

รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศ ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์

United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS

UNGASS



ประเทศไทย

มกราคม 2549 – ธันวาคม 2550



คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศ
ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์
United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS
UNGASS
ประเทศไทย
มกราคม 2549 – ธันวาคม 2550

ประสานการจัดทำรายงานโดย



ชื่อเรื่อง	รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศ ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธุกรรม เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย, มกราคม 2549 – ธันวาคม 2550	
จัดทำโดย	คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	
ที่ปรึกษา	นายแพทย์ รัช สุขทรอาจารย์ เลขานุการคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ นายแพทย์สมชัย ภิญโญพรพาณิชย์ รองอธิบดีกรมควบคุมโรค	
บรรณาธิการ	เพชรศรี ศิริรินทร์ วิภา ต่านธำรงกุล สุวิภา แสงโคตร	พรทิพย์ เข้มเงิน วรรณิ ตั้งเสาวภาคย์ ภริตา ก่วยเกียรติกุล
พิสูจน์อักษร	ฉัตรแก้ว เกษมสำราญ และนันทิยาพร บุญศิริ	
ปก	จินตนา ธรรมสุวรรณ	
พิมพ์ครั้งที่ 2	500 เล่ม สิงหาคม 2552	
ผู้พิมพ์	โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ	
สนับสนุนการพิมพ์	กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข	
ผู้เผยแพร่	สำนักงานพัฒนาวิชาการสนับสนุนการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000 โทรศัพท์ 02-590-3828-9	
ISBN	978-974-297-732-0	

สารบัญ

ความนำ

สารบัญรูปภาพ

สารบัญตาราง

คำย่อ

ก. สถานการณ์โดยสรุป	1
1. กระบวนการจัดทำรายงาน	1
2. สถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี	2
3. นโยบายและแผนงานที่ตอบสนองปัญหาเอดส์	3
4. ตารางภาพรวม ข้อมูลตัวชี้วัด UNGASS	5
ข. ภาพรวมของสถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี	9
ค. การตอบสนองระดับประเทศต่อการระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี	20
1. การบริหารจัดการการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	20
2. การป้องกันการระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี	23
3. การรักษา ดูแล ช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ	30
4. การวิจัยและพัฒนาวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี	33
ง. ตัวอย่างของแนวทางการปฏิบัติที่ดี	35
1. ภาวะแวดล้อมด้านนโยบายที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	35
: แนวปฏิบัติของการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ	35
2. การขยายผลการป้องกันการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิผล	39
: แผนงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก	39
3. การขยายผลการดูแลรักษาที่มีประสิทธิผล	40
: แผนงานพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ	40
4. การมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อฯ และกลุ่มประชากรข้ามชาติ	42
: ศูนย์องค์รวม	42
: การมีส่วนร่วมของชุมชนประชากรข้ามชาติในการป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ	45

5. การพัฒนารูปแบบ	46
: การดูแลเด็กติดเชื้ในชุมชนโดยใช้เครือข่ายจังหวัด	46
จ. สิ่งท้าทายสำคัญ และการแก้ไข	49
1. ความก้าวหน้าในการจัดการสิ่งท้าทายสำคัญในรายงาน UNGASS รอบปี พ.ศ.2548	49
2. ความท้าทายในช่วงปี พ.ศ.2549 – 2550	50
3. แผนการแก้ไขความท้าทายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตาม UNGASS	54
ฉ. การสนับสนุนจากภาคีพัฒนา	57
1. การสนับสนุนหลักที่ได้รับ	57
2. ประเด็นและแนวทางที่ภาคีพัฒนาต้องร่วมดำเนินการเพื่อการบรรลุเป้าหมายตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์	61
3. ความร่วมมือระหว่างประเทศกำลังพัฒนา	61
ช. สภาวะแวดล้อมของการติดตามและประเมินผล	63
1. ภาพรวมของระบบการติดตามและประเมินผลในปัจจุบัน	63
2. ความท้าทายในการดำเนินการติดตามและประเมินผลที่ผสมผสาน	66
3. แผนการแก้ไขความท้าทาย	67
4. สิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือด้านวิชาการ	67

ผนวก 1:	ดัชนีรวมด้านนโยบาย: มุมมองภาครัฐ	68
ผนวก 2:	ดัชนีรวมด้านนโยบาย: มุมมองภาคประชาสังคม	83
ผนวก 3:	การใช้จ่ายของประเทศในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	103
ผนวก 4:	สรุปการบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดรายงาน UNGASS 2008 ประเทศไทย ในโปรแกรม CRIS	111
ผนวก 5:	รายงานพิเศษจากภาคประชาสังคมในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธุ์	137
ผนวก 6:	โครงสร้าง คณะทำงานจัดทำรายงานฯ	156
ผนวก 7:	กระบวนการปรึกษาหารือและเตรียมการจัดทำรายงานฯ	157
ผนวก 8:	ผู้รับผิดชอบการจัดทำดัชนีรวมด้านนโยบาย	158
ผนวก 9:	หน่วยงานร่วมดำเนินการจัดทำรายงานฯ	159

สารบัญรูปรูปภาพ

รูปที่ 1	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มทหารคัดเลือกกองประจำการ ปี พ.ศ. 2534-2549	9
รูปที่ 2	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ ปี พ.ศ. 2534-2549	9
รูปที่ 3	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ ตามลำดับการตั้งครรภ์ ปี พ.ศ. 2541-2549	10
รูปที่ 4	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ ตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2541-2549	10
รูปที่ 5	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มทหารคัดเลือกกองประจำการ ตามสถานภาพสมรส ปี พ.ศ. 2534-2549	10
รูปที่ 6	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ ตามภูมิภาค ปี พ.ศ. 2534-2549	11
รูปที่ 7	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มทหารคัดเลือกกองประจำการ ตามภูมิภาค ปี พ.ศ. 2534-2549	11
รูปที่ 8	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต ศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย ตามเพศ และ ลักษณะผู้บริจาค ปี พ.ศ. 2534-2549	12
รูปที่ 9	อัตราการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก ปี พ.ศ. 2544-2549	12
รูปที่ 10	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ปี พ.ศ. 2532-2549	13
รูปที่ 11	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มผู้ฉีดสารเสพติด จำแนกตามภูมิภาค ปี พ.ศ. 2532-2549	14
รูปที่ 12	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มชายรับบริการคลินิกามโรค จำแนกตามภูมิภาค ปี พ.ศ. 2532-2549	14
รูปที่ 13	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง-แฝง จำแนกตามภูมิภาค ปี พ.ศ. 2532-2549	14
รูปที่ 14	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง-ตรง จำแนกตามภูมิภาค ปี พ.ศ. 2532-2549	14
รูปที่ 15	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการชาย ปี พ.ศ.2540 - 2549	15
รูปที่ 16	ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดท่องเที่ยว 3 จังหวัด ปี พ.ศ.2548, 2550	15
รูปที่ 17	อัตราความชุก และอุบัติการณ์ในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ (ผลเบื้องต้น)	16

รูปที่ 18	อัตราความชุก และอุบัติการณ์ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงแฝง (ผลเบื้องต้น)	16
รูปที่ 19	การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี รายใหม่ จำแนกตามกลุ่มประชากร และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ปี พ.ศ. 2528-2553	17
รูปที่ 20	การคาดประมาณสัดส่วนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี รายใหม่ จำแนกตามกลุ่มประชากร และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ปี พ.ศ. 2528-2553	18
รูปที่ 21	การคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ และจำนวนผู้ได้รับยาต้านไวรัสฯ	19
รูปที่ 22	โครงสร้างการติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ ระดับประเทศ	21
รูปที่ 23	โครงสร้างกลไกการติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ ระดับประเทศ	65

สารบัญตาราง

ตาราง 1	สรุปภาพรวม ของ ตัวชี้วัด UNGASS	5
ตาราง 2	จำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้จากการคาดประมาณ โดย Asian Epidemic Model (AEM)	18
ตาราง 3	การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ ในสถานประกอบกิจการ	36
ตาราง 4	การเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อ เอดส์ ของคนงาน	37
ตาราง 5	การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ ของคนงาน	37
ตาราง 6	นโยบายของสถานประกอบกิจการในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี และการบริหารจัดการ	37

คำย่อ

เอชไอวี	HIV: Human Immunodeficiency Virus
เอดส์	AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome
AEM	Asian Epidemic Model
AFRIMS	Armed Forces Research Institute of Medical Sciences
APEC	Asia-Pacific Economic Cooperation
ASEAN	The Association of South East Asian Nations
ASO	AIDS- Response Standard Organization
CAR	Center for AIDS Right
FSW	Female Sex Worker
FTA	Free Trade Agreement
GDP	Gross Domestic Products
IDU	Intravenous Drug User
ILO	International Labour Organization
JICA	Japan International Cooperation agency
MICS	Thailand Multiple Indicator Cluster Survey
MSM	Men who have Sex with Men
NA	No data Available
NAPHA	National Access to Antiretroviral Programme for PHA
NASA	National AIDS Spending Assessments
PHIMS	Perinatal HIV intervention monitoring system
PHOM	Perinatal HIV Outcome Monitoring Surveillance System
SW	Sex worker
SWING	Sex Workers In Group
TB	Tuberculosis
TBCA	Thailand Business Coalition on AIDS
THE	Total Health Expenditure
TICA	Thailand International Development Co-operation Agency
TUC	Thai MOPH - US-CDC-Collaboration
UNAIDS	United Nations Programme on HIV/AIDS
UNDP	United Nations Development Programme
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNFPA	United Nations Population Fund
UNGASS	United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNIFEM	United Nations Development Fund for Women
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
UNICEF	United Nations Children's Fund
USAID	United States Agency for International Development
IOM	International Organization Migration
FHI	Family Health International

ความน่า

หลังจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: UNGASS) ในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2544 ผู้แทนรัฐบาลจาก 189 ประเทศ ได้ร่วมลงนามในปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงฉันทามติของประเทศต่างๆทั่วโลก ที่มีต่อกรอบแนวคิดที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal: MDG) ที่ว่าด้วยการหยุดยั้งการกลับมาของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์

ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ กล่าวถึงความสำคัญของความร่วมมือจากหน่วยงานทุกภาคส่วนในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองปัญหาเอดส์ทั้งในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ ทั้งการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี รายใหม่ การขยายโอกาสการเข้าถึงบริการดูแลรักษา และการลดผลกระทบที่เกิดจากโรคเอดส์ โดยที่ความร่วมมือดังกล่าว หมายรวมถึง ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม ได้แก่ เครือข่ายแรงงาน องค์กรศาสนา องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์

เพื่อติดตามการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ดังกล่าว สำนักงานเลขาธิการ UNAIDS และภาคี ได้พัฒนาตัวชี้วัดเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามปฏิญญา และขอให้ประเทศต่างๆที่เข้าร่วมลงนาม จัดทำรายงานความก้าวหน้า ทุก 2 ปี สำหรับรายงาน รอบปี พ.ศ.2547 ประเทศสมาชิก 103 ประเทศ (ร้อยละ 55) ได้จัดส่งรายงานความก้าวหน้า และ 137 ประเทศ (ร้อยละ 72) ส่งรายงานความก้าวหน้า รอบปี พ.ศ.2549

การประชุมสมัชชาแห่งสหประชาชาติครั้งที่ 60 วันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ.2549 ได้กำหนดการทบทวนความก้าวหน้า และผลสำเร็จของการดำเนินงานตามปฏิญญา เป็นวาระการประชุมที่ 45 และได้จัดทำปฏิญญาการเมืองว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ (Political Declaration on HIV/AIDS) สรุปสาระ ดังนี้

▣ รับทราบและตระหนักว่า

- เอดส์เป็นอุปสรรคภัยใหญ่หลวง ขัดขวางการพัฒนาความมั่นคงของสังคม
- มีความก้าวหน้าด้านการสนับสนุนงบประมาณ
- หนึ่งในสามของงบประมาณปี 2548 มาจากประเทศฐานะยากจนและปานกลาง

▣ ห่วงใย ประเด็น

- การแพร่ระบาดของเอดส์ในสตรี
- ครึ่งหนึ่งของผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่ อายุต่ำกว่า 25 ปี
- เด็กติดเชื้อ ประมาณ 2.3 ล้านคน ในหลายประเทศขาดแคลนยารักษาโรคเอดส์สำหรับเด็ก

▣ ยืนยัน

- ความหวังว่าการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มีผลกระทบต่อทุกภูมิภาคทั่วโลก
- การตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน การจัดการที่ดีและความรังเกียจผู้ติดเชื้อ เป็นรากฐานจำเป็นต่อการแก้ปัญหาเอดส์
- การเข้าถึงยารักษาเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญ

▣ รับรู้ว่า

- ▣ เอดส์เป็นทั้งสาเหตุและผลลัพธ์ของความยากจน
- ▣ มีวิธียับยั้งการแพร่ระบาด และการเสียชีวิตที่ไม่จำเป็น
- ▣ ต้องร่วมกันทุกภาคส่วน ให้การดำเนินงานมีประสิทธิภาพ
- ▣ ต้องขจัดปัญหาอุปสรรคทางกฎหมาย กฎเกณฑ์มาตรการกีดกันทางการค้า

▣ เชื่อมเห็นว่า สิ่งสำคัญต่อการจัดการแพร่ระบาด ประกอบด้วย

- ▣ การปรับปรุงนโยบาย
- ▣ ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง
- ▣ การยืนหยัดต่อพันธกรณี
- ▣ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- ▣ การเพิ่มทรัพยากรให้เพียงพอ

▣ ยืนยันความมุ่งมั่นในการรณรงค์ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ จากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: UNGASS)

ประเทศไทยได้จัดทำรายงานความก้าวหน้าของประเทศ ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ ตามเป้าหมายในปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ รอบ ปี พ.ศ.2547, 2549 และ ฉบับล่าสุด คือรอบปี พ.ศ.2551 ซึ่งประมวลข้อมูลการดำเนินงานระหว่าง ปี 2549-2550

การจัดทำรายงานฯ รอบ ปี พ.ศ.2551 มีวัตถุประสงค์ ไม่เพียงแต่ส่งให้แก่ สำนักงานเลขาธิการ UNAIDS เท่านั้น แต่มุ่งหวังให้กระบวนการจัดทำรายงานฯ ก่อให้เกิดกลไกที่จะติดตามประเมินผล การ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศอย่างต่อเนื่อง โดยที่ได้รวบรวมคณะทำงานที่ประกอบด้วย ภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ประชาสังคม นักวิชาการ และองค์กรระหว่างประเทศ เข้ามาจัดทำรายงานฯ ร่วมกัน

ก. สถานการณ์โดยสรุป

1. กระบวนการจัดทำรายงาน

ในการจัดทำรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศรอบปี พ.ศ.2551 ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ จากการประชุมสมัชชาแห่งสหประชาชาติว่าด้วยเรื่อง โรคเอดส์ พ.ศ.2544 ประเทศไทยได้มุ่งหวังเพียงความสำเร็จในการเสนอรายงานฯ ต่อ UNAIDS เพื่อแสดงผลการติดตามกำกับ ตามพันธกรณีของประเทศตลอดช่วงสองปีที่ผ่านมาเท่านั้น หากแต่ยังมุ่งมั่นที่จะพัฒนากลไกการติดตามความก้าวหน้าของประเทศโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ประชาสังคม นักวิชาการ องค์กรระหว่างประเทศ และภาคีเพื่อการพัฒนา อย่างต่อเนื่อง เพื่อให้มีฐานข้อมูลร่วมระดับประเทศ และนำข้อมูลไปใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ

ดังนั้น กระบวนการจัดทำรายงานจึงเน้นการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วนในการเขียนรายงานตั้งแต่ต้น เริ่มจากการประชุมหารือคณะทำงานจากภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อทำความเข้าใจเบื้องต้นในวัตถุประสงค์และการดำเนินงานร่วมกัน แบ่งความรับผิดชอบในการดำเนินงาน เห็นชอบร่วมกันในขั้นตอนการวางแผนกิจกรรม ต่อเนื่อง และกำหนดกรอบเวลาของการทำงาน ทั้งนี้ ได้แปลเอกสารแนวทางการสร้างตัวชี้วัดหลัก รายงานฯ รอบปี พ.ศ.2551 และตีพิมพ์เป็นภาษาไทย แจกจ่ายให้แก่ผู้ร่วมงาน ผู้ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งผู้ที่มีความสนใจทั่วไป

โครงสร้างของคณะทำงานมี 3 ชุด (ผนวก 6) คือ คณะทำงานวิเคราะห์ภาพรวมเพื่อจัดทำรายงาน คณะทำงานในแต่ละกลุ่มตัวชี้วัด และคณะเลขานุการจัดทำรายงาน ซึ่งคณะทำงานแต่ละคณะ มีองค์ประกอบจากภาครัฐ ประชาสังคม นักวิชาการ และองค์กรระหว่างประเทศ คณะทำงานแต่ละกลุ่มประมวลข้อมูลที่เกี่ยวข้อง และนำเสนอในที่ประชุมเสวนาที่มีผู้เข้าร่วมประชุมจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค เพื่อตรวจสอบข้อมูล และรับฟังความคิดเห็นในวงกว้างมากขึ้น

ในขั้นตอนสุดท้าย นำรายงานฯ เข้าสู่การพิจารณาจากคณะอนุกรรมการประสานแผนงาน งบประมาณ การกำกับติดตาม และประเมินผลการดำเนินงาน ที่แต่งตั้งโดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ในการจัดทำรายงานฯ ฉบับนี้ นอกเหนือจากการร่วมวางแผนและดำเนินการรวบรวม ประมวล วิเคราะห์ข้อมูล และจัดทำรายงานฯ แล้ว ภาคประชาสังคมโดยการประสานงานของมูลนิธิริักษ์ไทยได้ร่วมมือกับ GESTOS ในการศึกษาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธ์ (ผนวก 5) และได้นำผลการศึกษามาเป็นข้อมูลส่วนหนึ่ง ของการประเมินความก้าวหน้า ซึ่งประเด็นความท้าทายที่นำไปสู่การหารือกันของภาคส่วนต่างๆ ถึงแนวทางการแก้ไขในช่วงต่อไป

2. สถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี

ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ สะท้อนให้เห็นว่าแบบแผนการระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี ในปัจจุบัน เป็นลักษณะของการระบาดในกลุ่มประชากรทั่วไปแต่ก็ยังคงมีการระบาดสูงในประชากรบางกลุ่มด้วย ความชุกการติดเชื้อฯ กลุ่มทหารคัดเลือกกองประจำการ และกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ มีแนวโน้มเพิ่มสูงสุดเป็นร้อยละ 3.40 และ 2.29 ในปี 2535 และ 2538 และเริ่มลดลงอยู่ที่ร้อยละ 0.40 และ 0.76 ในปี 2550 ตามลำดับ

แนวโน้มของความชุกการติดเชื้อฯ ที่สูงขึ้นในหญิงรับบริการฝากครรภ์ในลำดับครรภ์ที่ 2 และ 3 บ่งชี้ว่าการติดเชื้อฯ ระบาดเข้าระบบครอบครัวทั่วไปและน่าจะเป็นการระบาดที่ยังขยายตัวด้วยอัตราสูงพอควร

ความชุกการติดเชื้อฯ มีแนวโน้มลดลงในเกือบทุกกลุ่มประชากรแต่ยังคงมีอัตราความชุกการติดเชื้อฯ สูงในกลุ่มผู้ฉีดสารเสพติดและมีอัตราความชุกการติดเชื้อฯ และแนวโน้มที่สูงขึ้นในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ข้อมูลจากการศึกษาต่างๆ บ่งชี้ว่า การติดเชื้อฯ มีความเชื่อมโยงระหว่างประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ได้แก่ พนักงานบริการ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ฉีดสารเสพติด กับประชากรกลุ่มอื่นๆ ด้วย

แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงความชุกการติดเชื้อฯ กลุ่มพนักงานบริการหญิงตรง/แฝง และกลุ่มชายรับบริการที่คลินิกกามโรค มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง ในทุกภูมิภาค ยกเว้นใน กทม. ที่ความชุกการติดเชื้อฯ กลุ่มชายรับบริการที่คลินิกกามโรค ไม่มีแนวโน้มที่ลดลง ส่วนความชุกการติดเชื้อฯ กลุ่มผู้ฉีดสารเสพติดมีแนวโน้มลดลงมากที่สุดในภาคเหนือ แต่ก็ยังอยู่ในอัตราที่ยังสูงอยู่ ในขณะที่มีแนวโน้มที่สูงขึ้นในภาคกลาง และ กทม.

แนวโน้มการระบาดแยกตามภูมิภาค พบว่าสถานการณ์ในภาคเหนือดีขึ้นอย่างชัดเจนเมื่อเปรียบเทียบกับภาคอื่น โดยภาคใต้มีแนวโน้มของการลดลงของการติดเชื้อฯ น้อยที่สุด การระบาดทางภาคใต้และระดับความชุกการติดเชื้อฯ ภาคอื่นๆ ที่เปลี่ยนแปลงมาที่ระดับใกล้เคียงกัน บ่งว่า ปัจจุบันโรคเอดส์ระบาดในประชากรทั่วประเทศและการระบาดในภาคใต้เกิดขึ้นช้ากว่าที่อื่น

นโยบายและการดำเนินการที่มีความครอบคลุมสูงในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก ทำให้การติดเชื้อฯ ของเด็กลดลงอย่างเห็นได้ชัด จากการติดตามในพื้นที่เฝ้าระวัง 14 จังหวัด เมื่อระยะเริ่มดำเนินการอัตราการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก ที่ร้อยละ 6.4 เมื่อปี พ.ศ. 2546 ลดลงมาเป็น ร้อยละ 1.3 ในปี พ.ศ. 2549

การคาดประมาณจากโปรแกรมทางสถิติ Asian Epidemic Model (AEM) โดยใช้ข้อมูลพื้นฐานทางระบาดวิทยาของการแพร่ระบาดของเชื้อฯ ในประเทศไทยครั้งแรกในปี พ.ศ. 2543 และแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานทางระบาดวิทยาเป็นปัจจุบันมากขึ้นในปี พ.ศ. 2548 และคงสถานภาพการดำเนินการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดในระดับเดิมอย่างต่อเนื่อง พบว่าในปี พ.ศ. 2550 จะมีกลุ่มติดเชื้อฯ รายใหม่ลดลง และมีค่าคาดประมาณที่ 13,936 คน จำนวนจะลดลงต่อเนื่องเป็น 10,097 ในปี พ.ศ. 2554 โดยรวมจะมีผู้ติดเชื้อฯ และผู้ป่วยเอดส์เป็นจำนวนสะสมทั้งสิ้น ถึง 546,578 ในปี พ.ศ. 2550 และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยเป็น 481,770 ในปี พ.ศ. 2554

จากผลการคาดประมาณข้างต้น ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2550-2554 สัดส่วนของผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่เมื่อจำแนกตามกลุ่มประชากร และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ที่เป็นสตรีติดเชื้อฯ จากสามีหรือคู่อุปการ และกลุ่มชายติดเชื้อฯ จากการมีเพศสัมพันธ์กับชายมีสัดส่วนสูงมากกว่ากลุ่มติดเชื้อฯ จากช่องทางอื่นอย่างเห็นได้ชัด

แม้ว่าแนวโน้มของความชุกการติดเชื้อ จากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ โดยรวมจะลดลง การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง แต่ก็มีสัญญาณให้ประเทศต้องระวังว่าการระบาดอาจย้อนกลับมาใหม่ได้ การศึกษานำร่องเพื่อศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อ ปี 2547-2550 พบว่าอุบัติการณ์กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์และพนักงานบริการหญิง-แฝงมีแนวโน้มสูงขึ้น การเฝ้า-ระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ในประชากรกลุ่มต่างๆ ยังสะท้อนให้เห็นโอกาสของการระบาดโดยทั่วไป

3. นโยบายและแผนงานที่ตอบสนองปัญหาเอดส์

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ

ในช่วงปี พ.ศ. 2547-2548 ซึ่งเป็นระยะเวลาครึ่งกลางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545 – 2549 ประเทศไทยได้ดำเนินการทบทวนสภาพปัญหาเอดส์และระบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ทั้งโดยคณะทำงานภายในและโดยความร่วมมือกับองค์กรระหว่างประเทศ และได้จัดกระบวนการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ต่อจากฉบับที่กำหนดระยะเวลาสิ้นสุดในปี พ.ศ.2549

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้ให้ความเห็นชอบและเสนอให้คณะรัฐมนตรีอนุมัติ ใช้แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2554 ซึ่งเป็นแผนฉบับที่ 4 นับแต่ฉบับแรกเมื่อปี พ.ศ. 2535 โดยมีกรอบความคิดในการจัดประสานความร่วมมือระหว่างหน่วยงานดำเนินงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคีพัฒนา เพื่อบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยมีสาระสำคัญ ดังนี้

เป้าประสงค์และยุทธศาสตร์ตามแผนยุทธศาสตร์ฯ

1. ประชาชนมีพฤติกรรมและมีความสามารถในการป้องกันตนเองและครอบครัวให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อและแพร่เชื้อฯ ได้อย่างเหมาะสม
2. ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์มีคุณภาพชีวิตที่ดี สามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข
3. ครอบครัว และชุมชนมีค่านิยมและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการป้องกันตนเองและสมาชิกให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อ ยอมรับ ไม่รังเกียจ และอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ได้อย่างปกติสุข ตลอดจนมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

กำหนดวัตถุประสงค์ 2 ประการ คือ

1. เพื่อบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เข้าไปในภารกิจของหน่วยงานทุกระดับ และเสริมสร้างความร่วมมือระหว่างภาคส่วน
2. เพื่อบูรณาการกลยุทธ์การป้องกัน ดูแล รักษา และลดผลกระทบเข้าสู่การจัดบริการสำหรับประชากรทุกกลุ่มเป้าหมาย

จากเป้าประสงค์ดังกล่าว ได้กำหนดเป้าหมายเมื่อสิ้นสุดแผนยุทธศาสตร์ฯ ในปี พ.ศ.2554 ดังนี้

1. การติดเชื้อ รายใหม่ลดลงอย่างน้อยครึ่งหนึ่งจากที่คาดประมาณไว้
2. ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ สามารถเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ อย่างครอบคลุมและทั่วถึง
3. ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางสังคม สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

กำหนดยุทธศาสตร์ไว้ 4 ประการ คือ

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การบริหารจัดการ เพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภาคส่วนต่าง ๆ

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบูรณาการการป้องกัน ดูแลรักษา และลดผลกระทบ ตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การติดตาม ประเมินผล ศึกษาวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

กลุ่มเป้าหมายในยุทธศาสตร์ฯ

จากการวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อ และนำไปสู่การคาดประมาณ พร้อมกับกำหนดเป้าหมายลดการติดเชื้อ รายใหม่ลงครึ่งหนึ่งจากการคาดประมาณ แผนยุทธศาสตร์ฯ จึงได้กำหนดมาตรการการดำเนินงานในประชากรกลุ่มต่างๆ ประกอบด้วย

- กลุ่มสามีภรรยา หรือคูรักรักที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งติดเชื้อ
- กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
- กลุ่มพนักงานบริการและผู้ซื้อบริการ
- กลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติด
- กลุ่มเด็กและเยาวชน
- กลุ่มอื่นๆ ได้แก่ กลุ่มผู้ต้องขัง กลุ่มแรงงานข้ามชาติ กลุ่มแรงงานไทยในต่างประเทศ กลุ่มแรงงานในสถานประกอบกิจการ กลุ่มชาติพันธุ์และคนไทยพลัดถิ่น กลุ่มคนย้ายถิ่นในศูนย์พักพิง

นโยบายเร่งรัดการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับพื้นที่

จากการปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้แผนยุทธศาสตร์ฯ แห่งชาติฉบับนี้ มีลักษณะของการเป็นทิศทางให้หน่วยงาน และภาคส่วนต่างๆ ใช้เป็นกรอบการพิจารณาจัดทำแผนงาน/โครงการในพื้นที่ ซึ่งต่างไปจากแผนฉบับก่อนๆ ที่นำไปสู่การกำหนดแผนงบประมาณในการดำเนินงาน ดังนั้น เพื่อเร่งรัดและติดตามการดำเนินงาน ในปีงบประมาณ 2550 สำนักนายกรัฐมนตรีจึงได้กำหนดให้ เอดส์ เป็นเรื่องหนึ่งของการตรวจราชการและนิเทศงานแบบบูรณาการ

โดยเน้นนโยบายสำคัญ 6 ประเด็น กล่าวคือ

1. การส่งเสริมบทบาทของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ในการเชื่อมประสานเพื่อการดำเนินงานอย่างบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และชุมชน
2. การสร้างความเข้าใจและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการรับผิดชอบต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่
3. การสร้างความตระหนักของชุมชน ในการป้องกันการระบาดของการติดเชื้อ
4. การป้องกันการติดเชื้อ ของกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา ทุกระดับ รวมถึง ศูนย์การศึกษาออกโรงเรียน และโรงเรียนขยายโอกาส
5. การป้องกันการติดเชื้อ ของกลุ่มแรงงานในสถานประกอบกิจการ
6. การสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจของชุมชน เรื่องโรคเอดส์ เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจของคนในชุมชน และสังคม ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์มีโอกาสเข้าถึงบริการและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

4. ตารางภาพรวม ข้อมูลตัวชี้วัด UNGASS

สรุปข้อมูลตัวชี้วัดหลัก แสดงสถานการณ์การดำเนินงานของประเทศ รอบปี พ.ศ.2551 (ดูรายละเอียดในผนวก 4) เปรียบเทียบกับรายงาน รอบปี พ.ศ.2547 และ 2549

ตาราง 1 สรุปข้อมูลตัวชี้วัด UNGASS

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงาน	คำอธิบายเพิ่มเติม
พันธกรณีและการดำเนินงานในระดับประเทศ		
1. จำนวนงบประมาณที่ใช้ในการป้องกันแก้ไขปัญหาดเอดส์ของประเทศ	รายงานรอบ 2551: 6,728,020,682 บาท	<ul style="list-style-type: none"> ■ รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ การใช้จ่ายเงินดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์ จากหน่วยงานสนับสนุนการเงิน ■ กรณีไม่มีข้อมูล ใช้การคำนวณ $P \times Q$ (P หมายถึงค่าใช้จ่ายต่อหน่วย Q หมายถึงจำนวนหน่วยบริการที่ดำเนินการ)
แผนงาน		
3. ร้อยละของโลหิตที่รับบริจาคที่ได้คัดกรอง เอชไอวี ด้วยวิธีการที่มีการควบคุมคุณภาพ	รายงานรอบ 2551: 99.79	<ul style="list-style-type: none"> ■ รายงานปี 2551 รวมข้อมูลจาก รพ.อื่น นอกจากศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทยด้วย ■ โลหิตที่รับบริจาคคัดกรอง 100% แต่มี ร.พ. 36 แห่งที่ไม่มีหลักฐานของการควบคุมคุณภาพวิธีคัดกรอง
	รายงานรอบ 2549: 100.0	
	รายงานรอบ 2547: 99.9	
4. ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่ติดเชื้อ เอชไอวี ในระยะที่มีอาการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอ็ดส์	รายงานรอบ 2551: ปี 2549 : 41.0 ปี 2550 : 52.9	<ul style="list-style-type: none"> ■ แนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ของประเทศไทย เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เมื่อมีอาการ หรือไม่มีอาการแต่ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. จึงใช้ตัวหาร ที่รวมผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการ แต่ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. ด้วย ■ ถ้าใช้ตัวหารเป็นเฉพาะกลุ่มที่มีอาการแล้ว ความครอบคลุมเป็น 69.8 และ 84.8 ในปี 2549 และ 2550 ตามลำดับ ■ มาตรฐานการดูแลของประเทศไทย ผู้ติดเชื้อ จะได้รับการตรวจ CD4 ทุก 6 เดือน
5. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ เอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก	รายงานรอบ 2551: ปี 2550: 95.90 ปี 2549: 90.10	<ul style="list-style-type: none"> ■ ปรับจำนวนหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อได้รับยาต้านไวรัสฯ เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก โดยอัตราความครอบคลุมของรายงานจากสถานพยาบาล ร้อยละ 80 และ 43.5 ในปี 2549 และ 2550 ตามลำดับ
	รายงานรอบ 2549: ปี 2548: 89.77	
6. ร้อยละผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ที่เป็นวัณโรคตามการคาดประมาณ ซึ่งได้รับการรักษาวัณโรคและ เอชไอวี	รายงานรอบ 2551: 32.60	<ul style="list-style-type: none"> ■ ผู้ติดเชื้อทั้ง 2 โรค จะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เมื่อ CD4 ต่ำกว่า 250 เซลล์/ลบ.มม.

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงาน	คำอธิบายเพิ่มเติม
7. ร้อยละของหญิงและชาย อายุ 15 – 49 ปี ที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและรู้ผลการตรวจ	รายงานรอบ 2551: 19.10	■ ใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมทางเพศ ระดับชาติ ปี 2549 กลุ่มตัวอย่างเป็น หญิงและชาย อายุ 18-49 ปี
8. ร้อยละของกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและรู้ผลการตรวจ	รายงานรอบ 2551: SW: 52.60 MSM: 34.90 IDU: NA	■ FSW: การเฝ้าระวังพฤติกรรม ใน 24 จังหวัด ■ MSW: การศึกษา ใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว ■ MSM: การศึกษา ใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว
9. ร้อยละของกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงเข้าถึงแผนงานป้องกัน	รายงานรอบ 2551: NA	
10. ร้อยละของเด็กกำพร้าและเด็ก อายุ 0 – 17 ปี ที่มีภาวะเปราะบาง ที่ครอบครัวได้รับการช่วยเหลือ	รายงานรอบ 2551: Not Applicable	■ ประเทศไทยมีความชุกการติดเชื้อ ในหญิงตั้งครรภ์ < 5% ■ การสำรวจ MICS ที่ดำเนินการระหว่าง 2548-2549 เด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางจากทุกสาเหตุ ได้รับการช่วยเหลืออย่างใดอย่างหนึ่ง 21.1%
11. ร้อยละของโรงเรียนที่ให้การศึกษานานาชาติของทักษะชีวิตในปีการศึกษาที่ผ่านมา	รายงานรอบ 2551: NA	■ ปี 2550 ประเทศไทยดำเนินการ 3 รูปแบบ ครอบคลุมโรงเรียน 40.5% กล่าวคือ 1. สอดแทรกในสาระวิชา อย่างน้อย 5 ชั่วโมงต่อปี 2. สอนทักษะชีวิตและเพศศึกษาอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา 3. จัดการเรียนการสอนเข้มข้น มีการสอนเพศศึกษา อย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา
ความรู้และพฤติกรรม		
12. อัตราการเข้าโรงเรียนของเด็กกำพร้าและเด็กที่ไม่กำพร้า อายุ 10-14 ปี	รายงานรอบ 2551: เด็กกำพร้า: 95.50 เด็กไม่กำพร้า: 96.40	■ การสำรวจ MICS เก็บข้อมูลระหว่าง ธันวาคม 2548- กุมภาพันธ์ 2549
13. ร้อยละของเยาวชนหญิงและชาย อายุ 15 – 24 ปี ที่บอกวิธีป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง และไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี	รายงานรอบ 2551: 37.42	■ รายงานรอบ 2551 ใช้ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549 กลุ่มตัวอย่างเป็นเยาวชนหญิงและชาย อายุ 18-24 ปี ■ รายงานรอบ 2547, 2549 ใช้ผลการสำรวจในนักเรียนอาชีวศึกษาและ หญิง
	รายงานรอบ 2549: 31.15	
	รายงานรอบ 2547: 18.67	

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงาน	คำอธิบายเพิ่มเติม
14. ร้อยละของผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่บอกริธีป้องกันการติดเชื้อเอช ไอ วี ทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้องและไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการแพร่ระบาดเชื้อเอช ไอ วี	รายงานรอบ 2551: SW: 28.40 MSM: 25.30 IDU: 49.10	<ul style="list-style-type: none"> ■ FSW: การเฝ้าระวังพฤติกรรม ใน 24 จังหวัด ■ MSW: การศึกษา ใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว ■ MSM: การศึกษา ใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว ■ IDU: การเฝ้าระวังพฤติกรรม
15. ร้อยละของเยาวชนหญิงและชาย อายุ 15 – 24 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี	รายงานรอบ 2551: 4.82 รายงานรอบ 2549: 12.10 รายงานรอบ 2547: 6.39	<ul style="list-style-type: none"> ■ รายงานรอบ 2551 ใช้ผลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549 กลุ่มตัวอย่าง เป็นเยาวชนหญิงและชาย อายุ 18-24 ปี ■ รายงานรอบ 2547 ใช้ผลการสำรวจพฤติกรรม ในนักเรียนอาชีวะชายและหญิง
16. ร้อยละของหญิงและชาย อายุ 15 -49 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	รายงานรอบ 2551: 9.40	■ ใช้ผลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549 กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง ชาย อายุ 18-49 ปี
17. ร้อยละของหญิงและชาย อายุ 15 – 49 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	รายงานรอบ 2551: 50.9	■ ใช้ผลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549 กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิง ชาย อายุ 18-49 ปี
18. ร้อยละของหญิงและชาย พนักงานบริการ รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าคนล่าสุด	รายงานรอบ 2551: 96.20	<ul style="list-style-type: none"> ■ การเฝ้าระวังพฤติกรรม ■ เฉพาะพนักงานบริการหญิง
19. ร้อยละของชายรายงานที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ครั้งล่าสุดกับคู่นอนชาย	รายงานรอบ 2551: 88.20	■ การศึกษา ใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว
20. ร้อยละของผู้ใช้ยาชนิดฉีด รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย	รายงานรอบ 2551: 35.00	■ ระบบข้อมูลแผนงานป้องกัน เอชไอวีกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด
21. ร้อยละของผู้ใช้ยาชนิดฉีด รายงานว่าใช้อุปกรณ์ปราศจากเชื้อในการฉีดครั้งสุดท้าย	รายงานรอบ 2551: NA	

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงาน	คำอธิบายเพิ่มเติม
ผลกระทบ		
22. ร้อยละของเยาวชนหญิงและชาย อายุ 15 – 24 ปี ที่ติดเชื้อ เอช ไอ วี	รายงานรอบ 2551: 0.64	<ul style="list-style-type: none"> ■ เป็นความชุกการติดเชื้อกลุ่มรับบริการฝากครรภ์อายุ 15-24 ปี จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อ
	รายงานรอบ 2549: 0.45	
	รายงานรอบ 2547: 0.95	
23. ร้อยละของกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่ติดเชื้อเอชไอวี	รายงานรอบ 2551: ปี 2550 FSW: 5.00 MSM: 24.60 IDU: 28.78	<ul style="list-style-type: none"> ■ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ ■ จำนวนกลุ่มตัวอย่างของกลุ่ม IDU <ul style="list-style-type: none"> - ปี 2550 476 คน - ปี 2548 485 คน - ปี 2546 1,342 คน
	รายงานรอบ 2549: ปี 2548 FSW: 5.15 MSM: NA IDU: 37.64	
	รายงานรอบ 2547: ปี 2546 SW: 6.70 MSM: NA IDU: 46.80	
24. ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่ติดเชื้อเอช ไอ วี ที่ยังคงรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอตส์ในระยะเวลา 12 เดือน หลังเริ่มรักษา	รายงานรอบ 2551: 84.90	<ul style="list-style-type: none"> ■ คำนวณจาก ร้อยละ 60 ของผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียน รักษาในระหว่าง 1 ต.ค.2548-30 ก.ย.49 ■ กรณีที่ไม่บันทึกสถานะของผู้ติดเชื้อ ณ เดือนที่ 12 หลังเริ่มรักษา ไม่นับรวมเป็นผู้ที่ยังมีชีวิตอยู่ ดังนั้นตัวตั้งที่ใช้ในการคำนวณอาจน้อยกว่าความเป็นจริง อัตราที่รายงานนี้จึงเป็นค่าต่ำสุดที่ควรจะเป็น

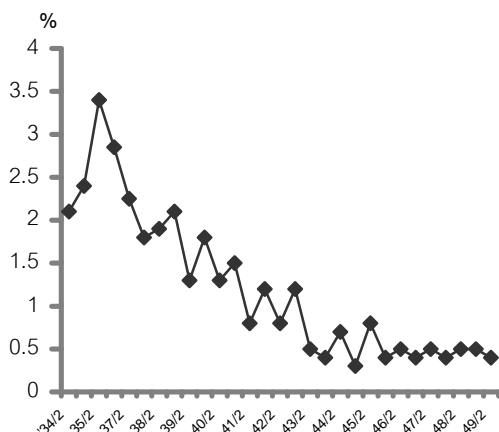
ข. ภาพรวมของสถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี

1. แบบแผนการระบาด

1.1 แนวโน้มการระบาดในกลุ่มประชากรทั่วไป

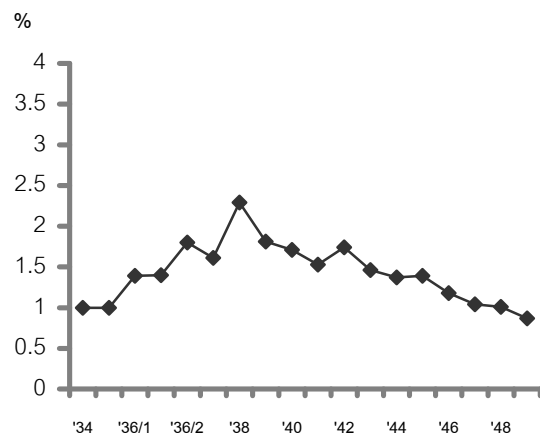
ประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อ รายแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527 ความเข้มแข็งและจริงจังของรัฐบาลและทุกภาคส่วนในการดำเนินการเพื่อต่อสู้กับการแพร่ระบาดตั้งแต่ยุคต้นๆ ทำให้ภาพรวมการแพร่ระบาดมีแนวโน้มลดลง ขณะที่แบบแผนการระบาดของการติดเชื้อเปลี่ยนรูปไปจากกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงสูง ขยายไปเป็นการระบาดในกลุ่มประชากรทั่วไป ส่วนหนึ่งสะท้อนจากข้อมูลในระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มทหารคัดเลือกกองประจำการ และกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ ซึ่งพบความชุกการติดเชื้อสูงสุดเมื่อปลายปี 2535 ร้อยละ 3.40 และ 2.29 ในปี พ.ศ. 2538 ตามลำดับ และเริ่มลดลงคงเหลือ อยู่ที่ ร้อยละ 0.40 และ 0.87 ในปี พ.ศ. 2549 ตามลำดับ (รูปที่ 1 รูปที่ 2)

รูปที่ 1 ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มทหารคัดเลือกกองประจำการ ปี พ.ศ. 2534-2549



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี,
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์
ทหารบก กรมแพทย์ทหารบก
(AFRIMS)

รูปที่ 2 ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ ปี พ.ศ. 2534-2549



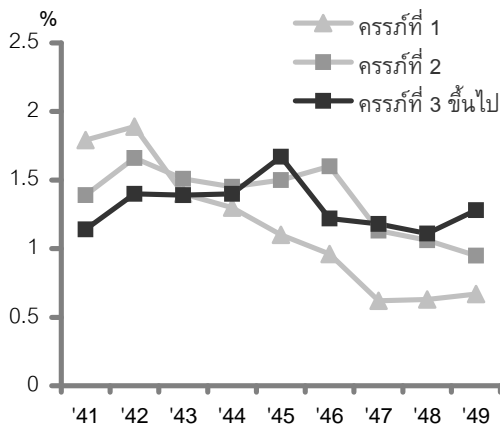
ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี,
สำนักโรคบาติวิทยา

หมายเหตุ ก่อน ปี พ.ศ. 2538 สำนักโรคบาติวิทยาได้ดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ปีละ 2 รอบ คือ เดือนมิถุนายน และธันวาคม ของทุกปี หลังจากนั้นดำเนินการปีละ 1 ครั้ง ช่วง เดือนมิถุนายน สำหรับ AFRIMS ดำเนินการ ปีละ 2 รอบ คือ รอบที่ 1 ในเดือนพฤษภาคม และรอบ 2 ในเดือน พฤศจิกายน

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 เป็นต้นมา ความชุกการติดเชื้อในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ ที่ลำดับครรภ์สูง มีความชุกการติดเชื้อสูงกว่าลำดับครรภ์ต่ำ ยกเว้นปี พ.ศ. 2546 และมีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ ในช่วง 3 ปีล่าสุด (ปี พ.ศ.2547-2549) กลับพบว่าความชุกการติดเชื้อของลำดับครรภ์ที่ 2 มีแนวโน้มลดลง ขณะที่ลำดับครรภ์ที่ 1 และ 3 ขึ้นไป มีแนวโน้มจะสูงขึ้น โดยการแพร่ระบาดในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ที่เป็นวัยรุ่น (อายุ 15-24 ปี) มีแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจน และกลุ่มที่อายุระหว่าง 25-29 ปี มีความชุกสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ตลอดช่วง 6 ปีที่ผ่านมา (รูปที่ 3 รูปที่ 4) นั่นคือการแพร่ระบาดเข้าสู่ระบบครอบครัวในสังคมไทยมีแนวโน้มขยายตัวด้วยอัตราสูงพอสมควร และเป็นสถานการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด

รูปที่ 3: ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี

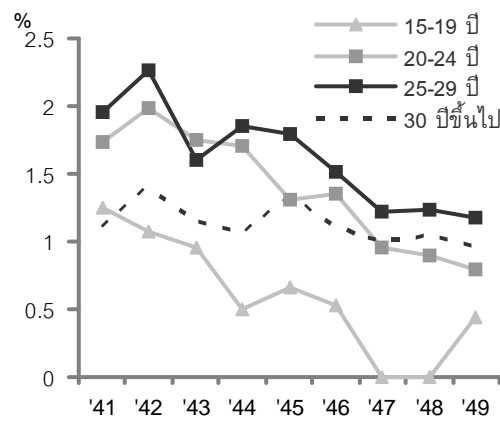
หญิงรับบริการฝากครรภ์ ตามลำดับครรภ์
ปี พ.ศ.2541-2549



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี,
สำนักโรคบาติวิทยา

รูปที่ 4: ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี

หญิงรับบริการฝากครรภ์ ตามกลุ่มอายุ
ปี พ.ศ.2541-2549

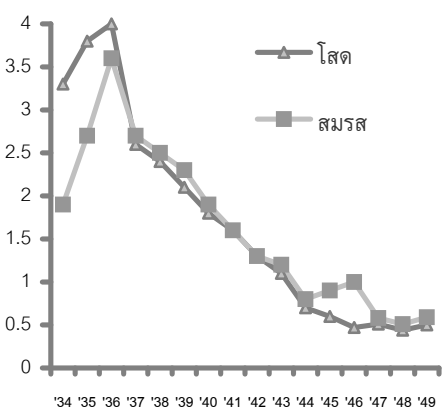


ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี,
สำนักโรคบาติวิทยา

สำหรับการแพร่ระบาดในกลุ่มทหารคัดเลือกกองประจำการ ซึ่งสะท้อนสถานการณ์ ในกลุ่มชายไทยวัยรุ่นที่มีอายุระหว่าง 21-23 ปี แม้จะมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และ ค่อนข้างคงที่ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึงปัจจุบัน คือระหว่างร้อยละ 0.4 - 0.5 แต่เป็นที่น่าสังเกตว่าในระยะเริ่มต้นของการระบาดพบอัตราความชุกในกลุ่มโสตสูงกว่ากลุ่มที่เคยสมรสกระทั่งปี พ.ศ. 2537 ถึงปัจจุบัน พบว่าอัตราความชุกในกลุ่มที่เคยสมรสขยับขึ้นมาใกล้เคียงและมีแนวโน้มที่สูงกว่ากลุ่มโสต โดยเฉพาะในปีพ.ศ.2546 สูงกว่าประมาณ 2 เท่า คือ ร้อยละ 1 และ 0.47 ตามลำดับ (รูปที่ 5)

รูปที่ 5: ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี

กลุ่มทหารคัดเลือกกองประจำการ
ตามสถานภาพสมรส ปี พ.ศ. 2534-2549

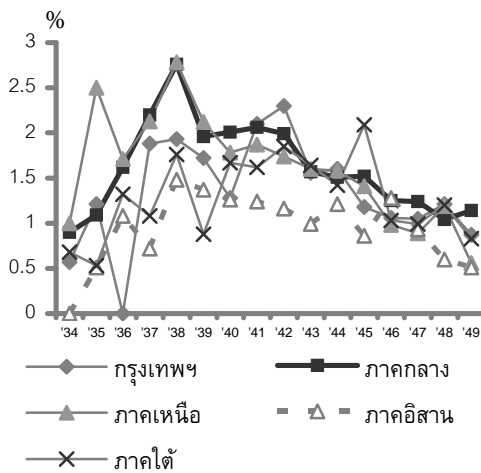


ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี, สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์
การแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารบก

แนวโน้มการระบาดของในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ จำแนกตามภูมิภาค พบว่าสถานการณ์ในภาคเหนือดีขึ้นกว่าภาคอื่นๆอย่างชัดเจน ขณะที่อัตราการติดเชื้อในภาคใต้ มีแนวโน้มลดลงน้อยที่สุด และใน 2 ปีล่าสุด อัตราจะสูงกว่าภาคอื่นยกเว้น กทม. สำหรับกลุ่มทารกคัดเลือกกองประจำการ ในระยะแรก อัตราการติดเชื้อในภาคเหนือตอนบนสูงมากและลดลงมาใกล้เคียงกับภาคอื่นๆในปี พ.ศ. 2542 หลังจากนั้นทุกภาคมีแนวโน้มลดลงเหลือไม่เกินร้อยละ 0.5 ยกเว้น กทม. มีอัตราร้อยละ 0.9 (รูปที่ 6 รูปที่ 7)

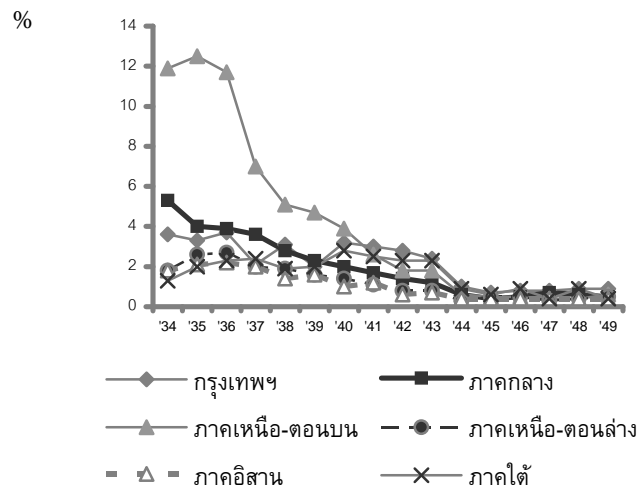
สภาพการระบาดที่เปลี่ยนแปลงมาที่ระดับใกล้เคียงกัน บ่งชี้ว่า ปัจจุบันโรคเอดส์ระบาดในประชากรทั่วประเทศ และการระบาดในภาคใต้เกิดขึ้นช้ากว่าที่อื่น

รูปที่ 6: ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี
กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ ตาม
ภูมิภาค ปี พ.ศ.2534-2549



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี,
สำนักระบาดวิทยา

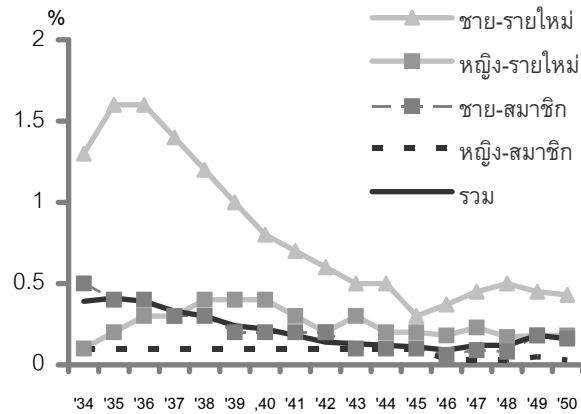
รูปที่ 7: ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี
กลุ่มทารกคัดเลือกกองประจำการ ตาม
ภูมิภาค ปี พ.ศ.2534-2549



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี, สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์
การแพทย์ทหารบก กรมแพทย์ทหารบก

ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต ณ ศูนย์บริการโลหิตสุภากาชาดไทย พบว่าโดยภาพรวมตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา ความชุกการติดเชื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง และเริ่มคงที่ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบัน สภาพการแพร่ระบาดแตกต่างกันด้วยเพศและลักษณะการบริจาค รายใหม่ และ สมาชิก(รายเก่า) ความชุกการติดเชื้อในกลุ่มชายรายใหม่สูงกว่าทุกกลุ่ม และมีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 1.6 ในปี พ.ศ. 2536 เป็นร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ. 2543 หลังจากนั้นค่อนข้างคงที่ อัตราการติดเชื้อในแต่ละปีสูงกว่าชายรายเก่า 2.5 - 6 เท่า สำหรับผู้บริจาคหญิง แม้อัตราความชุกค่อนข้างต่ำ แต่ก็พบสภาพเช่นเดียวกับชายคือความชุกการติดเชื้อในรายใหม่สูงกว่ารายเก่า 2 - 7.7 เท่า เป็นที่น่าสังเกตว่าความชุกในหญิงรายใหม่มีแนวโน้มสูงกว่าชายรายเก่า โดยเฉพาะในปี พ.ศ. 2546 สูงกว่า 3 เท่า (รูปที่ 8) สถานการณ์ดังกล่าวน่าจะบ่งชี้ความสำคัญที่ว่าชายหรือหญิงที่คิดว่าตนไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง มีโอกาสติดเชื้อสูง-ต่ำภายใต้บริบทที่แตกต่างกัน สะท้อนให้เห็นสภาพการถ่ายทอดเชื้อในกลุ่มประชากรทั่วไป

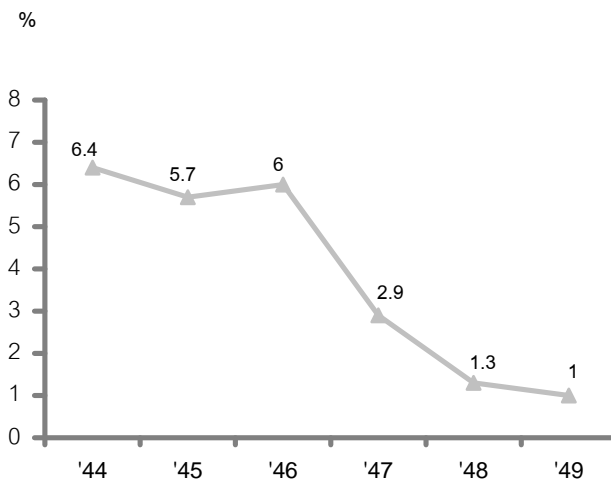
รูปที่ 8 : ความชุกการติดเชื้อในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต ศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย
จำแนกตามเพศ และ ลักษณะผู้บริจาค ปี พ.ศ. 2534-2550



ที่มา : ศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย

จากนโยบายรัฐด้านการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก และได้เริ่มมีการติดตามเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ ในพื้นที่เฝ้าระวัง 14 จังหวัด ทุกภูมิภาคของประเทศ เมื่อปี พ.ศ. 2544 พบอัตราการติดเชื้อในเด็กสูงถึงร้อยละ 6.4 ในช่วง 2 ปีถัดมา อัตราค่อนข้างคงที่ และในปี พ.ศ. 2547 ลดลงอย่างเห็นได้ชัดเหลือเพียงร้อยละ 2.9 และร้อยละ 1 ในปี 2549 (รูปที่ 9) ถือเป็นความสำเร็จในการดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของในเด็กแรกเกิดและลดผลกระทบทั้งระยะสั้นและระยะยาวที่เกิดจากหญิงคลอดบุตรที่ติดเชื้อ

รูปที่ 9 : อัตราการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก ปี พ.ศ. 2544-2549



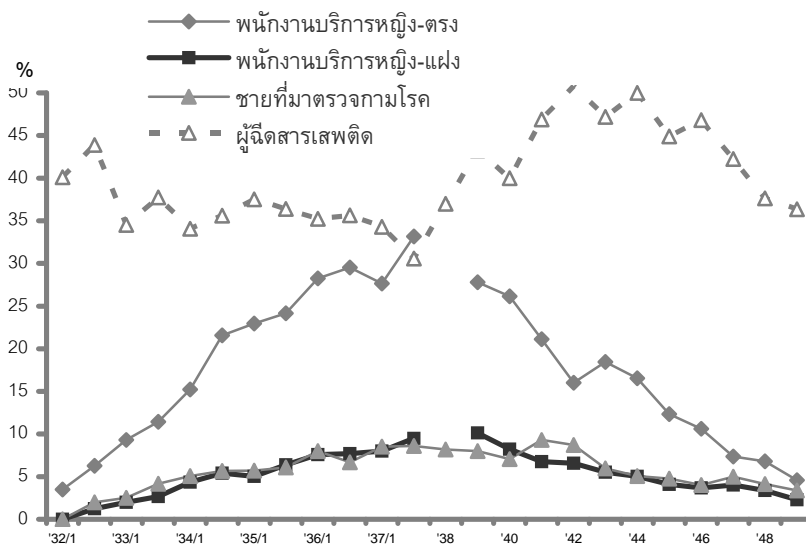
ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี, สำนักระบาดวิทยา

1.2 แนวโน้มการระบาดของในกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง

กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการเฝ้าระวังความชุกการติดเชื้อในกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง จำนวน 4 กลุ่มได้แก่ พนักงานบริการหญิง-ตรง และ แผลง ผู้ฉีดสารเสพติด และ ชายที่มาตรวจกามโรค โดยเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมาถึงปัจจุบัน

กลุ่มผู้ฉีดสารเสพติดมีอัตราการติดเชื้อค่อนข้างสูงมากระหว่างร้อยละ 30 – 50 หลังจากปี พ.ศ. 2534 อัตราการติดเชื้อมีแนวโน้มลดลงอย่างช้าๆ ต่ำสุดในปี พ.ศ.2537 (ร้อยละ 30) และกลับสูงขึ้นสูงสุดถึงร้อยละ 50.8 ในปี พ.ศ. 2542 และในระยะเวลา 5 ปีล่าสุด(ปี พ.ศ. 2546 - 2549) อัตราการติดเชื้อลดลงอย่างต่อเนื่อง เหลือร้อยละ 36.3 ในปี พ.ศ. 2549 สภาพดังกล่าวนี้แตกต่างกันในแต่ละภูมิภาค ภาคเหนือมีแนวโน้มลดลงมากที่สุด ขณะที่ภาคกลางและ กทม. มีอัตราลดลงเล็กน้อยในแต่ละปี ระหว่างร้อยละ 39.3-45.4 และ 36.1-51.5 ตามลำดับ และมีแนวโน้มจะสูงขึ้นในพื้นที่ กทม. ส่วนภาคใต้แม้จะมีแนวโน้มลดลง แต่อัตราการติดเชื้อยังคงสูงร้อยละ 33.6 (รูปที่ 10 และ รูปที่ 11)

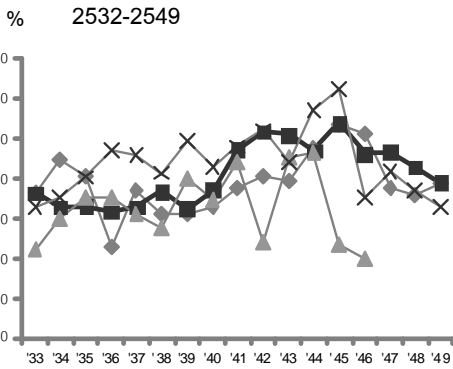
รูปที่ 10 : ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ปี พ.ศ. 2532-2549



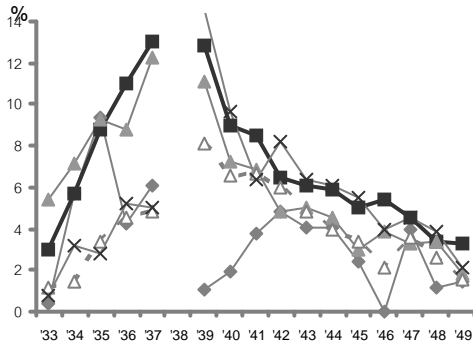
ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี, สำนักระบาดวิทยา

ตั้งแต่เริ่มมีการเฝ้าระวังการติดเชื้อ อัตราการติดเชื้อในกลุ่มพนักงานบริการหญิง-ตรง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สูงสุดร้อยละ 33 ในปี 2537 หลังจากนั้นลดลงอย่างต่อเนื่องถึงปี พ.ศ. 2542 กลับสูงขึ้นเล็กน้อยในปีถัดมาและลดลงอย่างรวดเร็วเหลือเพียงร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2549 สำหรับกลุ่มพนักงานบริการหญิง-แผลง และ ชายที่มาตรวจกามโรค อัตราการติดเชื้อในแต่ละปีก่อนข้างต่ำไม่แตกต่างกันมากนัก ไม่เกินร้อยละ 10 ก่อนปี พ.ศ. 2538 มีแนวโน้มค่อยๆสูงขึ้น และหลังจากนั้นค่อยๆต่ำลง เหลือร้อยละ 2.3 และ 3.4 ในปี พ.ศ. 2549 ตามลำดับ เป็นที่น่าสังเกตว่าตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2539 – 2546 อัตราการติดเชื้อในกลุ่มพนักงานบริการหญิง-ตรงสูงกว่าในกลุ่มพนักงานบริการหญิง-แผลง มากกว่าประมาณ 3 เท่า และลดลงมาใกล้เคียงกันมากขึ้นในระยะ 3 ปี หลัง มากกว่าประมาณ 2 เท่า สภาพการระบาดทั้ง 3 กลุ่มนี้ในทุกภูมิภาคมีแนวโน้มลดลง ยกเว้นกลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค ใน กทม. ไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง (รูปที่ 12 รูปที่ 13 และ รูปที่ 14)

รูปที่ 11 : ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี
กลุ่มผู้ฉีดสารเสพติด ตามภูมิภาค พ.ศ.

