้น หมายถึงการผลักภาระไปให้ครอบครัว ญาติ และชุมชน อันจะก่อให้เกิดความสูญเสียด้านการผลิตอย่างมากมายิ่งกว่า แม้ว่าทรัพยากรที่ทุ่มเทลงไปเพื่อการรักษาพยาบาลดูเหมือนจะไม่มีวันเพียงพอ แต่ประเทศไทยก็มาถึงจุดที่ไม่มีทางเลือกอื่นใดที่ดีไปกว่าการร่วมมือกันผ่อนคลายสภาวะของปัญหานี้จากหนักให้เป็นเบาให้ได้ ด้วยความใส่ใจของทุกฝ่ายอย่างจริงจัง

ความต้องการทรัพยากร

ก. ความต้องการด้านเวชภัณฑ์

ผู้ป่วยเอดส์แต่ละราย ต้องการเวชภัณฑ์เพื่อรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือเวชภัณฑ์เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นโรคติดเชื้อต่าง ๆ ตั้งแต่รายละ 3,000 บาท ถึง 120,000 บาท ต่อปี ทั้งนี้ขึ้นกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เป็น และระดับของภูมิคุ้มกันที่เสียไป ยิ่งเข้าสู่ระยะท้ายของโรคคือมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำ ก็ยิ่งต้องการใช้จ่ายจำนวนมากและราคาแพง โดยเฉลี่ยแล้ว ผู้ป่วยเอดส์ 1 ราย จะต้องการเวชภัณฑ์ประมาณ 20,000 บาท ต่อปี (คิดจากประชากรสมมติ จำแนกตามการกระจายโรค คำนวณค่าใช้จ่ายตามสูตรการรักษามาตรฐาน) กับค่าใช้จ่ายอื่น ๆ อีก ประมาณปีละ 24,000 บาท (เจ็บป่วยปีละ 3 ครั้ง ครั้งละประมาณ 8,000 บาท) ทั้งนี้ยังไม่รวมค่ายาต้านไวรัสเอดส์ อาจสรุปคร่าว ๆ ได้ว่า ผู้ป่วยเอดส์ 1 รายต้องการเวชภัณฑ์มูลค่า 44,000 บาท ต่อปี นับเป็นความต้องการทรัพยากรเพื่อรักษาอาการเจ็บป่วยเฉพาะหน้า ครอบคลุมทั้งสิ้น ปีละ 2-3 พันล้านบาท

ตารางที่ 5.2 ประมาณการณ์จำนวนผู้ป่วย และค่าใช้จ่ายในการรักษาอาการป่วย พ.ศ.2539-2543

ปี พ.ศ.	จำนวนผู้ป่วย (Caseload)	ค่ายาโรคติดเชื้อ ฉวยโอกาส (ล้านบาท)	ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ของระบบ (ล้านบาท)	รวม (ล้านบาท)
2539	44,742	957.48	1,148.98	2,106.45
2540	53,236	1,218.99	1,462.82	2,681.81
2541	58,092	1,423.25	1,707.96	3,131.22
2542	60,691	1,591.08	1,909.34	3,500.41
2543	60,281	1,690.94	2,029.12	3,720.06

หมายเหตุ ค่ายารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ประมาณ ปีละ 20,000 บาท ต่อคน ค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ประมาณปีละ 24,000 บาท ต่อคน เป็นราคาในปี พ.ศ. 2538 ปรับค่ารายปี ถึง พ.ศ. 2543

ข. ความต้องการบริการสถานพยาบาล

ในเชิงปริมาณ ผู้ป่วยเอดส์แต่ละราย ต้องการครองเตียงประมาณปีละ 1 เดือน (เจ็บป่วยปีละ 3 ครั้ง เฉลี่ยนอนโรงพยาบาลครั้งละ 12 วัน) จากประมาณการณ์จำนวนผู้ป่วยในปี พ.ศ. 2543 กว่าหกหมื่นราย คาดว่า ต้องการเตียงในการรักษาพยาบาล ไม่ต่ำกว่า 5,000 เตียง

ทางด้านคุณภาพของสถานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ผู้ป่วยเอดส์มีความต้องการบริการในระดับต่าง ๆ ตามแต่โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เป็นในขณะนั้น ในระยะแรก ๆ ของการเจ็บป่วย มักจะเป็นโรคซึ่งต้องการการดูแลระดับสถานเอดส์ หรือโรงพยาบาลชุมชนเท่านั้น เมื่อมีอาการป่วยมากขึ้น ก็จะต้องต้องการบริการวินิจฉัยและรักษาที่ซับซ้อนมากขึ้น เช่นที่มีในระดับโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลเฉพาะโรคต่าง ๆ แต่เมื่อถึงระยะสุดท้ายของโรค การดูแลรักษาจะต้องมุ่งไปทางจิตวิทยาสังคมเป็นหลัก ซึ่งจะได้จากสถานพยาบาลระดับกลางหรือระดับต้น หรือจากศูนย์ดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายที่เป็นองค์ระหว่างภาครัฐและเอกชน เป็นที่น่าเสียดายว่า ข้อมูลในเรื่องการรักษาพยาบาลเท่าที่ทำมายังมีไม่เพียงพอที่จะประมาณความต้องการด้านนี้ได้

ค. ความต้องการบุคลากร

ประเทศไทยกำลังอยู่ในภาวะขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ การพยาบาล และการสาธารณสุข อย่างหนัก โดยเฉพาะหน่วยงานทางภาครัฐบาล ทั้งนี้เพราะความแตกต่างด้านค่าตอบแทนระหว่างภาครัฐกับเอกชน ทำให้บุคลากรด้านนี้มีแนวโน้มที่จะไปทำงานในภาคเอกชนซึ่งมีรายได้สูงกว่าหลายเท่า สถานการณ์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันนี้หน่วยงานของรัฐมีบุคลากรทำงานอยู่เพียงครึ่งหนึ่งของตำแหน่งที่มีอยู่เท่านั้น สำหรับด้านโรคเอดส์ ปัญหาความขาดแคลนบุคลากรสำหรับดูแลผู้ป่วยเอดส์ยิ่งหนักหนาสาหัสกว่า เพราะระบบโดยรวมก็ขาดบุคลากรอยู่แล้ว ประกอบกับความกังวล กลัวจะติดเชื้อเอดส์ ทำให้บุคลากรที่มีน้อยอยู่แล้ว ไม่ปรารถนาจะดูแลผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้ยังมีปัญหาเรื่องคุณภาพของบุคลากรด้วย เพราะโรคเอดส์เป็นโรคเรื้อรัง มีภาวะ และการดำเนินโรคซับซ้อน ต้องการผู้เชี่ยวชาญทั้งทางด้านโรคติดเชื้อและทางด้านภูมิคุ้มกันวิทยาพร้อม ๆ กัน ปัญหาด้านบุคลากรนี้มีมากจนมีอาจประมาณออกมาเป็นตัวเลขได้ในขณะนี้

ง. ระบบบริการโลหิต

ปัจจุบันโลหิตทุกหน่วยในประเทศไทยได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ ด้วยวิธีการตรวจภูมิตอบสนอง (แอนติบอดี) ซึ่งในทางทฤษฎีแล้วอาจไม่สามารถแยกแยะโลหิตของผู้ที่เพิ่งติดเชื้อแต่ร่างกายยังไม่สร้างภูมิตอบสนอง (ผู้ที่อยู่ในระยะ Window period) ออกจากโลหิตของผู้ที่ไม่ติดเชื้อได้ เพราะทั้งสองกรณีจะให้ผลลบเหมือนกัน จึงได้เกิดดำริให้มีการตรวจหาส่วนประกอบของไวรัส (แอนติเจน) ด้วย ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ซึ่งก็มีการทบทวนกันหลายครั้ง ในที่สุดจึงกำหนดให้เป็นการดำเนินการพร้อมวิจัยรวบรวมข้อมูล (Operational research) โดยกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ผลการศึกษาเบื้องต้น ปรากฏว่า มีโลหิตบริจาคซึ่งตรวจแล้วให้ผลบวกด้วยวิธีตรวจแอนติเจนแต่ผลลบด้วยวิธีตรวจแอนติบอดี จำนวน 6/73,292 (8 ต่อแสน) จากโรงพยาบาล 15 แห่ง และ 7/124,964 (6 ต่อแสน) จากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ในการนี้ได้มีการสุ่มตรวจโลหิตที่ให้ผลลบต่อการตรวจแอนติบอดี จากโรงพยาบาลต่าง ๆ 15 แห่งนั้น จำนวน 3,664 หน่วย มาตรวจซ้ำเพื่อควบคุมคุณภาพ พบว่ามีผลบวก 10 หน่วย คิดเป็น 0.28% หรือ 280 ต่อแสน

สถานการณ์ดังกล่าวบ่งชี้อย่างชัดเจนว่า การบริการโลหิตเท่าที่เป็นอยู่ ยังไม่ปลอดภัย เพราะผู้รับโลหิตที่ตรวจพบว่าให้ผลลบโดยวิธีตรวจแอนติบอดีในสวนภูมิภาค มีโอกาสที่จะติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 0.3% (ค่าความเชื่อมั่น 95% ระหว่าง 0.1% ถึง 0.5%) ในการนี้ จำเป็นต้องดำเนินการพัฒนาคุณภาพโดยด่วน ซึ่งศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ก็ได้เริ่มโครงการแล้ว โดยจะสร้างภาคบริการโลหิตออกไปสู่สวนภูมิภาค จำนวน 9 แห่ง โดยเริ่มมาตั้งแต่ปีงบประมาณ 2538 เป็นต้นมา

ไวรัสวิทยา พยาธิกำเนิด และการรักษา

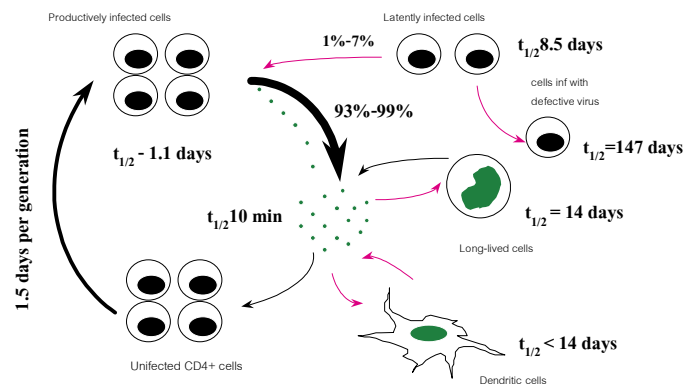
ไวรัสที่ทำให้เกิดโรคเอดส์ ชื่อ Human Immunodeficiency Virus (HIV) ซึ่งเป็น Retrovirus มีสารพันธุกรรมเป็น RNA (Ribonucleic acid) สองสายคู่ มีเอนไซม์สำคัญคือ Reverse Transcriptase, Integrase, และ Protease ซึ่งทำหน้าที่ในการแปลงสาย RNA เป็น DNA นำสาย DNA เข้าผนวกในนิวเคลียสของเซลล์ และ ทำการตัดต่อสายโปรตีนของไวรัสเอชไอวีที่สร้างใหม่ ให้เป็นไวรัสที่สมบูรณ์ตามลำดับ

ในระยะ พ.ศ. 2538-2539 มีการศึกษาด้านพลวัตของเชื้อเอชไอวี (HIV Dynamics) กันอย่างกว้างขวาง ทำให้ทราบว่า แท้ที่จริงแล้ว เชื้อเอชไอวีมีวงจรชีวิตที่รวดเร็วมาก คือ ประมาณ 2.6 วัน ที่สำคัญคือ ส่วนใหญ่คือ ประมาณ 99% ของเชื้อที่สร้างขึ้นใหม่ทุก ๆ วัน นั้น มาจากเซลล์เม็ดเลือดขาวที่มีค่าครึ่งชีวิตค่อนข้างสั้นและมีการสร้างเชื้อใหม่อยู่ในกระแสโลหิตตลอดเวลา โดยส่วนหนึ่งคือประมาณ 1% จะไปฝังตัวในเซลล์ที่มีอายุยืนยาว รอวันที่จะได้รับการกระตุ้นให้สร้างไวรัสใหม่ ซึ่งเมื่อนำความรู้นี้ประกอบกับลักษณะอาการทางคลินิกของผู้ป่วยแล้ว ก็ทำให้ทราบว่า การติดเชื้อเอชไอวี ในระยะที่ยังไม่มีอาการนั้น เป็นการติดเชื้อแบบ Chronic active

ข้อประยุกต์ใช้สำหรับความรู้มีทั้งทางด้านการพัฒนา ยา วัคซีน และการคิดค้นวิธีการรักษาใหม่ ๆ กล่าวคือ ในเมื่อเชื้อเอชไอวีมีวงจรชีวิตรวดเร็ว มีอัตราการกลายพันธุ์สูง การพัฒนายาเพื่อรักษาแบบเดี่ยว ๆ (Monotherapy) คงจะไม่ได้ผล จำต้องมีการใช้ยาหลายชนิดพร้อมกัน (Combination therapy) นอกจากนี้การที่ไวรัสมีวงจรชีวิตสั้น และสร้างจากเซลล์ที่มีค่าครึ่งชีวิตสั้น ทำให้นักวิทยาศาสตร์เกิดความคิดว่า หากสามารถสะกดการสร้างเชื้อไวรัสใหม่ได้สักระยะหนึ่งแล้ว ร่างกายอาจจะสามารถกำจัดเชื้อให้หมดไปได้ (Viral eradication) ซึ่งหมายความว่า อาจมีทางรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้หายขาดได้ อย่างไรก็ตาม ในขณะนี้เชื่อว่า ความเป็นไปได้ในแง่นี้ยังจำกัดสำหรับผู้ติดเชื้อมานานัก เช่น ไม่เกิน 90-120 วัน เท่านั้น เพราะยังติดเชื้อ

นานเท่าไร เชื้อไวรัสในร่างกายก็จะเพิ่มจำนวนมากและมีการสะสมในเซลล์ชนิดอายุยืนยาวเป็นจำนวนมาก ทำให้การกำจัดเชื้อให้หมดสิ้นเป็นไปได้ยาก

รูปที่ 5.3
HIV Viral Dynamics



Source: David Ho, the 6th European conference, Gernamy, 1997.

การใช้ยาต้านไวรัสเอดส์

ยาด้านไวรัสเอดส์ชนิดแรกที่ได้มีการพิสูจน์ว่าให้ผลการรักษาผู้ป่วยเอดส์คือยา ไซโดวูดีน หรือ เอแซดที (Zidovudine, AZT) ต่อมาก็มีการพัฒนายาอีกหลายชนิด ได้แก่ ยา ddl (Didanosine), ddC (Zalcitabine), d4T (Stavudine), 3TC (Lamivudine) ซึ่งล้วนเป็นกลุ่มยับยั้งเอนซัยม์รีเวิร์สทรานสคริปเตส แบบเป็นสารคล้ายนิวคลีโอไซด์ นอกจากนั้น ที่ผ่านมายังมีการพัฒนายาในกลุ่มยับยั้งเอนซัยม์โปรตีเอส ได้แก่ ซาควินาเวียร์ (Saquinavir) ริโทนาเวียร์ (Ritonavir) อินดินาเวียร์ (Indinavir) เนลฟินาเวียร์ (Nelfinavir) เป็นต้น และในช่วงปลายทศวรรษ ยังมียาด้านไวรัสกลุ่มยับยั้งเอนซัยม์รีเวิร์สทรานสคริปเตสใหม่ เช่น เอฟฟาเวเรนซ์ (Efavirenz) เนวีราปีน (Nevirapine) เป็นต้น ทำให้มีการประยุกต์ใช้ยาต้านไวรัสเอดส์เป็นไปอย่างกว้างขวาง ทั้งในการรักษาผู้ป่วย และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นจากแม่สู่ลูก หรือสำหรับบุคคลากร

หลักการรักษาผู้ป่วยที่กำลังพัฒนาในขณะนี้ คือ การรักษาเร็วที่สุดและให้ยาหลายชนิดที่สุดเท่าที่จะทำได้เพื่อลดไวรัสให้มีปริมาณต่ำที่สุด โดยมีเป้าหมายของการติดตามผลการรักษา คือ กดไวรัสให้ต่ำจนวัดไม่ได้ คือ ประมาณต่ำกว่า 20 copies/ml ในเลือดหรือพลาสมา และเนื่องจากมียาด้านไวรัสเอดส์ให้เลือกใช้หลายชนิด จึงไม่มีการกำหนดสูตรยาแน่นอน เพียงแต่มีการกำหนดหลักการคร่าว ๆ ว่า ควรใช้ยารักษาพร้อมกัน 3 ชนิดเป็นมาตรฐาน 2 ชนิดเป็นอย่างน้อย และไม่ควรใช้ยาด้านไวรัสเอดส์ชนิดเดียวเด็ดขาด เพราะส่วนใหญ่จะมีการดื้อยาในเวลาไม่เกิน 6 เดือน ส่วนการติดตามผลการรักษานั้น เนื่องจากมีผลการศึกษาชัดเจนถึงประโยชน์ของการวัดไวรัส จึงแนะนำให้ติดตามดูทั้งลักษณะอาการทางคลินิก การตรวจ CD4 และการวัดปริมาณไวรัส (Viral load) ไปพร้อมกัน ซึ่งควรจะเห็นแนวโน้มระดับไวรัสลดลงหลังเริ่มการรักษาไม่เกิน 4 สัปดาห์

สำหรับการปฏิบัติในชีวิตจริงสำหรับประเทศต่าง ๆ รวมถึงประเทศไทยนั้น ต้องพิจารณาความเป็นไปได้อีกหลายประการ ทั้งระบบพื้นฐาน ว่ามียา และวิธีการตรวจดังกล่าวหรือไม่ ความเชี่ยวชาญของแพทย์และทีม

งานที่รักษาผู้ป่วย ว่าจะสามารถดูแลให้ได้รับยาสม่ำเสมอเพื่อได้รับผลประโยชน์สูงสุด และมีการดื้อยาดำสุดหรือไม่ และยังต้องพิจารณาถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจของผู้ป่วย ญาติ และหน่วยงานที่ให้การรักษาด้วย

การให้ยาด้านไวรัสเอดส์ในเชิงป้องกัน จะเป็นสมมุติใหม่ที่นักวิทยาศาสตร์มุ่งไปหา สิ่งที่เห็นชัดในขณะนี้ คือ การให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากการดาสุทรากร และการป้องกันในบุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุ ซึ่งได้มีการศึกษาแล้วว่ายา AZT สามารถลดอัตราการติดเชื้อในบุคลากรได้จริง และมีการแนะนำให้บุคลากรที่ได้รับอุบัติเหตุได้รับยาด้านไวรัสเอดส์ โดยมีการพิจารณารูปแบบการดื้อยา และประวัติผู้ป่วยด้วย

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส

โรคที่เป็นปัญหาสำหรับประเทศไทย คือวัณโรค ที่ผ่านมามีปัญหาสำคัญที่สุดในระบบ คือ การทำให้ผู้ป่วยกินยาสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาการรักษา ซึ่งในเรื่องนี้ องค์การอนามัยโลก กำลังเร่งรัดระบบงานอันหนึ่งที่เรียกว่า *Directly observed treatment, short course therapy (DOTS)* อันเป็นการติดตามผู้ป่วยวัณโรค ให้กินยา โดยให้ผู้ติดตามทุกวัน หรือทุกวันเว้นวัน ในระยะเร่งรัด (2 เดือนแรก) หรือตลอดระยะการรักษา (6-8 เดือน) นอกจากนี้ ยังจะต้องมีการศึกษาถึงผลประโยชน์ในการให้ยาป้องกันวัณโรค (TB prophylaxis) ด้วย โดยเฉพาะในพื้นที่ซึ่งมีการระบาดของวัณโรคค่อนข้างสูง เช่นในภาคเหนือ หรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือของประเทศไทย เนื่องจากมีผลการศึกษาที่ทำให้เชื่อได้ว่า จะลดอัตราการป่วยด้วยวัณโรคในผู้ป่วยโรคเอดส์ลงได้มาก สำหรับการป้องกันวัณโรคในบุคลากรนั้น เป็นเรื่องสำคัญแต่ก็มีความซับซ้อน เพราะเกี่ยวข้องกับโครงสร้างอาคาร และการทำงานของเจ้าหน้าที่ ในระยะนี้สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำของกองวัณโรค ที่ได้เผยแพร่ให้ทราบกันโดยทั่วไปแล้ว

โรคที่เป็นปัญหาสำหรับผู้ป่วยและญาติตลอดจนระบบบริการเป็นอย่างดี คือ เชื้อรา โดยเฉพาะเชื้อราขึ้นสมองจากเชื้อคริปโตคอคคัส เชื้อราทั่วร่างกายจากเพนิซิลโลซิส และฮิสโตพลาสโมซิส ทั้งนี้เพราะยารักษาและป้องกัน โดยทั่วไปมีราคาสูง ผู้ป่วยต้องได้รับยาหลังการรักษาอย่างสม่ำเสมอตลอดชีวิตเพื่อป้องกันการกลับเป็นใหม่ (Maintenance therapy) ประมาณว่า ผู้ป่วยต้องเสียค่ายาประมาณวันละ 120-250 บาท สำหรับยาป้องกันเชื้อราเหล่านี้ แม้ว่าปัจจุบันจะมียาที่ผลิตในประเทศซึ่งราคาต่ำกว่ามาก แต่เมื่อซื้อดื้อยา ก็จะต้องใช้ยาราคาสูงอีกเช่นเดิม

ยังมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และมะเร็งหลายชนิดที่เชื่อว่ามีในผู้ป่วยเอดส์ แต่ยังไม่ได้มีการสืบค้นวินิจฉัยให้แน่ชัด เช่น การติดเชื้อไซโตเมกกาโลไวรัส การติดเชื้อโรโตคอคคัส การเป็นมะเร็งลิมโฟมา เป็นต้น โรคเหล่านี้อาจขยายตัวเป็นปัญหาสำคัญของผู้ป่วยเอดส์ได้ในอนาคตอันใกล้ เมื่อเราสามารถรักษาโรคพื้น ๆ ที่รู้จักกันดีได้หมด

ความคาดหวัง และความต้องการของประชาชน

สถานการณ์ด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ ที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด ประกอบกับค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลค่อนข้างสูง ก่อให้เกิดการดิ้นรน มองหาแนวทางการรักษาใหม่ ๆ ในเรื่องนี้ องค์การทั้งในประเทศและต่างประเทศหลายแห่ง ต่างก็อ้างว่าประสบความสำเร็จในการรักษาผู้ป่วยเอดส์ ให้มีอาการดีขึ้น บางองค์การยังอ้างว่า รักษาได้หายขาด หลายครั้งได้ก่อให้เกิดความหลงเชื่อ และคาดหวังในกลุ่มประชาชนที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ จนต้องเสียทรัพย์สินไปมากมาย และบางที่ยังก่อให้เกิดความเข้าใจผิดว่าหน่วยงานที่รับผิดชอบ ละเลย ไม่สนใจกับวิธีการรักษาเหล่านี้ ดังที่เป็นข่าวทางสื่อมวลชนอยู่เสมอมา

นอกจากนี้ยังก่อให้เกิดความขัดแย้งในเรื่องการตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยในชุมชนต่าง ๆ เช่น กรณีศูนย์รัตนานุรักษ์ ที่จังหวัดลำปาง หรือศูนย์บรรเทาใจ ที่จังหวัดนนทบุรี เป็นต้น

ปัญหาและมิติของปัญหาด้านการดูแลรักษา

ปัญหาการดูแลผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีความซับซ้อน หลายมิติ ทั้ง Problem components (กาย ใจ สังคม เศรษฐกิจ) Clinical staging (Asymptomatic, Symptomatic) และ Health care delivery systems (โรงพยาบาลระดับต่าง ๆ สถานเอดส์ ชุมชน บ้าน) รวมทั้งปฏิสัมพันธ์ระหว่างโรคเอดส์ กับโรคอื่น ๆ เช่น วัณโรค พยาธิ จนถึงปัจจัยทางสภาวะแวดล้อม เช่น สัตว์เลี้ยง พาหนะโรค และสารที่ทำให้เกิดการแพ้ เป็นต้น

ปัญหาเฉพาะหน้าเผชิญอยู่ คือ ค่ายารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ เนื่องจากต้องใช้ยาราคาสูง และต้องใช้เป็นเวลานานหลังจากรักษาอาการป่วยหายแล้ว เพื่อป้องกันการกลับมาเป็นใหม่ เชื่อว่าระบบการรักษาเท่าที่เป็นอยู่ทุกวันนี้ จะไม่สามารถรองรับผู้ป่วยได้เพียงพอ สำหรับปัญหาระยะยาวคือ การจัดระบบกลไกรองรับผู้ป่วยเอดส์ โดยเฉพาะด้านงบประมาณ และการเตรียมความพร้อม และการพัฒนาบุคลากรให้รู้ เข้าใจ และยอมรับผู้ป่วยเอดส์ ในขณะนี้เห็นได้ชัดแล้วว่าระบบบริการแผนปัจจุบัน ทั้งของรัฐและเอกชน ไม่สามารถที่จะรองรับผู้ป่วยเอดส์ได้เพียงพอ เพราะอัตราการเพิ่มบุคลากร และระบบรองรับ เติบโตช้ากว่าการเพิ่มจำนวนผู้ป่วยเอดส์อย่างเทียบกันไม่ได้ ผลที่เกิดขึ้นคือ ผู้ป่วยที่ไม่สามารถเข้าสู่ระบบบริการแผนปัจจุบัน จะล้นทะลักไปสู่ระบบบริการพื้นบ้าน และไสยาศาสตร์

