รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศ
ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์

United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS

UNGASS

ประเทศไทย

มกราคม 2551 – ธันวาคม 2552

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศ

ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์

United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS

(UNGASS)

ประเทศไทย

มกราคม 2551 – ธันวาคม 2552

ประสานการจัดทำรายงานโดย

ชื่อเรื่อง รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศ ตามปฏิญญา
ว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย,
มกราคม 2551 – ธันวาคม 2552

จัดทำโดย คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่

ที่ปรึกษา มานิต ธีระตันติกานนท์
เลขานุการคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
สมศักดิ์ อรรฆศิลป์
รองอธิบดีกรมควบคุมโรค

บรรณาธิการ เพชรศรี ศิรินิรันดร์ พัชรา เบญจรัตนาภรณ์
อรทัย หรูเจริญพาณิชย์ พรทิพย์ เข็มเงิน

หน่วยงานสนับสนุน TUC UNAIDS UNFPA UNICEF WHO

ปก ฉัตรทอง สวัสดิ์พิพัฒพงศ์ และ จินตนา ธรรมสุวรรณ

พิมพ์ครั้งที่ 1 1,000 เล่ม, สิงหาคม 2553

ผู้พิมพ์ บริษัท เฟื่องฟ้าพริ้นติ้ง จำกัด
52/375 หมู่ 7 ตำบลหลักหก อำเภอเมือง
จังหวัดปทุมธานี 12000
โทร. 02-417-7833 โทรสาร. 02-417-7834

สนับสนุนการพิมพ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ผู้เผยแพร่ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
โทรศัพท์ 02-590-3828-9

ISBN 978-974-297-922-5

ความนำ

หลังจากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วยเรื่อง เอชไอวี เอดส์ (United Nations General Assembly Special Session on HIV/AIDS: UNGASS) ที่จัดขึ้นในเดือนมิถุนายน พ.ศ.2544 ผู้แทนรัฐบาลจาก 189 ประเทศ ได้ร่วมลงนามในปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่อง เอชไอวี เอดส์ ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงฉันทามติของประเทศต่างๆทั่วโลก ที่มีต่อกรอบแนว คิดที่จะบรรลุเป้าหมายการพัฒนาแห่งสหัสวรรษ (Millennium Development Goal: MDG) ที่ว่าด้วยการหยุดยั้งการกลับมาของการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี

ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่อง เอชไอวี เอดส์ กล่าวถึงความสำคัญของความร่วมมือของภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคธุรกิจ ภาคประชาสังคม รวมถึง องค์กรแรงงาน องค์กรผู้ติดเชื้อฯ ในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองปัญหาเอดส์ในทุกระดับ ทั้งการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี รายใหม่การขยายโอกาสการเข้าถึงบริการดูแลรักษาและการลดผลกระทบที่เกิดจากเอดส์

เพื่อติดตามการดำเนินงานตามปฏิญญาฯดังกล่าว สำนักงานเลขาธิการ UNAIDS และภาคี ได้พัฒนากรอบตัวชี้วัดเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ และขอให้ประเทศต่างๆที่ได้ร่วมลงนาม จัดทำรายงานความก้าวหน้าดังกล่าว ทุก 2 ปี

การประชุมสมัชชาแห่งสหประชาชาติครั้งที่ 60 เมื่อวันที่ 2 มิถุนายน พ.ศ.2549 วาระการประชุม ที่ 45 ได้ทบทวนความก้าวหน้าและผลสำเร็จของการดำเนินงานตามปฏิญญาฯ และได้จัดทำปฏิญญาการเมืองว่าด้วยพันธกรณีเรื่อง เอชไอวี เอดส์ มีสาระดังนี้

◘ รับทราบและตระหนักว่า

- ⊡ เอดส์เป็นอุบัติภัยใหญ่หลวง ที่ขัดขวางการพัฒนาความมั่นคงของสังคม
- ⊡ มีความก้าวหน้าด้านการสนับสนุนงบประมาณ
- ⊡ หนึ่งในสามของงบประมาณปี 2548 มาจากประเทศฐานะยากจนและปานกลาง

◘ ห่วงใย ประเด็น

- ⊡ การแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี ในสตรี
- ⊡ ครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อ เอชไอวี รายใหม่ อายุต่ำกว่า 25 ปี
- ⊡ เด็กติดเชื้อ เอชไอวี ประมาณ 2.3 ล้านคน ในหลายประเทศขาดแคลนยารักษาสำหรับเด็ก

◘ ยืนยัน

- ⊡ ความห่วงใยว่าการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มีผลกระทบต่อทุกภูมิภาคทั่วโลก
- ⊡ การตระหนักถึงสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐาน การขจัดการตีตราและความรังเกียจผู้ติดเชื้อฯ เป็นรากฐานจำเป็นต่อการแก้ปัญหาเอดส์
- ⊡ การเข้าถึงยารักษาเป็นหลักการพื้นฐานสำคัญ

◘ รับรู้ว่า

- ⊡ เอดส์เป็นทั้งสาเหตุและผลลัพธ์ของความยากจน
- ⊡ มีวิธียับยั้งการแพร่ระบาด และการเสียชีวิตที่ไม่จำเป็น
- ⊡ ต้องร่วมกันทุกภาคส่วน ให้การดำเนินงานมีประสิทธิผล
- ⊡ ต้องขจัดปัญหาอุปสรรคทางกฎหมาย กฎเกณฑ์มาตรการกีดกันทางการค้า

◘ เชื่อมั่นว่า สิ่งสำคัญต่อการขจัดการแพร่ระบาด ประกอบด้วย

- ⊡ การปรับปรุงนโยบาย
- ⊡ ภาวะผู้นำที่เข้มแข็ง
- ⊡ การยืนหยัดต่อพันธกรณี
- ⊡ การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน
- ⊡ การเพิ่มทรัพยากรให้เพียงพอ

◘ ยืนยันความมุ่งมั่นในการอนุวัติตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี เอดส์ จากการประชุมสมัชชาสหประชาชาติสมัยพิเศษว่าด้วย เรื่อง เอชไอวี เอดส์

ประเทศไทยได้จัดทำรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาฯ แล้ว 3 ครั้ง เป็นการรายงานรอบปี พ.ศ. 2547, 2549 และ 2551 ในการจัดทำรายงานแต่ละครั้งมีวัตถุประสงค์ไม่เพียงแต่ส่งให้กับสำนักงานเลขาธิการ UNAIDS เท่านั้น แต่มุ่งหวังให้กระบวน การจัดทำรายงานฯ ก่อให้เกิดกลไกที่จะติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของ ประเทศอย่างต่อเนื่อง

การจัดทำรายงานฯ ดำเนินการโดยคณะทำงานที่ประกอบด้วยภาคส่วนต่างๆ ทั้งภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ประชาสังคม นักวิชาการ และองค์กรระหว่างประเทศที่เข้ามาร่วมกัน จัดทำรายงานฯ โดยคาดหวังว่ากระบวนการจัดทำรายงานจะเป็นเครื่องมือผลักดันการทำงานเพื่อบรรลุเป้าหมายการเข้าถึงการป้องกันและดูแลรักษาอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ตามที่กำหนดไว้ในแผนบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554

สารบัญ

ความนำ i

สารบัญ iii

สารบัญภาคผนวก v

สารบัญรูป vi

สารบัญตาราง ix

คำย่อ x

I. สถานการณ์โดยสรุป 1

1. กระบวนการจัดทำรายงาน 1
2. สถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี 2
3. นโยบายและแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 3
4. ตารางภาพรวม ข้อมูลตัวชี้วัด UNGASS 10

II. ภาพรวมของสถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี 21

ก. การระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี 21

ข. การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในช่วงปี พ.ศ. 2548-2554 46

III. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 51

1. การบริหารจัดการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 51
2. แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ 51
3. ความก้าวหน้าของการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 52

ส่วนที่ 1 53

ความก้าวหน้าของประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ พ.ศ.2544 53

ส่วนที่ 2 59

1. พันธกรณีและการดำเนินงานในระดับประเทศ 59
   - 1.1 การใช้จ่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ 59
   - 1.2 ดัชนีรวมด้านนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 63
2. การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี 70
   - 2.1 บริการโลหิตปลอดภัย 70
   - 2.2 การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก 73
   - 2.3 การป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ 83

สารบัญ (ต่อ)

2.4 การป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มเยาวชน 91

2.5 การป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มพนักงานบริการ (Sex Worker) 99

2.6 การป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย 109

2.7 การป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด 117

2.8 การป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มประชากรข้ามชาติและประชากรเคลื่อนย้าย 128

2.9 การป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มผู้ต้องขัง 142

3. การดูแลรักษา สนับสนุนช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อฯ และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ 145

3.1 การให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯโดยสมัครใจ 145

3.2 การบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 149

3.3 การรักษาผู้ติดเชื้อวัณโรคและ เอชไอวี 159

3.4 การดูแลและสนับสนุนช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบ 161

4. การวิจัยและพัฒนาวัคซีนป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี 169

IV. ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี 172

1. โครงการที่เกี่ยวข้องกับประเด็น ที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงและความเป็นเพศหญิง 173

2. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์กลุ่มประชากรชายขอบ 179

3. การดูแล และช่วยเหลือแบบองค์รวมแก่เด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ 183

V. สิ่งท้าทายสำคัญและการดำเนินงานแก้ไข 185

1. ความก้าวหน้าในการจัดการสิ่งท้าทายสำคัญตามรายงาน UNGASS รอบปี พ.ศ. 2550 185

2. ความท้าทายในช่วงปี พ.ศ.2551-2552 และการแก้ไข 189

3. แผนแก้ไขความท้าทายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตาม UNGASS 191

VI. การสนับสนุนจากภาคีพัฒนา 196

VII. การติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ 207

สารบัญภาคผนวก

ผนวก 1	รายจ่ายเงินของประเทศไทยในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2551 - 2552	225
ผนวก 2	ดัชนีรวมด้านนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์: มุมมองภาคประชาสังคม	236
ผนวก 3	รายงานการสำรวจดัชนีการตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทย	253
ผนวก 4	นโยบายและการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์ : มุมมองภาคประชาสังคม	264
ผนวก 5	คณะทำงานติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับประเทศ	281

สารบัญรูป

รูปที่ 1	ความชุกของของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ พ.ศ.2532-2552	23
รูปที่ 2	อุบัติการณ์การติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ พ.ศ. 2548 - 2552	23
รูปที่ 3	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2534 - 2552	23
รูปที่ 4	อุบัติการณ์การติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ พ.ศ. 2548 - 2552	23
รูปที่ 5	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2538-2552	24
รูปที่ 6	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ จำแนกตามลำดับการตั้งครรภ์ พ.ศ. 2538-2552	24
รูปที่ 7	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ และกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ ในแต่ละภูมิภาค	25
รูปที่ 8	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มผู้บริจาคโลหิตที่ศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย จำแนกตามเพศ และ ลักษณะของผู้บริจาค พ.ศ. 2534 - 2552	27
รูปที่ 9	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มผู้บริจาคโลหิตที่ศูนย์บริการโลหิต สภากาชาดไทย จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2544 - 2552	27
รูปที่ 10	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มพนักงานบริการหญิงและชายที่มาตรวจกามโรค พ.ศ.2532 - 2552	28
รูปที่ 11	อุบัติการณ์การติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มพนักงานบริการหญิงทำงานในสถานบริการแฝง พ.ศ.2548 - 2551	29
รูปที่ 12	ผลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิส ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงทำงานในสถานบริการตรงและสถานบริการแฝง พ.ศ. 2542 – 2551	31
รูปที่ 13	ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยกับพนักงานบริการหญิง พ.ศ.2551	33
รูปที่ 14	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี จากการสำรวจกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเฝ้าระวัง พ.ศ. 2546 – 2551	34

สารบัญรูป (ต่อ)

รูปที่ 15	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด พ.ศ. 2532 - 2552	35
รูปที่ 16	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และชาวประมง พ.ศ. 2540 - 2551	37
รูปที่ 17	พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กและเยาวชนในระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา พ.ศ. 2551	39
รูปที่ 18	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยของเยาวชน พ.ศ. 2551	41
รูปที่ 19	อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 25 ปี พ.ศ.2543 - 2551	41
รูปที่ 20	การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี รายใหม่ จำแนกตามกลุ่มประชากรและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ พ.ศ. 2528 – 2553	47
รูปที่ 21	การคาดประมาณสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำแนกตามกลุ่มประชากรและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ รายปี พ.ศ.2531 – 2553	48
รูปที่ 22	คาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ที่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และจำนวนผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสฯ ภายใต้กรอบนโยบายและระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยของประเทศไทย	49
รูปที่ 23	โครงสร้างการบริหารจัดการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทย	51
รูปที่ 24	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ พ.ศ.2532-2551	74
รูปที่ 25	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง พ.ศ. 2532 - 2551	100
รูปที่ 26	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มพนักงานบริการหญิงในกรุงเทพมหานคร และ เชียงราย พ.ศ.2550 เปรียบเทียบค่าความชุกฯ ที่ได้จากระบบเฝ้าระวังของสำนักระบาดวิทยาและการสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี RDS	100
รูปที่ 27	ร้อยละของพนักงานบริการที่เคยตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี และรู้ผลการตรวจ พ.ศ.2550 และ 2552	102
รูปที่ 28	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดเฝ้าระวัง พ.ศ. 2546 – 2552	110

สารบัญรูป (ต่อ)

รูปที่ 29	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มประมงไทยและต่างชาติ ทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ แรงงานข้ามชาติ หญิงตั้งครรภ์คนไทย และต่างชาติ ใน 4 จังหวัด พ.ศ.2549	131
รูปที่ 30	ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง คนไทยและต่างชาติในจังหวัดระนองและตาก พ.ศ.2546 - 2549	131
รูปที่ 31	ร้อยละของแรงงานข้ามชาติที่เข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี พ.ศ. 2547 และ 2551	137
รูปที่ 32	ระบบการเฝ้าระวัง เอชไอวีและเอดส์ ของประเทศไทย	210

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ผลการสำรวจการติดเชื้อ เอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มพนักงานบริการในและนอกสถานบริการ (non-venue-based sex worker) ที่กรุงเทพมหานคร และเชียงราย พ.ศ. 2550	30
ตารางที่ 2	ความชุกของการติดเชื้อหนองในของกลุ่มพนักงานบริการหญิง จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ.2549 - 2550	31
ตารางที่ 3	พฤติกรรมสุขภาพของพนักงานบริการหญิง พ.ศ. 2547-2551	32
ตารางที่ 4	พฤติกรรมการใช้สารเสพติดในเด็กและเยาวชน พ.ศ.2551	36
ตารางที่ 5	ร้อยละของนักเรียนชายและนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2, 5 และ ปวช. ปีที่ 2 ที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องเอดส์ตามตัวชี้วัด UNGASS ได้ถูกต้อง พ.ศ.2548 – 2551	43
ตารางที่ 6	การแจกแจงอัตราความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มประชากรเฝ้าระวัง โดยพิจารณาจากลำดับความชุกฯ สูงสุด 15 อันดับแรก	45
ตารางที่ 7	จำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จากการคาดประมาณโดยวิธี Asian Epidemic Model	49
ตารางที่ 8	ค่าใช้จ่ายของประเทศด้านเอดส์ จำแนกตามลักษณะแผนงาน พ.ศ.2551 – 2552	60
ตารางที่ 9	รายละเอียดของหมวดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษา พ.ศ.2551-2552	61
ตารางที่ 10	รายละเอียดของหมวดค่าใช้จ่ายด้านการป้องกัน พ.ศ.2551-2552	62
ตารางที่ 11	ทัศนคติต่อเพื่อนที่ติดเชื้อ เอชไอวี ของพนักงานที่เข้าอบรมระหว่างปี พ.ศ. 2547-2551	87
ตารางที่ 12	แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมของพนักงานหลังสิ้นสุดโครงการ	87
ตารางที่ 13	ผลงานการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย	87
ตารางที่ 14	อัตราการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2546-2551	88
ตารางที่ 15	ร้อยละของสถานประกอบกิจการที่ดำเนินกิจกรรมเอดส์ด้านต่างๆ	88
ตารางที่ 16	ร้อยละของสถานประกอบกิจการที่เปลี่ยนแปลงนโยบายด้านเอดส์ของสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2547-2551	88
ตารางที่ 17	จำนวนสถานประกอบกิจการที่ได้รับมาตรฐานเกณฑ์ ASO Thailand พ.ศ. 2547-2551	88

คำย่อ

AEM	Asian Epidemic Model
AFRIMS	Armed Forces Research Institute of Medical Sciences
AHRN	Asian Harm Reduction Network
AIDS	Acquired Immunodeficiency Syndrome
ART	Anti Retroviral Therapy
ARV	Anti Retroviral Drug
ASO	AIDS- Response Standard Organization
BATS	Bureau of AIDS, TB and STIs
BSS	Behavioral surveillance survey
FHI	Family Health International
GDP	Gross Domestic Products
GFATM	Global Fund to Fight AIDS Tuberculosis and Malaria
HAART	Highly Active Anti Retroviral Therapy
HITAP	Health Intervention and Technology Assessment Program
HIV	Human Immunodeficiency Virus
IBBS	Integrated biological and behavioral sentinel surveillance
IDU	Injecting Drug Users
ILO	International Labour Organization
IOM	International Organization on Migration
IPSR	Institute of Population and Social Research
KPI	Key Performance Indicator
MMT	Methadone maintenance therapy
MSM	Men who have Sex with Men
MSW	Male Sex Workers
NAPHA	National Access to Antiretroviral Programme for PLHA
NASA	National AIDS Spending Assessments
PATH	Program for Appropriate Technology in Health
PHIMS	Perinatal HIV Intervention Monitoring Surveillance System
PHOM	Perinatal HIV Outcome Monitoring Surveillance System
PICT	Provider Initiated Counseling and Testing
PMTCT	Prevention of Mother – To – Child HIV Transmission
RDS	Respondent Driven Sampling

RHIS	Routine Health Information System
STI	Sexually Transmitted Infection
SWING	Service Workers in Group
TDN	Thai Drug Users Network
TUC	Thailand 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
UNHCR	United Nations High Commissioner for Refugee
UNICEF	United Nations Children's Fund
UNIFEM	United Nations Development Fund for Women
UNODC	United Nations Office on Drugs and Crime
USAID	United States Agency for International Development
VCT	Voluntary Counseling and Testing
WHO	World Health Organization
กพอ.	คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์
คช.ปอ.	คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
ป.ป.ส.	คณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด
สปป.ลาว	สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว
สปสช.	สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
สปส.	สำนักงานประกันสังคม
สวรส.	สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข
สวท.	สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย
สสส.	สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ
สอวพ.	สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ศบ.จอ.	ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ
ศรอ.	ศูนย์ประสานงานพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์ป้องกันเอดส์
พสต.	พนักงานสุขภาพต่างชาติ
อปท.	องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
อสต.	อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ

I. สถานการณ์โดยสรุป

1. กระบวนการจัดทำรายงาน

การจัดทำรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศ รอบปี พ.ศ. 2553 ตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวีและเอดส์ ฉบับนี้ เสร็จสมบูรณ์ได้ ด้วยความร่วมมือจากภาคีทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม นักวิชาการ องค์กรระหว่างประเทศ ในทุกขั้นตอนของกระบวนการจัดทำรายงาน เริ่มตั้งแต่การประชุมปรึกษาหารือร่วมกัน เพื่อกำหนดกรอบเวลา กระบวนการรวบรวมตัวชี้วัด การจัดทำรายงาน และการประเมินปัญหาข้อจำกัด ของตัวชี้วัดในรายงานความก้าวหน้า รอบปี พ.ศ. 2551 รวมทั้งสรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะที่เป็นประโยชน์ เพื่อนำมาปรับปรุงกระบวนการจัดทำรายงานความก้าวหน้า รอบปี พ.ศ. 2553

การจัดทำรายงานในรอบนี้ ดำเนินการโดยใช้กลไกคณะทำงานติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ระดับประเทศ ประกอบด้วยคณะทำงานที่ปรึกษา คณะทำงานอำนวยการ และคณะทำงานติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับประเทศ ชุดต่างๆ รวม 16 คณะ องค์ประกอบคณะทำงานมาจาก ภาครัฐ ภาคประชาสังคม นักวิชาการ และองค์กรระหว่างประเทศ ซึ่งทำหน้าที่รวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัด ประมวล สังเคราะห์ และจัดทำรายงานตัวชี้วัดในแต่ละด้าน

ในขั้นตอนสุดท้ายของการจัดทำรายงาน ได้จัดการประชุมเสวนาเพื่อรับฟังความคิดเห็นอย่างกว้างขวางจากภาคส่วนต่างๆ ทุกระดับ โดยใช้ผลการทำงานของคณะทำงาน ทั้ง 16 ชุด มาเป็นข้อพิจารณาในการหารือประเด็นความก้าวหน้า ปัญหาอุปสรรค และแผนดำเนินการเพื่อบรรลุเป้าหมาย การเข้าถึงการบริการป้องกันและการดูแลรักษาอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม และเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอดส์แห่ง ชาติ พ.ศ. 2550-2554 คณะทำงานติดตามประเมินผลฯระดับประเทศ ได้นำผลสะท้อนที่ได้จากการเสวนามาปรับปรุง ร่างรายงานความก้าวหน้าฯ แล้วนำเสนอและได้รับความเห็นชอบจากคณะอนุกรรมการประสานแผนงานงบประมาณ การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน ของคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.)

ในการรวบรวมข้อมูลตามตัวชี้วัด นับเป็นครั้งแรกที่มีความพยายามในการรวบรวมข้อมูลจากจังหวัด สำหรับตัวชี้วัดที่ยังมีข้อจำกัดในการรายงาน อาทิ ตัวชี้วัดที่ 11 เรื่องการสอนเรื่องโรคเอดส์บนพื้นฐานของทักษะชีวิตในโรงเรียน ตัวชี้วัดที่ 10 และ 12 เกี่ยวกับการศึกษาและความช่วยเหลือที่ได้รับของเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ รวมถึงข้อมูลค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ที่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนในพื้นที่ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายที่ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ที่ยังไม่สามารถสรุปเป็น

ข้อมูลตัวเลขหรือสัดส่วนได้ว่ามีอยู่เป็นจำนวนเท่าใด ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสำรวจนี้สามารถนำมาใช้เป็นข้อมูลพื้นฐาน ในการเติมเต็มช่องว่างของการจัดทำรายงานค่าใช้จ่ายของประเทศในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้มีความสมบูรณ์มากยิ่งขึ้น

2. สถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี

ประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายที่จะลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงอย่างน้อยครึ่งหนึ่งจากที่คาดประมาณไว้ในปี พ.ศ. 2554 หากแต่การประเมินข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในช่วง 3-4 ปีที่ผ่านมา บ่งชี้ว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในประเทศไทยยังไม่ลดลง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนที่พบแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ พบแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์และกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ อายุ 20 - 24 ปี ซึ่งสอดคล้องกับผลการสำรวจพฤติกรรมในกลุ่มเยาวชน พบว่าการมีคู่เพศสัมพันธ์หลายคนและการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันเพิ่มขึ้น ซึ่งอาจเป็นส่วนหนึ่งที่ทำให้เยาวชนติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เพิ่มขึ้น จากรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีจำนวนสูงสุดอยู่ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี และพบว่า 1 ใน 5 ของแม่ที่ตั้งครรภ์และคลอดบุตรในปี พ.ศ. 2551 มีอายุน้อยกว่า 20 ปี

ในกลุ่มประชากรทั่วไปความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวมระดับประเทศมีแนว โน้ม ลดลงอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2539 เป็นต้นมา ปัจจุบันความชุกของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ต่ำกว่าร้อยละ 1 และ ต่ำกว่าร้อยละ 0.5 ในกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ หากแต่การระบาดของการติดเชื้อฯ ในบางจังหวัดยังคงมีความรุนแรง โดยเฉพาะในจังหวัดท่องเที่ยว และจังหวัดแถบชายทะเลด้านตะวันออกและอ่าวไทยบางจังหวัด ได้แก่ ภูเก็ต ชลบุรี ตราด และสมุทรสงคราม ที่มีความชุกของการติดเชื้อฯ ในหญิงรับบริการฝากครรภ์สูงเกือบร้อยละ 2 ส่วนภาคเหนือตอนบนซึ่งเป็นพื้นที่ ที่มีการระบาดของการติดเชื้อฯสูงมาก่อน ยังคงมีความชุกการติดเชื้อฯในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์สูงประมาณร้อยละ 3

สำหรับกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงกว่าทั่วไป เมื่อเปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2548 พบการติดเชื้อฯรายใหม่ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ทำงานบริการนอกสถานบริการเพิ่มสูงขึ้นเกือบเท่าตัวในปี พ.ศ. 2551 และติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่าพนักงานบริการที่ทำงานบริการในสถานบริการ ประมาณ 5-10 เท่า ซึ่งพนักงานบริการกลุ่มนี้ เป็นกลุ่มที่เข้าไม่ถึงระบบบริการป้องกันดูแลรักษา รวมทั้งการได้รับความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายยังอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มไม่ลดลงโดยเฉพาะในเมืองใหญ่และจังหวัดท่องเที่ยวสำคัญ อย่างไรก็ตาม ผลจากการดำเนินงานป้องกันอย่างเข้มข้นในประชากรกลุ่มนี้ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เริ่มส่งผลทำให้อัตราการติดเชื้อฯ ในประชากรกลุ่มนี้ลดลงจากร้อยละ 30.7 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี พ.ศ.2552

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดที่มารับบริการในคลินิกยาเสพติด ยังคงมีอัตราสูงลอยอย่างต่อเนื่องประมาณร้อยละ 30–40 อย่างไรก็ตามผลจากการศึกษาโดยวิธีการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี Respondent Driven Sampling (RDS) ครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2552 ในพื้นที่กรุงเทพฯและเชียงใหม่ พบว่าความชุกของการติดเชื้อฯต่ำกว่าภาพรวมระดับประเทศ อยู่ที่ ร้อยละ 24 และ ร้อยละ 11 ตามลำดับ

ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ อัตราติดเชื้อฯในกลุ่มที่ประกอบอาชีพประมงสูงกว่ากลุ่มที่ประกอบอาชีพอื่นๆ เนื่องจากลักษณะการทำงานและการมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของกลุ่มอาชีพประมงสูงกว่าอาชีพอื่นๆ ในบางพื้นที่พนักงานบริการที่เป็นประชากรข้ามชาติ มีอัตราติดเชื้อฯ สูงกว่าพนักงานบริการที่เป็นคนไทย ด้วยเหตุที่ข้อจำกัดด้านภาษาเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงข้อมูลข่าวสารและอุปกรณ์ที่จำเป็นเพื่อป้องกันการติดเชื้อฯ ของประชากรข้ามชาติ

โดยสรุป ข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาและการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวี บ่งชี้ว่า จำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ในประเทศไทยยังไม่ลดลง การติดเชื้อฯ รายใหม่ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชน ในขณะที่ความชุกของการติดเชื้อฯ ของกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง ยังอยู่ในระดับสูงและมีแนวโน้มไม่ลดลงเช่นกัน ซึ่งอาจทำให้ประเทศไทยไม่สามารถควบคุมการลดจำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2554 ตามเป้าหมายของข้อตกลงความร่วมมือระหว่างประเทศภายใต้แผนรณรงค์การเข้าถึงอย่างทั่วถึงและเท่าเทียม (Universal Access: UA) และตามเป้าหมายของแผนบูรณาการยุทธศาสตร์การป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 อย่างที่ตั้งใจ

3. นโยบายและแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ประเทศไทยผ่านประสบการณ์ในการต่อสู้กับการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี มาเป็นเวลานานเกือบ 3 ทศวรรษ จนถึงวันนี้ปัญหาเอดส์ยังคงมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชากรไทย ระบบสาธารณสุข สภาพสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ

แม้ว่าประเทศไทยจะประสบกับปัญหาด้านการเมืองในช่วงตลอด 3-4 ปีที่ผ่านมา แต่ประเทศไทยยังคงมีความก้าวหน้าในการแก้ไขจัดการกับปัญหาเอดส์

ในหลายด้าน ความ สำเร็จ ดังกล่าวเกิดจากการความมุ่งมั่นและความร่วมมือกัน ในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของหน่วยงาน และองค์กรภาคีทุกภาคส่วน

การประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 นายกรัฐมนตรีได้แสดงให้เห็นถึงเจตนารมณ์ตามที่ให้ไว้ในปฏิญญาฯเพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯใน ประเทศไทยและโดยการเป็นประธานการประชุม คช.ปอ. ด้วยตนเอง และมีมติให้จัดทำแผนเร่งรัดเพื่อลดการติดเชื้อฯ รายใหม่ให้ได้ครึ่งหนึ่งภาย ในปี พ.ศ. 2554 ตามที่ระบุไว้ในแผนฯเอดส์ชาติ พ.ศ. 2550-2554

มาตรการเร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อฯประกอบด้วย การสื่อสารสาธารณะ การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย การส่งเสริมการป้องกันในเยาวชนและประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฯ รวมทั้งให้กำหนดตัวชี้วัดร่วม (Joint KPI) เพื่อให้เกิดความมีส่วนร่วมของหน่วยงานต่างๆ โดยกลวิธีการทำงาน มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่าย คนทำงาน และการทำให้องค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัด เป็นผู้ขับเคลื่อนงานในพื้นที่ได้เองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 คณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ ได้พิจารณาสนับสนุนหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ในการดำเนิน งานป้องกันการติดเชื้อฯ โดยมีกลยุทธ์หลัก 3 ประการ ได้แก่ การประชาสัมพันธ์รณรงค์ป้องกันเอดส์ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายป้องกันเอดส์ และการสร้างกลไกที่ยั่งยืนของจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการขับเคลื่อนและเป็นเจ้าของงานป้องกันเอดส์

ในการพัฒนาการบริหารจัดการระดับประเทศ อธิบดีกรมควบคุมโรคในฐานะเลขานุการ คช.ปอ. ได้ปรับโครงสร้างภายในกรมควบคุมโรคโดยจัดให้ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) ทำหน้าที่เป็นกลไกการประสานแผนงานและโครงการ รวมถึงการติดตามประเมินผลเพื่อตอบสนองความต้องการเชิงนโยบาย และ ศบ.จอ. ร่วมกับ ศูนย์ประสานงานพัฒนารูปแบบและกลไกรณรงค์ป้องกันเอดส์ (ศรอ.) ได้จัดประชุมหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกภาคส่วนในการจัดทำแผนเร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อฯ เพื่อลดการติดเชื้อฯ รายใหม่ให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2554 ตามมติที่ประชุม คช.ปอ. เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2552

การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้รับความสนใจจากประเทศมากขึ้น ดังจะเห็นได้จากการที่ประเทศมีนโยบายให้จัดทำแผนเร่งรัดลดการติดเชื้อฯรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2554 ในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการหญิง และแรงงานข้ามชาติ รวมถึงการมีแผนงานและโครงการสนับสนุนการทำงานกับกลุ่มประชากรดังกล่าว ทั้งที่ใช้งบ ประมาณในประเทศและจากต่างประเทศ ซึ่งมีความ

ชัดเจนว่า การเพิ่มการเข้าถึงบริการป้องกัน ในประชากรกลุ่มนี้ต้องอาศัยบริการเชิงรุกโดยองค์กรภาคประชาสังคมและการเชื่อมต่อกับบริการทางสุขภาพของโรงพยาบาล ทั้งนี้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทางสุขภาพต้องมีความเข้าใจในเรื่อง เพศ เพศภาวะและเพศวิถี เพื่อให้บริการที่เป็นมิตรกับประชากรกลุ่มนี้

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก (Prevention of Mother to Child HIV Transmission: PMTCT) เป็นโครงการป้องกันที่ประเทศยังดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้เริ่มปรับสูตรยาสำหรับ PMTCT เป็นยาสูตรสามตัว และให้ยาตามระดับ CD4 นอกจากนั้นก็ได้ริเริ่มโครงการส่งเสริมการป้องกันฯ ในแม่ที่ไม่ติดเชื้อฯ (Staying Negative) ในคลินิกฝากครรภ์ โดยการส่งเสริมบริการฝากครรภ์แบบคู่ และให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพของแม่เพิ่มมากขึ้น

อย่างไรก็ตาม การดำเนินงาน PMTCT ยังคงมีลักษณะมุ่งเน้นที่การป้องกันการติดเชื้อฯของเด็ก ละเลยการดูแลและให้ความสำคัญกับแม่ โดยเฉพาะในเรื่องของสิทธิในการตัดสินใจวางแผนเรื่องการตั้งครรภ์ หรือการยุติการตั้งครรภ์

นอกจากนี้ การตรวจการติดเชื้อฯที่คลินิกฝากครรภ์ยังไม่ได้เป็นไปในลักษณะของความสมัครใจอย่างเต็มรูปแบบแต่เป็นการแนะนำของผู้ให้บริการที่ต้องการตรวจการติดเชื้อฯ มากกว่า จึงให้ความสนใจน้อยกับเรื่องความสมัครใจและการเคารพการตัดสินใจของผู้หญิง ดังนั้น จึงควรส่งเสริมในเรื่องการเคารพสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง ควบคู่ไปกับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตร รวมทั้งส่งเสริมการจัดบริการแบบคู่อยู่กินสำหรับหญิงรับบริการฝากครรภ์เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้หญิงได้สื่อสารทำความเข้าใจเรื่องการป้องกันกับคู่เพิ่มขึ้น

เยาวชนเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการดำเนินการป้องกันฯ ตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2550-2554 และแผนเร่งรัดเพื่อลดการติดเชื้อฯรายใหม่ให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2554 แผนงานส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกเพื่อต่อสู้โรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย (Global Fund to Fight AIDS, TB and Malaria: GFATM) อย่างไรก็ตาม กลยุทธ์ที่ใช้ในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของเยาวชน ยังไม่ส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมการป้องกันในเยาวชน เนื่องจากเยาวชนมีความหลากหลายในด้านทัศนคติ ความเชื่อ และมีวิถีการดำเนินชีวิตที่แตกต่างกัน การปรับกลยุทธ์ในการป้องกัน เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในเยาวชนแต่ละกลุ่มวิถีชีวิต ยังเป็นความท้าทายที่สำคัญ

การส่งเสริมการเรียนรู้เพศศึกษาอย่างรอบด้าน ยังคงเป็นจุดอ่อนของความก้าวหน้าในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ ความท้าทายยังวนเวียนอยู่กับประเด็นเดิม อาทิ นโยบายที่ชัดเจนในระดับชาติและระดับกระทรวง การกำหนดหลักสูตรแกนกลางมาตรฐานระดับชาติที่ได้รับการรับรองจากกระทรวงศึกษาธิการ ทัศนคติของผู้บริหารสถาน ศึกษา และครูผู้สอน อย่างไรก็ตาม

การจัดการเรียนรู้เพศศึกษาอย่างรอบด้านเพียงอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมในระยะยาวเนื่องจากเด็กมีการเปลี่ยนแปลงเชิงความคิดและพฤติกรรมตามข้อมูลที่ได้รับในแต่ละช่วง อีกทั้งยังมีตัวแปรอื่นที่ต้องคำนึงถึง อาทิการเข้าถึงสื่อยั่วยุ และแรงกดดันจากเพื่อน

การดูแล ช่วยเหลือ และการรักษา ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี

ประเทศไทยมีนโยบายให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯและผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมและทั่วถึง ภายใต้แผนงานหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และมีเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อฯได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯโดยครอบคลุมทั้งจากระบบหลักประกันสุขภาพโดยสำนักงานหลัก ประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช,) สำนักงานประกันสังคม (สปส.) และกรมบัญชีกลางสำหรับผู้มีสิทธิสวัสดิการรักษาพยาบาลของข้าราชการและพนักงานรัฐวิสาหกิจนโยบายดังกล่าวได้เปลี่ยน มุมมองว่าโรคเอดส์เป็นเหมือนโรคเรื้อรังอื่นๆ ที่ต้องการการรักษาต่อเนื่อง ทั้งนี้ความท้าทายใหม่เป็นเรื่องการป้องกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ที่จะมีจำนวนเพิ่มมากขึ้นจากการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ มากขึ้น

การตั้งครรภ์ของผู้หญิงที่ติดเชื้อฯ เป็นประเด็นหนึ่งที่ต้องชั่งน้ำหนักระหว่างการป้องกันและการตั้งครรภ์ พบว่าร้อยละ 60 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ รู้สถานภาพการติดเชื้อฯ มาก่อนการตั้งครรภ์[1] ดังนั้น ผู้ติดเชื้อฯทุกรายควรได้รับบริการให้การปรึกษาทั้งในลักษณะราย บุคคลจากผู้ให้บริการและเพื่อนผู้ติดเชื้อฯและลักษณะกิจกรรมกลุ่มเพื่อช่วยให้ผู้ติดเชื้อฯมีความเข้าใจ สามารถตัดสินใจเลือกการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและวิธีการวางแผนครอบครัวได้เหมาะสม ซึ่งจะส่งผลต่อการมีชีวิตที่มีคุณภาพทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

ความท้าทายอีกประการหนึ่งคือการที่ส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อฯ เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส เมื่อมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำมากแล้ว (ค่าเฉลี่ยของ CD4 แรกรับต่ำกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม,) จึงมีความจำเป็นที่จะต้องส่งเสริมการเข้าถึงบริการให้การปรึกษาในประชาชนทั่วไป โดยการรณรงค์ผ่านสื่อสารสาธารณะต่างๆ เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันฯ การประเมินความเสี่ยงและเห็นประโยชน์ของการรู้สถานภาพการติดเชื้อฯ ซึ่งขณะนี้ อยู่ระหว่างการพัฒนาแผนงานเพื่อพัฒนาระบบและคุณภาพบริการให้การปรึกษาระยะเวลา 5 ปี โดยความร่วมมือของหน่วยงานภาครัฐและภาคประชาสังคมและคาดหวังว่าจะได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช.

---

[1] รายงานคณะทำงานติดตามนโยบายและการดำเนินงานด้านการลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกของภาคประชาสังคม, 2552. รายงานฉบับสมบูรณ์ของภาคประชาสังคมเป็นส่วนหนึ่งในการศึกษาเปรียบเทียบด้านนโยบายและการดำเนินงานอนามัยเจริญพันธุ์ระหว่าง 9 ประเทศคือ Argentina, Belize, Brazil, Indonesia, Kenya, Peru, South Africa, Thailand, Uganda การดำเนินการศึกษาเปรียบเทียบระหว่างประเทศครั้งนี้ดำเนินการโดย GESTOS, ประเทศบราซิลโดยการสนับสนุนของมูลนิธิฟอร์ด

การพัฒนาบทบาทการทำงานของศูนย์องค์รวมเพื่อการดูแลผู้ติดเชื้อฯ ที่ผสมผสานและต่อเนื่อง เป็นองค์ประกอบสำคัญในการพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อฯ ซึ่งควรมากกว่าการทำกิจกรรมกลุ่ม และการเยี่ยมบ้าน จึงควรพัฒนารูปแบบ และแนวทางการทำงานร่วมกันของทุกภาคส่วนในการช่วยเหลือ สนับสนุน และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ติดเชื้อฯ ในชุมชน ควบคู่กับการรณรงค์และเสริมสร้างทัศนคติเชิงบวกของสังคมในการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อฯ ที่จะช่วยลดอคติ การตีตราผู้ติดเชื้อฯ และช่วยส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อฯ ได้อีกทางหนึ่ง

โรคเอดส์กับสิทธิมนุษยชน

บทบัญญัติในรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ได้ให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนอย่างกว้างขวางรวมถึงการห้ามเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคล นอกจากนี้ ยังมีพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน พระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก และแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและจัดการปัญหาเอดส์ในสถานที่ทำงาน ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2552 และแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2552-2556 ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้ลงมติเห็นชอบเมื่อวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2552 นอกจากนี้ แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2550–2554 ก็ได้กำหนด การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งที่ระบุมาตรการการเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชนในบุคลากรและประชากร กลุ่มต่างๆ ไว้ ซึ่งทั้งหมดนี้ สะท้อนให้เห็นว่าประเทศมีกลไกทางกฎหมายและนโยบายด้านเอดส์ที่เอื้อต่อการส่งเสริมและสนับสนุนสิทธิแก่ผู้ติดเชื้อฯ

การคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อฯ มีทั้งที่ดำเนินการโดยภาครัฐและภาคประชาสังคม โดยกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนกระทรวงยุติธรรมเป็นหน่วยงานประสานการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ร่วมกับเครือข่ายการคุ้มครองสิทธิและรับเรื่องราวการละเมิดสิทธิร่วมกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ

ภาคประชาสังคมมุ่งเน้นบทบาทในการรณรงค์และเสริมสร้างความเข้าใจ ตลอดจนให้ข้อเสนอแนะเชิงนโยบายแก่ภาครัฐในเรื่องการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อฯ กล่าวคือ มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ได้จัดทำรายงานการศึกษาทบทวนกฎหมายและนโยบายด้านสิทธิมนุษยชนและสิทธิด้านเอดส์และรายงานสถานการณ์สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเอดส์ในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2550 และ 2551 เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ แห่งประเทศไทย ได้ดำเนินการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ ในปีพ.ศ. 2552 และคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) ได้จัดทำรายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ผ่านมุมมองเรื่องสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์

แม้ว่าประเทศจะมีนโยบายที่ดีหลายส่วนแต่การนำไปปฏิบัติยังไม่ดีพอ กลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนยังมีบทบาทน้อยมากในการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และการดำเนินงานในพื้นที่ยังไม่สอดคล้องกับนโยบายระดับประเทศ

เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

นโยบาย และมาตรการช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ยังไม่มีความชัดเจน เนื่องจากขาดข้อมูลเชิงกลยุทธ์ ที่เพียงพอต่อการทำความเข้าใจถึงสถานการณ์ ปัญหาที่แท้จริงของเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

ความช่วยเหลือส่วนใหญ่ ยังเป็นความช่วยเหลือในมิติเชิงกายภาพ เช่น การดูแลสุขภาพอนามัย การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในเด็กที่ติดเชื้อฯ จากแม่ แต่ก็เป็นเฉพาะในกรณีที่เด็กและครอบครัวเปิดเผยตัวเท่านั้น ส่วนความช่วยเหลือในมิติเชิงสังคมและจิตใจยังมีน้อย ส่วนใหญ่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคม ซึ่งบางโครงการเป็นแบบอย่างของการปฏิบัติที่ดี สามารถใช้เป็นต้นแบบในการขยายผลได้ อาทิ โครงการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบแบบรอบด้าน และโครงการ The Art Therapy เป็นต้น

แม้ว่ากระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์จะมีนโยบายสนับสนุนให้ครอบครัว ชุมชนให้การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ แต่สถานสงเคราะห์เด็กกำพร้ายังคงมีความจำเป็นสำหรับเด็กบางคนซึ่งขาดครอบครัวให้การดูแล พบว่ามีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานของสถานสงเคราะห์ทั้งของรัฐและเอกชนให้ได้มาตรฐาน

ประเด็นเด็กที่ติดเชื้อฯและเติบโตย่างเข้าสู่วัยรุ่นเป็นความท้าทายเรื่องหนึ่งที่ต้องหาแนวทางดำเนินงาน เด็กที่ติดเชื้อฯเผชิญความยากลำบากในการปรับตัวและส่งผลต่อความ สามารถในการจัดการกับผลกระทบที่เข้ามาในชีวิต ทั้งในเรื่องการกินยาต้านไวรัสฯ ให้ได้ตามเวลาต่อเนื่อง และการจัดการเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ เนื่องจากทัศนะของสังคมต่อผู้ติดเชื้อฯ ว่าเป็นผู้แพร่เชื้อฯ วัยรุ่นติดเชื้อฯบางคนถูกห้ามมีแฟน หรือให้มีแฟนกับผู้ติดเชื้อฯ ด้วยกัน

มีความจำเป็นอย่างยิ่ง ที่จะต้องส่งเสริมกลไกในชุมชนให้สามารถดำเนินงานสนับสนุนการดูแลเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ได้เหมาะสมและครอบคลุม รวมถึงการส่งเสริมและพัฒนารูปแบบการลดการตีตราในชุมชนและพัฒนารูปแบบการทำงานที่เหมาะสมและเป็นมิตรกับวัยรุ่นติดเชื้อฯ เพื่อแก้ไขความท้าทายดังกล่าว

ทรัพยากร

นับเป็นจุดแข็งของประเทศไทยที่งบประมาณในการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์เป็นงบประมาณของประเทศเกือบทั้งหมด ถึง ร้อยละ 80-90

แสดงให้เห็นว่าประเทศให้ความสำคัญกับการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์และสามารถพึ่งพาตนเองได้ในการทำงานเอดส์

แต่ยังคงมีจุดอ่อนอยู่ที่ความสมดุลของการจัดสรรงบประมาณ งบประมาณส่วนใหญ่ ในปี พ.ศ. 2552 ทุ่มเทไปกับการรักษาถึงร้อยละ 69-76 ในขณะที่งบประมาณด้านการป้องกันมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 14 เท่านั้น ซึ่งส่วนใหญ่เป็นงบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากต่างประเทศ และ 1 ใน 3 ของงบประมาณเป็นงบประมาณสนับสนุนด้านการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประมาณ เป็นงบประมาณจัดซื้อถุงยางอนามัยร้อยละ 3

การพึ่งพิงงบประมาณในส่วนของการดำเนินงานป้องกันฯ จากแหล่งทุนต่างประเทศ นำมาซึ่งข้อกังวลให้กับภาคประชาสังคมซึ่งมองว่าการทำงานด้านเอดส์ของประเทศไทยในปัจจุบันอิงอยู่กับงบประมาณของกองทุนโลกฯ (GFATM) เป็นหลัก ดังนั้นจึงควรเริ่มคิดและหาทางออกร่วมกัน ในอนาคตเมื่อไม่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ

การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนงานที่กระตุ้นการระดมทรัพยากรจากภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่และท้องถิ่นเพื่อการจัดการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในพื้นที่และท้องถิ่นของตนเอง น่าจะเป็นทางออกของการแก้ไขความท้าทายในเรื่องการระดมทรัพยากรที่จะใช้ในด้านการป้องกันฯในอนาคต อย่างไรก็ตามข้อเสนอแนะจากทุกภาคส่วนในเรื่องของการจัดสรรงบ ประมาณด้านเอดส์ภายในประเทศซึ่งเห็นว่าควรมีการทบทวนและให้ความสำคัญกับแผนงานด้านป้องกันฯ มากขึ้น เพราะการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ ย่อมหมายถึง การช่วยลดค่าใช้จ่ายในด้านการรักษาซึ่งมีมูลค่าที่สูงมากเมื่อเปรียบเทียบกับงบประมาณที่ใช้ในด้านการป้องกันฯ

4. ตารางภาพรวม ข้อมูลตัวชี้วัด UNGASS

ตารางสรุปข้อมูลตัวชี้วัดหลัก แสดงความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศรอบปี พ.ศ. 2553

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงานรอบปี พ.ศ.				คำอธิบายเพิ่มเติม
	2547	2549	2551	2553	
พันธกรณีและการดำเนินงานในระดับประเทศ					
1. จำนวนงบประมาณที่ใช้ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ			6,728 ล้านบาท (2550)	7,208 ล้านบาท (2552)	■ รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิ การใช้จ่ายเงินดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จากหน่วยงานสนับสนุนงบประมาณ ■ กรณีไม่มีข้อมูลใช้การคำนวณ P x Q (P หมายถึง ค่าใช้จ่ายต่อหน่วย Q หมายถึง จำนวนหน่วยบริการที่ดำเนินการ)
แผนงาน					
3. ร้อยละของโลหิตรับบริจาคที่ได้คัดกรอง เอชไอวี ด้วยวิธีการที่มีการควบคุมคุณภาพ	99.9 (2546)	100.0 (2548)	99.79 (2550)	100.0 (2552)	■ รวบรวมข้อมูลจากศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย รวมทั้ง ร.พ. รัฐ และเอกชน อื่นๆ รวม 371 แห่ง จากจำนวนทั้งหมด 942 แห่ง ■ โลหิตบริจาคได้รับการคัดกรอง 100 เปอร์เซ็นต์

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงานรอบปี พ.ศ.				คำอธิบายเพิ่มเติม
	2547	2549	2551	2553	
4.ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะการป่วยระดับรุนแรงได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ		41.0 (2549)	52.9 (2550)	รวม: 75.75 ผู้ใหญ่ :75.43 เด็ก: 85.46 (2552) รวม: 67.14 ผู้ใหญ่: 66.49 เด็ก: 86.06 (2551)	▪แนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ของประเทศไทย เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เมื่อมีอาการ หรือ ไม่มีอาการแต่ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม.จึงใช้ตัวหารที่รวมผู้ติดเชื้อฯที่ยังไม่มีอาการ แต่ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. ด้วย ▪ ตัวหาร: จำนวนผู้ใหญ่ที่ต้องการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ใช้ผลการคาดประมาณจาก AEM ส่วนเด็กใช้ผลการคาดประมาณจากโปรแกรม spectrum
5. ร้อยละของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัส ฯ เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก		89.77 (2548)	95.90 (2550) 90.10 (2549)	94.71 (2552) 93.31 (2551)	
6. ร้อยละของผู้ติดเชื้อวัณโรครายใหม่จากการคาดประมาณที่ติดเชื้อ เอชไอวี ได้รับการรักษาทั้งวัณโรค และ ยาต้านไวรัส เอชไอวี			32.60 (2007)	25.82 (2009)	▪ ตัวตั้ง: จำนวนผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอชไอวี จากทะเบียนผู้ป่วยวัณโรค ▪ ตัวหาร: จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงานรอบปี พ.ศ.				คำอธิบายเพิ่มเติม
	2547	2549	2551	2553	
					เอชไอวี โดยคำนวณจากการคาดประมาณอุบัติการณ์ของผู้ป่วยวัณโรคของ WHO (142 ต่อประชากรแสนคน) ■ อัตราติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรคเท่ากับ 17% จำนวนคาดประมาณผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็น 16,077 ราย ในปี 2552. ■ จำนวนประชากรไทยในปี 2552 เท่ากับ 66.598 ล้านคน
7. ร้อยละของหญิงและชาย อายุ 15 – 49 ปี ที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและรู้ผลการตรวจ			19.10 (2549)	19.10 (2549)	■ การสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549 กลุ่มตัวอย่างชายและหญิงอายุ 18-49 ปี
8. ร้อยละของกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและรู้ผลการตรวจ			FSW: 52.60 MSM: 34.9 IDU: ไม่มีข้อมูล (2550)	SW: 35.81 FSW: 36.03 MSW: 35.20 MSM: 21.33	■ การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง (BSS) ในกลุ่มพนักงานบริการ 24 จังหวัด ■ การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอช

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงานรอบปี พ.ศ.				คำอธิบายเพิ่มเติม
	2547	2549	2551	2553	
				(2550) IDU: 59.7 (2551)	ไอวี (IBBS) ใน MSW และ MSM ใน 3 จังหวัด (กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ภูเก็ต) ■ การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวี (IBBS) ใน IDU โดยใช้ RDS ในกรุงเทพฯ ปี 2551 (ตามที่เสนอในตาราง) แต่ข้อมูลของ IDU ในจังหวัดเชียงใหม่เท่ากับ 18.2%.
9. ร้อยละของกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงเข้าถึงแผนงานป้องกัน				ไม่มีข้อมูล	■ ไม่มีข้อมูล ■ ประเทศจะจัดทำมาตรฐานการวัดความครอบคลุมของแผนงานป้องกันในการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวี (IBBS) ปี 2553
10. ร้อยละของเด็กกำพร้าและเด็ก อายุ 0 – 17 ปี ที่มีภาวะเปราะบาง ที่ครอบครัวได้รับการช่วยเหลือ			ไม่เกี่ยวข้อง	ไม่เกี่ยวข้อง	■ ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ในประเทศไทยต่ำกว่า 5% (0.72% ในปี 2551 and 0.74% ในปี 2552) ประเทศ

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงานรอบปี พ.ศ.				คำอธิบายเพิ่มเติม
	2547	2549	2551	2553	
					ไทยจึงไม่ต้องรายงานตัวชี้วัดนี้ ■ รายงานผลการสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย (ธ.ค.2548 - พ.ค. 2549) พบว่า ร้อยละ 21.4 ของเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบาง อายุ ต่ำกว่า 17 ปี ได้รับการช่วยเหลือพื้นฐานอย่างน้อย 1 รายการ
11. ร้อยละของโรงเรียนที่ให้การศึกษาเรื่องเอดส์บนฐานของทักษะชีวิตในปีการศึกษาที่ผ่านมา			ไม่มีข้อมูล (2550)	0 (2552)	■ การสอนเรื่องเอดส์บนฐานของทักษะชีวิตในประเทศไทยดำเนินการ 3 รูปแบบ คือ 1. สอดแทรกในสาระวิชา อย่างน้อย 5 ชั่วโมงต่อปี ในระดับประถมศึกษา 2. สอนทักษะชีวิตและเพศศึกษาอย่างน้อย 10- 16 ชั่วโมงต่อปีการศึกษาในระดับมัธยมและอาชีวศึกษา 3. จัดการเรียนการสอนเข้มข้น มีการสอนเพศศึกษาอย่างน้อย 16 ชั่วโมงต่อปี โดยส่วนใหญ่มีการสอนในโรงเรียน

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงานรอบปี พ.ศ.				คำอธิบายเพิ่มเติม
	2547	2549	2551	2553	
					อาชีวะซึ่งครอบคลุมประมาณร้อยละ 68 4. มีการจัดกิจกรรมนอกหลักสูตรเกี่ยวกับโรคเอดส์ เพศสัมพันธ์ และทักษะชีวิต ประมาณปีละ 2 ครั้ง
ความรู้และพฤติกรรม					
12. อัตราการเข้าโรงเรียนของเด็กกำพร้าและเด็กที่ไม่กำพร้า อายุ 10-14 ปี			เด็กกำพร้า: 95.50 เด็กไม่กำพร้า: 96.4 (2549)	เด็กกำพร้า: 95.50 เด็กไม่กำพร้า: 96.4 (2549)	■ การสำรวจ MICS เก็บข้อมูลระหว่างธันวาคม 2548 - กุมภาพันธ์ 2549
13. ร้อยละของเยาวชนหญิงและชายอายุ 15 – 24 ปี ที่บอกวิธีป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้อง และไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิดๆ เกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อ เอชไอวี	18.67 (2546)	31.15 (2548)	37.42 (2549)	37.42 (2549)	■ รายงานรอบปี 2551 และ 2553 ใช้ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549 กลุ่มตัวอย่างชายและหญิงอายุ 18-24 ปี ■ รายงานรอบปี 2547 และ 2549 ใช้ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มนักเรียนอาชีวะศึกษา

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงานรอบปี พ.ศ.				คำอธิบายเพิ่มเติม
	2547	2549	2551	2553	
4. ร้อยละของผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่บอกวิธีป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ทางเพศสัมพันธ์ได้ถูกต้องและไม่เห็นด้วยกับความเชื่อผิด ๆ เกี่ยวกับการติดต่อของเชื้อ เอชไอ วี			FSW: 28.4 MSM: 25.3 IDU: 49.10 (2550)	SW: 38.26 FSW: 41.33 MSW: 29.33 MSM: 25.53 IDU: ไม่มีข้อมูล (2552)	■ การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง (BBS) ในกลุ่มพนักงานบริการ 24 จังหวัด ■ การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวี (IBBS) ใน MSW และ MSM ใน 3 จังหวัด (กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ภูเก็ต) ■ การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง (BBS) ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดใน 3 จังหวัด
15. ร้อยละของเยาวชนหญิงและชายอายุ 15 – 24 ปี ที่มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี	6.39 (2546)	12.10 (2548)	4.82 (2549)	4.82 (2549)	■ รายงานรอบปี 2551 และ 2553 ใช้ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549 กลุ่มตัวอย่างชายและหญิงอายุ 18-24 ปี ■ รายงานรอบปี 2547 และ 2549 ใช้ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มนักเรียนอาชีวะศึกษา.