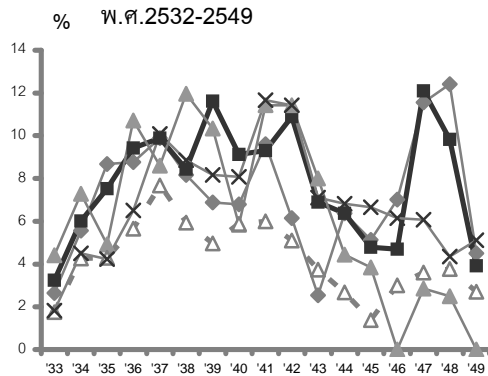


รูปที่ 13 : ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี
กลุ่มพนักงานบริการหญิง-แฝง ตาม
ภูมิภาค พ.ศ.2532-2549

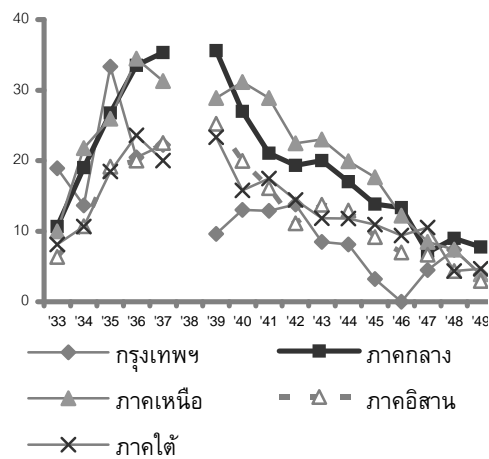


ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี,
สำนักโรคบาติวิทยา

รูปที่ 12 : ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี
กลุ่มชายมาตรวจภาวะโรค ตามภูมิภาค

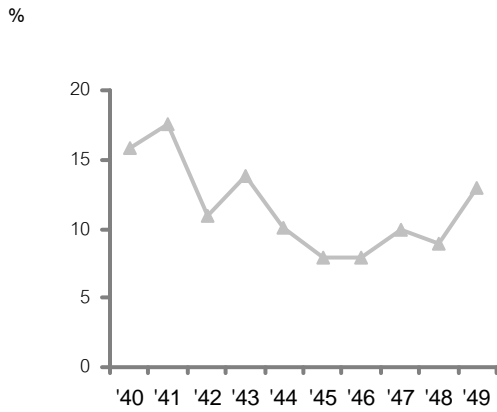


รูปที่ 14 : ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี
กลุ่มพนักงานบริการหญิง-ตรง ตาม
ภูมิภาค พ.ศ.2532-2549



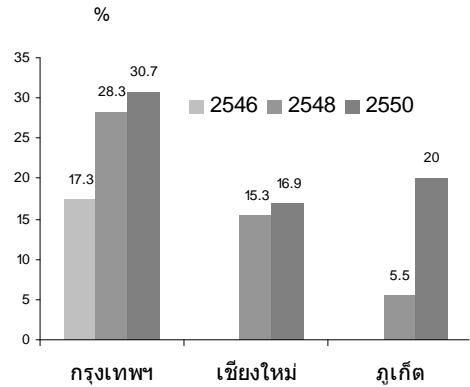
การเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มพนักงานบริการชาย เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2540 พบอัตราการติดเชื้อ ร้อยละ 15.8 ปีถัดมาสูงขึ้นเป็นร้อยละ 17.6 และมีแนวโน้มลดลงต่ำสุดเป็นร้อยละ 7.9 ในปี 2545 หลังจากนั้นแนวโน้มสูงขึ้น และสูงสุดในปี พ.ศ. 2549 คือร้อยละ 12.9 (รูปที่ 15) และจากการศึกษาความชุกการติดเชื้อในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายเมื่อปี พ.ศ. 2548 ในพื้นที่ท่องเที่ยว 3 จังหวัด คือ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ และภูเก็ต พบว่ามีอัตราสูงถึงร้อยละ 28.3, 15.3 และ 5.5 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว เป็น 30.7, 16.9 และ 20.0 ในปี พ.ศ. 2550 ตามลำดับ (รูปที่ 16)

รูปที่ 15: ความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม
พนักงานบริการชาย ปี พ.ศ.2540-2549



ที่มา : ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี,
สำนักโรคบาติวิทยา

รูปที่ 16: ความชุกการติดเชื้อเอชไอวี ใน
กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในพื้นที่
ท่องเที่ยว 3 จังหวัด ปี พ.ศ.2548, 2550

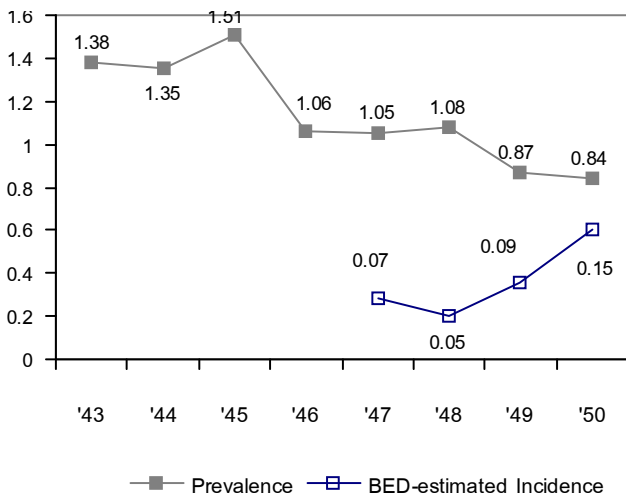


ที่มา : ศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐ
ด้านสาธารณสุข สำนักโรคบาติวิทยา กรมควบคุมโรค

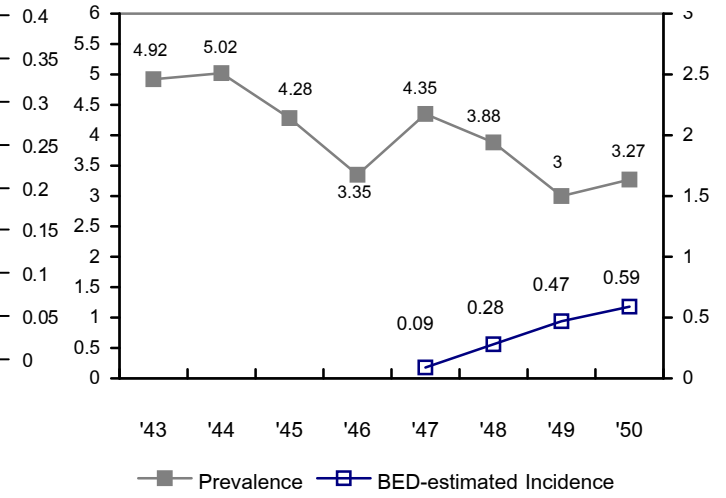
ข้อมูลจากผลสำรวจหลายเรื่องในประเทศไทยบ่งชี้ว่าการติดเชื้อในกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงอาจจะขยายวงกว้างไปในกลุ่มประชากรทั่วไป ถ้าประเทศไทยยังไม่มีแบบแผนในการป้องกันดีเพียงพอ ผลสำรวจในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในปี พ.ศ. 2546 และปี พ.ศ. 2548 พบว่าร้อยละ 22.3 และ 17.0 รายงานว่ามีเพศสัมพันธ์กับทั้งหญิงและชายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มหญิงที่ติดเชื้อ รายใหม่ปี พ.ศ. 2548 ร้อยละ 37 ติดเชื้อ จากการมีเพศสัมพันธ์กับสามี/คู่นอนชาย และร้อยละ 80 ติดเชื้อ จากการขายบริการทางเพศ ผลสำรวจของสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล และกลุ่ม SWING ซึ่งเป็นองค์กรพัฒนาเอกชนที่ดูแลให้ความช่วยเหลือพนักงานบริการทางเพศ เสนอว่าควรจะมีการทำงานเชื่อมโยงกันระหว่างกลุ่มพนักงานบริการทางเพศและกลุ่มผู้ใช้สารเสพติด ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 46 ของพนักงานบริการทางเพศมีประสบการณ์ใช้สารเสพติด ใช้ยาบ้าร้อยละ 15.6 และใช้เฮโรอีนร้อยละ 1.7 ดังนั้น ประเทศไทยควรประสานความร่วมมือจากภาคส่วนต่างๆ ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงและกลุ่มอื่นๆ เพื่อวางรูปแบบในการป้องกันการแพร่ระบาดในวงกว้าง

เนื่องจากการที่ประเทศไทยได้จัดบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯได้อย่างกว้างขวาง ทำให้การติดตามความชุกการติดเชื้อ ไม่เพียงพอต่อความเข้าใจในสถานการณ์การระบาดของ การติดเชื้อ สำนักโรคบาติวิทยา ร่วมกับ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร โดยการสนับสนุนด้านวิชาการจากศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา ดำเนินงานโครงการนำร่องเพื่อเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อ กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ พนักงานบริการหญิงในกรุงเทพฯ และ 24 จังหวัดทั่วประเทศ และในกลุ่มทหารคัดเลือกกองประจำการ โดยอาศัยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ BED IgG CAPTURED IMMUNOASSAY (BED-CEIA) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ถึง ปี พ.ศ. 2550 พบว่าอุบัติการณ์ในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์และพนักงานบริการหญิงแฝง มีแนวโน้มสูงขึ้น (รูปที่ 17 และ รูปที่ 18)

รูปที่ 17: อัตราความชุก และอุบัติการณ์ กลุ่มหญิงรับบริการ ผ่าครรภ์ (ผลเบื้องต้น)



รูปที่ 18: อัตราความชุก และอุบัติการณ์ กลุ่มพนักงานบริการ หญิง-แฝง (ผลเบื้องต้น)



ที่มา: รายงานเบื้องต้น สำนักระบาดวิทยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์ความร่วมมือ ไทย สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

โดยสรุป ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ สะท้อนให้เห็นว่าแบบแผนการระบาด เป็นลักษณะของการระบาดในกลุ่มประชากรทั่วไป และยังมีอัตราการสูงในประชากรบางกลุ่มด้วย มีแนวโน้มของความชุกการติดเชื้อ ลดลงในเกือบทุกกลุ่มประชากร แต่ยังคงมีอัตราความชุกการติดเชื้อ สูงในกลุ่มผู้ฉีดสารเสพติด และมีแนวโน้มสูงขึ้นในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และจากการศึกษาอุบัติการณ์การติดเชื้อ มีสัญญาณให้ประเทศไทยต้องระวังว่าการระบาดอาจย้อนกลับมาใหม่ได้

2. การคาดประมาณปัญหาเอดส์ในช่วงปี พ.ศ.2550-2554

2.1 การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่

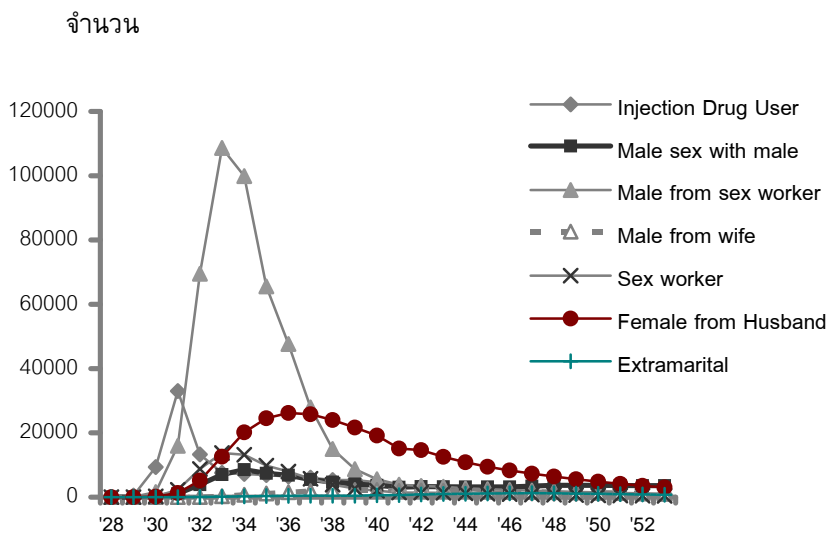
การอธิบายสถานการณ์เอดส์โดยการคาดประมาณจากโปรแกรมทางสถิติ Asian Epidemic Model (AEM) นั้นอาศัยข้อมูลพื้นฐานทางระบาดวิทยาของการแพร่ระบาดของเชื้อ เอชไอวี ในประเทศไทยโดยได้ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2543 และแก้ไขปรับปรุงเพื่อให้ข้อมูลพื้นฐานทางระบาดวิทยาเป็นปัจจุบันมากขึ้นในปี พ.ศ. 2548 โดยความร่วมมือของภาคีต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ได้แก่ Integrated analysis and advocacy to improve responses (A²), East-West Center, ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย, กรมควบคุมโรค, Family Health International (FHI), United State Agency for International Development (USAID)

ผลการคาดประมาณสามารถอธิบายสถานการณ์การติดเชื้อและสถานการณ์เอดส์ทั้งก่อน ปัจจุบัน และอนาคต ทั้งนี้พบว่า ในระยะเริ่มต้นของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ นั้น กลุ่มผู้ฉีดสารเสพติดเป็นประชากรกลุ่มแรกที่พบการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนถึงระดับสูงสุดในปี พ.ศ. 2531 ในระยะเวลาต่อมา พบว่าการแพร่กระจายของการติดเชื้อที่ดำเนินอย่างต่อเนื่องจึงไม่รวดเร็วเหมือนในระยะแรก อาจเนื่องด้วยประชากรกลุ่มนี้มีจำนวนไม่มากนัก และกระจายอยู่ในชุมชนที่แยกจากกัน (รูปที่ 19)

ภายหลังจากการแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ฉีดสารเสพติดไม่นานนัก การแพร่กระจายของเชื้อฯพบมากขึ้นในกลุ่มพนักงานบริการหญิง และชายลูกค้าของพนักงานบริการหญิง และเนื่องด้วยเป็นประชากรกลุ่มใหญ่กระจายอยู่ทั่วประเทศ ทั้งในเขตเมืองและชนบท ทำให้มีการเพิ่มจำนวนของผู้ติดเชื้อรายใหม่จากประชากรกลุ่มนี้อย่างรวดเร็วมาก โดยเพิ่มจำนวนสูงสุดในช่วงปี พ.ศ. 2533-2538 การติดเชื้อจากการใช้บริการจากพนักงานบริการหญิงมีจำนวนและสัดส่วนสูงกว่าช่องทางติดเชื้ออื่นๆ ทั้งนี้การแพร่ระบาดส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังหญิงติดเชื้อจากสามีหรือคูรักรักที่ติดเชื้อ และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (รูปที่ 19)

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงแนวโน้มการแพร่ระบาดให้ลดลงคือการรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และกิจกรรมใน “โครงการถุงยางอนามัย 100%” ในสถานบริการทางเพศ ที่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา นับเป็นจุดเปลี่ยนที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จากช่องทางแพร่ระบาดนี้ (รูปที่ 19) อย่างไรก็ตาม การรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มประชากรอื่นๆ นั้นยังมีประปราย สัดส่วนการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มประชากรอื่นๆ จึงมีน้อย เมื่อเทียบกับกลุ่มพนักงานบริการและลูกค้า

รูปที่ 19 : การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำแนกตามกลุ่มประชากรและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ปี พ.ศ. 2528-2553



ที่มา: คณะทำงานประเทศไทยและโครงการ A² ประเทศไทย

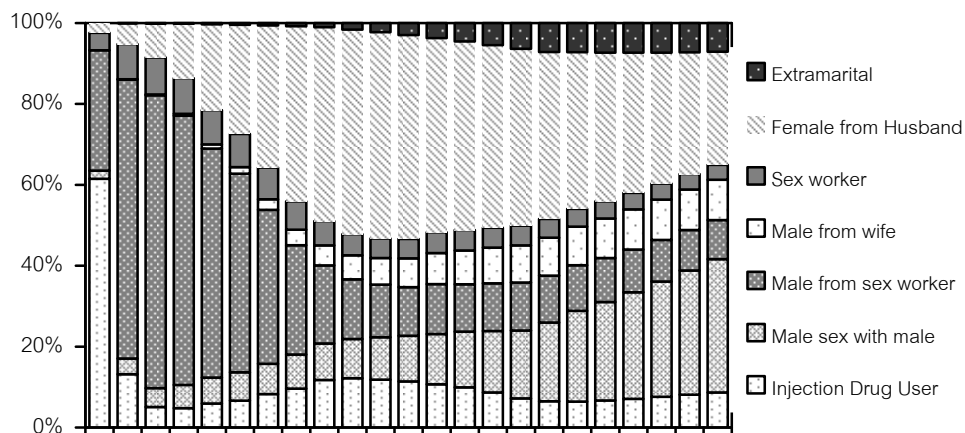
โดยสรุปแล้ว หากใช้จำนวนและสัดส่วนพฤติกรรม รวมทั้งช่องทางติดเชื้อรายใหม่ในแต่ละปีเป็นเครื่องชี้ทิศทางและจุดมุ่งเน้นของกลยุทธ์ และกลวิธีในการจัดการกับการป้องกันการติดเชื้อ โดยอ้างอิงจากค่าคาดประมาณที่ได้รับการปรับปรุงในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งให้คงสถานภาพการดำเนินการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดในระดับเดิมอย่างต่อเนื่อง พบว่าในปี พ.ศ. 2550 จะมีกลุ่มติดเชื้อรายใหม่ลดลง และมีค่าคาดประมาณที่ 13,936 คน จำนวนจะลดลงต่อเนื่องเป็น 10,097 ในปี พ.ศ. 2554 (ตาราง 2) โดยรวมจะมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เป็นจำนวนสะสมทั้งสิ้น ถึง 546,578 ในปี พ.ศ. 2550 และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยเป็น 481,770 ในปี พ.ศ. 2554

ตาราง 2: จำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ที่ได้จากการคาดประมาณโดยวิธี Asian Epidemic Model

จำนวนคาดประมาณ	ปี พ.ศ.						
	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่	16,513	15,174	13,936	12,787	11,753	10,853	10,097
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี สะสมทั้งสิ้น	1,073,518	1,088,692	1,102,628	1,115,415	1,127,168	1,138,020	1,148,117
จำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิต	562,243	556,848	546,578	532,522	516,632	499,324	481,770
จำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ ระยะโรคเอดส์รายใหม่	50,254	50,814	51,091	50,657	49,049	46,272	42,992
จำนวนผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิตรายใหม่	18,843	20,797	24,830	26,935	27,680	28,123	27,557
จำนวนผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิตสะสมทั้งสิ้น	513,268	534,065	558,895	585,830	613,510	641,633	669,191

จากผลการคาดประมาณข้างต้น เป็นที่น่าสังเกตว่า ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2554 สัดส่วนของผู้ติดเชื้อรายใหม่เมื่อจำแนกตามกลุ่มประชากร และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เป็นสตรีติดเชื้อจากสามีหรือคู่อุปถัมภ์ และกลุ่มชายติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีสัดส่วนสูงมากกว่ากลุ่มติดเชื้อจากช่องทางอื่นอย่างเห็นได้ชัด (รูปที่ 20) ข้อมูลเหล่านี้ ชี้ให้เห็นเงื่อนไขที่อาจนำมาใช้ในการพัฒนากลยุทธ์ และมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อ ที่เป็นประเด็นวิกฤติในขณะนี้ และอนาคตอันใกล้ได้เป็นอย่างดี ทั้งนี้การให้ความสำคัญในการพัฒนาโครงการสำหรับป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มที่มีโอกาสติดเชื้อจากสามี ภรรยา หรือคู่อุปถัมภ์ที่ติดเชื้อและกลุ่มชายที่มีโอกาสติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์กับชาย จึงเป็นทางเลือกสำคัญอีกทางหนึ่ง นอกเหนือจากการรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มพนักงานบริการ และ ผู้ที่ใช้สารเสพติด

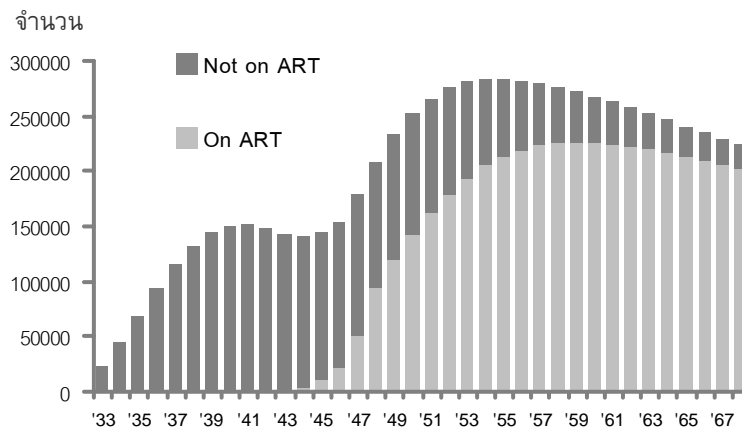
รูปที่ 20: การคาดประมาณสัดส่วนของผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำแนกตามกลุ่มประชากรและพฤติกรรมเสี่ยง รายปี พ.ศ. 2531-2553



2.2 การคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยเอดส์ ผู้ได้รับยาต้านไวรัสและผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์

ผลของการขยายบริการรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ กองทุนประกันสังคม และจากโครงการกองทุนโลก ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการยาต้านไวรัสไม่น้อยกว่า 100,000 ราย อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาผลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตพร้อมกับแนวโน้มการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่จากแนวทางการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดที่ระดับคงที่ จากปี พ.ศ. 2548 พบว่ามีจำนวนสูงถึง 546,578 ในปี พ.ศ. 2550 และมีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยเป็น 481,770 ในปี พ.ศ. 2554 คิดเป็นจำนวนผู้ป่วยที่เข้าสู่ระยะโรคเอดส์ 51,091 ราย และจำนวนเสียชีวิต 24,850 รายในปี พ.ศ. 2550 ทั้งนี้จำนวนดังกล่าวมีอัตราลดลงตามลำดับ ภายใต้สมมุติฐานการดำเนินงานควบคุมการแพร่ระบาด และการขยายผลการให้บริการดูแลรักษา (ตาราง 2 และ รูปที่ 21)

รูปที่ 21: จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยที่เข้าเกณฑ์การได้รับยาต้านไวรัส และจำนวนผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส ภายใต้กรอบนโยบายและระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยของประเทศ



ที่มา: คณะทำงานประเทศไทยและโครงการ A² ประเทศไทย

จากผลการคาดประมาณข้างต้น จะเห็นได้ว่าประเทศไทยยังมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อีกจำนวนมากที่ต้องได้รับการดูแล ซึ่งหากรวมถึงครอบครัว ผู้สูงอายุ และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ ยังมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมการจัดสรรทรัพยากรทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเร่งการประสานงานเพื่อการพัฒนาการดำเนินงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ประชาสังคม และชุมชน เพื่อให้การดำเนินการแก้ไขปัญหาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

ค. การตอบสนองของระดับประเทศต่อการระบาดของโรคติดเชื้อ

1. การบริหารจัดการการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี

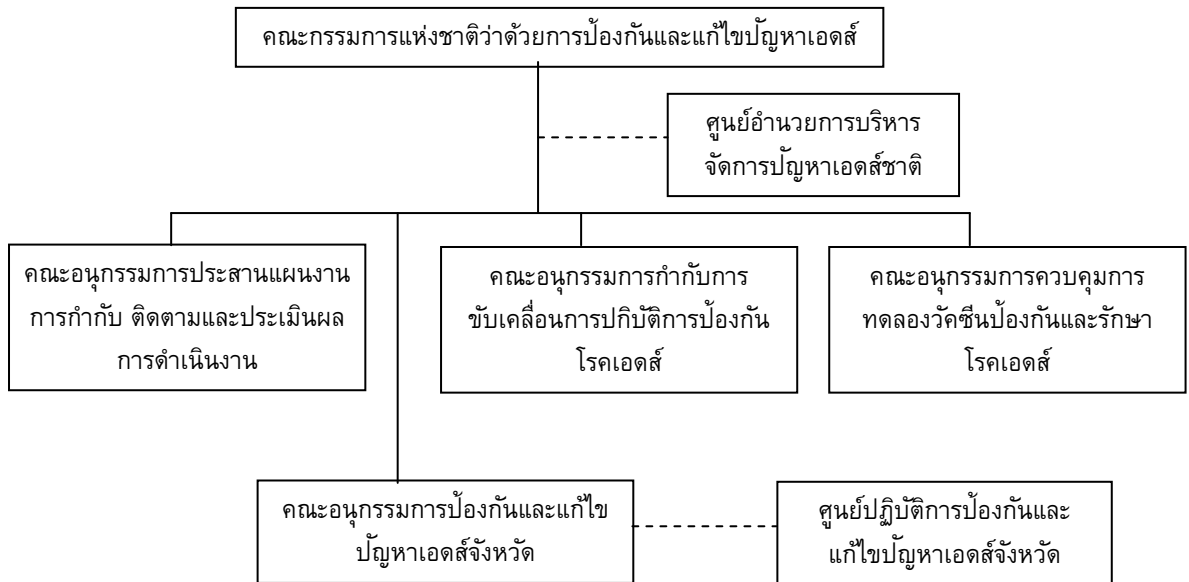
1.1 โครงสร้างความรับผิดชอบการบริหารจัดการ

ประเทศไทยตระหนักในความสำคัญของการร่วมมือกันของทุกภาคส่วนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี จึงได้มีการแต่งตั้งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี ซึ่งมีองค์ประกอบของคณะกรรมการที่มาจากภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม เพื่อทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีของประเทศมาตั้งแต่ ปี พ.ศ.2541

ในปี พ.ศ.2547 ได้ปรับโครงสร้างของคณะกรรมการภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติ ในระดับประเทศประกอบด้วย คณะอนุกรรมการ 2 คณะ กล่าวคือ คณะอนุกรรมการประสานแผนงานงบประมาณ การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน และ คณะอนุกรรมการควบคุมการทดลองวัคซีนป้องกันและรักษาโรคเอชไอวี ส่วนในระดับจังหวัด ทุกจังหวัดมีคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีจังหวัด (รูปที่ 22) บทบาทหน้าที่ของคณะกรรมการและอนุกรรมการแต่ละคณะ กล่าวคือ

- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน อธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นกรรมการและเลขานุการ มีหน้าที่กำหนดนโยบาย แผนงาน มาตรการ ควบคุม กำกับและประสานงานแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี โดยมีศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการ
- คณะอนุกรรมการประสานแผน งบประมาณ การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน อธิบดีกรมควบคุมโรค เป็นประธาน ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นกรรมการและเลขานุการ มีหน้าที่เสนอยุทธศาสตร์ ประสาน สนับสนุน ติดตาม กำกับ ประเมินผลและจัดทำระบบข้อมูลแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี
- คณะอนุกรรมการควบคุมการทดลองวัคซีนป้องกันและรักษาโรคเอชไอวี ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ เป็นประธาน มีหน้าที่กำหนดนโยบาย หลักเกณฑ์การดำเนินการวิจัยและพัฒนาวัคซีนป้องกันหรือรักษาโรคเอชไอวี ส่งเสริมติดตาม กลั่นกรองตรวจสอบการวิจัยและพัฒนาวัคซีนฯ ให้ได้มาตรฐาน ประมวลองค์ความรู้ทางวิชาการและเผยแพร่ข้อมูลการวิจัยสู่สาธารณชน
- คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีจังหวัด มีผู้ว่าราชการจังหวัดเป็นประธาน มีหน้าที่ กำหนดทิศทาง นโยบาย ติดตาม ประสานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีในระดับจังหวัด โดยมีศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีจังหวัดทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการ

ในปี พ.ศ.2550 คณะกรรมการแห่งชาติ แต่งตั้งคณะอนุกรรมการกำกับขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ โดยนายมีชัย วีระไวทยะ เป็นประธาน เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานด้านการป้องกัน ให้เป็นไปอย่างต่อเนื่อง ครอบคลุม มีประสิทธิภาพและทันต่อสถานการณ์



รูปที่ 22: โครงสร้างกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอเดสส์ของประเทศ

1.2 ระบบงบประมาณ

ด้วยความมุ่งหวังในหลักการของการบูรณาการงานเอเดสส์สู่การทำงานของแต่ละหน่วยงาน ใน ปีงบประมาณ 2550 ได้เปลี่ยนแปลงวิธีการจัดตั้งงบประมาณดำเนินงานเอเดสส์ จากการตั้งรวมที่กรม ควบคุมโรค เปลี่ยนเป็นการตั้งงบประมาณของแต่ละกระทรวง แต่ละกรม แต่เกิดข้อจำกัดค่อนข้างมาก เนื่องจากการบริหารงานภาครัฐได้ให้ความสำคัญกับการใช้กลยุทธ์ การติดตามประเมินผลงาน โดยใช้ ตัวชี้วัด และการตั้งงบประมาณมักจะอิงฐานวงเงินงบประมาณในปีก่อนๆ หน่วยงานที่ไม่สามารถ กำหนดเรื่องเอเดสส์เป็นตัวชี้วัด หรือไม่เคยตั้งงบประมาณในเรื่องเอเดสส์มาก่อน จึงมักจะไม่ได้รับการ สนับสนุนงบประมาณหรือได้รับแต่ไม่เพียงพอต่อการทำงานเอเดสส์โดยตรง แต่ก็มีบางหน่วยงานได้ กำหนดเรื่องเอเดสส์ไว้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงานของหน่วยงาน ได้แก่ กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคง ของมนุษย์ได้กำหนดแผนแม่บทที่ครอบคลุมการดำเนินงานด้านเอเดสส์

สืบเนื่องจากการปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น การจัดสรร งบประมาณสำหรับแผนงานเอเดสส์พื้นที่ จึงไม่ได้กำหนดจากส่วนกลาง ยกเว้นแผนงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอเดสส์ที่ยังคงเป็นโครงการเฉพาะ ภายใต้แผนงานสร้างหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าและการประกันสังคม นอกจากนี้กรมควบคุมโรค ยังคงตั้งงบประมาณในการสนับสนุนถุงยางอนามัยในแผนงานป้องกันควบคุม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่เป็นจำนวน และ ในปี 2549 และ 2550 ตามลำดับ

ในปี 2550 ค่าใช้จ่ายทั้งหมดในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอเดสส์ รวม 6,728 ล้านบาท คิด เป็น 105 บาทต่อประชากรคนไทย 1 คน หรือ 11,600 บาทต่อผู้ติดเชื้อ 1 คน (ประมาณการผู้ติดเชื้อ ทั้งหมด 580,000 คน) และคิดเป็น ร้อยละ 0.081 ของรายได้ประชาชาติ ในปี 2550 หรือ เท่ากับ ร้อยละ 2.7 ของค่าใช้จ่ายสุขภาพทั้งหมด

ส่วนใหญ่ของแหล่งงบประมาณของค่าใช้จ่าย มาจากภายในประเทศ ร้อยละ 82.7 ได้รับการสนับสนุน จากต่างประเทศ ร้อยละ 17.3 ซึ่งชี้ให้เห็นการพึ่งตนเองของประเทศในการสนับสนุนการเงินในการป้องกันและ แก้ไขปัญหาเอเดสส์ และเจตน์จำนงของรัฐบาลไทยต่อการทำงานเอเดสส์ของประเทศ

จากการที่รัฐบาลไทย มีนโยบายการเพิ่มความครอบคลุมของการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในปี 2546 ทำให้สัดส่วนใหญ่ของค่าใช้จ่ายการทำงานเอ็ดส์ เป็นค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ถึงร้อยละ 71.8 โดยที่ ร้อยละ 92 ของค่าใช้จ่ายด้านการรักษา เป็นค่ายาต้านไวรัสฯ และค่ารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สัดส่วนของค่าใช้จ่ายรองลงมาเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับการป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 14.1 และเป็นค่าบริหารจัดการ ร้อยละ 9.7 (ผนวก 3)

1.3 การวางแผนและการติดตามการดำเนินงาน

ในช่วงปี 2549-2550 เป็นช่วงของการเปลี่ยนแปลงระบบงบประมาณ ที่เป็นการจัดสรรงบประมาณให้กับจังหวัดเป็นจำนวนรวม โดยไม่ได้จำแนกแผนงาน จึงมิได้มีการกำหนดพื้นที่เป้าหมายของแต่ละแผนงานของการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อ เป็นการพิจารณาของจังหวัด ที่จะวางแผนการดำเนินการเองจากงบประมาณจากแต่ละกระทรวง หรือจากงบบุคลากรของจังหวัด ในขณะที่แผนงานด้านการดูแลรักษา ก็มีได้กำหนดพื้นที่เป้าหมายของแต่ละกิจกรรมบริการ แต่เป็นการกำหนดสิทธิประโยชน์ในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อ ซึ่งโรงพยาบาลที่ร่วมดำเนินงานในแผนงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทั้งภาครัฐและเอกชน จะต้องให้บริการผู้ที่ลงทะเบียนกับโรงพยาบาลนั้นๆ ตามสิทธิประโยชน์ที่กำหนด โดยโรงพยาบาลจะได้รับการจัดสรรเงินตามจำนวนประชากรที่ลงทะเบียน

ในส่วนของงบประมาณสนับสนุนองค์กรภาคประชาสังคมในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ ได้ลดลงไปจาก 70 ล้านบาท เป็น 40 ล้านบาทต่อปี บริหารจัดการผ่านกรมควบคุมโรค โดยใช้เกณฑ์การจัดสรรให้แก่เขตตามขนาดของปัญหา และมีคณะกรรมการของแต่ละเขตที่ประกอบด้วยภาครัฐและภาคประชาสังคมเป็นผู้พิจารณาจัดสรรงบประมาณดังกล่าว

ด้วยสถานการณ์ของระบบการวางแผนอยู่ที่จังหวัดเป็นหลัก ทำให้บางพื้นที่เกือบไม่มีการดำเนินงานเอ็ดส์เลย ในปี 2550 สำนักนายกรัฐมนตรีจึงได้กำหนดให้ เอ็ดส์ เป็นเรื่องหนึ่งของการตรวจราชการและนิเทศงานแบบบูรณาการ โดยเน้นนโยบายสำคัญ 6 ประเด็น กล่าวคือ

1. การส่งเสริมบทบาทของคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์จังหวัด ในการเชื่อมประสานเพื่อการดำเนินงานอย่างบูรณาการระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในระดับจังหวัด ทั้งภาครัฐ ท้องถิ่น และชุมชน
2. การสร้างความเข้าใจและศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการรับผิดชอบต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ในพื้นที่
3. การสร้างความตระหนักของชุมชน ในการป้องกันการระบาดของโรคติดเชื้อ
4. การป้องกันการติดเชื้อ ของกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา ทุกกระดับ รวมถึง ศูนย์การศึกษานอกโรงเรียน และโรงเรียนขยายโอกาส
5. การป้องกันการติดเชื้อ ของกลุ่มแรงงานในสถานประกอบการ
6. การสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจของชุมชน เรื่องโรคเอ็ดส์ เพื่อนำไปสู่ความเข้าใจของคนในชุมชน และสังคมซึ่งจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอ็ดส์มีโอกาสเข้าถึงบริการและสามารถอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข

2. การป้องกันการระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี

2.1 บริการโลหิตปลอดภัย

ศูนย์บริการโลหิตสภากาชาดไทย เป็นศูนย์กลางในการรับบริจาคโลหิตในประเทศ ซึ่งรับบริจาคโลหิตประมาณ 1 ใน 3 ของโลหิตทั่วประเทศ มีสาขา ที่ภาคบริการโลหิตแห่งชาติ 11 แห่ง ในขณะที่โรงพยาบาลศูนย์ และโรงพยาบาลทั่วไปจะเป็นธนาคารโลหิต ที่จะสนับสนุนให้โรงพยาบาลภายในจังหวัด

ลักษณะของผู้บริจาคโลหิต ประกอบด้วย

1. สมาชิกผู้บริจาคโลหิตประจำ ที่บริจาคโลหิต 2 ครั้ง/ปี
2. ผู้บริจาคโลหิตครั้งแรก
3. ผู้บริจาคโลหิตทดแทน ในกรณีที่ใช้โลหิตของโรงพยาบาลไปก่อน
4. ผู้บริจาคโลหิตเพื่อใช้เอง สำหรับผู้ที่มีแผนว่าจะต้องผ่าตัดและต้องการใช้โลหิตตนเอง

ในการรับบริจาคโลหิต ผู้ที่ประสงค์จะบริจาคจะประเมินตนเองด้วยการตอบแบบสอบถาม ว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงหรือไม่ และไม่รับบริจาคกรณีประเมินว่ามีพฤติกรรมเสี่ยง

ผลการดำเนินงาน

ในปี 2549 ร้อยละ 99.8 ของจำนวนโลหิตบริจาคทั้งหมด 1,670,596 หน่วย มีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ เอช ไอวีด้วยกระบวนการควบคุมคุณภาพ ศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย ได้สำรวจหน่วยรับบริจาคโลหิตทั่วประเทศ รวม 330 แห่ง มี 294 แห่ง คิดเป็น ร้อยละ 89 มีระบบการควบคุมคุณภาพการคัดกรอง โดยที่หน่วยรับบริจาคโลหิต 36 แห่ง ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ไม่มีข้อมูลว่ามีการควบคุมคุณภาพหรือไม่

ศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย ซึ่งรับบริจาคโลหิตประมาณ ร้อยละ 30 ของจำนวนโลหิตที่รับบริจาคทั้งหมดในประเทศ มีฐานข้อมูลการตรวจคัดกรองที่ค่อนข้างสมบูรณ์ พบว่าความชุกของการติดเชื้อ ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตครั้งแรกสูงกว่าผู้บริจาคประจำ ในระหว่างปี 2549 - 2550 ความชุกของการติดเชื้อ กลุ่มผู้บริจาคโลหิตครั้งแรก และผู้บริจาคประจำ เป็น ร้อยละ 0.31 ร้อยละ 0.12 ตามลำดับ

2.2 การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก

ประเทศไทยดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกมาโดยต่อเนื่อง เริ่มจากโครงการศึกษาโดยให้ยา Zidovudine ระยะสั้นร่วมกับบังคการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ซึ่งพบว่ามีประสิทธิผลดี และได้ประกาศนโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ จากแม่สู่ลูก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 โดยผสมผสานเข้ากับระบบบริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งให้บริการตั้งแต่การปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจการติดเชื้อ ด้วยความสมัครใจ การให้ยาต้านไวรัส ในระยะตั้งครรภ์จนถึงคลอดระยะหลังคลอดและให้ยาต้านไวรัส แก่ทารกหลังคลอด รวมทั้งให้นมผสมเพื่อทดแทนนมแม่ นอกจากนี้จะได้รับการปรึกษาและให้การดูแลรักษาตามความเหมาะสมอย่างต่อเนื่อง

รายงานพิเศษจากภาคประชาสังคมในการเรื่องการดำเนินงานตามพันธกรณีในปฏิญญาสหประชาชาติ สมัยพิเศษว่าด้วย เอชไอวี/เอดส์ พ.ศ.2544 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (ผนวก 5) ได้สะท้อนว่า นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ จากแม่สู่ลูก เป็นนโยบายที่ชัดเจน และนำไปสู่การปฏิบัติที่มีประสิทธิผล การประเมินเชิงนโยบายโดยรวมเป็นที่น่าพอใจ การให้บริการเป็นที่ยอมรับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อ จากแม่สู่ลูกได้ชัดเจน

นโยบายการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก

- หญิงตั้งครรภ์ทุกคน จะได้รับการปรึกษา และตรวจหาเชื้อ เอชไอวี โดยความสมัครใจ
- หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ จะได้รับยาต้านไวรัส (Zidovudine และ Nevirapine) ในระยะตั้งครรภ์และระหว่างคลอดเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ จากแม่สู่ลูก
- หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ จะได้รับการตรวจ CD4 ในระยะตั้งครรภ์ และได้รับยาต้านไวรัส สูตร 3 ชนิด (Zidovudine, 3TC และ Nevirapine)
- หญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อ จะได้รับยาต้านไวรัส (Zidovudine และ 3TC) เพื่อลดการเกิดเชื้อดื้อยา
- เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ จะได้รับยาต้านไวรัส และจะได้รับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารก รวมทั้งได้รับการตรวจการติดเชื้อ
- แม่และเด็ก รวมทั้งสามีที่ติดเชื้อ จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม

ในปี 2547 กรมอนามัย ได้เพิ่มวัตถุประสงค์ของการมีส่วนร่วมของสามี และให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัส แก่แม่ เชื่อมต่อสู่การดูแลรักษาครอบครัว เพื่อให้สามารถดูแลลูกได้อย่างน้อยจนถึงอายุ 5 ปี และภายใต้แผนงานที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ภาครัฐร่วมกับภาคประชาสังคมจัดบริการเชื่อมต่อการดูแลในชุมชน และพยายามส่งเสริมบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น หาแนวทางสร้างความเข้าใจของชุมชน และลดการรังเกียจ

ผลการดำเนินงาน

กรมอนามัยสนับสนุนให้สถานบริการทั่วประเทศดำเนินงานตามนโยบาย การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ จากแม่สู่ลูก ความครอบคลุมในการให้บริการเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ในปี 2549 โรงพยาบาลรายงานความครอบคลุมในการตรวจการติดเชื้อและให้คำปรึกษาแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการ ร้อยละ 99.6 และมีอัตราติดเชื้อ ร้อยละ 0.85

หลังจากปรับตัวสัดส่วนของการรายงานจำนวนเด็กเกิดของโรงพยาบาลกับจำนวนเด็กเกิดของสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข ความครอบคลุมการได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก เป็นร้อยละ 90.1 และ 95.9 ในปี 2549 และ 2550 ตามลำดับ

รายงานของโรงพยาบาลในการติดตามดูแลเด็กหลังจากคลอดแล้ว พบว่าเด็กอายุ 18-24 เดือนที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ ในปี 2549 และ 2550 จำนวน 3,091 และ 2,873 คน ได้รับการตรวจการติดเชื้อ ร้อยละ 68.78 และ 54.09 พบเด็กติดเชื้อ ร้อยละ 5.83 (124 คน) และ 5.79 (90 คน)

2.3 การป้องกันการระบาดของการติดเชื้อ ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์

จากระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ที่ดำเนินการเป็นประจำทุกปี พบว่า ความชุกของการติดเชื้อ กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ มีอัตราที่ลดลงมาเป็นลำดับ จากร้อยละ 2.29 ในปี พ.ศ. 2538 เป็นร้อยละ 0.76 ในปี พ.ศ. 2550 เมื่อจำแนกอัตราความชุกของการติดเชื้อ ในหญิงรับบริการฝากครรภ์ ตามลำดับครรภ์พบว่า อัตราความชุกการติดเชื้อ ในหญิงตั้งครรภ์ แรก และครรภ์ที่ 3 ขึ้นไป มีแนวโน้มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุ ระหว่าง 25 – 29 ปี

อัตราความชุกการติดเชื้อ กลุ่มทหารคัดเลือกกองประจำการ ซึ่งสะท้อนสถานการณ์ในกลุ่มชายไทย ที่มีอายุระหว่าง 21 – 23 ปี มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และค่อนข้างคงที่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึงปัจจุบัน ระหว่างร้อยละ 0.4 - 0.5 และอัตราความชุกการติดเชื้อ กลุ่มที่มีคูครองแล้วมีแนวโน้มสูงกว่ากลุ่มที่ยังไม่มีคูครอง

นโยบายการดำเนินงานป้องกันการระบาดของการติดเชื้อ กลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์

ประชากรวัยเจริญพันธุ์ เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญกลุ่มหนึ่ง ในการลดการติดเชื้อ ที่ได้กำหนดเป้าหมายในแผนบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติฉบับปัจจุบัน จะลดการติดเชื้อ รายใหม่ลงครึ่งหนึ่งจากที่คาดประมาณไว้ ในปี พ.ศ.2554 สำหรับกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์ เน้นที่ คู่สามี ภรรยา หรือคูรัก

มาตรการในการดำเนินงานตามนโยบาย ประกอบด้วยการพัฒนาการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ สำหรับคู่สามี ภรรยา การให้คำปรึกษาเพื่อเผยแพร่สถานะของผลเลือด เสริมสร้างความตระหนักและทัศนคติทางบวกและลดปัญหาทางเพศโดยการรณรงค์ผ่านสื่อที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย ส่งเสริมพฤติกรรมกรรมการป้องกันการติดเชื้อ และการใช้ถุงยางอนามัย โดยพิจารณาดำเนินการผสมผสาน ในบริการฝากครรภ์และบริการสุขภาพอื่น ๆ รวมถึงส่งเสริมการยอมรับโดยไม่เลือกปฏิบัติต่อหญิงที่ติดเชื้อ

ผลการดำเนินงาน

การดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ สำหรับกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ เน้นในส่วนของการบริการอนามัยเจริญพันธุ์ หาแนวทางการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามีในการป้องกันการติดเชื้อ ในปี พ.ศ. 2549 กรมอนามัยได้ดำเนินการ พัฒนารูปแบบการให้บริการที่มีความสอดคล้องกับสถานการณ์ในแต่ละพื้นที่ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ สำหรับหญิงตั้งครรภ์ และสามี

การดำเนินงานพัฒนาระบบบริการ ที่ให้สามีมีส่วนร่วมในการมาฝากครรภ์ ช่วยให้ค้นพบคู่สามี ภรรยา ที่สามีมีผลเลือดเป็นบวก และภรรยามีผลเลือดเป็นลบ ทำให้เป็นการเปิดโอกาสให้ช่วยเหลือ และป้องกันการติดเชื้อ ของหญิงตั้งครรภ์และทารกได้ดีขึ้น โดยการให้คำปรึกษาอย่างต่อเนื่อง และให้คำปรึกษาเปิดเผยผลเลือด เพื่อส่งเสริมพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย

ความรู้และพฤติกรรม

การสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ ในปีพ.ศ.2549 โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า กลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์ อายุ 18-49 ปี ร้อยละ 9.4 มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ใน 12 เดือนที่ผ่านมา กลุ่มตัวอย่างเพศชายมีความเสี่ยงที่สูงกว่ามาก อัตราการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ในกลุ่มเพศชาย คิดเป็น ร้อยละ 17.9 อัตราในกลุ่มผู้หญิง เพียงร้อยละ 0.95 แต่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดของกลุ่มผู้หญิงจะน้อยกว่า กลุ่มผู้ชาย เป็น ร้อยละ 14.3 และ 52.9 ตามลำดับ

2.4 การป้องกันการระบาดของการติดเชื้อ ในกลุ่มเยาวชน

การเฝ้าระวังการติดเชื้อ โดยสำนักระบาดวิทยา ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 15-24 ปี ที่ถือเป็นตัวแทนกลุ่มเยาวชนหญิง พบว่า แนวโน้มของความชุกการติดเชื้อ ลดลง และในปี พ.ศ. 2550 อัตราความชุกของการติดเชื้อ คิดเป็นร้อยละ 0.64 ในการจำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า อัตราความชุกของการติดเชื้อ ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี ร้อยละ 0.74 ซึ่งสูงกว่า กลุ่มอายุ 15-19 ปี ที่มีอัตราความชุกการติดเชื้อ คิดเป็น ร้อยละ 0.50

อัตราความชุกการติดเชื้อ กลุ่มทหารคัดเลือกใหม่ของกองประจำการ ซึ่งสะท้อนสถานการณ์ในกลุ่มชายไทย ที่มีอายุระหว่าง 21 – 23 ปี มีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง และค่อนข้างคงที่ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ถึงปัจจุบัน ระหว่างร้อยละ 0.4 - 0.5

การดำเนินงาน

ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2550 แผนงานป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ ในกลุ่มเยาวชนที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ซึ่งดำเนินงานในลักษณะของการผสมผสานกันของหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชน กระจายครอบคลุมพื้นที่ทุกภาคของประเทศไทย ในกลุ่มเยาวชนในโรงเรียน สถานประกอบการ และในชุมชน มีกิจกรรมหลักในแต่ละกลุ่ม กล่าวคือ

- เยาวชนในโรงเรียน โดยการพัฒนาศักยภาพครูผู้สอนและผู้ปฏิบัติงานด้านเอดส์และเพศศึกษา รวมทั้งพัฒนาการมีส่วนร่วมของเยาวชนในการตัดสินใจและดำเนินงานด้านการป้องกันเอดส์ มีเป้าหมาย ให้มีการเรียนการสอนหลักสูตรเพศศึกษาในระดับมัธยม และอาชีวศึกษา 16 คาบเรียน/ปี นอกจากนี้ได้จัดกิจกรรมส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เกิดการสื่อสารเรื่องเอดส์และเพศในครอบครัวและชุมชน
- เยาวชนในสถานประกอบการ โดยการส่งเสริมให้สถานประกอบการจัดทำนโยบายการดำเนินงานด้านเอดส์ อบรมแกนนำในสถานประกอบการให้มีบทบาทในการจัดกิจกรรมสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์ รวมทั้งการให้คำปรึกษาเพื่อการตรวจเลือด โดยประสานส่งต่อกับสถานพยาบาล และใช้การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานเรื่องเอดส์ในสถานประกอบการ (ASO-Thailand) เป็นกลยุทธ์ส่งเสริมการดำเนินงาน
- เยาวชนในชุมชน โดยการพัฒนาแกนนำเยาวชน ในการจัดกิจกรรมเอดส์ในชุมชน รวมถึงการจัดศูนย์ข้อมูลข่าวสารด้านเอดส์ ศูนย์การเรียนรู้ที่เป็นมิตรในชุมชน และส่งเสริมให้องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นจัดทำแผนงานหรือบูรณาการงานเอดส์สำหรับเยาวชนเข้าไปในแผนชุมชน

ความรู้และพฤติกรรม

การสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับประเทศ ในปี พ.ศ. 2549 พบว่า กลุ่มตัวอย่าง อายุ 18 – 24 ปี ร้อยละ 37.4 บอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง และไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการติดเชื้อ กลุ่มตัวอย่างเพศชาย ตอบได้ถูกต้องทั้งหมด ร้อยละ 44.4 ส่วนกลุ่มตัวอย่างหญิงตอบถูกต้องทั้งหมด ร้อยละ 30.5

จากการสำรวจเดียวกันนี้ พบว่า ร้อยละ 4.8 ของกลุ่มตัวอย่าง อายุ 18 – 24 ปี รายงานว่ามีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก ก่อนอายุ 15 ปี อัตราามีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี ของกลุ่มตัวอย่างเพศชายสูงกว่าเพศหญิง คิดเป็น ร้อยละ 8.3 และ 1.3 ตามลำดับ และอัตราในในกลุ่มอายุ 15-19 ปี มากกว่า กลุ่มอายุ 20-24 ปี คือ ร้อยละ 5.2 , 4.7 ตามลำดับ

ร้อยละ 17.9 ของ กลุ่มตัวอย่างเพศชาย รายงานว่ามีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมากกว่า กลุ่มตัวอย่างเพศหญิง (ร้อยละ 0.95) และร้อยละ 23.6 ของกลุ่มตัวอย่างอายุ 18-19 ปี รายงานการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งมากกว่ากลุ่มตัวอย่าง อายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 17.5) ในกลุ่มที่มีคู่นอนมากกว่า 1 คน นี้ พบว่าอัตราใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ในกลุ่มอายุ 18-19 และ 20-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.4 และ 48.6 ตามลำดับ

2.5 การป้องกันการระบาดของการติดเชื้อ ใน กลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง

2.5.1 พนักงานบริการ (Sex worker)

แนวโน้มของความชุกการติดเชื้อ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง-ตรง ตั้งแต่ ปี 2540 ลดลงโดยสม่ำเสมอ อยู่ที่ ร้อยละ 4.46 ในปี 2549 แต่กลับมีแนวโน้มกระดกขึ้น เป็น ร้อยละ 5.3 ในปี 2550 ในขณะที่ ความชุกการติดเชื้อ กลุ่มพนักงานบริการหญิง-แฝง แม้ว่าจะต่ำกว่ากลุ่มพนักงานบริการหญิง-ตรง แต่แนวโน้มของการลดลงช้ามาก

การเฝ้าระวังการติดเชื้อ ในกลุ่มพนักงานบริการชาย เริ่มในปี 2540 ที่จังหวัดเชียงใหม่ และภูเก็ต หลังจากความชุกการติดเชื้อลดลงใน 2 ปีแรก ก็กลับเพิ่มขึ้นมาตลอด และมีความความชุกการติดเชื้อมากกว่า ร้อยละ 12 ในปี 2549

นโยบายและการดำเนินงาน

แผนงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100% เป็นแผนงานสำคัญในการป้องกันการระบาดของการติดเชื้อ สำหรับกลุ่มพนักงานบริการ ในสถานบริการทางเพศ ในประเทศไทย แม้ว่าการจัดสรรงบประมาณสำหรับถุงยางอนามัยจะลดลงค่อนข้างมาก แต่ก็ยังคงสนับสนุนถุงยางอนามัยให้แก่ พนักงานบริการหญิง

ในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ภาคประชาสังคมได้พยายามจัดทำแผนงานให้ทางเลือกในด้านอาชีพกับผู้หญิงเพื่อจะได้ไม่ต้องขายบริการทางเพศเพื่อหารายได้เลี้ยงครอบครัว แต่แผนงานเหล่านี้มีความสำเร็จแตกต่างกันไป

ความรู้และพฤติกรรม

ผลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรมของสำนักระบาดวิทยา เรื่องความรู้ โดยใช้คำถาม UNGASS 5 ข้อ พบว่า ใน ปี 2550 พนักงานบริการหญิง และชาย เพียง ร้อยละ 29.2 และ 22.9 เท่านั้น ที่สามารถตอบคำถาม ได้ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ในเรื่องวิธีการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และความเชื่อที่ผิดๆ เกี่ยวกับการถ่ายทอดเชื้อ อัตราส่วนของกลุ่มพนักงานบริการหญิงและชาย อายุ มากกว่า 25 ปี ตอบคำถามถูกต้องทั้ง 5 ข้อ สูงกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี คำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด (ร้อยละ 55.9) คือ “ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่ไม่ติดเชื้อ เพียงคนเดียวและคนนั้นไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่น สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ”

2. 5.2 ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

การสำรวจของสำนักระบาดวิทยาในปี 2550 พบว่าความชุกของการติดเชื้อ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายสูงถึง ร้อยละ 24.6 และการศึกษาโดย TUC ในเขตกรุงเทพมหานคร พบว่าความชุกการติดเชื้อ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในสวนสาธารณะ เพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจาก ร้อยละ 17.3 ในปี 2546 เป็น ร้อยละ 28.3 และ 30.7 ในปี 2548 และ 2550 ส่วนพนักงานบริการชายกลุ่มทำงานตามถนน มีความชุกการติดเชื้อ สูงถึง ร้อยละ 36.2 ในปี 2550

นโยบายและแผนงาน/โครงการ ในช่วงปี 2549-2550

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ และ แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างทั่วถึงและครอบคลุมแห่งชาติ พ.ศ.2550-2554 ได้ระบุกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญในการดำเนินงาน

ในบางพื้นที่ที่มีแนวโน้มของปัญหาสูงได้มีการจัดทำแผนในระดับพื้นที่ ได้แก่ แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 4 พ.ศ.2550-2554 และแผนปฏิบัติการโครงการเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดชลบุรี

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยเครือข่ายความหลากหลายทางเพศในประเทศไทย ได้จัดทำแผนปฏิบัติการในการลดจำนวนผู้ติดเชื้อ รายใหม่ ปี 2550-2551 โดยอิงฐานของแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างทั่วถึงและครอบคลุมแห่งชาติ พ.ศ.2550-2554

แผนงาน/โครงการโดยส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ เป็นการสนับสนุนการทำงานของกลุ่มเครือข่ายความหลากหลายทางเพศ ในลักษณะของการสร้างกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายให้เป็นผู้ให้ความรู้ในกลุ่ม (Peer educator) และ ศูนย์บริการ drop-in center ในขณะที่ภาครัฐก็ได้เริ่มพัฒนาระบบบริการที่มีความจำเพาะและเป็นมิตรกับกลุ่มฯ และเชื่อมโยงกับการทำงานของเครือข่ายฯ

ได้ริเริ่มการทำงานร่วมกันของเครือข่ายฯ กับสำนักระบาดวิทยา ในการสำรวจความชุกการติดเชื้อ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และจัดเข้าสู่ระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ ของประเทศ

ผลการดำเนินงาน

แม้ว่าผลการสำรวจความรู้ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในปี 2550 ดูเหมือนว่าสัดส่วนที่ตอบคำถามถูกทั้ง 5 ข้อยังมีน้อย กล่าวคือ ร้อยละ 25.3 ตอบถูกทั้ง 5 ข้อ โดยกลุ่มที่อายุมากกว่า 25 ปี มีสัดส่วนที่ตอบถูกมากกว่า คือ ร้อยละ 30.4 กลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี ตอบถูกทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 20.6 แต่การเฝ้าระวังพฤติกรรมโดยสำนักระบาดวิทยา กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย รายงานการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ครั้งล่าสุดกับคู่นอนชาย สูงถึงร้อยละ 88.2 โดยกลุ่มที่อายุ มากกว่า 25 ปี รายงานการใช้ถุงยางอนามัยสูงถึง ร้อยละ 87.5 แต่ผลจากการสำรวจในพื้นที่ กทม. ในปี 2550 กลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 65.8 รายงานการใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอ ใน 3 เดือนก่อนการสำรวจ และการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักใน 3 เดือนสุดท้ายก่อนการสำรวจ ลดลงอย่างช้าๆ จาก ร้อยละ 97.9 ในปี 2546 เป็น 87.5 ในปี 2550

2. 5.3 ผู้ใช้ยาชนิดฉีด

ในขณะที่ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ในภาพรวมของประเทศลดลงอย่างมีนัยสำคัญ แต่ความชุกการติดเชื้อในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดยังคงมีอัตราสูงอย่างต่อเนื่อง ระหว่างร้อยละ 30 – 50 จนกระทั่งปี 2550 ที่มีอัตราความชุก อยู่ที่ ร้อยละ 27.8

การลดอันตรายจากการใช้ยา (Harm Reduction)

การป้องกันการติดเชื้อ ในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดยังมีความครอบคลุมน้อยมาก ได้มีความพยายามผลักดันการทำงาน โดยการจัดตั้งคณะทำงานเร่งรัดการลดการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อ ของกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด ตั้งแต่ปลายปี 2545 เป็นคณะทำงานที่ประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ และได้จัดทำแผนปฏิบัติการ ลดอันตรายจากการใช้ยา ขึ้น 2 ชุด เป็นแผน ปี 2547-2548 และ ปี 2549-2550

กรมการแพทย์โดยสถาบันรณรงค์รณรงค์ได้พยายามผลักดันบริการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว หากแต่ยังมีข้อจำกัดในเรื่องระเบียบวิธีงบประมาณที่จะสนับสนุนหน่วยบริการ ในปี 2549 คณะทำงานเร่งรัดการลดการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อ ของกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด ได้จัดทำแนวทางการรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว แต่ยังมีข้อโต้แย้งกันอยู่

องค์กรพัฒนาเอกชนหลายองค์กรได้ช่วยให้ผู้ใช้ยาเข้าถึงบริการ ในรูปแบบของบริการเชิงรุกโดยกลุ่มเพื่อน และศูนย์บริการ Drop-in ในขณะที่ได้มีความพยายามในการทำความเข้าใจนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยา แต่เนื่องจากประเทศไทยยังไม่มีนโยบายในเรื่องนี้ จึงทำให้ความก้าวหน้าในการดำเนินงานป้องกันการระบาดของ การติดเชื้อ ของกลุ่มผู้ใช้ยาไปได้ช้า

ความรู้และพฤติกรรม

เป็นที่แปลกใจที่พบว่า จากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรม ในปี 2550 ร้อยละ 49.1 ของกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดตอบคำถามความรู้โรคเอดส์ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ซึ่งสูงกว่ากลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง กลุ่มอื่นๆ ทั้ง พนักงานบริการ และชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในข้อคำถามแต่ละข้อ กลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด มากกว่าร้อยละ 70 สามารถตอบได้ถูกต้อง แต่ทั้งนี้อาจเนื่องจากประชากรกลุ่มนี้เข้าถึงยาก กลุ่มตัวอย่างอาจเป็นกลุ่มเดิมที่เคยตอบคำถามแล้ว

ในการทบทวนการดำเนินงานในช่วงระยะเวลาครึ่งกลางของแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ 2545-2549 พบว่า ผู้ใช้ยาที่ติดเชื้อ มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ ดีกว่า กลุ่มผู้ใช้ยาที่เคยตรวจการติดเชื้อ และ ดีกว่า กลุ่มผู้ใช้ยาที่ไม่เคยตรวจการติดเชื้อ ซึ่งสะท้อนว่าความรู้ที่ถึงผู้ใช้ยา น่าจะเข้าไป

ข้อมูลจากแผนงานกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดในกรุงเทพมหานคร พบว่า ผู้ใช้ยาชนิดฉีด ร้อยละ 35.0 รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ในปี 2549 จากการสำรวจพิเศษ พบว่า ผู้ใช้ยาชนิดฉีด ร้อยละ 55.6 รายงานว่าหลีกเลี่ยงการใช้อุปกรณ์การฉีดยาร่วมกับคนอื่น ในเดือนที่แล้ว

2.5.4 ประชากรข้ามชาติ

คาดประมาณว่ามีประชากรข้ามชาติในเมืองไทยประมาณ 2 ล้านคน ในขณะที่มีประชากรข้ามชาติที่ลงทะเบียนเพียง ร้อยละ 30 ประชากรข้ามชาติที่ไม่ได้ลงทะเบียนมีความเปราะบางต่อภัยสุขภาพและโรคติดต่อ เพราะไม่สามารถจ่ายค่าบริการสุขภาพได้

สถานะที่อยู่อาศัยของประชากรข้ามชาติอาจทำให้เกิดภัยสุขภาพและการเจ็บป่วยได้ เนื่องจากสภาพสุขภาพ การไม่มีน้ำสะอาดและการกำจัดขยะของเสีย การอยู่อาศัยแออัดในเรือประมงและในส่วนที่พักอาศัยเพิ่มโอกาสของการติดเชื้อโรคติดต่อ เช่น วัณโรค พื้นฐานการศึกษาของประชากรข้ามชาติมักนำไปสู่พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ และความไม่เข้าใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ทำให้มีอัตราการตั้งครรภ์อย่างอนามัยต่ำ

นโยบายและการดำเนินงาน

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ฉบับปัจจุบันได้ครอบคลุมการดำเนินในกลุ่มประชากรข้ามชาติ ภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และกลุ่มประชากรข้ามชาติ ได้ร่วมมือกันจัดทำร่างแผนแม่บทป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ในกลุ่มประชากรข้ามชาติและประชากรเคลื่อนย้าย เพื่อแปลงแผนยุทธศาสตร์ฯ เอตส์ไปสู่การดำเนินการและติดตามประเมินผล

นอกจากนั้น ด้วยความร่วมมือของทุกภาคส่วน ได้จัดทำยุทธศาสตร์สุขภาพแรงงานต่างชาติ เพื่อวางเป็นแนวทางการจัดสรรงบประมาณ และการจัดบริการสุขภาพให้แก่แรงงานข้ามชาติ โดยหวังผลในความยั่งยืนของแผนงานในระดับประเทศ และยังมีแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดนที่มีเป้าหมายการดำเนินงานครอบคลุมประชากรทุกคนที่อาศัยอยู่ในชายแดนไทย ไม่ว่าจะเป็น คนไทย ประชากรข้ามชาติ คนไร้รัฐ กลุ่มชาติพันธุ์ หรือ คนพลัดถิ่น และครอบคลุมบริการสุขภาพทุกเรื่อง รวมถึงโรคติดต่อ และ เอตส์ ตลอดจนการเฝ้าระวังการเข้าถึงบริการก็ได้กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์สาธารณสุขชายแดนนี้ด้วย

3. การรักษาดูแลช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอตส์ และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ

3.1 การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอตส์

สืบเนื่องจากการที่รัฐบาลมีเจตจำนง ในการสร้างหลักประกันให้ผู้ติดเชื้อ เข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และได้จัดให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เป็นสิทธิประโยชน์ในแผนงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าในปี 2548 จึงทำให้ผู้ติดเชื้อที่เป็นคนไทยมีโอกาสเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เพิ่มมากขึ้น นอกจากระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ผู้ติดเชื้อ ในระบบประกันสังคมและสวัสดิการข้าราชการ ก็ได้รับสิทธิประโยชน์นี้เช่นกัน ซึ่งมีความล้าลั่นกันในทางปฏิบัติบ้างเล็กน้อย แต่โดยส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อ จะเข้ารับการรักษาในระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้า และจากการสอบถามบริษัทฯ และกลุ่มแพทย์ผู้ให้การรักษา ประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อ จำนวน 10,000 คน ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในโรงพยาบาลเอกชน

ในการติดตามการดำเนินงานด้านความพร้อมของระบบบริการในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในประเทศไทย พบว่าปัจจุบันมีสถานพยาบาลที่มีความพร้อมในการให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ อยู่ 1, 066 แห่งทั่วประเทศ

ผลการดำเนินงาน

ณ 30 กันยายน ของปี 2549 และ 2550 มีผู้ติดเชื้อ อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัส 95,620 และ 133,539 คน ตามลำดับ ประเมินการครอบคลุมผู้ติดเชื้อที่ควรได้รับยาต้านไวรัสฯ โดยใช้เกณฑ์ของประเทศไทยที่เริ่มให้ยาต้านไวรัสฯ กับผู้ติดเชื้อที่มีอาการ และผู้ติดเชื้อไม่มีอาการแต่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ / ลบ.มล. และใช้การคาดประมาณของ คณะทำงานไทย (Thai Working Group) ตาม โครงการ Analysis and Advocacy (A²) พบว่าความครอบคลุมเป็น ร้อยละ 41.0 และ ร้อยละ 52.9 ตามลำดับ หากพิจารณาจากกลุ่มที่ควรได้รับยาต้านไวรัสฯ เฉพาะกลุ่มผู้ติดเชื้อ ที่มีอาการ ความครอบคลุมจะเป็น ร้อยละ 69.8 และ 84.8 ตามลำดับ

ในรายงานฉบับนี้ เป็นการรายงานความครอบคลุมเฉพาะผู้ติดเชื้อ ที่เป็นผู้ใหญ่ แต่มีเด็กที่ยังคงรักษาอยู่ ณ 30 กันยายน 2549 และ 2550 จำนวน 5,459 และ 6,687 คน ตามลำดับ

การเข้าถึงการดูแล รักษา ของผู้ติดเชื้อ

บริการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ ถือเป็นจุดนำเข้าสู่การดูแลรักษา จึงอาจนำมาเป็นข้อพิจารณาในระดับของการเข้าถึงการดูแลรักษา จากการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ในปี 2549 พบว่าในกลุ่มประชากรทั่วไป อายุ 18-49 ปี ทั้งหญิงและชายตรวจการติดเชื้อและทราบผลการตรวจใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 19.1 โดย กลุ่มผู้หญิงตรวจและทราบผลมากกว่าคือร้อยละ 21.8 ส่วนกลุ่มผู้ชายตรวจและทราบผล ร้อยละ 16.3 ทั้งนี้ส่วนหนึ่งของกลุ่มผู้หญิงเป็นการตรวจเมื่อรับบริการฝากครรภ์

จากระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมของสำนักระบาดวิทยา ในกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงกว่า ได้แก่ พนักงานบริการหญิง พนักงานบริการชาย และ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า ได้ตรวจการติดเชื้อ และทราบผลในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 43.1, 54.2 และ 34.9 ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2550 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ได้พัฒนาระบบฐานข้อมูลผู้ติดเชื้อ ตั้งแต่ตรวจพบว่าติดเชื้อ ซึ่งจะทำให้สามารถติดตามได้ในอนาคต ว่าผู้ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อ เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างน้อยเพียงใด และจำเป็นต้องพัฒนาบริการสำหรับผู้ติดเชื้อในช่วงที่ยังไม่มีอาการด้วย

การเฝ้าระวังการดื้อยาต้านไวรัสฯ

เครือข่ายการรักษาทั่วประเทศได้รายงาน ผู้ป่วยดื้อยา สถานการณ์การดื้อยาจากการประเมินโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสฯระดับชาติ (NAPHA) ตั้งแต่ปี 2547 -2549 พบว่าการรักษาล้มเหลว 0.12 ต่อ100คน ต่อ เดือนในกลุ่มผู้ใหญ่

คุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ

การประเมินการมีชีวิตอยู่ของผู้ติดเชื้อหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เป็นระยะเวลา 12 เดือน ของผู้ติดเชื้อที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ระหว่าง 1 ตุลาคม 2548 – 30 กันยายน 2550 พบว่า ร้อยละ 84.9 ยังคงมีชีวิตอยู่หลังเริ่มรักษา 12 เดือน

จากรายงานการประเมินผลโครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสฯระดับชาติ (NAPHA) และโครงการปรับปรุงการเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้่วยเอดส์ และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ โดยการสนับสนุนจากกองทุนโลก ในการศึกษาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ หลังได้รับยาต้านไวรัสฯ ผู้ติดเชื้อ มีความรู้สึกพึงพอใจ สุขใจ มีกำลังใจต่อสู้ เพราะมีผลลัพธ์ที่ดีในการรักษา พบว่ามีคุณภาพชีวิตดีกว่าผู้ติดเชื้อที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสฯ รู้สึกได้ว่าอยู่อย่างมีความหมายมากขึ้น สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ มีความหวังในชีวิต และมีการวางแผนชีวิตในอนาคต

3.2 การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

เช่นเดียวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การป้องกันและการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ประกันสังคม และสวัสดิการข้าราชการ

การประเมินคุณภาพการดำเนินงานด้านการดูแลรักษา ในโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งสิ้น 106 แห่ง จากจำนวนผู้ติดเชื้อมารับบริการที่สุ่มประเมินทั้งหมด 11,699 ราย พบว่า ร้อยละ 87 ของผู้ติดเชื้อ ผู้ใหญ่ ที่อยู่ในทะเบียนการรักษาได้รับยา Cotrimoxazole เพื่อป้องกัน Pneumocystis Carinii Pneumonia และกลุ่มผู้ติดเชื้อเด็กได้รับยา Cotrimoxazole เพื่อป้องกัน Pneumocystis Carinii Pneumonia ร้อยละ 82

3.3 การพัฒนาระบบบริการรักษา TB/HIV

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบมากที่สุดในกลุ่มโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดขึ้นในผู้ติดเชื้อสำนึกโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้พัฒนาระบบบริการ โดยมีจุดเน้นที่การประสานการดำเนินงานเพื่อการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ระหว่างคลินิก วัณโรค และคลินิกยาต้านไวรัส และได้จัดอบรม การให้คำปรึกษาเพื่อตรวจการติดเชื้อ ฯ ให้กับผู้ให้บริการที่คลินิกวัณโรค

เกณฑ์การเริ่มให้ยาต้านไวรัส สำหรับผู้ติดเชื้อวัณโรคและเอชไอวี เมื่อผู้ติดเชื้อ มีอาการ หรือไม่มีอาการ แต่ระดับ CD4 ต่ำกว่า 250 เซลล์/ลบ.มม.