ทางออก

ทางออกที่เป็นไปได้ มีหลายทาง ตั้งแต่ปฏิเสธการรักษาผู้ป่วยเลย ซึ่งก็จะก่อให้เกิดภาวะระส่ำระสายในระบบบริการ เพราะผู้ป่วย และแพทย์ พยาบาล พร้อมทั้งสังคมไทย คงจะยอมรับไม่ได้ สำหรับในทางตรงข้าม คือ การรักษาทุกราย ก็เรียกว่าเป็นไปได้แน่นอน เพราะงบประมาณไม่พอ ทั้งจากภาครัฐ เอกชน และชุมชน รวมกัน สิ่งที่เป็นไปได้ สำหรับการรักษาแผนปัจจุบัน คือ รักษาบางรายเท่านั้น ซึ่งก็เสี่ยงไม่พ้นปัญหาความไม่เสมอภาคอยู่ดี

ปัญหาที่ต้องเร่งหาคำตอบ คือ การไม่รักษาเลย แต่เน้นการพึ่งพาตนเอง ด้วยการส่งเสริมสุขภาพ การบำรุงร่างกายด้วยอาหารเสริม หรือสมุนไพร การรักษาพื้นบ้านบางชนิด จะช่วยผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ ให้มีชีวิตยืนยาวอย่างมีคุณภาพได้อย่างไรบ้าง เรื่องนี้ ต้องการการวิจัยเพื่อหาคำตอบให้ได้อย่างรวดเร็วที่สุด

1. โครงสร้างระบบบริการ

กระทรวงสาธารณสุข กำลังพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานระบบบริการทางแพทย์และสังคม ในลักษณะ **การดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง (Comprehensive and Continuum care)** รวมทั้ง การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและที่ชุมชน ซึ่งในระยะยาว จะให้ผลประโยชน์ต่อผู้ป่วยร่วมกัน โดยผ่านทางระบบการส่งต่ออย่างมีประสิทธิภาพ

2. การจัดหาทรัพยากร และงบประมาณ

งบประมาณด้านโรคเอดส์ของประเทศไทยเพิ่มขึ้นในอัตราทวีคูณ โดยมีการใช้จ่ายส่วนใหญ่ (ประมาณ 2/3) ในการรักษาผู้ป่วย แต่ก็ยังไม่เพียงพอต่อความต้องการที่มีเพิ่มขึ้นตามจำนวนผู้ป่วยเอดส์ได้ รัฐไม่อาจแบกรับภาระนี้ไปได้โดยตลอด จำเป็นต้องมีระบบที่มีลักษณะทันกัน เช่น หนึ่งต่อหนึ่ง คือผู้ป่วยหนึ่งคนที่เพิ่มขึ้น มีผู้รับผิดชอบหนึ่งคน ซึ่งหากมองภาวะสังคมในลักษณะ **ภาคตัดขวาง** จะเห็นว่าเป็นไปไม่ได้ เพราะนอกจากจะไม่มีผู้รับผิดชอบดูแลเลี้ยงผู้ป่วยแล้ว การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์หนึ่งคน ยังต้องการผลิตผลหรือรายรับจากผู้ทำงานประมาณ 3-4 คน จึงจะเพียงพอ ทางออกคือ ต้องมองเรื่องนี้ในลักษณะ **ภาพต่อเนื่อง** คือ ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ป่วยรับผิดชอบตนเองในอนาคต ที่จะเป็นผู้ป่วย โดยต้องทำงาน เก็บสะสมรายได้ไว้ให้มากที่สุด ที่จะรองรับภาระการเจ็บป่วยของตนในอนาคต ซึ่งถึงแม้จะไม่ได้ทั้งหมด แต่ก็ดีกว่าไม่ได้เตรียมไว้เลย องค์การของรัฐและชุมชน เอกชนต่าง ๆ ก็ต้องร่วมกัน เปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ สามารถทำงานได้เต็มที่ตามกำลังความสามารถ เพราะหากไม่ทำเช่นนั้น เมื่อบุคคลผู้นั้นเริ่มป่วย ผู้ที่จะต้องรับภาระผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ก็คือ องค์การ ชุมชน และสังคมนั่นเอง

3. หยุดการแพร่ระบาด

ระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นเพียงการแก้ปัญหาที่ปลายเหตุ ผู้ติดเชื้อ ไม่ว่าจะติดทางใด เป็นความรับผิดชอบร่วมกันระหว่างปัจเจกบุคคลกับสังคม หากย้อนเวลากลับไปได้ ผู้ติดเชื้อทั้งหมดคงเลือกพฤติกรรมปลอดภัยมากกว่า เมื่อย้อนเวลาไม่ได้ สิ่งที่ต้องทำคือ ป้องกันอนาคต

การติดเชื้อ HIV ป้องกันได้โดย Individual แนวคิดที่มีเสมอในประชาชน คือ การเรียกร้องให้รัฐทุ่มเทงบประมาณ/แรงงานเพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชนติดเชื้อเอดส์ ซึ่งไม่มีทางเป็นไปได้ เพราะเอดส์เป็นโรคที่เกิดจากพฤติกรรม การป้องกันที่ได้ผลทันทีคือ การจำกัดพฤติกรรมมนุษย์ เช่น ไม่ให้ไปเที่ยวโสเภณี ไม่ให้มีเพศสัมพันธ์นอกสมรส ไม่ให้ฉีดยาเสพติด ฯลฯ ซึ่ง **แต่ละคนต้องทำเอง** จะขอให้รัฐทำไม่ได้ กิจกรรมทางอ้อม เช่น กวาดล้างแหล่งบริการทางเพศ แหล่งค้ายาเสพติด เป็นเพียงการลดโอกาสเท่านั้น หากปัจเจกบุคคลยังมีพฤติกรรมที่พาตัวไปหาโรคเอดส์แล้ว ก็ไม่มีทางที่จะหยุดยั้งการระบาดของโรคนี้ได้

4. การพัฒนาวิธีการรักษาใหม่ ๆ

ที่ผ่านมาหน่วยงานหลายหน่วยริเริ่มพัฒนาวิธีการดูแล รักษาผู้ป่วย เช่นสมาคมแพทย์แผนไทย กลุ่มศึกษาสมุนไพร และโครงการต่าง ๆ ที่ดำเนินการอยู่แล้ว ทั้งที่เปิดเผย และไม่เปิดเผยต่อสาธารณชน องค์การ หน่วยงาน และโครงการต่าง ๆ เหล่านี้ดำเนินการกันอย่างเอกเทศ ตามแนวทางของตนเอง ที่เป็นองค์การใหญ่ก็มักมีขั้นตอนวิธีการเป็นระบบ ที่เป็นเอกชนมักจะทำตามความเชื่อแบบปัจเจกชน เช่นการทดลองใช้ตำรายาพื้นบ้าน หรือยาสมุนไพร รักษาผู้ป่วยเอดส์ และรายงานผลเมื่อผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น แต่ละเลยข้อมูลบางประการที่อาจแสดงผลคัดค้านความเชื่อของตนเองไป ลักษณะดังกล่าวนี้บ่งชี้ว่า ต้องมีการรวบรวมองค์ความรู้เรื่องวิธีการรักษาต่าง ๆ ที่มีอยู่อย่างเป็นระบบ เพื่อประโยชน์ของประชาชน และเพื่อความสะดวกในการพัฒนาวิธีการรักษาที่มีประโยชน์ต่อไป ทั้งนี้ต้องมีการสร้างเครือข่ายเพื่อเก็บข้อมูล โดยจำแนกระดับของการทดลองรักษาออกให้ชัดเจนว่า เป็นการรักษาอาการเจ็บป่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกดีขึ้น หรือเป็นการรักษาให้หายขาดจากโรคเอดส์ การดำเนินงานเหล่านี้ควรมีองค์กรที่เป็นกลางรับผิดชอบประสานงาน

5. การจัดตั้งศูนย์ดูแลผู้ป่วยในชุมชน

ส่วนใหญ่ของศูนย์ดูแลผู้ป่วยเอดส์ในชุมชนที่มีอยู่ในขณะนี้ ดำเนินการโดยองค์กรทางศาสนา สิ่งที่ควรพิจารณาในเรื่องนี้คือ การตั้งสถานรับดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้ายจะก่อให้เกิดผลกระทบอย่างไรบ้างต่อกิจกรรมด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์และการป้องกันควบคุมการระบาดของโรคเอดส์ เพราะแผนการดำเนินงานเรื่องนี้มีเป้าหมายชัดเจนที่จะให้ประชาชนยอมรับผู้ป่วยเอดส์ให้อยู่ร่วมกันได้ในสังคม แต่การดำเนินงานที่ผ่านมาแสดงให้เห็นว่า ญาติผู้ป่วยจำนวนมากได้โอกาส นำผู้ป่วยไป "ทิ้ง" ไว้ให้วัดหรือศูนย์ต่างๆ ดูแลรักษา ทำให้เป็นภาระแก่หน่วยงานเหล่านี้ และยังลดความสำเร็จของการสร้างให้ครอบครัว ชุมชนยอมรับที่จะดูแลผู้ป่วยด้วย สถานการณ์เช่นนี้บ่งชี้ว่า ต้องมีการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่รับดูแลผู้ป่วย กับหน่วยงานของรัฐ วางแผนการส่งต่อเพื่อให้หน่วยงานต่าง ๆ ทำหน้าที่รับดูแลผู้ป่วยที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลที่หน่วยงานจริง ๆ เท่านั้น และยังต้องทำความเข้าใจกับประชาชนว่า หน่วยงานที่รับดูแลนี้ ไม่ใช่ที่ไว้สำหรับนำผู้ป่วยไปทิ้ง อนึ่งสำหรับในพื้นที่ซึ่งยังขาดแคลนสถานรับดูแลผู้ป่วยอยู่ รัฐควรสนับสนุนโดยการสร้างศูนย์ดูแลผู้ป่วยให้ โดยการช่วยเหลือแนะนำขององค์กรที่มีประสบการณ์ทางด้านนี้มาก่อน

6. การส่งเสริมสุขภาพ และการเตรียมตัวของผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการป่วย

จากความเชื่อของประชาชนที่มีภาพพจน์ว่าโรคเอดส์น่ากลัว ทำให้ผู้ที่เพิ่งรู้ว่าติดเชื้อบางคนเกิดความตระหนก ท้อถอย จนถึงขั้นทำร้ายตนเอง และครอบครัว และทำให้หน่วยงานต่าง ๆ และสถานศึกษา พยายามกีดกันผู้ติดเชื้อเอดส์ไม่ให้เข้าศึกษาหรือเข้าทำงาน ยิ่งทำให้สถานการณ์ในสังคมเลวร้ายลงไปอีก สถานการณ์ดังกล่าวชี้ชัดว่า ต้องมีการพัฒนากิจกรรมเพื่อการนี้ คือ

- การทำความเข้าใจกับประชาชน โดยขบวนการสุศึกษาและการให้คำปรึกษาแนะแนว ให้ลดความรังเกียจผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอดส์ลง
- การสนับสนุนบริการส่งเสริมสุขภาพให้ผู้ติดเชื้อสามารถบำรุงรักษาสุขภาพตนเอง ยืดระยะเวลาก่อนการเจ็บป่วยออกไปให้นานที่สุด
- การสร้างโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเตรียมตัวให้พร้อมก่อนจะมีอาการป่วย และให้สังคมยอมรับให้โอกาสบุคคลเหล่านี้ เข้าศึกษา และทำงานเพื่อสร้างผลผลิตให้กับสังคม ก่อนที่บุคคลเหล่านี้จะเจ็บป่วยลงไป

วัคซีนเอดส์

การพัฒนาวัคซีนสำหรับป้องกันหรือรักษาโรคเอดส์ที่ผ่านมา ยังไม่ประสบความสำเร็จ ทั้งที่นักวิทยาศาสตร์ และหน่วยงานต่าง ๆ ก็ทุ่มเททรัพยากรมากมายเพื่อการนี้ เนื่องจากเคยคิดกันว่า ทางออกสำหรับการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ นอกจาก การให้สุศึกษา เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม แล้ว การใช้ วัคซีน นี้แหละ จะเป็นทางออกที่ให้ผลสำคัญที่สุด

การพยายามตอบคำถามที่ว่า ทำไมการพัฒนาวัคซีนเอดส์จึงยังไม่สำเร็จ? อาจทำได้โดยพยายามตอบอีกคำถามที่ว่า การพัฒนาวัคซีนที่สำเร็จที่ผ่านมา ทำได้อย่างไร?

วัคซีนเอดส์ทดลอง (HIV Vaccine Candidate)

ในการพัฒนาวัคซีนเอดส์ หรือถ้าจะเรียกการพัฒนาวัคซีนเอดส์ทดลอง มีข้อคำถามที่สำคัญคือ

1. เราได้เรียนรู้อะไรบ้าง จากการพัฒนาวัคซีนอื่น ๆ ที่ผ่านมา?
2. ไวรัสวิทยา และกลไกการกำเนิดโรค (Pathogenesis) โดยเฉพาะที่ระดับเซลล์เป็นอย่างไร?
3. อะไรคือตัวกำหนดที่สำคัญสำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ และทำอย่างไรจึงจะสร้างสิ่งนั้นได้?

เราได้เรียนรู้อะไร จากความสำเร็จที่ผ่านมา

ตั้งแต่สมัยของเอ็ดเวิร์ด เจนเนอร์ และหลุยส์ ปาสเตอร์ ยุคที่อาจกล่าวได้ว่าประสบความสำเร็จในด้านการพัฒนาวัคซีน ก็คือในระยะ 20-30 ปีที่ผ่านมาเอง โดยเฉพาะการพัฒนาเทคโนโลยีที่ทำให้เข้าใจพยาธิสภาพ และภูมิคุ้มกันวิทยา ประกอบกับเทคโนโลยีทางพันธุวิศวกรรมศาสตร์ (Genetic engineering) ที่ทำให้มีการสังเคราะห์วัคซีนบริสุทธิ์ ได้จำนวนมาก ๆ

และเมื่อโรคไวรัสต่าง ๆ ที่มีการพัฒนาวัคซีนสำเร็จ ได้แก่ ตับอักเสบบี ไข้ฉี่หนู พิษสุนัขบ้า โปลิโอ หัด หัดเยอรมัน จะพบว่า โรคเอดส์ มีลักษณะที่แตกต่างจากโรคต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้วมากทีเดียว

เรื่องไวรัสวิทยาและการดำเนินโรค

เป็นที่ทราบกันอยู่แล้วเกี่ยวกับรูปร่างลักษณะของไวรัส HIV ว่ามีลักษณะทรงกลม ขนาดประมาณ 0.1 ไมครอน มีสารพันธุกรรมเป็น RNA สองสาย โดยมีเอนไซม์ที่สำคัญคือ Reverse transcriptase ที่สามารถสร้าง DNA จาก RNA ของไวรัส เมื่อไวรัสติดเซลล์ หรือมีการนำสารพันธุกรรมเข้าไปในเซลล์มนุษย์ คำมูลฐานระยะฟักตัวนานประมาณ 10 ปี ไวรัสทำลายระบบภูมิคุ้มกันโดยตรง ทำลายเซลล์ CD4 ซึ่งส่วนใหญ่เป็น T-helper cells โดยทำลายทั้งเซลล์ที่ติดเชื้อ และทำลายเซลล์ที่ไม่ได้ติดเชื้อด้วย

ตารางที่ 5.3 เปรียบเทียบลักษณะโรคไวรัสต่าง ๆ ที่พัฒนาวัคซีนสำเร็จ กับโรคเอดส์

โรคไวรัสต่าง ๆ ที่กล่าว	โรคเอดส์
1. มีช่วงระยะไวรัสเฉียบ ก่อนจู่โจมอวัยวะเป้าหมาย	ไวรัสเอดส์ จู่โจมเซลล์ระบบน้ำเหลืองอย่างทันทีทันใด
2. ไวรัสเป็นอนุภาคอิสระ อำนวยโอกาสให้ภูมิคุ้มกันที่มีอยู่ก่อนสามารถจับทำลายเชื้อได้	ต้องการระดับภูมิคุ้มกันที่สูงมากในการจับทำลายไวรัสเอดส์ เชื้อไวรัสเอดส์สามารถติดจากเซลล์ไปเซลล์ได้
3. ลักษณะแอนติเจนค่อนข้างแน่นอน	มีความแตกต่างทางแอนติเจนสูง
4. ผู้ได้รับวัคซีน เมื่อได้รับเชื้อ สามารถหยุดยั้งเชื้อไว้ในวงจำกัดได้ ป้องกันการติดต่อลุกลามสู่อวัยวะเป้าหมาย	ผู้ได้รับวัคซีนอาจมีภูมิคุ้มกันไม่สูงพอ และอาจอำนวยความสะดวกให้เชื้อเข้าเซลล์ได้ง่ายขึ้น
5. สามารถศึกษาได้ในสัตว์ทดลอง	มี แต่ไม่สมบูรณ์ เชื้อ HIV ติดลิงชิมแปนซีได้ แต่ไม่เกิดโรค สำหรับ SIV ก็ต่างจาก HIV มากเกินไป
6. วัคซีนที่ทำจากเปลือกหุ้มไวรัส ก่อให้เกิดภูมิคุ้มกันได้นาน	ภูมิคุ้มกันเกิดไม่มาก และไม่นาน
7. ไม่ทำลายระบบภูมิคุ้มกัน	ระบบสร้างภูมิคุ้มกันเป็นเป้าหมายของโรค
8. เชื้อคงอยู่ในร่างกายไม่นาน	เชื้อกลายเป็น DNA และฝังอยู่ในนิวเคลียสของเซลล์
9. หลีกเลี่ยงจากการป่วย มักมีภูมิคุ้มกัน	ป่วยแล้วไม่หาย อัตราป่วยตายสูง

Source David T Karzon. **Preventive Vaccine** in Broder S, Merigan TC, Bolognesi D (Eds) *Textbook of AIDS Medicine* Williams&Wilkins Baltimore 1994. p. 668

Gene Therapy

เรื่องที่น่าสนใจยิ่งของไวรัส HIV ในระยะหลังนี้ ที่ได้รับความสนใจ คือ กลไกการควบคุมยีนของไวรัส และเซลล์มนุษย์ ในอันที่จะระงับไม่ให้เชื้อไวรัสที่เข้าอยู่ในเซลล์ สามารถแสดงตัว ให้มีการสร้างไวรัสใหม่ได้ กลไกเหล่านี้ จะเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาวิธีการควบคุม (Gene therapy) ซึ่งจะเป็นรูปแบบหนึ่งของการรักษาผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไปในอนาคต

HIV-1 Subtypes

อีกเรื่องหนึ่งที่ได้รับ ความสนใจมาระยะหนึ่ง แต่ยังไม่ได้ข้อสรุปแน่นอนเช่นกัน คือ ความแตกต่างของสายพันธุ์ของไวรัส HIV ที่สามารถจำแนกออกได้เป็นกลุ่ม หรือ Subtypes ตามลักษณะกลายโคโปรตีน (gp-120) หรือลักษณะโปรตีนภายใน (p-24) ว่า ไวรัสต่างสายพันธุ์กัน จะมีความสามารถในการติดต่อ ระหว่างบุคคลหนึ่งไปอีกคนหนึ่งได้ดีเท่ากันหรือแตกต่างกัน เช่นที่ปรากฏในกรณี HIV-1 กับ HIV-2 หรือไม่ ผลการศึกษาที่ผ่านมา มีทั้งสนับสนุนและคัดค้าน คาดว่า ต้องมีการดำเนินการต่อไปอีกหลายปี

อีกเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องสายพันธุ์ของไวรัสเอชไอวี คือ เรื่องการค้นพบสายพันธุ์ใหม่ ที่เรียกว่า Subtype O (O-Outlier) ในทวีปอาฟริกา ซึ่งไม่สามารถตรวจพบด้วยชุดตรวจที่มีในท้องตลาดได้ อันอาจก่อให้เกิดปัญหาทั้งในการวินิจฉัย และการบริการโลหิต สายพันธุ์นี้ยังไม่พบในประเทศไทย

สำหรับกลไกการเกิดโรค หรือธรรมชาติวิทยาของโรค ไม่พบว่ามีความแตกต่างกันตามสายพันธุ์ ข้อมูลเบื้องต้นเท่าที่ทำการศึกษากันมา ไม่พบความแตกต่าง ทั้งลักษณะทางคลินิก และอัตราการกลายเป็นผู้ป่วย (Progression rate) ตามสายพันธุ์

อะไรคือตัวกำหนดที่สำคัญในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

Long Term Survivors and HEPS

การศึกษา ผู้ติดเชื้อเป็นเวลานานแต่ไม่มีอาการป่วย (Long term survivors) และการศึกษาผู้ที่สัมผัสเชื้อ แต่ไม่ติดโรค (Highly exposed with persistently seronegative-HEPS) เป็นเรื่องที่น่าสนใจว่า ทำไมบางคนติดเชื้อเป็นเวลา 10-12 ปี แต่ก็ยังไม่ป่วย และบางคนสัมผัสเชื้ออยู่เป็นเวลานาน แต่ก็ไม่เห็นติดเชื้อ (High exposure with persistently seronegative) ผลจากการศึกษาเท่าที่ผ่านมา ได้ข้อสรุปว่า กลไกของภูมิคุ้มกันต้านทานในคนกลุ่มนี้ ทำงานต่อต้านเชื้อ HIV ได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งทางด้าน Cell mediated และ Humoral immune responses แต่ประเด็นสำคัญคือ อะไรเป็นตัวกำหนด และจะสังเคราะห์ให้เกิดขึ้นได้หรือไม่ ยังคงเป็นปริศนาอยู่

ทั้งเรื่อง Long term survivors และ HEPS นั้น ปัจจัยสำคัญเป็นระบบภูมิคุ้มกันของคนกลุ่มนี้ เชื่อว่า ปัจจัยทางเชื้อไวรัสมีส่วนน้อย กล่าวคือ มีคนบางคนซึ่งสามารถ **สะกด** เชื้อไวรัสในตัวไม่ให้ก่อโรคได้เป็นเวลานาน หรือมีสภาพที่**ไม่เอื้ออำนวย**ต่อการรับเชื้อ อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีข้อสรุปว่า ปัจจัยใดในร่างกาย เป็นตัวกำหนดสภาพการณ์นี้ขึ้น ตลอดจนยังไม่สามารถสรุปได้ว่า จะสร้างปัจจัยนี้ หรือเหล่านี้ ให้กับผู้อื่นได้หรือไม่

กล่าวได้ว่า เรื่อง Long term survivors นี้ ยืนยันความเป็นไปได้สำหรับการพัฒนาวัคซีนเอชไอวีเพื่อการรักษา (Therapeutic HIV vaccine) ซึ่งจะทำให้ผู้ที่ติดเชื้อมีระยะเวลาปลอดโรคได้นานยิ่งขึ้น หรือจนกระทั่งไม่ป่วยเลย ส่วนเรื่อง HEPS ก็เป็นการยืนยันความเป็นไปได้สำหรับการพัฒนาวัคซีนเอชไอวีเพื่อการป้องกันโรค (Prophylactic HIV vaccine) ในอันที่จะป้องกันผู้ติดเชื้อ ไม่ให้ติดเชื้อได้

วัคซีนเอดส์ทดลองที่มีการศึกษาในประเทศไทย

ประเทศไทยวางนโยบายสำหรับการศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลอง (HIV Vaccine Candidate) เพื่อพัฒนาไปเป็นวัคซีนเอดส์ (HIV Vaccine) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 เพื่อให้มีมาตรฐานเดียวกัน ไม่ว่าจะศึกษาที่ใด ทั้งนี้ กำหนดให้ผู้ทำการศึกษารับความเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาด้านจริยธรรมสำหรับการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของกระทรวงสาธารณสุข และคณะกรรมการวัคซีนฯ ในคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ทั้งนี้ โดยให้มีการ แต่งตั้งคณะกรรมการควบคุมข้อมูลเพื่อความปลอดภัย (National Data Safety Monitoring Board-DSMB) และคณะกรรมการตรวจสอบการศึกษาวิจัยวัคซีนเอดส์ทดลอง (Oversight Committee) สำหรับทุกโครงการศึกษาวิจัย

ตารางที่ 5.4 การศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลองในประเทศไทย (ถึงวันที่ 11 กุมภาพันธ์ 2543)

PROJECT	LAUNCH DATE	SAMPLE SIZE	PRINCIPAL INVESTIGATOR
1. Phase I, MN synthetic peptide (UBI)	6 June 94	30	Praphan Phanuphak
2. Phase I/II, MN rgp120 (Genentech)	21 Feb 95	33	Sricharoen Migasena
3. Phase I, SF2 gp120/MF59 (Biocine)	29 Aug 95	54	Sorachai Nitayaphan
4. Phase I, HIV Immunogen (Immune Response)	27 Mar 96	30	Vina Churdboonchart
5. Phase II, HIV Immunogen (Immune Response)	27 Aug 97	297	Vina Churdboonchart
6. Phase I/II, Thai E gp120/MF59 with/without SF2 gp120 (Chiron)	10 Nov 97	380	Sorachai Nitayaphan
7. Phase I/II AIDS VAX B/E (Vaxgen)	21 Jan 97	92	Punnee Pitisuttithum
8. Phase III, AIDS VAX B/E (Vaxgen)	24 Mar 99	2,500	Kachit Choopanya
9. Phase I/II, vCP1521 (PMC) priming with either gp160 TH023 or gp120 Thai E (Chiron)	24 Jan 2000	130	Prasert Thongcharoen
10. Phase I/II, vCP1521 (PMC) priming with gp120 B/E (VaxGen)	24 Feb 2000	125	Punnee Pitisuttithum