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงานรอบปี พ.ศ.				คำอธิบายเพิ่มเติม
	2547	2549	2551	2553	
16. ร้อยละของหญิงและชาย อายุ 15 -49 ปี ที่มีเพศ สัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา			9.40 (2006)	9.40 (2006)	■ ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549 กลุ่มตัวอย่างชายและหญิงอายุ 18-49 ปี
17. ร้อยละของหญิงและชาย อายุ 15 – 49 ปี ที่มีเพศ สัมพันธ์กับคู่นอนมากกว่า 1 คน ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด			50.90 (2006)	50.90 (2006)	■ ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549 กลุ่มตัวอย่างชายและหญิงอายุ 18-49 ปี
18. ร้อยละของหญิงและชายพนักงานบริการ รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าคนล่าสุด			FSW: 96.2 (2007)	FSW: 92.2 (2009) MSW ไม่มีข้อมูล	■ การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศในพนักงานบริการหญิงจาก 54 จังหวัด ■ ข้อมูลของพนักงานบริการชายไม่ได้รายงาน เนื่องจากโครงสร้างคำถามแตกต่างไปจากคำจำกัดความของตัวชี้วัด UNGASS การรายงานข้อมูลนี้จะเริ่มต้นตั้งแต่ปี 2553 เป็นต้นไป
19. ร้อยละของชายรายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวาร			ไม่มีข้อมูล	21.72	ข้อมูลจากการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติด

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงานรอบปี พ.ศ.				คำอธิบายเพิ่มเติม
	2547	2549	2551	2553	
หนักครั้งล่าสุดกับคู่นอนชาย					เชื้อ เอชไอวี (IBBS) ใน MSM ปี 2550 และ 2552 ไม่มีการรายงานเนื่องจากโครงสร้างคำถามแตกต่างไปจากคำจำกัดความของตัวชี้วัด UNGASS การรายงานข้อมูลนี้จะเริ่มต้นตั้งแต่ปี 2553 เป็นต้นไป
20. ร้อยละของผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด			35.00 (2550)	41.98 (2551)	■ ข้อมูลปี 2550 ได้จากแผนงานติดตามผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดในกรุงเทพฯ ■ ใช้ข้อมูล IBBS-RDS ในกรุงเทพฯ ปี 2551
21. ร้อยละของผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด รายงานว่าใช้อุปกรณ์ปราศ จากเชื้อในการฉีดยาครั้งล่าสุด			ไม่มีข้อมูล	63.16 (2008)	■ ใช้ข้อมูล IBBS-RDS ในกรุงเทพฯ ปี 2551
ผลกระทบ					
22. ร้อยละของเยาวชนหญิงและชายอายุ 15 – 24 ปี ที่ติดเชื้อ เอชไอวี	0.95 (2546)	0.45 (2548)	0.64 (2550)	0.58 (2552)	■ ข้อมูลปี 2546-2552 ใช้ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงรับบริการฝากครรภ์อายุ 15-24 ปี จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี เฉพาะพื้นที่ ■ ในปี 2552

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงานรอบปี พ.ศ.				คำอธิบายเพิ่มเติม
	2547	2549	2551	2553	
					ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในทหารคัดเลือกใหม่กองประจำการเท่ากับ 0.50
23.ร้อยละของกลุ่มที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงที่ติดเชื้อเอชไอวี	FSW: 6.70 MSM: ไม่มีข้อมูล IDU: 46.8 (2546)	FSW: 5.15 MSM: ไม่มีข้อมูล IDU: 37.64 (2548)	FSW: 5.00 MSM: 24.6 IDU: 28.78 (2550)	SW: 3.17 FSW: 2.79 MSW: 14.17 MSM: 13.53 IDU: 38.67 (2552)	■ ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีในพนักงานบริการหญิงได้จากระบบการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวีเฉพาะพื้นที่ ข้อมูลจากการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวี (IBBS)โดยใช้ RDS พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวี 19% ในกรุงเทพฯ และ 10% ในเชียงราย ■ การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวี (IBBS) ใน MSW และ MSM ใน 3 จังหวัด (กรุงเทพฯ เชียงใหม่ ภูเก็ต) ■ กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดใช้ข้อมูลจากระบบการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอช

ตัวชี้วัดหลัก	ข้อมูลในรายงานรอบปี พ.ศ.				คำอธิบายเพิ่มเติม
	2547	2549	2551	2553	
					ไอวีเฉพาะพื้นที่ซึ่งดำเนินการในคลินิกเมทาโดนของกรุงเทพมหานคร ข้อมูลจากการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวี (IBBS) โดยใช้ RDS พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีใน IDUเท่ากับ 23.3% ในกรุงเทพฯ และ 10% ในเชียงใหม่
24. ร้อยละของผู้ใหญ่และเด็กติดเชื้อ เอชไอวี ที่ยังคงรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในระยะเวลา 12 เดือนหลังเริ่มรักษา			รวม: 84.9 (2550)	รวม: 85.14 ผู้ใหญ่: 84.89 เด็ก: 90.02 (2551)	■ ใช้ข้อมูลจากฐานข้อมูลของโปรแกรม NAP ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ปี 2551

II. ภาพรวมสถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี

ก. การระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี

การแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี ในประเทศไทยมีมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมากกว่า 20 ปี โดยนับตั้งแต่การได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์รายแรกในปี พ.ศ. 2527 สาเหตุหลักของการแพร่ระบาดเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน ทำให้พบการแพร่ระบาดมากในกลุ่มหญิงและชายวัยเจริญพันธุ์ ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะมีแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533 ซึ่งทำให้การควบคุมการแพร่ระบาดในช่วงทศวรรษแรกประสบความสำเร็จ สามารถชะลอการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว อัตราการติดเชื้อในประชากรหลายกลุ่มลดลงตามลำดับ แต่ในช่วงทศวรรษหลังที่ผ่านมานี้ การแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯยังคงมีอยู่ในกลุ่มประชากรทั่วไป และยังมีปัญหาการแพร่ระบาดในระดับสูงในผู้ที่มีภาวะเสี่ยงสูง และ เข้าถึงได้ยาก

นอกจากนี้มีข้อสังเกตว่าการเปลี่ยนแปลงของสภาพสังคมไทย และการใช้ชีวิตท่ามกลางปัญหาสังคมและเศรษฐกิจ รวมทั้งความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในยุคโลกาภิวัฒน์ ทำให้กลวิธีที่เคยส่งผลสำเร็จมาในอดีต อาจดำเนินการได้ยากยิ่งขึ้น นอกจากนี้ ในทางตรงกันข้ามกลับกลายเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมโอกาสการมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ สูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเด็กและเยาวชน ข้อมูลสถานการณ์ในปัจจุบันบ่งบอกสัญญาณเตือนว่าโรคเอดส์อาจกลับมาแพร่ระบาดอีกครั้งหนึ่งหากมาตรการการป้องกันไม่เข้มข้นและขยายความครอบคลุมได้ต่อเนื่องอย่างเพียงพอ

ประเด็นปัญหาสถานการณ์ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี ในปัจจุบันสรุป โดยสังเขป จากข้อมูลต่างๆ กล่าวคือ

1. ข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาแสดงให้เห็นว่า การติดเชื้อฯ ในประชากรบางกลุ่มไม่ลดลง
2. ข้อมูลสะท้อนปัจจัยส่งเสริมการแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯในกลุ่มเด็กและเยาวชน อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมการใช้ชีวิต
3. การวิเคราะห์สถานการณ์ระบาดเพื่อกำหนดพื้นที่เป้าหมายและกลุ่มประชากรเพื่อการดำเนินงานป้องกันการแพร่ระบาด

1. การระบาดของการติดเชื้อฯ ไม่ลดลง และมีสัญญาณเตือนว่าแนวโน้มการเพิ่มสูงขึ้นของการติดเชื้อฯ อาจย้อนกลับมา

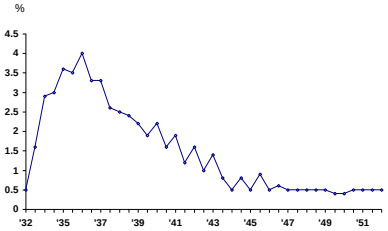
ข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและศึกษาวิจัย เป็นไปในทิศทางที่บ่งชี้ถึงลักษณะการแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯที่ยังดำรงอยู่ และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นในประชากรบางกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฯ ได้แก่ การขายบริการทางเพศ พฤติกรรมชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และพฤติกรรมการใช้สารเสพติด ปัญหาการแพร่ระบาดดังกล่าว อาจส่งผลให้ประเทศไทยไม่สามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ได้ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550 – 2554 ที่ คช.ปอ. มีเป้าหมายว่าจะลดการติดเชื้อฯ รายใหม่ลงอย่างน้อยครึ่งหนึ่งจากที่ได้คาดประมาณไว้ รวมทั้งลดอัตราความชุกของการติดเชื้อฯ ในหญิงตั้งครรภ์และทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการอย่างน้อยร้อยละ 0.05 ในแต่ละปี

1.1 แนวโน้มการระบาดในกลุ่มประชากรทั่วไป

ความชุกของการติดเชื้อฯในกลุ่มประชากรทั่วไปลดลง สะท้อนให้เห็นได้จากข้อมูลเฝ้าระวังการติดเชื้อฯในกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการและกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ ผลจากนโยบายและความเข้มแข็งของทุกภาคส่วนในการดำเนินการทำให้การควบคุมการแพร่ระบาดของประเทศไทยในช่วง 2 ทศวรรษแรก ประสบความสำเร็จ ความชุกของการติดเชื้อฯลดลงอย่างรวดเร็วและต่อเนื่อง แต่เริ่มชะลอตัวการลดลงในช่วงระยะ 4-6 ปีหลังนี้

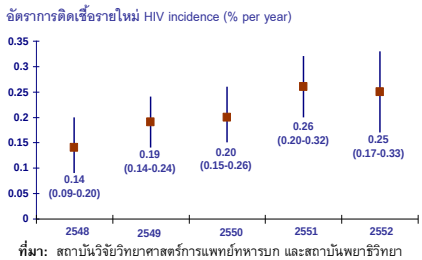
กลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการในแต่ละปีนับเป็นตัวแทนของประชากรชายไทยอายุ 18-24 ปี (อายุเฉลี่ย 21 ปี) ความชุกของการติดเชื้อฯ เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 0.5 ใน ปี พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 4.0 ในปี พ.ศ. 2536 โดยลดลงอย่างรวดเร็วและเริ่มชะลอตัวลงในช่วงทศวรรษหลัง นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548-2552 พบว่าความชุกของการติดเชื้อฯ อยู่ในระดับคงที่ที่ร้อยละ 0.5 (รูปที่ 1) นอกจากนี้ การเฝ้าระวังอัตราติดเชื้อฯ รายใหม่ พบว่าในช่วงปี พ.ศ. 2548-2552 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากอัตรา 1.4 ต่อประชากร 1,000 คน ต่อปี ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 2.5 ต่อประชากร 1,000 คน ต่อปี ในปี พ.ศ. 2552 (รูปที่ 2) แนวโน้มความชุกของการติดเชื้อฯ ในภาคต่างๆ เป็นทิศทางเดียวกัน

รูปที่ 1 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ พ.ศ.2532-2552



ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหารบก และสถาบันพยาธิวิทยา กรมแพทย์ทหารบก

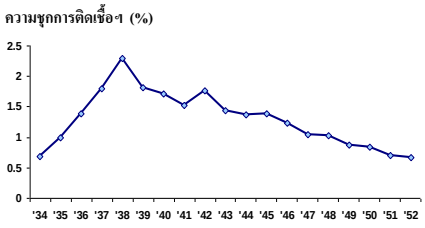
รูปที่ 2 อุบัติการณ์การติดเชื้อรายใหม่ กลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ ปี พ.ศ. 2548-2552



ที่มา: สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหารบก และสถาบันพยาธิวิทยา กรมแพทย์ทหารบก สำนักระบาดวิทยาและศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

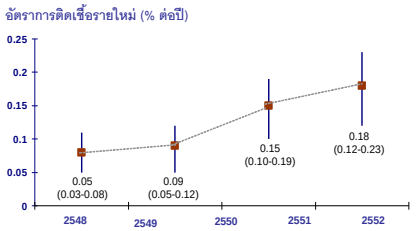
การเฝ้าระวังการติดเชื้อฯในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ พบว่าค่าเฉลี่ยของความชุกของการติดเชื้อฯ ของจังหวัด เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 0.68 ใน ปี พ.ศ. 2534 เป็นร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2538 ผลจากการดำเนินนโยบายของรัฐบาลไทยในปี พ.ศ. 2536 ส่งผลให้อัตราการติดเชื้อฯ ในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ลดลงอย่างรวดเร็ว อย่างไรก็ตาม อัตราการลดลงดังกล่าวเริ่มชะลอตัวลงในช่วงระยะหลังปี พ.ศ. 2548 เป็นต้นมา โดยความชุกของการติดเชื้อฯ ในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 เท่ากับร้อยละ 0.7 และ 0.65 ตามลำดับ (รูปที่ 3) และจากการเฝ้าระวังอัตราการติดเชื้อฯรายใหม่ หมายถึงติดเชื้อฯ มาไม่เกิน 1 ปี ในหญิงรับบริการฝากครรภ์ พบว่าเพิ่มสูงขึ้นจากค่าประมาณ 0.5 ต่อ 1,000 คน ต่อปี ในปี พ.ศ. 2548 เป็น 1.8 ต่อ 1,000 คน ต่อปี ในปี พ.ศ. 2551 (รูปที่ 4)

รูปที่ 3 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ ปี พ.ศ. 2534 – 2552



ที่มา: ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี สำนักระบาดวิทยา

รูปที่ 4 อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ ปี พ.ศ. 2548-2552



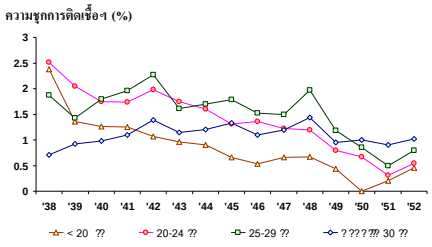
ที่มา: ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี สำนักระบาดวิทยา กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

ค่าเฉลี่ยความชุกของการติดเชื้อฯ ในปี พ.ศ. 2552 จำแนกตามอายุของหญิงรับบริการฝากครรภ์ พบสูงสุดในกลุ่มอายุมากกว่า 30 ปี (ร้อยละ 1.02) แต่ความชุกของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์อายุน้อยกว่า 30 ปีเพิ่มสูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2551 โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี เพิ่มสูงขึ้นมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 และมีอัตราเพิ่มขึ้นสูงมากกว่า 2 เท่า โดยความชุกของการติดเชื้อฯ

เพิ่มจากร้อยละ 0 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 0.2 และ 0.46 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์อายุมากกว่า 30 ปี มีความชุกของการติดเชื้อฯอยู่ในระดับคงที่นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 เป็นต้นมา ที่ระดับร้อยละ 1.0 (รูปที่ 5)

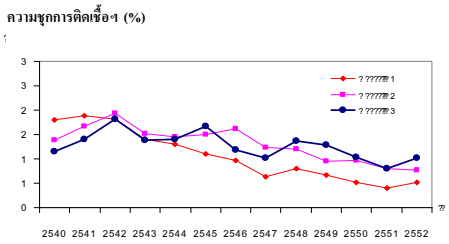
การจำแนกความชุกการติดเชื้อฯตามลำดับการตั้งครรภ์พบว่าสูงสุดในลำดับครรภ์ที่ 3 ซึ่งน่าจะมีความสัมพันธ์กับการที่ความชุกของการติดเชื้อฯสูงสุดในหญิงรับบริการฝากครรภ์ที่อายุมากกว่า 30 ปี ขึ้นไป แนวโน้มความชุกของการติดเชื้อฯในลำดับครรภ์ที่ 1 และครรภ์ที่ 3 ในปี พ.ศ. 2552 ยังอยู่ในแนวโน้มเท่าเดิมเมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2550 (รูปที่ 6)

รูปที่ 5 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2538 – 2552



ที่มา: ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี สำนักระบาดวิทยา

รูปที่ 6 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ จำแนกตามลำดับครรภ์ ปี พ.ศ. 2538 – 2552



ที่มา: ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี สำนักระบาดวิทยา

จากข้อมูลแนวโน้มความชุกการติดเชื้อฯของแต่ละภูมิภาค ในกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการและหญิงรับบริการฝากครรภ์ เห็นได้ว่าการแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯ ในทุกภาคลดลงอย่างต่อเนื่องนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2534 เป็นต้นมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคเหนือตอนบน และภาคกลางซึ่งเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการแพร่ระบาดสูงสุดในช่วงทศวรรษแรก แต่ในช่วงระยะ 5 ปีหลังมานี้ ความชุกของการติดเชื้อฯ อยู่ในระดับคงที่ไม่ลดลง และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเล็กน้อยหลังปี พ.ศ. 2550

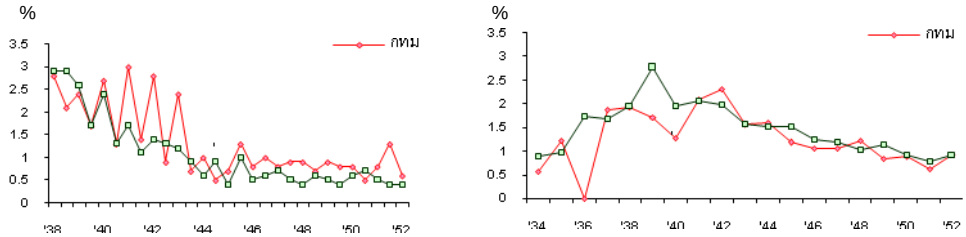
ในปี พ.ศ. 2552 ความชุกการติดเชื้อฯ ในกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการมีอัตราสูงสุดในกรุงเทพมหานคร คือ ร้อยละ 0.6 ในภาคอื่นๆ พบเท่ากันๆ และมีลักษณะคล้ายคลึงกันคือเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 0.4 ในปี พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 0.5 ในปี พ.ศ. 2552 ส่วนในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ มีค่าเฉลี่ยความชุกการติดเชื้อฯ สูงสุดในภาคเหนือตอนบนเท่ากับร้อยละ 1.01 รองลงมาได้แก่ภาคกลาง (ร้อยละ 0.93) กรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 0.9) ภาคอีสานตอนบน (ร้อยละ 0.8) และภาคใต้ตอนล่าง (ร้อยละ 0.7) ความชุกการติดเชื้อฯ ในภาคเหนือตอนล่าง ภาคอีสานตอนล่างและภาคใต้ตอนบน มีค่าประมาณร้อยละ 0.5 (รูปที่ 7)

จังหวัดที่มีค่าความชุกของการติดเชื้อฯ ของหญิงรับบริการฝากครรภ์สูงกว่าร้อยละ 1.0 มี 20 จังหวัด และมี 6 จังหวัดที่ค่าความชุกการติดเชื้อฯ ของหญิงรับบริการฝากครรภ์สูงกว่าร้อยละ 1.5

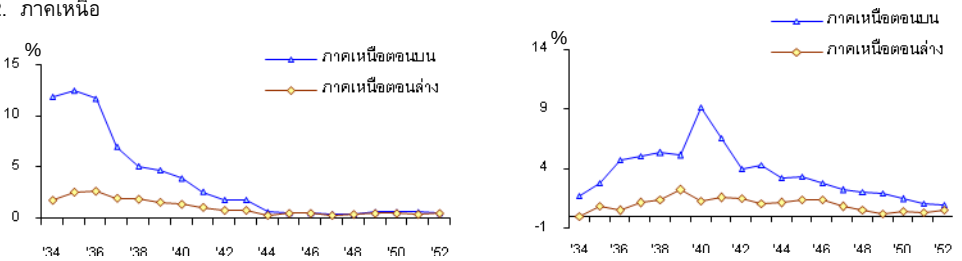
ข้อมูลที่ยืนยันสถานการณ์การแพร่ระบาดที่ยังน่าเป็นห่วงในหลายพื้นที่ของประเทศได้แก่รายงานการสำรวจความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการปี พ.ศ. 2551 ผลัดที่ 2 เดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2551 พบอัตราการติดเชื้อหนองในเทียมร้อยละ 6.86 หนองใน ร้อยละ 0.86 และซิฟิลิส ร้อยละ 0.09 ทั้งนี้ พบอัตราการติดเชื้อสูงสุดในภาคเหนือตอนบน (ร้อยละ 13.1) และภาคตะวันออก (ร้อยละ 12.5) [2]

รูปที่ 7: ความชุกการติดเชื้อฯ กลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการและหญิงรับบริการฝากครรภ์ในแต่ละภูมิภาค

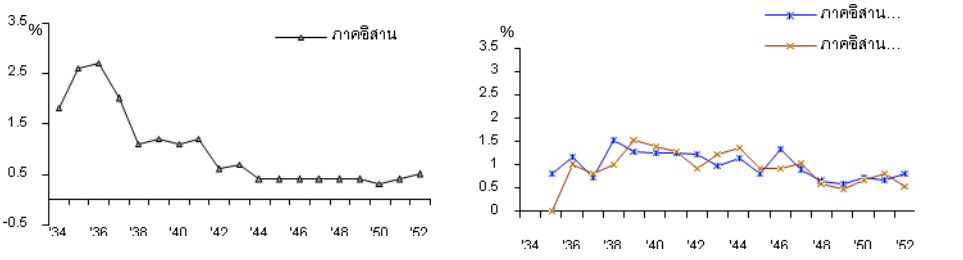
1. กรุงเทพฯ และภาคกลาง



2. ภาคเหนือ

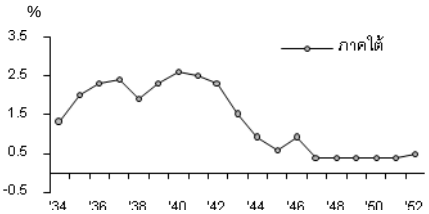


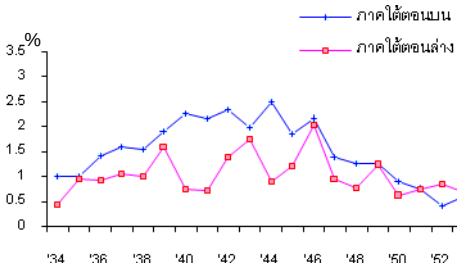
3. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (อีสาน)



[2] วิทยาลัยแพทยศาสตร์พระมงกุฎเกล้า สำนักโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคและศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข

4. ภาคใต้





กลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ

กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์

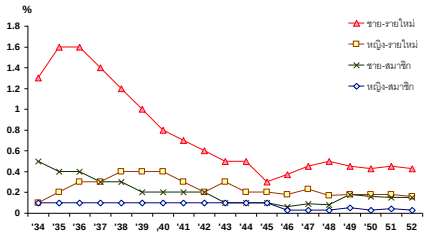
ที่มา: ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอชไอวี สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหารบก และสถาบันพยาธิวิทยา กรมแพทย์ทหารบกและสำนักระบาดวิทยา

กลุ่มผู้บริจาคโลหิต ณ. ศูนย์บริจาคโลหิตสภากาชาดไทย จัดเป็นตัวแทนกลุ่มประชากรชาย-หญิงที่คิดว่าตนไม่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อฯท เนื่องด้วยในขั้นตอนการรับบริจาคโลหิต จะคัดกรองผู้ที่มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ ก่อนรับบริจาคเลือด

โดยภาพรวมตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2536 เป็นต้นมา ความชุกการติดเชื้อฯ ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตลดลงอย่างต่อเนื่อง และเริ่มคงที่ตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547 ถึงปัจจุบัน อัตราติดเชื้อฯ แตกต่างกันด้วยเพศและลักษณะการบริจาค *รายใหม่ และ สมาชิก (รายเก่า)* ความชุกของการติดเชื้อฯในกลุ่มผู้บริจาคชายรายใหม่สูงกว่าทุกกลุ่ม และมีแนวโน้มลดลงอย่างรวดเร็วจากร้อยละ 1.6 ในปี พ.ศ. 2536 เป็นร้อยละ 0.33 ในปี พ.ศ. 2545 (รูปที่ 8) หลังจากนั้นความชุกของการติดเชื้อฯเริ่มสูงขึ้น และมีแนวโน้มคงที่ที่ประมาณร้อยละ 0.45 ซึ่งใกล้เคียงกับความชุกการติดเชื้อฯในกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ อัตราการติดเชื้อฯในแต่ละปีสูงกว่าผู้บริจาคชายที่เป็นสมาชิก 2.5 - 6 เท่า ส่วนผู้บริจาคหญิง แม้อัตราความชุกการติดเชื้อฯค่อนข้างต่ำ แต่ก็มีลักษณะเดียวกับผู้บริจาคชายคือมีอัตราติดเชื้อฯ ในกลุ่มบริจาคใหม่สูงกว่าสมาชิก 2 – 7.7 เท่า

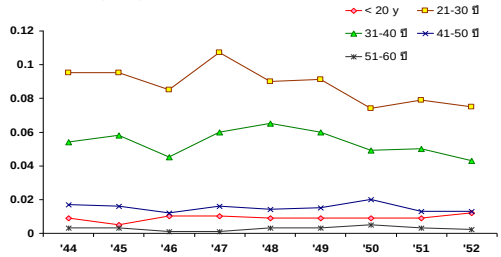
ข้อมูลดังกล่าวน่าจะบ่งชี้ความสำคัญที่ว่าชายหรือหญิงที่คิดว่าตนไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ยังมีโอกาสติดเชื้อฯ สะท้อนให้เห็นสภาพการถ่ายทอดเชื้อฯในกลุ่มประชากรทั่วไป

รูปที่ 8 ความชุกการติดเชื้อฯในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต ศูนย์บริการโลหิตสภากาชาดไทย จำแนกตามเพศ และ ลักษณะผู้บริจาค ปี พ.ศ. 2534-2552



ที่มา: ศูนย์บริจาคโลหิต สภากาชาดไทย

รูปที่ 9 ความชุกการติดเชื้อฯในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต ศูนย์บริการโลหิต จำแนกตามกลุ่มอายุ ปี พ.ศ. 2534-2552



ที่มา: ศูนย์บริจาคโลหิต สภากาชาดไทย

รูปที่ 9 แสดงผลการวิเคราะห์ค่าความชุกของการติดเชื้อฯ ในผู้บริจาคโลหิตแต่ละกลุ่มอายุ พบอัตราสูงสุดในช่วงอายุ 21-30 ปี รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 31-40 ปี ทั้ง 2 กลุ่มพบว่ามีแนวโน้มลดลงเล็กน้อยนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 เป็นต้นมา ในกลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี มีค่าความชุกของการติดเชื้อต่ำมาก แต่เป็นที่น่าสังเกตคือแนวโน้มไม่ลดลงและสูงขึ้นเล็กน้อยในปี พ.ศ. 2552 ข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนโอกาสของการพบการเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ในกลุ่มเด็กและเยาวชนหากไม่ดำเนินการป้องกัน

1.2 แนวโน้มการระบาดในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฯ และเข้าถึงได้ยาก

ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฯในระบบเฝ้าระวังที่กระทรวงสาธารณสุขได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมาถึงปัจจุบัน ประกอบด้วย พนักงานบริการหญิงที่สถานบริการและสถานบันเทิง ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด ชายที่มาตรวจกามโรค และแรงงานต่างชาติ

จากผลการเปลี่ยนแปลงสภาพทางสังคม การดำเนินการเฝ้าระวังได้ขยายขอบเขตครอบคลุมกลุ่มประชากรที่เข้าถึงได้ยากกลุ่มอื่นๆ โดยได้ดำเนินการสำรวจนำร่องในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และพนักงานบริการหญิงที่ทำงานนอกสถานบริการ

ข้อมูลเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา รวมทั้งข้อมูลที่ได้จากการสำรวจและศึกษาวิจัยพบว่าปัญหาการแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง และเข้าถึงได้ยากยังอยู่ในระดับสูงมาก ลักษณะดังกล่าวบ่งชี้ถึงความจำเป็นในการเร่งรัดการดำเนินงานเพื่อให้เข้าถึงกลุ่มประชากร เพื่อให้การป้องกันการแพร่ระบาดเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

1.2.1 สถานการณ์แพร่ระบาดของการติดเชื้อฯ ในพนักงานบริการ

พนักงานบริการหญิงที่ทำงานในสถานบริการ นับว่าเป็นกลุ่มหนึ่งในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงสุดต่อการติดเชื้อฯ ในปี พ.ศ. 2536 พบความชุกการติดเชื้อฯ สูงถึงร้อยละ 28 หลังจากที่มีการรณรงค์การป้องกันโรคเอดส์ ภายใต้นโยบายของรัฐบาลในยุคนั้น ที่เน้น

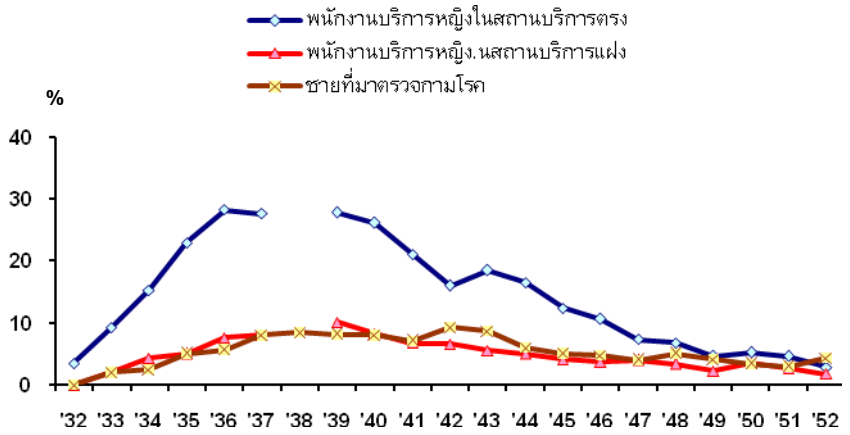
การสื่อสารสาธารณะ บริการเชิงรุกถึงแต่ละคน และการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย ทำให้ความชุกการติดเชื้อฯ ลดลงอย่างต่อเนื่อง ทั้งในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ทำงานในสถานบริการตรง และในสถานบริการแฝง เช่น ผับ คาเฟ่ อาบอบนวด คาราโอเกะ

อย่างไรก็ตาม เป็นที่น่าสังเกตว่า ภายหลังปีพ.ศ. 2547 ความชุกการติดเชื้อฯ เริ่มลดลงอย่างช้าๆ และมีแนวโน้มค่อนข้างคงที่ โดยในปี พ.ศ. 2552 ความชุกการติดเชื้อในพนักงานบริการหญิงทำงานในสถานบริการตรง และ ทำงานในสถานบริการแฝง เท่ากับร้อยละ 2.76 และร้อยละ 1.66 ตามลำดับ

แนวโน้มความชุกการติดเชื้อฯ ของกลุ่มพนักงานบริการหญิงลดลงในทุกภูมิภาค ทั้งนี้ อัตราในกลุ่มทำงานในสถานบริการตรง สูงสุดในภาคกลาง และกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 5.26) รองลงมาได้แก่ภาคเหนือ (ร้อยละ 3.70) ภาคใต้ (ร้อยละ 2.76) และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 1.60) เป็นที่น่าสังเกตว่าความชุกการติดเชื้อของกลุ่มทำงานในสถานบริการแฝง ในภาคใต้ ลดลงน้อยมาก โดยยังคงพบว่าเป็นภูมิภาคที่มีความชุกสูงสุด (ร้อยละ 2.23) รองลงมาได้แก่ภาคกลางและกรุงเทพมหานคร (ร้อยละ 1.98) ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (ร้อยละ 1.75) และภาคเหนือ (ร้อยละ 1.00) ตามลำดับ

ส่วนความชุกการติดเชื้อฯ ในกลุ่มพนักงานบริการชาย พบว่ายังสูงและมีแนวโน้มไม่ลดลงโดยพบค่าความชุกของการติดเชื้อฯ ในปี พ.ศ. 2552 เท่ากับร้อยละ 11.2 (รูปที่ 10)

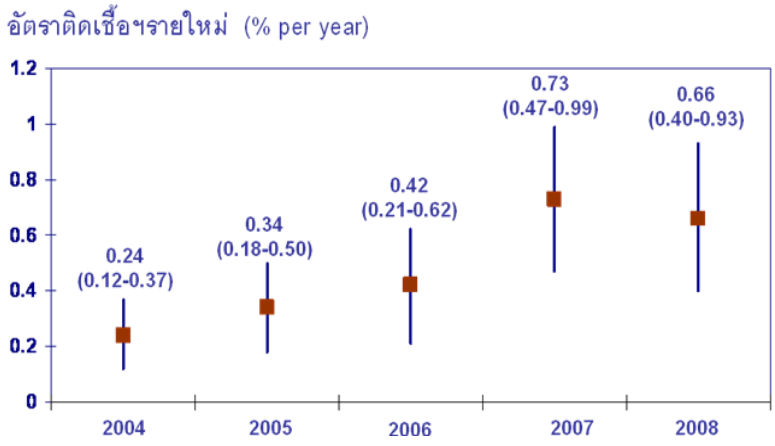
รูปที่ 10 ความชุกการติดเชื้อฯ ในพนักงานบริการหญิง และชายที่มาตรวจกามโรค พ.ศ. 2532-2552



ที่มา: ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี สำนักระบาดวิทยา

จากลักษณะสภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ปัจจุบันการทำงานบริการทางเพศในสถานบริการแฝงเพิ่มมากขึ้น แม้ว่าความชุกการติดเชื้อฯ ในกลุ่มทำงานในสถานบริการแฝงจะลดลง แต่ในการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อฯรายใหม่ ที่ติดเชื้อฯไม่เกิน 1 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2551 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นจาก 2.4 ต่อพนักงานบริการหญิง 1,000 คน ต่อปี ในปี พ.ศ. 2547 เป็น 7.3 และ 6.6 ต่อ 1,000 ต่อปี ในปี พ.ศ. 2550 และ 2551 ตามลำดับ (รูปที่ 11)

รูปที่ 11 อุบัติการณ์ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มพนักงานบริการหญิงทำงานในสถานบริการแฝง พ.ศ. 2548-2551



ที่มา: ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ สำนักระบาดวิทยา และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข

นอกจากนี้รูปแบบของการทำงานบริการทางเพศในประเทศไทยพบว่ามีกลุ่มทำงานบริการนอกสถานบริการอย่างแพร่หลายได้แก่พนักงานบริการที่ยืนตามถนนหรือสวนสาธารณะ การขายบริการผ่านเครือข่ายทางโทรศัพท์ อินเทอร์เนต เป็นต้น จากรายงานวิจัยในปี พ.ศ. 2551 ในเขตกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงราย พบความชุกการติดเชื้อฯ กลุ่มพนักงานบริการที่ทำงานนอกสถานบริการ สูงถึงร้อยละ 20 และร้อยละ 10 ตามลำดับ อัตราติดเชื้อหนองในเทียมเท่ากับร้อยละ 9 ทั้ง 2 จังหวัด และหนองในเท่ากับร้อยละ 2 และ ร้อยละ 1 ตามลำดับ (ตารางที่ 1)

พนักงานบริการกลุ่มนอกสถานบริการนี้มีการขยายเครือข่ายอย่างรวดเร็วตามโครงสร้างทางสังคมในปัจจุบัน ประกอบกับเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงได้ยาก หากการป้องกันการติดเชื้อฯในกลุ่มนี้ทำได้ไม่ดีพอ อาจเป็นสาเหตุให้ปัญหาการแพร่ระบาดสู่กลุ่มประชากรทั่วไปได้อย่างรวดเร็ว

ตารางที่ 1: ผลการสำรวจการติดเชื้อ เอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มพนักงานบริการในและนอกสถานบริการ (non-venue-based sex worker) ที่ กรุงเทพมหานคร และเชียงราย พ.ศ. 2550

การติดเชื้อ	กรุงเทพมหานคร (N =707)		เชียงราย (N =366)	
	พนักงานบริการทำงานในสถานบริการ (N =164)	พนักงานบริการทำงานนอกสถานบริการ (N =519)	พนักงานบริการทำงานในสถานบริการ (N =267)	พนักงานบริการทำงานนอกสถานบริการ (N =87)
เอชไอวี	2.5%	20 %	2.6%	10%
หนองในแท้	-	1%	-	2%
หนองในเทียม	-	9%	-	9%

ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข

การปฏิรูประบบราชการ และการปรับโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2545 ที่โอนย้ายบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เข้าสู่ระบบบริการปกติของโรงพยาบาลทั่วไปนั้นพบว่าไม่เอื้ออำนวยในการให้บริการตรวจรักษาสุขภาพแก่พนักงานบริการ คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลายแห่งในหลายจังหวัดได้ปิดให้บริการ การกลับมาจัดโครงสร้างการให้บริการใหม่ในช่วงระยะ 2-3 ปีหลังมานี้ยังไม่อาจครอบคลุมการให้บริการได้ ประกอบกับ ข้อจำกัดของบุคลากรในการให้บริการเชิงรุกนอกโรงพยาบาล ทำให้การเข้าถึงบริการป้องกัน ดูแลรักษา ของกลุ่มพนักงานบริการเป็นไปได้น้อยมาก

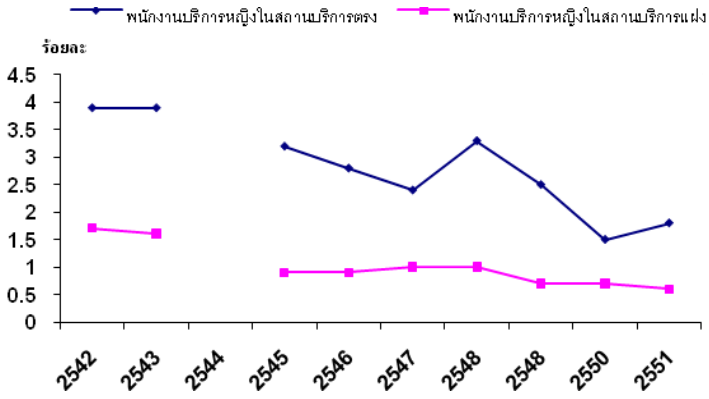
การเฝ้าระวังการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ในปี พ.ศ. 2542-2551 พบว่าอัตราติดเชื้อซิฟิลิส มีแนวโน้มไม่ลดลงและเพิ่มขึ้นเล็กน้อยในกลุ่มทำงานในสถานบริการแฝง โดยเพิ่มจากร้อยละ 1.5 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 1.8 ในปี 2551 (รูปที่ 12)

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมที่มีความสัมพันธ์ กับการติดเชื้อ เอชไอวี (IBBS) ใน 5 จังหวัด เมื่อปี พ.ศ. 2549 พบว่า พนักงานบริการหญิง ติดเชื้อหนองในเทียมสูงมาก ถึงร้อยละ 10.1 พนักงานบริการหญิงที่มีอายุน้อย ระหว่าง 15-19 ปี มีอัตราสูงสุด ที่อัตราร้อยละ 19.2 และร้อยละ 13 ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี และกลุ่มอายุมากกว่า 24 ปี พบอัตราร้อยละ 7.2

จากการศึกษา IBBS ในพื้นที่ 11 จังหวัดเมื่อปี พ.ศ. 2550 พบอัตราติดเชื้อหนองในเทียมเพิ่มขึ้นเล็กน้อยคือเท่ากับร้อยละ 11.3 อัตราการกระจายตามกลุ่มอายุยังพบในลักษณะเดิม แต่สัดส่วนการเพิ่มขึ้นนั้นชัดเจนในพนักงานบริการอายุ 15-19 ปี และ 20-24 ปี โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 19.2 เป็น 21.3 และ ร้อยละ 13.0 เป็น ร้อยละ 16.1 ตามลำดับ (ตารางที่ 2) ส่วนการติดเชื้อหนองใน นั้นพบปัญหาน้อยกว่า แต่ก็ยังคงเป็น

ในอัตราที่ไม่ลดลงคือร้อยละ 1.6 และร้อยละ 1.2 ในปี พ.ศ. 2549 และ 2550 ตามลำดับ

รูปที่ 12: ผลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิส ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงทำงานในสถานบริการตรงและสถานบริการแฝง พ.ศ. 2542 – 2551



ที่มา: การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ตารางที่ 2: ความชุกของการติดเชื้อหนองในของกลุ่มพนักงานบริการหญิง จำแนกตามกลุ่มอายุ พ.ศ. 2549-2550

กลุ่มอายุ (ปี)	ปี 2549 (5 จังหวัด)	ปี 2550 (11 จังหวัด)
15-19	19.2%	21.3%
20-24	13.0%	16.4%
> 24	7.2%	7.3%
รวม	**10.1%**	**11.3%**

ที่มา: IBBS โดย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

การสำรวจพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อฯของพนักงานบริการหญิงทำงานในสถานบริการตรงพบว่าส่วนใหญ่มีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าแต่ใช้น้อยลงเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับชายอื่นและใช้น้อยมากเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับสามี หรือคู่ที่อยู่กินด้วยกัน โดยผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2547-2551 แนวโน้มเท่าๆ เดิมไม่เพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2551 พบอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ กับ ลูกค้า ชายอื่น และกับคู่ที่อยู่กินด้วยกัน เท่ากับร้อยละ 93.7, 89.8 และ 40.8 ตามลำดับ โดยความครอบคลุมของการรับบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ต่ำกว่าร้อยละ 50

การเฝ้าระวังพฤติกรรมในกลุ่มพนักงานบริการหญิงนั้น พบว่า มีอัตราฉีดยาเสพติดเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 0 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 1.2 และ 0.8 ในปี พ.ศ. 2550-2551 ตามลำดับ สำหรับคู่นอนประจำ หรือสามีของพนักงานบริการหญิง ก็มีแนวโน้มการฉีดสารเสพติดในอัตราใกล้เคียงกัน ทำให้พนักงานบริการหญิงมีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี 2 ปัจจัยควบคู่กัน (ตารางที่ 3)

นอกจากนี้ยังพบว่า ในการสำรวจความรู้ความตระหนักที่ถูกต้องโดยการตอบคำถามถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ตามเกณฑ์ของ UNGASS นั้นพบว่าตลอดระยะปี พ.ศ.2547-2551 พบว่าตอบถูกทั้งหมดน้อยมากและมีแนวโน้มเท่าเดิม คือพบเพียงร้อยละ 39 ในปี พ.ศ. 2551 แสดงถึงความจำเป็นในการเร่งรัดการดำเนินการเข้าถึงกลุ่มประชากรนี้เพื่อการดำเนินการป้องกันให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเพื่อลดพฤติกรรมที่ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ

ตารางที่ 3: พฤติกรรมสุขภาพ ของพนักงานบริการหญิง พ.ศ.2547-2551

พฤติกรรมสุขภาพ	2547	2548	2549	2550	2551
การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนประเภทต่าง ๆ ในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา					
แขกหรือลูกค้าประจำ	93.4	91.5	86.2	94.0	93.7
สามีหรือคู่ที่อยู่กินด้วยกัน	35.8	32.3	27.5	30.4	40.8
ชายอื่น	82.4	83.3	83.3	80.4	89.8
การใช้สารเสพติดในรอบ 1 เดือนที่ผ่านมา					
ใช้สารเสพติดชนิดฉีด	0.0	0.6	0.7	1.2	0.8
สามีหรือคู่นอนประจำใช้สารเสพติดชนิดฉีด	0.3	0.7	2.1	1.2	0.7
การตรวจเลือดในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา					
เคยตรวจการติดเชื้อเอชไอวี	60.6	48.9	47.0	52.8	48.0
ทราบผลเลือด	48.5	44.8	82.0	53.8	80.6

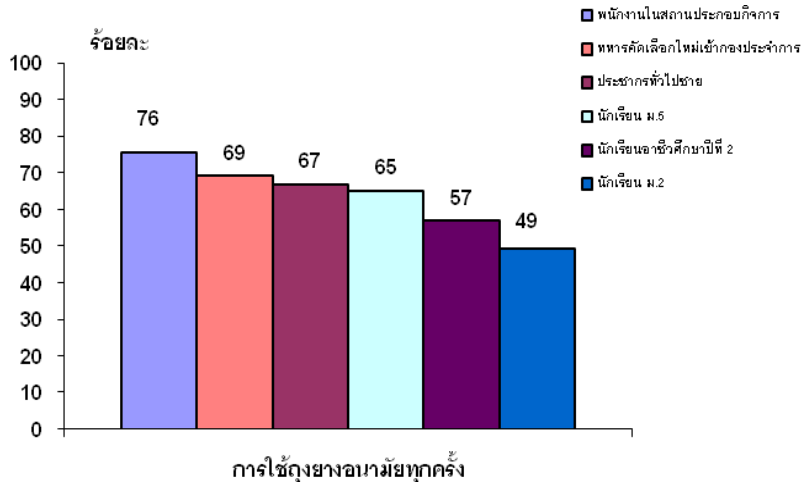
ที่มา: การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

เป็นที่น่าสังเกตเรื่องอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ได้จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อในกลุ่มพนักงานบริการหญิงตามสถานบริการดังกล่าวข้างต้นนั้น พบว่าแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับลูกค้าสูงมากกว่าร้อยละ 90 แต่เมื่อเปรียบเทียบกับผลการสำรวจในกลุ่มประชากรต่างๆ ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการนั้นยังน้อยมาก กลุ่มคนงานชายในสถานประกอบกิจการ ประชากรทั่วไปชาย และทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ มีอัตราใช้ถุงยางอนามัยกับพนักงานบริการหญิงทุกครั้ง ร้อยละ 75.8, 69.2 และ 66.9 ในตามลำดับ ส่วนในนักเรียนนั้นมีอัตราใช้ถุงยางอนามัยกับพนักงานบริการหญิง เพียงร้อยละ 65.2,

57.0 และ 49.2 ในนักเรียนชายอาชีวศึกษา มัธยมศึกษาปีที่ 5 และ มัธยมศึกษาปีที่ 2 ตามลำดับ (รูปที่ 13)

ผลการสำรวจดังกล่าวแสดงถึงปัญหาของการขาดความรู้ความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยทั้งในกลุ่มผู้ซื้อบริการ และกลุ่มผู้ขายบริการที่อาจเป็นกลุ่มทำงานในสถานบริการแฝงที่การรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยยังเข้าไม่ถึง

รูปที่ 13: ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยกับพนักงานบริการหญิง ปี พ.ศ. 2551



ที่มา: การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

1.2.2 สถานการณ์แพร่ระบาดของการติดเชื้อฯ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

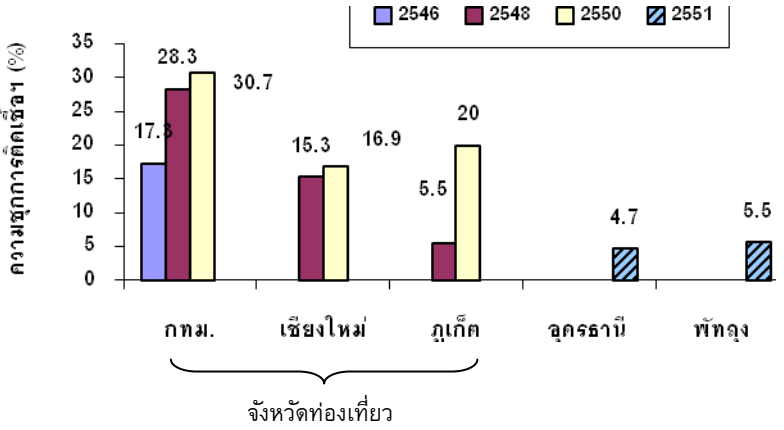
การแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันเป็นไปอย่างรวดเร็ว และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง

ในปัจจุบัน แนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างเพศชายด้วยกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น หรือมีการเปิดเผยมากขึ้น และพบเพิ่มขึ้นในกลุ่มอายุมากขึ้น ผลการสำรวจพฤติกรรมของกลุ่ม นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ใน 24 จังหวัด รายงานประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันร้อยละ 0.3 พบมากขึ้นในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย และอาชีวศึกษา คือ ร้อยละ 2-3 และ ร้อยละ 4.7 ในกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ

