

ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย



รายงาน MDG ตามหัวข้อ



สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ

ประเทศไทยกับโรคเอดส์: ความก้าวหน้าและสิ่งท้าทาย

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ

สงวนลิขสิทธิ์ © 2547

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ
United Nations Development Programme
ถนนราชดำเนินนอก
กรุงเทพมหานคร 10200
โทรศัพท์ : (66-2) 288 2130
โทรสาร : (66-2) 280 0556
E-mail : registry.th@undp.org
Web site : www.undp.or.th

ISBN : 974-92271-3-1

คำนำ

การจัดการปัญหาโรคเอดส์ของประเทศไทยเป็นความสำเร็จที่น่าประทับใจ โดยทำให้การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ นับตั้งแต่ปี 2534 เป็นต้นมา ลดลงอย่างมาก นับว่าได้ช่วยชีวิตคนไว้นับแสนราย ไทยจึงเป็นประเทศแรกๆ ที่บรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่ 6 ที่จะลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี 2558 ได้ก่อนกำหนดเป็นเวลาหลายปี

ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้นั้นมาจากการมีภาวะผู้นำที่มองการณ์ไกล และกล้าทำในสิ่งที่ถูกต้องนับแต่ช่วงแรกของการแพร่ระบาด ความมุ่งมั่นอย่างแรงกล้านี้กลายเป็นข้อผูกพันทางการเมืองที่นำไปสู่การขยายฐานความร่วมมือในการดำเนินงานทั้งจากหน่วยงานด้านสาธารณสุข กระทรวง ทบวง กรม เหล่าที่ต่างๆ องค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์ ชุมชน และสื่อมวลชนซึ่งต่างร่วมมือกันรณรงค์ต่อสู้โรคเอดส์ ที่จะอดกล้ำถึงไม่ได้คือยุทธวิธีในการดำเนินงาน ป้องกันโรคที่ประเทศไทยได้ยึดหลักการที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริง ส่งผลให้มีการพูดคุยอย่างเปิดเผยในเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และแนวทางที่เข้าที่ในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศและลูกค้า

อย่างไรก็ตามคงเร็วเกินไปที่จะประกาศชัยชนะเหนือโรคเอดส์ เพราะการแพร่ระบาดของโรคนั้นแปรเปลี่ยนอยู่ตลอดเวลา อีกทั้งเริ่มมีสัญญาณที่ชัดเจนที่เตือนให้รู้ถึงคลื่นของการติดเชื้อระลอกใหม่ที่กำลังแพร่ในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยเฉพาะเยาวชนทั่วไป ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นโดยขาดความระมัดระวังป้องกัน อีกทั้งเมื่อการระบาดในประเทศไทยเริ่มสุกงอม ทำให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์นับแสนคนอยู่ในระยะที่ต้องการการรักษา

รายงานฉบับนี้จะเจาะลึกถึงเรื่องที่ไทยแก้ปัญหาได้ถูกทาง ด้วยเหตุนี้รายงานนี้จักเอื้อประโยชน์ในการอภิปรายหรือหารือเกี่ยวกับนโยบายในเวทีโลกที่จะจัดการปัญหาโรคเอดส์ให้ดีที่สุดได้อย่างไร เราหวังว่ารายงานฉบับนี้จะให้ข้อมูลที่เพียงพอต่อประเทศอื่นที่กำลังพยายามลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

นอกจากนี้รายงานฉบับนี้ยังได้ให้ความสนใจเป็นพิเศษถึงความท้าทายที่ประเทศไทยกำลังเผชิญอยู่เมื่อการระบาดได้แปรเปลี่ยนไป พร้อมทั้งแนะนำว่าอะไรที่ควรทำในภายหน้า และไม่ควรมีติดกับความความสำเร็จในอดีตและนิ่งนอนใจโดยไม่ดำเนินการใดๆอีก

รายงานฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของทีมงานองค์การสหประชาชาติประจำประเทศไทย เพื่อส่งเสริมการหารือให้มีการสนทนาเกี่ยวกับเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่ 6 ว่าด้วยการชะลอและลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในปี 2558 และยังเป็นรายงานที่แสดงเจตนารมณ์ของยูเอ็นดีพีซึ่งมีอยู่แล้วเป็นเวลานาน ในการผลักดันการขยายขอบข่ายความร่วมมือและการดำเนินงานแบบสหสาขาเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ โดยเน้นผลทางด้านสังคมเศรษฐกิจและสิทธิมนุษยชนจากการแพร่ระบาดเป็นการเฉพาะ และเป็นการยอมรับว่าผู้นำคือแกนสำคัญในการจัดการปัญหาโรคเอดส์ให้มีผลเป็นรูปธรรมและอย่างยั่งยืน

การจัดทำรายงานฉบับนี้อยู่ภายใต้การชี้แนะของคณะกรรมการที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญ และแกนนำในการจัดการปัญหาเอดส์ของประเทศไทย รวมทั้งกลุ่มองค์กรสหประชาชาติด้านเอชไอวีเอดส์ในประเทศไทย ซึ่งกรรมการผู้ทรงคุณวุฒิทุกท่านต่างได้ช่วยกันให้ข้อมูลที่เพียงพอ กระผมใคร่ขอขอบคุณอย่างจริงใจมา ณ โอกาสนี้



เจ เค โรเบิร์ต อิงแลนด์
ผู้ประสานงานและผู้แทนโครงการ
พัฒนาแห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

คณะกรรมการที่ปรึกษาในการจัดทำรายงาน

การจัดทำรายงานฉบับนี้ได้รับคำปรึกษาและคำแนะนำจากคณะกรรมการที่ปรึกษาซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญและผู้ทรงคุณวุฒิหลายท่านประกอบด้วย คุณมีชัย วีระไวทยะ (สมาชิกวุฒิสภาและประธานร่วมคณะกรรมการโครงการชุมชนในการประชุมเอตส์ของโลก) คุณจอน อึ้งภากรณ์ (วุฒิสมาชิก) คุณประดาป พิบูลย์สงคราม (เอกอัครราชทูตประเทศไทยประจำสวีเดน) และอดีตรัฐมนตรีกระทรวงสาธารณสุข (ผู้อำนวยการต่างประเทศ) น.พ. อนุพงศ์ ชิตวรการ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) น.พ. สมบัติ แทนประเสริฐสุข (ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) น.พ. สมยศ กิตติมั่นคง (สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) ดร. ปรียานุช พิบูลย์สรารุช (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) คุณกมล อาภาแก้ว (ศูนย์ประสานงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์แห่งประเทศไทย) น.พ. เกียรติ รุ่งธรรม (ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย) ดร. อุษา ดวงสา (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ดร. แอนโทนี่ ประมวลรัตน์ (สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยด้านภัยเอดส์) คุณพอล คอโทรน (เมดิซิน ซาน ฟรอนเทียร์, ประเทศไทย) ดร. สวารุปลี ซาการ์ (สำนักเลขาธิการองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ ประจำภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก) คุณสมพงษ์ เจริญสุข (สำนักงานองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย) และนายฮอกกัน บียอร์กแมน (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย) คณะกรรมการที่ปรึกษาดังกล่าวมีคุณ เจ เค โรเบิร์ต อิงแลนด์ (ผู้ประสานงานองค์การสหประชาชาติและผู้แทนสำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย)

กลุ่มองค์การสหประชาชาติด้านเอชไอวีเอดส์ในประเทศไทย

รายงานฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของแผนปฏิบัติการร่วมของสำนักงานองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ ประจำประเทศไทย ซึ่งจัดทำขึ้นภายใต้การแนะนำของกลุ่มองค์การสหประชาชาติด้านเอชไอวีเอดส์ในประเทศไทย และได้รับความอนุเคราะห์ข้อมูลและความร่วมมือจากผู้แทนจากองค์การสหประชาชาติเหล่านี้ กล่าวคือ คุณ เจ เค โรเบิร์ต อิงแลนด์ (ผู้ประสานงานองค์การสหประชาชาติและประธานกลุ่มองค์การสหประชาชาติด้านเอชไอวีเอดส์ในประเทศไทย) คุณแอนโทนี่ บานูรี (สำนักงานโครงการอาหารโลก) คุณฮอกกัน บียอร์กแมน (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย) คุณเฮอ ชางฮุย (องค์การอาหารและเกษตรแห่งสหประชาชาติ) คุณคริสติน อิวาน คล็อก (องค์การแรงงานระหว่างประเทศ) คุณอาทิตรา พูจิโน (สำนักงานควบคุมยาเสพติดและป้องกันอาชญากรรม) คุณจี กิริตา (สำนักงานกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ) คุณลูซิลา ลาโซ (สำนักงานกองทุนพัฒนาสตรีแห่งสหประชาชาติ) ศ.น.พ. ประพันธ์ ภาณุภาค (ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย) คุณจักรมณฑ์ ผาสุกวนิช (เลขาธิการสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ) น.พ. จรัส ตฤณวุฒิมพงษ์ (อธิบดีกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข) ดร. แอนโทนี่ ประมวลรัตน์ (สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยด้านภัยเอดส์) คุณเอียน พอตเตอร์ (ธนาคารโลก) นายเอ็น กุมารา ไร (องค์การอนามัยโลก) คุณเชลดอน ฆาฟเฟอร์ (องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ) คุณนิมิต เทียนอุดม (ศูนย์ประสานองค์กรพัฒนาเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ด้านเอดส์แห่งประเทศไทย) คุณกมล อาภาแก้ว (ศูนย์ประสานงาน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์แห่งประเทศไทย) คุณไอรีนา โวจาโควา-ไซโรราโน (องค์กรระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่นฐาน) คุณไอนีส ซาริติส (องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ)

ผู้ให้ความร่วมมือด้านวิชาการ

รายงานฉบับนี้ได้รับความคิดเห็น ข้อเสนอแนะและคำแนะนำจาก คุณสกอต แบนเบอร์ (องค์การทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ) คุณทิม บราว (อีสต์-เวสต์ เซ็นเตอร์, สภากาชาดไทย) คุณสมพงษ์ เจริญสุข (สำนักงานองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย) คุณเดวิด ฟายโกลด์ (องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ) คุณแคโรไลน์ ฮาดดา

คุณจูลี แยมลิน คุณนึล แมคฟาแลนด์ (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ) ดร. ซวารูปส์ ซาการ์ (สำนักงานโครงการร่วมเอดส์แห่งสหประชาชาติ) คุณอลิส สมิทท์ คุณวีรสิทธิ์ สิทธิไตร (สำนักงานโครงการร่วมเอดส์แห่งสหประชาชาติ) คุณชูชาน ชควมรีย คุณคาเรน สตาเนคกี (สำนักงานโครงการร่วมเอดส์แห่งสหประชาชาติ) คุณพรชัย สุดจิตต์ (สำนักงานกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ) คุณลักษมี สิบแสง (องค์การอนามัยโลก) คุณกุนนา วาลโซลส์ (องค์การแรงงานระหว่างประเทศ) และคุณแจน ดับบลิว เดอ แวน ริงกาเดิน (องค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ)

คำขอบคุณพิเศษ

คณะผู้จัดทำรายงานนี้ขอขอบคุณพิเศษต่อ ฯพณฯ อานันท์ ปันยารชุน (Chairman of the UN High-level Panel on Threats, Challenges and Change, และอดีตนายกรัฐมนตรีประเทศไทย) และคุณมิชีย วีระไวทยะ (สมาชิกวุฒิสภา, ประธานร่วมคณะกรรมการโครงการชุมชนในการประชุมเอดส์ของโลกและนายกสมาคมประชากรและการพัฒนาชุมชน) ซึ่งท่านทั้งสองได้สละเวลาของท่านในการให้สัมภาษณ์สำหรับรายงานฉบับนี้

คณะทำงานของสำนักงานยูเอ็นเคพี

ความคิดในการจัดทำรายงานฉบับนี้ริเริ่มจากนายฮอกกัน บียอร์กแมน (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติประจำประเทศไทย) โดยได้รับความร่วมมือจากคุณตองตา เขียวไพศาล คุณนึล แมคฟาแลนด์ คุณดารานี ทัตตากร และคุณพรธนิพา เรื่องต่อศักดิ์

คณะผู้แต่งและนักวิจัย

น.พ. วิพุธ พูลเจริญ (ผู้อำนวยการสถาบันการวิจัยระบบสุขภาพ กระทรวงสาธารณสุข) ศ.น.พ. วิชัย โปษยะจินดา (สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย) คุณชินนุทัย กาญจนะจิตรา (สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล) คุณวรัญญา เตียวกุล (สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ)

ผู้เขียนและบรรณาธิการหลัก

คุณไฮน์ มาโรล์

ผู้ออกแบบและวางผัง

บริษัท คีน พับลิซิง (ประเทศไทย) จำกัด

สารบัญ

คำนำ	iii
กิตติกรรมประกาศ	v
ภาพรวม	1
1. ยุคสืบสวน (พ.ศ. 2527-2531)	7
2. เริ่มประจักษ์ (พ.ศ. 2531-2533)	9
3. ตั้งหลักกุมสถานการณ์ (พ.ศ. 2533-2540) บทบาทและโครงสร้างนโยบาย มาตรการเด่น	13
4. วิถีสู่ความสำเร็จ สัญญาณแห่งความสำเร็จ พฤติกรรมเปลี่ยน ความร่วมมือจากองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี	21
5. ปัจจัยแห่งความสำเร็จ	29
6. โขชะตาก็พันพวน (พ.ศ. 2540-2547) เสียดุลย นโยบายรัดเข็มขัด ดูแลรักษาพยาบาล การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก	33
7. ไม่กันเป้า : ระบาดเปลี่ยน (พ.ศ. 2547-) พลวัตของการระบาด เผชิญความจริงเสียที่ ผลกระทบที่เลวร้าย	45
8. ทางก้าวใหม่ เติมพลัง มุ่งมั่นกับทิศทางการใหม่ เปลี่ยนเกียร์	67
เชิงอรรถ	73
บรรณานุกรม	77

ตาราง

0.1 โรคเอดส์ในประเทศไทย	1
0.2 โรคเอดส์ในประเทศไทย : เพรชฆาตหมายเลข 1 ในกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์	5
4.1 จำนวนองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ด้านโรคเอดส์และงบประมาณในช่วงปี 2535-2540	26
6.1 งบประมาณรายจ่ายในช่วงปี 2540-2542 และรายจ่ายจริงในช่วงปี 2543-2546 ที่ได้รับการจัดสรรเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์จำแนกตามรายการกระทรวงฯ	35
6.2 ตารางงบประมาณความช่วยเหลือจากกองทุนโลกเพื่อต่อต้านโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรียแก่ประเทศไทย ณ เมษายน 2546	37
6.3 ราคาขายด้านไวรัสต่อเดือนที่จัดซื้อโดยกระทรวงสาธารณสุข ณ เมษายน 2545	39
6.4 การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทย	43
7.1 ร้อยละของประชาชนที่ทราบเกี่ยวกับการกระทำที่ทำให้ติดโรคเอดส์ในปี 2544	46
7.2 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ณ สถาบันธัญญารักษ์ในช่วงปี 2535-2544	50
7.3 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานต่างชาติในบางจังหวัดในปี 2539	58
7.4 เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์ระหว่างคนไทยและแรงงานต่างชาติใน 14 จังหวัดในปี 2544	59
7.5 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากการเฝ้าระวังในกลุ่มลูกเรือประมงน้ำลึกในช่วงปี 2541-2545	61
7.6 การคาดประมาณการสูญเสียรายได้เนื่องจากโรคเอดส์ในช่วงระยะเวลาต่างๆของการติดเชื้อ เฝ็บป่วย และเสียชีวิตในประเทศไทยในช่วงปี 2539-2543	65
8.1 งบประมาณด้านการป้องกันโรคเอดส์และสัดส่วนเทียบกับงบประมาณทั้งหมดในช่วงปี 2540-2546	69

แผนภาพ

0.1 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	2
0.2 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในช่วงปี 2528-2546	2
3.1 รายจ่ายแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์จำแนกตามแหล่งเงินในช่วงปี 2531-2546	15
3.2 แหล่งที่มาของงบประมาณใน ปี 2541 และ 2544	19
4.1 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มสตรีมีครรภ์และทหารเกณฑ์ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนและตอนล่างของประเทศไทยระหว่างปี 2534-2546	21
4.2 ร้อยละของหญิงบริการทางเพศทั่วประเทศที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดและอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยในช่วงปี 2532-2545	22
4.3 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารเกณฑ์ในช่วงปี 2534-2546	23
4.4 สัดส่วนของทหารเกณฑ์ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อไปเที่ยวสถานบริการทางเพศในพื้นที่ภาคเหนือในช่วงปี 2534-2540	23
4.5 สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้ารายล่าสุดจากการรายงานของผู้ให้บริการทางเพศทั้งทางตรงและแบบแฝงในช่วงปี 2534-2545	24
4.6 ร้อยละของการใช้บริการทางเพศจากหญิงบริการทางเพศของชายในเขตเมืองในช่วงปี 2533-2540	24
4.7 แนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ชายบริการทางเพศทั้งทางตรงและแบบแฝงในประเทศไทยในช่วงปี 2532-2545	25
4.8 จำนวนกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดภาคเหนือตอนบนในช่วงปี 2536-2542	27
6.1 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจและงบประมาณรายจ่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในช่วงปี 2535-2546	34
6.2 งบประมาณโรคเอดส์ที่ใช้ในกองทัพและงบประมาณในการป้องกันประเทศในภาพรวมในช่วงปี 2535-2545	36
6.3 เปรียบเทียบงบประมาณเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของประเทศไทยในช่วงปี 2540-2543 จำแนกตามลักษณะการดำเนินงานที่สำคัญ	36
6.4 การพัฒนาจัดสรรงบประมาณสำหรับคำปรึกษาแนะนำและการทดสอบหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจและเทียบสัดส่วนร้อยละต่องบประมาณตามแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในช่วงปี 2538-2546	41
6.5 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์และคาดประมาณจำนวนการคลอดที่มีเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบเมื่อใช้และไม่ใช้ยาต้านไวรัสในประเทศไทยในช่วงปี 2532-2553	43
7.1 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในช่วงปี 2533-2545	47
7.2 ร้อยละของนักเรียนมัธยมชาย (ชั้น ม.5) ที่แจ้งว่าเคยมีประสบการณ์ทางเพศในช่วงปี 2539-2545	48
7.3 ร้อยละของนักเรียนมัธยมชาย (ชั้น ม.5) ที่ใช้ถุงยางอนามัยในช่วงปี 2539-2545	48

7.4	อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศทางตรงและแบบแฝงในช่วงปี 2533-2546	52
7.5	จำนวนสถานบริการทางเพศจำแนกตามรายภาคในช่วงปี 2541-2546	52
7.6	จำนวนหญิงบริการทางเพศแบบแฝงในสถานบริการทางเพศจำแนกตามรายภาคในช่วงปี 2541-2546	53
7.7	จำนวนหญิงบริการทางเพศแบบแฝงในสถานบริการทางเพศและสถานบันเทิงในรูปแบบต่างๆ ในช่วงปี 2541-2546	53
7.8	เปรียบเทียบอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดชนิดฉีดและหญิงบริการทางเพศทางตรงในประเทศไทยในช่วงปี 2532-2545	54
7.9	การคาดประมาณการเสียชีวิตรายอายุของสตรีในปี 2545 และ 2548	62
7.10	เปรียบเทียบต้นทุนค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมระหว่างโรคเอดส์และโรคอื่น	64

ภาพรวม

ประสบการณ์ของประเทศไทยชี้ให้เห็นว่าการลดต้นทุนงบประมาณอย่างเพียงพอ การสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองและการดำเนินโครงการอย่างชาญฉลาด มีผลต่อความสำเร็จของการแก้ปัญหาเอชไอวีอย่างมาก จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่สูงสุดถึง 143,000 คนในปี 2534 ประเทศไทยสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงเหลือ 19,000 คนในปี 2546 ทำให้ไทยเป็นเพียงไม่กี่ประเทศในโลกที่สามารถลดการระบาดของโรคเอดส์ลงได้ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ใหญ่ของไทยขณะนี้อยู่ที่ร้อยละ 1.5 เมื่อสิ้นปี 2546 ความสำเร็จดังกล่าวทำให้ปกป้องชีวิตคนได้หลายล้านคนจากการติดเชื้อเอชไอวี (ดูแผนภาพที่ 0.1 และ 0.2)

รายงานฉบับนี้จึงเป็นการเสนอข้อมูลวิธีการบริหารจัดการของไทยที่ทำให้ประสบความสำเร็จได้ก่อนกำหนด ของเป้าหมายอันดับที่ 6 ของการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ คือการหยุดหรือลดการระบาดของโรคเอดส์ลงให้ได้ภายในปี 2558 และเพื่อพิจารณาหาแนวทางที่ควรดำเนินการเพื่อให้ความสำเร็จนี้ยั่งยืนต่อไป

ตารางที่ 0.1 โรคเอดส์ในประเทศไทย

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมตั้งแต่เริ่มพบผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรก	>1,000,000
จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์สะสมตั้งแต่เริ่มพบผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรก	460,000
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2546	604,000
จำนวนผู้มีอายุต่ำกว่า 15 ปี ติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2546	12,000
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ ในปี 2546	19,000
จำนวนผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ในปี 2546	53,000
อัตราการติดเชื้อในผู้ใหญ่ (คาดประมาณ)	1.5%

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข 2546 และ สำนักงานองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ, 2547

ความสำเร็จของไทยก่อให้เกิดคำถามมากมาย ประเทศไทยทำได้อย่างไรในการต่อต้านโรคเอดส์อย่างได้ผล บทเรียนอะไรที่จะนำมาใช้กับประเทศอื่นๆในภูมิภาคนี้และภูมิภาคอื่นๆ มาตรการที่ใช้อยู่ในปัจจุบันสามารถเกาะเกี่ยวสถานการณ์ที่เปลี่ยนไปได้อย่างทันทั่วถึงหรือไม่ มาตรการสำคัญในอนาคตคืออะไร ที่จะป้องกันไม่ให้เกิดการระบาดของโรคเอดส์กลับคืนมามีปัญหาอีกครั้ง รายงานฉบับนี้พยายามที่จะตอบคำถามเหล่านี้โดยการมองย้อนกลับไปในอดีต ในขณะที่เดียวกันมองไปข้างหน้าถึงสิ่งที่ไทยได้ทำมา และกำลังจะทำ เพื่อต่อสู้กับโรคร้ายซึ่งเป็นภัยคุกคามมนุษยโลกอยู่ในขณะนี้

องค์ประกอบของความสำเร็จ

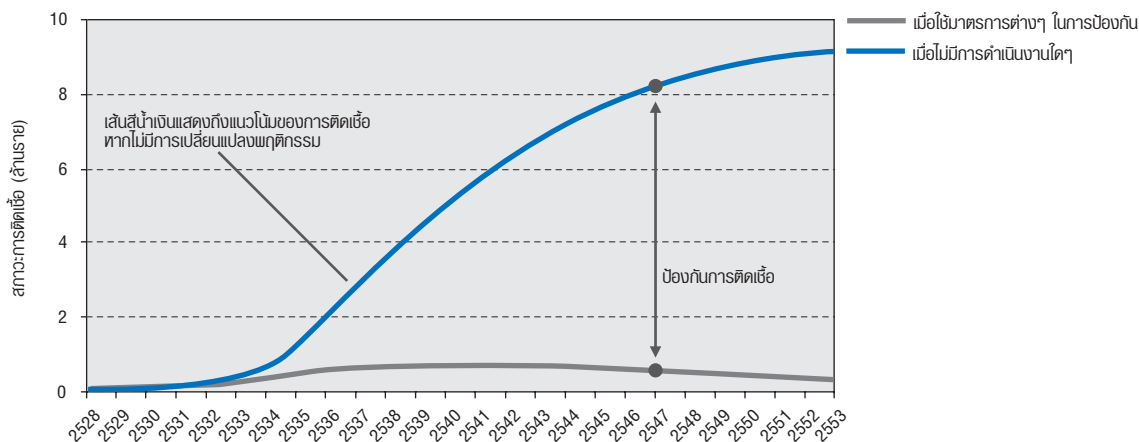
ความสำเร็จของไทยไม่อาจจะเป็นจริงได้หากไม่ได้รับการสนับสนุนอย่างจริงจังจากภาคการเมือง โดยมีบทบาทในการกำหนดนโยบาย การสนับสนุนทางการเงินอย่างเพียงพอ การประสานงานและการระดมสรรพกำลังจากหลายฝ่ายที่เกี่ยวข้องรวมทั้งองค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์และองค์กรชุมชนให้เข้ามามีบทบาทในการดำเนินงานอย่างจริงจังไม่ใช่เพียงจากด้านสาธารณสุขเท่านั้น

ปัจจัยของความสำเร็จที่มักจะมีมองข้ามไป คือการนำมาตรการที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติมาใช้ การที่มีโครงสร้างพื้นฐานทางด้านสาธารณสุขที่พร้อม การมีข้อมูลด้านระบาดวิทยาที่ช่วยให้ติดตามการระบาดของโรคได้อย่างทันกาล รวมทั้งการติดตามประเมินผลการดำเนินงานที่ทำให้ได้ข้อมูลให้แก่มือกำหนดนโยบายเพื่อปรับเปลี่ยนแนวทางให้เหมาะสมได้

ความมุ่งมั่น

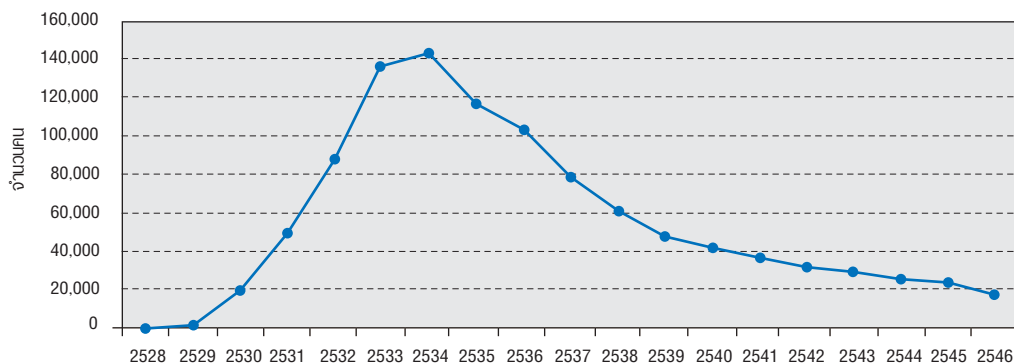
การที่ฝ่ายการเมืองให้ความสำคัญอย่างจริงจังในเรื่องโรคเอดส์ทำให้การระดมความร่วมมือจากฝ่ายต่างๆ สามารถทำได้อย่างกว้างขวางมากยิ่งขึ้น อีกทั้งทำให้ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นอย่างมาก การที่ผู้นำประเทศให้ความสำคัญเป็นการสร้างบรรยากาศที่เอื้ออำนวยในการสร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐต่างๆ องค์กรเอกชน สื่อมวลชน ธุรกิจบันเทิง ทหาร และภาคธุรกิจเอกชน นอกจากนี้องค์กรชุมชนและนักกิจกรรมด้านเอดส์ได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและการกำหนดมาตรการต่างๆ

แผนภาพที่ 0.1 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี



ที่มา : Brown T. (2003). *Understanding HIV Prevalence Differentials in Southeast Asia*, East-West Center/Thai Red Cross Society collaboration on HIV Analysis, Modeling & Policy, Bangkok.

แผนภาพที่ 0.2 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในช่วงปี 2528-2546



ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข 2547

การกระจายข้อมูลครอบคลุมทุกพื้นที่

การรณรงค์ให้ความรู้แก่ประชาชนเริ่มดำเนินการอย่างจริงจังในช่วงต้นของทศวรรษที่ 1990 โดยใช้เครือข่ายและโครงสร้างพื้นฐานทางด้านการสื่อสารที่มีพร้อม ประชาชนโดยส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงสื่อโทรทัศน์หรือวิทยุได้ นอกจากนี้การที่การเมืองมีความเป็นประชาธิปไตยมากขึ้นเป็นการเอื้อให้สื่อสามารถที่จะวิพากษ์วิจารณ์นโยบายได้ ซึ่งเป็นการเปิดโอกาสให้นโยบายต่างๆ ได้รับมุมมองที่หลากหลายมากขึ้น

ใช้สินทรัพย์ที่มีอยู่

มาตรการป้องกันของไทยที่ใช้อยู่ นั้น โดยส่วนใหญ่อยู่บนฐานของโครงสร้างพื้นฐานทางสาธารณสุขที่มีอยู่เดิม เช่น เครือข่ายคลินิก กามโรคเป็นเครือข่ายที่มีอยู่ตั้งแต่ช่วงสงครามเวียดนาม และ เครือข่ายนี้ได้ใช้เป็นฐานของการดำเนินงานโครงการถุงยางอนามัย 100% การที่ใช้โครงสร้างพื้นฐานเดิมที่มีอยู่ทำให้ต้นทุนการดำเนินงานต่ำ มีระบบการบริหารงานและผู้รับผิดชอบที่ชัดเจน ง่ายต่อการประสานงาน และที่สำคัญคือมีความยั่งยืน

เลือกหลักการที่ปฏิบัติได้

การระบาดของโรคเอดส์ในช่วงต้นถึงกลางทศวรรษที่ 1990 เกิดจากภาคธุรกิจบริการทางเพศเป็นส่วนใหญ่ ดังนั้นมาตรการต่างๆ ในช่วงนั้นจึงมุ่งเน้นที่จะแก้ปัญหาในกลุ่มนี้ ถึงแม้การค่าบริการทางเพศเป็นสิ่งผิดกฎหมายในสังคมไทย แต่เจ้าหน้าที่ของรัฐเลือกที่จะดำเนินมาตรการที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ คือแทนที่จะเลือกใช้การจำกัดการค่าบริการให้หมดไป หรือเปลี่ยนนโยบายให้ยอมรับการค่าบริการ มาเลือกดำเนินกรรณรงค์การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และให้ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ ซึ่งความสำเร็จเป็นไปอย่างงดงาม

ความสำเร็จส่วนหนึ่งเกิดจากวิสัยทัศน์ของผู้กำหนดนโยบาย และอีกส่วนหนึ่งเกิดจากการดำเนินงานในเรื่องการวางแผนครอบครัวมายาวนานในช่วงทศวรรษที่ 1960-1970 ทำให้ไม่มีการต่อต้านเมื่อรณรงค์ใช้ถุงยางอนามัย และทำให้สามารถสื่อสารกับสาธารณชนเรื่องเพศสัมพันธ์ได้ ซึ่งมีความสำคัญต่อความสำเร็จของการป้องกันโรคเอดส์ แต่ที่น่าเสียดายคือการรณรงค์เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายเสฟติดและชายขอบชายไม่ได้รับความสนใจอย่างเท่าเทียมกัน

เผชิญกับการระบาดที่เปลี่ยนไป

คงจะเร็วเกินไปที่ไทยจะการประกาศชัยชนะเหนือโรคเอดส์เพราะการระบาดของโรคได้ปรับเปลี่ยนไปมีรูปแบบที่หลากหลายมากกว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา ซึ่งปัจจุบันระบาดในประชากรกลุ่มต่างๆ ทำให้ยากต่อการควบคุมและป้องกัน

การระบาดในปัจจุบันได้เปลี่ยนเป็นการระบาดในกลุ่มประชากรบางกลุ่ม อย่างไรก็ตามนับตั้งแต่แรกที่ระบาด ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าหนึ่งล้านคน ซึ่งในจำนวนนี้ประมาณ 600,000 คนยังมีชีวิตอยู่ จำนวนผู้ติดเชื้อเหล่านี้เป็นภาระต่อทั้งสังคมชุมชนและครัวเรือนในการดูแลรักษาและให้การช่วยเหลือ การตายด้วยโรคเอดส์นับเป็นการสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของไทยในปัจจุบัน โดยเฉพาะในกลุ่มวัยทำงาน ซึ่งในปี 2546 การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์มากกว่าการเสียชีวิตด้วยอุบัติเหตุจราจรถึงสองเท่า

มาตรการป้องกันที่ทำอยู่ในปัจจุบันไม่สามารถใช้ได้ผลกับสถานการณ์การระบาดที่เปลี่ยนไป ในขณะที่การให้ข้อมูลข่าวสารกับประชาชนก็เริ่มสร้างชาลง ความสนใจของประชาชนเรื่องโรคเอดส์ก็ลดลง งบประมาณเรื่องโรคเอดส์ก็น้อยเกินกว่าที่จะสามารถครอบคลุมมาตรการที่รองรับการเปลี่ยนแปลงของการระบาดที่มีกลุ่มประชากรเสี่ยงที่หลากหลาย เช่นกลุ่มผู้ขายเสฟติด กลุ่มชายขอบ

ชาย กลุ่มลูกเรือ กลุ่มแรงงานเคลื่อนย้ายและกลุ่มเยาวชนได้อย่างเพียงพอ ดังนั้นไทยต้องริบเร่งหาแนวทาง มาตรการใหม่ๆ และการสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองอย่างจริงจังอีกครั้ง เพื่อแก้ปัญหาเอดส์ในมิติใหม่

กลยุทธ์ใหม่...

ถึงแม้มาตรการในกลุ่มผู้ค่าบริการทางเพศในสถานประกอบการตรง เช่นในสถานบริการทางเพศยังคงมีความสำคัญต่อการควบคุมโรคเอดส์อยู่ก็ตาม แต่รูปแบบการบริการรูปแบบอื่น เช่นการค่าบริการทางอ้อมน่าที่จะมีความสำคัญมากกว่า ดังนั้นจึงควรมีมาตรการที่มุ่งเน้นการค่าบริการทางอ้อมเพิ่มขึ้นจากมาตรการเดิมที่มีอยู่ เนื่องจากอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มต่างๆ สูงมาก เช่น ผู้ขายเสฟติด ชายขอบชาย แรงงานเคลื่อนย้าย ลูกเรือ และกลุ่มเยาวชน มาตรการต่างๆ สำหรับกลุ่มเหล่านี้จึงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนเช่นกัน และดัชนีชี้วัดถึงการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรทั่วไปตัวหนึ่งคืออัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์ซึ่งยังคงสูงอยู่ในบางพื้นที่ เช่นในภาคใต้เป็นอีกกลุ่มหนึ่งที่ต้องเพิ่มความสำคัญ

มาตรการแก้ปัญหาของกลุ่มต่างๆ จะประสบผลสำเร็จหากเป็นมาตรการที่เหมาะสมกับสถานการณ์การระบาดและบริบททางสังคมของแต่ละพื้นที่ และสามารถปรับเปลี่ยนได้ตามการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ได้อย่างทันท่วงที รวมทั้งแก้ปัญหาที่ต้นเหตุมากกว่าการแก้ที่ปลายเหตุ

...เข้าใจถึงเยาวชน

บริการป้องกันโรคเข้าถึงเยาวชนน้อยกว่าร้อยละ 5 ในขณะที่เยาวชนที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีเพียงร้อยละ 20-30 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ดังนั้นจึงมีเยาวชนเป็นจำนวนมากที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบกับแทบไม่มีการรณรงค์สร้างความตระหนักแก่สาธารณชนเลย ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในกลุ่มเยาวชนที่สอดคล้องกับความต้องการของพฤติกรรมเสี่ยงที่พบในกลุ่มเยาวชนเหล่านี้ นั่นหมายความว่าต้องมีการลงทุนมากขึ้นในโครงการที่นำไปปฏิบัติได้รวมทั้งในการวิจัยด้านสังคมและพฤติกรรมเพื่อทำความเข้าใจกับพลวัตของสังคม

เยาวชนหลายคนถูกดึงให้ข้องเกี่ยวกับธุรกิจบริการทางเพศ อาจเป็นผู้ค้าหรือลูกค้า นอกจากนี้การทดลองมีเพศสัมพันธ์และใช้ยาเสฟติดในหมู่เยาวชนได้เพิ่มสูงขึ้น ทั้งที่บางรายยังอยู่ในวัยเรียนด้วย นอกจากนี้ยังมีชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน การศึกษาบางชิ้นระบุว่าอัตราการติดเชื้อในกลุ่มนี้อาจสูงถึงร้อยละ 17 โดยการ

ดำเนินงานให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยหรือบริการป้องกันในคนกลุ่มนี้ยังมีค่อนข้างน้อย การที่ขายหนุ่มเหล่านี้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นนับเป็นเรื่องใหม่ที่ทำหายอย่างยั้ง

...ผู้เฒ่าเสพติด...

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้เฒ่าเสพติดแบบฉีดสูงเกือบร้อยละ 50 ประมาณหนึ่งในสี่ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เกิดขึ้นจากการฉีดยาเสพติดโดยไม่ทำความสะอาดเข็มฉีดยา จากการประมาณการคาดว่าสัดส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้ยาเสพติดจะเพิ่มขึ้นภายในไม่กี่ปีข้างหน้า ในขณะที่งบประมาณเพื่อการป้องกันในกลุ่มนี้มีเพียงน้อยนิด เรื่องที่น่ากังวลก็คือการแพร่เชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ที่พบในกลุ่มผู้เฒ่าเสพติดที่มีเชื้อแบบฉีดเข้าเส้นและผู้มีแอลกอฮอล์ที่รับการบำบัด เนื่องจากผู้ที่มีเมามาด้วยยาเสพติดและแอลกอฮอล์เหล่านี้มักจะมีแนวโน้มที่จะถือปฏิบัติตามหลักเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

การกวาดล้างผู้ค้ายาเสพติดประกอบกับการเข้าถึงบริการลดการใช้ยาเสพติดได้อย่างจำกัด อาจเกิดผลลบโดยไม่เจตนาโดยทำให้เชื้อเอชไอวีแพร่ระบาดมากยิ่งขึ้นได้ การลงโทษต่อบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงนี้ยังทำให้ไม่สามารถนำการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีให้เข้าถึงบุคคลเหล่านี้ได้ โดยทั่วไปแล้วผู้ติดยาเสพติดหลายคนมักติดคุกเป็นครั้งคราวซึ่งคุกก็เป็นแหล่งที่ทำให้เกิดแพร่เชื้อเอชไอวีได้เช่นกัน

จากข้อเท็จจริงที่ว่า การใช้ยาเสพติด รวมทั้งชนิดฉีดเข้าเส้นเป็นเรื่องผิดกฎหมายนั้นไม่ควรเป็นเหตุยับยั้งการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มผู้เฒ่าเสพติด หากนำแนวทางการป้องกันที่นำมาปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพเช่นที่ดำเนินการในกลุ่มหญิงบริการทางเพศมาใช้ อาจประสบความสำเร็จป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้ได้

...กลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย...

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยกำลังหันเหไปในทิศทางต่างๆ จากการพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงในกลุ่มแรงงานอพยพในอุตสาหกรรมก่อสร้าง การเกษตร และอุตสาหกรรมประมง โดยในบางพื้นที่สูงถึงร้อยละ 6 คนเดินทะเลและชาวประมงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเพราะยากที่จะนำความรู้เรื่องโรคเอดส์ไปเผยแพร่ถึงตัวได้ การดำเนินงานที่มีลำดับความสำคัญสูงจึงต้องเน้นการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างแข็งขันโดยเจาะจงในกลุ่มที่เสี่ยงสูง

...และหญิงบริการทางเพศ...

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศในสถานบริการตรงยังอยู่ในระดับสูงประมาณร้อยละ 7 ถึง 20 ซึ่งชี้ให้เห็นว่าการแพร่เชื้อเอชไอวีส่วนหนึ่งเกิดจากการซื้อขายบริการทางเพศ ทำให้ต้องลดการแพร่เชื้อในกลุ่มหญิงบริการทางเพศทางตรง ในขณะเดียวกัน

ก็ต้องเร่งป้องกันกลุ่มหญิงบริการทางอ้อมที่เพิ่มจำนวนขึ้น ทั้งยังยากต่อการควบคุมอีกด้วย ทั้งนี้จำเป็นต้องหาแนวทางใหม่ๆที่จะนำบริการป้องกันโรคเอดส์ให้ไปถึงทั้งชายและหญิงขายบริการทางเพศอย่างแอบแฝงเหล่านี้

ระบบไทย

การประสานงานและกำกับทิศทางการป้องกันโรคโดยหน่วยงานราชการในส่วนกลางเช่นที่เคยดำเนินงานเมื่อทศวรรษที่ 1990 นั้นไม่เหมาะกับบริบทและความหลากหลายของการแพร่ระบาดในยุคปัจจุบันอีกต่อไป ควรมีระบบการบริหารจัดการใหม่ซึ่งเป็นกลไกที่มีความยืดหยุ่นและเหมาะสมสำหรับการดำเนินงานเชิงรุกทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด

...เหมาะ กับบริษัท...

เพื่อให้ตรงกับแบบแผนการระบาดของโรคเอดส์แล้ว แผนงานในการป้องกันและจัดการปัญหาโรคเอดส์ต้องตอบสนองต่อรูปแบบจำเพาะของการระบาดในแต่ละท้องที่ การกระจายอำนาจในการวางแผนและอำนาจด้านงบประมาณไปยังระดับท้องถิ่นนั้นเอื้อต่อการดำเนินงานในแนวนั้น โดยที่การติดตามการแพร่ระบาดและการกำหนดแนวทางในการป้องกันต้องดำเนินการทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด ดังนั้นจึงต้องให้การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและด้านการเงินแก่ท้องถิ่นสำหรับการจัดทำแผนงาน การปฏิบัติตามแผนดังกล่าวและการติดตามผลให้มากขึ้น ผลคือยิ่งนำไปเป็นการให้อำนาจแก่ระดับจังหวัดและท้องถิ่นในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์

...ปรับปรุงการประสานงาน...

อำนาจหน้าที่ของคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติยังขาดความชัดเจน จึงต้องมีกรมมอบหมายและปรับเปลี่ยนภารกิจให้มีความเหมาะสม โดยต้องเน้นประสิทธิภาพในการประสานการดำเนินงานโดยหน่วยงานต่างๆ การบูรณาการแผนงานด้านโรคเอดส์ที่ตอบสนองต่อการจัดทางงบประมาณแบบแสดงผลงานและการกระจายอำนาจ และท้ายที่สุดเพื่อระดมความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรท้องถิ่นและองค์กรเอกชน สาธารณประโยชน์

...เริ่มจากเรื่องที่เรา...

ข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้เป็นกุญแจในการกำหนดวิธีการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย การเปลี่ยนแปลงในการระบาดของโรคทำให้ต้องปรับเปลี่ยนระบบการติดตามเพื่อเป็นพื้นฐานสำหรับกรวิเคราะห์และขึ้นนโยบายได้อย่างเหมาะสม นอกจากนี้ยังจำเป็นต้องมีการวิจัยในด้านสังคมเศรษฐกิจ และด้านวัฒนธรรมของการระบาดรวมทั้งการปรับตัวของคนและชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์

...รักษา ดูแล สนับสนุน

คาดว่า การแพร่ระบาดของโรคเอดส์จะทำให้มีผู้เสียชีวิตในปี 2546 ประมาณ 58,000 คน โดยร้อยละ 90 มีอายุระหว่าง 20-49 ปี ซึ่งล้วนอยู่ในวัยทำงาน โรคเอดส์กลายเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับต้นๆ ของไทย

...ควยยาที่พอซื้อได้...

ทั้งนี้ผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวนมากจำเป็นต้องได้รับการดูแลและช่วยเหลือ ทั้งในระดับครอบครัวและชุมชน อีกทั้งต้องการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นเรื่องน่าชื่นชมที่กระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายที่จะให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 50,000 คน ภายในสิ้นปี 2547 จากที่มีผู้ได้รับแล้วทั้งสิ้น 20,000 คน นอกจากนี้การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกยังสามารถลดการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กแรกเกิดลงครึ่งหนึ่งอีกด้วย

แผนการดำเนินงานเหล่านี้มีความเป็นไปได้เพราะประเทศไทยสามารถผลิตยาสามัญสำหรับต้านไวรัสได้ในราคาถูกประมาณ 300 เหรียญสหรัฐต่อผู้ป่วยหนึ่งคนต่อปี เมื่อเปรียบเทียบกับยาคิดเดียวกันที่มีราคาประมาณ 8,000 เหรียญสหรัฐที่ขายในยุโรปหรืออเมริกาเหนือ

...และมีขีดความสามารถพอ...

เพียงการลดลงของต้นทุนราคาขายเท่านั้นยังไม่พอเพียง จำเป็นต้องเสริมสร้างระบบบริการสาธารณสุขให้มีขีดความสามารถในการให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยจำนวนนับหมื่นๆ รายนี้ด้วย ดังนั้นการให้ยาต้านไวรัสนั้นจะต้องมีการจัดการและติดตามอย่างระมัดระวังเพื่อลดโอกาสในการดื้อยา อีกทั้งต้องมีการติดตามและวิจัยผลการรักษาในทางชีววิทยาการแพทย์ให้เป็นองค์ประกอบหนึ่งของยุทธศาสตร์ในการดูแลและรักษา

ตารางที่ 0.2 โรคเอดส์ในประเทศไทย : เพชรฆาตหมายเลข 1 ในกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์

	จำนวนผู้เสียชีวิตในช่วงอายุ 15-44 ปี (ต่อปี)	จำนวนผู้เสียชีวิตรวมทุกวัย (ต่อปี)
โรคเอดส์	41,443	53,375
มะเร็ง	28,501	66,956
อุบัติเหตุ	16,381	24,415
เส้นเลือดในสมองตีบ	2,607	44,078
โรคหัวใจ	2,106	20,080

ที่มา : กรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กระทรวงสาธารณสุข, 2546 และ คณะทำงานของไทยด้านภาวะโรค 2545

ลดทอนผลกระทบ

โรคเอดส์กลายเป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของประเทศไทย (ดูตารางที่ 0.2) โดยมีผลกระทบต่อทั้งครอบครัวและชุมชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งคนจน การบรรเทาผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจของโรคเอดส์เป็นเป้าหมายหนึ่งของแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 ซึ่งยังต้องมีการดำเนินงานตามนั้น ปัจจุบันเป็นโอกาสที่จะผนวกแนวทางการบรรเทาปัญหาดังกล่าวเข้ากับนโยบายและแผนงานในการพัฒนาสังคม โดยคำนึงถึงความต้องการของชุมชนและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ และปัญหาเด็กกำพร้าที่มีอยู่เป็นจำนวนมาก

...และใส่ใจเรื่องการเลือกปฏิบัติ

ที่น่ากังวลคือเรื่องการเลือกปฏิบัติและรังเกียจผู้ติดเชื้อเอดส์ที่เกิดขึ้นทั่ว หนึ่งในสี่ของผู้ติดเชื้อเอดส์ว่าถูกดูหมิ่นและรังเกียจ ร้อยละ 40 รายงานว่าความลับในสถานการณ์ติดเชื้อถูกเปิดเผยในระบบสาธารณสุข สถานการณ์นี้ทำให้เกิดการหวาดกลัวและปฏิเสธ ซึ่งบั่นทอนประสิทธิภาพในการป้องกัน การให้ความรู้ และแผนงานการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์

เปลี่ยนเกียรติ

ความสำเร็จของไทยในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มาจากส่วนผสมระหว่างการเมืองการมีมาตรการที่เหมาะสมและโชค ในขณะที่ไทยเป็นตัวอย่างของความสำเร็จแต่ไม่ได้แปลว่าขจัดปัญหาได้แล้ว หลังจากพบผู้ป่วยโรคเอดส์ครั้งแรกในไทยเมื่อสี่สิบปีที่แล้ว ปัญหาโรคเอดส์ได้เปลี่ยนแปลงเรื่อยมา ความรู้ ประสบการณ์ และทักษะทำให้ไทยได้เปรียบเมื่อต้องปรับเปลี่ยนการดำเนินงานให้สอดคล้องกับการแพร่ระบาดที่พัฒนาไป

ยุคสืบสวน

(พ.ศ. 2527-2531)

เมื่อโรคเอดส์เริ่มระบาดในประเทศไทยในช่วงกลางทศวรรษที่ 1980 นั้น ผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกที่พบนั้นเป็นชายขอบชายที่เพิ่งกลับจากต่างประเทศ ผู้คนทั่วไปจึงมีปฏิกิริยาเช่นเดียวกับผู้คนในประเทศอื่นทั่วโลก ที่เข้าใจว่าเอดส์เป็นโรคที่เกิดกับชาวต่างชาติ และคนกลุ่มน้อยของสังคม สำหรับคนส่วนใหญ่ที่เป็น “คนดี” และ “น่านับถือ” แล้วไม่มีความจำเป็นที่จะต้องกังวล ดังนั้นในระยะแรกจึงไม่มีผู้สนใจและไม่ได้รับความเอาใจใส่จากฝ่ายการเมืองเท่าใดนัก แม้ว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขหรือนักกิจกรรมจะเฝ้าตักเตือนและวิงวอนก็ตาม

ในห้วงเวลาดังกล่าวทั้งภาครัฐบาลและเอกชนต่างให้ความสำคัญกับการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจมิใช่เรื่องโรคเอดส์ โดยเกรงว่าการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทำให้ประเทศเกิดภาพลบและนักท่องเที่ยวจะลดลงส่งผลกระทบต่อปริมณฑลท่องเที่ยวไทยในปี 2530 และส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศในท้ายที่สุด ดังนั้นจึงไม่เป็นที่น่าประหลาดใจที่เจ้าหน้าที่จะบอกว่าโรคเอดส์จะไม่กระทบต่อคนส่วนใหญ่ของประเทศ

โซ่ว่านักวิชาการและข้าราชการกระทรวงสาธารณสุขที่ตระหนักถึงอันตรายจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์นั้นจะไม่รู้ร้อนรู้หนาวว่าเป็นเพราะเข้าไม่ถึงวงในพอที่จะโน้มน้าวรัฐบาลให้หาทางแก้ไข ปัญหาเพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ เพราะหัตถ์ที่ประเทศไทยมีเสรีภาพในการแสดงความคิดเห็นและการรวมกลุ่มทำให้องค์กรประชาสังคมสามารถส่งสัญญาณต่อสาธารณชนโดยการให้ข่าวผ่านสื่อต่างๆ ทั้งนี้มีข้อสังเกตที่สำคัญประการหนึ่งก็คือในช่วงระหว่างปี 2523-2531 ที่โรคเอดส์เริ่มระบาดนั้นเป็นช่วงที่กล่าวได้ว่าประเทศไทยมีประชาธิปไตยครึ่งใบ อีกทั้งมีรัฐบาลผสมจากหลายพรรคการเมือง

กล่าวโดยรวมแล้ว ในระยะแรกนั้นประเทศไทยปฏิเสธอย่างแข็งขังเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ด้วยอาการ ส่วนหนึ่งเป็นเพราะขาดหลักฐานที่น่าเชื่อถือเพียงพอที่จะชี้ถึงความจำเป็นที่ต้องดำเนินการ บางคนคิดว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการคาดประมาณเป็นเรื่องที่เหลือเชื่อและยกเมฆ ทำให้เจ้าหน้าที่ไม่ดำเนินการใดๆ ในระยะแรก เว้นแต่มาตรการด้านสาธารณสุขบาง

ประการ เช่นการบริการโลหิตที่ปลอดภัย (*ดูกรอบข้อความ 1.1*) และการกำหนดให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่งต้องรายงานเมื่อพบผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกราย

ในระยะแรกนั้นนักการเมืองส่วนใหญ่ไม่เชื่อว่าเกิดโรคระบาดขึ้น และคนทั่วไปก็ไม่รู้เรื่องการระบาด การดำเนินงานโดยหน่วยงานของรัฐที่รับผิดชอบในขณะนั้นยึดแนวทางที่แนะนำโดยองค์การอนามัยโลก ซึ่งเน้นการบริการโลหิตที่ปลอดภัย การป้องกัน การติดเชื้อแบบครอบจักรวาล การกำหนดให้รายงานเมื่อพบผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกราย และการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารแก่กลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง

เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่แสดงอาการของโรคเป็นระยะเวลาหลายปี (อาจใช้เวลา 8 ถึง 10 ปี ที่ผู้ติดเชื้อจะป่วยด้วยโรคเอดส์หรือมีอาการไม่สบาย) แนวทางการดำเนินงานเหล่านี้บอกให้รู้คร่าวๆ ถึงการแพร่ระบาดของโรค ตัวอย่างเช่นระหว่างปี 2527-2532 ศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์เพียง 43 คน แม้ว่าการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยจะไม่ปรากฏชัด ทว่าคนในแวดวงสาธารณสุขต่างก็รู้กันทั่วว่าหญิงบริการทางเพศ ชายขอบชาย และผู้ใช้ยาเสพติดแบบฉีดเข้าเส้นเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

สัญญาณที่บ่งบอกถึงการแพร่ระบาดของโรคมาจากการแปรความหมายของข้อมูลด้านระบาดวิทยาที่มีอยู่แล้วมากกว่าการใช้ข้อมูลด้านอื่น จริงๆ แล้วจนถึงช่วงปี 2530 นั้นมีหลักฐานน้อยมากที่บอกให้รู้ว่าการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในประชากรกลุ่มเสี่ยง ตัวอย่างเช่นเมื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดแบบฉีดเข้าเส้นในกรุงเทพมหานครในปี 2530 นั้นยังไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงต้นปี 2531 คลินิกกามโรคที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ก็ได้ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศด้วย จนกระทั่งเดือนมิถุนายนก็ยังไม่พบการติดเชื้อ ทว่าต่อมาในเดือนกรกฎาคมก็ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีถึง 3 ราย และภาคเหนือกลายเป็นศูนย์กลางของการแพร่ระบาดของโรคในประเทศไทย

กรอบข้อความ 1.1 ปาลอดภัยไร้กังวล

ประเทศไทยเป็นหนึ่งในประเทศกำลังพัฒนาแถบเอเชียกลุ่มแรก ๆ ที่มีการป้องกันการแพร่เชื้อในโลหิตบริจาคอย่างเป็นระบบ ภายหลังจากที่นายจะอ่อน เสือส้ม ยามประจำโรงงานติดเชื้อเอชไอวีจากการรับเลือดระหว่างเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานครเมื่อปี 2529 ส่งผลให้มีการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีในเลือดบริจาคทุกหน่วย ต่อมาในปี 2532 โรงพยาบาลทั่วไปทุกแห่งมีขีดความสามารถตรวจทดสอบและตรวจคัดกรอง ซึ่งนำไปสู่การบริการโลหิตที่ปลอดภัย รวมทั้งจัดตั้งศูนย์บริการโลหิตขึ้นในจังหวัดเหล่านั้น

กรณีของนายจะอ่อน เสือส้มเป็นแรงผลักดันให้เกิดการเปลี่ยนแปลงนี้ เขาได้ให้สัมภาษณ์ผ่านรายการโทรทัศน์และตระเวนให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ตามสถานประกอบการต่างๆ เป็นครั้งแรกในประเทศไทยที่เอดส์มีตัวตนและเกิดขึ้นกับคนทั่วไป นอกจากนี้ยังมีกรณีนางแบบชื่อดังที่ผลการตรวจวินิจฉัยผิดพลาดจึงตกเป็นข่าวหนังสือพิมพ์ว่าติดเชื้อเอชไอวี ทำให้สาธารณชนให้ความสนใจเกี่ยวกับผลดีและผลเสียของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ไม่ช้าโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งก็สามารถตรวจทดสอบและตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีได้ โดยในช่วงกลางทศวรรษที่ 1990 นั้น เลือดทุกหน่วย จะถูกตรวจคัดกรองทั้งตรวจหาภูมิคุ้มกันและตรวจหาเชื้อ ต่อมาในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 ธนาคารเลือดทุกแห่งได้บันทึกข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับผู้บริจาคโลหิตและนำแบบสอบถามที่ให้ผู้บริจาคโลหิตตอบด้วยตนเองมาใช้ในการคัดกรองผู้บริจาคที่มีพฤติกรรมเสี่ยง

กิจกรรมต่างๆ เหล่านี้สามารถลดการแพร่เชื้อเอชไอวีทางเลือดได้ และเป็นตัวอย่างในการใช้ข้อมูลหลักฐานผนวกกับเจตนาที่มุ่งมั่นสำหรับขึ้นนโยบายทำให้เกิดความยั่งยืนในการดำเนินงาน ส่งผลให้อัตราการแพร่เชื้อเอชไอวีจากการรับเลือดลดลงเหลือเพียง 1 ใน 80,000 ครั้งของการให้เลือด และผลิตภัณฑ์ของโลหิต ซึ่งจัดว่าเป็นอัตราที่ต่ำสุดในกลุ่มของประเทศกำลังพัฒนา² (ธนาคารโลก, 2543)