การเตรียมการสำหรับการศึกษาทางคลินิกระยะที่ 3

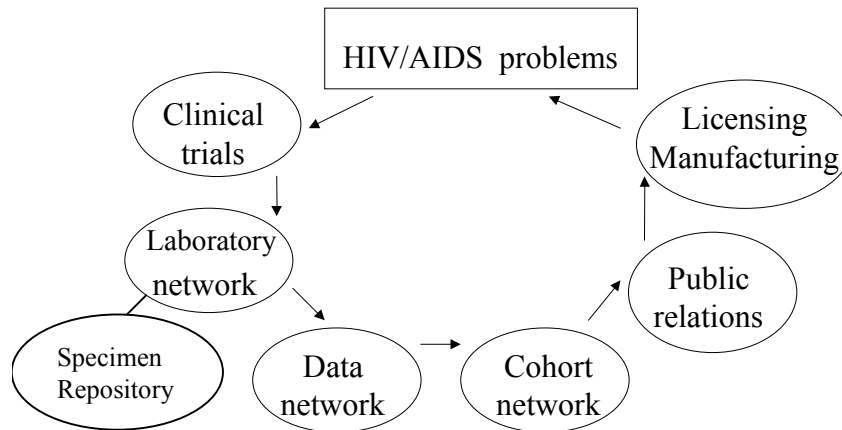
จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ 2543 มีการศึกษาวิจัยวัคซีนเอดส์ทดลอง ทางคลินิกแล้ว 10 โครงการ โดย 1 ในจำนวนนี้ เป็นการศึกษาวิจัยทางคลินิกระยะที่ 3 ซึ่งเป็นโครงการคู่ขนานกับที่ทำในสหรัฐอเมริกา โครงการนี้ ใช้อาสาสมัครผู้รักสุขภาพเสถียรติดชนิดฉีด ของกรุงเทพมหานคร ซึ่งนับเป็นกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ที่ติดตามได้ เนื่องจาก เจ้าหน้าที่คลินิกเสถียรติดคุ้นเคยกับผู้รับบริการมานานหลายปี บางกรณีรู้จักครอบครัว สภาพความเป็นอยู่ จึงสามารถติดตามอาสาสมัครได้อย่างมีประสิทธิภาพ คำถามที่นักวิจัยนานาชาติมักจะถามเสมอคือ ประเทศไทยจะสามารถรองรับการศึกษาวิจัยทางคลินิกระยะที่ 3 สำหรับวัคซีนเอดส์ทดลองอื่น ได้อีกหรือไม่

การตอบข้อสงสัยนี้ คณะอนุกรรมการวัคซีนไม่ได้พยายามสรุปข้อมูลเท่านั้น แต่ยังได้กำหนดให้เตรียมโครงสร้างพื้นฐาน เพื่อรองรับการพัฒนาวัคซีน และผลิตภัณท์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่จะมีในอนาคตด้วย โดยพยายามให้ ผลการพัฒนาเป็นคำตอบ โครงสร้างพื้นฐานที่กำหนดกันขึ้น ประกอบด้วย

1. การสนับสนุนการวิจัยทางคลินิก ซึ่งส่วนใหญ่ดำเนินการโดยคณะผู้วิจัย คณะอนุกรรมการวัดขึ้นฯ เพียงแต่พยายามให้กระบวนการอนุมัติ และติดตามผล เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพที่สุด
2. เครือข่ายห้องปฏิบัติการ เป็นการเสริมสร้างสมรรถนะ ให้การตรวจทางห้องปฏิบัติการในประเทศ ไทย เท่าเทียมประเทศเจ้าของวิทยาการ ในด้านนี้ ได้พัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการแล้ว 3 ด้าน
 - 2.1 ด้านการเพาะเชื้อ (HIV culture) ได้แก่การแยกไวรัส เพาะเชื้อไวรัส ตรวจลักษณะทางชีว วิทยา (Biological phenotypes-SI/NSI) และเพาะเลี้ยงเซลล์ที่ใช้ในกิจการนี้
 - 2.2 ด้านอณูวิทยา (HIV molecular) ได้แก่ การตรวจสายพันธุ์ (Subtypes) ลักษณะทางพันธุ กรรม (Genetic characterization) และการจำแนกแยกแยะลักษณะแอนติเจนที่สำคัญซึ่งอาจจะ นำมาใช้ในการเตรียมวัคซีนเอดส์ทดลองในอนาคต
 - 2.3 ด้านภูมิคุ้มกันวิทยา ได้แก่ การตรวจทางภูมิคุ้มกัน ทั้งแบบน้ำเหลือง และแบบเซลล์ ซึ่งรวม ทั้งการพัฒนาชุดตรวจ วิธีการ ELISA และการตรวจภูมิคุ้มกันที่เยื่อเมือก
3. ธนาคารเก็บสิ่งส่งตรวจ เพื่อเก็บรักษาน้ำเหลือง เซลล์ และสิ่งส่งตรวจต่าง ๆ จากอาสาสมัคร และ ที่รวบรวมไว้ในการศึกษาวิจัยวัคซีนเอดส์ทดลอง สำหรับการวินิจฉัยต่าง ๆ เพื่อทบทวน ยืนยัน ตลอดจนการตรวจอื่น ๆ ที่จะมีในอนาคต
4. เครือข่ายบริหารจัดการข้อมูล เพื่อเพิ่มศักยภาพคนไทย และสถาบันของไทย ให้สามารถเชื่อมโยง บริหารระบบฐานข้อมูล รองรับความต้องการสำหรับคณะกรรมการควบคุมข้อมูลเพื่อความ ปลอดภัย (DSMB) ตลอดจนนักวิชาการอื่น หรือประชาชน ที่สนใจ ให้สามารถตรวจสอบ ความถูกต้องของข้อมูล ยืนยันความโปร่งใสของการศึกษาวิจัยวัคซีนเอดส์ทดลอง
5. เครือข่ายติดตามอาสาสมัคร เป็นการศึกษาทั้งทางระบาดวิทยา สังคม ประชากรศาสตร์ ถึงกลุ่ม ประชากรที่น่าจะเป็นอาสาสมัครสำหรับการศึกษาวิจัยวัคซีนเอดส์ทดลอง ตลอดจนปัจจัยที่เกี่ยวข้อง ซึ่งกำหนดความสำเร็จ หรือ ล้มเหลวของการติดตามอาสาสมัครเหล่านี้ ซึ่งจะมีประโยชน์ ใน การเตรียมชุมชน และประมาณการณ์ความสามารถในการศึกษาวิจัยวัคซีนเอดส์ทดลอง หรือ ผลิต ภัณฑ์อื่น อย่างแม่นยำ
6. เครือข่ายสร้างกระแสสังคมด้านการวิจัยวัคซีนเอดส์ทดลอง เพื่อเตรียมประชากร ที่อาจจะเป็น อาสาสมัคร ตลอดจนครอบครัว ชุมชน ให้มีศักยภาพที่จะตอบรับ หรือ ปฏิเสธ การร่วมในการ ศึกษาวิจัย เมื่อได้รับการเชื้อเชิญ
7. กลไกการขึ้นทะเบียน และเตรียมการผลิต เพื่อลดระยะเวลาการขอขึ้นทะเบียน โดยสร้างการมี ส่วนร่วมของหน่วยงานที่ดูแลการขึ้นทะเบียน และองค์กรที่มีศักยภาพการผลิต ให้ได้ร่วมงานวิจัย ตั้งแต่ต้นระยะที่สาม

แนวคิดการเตรียมโครงสร้างพื้นฐาน แสดงในรูป นอกจากนี้ หากประเทศไทยสามารถเตรียมปัจจัย ต่าง ๆ เหล่านี้ได้ ก็จะสามารถเป็นศูนย์กลาง สนับสนุนให้ขยายฐานการวิจัยสู่ประเทศอื่นในภูมิภาคได้ด้วย

รูปที่ 5.4 โครงสร้างพื้นฐานสำหรับการพัฒนาวัคซีนเอดส์ในประเทศไทย



สรุป

สถานการณ์เรื่องบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ มีความเกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ออกกับสภาพการณ์ในสังคม ด้านความเชื่อ และสภาวะทางเศรษฐกิจ เนื่องจากโรคเอดส์ก่อให้เกิดผลกระทบหลายด้าน ไม่เฉพาะแต่ทางการแพทย์สาธารณสุขเท่านั้น การวางแผนงานในเรื่องนี้ ต้องดำเนินการพร้อมกันไปกับการดำเนินการเรื่องอื่น ๆ ทั้งหมด บริการด้านการรักษาพยาบาลนั้น อยู่ในขั้นตอนของการ “สูญเสีย” ซึ่งก็เป็นเช่นเดียวกับโรคอื่น ๆ โดยทั่วไป ที่การรักษาพยาบาลเป็นความสูญเสียของสังคม สภาวะการณ์ที่เป็นอยู่ในประเทศไทยขณะนี้ เป็นสภาวะการณ์ที่หลีกเลี่ยงไม่ได้ เพราะการดำเนินงานเพื่อป้องกันนั้น ยังไม่สามารถลดจำนวนผู้ป่วยเอดส์ลงได้ในขณะนี้ ทางออกที่เป็นไปได้ที่จะผ่อนหนักให้เป็นเบา คือหาทางรักษาผู้ป่วยโดยใช้ทรัพยากรที่มีอยู่ให้คุ้มค่าที่สุด และการทำให้ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการป่วยได้มีโอกาสเตรียมตนเอง ด้วยการงานสร้างผลผลิตไว้ก่อนที่จะมีอาการป่วย อันเป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถรับผิดชอบตัวเอง เพื่อแบ่งเบาภาระของสังคมให้ได้มากที่สุด

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

1. Perelson AS, Neumann AU, Markowitz M, Leonard JM, Ho DD. HIV-1 Dynamics in vivo: virion clearance rate, infected cell life-span, and viral generation time. *Science* 1996; 271:1582-1586
2. Fischl MA, Richman DD, Grieco MH, et al. The efficacy of Azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDS-Related Complex, a double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med* 1987; 317:185-191.
3. Mellors JW, Rinaldo CR, Gupta P, Roseanne MW, Todd JA, Kingsley LA. Prognosis in HIV-1 infection predicted by the quantity of virus in plasma. *Science* 1996; 272:1167-1170.
4. Carpenter CC, Fischl MA, Hammer SM, et al. Antiretroviral therapy for HIV infection in 1996, recommendations of an international panel. *JAMA* 1996; 276:146-154.
5. Saag MS, Holodniy M, Kuritzkes DR, et al. HIV viral load markers in clinical practice. *Nature Medicine* 1996; 2: 625-629.
6. Connor EM, Sperling RS, Gelber R. et al. Reduction of maternal-infant transmission of Human Immunodeficiency virus type 1 with Zidovudine treatment. *N Engl J Med* 1994; 331: 1173-1180.
7. CDC. Update: provisional public health service recommendations for chemoprophylaxis after occupational exposure to HIV. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1996; 45: 468-472
8. CDC. Case-control study of HIV seroconversion in health-care workers after percutaneous exposure to HIV-infected blood-France, United Kingdom, and United States, January 1988-August 1994. *MMWR Morb Mortal Wkly Rep* 1995; 44:929-33.
9. David T Karzon. Preventive Vaccine in Broder S, Merigan TC, Bolognesi D (Eds) Textbook of AIDS Medicine Williams&Wilkins Baltimore 1994.
10. Report of the international conference "HIV vaccine development; global, regional, and Thailand update, 1999". March 15-19, 1999, Siam City hotel. Vaccine coordinating center, AIDS Division, Department of Communicable Disease Control, Nonthaburi, 1999.

บทที่ 6

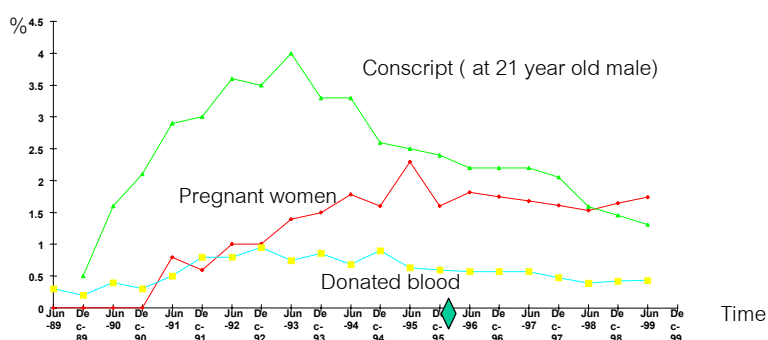
แนวโน้มการระบาดของโรคในขนาด 20 ปี และผลที่อาจจะเกิดขึ้นในฉากทัศน์ (Scenario) ต่างๆ

ข้อมูลแนวโน้มการติดเชื้อในปัจจุบัน

แนวโน้มอัตราการติดเชื้อเอชไอวี จากการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ ซึ่งทำการตรวจหญิงตั้งครรภ์ ที่ฝากครรภ์ และโลหิตบริจาค เมื่อนำมาพิจารณาประกอบกับข้อมูลจากกองทัพบก ที่ตรวจชายไทย อายุ 21 ปี ซึ่งรับราชการทหาร (เกณฑ์) จะเห็นแนวโน้มอัตราการติดเชื้อลดลง ในกลุ่มชายไทยอายุ 21 ปี และผู้บริจาคเลือด ในอัตราเร็วกว่า หญิงตั้งครรภ์ เมื่อนำข้อมูลที่ผ่านมา 5 ปี มาประมาณการแบบ Extrapolation โดยมีสมมติฐานว่าการเปลี่ยนแปลง เป็นเส้นตรง (Linear projection) ดูเหมือนว่า การระบาดในชายไทย อายุ 21 ปี และผู้บริจาคเลือด จะหยุดในราวปี พ.ศ. 2547-2549 แต่ในหญิงตั้งครรภ์ จะยังไม่หยุดได้โดยง่าย

การคาดการณ์แบบนี้ อาศัยสมมติฐานสองประการคือ การแนวโน้มการเพิ่มหรือลดเป็นเส้นตรง และไม่มีปัจจัยอื่นมาเบี่ยงเบน หรือเปลี่ยนรูปแบบการระบาดไป ซึ่งเห็นได้ชัดเจนว่า ไม่เป็นจริงทั้งสองกรณี แต่วิธีการนี้ ง่าย พอใช้ได้ในการคาดประมาณล่วงหน้า 2-3 ปี ซึ่งผลจากการเปลี่ยนแปลงการระบาดมีไม่มากนัก และแนวโน้มเส้นตรง ก็ไม่คลาดเคลื่อนมากเกินไป การคาดการณ์ด้วย Extrapolation โดยใช้สมมติฐานอื่น ที่ไม่ใช่เส้นตรง ก็ไม่ได้เพิ่มข้อได้เปรียบมากนัก เพราะยังไม่มีผู้ใดทราบรูปร่างการระบาด (Distribution) ที่แน่นอน อย่างไรก็ตาม การใช้สมมติฐานเส้นตรงนี้ เมื่อเทียบกับปรากฏการณ์ที่ผ่านมา ทั้งเอชไอวี และโรคอื่น ๆ พบว่า หลัง 2-3 ปี มักมีการติดเชื้อสูงกว่า Linear extrapolation เสมอ ๆ จึงอาจกล่าวได้ว่า จำนวนที่ประมาณด้วยวิธีนี้ ต่ำกว่า ที่จะเป็นจริง (Under-estimate)

รูปที่ 6.1 อัตราความชุกการติดเชื้อ HIV จากการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่



Source: Division of Epidemiology, Ministry of Public Health.

Note: Switching from twice a year to once a year in June 1995

ตารางที่ 6.1. แสดงผลการคำนวณด้วยวิธีนี้ ซึ่งเห็นแนวโน้มจำนวนผู้ติดเชื้อที่ปรากฏแต่ละปี (Point prevalence) ลดลงเรื่อย ๆ ตามแนวโน้มอัตราการความชุกในประชากรที่ลดลง และผลการใช้ยาป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก และเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี มีระยะฟักตัวนานเป็นสิบปี การคาดการณ์จำนวนผู้ป่วย หรือเสียชีวิต จึงต้องประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อในช่วงก่อนหน้านี้ ตารางที่ 6.3 ถึง 6.18 แสดงการประมาณการณ์ โดยคณะทำงาน สำหรับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ พ.ศ. 2537

ตารางที่ 6.1 อัตราการติดเชื้อเอชไอวี จากการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ จากกองทัพบก และประมาณการณ์

Year	ชายไทยอายุ 21 ปี	เลือดบริจาค	หญิงตั้งครรภ์
2538	2.500	.630	2.290
2539	2.200	.570	1.820
2540	2.200	.570	1.680
2541	1.590	.390	1.530
2542	1.310	.430	1.740
test slope = 0	$p = 0.009$	$p = 0.041$	$p = 0.132$
2543	1.063	0.344	1.395
2544	0.764	0.286	1.256
2545	0.465	0.228	1.117
2546	0.166	0.17	0.978
2547		0.112	0.839
2548		0.054	0.700

ตารางที่ 6.2 ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Point prevalence) จำแนกตามปี พ.ศ. 2538-2548

จาก Extrapolated prevalent rates, และ Estimated population

	ชายไทย	หญิงตั้งครรภ์	ผู้บริจาค	ประชากร	รวม ประชากร	ประชากร	รวมทั้งหมด
ปี พ.ศ.	ติดเชื้อ	ติดเชื้อ	ติดเชื้อ		ติดเชื้อ	ติดเชื้อ	ติดเชื้อ
2538	1,500	24,984	6,300	594,293	627,077	6,246	633,323
2539	1,320	19,638	5,700	494,933	521,591	8,032	529,623
2540	1,320	17,926	5,700	470,734	495,679	6,936	502,615
2541	954	16,218	3,900	411,571	432,643	6,295	438,938
2542	786	18,322	4,300	473,158	496,566	6,608	503,174
2543	638	14,592	3,440	385,554	404,223	3,749	407,973
2544	458	13,025	2,860	346,603	362,946	2,032	364,978
2545	279	11,483	2,280	306,505	320,547	1,800	322,347
2546	100	9,985	1,700	265,234	277,019	1,573	278,592
2547	100	8,499	1,120	222,753	232,471	1,349	233,821
2548	100	7,049	540	179,064	186,752	1,130	187,882

หมายเหตุ ⁽¹⁾ สำหรับประชากรทั่วไป ใช้อัตราการติดเชื้อเฉลี่ยไม่ถ่วงน้ำหนัก ระหว่างหญิงตั้งครรภ์ กับชายไทย 21 ปี

สำหรับเด็ก 0-4 ปี ใช้อัตราการถ่ายทอดเชื้อ 25% ในช่วง พ.ศ. 2538-2542 และ 10% ในช่วงที่เหลือ บน

สมมติฐาน Survival = 2 ปี Linear and homogeneous disease progression

ตารางที่ 6.3 NESDB 1994 model, DEMOGRAPHIC PROJECTIONS BY TARGET GROUP, 1995 - 2005

(NESDB: Medium Variant; in thousands)

[illegible]

ตารางที่ 6.4 NESDB 1994 model: AVERAGE AGE OF ONSET OF ASYMPTOMATIC HIV

(NESDB: Medium Variant)

[illegible]

ตารางที่ 6.5 NESDB model 1997: AVERAGE AGE OF ONSET OF SYMPTOMATIC HIV

(NESDB: Medium Variant)

[illegible]

ตารางที่ 6.6 NESDB 1994 model: AVERAGE AGE OF ONSET OF AIDS

(NESDB: Medium Variant)

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
All Thailand		34.52	34.33	34.16	34.02	33.91	33.83	33.77	33.76	33.67	33.63	33.60
All adults		37.04	37.15	37.22	37.30	37.36	37.41	37.45	37.50	37.51	37.54	37.57
All children		2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90
All males		35.84	35.69	35.55	35.45	35.38	35.34	35.19	35.33	35.25	35.24	35.23
	adult 15+	39.50	39.50	39.50	39.50	39.50	39.50	39.50	39.50	39.50	39.50	39.50
	child 0-4	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90
All females		33.69	33.39	33.13	32.88	32.67	32.50	32.36	32.24	32.13	32.03	31.94
	adult 15+	35.60	35.60	35.60	35.60	35.60	35.60	35.60	35.60	35.60	35.60	35.60
	child 0-4	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90	2.90

ตารางที่ 6.7 NESDB 1994 model: LIFE EXPECTANCY AT AVERAGE OF AGE OF ONSET OF ASYMPTOMATIC HIV BY TARGET GROUP, 1995 - 2005

(NESDB: Medium Variant)

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
All Thailand		49.17	49.34	49.53	49.69	49.75	49.88	50.17	50.10	50.26	50.38	50.49
All adults		47.05	46.97	46.93	46.90	46.78	46.79	46.82	46.84	46.91	46.96	47.01
All children		69.02	69.17	69.32	69.47	69.62	69.77	71.02	70.07	70.22	70.37	70.52
All males		45.77	46.00	46.24	46.43	46.50	46.65	46.89	46.87	47.05	47.18	47.29
	adult 15+	42.70	42.80	42.90	43.00	42.99	43.09	43.20	43.30	43.40	43.50	43.61
	child 0-4	66.82	66.98	67.14	67.30	67.46	67.62	67.78	67.94	68.10	68.26	68.42
All females		51.28	51.64	51.97	52.29	52.50	52.76	52.98	53.19	53.39	53.58	53.77
	adult 15+	49.61	49.71	49.80	49.90	49.91	50.01	50.10	50.20	50.30	50.40	50.50
	child 0-4	71.28	71.42	71.56	71.70	71.84	71.98	72.12	72.26	72.40	72.54	72.68

ตารางที่ 6.8 NESDB 1994 model: INCIDENCE OF HIV INFECTION

(NESDB: Medium Variant)

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
All Thailand		64,875	61,367	57,705	54,326	51,270	48,627	46,278	44,364	41,890	39,730	37,570
All adults		58,624	54,816	51,011	47,606	44,614	42,089	39,887	38,143	35,865	33,922	32,002
All children		6,251	6,551	6,694	6,720	6,656	6,538	6,391	6,221	6,025	5,808	5,568
All males		24,879	25,043	24,630	24,124	23,534	22,884	22,288	21,741	20,664	19,851	19,013
	adult 15+	21,710	21,722	21,236	20,716	20,158	19,568	18,942	18,585	17,607	16,904	16,187
	child 0-4	3,169	3,321	3,394	3,408	3,376	3,316	3,346	3,156	3,057	2,947	2,826
All females		39,996	36,324	33,075	30,202	27,736	25,743	24,094	22,623	21,226	19,879	18,557
	adult 15+	36,914	33,094	29,775	26,890	24,456	22,521	20,945	19,558	18,258	17,018	15,815
	child 0-4	3,082	3,230	3,300	3,312	3,280	3,222	3,149	3,065	2,968	2,861	2,742
	pregnant	25,004	26,204	26,776	26,880	26,624	26,152	25,564	24,884	24,100	23,232	22,272

ตารางที่ 6.9 NESDB 1994 model: INCIDENCE OF SYMPTOMATIC HIV INFECTION

(NESDB: Medium Variant)

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
All Thailand		62,857	66,605	60,570	65,002	62,472	61,553	61,802	62,272	62,960	63,598	64,198
All adults		57,146	60,570	61,549	58,700	56,175	55,323	55,689	56,314	57,187	58,035	58,866
All children		5,711	6,035	6,224	6,302	6,297	6,230	6,113	5,958	5,773	5,563	5,332
All males		42,619	43,653	42,931	39,183	36,353	35,280	35,401	35,734	36,261	36,728	37,154
	adult 15+	39,724	40,593	39,775	35,987	33,159	32,120	32,300	32,711	33,332	33,905	34,448
	child 0-4	2,895	3,060	3,156	3,196	3,194	3,160	3,101	3,023	2,929	2,823	2,706
All females		20,238	22,952	24,842	25,819	26,119	26,273	26,401	26,538	26,699	26,870	27,044
	adult 15+	17,422	19,977	21,774	22,713	23,016	23,203	23,389	23,603	23,855	24,130	24,418
	child 0-4	2,816	2,975	3,068	3,106	3,103	3,070	3,012	2,935	2,844	2,740	2,626

ตารางที่ 6.10 NESDB 1997 model: INCIDENCE OF AIDS

(NESDB: Medium Variant)

	1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
All Thailand	49,292	56,656	62,857	66,605	67,773	65,002	62,472	61,553	61,802	62,272	62,960
All adults	44,662	51,414	57,146	60,570	61,549	58,700	56,175	55,323	55,689	56,314	57,187
All children	4,630	5,242	5,711	6,035	6,224	6,302	6,297	6,230	6,113	5,958	5,773
All males	35,690	39,515	42,619	43,653	42,931	39,183	36,353	35,280	35,401	35,734	36,261
Adult 15+	33,343	36,858	39,724	40,593	39,775	35,987	33,159	32,120	32,300	32,711	33,332
Child 0-4	2,347	2,657	2,895	3,060	3,156	3,196	3,194	3,160	3,101	3,023	2,929
All females	13,602	17,141	20,238	22,952	24,842	25,819	26,119	26,273	26,401	26,538	26,699
Adult 15+	11,319	14,556	17,422	19,977	21,774	22,713	23,016	23,203	23,389	23,603	23,855
Child 0-4	2,283	2,585	2,816	2,975	3,068	3,106	3,103	3,070	3,012	2,935	2,844

ตารางที่ 6.11 NESDB 1994 model: POINT PREVALENCE OF HIV

(NESDB: Medium Variant)

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
All Thailand		762,636	757,346	752,681	739,767	723,761	707,487	691,292	673,804	653,890	631,347	605,957
All adults		752,454	745,856	740,208	727,209	710,272	693,662	677,374	659,894	640,067	617,674	592,489
All children		10,182	11,490	12,473	12,558	13,489	13,825	13,918	13,910	13,823	13,673	13,468
All males		502,160	477,687	460,185	440,020	421,122	404,924	390,755	376,916	362,177	346,293	329,045
	adult 15+	496,999	471,863	453,862	433,949	414,331	397,913	383,696	369,861	355,165	339,357	322,212
	child 0-4	5,161	5,824	6,323	6,071	6,791	7,011	7,059	7,055	7,012	6,936	6,833
All females		260,476	279,659	292,496	299,747	302,639	302,563	300,537	296,888	291,713	285,054	276,912
	adult 15+	255,455	273,993	286,346	293,260	295,941	295,749	293,678	290,033	284,902	278,317	270,277
	child 0-4	5,021	5,666	6,150	6,487	6,698	6,814	6,859	6,855	6,811	6,737	6,635

ตารางที่ 6.12 NESDB 1994 model: POINT PREVALENCE OF SYMPTOMATIC HIV INFECTION

(NESDB: Medium Variant)