ความชุกการติดเชื้อฯ ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายสูงในพื้นที่เมืองใหญ่ที่มีความเจริญทางเศรษฐกิจ ท่องเที่ยว และสถานบันเทิง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และภูเก็ต ที่มีอัตราติดเชื้อฯ ในปี พ.ศ. 2550 สูงถึงร้อยละ 17-31 ส่วนในจังหวัด

ที่มีขนาดเล็กกว่า และไม่ใช่จังหวัดท่องเที่ยวที่สำคัญ ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี และพัทลุง มีอัตราติดเชื้อฯ ในปี พ.ศ. 2551 ร้อยละ 5 (รูปที่ 14)

รูปที่ 14: ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี จากการสำรวจชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดเฝ้าระวัง พ.ศ.2546 - 2551



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข

แนวโน้มการติดเชื้อฯ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มสูงขึ้นทุกปีในทุกกลุ่มอายุ กลุ่มอายุ 29 ปีขึ้นไป มีความชุกการติดเชื้อฯ สูงที่สุด การเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ พบว่า ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร มีความชุกการติดเชื้อฯ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.3 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 30.7 ในปี พ.ศ. 2550 พื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 15.3 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 16.9 ในปี พ.ศ. 2550 และจังหวัดภูเก็ตเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 5.5 ในปี 2548 เป็นร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2550

การใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อฯในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายอยู่ในระดับต่ำมาก การสำรวจพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ในปี พ.ศ. 2550 พบว่าอัตราใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาอยู่ในระดับต่ำมาก กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานครเป็นกลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยสูงที่สุด แต่ก็เพียงร้อยละ 66 ส่วนภูเก็ต และเชียงใหม่ มีแนวโน้มของอัตราการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย แต่ก็อยู่ในระดับต่ำมาก เพียงร้อยละ 44 และ 36 ตามลำดับ

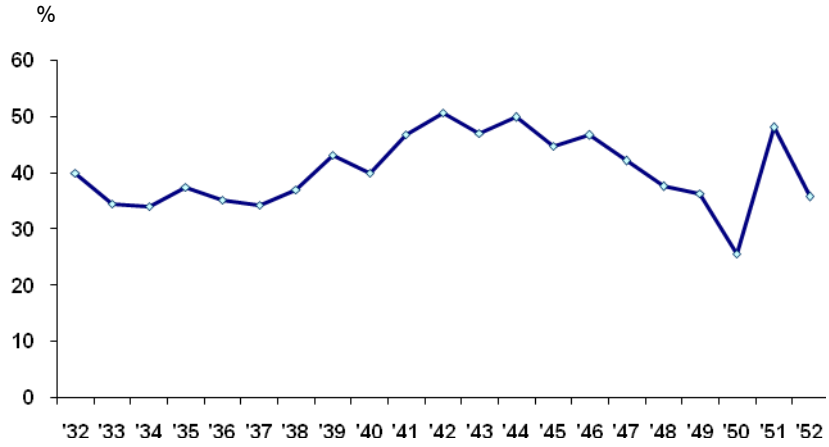
ในปี พ.ศ. 2551 การสำรวจในจังหวัดอุดรธานีและพัทลุง พบว่า อัตราใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาของกลุ่มนี้นับว่าอยู่ในระดับที่ต่ำเช่นเดียวกัน คือเพียงร้อยละ 56.3 และ 57 เท่านั้น

1.2.3 สถานการณ์แพร่ระบาดของการติดเชื้อฯ กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด

อัตราความชุกการติดเชื้อฯ ของกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (Injecting Drug Users: IDU) ยังคงอยู่ในระดับสูงและไม่มีแนวโน้มที่จะลดลง อีกทั้งมีการใช้ยาและสารเสพติดโดยเฉพาะ ยาบ้า ในกลุ่มเด็ก และเยาวชน เพิ่มขึ้น

การเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ โดยสำนักระบาดวิทยาพบว่าความชุกของการติดเชื้อฯ ในกลุ่ม IDU ที่มารับบริการบำบัดที่ศูนย์บำบัดยาเสพติดทั่วประเทศ ยังมีอัตราสูงมาก ระหว่าง ร้อยละ 30-40 (รูปที่ 15) การสำรวจการติดเชื้อฯ ของ IDU ในชุมชนโดยวิธี Respondent Driven Sampling ใน 2 จังหวัดคือเชียงใหม่และกรุงเทพมหานคร พบอัตราติดเชื้อฯ ร้อยละ 10.8 และ 23.3 ตามลำดับ ซึ่งตัวแทนประชากรกลุ่มนี้เคยเข้ารับการบำบัดที่ศูนย์บำบัดยาเสพติดร้อยละ 13.8 และ 70.2 ตามลำดับ

รูปที่ 15: ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด พ.ศ. 2532-2552



ที่มา: ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี สำนักระบาดวิทยา

การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของ IDU ในจังหวัดเชียงใหม่ สงขลา และสมุทรปราการ โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มารับการบำบัดที่คลินิกยาเสพติด หรือเป็นกลุ่มที่เข้าถึงบริการเชิงรุก พบว่า อายุเฉลี่ยที่เริ่มใช้ยาเสพติด คือ 16 ปี ยาที่นำมาใช้ฉีดส่วนใหญ่ ได้แก่ เฮโรอีน รองลงมา ได้แก่ ยาโดมิกุม ซึ่งเป็นยานอนหลับในทางการแพทย์ และยาบ้า อัตราใช้เข็มฉีดยาที่คนอื่นใช้แล้ว และให้ผู้อื่นยืมเข็มฉีดยาหลังจากใช้แล้ว ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมาในจังหวัดสงขลา (ร้อยละ 53.2 และ 38.7 ตามลำดับ) สูงกว่าเชียงใหม่ (ร้อยละ 36.1 และ 24.2) และสมุทรปราการ (ร้อยละ 26.1 และ 18.0)

IDU ส่วนใหญ่ยังมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน หาก ติดเชื้อฯ ก็จะส่งผลให้การแพร่ระบาดเป็นไปได้อีกทางหนึ่ง พบว่า ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด

เพียงร้อยละ 35

การแพร่ระบาดของการใช้สารเสพติดนับเป็นปัจจัยเสี่ยงหนึ่งที่จะส่งผลให้การแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯ มีความรุนแรงขึ้น สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไป ทำให้ปัญหาการใช้สารเสพติด ได้แก่ เฮโรอีน ยาบ้า ยาอี กัญชา สุรา ฯลฯ ในเด็กและเยาวชนเพิ่มขึ้น จากรายงานการสำรวจพฤติกรรมพบว่า นักเรียนทั้งชายและหญิง เคยใช้สารเสพติด ในทุกชั้นปีที่สำรวจ (มัธยมศึกษาปีที่ 2 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา) โดยที่นักเรียนชายและหญิงของทุกระดับชั้น ใช้กัญชามากที่สุด และรองลงมา คือ ยาบ้า (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4: พฤติกรรมการใช้สารเสพติดในเด็กและเยาวชน พ.ศ. 2551

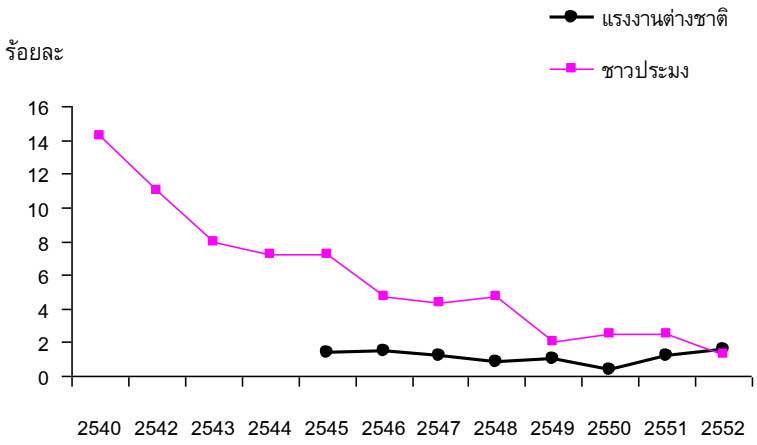
สารเสพติดที่ใช้	มัธยมศึกษาปีที่ 2		มัธยมศึกษาปีที่ 5		อาชีวศึกษา	
	ชาย (%)	หญิง (%)	ชาย (%)	หญิง (%)	ชาย (%)	หญิง (%)
เฮโรอีน	0.6	0.1	0.5	0.5	1.0	0.1
ยาบ้า	1.7	0.4	5.3	0.1	12.8	2.3
กัญชา	4.1	0.4	12.3	1.0	24.0	2.9
ยาเค	0.4	0.1	0.3	0.1	0.6	0.1
ยาอี	0.6	0.1	0.6	0.7	1.1	0.2

ที่มา: การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงโดยใช้คอมพิวเตอร์ขนาดพกพา พ.ศ.2551 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

1.2.4 สถานการณ์แพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และลูกเรือประมง

การเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ พบว่า กลุ่มแรงงานข้ามชาติ มีอัตราการติดเชื้อฯ สูงขึ้นจากร้อยละ 0.84 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 1.2 ในปี พ.ศ. 2551 นอกจากนี้กลุ่มลูกเรือประมง มีอัตราความชุกการติดเชื้อฯ เพิ่มสูงขึ้น จากร้อยละ1.25 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 2.5 ในปี พ.ศ. 2551 หลังจากที่มีแนวโน้มลดลงในช่วงปี พ.ศ. 2540 -2549

รูปที่ 16: ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานต่างชาติและกลุ่มชาวประมง พ.ศ. 2540 – 2551



ที่มา: การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

2. ปัจจัยส่งเสริมการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มเด็กและเยาวชน อันเป็นผลมาจากการเปลี่ยนแปลงภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมการใช้ชีวิต

การแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีมาอย่างต่อเนื่องเป็นระยะเวลานานมากกว่า 20 ปี สาเหตุหลักของการแพร่ระบาดเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน โดยมีการติดเชื้อฯมากในกลุ่มหญิงและชายวัยเจริญพันธุ์ แม้ว่าประเทศไทยจะสามารถชะลอการแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว อัตราการติดเชื้อฯ ในประชากรหลายกลุ่มลดลงตามลำดับ แต่ก็ยังคงไม่สามารถหยุดยั้งให้การติดเชื้อฯ หมดไปได้ ในขณะที่การเปลี่ยนแปลงที่รวดเร็วของสภาพสังคม วัฒนธรรม และค่านิยมการใช้ชีวิตท่ามกลางปัญหาสังคมและเศรษฐกิจและความเจริญก้าวหน้าทางเทคโนโลยีในยุคโลกาภิวัตน์ ทำให้เด็กและเยาวชนมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ เพิ่มขึ้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องกำหนดมาตรการใหม่ ที่มีประสิทธิผลต่อสภาวะแวดล้อมที่เปลี่ยนแปลงนี้

2.1 ค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชน

การสำรวจโดยหน่วยงานต่างๆ ในช่วงที่ผ่านมา ให้ผลสอดคล้องตรงกันว่าค่านิยมของกลุ่มวัยรุ่นยอมรับการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงาน มีสัดส่วนเพิ่มมากขึ้น การสำรวจของเครือข่ายเยาวชนด้านเอดส์ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550 ใน 11 จังหวัด พบว่า เยาวชนอายุระหว่าง 15-22 ปี ร้อยละ 48.8 ยอมรับได้กับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นโดยไม่ได้แต่งงาน ร้อยละ 67.2 เห็นว่าการตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์เป็นสิทธิส่วนบุคคล

ร้อยละ 39.1 เห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์แบบเปลี่ยนคู่นอนในช่วงวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจสภาวการณ์เด็กและเยาวชน ปี พ.ศ. 2549 -2550 ในนักเรียนนักศึกษาทั่วประเทศของสถาบันรามจิตติ พบว่า เยาวชนระดับอาชีวะศึกษา ร้อยละ 30 และอุดมศึกษา ร้อยละ 56 ระบุว่ายอมรับได้กับการอยู่ด้วยกันก่อนแต่งงาน

การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มนักเรียนชาย-หญิงใน 24 จังหวัด โดยสำนักระบาดวิทยา พบว่าสัดส่วนของนักเรียนที่รายงานว่าเคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มาก และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ร้อยละ 3 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (อายุเฉลี่ย13 ปี) ร้อยละ 15-24 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ (อายุเฉลี่ย 16 ปี) และร้อยละ 37-43 ในนักเรียนสายอาชีวศึกษา (อายุเฉลี่ย 17 ปี) เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง การสำรวจ ระหว่างปี พ.ศ. 2548 ถึง ปี พ.ศ. 2550 นักเรียนสายอาชีวะศึกษาชาย และ หญิง มีเพศสัมพันธ์ก่อนอายุ 15 ปี สูงขึ้นจาก ร้อยละ 0.3 เป็น ร้อยละ 0.8 และ จากร้อยละ 0.2 เป็นร้อยละ 0.6 ตามลำดับ และกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการเพิ่มจากร้อยละ 9 เป็นร้อยละ 14

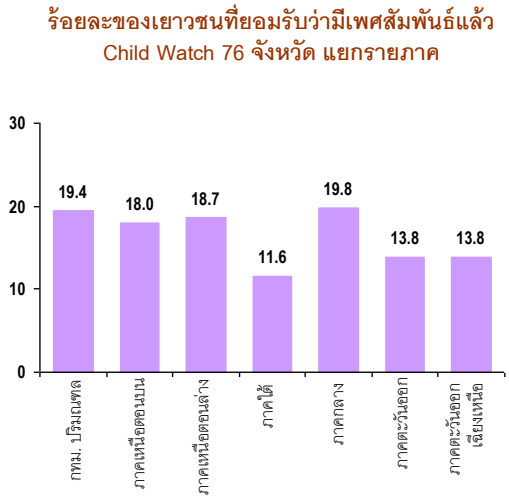
ข้อมูลสนับสนุนการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น คือ การตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่พบสูงขึ้นระหว่างปี พ.ศ.2548-2551 ในปี พ.ศ. 2551 ประมาณการว่ามีวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปี จำนวน 77,092 คน หรือเฉลี่ยวันละ 211 ราย เพิ่มจากปี 2550 ที่มีจำนวน 68,385 คน การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนำไปสู่ปัญหาความไม่พร้อมในการเลี้ยงดูบุตร ปัญหาเศรษฐกิจเพราะไม่มีงานทำ และส่วนหนึ่งนำไปสู่เส้นทางการเข้าสู่การขายบริการทางเพศ [3]

การสำรวจในโครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (child watch) พบว่ากลุ่มเด็กและเยาวชนระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา พบว่า เยาวชนประมาณร้อยละ 18-20 ในเขต กรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ภาคกลาง ภาคเหนือตอนล่างและตอนบนให้ประวัติว่าเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ภาคใต้มีสัดส่วนน้อยกว่าภาคอื่นอยู่ที่ ร้อยละ 11.6 (รูปที่ 17)

---

[3] ที่มา : ดร.อมรวิชช์ นาครทรรพ ผู้อำนวยการสถาบันรามจิตติ ผลการสำรวจพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนในโครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชนรายจังหวัด (child watch) สำนักข่าวเนชั่น วันที่ 26 ธ.ค. 2551

รูปที่ 17: พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของเด็กและเยาวชนระดับมัธยมศึกษา และอุดมศึกษา พ.ศ.2551



ที่มา: การสำรวจพฤติกรรมของเด็กและเยาวชนในโครงการติดตามสภาวการณ์เด็กและเยาวชน รายจังหวัด (child watch) สถาบันรามจิตติ

2.2 พฤติกรรมการเลียนแบบส่งผลให้เยาวชนส่วนหนึ่งคล้อยตามในการมีคู่นอนหลายคน

เด็กและเยาวชนส่วนหนึ่งยังคงขาดความตระหนัก ความรู้และความเข้าใจอย่างถูกต้องเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย ด้วยพฤติกรรมการเลียนแบบส่งผลให้คล้อยตามในการมีคู่นอนหลายคน ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ กลุ่มเด็กนักเรียนอายุ 16-18 ปี ในปี พ.ศ. 2551 โดยสำนักระบาดวิทยา พบว่านักเรียนชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วมากกว่าร้อยละ 50 และนักเรียนหญิงประมาณร้อยละ 20 มีคู่นอนมากกว่า 1 คนในรอบปีที่ผ่านมา

2.3 การมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกเปลี่ยนเงินหรือสิ่งของของเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

เยาวชนจำนวนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกเงินหรือสิ่งของตอบแทน อาจเป็นผลสืบเนื่องจากปัญหาทางเศรษฐกิจหรือจากค่านิยมทางวัตถุของสภาพแวดล้อมทางสังคมในปัจจุบัน ข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ โดยสำนักระบาดวิทยาในกลุ่มเด็กนักเรียนตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ถึง พ.ศ. 2551 พบว่าการมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกเงินหรือสิ่งของตอบแทนมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น และพฤติกรรมดังกล่าวมีแนวโน้มสูงขึ้นตามกลุ่มอายุ การสำรวจในปี พ.ศ. 2551 พบว่านักเรียนชายชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2

มัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษา มีพฤติกรรมดังกล่าวร้อยละ 0.6, 1.3 และ 3.2 ตามลำดับ และพบร้อยละ 0.1, 0.5 และ 1.7 ของนักเรียนหญิงชั้นปีเดียวกันตามลำดับ

2.4 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ในระหว่างชายด้วยกันมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น

ในปัจจุบัน พฤติกรรมทางเพศที่มีความหลากหลาย มีการเปิดเผยเป็นที่ยอมรับมากขึ้น ทำให้มีการขยายเครือข่ายทางสังคมอย่างรวดเร็ว แนวโน้มการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายด้วยกันของประชากรกลุ่มเฝ้าระวังได้แก่ประชาชนชายทั่วไป พนักงานชายในสถานประกอบกิจการ ทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 ปีที่ 5 และอาชีวศึกษา พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตามกลุ่มอายุ

ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 พบว่านักเรียนชายอายุ 12-13 ปี มีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 0.4 และมีอัตราสูงขึ้นในนักเรียนชายอายุประมาณ 16-18 ปี (ร้อยละ 2.1-3.0) และทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ (อายุ 20-24 ปี) ร้อยละ 4.7 ส่วนประชากรทั่วไปและพนักงานชายในสถานประกอบกิจการมีอัตราเท่าๆ กันคือ ร้อยละ 3.8

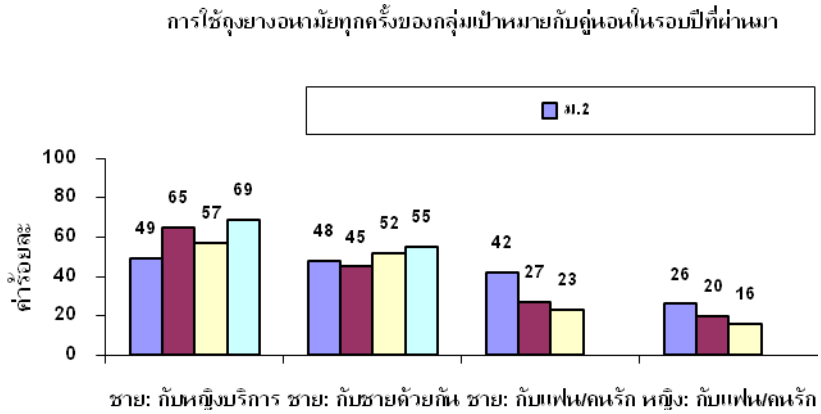
2.5 การขาดทักษะ และความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์เพื่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

แม้ว่าผลการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อฯ พบว่าประชากรกลุ่มต่างๆ ส่วนใหญ่มีความรู้ความเข้าใจเรื่องการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และการป้องกันการติดเชื้อฯโดยการใช้ถุงยางอนามัย แต่ยังพบว่าขาดความตระหนัก และทักษะในการใช้ถุงยางอนามัย หรือการต่อรองเพื่อให้คู่นอนใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งน่าจะเป็นคำอธิบายของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับพนักงานบริการ หรือกับคู่นอนที่ไม่ใช่คู่ที่อยู่กินด้วยกัน

นักเรียนชาย ทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ และพนักงานชายในสถานประกอบกิจการ เพียงร้อยละ 50-70 รายงานว่าสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิง และมีเพียงหนึ่งในสี่ หรือร้อยละ 20-40 ของนักเรียนชาย-หญิงใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟน หรือคนรัก (รูปที่ 18)

ในขณะที่อัตราติดเชื้อฯ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ประกอบกับการขยายเครือข่ายทางสังคมเป็นไปอย่างเปิดเผยและกว้างขวางขึ้น ข้อมูลจากการสำรวจพบว่าการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันค่อนข้างต่ำมาโดยตลอด ตั้งแต่ ปี พ.ศ.2547 โดยเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็น ร้อยละ 50 ในปี พ.ศ.2551

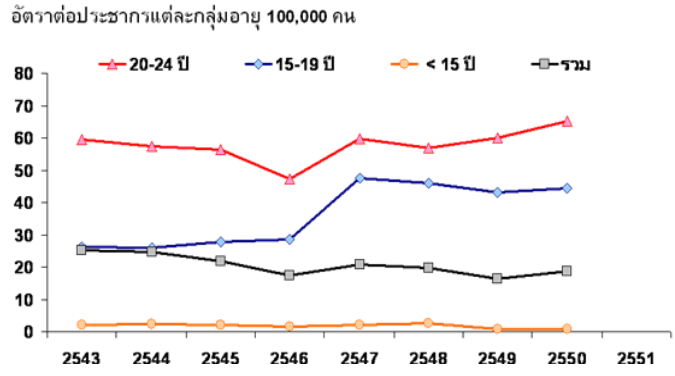
รูปที่ 18: อัตราการใช้ถุงยางอนามัยของเยาวชน พ.ศ.2551



ที่มา: การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในเยาวชน พ.ศ.2551
สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ข้อมูลที่แสดงถึงผลจากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยนั้นอาจวิเคราะห์ได้จากการพบแนวโน้มของอัตราติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น โดยเมื่อวิเคราะห์จากผลการให้บริการวินิจฉัย และรักษาผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของคลินิกกามโรคที่รายงานโดยกลุ่มงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบ อัตราป่วยต่อประชากรแสนคน สูงสุดในกลุ่มอายุ 20-24 ปี รองลงมาได้แก่กลุ่มอายุ 15-19 ปี อัตราดังกล่าวยังมีแนวโน้มเพิ่มสูงอย่างต่อเนื่องและไม่ลดลงมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 เป็นต้นมา (รูปที่ 19)

รูปที่ 19 อัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน อายุต่ำกว่า 25 ปี
พ.ศ. 2543-2551



ที่มา: กลุ่มงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ฯ กรมควบคุมโรค

2.6 เด็กและเยาวชนดื่มสุราเพิ่มมากขึ้น ซึ่งเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

นักเรียนชายมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสมากกว่านักเรียนหญิง และขาดความตระหนักต่อการรู้สถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองอีกทั้งไม่สนใจที่จะรับข้อมูลข่าวสารในเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์โดยที่ส่วนใหญ่ยังคงไม่กล้าแสดงออกว่าตนเองมีเพศสัมพันธ์ เพราะกลัวถูกรังเกียจจากสังคมรอบข้าง การศึกษาพบว่ากลุ่มวัยรุ่นมีภาวะเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ เมื่อเมาสุรา นอกจากนี้ นักเรียนที่รายงานการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ส่วนใหญ่จะใช้เว็บไซต์ดูหนังโป๊ภาพโป๊ รวมทั้งวีดีโอโป๊ เพราะเป็นสื่อที่เข้าถึงได้ง่าย และการควบคุมไม่ทั่วถึง

การสำรวจขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2544 พบว่าสัดส่วนของเยาวชนที่เริ่มต้นดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 15 ปีมากขึ้น ซึ่งมีโอกาสเสี่ยงที่จะติดเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ และมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมกลุ่มเด็กนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 อายุเฉลี่ย 12 ปี ก็ให้ผลตรงกันคือพบว่าประมาณร้อยละ 34-36 ของนักเรียนชาย และร้อยละ 18-25 ของนักเรียนหญิง รายงานว่ามีประสบการณ์ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์มาแล้ว ตลอด 4 ปี ระหว่าง พ.ศ. 2548-2551 มีแนวโน้มเท่าเดิม

จำเป็นต้องมีศึกษาเชิงลึกเพื่อให้เข้าใจสถานภาพทางสังคม ลักษณะของเครื่องดื่มและการเข้าถึงเครื่องดื่มประเภทนี้ของเด็กและเยาวชน เพื่อให้สามารถกำหนดมาตรการได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผล

2.7 เด็กและเยาวชนขาดความรู้และความตระหนักในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อฯ

การเฝ้าระวังพฤติกรรมในกลุ่มนักเรียนชาย และนักเรียนหญิง ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2, 5 และอาชีวศึกษาปีที่ 2 ในปี พ.ศ.2551 พบว่าการตอบข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ตามตัวชี้วัด UNGASS ทั้งนักเรียนชาย และหญิงทุกชั้นปี มีความรู้เรื่องเอดส์น้อย ตอบคำถามถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ไม่ถึงร้อยละ 50 โดยที่นักเรียนชาย และนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 มีความรู้เรื่องโรคเอดส์น้อยกว่านักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 และอาชีวศึกษาปีที่ 2 (พ.ศ.2551 นักเรียนชาย ร้อยละ 16.6 และนักเรียนหญิง ร้อยละ 19.1) ข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ “กินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อฯได้หรือไม่” และ ”ยุงเป็นพาหะทำให้ติดเชื้อฯได้หรือไม่” (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5: ร้อยละของนักเรียนชายและนักเรียนหญิงชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2, 5 และ ปวช.ปีที่ 2 ที่ตอบคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องเอดส์ได้ถูกต้องตามตัวชี้วัดของ UNGASS พ.ศ. 2548 – 2551

ตอบคำถามถูกต้องทั้ง 5 ข้อตามตัวชี้วัดของ UNGASS	2548	2549	2550	2551
ชาย				
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	13.5	16.05	12.6	16.6
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	31.0	30.3	22.6	32.2
ปวช.ปีที่ 2	22.7	22.7	21.7	24.7
หญิง				
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2	15.60	17.7	13.7	19.1
ชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5	31.3	32.1	28.3	35.3
ปวช.ปีที่ 2	24.1	25.7	24.6	25.9

ที่มา: การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
* ข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ตามตัวชี้วัด UNGASS 5 ข้อ ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยป้องกันเอดส์ได้ การมีคู่นอนคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอดส์ป้องกันเอดส์ได้ยุงเป็นพาหะเชื้อเอดส์ กินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อฯได้ และคนมีสุขภาพแข็งแรงเป็นผู้ติดเชื้อฯ ได้

3. การวิเคราะห์สถานการณ์เพื่อกำหนดพื้นที่เป้าหมายและกลุ่มประชากรในการดำเนินงานป้องกันการระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี

3.1 แนวทางการใช้ข้อมูลระบาดวิทยา พิจารณาพื้นที่เร่งรัดการดำเนินงานป้องกันการระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี

การดำเนินมาตรการที่เหมาะสมในพื้นที่ที่จะส่งผลกระทบต่อภาพรวมการระบาดได้มากกว่าจะทำให้มีสัมฤทธิผลดีกว่า การพิจารณาข้อมูลทางระบาดวิทยาร่วมกับการทำความเข้าใจธรรมชาติของการระบาดจะเป็นประโยชน์ในการตัดสินใจดังกล่าว

แบบแผนของการระบาดของการติดเชื้อฯในประเทศไทยนั้นมีลักษณะดังนี้

1) ในปัจจุบันการแพร่ระบาดส่วนใหญ่ยังเป็นการถ่ายทอดเชื้อฯ ผ่านการมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศ

2) กลุ่มที่มีอัตราความชุกการติดเชื้อฯและการติดเชื้อฯรายใหม่สูงกว่ากลุ่มอื่นอย่างชัดเจน ได้แก่ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด

3) กลุ่มเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิงต่ำ

มาตรการป้องกันการติดเชื้อฯ ที่สำคัญคือ การเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มต่างๆ และลดการใช้เข็มร่วมกันในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด

จากข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา มีข้อพิจารณาพื้นที่ทำงานสำหรับประชากรกลุ่มต่างๆ ดังนี้

- กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด พื้นที่สำคัญ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เนื่องจากในพื้นที่อื่น ผู้ใช้ยาเสพติดส่วนใหญ่หันไปใช้ยาบ้า
- กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีข้อมูลการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ไม่มาก อาจพิจารณาพื้นที่ทำงานในจังหวัดท่องเที่ยวขนาดใหญ่
- กลุ่มเยาวชนและประชากรกลุ่มอื่น ๆ ควรพิจารณาจากข้อมูลความชุกการติดเชื้อฯ ในประชากรแต่ละกลุ่ม โดยมีประเด็นพิจารณา ที่สำคัญ กล่าวคือ

1) การที่กลุ่มเยาวชนแม้ว่าจะมีพฤติกรรมเสี่ยงสูงขึ้น เช่น การมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อยลง การมีเพศสัมพันธ์กับคนรักตั้งแต่อายุยังน้อย เป็นต้น แต่ประเด็นสำคัญที่ต้องพิจารณา คือ การมีเพศสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีอัตราการติดเชื้อฯสูง ได้แก่ พนักงานบริการหญิงในสถานบริการตรง และสถานบริการแฝง

2) การที่หญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อฯ ในอัตราสูงหรือต่ำ ส่วนหนึ่งเกี่ยวข้องกับการที่ชายที่เป็นคู่ติดเชื้อฯมาจากที่ใด ในบริบทของสังคมไทยยังเป็นเรื่องการซื้อบริการทางเพศหรือไม่

3) ความชุกการติดเชื้อฯ ในกลุ่มต่าง ๆ ที่เฝ้าระวัง ก็จะมีผลไม่มากก็น้อย ต่อการติดเชื้อฯรายใหม่ ในระดับความสำคัญที่ลดหลั่นกันไป น่าจะนำมาประกอบการพิจารณาร่วมด้วยเช่นกัน

ด้วยเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงกำหนดเกณฑ์ในการเลือกพื้นที่ที่ควรเร่งรัดการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อฯ โดยเป็นจังหวัดที่ผ่านเกณฑ์หลักอย่างน้อย 1 ข้อได้แก่

1. ความชุกการติดเชื้อฯ ของพนักงานบริการหญิงในสถานบริการตรง 15 อันดับแรก หรือ
2. ความชุกการติดเชื้อฯ ของพนักงานบริการหญิงในสถานบริการแฝง 15 อันดับแรก และ ผ่านเกณฑ์รองอย่างน้อย 1 ข้อ ได้แก่
   1) ความชุกการติดเชื้อฯ ของทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ 15 อันดับแรก
   2) ความชุกการติดเชื้อฯ ของหญิงรับบริการฝากครรภ์ 15 อันดับแรก

เมื่อนำข้อมูลความชุกการติดเชื้อฯ (ปี พ.ศ. 2552 ยกเว้นข้อมูลทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ ที่เป็นข้อมูลปี พ.ศ. 2551) ในเกณฑ์ดังกล่าว (ตารางที่ 6) มีจังหวัดที่เข้าเกณฑ์หลักทั้งหมด 25 จังหวัด และเมื่อนำข้อมูลเกณฑ์รองของจังหวัดดังกล่าวมาพิจารณาประกอบคงเหลือจังหวัดผ่านเกณฑ์ทั้งสิ้น 15 จังหวัด ได้แก่:

1. ภาคกลาง: 7 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร นครสวรรค์ ลพบุรี สมุทรสงคราม สระบุรี สิงห์บุรี และสุพรรณบุรี
2. ภาคตะวันออก: 2 จังหวัด ได้แก่ ตราด และปราจีนบุรี
3. ภาคใต้: 3 จังหวัด ได้แก่ประจวบคีรีขันธ์ นครศรีธรรมราช และภูเก็ต

4. ภาคเหนือ: ได้แก่ 2 จังหวัด พิษณุโลก และลำปาง
5. ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ: 1 จังหวัด ได้แก่ อุดรธานี

อย่างไรก็ตามการพิจารณาข้อมูลดังกล่าวเป็นเพียงข้อมูลเบื้องต้น ควรพิจารณาความพร้อมและความเป็นไปได้ในการดำเนินการ จำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย และการบูรณาการการทำงานในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ร่วมด้วย

ตารางที่ 6: การแจกแจงอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรเฝ้าระวัง โดยพิจารณาจากลำดับค่าความชุกสูงสุด 15 อันดับแรก

ที่	จังหวัด	พนักงานบริการหญิงในสถานบริการตรง		พนักงานบริการหญิงในสถานบริการแฝง		หญิงรับบริการฝากครรภ์		ทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ (ปี 2551)		พื้นที่เข้าเกณฑ์
		ลำดับ	ร้อยละ	ลำดับ	ร้อยละ	ลำดับ	ร้อยละ	ลำดับ	ร้อยละ	
1	สมุทรสงคราม	**1**	**21.21**	1	7.29	**4**	**1.78**	64	0.00	X
2	ลำปาง	**2**	**16.00**	11	3.39	**6**	**1.66**	63	0.10	X
3	สุโขทัย	**3**	**10.81**			61	0.17	38	0.35	
4	พังงา	**4**	**9.83**	2	5.33	62	0.00	19	0.60	
5	ตราด	**5**	**9.46**	6	4.42	**5**	**1.77**	64	0.00	X
6	สิงห์บุรี	**6**	**6.74**			**9**	**1.42**	64	0.00	X
7	ปทุมธานี	**7**	**6.67**	38	1.05	41	0.59	23	0.50	
8	ลพบุรี	**8**	**6.00**	10	3.60	28	0.85	**3**	**1.35**	X
9	ประจวบคีรีขันธ์	**9**	**5.26**	25	1.81	**11**	**1.40**	38	0.35	X
10	นครสวรรค์	**10**	**5.03**	41	0.75	46	0.53	**4**	**1.20**	X
11	ชุมพร	**11**	**4.88**			42	0.58	47	0.25	
12	กรุงเทพมหานคร	**12**	**4.47**	43	0.34	23	0.93	**5**	**1.10**	X
13	พิษณุโลก	**13**	**3.70**	32	1.43	**12**	**1.32**	28	0.45	X
14	ภูเก็ต	**14**	**3.51**	33	1.42	**10**	**1.40**	**2**	**1.50**	X
15	สุพรรณบุรี	**15**	**3.26**	18	2.41	**8**	**1.56**	33	0.40	X
16	ยโสธร			**3**	**5.15**	62	0.00	23	0.50	
17	ปราจีนบุรี			**4**	**4.74**	**2**	**2.84**	**10**	**0.80**	X
18	พระนครศรีอยุธยา			**5**	**4.64**	51	0.41	28	0.45	
19	นครนายก			**7**	**4.17**	62	0.00	64	0.00	
20	หนองบัวลำภู			**8**	**4.03**	38	0.61	33	0.40	
21	สระบุรี	30	0.00	**9**	**3.64**	19	1.04	**1**	**1.55**	X
22	ร้อยเอ็ด			**12**	**3.33**	22	0.95	23	0.50	
23	พิจิตร			**13**	**2.90**	62	0.00	33	0.40	

ที่	จังหวัด	พนักงานบริการหญิงในสถานบริการตรง		พนักงานบริการหญิงในสถานบริการแฝง		หญิงรับบริการฝากครรภ์		ทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ (ปี 2551)		พื้นที่เข้าเกณฑ์
		ลำดับ	ร้อยละ	ลำดับ	ร้อยละ	ลำดับ	ร้อยละ	ลำดับ	ร้อยละ	
24	อุดรธานี	19	2.76	**14**	**2.82**	58	0.24	**13**	**0.70**	**X**
25	นครศรีธรรมราช	22	2.63	**15**	**2.80**	18	1.08	**13**	**0.70**	**X**

ที่มา: ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

ข. การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ในช่วงปี พ.ศ. 2548-2554

1. การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี รายใหม่

การอธิบายสถานการณ์เอดส์โดยการคาดประมาณจากโปรแกรมทางสถิติ Asian Epidemic Model (AEM) นั้นอาศัยข้อมูลการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา การเฝ้าระวังพฤติกรรม และข้อมูลแหล่งอื่นๆ ในประเทศไทยได้ดำเนินการวิเคราะห์สถานการณ์ครั้งแรกในปี พ.ศ. 2543 และแก้ไขปรับปรุงจากข้อมูลพื้นฐานทางระบาดวิทยาที่เป็นปัจจุบันมากขึ้นในปี พ.ศ. 2548 โดยความร่วมมือของภาคีต่างๆทั้งภาครัฐและเอกชน ภายใต้โครงการ Integrated analysis and advocacy to improve responses (A^2) โดย East-West Center, ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย, กรมควบคุมโรค , Family Health International (FHI), United State Agency for International Development (USAID)

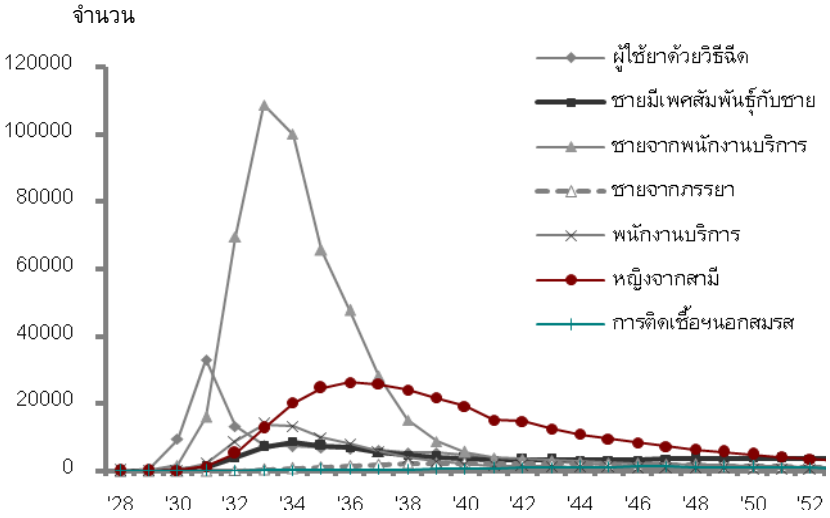
ผลจากการคาดประมาณโดย AEM อธิบายสถานการณ์การติดเชื้อฯ และสถานการณ์เอดส์ในอดีต ปัจจุบัน และคาดการณ์ในอนาคต พบว่า ในระยะเริ่มต้นของการแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯนั้น กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดเป็นประชากรกลุ่มแรกที่พบการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วตั้งแต่ปี พ.ศ. 2528 และเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วจนถึงระดับสูงสุดในปี พ.ศ. 2531 ในระยะเวลาต่อมา พบว่าการแพร่กระจายของการติดเชื้อฯที่ดำเนินอย่างต่อเนื่อง จึงไม่รวดเร็วเหมือนในระยะแรก อาจเนื่องด้วยประชากรกลุ่มนี้มีจำนวนไม่มากนักและกระจายอยู่ในชุมชนที่แยกจากกัน (รูปที่ 20)

หลังจากการแพร่ระบาดในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดไม่นานนัก การแพร่กระจายของการติดเชื้อฯพบมากขึ้นในกลุ่มพนักงานบริการหญิง และชายลูกค้าของพนักงานบริการหญิง และเนื่องด้วยเป็นประชากรกลุ่มใหญ่ กระจายอยู่ทั่วประเทศ ทั้งในเขตเมืองและชนบท ทำให้มีการเพิ่มจำนวนของผู้ติดเชื้อฯรายใหม่จากประชากรกลุ่มนี้รวดเร็วมาก โดยเพิ่มจำนวนสูงสุดในช่วงปี พ.ศ. 2533-2538 การติดเชื้อฯจากการใช้บริการจากพนักงานบริการหญิงมีจำนวนและสัดส่วนสูงกว่าช่องทางการติดเชื้อฯอื่นๆ ทั้งนี้การแพร่

ระบาดส่งผลกระทบต่อเนื่องไปยังหญิงที่ติดเชื้อฯจากสามีหรือคู่รักที่ติดเชื้อฯ และกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงแนวโน้มการแพร่ระบาดให้ลดลงคือ การรณรงค์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และกิจกรรมใน “โครงการถุงยางอนามัย 100%” ในสถานบริการทางเพศ ที่เริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2535 เป็นต้นมา นับเป็นจุดเปลี่ยนที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และลดจำนวนผู้ติดเชื้อฯรายใหม่จากช่องทางแพร่ระบาดนี้ (รูปที่ 21) อย่างไรก็ตาม การรณรงค์เพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มประชากรอื่นๆ นั้นยังมีประปราย สัดส่วนการลดจำนวนผู้ติดเชื้อฯรายใหม่ในกลุ่มประชากรอื่นๆ จึงมีน้อย เมื่อเทียบกับกลุ่มพนักงานบริการและลูกค้า

รูปที่ 20: การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำแนกตามกลุ่มประชากรและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ พ.ศ.2528-2553

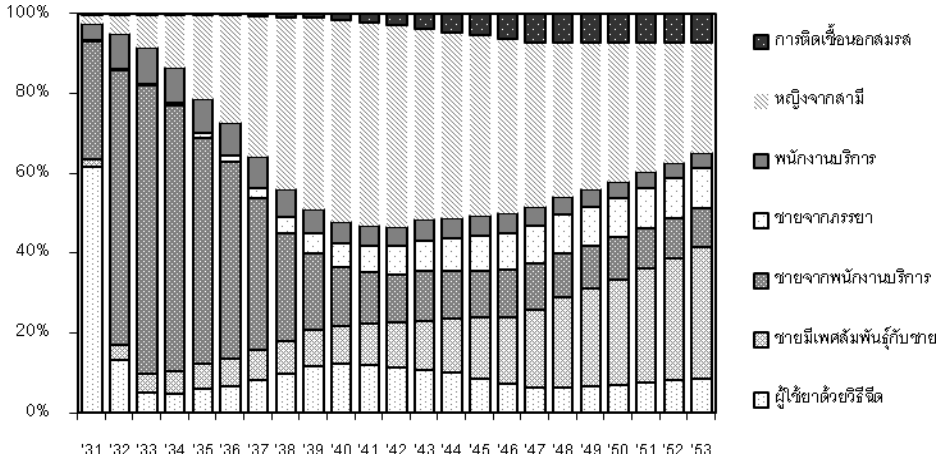


ที่มา: คณะทำงานประเทศไทยและโครงการ A^2 ประเทศไทย

ผลการคาดประมาณข้างต้น เป็นที่น่าสังเกตว่า ในช่วงระหว่างปี พ.ศ. 2550 - 2554 สัดส่วนของผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่เมื่อจำแนกตามกลุ่มประชากรและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ พบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ที่เป็นสตรีติดเชื้อฯจากสามีหรือคู่รัก และกลุ่มชายติดเชื้อฯจากการมีเพศสัมพันธ์กับชาย มีสัดส่วนสูงมากกว่ากลุ่มติดเชื้อฯจากช่องทางอื่นอย่างเห็นได้ชัด (รูปที่ 21) ข้อมูลเหล่านี้ ชี้ให้เห็นเงื่อนไขที่อาจนำมาใช้ในการพัฒนากลยุทธ์ และมาตรการในการป้องกันการติดเชื้อฯ ที่เป็นประเด็นวิกฤติในขณะนี้ และอนาคตอันใกล้ได้เป็นอย่างดี

ทั้งนี้การให้ความสำคัญในการพัฒนาโครงการสำหรับป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มที่มีโอกาสติดเชื้อฯจากสามี ภรรยา หรือคู่รักที่ติดเชื้อฯและกลุ่มชายที่มีโอกาสติดเชื้อฯ จากการมีเพศสัมพันธ์กับชาย จึงเป็นทางเลือกสำคัญอีกทางหนึ่ง นอกเหนือจากการรณรงค์ป้องกันการติดเชื้อฯในกลุ่มพนักงานบริการ และ ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด

รูปที่ 21: การคาดประมาณสัดส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำแนกตามกลุ่มประชากรและพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ รายปี พ.ศ. 2531-2553



ที่มา: คณะทำงานประเทศไทยและโครงการ A^2 ประเทศไทย

2. การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่ควรได้รับยาต้านไวรัสฯ และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์

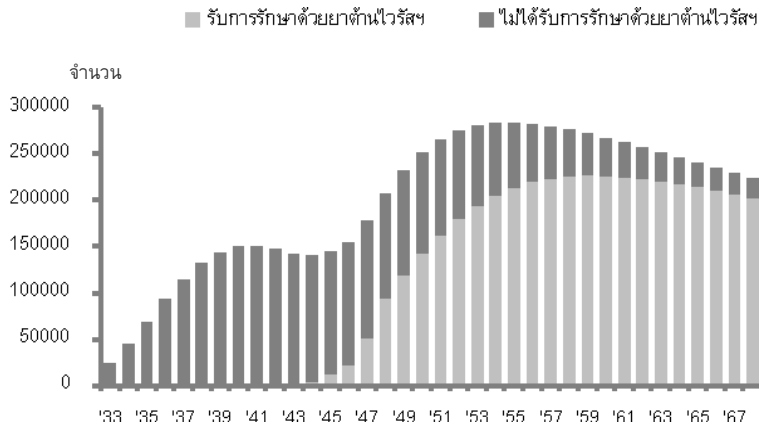
ผลของการขยายบริการรักษาพยาบาลด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากภาครัฐ ผ่าน สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ กองทุนประกันสังคม และจากโครงการกองทุนโลกฯ ช่วยให้ผู้ป่วยเข้าสู่ระบบบริการยาต้านไวรัสฯ ไม่น้อยกว่า 200,000 ราย อย่างไรก็ตาม หากพิจารณาผลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อฯ และผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตร่วมกับแนวโน้มการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อฯรายใหม่ จากแนวทางการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดที่ระดับคงที่ จากปี พ.ศ. 2548 คาดว่าในปี พ.ศ. 2552 มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ยังมีชีวิตอยู่รวม 499,324 คน และมีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ รวมทั้งสิ้น 281,139 คน (ตารางที่ 7 และ รูปที่ 22)

ตารางที่ 7: จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ จากการคาดประมาณโดยวิธี Asian Epidemic Model

จำนวนคาดประมาณ	ปี พ.ศ.						
	2548	2549	2550	2551	2552	2553	2554
จำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ แต่ละปี	16,513	15,174	13,936	12,787	11,753	10,853	10,097
จำนวนผู้ติดเชื้อฯ สะสม	1,073,518	1,088,692	1,102,628	1,115,415	1,127,168	1,138,020	1,148,117
จำนวนผู้ป่วยเอดส์ รายใหม่ แต่ละปี	50,254	50,814	51,091	50,657	49,049	46,272	42,992
จำนวนผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิต แต่ละปี	18,843	20,797	24,830	26,935	27,680	28,123	27,557
จำนวนผู้ป่วยเอดส์ เสียชีวิตสะสม	513,268	534,065	558,895	585,830	613,510	641,633	669,191
จำนวนผู้ติดเชื้อฯที่จำเป็นต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส*	207,544	233,035	252,388	266,369	275,821	281,139	283,612
จำนวนผู้ติดเชื้อฯและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิต แต่ละปี	562,243	556,848	546,578	532,522	516,632	499,324	481,770

* คาดประมาณตามแนวทางมาตรฐานการรักษาปี 2549-2550 โดยเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เมื่อมีอาการ และ / หรือระดับ CD4 น้อยกว่า 200 ต่อ ลบ. มม.

รูปที่ 22: จำนวนคาดประมาณผู้ติดเชื้อฯ ที่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และจำนวนผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสฯ ภายใต้กรอบนโยบายและระบบบริการดูแลรักษาผู้ป่วยของประเทศ



ที่มา: คณะทำงานประเทศไทยและโครงการ A^2 ประเทศไทย

จากผลการคาดประมาณข้างต้น จะเห็นได้ว่าประเทศไทยยังมีผู้ติดเชื้อฯ และผู้ป่วยเอดส์อีกจำนวนมากที่ต้องได้รับการดูแล ซึ่งหากรวมถึงครอบครัว ผู้สูงอายุ และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ยังมีความจำเป็นที่จะต้องเตรียมการจัดสรรทรัพยากรทั้งในด้านบุคลากร งบประมาณ เวชภัณฑ์ และวัสดุอุปกรณ์การแพทย์ให้เพียงพอต่อความต้องการที่เพิ่มมากขึ้น รวมทั้งเร่งการประสานงานเพื่อการพัฒนาการดำเนิน งานร่วมกันระหว่างหน่วยงานทั้งภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคประชาสังคม และชุมชน เพื่อให้การดำเนิน การแก้ไขปัญหาเกิดประสิทธิภาพสูงสุด

บทสรุป

โดยสรุป ข้อมูลจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ และแหล่งอื่นๆ สะท้อนให้เห็นว่าแบบแผนการระบาด เป็นลักษณะของการระบาดของการติดเชื้อฯ รายใหม่ในกลุ่มประชากรบางกลุ่มแนวโน้มการติดเชื้อฯ รายใหม่ยังไม่ลดลง และยังมีการระบาดสูงในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฯ และ/หรือเข้าถึงบริการป้องกัน ดูแลรักษาได้ยาก ได้แก่ กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และพนักงานบริการหญิงที่ทำงานนอกสถานบริการ

นอกจากนี้ข้อมูลการสำรวจวิจัยและการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ ในกลุ่มเด็กและเยาวชนยังได้สะท้อนให้เห็นว่าการเปลี่ยนแปลงทางสังคม เศรษฐกิจและวัฒนธรรม มีผลต่อการทำให้เยาวชนส่วนหนึ่งมีโอกาสก้าวสู่ภาวะการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฯ ดังกล่าวข้างต้น นับเป็นสัญญาณเตือนให้ประเทศไทยต้องระวังว่าการระบาดอาจย้อนกลับมาใหม่หากไม่เร่งรัดดำเนินการป้องกันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯให้ได้ครอบคลุม และมีประสิทธิผล

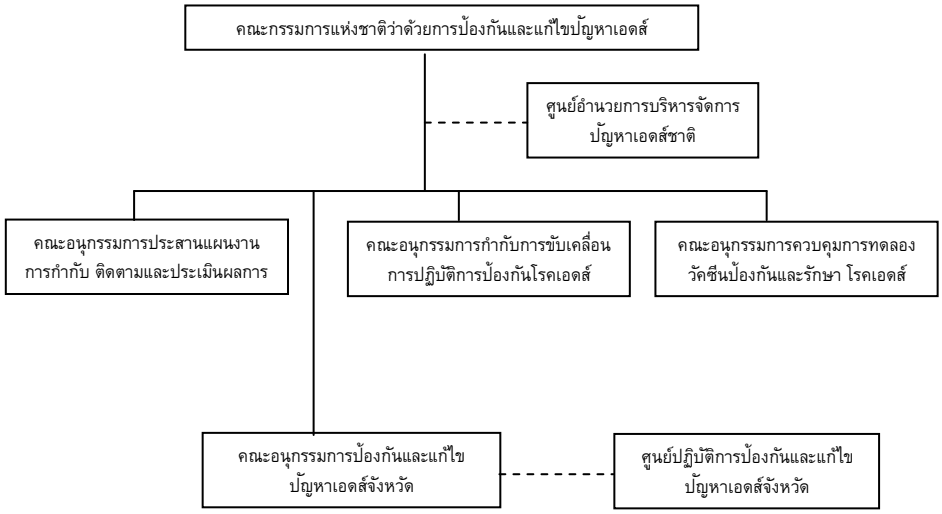
III. การดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ

1. การบริหารจัดการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) ประกอบ ด้วยผู้แทนจากทุกภาคส่วนทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม มีหน้าที่กำหนดนโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2540 โดยมี นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน อธิบดีกรมควบคุมโรคเป็นกรรมการและเลขานุการ และศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) ทำหน้าที่เป็นหน่วยงานเลขานุการ

คณะอนุกรรมการภายใต้ คช.ปอ.ในระดับประเทศประกอบด้วยคณะอนุกรรมการ 3 คณะ กล่าวคือ คณะอนุกรรมการประสานแผนงานงบประมาณ การกำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงาน คณะอนุกรรมการควบคุมการทดลองวัคซีนป้องกันและรักษาโรคเอดส์ และคณะอนุกรรมการกำกับขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ ส่วนในระดับจังหวัด ทุกจังหวัดมีคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด (รูปที่ 23)

รูปที่ 23: โครงสร้างกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ



2. แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติฉบับปัจจุบันมีระยะเวลาดำเนินการระหว่าง พ.ศ. 2550 – 2554 เป็นแผนที่จัดทำขึ้นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมจากทุกภาคส่วน และได้ผ่านการรับรองจาก คช.ปอ.