กรอบข้อความ 1.2 สถานการณ์โลก

เมื่อเอดส์เริ่มระบาดในประเทศไทยนั้นได้ปรากฏรายงานการระบาดของโรคเอดส์แล้ว ในแถบตอนล่างของทะเลทรายซาฮารา ทวีปแอฟริกา และในอเมริกาเหนือ สำหรับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นั้น โรคเอดส์เริ่มระบาดในประเทศไทยในช่วงกลางทศวรรษที่ 1980 การติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรกนั้นเป็นการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วชาวต่างชาติ ภาวะการณ์เช่นนี้ทำให้หลายคนคิดว่า การติดเชื้อมาจากวิถีการดำเนินชีวิตและพฤติกรรมที่แปลกแยกจากวัฒนธรรมไทยและเกิดความพึงใจว่าตนเองนั้นไม่เสี่ยง ในอีกด้านหนึ่งก็มีการควั่นและมิบหลงโชนเพื่อพยายามจะยับยั้งการแพร่เชื้อเอชไอวี ณ ชายแดนของประเทศ

ช่วงปี 2531-2532 มีหลักฐานที่บ่งชี้ถึงความเชื่อที่ว่าเชื้อเอชไอวีเป็นภัยคุกคามจากภายนอก เชื้อไวรัสได้แพร่กระจายทั่วภูมิภาคและการแพร่เชื้อดูราวกับจะเพิ่มขึ้นในหลายกลุ่มประชากร นักระบาดวิทยาได้สรุปว่ามี 2 ปัจจัยที่ทำให้โรคเอดส์ระบาดในหลายประเทศในแถบเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ นั่นคือ การมีเพศสัมพันธ์ และการให้ยาเสพติด คาดว่าในปี 2535 ประชากรจำนวนมากกว่า 675,000 คน จากจำนวนผู้ติดเชื้อในทั้งหมด 11.8 ล้านคนมาจากเอเชียตะวันออกเฉียงใต้และส่วนใหญ่เป็นคนไทย

อย่างไรก็ตามเจ้าหน้าที่สาธารณสุขรู้ชัดถึงการระบาดราวกับถูกจาร์กไว้บนผนัง ในปี 2530 กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข ได้ตั้งคณะกรรมการเอดส์ชาติ คณะกรรมการได้จัดทำแผนงานเอดส์ระยะสั้นของประเทศในปีต่อมาในช่วงของรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ทว่าการดำเนินงานเรื่องเอดส์ยังคงเป็นเรื่องๆ อย่างไม่เป็นระบบ ไทยกลายเป็นประเทศแรกในเอเชียที่จัดทำแผนงานระยะกลางในการป้องกันโรคเอดส์ (ปี 2532-2534) รัฐบาลให้การสนับสนุนการดำเนินงานตามแผนค่อนข้างน้อย (ประมาณ 184,000 เหรียญสหรัฐหรือประมาณ 4.6 ล้านบาท ในปี 2531) แม้องค์การต่างประเทศจะให้การสนับสนุนอีกประมาณ 500,000 เหรียญสหรัฐหรือ 12.5 ล้านบาท

สำหรับคนส่วนใหญ่ รวมทั้งนักการเมืองและผู้กำหนดนโยบาย การแพร่ระบาดของโรคเอดส์และการดำเนินงานล้วนเป็นเรื่องจับต้องไม่ได้ โรคเอดส์จึงมีใจเรื่องที่สำคัญ

เริ่มประจักษ์

(พ.ศ. 2531-2533)

2

ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1980 ความพยายามที่จะสอบสวนโรคและเสาะสืบถึงการแพร่เชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นปรากฏผลที่น่าตกใจ ทำให้มีการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายเสพติดที่เข้ารับการรักษาในคลินิกยาเสพติดของกรุงเทพมหานครในช่วงปลายปี 2530 และต้นปี 2531³ ซึ่งผลการทดสอบในขั้นต้นนั้นไม่พบผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทว่า 8 เดือนต่อมาของปีเดียวกัน อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของผู้มารับการรักษาที่คลินิกยาเสพติดกลับเพิ่มขึ้นร้อยละ 30⁴ จึงเป็นที่แน่ชัดว่าเชื้อเอชไอวีระบาดอย่างรวดเร็วในกลุ่มของผู้ขายเสพติดทั่วประเทศ โดยในปี 2532 พบการติดเชื้อเอชไอวีในทุกภูมิภาคในอัตราประมาณร้อยละ 18-52 การเป็นคลื่นของการแพร่ระบาดลูกใหม่ที่สาดซัดเข้าหาประชากรกลุ่มเสี่ยง

กลุ่มของนักระบาดวิทยา เจ้าหน้าที่สาธารณสุข รวมถึงเจ้าหน้าที่จากองค์การอนามัยโลก และจากศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคของกระทรวงสาธารณสุขสหรัฐ ต่างตระหนักได้ถึงสัญญาณของการระบาดของโรคเอดส์ ทว่าผู้ขายเสพติดแบบฉีดมักถูกละเลยและได้รับการปฏิบัติดูคนนอกกรณี ดังนั้นการระบาดของโรคเอดส์ในประชากรกลุ่มนี้จึงไม่เป็นที่สนใจของคนทั่วไปหรือของฝ่ายการเมือง การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายเสพติดแบบฉีดจึงแทบไม่มีเลย ในทางกลับกันการตรวจพบการระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ขายเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นยิ่งทำให้เกิดความมุ่งมั่นที่ต้องทำการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มผู้ขายเสพติด

ในปี 2532 ทั้งกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข และกองทัพบกกระทรวงกลาโหม ต่างก็เฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรเฉพาะกลุ่ม ครึ่งปีให้หลังได้มีการจัดระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอดส์โดยการตรวจโลหิตขั้นใน 14 จังหวัด ระบบการเฝ้าระวังนี้เน้นการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต สตรีมีครรภ์ที่มาคลินิกกับฝากครรภ์ ผู้ขายเสพติดแบบฉีดเข้าเส้น ชายที่มารับบริการที่คลินิกกามโรค รวมทั้งหญิงบริการทางเพศโดยตรง (ในสถานประกอบการทางเพศ) และหญิงบริการแบบแฝง (สถานอาบ อบ นวด และอื่นๆ) ต่อมาได้ขยายการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ครอบคลุม 31 จังหวัดในปลายปี 2532 และครอบคลุมทั้ง 73 จังหวัดในปี 2533⁵

ผลจากการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ครั้งแรกในเดือนมิถุนายน 2532 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีประมาณร้อยละ 1-5 ในหญิงบริการทางเพศทั้งในเขตกรุงเทพมหานครและอีกทั้ง 12 จังหวัด ทำให้เริ่มเกิดความวิตกกังวลแต่ไม่ถึงกับตื่นกลัวไปทั่ว ทกเดือนให้หลังผลจากการสำรวจรอบที่สองพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในบางจังหวัดสูงถึงร้อยละ 13 โดยพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงในกลุ่มของหญิงบริการทางเพศในภาคเหนือของประเทศไทย โดยเฉพาะหญิงบริการทางเพศในจังหวัดเชียงใหม่พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 43⁶

เมื่อสื่อมวลชนได้รายงานข่าวการพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงในหญิงบริการทางเพศนี้ได้สร้างความตื่นตระหนกไปทั่วประเทศ⁷ สำหรับนักการเมืองแล้วยังยากที่จะทำเฉยเมยได้ เพราะข่าวดังกล่าวเผยถึงความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนสองประการเกี่ยวกับการระบาดของโรคเอดส์ ประการแรก การระบาดของเชื้อเอชไอวีในสถานบริการทางเพศสู่ชายขอบเที่ยวแสดงให้เห็นชัดว่าการระบาดของโรคเอดส์มิได้จำกัดอยู่ที่คนตามชายขอบของสังคมไทยหรือตามสถานเริงรมย์ที่ให้บริการแก่ชาวต่างชาติเท่านั้น ประการที่สองเชื้อเอชไอวีได้แพร่ระบาดไปทั่วประเทศโดยเฉพาะในภาคเหนือ ซึ่งไม่ใช่การระบาดเฉพาะถิ่น คำมัธยฐานอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศในสถานบริการทางเพศของทุกจังหวัดที่สำรวจเท่ากับร้อยละ 3 ในปีถัดมาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 9.3 และจากผลการสำรวจในเดือนมิถุนายน 2534 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงเพิ่มสูงกว่าร้อยละ 15 เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทำนายว่าการแพร่ระบาดของโรคเกิดเป็นลูกคลื่นที่ต่อเนื่องจากชายขอบเที่ยว ไปสู่กรรยาหรือคู่นอน ท้ายที่สุดก็แพร่เชื้อเอชไอวีต่อไปกับลูกในครรภ์

ต่อมาก็ปรากฏรายงานข่าวการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกองทัพ (*ดูกรอบข้อความ 2.1*) ในปลายปี 2532 กองทัพบกได้เริ่มตรวจทดสอบหาการติดเชื้อเอชไอวีปีละสองครั้งในกลุ่มทหารเกณฑ์ใหม่แต่ละผลัด ซึ่งในแต่ละปีมีชายไทยอายุ 21 ปี จำนวน 25,000-30,000 นายถูกคัดเกณฑ์ด้วยการจับฉลากให้เข้าเป็นทหารมีกำหนดเวลา 2 ปี ทหารเกณฑ์เหล่านี้ส่วนใหญ่มาจากชนบท การตรวจทหารเกณฑ์ผลัดแรกในเดือนพฤศจิกายน พบอัตราการติดเชื้อประมาณ

กรอบข้อความ 2.1 เอดส์กระพริบบนจอเรดาร์

การพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกในกลุ่มทหารเมื่อปี 2530 ทำให้กระทรวงกลาโหมจัดตั้งคณะกรรมการเพื่อพัฒนาแนวทางในการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ขึ้นในกองทัพบก, กองทัพอากาศ และกองทัพเรือ ก้าวแรกของการดำเนินงานคือการตรวจคัดกรองทหารการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารเกณฑ์ ผลของการตรวจคัดกรองตั้งแต่แรกสร้างความฮือฮาไปทั่ว โดยการตรวจคัดกรองรอบแรกในปี 2532 นั้นพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ยร้อยละ 0.5 โดยเฉพาะผลการตรวจเลือดของทหารเกณฑ์ในภาคเหนือที่น่าทึ่งใจ การระบาดของโรคในกลุ่มทหารเท่ากับว่าเจาะปรากฏการป้องกันประเทศ และทำให้ระแวงว่าการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงของประเทศ (ขณะนั้นเป็นช่วงเวลาที่มีปัญหาความสัมพันธ์กับประเทศเพื่อนบ้านซึ่งอาจนำไปสู่ความขัดแย้งกันได้) นอกจากการตรวจเลือดทหารเกณฑ์ผลดีใหม่แล้ว ทางกองทัพต่างๆ ยังมีแผนงานการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์อีก 3 โครงการซึ่งเน้นการป้องกันโรคเอดส์โดยการสร้างศักยภาพของคน การดูแลและรักษา และการวิจัยและพัฒนาทั้งขั้นพื้นฐานและประยุกต์ แผนการป้องกันโรคให้ความสำคัญกับการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อ เรื่องเอดส์ได้ถูกบรรจุในหลักสูตรการเรียนการสอนของกองทัพ มีการแจกจ่ายถุงยางอนามัย และนำวิธีการเพื่อนเตือนเพื่อนมาใช้ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ กองทัพบก (AFRIMS) นับว่ามีบทบาทสำคัญในการระดมความร่วมมือและติดตามผลการดำเนินงาน ทั้งในระดับกองทัพและระดับประเทศด้วย

ร้อยละ 0.5 เนื่องจากทหารเกณฑ์เหล่านี้อายุน้อยจึงเป็นไปได้อย่างยิ่งว่าพวกเขาเพิ่งติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเร็วๆ นี้ นับเป็นครั้งแรกที่ประเทศไทยได้รู้ถึงอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ (จำนวนหรืออัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายปี) ในกลุ่มประชากร รวมทั้งผู้ที่อยู่ในชนบทต่อมาในปี 2534 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารเกณฑ์ถึงร้อยละ 3 โดยอัตราการติดเชื้อในกลุ่มทหารเกณฑ์ในภาคเหนือสูงถึงร้อยละ 6 ส่วนใหญ่พบในภาคเหนือตอนบนเป็นสัญญาณเตือนที่เสียงดังและชัดเจนยิ่ง

กรอบข้อความ 2.2 ทางสองแพร่งในสังคมไทย

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยทำให้องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ (NGOs) มีบทบาทการดำเนินงานมากขึ้นซึ่งส่วนใหญ่จะเน้นที่การป้องกันโรค ส่งเสริมสิทธิมนุษยชนและพยายามวิ่งเต้นให้มีการขยายดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์ให้ครอบคลุมทั่วประเทศ เครือข่ายองค์กรสาธารณประโยชน์ด้านเอดส์ได้ก่อตั้งขึ้นในปี 2532 ทั้งองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์และนักกิจกรรมช่วยกันกดดันให้ยกเลิกคำสั่งให้รายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ และประกันว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่ถูกห้ามการเดินทางเข้ามายังประเทศไทย องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ยังได้รณรงค์ต่อต้านร่างพระราชบัญญัติโรคเอดส์ ที่กำหนดให้รายงานเมื่อพบผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่ภายใน 24 ชั่วโมง และบังคับให้กลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงเข้ารับการตรวจโดยได้รับความยินยอมหรือไม่ก็ตาม ภายหลังการทำประชาพิจารณ์หลายครั้ง จึงได้มีการถอนร่างพระราชบัญญัติดังกล่าว โดยเป็นความพยายามร่วมกันระหว่างกระทรวงสาธารณสุข นักกิจกรรมสังคม และสื่อมวลชนที่โน้มน้าวและชักจูงให้นักกฎหมายทราบว่าเป็นทางปฏิบัติแล้วเป็นการยากที่จะดำเนินการตามข้อกำหนดในร่างพระราชบัญญัติ

การกระพือข่าวเกี่ยวกับผลการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของโรค ทำให้คนไทยหลายคนตระหนักถึงการระบาดของโรคเอดส์ในสังคมไทย แม้ว่าในบางพื้นที่จะมีผู้ตั้งข้อสงสัยว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจะตื่นตูมมากเกินไป ในที่อื่นกลับมีปฏิกิริยาในทางตื่นตระหนก ตัวอย่างเช่น มีความพยายามแก้ไขกฎหมายคนเข้าเมืองเพื่อห้ามผู้ติดเชื้อเอชไอวีเดินทางเข้าประเทศ หรือการกำหนดให้แพทย์ต้องรายงานชื่อและที่อยู่ของผู้ป่วยโรคเอดส์แก่เจ้าพนักงานสาธารณสุข แม้ว่าจรรยาบรรณเป็นรหัสลับที่ได้รับการกล่าวขานมากที่สุดก็คือการเสนอร่างพระราชบัญญัติโรคเอดส์ (ดูกรอบข้อความ 2.2)

ทั้งเวลานี้ประเทศไทยยังไม่มีกำหนดยุทธศาสตร์ที่เหมาะสมในการแก้ไขปัญหาการระบาดของโรคเอดส์ ทว่าหลักฐานข้อเท็จจริงที่มีอยู่ในช่วงแรกที่โรคเอดส์เริ่มระบาดส่งผลให้คณะรัฐมนตรีอนุมัติแผนระยะกลางในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (2532-2534) แผนงานที่ยกร่างขึ้นมาดังกล่าวนี้ได้รับความช่วยเหลือจากแผนงานเอดส์โลก สำนักงานใหญ่องค์การอนามัยโลก ณ กรุงเจนีวา ซึ่งสนับสนุนโดยประเทศผู้ให้ทุนแผนยุทธศาสตร์ฉบับนี้ เน้นมาตรการด้านการบริหารจัดการ การให้สุศึกษา การให้คำปรึกษาและแนะนำการฝึกอบรมบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข การเฝ้าระวังและติดตามโรค การดูแลทางการแพทย์และสังคม และบริการโลหิตที่ปลอดภัย รวมทั้งการพัฒนาและควบคุมคุณภาพการตรวจทางห้องปฏิบัติการ แม้ว่าแนวทางการดำเนินงานทั้งหมดจะเป็นด้านสาธารณสุขการดำเนินงานด้านอื่นก็เริ่มมีมากขึ้น เช่นการพัฒนาระบบข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของโรคและแบบแผนพฤติกรรม ควบคุมตรวจสอบข้อมูลของการระบาดถูกจัดทำขึ้นมา ข้อมูลข่าวสารต่างๆ ที่มีอยู่

ในช่วงปี 2531-2533 เป็นพื้นฐานสำหรับการพัฒนาแนวทางป้องกันให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น โดยให้ข้อมูลที่ช่วยให้ทราบถึงช่องทางการแพร่เชื้อเอชไอวีและแบบแผนพฤติกรรมที่ควรปรับเปลี่ยน

การวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของคนไทยโดยเฉพาะชายไทย โดยทั่วไปจะมาจากกรณีเรื่องเล่า สมมุติฐานหรือเก็บเล็กผสมน้อย และเป็นงานชิ้นเล็ก ภาพที่ชัดเจนได้มาจากการสำรวจพฤติกรรม (การสำรวจความสัมพันธ์ของคู่รักและความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี โดย สภาอากาศ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โดยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก) ซึ่งบ่งชี้ว่าการเที่ยวหญิง

บริการทางเพศมีอยู่ทั่วไปโดยเฉพาะภาคเหนือ กลุ่มผู้ชายที่ทำการสำรวจร้อยละ 22 ของผู้ที่มีอายุ 15-49 ปี และร้อยละ 37 ของกลุ่มอายุ 20-24 ปี บอกว่าพวกเขาเคยเที่ยวหญิงบริการทางเพศในปีที่แล้ว (Sittitrai et al 1992) เมื่อการเที่ยวหญิงบริการทางเพศเป็นเรื่องปกติความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจึงสูงตามไปด้วย มีเพียงร้อยละ 38 ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศในปีที่ผ่านมาที่บอกว่าใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่หลับนอนกับหญิงบริการทางเพศ จะเห็นได้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอยังมีค่อนข้างน้อยเกินกว่าที่จะป้องกันการระบาดของโรคได้

ตั้งหลักกุ่มสถานการณ์

(พ.ศ. 2533-2540)

ประเทศไทยเร่งรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เมื่อต้นทศวรรษที่ 1990 โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายใต้รัฐบาลของนายอานันท์ ปันยารชุน ซึ่งได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีภายหลังจากการปฏิวัติในเดือนกุมภาพันธ์ 2534 การที่รัฐบาลให้ความสนใจในเรื่องเอดส์นี้มาจากความพยายามของบุคคลหลายฝ่าย เช่น นักกิจกรรม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี แพทย์และพยาบาล นักวิทยาศาสตร์ และข้าราชการ กลุ่มคนเหล่านี้ได้รวบรวมข้อมูลหลักฐาน รวมถึงเป็นเครือข่ายเพื่อกระตุ้นให้มีการเปลี่ยนแปลงนโยบายและทดลองใช้วิธีการใหม่ๆ มาเป็นเวลาหลายปี

นายมีชัย วีระไวทยะ ซึ่งเป็นที่รู้จักกันดีในเรื่องการวางแผนครอบครัวนั้นเป็นผู้ที่มีบทบาทในการต่อสู้กับโรคเอดส์มาก่อน ได้รับแต่งตั้งให้เป็นผู้รับผิดชอบด้านนโยบายด้านสาธารณสุขในรัฐบาลชุดนี้ โดยเขาได้รับผิดชอบดูแลด้านการท่องเที่ยว และกรมประชาสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามเรื่องเอดส์เป็นเรื่องที่เขาให้ความสำคัญอย่างยิ่งและได้ช่วยผลักดันให้เรื่องเอดส์กลายเป็นวาระสำคัญของรัฐบาลนายอานันท์ด้วย

อย่างไรก็ตามทั้งความแข็งแกร่งและเจตนาที่มุ่งมั่นยังไม่เพียงพอที่จะรับประกันถึงความสำเร็จ ในกรณีประเทศไทยการดำเนินงานอย่างเข้มข้นเป็นผลดีสองประการ ประการแรกได้แก่ความฉลาดในการจัดวางการดำเนินงานเรื่องเอดส์ในเชิงการเมืองและเชิงสถาบัน ประการที่สองได้แก่เป้าหมายเชิงกลยุทธ์ที่เน้นปัจจัยหลักที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในขณะนั้น

บทบาทและโครงสร้างนโยบาย

การประสานแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ได้โอนมาอย่างสำคัญนายกรัฐมนตรี อีกทั้งการที่นายกรัฐมนตรีรับเป็นประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติได้รับการตอบรับเป็นอย่างดีเพราะแสดงว่าผู้นำสูงสุดทางการเมืองให้ความสำคัญในเรื่องนี้ และเป็นการปูทางสำหรับระดมความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นของรัฐและสังคม

ก่อนหน้านี้ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติมีหน่วยงานรัฐเพียงหน่วยงานเดียวที่รับผิดชอบจัดการดำเนินงานในเรื่องนี้และเป็นเลขานุการ ต่อมาในปี 2534 การประสานและจัดทำนโยบายด้านโรคเอดส์ถูกรวมไว้ที่สำนักนายกรัฐมนตรี และนายกรัฐมนตรีซึ่งเป็นประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ได้กำหนดให้มีการประชุมทุกสามเดือนจนถึงปี 2542 ในเวลาต่อมาได้มีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในระดับจังหวัด (ในปี 2535/2536) และคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ระดับภูมิภาค (ในปี 2537/2538) เพื่อจัดการปัญหาเอดส์ และประสานแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของหน่วยงานภาครัฐ

การวางบทบาทการประสานแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ไว้ที่สำนักนายกรัฐมนตรีเป็นการบ่งชี้ว่ารัฐบาลให้ความสำคัญกับการแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยกำหนดกรอบแนวทางการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ให้ครอบคลุมการดำเนินงานด้านต่างๆ มิใช่เพียงด้านสาธารณสุขแต่เพียงอย่างเดียว แม้ว่ายุทธศาสตร์ด้านสาธารณสุขจะยังคงเป็นกลยุทธ์สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ก็ตาม ความพยายามในการต่อต้านโรคเอดส์เปรียบเสมือนการป้องกันประเทศ โดยผู้นำรัฐบาลให้ความสนใจและความเอาใจใส่เป็นพลังขับเคลื่อนการดำเนินงานและการระดมทรัพยากร ซึ่งทำให้ได้รับงบประมาณสนับสนุนเพิ่มขึ้นด้วย

รัฐบาลเข้าใจเป็นอย่างดีว่า ไม่ว่าจะมียุทธศาสตร์ดำเนินงานดีแค่ไหน หรือได้รับการสนับสนุนงบประมาณมากเพียงใดก็ตาม การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์อาจไม่ได้ผลหากไม่มีการให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่สาธารณชนอย่างแพร่หลาย แนวทางการดำเนินงานจึงเป็นการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อมวลชนโดยเผยแพร่ข้อมูลพื้นฐานเรื่องเอดส์ โดยเน้นอธิบายว่าเอดส์ติดต่อได้ทั้งทางและมีวิธีป้องกันการติดเชื้อได้อย่างไรบ้าง ทั้งนี้ประเทศไทยมีความได้เปรียบที่มีโครงสร้างพื้นฐานด้านการโทรคมนาคมสื่อสารที่ดี และจากข้อเท็จจริงที่ว่าขณะนั้นสถานีวิทยุและโทรทัศน์ส่วนใหญ่

มุมมอง คุณอนันต์ ปินยารชุน อดีตนายกรัฐมนตรื

“เมื่อผมได้รับโปรดเกล้าฯให้ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในปี 2534 นั้น การเกิดโรคยังไม่ชัดเจนนัก มีคนเอาข้อมูลตัวเลขมาให้ดูซึ่งน่าตกใจมาก คุณมีชัยก็มีปัญหาเกี่ยวกับคณะรัฐมนตรีบางท่านที่ไม่อยากฟังเรื่องที่น่าหวาดหวั่น

มีความขัดแย้งในกลุ่มข้าราชการประจำในเรื่องการรณรงค์ การท่องเที่ยวก็เกรงว่านักท่องเที่ยวจะหนีถ้ามีการให้ความรู้และประชาสัมพันธ์เรื่องโรคเอดส์ ตอนนั้นคุณมีชัยไม่เป็นที่นิยมเลยในกลุ่มการท่องเที่ยวแต่เขารู้ว่าถ้ามีนายกรัฐมนตรีหนุนหลังอาจประสบความสำเร็จได้ เขาเลยยืนยันว่าผมต้องเป็นประธานการประชุม (คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ)

ดังนั้นถ้าจะถามว่าทำไมประเทศไทยถึงประสบความสำเร็จ ประเด็นสำคัญก็คือความเอาใจใส่จากฝ่ายการเมือง ถ้าไม่มีผู้ชี้ชะตา ผู้นำที่แท้จริงแล้วเรื่องที่เป็นประเด็นขัดแย้งก็ไม่ได้ข้อยุติ และอาจเกินเลยไปได้ ผู้นำทางการเมือง และความเต็มอกเต็มใจที่จะมองปัญหาอย่างเป็นองค์รวม ทั้งเข้าใจว่าเอดส์มีผลต่อสังคมและเศรษฐกิจอย่างคาดไม่ถึงนับเป็นหัวใจสำคัญ

ในระดับการทำงาน คุณจำเป็นต้องมีคนที่คุณรู้จักใจผู้อื่น คนที่ท้วงติงอย่างจริงจัง คนที่รู้ว่าต้องทำอะไร คุณเพียงแต่สนับสนุนทรัพยากรให้เพียงพอ โดยแน่ใจว่ามีข้อมูลที่ต้อง ประกันว่าโครงสร้างของบริการสาธารณสุขนั้นพอเพียงในแง่ที่ว่าเราค่อนข้างโชคดี แน่ใจว่าเราจำเป็นต้องเอาชนะการปฏิเสธ ตอนนั้นในปี 2534 มีหลายคนไม่ว่าด้วยเหตุใดเขาเชื่อจริงๆ ว่าไม่น่าจะเป็นปัญหา ผมคิดว่าเราได้เริ่มการทดลองที่ประสบความสำเร็จอย่างมาก และส่งผลกระทบต่อมาจนหกถึงเจ็ดปีให้หลัง ถึงตอนนี้ก็ 13 ปีแล้ว เรายังประสบความสำเร็จอยู่จริงหรือ ผมว่าเรากำลังเสียจังหวะ การต่อสู้โรคเอดส์ต้องเป็นกระบวนการที่ต่อเนื่องเราจะเสียจังหวะไม่ได้ ผมคิดว่ารัฐบาลต้องอุทิศตนในการต่อสู้โรคเอดส์

โดยพื้นฐานแล้วเปลี่ยนแปลงไม่มากนัก คุณต้องมั่นใจว่าการจัดสรรงบประมาณนั้นพอเพียงและมีประสิทธิภาพ ผมก็ยังคงเน้นด้านการป้องกัน ควบคู่กับการดูแลและรักษาพยาบาล ซึ่งมีต้นทุนสูงมาก คุณต้องพิจารณาว่าเครื่องมือที่ใช้ได้ดีในอดีตนั้นยังคงเหมาะกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคในปัจจุบันหรือไม่ อะไรที่ใช้แล้วประสบความสำเร็จเมื่อห้าถึงสิบปีก่อนนั้นอาจต้องมีการทบทวน ปรับปรุง และปรับแก้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเราต้องถามตัวเราเองว่าเราย่อยหย่อนเกินไปในการให้ความรู้แก่เยาวชน หรือเราได้ละเลยหน้าที่รับผิดชอบของเราที่จะต้องสร้างความตระหนักและให้การศึกษารองเอดส์แก่ประชาชนอย่างพอเพียง”

ถอดความจากการสัมภาษณ์ มีนาคม 2547

ควบคุมโดยรัฐบาล (สถานีวิทย์จำนวนมากเป็นของทหาร) ทำให้ง่ายต่อการรณรงค์เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์

ด้วยความพยายามเป็นพิเศษทำให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องเอดส์ได้รับการเผยแพร่ออกอากาศทุกชั่วโมง ทั่วประเทศโดยผ่านทางวิทยุกว่า 500 สถานี และโทรทัศน์ 7 ช่อง อีกทั้งผ่านทางหนังสือพิมพ์และนิตยสาร รายการต่างๆ ทั้งทางวิทยุ และโทรทัศน์ต่างให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเน้นการใช้ถุงยางอนามัย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสถานบริการทางเพศ และบอกเคล็ดลับแห่งบริการทางเพศควรใช้ในการขอรับให้คู่นอนของตนใช้ถุงยางอนามัย ความกลัวและความหวาดวิตกที่เกิดขึ้นในช่วงแรกถูกทดแทนด้วยข่าวสารที่แสดงความเห็นอกเห็นใจ ซึ่งสะท้อนว่าโรคเอดส์เป็นความท้าทายต่อสังคมไทยโดยรวม

การที่สามารถดำเนินงานให้สำเร็จลุล่วงไปได้นี้ เนื่องจากรัฐบาลนี้ล้วนมาจากเหล่าขุนนางนักวิชาการซึ่งต่างก็ไม่มีวาระทางการเมืองที่แผ่ร่นต่างกันหรือหวังที่จะได้รับการเลือกตั้งเข้ามาใหม่ ดังนั้นจึงยึดแนวทางที่สามารถนำไปปฏิบัติได้จริงเป็นสำคัญ

องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์พยายามวิ่งเต้นให้เปิดเผยข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการระบาดของโรคอย่างตรงไปตรงมา ให้ความคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี และให้ความเห็นใจและเอาใจใส่ดูแลแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ ที่สำคัญต้องขอขอบคุณด้วยสายสัมพันธ์ระหว่างนายมีชัย วีระไวทยะ กับองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ และองค์กรชุมชน กลายเป็นช่องโอกาสให้องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์และองค์กรชุมชนเข้ามีส่วนในกระบวนการตัดสินใจจริงๆ แล้ว แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ระยะห้าปีฉบับแรก (2535-2539) แสดงว่าองค์การเอกชนสาธารณสุขประโยชน์เหล่านี้เข้าถึงและมีอิทธิพลต่อการกำหนดนโยบาย

ยุทธศาสตร์ของแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ที่กว้างโดยสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานกลางในการวางแผนพัฒนาประเทศนี้ได้ปรับเปลี่ยนแนวคิดจากเดิมที่ว่าโรคเอดส์เป็นเรื่องเฉพาะบุคคลและการใช้มาตรการดำเนินงานด้านสาธารณสุข มาเป็นการดำเนินงานด้านสังคมและพฤติกรรมมากขึ้น แผนฉบับนี้เน้นถึงความจำเป็นในการระดมความร่วมมือจากชุมชนและทุกภาคส่วนในสังคมในการป้องกันการระบาดของโรคเอดส์ การดูแลผู้ป่วย และขจัดความรังเกียจและเลือกปฏิบัติที่สร้างความทุกข์แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การดำเนินงานตามแนวทางต้องการให้หน่วยงานรัฐทุกหน่วยร่วมมือกัน ในขณะเดียวกันด้วยเหตุที่รัฐไม่สามารถดำเนินการได้เพียงลำพัง จึงระดมการมีส่วนร่วมจากทั้งภาคประชาสังคมและองค์กรธุรกิจ ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องล้วนถูกดึงเข้ามารับมือกับการระบาดของโรค นับเป็นจุดแข็งในการทำงาน

แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติได้ผนวกเป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาประเทศระยะ 5 ปี แสดงถึงความเข้าใจว่าการระบาดของโรคเอดส์ผูกพันเกี่ยวเนื่องกับการพัฒนาสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ แผนฉบับนี้ยังเป็นกรอบสำหรับการจัดลำดับความสำคัญและการจัดสรรทรัพยากร หน่วยงานต่างๆ (ไม่ใช่เพียงกระทรวงสาธารณสุข) รวมทั้งองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่ทำงานเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จะได้รับงบประมาณเมื่อทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ หน่วยงานภาครัฐหลายหน่วยได้รับมอบหมายให้รับผิดชอบคณะกรรมการชุดต่างๆ ในขณะเดียวกัน กระทรวงมหาดไทยมีหน้าที่สั่งการให้ผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จังหวัด และให้จังหวัดผนวกเรื่องเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาจังหวัด

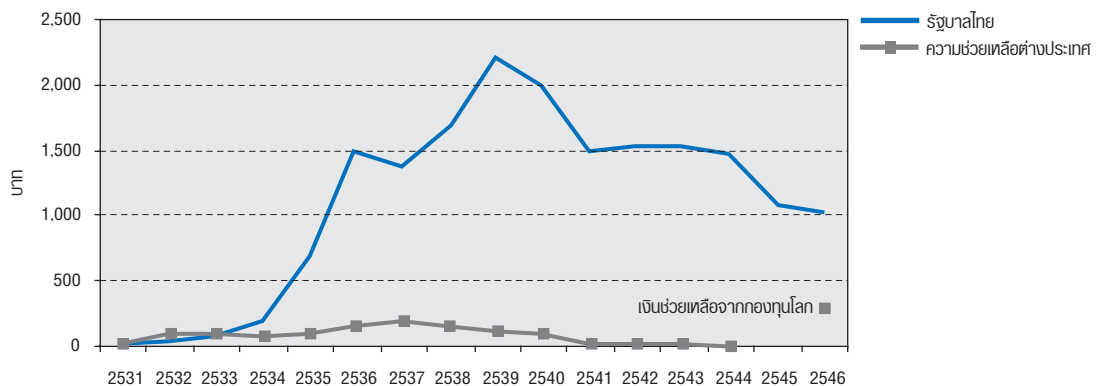
โรคเอดส์กลายเป็นเรื่องที่ทำหายสังคม และทัศนคติในการป้องกันก็มีมากขึ้นตามไปด้วย ดังนั้นแทนที่จะเชื่อมโยงพฤติกรรมเสี่ยงเป็นเรื่องของปัจเจกบุคคล (ซึ่งตามทฤษฎีควรชักชวนให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย) เริ่มเข้าใจว่าปัจจัยแวดล้อมทางสังคม

เศรษฐกิจและวัฒนธรรมนั้นทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงดังกล่าว จึงเป็นแรงผลักดันให้การศึกษาเรื่องทักษะชีวิตแก่วัยรุ่น และพยายามสร้างทางเลือกแก่หญิงสาวแทนที่จะเข้าสู่อาชีพค้าบริการทางเพศแม้ว่าในหลายปีที่ผ่านมามีเรื่องนี่ยังเป็นส่วนน้อยของการดำเนินงานป้องกันโรคเอดส์ เป้าหมายหลักของการป้องกันโรคเอดส์ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 คือการสร้างให้เกิดความตระหนักโรค และรู้จักวิธีป้องกันโรค ยุทธศาสตร์นี้มุ่งเน้นการสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อมาตรการดำเนินงานเฉพาะเจาะจงโดยเน้นให้ผู้ชายลดการเที่ยว และชักจูงให้หญิงบริการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์

งบประมาณเป็นกลไก

ในช่วงแรกที่ยังมีความลังเลและคลางแคลงใจในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์นั้น เงินทุนในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เป็นเรื่องที่ไม่อาจมองข้ามไปได้ โดยในปี 2531 รัฐบาลไทยใช้เงินจำนวน 684,000 เหรียญสหรัฐ ในเรื่องเอดส์ ส่วนใหญ่มาจากความช่วยเหลือต่างประเทศ เช่น แผนงานเอดส์โลกขององค์การอนามัยโลก สำนักงานองค์การพัฒนาแห่งสหประชาชาติ สหภาพยุโรป องค์กรความช่วยเหลือของประเทศสหรัฐอเมริกา (USIAD) นอร์เวย์ (Norwegian Church Aid) และประเทศเยอรมัน (GTZ) เป็นต้น โดยความช่วยเหลือจากต่างประเทศคิดเป็นร้อยละ 73 ของค่าใช้จ่ายในการป้องกันโรคเอดส์ในปี 2531 และมีสัดส่วนเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 90 ในปี 2532

แผนภาพที่ 3.1 รายจ่ายแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์จำแนกตามแหล่งเงินในช่วงปี 2531-2546



- แหล่งที่มา: 1. สำนักงานงบประมาณ พระราชบัญญัติงบประมาณ หลายปี: กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข 2531-2544
 2. ความช่วยเหลือต่างประเทศระหว่างปี 2541-2544 รวบรวมจากกรมวิเทศสหการ กระทรวงการต่างประเทศ
 3. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง
 4. กองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย สำหรับข้อมูลปี 2546 เป็นการเบิกจ่ายเมื่อเดือนมิถุนายน 2546

หมายเหตุ: 1. ข้อมูลปี 2531-2544 เป็นจำนวนงบประมาณที่จัดสรรแก่แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาด
 2. ข้อมูลปี 2545-2546 เป็นรายจ่ายจริงตามแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาด ซึ่งยังไม่รวมรายจ่ายในบางโครงการเช่นการป้องกันการค้าขายทอผ้าจากแม่สู่ลูก การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบครัว การรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของรายจ่ายเพื่อการประกันสุขภาพถ้วนหน้าโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค

ทัศนะของคุณมิชัย วีระไวทยะ

“เมื่อโรคเอดส์เริ่มระบาดในประเทศนั้น ผู้เกี่ยวข้องได้ปฏิเสธโดยสิ้นเชิงเพราะกลัวว่าจะเสียชื่อเสียงที่สะอาดของประเทศ และเกิดผลเสียต่อการท่องเที่ยว ในระยะแรกมีการสั่งห้ามเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ทางวิทยุ โทรทัศน์ หรือสื่อต่างๆ ที่รัฐบาลเป็นเจ้าของ ผมพยายามเอาชนะการต่อต้านนี้ซึ่งเป็นห้วงเวลาที่ค่อนข้างลำบาก เงินสนับสนุนก็มีไม่มากนัก เป็นที่ชัดเจนว่ารัฐบาลในขณะนั้นไม่ได้ให้ความสนใจ เอาใจใส่ อีกทั้งสนับสนุนงบประมาณน้อยมาก พวกเขาบางคนตระหนักว่าการไม่ให้ทรัพยากรเลยอาจบั่นทอนความก้าวหน้าของการดำเนินงานใดๆ ในด้านสาธารณสุขที่ทำกันมาในช่วงหลายทศวรรษที่ผ่านมาได้

เราทำการศึกษานานในมณฑลการณีนในช่วงปี 2533-2543 ถ้าหากประเทศไทยไม่มีการทำอะไรในเรื่องโรคเอดส์แล้ว การคาดประมาณบ่งชี้ว่าประเทศไทยจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 4 ล้านคนในปี 2543 จะสูญเสียเวลาที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพของประชากรประมาณ 25 ปีต่อคน และสูญเสียรายได้ประชาชาติประมาณร้อยละ 20 ต่อปี ซึ่งมีผลกระทบมากกว่าการเกิดเศรษฐกิจซบเซาที่ประเทศไทยเคยประสบมา

เรื่องนี้จึงเป็นเรื่องที่สำคัญมาก ๆ แต่ปรากฏว่าผู้นำประเทศไม่เชื่อว่า “เรื่องสุขภาพ” อาจคุกคามต่อความมั่นคงของประเทศได้ แต่เมื่อเทียบมูลค่าเป็นตัวเงินนั้นและทุกคนก็จะตระหนักว่าอาจจะสูญเสียคนไปกี่คน และต้องอบรมคนอีกสักกี่คน องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ซึ่งมีอยู่ไม่กี่องค์กรจึงเริ่มประชาสัมพันธ์ให้ข้อมูลข่าวสารแก่ประชาชน มูลนิธิโรคติดเชื้อเอชไอวีได้ให้เงินสนับสนุนการประชาสัมพันธ์ โดยหวังจะเผยแพร่วิทยุและโทรทัศน์ ผมติดต่อกับไปยังเครือข่ายสถานวิทยุและโทรทัศน์ ก็ได้รับการปฏิเสธ เขามองว่า “ไม่ได้ เราไม่ได้รับอนุญาต” เราก็ยังผลักดันต่อไป

ต่อมาวันหนึ่ง ผมได้มีโอกาสเล่นกอล์ฟกับนายกรัฐมนตรี พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ และได้ขอร้องท่านว่าท่านต้องทำอะไรบางอย่างเกี่ยวกับเรื่องนี้ ท่านนายกรัฐมนตรีได้มีท่าทีที่ผ่อนปรนลง และบอกกับผมว่า “จะอนุญาตให้ผมเล่าให้คณะรัฐมนตรีฟัง” ในที่ประชุมทุกคนรับฟังเรื่องที่ผมพูด แต่ผมไม่ทราบว่าคุณคณะรัฐมนตรีจะเชื่อผมหรือไม่

อย่างไรก็ตามในภายหลังกมีการปฏิวัติขึ้นและการเปลี่ยนแปลงคณะรัฐบาล ทำให้ได้นายกรัฐมนตรีที่ตีมากคนหนึ่งคือนายอานันท์ ปันยารชุน ท่านนายกรัฐมนตรีอานันท์ยอมรับว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาความมั่นคงของประเทศ และเราไม่สามารถถือว่าเอดส์เป็นปัญหาสุขภาพแต่เพียงอย่างเดียว ผู้นำสูงสุดในรัฐบาลต้องเป็นผู้ดำเนินการจัดการปัญหานี้ ผมเสนอว่านายกรัฐมนตรีควรเป็นประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ไม่ใช่รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเพราะไม่ใช่ผู้ที่มีอำนาจสูงสุด และไม่สามารถระดมความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นได้อย่างเต็มที่ อีกทั้งไม่สามารถสั่งให้ปรับเปลี่ยนงบประมาณ แต่นายกรัฐมนตรีสามารถทำได้

ดังนั้นเราจึงได้รับความสนใจจากฝ่ายการเมือง ได้รับการสนับสนุนทางการเงิน โดยได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นถึง 20 เท่า ทุกกระทรวงได้เข้ามาเกี่ยวข้องกับการป้องกันและให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ โดยเฉพาะกระทรวงที่ต้องติดต่อกับประชาชน กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงมหาดไทย หรือแม้แต่กระทรวงยุติธรรมล้วนได้รับการฝึกอบรมเรื่องโรคเอดส์ ทุกๆ กระทรวงได้รับงบประมาณและบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน นอกจากนี้ยังได้จัดสรรเงินให้แก่สถาบันการศึกษาและองค์กรทางศาสนา พวกเราได้ขอให้ภาคธุรกิจทำการฝึกอบรมพนักงานทั้งในบริษัทและโรงงาน

เราทำโครงการใช้ถุงยางอนามัย 100% ซึ่งหมายถึงว่าสถานบริการทางเพศทุกแห่งต้องมีถุงยางอนามัยไว้บริการ และหญิงบริการต้องบอกลูกค้าให้ใช้ถุงยางอนามัยด้วย ถ้าลูกค้าปฏิเสธจะต้องรายงานให้ผู้จัดการทราบ จริงๆ แล้วโครงการนี้เป็นผลต่อเนื่องมาจากช่วงสงครามเวียดนาม เมื่อทหารอเมริกันหลายคนมาพักผ่อนหย่อนใจในประเทศไทย ในขณะนั้นหญิงบริการทางเพศสามารถไปรับการตรวจร่างกายทุกอาทิตย์ ถ้าพบว่ามิใช่เชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สถานบริการทางเพศแห่งนั้นจะได้รับจดหมายเตือน ถ้ายังตรวจพบเป็นครั้งที่สองจะสั่งปิดสถานบริการทางเพศเป็นเวลาหนึ่งวัน ครั้งที่สามสั่งปิดหนึ่งอาทิตย์ ครั้งที่สี่สั่งให้ปิดหนึ่งเดือน เป็นต้น ซึ่งได้ผล ทำให้มีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น

ทุกโรงเรียนมีการสอนเรื่องโรคเอดส์ตั้งแต่นั้นประถม และยังขอให้สถาบันศาสนาช่วยสอนด้วย ทุกคนในสังคมถูกดึงเข้ามามีส่วนร่วมรวมถึงอุตสาหกรรมภาพยนตร์ และสื่อมวลชน สถานวิทยุและทีวีที่เป็นของรัฐ ต้องให้ความรู้เรื่องเป็นเวลาครั้งนทีในทุกชั่วโมงของการออกอากาศ ดังนั้นทุกคนในประเทศไทยจึงได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องเอดส์เป็นเวลาหลายปี”



มิชัย วีระไวทยะ

นายกสมาคม

สมาคมพัฒนาประชากรและชุมชน

สองปีให้หลังสัดส่วนค่าใช้จ่ายระหว่างรัฐบาลไทยและองค์กรระหว่างประเทศกลับเป็นในทางตรงข้ามโดย ร้อยละ 72 ของค่าใช้จ่ายเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์นั้นมาจากรัฐบาลไทย จริงๆแล้วในปี 2536 เงินช่วยเหลือต่างประเทศคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 10 ของการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของประเทศ และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 5 ในปี 2539

ในขณะที่เดียวกันรายจ่ายเพื่อการป้องกันและจัดการปัญหาโรคเอดส์ได้เพิ่มขึ้นอย่างมากมาย โดยรายจ่ายเพื่อการป้องกันและจัดการปัญหาโรคเอดส์ปี 2540 เท่ากับ 82 ล้านดอลลาร์สหรัฐ ในจำนวนนี้ร้อยละ 96 เป็นรายจ่ายรัฐบาล (ดูแผนภาพที่ 3.1)

รายจ่ายภาครัฐนับเป็นเครื่องมือสำคัญในการแปลงความร่วมมือการดำเนินงานแบบสหสาขาไปสู่การปฏิบัติ ก่อนปี 2535 กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรัฐเพียงหน่วยงานเดียวที่ได้รับงบประมาณสำหรับดำเนินงานเรื่องเอดส์ ต่อมาภายใต้แผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ หน่วยงานภาครัฐทุกหน่วยล้วนมีบทบาทการดำเนินงานเรื่องเอดส์ สำนักนายกรัฐมนตรีได้เรียกร้องให้จัดสรรงบประมาณด้านเอดส์แก่หน่วยปฏิบัติทุกหน่วย นอกจากการจัดสรรงบประมาณให้แก่หน่วยงานรัฐรับไปดำเนินการในเรื่องเอดส์แล้ว ยังมีการจัดสรรเงินสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์และองค์กรชุมชนอีกด้วย

ถ้าปราศจากการสนับสนุนทางการเงินแล้วการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานต่างๆ คงเป็นเพียงแต่คำพูดที่ไม่มีแก่นสาร ในทางปฏิบัติความรู้สึกว่าแบ่งปันภาระหน้าที่และความรับผิดชอบร่วมกันในการต่อสู้กับปัญหาเอดส์เริ่มหยั่งรากในหมู่ผู้เกี่ยวข้อง

การเรียกร้องขอความร่วมมือจากทุกกระทรวงฯ

ข้อเท็จจริง ความร่วมมือแบบสหสาขาในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของประเทศไทยไม่เป็นไปตามที่ควรในทางปฏิบัติ ขณะที่แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาระดับชาติพยายามสร้างความสมดุลในระบอดวิทยาของโรคระหว่างด้านสาธารณสุขและด้านสังคม ด้านสาธารณสุขมีความชำนาญการในเรื่องนี้และได้รับการจัดสรรงบประมาณมากกว่า ส่วนหนึ่งเป็นการสะท้อนถึงความจริงที่ว่าหน่วยงานอื่นของรัฐมีความรู้และประสบการณ์ในการดำเนินกิจกรรม เรื่องเอดส์ค่อนข้างจำกัด ยังไม่รวมถึงการผสมผสานเรื่องโรคเอดส์เข้าในภารกิจหลักของหน่วยงานตนเอง ขณะที่ด้านสาธารณสุขรับผิดชอบกิจกรรมต่างๆ มากมายที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ (เช่น การบริการโลหิตที่ปลอดภัย การส่งเสริมใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มผู้ค้าบริการทางเพศ และการให้นมทดแทนนมมารดาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก) หน่วยงานอื่นก็มีการดำเนินงานเรื่องเอดส์เช่นกัน ซึ่งหน่วยงานที่สำคัญๆ ได้แก่สำนักนายกรัฐมนตรี กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงมหาดไทย และชุมชนองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์

กระทรวงกลาโหมได้ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และให้ความรู้เรื่องเอดส์แก่ทหารเกณฑ์พลัดใหม่ นอกจากนี้ยังได้ให้คำแนะนำปรึกษาและตรวจทดสอบหาการติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งทำการวิจัยและพัฒนาเกี่ยวกับโรคเอดส์ กระทรวงศึกษาธิการได้เริ่มโครงการเพื่อนเตือนเพื่อนในหมู่นักเรียน และจัดประกวดเรียงความเรื่องเอดส์ในกลุ่มนักเรียนในแต่ละระดับการศึกษา ภาคเอกชนเริ่มให้ความสนใจและมีส่วนร่วมค่อนข้างช้า โดยในปี 2536 มีการก่อตั้งแนวร่วมภาคธุรกิจไทยด้านภัยเอดส์ขึ้นเพื่อรณรงค์เรื่องเอดส์ในสถานที่ทำงาน โดยส่งเสริมความรู้และป้องกันการระบาดของโรคเอดส์

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ได้จัดตั้งสำนักงานประสานนโยบายและแผนงานเอดส์ ขึ้นที่สำนักนายกรัฐมนตรี โดยมีหน้าที่รับผิดชอบในการประสานและทบทวนนโยบายและแผนงานเรื่องเอดส์ ประสานการรณรงค์ให้ความรู้และประชาสัมพันธ์ แสวงหาการสนับสนุนทางการเงินทั้งจากภาครัฐและองค์กรระหว่างประเทศ และติดตามการปฏิบัติตามแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ สำนักงานประสานนโยบายและแผนงานเอดส์มีบทบาทอย่างสำคัญในช่วงวิกฤตการแพร่ระบาดของโรค โดยทุกฝ่ายทำให้เกิดความร่วมมืออย่างกว้างขวางจากทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องในการป้องกันการระบาดของโรค และประสานการดำเนินงานที่ยั่งยืนยังสลับซับซ้อน

ต่อมาในปี 2537 หน้าที่รับผิดชอบประสานการดำเนินงานเรื่องเอดส์ได้โอนกลับไปไว้ที่กองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข โดยที่นายกรัฐมนตรียังคงเป็นประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขยังคงระดมการมีส่วนร่วมจากหน่วยงานอื่น

มาตรการเด่น

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยแผ่ขยายเป็นระลอกคลื่นที่ทยอยกระทบประชากรกลุ่มเฉพาะแต่ละกลุ่ม ในช่วงปี 2533 การเฝ้าระวังโรคเฉพาะพื้นที่ชี้ให้เห็นถึงห่วงโซ่ของการระบาดทางเพศสัมพันธ์ที่ส่วนใหญ่เชื่อมโยงกับการค้าบริการทางเพศ ในวงจรมีทั้งชายนักเที่ยวและหญิงบริการทางเพศอาจต่างแพร่เชื้อให้กัน ในอีกวงจรมีทั้งที่เหลื่อมซ้อนกัน ทั้งชายนักเที่ยวหรือหญิงบริการทางเพศอาจแพร่เชื้อต่อกับคู่นอนหรือภรรยา และท้ายในทางอ้อม แพร่ต่อให้ลูก ดังนั้นมาตรการต่างๆของรัฐที่ออกมาในช่วงนั้น จึงเน้นกลุ่มที่อาจทำให้เกิดการแพร่เชื้อซึ่งได้แก่กลุ่มชายนักเที่ยวและหญิงบริการทางเพศ

การค้าประเวณีเป็น (และยังคงเป็น) เรื่องผิดกฎหมายในประเทศไทย แทนที่จะลงโทษรุนแรงในการบังคับใช้กฎหมายห้ามค้าประเวณีหน่วยงานที่มีอำนาจหน้าที่รับผิดชอบได้ใช้แนวทางที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติโดยการรณรงค์ให้ลดอุปสงค์ของธุรกิจประเวณี และส่งเสริมให้มีการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ โดยการรณรงค์

กรอบข้อความ 3.1 อุดหนุน

โครงการดุษงอนามัย 100% ในจังหวัดราชบุรี เป็นการอุดหนุนว่างของการส่งเสริมการใช้ดุษงอนามัย สถานบริการทางเพศที่ยืนยันให้ลูกค้าต้องใช้ดุษงอนามัยก็อาจเสียลูกค้าให้แก่สถานบริการทางเพศที่เป็นคู่แข่งที่ไม่มีกรบั้งคั้ง ซึ่งความหวังน้เกรงว่าจะสูญเสัรายได้ทำให้เจ้าของสถานบริการไม่บั้งคั้งให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ดังนั้นจึงต้องขจัดเงื่อนไขที่ไม่จูงใจดังกล่าว เจ้าหน้าที่ของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อจึงเลือกแนวทางการใช้ดุษงอนามัย 100% หากสถานบริการทางเพศทุกแห่งให้ความร่วมมือ ลูกค้าขายชอบเที่ยวจึงมีทางเลือก คือ ต้องใช้ดุษงอนามัย หรือไม่สามารดใช้บริการทางเพศ

ความร่วมมือจึงต้องมาจากแต่ละส่วน ได้แก่ ทั้งผู้ว่าราชการจังหวัด เจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าของสถานบริการทางเพศ ตำรวจ และหญิงบริการทางเพศ เพื่อให้แน่ใจว่าขายชอบเที่ยวจะไม่สามารถซื้อบริการทางเพศในเขตจังหวัดได้ถ้าไม่ใช้ดุษงอนามัย การดำเนินงานได้ผลเป็นอย่างดีโดยอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ลดลงอย่างรวดเร็ว และเป็นหลักฐานที่โน้มน้าวและชักจูงให้ผู้บริหารระดับสูงพิจารณาขยายการดำเนินงานโครงการนี้ไปทั่วประเทศ ในไม่ช้าก็มีการขยายการดำเนินโครงการใน 13 จังหวัด โดยเห็นผลการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน จึงเป็นที่มาของการขยายการดำเนินงานโครงการดุษงอนามัย 100% ให้ครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศทั้ง 73 จังหวัดในปี 2535

โครงการ “ดุษงอนามัย 100%” ทั่วประเทศในช่วงที่มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจในเรื่องเอดส์อย่างแพร่หลาย

โครงการ “ดุษงอนามัย 100%”

ในปี 2532 ทั่วประเทศมีการดำเนินงานโครงการดุษงอนามัย 100% เพื่อรณรงค์ให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยเน้นกลุ่มเป้าหมายหญิงบริการทางเพศและขายชอบเที่ยว (ดูกรอบข้อความ 3.1) ควบคู่กับการนำมาตรการให้รางวัลและลงโทษมาใช้ เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุขและเจ้าหน้าที่ตำรวจจะบอกเจ้าของสถานบริการทางเพศให้รู้ว่าจะถูกลงโทษหากยอมให้ลูกค้ามีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ดุษงอนามัย บทลงโทษมีตั้งแต่การปิดสถานบริการเป็นการชั่วคราว จนถึงการสั่งปิดเป็นการถาวรหากไม่ปฏิบัติตาม ในอีกทางหนึ่งเจ้าหน้าที่จะแจกดุษงอนามัยฟรีและให้สื่อความรู้รวมทั้งจัดการให้หญิงบริการไปตรวจสุขภาพเป็นประจำ ณ คลินิกกามโรค

โครงการการรณรงค์การใช้ดุษงอนามัย 100% เป็นตัวอย่างที่ดีของความร่วมมือแบบสหสาขาในการป้องกันโรคเอดส์ โดยจะต้องเกิดความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการเอดส์ชาติ เจ้าหน้าที่สาธารณสุขทั้งระดับภูมิภาคและระดับจังหวัด องค์การการเมืองส่วนท้องถิ่น ตำรวจ เจ้าของสถานบริการทางเพศ และหญิงบริการทางเพศ นับได้ว่าการนำผู้ว่าราชการจังหวัดไปดูงานต่างประเทศนั้นได้ผล จากความร่วมมือกันเกิดขึ้นจากการเกรงว่าจะถูกลงโทษและเนื่องจากรัฐบาลมีความชอบธรรมทางการเมือง

ในความเป็นจริงแล้ว มาตรการลงโทษดังกล่าวแทบไม่ถูกนำไปใช้เลย ทว่าการควบคุมด้วยตัวเองเป็นไยเหนียวที่ร้อยละผู้นำระดับจังหวัดและท้องถิ่น เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ และเจ้าของสถานบริการทางเพศไว้ด้วยกัน ในแง่นี้โครงการดุษงอนามัย 100% ต่างจากมาตรการทางสาธารณสุขอื่นๆ ที่มีกจะเน้นกิจกรรมการเรียนรู้เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมโดยสมัครใจ อนึ่งโครงการนี้มี

ประสิทธิผลอย่างยิ่ง เมื่อทีมนักข่าวต้องการที่จะทดสอบโครงการโดยไปเที่ยวสถานบริการในจังหวัดเชียงใหม่ด้วยหวังที่จะซื้อบริการทางเพศโดยไม่ใช้ดุษงอนามัย ปรากฏว่าไม่สำเร็จ