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
All Thailand		81,871	100,234	114,750	125,842	132,698	133,892	130,084	125,435	123,159	123,012	123,810
All adults		70,767	88,324	102,318	113,138	119,918	121,184	117,562	113,187	111,255	111,508	112,752
All children		11,104	11,910	12,432	12,704	12,780	12,708	12,522	12,248	11,904	11,504	11,058
All males		60,115	71,626	79,608	84,802	86,733	84,419	78,715	73,337	70,802	70,468	71,056
	adult 15+	54,563	65,671	73,392	78,450	80,343	78,065	72,454	67,213	64,850	64,716	65,527
	child 0-4	5,552	5,955	6,216	6,352	6,390	6,354	6,261	6,124	5,952	5,752	5,529
All females		21,756	28,608	35,143	41,041	45,965	49,473	51,369	52,098	52,358	52,544	52,754
	adult 15+	16,204	22,653	28,927	34,689	39,575	43,119	45,108	45,974	46,406	46,792	47,225
	child 0-4	5,552	5,955	6,216	6,352	6,390	6,354	6,261	6,124	5,952	5,752	5,529

ตารางที่ 6.13 NESDB 1994 model: POINT PREVALENCE OF AIDS

(NESDB: Medium Variant)

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
All Thailand		22,601	25,969	28,634	30,587	31,086	29,665	28,403	27,972	28,151	28,455	28,882
All adults		22,370	25,707	28,348	30,285	30,775	29,350	28,088	27,661	27,845	28,157	28,594
All children		231	262	286	302	311	315	315	311	306	298	288
All males		16,788	18,562	19,782	20,450	20,046	18,153	16,740	16,218	16,305	16,507	16,812
	adult 15+	16,671	18,429	19,637	20,297	19,888	17,993	16580	16060	16150	16356	16666
	child 0-4	117	133	145	153	158	160	160	158	155	151	146
All females		5,813	7,407	8,852	10,137	11,040	11,512	11,663	11,754	11,846	11,948	12,070
	adult 15+	5,699	7,278	8,711	9,988	10,887	11,357	11508	11601	11695	11801	11928
	child 0-4	114	129	141	149	153	155	155	153	151	147	142

ตารางที่ 6.14 NESDB 1994 model: CASELOAD OF ASYMPTOMATIC HIV/CD4<500 IN PERSON-YEARS

(NESDB: Medium Variant)

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
All Thailand		170,548	185,034	192,024	191,137	186,335	182,350	181,128	182,172	184,230	186,560	159,065
All adults		161,176	174,198	180,042	178,622	173,311	168,693	167,257	168,258	170,363	172,812	145,495
All children		9,372	10,836	11,982	12,516	13,024	13,657	13,872	13,914	13,867	13,748	13,571
All males		118,300	124,126	124,297	118,835	111,525	106,324	104,390	104,794	106,179	107,791	91,904
	adult 15+	113,550	118,634	118,224	112,638	105,094	99,423	97,355	97,737	99,146	100,817	85,019
	child 0-4	4,750	5,493	6,074	6,197	6,431	6,901	7,035	7,057	7,034	6,974	6,885
All females		52,248	60,908	67,727	72,302	74,810	76,026	76,738	77,378	78,051	78,770	67,162
	adult 15+	47,626	55,564	61,819	65,984	68,218	69,270	69,902	70,521	71,218	71,996	60,476
	child 0-4	4,622	5,344	5,908	6,319	6,593	6,756	6,837	6,857	6,833	6,774	6,686

ตารางที่ 6.15 NESDB 1994 model: CASELOAD OF SYMPTOMATIC HIV IN PERSON-YEARS

(NESDB: Medium Variant)

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
All Thailand		81,871	100,234	114,750	125,842	132,698	133,892	130,084	125,435	123,159	123,012	123,810
All adults		70,767	88,324	102,318	113,138	119,918	121,184	117,562	113,187	111,255	111,508	112,752
All children		11,104	11,910	12,432	12,704	12,780	12,708	12,522	12,248	11,904	11,504	11,058
All males		60,115	71,626	79,608	84,802	86,733	84,419	78,715	73,337	70,802	70,468	71,056
	adult 15+	54,563	65,671	73,392	78,450	80,343	78,065	72,454	67,213	64,850	64,716	65,527
	child 0-4	5,552	5,955	6,216	6,352	6,390	6,354	6,261	6,124	5,952	5,752	5,529
All females		21,756	28,608	35,143	41,041	45,965	49,473	51,369	52,098	52,358	52,544	52,754
	adult 15+	16,204	22,653	28,927	34,689	39,575	43,119	45,108	45,974	46,406	46,792	47,225
	child 0-4	5,552	5,955	6,216	6,352	6,390	6,354	6,261	6,124	5,952	5,752	5,529

(NESDB: Medium Variant)

[illegible]

ตารางที่ 6.17 NESDB 1994 model: MORTALITY DUE TO AIDS

(NESDB: Medium Variant)

[illegible]

ตารางที่ 6.18 NESDB 1994 model: BURDEN OF DISEASE DUE TO HIV/AIDS

(NESDB: Medium Variant)

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
All Adults		924,977	1,093,892	1,222,371	1,320,103	1,362,913	1,333,892	1,268,852	1,230,498	1,226,321	1,238,386	1,256,248
Due to premature death		905,473	1,069,892	1,194,779	1,289,771	1,330,966	1,301,849	1,237,903	1,200,632	1,196,857	1,208,799	1,226,312
Due to morbidity:		19,504	23,999	27,592	30,332	31,947	32,042	30,948	29,865	29,464	29,587	29,937
Symptomatic HIV		10,615	13,249	15,348	16,971	17,988	18,178	17,634	16,978	16,688	16,726	16,913
AIDS		8,889	10,751	12,244	13,361	13,959	13,865	13,314	12,887	12,776	12,861	13,024
All Children		182,125	206,824	225,840	239,199	247,209	250,693	252,147	248,387	244,059	238,128	230,988
Due to premature death		182,057	206,745	225,752	239,106	247,111	250,593	252,046	248,287	243,960	238,031	230,895
Due to morbidity:												
AIDS		68	79	88	94	98	100	101	100	99	96	94
All Thailand		1,107,102	1,300,715	1,448,211	1,559,302	1,610,122	1,584,585	1,520,999	1,478,884	1,470,380	1,476,514	1,487,237
Due to premature death		1,087,530	1,276,637	1,420,531	1,528,876	1,578,078	1,552,443	1,489,950	1,448,919	1,440,817	1,446,830	1,457,206
Due to morbidity:		19,572	24,078	27,680	30,426	32,045	32,142	31,049	29,965	29,563	29,684	30,030
Symptomatic HIV		10,615	13,249	15,348	16,971	17,988	18,178	17,634	16,978	16,688	16,726	16,913
AIDS		8,957	10,829	12,332	13,455	14,057	13,965	13,415	12,987	12,874	12,958	13,117
Average age of onset of HIV infection (in years)												
Adults		26.24	26.35	26.42	26.50	26.56	26.61	26.65	26.70	26.71	26.74	26.77
Children		0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00	0.00
Life expectancy at age of onset (in years)												
Adults		47.05	46.97	46.93	46.90	46.78	46.79	46.82	46.84	46.91	46.96	47.01
Children		69.02	69.17	69.32	69.47	69.62	69.77	71.02	70.07	70.22	70.37	70.52
Total survival after onset (in years)												
Adults		11.80	11.80	11.80	11.80	11.80	11.80	11.80	11.80	11.80	11.80	11.80
Children		3.45	3.45	3.45	3.45	3.45	3.45	3.45	3.45	3.45	3.45	3.45
Average age of AIDS death (in years)												
Adults		38.04	38.15	38.22	38.30	38.36	38.41	38.45	38.50	38.51	38.54	38.57

		1995	1996	1997	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004	2005
Children		3.45	3.45	3.45	3.45	3.45	3.45	3.45	3.45	3.45	3.45	3.45
Life years lost per AIDS death:												
Adults		35.25	35.17	35.13	35.10	34.98	34.99	35.02	35.04	35.11	35.16	35.21
Children		65.57	65.72	65.87	66.02	66.17	66.32	67.57	66.62	66.77	66.92	67.07
QALYs lost per AIDS death (discounted)												
Adults		21.57	21.55	21.53	21.52	21.48	21.48	21.50	21.50	21.53	21.54	21.56
Children		28.53	28.56	28.58	28.60	28.62	28.64	28.81	28.68	28.70	28.72	28.74
QALYs lost per year of morbidity:												
Asymptomatic HIV		0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06	0.06
Symptomatic HIV		0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15	0.15
AIDS		0.23	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23	0.23
Discount rate		0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03	0.03
Discount factor		1.00	0.97	0.94	0.92	0.89	0.86	0.84	0.81	0.79	0.77	0.74
Period		0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10

ตารางที่ 6.19 ประมาณการณ์ Asian Epidemic Projection Model ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย ผู้เสียชีวิต ตามเพศ และปี

พ.ศ.	ผู้ติดเชื้อชาย	เสียชีวิตชาย	ผู้ป่วยชาย	ผู้ติดเชื้อหญิง	เสียชีวิตหญิง	ผู้ป่วยหญิง	ผู้ติดเชื้อเด็ก	เสียชีวิตเด็ก	ผู้ป่วยเด็ก
2528	54	0	0	2	0	0	0	0	0
2529	1,237	0	0	25	0	0	0	0	0
2530	20,187	1	3	374	0	0	4	0	0
2531	67,101	10	60	3,063	0	1	32	4	0
2532	143,223	90	425	14,350	2	12	173	24	1
2533	256,487	463	1,736	37,071	17	80	586	84	4
2534	365,945	1,595	4,781	67,723	91	352	1,406	204	10
2535	443,603	4,050	10,087	100,942	340	1,095	2,682	385	20
2536	500,701	8,196	17,631	135,260	952	2,534	4,396	615	31
2537	528,750	13,924	26,291	166,336	2,077	4,667	6,479	879	45
2538	535,239	20,444	34,491	192,935	3,719	7,314	8,818	1,159	59
2539	527,255	26,664	41,393	212,988	5,747	10,246	11,279	1,439	73
2540	510,209	31,864	46,438	227,296	7,986	13,228	13,730	1,702	86
2541	487,910	35,636	49,204	236,376	10,256	16,031	16,063	1,941	98
2542	461,438	37,708	49,791	240,136	12,378	18,411	18,191	2,149	108
2543	434,323	38,103	48,407	240,189	14,171	20,153	20,052	2,324	117
2544	407,409	37,058	45,719	236,326	15,488	21,215	21,609	2,463	123
2545	382,085	35,097	42,973	230,129	16,299	21,730	22,843	2,568	129
2546	358,172	33,040	40,869	222,017	16,695	21,870	23,753	2,640	132
2547	335,492	31,444	39,492	212,639	16,803	21,768	24,352	2,682	134
2548	313,676	30,407	38,810	202,484	16,730	21,547	24,662	2,696	135
2549	292,060	29,879	38,619	191,556	16,565	21,299	24,707	2,687	134
2550	270,962	29,702	38,527	180,218	16,378	21,073	24,517	2,655	133
2551	248,370	29,578	38,045	167,593	16,202	20,854	24,116	2,605	130
2552	226,246	29,157	36,810	154,762	16,023	20,558	23,527	2,538	127
2553	205,281	28,150	34,544	141,773	15,775	20,041	22,780	2,460	123
2554	185,837	26,389	31,324	128,750	15,362	19,215	21,901	2,376	119
2555	168,660	23,966	27,811	115,942	14,723	18,120	20,914	2,288	114
2556	153,998	21,303	24,528	103,702	13,880	16,835	19,840	2,197	110
2557	141,682	18,800	21,656	92,266	12,892	15,430	18,702	2,104	105
2558	131,507	16,616	19,291	81,846	11,816	13,981	17,525	2,010	100
2559	122,980	14,806	17,393	72,492	10,708	12,557	16,331	1,913	95
2560	115,861	13,349	15,849	64,243	9,618	11,208	15,140	1,815	90
2561	109,818	12,166	14,579	57,051	8,586	9,964	13,971	1,715	85
2562	104,647	11,194	13,536	50,845	7,634	8,842	12,839	1,615	80
2563	100,257	10,393	12,661	45,552	6,775	7,837	11,759	1,514	75
2564	96,460	9,722	11,912	41,057	6,005	6,944	10,740	1,416	71

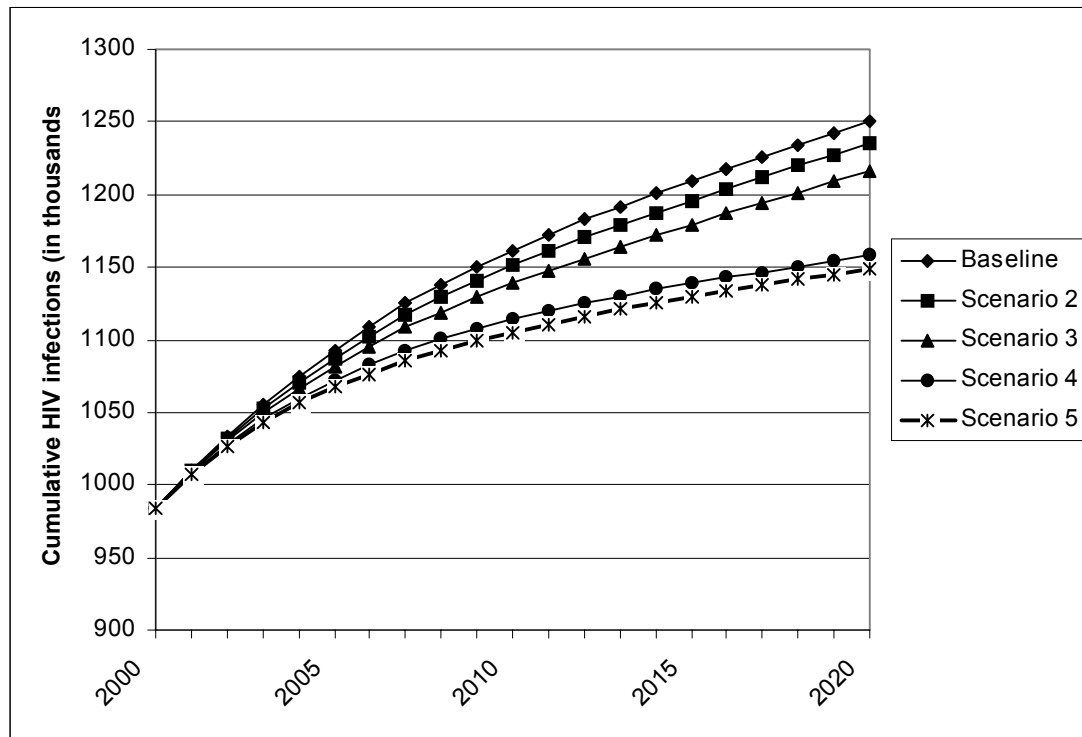
หมายเหตุ แหล่งข้อมูล Tim Brown, Wiwat Peerapatanpokin, June 2000

The Asian Epidemic Model

ในปี พ.ศ. 2542 มีการแต่งตั้งคณะทำงานร่วม ระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ เพื่อทบทวน และนำเสนอรูปแบบการประมาณการณ์ จำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และผู้เสียชีวิต จากเอดส์ ใหม่เพื่อทดแทนรูปแบบเดิมซึ่งได้ใช้มาเป็นทางการกว่า 5 ปีแล้ว คณะทำงานได้เลือกวิธีการประมาณการณ์ที่พัฒนาจากวิธีการเดิม พ.ศ. 2537 ในชื่อว่า Asian Epidemic Model (AEM) ผลการประมาณการณ์เบื้องต้น เสร็จสิ้นในเดือนมิถุนายน 2543 ดังแสดงใน ตารางที่ 6.19 และรูปที่ 6.2

รูปแบบดังกล่าว ใช้เทคนิค Macro-simulation โดยจำแนกประชากรออกเป็นกลุ่มย่อย ตามพฤติกรรม และ เพศ คำนวณหาอัตราการติดเชื้อ อัตราการป่วย การเสียชีวิต ตามสมมติฐาน และค่าที่ทบทวนได้ จากการสำรวจ หรือศึกษาวิจัย จากนั้นก็คำนวณหาจำนวนติดเชื้อ ป่วย หรือ เสียชีวิต โดยนำอัตราการติดเชื้อ ไปคูณค่าประมาณการณประชากรย่อย ซึ่งได้ข้อมูลจากสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ

รูปที่ 6.2 ประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อสะสม ตามแนวโน้มปัจจุบัน เมื่อมีกิจกรรมป้องกันต่าง ๆ



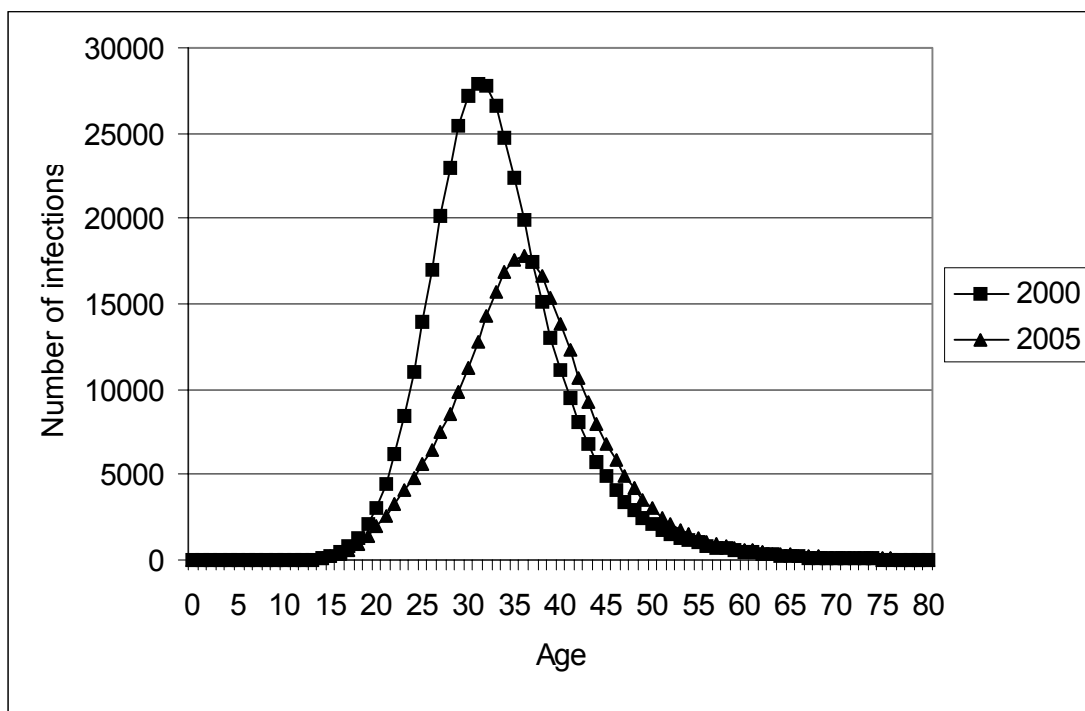
หมายเหตุ Baseline คือ แนวโน้มจากสถานการณ์ปัจจุบัน
 Scenario 2 คือ สถานการณ์ปัจจุบัน ร่วมกับการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก
 Scenario 3 คือ Scenario 2 ร่วมกับการป้องกันการติดเชื้อทางรักต่างเพศ
 Scenario 4 คือ Scenario 3 ร่วมกับการป้องกันการติดเชื้อทางยาเสพติดชนิดฉีด
 Scenario 5 คือ Scenario 4 ร่วมกับการป้องกันการติดเชื้อในคูสมรส

สำหรับการคาดประมาณ สถานการณ์ในปี พ.ศ. 2543 ด้วย AEM สรุปได้ว่า

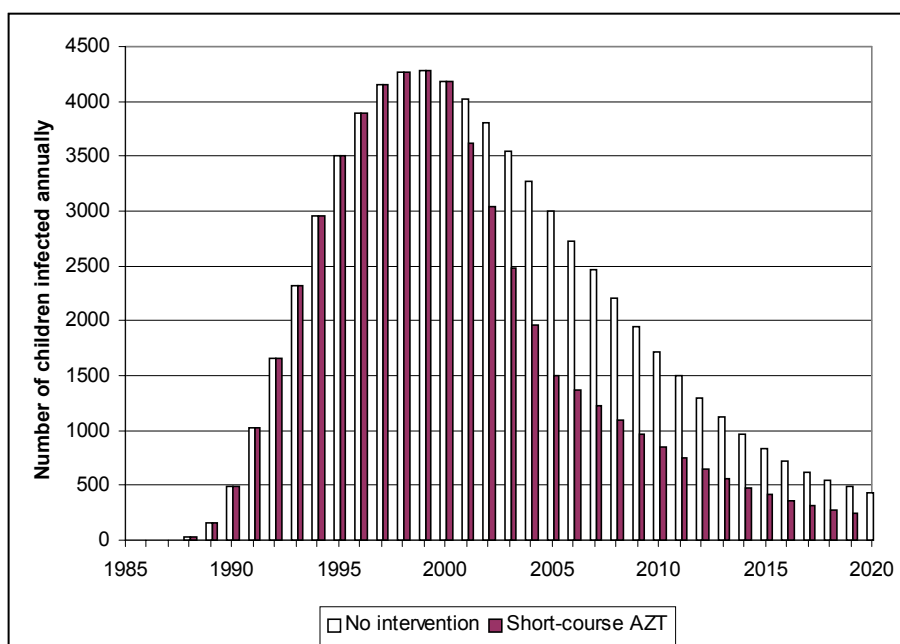
1. จำนวนผู้ติดเชื้อ สะสมจากต้นการระบาดถึงปี 2543 มี 984,000 คน
2. ผู้เสียชีวิตสะสม เนื่องจากเอดส์ 289,000 คน
3. จำนวนผู้ติดเชื้อ ที่มีอยู่กลางปี พ.ศ. 2543 คือ 695,000 คน
4. จำนวนผู้ติดเชื้อ รายใหม่ (Incidence) 29,000 คน
5. จำนวนผู้ติดเชื้อ ที่มีอาการป่วย ในปี พ.ศ. 2543 คือ 55,000 คน

ส่วนเหตุการณ์ในอนาคต เชื่อว่า จำนวนผู้ติดเชื้อที่เวลาใดเวลาหนึ่ง (Prevalent infections) จะค่อย ๆ ลดลง ผู้ติดเชื้อมีอายุสูงขึ้นเพราะส่วนหนึ่งจะยังไม่ป่วย ทำให้ค่าเฉลี่ยอายุขัยขึ้นเรื่อย ๆ สำหรับเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชืื่อนั้น จะลดจำนวนลง เพราะผลการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

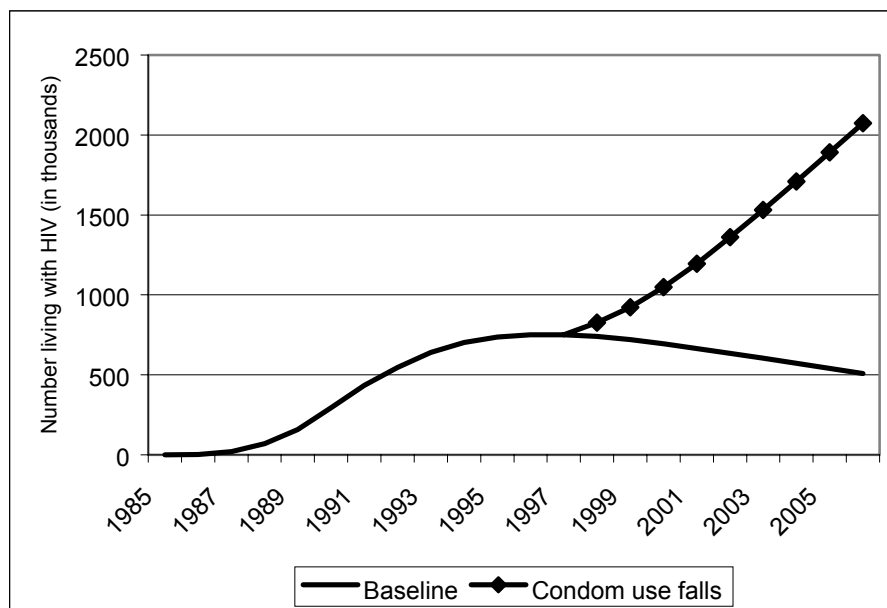
รูปที่ 6.3 ประมาณการณั้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2543 และ 2548



รูปที่ 6.4 จำนวนเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยสมมติฐานว่าโครงการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ได้ผลเต็มที่ตั้งแต่ พ.ศ. 2543



รูปที่ 6.5 ประมาณการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อ จำแนกตามปี และสมมติเหตุการณ์ว่าอัตราการใช้อย่างอนามัยลดลงเหลือร้อยละ 50 ตั้งแต่ พ.ศ. 2541



บทที่ 7

นโยบายและบทสรุปผลการดำเนินงานควบคุม ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์มีลักษณะและผลกระทบต่อสังคมโดยรวมที่แตกต่างไปจากโรคติดต่ออื่นๆ ทั้งในด้านการถ่ายทอดเชื้อและอิทธิพลต่อกลุ่มประชากรซึ่งแปรเปลี่ยนไปตามเงื่อนไขของสังคมและเศรษฐกิจ ของแต่ละประเทศ อันส่งผลต่อการปรับเปลี่ยนกลวิธีในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ให้เหมาะสมกับแต่ละชุมชนและกลุ่มประชากร จากการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยที่ผ่านมา พอสรุปสถานการณ์ของปัญหาโรคเอดส์ได้ดังนี้