เป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์ฯ เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ.2554 ได้แก่

1) การติดเชื้อฯ รายใหม่ลดลงอย่างน้อยครึ่งหนึ่งจากที่คาดประมาณไว้

2) ผู้ติดเชื้อฯ และผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ สามารถเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ อย่างครอบคลุมและทั่วถึง

3) ผู้ติดเชื้อฯ ผู้ป่วยเอดส์ ครอบครัว และผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์ที่จำเป็นต้องได้รับการดูแลทางสังคม สามารถเข้าถึงบริการทางสังคมได้ไม่น้อยกว่าร้อยละ 80

แผนยุทธศาสตร์ฯ ได้กำหนดวัตถุประสงค์ที่จะบูรณาการการป้องกันและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ในทุกระดับ รวมถึงส่งเสริมการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน เพื่อให้บริการที่บูรณาการกับประชากรกลุ่มเป้าหมาย

นอกจากนี้ยังได้กำหนดยุทธศาสตร์สำคัญไว้ 4 ประการ คือ

1) การบริหารจัดการ เพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ภารกิจของภาคส่วนต่าง ๆ
2) การบูรณาการการป้องกัน ดูแลรักษา และลดผลกระทบ ตามกลุ่มประชากรเป้าหมาย
3) การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
4) การติดตาม ประเมินผล ศึกษาวิจัย และพัฒนาองค์ความรู้ เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

3. ความก้าวหน้าของประเทศในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ประเทศไทยผ่านประสบการณ์ในการต่อสู้กับการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี มาเป็นเวลานานเกือบ 3 ทศวรรษ จนถึงวันนี้เอดส์ยังคงมีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตของประชากรไทย ระบบสาธารณสุข สภาพสังคมและเศรษฐกิจของประเทศ แม้ว่า ประเทศไทยได้ดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างเข้มแข็งและมีความก้าวหน้าจนเป็นที่ชื่นชมของนานาประเทศในช่วงเวลาที่ผ่านมา แต่ก็ไม่ได้หมายความว่าประเทศไทยจะพอใจกับความสำเร็จเพียงเท่านี้ ประเทศยังคงมีภารกิจที่ต้องแก้ไขความท้าทาย และปัญหาการระบาดในอนาคตต่อไป

รายงานผลการดำเนินงานของประเทศไทยต่อการแพร่ระบาดของเอชไอวีนี้ แบ่งออกเป็น 2 ส่วน

- ส่วนแรก เป็นการทบทวนและตรวจสอบความก้าวหน้า ของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ โดยใช้กรอบปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอดส์จากการประชุมสมัชชาแห่งสหประชาชาติ สมัยพิเศษว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ เมื่อวันที่ 25-27 กรกฎาคม พ.ศ.2544 ที่ประเทศไทยได้ร่วมลงนามพร้อมกับอีก 188 ประเทศทั่วโลก เป็นแนวทางในการตรวจสอบ พร้อมทั้งการวิเคราะห์ช่องว่างที่ยังเหลืออยู่ โดยพิจารณาจากมุมมองของภาครัฐและภาคประชาสังคม
- ส่วนที่สอง เป็นการรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ซึ่งคณะทำงานติดตามประเมินผลการป้องกัน

และแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับประเทศทั้ง 13 ชุดได้ทำการรวบรวม สังเคราะห์ และสรุปเป็นรายงานตัวชี้วัด UNGASS ในแต่ละด้าน

<u>ส่วนที่ 1</u>

3.1 ความก้าวหน้าของประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวีและเอดส์ พ.ศ. 2544

ความเป็นผู้นำ

"ความเป็นผู้นำที่เข้มแข็งในทุกระดับของสังคมมีความสำคัญต่อการตอบโต้อย่างมีประสิทธิภาพต่อการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี
ความเป็นผู้นำของรัฐบาลในการต่อสู้กับ เอชไอวี/เอดส์ เป็นสิ่งสำคัญและความพยายามของรัฐบาลเหล่านี้ควรได้รับการสนับสนุนโดยการเข้ามามีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ของภาคประชาสังคม ภาคธุรกิจ รวมไปถึงภาคเอกชน
ความเป็นผู้นำยังหมายรวมถึงพันธะผูกพันส่วนบุคคลและมีการกระทำที่ชัดเจนอีกด้วย"

<u>ปฏิญญาข้อ 37-38</u>

- ประเทศไทยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2538 แผนฯฉบับปัจจุบันครอบคลุม ปี พ.ศ.2550-2554 เป็นแผนที่พัฒนาขึ้นด้วยกระบวนการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วนโดยผสมผสานและบูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่กำหนดกลุ่มประชากรเป้าหมายครอบคลุมกลุ่มต่างๆ ที่วิเคราะห์จากระบบข้อมูลของประเทศ และกำหนดการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์เป็นยุทธศาสตร์หนึ่งในแผนฯ งบประมาณส่วนใหญ่ในการดำเนินงานเป็นงบประมาณของประเทศ

- แม้ว่าจะเกิดความผันผวนของการเมืองของประเทศในช่วง 3-4 ปี ที่ผ่านมา แต่ประเทศไทยก็มีความก้าวหน้าในการจัดการกับปัญหาเอดส์ในหลายๆ ด้าน ด้วยการที่มีภาคีเครือข่ายการทำงานที่เข้มแข็งของภาครัฐและภาคประชาสังคม รวมถึงเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯแห่งประเทศไทย อย่างไรก็ดี การสนับสนุนจากภาคการเมืองในระดับผู้นำประเทศ ที่นายกรัฐมนตรี (นายอภิสิทธิ์ เวชชาชีวะ) ให้ความสำคัญโดยเป็นประธานการประชุมคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ด้วยตนเองเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2552 ได้ทำให้โอกาสของการทำงานชัดเจนขึ้น จากการมีมติให้จัดทำแผนเร่งรัดเพื่อลดการติดเชื้อฯรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2554

- ด้วยบริบทของการกระจายอำนาจสู่จังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ทำให้ความเป็นผู้นำของพื้นที่เป็นเงื่อนไขสำคัญในอนาคตของการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ ในรอบของการรายงานนี้ พบว่ามีความพยายามในการพัฒนากลไกและ

ศักยภาพของการทำงานร่วมกันของภาคส่วนต่างๆโดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของแต่ละพื้นที่

- สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ ได้ประสานการดำเนินงานในภาคส่วนธุรกิจที่ได้เริ่มขยายจากการที่ภาคธุรกิจดำเนินงานเอดส์สำหรับผู้ที่ทำงานในสถานประกอบกิจการของตนเอง เป็นการมีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ มีภาคธุรกิจได้ริเริ่มการดำเนินงานอยู่หลายองค์กร ได้แก่ ธนาคารกสิกรไทย ธนาคารสแตนดาร์ดชาร์เตอร์ บริษัทเชฟรอน เป็นต้น

การป้องกัน

"การป้องกันต้องเป็นพื้นฐานสำคัญในการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์"

ปฏิญญา ข้อ 47, 48

- แผนยุทธศาสตร์บูรณาการ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ฉบับปัจจุบัน กำหนดเป้าหมายที่จะลดการติดเชื้อฯรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งจากการคาดประมาณโดยกำหนดเป้าหมายเชิงพฤติกรรมในประชากรกลุ่มต่างๆ

ปฏิญญาข้อ 49, 50

- ในปี พ.ศ. 2552 คช.ปอ. ได้ประกาศแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน ให้ครอบคลุมการทำงานเอดส์ ในสถานที่ทำงาน ทั้งหน่วยงานรัฐ และหน่วยงานเอกชนทุกประเภท
- แม้ว่าการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ และผู้พลัดถิ่น ส่วนใหญ่จะใช้งบประมาณจากกองทุนโลกฯแต่กระทรวงสาธารณสุขก็ได้จัดระบบประกันสุขภาพสำหรับแรงงานข้ามชาติที่ลงทะเบียน และได้มีความก้าวหน้าในการเตรียมการจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายต่อคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติต่อไป

ปฏิญญา ข้อ 51

- กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดแนวปฏิบัติในการป้องกันการแพร่เชื้อฯ ในสถานบริการสาธารณสุข (Universal Precautions) ให้สถานบริการสาธารณสุขถือเป็นแนวปฏิบัติ
- ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เป็นหน่วยหลักในการดำเนินงานบริการตรวจคัดกรองโลหิตของประเทศไทย โลหิตบริจาคทุกหน่วยผ่านขั้นตอนการตรวจคัดกรองคุณภาพอย่างเข้มข้น และกระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ห้องปฏิบัติการทุกแห่งในสังกัดเข้าร่วมการทำมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการไม่ว่าจะเป็นมาตรฐานในระดับนานาชาติหรือระดับชาติ

ปฏิญญาข้อ 52, 53

- แผนยุทธศาสตร์ฯเอดส์ชาติฉบับปัจจุบันได้กำหนดมาตรการป้องกันในแต่ละกลุ่มประชากรและหน่วยงานรับผิดชอบไว้ชัดเจนแต่ด้วยระบบงบประมาณของประเทศที่กระจายการตัดสินใจลงไปที่จังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นทำให้การดำเนินงานด้านการป้องกันการติดเชื้อฯ ลดน้อยลงไป
- ปัจจุบันประเทศได้รับงบจากกองทุนโลกฯสนับสนุนการป้องกันในกลุ่มเยาวชน กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการ กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด กลุ่มแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มผู้ต้องขัง ซึ่งนอกเหนือจากการขยายความครอบคลุมการดำเนินงานแล้ว ก็ได้วางแนวทางการทำงานที่พัฒนากลไกและศักยภาพการทำงานของจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการระดมทรัพยากรในพื้นที่ รวมถึงการประเมินผล เพื่อวางกรอบการดำเนินงานให้มีประสิทธิผลอย่างจริงจังในระยะยาวต่อไป

ปฏิญญาข้อ 54

- การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก(PMTCT) เป็นโครงการป้องกันฯที่ประเทศยังคงดำเนินการได้อย่างมีประสิทธิภาพ ได้เริ่มปรับสูตรยาสำหรับ PMTCT เป็นยาสูตรสามตัว ให้ยาตามระดับ CD4 ริเริ่มโครงการ Staying Negative ในคลินิกแม่และเด็ก เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อฯ สามารถป้องกันตนเองจากการติดเชื้อฯ โดยการส่งเสริมบริการฝากครรภ์แบบคู่ อย่างไรก็ตาม การดำเนินนโยบาย PMTCT ยังถูกมองว่า มุ่งเน้นที่การป้องกันเด็กที่จะเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อฯ ละเลยการดูแลและให้ความสำคัญกับผู้หญิงที่เป็นมารดา โดยเฉพาะในเรื่องของสิทธิในการตัดสินใจวางแผนเรื่องการตั้งครรภ์ การดำเนินครรภ์ หรือการยุติการตั้งครรภ์ บนทางเลือกที่มีการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนและรอบด้าน

การดูแล สนับสนุน และการรักษา

“การดูแลรักษาเป็นส่วนประกอบหลักของการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ”

ปฏิญญาข้อ 55, 56, 57

- ผู้ติดเชื้อฯ คนไทยมีสิทธิในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ด้วยระบบประกันสุขภาพต่างๆ กล่าวคือ ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ระบบประกันสังคม และระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ
- ประเทศได้พัฒนาเครือข่ายในการรักษาเด็กติดเชื้อฯ ที่เชื่อมโยงการดูแลรักษาโดยโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนและครอบครัว

- เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ จัดบริการศูนย์องค์รวม ร่วมกับโรงพยาบาลชุมชน และร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนในการพัฒนารูปแบบบริการอนามัยเจริญพันธ์แก่ผู้ติดเชื้อฯ

- การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ยังไม่ครอบคลุมแรงงานข้ามชาติ แต่ประเทศไทยได้ให้บริการยาต้านไวรัสฯ กับแรงงานข้ามชาติด้วยงบประมาณที่สนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ซึ่งยังไม่เพียงพอ

- ความท้าทายอีกประการหนึ่ง ที่ได้วางแผนแก้ไขไว้ ก็คือ การที่ผู้มารับบริการยาต้านไวรัสฯ ส่วนใหญ่มารับยาเมื่อมีระดับภูมิคุ้มกันต่ำมากแล้ว และการให้การปรึกษาเพื่อการมีชีวิตหลังยาต้านไวรัสฯ ที่มีคุณภาพ

โรคเอดส์และสิทธิมนุษยชน

"การตระหนักถึงเรื่องสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานสำหรับทุกคน
เป็นสิ่งสำคัญในการลดภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อ เอชไอวี
การให้ความเคารพต่อสิทธิของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์
จะช่วยให้การตอบโต้ต่อปัญหาเอดส์มีประสิทธิภาพ"

<u>ปฏิญญาข้อ 58, 59</u>

- ประเทศไทย มีกฎหมาย นโยบาย ระเบียบ และข้อปฏิบัติที่คุ้มครองสิทธิโดยรวม และมีแนวปฏิบัติ ในการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ที่ค่อนข้างครอบคลุม

- รายงานการศึกษาทบทวนกฎหมาย นโยบายด้านสิทธิมนุษยชนและสิทธิด้านเอดส์ และรายงานสถานการณ์สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเอดส์ในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ. 2550 และ 2551 โดยมูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ การวิจัยสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ โดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ในปี พ.ศ. 2552 และรายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ผ่านมุมมองเรื่องสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ โดย ภาคประชาสังคม รวม 10 องค์กร ประสานการดำเนินงานโดยมูลนิธิรักษ์ไทย พบว่า แม้ว่า ประเทศจะมีนโยบายที่ดีหลายส่วนแต่การนำไปปฏิบัติ และกลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนยังมีบทบาทน้อยมากในการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ อีกทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิในระดับโครงสร้างกับระดับปฏิบัติยังไม่สอดคล้องกัน

<u>ปฏิญญา ข้อ 60, 61</u>

- จากรายงานของภาคประชาสังคม ดังกล่าว สะท้อนมุมมองว่า การส่งเสริมและการจัดบริการทางสุขภาพที่สอดคล้องกับฐานความคิดทางด้านสิทธิมนุษยชนนั้น บริการสุขภาพหลายเรื่องที่คาบเกี่ยวกับการละเมิดสิทธิมนุษยชนและสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธ์ อาทิ การบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก การบริการการปรึกษาและ

ตรวจการติดเชื้อฯ และการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรให้กับเยาวชน ผู้หญิง และประชากรที่ภาวะเสี่ยงสูงกลุ่มต่างๆ

การลดภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อ เอชไอวี

"การลดภาวะเปราะบางต้องได้รับความสำคัญในการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์

การส่งเสริมสถานะและบทบาทแก่ผู้หญิงเป็นสิ่งสำคัญในการลดภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อ"

ปฏิญญา ข้อ 62, 63, 64

- ช่วงปี 2551-2552 คณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ ได้พิจารณาสนับสนุนหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อฯ
- การดำเนินงานโครงการป้องกันการติดเชื้อฯในกลุ่มเยาวชน และกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ใช้ยุทธศาสตร์การจัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา สร้างความรู้ความเข้าใจ ตลอดจนพัฒนาศักยภาพคนทำงานในเรื่องเพศ เพศภาวะ และเพศวิถี เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ และกระจายถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นให้เข้าถึงและเพียงพอ
- ความท้าทายในการป้องกันฯ กรณีของครอบครัว ได้มีความพยายามดำเนินการส่งเสริมการให้บริการฝากครรภ์คู่ เพื่อให้ฝ่ายชายมีส่วนร่วม แต่ก็ยังไม่มีแผนงานที่ขยายความครอบคลุมได้ดี กระบวนการจัดทำรายงานฉบับนี้ จึงพยายามค้นหาแนวปฏิบัติการที่ดี ในประเด็น ที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงและความเป็นเพศหญิง

เด็กที่เป็นกำพร้าและมีภาวะเปราะบางเนื่องมาจากเอดส์

"เด็กที่เป็นกำพร้าและได้รับผลกระทบจากเอดส์จำเป็นจะต้องได้รับการช่วยเหลือเป็นพิเศษ"

ปฏิญญา ข้อ 65, 66

- เด็กกำพร้าและไม่กำพร้ามีสัดส่วนของการเข้าเรียนไม่ต่างกัน
- ประเทศยังขาดข้อมูลเชิงกลยุทธ์ ที่เพียงพอต่อการทำความเข้าใจถึงสถานการณ์ ปัญหาที่แท้จริงของเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ และการดูแลส่วนใหญ่เป็นการสงเคราะห์ ในขณะที่เด็กต้องการความช่วยเหลือในด้านจิตใจและสังคมด้วย

- ความท้าทายอีกประการ คือการที่เด็กที่ติดเชื้อฯ เติบโตเข้าสู่วัยรุ่น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้ให้บริการ จะต้องเข้าใจความต้องการบริการที่เกี่ยวเนื่องกับอนามัยเจริญพันธุ์

การบรรเทาผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจ

"การแก้ไขปัญหาเรื่องเอดส์ เป็นการลงทุนในการพัฒนาที่ยั่งยืน"

ปฏิญญา ข้อ 68

- ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับปัจจุบัน(พ.ศ.2550-2554) ได้กล่าวถึงผลกระทบของปัญหาเอดส์ต่อการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมทั้งนี้ควรทบทวนผลกระทบนี้ ในช่วงปี พ.ศ. 2553 เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการพิจารณาในการจัดทำแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในช่วงถัดไป

ปฏิญญา ข้อ 69

- แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน ปี พ.ศ. 2552 มีประเด็นการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ กำหนดเป็นสาระสำคัญประการหนึ่งในแนวปฏิบัติ

การวิจัยและพัฒนา

"เนื่องจากยังไม่มีการค้นพบการรักษาเอดส์ให้หายขาด
การวิจัยและพัฒนาต่อไปจึงมีความสำคัญ"

ปฏิญญาข้อ 70, 71, 72, 73, 74

- ประเทศไทยได้เสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยและการวิเคราะห์ผลของโครงการศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลองระยะที่ 3
- มีโครงการวิจัยทั้งที่เป็น ด้านคลินิก ด้านพฤติกรรม และการวิจัยและพัฒนาอยู่โดยหลายหน่วยงาน แต่ยังไม่มีการรวบรวมและทบทวนเป็นฐานข้อมูลเพื่อเสนอประเด็นที่ควรศึกษาวิจัยอย่างเป็นระบบ

เอดส์ในภูมิภาคที่มีความขัดแย้งและได้รับผลกระทบจากภัยพิบัติ

"ความขัดแย้งและภัยพิบัติมีส่วนก่อให้เกิดการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี"

ปฏิญญาข้อ 77, 78

- หน่วยงานทหาร และตำรวจ มีแผนงานการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ในกลุ่มทหารและตำรวจอย่างต่อเนื่อง

ทรัพยากร

"เราจะไม่สามารถรับมือกับปัญหาและความท้าทายเรื่องเอดส์ได้ หากปราศจากทรัพยากรใหม่ๆ ที่เข้ามาเพิ่มเติมอย่างยั่งยืน"

ปฏิญญาข้อ 82, 85

- ร้อยละ 80-90 ของงบประมาณดำเนินการแก้ไขป้องกันเอดส์ในประเทศเป็นงบประมาณจากรัฐบาล แต่สัดส่วนงบประมาณในการป้องกันยังน้อย
- ความท้าทาย คือการระดมทรัพยากรในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันฯ จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

การติดตามและประเมินผล

"การรักษาแรงขับเคลื่อนและการติดตามประเมินผลความคืบหน้าเป็นสิ่งสำคัญอย่างยิ่ง"

ปฏิญญาข้อ 94, 95, 96

- คช.ปอ.ได้แต่งตั้งคณะทำงานติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ รวม 16 คณะ แต่ละคณะประกอบด้วยคณะทำงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม นักวิชาการ และองค์กรระหว่างประเทศ ซึ่งได้ร่วมกันจัดทำรายงานฉบับนี้ พร้อมกับมีภารกิจที่จะจัดทำโครงร่างการติดตามและประเมินผล และดำเนินการติดตามและประเมินผลอย่างต่อเนื่อง

ส่วนที่ 2

1. พันธกรณีและการดำเนินงานในระดับประเทศ

1.1 การใช้จ่ายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ

รายจ่ายของประเทศด้านเอดส์ในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวนเท่ากับ 6,928 ล้านบาท คิดเป็น 110 บาท ต่อประชากร 1 คน หรือ 14,275 บาท ต่อผู้ติดเชื้อฯ 1 คน (ประมาณการผู้ติดเชื้อฯ รวม 485,325 คน) คิดเป็นร้อยละ 0.08 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ในปี พ.ศ. 2551 หรือร้อยละ 1.9 ของค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพทั้งหมด ในปี พ.ศ.2552 รายจ่ายด้านเอดส์ของประเทศเพิ่มขึ้นเล็กน้อย เป็น 114 บาท ต่อประชากร 1 คน หรือเท่ากับ 14,417 บาท ต่อต่อผู้ติดเชื้อฯ 1 คน (ดูตารางที่ 4 ในภาคผนวก 1)

ตารางที่ 8: ค่าใช้จ่ายของประเทศด้านเอดส์ จำแนกตามลักษณะแผนงาน พ.ศ. 2551 และ 2552

แผนงาน	พ.ศ. 2551		พ.ศ. 2552	
	ล้านบาท	ร้อยละ	ล้านบาท	ร้อยละ
การป้องกัน	1,500	21.70	987	13.70
การดูแลรักษา	4,560	65.80	5,483	76.10
การช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางจากเอดส์	50	0.70	52	0.70
การบริหารและเสริมความเข้มแข็งการบริหารแผนงาน	397	5.70	250	3.50
ค่าตอบแทนสำหรับบุคลากร	44	0.60	208	2.90
การคุ้มครองและบริการทางสังคม ส่วนที่ไม่รวมการช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางจากเอดส์	219	3.20	171	2.40
การพัฒนาภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานและพัฒนาชุมชน	2	0.00	8	0.10
การวิจัย ส่วนที่ไม่รวมการวิจัยปฏิบัติการ	156	2.30	49	0.70
รวม	**6,928**	**100.00**	**7,208**	**100.00**

จากตารางที่ 8 รายจ่ายของประเทศด้านเอดส์ส่วนใหญ่ ใช้ในการดูแลรักษา (ร้อยละ 66 ในปี พ.ศ. 2551 และ ร้อยละ 76 ในปี พ.ศ. 2552) ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านการป้องกัน มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 22 ในปี พ.ศ. 2551 และลดลงเหลือเพียงร้อยละ 14 ในปี พ.ศ. 2552 ส่วนค่าใช้จ่ายด้านอื่นๆ มีสัดส่วนที่น้อยมาก

สำหรับแหล่งทุนของรายจ่ายด้านเอดส์ ส่วนใหญ่เกือบทั้งหมด (ร้อยละ 85 ในปี พ.ศ. 2551 และ ร้อยละ 93 ในปี พ.ศ. 2552) เป็นแหล่งทุนภายในประเทศ และส่วนใหญ่ใช้เป็นค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษา (ร้อยละ 71 ในปี พ.ศ. 2551 และ ร้อยละ 80 ในปี พ.ศ. 2552)

ส่วนแหล่งทุนจากต่างประเทศ มีแนวโน้มลดลง จากร้อยละ 17 ในปี พ.ศ. 2550 เป็นร้อยละ 15 ในปี พ.ศ. 2551 และเหลือร้อยละ 7 ในปี พ.ศ. 2552 ประมาณ 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายที่มาจากแหล่งทุนต่างประเทศในปี พ.ศ. 2552 เป็นค่าตอบแทนสำหรับบุคคลากร รองลงมาร้อยละ 29 เป็นค่าใช้จ่ายด้านการป้องกัน ร้อยละ 17 เป็นค่าใช้จ่ายด้านการบริหารจัดการ และร้อยละ 15 เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

สำหรับแหล่งทุนภายในประเทศ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เป็นแหล่งทุนที่ใหญ่ที่สุด คิดเป็นครึ่งหนึ่งของค่าใช้จ่ายของประเทศทั้งหมด ส่วนสิทธิข้าราชการ และสำนักงานประกันสังคม มีสัดส่วนใกล้เคียงกันคือประมาณ ร้อยละ 12-15 ค่าใช้จ่ายเกือบทั้งหมดจากแหล่งทุนทั้งสามแหล่ง ใช้เป็นค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา

เมื่อเปรียบเทียบค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ ต่อผู้ติดเชื้อฯ 1 คน ในปี พ.ศ. 2552 กับปี พ.ศ. 2550 พบว่าค่าใช้จ่ายต่อคนเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด โดยเพิ่มขึ้น จาก 11,507 บาท ในปี พ.ศ. 2550 เป็น 14,417 บาท ในปี พ.ศ. 2552 ที่เป็นเช่นนี้เพราะจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ลดลง ในขณะที่ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เพิ่มสูงขึ้น เนื่องจาก

มีผู้ติดเชื้อฯ จำนวนมากขึ้น ที่ดื้อต่อยาสูตรพื้นฐาน และต้องเปลี่ยนไปใช้ยาสูตรขั้นที่ 2 (second line regimen)

ตารางที่ 9: รายละเอียดของหมวดค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษา พ.ศ. 2551-2552

รายการของค่าใช้จ่าย	2551		2552	
	ล้านบาท	ร้อยละ	ล้านบาท	ร้อยละ
รวมค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษา	**4,560**	**100**	**5,483**	**100**
1 การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ	2,031	45	3,125	57
2 การรักษาแบบผู้ป่วยใน	942	21	1,042	19
3 การรักษาแบบผู้ป่วยนอก	420	9	491	9
4 การติดตามการรักษาด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	697	15	373	7
5 การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส	190	4	215	4
6 การสนับสนุนด้านโภชนาการ	141	3	139	3
7 การดูแลประคับประคอง	67	1	75	1
8 การดูแลที่บ้าน	50	1	11	0
9 อื่นๆ ที่ไม่ได้จำแนก	20	1	7	0
10 การดูแลด้านจิตใจ	4	0	5	0

แหล่งข้อมูล: ปรับจากตารางที่ 10 ภาคผนวก 1

ตารางที่ 9 แสดงรายละเอียดรายจ่ายของประเทศด้านการดูแลรักษา จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาปี 2552 เป็นจำนวนเงินที่มากถึง 5,483 ล้านบาท โดยมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 57) เป็นค่าใช้จ่ายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ร้อยละ 28 เป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (การรักษาแบบผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก) ร้อยละ 7 เป็นการติดตามการรักษาด้วยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ร้อยละ 4 เป็นการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และค่าใช้จ่ายอื่นๆ อีกประมาณร้อยละ 4

เมื่อพิจารณาเฉพาะค่าใช้จ่ายของยาต้านไวรัสฯ จะเห็นว่า เพิ่มขึ้นจาก 2,031 ล้านบาท ในปี 2551 เป็น 3,125 ล้านบาทในปี 2552 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 54 ในช่วงเวลา 1 ปี เนื่องจากผู้รับยาต้านไวรัสฯ สูตรพื้นฐานมีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 96,119 คน ในปี 2551 เป็น 108,924 คน ในปี 2552 และผู้ที่ดื้อต่อยาต้านไวรัสฯ สูตรพื้นฐาน และต้องเปลี่ยนไปใช้สูตรขั้นที่ 2 มีจำนวนเพิ่มขึ้นจาก 2, 998 คน ในปี 2551 เป็น 5,572 คน ในปี 2552 หรือเพิ่มขึ้นร้อยละ 86 ในช่วงเวลา 1 ปี ทำให้ค่าใช้จ่ายของยาต้านไวรัสฯ เพิ่มขึ้นจาก 10,728 บาท ต่อผู้ติดเชื้อฯ 1 คน ในปี 2551 เป็น 16,162 บาท ต่อผู้ติดเชื้อฯ 1 คน ในปี 2552

ตารางที่ 10: รายละเอียดของหมวดค่าใช้จ่ายด้านการป้องกัน พ.ศ. 2551-2552

รายการของค่าใช้จ่าย	พ.ศ. 2551		พ.ศ. 2552	
	ล้านบาท	ร้อยละ	ล้านบาท	ร้อยละ
รวมค่าใช้จ่ายด้านการป้องกัน	**1,500**	**100**	**987**	**100**
1 บริการโลหิตปลอดภัย	404	27	343	35
2 การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก	136	9	131	13
3 การป้องกันหลังการสัมผัส	6	0	105	11
4 แผนงานป้องกันเยาวชนในสถานศึกษา	118	8	78	8
5 การสื่อสารสาธารณะ	30	2	48	5
6 การให้คำปรึกษาและการตรวจการติดเชื้อโดยความสมัครใจ	23	2	37	4
7 แผนการลดอันตรายจากการใช้ยาสำหรับผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	2	0	36	4
8 แผนงานป้องกันในสถานประกอบการ	48	3	34	3
9 การกระจายถุงยางอนามัยโดยภาครัฐและการค้า	51	3	23	2
10 แผนงานเยาวชนนอกสถานศึกษา	100	7	22	2
11 แผนงานประชากรที่มีภาวะเปราะบางและกลุ่มพิเศษ	26	2	20	2
12 การปรับปรุงการบริการบริหารแผนงานโรคติดเชื้อทางพฤติกรรมสัมพันธ์	7	0	19	2
13 แผนงานกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	7	0	8	1
14 การทำงานกับชุมชน	2	0	7	1
15 แผนงานป้องกันสำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อ	5	0	5	1
16 แผนงานกลุ่มพนักงานบริการและผู้ใช้บริการ	10	1	4	0
17 ถุงยางอนามัยสำหรับสตรี	0	0	1	0
18 อื่นๆ ที่ไม่ได้จำแนก	525	35	65	7

แหล่งข้อมูล : ปรับจากตารางที่ 11 ภาคผนวก 1

ตารางที่ 10 แสดงรายละเอียดรายจ่ายของประเทศด้านการป้องกันฯ จะเห็นได้ว่าค่าใช้จ่ายด้านการป้องกันฯลดลงจาก 1,500 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 987 ล้านบาท ในปี พ.ศ. 2552 หรือลดลงร้อยละ 34 ในช่วงเวลา 1 ปี ประมาณ 1 ใน 3 ของค่าใช้จ่ายด้านการป้องกันฯทั้งหมด เป็นค่าใช้จ่ายของบริการโลหิตปลอดภัย และ 1 ใน 5 เป็นค่าใช้จ่ายของการป้องกันด้วยยาต้านไวรัสฯ เช่น การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก (PMTCT) และการป้องกันหลังการสัมผัสเชื้อ (PEP) ส่วนค่าใช้จ่ายด้านการป้องกันทางพฤติกรรมในประชากรกลุ่มต่างๆ มีสัดส่วนเป็น 1 ใน 4 หรือ ร้อยละ 25 ในปี พ.ศ. 2551 และเพิ่มเป็นร้อยละ 38 ในปี พ.ศ. 2552 ส่วนค่าใช้จ่ายสำหรับถุงยางอนามัย มีสัดส่วนเพียงร้อยละ 3 ของค่าใช้จ่ายด้านการป้องกันฯทั้งหมด

โดยสรุปค่าใช้จ่ายของประเทศในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ใช้งบประมาณจากแหล่งทุนในประเทศเป็นส่วนใหญ่ และส่วนใหญ่เกือบทั้งหมดทุ่มเทให้กับการดูแลรักษา โดยเฉพาะการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในขณะที่ค่าใช้จ่ายด้านการ

ป้องกันมีสัดส่วนน้อยมากและส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างประเทศ โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายสำหรับการป้องกันด้านพฤติกรรมในประชากรกลุ่มต่างๆ และค่าใช้จ่ายในการสนับสนุนถุงยางอนามัย มีสัดส่วนที่น้อยมาก จนอาจไม่เพียงพอที่จะทำให้เกิดประสิทธิผล ของเป้าหมายการลดการติดเชื้อรายใหม่ให้ได้ครึ่งหนึ่งในปี พ.ศ. 2554 ตามที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ฯ เอดส์ชาติ

นอกจากนี้ค่าใช้จ่ายด้านการรักษาที่เพิ่มขึ้นโดยเฉพาะการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เพิ่มขึ้นร้อยละ 54 ในช่วงเวลาเพียง 1 ปี ซึ่งเป็นผลมาจาก ผู้ติดเชื้อฯ ที่เข้ามารับยาต้านไวรัสฯ สูตรพื้นฐานมีจำนวนเพิ่มขึ้น และมีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ดื้อยาต้านไวรัสฯ สูตรพื้นฐาน และต้องเปลี่ยนไปใช้ยาต้านไวรัสฯ แบบ สูตรขั้นที่ 2 เพิ่มขึ้น ในขณะที่ยาต้านไวรัสฯ สูตรขั้นที่ 2 มีราคาสูงกว่ายาต้านไวรัสฯ สูตรพื้นฐานประมาณ 1.507 เท่า ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญ และสนับสนุนแผนงานด้านการป้องกันฯให้มากขึ้น เพื่อช่วยลดจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่จะเข้ามารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในอนาคต ซึ่งจะเป็นการช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตเช่นเดียวกัน

1.2 ดัชนีรวมด้านนโยบายในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

1.2.1 มุมมองของภาครัฐ

แผนยุทธศาสตร์

ประเทศไทยได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่บูรณาการความร่วมมือจากทุกภาคส่วน เป็นระยะเวลานาน 12 ปีแล้ว และปัจจุบันเป็นแผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ฉบับที่ 4 (พ.ศ. 2550-2554) ซึ่งกำหนดยุทธศาสตร์ฯ การดำเนินงานที่สำคัญไว้ 4 ยุทธศาสตร์ และกำหนกลุ่มเป้าหมายของการดำเนินงานป้องกันไว้อย่างชัดเจน แต่ไม่ได้กำหนดกรอบงบประมาณของแต่ละภาคส่วนไว้ อย่างไรก็ตาม ภาคส่วนต่างๆ ได้มีการนำแผนยุทธศาสตร์ฯ ไปเป็นแนวทางในการกำหนดกรอบแผนงานและกิจกรรมของการดำเนินงานเอดส์ในหน่วยงาน ส่วนการขอจัดสรรงบประมาณในการดำเนินงานตามแผนนั้นๆ ขึ้นอยู่กับศักยภาพของแต่ละหน่วยงานในการหาแหล่งงบประมาณสนับสนุน เช่น จากหน่วยงานของตนเอง โดยการจัดทำเป็นแผนปฏิบัติการประจำปี หรือ จัดทำโครงการเพื่อขอรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนอื่นๆ อาทิ สปสช. หรือ องค์กรระหว่างประเทศ นอกจากนี้ ยังมีการขอสนับสนุนแหล่งทุนในระดับพื้นที่ ได้แก่ กองทุนสุขภาพตำบล องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และงบประมาณของแผนยุทธศาสตร์จังหวัด เป็นต้น

นอกจากนี้ประเทศยังได้จัดทำแผนงานที่สำคัญ 2 แผนงานภายใต้กรอบแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 ได้แก่ แผนงานป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ และการจัดทำ

แผนบูรณาการและเร่งรัดเพื่อลดการติดเชื้อฯ ในกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มของการติดเชื้อสูงลงครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2554

แม้ว่าประเทศไทยจะมีนโยบายที่เอื้อต่อการทำงานเอดส์หากแต่ยังมีประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนในเรื่องการสอนเพศศึกษาในสถานศึกษา การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด การประกันสุขภาพของกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ทั้งนี้ได้มีการปรับปรุงนโยบายเพื่อให้สอดคล้องกับการดำเนินงานมากขึ้น กล่าวคือ แนวปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในในสถานที่ทำงานที่ครอบคลุมหน่วยงานภาครัฐและเอกชน ที่เป็นประกาศของ คช.ปอ. เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552

การสนับสนุนทางการเมือง

ในช่วงปี พ.ศ.2551-2552 ถือได้ว่าการดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้รับการสนับสนุนจากภาคการเมืองเป็นอย่างมากโดยนายกรัฐมนตรีเป็นประธานการประชุม คช.ปอ. ด้วยตนเองและยังช่วยในรณรงค์ป้องกันฯ ทางสื่อสาธารณะ ทำให้ภาคส่วนต่างๆ เห็นความ สำคัญของงานด้านเอดส์มากขึ้น และยังได้กำหนดนโยบายและมาตรการเร่งรัดเพื่อลดการติดเชื้อฯ ในกลุ่มประชากรที่มีแนวโน้มความเสี่ยงสูงให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ.2554 มาตรการดังกล่าว ประกอบด้วย การสื่อสารสาธารณะ การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย การส่งเสริมการป้องกันในเยาวชน และประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฯ รวมทั้ง ให้กำหนดตัวชี้วัดร่วม (Joint KPI) เพื่อให้หน่วยงานต่างๆ ได้ร่วมกันดำเนินงาน โดยกลวิธีการทำงาน มุ่งเน้นการสร้างความเข้มแข็งให้กับเครือข่าย คนทำงาน และการทำให้องค์กรปกครองท้องถิ่น จังหวัด เป็นผู้ขับเคลื่อนงานในพื้นที่ได้เองอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

แม้ประเทศไทยจะมีแผนยุทธศาสตร์ฯที่ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายกลยุทธ์และมาตรการ ในการดำเนินงานป้องกันเป็นแนวทางไว้อย่างครอบคลุม แต่การสนับสนุนให้นำไปสู่การปฏิบัติ จากภาครัฐยังมีน้อย ไม่ว่าจะเป็นงบประมาณที่ได้รับยังเป็นสัดส่วนที่น้อย ภายใต้ข้อจำกัดของสถานะการเงินการคลังของประเทศที่เปลี่ยนแปลง นโยบาย กฎหมายบางอย่างที่ยังไม่เอื้อในการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะหน่วยงานทั้งภาครัฐภาคประชาสังคมที่ดำเนินงานด้านการป้องกันอย่างเป็นระบบในพื้นที่ยังมีน้อย อย่างไรก็ตามความก้าวหน้าที่สะท้อนถึงความพยายามในการดำเนินงานด้านการป้องกันในรอบปีนี้ ได้แก่ การจัดทำแผนงานโครงการด้านการป้องกันฯในกลุ่มเยาวชนและกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ทำให้มีการดำเนินงานที่ครอบคลุมพื้นที่เพิ่มมากขึ้น นอกจากนี้ ยังมีการพัฒนากลไกที่จะทำให้เกิดการขับเคลื่อนการดำเนินงานเอดส์ในระดับจังหวัด

การรักษา ดูแลและการให้ความช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อฯ และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ

จากการผลักดันของภาคประชาสังคมร่วมกับการดำเนินงานของภาครัฐทำให้ประเทศไทยเป็นประเทศที่ให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯมาโดยตลอดทั้งด้านแผนงานโครงการที่มีความครอบคลุมและผสมผสานในทุกมิติ มีนโยบายที่ชัดเจน มีกลไกและเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็งทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม รวมทั้งมีการสนับสนุนงบประมาณจำนวน มากเพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯต่อเนื่องและยั่งยืนภายใต้ระบบประกันสุขภาพ โดยภาพรวม ประเทศมีความพยายามที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อฯได้เข้าถึงบริการดูแลรักษาได้อย่างครอบคลุม ทั่วถึงและเท่าเทียม และเป็นไปตามมาตรฐานมากขึ้นเป็นลำดับ

สำหรับการช่วยเหลือผู้ได้รับผลกระทบ ในเชิงนโยบายแนวทางการดำเนินงานยังให้ความสนใจกับประเด็นผู้สูงอายุที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ไม่มากเท่าที่ควร การปรับแนวทางนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ในการยกระดับมาตรฐานสถานเลี้ยงดูเด็กกำพร้าทั้งของภาครัฐและเอกชนยังคงเป็นความท้าทาย นอกจากนี้ การไม่มีฐานข้อมูลที่สามารถบอกถึงขนาดปัญหา สถานการณ์ของเด็กที่ได้รับผลกระทบได้ ทำให้ไม่มีแผนงานโครงการระดับประเทศที่เป็นระบบและมีประสิทธิภาพ

การติดตามประเมินผล

ประเทศมีความพยายามในการพัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้เป็นเอกภาพมากขึ้น โดยได้กำหนดโครงสร้างการติดตามประเมินผลที่ชัดเจน มีคณะทำงานติดตามประเมินผลระดับประเทศ 16 คณะ และมีความพยายามในการพัฒนาความเข้มแข็งของระบบการติดตามฯที่ระดับจังหวัด

ในปี พ.ศ. 2552 ได้จัดทำแผนการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง และแรงงานข้ามชาติ ซึ่งยังคงอยู่ระหว่างการจัดทำแผนปฏิบัติการ

ในระดับแผนงาน โครงการ ข้อมูลจากการสำรวจการดำเนินงานเอดส์ของหน่วยงานภาครัฐ ดังกล่าว พบว่า มีเพียง 3 หน่วยงานเท่านั้น ที่มีทั้งแผนและงบประมาณการติดตามประเมินผล ส่วนอีก 5 หน่วยงานมีแผน แต่ไม่มีงบประมาณดำเนินการ ที่เหลือนอกจากนั้นไม่มีแผนการติดตามประเมินผลฯ โดยที่ส่วนใหญ่ใน 1 ปีที่ผ่านมา หน่วยงานต่างๆก็ไม่มีแผนการเสริมศักยภาพด้านการติดตามประเมินผล

กลไกในการติดตามประเมินผลที่สำคัญ คือ การตรวจราชการแบบบูรณาการที่สามารถกระตุ้นคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดในบางพื้นที่ให้มีการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ได้มากขึ้น

1.2.2 มุมมองของภาคประชาสังคม

ก. ด้านสิทธิมนุษยชน

การส่งเสริมและสนับสนุนสิทธิและการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

จากรายงานการศึกษาทบทวนกฎหมาย นโยบายด้านสิทธิมนุษยชนและสิทธิด้านเอดส์ของมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า ประเทศไทยมีกฎหมายที่ดี ที่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ประมวลกฎหมายอาญา แพ่งและพาณิชย์ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน และพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก รวมทั้งมีแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและจัดการปัญหาเอดส์ในสถานที่ทำงาน ที่ได้มีการประกาศใช้เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2552 ซึ่งทั้งหมดนี้ สะท้อนให้เห็นว่าประเทศมีกลไกทางกฎหมายและนโยบายด้านเอดส์ที่ดี และเอื้อให้มีการดำเนินงานที่ดีอยู่แล้ว ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องมีกฎหมายเฉพาะเรื่องเอชไอวีอีก

ถึงแม้ว่า ประเทศจะมีนโยบายที่ดีหลายส่วน แต่ก็ยังมีอุปสรรคที่ไม่ได้นำไปปฏิบัติอย่างจริงจัง กลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนยังมีบทบาทน้อยมากในการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ อีกทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิในระดับโครงสร้างกับระดับปฏิบัติยังไม่สอดคล้องไปด้วยกัน จึงควรเพิ่มบทบาทกลไกต่าง ๆ ให้ทำหน้าที่คุ้มครอง ป้องกัน และส่งเสริมสิทธิด้านเอดส์ และพัฒนาระบบให้กลไกคุ้มครองสิทธิในระดับโครงสร้างและระดับปฏิบัติมีการดำเนินงานที่สอดคล้องไปด้วยกัน

นอกจากนี้ กระบวนการจัดทำและนำเสนอรายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศ โดยคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) ในปี พ.ศ. 2552 ได้กล่าวถึง ความท้าทายสำคัญอีกประการหนึ่งในการส่งเสริมการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และขจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติ คือ จะต้องยุติการมองหรือเรียกคนเป็น “กลุ่มเสี่ยง” “กลุ่มเสี่ยงสูงสุด” ที่นำไปสู่การตีตราคนกลุ่มนั้น ๆ ว่าเป็นกลุ่มที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯ เป็นปัญหาทางสังคม แต่ให้ดำเนินการส่งเสริมทำความเข้าใจ ปัจจัย เงื่อนไข และโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ เศรษฐกิจ และการเมือง ที่ไม่เท่าเทียม ที่ทำให้คนกลุ่มต่าง ๆ ในสังคม ตกอยู่ในสภาวะด้อยอำนาจ ไม่เท่าเทียม ถูกรังเกียจ ถูกเลือกปฏิบัติ และไม่สามารถตัดสินใจเลือกดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัย เช่นคนกลุ่มอื่นๆ ในสังคม

ข. ด้านการจัดบริการสุขภาพ

ประเทศมีนโยบายและการสนับสนุนงานด้านการป้องกันเพิ่มมากขึ้นทั้งในส่วนการจัดตั้งคณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ การกำหนดนโยบาย ลดการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปีพ.ศ. 2554 และการดำเนิน

แผนงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกฯ รอบที่ 8 ซึ่งจัดสรรงบประมาณดำเนินการในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางโดยตรง ได้แก่ ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการหญิง ผู้ต้องขัง และแรงงานข้ามชาติ อีกทั้งกำหนดเป็นแนวทางให้มีผู้แทนประชากรกลุ่มต่างๆ เข้าไปมีส่วนร่วมในกลไกหรือโครงสร้างการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานทั้งระดับประเทศและระดับจังหวัด

ในเรื่องของการขยายและพัฒนาบริการด้านการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก (PMTCT) มีความคืบหน้าในเรื่องการปรับสูตรยาสำหรับ PMTCT เป็นยาสูตรสามตัว โดยดำเนินการนำร่องในเขต 7 และ 4 จังหวัด และจะมีการขยายการดำเนินงานทุกพื้นที่ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 นอกจากนี้ยังได้ริเริ่มดำเนินงานโครงการ Staying Negative ในคลินิกแม่และเด็ก โดยการส่งเสริมบริการฝากครรภ์แบบคู่ และให้การปรึกษาเพื่อให้ดูแลป้องกันตนเองจากการรับเชื้อฯ ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพของแม่เพิ่มมากขึ้น ขณะเดียวกันก็ได้มีการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต สิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อฯ โดยเริ่มต้นจากกลุ่มที่เข้ามารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์และพบว่าตนเองมีเชื้อฯ ซึ่งกำลังขยายความครอบคลุมไปทั่วประเทศ

ในการดำเนินงานส่งเสริมบริการในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเปราะบาง พบว่ามีความคืบหน้าในการดำเนินงานด้าน การลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน โดยเฉพาะภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและความยุติธรรม ในรูปของคณะทำงานระดับประเทศ และส่งเสริมให้มีการเรียนรู้จากสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างความตระหนักในการรับรู้และร่วมกันแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการเพิ่มการรักษาด้วยสารทดแทนเมทาโดนระยะยาว รวมเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2551 รวมทั้งมีการดำเนินงานโครงการ NAPHA Extension เพื่อให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ แก่แรงงานต่างชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ และคนที่ไม่มีสถานะพลเมืองจำนวน 2,000 ราย นอกจากนี้ก็ได้มีการริเริ่มการดำเนินงานส่งเสริมเรื่อง VCT การแจกจ่ายถุงยางอนามัย และงานด้านลดอันตรายจากการใช้ยา ในเรือนจำอยู่บ้าง โดยยังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม แม้อาจมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ

ด้านการดูแลเด็กก็มีคณะกรรมการคุ้มครองเด็กฯภายใต้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์เข้ามามีบทบาทเป็นหน่วยงานหลักที่ทำงานด้านการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ทั้งที่มีและไม่มีเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบแบบรอบด้านโดยภาคประชาสังคม กลุ่มเราเข้าใจและภาคี ร่วมกับภาคบริการทางการแพทย์และวิชาการ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อฯ ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานเอดส์ในกลุ่มเยาวชนอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม ภาคประชาสังคมมองว่า ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาในการดำเนินนโยบายการลดการถ่ายทอดเชื้อฯไปสู่ทารกเกิดใหม่ หรือที่เรียกกันทั่วไปอย่างคุ้นเคยว่า การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก มุ่งเน้นการป้องกันฯเฉพาะทารกเกิดใหม่ ละเลยไม่ได้ให้ความสำคัญกับผู้หญิงผู้เป็นแม่ ที่จะตัดสินใจวางแผนเรื่องการตั้งครรภ์ การดำเนินครรภ์ หรือการยุติการตั้งครรภ์ บนทางเลือกที่มีการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนรอบด้าน จึงเห็นควรให้มีการส่งเสริมการเคารพสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรและเคารพสิทธิผู้มารับบริการและส่งเสริมการจัดบริการแบบคู่สำหรับหญิงที่มาฝากครรภ์ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้หญิงได้สื่อสารทำความเข้าใจเรื่องการป้องกันฯ กับคู่ได้เพิ่มขึ้น

ในการส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงบริการของกลุ่มประชากรที่ไม่มีสถานะพลเมืองไทย พบว่า มีนโยบายที่ไม่เอื้อหรือไม่ชัดเจน เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ อาทิ การไม่มีนโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่รอบด้าน การใช้กฎหมายปรามการค้าประเวณีในการเลือกปฏิบัติจับกุมพนักงานบริการหรือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่พกพาถุงยางอนามัยในข้อหา เตร็ดเตร่ มั่วสุมเพื่อการค้าประเวณี หรือการที่มีแรงงานต่างชาติและกลุ่มชาติพันธุ์รวมทั้งกลุ่มประชากรข้ามชาติที่เข้าเมืองไม่ถูกกฎหมาย ทั้งกลุ่มที่ได้ลงทะเบียนชั่วคราวและไม่ได้ลงทะเบียน กลุ่มผู้ต้องขังต่างชาติที่ไม่เข้าข่ายมีสถานะเป็นแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มคนที่ไม่มีสถานะพลเมือง ไม่สามารถรับบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เนื่องจากมีจำนวนเกินกว่าที่กำหนดไว้ในโครงการ NAPHA Extension

สำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในเรือนจำพบว่าผู้ต้องขังส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รู้สิทธิของตนเอง และเจ้าหน้าที่ก็มักละเลยว่าผู้ต้องขังควรมีสิทธิอะไร รวมทั้งไม่อยากให้ผู้ต้องขังรู้เรื่องสิทธิตนเอง อีกทั้งการดูแลสิทธิด้านการรักษาตามสิทธิประโยชน์ล่าช้าและมีข้อจำกัด เช่น ผู้ต้องขังที่ไม่มีเลข 13 หลักก็เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพใด ๆ เลย

ในส่วนการดูแลเด็กพบว่า การดูแลเด็กในสถานสงเคราะห์เด็กของรัฐและเอกชนจำนวนหนึ่งยังขาดมาตรฐาน ซึ่งอาจเข้าข่ายการละเมิดสิทธิ อาทิ การแยกเรือนนอนเด็ก การใช้เด็กในการสื่อสารเพื่อการระดมทุนในการดำเนินงานของสถานสงเคราะห์ จึงควรดำเนินการพัฒนามาตรฐานการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในสถานสงเคราะห์และที่อื่นๆ โดยมี พ.ร.บ. การคุ้มครองเด็กเป็นพื้นฐานในการกำหนดมาตรฐาน จากนั้นให้มีการจัดการอบรมและเผยแพร่ให้กับคนทำงาน โดยมีกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ

ค. ด้านการส่งเสริมความรู้และการเรียนรู้

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ได้จัดทำหลักสูตรเพศศึกษาและปรับปรุงเนื้อหาให้มีความรอบด้านมากขึ้น ในช่วงที่มีการปฏิรูปการศึกษาก็นำเสนอเข้าไปให้

กระทรวงศึกษาธิการ ใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงหลักสูตร ซึ่งต่อมากระทรวงศึกษาธิการนำไปบรรจุอยู่ในวิชาสุขศึกษา และพลศึกษา และประกาศใช้อย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2545 ในขณะที่องค์การ PATH ได้พัฒนาหลักสูตรเพศศึกษา “โครงการก้าวอย่างอย่างเข้าใจ” เพื่อส่งเสริมการจัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาที่รอบด้านในสถานศึกษา อย่างไรก็ตาม หลักสูตรดังกล่าว เป็นเพียงแนวทางในการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษา ที่ครูเลือกและปรับใช้ตามความเหมาะสมเท่านั้น โดยที่กระทรวงศึกษายังไม่ได้กำหนดให้เป็นสาระหลักในการเรียนรู้