จุดสำคัญอยู่ที่การระบุและชี้เป้าสถานบริการทางเพศ สถานบริการทางเพศที่ไม่ร่วมมือในการบั้งคั้งใช้ดุษงอนามัย 100% เป็นเป้าหมายในการตรวจเยี่ยม จากการสอบถามชายที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกกามโรคถึงสถานบริการทางเพศที่เขาได้รับเชื้อ (ที่เรียกว่าสืบสวนโรค (contact-tracing) ส่วนใหญ่จะระบุสถานที่ซึ่งเจ้าหน้าที่จะไปตรวจเยี่ยมเพื่อทำการตรวจสอบสุขภาพของผู้ขายบริการทางเพศควบคู่กับการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ดุษงอนามัย และส่งเสริมให้ผู้ใช้บริการทางเพศเหล่านั้นเข้ารับการรักษาที่คลินิกกามโรคด้วย

ผลการสัมภาษณ์เจ้าของสถานบริการทางเพศใน 24 จังหวัดในปี 2540 พบว่าผู้ประกอบการร้อยละ 90 ล้วนยืนยันว่ามีเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเข้าตรวจสถานบริการของตน และครึ่งหนึ่งที่ตอบว่ามาตรวจอย่างน้อยเดือนละครั้ง การติดตามอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นได้มาจากการตรวจร่างกายหญิงบริการทางเพศที่มาใช้บริการที่คลินิกกามโรค เจ้าหน้าที่ยังติดตามจากจำนวนดุษงอนามัยที่แจกให้กับสถานบริการทางเพศอีกด้วย

กรอบข้อความ 3.2 แจกฟรี 60 ล้านถุง

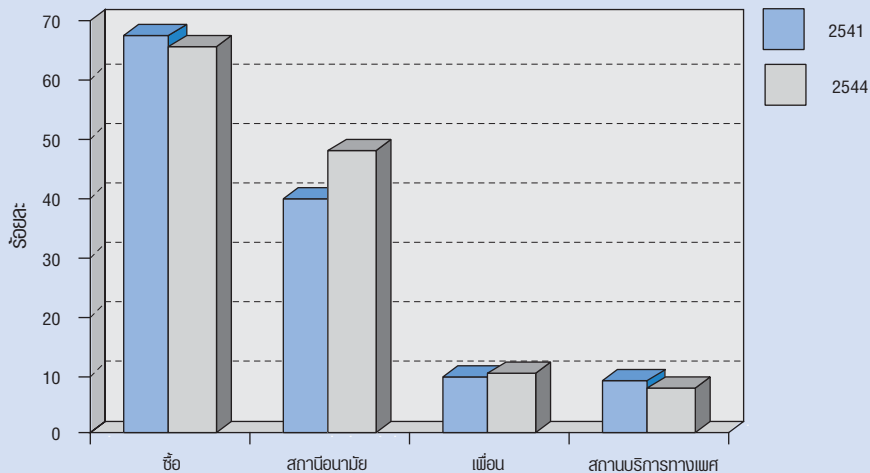
เงื่อนไขสำคัญของความสำเร็จของโครงการณรงค์ใช้ถุงยางอนามัย 100% คือการจัดหาถุงยางอนามัยที่มีคุณภาพให้เพียงพอต่อความต้องการ หากผู้ใช้มีความสงสัยในคุณภาพ หรือการจัดส่งถุงยางไม่สม่ำเสมอทำให้ถุงยางไม่มีใช้ จะมีผลต่อความน่าเชื่อถือและความต่อเนื่องของโครงการหรือทำให้การดำเนินโครงการต้องสะดุดลง ดังนั้นรัฐบาลจึงต้องให้ความรู้ที่ถูกต้องในการเก็บรักษาถุงยางอนามัย โดยเก็บไว้ในห้องปรับอากาศ หรือเก็บไว้ในที่แห้งปราศจากความอับชื้น เช่น วางไว้บนชั้นยกสูงจากพื้น เป็นต้น นอกจากนี้ถุงยางอนามัยนั้นต้องเก็บไม่ให้ถูกแสงแดดเพื่อป้องกันถุงยางอนามัยเสื่อมคุณภาพ

จนถึงปี 2535 กระทรวงสาธารณสุขแจกถุงยางอนามัยฟรี 60 ล้านชิ้นต่อปี โดยแจกเป็นกล่องๆ ละ 100 ชิ้น แก่หญิงบริการทางเพศเมื่อมาตรวจร่างกายที่คลินิกกามโรคตามกำหนด รวมถึงการแจกจ่ายให้แก่คนไข้ที่มาตรวจรักษาที่คลินิกกามโรค ทหาร คนงานในสถานประกอบการ โรงแรม และ ผ่านทางองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์

ผลการประเมินการแจกจ่ายถุงยางอนามัยในปี 2540 พบปัญหาในการจัดหาถุงยางอยู่บ้าง หรือขาดแคลนในบางขนาด นอกจากนี้ก็มีบ้างที่บนเรื่องสีลันที่ไม่สดใส และการบรรจุหีบห่อที่ไม่น่าสนใจ

ปริมาณการแจกถุงยางอนามัยฟรีโดยภาครัฐได้ลดลงอย่างมากหลังเกิดวิกฤตเศรษฐกิจในปี 2540-2541 ทั้งนี้เนื่องมาจากการดัดงบประมาณและความกังวลว่าปริมาณถุงยางอนามัยมีมากเกินไป แต่ประเด็นที่น่าสนใจก็คือ ผลการศึกษาพบว่าปริมาณการใช้ถุงยางอนามัยในธุรกิจบริการทางเพศมิได้ลดลงแต่อย่างใด ในปลายทศวรรษที่ 1990 มีปริมาณการซื้อถุงยางอนามัยของลูกค้าสูงถึงร้อยละ 70 (ดูแผนภาพที่ 3.2)

แผนภาพที่ 3.2 แหล่งที่มาของถุงยางอนามัยในปี 2541 และ 2544



ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ, การสำรวจทัศนคติเกี่ยวกับการประชาสัมพันธ์โรคเอดส์ ปี 2541 และ 2544

วิกิสู่ความสำเร็จ

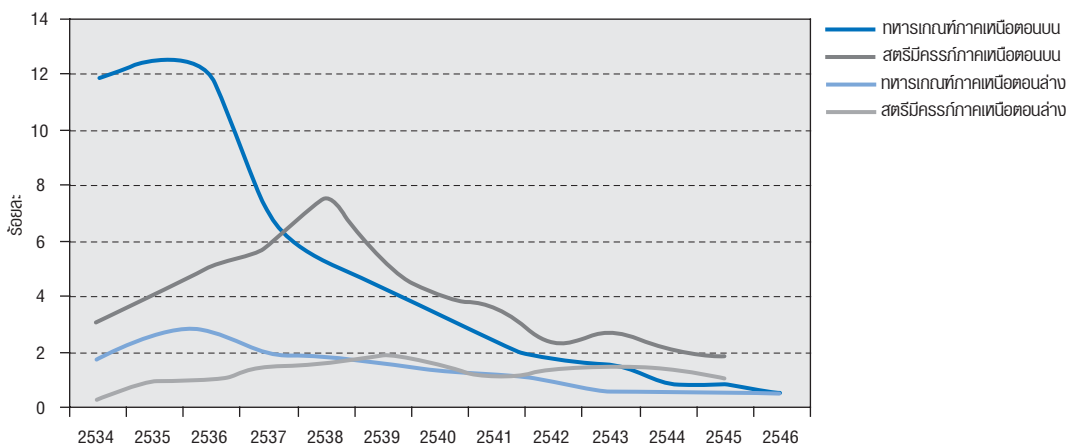
การดำเนินงานตามแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ปี 2535-2539 ที่เป็นลูกโซ่ต่อเนื่องตั้งแต่การปลูกจิตสำนึกและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการลดอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์นั้นก้าวหน้ามาโดยลำดับ แต่ผลสำเร็จอาจจะยังไม่เห็นชัดเพราะในการดำเนินงานนั้นมีความสลับซับซ้อนและมีตัวแปรหลากหลาย ซึ่งต้องใช้เวลากว่าหลายปีกว่าจะหาข้อพิสูจน์ว่าได้ผล

ข้อมูลการระบาดของโรคที่รายงานในช่วงเวลาดังกล่าวบ่งชี้ว่า ในปี 2536 และในปี 2537 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของทหารเกณฑ์เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 4 และกว่าร้อยละ 12 ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ค้าบริการทางเพศเพิ่มสูงขึ้นกว่าร้อยละ 30 ในพื้นที่ภาคเหนือและภาคกลาง นอกจากนี้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของสตรีมีครรภ์เพิ่มสูงขึ้นทั่วประเทศจากร้อยละ 0.5 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 2.4 ในปี 2538 เป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราการ

ติดเชื้อเอชไอวีของสตรีมีครรภ์ที่เพิ่มขึ้นเกิดขึ้นช้ากว่าการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศและชายผู้ใช้บริการหลายปี ซึ่งสะท้อนว่าสตรีมีครรภ์เหล่านี้อาจติดเชื้อเอชไอวีจากคู่อุปถัมภ์ที่ได้รับเชื้อมาจากการใช้บริการทางเพศ

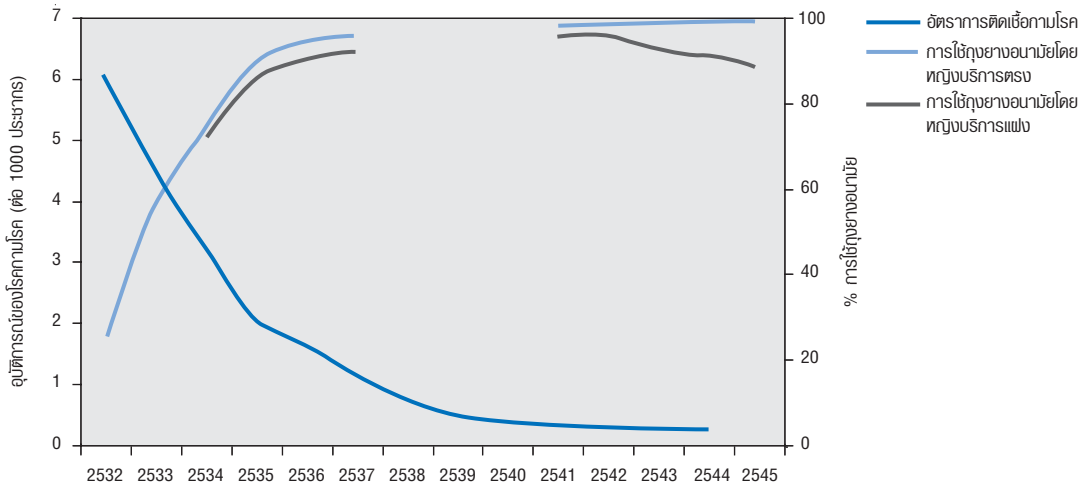
ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือ ระหว่างสตรีมีครรภ์กับทหารเกณฑ์ (ที่ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับบริการทางเพศ) จากแผนภาพที่ 4.1 แสดงให้เห็นช่วงระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีของแต่ละกลุ่มได้ชัดเจน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนนั้นสถานการณ์ค่อนข้างเลวร้ายเพราะปรากฏอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของสตรีมีครรภ์ในจังหวัดพะเยาส่งถึงร้อยละ 10 ในปี 2536 ในขณะที่มารดาที่อายุน้อยกว่า 25 ปี ที่คลอดบุตรที่จังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 6.4 ในปี 2537¹⁰ ในบางส่วนนั้นจะพบว่าปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์โรคเอดส์นั้นค่อนข้าง “น้อยเกินไป และช้าเกินไป”

แผนภาพที่ 4.1 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มสตรีมีครรภ์และทหารเกณฑ์ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนและตอนล่างของประเทศไทยระหว่างปี 2534-2546



ที่มา: สถาบันวิจัยทางการแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก และ สำนักระบาดวิทยา

แผนภาพที่ 4.2 ร้อยละของหญิงบริการทางเพศทั่วประเทศที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดและอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยในช่วงปี 2532-2545¹¹



ที่มา : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 หมายเหตุ : การติดตามโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึง ซิฟิลิส ท้องใน แผลริมอ่อน มีมะม่วง แผลตามโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ ท้องในเทียม ภายหลังจากปี 2538 ได้ยกเลิกระบบการติดตามนี้ (ทำให้ขาดช่วงไป ก่อนที่จะเริ่มติดตามใหม่ในเดือน มิถุนายน 2541)

สัญญาณแห่งความสำเร็จ

อย่างไรก็ดียังมีข้อมูลบางส่วนที่แสดงให้เห็นถึงผลการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จ เช่น รายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบการลดลงอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ป่วยชายที่เข้ารับการรักษา คลินิกตามโรคได้ลดลงอย่างรวดเร็วจาก 220,000 คนต่อปี ในปี 2531 เหลือน้อยกว่า 50,000 คนในปี 2536 จำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ได้ลดลงจาก 6.5 คนต่อ 1,000 คน ในปี 2532 เป็น 3.2 คนต่อ 1,000 คนในปี 2534 และ 1.6 คนต่อ 1,000 คนในปี 2536 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ได้ลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือเพียง 0.27 คนต่อ 1,000 คนในปี 2542 หรือเป็นการลดลงกว่า 20 เท่าในระยะเวลาเพียง 10 ปี¹²

ทั้งนี้มีความเป็นไปได้ที่เกิดความคลาดเคลื่อนในอัตราการลดลงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ถ้าพิจารณาเฉพาะข้อมูลจากคลินิกตามโรค เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนอาจไม่เข้ารับบริการของคลินิกเอกชน แต่เมื่อข้อมูลจากคลินิกเอกชนก็ไม่ได้รายงานผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น และการซื้อยากินเองก็ไม่ได้เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยจากผลการสำรวจร้านขายยาใน 24 จังหวัด พบว่ายอดขายยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลง ในขณะที่มียอดขายถุงยางอนามัยสูงขึ้น ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยได้ลดลงจริงๆ¹³

หลักฐานที่ยืนยันถึงการลดลงของการติดเชื้อเอชไอวีอีกประการหนึ่งคืออัตราการติดเชื้อเอชไอวีของทหารเกณฑ์ก็ลดลงด้วยเช่นกัน¹⁴ โดยเมื่อตรวจเลือดทหารเกณฑ์ในปี 2536 นั้น พบอัตราติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าร้อยละ 4 และเมื่อตรวจเลือดอีกผลหนึ่งในตอนปลายปี 2536 ก็พบการติดเชื้อในอัตราที่ลดลง และยังมีแนวโน้มลดลงเรื่อยมานับจากนั้น ด้วยอายุของทหารเกณฑ์อยู่ที่ 21 ปี ซึ่งนับว่าอายุน้อย แสดงว่าการติดเชื้อเกิดขึ้นเมื่อไม่นานนัก ดังนั้นการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารเกณฑ์จึงสามารถใช้เป็นตัวแทนของอุบัติการณ์ของโรคเอดส์ หรืออัตราการติดเชื้อเอชไอวีใหม่ในแต่ละปี

แนวโน้มอีกประการหนึ่งคือความแตกต่างของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีภายในภูมิภาคเดียวกัน (ดูแผนภาพที่ 4.3) ตัวอย่างเช่น อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือตอนบนนั้นสูงถึงร้อยละ 12 ในขณะที่อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือตอนล่างไม่เคยเกินร้อยละ 3 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในภาคใต้จะสูงกว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ยของทั้งประเทศ โดยในระหว่างปี 2538-2539 พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารเกณฑ์ในทั่วทุกภูมิภาคลดลง ยกเว้นภาคใต้ที่เพิ่มสูงขึ้น

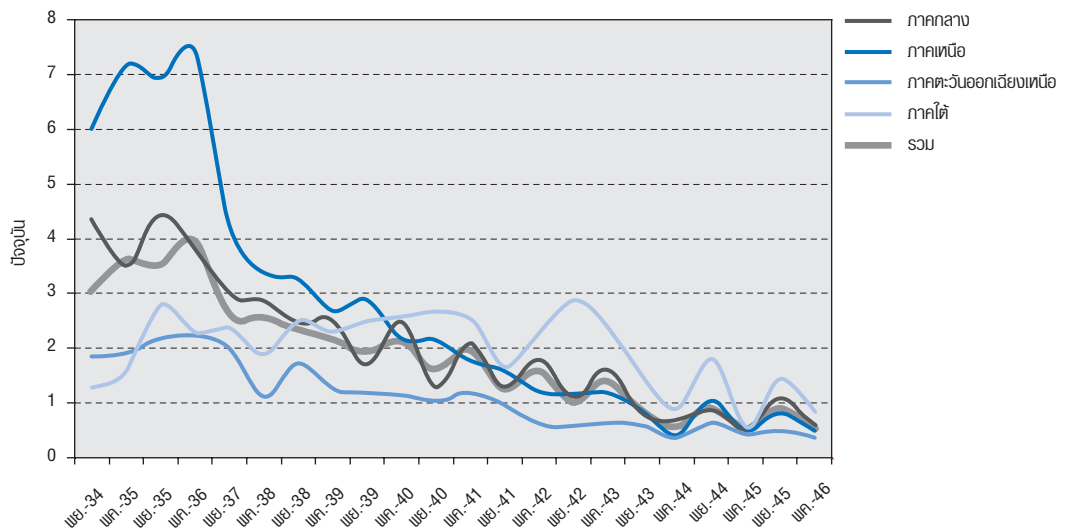
พฤติกรรมเปลี่ยน

หากจะถามว่าอะไรคือสาเหตุของการลดลงของการติดเชื้อเอชไอวี จากข้อมูลงานวิจัยในทหารเกณฑ์ใน 6 จังหวัดภาคเหนือในปี 2534 พบว่าร้อยละ 57 เคยใช้บริการทางเพศกับหญิงบริการทางเพศ แต่ อีก 4 ปีต่อมาหลังจากมีการรณรงค์ในการลดการติดเชื้อเอชไอวี อย่างเข้มข้นมากขึ้น การเที่ยวหญิงบริการทางเพศลดลงมากกว่าครึ่ง

(ดูแผนภาพที่ 4.4) ในระยะเวลาอันสั้น “การเที่ยวผู้หญิง” ที่เป็นเสมือนหนึ่งพิธีกรรมเพื่อก้าวเข้าสู่ความเป็นชายหนุ่มเริ่มจางหายไป สำหรับหลายคนกลายเป็นความกลัวที่จะติดเชื้อ

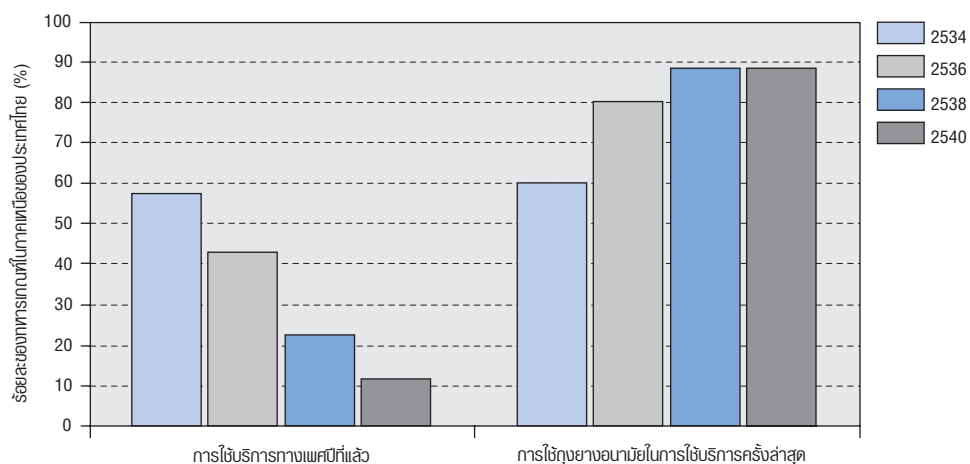
การวิจัยเชิงคุณภาพในหมู่ชายวัยรุ่นในไทยในปี 2539 พบว่าทัศนคติ ต่อการบริการทางเพศได้เปลี่ยนแปลงไปจาก “สนุกและเป็นเรื่องธรรมดา” ไปสู่ “น่ากังวลและน่าสงสัย”¹⁶ ข้อเท็จจริงที่สำคัญอีก

แผนภาพที่ 4.3 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารเกณฑ์ในช่วงปี 2534-2546



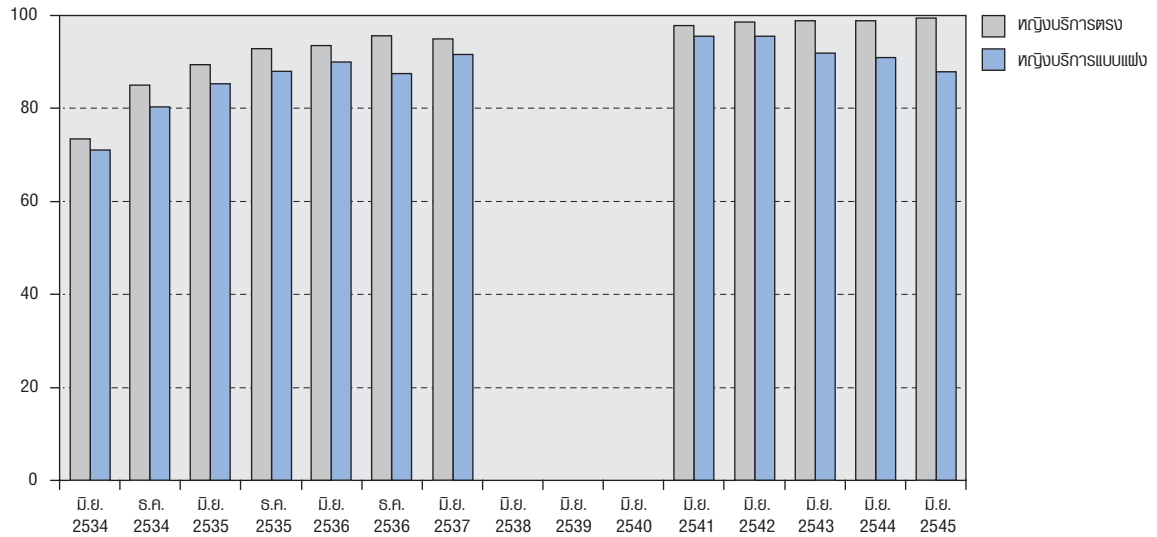
ที่มา : สถาบันวิจัยทางการแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก

แผนภาพที่ 4.4 สัดส่วนของทหารเกณฑ์ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อไปเที่ยวสถานบริการทางเพศในพื้นที่ภาคเหนือ ในช่วงปี 2534-2540



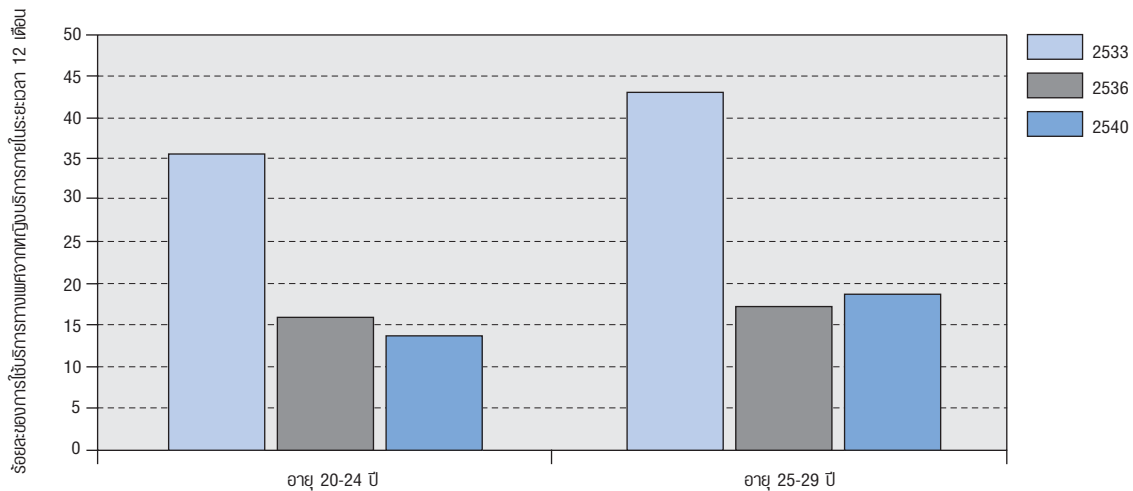
ที่มา : Nelson et al ; NEIM, 335 : 297-303, 1996 ; Nelson et al.

แผนภาพที่ 4.5 สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัย กับลูกค้ารายล่าสุดจากการรายงานของผู้ให้บริการทางเพศทั้งทางตรง และแบบแฝงในช่วงปี 2534-2545



ที่มา : สำนักโรคบาดวิทยา, กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
หมายเหตุ : ไม่มีข้อมูลในปี 2538 จนถึงต้นปี 2540

แผนภาพที่ 4.6 ร้อยละของการใช้บริการทางเพศจากหญิงบริการทางเพศของชายในเขตเมืองในช่วงปี 2533-2540



ที่มา : UNAIDS (2001)
หมายเหตุ : ไม่มีข้อมูลในปี 2538 จนถึงต้นปี 2540

ประการหนึ่งคือในปี 2538 ร้อยละ 90 ของทหารเกณฑ์ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อเที่ยวสถานบริการทางเพศเปรียบเทียบกับร้อยละ 60 ในปี 2534 (ดูแผนภาพที่ 4.5) การใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้นและใช้บริการทางเพศน้อยลงทำให้อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงและอัตราการติดเชื้อเอชไอวีก็ลดลงด้วย ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่าการรณรงค์และการให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง น่าจะประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปรากฏให้เห็นในกลุ่มหญิงบริการทางเพศด้วยเช่นกัน จากผลการสำรวจข้อมูลในกลุ่มหญิงบริการทางเพศพบว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยสูงถึงร้อยละ 80 ในปี 2535 โดยภาคเหนือมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยสูงที่สุด หญิงบริการทางเพศในสถานบริการทุกประเภท (สถานบริการทางเพศ สถานอาบอบนวด บาร์ร้านอาหาร โรงแรมและอื่นๆ) จะใช้ถุงยางอนามัยสูงกับแขกขาจร โดยเฉพาะหญิงบริการที่ทำงานในสถานบริการทางเพศ

และสถานอาบอบนวดจะยิ่งใช้เตียงนอนมายสูงเมื่อการใช้เตียงนอนมายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงบริการก็ลดลงกว่า 4 เท่าจากที่เคยตรวจพบมากกว่า 200,000 รายต่อปีในปลายทศวรรษที่ 1980 เหลือเพียงน้อยกว่า 50,000 รายในปี 2537

การศึกษาในกรุงเทพมหานครในระหว่างปี 2536-2539 ก็ให้ผลในลักษณะเดียวกันคือ อัตราการใช้เตียงนอนมายในการให้บริการทางเพศครั้งล่าสุดของหญิงบริการในสถานบริการทางเพศเพิ่มสูงขึ้น

จากร้อยละ 87 เป็นร้อยละ 97 ในขณะที่อัตราการใช้เตียงนอนมายของหญิงที่ให้บริการทางเพศแฝง (หญิงที่ทำงานในบาร์) ก็เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 56 ในปี 2536 เป็นร้อยละ 89 ในปี 2539¹⁶ การรณรงค์ให้ความรู้และการจัดกิจกรรมต่อต้านโรคเอดส์ในคลินิกกามโรคทำให้ชายเที่ยวหญิงบริการทางเพศน้อยลง (ดูแผนภาพที่ 4.6) สัดส่วนของชายในเขตเมืองที่เข้าใช้บริการทางเพศจากหญิงบริการทางเพศลดลงกว่าครึ่งระหว่างปี 2533 ถึง 2536 และคงอยู่ในระดับนั้น

กรอบข้อความ 4.1 หญิงบริการทางเพศ

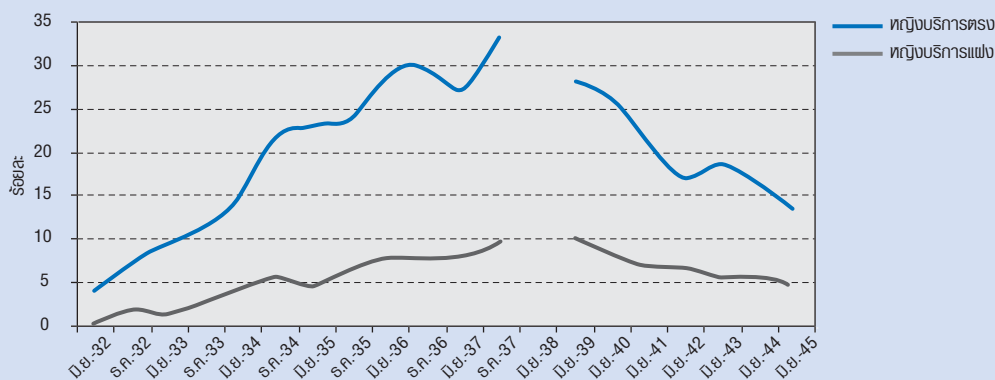
ถึงแม้พฤติกรรมจะเปลี่ยนไป แต่อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงบริการทางเพศก็เพิ่มสูงอย่างมากจนสูงเกินกว่าร้อยละ 30 ในปี 2537 ก่อนที่จะเริ่มลดลงอีกครั้งในเวลาต่อมา จนกระทั่งลดลงไปประมาณครึ่งหนึ่ง แต่โดยอัตราการติดเชื้อเอชไอวีแล้วก็ยังนับว่าสูงอยู่ โดยมีอัตราที่ร้อยละ 13 ในปี 2545 (ดูแผนภาพที่ 4.7) แนวโน้มดังกล่าวรวมทั้งการเปลี่ยนรูปแบบการเที่ยวบริการจากหญิงบริการทางเพศตรง มาเป็นหญิงบริการทางเพศแฝงแสดงว่าการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้บริการทางเพศจะยังคงมีอยู่ต่อไป

การส่งเสริมศักยภาพของหญิงบริการทางเพศ (ดังเช่นโครงการทดลองของ Sonagacchi ในประเทศอินเดีย) ไม่ใช่กิจกรรมหลักของโครงการเตียงนอนมาย 100% แม้ว่าหญิงบริการทางเพศเหล่านี้จะไม่มีปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการในคลินิกกามโรค แต่ความรู้และทักษะในการต่อรองกับลูกค้ายังมีไม่มากนัก (เช่นการอบรมในเรื่องการใช้เตียงนอนมายที่ถูกต้อง การจูงใจให้ลูกค้าใช้เตียงนอนมาย เป็นต้น) กลุ่มองค์กรเอกชนเพื่อพัฒนาบางส่วน เช่น EMPOWER ได้เริ่มจัดการฝึกอบรมแก่หญิงบริการทางเพศ

จากผลการประเมินผลโครงการใช้เตียงนอนมาย 100% พบว่า สถานบริการทางเพศส่วนใหญ่ไม่ได้จัดการฝึกอบรมหรือให้ความรู้แก่หญิงบริการทางเพศ แม้ว่าหญิงบริการทางเพศเหล่านี้จะเปลี่ยนงานบ่อย มีคนใหม่เข้ามาตลอดก็ตาม แต่จากการประเมินผลพบว่า หญิงบริการทางเพศน้อยกว่าร้อยละ 2 ที่กล่าวว่า คนในสถานบริการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการดังกล่าว ส่วนใหญ่กล่าวว่ารู้จักโครงการใช้เตียงนอนมาย 100% จากสื่อโทรทัศน์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ทั้งนี้ได้มีความพยายามที่จะสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการใช้เตียงนอนมายและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามการจะปิดสถานบริการนับได้ว่ามีอิทธิพลมากที่สุดแล้วซึ่งขึ้นอยู่กับหญิงบริการทางเพศที่จะชักจูงให้ลูกค้าใช้เตียงนอนมาย ทำให้หญิงบริการทางเพศมีอำนาจต่อรองมากขึ้น โดยสามารถอ้างได้ว่า เธอจะถูกลงโทษหรือถูกไล่ออกหากไม่ใช้เตียงนอนมาย โดยใช้วิธีบอกกับลูกค้าว่า “ไม่ใช้เตียงงาก็ไม่มีเช็ทส์”

แผนภาพที่ 4.7 แนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ขายบริการทางเพศทั้งทางตรงและแบบแฝงในประเทศไทยในช่วงปี 2532-2545



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

นักวิจัยที่ติดตามพฤติกรรมทางเพศทั่วประเทศพบว่าในระหว่างปี 2533-2536 อัตราการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และเพศสัมพันธ์นอกสมรสลดลงจากร้อยละ 28 เหลือเพียงร้อยละ 15 ในขณะที่ชายที่ใช้บริการจากหญิงบริการทางเพศลดลงจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 10 ในระยะเวลาเดียวกัน¹⁷ เมื่อมีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชายอายุระหว่าง 20-29 ปี จำนวน 4,000 คนในปี 2540 เพื่อประเมินผลโครงการรณรงค์อย่างอนามัย 100% พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งที่ตอบว่าเคยใช้บริการทางเพศมาก่อน แต่มีเพียงร้อยละ 16 เท่านั้นที่ใช้บริการในรอบปีที่ผ่านมา¹⁸ การสำรวจโดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เล็กลงในพื้นที่กรุงเทพมหานครในปี 2540 ก็พบว่าการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสลดลงเช่นกัน จากการคาดประมาณพบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว ทั้งการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น และการเที่ยวหญิงบริการทางเพศลดลง อาจลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงได้ถึงครึ่งหนึ่ง¹⁹

ประเทศไทยเป็นประเทศแรกในทวีปเอเชียที่ริเริ่มโครงการควบคุมโรคเอดส์ในวงกว้าง ซึ่งเป็นบทพิสูจน์ได้ว่าการสนับสนุนงบประมาณอย่างพอเพียง การสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองที่ได้รับ และการเสริมสร้างขีดความสามารถทางวิชาการและการเก็บรวบรวมข้อมูลมีส่วนช่วยชีวิตคนได้หลายแสนคน การจัดระบบเฝ้าระวังอย่างจริงจังนับตั้งแต่ปี 2532 ทำให้สามารถติดตามการแพร่ระบาดของโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ข้อมูลต่างๆได้รับการนำเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายและเผยแพร่ผ่านทางสื่อต่างๆ เพื่อสร้างความตระหนักในหมู่ประชาชน

การศึกษาพฤติกรรมและการแพร่ระบาดของโรคทำให้รู้ถึงภาวะความเสี่ยงของประชากรกลุ่มต่างๆ และทำให้สามารถระบุได้ว่า การบริการทางเพศเป็นสาเหตุหลักของการระบาดของโรค การดำเนินงานโดยใช้โครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขที่มีอยู่แล้วให้เป็นประโยชน์ ในขณะเดียวกันก็กลับประสพการณ์จากการปฏิบัติและที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการรวบรวมผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของมาตรการต่างๆ สามารถนำมาชี้แจงให้ผู้กำหนดนโยบายให้ยังคงให้การสนับสนุนทั้งทางการเมืองและทางการเงิน

ความร่วมมือจากองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์และยุติเชื้อเอชไอวี

นับตั้งแต่ปี 2527 เป็นต้นมา เมืองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ไม่น้อยกว่า 50 แห่งที่มีการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์²⁰ ในเวลาต่อมาองค์กรพัฒนาเอกชนได้เพิ่มจำนวนขึ้นมากมาย ในปี 2532 แนวร่วมองค์กรเอกชนด้านเอดส์ของไทย (Thai NGO Coalition on AIDS) ได้ก่อตั้งขึ้นเพื่อประสานงานระหว่างองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลข่าวสาร ลดการทำงานซ้ำซ้อน และผนึกกำลังในการรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์จนเกิดการรวมกลุ่มขององค์กรพัฒนาเอกชนขึ้นในแต่ละภูมิภาคของไทย

ข้อมูลด้านจำนวนองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ในช่วงระหว่างปี 2535-2539 ยังไม่ชัดเจน มีการศึกษาในปี 2538 ที่นับจำนวนองค์กรพัฒนาเอกชนได้ทั้งสิ้น 189 แห่งที่ทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ แต่กรมประชาสงเคราะห์นับได้แค่เพียงครั้งเดียวในปีก่อนหน้านั้น²¹ ในปี 2540 เมืองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านโรคเอดส์ 184 แห่งได้เสนอขอการสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาล และจากข้อมูลในตารางที่ 4.1 ได้แสดงให้เห็นว่าจำนวนขององค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์และการสนับสนุนด้านงบประมาณจากภาครัฐได้เพิ่มขึ้นอย่างมากในระหว่างปี 2535 ถึงปี 2540 (ในทางตรงข้ามงบประมาณสนับสนุนสำหรับองค์กรพัฒนาเอกชนที่เน้นหนักทางด้านสุขภาพและการสังคมสงเคราะห์ไม่ได้เพิ่มขึ้นในระหว่างช่วงเวลาดังกล่าว) กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้มักจะทำหน้าที่กลุ่มธุรกิจเกี่ยวกับสินค้าในสังคม หรือพัฒนาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ตลอดจนการให้บริการให้คำปรึกษา รวมทั้งการรณรงค์เพื่อสิทธิมนุษยชนเป็นหลัก

ตารางที่ 4.1: จำนวนองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ด้านโรคเอดส์และงบประมาณในช่วงปี 2535-2540

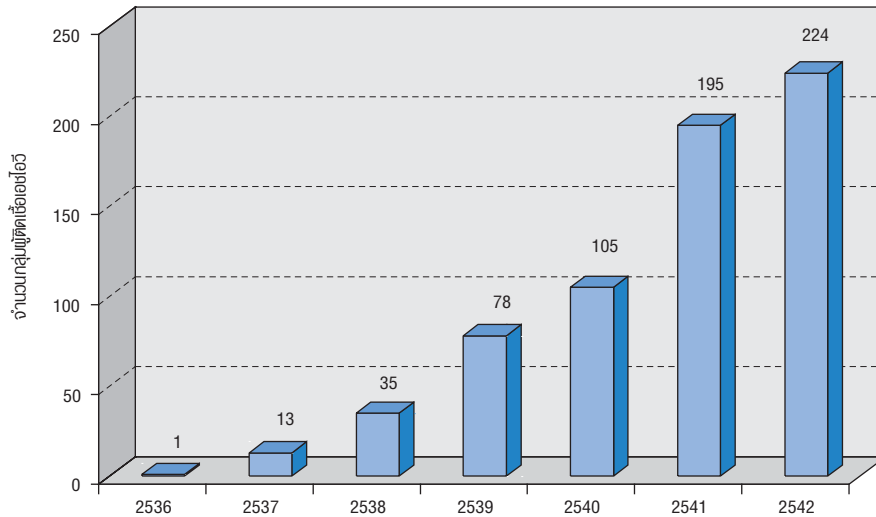
ปี	จำนวน	งบประมาณสนับสนุน
2535	23	11.9
2536	39	15
2537	76	10
2538	94	75
2539	122	80
2540	184	90

ที่มา : Phoolchareon, et al., (2541)

นอกจากนี้ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็เพิ่มจำนวนสูงขึ้น ในปี 2542 เชื่อกันว่ามีไม่น้อยกว่า 224 กลุ่ม ที่มีบทบาทอย่างสูงใน 6 จังหวัดภาคเหนือของไทย (เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา และแม่ฮ่องสอน) กลุ่มต่างๆ เหล่านี้ให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ตลอดจนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และพยายามลดการรังเกียจและกีดกันผู้ป่วยโรคเอดส์

เมื่อจำนวนกลุ่มองค์กรประชาชนที่ทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มสูงขึ้น การทำงานของกลุ่มเหล่านี้ก็มีความหลากหลายมากขึ้นตามลำดับ บางกลุ่มก็เกิดขึ้นจากภายในท้องถิ่น แต่บางกลุ่มก็ได้รับความช่วยเหลือจากต่างชาติ บางกลุ่มมีการจัดโครงสร้างและกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ แต่บางกลุ่มก็มีโครงสร้างการทำงานอย่างหลวมๆ เท่านั้น

แผนภาพที่ 4.8 จำนวนกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดภาคเหนือตอนบนในช่วงปี 2536-2542



ที่มา : สำนักงานองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (2544) Best Practice Documentation on HIV/AIDS for community Mobilisation : Case of Thailand

กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นในสองลักษณะแต่ก็ทำงานและให้บริการในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน บางกลุ่มก็รวมกลุ่มกันโดยธรรมชาติจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเป็นประจำสม่ำเสมอ และการมีปัญหาร่วมกันทำให้เกิดการรวมตัวกันขึ้น ในเบื้องต้นการรวมตัวกันเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจซึ่งกันและกัน บางกลุ่มอาจขยายกิจกรรมไปสู่การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน บางกลุ่มก็จัดตั้งขึ้นภายใต้ความช่วยเหลือขององค์กรพัฒนาเอกชนหรือองค์กรภาครัฐและทำงานในลักษณะการช่วยเหลือสมาชิกกลุ่ม โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน

ถึงจะมีกลุ่มที่คอยให้การช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ยังคงรังเกียจและเลือกปฏิบัติ แม้ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงต้องปกปิดสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตนไว้ เมื่อสังคมให้ความสำคัญกับโรคเอดส์มากขึ้น และขณะเดียวกันที่มีการรณรงค์มากขึ้นทั่วประเทศ ความรังเกียจต่างๆ ก็ลดน้อยลง ตั้งแต่ช่วงปี 2537-2538 กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำกิจกรรมและทำการรณรงค์ได้อย่างเปิดเผยมากขึ้น

ต่อมาจึงได้มีการจัดตั้งเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือขึ้นภายใต้ความช่วยเหลือทางวิชาการและทางการเงินจากทั้งภาครัฐและเอกชน เนื่องจากปัญหาเรื่องโรคเอดส์เกี่ยวข้องกับปัญหาสังคมและเศรษฐกิจอื่นๆ ในชุมชน หลายกลุ่มจึงขยายขอบข่ายการดำเนินงานโดยเฉพาะหลังช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ในปี 2541 จึงได้มีการพูดคุยถึงการยุบรวม หรือผนวกรวมงานด้านเอดส์เข้ากับกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางสังคมด้านอื่นๆ

องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์หลายแห่งมองเห็นปัญหาโรคเอดส์ขณะที่เดิมทำงานด้านอื่นๆ อยู่เช่นในพื้นที่ภาคเหนือ โรคเอดส์ได้ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อชุมชนที่ทำงานที่เขาเข้าไปทำงาน ในขณะที่เดียวกันความช่วยเหลือทางการเงินและวิชาการทั้งจากแหล่งสนับสนุนภายในและต่างประเทศ มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์หันมาทำงานด้านเอดส์²² หน่วยงานภาครัฐก็เล็งเห็นว่าองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และกลุ่มผู้ติดเชื้อต่างๆ สามารถทำงานเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เข้าถึงยากได้เป็นอย่างดี

ต้องอาศัยการทำงานอย่างหนักเพื่อเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อ ในช่วงเริ่มต้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกมองว่าเป็นผู้เหยื่อผู้เคราะห์ร้ายที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ ภายหลังเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มเปิดเผยตัวมากขึ้น และได้เพิ่มบทบาทเป็นผู้เล่นที่สำคัญในการดำเนินงานเรื่องเอดส์ โดยการริเริ่มขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์องค์กรเอกชนเหล่านี้ได้ทำงานอย่างแข็งขันในกลุ่มประชากรผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ผู้ติดยาเสพติด ชายขอบชายและแรงงานอพยพ เป็นต้น ทว่าในช่วงหลายปีที่ผ่านมากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์หลายแห่งเน้นการดำเนินงานในการให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการบำบัดรักษาและการดูแลอย่างทั่วถึง

วิกิสู่ความสำเร็จ

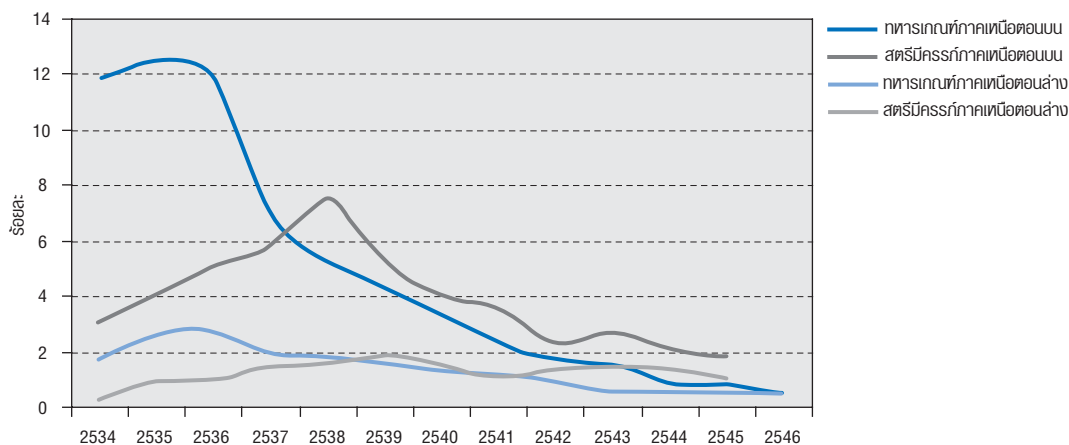
การดำเนินงานตามแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ปี 2535-2539 ที่เป็นลูกโซ่ต่อเนื่องตั้งแต่การปลูกจิตสำนึกและการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการลดอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์นั้นก้าวหน้ามาโดยลำดับ แต่ผลสำเร็จอาจจะยังไม่เห็นชัดเพราะในการดำเนินงานนั้นมีความสลับซับซ้อนและมีตัวแปรหลากหลาย ซึ่งต้องใช้เวลากว่าหลายปีกว่าจะหาข้อพิสูจน์ว่าได้ผล

ข้อมูลการระบาดของโรคที่รายงานในช่วงเวลาดังกล่าวบ่งชี้ว่า ในปี 2536 และในปี 2537 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของทหารเกณฑ์เพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 4 และกว่าร้อยละ 12 ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ค้าบริการทางเพศเพิ่มสูงขึ้นกว่าร้อยละ 30 ในพื้นที่ภาคเหนือและภาคกลาง นอกจากนี้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของสตรีมีครรภ์เพิ่มสูงขึ้นทั่วประเทศจากร้อยละ 0.5 ในปี 2533 เป็นร้อยละ 2.4 ในปี 2538 เป็นที่น่าสังเกตว่าอัตราการ

ติดเชื้อเอชไอวีของสตรีมีครรภ์ที่เพิ่มขึ้นเกิดขึ้นช้ากว่าการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศและชายผู้ใช้บริการหลายปี ซึ่งสะท้อนว่าสตรีมีครรภ์เหล่านี้อาจติดเชื้อเอชไอวีจากคู่อุปถัมภ์ซึ่งอาจได้รับเชื้อมาจากการใช้บริการทางเพศ

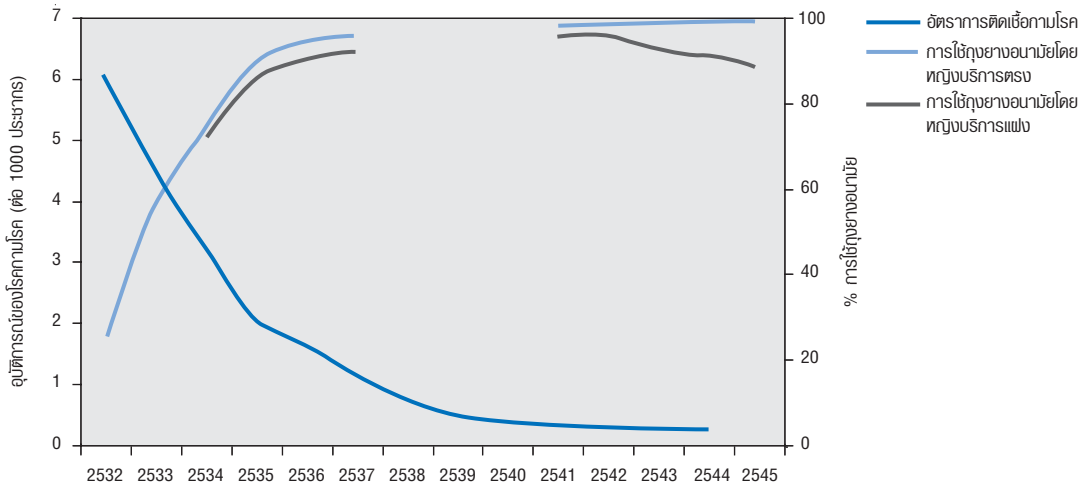
ทั้งนี้เมื่อเปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือ ระหว่างสตรีมีครรภ์กับทหารเกณฑ์ (ที่ส่วนใหญ่เกี่ยวข้องกับบริการทางเพศ) จากแผนภาพที่ 4.1 แสดงให้เห็นช่วงระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีของแต่ละกลุ่มได้ชัดเจน ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนนั้นสถานการณ์ค่อนข้างเลวร้ายเพราะปรากฏอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของสตรีมีครรภ์ในจังหวัดพะเยาส่งถึงร้อยละ 10 ในปี 2536 ในขณะที่มารดาที่อายุน้อยกว่า 25 ปี ที่คลอดบุตรที่จังหวัดเชียงใหม่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 6.4 ในปี 2537¹⁰ ในบางส่วนนั้นจะพบว่าปฏิกิริยาตอบสนองต่อสถานการณ์โรคเอดส์นั้นค่อนข้าง “น้อยเกินไป และช้าเกินไป”

แผนภาพที่ 4.1 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มสตรีมีครรภ์และทหารเกณฑ์ในพื้นที่ภาคเหนือตอนบนและตอนล่างของประเทศไทยระหว่างปี 2534-2546



ที่มา: สถาบันวิจัยทางการแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก และ สำนักระบาดวิทยา

แผนภาพที่ 4.2 ร้อยละของหญิงบริการทางเพศทั่วประเทศที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดและอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยในช่วงปี 2532-2545¹¹



ที่มา : กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
 หมายเหตุ : การติดตามโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึง ซิฟิลิส หนองใน แผลริมอ่อน ฝีมะม่วง แผลลมโรคเรื้อรังที่ขาหนีบ หนองในเทียม ภายหลังจากปี 2538 ได้ยกเลิกระบบการติดตามนี้ (ทำให้ขาดช่วงไป ก่อนที่จะเริ่มติดตามใหม่ในเดือน มิถุนายน 2541)

สัญญาณแห่งความสำเร็จ

อย่างไรก็ดียังมีข้อมูลบางส่วนที่แสดงให้เห็นถึงผลการดำเนินการที่ประสบความสำเร็จ เช่น รายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบการลดลงอย่างต่อเนื่อง จำนวนผู้ป่วยชายที่เข้ารับการรักษาในคลินิกตามโรคได้ลดลงอย่างรวดเร็วจาก 220,000 คนต่อปี ในปี 2531 เหลือน้อยกว่า 50,000 คนในปี 2536 จำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ได้ลดลงจาก 6.5 คนต่อ 1,000 คน ในปี 2532 เป็น 3.2 คนต่อ 1,000 คนในปี 2534 และ 1.6 คนต่อ 1,000 คนในปี 2536 จำนวนผู้ป่วยรายใหม่ได้ลดลงอย่างต่อเนื่องเหลือเพียง 0.27 คนต่อ 1,000 คนในปี 2542 หรือเป็นการลดลงกว่า 20 เท่าในระยะเวลาเพียง 10 ปี¹²

ทั้งนี้มีความเป็นไปได้ที่เกิดความคลาดเคลื่อนในอัตราการลดลงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ถ้าพิจารณาเฉพาะข้อมูลจากคลินิกตามโรค เนื่องจากผู้ป่วยบางส่วนอาจไม่เข้ารับบริการของคลินิกเอกชน แต่เมื่อข้อมูลจากคลินิกเอกชนก็ไม่ได้รายงานผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น และการซื้อยากินเองก็ไม่ได้เพิ่มขึ้นเช่นกัน โดยจากผลการสำรวจร้านขายยาใน 24 จังหวัดพบว่ายอดขายยาปฏิชีวนะเพื่อรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลง ในขณะที่มียอดขายถุงยางอนามัยสูงขึ้น ดังนั้นจึงอาจสรุปได้ว่าจำนวนผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทยได้ลดลงจริงๆ¹³

หลักฐานที่ยืนยันถึงการลดลงของการติดเชื้อเอชไอวีอีกประการหนึ่งคืออัตราการติดเชื้อเอชไอวีของทหารเกณฑ์ก็ลดลงด้วยเช่นกัน¹⁴ โดยเมื่อตรวจเลือดทหารเกณฑ์ในปี 2536 นั้น พบอัตราติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าร้อยละ 4 และเมื่อตรวจเลือดอีกผลหนึ่งในตอนปลายปี 2536 ก็พบการติดเชื้อในอัตราที่ลดลง และยังมีแนวโน้มลดลงเรื่อยมานับจากนั้น ด้วยอายุของทหารเกณฑ์อยู่ที่ 21 ปี ซึ่งนับว่าอายุน้อย แสดงว่าการติดเชื้อเกิดขึ้นเมื่อไม่นานนัก ดังนั้นการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารเกณฑ์จึงสามารถใช้เป็นตัวแทนของอุบัติการณ์ของโรคเอดส์ หรืออัตราการติดเชื้อเอชไอวีใหม่ในแต่ละปี

แนวโน้มอีกประการหนึ่งคือความแตกต่างของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีภายในภูมิภาคเดียวกัน (ดูแผนภาพที่ 4.3) ตัวอย่างเช่น อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือตอนบนนั้นสูงถึงร้อยละ 12 ในขณะที่อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือตอนล่างไม่เคยเกินร้อยละ 3 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในภาคใต้จะสูงกว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ยของทั้งประเทศ โดยในระหว่างปี 2538-2539 พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารเกณฑ์ในทั่วทุกภูมิภาคลดลง ยกเว้นภาคใต้ที่เพิ่มสูงขึ้น

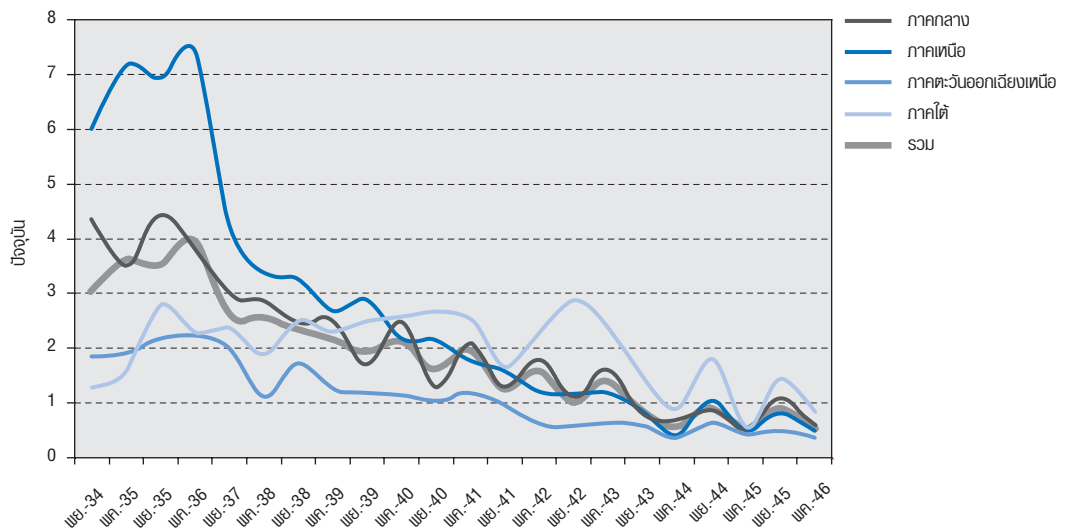
พฤติกรรมเปลี่ยน

หากจะถามว่าอะไรคือสาเหตุของการลดลงของการติดเชื้อเอชไอวี จากข้อมูลงานวิจัยในทหารเกณฑ์ใน 6 จังหวัดภาคเหนือในปี 2534 พบว่าร้อยละ 57 เคยใช้บริการทางเพศกับหญิงบริการทางเพศ แต่ อีก 4 ปีต่อมาหลังจากมีการรณรงค์ในการลดการติดเชื้อเอชไอวี อย่างเข้มข้นมากขึ้น การเที่ยวหญิงบริการทางเพศลดลงมากกว่าครึ่ง

(ดูแผนภาพที่ 4.4) ในระยะเวลาอันสั้น “การเที่ยวผู้หญิง” ที่เป็นเสมือนหนึ่งพิธีกรรมเพื่อก้าวเข้าสู่ความเป็นชายหนุ่มเริ่มจางหายไป สำหรับหลายคนกลายเป็นความกลัวที่จะติดเชื้อ

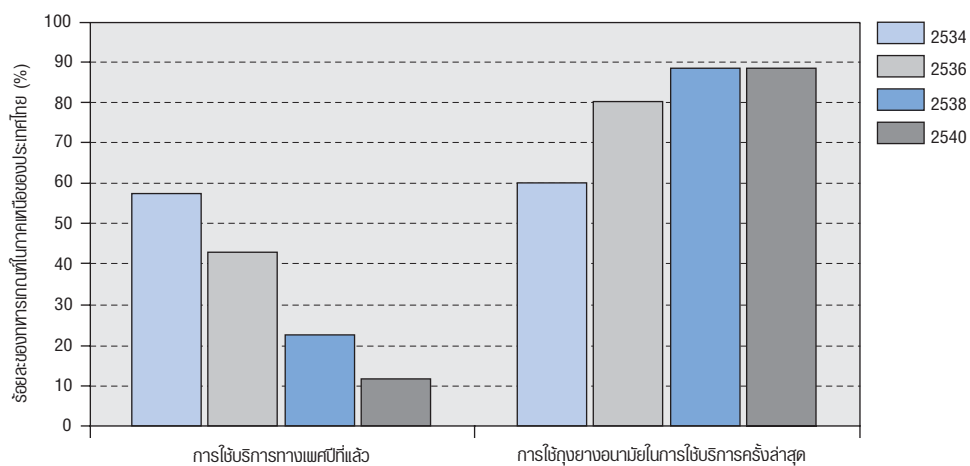
การวิจัยเชิงคุณภาพในหมู่ชายวัยรุ่นในไทยในปี 2539 พบว่าทัศนคติ ต่อการบริการทางเพศได้เปลี่ยนแปลงไปจาก “สนุกและเป็นเรื่องธรรมดา” ไปสู่ “น่ากังวลและน่าสงสัย”¹⁶ ข้อเท็จจริงที่สำคัญอีก

แผนภาพที่ 4.3 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารเกณฑ์ในช่วงปี 2534-2546



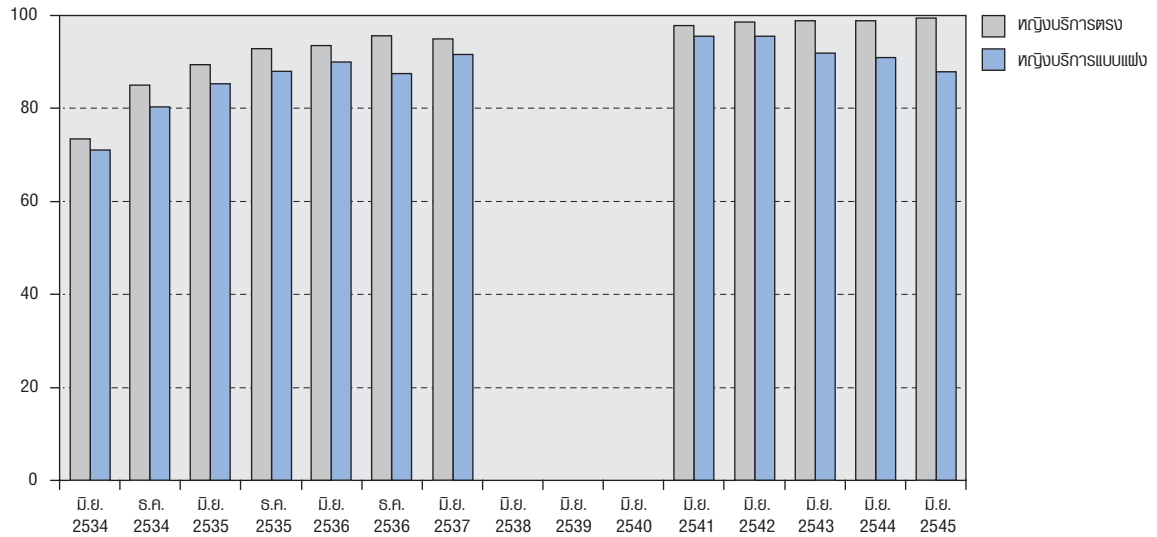
ที่มา : สถาบันวิจัยทางการแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก

แผนภาพที่ 4.4 สัดส่วนของทหารเกณฑ์ที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อไปเที่ยวสถานบริการทางเพศในพื้นที่ภาคเหนือ ในช่วงปี 2534-2540



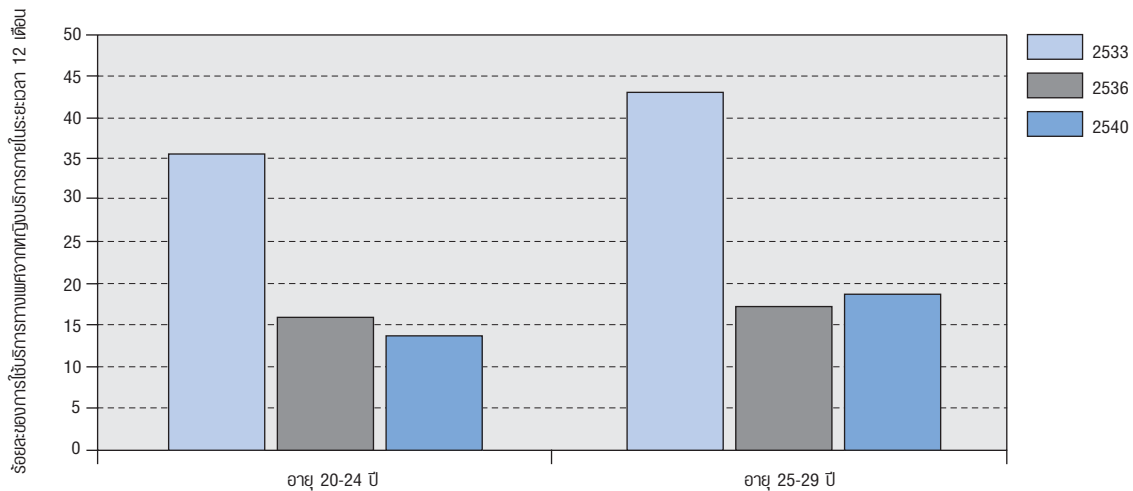
ที่มา : Nelson et al ; NEIM, 335 : 297-303, 1996 ; Nelson et al.