1. **ด้านการแพร่ระบาด และการป้องกัน** ยังมีการแพร่ระบาดอยู่ในประชาชนทั่วไป การป้องกันประสบผลในบางกลุ่มเท่านั้น และเริ่มมีข้อบ่งชี้ว่า อาจจะมีการระบาดอีกระลอกในกลุ่มวัยรุ่น ส่วนการป้องกันในผู้เสพยาเสพติด ยังไม่มีผลสัมฤทธิ์เท่าที่ควร
2. **ด้านผลกระทบต่อบริการดูแลสุขภาพ** รัฐสามารถให้บริการได้วงจำกัด การแก้ปัญหาเฉพาะหน้าด้วยการใช้เงินนอกงบประมาณ ทำให้ความสามารถในการบริการโรคอื่นลดน้อยลง การเตรียมการรองรับปัญหาในระยะยาว ยังไม่เป็นรูปธรรม
3. **ด้านผลกระทบต่อปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ** ประเทศชาติสูญเสียกำลังคนก่อนวัยอันควร ครอบครัวสูญเสียผู้นำ เด็กที่ได้รับผลกระทบ แม้ไม่ติดเชื้อ ก็สูญเสียโอกาสการเรียนรู้ ภาระการเลี้ยงดูตกแก่ปู่ย่า ตายาย ทำให้พัฒนาการทางสังคมถดถอยไป
4. **ด้านความร่วมมือระหว่างภาคีต่าง ๆ** เอดส์ทำให้ภาคีต่าง ๆ หันมาร่วมมือกันมากขึ้น ทั้งในประเทศ และระหว่างประเทศ แต่ความร่วมมือเหล่านี้ ได้รับผลกระทบจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง และการค้าระหว่างประเทศ และยังคงแทรกแซงด้วยปัจจัยอื่น ๆ อันกำลังทำลายการทำงานแบบพหุภาคี ของประเทศไทย ให้ด้อยประสิทธิภาพลงไป
5. **ด้านการพัฒนากลไกการบริหารจัดการ** ได้มีการพัฒนากลไกการบริหารจัดการอย่างเห็นได้ชัด ในลักษณะร่วมกันคิด แบ่งกันกันทำ มีคณะกรรมการแห่งชาติ และสำนักงานเลขานุการ ที่เป็นรูปธรรม มีการแยกงบประมาณ ออกมาให้เห็นชัดเจน แต่กลไกที่เกิดขึ้นใหม่ ยังอ่อนวัย มีพัฒนาการช้าเพราะประสบกับแรงเสียดทานจากการทำงานตามความเคยชิน ซึ่งยังใช้ระบบรวมศูนย์และเปลี่ยนบุคคลบ่อย

เมื่อความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่าง ๆ ในรูปพหุภาคี ได้ดำเนินมา และ พัฒนามากขึ้น จุดอ่อน และ ปัญหาในการทำงาน ระดับปฏิบัติการ ก็ได้รับการเปิดเผยมากขึ้นไปพร้อมกันด้วย โดยภาพรวมแล้ว กิจกรรมการแก้ไขปัญหาเอดส์ ในช่วงสองสามปีที่ผ่านมา ได้รับความใส่ใจน้อยลง จากสังคม และรัฐ ซึ่งอาจเป็นเพราะประเทศไทยได้รับการยกย่องจากองค์การระหว่างประเทศ ในด้าน “ความสำเร็จ” ของการควบคุมโรค ที่ลดอัตราการติดเชื้อในกลุ่มชายไทย ที่รับบริการเกณฑท์ทหารลงได้มาก ก่อให้เกิดความรู้สึกภูมิใจ จึงมีการวางมือกันบางส่วน ประกอบกับประเทศไทยกำลังประสบปัญหาวิกฤติเศรษฐกิจ เกิดปรากฏการณ์ถดถอยทางความร่วมมือ ในลักษณะเน้น “งานหลัก” ของตนเองก่อน และจัดลำดับความสำคัญของงานด้านเอดส์ เป็น “งานรอง” หรือ “งานฝาก” เมื่อต้องจัดสรรทรัพยากร ก็ได้รับความใส่ใจน้อยกว่า

ผลกระทบที่สำคัญประการหนึ่ง อันสืบเนื่องมาจากการพัฒนาความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐ คือ ได้มีการกำหนด ผู้รับผิดชอบด้านเอดส์ ในกระทรวงต่าง ๆ ขึ้นมา โดยอาจจะเป็นบุคคล หรือหน่วยงานย่อย ระดับกอง การทำงานโดยทั่วไปสะดวก ราบรื่นขึ้นเฉพาะในหน่วยงานซึ่งเจ้ากระทรวงให้ความสำคัญกับงานเอดส์ แต่ในทางตรงกันข้าม ในหน่วยงานซึ่งยังรู้สึกว่าการเอดส์เป็นงานฝาก ก็ใช้โอกาสนี้ส่งต่อภาระหน้าที่ ในลักษณะที่ว่า หากเป็นเรื่องเอดส์ ก็ส่งไปให้ผู้รับผิดชอบเหล่านั้นหมด เกิดภาวะการณที่ดูไกล ๆ เหมือนว่าทุกกระทรวงได้รับงานด้านเอดส์เข้าไปแล้ว แต่เมื่อพิจารณาอย่างถ่วงถี่ ก็พบว่า กิจกรรมยังไม่ได้ผนวกเข้าไปเป็นภาระกิจประจำของบางกระทรวง หากไม่ได้รับการปรับปรุง แก้ไข ก็จะไม่สามารถพัฒนากิจกรรมให้เป็นไปตามแผนได้อย่างมีประสิทธิภาพ อันจะส่งผลกระทบต่อคุณภาพงานตามภาระกิจของทุกกระทรวง และหากเป็นไปเช่นนั้น ในระยะยาวก็จะขัดขวางพัฒนาการสู่ความสำเร็จของการควบคุม ป้องกัน แก้ไข ปัญหาเอดส์ในประเทศไทยได้

สรุปภาพรวมจนถึงปัจจุบัน (พ.ศ. 2543) เห็นได้ชัดเจนว่า ผลสัมฤทธิ์ของการควบคุมโรคเอดส์ ในช่วงที่ผ่านมา ได้กลับเป็นปัจจัยที่สร้างวิกฤติการณ์ให้กับกลไก การป้องกัน ควบคุม แก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย โดยเฉพาะได้ก่อให้เกิดการชะงักงัน ในการจัดสรรทรัพยากรแก่กองโรคเอดส์ ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประสาน และสนับสนุนการดำเนินงานตลอดมา ทั้งในฐานะหน่วยงานย่อยในระบบราชการ และทั้งในฐานะเป็นผู้ช่วยเหลืองานการ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ คณะกรรมการบริหารงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ เป็นเลขานุการ หรือเลขานุการร่วมของอนุกรรมการทุกคณะ ทั้งนี้ หากไม่ได้รับการแก้ไขอย่างเหมาะสมแล้ว กิจกรรมการป้องกัน ควบคุม แก้ไขปัญหาเอดส์ ก็จะถดถอยสู่จุดดั้งเดิม ตั้งแต่เริ่มมีการระบาด คือ สภาพขาดความร่วมมือ ขาดการประสานงาน และขาดการกำหนดจังหวะ และทิศทางกิจกรรมให้เป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน

บทที่ 8

บทบาทของครอบครัว ชุมชน องค์กรท้องถิ่น ในการควบคุมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ปฏิกิริยาของครอบครัวและสังคม ต่อผู้ป่วยเอดส์

ในระยะแรกของการระบาด สมาชิกชุมชน รวมถึงสมาชิกครอบครัวของผู้ป่วยเอดส์ มีความเกลียดกลัว เพราะการสื่อข้อมูล เน้นว่าเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรง น่าเกลียด ผู้ติดเชื้อถูกประณามว่ามีพฤติกรรมไม่เหมาะสม ไม่ว่าจะเป็นพฤติกรรมทางเพศ หรือการใช้ยาเสพติด สมาชิกครอบครัว มีความรังเกียจ และโกรธแค้นผู้ป่วย เป็นสองเท่า เนื่องจากพวกตน ต้องถูกรังเกียจจากสังคม หรือ เพื่อนบ้าน ประกอบกับคำร่ำลือว่า โรคเอดส์ เป็นโรคระบาด ติดต่อกันได้โดยมองไม่เห็น และอาจจะเป็นการลงโทษทางศีลธรรม หรือ เป็นผลจากการทดลองของชาติตะวันตก ที่ควบคุมไม่ได้ ทำให้ภาพพจน์ที่คนทั่วไปมีต่อโรคเอดส์ ตลอดถึงผู้ป่วย เป็นภาพลบโดยสิ้นเชิง

ต่อมา เมื่อประชาชนเห็นผู้ป่วยมากขึ้น ใกล้เคียงปัญหา มองเห็นว่าผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ไม่ได้เป็นคนเลว ทรมานทั้งหมด ครอบครัว ชุมชนก็เริ่มยอมรับ ปัจจัยที่อาจมีผลต่อพัฒนาการความคิดดังกล่าว มีลักษณะเฉพาะที่เกี่ยวข้องกับสังคม และวัฒนธรรม ได้แก่ ความเชื่อเรื่องเคราะห์กรรม ความเห็นอกเห็นใจ ที่เป็นแรงผลักดันให้สมาชิกชุมชน ยอมรับผู้ป่วยเอดส์ ได้มากขึ้น นอกจากนี้ จำนวนผู้ติดเชื้อในหมู่บ้าน หรือชุมชน กับการเรียนรู้เรื่องโรคเอดส์ ทั้งจากที่ประสบพบเห็น และจากองค์กรภายนอก ที่ร่วมดำเนินงานในพื้นที่ ก็ทำให้ชุมชน ให้การยอมรับผู้ป่วยเอดส์ จนกระทั่งมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือ และพัฒนาไปสู่การป้องกันปัญหาด้วย

การศึกษาเรื่องบทบาทของครอบครัว ชุมชน ในการช่วยเหลือผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย มีไม่มากนัก ส่วนใหญ่เป็นการศึกษาในภาคเหนือที่มีการระบาด และปัญหาผู้ป่วยสูงกว่าภาคอื่น นอกจากนั้น ก็เป็นการศึกษาในภาคกลางและภาคใต้ ผลการศึกษาสรุปได้คล้าย ๆ กัน คือ ชุมชน และครอบครัวมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษาอาการป่วย และช่วยเหลือทางจิตใจ โดยเฉพาะทางภาคเหนือ ที่ครอบครัวสามารถให้การดูแลผู้ป่วยได้ดี เพราะมีค่านิยมทางสังคม และวัฒนธรรม ที่ปลูกฝังให้มีความรัก ความผูกพัน โดยผู้มีบทบาทหลักคือ ภรรยา และแม่ แต่ครอบครัวก็ไม่ได้มีความพร้อมทางด้านทักษะและวิทยาการ ส่วนใหญ่มีปัญหา ติดขัดทุนทรัพย์ และต้องการความช่วยเหลือจากหน่วยงานของรัฐ หรือ จากชุมชน

ทางด้านบุคลากรของรัฐ พบว่า ส่วนหนึ่งไม่มีความมั่นใจในความรู้ของตน บางส่วนจำใจช่วยเหลือ เพราะรู้สึกว่าการดูแลผู้ป่วยเอดส์หาปัญหาใส่ตน การศึกษาที่ผ่านมา ยืนยันว่า บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรม มีทัศนคติ และความรู้ ดีกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการอบรม และมีบทบาทช่วยเหลือ ชุมชน และครอบครัวได้มากกว่า

บทบาทของครอบครัว ชุมชน

จากรากฐานความรู้ ความคิด อันนำไปสู่ความเชื่อที่ว่า โรคเอดส์รักษาไม่หาย น่ากลัว ระบาดเร็ว เป็นความเลื่อมทางสังคมวัฒนธรรม ของคนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน ไม่มียารักษา ไม่มีวัคซีนป้องกัน ใช้ทรัพยากรมาก ทั้งในระดับจุลภาค และมหภาค ฯลฯ นับเป็นอุปสรรคยิ่งใหญ่อต่อการสร้างบทบาทของครอบครัว และชุมชน ในการ ควบคุม ป้องกัน แก้ไขปัญหาเอดส์ เนื่องจากสมาชิกส่วนหนึ่งของสังคม ไม่ปรารถนา จะช่วยเหลือ จึงต้องมีกระบวนการพัฒนา เพื่อสร้างบทบาทของครอบครัว และชุมชนในเรื่องนี้ เป็นลำดับ คือ

1. ให้ความรู้ แก่สมาชิกครอบครัว เพื่อความเข้าใจอันดี ในเรื่องสาเหตุของโรค ธรรมชาติ การจัดการ และวิธีการดูแลรักษาพยาบาลเบื้องต้น
2. ให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัว ทั้งทางเศรษฐกิจ สังคม รวมถึงการช่วยเหลือเรื่องการประกอบอาชีพ เพื่อลดภาระของชุมชน
3. เสริมบทบาทของบุคลากร ให้เป็นผู้นำ ในการช่วยเหลือผู้ป่วย และครอบครัว โดยการจัดหน่วย ออกเยี่ยมบ้าน จัดหน่วยออกให้ความรู้แก่ประชาชน และทำความเข้าใจกับองค์กรชุมชน ทั้งเรื่อง โรคเอดส์ ประสิทธิภาพ การดูแลรักษาที่บ้าน และเรื่องบทบาทขององค์กรชุมชน ทั้งในการแก้ปัญหา และป้องกันการแพร่ระบาด
4. เสริมบทบาทขององค์กรชุมชน ทั้ง องค์การบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์การศาสนา องค์กรการค้า และองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์เท่าที่มี ให้ความเข้าใจ เห็นใจ พร้อมจะช่วยเหลือผู้ป่วย กับครอบครัว โดยไม่มีการแบ่งแยก รังเกียจ
5. นำผลสำเร็จของชุมชน เผยแพร่ เป็นตัวอย่าง และวางกลไกที่เกื้อหนุนโดยรัฐ ให้ชุมชนทั่วไป มีศักยภาพ ที่จะเข้าใจปัญหาของตน พร้อมทั้งสามารถวางแผนทางแก้ไขได้ด้วย

เป้าหมายที่คาดหวัง

1. **ครอบครัว** ให้การดูแลรักษาอาการป่วย ที่ครอบคลุมทั้งร่างกาย และจิตใจ โดยเน้นคุณลักษณะที่มีอยู่ในสังคมไทย ที่ฝ่ายหญิง (ภรรยา มารดา พี่สาว น้องสาว) สนับสนุนทางจิตใจ ฝ่ายชาย (สามี บิดา พี่ชาย น้องชาย) สนับสนุนทางการเงิน และร่วมแบกรับภาระการเลี้ยงดู
2. **ชุมชน** สนับสนุนให้มีการรวมตัวกัน ของกลุ่มผู้ติดเชื้อ เป็นเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เพื่อให้มีการทำการแทน เรียกร้อง ต่อบรรณ ว่างระบบการจัดการ และสร้างศักยภาพผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และครอบครัว โดยเน้นการปรับทัศนคติผู้ติดเชื้อ ให้ความหวัง มีพลังในการต่อสู้ ไปจนถึงความสามารถในการช่วยเหลือผู้อื่นและช่วยเหลือสังคม
3. **สังคม** ต่อบรรณจากค่านิยมปัจจุบัน ทั้งเรื่องวัตถุนิยม มาตรฐานสิทธิเสรีภาพทางเพศที่แตกต่างระหว่างเพศชายกับหญิง ไปสู่ลักษณะสังคมที่มั่นคง ปราศจากยาเสพติด การค้าบริการทางเพศ แม้ว่าเป็นเรื่องยาก เพราะขอบเขต การกำหนดตัวแทนสังคม ทำได้ยาก และใช้เวลา เพราะเป็นการหักเหมวลมหาศาล แต่ก็จำเป็น สำหรับระยะยาว องค์กรที่มีบทบาทหันเหค่านิยมทางสังคม ในเบื้องต้น ได้แก่ สื่อมวลชน ครู อาจารย์ ผู้นำศาสนา และผู้นำทางการเมือง

บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นได้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในฐานะที่เป็นหน่วยปฏิบัติ ซึ่งจะมิตบาทมากหรือน้อย ก็ขึ้นอยู่กับความตระหนักในความสำคัญของแต่ละองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ผ่านมา ถ้ามองในแง่ปริมาณแล้ว อาจกล่าวได้ว่า การเข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ยังมีไม่เพียงพอ

สิ่งที่เป็นเงื่อนไขต่อความสำเร็จของการมีส่วนร่วม คือ การนำองค์ความรู้และแนวทางการดำเนินงาน ที่มีอยู่แล้ว ไปปฏิบัติให้เกิดผลเป็นรูปธรรม แนวทางการดำเนินงานในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในช่วงต่อจากนี้ไป ต้องปรับจุดเน้นการดำเนินงานมาที่การพัฒนาประสิทธิภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้เข้ามามีส่วนร่วมอย่างจริงจัง ด้วยเหตุผลสนับสนุนดังต่อไปนี้

1. แม้ว่าองค์ความรู้และแนวทางการดำเนินงานเรื่องเอดส์ในภาพรวม จะมีค่อนข้างสมบูรณ์แล้วก็ตาม แต่ข้อเท็จจริงของการนำไปประยุกต์ใช้ในแต่ละพื้นที่จะมีความแตกต่างกัน องค์การที่อยู่ใกล้ชิดและรู้ข้อเท็จจริงของแต่ละพื้นที่ที่ดีที่สุดขณะนี้ก็คือ องค์การปกครองส่วนท้องถิ่นแต่ละรูปแบบในพื้นที่นั้น ๆ ดังนั้น จึงควรผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเข้ามารับบทบาทการดำเนินงาน ในฐานะผู้ประสานการปฏิบัติ ของทุกหน่วยงานมากกว่าที่จะเป็นเพียงหน่วยปฏิบัติเช่นที่ผ่านมา
2. ปัญหาของการดำเนินการเรื่องเอดส์ จุดสำคัญอยู่ที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของบุคคล เพื่อมิให้มีพฤติกรรมเสี่ยง งานที่จะดำเนินการในเรื่องนี้ จุดเน้นอยู่ที่การสร้างความตระหนัก และจิตสำนึกของบุคคล ซึ่งภารกิจในด้านนี้ไม่น่าจะเป็นปัญหาในแง่ประสิทธิภาพการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หากจะมีการผลักดันให้เป็นหน่วยดำเนินการด้วยตนเอง หรือมีการสนับสนุนการทำงานให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยหน่วยงานอื่น
3. องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นโดยพื้นฐานแล้ว เป็นรูปแบบหนึ่งของการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานของประชาชนในการปกครองประเทศ ดังนั้นการผลักดันให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเป็นหน่วยหลักในระดับพื้นที่ปัญหาในการดำเนินงานเรื่องเอดส์ จึงสอดคล้องกับหลักการเงื่อนไขความสำเร็จของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชนเป็นสำคัญ

ปัญหาในขณะนี้ จึงมีอยู่ที่ว่า จะเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานเรื่องเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นอย่างไร คำตอบน่าจะอยู่ที่ การเพิ่มประสิทธิภาพในการระดมการมีส่วนร่วมของประชาชน (Mobilization of people participation) ตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์ปัญหา การกำหนดแนวทางป้องกันและแก้ไข และการเข้าร่วมดำเนินการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญห

ภารกิจสำคัญขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในงานด้านเอดส์ ก็คือ การสร้างความเข้มแข็งขององค์กรชุมชนในระดับหมู่บ้าน ตำบล เพื่อให้เข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญห โดยเมืองค์ประกอบที่สำคัญคือ

1. มีบุคคลหลากหลายที่รวมตัวกันอย่างเป็นทางการ หรือไม่เป็นการ
2. มีเป้าหมายร่วมกันและยึดโยงเกาะเกี่ยวกันด้วยประโยชน์สาธารณะและของสมาชิก
3. มีจิตสำนึกของการพึ่งตนเอง รักและเอื้ออาทรต่อกัน และมีความรักท้องถิ่น รักชุมชน
4. มีอิสระในการร่วมคิด ร่วมตัดสินใจ ร่วมทำ ร่วมรับผิดชอบ
5. มีการระดมใช้ทรัพยากรในชุมชนอย่างเต็มที่และมีประสิทธิภาพ
6. เรียนรู้ เชื่อมโยงกันเป็นเครือข่าย เป็นแนวราบ ติดต่อสื่อสารกันหลากหลายรูปแบบ
7. มีการจัดทำกิจกรรมที่เป็นสาธารณะของชุมชนอย่างต่อเนื่อง
8. มีการจัดการบริหารงานกลุ่มที่หลากหลายและเครือข่ายที่ดี
9. มีการเสริมสร้างผู้นำการเปลี่ยนแปลงที่หลากหลายของชุมชนสืบทอดกันตลอดไป

ดังนั้น งานที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องดำเนินการในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ก็คือ

ประการแรก การสร้างความรับรู้ถึงความสำคัญของปัญหาเอดส์ให้กับประชาชนในชุมชน และขยายผลความรู้เหล่านี้ มาเป็นความตระหนัก ว่าปัญหาเอดส์เป็นปัญหาระดับชุมชนมากกว่าระดับตัวบุคคล การจะทำงานในเรื่องนี้ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องอาศัยความรู้ และทักษะในเรื่องของการสร้างประชาคมระดับหมู่บ้านตำบล ซึ่งในเรื่องนี้จะต้องเริ่มต้นจาก **การวิเคราะห์ชุมชน** อันเป็นการตรวจสอบว่า ในชุมชนนั้นมีระดับของความเข้มแข็งของการพัฒนาเป็นองค์กรชุมชนอย่างไร และถ้ามีองค์กรที่เป็นตัวแทนของชุมชนที่เข้มแข็งอยู่ที่กลุ่มใดแล้วจึงมากำหนดเป็นแนวทางการดำเนินงานต่อไป ซึ่งอาจแยกได้เป็น 2 กรณี คือ

1. กรณีที่ 1 ชุมชนนั้นมีองค์กรที่เป็นตัวแทนของชุมชนที่เข้มแข็ง การดำเนินงานมักจะเริ่มต้นด้วย**หลักการขยายผล** ซึ่งประกอบด้วย 2 ขั้นตอน คือ
 - (1) การขยายผลจากกิจกรรมเดิม ที่องค์กรนั้นดำเนินการอยู่ ไปสู่กิจกรรมเรื่องเอดส์ ด้วยการให้ความรู้พื้นฐานที่เกี่ยวข้อง แล้วนำมาสู่กระบวนการของการเข้าร่วมกำหนดปัญหาของชุมชน วิธีการป้องกันและแก้ไขปัญหา จนถึงทำให้การสนับสนุนขององค์กรเพื่อเข้าร่วมในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่ได้กำหนดไว้
 - (2) การขยายผลจากระดับองค์กรไปสู่ระดับการสร้างเครือข่ายชุมชน ด้วยการนำไปสู่ตัวอย่างความสำเร็จขององค์กรในชุมชนอื่น หรือ ประชาสัมพันธ์ความสำเร็จขององค์กร เพื่อเป็นตัวอย่างให้องค์กรของชุมชนมาดูงาน
2. กรณีที่ 2 ชุมชนนั้นไม่มีองค์กรที่เป็นตัวแทนของชุมชนที่เข้มแข็ง การดำเนินงานจะเริ่มต้นด้วย**หลักการสร้างองค์กรชุมชน** ซึ่งจะเริ่มต้นด้วยการสร้างผู้นำชุมชนควบคู่ไปกับการกระตุ้นให้เกิดความตระหนักของสมาชิกชุมชน จากนั้นจึงจะเริ่มดำเนินการด้านการสร้างกระบวนการมีส่วนร่วมของชุมชน ในการดำเนินงาน พร้อมกับทำให้การสนับสนุนอย่างเป็นรูปธรรมตามความต้องการของชุมชนในการดำเนินงาน เพื่อให้เกิดการเรียนรู้จากบทเรียนที่ ชุมชนได้กำหนดขึ้น โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะคอยทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยง ให้คำแนะนำอย่างต่อเนื่อง

ประการที่สอง สิ่งที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องดำเนินการต่อไป ก็คือ การให้การสนับสนุน และการประสานการขอรับการสนับสนุนจากหน่วยงาน ในการดำเนินงานแก่ชุมชน ภารกิจด้านนี้จะเป็นเรื่องของการจัดทำและประสานแผน เพื่อให้การสนับสนุนงบประมาณและสิ่งที่ชุมชนต้องการสำหรับการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ประการสุดท้าย การติดตามและประเมินผลความสำเร็จของการสร้างและส่งเสริมให้ชุมชนเข้ามามีส่วนร่วม องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจะต้องดำเนินการในเรื่องนี้ เพื่อนำมาใช้ปรับปรุงและขยายผลการนำชุมชนเข้ามามีส่วนร่วมอย่างต่อเนื่อง

สำหรับการให้การสนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นนั้น น่าจะเริ่มต้นจากการปรับเปลี่ยนแนวคิด ปรับวิธีการทำงาน และสร้างความเห็นพ้องต้องกัน (Consensus) ระหว่างส่วนราชการว่า จะต้องมีการเปลี่ยนแนวทางการทำงานของส่วนราชการจากการเป็นผู้ดำเนินการเอง มาเป็นผู้ให้การสนับสนุนช่วย

เหลือแก่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการดำเนินงานเรื่องเอดส์ซึ่งหากเกิดขึ้นได้ สิ่งที่จะตามมาคือ การปรับระบบงบประมาณ และวิธีการทำงานของส่วนราชการ นอกจากนี้ จะต้องมีการดำเนินงานในด้านพื้นฐานที่จะสนับสนุนการทำงานขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งประกอบด้วย

1. การให้ความรู้และทักษะ รวมถึงเทคนิควิธีในการดำเนินงาน เพื่อระดมการมีส่วนร่วมของชุมชนให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น เทคนิค AIC (Appreciate Influence Control)
2. การให้ความรู้เรื่องการจัดทำแผนที่เน้นการมีส่วนร่วมของประชาชน เช่น การจัดทำแผนตามหลักการพื้นที่-พันธกิจ (Area-Functional-Participation, AFP) ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

1. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคันสนีย์ เรืองสอน **องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์** โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข สวัสดิการสังคม คณะสังคมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพิมพ์รุ่งแสง พ.ศ. 2541
2. ประมวล รุจนเสรี และคณะ **บทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์** เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7 เมษายน 2542