ภาคประชาสังคม จึงมีข้อเสนอแนะว่า ควรให้การสนับสนุนและส่งเสริมให้เกิด "กระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่รอบด้าน" อย่างต่อเนื่อง และขยายให้ครอบคลุมทั้งในและนอกระบบการศึกษา โดยลงทุนด้านการพัฒนาศักยภาพ ทัศนคติ ของผู้สอนอย่างเต็มรูปแบบ โดย คช.ปอ. มอบหมายให้อนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาแนวคิดเรื่องศักดิ์ศรี สิทธิมนุษยชน สิทธิทางเพศในการสื่อสารเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างรอบด้านของเยาวชน ผ่านการปฏิบัติการหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน

ง. ด้านโครงสร้างและกลไกการพัฒนานโยบาย แผน และการดำเนินงาน

การดำเนินงานในรอบการรายงานความก้าวหน้าปัจจุบันพบว่ามีการดำเนินงานที่ก้าวหน้าในส่วนของการจัดปรับโครงสร้างเพิ่มเติมกลไกการขับเคลื่อนที่สำคัญขึ้นมาใหม่ ได้แก่ การที่ คช.ปอ. มีคำสั่งที่ 1/2550 ลงวันที่ 4 เมษายน 2550 แต่งตั้งคณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์มีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลทิศทางการดำเนินงานให้สอดคล้องตามแนวทางที่ คช.ปอ. เห็นชอบ โดยกำหนดกลไกรูปแบบการบริหารจัดการและขับเคลื่อนกลยุทธ์การป้องกันโรคเอดส์ให้มีผลในทางปฏิบัติและมีประสิทธิภาพ

ขณะเดียวกันก็ได้มีการจัดปรับกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานเรื่องเอดส์ในระดับจังหวัดขึ้นมาใหม่ ที่เรียกว่าศูนย์ประสานงานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.) ซึ่งอาจเป็นโครงสร้างใหม่ที่มาแทนอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด หรืออาจเป็นกลไกที่ไปขับเคลื่อนให้คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดทำงาน โดยการจัดปรับโครงสร้างดังกล่าว ทำให้เกิดการกระตุ้นการดำเนินงานทั้งในรูปแบบการดำเนินโครงการด้านการป้องกันผ่านการสนับสนุนงบประมาณของรัฐและรูปแบบการดำเนินงานประสานงานในพื้นที่ระดับจังหวัดได้ในระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตาม การสนับสนุนให้เกิดการตัดสินใจในการกำหนดแผนและนโยบายที่สำคัญ จำเป็นต้องมีการขับเคลื่อนกลไกหลักด้านการตัดสินใจอย่างมีเอกภาพ และสำคัญยิ่งไปกว่านั้นก็คือ การสร้างความมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และภาคส่วนต่าง ๆ ตามทิศทางการกระจายอำนาจ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ที่มีส่วนร่วมและมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

ภาคประชาสังคม ยอมรับว่างบประมาณจากกองทุนโลกฯ มีส่วนอย่างยิ่งที่ทำให้การขับเคลื่อนเรื่องเอดส์เกิดขึ้นอย่างแข็งขันและมีการสร้างงานป้องกันเกิดขึ้นได้ในระดับชุมชน หลายองค์กรที่เคยขาดงบประมาณสนับสนุนได้มีโอกาสขับเคลื่อนงานได้มากขึ้น อย่างไรก็ตาม การดำเนินงานภายใต้กลไกของกองทุนโลกฯ ยังมีลักษณะต่างคนต่างทำ ไม่ได้เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานระหว่างกันขององค์กรภาคประชาสังคมซึ่งสาเหตุอาจเป็นเพราะการดำเนินงานและบริหารจัดการโครงการโดยองค์กรผู้รับทุนหลัก ยังไม่เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานร่วมกันระหว่างองค์กรผู้รับทุนรอง ส่งผลให้ไม่เกิดการนำไปสู่การเรียนรู้งานกับกลุ่ม/องค์กรอื่นๆ

ข้อกังวลใจอีกประการหนึ่ง ก็คือ การทำงานด้านการป้องกันฯของประเทศไทยในปัจจุบันอิงอยู่กับงบประมาณของกองทุนโลกฯเป็นหลัก ดังนั้น สิ่งที่ควรจะทำคือ การเริ่มคิดและหาทางออกร่วมกันแต่เนิ่นๆว่า ในอนาคตกรณีที่ไม่มีกองทุนโลกฯ แล้วการทำงานเอดส์ในประเทศไทยจะเป็นอย่างไร การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนงานที่กระตุ้นการระดมทรัพยากรจากภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่และท้องถิ่น เพื่อการจัดการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในพื้นที่และท้องถิ่นของตนเอง จะมีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผลได้อย่างไร

นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นที่จะจัดให้มีการเฝ้าระวังติดตามปัญหาและผลกระทบอันเนื่องมาจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในเรื่องทางเพศและเรื่องเอดส์โดยการจัดตั้งคณะอนุกรรมการติดตามและกำกับการขจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯและผู้ป่วยเอดส์ผู้ได้รับผลกระทบและครอบครัวขึ้นมาเพิ่มเติมเป็นอีกกลไกหนึ่งในโครงสร้างการขับเคลื่อนการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศ

2. การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

2.1 บริการโลหิตปลอดภัย

ก. สถานการณ์การบริการตรวจคัดกรองโลหิต

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานบริการตรวจคัดกรองโลหิตของประเทศไทย ประมาณ 1 ใน 3 ของปริมาณโลหิตบริจาคทั่วประเทศ เป็นการรับบริจาคของศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ สภากาชาดไทย ซึ่งโลหิตบริจาคทุกหน่วย ผ่านขั้นตอนการตรวจคัดกรองคุณภาพอย่างเข้มข้น ตั้งแต่การประเมินพฤติกรรมสี่ยงของผู้บริจาคโลหิตทุกคน

การตรวจคัดกรองโลหิตบริจาคในภาพรวมประเทศไทย ส่วนใหญ่ยังใช้วิธีการ CMIA (Chemiluminescence's Immuno Assay) ในการคัดกรองโลหิตที่มีเชื้อ เอชไอวี ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ได้นำเทคโนโลยี Nucleic Acid Testing (NAT) มาใช้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ซึ่งวิธีนี้สามารถคัดกรองโลหิตบริจาคที่มีเชื้อเอชไอวี และตับอักเสบบี และซี (HIV, HCV, HBV) ได้ ในขณะที่ผลการตรวจทาง Serology เป็นปกติ

ในช่วงเริ่มต้น การใช้เทคโนโลยี NAT ยังทำได้เฉพาะในกรุงเทพมหานคร และปริมณฑล ในปี พ.ศ. 2553 ได้ขยายบริการตรวจด้วยวิธีการ NAT ให้ครอบคลุมในส่วนของภาคบริการโลหิตแห่งชาติที่อยู่ในพื้นที่ต่างจังหวัด จำนวน 4 ภาค คือ ภาคบริการโลหิตแห่งชาติ จังหวัดภูเก็ต ขอนแก่น นครราชสีมา และ เชียงใหม่ เมื่อวันที่ 2 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2553 คณะรัฐมนตรีลงมติเห็นชอบในหลักการต่อนโยบายบริการโลหิตแห่งชาติ พ.ศ. 2553 ของสภากาชาดไทย และให้สภากาชาดไทยขอข้อแนะนำของสำนักงบประมาณ และสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ไปพิจารณาดำเนินการจัดทำแผนปฏิบัติขยายการตรวจด้วยวิธี NAT ครอบคลุมทั้งประเทศ รวมทั้งมีการแต่งตั้งคณะกรรมการโลหิตแห่งชาติ เป็นกลไกของประเทศในการพัฒนาระบบบริการคัดกรองโลหิตบริจาคต่อไป

การควบคุมคุณภาพโลหิตบริจาคประกอบด้วยการควบคุมคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ เพื่อให้การปฏิบัติงานและการออกผลการตรวจ มีมาตรฐานและความถูกต้องปัจจุบัน กระทรวงสาธารณสุขได้มีนโยบายให้ห้องปฏิบัติการทุกแห่งในสังกัดเข้าร่วมการทำมาตรฐานทางห้องปฏิบัติการ ไม่ว่าจะเป็นมาตรฐานในระดับนานาชาติ เช่น ISO 15189 หรือในระดับชาติ เช่น มาตรฐานงานเทคนิคการแพทย์ (LA) โดยมีองค์กรวิชาชีพ คือ สภาเทคนิคการแพทย์เป็นผู้ดูแล

การที่ห้องปฏิบัติการใด ได้รับการรับรองด้านคุณภาพ ไม่ว่าจะเป็น ISO หรือ LA ก็เป็นสิ่งยืนยันได้ว่า ห้องปฏิบัติการนั้นๆ ปฏิบัติงานได้อย่างมีคุณภาพ จำนวนห้องปฏิบัติการที่ได้รับการรับรองคุณภาพไม่ว่าจะเป็นระบบใด เป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่บ่งบอกความสำเร็จในการดำเนินงานพัฒนาคุณภาพของห้องปฏิบัติการ

องค์การอนามัยโลกและศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำให้ทุกประเทศดำเนินการพัฒนาคุณภาพทางห้องปฏิบัติการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อให้ห้องปฏิบัติการเหล่านั้นได้รับการรับรองด้านคุณภาพเพื่อเป็นเครื่องบ่งชี้ตัวหนึ่งว่าผลการตรวจทางห้อง ปฏิบัติการ ไม่ว่าต่อการตรวจใดๆ นั้นจะมีความถูกต้องและมีคุณภาพ

ข. ผลการดำเนินงาน

ศูนย์บริการโลหิตสภากาชาดไทย ดำเนินการสำรวจหน่วยรับบริจาคโลหิตทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2551 รวม 371 แห่ง จากจำนวนโรงพยาบาลทั้งหมด 942 แห่ง จำนวนโลหิตบริจาคทั้งหมด จำนวน 1,784,579 หน่วย พบว่า โลหิตบริจาคทุกหน่วย คิดเป็นร้อยละ 100 ผ่านการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยกระบวนการควบคุมคุณภาพและทุกโรงพยาบาลที่ให้บริการโลหิตดังกล่าว ผ่านกระบวนการประเมินคุณภาพห้องปฏิบัติการในการตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี แห่งชาติ จากกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

สำหรับความชุกของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 พบความชุกของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิตครั้งแรกสูงกว่าผู้บริจาคประจำ เท่ากับ

ร้อยละ 0.28 ร้อยละ 0.05 ตามลำดับ และพบความชุกของการติดเชื้อฯในผู้บริจาคโลหิตครั้งแรกที่เป็นชายสูงกว่าผู้บริจาคครั้งแรกที่เป็นหญิง เท่ากับ 0.43 และ 0.16 ตามลำดับ

ค. ปัญหาและความท้าทาย

- ในประเด็นคำถามคัดกรองโลหิตบริจาค ที่ระบุว่าจะไม่รับบริจาคโลหิตหากผู้บริจาคโลหิตชายที่มีเพศสัมพันธุ์กับเพศเดียวกัน ซึ่งเป็นประเด็นคำถามทำให้เกิดการตีตราว่า “เกย์หรือคนรักเพศเดียวกันเป็นผู้แพร่เชื้อเอชไอวี” ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้ชี้แจงกรณีดังกล่าว ว่าไม่ถือเป็นการละเมิดสิทธิ เพราะเป็นการคัดกรองเพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริจาค อย่างไรก็ตาม ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติได้เชิญนักวิชาการมาประชุมร่วมกัน เพื่อพิจารณาแบบสอบถามใหม่ และได้ปรับเปลี่ยนแบบสอบถามในการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตในหัวข้อเกี่ยวกับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโดยขยายความให้มีความกระจ่างและชัดเจนมากขึ้น
- ยังไม่มีฐานข้อมูลของการบริการโลหิตปลอดภัยในระดับชาติที่เป็นหนึ่งเดียวกันหรือเชื่อมประสานกัน ซึ่งจะเป็นประโยชน์ต่อการติดตามผลการดำเนินงาน และติดตามความชุกการติดเชื้อฯ ของกลุ่มผู้บริจาคโลหิตเป็นประจำ ในฐานะที่เป็นประชากรกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯต่ำ

ง. แผนการแก้ไขปัญหาและความท้าทาย

คณะทำงานวิชาการติดตามและประเมินผลการบริการโลหิตปลอดภัยระดับชาติที่ได้รับการแต่งตั้งกำหนดแผนที่จะจัดตั้งระบบข้อมูลทางสุขภาพระดับชาติในเรื่องการบริการโลหิตปลอดภัย

จ. ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี

จ.1 การพัฒนาข้อเสนอเชิงนโยบายในการตรวจคัดกรองโลหิตบริจาคโดยใช้หลักฐานเชิงประจักษ์

ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ได้ศึกษาการนำเอาเทคโนโลยี NAT มาใช้ตรวจคัดกรองโลหิตบริจาคตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 และในการตรวจคัดกรองโลหิต 40,000 ยูนิต สามารถป้องกันผู้รับบริจาคโลหิต 4 คน จากการติดเชื้อเอชไอวี ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติยังคงคัดกรองโลหิตโดยวิธี NAT ตามคำแนะนำของ หน่วยงานรับผิดชอบของสหรัฐอเมริกา ที่แนะนำให้ใช้ NAT ตรวจคัดกรองโลหิต หากพบโลหิตที่มีเชื้อฯ 1 ราย จากโลหิต 1,000,000 ยูนิต

ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2552 ศูนย์บริการโลหิตแห่งชาติ ได้ตรวจพบโลหิตบริจาคที่ผลการตรวจ NAT เป็น Reactive ผลการตรวจทาง Serology เป็น Negative จำนวน 6 ราย จากโลหิตบริจาคทั้งหมด 539,093 ยูนิต หากคำนวณจากโลหิตที่รับบริจาคทั่วประเทศที่มีประมาณ 1,800,000 ยูนิต จะพบว่ามีโลหิตบริจาคที่อาจมีเชื้อเอชไอวีอยู่

ประมาณ 20 ยูนิตที่ตรวจไม่พบด้วยวิธีมาตรฐาน ซึ่งหมายถึง จะสามารถป้องกันไม่ให้ผู้รับโลหิตบริจาค 80 คน ต้องติดเชื้อฯ

จากหลักฐานเชิงประจักษ์ดังกล่าว คณะรัฐมนตรีได้ลงมติเห็นชอบให้ใช้ NAT ในการคัดกรองโลหิตบริจาคของประเทศ

จ.2 การใช้ฐานข้อมูลเคลื่อนที่ ในการคัดกรองผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อเอชไอวี และตับอักเสบ

ก่อนปี พ.ศ. 2540 พบว่าในการออกหน่วยรับบริจาคโลหิตเคลื่อนที่ ผู้บริจาคโลหิตที่มีการติดเชื้อฯ กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำหลายครั้ง โดยพบผู้บริจาคติดเชื้อ เอชไอวี 1 คน มาบริจาคซ้ำ 7 ครั้ง และผู้บริจาคติดเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิดบี มาบริจาคซ้ำ 8 ครั้ง จำนวน 6 คน

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2541 เป็นต้นมา ศูนย์บริจาคโลหิตแห่งชาติ ได้ทดลองใช้ notebook บันทึกฐานข้อมูลผู้บริจาคโลหิตในการคัดกรองประวัติการบริจาคโลหิต การลงทะเบียนและพิมพ์ barcode หมายเลขถุงเลือด ขณะออกหน่วยรับบริจาคโลหิต โดยการ update ข้อมูลก่อนและหลังออกหน่วยทันที

ภายหลังการใช้ Notebook ในการคัดกรองประวัติการบริจาคโลหิต ร่วมกับการให้คำปรึกษาแก่ผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อฯ พบว่าการกลับมาบริจาคซ้ำของผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อลดลงมาก โดยในปี พ.ศ. 2551-2552 ไม่พบผู้บริจาคติดเชื้อ เอช ไอ วี และไวรัสตับอักเสบชนิดบีที่กลับมาบริจาคโลหิตซ้ำเกิน 1 ครั้ง ส่วนผู้บริจาคโลหิตที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบชนิดซี พบว่ามีการบริจาคซ้ำครั้งที่ 2 เพียง 2 คน ซึ่งปัญหาเกิดจากมีผู้บริจาคจำนวนมากจึงทำให้ไม่มีเวลาในการตรวจคัดกรอง

2.2 การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ก. สถานการณ์ การระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ และการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก

การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ป่วยเด็ก ถ้าไม่มีการป้องกันผู้ป่วยเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 25-40 จะติดเชื้อเอชไอวี

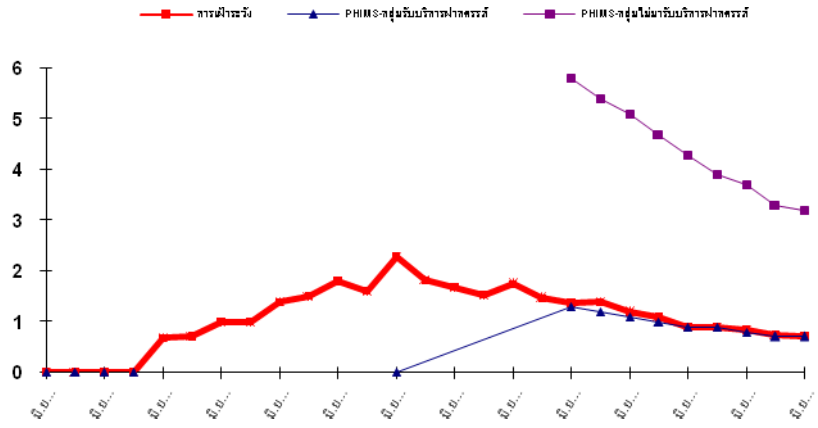
ในประเทศไทยเริ่มมีรายงานการติดเชื้อฯในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 จากรายงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ ในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ของสำนักระบาดวิทยา พบว่าค่ามัธยฐานของความชุกการติดเชื้อฯ มีค่าสูงสุดในปี พ.ศ. 2538 และมีแนวโน้มลดลง โดยในปี พ.ศ.2551 และ 2552 คิดเป็นร้อยละ 0.74 และ 0.72[4] ตามลำดับ

---

[4] Results of HIV Sero-surveillance, Thailand 1989-2009, กลุ่มงานโรคเอดส์ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. Available at http://epid.moph.go.th/

ในปี พ.ศ. 2544 เมื่อกรมอนามัยได้ใช้ระบบกำกับติดตามบริการลดการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก (PHIMS) ในโรงพยาบาลของรัฐ ประมาณ 900 แห่งทั่วประเทศ พบว่าความชุกการติดเชื้อฯ ในหญิงคลอดที่ฝากครรภ์ มีค่าใกล้เคียงกับค่าจากระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ ของสำนักระบาดวิทยา (รูปที่ 24) ทั้งนี้ ในกลุ่มหญิงคลอดโดยไม่ฝากครรภ์แม้ว่ามีสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 5 ของการคลอดทั้งหมดในแต่ละปี แต่พบว่าความชุกการติดเชื้อฯ กลุ่มที่ไม่ฝากครรภ์นี้สูงกว่ากลุ่มหญิงฝากครรภ์มาก คือ ร้อยละ 5.8 ในปี พ.ศ. 2544 และร้อยละ 3.3 ในปี พ.ศ. 2552

รูปที่ 24: ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ พ.ศ. 2532-2551



ที่มา: การเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอชไอวี โดยสำนักระบาดวิทยา และ PHIMS จากกรมอนามัย

การประเมินผลการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุข[5] ใน ปี พ.ศ. 2550 พบว่าอัตราติดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูกเหลือร้อยละ 2.9 จากเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด แต่หากรวมเด็กที่เสียชีวิตด้วยอัตราติดเชื้อฯจากแม่สู่ลูกคิดเป็นร้อยละ 5.6 ปัจจัยสำคัญที่ทำให้อัตราติดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูกในประเทศไทยยังสูงอยู่ เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 56 ไม่ได้รับการตรวจระดับ CD4 ในช่วงที่ฝากครรภ์ทำให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ไม่ได้รับสูตรยาที่เหมาะสมตามข้อแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ผลการประเมินยังพบว่ามีเด็กเพียงร้อยละ 54 ที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อฯ

รายงานของกรมอนามัยพบว่าในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปมีอัตราฝากครรภ์มากกว่าร้อยละ 95[6] ในจำนวนนี้ผู้ที่เข้ามาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์มีเพียงร้อยละ 39[7] อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯมีอัตราการฝากครรภ์ต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไปคือมาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 87[8] โดยค่ามัธยฐานของอายุครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ มาฝากครรภ์อยู่ที่ 19 สัปดาห์ โดยเกือบ 1 ใน 4 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯมาฝากครรภ์หลังจากอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ไปแล้ว[9] ในจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และได้รับการตรวจ CD4 พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับ CD4 มากกว่า 350 เซลล์/ลบ.มม.[10] โดยหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯส่วนใหญ่ที่ได้รับยาตามแนวทางการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูกที่มาคลอดบุตรในปี พ.ศ. 2550 จะมาคลอดบุตรเมื่อครบกำหนดคลอด (ค่ามัธยฐานอายุครรภ์ที่มาคลอดบุตรอยู่ที่ 39 สัปดาห์)[11]

ข. การดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก

การจะใช้มาตรการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯจากมารดาสู่ลูกให้ได้ผลดีต้องประกอบด้วยบริการที่ครบวงจรตั้งแต่การฝากครรภ์ การให้ยาต้านไวรัสฯ สูตรที่มี

---

[5] Naiwatanakul T, Punsuwan N, Kullerk N, et al. Reduction in HIV transmission risk following recommendations for CD4 testing to guide selection of prevention of mother-to-child (PMTCT) regimens, Thailand, 2006-2007. In: 5th IAS Conference on HIV Pathogenesis and Treatment. Cape town, South Africa

[6] รายงานการประเมินผลงานส่งเสริมสุขภาพในแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 9 (กุมภาพันธ์ 2549) โรงพิมพ์สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก

[7] รายงานเฉพาะกิจโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว กรมอนามัย. Available at http://www.saiyairakhospital.com/newdemo/admin/user_report.html. (Last accessed Dec 23, 09).

[8] อ้างอิง 3

[9] สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคและศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐด้านสาธารณสุข เอกสารประกอบการประชุมนำเสนอผลการประเมินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวีจากแม่สู่ลูก วันที่ 2 กุมภาพันธ์ 2552 ณ โรงแรมรามา การ์เด้น กรุงเทพมหานคร.Ref – PATCG 076

[10] อ้างอิง 7

[11] อ้างอิง 7

ประสิทธิภาพ เหมาะกับสถานะภูมิคุ้มกันของมารดา และการให้นมผสมทดแทนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

ประเทศไทยจัดบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯตามความสมัครใจสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2536 และ ในปีพ.ศ. 2543 กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศนโยบายเรื่องการลดการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูกเป็นครั้งแรกและได้ปรับปรุงนโยบายและแนวทางปฏิบัติมาเป็นระยะ โดยปัจจุบันมีนโยบายและแนวทางปฏิบัติ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 ดังนี้

- หญิงตั้งครรภ์ทุกคนจะได้รับบริการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ ด้วยความสมัครใจ
- หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ จะได้รับยาต้านไวรัสฯในระยะตั้งครรภ์และระหว่างคลอดเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก
- หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ จะได้รับการตรวจ CD4 ในระยะตั้งครรภ์ และได้รับยาต้านไวรัสฯ สูตร 3 ตัว ตามความเหมาะสม
- หญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีฯ จะได้รับยาต้านไวรัสฯ เพื่อลดการเกิดเชื้อฯดื้อต่อยา เนวิราปีน
- เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อฯ จะได้รับยาต้านไวรัสฯ และจะได้รับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารก รวมทั้งได้รับการตรวจหาภูมิต้านทานต่อเชื้อฯ
- แม่และเด็ก รวมทั้งสามีที่ติดเชื้อฯเหล่านี้ จะได้รับการดูแลอย่างเหมาะสมต่อไป

ข.1 นโยบายและแผนงาน/โครงการที่ตอบสนองต่อปัญหาการติดเชื้อ เอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์และการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก

1) การป้องกันคู่สามีภรรยาจากการติดเชื้อฯ

นโยบายและการปฏิบัติที่ผ่านมาเน้นเรื่องการตรวจเพื่อคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ และให้ยาต้านไวรัสฯ เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ ซึ่งเป็นการดำเนินการในเชิงรับ ในช่วงปีพ.ศ.2551 - 2552 กรมอนามัยได้ดำเนินโครงการใหม่ๆ เชิงรุกในด้านการป้องกันคู่สามีภรรยาจากการติดเชื้อฯและลดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในหญิงที่ติดเชื้อฯ โดยได้ร่วมมือกับ UNFPA ในโครงการเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ชายในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และการมีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาที่ตั้งครรภ์ และส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อฯในคู่สามีภรรยา (Stay negative) และดำเนินโครงการร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุขพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาคู่สามีภรรยาในคลินิกฝากครรภ์ รวมทั้งโครงการให้ความรู้แก่บุคลากรที่ให้บริการกับผู้ติดเชื้อฯ ในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว วิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อฯ เพื่อลดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ และมีการตั้งครรภ์ที่เสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูกให้น้อยที่สุด (รายละเอียดในบทที่ 4 ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี)

2) การใช้สูตรยา HAART

การที่องค์การอนามัยโลกกำหนดเป้าหมายการดำเนินงานลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกทั่วโลก เพื่อเพิ่มอัตราการอยู่รอดของแม่และลูก โดยทำให้การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูกมีความครอบคลุมกว้างขวางและมีเป้าหมายให้ไม่มีทารกติดเชื้อฯรายใหม่ภายในปี พ.ศ.2558[12] เพื่อให้บรรลุเป้าหมายดังกล่าว ประเทศไทย กำหนดแนวทางปฏิบัติที่จะดำเนินการในระยะต่อไปที่จะใช้สูตรยาที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก ที่สามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูกลงให้ต่ำสุด ควรเป็นสูตรยาที่ปลอดภัยต่อแม่และลูก และไม่ก่อให้เกิดปัญหาเชื้อดื้อยา non-nucleoside reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) ในหญิงหลังคลอดและทารกที่ติดเชื้อฯ นอกจากนี้ควรเป็นสูตรยาที่สามารถเข้าถึงได้ ไม่ซับซ้อนและปฏิบัติได้จริง

สูตรยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2547 ถึง พ.ศ. 2552 แนะนำให้สูตร AZT+ single-dose nevirapine (SD NVP) สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับ CD4 สูงกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม.[13] ร่วมกับการให้ AZT+3TC กินหลังคลอดนาน 7 วันเพื่อป้องกันการดื้อยา NNRTI อย่างไรก็ตามสูตรยาดังกล่าวยังไม่สามารถลดปัญหาการเกิดเชื้อดื้อยา NNRTI ในหญิงหลังคลอดและทารกที่ติดเชื้อฯได้ทั้งหมด นอกจากนี้ประสิทธิภาพในการลดการติดเชื้อฯจากแม่สู่ลูกจากสูตรยาดังกล่าวยังไม่ดีที่สุด โดยอัตราการติดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูกจากสูตร AZT+SD NVP คิดเป็นร้อยละ 1.9[14] ส่วนอัตราติดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูกเมื่อให้สูตรยา HAART ที่มีใช้ในต่างประเทศมีรายงานว่าต่ำกว่าร้อยละ 1[15]

ดังนั้นเพื่อให้บรรลุเป้าหมายข้างต้น กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย และโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (Health Intervention and Technology Assessment Program: HITAP) โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก สปสช. ได้ทำการศึกษานำร่องการใช้ยาสูตร 3 ตัว (HAART) ในหญิงตั้งครรภ์ทุกรายเพื่อดูความเป็นไปได้ของการให้ยา HAART แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย ใน

---

[12] Guidance on global scale-up of the prevention of mother-to-child transmission of HIV. Towards universal access for women, infants and young children and eliminating HIV and AIDS among children. Inter-Agency Task Team on Prevention of HIV Infection in Pregnant women, mothers and their children. WHO 2007

[13] กรมอนามัย. แนวทางดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก และการดูแลแม่ลูกและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข พฤษภาคม 2550

[14] Lallemant M, Jourdain G, Le Coeur S, et al. Single-dose perinatal nevirapine plus standard zidovudine to prevent mother-to-child transmission of HIV-1 in Thailand. The New England journal of medicine 2004;351(3):217-28.

[15] Palombi L, Marazzi MC, Voetberg A, Magid NA. Treatment acceleration program and the experience of the DREAM program in prevention of mother-to-child transmission of HIV. AIDS (London, England) 2007;21 Suppl 4:S65-71.

พื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ ศรีสะเกษ นครสวรรค์ สระแก้ว และสตูล นอกจากนี้ยังได้ทำการวิเคราะห์ทางเศรษฐศาสตร์เพื่อหาสูตรยาที่มีความคุ้มทุนที่สุดของประเทศไทยสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับ CD4 สูงกว่า 250 เซลล์/ลบ.มม. ซึ่งจากการวิเคราะห์พบว่าการให้ยา HAART มีความคุ้มทุนมากกว่าการใช้ยาสูตร AZT+SD NVP ในหญิงตั้งครรภ์กลุ่มที่มี CD4 สูงกว่า 250 เซลล์/ลบ.มม. และการให้ยาสามารถปฏิบัติในพื้นที่ได้[16] ซึ่งจากผลการศึกษานี้ สปสช. จะให้การสนับสนุนด้านงบประมาณและยา โดยจะประสานกับกรมอนามัยเพื่อวางแผนการขยายการใช้ยาสูตร HAART แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกรายโดยให้สามารถปฏิบัติได้ในปีงบประมาณ 2554[17]

ข.2 การมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม

อาสาสมัครผู้ติดเชื้อฯ มากกว่า 1,000 กลุ่ม ทั่วประเทศ พลิกบทบาทจากผู้รับบริการมาเป็นผู้ร่วมให้บริการโดยรวมตัวกันเป็นกลุ่มปฏิบัติงานตามหลักการของมิตรภาพบำบัด โครงสร้างการทำงานเป็นรูปแบบของมูลนิธิ ซึ่งประกอบด้วยคณะกรรมการในระดับภาค และระดับประเทศ มีผู้ประสานงานและเจ้าหน้าที่ภาคสนาม ซึ่งเป็นตัวแทนที่ได้รับคัดเลือก มาจากแต่ละจังหวัด คณะกรรมการระดับภาคมี 7 คณะ ส่วนคณะกรรมการระดับประเทศประกอบด้วย ตัวแทนจากแต่ละภาครวมกัน ทำงานไปสู่เป้าหมายดังนี้

- ผู้ติดเชื้อฯ ทุกคนทั้งเด็กและผู้ใหญ่ ได้รับการดูแลรักษารอบด้านอย่างมีมาตรฐาน ทั่วถึง เท่าเทียม ต่อเนื่องและยั่งยืน
- ผู้ติดเชื้อฯ และผู้ได้รับผลกระทบ สามารถอยู่ร่วมกับชุมชนได้ โดยชุมชนมีข้อมูลเข้าใจเรื่องการป้องกันตนเองการยอมรับการอยู่ร่วมกัน และการมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเอดส์
- สมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ มีความเข้าใจเรื่องสิทธิและมีกลไกเพื่อการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
- สมาชิกกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ และเครือข่ายทุกระดับมีความเข้มแข็ง มีศักยภาพในการทำงาน แก้ไขปัญหาร่วมกันโดยมี ทิศทาง กลไกการประสานงาน ที่มีประสิทธิภาพ

ค. ผลการดำเนินงาน

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัยร่วมกับสำนักระบาดวิทยาและศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐด้านสาธารณสุขได้ทำการศึกษาเพื่อประเมินผลการดำเนินงาน

---

[16] โครงการประเมินความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ของการใช้ยาต้านไวรัสฯสูตรยา 3 ตัวเป็นสูตรมาตรฐานของการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทย เสนอต่อ คณะกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ วันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 โดย Health Intervention and Technology Assessment Program (HITAP).

[17] สรุปการประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ครั้งที่ 7/2552 เมื่อวันที่ 6 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 เวลา 13.30-16.30 ณ ห้องรับรองชั้น 5 สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข.

โดยสรุป พบว่าการให้บริการลดการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูกมีความครอบคลุมอยู่ในเกณฑ์สูงทั้งในเรื่องการให้การปรึกษา ความพึงพอใจของผู้รับบริการ ต่อบริการปรึกษาเรื่องเอชไอวี สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ การให้ยาต้านไวรัสฯ เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก แต่การให้ยาต้านไวรัสฯ ถูกต้องตามนโยบายยังค่อนข้างต่ำ รวมทั้งความครอบคลุมการวินิจฉัยการติดเชื้อฯ ในเด็กที่คลอดจากมารดาติดเชื้อฯ ยังต่ำ และภาพรวมของอัตราการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก ยังค่อนข้างสูง โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ทราบระดับ CD4 ของมารดาขณะตั้งครรภ์ และไม่ได้ยาต้านไวรัสฯ ตามนโยบาย

จากการศึกษาประวัติผู้ป่วย 911 ราย สัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ 187 ราย ที่คลอดระหว่างเดือนตุลาคม 2549-ธันวาคม 2550 ในโรงพยาบาล 27 แห่ง 12 จังหวัด กระจายทั่วทุกภาค พบว่าหญิงคลอดติดเชื้อฯ ร้อยละ 96 มีสัญชาติไทย อายุเฉลี่ย 28 ปี ร้อยละ 89 มีสถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 45 มีการสมรสมากกว่า 1 ครั้ง มีจำนวนบุตรเฉลี่ย 2 คน ส่วนใหญ่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประกันสังคม หรือข้าราชการ ร้อยละ 19 ไม่มีสิทธิในระบบประกันสุขภาพใดๆ

ค.1 การให้การปรึกษาเกี่ยวกับการตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี และการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูกและการดูแลต่อเนื่อง

ร้อยละ 66 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบสถานะการติดเชื้อฯมาก่อน โดยร้อยละ 81 ของผู้ไม่ทราบผลเลือดมาก่อนได้รับการปรึกษาก่อนตรวจการติดเชื้อฯ และร้อยละ 93 ได้รับการปรึกษาหลังการตรวจเลือด ร้อยละ 88 พอใจเรื่องการให้การปรึกษาช่วยเหลือ ร้อยละ 78 พอใจเรื่องการเก็บรักษาความลับเรื่องการติดเชื้อฯ มีคะแนนความรู้เรื่องเอชไอวีค่อนข้างสูง มารดาส่วนใหญ่ ร้อยละ 90 ได้รับการปรึกษาเรื่องการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูกและการดูแลต่อเนื่อง แต่สามีได้รับการตรวจการติดเชื้อฯเพียง ร้อยละ 51 โดยร้อยละ 61 ของสามีที่ตรวจเลือดพบผลเป็นบวก สาเหตุที่สามีไม่ได้ตรวจการติดเชื้อฯ ส่วนใหญ่เนื่องจากหญิงตั้งครรภ์ยังไม่เปิดเผยเรื่องการติดเชื้อฯกับคู่

ค.2 การใช้นมผสมทดแทนนมแม่

แม่ที่ติดเชื้อฯทุกรายที่ให้สัมภาษณ์ ใช้นมผสมทดแทนการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่ ปัญหาจากการรับนมผสมส่วนใหญ่เป็นปัญหาเรื่องค่าเดินทางมารับนม จากการทบทวนประวัติเด็ก 911 ราย พบว่าร้อยละ 10 มีอาการท้องเสีย แม่ที่ให้สัมภาษณ์ร้อยละ 17 ตอบว่ามีปัญหาเรื่องการหาน้ำสะอาดเพื่อใช้ชงนม แต่เกือบทุกรายต้มน้ำทุกครั้งก่อนชงนม

ค.3 ความครอบคลุมบริการลดการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก

การตรวจ CD4

- จากการทบทวนประวัติมารดาที่ติดเชื้อฯ 911 ราย มีเพียงร้อยละ 10, 44 และ 35 ที่ได้ตรวจ CD4 ในช่วงก่อนตั้งครรภ์ ช่วงตั้งครรภ์ หรือ หลังคลอดตามลำดับ แต่แม่ที่ตรวจส่วนใหญ่มี CD4 มากกว่า 200 เซล/ลบ.มม.

การรับยาต้านไวรัสฯ

- หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสฯ และทารกแรกเกิดได้รับยาต้านไวรัสฯ ครบเกือบทุกราย อย่างไรก็ตามมีเพียงร้อยละ 36 ได้รับยาต้านไวรัสฯ ตามสูตรที่ถูกต้องตามระดับ CD4 และเป็นไปตามแนวทางปฏิบัติ ส่วนใหญ่แม่และลูกได้รับยาสูตร AZT+NVP โดยไม่ทราบระดับ CD4 การให้ยา tail regimen เพื่อลดการเกิดเชื้อไวรัสดื้อต่อยา NVP ครอบคลุมร้อยละ 51

การวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อฯ ของเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อฯ

- ร้อยละ 56 ของเด็กได้รับการวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อฯ ส่วนใหญ่วินิจฉัยโดยวิธี PCR

อัตราการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก

- อัตราการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูกในภาพรวม ร้อยละ 5.4 ในกลุ่มแม่ที่ได้รับยาสูตร 3 ตัว มีอัตรา ร้อยละ 1.9 กลุ่มแม่ที่ได้รับยาสูตร AZT + single dose NVP มีอัตรา ร้อยละ 3.5 และแม่ที่รู้ระดับ CD4 และได้ยาต้านไวรัสฯ ตรงตามนโยบาย มีอัตราร้อยละ 1.7

ค.4 ความรู้และการปฏิบัติของผู้ให้บริการตามนโยบายลดการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก

ผู้ให้บริการ มีลักษณะการทำงานแบบสหวิชาชีพ ผู้ให้บริการในโรงพยาบาลเกือบทุกแห่งสามารถบอกนโยบายและแนวทางปฏิบัติได้ถูกต้อง อย่างไรก็ตามการบริการลดการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก เกี่ยวข้องกับหลายหน่วยบริการ ความเชื่อมโยงบริการและการส่งต่อข้อมูลของแต่ละจุดบริการยังไม่เป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาลขนาดใหญ่

ง. ปัญหา อุปสรรคและความท้าทาย

- แนวทางสำคัญของประเทศที่ได้ให้ความสำคัญมากขึ้นในช่วง 2 ปีนี้ เป็นการป้องกันคู่สามีภรรยาจากการติดเชื้อฯ และลดการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในหญิงที่ติดเชื้อฯ โดยเพิ่มการมีส่วนร่วมของผู้ชายในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และการมีส่วนร่วมในการดูแลภรรยาที่ตั้งครรภ์ และส่งเสริมการป้องกันการติดเชื้อฯในคู่สามีภรรยา (Stay negative) รวมถึงการพัฒนารูปแบบการให้การปรึกษาคู่สามีภรรยาในคลินิกฝากครรภ์ ความท้าทาย

สำคัญคือการขยายรูปแบบการให้บริการที่พัฒนานี้ให้ครอบคลุม ในขณะที่ภาระงานของบริการฝากครรภ์โดย ทั่วไปค่อนข้างมากอยู่แล้ว

- แม้ว่าความครอบคลุมของการให้ยาต้านไวรัสฯ เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูกค่อนข้างสูง ความท้าทายที่ควรได้รับการแก้ไขอยู่ที่การเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจ CD4 เพื่อให้การพิจารณาสูตรยาที่ใช้ให้เหมาะสม โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับการที่ประเทศไทยมีนโยบายที่จะให้ยาต้านไวรัสฯ สูตร HAARTในปีงบประมาณ 2554 ครอบคลุมทั้งประเทศ

- ประเด็นของการดูแลต่อเนื่อง ทั้งตัวเด็ก ที่ยังคงมีความครอบคลุมของการตรวจวินิจฉัยที่ยังต่ำ และการดูแลแม่ที่โดยส่วนใหญ่มีระดับ CD4 มากกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. และคู่ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ ทั้งโดยเฉพาะในเรื่องของการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ

- การประเมินผลโดยกรมอนามัยและคณะ สะท้อนให้เห็นว่า ยังควรพัฒนาคุณภาพการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ ในคลินิกฝากครรภ์ เนื่องจากยังมีหญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งที่ไม่ได้รับการให้การปรึกษาก่อนการตรวจการติดเชื้อฯ และส่วนหนึ่งไม่ได้รับการให้การปรึกษาหลังตรวจการติดเชื้อฯ รวมถึงความพอใจของการรักษาความลับ

- ข้อพิจารณาสำคัญอีกประการ คือการที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์แม้ว่าจะมีสัดส่วนน้อยกว่าร้อยละ 5 ของหญิงคลอด แต่มีอัตราติดเชื้อฯสูงถึง ร้อยละ 3.3 ในปี 2552 จึงควรศึกษาให้เข้าใจว่าเป็นประชากรกลุ่มใด เพื่อพิจารณามาตรการป้องกันการติดเชื้อฯ ให้เหมาะสม

แผนการแก้ไขปัญหาอุปสรรคและความท้าทาย

- ทบทวนระบบบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี สำหรับหญิงตั้งครรภ์ และนำมาเป็นองค์ประกอบในการพัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการของโรงพยาบาล ทั้งในส่วนบริการฝากครรภ์ และบริการวางแผนครอบครัว รวมถึงพัฒนาระบบการเชื่อมต่อและทำงานร่วมกับภาคประชาสังคม และพัฒนาศักยภาพของภาคประชาสังคมในการให้บริการในชุมชน ในประเด็นของการบูรณาการบริการอนามัยเจริญพันธ์กับบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก

- พัฒนาระบบบริการภายในโรงพยาบาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งโรงพยาบาลขนาดใหญ่ให้มีความเชื่อมโยงบริการและการส่งต่อข้อมูลของแต่ละจุดบริการรวมทั้งการเพิ่มความครอบคลุมของการตรวจ CD4 ในระยะตั้งครรภ์ การใช้ยาสูตร HAART และการวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อฯ ของเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อฯ ให้ครอบคลุมมากขึ้น โดยพิจารณาการตรวจโดยวิธี PCR ที่มีคุณภาพ

- ศึกษาลักษณะประชากร รวมถึงปัจจัยที่ทำให้กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ฝากครรภ์ มีอัตราการติดเชื้อฯสูงกว่ากลุ่มที่มาฝากครรภ์และนำผลการศึกษามากำหนดมาตรการและแผนการป้องกันการติดเชื้อฯ ในประชากรกลุ่มนี้

ฉ. ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี

ฉ.1 งานบริการและคุณภาพห้องปฏิบัติการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี-1 โดยวิธี Multiplex Nested DNA-PCR ในเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อฯ

กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ในฐานะห้องปฏิบัติการอ้างอิงของกระทรวงสาธารณสุข ได้ดำเนินการจัดตั้งและพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการตรวจการติดเชื้อฯ วิธี PCR ตั้งแต่ พ.ศ. 2537

จนถึงปัจจุบัน ดำเนินการตรวจมากกว่า 25,000 ตัวอย่าง ชุดน้ำยาตรวจมีราคาถูกกว่าชุดน้ำยาจากต่างประเทศถึง 5-10 เท่าตัว ผ่านการทดสอบประสิทธิภาพในกลุ่มตัวอย่างคนไทย รวมถึงเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อฯ ให้บริการครอบคลุมทุกพื้นที่ของประเทศไทย โดยผ่านเครือข่ายห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์รวมทั้งสิ้น 14 แห่ง เป้าหมายการให้บริการ 8,000-12,000 ตัวอย่าง/ปี บุคลากรที่เป็นสมาชิกเครือข่ายได้รับการฝึกอบรมพัฒนาอย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปีจึงมีประสบการณ์สูงในการปฏิบัติงาน

ระบบคุณภาพประกอบด้วยการควบคุมคุณภาพชุดน้ำยาตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี-1 (Minibatch HIV-1 DNA-PCR) และดำเนินการถ่วงดุลการให้บริการ โดยมีหน่วยงานให้บริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี-1 ในเด็ก 2 หน่วยงาน ได้แก่ เครือข่ายห้องปฏิบัติการกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์รวมทั้งสิ้น 14 ห้องปฏิบัติการ ให้บริการตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี-1 วิธี Multiplex Nested DNA-PCR (In-house) และ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัย เชียงใหม่ ให้บริการตรวจการติดเชื้อ เอช ไอวี-1 โดยการให้หน่วยงานผู้ส่งตรวจเจาะเลือดใส่กระดาษซับและทำให้แห้ง แล้วส่งกระดาษซับนั้นมายังห้องปฏิบัติการ

ฉ.2 การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับ หญิงตั้งครรภ์ ณ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 จ. ขอนแก่น

ในระหว่างปี พ.ศ. 2548-2549 โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยที่ 6 ได้เข้าร่วมในการวิจัยของกรมอนามัย โดยทำการศึกษาร่วมกับโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ ศูนย์อนามัยเขต1, 4, 6, 7, 8 และ10 ของกรมอนามัยในโครงการการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี สำหรับหญิงตั้งครรภ์ ในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพในประเทศไทย ภายใต้ความร่วมมือของ กรมอนามัยและ UNFPA

การพัฒนาเพื่อหารูปแบบที่เหมาะสมกับบริบทการให้บริการของโรงพยาบาล เป็นการทำงาน ภายใต้กระบวนการเรียนรู้ ซึ่งมีการพัฒนาและประเมินผล การบูรณาการและการปรับเปลี่ยนเป็นระยะอย่างต่อเนื่อง ภายใต้การพัฒนางานนี้ มีการประสานงานกันระหว่างคลินิกต่างๆได้แก่ ผู้การให้การปรึกษา คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด คลินิกหลังคลอด คลินิกตรวจสุขภาพเด็ก คลินิกวางแผนครอบครัว และได้เกิดนวัตกรรมของการให้การปรึกษาได้แก่ การให้การปรึกษาแบบคู่ การเปิดเผยผลเลือดที่แตกต่างกัน และได้เกิดนวัตกรรมเพิ่มอีกหลายประการ ได้แก่

- **นวัตกรรมทางความคิด ความเชื่อ หรือค่านิยม** ผู้ให้บริการให้ความสนใจและใส่ใจชักชวนให้สามีเข้าร่วมในกิจกรรมมากขึ้น ส่วนผู้รับบริการสามีมองเห็นภาพตัวเองว่ามีบทบาทสำคัญอย่างไรในการดูแลสุขภาพแม่และลูก
- **นวัตกรรมทางพฤติกรรม** ผู้ให้บริการ มีทักษะ เทคนิค และกระบวนการสื่อสารมากขึ้น ผู้รับบริการมีการบอกต่อๆ กัน ให้สามีมาฝากครรภ์พร้อมภรรยา เกิดพฤติกรรม “เดินมาเป็นคู่”
- **นวัตกรรมที่เป็นระบบบริการ** ได้แก่ การฝากครรภ์เป็นคู่ การแจ้งผลเลือดเอชไอวี ลบ โดยใช้กระบวนการกลุ่ม
- **นวัตกรรมของการให้การปรึกษา** การให้การปรึกษาแบบคู่ การเปิดเผยผลเลือดที่แตกต่างกัน

2.3 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยเจริญพันธ์

ก. สถานการณ์การติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์

กลุ่มประชากรวัยเจริญพันธ์ ในรายงานฉบับนี้ หมายถึง ประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี การคาดประมาณผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่โดยใช้ Asian Epidemic Model ชี้ให้เห็นว่ามากกว่า 1 ใน 3 (ร้อยละ 38) ของผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2553 เป็นการติดเชื้อฯ ในกลุ่ม คู่สามีภรรยา หรือคู่รัก และร้อยละ 7 เป็นการติดเชื้อฯ ระหว่างการมีเพสัมพันธ์แบบฉาบฉวย[18]

ข. การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์

ข.1 นโยบายและแผนงาน/โครงการที่ตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์

1) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ. 2550-2554)

---

[18] Thai Working Group and A^2 Thailand, The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005- 2025

กลุ่มคู่สามีภรรยาหรือคู่รัก เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่จะต้องลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี 2554 ตามที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ฯ

มาตรการในการดำเนินงานตามนโยบาย ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ สำหรับคู่สามีภรรยา และ ให้การปรึกษาในการเปิดเผยสถานะภาพการติดเชื้อฯ การเสริมสร้างความตระหนักทัศนคติทางบวก และลดปัญหาทางเพศโดยการรณรงค์ผ่านสื่อที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อฯและการใช้ถุงยางอนามัย โดยดำเนินการผสมผสานในบริการฝากครรภ์และบริการสุขภาพอื่นๆ

รวมทั้งส่งเสริมการยอมรับโดยไม่เลือกปฏิบัติต่อผู้หญิงที่ติดเชื้อฯ ส่วนมาตรการสำหรับประชาชนทั่วไปที่ไม่ทราบสถานภาพการติดเชื้อฯ ที่เข้ามารับบริการสุขภาพประกอบ ด้วยการเสริมสร้างความตระหนักในการประเมินความเสี่ยง การตรวจหาการติดเชื้อฯ ส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันและการใช้ถุงยางอนามัย และการสร้างสภาพแวดล้อมเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

2) แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ สู่แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ ในสถานที่ทำงาน

กระทรวงแรงงาน โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้จัดทำประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง การป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ เมื่อปี 2548 เพื่อให้สถานประกอบกิจการ มีบทบาทในการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ที่เป็นไปตามแนวปฏิบัติสากล เรื่องโรคเอดส์ ในโลกแห่งการทำงานของ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO Code of Practice on HIV/AIDS in the World of Work) โดยมีมาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ เรียกชื่อย่อว่า มาตรฐาน ASO Thailand (AIDS - response Standard Organization) เป็นเครื่องมือขับเคลื่อน ประเมิน กำกับติดตาม และให้การรับรองสถานประกอบกิจการ ที่มีการดำเนินงานตอบสนองอย่างเป็นรูปธรรม

โดยการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กรมควบคุมโรค และสมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ ได้ขยายผลให้สถานประกอบกิจการทั่วประเทศ เข้าสู่มาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ (ASO Thailand) และบรรจุเป็นเป้าหมายการดำเนิน งานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้แรงงาน ในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 และในขณะเดียวกัน ก็ได้มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และวัณโรค ควบคู่กันไปด้วย โดยยกระดับมาตรฐาน ASO Thailand สู่ มาตรฐาน ASO –T Thailand (AIDS and TB – response Standard Organization) ให้เป็นมาตรฐานขั้นสูงสุดในการส่งเสริมสถานประกอบกิจการมีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

การดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมดังกล่าว ส่งผลให้ คช.ปอ. มีมติในการประชุม เมื่อวันที่ 28 กันยายน พ.ศ. 2548 ให้กระทรวงแรงงาน ยกร่างแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน โดยพิจารณาปรับปรุงจากประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่องแนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ ซึ่ง คช.ปอ. มีคำสั่งที่ 1/2549 แต่งตั้งคณะทำงานที่ประกอบด้วยภาครัฐและภาคประชาสังคม ปรับปรุงและยกร่าง และได้ผ่านความเห็นชอบในการประชุม คช.ปอ. เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 ประกาศเป็นแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ.2552 มีสาระสำคัญ ดังนี้

1. เป็นแนวปฏิบัติที่ใช้กับสถานที่ทำงาน ที่เป็นหน่วยงานรัฐ และเอกชนทุกประเภท
2. สถานที่ทำงานต้องจัดทำมาตรฐานการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงานที่สอดคล้องกับแนวปฏิบัติแห่งชาติฯ อย่างน้อย 2 ส่วน คือ (1) นโยบายด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน (2) แผนดำเนินงาน
3. กำหนดบทบาทของผู้จ้างงาน บทบาทของคณะทำงานและองค์กรคนทำงาน และบทบาทของหน่วยงานรัฐในการดำเนินงาน ติดตามประเมินผล ตรวจสอบแก้ไข และทบทวนผลการดำเนินงาน