แผนภาพที่ 4.5 สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัย กับลูกค้ารายล่าสุดจากการรายงานของผู้ให้บริการทางเพศทั้งทางตรง และแบบแฝงในช่วงปี 2534-2545



ที่มา : สำนักโรคบาดวิทย์ฯ, กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย
หมายเหตุ : ไม่มีข้อมูลในปี 2538 จนถึงต้นปี 2540

แผนภาพที่ 4.6 ร้อยละของการใช้บริการทางเพศจากหญิงบริการทางเพศของชายในเขตเมืองในช่วงปี 2533-2540



ที่มา : UNAIDS (2001)
หมายเหตุ : ไม่มีข้อมูลในปี 2538 จนถึงต้นปี 2540

ประการหนึ่งคือในปี 2538 ร้อยละ 90 ของทหารเกณฑ์ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อเที่ยวสถานบริการทางเพศเปรียบเทียบกับร้อยละ 60 ในปี 2534 (ดูแผนภาพที่ 4.5) การใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้นและใช้บริการทางเพศน้อยลงทำให้อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงและอัตราการติดเชื้อเอชไอวีก็ลดลงด้วย ดังนั้นจึงสามารถกล่าวได้ว่าการรณรงค์และการให้ความรู้แก่ประชาชนอย่างกว้างขวาง น่าจะประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมปรากฏให้เห็นในกลุ่มหญิงบริการทางเพศด้วยเช่นกัน จากผลการสำรวจข้อมูลในกลุ่มหญิงบริการทางเพศพบว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยสูงถึงร้อยละ 80 ในปี 2535 โดยภาคเหนือมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยสูงที่สุด หญิงบริการทางเพศในสถานบริการทุกประเภท (สถานบริการทางเพศ สถานอาบอบนวด บาร์ร้านอาหาร โรงแรมและอื่นๆ) จะใช้ถุงยางอนามัยสูงกับแขกขาจร โดยเฉพาะหญิงบริการที่ทำงานในสถานบริการทางเพศ

และสถานอาบอบนวดจะยิ่งใช้เตียงนอนมายสูงเมื่อการใช้เตียงนอนมายเพิ่มขึ้น ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มหญิงบริการก็ลดลงกว่า 4 เท่าจากที่เคยตรวจพบมากกว่า 200,000 รายต่อปีในปลายทศวรรษที่ 1980 เหลือเพียงน้อยกว่า 50,000 รายในปี 2537

การศึกษาในกรุงเทพมหานครในระหว่างปี 2536-2539 ก็ให้ผลในลักษณะเดียวกันคือ อัตราการใช้เตียงนอนมายในการให้บริการทางเพศครั้งล่าสุดของหญิงบริการในสถานบริการทางเพศเพิ่มสูงขึ้น

จากร้อยละ 87 เป็นร้อยละ 97 ในขณะที่อัตราการใช้เตียงนอนมายของหญิงที่ให้บริการทางเพศแฝง (หญิงที่ทำงานในบาร์) ก็เพิ่มสูงขึ้นจากร้อยละ 56 ในปี 2536 เป็นร้อยละ 89 ในปี 2539¹⁶ การรณรงค์ให้ความรู้และการจัดกิจกรรมต่อต้านโรคเอดส์ในคลินิกกามโรคทำให้ชายเที่ยวหญิงบริการทางเพศน้อยลง (ดูแผนภาพที่ 4.6) สัดส่วนของชายในเขตเมืองที่เข้าใช้บริการทางเพศจากหญิงบริการทางเพศลดลงกว่าครึ่งระหว่างปี 2533 ถึง 2536 และคงอยู่ในระดับนั้น

กรอบข้อความ 4.1 หญิงบริการทางเพศ

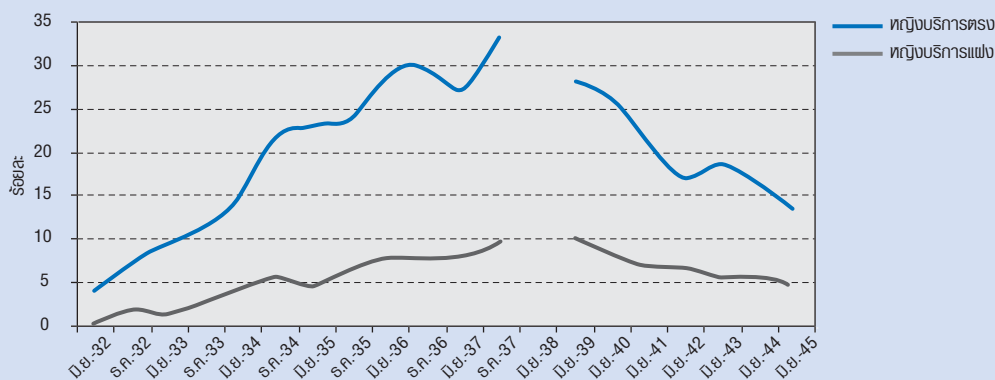
ถึงแม้พฤติกรรมจะเปลี่ยนไป แต่อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงบริการทางเพศก็เพิ่มสูงอย่างมากจนสูงเกินกว่าร้อยละ 30 ในปี 2537 ก่อนที่จะเริ่มลดลงอีกครั้งในเวลาต่อมา จนกระทั่งลดลงไปประมาณครึ่งหนึ่ง แต่โดยอัตราการติดเชื้อเอชไอวีแล้วก็ยังนับว่าสูงอยู่ โดยมีอัตราที่ร้อยละ 13 ในปี 2545 (ดูแผนภาพที่ 4.7) แนวโน้มดังกล่าวรวมทั้งการเปลี่ยนรูปแบบการเที่ยวบริการจากหญิงบริการทางเพศตรง มาเป็นหญิงบริการทางเพศแฝงแสดงว่าการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้บริการทางเพศจะยังคงมีอยู่ต่อไป

การส่งเสริมศักยภาพของหญิงบริการทางเพศ (ดังเช่นโครงการทดลองของ Sonagacchi ในประเทศอินเดีย) ไม่ใช่กิจกรรมหลักของโครงการเตียงนอนมาย 100% แม้ว่าหญิงบริการทางเพศเหล่านี้จะไม่มีปัญหาอุปสรรคในการเข้ารับบริการในคลินิกกามโรค แต่ความรู้และทักษะในการต่อรองกับลูกค้ายังมีไม่มากนัก (เช่นการอบรมในเรื่องการใช้เตียงนอนมายที่ถูกต้อง การจูงใจให้ลูกค้าใช้เตียงนอนมาย เป็นต้น) กลุ่มองค์กรเอกชนเพื่อพัฒนาบางส่วน เช่น EMPOWER ได้เริ่มจัดการฝึกอบรมแก่หญิงบริการทางเพศ

จากผลการประเมินผลโครงการใช้เตียงนอนมาย 100% พบว่า สถานบริการทางเพศส่วนใหญ่ไม่ได้จัดการฝึกอบรมหรือให้ความรู้แก่หญิงบริการทางเพศ แม้ว่าหญิงบริการทางเพศเหล่านี้จะเปลี่ยนงานบ่อย มีคนใหม่เข้ามาตลอดก็ตาม แต่จากการประเมินผลพบว่า หญิงบริการทางเพศน้อยกว่าร้อยละ 2 ที่กล่าวว่า คนในสถานบริการเป็นผู้ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการดังกล่าว ส่วนใหญ่กล่าวว่ารู้จักโครงการใช้เตียงนอนมาย 100% จากสื่อโทรทัศน์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข

ทั้งนี้ได้มีความพยายามที่จะสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการใช้เตียงนอนมายและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างไรก็ตามการจะปิดสถานบริการนับได้ว่ามีอิทธิพลมากที่สุดแล้วซึ่งขึ้นอยู่กับหญิงบริการทางเพศที่จะชักจูงให้ลูกค้าใช้เตียงนอนมาย ทำให้หญิงบริการทางเพศมีอำนาจต่อรองมากขึ้น โดยสามารถอ้างได้ว่า เธอจะถูกลงโทษหรือถูกไล่ออกหากไม่ใช้เตียงนอนมาย โดยใช้วิธีบอกกับลูกค้าว่า “ไม่ใช้เตียงงกไม่มีเช็กลิส”

แผนภาพที่ 4.7 แนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ขายบริการทางเพศทั้งทางตรงและแบบแฝงในประเทศไทยในช่วงปี 2532-2545



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

นักวิจัยที่ติดตามพฤติกรรมทางเพศทั่วประเทศพบว่าในระหว่างปี 2533-2536 อัตราการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน และเพศสัมพันธ์นอกสมรสลดลงจากร้อยละ 28 เหลือเพียงร้อยละ 15 ในขณะที่ชายที่ใช้บริการจากหญิงบริการทางเพศลดลงจากร้อยละ 22 เป็นร้อยละ 10 ในระยะเวลาเดียวกัน¹⁷ เมื่อมีการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชายอายุระหว่าง 20-29 ปี จำนวน 4,000 คนในปี 2540 เพื่อประเมินผลโครงการรณรงค์อย่างอนามัย 100% พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งที่ตอบว่าเคยใช้บริการทางเพศมาก่อน แต่มีเพียงร้อยละ 16 เท่านั้นที่ใช้บริการในรอบปีที่ผ่านมา¹⁸ การสำรวจโดยใช้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เล็กลงในพื้นที่กรุงเทพมหานครในปี 2540 ก็พบว่าการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสลดลงเช่นกัน จากการคาดประมาณพบว่า การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมดังกล่าว ทั้งการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น และการเที่ยวหญิงบริการทางเพศลดลง อาจลดจำนวนผู้ติดเชื้อลงได้ถึงครึ่งหนึ่ง¹⁹

ประเทศไทยเป็นประเทศแรกในทวีปเอเชียที่ริเริ่มโครงการควบคุมโรคเอดส์ในวงกว้าง ซึ่งเป็นบทพิสูจน์ได้ว่าการสนับสนุนงบประมาณอย่างพอเพียง การสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองที่ได้รับ และการเสริมสร้างขีดความสามารถทางวิชาการและการเก็บรวบรวมข้อมูลมีส่วนช่วยชีวิตคนได้หลายแสนคน การจัดระบบเฝ้าระวังอย่างจริงจังนับตั้งแต่ปี 2532 ทำให้สามารถติดตามการแพร่ระบาดของโรคตั้งแต่ระยะเริ่มแรก ข้อมูลต่างๆได้รับการนำเสนอต่อผู้กำหนดนโยบายและเผยแพร่ผ่านทางสื่อต่างๆ เพื่อสร้างความตระหนักในหมู่ประชาชน

การศึกษาพฤติกรรมและการแพร่ระบาดของโรคทำให้รู้ถึงภาวะความเสี่ยงของประชากรกลุ่มต่างๆ และทำให้สามารถระบุได้ว่า การบริการทางเพศเป็นสาเหตุหลักของการระบาดของโรค การดำเนินงานโดยใช้โครงสร้างพื้นฐานสาธารณสุขที่มีอยู่แล้วให้เป็นประโยชน์ ในขณะเดียวกันก็กลับประสพการณ์จากการปฏิบัติและที่ได้จากการศึกษาวิจัยมาใช้ในการเพิ่มประสิทธิภาพในการดำเนินการรวบรวมผลการดำเนินงานอย่างเป็นระบบที่แสดงให้เห็นถึงผลกระทบของมาตรการต่างๆ สามารถนำมาชี้แจงให้ผู้กำหนดนโยบายให้ยังคงให้การสนับสนุนทั้งทางการเมืองและทางการเงิน

ความร่วมมือจากองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์และยุติเชื้อเอชไอวี

นับตั้งแต่ปี 2527 เป็นต้นมา เมืองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ ไม่น้อยกว่า 50 แห่งที่มีการดำเนินงานเรื่องโรคเอดส์²⁰ ในเวลาต่อมาองค์กรพัฒนาเอกชนได้เพิ่มจำนวนขึ้นมากมาย ในปี 2532 แนวร่วมองค์กรเอกชนด้านเอดส์ของไทย (Thai NGO Coalition on AIDS) ได้ก่อตั้งขึ้นเพื่อประสานงานระหว่างองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ต่างๆ โดยมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และข้อมูลข่าวสาร ลดการทำงานซ้ำซ้อน และฉันทักกำลังในการรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์จนเกิดการรวมกลุ่มขององค์กรพัฒนาเอกชนขึ้นในแต่ละภูมิภาคของไทย

ข้อมูลด้านจำนวนองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ในช่วงระหว่างปี 2535-2539 ยังไม่ชัดเจน มีการศึกษาในปี 2538 ที่นับจำนวนองค์กรพัฒนาเอกชนได้ทั้งสิ้น 189 แห่งที่ทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ แต่กรมประชาสงเคราะห์นับได้แค่เพียงครั้งเดียวในปีก่อนหน้านั้น²¹ ในปี 2540 เมืองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านโรคเอดส์ 184 แห่งได้เสนอขอการสนับสนุนทางการเงินจากรัฐบาล และจากข้อมูลในตารางที่ 4.1 ได้แสดงให้เห็นว่าจำนวนขององค์กรพัฒนาเอกชนที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์และการสนับสนุนด้านงบประมาณจากภาครัฐได้เพิ่มขึ้นอย่างมากในระหว่างปี 2535 ถึงปี 2540 (ในทางตรงข้ามงบประมาณสนับสนุนสำหรับองค์กรพัฒนาเอกชนที่เน้นหนักทางด้านสุขภาพและการสังคมสงเคราะห์ไม่ได้เพิ่มขึ้นในระหว่างช่วงเวลาดังกล่าว) กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนเหล่านี้มักจะทำหน้าที่กลุ่มธุรกิจเกี่ยวกับสินค้า หรือพัฒนาการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ตลอดจนการให้บริการให้คำปรึกษา รวมทั้งการรณรงค์เพื่อสิทธิมนุษยชนเป็นหลัก

ตารางที่ 4.1: จำนวนองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ด้านโรคเอดส์และงบประมาณในช่วงปี 2535-2540

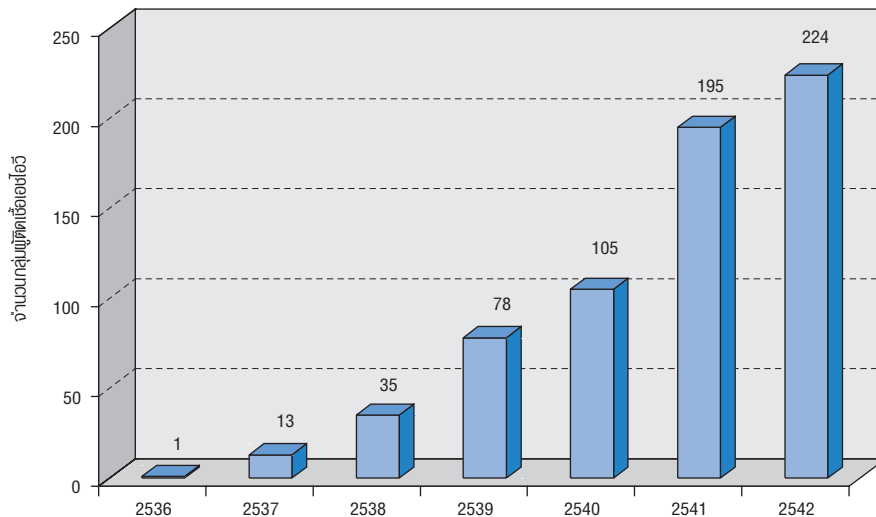
ปี	จำนวน	งบประมาณสนับสนุน
2535	23	11.9
2536	39	15
2537	76	10
2538	94	75
2539	122	80
2540	184	90

ที่มา : Phoolchareon, et al., (2541)

นอกจากนี้ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็เพิ่มจำนวนสูงขึ้น ในปี 2542 เชื่อกันว่ามีไม่น้อยกว่า 224 กลุ่ม ที่มีบทบาทอย่างสูงใน 6 จังหวัดภาคเหนือของไทย (เชียงใหม่ เชียงราย ลำพูน ลำปาง พะเยา และแม่ฮ่องสอน) กลุ่มต่างๆ เหล่านี้ให้การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ตลอดจนให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และพยายามลดการรังเกียจและกีดกันผู้ป่วยโรคเอดส์

เมื่อจำนวนกลุ่มองค์กรประชาชนที่ทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มสูงขึ้น การทำงานของกลุ่มเหล่านี้ก็มีความหลากหลายมากขึ้นตามลำดับ บางกลุ่มก็เกิดขึ้นจากภายในท้องถิ่น แต่บางกลุ่มก็ได้รับความช่วยเหลือจากต่างชาติ บางกลุ่มมีการจัดโครงสร้างและกระบวนการทำงานอย่างเป็นระบบ แต่บางกลุ่มก็มีโครงสร้างการทำงานอย่างหลวมๆ เท่านั้น

แผนภาพที่ 4.8 จำนวนกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดภาคเหนือตอนบนในช่วงปี 2536-2542



ที่มา : สำนักงานองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (2544) Best Practice Documentation on HIV/AIDS for community Mobilisation : Case of Thailand

กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นในสองลักษณะแต่ก็ทำงานและให้บริการในลักษณะที่คล้ายคลึงกัน บางกลุ่มก็รวมกลุ่มกันโดยธรรมชาติจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลเป็นประจำสม่ำเสมอ และการมีปัญหาร่วมกันทำให้เกิดการรวมตัวกันขึ้น ในเบื้องต้นการรวมตัวกันเพื่อเป็นที่พึ่งทางใจซึ่งกันและกัน บางกลุ่มอาจขยายกิจกรรมไปสู่การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ในลักษณะเพื่อนช่วยเพื่อน บางกลุ่มก็จัดตั้งขึ้นภายใต้ความช่วยเหลือขององค์กรพัฒนาเอกชนหรือองค์กรภาครัฐและทำงานในลักษณะการช่วยเหลือสมาชิกกลุ่ม โดยเฉพาะในพื้นที่ภาคเหนือตอนบน

ถึงจะมีกลุ่มที่คอยให้การช่วยเหลือสนับสนุน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ยังคงรังเกียจและเลือกปฏิบัติ แม้ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงต้องปกปิดสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตนไว้ เมื่อสังคมให้ความสำคัญกับโรคเอดส์มากขึ้น และขณะเดียวกันที่มีการรณรงค์มากขึ้นทั่วประเทศ ความรังเกียจต่างๆ ก็ลดน้อยลง ตั้งแต่ช่วงปี 2537-2538 กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำกิจกรรมและทำการรณรงค์ได้อย่างเปิดเผยมากขึ้น

ต่อมาจึงได้มีการจัดตั้งเครือข่ายกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือขึ้นภายใต้ความช่วยเหลือทางวิชาการและทางการเงินจากทั้งภาครัฐและเอกชน เนื่องจากปัญหาเรื่องโรคเอดส์เกี่ยวข้องกับปัญหาสังคมและเศรษฐกิจอื่นๆ ในชุมชน หลายกลุ่มจึงขยายขอบข่ายการดำเนินงานโดยเฉพาะหลังช่วงวิกฤตเศรษฐกิจ ในปี 2541 จึงได้มีการพูดคุยถึงการยุบรวม หรือผนวกรวมงานด้านเอดส์เข้ากับกิจกรรมการเคลื่อนไหวทางสังคมด้านอื่นๆ

องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์หลายแห่งมองเห็นปัญหาโรคเอดส์ขณะที่เดิมทำงานด้านอื่นๆ อยู่เช่นในพื้นที่ภาคเหนือ โรคเอดส์ได้ส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงต่อชุมชนที่ทำงานที่เขาเข้าไปทำงาน ในขณะที่เดียวกันความช่วยเหลือทางการเงินและวิชาการทั้งจากแหล่งสนับสนุนภายในและต่างประเทศ มีความสำคัญอย่างยิ่งที่ทำให้องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์หันมาทำงานด้านเอดส์²² หน่วยงานภาครัฐก็เล็งเห็นว่าองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และกลุ่มผู้ติดเชื้อต่างๆ สามารถทำงานเข้าถึงประชากรกลุ่มเสี่ยงที่เข้าถึงยากได้เป็นอย่างดี

ต้องอาศัยการทำงานอย่างหนักเพื่อเปลี่ยนมุมมองและทัศนคติต่อกลุ่มผู้ติดเชื้อ ในช่วงเริ่มต้นผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกมองว่าเป็นผู้เหยื่อผู้เคราะห์ร้ายที่สมควรได้รับความช่วยเหลือ ภายหลังเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มเปิดเผยตัวมากขึ้น และได้เพิ่มบทบาทเป็นผู้เล่นที่สำคัญในการดำเนินงานเรื่องเอดส์ โดยการริเริ่มขององค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์องค์กรเอกชนเหล่านี้ได้ทำงานอย่างแข็งขันในกลุ่มประชากรผู้มีพฤติกรรมเสี่ยง เช่น ผู้ติดยาเสพติด ชายขอบชายและแรงงานอพยพ เป็นต้น ทว่าในช่วงหลายปีที่ผ่านมากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์หลายแห่งเน้นการดำเนินงานในการให้ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการบำบัดรักษาและการดูแลอย่างทั่วถึง

ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

ประเทศไทยสามารถต้านทานการรุกรานของโรคเอดส์ได้อย่างไร บทเรียนอะไรจะแบ่งปันกับประเทศอื่นในภูมิภาคนี้และภูมิภาคอื่น เรื่องที่ได้รับการกล่าวถึงอย่างมากได้แก่ความเอาใจใส่และความเอาใจจริงจากฝ่ายการเมือง โดยผู้นำทางการเมืองได้มีบทบาทอย่างแข็งขันให้ได้รับงบประมาณเพิ่มขึ้นอย่างมาก และการระดมความร่วมมือจากหน่วยงานอื่นนอกเหนือจากกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ รวมทั้งการมีส่วนร่วมขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ในกระบวนการกำหนดนโยบายและแผนงาน

ทั้งนี้ยังมีปัจจัยสำคัญอื่นที่มีบทบาทในการดำเนินงานเรื่องเอดส์ในประเทศไทยแต่ไม่มีการพูดถึง ยกตัวอย่างเช่นประเทศไทยมีโครงสร้างพื้นฐานด้านสาธารณสุขโดยเปรียบเทียบแล้วที่ค่อนข้างเข้มกรามีข้อมูลทางระบาดวิทยาที่น่าเชื่อถือและวิเคราะห์ข้อมูลดังกล่าวมาใช้ประโยชน์ การกำหนดกลุ่มเป้าหมายการดำเนินงานโดยเน้นแหล่งใหญ่ของการแพร่ระบาดในขณะนั้น และการสร้างช่องทางในการป้อนข้อมูลย้อนกลับที่เชื่อมโยงระหว่างประสบการณ์ที่ได้จากการปฏิบัติตามแผน และการตัดสินใจ ประเด็นต่างๆ เหล่านี้ล้วนสำคัญต่อการจัดการกับภาระของโรคเอดส์ในประเทศไทยทั้งสิ้น

ดังนั้นแทนที่จะมองการดำเนินงานเรื่องเอดส์ของประเทศไทยเพียงกิจกรรมใดกิจกรรมหนึ่ง (หรือที่เนื้อหาของการดำเนินงาน) ประหนึ่งพิมพ์เขียวที่จะนำไปประยุกต์ใช้ ต้องให้คุณค่าประสบการณ์ของประเทศที่รูปแบบในการนำยุทธศาสตร์และแผนงานไปดำเนินงานให้เกิดผลในทางปฏิบัติอย่างจริงจัง โดยการใช้อย่างมีประสิทธิภาพได้เปรียบและขีดความสามารถที่มีอยู่ การเพิ่มเติมในส่วนที่ขาด และการสนับสนุนทางการเมืองและทรัพยากรอย่างพอเพียงเพื่อให้ดำเนินงานลุล่วงไปได้

สวพลักษณ์ภาวะผู้นำกระตือรือร้น ภาวะผู้นำร่วมที่มุ่งมั่นและเอาใจใส่ในทุกระดับตั้งแต่ระดับชาติ ระดับจังหวัดและท้องถิ่น ทำให้แผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาระดับชาติได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานเพิ่มขึ้น และแรงสนับสนุนจากฝ่ายการเมืองเป็นแรงกระตุ้นให้เกิดบรรยากาศความร่วมมือจากภาคส่วนอื่นในการดำเนินงานอย่างแพร่หลาย

บ่อยครั้งที่การมีภาวะผู้นำร่วมสูงและมุ่งมั่นถูกกระพือด้วยข้อเท็จจริงในการที่นายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติเกือบตลอดในช่วงทศวรรษที่ 1990 และการที่สำนักนายกรัฐมนตรีเป็นเลขานุการของคณะกรรมการฯ ในช่วงครึ่งแรกของทศวรรษที่ 1990 ทั้งนี้การจัดโครงสร้างดังกล่าว นับได้ว่าเหมาะกับสถานการณ์และระยะของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งช่วยในการประสานงานในการจัดการปัญหาเอดส์ในช่วงเวลาที่แทบไม่มีการดำเนินงานใดๆ เกี่ยวกับการแพร่เชื้อในสถานบริการทางเพศ

นับแต่ช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 เป็นต้นมา การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีเริ่มมีความหลากหลาย และผลกระทบจากโรคเอดส์ก็รุนแรงมากขึ้น ภายใต้บริบทดังกล่าวถึงแม้ว่าการที่ผู้นำที่มีวิสัยทัศน์และมีเจตนาที่มุ่งมั่นแรงกล้ายังเป็นองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ แต่ยังเป็นที่ถกเถียงกันว่าการเรียกร้องให้นายกรัฐมนตรีเป็นประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในลักษณะรวมศูนย์จะเหมาะสมและสอดคล้องกับสถานการณ์ที่ภาวะการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ สาเหตุที่ติดขัดความซุกของการตัดสินใจในแต่ละกลุ่มประชากรในแต่ละท้องถิ่น แต่ละภูมิภาคมีความแตกต่างกันค่อนข้างมากหรือไม่ เช่นนี้แล้วเรื่องที่มีความสำคัญสูง คือการคิดหากรอบความร่วมมือแบบใหม่ที่มีความเข้มแข็งและกระฉับกระเฉงเพื่อให้เหมาะกับภาวะท้าทายใหม่ที่เกิดขึ้น

รัฐทุ่มงบประมาณในการจัดการแก้ไขปัญหาเอดส์ ในต้นทศวรรษที่ 1990 งบประมาณในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เกือบทั้งหมดมาจากแหล่งความช่วยเหลือต่างประเทศ โดยคิดเป็นประมาณร้อยละ 90 ของค่าใช้จ่ายเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ทั้งหมดในปี 2532 ซึ่งรัฐให้การอุดหนุนงบประมาณไม่ถึงหนึ่งล้านเหรียญสหรัฐ ทว่าการสนับสนุนงบประมาณจากรัฐได้เพิ่มขึ้นมากกว่าสิบเท่าในระยะเวลาเพียงสามปี โดยในปี 2540 ประเทศไทยใช้จ่ายเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เป็นจำนวนประมาณ 82 ล้านเหรียญสหรัฐ ร้อยละ 96 ของจำนวนนี้มาจากรัฐบาลไทยซึ่งบอกถึงเจตนาที่แก้ไขปัญหาระดับชาติ การทุ่มเททรัพยากรเช่นนี้นับเป็นกลไกสำคัญในการระดมความร่วมมือจากทุกฝ่ายที่

เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมให้ปฏิบัติตามกรอบมาตรการของแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

ระดมพลทั่วแผ่นดินร่วมกระแสนรณรงค์ รัฐบาลได้ตระหนักว่าจำเป็นต้องกำหนดมาตรการต่างๆ และดึงการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนและในทุกระดับ เพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จึงได้ระดมความร่วมมือจากหน่วยงานต่างๆ ในภาครัฐ องค์กรประชาชน (รวมทั้ง องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และกลุ่มผู้ติดเชื้อ) และภาคธุรกิจ (ซึ่งรวมสื่อมวลชนและสื่อบันเทิง) ส่งผลให้องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ได้เข้าร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ทำให้มีบทบาทและส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายและแผนงาน กล่าวได้ว่าความร่วมมือของทุกภาคส่วนนี้เองที่เป็นหัวใจสำคัญของโครงการถุงยางอนามัย 100% โดยในระดับจังหวัดและอำเภอซึ่งดึงความร่วมมือจากตำรวจเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เจ้าของและผู้จัดการสถานบริการทางเพศ รวมทั้งผู้ประกอบการท่องเที่ยวและอื่นๆ

กระบวนการประชาสังคมเบ่งบาน กลุ่มผู้ติดเชื้อเอดส์ องค์กรชุมชน นักกิจกรรมด้านเอดส์ และองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ซึ่งส่วนใหญ่แล้วจะได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศนับได้ว่ามีบทบาทอย่างยิ่งในการดำเนินงาน ในระยะแรกๆพวกเขาเหล่านี้ได้วิ่งเต้นให้ขยายการดำเนินงาน ต่อมาในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 จึงได้มีอิทธิพลในกระบวนการกำหนดนโยบายและแผนงาน (ยกตัวอย่างเช่น มืองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์เข้าร่วมเป็นกรรมการในคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติด้วย) งบประมาณสนับสนุนองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และกิจกรรมเอดส์ในชุมชนได้เพิ่มขึ้นอย่างมากแม้ว่าจะยังคงเป็นสัดส่วนเล็กน้อยเมื่อเทียบกับงบประมาณรวมของแผนงานเอดส์ก็ตาม กลุ่มองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์เหล่านี้ต่างได้บุกเบิกการดำเนินงานที่ใช้ชุมชนเป็นฐานในระดับท้องถิ่น และเชื่อมช่องว่างที่รัฐไม่สามารถดำเนินงานเองได้ ทั้งนี้องค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ และองค์กรชุมชนยังมีศักยภาพในการริเริ่มเรื่องอื่นๆ รวมทั้งทำงานในกลุ่มหรือชุมชนที่เข้าถึงได้ยาก

การรณรงค์เรื่องโรคเอดส์แก่ประชาชนชน ผ่านทางสื่อสารมวลชน ด้วยประเทศไทยมีโครงสร้างพื้นฐานทางด้านสื่อสารโทรคมนาคมที่ดีอยู่แล้ว โดยคนส่วนใหญ่สามารถเข้าถึงสื่อวิทยุหรือโทรทัศน์ ทั้งนี้ประมาณว่าประชาชนร้อยละ 90 เข้าถึงสื่อประเภทต่างๆ (โดยส่วนใหญ่ควบคุมโดยรัฐ) ในขณะเดียวกันบรรยากาศทางการเมืองที่เริ่มเป็นประชาธิปไตยมากขึ้น ทำให้สามารถวิพากษ์วิจารณ์รัฐผ่านหนังสือพิมพ์ได้ การที่นักข่าวบรรณาธิการและผู้ผลิตเผยแพร่ข่าวสารการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โดยเฉพาะเมื่อสื่อมวลชนทำหน้าที่ประหนึ่งผู้ดำเนินรายการในยามที่มีการเผยแพร่ข้อมูลการระบาดและผลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเฉพาะพื้นที่ ทำให้เกิดการอภิปรายและแลกเปลี่ยนความเห็นอย่างกว้างขวางแพร่หลายในหมู่ประชาชนเมื่อได้ข่าว นับได้ว่าเป็น

หัวใจในการสร้างความเข้าใจและแสวงหาความรู้เรื่องเอดส์เพิ่มเติมในหมู่คนทั่วไป นำเสียดายที่การรณรงค์และเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารด้านโรคเอดส์ต่อสาธารณชน ได้จางหายไปเป็นหลายปีที่ผ่านมา

การป้องกันในกลุ่มที่ทำให้เกิดวิกฤตของการแพร่ระบาด แม้ว่าการค้าบริการทางเพศจะมีได้เป็นสาเหตุของการติดเชื้อทุกราย แต่ในห้วงเวลานั้นจัดเป็นแหล่งใหญ่ของการระบาดและยังไม่มีมาตรการป้องกันแต่อย่างใด ดังนั้นการป้องกันในห้วงเวลานั้นจึงเน้นรณรงค์ในกลุ่มผู้ที่มีแนวโน้มที่จะได้รับเชื้อหรือแพร่เชื้อเพื่อลดการแพร่เชื้อจากบริการทางเพศ (โดยให้ลด ละ เลิกการซื้อบริการทางเพศ และส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย) อีกทั้งยังส่งเสริมด้วยการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในวงกว้างเพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานดังกล่าว

หลักการที่ปฏิบัติได้จริง แม้ว่าบริการทางเพศยังคงเป็นสุจริตกรรมที่ผิดกฎหมาย แต่แทนที่จะใช้วิธีการปราบปรามธุรกิจบริการทางเพศเพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ รัฐบาลกลับใช้วิธีที่ติดดินและปฏิบัติได้จริงโดยกำหนดระเบียบปฏิบัติให้สอดคล้องกับกลยุทธ์ในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งให้ผลเป็นที่น่าพอใจอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามแนวปฏิบัติเช่นเดียวกับมิได้ถูกนำมาใช้ในกรณีของผู้ติดยาเสพติดแบบฉีด ซึ่งกลายเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่กลุ่มใหญ่ของประเทศ

ครอบคลุมทั่วถึง ทั่วประเทศมีการส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อใช้บริการทางเพศและบังคับใช้กับสถานบริการทางเพศทุกแห่งที่รู้ว่าค้าบริการทางเพศอย่างทั่วถึง ส่งผลให้ชายขอบที่ส่วนใหญ่เลิกพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย (“ชกมวยโดยไม่ใส่หมวก” ซึ่งเป็นคำกล่าวที่ติดปากผู้ชายเหล่านี้) ทั้งนี้ประเทศไทยได้เปรียบที่มีการวางแผนครอบครัว (ซึ่งรวมทั้งการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย) มานานนับทศวรรษ

ข่าวสารที่เชื่อถือได้ เกี่ยวกับการแพร่ระบาดทำให้ฝ่ายการเมืองสนใจเอาใจใส่ดำเนินนโยบายอย่างสมเหตุสมผล และชั้นนำยุทธศาสตร์ ระบบข้อมูลข่าวสารถูกพัฒนาขึ้นเพื่อแปลงข้อมูลทางระบาดวิทยาและพฤติกรรม รวมทั้งระบบการเฝ้าระวังโรคเฉพาะพื้นที่ทำให้สามารถติดตามแบบแผนการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ ข้อมูลข่าวสารที่ได้ช่วยสร้างความตระหนักแก่สาธารณชนและดึงดูดความสนใจจากกลุ่มผู้นำทางการเมืองและผู้นำทางความคิดหลายๆ คน (เช่น ทำการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเพื่อบอกถึงวิวัฒนาการและผลกระทบของการแพร่ระบาด)

ยุทธศาสตร์ที่มีโครงสร้างรองรับ คลินิกกามโรคเป็นกลไกการดำเนินงานที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยอาศัยเครือข่ายของคลินิกกามโรคเป็นช่องทางในการดำเนินงานโครงการถุงยางอนามัย 100% และเป็นกลไกในการติดตามและประเมินผล

ของโครงการ เนื่องจากทุกจังหวัดเริ่มก่อตั้งคลินิกกามโรคนี้ มาตั้งแต่ทศวรรษที่ 1960 ซึ่งเป็นช่วงสงครามเวียดนาม เครือข่าย คลินิกกามโรคจึงเป็นจุดเชื่อมต่อระหว่างโครงการรณรงค์อนามัย และระบบบริการสาธารณสุข เนื่องจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขซึ่ง ประจำอยู่คลินิกกามโรคโดยทั่วไปจะคุ้นเคยกับเจ้าของหรือ ผู้จัดการสถานบริการทางเพศเพราะต้องให้บริการตรวจสุขภาพและ ให้การรักษาโรคเป็นประจำอยู่แล้ว ผู้เกี่ยวข้องในโครงการนี้ ได้แก่หญิงบริการทางเพศ ชายขอบเที่ยว เจ้าของสถานบริการทาง เพศ และคลินิกกามโรค รวมถึงกิจกรรมในโครงการทั้งบริการการ ตรวจสุขภาพ และการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ล้วนมีส่วน สำคัญในการทำให้ได้ข้อมูลข่าวสารย้อนกลับถึงการถือปฏิบัติตาม โครงการรณรงค์อนามัย 100% เช่นเมื่อชายขอบเที่ยวมารับ การรักษาที่คลินิกทำให้เจ้าหน้าที่สามารถสืบสาวได้ถึงสถานบริการ ที่ไม่ร่วมมือ เป็นต้น

เรียนรู้จากการปฏิบัติ ประเทศไทยพัฒนาแผนงานการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์จากพื้นฐานประสบการณ์ที่เรียนรู้จาก โครงการทดลองในระดับจังหวัด มิได้ริบรอให้มีการยกวางนโยบาย แล้วจึงนำมากำหนดเป็นแผนงานหรือกิจกรรม ทว่าใช้ผลจากการ ติดตามและประเมินโครงการที่ริเริ่มไว้แล้วนั้นเป็นข้อพิสูจน์ให้ผู้ กำหนดนโยบายได้รับรู้ถึงวิธีแก้ปัญหาที่นั้น และสามารถนำมาเป็น บทเรียนในการดัดแปลงและปรับปรุงแผนงานได้ โครงการ

รณรงค์อนามัย 100% นับเป็นตัวอย่างของกิจกรรมที่มีการทดลอง ปฏิบัติ แล้วจึงนำประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้จากการปฏิบัติจริงนั้นมา ดัดแปลงและสนับสนุนให้ขยายการดำเนินงาน เรื่องนี้ชี้ให้เห็น ว่าการดำเนินงานที่พิสูจน์แล้วว่าให้ผลดีนั้นสามารถทำให้เกิด นโยบายที่เหมาะสมและยั่งยืนได้ ดังนั้นการขาดนโยบายรองรับจึง ไม่อาจนำมาเป็นข้อแก้ตัวสำหรับชะลอการเริ่มดำเนินการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์

สังคมที่เปิดรับข่าวสารทางเพศ นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยอื่นที่ ไม่สามารถเห็นได้อย่างชัดเจนแต่เอื้อต่อการรณรงค์การป้องกัน โรคเอดส์ของประเทศไทย เช่นแม้จะมีความลังเลใจอยู่บ้างในการ เผยแพร่ข้อมูลข่าวสารเรื่องเพศและโรคเอดส์ผ่านสื่อวิทยุและ โทรทัศน์แต่ก็มีไข่อุปสรรคสำคัญเช่นที่ประสบในประเทศอื่น ๆ อีกหลายประเทศ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการที่ประเทศไทยมี ประสบการณ์ในการรณรงค์วางแผนครอบครัว ซึ่งมีการรณรงค์ ส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัยอยู่ด้วย มาเป็นเวลายาวนานนับทศวรรษ ทำให้ผู้คนมีทัศนคติที่เปิดกว้างต่อเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย ทั้งยังมีแนวการดำเนินงานที่เปิดกว้างสำหรับป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่ม ผู้ค้าบริการทางเพศ นำเสียดายที่มีได้ใช้แนวนโยบายเดียวกัน สำหรับผู้ใช้ยาเสพติดแบบฉีดและกลุ่มชายขอบชายซึ่งสำคัญต่อ การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย โดยยังขาดกิจกรรม รณรงค์ลดการแพร่ระบาดของโรคในหมู่ประชากรกลุ่มเหล่านี้

โชคชะตาที่ผันผวน

(พ.ศ. 2540-2546)

การรณรงค์ต่อต้านโรคเอดส์ในช่วงทศวรรษที่ 1990 ปังบอกถึงพลังอันเข้มแข็งและความเชื่อมั่นที่มีอยู่ในสังคมไทยและนำไปสู่การปฏิรูปทางการเมือง รูปธรรมของผลจากความพยายามดังกล่าวคือรัฐธรรมนูญปี พ.ศ. 2540 หรือที่เรียกกันว่า “รัฐธรรมนูญฉบับประชาชน” พร้อมทั้งยุทธศาสตร์การพัฒนาประเทศไทยได้กรอบของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544)

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานกลางในการวางแผนพัฒนาประเทศได้ยกร่างแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (2540-2544) โดยปรึกษาหารือกับองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์และชุมชนท้องถิ่นนับเป็นครั้งแรกในประวัติศาสตร์ และถือเป็นจุดเริ่มต้นในการตระหนักถึงปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น อันเนื่องมาจากการขยายตัวทางเศรษฐกิจของประเทศ ตัวอย่างเช่น ข้อความในแผนพัฒนาฉบับที่ 8 ระบุว่า

“...อัตราการขยายตัวอย่างรวดเร็วทางเศรษฐกิจได้ส่งผลกระทบต่อวัฒนธรรม ขนบธรรมเนียมและวิถีชีวิต สถาบันครอบครัว ค่านิยมทางสังคมและชุมชน การพัฒนาที่เน้นหนัก ความเจริญทางเศรษฐกิจโดยไม่คำนึงถึงมนุษย์ ครอบครัว ชุมชน สังคม และสิ่งแวดล้อม จะก่อให้เกิดการพัฒนาที่ยั่งยืนในระยะยาว”

เพื่อการแก้ปัญหาดังกล่าว แผนพัฒนาฯ ได้เน้นแนวทางการพัฒนาที่มี “คนเป็นศูนย์กลาง” ควบคู่กับการเสริมสร้างสิทธิชุมชน การกระจายอำนาจ การขยายบทบาทการมีส่วนร่วมของประชาชนในกระบวนการตัดสินใจ และการส่งเสริมระบบธรรมาภิบาล²³ ในขณะที่เดียวกันในการจัดบริการพื้นฐานทางสังคมโดยรัฐก็ได้ให้ความสำคัญกับการพัฒนาคุณภาพและโอกาสในการเข้าถึงบริการการศึกษา การสาธารณสุข และสวัสดิการสังคม

แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ (2540-2544) ได้อิงกรอบแนวคิดเดียวกับกับแผนพัฒนาฉบับที่ 8 ในการปูช่องทางใหม่ นอกจากจะระดมความร่วมมือจากองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์

และกระทรวงต่างๆ ในการดำเนินกิจกรรมเรื่องเอดส์โดยการจัดทรัพยากรเพิ่มขึ้นแล้ว แผนฉบับนี้ยังส่งเสริมการป้องกันโรคเอดส์ที่เป็นองค์รวมและในมุมมองที่กว้างขึ้น

เสียดุลย์

ความพินาศทางการเงินในปี 2540 เกิดขึ้นเมื่อเริ่มใช้แผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ วิกฤตการณ์ทางการเงินยังส่งผลกระทบต่อเนื่องในระยะยาวสองประการ คือทำให้รัฐบาลต้องทบทวนและปรับลดงบประมาณแผ่นดินปี 2541 ซึ่งส่งผลกระทบต่อเนื่องถึงการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์โดยต้องชะลอการดำเนินการตามยุทธศาสตร์หลักที่กำหนดไว้ในแผนผลจากการลดค่าเงินบาทและอัตราเงินเฟ้อที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้ต้นทุนการนำเข้ายาและเวชภัณฑ์มีราคาสูงขึ้น

รัฐบาลได้ประกาศลดค่าเงินบาทหลังจากที่พยายามตรึงค่าเงินบาทอยู่ในระยะเวลาหนึ่ง และการลดค่าเงินบาทได้ส่งผลกระทบต่อมากมายในสังคม ภาวะหนี้สินเพิ่มสูงขึ้นและเกิดการเคลื่อนย้ายเงินทุนสู่ต่างประเทศในขณะที่ค่าเงินบาทลดต่ำลง แต่ภาวะเงินเฟ้อเพิ่มสูงขึ้น ธุรกิจเอกชนล้มละลาย และประชาชนตกงานเป็นจำนวนมาก ในขณะที่ประชาชนที่ยังคงมีงานทำต่างประสบปัญหารายได้ที่ลดต่ำลง

ภาวะเศรษฐกิจถดถอยทำให้ประเทศไทยตกอยู่ในฐานะยากลำบาก เศรษฐกิจที่เคยขยายตัวเกินกว่าร้อยละ 8 ต่อปี ในระหว่างปี 2535-2539 ได้หดตัวลงเหลือเพียงร้อยละ -2.6 ในปี 2540 และร้อยละ -11.7 ในปี 2541 (ศสช., 2546) ภายใต้แรงกดดันจากสถาบันการเงินต่างประเทศรัฐบาลต้องดำเนินวินัยทางการคลังอย่างเข้มงวดโดยตัดทอนงบประมาณ ซึ่งส่งผลกระทบต่อแผนงานด้านสังคม

ผลกระทบต่อทางสังคมเริ่มเห็นได้อย่างชัดเจน อัตราการว่างงานเพิ่มสูงขึ้นในช่วงเวลาเพียงไม่กี่เดือน โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0.9 ในเดือน

สิงหาคม 2540 เป็นร้อยละ 4.6 ในเดือนกุมภาพันธ์ 2541 ในขณะที่การทำงานต่ำระดับเพิ่มขึ้นกว่า 2 เท่าในระยะเวลาเดียวกัน²⁴ จำนวนคนยากจนลดลงจาก 17.9 ล้านคนในปี 2531 เหลือเพียง 6.9 ล้านคนในปี 2539 กลับเพิ่มสูงขึ้นเป็น 7.9 ล้านคนในปี 2541 ประชาชนยากจนเหล่านี้ถูกผลักดันให้ต้องทำกิจกรรมที่เสี่ยงต่อการผิดกฎหมายเพื่อประทังชีวิต โดยมีหลักฐานการค้าและการใช้ยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้น ในช่วงเวลานี้ดูราวกับความก้าวหน้าจากการพัฒนาถูกสูญหายไปจากประเทศไทย

นโยบายรัดเข็มขัด

นโยบายการคลังที่เข้มงวดทำให้ต้องตัดทอนงบประมาณลงร้อยละ 19 จากจำนวนงบประมาณทั้งสิ้น 982 พันล้านบาทที่ตั้งไว้ใน พ.ร.บ. งบประมาณปี 2541²⁵ หากดูเพียงผิวเผินแล้วงบประมาณเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ถูกปรับลดลงจาก 1,987 พันล้านบาทในปี 2540 เหลือเพียง 1,481 พันล้านบาทในปี 2541 แต่ส่วนหนึ่งมาจากการลดลงของงบประมาณเพื่อการก่อสร้างโรงพยาบาลที่ลดลงจาก 381.8 ล้านบาทในปี 2540 เหลือเพียง 74.3 ล้านบาทในปี 2541 เพราะโครงการได้แล้วเสร็จ

แต่งบประมาณในปี 2542 ยังคงอยู่ภายใต้แรงกดดันการลดงบประมาณเช่นเดิม ผลการลดค่าเงินบาททำให้ต้นทุนในการดำเนินโครงการเพิ่มสูงขึ้น ราคาของถุงยางอนามัยนำเข้าเพิ่มสูงขึ้น รวมถึงอุปกรณ์เพื่อการตรวจและวินิจฉัยและยาต่าง ๆ เพื่อรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

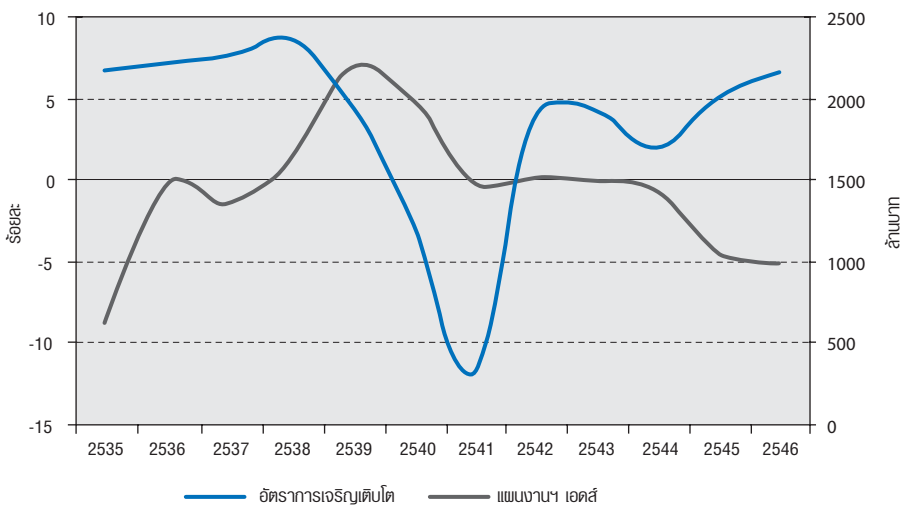
แพตแตก

ไม่เป็นที่น่าประหลาดใจในช่วงปี 2540-2544 นั้นยุทธศาสตร์การดำเนินงานแบบสหสาขาตามแผนยุทธศาสตร์เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติได้รับผลกระทบรุนแรงที่สุด (ดูตารางที่ 6.1) ภายใต้แรงกดดันที่ต้องปรับรายจ่ายให้สอดคล้องกับงบประมาณที่จำกัด หลายกระทรวงได้ส่งกิจกรรมการดำเนินงานด้านเอดส์เพื่อปกป้องภารกิจหลักของตน วินัยทางการคลังทำให้ยุทธศาสตร์การจัดสรรงบประมาณกับยุทธศาสตร์ของแผนงานขาดความกลมกลืน ยกตัวอย่าง เช่น กระทรวงศึกษาธิการได้ยกเลิกแผนในการจัดทักษะชีวิตในโรงเรียน²⁶

นอกจากนี้งบประมาณเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในปี 2541 ของกองทัพก็แทบจะเหือดหายไป (ดูแผนภาพที่ 6.2) กองทัพจึงต้องเฉลี่ยงบประมาณของตนให้เหมาะสม ในขั้นต้นงบประมาณเพื่อการป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอดส์จึงถูกตัดทอนลงเหลือน้อยกว่าห้าแสนบาท ทว่าด้วยเงื่อนไขของเงินกู้เพื่อปรับโครงสร้างสังคมที่ประเทศไทยให้ไว้กับธนาคารโลก กองทุนการเงินระหว่างประเทศ และธนาคารเพื่อการพัฒนาเอเชีย กิจกรรมเรื่องโรคเอดส์ของแต่ละเหล่าทัพไม่ถูกปรับลด

ด้วยงบประมาณจำกัดนี้ทำให้กองทัพพบทวนนโยบายการตรวจเลือดทหารเกณฑ์ใหม่ ซึ่งใช้สำหรับคัดกรองผู้ที่พบติดเชื้อจากการถูกเกณฑ์เข้าเป็นทหาร โดยกระตุ้นให้ผู้ถึงวัยเกณฑ์ทหารและคิดว่าตนเองอาจมีปัญหาสุขภาพให้ไปตรวจร่างกายก่อนเข้ารับการเกณฑ์ทหาร

แผนภาพที่ 6.1 อัตราการขยายตัวทางเศรษฐกิจและงบประมาณรายจ่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ในช่วงปี 2535-2546



หมายเหตุ : รายจ่ายงบประมาณเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ปี 2545-2546 ไม่รวมรายจ่ายเพื่อการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก การป้องกันการติดเชื้อแบบครอบครัว การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสุขภาพถ้วนหน้า ภายใต้โครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค
ที่มา : สศช. สำนักงบประมาณ (2536-2543) และกรมบัญชีกลาง (2543-2546) รวมรวมโดย สศช.