การประเมินความครอบคลุมของการรักษาทั้งวัณโรคและรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในผู้ติดเชื้อทั้ง วัณโรคและ เอชไอวี ในปี 2549 โดยประมาณการจำนวนผู้ที่ติดเชื้อทั้ง เอชไอวี และ วัณโรค จากอัตราการติดเชื้อวัณโรคของประเทศไทย เป็น 142 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งเป็นค่าที่ประมาณการโดย องค์การอนามัยโลก และอัตราติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค เป็น ร้อยละ 7.6 จึงคาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อทั้งเอชไอวี และวัณโรค รวม 2,260 คน จากรายงานการลงทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อทั้งวัณโรคและเอชไอวี ได้รับการรักษาทั้งวัณโรค และ รักษาด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 6,932 คน คิดเป็นความครอบคลุม ร้อยละ 32.6

การดูแลช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

ประเทศไทยไม่มีข้อมูลที่สมบูรณ์ว่ามีเด็กติดเชื้อ หรือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์จำนวนเท่าใด จึงทำให้ยากต่อการคาดประมาณความครอบคลุมของเด็กที่ได้รับบริการ หากแต่เป็นที่เข้าใจว่าเด็กติดเชื้อที่รู้สถานภาพการติดเชื้อ จะได้รับการดูแลรักษาจากแผนบริการรักษาแบบให้เปล่าของรัฐบาล

นโยบายของกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ด้วยการสนับสนุนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้ก่อให้เกิดเครือข่ายบริการระหว่างโรงพยาบาล องค์การพัฒนาเอกชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อ และองค์กรชุมชน แต่เป็นที่ทราบกันว่ามีเด็กจำนวนหนึ่งยังเข้าไม่ถึงบริการ ได้แก่ เด็กที่อยู่ในพื้นที่ห่างไกล เด็กในครอบครัวยากจน เยาวชนนอกโรงเรียน เด็กที่พ่อแม่ไม่ทราบสถานการณติดเชื้อของตนเอง เด็กที่รู้สถานการณติดเชื้อแต่ไม่กล้ามาใช้บริการเพราะกลัวถูกรังเกียจ เด็กที่ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เด็กกลุ่มชาติพันธุ์ และเด็กที่เป็นประชากรข้ามชาติ

4. การวิจัยและพัฒนาวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

ประเทศไทยได้แต่งตั้งคณะกรรมการวิชาการ ภายใต้คณะกรรมการประสานงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ขึ้นมาตั้งแต่ พ.ศ. 2532 เพื่อที่จะติดตามทิศทางการพัฒนาและวัคซีนเอดส์ที่เริ่มมีการศึกษากันในขณะนั้น ประกอบกับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่พบมากในประเทศที่กำลังพัฒนาทำให้องค์การอนามัยโลก มีนโยบายที่จะเร่งสร้างศักยภาพในการทดสอบวัคซีนเอดส์ในกลุ่มประเทศที่กำลังพัฒนา และประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 4 ประเทศที่องค์การอนามัยโลกคัดเลือกให้เป็นประเทศที่เหมาะสมในการสนับสนุนเพื่อการพัฒนาวัคซีนเอดส์

ประเทศไทยได้จัดทำแผนในการพัฒนาวัคซีนเอดส์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 เพื่อกำหนดทิศทางในการเตรียมความพร้อมด้านต่าง ๆ และเริ่มมีการทดสอบวัคซีนเอดส์ทดลองระยะที่ 1 ในประเทศไทยมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 ต่อมาเมื่อมีการพบว่าสายพันธุ์เชื้อเอชไอวีที่แพร่ระบาดในประเทศไทยส่วนใหญ่กว่า 90 % เป็นสายพันธุ์ลูกผสมเออี (CRF_01 AE) หรือที่เราเรียกกันโดยทั่วไปว่าสายพันธุ์อี ซึ่งแตกต่างจากสายพันธุ์เชื้อเอชไอวีที่แพร่ระบาดอยู่ตามส่วนต่าง ๆ ของโลก ประเทศไทยจึงจำเป็นต้องขวนขวายที่จะทำการทดสอบวัคซีนเอดส์เอง เพื่อว่าหากจะมีการทดสอบในประเทศไทย บริษัทวัคซีนจะต้องผลิตวัคซีนเอดส์ที่มีสายพันธุ์ที่เหมาะสมและจำเพาะกับสายพันธุ์ที่แพร่ระบาดอยู่ในประเทศไทยมาใช้ในการศึกษา

เมื่อการศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลองที่ก้าวหน้าเป็นลำดับจนกระทั่งได้วัคซีนที่ผ่านหลักเกณฑ์การทดสอบจนถึงระยะที่ 3 กรมควบคุมโรค ร่วมกับ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กรมแพทย์ทหารบก เป็นผู้ดำเนินงานโครงการศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลองระยะที่ 3 เป็นการทดลองที่ใหญ่ที่สุดในโลก โดยศึกษาในอาสาสมัครจำนวนถึง 16,000 คน ที่จังหวัดระยองและชลบุรี มีระยะเวลาดำเนินการ ปี 2546 - 2552

คณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน (Community Advisory Board; CAB)

โครงการศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลองระยะที่ 3 ได้เล็งเห็นถึงความสำคัญของการมีส่วนร่วมของชุมชน คณะผู้วิจัยได้ทำงานร่วมกันกับองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์เพื่อสร้างความเข้าใจในชุมชนและค้นหากลุ่มผู้นำทางความคิดในพื้นที่วิจัยทั้งสองจังหวัด จนเกิดการรวมกลุ่มเป็นคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน เพื่อทำหน้าที่ให้คำแนะนำกับทั้งนักวิจัยและประชาชนในพื้นที่ให้เกิดความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์และการพัฒนาวัคซีนเอดส์ ประกอบด้วยผู้แทนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผู้แทนอาสาสมัครของโครงการศึกษาวัคซีนเอดส์ ตัวแทนกลุ่มสหภาพแรงงาน ข้าราชการบำนาญ ผู้ทรงคุณวุฒิ เครือข่ายผู้ติดเชื้อ นักวิชาการ อาสาสมัครสาธารณสุข เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่และผู้แทนนักวิจัย โดยมีจำนวนกรรมการทั้งสิ้น 26 คน มีการประชุมทุก 2 เดือน ซึ่งเป็นการเพิ่มศักยภาพของกรรมการทั้งในเรื่องความรู้ ความเข้าใจ บทบาทหน้าที่และการให้ข้อแนะนำต่าง ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่องานวิจัยและชุมชน

ความก้าวหน้าของการดำเนินการ

มีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการจำนวน 16,000 คน คาดหมายว่าจะสรุปผลการทดสอบวัคซีนได้ในปี พ.ศ. 2552 ในกระบวนการศึกษา มีคณะกรรมการติดตามกำกับข้อมูลและความปลอดภัยของการวิจัย ซึ่งมีการประชุมพิจารณาข้อมูลของโครงการเป็นระยะ ๆ อย่างต่อเนื่อง การประชุมครั้งล่าสุดในเดือน กรกฎาคม 2550 คณะกรรมการฯ ได้สรุปว่า ไม่มีข้อกังวลในเรื่องความปลอดภัยและการดูแลอาสาสมัคร ซึ่งชมในคุณภาพและความก้าวหน้าของการดำเนินการ

อนึ่ง โครงการศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลองระยะที่ 3 ที่ประเทศไทยกำลังดำเนินการอยู่นี้ เป็นการทดสอบ ประสิทธิภาพของวัคซีนเอดส์ทดลองในขั้นตอนสุดท้ายก่อนนำมาใช้จริง ซึ่งถือว่ามีเพียงโครงการเดียวที่ก้าวมา ได้ไกลที่สุดในโลก เป็นที่จับตามองและเฝ้ารอคอยผลการศึกษาของนักวิทยาศาสตร์ทั่วโลก นักวิจัยทุกคนต่าง มุ่งหวังให้มีวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ใช้เพื่อเป็นอีกหนึ่งมาตรการเสริมที่จะนำมาใช้ในการป้องกันและควบคุมโรค เอดส์ ควบคู่ไปกับมาตรการที่ได้ผลในปัจจุบัน (ดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ www.primeboost3.org)

ง. ตัวอย่างของแนวทางการปฏิบัติที่ดี

ด้วยกระบวนการหารือระหว่างการจัดทำรายงานฯ ได้มีความเห็นร่วมกันที่จะประมวลการดำเนินงานที่สมควรบันทึกในรายงานฯ ให้เป็นแนวปฏิบัติ ที่จะนำไปสู่กระบวนการจัดการความรู้ ทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศ รวมถึงการใช้เป็นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาที่ต่อเนื่อง ในมิติต่างๆ ดังนี้

1. ภาวะแวดล้อมทางนโยบายที่สนับสนุนการดำเนินงาน

❖ แนวปฏิบัติของการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน ได้ตระหนักว่าปัญหาเอดส์ยังคงมีผลกระทบต่อการทำงานของภาคธุรกิจ และสิทธิของแรงงานในการมีสุขภาพดีและการจ้างงานที่มีผลผลิต

ในปัจจุบัน มีผู้ติดเชื้อจำนวน 7 ล้านคนในทวีปเอเชีย และผู้ติดเชื้อ จำนวน ประมาณ 500,000 คน อยู่ในประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อ รายใหม่ปีละมากกว่า 10,000 คน ร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อ มีอายุอยู่ระหว่าง 20 – 39 ปี ส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อ ที่ได้รับรายงาน ร้อยละ 46.6 อยู่ในภาคแรงงานที่เป็นส่วนสร้างผลผลิตที่สำคัญ ได้แก่ รับจ้างทั่วไป ลูกจ้างโรงงานอุตสาหกรรม และพนักงานขับรถบรรทุก ร้อยละ 80 ติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

การเสริมการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในสถานประกอบการ

เอดส์ไม่ใช่เป็นเพียงประเด็นด้านสุขภาพเท่านั้น แต่ยังเป็นประเด็นของสถานประกอบการด้วยการคุ้มครองสิทธิของแรงงานด้านเอดส์ยังคงเป็นสิ่งท้าทายในประเทศไทย ตัวอย่างเช่น การบังคับตรวจการติดเชื้อในการสมัครงาน ความไม่เท่าเทียมกันในการจ้างงานสำหรับผู้ติดเชื้อ และการรักษาความลับ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงานตระหนักว่าผู้ติดเชื้อยังคงสามารถทำงานได้ ไม่ได้เป็นภาวะคุกคามต่อสุขภาพ ของเพื่อนร่วมงานและการจ้างงาน เชื่อว่าการไม่เลือกปฏิบัติและความเห็นอกเห็นใจจะเป็นกลไกที่มีประสิทธิผลในการทำงานเอดส์ในสถานประกอบการ

ด้วยความมุ่งมั่นของกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจต้านภัยเอดส์ (TBCA) และศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ได้ดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบและการจัดการการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในสถานประกอบการ: งานเชิงรุกสู่โรงงานในจังหวัดระยอง เมื่อปี 2546 ซึ่งประสบความสำเร็จในการชวนให้บริษัทเข้าร่วมดำเนินการในแผนงานและพัฒนานโยบายของสถานประกอบการในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โครงการวางเป้าหมายในการใช้รูปแบบการให้ใบรับรองคุณภาพ เรียกว่า AIDS-Response Standard Organization (ASO) เพื่อให้เป็นที่รับทราบของสังคม และได้พัฒนามาตรฐานน้อยที่สุดของการตอบสนองปัญหาเอดส์ของสถานประกอบการ

การตอบสนองระดับชาติ

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ในนามของกระทรวงแรงงาน โดยความร่วมมือของ ILO, องค์การนายจ้าง องค์การลูกจ้าง องค์การพัฒนาเอกชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อ หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง และสถาบันการศึกษา ได้สรุป แนวปฏิบัติเรื่องการจัดการและป้องกันปัญหาเอดส์ในสถานประกอบการ ของกระทรวงแรงงาน (MOL's Code of Practice on Prevention and Management of HIV/AIDS in the Workplace) และมาตรฐาน ASO Thailand ซึ่ง แนวปฏิบัติเป็นกลไกที่จำเป็นสำหรับการคุ้มครองสิทธิคนงาน และช่วยให้สถานประกอบการลดผลกระทบจากปัญหาเอดส์ แนวทางการจัดทำนโยบาย และบริการให้

คำปรึกษาทางวิชาการที่กำหนดไว้ใน แนวปฏิบัติช่วยให้สถานประกอบกิจการ คนงาน และหน่วยงานภาครัฐ ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มคนงานและทำให้มั่นใจว่าคนงานที่ติดเชื้อจะไม่ถูกเลือกปฏิบัติ เพื่อความเข้าใจร่วมกัน จึงมีข้อเสนอแนะ ดังนี้

1. วางแนวทางการและการดำเนินงานป้องกันและการบริหารจัดการงานเอดส์ในสถานประกอบกิจการตามแนวทางที่ยอมรับของเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ลูกจ้าง และองค์กรเฉพาะ และนำไปใช้โดยสมัครใจเพื่อพัฒนาเป็นนโยบายและกลยุทธ์ที่เหมาะสมและมีประสิทธิผล
2. ส่งเสริมให้จัดเวทีการพูดคุยและเจรจาเพื่อความร่วมมือที่ดีขึ้นระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ทั้งภาครัฐ นายจ้าง ลูกจ้าง ผู้ติดเชื้อ องค์กรชุมชน และองค์กรพัฒนาเอกชน
3. วางโครงสร้างสำหรับการดำเนินงานให้แก่สถานประกอบกิจการที่สนใจในการเข้าร่วมงานในระบบของประกาศนียบัตร ASO

ได้มีการนำกลไกและเครื่องมือที่พัฒนาขึ้นในโครงการนี้ไปประยุกต์ใช้และขยายไปในระดับชาติ และดำเนินการโดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรมควบคุมโรค และ TBCA ภายใต้ แผนงานป้องกันและบริหารจัดการงานเอดส์ในสถานประกอบกิจการซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก มีระยะเวลาดำเนินงานระหว่างปี 2547 - 2551

ผลการดำเนินงาน

จากการสำรวจโดย TBCA ในปี 2550 พบว่าประสบความสำเร็จ ดังนี้

1. คนงานและฝ่ายบริหาร ร้อยละ 98.5 พอใจกับแผนงานให้ความรู้เรื่องเอดส์
2. มีการเปลี่ยนแปลงของทัศนคติ พฤติกรรม กิจกรรมและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ในสถานประกอบกิจการไปในทางที่ดีขึ้น ภายในช่วง 2 ปี ของการดำเนินงานแผนงาน (ตาราง 3)

ตาราง 3: การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ ในสถานประกอบกิจการ

การดำเนินกิจกรรมเอดส์ในสถานประกอบกิจการ	ก่อนดำเนินการ	หลังดำเนินการ
การดูแลและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ	14.7 %	98.7 %
การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย	15.1 %	97.2 %
การจัดรณรงค์เรื่องเอดส์	9.0 %	96.4 %
การจัดกิจกรรมเอดส์ร่วมกับหน่วยงานอื่นในจังหวัด	5.9 %	94.0 %
การจัดกิจกรรมเอดส์โดยอาสาสมัครในสถานประกอบกิจการ	1.9 %	89.6 %

การเลือกปฏิบัติในสถานประกอบกิจการเป็นสิ่งท้าทายสำคัญในการทำงานเอดส์ในสถานประกอบกิจการ แผนงาน ASO เป็นเครื่องมือที่ช่วยลดการเลือกปฏิบัติ การปรับทัศนคติของคนงานที่มีความรังเกียจ ลูกจ้างที่ติดเชื้อได้สะท้อนให้เห็นในช่วง 3 ปี หลังการดำเนินงาน (ตาราง 4) สิ่งที่ได้เห็นได้ชัดเจน คือการที่ลูกจ้างตอบว่าสามารถกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ ได้ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 40.2 เป็น ร้อยละ 93.0

ตาราง 4: การเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อ เอดส์ ของคนงาน

ทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อ	ก่อนดำเนินงาน	ปีที่ 2	ปีที่ 3
	(N = 10,000) %	(N = 16,861) %	(N = 31,896) %
สามารถทำงานในห้องเดียวกันได้	89.7	98.8	98.8
สามารถใช้โทรศัพท์เดียวกันได้	80.5	98.0	97.8
สามารถใช้ห้องน้ำเดียวกันได้	68.6	97.1	97.0
สามารถกินอาหารด้วยกันได้	40.2	93.7	93.0
สามารถสัมผัสเพื่อนที่ติดเชื้อได้	72.9	93.1	93.4
สามารถดูแลเพื่อนที่ติดเชื้อเวลาป่วยได้	71.1	91.8	93.9

การสำรวจพฤติกรรม พบว่า คนงานรายงานการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 21 เป็น ร้อยละ 48 ภายในระยะเวลาดำเนินงานแผนงาน ASO ไปแล้ว 2 ปี (ตาราง 5)

ตาราง 5: การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ของคนงาน

พฤติกรรม	ก่อนการดำเนินงาน	ผลการดำเนินงาน
ใช้บริการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ	13.2 % (N=16,111)	16.2 % (N=15,214)
ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอเวลามีเพศสัมพันธ์กับคนที่รู้จักผิวเฝินและแฟน	21.0 % (N=6,447)	Year 1 = 34.0 % Year 2 = 48.6 %

ความยั่งยืนของแผนงานเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ขึ้นอยู่กับการที่สถานประกอบกิจการมีนโยบายที่เป็นทางการและเป็นลายลักษณ์อักษร ที่ไม่เปลี่ยนแปลงแม้ว่าจะเปลี่ยนตัวผู้บริหาร ในแผนงาน ASO สถานประกอบกิจการได้กำหนดนโยบายการไม่เลือกปฏิบัติ ได้แก่ การไม่บังคับตรวจการติดเชื้อ ก่อน หลัง และระหว่างการจ้างงาน และนโยบายอบรมและให้ความรู้เรื่องเอดส์อย่างสม่ำเสมอ ค่อยๆเพิ่มขึ้นในช่วงระยะ 3 ปี ของการดำเนินงาน (ตาราง 6)

ตาราง 6: นโยบายของสถานประกอบกิจการในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีและการบริหารจัดการ

นโยบายสถานประกอบกิจการ	ร้อยละของสถานประกอบกิจการ			
	ก่อนดำเนินงาน (N=2,169)	หลังดำเนินงาน 1 ปี (N=2,045)	หลังดำเนินงาน 2 ปี (N=1,703)	หลังดำเนินงาน 3 ปี (N=2,013)
ไม่มีการบังคับตรวจการติดเชื้อ ก่อนจ้างงาน	89	94	96	96
ไม่มีการบังคับตรวจการติดเชื้อ ของพนักงาน	89	95	97	98
ไม่เลิกจ้างงานเนื่องจากเอดส์	47	72	81	76
ให้ความรู้เรื่องเอดส์	34	91	96	93

ASO-Thailand เป็นเครื่องมือที่มีประสิทธิผลสำหรับมาตรฐานการบริหารจัดการบุคลากร ซึ่งสอดคล้องกับ ข้อควรปฏิบัติขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO Code of Practice) และ มาตรฐานสากลเกี่ยวกับระบบงาน (international business standards) ASO-Thailand จะเป็นส่วนหนึ่งใน ISO 26000 ในส่วนของความรับผิดชอบต่อกิจการต่อสังคมและสิทธิมนุษยชน ในขณะนี้แผนงานนี้ได้เข้าถึงลูกจ้างจำนวน 230,000 คน ใน สถานประกอบกิจการ 4,118 แห่งที่ได้รับ ประกาศนียบัตร ASO แล้ว

บทเรียนจากการดำเนินงาน

- การพัฒนามาตรฐานคุณภาพงานเอดส์ในระดับชาติ ต้องได้รับการยอมรับในระดับพื้นที่ แม้ว่าจะมีระบบที่เป็นนานาชาติอยู่แล้วก็ตาม การพัฒนา ASO-Thailand เป็นการดำเนินการโดยการสนับสนุนจากหน่วยงาน ILO และ UNAIDS ในประเทศไทย เพื่อผลักดันให้เกิด ข้อควรปฏิบัติในการจัดการและป้องกันปัญหาเอดส์ระดับประเทศ (National Code of Practice on HIV/AIDS Prevention and Management) ในสถานประกอบการ
- การทำงานเป็นเครือข่ายและพหุภาคีของหน่วยงานภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนเป็นกุญแจแห่งความสำเร็จ ASO-Thailand จะไม่มีทางสำเร็จหากไม่มีการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่างๆในการนำไปดำเนินการ ในการดำเนินการมี องค์กรพัฒนาเอกชน 34 องค์กร แรงงานและสวัสดิการแรงงานจังหวัด 32 ที่ดำเนินการทั่วประเทศ และ TBCA, กรมควบคุมโรค และ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน เป็นผู้ดำเนินงานในส่วนกลาง

ประเด็นท้าทายสำหรับการดำเนินการต่อไป

- เอดส์ในสถานประกอบการต้องเป็นประเด็นที่อยู่ในความสำคัญในนโยบายและกลไกระดับชาติ เพราะจะทำให้การดำเนินงานเป็นเรื่องที่ต้องทำตามกฎหมายและได้รับการยอมรับ
- การติดเชื้อรวมทั้ง เอชไอวี และ วัณโรค จำเป็นต้องอยู่ในประเด็นความปลอดภัยในการประกอบอาชีพและประเด็นสุขภาพ ในปี 2551 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงแรงงานได้ประกาศให้ แผนงาน ASO-T ครอบคลุมโรควัณโรค และให้มีการดำเนินการควบคู่ไปกับเอดส์
- การนำแนวทางการทำงานเอดส์และ ASO เข้าไปอยู่ในส่วนของความรับผิดชอบต่อสังคมใน ISO 26000 ที่กำลังจะเกิดขึ้น ต้องมีการพัฒนาไปพร้อมกับมาตรฐานระหว่างประเทศ ทั้งนี้กระทรวงแรงงานและเวทีเศรษฐกิจโลกอยู่ระหว่างการวางแผนที่จะบูรณาการ ASO ในส่วนความรับผิดชอบต่อสังคมใน ISO 26000
- การพัฒนาแนวทางการทำงานเอดส์ในสถานประกอบการของ ASEAN และกำหนดให้ ASO เป็นหนึ่งในเครื่องมือของการดำเนินงาน ในทำนองเดียวกันการพัฒนาที่เหมาะสมต้องขยายไปมากกว่าเฉพาะในประเทศไทย ทั้งนี้ ASEAN ก็ได้ยอมรับ ASO เป็นแผนงานร่วมที่จะได้พัฒนาในภูมิภาคนี้
- การส่งเสริมและใช้ ASO ในประเทศสมาชิก ASEAN และ APEC โดยแนวทางการทำงานเอดส์ของ APEC ได้รวมการส่งเสริมการให้ประกาศนียบัตรสำหรับการทำงานเอดส์ที่มีคุณภาพ เป็นเครื่องมือที่จำเป็นในการป้องกันการติดเชื้อ และการไม่เลือกปฏิบัติ
- การรวบรวมและเผยแพร่ แนวปฏิบัติที่ดี ในการทำงานเอดส์ในสถานประกอบการทั้งในภาครัฐและภาคธุรกิจของประเทศสมาชิก
- การแลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานระหว่างประเทศสมาชิก ASEAN และ APEC

2. การขยายผลการดำเนินงานแผนงานป้องกันการติดเชื้อ ที่มีประสิทธิผล

❖ : แผนงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก

จากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ รายงานความชุกการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ครั้งแรกในปี 2534 เป็น ร้อยละ 0.6 หลังจากนั้นความชุกการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง และสูงสุด เป็น ร้อยละ 2.29 ในปี 2539

ต้นปี 2539 พระเจ้าวรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชาชินัดตามาตุ ได้ทรงพระกรุณา ประทานให้ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ดำเนินการโครงการ Zidovudine donation programme for HIV-infected pregnant Thai women ซึ่งได้แสดงให้เห็นความสำเร็จของการทำงานร่วมกับชุมชน ว่าสามารถเอาชนะอุปสรรคของการที่ยาต้านไวรัสมีราคาแพงได้เป็นอย่างดี (UNAIDS Best Practice Collection, September 2000)

จากงานวิจัยสู่แผนงานของประเทศ

ประเทศไทยได้พัฒนาแผนงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก จากงานศึกษาวิจัยที่ปรับสูตรการ ให้ยา Zidovudine ระยะยาวตามการศึกษา ACTG 076 มาเป็นสูตรยา Zidovudine ระยะสั้นที่ดำเนินการใน ลักษณะของ observational study ใน 6 จังหวัดในพื้นที่สาธารณสุขเขต 10 และจากผลการศึกษา Bangkok study ที่ดำเนินการในพื้นที่สาธารณสุขเขต 7 ซึ่งเป็นการดำเนินการร่วม ของกระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทย และ US-CDC ในปี 2541 และขยายการดำเนินงานเป็นนโยบายไปทั่วประเทศในปี 2543

แผนงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกมีเป้าหมายที่จะให้บริการครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ที่มา รับบริการฝากครรภ์ที่สถานบริการสาธารณสุขทุกคน และบูรณาการเข้ากับบริการอนามัยแม่และเด็ก บริการฯ ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เริ่มให้ยาต้านไวรัสแก่หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเมื่ออายุ ครรภ์ 28 สัปดาห์ จนกระทั่งคลอด และให้ยาต้านไวรัสแก่ลูก โดยเริ่มให้ภายใน 48 ชั่วโมงหลังคลอด เป็น เวลา 7 วัน หรือ 1 เดือนแล้วแต่ระยะเวลาที่แม่ได้รับยาต้านไวรัสก่อนคลอด ลูกจะได้รับนมผงทุกคน แม่และ ลูกทุกคนจะได้รับการดูแลช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง

ระบบการติดตามการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

กรมอนามัยได้พัฒนาระบบติดตามการดำเนินงาน ชื่อ “Perinatal HIV intervention monitoring system” หรือเรียกย่อว่า PHIMS สถานบริการสุขภาพทุกแห่งรายงานบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกส่งให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีทั้งหมด 75 แห่ง ทุกเดือน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรวบรวมส่ง ศูนย์อนามัย มีทั้งหมด 12 แห่ง และส่งให้กรมอนามัยในระดับประเทศ

การจัดประชุมผู้รับผิดชอบจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและศูนย์อนามัยทุกแห่งโดยสม่ำเสมอ อย่างน้อยปีละครั้งทำให้ได้ปรึกษาหารือปัญหาอุปสรรคและแนวทางแก้ไขเพื่อปรับปรุงให้บริการดีขึ้น และมีการ นิเทศงานในแต่ละระดับอย่างต่อเนื่อง

ผลลัพธ์ของการดำเนินงาน

ปัจจุบันทั่วประเทศมีสถานบริการสาธารณสุขจำนวน 962 แห่งที่ให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ระหว่างปี 2545 – 2550 จากระบบรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ร้อยละ 99.1 ของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 3,443,188 คนที่คลอดในโรงพยาบาล ได้รับการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ และพบว่า หญิงตั้งครรภ์จำนวน 31,181 คน คิดเป็นร้อยละ 0.9 มีผลการตรวจติดเชื้อ และหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ 27,503 คน คิดเป็นร้อยละ 88.2 ได้รับยาต้านไวรัส เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก เด็กที่เกิดจาก

แม่ที่ติดเชื้อ ได้รับยาต้านไวรัส และนมผสมทดแทนนมแม่ คาดประมาณว่าสามารถป้องกันการติดเชื้อ ในเด็กได้ 5,865 คน

การขยายผลและความต่อเนื่องของการดำเนินงานเป็นผลจากการบูรณาการบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกเข้าไปในระบบบริการอนามัยแม่และเด็ก การสนับสนุนที่เข้มแข็งจากผู้บริหาร และการสนับสนุนทรัพยากรที่จำเป็นจากส่วนกลาง

ประเด็นท้าทายสำหรับการดำเนินการต่อไป

- การพัฒนาการมีส่วนร่วมของสามีตั้งแต่ช่วงรับบริการฝากครรภ์ ได้แก่ การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ ที่ทำให้มีการตัดสินใจร่วมกันของสามีและภรรยา ซึ่งจะช่วยเสริมการดูแลครอบครัวหลังการคลอดของแม่ที่ติดเชื้อ
- การเพิ่มความเข้าใจเรื่องเอ็ดส์ของชุมชนยังเป็นเรื่องจำเป็นเพื่อป้องกันการรังเกียจและเลือกปฏิบัติ เพราะยังคงมีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อที่ไม่มารับบริการเนื่องจากกลัวถูกรังเกียจและถูกแบ่งแยกออกจากครอบครัวและชุมชน
- การทำงานร่วมกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อในการสนับสนุนการทำงานของเจ้าหน้าที่สุขภาพในการให้บริการผู้ติดเชื้อ ระหว่างการตั้งครรภ์ เพื่อเพิ่มคุณภาพและความต่อเนื่องของบริการในชุมชน
- การเพิ่มจุดเน้นในการป้องกันการติดเชื้อใหม่ในกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธุ์ โดยการเสริมความเข้มแข็งของการให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกันแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ผลการตรวจการติดเชื้อ เป็นลบ และการบูรณาการประเด็นเอ็ดส์ในบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

3. การขยายผลการดูแลรักษาที่มีประสิทธิผล

❖ การขยายการดำเนินงานแผนงานพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ

ใน 2-3 ปีที่ผ่านมา รัฐบาลไทยได้เริ่มดำเนินแผนงานบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ณ ปี 2550 มีผู้ติดเชื้อ รักษาด้วยยาต้านไวรัส มากกว่า 100,000 คน ในขณะที่มีโรงพยาบาลจำนวนมากขึ้นที่ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อจำเป็นต้องประเมินคุณภาพบริการและค้นหาบริการที่ต้องปรับปรุง

HIVQUAL model เป็นกรอบการบริหารคุณภาพบริการดูแลผู้ติดเชื้อ ที่พัฒนาขึ้นที่ รัฐนิวยอร์ก เมื่อต้นทศวรรษที่ 1990s บนพื้นฐานของรูปแบบที่พัฒนาในรัฐต่างๆ ภายใต้อำนวยการดูแล ที่นำมาใช้ในเครือข่ายระดับชาติในแผนงานดูแลผู้ติดเชื้อแบบผู้ป่วยนอก ในปี 2546 ด้วยความช่วยเหลือจาก US.CDC ในประเทศไทย ได้เริ่มนำ HIVQUAL model มาใช้ในประเทศไทย โดยปรับให้เหมาะสมกับแนวทาง ทรัพยากร และระบบบริการของประเทศไทย

การปรับใช้เริ่มต้นที่รูปแบบสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อ ที่เป็นผู้ใหญ่ก่อน แล้วจึงพัฒนาและทดสอบรูปแบบเพิ่มเติมในปี 2549 ประกอบด้วยรูปแบบดูแลเด็กติดเชื้อ การดูแลในศูนย์ดูแลในช่วงกลางวัน และการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ การขยายผลความสำเร็จของ รูปแบบ HIVQUAL ที่ทำให้ผลลัพธ์การดูแลผู้ป่วยดีขึ้น ดำเนินไปอย่างรวดเร็ว จากโรงพยาบาลนำร่อง 12 แห่ง ในปี 2546 เป็น 140 โรงพยาบาล ในปลายปี 2550 ได้วางแผนขยายรูปแบบสำหรับการดูแลผู้ติดเชื้อ ผู้ใหญ่ ในระดับชาติให้ครอบคลุม 961 โรงพยาบาล ในปลายปี 2551

การขยายรูปแบบการดำเนินงานอย่างรวดเร็ว เป็นความร่วมมือระหว่าง สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพ

โรงพยาบาล (พรพ.) ซึ่งทำให้เกิดแผนงานที่เป็นของประเทศ คือ แผนงานพัฒนาคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้ออย่างต่อเนื่อง (Continuous Quality Improvement: CQI-HIV programme)

มีองค์ประกอบ 3 ส่วน คือ การวัดผลการปฏิบัติงาน การพัฒนาคุณภาพ และการพัฒนาโครงสร้าง โดยทั้ง 3 องค์ประกอบดำเนินไปอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. การวัดผลการปฏิบัติงาน

ขั้นตอนนี้มี HIVQUAL-T software programme และวิธีการสุ่มตัวอย่าง ช่วยในการวัดผล software programme ช่วยลดภาระการต้องทบทวนระเบียบด้วยการใช้ simple and systematic data entry screens ด้วยการลงข้อมูลสำหรับตัวชี้วัดหลักในการดูแลแบบผู้ป่วยนอกตามแนวทางการดูแลของประเทศไทย ได้แก่ การติดตามระดับ CD4 การส่งยาต้านไวรัสฯ การคัดกรองการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจมะเร็งปากมดลูก การคัดกรองวัณโรค และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ใช้การสุ่มตัวอย่างจากผู้รับบริการคลินิก เอชไอวี เพื่อให้ได้ค่าความเชื่อมั่น ร้อยละ 90 ด้วยค่าความถูกต้อง บวกหรือลบ ร้อยละ 10 โรงพยาบาลสามารถสร้างรายงานจากข้อมูลที่ลงบันทึกได้ ในขณะที่สามารถรวมข้อมูลเพื่อใช้ติดตามและประเมินผลในระดับจังหวัดและระดับประเทศ โรงพยาบาลจะส่งรายงานประจำปีมายังกระทรวงสาธารณสุขเพื่อรวมในระดับประเทศและวิเคราะห์ระหว่างโรงพยาบาล

2. การพัฒนาคุณภาพ

โครงการพัฒนาคุณภาพจัดทำขึ้นจากข้อมูลผลการปฏิบัติงาน หลังจากดำเนินงาน 1 ปี มีการเสนอผลการดำเนินงานและอภิปรายในการประชุมปฏิบัติการระดับเขต เพื่อแลกเปลี่ยนกลยุทธ์การพัฒนาคุณภาพ การวัดผลการปฏิบัติงาน เปรียบเทียบผลของปี 2549 กับผลระหว่างปี 2546 และ 2548 พบว่าค่ามัธยฐานของผู้ติดเชื้อที่ได้รับบริการ ติดตามระดับ CD4 การคัดกรองวัณโรค การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ การคัดกรอง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์การตรวจมะเร็งปากมดลูกและการป้องกันPCPIเพิ่มขึ้น

3. โครงสร้างการดำเนินงาน

ขั้นตอนนี้เป็น การส่งเสริมความยั่งยืนของแผนงานบริหารคุณภาพ โครงการ HIVQUAL เน้นการวางแผนบริหารคุณภาพและแผนงานพัฒนาคุณภาพบริการดูแลผู้ติดเชื้อ รวมทั้งการสนับสนุนจากผู้บริหารโรงพยาบาลในการวัดผลการปฏิบัติงานและกิจกรรมการปรับปรุงคุณภาพบริการ

บทบาทของหน่วยงานภาคีในการขยายการดำเนินงานของ แผนงานพัฒนาคุณภาพบริการดูแลผู้ติดเชื้อ อย่างต่อเนื่อง(CQI-HIV programme)

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นหน่วยงานดูแลสุขภาพคนไทยถึงร้อยละ 76 และติดตามตัวชี้วัดคุณภาพการดูแลผู้ติดเชื้อ สำนักพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาลจัดการฝึกอบรมวิธีการพัฒนาคุณภาพเพื่อสนับสนุนให้โรงพยาบาลได้รับการรับรองคุณภาพ คณะกรรมการที่ปรึกษา HIVQUAL-T ระดับประเทศ ทำหน้าที่ดูภาพรวม แต่ละหน่วยงานภาคีมีบทบาทดังนี้ กระทรวงสาธารณสุขเป็นผู้จัดทำแผนงาน กรมควบคุมโรคและ สถาบันพัฒนาและรับรองคุณภาพโรงพยาบาล จัดอบรมและให้การสนับสนุนทางวิชาการ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติสนับสนุนงบประมาณการอบรมและการให้บริการของโรงพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำ เว็บไซต์เพื่อเผยแพร่เครื่องมือและรายงานแนวทางการปฏิบัติที่ดี รวมถึงการส่งข้อมูลและการทบทวนผ่าน On-line มีการจัดประชุมระดับชาติเป็นประจำทุกปี เพื่อให้มีการแบ่งปันประสบการณ์ ได้ข้อมูลกระบวนการและเครื่องมือการดำเนินงานของโรงพยาบาล รวมทั้งความสำเร็จที่โดดเด่น

การขยายการดำเนินงาน

ได้อบรมวิทยากรใน 12 เขต ครอบคลุม 5-8 จังหวัดในแต่ละเขต บุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้เข้าร่วมการอบรม และได้ชี้แจงนโยบายการสนับสนุนการดำเนินงาน การประชุมปฏิบัติการเรียนรู้ระหว่างเพื่อนในระดับจังหวัด เขต และประเทศ ทำให้โรงพยาบาลได้แลกเปลี่ยนประสบการณ์ สิ่งท้าทาย และการแก้ไข ระหว่างกันและกัน ณ เดือนมกราคม 2550

โรงพยาบาล 106 แห่ง ใน 76 จังหวัด ได้รายงานการวัดผลการปฏิบัติงาน ปี 2549 การส่งข้อมูล on-line มีข้อจำกัดและความยุ่งยากทางเทคนิค และการมีปฏิริยาต่อการแบ่งปันข้อมูล การจัดเวที HIVQUAL-T ระดับชาติครั้งแรก มีผู้เข้าร่วมประชุม 475 คน จาก 148 โรงพยาบาล ผู้เข้าร่วมประชุมรายงานว่าภาวะผู้นำของโรงพยาบาล และการแลกเปลี่ยนบทเรียนระหว่างโรงพยาบาล เป็นปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน

บทเรียนจากการดำเนินงาน

- รูปแบบ HIVQUAL ช่วยเสริมการให้ชุดบริการผู้ติดเชื้อผสมผสาน และทำให้เห็นสิ่งที่ต้องปรับปรุง และในการดำเนินการพัฒนาคุณภาพเป็นการบูรณาการองค์ประกอบของการดูแลที่จำเป็นต่อการให้บริการที่มีคุณภาพสูง
- การเรียนรู้ระหว่างเพื่อนผ่านเครือข่ายการเรียนรู้เพื่อเผยแพร่แนวปฏิบัติที่ดีช่วยทำให้การดำเนินงานที่มุ่งไปที่การพัฒนาคุณภาพการดูแลมีความต่อเนื่อง
- ความมุ่งมั่นในภาวะผู้นำและความเป็นภาคีของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ตลอดจนความเห็นชอบจากผู้บริหารระดับประเทศและระดับจังหวัด ทำให้การขยายการดำเนินงานอย่างรวดเร็วเกิดขึ้นได้จริง
- ความยั่งยืนมาจากการที่โรงพยาบาลมีความรู้สึกเป็นเจ้าของกระบวนการพัฒนาคุณภาพการดูแล การบูรณาการกับแผนงานพัฒนาคุณภาพอย่างต่อเนื่องระดับชาติ และการพัฒนาศักยภาพของบุคลากรของกระทรวงสาธารณสุข, สำนักพัฒนาคุณภาพโรงพยาบาล และสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ในการให้สอนและให้คำแนะนำผู้ให้บริการในการพัฒนาและดำเนินการบริหารการพัฒนาคุณภาพการดูแลอย่างต่อเนื่อง

4. การมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ และกลุ่มประชากรข้ามชาติ

❖ ศูนย์องค์รวม

แผนงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่เริ่มดำเนินการในปี 2546 ในปัจจุบันครอบคลุมทั้งการตรวจรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีผู้ติดเชื้อที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้นทุกปี เป็นที่ยอมรับว่าการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะมีประสิทธิภาพ ผู้ติดเชื้อควรได้รับข้อมูลที่สมบูรณ์และมีความเข้าใจเรื่องสูตรและขนาดของยา และได้ฝึกการดูแลตนเอง ทั้งนี้ระบบการติดตามและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเป็นสิ่งจำเป็นเช่นกัน

การวิเคราะห์สถานการณ์การบริการพบว่า การเพิ่มขึ้นของผู้รับบริการทำให้ระบบบริการเกิดภาวะเครียด อัตรากำลังเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ไม่เพียงพอ ทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไม่สามารถให้เวลาเต็มที่ในการติดตามการรักษา เช่น ในการให้คำปรึกษา และ เยี่ยมบ้าน จึงทำให้มีความจำเป็นในการพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อในการเข้าไปปัญหา วางแผน และแม้กระทั่งให้บริการที่เหมาะสม การพบกันของผู้ติดเชื้อเพื่อสนับสนุนการดูแลทั้งด้านจิตใจและร่างกาย

ในปี 2546 เครือข่ายผู้ติดเชื้อ ร่วมกับ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ และ Medicines Sans Frontier's-Belgium (ประเทศไทย) ได้พัฒนา "ศูนย์การดูแลผู้ติดเชื้อผสมผสานและต่อเนื่อง" บนพื้นฐานของประสบการณ์การดูแล

ตนเองและการดูแลเพื่อนของผู้ติดเชื้อ มีวัตถุประสงค์เพื่อสร้างระบบบริการที่มีส่วนร่วมกับผู้ติดเชื้อในการให้การดูแลที่ต่อเนื่องด้วยวิธีการที่ได้มาตรฐานและสอดคล้องกับแนวทางการดูแลรักษาของกระทรวงสาธารณสุข

การพัฒนาศูนย์ฯ นี้ถือเป็นจุดเปลี่ยนของการที่ผู้ติดเชื้อ เป็น “ผู้รับบริการ” มาเป็น “ผู้ร่วมให้บริการ” แก่นำผู้ติดเชื้อได้รับการอบรมเพื่อความพร้อมที่จะเป็นส่วนหนึ่งของทีมผู้ให้บริการ ในการเป็นผู้ให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา และติดตามการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจและสังคม ด้วยกิจกรรมต่างๆ ได้แก่ การเยี่ยมบ้าน การพบกลุ่มประจำเดือน

นอกเหนือจากการดูแลทางคลินิก ศูนย์ยังริเริ่ม ดำเนินกิจกรรมอื่น ๆ ได้แก่ การสร้างความตระหนักเรื่องเอดส์ของชุมชนผ่านกระบวนการพูดคุย ทำหน้าที่เป็นผู้ให้ข้อมูลเรื่องเอดส์ จัดอบรมผู้นำชุมชนและเยาวชน กิจกรรมต่างๆ มุ่งหวังเพื่อลดการตีตราและแบ่งแยก และมีความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อ ในที่สุด ในบางพื้นที่ ได้ให้ความสำคัญกับรูปแบบนี้โดยการจัดงบประมาณให้สำหรับกิจกรรมของผู้ติดเชื้อ

ในปัจจุบัน มีศูนย์ออร์รวม 317 แห่ง ทำงานร่วมกับโรงพยาบาล และดูแลผู้ติดเชื้อ รวม 42,763 คน ด้วยการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลก และ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ปี 2549

เครือข่ายผู้ติดเชื้อ

การสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อ ได้ใช้กระบวนการสร้างเครือข่ายผู้ติดเชื้อ และคำถามแรกในการพัฒนางานของเครือข่ายฯ คือ ผู้ติดเชื้อจะมีส่วนร่วมอย่างไรให้ดีที่สุดซึ่งในช่วงเริ่มต้นเห็นว่าผู้ติดเชื้อจะได้แบ่งปันความรู้สึที่เกี่ยวเนื่องกับปัญหาหรือสถานการณ์ที่เผชิญอยู่

ได้สร้างศักยภาพแก่นำกลุ่มผู้ติดเชื้อ ทุกระดับด้วยกิจกรรมต่างๆ ตั้งแต่การพูดคุยกันตัวต่อตัว การสนทนากลุ่ม การอบรมเรื่องข้อมูลและทักษะที่จำเป็น เช่น การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มผู้ติดเชื้อ และกลไกการบังคับใช้สิทธิ

นอกจากนั้น เครือข่ายผู้ติดเชื้อยังได้ผลิตคู่มือสื่อ และโปสเตอร์เนื้อหาเกี่ยวกับเอดส์ เช่น คู่มือและโปสเตอร์ “เอดส์: รู้จัก รักษาได้ – แบ่งปันความรู้ แบ่งปันการรักษา” ซึ่งมีเนื้อหาเกี่ยวกับ การติดเชื้อฉวยโอกาส การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และชุดบริการดูแลรักษา

มีความจำเป็นต้องพัฒนากลไกการประสานเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ที่ประกอบด้วย การแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสาร 2 ทางระหว่างสมาชิกเครือข่ายในระดับพื้นที่ต่อเชื่อมโยงกับเครือข่ายระดับชาติ ในอดีตกลไกสำคัญคือทีมงานสนับสนุนระดับภูมิภาคประกอบด้วยอาสาสมัครแกนนำและเจ้าหน้าที่เครือข่ายฯ ที่ทำงานใกล้ชิดกับกรรมการเครือข่ายฯ แต่ละทีมงานได้กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบจำเพาะ ตัวอย่างเช่น วิทยากรในการฝึกอบรมการติดตามและส่งเสริมการดูแลผู้ติดเชื้อ การส่งต่อข้อมูลข่าวสาร การประสานภายในกลุ่ม และกับหน่วยงานภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนในประเด็นต่างๆ มีการประชุมเครือข่ายฯ ทั้งระดับเขตและระดับชาติทุกไตรมาส

ในแต่ละปี มีการสัมมนาเครือข่ายระดับเขตเพื่อสรุปบทเรียน และร่วมกันให้แนวทางและทิศทางการทำงานและเลือกตั้งตัวแทนเป็นกรรมการ มีการสัมมนาระดับชาติทุก 2 ปี ต่อจากการสัมมนาระดับเขต เพื่อกำหนดวัตถุประสงค์ของการสัมมนาระดับชาติ

บทเรียนจากการดำเนินงาน

ปัจจัยที่ช่วยเสริมการเข้าถึงการรักษา

- สถานการณ์การเข้าถึงการรักษาของผู้ติดเชื้อในประเทศไทย มีความก้าวหน้าที่ชัดเจน กระนั้นก็ตามยังมีผู้ติดเชื้ออีกมากที่จะเข้าสู่ระบบบริการอีกมากจนเกินกว่าระบบจะจัดการได้ เป็นผลให้ต้องพัฒนาแผนงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเพื่อให้สามารถจัดบริการรองรับผู้ติดเชื้อที่มีจำนวนมากขึ้นพร้อมกับดูแลเรื่องคุณภาพของบริการ
- เจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบที่มีความเข้าใจเรื่องบริการเป็นอย่างดีจำเป็นต้องให้ข้อมูลแก่ผู้กำหนดนโยบายและหน่วยงานรับผิดชอบในการตัดสินใจส่งเสริมการเข้าถึงการดูแลรักษาของผู้ติดเชื้อ ในขณะที่เครือข่ายประชาสังคม ประกอบด้วย ผู้ติดเชื้อ องค์กรพัฒนาเอกชนทำงานด้านเอ็ดส์ ต้องทำงานร่วมกับฝ่ายสาธารณสุข นักวิชาการและผู้เชี่ยวชาญในการผลักดันให้การเข้าถึงการดูแลรักษาผู้ติดเชื้ออย่างทั่วถึงเป็นวาระแห่งชาติ พร้อมๆไปกับการสนับสนุนการดำเนินงานในระดับพื้นที่ นอกจากนี้ การสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศทั้งที่เป็นการเงินหรือทางวิชาการช่วยเสริมให้แผนงานประสบความสำเร็จในภาพรวม

ประเด็นท้าทายสำหรับการดำเนินการต่อไป

▪ การรณรงค์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาถ่วงหน้า

ความยั่งยืนของการเข้าถึงยาต้องการการรณรงค์เพื่อการเข้าถึงยาที่จำเป็น เครือข่ายผู้ติดเชื้อและมูลนิธิเข้าถึงเอ็ดส์จะร่วมมือกับภาคีทั้งภายในประเทศและระหว่างประเทศในการรณรงค์เพื่อให้มียาจำเป็นใช้โดยไม่มีเงื่อนไขของสิทธิบัตรหรือราคาสูงเกิน ตัวอย่างเช่น การรณรงค์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อและประชาชนในการประท้วงการขยายเวลาคุ่มครองของสิทธิบัตร โดยเฉพาะในส่วนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิบัตรยา และดำเนินการเป็นระยะ ได้แก่ กฎหมายไทยเรื่องสิทธิบัตรยา ข้อตกลงเขตการค้าเสรีและมาตรการสนับสนุนการเข้าถึงยาจำเป็นตลอดชีวิต

▪ การรณรงค์สร้างความเข้าใจของสาธารณะและส่งเสริมการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการรักษาและดูแล

การรณรงค์จะช่วยให้สังคมเข้าใจและยอมรับว่าผู้ติดเชื้อเหมือนคนทั่วไปที่มีชีวิตและสิทธิขั้นพื้นฐานเหมือนคนอื่น ในปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อ มากกว่า 100,000 คนที่รับยาต้านไวรัส และมีสุขภาพดีขึ้นและมีชีวิตเป็นปกติรวมถึงครอบครัวและลูก ประชาชนคนไทยโดยทั่วไปยังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้ออยู่ ตัวอย่างเช่น มีทัศนคติว่าผู้ติดเชื้อ ไม่ควรแต่งงานหรือมีลูกเพราะกลัวว่าจะมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นและเป็นการสร้างภาระให้แก่สังคมในระยะต่อไป ดังนั้นจึงจำเป็นต้องช่วยให้สังคมเข้าใจมุมมองของผู้ติดเชื้อ เพิ่มการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ และช่วยให้ผู้ติดเชื้อ มีชีวิตที่มีสุขภาวะร่วมกับการมีเชื้อ และด้วยวิธีนี้เป็นการลดผลกระทบจากการระบาดต่อสังคม ในการรณรงค์จำเป็นต้องทำให้ผู้ติดเชื้อ ที่ไม่รู้สึกสถานภาพการติดเชื้อหรือผู้ที่สงสัยว่าจะติดเชื้อรู้ว่าตนเองอาจติดเชื้อ

▪ การพัฒนาคุณภาพบริการของศูนย์องค์รวมและติดตามการดูแลอย่างต่อเนื่อง

การพัฒนาคุณภาพบริการของศูนย์องค์รวมจะช่วยเพิ่มจำนวนกลุ่มที่ดูแลโดยโรงพยาบาล การพัฒนา กลุ่มผู้ติดเชื้อที่มีอยู่ให้สามารถให้บริการที่มีความไวต่อผู้ติดเชื้อ มีมากกว่าการให้ความรู้หรือข้อมูล ที่ต้องรวมเรื่องทัศนคติและแนวคิดที่เหมาะสม ตัวอย่างเช่น การติดตามผู้ป่วยที่ดื้อยา การดูแลผู้ติดเชื้อหญิงในเรื่องสุขภาพทางเพศ การเจรจาต่อรองเรื่องเพศกับคู่ครอง ตลอดจน การทำงานในกลุ่มแม่ที่ติดเชื้อ การค้นหาบริการที่เหมาะสมต่อประชากรกลุ่มจำเพาะ ได้แก่ การบริหารจัดการและกระบวนการทำงานกับเด็กที่ได้รับผลกระทบ กลุ่มชาติพันธุ์ ประชากรข้ามชาติ ผู้ชายชนิดจี๊ด เป็นต้น

▪ **การพัฒนาศักยภาพและส่งเสริมการติดตามการดูแลสุขภาพ**

การพัฒนามุ่งหวังให้ทีมงาน แกนนำ และกรรมการเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ที่ทำหน้าที่ติดตามและหนุนเสริมการทำงานของกลุ่มผู้ติดเชื้อที่หลากหลาย และพัฒนาการทำงานร่วมกับองค์กรในท้องถิ่น ได้แก่ เครือข่ายศาสนาในการติดตามดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชน ทำงานร่วมกับองค์กรที่ทำงานป้องกันในชุมชน ร่วมกับองค์กรทำงานกับเด็กที่ได้รับผลกระทบ กับองค์กรที่ทำงานสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ และกับองค์กรที่ทำงานกับกลุ่มชาติพันธุ์และประชากรข้ามชาติ เป็นต้น

▪ **ทิศทางของความยั่งยืนของการมีส่วนร่วมของประชาสังคมในเรื่องสุขภาพ**

การพัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อในบริการสุขภาพให้เป็นการมีส่วนร่วมที่แท้จริงหมายถึงการยอมรับบทบาทหน้าที่ในการทำงานด้วยกันด้วยความเท่าเทียม ควรมีการประสานและการมีส่วนร่วมเป็นคณะทำงานหรือกรรมการทุกระดับตั้งแต่โรงพยาบาล สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และองค์กรชุมชน

❖ **การมีส่วนร่วมของชุมชนประชากรข้ามชาติในการป้องกัน ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ**

ข้อจำกัดที่สำคัญในการทำงานเอตส์ในกลุ่มแรงงานต่างชาติคือ การสื่อสารต่างภาษา การมีวัฒนธรรม และความเชื่อที่เกี่ยวกับสุขภาพที่แตกต่างกันไป ประเทศไทยสามารถเอาชนะข้อจำกัดนี้ด้วยการเปิดกว้าง และเน้นการสร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนต่างชาติ

อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ และพนักงานสาธารณสุขต่างชาติ

ด้วยเหตุนี้ จึงได้สร้างอาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) และ พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) ให้เข้ามามีส่วนสำคัญในการช่วยสื่อสารให้แรงงานต่างชาติมีความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โดยใช้ภาษาของตนเอง ช่วยเป็นล่ามภาษาให้แก่บุคลากรในโรงพยาบาล เป็นผู้ช่วยแปลภาษาและช่วยให้ชุมชนต่างชาติมีความเข้าใจในวัฒนธรรมในการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ประสานงานให้ผู้ติดเชื้อที่ต้องการรับการรักษาได้เข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ รวมทั้งช่วยประสานงานในการให้ความช่วยเหลือด้านสังคม และติดตามดูแลผู้ติดเชื้อเอตส์ในชุมชนต่างชาติได้

ในรอบสองปีที่ผ่านมา ความสำเร็จเกิดขึ้นได้ด้วยความร่วมมือร่วมใจของภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรวิชาการ ด้วยการทำงานร่วมกันอย่างเป็นระบบทั้งอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ เพื่อผลักดันให้เกิดการยอมรับการมี อสต.และ พสต. จากสภาพความมั่นคงแห่งชาติ กระทรวงแรงงาน และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับการจัดระบบแรงงานต่างชาติ จนในที่สุด.. ยอมรับให้โรงพยาบาลต่างๆมี พสต.และอสต.ได้ แม้ว่า จะไม่มีตำแหน่งงานให้จ้างได้โดยตรง แต่สำนักงบประมาณไทยได้อนุญาตให้ใช้งบประกันสุขภาพแรงงานต่างชาติในการจัดจ้างอสต.และ พสต.ได้ ซึ่งถือเป็นความยั่งยืนในเชิงงบประมาณที่น่ายินดี

ปัจจุบัน ประเทศไทยมีประชากรต่างชาติช่วยงานในระบบในรูปแบบ พสต.และ อสต. ไม่ต่ำกว่า 500 คน ครอบคลุมประมาณ 30 จังหวัด ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีประชากรต่างชาติเข้ามาทำงานอยู่เป็นจำนวนมาก

นอกจากนี้ ในรอบสองปีที่ผ่านมา ประเทศไทยได้มีการพัฒนาหลักสูตร คู่มือ และสื่อต่างๆอย่างน้อย 3 ภาษา คือ พม่า ลาว กัมพูชา รวมถึง มอญ ไทยใหญ่ และอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันดูแลเอตส์จำนวนมาก เช่น การป้องกันการติดเชื้อเอตส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย การให้การปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี และการดูแลผู้ติดเชื้อในชุมชน เป็นต้น เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอตส์ให้เข้าถึงประชากรต่างชาติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

บทเรียนจากการดำเนินงาน

- การพัฒนาศักยภาพของ พสต. และ อสต. ซึ่งเป็นแรงงานไร้ฝีมือที่อพยพเข้ามาทำงานในประเทศไทยให้มีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ และสามารถนำไปสื่อสารกับเพื่อนที่เป็นแรงงานต่างชาติด้วยกันได้นั้น ถือเป็นความท้าทายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน เพราะต้องใช้อุปกรณ์และจัดกิจกรรมการเรียนการสอนเป็นสองภาษา อีกทั้งผู้สอนต้องมีความเข้าใจในพื้นฐานของความเชื่อ วัฒนธรรมที่แตกต่างกันไปของแรงงานต่างชาติที่มาจากแต่ละประเทศ
- ต้องช่วยกันสร้างโอกาสการทำงานร่วมกัน และสร้างทัศนคติในทางบวกต่อการอยู่ร่วมกันของคนต่างเชื้อชาติและสัญชาติในสังคมไทย การดำเนินงานเช่นนี้ยังต้องต่อเนื่องส่งผลให้เกิดการลดอคติ และเห็นความสำคัญต่อบทบาทซึ่งกันและกันให้มากที่สุด

ประเด็นท้าทายสำหรับการดำเนินการต่อไป

- แม้ว่าจะระบบสุขภาพไทยจะยอมรับการมี พสต. และ อสต. เพื่อช่วยงานได้อย่างมีประสิทธิภาพอย่างไรก็ตาม ทั้ง พสต. และ อสต. ก็ยังถือว่าเป็นบุคคลเข้าเมืองผิดกฎหมายที่รัฐไทยผ่อนผันให้ทำงานเป็นแรงงานไร้ฝีมือ จึงต้องมีกระบวนการผลักดันนโยบาย เพื่อสร้างการยอมรับของการมีคนต่างชาติที่เข้าเมืองผิดกฎหมายช่วยงานในระบบสุขภาพด้วย

5. การพัฒนารูปแบบ

❖ การดูแลเด็กติดเชื้อในชุมชนโดยใช้เครือข่ายจังหวัด

ตั้งแต่ ปี 2546 ที่ประเทศไทยได้เริ่มต้นแผนงานบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ เด็กติดเชื้อจำนวนมากกว่า 600 คนได้รับการรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ในจังหวัดเชียงราย มีเด็กติดเชื้อจำนวนประมาณ 80-100 คนเริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านไวรัสในแต่ละปี พบว่าโรงพยาบาลศูนย์ หรือโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ ต้องมีภาระการดูแลที่เกินกำลังเพิ่มขึ้น จากจำนวนผู้ป่วยที่อยู่ในการดูแล อีกทั้งผู้ป่วยจำนวนหนึ่งที่มาจากพื้นที่ห่างไกล ทำให้มีความยากลำบากในการที่ต้องมารักษาที่โรงพยาบาลศูนย์

การดูแลเด็กที่รักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นเรื่องซับซ้อน โรงพยาบาลชุมชนโดยส่วนใหญ่ไม่มีกุมารแพทย์และขาดประสบการณ์การรักษาเด็กติดเชื้อ ครอบครัวเด็กติดเชื้อที่อาศัยอยู่พื้นที่ห่างไกลมีความยากลำบากในการต้องพาเด็กเล็กมาโรงพยาบาลศูนย์ทุกเดือน

ทีมงานดูแลเด็กติดเชื้อของโรงพยาบาลศูนย์เชียงรายได้พัฒนาแผนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ผสมผสานในชุมชน และประสบผลสำเร็จในการนำมาใช้ในจังหวัด และขณะนี้กำลังอยู่ระหว่างการขยายผลไปใน 10 จังหวัด ด้วยการสนับสนุนจาก Global AIDS Programme ที่ได้รับการสนับสนุนจาก U.S.CDC และแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก

รูปแบบการดูแลเด็กติดเชื้อในชุมชน

ในระหว่างปี 2546 – 2548 โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายได้ร่วมมือกับมูลนิธิเข้าถึงเอดส์ ด้วยการสนับสนุนจาก UNICEF เริ่มต้นดำเนินการรูปแบบการดูแลรักษาเด็กติดเชื้อ ที่ผสมผสานในชุมชน ทีมงานประกอบด้วยผู้ดูแลเด็ก องค์กรพัฒนาเอกชนและผู้ติดเชื้อ อาสาสมัคร และผู้ให้บริการสุขภาพ ทำงานร่วมกันในการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสและดูแลเด็กติดเชื้อและครอบครัว

รูปแบบประกอบด้วย 5 ขั้นตอนดังนี้

1. การคัดกรองทางคลินิกเพื่อเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส

โดยตรวจ CD4 ถ่ายเอ็กซเรย์ปอด ตรวจเลือดทางเคมี ชีวมัน และการติดเชื้ออับเสบ B และ C กุมารแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์จะเป็นผู้พิจารณาเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตามแนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของประเทศ

2. การเตรียมครอบครัวก่อนเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส

องค์กรพัฒนาเอกชนและผู้ติดเชื้อที่ได้รับการฝึกอบรมจะเยี่ยมบ้านแต่ละครอบครัว เพื่อประเมินความสามารถของครอบครัวในการดูแลเด็กและช่วยค้นหาที่จะเป็นหลักในการดูแลเด็กในแต่ละครอบครัว มีการจัดการให้ความรู้เป็นกลุ่มแก่ผู้ดูแลเด็กก่อนที่จะเริ่มให้ยาต้านไวรัส ประกอบด้วยความรู้เรื่องการรักษาและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและการเปิดเผยผลเลือดกับเด็ก

3. วันเริ่มต้นให้ยาต้านไวรัส

หลังจากเด็กพบกับกุมารแพทย์ ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการอบรมและ/หรือองค์กรพัฒนาเอกชนให้ความรู้เรื่อง เอชไอวี และยาต้านไวรัส แก่เด็กและผู้ดูแล รวมทั้งประสานการจัดการฝึกเตรียมยาต้านไวรัสในขนาดที่จะให้เด็กแก่ผู้ดูแล

4. การติดตามหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสช่วงแรก

ผู้ติดเชื้ออาสาสมัครหรือองค์กรพัฒนาเอกชนจะเยี่ยมบ้านภายใน 3 วันหลังเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพื่อประเมินและส่งเสริมให้เด็กได้รับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

5. การติดตามหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสระยะยาว

จะมีการจัดทำกำหนดเวลาการติดตามการรักษาที่คลินิกโดยสม่ำเสมอ หลังจากการตรวจที่คลินิก ผู้ดูแลเด็กและเด็กจะเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลเด็กในช่วงกลางวัน เพื่อให้ได้รับความรู้เรื่องเอ็ดส์ และ เรื่องยาต้านไวรัส เพื่อส่งเสริมให้เด็กกินยาสม่ำเสมอ ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการอบรมหรือองค์กรพัฒนาเอกชนจะจัดกิจกรรมดูแลเด็กในช่วงกลางวัน และเยี่ยมบ้านบางครอบครัวที่มีปัญหาการกินยาไม่สม่ำเสมอหรือปัญหาด้านจิตใจและสังคม

การขยายแผนงานบริการรักษาเด็กติดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสสู่โรงพยาบาลชุมชนและการสร้างเครือข่ายจังหวัด

การดำเนินการตามรูปแบบนี้ได้ประสบความสำเร็จในการขยายครอบคลุมโรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัดเชียงราย เด็กติดเชื้อมีผลการรักษาทางคลินิกดีขึ้น โดย ร้อยละ 90 กินยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ผลการรักษาต้านไวรัสสอดคล้องกับความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสและเข้าร่วมกิจกรรมการดูแลเด็กในช่วงกลางวัน

ในระหว่างปี 2548 – 2549 โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายได้ให้การอบรมที่เป็นปฏิบัติแก่โรงพยาบาลชุมชน 16 แห่ง เพื่อเพิ่มศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ กุมารแพทย์ที่โรงพยาบาลศูนย์เชียงรายจะเป็นผู้เริ่มต้นให้ยาต้านไวรัส เมื่อเด็กมีอาการคงที่จะส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน และนัดพบกุมารแพทย์ทุก 6 เดือนเพื่อประเมินอาการทางคลินิกและตรวจ CD4

ผลการดำเนินงาน

ในระหว่างเดือนตุลาคม 2547 – กุมภาพันธ์ 2550 ได้ฝึกอบรมผู้ให้บริการสุขภาพ และ อาสาสมัครผู้ติดเชื้อ มากกว่า 300 คน เด็กติดเชื้อที่เป็นเป้าหมาย ร้อยละ 60 อยู่ระหว่างการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และดูแลโดยโรงพยาบาลชุมชนใกล้บ้าน ที่เด็กติดเชื้อ ได้รับบริการที่มีคุณภาพเช่นเดียวกับโรงพยาบาลระดับตติยภูมิ มีการเยี่ยมบ้านมากกว่า 600 ครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลเด็กที่เข้าเกณฑ์การส่งรักษาต่อที่โรงพยาบาลชุมชน จำนวน 133 คน จากทั้งหมด 235 คน หลังจากการติดตามที่โรงพยาบาลชุมชน 11 เดือน (ค่ามัธยฐาน) (พิสัย เป็น 1-31) 129 พบว่า ร้อยละ

97 ยังคงมีอาการทางคลินิกคงที่ โดยไม่เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรืออาการไม่พึงประสงค์ หรือตาย หรือรายงานความสม่ำเสมอในการกินยาต้านไวรัสฯ มีเด็กติดเชื้อฯ เพียง 4 คนที่ต้องส่งกลับไปโรงพยาบาลศูนย์ เชียงราย เนื่องจากต้องเปลี่ยนยา อาการไม่พึงประสงค์ และการกินยาต้านไวรัสฯไม่สม่ำเสมอ จากการที่ทีม โรงพยาบาลศูนย์ เชียงราย ได้ไปเยี่ยมติดตาม ในระยะเวลา 2-4 เดือนหลังการอบรม พบว่าผู้ให้บริการสุขภาพมีความสามารถในการดูแลเด็กติดเชื้อฯ แต่การติดตามเป็นระยะก็ยังมีความจำเป็น

โครงการนี้ได้ช่วยลดภาระจำนวนเด็กติดเชื้อฯที่โรงพยาบาลศูนย์ดูแลลงเกือบ ร้อยละ 40 การจัดการใหม่นี้ทำให้โรงพยาบาลศูนย์มุ่งเน้นในการพิจารณาเริ่มให้ยาต้านไวรัสฯ แก่เด็กติดเชื้อฯ และให้การสนับสนุนทางวิชาการแก่เครือข่ายการดูแลรักษาเด็กติดเชื้อฯภายในจังหวัด

เมื่อปลายปี 2550 กระทรวงสาธารณสุขได้ยอมรับแผนงานนี้ และได้ขยายการดำเนินงานไปในอีก 10-15 จังหวัด โดยงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลก ควรมีการประเมินผลลัพธ์ในการขยายผลไปในระดับชาติ

จ. สิ่งท้าทายสำคัญ และการดำเนินการแก้ไข

1. ความก้าวหน้าในการจัดการสิ่งท้าทายสำคัญตามรายงาน UNGASS รอบปี พ.ศ. 2548

1.1 ดัชนีรวมด้านนโยบายของประเทศ ด้านสิทธิมนุษยชน

“ภาคประชาสังคมมีความเห็นว่า รัฐบาลยังไม่ได้ดำเนินการให้เห็นเป็นรูปธรรมชัดเจน ในเรื่องของกฎหมายหรือข้อบังคับในการปกป้องผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์จากการถูกกีดกัน อาทิเช่น กฎหมายการไม่เลือกปฏิบัติ และ/หรือนโยบายหรือยุทธศาสตร์ที่กล่าวถึงการสนับสนุนด้านสิทธิมนุษยชนอย่างชัดเจน และการจัดระบบการให้ความช่วยเหลือด้านกฎหมายเป็นการเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์”

ความก้าวหน้า

ยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ พ.ศ.2550-2554 ได้กำหนดการคุ้มครองสิทธิ ด้านเอดส์ เป็นหนึ่งยุทธศาสตร์ และได้ระบุตัวชี้วัดและเป้าหมายความสำเร็จของยุทธศาสตร์นี้ ที่จะมีรายงาน สถานการณ์ด้านสิทธิเรื่องเอดส์ โดยการมีส่วนร่วมจากภาคส่วนต่างๆรวมทั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ปีละ 1 ฉบับ

ในยุทธศาสตร์ฯ ได้กำหนดให้เป็นบทบาทของสำนักงานอัยการสูงสุด ที่จะพัฒนาการให้คำปรึกษาและ จัดบริการด้านการคุ้มครองสิทธิแก่ประชาชนด้านเอดส์ และระบุบทบาทของคณะกรรมการคุ้มครองสิทธิ มนุษยชน ในการประสานกิจกรรมด้านคุ้มครองสิทธิและตรวจสอบปัญหาการละเมิดสิทธิของประชาชนที่ เกี่ยวข้องกับเอดส์ รวมถึงให้ข้อเสนอแนะแก่รัฐบาลและหน่วยงานต่างๆในการแก้ไขปัญหการละเมิดสิทธิ มนุษยชนด้านเอดส์

มีกฎหมายและระเบียบ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 มาตรา 30 วรรคสาม ที่ เขียนไว้ว่า...ห้ามเลือกปฏิบัติโดยสภาพทางกายหรือสุขภาพ และ แนวปฏิบัติในสถานที่ทำงานและมาตรฐาน การบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบการ (ASO)

องค์กรภาคประชาสังคม บางองค์กร มีการดำเนินการรับเรื่องราวร้องทุกข์และให้คำปรึกษาและจัดหา ทุนความช่วยเหลือ ได้แก่ ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เครือข่ายผู้ติดเชื้อแห่งประเทศไทย

1.2 บริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

“การปฏิรูประบบราชการมีผลให้ต้องปรับบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เข้าไปรวมใน บริการทั่วไปของโรงพยาบาลจังหวัด ทำให้พนักงานบริการทางเพศและผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใช้ บริการน้อยลง ในขณะที่บริการเชิงรุกในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลง ก็พบว่า แนวโน้ม การติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ 15-19 ปี และนักเรียนนักศึกษาเพิ่มขึ้น”

ความก้าวหน้า

ได้มีการนำเสนอประเด็นปัญหาอย่างกว้างขวาง กรมควบคุมโรคได้ทบทวนมาตรฐานการจัดบริการ เพื่อใช้เป็นเครื่องมือในการพัฒนาบริการ แต่ยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร เนื่องจากบริการรักษาโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะส่วนของบริการ ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศ ต้องอาศัยประสบการณ์ของ ผู้ดำเนินการค่อนข้างมาก

1.3 พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี ของกลุ่มเยาวชน

“ข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อ และการเฝ้าระวังพฤติกรรม สะท้อนให้เห็นภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ของเยาวชนเพิ่มขึ้น เยาวชนมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้น ในขณะที่เยาวชนสัดส่วนน้อยที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้อง”

ความก้าวหน้า

การดำเนินงานป้องกันการระบาดของการติดเชื้อ ในกลุ่มเยาวชนทั้งในระบบการศึกษา ในสถานประกอบการ และ ในชุมชน ภายใต้แผนงานที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ที่ดำเนินการโดยหน่วยงานภาครัฐ และภาคประชาสังคม ได้สะท้อนผลสัมฤทธิ์ที่น่าพอใจ หากแต่พื้นที่ความครอบคลุมอาจยังไม่มากพอ จึงทำให้ข้อมูลจากการเฝ้าระวังด้านความรู้ของเยาวชนในภาพรวมของประเทศเพิ่มขึ้นไม่มากนัก

2. ความท้าทายในช่วงปี 2549 – 2550 และการแก้ไข

2.1 ความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับกฎหมาย

○ (ร่าง) พระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ....

ในปี 2549 ได้มีความพยายามของการเสนอ (ร่าง) พรบ.คุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ด้วยเจตนาที่ดี หากแต่ด้วยกระบวนการร่างที่ไม่ได้ใช้กระบวนการมีส่วนร่วมอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะการมีส่วนร่วมของผู้ที่จะได้รับผลกระทบจาก (ร่าง) พรบ.ฉบับนี้ จึงทำให้นโยบายของ (ร่าง) พรบ.ฯ กลับมีแนวคิดหลักที่ไม่เป็นการคุ้มครองสิทธิ ในความท้าทายนี้ ในเดือน มีนาคม 2550 กลุ่มหรือเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ทั่วประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ ได้รวมตัวประชุมหารืออย่างต่อเนื่องเพื่อนำเสนอเสียงวิพากษ์วิจารณ์และความห่วงกังวลอย่างกว้างขวาง ซึ่งทำให้ (เดิมชื่อหน่วยงาน) มีมติให้ยกเลิกการเสนอ (ร่าง) พรบ.ฯ นี้

○ พระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ.2509 (แก้ไข พ.ศ.2548)

พรบ.ฉบับนี้ เกิดขึ้นเพื่อรองรับการทำงานด้านการตรวจสอบ การจัดระเบียบพื้นที่ การป้องกันปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับสถานบันเทิง มีนัยต่อการเข้าถึงบริการด้านสวัสดิการสังคมของพนักงานบริการ เนื่องจากมีได้มีรายละเอียดเกี่ยวกับสถานภาพการจ้างงานของแรงงานในสถานบริการ ส่งผลให้คนทำงานในสถานบริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง พนักงานบริการหญิง ชาย และสาวประเภทสอง ขาดสถานภาพกฎหมายในฐานะผู้ถูกจ้างหรือลูกจ้าง

○ (ร่าง) พระราชบัญญัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พ.ศ.....