ข.2 ความก้าวหน้าของการดำเนินงานในช่วงปี 2551-2552

1) การป้องกันติดเชื้อฯ ในคู่สามี ภรรยา หรือคู่รัก

กรมอนามัยร่วมกับ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข พัฒนาระบบบริการให้การปรึกษาแบบคู่เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในบริการฝากครรภ์ โดย

- การพัฒนารูปแบบและแนวทางปฏิบัติการให้บริการปรึกษาแบบคู่ เพื่อตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และพัฒนาหลักสูตรการอบรม จัดทำสื่อวีดิทัศน์สาธิตรูปแบบและวิธีการให้การปรึกษาแบบคู่ฯ รวมทั้งจัดการฝึกอบรมตามหลักสูตร ให้แก่พยาบาลและเจ้าหน้าที่ให้การปรึกษา ใน 5 จังหวัดนำร่องของโครงการ

- การจัดบริการให้การปรึกษาแบบคู่ เพื่อตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ แก่หญิงตั้งครรภ์และสามี ที่มารับบริการฝากครรภ์รายใหม่ ใน 17 โรงพยาบาล ของ 5 จังหวัดนำร่อง รวมทั้งติดตามประเมินผลเพื่อเตรียมการขยายผล

2) การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มข้าราชการในเครื่องแบบ

กองทัพอากาศ

คณะกรรมการและคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของกองทัพอากาศ จัดทำแผนงาน/โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของกองทัพอากาศให้สอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ฯเอดส์ชาติและติดตามประเมินผลการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องกิจกรรมการดำเนินงาน ครอบคลุมการป้องกัน และการบริการทางการแพทย์และ

สาธารณสุข ประกอบด้วย การจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์และการป้องกัน การสนับสนุนถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการติดเชื้อฯ ให้แก่กำลังพล การจัดหาอุปกรณ์ป้องกันการติดเชื้อฯ สำหรับบุคลากรทางการแพทย์สังกัดกองทัพอากาศ เพื่อป้องกันการติดเชื้อฯ จากการสัมผัส การตรวจคัดกรองโลหิตที่ได้รับบริจาคเพื่อป้องกันการติดเชื้อในผู้มารับบริการทางสุขภาพ

สำนักงานตำรวจแห่งชาติ

ดำเนินงานสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อฯ แก่ข้าราชการตำรวจ ครอบครัว และประชาชนกลุ่มที่รับผิดชอบ จัดทำนโยบายและแผนงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยได้รับการสนับสนุนงบประมาณจาก สำนักงานตำรวจแห่งชาติ แผนงานป้องกันการติดเชื้อฯ ของกลุ่มข้าราชการตำรวจ ได้แก่ การบริการให้คำปรึกษาและการตรวจการติดเชื้อฯ โดยความสมัครใจ การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม การอบรมและให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ โดยการอบรมวิทยากรตำรวจเพื่อให้ความรู้แก่ข้าราชการตำรวจและจัดการอบรมความรู้เรื่องการป้องกันเอดส์ให้กับข้าราชการตำรวจ

3) การป้องกันการติดเชื้อฯ ในสถานประกอบกิจการ

นับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 ที่กระทรวงแรงงาน โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้จัดทำประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง การป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ ดำเนินงานร่วมกับกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน กระทรวงแรงงาน และกรมควบคุมโรค จัดทำมาตรฐานการบริหารจัดการเรื่องเอดส์ในสถานประกอบกิจการ (ASO-Thailand) และสนับสนุนให้มีการพัฒนาเครือข่ายคณะทำงานระดับจังหวัด เพื่อส่งเสริมผลักดันให้มีการนำมาตรฐาน ASO ไปใช้ในสถานประกอบการ และนิเทศติดตามผลการทำงานร่วมกัน การดำเนินงานดังกล่าว ถือเป็น “ตัวอย่างของแนวทางปฏิบัติที่ดี” และนำไปสู่การประกาศ “แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน” โดยคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2552

4) การป้องกันการติดเชื้อฯ กลุ่มแรงงานนอกระบบ

ในปี พ.ศ. 2551-2552 สำนักโรคเอดส์ฯ กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ชุมชน และหน่วยงานอื่นที่เกี่ยวข้อง ได้สร้างเครือข่ายคณะทำงานและคณะกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มแรงงานเคลื่อนย้าย และร่วมกันสร้างรูปแบบการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่เน้นความยั่งยืนโดยสร้างแกนนำอาสาสมัครในกลุ่มแรงงานเคลื่อนย้ายเพื่อเป็นวิทยากรทำหน้าที่ให้ความรู้ข้อมูลข่าวสาร เป็นผู้ให้คำปรึกษา และส่งเสริมให้มีพฤติกรรมที่

เหมาะสม จัดกิจกรรมขยายผลรูปแบบต่างๆ เช่น ศิลปินพื้นบ้าน สอดแทรกความรู้ในวิถีชีวิต โดยดำเนินงานในจังหวัดเชียงรายและจังหวัดขอนแก่น

ค. ผลการดำเนินงาน

ค.1 การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในสถานประกอบกิจการ

การดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมในสถานประกอบกิจการส่งผลให้มีการเปลี่ยนแปลงความรู้ ทัศนคติ พฤติกรรมของลูกจ้างและนโยบายของสถานประกอบกิจการ อย่างเป็นรูปธรรมและมีสัมฤทธิผล ข้อมูลการสำรวจและรายงานของสมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ พบว่า จำนวนสถานประกอบกิจการเข้าร่วมโครงการ จำนวน 11,208 แห่ง ลูกจ้างได้รับประโยชน์ จำนวน 2,866,508 คน รวมทั้งมีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้นในด้านนโยบายของสถานประกอบกิจการ ด้านพฤติกรรมการป้องกันและทัศนคติของลูกจ้าง ดังตารางดังต่อไปนี้

ตารางที่ 11: ทัศนคติต่อเพื่อนที่ติดเชื้อเอชไอวี ของพนักงานที่ เข้าอบรม ระหว่างปี พ.ศ.2547 - 2551

ระดับของการสัมผัสกับผู้ติดเชื้อฯ ที่เป็นที่ยอมรับ	ข้อมูลพื้นฐาน (N=10,000)	พ.ศ.2548 (N=16,861)	พ.ศ.2549 (N=31,896)	พ.ศ.2550 (N= 27,578)	พ.ศ.254851 (N= 12,242)
ทำงานในห้องเดียวกันได้	84%	99 %	99 %	99 %	99 %
ใช้โทรศัพท์ร่วมกันได้	69%	98 %	98 %	98 %	99 %
ใช้ห้องน้ำเดียวกันได้	62%	97 %	97 %	97 %	96 %
กินอาหารสำรับเดียวกันได้	59%	94 %	93 %	95 %	97 %
จับต้องตัวผู้ติดเชื้อได้	59%	93 %	93 %	95 %	97 %
ดูแลเพื่อนรักที่ป่วยเอดส์ได้	58%	92 %	94 %	96 %	98 %

ตารางที่ 12: แนวโน้มการเปลี่ยนพฤติกรรมของพนักงานหลังสิ้นสุดโครงการ

ความตระหนัก	ก่อนอบรม	หลังอบรม	ผลต่าง
ตระหนักว่าเอดส์ใกล้ตัว	76 %	92 %	16 %
ตระหนักว่าตัวเองมีความเสี่ยง	27 %	73 %	46 %
ตระหนักว่าคนใกล้ชิดมีความเสี่ยง	37 %	80 %	43 %

ตารางที่ 13: ผลงานการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย

การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย	เป้าหมาย	ผลงาน
ติดตั้งตู้จำหน่ายถุงยางและจุดจำหน่าย (จุด)	3,050	2,151
ยอดจำหน่ายถุงยาง (ชิ้น)	300,000	400,011
แจกถุงยางฟรี (ชิ้น)	8,550,000	6,861,550

ตารางที่ 14: อัตราการใช้ถุงยางอนามัยของพนักงานในสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2546 - 2551

อัตราการใช้ถุงยางทุกครั้งกับแฟนหรือคนรักที่ไม่ใช่คู่สมรส

TBCA สำรวจก่อนโครงการ พ.ศ.2546 (N=9,760)	Population Council สำรวจ พ.ศ. 2547	Population Council สำรวจ พ.ศ. 2548	TBCA สำรวจ พ.ศ. 2551 (N=9,088)
16.0%	34.0%	48.6%	65.5 %

ตารางที่ 15: ร้อยละของสถานประกอบกิจการที่ดำเนินกิจกรรมเอดส์ด้านต่างๆ

กิจกรรม	ก่อนโครงการ	หลังโครงการ
มีนโยบายช่วยเหลือพนักงานที่ติดเชื้อฯ	14.7 %	98.7 %
ส่งเสริมถุงยางอนามัยแก่พนักงาน	15.1 %	97.2 %
จัดกิจกรรมรณรงค์ในบริษัท	9.0 %	96.4 %
ร่วมกิจกรรมเอดส์กับหน่วยงานอื่น	5.9 %	94.0 %
แกนนำของบริษัท ทำกิจกรรมเอดส์	1.9 %	89.6 %
แกนนำจัดอบรมได้โดยไม่ต้องพึ่ง NGO	No data	29.4 %

ตารางที่ 16: ร้อยละของสถานประกอบกิจการที่เปลี่ยนแปลงนโยบายเอดส์ด้านต่างๆของสถานประกอบกิจการ พ.ศ. 2547-2551

นโยบาย	ข้อมูลพื้นฐาน (N=2,169)	พ.ศ.2548 (N=2,045)	พ.ศ.2549 (N=1,703)	พ.ศ.2550 (N=2,013)	พ.ศ.2551 (N=1,884)
ไม่บังคับผู้สมัครงานตรวจเอดส์	89 %	94 %	96 %	96 %	98 %
ไม่บังคับพนักงานตรวจเอดส์	89 %	95 %	97 %	98 %	99 %
ไม่เลิกจ้างผู้ติดเชื้อ	47 %	72 %	81 %	76 %	90 %
เลิกจ้างผู้ติดเชื้อ	5 %	3 %	0.7 %	0.7%	0.6%
ไม่แน่ใจเรื่องเลิกจ้างหรือไม่	47 %	25 %	18 %	23 %	9 %
ให้การศึกษาแก่พนักงาน	34 %	91 %	96 %	93 %	90 %

ตารางที่ 17: จำนวนสถานประกอบกิจการที่ได้รับมาตรฐาน ASO THAILAND พ.ศ.2548 - 2551

ใบรับรองมาตรฐาน	พ.ศ.2548	พ.ศ.2549	พ.ศ.2550	พ.ศ.2551	รวม
ASO THAILAND ระดับทอง	478	746	535	549	2,308
ASO THAILAND ระดับเงิน	793	709	851	1,004	3,357
รวม	**1,271**	**1,455**	**1,386**	**1,553**	**5,665**

ค.2 การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มข้าราชการตำรวจ

ได้ฝึกอบรมวิทยากรตำรวจเพื่อการป้องกันโรคเอดส์ ยาเสพติด และบุหรี่ รวม 153 นายในปี 2551 และ 494 นาย ในปี 2552 ผลการประเมินก่อนและหลังการอบรม พบว่า ผู้เข้ารับการอบรม มีความรู้เพิ่มขึ้น (ร้อยละ 91) มีความพึงพอใจกับหลักสูตรการอบรม และวิทยากร (ร้อยละ 92 และ ร้อยละ 97) และ ร้อยละ 87-94 ระบุว่าการอบรมมีประโยชน์ต่องานในปัจจุบัน

ง. ปัญหา อุปสรรค และความท้าทาย

ง.1 ความท้าทายในกลุ่มประชากรวัยเจริญพันธ์ทั่วไป

สังคมยังมีทัศนคติว่าเรื่องการติดเชื้อ เอชไอวี เป็นเรื่องของกลุ่มเสี่ยง และใช้ถุงยางอนามัยกับคู่น้อยมาก มองว่าถุงยางอนามัยเป็นเรื่องของความไม่ไว้ใจ

ง.2 ความท้าทายสำหรับกลุ่มแรงงานในระบบ

การนำแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงานไปใช้ให้ครอบคลุมคนทำงานในสถานที่ทำงาน ที่เป็นหน่วยงานของรัฐ และเอกชนทุกประเภท

จ. แผนการแก้ไขปัญหาอุปสรรค และความท้าทาย

- การสื่อสารสาธารณะเพื่อสร้างความตระหนักในปัญหาเอดส์และการป้องกันการติดเชื้อฯในประชาชนทั่วไป และ การปรับทัศนะของสังคมในเรื่องถุงยางอนามัยให้เป็นอุปกรณ์ที่ช่วยเสริมสุขภาวะทางเพศ มากกว่าจะเป็นเรื่องการป้องกันโรคเท่านั้น
- การส่งเสริมให้คนทั่วไปมาการเข้ารับบริการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ โดยความสมัครใจ (VCT) และ การส่งเสริมให้คู่สมรสเข้ามารับการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ ทั้งคู่
- การพัฒนามาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ (ASO Thailand) ให้สอดคล้องกับบริบทของสถานประกอบกิจการขนาดเล็ก และนอกระบบ
- การขับเคลื่อนให้จัดทำเครื่องมือประเมิน กำกับ ติดตามและระบบรับรองในระดับภูมิภาคอาเซียน (ASEAN) ระดับภูมิภาค เอเปค (APEC) เพื่อเป็นกลไกในการขับเคลื่อนแนวปฏิบัติตาม Guideline on Essential Workplace Action for Enterprises on the prevention and Management of HIV and AIDS in ASEAN member States) และ APEC Guideline for Creating an Enabling Environment for Employer to implement effective workplace practice for People living with HIV/AIDS ซึ่งจะมีผลขับเคลื่อนให้บริษัทข้ามชาติที่มีการลงทุนในประเทศไทย บรรจุมาตรฐาน ASO Thailand

เข้าเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานธุรกิจด้านความรับผิดชอบต่อสังคม และให้ครอบคลุมถึงผู้รับเหมาช่วง

- การพัฒนากลไกการขับเคลื่อนการแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน

ฉ. ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี

ฉ. 1 โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์โดยผู้ชายมีส่วนร่วม: การให้บริการฝากครรภ์คู่

ดำเนินงานโดย กองอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับภาคี และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา (ดูรายละเอียดในบทที่ 4 ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี)

ฉ.2 ความต่อเนื่องและต่อยอดการดำเนินงานโดยใช้แนวปฏิบัติการป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการตามมาตรฐาน ASO Thailand

กระทรวงแรงงาน โดยกรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน ได้จัดทำประกาศกระทรวงแรงงาน เรื่อง การป้องกันและจัดการด้านเอดส์ในสถานประกอบกิจการ เมื่อปี พ.ศ. 2548 เพื่อให้สถานประกอบกิจการ ดำเนินงานป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ที่เป็นไปตามแนวปฏิบัติสากล เรื่องโรคเอดส์ ในโลกแห่งการทำงานของ องค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO Code of Practice on HIV/AIDS in the World of Work) โดยมีมาตรฐานการบริหารจัดการด้านเอดส์ เรียกชื่อย่อว่า มาตรฐาน ASO Thailand (AIDS - response Standard Organization) เป็นเครื่องมือขับเคลื่อน ประเมิน กำกับติดตาม และให้การรับรองสถานประกอบกิจการ

มีการดำเนินงานตอบสนองอย่างเป็นรูปธรรมและในขณะเดียวกันได้พัฒนาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และวัณโรคควบคู่กันไป และยกระดับมาตรฐาน ASO Thailand สู่มาตรฐาน ASO – T Thailand (AIDS and TB – response Standard Organization) ให้เป็นมาตรฐานขั้นสูงสุดในการส่งเสริมสถานประกอบกิจการมีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และวัณโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

ความสำเร็จของการจัดทำมาตรฐานการบริหารจัดการเรื่องเอดส์ในสถานประกอบกิจการ (ASO-Thailand) เกิดจาก *กระบวนการพัฒนา* ที่ยึดแนวคิดหลัก 2 ประการ คือ

1) แนวคิดด้านพฤติกรรมสุขภาพ เรียกว่า “BASNEF Model” เพื่อปรับเปลี่ยนความเชื่อและพฤติกรรมที่พึงประสงค์ ดังนี้

- การปรับเปลี่ยนความเชื่อและทัศนคติ (BA: Believe and Attitude) ผ่านกระบวนการเรียนรู้อย่างมีส่วนร่วม สำหรับนายจ้าง ลูกจ้าง
- การเข้าถึงบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม (SN: Subjective Norm) โดยการสร้างความรู้ ความเข้าใจให้แก่นายจ้าง วิทยากรแกนนำในสถานประกอบ

กิจการ องค์กรนายจ้าง องค์กรลูกจ้าง เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

- การสร้างปัจจัยภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมประกอบด้วย การสร้างกระแสรณรงค์แนวปฏิบัติด้านเอดส์ขององค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) การจัดทำประกาศกระทรวงแรงงานเรื่องเอดส์ การสร้างกระแสรณรงค์ความรับผิดชอบต่อสังคมเรื่องเอดส์ การสร้างเครื่องมือการดำเนินงานที่ชัดเจนและเป็นรูปธรรม ได้แก่ มาตรฐาน ASO Thailand และมาตรฐาน ASO –T Thailand เพื่อเป็นกลไกในการประเมินการปฏิบัติตามนโยบาย การพัฒนากลไกสร้างแรงจูงใจยกย่องเชิดชูประกาศเกียรติคุณสถานประกอบกิจการที่มีแนวปฏิบัติที่ดีดังกล่าวสู่สาธารณชน และการให้บริการที่สะดวกเข้าถึงได้ง่าย และเพียงพอโดยการสร้างองค์กรพัฒนาเอกชนในพื้นที่ทำหน้าที่เป็นผู้ให้บริการ จัดการ ศึกษาฝึกอบรมให้ถึงที่และยืดหยุ่นตามกลุ่มเป้าหมาย รวมทั้ง การส่งเสริมให้สถานประกอบกิจการมีการติดตั้งตู้ถุงยางอนามัยหยอดเหรียญให้ลูกจ้างสามารถเข้าถึงอุปกรณ์การป้องกันได้ง่าย และราคาถูก

2) แนวคิดการทำงานเป็นหุ้นส่วนภาคีความร่วมมือ ระหว่างหน่วยงานภาครัฐ กรมควบคุมโรค สมาคมแนวร่วมภาคธุรกิจไทยต้านภัยเอดส์ เครือข่ายองค์กรพัฒนาเอกชน 36 องค์กรในพื้นที่ มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ องค์กรนายจ้าง องค์กรลูกจ้าง รวมทั้งการบูรณาการเครือข่ายความร่วมมือกับภาครัฐ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ในการระดมเงินทุนและทรัพยากรในพื้นที่เพื่อให้ขับเคลื่อนการดำเนินงานในรูปแบบเครือข่ายความร่วมมือระหว่างองค์กรในชุมชนอย่างยั่งยืน

2.4 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน

ก. สถานการณ์การติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มเยาวชน

ประเทศไทยไม่ได้กำหนด กลุ่มเยาวชน เป็นกลุ่มที่อยู่ในระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ จึงได้ใช้อัตราความชุกการติดเชื้อฯ ของหญิงรับบริการฝากครรภ์ ที่อายุ 15-24 ปี และ กลุ่มทหารคัดเลือกใหม่กองประจำการ เป็นข้อมูลในการติดตามสถานการณ์การติดเชื้อฯ ในกลุ่มเยาวชน

การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์ในกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการในเดือน พฤศจิกายน พ.ศ.2551 พบว่า ร้อยละ 6.9 ติดเชื้อโรค Non-Specific Urethritis (NSU) ร้อยละ 0.9 ติดเชื้อโรคหนองใน และร้อยละ 0.1 ติดเชื้อโรค ซิฟิลิส

ข้อมูลจากการเฝ้าระวังพฤติกรรม สะท้อนว่า มีโอกาสของการระบาดของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มเยาวชน หากไม่มีมาตรการที่มีประสิทธิภาพในการดำเนินงานในสถานการณ์ต่างๆ ดังนี้

ก.1 ค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ของเยาวชน

เยาวชนที่มองว่า การมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานเป็นเรื่องปกติ จำนวนเพิ่มขึ้น

การสำรวจของเครือข่ายเยาวชนด้านเอดส์ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550

ใน 11 จังหวัด พบว่า เยาวชนอายุระหว่าง 15-22 ปี ร้อยละ 48.8 ยอมรับได้กับการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นโดยไม่ได้แต่งงาน ร้อยละ 67.2 เห็นว่าการตัดสินใจมีเพศสัมพันธ์เป็นสิทธิส่วนบุคคล ร้อยละ 39.1 เห็นว่า การมีเพศสัมพันธ์แบบเปลี่ยนคู่นอนในช่วงวัยรุ่นเป็นเรื่องปกติ ซึ่งสอดคล้องกับผลสำรวจสภาวการณ์เด็กและเยาวชน ปี พ.ศ. 2549 -2550 ในนักเรียน นักศึกษาทั่วประเทศของสถาบันรามจิตติ พบว่า เยาวชนระดับอาชีวะศึกษา ร้อยละ 30 และอุดมศึกษา ร้อยละ 56 ระบุว่ายอม รับได้กับการอยู่ด้วยกันก่อนแต่งงาน

เยาวชนมีเพศสัมพันธ์จำนวนมากขึ้น

การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มนักเรียนชาย-หญิงใน 24 จังหวัด โดยสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในปี พ.ศ. 2551 พบว่า ร้อยละ 3 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนต้น (อายุเฉลี่ย13 ปี) ร้อยละ 15-24 ของนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ (อายุเฉลี่ย 16 ปี) และร้อยละ 37-43 ในนักเรียนสายอาชีวศึกษา (อายุเฉลี่ย 17 ปี) เคยมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

เยาวชนกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน

ข้อมูลจากการสำรวจในปี พ.ศ.2551 ดังกล่าว พบว่า นักเรียนชายมากกว่าครึ่งเคยมีเพศสัมพันธ์ และนักเรียนหญิง 1 ใน 5 คน มีเพศสัมพันธ์กับกับคู่นอนหลายคน ใน 1 ปีที่ผ่านมา

การศึกษาในกลุ่มเยาวชนแรกรับของสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน ในปี พ.ศ.2551 พบว่า ในเด็กและเยาวชน อายุ 15 -18 ปี ร้อยละ 64.1 มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน และมีเพียงร้อยละ 15.9 ที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง

ก.2 ความรู้และความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัย

อัตราใช้ถุงยางอนามัยของเยาวชนยังต่ำอยู่

ร้อยละ 20-40 ของกลุ่มนักเรียนที่สำรวจ รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับคู่รัก ส่วนในกลุ่มนักเรียนชายและทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 28 ในปี พ.ศ.2548 เป็นร้อยละ 50 ในปี พ.ศ.2551 ซึ่งยังถือว่าเป็นอัตราที่ต่ำอยู่

ความรู้โรคเอดส์ ก็ยังน้อย

การสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ในปี พ.ศ.2549 พบว่า เยาวชนอายุ 18-24 ปี เพียงร้อยละ 28.4 ที่สามารถตอบคำถาม UNGASS ทั้ง 5 ข้อได้ถูกต้อง ในการสำรวจพฤติกรรมรอบปี พ.ศ.2551 ในนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2 ชาย และหญิง พบว่า ตอบคำถาม UNGASS ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 15.6 และ 9.1 ตามลำดับ ส่วนนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 และนักเรียนอาชีวศึกษา ตอบถูกทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 35.3 และ 25 ตามลำดับ

ก.3 เด็กและเยาวชนเข้าถึงสื่อลามกได้ง่าย

การสำรวจโดยสถาบันรามจิตติ ในปี พ.ศ.2551 พบว่าเด็กใช้เวลา 6-7 ชั่วโมงต่อวัน ในการดูสื่อต่างๆ และการสำรวจในนักเรียนมัธยมศึกษาปลาย และนักเรียนอาชีวศึกษา (อายุระหว่าง 16-17 ปี) พบว่า ร้อยละ 69.3 ของนักเรียนมัธยมศึกษา ปีที่ 5 ชาย ดูสื่อโป๊จากอินเตอร์เน็ต ร้อยละ 82.4 ดูหนังสือ หรือ วีดีโอ โป๊ ร้อยละ 27.3 ของนักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5 หญิง เข้าดูสื่อโป๊จากอินเตอร์เน็ต และ ร้อยละ 54.3 ดูหนังสือ หรือวีดีโอโป๊

ก.4 เด็กและเยาวชนดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เพิ่มขึ้น

ร้อยละ 43 ของกลุ่มเยาวชนที่ตรวจพบการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์ เป็นกลุ่มที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ นอกจากนั้น เยาวชนที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก็เป็นกลุ่มที่เข้าดูสื่อโป๊จากอินเตอร์เน็ต และ ดูวีดีโอโป๊ ด้วย

ข. การดำเนินงานป้องกันฯ ในกลุ่มเยาวชน

ข.1 นโยบาย และแผนงาน/โครงการ ด้านเอดส์ในกลุ่มเยาวชน

1) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554

เยาวชน เป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งในการป้องกันการแพร่ระบาด ตามที่กำหนดไว้ในแผนเอดส์ชาติฉบับปัจจุบัน และเป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญที่คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้มีมติเมื่อเดือนกรกฎาคม 2552 ให้ออกมาตรการเร่งรัดเพื่อลดการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่ง ภายในปี 2554

มาตรการในการดำเนินงานตามนโยบาย ประกอบด้วย การพัฒนากระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศและเอดส์ และพัฒนาทักษะในการป้องกันเอดส์ ส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางสังคมให้เกิดการสื่อสารเรื่องเพศและเอดส์ ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพและอุปกรณ์เพื่อการป้องกัน พัฒนาการมีส่วนร่วมของเยาวชนในการตัดสินใจและดำเนินการป้องกันเอดส์ และส่งเสริมความร่วมมือ ของภาคส่วนต่างๆ ร่วมทั้งองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น

2) นโยบายและยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ

นอกจากแผนยุทธศาสตร์ฯ เอดส์ชาติแล้ว กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข กำลังจัดทำนโยบายและยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์แห่งชาติ ปี พ.ศ. 2553-2557 เพื่อส่งเสริมป้องกัน และแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมในเยาวชน ซึ่งจะมีผลให้หน่วยงาน ภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนและทุกระดับ ทั้งในระดับประเทศ ระดับภาค ระดับจังหวัด และระดับชุมชน มีการประสานงานเพื่อดำเนินการให้บรรลุตามวัตถุประสงค์อย่างเป็นรูปธรรม มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์แบบบูรณาการระดับจังหวัด ที่มีเป้าหมายลดการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น รวมทั้งผลักดันให้มีบริการสุขภาพที่เป็นมิตรกับเยาวชน ในสถานบริการทางสุขภาพต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในโรงพยาบาล

แผนยุทธศาสตร์อนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีเป้าหมายลดการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ในปี พ.ศ. 2552 มีการดำเนินงานนำร่องใน 3 จังหวัด และมีแผนขยายในพื้นที่อย่างน้อย ๑๐ จังหวัดในปี พ.ศ. 2553 และคาดว่าภายในปี พ.ศ. 2557 ทุกจังหวัดจะมีแผนยุทธศาสตร์ ดังกล่าว

ข.2 ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

1) การพัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชน

เยาวชนในสถานศึกษา

เป็นการผสมผสานการทำงานร่วมกันของกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงศึกษาธิการ และองค์กรพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข (PATH) โดยสำนักโรคเอดส์ฯ และกระทรวงศึกษาธิการ พัฒนากลุ่มแกนนำด้านการป้องกันเอดส์ในสถานศึกษา โดยบูรณาการงานเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ บุหรี่ และแอลกอฮอล์ เพื่อสนับสนุนให้เยาวชนแกนนำสามารถให้คำแนะนำแก่เพื่อน และจัดกิจกรรมเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในสถานศึกษาหรือชุมชน นับตั้งแต่เริ่มดำเนินงานในปี พ.ศ. 2549 จนถึงปี พ.ศ. 2552

มีสถาบันการศึกษาเข้าร่วมโครงการ 98 แห่ง ใน 35 จังหวัด โดยแบ่งเป็นระดับมัธยมศึกษาตอนปลายจำนวน 45 แห่ง อาชีวศึกษาจำนวน 23 แห่ง และระดับอุดมศึกษาจำนวน 30 แห่ง นอกจากนี้ยังการจัดกิจกรรมส่งเสริมการมีส่วนร่วมของเยาวชน เช่น การประกวดเว็บเพจ เพลงรณรงค์ป้องกันเอดส์ คำขวัญรณรงค์ และ จัดทำแนวทางการสื่อสารเรื่องเอดส์และเพศสำหรับผู้ปกครอง เพื่อช่วยให้ผู้ปกครองมีส่วนร่วมในการอบรมเลี้ยงดูเยาวชนของตนเอง รวมทั้งมีการจัดทำสื่อการเรียนการสอนทางอิเล็กโทรนิก หรือ E-Learning เพื่อให้ความรู้เรื่องเอดส์แก่เยาวชน และประชาชนทั่วไปอีกด้วย

นอกจากนี้ภาคีและเครือข่าย เช่น สถาบันอุดมศึกษา และกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ได้จัดกิจกรรมส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

เยาวชนในชุมชน

สำนักโรคเอดส์ฯ ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชน สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด พัฒนาศักยภาพแกนนำเยาวชนในชุมชนด้านการป้องกันโรคเอดส์ ในพื้นที่ 30 จังหวัดตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และขยายเป็น 43 จังหวัด ในปี พ.ศ. 2552 โดยแกนนำจะมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนชุมชน และจัดกิจกรรมป้องกันเอดส์ในชุมชน

นอกจากนี้ ยังมีการเชื่อมโยงการทำงานในกลุ่มเยาวชนระหว่างสถานศึกษา กับชุมชนโดยใช้กระบวนการทำงานประชาคมแก้ไขปัญหาเอดส์ และสนับสนุนเด็กและเยาวชนจัดกิจกรรม “เพื่อนช่วยเพื่อน พี่ช่วยน้อง” การพัฒนาแกนนำผู้ใหญ่และเยาวชน

ให้สามารถเป็นวิทยากรจัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเอดส์ เพศศึกษา และอนามัยการเจริญพันธุ์ ตลอดทั้งการเป็นผู้ให้การปรึกษา การสนับสนุนงบประมาณแกนนำเด็กและเยาวชน รวมกลุ่มจัด “ศูนย์บริการสุขภาพที่เป็นมิตร ระดับหมู่บ้าน”

สภาเด็กและเยาวชน

การส่งเสริมการมีส่วนร่วมของสภาเด็กและเยาวชน โดยการพัฒนาศักยภาพสมาชิกสภาเด็กและเยาวชนระดับจังหวัด จึงเป็นการเสริมบทบาทการมีส่วนร่วมของเยาวชนกลุ่มนี้เพื่อการส่งเสริมและป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในพื้นที่ให้เข้มแข็งขึ้น กรมอนามัยได้ดำเนินงานโครงการเพื่อสร้างความตระหนัก เพิ่มพูนความรู้ ความเข้าใจ และเจตคติที่ถูกต้องด้านอนามัยการเจริญพันธุ์แก่สมาชิกสภาเด็กและเยาวชนในระดับจังหวัดให้มีส่วนร่วมในการดำเนินงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ทั้งในและนอกระบบการศึกษา ขณะนี้มีการดำเนินการครอบคลุมแล้ว 53 จังหวัด

2) การเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษาในสถานศึกษา

โรงเรียนมัธยมศึกษาและอาชีวศึกษา

ในปี พ.ศ. 2552 มีการปรับกลยุทธ์การดำเนินงานป้องกันในกลุ่มเยาวชนใหม่ เนื่องจากผลการประเมินโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ในช่วงปี พ.ศ. 2546-2551 พบว่า ผลกระทบของโครงการฯ มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงในระดับความรู้ของเยาวชนในพื้นที่เป้าหมายเท่านั้น ยังไม่สามารถสร้างทักษะการป้องกันเอดส์และมีผลต่อการเปลี่ยนพฤติกรรมของเยาวชนไปสู่เป้าหมายที่ต้องการได้ ดังนั้นกลยุทธ์ใหม่ที่นำมาใช้จึงมุ่งเน้นไปที่การสร้างทักษะในการป้องกันที่จำเพาะกับเยาวชนแต่ละกลุ่ม และให้สอดคล้องกับ ทัศนคติ ความเชื่อ และวิถีชีวิตที่แตกต่างของเยาวชน โดยตั้งเป้าหมายของการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันเอดส์ให้ครอบคลุมเยาวชนอายุ 12 - 24 ปี จำนวน 2.4 คนใน 43 จังหวัด

องค์กรพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข (PATH) มีบทบาทในการพัฒนาหลักสูตรเอดส์และเพศศึกษาในโรงเรียนระดับมัธยมและอาชีวศึกษา เช่น พัฒนาหลักสูตรการเรียนการสอนเอดส์และเพศศึกษา พัฒนาและสนับสนุนสื่อการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา จัดอบรมครูผู้สอน ศึกษานิเทศก์ ผู้บริหารสถานศึกษา เจ้าหน้าที่ฝ่ายส่งเสริมการจัดการศึกษา ผลการดำเนินการของ PATH สามารถครอบคลุมวิทยาลัยอาชีวศึกษาได้ร้อยละ 68 ของทั้งหมด

มหาวิทยาลัย

กรมอนามัยได้ส่งเสริมการจัดการเรียนการสอนอนามัยการเจริญพันธุ์ระดับปริญญาตรีในมหาวิทยาลัยราชภัฏ โดยการสนับสนุนให้มหาวิทยาลัยจัดทำหลักสูตรอนามัยการเจริญพันธุ์บรรจุในสาขาวิชา/โปรแกรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้เยาวชนใน

ระดับมหาวิทยาลัยสามารถเข้าถึงข้อมูลข่าวสารด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ และสามารถนำไปใช้ในการทำงานกับกลุ่มเป้าหมายวัยรุ่นได้ มีการดำเนินงานในมหาวิทยาลัยราชภัฏ 13 แห่ง และมีแผนขยายให้ครอบคลุมมหาวิทยาลัยราชภัฏทุกแห่ง

3) การส่งเสริมการเข้าถึงบริการที่เป็นมิตรกับเยาวชน

กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดเป้าหมายให้ โรงพยาบาลในสังกัดจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน ตามแนวทางมาตรฐานบริการ อย่างน้อยร้อยละ 80 ภายในปี พ.ศ. 2557 และได้พัฒนาศักยภาพผู้ให้บริการที่เป็นมิตรกับเยาวชน เพื่อขยายความครอบคลุมพื้นที่ให้มากขึ้น เมื่อสิ้นปี พ.ศ.2552 โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุขในทุกระดับเข้าร่วมโครงการเกือบร้อยละ 10 ของโรงพยาบาลทั้งหมด นอกจากนี้ กระทรวงสาธารณสุขกำลังร่วมกับภาคีเครือข่ายสนับสนุนการจัดบริการที่เป็นมิตรกับเยาวชน ในสถานพยาบาลหลายลักษณะ โดยการสนับสนุนด้านงบประมาณจากกองทุนโลกฯ ใน 43 จังหวัด

ในขณะเดียวกัน องค์การ PATH นำรูปแบบโครงการเลิฟแคร์ ทดลองจัดบริการสำหรับวัยรุ่นในคลินิกเอกชนและศูนย์บริการสาธารณสุขในเขตกรุงเทพมหานคร โดยคาดหวังเพื่อให้เป็นต้นแบบในการขยายผลใน 43 จังหวัด เป็นรูปแบบของการบริการมีทั้งเชิงรับและเชิงรุก ประกอบด้วย การให้การปรึกษา การตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวี การรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ การวางแผนครอบครัว ให้ถุงยางอนามัย ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก และจัดบริการส่งต่อที่เหมาะสม

นอกจากนี้ ยังมีเครือข่ายของภาครัฐและเอกชนดำเนินงานบริการที่เป็นมิตรกับเยาวชน อีกจำนวนมาก เช่น โรงพยาบาลรามาธิบดี โรงพยาบาลศิริราช โรงพยาบาลพระมงกุฎเกล้า และบูรณาการแนวคิดนี้เข้าไปในคลินิกเด็กในจังหวัดต่างๆ

ค. ปัญหาอุปสรรคและความท้าทาย

ความท้าทายบางอย่างที่ระบุไว้ในรายงานความก้าวหน้ารอบก่อน ยังคงเป็นความท้าทายของรายงานในรอบปัจจุบัน

ความท้าทายเหล่านี้ ได้แก่ ทัศนคติของสังคมในเรื่องเพศศึกษาซึ่งผู้ใหญ่ส่วนใหญ่ยังไม่ยอมรับหลักสูตรการสอนเพศศึกษาในเยาวชน ซึ่งเป็นอุปสรรคที่สำคัญต่อการผลักดันการสอนทักษะชีวิตเรื่องเอดส์และเพศศึกษาสำหรับเยาวชนในสถานศึกษา และยังเป็นอุปสรรคที่สำคัญซึ่งมีผลต่อการเข้าถึงถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชน

ความท้าทายอีกอย่างหนึ่งก็คือ การประสานการทำงานระหว่างหน่วยงานต่างๆ ซึ่งหมายถึงประเด็นปัญหายังคงไม่ได้รับการแก้ไข การดำเนินงานยังมีความหลากหลายในแนวคิดและวิธีการ นอกจากนี้ การระดมทรัพยากรในพื้นที่ โดยเฉพาะองค์การบริหารส่วนท้องถิ่น ยังต้องมีการปรับปรุงในเรื่องความเข้าใจและสร้างความตระหนักถึงความสำคัญของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน

ความท้าทายเรื่องกฎหมาย

ในช่วงเวลาของการรายงานรอบนี้ มีการเน้นเรื่องการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน เพื่อช่วยเยาวชนให้สามารถประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีทางเลือกในการตรวจการติดเชื้อฯ และตัดสินใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ข้อจำกัดก็คือเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปีต้องได้รับอนุญาตจากพ่อแม่หรือผู้ปกครองสำหรับการบริการ และเยาวชนเอง ก็ไม่ต้องการที่จะบอกพ่อแม่หรือผู้ปกครองให้ทราบความต้องการของตนเองสำหรับการขอรับบริการนี้

ความยุ่งยากในการทำงานกับเยาวชนคือ การจัดการกับปัจจัยทางสังคมซึ่งมีผลทำให้เยาวชนมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น นอกจากนี้การรณรงค์ให้ความรู้และข้อมูลในอดีตไม่มีการวางแผนอย่างดีพอและเป็นเพียงแผนระยะสั้น ไม่มีความเข้มแข็งเพียงพอ และไม่เป็นที่ประทับใจในกลุ่มเยาวชน ขาดความต่อเนื่อง และไม่ได้เชื่อมโยงกับโครงการ/กิจกรรมซึ่งกำลังดำเนินการในแต่ละท้องถิ่น

ง. แผนการแก้ไขปัญหาและความท้าทาย

- มีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่หน่วยงานรับผิดชอบหลักในส่วนกลางต้องมีการประสานแผนยุทธศาสตร์ มาตรการ และแผนงาน/โครงการเพื่อให้เกิดการระดมทรัพยากร รวมทั้งวิชาการอย่างมีทิศทาง เกิดประสิทธิภาพและประสิทธิผลอย่างจริงจัง

- มีความจำเป็นที่จะต้องมีนโยบายระดับชาติและระดับกระทรวง เพื่อสนับสนุนให้จัดการเรียนการสอนเรื่องเอดส์และทักษะชีวิตในโรงเรียน มีการพัฒนาหลักสูตรแกนกลางที่จะนำไปสอนในโรงเรียนทั่วประเทศจำนวน 30 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา นอกจากนี้ ยังมีความจำเป็นที่จะต้องพัฒนามาตรฐานของการจัดการสอนในโรงเรียนแต่ละแห่ง โดยมอบหมายให้ครูที่ได้รับการอบรมเป็นผู้สอนตามหลักสูตร และควรจะมีนโยบายสนับสนุนจากผู้บริหารการศึกษาทุกระดับทั้งในระดับเขต ระดับจังหวัดและระดับโรงเรียน และควรมีการสนับสนุนทางด้านวิชาการจากเครือข่ายสาธารณะ การศึกษา สุขภาพ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศ

- ควรจะมีแผนการดำเนินงานที่เป็นระบบและต่อเนื่อง สำหรับการณรงค์โดยการพัฒนาเนื้อหาที่เหมาะสมแก่เยาวชนทุกอายุ ควรใช้ประโยชน์ของช่องทางการสื่อสารหลายทางเพื่อให้มีความครอบคลุมและเกิดประสิทธิภาพสูงสุด และทำความร่วมมือกับสื่อสาธารณะเพื่อปรับทัศนคติซึ่งช่วยอำนวยให้มีการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง

จ. ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี

จ.1 นวัตกรรมในการจัดบริการทางสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชนโดยองค์การ PATH

PATH ได้ดำเนินงาน โครงการเลิฟแคร์ กล้ารัก กล้าเช็ค เป็นโครงการเพื่อทดลองแนวทางการจัดบริการที่เป็นมิตรให้กับเยาวชนอายุระหว่าง 12 ปี ถึง 25 ปี เพื่อให้เยาวชน

ได้เข้าถึงบริการส่งเสริม ป้องกัน และดูแลรักษาสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ โดยได้รับการสนับสนุนจาก สปสช. UNFPA และ สำนักงานกองทุนสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.)

การดำเนินงานปีแรกประสบความสำเร็จในการจัดตั้งบริการคลินิก การประชาสัมพันธ์โครงการ แบบเชิงรุกและเป็นการสื่อสารในวงกว้างและสื่อสารสองทาง เพื่อให้กลุ่มเป้าหมายเกิดความตระหนักและประเมินความเสี่ยงของตนเองและเข้าสู่การใช้บริการในคลินิกที่ตั้งไว้

ในช่วงระหว่างเดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ถึง กรกฎาคม พ.ศ. 2552 มีผู้มารับบริการทั้งหมด 16,832 ราย เข้ามาขอรับบริการให้คำปรึกษาเพื่อประเมินความเสี่ยง ผ่านทางช่องทางต่างๆ อาทิ การบริการเชิงรุก คลินิกเคลื่อนที่ call center และแชทรูมในเว็บไซต์ โดยมีจำนวนผู้รับบริการที่คลินิกทั้ง 14 หน่วยที่เข้าร่วมโครงการ ถึง 9,702 ราย โดยมากกว่าครึ่ง ขอรับการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีผู้ตรวจเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจถึง 5,544 ราย และพบความชุกของเอชไอวีในผู้มารับบริการอายุต่ำกว่า 25 ปี ร้อยละ 1.6 ซึ่งถือว่าสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศในประชากรกลุ่มวัยเดียวกันถึง 2.5 เท่า ทั้งนี้กลุ่มผู้มารับบริการที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับคำปรึกษาและส่งต่อไปยังหน่วยงานดูแลตามสิทธิสุขภาพของแต่ละคน

นวัตกรรมที่พัฒนาขึ้นในโครงการ ไม่ว่าจะเป็นการผสมผสานบริการรัฐและเอกชนเข้าด้วยกัน การเปิดห้องแชทรูมบนเว็บไซต์ ซึ่งทำหน้าที่เสมือนคลินิกออนไลน์ ถือว่าเป็นช่องทางที่เข้าถึงกลุ่มเยาวชนได้เป็นอย่างดี ถึงแม้ว่า การจัดทำโครงการนี้ต้องอาศัยกำลังคนและความต่อเนื่องของการดำเนินงาน อย่างไรก็ตาม โครงการได้ประสานความร่วมมือกับสถาบัน การศึกษาเพื่อระดมอาสาสมัครเยาวชน เพื่อให้เยาวชนได้มีส่วนร่วมในการให้บริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรกับเยาวชน

บริการของคลินิกเลิฟแคร์ หลัก ๆ มี 4 เรื่อง ได้แก่ การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจมะเร็งปากมดลูก และบริการวางแผนครอบครัว ซึ่งจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มผู้มารับบริการที่คลินิกเลิฟแคร์ 14 แห่ง ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2551 ถึง 30 มิถุนายน 2552 จำนวน 5,160 คน แบ่งเป็นกลุ่มที่มีอายุไม่เกิน 25 ปี จำนวน 2,255 คน และกลุ่มอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป จำนวน 2,905 คน

ประเด็นความท้าทายของการดำเนินงาน คือ การสร้างระบบติดตามเพื่อติดตามการรักษาและการส่งต่อ โดยเฉพาะการติดตามกลุ่มผู้ตรวจเลือดแล้วพบการติดเชื้อเอชไอวีว่าได้เข้าถึงบริการการรักษาตามสิทธิหรือไม่ และการดูแลทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจของผู้ติดเชื้อฯ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องดำเนินการติดตามความพึงพอใจของผู้มารับบริการต่อบริการคลินิกเลิฟแคร์ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพของผู้ให้บริการและเครือข่ายที่จำเป็นอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถรักษาคุณภาพของการให้บริการตามที่คาดหวัง

เพื่อที่จะให้เยาวชนทุกคนสามารถเข้าถึงการบริการที่เป็นมิตร ผ่านเครือข่ายที่เข้มแข็งของเยาวชนอย่างแท้จริง

2.5 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการ (Sex worker)

ก. จำนวนของพนักงานบริการ

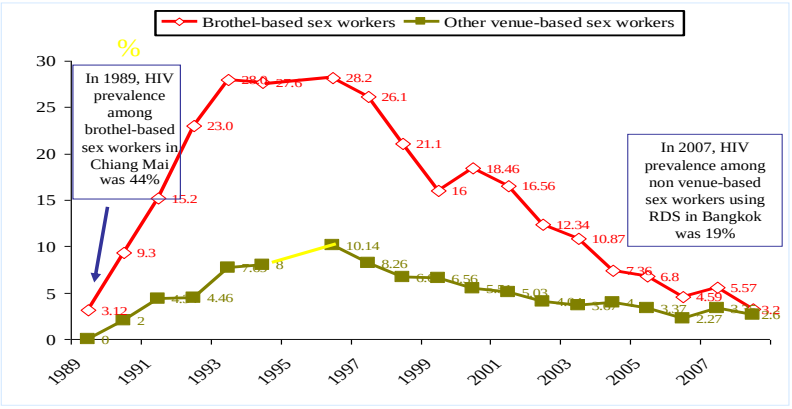
ข้อมูลจากการสำรวจสถานบริการและจำนวนพนักงานบริการประจำปี โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปีพ.ศ. 2552 พบว่า มีจำนวนแหล่งให้บริการ 16,270 แห่ง และจำนวนพนักงานบริการ 73,917 คน เป็นชาย 6,746 คน หญิง 67,171 คน โดยมีจำนวนลดลงเมื่อเทียบกับ ปี พ.ศ. 2550 สถานที่ที่พนักงานบริการทำงานมากที่สุด 5 ลำดับแรก ในปี พ.ศ.2552 คือ คาราโอเกะ, บาร์เบียร์ นวดแผนโบราณ อาบอบนวด และบาร์ อะโกโก้ อย่างไรก็ตาม จากการประเมินของผู้ปฏิบัติงาน จำนวนพนักงานบริการทั้งชายและหญิงทั่วประเทศในขณะนี้ ควรจะมากกว่าข้อมูลการสำรวจ 2 - 3 เท่า หรือประมาณ 150,000 – 250,000 คน

ข. สถานการณ์ที่เกี่ยวข้องกับเอดส์ของพนักงานบริการ

ข.1 การติดเชื้อเอชไอวี

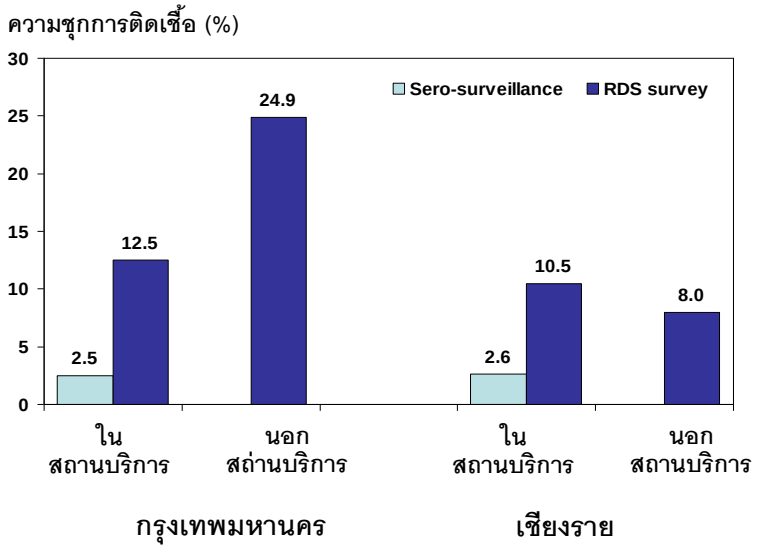
รายงานจากระบบเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อฯ โดยสำนักระบาดวิทยา พบว่าแนวโน้มความชุกของการติดเชื้อฯ ในพนักงานบริการในสถานบริการประเภทตรงและแฝงลดลง (รูปที่ 25) อย่างไรก็ตาม จากรายงานการสำรวจความชุกของการติดเชื้อฯ ในปี พ.ศ. 2550 ซึ่งดำเนินการโดยศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข ซึ่งใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างในชุมชนโดยวิธี respondent-driven sampling (RDS) ในกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงราย พบว่ามีความชุกของการติดเชื้อฯ สูงมาก โดยพบความชุกของการติดเชื้อฯ ในกรุงเทพมหานคร เท่ากับร้อยละ 20 (ร้อยละของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มพนักงานบริการในสถานบริการและนอกสถานบริการร้อยละ 12.5 และ 24.9 ตามลำดับ) และความชุกของการติดเชื้อฯ ในจังหวัดเชียงรายเท่ากับร้อยละ 10 (ร้อยละของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มพนักงานบริการในสถานบริการและนอกสถานบริการร้อยละ 10.5 และ 8.0 ตามลำดับ) เมื่อพิจารณาค่าความชุกของการติดเชื้อฯ ในกลุ่มพนักงานบริการในสถานบริการที่ได้จากการสำรวจโดยวิธี RDS พบว่าสูงมากกว่าผลที่ได้จากการดำเนินการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อฯ โดยสำนักระบาดวิทยาอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (รูปที่ 26)

รูปที่ 25: ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง พ.ศ. 2532-2551



Source: Sentinel sero-surveillance, Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health

รูปที่ 26: ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มพนักงานบริการหญิง ในกรุงเทพมหานคร และเชียงราย ปี พ.ศ. 2550 เปรียบเทียบค่าความชุกที่ได้จากระบบเฝ้าระวังของสำนักระบาดวิทยา และการสำรวจโดยการสุ่มตัวอย่างด้วยวิธี RDS



นอกจากนี้ จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ รายใหม่โดยวิธี BED Captured Elisa โดยสำนักระบาดวิทยา ก็พบว่า อัตราการติดเชื้อฯรายใหม่ในพนักงานบริการหญิงที่ทำงานในสถานบริการแฝงสูงขึ้นในปี พ.ศ.2550 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ.2547 โดยข้อมูลปี พ.ศ. 2551 การติดเชื้อฯ รายใหม่ยังไม่ลดลง อย่างมีนัยสำคัญ

สำหรับข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ ในพนักงานบริการชายทั้งในระบบเฝ้าระวังของสำนักระบาดวิทยา และจากการเฝ้าระวังโดยสุ่มตัวอย่างวิธี TLS (Time location sampling) พบว่าการติดเชื้อฯยังสูงและยังไม่มีแนวโน้มลดลง

ข.2 สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถานการณ์และแนวโน้มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรหลังการปฏิรูประบบบริการสุขภาพในปี พ.ศ.2545 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ขณะที่พนักงานบริการหญิงและพนักงานบริการชายมีแนวโน้มเข้ามารับบริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อยลงเป็นลำดับ โดยเฉพาะ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 เป็นต้นมา ในปีงบประมาณ พ.ศ.2551 อัตราการตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพนักงานบริการหญิงร้อยละ 1.83 และพนักงานบริการชายร้อยละ 15.2

การตรวจวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ใช้วิธีการที่มีความไวมากขึ้นในการค้นหาหนองใน (Niseria gonorrhea) และหนองในเทียม (Chlamydia trachomatis) พบว่าพนักงานบริการหญิงมีความชุกการติดเชื้อหนองในสูงระหว่างร้อยละ 0-2.2 และหนองในเทียมสูงระหว่างร้อยละ 5-16 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากคลินิกเอกชน 2 แห่งในกรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา พบอุบัติการณ์ของโรคหนองในร้อยละ 18.7 ในปี 2550 และร้อยละ 19.21 ในปี พ.ศ. 2552

นอกจากนั้นผลการศึกษาข้อมูลอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของสำนักระบาดวิทยา พบว่า อัตราการติดเชื้อซิฟิลิส ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ข.3 ความรู้และพฤติกรรมในการป้องกัน

การเฝ้าระวังพฤติกรรมของสำนักระบาดวิทยา ในปี พ.ศ.2551 เรื่องความรู้ โดยใช้คำถาม UNGASS 5 ข้อ ในเรื่องวิธีป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์พบว่าพนักงานบริการทั้งหญิงและชายตอบคำถามถูกต้องทั้ง 5 ข้อ เพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ.2550 โดยพนักงานบริการหญิงตอบถูก 5 ข้อ ร้อยละ 41.33 พนักงานบริการชายตอบถูก 5 ข้อ ร้อยละ 29.33 หากแต่อัตราส่วนของกลุ่ม พนักงานบริการหญิงและชาย อายุมากกว่า 25 ปี ตอบคำถามถูกต้องทั้ง 5 ข้อ สูงกว่ากลุ่มอายุน้อยกว่า 25 ปี

การเฝ้าระวังพฤติกรรม ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าร้อยละ 96.1 ของพนักงานบริการหญิงรายงานว่าใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าประจำ และใช้กับลูกค้าทั่วไป ร้อยละ 97.1 กับ

ชายอื่นๆ ร้อยละ 88.8 แต่ใช้กับแฟนหรือคู่ ร้อยละ 45.4 สำหรับการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าคนล่าสุด ลดลงจากปี พ.ศ. 2550 ร้อยละ 96.2 เหลือร้อยละ 92.2 ในปี พ.ศ. 2552

ข.4 การเข้าถึงบริการสุขภาพ

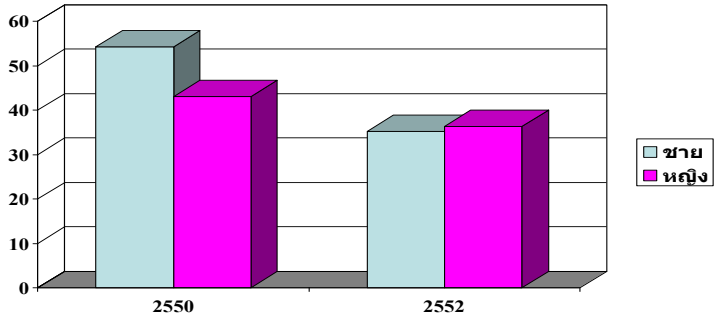
จากการสำรวจอนามัยการเจริญพันธุ์ในพนักงานบริการหญิงใน 4 จังหวัด คือ กรุงเทพ, พัทยา เชียงใหม่ และสงขลา ในปี พ.ศ.2550 พบว่า ร้อยละ 68 ของพนักงานบริการหญิง มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ร้อยละ 8 มีบัตรประกันสังคม ร้อยละ 22.5 ไม่มีหลักประกันสุขภาพใด ๆ

ข้อมูลจากการรายงานการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่รายงานจากคลินิกกามโรคทุกแห่งใน 76 จังหวัด พบว่าสัดส่วนการเข้าถึงบริการลดน้อยลงอย่างต่อเนื่อง

ข้อมูลระบบเฝ้าระวังสำนักระบาดวิทยา พบว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีของพนักงานบริการ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาและรู้ผลการตรวจ มีแนวโน้มลดลง ในพนักงานบริการหญิงลดลงจาก ร้อยละ 43.1 ในปี พ.ศ.2550 เป็นร้อยละ 36.03 และ 35.6 ในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 ตามลำดับ ในพนักงานบริการชายลดลงจากร้อยละ 54.2 ในปี พ.ศ.2550 เป็นร้อยละ 35.2 และ 35.6 ในปี พ.ศ.2551 และ 2552 ตามลำดับ

รูปที่ 27: ร้อยละของพนักงานบริการที่เคยตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและรู้ผลการตรวจ พ.ศ.2550 และ 2552

การตรวจเอชไอวีและทราบผลในพนักงานบริการปี 2550 และ 2552



Source: Bureau of Epidemiology, Ministry of Public Health

ค. การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการ

ค.1 ด้านการให้ความรู้

การสำรวจสถานบริการและพนักงานบริการ โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและภาคีพร้อมกันทั่วประเทศทุกปี มีการเยี่ยมสถานบริการ เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์แก่พนักงานบริการ พร้อมทั้งส่งเสริมการใช้ถุงยาง

อนามัยและแนะนำสถานบริการสาธารณสุข เพื่อให้พนักงานบริการเข้ารับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์พร้อมกันไปด้วย

การพัฒนาเครื่องมือและสื่อเพื่อให้ความรู้และการรณรงค์ รวมถึงความพยายามในการเข้าถึงพนักงานบริการของภาครัฐและประชาสังคมที่หลากหลายรูปแบบด้วยกิจกรรมเชิงรุก มีอาสาสมัครที่เป็นพนักงานบริการ ทำให้เข้าถึงพนักงานบริการในที่สาธารณะมากขึ้น องค์กรพัฒนาเอกชนเข้ามามีส่วนสำคัญในการให้ความรู้และและส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย เช่น สมาคมอิสระชนให้ความรู้กับพนักงานบริการที่ สนามหลวง คลองหลอด วงเวียน 22 กรกฎา มูลนิธิ EMPOWER ให้ความรู้แก่พนักงานบริการในสถานบันเทิงต่างๆ มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING) ให้ความรู้กับพนักงานบริการทั้งชายหญิง และสาวประเภทสอง เป็นต้น

ค.2 ด้านการส่งเสริมการเข้าถึงและใช้ถุงยางอนามัย

โครงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100 % เป็นแผนงานสำคัญในการป้องกันการระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับกลุ่มพนักงานบริการ ใช้งบประมาณ 15.6 ล้านบาท จัดซื้อถุงยางอนามัยขนาด 49 ม.ม. จำนวน 16 ล้านชิ้น และขนาด 52 ม.ม. จำนวน 11 ล้านชิ้น รวมถึงกิจกรรมของภาคประชาสังคม เช่น SWING ได้ตั้งกองทุนถุงยางอนามัยเพื่อจัดหาถุงยางในราคาถูกจำหน่ายแก่พนักงานบริการในกรุงเทพมหานครและเมืองพัทยา เป็นต้น

นอกจากนี้ UNFPA ยังได้สนับสนุนให้มีคณะกรรมการระดับชาติด้านถุงยางอนามัยและร่างแผนกลยุทธ์ด้านถุงยางอนามัยที่รอบด้าน ตลอดจนสนับสนุนการนำถุงยางอนามัยสตรีเข้ามาทดลองใช้เสริมกับถุงยางอนามัยชายทั้งในพนักงานบริการหญิงและประชากรทั่วไป

ค.3 ด้านการพัฒนาคลินิกบริการ

ขยายบริการคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อให้พนักงานบริการสามารถเข้าถึงบริการตรวจคัดกรอง รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ด้วยการกำหนดตัวชี้วัดให้ทุกจังหวัดมีหน่วยบริการดูแลรักษา ป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์สำหรับพนักงานบริการ อย่างน้อยจังหวัดละ 1 แห่ง

ในปี พ.ศ. 2552 มีหน่วยงานให้บริการทั้งหมด 160 แห่ง ใน 72 จังหวัด ที่ตั้งอยู่ในโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สำนักงานป้องกันและควบคุมโรค กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค และศูนย์บริการสาธารณสุข สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร

ค.4 ด้านการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ภาครัฐและภาคประชาสังคม

ภายใต้โครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ รอบที่ 8 สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย ร่วมกับองค์กรเครือข่าย ได้จัดอบรมพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่เครือข่ายองค์กรเอกชน จัดอบรมให้ความรู้กับอาสาสมัคร พนักงานบริการหญิง เพื่อเผยแพร่ความรู้และแจกจ่ายถุงยางอนามัยแก่เพื่อนพนักงานบริการ และอบรมผู้ที่เกี่ยวข้องกับพนักบริการ เช่น ตำรวจ คนขับรถแท็กซี่ ผู้ดูแลสถานประกอบการ รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของสถานประกอบการในเรื่องอาชีวอนามัย โดยเน้นเรื่องเอดส์ อนามัยการเจริญพันธุ์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

นอกจากนี้ UNFPA ยังได้สนับสนุนการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการเข้าถึงพนักงานบริการ โดยการสังเคราะห์องค์ความรู้การเข้าถึงพนักงานบริการประเภทต่างๆ จัดอบรมวิธีการคาดประมาณจำนวนประชากรที่เข้าถึงยาก เป็นต้น

ค.5 ด้านการสร้างการมีส่วนร่วมของพนักงานบริการและภาคประชาชนอื่น ๆ

องค์กรภาคประชาสังคมสนับสนุนให้พนักงานบริการ เข้ามาร่วมดำเนินงานในลักษณะอาสาสมัคร เช่น สมาคมอิสระชน มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง (Empower) และ SWING โดยเน้นการส่งเสริมการสร้างศักยภาพกลุ่มของพนักงานบริการที่จะสามารถดูแลตนเอง และช่วยเหลือเพื่อนๆ ในการให้ความรู้และการประสานส่งต่อรับบริการ

ค.7 ด้านการระดมทรัพยากรด้านงบประมาณ

ในการทำงานช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 มีทรัพยากรในการดำเนินงานเพิ่มขึ้น โดยมีแหล่งทุนทั้งจากงบประมาณปกติ งบกองทุนโลกฯ งบ ศรอ. งบจาก TUC และ และงบจาก UNFPA และมีการสนับสนุนทางวิชาการจากหน่วยงาน UN และ TUC

ค.8 ด้านการสร้างเครือข่ายพันธมิตรคนทำงาน

กรมควบคุมโรค ร่วมกับ UNFPA จัดสัมมนาระดับชาติเป็นประจำทุกปี เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และสร้างพันธมิตรเครือข่ายการดำเนินงานด้านการให้บริการ STI/HIV ในบริการทางเพศ ทั้งภาครัฐใน 76 จังหวัดและภาคประชาสังคม โดยเริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550

นอกจากนี้ มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง (EMPOWER) ยังมีเครือข่ายประชาสังคมที่ดำเนินงานกับพนักงานบริการ ภายใต้การสนับสนุนงบจาก ศรอ. ทำให้ภาคประชาสังคมมีความเข้มแข็งมากขึ้น

ง. ปัญหาอุปสรรคและความท้าทาย

ง.1 ด้านการพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อประเมินสถานการณ์

ข้อมูลจากการดำเนินงานภายใต้โครงการ GAP (Global AIDS Program) พบว่ามีผู้ป่วยที่เข้ามารับการรักษา ร้อยละ 60 เท่านั้นที่เข้าสู่กระบวนการรายงานโรค และเป็นข้อมูลจากหน่วยงานสาธารณสุขภาครัฐเท่านั้น

ง.2 ด้านการเข้าถึงเพื่อให้บริการความรู้และการป้องกัน

ยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มพนักงานบริการที่ทำงานบริเวณท้องถนน สวนหรือสถานที่สาธารณะ และยิ่งมีข้อจำกัดมากขึ้น สำหรับกลุ่มพนักงานบริการที่เป็นประชากรข้ามชาติ เนื่องจากเจ้าของสถานประกอบการมักปิดบัง และไม่เปิดโอกาสให้ได้เข้าถึงบริการด้านสุขภาพ

ง.3 ด้านทัศนคติของผู้ให้บริการต่อพนักงานบริการ

ผู้ให้บริการบางส่วนยังขาดความเข้าใจในหลักสิทธิมนุษยชน สิทธิด้านเอดส์ มองว่าพนักงานบริการเป็นสาเหตุของการแพร่เชื้อฯ เป็นผู้ทำผิดกฎหมาย เป็นคนไม่ดี ซึ่งนำไปสู่การให้บริการที่ไม่เป็นมิตร

ง.4 ด้าน พรบ. กฎหมาย ที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงานป้องกัน

ตามพรบ.ปราบปรามการค้ามนุษย์ พรบ.ปราบปรามการค้าประเวณี มีกรณีตัวอย่างที่เป็นผลกระทบชัดเจน คือ เจ้าของผู้ประกอบการสถานบริการทางเพศไม่ให้ความร่วมมือ ในการเปิดโอกาสให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขไปทำกิจกรรม บางครั้งมีการปิดบังซ่อนโดยเฉพาะหากมีพนักงานบริการอายุต่ำกว่า 18 ปี หรือเป็นประชากรข้ามชาติ

จ. แผนการแก้ไขปัญหา อุปสรรค และความท้าทาย

ภายใต้โครงการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี แบบผสมผสานสำหรับประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยการส่งเสริมบริการเชิงรุกและการสร้างเครือข่ายบริการที่บูรณาการ ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ในรอบ 8 เป็นระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ กรกฎาคม พ.ศ. 2552 – มิถุนายน พ.ศ. 2557 มีพื้นที่ทำงานใน 43 จังหวัด รวม กรุงเทพมหานคร ได้กำหนดยุทธศาสตร์ เพื่อแก้ไขปัญหาอุปสรรค และความท้าทายดังกล่าว ซึ่งจะต้องพิจารณาให้เป็นการดำเนินงานที่มีคุณภาพ และเนื่องจากโครงการฯ ได้วางแผนการติดตามและประเมินผลไว้ชัดเจน ซึ่งคาดว่าน่าจะช่วยทำให้การดำเนินงานในพื้นที่อื่นมีคุณภาพไปด้วย

ฉ. ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี

ฉ.1 Can do bar บาร์ยุติธรรม

ที่มา แนวคิด และวัตถุประสงค์

อาชีพพนักงานบริการ (Sex work) เป็นอาชีพที่ไม่ได้รับความคุ้มครองหรือสวัสดิการในกฎหมายแรงงาน การที่สถานประกอบการเน้นกำไร ทำให้เกิดความไม่เป็นธรรมและการเอารัดเอาเปรียบพนักงานบริการหลายด้าน ได้แก่ ด้านสวัสดิการ เช่น เวลาทำงานนาน และค่าตอบแทนน้อย การถูกทำโทษโดยการหักเงินเดือน ถูกเรียกเก็บเงิน เช่น ค่าแต่งหน้า ค่าใช้ห้องน้ำ ค่าอุปกรณ์ และค่าเสียหาย ด้านสิทธิ เช่น ได้รับวันหยุดและลาป่วย ลาพักร้อนน้อยกว่ากฎหมายแรงงานกำหนด ไม่มีสิทธิประกันสังคม เหมือนแรงงานภาคส่วนอื่นๆ ด้านอาชีวอนามัย เช่น อุปกรณ์ที่ใช้ไม่มีมาตรฐานทำให้ไม่มีคุณภาพและความปลอดภัย เช่น สบู่ น้ำมันนวด ฟลอร์เต้นโชว์ ที่นวด ที่นั่ง ชุดทำงานไม่เหมาะสม เวลาเต้นต้องใส่รองเท้าส้นสูงเกินไป นั่งข้างนอกชุดชิ้นเล็กชิ้นน้อยในตอนที่อากาศหนาวเย็น ไม่มีมาตรฐานสิ่งแวดล้อมในที่ทำงาน อุปกรณ์พื้นฐาน เช่น การป้องกันไฟไหม้ ระดับไฟ เสียง ควันบุหรี่

อีกด้านหนึ่ง สังคมมีทัศนคติลบต่อพนักงานบริการ สื่อทางสังคม มองสถานที่ทำงานของพนักงานบริการเป็นแหล่งอาชญากรรม ผิดกฎหมาย ผิดศีลธรรม เกี่ยวข้องกับยาเสพติด สกปรกเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรค เป็นที่ที่ผู้หญิงถูกทรมาน มีมาเฟีย ที่คนไม่ดีอยู่ มีคนขี้เมา ที่อันตราย ที่น่ากลัว ที่น่ารังเกียจ สิ่งเหล่านี้กลายเป็นตราบาปที่ทำให้สังคมเห็นคุณค่าความเป็นมนุษย์ของพนักงานบริการลดลง ทำให้ละเลยในการส่งเสริมให้เกิดความปลอดภัย ให้สามารถทำงานได้อย่างมีอนามัยและยุติธรรม

กระบวนการดำเนินงาน

จากการรวมกลุ่มเครือข่ายพนักงานบริการแกนนำ ภายใต้สถานการณ์ปัญหาการเสียชีวิตของเพื่อนพนักงานบริการจากความไม่ปลอดภัยในสถานที่ทำงาน การถูกเอารัดเอาเปรียบจากสถานประกอบการ ความไม่มีอาชีวอนามัย ทำให้เครือข่ายพนักงานบริการตัดสินใจสร้างบาร์ที่มีอนามัยและยุติธรรมครั้งแรกในประเทศไทย ชื่อว่า **"แคนดูบาร์"** ที่จังหวัดเชียงใหม่

มีการรวบรวมเงินของเพื่อนๆ พนักงานบริการคนละไม่ต่ำกว่า 1,000 บาท จนมีเงินถึง 1 ล้านบาท หาสถานที่ ทำความสะอาด การระบายอากาศ แสง ไฟ เสียง ถูกต้องตามมาตรฐานอาชีวอนามัย มีเครื่องตัดไฟฉุกเฉิน มีเครื่องดับเพลิง ประตูหนีไฟ มีห้องน้ำส่วนตัว และห้องสำหรับพักผ่อนในเวลาทำงาน

แคนดูบาร์ เชียงใหม่ เปิดเมื่อวันที่ 15 กันยายน พ.ศ. 2549 มีพนักงานเต็มเวลา 3 คน มีเงินเดือน ไม่มีหักเงินเดือนหรือปรับ มีประกันสังคม ทุกคนมีหน้าที่ เสิร์ฟ ดื่ม คุยกับลูกค้า ทำความสะอาด บริหารการเงิน และดูแลสต็อกของในร้าน พนักงานบริการอีก 40 คนทำงานอิสระที่บาร์แคนดู หมายถึงไม่มีเงินเดือน แต่มีอิสระที่จะเข้าออกได้ตลอด พนักงานทำงานภายใต้มาตรฐานกฎหมายแรงงาน และแคนดูจดทะเบียนเป็นที่ทำงานอย่างถูกต้องกับกระทรวงแรงงาน เวลาทำงานเปิด 6 โมงเย็น ถึงเที่ยงคืน ทุกคืน

ธุรกิจและเงินที่แคนดูได้จากการขายเครื่องดื่มให้ลูกค้า ไม่ได้มาจากการขายบริการทางเพศ ด้วยแนวคิดว่า เซ็กส์ เป็นเรื่องที่ผู้ใหญ่ 2 คน ตกลงกันเป็นเรื่องส่วนตัว การตกลงของพนักงานบริการกับลูกค้าเป็นเรื่องส่วนตัว ไม่ใช่เรื่องกำไรเข้าแคนดูบาร์

แคนดูบาร์ มีถุงยางอนามัยฟรี พนักงานบาร์ได้รับการฝึกอบรมเป็นผู้ให้คำปรึกษา และสามารถสอนเรื่องการมีเซ็กส์ที่ปลอดภัยให้กับคนอื่นได้ และฝึกอบรมการปฐมพยาบาลเบื้องต้น ใช้อุปกรณ์บาร์ อย่างถูกต้อง การยกของที่ปลอดภัย และทักษะอื่นๆ

ผลสำเร็จ

แคนดูบาร์ เชียงใหม่ เป็นสถานบริการตัวอย่างของความปลอดภัยและยุติธรรมที่เป็นรูปธรรม เป็นไปตาม กฎหมายคุ้มครองแรงงาน และการประกันสังคม ดังนี้

- พนักงานที่เป็นลูกจ้าง ได้รับค่าตอบแทนการทำงานตามอัตรา หรือสูงกว่าอัตราแรงงานขั้นต่ำที่รัฐบาลกำหนดในกฎหมายแรงงานไทย
- พนักงานลูกจ้าง “แคนดู” ทำงานคืนละ 8 ชั่วโมง และมีวันหยุดสัปดาห์ละ 1 วัน ตามกฎหมายแรงงานไทย
- พนักงานทุกคน มีวันหยุดพักผ่อนที่ได้รับค่าแรง 10 วันใน 1 ปี และอีก 13 วัน ตามวันหยุดประจำปีที่ทางการกำหนด
- การทำงานล่วงเวลา ให้เป็นไปตามสมัครใจ และได้รับค่าแรงเต็มตามที่กฎหมายกำหนดจะไม่มีกฎเกณฑ์พิเศษ ที่จะหักเงินค่าแรงพนักงาน หรือไม่จ่ายค่าแรง ไม่ว่าในกรณีใด ๆ
- พนักงาน “แคนดู” จะได้รับการส่งเสริมให้จัดตั้งสมาคม หรือสหภาพแรงงาน
- พนักงานทุกคน ไม่ถูกหักค่าแรง เมื่อลาป่วย และได้รับสวัสดิการการประกันสังคม ทุกคน
- หากมีปัญหาข้อขัดแย้งด้านแรงงานหรือสภาพการทำงาน ต้องนำเข้าสู่กระบวนการศาลแรงงาน
- บาร์ “แคนดู” ได้จัดพื้นที่ไว้ให้พนักงานได้พักผ่อน ในเวลาพักระหว่างชั่วโมงทำงาน ที่อยู่นอกพื้นที่บาร์ หรือหากพนักงานจะเลือกที่จะออกไปพักนอกสถานที่ ก็พึงกระทำได้
- พนักงาน “แคนดู” จะได้รับน้ำดื่ม ฟรี ที่จัดไว้ให้เฉพาะพนักงานตลอดเวลา
- พนักงาน “แคนดู” จะมีห้องน้ำที่จัดไว้ให้เฉพาะพนักงาน และไม่มีข้อจำกัดในเรื่องเวลา ที่จะใช้ห้องน้ำ

แคนดูบาร์ ได้กลายเป็นพื้นที่ตัวอย่างสำหรับการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ การรณรงค์ปรับเปลี่ยนทัศนคติทางสังคม เผยแพร่ทางสื่อมวลชน แสดงให้เห็นถึงการมีส่วนร่วมของพนักงานบริการ สร้างเครือข่ายความร่วมมือ กับเจ้าของสถานบริการ ประสานกัน

หน่วยงานภาครัฐที่เกี่ยวข้อง การจัดทำ อุปกรณ์ เครื่องมือ การให้ความรู้ หลักสูตร การรณรงค์ เรื่อง Safer sex และ Condom ในพื้นที่

ฉ.2บริการเชิงรุกโดยรถโมบายของสมาคมสร้างสรรค์กิจกรรมอิสระชน

สมาคมสร้างสรรค์กิจกรรมอิสระชน ทำงานให้ความรู้เรื่องเอดส์และเพศในพื้นที่นั้นกับ พนักงานบริการอิสระ (Street sex worker) มา 6 ปี ก่อนใช้รถโมบายในการให้บริการเชิงรุก เริ่มจากการสร้างความคุ้นเคยและความเชื่อใจ ไว้วางใจให้พนักงานบริการอิสระรู้จักว่าเราเป็นใครมา ทำอะไร โดยเริ่มจากกลุ่มคนทำงานสะพายเป้เดินลงพื้นที่รอบสนามหลวง คลองหลอด ทุกเย็น เขาก็จะเริ่มถาม มาทำอะไร มาวันไหน แจกถุงยางอนามัยฟรีหรือคะ ระยะหนึ่งก็เริ่มคุยกัน สร้างความคุ้นเคยและความไว้วางใจในการที่จะปรึกษาในเรื่องราวต่าง ๆ ที่ตนได้พบเจอหรือเรื่องสุขภาพ การเปลี่ยนแปลงของร่างกาย

ในปี พ.ศ. 2550 ได้รับบริจาครถโมบาย จึงจัดทำรถโมบายเคลื่อนที่ มาจอดที่สนามหลวงและคลองหลอด ปัจจุบันเคลื่อนที่ไปที่ จ.สมุทรสาคร ภายใต้ “โครงการ เข้าใจเอดส์ เข้าใจกัน สัญจร” รถโมบาย ที่เข้าไปจอดในพื้นที่อย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 หรือ 2 ครั้ง เพื่อให้บริการให้คำปรึกษาในเรื่องต่าง ๆ รวมถึง การนำเครื่องมือในการป้องกันตัวเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ เวลาให้บริการระหว่าง 15.00-23.00 น. พบว่าพนักงานบริการทั้งหญิงและชาย สามารถเปิดเผยตนเองที่จะเข้ารับบริการ ร้อยละ 99.98 ของพนักงานบริการ ในพื้นที่ สนามหลวง คลองหลอด และบริเวณโดยรอบ มีความตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัยทุกคน มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลตนเอง มีผลให้ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ของพนักงานบริการในพื้นที่ ลดลงจาก ร้อยละ 30 เหลืออยู่ที่ร้อยละ 15

สรุปจำนวนสมาชิกที่ใช้บริการรถโมบายที่ สนามหลวง คลองหลอด ทุกวันอังคารและศุกร์ ตั้งแต่ 15 สิงหาคม 2551 ถึง 11 สิงหาคม 2552

- จำนวนหญิงบริการที่มารับบริการ 6,230 ครั้ง เฉลี่ย 83 คน ต่อการลงพื้นที่ 1 วัน
- จำนวนชายที่มาเที่ยวรับบริการ 2,373 ครั้ง เฉลี่ย 32 คน ต่อการลงพื้นที่ 1 วัน
- จำนวนเพศที่สามที่มารับบริการ 463 ครั้ง เฉลี่ย 6 คน ต่อการลงพื้นที่ 1 วัน

การทำงานยังใช้การประสานงานร่วมกับองค์กรอื่น ๆ ที่มีความเชี่ยวชาญ เช่น มูลนิธิส่งเสริมโอกาสผู้หญิง (EMPOWER) ภายใต้โครงการภาคีเครือข่ายพนักงานบริการด้านเอดส์ เพื่อสร้างกระแสการไหลเวียนขององค์ความรู้เฉพาะที่สามารถนำมาใช้กับกลุ่มผู้รับบริการได้โดยตรง รวมถึง การสร้างวิธีการทำงานเพื่อให้เข้าถึงผู้รับบริการได้มากขึ้น รวมถึงการก้าวพ้นข้อจำกัดในเรื่องของเงื่อนไขของสถานที่และเวลา ที่เป็นอุปสรรคของการทำงานของภาครัฐ และการสร้างวิธีการทำงานที่ก่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนทัศนคติของสังคมที่มีต่อพนักงานบริการ ด้วยการเปิดเวทีให้ บุคคลทั่วไปเข้ามาเรียนรู้ชีวิตของพนักงานบริการในฐานะอาสาสมัครในพื้นที่

2.6 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

ก. สถานการณ์การติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

ในประเทศไทย สถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายนับว่ารุนแรง และประชากรกลุ่มนี้จำนวนมากมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ นับตั้งแต่การสำรวจความชุกการติดเชื้อฯ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในเขตกรุงเทพมหานคร เมื่อปี พ.ศ.2546 ที่พบอัตราการติดเชื้อฯ ร้อยละ17.3 และความชุกการติดเชื้อฯ ในประชากรกลุ่มนี้เพิ่มขึ้นตามลำดับ การสำรวจในจังหวัดเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2548 และ พ.ศ. 2550 พบความชุกการติดเชื้อฯ สูงถึงร้อยละ 15.3 และ ร้อยละ 16.9 ส่วนในจังหวัดภูเก็ต พบความชุกการติดเชื้อฯ ร้อยละ 5.5 ในการสำรวจครั้งแรกเมื่อปี พ.ศ. 2548 ในขณะที่การสำรวจครั้งต่อมาในปี 2550 พบความชุกการติดเชื้อฯเพิ่มขึ้นถึง ร้อยละ 20[19]

การคาดประมาณการติดเชื้อฯรายใหม่ โดยใช้ Asian Epidemic Model ชี้ให้เห็นว่าการระบาดของการติดเชื้อฯ ในประชากรกลุ่มนี้จะเป็นตัวขับเคลื่อนหลักของการระบาดของการติดเชื้อฯในประเทศไทยในอนาคต ซึ่งหากพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเป้าหมายยังคงเป็นเช่นในปัจจุบัน คาดว่าสัดส่วนการติดเชื้อฯ รายใหม่ในปี พ.ศ. 2568 กว่าครึ่งจะเป็นการติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย[20]

หากคาดประมาณว่าร้อยละ 5-10 ของผู้ชายอายุระหว่าง 15 – 49 ปี เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในปี พ.ศ. 2553 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจะมีจำนวนประมาณ 1.3 - 2.5 ล้านคน

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในปีล่าสุด พบความชุกการติดเชื้อฯในกรุงเทพมหานคร ลดลงจาก ร้อยละ 30.7 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 24.7 ในปี 2552 (รูปที่ 1) และความชุกการติดเชื้อฯ ในกลุ่มอายุ 15-22 ปี ลดลงจาก ร้อยละ 22.3 ในปี 2550 เป็นร้อยละ 12.5 ในปี 2552[21] หากดูในภาพรวมทั้ง 3 จังหวัดที่ทำการสำรวจความชุกการติดเชื้อฯ พบว่ากลุ่มตัวอย่างติดเชื้อฯ ร้อยละ 13.9

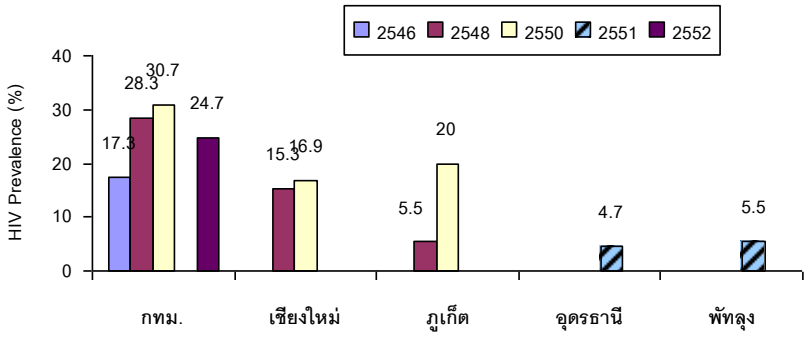
---

[19] การป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การสัมมนาวิชาการป้องกันควบคุมโรคแห่งชาติ ประจำปี 2551, 11-13 ก.พ. 2551 ศูนย์นิทรรศการและการประชุมแห่งชาติ ไบเทค บางนา กรุงเทพ

[20] The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV?AIDS in Thailand 2005-2025, A2 Analysis and Advocacy, 2008, Family Health International and Bureau of AIDS, TB and STIs, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

[21] Keratikarn K., et al., (2010) Trends in HIV prevalence and risk behavior among men who have sex with men (MSM) in Bangkok, Thailand, 2003 to 2009, submitted to XVIII International AIDS Conference, July 18-23, 2010, Vienna, Austria

รูปที่ 28: ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเฝ้าระวัง พ.ศ.2546 – 2552



ที่มา: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข

แม้ว่าอัตราความชุกการติดเชื้อฯ ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกรุงเทพมหานคร จะลดลง แต่สถานการณ์ยังน่าเป็นห่วง ผลการศึกษาแบบติดตามไปข้างหน้าของกลุ่มตัวอย่างในกรุงเทพมหานคร จำนวน 1,292 คน ในระยะเวลา 3 ปี ตั้งแต่เมษายน พ.ศ. 2549 – มกราคม พ.ศ. 2551 และตรวจการติดเชื้อฯ ทุก 4 เดือน พบว่าอัตราการติดเชื้อฯรายใหม่ของประชากรกลุ่มนี้อยู่ที่ ร้อยละ 6.0 (CI 4.5-7.9) ในปีแรก ร้อยละ 6.3 (CI 4.3-7.9) ในปีที่สอง และร้อยละ 5.7 (CI 3.8-9.3) ในปีที่สาม[22]

ในกรุงเทพมหานคร ระหว่างปี พ.ศ. 2546-2552 พบว่าการรายงานการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในช่วง 3 เดือนก่อนการสำรวจไม่มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นแต่อย่างใด[23]

ในจังหวัดที่ไม่ใช่จังหวัดท่องเที่ยว พบว่าความชุกการติดเชื้อฯ ในประชากรกลุ่มนี้อยู่ในระดับสูงเช่นกัน แม้ว่าจะในอัตราที่น้อยกว่าจังหวัดท่องเที่ยวหลัก เช่น การสำรวจในจังหวัดพัทลุง และอุดรธานีในพ.ศ. 2551 พบความชุกการติดเชื้อฯ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 5.5 และ 4.7 ตามลำดับ

---

[22] van Griensven F, et al. (2010) Three years of follow-up in the Bangkok MSM Cohort Study: Evidence of an explosive epidemic of HIV infection, submitted to XVIII International AIDS Conference, July 18-23, 2010, Vienna, Austria

[23] อ้างอิง 3

ข. การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

ข.1 นโยบายและแผนงาน/โครงการ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

1) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นกลุ่มสำคัญที่สุดกลุ่มหนึ่งในแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของชาติ (พ.ศ.2550 -2554) ซึ่งแผนดังกล่าวให้ความสำคัญกับการดำเนินงานเพื่อลดการติดเชื้อฯรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งของที่คาดประมาณ รวมทั้งเพิ่มการเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ อย่างครอบคลุมและทั่วถึงในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ และการให้บริการทางด้านสังคมต่อผู้ที่ได้รับผลกระทบ

ในแผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างทั่วถึงและครอบคลุมแห่งชาติ (พ.ศ. 2550-2554) ได้กำหนดมาตรการหลักๆ 4 มาตรการสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ประกอบด้วย

- การจัดตั้งศูนย์บริหารและจัดการกองทุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นเพื่อส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
- การเพิ่มการเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร และการบริการปรึกษาและตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯโดยสมัครใจ
- การสร้างศักยภาพและการมีส่วนร่วมของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในการจัดบริการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯโดยสมัครใจ
- การจัดตั้งและประชาสัมพันธ์ ศูนย์เพื่อน และสร้างเครือข่ายศูนย์เพื่อนเพื่อการใช้งานร่วมกันของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั่วประเทศ

ข.2 การดำเนินงานโดยภาครัฐ

กรมควบคุมโรคโดย สอวพ. ได้จัดประชุมเชิงปฏิบัติการจัดทำแนวทางผลักดันเชิงนโยบายการป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่งผลให้กรมควบคุมโรคสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินโครงการพัฒนาความเข้มแข็งและเร่งรัดการป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สำหรับปี พ.ศ. 2553 โดยเน้น การผลักดันเชิงนโยบายที่เอื้อในการดำเนินงานป้องกันฯ ในแหล่งสถานบันเทิง สถานบริการ และการสร้างความตระหนักในการเร่งรัดการป้องกันฯ ในประชากรกลุ่มนี้

นอกจากนั้น สอวพ. ยังได้ดำเนินการอีกหลายโครงการ ได้แก่ โครงการ “สุขอนามัยในสถานบริการ” เน้นการกระจายถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นให้เพียงพอในสถานบริการ โครงการประกวดสถานบันเทิงที่ได้มาตรฐาน โครงการพัฒนารูปแบบการสร้างกลุ่มแกนนำMSM ในสถานศึกษาระดับอุดมศึกษารวมทั้งจัดทำร่างการสอนทักษะชีวิตแก่เยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สำหรับครูที่สอนในระดับมัธยมศึกษา โครงการ

ป้องกันการติดเชื้อฯ โดยใช้รูปแบบเพื่อนเข้าถึงเพื่อนและการให้บริการที่เป็นมิตร ในการตรวจรักษาการติดเชื้อ เอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งสนับสนุนโดย TUC และ USAID โครงการต่อเนื่องในจังหวัดที่มีสถานการณ์การติดเชื้อฯ สูง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภูเก็ต เชียงใหม่ อุดรธานี ขอนแก่น และชลบุรี

ข.3 การดำเนินงานโดยภาคประชาสังคม

ในช่วงปี พ.ศ.2551-2552 คณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ ภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ อนุมัติโครงการป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยการสนับสนุนจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ผ่านสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข ให้กับภาคประชาสังคม

โครงการนี้เป็นโครงการแรกที่ใหญ่ที่สุดซึ่งดำเนินการโดยเครือข่ายองค์กรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 20 องค์กร ดำเนินการใน 10 จังหวัด ได้พัฒนาแกนนำ 1,100 คน และเข้าถึงชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 16,800 คน โครงการนี้เป็นความสำเร็จครั้งแรกที่เป็นการดำเนินการร่วมกันโดยเครือข่ายองค์กรจำนวนมาก พร้อมกับมีการติดตามและประเมินผลอย่างเป็นระบบ ประสบการณ์ และการรวมตัวของเครือข่ายที่รวมตัวกันทำโครงการนี้เป็นฐานของการดำเนินโครงการที่ได้รับทุนจากกองทุนโลกฯ ต่อมาในปี พ.ศ.2553 โครงการนี้ขยายผลไปอีก 4 จังหวัด

ข.4 โครงการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี แบบผสมผสานสำหรับประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยการส่งเสริมบริการเชิงรุกและการสร้างเครือข่ายบริการที่บูรณาการ

ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายกลุ่มหนึ่งในโครงการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แบบผสมผสานสำหรับประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ สูง โดยการส่งเสริมบริการเชิงรุกและการสร้างเครือข่ายบริการที่บูรณาการ ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ในรอบ 8 เป็นระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ กรกฎาคม พ.ศ. 2552 – มิถุนายน พ.ศ.2557

ยุทธศาสตร์หลัก คือ การขยายขอบเขตการเข้าถึงและความครอบคลุมในการให้บริการป้องกันการติดเชื้อฯ แก่ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยการเพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาสังคมและประชากรกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาให้บริการของภาครัฐมีความเป็นมิตรกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย และเชื่อมต่อกับบริการเชิงรุกที่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคม ควบคู่กับยุทธศาสตร์ การสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มเป้าหมาย สร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่อง เพศ เพศภาวะ เพศวิถี การคุ้มครองสิทธิ ให้กับผู้ให้บริการทั้งในส่วนภาครัฐ และภาคประชาสังคม รวมถึงการดำเนินงานเกี่ยวกับกรอบนโยบายที่เอื้อต่อการดำเนินงาน

สมาคมฟ้าสีรุ้งเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานในส่วนภาคประชาสังคม จัดบริการเชิงรุกในชุมชน และศูนย์ดร็อปอิน รวมถึงบริการถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายได้มากขึ้น

กรมควบคุมโรค โดยกลุ่มงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. ดำเนินการพัฒนาบริการที่เป็นมิตร ทั้งในส่วนของบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ และการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

พื้นที่ดำเนินงาน 14 จังหวัด รวม กทม. ในปี พ.ศ. 2552 และ 31 จังหวัด รวม กทม. ในปี พ.ศ. 2553

ค. ความรู้และพฤติกรรม

ด้วยข้อจำกัดที่ประเทศยังไม่ได้วางระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรม ในที่นี้จึงรวบรวมข้อมูลจากแหล่งต่างๆ เพื่อทำความเข้าใจสถานภาพของความรู้และพฤติกรรมของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในเงื่อนไขต่างๆของแต่ละแหล่งข้อมูล ดังนี้

การสำรวจของสำนักระบาดวิทยา

ในกรุงเทพมหานคร ภูเก็ต และเชียงใหม่ ในปี พ.ศ.2550 พบว่ากลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายรายงานการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 66, 44 และ 36 ตามลำดับ โดยผลการสำรวจ ปี พ.ศ. 2551 ในจังหวัดอุดรธานีและพัทลุงซึ่งเป็นจังหวัดที่มีขนาดเล็ก พบว่า อัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมาของประชากรกลุ่มนี้อยู่ในระดับที่ต่ำเช่นเดียวกัน คือเพียงร้อยละ 56.3 และ 57 เท่านั้น

ในปี พ.ศ.2552 จากการสำรวจพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายรายงานการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุดกับคู่นอนชาย เพียงร้อยละ 21.7 ซึ่งลดลงจากการสำรวจในปีก่อนหน้าอย่างมาก หากแต่มีข้อสังเกตประการหนึ่งคือ ในปีล่าสุดของการสำรวจ ได้มีการปรับข้อคำถามในแบบสอบถามในส่วนที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย โดยถามเพียงคู่นอนชายและไม่ได้แยกประเภทของคู่นอน จึงอาจเป็นสาเหตุให้การรายงานต่ำกว่าปีที่ผ่านมา อย่างไรก็ดี ในการสำรวจเดียวกันนี้ พบว่ากลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายรวมสาวประเภทสอง ที่ขายบริการทางเพศ รายงานการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้าภายในสามเดือนที่ผ่านมาสูงกว่าค่อนข้างมากคือ ร้อยละ 87.6 และร้อยละ 79.5 ตามลำดับ

สำหรับการตรวจการติดเชื้อฯ และรู้ผลการตรวจของตนเอง จากการสำรวจในจังหวัดภูเก็ต เชียงใหม่ และกรุงเทพมหานคร พบว่ามีเพียงร้อยละ 21.7 ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และร้อยละ 20.8 ของสาวประเภทสอง หรือ กะเทย ที่ตอบว่าตรวจการติดเชื้อฯ และได้ฟังผลภายใน 12 เดือนที่ผ่านมา

ข้อมูลจากการสำรวจยังแสดงให้เห็นว่าความรู้เกี่ยวกับเรื่อง เอชไอวี ของประชากรกลุ่มนี้ยังอยู่ในระดับต่ำ แม้ว่าความรู้ซึ่งวัดจากการตอบคำถามได้ถูกต้องทั้ง 5 ข้อ จะเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 21.4 ในปี พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 25.5 ในปี พ.ศ. 2552

ข้อมูลจากโครงการเข้าถึงชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายใน 3 จังหวัด ได้แก่ ภูเก็ต อุดรธานี และขอนแก่น

ในปี พ.ศ. 2552 พบว่า สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนชั่วคราวเมื่อเทียบรายงานระหว่าง ปี 2551 กับ 2552 มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในบางจังหวัด กล่าวคือ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 56 เป็นร้อยละ 64 ในจังหวัดขอนแก่น เพิ่มจากร้อยละ 71 เป็นร้อยละ 82 ในจังหวัดภูเก็ต ส่วนที่จังหวัดอุดรธานี ลดลงจากร้อยละ 68 เป็นร้อยละ 64 ส่วนรายงานการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประเภทใดก็ได้ครั้งล่าสุดที่มีเพศสัมพันธ์ ในระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2551-กันยายน พ.ศ. 2552 พบว่ารายงานการใช้ถุงยางอนามัย ในกลุ่มที่อายุต่ำกว่า 25 ปี (N = 1,899) คิดเป็นร้อยละ 68.3 และในกลุ่มที่อายุ 25 ปีขึ้นไป (N =717) ร้อยละ 71.7

ข้อมูลการรับบริการที่คลินิกชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายรับบริการที่คลินิกฯ ของโรงพยาบาลบางรัก กรุงเทพมหานคร คลินิกสบายดี จังหวัดภูเก็ต คลินิกปลายฟ้า จังหวัดขอนแก่น และคลินิกนภา จังหวัดอุดรธานี จำนวนเพิ่มขึ้นจาก 345 รายในปี พ.ศ. 2551 ราย เป็น 825 ราย ในปี พ.ศ. 2552 การส่งต่อจากเจ้าหน้าที่โครงการเข้าถึงเพื่อนเพิ่มจาก 38 ราย ในปี พ.ศ. 2551 ราย เป็น 265 ราย ในปี พ.ศ. 2552 ผู้รับบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ และทราบผลการตรวจเพิ่มขึ้นจาก 242 ราย ในปี พ.ศ. 2551 เป็น 513 ราย ผู้รับบริการตรวจการติดเชื้อฯ ในทั้ง 4 คลินิก ร้อยละ 19 ไม่ได้กลับมาฟังผลการตรวจ

ข้อมูลจากคลินิกสุขภาพชาย กลุ่มงานวิจัยทางคลินิก โรงพยาบาลบางรัก

พบว่าชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ใช่พนักงานบริการชาย ติดเชื้อซิฟิลิสเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 2.4 ในปี พ.ศ. 2547 เพิ่มเป็น ร้อยละ 3.4 , 4.2, 5.6 ในปี พ.ศ. 2549 , 2551 และ 2552 ตามลำดับ ในขณะที่ชายพนักงานบริการมีการติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 1.8, 0.8, 2.5 และ 1.4 ในปี พ.ศ. 2547, 2549, 2551 และ 2552 ตามลำดับ ส่วนความชุกการติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั้ง 2 กลุ่มมีความชุกการติดเชื้อฯ ใกล้เคียงกัน คือ ร้อยละ 18.0 ในกลุ่มที่ไม่ใช่พนักงานบริการ และร้อยละ 18.1 ในกลุ่มพนักงานบริการ

ในภาพรวม ร้อยละ 60.1 ของผู้มารับบริการ ให้ประวัติว่าเคยตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และร้อยละ 55.3 รู้สถานภาพการติดเชื้อฯ ของตนเอง สำหรับการใช้ถุงยางอนามัยในรอบ 3 เดือนสุดท้ายก่อนมาตรวจ พบว่า ร้อยละ 41.7 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอน

ทุกประเภท ยกเว้นลูกค้าที่มาซื้อบริการทางเพศ ใช้บางครั้ง ร้อยละ 20.8 และไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลยในรอบ 3 เดือนสุดท้าย ร้อยละ 37.5 ซึ่ง ร้อยละ 60.8 ตอบว่าใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ร้อยละ 2.4 รายงานว่าถุงยางอนามัยแตก

ง. ปัญหาอุปสรรค ความท้าทาย

ความท้าทายสำคัญ คือ การดำเนินงานโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ รอบ 8 ให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ของการ สิ่งที่ยังเป็นประเด็นที่ต้องการการแก้ไข ได้แก่

- การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการภาครัฐ ภาคประชาสังคม และอาสาสมัครในพื้นที่ให้มีความรู้ ความสามารถ และทักษะในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและให้บริการอย่างมีประสิทธิภาพและเกิดผลเชิงป้องกันอย่างจริงจัง การขยายโครงการลงไปในพื้นที่ 14 จังหวัด ในปีแรก และ 31 จังหวัด ในปีที่ 2 ของโครงการในคราวเดียวกันจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องควบคุณคุณภาพการให้บริการ ควบคู่ไปกับการพัฒนาศักยภาพผู้ปฏิบัติงานด้วย
- การสร้างระบบการส่งต่อจากบริการเชิงรุก โดยภาคประชาสังคม สู่ระบบบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ยังทำได้ไม่ดีเท่าที่ควร
- การเข้าถึงชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย รวมถึงชายที่มีความสัมพันธ์กับทั้งชายและหญิง และสาวประเภทสอง กะเทย จำนวนมากที่กระจายอยู่ตามจังหวัดต่าง ๆ ซึ่งเกือบทั้งหมดไม่เปิดเผยตัวต่อสาธารณะ ดังนั้นจึงต้องมีวิธีการเข้าถึงใหม่ๆ นอกเหนือไปจากการเข้าถึงแบบตัวต่อตัว รวมทั้งการเพิ่มจำนวนอาสาสมัครและเจ้าหน้าที่ภาคสนามให้เพียงพอในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ต่าง ๆ
- การเสริมสร้างความเข้าใจและพัฒนาศักยภาพของจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการพัฒนาโครงการและสนับสนุนนโยบาย มาตรการ และงบประมาณสำหรับประชากรกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อให้งานป้องกันฯ สำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความต่อเนื่องยั่งยืน โดยการบูรณาการเข้าในระบบนโยบาย ยุทธศาสตร์ แผน และงบประมาณของจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

จ. แผนการแก้ไขปัญหาอุปสรรคและความท้าทาย

งบประมาณบางส่วนที่มาจากกองทุนโลกรอบ 8 จะนำไปใช้ในการพัฒนาองค์ประกอบของประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการป้องกันฯ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กล่าวคือ

- การพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการในคลินิก โดยการฝึกอบรมเรื่องความหลากหลายทางเพศ และ สุขภาพทางเพศ และการให้คำปรึกษาต่อชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

- การพัฒนากลไกการประสานงานในระดับจังหวัด ที่มีสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นหน่วยงานหลักในการประสานงานให้แก่ภาคส่วนต่าง ๆโดยจะรวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้ได้มีการพบปะ ติดตามและประสานงาน และวางแผนงานในส่วนที่เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มประชากรเป้าหมายกลุ่มต่าง ๆร่วมกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในส่วนของระบบการส่งต่อระหว่างบริการเชิงรุกกับบริการของสถานพยาบาล รวมถึงการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่จากองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นเพื่อช่วยเสริมสร้างความเข้าใจในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวกับการทำงานด้านเอดส์ในประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง
- การพัฒนาเจ้าหน้าที่องค์กรภาคประชาสังคม โดยฝึกอบรมเรื่องต่าง ๆที่จำเป็นสำหรับการดำเนินกิจกรรมตามกลยุทธ์การสื่อสารเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เช่นทักษะการทำงานภาคสนาม ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี มาตรฐานบริการในศูนย์เพื่อน การเก็บข้อมูลเพื่อการติดตามและปรับปรุงคุณภาพการให้บริการ การสร้างเครือข่ายการส่งต่อ และการพัฒนาสื่อที่เน้นเฉพาะกลุ่มเป้าหมาย
- การสร้างเสริมความเข้มแข็งของเครือข่าย MSM ชาติ เพื่อสนับสนุนกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่จังหวัดและอำเภอต่าง ๆ ให้มีการรวมตัวและมีความสามารถในการดำเนินการป้องกันฯ สำหรับชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่

ฉ. ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี

ฉ.1การสร้างความเข้มแข็งของเครือข่าย MSM ในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

การรวมตัวกันขององค์กรชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย 20 องค์กรใน 10 จังหวัด เพื่อสร้างเครือข่าย MSM ชาติโดยสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทยเป็นองค์กรประสานงานในการร่วมกันปฏิบัติงานตามแผนยุทธศาสตร์ประเทศ เพื่อสนับสนุนการทำงานเครือข่ายให้เข้มแข็งยิ่งขึ้น รวมทั้งการที่เครือข่าย MSM ชาติ ทำโครงการใหญ่ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเพื่อการป้องกัน 2 โครงการ คือ โครงการสนับสนุนโดยสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุขและโดยกองทุนโลกฯ อีกทั้งสามารถพัฒนาวิธีการที่มีประสิทธิผลในการดำเนินการเข้าถึงชายมีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวนมาก โดยกระบวนการเจ้าหน้าที่ภาคสนามและอาสาสมัครกลุ่มเพื่อน ซึ่งในอดีตที่ผ่านมา เป็นเพียงโครงการย่อยต่างคนต่างทำและไม่มีการรายงานและประเมินผลอย่างเป็นระบบ

ฉ.2บริการที่เป็นมิตรและเชื่อมต่อกับบริการเชิงรุกและบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ

รูปแบบการให้บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ของโรงพยาบาลอุดรธานีสามารถเป็นต้นแบบการให้บริการของหลาย ๆ พื้นที่ได้

โรงพยาบาลอุดรธานี ได้วางแผนจัดบริการโดยคำนึงถึงทั้งด้านความเหมาะสมกับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และความสอดคล้องกับระบบการให้บริการ รวมถึงจำนวนเจ้าหน้าที่ที่มีอยู่ มีการกำหนดวันและเวลาสำหรับการบริการกลุ่มเป้าหมายโดยเฉพาะ ทั้งยังมีคลินิกบริการนอกเวลา ซึ่งตั้งอยู่ในย่านชุมชนที่ไปมาสะดวก เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทุกคนผ่านการฝึกอบรมการให้บริการที่เป็นมิตร รวมทั้งวางแผนการดำเนินงาน และประสานงานใกล้ชิดกับเจ้าหน้าที่โครงการบริการเชิงรุก ส่งผลให้เกิดการเชื่อมต่อระหว่างบริการในพื้นที่และบริการในคลินิกได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังเป็นจุดเดียวกับคลินิก ARV จึงทำให้สามารถเชื่อมกลุ่มเป้าหมายที่ตรวจพบว่าติดเชื้อฯเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาได้อย่างรวดเร็ว

ตัวอย่างที่ดีอีก 3 แห่ง คือ คลินิกสุขภาพชาย โรงพยาบาลบางรัก ของกรมควบคุมโรค คลินิกชุมชนสีลม และคลินิกสุขภาพชายของศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

2.7 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด

ก. สถานการณ์การติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด

โดยระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอชไอวี ของสำนักระบาดวิทยา ที่ดำเนินการในกลุ่มผู้ใช้ยาที่อยู่ในสถานบำบัดสารเสพติดของภาครัฐ พบว่า ความชุกของการติดเชื้อฯในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดยังคงมีอัตราสูงอย่างต่อเนื่อง ระหว่าง ร้อยละ 30–40 และมีแนวโน้มสูงขึ้นในช่วงปีปัจจุบัน โดยความชุกของการติดเชื้อฯ เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 26-33 ในช่วงปี พ.ศ. 2549-2550 เป็นร้อยละ 48-52 ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552[24]

จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อฯรายใหม่ โดย Asian Epidemic Model จำนวน 10,853 คน ในปี 2553 เป็นผู้ติดเชื้อฯจากการฉีดยาเสพติดร้อยละ 8.7 ของผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ทั้งหมด ด้วยอัตราการใช้เข็มและกระบอกฉีดร่วมกันที่สูงถึงร้อยละ 36 ในปี พ.ศ.2551 ทำให้คาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อฯรายใหม่ที่เป็นผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดในปี 2553 จำนวน 941 คน[25]

เนื่องจากการใช้สารเสพติดเป็นพฤติกรรมปกปิด จึงทำให้เป็นข้อจำกัดในการคาดประมาณจำนวนผู้ใช้หรือติดสารเสพติด ไม่ว่าจะโดยการสำรวจ หรือใช้ข้อมูลจากผู้เข้ามาใช้บริการสุขภาพ กระนั้นก็ตาม จำนวนผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดในประเทศจากการคาดประมาณโดยหน่วยงานต่างๆไม่ต่ำกว่า 30,000 คน

การศึกษาล่าสุดในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติด 746 และ 309 คน ในพื้นที่กรุงเทพมหานครและ เชียงใหม่ พบความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี ร้อยละ 24 และ ร้อยละ11 ตามลำดับ ในขณะที่ พบว่า มีการฉีดยาเสพติดหลากหลายชนิด ในกรุงเทพฯ พบว่าฉีดเฮโรอีน

---

[24] การเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอชไอวี, สำนักระบาดวิทยา

[25] Thai Working Group and A^2 Thailand, The Asian Epidemic Model (AEM) Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2005- 2025

ร้อยละ 34 ฉีดยาบ้าร้อยละ 63 ฉีดโดมิกุม (มิดาโซแลม) ร้อยละ 42 และฉีดเมทาโดน ร้อยละ 13 ในขณะที่ในเชียงใหม่ พบว่า ฉีดเฮโรอีนร้อยละ 34 ฉีดยาบ้าร้อยละ 32 ฉีดโดมิกุมร้อยละ 4 ฉีดเมทาโดนร้อยละ 6 รวมถึงฉีดฝิ่นด้วยร้อยละ 14[26]

ข. การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด

ข.1 นโยบายและแผนงาน/โครงการ ในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด

1) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554

กลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติด เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่เป็นเป้าหมายที่จะลดการติดเชื้อฯ รายใหม่ลงครึ่งหนึ่งจากการคาดประมาณ

กลุ่มเป้าหมายนี้ หมายรวมกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดโดยทั่วไป และผู้ใช้ยาเสพติดที่เป็นผู้ต้องหา ผู้ต้องขังและเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน โดยกำหนดมาตรการป้องกัน ประกอบด้วย การส่งเสริมการรณรงค์ ลดการตีตรา เลือกปฏิบัติ และใช้นโยบายและกฎหมายที่เหมาะสม ศึกษาพัฒนาข้อมูลข่าวสารและบทเรียน รวมถึงพัฒนาบริการให้เข้าถึงผู้ใช้ยา และกลไกที่เหมาะสมในการจัดการบริการสำหรับกลุ่มผู้ต้องขัง และเยาวชนในสถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน

2) โครงการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี แบบผสมผสานสำหรับประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยการส่งเสริมบริการเชิงรุกและการสร้างเครือข่ายบริการที่บูรณาการ

ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายกลุ่มหนึ่งในโครงการการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี แบบผสมผสานสำหรับประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ สูง โดยการส่งเสริมบริการเชิงรุกและการสร้างเครือข่ายบริการที่บูรณาการ ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ในรอบ 8 เป็นระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ กรกฎาคม พ.ศ. 2552 – มิถุนายน พ.ศ. 2557

ยุทธศาสตร์หลัก คือ การขยายขอบเขตการเข้าถึงและความครอบคลุมในการให้บริการป้องกันการติดเชื้อฯ แก่ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยการเพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาสังคมและประชากรกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาให้บริการของภาครัฐมีความเป็นมิตรกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย และเชื่อมต่อกับบริการเชิงรุกที่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคม ควบคู่กับยุทธศาสตร์ การสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มเป้าหมาย สร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่อง เพศ เพศภาวะ เพศวิถี การคุ้มครอง

---

[26] Respondent-driven sampling survey of HIV-related risk behavior and HIV prevalence in injection drug users in Bangkok and Chiang Mai, Thailand, 2009 (unpublished data)

สิทธิให้กับผู้ให้บริการทั้งในส่วนภาครัฐ และภาคประชาสังคม รวมถึงการดำเนินงานเกี่ยวกับกรอบนโยบายที่เอื้อต่อการดำเนินงาน

มูลนิธิ พีเอสไอ ประเทศไทย เป็นหน่วยงานรับทุนหลักในส่วนภาคประชาสังคม จัดบริการเชิงรุก รวมถึงบริการถุงยางอนามัย และบริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาสะอาด โดยส่วนหนึ่งมีการทำงานร่วมกับสมาคมเภสัชกรรมชุมชน ในการบริการเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาผ่านร้านขายยา

กรมควบคุมโรค เป็นหน่วยงานรับทุนหลักภาครัฐ โดยมีสถาบันธัญญารักษ์ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด และ กรุงเทพมหานคร รับผิดชอบในส่วนบริการภาครัฐ และการทบทวนและพัฒนานโยบาย รวมถึงการสร้างความรู้ความเข้าใจกับบุคลากรในส่วนบริการ และการบังคับใช้กฎหมาย ให้เอื้อต่อการดำเนินงาน พื้นที่ดำเนินงาน ใน 2 ปีแรก มี 15 จังหวัด และ กทม.