ตารางที่ 6.1 งบประมาณรายจ่ายในช่วงปี 2540-2542 และรายจ่ายจริงในช่วงปี 2543-2546 ที่ได้รับการจัดสรรเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์จำแนกตามรายการกระทรวงฯ (มูลค่า ล้านบาท)

กระทรวง	2540	2541	2542	2543	2544	2545	2546
สำนักนายกรัฐมนตรี	27.84	32.25	29.15	27.45	17.79	0	0
กระทรวงกลาโหม	44.10	10.39	20.99	19.58	18.90	18.12	16.55
กระทรวงมหาดไทย	95.78	33.64	22.33	23.67	17.85	30.10	41.65
กระทรวงยุติธรรม	0.43	0.18	0.90	0.48	0	0	0
กระทรวงศึกษาธิการ	31.49	24.66	21.93	20.50	0.43	0	0
กระทรวงสาธารณสุข	1,369.86	1,009.01	1,149.68	1,080.20	1,132.49	767.85	743.51
ทบวงมหาวิทยาลัย	233.31	181.03	168.19	174.20	166.31	154.78	114.52
กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคม	90.90	108.07	100.34	88.02	83.64	6.99	5.66
กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์	-	-	-	-	-	76.50	75.00
สำนักงานอัยการสูงสุด	2.32	2.32	2.73	2.53	0.95	0.45	0
สำนักงานตำรวจแห่งชาติ	-	-	-	5.46	5.48	5.94	6.34
รวม	1,986.02	1,481.54	1,516.24	1,442.07	1,443.84	1,060.73	1,003.24

ที่มา : 1. สำนักงบประมาณ พ.ร.บ. งบประมาณประจำปี สำนักนายกรัฐมนตรี
 2. สำนักงานเศรษฐกิจการคลัง กระทรวงการคลัง
 3. กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง

การปรับลดงบประมาณมีผลต่องบประมาณสนับสนุนกิจกรรมการดำเนินงานแต่ละด้านต่างกัน ในด้านการสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์ถูกปรับลดงบประมาณไปร้อยละ 9 จากเดิมได้รับอนุมัติจากกรมการบริการงบประมาณรัฐสภาหนึ่งเดือนก่อนวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ ทว่างบประมาณเพื่อการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกเพิ่มขึ้นอย่างมากระหว่างปี 2540-2544 ในขณะที่งบประมาณเพื่อการบำบัดรักษายังคงเท่าเดิม แม้จะมีการนำเข้ายาน้อยลงเพราะปัญหาการลดค่าเงิน²⁷ งบประมาณสำหรับสนับสนุนกิจกรรมขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ การบริการโลหิตที่ปลอดภัย และการให้นมผงทดแทนนมแม่ก็ได้รับการคุ้มครองด้วยเช่นกัน

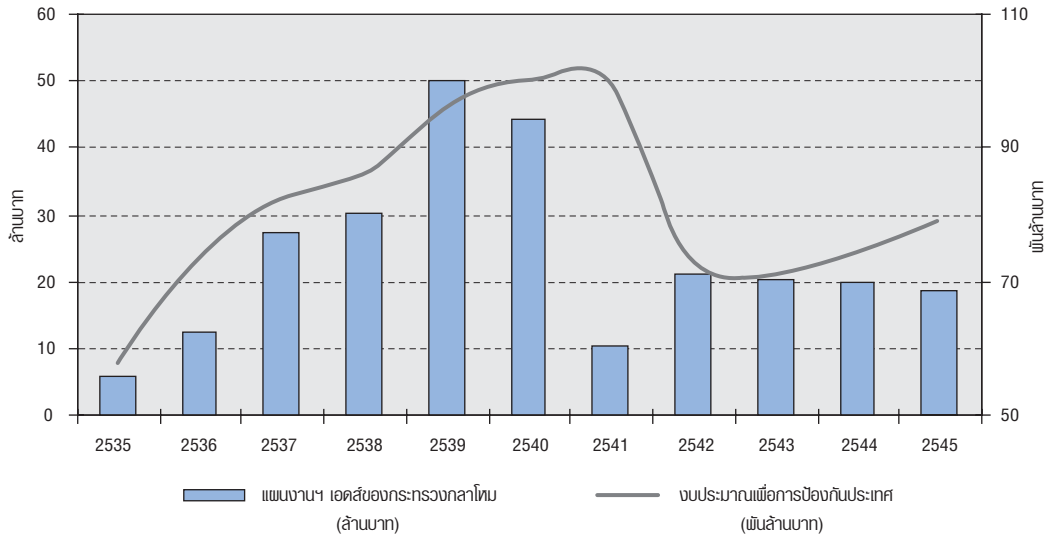
ตัดงบประมาณป้องกัน

งบประมาณด้านเอดส์ในปี 2543 มีประมาณ 1.519 พันล้านบาท (หรือประมาณ 24 บาท หรือ 63 เซ็นต์ ต่อหัวประชากร) หรือลดลงประมาณ 1 ใน 4 จากงบประมาณที่ได้รับในปี 2540 ก่อนที่

จะเกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจ²⁸ งบประมาณส่วนใหญ่ใช้เพื่อการบำบัดรักษา (รวมถึงยาต้านไวรัส และยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สำหรับการทดลองทางคลินิก และการตรวจทดสอบและการให้คำปรึกษา) ในขณะที่การป้องกันโรคลดลำดับความสำคัญลง โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณเพียงร้อยละ 8 ของงบประมาณเพื่อแผนงานฯ เอดส์เท่านั้น ในปี 2544 งบประมาณเพื่อการป้องกันอยู่ในระดับที่น้อยกว่าครึ่งหนึ่งของที่เคยได้รับในปี 2540 ทั้งนี้ส่วนใหญ่มาจากเพราะการปรับลดงบประมาณสนับสนุนการแจกถุงยางอนามัยฟรี เนื่องจากเปลี่ยนนโยบายมาเน้นแนวทางด้านการตลาดมากขึ้น (social marketing approach)

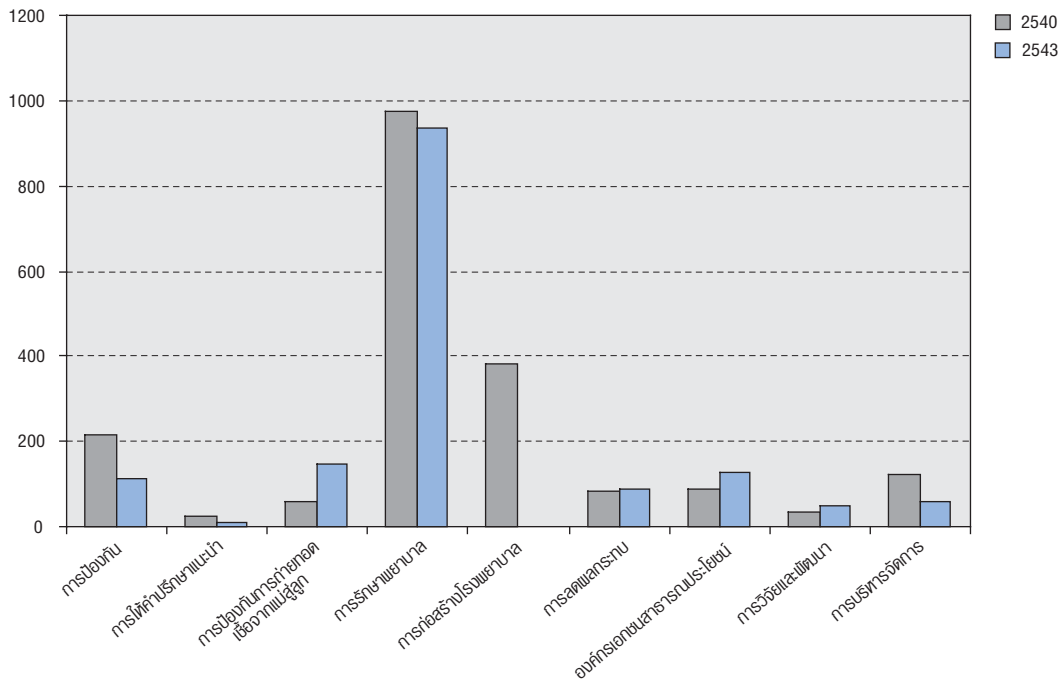
นอกจากนี้ยังใช้งบประมาณน้อยมากสำหรับการพัฒนาทักษะชีวิตแก่กลุ่มวัยรุ่น รวมทั้งการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย หรือแม้แต่การรณรงค์ประชาสัมพันธ์เรื่องเอดส์ตามสื่อต่างๆ สัดส่วนงบประมาณที่เหลือเป็นการจัดสรรให้แก่องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ และการดำเนินงานในระดับชุมชน การบริหารจัดการ และการศึกษาพฤติกรรมและสังคมไปเล็กน้อย

แผนภาพที่ 6.2 งบประมาณโรคเอดส์ที่ใช้ในกองทัพและงบประมาณในการป้องกันประเทศในภาพรวมในช่วงปี 2535-2545



ที่มา : สำนักงบประมาณ, พ.ร.บ. งบประมาณประจำปี

แผนภาพที่ 6.3 เปรียบเทียบงบประมาณเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของประเทศไทยในช่วงปี 2540-2543 จำแนกตามลักษณะการดำเนินงานที่สำคัญ



ที่มา : สำนักงบประมาณ, พ.ร.บ. งบประมาณประจำปี สำนักนายกรัฐมนตรี รวมทั้งรวมโดยฝ่ายโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ สำนักนายกรัฐมนตรี

ตารางที่ 6.2 ตารางงบประมาณความช่วยเหลือจากกองทุนโลกเพื่อการต่อต้านโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรียแก่ประเทศไทย ณ เมษายน 2546

รอบ	เสนอขอ (เหรียญสหรัฐ)	ได้รับอนุมัติ (เหรียญสหรัฐ)	เบิกจ่าย (เหรียญสหรัฐ)	หน่วยงาน	กิจกรรม
1	109.6 ล้าน	30.9 ล้าน	4.01 ล้าน	กระทรวงสาธารณสุข	วัยรุ่น, แรงงานอพยพ, การรักษาด้วยยาต้านไวรัส
2ก	81.3 ล้าน	14.1 ล้าน	2.1 ล้าน	กระทรวงสาธารณสุข	การป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก, การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2ข	-	6 ล้าน	1.6 ล้าน	มูลนิธิรักไทย	แรงงานอพยพ
3	1.4 พันล้าน	911 ล้าน	0	เครือข่ายการป้องกันในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด	ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

ที่มา : <http://www.theglobalfund.org/search/portfolio.aspx?lang=en&countryID=THA>

ในปี 2546 กองทุนโลกเพื่อการต่อต้านโรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรียได้สนับสนุนงบประมาณเพื่อการดำเนินกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยส่วนใหญ่ให้การสนับสนุนการจัดหายาต้านไวรัส การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก รวมทั้งให้แกกิจกรรมที่ยังขาดแคลนงบประมาณ เช่น โครงการเพื่อนเตือนเพื่อนและโครงการลดการใช้ยาเสพติด และการรณรงค์ให้ความรู้ในการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานอพยพ และชายขอบชาย (ดูตารางที่ 6.2)

คู่มือรักษาพยาบาล

ประเทศไทยได้พยายามควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ 1990 ในขณะที่การพัฒนาการรักษาโรคเอดส์ยังอยู่ในระยะทดลองเริ่มต้นเท่านั้น ดังนั้นการรักษาโรคเอดส์จึงยัง

ไม่ได้รับความสำคัญมากนัก อย่างไรก็ตามแพทย์และนักกิจกรรมได้รณรงค์อย่างต่อเนื่องเพื่อคงความสำคัญของการจัดบริการทางแพทย์และการรักษาพยาบาลแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ นโยบายการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ถูกกำหนดขึ้นเป็นครั้งแรกในปลายปี 2534 โดยได้รับการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้น ยกตัวอย่างเช่น กระทรวงสาธารณสุขได้จัดสรรงบประมาณบางส่วนเพื่อการรักษา “โรคติดเชื้อฉวยโอกาส” (opportunistic infections) ในผู้ป่วยโรคเอดส์ แม้ว่าจะไม่เพียงพอกับความต้องการ ทั้งนี้ด้วยต้นทุนค่ายาสูงมาก ทำให้เกิดความกังวลเกี่ยวกับขีดความสามารถของระบบบริการสาธารณสุขในการคงบริการรักษาพยาบาลโรคเอดส์

สภาวิชาชีพและองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ได้ทำการทดลองทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งการให้คำปรึกษาแนะนำและการทดสอบหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ

กรอบข้อความ 6.1 ภารกิจในองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ด้านเอดส์

องค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ที่ทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ได้เติบโตขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 1990 และยังได้รับการยอมรับจากภาครัฐแม้ในช่วงที่เกิดวิกฤตการณ์ทางเศรษฐกิจในปี 2542 กองโรคเอดส์ได้จัดสรรงบประมาณกว่า 87.5 ล้านบาทเพื่อดำเนินงานขององค์กรต่างๆ รวม 373 องค์กร ในกิจกรรมต่างๆ 465 โครงการ แม้งบประมาณดังกล่าวจะลดลงเหลือเพียง 60 ล้านบาทในปีถัดมา แต่ก็ได้รับการทดแทนจากเงินกู้ของธนาคารโลกภายใต้ “โครงการเพื่อการลงทุนด้านสังคม” โดยจัดสรรงบประมาณกว่า 29 ล้านบาทสำหรับกลุ่มโครงการขนาดใหญ่ผ่านองค์กรเพื่อการพัฒนาเอกชนรวม 6 แห่ง

ในขณะที่ผลงานขององค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ได้รับการยอมรับอย่างสูง แต่ก็ยังขาดการติดตามผลการดำเนินงานกิจกรรมต่างๆ อย่างเป็นระบบเท่าที่ควร ดังนั้นจึงขาดความชัดเจนเกี่ยวกับความครอบคลุมและประสิทธิผลในการดำเนินงานของแต่ละกิจกรรม ตลอดจนการตรวจสอบความซ้ำซ้อนกับกิจกรรมภาครัฐ นอกจากนี้ยังขาดความชัดเจนในสัดส่วนการดำเนินงานขององค์กรเอกชนระหว่างการป้องกันและบริการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายใต้ภาวะการณ์ที่งบประมาณเพื่อการป้องกันของภาครัฐได้ลดลงอย่างมาก

กรอบข้อความ 6.2 ยาไทยทำ

การผลิตยาสามัญรักษาโรคเอดส์ที่ผลิตภายในประเทศนั้นมีส่วนช่วยให้รัฐบาลขยายโครงการบำบัดรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ ปัจจุบันองค์การเภสัชกรรมเตรียมผลิตยาต้านไวรัสเจ็ดชนิด ซึ่งมีราคาถูกกว่ายาชนิดเดียวกันที่ใช้ซื้อการค้าสองเท่า (nevirapine) และ 25 เท่า (stavudine) รวมทั้งยาสูตรผสม GPOvir ซึ่งมีต้นทุนที่ 27 เหรียญสหรัฐ ต่อผู้ป่วยหนึ่งคนต่อเดือนเปรียบเทียบกับราคายานำเข้าประมาณ 490 เหรียญสหรัฐต่อเดือน แต่ยาบำบัดโรคเอดส์ประเภทอื่นๆ ยังคงแพงเกินไป

การผลิตยาสามัญแม้ช่วยแก้ปัญหานี้ได้ แต่กระทรวงสาธารณสุขยังต้องกำหนดลำดับความสำคัญโดยใช้อาการของผู้ป่วยเป็นเกณฑ์ ตัวอย่างเช่น ยา “ganciclovir” สำหรับรักษาโรคติดเชื้อ cytomegalovirus (CMV) retinitis ซึ่งทำให้ผู้ป่วยโรคเอดส์หลายรายมีอาการมองเห็นหรือตาบอด ยังเป็นยาที่มีการผูกขาดในการผลิต ต้นทุนของยาสำหรับการรักษาเป็นเวลาสามสัปดาห์คิดเป็นประมาณ 2,500 เหรียญสหรัฐ ทำให้แพทย์หลายรายถึงกับจนปัญญาเมื่อพบผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้อ CMV แม้ว่าในทางทฤษฎีแล้วองค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาสามัญชนิดนี้ได้ก็ตาม

รัฐบาลไทยถูกกดดันให้ผลิตยาสามัญขึ้นใช้เองในประเทศ เช่นในปี 2543 รัฐบาลมีแผนที่จะบังคับใช้สิทธิเพื่อผลิตยาสามัญ didanosine ซึ่งเป็นยาที่ป้องกันการสร้างตัวเองของไวรัสเอชไอวี แต่ก็ยกเลิกไปเพราะเกรงว่าจะถูกตอบโต้ทางการค้า²⁸ เหล่านักกิจกรรมเกรงว่าในอนาคตการเจรจาการค้าทวิภาคีระหว่างไทยกับสหรัฐจะมีผลให้ไทยต้องออกกฎหมายทรัพย์สินทางปัญญาที่เข้มงวดชนิดที่ปิดตายสำหรับการขยายการผลิตยาสามัญ ทั้งๆที่มาตรการป้องกันที่ต่อรองกันในอนาคตการการค้าระหว่างประเทศอนุญาตให้ประเทศทำการผลิตยาสามัญได้หากเป็นไปได้เพื่อแก้ไขปัญหาภัยร้ายแรงด้านสุขภาพ

ที่มา : หมอโรทมแดน (2546)

มาตั้งแต่ปี 2533 ความสับสนในการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยและการมีโรงเรียนแพทย์ที่ทันสมัยเช่นที่คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทำให้เหมาะต่อการทดลองทางการแพทย์ ในขณะที่การป้องกันโรคเอดส์ต่างๆ กลายเป็นเรื่องพาดหัวข่าวและเป็นที่น่าสนใจในสังคมในช่วงกลางทศวรรษที่ 1990 เครือข่ายของการทดลองทางการแพทย์ก็ได้ก่อตั้งขึ้น โดยความช่วยเหลือจากต่างประเทศอย่างเงิบๆ

ในขณะที่เดียวกันวิธีการบำบัดรักษาโดยใช้ยาต้านไวรัสชนิดเดียว (AZT) ซึ่งการรักษาโดยวิธีนี้เริ่มใช้ในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมเมื่อช่วงปลายทศวรรษที่ 1980 ก็กลายเป็นที่รู้จักมากขึ้น และเริ่มนำมาใช้ในประเทศไทยตั้งแต่ปี 2535 โดยทดลองการให้ยาแก่ผู้ป่วยจำนวนไม่มากนัก แต่ผู้ป่วยโรคเอดส์ปฏิบัติตามข้อแนะนำการรักษา (Treatment compliance) ค่อนข้างต่ำ ทั้งนี้เพราะผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ ประกอบกับการขาดการติดตามผลของการใช้ยาโดยแพทย์ การทบทวนโครงการในปี 2538 ชี้ชัดว่าผลการดำเนินโครงการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งขาดประสิทธิภาพและไม่มีประสิทธิผล

ในการนี้กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับแนวทางการดำเนินงานโดยจัดทำเป็นเครือข่ายการวิจัยและทดลองทางการแพทย์ระหว่างมหาวิทยาลัยและโรงพยาบาลของรัฐ สภาวิชาชีพและคณะ

แพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยได้จัดตั้งศูนย์ความร่วมมือในทดลองทางการแพทย์ด้านโรคเอดส์หรือ “HIV NAT” (The HIV Netherlands Australia Thailand Research Collaboration) มาตั้งแต่ปี 2539 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทดลองการให้ยาต้านไวรัสและผลของการดื้อยาต้านไวรัส รวมทั้งฝึกอบรมบุคลากรที่เกี่ยวข้องให้มีขีดความสามารถในการดูแลรักษา ซึ่งเป็นพื้นฐานสำคัญไม่ใช่เพียงแค่การขยายขอบเขตการบริการรักษาให้กว้างขวางขึ้นแต่ได้นำไปสู่การขยายการป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกอีกด้วย

หลังจากที่ประเทศอุตสาหกรรมทดลองการบำบัดโดยใช้ยาต้านไวรัสสองชนิด (Dual Therapy) มาเป็นเวลาหลายปี ประเทศไทยจึงเริ่มให้การบำบัดด้วยวิธีการดังกล่าวนี้ในปี 2539 โดยได้มีการปรับปรุงคู่มือแนวทางการให้การรักษาให้เป็นปัจจุบันมากขึ้น อีกทั้งได้เร่งการวิจัยเชิงปฏิบัติการที่จะผสมผสานการบริการทางการแพทย์เข้ากับกิจกรรมการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาล ชุมชน และครอบครัว ซึ่งดำเนินการทั่วประเทศต่อไป ประสิทธิภาพของการบำบัดโดยใช้ยาคู่มีค่อนข้างจำกัด ผลการศึกษารายวิจัยชี้ให้เห็นว่าวิธีการบำบัดนี้ช่วยยืดเวลาการตายประมาณ 3 ปี²⁹

โอกาสที่มากพอที่จะหวัง:

ต่อมาประเทศไทยได้เกิดการเปลี่ยนแปลงสำคัญสองประการที่เอื้อให้ความพยายามต่อต้านโรคเอดส์ปรากฏผลสำเร็จขึ้น ประการแรกคือ การที่รัฐธรรมนูญฉบับปี 2540 ได้มีบทบัญญัติรับรองสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนในการได้รับการรักษาทางการแพทย์ ซึ่งนำไปสู่การจัดระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้าสำหรับประชาชนทั่วไป ประการที่สอง ได้มีการค้นพบวิธีการรักษาแนวใหม่ที่เรียกว่า “Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART)” ซึ่งผลการบำบัดโดยวิธีนี้ในกลุ่มประเทศที่พัฒนาแล้วประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจและให้ผลสัมฤทธิ์ (efficacy) สูง ในบางประเทศ รายงานอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ลดลง พัฒนาการที่สำคัญทั้งด้านวิทยาศาสตร์และบทบัญญัติของรัฐธรรมนูญจุดประกายความหวังแก่ผู้ป่วยเอดส์ซึ่งมีอยู่เป็นจำนวนมากในประเทศไทย จึงเป็นแรงกดดันต่อระบบบริการสุขภาพให้นำวิธีการดังกล่าวมาใช้

ช่วงเวลาในประเทศไทยนำการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาทดลองใช้ ภายหลังจากที่มีรายงานการทดลองได้ผลดีในประเทศอุตสาหกรรม มีระยะเวลาสั้นลงเป็นลำดับ โดยประเทศไทยได้เริ่มทดลองให้การบำบัดรักษาโดยใช้ยาต้านไวรัสสามชนิดในปี 2540 ซึ่งถือเป็นการสำคัญสำหรับการเชื่อมโยงเครือข่ายการทดลองทางการแพทย์ในประเทศเข้ากับเครือข่ายนานาชาติเพื่อเรียนรู้และแลกเปลี่ยนวิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์ ผลของการวิจัย และเพื่อฝึกฝนทักษะของบุคลากรทางการแพทย์ของไทย จากผลการทดลองทำให้รู้ว่าการทดลองทางการแพทย์ในประเทศกำลังพัฒนาสามารถใช้เป็นพื้นฐานสำคัญในการกำหนดมาตรฐานการรักษาโดยใช้ยาต้านไวรัสที่เหมาะสมกับสภาวะการณ์ของประเทศกำลังพัฒนา

ทั้งยังทำให้เกิดความชัดเจนว่ายาตัวใหม่มิได้ให้ผลต่อผู้ป่วย เช่นเดียวกันในทุกสภาพแวดล้อม นักวิจัยทางการแพทย์ได้ตระหนักว่าสัมฤทธิ์ผลของยาและอาการดื้อยานั้นขึ้นอยู่กับประเภทและชนิดสายพันธุ์ของไวรัสเอชไอวี ปริมาณยาที่ใช้ ภาวะโภชนาการของผู้ป่วย ตลอดจนการที่ผู้ป่วยสามารถยึดแนวปฏิบัติตามวิธีการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ผลการทดลองทางการแพทย์ชิ้นหนึ่งแสดงให้เห็นว่าข้อแนะนำปริมาณยาต่อต้านไวรัสที่ใช้ในประเทศไทยอาจต่ำกว่าขนาดที่ใช้ในประเทศอุตสาหกรรม

แม้ว่าต้นทุนของยาต้านไวรัสที่มีสิทธิบัตร ซึ่งใช้ได้ในกรช่วยเหลือชีวิตผู้ป่วยโรคเอดส์ในกลุ่มประเทศอุตสาหกรรมนั้นยังสูงเกินไปสำหรับประเทศไทย ประมาณต้นทุนค่ายาปี 2543 เฉพาะยาต้านไวรัสสามชนิดต่อผู้ป่วยหนึ่งรายเท่ากับ 27,000 บาท ต่อเดือน หรือประมาณ 324,000 บาท (8,100 เหรียญสหรัฐ) ต่อปี การให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยทุกรายที่ต้องการจะต้องลงทุนประมาณ 8,000 ล้านเหรียญสหรัฐต่อปี

อีกหนึ่งโอกาส

เมื่อเริ่มสหัสวรรษใหม่เริ่มเห็นช่องทางที่จะเอาชนะอุปสรรคด้านต้นทุนยาราคาแพง โดยผู้ที่ผลิตยาสามัญในราคาถูกมีการแข่งขันกันมากขึ้นอีก และกลุ่มนักกิจกรรมต่างเคลื่อนไหวเรียกร้องให้ยาต้านไวรัสมีราคาต่ำลง ในขณะที่เดียวกันนักกิจกรรมไทยก็ใช้บทบัญญัติของรัฐธรรมนูญที่ประกันการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลเป็นเงื่อนไขในการเรียกร้องให้ขยายการบริการรักษาพยาบาลโดยใช้ยาต้านไวรัส ปัจจุบันผลักดันอีกประการหนึ่งก็คือ การคาดประมาณจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ในแต่ละปีกำลังเพิ่มสูงขึ้นจาก 20,000 คนในปี 2537 เป็นมากกว่า 50,000 คน เมื่อสิ้นศตวรรษที่ 21

อุปสรรคที่ค้างคา

การลดลงของราคายาไม่ช่วยให้ผู้ป่วยเอดส์ได้รับยาโดยอัตโนมัติ เพราะต้องปรับปรุงระบบบริการสาธารณสุขเสียก่อนจึงจะสามารถบริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ได้ เนื่องจากการเข้าถึงบริการสาธารณสุขยังมีความเหลื่อมล้ำ มาตรฐานการให้บริการในโรงพยาบาลแต่ละแห่งแตกต่างกัน และการครอบคลุมของการประกันสุขภาพมีสัดส่วนน้อย (ในปี 2541 มีเพียงร้อยละ 20 ของประชากรทั้งหมดที่มีประกันสุขภาพ)³⁰ การระบาดของโรคเอดส์ทำให้เห็นปัญหาต่างๆ เหล่านี้เด่นชัดขึ้นโดยเฉพาะต้องปรับปรุงเรื่องการค้าปลีกสุขภาพและยกระดับการเข้าถึงบริการสุขภาพ

ตารางที่ 6.3 ราคาต้านไวรัสต่อเดือนที่จัดซื้อโดยกระทรวงสาธารณสุข ณ เมษายน 2545

ยาต้านไวรัส	ราคา (บาท/เดือน)	ราคา (เหรียญสหรัฐ/เดือน)
AZT (GPO)	840	20
D4T (GPO)	210	5
3TC (GPO)	600	14.3
Nevirapine (GPO)	900	21.4
Efavirenz (MSD)	2,125	50.6
Indinavia (MSD)	1,716	40.9
Ritonavia (Abbot)	2,736	65.1
GPOvir (GPO)	1,200	28.6

ที่มา : กองโรคเอดส์, กรมควบคุมโรคติดต่อ, กระทรวงสาธารณสุข
หมายเหตุ : MSD = Merck Sharp & Dome

ในปี 2543 กระทรวงสาธารณสุขได้ขยายบริการบำบัดรักษาโรคเอดส์โดยการใช้ยาต้านไวรัสสามชนิดควบคู่กันตามโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัส (National Access to Antiretroviral Program) ภายในปี 2546 ปัญหาและอุปสรรคในการเข้าถึงการบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตัวหน้าได้รับการขจัดให้หมดไป คาดประมาณว่าคนไทยร้อยละ 95 ครอบคลุมภายใต้ระบบการประกันสุขภาพถ้วนหน้าเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 70 ในปี 2541) ซึ่งส่วนใหญ่ครอบคลุมโดยโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรค ภายใต้โครงการนี้ผู้ไม่มีประกันสุขภาพจะเสียค่าใช้จ่ายเพียง 30 บาท (น้อยกว่า 1 เหรียญสหรัฐ) ต่อครั้งที่รับการรักษาจากสถานบริการพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุข โครงการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสตัวหน้าของรัฐได้กำหนดนโยบายให้บริการฟรีแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีสัญชาติไทย นอกจากนี้ยังปรับปรุงคู่มือมาตรฐานการให้บริการทางการแพทย์ นอกจากนี้กองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรียยังได้สนับสนุนการดำเนินงานโครงการในการจัดหาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 10,000 รายในปี 2547 อีกด้วย

แม้ว่าสิทธิประโยชน์ของโครงการ 30 บาทรักษาทุกโรคยังไม่ครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ทว่ารัฐบาลได้อุดหนุนงบประมาณในการบริการยาต้านไวรัสตามโครงการเข้าถึงยาต้านไวรัสซึ่งครอบคลุมผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวนมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นจำนวนมากที่ต้องจ่ายค่ายาด้วยตนเอง เพื่อแก้ปัญหาจำเป็นต้องปรับปรุงสิทธิประโยชน์ให้เหมาะสมกับความต้องการบริการสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์และสถานการณ์คลังสุขภาพ

ตะลุมรักษา

ในปี 2546 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกันการเข้าถึงบริการบำบัดรักษาที่เหมาะสมและโดยทัดเทียมกันแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งรวมถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ที่ประสงค์จะรับยา การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infections) การให้คำปรึกษา แนะนำและการดูแลรักษาโดยครอบครัวและชุมชน โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ตั้งเป้าหมายที่จะให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 50,000 คนภายในสิ้นปี 2547 จากที่มีผู้ได้รับแล้วทั้งสิ้น 20,000 คน

ทั้งนี้กระทรวงสาธารณสุขมีการดำเนินการหลายประการเพื่อให้บริการยาต้านไวรัสได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ เช่นได้ประกาศให้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งรวมการรักษาโดยใช้ยาต้านไวรัสสามขนานไว้ในแผนการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ มีการพัฒนาแนวทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ขึ้นสามแนวทาง ซึ่งรวมถึงแนวทางใหม่ที่เชื่อมโยงการดูแลโดยชุมชนกับการบริการทางการแพทย์โดยมีโรงพยาบาลเป็นพี่เลี้ยง มีการจัดตั้งเครือข่ายของห้องปฏิบัติการเพื่อสนับสนุนการทดลองให้บริการยาต้านไวรัสของโรงพยาบาล ห้องปฏิบัติการ 26 แห่งได้รับการติดตั้งเครื่องตรวจนับ CD4 (flow cytometers) ขึ้น โดยมีห้องปฏิบัติการของมหาวิทยาลัย ทั้ง 12 แห่งมาเสริมการดำเนินงานของเครือข่าย

นอกจากนี้ยังมีการปรับระบบข้อมูลสำหรับติดตามและประเมินผล การรักษา เพื่อให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการรักษาพยาบาลและผู้บริหารโครงการสามารถเรียกดูและวิเคราะห์ข้อมูลได้ทันที ซึ่งเป็นการเสริมทักษะของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและผู้ปฏิบัติงานในชุมชน

กรอบข้อความ 6.3 การดูแลโดยครอบครัวและชุมชน

การดูแลโดยครอบครัวและชุมชน เป็นกิจกรรมนำร่องที่เริ่มขึ้นครั้งแรกในภาคเหนือตอนบน (โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่เชียงใหม่ ลำพูน เชียงราย และพะเยา) หลายกิจกรรมได้รับการสนับสนุนจากองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ในช่วงกลางทศวรรษที่ 1990 ตัวอย่างเช่นโครงการมีชีวิตอยู่กับเอดส์ (The Living with AIDS project) เริ่มต้นขึ้นโดยองค์กรแคร์นานาชาติในปี 2536 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อขยายการบำบัดรักษาโรคเอดส์และการให้คำแนะนำปรึกษาแก่ชุมชนในเขตเชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา โดยอาศัยเครือข่ายอาสาสมัครหมู่บ้าน และเจ้าหน้าที่สาธารณสุข นอกจากนี้ทั้งพระและนักบวชมีส่วนในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เช่น โครงการสังฆเมตตาในจังหวัดเชียงใหม่ได้ให้การอบรมพระในการดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย นับเป็นแนวทางที่ช่วยลดการรังเกียจได้ระดับหนึ่ง

แม้ว่าการดูแลผู้ป่วยโดยครอบครัวและชุมชนได้รับการผนวกให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติที่วางแผนการดำเนินการยังแตกต่างกันค่อนข้างมาก ในภาคเหนือตอนบนพยาบาลได้เยี่ยมบ้านผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือ แต่บริการดังกล่าวกลับมีน้อยมากในที่อื่น ๆ โดยเฉพาะตามชนบทในภาคใต้ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และพื้นที่กรุงเทพมหานคร (ธนาคารโลก, 2543)

ความต้องการการดูแลโดยชุมชนมีมากขึ้น การปรับปรุงการบริการรักษาพยาบาลให้ดีขึ้น ซึ่งรวมการรักษาโดยใช้ยาต้านไวรัสและการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจะช่วยลดภาระของชุมชนในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ลงได้ อย่างไรก็ตามเอดส์ยังคงเป็นโรคร้ายและความต้องการการดูแลจะยังคงสะสมพอกพูน จึงสำคัญอย่างยิ่งที่ครอบครัวและชุมชนที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์โดยเฉพาะคนยากจนจะได้รับการดูแลและช่วยเหลือเป็นพิเศษ

องค์การเภสัชกรรมก็ยังได้ขยายกำลังการผลิตยาเพื่อให้เพียงพอต่อความต้องการใช้ ควบคู่กับการกำหนดรูปแบบการกระจายยาที่เข้มงวดจากองค์การเภสัชกรรมไปยังศูนย์กระจายยาในระดับภูมิภาคและต่อไปยังโรงพยาบาลของรัฐ

การรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์มักประสบปัญหาเดิมๆ คือ ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่พบว่าตนติดเชื้อเมื่อสุขภาพเริ่มแย่ลง ทั้งที่หลายคนที่น่าจะได้ประโยชน์จากการรักษาโดยใช้ยาต้านไวรัสสามชนิดอย่างเต็มที่หากพบการติดเชื้อแต่เนิ่นๆ ความกลัวว่าจะเป็นที่รังเกียจและถูกตราหน้าอาจเป็นสาเหตุสำคัญทำให้หลายคนไม่ตรวจหาการติดเชื้อ โดยเฉพาะในเขตชนบท ทางหนึ่งที่จะบรรเทาปัญหานี้ อาจเป็นการให้ข้อมูลข่าวสารแก่สาธารณสุขให้รับรู้ถึงประโยชน์จากการพบเชื้อแต่เนิ่นๆ และทราบว่าวิธีบำบัดรักษาเพื่อยืดชีวิตควบคู่กับการสร้างความรู้ความเข้าใจแก่สาธารณสุข โดยมีจุดมุ่งหมายที่จะยกระดับความรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมที่ช่วยลดการแพร่ระบาดสามารถผสมผสานเป็นส่วนหนึ่งของการรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจแก่สาธารณสุขได้

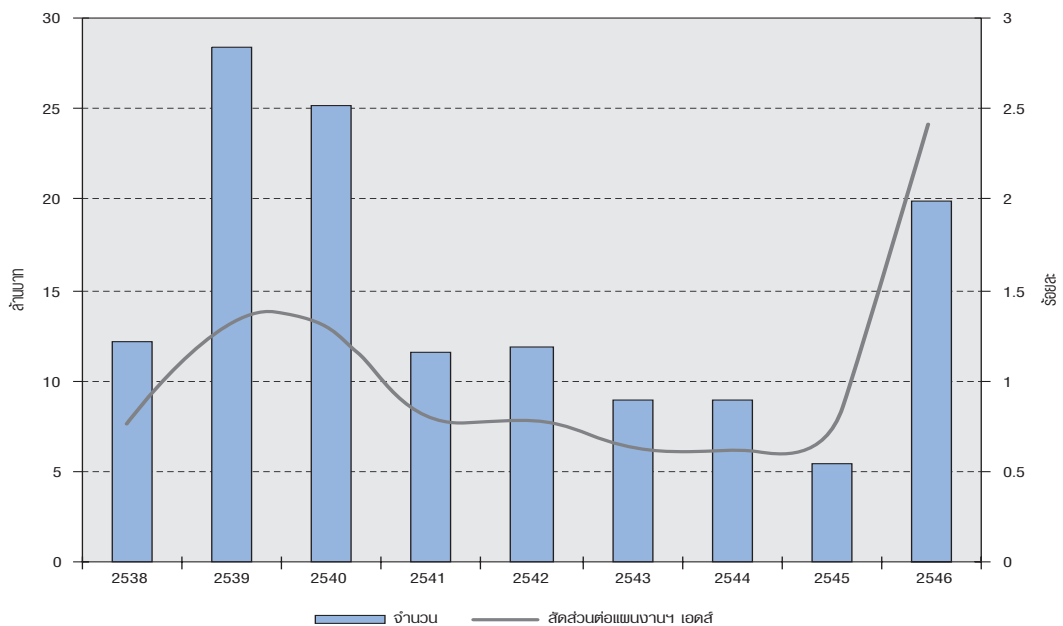
อาจเป็นความสำเร็จครั้งสำคัญประการหนึ่งหากประเทศไทยทำได้จริงตามที่ประกาศไว้ที่จะให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อจำนวน 50,000 รายในสิ้นปี 2547 จากข้อมูลที่มีอยู่คาดว่า จะทำได้ตามนั้น

การให้คำปรึกษาแนะนำและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยความสมัครใจ

ประสิทธิภาพของการให้คำปรึกษาแนะนำและการตรวจทดสอบหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจนั้นสำคัญอย่างยิ่งในการช่วยให้ผู้แรกติดเชื้อได้ประโยชน์จากการรับการรักษาแต่เนิ่นๆ และช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และช่วยเสริมการป้องกัน นำเสียดายที่ประเทศไทยยังมีปัญหาในการจัดบริการให้คำปรึกษาแนะนำและการตรวจทดสอบหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ

แม้ว่าการให้คำปรึกษาแนะนำและการตรวจทดสอบหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจมีบริการที่โรงพยาบาลและคลินิกนับ 1,000 แห่งทั่วประเทศแต่ก็ยังไม่ครอบคลุม จากการสำรวจโดยสำนักงานองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ ในปลายปี 2546 พบว่า ขณะที่คนกรุงเทพฯ ที่ต้องการคำปรึกษาแนะนำและการตรวจทดสอบหาการติดเชื้อโดยความสมัครใจสามารถเข้าถึงบริการได้โดยสะดวกในราคาที่ไม่แพง คนชนบทที่สามารถเข้าถึงบริการคำปรึกษาแนะนำและการตรวจทดสอบหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจกลับมีน้อยกว่าร้อยละ 50³¹ ซึ่งการสำรวจนี้ไม่สามารถระบุได้อย่างชัดเจนว่ามีผู้ใช้บริการคำปรึกษาแนะนำ

แผนภาพที่ 6.4 การพัฒนาจัดสรรงบประมาณสำหรับคำปรึกษาแนะนำ และการทดสอบหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยความสมัครใจและเทียบสัดส่วนร้อยละต่องบประมาณป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในช่วงปี 2538-2546



ที่มา : สำนักนายกรัฐมนตรี

และการตรวจทดสอบหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจเป็นจำนวนเท่าใด แต่ก็สามารถบอกได้ว่าในปี 2545 มีผู้ไปใช้บริการนี้ที่สถานกาชาดไทยเป็นจำนวนทั้งสิ้น 12,500 คน ในขณะที่รายจ่ายในการจัดบริการให้คำปรึกษาแนะนำและการตรวจทดสอบหาการติดเชื้อโดยความสมัครใจคิดเป็นเศษเสี้ยว (ประมาณร้อยละ 2) ของรายจ่ายรวมด้านโรคเอดส์ แม้ว่าจะเพิ่มขึ้นอย่างมากในปี 2546 ก็ตาม (ดูแผนภาพที่ 6.4)

หลายคนมีความกังวลเกี่ยวกับการให้บริการคำปรึกษาและการตรวจทดสอบ ในปี 2543 ธนาคารโลกได้รายงานว่าไม่มีการใช้ประโยชน์จากบริการให้คำปรึกษาแนะนำและการตรวจทดสอบหาการติดเชื้อโดยความสมัครใจเท่าที่ควร อีกทั้งยังมีความกังวลเกี่ยวกับคุณภาพของบริการให้คำปรึกษา การประเมินผลกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกยังพบว่าบริการให้คำปรึกษาแนะนำและการตรวจทดสอบหาการติดเชื้อโดยความสมัครใจในแต่ละพื้นที่มีคุณภาพต่างกัน

โรงพยาบาลบางแห่งสามารถจัดบริการได้อย่างเหมาะสมและเป็นระบบ (เช่นจัดบริการให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจทดสอบหาการติดเชื้อ) ในขณะที่บางโรงพยาบาลทำได้ไม่ครบถ้วนด้วยเหตุที่บุคลากรมีงานล้นมือ หมดไฟในการทำงาน หรือขาดทักษะในการให้คำปรึกษา เป็นต้น อุปสรรคอีกประการหนึ่งคือการขาดสถานที่ที่เป็นสัดส่วนสำหรับให้คำปรึกษาแก่ผู้มารับบริการประเด็นต่างๆ เหล่านี้เป็นจุดอ่อนที่ทำให้การบริการขาดด้านไวรัสแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ไม่ได้ผลเท่าที่ควร

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

การดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในระยะแรกมุ่งที่การให้ความรู้ด้านครอบครัวศึกษา และการให้คำปรึกษาก่อนแต่งงานแก่คู่สมรสใหม่ โดยจะได้รับคำแนะนำให้ตรวจหาการติดเชื้อก่อนมีบุตร ในช่วงปี 2533-2534 โรงพยาบาลทั่วไปหลายแห่งได้ผสมผสานการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวีให้เป็นหนึ่งของบริการประจำปกติของคลินิกดูแลก่อนคลอดและหลังคลอด ต่อมาได้เริ่มขยายบริการการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อถึงระดับโรงพยาบาลชุมชนอีกด้วย อีกทั้งยังได้สนับสนุนแม่แก่มารดาที่อยู่ระหว่างให้นมบุตรซึ่งครอบครัวมีฐานะยากจน โดยที่การสนับสนุนแม่แก่มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นอยู่ในช่วงของการรณรงค์ให้ทารกดื่มนมมารดา ดังนั้นการให้นมขวดแก่บุตรเท่ากับบอกโดยอ้อมเป็นนัยถึงสถานะการติดเชื้อของแม่ที่ให้นมบุตรด้วยนมขวด

เมื่อเวลาผ่านไปนับทศวรรษอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในกลุ่มผู้หญิงเริ่มมีสัดส่วนมากขึ้น ซึ่งส่งผลให้อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเพิ่มสูงขึ้น อย่างไรก็ตามในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกนี้ไม่ได้รวมการให้ยา AZT เพื่อต้านไวรัส ทั้งนี้เพราะข้อจำกัดด้านราคาทำให้มีต้นทุนการดำเนินงานสูงและขีดความสามารถทางเทคนิค ทว่าต่อมาไม่นานก็เริ่มพบทางออก เมื่อการทดลองเพื่อทดสอบประสิทธิภาพของการให้ยา AZT ระยะสั้นในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ผลเป็นที่น่าพอใจ โดยสามารถลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีได้ถึงร้อยละ 50 ส่งผลให้เกิดโครงการนำร่องขึ้นมากมาย และให้ผลที่น่าพอใจ

กรอบข้อความ 6.4 ชมรมเพื่อนวันพุธ

ชมรมเพื่อนวันพุธตั้งขึ้นในปี 2533 เป็นชมรมผู้ติดเชื้อเอดส์ของสถานกาชาดไทย มีแนวคิดจากการรวมกลุ่มของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นคนไข้ของโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ในวันอังคารเช้าที่คลินิกภูมิคุ้มกัน โดยมีนักสังคมสงเคราะห์และพยาบาลของโรงพยาบาลเป็นผู้ประสานงาน ขณะที่รพแพทย์ตรวจหรือหลังจากตรวจกับแพทย์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็จะพูดคุยทำความเข้าใจกัน ตามไปทุกซัซซ เล่าสู่กันฟังถึงความรู้หรือความก้าวหน้าใหม่ๆ เกี่ยวกับการรักษาโรคเอดส์ ตามที่ทราบหรือได้อ่านได้ฟังมา ทำให้เกิดเป็นเครือข่ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปลอดภัยและแลกเปลี่ยนความรู้ซึ่งกันและกัน ซึ่งสถานกาชาดไทยได้ให้การสนับสนุนโดยให้การอบรมให้มีความรู้ที่ดีเกี่ยวกับโรคเอดส์และรู้จักเทคนิคในการให้คำปรึกษาแนะนำทั้งแบบตัวต่อตัวและแบบเป็นกลุ่ม

หลังจากการพบปะกันในวันที่มีคลินิกภูมิคุ้มกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะรวมกลุ่มกันในทุกวันพุธที่ 3 ของเดือน เพื่อทำกิจกรรมร่วมกันซึ่งอาจเป็นการฝึกนั่งสมาธิกรวดเพื่อผ่อนคลายเครียด การให้บริการตัดผมฟรีแก่สมาชิก การฝึกการบรรยายทางวิชาการเกี่ยวกับโรคเอดส์ และการจัดทัศนศึกษาเป็นต้น จึงเป็นที่มาของ “ชมรมเพื่อนวันพุธ” นอกจากนี้สมาชิกชมรมยังได้ไปบรรยายตามที่ต่างๆ เพื่อให้สาธารณชนตระหนักถึงความสำคัญในการป้องกันโรคเอดส์ ในวันที่ 1 ธันวาคมของทุกปี ซึ่งเป็นวันเอดส์โลก ชมรมยังได้ร่วมกับสถานกาชาดไทยจัดงาน “เทียนส่องใจ” เพื่อเสริมสร้างความตระหนักและความรู้แก่สาธารณชนทั้งยังเป็นการลดความเข้าใจคลาดเคลื่อนและความรังเกียจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย

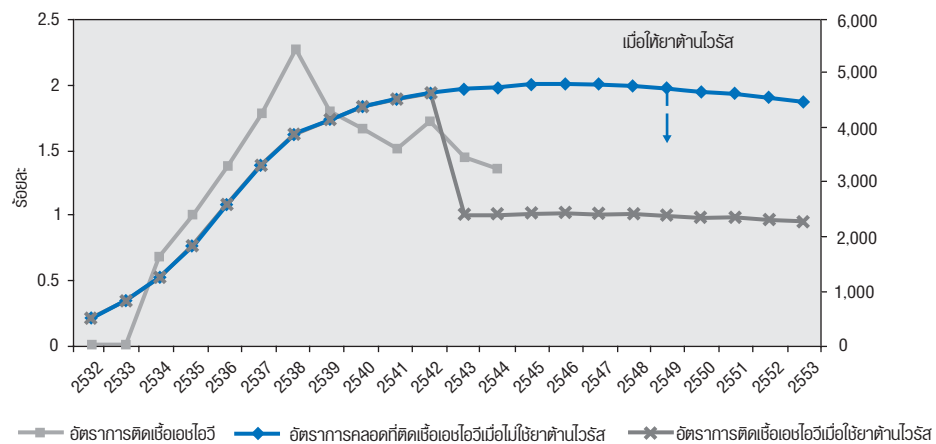
ที่มา : สถานกาชาดไทย http://www.redcross.or.th/english/serve/medical_wed.php4

ตารางที่ 6.4 การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทย

ปี	กิจกรรม
2533-2534	การตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นกิจวัตรในโรงพยาบาล
2535	การจัดให้คำปรึกษาแนะนำและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจแบบนิรนาม
2536	การแนะนำให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีใช้นมขวดในการให้นมบุตร และสนับสนุนนมผงแก่มารดาที่มีฐานะยากจน
2538-2541	เริ่มให้ยา AZT เพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีแต่ไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายไว้ชัดเจนเนื่องจากมีทรัพยากรและขีดความสามารถทางวิชาการจำกัด ในขณะที่การทดลองให้ยา AZT ระยะสั้นแก่กลุ่มตัวอย่างแบบควบคุมในกรุงเทพมหานครยืนยันประสิทธิผลของยาในการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
2539-2542	สภาสาธารณสุขไทยเริ่มรณรงค์ขอรับบริจาค และระดมทุนเพื่อจัดหา ยา AZT แก่สตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีฐานะยากจน
2540	กระทรวงสาธารณสุขเริ่มการวิจัยเชิงปฏิบัติการใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบนแบบให้ยา AZT ระยะสั้น
2541-2543	กระทรวงสาธารณสุขเริ่มโครงการนำร่องใน 7 จังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ผลการทดลองเป็นที่น่าพอใจและทำให้รับเป็นแผนงานระดับชาติในการให้ยา AZT เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในขณะที่เดียวกันองค์การเภสัชกรรมก็เริ่มผลิตยาสามัญ AZT (generic version of AZT)
2545	รัฐบาลกำหนดให้การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นส่วนหนึ่งของการประกันสุขภาพ ตามนโยบาย 30 บาทรักษาทุกโรค

ที่มา : Kanshana & Simonds, 2002.

แผนภาพที่ 6.5 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์และคาดประมาณจำนวนการคลอดที่มีเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบเมื่อใช้และไม่ใช้ยาต้านไวรัสในประเทศไทยในช่วงปี 2532-2553



ที่มา : Rhucharoenpompanich (2001)

กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มการทดลองให้ยา AZT แบบระยะสั้นเป็นโครงการนำร่องระยะ 2 ปี ใน 2 ภูมิภาค โดยเริ่มที่ภาคเหนือในปี 2540 ตามด้วยภาคตะวันออกเฉียงเหนือในปี 2541 โครงการนี้ช่วยเสริมสร้างขีดความสามารถทางวิชาการและศึกษาความเป็นไปได้หากจะดำเนินการทั่วประเทศ บรรดาสูติแพทย์ได้เรียกร้องให้รัฐบาลผนวกการให้ยาด้านไวรัสแก่หญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเป็นส่วนหนึ่งของวิธีปฏิบัติในการดูแลก่อนคลอดและหลังคลอด ในขณะที่เดียวกันองค์การเภสัชกรรมก็สามารถผลิตยาสามัญ AZT ได้ในราคาที่ถูกลงอย่างมากเป็นฐานให้สามารถขยายขอบข่ายการดำเนินงานไปทั่วประเทศ (แม้ว่าจะไม่สามารถผลิตยา AZT ทุกรูปแบบที่ใช้ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกก็ตาม) ดังนั้นแม้ว่าจะเกิดวิกฤตเศรษฐกิจก็ตามงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานได้เพิ่มขึ้นถึงสามเท่าในระหว่างปี 2541-2542 และจำนวนสตรีมีครรภ์ที่ได้รับยา AZT ก็เพิ่มขึ้นในสัดส่วนเดียวกัน

ก่อนขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมทั่วประเทศนั้น ปรากฏว่ายังมีความแตกต่างในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ตัวอย่างเช่นบางโรงพยาบาลไม่สามารถรักษาความลับสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของมารดาได้เนื่องจากขาดสถานที่ให้บริการคำปรึกษาแนะนำที่เป็นสัดส่วนมิดชิดและมีความเป็นส่วนตัว หรือด้วยเหตุที่มีการทำเครื่องหมายไว้ที่ใบทะเบียนประวัติ (ซึ่งบ่งชี้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี) นอกจากนี้เชื่อว่าสตรีมีครรภ์ทุกรายที่ได้รับการดูแลก่อนคลอดและหลังคลอด จากการศึกษาทบทวนการดำเนินงานที่ผ่านมาในช่วงปี 2543-2544 พบว่าประมาณร้อยละ 12 ของสตรีมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้รับการดูแลก่อนคลอดและหลังคลอด

ในปี 2543 กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ออกข้อกำหนดมาตรฐานการปฏิบัติด้านการแพทย์สำหรับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก อีกทั้งได้พัฒนาเป็นนโยบายของประเทศและเริ่มดำเนินแผนงานระดับชาติตามกรอบนโยบายดังกล่าว ปัจจุบันนี้โรงพยาบาลส่วนใหญ่มียา AZT ไว้บริการ จากการทบทวนผลการดำเนินงานในปีแรกพบว่ามีการให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีโดยใช้ยาด้านไวรัสเพิ่มขึ้น อีกทั้งจำนวนเด็กที่ได้รับยาด้านไวรัสเพื่อป้องกันโรคก็เพิ่มจำนวนขึ้นมากขึ้นเช่นกัน

ทั้งนี้ได้มีการประมาณการว่าหากขาดแผนงานระดับชาติเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกแล้ว แต่ละปีนับตั้งแต่ปี 2546 จะมีเด็กเกือบ 5,000 คนที่มีเชื้อเอชไอวีแต่แรกเกิด อย่างไรก็ตามเชื่อว่าแผนงานระดับชาติได้ลดภาวะการติดเชื้อของเด็กแรกเกิดลงเกือบร้อยละ 50 (ดูแผนภาพที่ 6.5)

แผนงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทยได้ถูกนำไปใช้เป็นเป้าหมายเชิงเปรียบเทียบ (model) การดำเนินงานในลักษณะเดียวกันของประเทศกำลังพัฒนาทั้งหลาย แนวทางที่ประเทศไทยใช้แม้จะค่อนข้างเร่งรีบแต่ก็เป็นระบบ เป็นการแปรผลจากงานวิจัยและโครงการทดลองนำร่องไปสู่แผนงานระดับชาติอย่างรวดเร็ว ทว่าเช่นเดียวกับแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดโรคเอดส์โดยรวม ประเทศไทยยังได้เปรียบจากการที่มีโครงสร้างบริการสาธารณสุขในการดูแลก่อนคลอดและหลังคลอดที่เข้มแข็ง อีกทั้งสามารถผลิตยาสามัญที่ใช้ต้านไวรัสภายในประเทศได้เอง ทั้งสองประการนี้เป็นเรื่อง que ประเทศอื่นยังไม่สามารถดำเนินการได้

ไม่ทันเป้า : ระบาดเปลี่ยน

(พ.ศ. 2547-)

การที่ประเทศไทยประสบความสำเร็จอย่างน่าทึ่งในการลดการระบาดของโรคเอดส์นั้นมาจากการเจาะจงเป้าหมายที่ลดการแพร่เชื้อเอชไอวีระหว่างหญิงบริการทางเพศและชายขอบที่เกี่ยวข้องส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยและจูงใจให้ชายลดการใช้บริการทางเพศ การจำกัดการแพร่เชื้อเอชไอวีในบริการทางเพศและการทำให้ผู้หญิงสามารถป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อเอชไอวีควรเป็นวัตถุประสงค์หลักในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของประเทศไทย วัยรุ่นจำนวนมากยังคงข้องเกี่ยวกับบริการทางเพศไม่ว่าจะเป็นผู้ค้าหรือลูกค้า และการค้าบริการทางเพศดำเนินไปอย่างไม่เปิดเผย ซึ่งการค้าบริการทางเพศแบบแฝงนี้อาจทำให้โรคเอดส์กลับมาแพร่ระบาดอย่างรุนแรงขึ้นอีกได้

ท่ามกลางแผนการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยกำลังเปลี่ยนไป เป็นโรคประจำถิ่นและการระบาดในกลุ่มประชากรแต่ละพื้นที่ที่มีความชุกต่างกันยิ่งกว่าทศวรรษที่ผ่านมา โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดในกลุ่มประชากรผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงหลายกลุ่มและกำลังคุกคามในกลุ่มเยาวชนทำให้เกิดกลยุทธ์ที่เคยได้ผลในต้นทศวรรษที่ 1990 ไม่เหมาะสมกับสถานการณ์อีกต่อไป

แลวัตร์ของการระบาด

ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 บริการทางเพศเป็นแหล่งใหญ่ที่ทำให้เกิดการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย (ประมาณร้อยละ 85 ของการติดเชื้อรายใหม่ในปี 2533 เกิดขึ้นระหว่างหญิงบริการทางเพศกับลูกค้าชายขอบที่เกี่ยวข้อง) ทว่าปัจจุบันการแพร่เชื้อทางอื่นเริ่มพบมากขึ้น อัตราการติดเชื้อยังคงมีความชุกสูงหลายกลุ่ม รวมทั้งกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดแบบฉีด ชายขอบชาย แรงงานอพยพเคลื่อนย้าย และคนเดินทะเล ที่น่าประหลาดใจก็คือพบการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่นที่ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์อย่างสม่ำเสมอและ/หรือกลุ่มวัยรุ่นที่ใช้ยาเสพติดชนิดที่มีได้ฉีดเข้าเส้น

ครั้งหนึ่งของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เกิดขึ้นระหว่างกลุ่มผู้ชายกับคู่ครองหรือแฟน การติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์ในบางพื้นที่ยังอยู่ในระดับสูง ซึ่งบอกให้รู้ว่าโรคเอดส์ยังคงแพร่ระบาดในกลุ่มประชาชนทั่วไป สะท้อนถึงความจำเป็นที่ต้องเร่งรัดตัดสินใจและขยายแนวการดำเนินงานป้องกันสู่ในทุกกลุ่มของประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

เผชิญความจริงเสียที

วัยหนุ่มสาว

การลดลงของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารเกณฑ์บอกให้รู้ว่าการให้ข้อมูลความรู้เริ่มได้ผลและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยเริ่มเป็นมาตรฐานพฤติกรรมของวัยรุ่น ทว่าข้อมูลใหม่ก็ทำให้รู้อีกด้วยว่าชายหนุ่มที่ใช้ถุงยางเป็นประจำเมื่อมีเพศสัมพันธ์ชั่วคราวนั้นมีสัดส่วนน้อยมาก ด้วยเข้าใจว่าตนนั้นไม่ได้เสี่ยงต่อการติดเชื้อแม้ว่าผู้ชายจะเกี่ยวข้องกับบริการทางเพศลดลงแต่กลับมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสหรือมีคู่นอนชั่วคราวเพิ่มขึ้น ซึ่งเป็นเรื่องใหม่และปัญหาใหม่

การศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าสัดส่วนนักเรียนชาย (อายุ 15-21 ปี) ที่เคยเกี่ยวข้องกับบริการทางเพศมีน้อย (ร้อยละ 7) โดยครึ่งหนึ่งนักเรียนทั้งหญิงและชาย บอกว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ จากการสำรวจพฤติกรรมตั้งแต่ปี 2539-2545 พบว่านักเรียนชายที่เคยมีประสบการณ์ทางเพศมีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้นในขณะที่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในเด็กกลุ่มนี้ค่อนข้างต่ำ (*ดูแผนภาพที่ 7.3 และ 7.4*) ในทำนองเดียวกันสาวไทยก็มีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์นอกสมรสมากขึ้นเมื่อเปรียบเทียบกับหญิงไทยสมัยก่อน

การวิจัยขั้นนี้ทำให้รู้ว่า เด็กส่วนใหญ่รู้ว่าโรคเอดส์ติดต่อได้อย่างไร ทำให้เข้าใจว่าการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องเอดส์ยังคงมีอยู่ ตัวอย่างเช่นเด็กนักเรียนเหล่านี้รู้ว่าการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่รู้จักป้องกันนั้นเกิดความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อ แต่ก็เชื่อมั่นว่าตนเองนั้นไม่เสี่ยง น้อยกว่าหนึ่งในสามของเด็กเหล่านี้เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นประจำกับคู่นอนชั่วคราว และเพียงน้อยกว่าหนึ่งในสิบที่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำ³² การดื่มสุราและในสารเสพติดในกลุ่มเด็กนักเรียนเป็นพฤติกรรมที่แพร่หลาย ที่น่าตกใจก็คือเด็กเหล่านี้หลายคนล้วนเคยผ่านการมีประสบการณ์ทางเพศแล้วเมื่อออกจากโรงเรียนคำมัธยฐานของอายุนักเรียนชายเมื่อเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือ 17 ปี และสำหรับนักเรียนหญิงเมื่ออายุ 18 ปี การวิจัยขั้นอื่นในจังหวัดเชียงใหม่ก็รายงานผลคล้ายคลึงกัน

ในความเป็นจริงแล้ว เยาวชนมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่เท่ากัน การศึกษาวิจัยหลายชิ้นในภาคเหนือพบว่าคนส่วนใหญ่คิดว่า

กรอบข้อความ 7.1 อันตรายที่เกิดจากความรู้น้อย

การรณรงค์ให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์ต่อสาธารณชนมิได้มีอยู่ทั่วไปคาดเดาได้ในช่วงครึ่งแรกของทศวรรษที่ 1990 อย่างไรก็ตาม ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ค่อนข้างดี จากการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับโรคเอดส์โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติในปี 2544 นั้นพบว่าประชาชนร้อยละ 98 รู้ว่าโรคเอดส์ติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์และมากกว่าร้อยละ 80 รู้ว่าโรคเอดส์ติดต่อได้จากการใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน (ดูตาราง 7.1).