การคุ้มครองสิทธิอาสาสมัครในโครงการวิจัยและการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม เป็นประเด็นสำคัญของ พรบ.ฉบับนี้ การกำหนดสัดส่วนและที่มาของกรรมการในคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ ยังเป็นประเด็นที่เป็นข้อถกเถียงทักท้วงจากภาคประชาสังคม รวมถึงเสียงสะท้อนที่เกี่ยวกับแนวคิดเชิงเดี่ยวด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ใช้เป็นฐานการร่าง พรบ. และมีมุมมองทางสิทธิมนุษยชนและมิติสังคมวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องไม่มากพอ

แม้ว่าประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าในความพยายามดำเนินการในเรื่องการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์พอสมควร แต่ก็ยังมีความท้าทายที่ต้องร่วมกันแก้ไข โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับประชากรข้ามชาติที่ในบางพื้นที่ได้นำประเด็นด้านความมั่นคงมากำหนดแนวปฏิบัติที่ปิดกั้นโอกาสของการเข้าถึงบริการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประชากรกลุ่มนี้

2.2 การแก้ไขปัญหาในช่วงระยะเวลาของรายงาน

2.2.1 การป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มเยาวชน

○ ทศนคติของสังคมในเรื่องเพศศึกษา

ในช่วงที่ผ่านมา สังคมไทยเริ่มให้ความสำคัญกับปัญหาเยาวชน หากแต่ยังมองว่าเยาวชนเป็นตัวปัญหา ทศนคติของผู้ใหญ่ที่มีต่อพฤติกรรมทางเพศของเยาวชน โดยเฉพาะครู เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ผู้ปกครอง และผู้ใหญ่ในสังคม ส่วนใหญ่ยังยอมรับไม่ได้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน ทำให้เป็นอุปสรรคต่อการสอน และการผลักดันการสอนทักษะชีวิตเรื่องเอดส์และเพศศึกษาในสถานศึกษา และในครอบครัว

○ การประสานงานระหว่างหน่วยงานดำเนินการ

ในอีกด้านหนึ่ง ก็มีหน่วยงานต่างๆที่ดำเนินการในเรื่องเพศศึกษาแก่นักเรียน และเยาวชนมากขึ้น ด้วยแนวคิดและวิธีการที่หลากหลาย โดยยังไม่มีกระบวนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ที่เป็นโอกาสของการพัฒนาเครือข่ายคนทำงาน ซึ่งจะทำให้การพัฒนาเกิดความต่อเนื่องและขยายการดำเนินงานได้ครอบคลุมมากขึ้น

การทำงานในกลุ่มเยาวชน มีหน่วยงานและองค์กรเข้ามาทำงานในเรื่องต่างๆมากมาย โดยมองปัญหาเป็นส่วนๆ ทำให้กระบวนการแก้ไขปัญหาเป็นส่วนๆ เช่นกัน ในระดับท้องถิ่นยังขาดการทำงานแผนงานด้านการพัฒนาคุณภาพชีวิตของเยาวชน และยังขาดการมีส่วนร่วมของเยาวชนในการจัดทำแผนงานสำหรับพัฒนาเยาวชนในท้องถิ่น

○ การระดมทรัพยากร

การถ่ายโอนการบริหารและงบประมาณจากส่วนกลางไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับจังหวัดและตำบล มีความยากลำบากในการผลักดันนโยบายจากส่วนกลาง เนื่องจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นยังขาดศักยภาพในการบริหารจัดการมาตรฐานการด้านการศึกษาเรื่องเอดส์ โดยเฉพาะเรื่องการศึกษาทักษะชีวิตและเพศศึกษา ทำให้ไม่เห็นความสำคัญของเรื่องนี้ การจัดสรรงบประมาณเพื่อการทำงานป้องกันเอดส์ในกลุ่มเยาวชนจึงเป็นเรื่องที่ไม่ได้รับความสำคัญ

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แต่งตั้งคณะกรรมการติดตามการขับเคลื่อนการป้องกัน ในปี 2550 เพื่อเร่งรัดการดำเนินงานป้องกันกลุ่มเยาวชนและกลุ่มประชากรอื่นๆ โดยเริ่มต้นที่การรณรงค์ผ่านสื่อโทรทัศน์

2.2.2 การป้องกันการติดเชื้อกลุ่มวัยเจริญพันธุ์

○ การบูรณาการบริการอนามัยเจริญพันธุ์กับบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

รายงานพิเศษจากภาคประชาสังคม เรื่องการดำเนินงานตามพันธกรณีในปฏิญญาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วย เอชไอวี/เอดส์ พ.ศ.2544 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย (ผนวก 5) ที่ได้ศึกษาเชิงคุณภาพ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ จำนวน 108 คน โดยรวมแล้วรู้สึกพอใจบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก แต่ยังมีช่องว่าง ได้แก่ความต้องการข้อมูลมากขึ้น ในเรื่องทางเลือกของการคุมกำเนิด การวางแผนครอบครัว และสิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาโดยไม่เลือกปฏิบัติ

แม้ว่าแผนงานบริการอนามัยเจริญพันธุ์จะส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสามี ตั้งแต่รับบริการฝากครรภ์ แต่พบว่า จากรายงานของโรงพยาบาลใน ปี 2550 หญิงรับบริการฝากครรภ์เพียงร้อยละ 38.7 เท่านั้นที่สามีมารับบริการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ ทำให้ขาดโอกาสของการป้องกันโดยเฉพาะกรณีที่เกิดผลเลือดต่าง และช่วยลดภาวะเครียดของหญิงตั้งครรภ์ในการที่ต้องปิดบังผลเลือดกับสามี

การติดตามดูแลเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ ยังทำได้ไม่ครอบคลุม มีเพียงร้อยละ 54.09 ของเด็กที่อายุครบ 18 เดือน ที่มาตรวจตามกำหนด

ภายใต้แผนงานที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก การทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมที่เชื่อมโยงไปในชุมชน ทำให้เกิดการเรียนรู้การทำงานร่วมกันในประเด็นอนามัยเจริญพันธุ์ และการเสริมสร้างบทบาทขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เพื่อจัดการรังเกียจในชุมชน

2.2.3 การป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มพนักงานบริการทางเพศ

○ บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การปฏิรูประบบราชการได้เปลี่ยนแปลงโครงสร้างของบริการสุขภาพที่ทำให้จำกัดทางเลือกของบริการสำหรับพนักงานบริการหญิง เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลทั่วไปที่ไม่คุ้นเคยกับการให้บริการแก่พนักงานบริการหญิง ต้องมาจัดบริการที่ประกอบด้วย คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และกิจกรรมเชิงรุก ประเทศตระหนักในปัญหานี้และได้พยายามแก้ไขด้วยการพัฒนาศักยภาพบุคลากรของโรงพยาบาล

○ การเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานของพนักงานบริการ

บริการเชิงรุกสำหรับพนักงานบริการดูเหมือนจะยากมากขึ้นเนื่องจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการทำงานของพนักงานบริการ ได้แก่ บริการตามถนน เซาวน่า คาราโอเกะ หรือ ทางโทรศัพท์ อินเทอร์เน็ต และช่องทางอื่น นอกจากนี้ พระราชบัญญัติปรามการค้าประเวณี ทำให้เกิดข้อจำกัดในการจัดมาตรการดำเนินการในประชากรกลุ่มนี้

2.2.4 การป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

○ ทักษะคติของชุมชนและสังคม

ทัศนคติของชุมชน สังคมและผู้ให้บริการ ยังเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ยังมีบริการที่เป็นมิตรกับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ค่อนข้างน้อย ผู้ให้บริการจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจในเทคนิคการให้บริการ โดยเฉพาะในเรื่องของการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ด้วยทัศนคติของชุมชนและสังคม ทำให้ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีการเคลื่อนย้ายค่อนข้างมาก ทำให้ การดำเนินงานและต่อยอดกิจกรรมในพื้นที่เป็นเรื่องยาก

พระราชบัญญัติปรามการค้าประเวณี ตลอดจน ความร่วมมือจากสถาบันเทิง เซาวน่า ก็เป็นอุปสรรคต่อการทำงาน โดยเฉพาะกับกลุ่มพนักงานบริการชาย

2.2.5 การป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด

○ ความชัดเจนของนโยบาย การลดอันตรายจากการใช้ยา

ความท้าทายสำคัญในการดำเนินงานป้องกันการระบาดของ การติดเชื้อ ของกลุ่มผู้ใช้ยา เป็นประเด็นของ การที่ประเทศไทยไม่มีนโยบายที่ชัดเจนในเรื่องของการลดอันตรายจากการใช้ยา จึงทำให้ไม่สามารถดำเนินงานได้ครอบคลุมเพียงพอ ทัศนคติของสังคม ผู้กำหนดนโยบาย รวมถึงผู้ปฏิบัติ ล้วนมีผลให้การดำเนินงานไม่สัมฤทธิ์ผลเท่าที่ควร ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ได้มีความพยายามของเครือข่ายคนทำงาน โดยเฉพาะภาคประชาสังคม และองค์กรระหว่างประเทศ ผลักดันเชิงนโยบาย ทำให้เริ่มสร้างความเชื่อมโยงกับคนทำงานในภาครัฐได้มากขึ้น

2.2.6 การป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มประชากรข้ามชาติ

ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีหน่วยงานหลายหน่วยงานทั้งภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนทำงานเรื่องของประชากรข้ามชาติ โดยเฉพาะ ที่มาจาก ประเทศเมียนมาร์ กัมพูชา และ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว แต่ยังขาดการประสานงาน จึงทำให้เกิดความสับสนในการทำงาน ได้มีความพยายามในการจัดทำยุทธศาสตร์ร่วมกันในหลายส่วน ได้แก่ ยุทธศาสตร์สุขภาพประชากรข้ามชาติ แผนแม่บทการป้องกัน ดูแลรักษาและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ กลุ่มประชากรข้ามชาติและประชากรเคลื่อนย้าย และยุทธศาสตร์สุขภาพชายแดน

ประเด็นท้าทายที่ต้องการการประสานงานในอนาคต มีดังนี้

- 1) การให้ความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรี ต่อ ยุทธศาสตร์สุขภาพกลุ่มประชากรข้ามชาติ
- 2) การแปลงแผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี กลุ่มประชากรข้ามชาติสู่การปฏิบัติ
- 3) การประสานความร่วมมือระหว่างข้ามแดน โดยเฉพาะกับประเทศเมียนมาร์
- 4) การสร้างฐานข้อมูลและระบบข้อมูลสารสนเทศ กลุ่มประชากรข้ามชาติที่มีคุณภาพ
- 5) การกำหนดนโยบายของกระทรวงแรงงาน ในการให้ประชากรข้ามชาติ รับจ้างเป็นพนักงานสุขภาพที่ถูกกฎหมาย
- 6) การหาแหล่งทรัพยากรในการดำเนินงานเอชไอวีสำหรับกลุ่มประชากรข้ามชาติ ที่ยั่งยืนและต่อเนื่อง

2.2.7 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ

○ การดูแลช่วยเหลือผู้ติดเชื้อที่ผสมผสาน

แผนงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ มีจุดเน้นอยู่ที่การให้ยาต้านไวรัสฯ แต่ให้ความสำคัญน้อยกับการดูแลด้านจิตใจ ผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการจะไม่ได้รับการดูแลจนกว่าจะเริ่มมีความจำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัสฯ

○ การรักษาและดูแลผู้ติดเชื้อเด็ก

การรักษาผู้ติดเชื้อที่เป็นเด็กส่วนใหญ่ให้บริการในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ ทำให้เกิดความไม่สะดวกในการรับบริการ บุคลากรผู้ให้บริการต้องได้รับการฝึกอบรมเป็นพิเศษในการให้คำปรึกษาเพื่อการเปิดเผยผลเลือดแก่เด็กที่ติดเชื้อเมื่อเด็กเริ่มโตขึ้น ได้มีความพยายามในการเสริมความเข้มแข็งของความเชื่อมโยงระหว่างโรงพยาบาลทั่วไปและโรงพยาบาลชุมชน

○ การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดเชื้อ

เมื่อผู้ติดเชื้อ ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ มีสุขภาพดีขึ้น ทำให้ชีวิตทางเพศกลับคืนมา ซึ่งอาจทำให้เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อฯ ดังนั้นองค์กรต่างๆทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมจึงได้ทำงานในประเด็นการป้องกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อมากขึ้น และแผนงานดูแลรักษาฯ ได้จัดงบประมาณในการให้บริการถุงยางอนามัยฟรีแก่ผู้ติดเชื้อ

○ การเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯของประชากรกลุ่มที่ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

ผู้ติดเชื้อ บางกลุ่ม ได้แก่ กลุ่มประชากรข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์ ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จึงเข้าไม่ถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ได้แก่ ไขปัญหาด้วยการใช้แผนงานที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกจัดหายาต้านไวรัสฯ ให้กับประชากรกลุ่มนี้ แต่ความท้าทายคือความยั่งยืนหลังจากการสนับสนุนจากกองทุนโลกหมดไป

○ การถ่ายโอนแผนงานการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯสู่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

ในกระบวนการถ่ายโอนความรับผิดชอบแผนงานดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ จากกรมควบคุมโรค ให้กับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โรงพยาบาลต้องปรับกระบวนการทำงานโดยเฉพาะในเรื่องระบบบันทึกข้อมูลผู้ติดเชื้อ และการประสานงานระหว่างภาคส่วนต่างๆกับหน่วยงานส่วนกลาง

2.2.8 การดูแลช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางเนื่องจากเอดส์

○ การรังเกียจและการเลือกปฏิบัติ

เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ยังคงเผชิญปัญหาการรังเกียจและเลือกปฏิบัติในชุมชน ตัวอย่างเช่น ถูกเพื่อนล้อ หรือไม่เล่นด้วย การที่ครู ผู้ดูแลเด็ก ผู้นำชุมชนและอาสาสมัครสาธารณสุข ยังมีความเข้าใจที่ไม่เพียงพอและทัศนคติที่ยังไม่ดีนัก ทำให้ไม่สามารถสื่อสารทำความเข้าใจเรื่องเอดส์แก่ชุมชนได้อย่างมีประสิทธิภาพ

○ ความไม่เพียงพอของข้อมูล

ยังไม่มีข้อมูลที่แสดงสถานการณ์ของพื้นที่ได้ครอบคลุม ไม่ได้มีการจัดระบบของข้อมูลที่มีอยู่ ไม่มีระบบการแลกเปลี่ยนข้อมูลหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน ที่รวบรวมข้อมูล จึงทำให้ยากต่อการเข้าใจภาพรวมของสถานการณ์ และยากต่อการวางแผนที่เหมาะสม

○ การดูแลช่วยเหลือภายใต้บริบทการกระจายอำนาจ

การปฏิรูประบบราชการทำให้โครงสร้างของการบริหารแผนงานการดูแลช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในพื้นที่ไม่ชัดเจน การกระจายอำนาจสู่องค์กรในพื้นที่ยังคงสับสน และไม่มีหน่วยประสานงานในระดับพื้นที่

3. แผนการแก้ไขความท้าทายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตาม UNGASS

3.1 การพัฒนาการบริหารจัดการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

สืบเนื่องจากการปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น จึงจำเป็นต้องทบทวนกลไกการประสานงาน รวมถึงระบบงบประมาณ และการสนับสนุนการดำเนินงานในบริบทใหม่ โดยยังคงหลักการของการมีส่วนร่วมที่แท้จริงของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคชุมชน และใช้แนวทางของการบูรณาการสู่ภารกิจของภาคส่วนต่างๆ รวมถึงการพัฒนาชุมชน ซึ่งต้องดำเนินการในทุกระดับ และความเชื่อมโยงระหว่างระดับ กล่าวคือ

- การพัฒนาศักยภาพของกลไกการประสานงานดำเนินงานในระดับประเทศ
- การพัฒนาศักยภาพของกลไกการประสานงานดำเนินงานในระดับจังหวัด
- การพัฒนาศักยภาพการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- การสร้างความเข้มแข็งของชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

3.2 การทบทวนกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่ไม่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และผลักดันเชิงนโยบาย

การทบทวนสถานการณ์ในการจัดทำรายงานฉบับนี้ ได้พบข้อจำกัดที่เกิดเนื่องมาจากกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับต่างๆ รวมไปถึงการไม่คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ การทบทวนทั้งตัวเนื้อหา ตลอดจนการนำไปปฏิบัติ ประกอบกับการประมวลสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งเชิงบวกและเชิงลบอย่างรอบด้าน เป็นปัจจัยนำเข้า ร่วมกับองค์ความรู้ต่างๆ จะทำให้สามารถนำมาวางแผนการผลักดันเชิงนโยบายอย่างเป็นระบบ และมีโอกาสสัมฤทธิ์ผลได้มากขึ้น

3.3 การรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจและสร้างทัศนคติเชิงบวกต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์กับสังคมและกลุ่มเป้าหมายจำเพาะ

ผลการสำรวจความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ของประชากรทุกกลุ่ม อยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมที่นำไปสู่โอกาสของการติดเชื้อ ก็ยังมีอยู่ในประชากรทุกกลุ่ม และพบว่าความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเรื่องการติดต่อก็ยังสูงอยู่ ซึ่งอาจเป็นปัจจัยหนึ่งที่ยังคงทำให้มีปรากฏการณ์ของการเลือกปฏิบัติอยู่ จึงจำเป็นต้องมีการทบทวนเนื้อหาและวิธีการให้ความรู้แก่สังคมและประชากรกลุ่มต่างๆ ให้เหมาะสมและต่อเนื่อง

การเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกของสังคมต่อประชากรหลายกลุ่ม ได้แก่ พนักงานบริการ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ชายชนิดฉีด ประชากรข้ามชาติ เป็นเงื่อนไขสำคัญ ต่อการสร้างความร่วมมือ และการมีส่วนร่วมของส่วนที่เกี่ยวข้อง ทั้งหน่วยงานรับผิดชอบหรือแม้กระทั่งภาคธุรกิจ ที่ควรวางแผนทางการสร้างการมีส่วนร่วมในการป้องกันเอดส์ในกลุ่มประชากรที่ทำประโยชน์ให้ ได้แก่ ธุรกิจสถานบันเทิง ธุรกิจที่ใช้แรงงานจากประชากรข้ามชาติ

3.4 การพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตรและอยู่บนพื้นฐานของมิติ เพศภาวะและการเคารพสิทธิ

▪ บริการอนามัยเจริญพันธ์

การพัฒนาบริการให้คำปรึกษาเป็นหัวใจของการทำให้บริการอนามัยเจริญพันธ์ มีลักษณะเป็นมิตร อยู่บนพื้นฐานของ เพศภาวะและการเคารพสิทธิ และนำไปสู่การตัดสินใจที่จะป้องกันตนเองได้อย่างเหมาะสม ประเด็นความท้าทายในการทบทวนเพื่อจัดทำรายงานฉบับนี้ ทำให้เห็นส่วนขาดที่ชัดเจนในเรื่องการส่งเสริมการมีส่วนร่วมของชาย หรือ คู่ครอง

▪ บริการเชิงรุกเพื่อเข้าถึงประชากรแต่ละกลุ่มจำเพาะ

เนื่องจากสถานการณ์การติดเชื้อ ในกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงของประเทศไทย ยังอยู่ในระดับสูง และด้วยเงื่อนไขทางสังคมหรือทางกฎหมาย จึงทำให้จำเป็นต้องจัดบริการเชิงรุก ด้วยความเข้าใจในวิถีชีวิต และสำหรับกลุ่มประชากรข้ามชาติ ภาษาและวัฒนธรรม เป็นประเด็นหลักอีกประการหนึ่งในการนำมาใช้จัดรูปแบบของบริการ

▪ บริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากความท้าทายที่ต่อเนื่องมาตั้งแต่รายงานฉบับก่อน หลังจากทบทวนกระบวนการแก้ปัญหาในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา จำเป็นต้องใช้กลวิธีในการกำหนดพื้นที่เป้าหมายเร่งรัดการพัฒนา ในเมืองท่องเที่ยว ซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีสภาพแวดล้อมที่นำไปสู่การแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้มาก และด้วยเหตุที่ลักษณะของบริการทางเพศมีการเปลี่ยนแปลงและมีความหลากหลาย จึงจำเป็นต้องพัฒนารูปแบบบริการที่หลากหลาย การมีส่วนร่วมของภาคธุรกิจในการจัดบริการ และการผสมผสานกฎหมายและระเบียบข้อบังคับ ให้เอื้อต่อการทำงานด้วย

3.5 การพัฒนาการเข้าถึงและคุณภาพการดูแล รักษา ผู้ติดเชื้อ

▪ การพัฒนาคุณภาพบริการให้คำปรึกษา

แม้ว่าประเทศไทยจะมีความก้าวหน้าในการขยายการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ หากแต่การดูแลผู้ติดเชื้อ ในปัจจุบัน โดยส่วนใหญ่ให้น้ำหนักไปที่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อ เข้าถึงการดูแลหรือแม้กระทั่งการเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในเวลาที่เหมาะสม จึงจำเป็นต้องจัดระบบการดูแลผู้ติดเชื้อ ตั้งแต่รู้ว่าติดเชื้อ และพัฒนาคุณภาพบริการให้คำปรึกษา ทั้งก่อนและหลังตรวจการติดเชื้อ รวมถึงให้คำปรึกษาเพื่อการดูแลสนับสนุนด้านจิตใจ รวมไปถึงการสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อ มีความเข้าใจในการที่จะดูแลตนเองเมื่อต้องรักษาด้วยยาต้านไวรัส

■ **การขยายและพัฒนาคุณภาพการมีส่วนร่วมของกลุ่มผู้ติดเชื้อ และองค์การศาสนาในการดูแลผู้ติดเชื้อ**

เป็นการทบทวนบทเรียน เพื่อวางกลยุทธ์การพัฒนารูปแบบที่เหมาะสม และความเชื่อมโยงกับระบบบริการ เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ และครอบครัว

■ **การรักษา ดูแลผู้ติดเชื้อเด็ก**

เนื่องจากการรักษา และดูแลเด็กที่ติดเชื้อ ยังทำได้เฉพาะในโรงพยาบาลใหญ่ จึงจำเป็นต้องพัฒนาเครือข่ายการดูแลอย่างต่อเนื่อง และมีประเด็นจำเพาะในการดูแลรักษาเด็ก ที่สำคัญประเด็นหนึ่งที่ยังต้องพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการ คือเรื่องการเปิดเผยผลเลือดแก่เด็ก

■ **การป้องกัน ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ**

ในปี 2549-2550 หน่วยงานทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคม ได้พัฒนาแนวทางการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งต้องอาศัยความรู้ความเข้าใจทั้งด้านวิชาการแพทย์ และด้านสังคม จึงจำเป็นต้องผสมผสานทั้ง มิติ ในการกำหนดมาตรการ และพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการทั้งภาครัฐ และภาคประชาสังคมในการทำงานเสริมกันอย่างกลมกลืน

■ **การเตรียมการรองรับกรณีดื้อยาต้านไวรัส**

ปัจจุบัน กรมควบคุมโรคได้จัดระบบเฝ้าระวังการดื้อยาต้านไวรัส ซึ่งต้องดำเนินการเป็นเครือข่ายร่วมกันของนักวิชาการและผู้ให้บริการ เพื่อใช้เป็นฐานข้อมูลในการเตรียมการด้านทรัพยากร

■ **การพัฒนาการดำเนินงานการติดเชื้อวัณโรคและเอชไอวี**

ยังคงต้องพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการ วัณโรค และ ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ให้เข้าใจแนวทางการดูแล และต้องพัฒนาการประสานบริการระหว่างคลินิกวัณโรคและคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี ให้มีประสิทธิภาพ

■ **การเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ของกลุ่มที่ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า**

ต้องพิจารณาความต่อเนื่องของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ของกลุ่มที่ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรณีที่การสนับสนุนจากกองทุนโลกสิ้นสุดลง

จ. การสนับสนุนจากภาคีพัฒนา

1. การสนับสนุนหลักที่ได้รับ

การรวบรวมข้อมูลในรายงานฉบับนี้ เป็นการเก็บข้อมูลจากภาครัฐ และองค์กรระหว่างประเทศ โดยไม่ได้รับรวมจากองค์กรพัฒนาเอกชน ยกเว้นในส่วนของแผนงานที่ได้รับสนับสนุนจากกองทุนโลกสำหรับโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย สรุปโดยย่อ ดังนี้

1.1 การสนับสนุนจากกองทุนโลกสำหรับ โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย

ประเทศไทยได้รับงบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ในการดำเนินงานด้านโรคเอดส์ รวม 3 รอบรวมเป็นเงินทั้งสิ้น 138.165 ล้านดอลลาร์สหรัฐ กล่าวคือ

รอบที่ 1 ประกอบด้วย แผนงานป้องกันการระบาดของ การติดเชื้อ เอชไอวี สำหรับกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา สถานประกอบการและในชุมชน และแผนงานดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์แบบผสมผสานและรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ ในระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2546 ถึง 30 กันยายน 2551 เป็นเงินรวม 109.35 ล้านดอลลาร์สหรัฐ

รอบที่ 2 ประกอบด้วย แผนงานป้องกันการระบาดของ การติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มแรงงานข้ามชาติ มีระยะเวลา ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2546 ถึง 30 กันยายน 2551 เป็นเงินรวม 13.46 ล้านดอลลาร์สหรัฐ และแผนงานดูแลรักษาแม่ติดเชื้อเอชไอวีหลังคลอดและครอบครัว มีระยะเวลาตั้งแต่ 1 พฤศจิกายน 2546 ถึง 31 ตุลาคม 2551 เป็นเงินรวม 14.08 ล้านดอลลาร์สหรัฐ

รอบที่ 3 เป็นแผนงานดูแลและสนับสนุนการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด มีระยะเวลาตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2547 ถึง 30 กันยายน 2550 เป็นเงินรวม 1.275 ล้านดอลลาร์สหรัฐ

ในช่วงปี 2549-50 แผนงานดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ทั้งในรอบที่ 1 และ 2 ได้ปรับกลุ่มประชากรเป้าหมาย เป็นกลุ่มประชากรข้ามชาติและผู้ที่ไม่ได้รับสิทธิประโยชน์ในแผนงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เนื่องจากประเทศได้กำหนดให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เป็นสิทธิประโยชน์ในแผนงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2549

1.2 ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข

(Thailand MOPH-U.S. CDC Collaboration: TUC)

TUC เป็นหน่วยงานความร่วมมือระหว่างกระทรวงสาธารณสุข กับ ศูนย์ควบคุมโรคแห่งชาติสหรัฐอเมริกา ด้านสาธารณสุข การป้องกันควบคุมโรค การเฝ้าระวัง การศึกษาวิจัย และการพัฒนาศักยภาพดำเนินงาน ทั้งด้านการวิจัยทางคลินิกด้านระบาดวิทยา และด้านโครงการสาธารณสุข ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของไวรัส เอชไอวี ในปี พ.ศ.2533 โดยมีลักษณะของการวางแผนโครงการระยะยาว 5 ปี ในปี 2549/2550 ครอบคลุม 4 จังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร และขยายไปสู่ประชากรเป้าหมายที่มีความเสี่ยงสูงในจังหวัดต่าง ๆ งบดำเนินการประมาณ 3.5 ล้านดอลลาร์ฯ ได้สนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ด้านต่าง ๆ กล่าวคือ

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร TUC ได้สนับสนุน การพัฒนาระบบประเมินคุณภาพภายนอก สำหรับการตรวจ เอชไอวี, การตรวจวัด CD4 และ ปริมาณไวรัส การฝึกอบรมการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับวินิจฉัยการติดเชื้อ เอชไอวี การวัด CD4 การเพาะเชื้อรา การเพาะเชื้อวัณโรค และ การตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยวิธีทางโมเลกุล (Molecular methods)

การพัฒนาการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ TUC ได้สนับสนุนการพัฒนาระบบคุณภาพการดูแล (HIVQUAL-T: คู่มือละเอียดในหัวข้อ ตัวอย่างแนวการปฏิบัติที่ดี) การพัฒนาเครือข่ายการรักษาเด็กติดเชื้อ ด้วยยาต้านไวรัสฯ (คู่มือละเอียดในหัวข้อ ตัวอย่างแนวการปฏิบัติที่ดี) และสนับสนุนการพัฒนาแบบ

การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อโดยสมัครใจ, การเปิดเผยผลการตรวจเลือด และการส่งเสริมความสม่ำเสมอในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

การป้องกันการระบาดของการติดเชื้อ TUC ได้สนับสนุน การพัฒนารูปแบบการทำงานชุมชนและการใช้กระบวน AIC ในการป้องกัน และสนับสนุนการดำเนินงานป้องกันในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการหญิง การจัดตั้งศูนย์ให้คำปรึกษาและข้อมูล แก่กลุ่มชาวประมง ณ บริเวณใกล้กับท่าปลา พัฒนาศูนย์บริการ Drop-in center สำหรับเยาวชนที่มีภาวะเสี่ยงสูง ที่จังหวัดเชียงราย

การพัฒนาและขยายระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ TUC ได้สนับสนุนการพัฒนาการตรวจปฏิบัติการตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี โดยใช้วิธีตรวจ BED IgG CAPTURED IMMUNOASSAY (BED-CEIA) การสำรวจพฤติกรรมของกลุ่มเยาวชน โดยใช้ เครื่องคอมพิวเตอร์แบบมือถือ

1.3 การสนับสนุนจากภาคีเพื่อการพัฒนาและองค์กรระหว่างประเทศอื่น ๆ

○ การสนับสนุนด้านการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

การดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง

การสนับสนุนจากภาคีเพื่อการพัฒนาจากประเทศต่าง ๆ ที่มีต่อประเทศไทยในช่วงของการรายงานส่วนใหญ่เป็นโครงการในกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง เช่น ผู้ใช้ยาชนิดฉีด พนักงานบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และประชากรข้ามชาติ โดยสนับสนุนงบประมาณให้ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ดำเนินงานในกรุงเทพมหานครและเมืองใหญ่

การดำเนินงานในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด ประกอบด้วย 1) งานพัฒนานโยบาย สำนักงานว่าด้วยยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ (United Office on Drugs and Crime -UNODC)สนับสนุนโครงการสร้างความเข้มแข็งด้านนโยบาย 2) งานพัฒนารูปแบบการทำงานและพัฒนาศักยภาพบุคลากร TUC สนับสนุนโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน องค์กรอนามัยโลก สนับสนุนโครงการสร้างศักยภาพเฉพาะทางให้แก่เจ้าหน้าที่สาธารณสุขในจังหวัดด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการให้บริการด้านการดูแลรักษาอย่างครอบคลุมในผู้ใช้ยาชนิดฉีดที่ติดเชื้อ UNAIDS สนับสนุน โครงการเฝ้าติดตามด้านสารเสพติดและเอชไอวีและการประชุมระดับชาติ เรื่องการลดอันตรายจากการใช้สารเสพติดในประเทศไทยโดย และ 3) งานวิจัย องค์กรอนามัยโลก สนับสนุน การศึกษาย้อนหลังเพื่อเปรียบเทียบผลเสียของการใช้ยา Nevirapine เป็นส่วนประกอบของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดรวมทั้งผู้ติดเชื้อกลุ่มอื่น

การป้องกันการติดเชื้อ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ประกอบด้วย 1) งานบริการและพัฒนา ศักยภาพการทำงาน TUC สนับสนุน โครงการให้บริการด้านคำปรึกษาและการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ องค์กรศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization -UNESCO) สนับสนุนโครงการกลยุทธ์สร้างความเข้มแข็งให้กับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในสถานบริการอาบอบนวดในกรุงเทพฯ 2) งานวิจัย องค์กรอนามัยโลก สนับสนุน การวิจัยเรื่องนโยบายและการรณรงค์เพื่อผลักดันนโยบายและขยายการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในสถานบริการอาบอบนวด การประเมินการเข้าถึงและการใช้บริการการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี และการให้บริการดูแลรักษาในกลุ่มสาวประเภทสองในเขตกรุงเทพมหานคร

การดำเนินงานในกลุ่มพนักงานบริการ UNFPA สนับสนุนการเสริมศักยภาพและเครือข่ายการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับพนักงานบริการ การจัดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูล ข่าวสารและการสร้างพันธมิตรการทำงาน ในเดือนตุลาคม 2550 ซึ่งมีผู้ที่เกี่ยวข้องหลักมีส่วนร่วมอย่าง

สร้างสรรค์ และเสริมสร้างความเข้มแข็งในการดำเนินงานแผนงานถุงยางอนามัย โดยการส่งเสริมการจัดตั้ง
คณะทำงานระดับชาติและพัฒนาหลักสูตรสำหรับผู้บริหารแผนงานถุงยางอนามัย

การดำเนินงานในกลุ่มประชากรข้ามชาติ CIDA ได้สนับสนุน โครงการแคนาดาต้านเอชไอวี/เอดส์ใน
ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Canada Southeast Asia Regional HIV/AIDS Programme - CSEARHAP)
มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ สนับสนุน โครงการสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายงานสุขภาวะทางเพศของประชากร
ข้ามชาติ

ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงข้างต้น United States Agency for International Development-
USAID ได้ให้การสนับสนุนภาคประชาสังคม ผ่านการให้ทุนดำเนินงานด้านการป้องกันและดูแลรักษา แก่
Family Health International (FHI), Population Services International (PSI) และ Pact Alliance

การดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มประชากรทั่วไป

การสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศ ที่นอกเหนือจากกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงต่อการ
ติดเชื้อ เอชไอวี ส่วนใหญ่เป็นการดำเนินงานในกลุ่มเยาวชน และวัยรุ่นหญิงในดำนอนามัยเจริญพันธุ์ ดังนี้

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก ได้รับการสนับสนุนจาก กองทุนสงเคราะห์เด็กแห่ง
สหประชาชาติ (United Nations Children's Fund - UNICEF) ภายใต้โครงการป้องกันและดูแลในกลุ่มเด็ก ใน
พื้นที่ทั่วประเทศ เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กและเยาวชน โดยมุ่งเน้นเยาวชนหญิงในกลุ่มวัยรุ่น
ปรับปรุบริการให้บริการแก่แม่ที่ติดเชื้อ ป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก จัดให้เด็กที่ได้รับผลกระทบเข้าถึง
บริการสุขภาพได้ดีขึ้น มีคุณภาพชีวิตที่ดี ได้รับสิทธิเดียวกันกับบุคคลอื่นๆในสังคม และสนับสนุนการพัฒนา
ศักยภาพของภาคีการทำงานทุกระดับโดยเน้นวิธีการที่ยืดถือสิทธิเป็นหลัก

UNFPA สนับสนุน โครงการป้องกันการติดเชื้อ กลุ่มหญิงตั้งครรรภ์ที่มีผลการตรวจการติดเชื้อเป็นลบ
ให้คงผลเลือดเป็นลบ และใช้การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของฝ่ายชายเป็นกลยุทธ์หลัก ซึ่งรูปแบบตามโครงการนี้
เป็นที่ยอมรับอย่างดีเยี่ยมของผู้ให้บริการและผู้ใช้บริการ และจะขยายการดำเนินงานโดยเครือข่ายของกระทรวง
สาธารณสุข

รัฐบาลฝรั่งเศส สนับสนุน โครงการวิจัย "Optimization of HIV Prevention and Treatment in the
Context of the Expanding Universal Access to HIV Care in Thailand" เพื่อหาวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันการ
ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่คงไว้ซึ่งประสิทธิผลในการป้องกันการติดเชื้อในลูกในขณะที่ไม่ทำให้เกิด
การดื้อยาสำหรับแม่ และการวิจัยเพื่อให้ได้วิธีการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่เหมาะสมสำหรับผู้ใหญ่และเด็ก

UNFPA เป็นหน่วยงานสนับสนุนหลักสำหรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ได้แก่ โครงการ Strengthening
Gender-Sensitive SRH and HIV/AIDS Prevention for Youth with Community Commitment และ
โครงการ Improved Access to Reproductive Health Services by Border Populations ซึ่งดำเนินการใน
จังหวัดในภาคเหนือและภาคใต้ของประเทศ เพื่อพัฒนาการเข้าถึงบริการอนามัยเจริญพันธุ์ทั้งในด้านคุณภาพ
ความเข้าใจในเพศวิถี และมีความจำเพาะกับแต่ละวัย รวมทั้งการปรับปรุงบริการให้คำปรึกษาและดูแล โดย
หญิง ชาย และโดยเฉพาะเยาวชน ณ จุดให้บริการของโครงการ นอกจากนั้น UNFPA ยังสนับสนุนกรมอนามัย
ในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของบริการอนามัยเจริญพันธ์บนพื้นฐานของการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อ

○ การสนับสนุนด้านการติดตามประเมินผลการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์

การสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ประเทศไทย พ.ศ. 2549

UNAIDS และหน่วยงานของสหประชาชาติในประเทศไทย ได้แก่ UNFPA UNICEF และ UNIFEM
สนับสนุนทั้งงบประมาณและวิชาการในการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ครั้งที่ 3 ซึ่งดำเนินการโดย
สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล เป็นการสำรวจเพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยง และความรูู้

เกี่ยวกับยาต้านไวรัสฯ เพื่อศึกษาความต้องการ ในภาวะที่มีการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การป้องกันและ การดูแลรักษา ผลการศึกษาจะเป็นประโยชน์ในการวางแผนและกำหนดแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหา เอดส์ของประเทศต่อไป

การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย พ.ศ.2548 – 2549 (Thailand Multiple Indicator Cluster Survey December 2005-February 2006 (MICS))

UNICEF และหน่วยงานของสหประชาชาติในประเทศไทย ได้แก่ UNDP UNESCO สนับสนุนทั้ง งบประมาณและวิชาการในการรวบรวมข้อมูลสถานการณ์เกี่ยวกับเด็ก เพื่อติดตามประเมินผลการพัฒนาเด็ก ในประเทศไทย นับเป็นครั้งแรกของประเทศที่ดำเนินการสำรวจสถานการณ์การพัฒนาเด็กระดับชาติ ดำเนินการโดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ โดยความร่วมมือกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ กระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุข

การเสริมสร้างศักยภาพการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับประเทศให้ เป็นเอกภาพ

ในปี 2549 UNAIDS และ TUC สนับสนุนการทบทวนการติดตามและประเมินผลที่มีอยู่ใน ระดับประเทศของประเทศไทย โดยหวังผลต่อการพัฒนาความเป็นเอกภาพของระบบติดตามประเมินผลการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ

การทบทวนและสังเคราะห์สถานการณ์ของการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ และการอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับ Sex Work setting ในประเทศไทย และพัฒนา ศักยภาพในการประมาณการจำนวนพนักงานบริการ

UNFPA สนับสนุนการทบทวนการป้องกันฯ ในกลุ่มพนักงานบริการ และได้จัดประชุมปฏิบัติการ ประมาณการจำนวนพนักงานบริการใน setting ต่างๆ เพื่อให้ผู้เข้าอบรม ที่เป็นผู้บริหารแผนงานทั้งจากภาครัฐ และองค์กรพัฒนาเอกชนได้นำความรู้ไปประยุกต์ใช้ในพื้นที่ของตนเอง สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ ได้ปรับปรุงคู่มือและแนวทางการสำรวจสถานบริการทางเพศและพนักงานบริการประจำปี UNFPA ยังได้สนับสนุน ให้ สำนักโรคเอดส์วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จัดการอบรมผู้ดำเนินงาน ระดับจังหวัด เพื่อใช้แนวทางการสำรวจที่ได้ปรับปรุงในการสำรวจ

2. ประเด็นและแนวทางที่ภาคีพัฒนาต้องร่วมดำเนินการเพื่อการบรรลุเป้าหมายตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์

การวางแผนและการดำเนินงานที่ใช้ข้อมูลเป็นฐานสำหรับแผนงานเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ

- ศึกษาข้อมูลหลักฐานเพิ่มเติมเพื่อพัฒนาการวางแผน การดำเนินงาน และการตัดสินใจบนฐานการพิจารณา ประเด็น เพศภาวะ ทางเลือกของระบบการเงินสำหรับการดูแลประชากรข้ามชาติ ระบบข้อมูลสุขภาพของประชากรข้ามชาติ พนักงานบริการ แผนงานเพศศึกษาโดยกระทรวงศึกษาธิการ และทางเลือกของระบบการเงินสำหรับแผนงานเอดส์ที่ยั่งยืน
- ส่งเสริมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับชาติและระดับท้องถิ่น ด้วยมาตรการที่มีความจำเพาะกับแต่ละกลุ่มประชากร และดำเนินการในกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อ และประชากรชายขอบ

ศักยภาพของหน่วยงานหลัก ภาครัฐ และภาคประชาสังคม ในการวางแผน พัฒนา และดำเนินงานนโยบายที่อยู่บนพื้นฐานของสิทธิ และความเข้าใจในเรื่องเพศภาวะ

- พัฒนาศักยภาพผู้ดำเนินงานทั้งระดับประเทศ จังหวัดและท้องถิ่นในการวางแผนและดำเนินการแผนงานเอดส์ให้มีประสิทธิภาพ
- เสริมการวางแผนและดำเนินการแผนงานเอดส์ที่กระจายอำนาจสู่ท้องถิ่นในระดับจังหวัดและตำบล
- สนับสนุนกิจกรรมในการผลักดันนโยบายและการพัฒนากรอบงานด้านกฎหมายบนพื้นฐานด้านสิทธิในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
- พัฒนาศักยภาพในการเสริมการดำเนินงานแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก

ศักยภาพของประชาสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ในการเป็นส่วนที่เท่าเทียมกันกับหน่วยงานภาครัฐในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ

- ดำเนินการให้ความช่วยเหลือทางวิชาการต่อเนื่อง ในการประเมินศักยภาพของกลุ่มหรือเครือข่ายหลักของภาคประชาสังคม
- พัฒนาศักยภาพของหน่วยงานหรือเครือข่ายภาคประชาสังคมเป้าหมายในการดำเนินงานที่สนองตอบความต้องการจากผลการประเมิน

การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี และข้อมูลข่าวสารและสื่อ ด้านสุขภาพทางเพศ และอนามัยเจริญพันธ์ที่เหมาะสมกับวัฒนธรรม และ ภาษา

- เสริมความเข้มแข็งของแผนงานเอดส์สำหรับกลุ่มประชากรข้ามชาติและกลุ่มชาติพันธุ์
- เสริมความร่วมมือข้ามชายแดนและในภูมิภาคในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์กลุ่มประชากรข้ามชาติและประชากรเคลื่อนย้าย

3. ความร่วมมือระหว่างประเทศกำลังพัฒนา (South-South Cooperation)

ความร่วมมือด้านวิชาการ

นอกเหนือจากการบริหารจัดการภายในประเทศและการสนับสนุนที่ได้รับจากภาคีเพื่อการพัฒนาและทรัพยากรภายนอกอื่น ๆ ที่มีต่อไทยแล้ว ประเทศไทยยังมีความร่วมมือในระดับประเทศกำลังพัฒนาด้วยกันมานานหลายทศวรรษ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดความยากจน พัฒนาสุขภาพอนามัยและการศึกษาทั้งในและนอกภูมิภาค ด้วยการแบ่งปันความรู้ทางวิชาการที่มีอยู่ของประเทศไทย และ / หรือที่เป็นความช่วยเหลือจากภาคีเพื่อการพัฒนา ให้แก่ประเทศภาคี เพื่อช่วยให้ประเทศดังกล่าวมีการพัฒนาที่ยั่งยืนทางเศรษฐกิจและสังคม

ทั้งนี้ โดยมี สำนักความร่วมมือเพื่อการพัฒนา ระหว่างประเทศ กระทรวงการต่างประเทศ เป็นผู้ดำเนินการและประสานงาน สำหรับ ภูมิภาคเอเชีย ประเทศที่มีความร่วมมือและได้รับประโยชน์ทางด้านปัญหาเอดส์ ได้แก่ ราชอาณาจักรกัมพูชา สาธารณรัฐประชาชนจีน ตีมอร์เลสเต่ บังคลาเทศ ปากีสถาน ภูฏาน ฟิลิปปินส์ สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว มองโกเลีย มัลดีฟส์ เมียนมาร์ เนปาล ศรีลังกา สาธารณรัฐสังคมนิยมเวียดนาม อินโดนีเซีย และไทย

แบบแผนของความร่วมมือได้แก่ โครงการทวิภาคี โครงการฝึกอบรมระหว่างประเทศประจำปี โครงการความร่วมมือทางวิชาการในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา โครงการความร่วมมือไตรภาคีและภูมิภาค และโครงการอาสาสมัครไทย ประเทศไทยตอบสนองต่อความร่วมมือตามความรู้ความสามารถทางวิชาการที่มีโดยออกแบบเฉพาะให้เหมาะสมต่อสถานะและความต้องการของแต่ละประเทศ ในช่วงเวลาของการรายงาน ได้จัดฝึกอบรมในด้านต่างๆดังต่อไปนี้ การฝึกอบรมเรื่องเอดส์ในวัยหนุ่มสาว การฝึกอบรมด้านการป้องกันและรักษาเด็กและวัยหนุ่มสาวที่อยู่ในสภาวะเปราะบาง การฝึกอบรมด้านการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

ในด้านงบประมาณของโครงการความร่วมมือ ประเทศไทยจัดสรรงบประมาณประจำปีของประเทศ รวมทั้งรับงบประมาณภายนอกจากภาคีเพื่อการพัฒนาเช่น โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP), กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA), กองทุนสงเคราะห์เด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF), องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (Japan International Cooperation Agency-JICA) ฯลฯ ในลักษณะร่วมกันรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการดำเนินการ

โครงการกองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ 'South-to-South Cooperation in Reproductive Health and Population Issues: Thailand' โดยสำนักความร่วมมือเพื่อการพัฒนา ระหว่างประเทศ ในประเทศในเอเชีย เพื่อให้ 10 ประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก รวมทั้งประเทศไทย ได้ร่วมโครงการนี้ และเป็นเครือข่ายในการแลกเปลี่ยนข่าวสาร ตกลงร่วมกันในประเด็นสำคัญระหว่างประเทศในกลุ่มและ/หรือประเด็นเกี่ยวกับประชากรตามแนวชายแดน และการพัฒนาอนามัยเจริญพันธุ์และเพศวิถี เช่น ข้อมูลและบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ให้กันและกัน รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อ การวิเคราะห์และประเมินสถานการณ์ อย่างน้อยสถาบันและองค์กรระดับชาติ 4 แห่ง ให้ข้อมูลด้านการศึกษาและฝึกอบรมที่มีคุณภาพและความช่วยเหลือทางวิชาการ ในประชากรและการพัฒนา อนามัยเจริญพันธุ์และ/หรือการจัดการความรู้ด้านเพศวิถี และท้ายสุดเพื่อให้มีหนึ่งกิจกรรมด้านประชากรและการพัฒนา อนามัยเจริญพันธุ์และเพศวิถี รวมทั้งการป้องกันเอชไอวีในประชากรตามแนวชายแดน

ความร่วมมือของภาคประชาสังคมระหว่างประเทศ

ในปี 2550 องค์กร GESTOS ประเทศบราซิล ร่วมกับภาคประชาสังคมใน 17 ประเทศ ได้แก่ อาร์เจนตินา เบลีซ บราซิล ชิลี อินเดีย อินโดนีเซีย เคนยา เม็กซิโก นิคารากัว เปรู ออฟริกาใต้ อุกันดา ยูเครน อูรุกวัย ไทย และ เวเนซุเอลา ดำเนินงานโครงการ UNGASS AIDS Forum มีวัตถุประสงค์ติดตามความก้าวหน้าการบรรลุเป้าหมาย UNGASS ในประเด็นสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ โดยหวังผลที่จะทำให้ประเทศมีความเข้าใจสถานการณ์ของสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ในแต่ละประเทศดีขึ้น และเพื่อขยายการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการติดตามนโยบายสาธารณะระหว่างประเทศ รวมถึงการนำประเด็นสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์เข้าเป็นวาระขับเคลื่อนในการดำเนินงานเอดส์ต่อไป

ช. สภาวะแวดล้อมของการติดตามและประเมินผล

1. ภาพรวมของระบบการติดตามและประเมินผลในปัจจุบัน

1.1 การทบทวนระบบการติดตามประเมินผล

ในปี 2549 กรมควบคุมโรค ในฐานะเลขานุการคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ ด้วยการสนับสนุนจาก UNAIDS และ โครงการความร่วมมือของกระทรวงสาธารณสุข และ US CDC (Thai MOPH and US CDC Collaboration: TUC) ได้ทบทวนการติดตามและประเมินผลที่มี อยู่ในระดับประเทศของประเทศไทย

จัดกลุ่มได้ เป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) การติดตามสถานการณ์และแบบแผนการระบาด 2) การติดตามการ ตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ และ 3) การประเมินผลที่ต้องการกลไกการประสานของหน่วยงานที่ดูแลฐานข้อมูลใน แต่ละกลุ่ม รวมถึงการเชื่อมโยงและนำมาสังเคราะห์เพื่อการใช้ประโยชน์ที่เป็นระบบ รายละเอียดโดยสังเขป ดังนี้

○ การติดตามสถานการณ์และการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอช ไอ วี

ประกอบด้วยฐานข้อมูลหลัก 3 ชุด ได้แก่ ทะเบียนผู้ติดเชื้อ มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ การเฝ้าระวังใน กลุ่มประชากรจำเพาะ และระบบบันทึกภายในของหน่วยงานสาธารณสุข

การเฝ้าระวังในกลุ่มประชากรจำเพาะ ประกอบด้วย การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ การเฝ้า ระวังพฤติกรรม การสำรวจสถานบันเทิง และการรายงานผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มาใช้บริการของ สถานบริการสาธารณสุข และในปี 2547 สำนักระบาดวิทยา ด้วยการสนับสนุนจาก TUC ได้เริ่มเฝ้าระวัง แนวโน้มอุบัติการณ์ของการติดเชื้อ เอชไอวี ด้วยการใช้นิเทศการตรวจ BED IgG captured ELISA ที่ตรวจ การติดเชื้อ ใหม่ ในเลือดตัวอย่างของระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ จาก กทม. และ 24 จังหวัด

สำนักระบาดวิทยาได้จัดระบบเผยแพร่ข้อมูลดังกล่าวทางรายงานการติดตามแต่ละระบบ บทรายงาน ในรายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ และผ่านเว็บไซต์ <http://epid.moph.go.th>

นอกจากระบบในระดับประเทศดังกล่าว สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดบางแห่ง จัดระบบติดตาม สถานการณ์ในประชากรบางกลุ่มเพิ่มเติม พบว่าสถานการณ์มีความแตกต่างระหว่างจังหวัด อีกทั้งให้ข้อมูลที่ ทำให้เข้าใจสภาพการระบาดของประเทศได้ดีขึ้น

○ การติดตามการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์

การติดตามการตอบสนองหรือการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ในระดับประเทศ ส่วนใหญ่ เป็นการติดตามในระดับผลลัพธ์และผลกระทบ จากรบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ และระบบเฝ้าระวังพฤติกรรม

การติดตามการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ ในระดับผลการปฏิบัติงาน และความ ครอบคลุมของบริการ เป็นการติดตามของหน่วยงานรับผิดชอบแต่ละโครงการ หรือแผนงาน แต่ยังไม่สามารถ สะท้อนความครอบคลุมของบริการในระดับประเทศ

การติดตามทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ ยังขาดฐานข้อมูลด้านการใช้ จ่ายเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ และยังขาดระบบการประมวลผลข้อมูล แม้หน่วยงานที่มีระบบการ รายงานการใช้จ่ายเงินอย่างต่อเนื่อง เช่น กองทุนโลก และองค์กรระหว่างประเทศอื่น ก็มีได้จำแนกประเภทการ ใช้จ่ายตาม National AIDS Spending Assessment (NASA) แต่เป็นการจำแนกตามประเภทการใช้จ่ายที่ หน่วยงานสนับสนุนเงินกำหนด

ดังนั้น การติดตามประมวลผลทรัพยากรที่ใช้ในการดำเนินงานของประเทศ จึงใช้วิธีการประมวลผล แบบผสมผสาน ทั้งจากการรวบรวมรายจ่ายจริงจากกองทุนหลักประกันสุขภาพต่าง ๆ ที่มีอยู่ในประเทศ ได้แก่

ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษายาพยาบาลของข้าราชการ และการคำนวณโดยใช้ต้นทุนค่าใช้จ่ายต่อคน คุณด้วย จำนวนผู้รับบริการตามมาตรฐานการปฏิบัติของ NASA อย่างไรก็ตาม หากในอนาคต เมื่อประเทศไทยมีการกระจายอำนาจประมาณสูงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น อาจต้องมีการจัดระบบการสำรวจ เพื่อให้สามารถติดตามการใช้จ่ายจริง โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

○ การประเมินผล

การทบทวนการประเมินผลระดับประเทศที่มีการดำเนินการล่าสุด จัดตามลักษณะการสำรวจ ได้ 3 กลุ่ม ได้แก่ การสำรวจครัวเรือน การสำรวจโรงเรียน และการทบทวนและประเมินผล โดยมีลักษณะการดำเนินงานที่ยังไม่ได้กำหนดเป็นโครงการการประเมินผลของประเทศ การประเมินผลโดยส่วนใหญ่ดำเนินการในแต่ละแผนงาน / โครงการ

1.2 การคาดประมาณขนาดของกลุ่มประชากรเป้าหมาย และการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ และความต้องการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ของผู้ติดเชื้อ ผู้ใหญ่และเด็ก

ด้วยความร่วมมือของ East – West Center กระทรวงสาธารณสุข และนักวิชาการ รวมตัวเป็น Thai working group ได้ใช้ข้อมูลพื้นฐานทางระบาดวิทยาของการแพร่ระบาดของเชื้อ เอชไอวี ในประเทศไทย คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ โดย Asian Epidemic Model (AEM) ได้ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2543 และแก้ไขปรับปรุงในปี พ.ศ. 2548 โดยได้คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ และผู้ติดเชื้อที่อยู่ในเกณฑ์ต้องรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ของผู้ติดเชื้อ จนถึงปี พ.ศ.2554

1.3 การพัฒนาระบบการติดตามประเมินผล

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ.2550 – 2554 ได้กำหนดให้การติดตาม ประเมินผล การศึกษาวิจัยและพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เป็นยุทธศาสตร์หนึ่ง และกำหนดเป้าหมายไว้ 3 ประการ กล่าวคือ

- 1) ระบบติดตามและประเมินผลแผนงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์เป็นเอกภาพ
- 2) ระบบฐานข้อมูลเป็นปัจจุบัน ทันกาล ใช้ประโยชน์ได้จริงและแสดงผลสัมฤทธิ์ของแผน
- 3) หน่วยงานทุกระดับสามารถใช้ประโยชน์ของข้อมูลสารสนเทศจากการติดตามประเมินผลในการวางแผน และวิเคราะห์แผนการดำเนินการ

ในปี 2550 ประเทศไทยได้ดำเนินการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผล กล่าวคือ

○ โครงสร้างระบบติดตามประเมินผลการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับประเทศ

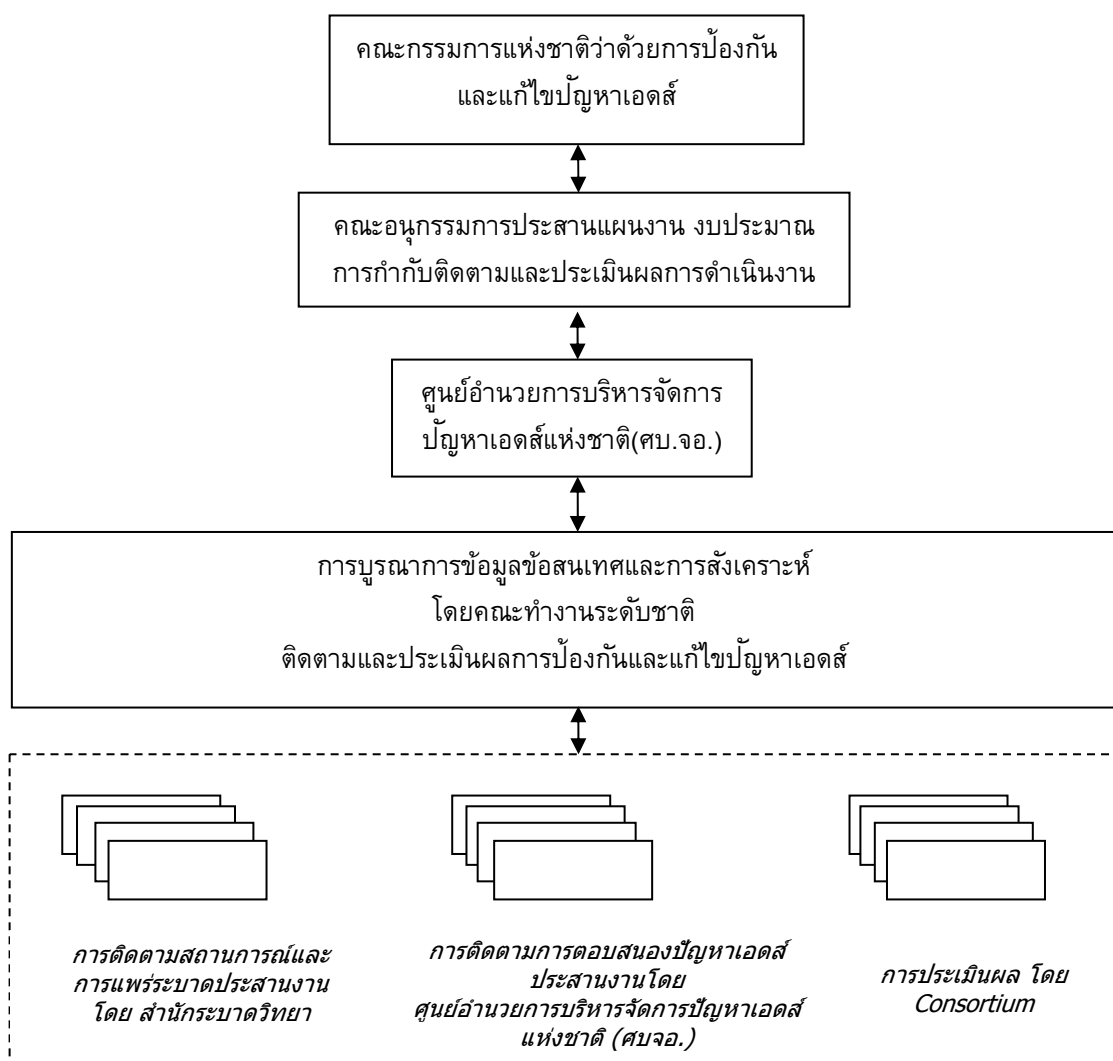
การทบทวนระบบการติดตามประเมินผลฯ ดังกล่าวข้างต้น ประกอบกับแนวทางตามข้อเสนอแนะของ UNAIDS ให้ประเทศต่าง ๆ ได้พิจารณาการติดตามและประเมินผลที่เป็นเอกภาพ กรมควบคุมโรค จึงได้จัดประสานการจัดทำข้อเสนอ ทั้งด้านโครงสร้าง การทำงาน และการบริหารจัดการ ของระบบติดตามประเมินผล การป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับประเทศ เสนอต่อคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และได้รับความเห็นชอบในการประชุม วันที่ 12 มกราคม 2550 กล่าวคือ

สำนักระบาดวิทยาจะเป็นหน่วยงานหลักในการติดตามสถานการณ์และแบบแผนการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ เป็นหน่วยงานหลักในการติดตามโครงการโรคเอดส์ทั้งหมด สำหรับการประเมินผลการตอบสนองต่อปัญหาระดับประเทศนั้น จะดำเนินการโดยกลไกของ Consortium

การสังเคราะห์ข้อมูลข้อเสนอแนะจากระบบติดตามประเมินผลทั้ง 3 ส่วน จะดำเนินการโดยคณะทำงานระดับชาติ เพื่อการติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี ประกอบด้วยบุคลากรจากหน่วยงานหลักข้างต้นทั้ง 3 ส่วน และผู้เชี่ยวชาญทางวิชาการจากมหาวิทยาลัยและสถาบันต่าง ๆ ประชาสังคม และหน่วยงานระหว่างประเทศ โดยการประสานการดำเนินงานของสำนักงานพัฒนาวิชาการสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี กรมควบคุมโรค

สาระจากการสังเคราะห์รวมถึงข้อเสนอต่อการพัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี จะผ่านกลไกการดำเนินงานของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ และคณะอนุกรรมการประสานแผนงาน งบประมาณ การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน สู่คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวี (รูปที่ 23)

รูปที่ 23: โครงสร้างกลไกการติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีระดับประเทศ



○ **กรอบงานการติดตามประเมินผลการป้องกันแก้ไขปัญหาเอชไอวีระดับประเทศ**

ในปี 2550 ได้มีการประชุมหารือเพื่อจัดทำกรอบงานการติดตามประเมินผลการป้องกันแก้ไขปัญหาเอชไอวีระดับประเทศ โดยใช้แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ พ.ศ.2550 – 2554 เป็นฐานหลัก และพิจารณาจากแนวทางการสร้างตัวชี้วัดหลักของ UNGASS ปี 2551

ในกระบวนการจัดทำรายงาน UNGASS รอบปี 2551 ได้กำหนดวัตถุประสงค์ที่สำคัญประการหนึ่งเพื่อพัฒนาคณะทำงานที่ประกอบด้วยภาคส่วนต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ประชาสังคม นักวิชาการ และองค์กรระหว่างประเทศ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของประเทศอย่างต่อเนื่อง

○ การพัฒนาพื้นที่ติดตามสถานการณ์ผสมผสาน

การวิเคราะห์ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังที่มีอยู่ ชี้ให้เห็นความแตกต่างด้านสภาพปัญหาในแต่ละภูมิภาคอย่างชัดเจน ซึ่งนำไปสู่การเสนอแนะในการพัฒนาพื้นที่ติดตามสถานการณ์เอดส์ของประเทศที่ผสมผสาน (Comprehensive monitoring sites) ด้วยกระบวนการพัฒนาบุคลากรของจังหวัด ให้สามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลของตนเองในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้จังหวัดพัฒนาระบบฐานข้อมูลที่เป็นเพื่อการใช้ประโยชน์ตามลักษณะที่แตกต่างระหว่างจังหวัด ในขณะที่ทำให้การติดตามสภาพปัญหาเอดส์ และการตอบสนองต่อปัญหา ของประเทศมีความชัดเจนและนำไปสู่กระบวนการพัฒนา นโยบายและยุทธศาสตร์การป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างเป็นระบบ

การคัดเลือกพื้นที่เพื่อพัฒนาเป็นพื้นที่ติดตามสถานการณ์ผสมผสาน ได้พิจารณาให้ครอบคลุมทุกภูมิภาคของประเทศ และมีลักษณะที่สะท้อนความหลากหลายในมิติของวัฒนธรรม ความเป็นอยู่ของประชาชน ในเบื้องต้นได้คัดเลือกไว้ 13 จังหวัด และได้เริ่มต้นดำเนินการพัฒนาจำนวน 7 จังหวัด ด้วยกระบวนการสร้างกลไกการพัฒนาศักยภาพของพื้นที่ให้ต่อเนื่อง โดยความร่วมมือระหว่างกรมควบคุมโรคกับนักวิชาการจากมหาวิทยาลัย

2. ความท้าทายในการดำเนินงานติดตามประเมินผลที่ผสมผสาน

- การสร้างกลไกขับเคลื่อนการดำเนินงานตามโครงสร้างการผสมผสานการติดตามประเมินผลระดับ ประเทศ ที่คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้ความเห็นชอบ ที่กำหนดให้มี คณะทำงานระดับชาติ ประกอบด้วย ภาครัฐ ประชาสังคม นักวิชาการ และองค์กรระหว่างประเทศ ต้องใช้ เวลาและอาศัยความร่วมมือของทุกภาคส่วนเพื่อทำให้การมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆ ส่งผลให้การ พัฒนาระบบติดตามประเมินผลของประเทศได้อย่างรอบด้านและต่อเนื่อง
- การปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้การติดตามการดำเนินงานและงบประมาณที่ใช้จ่ายเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ไม่สามารถจัดการจากส่วนกลางเท่านั้น
- ระบบติดตามประเมินผลในปัจจุบัน ยังไม่สามารถสะท้อนการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาได้ดีพอ โดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงและยังไม่มีระบบติดตามความครอบคลุมของบริการ แม้ว่า จะมีการทบทวนการดำเนินงานในช่วงระยะกึ่งกลางแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติฉบับที่ผ่านมา รวมถึง การประเมินการตอบสนองของภาคสุขภาพ แต่การประเมินผลส่วนใหญ่เป็นการประเมินผลแต่ละโครงการ
- การเชื่อมโยงระบบติดตามประเมินผลการดำเนินงานของภาคประชาสังคมเข้ามาในระบบรวมของประเทศ มีเฉพาะแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก และโครงการที่ภาคประชาสังคมได้รับเงินอุดหนุน จากรัฐบาลเท่านั้น
- การสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จากแหล่งเงินทุนต่าง ๆ ทั้งจากองค์กรระหว่างประเทศ หรือ ที่หน่วยงานต่าง ๆ ได้รับการสนับสนุนในลักษณะทวิภาคี ตลอดจนส่วนที่ประเทศไทยสนับสนุนประเทศอื่น ยกเว้นส่วนที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก เป็นการดำเนินงานของแต่ละหน่วยงาน ซึ่งยังไม่มีกรรวบรวมข้อมูลที่เป็นระบบ จึงทำให้ต้องดำเนินการจัดเก็บเฉพาะกิจเป็นประจำ
- การใช้ประโยชน์จากระบบข้อมูลข้อเสนอเทศยังน้อยมาก เมื่อเทียบกับระบบการรวบรวมข้อมูลที่มีอยู่ เหตุ หนึ่งเนื่องจากการเผยแพร่ข้อมูลข้อเสนอเทศของหน่วยงานต่าง ๆ ที่ดูแลฐานข้อมูลยังไม่เป็นระบบที่สามารถ เข้าถึงได้อย่างกว้างขวาง

3. แผนปฏิบัติการแก้ไขความท้าทาย

○ การจัดทำแผนติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ.2550-2554

ใช้กลไกของคณะทำงานจัดทำรายงานความก้าวหน้า UNGASS 2008 ที่ประกอบด้วยภาครัฐ ภาคประชาสังคม นักวิชาการ และองค์กรระหว่างประเทศ ในการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลต่อเนื่อง และผสมผสานกับกระบวนการพัฒนาระบบติดตามประเมินผลผสมผสานระดับประเทศที่กำลังดำเนินการอยู่ โดยกำหนดเป้าหมายจัดทำ แผนติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับประเทศ สำหรับช่วงเวลาของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ.2550-2554 ให้แล้วเสร็จภายในเดือน พฤษภาคม 2551

○ การคาดประมาณกลุ่มประชากรเป้าหมาย

ทบทวนและพัฒนากลไกของคณะทำงานเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์การคาดประมาณกลุ่มประชากรเป้าหมายเพื่อวางแผนการป้องกัน และดูแลรักษา สนับสนุนช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ โดยกำหนดเป้าหมายจะทบทวน ตัวแปร ภายในปี 2551

○ การจัดทำฐานข้อมูลเพื่อติดตามสถานการณ์เอดส์และความครอบคลุมของการดำเนินงาน

ทบทวนและบูรณาการฐานข้อมูลที่มีอยู่เพื่อลดภาระงานของหน่วยงานที่ต้องรวบรวมข้อมูล สร้างกลไกการปรับปรุงหรือสร้างฐานข้อมูลเพิ่มเติม หรือบูรณาการประเด็นการติดตามเรื่องเอดส์ในการสำรวจประชากรของประเทศที่มีอยู่ในระบบต่างๆ เพื่อให้สามารถติดตามสถานการณ์ปัญหา หรือประเมินความครอบคลุมได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

○ การพัฒนาศักยภาพการติดตามประเมินผล

สืบเนื่องจากการปฏิรูประบบราชการและการกระจายอำนาจสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เป็นความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องพัฒนาศักยภาพของหน่วยงานในพื้นที่ ให้สามารถติดตามประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของตนเองได้อย่างมีคุณภาพ จึงจะสามารถเพิ่มประสิทธิภาพของการใช้ทรัพยากรในพื้นที่ กลุ่มเป้าหมายหลักในปี 2551-2552 คือ ศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ซึ่งเป็นส่วนสำคัญที่จะขับเคลื่อนการทำงานของภาคส่วนต่างๆทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ภาคชุมชน และภาคธุรกิจ ผ่านกลไกของคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด

4. สิ่งที่ต้องการความช่วยเหลือด้านวิชาการ

- การทบทวนการคาดประมาณขนาดของกลุ่มประชากรเป้าหมาย
- การทบทวนการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ และความต้องการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ของผู้ติดเชื้อ ผู้ใหญ่และเด็ก
- การวิเคราะห์ฐานข้อมูลที่ควรปรับปรุงและเพิ่มเติมเพื่อให้สามารถติดตามสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงไปได้เหมาะสม
- การวางแผนการติดตามความครอบคลุมของแผนงานเอดส์ โดยเฉพาะในกรณีของการสำรวจประชากร

ผนวก 1

ดัชนีรวมด้านนโยบาย – มุมมองภาครัฐ

1. แผนยุทธศาสตร์

1. ประเทศได้จัดทำยุทธศาสตร์ หรือกรอบการดำเนินงานระดับชาติร่วมกันของภาคส่วนต่าง ๆ เพื่อต่อสู้โรคเอดส์ หรือไม่

√มี	ระยะเวลา พ.ศ. 2550-2554
-----	-------------------------

1.1 ประเทศมีการจัดทำยุทธศาสตร์/กรอบการดำเนินงานมานานเท่าใด 5 ปี

1.2 มีหน่วยงานใดบ้างในยุทธศาสตร์/กรอบการดำเนินงานที่มีงบประมาณสำหรับกิจกรรมเรื่องเอดส์โดยเฉพาะ

หน่วยงาน	ยุทธศาสตร์/กรอบการดำเนินงาน		งบประมาณที่กำหนดไว้ว่าเป็นเรื่องเอดส์	
	√มี	ไม่มี	√มี	ไม่มี
กรมประชาสัมพันธ์	√มี	ไม่มี	√มี	ไม่มี
กลาโหม	√มี	ไม่มี	√มี	ไม่มี
กรมแพทย์ทหารบก	√มี	ไม่มี	√มี	ไม่มี
กรมแพทย์ทหารเรือ	√มี	ไม่มี	√มี	ไม่มี
กรมแพทย์ทหารอากาศ	√มี	ไม่มี	√มี	ไม่มี
สำนักงานปลัดกระทรวงมหาดไทย	√มี	ไม่มี	√มี	ไม่มี
กรมพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน	√มี	ไม่มี	√มี	ไม่มี
กรมราชทัณฑ์	√มี	ไม่มี	√มี	ไม่มี
กรมการจัดหางาน	√มี	ไม่มี	√มี	ไม่มี
กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน	√มี	ไม่มี	√มี	ไม่มี
สาธารณสุข	√มี	ไม่มี	√มี	ไม่มี
ศึกษาธิการ	√มี	ไม่มี	√มี	ไม่มี
คมนาคม	มี	√ไม่มี	มี	√ไม่มี
สตรี	มี	√ไม่มี	มี	√ไม่มี
เยาวชน	มี	√ไม่มี	มี	√ไม่มี
อื่น ๆ * โปรดระบุ	มี	ไม่มี	มี	ไม่มี
ถ้าตอบว่าไม่มี การตั้งงบประมาณไว้ จะนำเงินมาดำเนินกิจกรรมได้อย่างไร <u>ตอบ</u> ในยุทธศาสตร์ไม่ได้กำหนดกรอบวงเงิน แต่ในแผนปฏิบัติการประจำปีจะมีกรอบวงเงินงบประมาณที่ชัดเจนพร้อมระบุแหล่งที่มาของงบประมาณ				

1.3 ยุทธศาสตร์/กรอบการทำงานได้กำหนดเป้าหมาย กลุ่มประชากร, สถานที่ และประเด็นตัดขวาง (Cross cutting issues) เหล่านี้หรือไม่

กลุ่มประชากร		
1. กลุ่มผู้หญิงและเด็กผู้หญิง	√มี	ไม่มี
2. กลุ่มเยาวชนหญิงและชาย	√มี	ไม่มี
3. กลุ่มเป้าหมายจำเพาะที่มีสถานะเปราะบาง	√มี	ไม่มี
4. กลุ่มเด็กกำพร้าและเด็กที่มีสถานะเปราะบาง	√มี	ไม่มี
สถานที่		
5. สถานประกอบกิจการ	√มี	ไม่มี
6. โรงเรียน	√มี	ไม่มี
7. เรือนจำ	√มี	ไม่มี
ประเด็นตัดขวาง		
8. โรคนิวเคลียร์และความยากจน	√มี	ไม่มี
9. การคุ้มครองสิทธิมนุษยชน	√มี	ไม่มี
10. การมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	√มี	ไม่มี
11. การรังเกียจและการเลือกปฏิบัติ	√มี	ไม่มี
12. การเสริมพลังบทบาททางเพศและ/หรือการส่งเสริมความเท่าเทียมกันทางเพศ	√มี	ไม่มี

[3] กลุ่มเป้าหมายจำเพาะที่มีสถานะเปราะบาง ได้แก่ ผู้ชายชนดัดจริต ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการทางเพศและลูกค้า ประชากรและแรงงานข้ามชาติ คนย้ายถิ่นในประเทศ ผู้อพยพ ผู้ต้องขัง เป็นต้น

1.4 การกำหนดกลุ่มเป้าหมายมีการใช้กระบวนการประเมินและวิเคราะห์ความต้องการที่จำเป็นหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

ได้ประเมินและวิเคราะห์ความต้องการที่จำเป็นเมื่อใด ปี 2549 และ ปี2550

1.5 กลุ่มประชากรเป้าหมายในประเทศคือกลุ่มใด (โปรดระบุ)

- ตอบ
1. กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
 2. กลุ่มคู่สามีภรรยาที่ฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งติดเชื้อ
 3. กลุ่มเยาวชน
 4. กลุ่มผู้ใช้สารเสพติด
 5. กลุ่มพนักงานบริการหญิงและผู้ซื้อบริการ

1.6 ในยุทธศาสตร์/กรอบการดำเนินงาน มีแผนปฏิบัติการหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

1.7 ในยุทธศาสตร์/กรอบการดำเนินงานหรือแผนปฏิบัติการ มีหัวข้อเหล่านี้หรือไม่

a. เป้าหมายของแผนงาน	√มี	ไม่มี
b. เป้าหมายที่ชัดเจนและ/หรือเป้าหมายตามกำหนดระยะเวลา	√มี	ไม่มี
c. รายละเอียดงบประมาณของแต่ละแผนงาน	√มี	ไม่มี
d. แหล่งที่มาของแหล่งทุน	√มี	ไม่มี
e. กรอบการติดตามและประเมินผล	√มี	ไม่มี

1.8 ประเทศได้ทำให้มั่นใจว่า ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการพัฒนายุทธศาสตร์/กรอบการดำเนินงาน หรือไม่

มีส่วนร่วมมาก	✓มีส่วนร่วมปานกลาง	ไม่มีส่วนร่วม
---------------	--------------------	---------------