บทที่ 9

ข้อเสนอด้านนโยบายและยุทธศาสตร์สำคัญในการจัดการปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

นโยบายของรัฐเป็นหลักสำคัญ ในการป้องกัน ควบคุม แก้ไขปัญหาเอดส์ ของประเทศไทย หน่วยงาน ภาคเอกชน องค์กรชุมชน หรือ องค์กรศาสนา ต่างได้รับผลกระทบจากนโยบายรัฐทั้งสิ้น สัมฤทธิ์ผลในช่วงที่ผ่านมา นับเป็นผลรวมจากความร่วมมือ ระหว่างภาคีต่าง ๆ ภาระหน้าที่ในช่วงต่อไปคือ การผดุงสัมฤทธิ์ผลเหล่านั้นไว้ และสร้างความสำเร็จในขั้นตอนต่อไปของการควบคุมป้องกัน แก้ไขปัญหาเอดส์

รัฐมีหน้าที่สนับสนุน และดำเนินการทุกสิ่งทุกอย่างที่จำเป็น และไม่มีผู้ใดทำ เพื่อให้เกิดผลในการป้องกัน และ แก้ไขปัญหาสำหรับประชาชน และผู้ด้อยโอกาส ซึ่งอาจแยกแยะออกได้เป็นประเด็นสำคัญดังนี้

1. ให้ข้อมูลสำคัญ ตรงความจริง และทันสมัย แก่ประชาชน
2. ทำให้ประชาชน ลด เลิก พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ หรือพฤติกรรมอื่นที่นำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทั้งด้านเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน การใช้ยาเสพติด และอื่น ๆ
3. สร้างความเท่าเทียมกันในสังคม

ยุทธศาสตร์สำหรับเป้าหมายสามประการดังกล่าว ประกอบด้วย

1. การสร้างกลไก เพื่อติดตามสถานการณ์ และความก้าวหน้าทางวิทยาการ และสร้างกลไก เพื่อกระจายข้อมูลความรู้เหล่านั้น เพื่อความเข้าใจ และทัศนคติที่ดี
2. การสร้างกลไกเพื่อให้พฤติกรรมปลอดภัย มีค่าใช้จ่ายหรือราคา (ต่อประชาชน และต่อสังคม) ต่ำ
3. การสร้างกลไกเพื่อให้ประชาชนรู้สิทธิ และหน้าที่ และร่วมมือกันพิทักษ์สิทธิของตนและคนรอบข้าง อันเป็นการสร้างแรงกดดันให้ผู้มีหน้าที่ ปฏิบัติหน้าที่ของตนอย่างถูกต้อง

การสร้างกลไกเพื่อให้พฤติกรรมเสี่ยง มีค่าใช้จ่ายหรือราคา สูงกว่าพฤติกรรมปลอดภัยนั้น อาจจะได้ผลในระยะต้น แต่ในระยะยาว ผู้ต้องการมีพฤติกรรมเสี่ยงก็จะหาวิธีการนอกระบบ เป็นการสร้างแรงกดดันให้เสี่ยงระเบียบกฎหมาย ได้ ตัวอย่างเช่น การขึ้นภาษีสุรา บุหรี่ ทำให้ของหนีภาษีมากขึ้น การคิดค่าประกันเพิ่ม กรณีเกิดอุบัติเหตุ ทำให้ผู้เอาประกันไม่แฉ่งเหตุ เป็นต้น

การสร้างกลไกเพื่อติดตามสถานการณ์ วิทยาการ และกระจายความรู้

เนื่องจากเอดส์เป็นโรคที่สืบเนื่องจากพฤติกรรม ไม่ว่าจะพฤติกรรมเสี่ยง ได้แก่ ทางเพศสัมพันธ์ ใช้ยาเสพติด หรือการขาดพฤติกรรมปลอดภัย เช่น ไม่รับประทานยาป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก การป้องกัน จึงอาศัยความร่วมมือของประชาชนเป็นหลัก ซึ่งความร่วมมือนี้ จะมีได้ก็ต่อเมื่อประชาชนรู้ เข้าใจ และตระหนักถึงผลเสียอันจะเกิดขึ้น กรณีพาตนเองไปเสี่ยง และผลดีที่จะเกิดขึ้น กรณีพาตนพ้นความเสี่ยง ทั้งหมดนั้นเป็นภาระหน้าที่ของรัฐ ที่จะต้องเกื้อหนุนให้ความรู้ อย่างถูกต้อง ทันต่อเหตุการณ์

วิทยาการเรื่องโรคเอดส์ เปลี่ยนแปลงอยู่เสมอ เพราะเป็นโรคใหม่ ความรู้ที่ถูกต้อง จึงค่อย ๆ เปลี่ยนไปตามวิทยาการ นอกจากนี้ ผลการควบคุม ป้องกัน แก้ไข ปัญหาเอดส์ ยังทำให้สถานการณ์เปลี่ยนแปลงไป เช่น การให้ความรู้ประชาชน เรื่องเพียวยิงโสเภณีทำให้ติดเอดส์ ก็ได้ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่ง ใช้บริการทางเพศแบบแอบแฝงแทน หรือมีเพศสัมพันธ์แบบรักสนุก เป็นต้น

เป็นหน้าที่ของรัฐที่ต้องสร้างกลไก ติดตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปนี้ และแจ้งต่อประชาชน ให้เข้าใจว่า การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน (ไม่ใช่ถุงยางอนามัย) เสี่ยงต่อการติดเอดส์ โดยเฉพาะเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่เรา ไม่ทราบว่าติดเชื้อหรือไม่ และชี้แนะแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสม ที่สำคัญยิ่งกว่าคือ เมื่อประชาชนเลือกที่จะ ปฏิบัติในทางที่เหมาะสมแล้ว จะต้องสามารถทำได้โดยสะดวก ไม่มีอุปสรรค และสามารถคงพฤติกรรมที่ดีนั้น ได้ในระยะยาว ตัวอย่างเปรียบเทียบ ในกรณีทั่วไปเช่น การจัดหาถังขยะสาธารณะให้เพียงพอกับความต้องการ พร้อมกับบรรจุให้ประชาชนทิ้งขยะลงถัง เป็นต้น สำหรับกรณีการควบคุม ป้องกัน แก้ไขปัญหาเอดส์นั้น รัฐต้อง ดำเนินการติดตาม สรุป และสังเคราะห์ เนื้อหาข้อมูลที่เหมาะสม นำเสนอต่อประชาชนอย่างสม่ำเสมอ และต้อง จำแนก กำหนดเนื้อหาข้อมูลเฉพาะกลุ่มประชากร ที่มีลักษณะ พฤติกรรมต่าง ๆ กันด้วย เนื่องจากความสนใจ การรับรู้ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชากรแต่ละกลุ่ม ไม่เหมือนกัน

การสร้างกลไกเพื่อลดราคาพฤติกรรมปลอดภัย

มาตรการที่สำคัญ ที่จะช่วยให้ใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดนี้ได้อย่างมีประสิทธิภาพ คือ การจัดลำดับ ความสำคัญของกิจกรรม โดยอาจจำแนกง่าย ๆ ด้วยการชักกลุ่มเป้าหมาย กับทรัพยากรที่ต้องใช้ และมุ่งเน้นให้ ประชากรเป้าหมาย สามารถมีพฤติกรรมปลอดภัยได้โดยสะดวก โดยจัดลำดับ ให้ความสำคัญกับเป้าหมายที่ใช้ ทรัพยากรน้อย แต่ได้ผลเท่ากันหรือมากกว่า เช่น เด็กนักเรียน หรือข้าราชการ ง่ายกว่า กลุ่มผู้สูงอายุ หรือ ผู้รักษา การติดยาเสพติด ทหาร ตำรวจ นักโทษ เป็นต้น ส่วนกลุ่มที่เข้าถึงยาก เช่น หญิงอาชีพพิเศษนอกสำนักงาน หรือผู้ติดยาเสพติดที่ไม่สมัครใจรักษา น่าจะจัดไว้ทีหลัง

มาตรการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย

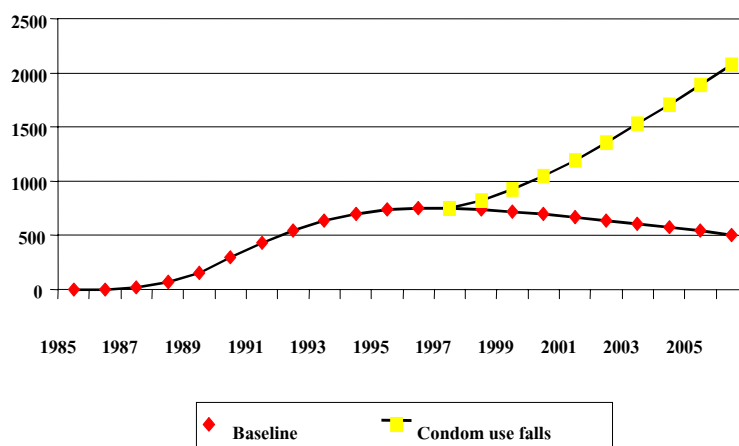
“ราคา” ของการใช้ถุงยางอนามัย ที่ปรากฏต่อประชาชนนั้น มองได้สองมุมคือ ราคาจริง (สัมบูรณ์) อัน หมายถึงจำนวนเงินที่ผู้ใช้ต้องจ่ายไป เพื่อให้ได้มาซึ่งถุงยางอนามัย และราคาแฝง (สัมพัทธ์) อันเป็นการแลกเปลี่ยนกับบางอย่าง เช่นความพึงพอใจ หรือภาพพจน์ สำหรับประเทศไทยนั้น ราคาแฝงนี้ ไม่เท่ากันในประชากรกลุ่มต่าง ๆ และน่าสนใจว่า ผู้มีการศึกษาสูง ฐานะดี สามารถซื้อหาถุงยางอนามัยใช้ได้ แต่หลีกเลี่ยงการใช้ เพราะไม่สามารถรับราคาแฝงในสังคมของตนเองได้

สำหรับประชาชนที่มีฐานะปานกลาง ถึงหาเช้ากินค่ำ รวมถึงผู้ค้าบริการทางเพศ ราคาจริงของถุงยาง อนามัย มีส่วนในการตัดสินใจใช้ และคงพฤติกรรมนี้ไว้ จึงไม่แปลกที่โครงการถุงยางอนามัย 100% ระยะต้นที่จัด หาถุงยางอนามัยโดยไม่คิดมูลค่าให้ประชาชนจึงประสบผลสำเร็จอย่างงดงาม แต่ไม่สามารถล่องไปถึงกลุ่ม ฐานะดีให้ไ้ระดับความสำเร็จแบบเดียวกัน โครงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในระยะต่อไป จึงต้อง**เพิ่ม มาตรการเพื่อลดราคาแฝง โดยคงมาตรการลดราคาจริงไว้** กล่าวคือ ยังมีการแจกจ่ายถุงยางอนามัยโดยไม่ คิดมูลค่าอยู่ ผ่านทางหน่วยงานที่ให้บริการทางการแพทย์การสาธารณสุข รวมถึงหน่วยบำบัดกามโรค วางแผน ครอบคลุม แรงงานสัมพันธ์ ประกันสังคม กองทัพ

มาตรการที่ได้ดำเนินการมาบ้างแล้ว ในรูปแบบ Social marketing ยังไม่สมบูรณ์ และไม่ส่งผลเพียงพอ ให้ราคาแฝงในสังคมไทยลดลงได้ มาตรการเพิ่มเติมที่ต้องเร่งดำเนินการคือ การสร้างค่านิยมว่า ถุงยางอนามัย เป็นอุปกรณ์สุขภาพด้วย ไม่ใช่เพียงเพื่อป้องกันโรค แม้ว่าจะลำบาก เพราะมาตรการที่ผ่านมา ได้เชื่อมโยง ถุงยางอนามัย กับกามโรคและเอดส์อย่างแนบแน่น ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงหลายคน ไม่คิดว่าตนและคู่่นอนจะเสี่ยง และคิดว่า เอดส์ยังอยู่ห่างไกล จึงเชื่อว่าตนไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย ทั้งที่ทราบเรื่องเอดส์อย่างดี

รูปที่ 9.1 แสดงเหตุการณ์สมมติ เมื่อโครงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในปี พ.ศ. 2541 ถดถอยสู่สภาพเดิม อันอาจทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างทันทีทันใด และทำให้การระบาดลูกกลมใหม่อย่างรวดเร็ว อาจกล่าวได้ว่า ในบรรดามาตรการป้องกันการติดเชื้อที่ทำอยู่ในขณะนี้ โครงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย มีความสำคัญ และก่อให้เกิดผลในทางป้องกันสูงที่สุด ซึ่งหมายความว่า ก็เป็นมาตรการที่มีความล่อแหลม หากอ่อนแอ หรือล้มเหลว ก็จะทำให้การระบาดกลับมาอีกอย่างทันทีทันใด

รูปที่ 9.1 ประมาณการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อ (Prevalent HIV) และสมมติเหตุการณ์ว่าการใช้ถุงยางอนามัย ลดลงเหลือร้อยละ 50 ในปี พ.ศ. 2541



มาตรการลดการร่วมเข็ม ร่วมยาเสพติด

ในกรณีการติดเชื้อทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่นเดียวกันสำหรับผู้ฉีดยาเสพติดชนิดฉีด การร่วมเข็ม ร่วมกระบอกฉีด หรือร่วมยา (Sharing needles, etc.) เป็นพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ความแตกต่างอยู่ตรงที่ การมีเพศสัมพันธ์ มีผู้ยอมรับว่าเป็นพฤติกรรมปกติ มากกว่าการฉีดยาเสพติด อย่างไรก็ตาม การสร้างมาตรการเพื่อลดการติดเชื้อจากการฉีดยาเสพติดให้ได้ผลทันทีทันใด โดยใช้ทรัพยากรจำกัด จะต้องเน้นป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงก่อน และใช้แนวคิดแบบเดียวกัน คือ ลด “ราคา” พฤติกรรมปลอดภัย ซึ่งก็มีทั้งราคาตรง และราคาแฝง

ค่าใช้จ่ายในการหาเข็ม และกระบอกฉีดใหม่ เป็นภาระส่วนหนึ่งสำหรับผู้ฉีดยาเสพติด แต่ยิ่งกว่านั้น มาตรการเพื่อสนับสนุนเข็ม และกระบอกฉีด มีความซับซ้อน ล่อแหลมต่อแง่มุมกฎหมาย (ซึ่งก็ไม่แตกต่างไปจากการสนับสนุนถุงยางอนามัย ที่บางส่วนของสังคม เห็นว่าเป็นเรื่องล่อแหลมต่อศีลธรรม) อันเป็นประเด็นสำคัญ ที่ทำให้ราคาแฝงของพฤติกรรมฉีดยาเสพติดที่ปลอดภัยสูงขึ้น มาตรการสำคัญที่จะช่วยสนับสนุนพฤติกรรมฉีดยาเสพติดอย่างปลอดภัย ต้องอาศัยผู้รักษากฎหมายที่ใจอ่อนกว่านี้ ให้จำหน่ายเข็มและกระบอกฉีดได้ตามร้านขายยาทั่วไป เหมือนถุงยางอนามัย คือไม่ติดตามจับกุมผู้ซื้อ และยอมให้มีการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีด ยา (Needle exchange) หรืออย่างน้อย ก็ต้องยอมให้มีการจัดสรรน้ำยา/ผงฆ่าเชื้อ (Bleach) อย่างเสรี

และเพื่อลดผลแทรกซ้อน ในแง่ที่ว่าจะเป็นการกระตุ้นให้มีผู้ฉีดยาเสพติดเพิ่มขึ้น มาตรการรองรับทางสังคม จิตวิทยา และบริการบำบัดการติดยาเสพติด จะต้องพร้อม และเข้าถึงได้โดยง่าย นอกจากนั้น เพื่อลดการ

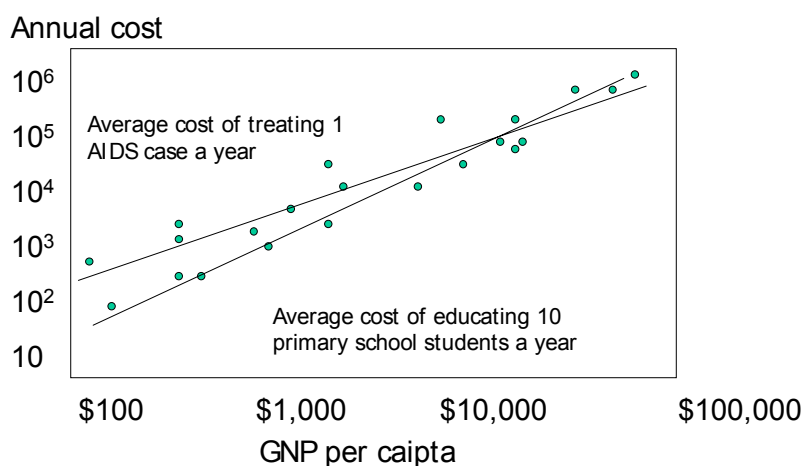
แพร่เชื้อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มผู้ติดเชื้อยาเสพติดและคู่นอน น่าจะมีการสนับสนุนถุงยางอนามัย ให้ผู้ติดเชื้อยาเสพติด และครอบครัวไปพร้อมกันด้วย

การสร้างกลไกเพื่อให้ประชาชนรู้สิทธิและหน้าที่

การควบคุม ป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย ต้องได้รับความร่วมมือจากองค์กรชุมชน องค์กรเอกชน ภาคการค้า การศาสนา และการเมืองไปพร้อม ๆ กัน การสร้างกลไกเพื่อให้ประชาชนรู้สิทธิ และหน้าที่ เป็นหัวใจสำคัญที่จะก่อให้เกิดความร่วมมือ อุปสรรคสำคัญในปัจจุบันคือ รัฐบาลเอง ยังไม่รู้สิทธิและหน้าที่ของตน จึงเป็นการยากที่จะกระตุ้นให้ประชาชนรู้ได้

การตัดสินใจเรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องง่าย รูปที่ 9.2 เปรียบเทียบค่าใช้จ่ายต่อปีในการรักษาเอดส์ 1 คน กับค่าใช้จ่ายต่อปี เพื่อให้การศึกษาเด็กประถม 10 คน ในประเทศต่าง ๆ ทั้งสองอย่างแปรผันตรงกับผลิตภัณฑ์ประชาชาติ (GNP) และมีค่าใกล้เคียงกัน หากรัฐบาลที่บริหารทรัพยากรจำกัด ตัดสินใจให้การรักษาเอดส์ ก็หมายความว่า ประเทศชาติต้องลดทรัพยากร สำหรับลงทุนให้การศึกษาแก่เยาวชน อันจะมีผลกระทบต่อสังคมในระยะยาว

รูปที่ 9.2 ค่าใช้จ่ายในการรักษาเอดส์ เทียบกับค่าใช้จ่ายสำหรับนักเรียนประถม ของประเทศต่าง ๆ



Confronting AIDS, World Bank 1999, p.39

สำหรับประเทศไทย ได้มีการทบทวนโครงการสนับสนุนยาต้านไวรัสฯ เมื่อปี พ.ศ. 2537 ปรากฏว่า รัฐบาล ไม่สามารถรองรับภาระการรักษาผู้ป่วยทุกคนได้ แม้ว่าจะเป็นการรักษาเฉพาะอาการป่วยที่เกิดจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเท่านั้น ภาวะตัดสินใจลำบากเช่นนี้ ปรากฏในชุมชน และครัวเรือนด้วย ครอบครัวที่มีฐานะทางสังคม เศรษฐกิจขัดสน และมีสมาชิกครอบครัวเป็นเอดส์ ก็จะต้องลดทรัพยากรที่เก็บออม เพื่อการรักษาพยาบาล ประชาชนเพียงไม่กี่ร้อยละ 5 เท่านั้น ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีพอที่จะซื้อหายาด้านไวรัสฯ ด้วยตนเองได้ นอกจากนั้นเอดส์ยังส่งผลกระทบต่อครัวเรือนอย่างรุนแรง ทำให้เด็กในครอบครัวเหล่านั้น ขาดโอกาสการศึกษา และยังคงกลายเป็นเด็กกำพร้า เสี่ยงต่อการเข้าสู่ภาวะด้อยโอกาสด้วย

มาตรการที่จำเป็นสำหรับประเทศไทย

กิจกรรมจำเป็นพื้นฐานที่จะช่วยลดปัญหาโรคเอดส์ คือ การป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ ซึ่งได้ทำกันตลอดมา โดยเน้นการสร้างศักยภาพ คน ครอบครัว ชุมชน ตามยุทธศาสตร์ ของแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์ พ.ศ. 2540-2544 จนประสบผลระดับหนึ่ง เชื่อว่าหากการติดเชื้อรายใหม่ลดลง ปัญหาในอนาคต ด้านภาวะการรักษาพยาบาล ก็จะค่อยลดลงตามลำดับ กิจกรรมเหล่านี้ มีอัตราส่วนผลได้ ต่อ ต้นทุน ต่ำที่สุด แต่ต้องใช้ระยะเวลานานกว่าจะเห็นผล

กิจกรรมถัดมา ซึ่งสำคัญไม่ยิ่งหย่อนกว่ากัน คือ การส่งเสริมสุขภาพ ผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ ให้สามารถรักษาสุขภาพตนเองได้ จนสามารถชะลอการป่วยออกไปให้นานที่สุด โดยใช้ความรู้ วัสดุ ทรัพยากร ที่มีอยู่ในประเทศไทย และในท้องถิ่น ทั้งทางด้านโภชนาการ การออกกำลังกาย การฝึกจิตใจ/ทำสมาธิ และการใช้สมุนไพร ตลอดจนการดูแลรักษาตามแบบแพทย์พื้นบ้าน กิจกรรมเหล่านี้ มีอัตราส่วน ผลได้ ต่อ ต้นทุน ปานกลาง แต่ให้ผลได้เร็วกว่า

กิจกรรมที่ให้ผลเร็วที่สุด คือ การรักษาพยาบาล ผู้ติดเชื้อที่เริ่มป่วย ซึ่งเป็นกิจกรรมที่มีอัตราส่วน ผลได้ ต่อ ต้นทุน ต่ำที่สุด แต่มีความจำเป็น เพราะสามารถบรรเทาปัญหาเฉพาะหน้า ที่ทุกฝ่ายเผชิญอยู่ได้ จุดอ่อนของกิจกรรมกลุ่มนี้ นอกจากเรื่องผลได้ ต่อ ต้นทุน ต่ำแล้ว ยังเป็นเรื่องการพึ่งพาวิทยาการต่างประเทศ และเป็นช่องทางที่ทำให้เงินตราไหลออกนอกประเทศเป็นจำนวนมาก นอกจากนั้น ยังเปิดโอกาสให้ประเทศเจ้าของวิทยาการ เอาเปรียบทางการค้า ทั้งทางตรงและทางอ้อม ต่อประเทศไทยด้วย

ด้วยทรัพยากรประเทศที่จำกัด ทั้งงบประมาณ การจัดการ และกำลังคน ประกอบกับภาวะเศรษฐกิจถดถอย และสภาพความไม่พร้อมของระบบราชการ ในการแก้ปัญหาที่ต้องใช้ความร่วมมือแบบพหุภาคี ประเทศไทยกำลังเผชิญวิกฤติการณ์ใหญ่ในการแก้ไขปัญหาดเอดส์ สัมฤทธิ์ผลในช่วงสิบปีที่ผ่านมา ได้ป้องกันคนไทยไม่ให้ติดเชื้อนับล้านคน ไม่ได้เป็นเครื่องประกันว่า จะมีผลเท่าเดิมในอนาคตต่อไป กิจกรรมเฉพาะหน้าที่ต้องดำเนินการทันทีคือ การทำความเข้าใจกับภาวะการระบาด ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โอกาสการควบคุมป้องกัน และพัฒนาโครงการให้สามารถแก้ไขปัญหาดต่าง ๆ เหล่านั้นได้ โดยมีองค์ประกอบการติดตามประเมินผลที่เชื่อถือได้

(1) ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อ

หน่วยงานรัฐ ต้องเป็นแกนกลางในการลดการติดเชื้อทุกรูปแบบ มาตรการที่จะให้ผลสูงที่สุดในเวลานี้ คือ การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ทั้งในแวดวงการค้าบริการทางเพศ (ถุงยางอนามัย 100%) และเพศสัมพันธ์นอกสมรส โดยไม่ลืมการสร้างความตระหนัก และส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในสมรสด้วย สำหรับกลุ่มหลังนี้ ตัวเลขอัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่เพิ่มขึ้น อาจจะไม่สำคัญเท่าการใช้เมื่อจำเป็น เช่น ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีกามโรค หรือได้มีเพศสัมพันธ์นอกสมรสในช่วงที่ผ่านมา และยังไม่ได้ตรวจเลือด หนทางที่จะให้ได้ผลเต็มที่ ต้องอาศัยความรู้ ความเข้าใจของประชาชน จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างทักษะ ศักยภาพ หญิง ชาย วัยเจริญพันธุ์ ให้ตระหนักเรื่องนี้ตลอดเวลา และขยายระบบ การสนับสนุนถุงยางอนามัย พร้อม ๆ กับขยายระบบการค้า ให้ประชาชนสามารถซื้อหาถุงยางอนามัยได้โดยไม่ตะขิดตะขวงใจ เช่น ร้านสะดวกซื้อทั่วไป ร้านค้าตามปั้มน้ำมัน หรือแม้กระทั่งการใช้เครื่องขายอัตโนมัติ ทั้งนี้ ต้องวางมาตรการควบคุมคุณภาพหลังการวางตลาดให้รัดกุมด้วย

การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ขายเสฟติดชนิดฉีด ต้องอาศัยความร่วมมือของผู้รักษากฎหมาย หน่วยงานของรัฐทั้งกระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการป้องกันปราบปรามยาเสพติดแห่งชาติ และองค์กรท้องถิ่น ทั้งกรุงเทพมหานคร เทศบาล สุขาภิบาล องค์การบริหารส่วนตำบล ควรหันมาของผู้ติดยาเสพติดว่าเป็นผู้ป่วย ไม่ใช่อาชญากร (อาชญากรที่แท้จริงคือผู้ขาย และผู้อำนวยความสะดวกต่อผู้ขาย) ต้องได้รับการ

บำบัดรักษา ทั้งทางกาย จิตใจ และสังคม อันจะลดความต้องการใช้ยา (Demand) ลง ซึ่งก็จะทำให้การค้ายาเสพติด (Supply) ลดลงไปด้วย ที่ต้องเข้าใจให้ชัดเจนคือ การใช้มาตรการทางกฎหมายอย่างเดียว มีแต่จะทำให้ยาเสพติดแพงขึ้น และผู้ขายยาแบบฉืด ก็จะเปลี่ยนพฤติกรรมไปขายยาอื่น ๆ หรือหลบเข้ามูมมิด ปฏิเสธความร่วมมือเพื่อบำบัดรักษา หรือ ทำประโยชน์อื่นต่อสังคม

ยาเสพติดชนิดรับประทาน สูดดม รวมถึงสุรา บุหรี่ เป็นพฤติกรรมเสี่ยงทางอ้อมในสังคมไทย ซึ่งต้องหาทางแก้ไขโดยด่วน ผลประโยชน์ที่รัฐบาล หรือผู้เกี่ยวข้องได้รับ ไม่น่าจะคุ้มกับความสูญเสียที่เกิดขึ้นกับประชาชนในชาติ การขึ้นภาษีอากรในระบบ ก็จะทำให้ผลิตภัณฑ์เถื่อนมีมากขึ้น แนวคิดเดิมที่ให้รัฐบาลเป็นผู้จัดการเรื่องนี้ ก็เพื่อให้สามารถควบคุมได้ ไม่ใช่ให้เป็นแหล่งรายรับ จึงจำต้องมีการทำความเข้าใจเรื่องนี้เป็นลำดับแรก และใช้กลไกที่มีอยู่ ควบคุมการบริโภคสิ่งเสพติดเหล่านี้ ให้อยู่ในระดับที่เหมาะสม และค่อย ๆ ทำให้ลดลงต่อไป

(2) ปรับปรุงค่านิยมในสังคม

เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อในระยะยาว จำเป็นต้องมีการปรับปรุงค่านิยมในสังคมไทย ให้ประชาชนภาคภูมิใจ และมีพฤติกรรมปลอดภัย โดยไม่ต้องใช้มาตรการทางกฎหมาย พฤติกรรมปลอดภัย เริ่มตั้งแต่การอดกลั้นทางเพศ ไปจนถึงความซื่อสัตย์ต่อคู่ครอง ซึ่งก็เป็นวัฒนธรรมไทย และเอเซียมานานแล้ว รัฐมีหน้าที่สนับสนุน ประดับประดาองค์ให้การสร้างค่านิยมเหล่านี้ เป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และไม่ไขว่ไขว่ไปสู่พฤติกรรมทำลายสุขภาพอื่น ๆ อีก สำหรับกลุ่มวัยรุ่น ซึ่งพร้อมจะรับ และปฏิเสธกิจกรรมต่าง ๆ ตามกระแสค่านิยม การสร้างทางเลือก งานอดิเรก กิจกรรมนอกการศึกษา เช่น ดนตรี กีฬา การทำประโยชน์แก่สังคม จะช่วยให้วัยรุ่นสามารถใช้พลังกำลังเหลือเฟือที่มีอยู่ช่วยเหลือประเทศได้ และยังเป็นการปูพื้นฐานชีวิต เพื่อสร้างครอบครัวที่เข้มแข็ง อบอุ่น มีภูมิคุ้มกันต่อค่านิยม พฤติกรรมเสื่อมสุขภาพสำหรับคนรุ่นถัดไปด้วย

การเสริมสร้างบทบาทและฐานะสตรี ก่อให้เกิดผลสองต่อ โดยเฉพาะสตรีที่มีบทบาทแม่ ซึ่งจะส่งต่อความรู้ สร้างทักษะความคิด ทักษะคติ และสร้างพฤติกรรมสุขภาพแก่ลูกด้วย สตรีที่สามารถต่อรอง จะมีโอกาสติดต่อเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อยกว่า และยังสามารถกำหนดพฤติกรรมสุขภาพได้ดีกว่าด้วย ในสังคมไทย แม้ว่าจะมีการให้เกียรติ และยอมรับสถานะสตรีมากขึ้นแล้วก็ตาม แต่ก็ยังมีความจำเป็นที่จะต้องปรับปรุงกฎหมาย ระเบียบข้อบังคับ เพื่อให้สตรีมีโอกาสแสดงความสามารถเพิ่มขึ้น ซึ่งจะก่อประโยชน์ต่อสังคม และเพิ่มการยอมรับบทบาทสตรีมากขึ้นด้วย

(3) ลดความยากจน เสริมสร้างบริการพื้นฐานทางสังคมเศรษฐกิจ

ในระยะแรกของการระบาด ในบางสังคม ผู้ที่มีฐานะทางสังคมเศรษฐกิจดี ได้พาตัวไปติดเชื้อเอชไอวี ก่อน ผู้ที่มีฐานะด้อยกว่า ทั้งนี้เพราะการระบาดเกิดขึ้นอย่างรวดเร็ว กิจกรรมการป้องกัน ทั้งการให้ความรู้ และการเสริมสร้างศักยภาพประชาชน ยังไม่ดีเท่าที่ควร แต่เมื่อการระบาดเกิดขึ้นทั่วไป และประชาชนทราบเรื่องเอดส์แล้ว จึงพบว่าภาวะด้อยโอกาสทางสังคม และเศรษฐกิจ เป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประชาชนส่วนหนึ่ง ไม่สามารถหลีกเลี่ยงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้ ในแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว พ.ศ. 2540-2544 ได้กำหนดยุทธศาสตร์หนึ่ง เพื่อปรับปรุงบริการพื้นฐานทางสังคมและเศรษฐกิจไว้ และแจกแจงมาตรการกิจกรรม จนถึงเป้าหมายแล้ว จึงจะไม่กล่าวรายละเอียดในที่นี้ เพียงแต่จะเน้นว่า มาตรการด้านนี้ นอกจากจะช่วยเหลือประชาชนส่วนหนึ่งไม่ให้ติดเชื้อแล้ว ยังเป็นการสร้างพื้นฐานทางสังคม ลดช่องว่าง ทำให้เกิดความเท่าเทียมกันมากขึ้น อันจะทำให้ประชาชนสามารถดูแลรักษาสุขภาพของตน หลีกเลี่ยงภาวะปัญหาอื่น ๆ ได้อย่างดีด้วย

(4) ร่วมกันแบกรับภาระการดูแลรักษา และการบริหารระยะสุดท้าย

การแบ่งเบาภาระ เป็นทางออกสำหรับการแก้ไขปัญหาเฉพาะหน้าที่เป็นไปได้ในขณะนี้ ควรมีการจัดสรรทรัพยากรจากทั้งภาครัฐ เอกชน และองค์กรระหว่างประเทศ ในการดูแลรักษา โดยจัดลำดับความสำคัญ และไม่ยึดติดวิทยาการตะวันตกที่หวังผลกำไรเป็นหลักเท่านั้น พร้อม ๆ กัน ก็ไม่ควรไขว่คว้า คิดว่า การดูแลแบบพื้นบ้าน หรือการใช้สมุนไพร จะมีค่าใช้จ่ายต่ำกว่าเสมอไป กรอบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ จำต้องครอบคลุมทั้งวิทยาการตะวันตก การแพทย์พื้นบ้าน และใช้วิชาการในท้องถิ่น จัดสรร กำหนดบทบาทของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย ครอบครัว องค์กรชุมชน และผู้ให้บริการรักษาพยาบาล ให้ร่วมมือกันอย่างดี

(5) ร่วมกันติดตามสถานการณ์การระบาด

ประเทศไทย ได้ดำเนินการป้องกัน ควบคุม แก้ไข ปัญหาเอดส์ จนได้ผลเป็นที่น่าพอใจ แต่สถานการณ์การระบาด พฤติกรรมประชาชน และปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ ก็ยังมีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา จำเป็นต้องติดตามสถานการณ์ต่าง ๆ เหล่านี้อย่างใกล้ชิด กระทรวงสาธารณสุข ได้ทำการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่มาตั้งแต่ พ.ศ. 2532 นับเป็นผู้บุกเบิกเรื่องนี้ จนเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ และมีการเฝ้าระวังพฤติกรรม อันเป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับการพัฒนาการเฝ้าระวัง ยุคที่สอง (Second generation surveillance system) นับเป็นโอกาสอันดีที่จะบูรณาการความรู้ทั้งสองด้วยกันอย่างเป็นระบบ

ทิศทางการพัฒนาประเทศไทย

การใช้กลไกประสานงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติในประเทศไทย ประกอบด้วย การปรับใช้โครงสร้างทางนโยบายหลายประการ ได้แก่ แผนยุทธศาสตร์ งบประมาณ การจัดองค์กร และการระดมทรัพยากรจากทุกภาคส่วน พัฒนาการของกลไกเหล่านี้เป็นผลจากปัจจัยหลากหลายประการ ประกอบด้วย ลักษณะของปัญหาอันเนื่องจากการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ในระยะของระบาดวิทยาของโรคเอดส์ที่มีความรุนแรงต่อสังคมที่แตกต่างกัน ความสนใจและตระหนักในปัญหาของสังคมไทย ความรู้ และเทคโนโลยีทางการแพทย์ สังคมวิทยา และพฤติกรรมศาสตร์ที่มีวิวัฒนาการอย่างรวดเร็ว องค์ประกอบเหล่านี้ส่งผลให้ภาคีหลากหลายที่รวมตัวกันเข้ามาร่วมจัดการกับกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จำต้องปรับเปลี่ยนกลไก และวิธีการให้สอดคล้องกับเงื่อนไขต่างๆที่แปรเปลี่ยนไป

แนวโน้มการพัฒนากิจการจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติพอจะสรุปได้ ดังนี้

- 3.1) นโยบายในการจัดการกับปัญหาเอดส์ ได้รับความสนใจสูงสุดจนเป็นนโยบายของรัฐบาลที่ประกาศชัดเจนตั้งแต่ พ.ศ. 2534 และมีการขยายปริมาณงบประมาณขึ้น จาก ประมาณ 45 ล้านบาท เป็น กว่า 2,000 ล้านบาทใน พ.ศ. 2539 ก่อนที่จะเกิดวิกฤตทางเศรษฐกิจที่มีผลทำให้งบประมาณในแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ลดลงเหลือ 1,500 ล้านบาทใน พ.ศ. 2540 อย่างไรก็ตามการให้ความสำคัญในระบะหลังเริ่มลดลง เนื่องจากรัฐจำเป็นต้องให้ความสนใจกับปัญหาทางสังคมด้านอื่นๆ ด้วย ตลอดจนปัญหาเอดส์เป็นปัญหาเรื้อรังซึ่งจำต้องค่อยๆ ปรับโครงสร้างสังคมหลายส่วนให้สามารถรองรับได้ จึงไม่สามารถใช้มาตรการที่ฉับพลันที่ยุติปัญหาได้ทันทีทันใด จึงมิใช่ภารกิจที่มีความดึงดูดใจให้จำเป็นต้องผลักดันด้วยนโยบายทางการเมืองต่อไป
- 3.2) การสร้างกระบวนการประชาสังคมจัดการกับปัญหาเอดส์ได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ก่อน พ.ศ. 2534 โดยองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์จำนวนมาก รัฐได้มองเห็นเป็นโอกาสที่จะเสริมประชาคมเหล่านี้ให้มีความเข้มแข็งและรับภาระจัดการกับปัญหาเอดส์ให้มีความยั่งยืนจึงได้มีการส่ง

เสริมและจัดสรรงบประมาณให้กับองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์เพิ่มสูงขึ้นจนถึง 90 ล้านบาท ใน พ.ศ. 2540 นอกจากนั้นยังมีการจัดงบประมาณบางส่วนให้กับชุมชนในภาคเหนือตอนบน 6 จังหวัดด้วย เพื่อให้ชุมชนสามารถเข้ามาจัดการกับปัญหาเอดส์ได้ด้วยตนเอง ตลอดจนการสนับสนุนภาคเอกชนให้มีการจัดนโยบายด้านเอดส์กับแรงงานในหลายองค์กร

- 3.3) ยุทธศาสตร์แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้มีการปรับเปลี่ยนจากระยะแรก ดังเห็นได้จากแผนงานตั้งแต่ พ.ศ. 2534 เริ่มโครงการที่เน้นการเร่งระดมให้หน่วยงานต่างๆ ให้เข้ามาทำแผนกิจกรรมโดยให้งบประมาณสำหรับดำเนินกิจกรรมเป็นรายปีงบประมาณ แผนงานส่วนใหญ่เป็นการให้ความรู้ ปรับเปลี่ยนทัศนคติ รวมทั้งกิจกรรมรณรงค์ทางสื่อมวลชน และสังคม ตลอดจนงบประมาณสำหรับสนับสนุนยาต้านไวรัสเอดส์ ต่อมาในการจัดทำแผนยุทธศาสตร์ พ.ศ. 2540 – 2544 ได้มุ่งเน้นแนวยุทธศาสตร์การเสริมศักยภาพคน ครอบครัว ชุมชน เป็นแนวคิดหลัก จึงได้มีแนวคิดที่จะใช้กิจกรรมต่างๆ ที่จะทำภายใต้แผนนี้ในการปรับกระบวนการทัศน์ ของหน่วยงานรัฐ ในการแก้ปัญหาให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ใหม่ โดยให้ผสมผสานกลวิธีการดำเนินการเข้าไปในภารกิจหลักของแต่ละหน่วยงาน

ปัญหาในการประสานงานในปัจจุบัน

จากการประเมินการจัดการของหน่วยงานที่ทำหน้าที่เลขานุการคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พบปัญหาอุปสรรคในการประสานนโยบาย และภารกิจหลายประการ ได้แก่

กลไกการประสานงาน

การประสานงานในปัจจุบันมีการจัดองค์กรเป็นคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และมีคณะกรรมการขึ้นมามาก 9 คณะ³ ทำหน้าที่ภายใต้การประสานงานของหน่วยงานในกระทรวงต่างๆ 6 กระทรวง โดยมุ่งหวังให้กลไกดังกล่าวทำหน้าที่ประสานการแปลงนโยบายไปสู่แนวทางปฏิบัติผ่านกลไกการจัดสรรงบประมาณ และการประเมินผลเพื่อปรับเปลี่ยนกิจกรรมให้มีทิศทางตามแนวยุทธศาสตร์ พบว่ามีปัญหาและข้อจำกัด ในการใช้กลไกเหล่านี้ดังนี้ คือ.

1. การปรับเปลี่ยนประธาน กรรมการ และเลขานุการของคณะกรรมการฯ และคณะกรรมการฯ เป็นระยะๆ ทำให้ขาดการสืบทอดแนวคิด และความเข้าใจที่ชัดเจนในกรอบยุทธศาสตร์ของแผนฯ ทำให้แนวทางการจัดการแต่ละแผนงานขาดความต่อเนื่อง
2. กลไกประสานงานในรูปแบบคณะกรรมการฯ ช่วยให้เกิดการสื่อสารทำความเข้าใจปัญหา และนโยบาย ในระหว่างผู้บริหารในระดับสูงได้ในระดับหนึ่ง แต่ไม่สามารถใช้กลไกดังกล่าวในการตัดสินใจร่วมกันอย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะเมื่อเผชิญกับปัญหาที่ซับซ้อน เช่น การจัดสรร หรือแบ่งปันงบประมาณไปยังกลุ่มพันธกิจทางยุทธศาสตร์ที่มีเป้าหมายแตกต่างกัน หรือการจัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมที่จำเป็นต้องให้การสนับสนุนทางงบประมาณ

³ ปัจจุบัน (พ.ศ. 2543) ปรับเพิ่มคณะกรรมการเป็น 10 คณะ ตามคำสั่งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่ 2/2543 ลงวันที่ 19 กุมภาพันธ์ 2543

3. ในหน่วยงานที่รับภารกิจเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ไปดำเนินการ ขาดบุคลากรที่รับผิดชอบในการศึกษา ประเมินผล และพัฒนากิจกรรมเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ เพื่อให้เกิดการผสมผสานเข้าไปในภารกิจหลักของหน่วยงานอย่างจริงจัง ส่งผลให้กลยุทธ์ที่กำหนดเอาไว้เป็นเพียงวาทศิลป์สำหรับกล่าวอ้างในแผนฯ แต่ขาดกระบวนการจัดการที่จะแปรไปเป็นกิจกรรมเชิงปฏิบัติ
4. ขาดการทำความเข้าใจกับผู้บริหารระดับสูงของแต่ละหน่วยงาน ส่งผลให้ผู้บริหารในระดับสูงของแต่ละหน่วยงานไม่มีวิสัยทัศน์ที่ชัดเจน ขาดความมุ่งมั่นที่จะปรับภารกิจปกติของหน่วยงานให้สามารถตอบสนองต่อแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ตลอดจนมิได้ให้ความสำคัญกับปัญหานี้อย่างจริงจัง การเข้าร่วมประชุมหารือจึงขาดการเตรียมพร้อมในเชิงสถานการณ์ของปัญหาของหน่วยงาน และกลวิธีทางเลือกต่างๆที่มีอยู่

ดังนั้นการคาดหวังให้ใช้องค์กรประสานงานในระบบราชการเหล่านี้ เป็นเครื่องมือในการแปลงแผนยุทธศาสตร์ให้กลายเป็นรูปธรรมของภารกิจในแต่ละหน่วยงานจึงเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยากยิ่ง

ภาวะทางงบประมาณ

จากวิกฤตทางเศรษฐกิจทำให้ปริมาณงบประมาณจากภาครัฐถูกควบคุมให้ลดรายจ่ายลง ส่งผลให้วงเงินงบประมาณด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระยะเวลาข้างหน้าไม่สามารถขยายตัวออกไปอีกได้ ข้อจำกัดของแนวทางการใช้งบประมาณในปัจจุบันประกอบด้วย

1. หลายหน่วยงานยังคงแนวคิดเดิมในการจัดงบประมาณในระยะแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ พ.ศ. 2534 – 2539 คือ ใช้งบประมาณจากแผนงานเอดส์มาใช้เป็นงบดำเนินการเพิ่มจากภารกิจปกติ เช่น การใช้งบการรักษาพยาบาล บริการโลหิต การสร้างทักษะชีวิตของนักเรียน การสงเคราะห์ ฯลฯ ซึ่งจะทำให้ความต้องการงบประมาณเพิ่มขึ้นตามปริมาณผู้รับบริการ หากหน่วยงานต่างๆ ยังใช้แนวคิดเช่นนี้ในการจัดทำคำขอของงบประมาณ จะไม่สามารถจัดวงเงินงบประมาณได้พอเพียงกับความต้องการ
2. องค์กรที่ประสานงานกันอยู่ทั้งภาครัฐและเอกชนยังไม่สามารถปรับแนวคิดในการจัดทำแผนงาน/โครงการขึ้นมาพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานภายใต้ความรับผิดชอบ ให้ปรับเปลี่ยนกลวิธีในการดำเนินการได้ตามแผนยุทธศาสตร์ใหม่ ดังนั้นแผนงานที่นำมาขอตั้งงบประมาณจึงยังคงยึดอยู่กับกรอบกิจกรรมรูปแบบเดิมที่ดำเนินการมาในระยะ 5 ปี ที่ผ่านมา
3. แนวทางจัดงบประมาณโดยใช้เพดานงบประมาณรวมของแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ มีลักษณะแตกต่างจากกระบวนการจัดทำคำขอของงบประมาณส่วนใหญ่ของหน่วยงาน ซึ่งมีเพดานการจัดตั้งคำขอของงบประมาณรวมของแต่ละหน่วยงาน ทำให้แต่ละหน่วยงานกังวลกับการควบคุมทั้งเพดานรวมงบประมาณของหน่วยงานและแผนงานด้านเอดส์ ส่งผลให้การประสานงานการจัดตั้งคำขอของงบประมาณในแผนงานด้านเอดส์ขาดความยืดหยุ่น และคล่องตัว การปรับเปลี่ยนลำดับความสำคัญในแต่ละแผนงานโดยให้ความสำคัญในรูปของงบประมาณจึงเป็นไปได้ยาก

การวางแผนงบประมาณภายใต้ข้อจำกัดเหล่านี้ย่อมส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพของแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ รวมทั้งจะส่งผลย้อนกลับให้เกิดความขัดแย้งกันในองค์กรที่ทำหน้าที่ประสานงานในที่สุด

การแปรยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ

การปรับเปลี่ยนสู่แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ใหม่ก่อตัวขึ้นในท่ามกลางวิกฤตทางเศรษฐกิจใน พ.ศ. 2540 อันส่งผลกระทบต่อปัญหาสังคมมากมายซึ่งสืบเนื่องมาจากภาวะว่างงานของคนจำนวนมาก เยาวชนต้องออกจากการศึกษาก่อนกำหนดจำนวนมาก ซึ่งเป็นสภาพพื้นฐานที่ทำให้หน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนจำนวนมากปรับตัวภายใต้ข้อจำกัดอันเนื่องมาจากการขาดแคลนงบประมาณ และปรับลดกิจกรรมลง นอกเหนือจากสภาพแวดล้อมทางสังคม และเศรษฐกิจที่แตกต่างไปจากที่คาดกันเอาไว้ในช่วงการจัดทำแผนใน พ.ศ. 2539 ยังมีอุปสรรคในการบูรณาการกรอบแนวคิดใหม่เข้าไปในภารกิจหลักของหน่วยงาน เนื่องจากแต่ละหน่วยงานไม่สามารถพัฒนาแผนปฏิบัติที่ชัดเจน และสนับสนุนแนวยุทธศาสตร์ใหม่ได้อย่างจริงจัง ทำให้ไม่สามารถกำหนดดัชนีชี้วัด และการประเมินการพัฒนากิจกรรมที่เหมาะสมได้

แนวทางการประสานงานในอนาคต

1. ลดความซับซ้อนของการจัดองค์กรให้กระชับลง ให้มีเอกภาพในการตัดสินใจ มีความต่อเนื่องในการประสานนโยบายตามระยะเวลาของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ แต่ให้มีประสิทธิภาพและความคล่องตัวในการประสานภารกิจของหน่วยงานต่างๆ สูงขึ้น
2. องค์กรการประสานงานจำเป็นต้องมีภารกิจในการใช้เครื่องมือทางวิชาการ ในการประเมินประสิทธิภาพ และประสิทธิผลในการจัดบริการทั้งทางสังคม และสุขภาพเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ ดังนั้นจึงต้องกำหนดบุคลากรในองค์กรการประสานที่ประกอบด้วยนักวิชาการสหสาขาวิชาชีพ มีประสบการณ์ทำงานในหลายหน่วยงาน
3. การใช้งบประมาณป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ในการพัฒนาภารกิจปกติของหน่วยงานต่างๆ ให้สามารถรองรับปัญหาเอดส์ในสังคมได้ จะต้องเปลี่ยนวิธีการใหม่ โดยปรับเป็นงบประมาณสำหรับส่งเสริมให้เกิดการวิจัยเพื่อพัฒนาภารกิจขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และชุมชน ให้สามารถจัดการกับปัญหาเอดส์ได้ด้วยทรัพยากรที่มีอยู่และอย่างยั่งยืน
4. โครงสร้างประชาสังคมเริ่มเข้ามาจัดการกับปัญหาเอดส์อย่างกว้างขวางแล้ว ดังนั้นการจัดกลไกระดมทรัพยากรเสริมในด้านอื่นๆ ได้แก่ งบประมาณท้องถิ่น การระดมทุนจากองค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ และทุนทางสังคมของชุมชนจะต้องเป็นแนวทางหลักในการประสานภารกิจ

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

1. The international Bank for Reconstruction and Development (IBRD-World Bank). **Confronting AIDS** Oxford University Press, USA, 1999.
2. ,World Health Organization and Joint United Nations Programme on AIDS. **Second generation surveillance for HIV: The next decade**. WHO/CDS/CSR/EDC/2000.5, UNAIDS/00.03E.
3. Apichat Chamratrithirong, Varachai Thongthai, Wathinee Boonchalaksi, Philip Guest, Churnrurtai Kanchanachitra, Anchalee Varangrat. **The success of the 100% condom promotion programme in Thailand: survey results of the evaluation of the 100% condom promotion programme**. Institute for Population and Social Research, Mahidol University, Bangkok, 1999. (IPSR publication number 238).
4. Ronald Skeldon, Lee-Nah Hsu. **Population mobility and HIV vulnerability in South East Asia, an assessment and analysis**. United Nations Development Programme South East Asia HIV and Development Project (UNDP), Bangkok, 2000.
5. Sondra Zeidenstein, Kirsten Moore. **Learning about sexuality, a practical beginning**. The population council, Inc. New York, 1996.
6. National AIDS Committee. **National plan for prevention and alleviation of HIV/AIDS 1997-2001**. AIDS Division, Department of Communicable Disease Control, Bangkok 1997.
7. ภัสสร ลิมานนท์ **บริการทางเพศ การเดินทางข้ามแดนและเอดส์** สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย กรุงเทพฯ 2540 (เอกสารสถาบันฯ หมายเลข 253/40).
8. ยงยุทธ แฉล้มวงษ์ และ **การประเมินโครงการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ** มูลนิธิสถาบันวิจัยเพื่อการพัฒนาประเทศไทย (TDRI) กรุงเทพฯ 2540
9. วิพุธ พูลเจริญ **ทิศทางการพัฒนากลไกภาครัฐในการประสานงานจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ** เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7 เมษายน 2542 เอกสารประกอบการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 7 เมษายน 2542