ทว่าข่าวร้ายก็คือเกือบร้อยละ 20 ของกลุ่มประชากรที่สำรวจคิดว่าพวกเขาสามารถติดเชื้อได้จากการสัมผัสผู้ติดเชื้อ ความเชื่อที่ไม่ถูกต้องนี้แพร่หลายในกลุ่มวัยรุ่น ความรู้ความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนเกี่ยวกับโรคเอดส์ยังทำให้เกิดความหวาดกลัว รังเกียจกีดกัน และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงดำเนินต่อไปเหมือนคลื่นในไต้น้ำ³⁵

ตารางที่ 7.1 ร้อยละของประชาชนที่ทราบเกี่ยวกับการกระทำที่ทำให้ติดโรคเอดส์ในช่วงปี 2544

ความคิดเห็นเกี่ยวกับการกระทำที่ทำให้ติดเอดส์	ติด (%)	ไม่ติด (%)	ไม่แน่ใจ (%)	ไม่ตอบ (%)
มีเพศสัมพันธ์กับคูสมรสหรือคู่รักที่ติดเชื้อเอดส์ โดยไม่ใช่ถุงยางอนามัย	93.7	3.2	3.0	0.1
มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการทางเพศ โดยไม่ใช่ถุงยางอนามัย	93.5	1.4	5.0	0.1
มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่ไม่ใช่คูสมรสหรือคู่รัก โดยไม่ใช่ถุงยางอนามัย	82.6	4.6	12.7	0.1
ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้ติดยาเสพติด	84.9	4.7	10.2	0.2
การสักผิวหนัง หรือการเจาะหูด้วย เครื่องมือที่ไม่ผ่านการฆ่าเชื้อ	57.2	13.5	29.1	0.2
การได้รับเลือดจากสถานพยาบาล	29.5	32.4	37.9	0.2
การทำฟันในคลินิกพร้อมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	43.7	20.7	35.4	0.2
การกอดจูบผู้ติดเชื้อเอชไอวี	19.5	47.5	32.8	0.2
โดนยุงหรือสัตว์ที่กัดผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วมากัดตน	17.8	57.0	24.9	0.3
การใช้สิ่งของเครื่องใช้ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	11.4	54.7	33.7	0.2
การร่วมรับประทานอาหารกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	7.5	68.0	24.3	0.2
การใช้สระว่ายน้ำเดียวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	7.0	55.9	36.9	0.2
การอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	6.6	68.0	25.2	0.2

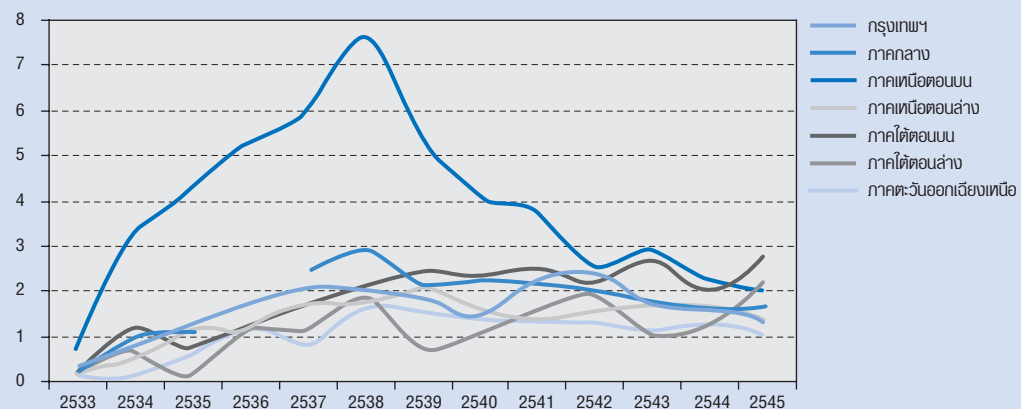
ที่มา : สำนักงานสถิติแห่งชาติ สำนักงานกฤษฎมนตรี รายงานผลการสำรวจความคิดเห็นของประชาชนเกี่ยวกับการประสาหมสัมพันธ์เรื่องเอดส์ ปี 2544

กรอบข้อความ 7.2 พลิกพันที่ภาคใต้

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่มาคลินิกรับฝากครรภ์มีแนวโน้มลดลงซึ่งยืนยันถึงผลสำเร็จในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยในปี 2545 ทั้งประเทศมีสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีประมาณร้อยละ 1.4 อัตราการติดเชื้อลดลงเล็กน้อยเมื่อเทียบกับปีที่ผ่านมา และสอดคล้องกับภาพรวมที่มีแนวโน้มลด

ภาคใต้เป็นภูมิภาคเดียวที่อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้น (ดูแผนภาพที่ 7.1) ในภาคใต้ตอนล่าง อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์เพิ่มขึ้นสองเท่าจากร้อยละ 1 ในปี 2543 เป็นร้อยละ 2 ในปี 2545 ทั้งนี้พบว่าแปดจากสิบจังหวัดในภาคใต้ (รวมทั้งจังหวัดสตูลในภาคใต้ตอนล่าง) มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีไม่น้อยกว่าร้อยละ 2 โดยจังหวัดนครศรีธรรมราชและจังหวัดภูเก็ตปรากฏรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์สูงเกินร้อยละ 3.5

แผนภาพที่ 7.1 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มสตรีมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ในช่วงปี 2533-2545



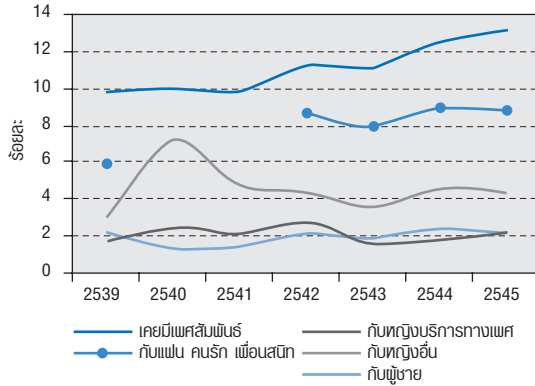
ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

กรอบข้อความ 7.3 สัญญาณพฤติกรรมเสี่ยง

จากการวิเคราะห์ข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มทหารเกณฑ์ นักเรียนชั้นมัธยม คนงานรับจ้าง และสตรีมีครรภ์ ของจังหวัดพะเยา ในเขตภาคเหนือตอนบน ซึ่งมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงมาตั้งแต่ต้นทศวรรษที่ 1990 พบว่าสัดส่วนการเกี่ยวพันเชิงบริการทางเพศของกลุ่มทหารเกณฑ์ที่แต่งงานแล้วสูงกว่าทหารเกณฑ์ที่ยังโสด อีกทั้งยังสูงกว่าสัดส่วนของทหารเกณฑ์ที่แต่งงานแล้วที่เกี่ยวข้องเชิงบริการจากสำรวจในสองปีก่อนหน้านี้ (เพิ่มเป็นร้อยละ 32 จากเดิมร้อยละ 18) ทั้งนี้ครึ่งหนึ่งของทหารเกณฑ์ที่เกี่ยวข้องเชิงบริการทางเพศต่างก็มีแฟนหรือคู่อุปการอยู่แล้ว

ทหารเกณฑ์เหล่านี้ใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้งหรือไม่ใช้เลยแล้วแต่ว่าคู่อุปการเป็นใคร ร้อยละ 40 ของทหารเกณฑ์ที่แต่งงานแล้วไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อใช้บริการทางเพศ ร้อยละ 80 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนและเพิ่มเป็นร้อยละ 95 ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับภรรยา เมื่อเปรียบเทียบกันแล้ว ทหารเกณฑ์ที่ยังโสดจะรอบคอบมากกว่าโดยมีเพียงร้อยละ 20 ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อเกี่ยวข้องเชิงบริการทางเพศ ถึงกระนั้นก็ยังมียุทธทหารเกณฑ์ที่ยังโสดอย่างน้อยสองในสามที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟน

แผนภาพที่ 7.2 ร้อยละของนักเรียนมัธยมชาย (ชั้น ม.5) ที่แจ้งว่าเคยมีประสบการณ์ทางเพศ ในช่วงปี 2539-2545



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีนาคม 2546

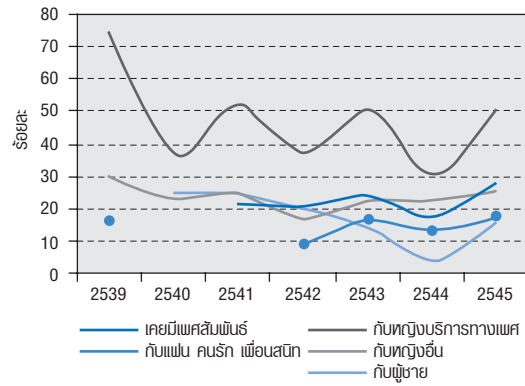
สามารถติดเชื้อจากการสัมผัส (เช่นการจูบแก้ม การดื่มน้ำแก้วเดียวกัน หรือการทำงานใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ) การวิจัยในกลุ่มนักเรียนหญิง (อายุ 15-21 ปี) ในจังหวัดเชียงใหม่พบว่าร้อยละ 80 ยังมีความเข้าใจคลาดเคลื่อนดังกล่าว

ดังนั้นจำเป็นต้องขยายขอบข่ายและปรับปรุงประสิทธิภาพการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ให้มีความครอบคลุมและเข้าถึงคนหนุ่มสาวโดยเฉพาะเยาวชนในวัยเรียน อีกทั้งมีความจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องเร่งป้องกันและให้ความรู้เกี่ยวกับเพศศึกษาแก่เยาวชนที่อยู่ในวัยเรียน ก่อนที่เยาวชนเหล่านี้จะเริ่มมีประสบการณ์ในเรื่องเพศ โดยควรเน้นให้มีการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น ลดจำนวนคู่นอน และมีความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์³³ อีกทั้งจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องให้วัยรุ่นโดยเฉพาะที่อยู่ในวัยเรียนสามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยได้มากขึ้น

ทั้งนี้ได้มีความพยายามที่จะผสมผสานเรื่องโรคเอดส์และเพศศึกษาเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรของโรงเรียนในการฝึกอบรมทักษะชีวิตให้แก่แก่นักเรียน ซึ่งจะช่วยให้เด็กและเยาวชนมีทักษะในการคิดวิเคราะห์และแก้ไขปัญหาได้อย่างถูกต้องเหมาะสม นับเป็นทศวรรษที่โรงเรียนมีการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์แก่เด็กนักเรียนในแต่ละชั้นเรียน โดยที่กรมการศึกษานอกโรงเรียนได้ผนวกข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์เข้าไปในหลักสูตรและฝึกทักษะชีวิตแก่เยาวชนนอกสถานศึกษา ขณะเดียวกันกรมวิชาการ กระทรวงศึกษาธิการก็ได้ผนวกเรื่องการพัฒนาทักษะชีวิตเข้าเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรการเรียนการสอนด้วยเช่นกัน

ยังไม่สามารถบอกได้ว่ามีโรงเรียนและสถาบันการศึกษาที่แห่งที่ดำเนินการปลูกฝังและเสริมสร้างทักษะชีวิตให้แก่แก่นักเรียน สำหรับโรงเรียนที่มีการฝึกทักษะชีวิตให้แก่แก่นักเรียนนั้นมีที่แห่งที่ดำเนินการอยู่ ทั้งนี้มีการศึกษาวิจัยน้อยมากที่ประเมินประสิทธิผลของ

แผนภาพที่ 7.3 ร้อยละของนักเรียนมัธยมชาย (ชั้น ม.5) ที่ใช้ถุงยางอนามัยในช่วงปี 2539-2545



การฝึกทักษะชีวิตในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของเด็ก ครูใหญ่ และครูประจำชั้นดูราวกับไม่ค่อยกระตือรือร้นที่จะผนวกทักษะชีวิตเข้าในระบบโรงเรียน ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากไม่สะดวกใจหรือขาดความเข้าใจแนวคิดเรื่องนี้เป็นได้

คาดว่าวิธีการป้องกันโรคที่ดำเนินการอยู่เข้าถึงคนหนุ่มสาวไม่ถึงร้อยละ 5 ขณะที่การรณรงค์สร้างความตระหนักแก่สาธารณชนเริ่มจางหายไป ยังขาดการให้ข้อมูลข่าวสารและความรู้ทั่วไปในเรื่องโรคเอดส์ต่อสาธารณชนอย่างเพียงพอจึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีความรู้ที่ตรงกับความต้องการของพฤติกรรมเสี่ยงในหมู่มนุษย์สาวในแต่ละพื้นที่ จำเป็นที่จะต้องลงทุนด้านการวิจัยทางด้านสังคมเพิ่มขึ้นเพื่อให้เข้าใจอย่างชัดเจนถึงพลวัตทางสังคมที่ซับซ้อนในหมู่วัยรุ่น ทั้งในเรื่องการใช้ยาและการติดเชื้อเอชไอวี

การคุ้มครองเด็กและเยาวชนให้ปลอดภัยจากโรคเอดส์ต้องพิจารณาจากสภาพความเป็นจริงทางสังคมและเศรษฐกิจที่เด็กเติบโตขึ้น ปัจจุบัน การดื่มสุราและการใช้ยาและสารเสพติดนำไปสู่การมีประสบการณ์ทางเพศ ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ดูกรอบข้อความ 7.7 และ 7.2)

ตัวอย่างเช่นการสำรวจนักเรียนมัธยมในจังหวัดสงขลาในปี 2542 พบว่าสองในสามของเด็กนักเรียนมัธยมที่เคยมีเพศสัมพันธ์มีพฤติกรรมดื่มสุราเป็นบางครั้ง เทียบกับเด็กอีกหนึ่งในสามที่ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์ การสำรวจเด็กนักเรียนมัธยมในจังหวัดพะเยาในอีก 2 ปีต่อมาปรากฏแบบแผนพฤติกรรมที่คล้ายคลึงกัน ควบคู่กับการเสพยาบ้า โดยหนึ่งในสี่ของนักเรียนที่เคยมีประสบการณ์ทางเพศจะเสพยาบ้าด้วยเช่นกัน แม้ว่าการใช้ยาบ้าจะมีได้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง แต่หากทำให้ผู้ใช้เกิดพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงยาบ้าจึงอาจเชื่อมโยงกับการแพร่เชื้อเอชไอวี

กรอบข้อความ 7.4 วิถีพุทธ

กระทรวงศึกษาธิการร่วมกับมหาเถรสมาคมได้ร่วมกันพัฒนาหลักสูตรเพื่อพัฒนาทักษะชีวิตแก่เด็กนักเรียนตามโครงการ โรงเรียน “วิถีพุทธ” โดยยึดหลักคำสอนของศาสนาพุทธมาใช้เพื่อปลูกฝังให้นักเรียนรู้จักคิดอย่างมีเหตุผล สามารถแก้ไขปัญหาและตอบสนองต่อสิ่งต่างๆ รวมทั้งสามารถตัดสินใจได้อย่างเหมาะสม ปัจจุบันมีโรงเรียนสมัครใจเข้าร่วมโครงการทั้งสิ้น 2,000 โรงเรียน

บริการทางเพศ

โดยที่ระดับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มบริการทางเพศสูงกว่าประชาชนทั่วไปและเป็นช่วงที่มีสัญญาณว่าการใช้ถุงยางอนามัยเริ่มลดลงในบางพื้นที่ ทำให้ประเทศไทยยังถูกคุกคามด้วยการแพร่เชื้อจากบริการทางเพศ

แม้ว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงบริการทางเพศ ลดเหลือประมาณร้อยละ 7 ถึงร้อยละ 12 ในปี 2545 ทว่าผู้ให้บริการทางเพศจำนวนมากได้ติดเชื้อแล้ว นอกจากนี้ แนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการยังแฝงด้วยความแตกต่างระหว่างภูมิภาค (ดังแสดงในแผนภาพที่ 7.4)

กรอบข้อความ 7.5 การป้องกันในโรงเรียน

การวิจัยในประเทศไทยและในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ ชี้ให้เห็นว่าการเน้นการป้องกันโรคเอดส์โดยใช้โรงเรียนเป็นฐานนั้นสามารถสร้างภูมิคุ้มกันโรคเอดส์ในหมู่เยาวชนได้อย่างดี

- **ทั้งผู้กำหนดแผนงานและครูจำเป็นต้องตระหนักว่าเด็กบางคนมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย** ครูจึงต้องเตรียมตัวที่จะให้ข้อมูลและสนับสนุนให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ผู้กำหนดแผนงานและครูควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ที่บางครั้งเยาวชนทั้งหญิงและชายอาจตกเป็นเหยื่อของการคุกคามทางเพศได้ จำเป็นต้องมีระบบการส่งต่อเยาวชนเหล่านี้ให้แก่นักจิตวิทยาแนะแนวหรือนักสังคมสงเคราะห์
- **กลยุทธ์ในการต่อรองหรือปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ควรคำนึงถึงพฤติกรรมหรือความเชื่อของวัยรุ่น** แบบฝึกหัดในห้องเรียนจะทำให้สามารถระบุสถานการณ์แวดล้อมที่ทำให้เด็กเกิดความสัมพันธ์ทางเพศได้ และช่วยให้เกิดการพูดจาเกี่ยวกับวิธีในการรับมือกับเหตุการณ์ดังกล่าวได้
- **นักเรียนอาจได้รับแรงกดดันจากเพื่อนเนื่องจากมีทัศนคติผิดๆ เกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้อื่น** การทดสอบสมมุติฐานเกี่ยวกับเรื่องเพศ รวมทั้งบรรทัดฐานในเรื่องความเป็นชาย ความเป็นหญิง และการนับถือตนเองช่วยให้นักเรียนตัดสินใจด้วยตนเองว่าเมื่อไรที่ควรมีเพศสัมพันธ์ การทดสอบเฉพาและการทำกิจกรรมช่วยให้นักเรียนเข้าใจและทนต่อแรงกดดันจากเพื่อน
- **ครูและผู้กำหนดหลักสูตรควรคำนึงว่านักเรียนนั้นมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และวิธีป้องกันไม่เท่ากัน** ครูมักทึกทักว่าเด็กนักเรียนรู้อย่างไรเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์และเพศสัมพันธ์ เด็กหลายคนก็คิดเช่นเดียวกัน ซึ่งในหลายครั้งเป็นสมมุติฐานที่ผิด
- **แผนงานป้องกันโรคเอดส์ ต้องสอนเด็กให้สามารถประเมินความเสี่ยงของตัวเองได้อย่างถูกต้อง** จากการศึกษาวิจัยชี้ให้เห็นว่าเยาวชนวัยเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่ไม่คิดว่าตนเองนั้นเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ครูและผู้ให้คำปรึกษา (หรือครูแนะแนว) จำต้องสอนให้เด็กรู้จักที่จะประเมินความเสี่ยงของตนเองโดยสามารถระบุถึงพฤติกรรมหรือสถานการณ์ที่เสี่ยง
- **แผนงานป้องกันโรคเอดส์จะต้องเอาใจใส่ในเรื่องความรังเกียจกีดกัน และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี** วิธีการสอนแบบมีปฏิสัมพันธ์จะช่วยให้นักเรียนเผชิญกับสถานการณ์ที่ตัวเด็กไม่สบายใจหรือไม่แน่ใจในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
- **แผนงานป้องกันโรคเอดส์จำเป็นต้องใส่ใจในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย** เยาวชนต้องรู้จักใช้ถุงยางอนามัยได้อย่างถูกต้องหากจะยึดหลักปฏิบัติการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เนื่องจากการยากที่พูดคุยเรื่องนี้ในห้องเรียน จึงต้องมีการเตรียมครูเป็นพิเศษเพื่อให้สามารถพูดคุยเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยและเรื่องที่เป็นส่วนตัวอื่นๆ กับนักเรียนได้

คัดแปลงจาก : Horizons et al. (2001) *Reducing HIV Infection Among Youth: What Can Schools Do?* Baseline data from Mexico, South Africa, and Thailand reveal complex picture of attitudes and behaviour among students available at <http://www.popcouncil.org/pdfs/horizons/schoolsbsln.pdf>.

กรอบข้อความ 7.6 เรียนรู้ที่จะเอาชนะโรคเอดส์

การศึกษาสามารถทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นได้หลายประการ ประการแรกการศึกษาสามารถให้ความรู้ สร้างทัศนคติและทักษะให้แก่เยาวชน รวมทั้งช่วยให้รู้จักป้องกันตัวเองจากการติดเชื้อเอชไอวี ประการที่สอง โรงเรียนสามารถปลูกฝังให้เยาวชนมีความเอื้ออาทรและเห็นใจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ท้ายที่สุดระบบการศึกษาเป็นช่องทางสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการดูแลและรักษาโรคเอดส์ (รวมทั้งในเรื่องการเข้าถึงบริการให้คำแนะนำปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และการแสวงหาคำแนะนำทางการแพทย์ที่เหมาะสม และความจำเป็นที่ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำของแพทย์) โอกาสต่างๆ เหล่านี้มีได้นำมาใช้อย่างเต็มที่ การป้องกันโรคเอดส์ หรือเรื่องการเสริมสร้างทัศนคติ ค่านิยมและทักษะชีวิต ซึ่งล้วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการป้องกันโรคเอดส์ยังไม่รวมเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรปกติ

องค์กรระหว่างประเทศหลายองค์กรรวมทั้งองค์กรเอกชนสาธารณะประโยชน์ได้ให้การสนับสนุนทั้งด้านวิชาการและด้านการเงินแก่กระทรวงศึกษาธิการเมื่อหลายปีที่ผ่านมาได้มีการพัฒนาและสื่อการเรียนการสอนเรื่องโรคเอดส์ อนึ่งการดึงกระทรวงศึกษาธิการให้ร่วมดำเนินงานด้านโรคเอดส์เป็นเรื่องที่มีลำดับความสำคัญสูง เพราะเป็นไปได้ว่าโครงการทดลองหรือกิจกรรมใหม่ที่เกิดขึ้นจะดำเนินงานเพียงชั่วระยะเวลาหนึ่งแทนที่จะเป็นส่วนหนึ่งของแผนยุทธศาสตร์เรื่องโรคเอดส์ของด้านการศึกษา ที่กำลังจัดทำอยู่และกำลังมีการทบทวนหลักสูตรและสื่อการเรียนการสอนเช่นเดียวกัน

ที่มา : ได้รับความเอื้อเฟื้อจาก องค์กรการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ

กรอบข้อความ 7.7 ความเสี่ยงสูง

ที่น่าประหลาดใจก็คือการพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดซึ่งมิได้เสพด้วยวิธีฉีดเข้าเส้น การวิจัยในกลุ่มผู้เข้ารับการรักษาบำบัดที่สถาบันธัญญารักษ์พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้สารกระตุ้นประสาทกลุ่มแอมเฟตามีน (เช่นยาบ้า) เพิ่มจากร้อยละ 1.5 ในปี 2538 เป็นร้อยละ 7.6 ในปี 2541 ก่อนที่จะลดลง อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้เสพยาประมาณร้อยละ 10 และในกลุ่มผู้เสพสุราประมาณร้อยละ 5-7 ในช่วงปี 2539-2544 ซึ่งการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยเมื่อมีเมามาจากการใช้ยาหรือดื่มสุรานั้นจะเป็นสาเหตุหลักที่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 7.2 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ณ สถาบันธัญญารักษ์ในช่วงปี 2535-2544

ชนิดของยาและวิธีเสพ	อัตราการติดเชื้อ									
	2535	2536	2537	2538	2539	2540	2541	2542	2543	2544
กัญชา	-	2.6	4.5	6.3	9.5	10.4	10.0	7.7	3.1	9.5
เครื่องดื่มแอลกอฮอล์	2.2	4.0	2.1	2.3	5.0	6.1	7.2	5.8	2.3	5.7
สารระเหย	0	7	4	2.5	5.3	7.8	14.6	8.0	4.8	6.5
สารกระตุ้นประสาท	0	0	0	1.5	3.4	5.5	7.6	4.9	3.6	3.6

ที่มา : สถาบันธัญญารักษ์ กระทรวงสาธารณสุข

กรอบข้อความ 7.8 ผู้หญิงก็เสี่ยง

เกือบหนึ่งในสามของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้หญิง และดูราวกับว่าผู้หญิงส่วนใหญ่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างต่ำ อย่างไรก็ตามคาดว่าครึ่งหนึ่งของผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้หญิงโดยส่วนใหญ่รับเชื้อจากสามีหรือแฟน บัจัยหนึ่งที่ทำให้ผู้หญิงเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีนั้นเนื่องมาจากการใช้ความรุนแรงต่อสตรี การศึกษาในปี 2543 พบว่าร้อยละ 40 ของผู้หญิงกลุ่มตัวอย่างที่ทำการสำรวจถูกทำร้ายร่างกายหรือถูกทารุณกรรมทางเพศโดยคู่ครอง ซึ่งภายใต้สถานการณ์เหล่านี้จึงแทบจะไม่มีใครใช้ถุงยางอนามัยเลยก็ว่าได้ อีกทั้งการขู่ที่จะทำร้ายทำให้ผู้หญิงไม่สามารถต่อรองให้มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้ บัจัยเสี่ยงอีกประการหนึ่งก็คือความคาดหวังของผู้ชายทั่วไปที่ว่าผู้หญิงจะยังคง “ไร้เดียงสา” ในเรื่องเพศตั้งแต่นั้นจึง “เซลา” ในเรื่องเพศศึกษา (ซึ่งบ่งชี้ว่า รวมถึงความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วย) ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงจะไม่ลดน้อยลงจนกว่าผู้หญิงและเด็กจะได้รับและใช้ความรู้เกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์และเพศสัมพันธ์

ผู้หญิงยังต้องเผชิญกับความท้าทายประการอื่นที่เกิดจากโรคเอดส์ นั่นคือหากติดเชื้อเอชไอวีผู้หญิงต้องเผชิญกับการถูกรังเกียจและถูกเลือกปฏิบัติ ในขณะที่การการดูแลในระดับครอบครัวและชุมชนล้วนแบกรับโดยผู้หญิง เนื่องจากโครงสร้างบริการสาธารณะขั้นพื้นฐานในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีจัดว่าเป็นเรื่องฟุ่มเฟือยในหลายภาคของประเทศ ภาระการดูแลผู้ป่วยอีกทั้งความเสี่ยงต่อการติดเชื้อหรือภาวะในการดูแลครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ผู้หญิงและเด็กหญิงต้องแบกรับนี้สะท้อนถึงความจำเป็นที่นโยบายการจัดการปัญหาแพร่ระบาดของโรคจะต้องละเอียดอ่อนในความแตกต่างระหว่างเพศ

ที่มา : UNIFEM 2004

กรอบข้อความ 7.9 เก้า เก่ง และปลอดภัยแม่หรือ

หญิงบริการทางเพศที่มีอายุมากน่าจะยิ่งมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยกว่าจริงหรือ บางคนคิดเช่นนั้นเพราะเห็นว่าหญิงบริการทางเพศเหล่านี้อาจเคยได้รับความรู้เรื่องเอดส์หรือเคยร่วมกิจกรรมรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ในช่วงที่โครงการถุงยางอนามัย 100% เฟื่องฟู ถึงกระนั้นการศึกษาวิจัยในกลุ่มหญิงบริการทางเพศในสี่จังหวัด (เช่นกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และแม่ฮ่องสอน) ให้ผลต่างจากที่เข้าใจกัน

เป็นที่รู้กันว่าผู้ชายทั่วไปจะชอบมีความสัมพันธ์กับหญิงที่อายุน้อย โดยมีโชครณีการค้าบริการเท่านั้น เป็นเหตุให้หญิงบริการทางเพศที่มีอายุแม้จะรู้เรื่องเอดส์เป็นอย่างดีแต่ไม่สามารถจะต่อรองให้ลูกค้าใช้ถุงยางอนามัยได้เพราะมีแขกในแต่ละวันน้อยกว่าหญิงบริการทางเพศที่ยังสาว จึงมีแนวโน้มที่จะละเลยการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อชกแจงลูกค้าที่ยังลึกลับใจอยู่ ในทางกลับกันหญิงบริการทางเพศที่สาวกว่าหรือที่เป็นที่นิยมของลูกค้าอยู่ในฐานะที่ได้เปรียบในการต่อรองเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย

ดัดแปลงจาก : Buckingham R. & Meister E. (2003)

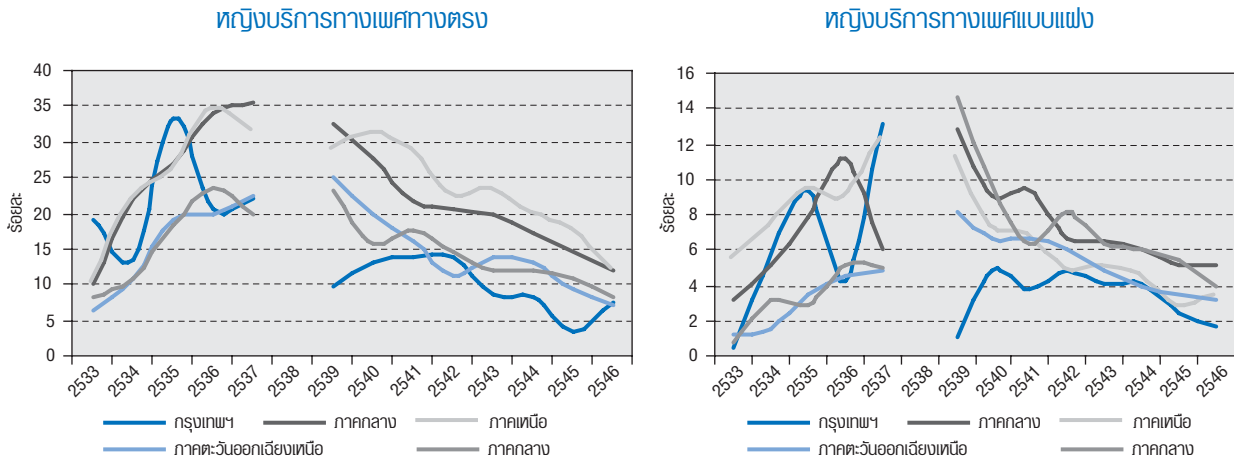
ตัวอย่างเช่นในปี 2546 ภาวะการติดเชื้อเอชไอวีที่พบในหญิงบริการทางเพศทางตรงในภาคเหนือและภาคกลางมีอัตราสูงกว่าที่พบในกรุงเทพมหานคร หรือภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคใต้ ในขณะที่พบความชุกของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงในกลุ่มหญิงบริการทางอ้อมในภาคกลางและภาคใต้

แม้ว่าโครงการถุงยางอนามัย 100% จะยังคงดำเนินงานอยู่ แต่อาจไม่เข้มข้นเท่าสิบปีที่ผ่านมาซึ่งไม่แน่ว่าจะยังคงส่งผลจนถึงปัจจุบันหรือไม่

การศึกษาสถานบริการในเขตกรุงเทพมหานครพบว่าร้อยละ 89 ของหญิงบริการทางเพศใช้ถุงยางอนามัยลดลงจากร้อยละ 96 ในปี 2543 ทว่าการวิจัยฉบับอื่นพบผลที่แยกว่านี้ การศึกษาในหญิงบริการทางเพศจำนวนน้อยรายในสี่จังหวัด (ซึ่งรวมกรุงเทพฯ และ เชียงใหม่) พบว่าหญิงบริการทางเพศเหล่านี้ใช้ถุงยางอนามัยประมาณร้อยละ 51 ของจำนวนครั้งที่มิเพศสัมพันธ์ โดยส่วนใหญ่จะใช้เมื่อมีลูกค้าเป็นชาวต่างชาติ³⁴ และเพียงหนึ่งในสี่ของชายไทยที่ชอบเที่ยวที่ใช้ถุงยางอนามัย แสดงว่าการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในทางที่ดีขึ้นในช่วงทศวรรษที่ 1990 กำลังจางหายไป ทั้งที่ความชุกของการติดเชื้อยังมีอยู่ในอัตราสูง ดังนั้นความเสี่ยงของการแพร่เชื้อเอชไอวีจากบริการทางเพศจึงยังคงมีอยู่

การค้าบริการทางเพศได้เปลี่ยนรูปแบบจากการค้าบริการตามสถานบริการทางเพศ เป็นการค้าบริการแฝงและสถานที่ซึ่งมิได้ถูกควบคุมอย่างเข้มงวดเช่นบาร์ ไนต์คลับ ร้านอาหาร และโรงแรม เป็นต้น ยิ่งไปกว่านั้นจำนวนแรงงานสตรีอพยพที่เพิ่มจำนวนขึ้นซึ่งหลายคนมาจากพม่ากำลังถูกดึงหรือถูกบังคับให้เข้าสู่การค้าบริการทางเพศ จึงน่าสงสัยว่าแผนงานที่เน้นส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มหญิงบริการ “ทางตรง” จะเหมาะกับสถานการณ์นี้หรือไม่ (ดูแผนภาพที่ 7.11) การรณรงค์ป้องกันให้ได้ผลและเข้าถึงหญิงบริการทางเพศแบบแฝงเหล่านี้จึงเป็นเรื่องที่ท้าทายอย่างยิ่ง เพราะเจ้าของหรือผู้จัดการของสถานประกอบการมักจะไม่ยอมรับว่ามีการค้าทางเพศในสถานบริการของตนด้วย การศึกษาวิจัยเมื่อเร็วๆ นี้ระบุว่าเจ้าของหรือผู้จัดการของสถานประกอบการร้อยละ 44 ปฏิเสธว่ามีการค้าบริการทางเพศ ร้อยละ 50 ของสถานบริการเหล่านี้ไม่มีมาตรการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และร้อยละ 30 ไม่สนับสนุนให้หญิงบริการไปตรวจหรือรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์³⁵

แผนภาพที่ 7.4 อัตราการติดเชื้อในกลุ่มหญิงบริการทางเพศทางตรงและหญิงบริการทางเพศแบบแฝงในช่วงปี 2533-2546



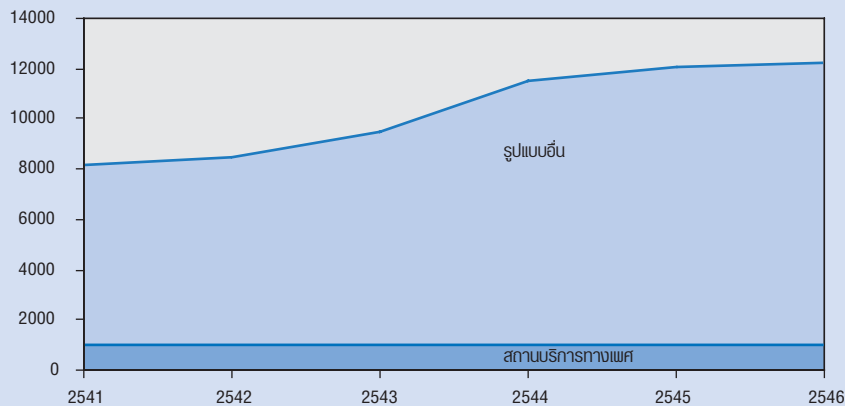
ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

กรอบข้อความ 7.10 หญิงบริการทางเพศมีจำนวนที่คน

ประเทศไทยมีหญิงบริการทางเพศที่คน ไม่มีใครตอบได้แต่มีผู้ประมาณการไว้ว่าไม่ต่ำกว่าหนึ่งแสนคน หรือเปลืองๆ อาจถึงสองแสนคน และอาจเพิ่มจำนวนขึ้นด้วย กองกามโรคเคยแจ้งนับสถานบริการทางเพศและจำนวนหญิงบริการมาเป็นระยะเวลาหนึ่ง โดยจากการสำรวจพบว่าจำนวนสถานบริการทางเพศเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 50 ระหว่างปี 2541-2546 คือเพิ่มจาก 8,000 แห่งในปี 2541 เป็นมากกว่า 12,200 แห่งในปี 2546 การเพิ่มขึ้นนี้มาจากการเพิ่มจำนวนของสถานบริการทางเพศแบบแฝง

ที่มา : Ruksakulkarn, 1991; Chantcharas et al., 1992, and Traisupa, 1990

แผนภาพที่ 7.5 จำนวนสถานบริการทางเพศจำแนกตามรายภาคในช่วงปี 2541-2546



ที่มา : การสำรวจของกองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ความจริงที่ถูกมองข้ามก็คือหญิงบริการทางเพศเองก็มีเพศสัมพันธ์กับผู้ที่มีไข้ลูกค้ำ เช่นกับคูครองหรือเพื่อน ซึ่งไม่ค่อยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การประเมินผลโครงการถุงยางอนามัยในปี 2540 พบว่าหญิงบริการทางเพศเพียงร้อยละ 60 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ทำให้มีโอกาสที่จะแพร่เชื้อต่อได้มาก³⁷ ในทำนองเดียวกันชายขอบเที่ยวก็มักจะไม่ค่อยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคนรักหรือแฟน ทำให้การแพร่เชื้อเอชไอวีจากชายที่เป็นลูกค้ำหญิงบริการทางเพศไปสู่คูครองหรือแฟนของตนยังคงมีอยู่ขณะที่ประเทศไทยสามารถลดการติดเชื้อระหว่างหญิงบริการและชายขอบเที่ยวลงได้อย่างมีประสิทธิภาพ การป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์กลับไม่มีประสิทธิภาพเท่าที่ในกรณีความสัมพันธ์ที่มีใช้บริการทางเพศ

เรื่องที่มีลำดับความสำคัญสูงจึงควรเป็นการขยายการดำเนินงานเดิมและเริ่มกิจกรรมใหม่ๆ เพื่อป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มหญิงบริการแบบแฝง การหลังไหลของแรงงานอพยพจากประเทศเพื่อนบ้านเข้าสู่ธุรกิจบริการทางเพศก็นับเป็นอีกเรื่องที่ทำหาย หญิงบริการทางเพศจากประเทศเพื่อนบ้านซึ่งส่วนหนึ่งอาจลักลอบเข้าเมืองโดยผิดกฎหมายนี้เป็นกลุ่มที่เสี่ยงอย่างยิ่งต่อการรับและแพร่เชื้อเอชไอวีด้วยเหตุที่กลุ่มเหล่านี้จะหวาดกลัวว่าจะถูกเนรเทศถ้าติดต่อกับเจ้าหน้าที่ทำให้เข้าไม่ถึงบริการป้องกันและควบคุมโรค

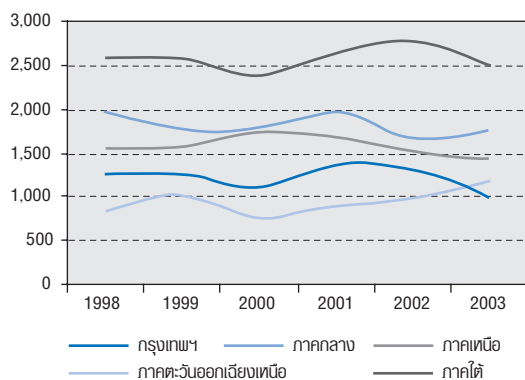
กรอบข้อความ 7.11 การบริการทางเพศแบบแฝง : เป้าไม่ถึง

เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงบริการทางเพศทางตรงแล้ว หญิงบริการทางเพศแบบแฝงเป็นเสมือนหนึ่งเป้าที่ไม่ถึง เพราะจะเจอลูกค้าและตกลงนัดหมายกันที่บาร์ หรือร้านอาหาร แล้วจึงพากันไปต่อที่อื่น อีกทั้งเจ้าของหรือผู้จัดการมักปฏิเสธว่าสถานประกอบการของตนค้าบริการทางเพศ และไม่ค่อยเต็มใจที่จะให้ความร่วมมือในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ ทั้งหญิงบริการทางเพศแบบแฝงเหล่านี้ก็ไม่ได้ให้ความร่วมมือ จึงยากที่จะนำกิจกรรมและบริการเช่นที่ให้แก่หญิงบริการทางเพศทางตรงมาใช้กับหญิงบริการทางเพศแบบแฝงเหล่านี้

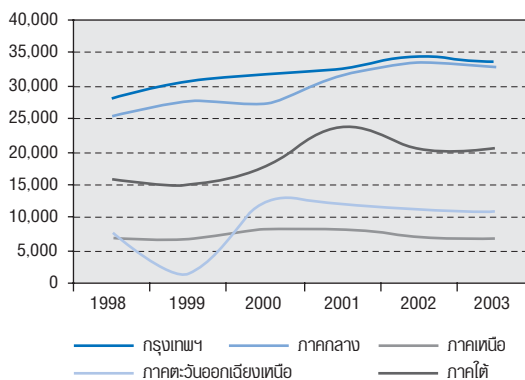
ยุทธศาสตร์ที่ใช้อย่างยึดตามแนวทางของโครงการถุงยางอนามัย 100% อย่างไรก็ตามการจัดการจัดบริการเชิงรุก เช่น การให้หญิงบริการเป็นผู้ให้ความรู้และข้อมูลข่าวสารเรื่องโรคเอดส์แก่หญิงบริการด้วยกัน การสร้างเครือข่ายและอาศัยความเชื่อถือไว้วางใจซึ่งกันและกันน่าจะเหมาะกว่า ในสภาวะการณ์ที่รูปแบบการค้าบริการทางเพศได้เปลี่ยนแปลงไปคาดว่าหญิงบริการทางเพศแบบแฝงน้อยกว่าร้อยละ 20 เข้าถึงแผนงานเชิงรุกนี้

ที่มา : สำนักงานองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ

แผนภาพที่ 7.6 จำนวนหญิงบริการทางเพศในสถานบริการทางเพศจำแนกตามรายภาค ในช่วงปี 2541-2546



แผนภาพที่ 7.7 จำนวนหญิงบริการทางเพศแบบแฝงในสถานบริการทางเพศและสถานบันเทิงในรูปแบบต่างๆ ในช่วงปี 2541-2546



ที่มา : การสำรวจโดยกองงานโรค ควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น

ประมาณหนึ่งในสี่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เป็นการติดเชื้อเอชไอวีโดยผ่านทางการใช้ยาเสพติด และสัดส่วนน่าจะเพิ่มเป็นร้อยละ 40 ในอีกไม่กี่ปีข้างหน้า เนื่องจากผู้ใช้ยาเสพติด (ซึ่งประมาณร้อยละ 90 เป็นผู้ชาย) อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ และเช่นเดียวกับชายทั่วไป บางคนซื้อบริการทางเพศ ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดและหญิงบริการทางเพศ หรือกับหญิงคนรักโดยเฉพาะหากไม่มีการป้องกัน (ดูแผนภาพที่ 7.8)

การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดสูงถึงร้อยละ 51 ในกรุงเทพฯ และภาคกลาง อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในภาคใต้ก็ไม่แตกต่างกันมากนัก การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด ซึ่งจากการศึกษาพบว่าผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นในภาคใต้ กว่าครึ่งที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันโดยไม่ได้ตระหนักหรือระมัดระวังว่าผู้ใช้เข็มฉีดยานั้นติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่³⁸ ยังไม่มีการคิดหาแนวทางการดำเนินงานที่ปฏิบัติได้จริงมาใช้กับกลุ่มผู้ติดยาเสพติดเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มหญิงบริการทางเพศซึ่งมีสถานภาพที่ผิดกฎหมายเหมือนกัน แต่ผู้ติดยาเสพติดยังคงถูกสังคามรังเกียจ และมักถูกจับดำเนินคดีและต้องโทษ

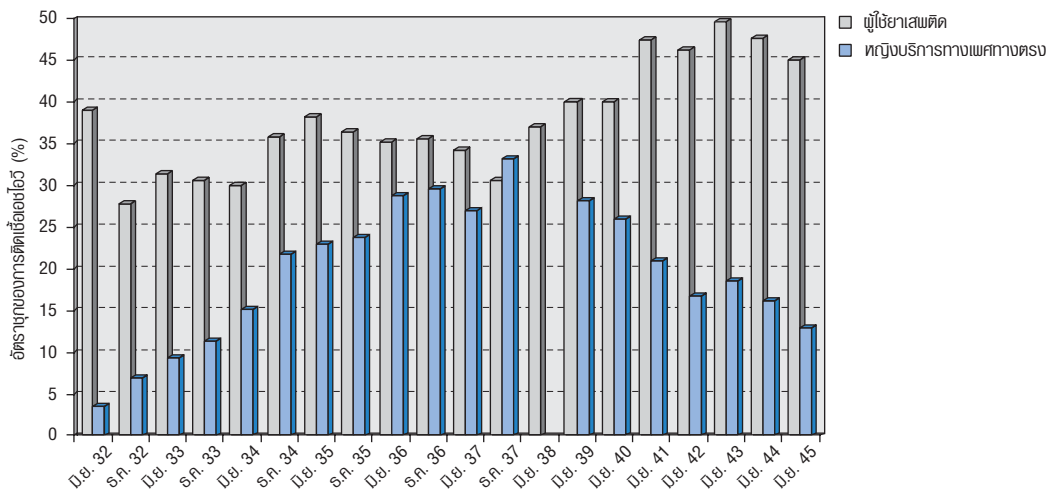
เนื่องจากผู้ติดยาเสพติดส่วนใหญ่ยังคงอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ทำให้เกิดการแพร่เชื้อเอชไอวีต่อไปยังกลุ่มอื่นด้วย ตัวอย่างเช่นในกลุ่มทหารเกณฑ์ที่ประวัติการติดยาพบว่ากว่าร้อยละ 95 ที่มีเพศสัมพันธ์³⁹

ปรากฏการณ์การระบาดจากกลุ่มหนึ่งไปสู่อีกกลุ่มหนึ่งนั้น เริ่มปรากฏให้เห็นในช่วงทศวรรษที่ 1990 ที่เชื้อไวรัสสายพันธุ์ซึ่งแต่เดิมพบเฉพาะในกลุ่มกลับพบข้ามกลุ่ม เช่นไวรัสที่พบในกลุ่มหญิงบริการทางเพศนั้นคือสายพันธุ์ E ในขณะที่ผู้ติดยาจะพบสายพันธุ์ B แต่ในช่วงหลังกลับพบสายพันธุ์ E ในกลุ่มผู้ติดยาด้วย ซึ่งแสดงว่าได้มีการติดเชื้อเอชไอวีจากกลุ่มหญิงบริการทางเพศไปสู่ผู้ใช้ยาเสพติด ดังนั้นการดำเนินมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคจึงไม่เพียงแต่มุ่งเน้นการป้องกันในกลุ่มผู้ติดยา แต่ต้องรณรงค์ในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยควบคู่ไปด้วย โดยควรดำเนินงานในลักษณะที่เป็นองค์รวม

ความพยายามในการจัดการกับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดเริ่มตั้งแต่ปี 2532 โดยการให้การบำบัดผู้ติดยาในคลินิกและโรงพยาบาลจิตเวช โดยการให้ยาเมธาโดน (Methadone) ทดแทนยาเสพติด และการให้นำยาฆ่าเชื้อ รวมทั้งคู่มือในการฆ่าเชื้อเข็มฉีดยา ส่วนใหญ่มาตรการเหล่านี้ก็ยังคงจำกัดอยู่เฉพาะในกรุงเทพฯ เป็นเวลานานนับทศวรรษ ข้อจำกัดที่สำคัญก็คือขาดงบประมาณสนับสนุนและไม่มีโครงการเชิงรุกที่จะกระตุ้นให้ผู้ติดยามารับการบำบัดอย่างต่อเนื่องได้

กระทรวงสาธารณสุขพยายามที่จะแก้ระเบียบกฎเกณฑ์ที่เป็นอุปสรรคต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยา ที่สำเร็จเป็นรูปธรรมคือการขยายเวลาการบำบัดจาก 45 วันเป็น 1-2 ปี และขณะนี้โรงพยาบาลทุกแห่งต้องมีบริการบำบัดผู้ติดยาด้วย แต่ข้อจำกัดคือบริการของโรงพยาบาลมีลักษณะตั้งรับ ไม่สามารถเข้า

แผนภาพที่ 7.8 เปรียบเทียบอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดและหญิงบริการทางเพศทางตรงในประเทศไทยในช่วงปี 2532-2545



ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข

กรอบข้อความ 7.12 เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติด

เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติด ได้ให้ความเห็นว่า นโยบายสงครามต่อสู้กับยาเสพติดเป็นแนวทางที่ไม่น่าจะถูกต้อง และทำให้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้น เครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติดได้เรียกร้องให้รัฐลดมาตรการในการลงโทษ แต่เพิ่มมาตรการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เช่น การลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด การแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาให้เข้าถึงผู้ติดยามากขึ้น ซึ่งกลุ่มผู้ติดยาอาจจะไม่ได้รับข้อมูลที่ช่วยให้เข้าใจวิธีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี

กองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรคและมาลาเรีย ได้ให้การสนับสนุนการดำเนินงานของเครือข่ายผู้ติดยาในปี 2546 เป็นเงิน 1 ล้านเหรียญระยะเวลา 3 ปีในกิจกรรมดำเนินงานโดยกลุ่มเพื่อน เช่น การอบรม การให้การศึกษา กิจกรรมในเรือนจำ การตรวจหาเชื้อเอชไอวี การวิ่งเต้นให้ปรับเปลี่ยนนโยบายเป็นต้น กิจกรรมของโครงการรวมถึงการจัดตั้งสถานที่ขึ้น 2 แห่ง สำหรับการจัดกิจกรรมเชิงรุกให้เข้าถึงผู้ติดยาและการให้การศึกษาและกิจกรรม การเพิ่มศักยภาพของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ตำรวจ เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์และเจ้าหน้าที่ให้การดูแลผู้ติดยาให้มากยิ่งขึ้น

ถึงชุมชนได้และเข้าถึงผู้ติดยาได้อย่างทั่วถึง ซึ่งทำให้ไม่สามารถใช้ประโยชน์ได้อย่างเต็มที่ในการป้องกันโรคเอดส์ ในขณะที่การดำเนินงานโดย กรุงเทพมหานครมีการเชื่อมโยงกับชุมชนโดยเฉพาะกับศูนย์บริการสาธารณสุขชุมชนที่มีกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยา ทำให้ผลของการดำเนินงานได้รับผลสำเร็จด้วยดีในการควบคุมการระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาดังนั้นกรุงเทพมหานครได้สร้างเครือข่ายระหว่างสถานบริการสาธารณสุขชุมชนในการให้บริการทั้งการบำบัด พิ้นฟู และการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดยา

การดำเนินงานในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดมักจะเป็นโครงการย่อยๆ ที่ดำเนินงานโดยองค์กรเอกชน โดยพยายามที่จะให้ความรู้แก่ผู้ใช้ยาเสพติดเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เช่น โครงการนำร่องในการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาในกลุ่มชาวอาข่าในภาคเหนือ ซึ่งเริ่มในช่วงทศวรรษที่ 1990 และโครงการป้องกันโรคเอดส์และดูแลผู้ติดเชื้อในกลุ่มชาวเขาในภาคเหนือ และโครงการการลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด ในอำเภอแม่จัน ซึ่งมาตรการหลักคือบริการการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยา และให้ยาเมธาโดน ให้แก่ชาวเขาใน 9 หมู่บ้านในจังหวัดเชียงราย เครือข่ายอาเซียนเพื่อลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด (Asian Harm Reduction Network) ได้ผลิตด้านเอกสารเกี่ยวกับโรคเอดส์และการใช้ยาเสพติด

โครงการขององค์กรเอกชนเหล่านี้มักจะไม่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ การป้องกันในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดจึงไม่เพียงพอและครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายน้อยมาก การสำรวจล่าสุดพบว่าประมาณร้อยละ 50 ของผู้ใช้ยาเสพติดเท่านั้นที่ได้รับบริการการลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดอย่างครบถ้วนสมบูรณ์

มาตรการเพื่อแก้ปัญหาผู้ติดยาที่ผ่านมามุ่งจำกัดด้านอุปทานเป็นหลัก โดยการปราบปรามการค้าและการเสพยาควบคู่กับการรณรงค์ทางสื่อมวลชน ทำให้ผู้ติดยาโดยเฉพาะการใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นมีสถานะเป็นพวก “นอกคอก”⁴⁰ ซึ่งเป็นการสร้างบรรยากาศของความกลัวและยังทำให้ผู้ติดยาไม่กล้าเปิดเผยตัวมากยิ่งขึ้น และทำให้การทำงานเชิงรุกเข้าหาผู้ติดยาทำได้ยากขึ้น อีกทั้งกระทบต่อการป้องกันโรคเอดส์โดยรวมไปด้วย