ถ้าตอบว่าไม่มีส่วนร่วม หรือมีส่วนร่วมปานกลาง, กรุณาอธิบาย
ตอบ ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการพัฒนายุทธศาสตร์ในการจัดทำแผนเอตส์ระดับชาติซึ่งมีระยะเวลา 5ปี ตลอดกระบวนการทำแผนฯ หากแต่ภาครัฐและภาคประชาสังคมไม่ได้ร่วมกันกำหนดแผนงานในแต่ละปี กรอบการทำงานส่วนใหญ่ถูกกำหนดมาจากภาครัฐ ในการดำเนินงานนั้นภาคประชาสังคมจะเสนอโครงการเพื่อของบประมาณจากภาครัฐและดำเนินกิจกรรมในกลุ่มเป้าหมายต่าง ๆ เช่น กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด กลุ่มเยาวชน

ภาคประชาสังคม ได้แก่ กลุ่มผู้ติดเชื้อ องค์กรสตรี องค์กรเยาวชน องค์กรศาสนา องค์กรให้บริการด้านเอตส์ องค์กรชุมชน องค์กรกลุ่มได้รับผลกระทบ ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการฯ ผู้ใช้ยาชนิดฉีด ประชากรข้ามชาติ

1.9 ยุทธศาสตร์/กรอบการดำเนินงานได้มีการรับรองโดย พันธมิตรด้านพัฒนา (ทวิภาคี หรือ พหุภาคี) หรือไม่

✓มี	ไม่มี
-----	-------

1.10 พันธมิตรด้านพัฒนา (ทวิภาคี-พหุภาคี) ได้จัดแนวทางการดำเนินงานเอตส์ขององค์กรในแนวทางของยุทธศาสตร์หรือกรอบการทำงานของประเทศ หรือไม่

✓ทุกองค์กรพันธมิตร	บางส่วน	ไม่มีเลย
--------------------	---------	----------

2. ประเทศได้มีการบูรณาการเรื่องของเอชไอวีและเอตส์ลงในแผนพัฒนาต่าง ๆ หรือไม่ เช่น

ก) แผนพัฒนาของชาติ

ข) กรอบการพัฒนาความช่วยเหลือของสหประชาชาติ

ค) ยุทธศาสตร์ลดปัญหาความยากจน

ง) Sector Wide Approach

✓มี	ไม่มี	ไม่เกี่ยวข้อง
-----	-------	---------------

2.1 ถ้าตอบว่า มี, แผนพัฒนาใดบ้างที่มีการบูรณาการเพื่อให้การสนับสนุนเกี่ยวกับเอชไอวีและเอตส์

ก) แผนพัฒนาของชาติ

ข) กรอบการพัฒนาความช่วยเหลือของสหประชาชาติ

ค) ยุทธศาสตร์ลดปัญหาความยากจน

2.2 ถ้าตอบว่ามี, นโยบายใดต่อไปนี้อยู่รวมอยู่ในแผนพัฒนา

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในนโยบายยุทธศาสตร์ที่อยู่ในแผนพัฒนาต่าง ๆ

นโยบาย	แผนพัฒนา		
	ก	ข	ค
1. การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	✓	✓	✓
2. การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส		✓	✓
3. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์		✓	✓
4. การดูแลและการช่วยเหลือ (รวมทั้งความปลอดภัยทางสังคมและอื่น ๆ)	✓	✓	✓
5. การบรรเทาผลกระทบที่เกิดจากเอดส์		✓	✓
6. การลดความไม่เท่าเทียมกันทางเพศเกี่ยวกับการป้องกัน/การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์		✓	
7. การลดความไม่เท่าเทียมกันของรายได้ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน/ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์			
8. การลดการรังเกียจและการเลือกปฏิบัติ		✓	
9. การเสริมพลังอำนาจทางด้านเศรษฐกิจของผู้หญิง (เช่นเข้าถึงสินเชื่อ, เป็นเจ้าของที่ดิน, การอบรม)		✓	✓
10. อื่น ๆ (โปรดระบุ)			

3. ประเทศมีการประเมินผลกระทบจากโรคเอดส์ที่มีต่อเศรษฐกิจและสังคมเพื่อนำมาใช้ในการวางแผนหรือไม่

✓ มี	ไม่มี	ไม่มีข้อมูล
------	-------	-------------

3.1 ถ้าตอบว่ามี, ได้มีการนำข้อมูลเหล่านี้ไปใช้เพื่อการตัดสินใจจัดสรรทรัพยากรมากน้อยเพียงใด

น้อย					มาก
0	1	2	✓ 3	4	5

4. ประเทศมียุทธศาสตร์หรือกรอบการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มเจ้าหน้าที่ในเครื่องแบบ เช่น กลุ่มพยาบาล, ตำรวจ, กองกำลังสันติภาพ, เจ้าหน้าที่เรือนจำ เป็นต้น หรือไม่

✓ มี	ไม่มี
------	-------

4.1 ถ้าตอบว่ามี, มีแผนงานใดบ้าง ที่ไม่ใช่เพียงโครงการนำร่อง ที่ได้ดำเนินการในกลุ่มเจ้าหน้าที่ในเครื่องแบบมากกว่า 1 กลุ่ม

การสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม	✓ มี	ไม่มี
การจัดหาถุงยางอนามัย	✓ มี	ไม่มี
การตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการให้คำปรึกษา	✓ มี	ไม่มี
บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	✓ มี	ไม่มี
การรักษา	✓ มี	ไม่มี
การดูแลและการให้ความช่วยเหลือ	✓ มี	ไม่มี
อื่น ๆ (โปรดระบุ)		
ใช้วิธีการอย่างไรในการตรวจเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและให้คำปรึกษา เป็นการตรวจด้วยความสมัครใจหรือถูกบังคับ (เช่น การลงทะเบียน) กรุณาอธิบาย		
ตอบ ตรวจการติดเชื้อและให้คำปรึกษา เวลาเริ่มเข้าทำงาน กลุ่มทหารคัดเลือกกองประจำการและตำรวจ		

5. ประเทศได้มีการติดตามพันธกรณีเพื่อการเข้าถึงโดยทั่วถึง (Universal Access) ตามที่ได้มีการทบทวนโดยผู้บริหารระดับสูง ในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2549 หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

5.1 มีการปรับปรุงแผนยุทธศาสตร์/แผนปฏิบัติการและงบประมาณเอตส์ชาติเนื่องจากการติดตามหรือไม่

มี	√ไม่มี
----	--------

5.2 มีการปรับการคาดประมาณขนาดของกลุ่มประชากรเป้าหมายให้ทันสมัยหรือไม่

มี	√ไม่มี
----	--------

5.3 มีการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ และความต้องการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อทั้งผู้ใหญ่และเด็กหรือไม่

√มีการคาดประมาณจำนวนและความต้องการในอนาคต	มีการคาดประมาณจำนวนเท่านั้น	ไม่มี
---	-----------------------------	-------

5.4 มีการติดตามความครอบคลุมของแผนงาน เอชไอวีและเอตส์หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

ก. ถ้าตอบว่ามี, มีการติดตามความครอบคลุม จำแนกเพศ (หญิงและชาย) หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

ข. ถ้าตอบว่ามี, มีการติดตามความครอบคลุมจำแนกกลุ่มประชากรย่อย หรือไม่

มี	√ไม่มี
----	--------

ค. ถ้าตอบว่ามี, มีการติดตามความครอบคลุมจำแนกพื้นที่หรือไม่

มี	√ไม่มี
----	--------

5.5 ประเทศมีแผนพัฒนาระบบสุขภาพ ได้แก่ โครงสร้างพื้นฐาน ทรัพยากรบุคคล และการเสริมสร้างสมรรถนะรวมถึงระบบการจัดส่งยา(Logistic supply)หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

ในภาพรวม ท่านให้คะแนนกับความพยายามในการวางแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหา เอตส์ ระดับใด ในปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2548											
พ.ศ. 2550	ต่ำ										สูง
	0	1	2	3	4	5	√6	7	8	9	10
พ.ศ. 2548	ต่ำ										สูง
	0	1	2	3	4	5	√6	7	8	9	10
อธิบายความก้าวหน้าของความพยายามในการวางแผนยุทธศาสตร์ฯ นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ประเทศไทยดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์อย่างจริงจัง ดังจะเห็นได้จากการจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์ระดับชาติ ที่มีการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน ในปัจจุบันเป็นแผนฉบับที่ 4 (พ.ศ.2550-2554) ครอบคลุมกลุ่มประชากรเป้าหมายที่เป็นกลุ่มอยู่ในภาวะเสี่ยงของประเทศ การสำรวจ ในปี พ.ศ. 2550 พบว่ายังมีหน่วยงานเพียงส่วนน้อยที่ยังไม่มีการระบุงบประมาณสำหรับกิจกรรมเรื่องเอตส์โดยเฉพาะไว้ในยุทธศาสตร์ อย่างไรก็ตามถึงแม้ในยุทธศาสตร์ไม่ได้กำหนดงบประมาณไว้ แต่มีงบประมาณที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการประจำปีที่ชัดเจนพร้อมระบุแหล่งที่มาของงบประมาณด้วย นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญของประเทศไว้ชัดเจน ดังนั้นความพยายามในการวางแผนยุทธศาสตร์จึงจัดอยู่ในระดับค่อนข้างดีแต่ยังมีการดำเนินงานที่ไม่แตกต่างกันเมื่อเทียบความพยายามในปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550											

2. การสนับสนุนทางการเมือง

การสนับสนุนด้านการเมืองอย่างจริงจังหมายถึง การที่ผู้นำภาครัฐและผู้นำทางการเมืองกล่าวถึงโรคเอตส์บ่อยๆ และเป็นประธานการประชุมสำคัญต่างๆ รวมทั้งมีการจัดสรรงบประมาณของประเทศ เพื่อสนับสนุนแผนงานเอตส์ และสนับสนุนองค์กรภาครัฐและภาคประชาสังคมและกระบวนการเพื่อให้ดำเนินการแผนงานเอตส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ

1. ผู้บริหารระดับสูงกล่าวต่อสาธารณะ เรื่องเอตส์ในแนวที่เป็นการสนับสนุนการดำเนินงานในเวทีสำคัญภายในประเทศอย่างน้อยปีละ 2 ครั้งหรือไม่

นายกรัฐมนตรี

เจ้าหน้าที่ระดับสูงอื่น

เจ้าหน้าที่ระดับภูมิภาคหรือระดับอำเภอ

ใช่	√ไม่ใช่
√ใช่	ไม่ใช่
√ใช่	ไม่ใช่

2. ประเทศมีการบริหารจัดการหรือประสานการดำเนินงานเอตส์ของภาคส่วนต่างๆระดับชาติ ที่เป็นทางการหรือไม่ (คณะกรรมการเอตส์ชาติหรือเทียบเท่า)

√มี	ไม่มี
-----	-------

2.1 ถ้าตอบว่ามี, เริ่มก่อตั้งเมื่อปี พ.ศ. ไต ตอบ พ.ศ. 2541

2.2 ถ้าตอบว่ามี, ใครเป็นประธานคณะกรรมการ (เขียนชื่อและตำแหน่ง)

ตอบ นายกรัฐมนตรี ปี พ.ศ.2550 มอรองนายกรัฐมนตรี นายไพบุลย์ วัฒนศิริธรรม

2.3 ถ้าตอบว่ามี, มีการดำเนินงานต่อไปนี้หรือไม่

มีข้อกำหนดบทบาทหน้าที่หรือไม่	√มี	ไม่มี
ภาครัฐมีการแสดงภาวะผู้นำและมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันหรือไม่	√มี	ไม่มี
มีข้อกำหนดการเป็นสมาชิกหรือไม่	√มี	ไม่มี
มีตัวแทนของภาคประชาสังคมหรือไม่	√มี	ไม่มี
ถ้าตอบว่ามี, เป็นสัดส่วนร้อยละเท่าไร ระบุ...7.....% (2 ใน 30 คน)		
มีผู้ติดตามโซเชียลมีเดียหรือไม่	√มี	ไม่มี
มีภาคเอกชนหรือไม่	√มี	ไม่มี
มีแผนการดำเนินงานหรือไม่	√มี	ไม่มี
มีคณะเลขานุการที่ดำเนินงานได้ดีหรือไม่	√มี	ไม่มี
มีการประชุมอย่างน้อยทุก 3 เดือนหรือไม่	มี	√ไม่มี
มีการทบทวนการตัดสินใจเชิงนโยบายเป็นประจำหรือไม่	√มี	ไม่มี
มีการส่งเสริมให้มีการตัดสินใจเชิงนโยบายหรือไม่	√มี	ไม่มี
มีการให้โอกาสภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการตัดสินใจหรือไม่	√มี	ไม่มี
มีการส่งเสริมการประสานระหว่างผู้ให้ทุนเพื่อหลีกเลี่ยงการให้ทุนคู่ขนาน และความซ้ำซ้อนในการดำเนินการและการรายงานหรือไม่	มี	√ไม่มี

3. ประเทศมีการจัดตั้งองค์กร/หน่วยงานด้านเอดส์หรือกลไกอื่น เพื่อส่งเสริมปฏิสัมพันธ์ระหว่างภาครัฐ ผู้ติดตามโซเชียลมีเดีย ประชาสังคมและภาคเอกชนในการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์และแผนงานเอดส์หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

3.1 ถ้าตอบว่ามี, ได้มีการนำสิ่งต่าง ๆ ต่อไปนี้เข้ามารวมหรือไม่

ข้อกำหนดบทบาทหน้าที่	√มี	ไม่มี
สมาชิกภาพ	√มี	ไม่มี
แผนปฏิบัติการ	√มี	ไม่มี
คณะเลขานุการที่ดำเนินงานได้ดี	√มี	ไม่มี
การประชุมอย่างสม่ำเสมอ	√มี	ไม่มี
	ความถี่ของการประชุม เฉลี่ยปีละ 2 ครั้ง	
ถ้าตอบว่ามี, มีผลสัมฤทธิ์สำคัญ ๆ อะไรเกิดขึ้นบ้าง ตอบ มีองค์กรประสานงานเอดส์ 3 ส่วน คือ 1) ศบ.จอ. 2) สำนักงานเลขานุการ CCM 3) กรมควบคุมโรคในฐานะ PR ที่ประสานการทำงานเอดส์ภาครัฐและภาคประชาสังคม ผลงานสำคัญ 1) ศบ.จอ. ประสานการจัดทำแผนฯเอดส์ชาติ, การแต่งตั้งคณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการป้องกันเอดส์, การจัดทำแนวปฏิบัติงานเอดส์ในสถานประกอบการ 2) สำนักงานเลขานุการ CCM ประสานการแต่งตั้งคณะทำงานวิชาการด้านโรคเอดส์ ทำหน้าที่ติดตามภาพรวมการดำเนินงานแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก และจัดทำโครงการขอรับการสนับสนุน 3) กรมควบคุมโรค ในฐานะ PR ประสานการดำเนินงานแผนงานสนับสนุนโดยกองทุนโลก ของภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และกลุ่มผู้ติดตาม		
ถ้าตอบว่ามี, มีความท้าทายในการทำงานของหน่วยงาน/องค์กรนี้ อะไรบ้าง ตอบ มีบุคลากรจำกัด งบประมาณดำเนินการจำกัด ความเชี่ยวชาญในการดำเนินงานแผนงาน		

4. ในรอบปีที่ผ่านมามีงบประมาณดำเนินงานเอดส์โดยภาคประชาสังคม ร้อยละเท่าใด ของงบประมาณด้านเอดส์ของประเทศ

ตอบ ร้อยละ 1.29 (งบแผนเอดส์ปี 2550: 4,498,728,400 บาท)

5. มีการสนับสนุนอะไรบ้างจากคณะกรรมการเอดส์ชาติ (หรือเทียบเท่า) ที่จัดให้กับภาคีดำเนินการแผนงานของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับภาคประชาสังคม

ข้อมูลความต้องการและบริการที่อยู่ในลำดับความสำคัญ	√มี	ไม่มี
แนวทาง/อุปกรณ์ ด้านวิชาการ	√มี	ไม่มี
ยา/การจัดซื้อและการกระจาย	มี	√ไม่มี
การประสานงานกับภาคีดำเนินการอื่นๆ	√มี	ไม่มี
การพัฒนาศักยภาพ	มี	√ไม่มี
อื่น ๆ (โปรดระบุ)		

6. ประเทศมีการทบทวนนโยบายและกฎหมายที่ไม่สอดคล้องกับนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

6.1 ถ้าตอบว่ามี, มีการแก้ไขนโยบายหรือกฎหมายให้สอดคล้องกับนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

6.2 ถ้าตอบว่ามี, เป็นนโยบายและกฎหมายอะไรบ้าง อะไรที่ได้แก้ไขและดำเนินการแก้ไขเมื่อไร

1. นโยบายแนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2548
2. กฎหมาย สิทธิผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับการตรวจเลือดบริจาค พ.ศ. 2548

ในภาพรวม ท่านให้คะแนนความพยายามในการสนับสนุนด้านการเมืองระดับใด											
พ.ศ. 2550	ต่ำ										สูง
	0	1	2	3	4	5	√6	7	8	9	10
พ.ศ. 2548	ต่ำ										สูง
	0	1	2	3	4	√5	6	7	8	9	10
<p>คำอธิบายความก้าวหน้าของความพยายามในการสนับสนุนทางการเมือง นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2548</p> <p>ประเทศไทยมีการบริหารจัดการและประสานการดำเนินงานเอดส์ของภาคส่วนต่างๆในระดับชาติอย่างเป็นทางการคือ มีคณะกรรมการเอดส์ชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ นอกจากนั้นยังมีการจัดตั้งองค์กร/หน่วยงานด้านเอดส์เพื่อสนับสนุนการทำงานเรื่องเอดส์โดยเฉพาะ คือ ศบ.จอ.</p> <p>ภายใต้การกระจายอำนาจ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีความตื่นตัวในการทำงานเอดส์มากขึ้น ผู้บริหารหลายคนให้ความสำคัญและสนับสนุน มีการกล่าวต่อสาธารณะ เรื่องเอดส์ในแนวที่เป็นการสนับสนุนการดำเนินงาน เช่น กระทรวงมหาดไทยได้จัดทำมาตรฐานการทำงานเรื่องเอดส์เพื่อเผยแพร่ให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทุกระดับทั่วประเทศ มีการระดมทรัพยากรทุนจากท้องถิ่นในการส่งเสริม/อบรม/สัมมนา</p> <p>มีการทบทวนนโยบายและกฎหมายที่ไม่สอดคล้องกับนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ พร้อมทั้งปรับปรุงให้ทันสมัยเช่น นโยบาย แนวปฏิบัติในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ซึ่งเป็นนโยบายโดยสมัครใจ พ.ศ. 2548 นโยบายเรื่อง สิทธิผู้ป่วยเอดส์เกี่ยวกับการตรวจเลือดบริจาค พ.ศ. 2548 เป็นต้น</p> <p>จะเห็นว่ามีความพยายามในการสนับสนุนด้านการเมืองในปี พ.ศ. 2550 เพิ่มขึ้นจาก ปี พ.ศ. 2548</p>											

3. การป้องกัน

1. ประเทศมีนโยบายหรือยุทธศาสตร์ส่งเสริมการสื่อสาร ข้อมูลข่าวสาร และการให้ความรู้ เรื่องเอดส์ สำหรับประชาชนทั่วไปหรือไม่

√มี	ไม่มี	ไม่เกี่ยวข้อง
-----	-------	---------------

1.1 ถ้าตอบว่ามี, ข้อความสำคัญอะไรบ้างที่ให้การส่งเสริมอย่างชัดเจน

กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ หลังข้อความที่มีการส่งเสริมอย่างชัดเจน

ละเว้นการมีเพศสัมพันธ์	
ยืดเวลาการมีเพศสัมพันธ์ออกไป	√
ความซื่อสัตย์	√
ลดจำนวนคู่นอน	
ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ	√
มีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยกว่า	√
หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในเชิงพาณิชย์	
ละเว้นการใช้สารเสพติดชนิดฉีด	√
ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาด	√
ต่อต้านความรุนแรงต่อสตรี	√
การยอมรับและการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	√
การมีส่วนร่วมมากขึ้นของผู้ชายในแผนงานอนามัยเจริญพันธุ์	√
อื่น ๆ (โปรดระบุ)	
เอดส์ รักษาได้	√
ยอมรับผู้ติดเชื้อ เป็นส่วนหนึ่งของชุมชน	√
การคุ้มครองสิทธิ	√

1.2 ในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ประเทศมีการดำเนินงานหรือแผนงานที่จะสนับสนุนให้มีการรายงานเรื่องเอดส์ที่ถูกต้องโดยสื่อมวลชนหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

2. ประเทศมีนโยบายหรือยุทธศาสตร์ส่งเสริมให้ความรู้ด้านอนามัยเจริญพันธุ์และเพศศึกษากับเยาวชนหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

2.1 มีการให้ความรู้เรื่องเอชไอวีเป็นส่วนหนึ่งของหลักสูตรระดับต่างๆ หรือไม่

ประถมศึกษา	√มี	ไม่มี
มัธยมศึกษา	√มี	ไม่มี
อบรมครูผู้สอน	√มี	ไม่มี

2.2 มียุทธศาสตร์/หลักสูตรเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธุ์และเพศศึกษาสำหรับเยาวชนชายหญิงหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

2.3 ประเทศมียุทธศาสตร์สำหรับให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์สำหรับเยาวชนที่อยู่นอกสถานศึกษา หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

3. ประเทศมีนโยบายหรือยุทธศาสตร์ในการสื่อสาร ข้อมูลข่าวสาร และการให้ความรู้ เรื่องเอดส์ สำหรับกลุ่มประชากรที่มีสถานะเปราะบางหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

3.1 ถ้ามี, เป็นประชากรกลุ่มใดและมีนโยบายและยุทธศาสตร์ใดบ้าง กรุณาใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง

	ผู้ใช้ยาชนิดฉีด	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	พนักงานบริการ	ลูกค้าพนักงานบริการ	ผู้ต้องขัง
การให้ข้อมูลที่จำเพาะกับกลุ่มเกี่ยวกับการลดความเสี่ยงและให้ความรู้เกี่ยวกับเอดส์	√	√	√	√	√
การลดการรังเกียจและการเลือกปฏิบัติ	√	√	√	√	√
การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย	√	√	√	√	√
การให้คำปรึกษาและการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี	√	√	√	√	√
อนามัยเจริญพันธุ์ รวมทั้งการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	√	√	√	√	√
การลดสถานะเปราะบาง (เช่น การสร้างรายได้)	N/A	N/A	√	N/A	N/A
การใช้ยาทดแทน	√	N/A	N/A	N/A	N/A
การแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยา	√	N/A	N/A	N/A	N/A

ในภาพรวม ท่านให้คะแนนกับความพยายามดำเนินนโยบายในการสนับสนุนการป้องกันระดับใด ในปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2548											
พ.ศ. 2550	ต่ำ										สูง
	0	1	2	3	4	5	√6	7	8	9	10
พ.ศ. 2548	ต่ำ										สูง
	0	1	2	3	4	5	√6	7	8	9	10
คำอธิบายความก้าวหน้า นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2548											

4. ประเทศได้กำหนดอำเภอ (หรือเทียบเท่าทางภูมิศาสตร์/ระดับการกระจายอำนาจการปกครอง) ที่ต้องมีแผนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ใช่หรือไม่

ใช่	√ไม่ใช่
-----	---------

ถ้าไม่ใช่ ประเทศขยายแผนงานด้านป้องกันอย่างไร

ตอบ เนื่องจากกระจายอำนาจ แต่ละจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นมีงบประมาณของตนเองในการดำเนินการ ส่วนกลางใช้กระบวนการนิเทศงานผสมผสาน (แบบควบแน่น) เพื่อติดตามและเร่งรัดให้พื้นที่ตระหนักในปัญหาเอดส์ และมีการสนับสนุนทางวิชาการด้วย

แผนงานป้องกันการติดเชื้อ ได้แก่ บริการโลหิตปลอดภัย การป้องกันการติดเชื้อในสถานบริการสาธารณสุข การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก การสื่อสารและการสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ การสื่อสารและสร้างความรู้ความเข้าใจเพื่อลดการรังเกียจและการเลือกปฏิบัติ การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ การลดอันตรายจากการใช้สารเสพติด การลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการ หรือกลุ่มอื่นๆที่อยู่ในภาวะเสี่ยง บริการอนามัยเจริญพันธุ์รวมการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์ในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา เยาวชนนอกสถานศึกษา การป้องกันการติดเชื้อในสถานประกอบกิจการ เป็นต้น

ในภาพรวม ท่านให้คะแนนกับความพยายามในการดำเนินงานป้องกันในระดับใด ในปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2548											
พ.ศ. 2550	ต่ำ									สูง	
	0	1	2	3	4	5	$\sqrt{6}$	7	8	9	10
พ.ศ. 2548	ต่ำ									สูง	
	0	1	2	3	4	5	$\sqrt{6}$	7	8	9	10
คำอธิบายความก้าวหน้า นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2548											
ประเทศไทยมียุทธศาสตร์ส่งเสริมการให้ความรู้ เรื่องเอดส์สำหรับประชาชน โดยมีการกำหนดกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูง ของประเทศและมีแผนงานที่ชัดเจนที่จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ให้ได้ครั้งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2554 นอกจากนั้นยังได้จัดทำแผนปฏิบัติการที่มีความครอบคลุมทุกด้าน (แผน UA) ซึ่งเป็นแผน 5 ปี เป็นความร่วมมือจากทุกภาคส่วนที่เกี่ยวข้อง และมีการติดตามความก้าวหน้าและปรับแผนในช่วงปี2550 นอกจากนี้ยังเน้นการทำงานเชิงรุกในการให้ความรู้และสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องกับประชากรของประเทศ มีแผนการรณรงค์ที่ชัดเจน ซึ่งได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นความพยายามด้านการป้องกันจึงค่อนข้างสูงแต่ไม่แตกต่างกันระหว่างปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2548											

4. การรักษา ดูแลและการให้ความช่วยเหลือ

1. ประเทศมีนโยบายหรือยุทธศาสตร์ส่งเสริมการรักษา ดูแล และให้ความช่วยเหลือที่ผสมผสานหรือไม่ (การให้การดูแลผสมผสานหมายถึง แต่ไม่จำกัดเฉพาะ การรักษา การตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และให้คำปรึกษา, การดูแลด้านจิตใจและสังคม, และการดูแลที่บ้านและในชุมชน)

√มี	ไม่มี
-----	-------

1.1 ถ้าตอบว่ามี, นโยบายหรือยุทธศาสตร์ให้ความสนใจเพียงพอกับข้อจำกัดในการดำเนินการในกลุ่มผู้หญิง เด็กและกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยง หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

2. ประเทศได้กำหนดอำเภอ (หรือเทียบเท่าทางภูมิศาสตร์หรือระบบการกระจายอำนาจ) ที่ต้องมีบริการรักษา ดูแลและช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ไข้หรือไม่

ใช่	√ไม่ใช่
-----	---------

ถ้าตอบว่า ไม่ใช่ ประเทศขยายบริการดูแลรักษาอย่างไร

ตอบ ประเทศไทยได้กำหนดให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ซึ่งหน่วยบริการทุกแห่งต้องให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อ

แผนงานรักษา ดูแลและช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส การดูแลด้านโภชนาการ การรักษาผู้ติดเชื้อเด็ก การตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การดูแลด้านจิตวิทยาและสังคมแก่ผู้ติดเชื้อ และครอบครัว การดูแลที่บ้าน การดูแลระดับประคองตามอาการและรักษาโรคติดเชื้อที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อในผู้ป่วยวัณโรค การตรวจคัดกรองวัณโรคในผู้ติดเชื้อ การให้ยาป้องกันวัณโรคแก่ผู้ติดเชื้อ การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อวัณโรคในสถานพยาบาลที่ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ การให้ยา Cotrimoxazole เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส การป้องกันการติดเชื้อหลังสัมผัสโรค (เช่น การสัมผัสเนื่องจากการทำงาน การถูกข่มขืน)

3. ประเทศมีนโยบายในการพัฒนา/ใช้ยาชื่อสามัญ หรือ นำเข้ายาสำหรับผู้ติดเชื้อ จากต่างประเทศ ควบคุมกัน หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

4. ประเทศเข้าถึงกลไกระดับภูมิภาคในการจัดซื้อและบริหารการจัดหาวัสดุอุปกรณ์สำคัญ ๆ เช่น ยาต้านไวรัส, ถุงยางอนามัย และยาทดแทนยาเสพติด หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

4.1 ถ้าตอบว่ามี, ได้สิ่งที่จัดหามาอะไรบ้าง ตอบ ยาทันไวรัสฯ

ในภาพรวม ท่านให้คะแนนกับความพยายามในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ ระดับใด											
พ.ศ. 2550	ต่ำ										สูง
	0	1	2	3	4	5	6	√7	8	9	10
พ.ศ. 2548	ต่ำ										สูง
	0	1	2	3	4	5	6	√7	8	9	10
คำอธิบาย ความก้าวหน้านับตั้งแต่ปี พ.ศ.2548											

5. ประเทศมีนโยบายหรือยุทธศาสตร์เพื่อช่วยเหลือเด็กกำพร้าเนื่องจากเอดส์และเด็กที่มีความเปราะบางต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

√มี	ไม่มี	ไม่เกี่ยวข้อง
-----	-------	---------------

5.1 ถ้าตอบว่ามีนโยบาย มีค่านิยมในทางปฏิบัติของเด็กกำพร้าและเด็กที่มีสถานะเปราะบางหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

5.2 ถ้าตอบว่ามีกรณีการนิยาม ประเทศมีแผนปฏิบัติการระดับประเทศ สำหรับเด็กกำพร้าและเด็กที่มีสถานะเปราะบางหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

5.3 ถ้าตอบว่ามีแผน ประเทศมีการคาดประมาณจำนวนของเด็กกำพร้าและเด็กที่มีสถานะเปราะบางที่เข้าถึงมาตรการที่ดำเนินการอยู่หรือไม่

มี	√ไม่มี
----	--------

ในภาพรวม ท่านให้คะแนนกับความพยายามในการตอบสนองความต้องการของเด็กกำพร้าและเด็กที่มีสถานะเปราะบาง ระดับใด											
พ.ศ. 2550	ต่ำ										สูง
	0	1	2	3	4	5	6	√7	8	9	10
พ.ศ. 2548	ต่ำ										สูง
	0	1	2	3	4	5	6	√7	8	9	10
คำอธิบาย ความก้าวหน้านับตั้งแต่ปี พ.ศ.2548 ประเทศไทยให้ความสำคัญกับเด็กมาโดยตลอด กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เป็นหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือเด็กกำพร้า มีหน่วยงานของรัฐกระจายอยู่ในภาคต่าง ๆ ให้การอุปถัมภ์และดูแลช่วยเหลือเด็กกำพร้า มีแผนในระดับชาติที่จะดูแลเด็ก รวมถึงเด็กที่มีได้รับผลกระทบจากเอดส์โดยตรงด้วย รัฐให้การสนับสนุนทางการศึกษา (การให้ทุน) การดำรงชีวิตขั้นพื้นฐาน นอกจากนี้ยังมีหน่วยงานภาคประชาสังคมได้ดำเนินงานในกลุ่มเด็กอีกด้วย ซึ่งเป็นความร่วมมือจากหลายฝ่าย จึงมีความพยายามในการตอบสนองความต้องการของเด็กกำพร้าและเด็กที่มีสถานะเปราะบาง อยู่ระดับสูงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548จนถึงปี พ.ศ. 2550											

5. การติดตามและประเมินผล

1. ประเทศมีแผนติดตามและประเมินผลในระดับประเทศที่เป็นหนึ่งเดียวหรือไม่

มี	ปีที่ดำเนินการ	✓ อยู่ระหว่างการดำเนินการ	ไม่มี
1.1 ถ้าตอบว่ามี, แผนงานดังกล่าวได้รับการรับรองจากผู้มีส่วนร่วมหลักในการติดตามประเมินผลหรือไม่			
		มี	ไม่มี
1.2 ถ้าตอบว่ามี, แผนงานดังกล่าวมีภาคประชาสังคม ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เข้ามามีส่วนร่วมในการพัฒนาแผนงานนี้หรือไม่			
		มี	ไม่มี
1.3 ถ้าตอบว่ามี, ผู้มีส่วนร่วมหลักได้จัดให้ความต้องการ (รวมถึงตัวชี้วัด) ในแนวที่สอดคล้องประสานกันในแผนติดตามประเมินผลระดับชาติ ได้มากน้อยเพียงใด			
ทั้งหมด	ส่วนใหญ่	เป็นบางส่วน	ไม่มี

2. แผนติดตามและประเมินผลได้มีการรวมกิจกรรมเหล่านี้หรือไม่

ยุทธศาสตร์การเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล	✓ มี	ไม่มี
การเฝ้าระวังพฤติกรรม	✓ มี	ไม่มี
การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี	✓ มี	ไม่มี
ตัวชี้วัดที่ชัดเจนและได้มาตรฐาน	✓ มี	ไม่มี
แนวทางสำหรับเครื่องมือการเก็บรวบรวมข้อมูล	✓ มี	ไม่มี
ยุทธศาสตร์การประเมินคุณภาพและความถูกต้องของข้อมูล	✓ มี	ไม่มี
ยุทธศาสตร์การเผยแพร่และใช้ประโยชน์ ข้อมูล	✓ มี	ไม่มี

3. มีงบประมาณสำหรับแผนติดตามและประเมินผลหรือไม่

✓ มี เป็นปี ๆ	ปีที่ดำเนินการ	อยู่ระหว่างดำเนินการ	ไม่มี
---------------	----------------	----------------------	-------

3.1 ถ้าตอบว่ามี, งบประมาณดังกล่าวมีความต่อเนื่องหรือไม่

✓ มี	ไม่มี
------	-------

4. มีหน่วยงานที่ทำหน้าที่ดำเนินการติดตามและประเมินผลหรือไม่

✓ มี	อยู่ระหว่างดำเนินการ	ไม่มี
------	----------------------	-------

4.1 ถ้าตอบว่ามี, หน่วยงานนี้ทำหน้าที่อยู่ภายใต้หน่วยงานใด

คณะกรรมการเอดส์ชาติหรือเทียบเท่า	✓ ใช่	ไม่ใช่
กระทรวงสาธารณสุข	✓ ใช่	ไม่ใช่
ที่อื่น ๆ (ระบุ)		

4.2 ถ้าตอบว่ามี, มีเจ้าหน้าที่ที่ทำงานในหน่วยงานนี้ จำนวนเท่าไร เป็นเจ้าหน้าที่วิชาชีพทั้งถาวรและชั่วคราวอะไรบ้าง

สำนักระบาดวิทยา	เต็มเวลา 30 คน
ศบ.จอ.	เต็มเวลา 2 คน
สำนักงานพัฒนาวิชาการสนับสนุนการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์	เต็มเวลา 5 คน
หมายเหตุ มีเจ้าหน้าที่ที่ทำงานที่ติดตามประเมินผลในหน่วยงานอื่น ได้แก่ สปสช. กรมอนามัย สำนักงานปลัดกระทรวง สธ. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ สธ.	

4.3 ถ้าตอบว่ามี, มีกลไกการรายงานข้อมูลจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องมายังหน่วยงานนี้ เพื่อนำมาทบทวนและพิจารณาจัดทำรายงานในระดับชาติ หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

ถ้าตอบว่ามี, กลไกนี้ดำเนินการดีหรือไม่ มีความท้าทายหลัก ๆ อะไรบ้าง
 กลไกการรายงานผลงานของหน่วยงานต่าง ๆ มายัง ศบ.จ. มีการดำเนินการอย่างต่อเนื่องแต่เนื่องจากการเป็นการทำงานในลักษณะเครือข่ายที่ยึดติดกันด้วยภารกิจจริง จึงทำให้บางครั้งการติดตามข้อมูลยาก และเครือข่ายยังให้ความสำคัญต่อการติดตามงานค่อนข้างต่ำ เนื่องจากการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ของหน่วยงานเองมีต่ำ จึงเป็นความท้าทายที่จะทำให้หน่วยงานเครือข่ายเหล่านี้ได้เห็นความสำคัญของการใช้ข้อมูลเอตส์ไปวางแผนการทำงานต่อไป

4.4 ถ้าตอบว่ามี, องค์กรสหประชาชาติ ทวิภาคีและสถาบันอื่น ๆ ให้ข้อมูลผลของการติดตามและ ประเมินผลให้กับหน่วยติดตามประเมินผลนี้ ในระดับใด

น้อย						มาก
0	1	2	3	√4	5	

5. มีคณะกรรมการหรือคณะทำงานติดตามและประเมินผล และมีการประชุมสม่ำเสมอเพื่อประสานกิจกรรมติดตามประเมินผล หรือไม่

ไม่มี	√มีแต่ไม่สม่ำเสมอ	มีสม่ำเสมอ
-------	-------------------	------------

ถ้าตอบว่ามี, วันประชุมครั้งล่าสุด ตอบ ตุลาคม 2550

5.1 มีตัวแทนจากภาคประชาสังคมและผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วยหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

ถ้าตอบว่ามี, กรุณาอธิบายบทบาทของตัวแทนภาคประชาสังคมและผู้ติดเชื้อเอชไอวีในขณะทำงาน ตอบ เข้าร่วมประชุมและให้ความเห็นในมุมมองของภาคประชาสังคม

6. หน่วยติดตามและประเมินผลบริหารจัดการฐานข้อมูลส่วนกลางของประเทศ ใช้หรือไม่

√ใช่	ไม่ใช่	ไม่เกี่ยวข้อง
------	--------	---------------

6.1 ถ้าตอบว่ามี, ฐานข้อมูลอะไรบ้าง (กรุณาระบุ)

- สำนักระบาดวิทยา บริหารจัดการฐานข้อมูล การรายงานผู้ป่วยเอดส์ การเฝ้าระวังการติดเชื้อ การเฝ้าระวังพฤติกรรม
- กรมอนามัย บริหารจัดการฐานข้อมูล บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
- สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บริหารจัดการฐานข้อมูล บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- สภาวิชาชีพไทย บริหารจัดการฐานข้อมูล การคัดกรองโลหิตบริจาค

6.2 ถ้าตอบว่ามี, มีข้อมูลเกี่ยวกับเนื้อหา, ความครอบคลุมของกิจกรรมตามแผนงานสำหรับกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ และหน่วยงานดำเนินการ หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

6.3 มีระบบสารสนเทศด้านสุขภาพ (Health Information System) ที่ดำเนินการได้ดี*ในระดับต่างๆ หรือไม่

ระดับประเทศ	√มี	ไม่มี
ต่ำกว่าระดับประเทศ	√มี	ไม่มี
ถ้ามี, มีระดับอะไรบ้าง (ระบุ) <u>จังหวัด</u>		

* การดำเนินการได้ดี หมายถึง หน่วยงานสุขภาพรายงานข้อมูลสม่ำเสมอ และรวมข้อมูลในระดับอำเภอ ส่งมาที่ระดับประเทศ มีการวิเคราะห์ข้อมูลและใช้ในระดับต่างๆ

6.4 ประเทศมีการจัดทำรายงานการประเมินผลรวมทั้งรายงานข้อมูลของการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี อย่างน้อยปีละ 1 ครั้งหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

7. มีการนำข้อมูลจากการติดตามและประเมินผลมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนและดำเนินงานมากน้อยเพียงใด

น้อย						มาก
0	1	2	3	√4	5	

<p>ตัวอย่างของข้อมูลที่นำมาใช้ประโยชน์</p> <p><u>ตอบ</u> ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง, ข้อมูลสถานการณ์โรคเอดส์, ข้อมูลการประเมินครึ่งแผน, ข้อมูลการศึกษาวิจัยและการประเมินโครงการ, ข้อมูลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ, อัตราการติดเชื้อจากการถูกละเมิดทางเพศ, อัตราการติดเชื้อ STI ต่าง ๆ, การติดเชื้อและการคาดประมาณการติดเชื้อในกลุ่มต่าง ๆ</p> <p>มีความท้าทายหลัก ๆ อะไรบ้าง ในการใช้ข้อมูล</p> <p><u>ตอบ</u> ข้อมูลต่าง ๆ มีการจัดเก็บในหลายหน่วยงาน แต่ยังไม่ได้นำมาใช้ในการสังเคราะห์ร่วมกันอย่างเต็มที่</p>
--

8. ในปีที่ผ่านมา, มีการฝึกอบรมเกี่ยวกับการติดตามและประเมินผลหรือไม่

ในระดับประเทศ	√มี	ไม่มี
ถ้าตอบว่ามี, กรุณาระบุจำนวนของผู้ที่เข้าอบรม <u>60 คน</u>		
ต่ำกว่าระดับประเทศ	√มี	ไม่มี
ถ้าตอบว่ามี, กรุณาระบุจำนวนของผู้ที่เข้าอบรม <u>30 คน</u>		
มีผู้เข้าอบรมจากภาคประชาสังคมหรือไม่	√มี	ไม่มี
ถ้าตอบว่ามี, กรุณาระบุจำนวนของผู้ที่เข้าอบรม		

ในภาพรวม ท่านให้คะแนนกับความพยายามในการติดตามประเมินผลแผนงานเอดส์ ระดับใด ในปี พ.ศ. 2550 และปี พ.ศ. 2548

พ.ศ. 2550	ต่ำ	สูง
	0 1 2 3 4 5 √6 7 8 9 10	
พ.ศ. 2548	ต่ำ	สูง
	0 1 2 3 4 5 √6 7 8 9 10	
<p>คำอธิบาย ความก้าวหน้านับตั้งแต่ปี พ.ศ.2548</p> <p>การดำเนินงานด้านการติดตามประเมินผล มีการเปลี่ยนแปลงจากเดิมซึ่งมีรายงานจำนวนมากที่ภูมิภาคต้องส่งมาที่ส่วนกลาง หลังจากนั้นได้เน้นให้มีการจัดเก็บข้อมูลและใช้ข้อมูลในพื้นที่มากขึ้นทำให้จำนวนรายงานลดลงจากเดิม และมีการกระจายมากขึ้น การรวบรวมข้อมูลในระดับประเทศจึงยังไม่เป็นระบบเดียว แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีการเฝ้าระวังการแพร่ระบาดของเอดส์อย่างต่อเนื่อง มีการนำผลการติดตามมาใช้ประโยชน์ในการวางแผนการทำงานในระดับประเทศ เพื่อตอบสนองต่อตัวชี้วัดในระดับนานาชาติ มีระบบข้อมูลสารสนเทศที่น่าเชื่อถือ และ มีความพยายามที่จะจัดระบบการรายงานให้เป็นเอกภาพ โดยในระยะแรกได้จัดกรอบการติดตามประเมินผลในระดับชาติ ซึ่งขณะนี้อยู่ระหว่างการพัฒนา ระบบ ดังนั้น ความพยายามในการติดตามประเมินผลแผนงานเอดส์ จึงค่อนข้างสูง</p>		

ผนวก 2

ดัชนีรวมด้านนโยบาย – มุมมองภาคประชาสังคม

ก. สิทธิมนุษยชน

1. ประเทศมีกฎหมายและข้อบังคับที่ปกป้องผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการเลือกปฏิบัติ หรือไม่ เช่น ข้อกำหนดทั่วไปของการไม่เลือกปฏิบัติหรือ กรณีเฉพาะ เรื่องการเข้าเรียน ที่อยู่อาศัย การจ้างงาน ละการดูแลสุขภาพ เป็นต้น

√ มี	ไม่มี
------	-------

รัฐธรรมนูญ ปี 2550 มาตรา 30 วรรค 3 กำหนดเรื่องห้ามการเลือกปฏิบัติบนพื้นฐานของสุขภาพ สำหรับสถานประกอบกิจการมี แนวทางการดำเนินงานเอดส์ในสถานประกอบกิจการ เป็นมาตรฐานบริการเกี่ยวข้องกับเอดส์ (AIDS-related services in AIDS-Response Standard Organization : ASO) ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ครอบคลุมสิทธิประโยชน์ด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ

2. ประเทศมีกฎหมายหรือข้อบังคับการไม่เลือกปฏิบัติ ที่ระบุการคุ้มครองสิทธิของประชากรกลุ่มที่มีสถานะเปราะบางหรือไม่

√ มี	ไม่มี
------	-------

สำหรับประชากรกลุ่มใดบ้าง

สตรี	มี	√ ไม่มี
เยาวชน	มี	√ ไม่มี
ผู้สูงอายุชนิด	√ มี	ไม่มี
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	√ มี	ไม่มี
พนักงานบริการ	√ มี	ไม่มี
ผู้ต้องขัง	มี	√ ไม่มี
ประชากรข้ามชาติและประชากรเคลื่อนย้าย	มี	√ ไม่มี

อธิบายกลไกที่ทำให้แน่ใจว่าจะมีการนำกฎหมายหรือข้อบังคับไปปฏิบัติ

มีการจัดทำข้อบังคับและแนวทางปฏิบัติ ในทางปฏิบัติการนำไปใช้ยังไม่ได้เป็นประโยชน์กับแต่ละกลุ่ม การไม่เลือกปฏิบัติตามรัฐธรรมนูญเป็นประเด็นที่ใช้โดยรวมกับทุกกลุ่ม จึงยังไม่มีกลไกโดยเฉพาะที่นอกเหนือจากศาล ศาลปกครอง ศาลรัฐธรรมนูญ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชน นอกจากนี้ยังมีกฎหมายคุ้มครองเด็ก การขจัดความรุนแรงต่อเด็กและสตรี ได้แก่ กฎหมายคุ้มครองสิทธิเด็ก และกฎหมายจัดการเลือกปฏิบัติต่อสตรีทุกรูปแบบ

อธิบายระบบการชดเชยที่ทำให้แน่ใจว่ามีการบังคับใช้กฎหมายตามวัตถุประสงค์ที่ต้องการ

ระบบการชดเชยของประเทศไทยยังไม่ค่อยก้าวหน้า ยังคงต้องการการคำนวณค่าชดเชยในกรณีที่มีการเลือกปฏิบัติ

3. ประเทศมีกฎหมาย ข้อบังคับ หรือนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี การดูแลรักษาและการช่วยเหลือประชากรกลุ่มที่มีสถานะเปราะบางหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

3.1 เป็นอุปสรรคต่อประชากรกลุ่มใด

สตรี	มี	√ไม่มี
เยาวชน	√มี	ไม่มี
ผู้ขายชาตินิตินัด	√มี	ไม่มี
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	√มี	ไม่มี
พนักงานบริการ	√มี	ไม่มี
ผู้ต้องขัง	√มี	ไม่มี
ประชากรข้ามชาติและประชากรเคลื่อนย้าย	√มี	ไม่มี

อธิบายเนื้อหาของกฎหมาย ข้อบังคับ หรือนโยบาย และการที่เป็นอุปสรรค

ประชากรข้ามชาติที่เข้าเมืองไม่ถูกกฎหมายทั้งกลุ่มที่ได้ลงทะเบียนทำงานชั่วคราวและไม่ได้ลงทะเบียนไม่สามารถรับบริการจากระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ยังคงมีกฎหมายที่จำกัดสิทธิของประชากรข้ามชาติ เช่น กฎหมายความมั่นคงที่มีการนำไปใช้ในบางจังหวัด ได้ห้ามการรวมกลุ่มของประชากรข้ามชาติในการทำกิจกรรมทางวัฒนธรรม หรือ ห้ามใช้โทรศัพท์มือถือ หรือ รวมกลุ่มกันมากกว่า 5 คน

4. มีการกล่าวถึงการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิอย่างชัดเจนในนโยบายหรือยุทธศาสตร์ด้าน เอชไอวี หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

5. มีกลไกการบันทึก จัดทำเป็นเอกสาร ที่กล่าวถึงกรณีการถูกเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และ/หรือ ประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

อธิบายกลไก

ภาคประชาสังคมได้จัดสถานที่ให้รับเรื่องการละเมิดสิทธิ เช่น ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอ็ดส์ ให้บริการช่วยเหลือด้านกฎหมายแก่ผู้ได้รับผลกระทบจากเอ็ดส์ นอกจากนี้ มีสำนักงานกฎหมาย ที่ให้ความช่วยเหลือโดยทั่วไปไม่เฉพาะเรื่องเอ็ดส์ และกลไกอื่นได้แก่ สมาคมทนายความ และคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน

6. รัฐบาลมีนโยบายหรือการสนับสนุนงบประมาณในการให้ประชากรอยู่ในภาวะเสี่ยงสูงมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายละดำเนินงานเอ็ดส์หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

อธิบายตัวอย่างประกอบ

ตัวอย่างได้แก่ คณะอนุกรรมการขับเคลื่อนการป้องกันเอ็ดส์ แผนงานกองทุนโลกสนับสนุนแผนงานชุมชน แต่เวลาที่ภาครัฐจัดเวทีแลกเปลี่ยนความเห็นและความคิด มักจะเป็นช่วงท้ายของกระบวนการพัฒนาโยบาย และในหลายๆกรณีทำให้ซ้ำเกินไปในการปรับแก้นโยบาย

7. ประเทศมีนโยบายให้บริการโดยไม่เก็บค่าใช้จ่ายตามรายการต่อไปนี้หรือไม่

บริการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี	√มี	ไม่มี
บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ	√มี	ไม่มี
บริการดูแลและช่วยเหลือ	√มี	ไม่มี

ในกรณีที่มีทรัพยากรจำกัด อธิบายขั้นตอนในการดำเนินงานตามนโยบาย

ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมประชากรในภาวะเสี่ยงสูงแต่ขาดบางกลุ่มที่ต้องการความช่วยเหลือ แผนงานกองทุนโลก ได้พยายามขยายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯไปในกลุ่มที่ไม่ครอบคลุมด้วยระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่ก็จะมีระยะเวลาเพียง 2 ปี และไม่ครอบคลุมเรื่องการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

8. ประเทศมีนโยบายในการทำให้กลุ่มหญิงและชาย เข้าถึงการป้องกัน การรักษา ดูแล โดยเท่าเทียมกันหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

9. ประเทศมีนโยบายในการทำให้ประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงเข้าถึงการป้องกัน รักษา ดูแล โดยเท่าเทียมกันหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

9.1 มีวิธีเข้าถึงประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงกลุ่มต่าง ๆ มีความแตกต่างกันหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

อธิบายความแตกต่าง

สำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ ผู้ให้บริการต้องเข้าใจภาษาและวัฒนธรรม ในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีดต้องค่อยๆดำเนินการและสร้างความร่วมมือกับโรงพยาบาลในพื้นที่โดยรอบคอบ

10. ประเทศมีนโยบายห้ามการตรวจการติดเชื้อในการจ้างงาน การแต่งตั้ง การปรับตำแหน่ง การส่งเสริม หรือการจ้างงานหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

11. ประเทศมีนโยบายที่ทำให้แน่ใจว่าจะต้องมีการทบทวนการทำวิจัยเรื่องเอดส์ที่ดำเนินการในคน และต้องได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมในพื้นที่และระดับชาติ หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

11.1 ในคณะกรรมการจริยธรรมมีตัวแทนจากภาคประชาสังคมและผู้ติดเชื้อ หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

อธิบายประสิทธิผลของคณะกรรมการจริยธรรม

ภาคประชาสังคมมีประสบการณ์ไม่เพียงพอในการเข้าไปมีส่วนร่วม คณะกรรมการมีวัตถุประสงค์เพียงการทบทวนในประเด็นด้านจริยธรรม แต่ไม่มีอำนาจหน้าที่ติดตามการดำเนินงานว่ายังคงดำเนินการตามที่กำหนดไว้หรือไม่ มีตัวแทนจากภาคประชาสังคมในคณะกรรมการจำนวนน้อยและไม่มีตัวแทนจากกลุ่มประชากรศึกษาหรือชุมชนในพื้นที่ศึกษา การพัฒนาการรักษาใหม่ๆ การพัฒนาวัคซีน หรือเทคโนโลยีการป้องกัน จำเป็นมีคณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชน ที่มีตัวแทนจากภาคประชาสังคม ได้แก่ คณะกรรมการที่ปรึกษาชุมชนของสภาวิชาชีพไทย ที่ประกอบด้วยนักวิจัย นักวิทยาศาสตร์ ผู้เชี่ยวชาญด้านกฎหมาย ตัวแทนชุมชน ผู้ติดเชื้อ ผู้หญิง เยาวชน และกลุ่มหลากหลายทางเพศ ซึ่งกลุ่มต่างๆเหล่านี้ได้ร่วมให้ข้อคิดเห็นและให้คำแนะนำอย่างกว้างขวาง

12. ประเทศมีกลไกการติดตามและบังคับใช้นโยบาย กฎหมาย หรือข้อบังคับ ด้านสิทธิมนุษยชน ดังต่อไปนี้ หรือไม่

องค์กรอิสระระดับชาติ ที่ดำเนินการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน ได้แก่ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชน คณะกรรมการปฏิรูปกฎหมาย การติดตามเฝ้าดูอย่างใกล้ชิด และผู้ทำหน้าที่พิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ เอชไอวี ภายในการทำงานขององค์กร	√มี	ไม่มี
หน่วยงานประสานงานของหน่วยงานสาธารณสุขและกระทรวงทบวงกรมอื่น ในการติดตามการล่วงละเมิดสิทธิและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ในประเด็นต่างๆ ได้แก่ ที่อยู่อาศัย และการจ้างงาน	มี	√ไม่มี
ตัวชี้วัดการปฏิบัติงานหรือเกณฑ์เทียบเคียงในการดำเนินการให้เป็นไปตามมาตรฐานของสิทธิมนุษยชน ในบริบทของ ความพยายามในการทำงานเอดส์	มี	√ไม่มี
ตัวชี้วัดการปฏิบัติงานหรือเกณฑ์เทียบเคียงในการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอดส์	มี	√ไม่มี

13. กลุ่มของตุลาการ ได้แก่ ศาลแรงงาน ศาลพิเศษการจ้างงาน ได้รับการอบรมเกี่ยวกับสิทธิด้านเอดส์ ที่อาจเป็นประเด็นในงานของกลุ่ม หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

14. มีบริการช่วยเหลือด้านกฎหมายเหล่านี้ในประเทศ หรือไม่

ระบบการช่วยเหลือด้านกฎหมายสำหรับผู้ติดเชื้อ เอชไอวี	√มี	ไม่มี
บริษัทด้านกฎหมายหรือศูนย์ของมหาวิทยาลัยที่ให้บริการทางกฎหมายแก่ผู้ติดเชื้อ โดยยกเว้นหรือลดค่าบริการ	√มี	ไม่มี
แผนงานให้ความรู้ และเพิ่มความตระหนักเรื่องสิทธิ ให้แก่ผู้ติดเชื้อ	√มี	ไม่มี

15. มีแผนงานปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมเรื่องการตีตราที่เกี่ยวข้องกับ เอชไอวี เพื่อให้มีความเข้าใจและยอมรับผู้ติดเชื้อ หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

เป็นแผนงานแบบใด

สื่อ	√มี	ไม่มี
การให้ความรู้ในโรงเรียน	√มี	ไม่มี
การสื่อสารโดยบุคคลอย่างสม่ำเสมอ	√มี	ไม่มี

โดยภาพรวม ท่านให้คะแนนการมีนโยบาย กฎหมาย ข้อบังคับ ที่ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องเกี่ยวกับ เอชไอวี ในปี 2550 และ 2548 อย่างไร											
2550	น้อย										มาก
	0	1	2	3	4	5	6	$\sqrt{7}$	8	9	10
2548	น้อย										มาก
	0	1	2	$\sqrt{3}$	4	5	6	7	8	9	10
อธิบายความก้าวหน้าในการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ตั้งแต่ ปี 2548: (รายละเอียดในรายงานภาคบรรยาย)											
โดยภาพรวม ท่านให้คะแนนความพยายามในการบังคับใช้นโยบาย กฎหมาย และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับสิทธิด้านเอดส์ ที่มีอยู่ ในปี 2550 และ 2548 อย่างไร											
2550	ต่ำ										สูง
	0	1	2	3	$\sqrt{4}$	5	6	7	8	9	10
2548	ต่ำ										สูง
	0	1	2	$\sqrt{3}$	4	5	6	7	8	9	10
อธิบายความก้าวหน้าในการบังคับใช้ นโยบาย กฎหมาย และข้อบังคับที่เกี่ยวข้องกับสิทธิด้านเอดส์ ตั้งแต่ ปี 2548: (รายละเอียดในรายงานภาคบรรยาย)											

ข. การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม

1. ภาคประชาสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการเสริมความเข้มแข็งต่อพันธกรณีด้านการเมืองของผู้นำระดับสูง และการจัดทำนโยบายระดับชาติ มากน้อยเพียงใด

น้อย						มาก
0	1	2	$\sqrt{3}$	4	5	

2. ตัวแทนภาคประชาสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการวางแผนและจัดทำงบประมาณในแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติหรือแผนปฏิบัติการ เช่น การเข้าร่วมประชุมวางแผน และทบทวนร่างแผนงาน มากน้อยเพียงใด

น้อย						มาก
0	1	2	$\sqrt{3}$	4	5	

3. ภาคประชาสังคมเป็นผู้ดำเนินการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การรักษา ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ มากน้อยเพียงใด

a. ในแผนยุทธศาสตร์ชาติและรายงานของประเทศ

น้อย						มาก
0	1	2	3	$\sqrt{4}$	5	

b. ในงบประมาณของประเทศ

น้อย						มาก
0	$\sqrt{1}$	2	3	4	5	

4. ภาคประชาสังคมได้เข้าร่วมทบทวนแผนยุทธศาสตร์เอตส์ชาติในระดับประเทศ ใช่หรือไม่ได้มีการทบทวนเมื่อไหร่ ปี 2547 -2549

ใช่	ไม่ใช่
-----	--------

5. ตัวแทนภาคประชาสังคมที่ได้เข้าร่วมดำเนินงานเอตส์ครอบคลุมความหลากหลายของภาคประชาสังคม มากน้อยเพียงใด

น้อย						มาก
0	1	2	3	$\sqrt{4}$	5	

ระบุประเภทของหน่วยงานที่เป็นตัวแทนของภาคประชาสังคมในการร่วมดำเนินงานเอตส์:

คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอตส์ (กพอ.) เป็นกลไกการประสานงานขององค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานเอตส์ และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เชื่อมโยงกับภาครัฐ ซึ่งมีกลไกทั้ง กพอ. และเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ในส่วนกลางและภูมิภาค ในขณะที่มีองค์กรพัฒนาเอกชนอีกจำนวนมากที่เข้าร่วมดำเนินงาน

6. ภาคประชาสังคมสามารถเข้าถึงการสนับสนุนดังต่อไปนี้ มากน้อยเพียงใด

a. การสนับสนุนด้านงบประมาณดำเนินงานเอตส์

น้อย						มาก
0	$\sqrt{1}$	2	3	4	5	

b. การสนับสนุนด้านวิชาการในการดำเนินงานเอตส์

น้อย						มาก
0	1	$\sqrt{2}$	3	4	5	

โดยภาพรวม ท่านให้คะแนนความพยายามในการเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ในปี 2550 และ 2548 อย่างไร

2550	น้อย											มาก
	0	1	2	3	4	$\sqrt{5}$	6	7	8	9	10	
2548	น้อย											มาก
	0	1	2	$\sqrt{3}$	4	5	6	7	8	9	10	

อธิบายความก้าวหน้าในการเพิ่มการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม ตั้งแต่ปี 2548:

มีความพยายามเพิ่มขึ้นในการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการร่วมมือกับภาครัฐ และมีการประชุมอย่างต่อเนื่องในการแลกเปลี่ยนความรู้และประสบการณ์ อย่างไรก็ตาม แม้ว่าภาครัฐจะให้ภาคประชาสังคมได้ให้ความเห็น แต่รู้สึกที่ภาครัฐยังคงตัดสินใจเองโดยไม่ได้คำนึงถึงความเห็นของภาคประชาสังคมเท่าใดนัก

ค. การป้องกัน

1. ประเทศได้กำหนดพื้นที่ ที่ต้องดำเนินการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี หรือไม่

มี	√/ไม่มี
----	---------

ถ้าไม่มี, ขยายพื้นที่ดำเนินการอย่างไร

ส่วนใหญ่ของการดำเนินงานป้องกันของภาคประชาสังคม เป็นงบประมาณมาจากองค์กรระหว่างประเทศ

โดยภาพรวม ท่านให้คะแนนความพยายามในการดำเนินงานป้องกันในปี 2550 และ 2548 อย่างไร												
2550	น้อย											มาก
	0	1	2	3	√4	5	6	7	8	9	10	
2548	น้อย											มาก
	0	1	2	3	√4	5	6	7	8	9	10	
อธิบายความก้าวหน้าในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ตั้งแต่ปี 2548: แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปัจจุบัน เพิ่มบทบาทของภาคประชาสังคม และได้ผลักดันให้การดำเนินงานด้านป้องกัน เป็นประเด็นสำคัญ ในบทบาทของการเป็นคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แม้ว่างบประมาณ ด้านป้องกันจะน้อยกว่าวงรักษา แต่องค์กรทางภาคประชาสังคมยังคงสามารถดำเนินงานด้านป้องกันได้ต่อเนื่อง												

ง. การรักษา ดูแล ช่วยเหลือ

1. ประเทศได้กำหนดพื้นที่ ที่ต้องดำเนินการรักษา ดูแล ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ เอชไอวี หรือไม่

ถ้าไม่มี, ขยายพื้นที่ดำเนินการอย่างไร

มี	√/ไม่มี
----	---------

มีบริการรักษาในทุกอำเภอ ซึ่งโรงพยาบาลดำเนินงานร่วมกับกรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์และเครือข่ายผู้ติดเชื้อในระดับเขตและจังหวัด

โดยภาพรวม ท่านให้คะแนนความพยายามในการดำเนินงานรักษา ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ในปี 2550 และ 2548 อย่างไร												
2550	น้อย											มาก
	0	1	2	3	4	5	6	√7	8	9	10	
2548	น้อย											มาก
	0	1	2	3	4	√5	6	7	8	9	10	
อธิบายความก้าวหน้าในการดำเนินงานรักษา ดูแล และช่วยเหลือผู้ติดเชื้อ ตั้งแต่ปี 2548: มีความพยายามในการให้การรักษาผู้ติดเชื้อที่ไม่มีบัตรประชาชน และเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อในการจัดบริการรักษา ได้มีความก้าวหน้าในการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อที่ไม่ใช่คนไทย แต่ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของผู้ให้บริการในแต่ละพื้นที่ที่สำคัญ ได้มีความพยายามขยายการรักษาด้วยยาต้านไวรัส กลุ่มเด็กที่ติดเชื้อไปในระดับโรงพยาบาลชุมชน แต่ยังมีการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการไม่สม่ำเสมอ แผนงานรักษาผู้ติดเชื้อ ได้ช่วยลดการติดเชื้อรายใหม่ มีความครอบคลุมในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูง มีการลดค่าใช้จ่ายยาต้านไวรัส การทำให้ผู้ติดเชื้อมีสุขภาพที่ดีขึ้น ทำให้เด็กติดเชื้อได้รับการรักษา หากแต่การดำเนินงานไม่กระจายและภาครัฐดูเหมือนจะให้ความสำคัญกับประสิทธิภาพและด้านการเงินมากกว่าความต้องการด้านสังคมและด้านอื่นๆของผู้ติดเชื้อแต่ละคน												

2. ภาคประชาสังคมมีส่วนในการดำเนินงานต่าง ๆ มากน้อยเพียงใด

การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มเยาวชน	51-75%
การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มผู้สูงอายุชนิดฉับ	51-75%
การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	>75%
การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มพนักงานบริการ	25-50%
การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ	<25%
การดูแลทางคลินิก (การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ)	<25%
การดูแลที่บ้าน	25-50%
การช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์	51-75%

3. ประเทศมีนโยบายหรือยุทธศาสตร์ที่กล่าวถึงความต้องการการช่วยเหลือของเด็กกำพร้าเนื่องจากเอดส์ หรือเด็กที่มีภาวะเปราะบางอื่น ๆ หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

มีคำนิยามในการดำเนินงาน ของ เด็กกำพร้าและมีภาวะเปราะบาง หรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

มีแผนปฏิบัติการระดับชาติที่จำเพาะสำหรับเด็กกำพร้าและมีภาวะเปราะบางหรือไม่

√มี	ไม่มี
-----	-------

มีการคาดประมาณจำนวนเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางที่เข้าถึงบริการหรือไม่

มี	√ไม่มี
----	--------

โดยภาพรวม ท่านให้คะแนนความพยายามในการช่วยเหลือเด็กกำพร้าและมีภาวะเปราะบางอื่น ๆ ใน ปี 2550 และ 2548 อย่างไร

2550	น้อย											มาก
	0	1	2	3	√4	5	6	7	8	9	10	
2548	น้อย											มาก
	0	1	√2	3	4	5	6	7	8	9	10	

อธิบายความก้าวหน้า ตั้งแต่ ปี 2548:

คำนิยามของเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางไม่ชัดเจน ว่าเป็นจากเอดส์หรือจากเหตุอื่น ๆ ด้วย

ดัชนีรวมด้านนโยบาย: มุมมองภาคประชาสังคม
รายงานการติดตามกำกับด้านพันธกรณีของรัฐบาลไทยในการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วย
พันธกรณีเรื่องโรคเอดส์

วันที่ 25 มกราคม พ.ศ. 2551

คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนต้านเอดส์ (กพอ.ชาติ)

ก. ด้านการมีส่วนร่วม

ขอบเขตนิยามความหมายของ “การมีส่วนร่วมและชุมชน”¹

“การมีส่วนร่วม” คือ การที่องค์กรประกอบต่าง ๆ ในชุมชนมาร่วมกันดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่ง เพื่อสร้างความยั่งยืนในความสัมพันธ์ของทุกฝ่ายซึ่งมีความหลากหลายตามความเกี่ยวข้องในการดำเนินกิจการนั้น ๆ มีลักษณะเป็นกระบวนการ ซึ่งประกอบด้วย การระดมความคิด-การคิดค้นและวิเคราะห์ปัญหา ร่วมกัน เป็นในลักษณะของการร่วมคิดมิใช่จากฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งบนความเชื่อมั่นว่าทุกคนที่เข้ามามีส่วนร่วมนั้นมีศักยภาพ การวางแผน-นำสิ่งที่ร่วมกันคิดมากำหนดเป็นแผนปฏิบัติการร่วมกัน ด้วยการระดมทรัพยากรจากทุกฝ่าย การลงมือทำ-การนำแผนงานที่ได้ไปร่วมกันทำหรือแบ่งงานกันรับผิดชอบเพื่อให้เป็นไปตามแผนหรือเป้าหมายที่วางไว้ การติดตามประเมินผล-ร่วมกันติดตามผลงานที่ทำ และแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นระหว่างการทำงาน ร่วมกันคิดพัฒนาปรับปรุงให้งานดีขึ้น การได้รับประโยชน์ร่วมกัน-ทั้งผลประโยชน์ทางรูปธรรมและผลประโยชน์โดยอ้อม โดยขั้นตอนดังกล่าวมุ่งหมายจะให้เกิดการเรียนรู้ อย่างต่อเนื่องและมีพลวัต คือ การเรียนรู้จากการร่วมคิดร่วมทำ และความสัมพันธ์ระหว่างภาคีที่พัฒนาไปสู่การมีส่วนร่วมที่สมานฉันท์ เสมอภาค และเอื้ออาทรกันมากขึ้นเป็นลำดับ

ดังนั้นหัวใจสำคัญของการมีส่วนร่วมคือ “การระดมความคิด” ซึ่งเป็น “การกระจายอำนาจอย่างหนึ่ง และเป็นการสร้างความสัมพันธ์ที่เป็นแนวราบ เสมอภาคกัน และเกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน”

ขอบเขตนิยามความหมายของ “ภาคประชาสังคม”²

“ภาคประชาสังคม” หมายรวมถึง องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรสาธารณกุศล องค์กร/เครือข่ายชุมชน อาทิจิตอาสา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มผู้หญิง/กลุ่มแม่บ้าน เครือข่ายเยาวชน เครือข่ายผู้สูงอายุ เครือข่ายชาติพันธุ์ กลุ่มองค์กรทางศาสนา ฯลฯ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น เช่น องค์กรบริหารส่วนตำบล (อบต.) องค์กรภาคธุรกิจ สื่อมวลชน นักวิชาการ ตลอดจน “ชุมชน”³ ชุมชน ไม่ได้เป็นแต่เพียงชุมชนที่มีที่ตั้งทางภูมิศาสตร์และอยู่ภายใต้วัฒนธรรมชุดเดียวกันเท่านั้น และมีชุมชนในความหมายเพียงเป็นหน่วยการปกครองที่กำหนดโดยรัฐ เช่น หมู่บ้าน ตำบล อำเภอ หากแต่เป็นชุมชนที่หมายรวมถึง ผู้คนจำนวนหนึ่งที่อาจอยู่ในพื้นที่เดียวกันหรือต่างพื้นที่ มารวมกลุ่มกันภายใต้เจตนาที่จะดำเนินกิจกรรมหรือภารกิจอย่างใดอย่างหนึ่งร่วมกัน มีความสัมพันธ์กันในระยะเวลาที่ต่อเนื่อง มีความสัมพันธ์ในระดับต่าง ๆ ทั้งที่เรียบง่ายและซับซ้อน ทั้งที่เป็นความสัมพันธ์ของผู้คนในแนวตั้งหรือแนวระนาบ (โดยผู้คนมีสถานะที่หลากหลาย) กล่าวโดยสรุป “ชุมชน” นอกจากจะหมายถึงชุมชนทางกายภาพแล้ว ยังครอบคลุมถึงชุมชนที่มีความสัมพันธ์กันด้านวิถีชีวิต ลักษณะปัญหาที่เผชิญ ความต้องการ ความสนใจและเจตนาที่ร่วมกันดำเนินการอย่างหนึ่งอย่างใดร่วมกัน

¹ สุชาติ จักรพิสุทธิ์. ชุมชนกับการมีส่วนร่วมจัดการศึกษา < http://www.thaiknowledge.org/board/board-show.php?brd_id=22&bdt_id=640 > คัดลอกจาก http://www.vijai.org/articles_data/show_topic.asp?Topicid=316

² อ้างถึงข้อคิดเห็นของผู้วิพากษ์ ดร.อุษา ดวงสา จากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ในการประชุมเสวนาติดตามการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ (UNGASS 2008) เมื่อวันที่ 16 มกราคม 2551 ณ โรงแรมปรินซ์ พาเลซ

³ สันติพงษ์ ช้างเผือก และจิตร ว่องวาริทิพย์. 2550. ข้ามพรมแดนAIDS: AIDS ข้ามพรมแดน .เชียงใหม่: เชียงใหม่โรงพิมพ์แสงศิลป์.

แนวการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best Practices)

1) การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานและเป้าหมายของประเทศในการจัดการปัญหาเอ็ดส์ (Universal Access Plan)

ประเทศไทยร่วมกับองค์การอนามัยโลกและโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ เป็นเจ้าภาพจัดการประชุมระดับเอเชียและแปซิฟิกเพื่อร่วมกันพิจารณาแนวทางการดำเนินงานและเป้าหมายในระดับประเทศเกี่ยวกับการจัดการป้องกันเอ็ดส์และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยเอ็ดส์อย่างครอบคลุมทั่วถึง ภายในปีพ.ศ.2553 หรือในคำขวัญว่า Universal Access 2010 ในระหว่างวันที่ 14-16 กุมภาพันธ์ 2549 ที่อำเภอเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี

สิ่งที่ท้าทายสำคัญ

1. การจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ของจังหวัดและการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม

จำเป็นต้องพัฒนากลไกที่ส่งเสริมและสร้างการเข้าไปมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมในการจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์ของจังหวัด รวมทั้งงบประมาณเพื่อดำเนินงานเพื่อลดผลกระทบด้าน เอชไอวี/เอ็ดส์ในระดับจังหวัด

2. กระบวนการรวบรวมความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพที่สะท้อนปัญหาและความต้องการที่รอบด้านของภาคประชาสังคม

ยังคงต้องการการผนวกข้อมูลความคิดเห็นและข้อเสนอแนะเชิงคุณภาพที่สะท้อนปัญหาและความต้องการที่รอบด้านของภาคประชาสังคมเข้ามาเป็นฐานความรู้ในกระบวนการจัดทำนโยบายการทำงานเพื่อแก้ไขและลดผลกระทบจาก เอชไอวี/เอ็ดส์ และส่งเสริมสุขภาพ นอกเหนือจากการใช้ฐานความรู้และข้อมูลเชิงปริมาณด้านการเฝ้าระวังโรคและข้อมูลระบาดวิทยา เพื่อช่วยผลักดันให้เกิดการบริหารจัดการแก้ไขปัญหาลดผลกระทบเชิงบูรณาการ รวมถึงการขับเคลื่อนงานด้านเอ็ดส์ในชุมชนอย่างแท้จริง

3. การปรับเปลี่ยนนโยบายและแนวทางการทำงาน เอ็ดส์ซึ่งผนวกมิติทางสังคมและวัฒนธรรม

ต้องการ การขยายมุมมองการทำงานเพื่อลดผลกระทบและปัญหา เอ็ดส์ จากความคิดเชิงระบาดวิทยา และการสาธารณสุขที่วนเวียนอยู่กับบริบทของเชื้อโรค เป็นการทำความเข้าใจว่า เอ็ดส์ เป็น “โรคทางสังคม” มีความเกี่ยวข้องอย่างแยกไม่ขาดกับการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมือง การปกครอง ซึ่งส่งผลต่อคุณลักษณะ แบบแผน และระบบความสัมพันธ์ของคนในสังคม รวมทั้งพัฒนาแนวทางการดำเนินงานเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอชไอวี/เอ็ดส์ “เพื่อลดการรังเกียจ การกีดกันโอกาสผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อส่งเสริมให้มีการอยู่ร่วมกันได้อย่างปกติสุข”

4. การมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาสังคมในการร่วมบริหารจัดการทรัพยากรผ่านองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)

จากฐานคิดเรื่องกลุ่มเสี่ยง ทำให้การกระจายทรัพยากรการทำงานตอบสนองต่อ เอชไอวี/เอ็ดส์ สู่อำเภอหรือขยายเฉพาะประเด็นในกลุ่มที่ถูกระบุว่าเป็นกลุ่มเสี่ยง” ทำให้องค์กรขนาดเล็กในชุมชนมักไม่ได้รับงบประมาณ ดังนั้นจะต้องมีการพัฒนากลไกที่ประกันกลไกการสร้างการมีส่วนร่วมอย่างแท้จริงและเท่าเทียมขององค์กรภาคประชาสังคม ในการบริหารจัดการ การเข้าถึงและการกระจายงบประมาณในท้องถิ่น เช่น นโยบายการกระจายอำนาจสู่ท้องถิ่น ได้แก่ “กองทุนหลักประกันสุขภาพตำบล”

ในการดำเนินการดังกล่าวองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรจะได้รับการพัฒนา เสริมสร้างศักยภาพ เพื่อจะได้มีความรู้ความเข้าใจ เกิดความตระหนักรู้และให้ความสนใจต่อปัญหาผลกระทบจากเอชไอวี/เอ็ดส์ในชุมชนท้องถิ่น และร่วมเป็นส่วนหนึ่งของพลังขับเคลื่อนในการแก้ไขปัญห

2) การประกาศใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรสำหรับผลิตภัณฑ์ยาที่ติดสิทธิบัตร

จากการที่กระทรวงสาธารณสุข ประเทศไทยได้ประกาศการตัดสินใจที่จะใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตร (Compulsory Licensing: CL) สำหรับผลิตภัณฑ์ยาที่ติดสิทธิบัตรหลายรายการ และได้รับเสียงชื่นชมจากทั่วโลกต่อการแสดงให้เห็นถึงสิทธิของการมีชีวิตของประชาชนอยู่เหนือผลประโยชน์ด้านการค้ากับยาต้านไวรัสเอ็ดส์ สูตรพื้นฐาน เอฟฟาเวอเรนซ์ (Effavirenz) หรือชื่อทางการค้าว่า สต็อคคริน (Stocrin) ของบริษัท เอ็มเอสดี (29 พฤศจิกายน 2549) ยาต้านไวรัสสูตรสำรอง โลพินาเวียร์ /ริโทนาเวียร์ (Lopinavir/Ritonavir) หรือชื่อทางการค้าว่า คาเลทรา (Kaletra) ผลิตโดยบริษัทแอสบอต (24 มกราคม 2550) และ โคลพิโดเกรล (Clopidogrel) หรือชื่อทางการค้าว่า พลาวิกซ์ (Plavix) ผลิตโดยบริษัท ซาโนฟี อเวนต์ิส (25 มกราคม 2550) ส่งผลให้บริษัทยาต้นแบบลดราคาขายลงมากกว่า 70%ให้กับทุกประเทศ และอุตสาหกรรมยาชื่อสามัญมีแรงจูงใจที่จะผลิตเพื่อแข่งขันให้ยามีราคายิ่งถูกลงเพราะมองเห็นตลาด โดยที่ระบบสิทธิบัตรถูกตั้งคำถามเป็นวงกว้างในด้านการขยายการเข้าถึงยาของประชาชน เพราะการขยายสิทธิการผูกขาดตลาดของยาที่มียอดขายสูงของบริษัท เป็นการผูกขาดการหากำไรอย่างสูงสุดของบรรษัทยา

อย่างไรก็ตาม การตัดสินใจใช้ CL ในประเทศไทย ยังต้องเผชิญแรงกดดันจากอุตสาหกรรมยา⁴ และรัฐบาลประเทศพัฒนาบางประเทศ ที่ใช้ยุทธวิธีทุกรูปแบบทั้งการคัดค้าน การต่อต้านและการลอบบี้

สิ่งที่ท้าทายที่สำคัญ

แม้ว่ามาตรการการประกาศใช้ CL สำหรับผลิตภัณฑ์ยาที่ติดสิทธิบัตรของรัฐบาลไทยจะได้รับการกล่าวขวัญถึง แต่ยังมีคามจำเป็นอย่างยิ่งที่ประเทศไทยจะต้องมียุทธศาสตร์และยุทธวิธีของชาติซึ่งเป็นเอกภาพในการรับมือกับการคัดค้าน การตอบโต้ และการลอบบี้ ของบรรษัทยา ซึ่งแปลงเป็นมาตรการและแนวปฏิบัติของรัฐในการเสริมสร้างศักยภาพในการวิเคราะห์ การทำงานที่สอดคล้องประสานกันในระดับชาติ ระดับภูมิภาคและระดับนานาชาติ และการรณรงค์เชิงนโยบายของประเทศ โดยผนึกกำลังของภาครัฐ รวมทั้งข้าราชการ นักการเมือง นักวิชาการ บุคลากรวิชาชีพ องค์กรภาคสังคม อาทิจรียุติธรรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอ็ดส์ ประเทศไทย องค์กรสาธารณสุขทุกระดับสากล และชุมชน เพื่อเคลื่อนไหวและผลักดันให้ผู้ติดเชื้อได้รับการคุ้มครองสิทธิการเข้าถึงยาราคาถูก

ข. ด้านสิทธิมนุษยชน

สิ่งที่ท้าทายสำคัญและปฏิบัติการแก้ไข

1. ร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอ็ดส์ พ.ศ... : การละเมิดสิทธิมนุษยชนและการขาดการมีส่วนร่วม

ช่วงเดือนมีนาคม พ.ศ.2551 กลุ่มหรือเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการที่ทำงานกับกลุ่มผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ได้รวมตัวประชุมหารืออย่างต่อเนื่องเพื่อนำเสนอเสียงวิพากษ์วิจารณ์และความห่วงกังวลใจอย่างกว้างขวาง รวมทั้งประกาศจุดยืนที่ชัดเจนของภาคประชาสังคมใน "การยกเลิกการเสนอร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย

⁴ วาระหลักของอุตสาหกรรมยาในปัจจุบันถูกตั้งข้อสงสัยว่ายังเป็นไปเพื่อการวิจัยและพัฒนาเพื่อรักษาชีวิตเพื่อนมนุษย์หรือไม่ เพราะสัดส่วนค่าใช้จ่ายด้านวิจัยและพัฒนาของอุตสาหกรรมยาเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ 13.9 ในขณะที่ร้อยละ 32 ของค่าใช้จ่าย ถูกใช้เป็นการตลาด โฆษณา และค่าบริหารจัดการ ดังนั้นอาจกล่าวได้ว่าอุตสาหกรรมยาถือได้ว่าเป็นอุตสาหกรรมที่ทำกำไรสูงที่สุดในโลก และเป็นอุตสาหกรรมที่มีอิทธิพลสูงที่สุดอุตสาหกรรมหนึ่ง ตามข้อสังเกตของ แพทย์หญิงมาร์เซีย แอนเจลล์ ที่เขียนไว้ใน หนังสือกระชากหน้ากากธุรกิจยาข้ามชาติเป็นความจริงที่ยากปฏิเสธ เกี่ยวกับการเจรจาการค้าในระดับต่างๆ ของสหรัฐอเมริกาและอิทธิพลของบรรษัทยา

เอดส์ พ.ศ... : “ ที่สำนักเลขาธิการนายกรัฐมนตรีได้สนับสนุนงบประมาณกว่า 2 ล้านบาท ในการศึกษาวิจัย และยกร่างกฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพ ภายใต้คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ และเตรียมเข้าสู่กระบวนการออกเป็นกฎหมาย ด้วยเหตุผลสำคัญที่ว่า เนื้อหาในหลายบทและหลายมาตราของร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวละเมิดสิทธิมนุษยชน ตัวอย่างเช่น การแพร่เชื้อเอชไอวีถือว่าเป็นอาชญากรรมร้ายแรง มีโทษหนักทางอาญา ตลอดจนสะท้อนการเลือกปฏิบัติและการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกจากสังคม หากผู้หญิงไม่เปิดเผยผลเลือดต่อสามีเป็นความผิดตามกฎหมาย ฯลฯ

กระบวนการยกร่างพระราชบัญญัติดังกล่าวขาดการมีส่วนร่วมของผู้ที่จะได้รับผลกระทบจากร่างพระราชบัญญัตินี้ และนี่คือบทสะท้อนอันเป็นรูปธรรมด้านแนวคิดหลักในร่างกฎหมายที่มีทัศนคติเชิงลบเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ว่าเป็นบุคคลอันตรายคุกคามต่อสุขภาพของสาธารณชน แต่ขณะเดียวกันก็มีมุมมองที่ขัดแย้งโดยเห็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นบุคคลพิเศษ ดังปรากฏในบางมาตรา อาทิเช่น

- มาตรา 50 ต้องแจ้งคู่สมรส คู่หมั้น คนที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย
- มาตรา 96 บทกำหนดโทษ
- มาตรา 54 การกักกันตัวผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์
- มาตรา 61-65 สถานสงเคราะห์พิเศษ
- มาตรา 36 ห้ามทอดทิ้งเด็กติดเชื้อ
- มาตรา 58-60 สถานพยาบาลเฉพาะ

ทั้งนี้ได้มีการเชิญผู้เกี่ยวข้องจากภาครัฐมารับฟังข้อเสนอแนะเชิงนโยบายของภาคประชาสังคมที่ได้รวบรวมและสรุปจากการประชุมสัมมนาวิชาการใหญ่เมื่อวันที่ 29-30 มีนาคม 2550 ก่อนที่จะมีดำเนินการนำร่างพรบ.ดังกล่าวเตรียมเข้าสู่กระบวนการการออกเป็นกฎหมาย ซึ่งรายละเอียดบางส่วนจากข้อเสนอแนะ มีดังนี้

มาตรา 58-60 สถานพยาบาลเฉพาะ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เพราะจะมีส่วนทำให้เกิดความเข้าใจผิดเรื่องการอยู่ร่วมกันกับเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี เช่น การนำเด็กไปไว้ในสถานสงเคราะห์เฉพาะ ทั้งที่เด็กติดเชื้อสามารถใช้ชีวิตได้อย่างเด็กทั่วไป

นอกจากนั้นข้อเสนอแนะ ยังระบุตัวอย่างของความคุ้มครองที่ไม่ครอบคลุมของร่างพ.ร.บ.คุ้มครองฯ เช่น กรณีเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ที่ต้องมีการจัดยาที่เหมาะสมกับเด็กแต่ละราย ไม่ควรใช้การเจ็บป่วยของเด็กเป็นข้ออ้างกีดกันไม่ให้เรียนร่วมกับเด็กอื่นๆ และเด็กที่อาศัยอยู่ในประเทศไทยซึ่งตกสำรวจหรือไม่ได้รับการรับรองสถานะบุคคล หรือไม่มีเลขบัตรประชาชน จำเป็นต้องเข้าถึงหลักประกันสุขภาพ สำหรับกรณีผู้หญิงที่ติดเชื้อและได้รับผลกระทบจากเอดส์ ต้องมีการสร้างความเข้าใจในหมู่ผู้ติดเชื้อเกี่ยวกับการสื่อสารเรื่องเพศกับคู่ การให้คำปรึกษาควรเน้นที่การเตรียมความพร้อมก่อนบอกผลเลือด ไม่ใช่กระบวนการให้คำปรึกษาเพื่อเปิดเผยผลเลือด หรือการพัฒนาเครื่องมือที่รับประกันได้อย่างชัดเจนว่า การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในแต่ละครั้งเกิดโดยความสมัครใจจริงๆ มิได้เกิดจากการโน้มน้าวใจ เป็นต้น

2. พระราชบัญญัติ สถานบริการ พ.ศ.2509 (แก้ไข พ.ศ.2548) : หัยต่อสิทธิและการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพและความปลอดภัยในการทำงานของพนักงานบริการ

พระราชบัญญัติ สถานบริการ พ.ศ.2509 (แก้ไข พ.ศ.2548) เป็นอีกตัวอย่างของพระราชบัญญัติที่มีได้ละเอียดอ่อนต่อประเด็นสิทธิขั้นพื้นฐานแห่งความเป็นมนุษย์ และมีนัยต่อการเข้าถึงบริการด้านสวัสดิการสังคมของพนักงานบริการ

พระราชบัญญัตินี้เกิดขึ้นเพื่อรองรับการทำงานด้านการตรวจสอบ การจัดระเบียบพื้นที่ การป้องกันปราบปรามการกระทำความผิดเกี่ยวกับสถานบันเทิง รายละเอียดใน พ.ร.บ.ให้ความสำคัญกับการได้รับ

อนุญาตอย่างถูกต้อง การห้ามไม่ให้มีการแพร่ระบาดของยาเสพติด การไม่ให้มีการแสดงลามกอนาจาร และการเปิด-ปิด ตามเวลาที่กำหนดให้ พ.ร.บ.ดังกล่าวระบุนิยามความหมายของสถานบริการ เช่น บาร์ คาราโอเกะ นวดแผนโบราณ ฯลฯ และประเภทของแรงงานในสถานบริการ เช่น นักเต้น พนักงานบริการ พนักงานเก็บเงิน พนักงานเสิร์ฟ พนักงานนั่ง ดริงค์ ฯลฯ

แต่ไม่ได้มีรายละเอียดเกี่ยวกับสภาพการจ้างงานของแรงงานในสถานบริการ ส่งผลให้คนทำงานในสถานบริการโดยเฉพาะอย่างยิ่ง พนักงานบริการทั้งหมด ชายและสาวประเภทสองขาดสภาพโดยกฎหมาย ในฐานะผู้ถูกจ้างหรือลูกจ้าง เมื่อคนทำงานอาชีพบริการไม่ได้รับการรับรองให้เป็นลูกจ้างตามกฎหมาย ส่งผลต่อความสัมพันธ์เชิงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมระหว่างเจ้าของธุรกิจสถานบริการและพนักงานบริการ ทำให้พนักงานบริการถูกเอารัดเอาเปรียบแรงงาน ไม่ได้ได้รับความคุ้มครองด้านจำนวนชั่วโมงการทำงาน สิทธิวันหยุดงาน รวมถึงไม่สามารถเข้าถึงชุดสิทธิประโยชน์ด้านสุขภาพและการชดเชยจากกองทุนประกันสังคมซึ่งรับรองโดยกฎหมายหมายแรงงานสัมพันธ์ เช่น การบังคับให้พนักงานแบกรับผิดชอบภาระค่าใช้จ่ายเกี่ยวกับบริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์และการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี สิทธิในการเข้าถึงเครื่องมือป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ผ่านกองทุนประกันสังคม รวมถึงขาดสิทธิด้านความปลอดภัยในการทำงานในสถานที่ทำงานซึ่งได้มาตรฐานอาชีวอนามัยและสิ่งแวดล้อม

3. ร่างพระราชบัญญัติจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พ.ศ....: การคุ้มครองสิทธิอาสาสมัครในโครงการวิจัย และการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม

สัดส่วนและที่มาของกรรมการในคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์ยังเป็นประเด็นสำคัญที่บ่งชี้ถึงการมีส่วนร่วมและกระบวนการสร้างการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม เนื่องด้วยกรรมการส่วนใหญ่ของคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์เป็นผู้แทนจากภาคราชการ ผู้วิจัย และผู้ประกอบการวิชาชีพแพทย์และสาธารณสุข ผู้แทนจากภาคประชาสังคมมีที่หนึ่งในคณะกรรมการวิจัยในมนุษย์เพียง 2 ที่นั่งเท่านั้น คือ กรรมการด้านปรัชญาหรือ จริยศาสตร์ 1 คน และกรรมการด้านกฎหมาย 1 คน และไม่มีที่หนึ่งในฐานะกรรมการของผู้แทน “อาสาสมัครในโครงการวิจัย/ผู้ถูกวิจัย/ชุมชนผู้ถูกศึกษา”

ข้อทักท้วงจากภาคประชาสังคมเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติการวิจัยในมนุษย์ จึงเกี่ยวข้องกับมีเจตนารมณ์ที่แท้จริงของร่าง พรบ.ดังกล่าวว่าพัฒนาขึ้นเพื่อปกป้องคุ้มครองและพิทักษ์ “สิทธิของผู้ถูกวิจัย” เช่น การวิจัยทดลองอุปกรณ์คุมกำเนิดกับผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี การวิจัยกับชายรักชาย ฯลฯ หรือเป็นเครื่องมือยืนยันความชอบธรรมและพิทักษ์ “สิทธิของผู้วิจัย” อีกทั้งเสียงสะท้อนของภาคประชาสังคมและเสียงของประชาชนเกี่ยวกับแนวคิดเชิงเดี่ยวด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ถูกใช้เป็นฐานในการร่าง พ.ร.บ. โดยละเลยมุมมองทางสิทธิมนุษยชนและมีศีลธรรม-วัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยในมนุษย์

4. ยุทธศาสตร์/รณรงค์ “เอดส์รักษาได้ อยู่ร่วมกันได้” : การดำรงชีวิตร่วมกับเชื้อเอชไอวี

การดำเนินงานรณรงค์และสร้างความเข้าใจร่วมกันเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์อย่างเป็นรูปธรรมในประเทศไทยของภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อลดการรังเกียจ การกีดกันผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อขจัดมายาคติและอคติที่ว่า “เอดส์เป็นแล้วตาย” หรือ “คนเป็นเอดส์น่ากลัว” ซึ่งยังคงฝังฝังอย่างแนบแน่นอยู่ในสังคมไทย อันเป็นผลพวงจากการรณรงค์การสร้างความรู้ความเข้าใจเรื่องเอชไอวี/เอดส์ในยุคเริ่มแรกของการทำงาน แต่ต้องเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจและต่อยอดภาพลักษณ์ใหม่เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ว่า “เอดส์อยู่ร่วมกันได้ และเอดส์รักษาได้”

การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับชีวิตของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หลังได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ไม่ว่าจะเป็นการมีคู่ การมีลูก (สิทธิด้านเพศและอนามัยเจริญพันธุ์) เช่น การสร้างความรู้ความเข้าใจและมุมมองใหม่

ต่อเอชไอวี/เอดส์ ว่า “เอดส์อยู่ร่วมกันได้ และ เอดส์รักษาได้” “เด็กที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเติบโตได้และมีศักยภาพ” และ มีมาตรการการคุ้มครองสิทธิในการอยู่ร่วมกันในสังคมของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวี โดยไม่แบ่งแยกก็ดกัน เพราะเหตุแห่งการติดเชื้อเอชไอวี

5. การเสริมสร้างอำนาจ ศักยภาพและสิทธิของผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีและผู้หญิง

กระบวนการสร้างความรู้และความเข้าใจ ที่จะทำให้ผู้หญิงที่มีจำกัดเพียงผู้หญิงตั้งครรภ์ ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี พนักงานบริการหญิง มีอำนาจและศักยภาพ มีสิทธิในการจัดการเรื่องเพศ ต่อรองเรื่องเพศ สามารถตัดสินใจและมีทางเลือกที่หลากหลายในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี มีศักยภาพที่จะวิเคราะห์และมองเห็นถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองตั้งปรากฏในเนื้อหาและถ้อยคำที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในสุขภาพทางเพศและอนามัยการเจริญพันธ์ุที่ประชาคมโลกให้การรับรองผ่านประกาศและปฏิญญาต่างๆ

6. การรณรงค์ส่งเสริมความร่วมมือของภาครัฐในการนำแนวทางลดอันตรายจากการใช้ยา เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มฉีดยาเสพติด

การส่งเสริมความร่วมมือขององค์กรภาครัฐในการนำแนวทางลดอันตรายจากการใช้ยามาใช้ทำงาน เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มฉีดยาเสพติด ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงและเข้าถึงยาก โดยส่งเสริมแนวทางการพกพาเข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาด การใช้สารทดแทน เช่น เมธาโดน รวมทั้งการจัดให้มีศูนย์บริการ Drop In ซึ่งเป็นสถานที่ที่เป็นมิตรต่อผู้ใช้ยาเสพติด โดยเปิดให้ผู้ใช้ยาเข้ามาพักผ่อนระหว่างวัน เป็นสถานที่ที่ให้ความรู้ ให้ความช่วยเหลือ เน้นการเพิ่มศักยภาพบุคคล และเป็นการช่วยลดปัญหาทางสังคมอีกช่องทางหนึ่ง

แต่ปัจจุบันการพกพาเข็มฉีดยาและกระบอกฉีดยานั้นเสี่ยงต่อการถูกจับกุม เพราะรัฐมีนโยบายและมาตรการในการปราบปรามยาเสพติดเพื่อให้คนเลิกใช้ยา ดังจะเห็นได้จากคำขวัญรณรงค์ "ยาเสพติด คนเสพตาย คนขายติดคุก"

ข้อมูลจากสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคระบุว่าร้อยละ 4.68 ของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีติดมาจากการใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน นั้นหมายถึงประมาณการณ์ผู้ติดเชื้อในประเทศไทยจำนวน 1 ล้านคน จะมีประมาณ 40,000 คนที่ติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้เข็มฉีดยาเสพติด ดังนั้นการใช้เข็มฉีดยาเสพติด ก็เป็นช่องทางในการติดเชื้อที่ต้องทำงานขับเคลื่อนให้เกิดการป้องกัน⁵ แม้ว่าร้อยละ 80 ของการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีสาเหตุจากเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้นงานรณรงค์เพื่อการป้องกันส่วนใหญ่จึงเน้นไปที่ให้ส่งเสริมให้ผู้คนมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้น

7. กลไกและแนวทางส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ของแรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม

มิติสิทธิมนุษยชน จะถูกนำมาใช้ประเมินการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ของกลุ่มประชากรที่เป็นแรงงานข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ และผู้ที่สถานะบุคคลยังไม่ได้รับการรับรองโดยรัฐไทย โดยจะนำมาพัฒนากลไกและแนวทางการทำงานที่รับประกันการเข้าถึงบริการของกลุ่มชาติพันธุ์ เช่น การพัฒนาสื่อ ล่ามแปลภาษา เพราะรัฐยังมีได้มีมาตรการที่เป็นรูปธรรมซึ่งส่งเสริมและรับประกันสิทธิในการเข้าถึงการดูแลและรักษา กลุ่มประชากรที่ยังไม่ได้รับการรับรองสถานะบุคคล เช่น แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม

⁵ ข้อมูลจากคอลัมน์ เรื่องเล่าชาวแอกเซส มุลนิธิเข้าถึงเอดส์ เรื่อง Harm Reduction

8. ยุทธศาสตร์/พันธกิจ/ความแตกต่างหลากหลายด้านวิถีชีวิตและวิถีชีวิตทางเพศ

การจัดบริการและการรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจด้านเอชไอวี/เอดส์ ควรที่จะสามารถเสริมสร้างความเข้าใจและนำไปสู่การเคารพในความแตกต่างหลากหลายของวิถีชีวิตผู้คน ตัวตนทางเพศและวิถีชีวิตทางเพศที่แตกต่างของคนกลุ่มต่างๆ ในสังคม

ค. ด้านการป้องกัน

สิ่งที่ท้าทายสำคัญและปฏิบัติการแก้ไข

1. การผนวกลมุมมองทางสังคม-วัฒนธรรมเข้ากับการทำงานด้านเอดส์

องค์ความรู้ทางสังคม-วัฒนธรรมซึ่งนำไปสู่การทำความเข้าใจปัจจัยเชิงโครงสร้างสังคม-วัฒนธรรมของ “ความเสี่ยง” หรือ “ความเปราะบาง” ว่ามิได้ผูกโยงกับพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงเท่านั้น แต่หมายรวมถึงวิถีชีวิตของผู้คนที่ได้รับอิทธิพลจากค่านิยมและความเชื่อทางสังคมและวัฒนธรรมที่มีต่อการเข้าถึง “เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย” ของปัจเจกบุคคล/กลุ่มคน ควรต้องถูกผนวกรวมในการรณรงค์ความรู้ความเข้าใจต่อประเด็นเอชไอวี/เอดส์ นอกเหนือจากชุดข้อมูล/ข้อความหลักเบื้องต้นด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์เกี่ยวกับช่องทางการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และผลกระทบต่อการทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย

2. การรณรงค์และสื่อสารสาธารณะที่ดำเนินการเพื่อ “ลดอคติ ค่านิยมและความเชื่อ และภาพเหมารวมที่ตายตัว”

การรณรงค์และสื่อสารสาธารณะที่ดำเนินการเพื่อ “ลดอคติ ค่านิยมและความเชื่อ และภาพเหมารวมที่ตายตัว” เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการประทับตราบาปให้กับกลุ่มคนบางกลุ่มในสังคม เช่น พนักงานบริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี แรงงานข้ามชาติ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ว่าเป็นสาเหตุของการแพร่ระบาดของเอชไอวี/เอดส์ และเพื่อจัดการรับรู้ ความคิดความเชื่อที่มีลักษณะลดทอนคุณค่าศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของกลุ่มคนนั้นๆ ดังปรากฏในคำกล่าวข้างล่างนี้

“แรงงานต่างด้าวที่สมุทรสาคร กำลังสร้างปัญหาในหลายด้าน ทั้งเรื่องโรคภัยไข้เจ็บ ปัญหาความขัดแย้ง หรือปัญหาสังคม ซึ่งในอนาคตอาจเป็นปัญหาในระยะยาว ขณะนี้เดือนหนึ่งมีต่างด้าวคลอดบุตรประมาณ 2,000 คน ซึ่งในอนาคตมีปัญหาคืออื่นเกิดขึ้นตามมาแน่ โดยเฉพาะปัญหาการเรียกร้องสิทธิซึ่งจะทวีความรุนแรงขึ้น ซึ่งอาจกลายเป็นปัญหาที่เราไม่สามารถแก้ไขได้..”⁶

ทั้งนี้กระบวนการสร้างความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ จะต้องสร้างและเปิด “พื้นที่พรมแดนเรื่องเพศและการจัดการความสัมพันธ์เชิงอำนาจใหม่ในเรื่องเพศ” เพื่อจะได้ก้าวข้ามพรมแดนของโรคเอดส์ที่จำกัดความรู้และความจริง ให้อยู่ภายใต้ปริมณฑลของโรคและความเจ็บป่วย⁷

3. การจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างรอบด้าน & การเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น

การจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาและนอกสถานศึกษานานาชาติ “ทักษะชีวิต” จำเป็นอย่างยิ่งที่จะอ้างอิงทฤษฎี/แนวคิด “การจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างรอบด้าน” (Comprehensive Sexuality Education⁸) สำหรับเยาวชนมาเป็นแนวทางการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา และ

⁶ "สนธิ" สัมภาษณ์ต่างด้าวที่ต้องออกนอกประเทศ. หนังสือพิมพ์คมชัดลึก วันที่ 15 พฤศจิกายน 2550

http://www.komchadluek.net/2007/11/15/a001_171769.php?news_id=171769

⁷ นวัตกรรม สุวรรณพัฒนา. รายงานสรุปภาพรวมห้อง Skills Building Track F: สัมมนาเอดส์ชาติ 2550

⁸ SIECUS explains comprehensive sexuality education is taught in schools on the basis of age appropriate content cover wide range of topics: abstinence, be faithful, condom use and contraceptives, safe abortion etc.

เพศศึกษาต้องผนวกรวมมุมมองและความต้องการของเยาวชน เข้ามาเป็นเป้าหมายสำคัญของการจัดการทำงานเรื่องเพศศึกษา⁹ ซึ่งควรจะดำเนินการเพื่อส่งเสริมให้

- เยาวชนเข้าถึงข้อมูลเรื่องเพศ อุปกรณ์ บริการทางสุขภาพและสังคมที่เอื้อต่อการมีสุขภาวะทางเพศ ให้เยาวชนได้เรียนรู้และฝึกฝนกระบวนการคิด วิเคราะห์ แยกแยะและตัดสินใจ
- เยาวชนมีเพศสัมพันธ์อย่างรับผิดชอบ
- เยาวชนเกิดการรวมพลัง มีบทบาทและส่วนร่วมในการพัฒนาสังคม
- เกิดบรรยากาศทางสังคมที่เอื้อต่อการสื่อสารเรียนรู้เรื่องเพศและมีผู้ใหญ่ที่เข้าใจเปิดใจฟัง ยอมรับศักยภาพเยาวชนและพร้อมสื่อสารกับเยาวชน
- การเข้าถึงแหล่งบริการด้านสุขภาวะทางเพศที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น จะช่วยผลักดันให้เกิดการทำงานด้านการสื่อสารเรื่องเพศเชิงรุกในชุมชนกับผู้ที่เกี่ยวข้อง เช่น การสื่อสารเรื่องเพศของสมาชิกในครอบครัว (พ่อแม่ลูก) สมาชิกในชุมชน องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

4. มิติบูรณาการของงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจุบันการทำงานด้านป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ยังขาดมิติเชิงบูรณาการกับการเสริมสร้างความเข้มแข็งของชุมชนต่อการทำงานเพื่อลดผลกระทบจากปัญหาเอชไอวี/เอดส์ การขาดหายของมิติดังกล่าวได้รับอิทธิพลจากแนวทางการทำงานป้องกันที่มุ่งเน้นกลุ่มประชากรภายใต้นิยามว่าเป็น “กลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง” เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการทางเพศ กลุ่มผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีที่มีคู่ผลเลือดต่าง กลุ่มเยาวชน กลุ่มแรงงานข้ามชาติและแรงงานชาติพันธุ์ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด

5. การรณรงค์เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจากโรค ความรุนแรงและท้องที่ไม่พร้อม

การรณรงค์สร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ “เพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย” ควรจะดำเนินการให้ครอบคลุมถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากความสมัครใจกันทั้งสองคน (หรือทุกคน) โดยมีความพร้อมเพรียงกันทั้งทางกาย ทางใจและทางวิญญูชน ทุกคนยอมรับในสิทธิของแต่ละคน...” ดังที่จอห์น อิงภากรณ์ อดีต สมาชิกวุฒิสภา กรุงเทพมหานครได้กล่าวไว้ในการประชุมเชิงวิชาการเรื่องสิทธิมนุษยชนของบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ¹⁰ เนื่องในโอกาสครบรอบ 3 ปีสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย

6. การส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัย 100%

การจัดหาถุงยางอนามัยให้เพียงพอกับการให้บริการ ณ หน่วยบริการ ซึ่งตรงกับปริมาณและความต้องการของประชาชน โดยไม่จำกัดเพียงการให้บริการตามจำนวนผู้มารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น

⁹ โครงการก้าวอย่างอย่างเข้าใจ (Teenpath). 2549. ไขความลับ รุ่นเรา เราเลือก เรารับผิดชอบ : บันทึกประสบการณ์สองปีแรกของเยาวชนและคนทำงานค่ายละคร สื่อและICTeen ในโครงการก้าวอย่างอย่างเข้าใจ. กรุงเทพฯ: พี.เอส.ซีพพลาย.

¹⁰ สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย. (2550) สิทธิมนุษยชนของบุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศ. กรุงเทพฯ: ศรีเมืองการพิมพ์.

ง. ด้านการดูแล รักษาและความช่วยเหลือ

แนวการปฏิบัติที่ดีที่สุด (Best Practice)

1) งบประมาณการจัดบริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ

สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) ได้รับงบประมาณสำหรับการให้บริการผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในปี 2550 เป็นจำนวน 3, 855.6 ล้านบาท สำหรับงบประมาณด้านเอดส์¹¹ ในปี 2551 มีการขอเพิ่มขึ้นเป็น 4,525,966,000 ล้านบาท โดยมุ่งเน้นบริหารงาน 6 ด้าน กล่าวคือ

- การจัดหายาต้านไวรัสเอดส์และการรักษาผู้ป่วยสูตรพื้นฐานและสูตรดื้อยา
- การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การส่งเสริมและประสานความร่วมมือกับองค์กร
- ภาควิชาที่เกี่ยวข้องและการให้คำปรึกษา
- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรและระบบการให้บริการ
- การติดตามประเมินผลเพื่อพัฒนาการบริการ
- การพัฒนาและควบคุมกำกับคุณภาพการบริการ เพื่อดูแลผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อและการป้องกันไม่ให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้น

2) การกำหนด “บริการยาต้านไวรัสเอดส์” เป็นชุดสิทธิประโยชน์ ของ สปสช.

สปสช.ได้กำหนดให้ “บริการยาต้านไวรัสเอดส์ เป็นบริการหนึ่งในชุดสิทธิประโยชน์หลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่ 1 ตุลาคม 2549 และในระบบบริการประกันสังคม” จึงถือได้ว่าเป็นการประกาศเป้าหมายการป้องกันเอดส์ที่สอดคล้องกับเป้าหมายการป้องกันเอดส์ในระดับสากล

3) การประกาศใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรสำหรับผลิตภัณฑ์ยาที่ติดสิทธิบัตร

การที่กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศการตัดสินใจที่จะใช้สิทธิเหนือสิทธิบัตรสำหรับผลิตภัณฑ์ยาที่ติดสิทธิบัตรหลาย ส่งผลให้บริษัทยาต้นแบบลดราคายาลงมากกว่า 70% ให้กับทุกประเทศ และอุตสาหกรรมยาชื่อสามัญมีแรงจูงใจผลิตเพื่อแข่งขันให้ยามีราคายิ่งถูกลง ทำให้การเข้าถึงยาของประชาชนเพิ่มขึ้น

4) การวิจัยและพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคเอดส์

การวิจัยทดลองวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ในคนระยะที่ 3 ซึ่งจัดว่าเป็นการทดลองที่ใหญ่ที่สุดในโลกศึกษาในอาสาสมัคร 16,000 คน ที่จังหวัดระยองและชลบุรี เริ่มในปลายปี พ.ศ. 2546 และจะสิ้นสุดโครงการในปี พ.ศ. 2552 การศึกษาพัฒนาวัคซีนป้องกันเอดส์ในไทย 12 โครงการ จากทั้งหมด 33 โครงการ

5) กองทุนประกันสุขภาพ 3 กองทุนหลักกับความคุ้มครองด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์มีอัตราการรอดมากขึ้นเพราะสามารถเข้าถึงยามากขึ้น เพราะระบบหลักประกันสุขภาพให้สิทธิครอบคลุมการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปี 2546 ขณะที่ระบบประกันสังคมเริ่มอนุมัติการให้ยาต้านไวรัสในสูตรดื้อยาแก่ผู้ป่วยเอดส์ เมื่อ 1 มกราคม 2550 ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อซึ่งอยู่ในวัยทำงานสามารถเข้าถึงการรักษามากขึ้น ส่วนในระบบสวัสดิการข้าราชการก็มีความครอบคลุมการรักษาที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์¹²

¹¹ “เพิ่มงบรายหัวประกันสุขภาพทั่วหน้าหมื่นล. - สปสช.ยันไม่ลดงบเอดส์” หนังสือพิมพ์ผู้จัดการออนไลน์ วันที่ 9 เมษายน 2550

[http://www.songkhlahealth.org/index.php?file=news&obj=forum.topic.forprint\(822\)](http://www.songkhlahealth.org/index.php?file=news&obj=forum.topic.forprint(822))

¹² “มองลอดช่อง 3 กองทุนสุขภาพ จากกรณีรักษาผู้ป่วย “เอดส์”. หนังสือพิมพ์กรุงเทพธุรกิจ วันที่ 24 สิงหาคม 2550

6) กระบวนการปรึกษาหารือกับภาคประชาสังคมต่อ “แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการจัดการและแก้ไขปัญหาเอดส์ในสถานที่ทำงาน”

กรมแรงงานและสวัสดิการสังคม กระทรวงแรงงานฯ ได้พัฒนาแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการจัดการและแก้ไขปัญหาเอดส์ในสถานที่ทำงาน และได้จัดการประชุมเพื่อปรึกษาหารือและระดมความคิดเห็นจากภาคประชาสังคม เพื่อปรับปรุงแนวทางแห่งชาติดังกล่าว

สิ่งที่ท้าทายสำคัญและปฏิบัติการเพื่อแก้ไข

1. การเข้าถึงยาต้านไวรัสสูตรสำรอง

การดำเนินการจัดบริการภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพ ยังขาดความชัดเจนเรื่องการจัดการอุปสรรคในการเข้าถึงยาต้านไวรัสสูตรสำรอง และ การจัดการบริการยาต้านไวรัสที่มีขนาดเหมาะสมและรูปแบบการให้บริการที่ไวต่อมิติทางสังคม-วัฒนธรรมของเด็กที่ติดเชื้อ

2. ความแตกต่างของความคุ้มครอง & การเข้าถึงบริการผ่านระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ

การคลี่คลายปัญหาการรักษาโรคเอดส์โดยใช้สิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบที่มีความแตกต่างกัน ได้แก่ ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการข้าราชการ เช่น

- สิทธิเบิกค่ารักษาพยาบาลของข้าราชการยังมีอุปสรรค เพราะจะถูกสงสัยถ้าหากมีการตั้งเบิกค่ารักษาพยาบาลทุกเดือน เพราะข้าราชการที่ติดเชื้อเอชไอวีต่างไม่ต้องการเปิดเผยตัว ทำให้ข้าราชการส่วนใหญ่ยอมที่จะจ่ายซื้อเงินยาเอง
- สิทธิการรักษาถึงลูกและพ่อแม่ของระบบสวัสดิการข้าราชการ จะสิ้นสุดลงทันทีในกรณีเสียชีวิตและมีใบมรณบัตร ปัญหาการเรียกเก็บเงินจะทำให้ลูกและพ่อแม่มีโอกาสหยุดการรักษาได้
- การรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง การไม่สามารถมารับยาได้ ในกรณีที่แรงงานเข้าสู่ระบบประกันสังคมไม่ถึง 1 ปี แต่ออกจากงานในระหว่างนั้น จึงไม่มีสิทธิส่งเงินประกันตนเอง เพราะการขาดความเชื่อมต่อในการโอนย้ายระบบหลักประกันที่ต้องรอเวลา การจำกัดโรงพยาบาลที่เข้ารับการรักษาต้องเป็นไปตามทะเบียน การซ้ำซ้อนของสิทธิการรักษา การใช้จ่ายงบประมาณที่จำกัดของโรงพยาบาล
- กรณีผู้ที่อยู่ระหว่างการคุมขัง ซึ่งไม่สามารถมารับยาได้ด้วยตนเองและความเป็นไปได้ในการส่งยาให้ผู้ป่วย เป็นปัญหาสำคัญด้านให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยกลุ่มนี้

3. ร่างพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ: นัยต่อระเบียบการจัดซื้อยาขององค์การเภสัชกรรมและความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน

เมื่อวันที่ 24 เมษายน 2550 คณะรัฐมนตรีได้มีมติมอบหมายให้กระทรวงการคลังเร่งรัดดำเนินการเกี่ยวกับร่างพระราชบัญญัติจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐ พ.ศ....เพื่อใช้บังคับกับส่วนราชการทั้งหมด ว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างฯ ตามที่กระทรวงการคลังเสนอ หากเห็นสมควรและเหมาะสมก็จะมีการปรับปรุงเป็นพระราชบัญญัติ ซึ่งจะสามารถกระทำให้การจัดซื้อยาได้สะดวกและรวดเร็วยิ่งขึ้น

วันที่ 22 ตุลาคม 2550 ที่ประชุมคณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบร่างพระราชกฤษฎีกา ซึ่งมี หลักการหลักๆ คือเพื่อให้ 1) การดำเนินการจัดซื้อจัดจ้างเป็นไปอย่างเปิดเผย โปร่งใส และสามารถตรวจสอบได้ในทุกขั้นตอน 2)การส่งเสริมการแข่งขันอย่างเป็นธรรม โดยผู้ประกอบการจะได้รับการปฏิบัติจากส่วนราชการอย่างเท่าเทียมกัน 3) การจัดซื้อจัดจ้างและการบริหารพัสดุภาครัฐเป็นไปอย่างคุ้มค่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผล 4) การลดปัญหาการทุจริต

อย่างไรก็ตาม ร่างพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ มีส่วนส่งผลกระทบต่อระเบียบการจัดซื้อยาขององค์การเภสัชกรรม “เพราะได้ยกเลิกเรื่องการจัดซื้อยาและเวชภัณฑ์ที่ไม่ใช่ยาขององค์การเภสัชกรรมและโรงงานเภสัชกรรมทหาร เพื่อเปิดโอกาสให้ผู้ค้าภาคเอกชนได้เข้าร่วมการแข่งขันทาง

การค้าอย่างเสรี โดยอาศัยกลไกตลาดซึ่งจะทำให้ภาคราชการได้รับประโยชน์มากยิ่งขึ้น” ซึ่งการดำเนินงานภายใต้แนวคิดดังกล่าวจะส่งผลกระทบต่อความมั่นคงด้านสุขภาพของประชาชน เพราะยา เป็นสินค้าทางด้านสาธารณสุขที่มีลักษณะแตกต่างจากสินค้าและธุรกิจบริการสินค้าอุปโภคบริโภคประเภททั่วไป

เนื่องจากยาไม่ใช่สินค้าที่ผู้บริโภคสามารถกำหนดหรือตัดสินใจเลือกได้เอง เป็นสินค้าที่แพทย์ตัดสินใจแทนผู้บริโภค ยาจึงเป็นบริการสาธารณสุขที่รัฐต้องดูแล การเปิดให้แข่งขันด้านราคาอย่างเดียวจะสร้างปัญหาได้มาก ควรมีการควบคุมและกำกับหากปล่อยให้มีการแข่งขันโดยเสรีผู้ประกอบการหวังผลกำไรเช่นเดียวกับธุรกิจอื่น อาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพยาและมีอันตรายต่อผู้บริโภคได้ ข้อสำคัญอาจจะกระทบต่อคุณภาพและความปลอดภัยของยา เช่น การตรวจสอบคุณภาพทำได้ยากและใช้เวลานาน ประชาชนทั่วไปและโรงพยาบาลขนาดเล็กไม่สามารถตรวจสอบคุณภาพยาได้เองและมีค่าใช้จ่ายสูงในการตรวจสอบซึ่งถ้าหากปล่อยให้มีการแข่งขันในตลาดโดยเสรีอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพยาและเป็นอันตรายต่อผู้บริโภคได้

ดังนั้นคณะกรรมการองค์การเภสัชกรรม ได้จัดให้มีการประชุม ครั้งที่ 1 เมื่อวันที่ 30 ตุลาคม 2550 เพื่อพิจารณาให้ความเห็นเกี่ยวกับร่างพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ และมีความเห็นว่า “องค์การเภสัชกรรมควรคงสิทธิพิเศษที่จำเป็นและสมควร ” เพราะเหตุว่าองค์การเภสัชกรรม มีหน้าที่ในการสนองนโยบายเพื่อความมั่นคงด้านสุขภาพของประเทศ เช่น กรณีการจัดหาและผลิตยารักษาไขหวัดใหญ่/ไขหวัดนกเพื่อสำรองไว้ใช้ได้ทันทีที่มีการเกิดโรคหรือเกิดการระบาด การให้ความช่วยเหลือด้านยาและเวชภัณฑ์ในภาวะฉุกเฉิน เช่น กรณีพิบัติภัยต่างๆ การผลิตและจัดหายากำพร้า และการเป็นเครื่องมือของรัฐในการบังคับใช้สิทธิ ตลอดจนการผลิตยาต้านไวรัสฯ เป็นต้น” และได้จัดทำสมุดปกขาวเกี่ยวกับข้อเท็จจริงขององค์การเภสัชกรรมเกี่ยวกับร่างพระราชกฤษฎีกาว่าด้วยการจัดซื้อจัดจ้างและบริหารพัสดุภาครัฐ

4. มาตรการดูแลรักษากับความเชื่อ ค่านิยมทางสังคม-วัฒนธรรม

มาตรการด้านการดูแลรักษา ยังคงเน้นที่มาตรการทางการแพทย์ ยังขาด “มาตรการที่กระทำกับความเชื่อ ค่านิยมทางสังคม-วัฒนธรรม” อันเป็นรากเหง้าของวัฒนธรรมทางเพศที่เป็นสาเหตุของความเปราะบางของการติดเชื้อเอชไอวีของชนกลุ่มต่างๆ โดยเฉพาะ ผู้หญิง และเด็กหญิง

จ. การติดตามประเมินผล

สิ่งที่ท้าทายสำคัญและปฏิบัติการแก้ไข

1. การจัดทำรายงานความก้าวหน้า

รัฐบาลไทย โดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข มีภาระหน้าที่และพันธะผูกพันในการจัดทำรายงานความก้าวหน้าด้านพันธกรณีของรัฐบาลไทยในการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์(รายงาน UNGASS)¹³ โดยต้องมีกระบวนการปรึกษาหารือและเตรียมการ ในการจัดทำรายงานของประเทศเพื่อติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์

กระบวนการจัดทำรายงานความก้าวหน้าด้านพันธกรณีของรัฐบาลไทยในการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องโรคเอดส์ ยังไม่ได้ถูกนำมาใช้ประโยชน์ในการสร้างผลสะท้อนในระดับการทำงานเพื่อลดผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ในประเทศ

การจัดทำรายงานความก้าวหน้าประเทศ ภาครัฐ ควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารและการประสานงานที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ เพื่อส่งเสริมการแลกเปลี่ยนข้อมูลและถกเถียง กับภาคประชาสังคม การมีส่วนร่วม

¹³ October 2007 NGO Forum Press Release: UNGASS Reporting: Calling for a civil society response in northern Thailand.

ร่วมในกระบวนการปรึกษาหารือของภาคประชาสังคมตลอดกระบวนการมีความจำเป็นอย่างยิ่ง นับตั้งแต่การทำความเข้าใจเกี่ยวกับขอบเขตแผนงานของประเทศเบื้องต้นที่จำเป็นต้องรายงาน รวมถึงการประเมินผลตามตัวชี้วัดหลักระดับประเทศ ทั้งตัวชี้วัดเชิงคุณภาพ และ ตัวชี้วัดเชิงปริมาณ ควรปรึกษาหารือระหว่างภาครัฐและประชาสังคมถึงความเป็นไปได้ในการวางขอบเขตการรายงานรอบถัดไปตลอดจนกระบวนการพัฒนาตัวชี้วัดหลักของประเทศ เพื่อเสริมสร้างการมีส่วนร่วมและกลไกที่จะพัฒนาความสามารถในการติดตามประเมินผล

3. การพัฒนาความร่วมมือในการพัฒนาฐานข้อมูล

เพื่อให้การติดตามประเมินผลดำเนินอย่างต่อเนื่องสอดคล้องกับสถานะการติดเชื้อเอชไอวี และช่วยเสริมประสิทธิผลของการจัดการความรู้ในการทำงานด้านเอดส์

ผนวก 3

การใช้จ่ายของประเทศในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอ็ดส์

ตารางการเงินของประเทศไทย ปี 2550

ผู้ประสานงาน วรรณญา เตียวกุล

ผู้อำนวยการ การติดตามและประเมินผลยุทธศาสตร์พัฒนาสังคม

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม ถนนกรุงเกษม กรุงเทพมหานคร 10100

Email: waranya@hotmail.com โทรศัพท์: 66 2280 4085 ต่อ 3506 โทรสาร: 66 2281 2803

รอบการรายงาน ปีงบประมาณ 2550 (ตุลาคม 2549 – กันยายน 2550)

หน่วยเงิน บาท ค่าเฉลี่ยการแลกเปลี่ยนเงินตราในรอบรายงาน 33.7 บาท: 1 เหรียญสหรัฐ

วิธีดำเนินการ

1. ขอข้อมูลการเงินโดยตรงจากแหล่งงบประมาณ กล่าวคือ
 - ภาครัฐ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) กระทรวงสาธารณสุข กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นต้น
 - องค์กรระหว่างประเทศ ได้แก่ UNICEF กลไกความร่วมมือในประเทศสำหรับการสนับสนุนจากกองทุนโลก เป็นต้น
2. รวบรวมข้อมูลทุกข้อมูการใช้จ่ายจริงสำหรับการดำเนินงานเอ็ดส์จากหน่วยสนับสนุนการเงิน
3. คำนวณการใช้จ่ายในการทำงานเอ็ดส์ โดยวิธี PQ และ P หมายถึง ราคา (price) หรือค่าใช้จ่ายต่อหน่วย (unit cost) ส่วน Q หมายถึง จำนวนหรือบริการที่ดำเนินการ (quantity) ที่ใช้ข้อมูลระดับวิทยาเป็นส่วนใหญ่ กรณีที่ไม่สามารถหาข้อมูลทุกข้อมูได้ เช่นค่าใช้จ่ายการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จาก ระบบประกันสังคม (SSS) และ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS)

ค่าใช้จ่ายที่ไม่ได้นับรวม

1. เนื่องจากขาดข้อมูลในภาพรวม จึงไม่ได้ครอบคลุมค่าใช้จ่ายขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจากครัวเรือน ตัวอย่างเช่น นายจ้าง และจากครัวเรือน
2. ใช้ช่วงปีงบประมาณ (ต.ค.-ก.ย.) สำหรับค่าใช้จ่ายภาครัฐ และใช้ช่วงปีปฏิทิน (ม.ค.-ธ.ค.) สำหรับค่าใช้จ่ายขององค์กรระหว่างประเทศ
3. ไม่ได้คำนวณค่าใช้จ่ายโรคติดเชื้อฉวยโอกาสสำหรับผู้ป่วยนอก เพราะขาดข้อมูลแบบแผนของผู้ป่วยนอกที่มาด้วย โรคติดเชื้อฉวยโอกาส หลังระยะที่มีการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตัวเลขในรายงานเป็นค่าใช้จ่ายที่คำนวณเฉพาะกรณีเป็นผู้ป่วยใน มีข้อสังเกตว่า ก่อนระยะที่ให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ครอบคลุม โครงสร้างค่าใช้จ่ายระหว่าง ผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยใน ที่รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ในโรงพยาบาล 14 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 70.53 และ 29.47 สำหรับผู้ป่วยนอก และผู้ป่วยในตามลำดับ
4. ไม่ได้คำนวณค่าใช้จ่าย ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ ที่อยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพอื่น กล่าวคือ ระบบประกันสังคม และ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ
5. ไม่รวมความช่วยเหลือจากต่างประเทศของบางหน่วยงาน เนื่องจากไม่ทราบว่าเป็นยอดเงินที่อนุมัติหรือได้ใช้จ่ายจริง และอีกเหตุผล คือการที่มีข้อมูลเป็นจำนวนรวม ไม่สามารถจำแนกได้

รายงานของประเทศไทยในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
สำหรับการรายงาน UNGASS ปี 2551
National Expenditure on HIV/AIDS¹⁴

โดย Thai working group on NASA

24 มกราคม 2551

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประมาณการรายจ่ายทั้งหมดในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (Total Expenditure on HIV/AIDS :TEA) ในปี 2550
2. เพื่อประมาณการ TEA ด้วย ตัวชี้วัดหลัก ดังนี้:
 - จำนวนเงินที่ใช้จ่ายต่อประชากร 1 คน
 - จำนวนเงินที่ใช้จ่ายต่อผู้ติดเชื้อ 1 คน
 - ร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP)
 - ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure: THE)

วิธีประมาณการ

1. ในการใช้ตาราง 2 มิติ ของแหล่งการเงิน ตาม healthcare function ไม่ได้แจกแจงตามผู้ให้บริการ
2. รวบรวมข้อมูลทุกข้อมูมิการใช้เงินดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จากหน่วยงานสนับสนุนการเงิน
3. ในกรณีที่ไม่มีข้อมูลทุกข้อมูมิ ใช้การคำนวณ $P \times Q$ (P หมายถึง ค่าใช้จ่ายต่อหน่วย , Q หมายถึงจำนวนหน่วยบริการที่ดำเนินการ โดยใช้ข้อมูลระดับชาติเป็นส่วนใหญ่) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสและการตรวจทางห้องปฏิบัติการจากระบบหลักประกันสุขภาพ กล่าวคือ ระบบประกันสังคม (Social Security Scheme :SSS) และ ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (Civil Service Medical Benefit Scheme :CSMBS)

แหล่งข้อมูล

1. รายจ่ายที่ใช้จ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งหมดได้รับจากหน่วยงานภาครัฐและแหล่งงบประมาณ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในแผนงานเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาด้านไวรัส และรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาส สำหรับผู้ติดเชื้อ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (Universal health care scheme: UC) กรม Comptroller General Department กระทรวงการคลัง สำหรับรายจ่ายดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ภาครัฐ กองทุนโลก และ หน่วยงานให้ทุนทวีภาคี และพหุภาคี
2. ใช้ข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ล่าสุดของปี 2549 ได้จาก กรม National Account Department ของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจสังคมแห่งชาติ ในการคาดประมาณ GDP ปี 2551 โดยใช้ ค่า 4.5% real term growth และค่าเงินเฟ้อ 1.7% ในปี 2549-2550 ดังนั้นจึงปรับด้วยตัวเลข 6.2%
3. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ของปี 2551 นำมาจาก รายงานสุขภาพแห่งชาติ (National Health Account) ปี 2537- 2548 ซึ่งเป็นงานของ (International Health Policy Programme: IHPP) และคาดประมาณรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ของปี 2551 โดยใช้แนวโน้มในช่วงระยะเวลา 12 ปี

¹⁴ The Working Group would like to dedicate this piece of work to Dr.Sanguan Nittayarumpong, the Late Director of NHSO. His CL initiation enabled all PLHA under UC scheme with clinical implication to access to ARV.

4. จำนวนผู้ติดเชื้อ ปี 2551 ใช้ข้อมูลจาก UNAIDS 2007 Epidemiological Updates ในส่วนภาพของประเทศไทย ที่มีผู้ติดเชื้อ รวม 580,000 คน โดยมีค่าระหว่าง 330,000 – 920,000 คน <http://www.unaids.org/en/CountryResponses/Countries/thailand.asp>. access 24 มกราคม 2551

ขอบเขต

1. เป็นข้อมูลการใช้จ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ไม่ใช่ตัวเลขที่ตั้งงบประมาณ
2. เนื่องจากไม่มีข้อมูลในภาพรวม จึงไม่ได้รวมการใช้จ่ายที่มาจากงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และจาก domestic private sources เช่น นายจ้างและจากครัวเรือน
3. ดั้งนั้นการประมาณการรายจ่ายครั้งนี้ จึงครอบคลุม ส่วนที่มาจากแหล่งทุนภาครัฐภายในประเทศ โดยเฉพาะจาก ส่วนกลาง และจากแหล่งทุนระหว่างประเทศ
4. รายจ่ายที่ใช้งบประมาณจากภาครัฐ เป็นรายจ่ายของปีงบประมาณ ระหว่าง ตุลาคม ถึง กันยายน ส่วนรายจ่ายที่ใช้งบประมาณจากแหล่งทุนระหว่างประเทศ เป็นรายจ่ายของปีปฏิทิน ระหว่าง มกราคม ถึง ธันวาคมในช่วงระยะเวลาที่เทียบเคียงกัน
5. Healthcare function ใช้ 8 กลุ่มตามแนวทางของการรายงาน UNGASS
6. รายจ่ายนี้ไม่รวมการรักษารักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสในกลุ่มผู้ป่วยนอก เนื่องจากไม่มีข้อมูลที่สะท้อนแบบแผนของการใช้บริการผู้ป่วยนอกสำหรับการติดเชื้อฉวยโอกาส ในช่วงหลังจากมีการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตัวเลขในรายงานนี้จึงรวมเฉพาะรายจ่ายการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสกรณีเป็นผู้ป่วยในเท่านั้น มีข้อสังเกตว่าก่อนที่จะมีแผนงานบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โครงสร้างค่าใช้จ่ายรักษารักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสของผู้ป่วยนอกและผู้ป่วยในจากโรงพยาบาล 14 แห่ง เป็น ร้อยละ 70.53 สำหรับผู้ป่วยนอก และ ร้อยละ 29.47 สำหรับผู้ป่วยใน
7. รายจ่ายนี้ไม่รวมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในระบบประกันสังคมและสวัสดิการรักษารักษาพยาบาลข้าราชการ
8. รายจ่ายนี้ไม่รวมการช่วยเหลือจากหน่วยงานบางแห่งเนื่องจากไม่มีข้อมูลที่ชัดเจนว่าเป็นตัวเลขที่อนุมัติหรือใช้จ่ายจริง และเหตุผลอีกประการคือ เป็นข้อมูลที่รวมช่วง 2-3 ปี

ผลการประมาณการ

ตาราง 1 ข้อมูลพื้นฐานการเงินการคลังในการดูแลสุขภาพ

ข้อมูล	ปี 2550
จำนวนประชากร	64,197,000
รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต่อประชากร 1 คน (THE / capita) (บาท)	3,876
รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต่อประชากร 1 คน (THE / capita) (เหรียญสหรัฐ)	115

ข้อมูลพื้นฐานด้านการเงินการคลังสำหรับการดูแลสุขภาพ ระบุว่า ในปี 2550 ประเทศไทยใช้จ่ายเงินเพื่อการดูแลสุขภาพ 3,876 บาทต่อประชากร 1 คน หรือ 115 เหรียญสหรัฐ ต่อประชากร 1 คน (อัตราแลกเปลี่ยน 33.7 บาท ต่อ 1 เหรียญสหรัฐ), ดูตาราง 1.