บทที่ 10

ข้อเสนอด้านการวิจัย

การศึกษาวิจัยด้านชีววิทยาการแพทย์ จะช่วยให้เข้าใจความเกี่ยวข้องระหว่างลักษณะไวรัส ที่กระจายในประเทศไทย กับการดำเนินโรค ตลอดจนทิศทางการพัฒนาวัคซีน การศึกษาวิจัยด้านระบาดวิทยา และสังคมวิทยา จะช่วยให้เข้าใจ แนวโน้ม การเปลี่ยนแปลงปัจจัยเสี่ยง พฤติกรรมเสี่ยง การศึกษาทางคลินิก จะช่วยให้เข้าใจวิทยาการด้านรักษาพยาบาลได้ดี ผลการวิจัยในแง่ต่าง ๆ ต้องได้รับการแปลสู่มาตรการเพื่อป้องกัน ควบคุม และแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยต่อไป

ด้านชีววิทยาการแพทย์

เป็นสาขาการวิจัยที่ประเทศไทยมักจะเป็นรองประเทศที่พัฒนาแล้วมาตลอด แต่จากความร่วมมือกันในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ทำให้นักวิทยาศาสตร์ชาวไทย สามารถพัฒนาเครือข่ายทางห้องปฏิบัติการ และระดมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานของทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงสาธารณสุข กับองค์กรระหว่างประเทศ เข้าด้วยกัน เป็นผลให้เกิดความก้าวหน้าในการวิจัยด้านนี้อย่างรวดเร็ว หัวข้อปัญหาที่ควรวิจัยด้านนี้ เช่น⁴

1. การศึกษารูปแบบการใช้ Chemokine receptors ของเชื้อเอชไอวีที่แยกได้ และการศึกษาผลของการเลือกใช้ Chemokine receptors ต่อการดำเนินโรคและพยากรณ์การเกิด
2. การศึกษาความสามารถในการติดเชื้อเอชไอวี ในเซลล์ต่าง ๆ เช่น dendritic cell, epithelial cell และผลในการถ่ายทอดเชื้อและการก่อโรค
3. การศึกษาความผันแปรของเชื้อเอชไอวี และผลของความผันแปรต่อคุณสมบัติของเชื้อและการดำเนินโรค
4. การสร้าง full length infectious molecular clone ของเชื้อเอชไอวี subtype E
5. การศึกษาความแตกต่างในคุณสมบัติของไวรัสระหว่าง subtype ต่าง ๆ และปัจจัยที่ทำให้ไวรัสแต่ละ subtype มีการระบาดในประชากรกลุ่มต่าง ๆ แตกต่างกัน ซึ่งอาจจะเกี่ยวข้องกับคุณสมบัติทางชีววิทยาของเชื้อ
6. การหาวิธีจัดกลุ่มไวรัสเป็น immunotype เพื่อที่จะเป็นแนวทางในการคัดเลือกเชื้อต้นแบบเพื่อผลิตวัคซีน
7. การศึกษาปัจจัยกำหนดความรวดเร็วในการดำเนินโรค และปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดเชื้อบางรายไม่ป่วยถึงแม้จะติดเชื้อมาเป็นเวลานาน (long term non-progressor) โดยเฉพาะลักษณะทางพันธุกรรมของไวรัสและโฮสต์
8. การศึกษาปัจจัยที่ทำให้ลิงที่เป็น natural host ของ SIV ไม่ป่วยถึงแม้จะมีการติดเชื้อ
9. การพัฒนาวิธีใหม่ ๆ ในการขัดขวางการเพิ่มจำนวนของเชื้อเพื่อใช้ในการรักษา
10. HIV-1 และ HIV-2 มีความแตกต่างในการทำลายระบบภูมิคุ้มกันอย่างไร
11. บทบาทของ mucosal antibody ต่อการติดเชื้อ HIV
12. การศึกษาหา long term non-progressor ในคนไทย การศึกษา HLA ในผู้ติดเชื้อ HIV กลุ่มต่าง ๆ

⁴ จันทพงษ์ วะสี การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้จากการวิจัย การติดเชื้อมะเร็งและโรคเอดส์ ด้านชีววิทยาการแพทย์ ศูนย์ความร่วมมือวิจัยเอชไอวีและเอดส์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพิมพ์อักษรสมัย กรุงเทพฯ 2541

ด้านการวิจัยทางคลินิก และห้องปฏิบัติการ

การระบาดของเอดส์ และผลกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุข ทำให้เกิดการทบทวนกิจกรรมการใช้เทคโนโลยีต่างประเทศ สำหรับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยอย่างกว้างขวาง ตั้งแต่ระบบการให้คำปรึกษา ระบบการดูแลผู้ป่วยกลางวัน การให้การรักษาระยะสุดท้าย และที่สำคัญที่สุด คือ ข้อพิจารณาในด้านการนำเทคโนโลยี การวินิจฉัย และรักษา ตามคำแนะนำของโลกตะวันตก มาใช้ในประชาชนไทย ว่าจะสามารถนำมาใช้ได้เลย หรือสมควรศึกษา เพื่อปรับปรุง ให้เหมาะสมกันก่อน

โอกาสของการศึกษาวิจัย อาจจะเป็นทางออกสำหรับภาวะวิกฤติ ที่ประเทศไทยกำลังประสบอยู่ ทั้งนี้ เพราะ ผลกระทบจากเอดส์ ทั้งในระดับมหภาคและระดับจุลภาค บ่งชี้ชัดเจนว่า การนำเทคโนโลยีการรักษาแบบตะวันตกมาใช้ในทันทีเลยนั้น จะก่อให้เกิดความเหลื่อมล้ำในสังคมไทยเป็นอย่างยิ่ง และรัฐ ก็จะไม่สามารถลดความแตกต่างขนาดมหึมาเหล่านั้นได้ จำเป็นต้องมีการศึกษา เพื่อหาหนทางในการดูแลรักษาที่เหมาะสมที่สุด และจะเป็นการดึงเอาทรัพยากร จากนานาชาติ มาเกื้อหนุนสังคมไทยได้ด้วย

ขอบเขตการศึกษาวิจัยทางคลินิก ไม่น่าจะจำกัด เฉพาะการใช้ยาแผนปัจจุบันเท่านั้น หากควรครอบคลุมถึงการประยุกต์ใช้ความรู้ทางแพทย์พื้นบ้าน เพื่อรักษาบรรเทาอาการ (Palliative care) ไปด้วย และที่สำคัญมาก คือ การประยุกต์ใช้วิธีการตรวจ วินิจฉัย ติดตามผลการรักษา ว่า การใช้ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จำเป็นเพียงไร และจะปรับให้เหมาะกับสภาพ สังคม เศรษฐกิจของประเทศไทย อย่างไรบ้าง

กิจกรรมการพัฒนาระบบบริการ การดูแลรักษาในชุมชน และการประสานความร่วมมือระหว่างองค์กรชุมชน กับสถานพยาบาลของรัฐ และเอกชน นั้น น่าจะเป็นสิ่งสนับสนุนที่สำคัญสำหรับการศึกษาวิจัยทางคลินิก การศึกษาทางเศรษฐศาสตร์สาธารณสุข เปรียบเทียบวิธีการรักษาต่าง ๆ ร่วมกับการพิจารณาทางจริยธรรม ล้วนเป็นองค์ประกอบที่สำคัญ อันจำเป็นต่อการพิจารณาหัวข้อการวิจัยทางคลินิกทั้งสิ้น จำเป็นจะต้องได้รับการเอาใจใส่อย่างระมัดระวังอยู่เสมอ

ตารางที่ 10.1 กรอบกิจกรรมการวิจัยการให้บริการทางการแพทย์

	ก	ข	ค	ง	จ	ฉ	ช
	การใช้ยา ต้านไวรัส	การสร้าง เสริมระบบ ภูมิคุ้มกัน	การรักษา โรคติดเชื้อ ฉวยโอกาส	การป้องกัน โรคติดเชื้อ ฉวยโอกาส	การป้องกัน การติดเชื้อ ด้วยวิธีอื่น นอกจากยา ต้านไวรัส	การใช้วิธี ตรวจทาง ห้องปฏิบัติ การ	การรักษา พื้นบ้าน และ สมุนไพร
1. ปรับ เทคโนโลยี ที่มีอยู่แล้ว	ก 1	ข1	ค1	ง1	จ1	ฉ1	ช1
2. พัฒนา เทคโนโลยี ใหม่	ก2	ข2	ค2	ง2	จ2	ฉ2	ช2
3. ธรรมชาติ วิทยา ของ โรค	ก3	ข3	ค3	ง3	จ3	ฉ3	ช3

ในด้านห้องปฏิบัติการ กระทรวงสาธารณสุข โดยกองโรคเอดส์ ได้จัดทำเครือข่ายวิจัยการให้บริการทางการแพทย์ ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2540 เป็นต้นมา โดยพัฒนาต่อเนื่องมาจากการสนับสนุนทางด้านไวรัส และเวชภัณฑ์ ที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ ที่ดำเนินมาตั้งแต่ ปีงบประมาณ 2534 เพราะพบว่า การสนับสนุนเฉพาะยา หรือเวชภัณฑ์ ดังกล่าว ไม่ได้ก่อประโยชน์ ต่อผู้ป่วย หรือผู้ให้บริการอย่างเต็มที่

เครือข่ายวิจัยการให้บริการทางการแพทย์ อันเป็นส่วนหนึ่งของโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศไทย เน้นการพัฒนากิจกรรมบริการทางการแพทย์ เพื่อประกอบกับบริการ ด้านสังคม และจิตวิทยา ให้เกิดการบริการอย่างครบถ้วน ได้รับการกำหนดกรอบกิจกรรมไว้ 7 ด้านใหญ่ ๆ ดังตารางที่

กิจกรรมเหล่านี้ ประกอบด้วย การสนับสนุนเวชภัณฑ์ เพื่อสร้างองค์ความรู้ ด้านการประยุกต์ใช้เทคโนโลยี จากต่างประเทศ พัฒนาเทคโนโลยีของไทยเอง และศึกษารวมชาติวิทยาของการติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนการเป็นโรคเอดส์ ในการนี้ อาจกล่าวได้ว่า เครือข่ายวิจัยการให้บริการทางการแพทย์ ดังกล่าว อาจแบ่งออกได้เป็นสามด้าน คือ ด้านเวชภัณฑ์แผนปัจจุบัน (คอลัมน์ ก ถึง จ) ด้านห้องปฏิบัติการ (คอลัมน์ ฉ) และด้านการรักษาด้วยทางเลือกอื่น (คอลัมน์ ช)

ที่ผ่านมา กองโรคเอดส์ ได้สนับสนุนโครงการต่าง ๆ จำนวนมาก แต่ส่วนใหญ่ ยังจำกัดอยู่ในด้านเวชภัณฑ์ ทั้งที่ องค์ความรู้ด้านห้องปฏิบัติการ มีความสำคัญ ทั้งทางด้านการวินิจฉัยการติดเชื้อ การจัดกลุ่มผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อ การตัดสินใจเริ่มการรักษา ติดตามผล ตลอดจนถึงการหยุดการรักษา แต่เนื่องจาก ความขาดแคลน องค์ความรู้ บุคลากร และการจัดสรรงบประมาณ ทำให้การพัฒนาห้องปฏิบัติการ เป็นไปอย่างจำกัด

กรอบกิจกรรมในด้านห้องปฏิบัติการ น่าจะมีกิจกรรม ทั้งด้านการควบคุมคุณภาพ/ประกันคุณภาพ (Quality control/Quality assurance) การประยุกต์วิธีการตรวจ ให้เกิดความประหยัด (Economy of scale) และพัฒนาวิทยาการที่เหมาะสมกับประเทศไทยเอง (Appropriate technology) ในด้าน การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจระดับเม็ดเลือดขาว CD4 การตรวจระดับไวรัส การศึกษารูปแบบการดื้อยาต้านไวรัส และการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ หรือ เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ตารางที่ 10.2 กรอบกิจกรรมการวิจัยการให้บริการทางการแพทย์ ด้านห้องปฏิบัติการ เกี่ยวกับเอดส์

	ก	ข	ค	ง	จ	ฉ
	ตรวจการติดเชื้อ HIV (anti-HIV)	ระดับ CD4	ระดับ ไวรัส (Nucleic acid assays)	การดื้อยา และ Phenotype	ตรวจสายพันธุ์ไวรัส (Subtyping)	ตรวจวินิจฉัยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
1. ควบคุมคุณภาพ ประกันคุณภาพ	ก1	ข1	ค1	ง1	จ1	ฉ1
2. ประยุกต์วิธีการให้ประหยัด	ก2	ข2	ค2	ง2	จ2	ฉ2
3. พัฒนาวิทยาการของไทย	ก3	ข3	ค3	ง3	จ3	ฉ3

แต่เดิมมา ยังไม่มีการเสนอภาพรวม ให้เห็นความเชื่อมโยง ระหว่างการตรวจในด้านเหล่านี้ ว่ามีผลต่อกัน และยังไม่มีการเน้นความรู้ เรื่อง ความแม่นยำ ตลอดจนความสอดคล้อง/ไม่สอดคล้อง ของการตรวจด้วยวิธีต่าง ๆ ทำให้เกิดความต้องการวิธีการตรวจที่ “ดีที่สุด” หรือ “แม่นยำที่สุด” ทั้งที่ บางครั้งการตัดสินใจทางคลินิก อาจต้องการเพียงทราบค่าประมาณ หรือ ข้อมูลแบบ ใช่/ไม่ใช่ (Yes/No, binomial data) เท่านั้น

วัตถุประสงค์ด้านการควบคุม ประกันคุณภาพนั้น นับเป็นความจำเป็นพื้นฐานในปัจจุบัน สำหรับการตรวจทางห้องปฏิบัติการทุกด้าน ตัวอย่างที่สำคัญ คือ การประกันผลการตรวจผิดพลาด (False results) ให้น้อยที่สุด จนถึง ไม่มีเลย ไม่ว่าจะเป็นผลบวกปลอม หรือ ลบปลอม โดยเฉพาะ การตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยเทคนิค การตรวจหา anti-HIV เพราะความต้องการ การตรวจ ซึ่งมีมากขึ้นเรื่อย ๆ จะเปิดโอกาสให้มีผลผิดพลาดมากขึ้นเป็นเงาตามตัว อันอาจก่อให้เกิดความเสียหาย ในระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขได้

การประยุกต์วิธีการให้ประหยัคนั้น จำเป็นอย่างยิ่ง ในช่วงที่ประเทศชาติประสบภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจ เช่นในช่วงกลางแผนฯ 8 นี้ ทั้งนี้ ไม่ได้หมายถึงการพยายามหาวิธีการตรวจที่ “ราคาถูกที่สุด” เพราะต้องคำนึงถึงคุณภาพ ผลการตรวจเหล่านั้นด้วย ในบางโอกาส อาจจะต้องศึกษา ประยุกต์กระบวนการวิธี เช่น การตรวจ pooled serum เป็นต้น การกำหนดวิธีการคัดกรองว่าจะพิจารณาข้อมูลใดบ้าง เพื่อตัดสินใจเลือกใช้วิธีการตรวจต่าง ๆ ทั้งนี้ เพื่อ คงความแม่นยำในการตรวจ โดยสามารถลดค่าใช้จ่ายในการตรวจลงให้ได้มากที่สุด

สำหรับการพัฒนาวิทยาการของไทยนั้น ยังมีความสำคัญยิ่ง เพราะหากสามารถพัฒนา วิธีการตรวจ ที่ใช้ทรัพยากรภายในประเทศได้ จะไม่เพียงแต่ช่วยลดภาระทางเศรษฐกิจของประเทศเท่านั้น แต่ยังจะเอื้อโอกาสให้นักวิจัย และหน่วยงานของไทย เป็นอิสระ พ้นภาวะความพึ่งพิงเทคโนโลยีต่างประเทศได้อีกด้วย

ตารางที่ 10.3 แนวคิด ด้านความจำเป็น และลักษณะปัญหา สำหรับกิจกรรมห้องปฏิบัติการเกี่ยวกับเอดส์

หัวข้อการศึกษา	ความจำเป็น และลักษณะปัญหา
1. ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี	ประเทศไทย มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะ เมื่อมีกิจกรรม การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกมากขึ้น แต่เดิมมา การวินิจฉัยการติดเชื้อ มักเน้นการตรวจยืนยัน กรณีผลเบื้องต้นเป็นบวก แต่กรณีการวินิจฉัยว่า ทารกไม่ติดเชื้อ จริงหรือไม่ อาจทำให้เกิดความจำเป็น ต้องตรวจยืนยัน ผลลบด้วย หนทางที่จะลดปัญหานี้ตั้งแต่ต้น คือ การควบคุมคุณภาพ ลดผลบวกปลอม และผลลบปลอม ให้ต่ำที่สุดเท่าที่จะทำได้
2. ระดับเม็ดเลือดขาว CD4	เป็นที่ทราบกันมานานแล้วว่า ระดับเม็ดเลือดขาว CD4 แปรปรวน ตามเวลา และปัจจัยทางสรีรวิทยาอื่น ๆ สำหรับการใช้ค่า Absolute CD4 ยังหลีกเลี่ยงไม่ได้ ที่จะต้องได้รับความแปรปรวนจาก WBC differential count ด้วย การควบคุมคุณภาพการตรวจต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่ง เพราะผลการตรวจ CD4 มีความสำคัญต่อการตัดสินใจ ทางคลินิกอย่างมาก วิธีการตรวจที่ใช้อยู่ทุกวันนี้ คือ Flow cytometry นับเป็นวิธีที่มาตรฐานวิธีหนึ่ง ซึ่งน่าจะมีการพัฒนาต่อไป ให้สามารถประหยัดค่าตรวจได้ นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนาวิธีการอื่น ๆ ในช่วงที่ผ่านมา แต่ก็ไม่เป็นที่นิยมนัก เช่น ELISA for CD4 เป็นต้น น่าที่จะมีการพัฒนา วิทยาการเหล่านี้ เพื่อเป็นทางเลือกสำหรับระบบบริการอีก

3. ระดับไวรัส	ในแง่ของการตรวจระดับไวรัส ประเทศไทย กำลังพัฒนาวิทยาการ Nucleic acid amplification ขึ้นเองในหลายสถาบัน ปัญหาที่ยังประสบกันอยู่ คือ การควบคุมคุณภาพ อย่างไรก็ดี แนวทางการพัฒนา อาจจะขยาย จากการตรวจ quantitative (นับเป็น copies/ml) เป็น semi-quantitative (above or below 10,000, above or below 25) ด้วย เพราะการตัดสินใจทางคลินิกนั้น ส่วนใหญ่ ยึดค่า cut points เหล่านี้ อีกประการหนึ่ง ที่สำคัญ และยืนยันกันมาแล้ว คือ ค่าที่ได้ นอกจากมีความแตกต่าง ระหว่างวิธีการตรวจแล้ว ยังมีความแตกต่าง ระหว่างสายพันธุ์ด้วย จำเป็นยิ่ง ที่จะต้องพัฒนาการตรวจเฉพาะสำหรับประเทศไทย
4. การดื้อยา และ Phenotype	ปัจจัยหลัก ที่กำหนดความสำเร็จ หรือ ล้มเหลว ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือ การดื้อยา ซึ่งหากสามารถตรวจพบได้ก่อน ก็จะช่วยประโยชน์ให้กับผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ ได้มีโอกาสเปลี่ยนยา หรือ หยุดยา ซึ่งจะลดโอกาสการป่วยลงได้อย่างมาก เพราะจะได้คง Viral suppression ไว้ หรือแม้กรณีหยุดยา ก็อาจจะเพิ่มโอกาสให้ Wild strain กลับมา ซึ่งจะลดโอกาสของ SI strain ลงไปได้ด้วย พัฒนาการด้านนี้ จึงจำเป็น สำหรับการตัดสินใจในการดูแลรักษา และอาจจะกลายเป็นมาตรฐาน ในอนาคตอันใกล้
5. สายพันธุ์ของไวรัส และ ลักษณะความแตกต่าง ของไวรัส (HIV variability)	ไวรัส HIV มีการเปลี่ยนแปลงตลอดเวลา ทั้งจาก Mutation และ Recombination ทำให้เราสามารถประมาณอายุของการระบาดได้ จากค่าความแตกต่างของไวรัส ที่กระจายอยู่ในพื้นที่ แม้ว่าในปัจจุบัน จะไม่มีความแตกต่าง ด้านการให้บริการ ผู้ติดเชื้อสายพันธุ์ที่ต่างกัน แต่ ความรู้ที่ได้จากการเฝ้าระวังฯ นั้น อาจช่วยเตือนภัย ในกรณีที่พบไวรัสสายพันธุ์ ที่ไม่เคยมีมาก่อน ทั้งในกลุ่ม M, กลุ่ม O, และ กลุ่ม N (Non M non O) ว่าจะต้องมีการปรับปรุง ชุดตรวจการติดเชื้อ ให้ทันต่อการเปลี่ยนแปลง ของไวรัส HIV ที่แพร่ระบาดในประเทศไทย
6. วินิจฉัยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส	โรคติดเชื้อฉวยโอกาส คือปัญหาหลัก ของเอดส์ ที่ผ่านมา ระบบบริการ ยังติดอยู่กับการวินิจฉัย การเป็นโรค (Active opportunistic diseases) แต่ถ้าสามารถ พัฒนาวิธีการตรวจการติดเชื้อที่มีอยู่ (Dormant infection) ซึ่งเป็นลักษณะที่พบ บ่อยของโรคฉวยโอกาสหลายโรค ก็จะทำให้สามารถหาวิธีจัดการติดเชื้อที่มีอยู่ ได้ อันจะทำให้ลดปัญหาการป่วยลงไปได้ในที่สุด

ปัญหาเอดส์ ทำให้เห็นความสำคัญของการพัฒนางานด้านห้องปฏิบัติการชัดเจนขึ้น เนื่องจากมีความต้องการวิทยาการใหม่ อันเป็นผลจากความรู้อันไวรัสวิทยา และภูมิคุ้มกันวิทยา ที่ก้าวหน้าอย่างรวดเร็ว และจากความใส่ใจของทั้งผู้ให้ และ ผู้รับบริการ ซึ่งเป็นผลกระทบจากประเด็นทางสังคม มนุษยธรรม และ วิชาการ ด้านการแพทย์ การสาธารณสุข เชื่อว่า หากมีการดำเนินงานอย่างจริงจังแล้วการพัฒนางานด้านห้องปฏิบัติการที่เกี่ยวกับเอดส์ จะยังประโยชน์ต่อการพัฒนางานห้องปฏิบัติการด้านอื่นไปด้วยพร้อม ๆ กัน

ด้านการเฝ้าระวังโรค

แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่มาตั้งแต่ พ.ศ. 2532 แล้ว แต่พัฒนาการของการเฝ้าระวังฯ ดังกล่าว ยังไม่สามารถขยายสู่ประชากรทั่วไปได้ เนื่องจากขาดแคลนบุคลากร และขาดการสนับสนุนจากรัฐบาลนโยบาย ทำให้การเพิ่มงบประมาณ และการจัดสรรกำลังคนด้านนี้ เป็นไปอย่างเชื่องช้า

ข้อมูลจากการเฝ้าระวังฯ ถูกนำไปใช้ ทั้งระดับประเทศ และระหว่างประเทศ ทั้งการวางแผนระยะสั้น นำเข้าในการประมาณการณ์ เพื่อวางแผนระยะยาว และเป็นหลักฐานแสดงความสำเร็จในการควบคุม ป้องกัน การแพร่ระบาดของเชื้อไอวี จึงมีจามจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาระบบเฝ้าระวังฯ นี้ ให้ทันต่อสถานการณ์

องค์ประกอบการเฝ้าระวังฯ มีทั้งการติดเชื้อ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเชื้อไอวี หัวข้อสำหรับการวิจัยด้านนี้ ประกอบด้วย⁵

1. การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเชื้อไอวี
2. การเฝ้าระวังการติดเชื้อเชื้อไอวี
3. การหาอุบัติการณ์การติดเชื้อเชื้อไอวี
4. การเฝ้าระวังเชื้อเชื้อไอวี
5. การเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
6. การเฝ้าระวังผู้ป่วยโรคเอดส์

⁵ คำานวน อึ้งชูศักดิ์ วรรชิต ลิ้มปกาญจนาวัฒน์ ทวีป กิตติยาภรณ์ อนุพงศ์ ชิตวรากร การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านระบาดวิทยาโรคเอดส์ในประเทศไทย: กรณีการเฝ้าระวังโรค เหมียบุญการพิมพ์ กรุงเทพฯ 2541

เอกสารอ่านเพิ่มเติม

1. จันทพงษ์ วะสี และคณะ การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้จากการวิจัย การติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ ด้านชีววิทยาการแพทย์ ศูนย์ความร่วมมือวิจัยเอชไอวีและเอดส์ คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพิมพ์อักษรสมัย กรุงเทพฯ 2541
2. เกียรติ รัชกรธรรม และคณะ การประมวลสังเคราะห์องค์ความรู้เอดส์ : การวิจัยทางคลินิก สหมิตรพรินต์ กรุงเทพฯ 2541
3. คำนวณ ชิ่งชูศักดิ์ วรรชิต ลิ้มปกาญจน์รัตน์ ทวีป กิตติยาภรณ์ อนุพงศ์ ชิตวรากร การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ด้านระบาดวิทยาโรคเอดส์ในประเทศไทย: กรณีการเฝ้าระวังโรค เจริญบุญ การพิมพ์ กรุงเทพฯ 2541
4. พิมพ์วัลย์ บุญมงคล เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคันสนีย์ เรืองสอน องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ โครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข คณะสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพิมพ์รุ่งแสง กรุงเทพฯ 2541
5. วิภา ด้านธำรงกุล ชนิตา พลาบุเวช ถนิมภรณ์ นิลกาญจน์ อุษณีย์ พึ่งปาน ทำเนียบบทความและรายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2535-2539 สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย 2541