ประเทศไทยมีโอกาสที่จะล้าหน้าในประเทศในภูมิภาคเอเชีย โดยการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาและกลุ่มชายขอบชายอื่นๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยดูจากตัวอย่างความสำเร็จของภูมิภาคอื่นๆ เช่น แคนาดาในทวีปอเมริกาเหนือ บราซิลในอเมริกาใต้ และออสเตรเลียในเอเชียและแปซิฟิก ในการใช้มาตรการลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดในการลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในขณะที่เดียวกันไม่ได้นำไปสู่การเสพยาเพิ่มขึ้นและการที่การใช้สารเสพติดเป็นการผิดกฎหมาย ไม่น่าจะเป็นอุปสรรคต่อมาตรการดังกล่าว เพราะไทยประสบความสำเร็จในโครงการรณรงค์ยามัย 100% ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศ ซึ่งมีสถานะที่ผิดกฎหมายเช่นกัน ซึ่งได้พิสูจน์ให้เห็นว่ามาตรการที่มีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัตินำไปสู่ผลสำเร็จอย่างงดงามในการป้องกันการระบาดของโรค

กรอบข้อความ 7.13 พิศวงจากภาคใต้

การศึกษาถึงปัจจัยด้านสังคม วัฒนธรรมต่อการใช้ยาเสพติดในประเทศไทยมีน้อย ทั้งๆที่มีข้อมูลที่บ่งชี้ว่ามีความแตกต่างระหว่างอัตราการใช้ยาเสพติด และรูปแบบของการใช้ยาเสพติดระหว่างพื้นที่ต่างๆในประเทศไทย ตัวอย่างหนึ่งของความแตกต่างที่ต้องการความเข้าใจเพิ่มเติมคือการใช้ยาเสพติดในพื้นที่ชายแดนภาคใต้ ที่มีการใช้เฮโรอีนมานานหลายทศวรรษ แต่รูปแบบการใช้ระหว่างไทยและมาเลเซียแตกต่างกัน ผู้ใช้ยาในไทยร้อยละ 80 ใช้การฉีดเข้าเส้น ในขณะที่ในมาเลเซียมีเพียงร้อยละ 20 เท่านั้น⁴⁴

ประเทศไทยเริ่มมีสัญญาณในทางที่ดีที่จะแสดงบทบาทในเรื่องนี้มากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้การสนับสนุนกิจกรรมการลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด มีข้อเสนอให้คณะทำงานระดับชาติ เรื่องการลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด (ซึ่งประกอบด้วยภาครัฐ องค์กรเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ และเครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติด) ทำหน้าที่เป็นคณะอนุกรรมการเรื่องการลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด ภายใต้คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ อีกทางเลือกหนึ่งก็คือดึงเอาสำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และหน่วยงานภายใต้กระทรวงยุติธรรมเข้ามามีส่วนร่วมในการวางแผนและการดำเนินงานด้านการลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติดที่ดำเนินงานโดยกระทรวงสาธารณสุขมากยิ่งขึ้น⁴²

ผู้ต้องขัง

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของนักโทษคาดว่าจะสูงกว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรทั่วไป ส่วนหนึ่งเป็นเพราะนักโทษส่วนใหญ่คือผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยเฉพาะผู้ใช้ยาเสพติด จากการศึกษาพบว่าตัวเลขอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำสูง เช่นในเรือนจำสหรัฐบางแห่งพบร้อยละ 20 และร้อยละ 14 ในประเทศบราซิล⁴³

ผู้ต้องขังส่วนใหญ่เป็นผู้ต้องคดีเกี่ยวกับยาเสพติด และเมื่อรัฐบาลประกาศสงครามกับยาเสพติด สัดส่วนผู้ต้องขังด้วยคดียาเสพติดยิ่งน่าจะสูงขึ้นไปอีก ข้อมูลจากการศึกษาล่าสุดประมาณว่าสองในสามของผู้ต้องขังจำนวน 220,000 คน ต้องคดีเกี่ยวกับยาเสพติด⁴⁴ เรือนจำจึงเป็นที่ทำให้เครือข่ายผู้ติดยามาพบกัน ทำให้เชื้อเอชไอวีแพร่ระบาดจากกลุ่มหนึ่งไปสู่อีกกลุ่มหนึ่งซึ่งอาจเป็นกลุ่มที่มีอัตราการติดเชื้อต่ำ

ความเสี่ยงของเรือนจำต่อการระบาดของโรคเอดส์เริ่มส่งสัญญาณตั้งแต่ปี 2534 เมื่อพบอัตราการติดเชื้อในกลุ่มนักโทษชายสูงถึงร้อยละ 12 ใน 20 จังหวัด⁴⁵ แต่เมื่อการบังคับตรวจเลือดถูกยกเลิกไปในปี 2543 ทำให้ขาดข้อมูลอัตราการติดเชื้อในกลุ่มนักโทษที่จะทำให้เกิดถึงปัญหาในเรือนจำได้ นอกจากนี้ตัวชี้วัดทางอ้อมที่ใช้ คืออัตราการต้องโทษของคดีเสพยาโรฮีนที่ลดลง ทำให้ตีความไปว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำลดลงไปด้วย

ตัวชี้วัดหนึ่งที่บ่งบอกว่าการเสพยาเสพติดในเรือนจำยังคงมีอยู่คือ การศึกษาในเรือนจำกลางคลองเปรม พบว่าร้อยละ 25 ของนักโทษติดเชื้อเอชไอวี⁴⁷ ครั้งหนึ่งของนักโทษใช้ยาเสพติดอย่างสม่ำเสมอและร้อยละ 70 ของผู้ใช้ยาเหล่านี้เสพยาเมื่ออยู่ในเรือนจำ เกือบทั้งหมดของนักโทษที่ใช้ยาเสพติด ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน (ร้อยละ 95) ในเรื่องเพศสัมพันธ์กลุ่มนี้ก็มีพฤติกรรมเสี่ยงก่อนที่จะถูกต้องขังเช่นกัน โดยร้อยละ 95 ไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

ปัจจัยเสี่ยงในเรือนจำเกิดขึ้นได้เหมือนที่เกิดขึ้นในเรือนจำในประเทศอื่นๆ ถึงแม้ในเรือนจำบางแห่งจะมีถุงยางอนามัยให้เมื่อร้องขอจากสถานบริการสุขภาพของเรือนจำก็ตาม แต่การขอรหัสขออนามัยต่ำมาก ซึ่งทำให้เข้าใจหรือแปลความไปได้ว่าการมีเพศสัมพันธ์ในเรือนจำต่ำไปด้วย พฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ เช่นการสัก การเจาะ การฝังมุก ซึ่งได้แก่การใส่กระจก หรือลูกบิดพลาสติก ระหว่างหนึ่งขององคชาติ เป็นอีกปัจจัยของความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำ

กรอบข้อความ 7.14 การใช้ยาเสพติดเพิ่มสูงขึ้น

การใช้ยาเสพติดในประเทศไทยเพิ่มสูงขึ้นมาก โดยเพิ่มมากกว่าเท่าตัวในทุกภาคของประเทศในช่วงหลังของทศวรรษที่ 1990 ยาเสพติดที่นิยมใช้มากที่สุดคือสารที่มีแอมเฟตามีน กัญชา และสารระเหย ยาบ้าเพิ่มสูงขึ้นมากในช่วงกลางทศวรรษที่ 1990 กลายเป็นทางเลือกให้กับผู้ใช้ยาเสพติด ซึ่งในช่วงเวลาเดียวกันนั้น เป็นช่วงที่ราคายาเสพติด “ขุนসা” เข้ามอตัวในปี 2539 ทำให้เฮโรอีนหายากและมีราคาแพง

ในพื้นที่สูงภาคเหนือ และพื้นที่ภาคใต้ ที่เฮโรอีนยังหาได้ไม่ยากและราคาไม่สูงมากนัก แต่แอมเฟตามีนกลับหาได้ง่ายและราคาถูกเมื่อเทียบกับเฮโรอีน และกระจายไปทั่วทุกพื้นที่ในประเทศ การเสพยาบ้ามักจะใช้ในรูปแบบการกินหรือบดแล้วห่อด้วยฟอยด์จุดไฟและสูดดมไอรระเหย การเสพยาบ้าโดยการฉีดมีน้อยมาก วัตถุประสงค์ในการใช้ยาบ้ามีหลากหลาย สำหรับผู้ที่ทำงานหนักติดต่อกันหลายชั่วโมง การใช้ยาบ้าก็เพื่อให้ทำงานได้มากขึ้น วัตถุประสงค์อื่นคือเพื่อความบันเทิงและรื่นรมย์ รวมทั้งความสุขทางเพศด้วย และวัตถุประสงค์เพื่อความสุขทางเพศสัมพันธ์นี้เอง ทำให้มีความกังวลว่ายาบ้าจะเพิ่มการระบาดของโรคเอดส์เนื่องจากการเพิ่มการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยในกลุ่มผู้ใช้ยา

จำนวนที่แท้จริงของผู้ใช้ยานิโคตินไม่สามารถคาดประมาณได้ แต่จากการคาดประมาณตัวเลขจากผู้ใช้เฮโรอีน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับการใช้ยานิโคตินมากที่สุด คาดว่าตัวเลขจะอยู่ระหว่าง 100,000 ถึง 250,000 คน โดยร้อยละ 90 เป็นชาย อายุระหว่าง 20-24 ปี⁴⁵ จากการศึกษาล่าสุดพบว่าความต้องการในการบำบัดสูงมากขึ้นในกลุ่มผู้กลับมาใช้ใหม่

ความคิดที่ว่าความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำมีผลกระทบต่อนักโทษเท่านั้นเป็นความเชื่อที่ไม่ถูกต้องนัก เพราะนักโทษส่วนใหญ่ต้องขังในช่วงเวลาสั้นๆ⁴⁸ (และมักจะเข้าออกเรือนจำหลายครั้งจากคดีต่างๆ และจากภูมิภาคต่างๆ) ในช่วงที่รับโทษโอกาสที่จะได้รับข้อมูลข่าวสารและการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีมีน้อย เมื่อได้รับการปล่อยตัวจึงมีโอกาสที่จะนำเชื้อไปสู่คนอื่นในสังคม

จากข้อมูลของกรมควบคุมประพฤติ นักโทษจะได้รับข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์เมื่อเริ่มรับโทษ และอีกครั้งเมื่อได้รับการปล่อยตัว แต่ไม่มีข้อมูลบ่งชี้ว่าในทางปฏิบัติเรือนจำต่างๆมีการดำเนินการมากนัก แคนาดา มีบางรายงานที่ระบุว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำเรือนจำให้ความรู้และคำปรึกษาแก่นักโทษในเรื่องเอดส์ รวมทั้งแจกถุงยางอนามัยด้วย นอกจากนี้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขประจำเรือนจำบางแห่งให้การอบรมแก่ผู้คุมในเรื่องเอดส์ด้วย การดำเนินงานในลักษณะเฉพาะกิจและความครอบคลุมค่อนข้างจำกัด สะท้อนภาพของความไม่ชัดเจนในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อในเรือนจำ กระทรวงยุติธรรมจึงได้ประสานงานกับองค์กรระหว่างประเทศเพื่อหาแนวทางในการแก้ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในเรือนจำให้เหมาะสมมากยิ่งขึ้น

เรือนจำนับเป็นโอกาสเฉพาะที่จะจัดกิจกรรมด้านสุขภาพทั้งการคัดกรอง การให้คำปรึกษา การให้ความรู้ (โดยเฉพาะโดยกลุ่มเพื่อน) และการบำบัดรักษาแก่กลุ่มที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและเดินทางไปไหนไม่ได้ เพราะเมื่อพ้นโทษกลุ่มเหล่านี้ก็จะออกไปสู่สังคม โครงการแก้ปัญหาโรคเอดส์ในเรือนจำมีได้หลากหลาย เช่น กิจกรรม อบรมผู้คุมในการเป็นผู้ให้คำปรึกษาและเป็นการให้การศึกษาโดยกลุ่มเพื่อน เพื่อให้การให้คำปรึกษาและการตรวจเลือดในเรือนจำมีความเป็นไปได้ และการให้ข้อมูลและความรู้เรื่องโรคเอดส์ต้องเน้นทั้งกลุ่มนักโทษและเจ้าหน้าที่หรือผู้คุมด้วย นอกจากนี้ควรให้บริการเข็มฉีดยา กระบอกฉีดยา นำยาฆ่าเชื้อโรค ถุงยางอนามัยแก่นักโทษ เรือนจำเป็นแหล่งที่เหมาะสมที่จะทำทดลองการรักษาด้วยวิธีต่างๆ ควรสนับสนุนให้กระทรวงยุติธรรมให้คำแนะนำแก่นักโทษก่อนที่พ้นโทษ ซึ่งรวมถึงการส่งต่อนักโทษเพื่อเข้ารับการรักษาบำบัด หรือเข้าร่วมกิจกรรม (รวมทั้งแนะนำบริการการลดผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด)

ชายขอบชาย

เพศสัมพันธ์ระหว่างชายมีอยู่ในสังคมไทย และพบได้โดยทั่วไปจากการวิจัยในปี 2534 ได้สอบถามทหารประจำการในภาคเหนือว่าเคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหรือไม่ ข้อมูลจากการสำรวจดังกล่าวพบว่าการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายมีถึงร้อยละ 16 และในภาพรวมแล้ว ทหารเกณฑ์ร้อยละ 3 ถึงร้อยละ 17 เคยมีเพศสัมพันธ์กับชาย⁴⁹

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้นมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง การศึกษาชิ้นหนึ่งพบว่าอัตราการติดเชื้อในชายขอบชายสูงถึงร้อยละ 17⁵⁰

จำนวนชายขอบชายบริการเพิ่มขึ้นจาก 2,800 คนในปี 2541 เป็น 3,500 คนในปี 2546⁵¹ โดยส่วนใหญ่ทำงานในบาร์เกย์ในแหล่งท่องเที่ยวซึ่งลูกค้าของชายขอบชายบริการไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะนักท่องเที่ยวต่างชาติเท่านั้น อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขอบชายบริการค่อนข้างสูง อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในชายขอบชายบริการในจังหวัดภูเก็ตและพัทยา สูงถึงร้อยละ 12⁵² และร้อยละ 9 ตามลำดับ สำหรับเชียงใหม่ซึ่งมีการศึกษาในช่วง 5 ปี พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของชายขอบชายบริการร้อยละ 12 การเฝ้าระวังการติดเชื้อในช่วงปี 2543-2545 พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีลดลง เหลือประมาณร้อยละ 4-10 ในแหล่งท่องเที่ยวหลัก สามจากสี่แห่งของไทยแต่ถึงแม้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีลดลง ก็ยังคงสูงกว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรทั่วประเทศที่อัตราการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ที่ร้อยละ 2

ชายขอบชายไม่ได้แยกอยู่อย่างเด็ดขาดจากโลกภายนอก แม้ที่จริงมีการศึกษาหลายชิ้นที่ระบุว่าชายขอบชายหลายคนไม่เพียงแต่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายแต่มีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงด้วยเช่นกัน ซึ่งทำให้ชายขอบชายเป็นเสมือนสะพานเชื่อมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ระหว่างกลุ่มชายขอบชายกับผู้หญิง การศึกษาในจังหวัดนครสวรรค์พบว่าประมาณหนึ่งในสามของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายก็มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศด้วยเช่นกัน และประมาณครึ่งหนึ่งที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่เป็นหญิงด้วย⁵³

นอกจากนี้การศึกษาในภาคเหนือพบว่าชายขอบชาย มีจำนวนคู่ในช่วงชีวิตมากกว่าชายทั่วไป (รวมทั้งคู่ที่เป็นผู้หญิง) ใช้บริการหญิงและชายขอบชายบริการมากกว่า และมักจะแต่งงานมากกว่าอยู่เป็นโสด โดยการศึกษาชายขอบชายบริการในจังหวัดเชียงใหม่ช่วงปี 2532-2536 พบว่าครึ่งหนึ่งที่แต่งงานแล้ว ซึ่งรูปแบบของเพศสัมพันธ์นี้ทำให้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นจากการศึกษาในปี 2538 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของทหารเกณฑ์ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสูงกว่าประชากรทั่วไป⁵⁴

ดังนั้นชายขอบชายจึงไม่เพียงเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวีเองแล้ว ยังมีโอกาสที่จะแพร่เชื้อไปสู่คู่ของตนทั้งผู้ชายและผู้หญิง ประกอบกับอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนี้ค่อนข้างต่ำ ความสนใจพยายามในการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มชายขอบชายเริ่มมีมากขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับองค์กรเอกชนและองค์กรระหว่างประเทศ ได้พัฒนาแผนงานโครงการแบบบูรณาการที่ตรงกับปัญหาของกลุ่ม เช่นโครงการ Men+ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งมีกิจกรรมเพื่อแก้ปัญหาของกลุ่มชายขอบชายหรือ โครงการฟ้าสีรุ้งในกรุงเทพฯ ซึ่งมุ่งเน้นให้ชายขอบชาย รวมทั้งผู้ที่ทำงานในสถานบันเทิงค้นหาตัวเอง

แรงงานต่างชาติ

จำนวนแรงงานต่างชาติที่เข้ามาทำงานทำ หรือเพื่อค้าขายในเมืองไทยในแต่ละวันมีเป็นจำนวนมาก ส่วนใหญ่มาจากกัมพูชา ลาว และพม่า บางส่วนเข้ามาอยู่ในลักษณะกึ่งถาวร บางส่วนเดินทางไปกลับ เมื่อปลายปี 2545 กระทรวงแรงงานและสวัสดิการสังคมได้ประกาศขึ้นทะเบียนแรงงานต่างชาติผิดกฎหมายอีกครั้ง และในช่วงกลางปี 2546 มีแรงงานต่างชาติดีกว่า 400,000 คน ได้รับใบอนุญาตทำงาน แต่จากข้อมูลการศึกษาหลายชิ้น เชื่อว่าจำนวนแรงงานต่างชาติในไทยมีมากกว่าจำนวนที่มาจากทะเบียน

แรงงานเหล่านี้ถึงแม้จะมีจำนวนไม่มากเมื่อเทียบกับแรงงานไทย แต่ก็กำลังแรงงานสำคัญให้กับสถานประกอบการของไทยหลายแห่ง และเมื่อมีสถานภาพที่ผิดกฎหมาย ทำให้กลัวว่าจะถูกจับและส่งกลับหรือปัญหาเรื่องภาษาที่ไม่สามารถสื่อสารได้ ทำให้โอกาสในการได้รับข้อมูลข่าวสารและบริการด้านสุขภาพและบริการด้านอื่น ๆ มีน้อย ซึ่งรวมถึงการได้รับความรู้เรื่องโรคเอดส์ก็มีน้อยด้วยเช่นกัน

การศึกษาเรื่องอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของแรงงานต่างชาติมักเป็นเรื่อง ๆ จึงยังไม่ทราบชัดถึงจำนวนแรงงานต่างชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี ทว่าจากข้อมูลที่พอมีอยู่บ่งชี้ว่าเกิดการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม

แรงงานย้าย ตัวอย่างเช่นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกที่พบในประเทศไทย เป็นแรงงานที่เดินทางกลับจากประเทศไทย (ดูตารางที่ 7.3) จากการตรวจเลือกแบบนิรนามในกลุ่มแรงงานต่างชาติที่ขอขึ้นทะเบียนแรงงานในปี 2539 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 6 ในจังหวัดชุมพร (ในภาคใต้) และร้อยละ 6.4 ในจังหวัดเชียงราย

สำหรับหญิงต่างชาติที่เข้ามาทำงานในธุรกิจบริการทางเพศ อัตราการติดเชื้อเอชไอวียิ่งสูง⁵⁵ ในอำเภอแม่สอด จังหวัดตาก อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงบริการทางเพศชาวพม่าสูงถึงร้อยละ 24 ในปี 2537 และอัตราการติดเชื้อเอชไอวียังคงรักษาระดับสูงอยู่ตลอดจนถึงปี 2540 ในอำเภอแม่สาย จังหวัดเชียงราย อัตราการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ระหว่างร้อยละ 17-33 ในช่วงปี 2538-2540⁵⁶

อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานต่างชาติผู้หญิงที่มาฝากครรภ์ที่คลินิกแม่และเด็กใน 14 จังหวัดสูงกว่าคนไทยในเกือบทุกจังหวัด (ดูตารางที่ 7.4) อัตราการติดเชื้อในแรงงานต่างชาติสูงที่สุดในพื้นที่ภาคใต้และภาคกลาง โดยอัตราอยู่ระหว่างร้อยละ 4-7 ขณะที่จังหวัดในภูมิภาคอื่นมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีลดลงแม้ว่าจะมีบางจังหวัดในภาคใต้และภาคกลางที่มีอัตราการติดเชื้อต่ำเช่นกัน

ตารางที่ 7.3 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานต่างชาติในบางจังหวัดในปี 2539

จังหวัด	จำนวนตรวจเลือด	HIV+		อาชีพ หรือ กลุ่มประชากร
		จำนวน	%	
สมุทรสาคร (ภาคกลาง)	363	6	1.6	คนงานก่อสร้าง
พังงา	250	6	2.4	แรงงานเกษตร และอื่นๆ
ตาก (ภาคเหนือตอนล่าง)	793	15	1.9	แรงงานเกษตร และอื่นๆ
ชุมพร (ภาคใต้)	34	2	5.9	ประมง และเกษตร
เชียงราย (ภาคเหนือตอนบน)	700	45	6.4	อุตสาหกรรม และเกษตร
กาญจนบุรี (ภาคตะวันตก)	727	23	3.2	แรงงานเกษตร และอื่นๆ

ที่มา : CARE, แคร่ (2543)

ตารางที่ 7.4 เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีมีครรภ์ระหว่างคนไทยและแรงงานต่างชาติใน 14 จังหวัดในปี 2544

จังหวัด	แรงงานไทย		แรงงานต่างชาติ	
	จำนวนตรวจ เชื้อเอชไอวี	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี (%)	จำนวนตรวจ เชื้อเอชไอวี	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี (%)
ภาคกลาง				
สมุทรสาคร	2,029	2	93	4.3
สมุทรสงคราม	522	1	38	5.3
นครปฐม	1,555	1.6	20	5
สระบุรี	1,104	1.9	27	0
ราชบุรี	1,239	1.5	41	0
กาญจนบุรี	947	1.1	49	2
ตราด	305	2	89	6.7
ภาคเหนือ				
เชียงราย	1,619	2.5	467	2.4
เชียงใหม่	253	1.6	20	0
แม่ฮ่องสอน	238	0.4	198	2.5
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ				
นครพนม	697	0.9	21	0
ภาคใต้				
ระนอง	385	1	102	0
พังงา	405	1.7	20	0
ภูเก็ต	685	2.9	41	4.9

ที่มา : สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

กรอบข้อความ 7.15 โรคเอดส์และชาวไทยภูเขา

พื้นที่ภาคเหนือของไทยเป็นแหล่งพำนักของชนกลุ่มน้อยหลายกลุ่มเช่น อาข่า ม้ง เย้า มูเซอลีซอ ไทยใหญ่ คะฉิ่น ดินที่อยู่มักจะอยู่ตามชายแดนระหว่างไทยกับพม่า ลาว กัมพูชา เวียดนามและจีนตอนบนของกลุ่มน้ำโขง ทำให้พื้นที่ภาคเหนือมีความหลากหลายทางเผ่าพันธุ์ ภาษา และวัฒนธรรม

พื้นที่ตอนบนของภูมิภาคแม่โขงเป็นพื้นที่ที่มีความหลากหลายทางวัฒนธรรม เป็นแหล่งเศรษฐกิจเส้นทางการค้าและการย้ายถิ่นของคนในภูมิภาคมานานนับศตวรรษ เมื่อประเทศต่าง ๆ เปิดพรมแดนเพื่อการค้าและการท่องเที่ยวมากขึ้น การเคลื่อนย้ายแรงงานระหว่างประเทศก็เพิ่มมากขึ้นไปด้วย ไม่ว่าจะเป็นการย้ายถิ่นถูกกฎหมายหรือไม่ถูกกฎหมายก็ตาม สถานการณ์เหล่านี้มีผลต่อภาระโรคเอดส์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ในช่วงสามทศวรรษที่ผ่านมา คนในพื้นที่สูงในภาคเหนือของไทย หรือที่เรียกว่า ชาวเขา นั้น ประสบปัญหาทั้งทางเศรษฐกิจและสังคมจากข้อจำกัดการทำเกษตรกรรมและความเสื่อมโทรมของสภาพแวดล้อม นอกจากนี้ ชาวเขามักถูกรังเกียจ หรือได้รับการปฏิบัติอย่างไม่เท่าเทียมกันทางกฎหมาย ซึ่งปัจจัยเหล่านี้ ร่วมกับการเสื่อมถอยทางวัฒนธรรมที่เป็นเกราะป้องกันทางสังคมต่อปัจจัยเสี่ยงต่าง ๆ ทำให้ชาวเขามีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น

หมู่บ้านชาวเขาหลาย ๆ หมู่บ้านเริ่มมีปัญหายาเสพติดมากขึ้น มีเด็กและผู้หญิงเข้าสู่ธุรกิจบริการทางเพศสูงขึ้น ถึงแม้หญิงบริการทางเพศชาวเขาจะเป็นกลุ่มน้อยเมื่อเทียบกับหญิงบริการที่เป็นคนไทย แต่เมื่อเข้าสู่ธุรกิจบริการทางเพศ หญิงชาวเขามักจะได้รับค่าตอบแทนต่ำสุดและเป็นกลุ่มที่ถูกเอารัดเอาเปรียบมากกว่า นอกจากนี้การขาดความรู้เรื่องโรคเอดส์ การไม่สามารถสื่อสารกับลูกค้าได้ ทำให้ไม่สามารถต่อรองในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยได้ ปัญหาความยากจน การเสื่อมถอยทางวัฒนธรรม จึงทำให้ชาวเขาไม่สามารถรับมือภาระที่เพิ่มขึ้นจากการแพร่ระบาดของเอดส์

การศึกษาขององค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติระบุว่า การไร้สัญชาติเป็นปัจจัยสำคัญทำให้เด็กและผู้หญิงชาวเขาตกเป็นเหยื่อของการค้ามนุษย์ ซึ่งจากจำนวนชาวเขาทั้งหมดประมาณ 1 ล้านคน มีประมาณครึ่งหนึ่งที่มีสถานภาพเป็นคนต่างด้าวหรือไม่มีสัญชาติ ซึ่งการขาดสถานภาพทางกฎหมายทำให้ขาดโอกาสทางการศึกษา การทำงาน และการได้รับบริการทางการแพทย์ ส่งผลให้ถูกเอารัดเอาเปรียบโดยขบวนการค้ามนุษย์ และนายจ้างที่ไม่เป็นธรรม

การรณรงค์เพื่อปราบปรามยาเสพติดเป็นปัญหาของชาวเขา เริ่มตั้งแต่การลดการปลูกฝิ่น ทำให้การสูบฝิ่นซึ่งเป็นรูปแบบดั้งเดิมมาสู่การใช้เฮโรอีนแบบสูบและเปลี่ยนเป็นแบบฉีด นำไปสู่ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ความกลัวถูกจับ การได้รับการปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมกับคนพื้นราบ ทำให้ชาวเขาไม่ไว้วางใจคนภายนอก ซึ่งทำให้การทำงานขององค์กรเอกชนที่จะเข้าไปให้บริการด้านต่าง ๆ แก่ชาวเขาทำได้ยากมากขึ้น

ที่มา : ได้รับความเอื้อเฟื้อข้อมูลจากองค์การการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ

กรอบข้อความ 7.16 ก้าวไปข้างหน้า

มูลนิธิริชชีไทยและองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์อื่น ๆ ได้รณรงค์ป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มแรงงานต่างชาตินานเป็นเวลากว่าหลายปี ต่อมากกระทรวงสาธารณสุขได้ให้ความสนใจแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในแรงงานต่างชาตินี้เพิ่มขึ้น โดยเริ่มดำเนินงานในกลุ่มแรงงานต่างชาตินี้ส่วนใหญ่เป็นชายโสดจากประเทศเพื่อนบ้านที่อพยพเข้ามาทำงานในโรงงานอาหารทะเลตามจังหวัดชายทะเล บ้างเป็นลูกเรือประมง บ้างก็เป็นแรงงานรับจ้างภาคการเกษตรและภาคอุตสาหกรรมในภาคเหนือ รวม 24 จังหวัด ใช้งบประมาณ 6 ล้านดอลลาร์สหรัฐ กิจกรรมการดำเนินงานเน้นการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่าง ๆ สำหรับกิจกรรมในกลุ่มแรงงานหญิงต่างชาตินี้ โดยเฉพาะหญิงบริการทางเพศต่างชาติจะเน้นการให้ความรู้และบริการเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์

นอกจากนี้ยังอยู่ระหว่างการพัฒนากิจกรรมมุ่งเน้นคู่สามีภรรยาที่อายุยังน้อย หรือกลุ่มลูกของแรงงานต่างชาติซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างกลุ่มนายจ้างเจ้าหน้าที่ระดับจังหวัด รวมทั้งจากโรงพยาบาลและคลินิก โดยมีเป้าหมายหลักเพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มแรงงานต่างชาติ ซึ่งจะช่วยป้องกันการระบาดของโรคในภูมิภาค

คนเดินทะเล

การศึกษาเพื่อความเข้าใจในปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเรือประมงยังมีน้อย ซึ่งข้อมูลที่มีอยู่พบว่ามีปัญหาการแพร่ระบาดที่สูงแต่ยังไม่ได้รับความสนใจเท่าที่ควร ต่อมาในปี 2541 ได้มีการขยายการรวมกลุ่มเป้าหมายการเฝ้าระวังโรคเฉพาะพื้นที่ให้ครอบคลุมลูกเรือประมงน้ำลึกในหลายจังหวัดในภาคกลางและภาคใต้ ในช่วงปี 2541-2545 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกันค่อนข้างมาก โดยจังหวัดในภาคใต้พบในอัตราสูงที่สุด (ดูตารางที่ 7.5)

ลูกเรือประมงที่อายุเกิน 30 ปีมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ที่อายุน้อยในบางจังหวัด และที่น่าสนใจคือในจังหวัดปัตตานีระหว่างปี 2543-2546⁵⁷ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของลูกเรือประมงชาวต่างชาติจะต่ำกว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของลูกเรือประมงไทย แต่เมื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานต่างชาติที่มาจากทะเลเบียมในพื้นที่ชายฝั่งทะเลภาคตะวันออกในช่วงปี 2540-2545 ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจร่างกายประจำปี ก็พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ระหว่าง 5% จนถึง 23%⁵⁸

ทั้งนี้กล่าวได้ว่าทั้งชาวประมง และคนเดินทะเลล้วนมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากการใช้ยาเสพติดในกลุ่มนี้มีน้อย

ส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการทางเพศ ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 กรมประมงได้รับงบประมาณสนับสนุนการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มลูกเรือประมง แต่งบประมาณที่ได้รับค่อนข้างจำกัด (เพียง 240,000 บาทในปี 2538) ทว่า นับตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1990 เป็นต้นมาก็ไม่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณต่อไป แต่อย่างไรก็ตามศูนย์อบรมของพาณิชย์นาวีในจังหวัดสมุทรปราการได้จัดหลักสูตรที่รวมเรื่องโรคเอดส์เข้าไว้ในกรอบมรดกด้วย ในขณะที่เดียวกันองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์หลายแห่งได้จัดกิจกรรมเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มชาวประมงและคนเดินทะเล ทว่ายังมีหลายเรื่องที่ควรสนับสนุนให้มีการดำเนินงาน

ผลกระทบต่อเลวร้าย

การเสียชีวิตเพิ่มขึ้น

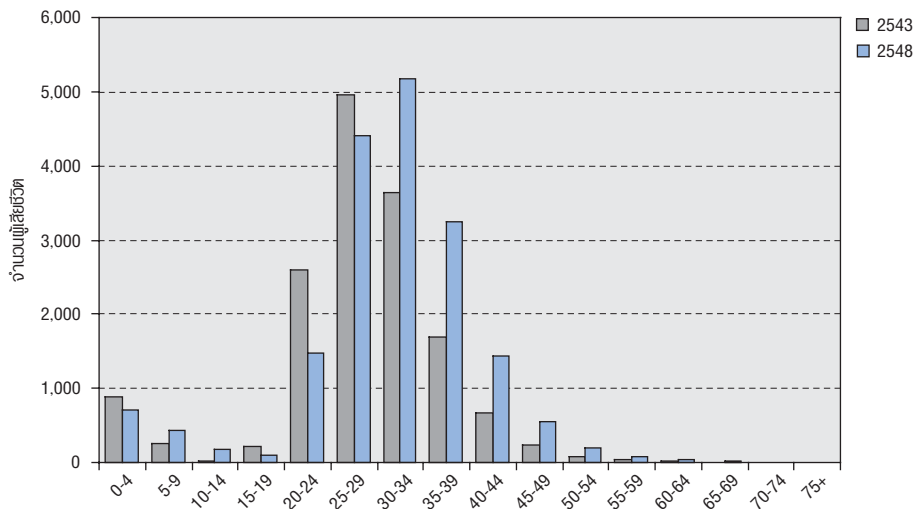
ในช่วงหลังของทศวรรษที่ 1990 เป็นต้นมา การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ของประชากรเริ่มมองเห็นชัดขึ้นเมื่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรกๆ เริ่มป่วยและเสียชีวิต คาดว่าในปี 2546 มีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ประมาณ 58,000 คน โดยผู้เสียชีวิตส่วนใหญ่ร้อยละ 90 อยู่ในวัยทำงานที่มีอายุระหว่าง 20-49 ปี (ดูแผนภาพที่ 7.9)

ตารางที่ 7.5 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากการเฝ้าระวังในกลุ่มลูกเรือประมงน้ำลึกในช่วงปี 2541-2545

ภาค/จังหวัด	อัตราความชุก (%)				
	2541	2542	2543	2544	2545
ภาคกลาง					
สมุทรสาคร	-	5.8	3	3.8	-
ตราด	8.8	3.3	13.7	10.2	2.2
ประจวบคีรีขันธ์	-	6.1	4.3	-	-
ภาคใต้					
ชุมพร	5.7	12.2	3.9	5.9	5
ระนอง	2	8	7.6	9.5	10
ภูเก็ต	-	-	8.9	7.4	9.3
สงขลา	24.5	11	8.4	5.5	9.5
ปัตตานี	15.5	22	9.5	7.3	4.5
ตรัง	-	3	3.2	7.9	6.9

ที่มา : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

แผนภาพที่ 7.9 การคาดประมาณการเสียชีวิตรายอายุของสตรีในปี 2543 และ 2548



ที่มา : คณะทำงานของไทยด้านการคาดประมาณการของโรคเอดส์, 2544. การคาดประมาณการของโรคเอดส์ในประเทศไทย : 2543-2563

โรคเอดส์กลายเป็นสาเหตุการตายอันดับต้นๆ ของไทย จากการศึกษานี้เมื่อปี 2546 ในห้าจังหวัดพบว่าโรคเอดส์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสามลำดับแรก โดยมีสัดส่วนร้อยละ 11 ของการเสียชีวิตทั้งหมด⁵⁹ โดยรวมการตายจากโรคเอดส์คิดเป็นสองเท่าของการเสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากการจราจรทางบกเป็นรองอันดับสองที่คาดประมาณผลกระทบของโรคเอดส์ต่อประชากร อย่างไรก็ตาม ประมาณว่าในปี 2547 ประชากรไทยน่าจะลดลงเกือบ 900,000 คน ถ้าหากไม่เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ขึ้น⁶⁰ โดยที่อายุคาดเฉลี่ยเมื่อแรกเกิดของประชากรลดลง 2 ปีเหลือเพียง 71.8 ปี ซึ่งหากไม่มีโรคเอดส์แล้วประชากรจะมีอายุคาดเฉลี่ยประมาณ 73.8 ปี

ผลกระทบที่เห็นได้อย่างเด่นชัดในพื้นที่ภาคเหนือซึ่งมีอัตราการติดเชื้อเอดส์สูงสุด โดยอายุคาดเฉลี่ยของคนเชียงใหม่ลดลงถึง 5 ปี จาก 68.1 ปี เหลือเพียง 63.4 ปี เมื่อเกิดการระบาดของโรคเอดส์ โดยประชากรวัยเจริญพันธุ์ (อายุ 15-49 ปี) ในเชียงใหม่มีอัตราการตายสูงกว่ากรณีที่ไม่มีโรคเอดส์ถึงสองเท่า⁶¹

ทั้งนี้จำนวนเด็กกำพร้าที่พ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์เพิ่มสูงขึ้นตามแนวโน้มของการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ ด้วยเครือข่ายเครือข่ายในสังคมไทยยังเหนียวแน่นอยู่ทำให้เด็กกำพร้าส่วนใหญ่มีญาติดูแลหลังจากที่พ่อแม่หรือแม่เสียชีวิต จากการศึกษาวิจัยหลายชิ้นพบว่าประมาณครึ่งหนึ่งของเด็กกำพร้าอยู่กับปู่ย่าตายายประมาณหนึ่งในหกที่อยู่กับพ่อหรือแม่ที่ยังมีชีวิตอยู่ หรือญาติของฝ่ายใดฝ่ายหนึ่ง ในขณะที่สถานรับเลี้ยงเด็กกำพร้าหรือวัดมีบทบาทอย่างมากในการดูแลเด็กกำพร้า อย่างไรก็ตามเชื่อว่ามีเด็กกำพร้าจำนวนไม่น้อยที่ไม่มีใครดูแลเลี้ยงดู⁶²

ผลกระทบต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัว

การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์รุนแรงทำให้ครอบครัวมีภาระค่าใช้จ่ายสูง การเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ก็เช่นกัน ระยะเวลาที่ล้มป่วยด้วยโรคเอดส์จะสั้นกว่าเมื่อเทียบกับโรคเอดส์รุนแรงอื่นๆ คือภายใน 1 ปี ในกรณีของโรคเอดส์เทียบกับ 5 ปีในกรณีของโรคอื่น ๆ⁶³ ซึ่งหมายถึงว่าความจำเป็นต่อค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาให้ได้ภายในระยะเวลาอันสั้น ไม่มีเวลาที่หาเงินมาใช้ในการรักษาตัวได้ทันตามความจำเป็นที่เกิดขึ้นอย่างเฉียบพลัน⁶⁴

เมื่อนำเรื่องต้นทุนทางอ้อมมาประกอบด้วย (เช่นรายได้ที่สูญเสียไปเนื่องจากการเจ็บป่วย) ต้นทุนค่าใช้จ่ายที่เกิดจากระบาดของโรคเอดส์สูงกว่าการเจ็บป่วยด้วยโรคอื่น ๆ มาก (ดูแผนภาพที่ 7.10) สาเหตุหลักที่ทำให้ต้นทุนค่าใช้จ่ายทางอ้อมของโรคเอดส์สูงมากเป็นเพราะผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน เป็นกำลังการผลิตเมื่อเจ็บป่วยและเสียชีวิตในช่วงอายุน้อย (เฉลี่ย 36 ปี) ทำให้รายได้ที่สูญเสียไปเนื่องจากการเสียชีวิตก่อนวัยอันควรจึงสูงไปด้วย

โรคเอดส์กระทบต่อชีวิตความเป็นอยู่ของครัวเรือนที่มีผู้ป่วยและผู้ติดเชื้ออย่างรุนแรง ทำให้โครงสร้างของครอบครัวเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เงินออมและทรัพย์สินน้อยลงหรือหมดไป ครอบครัวที่ยากจนยิ่งจนลง และแม้แต่ครอบครัวที่มีฐานะมั่นคงนั้นยากจนได้เมื่อ มีสมาชิกในครัวเรือนป่วยด้วยโรคเอดส์

การแก้ปัญหาในระยะแรกมักจะเป็นการลดรายจ่ายลง การศึกษาในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่งของครัวเรือนใช้การลดค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆลง ซึ่งรวมถึงค่าอาหารด้วย หนึ่งในสี่ต้องให้เด็กออกจากโรงเรียนเพื่อเป็นแรงงานทดแทน⁶⁵ บางครัวเรือนต้องขายทรัพย์สินหรือกู้ยืมเงินมาเพื่อเป็นค่าใช้จ่าย โดยจากการศึกษา

ขึ้นหนึ่งพบว่าประมาณร้อยละ 11 ของครัวเรือนที่ดองขายทรัพย์สิน ซึ่งรวมถึงบ้านและที่ดินด้วย⁶⁶ ดังนั้นการที่ครัวเรือนต้องกู้ยืมเงิน และขายทรัพย์สินไปนั้น ภาระหนักจึงตกอยู่กับผู้อยู่ข้างหลังที่ต้องรับภาระหนี้สิน ซึ่งบางคนก็อาจติดเชื่อด้วยแล้ว ทำให้ครัวเรือนดังกล่าวยิ่งขาดความมั่นคง

ถึงแม้ประเทศไทยจะพัฒนามากขึ้นในทางเศรษฐกิจในช่วงประมาณสองชั่วคนที่ผ่านมา แต่ครอบครัวของไทยยังคงลักษณะความเป็นเครือญาติที่ช่วยเหลือเกื้อกูลกันจัดได้ว่าเป็นตาข่ายคุ้มกันทางสังคมแก่คนไทยส่วนใหญ่ ปัญหาโรคเอดส์พรากชีวิตคนวัยหนุ่มสาวและกระทบต่อรูปแบบการดูแลสุขภาพในครอบครัว โดยภาระจะตกอยู่กับผู้สูงอายุโดยเฉพาะผู้สูงอายุหญิง ตัวอย่างจากการศึกษาในภาคเหนือพบว่าสี่ในห้าของผู้ที่เสียชีวิตด้วยโรค

เอดส์อาศัยอยู่กับพ่อแม่ในช่วงเวลาที่เสียชีวิต และประมาณหนึ่งในสามย้ายมาจากพื้นที่อื่น⁶⁷ ที่สำคัญคือผู้ป่วยเอดส์มักจะย้ายกลับมาอยู่กับพ่อแม่เมื่ออาการป่วยอยู่ในขั้นสุดท้าย ซึ่งเป็นระยะที่ต้องดูแลรักษามากที่สุด เมื่อลูกเสียชีวิตทำให้พ่อแม่ต้องเผชิญปัญหาการขาดรายได้เลี้ยงดูไปด้วย

นอกจากภาระทางการเงินและได้รับความกระทบกระเทือนใจแล้ว ผู้ติดเชื่อเอชไอวีมักถูกซ้ำเติมด้วยการถูกเยาะหยันและเลือกปฏิบัติ บ้างต้องเผชิญกับความรังเกียจของชุมชนและเพื่อนบ้าน (ดูกรอบข้อความ 7.19) ผู้ติดเชื่อเอชไอวีบางรายบ่นว่าเจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่เต็มใจให้บริการ เพื่อนร่วมงานหมกมุ่น ปลีกตัวออกห่าง ไม่อยากทำงานร่วมกับ เด็กที่ติดเชื่อเอชไอวีพบว่าเพื่อน ๆ ถูกห้ามมิให้มาเล่นด้วยกัน ในงานศพ ผู้มาร่วมงานอาจไม่แตะต้องนำหรือ

กรอบข้อความ 7.17 ไม้วางถูกรังเกียจ และถูกเลือกปฏิบัติ

ประเทศไทยนับได้ว่าเปิดกว้างและยอมรับการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื่อเอชไอวีได้ดีกว่าประเทศอื่นในภูมิภาคเดียวกัน อีกทั้งองค์กรชุมชนก็มีบทบาทสำคัญในกิจกรรมการป้องกันโรคและการดูแลผู้ติดเชื่อเอชไอวี ซึ่งเป็นการขยายบทบาทของผู้ติดเชื่อเอชไอวีให้มีสิทธิมีเสียงในการกำหนดนโยบายด้านโรคเอดส์ของประเทศไทย และเอื้อต่อการลดความรังเกียจกีดกันซึ่งอาจเกิดขึ้นได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาศึกษาโดยเครือข่ายผู้ติดเชื่อเอชไอวีภาคพื้นเอเชียและแปซิฟิก (APN+) ยังพบกรณีผู้ติดเชื่อเอชไอวีถูกเลือกปฏิบัติ

การศึกษาดังกล่าวพบว่าหนึ่งในสี่ของผู้ติดเชื่อเอชไอวีได้รับการดูถูกหรือรังเกียจด้วยเหตุสถานการณ์ติดเชื่อ ผู้ติดเชื่อเอชไอวีบางคนต้องทนต่อการที่ถูกเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื่อต่อสมาชิกในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านโดยไม่ได้รับความยินยอมหรือขออนุญาตจากผู้ติดเชื่อก่อน ซึ่งบางกรณีเกิดจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ต้องรักษาความลับของสถานการณ์ติดเชื่อเอชไอวี ในบางชุมชนโดยเฉพาะแห่งที่โรคเอดส์ยังแพร่ระบาดไม่มากนักจะมีทัศนคติที่เฉยเมยต่อผู้ติดเชื่อเอชไอวีและหวาดกลัวโรคเอดส์

ในรายงานยังได้ยกกรณีตัวอย่างที่คนในชุมชนไม่คบค้ากับผู้ติดเชื่อเอชไอวี ห้ามลูกของตนมิให้ไปเล่นกับลูกของผู้ติดเชื่อเอชไอวี หรือแม้กระทั่งถูกร้านค้าปฏิเสธไม่ยอมขายของให้ นอกจากนี้ยังมีกรณีตัวอย่างของการละเมิดสิทธิที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาล โดยตรวจทดสอบการติดเชื่อโดยไม่ขออนุญาตหรือได้รับการยินยอมจากผู้ป่วย

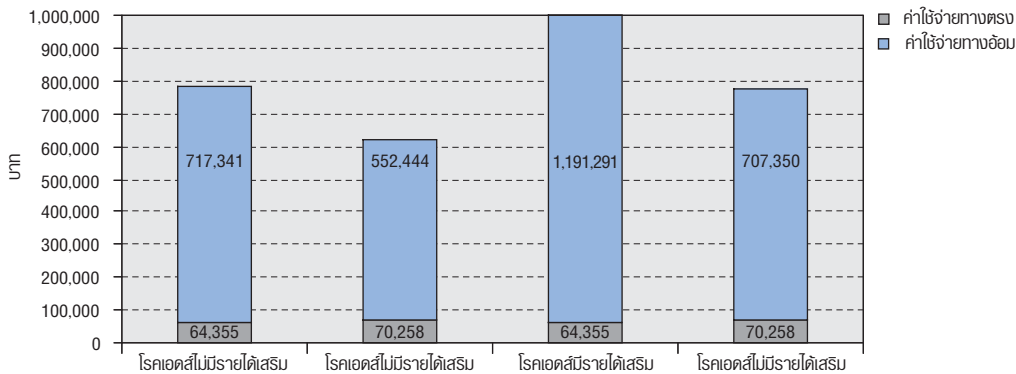
ทั้งนี้ร้อยละ 56 ของผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่สำรวจ รายงานว่าพวกเขาไม่ได้รับคำปรึกษาแนะนำก่อนถูกตรวจหาการติดเชื่อเอชไอวี และร้อยละ 40 ไม่ได้รับคำปรึกษาแนะนำหลังจากที่ได้รับการบอกกล่าวตนเองติดเชื่อเอชไอวี ในขณะที่วันก่อนประมาณร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื่อเอชไอวีที่สำรวจ รายงานว่าโรงพยาบาลไม่รักษาความลับเรื่องสถานะติดเชื่อของตน ภายใต้บริบทที่ทรัพยากรสาธารณสุขมีจำนวนจำกัดผู้ติดเชื่อหลายคนรู้สึกว่าคุณเลือกปฏิบัติโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความเอาใจใส่กับผู้ป่วยรายอื่นมากกว่า

การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื่อเอชไอวีในสถานที่ทำงานนับเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นทั่วไป ผู้ติดเชื่อบางรายถูกให้ออกจากงานเมื่อรู้ว่าติดเชื่อเอชไอวี หรือได้รับการขอร้องให้แยกที่นั่งทำงานให้ห่างจากผู้ร่วมงานคนอื่น หรือบางรายถูกย้ายงานโดยมีหน้าที่รับผิดชอบน้อยกว่าเดิม ซึ่งบ่อยครั้งที่นายจ้างจะหาเหตุผลในการกระทำดังกล่าวซึ่งยากต่อการโต้แย้ง นายจ้างหลายรายกำหนดให้ผู้สมัครงานต้องตรวจหาการติดเชื่อก่อนรับเข้าทำงานโดยอ้างว่าเพื่อความมั่นใจว่าจ้างเฉพาะผู้ที่ “สุขภาพแข็งแรง” เข้าทำงาน

นายจ้างที่ช่วยเหลือผู้ติดเชื่อเอชไอวีรายงานว่าคุณภาพของเขาหวาดกลัวที่จะนำเรื่องที่ถูกเลือกปฏิบัติฟ้องต่อศาลเพราะยังสูญเสียความเป็นส่วนตัว และกังวลว่ายิ่งทำให้ตกเป็นเหยื่อ ซึ่งตอกย้ำว่าการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื่อเอชไอวีนั้นเกิดจากการขาดความรู้เรื่องเอดส์ ด้วยเหตุนี้จึงต้องจัดความรังเกียจกีดกันและการเลือกปฏิบัติที่ผู้ติดเชื่อเอชไอวีประสบอยู่ โดยปรับแนวทางการดำเนินงานในเรื่องนี้ให้คำนึงถึงสิทธิและให้เกียรติต่อกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เหล่านี้

ที่มา : Julie Hamblin 2547

แผนภาพที่ 7.10 เปรียบเทียบต้นทุนค่าใช้จ่ายทางตรงและทางอ้อมระหว่างโรคเอดส์และโรคอื่น



ที่มา : คณะทำงานของไทยด้านการคาดการณ์การระบาดของโรคเอดส์, 2544, การคาดการณ์การระบาดของโรคในประเทศไทย : 2543-2563

อาหารด้วยเกรงว่าจะติดเชื้อเอชไอวี หรือปฏิเสธไม่มางาน ยังดีที่พฤติกรรมเหล่านี้ไม่ได้เกิดขึ้นในทุกพื้นที่หรือทุกสังคม จากการศึกษาจะไม่ค่อยพบความรังเกียจหรือเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ที่มีการระบาดของโรคสูง

ผลกระทบเป็นระลอกคลื่น

แม้ผู้ติดเชื้อแต่ละครอบครัวและชุมชนจะโศกเศร้า แต่ปัญหาโรคเอดส์ส่งผลกระทบต่อวงกว้างกว่าครอบครัวและชุมชน โดยในธุรกิจระดับบริษัท เอดส์ทำให้ผลผลิตลดลงเพราะประสิทธิภาพในการผลิตด้อยลง มีต้นทุนเพิ่มขึ้น การระบาดของโรคมีผลต่อ

ประสิทธิภาพในการผลิตเพราะขาดงานบ่อย ขาดการสืบทอดในองค์กร การสูญเสียพนักงานที่มีทักษะ ขาดการถ่ายทอดและสอนงานภายในองค์กร การขาดการที่เพิ่มขึ้นนี้ทำให้ต้นทุนการผลิตสูงขึ้นในขณะที่ประสิทธิภาพการผลิตลดลง การผลิตขาดความต่อเนื่อง เครื่องมืออุปกรณ์ใช้งานไม่เต็มที่ และต้องคิดและฝึกอบรมพนักงานทดแทนแม้ว่าความสูญเสียทางเศรษฐกิจในระดับมหภาคเนื่องจากโรคเอดส์ยากที่จะคำนวณได้ แต่พอจะคำนวณเฉพาะการสูญเสียรายได้ขั้นต้นเนื่องจากการเจ็บป่วยและการตายก่อนวัยอันควรได้ จากการคำนวณพบว่ารายได้ที่สูญเสียไปเนื่องจากการเจ็บป่วยและการตายจากโรคเอดส์ในช่วงปี 2539-2543 มากกว่า 40,000 ล้านบาท (ดูตารางที่ 7.6)

กรอบข้อความ 7.18 แนวร่วมภาคเอกชน

ภาคธุรกิจของไทยให้ความร่วมมือในการป้องกันและควบคุมโรคมาตั้งแต่โรคเอดส์เริ่มระบาดเพราะเล็งเห็นว่าโรคเอดส์จะสร้างความเสียหายต่อทั้งธุรกิจและเศรษฐกิจของประเทศ สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ (TBICA) ตั้งขึ้นในปี 2536 เพื่อเป็นองค์กรประสานงานระหว่างภาคเอกชนและภาครัฐในกิจกรรมเรื่องโรคเอดส์ กิจกรรมของสมาคมมีตั้งแต่การให้การสนับสนุนการสัมมนาแก่ภาคธุรกิจ เพื่อให้ความรู้และการป้องกันโรคเอดส์ การพัฒนานโยบายเรื่องโรคเอดส์ในสถานประกอบการ

การมุ่งใจให้สถานประกอบการให้ความสนใจกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ไม่ใช่เรื่องง่ายนัก สมาคมจึงได้ริเริ่มโครงการสร้างแรงจูงใจและก่อตั้งองค์กรที่มีมาตรฐานในการดำเนินงานด้านเอดส์ เพื่อให้สถานประกอบการเริ่มกิจกรรมป้องกันโรคเอดส์ สถานประกอบการที่มีกิจกรรมป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จะได้รับการรับรองจากองค์กรและเป็นผลให้ได้รับการลดหย่อนประกันชีวิตของพนักงานลง ซึ่งการดำเนินงานตามแนวทางนี้มีความเป็นไปได้ในเชิงธุรกิจตัวอย่างเช่นในช่วงปี 2543-2544 มีสถานประกอบการ 125 แห่งเข้าร่วมโครงการนี้ โดยมีสถานประกอบการ 100 แห่งที่ได้รับการรับรองและได้รับลดหย่อนเบี้ยประกันดังกล่าว⁶⁸

ถึงแม้จะมีความพยายามในการลดความรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานประกอบการ แต่จากการสำรวจสถานประกอบการ 152 แห่งในปี 2544 พบว่าเกินกว่าหนึ่งในสามของสถานประกอบการปลดพนักงานที่ติดเชื้อออกจากงาน⁶⁹ ประมาณหนึ่งในสี่บังคับให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ก่อนการจ้างงานการแสดงความจริงใจระหว่างพนักงานด้วยกันเองก็ยังคงมีอยู่ จากการศึกษาในปี 2544 พบว่าหนึ่งในสามของพนักงานยังไม่กล้าให้ห้องน้ำร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือทานอาหารร่วมกัน และมีประมาณหนึ่งในห้าที่ไม่ต้องการทำงานในพื้นที่เดียวกัน⁷⁰ อาจกล่าวได้ว่าความรังเกียจและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีอยู่

ตารางที่ 7.6 การคาดประมาณการสูญเสียรายได้เนื่องจากโรคเอดส์ในช่วงระยะเวลาต่างๆ ของการติดเชื้อ เอ็บป่วย และเสียชีวิตในประเทศไทยในช่วงปี 2539-2543

รายได้ที่สูญเสียไป	2539	2540	2541	2542	2543
ระยะติดเชื้อ					
ชาย	86,400,000	68,300,000	60,900,000	51,400,000	50,800,000
หญิง	119,004,000	102,800,000	88,300,000	73,800,000	65,800,000
ระยะมีอาการ					
ชาย	784,600,000	835,600,000	862,500,000	878,700,000	867,400,000
หญิง	163,600,000	212,600,000	262,100,000	312,700,000	360,600,000
เสียชีวิต					
ชาย	22,565,900	25,601,200,000	27,122,800,000	28,739,800,000	29,915,400,000
หญิง	3,002,900,000	4,386,600,000	5,792,300,000	7,464,300,000	9,261,400,000
รวม					
ชาย	2,343,700,000	26,505,200,000	28,046,200,000	29,670,000,000	30,833,600,000
หญิง	3,285,900,000	4,702,000,000	6,142,700,000	7,850,900,000	9,687,700,000
รวมทั้งหมด	26,722,900,000	31,207,200,000	34,188,800,000	37,520,900,000	40,521,300,000

หมายเหตุ : การคำนวณใช้ค่าจ้างขั้นต่ำ ต่ำงน้าหนักด้วยอัตราการว่างงานและการพิการ ใช้ปัจจัยต่างๆ ใช้อัตราส่วนลด 3% เพื่อหารายได้ที่สูญเสียเนื่องจากการตายก่อนวัยอันควร ใช้อายุเฉลี่ยเมื่อเสียชีวิตของผู้ชาย 36.4 ปี และ 36.3 ปีในผู้หญิง จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีใหม่ ผู้ป่วย และผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์แยกชายหญิงแต่ละปีจากการประมาณการในพีชรา รุมาคม (2545)

ทางก้าวใหม่

ประเทศไทยได้รับการยอมรับจากทั่วโลกว่าเป็นประเทศที่ประสบความสำเร็จในการแก้ปัญหาโรคเอดส์ โดยเป็นหนึ่งในไม่กี่ประเทศที่สามารถลดการติดเชื้อเอชไอวีลงได้ โดยในปี 2534 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ถึง 143,000 คน ซึ่งเป็นปีที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด และหลังจากนั้น จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้ลดลงมาอย่างต่อเนื่องจนในปัจจุบัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี 2546 มี 20,000 คน ทำให้ไทยเป็นประเทศหนึ่งที่สามารถหยุดยั้งการระบาดของโรคและบรรลุตามเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษที่ 6 ก่อนกำหนด

สิ่งที่ไทยต้องเผชิญในระยะต่อไปคือทำอย่างไรจะคงความสำเร็จอย่างต่อเนื่อง ไม่ให้ถูกกัดกร่อนหรือครอบงำด้วยการเปลี่ยนแปลงในแบบแผนการแพร่ระบาดของโลก เพราะเป็นไปได้ว่าความสำเร็จที่ได้สั่งสมในทศวรรษที่ผ่านมาอาจกลายเป็นหนี้สิน ท่ามกลางสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของไทยเริ่มฟื้นตัวและเริ่มเข้าสู่รูปเข้ารอย หลังจากประสบปัญหาวิกฤติการณ์ทางการเงินเศรษฐกิจในปี 2540 และเรื่องโรคเอดส์ลดลำดับความสำคัญลง

งบประมาณด้านโรคเอดส์ถูกตัดทอนลง โดยเฉพาะในส่วนของงบประมาณภาครัฐลดลงร้อยละ 24 ในช่วงปี 2540-2543 และลดลงร้อยละ 31 ในช่วง 2544-2546 ในขณะที่งบประมาณเพื่อการป้องกันปัญหาเด็ก เหลือเพียงร้อยละ 8 ของงบประมาณโรคเอดส์ทั้งหมดในปี 2546 การใช้จ่ายเพื่อการป้องกันโรคนี้ อยู่ในระดับสามในสี่ (ซึ่งอยู่ในระดับหนึ่งในสามของที่เคยได้รับในปี 2540) ซึ่งค่อนข้างต่ำ โดยเฉพาะในยามที่โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดในวงกว้างและประชาชนยังมีพฤติกรรมเสี่ยงสูง

การรณรงค์และการให้ความรู้แก่ประชาชนเรื่องโรคเอดส์ในขณะนี้จางหายไป กิจกรรมที่ดำเนินงานอยู่ยังไม่เพียงพอ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ชายขอบชายและวัยรุ่น โดยในความเข้าใจของหลายคน มองว่าไทยสามารถควบคุมโรคเอดส์ได้แล้ว จนไม่เป็นปัญหาของไทยอีกต่อไป ซึ่งเป็นความเข้าใจที่ไม่ใกล้เคียงกับปัญหาที่แท้จริง

เมื่อเวลาผ่านไปสถานการณ์เริ่มสูงงอมและการแพร่ระบาดยิ่งหลากหลายกว่าทศวรรษที่ผ่านมา การระบาดเริ่มแปรเป็นโรคประจำถิ่น ทำให้เอดส์กลายเป็นโรคเรื้อรังของประเทศที่มีคนจำนวนมาก ต้องการการรักษา ดูแลและหนุนช่วย ในขณะที่เดียวกันการติดเชื้อเอชไอวีเริ่มสั่งสมในประชากรกลุ่มต่างๆ ทำให้ยากที่ค้นหาและป้องกันทั้งหมดนี้นำไปสู่ความท้าทายสามประการ ประการแรกคือการคงความยั่งยืนในการดูแลและรักษา ประการที่สองคือการป้องกันผลกระทบต่อครอบครัวและชุมชน และประการสุดท้ายเพื่อยับยั้งการแพร่เชื้อของโรคในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง การเอาชนะความท้าทายทั้งสามประการไม่ใช่เรื่องง่าย

เติมพลัง

นอกจากการที่ผู้นำประเทศให้ความสำคัญกับเรื่องโรคเอดส์มาตั้งแต่ต้นแล้ว อีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ไทยประสบความสำเร็จคือ ความสามารถในการจัดระบบและยุทธศาสตร์ได้อย่างเหมาะสม แต่ไม่อาจบอกได้ว่ายุทธศาสตร์เดิมที่ใช้ในนั้นจะเหมาะกับสถานการณ์จริง ปัจจุบัน หากการระบาดของโรคมีความหลากหลายและแปรเปลี่ยนตามพลวัตของสังคม การใช้มาตรการเดียวสำหรับปัญหาของกลุ่มหรือพื้นที่ต่างๆ จึงไม่อาจจะใช้ได้ผลอีกต่อไป จำต้องคิดค้นมาตรการใหม่ๆ และระบบใหม่ๆ ควบคู่กัน ซึ่งไม่ใช่เพียงแค่ด้านความรู้และการสร้างภาวะผู้นำเท่านั้น

มุ่งมั่นกับทิศทางใหม่

ภาวะการณ์นำจากระดับสูงเป็นกลไกที่สำคัญที่ทำให้ไทยประสบความสำเร็จในการยับยั้งการแพร่ระบาดของโรค ย้ำถึงความจำเป็นที่ผู้นำทางการเมืองหรือการที่ผู้บริหารระดับสูงกระตุ้นให้มีการปฏิบัติ ซึ่งหลายคนในช่วงต้นจนถึงกลางทศวรรษที่ 1990 ได้ให้ความเห็น ทำเป็นตัวอย่างและกระตุ้นให้เกิดความตระหนัก และลงมือดำเนินการซึ่งช่วยลดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

เมื่อโรคระบาดได้เปลี่ยนไป ประเทศไทยมีโอกาสของอีกครั้งที่จะเป็นตัวอย่าง ทั้งนี้จำเป็นต้องเติมพลังในภาวะการนำและความมุ่งมั่นสลายความว้าวใจที่ทำให้ละวางเกี่ยวกับการระบาดของโรค ทำให้โรคเอดส์กลับมาอยู่ในความสนใจ และจัดสรรทรัพยากรให้สมกับภารกิจที่ต้องทำ เพื่อให้ประเทศรับมือกับโรคเอดส์ได้

ระบบใหม่ยุทธศาสตร์ใหม่...