ตาราง 2 รายจ่ายในการดำเนินงานเอดส์ทั้งหมด ปีงบประมาณ 2550

ปี 2550	
รายจ่ายในการดำเนินงานเอดส์ทั้งหมด (บาท)	6,728,020,682
ประมาณการรายจ่ายการดูแลสุขภาพทั้งหมด (บาท)	248,852,400,000
รายจ่ายการดำเนินงานเอดส์ทั้งหมด ปี 2550	
● ต่อประชากร 1 คน (บาท)	105
● ต่อผู้ติดเชื้อ 1 คน (บาท)	11,600
● % ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP)	0.08%
● % ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (THE)	2.7%

ในปี 2550 รายจ่ายการดำเนินงานเอดส์ทั้งหมด เท่ากับ 6, 728 ล้านบาท คิดเป็น 105 บาทต่อประชากร 1 คน หรือ 11,600 บาท ต่อผู้ติดเชื้อ 1 คน (ประมาณการผู้ติดเชื้อ รวม 580,000 คน) คิดเป็น ร้อยละ 0.081 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ปี 2550 หรือ ร้อยละ 2.7 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ดูตาราง 2

ตาราง 3 รายจ่ายในการทำงานเอดส์ทั้งหมดจำแนกตามแหล่งเงินและลักษณะงาน ปีงบประมาณ 2550

แหล่งเงิน / ลักษณะงาน	รวม	%	แหล่งเงินใน ประเทศ	%	แหล่งเงินจาก ต่างประเทศ	%
1. การป้องกัน	949,855,219	14.1	490,291,815	7.3	459,563,404	6.8
2. การดูแลรักษา	4,830,371,045	71.8	4,523,505,501	67.2	306,865,544	4.6
3. การช่วยเหลือเด็กกำพร้า และเด็กที่มีภาวะเปราะบาง เนื่องจากเอดส์*	101,296,773	1.5	91,780,000	1.4	9,516,773	0.1
4. การบริหารและเสริมความ เข้มแข็งการบริหารแผนงาน	655,446,352	9.7	337,516,200	5.0	317,930,152	4.7
5. การให้คำตอบแทนสำหรับ บุคลากร**	89,696,764	1.3	29,870,051	0.4	59,826,713	0.9
6. การคุ้มครองและบริการ ทางสังคม ส่วนที่ไม่รวมการ ช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็ก มีภาวะเปราะบางเนื่องจาก เอดส์	3,326,045	0.0			3,326,045	0.0
7. การพัฒนาภาวะแวดล้อม ที่เอื้อต่อการดำเนินงานและ การพัฒนาชุมชน	51,050,284	0.8	45,293,000	0.7	5,757,284	0.1
8. การวิจัย ส่วนที่ไม่รวมการ วิจัยปฏิบัติการ	46,978,200	0.7	45,630,600	0.7	1,347,600	0.0
รวม	6,728,020,682	100.0	5,563,887,167	82.7	1,164,133,515	17.3

รายจ่ายการทำงานเอดส์จำแนกตามแหล่งเงิน ในปีงบประมาณ 2550 เป็นรายจ่ายที่ใช้จ่ายจากแหล่งเงินภาครัฐสูงถึง ร้อยละ 82.7 ของรายจ่ายการทำงานเอดส์ทั้งหมด เป็นรายจ่ายจากแหล่งเงินทุนจากต่างประเทศ ร้อยละ 17.3 ซึ่งให้เห็นถึงการพึ่งตนเองของประเทศในการทำงานเอดส์ และเจตน์จำนงต่อพันธกรณีในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของรัฐบาลไทย

การที่รัฐบาลไทยรับนโยบายความครอบคลุมการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในปี พ.ศ. 2546 ทำให้รายจ่ายการทำงานเอดส์ในส่วนการดูแลรักษามีสัดส่วนมากที่สุดถึง ร้อยละ 71.8 และเป็นรายจ่ายของยาต้านไวรัสฯ และการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาส ร้อยละ 92 ของรายจ่ายหมวดนี้ รายจ่ายหมวดรองลงมา เป็นการป้องกัน ร้อยละ 14.1 เป็นการบริหารแผนงาน ร้อยละ 9.7 (ตาราง 3) และดูรายละเอียดของรายจ่ายในตาราง 4

ตาราง 4 รายจ่ายในการทำงานเอดส์ทั้งหมด จำแนกตามรายละเอียดของรายจ่ายในแต่ละหมวด ปีงบประมาณ 2550

รายการของรายจ่ายแต่ละหมวด	จำนวนเงิน (บาท)	%
1. รวมรายจ่ายการป้องกัน	949,855,219	14.1
1.1 การสื่อสารมวลชน (Mass media)	6,322,000	1
1.2 การทำงานกับชุมชน (Community mobilization)	10,691,291	
1.3 การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อโดยสมัครใจ (VCT)	185,240,000	20
1.4 แผนงานประชากรที่มีภาวะเปราะบางและกลุ่มพิเศษ	115,147,373	12
1.5 แผนงานเยาวชนในสถานศึกษา	46,370,545	5
1.6 แผนงานเยาวชนนอกสถานศึกษา	89,460,554	
1.7 แผนงานป้องกันสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อ	3,764,561	0
1.8 แผนงานกลุ่มพนักงานบริการทางเพศและผู้ให้บริการ	9,248,564	1
1.9 แผนงานกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	8,149,570	1
1.10 แผนงานลดอันตรายจากการใช้ยาสำหรับผู้ฉีดสารเสพติด	17,268,414	2
1.11 แผนงานในสถานประกอบกิจการ	16,611,941	2
1.12 แผนงานการตลาดเชิงสังคมสำหรับถุงยางอนามัย	20,220,000	
1.13 การกระจายถุงยางอนามัยโดยภาครัฐและการค้า	65,021,724	7
1.14 ถุงยางอนามัยสำหรับสตรี	-	
1.15 ยาฆ่าเชื้อ (Microbicides)	-	
1.16 การปรับปรุงการบริหารแผนงานโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ (STI)	2,465,000	0
1.17 การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ จากแม่สู่ลูก	119,348,682	13
1.18 บริการโลหิตปลอดภัย	-	
1.19 การป้องกันหลังการสัมผัส (Post-exposure prophylaxis)	-	
1.20 การฉีดยาที่ปลอดภัย (Safe medical injections)	-	
1.21 การขลิบหนังอวัยวะเพศชาย (Male Circumcision)	-	
1.22 การป้องกันการติดเชื้อรอบจักรวาล (Universal Precautions)	-	
1.99 อื่นๆ ที่ไม่ได้จำแนก	234,525,000	25
2. รวมรายจ่ายการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ	4,830,371,045	71.8
2.1 การรักษาแบบผู้ป่วยนอก	-	
2.2 การตรวจการติดเชื้อที่แนะนำโดยผู้ให้บริการ (Provider initiated testing)	-	
2.3 การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส (OI)	3,441,282	0
2.4 การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ	3,155,178,114	65
2.5 การสนับสนุนด้านโภชนาการ	61,440,000	1

รายการของรายจ่ายแต่ละหมวด	จำนวนเงิน (บาท)	%
2.6 การติดตามการรักษาด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	134,583,187	3
2.7 การดูแลฟัน	-	
2.8 การดูแลด้านจิตวิทยา	4,342,136	
2.9 การดูแลระดับประคอง	-	
2.10 การดูแลที่บ้าน	12,975,848	
2.11 การดูแลเพิ่มเติม และการดูแลโดยผู้ให้บริการที่ไม่เป็นทางการ	30,832,197	
2.12 การดูแลแบบผู้ป่วยใน	-	
2.13 การรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาส	1,283,171,998	27
2.99 อื่นๆ ที่ไม่ได้จำแนก	144,406,283	3
3. รายจ่ายการดูแลช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบาง *	101,296,773	1.5
3.1 การศึกษา	-	
3.2 การดูแลสุขภาพพื้นฐาน	2,947,661	
3.3 การช่วยเหลือครอบครัว	-	
3.4 การช่วยเหลือชุมชน	6,569,112	
3.5 การบริหารจัดการ	-	
3.99 อื่นๆ ที่ไม่ได้จำแนก	91,780,000	
4. รายจ่ายการเสริมความเข้มแข็งการบริหารจัดการแผนงาน	655,446,352	9.7
4.1 การบริหารจัดการแผนงาน	368,954,802	
4.2 การวางแผนและการประสานงาน	1,454,522	
4.3 การติดตามผลประเมินผล	50,910,637	
4.4 การวิจัยปฏิบัติการ	139,875,965	
4.5 การเฝ้าระวังการติดเชื้อ	6,750,000	
4.6 การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา	-	
4.7 ระบบการสนับสนุนยา	-	
4.8 สารสนเทศ	1,174,679	
4.9 การนิเทศงาน I	-	
4.10 การปรับปรุงโครงสร้างการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	80,112,604	
4.11 การก่อสร้างศูนย์บริการสุขภาพใหม่	-	
4.99 อื่นๆ ที่ไม่ได้จำแนก	6,213,143	
5. รายจ่ายตอบแทนบุคลากร**	89,696,764	1.3
5.1 รายจ่ายตอบแทนเป็นเงินสำหรับแพทย์	-	
5.2 รายจ่ายตอบแทนเป็นเงินสำหรับพยาบาล	-	
5.3 รายจ่ายตอบแทนเป็นเงินสำหรับบุคลากรอื่น	-	
5.4 การให้การศึกษาและพัฒนาสำหรับคณาจารย์	5,671,000	
5.5 การฝึกอบรม	28,443,408	
5.99 อื่นๆ ที่ไม่ได้จำแนก	55,582,356	
6. รายจ่ายการคุ้มครองและบริการทางสังคม ส่วนที่ไม่รวมการช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางเนื่องจากเอดส์	3,326,045	0.05
6.1 การช่วยเหลือเป็นเงิน	-	
6.2 การช่วยเหลือที่ไม่ใช่ตัวเงิน	-	
6.3 บริการทางสังคม	-	

รายการของรายจ่ายแต่ละหมวด	จำนวนเงิน (บาท)	%
6.4 การสร้างรายได้	3,326,045	
6.99 อื่นๆ ที่ไม่ได้จำแนก	-	
7. รายจ่ายการพัฒนาภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการทำงานและการพัฒนาชุมชน	51,050,284	0.8
7.1 การสื่อสารเพื่อผลักดันนโยบายและยุทธศาสตร์	2,680,927	
7.2 สิทธิมนุษยชน	3,250,000	
7.3 การพัฒนาสถาบันที่ทำงานเอตส์โดยเฉพาะ	5,119,357	
7.4 แผนงานเอตส์ที่มีสตรีร่วมด้วย	-	
7.99 อื่นๆ ที่ไม่ได้จำแนก	40,000,000	
8. รายจ่ายการวิจัย ไม่รวมการวิจัยปฏิบัติการ	46,978,200	0.7
8.1 การวิจัยด้านชีวการแพทย์	28,561,700	
8.2 การวิจัยทางคลินิก	17,068,900	
8.3 การวิจัยทางระบาดวิทยา	-	
8.4 การวิจัยทางสังคมวิทยา	-	
8.5 การวิจัยด้านพฤติกรรม	1,347,600	
8.6 การวิจัยทางเศรษฐศาสตร์	-	
8.7 การวิจัยด้านการพัฒนาศักยภาพ	-	
8.8 การวิจัยที่เกี่ยวข้องกับวัคซีน	-	
8.99 อื่นๆ ที่ไม่ได้จำแนก	-	
รวมรายจ่ายทั้งหมด	6,728,020,682	100

วิธีคำนวณรายจ่ายบางรายการ

1. การรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ประเทศไทยเริ่มดำเนินงานแผนงานการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตั้งแต่ปี 2546 ผู้ติดเชื้อคนไทยที่ครอบคลุมด้วยระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จัดซื้อยาจากองค์การเภสัชกรรม สปสช. คาดประมาณว่า ได้ใช้จ่ายไป เป็นเงิน 19,320 บาทต่อคนต่อปี สำหรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สูตรพื้นฐาน และประมาณ 64,800 บาทต่อคนต่อปี สำหรับกรณีดื้อยาและต้องเปลี่ยนสูตรยา พบว่า ร้อยละ 8.3 ของผู้ติดเชื้อที่รับยาสูตรพื้นฐานต้องเปลี่ยนสูตรยาเนื่องจากเชื้อดื้อยาได้ใช้ค่าใช้จ่ายเฉลี่ยและอัตราดื้อยาในการคำนวณรายจ่ายการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในระบบประกันสุขภาพอื่นๆของรัฐด้วย จำนวนผู้ติดเชื้อภายใต้การรักษาในระบบประกันสุขภาพต่างๆ พร้อม ค่าใช้จ่ายและจำนวนเงินที่ใช้ในการดูแลผู้ติดเชื้อ (ตาราง 5)

ตาราง 5 จำนวนผู้ติดเชื้อรักษาด้วยยาต้านไวรัสสูตรพื้นฐานและที่เปลี่ยนสูตรยา และค่าใช้จ่ายจำแนกตามระบบประกันสุขภาพของรัฐ ปีงบประมาณ 2550

ระบบประกันสุขภาพภาครัฐ	จำนวนผู้ติดเชื้อ รักษาด้วยยาต้าน ไวรัส	จำนวนผู้ติดเชื้อที่ต้อง เปลี่ยนจากสูตรยา พื้นฐาน	ค่าใช้จ่ายทั้งหมด (ล้านบาท)
ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	88,021	7,306	2,032.83
ระบบประกันสังคม	27,861	2,312	643.44
ระบบสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ	9,890	821	228.41

2. การรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาส

สปสช. ให้ข้อมูลแก่คณะทำงานฯ ได้แก่ จำนวนผู้ป่วยในที่ได้รับการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสทั้งหมด ทั้งจำนวนผู้ป่วย จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาสแต่ละชนิด และค่าใช้จ่ายต่อรายที่ถ่วงน้ำหนักในระบบ DRG ตัวเลขที่มีค่าเหล่านี้ช่วยให้คณะทำงานฯ สามารถคำนวณรายจ่ายสำหรับการรักษาผู้ป่วยในที่ติดเชื้อฉวยโอกาสจากระบบประกันสุขภาพอื่นๆ ได้แก่ ประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลแก่ข้าราชการ ด้วยสมมติฐานว่าแบบแผนการติดเชื้อฉวยโอกาสคล้ายคลึงกัน (ตาราง 6) อย่างไรก็ตาม คณะทำงานฯ ยกเว้นการคำนวณในกลุ่มผู้ป่วยนอก เนื่องจากไม่มีข้อมูลการรับบริการผู้ป่วยนอกภายหลังระยะที่มีการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ดังนั้น รายจ่ายการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาส ปี 2550 จึงต่ำกว่าความเป็นจริง

ตาราง 6 จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและรายจ่าย ระบบหลักประกันสุขภาพ

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	จำนวนผู้ป่วยระบบหลักประกันสุขภาพ	รายจ่าย (บาท)	รายจ่ายต่อราย (บาท)
Mycobacterium tuberculosis ในปอดหรือนอกปอด	8,662	114,427,756	13,210
Pneumocystis carinii	7,032	88,959,928	12,651
Cryptococcosis	984	20,822,952	21,162
Candidiasis (Trachea, bronchi, or lung)	574	5,323,904	9,275
Wasting syndrome	160	1,186,968	7,419
MAC	27	1,099,962	40,739
CMV	11	302,409	27,492
ผู้ติดเชื้อ ที่แสวงหาการรักษาโรคอื่น	52,400	665,898,594	12,708

ตาราง 7 จำนวนผู้ป่วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและรายจ่าย ระบบประกันสังคม (SSS) และ สวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ (CSMBS)

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส	จำนวนผู้ป่วย		รายจ่ายรวม (บาท)	
	SSS	CSMBS	SSS	CSMBS
Mycobacterium tuberculosis ในปอดหรือนอกปอด	2,742	973	36,219,444	12,857,051
Pneumocystis carinii	2,226	790	28,158,196	9,995,498
Cryptococcosis	311	111	6,591,021	2,339,658
Candidiasis (Trachea, bronchi or lung)	182	64	1,685,158	598,191
Wasting syndrome	51	18	375,707	133,367
MAC	9	3	348,167	123,591
CMV	3	1	95,721	33,979
PLHA who seek care for other diseases	16,586	5,888	210,774,710	74,820,067

3. การใช้จ่ายเงินสำหรับติดตามการรักษา

สปสช. ได้ให้ข้อมูลรายจ่ายตรวจทางห้องปฏิบัติการ 6 เดือน เป็นเงินทั้งหมด 90,383,810 ล้านบาท รวมการตรวจ CD4 การตรวจปริมาณไวรัสฯ และตรวจเชื้อฯ ต่อยา แล้วใช้ข้อมูลนี้หารด้วยจำนวนผู้ติดเชื้อที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ แล้วคูณ 2 เพื่อครบบปี คิดเป็นรายจ่ายการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาส ต่อคนต่อปี แล้วใช้ผลการคำนวณนี้ คำนวณรายจ่ายการติดตามการรักษาด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับผู้ติดเชื้อในระบบประกันสังคม และสวัสดิการรักษายาบาลข้าราชการ

ผนวก 4

สรุปการบันทึกข้อมูลตัวชี้วัดรายงาน UNGASS 2008 ประเทศไทย ในโปรแกรม CRIS

รหัส	ตัวชี้วัด	ข้อมูล	
นโยบายรัฐ			
1	การใช้จ่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์	บันทึกครบถ้วน	6,728 ล้านบาท
แผนงานเอดส์			
3	บริการโลหิตปลอดภัย	บันทึกครบถ้วน	99.79%
4	การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ - 2549	บันทึกบางส่วน	41.00%
4	การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ - 2550	บันทึกบางส่วน	52.90%
5	การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก - 2549	บันทึกครบถ้วน	90.10%
5	การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก - 2550	บันทึกครบถ้วน	95.90%
6	การรักษาการติดเชื้อฉวยโรคร่วมกับเอชไอวี	บันทึกบางส่วน	32.60%
7	การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไป	บันทึกครบถ้วน	19.10%
8	การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการ	บันทึกครบถ้วน	52.60%
8	การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	บันทึกครบถ้วน	34.90%
8	การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด	บันทึกครบถ้วน	NA
9	แผนงานป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มพนักงานบริการ	บันทึกครบถ้วน	NA
9	แผนงานป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	บันทึกครบถ้วน	NA
9	แผนงานป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด	บันทึกครบถ้วน	NA
10	การช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์	บันทึกครบถ้วน	NA
11	การให้ความรู้โรคเอดส์บนฐานของทักษะชีวิตในโรงเรียน	บันทึกครบถ้วน	NA
ความรู้และพฤติกรรม			
12	การเข้าโรงเรียนของเด็กกำพร้า – ส่วนที่ 1	บันทึกบางส่วน	95.50%
12	การเข้าโรงเรียนของเด็กกำพร้า – ส่วนที่ 2	บันทึกบางส่วน	96.40%
13	ความรู้การป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มเยาวชน	บันทึกครบถ้วน	37.42%
14	ความรู้การป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มพนักงานบริการ	บันทึกครบถ้วน	28.40%
14	ความรู้การป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	บันทึกครบถ้วน	25.30%
14	ความรู้การป้องกันการติดเชื้อของกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด	บันทึกบางส่วน	49.10%
15	การมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี	บันทึกครบถ้วน	4.82%
16	เพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงสูง	บันทึกครบถ้วน	9.40%
17	การใช้ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงสูง	บันทึกครบถ้วน	50.90%
18	การใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มพนักงานบริการ	บันทึกบางส่วน	96.20%
19	การใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	บันทึกครบถ้วน	88.20%
20	การใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด	บันทึกบางส่วน	35.00%
21	การใช้ยาชนิดฉีดอย่างปลอดภัย	บันทึกครบถ้วน	NA
ผลกระทบ			
22	การลดความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไป	บันทึกครบถ้วน	0.64%
23	การลดความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการ	บันทึกบางส่วน	5.00%
23	การลดความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	บันทึกบางส่วน	24.60%
23	การลดความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาชนิดฉีด	บันทึกบางส่วน	28.78%
24	อัตราการมีชีวิตรอดอยู่หลังรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ 12 เดือน	บันทึกครบถ้วน	84.90%

3- บริการโลหิตปลอดภัย		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การทบทวนจากรายงานประจำปีของศูนย์บริการโลหิตชาติ	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	1 ต.ค.2548 – 30 ก.ย.2549	
คำอธิบาย	ข้อมูลจากศูนย์บริการโลหิตชาติและเขตของสภากาชาดไทย รวม ธนาคารเลือด 330 แห่งจาก โรงพยาบาลรัฐและเอกชน 833 แห่ง	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: % ของโลหิตที่คัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วยกระบวนการที่มีการควบคุมคุณภาพ	รวม	99.79
ตัวตั้ง: จำนวนโลหิตที่คัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีจากห้องปฏิบัติการที่มีการควบคุมคุณภาพ ใน 2 ส่วน คือ (1) ดำเนินการตามเอกสารมาตรฐานวิธีการปฏิบัติ และ (2) มีการประเมินคุณภาพโดยหน่วยงานภายนอก	รวม	1,667,104
ตัวหาร: จำนวนโลหิตที่ได้รับทั้งหมด	รวม	1,670,596

4- การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ - 2549		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	ทะเบียนผู้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	1 ต.ค.2548 – 30 ก.ย.2549	
คำอธิบาย	1) ใช้ข้อมูลจากแผนงาน NAPHA สำนักงานประกันสังคม และแผนงานสนับสนุนจากกองทุนโลก รอบที่ 1 2) ตัวหารรวมผู้ติดเชื้อไม่มีอาการ ที่มีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม.ด้วย	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีระยะรุกรานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ	รวม	41.00
	ชาย	
	หญิง	
	<15	
	15+	
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีระยะรุกรานที่ได้รับการรักษาไวรัสฯตามสูตรการรักษาของประเทศหรือมาตรฐานของ WHO/UNAIDS ณ เวลาสิ้นสุดของช่วงระยะเวลารายงาน	รวม	95,620
	ชาย	
	หญิง	
	<15	
	15+	
ตัวหาร: จำนวนผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีระยะรุกรานตามการคาดประมาณ	รวม	233,035
	ชาย	
	หญิง	
	<15	
	15+	

4- การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ - 2550		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	ทะเบียนผู้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	1 ต.ค.2549 – 30 ก.ย.2550	
คำอธิบาย	1) ข้อมูลจากรายงานโปรแกรม NAP 2) ข้อมูลจากรายงาน VMI ของ สปสช. 3) ข้อมูลจากกรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีระยะรุกรานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส	รวม	52.90
	ชาย	
	หญิง	
	<15	
	15+	
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีระยะรุกรานที่ได้รับการรักษาไวรัสตามสูตรการรักษาของประเทศหรือมาตรฐานของ WHO/UNAIDS ณ เวลาสิ้นสุดของช่วงระยะเวลารายงาน	รวม	133,539
	ชาย	
	หญิง	
	<15	
	15+	
ตัวหาร: จำนวนผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อเอชไอวีระยะรุกรานตามการคาดประมาณ	รวม	252,387
	ชาย	
	หญิง	
	<15	
	15+	
5- การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก - 2549		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	ทะเบียนของโรงพยาบาล	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	1 ต.ค.2548 – 30 ก.ย.2549	
คำอธิบาย	ตัวตั้งปรับด้วยร้อยละของการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ที่คำนวณจากจำนวนการเกิดมีชีพที่รายงานมายังสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 25.9)	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก	รวม	90.10
ตัวตั้ง: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	รวม	6,222
ตัวหาร: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จากการคาดประมาณ	รวม	6,905

5- การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก - 2550		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	ทะเบียนของโรงพยาบาล	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	1 ต.ค.2549 – 30 ก.ย.2550	
คำอธิบาย	ตัวตั้งปรับด้วยร้อยละของการรายงานที่ต่ำกว่าความเป็นจริง ที่คำนวณจากจำนวนการเกิดมีชีพที่รายงานมายังสำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ (ร้อยละ 43.5)	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับบำบัดด้วยยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก	รวม	95.90
ตัวตั้ง: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	รวม	5,942
ตัวหาร: จำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จากการคาดประมาณ	รวม	6,196
6- การจัดการ การรักษาการติดเชื้อวัณโรคร่วมกับเอชไอวี		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	ทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	1 ต.ค.2548 – 30 ก.ย. 2549	
คำอธิบาย	<p>1) ตัวหารใช้สถิติจาก WHO คาดประมาณ อุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรค ที่ 142 ต่อประชากรแสนคน และคำนวณจำนวนผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ ได้ 91,210 ราย โดยใช้จำนวนประชากรทั้งหมด 64.33 ล้านคน อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยวัณโรคผู้ใหญ่รายใหม่ ร้อยละ 7.6 จึงคำนวณผู้ติดเชื้อทั้ง เอชไอวีและวัณโรครายใหม่ ได้ 6,932 ราย</p> <p>2) ตามแนวทางมาตรฐานของประเทศ จะให้ยาต้านไวรัส ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวัณโรค เมื่อระดับ CD4 ต่ำกว่า 250 เซลล์/ลบ.มม.</p>	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัณโรคตามการคาดประมาณที่ได้รับการรักษาวัณโรคและเอชไอวี	รวม	32.60
	ชาย	
	หญิง	
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะรุกรานที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตามแนวทางการรักษาของประเทศ หรือตามมาตรฐาน WHO/UNAIDS และได้เริ่มรักษาวัณโรคตามแนวทางการรักษาวัณโรค ตามแนวทางการรักษาวัณโรคของประเทศ ในช่วงเวลาของปีที่รายงาน	รวม	2,260
	ชาย	
	หญิง	
ตัวหาร:จำนวนคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ป่วยเป็นวัณโรค	รวม	6,932
	ชาย	
	หญิง	

7- การตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มประชากรทั่วไป		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	มี.ย. – ส.ค. 2549	
คำอธิบาย	1) แหล่งข้อมูล : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2) ประชากรเป้าหมาย ชายและหญิง อายุ 18-49 ปี	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	5,208	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของหญิงและชายอายุ 15-49 ปี ที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมาและรู้ผลการตรวจ	อายุ 15-49 รวม	19.10
	ชาย	16.30
	หญิง	21.80
	15-19	16.40
	20-24	22.00
	25-49	18.70
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบคำถามอายุ 15-49 ปี ที่เคยตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และรู้ผลการตรวจ	อายุ 15-49 รวม	996
	ชาย	415
	หญิง	583
	15-19	57
	20-24	192
	25-49	747
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถามทั้งหมดที่มีอายุ 15-49 ปี	อายุ 15-49 รวม	5,208
	ชาย	2,542
	หญิง	2,666
	15-19	347
	20-24	873
	25-49	3,988
8- การตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง - พนักงานบริการ		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การเฝ้าระวังพฤติกรรม	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	มี.ย. – ก.ค. 2550	
คำอธิบาย	แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	4,718	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และรู้ผลการตรวจ	พนักงานบริการทั้งหมด	52.60
	ชาย	54.20
	หญิง	43.10
	<25	43.10
	25+	58.80
	ตัวตั้ง: จำนวนประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่เคยตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ใน ช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และรู้ผลการตรวจ	พนักงานบริการทั้งหมด

	ชาย	298	
	หญิง	2,184	
	<25	798	
	25+	1,684	
ตัวหาร: จำนวนประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงในตัวอย่างการศึกษา	พนักงานบริการทั้งหมด	4,718	
	ชาย	550	
	หญิง	4,168	
	<25	1,852	
	25+	2,866	
8- การตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง- ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย			
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ		
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การศึกษาใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว		
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	มิ.ย.- ก.ค. 2550		
คำอธิบาย	การศึกษาร่วมกันของ TUC และสำนักระบาดวิทยา		
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	906		
	ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และรู้ผลการตรวจ	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	34.90	
	<25	30.30	
	25+	40.10	
ตัวตั้ง: จำนวนประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่เคยตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และรู้ผลการตรวจ	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	317	
	<25	143	
	25+	174	
ตัวหาร: จำนวนประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงในตัวอย่างการศึกษา	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	906	
	<25	472	
	25+	434	
8- การตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง- ผู้ใช้ยาชนิดฉีด			
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ		
เครื่องมือเก็บข้อมูล			
ระยะเวลาเก็บข้อมูล			
คำอธิบาย	ไม่มีข้อมูล		
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง			
	ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และรู้ผลการตรวจ	ผู้เข้ายาชนิดฉีดทั้งหมด		
	ชาย		
	หญิง		
	<25		
	25+		
ตัวตั้ง: จำนวนประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่เคยตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และรู้ผลการตรวจ	ผู้เข้ายาชนิดฉีดทั้งหมด		
	ชาย		
	หญิง		
	<25		
	25+		

ตัวหาร: จำนวนประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงในตัวอย่าง การศึกษา	ผู้ใช้จ่ายชนิดฉีดทั้งหมด		
	ชาย		
	หญิง		
	<25		
	25+		
9- ประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง: แผนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี - พนักงานบริการ			
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ		
เครื่องมือเก็บข้อมูล			
ระยะเวลาเก็บข้อมูล			
คำอธิบาย	ไม่มีข้อมูล		
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง			
	ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ที่เข้าถึง แผนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	พนักงานบริการทั้งหมด		
	ชาย		
	หญิง		
	<25		
	25+		
ตัวตั้ง: จำนวนประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่เข้าถึงการ ป้องกันการติดเชื้อ	พนักงานบริการทั้งหมด		
	ชาย		
	หญิง		
	<25		
	25+		
ตัวหาร: จำนวนประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่เป็นตัวอย่าง การศึกษา	พนักงานบริการทั้งหมด		
	ชาย		
	หญิง		
	<25		
	25+		
9- ประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง: แผนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี - ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย			
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ		
เครื่องมือเก็บข้อมูล			
ระยะเวลาเก็บข้อมูล			
คำอธิบาย	ไม่มีข้อมูล		
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง			
	ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ที่เข้าถึง แผนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย		
	<25		
	25+		
ตัวตั้ง: จำนวนประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่เข้าถึงการ ป้องกันการติดเชื้อ	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย		
	<25		
	25+		
ตัวหาร: จำนวนประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่เป็นตัวอย่าง การศึกษา	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย		
	<25		
	25+		

9- ประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง: แผนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี - ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล		
ระยะเวลาเก็บข้อมูล		
คำอธิบาย	ไม่มีข้อมูล	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง		
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ที่เข้าถึงแผนงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	ผู้ใช้ยาชนิดฉีดทั้งหมด	
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
ตัวตั้ง: จำนวนประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่เข้าถึงการป้องกันการติดเชื้อ	ผู้ใช้ยาชนิดฉีดทั้งหมด	
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
ตัวหาร: จำนวนประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่เป็นตัวอย่างการศึกษา	ผู้ใช้ยาชนิดฉีดทั้งหมด	
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
10- การช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	ไม่สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล		
ระยะเวลาเก็บข้อมูล		
คำอธิบาย	1) ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ ร้อยละ 0.78 2) รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย(ธ.ค. 2548-พ.ค.2549) พบว่า ร้อยละ 21.4 ของเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบาง อายุ ต่ำกว่า 17 ปี ได้รับการช่วยเหลือพื้นฐานอย่างน้อย 1 รายการ	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง		
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบาง อายุ ต่ำกว่า 17 ปี ที่ได้รับการช่วยเหลือพื้นฐานอย่างน้อย 1 รายการ	รวม	
	ชาย	
	หญิง	
ตัวตั้ง: จำนวนเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบาง อายุ ต่ำกว่า 17 ปี ที่ได้รับการช่วยเหลือพื้นฐานอย่างน้อย 1 รายการ	รวม	
	ชาย	
	หญิง	
ตัวหาร: จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษา	รวม	
	ชาย	
	หญิง	

11- การให้การศึกษาเรื่องเอชไอวีบนฐานของทักษะชีวิตในโรงเรียน		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล		
ระยะเวลาเก็บข้อมูล		
คำอธิบาย	ไม่มีข้อมูล	
	<p>การดำเนินการให้ความรู้โรคเอดส์บนฐานของทักษะชีวิตในโรงเรียน ในประเทศไทย มี 3 ลักษณะ และครอบคลุม ร้อยละ 40.5 ของโรงเรียนของสำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน กระทรวงศึกษาธิการ ดังนี้</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) สอดแทรกในสาระวิชา อย่างน้อย 5 ชั่วโมงต่อปี 2) สอนทักษะชีวิตและเพศศึกษาอย่างน้อย 10 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา 3) จัดการเรียนการสอนเข้มข้น มีการสอนเพศศึกษาอย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา 	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง		
	ตัวชี้วัด	จำแนก
		ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของโรงเรียนที่ให้การศึกษาเรื่องเอชไอวีบนฐานของทักษะชีวิตในปีการศึกษาที่ผ่านมา	รวม	
ตัวตั้ง: จำนวนโรงเรียนที่ให้การศึกษาเรื่องเอชไอวีบนฐานของทักษะชีวิตในปีการศึกษาที่ผ่านมา	รวม	
ตัวหาร: จำนวนโรงเรียนกลุ่มตัวอย่าง	รวม	
12- เด็กกำพร้า: การเข้าโรงเรียน		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การสำรวจประชากร จากรายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (MICS)	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	ธ.ค.2548 – พ.ค.2549	
คำอธิบาย		
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	18,174,805	
	ตัวชี้วัด	จำแนก
		ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ส่วนที่ 1 – อัตราการเข้าโรงเรียนในปัจจุบันของเด็กอายุ 10-14 ปี	รวม	95.50
	ชาย	
	หญิง	
ตัวตั้ง: จำนวนเด็กอายุ 10-14 ปี ที่สูญเสียทั้งพ่อและแม่ ที่ได้เข้าโรงเรียน	รวม	34,822
	ชาย	
	หญิง	
ตัวหาร: จำนวนเด็กอายุ 10-14 ปี ที่สูญเสียทั้งพ่อและแม่	รวม	36,463
	ชาย	
	หญิง	
ค่าตัวชี้วัด: ส่วนที่ 2 – อัตราการเข้าโรงเรียนในปัจจุบันของเด็กอายุ 10-14 ปี ที่พ่อและแม่มียังมีชีวิตอยู่และอาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่ออย่างน้อย 1 คน	รวม	96.40
	ชาย	
	หญิง	

ตัวตั้ง: จำนวนเด็กอายุ 10-14 ปี ที่พ่อและแม่มยังมีชีวิตอยู่และอาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่อย่างน้อย 1 คน ที่ได้เข้าโรงเรียน	รวม	3,916,803
	ชาย	
	หญิง	
ตัวหาร: จำนวนเด็กอายุ 10-14 ปี ที่พ่อและแม่มยังมีชีวิตอยู่และอาศัยอยู่กับพ่อหรือแม่อย่างน้อย 1 คน	รวม	4,063,073
	ชาย	
	หญิง	
13- เยาวชน: ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	มิ.ย. – ส.ค. 2549	
คำอธิบาย	<p>1) แหล่งข้อมูล: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล</p> <p>2) ประชากรเป้าหมาย ชายและหญิง อายุ 18-24 ปี</p> <p>3) ตัวหารนับเฉพาะผู้ตอบคำถามนั้นๆ จำนวนผู้ตอบคำถามแต่ละคำถามไม่เท่ากับจำนวนผู้ตอบทั้ง 5 คำถาม ดังนั้น เมื่อรวมจำนวนของตัวหารจึงไม่เท่ากับจำนวนรวมที่ตอบคำถาม</p>	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	3,020	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบถูกทั้ง 5 คำถาม	อายุ 15-24 รวม	37.42
	ชาย	44.39
	หญิง	30.46
	15-19	29.36
	20-24	40.45
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบคำถามอายุ 15-24 ปี ที่ตอบคำถามถูกทั้ง 5 ข้อ	อายุ 15-24 รวม	1,129
	ชาย	669
	หญิง	460
	15-19	242
	20-24	887
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถามอายุ 15-24 ปีทั้งหมด	อายุ 15-24 รวม	3,017
	ชาย	1,507
	หญิง	1,510
	15-19	824
	20-24	2,193
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 1 ถูก; การมีเพศสัมพันธ์กับคู่ที่ไม่ติดเชื้อเพียงคนเดียว และคนนั้นก็ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นสามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี หรือไม่	อายุ 15-24 รวม	95.50
	ชาย	96.02
	หญิง	94.97
	15-19	95.28
	20-24	95.57
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบอายุ 15-24 ปี ที่ตอบคำถามข้อ 1 ถูก	อายุ 15-24 รวม	2,884
	ชาย	1,449
	หญิง	1,435

	15-19	787
	20-24	2,097
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบอายุ 15-24 ปี	อายุ 15-24 รวม	3,020
	ชาย	1,509
	หญิง	1,511
	15-19	826
	20-24	2,194
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 2 ถูก, การใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช ไอวี ได้หรือไม่	อายุ 15-24 รวม	95.89
	ชาย	96.61
	หญิง	95.16
	15-19	95.15
	20-24	96.16
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบอายุ 15-24 ปี ที่ตอบคำถามข้อ 2 ถูก	อายุ 15-24 รวม	2,895
	ชาย	1,457
	หญิง	1,438
	15-19	786
	20-24	2,109
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบอายุ 15-24 ปี	อายุ 15-24 รวม	3,019
	ชาย	1,508
	หญิง	1,511
	15-19	826
	20-24	2,193
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 3 ถูก, คนที่ดูมีสุขภาพดีก็ อาจติดเชื้อ เอชไอวี ได้หรือไม่	อายุ 15-24 รวม	84.00
	ชาย	83.22
	หญิง	84.77
	15-19	81.33
	20-24	85.00
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบอายุ 15-24 ปี ที่ตอบคำถามข้อ 3 ถูก	อายุ 15-24 รวม	2,536
	ชาย	1,255
	หญิง	1,281
	15-19	671
	20-24	1,865
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบอายุ 15-24 ปี	อายุ 15-24 รวม	3,019
	ชาย	1,508
	หญิง	1,511
	15-19	825
	20-24	2,194

ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 4 ถูก, คนติดเชื้อ เอชไอวี จากยุงกัดได้หรือไม่	อายุ 15-24 รวม	58.01
	ชาย	65.98
	หญิง	50.06
	15-19	51.69
	20-24	60.40
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบอายุ 15-24 ปี ที่ตอบคำถามข้อ 4 ถูก	อายุ 15-24 รวม	1,751
	ชาย	995
	หญิง	756
	15-19	427
	20-24	1,324
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบอายุ 15-24 ปี	อายุ 15-24 รวม	3,018
	ชาย	1,508
	หญิง	1,510
	15-19	826
	20-24	2,192
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 5 ถูก, คนติดเชื้อ เอชไอวี จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ ได้หรือไม่	อายุ 15-24 รวม	67.89
	ชาย	72.48
	หญิง	63.31
	15-19	59.63
	20-24	70.99
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบอายุ 15-24 ปี ที่ตอบคำถามข้อ 5 ถูก	อายุ 15-24 รวม	2,049
	ชาย	1,093
	หญิง	956
	15-19	492
	20-24	1,557
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบอายุ 15-24 ปี	อายุ 15-24 รวม	3,018
	ชาย	1,508
	หญิง	1,510
	15-19	825
	20-24	2,193
14- ประชากรอยู่ในภาวะเสี่ยงสูง: ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี – พนักงานบริการ		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	พนักงานบริการหญิง: การเฝ้าระวังพฤติกรรม	
	พนักงานบริการชาย: การศึกษาใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	มิ.ย. – ก.ค. 2550	
คำอธิบาย	แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	4,746	

ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบถูกทั้ง 5 คำถาม	พนักงานบริการทั้งหมด	28.40
	ชาย	22.90
	หญิง	29.20
	<25	21.10
	25+	33.20
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบคำถาม ที่ตอบคำถามถูกทั้ง 5 ข้อ	พนักงานบริการทั้งหมด	1,350
	ชาย	126
	หญิง	1,224
	<25	393
	25+	957
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	พนักงานบริการทั้งหมด	4,746
	ชาย	550
	หญิง	4,196
	<25	1,866
	25+	2,880
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 1 ถูก; การมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกที่ไม่ติดเชื้อมีเพียงคนเดียว และคนนั้นก็ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นสามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี หรือไม่	พนักงานบริการทั้งหมด	55.90
	ชาย	51.10
	หญิง	56.50
	<25	50.90
	25+	59.10
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 1 ถูก	พนักงานบริการทั้งหมด	2,654
	ชาย	281
	หญิง	2,373
	<25	951
	25+	1,703
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	พนักงานบริการทั้งหมด	4,746
	ชาย	550
	หญิง	4,196
	<25	1,866
	25+	2,880
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 2 ถูก, การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี ได้หรือไม่	พนักงานบริการทั้งหมด	89.50
	ชาย	83.80
	หญิง	90.20
	<25	86.00
	25+	91.70
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 2 ถูก	พนักงานบริการทั้งหมด	4,246
	ชาย	461
	หญิง	3,785
	<25	1,605
	25+	2,641

ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	พนักงานบริการทั้งหมด	4,746
	ชาย	550
	หญิง	4,196
	<25	1,866
	25+	2,880
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 3 ถูก, คนที่ดูมีสุขภาพดีก็อาจติดเชื้อ เอชไอวี ได้หรือไม่	พนักงานบริการทั้งหมด	71.70
	ชาย	73.60
	หญิง	71.50
	<25	71.20
	25+	72.00
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 3 ถูก	พนักงานบริการทั้งหมด	3,403
	ชาย	405
	หญิง	2,998
	<25	1,329
	25+	2,074
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	พนักงานบริการทั้งหมด	4,746
	ชาย	550
	หญิง	4,196
	<25	1,866
	25+	2,880
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 4 ถูก, คนติดเชื้อ เอชไอวี จากยุงกัดได้หรือไม่	พนักงานบริการทั้งหมด	63.90
	ชาย	73.60
	หญิง	62.70
	<25	53.50
	25+	70.60
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 4 ถูก	พนักงานบริการทั้งหมด	3,034
	ชาย	405
	หญิง	2,629
	<25	999
	25+	2,035
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	พนักงานบริการทั้งหมด	4,746
	ชาย	550
	หญิง	4,196
	<25	1,866
	25+	2,880
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 5 ถูก, คนติดเชื้อ เอชไอวี จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ ได้หรือไม่	พนักงานบริการทั้งหมด	77.50
	ชาย	62.40
	หญิง	79.40
	<25	68.10
	25+	83.50

ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 5 ถูก	พนักงานบริการทั้งหมด	3,676	
	ชาย	343	
	หญิง	3,333	
	<25	1,270	
	25+	2,406	
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	พนักงานบริการทั้งหมด	4,746	
	ชาย	550	
	หญิง	4,196	
	<25	1,866	
	25+	2,880	
14- ประชากรอยู่ในภาวะเสี่ยงสูง: ความรู้การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี - ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย			
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ		
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การศึกษาใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว		
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	มิ.ย. – ก.ค. 2550		
คำอธิบาย	การศึกษาร่วมกันของ TUC และสำนักระบาดวิทยา		
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	1,456		
	ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบถูกทั้ง 5 คำถาม	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	25.30	
	<25	20.60	
	25+	30.40	
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบคำถาม ที่ตอบคำถามถูกทั้ง 5 ข้อ	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	229	
	<25	97	
	25+	132	
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	906	
	<25	472	
	25+	434	
	ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 1 ถูก; การมีเพศสัมพันธ์กับคู่ที่ไม่ติดเชื้อเพียงคนเดียว และคนนั้นก็ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นสามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี หรือไม่	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	49.90	
	<25	45.30	
	25+	54.80	
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 1 ถูก	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	452	
	<25	214	
	25+	238	
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	906	
	<25	472	
	25+	434	
	ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 2 ถูก, การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี ได้หรือไม่	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	82.50	
	<25	82.40	
	25+	82.50	
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 2 ถูก	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	747	
	<25	389	
	25+	358	

ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	906
	<25	472
	25+	434
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 3 ถูก, คนที่ดูมีความสุขปกติก็อาจติดเชื้อ เอชไอวี ได้หรือไม่	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	77.40
	<25	74.60
	25+	80.40
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 3 ถูก	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	701
	<25	352
	25+	349
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	906
	<25	472
	25+	434
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 4 ถูก, คนติดเชื้อ เอชไอวี จากยุงกัดได้หรือไม่	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	74.90
	<25	71.60
	25+	78.60
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 4 ถูก	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	679
	<25	338
	25+	341
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	906
	<25	472
	25+	434
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 5 ถูก, คนติดเชื้อ เอชไอวี จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ ได้หรือไม่	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	72.60
	<25	66.90
	25+	78.80
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 5 ถูก	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	658
	<25	316
	25+	342
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	906
	<25	472
	25+	434
14- ประชากรอยู่ในภาวะเสี่ยงสูง: ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี - ผู้ชายชาตินิด		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การเฝ้าระวังพฤติกรรม	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	มี.ย. – ก.ค. 2550	
คำอธิบาย	แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	267	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบถูกทั้ง 5 คำถาม	ผู้ชายชาตินิดทั้งหมด	49.10
	ชาย	

	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบคำถาม ที่ตอบคำถามถูกทั้ง 5 ข้อ	ผู้ใช้อย่างชนิดนี้ทั้งหมด	131
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	ผู้ใช้อย่างชนิดนี้ทั้งหมด	267
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 1 ถูก; การมีเพศสัมพันธ์กับคู่ที่ไม่ติดเชื้อมีเพียงคนเดียว และคนนั้นก็ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นสามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี หรือไม่	ผู้ใช้อย่างชนิดนี้ทั้งหมด	83.10
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 1 ถูก	ผู้ใช้อย่างชนิดนี้ทั้งหมด	222
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	ผู้ใช้อย่างชนิดนี้ทั้งหมด	267
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 2 ถูก, การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี ได้หรือไม่	ผู้ใช้อย่างชนิดนี้ทั้งหมด	76.80
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 2 ถูก	ผู้ใช้อย่างชนิดนี้ทั้งหมด	205
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	

ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	ผู้ชายชนิดฉีดทั้งหมด	267
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 3 ถูก, คนที่ดูมีสุขภาพดีก็อาจติดเชื้อ เอชไอวี ได้หรือไม่	ผู้ชายชนิดฉีดทั้งหมด	70.40
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 3 ถูก	ผู้ชายชนิดฉีดทั้งหมด	188
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	ผู้ชายชนิดฉีดทั้งหมด	267
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 4 ถูก, คนติดเชื้อ เอชไอวี จากยุงกัดได้หรือไม่	ผู้ชายชนิดฉีดทั้งหมด	90.60
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 4 ถูก	ผู้ชายชนิดฉีดทั้งหมด	242
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	ผู้ชายชนิดฉีดทั้งหมด	267
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	

ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละที่ตอบคำถามข้อ 5 ถูก, คนติดเชื้อ เอชไอวี จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อ ได้หรือไม่	ผู้ชายชนิดฉีดทั้งหมด	86.50
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบ ที่ตอบคำถามข้อ 5 ถูก	ผู้ชายชนิดฉีดทั้งหมด	231
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถาม	ผู้ชายชนิดฉีดทั้งหมด	267
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
15- การมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานการณ์ภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	ม.ย. – ส.ค. 2549	
คำอธิบาย	1) แหล่งข้อมูล : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2) ประชากรเป้าหมาย ชายและหญิง อายุ 18- 24 ปี	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	3,024	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของเยาวชนหญิงชายอายุ 15-24 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี	อายุ 15-24 รวม	4.82
	ชาย	8.32
	หญิง	1.31
	15-19	5.17
	20-24	4.68
ตัวตั้ง: จำนวนเยาวชนหญิงชายอายุ 15-24 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี	อายุ 15-24 รวม	59
	ชาย	51
	หญิง	8
	15-19	18
	20-24	41
ตัวหาร: จำนวนเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง	อายุ 15-24 รวม	1224
	ชาย	613
	หญิง	611
	15-19	348
	20-24	876

16- เพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงสูง		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานการณ์ภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	ม.ย. – ส.ค. 2549	
คำอธิบาย	1) แหล่งข้อมูล : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2) ประชากรเป้าหมาย ชายและหญิง อายุ 18-49 ปี	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	5208	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของหญิงและชายอายุ 15-49 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา	อายุ 15-49 รวม	9.40
	ชาย	17.90
	หญิง	0.95
	15-19	23.60
	20-24	17.50
	25-49	7.20
ตัวตั้ง: จำนวนหญิงและชายอายุ 15-49 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา	อายุ 15-49 รวม	395
	ชาย	375
	หญิง	20
	15-19	41
	20-24	107
	25-49	246
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบอายุ 15-49 ปี	อายุ 15-49 รวม	4,206
	ชาย	2,097
	หญิง	2,109
	15-19	174
	20-24	610
	25-49	3,422
17- การใช้ถุงยางอนามัยระหว่างการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงสูง		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานการณ์ภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	ม.ย. – ส.ค. 2549	
คำอธิบาย	1) แหล่งข้อมูล : สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล 2) ประชากรเป้าหมาย ชายและหญิง อายุ 18-49 ปี	
กลุ่มตัวอย่าง	5,208	

ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของหญิงและชายอายุ 15-49 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	อายุ 15-49 รวม	50.90
	ชาย	52.90
	หญิง	14.30
	15-19	63.40
	20-24	48.60
	25-49	49.80
ตัวตั้ง: จำนวนหญิงและชายอายุ 15-49 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	อายุ 15-49 รวม	202
	ชาย	199
	หญิง	3
	15-19	26
	20-24	53
	25-49	123
ตัวหาร: จำนวนหญิงและชายอายุ 15-49 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ในระยะเวลา 12 เดือนที่ผ่านมา	อายุ 15-49 รวม	397
	ชาย	376
	หญิง	21
	15-19	41
	20-24	109
	25-49	247
18- พนักงานบริการ: การใช้ถุงยางอนามัย		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	พนักงานบริการหญิง: การเฝ้าระวังพฤติกรรม	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	มิ.ย. – ก.ค. 2550	
คำอธิบาย	1) แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา 2) ไม่มีข้อมูลพนักงานบริการชาย	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	1,772	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของพนักงานบริการหญิงและชาย รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าคนล่าสุด	พนักงานบริการทั้งหมด	96.20
	ชาย	
	หญิง	96.20
	<25	95.60
	25+	96.50
ตัวตั้ง: จำนวนพนักงานบริการหญิงและชาย รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าคนล่าสุด	พนักงานบริการทั้งหมด	1,705
	ชาย	
	หญิง	1,705
	<25	560
	25+	1,145
ตัวหาร: จำนวนพนักงานบริการทั้งหมดที่รายงานว่ายินยอมบริการทางเพศในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	พนักงานบริการทั้งหมด	1,772
	ชาย	
	หญิง	1,772
	<25	586
	25+	1,186

19- ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย: การใช้ถุงยางอนามัย		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การศึกษาใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	มี.ย. – ก.ค. 2550	
คำอธิบาย	การศึกษาร่วมกันของ TUC และสำนักระบาดวิทยา	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	237	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของชายที่รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในครั้งล่าสุดที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับคู่นอนชาย	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	88.20
	<25	88.70
	25+	87.50
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบคำถามที่รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในครั้งล่าสุดที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับคู่นอนชาย	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	209
	<25	118
	25+	91
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถามที่รายงานว่าไม่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับคู่นอนชายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	237
	<25	133
	25+	104
20- ผู้ใช้ชาชนิดฉีด: การใช้ถุงยางอนามัย		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	บันทึกการให้บริการ	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	2550	
คำอธิบาย	แหล่งข้อมูล: กทม.	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	509	
ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ใช้ชาชนิดฉีดที่รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	ผู้ใช้ชาชนิดฉีดทั้งหมด	35.00
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด	ผู้ใช้ชาชนิดฉีดทั้งหมด	178
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถามที่รายงานว่าไม่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา	ผู้ใช้ชาชนิดฉีดทั้งหมด	509
	ชาย	
	หญิง	
	<25	
	25+	

21- ผู้ใช้ยานิตินิต: การใช้สารเสพติดชนิดฉีดอย่างปลอดภัย			
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ		
เครื่องมือเก็บข้อมูล			
ระยะเวลาเก็บข้อมูล			
คำอธิบาย	ไม่มีข้อมูล		
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง			
	ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ใช้ยานิตินิตรายงานที่ใช้อุปกรณ์ฉีดยาที่ปราศจากเชื้อ ในการฉีดครั้งล่าสุด	ผู้ใช้นิตินิตทั้งหมด		
	ชาย		
	หญิง		
	<25		
	25+		
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ตอบคำถามที่รายงานว่าใช้อุปกรณ์ฉีดยาที่ปราศจากเชื้อ ในการฉีดสารเสพติดครั้งล่าสุด	ผู้ใช้นิตินิตทั้งหมด		
	ชาย		
	หญิง		
	<25		
	25+		
ตัวหาร: จำนวนผู้ตอบคำถามที่รายงานว่ามีฉีดสารเสพติดในเดือนที่ผ่านมา	ผู้ใช้นิตินิตทั้งหมด		
	ชาย		
	หญิง		
	<25		
	25+		
22- การลดความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี			
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ		
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอชไอวี		
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	มี.ย. – ก.ค.2550		
คำอธิบาย	แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา		
	ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของเยาวชนหญิงและชาย อายุ 15-24 ปี ที่ติดเชื้อ เอชไอวี	อายุ15-24 ปี รวม		0.64
	15-19		0.50
	20-24		0.74
	อายุ15-24 ปี รวม		164
ตัวตั้ง: จำนวนหญิงรับบริการฝากครรภ์ อายุ 15-24 ปี ที่การตรวจ เอชไอวี ให้ผลบวก	15-19		52
	20-24		112
	อายุ15-24 รวม		25,393
ตัวหาร: จำนวนหญิงรับบริการฝากครรภ์ อายุ 15-24 ปี ที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี	15-19		10,304
	20-24		15,089

23- ประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง: การลดความชุกการติดเชื้อเอชไอวี - พนักงานบริการ		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอชไอวี	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	มี.ย. - ก.ค.2550	
คำอธิบาย	แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา	
ขนาดตัวอย่าง	12,864	
	ตัวชี้วัด	จำแนก
		ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ที่ติดเชื้อ เอชไอวี	พนักงานบริการทั้งหมด	5.00
	ชาย	20.70
	หญิง	4.30
	<25	
	25+	
ตัวตั้ง: จำนวนประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ที่ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเป็นบวก	พนักงานบริการทั้งหมด	644
	ชาย	114
	หญิง	530
	<25	
	25+	
ตัวหาร: จำนวนประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี	พนักงานบริการทั้งหมด	12,864
	ชาย	550
	หญิง	12,314
	<25	
	25+	
23- ประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง: การลดความชุกการติดเชื้อเอชไอวี - ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย		
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ	
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การศึกษาใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว	
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	มี.ย. - ก.ค. 2550	
คำอธิบาย	เป็นการศึกษาร่วมกันของ TUC และสำนักระบาดวิทยา	
ขนาดกลุ่มตัวอย่าง	906	
	ตัวชี้วัด	จำแนก
		ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ที่ติดเชื้อ เอชไอวี	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	24.60
	<25	
	25+	
ตัวตั้ง: จำนวนประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ที่ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเป็นบวก	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	223
	<25	
	25+	
ตัวหาร: จำนวนประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี	ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	906
	<25	
	25+	

23- ประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง: การลดความชุกการติดเชื้อเอชไอวี - ผู้ใช้ยาชนิดฉีด			
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ		
เครื่องมือเก็บข้อมูล	การเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอชไอวี		
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	ม.ย. – ก.ค. 2550		
คำอธิบาย	แหล่งข้อมูล: สำนักระบาดวิทยา		
ขนาดตัวอย่าง	476		
	ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ที่ติดเชื้อ เอชไอวี	ผู้ใช้ยาชนิดฉีดทั้งหมด	28.78	
	ชาย		
	หญิง		
	<25		
	25+		
ตัวตั้ง: จำนวนประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ที่ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเป็นบวก	ผู้ใช้ยาชนิดฉีดทั้งหมด	137	
	ชาย		
	หญิง		
	<25		
	25+		
ตัวหาร: จำนวนประชากรกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี	ผู้ใช้ยาชนิดฉีดทั้งหมด	476	
	ชาย		
	หญิง		
	<25		
	25+		
24- การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี: การมีชีวิตอยู่หลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลา 12 เดือน			
ความสอดคล้องของตัวชี้วัด	สอดคล้องกับสถานภาพของประเทศ		
เครื่องมือเก็บข้อมูล	ทะเบียนผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส		
ระยะเวลาเก็บข้อมูล	1 ต.ค. 2548 – 30 ก.ย. 2549		
คำอธิบาย	<p>1. ใช้ข้อมูลจากแผนงาน NAPHA (41 จังหวัด จาก 76 จังหวัด) ครอบคลุม ผู้ติดเชื้อที่ลงทะเบียน ร้อยละ 60</p> <p>2. ผู้ติดเชื้อ ที่ไม่มีข้อมูลการติดตามนับเป็นผู้ติดเชื้อที่ติดตามไม่ได้</p> <p>3. ผู้ติดเชื้อ ที่เสียชีวิต ผู้ที่ไม่มาติดตามการรักษา ละผู้ที่หยุดยาต้านไวรัส นับเป็นผู้เสียชีวิตทั้งหมด อัตราการมีชีวิตอยู่ที่ได้จากการคำนวณนี้จึงเป็นค่าต่ำสุด</p> <p>4. ไม่มีข้อมูลปีงบประมาณ 2550</p>		
	ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ค่าตัวชี้วัด: ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อ เอชไอวี ที่ยังมีชีวิตอยู่หลังจากเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลา 12 เดือน	รวม	84.90	
	ชาย	84.61	
	หญิง	85.43	
	<15	84.82	
	15+	87.71	

ตัวชี้วัด	จำแนก	ข้อมูล
ตัวตั้ง: จำนวนผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อ เอชไอวี ที่ยังคงมีชีวิตอยู่หลังจากเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เป็นระยะเวลา 12 เดือน	รวม	10,800
	ชาย	5,680
ตัวหาร: จำนวนผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อ เอชไอวี ทั้งหมดที่เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ระหว่าง 12 เดือนก่อนระยะเวลาของการรายงาน รวมผู้ที่เสียชีวิต ผู้ที่หยุดรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และผู้ที่ไม่สามารถติดตามได้	หญิง	5,120
	<15	678
	15+	10,122
	รวม	12,706
	ชาย	6,713
	หญิง	5,993
	<15	11,933
	15+	773

ผนวก 5

รายงานพิเศษจากภาคประชาสังคมประเทศไทย เรื่อง การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านสุขภาพทางเพศและอนามัย เจริญพันธุ์ เน้นเฉพาะ การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

มูลนิธิริรักษ์ไทย
มูลนิธิเอ็ดส์แห่งประเทศไทยและ
คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอ็ดส์
เครือข่ายผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวี
กลุ่มองค์กรชุมชนด้านเอ็ดส์ในพื้นที่ศึกษารวม 12 กลุ่ม
มกราคม 2551

วัตถุประสงค์

1. เพื่อติดตามผลการดำเนินนโยบายสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย ตามเป้าหมายของปฏิญญาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเอชไอวี/เอ็ดส์ พ.ศ.2544 ในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
2. เพื่อสะท้อนผลและวิเคราะห์ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อความสำเร็จ ความล้มเหลวและประเด็นที่ท้าทายต่อการดำเนินงานของรัฐ ในส่วนที่เกี่ยวข้องกับ อนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของผู้หญิง เพื่อประโยชน์ต่อการสนับสนุนการพัฒนานโยบายและแนวทางการดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์และสุขภาพทางเพศของผู้หญิงในประเทศไทย

ขอบเขตการศึกษา

1. เน้นศึกษาเฉพาะนโยบายและกระบวนการดำเนินการตามขั้นตอนของการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (PMTCT+) ตามที่ระบุไว้ในนโยบายและแนวทางการดำเนินงานของกระทรวงสาธารณสุข
2. เป็นการศึกษาและติดตามผลเชิงคุณภาพ เพื่อสะท้อนผลการดำเนินงาน และช่องว่างที่เกิดขึ้นระหว่างนโยบาย การดำเนินงาน ผลลัพธ์ตามโครงการและผลกระทบที่เกิดขึ้น
3. เป็นการสะท้อนความคิดเห็นของหญิงติดเชื้อตั้งครร์กที่รับบริการด้าน PMTCT+ รวมถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นต่อหญิงติดเชื้อตั้งครร์กและครอบครัว
4. ศึกษาความคิดและความต้องการร่วมของทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต่อ PMTCT+

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษา รวม 195 คน ประกอบด้วย

- หญิงติดเชื้อตั้งครร์กรวม 108 คน
- เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชนและจังหวัด รวม 23 คน
- เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด รวม 19 คน
- เจ้าหน้าที่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวม 22 คน
- เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข รวม 6 คน
- เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน รวม 12 คน
- นักวิชาการ รวม 5 คน

กรณีของกลุ่มตัวอย่างที่เป็นหญิงติดเชื้อตั้งครร์กรวม 108 คนนั้น ต้องเป็นหญิงติดเชื้อที่ตั้งครร์กหรือคลอดปี 2547 จนถึงปัจจุบันของการเก็บข้อมูล (พฤศจิกายน - ธันวาคม 2550) เท่านั้น เนื่องจากการดูแลหญิงหลังคลอด (CARE) ของกรมอนามัยโดยการสนับสนุนของกองทุนโลกได้เริ่มดำเนินการในปี 2547

พื้นที่ศึกษา

- ภาคเหนือ: พะเยา ลำพูน
- ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: ศรีสะเกษ อุบลราชธานี
- ภาคกลาง: อโยธยา สุพรรณบุรี
- ภาคตะวันออก: ตราด
- ภาคใต้: นครศรีธรรมราช พัทลุง
- กรุงเทพฯ: เจ้าหน้าที่ส่วนกลางทั้งภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ

ระยะเวลาในการศึกษา

จัดเตรียมแนวทางการสัมภาษณ์	พฤศจิกายน 2550
ประชุมที่มวิจัยและผู้เก็บข้อมูล 1	พฤศจิกายน 2550
เก็บรวบรวมข้อมูลในพื้นที่	พฤศจิกายน- ธันวาคม 2550
ประชุมที่มวิจัยและผู้เก็บข้อมูล 2	ธันวาคม 2550
เก็บรวบรวมข้อมูลเพิ่มเติม	มกราคม 2551
เตรียมยกร่างรายงานการศึกษาเสนอ	ธันวาคม 2550 - มกราคม 2551
ผลการศึกษาเบื้องต้นต่อที่ประชุม	
จัด National AIDS Forum กรุงเทพฯ	16-17 มกราคม 2551
ประชุมที่มวิจัยและผู้เก็บข้อมูล 3	มกราคม 2551
เขียนรายงานฉบับสมบูรณ์	มกราคม 2551

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. เนื่องจากข้อจำกัดด้านงบประมาณ การศึกษาคั้งนี้จึงกำหนดขอบเขตการติดตามผลการดำเนินงานตามพันธกรณีในปฏิญญาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเอชไอวี/เอดส์ พ.ศ.2544 (UNGASS) เฉพาะในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย และเน้นเฉพาะ การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
2. การศึกษาคั้งนี้ อาจมีช่องว่างในการเก็บรวบรวมและตีความข้อมูลเชิงลึกอันเนื่องมาจากข้อจำกัดในเรื่อง
 - การเข้าถึงผู้ติดเชื้อบางกลุ่มเป็นไปได้ยากนัก เนื่องจากการปกปิดผลเลือด การไม่เปิดเผยตัว เพราะกลัวความรังเกียจจากชุมชน
 - ผู้เก็บรวบรวมข้อมูลเกือบทั้งหมด เป็นผู้ติดเชื้อ ซึ่งแม้จะมีข้อดีในการเชื่อมช่องว่างระหว่างผู้สัมภาษณ์และผู้ให้สัมภาษณ์ แต่อาจมีปัญหาด้านทักษะและความเข้าใจ ตลอดจนการตีความบางประการได้

เพื่อลดข้อจำกัดดังกล่าว คณะผู้ศึกษาจึงจัดให้มีการประชุมร่วมกันหลายครั้งเพื่อซักซ้อมความเข้าใจเกี่ยวกับคำถาม การแก้ไขปัญหาในการสัมภาษณ์ การร่วมอภิปรายผลจากการตีความของข้อมูล ในบางกรณีได้จัดให้มีการเก็บข้อมูลซ้ำหากเกิดความไม่แน่ใจหรือไม่สมบูรณ์ของผลของข้อมูลที่ได้รับในครั้งแรก

ผลจากการศึกษานโยบายและการดำเนินงานโครงการ PMTCT+ในพื้นที่

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถาม

ข้อมูลพื้นฐานของผู้ร่วมให้ข้อมูลทั้งหมด ที่ประกอบด้วยผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นผู้รับบริการ (หญิงติดเชื้อตั้งครรรภ์) และผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งเป็นผู้ให้บริการหรือทำงานเกี่ยวข้องกับนโยบายและการให้บริการ ข้อมูลพื้นฐานของแต่ละกลุ่มปรากฏในตารางที่ 1 และ 2

อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มที่ศึกษาทั้งหมดก็ยังมีลักษณะพิเศษของการติดเชื้อและตั้งครรรภ์ที่แตกต่างกันโดยอาจแยกได้ 3 กลุ่มคือ

กลุ่ม 1 ผู้หญิงที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อเมื่อไปฝากครรรภ์

กลุ่ม 2 ผู้หญิงที่ติดเชื้ออยู่แล้วก่อนฝากครรรภ์

กลุ่ม 3 ผู้หญิงที่เพิ่งติดเชื้อในครรรภ์ที่สองหรือสาม

ตารางที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานของหญิงติดเชื้อตั้งครรรภ์จำแนกตามกลุ่ม

	กลุ่ม 1	กลุ่ม 2	กลุ่ม 3	รวม
จำนวนรวมหญิงติดเชื้อตั้งครรรภ์ในแต่ละกลุ่ม	42	46	20	108
อายุ				
น้อยกว่า 20 ปี	2	0	0	2
21-25 ปี	4	6	2	12
26-30 ปี	17	13	6	36
31-35 ปี	11	19	8	38
36-40 ปี	6	5	3	14
มากกว่า 40 ปี	2	3	1	6
การศึกษา				
ไม่ได้เรียนหนังสือ	1	1	2	4
ประถมศึกษา	19	31	10	60
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	10	5	26
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือสายวิชาชีพ	8	4	2	14
ปริญญาตรี	3	0	1	4
อาชีพ				
เกษตรกร	6	8	7	21
แรงงานรับจ้าง	23	27	8	58
แม่บ้าน	8	7	3	18
ค้าขาย	0	1	1	2
อื่น ๆ	5	3	1	9
รายได้ บาท/เดือน				
ไม่มีข้อมูล	11	7	5	23
น้อยกว่า 2500	13	20	7	40
2501 - 5000	10	15	8	33
5001 - 7500	4	2	0	6
7500+	4	1	1	6

ตารางที่ 2: ข้อมูลพื้นฐานของผู้ตอบแบบสอบถามจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับ PMTCT+

กลุ่มของผู้ตอบแบบสอบถาม	รวม	หญิง	ชาย
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลรัฐ	23	23	-
เจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด	19	14	5
เจ้าหน้าที่องค์กรท้องถิ่น	22	19	3
ข้าราชการในกระทรวงสาธารณสุข	6	5	1
ผู้แทนองค์กรพัฒนาเอกชน	12	9	3
นักวิชาการ	5	3	2
รวม	87	73	14

ในจำนวนหญิงติดเชื้อตั้งครรภ์ทั้งหมดรวม 108 คนนั้น มีลักษณะร่วมกันหลายประการคือ

- ปกปิดผลเลือดกับสามีในระยะต้น
- ไม่สามารถต่อรองกับคู่เรื่องการใช้ถุงยางอนามัย
- ไม่มีความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิด และ
- ส่วนมากพึ่งพึ่งสามีในเชิงเศรษฐกิจ

ลักษณะสำคัญของแต่ละกลุ่ม ที่พบได้อย่างชัดเจนจากข้อมูลพื้นฐานคือ

กลุ่ม 1 ผู้หญิงที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อเมื่อไปฝากครรภ์ มักเป็นคู่แต่งงานใหม่ สามีปัจจุบันเป็นสามีคนแรกและทั้งคู่ต้องการมีบุตรร่วมกัน ผู้หญิงส่วนใหญ่ไม่คิดว่าตนเองมีความเสี่ยง แม้เมื่อทราบผลเลือดแล้วมักไม่กล้าบอกผลเลือดกับสามี ในส่วนที่บอกก็มีแนวโน้มความแตกแยกในครอบครัวสูง หญิงติดเชื้อตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ต้องการทำแท้งมากกว่าทุกกลุ่ม และได้รับความเห็นใจจากผู้ให้บริการมากกว่าทุกกลุ่ม

กลุ่ม 2 ผู้หญิงที่ติดเชื้ออยู่แล้วก่อนฝากครรภ์ โดยรวมแล้วสามีปัจจุบันเป็นคู่ใหม่ซึ่งหญิงติดเชื้อไม่กล้าบอกผลเลือดกับสามี เมื่อสามีต้องการมีบุตร หญิงติดเชื้อในกลุ่มนี้จึงไม่กล้าต่อรองทั้งเรื่องเพศและเรื่องการใช้ถุงยาง เพราะพะวงและหวังว่าสามีจะรับไม่ได้และอาจส่งผลต่อความแตกแยกที่อาจเกิดขึ้นในครอบครัว ส่วนใหญ่ได้รับคำตำหนิต่อว่าจากเจ้าหน้าที่หรือได้รับความเห็นใจน้อยกว่ากลุ่มอื่น เพราะทัศนคติของผู้ให้บริการมีแนวโน้มที่จะต่อว่าหญิงติดเชื้อตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ว่า “รู้ว่าติดเชื้อแล้วยังท้องอีก!” ทั้งนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่าเป็นกลุ่มที่ไม่ค่อยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับ PMTCT เพราะเจ้าหน้าที่คิดว่ารู้อยู่แล้ว แต่ที่พิเศษคือ เมื่อบอกผลเลือดกับสามี สามีรับผลเลือดได้มากกว่ากลุ่มอื่น

กลุ่ม 3 ผู้หญิงที่ตั้งครรภ์ติดเชื้อแต่ไม่ติดในท้องแรก ๆ ลักษณะโดยรวมของหญิงติดเชื้อในกลุ่มนี้คล้ายกับกลุ่มที่ 1 แต่เคยมีลูกมาแล้วก่อนล่วงหน้าโดยตนเองไม่ได้ติดเชื้อ 1-3 คน ส่วนใหญ่ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์เกิดจากการไม่คุมกำเนิด, ไม่คิดว่าตนมีความเสี่ยง, และไม่วางแผนครอบครัว

รายละเอียดเพิ่มเติมของกลุ่มต่าง ๆ ดูได้ในตารางที่ 3

ตารางที่ 3: ข้อมูลเปรียบเทียบของหญิงติดเชื้อตั้งครรรภ์ จำแนกตามกลุ่มที่ศึกษา

ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง	กลุ่มที่ 1		กลุ่มที่ 2		กลุ่มที่ 3		รวม	%
	42	%	46	%	20	%	108	100.0
สถานภาพการแต่งงาน								
อยู่ด้วยกัน	29	69.1	41	89.1	15	75.0	85	78.7
แยกกันอยู่	11	26.2	4	8.7	4	20.0	19	17.6
สามีปัจจุบันตาย	2	4.8	1	2.2	1	5.0	4	3.7
สามีปัจจุบันเป็นคู่ใหม่	9	21.4	26	56.5	6	30.0	41	38.0
ผลเลือดของสามี								
HIV-	4	9.5	7	15.2	5	25.0	16	14.8
HIV+	20	47.6	13	28.3	7	35.0	40	37.0
ไม่ทราบผล	18	42.9	26	56.5	8	40.0	52	48.2
ความพร้อม								
ก่อนตั้งครรรภ์	23	54.8	12	26.1	6	30.0	41	38.0
ระหว่างตั้งครรรภ์	29	69.1	39	84.8	15	75.0	83	76.9
หลังคลอด	31	73.8	42	91.3	16	80.0	89	82.4
ต้องการทำแท้ง	18	42.9	10	21.7	10	50.0	38	35.2
ทำแท้งจริง	3	7.1	3	6.5	1	5.0	7	6.5
การเปิดเผยผลเลือด								
ต่อสามี	33	78.6	42	91.3	17	85.0	92	85.2
ต่อญาติ	29	69.1	37	80.4	14	70.0	80	74.1
ต่อชุมชน	12	28.6	30	65.2	6	30.0	48	44.4
ผลเลือดลูกคนสุดท้าย								
บวก	24	57.1	27	58.7	7	35.0	58	53.7
ลบ	1	2.4	1	2.2	2	10.0	4	3.7
ไม่ทราบผล	17	40.5	18	39.1	11	55.0	46	42.3
ความพึงพอใจต่อบริการ								
พึงพอใจ	35	83.3	35	76.1	17	85.0	87	80.1
ไม่พึงพอใจ	7	16.7	11	23.9	3	15.0	21	19.4

ผลสะท้อนจากการศึกษาต่อนโยบายและการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

ในการวิเคราะห์กระบวนการ 3 ขั้นตอนหลักของกระบวนการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งประกอบด้วย การตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ การให้บริการระหว่างตั้งครรภ์และคลอด และการให้บริการต่อเนื่องหลังคลอดนั้น เป็นการวิเคราะห์ในประเด็นที่สำคัญ ประกอบด้วย

- กิจกรรมหลักที่ดำเนินการ¹⁵
- ผลที่คาดหวัง¹⁶
- ผลที่เกิดขึ้น
- ข้อมูลและความเห็นจากผู้รับบริการ (หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ)
- ข้อมูลและความเห็นจากผู้ให้บริการ (เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)
- ช่องว่างที่มองเห็น

ขั้นตอนที่ 1

การตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ (VCT)

กิจกรรมหลัก

- ให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือด
- ตรวจหาเชื้อเอชไอวีและอื่น ๆ อีก 4 รายการ (ซิฟิลิส, ทาลัสซีเมีย, ตับอักเสบบ, ความเข้มข้นของเลือด)
- ให้การปรึกษาหลังตรวจเลือด

ผลที่คาดหวัง

- มีโอกาสพิจารณาผลดีผลเสีย และลดผลกระทบที่จะเกิดขึ้น
- สามารถตัดสินใจตรวจเลือดด้วยตนเอง
- ได้รับการดูแลปรึกษาทางจิตใจ/สังคม
- สามียของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อควรได้รับการตรวจเลือดโดยสมัครใจด้วย

ผลที่เกิดขึ้น

- หญิงติดเชื้อตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ได้รับการให้การปรึกษาก่อนตรวจเลือดเป็นกลุ่ม โรงพยาบาลจัดบริการรายบุคคลให้ในกรณีผลเลือดเป็นบวก (ให้บริการก่อนเจาะผลเลือดซ้ำเพื่อยืนยันผล) เกือบทุกรายได้รับการปรึกษาหลังการตรวจเลือดเป็นรายบุคคลก่อนบอกผลเลือด
- หญิงติดเชื้อตั้งครรภ์ทุกรายได้รับการตรวจเลือด เกือบทุกคนทราบว่าเจาะหา เอชไอวี จำนวนน้อยที่ทราบว่าเจาะหาเชื้อซิฟิลิส และเฉพาะหญิงติดเชื้อตั้งครรภ์ทางภาคเหนือเท่านั้นที่ทราบว่าตรวจอื่น ๆ อีก 4 ตัวด้วย ส่วนใหญ่ไม่ทราบผลการเจาะเลือดอื่น ๆ เพราะไม่ได้รับแจ้งผลจากโรงพยาบาล
- หลังทราบผลเลือด หญิงติดเชื้อตั้งครรภ์ จำนวน 38 ราย ต้องการทำแท้งเพราะความไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์และกังวลกลัวลูกติดเชื้อจากตน แต่เมื่อได้รับการให้การปรึกษาและมีข้อมูลว่าลูกมีโอกาสไม่ติดเชื้อทำให้ล้มเลิกความตั้งใจ มีเพียง 7 ราย ที่ทำแท้งจริงและในจำนวนนี้มีเพียง 1 รายที่ทำแท้งสำเร็จเนื่องจากแพทย์เป็นผู้ทำให้ ที่เหลือไม่สามารถยุติการตั้งครรภ์เพราะทำแท้งเองได้ (การทำแท้งเองในที่นี้หมายถึงโดยการกินยา

¹⁵ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, 2550, แนวทางดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและการดูแลแม่ลูกและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี.

สำนักกิจการ โรงพิมพ์ องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก: กรุงเทพฯ

¹⁶ อ่างแก้ว

ขับ, จงใจไม่ดูแลครรภ์, ไปหาสถานที่ทำแท้งเถื่อน ในกรณีที่ทำแท้งเถื่อน มีบางรายที่ต้องเข้าโรงพยาบาลอีกครั้งเพราะตกเลือด)

- เหตุผลในการล้มเลิกความตั้งใจที่จะทำแท้ง
 - ได้รับข้อมูลเรื่องการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ลดความกังวลใจเรื่องลูกจะติดเชื้อ
 - ได้รับกำลังใจจากคู่ ญาติ หรือผู้ให้คำปรึกษา
 - สงสาร กลัวบาป
 - อายุครรภ์เกินกำหนดที่จะสามารถยุติการตั้งครรภ์ได้
 - กลัว
 - ไม่รู้จักสถานที่ทำแท้ง
- หญิงติดเชื่อตั้งครรภ์ หลายรายได้รับการแนะนำให้ทำแท้งจากหมอหรือพยาบาล แต่ทุกรายที่ได้รับการแนะนำล้วนปฏิเสธเพราะต้องการมีลูกเอง แต่มีหญิงติดเชื่อตั้งครรภ์ 1 รายต้องการทำแท้งเนื่องจากตั้งครรภ์เพราะถูกข่มขืนและติดเชื่อข่มขืนทั้งต้องการฆ่าตัวตายด้วย แต่ได้รับการให้คำปรึกษาว่าให้ตั้งครรภ์ต่อ
- การให้คำปรึกษาหลังตรวจเลือด มีผลต่อการรับรู้ผลเลือด ช่วยเหลือทางด้านจิตใจ ให้กำลังใจและข้อมูลเกี่ยวกับการลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก แต่มีบางรายที่ได้รับบริการนี้เชิงลบ นั่นคือ
 - หญิงติดเชื่อตั้งครรภ์บอกผลเลือดต่อคู่โดยไม่พร้อม ไม่เตรียมตัวประเมินผลกระทบก่อน ทำให้เกิดปัญหาต้องแยกทางกันจำนวน 2 ราย
 - หญิงติดเชื่อตั้งครรภ์ จำนวน 6 ราย ไม่สามารถรับผลเลือดได้และรู้สึกไม่ดีต่อบริการ ทำให้ไม่กลับเข้าไปรับบริการในขั้นต่อไป (ไม่รับการตรวจดูและระหว่างตั้งครรภ์ แต่ย้ายโรงพยาบาลตอนไปคลอดเลย ในจำนวนนี้มีหนึ่งรายที่หลุดจากระบบโดยสิ้นเชิงเพราะทำคลอดเองที่บ้าน)
- หญิงติดเชื่อตั้งครรภ์ 3 ราย สามารถชักชวนให้คู่ครองมาร่วมรับบริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือด
- คู่ครองหญิงติดเชื่อตั้งครรภ์จำนวน 5 คู่เท่านี้ที่ใช้ถุงยางอนามัย ทุกคู่มีผลเลือดบวกทั้งสามีภรรยา

ข้อมูลเพิ่มเติมและความเห็นจากหญิงติดเชื่อตั้งครรภ์

- ทุกคนคิดว่าการตรวจหาเอชไอวีเป็นบริการปกติของการฝากครรภ์ ไม่มีใครรู้ว่าตนสามารถปฏิเสธการตรวจได้ถ้ายังไม่พร้อม
- โดยรวมมีทัศนคติที่ดีต่อบริการให้คำปรึกษา ร้อยละ 80.56 รู้สึกพึงพอใจ ยอมรับได้และคิดว่าเป็นประโยชน์มาก (ใช้เกณฑ์วัดทัศนคติ 3 ประการคือกำลังใจ ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และการรักษาความลับซึ่งส่งผลต่อการเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่องที่โรงพยาบาล) ส่วนใหญ่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก, การดูแลครรภ์, การป้องกันกับคู่โดยการใส่ถุงยางอนามัย, การแจ้งผลเลือดกับคู่ บางรายที่ยากจนยังได้รับการช่วยเหลือจากพยาบาลในเรื่องค่าใช้จ่ายในการเดินทางหรือการรับบริการจากโรงพยาบาล (กรณีเป็นคนต่างชาติทางภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียง)
- ในรายละเอียดยังมีความเห็นแตกต่างเกี่ยวกับบริการที่ได้รับจากบริการให้คำปรึกษา โดยเฉพาะเมื่อเปรียบเทียบเป็นรายภาคและรายกลุ่มของหญิงติดเชื่อตั้งครรภ์ โดยภาคเหนือและภาคกลางจะมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการมากกว่าภาคอื่น ๆ ภาคใต้และภาคอีสานจะพบปัญหาเรื่องคุณภาพการให้บริการ วิธีการและความเร่งเกียจต่อหญิงติดเชื่อตั้งครรภ์มากกว่าที่อื่น
- เมื่อเปรียบเทียบรายกลุ่มแล้ว หญิงติดเชื่อตั้งครรภ์กลุ่มที่ติดเชื่ออยู่ก่อนแล้ว รู้สึกว่าได้รับการตำหนิต่อว่าจากผู้ให้บริการมากกว่ากลุ่มอื่น เกือบทุกรายถูกต่อว่าด้วยคำพูดคล้ายกันที่ว่า "รู้ว่าติดเชื่อแล้วทำไมยังปล่อยให้ท้อง" ทัศนคตินี้ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ติดเชื่อ รู้สึกว่าตนเป็นคนผิดในสายตาของผู้ให้บริการจากรัฐ แต่เนื่องจาก

เป็นผู้ติดเชื้อซึ่งยังต้องรับบริการอื่น ๆ จากโรงพยาบาลอยู่ ทำให้ไม่กล้ามีปฏิกริยาอื่นใดนอกจากอดทน มีหนึ่งรายที่ทำแท้งเพราะถูกต่อว่าเช่นนี้

- หญิงติดเชื้อตั้งครรภ์ 9 ราย ไม่มั่นใจในการรักษาความลับของโรงพยาบาล

ปัญหาที่พบในการรับบริการ:

- สถานที่ในการให้การปรึกษาไม่เหมาะสม เปิดเผย พลุกพล่าน โดยเฉพาะในภาคใต้และภาคอีสาน
- เจ้าหน้าที่ใช้คำพูดไม่เหมาะสม มีทัศนคติที่ไม่ดี หญิงติดเชื้อตั้งครรภ์กลุ่ม 2 รู้สึกเหมือนถูกตำหนิต่อว่าเหมือนเป็นความผิดที่ติดเชื้อแล้วตั้งครรภ์ ทั้งที่ความต้องการที่จะมีลูกเป็นสิทธิส่วนบุคคล(สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์)และเป็นเงื่อนไขเฉพาะในแต่ละครอบครัว ส่วนกลุ่มอื่นรู้สึกว่าเจ้าหน้าที่ไม่ให้ความสำคัญต่อการแจ้งผลเลือดและการให้บริการปรึกษาหลังการตรวจเลือด มีหนึ่งรายได้รับแจ้งว่าคุณมีผลเลือดบวก แต่ไม่รู้ว่าจะทำอะไร รู้แต่ว่าไม่ดี จึงไม่กลับไปโรงพยาบาลอีก (หลุดจากระบบช่วงตั้งครรภ์ เพราะสุดท้ายย้ายไปคลอดอีกแห่งหนึ่งเมื่อถึงเวลา) อีกหนึ่งรายได้รับการแจ้งผลเลือดว่า “ขอแสดงความเสียใจด้วย คุณมีเอชไอวีอยู่ในร่างกาย” แล้วไม่มีข้อมูลหรือการปรึกษาอื่นใดตามมา
- ส่วนใหญ่ไม่รู้ว่าเจาะเลือดอะไรบ้างเพราะไม่ได้รับแจ้งข้อมูล ส่วนรายที่ได้รับแจ้งก็ไม่รู้จัก ไม่เข้าใจ เพราะเจ้าหน้าที่ใช้ศัพท์เทคนิคที่เข้าใจยาก เช่นบอกว่าตรวจ HIV, VDRL, และอื่น ๆ ส่วนใหญ่ไม่รู้จัก แต่ถ้าบอกว่าตรวจเอดส์และซิฟิลิสจะรู้จักมากกว่า
- ไม่ได้รับข้อมูลที่ต้องการ เช่นสถานที่ทำแท้ง, ผลเลือดอื่น
- บางรายคิดว่าเวลาที่ให้บริการน้อยเกินไป ไม่เพียงพอ บางรายมีปัญหาไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทาง/รับบริการ(ยากจน เป็นคนไม่มีหมายเลขประจำตัวประชาชนหรือที่เรียกสั้น ๆ ว่า เลข 13 หลัก)
- ในหลายกรณี หญิงติดเชื้อตั้งครรภ์ไม่เชื่อมั่นผลการตรวจเลือดของโรงพยาบาล จึงทำการตรวจซ้ำสองสามครั้งจึงเชื่อ แต่ในกรณีที่ต้องแจ้งผลกับคู่แล้วคู่ตรวจปรากฏว่าผลเลือดเป็นลบทำให้มีผลอย่างมากต่อชีวิตคู่ เพราะบางรายไม่ทำการตรวจซ้ำ บางรายตรวจซ้ำก็ยังคงเป็นลบอยู่

ความต้องการ:

- ต้องการการให้คำปรึกษาก่อนและหลังตรวจการติดเชื้อร่วมกับคู่ครอง โดยให้โรงพยาบาลกำหนดให้คู่ครองต้องมาร่วมด้วย เพราะส่วนมากมีความลำบากใจในการบอกผลเลือดกับคู่ครอง ไม่สามารถต่อรองกับคู่ครองเรื่องการป้องกันโดยใช้ถุงยางอนามัย (ส่วนใหญ่ที่ผู้ชายไม่ต้องการมารับบริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจ เพราะอายและไม่ตระหนักในความสำคัญ)
- ลดค่าตำหนิต่อว่าของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลต่อหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อกลุ่มสองเกี่ยวกับการติดเชื้อแล้วตั้งครรภ์
- การให้ความสำคัญกับการเตรียมการพร้อมก่อนเจาะเลือดและบอกผลเลือด
- ข้อมูลที่จำเป็นเช่นสถานที่ทำแท้ง เพราะปัจจุบันต้องหาข้อมูลเองซึ่งมักไม่ได้ผลหรือไม่ปลอดภัย
- มีสถานที่ที่เหมาะสมในการให้บริการและเป็นส่วนตัวมากกว่าที่เป็นอยู่ในปัจจุบัน

ข้อมูลและความเห็นจากผู้ให้บริการ

- การจัดบริการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อโดยสมัครใจเป็นไปตามนโยบายและวิธีปฏิบัติของกระทรวง ปกติจะตรวจเลือดสองวิธีและใช้การตรวจแบบ อีไลซ่า เป็นการตรวจทาน
- มีความเชื่อมั่นในการให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเพื่อให้สามารถตัดสินใจเองได้ แต่ส่วนใหญ่ผิดหวังเพราะหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อมีการท้องซ้ำ (มีนัยยะว่า ถ้าหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อท้องซ้ำจะเป็นความล้มเหลวอย่างหนึ่งในการทำงาน)

- ต้องการให้ตรวจเลือดฝ่ายชายด้วย เพราะในการตรวจหญิงตั้งครรภ์ ถ้าผลเลือดลบ ผู้ชายที่เป็นคู่ครองจะหลุดจากระบบไป
- ยังไม่มีระบบรองรับหรือรอบการดำเนินงานที่เหมาะสมในกรณีของการมีผลเลือดต่าง เจ้าหน้าที่เข้าใจถึงความละเอียดอ่อนเพราะมีผลต่อความแตกแยกในครอบครัว แต่ไม่รู้จะทำอย่างไร
- ไม่มีแนวทางการทำงานแบบบูรณาการที่ชัดเจน มีการประชุมอบรมแต่ไม่มีผลต่อเนื่องหรือการติดตามประเมินผลที่ชัดเจนว่าผู้รับการอบรมมีความก้าวหน้าของการพัฒนาศักยภาพในระดับใด
- เจ้าหน้าที่ที่ต้องไปประจำแผนกให้การปรึกษาเองก็มีปัญหาเพราะไม่ยากทำ แม้วางานนี้สำคัญและจำเป็นแต่ไม่สามารถทำได้ทุกเรื่อง มีข้อจำกัดเรื่องเวลา ทักษะในการพูดคุยเรื่องเพศ เช่นการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย มิติทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ในภาคใต้มีข้อจำกัดทางศาสนา ไม่สามารถคุยต่อได้ในบางเรื่อง เช่นการทำหมัน
- ในการให้การปรึกษายังให้ได้เฉพาะข้อมูล ไม่มีเทคนิค/ทักษะในการพูดคุยเรื่องอื่นโดยเฉพาะเรื่องเพศ ทำให้การปรึกษาบางครั้งก็ “ตัน” ถ้าเครือข่ายผู้ติดเชื้อสามารถช่วยพูดคุยในเรื่องเหล่านี้ได้ จะทำให้ได้บริบทของปัญหาและสถานการณ์ได้ดีกว่า
- ในกรณีของการทำแท้ง หมอยอมรับการยุติการตั้งครรภ์ แต่ไม่ยากทำให้เพราะมีปัญหาศีลธรรมเรื่องบาปหรือยุ่งยากต้องขึ้นโรงขึ้นศาล โดยมากจึงเน้นให้ความรู้ความเข้าใจมากกว่าให้บริการ เสนอให้มีนโยบายหรือแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนเพื่อรองรับประเด็นของการยุติการตั้งครรภ์ แต่เบื้องต้นควรมีผู้รับผิดชอบหลักก่อน ทั้งนี้ รวมถึงมีนโยบายกำกับหรือการรณรงค์เรื่องยาและร้านขายยาในฐานะที่เป็นสถานที่ที่คนรับบริการมากด้วย
- การทำงานกับผู้ชายยังเป็นเรื่องยากและอยู่ในลักษณะตั้งรับ ปัญหาก็คือ แม้อยากทำแต่ไม่รู้จะทำอย่างไร เช่นเดียวกับเรื่องการเผยแพร่ข้อมูลยังเป็นในลักษณะตั้งรับหรืองานรณรงค์เป็นครั้งคราว
- การส่งเสริมศักยภาพเจ้าหน้าที่ตามกรอบที่วางไว้เรื่องการให้คำปรึกษาและยาต้านทำได้ดี แต่ยังไม่มีความสัมพันธ์และความเท่าเทียมกันในการสื่อสารเรื่องเพศต่อคู่
- การให้การปรึกษาเป็นบทบาทผ่านทางหัวหน้าการพยาบาล โอกาสพบกับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อจึงไม่เท่ากัน ถ้าให้สายงานต่าง ๆ คุยร่วมกัน หรือมีการฝึกอบรมทุกสายงานที่เกี่ยวข้อง จะแก้ปัญหางานล้นมือของเจ้าหน้าที่และสามารถให้ความช่วยเหลือได้ทันทั่วถึง และมากกว่าที่เป็นอยู่

ช่องว่างที่มองเห็น

- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อที่พร้อมในการตั้งครรภ์มีเพียง 41% ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มหนึ่ง ซึ่งต้องการมีลูกโดยที่ไม่ทราบว่าคุณมีโอกาสติดเชื้อ และในกลุ่มสามที่เคยมีลูกแล้วไม่มีการติดเชื้อ ทั้งสองกลุ่มไม่คิดว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อและตั้งครรภ์ ในขณะที่การตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมมีมากถึง 59% เหตุผลพื้นฐานมาจากไม่มีการป้องกันและคุมกำเนิดที่ดี (ไม่มีความรู้, ไม่สามารถต่อรองกับคู่) เหตุผลที่สำคัญอีกประการหนึ่งคือในกลุ่มสองที่ผู้หญิงติดเชื้อแต่งงานใหม่และคู่ครองอยากมีลูกจึงไม่คุมกำเนิด แม้ฝ่ายหญิงรู้ว่าตนเองติดเชื้อแต่ไม่สามารถบอกสามีใหม่ได้ ผู้หญิงหลายคนมีลูกเพื่อลดความกดดันจากคำถามทางสังคมมากกว่าต้องการมีลูกเองจริง ๆ จึงกลายเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์เช่นนี้แม้จะลดลงเมื่อผ่านกระบวนการให้การปรึกษา แต่จะมีรายใหม่ ๆ เข้าสู่กระบวนการด้วยเหตุผลเดียวกันนี้อย่างต่อเนื่อง หากไม่มีการดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนสาเหตุและทิศทางของการติดเชื้อและตั้งครรภ์โดยไม่พร้อม
- การไม่ตระหนักถึงความสำคัญของการตรวจการติดเชื้อของคู่ครอง ในบริการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ แม้ระบุว่าคู่ครองต้องมาตรวจด้วย แต่ในความเป็นจริงเป็นเรื่องยาก เพราะหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไม่สามารถบอกคู่ครองให้มาร่วมรับบริการปรึกษาได้

- การปกปิดผลเลือดของตนเองต่อคูครอง ทั้งฝ่ายภรรยาและสามีในกลุ่มต่าง ๆ จะเห็นได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ กลุ่มแรก ฝ่ายชายจะมีผลเลือดบวกมากกว่า แต่ฝ่ายหญิงจะไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองมีโอกาสติดเชื้อจากคู เพราะส่วนใหญ่ไปทราบผลเลือดเมื่อฝากครรภ์ ส่วนกลุ่มสอง ฝ่ายชายจะมีผลเลือดบวกน้อยกว่า ที่เหลือก็ไม่ยอมตรวจ ในขณะที่ฝ่ายหญิงทุกคนรู้ว่าตนเองติดเชื้ออยู่ก่อนแล้วจากคูครองเดิม ซึ่งไม่ว่าในกรณีใด ปัญหาของการไม่รู้ผลเลือดและการปกปิดผลเลือดส่งผลต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี
- กรณีที่คูครองมีผลเลือดต่างกันส่งผลกระทบต่อชีวิตคู่ ผู้ให้บริการให้การปรึกษาต้องตระหนักในเรื่องนี้อย่างมาก เมื่อแนะนำให้ฝ่ายหญิงบอกผลเลือดกับคูครอง ควรมีแนวทางที่ช่วยลดผลกระทบจากการที่สามีไม่ยอมรับ เพราะจากข้อมูลที่พบ ส่วนใหญ่จะลงเอยด้วยการแยกทางกัน
- ผู้ให้บริการยังมีทัศนคติว่าหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ เป็นภาระทางด้านสาธารณสุข มากกว่าที่จะมองว่าเขาเป็นมนุษย์ที่มีวิถีชีวิตของตนเองเช่นเดียวกับคนทั่วไปในสังคม คำตำหนิต่อว่าการตั้งครรภ์ของผู้ติดเชื้อเป็นตัวอย่างที่ชัดเจนในประเด็นนี้
- ถ้าหญิงตั้งครรภ์มีผลตรวจการติดเชื้อเป็นลบ จะไม่มีการให้การปรึกษาหลังการตรวจเลือดส่งผลให้คูครองไม่ได้มาตรวจด้วย ทำให้ไม่ได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย นับเป็นการพลาดโอกาสในการส่งเสริมการรณรงค์เพื่อให้คงผลลบตลอดไป

ขั้นตอนที่ 2: การให้บริการระหว่างตั้งครรภ์และคลอด

กิจกรรมหลัก

- การให้คำปรึกษาและข้อมูล PMTCT/CARE
- ได้รับการตรวจสุขภาพแบบครบถ้วน และตรวจอย่างละเอียดเกี่ยวกับโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
- ได้รับการตรวจ CD 4 และให้ยาต้านไวรัสระหว่างตั้งครรภ์ถ้า CD4<200
- ให้ยาต้านไวรัส AZT เมื่อสมัครใจรับยาต้านเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
- ทำคลอดพร้อมให้ยา Nevirapine และ AZT
- ช่วยเหลือด้านอารมณ์ ลดความกังวลระหว่างคลอด
- ในกรณีที่ไม่ได้ฝากครรภ์ตามขั้นตอนปกติ สามารถให้บริการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อระหว่างคลอดหรือหลังคลอด เพื่อวางแผนการให้ยาต้านไวรัสแก่ทารกได้อย่างถูกต้อง
- แนะนำวิธีคุมกำเนิด ตามลำดับคือ: การทำหมัน/ยาฝัง/วิธีอื่น ๆ

ผลที่คาดหวัง

- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อได้รับคำแนะนำการดูแลตนเอง ทารก และการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ เข้าใจผลดีและประโยชน์ที่ได้รับจากการกินยาอย่างสม่ำเสมอ
- ให้การดูแลรักษาพร้อมการให้ยาเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ ที่ครบถ้วนระหว่างตั้งครรภ์
- ลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ด้วยวิธีบริหารจัดการ การคลอดที่เหมาะสม
- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ มีการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพ

ผลที่เกิดขึ้น

- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลดีและประโยชน์ของการเข้าโครงการลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกแต่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงของยา เกือบทุกคนเข้าร่วมโครงการฯ ยกเว้นรายที่หลุดจากระบบอันเนื่องมาจากขั้นตอนให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ
- มีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ 6 รายไม่รับบริการต่อเนื่องระหว่างตั้งครรภ์เนื่องจากไม่พึงพอใจในบริการ กลัวคนรู้ว่าติดเชื้อ 5 รายมาคลอดเมื่อถึงเวลาคลอดเลย 1 รายคลอดเองที่บ้านโดยสามีเป็นคนทำคลอดให้

- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อส่วนใหญ่คลอดปกติ ยกเว้นทางภาคเหนือมีการผ่าท้องคลอด
- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อส่วนใหญ่เลือกวิธีคุมกำเนิดด้วยการกินยาคุม แต่ไม่มีใครรู้ว่าการกินยาคุมมีผลต่อยาต้านไวรัสฯ

ข้อมูลและความเห็นจากหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ

- ได้รับประโยชน์จากโรงพยาบาลในเรื่องข้อมูลการดูแลระหว่างตั้งครรภ์ที่จำเป็น รวมทั้งการกินยาและเรื่องโภชนาการ แต่ไม่ได้รับทราบข้อมูลเกี่ยวกับผลเสียหรือผลข้างเคียงของการกินยาด้านไวรัสฯและผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นเช่นการดื้อยา
- ทุกรายที่รับบริการต่อเนื่องกินยาตามแพทย์สั่ง และได้รับยาเพิ่มระหว่างคลอด รวมทั้งให้หยุดยาให้ลูกหลังคลอดด้วย
- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อส่วนใหญ่ประทับใจกับบริการให้การปรึกษาและการทำคลอดในโรงพยาบาล ส่วนใหญ่เชื่อมั่นในระบบการดูแลรักษาของแพทย์พยาบาล พอใจเพราะไม่รู้ว่าจะตนควรทำอะไรเพิ่มเติมไปจากที่เป็นอยู่
- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อบางส่วน (1 รายในภาคอีสาน และ 7 รายในภาคใต้) รู้สึกว่าถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติ โดยการแยกห้องพักก่อนและหลังคลอด การไม่ดูแลแผลฝีเย็บ การรังเกียจที่จะใช้กรรไกรทำให้เพราะกลัวติดเชื้อ
- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อรู้สึกอึดอัดที่ถูกแพทย์และพยาบาลโน้มน้าวให้ทำหมัน ส่วนใหญ่ไม่ปฏิเสธแต่ก็ไม่ยอมทำตามเพราะคิดว่าตนเองและคู่ครองอาจจะต้องการมีบุตรในอนาคต
- นอกจากการทำหมันแล้ว พยาบาลส่วนใหญ่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย และแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่ครอง แต่ส่วนใหญ่หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อไม่สามารถต่อรองกับคู่ครองได้ (มีเพียง 5 รายจากข้อมูลที่ศึกษารวม 108 รายที่สามารถทำได้) หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อต้องการคำแนะนำช่วยเหลือในเรื่องนี้ แต่คิดว่าพยาบาลหรือเจ้าหน้าที่รัฐไม่สามารถให้คำแนะนำหรือพูดคุยในบรรยากาศที่เอื้อต่อการปรึกษาได้ เพราะมักเน้นเชิงวิชาการและความเห็นเชิงคำสั่งว่าต้องทำมากกว่าจะยอมรับหรือเข้าใจว่า ทำไมหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อถึงทำตามคำแนะนำไม่ได้ เช่นกรณีที่คุณไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัย
- ส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการคุมกำเนิดวิธีอื่น ๆ นอกจากการทำหมันและใช้ถุงยางอนามัย บางส่วนคิดว่าเมื่อทำหมันแล้วไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัยก็ได้

ปัญหาในการรับบริการ

- สถานที่ตรวจและให้การปรึกษาไม่เป็นส่วนตัว แพทย์พยาบาลซักถามแนะนำอะไร คนอื่นรับทราบด้วย ทำให้คนอื่น ๆ ในห้องรู้ว่า หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเป็นผู้ติดเชื้อ ทำให้ไม่สบายใจไปรับบริการ (แต่จำเป็นต้องไป)
- บางรายได้รับการแสดงความรังเกียจและเลือกปฏิบัติ คิดว่าทัศนคติของผู้ให้บริการมีผลต่อการแสดงออกและให้บริการที่แตกต่างจากคนไข้ทั่วไป
- ในรายที่มีปัญหาและอยากทำแท้ง มักได้รับข้อเสนอเชิงแลกเปลี่ยนว่าแพทย์จะทำแท้งให้แต่ต้องทำหมันด้วย ซึ่งบางคนคิดว่าเป็นการตัดสิทธิการมีลูกในอนาคต
- บางรายที่เป็นชาติพันธุ์ไม่สามารถอ่านหนังสือไทยออก ทำให้ไม่ได้รับข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่เป็นคู่มือหรือแผ่นพับเผยแพร่
- การใช้ภาษาที่เข้าใจยากสำหรับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเช่น follow up, pap-smear, consult, phase 1, VDRL เป็นต้น

ความต้องการ

- อยากรู้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับทางเลือกต่อวิธีการคลอดและการคุมกำเนิด รวมทั้งต้องการคำแนะนำเป็นพิเศษในกลุ่มที่ต้องการมีบุตร (วิธีการที่ช่วยลดการติดเชื้อระหว่างคู่นอน ทักษะที่ดีในการให้บริการโดยไม่ตำหนิต่อว่าเสมือนหนึ่งเป็นคนผิดทำสิ่งผิด)
- อยากรู้อะไรบ้างเกี่ยวกับความเสี่ยงของการกินยาที่มีต่อแม่และลูก
- อาหารเสริมสำหรับหญิงตั้งครรภ์
- การช่วยเหลือดูแลให้กำลังใจจากคู่นอน

ข้อมูลและความเห็นจาก เจ้าหน้าที่

- พยายามโน้มน้าวให้หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อทำหมันหลังคลอด เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกอย่างถาวร
- พยายามไม่มีการพูดคุยเรื่องเพศได้อย่างเปิดเผยและไม่น่าเกลียด ในหลายเรื่องก็ไม่มีความรู้พอที่จะให้คำแนะนำแก่หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อได้ ต้องการเรียนรู้เพิ่มเติมทั้งในส่วนของข้อมูลที่จำเป็น เช่นวิธีการคุมกำเนิดอื่นที่เป็นไปได้และเหมาะสมกับคู่นอนที่ติดเชื้อ และในส่วนของ การเสริมสร้างทักษะในการพูดคุยกับผู้ติดเชื้อและคู่นอน

ช่องว่างที่มองเห็น

- มีความแตกต่างเรื่องการให้บริการระหว่างพื้นที่ เพราะหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อจากทางใต้และอีสาน จะมีปัญหาเกี่ยวกับความรู้สึกว่าตนถูกเลือกปฏิบัติหรือได้รับความรังเกียจมากกว่าทางเหนือและตะวันออก ซึ่งอาจเป็นไปได้ว่าทัศนคติของเจ้าหน้าที่เปลี่ยนแปลงตามประสบการณ์การทำงานและการยอมรับจากสังคม
- การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกเน้นที่ลูกมากกว่าจะคำนึงถึงแม่ ข้อมูลที่หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อได้รับจึงเกี่ยวข้องกับการลดการถ่ายทอดเชื้อสู่ลูก แต่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงและผลกระทบของการกินยาด้านขณะตั้งครรภ์
- วิธีการคุมกำเนิดของหญิงติดเชื้อหลังคลอดส่วนใหญ่เป็นการทำหมันและการกินยาคุมกำเนิดมากกว่าการเลือกใช้ถุงยางอนามัย การตัดสินใจเลือกวิธีคุมกำเนิดยังเป็นบริการแบบโน้มน้าวและนอกจากทางภาคเหนือแล้วที่อื่นไม่ให้บริการข้อมูลทางเลือกอื่น ๆ รวมทั้งไม่มีข้อมูลเรื่องการคุมกำเนิดกับยาต้านไวรัส

ขั้นตอนที่ 3: การให้บริการต่อหญิงหลังคลอด

กิจกรรมหลัก

- ดูแลหลังคลอด และระวังพิเศษในบางภาวะ เช่น การติดเชื้อหลังคลอด ภาวะซีด
- ให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง
- เจาะ CD4 แม่ ทุก ๆ 6 เดือนและให้ยาต้านไวรัสฯ เมื่อ CD4<200
- ให้นมผงแก่แม่เดือนละ 4 กิโลกรัม จนกระทั่งลูกอายุ 1 ปี
- ตรวจเลือดลูกเมื่ออายุ 12 เดือนและตรวจซ้ำเมื่ออายุ 18 เดือน
- ให้สามีเข้าร่วมโครงการ
- ให้ข้อมูลการดูแลตนเอง การคุมกำเนิด
- การให้ความรู้ในเรื่องของการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย การวางแผนครอบครัว และโภชนาการ

ผลที่เกิดขึ้น

- เด็กทุกคนได้รับการตรวจเลือดตามเกณฑ์ แต่หญิงตั้งครรภ์ติดเชื่อบางส่วนไม่ต้องการไปรับบริการต่อเนื่องที่โรงพยาบาลเพราะไม่อยากให้คนรู้ (ช่วงก่อนคลอดจำเป็นต้องไป คลอดแล้วไม่อยากไปคิดว่า เมื่อป่วยแล้วค่อยรักษา)
- ส่วนใหญ่แม่หรือญาติจะรับนมผงให้แก่ลูก มีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื่อบางส่วนที่ไม่ไปรับนมผงที่โรงพยาบาลเนื่องจากกลัวคนรู้ แต่ใช้วิธีช้อนนมเอง และมี 1 รายที่ให้ลูกกินนมแม่เนื่องจากไม่ต้องการไปโรงพยาบาล (เป็นรายเดียวกับที่ได้รับปัญหาการเลือกปฏิบัติและถูกรังเกียจจากเจ้าหน้าที่และทำคลอดเองที่บ้าน)
- โดยทั่วไปมีการให้นมผงเด็กจนถึงอายุขวบครึ่ง การให้นมผงแก่เด็กมีการยึดหยุ่นตามสถานที่และความเหมาะสมของเด็ก เช่นที่พะเยาซึ่งมีโครงการช่วยเหลือหลายโครงการสามารถให้นมผงแก่เด็กทุกคนจนอายุถึง 5 ปี ที่อยุธยา 2 ปี หรือที่อุบลราชธานีสามารถให้เพิ่มได้อีกสามถึงสี่เดือนจากกำหนดถ้าเด็กมีปัญหาขาดสารอาหาร ในขณะที่สุพรรณและพัทลุงให้ได้ถึงคนละ 4 กก. ต่อเดือน ยกเว้นในบางช่วงซึ่งไม่มีนมผง จะถูกลดลงตามส่วน
- ส่วนใหญ่มีการติดตามผลเพื่อรับบริการหลังคลอด แต่จะมีปัญหาในกรณีที่เป็นโรงพยาบาลศูนย์ซึ่งผู้มารับบริการมีมาก และมีการส่งต่อกลับพื้นที่ มีปัญหาการหลุดจากระบบ
- ในรายที่คู่ครองมีผลเลือดต่างคือแม่ผลเลือดลบแต่พ่อเลือดบวก เด็กจะไม่ได้รับนม
- นอกจากหญิงตั้งครรภ์ติดเชื่อในภาคเหนือแล้ว หญิงตั้งครรภ์ติดเชื่อที่เหลือไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับผ่าตัดทำคลอด

ข้อมูลและความเห็นจาก หญิงตั้งครรภ์ติดเชื่อ

- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื่อส่วนใหญ่มีความเห็นว่านมผงที่ให้ไม่พอเพียง ต้องการให้เพิ่มระยะเวลาให้นมผงไปจนเด็กอายุ 3-4 ปี
- โดยมากมักมีปัญหากจากการที่ถูกคนในชุมชนถามว่าทำไมต้องให้ลูกกินนมผง
- ข้อมูลที่จำเป็นเช่นการทำแท้ง ผลกระทบหรือผลข้างเคียงจากยาและจากการคุมกำเนิดมักได้รับการเข้าถึงหรือกระบวนการเรียนรู้แบบเพื่อนสู่เพื่อนมากกว่าจะได้รับจากโรงพยาบาล
- ต้องการการให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่องสำหรับคู่ครองหลังคลอด 2-3 ปี และต้องการให้พยาบาลเป็นผู้บอกกับคู่ครองในเรื่องการป้องกันต่าง ๆ โดยเฉพาะเรื่องถุงยางอนามัย เพราะภรรยาบอกไม่ได้สามีไม่เชื่อ

ข้อมูลและความเห็นจาก ผู้ให้บริการ

- กระทรวงมีนโยบายการเข้าถึงยา แต่ไม่มีนโยบายที่เน้นเรื่องการดูแลหลังคลอด โดยทั่วไปเมื่อลูกครบปีครึ่งผ่านการตรวจเลือดแล้ว ทั้งแม่และลูกจะหลุดจากระบบ กลับมาอีกครั้งเมื่อป่วยหรือท้องซ้ำ
- ผู้ให้บริการเองมีความเห็นว่ายาต้านไวรัสฯ ไม่ใช่คำตอบสุดท้ายในปัญหาโรคเอดส์ เพราะถ้าเน้นแต่การรักษา ปัญหาเอดส์จะแก้ไขไม่ได้
- งานเอดส์เป็นงานฝาก ไม่มีใครคิดว่าเป็นเจ้าของงานร่วม ควรมีนโยบายให้เป็นงานร่วมของโรงพยาบาลเพื่อที่จะได้ไม่ทำงานแบบไฟไหม้ฟาง ต้องการเห็นเอดส์เป็นโรคเรื้อรังและเป็นงานต่อเนื่องเช่นเดียวกับงานโรคเบาหวาน ความดันหรือการลดความอ้วน
- ยังไม่มีนโยบายและแนวทางร่วมที่ชัดเจนเกี่ยวกับเรื่องเตรียมการคือยา
- ให้การช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ติดเชื่อเท่าที่จะสามารถทำได้โดยไม่ผิดระเบียบ เช่นการแจกนมเพิ่มสำหรับบางรายที่ลูกมีปัญหาเจริญเติบโตช้า หรือบางรายที่ไม่มารับนมก็กระจายนมไปให้ หญิงตั้งครรภ์ติดเชื่อคนอื่นเพิ่มเติมหรือยืดระยะเวลาในการรับนมจากที่กำหนดไว้

- หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อบางรายรับนมผงจากโรงพยาบาลแล้วนำไปขายต่อ เพราะในบางพื้นที่มีผู้สนับสนุนโครงการนมผงหลายโครงการทำให้ได้รับนมผงจากหลายแหล่ง
- ในกรณีที่ต้องเข้าไปรับนมผงที่จังหวัด โรงพยาบาลไม่มีงบประมาณค่าขนส่ง โรงพยาบาลไม่สามารถเก็บไว้ทั้งหมดเองได้เนื่องจากไม่มีสถานที่และเกรงปัญหาเรื่องนมผงหาย

ช่องว่างที่มองเห็น

- ถ้าลูกมีผลเลือดเป็นลบ แม่จะหลุดจากระบบ จะกลับมาอีกครั้งก็ต่อเมื่อป่วยมาก
- มีความแตกต่างกันในเรื่องของทัศนคติและการให้บริการ เช่นที่พะเยาและลำพูนมีปัญหาและประสบการณ์ในการทำงานเรื่องโรคเอดส์มานาน การยอมรับผู้ติดเชื้อจะมีสูงกว่า ทางเลือกมีมากกว่า และมีบริการดีครบถ้วนกว่าที่อื่น ๆ ที่ทำการศึกษาร่วมกัน ส่วนอยุธยาซึ่งเป็นโรงพยาบาลในโครงการนำร่องก็มีผลการให้บริการที่ดีเช่นเดียวกัน ช่องว่างตรงนี้แสดงว่า ส่วนหนึ่งของการดำเนินงานในโรงพยาบาลของแต่ละพื้นที่สามารถปรับให้เหมาะสมตามความจำเป็นได้
- จากการวิเคราะห์ร่วมกับผู้ติดเชื้อซึ่งเป็นทีมเก็บข้อมูล พบว่าความแตกต่างเรื่องบริการโดยเฉพาะด้านเด็กมาจากทัศนะของเจ้าหน้าที่ร่วมกับแนวทางและวิธีการดำเนินงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อ ตัวอย่างเช่นที่โรงพยาบาลเชียงใหม่จังหวัดพะเยาจะมีกล่องยาและเครื่องตัดแบ่งยาเม็ดให้ผู้ติดเชื้อที่เป็นเด็ก บริการนี้เกิดจากความใส่ใจและการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล ซึ่งไม่ปรากฏว่ามีในที่อื่น ๆ รวมทั้งการมีคลินิกอนามัยครอบครัวซึ่งให้คำปรึกษากับผู้ติดเชื้อในเรื่องข้อมูล ผลข้างเคียงของยาต้านและการติดตามผลอย่างต่อเนื่องทุกคน
- ประเด็นเรื่องการวางแผนครอบครัวไม่ได้รับความสำคัญในการให้บริการต่อเนื่องหลังคลอด

ความเห็นของผู้ที่เกี่ยวข้องต่อการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก, โรคเอดส์, และสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ในประเทศไทย

- ในภาพรวมแล้ว ปัญหาเรื่องโรคเอดส์ถูกให้ความสำคัญมากเฉพาะในเรื่องทางการแพทย์ ยังไม่ค่อยมีมุมมองเรื่องชีวิต วัฒนธรรม และสังคมร่วมด้วยเท่าที่ควร การช่วยเหลือผู้ติดเชื้อจึงถูกมองว่าเป็นความรับผิดชอบของกระทรวงสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว
- การให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อมีลักษณะของความสัมพันธ์ในเชิงผู้ใหญ่มากกับผู้ใหญ่ ผู้ติดเชื้อไม่กล้าเรียกร้องสิทธิและในกรณีที่ทัศนคติของผู้ให้บริการไม่ดี ผู้ติดเชื้อจึงได้รับบริการที่เหมือนเลือกปฏิบัติพร้อมความรู้สึกว่าได้รับความรังเกียจจากผู้ให้บริการ
- สังคมโดยรวมไม่เข้าใจในประเด็นเรื่องชีวิตและวัฒนธรรมทางเพศซึ่งซ่อนทับปัญหาเรื่องโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อตั้งครรภ์ ทำให้ต่อมากลายเป็นปัญหาทับซ้อน ทั้งในส่วนของ การปกปิดผลเลือดตนเองต่อคู่ อำนาจต่อรองทางเพศ และการแพร่กระจายของเอดส์
- ประเด็นเรื่องการป้องกันแล้วหายไปในระยะหลัง การดำเนินงานเรื่องเอดส์เน้นไปที่การดูแลรักษาและการเข้าถึงยาต้านไวรัสเท่านั้น ไม่มีการให้ความสำคัญกับการปรับเปลี่ยนทัศนคติที่มีต่อโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเพื่อลดความรังเกียจและเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจที่แท้จริงต่อโรคเอดส์ การถ่ายทอดเชื้อ สิทธิ และความเท่าเทียมกันทางเพศ
- ความรังเกียจของสังคมต่อโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่ปกปิดผลเลือดของตนต่อชุมชนและสังคม และส่งผลให้คนกลุ่มหนึ่งโดยเฉพาะกลุ่มชนชั้นกลางที่มีฐานะการทำงานที่ทำให้ไม่สามารถเปิดเผยผลเลือดได้ เช่น ข้าราชการ เข้าไม่ถึงข้อมูลและบริการ รวมทั้งไม่มีการช่วยเหลือเยียวยาทางจิตใจ

- การสร้างความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอดส์อย่างถูกต้องจะช่วยลดปัญหาการรังเกียจและการตีตราจากสังคม สามารถช่วยให้เกิดการยอมรับโรคและผู้ติดเชื้อได้มากขึ้น แต่การรณรงค์โดยยึดยึดเฉพาะความรู้เชิงวิชาการ ไม่สามารถเปลี่ยนทัศนคติการรังเกียจของคนในสังคมต่อโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อได้
- ปัจจุบันมีความพยายามที่จะรณรงค์เรื่องการป้องกัน เช่นภาพยนตร์โฆษณาชุด “ยี่ดอกพกถุง” ซึ่งถือเป็นภาพยนตร์โฆษณาที่สามารถดึงดูดและกระตุ้นความสนใจ รวมทั้งสร้างบริบทของการถกเถียงโต้แย้งขึ้นในสังคมได้ แต่การรณรงค์นี้ไม่มีการสานต่อและถูกระงับไป อาจเนื่องด้วยผู้รับผิดชอบเกรงกระแสต่อต้านจากสังคม ทั้งที่เป็นโอกาสอันดีที่จะใช้เป็นเวทีสาธารณะในการเสริมสร้างความรู้ความเข้าใจหรือปรับเปลี่ยนทัศนคติทางเพศและวัฒนธรรมที่เกี่ยวข้องในบริบทของสังคมไทย
- งานเอดส์ของโรงพยาบาลในภูมิภาคกลายเป็นงานที่ไม่มีเจ้าภาพหลัก ส่วนหนึ่งมีผลสืบเนื่องมาจากการทำงานระดับชาติซึ่งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้เปลี่ยนประธานจากนายกรัฐมนตรีเป็นรองนายกรัฐมนตรี ทำให้ลดความสำคัญของงาน ขาดอำนาจและความเข้มแข็งในการกำหนดนโยบายและติดตามงาน ทำให้งานเอดส์กลายเป็นประเด็นแฝงมากกว่าการผลักดันเป็นประเด็นหลักหรือวาระหลักของสังคม
- สิ่งที่มีผลต่อการทำงานอีกประการหนึ่งคือตัวชี้วัด (KPI) ในการทำงาน เพราะทำให้การช่วยเหลืองานอื่น นอกเหนือจากตัวชี้วัดของตนทำได้ไม่เต็มที่ ขาดงบประมาณและการบูรณาการงานร่วมกัน
- ปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนเกี่ยวกับการเตรียมการเรื่องดีอย่า
- รูปแบบและสถานที่ในการให้บริการของโรงพยาบาลทำให้ความลับของคนไข้เปิดเผย เช่นการประทับตราในบัตร การกำหนดวันและสถานที่เฉพาะในการให้บริการ หรือการให้บริการให้การปรึกษาที่พลุกพล่านไม่เป็นส่วนตัว
- ในระดับประเทศ สัดส่วนของเครือข่ายผู้ติดเชื้อที่มีศักยภาพในการทำงานยังมีน้อย ควรมียุทธศาสตร์ในการพัฒนาเครือข่ายและเสริมสร้างศักยภาพคนทำงาน รวมทั้งพัฒนาระบบที่เจ้าหน้าที่สามารถทำงานร่วมกับเครือข่ายได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะในปัจจุบันยังไม่มียุทธศาสตร์ที่ชัดเจนในการประสานข้อมูลเพื่อการส่งต่อ อาจทำให้เกิดกรณีการหลุดจากระบบได้
- ควรเปิดโอกาสให้เครือข่ายที่มีศักยภาพและได้รับการฝึกอบรมที่เหมาะสม เข้าร่วมเป็นทีมงานในโรงพยาบาลเพื่อให้บริการในส่วนที่เหมาะสมและเป็นไปได้ เช่นในส่วนของการให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือด การทำกลุ่มระหว่างตั้งครรภ์และติดตามหลังคลอด การทำงานกับคลินิกยาด้านไวรัสสำหรับ เด็กที่ติดเชื้อ
- เครือข่ายผู้ติดเชื้อควรให้ความสำคัญกับการติดตามประเมินผลตนเอง และภาพลักษณ์ร่วมของเครือข่าย เพราะปัญหาส่วนบุคคล พฤติกรรมของแกนนำ ความแตกแยกแบ่งกลุ่มในการทำงาน การขาดความน่าเชื่อถือ ความไว้วางใจ มีส่วนทำให้เจ้าหน้าที่ไม่เชื่อมั่นในการทำงานร่วมกับเครือข่าย
- การถ่ายโอนอำนาจการจัดการและงบประมาณไปสู่องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต. อบจ. เทศบาล) กำลังจะเกิดขึ้นในระยะอันใกล้ แต่องค์กรฯท้องถิ่นโดยรวมยังคิดว่า การช่วยเหลือเยียวยาผู้ติดเชื้อเป็นเรื่องของโรงพยาบาลและสถานีนามัย มากกว่าเรื่องของการอยู่ร่วมกันและช่วยเหลือกันภายในชุมชน ที่ผ่านมา จึงพยายามจัดสรรงบประมาณให้หน่วยอื่นดำเนินการแทน ในส่วนของอบต.เองจะดำเนินการในรูปการให้เงินสงเคราะห์รายเดือน เดือนละ 500 บาท ซึ่งผู้ที่ได้รับการสงเคราะห์ต้องปฏิบัติตามระเบียบของอบต.คือมีใบรับรองผลเลือด มีบัตรประจำตัวประชาชน ในหลายกรณีทำให้กลายเป็นการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อซึ่งไม่ต้องการเปิดเผยตัวต่อชุมชน

- เจ้าหน้าที่บางส่วนของ อบต.ต้องการดำเนินการเรื่องนี้ แต่ไม่รู้จะทำอะไรและอย่างไร ในขณะที่บางพื้นที่ เช่นที่พะเยามีการร่วมงานในลักษณะประชาคมเอตส์-ตำบลและมีการดำเนินงานต่อเนื่อง เช่น มีเงินกองทุนและการช่วยเหลือในหลายรูปแบบ มากกว่าจะทำงานรณรงค์ตามโครงการวันเดียวจบ
- การทำการวิจัยเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อในประเทศไม่มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลข้างเคียงหรือผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต รวมทั้งไม่มีการรับประกันที่จะให้การช่วยเหลือเยียวยาต่อผู้ติดเชื้อและครอบครัวของผู้ติดเชื้อที่เข้าร่วมการทดลองภายหลังโครงการวิจัยสิ้นสุดลง

แนวทางการลดช่องว่างระหว่างนโยบายและการนำไปปฏิบัติ

กรณีการลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

การติดตามผลตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของ UNGASS

ในการศึกษาครั้งนี้ ได้วิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ตามเกณฑ์ตัวชี้วัดของ UNGASS ใน 8 ประเด็นหลัก คือ

ความเพียงพอ: การวิเคราะห์ความเพียงพอในที่นี้หมายถึงมีคำตอบสำหรับปัญหาที่ภาคประชาสังคมเห็นว่ามีความสำคัญอย่างยิ่งหรือไม่ ซึ่งผลที่ได้พบว่า แม้นโยบายและแนวทางการดำเนินงานจะพยายามกำหนดขึ้นอย่างรอบด้าน แต่ด้วยขีดจำกัดบางประการในการนำนโยบายไปปฏิบัติ ทำให้ผลที่เกิดขึ้นไม่สามารถตอบโจทย์ในบางประเด็นสำคัญที่หญิงติดเชื้อตั้งครรภ์ต้องการ โดยเฉพาะในเรื่องการให้ข้อมูลที่รอบด้านของการสมัครใจเข้าร่วมโครงการ เช่นผลข้างเคียงของการกินยาต้านไวรัสฯ ผลดีผลเสียของการคุมกำเนิดแต่ละประเภท แนวทางเพื่อลดผลกระทบจากการบอกผลเลือดต่อคู่ครอง รวมทั้งประเด็นในเรื่องการยอมรับสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของหญิงติดเชื้อตั้งครรภ์ ในเรื่องการคุมกำเนิดหรือความต้องการมีบุตร

การเข้าถึงผู้รับบริการ: หมายถึงการครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาซึ่งนโยบายนั้นพยายามจะแก้ไขอยู่หรือไม่ จากการศึกษพบว่า ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการพื้นฐานเกี่ยวกับการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้โดยง่าย แม้ว่าบางส่วนจะมีปัญหาด้านอื่นที่ทำให้ไม่อยากเข้ารับบริการ เช่นการปกปิดตนเองจากการรับรู้ของคนอื่น การบริการบางด้านที่ไม่ดีจากทัศนคติการรังเกียจของผู้ให้บริการ หรือแม้แต่การไม่มีค่าใช้จ่ายในการเดินทางมารับบริการ แต่โดยรวมแล้ว บริการที่โรงพยาบาลจัดไว้เป็นสิ่งที่เข้าถึงได้ง่าย ยกเว้นบริการบางอย่างที่ไม่จัดเตรียมให้ เช่น ข้อมูลที่รอบด้านของการเข้าร่วมโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก การคุมกำเนิด และการเตรียมความพร้อมหากต้องการตั้งครรภ์ซ้ำ

ช่องว่างที่สำคัญในการเข้าถึงกลุ่มที่เป็นเป้าหมายสำคัญอีกประการหนึ่งคือการไม่สามารถมีรูปแบบบริการที่ทำให้สามีของหญิงตั้งครรภ์เข้ารับบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อโดยสมัครใจ ทำให้ผลของการรับบริการนี้มีน้อยมาก เรื่องนี้เป็นประเด็นสำคัญที่ต้องใส่ใจอย่างยิ่งในการกำหนดแนวทางการดำเนินงานในระยะต่อไป เพราะฝ่ายชายเป็นตัวแปรที่มีผลอย่างมากต่อปัญหาการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกซึ่งนโยบายกำลังดำเนินการแก้ไขอยู่

นอกจากนี้ ยังมีช่องว่างในทางปฏิบัติบางประการทั้งจากฝ่ายผู้รับบริการและผู้ให้บริการ เช่น ข้อจำกัดในเรื่องปริมาณผู้มารับบริการไม่สอดคล้องกับจำนวนเจ้าหน้าที่ในการให้คำปรึกษาและหลังตรวจการติดเชื้อ ทำให้ส่วนใหญ่ ไม่สามารถให้บริการให้คำปรึกษารายบุคคลก่อนตรวจเลือดได้ และไม่สามารถให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลสำหรับผู้มีผลเลือดลบได้ทั้งหมดด้วย ทำให้กลุ่มผู้ชายซึ่งเป็นคู่ครองของผู้หญิงที่มีผลลบและผู้หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลลบเองหลุดจากระบบไปโดยไม่ได้ข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันและการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย เพื่อให้ทั้งคู่สามารถคงผลลบไว้ได้ตลอด

ความครอบคลุม: การวิเคราะห์ประเด็นนี้หมายถึงการดำเนินการเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกสามารถเข้าถึงประชาชนส่วนใหญ่ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาหรือไม่ ซึ่งผลที่ได้พบว่า เนื่องจากสังคมยังมีความรังเกียจโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อ แม้บริการจะจัดให้ครอบคลุมประชาชนทุกกลุ่ม แต่ไม่ใช่ทุกกลุ่มที่จะสามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึง และในบางกรณีที่ผู้ติดเชื้อเป็นแรงงานข้ามชาติหรือชาติพันธุ์อาจมีอุปสรรคบางประการในการรับบริการเช่น ไม่สามารถอ่านและเขียนภาษาไทยได้ทำให้ไม่สามารถเข้าใจข้อมูลความรู้ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลตนเองและลูก การต้องเสียค่าใช้จ่ายในการรับบริการทำให้ไม่สามารถมารับบริการได้ เป็นต้น

การมีส่วนร่วมของประชาสังคม: หมายถึง ในทางปฏิบัติจริง มีผู้แทนของภาคประชาชน โดยเฉพาะกลุ่มที่ได้รับผลกระทบมากที่สุดจากการระบาด(ของเอชไอวี/เอดส์) เข้าร่วมในกระบวนการออกแบบ การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่เสนอไว้หรือไม่ ในปี 2550 รัฐโดยกระทรวงสาธารณสุขได้เปิดโอกาสให้ผู้แทนภาคประชาชน และกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อเข้าร่วมในการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานที่เสนอไว้ โดยเฉพาะในส่วนของ การป้องกัน การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกและประเด็นอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับอนามัยเจริญพันธุ์กับเอดส์ ได้ให้ภาคประชาสังคมร่วมติดตามผลแบบคู่ขนาน โดยทำการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับกระบวนการดำเนินงานควบคู่ไปกับการติดตามประเมินผลเชิงปริมาณที่ภาครัฐดำเนินการอยู่

การเข้าถึงบริการ: เกณฑ์ในข้อนี้หมายถึง ประชาชนสามารถเข้าถึงบริการที่ต้องการได้โดยง่ายหรือยากลำบาก จากการศึกษา พบว่า โดยรวมแล้ว ประชาชนผู้รับบริการรู้สึกว่าการดูแลรักษาด้วยดีจากแพทย์และพยาบาล แต่ยังมีช่องว่างในประเด็นของสิทธิบางอย่างของผู้ติดเชื้อตั้งครรภ์ที่ควรได้รับความใส่ใจเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะสิทธิในการตัดสินใจด้วยตนเองพร้อมการมีข้อมูลที่รอบด้าน ในเรื่องของการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัว ที่สำคัญคือสิทธิในการรับการดูแลรักษาโดยไม่เลือกปฏิบัติหรือแสดงความรังเกียจ ซึ่งถึงแม้จะเป็นส่วนน้อยที่พบจากการศึกษาแต่เป็นสิ่งยืนยันว่าช่องว่างในการดูแลรักษายังมีอยู่จากทัศนคติเชิงลบของผู้ให้บริการ

การดูแลรักษา: เป็นการศึกษาว่าประชาชนรู้สึกว่าการได้รับการยอมรับในสิทธิของพวกเขาด้วยดีหรือไม่ ซึ่งจากการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า โดยรวมแล้วผู้รับบริการรู้สึกว่าการได้รับการยอมรับในสิทธิของพวกเขาด้วยดี แต่มีช่องว่างที่ควรใส่ใจเพิ่มขึ้นในด้านสิทธิการตัดสินใจและให้ทางเลือกในการคุมกำเนิด การวางแผนครอบครัว และสิทธิที่จะได้รับการดูแลรักษาโดยไม่เลือกปฏิบัติหรือแสดงความรังเกียจ

คุณภาพ: หมายถึงผลที่เกิดขึ้นจากการจัดบริการตามนโยบายนั้น ประชาชนได้รับในสิ่งที่พวกเขาต้องการหรือไม่ ซึ่งในเรื่องนี้สามารถสรุปได้ว่า โดยรวมแล้ว หญิงติดเชื้อได้รับสิ่งที่พวกเขาต้องการในลำดับสำคัญสูงสุด ซึ่งเป็นเป้าหมายในการดำเนินงานตามนโยบายฯ นั่นคือได้รับการดูแลต่อเนื่องในระบบเพื่อลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก แต่ความต้องการในระดับรองลงมา เช่นการให้บริการข้อมูลที่สำคัญและจำเป็นอย่างรอบด้าน การปฏิบัติโดยไม่มีความรังเกียจ การไม่ตัดสินใจตีตราเกี่ยวกับติดเชื้อแล้วตั้งครรภ์ และการได้รับการบริการในสถานที่และจากผู้ให้บริการที่เหมาะสมยังมีช่องว่างในการปฏิบัติอยู่บ้างและมีความแตกต่างระหว่างพื้นที่อย่างเห็นได้ชัด

สัมฤทธิ์ผล: หมายถึงการดำเนินงานตามนโยบายนี้ เกิดขึ้นจริงหรือไม่ มีงบประมาณหรือไม่ มีการฝึกอบรมทรัพยากรบุคคลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติหรือไม่ มียุทธศาสตร์ในการสื่อสารให้เข้าถึงประชาสังคมหรือไม่ ผลการศึกษาที่ได้รับบ่งชี้ให้เห็นว่านโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกเป็นนโยบายที่สามารถดำเนินการได้อย่างเป็นรูปธรรม มีงบประมาณสนับสนุนภายใต้กรอบแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน มีการฝึกอบรมทรัพยากรบุคคลเพื่อนำไปสู่การปฏิบัติในหลายระดับ แม้กลยุทธ์ในการดำเนินงานเรื่องการสื่อสารที่เข้าถึงประชาสังคมจะยังไม่ชัดเจนในทางปฏิบัติ แต่โดยรวมแล้วเป็นนโยบายที่มีการนำไปปฏิบัติและมีผลสัมฤทธิ์ใน

ระดับที่น่าพอใจ ทั้งในส่วนของ การลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกตามเป้าหมายของนโยบายและความพึงพอใจโดยรวมของผู้รับบริการอยู่ในระดับดี ยอมรับได้

อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างในการปฏิบัติตามนโยบายบางส่วนซึ่งควรได้รับการพิจารณาให้ความสำคัญ และปรับเปลี่ยนแนวทางการดำเนินงานเพื่อเติมเต็มช่องว่างที่มีอยู่ โดยเฉพาะในประเด็นของการเข้าถึง ประชาชนกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่ม การปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมและผู้ให้บริการ รวมทั้งการให้ข้อมูล ทางเลือกแก่ผู้รับบริการ

ช่องว่างระหว่างนโยบายและการดำเนินงานด้านการลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (PMTCT+)

จากการวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมทั้งหมดที่ได้จากการศึกษา พบว่ามีช่องว่างระหว่างนโยบายและการนำไปปฏิบัติในพื้นที่ ดังนี้

- นโยบายและการดำเนินงานเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ช่วยแก้ปัญหาการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ แต่เป็นการทำงานแบบตั้งรับ ซึ่งไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อในผู้หญิงทั่วไปและไม่แก้ปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมอันเนื่องจากเงื่อนไขที่แตกต่างกันตามลักษณะสังคมของกลุ่มต่าง ๆ ทำให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ๆ เข้าสู่ กระบวนการ PMTCT+ อย่างต่อเนื่อง หรืออาจกล่าวโดยสรุปได้ว่า **PMTCT+ ลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ แต่ไม่สามารถลดจำนวนแม่ติดเชื้อที่ต้องเข้าสู่โครงการ PMTCT+ ได้**
- ไม่มีผู้ชายเข้าร่วมโครงการการตรวจการติดเชื้อโดยสมัครใจ แม้จะมีนโยบายในเรื่องนี้ระบุไว้ แต่ไม่มีกรอบแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจน
- กรณีตรวจเลือดได้ผลลบ หญิงตั้งครรภ์และคู่ครองจะไม่ได้รับการจากระบบการให้การศึกษาเพื่อคงผลลบไว้ตลอดไป ทำให้หลุดจากระบบการป้องกันเอ็ดส์ในภาพรวม ปัญหานี้สืบเนื่องจากการที่การดำเนินงานต่าง ๆ ไม่ให้ความสำคัญกับการป้องกันการติดเชื้อเท่าที่ควร
- ผู้ให้บริการมีทัศนะว่าหญิงติดเชื้อตั้งครรถ์เป็นภาวะทางสาธารณสุข มากกว่าเข้าใจในประเด็นสิทธิในสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ มีผลต่อท่าทีการให้บริการและการละเมิดสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ด้วยความหวังดี
- คุณภาพการให้บริการมีความแตกต่างกันระหว่างพื้นที่
- ไม่มีนโยบายส่งเสริมความเสมอภาคและความเท่าเทียมของชายและหญิง
- การดำเนินการเป็นการให้ความสำคัญเฉพาะการแพทย์และการดูแลรักษาโดยมองข้ามบริบทของปัญหา ด้านวิถีชีวิต ความคิดและจิตใจ รวมทั้งวัฒนธรรมทางเพศ และความรังเกียจของสังคมต่อโรคเอ็ดส์และผู้ติดเชื้อ ปัญหาทับซ้อนที่เกิดขึ้นคือกรอบความคิดเรื่องเพศ สิทธิในสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ และการแพร่กระจายของเอ็ดส์

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

การดำเนินงานในระยะต่อไป รัฐควรลดช่องว่างระหว่างนโยบายและการปฏิบัติ โดย

- บูรณาการงานเอ็ดส์ผ่านการกำหนดนโยบายหรือวางแผนประสานกิจกรรมร่วมกับหน่วยงานอื่น เพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติและรูปแบบการแก้ปัญหาเอ็ดส์ให้มีมิติด้านชีวิต สังคมและวัฒนธรรมเพิ่มขึ้นจากการดูแลรักษาและป้องกันเฉพาะทางการแพทย์และสาธารณสุข
- เน้นการป้องกันเพิ่มขึ้นอย่างเป็นรูปธรรม โดยจัดให้มีแผนงานโครงการสนับสนุนชัดเจน ให้ความสำคัญต่อการปรับกรอบวิธีคิดเรื่องเพศ และการเพิ่มศักยภาพของผู้หญิงให้สามารถต่อรองกับคู่ของตนเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย
- ส่งเสริมให้คู่ครองเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการ PMTCT+

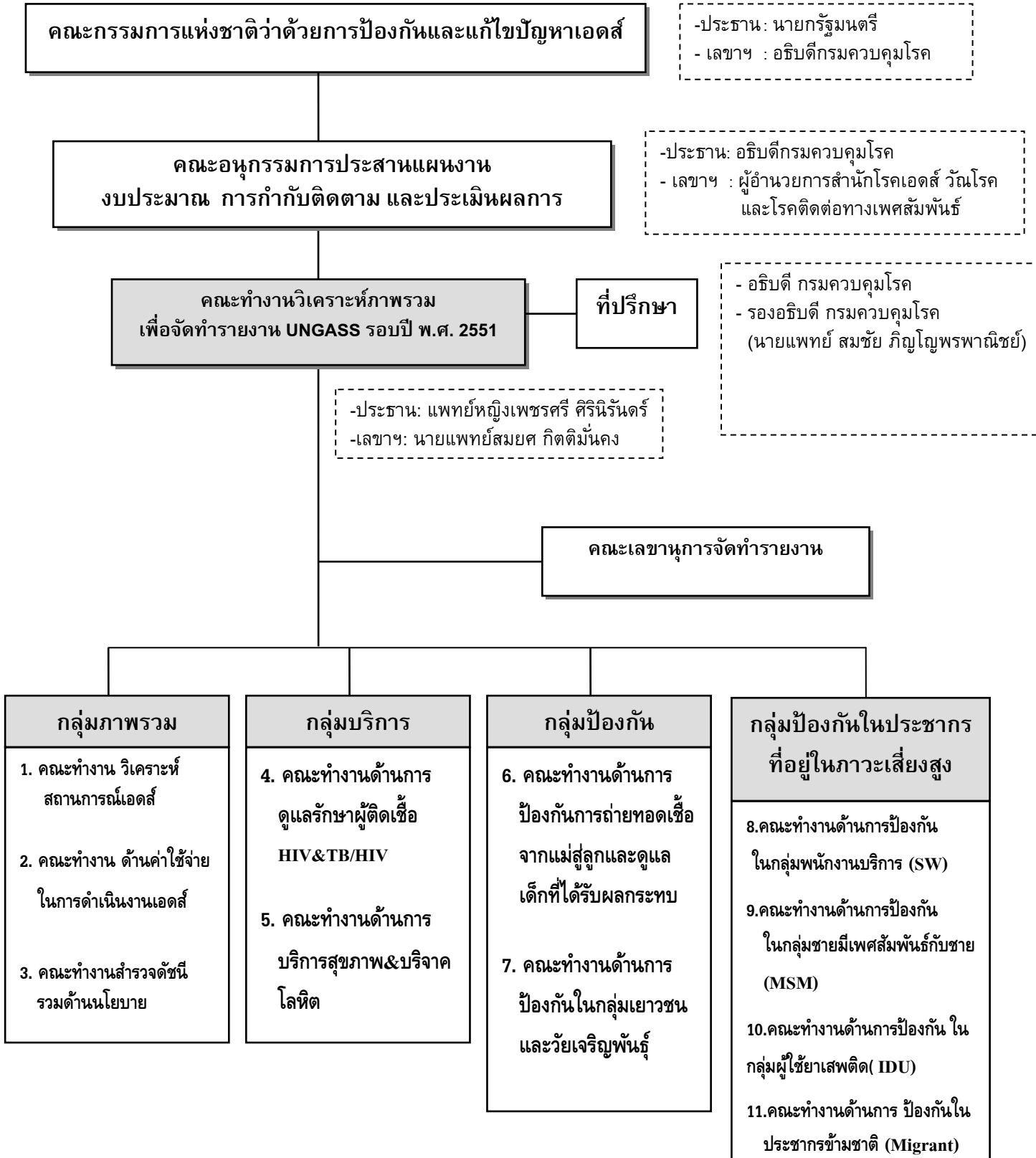
- การอบรมและฟื้นฟูศักยภาพคนทำงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งเสริมสร้างทัศนคติการไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อและการยอมรับสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์
- เปิดโอกาสให้เครือข่ายและผู้ติดเชื้อที่มีศักยภาพมีส่วนร่วมในกระบวนการ PMTCT+
- ส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอชเอวี/เอดส์ให้กับเจ้าหน้าที่ท้องถิ่นและชุมชนให้พร้อมต่อการถ่ายโอนอำนาจสู่ท้องถิ่น

นอกจากนี้ การกำหนดนโยบายและดำเนินการในระยะต่อไปควรพิจารณาประเด็นที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยระหว่างคู่ผลต่าง
2. การปกปิดผลเลือดทั้งฝ่ายหญิงและชาย
3. การปรับทัศนคติและการมองทะลุกรอบเรื่องเพศและวัฒนธรรมทางเพศ
4. การลดความรังเกียจของสังคม
5. การบูรณาการมิติทางวัฒนธรรม สังคม และวิถีชีวิตความคิดจิตใจของคนเข้ากับการดำเนินงานเรื่องเอดส์
6. การให้ความสำคัญกับการเตรียมความพร้อมในการถ่ายโอนอำนาจให้กับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
7. รูปแบบการให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
8. รูปแบบและแนวทางการดำเนินงานเพื่อบอกผลเลือดกับคู่ครอง (ทั้งในกรณีตั้งครรภ์ ทำ VCT และกรณีทั่วไปเมื่อมีครอบครัวครั้งแรกหรือมีคูใหม่)
9. ความแตกต่างทางพื้นที่ ประสิทธิภาพการทำงาน มีผลต่อทัศนคติและการให้บริการ
10. ความพร้อมหรือไม่พร้อมของการตั้งครรภ์
11. การตั้งครรภ์ซ้ำของหญิงติดเชื้อ
12. การติดเชื้อในท้องหลัง แต่ไม่ติดเชื้อในท้องแรก ๆ
13. การมีส่วนร่วมในกระบวนการป้องกันฯ จากเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ การทำกลุ่มระหว่างตั้งครรภ์
14. คุณภาพของการให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือด การให้การปรึกษาต่อเนื่องหลังคลอด การให้บริการเป็นศูนย์กลางของการให้การปรึกษา
15. สิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ติดเชื้อ

ผนวก 6

โครงสร้างคณะกรรมการจัดทำรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงาน ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ (UNGASS) รอบปี พ.ศ.2551



ผนวก 7

กระบวนการปรึกษาหารือและเตรียมการจัดทำรายงานติดตาม ความก้าวหน้าในการดำเนินงานตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์

- | | | |
|---|-------|----------|
| 1) หน่วยงานได้รับผิดชอบการกรอกข้อมูลตัวชี้วัด | | |
| ก) คณะกรรมการเอดส์ชาติหรือเทียบเท่า | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| ข) แผนงานเอดส์ชาติ | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| ค) อื่นๆ | | |
| 2) ได้รับข้อมูลจาก | | |
| กระทรวงศึกษาธิการ | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| กระทรวงสาธารณสุข | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| กระทรวงแรงงาน | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| กระทรวงการต่างประเทศ | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| อื่นๆ ระบุ | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| 1. กระทรวงคมนาคม | | |
| 2. กระทรวงกลาโหม | | |
| 3. สำนักงานตำรวจแห่งชาติ | | |
| 4. กระทรวงยุติธรรม | | |
| 5. กระทรวงวัฒนธรรม | | |
| 6. กระทรวงมหาดไทย | | |
| 7. สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคม | | |
| 8. กระทรวงสื่อสารและเทคโนโลยี | | |
| 9. กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ | | |
| 10. สำนักงานประตั้นสังคม | | |
| 11. กรมประชาสัมพันธ์ | | |
| 12. กรุงเทพมหานคร | | |
| 13. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ | | |
| หน่วยงานภาคประชาสังคม | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| ผู้ติดต่อ เอชไอวี | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| ภาคธุรกิจ | ✓ ใช้ | ✓ ไม่ใช้ |
| องค์กรขององค์กรสหประชาชาติ | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| องค์กรทวิภาคี | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| องค์กรพัฒนาเอกชนนานาชาติ | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| อื่นๆ ระบุ | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| ผู้เชี่ยวชาญอิสระ | | |
| 3) ได้มีการอภิปรายในการประชุมใหญ่หรือไม่ | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| 4) รวบรวมข้อมูลจากการสำรวจไว้ส่วนกลางหรือไม่ | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |
| 5) มีการเสนอข้อมูลให้มีการหารือโดยทั่วไปหรือไม่ | ✓ ใช้ | ไม่ใช้ |

6) ผู้รับผิดชอบการส่งรายงานและประสานการตอบคำถามเกี่ยวกับรายงาน

ชื่อ / ตำแหน่ง: แพทย์หญิงเพชรศรี ศิริรินทร์ / ผู้ทรงคุณวุฒิด้านเวชกรรมป้องกัน

วันที่ส่งรายงาน: 31 มกราคม 2551

ที่อยู่: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000

Email: spetchsri@gmail.com โทรศัพท์: (66) 2590 3221

ผนวก 8

ผู้จัดทำดัชนีรวมด้านนโยบาย ปี 2550

แพทย์หญิงพัชรา ศิริวงศ์รังสรรค์

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง

จังหวัดนนทบุรี 11000

โทรศัพท์ 66 2590 3201

โทรสาร 66 2590 8413

E-mail: Pasirivong@yahoo.com

ผนวก 9

หน่วยงานร่วมดำเนินการจัดทำรายงาน UNGASS รอบปี พ.ศ.2551

ก. ภาครัฐ

- 1) กระทรวงสาธารณสุข: กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสนับสนุนบริการสุขภาพ กรมการแพทย์ กรมสุขภาพจิต กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานนโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สำนักงานปลัดกระทรวง (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด)
- 2) กระทรวงมหาดไทย: สำนักงานปลัดกระทรวง
- 3) กระทรวงแรงงาน: สำนักงานปลัดกระทรวง กรมการจัดหางาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักงานประกันสังคม
- 4) กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์: สำนักส่งเสริมและพิทักษ์ผู้ด้อยโอกาส
- 5) กระทรวงศึกษาธิการ: สำนักงานนโยบายและยุทธศาสตร์ สำนักงานคณะกรรมการการศึกษาขั้นพื้นฐาน สำนักงานการอาชีวศึกษา สำนักงานคณะกรรมการการศึกษานอกโรงเรียน สำนักงานคณะกรรมการการอุดมศึกษา สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการศึกษาเอกชน กรมการศาสนา
- 6) กระทรวงยุติธรรม: กรมราชทัณฑ์ กรมพินิจและคุ้มครองเด็ก สำนักงาน ปปส.
- 7) กระทรวงกลาโหม: สำนักงานปลัดกระทรวง กองทัพบก กองทัพเรือ กองทัพอากาศ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ ทหารบก
- 8) กระทรวงการต่างประเทศ
- 9) กระทรวงคมนาคม: กรมทางหลวง
- 10) กระทรวงวัฒนธรรม
- 11) กระทรวงสื่อสารและเทคโนโลยี
- 12) สำนักนายกรัฐมนตรี: กรมประชาสัมพันธ์
- 13) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- 14) สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ
- 15) สำนักงานตำรวจแห่งชาติ: โรงพยาบาลตำรวจ
- 16) กรุงเทพมหานคร

ข. ภาคประชาสังคม

- 1) กรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์
- 2) เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย
- 3) เครือข่ายผู้หญิงติดเชื้อ
- 4) ชมรมเพื่อนวันพุธ
- 5) สภากาชาดไทย: ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ
- 6) มูลนิธิรักษ์ไทย
- 7) องค์กรพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข (PATH)
- 8) สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์
- 9) มูลนิธิเข้าถึงเอดส์
- 10) องค์กรหมอไร้พรมแดน
- 11) มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์

- 12) มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย
- 13) มูลนิธิศุภนิมิตแห่งประเทศไทย
- 14) เครือข่ายเยาวชนเพื่อการพัฒนา
- 15) กลุ่มเพื่อนพนักงานบริการ (SWING)
- 16) มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง (EMPOWER)
- 17) สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย
- 18) กลุ่มเข้าถึงการรักษาต้านเอดส์ (TTAG)
- 19) เครือข่ายผู้ที่ใช้ยาประเทศไทย (TDN)
- 20) มูลนิธิ PSI (Population Services International)
- 21) มูลนิธิเพื่อสุขภาพและการเรียนรู้ของแรงงานกลุ่มชาติพันธุ์ (MAP Foundation)
- 22) เครือข่ายความร่วมมือพัฒนาชายแดน (BEAN)
- 23) องค์กรพัฒนาเอกชนด้านแรงงานและครอบครัว
- 24) สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย
- 25) สมาคมพัฒนาประชากร
- 26) ศูนย์พัฒนาคุณภาพชีวิตเพื่อเยาวชน (Mercy Center)
- 27) มูลนิธิผู้สูงอายุ
- 28) ศูนย์คุ้มครองสิทธิต้านเอดส์
- 29) สมาคมทนายความแห่งประเทศไทย
- 30) Health and Development Network (HDN)

ค. ภาควิชาการ

- 1) มหาวิทยาลัยมหิดล: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม คณะสาธารณสุขศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์
รามาริบัติ South-East Consortium on Gender, Sexuality and Health
- 2) จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย: วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข คณะแพทยศาสตร์
- 3) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ คณะศึกษาศาสตร์
- 4) East West Center

ง. องค์กรระหว่างประเทศ

- 1) โครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS)
- 2) องค์การอนามัยโลก (WHO)
- 3) กองทุนเพื่อประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA)
- 4) กองทุนพัฒนาเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF)
- 5) โครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ (UNDP)
- 6) องค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐ (USAID)
- 7) ศูนย์ความร่วมมือไทย สหรัฐ ด้านสาธารณสุข (TUC)
- 8) องค์กรระหว่างประเทศเพื่อการโยกย้ายถิ่น (IOM)
- 9) Family Health International (FHI)