ความท้าทายใหม่ที่สำคัญคือการประเมินและกำหนดมาตรการและระบบที่มีอยู่ให้เหมาะสมกับสถานการณ์และการระบาดที่เปลี่ยนไป คำถามที่ยังไม่มีคำตอบที่ชัดเจนคือ การประสานงานและกำหนดทิศทางจากส่วนกลางยังคงเหมาะสมกับสถานการณ์และการลักษณะการระบาดในปัจจุบันหรือไม่ หรือระบบใหม่ที่มีความยืดหยุ่น เช่นการบริหารจัดการที่เหมาะสมกับการปฏิรูประบบราชการและระบบงบประมาณ (ในระดับชาติ) กับการเพิ่มอำนาจของผู้นำซีไอโอ (ระดับจังหวัด) และลักษณะของการระบาดและการเพิ่มอำนาจทางการเงินแก่องค์กรท้องถิ่น (ในระดับท้องถิ่น)

...เหมาะกับบริบท...

นโยบายและแผนงานที่จะประสบความสำเร็จได้คือแผนงานโครงการที่สอดคล้องและปรับเปลี่ยนไปตามรูปแบบการระบาดของโรค ดังนั้นแผนงานที่สะท้อนปัญหาที่แท้จริงในพื้นที่จึงมีความสำคัญมากขึ้น การกระจายอำนาจการวางแผนและงบประมาณไประดับท้องถิ่นจึงทำให้การแก้ปัญหาเหมาะสมกับพื้นที่มากยิ่งขึ้น ทั้งนี้จำเป็นต้องสนับสนุนวิชาการด้านการเงินแก่ท้องถิ่นมากขึ้น

....ครอบคลุมทุกภาคี...

แผนงานด้านเอดส์แห่งชาติมักจะได้รับคำแนะนำให้สร้างความร่วมมือระหว่างหน่วยงานต่างๆ เพื่อแก้ปัญหาเอดส์ร่วมกัน ประเพณีปฏิบัติในการสร้างความร่วมมือ ได้แก่การหาแนวร่วมด้านเอดส์ที่จะทำงานในเรื่องเดียวกัน ซึ่งแท้ที่จริงแล้วความร่วมมือในลักษณะนี้เป็นในรูปของการทำงาน “เรื่องเดียวกัน” มากกว่าการทำงานในลักษณะ “ร่วมมือกัน” ในทางตรงกันข้าม หากจะมองความร่วมมือในลักษณะที่ทำงานร่วมกันจริง จำเป็นต้องให้ทำกิจกรรมด้านเอดส์ ผสานเข้ากับนโยบายและแผนงานการพัฒนาสังคม เนื่องจากปัจจัยที่นำไปสู่การระบาดของโรคเอดส์มีความสลับซับซ้อนและเกี่ยวข้องกับ การเปลี่ยนแปลงการด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างยิ่ง การผสมผสานกิจกรรมของทั้งโรคเอดส์และการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม จึงจำเป็นในทางปฏิบัติ ผู้ประสานงานหรือผู้รับผิดชอบเรื่องโรคเอดส์ ควรจะผนึกกำลังกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อเข้าใจถึงพลวัตทางสังคมที่ต่างเผชิญอยู่ และแนวโน้มที่จะร่วมมือกัน

...ปรับปรุงการประสานงาน...

การประสานงานเผชิญกับความยุ่งยากใหม่ๆ เช่น องค์กรของรัฐ ถูกกำหนดให้ปรับองค์กรให้มีประสิทธิภาพตามการปฏิรูประบบราชการและการจัดสรรงบประมาณที่ลดลง รวมทั้งตอบสนองและรับผิดชอบต่อ ตอนนโยบายการจัดสรรงบประมาณตามผลงานของหน่วยงานต่างๆ และประการที่สองได้แก่การรวบรวมแผนงานด้านเอดส์ที่ต้องปรับเปลี่ยนไปตามการปฏิรูประบบราชการ และการจัดสรรงบประมาณตามผลงานและการกระจายอำนาจ เนื่องจากคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติยังคงบทบาทในการประสานงานระหว่างหน่วยงานที่ทำงานด้านเอดส์ เมื่อระบบการจัดสรรงบประมาณเปลี่ยนไปโดยให้แต่ละหน่วยงานรับผิดชอบต่อการใช้จ่ายงบประมาณ ทำให้เป็นเรื่องยากที่จะผสมผสานภารกิจใหม่ของกระทรวงต่างๆ เข้ากับบทบาทหน้าที่ในการป้องกันโรคเอดส์ แม้ว่าคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติยังคงเป็นเครื่องมือในการประสานการดำเนินงานแบบสหสาขา ทั้งนี้ยังไม่ชัดเจนว่าคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติมีหน้าที่และความรับผิดชอบอะไรในกิจกรรมเรื่องเอดส์ของกระทรวงต่างๆ

เวลานี้จึงอาจจะเห็นจังหวะอันดีในการที่จะทบทวน บทบาทหน้าที่ และปรับเปลี่ยนภารกิจ ทั้งนี้มีกิจกรรมที่สำคัญสามประการคือการเน้นเรื่องการประชุมการดำเนินงานในด้านต่างๆ บูรณาการแผนงานโรคเอดส์และสนับสนุนการจัดทำงบประมาณแบบแสดงผลงานและการกระจายอำนาจ และท้ายที่สุดคือการระดมความร่วมมือจากหน่วยงานภาครัฐ องค์กรท้องถิ่นและองค์กรเอกชนสาธารณะ ประโยชน์ให้ทุกภาคีร่วมป้องกันโรคเอดส์

...สื่อสารข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้...

ข้อมูลข่าวสารที่เชื่อถือได้นั้นมีคุณค่าต่อการกำหนดแนวทางการดำเนินงานอย่างประมาณค่ามิได้ ประเทศไทยมีขีดความสามารถในการเก็บและการแปรความหมายข้อมูลอย่างพร้อมมูลทำให้สามารถปรับแผนการดำเนินงานสอดคล้องกับปัญหาและสถานการณ์ หากเมื่อสถานการณ์โรคเอดส์ในไทยเปลี่ยนจากการระบาดในประชากร มาเป็นการระบาดเฉพาะกลุ่ม จึงต้องปรับเปลี่ยนระบบการติดตามให้เหมาะสมกับสถานการณ์เพื่อให้ข้อเสนอแนะในเชิงนโยบายได้อย่างเหมาะสม ทั้งนี้ได้มีการปรับเปลี่ยนระบบการเฝ้าระวังบางส่วนบ้างแล้ว (เช่น การเฝ้าระวังในกลุ่มทหารเกณฑ์และนักเรียน) แต่ควรพิจารณาปรับระบบเฝ้าระวังด้านอื่นๆ ให้เหมาะต่อการขึ้นนโยบาย

...ลงทุนให้ถูกทาง...

การลงทุนเรื่องเอดส์ในปัจจุบันไม่เพียงพอบทปัญหาที่ไทยกำลังเผชิญอยู่ วิกฤตเศรษฐกิจในช่วง ปลายทศวรรษที่ 1990 ซึ่งส่งผลกระทบต่อพัฒนาของประเทศ การระบาดของโรคเชื่อมโยงกับความท้าทายในการพัฒนาเหล่านี้ โรคเอดส์เติมเชื้อความไม่เท่าเทียมกันและสูญเสีย จากความเข้าใจในสิ่งที่ทำให้ผู้บริหารประเทศในระยะแรกเน้นการจัดการปัญหาแบบองค์รวมและทำให้ได้รับทรัพยากรสนับสนุนการดำเนินงานจำนวนมาก

...กลับมามุ่งเน้นการป้องกัน...

การป้องกันโรคเอดส์ควรได้รับความสำคัญมากขึ้น และขยายการครอบคลุมไปยังกลุ่มประชากรต่างๆ ที่มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

งานวิจัยหลายชิ้นที่ระบุว่าองค์กรชุมชนยังขาดศักยภาพทางด้านวิชาการ ในขณะที่งานบริหารมีมาก โดยเฉพาะงานด้านเอกสาร รายงานต่อผู้ให้ทุน และทำให้ยากที่จะดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ถึงแม้จะมีการเพิ่มการให้การสนับสนุนงบประมาณด้านเอดส์แก่องค์กรเอกชน แต่เมื่อเทียบกับสัดส่วนงบประมาณทั้งหมดแล้วยังนับว่าน้อยคือเพียงร้อยละ 6-7 เท่านั้น ทั้งๆ ที่องค์กรเอกชนเหล่านี้สามารถเข้าถึงกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ผู้ใช้ยาเสพติด แรงงานต่างชาติ หญิงบริการทางเพศแฝง และชายขอบชายได้เป็นอย่างดี

ขยายกลุ่มเป้าหมายในการป้องกัน

นอกจากการระบาดของโรคเอดส์จะมีความหลากหลายมากขึ้นแล้ว การระบาดยังเพิ่มขึ้นในกลุ่มด้อยโอกาสทางสังคม ซึ่งเข้าไม่ถึงบริการต่างๆ ที่ช่วยป้องกันคนเหล่านี้จากความเสี่ยงในการติดเชื้อ

ตารางที่ 8.1 งบประมาณด้านการป้องกันโรคเอดส์และสัดส่วนเทียบกับงบประมาณทั้งหมดในช่วงปี 2540-2546

ปี	งบประมาณ (บาท)	งบประมาณด้านการป้องกัน	สัดส่วนงบประมาณด้านการป้องกันเทียบกับงบประมาณทั้งหมด
2540	1,986.02	217.31	10.9
2541	1,481.54	138.28	9.3
2542	1,516.24	164.03	10.8
2543	1,507.22	104.08	6.9
2544	1,443.84	123.17	8.5
2545	1,060.73	93.00	8.7
2546	1,003.23	80.66	8.0

ที่มา : สำนักงบประมาณ, สำนักนายกรัฐมนตรี ; สำนักนโยบายเศรษฐกิจการคลัง, กระทรวงการคลัง ; กรมบัญชีกลาง, กระทรวงการคลัง

หมายเหตุ : ตัวเลขปี 2545-2546 เป็นตัวเลขค่าใช้จ่ายจริง โดยไม่ได้รวมงบประมาณค่ายา AZT ในโครงการป้องกันเอดส์จากแม่สู่ลูกและการป้องกันโดยฉันทวิธี Universal Precautions, และการรักษาโรคฉวยโอกาส (งบประมาณส่วนนี้รวมอยู่ในงบประมาณ 30 บาทรักษาทุกโรค) นอกจากนี้รัฐจัดสรรงบประมาณจากงบกลางสนับสนุนการให้ยาด้านไวรัสด้วย

งบประมาณด้านการป้องกันในระยะหลังนี้ได้รับการจัดสรรน้อยลงเมื่อเทียบกับในช่วงทศวรรษที่ 1990 ในปี 2540 งบประมาณด้านการป้องกันได้รับ 217.3 ล้านบาท และลดลงเป็น 80.7 ล้านบาท ในปี 2546 โดยใช้งบประมาณเพื่อการป้องกันเพียงร้อยละ 8 เท่านั้น

...เกือบทุกการมีส่วนร่วมของประชาสังคม...

ศักยภาพขององค์กรเอกชนและองค์กรระดับชุมชนยังไม่ได้นำใช้อย่างเต็มประสิทธิภาพมากนัก ที่ผ่านมามีองค์กรเอกชนและกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มีส่วนอย่างสำคัญในการรณรงค์และร่วมแก้ปัญหาโรคเอดส์ เมื่อคนไทยเจ็บป่วยมากขึ้น การดำเนินงานของชุมชนยังสำคัญโดยเฉพาะการดูแลโดยชุมชน

ถึงแม้หญิงบริการทางเพศตรงยังมีส่วนสำคัญต่อการระบาดของโรคเอดส์อยู่ แต่การค้าบริการทางเพศแฝงกลับมีผลกระทบต่อภาระโรคในปัจจุบันมากกว่า นอกจากนี้อัตราการติดเชื้อในกลุ่มอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดทั้งชนิดฉีดและไม่ฉีด ชายขอบชาย ลูกเรือประมง ก็อยู่ในระดับสูง ทั้งนี้อัตราการติดเชื้อในชนหญิงมีครรภ์ที่ยังคงสูงโดยเฉพาะในภาคใต้

...เพื่อปกป้องเยาวชน...

วัยรุ่นเพียงร้อยละ 20-30 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ

และมีเพียงร้อยละ 5 เท่านั้นที่เข้าถึงบริการด้านการป้องกันโรคเอดส์ นอกจากนั้นการรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ของภาครัฐลดน้อยลงในช่วงหลัง จึงจำเป็นต้องมีแผนงานและโครงการที่เหมาะสมกับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น ซึ่งจำเป็นต้องลงทุนด้านการวิจัย โดยเฉพาะการวิจัยทางสังคม ที่จะทำให้เข้าใจปัญหา มองเห็นพลวัตของสาเหตุของปัญหาที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ นอกจากนี้การรณรงค์เรื่องโรคเอดส์ของภาครัฐลดน้อยลงในช่วงหลังจึงจำเป็นต้องมีแผนงานและโครงการที่เหมาะสมกับพฤติกรรมเสี่ยงของวัยรุ่น

นอกจากนี้ยังมีช่องทางในการริเริ่มแนวทางใหม่ในการแก้ปัญหาโดยใช้โรงเรียนเป็นฐาน ทั้งนี้กระทรวงศึกษาธิการควรจัดหลักสูตรการให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และเพศศึกษาทั้งในระดับโรงเรียนและระดับอุดมศึกษา ที่ผ่านมามีปัญหาของการให้ความรู้ด้านเพศศึกษาในโรงเรียนคือการต่อต้านจากผู้ปกครองและฝ่ายบริหารของโรงเรียน ที่มีความเชื่อว่าการให้ความรู้ด้านเพศศึกษาจะเป็นการยุยงให้เด็กมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร แต่ข้อมูลจากประเทศที่มีการดำเนินการเรื่องทักษะชีวิต การพูดคุยเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์ การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย และการให้ความรู้ในโรงเรียนและมหาวิทยาลัยเรื่องเพศศึกษากลับเป็นผลดีมากกว่าผลเสียและไม่ได้นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์มากขึ้นแต่อย่างใด

ชายหนุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การศึกษาบางชิ้นระบุว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้อาจสูงถึงร้อยละ 17 และยังไม่มีการให้ความรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยหรือบริการป้องกันแก่คนกลุ่มนี้เลย

เยาวชนหลายคนถูกดึงเข้าสู่ธุรกิจบริการทางเพศ อาจเป็นผู้ค้าหรือลูกค้า การมีเพศสัมพันธ์และใช้ยาเสพติดในกลุ่มวัยรุ่นเพิ่มสูงขึ้นรวมทั้งที่มีอายุอยู่ในวัยเรียน เป็นความท้าทายใหม่ที่ทำให้วัยรุ่นเสี่ยงต่อการติดเชื้อ

...การเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติดแบบฉีด...

การใช้ยาเสพติดแบบฉีดเป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย จากการใช้แบบจำลองพบว่าประมาณหนึ่งในสี่ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เกิดเนื่องจากการใช้ยาเสพติดและจากการคาดประมาณพบว่าผู้ใช้ยาจะเพิ่มเป็นร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในอีกสองสามปีข้างหน้า แต่งบประมาณที่ดำเนินการเพื่อป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดกลับมีน้อยมาก

นอกจากนี้การทำสงครามยาเสพติดที่ทำให้การจับกุมผู้ค้ายาสูงขึ้นมาก ประกอบกับข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการด้านการลดการนำเข้ายาเสพติด อาจทำให้การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้ยาเพิ่มสูงขึ้น มาตรการลงโทษผู้ใช้ยาเสพติด ยิ่งทำให้เข้าถึงกลุ่มยากยิ่งขึ้น ซึ่งทำให้ไม่สามารถทำการป้องกันหรือควบคุมโรคได้

เนื่องจากผู้ติดยาหลายคนมักจะเข้าออกเรือนจำ ทำให้เรือนจำกลายเป็นแหล่งแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่สำคัญ ประเทศไทยสามารถที่จะเป็นผู้นำของประเทศต่างๆในเอเชียโดยการนำแผนงานที่ประสบความสำเร็จมาปรับให้เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย และถึงแม้ว่าการใช้ยาเสพติดจะผิดกฎหมาย

แต่ก็ไม่ควรเป็นอุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี หากนำแนวทางที่เป็นไปได้ในทางปฏิบัติเช่นเดียวกับการส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัยในหญิงบริการทางเพศ ในทศวรรษ 1990 จะทำให้ประสบความสำเร็จในการดำเนินงานได้ดีกว่า

...กลุ่มประชากรเคลื่อนย้าย...

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยกำลังหันเหไปในทิศทางต่างๆ จากการพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงในกลุ่มแรงงานอพยพในอุตสาหกรรมก่อสร้าง การเกษตร และอุตสาหกรรมประมง โดยในบางพื้นที่สูงถึงร้อยละ 6 คนเดินทะเลและชาวประมงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงเพราะยากที่จะนำความรู้เรื่องเอดส์ไปเผยแพร่ถึงตัวได้ การดำเนินงานที่มีลำดับความสำคัญสูงจึงต้องเน้นการให้ความรู้เรื่องเอดส์ ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างแข็งขันโดยเจาะจงในกลุ่มที่เสี่ยงสูง

...และหญิงบริการทางเพศ

การลดลงของความต้องการของการซื้อบริการทางเพศและการที่หญิงบริการในสถานบริการตรงใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นทำให้ลดการแพร่ระบาดของเอดส์ในช่วงทศวรรษที่ 1990 ลงได้มาก ทว่าการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ให้บริการทางเพศยังคงอยู่ในอัตราสูง ซึ่งให้เห็นว่าการแพร่เชื้อส่วนหนึ่งเกิดจากการซื้อขายบริการทางเพศ หากดำเนินงานย่อยย่นแล้วเชื้อเอดส์อาจกลับมาระบาดอย่างรุนแรงในหมู่ผู้ขายบริการทางเพศอีกได้ จึงควรรักษาความสำเร็จจากการดำเนินงานดังกล่าวเอาไว้

ขณะที่ดำเนินการป้องกันในกลุ่มหญิงบริการทางเพศทางตรง ควรต้องเร่งทำงานในกลุ่มหญิงบริการทางเพศแบบแฝงที่เพิ่มจำนวนขึ้นและยากต่อการควบคุมอีกด้วย ในกรณีนี้คลินิกกามโรค ซึ่งเคยมีบทบาทสำคัญในการรณรงค์ถุงยางอนามัย 100% ไม่สามารถใช้เป็นจุดเชื่อมระหว่างผู้ให้บริการทางเพศและสถานบริการสาธารณสุขได้เหมือนที่ผ่านมา จำเป็นต้องหาแนวทางใหม่ๆที่จะนำบริการป้องกันโรคเอดส์ให้ไปถึงทั้งชายและหญิงขายบริการทางเพศอย่างแอบแฝงเหล่านี้

ลดทอนผลกระทบจากการระบาด

คาดว่าตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 1990 เป็นต้นมา การเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ในแต่ละปีอาจสูงถึง 50,000 คนและประมาณ 58,000 คนในปี 2546 ประมาณร้อยละ 90 ของผู้เสียชีวิตอยู่ในกลุ่มอายุ 20-49 ปีซึ่งเป็นวัยทำงาน การตายด้วยโรคเอดส์เป็นสาเหตุการตายอันดับหนึ่งของผู้อยู่ในวัยหนุ่มสาว โดยในปี 2546 ผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์คิดเป็นสองเท่าของผู้เสียชีวิตจากอุบัติเหตุจากรถทางบก

...โดยการขยายการดูแลในชุมชนและการเข้าถึงการดูแลรักษา...

ในระดับครอบครัวและชุมชนมีความต้องการการดูแลและรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงมาก และยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นจำนวนมากที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสก็ยังมีน้อย โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาประมาณ 21,000 คนเท่านั้น ในขณะที่มีผู้ป่วยที่ต้องการยาน้อยกว่า 100,000 คนนำขึ้นขบวนที่รัฐบาลมีนโยบายที่จะให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยจำนวน 50,000 คนในปี 2547 ซึ่งจากความพร้อมด้านโครงสร้างพื้นฐานของระบบบริการสาธารณสุขที่มีอยู่ทำให้ประเทศไทยเป็นตัวอย่างในการรณรงค์ระดับโลกที่จะขยายการเข้าถึงยาต้านไวรัสของไทย

ทั้งนี้ต้องเสริมสร้างขีดความสามารถของระบบบริการสาธารณสุขในการบริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยนับหมื่นคน เพราะการให้ยาต้านไวรัสควรที่จะมีการบริหารจัดการที่ดี เพื่อไม่ให้เกิดปัญหาการดื้อยา การวิจัยและติดตามผลทางชีววิทยาการแพทย์ (biomedical) จึงนับเป็นหัวใจสำคัญของยุทธศาสตร์ในการดูแลรักษา

แม้การให้คำปรึกษาและการตรวจหาเชื้อเอชไอวี (VCT) จะมีบริการในโรงพยาบาลและคลินิกทั่วประเทศนับ 1,000 แห่ง แต่ยังคงกระจายไม่ทั่วถึงโดยเฉพาะในชนบท ทำให้หลายคนไม่สามารถได้รับการตรวจและได้รับประโยชน์จากการรักษาเมื่อตรวจพบการติดเชื้อแต่เนิ่นๆ

นอกจากนี้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสต้องเชื่อมต่อกับบริการดูแลพื้นฐานแก่ผู้ป่วยเอดส์ เพราะผู้ป่วยส่วนใหญ่จะป่วยด้วยโรคที่สามารถป้องกันและรักษาได้เช่น วัณโรค ปอดบวม (Pneumocystis carinii pneumonia) และการติดเชื้อรา จึงเป็นโอกาสที่จะขยายการเข้าถึงยาป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ให้ประสิทธิผลคุ้มค่าสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์

...การสนับสนุนครอบครัวและชุมชนที่ได้รับผลกระทบ...

ผลกระทบของโรคเอดส์เริ่มเห็นชัดเจนในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 และแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติได้กำหนดเป้าหมายในการลดผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม แต่ในทางปฏิบัติกลับไม่ได้รับความสำคัญหรือไม่ได้รับงบประมาณสนับสนุนอย่างเพียงพอ การบรรเทาผลกระทบจากโรคเอดส์จึงต้องผสานเข้ากับกิจกรรมอื่นเพื่อยกระดับชีวิตความเป็นอยู่ของครอบครัวและชุมชน รวมทั้งจัดให้การบรรเทาผลกระทบเป็นส่วนหนึ่งของนโยบายการพัฒนาสังคมโดยคำนึงถึงความต้องการของชุมชนหรือครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์และของเด็กกำพร้า

...ลดความรังเกียจและเลือกปฏิบัติ...

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ยังต้องเผชิญกับความรังเกียจและเลือกปฏิบัติอยู่เสมอ เช่นคนในชุมชน หรือเพื่อนร่วมงานหลีกเลี่ยง ถูกปฏิเสธที่จะรับเข้าทำงาน หรือให้ออกจากงานด้วยเหตุที่ติดเชื้อเอชไอวี การเผยแพร่ความลับในสถานบริการสาธารณสุข การรณรงค์ให้ความรู้เพื่อสลายความรังเกียจและเลือกปฏิบัติจึงเป็นเรื่องที่มีความสำคัญลำดับสูงควบคู่กับการรักษาความลับผู้ป่วยในสถานบริการสาธารณสุขอย่างเคร่งครัด

เปลี่ยนเกียร์

ความสำเร็จของไทยในการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มาจากส่วนผสมระหว่างการมีมาตรการที่เหมาะสมและโชค ในขณะที่ไทยเป็นตัวอย่างของความสำเร็จแต่ไม่ได้แปลว่าจัดปัญหาได้แล้ว หลังจากพบผู้ป่วยโรคเอดส์ครั้งแรกในไทยเมื่อสี่สิบปีที่แล้ว ปัญหาโรคเอดส์ได้เปลี่ยนแปลงเรื่อยมา

หากนิยามความสำเร็จของไทยอาจบอกได้ว่าเป็นเพราะยึดหลักการควบคู่กับการที่นำไปปฏิบัติได้จริง โดยเน้นเรื่องที่เป็นปัญหาหลัก การรณรงค์และใช้ประโยชน์จากความได้เปรียบและศักยภาพที่มีอยู่แล้วอย่างเต็มที่ อาจกล่าวได้ว่าแนวทางดังกล่าวควบคู่กับความรู้อารมณ์สร้างทักษะและพัฒนากระบวนการควบคู่กันไป จะช่วยให้ไทยได้เปรียบเมื่อต้องปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานเพื่อรับมือกับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในยุคใหม่

เชิงอรรถ

- ¹ ในปี 2528 กระทรวงสาธารณสุขอาศัยอำนาจตามความในพระราชบัญญัติโรคติดต่อได้กำหนดให้สถานพยาบาลทุกแห่งต้องรายงานการพบผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกราย
- ² เปรียบเทียบอัตราการติดเชื้อจากการให้เลือดในประเทศสหรัฐอเมริกาคิดเป็นประมาณหนึ่งต่อสามแสนของการให้เลือด
- ³ กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มติดตามภาวะการติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลอภัยภูรังค์ ซึ่งเป็นสถานบำบัดรักษาผู้ติดยาเสพติดที่ใหญ่ที่สุดในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล ในเดือนกันยายน 2530 ในขณะที่กทม. ได้เริ่มการสำรวจเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีโดยการตรวจเลือดในคลินิกรักษาผู้ติดยาเสพติดทั้ง 17 แห่งในเดือนกันยายน 2531
- ⁴ ในขณะนี่ยังไม่มีสถิติอัตราการติดเชื้อแบบฉีดเข้าเส้น ทั้งนี้ Weniger et al.(1991) ระบุว่าอัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้ขายยาเสพติดในเขตกรุงเทพมหานครเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2 เป็นร้อยละ 40 ในช่วงหกเดือนในปี 2532
- ⁵ ภายหลังจากปี 2536 จำนวนจังหวัดในประเทศไทยได้เพิ่มเป็น 76 จังหวัด
- ⁶ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศแบบแฝงได้เพิ่มขึ้น แม้ว่าจะเป็นอัตราเพียงครั้งหนึ่งของหญิงบริการทางเพศโดยตรงก็ตาม การสำรวจหญิงบริการทางเพศในเขตกทม. เชียงใหม่ พัทยา และภูเก็ตพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างต่ำประมาณร้อยละ 0.1-0.4 (โปรดดู Traisupa et al, 1990) ในขณะที่พบการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงบริการทางเพศมีความชุกต่างกันมากนั้น ความต่างในความชุกนี้อาจบ่งชี้ว่าเกิดขึ้นกับหญิงบริการที่ทำงานในสถานบริการทางเพศแบบหนึ่งแบบใดเป็นการเฉพาะก็ได้
- ⁷ โปรดดู Henry K (1997) Policy Profile
- ⁸ ชายชนบทเป็นกลุ่มใหญ่ที่เข้ารับการเกณฑ์ทหารเมื่ออายุครบ 21 ปีบริบูรณ์ อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารเกณฑ์ จึงบ่งชี้ถึงความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญระหว่างการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยกับประเทศในทวีปแอฟริกาในช่วงเวลาเดียวกัน ในขณะที่ที่แอฟริกาเริ่มแพร่ระบาดในเขตเมือง ประเทศไทยกลับแพร่ระบาดในเขตชนบท
- ⁹ ฝ่ายโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดได้เก็บข้อมูลสถานบริการในจังหวัดและปรับปรุงให้เป็นปัจจุบันทุกหกเดือน โดยอาศัยการรายงานของชายที่มารับบริการที่คลินิกกามโรคหรือการตรวจร่างกายของหญิงบริการทางเพศเพื่อหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สำนักงานองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ & สำนักโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข 2543 : 20)
- ¹⁰ Bunnell et al.(1999).

- ¹¹ แผนภาพที่ 4.2 ข้อมูลนี้ได้มาจากการประเมินติดตามการเฝ้าระวังของพื้นที่ระบาดของเชื้อเอชไอวีของผู้ขายบริการทางเพศทั้งทางตรงและทางอ้อม ดำเนินการโดยสำนักโรคระบาด กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งได้มีการจัดเก็บสัมภาษณ์และสุ่มตัวอย่างตรวจหาผลเลือดของผู้ขายบริการทางเพศจากจังหวัดต่างๆทั่วประเทศ
- ¹² อ้างในกองกามโรค (2542 และ 2543) รายงานประจำปี กระทรวงสาธารณสุข
- ¹³ ที่น่าสนใจก็คือ อัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงตั้งแต่ปี 2532-2533 ก่อนที่จะมีการรณรงค์อย่างเข้มข้นและก่อนที่จะรณรงค์ถึงยางอนามัย 100% เหตุผลหนึ่งที่น่าจะเป็นไปได้คือการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ในระยะแรก โดยเฉพาะการรายงานข่าวของสื่อมวลชนถึงผลการเฝ้าระวังในปี 2532 ช่วยโน้มน้าวให้ชายจำนวนมากใช้ยางอนามัยเมื่อเกี่ยวข้องกับบริการทางเพศหรือหลีกเลี่ยงการเกี่ยวข้องกับบริการทางเพศ
- ¹⁴ แหล่งที่มา สถาบันวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมการแพทย์ทหารบก กองทัพบก
- ¹⁵ Van Landingham & Trujillo (2002).
- ¹⁶ อย่างไรก็ตามแนวโน้มดังกล่าวอาจไม่ยั่งยืน เพราะการใช้ยางอนามัยในกลุ่มหญิงบริการทางเพศแบบแฝงเริ่มลดลงมาตั้งแต่ปี 2542 (ดูแผนภาพที่ 4.7 และ Phoolcharoen, 1998b).
- ¹⁷ Ainsworth & Teokul (2000).
- ¹⁸ สำนักงานองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ & สำนักโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข (2543)
- ¹⁹ Phoolcharoen (1998b).
- ²⁰ Denduang & Charusomboon (1993).
- ²¹ Rujanavet & Chinchotkasem (1995).
- ²² การสนับสนุนทางการเงินจากต่างประเทศในช่วงปลายทศวรรษที่ 1980 ได้ถูกขดเคยด้วยการเพิ่มขึ้นของงบประมาณสำหรับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในต้นทศวรรษที่ 1990 ทั้งยังได้จัดสรรงบประมาณสนับสนุนองค์การชุมชนอีกด้วย งบประมาณสนับสนุนกิจกรรมขององค์การเอกชนสาธารณสุขประชาชนด้านเอดส์และกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มจาก 5 ล้านบาทในปี 2535 เป็น 90 ล้านบาทในปี 2540
- ²³ อ้างอิงจาก World Bank (1999), อ้างถึงใน Phongpaichit and Baker (1998 : 307-8).
- ²⁴ การทำงานต่ำกว่าระดับความรู้เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 2.2 เป็นร้อยละ 4.6 (Jitsuchon, 2001)
- ²⁵ ปีงบประมาณของไทยเริ่มตั้งแต่ 1 ตุลาคมถึง 30 กันยายน
- ²⁶ ผู้บริหารโรงเรียนในแต่ละแห่งต้องตัดสินใจว่าโรงเรียนของตนต้องการและสามารถจัดการศึกษาอบรมเกี่ยวกับเพศศึกษาได้หรือไม่
- ²⁷ งบประมาณที่เกี่ยวกับการบริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ส่วนใหญ่จะครอบคลุมค่ายาสำหรับผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้าโครงการวิจัยทดลองทางคลินิกการดูแลสุขภาพและรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์รายอื่นซึ่งงบประมาณปกติของกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากไม่สามารถจำแนกจากบริการรักษาพยาบาลทั่วไปได้

- ²⁸ Ford et al. (2000 : 560-3)
- ²⁹ Rumakom (2002).
- ³⁰ กระทรวงสาธารณสุข (2000 : 219)
- ³¹ Dr. Ratana, Community Medicine Department, Chiang Mai University. (2003).
- ³² ได้มีการสำรวจที่น่าสนใจเกี่ยวกับนักเรียนไปแล้วสองสามครั้ง (โปรดดู Jenkins et al., 2003) ผลสำรวจชี้ว่านักเรียนประมาณจำนวนครึ่งหนึ่งเคยมีความสัมพันธ์ทางเพศมาก่อน กลุ่มที่มีอายุ 20 ปีและมากกว่า เคยมีเพศสัมพันธ์คิดเป็นร้อยละ 65 ปัจจัยสำคัญที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยของเด็กนักเรียนในกลุ่มวัยนี้ คือการประพฤติปฏิบัติเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเพื่อนและเพื่อป้องกันการตั้งครรภ์ ผลการสำรวจพบว่าอัตราการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีน้อยมากในกลุ่มนักเรียนรวมทั้งโรคหนองใน (มีอัตราการติดเชื้อน้อยกว่าร้อยละ 0.5) และมีมะม่วงในอัตราร้อยละ 6 ในเด็กผู้หญิงและร้อยละ 4 ในเด็กผู้ชาย ส่วนอัตราของผู้ใช้ยาเสพติดประมาณหนึ่งในห้าคือเด็กสาว เก็บตัวอย่างจากประวัติผู้เข้ามามหาวิทยาลัยตามีน
- ³³ ในขณะที่มีความรู้เรื่องเอดส์ค่อนข้างสูงความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ค่อนข้างต่ำ (Paz-Bailey 2003).
- ³⁴ สถิติจากสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล, the Foundation for Women, and WHO (2000).
- ³⁵ Buckingham & Meister (2003).
- ³⁶ Sirinak et al. (2003).
- ³⁷ สำนักงานองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ & สำนักโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข (2000 : 16).
- ³⁸ Perngmark P., Celentano D. & Kawichai S. (2003 : 1153-6).
- ³⁹ Nelson et al. (1999).
- ⁴⁰ พระราชบัญญัติปราบปรามยาเสพติด พ.ศ. 2522 แบ่งยาเสพติดเป็น 5 กลุ่ม ผู้ที่มียาเสพติดไว้ในครอบครองยาเสพติดร้ายแรง เช่น เฮโรอีน ยาบ้า methamphetamine, ecstasy และ LSD มีโทษจำคุก 1-10 ปี ผู้เสพยาเสพติดร้ายแรงมีโทษจำคุก 6 เดือนถึง 10 ปี (Legal Affairs Division 2000). โทษสูงที่สุดของการค้าทั้งเฮโรอีนและหรือ Methamphetamine คือการยึดทรัพย์
- ⁴¹ Poshychinda (1995).
- ⁴² แม้ว่ากระบอกฉีดและเข็มฉีดยาสามารถหาได้ง่ายจากร้านขายยาทั่วไป ยกเว้นในเขตชนบทซึ่งอาจมีปัญหาอยู่บ้าง อัตราการติดเชื้อในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดแบบฉีดยังคงอยู่ในระดับสูง ตัวอย่างเช่น การศึกษาในกรุงเทพมหานครร้อยละ 96 ของกลุ่มตัวอย่างหาเข็มฉีดยาที่สะอาดจากร้านขายยา ทว่าก็ยังใช้เข็มฉีดยาร่วมกันด้วยเหตุที่เป็นวัฒนธรรมกลุ่มควบคุมกับความหวาดกลัวว่าตำรวจจะใช้การมีเข็มฉีดยาไว้ในครอบครองเป็นหลักฐานว่าใช้ยาจึงทำให้ใช้เข็มฉีดยา
- ⁴³ Hammet, Harmon & Rhodes (2002 : 1789-94) & Guimaras (2001 : 111-18).

⁴⁴ Schmidt (2004).

⁴⁵ Treerat et al. (2000).

⁴⁶ Weniger et al. (1991).

⁴⁷ Thaisri et al. (2003).

⁴⁸ เกือบร้อยละ 70 ของนักโทษทั้งหมดต้องโทษระหว่าง 1-10 ปี ในปี 2545 (ดู Schmidt 2004).

⁴⁹ โดยภาพรวมการศึกษาในกลุ่มทหารเกณฑ์พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ระหว่างร้อยละ 3-17 ในกลุ่มทหารเกณฑ์ที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน

⁵⁰ copy from Eng version

⁵¹ การศึกษาของคณะกรรมการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2540-2546, สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546).

⁵² การศึกษาของคณะกรรมการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2540-2546, สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข (2546).

⁵³ Kunawararak et al. (1997).

⁵⁴ Lertpiriyasawat et al. (2003).

⁵⁵ Kunawararak et al. (1995).

⁵⁶ Limanonda (1997).

⁵⁷ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

⁵⁸ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

⁵⁹ Chuprapawan et al. (2003).

⁶⁰ Wongboonsin et al. (1997).

⁶¹ Rhucharoenpornipanich (2004)

⁶² Knodel et al. (2001).

⁶³ Im-em & Puangsaijai (1999).

⁶⁴ ค่ายาค่ารักษาทางการแพทย์ของผู้ป่วยโรคเอดส์คิดเป็นเงินประมาณโดยเฉลี่ย 29,274 บาทต่อคน (731.85 เหรียญสหรัฐ) สำหรับผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางชนิดจะมีค่าใช้จ่าย 42,955 บาท(1,073.87 เหรียญสหรัฐ) แต่หลังจากที่ได้มีการปรับเอาระยะเวลาในการเจ็บป่วยมาพิจารณาแล้ว ค่าใช้จ่ายของผู้ป่วยโรคเอดส์โดยภาพรวมแล้วจะมีตัวเลขสูงกว่าสองเท่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยโรคเรื้อรังบางชนิด โรคเอดส์จะมีค่าใช้จ่าย 53,880 บาท ส่วนโรคอื่นๆมีค่าใช้จ่าย 28,508 บาท (คิดเป็น 1,347 และ 712.7 เหรียญสหรัฐตามลำดับ) อ้างอิง Im-em & Puangsajjai (1999).

⁶⁵ UNDP (2001 : 10)

⁶⁶ Pittayanon et al. (1997).

⁶⁷ Knodel et al. (2001).

⁶⁸ Thai Business Coalition

⁶⁹ Lerttaveepornkul (2001).

⁷⁰ Panakitsuwan (2001).

บรรณานุกรม

กระทรวงสาธารณสุข สำนักระบาดวิทยา (2546) สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย ISBN 974-9593-6 หน้า 1-5 กรุงเทพมหานคร

กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2540-2546) “รายงานการสำรวจสถานบริการทางเพศและผู้ให้บริการทางเพศทั่วประเทศ” กรุงเทพมหานคร

กระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ และจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ (2523-2545) “รายงานสถิติวิเคราะห์ : ระบบข้อมูลการติดยาเสพติด ประชากรซึ่งเข้ารับการรักษาทั่วประเทศ” รายงานประจำปีงบประมาณ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (2539) “รายงานประจำปี” กรุงเทพมหานคร

กระทรวงสาธารณสุข สำนักระบาดวิทยา (2532) รายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ ปีที่ 20 ฉบับที่ 13 หน้า 155-160 กรุงเทพมหานคร

กระทรวงสาธารณสุข สำนักระบาดวิทยา (2530) รายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ ปีที่ 18 ฉบับที่ 23 หน้า 265-267 กรุงเทพมหานคร

กระทรวงสาธารณสุข สำนักระบาดวิทยา (2530) รายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ ปีที่ 18 ฉบับที่ 25 หน้า 289-291 กรุงเทพมหานคร

กระทรวงสาธารณสุข สำนักระบาดวิทยา (2528) รายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ ปีที่ 16 ฉบับที่ 15 หน้า 177-178 กรุงเทพมหานคร

กระทรวงสาธารณสุข สำนักระบาดวิทยา (2527) รายงานเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ ปีที่ 15 ฉบับที่ 39 หน้า 509-512 กรุงเทพมหานคร

กฤตชนา เขตตะยา และดาวิดา ช้างทอง (2546) “พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มคนงานชายในโรงงานอุตสาหกรรม” รายงานสถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย เล่มที่ 2 สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ISBN 974-9593-6 หน้า 11-16 กรุงเทพมหานคร

คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ และคณะ (2532) “ผลการสำรวจผู้ติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ ครั้งที่ 1 ในประเทศไทย” มิถุนายน 2532 วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 หน้า 57-74 กรุงเทพมหานคร

คำนวณ อึ้งชูศักดิ์ และคณะ (2533) “การสำรวจผู้ติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ ครั้งที่ 2 ในประเทศไทย” ธันวาคม 2532 วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 หน้า 45-56 กรุงเทพมหานคร

จำลอง บ่อเกิด และเจษฎา จงไพบุลย์พัฒนะ (2532) “การศึกษาภาวะติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดยาเสพติด โรงพยาบาลหาดใหญ่ พ.ศ. 2531-2532” วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 หน้า 83-87

จิระพงษ์ สุทธิมุสิก และทณาศักดิ์ พันทรัพย์ (2546) “พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์” สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย เล่มที่ 2 สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข ISBN 974-9593-6 หน้า 41-47

จุฑามาศ สีนประจักษ์ผล และคณะ (2545) “การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์โดยการรายงานผู้ป่วย จังหวัดปัตตานี ปีพ.ศ. 2544” การเฝ้าระวังโรค ประจำเดือน สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข ปีที่ 33 เล่มที่ 33 (ฉบับพิเศษ 1) มีนาคม หน้า 1-12

ฉลอม มั่นอาจ และคณะ การใช้ถุงยางอนามัยในหญิงขายบริการทางเพศแบบตรงแบบแฝง จังหวัดเชียงใหม่ เอกสารนำเสนอการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 วันที่ 7-9 กรกฎาคม 2546 จังหวัดนนทบุรี

ฉัตรชัย สุขเกษม และพงษ์รัตน์ ยอดแก้ว (2546) “พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มทหารกองประจำการ” สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย เล่มที่ 2 สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข ISBN 974-9593-6 หน้า 6-10

ทัศนัย วงศ์จักร และคณะ ผลกระทบจากนโยบายการปราบปรามยาเสพติดต่อรูปแบบการใช้ยาเสพติดในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี เอกสารนำเสนอการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 9 วันที่ 7-9 กรกฎาคม 2546 จังหวัดนนทบุรี

ธนรักษ์ ผลิพัฒน์ และคณะ (2538) “ความครบถ้วนของการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการตามระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา จังหวัดพะเยา” รายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำสัปดาห์ ปีที่ 26 เล่มที่ 36 หน้า 457-460, 467-471

นาถฤดี เต็มดวง และวรรณ จารุสมบูรณ์ (2536) บทบาทองค์กรพัฒนาเอกชนในการดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เอกสารโรเนียว กรุงเทพมหานคร

บุษบา รุจจนเวท และดวงสมร ชินโชติเกษม องค์กรเอกชน : กิจกรรมด้านเอดส์ในประเทศไทย สถาบันพัฒนาสาธารณสุขอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ศาลายา นครปฐม 2538

ประภาพร บรรยงค์ และชิตาภา อุนาริเน “อัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ของประเทศไทย พ.ศ. 2532-2543” รายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำเดือน ปีที่ 33 (ฉบับพิเศษ 2) หน้า 34-40

พระราชบัญญัติยาเสพติด พ.ศ. 2522 กรุงเทพมหานคร

เพ็ญจันทร์ ประดับมุข การเคลื่อนไหวภาคประชาชนในบริบทของประชาสังคมและการพัฒนาสุขภาพ : บทวิเคราะห์ เอกสารนำเสนอระหว่างการประชุมวิชาการประจำปีของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข เรื่องการปฏิรูปเพื่อสุขภาพ : ยุทธศาสตร์ใหม่สำหรับการพัฒนาระบบสุขภาพ วันที่ 1-2 กุมภาพันธ์ 2539

ไพโรจน์ จันทรมณี (2545) “การประเมินระบบการเฝ้าระวังโรคเอดส์ จังหวัดนครนายก ปีพ.ศ. 2544” รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ สำนักกระบวนวิชา กระทรวงสาธารณสุข ISBN 974-9593-46-4 หน้า 192-206

ภัสสร ลิมานนท์ (2540) “บริการทางเพศ การเดินทางข้ามแดนและเอดส์” เอกสารสถาบัน หมายเลข 253-40 สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ISBN 974-637-487-7

ยิ่งยง เทาประเสริฐ ประสพการณ์และศักยภาพการแก้ปัญหาเอดส์ขององค์กรประชาชน กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ และสถาบันราชภัฏเชียงใหม่ พฤษภาคม 2543 เอกสารโรเนียว

จาวรณ ไกรเลิศ และสุมลยา เลิศศักดิ์ชัย (2545) “สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ 7 จังหวัดภาคใต้ตอนบนระหว่างปีพ.ศ. 2534-2543” รายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำเดือน ปีที่ 33 (ฉบับพิเศษ 2) หน้า 74-82

ราวรณ โกรเลิศ สุพรรณิ แซ่ซี้ และไพโรจน์ จันทร์มณี (2546) “พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5” รายงานสถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย เล่มที่ 2 สำนักบรรณาธิการ กระทรวงสาธารณสุข ISBN 974-9593-6 หน้า 34-40

ลาวัลย์ อมรรัตน์ และคณะ (2545) “การประเมินคุณภาพของการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจังหวัดตราด” รายงานการเฝ้าระวังโรค ประจำเดือน ปีที่ 33 (ฉบับพิเศษ 1) หน้า 62-74

วรรษัย ทองไทย และอรพินทร์ พิทักษ์มหาเหตุ ความรู้ การรับรู้ข้อมูลข่าวสาร และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ : โครงการสำรวจประสิทธิผลของการสื่อสารเรื่องเอดส์ต่อพฤติกรรมและค่านิยม พ.ศ. 2536 เอกสารทางวิชาการหมายเลข 177 สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2537

วรรณภา จารุสมบุญ (2542) “นโยบายและบทบาทของรัฐในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์” ใน พิมพ์วัลย์ บุญมงคล เพ็ญจันทร์ ประดับ मुख และสันสนีย์ เรื่องสอน องค์กรความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล โรงพิมพ์รุ่งแสง กรุงเทพมหานคร

วัชรินทร์ แก้วมรินทร์ (2545) “การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ในโรงพยาบาลชุมชนจังหวัดมหาสารคาม” รายงานผลการวิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ ISBN 974-9593-46-4 หน้า 99-108

วัชรินทร์ แก้วมรินทร์ และอภิญา ดวงแก้ว (2546) “พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5” สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย เล่มที่ 2 ISBN 974-9593-6 หน้า 25-33

วัชรีย์ เทพนรงค์ (2545) “ความครบถ้วนและถูกต้องของการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อวัณโรค จังหวัดระยอง พ.ศ. 2543-2544” สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย เล่มที่ 2 ISBN 974-9593-46-4 หน้า 109-117

วัชรีย์ เทพนรงค์ และมัลลิกา สงเคราะห์ (2546) “พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มคนงานหญิงในโรงงานอุตสาหกรรม” สถานการณ์โรคเอดส์ประเทศไทย เล่มที่ 2 ISBN 974-9593-6 หน้า 17-24

วิชาญ วิทยาศัย และประคอง วิทยาศัย (2533) “วิเคราะห์ปัญหาโรคเอดส์” วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 3 หน้า 99-108

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2529) “รายงานประจำปี ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ”

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย (2533-2545) “อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต”

สายฤดี วรกิจโกศาทร (2537) “พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักท่องเที่ยวสตรีญี่ปุ่นในภาคใต้ของประเทศไทย” วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 หน้า 67-76

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี (2546) “การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มคนต่างด้าว” เอกสารภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดกาญจนบุรี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี (2546) “ระบบการเฝ้าระวังโรคเอดส์ในกลุ่มชาวประมงและแรงงานต่างด้าว” เอกสารภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดปัตตานี

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง (2546) “ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานต่างด้าว 2540-2545” เอกสารภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา (2545) “การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานประมง” เอกสารภายใน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว “การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์โดยการรายงานผู้ป่วย ในจังหวัดสระแก้ว” เอกสารภายในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว

สุชาติ จันทสิริยากร และคณะ (2545) ผลจากการเฝ้าระวังในกลุ่มเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อใน 4 จังหวัดนำร่อง ระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2544 ถึงวันที่ 30 เมษายน 2545 กระทรวงสาธารณสุข

สุพัทธ์ วาณิชเสณี และคณะ (2532) “การสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อไวรัสเอดส์ครั้งแรก ในผู้ติดยาเสพติดในคลินิกรักษาของกรุงเทพมหานคร” วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 2 หน้า 75-82

สุภาวดี จันทวานิช และคณะ “รายงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์เรื่องการย้ายถิ่นข้ามพรมแดนไทย-พม่าและสถานการณ์เสี่ยงต่อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ย้ายถิ่น : พื้นที่แม่สอดและแม่สาย” สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ทบวงมหาวิทยาลัย พฤษภาคม 2544

อรพรรณ แสงวรรณลอย และคณะ (2544) “การประเมินระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ โดยการรายงานผู้ป่วยในพื้นที่ 4 จังหวัด ระหว่างปีพ.ศ. 2542-2544” วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 13 หน้า 117-30

อำนวยการ ไตรสุภา และคณะ (2533) “การสำรวจความชุกของแอนติบอดีต่อไวรัสเอชไอวี-1 ในกลุ่มเสี่ยงสูงใน 4 จังหวัดแหล่งท่องเที่ยว” วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 2 เล่มที่ 2 หน้า 57-63

สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติหรือยูเอ็นดีพี
เป็นองค์กรเพื่อการพัฒนาที่มีเครือข่ายทั่วโลกสังกัดในองค์การสหประชาชาติ
มีหน้าที่ให้การสนับสนุนผลักดันเพื่อการเปลี่ยนแปลง และการติดต่อแลกเปลี่ยนความรู้
ประสบการณ์และทรัพยากรเพื่อคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น
หน่วยงานยูเอ็นดีพีมีสำนักงานอยู่ใน 166 ประเทศทั่วโลกและประสานการทำงานร่วมกัน
เป็นเครือข่ายเพื่อการพัฒนาทั้งในระดับประเทศและระดับโลก
ในการพัฒนาขีดความสามารถระดับท้องถิ่น ยูเอ็นดีพีใช้ทั้งความรู้ความสามารถและ
ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่ยูเอ็นดีพีและพันธมิตรจากหลากหลายสาขา



สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ

ถนนราชดำเนินนอก

กรุงเทพมหานคร 10200

โทรศัพท์ : (66-2) 288 2130

โทรสาร : (66-2) 280 0556

E-mail : registry.th@undp.org

Web site : www.undp.or.th