ค. ความก้าวหน้าของการดำเนินงานในช่วง ปี 2551-2552

ค.1 การขยายขอบเขตสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติให้ครอบคลุมการรักษาด้วยสารเมทาโดนระยะยาว (Methadone Maintenance Therapy: MMT)

ภาคประชาสังคมได้ผลักดันให้การรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว (MMT) อยู่ในสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้ามาโดยต่อเนื่อง

ในวันที่ 26 ตุลาคม พ.ศ. 2549 คุณสุภัทรา นาคะผิว ประธานคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) ซึ่งเป็นอนุกรรมการกำหนดมาตรฐาน ประเภท และขอบเขตของการบริการสาธารณสุข ภายใต้คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เสนอให้ที่ประชุมคณะอนุกรรมการฯพิจารณาเพิ่ม MMT เป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ที่ประชุมมอบหมายให้มีคณะทำงานศึกษาความจำเป็นและความเป็นไปได้ ซึ่งคณะทำงานได้ประชุมร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน เครือข่ายผู้ใช้ยา จัดทำข้อเสนอคณะอนุกรรมการฯ พิจารณาเรื่องนี้ 4 ครั้ง จนกระทั่งคณะอนุกรรมการฯหมดวาระ แต่ยังไม่ได้ข้อสรุป

ในวันที่ 7 พฤศจิกายน พ.ศ. 2550 ตัวแทนภาคประชาสังคม ประกอบด้วย เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ประเทศไทย เครือข่ายผู้ใช้ยา มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มูลนิธิรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ องค์การหมอไร้พรมแดน-เบลเยี่ยม และ กพอ. ร่วมกันยื่นหนังสือต่อ นพ.สุวิทย์ วิบุลผลประเสริฐ ประธานคณะอนุกรรมการพัฒนาสิทธิประโยชน์และระบบบริการ ให้พิจารณาเพิ่มสิทธิประโยชน์ MMT ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ต่อจากคณะอนุกรรมการชุดที่ผ่านมา ซึ่งได้มอบหมายให้สำนักนโยบายและแผน สปสช. ประสานการดำเนินงานกับโครงการจัดการองค์ความรู้เรื่องยาเสพติด ที่ได้รับการสนับสนุนจาก สสส. และกองทุนเพื่อบริการ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้ประชุมร่วมกันหลายครั้งจนกระทั่งคณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติมีมติให้เพิ่มสิทธิประโยชน์ MMT ตั้งแต่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป

ค.2 การพัฒนานโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ในช่วงปี พ.ศ.2551-2552 สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด (สำนักงาน ป.ป.ส.) และกระทรวงสาธารณสุข ได้แก่ กรมควบคุมโรค และสถาบันธัญญารักษ์ ได้ประสานกับหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม นักวิชาการ และองค์กรระหว่างประเทศ ในความพยายามพัฒนานโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยกระบวนการทั้งด้านวิชาการและการมีส่วนร่วมของทุกภาคส่วน

สำนักงาน ป.ป.ส. ได้จัดการ สัมมนาวิชาการ หลายครั้ง ทั้งในส่วนของเจ้าหน้าที่ของ สำนักงาน ป.ป.ส.ส่วนกลางและส่วนภูมิภาค ในเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2551 สำนักงาน ป.ป.ส. ร่วมกับ กระทรวงสาธารณสุข จัดประชุมปฏิบัติการเพื่อกำหนดข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยมีผู้เข้าร่วมประชุมจาก ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และองค์กรระหว่างประเทศ ผลจากการประชุม ได้มีคำสั่ง ที่ 8/2552 ลงวันที่ 8 มกราคม พ.ศ. 2552 แต่งตั้งคณะทำงานจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายและแนวทางการลดอันตรายและผลกระทบจากการใช้ยาเสพติด ประกอบด้วยภาครัฐ และภาคประชาสังคม

การจัดการประชุม Harm Reduction 2009 ระหว่างวันที่ 20-23 เมษายน พ.ศ. 2552 โดย International Harm Reduction Association ที่กรุงเทพมหานคร เป็นอีกเหตุการณ์หนึ่งที่ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในประเทศไทย และนำไปสู่กลไกของการพัฒนานโยบายในระยะต่อมา

เมื่อวันที่ 25 มิถุนายน พ.ศ. 2552 รัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุข ได้เป็นประธานในพิธีลงนามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ระหว่าง สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และ สำนักงาน ป.ป.ส. โดยมี ผู้แทนโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติในประเทศไทย ผู้แทนสำนักงานยาเสพติดและอาชญากรรมแห่งสหประชาชาติ ประจำภาคพื้นเอเชียตะวันออกและแปซิฟิก ผู้แทนองค์การอนามัยโลกประจำประเทศไทย ในฐานะพยาน

บันทึกข้อตกลงดังกล่าว เป็นการแสดงเจตนารมณ์ร่วมกันถึงความสำคัญของการพัฒนานโยบายผู้ป่วยยาเสพติดให้ได้รับการดูแลเท่าเทียมกับผู้ป่วยโรคอื่นและให้สามารถเข้าถึงบริการได้อย่างทั่วถึงและครอบคลุม ทุกหน่วยงานมีความเห็นร่วมกันที่จะร่วมมือในการพัฒนามาตรการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด เพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อ เอชไอวี และโรคติดต่ออื่นในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากการ

ใช้ยาเสพติดโดยการฉีดเข้าเส้น จึงให้ความสำคัญแก่การป้องกันและเพิ่มประสิทธิภาพในการบำบัดรักษาผู้ป่วยยาเสพติดเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยให้เมทาโดนระยะยาว

ในเดือน เมษายน พ.ศ. 2552 คณะกรรมาธิการสาธารณสุข ของวุฒิสภา ได้เชิญหน่วยงานภาครัฐ ภาคประชาสังคม และองค์กรระหว่างประเทศ ให้ข้อมูลแก่คณะกรรมาธิการฯ

ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 ต้องถือว่าการพัฒนานโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดมีความก้าวหน้ามาก การสนับสนุนการศึกษาดูงานประเทศที่ประสบผลสำเร็จในการดำเนินงาน จาก AHRN ให้กับฝ่ายการเมือง ผู้บริหารระดับสูงของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและภาคประชาสังคม ศึกษาดูงานที่ไต้หวันและโดยการสนับสนุนขององค์การอนามัยโลกในการศึกษาดูงานที่ประเทศมาเลเซีย ส่งผลให้เกิดเครือข่ายภาครัฐ ที่มาจากหลายหน่วยงาน กับภาคประชาสังคม ซึ่งได้ร่วมกับสำนักงาน ป.ป.ส.จัดทำ ร่างนโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และเตรียมการเสนอต่อคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติดต่อไป

ค.3 การจัดทำแนวทางการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ในช่วงปี พ.ศ.2552 สอวพ. โดยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก ประสานการจัดทำแนวทางสำหรับบุคลากรในสถานบริการสุขภาพในการให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ด้วยความร่วมมือกันของ ภาครัฐ ภาคประชาสังคม นักวิชาการ และ องค์กรระหว่างประเทศ

ชุดแนวทางฯที่จัดทำ ประกอบด้วย บริการเชิงรุก การสัมภาษณ์แบบสร้างแรงจูงใจ (Motivational interview) การเสริมสร้างความรู้พื้นฐานด้านสุขภาพสำหรับผู้ใช้ยา การให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเศสัมพันธุ์ การบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาวและการถอนพิษยา และแนวทางการแลกเปลี่ยนเข็มและกระบอกฉีดยาซึ่งยังเป็นข้อเสนอเพื่อการพิจารณา

ง. บริการลดอันตรายจากการใช้ยา

ง.1 การดำเนินงานโดยภาครัฐ

1) กรุงเทพมหานคร

มีคลินิกบำบัดยาเสพติดที่ให้บริการเมทาโดนแก่ผู้ใช้ยาเสพติดทั้งหมด 20 แห่ง อยู่ภายใต้สังกัดสำนักการแพทย์ 2 โรงพยาบาล และสำนักอนามัย 18 แห่ง โดยแพทย์ประจำคลินิก เป็นผู้ตรวจร่างกายและวินิจฉัยสั่งการบำบัด และพยาบาลวิชาชีพเป็นผู้จ่ายยาเมทาโดนตามแพทย์สั่ง ประเภทของบริการสำหรับผู้ใช้ยาเสพติด มีดังนี้

- คลินิกเมทาโดน ให้บริการบำบัดรักษาแบบผู้ป่วยนอก

- การถอนพิษยา เป็นการให้ยาเมทาโดนทดแทน เพื่อลดอาการขาดยาทางร่างกายที่รุนแรง สำหรับผู้ป่วยใหม่ใช้โปรแกรม 45 วัน แต่เนื่องจากมีผู้ติดยาเสพติดประเภทเฮโรอีนรายใหม่เข้ารับบริการน้อย เนื่องจากเฮโรอีนหาซื้อยากและราคาแพง ผู้ป่วยเกือบทั้งหมดเป็นผู้ป่วยเก่า สำนักอนามัยจึงปรับรูปแบบการบำบัดเป็น โปรแกรม 90วัน (Detoxification) และโปรแกรมระยะยาว (Maintenance)
- การบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจ (VCT) ในศูนย์บริการสาธารณสุข 68 แห่ง และที่ศูนย์ดร็อปอิน ของภาคประชาสังคม
- จัดทำโครงการเข้าถึงผู้ใช้ยาในชุมชน โดยมีอาสาสมัครผู้ใช้ยาเป็นผู้ดำเนินกิจกรรมใน 5 พื้นที่ มุ่งเน้นการเข้าถึงผู้ใช้ยาในชุมชนเพื่อให้ข้อมูลการลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และส่งต่อสถานบริการสาธารณสุขเพื่อรับบริการตามความจำเป็น ภายใต้งบประมาณสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ และ TUC
- โครงการนำร่อง เปิดบริการศูนย์ลดอันตรายในวันเสาร์ (ตุลาคม – ธันวาคม พ.ศ. 2552) ประกอบด้วยกิจกรรมการทำกลุ่มให้ข้อมูลความรู้เรื่องโรคเอดส์ และการลดอันตรายจากการใช้ยา รวมทั้งการฝึกอาชีพ ภายใต้งบประมาณสนับสนุนจากสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

2) หน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

สถาบันธัญญารักษ์ กรมการแพทย์ ได้ให้บริการโดยเครือข่ายการบำบัดรักษายาเสพติด โดยศูนย์บำบัดรักษายาเสพติดส่วนภูมิภาค 6 แห่ง ครอบคลุมทุกภูมิภาค จัดบริการด้านสุขภาพแก่ผู้ใช้ยาเสพติดทุกประเภท โดยให้บริการลดอันตรายจากการใช้ยา ประกอบด้วย การให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี การให้บริการถุงยางอนามัย การบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว การเข้าถึงผู้ใช้ยาฯ ในชุมชน การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไวรัสตับอักเสบ และวัณโรค

ง.2 การดำเนินงานโดยภาคประชาสังคม

บริการที่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคม โดย เครือข่ายผู้ใช้ยา และองค์กรพัฒนาเอกชน ได้แก่ มูลนิธิ พีเอสไอ/บ้านโอโซน มูลนิธิรักษ์ไทย มูลนิธิรณรงค์เพื่อการรักษาเอดส์ ประกอบด้วย บริการเชิงรุกโดยเพื่อน กับเจ้าหน้าที่ประสานงานในพื้นที่ และบริการที่ศูนย์ดร็อปอิน

การจัดบริการที่ศูนย์ดร็อปอิน มีลักษณะที่ทำให้ผู้ใช้ยาสะดวกใจที่จะมาใช้บริการ โดยมีการจัดกิจกรรมที่เป็นสันทนาการ และกิจกรรมกลุ่มแลกเปลี่ยนความ รู้และประสบการณ์เพื่อนสู่เพื่อน กิจกรรมสนทนากลุ่มย่อยเรื่องการลดอันตราย, การไม่ใช้เข็มและอุปกรณ์ร่วมกัน การใช้ยาเสพติดในปัจจุบัน การให้ความรู้โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กิจกรรมการแจกและแลกเปลี่ยนเข็มและอุปกรณ์ฉีดยา และถุงยางอนามัย บริการส่งต่อ

บำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ส่งต่อบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ โดยสมัครใจ บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือ ปัญหาสุขภาพอื่น

ง. 3การส่งเสริมอาชีพให้กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด

การส่งเสริมอาชีพเป็นการเตรียมความพร้อมในการกลับเข้าสู่สังคมให้กับผู้ใช้ยาเสพติด ส่งเสริมความภาคภูมิใจ ฝึกความอดทน ฝึกสมาธิ สร้างความมั่นใจให้กับผู้ใช้ยาเสพติด ตลอดจนส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาได้ใช้เวลาว่างให้เป็นประโยชน์ การส่งเสริมอาชีพที่ผ่านมามีการดำเนินงานทั้งในส่วนของภาครัฐและภาคประชาสังคม

ในส่วนของภาครัฐ กรุงเทพมหานคร และ สถาบันธัญญารักษ์ ดำเนินงานใน 3 เรื่องหลัก ได้แก่ การฝึกอาชีพ/อาชีพบำบัด การแนะแนววิธีการสมัครงาน และการจัดหางาน

ในส่วนของภาคประชาสังคม บ้านโอโซน มูลนิธิพีเอสไอ ส่งเสริมอาชีพในลักษณะของกิจกรรมชมรมพิเศษตามความสนใจของผู้ใช้ยา เช่นได้แก่ ชมรมการทำเครื่องประดับของสมาชิกที่เป็นหญิง และชมรมการสกรีนเสื้อ ที่สมาชิกส่วนใหญ่เป็นชาย และได้ฝึกการทำงานเป็นทีม รายได้จัดเก็บเป็นกองทุนฉุกเฉิน แต่ระยะยาวจะมีข้อจำกัดในเรื่องตลาด และเงินทุนหมุนเวียนในการจัดซื้อวัสดุอุปกรณ์

จ. ภาคประชาสังคมกับการขับเคลื่อนการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

จ.1 เครือข่ายผู้ใช้ยาแห่งประเทศไทย

จากการเผชิญปัญหาการเลือกปฏิบัติ ทำให้มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาของผู้ใช้ยาที่ติดเชื้อฯ เช่น จะรับยาต้านไวรัสฯได้ต้องมีเงื่อนไขหยุดใช้ยาก่อน คุณไพศาล สุวรรณวงศ์ ซึ่งเคยร่วมก่อตั้งเครือข่ายผู้ติดเชื้อแห่งประเทศไทย ได้เริ่มรวมกลุ่มผู้ใช้ยาในประเทศไทย ในช่วงปี พ.ศ. 2543 มีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมให้ผู้ใช้ยาเข้าถึงสิทธิในด้านสุขภาพ การรักษา

กระบวนการจัดตั้งเครือข่ายผู้ใช้ยาเสพติดในประเทศไทย

เมื่อวันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ. 2546 ผู้ใช้ยาจากภาคเหนือ ใต้ กลาง ภาคละ 2-3 คน รวมตัวกัน ก่อตั้งเครือข่ายผู้ใช้ยาแห่งประเทศไทย (Thai Drugs user Network: TDN) และโดยการสนับสนุนทรัพยากร จากหน่วยงานของสหประชาชาติ และ สอวพ. เครือข่ายได้รวมตัวกันทำงาน และ จัดเวทีแลกเปลี่ยนข้อมูลและประสบการณ์ให้กลุ่มเพื่อน และหางบประมาณมาทำกิจกรรม

ในปี พ.ศ. 2547 เครือข่ายผู้ใช้ยาประเทศไทย โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก TUC จัดเวทีประชุมปฏิบัติการเรื่อง *"เสียงสะท้อนจากผู้ใช้ยาเสพติดกับการแก้ไขปัญหาเอดส์"* ร่วมกับองค์กรภาคีในแต่ละพื้นที่ ใน 4 ภูมิภาค เพื่อระดมค้นหาปัญหา

ในพื้นที่และสร้างเครือข่ายในระดับภูมิภาค ข้อมูลสถานการณ์ปัญหาของผู้ใช้ยาในพื้นที่ได้ถูกนำเสนอในเวทีต่างๆ ทั้งในระดับประเทศและนานาชาติ

ในปี พ.ศ. 2549 เกิดเครือข่ายเอดส์และยาเสพติด ซึ่งเป็นการรวมตัวขององค์กรภาคีอันประกอบด้วย โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

การดำเนินงานของเครือข่ายผู้ใช้ยาแห่งประเทศไทย

เครือข่ายผู้ใช้ยาฯ ได้พัฒนารูปแบบการทำงานและสร้างระบบบริการเข้าถึงชุมชนผ่านระบบเพื่อนช่วยเพื่อน คือผู้ใช้ยาและอดีตผู้ใช้ยาที่ผ่านการอบรมแล้วเป็นผู้ให้ความรู้และข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับความรุนแรงของปัญหายาเสพติดและเอดส์ โดยการค้นหาและเข้าถึงผู้ใช้ยาเสพติด เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงและผลกระทบจากการติดเชื้อ เอชไอวี รวมการแจกถุงยางอนามัย และอุปกรณ์สะอาดให้แก่กลุ่มผู้ใช้ยาที่ยังไม่สามารถเลิกได้ เพื่อป้องกันการติดเชื้อ ขณะเดียวกันก็มีบริการส่งต่อเพื่อนเพื่อให้เข้าถึงการรักษา ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ การตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หรือ MMT รวมถึงการดูแลสุขภาพแบบองค์รวมโดยผ่านศูนย์ดรอปอิน ของเครือข่ายฯ

ความท้าทายที่สะท้อนจากเครือข่ายผู้ใช้ยา

การเข้าถึงผู้ใช้ยาฯ เป็นไปได้ยาก มีการหลบซ่อนตัว กลัวเจ้าหน้าที่รัฐจะจับ จากการแลกเปลี่ยนหารือกันของเพื่อนผู้ใช้ยาฯ พบว่าที่ผ่านมาโอกาสการรับรู้เรื่องของ เอชไอวี/เอดส์ ของผู้ใช้ยาได้รับทราบข้อมูลเพียงจากเอกสารที่ทางศูนย์กินยาเมทาโดนในพื้นที่แจกให้ หรือรับทราบข้อมูลจากบอร์ดของศูนย์ฯ ไม่เคยมีโอกาสได้รับทราบข้อมูลเชิงลึกจากหน่วยงานของรัฐ หรือ NGO แต่อย่างใด ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจเรื่องเอดส์ ซึ่งส่งผลให้ประเมินเพื่อนที่ใช้ยาด้วยกันผิด เพราะเข้าใจว่าคนติดเชื้อฯ ต้องแสดงอาการแล้วเท่านั้น อีกทั้งจากการประกาศนโยบายทำสงครามยาเสพติดของรัฐบาลที่ผ่านมายิ่งส่งผลให้ผู้ใช้ยามีโอกาสที่จะติดเชื้อฯเพิ่มขึ้น เพราะผู้ใช้ยาไม่สามารถพกพาเข็มฉีดยาซึ่งเป็นอุปกรณ์สำคัญในการเสพยาได้ โอกาสการใช้เข็มร่วมกันกับเพื่อนก็ยิ่งเพิ่มมากขึ้น

จ.2 เครือข่ายคนทำงานด้านยาเสพติด (12D)

12D คือ คณะทำงานที่เป็นตัวแทนจากเครือข่ายคนทำงานด้านยาเสพติด 12 องค์กร ประกอบด้วย 1) มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ 2) เครือข่ายผู้ใช้ยาประเทศไทย 3) เครือข่ายลดอันตรายจากสารเสพติดแห่งเอเชีย 4) มูลนิธิรักษ์ไทย 5) เครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย 6) มูลนิธิรณรงค์เพื่อการเข้าถึงรักษาเอดส์ 7) มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ 8) มูลนิธิพีเอสไอ/บ้านโอโซน 9) คณะกรรมการองค์การพัฒนาเอกชน

ด้านเอดส์ (กพอ.) 10) บ้านออเด้น 11) ศูนย์ลดอันตรายจากการใช้ยาบ้านมิตรสัมพันธ์ กรุงเทพฯ นักกิจกรรมอิสระที่ทำงานในประเด็นผู้ใช้ยา

จุดเริ่มต้นของการรวมตัวกันของ 12D เกิดขึ้น ปลายปี พ.ศ. 2551 เพื่อทำความเข้าใจกับคนทำงานและพิจารณาความเป็นไปได้ในการให้บริการเมทาโดนระยะยาว ที่ สปสช.ประกาศให้เป็นสิทธิประโยชน์ เริ่มในปีงบประมาณ 2552

เครือข่าย 12D ไม่ได้ปิดกั้นเพียง 12 หน่วยงานดังกล่าวข้างต้น และมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การสะท้อนปัญหาของผู้ใช้สารเสพติด เป็นภาพรวมของประเทศ กระบวนการทำงานของ 12D เป็นการเปิดพื้นที่ให้มีการพูดคุยแลกเปลี่ยนและปรึกษาหารือกัน อันจะเป็นทางหนึ่งที่จะช่วยให้เกิดการปรับแนวคิดและทิศทางการทำงานให้ไปในทิศทางเดียวกันและมีความเป็นเอกภาพมากขึ้น สามารถนำเสนอแนวคิดและความต้องการที่มีความเป็นเอกภาพมากขึ้น

โดยเบื้องต้น คุณวีระพันธ์ งามมี ซึ่งในขณะนั้นเป็นนักกิจกรรมอิสระ ได้รับการยอมรับให้เป็นผู้ประสานงานในนามคณะทำงาน 12 D โดยมีวิธีการสื่อสารผ่านระบบอินเตอร์เน็ตอย่างต่อเนื่อง และปัจจุบันยังคงปฏิบัติหน้าที่นั้นอยู่

ฉ. ปัญหาอุปสรรค ความท้าทาย

- แม้ว่าการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว จะเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติแล้ว แต่ยังมีผู้ใช้บริการน้อยมากและไม่สม่ำเสมอ
- การดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยา ที่แม้ว่าจะเริ่มมีการพูดคุยกันในระดับนโยบาย และจะมีทรัพยากรสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ให้กับทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม แต่ก็ยังมีข้อจำกัดในการดำเนินงานในพื้นที่ ที่ต้องการความเข้าใจและทัศนะที่ดีของผู้ให้บริการและเจ้าหน้าที่ฝ่ายปกครองและตำรวจ รวมถึงการจัดกลไกประสานงานภายในจังหวัด
- ในระดับนโยบาย แม้ว่าจะมีความชัดเจนว่า บริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดต้องมีลักษณะผสมผสานและครบวงจร แต่ยังคงมีความคิดเห็นที่ยังแตกต่างในประเด็นของการจัดบริการเพื่อให้ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดมีเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาด

ช. แผนการแก้ไขปัญหาอุปสรรคและความท้าทาย

- เป็นเรื่องรีบด่วนที่ต้องพัฒนาคุณภาพบริการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว ในขณะที่ต้องกำหนดมาตรฐานการให้บริการของประเทศในการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทบทวนและพัฒนาปรับปรุงบริการแต่ละด้านของการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด และจัดทำคู่มือการดำเนินงานสำหรับผู้ให้บริการภาครัฐและภาคประชาสังคมในระดับต่างๆ รวมถึงกำหนดระบบเชื่อมต่อบริการด้านต่าง ๆ ให้ครบวงจร

- จัดกลไกและดำเนินการสื่อสารนโยบาย และสร้างความเข้าใจและทัศนะของผู้ปฏิบัติงานทั้งในส่วนกลางและพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงาน
- ประมวลบทเรียนจากนานาประเทศและภายในประเทศ เพื่อทำความชัดเจนถึงความจำเป็นและวิธีดำเนินการบริการเพื่อให้ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดมีเข็มและอุปกรณ์ฉีดยาที่สะอาดใช้ รวมทั้งสนับสนุนการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่อง ด้านผลของการบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ทั้งผลในด้านต่างๆ ได้แก่ ด้านการป้องกันยาเสพติด ด้านการบำบัดรักษายาเสพติด ด้านการป้องกันเอดส์และด้านการลดอาชญากรรม ตลอดจนผลด้านคุณภาพชีวิตของผู้ใช้ยาเสพติดด้านต่างๆ รวมถึงการทำงานได้ตามปกติ

ซ. ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี

ซ.1 "บ้านโอโซน กรุงเทพมหานคร"

บ้านโอโซน เป็นศูนย์บริการให้ข้อมูลข่าวสารเรื่องเอดส์และยาเสพติด ดำเนินการโดย มูลนิธิพีเอสไอ (ประเทศไทย) ในช่วงเริ่มต้นได้รับงบประมาณสนับสนุนการดำเนินการจาก USAID ดำเนินการใน 3 จังหวัด ได้แก่ เชียงใหม่ เชียงราย และกรุงเทพมหานคร

บริการของบ้านโอโซน ในกรุงเทพมหานคร เริ่มดำเนินการตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2548 มีเป้าหมายที่จะลดการติดเชื้อรายใหม่ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ยาในการแก้ไขปัญหาเอดส์และยาเสพติด สนับสนุนให้ผู้ใช้ยาเข้าถึงบริการสุขภาพ กิจกรรมของศูนย์ฯ เน้นการสร้างบรรยากาศให้เป็นแบบบ้าน ให้บริการที่เป็นมิตรและสอดคล้องกับปัญหาและความต้องการของผู้ใช้ยา รวมทั้งเน้นการมีส่วนร่วมของผู้ใช้ยาในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของของศูนย์บริการฯ รูปแบบของการให้บริการมีทั้งการให้บริการภายในบ้าน ที่ศูนย์ดร็อปอิน และ การให้บริการเชิงรุกนอกสถานที่

การเลือกสถานที่ตั้งของศูนย์ดร็อปอิน

บ้านโอโซน ได้เลือกหาสถานที่ตั้ง ที่มีความสะดวก ปลอดภัย ในการเดินทางเข้ามารับบริการของผู้ใช้ยาให้ได้มากที่สุด เป็นจุดศูนย์กลางของศูนย์บริการสาธารณสุขสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ที่เปิดให้บริการเมทาโดนกับผู้ใช้ยามาเป็นระยะเวลานาน 5 แห่ง

ก่อนที่จะเปิดดำเนินการได้ดำเนินการติดต่อประสานงานเพื่อชี้แจงถึงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และแผนการดำเนินงานของบ้านโอโซน ตลอดจนขอคำแนะนำ และขอความร่วมมือในการดำเนินงานกับตัวแทนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่ตำรวจ ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ผู้นำชุมชน นักพัฒนาเอกชน และแกนนำผู้ใช้ยา รวมถึงได้จัดประชุมเพื่อชี้แจงเป้าหมาย วัตถุประสงค์ และแนวทางการดำเนินงานของบ้านโอโซนอย่างเป็นทางการอีกครั้งกับตัวแทนของหน่วยงานต่างๆ ทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม ผู้นำชุมชน ตลอดจนแกนนำผู้ใช้ยา

การมีส่วนร่วมของผู้ใช้ยาในการจัดบริการ

กิจกรรมบริการและระยะเวลาของบริการของบ้านโอโซน กำหนดขึ้นจากการร่วมกันออกแบบโดยทีมงานบ้านโอโซน กับผู้ใช้ยา เพื่อให้การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ของบ้านโอโซนสอดคล้องกับสภาพปัญหาและความต้องการของผู้ใช้ยาที่จะเข้ามาใช้บริการ และยังได้ร่วมกันกำหนดกฎกติกาในการอยู่ร่วมกันของผู้ใช้ยาภายในบ้านโอโซน ลักษณะของบริการเน้นการพัฒนาผู้ใช้ยามากกว่าการสงเคราะห์ผู้ใช้ยา ได้กำหนด กติกาการอยู่ร่วมกัน ดังนี้

- ไม่ใช้ยาเสพติดทุกชนิดภายในบ้าน
- ไม่มีการซื้อ-ขายยาเสพติดทุกชนิดภายในบ้าน
- ไม่มีการทะเลาะวิวาท
- ไม่มีการลักขโมย

ผู้ใช้ยาไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในการมาใช้บริการ ในขณะที่บ้านโอโซนเองก็ไม่สนับสนุนให้งบประมาณค่าใช้จ่ายเพื่อเป็นค่าเดินทางของผู้ใช้ยาในการเข้ามาใช้บริการภายในบ้านโอโซนแต่อย่างใด แต่ใช้การชักชวนผู้ใช้ยาให้เข้ามาใช้บริการโดยการให้เป็นของรางวัลแทนการให้เงินในการเข้ามาใช้บริการ เช่น

- หากเข้าร่วมกิจกรรมครบ 15 ครั้ง ได้รับเสื้อ 1 ตัว
- หากเข้าร่วมกิจกรรมครบ 25 ครั้ง ได้รับหมวก 1 ใบ
- หากเข้าร่วมกิจกรมครบ 35 ครั้ง ได้รับกระเป๋า 1 ใบ
- หากเข้าร่วมกิจกรรมครบ 4 ครั้ง ได้รับสิทธิในการเข้าร่วมกิจกรรมแคมป์ประจำปี

ความร่วมมือระหว่างองค์กร

จากการร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ทำให้องค์กรอื่นได้แก่ องค์การหมอไร้พรหมแดนส่งเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาและเจ้าหน้าที่พยาบาล รวมทั้งแพทย์ผู้เชี่ยวชาญเข้ามาให้บริการเรื่องสุขภาพกับผู้ใช้ยาภายในบ้านโอโซนทุกๆ วันจันทร์ และศูนย์บริการสาธารณสุข 3 บางซื่อ เข้ามาร่วมให้บริการในส่วนนี้ภายในบ้านโอโซน

หลังจากที่องค์การหมอไร้พรหมแดนได้ปิดโครงการด้านเอดส์ในประเทศไทยไป พบว่ามีผู้ใช้ยาจำนวนมากที่ไม่มีบัตรประกันสุขภาพหรือไม่มีแม้กระทั่งบัตรประชาชน ทำให้ผู้ใช้ยาได้มีโอกาสเข้าถึงบริการด้านสุขภาพในเบื้องต้นแล้วทางบ้านโอโซนก็ได้ดำเนินการส่งต่อ หรือให้การช่วยเหลือและสนับสนุนพาผู้ใช้ยาที่ไม่มีบัตรประชาชนหรือบัตรประกันสุขภาพไปดำเนินการทำบัตรเหล่านี้ตามเขตที่อยู่และตามสิทธิประโยชน์ที่

ตนเองมี โดยจะมีเจ้าหน้าที่หรืออาสาสมัครที่เป็นผู้ใช้ยาด้วยกันค่อยให้การช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ใช้ยาที่มีปัญหาเหล่านี้อยู่ตลอดเวลา

บริการ Outreach

ผู้ใช้ยาที่มีความสนใจที่อยากจะเข้ามาร่วมดำเนินงานให้ข้อมูลข่าวสารหรือให้การช่วยเหลือเพื่อนผู้ใช้ยาคนอื่นที่ไม่สามารถเข้ามาใช้บริการภายในบ้านโอโซนได้รับการฝึกอองรมและเพิ่มทักษะการกับบุคคลอื่น เพื่อออกให้บริการให้ข้อมูลข่าวสารในเรื่องเอดส์และยาเสพติดที่อยู่ตามชุมชนต่างๆ ตลอดจนให้การช่วยเหลือและสนับสนุนส่งต่อผู้ใช้ยาที่มีปัญหาในด้านสุขภาพหรือด้านต่าง ๆ ที่จำเป็นในการดำรงชีวิตควบคู่ไปด้วย เป็นการพัฒนาผู้ใช้ยาและทำให้ขยายการเข้าถึงผู้ใช้ยาอื่นๆได้กว้างขวางมากขึ้น โดยบ้านโอโซนได้กำหนดบทบาทหน้าที่ และกรบวนการฝึกอบรมและสนับสนุนการดเนินงานอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง

ปัจจัยสำคัญต่อความสำเร็จของการดำเนินงาน

- ความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ที่นำไปสู่การเกิดเป็นเครือข่ายภาคีความร่วมมือในด้านต่างๆ ที่จำเป็นและเกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ใช้ยา เช่น เครือข่ายการส่งต่อผู้ใช้ยาเข้ารับบริการ หรือเครือข่ายความร่วมมือในการดำเนินงาน
- การมีส่วนร่วมของผู้ใช้ยาในการกำหนดรูปแบบบริการ ใช้หลักผู้รับบริการเป็นจุดศูนย์กลางอย่าไปคิดแทนว่าสิ่งนั้นดีหรือไม่ดี เพราะไม่เช่นนั้นแล้วทุกสิ่งที่ดำเนินการไปอาจจะมีความตั้งใจดีแต่กับกลายเป็นความประสงค์ร้ายโดยไม่รู้ตัว
- ความต่อเนื่องของกิจกรรมบริการ เพื่อให้เกิดความไว้วางใจและความเชื่อถือจากกลุ่มผู้ใช้ยา
- การส่งเสริมและสนับสนุนให้ผู้ใช้ยามีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นในชุมชนของพวกเขาเองอย่างยั่งยืน โดยมุ่งการทำงานในด้านการพัฒนาให้ผู้ใช้ยาสามารถที่จะยืนอยู่ร่วมในสังคมให้ได้มากกว่าที่จะเน้นการส่งเคราะห์ให้เขาผ่านปัญหาไปวันๆ

2.8 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรข้ามชาติและประชากรเคลื่อนย้าย

ก. คำนิยามของกลุ่มแรงงานข้ามชาติและประชากรเคลื่อนย้าย

คณะทำงานติดตามและประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีกลุ่มประชากรข้ามชาติได้กำหนดคำนิยามเชิงปฏิบัติการ ของกลุ่มแรงงานข้ามชาติและประชากรเคลื่อนย้าย เพื่อเป็นกรอบในการจัดทำรายงาน ครอบคลุมประเภทของประชากร ดังนี้

1. แรงงานข้ามชาติ ทั้งที่ลงทะเบียนและไม่ลงทะเบียน และส่วนใหญ่หมายถึงแรงงานจากประเทศเมียนม่าร์ กัมพูชา และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว (สปป.ลาว)

2. ผู้พลัดถิ่น หรือ ผู้ลี้ภัย
3. กลุ่มชาติพันธุ์
4. แรงงานไทยที่ไปทำงานต่างประเทศ

รายงานนี้ไม่ครอบคลุมประเด็นที่เกี่ยวข้องกับ นักท่องเที่ยวต่างชาติ คนต่างชาติที่มาตั้งถิ่นฐานในประเทศไทย และผู้ต่างชาติที่เข้ามาเรียนหนังสือ หรือกลุ่มหลบหนีเข้าเมืองในกรณีอื่น ได้แก่ ผู้หลบหนีเข้าเมืองชาวโรฮิงญา ชาวเกาหลีเหนือ และอื่น ๆ

ก.1 จำนวนประชากรกลุ่มแรงงานข้ามชาติและประชากรเคลื่อนย้ายโดยประมาณ

ปัจจุบันยังไม่มีหน่วยงานใดสามารถบอกจำนวนประชากรข้ามชาติที่เข้าเมืองในประเทศไทยที่แน่นอนได้ว่ามีจำนวนเท่าใด แต่จากการประมาณการของสภาความมั่นคงแห่งชาติ มีประชากรข้ามชาติทั้งที่ลงทะเบียนและไม่ลงทะเบียน ประมาณ 2.5 ล้านคนเศษ (ข้อมูลจากเอกสารสภาความมั่นคงแห่งชาติเมื่อสิงหาคม พ.ศ.2552) ประชากรแต่ละกลุ่มมีจำนวนตามแหล่งที่มาต่างๆ ดังนี้

- แรงงานข้ามชาติ สัญชาติพม่า ลาว และกัมพูชาที่เข้ามาทำงานในประเทศไทยและได้รับอนุญาตทำงานจากกรมการจัดหางาน ในปัจจุบันมีจำนวนทั้งสิ้น 1,475,317 คน (สำนักบริหารแรงงานต่างด้าว, 2010) แยกเป็น 3 กลุ่มดังนี้

1. แรงงานต่างชาติหลบหนีเข้าเมืองที่จดทะเบียนได้รับการผ่อนผันให้อยู่ในราชอาณาจักรเป็นการชั่วคราวเพื่อรอการส่งกลับ จำนวน 1,314,382 คนแยกเป็น 2 กลุ่ม คือ

- แรงงานต่างชาติเดิมที่จดทะเบียนและได้รับอนุญาตทำงานมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2547 จำนวน 382,541 คน: พม่า 370,711 คน กัมพูชา 6,130 คน ลาว 5,700 คน

- แรงงานต่างชาติที่จดทะเบียนปี พ.ศ.2552 และได้รับอนุญาตทำงาน จำนวน 931,841 คน (พม่า 708,056คน กัมพูชา 118,631 คน ลาว 105,154 คน)

2. แรงงานต่างชาติที่อยู่ในระบบจดทะเบียนผ่อนผันแต่ผ่านการพิสูจน์สัญชาติและได้รับอนุญาตทำงาน 133,488 คน: พม่า 15,784 คน กัมพูชา 59,238 คน ลาว 58,430 คน

3. แรงงานต่างชาติที่เข้ามาอย่างถูกกฎหมายตามบันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือด้านการจ้างแรงงานระหว่างรัฐ จำนวน 27,447 คน เป็นกัมพูชา 17,235 คน ลาว 10,212 คน

- UNHCR รายงานตัวเลขผู้พลัดถิ่นทั้งสิ้น 103,566 คน ใน 9 แค้มป์ ทั่วประเทศ (ณ วันที่ 31 ธันวาคม พ.ศ. 2552) มีสัดส่วนเท่ากันระหว่างเพศชายและหญิง ประชากรที่มีอายุ 12 ปี ขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 67 จำนวนผู้พลัดถิ่นในเมื่อสิ้นปี พ.ศ.2552 น้อยกว่าเมื่อสิ้นปี พ.ศ.2551

- กลุ่มชาติพันธุ์ จากการสำรวจมีประมาณ 1 ล้าน 9 แสนคน ในปี พ.ศ. 2552 แต่ได้รับอนุญาตให้ทำงานและจดทะเบียนทั้งสิ้น 19,775 คน

- แรงงานไทยทำงานในต่างประเทศที่ผ่านสำนักงานบริหารแรงงานไทย ในปี พ.ศ. 2552 จำนวนประมาณ 6,500 คน

ข. สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี

ข.1 สถานการณ์การติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มแรงงานข้ามชาติ

สำนักระบาดวิทยาร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 7 จังหวัด เฝ้าระวังการติดเชื้อฯในกลุ่มแรงงานประมงซึ่งประกอบด้วยประมงคนไทยและประมงที่เป็นแรงงานข้ามชาติส่วนใหญ่เป็นประมงข้ามชาติตั้งแต่ปีพ.ศ. 2540 พบว่าความชุกการติดเชื้อฯมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง แต่คณะทำงานฯ มีความเห็นว่าต้องระมัดระวังการแปลผลข้อมูลที่ต้องคำนึงถึงคุณภาพของข้อมูลในบางพื้นที่รวมทั้งจำนวนตัวอย่างที่น้อยเกินไป โดยเฉพาะก่อนปี พ.ศ. 2550

การวิเคราะห์แนวโน้มรายจังหวัดในบางจังหวัดที่มีจำนวนตัวอย่างมากเพียงพอ มีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นในหลายจังหวัดได้แก่ สมุทรสาคร ประจวบคีรีขันธ์ ปัตตานี และกาญจนบุรี

ความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มแรงงานข้ามชาติสูงกว่าคนไทยในหลายพื้นที่

เมื่อเปรียบเทียบข้อมูลความชุกการติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่ทำการสำรวจในจังหวัดตัวอย่างพบว่าสูงกว่าคนไทยในภาพรวมของประเทศในปี พ.ศ. 2552 ซึ่งต่ำกว่า ร้อยละ 1 จากรายงานของ International Organization on Migration (IOM) ที่ได้ทบทวนข้อมูลพบว่าในปี พ.ศ.2549 ในจังหวัดที่ทำการศึกษา ความชุกการติดเชื้อฯ กลุ่มแรงงานข้ามชาติสูงกว่าทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการและหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นคนไทย ความชุกการติดเชื้อฯ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นประชากรข้ามชาติสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์คนไทยมากเช่นในจังหวัด ตราด ระนอง ตาก[27] (รูปที่ 29)

การติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติที่ขายบริการทางเพศสูงกว่าหญิงบริการไทย

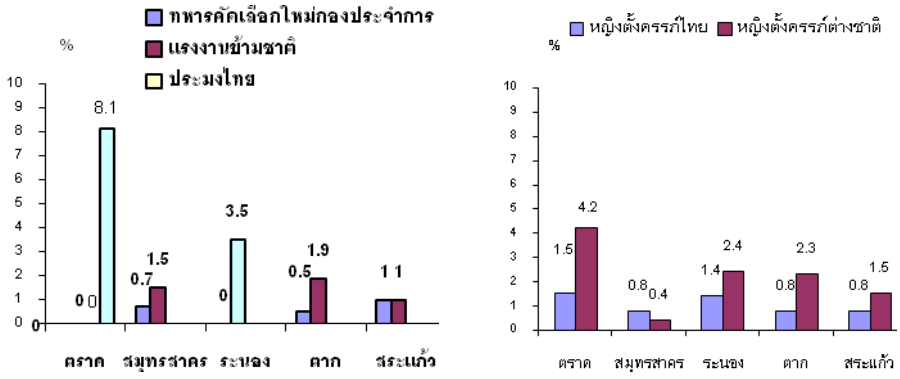
ในทำนองเดียวกันข้อมูลจากจังหวัดระนอง และจังหวัดตาก หญิงบริการข้ามชาติพบความชุกการติดเชื้อฯ สูงกว่าหญิงบริการคนไทยมาก ถึงแม้ว่าความชุกการติดเชื้อฯ ของหญิงบริการข้ามชาติจะลดลงจากปี พ.ศ. 2546 ถึง พ.ศ.2549 ทั้งสองจังหวัด[28] (รูปที่ 30)

---

[27] Migration and HIV/AIDS in Thailand: Triangulation of biological, behavioral and programmatic response data in selected provinces, IOM, 2010

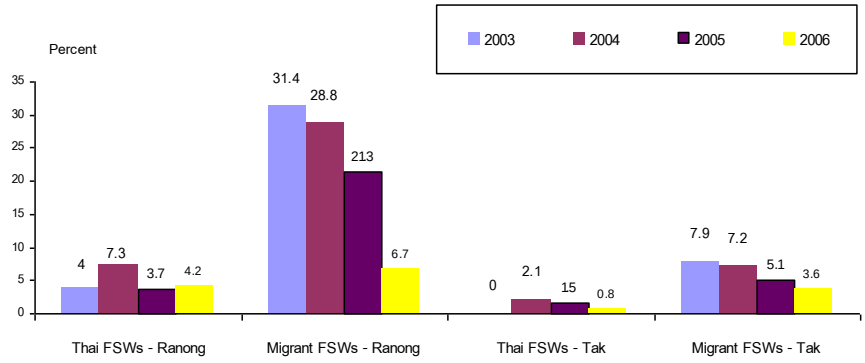
[28] อ้างอิง 1

รูปที่ 29: ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี ของกลุ่มประมงไทย ต่างชาติ ทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ แรงงานข้ามชาติ หญิงตั้งครรภ์ไทย และต่างชาติ ใน 4 จังหวัด พ.ศ. 2549



ที่มา: Migration and HIV/AIDS in Thailand: Triangulation of biological, behavioral and programmatic response data in selected provinces, IOM, 2010 อ้างแหล่งข้อมูลจาก HIV Sentinel Surveillance, Provincial Health Office

รูปที่ 30: ความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงคนไทยและต่างชาติ ในจังหวัดระนองและตาก พ.ศ. 2546-2549



ที่มา: Migration and HIV/AIDS in Thailand: Triangulation of biological, behavioral and programmatic response data in selected provinces, IOM, 2010 อ้างแหล่งข้อมูลจาก HIV Sentinel Surveillance, Provincial Health Office

ความรู้โรคเอดส์ และพฤติกรรมทางเพศของแรงงานข้ามชาติ

ข้อมูลที่มีทั้งหมดเป็นข้อมูลจากการประเมินผลโครงการ PHAMIT ในพื้นที่ที่มีการดำเนินงานป้องกันที่บริหารจัดการโดยมูลนิธิรักษ์ไทย พบว่าแรงงานข้ามชาติในพื้นที่โครงการ มีความรู้ที่ถูกต้องตามคำถามมาตรฐาน ทั้ง 5 ข้อ เพิ่มขึ้นจาก น้อยกว่า ร้อยละ 20 ในปี พ.ศ.2547 เป็น มากกว่าร้อยละ 27 ในปี พ.ศ.2551 ยกเว้นกลุ่มแรงงานข้ามชาติหญิง ในจังหวัดชายแดนติดกับประเทศกัมพูชา[29]

แรงงานข้ามชาติชายยังคงมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการสูงและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น รวมทั้งมีคู่นอนไม่ประจำหลายคน การประเมินผลโครงการ PHAMIT ในพื้นที่ 17 จังหวัด และจากแหล่งอื่น ๆ ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าแรงงานข้ามชาติชายมีสัดส่วนการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในจังหวัดชายแดนติดกับประเทศกัมพูชาเพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 34 เป็น ร้อยละ 47แต่มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการครั้งล่าสุดสูงถึงร้อยละ 97[30]

ในส่วนของจำนวนคู่นอนพบว่าแรงงานข้ามชาติมีจำนวนคู่นอนไม่ประจำในปีที่ผ่านมาสูงเช่นกัน โดยเฉลี่ยสูงถึง 4 คน และมากกว่า 5 คนในบางพื้นที่ การสำรวจในปี พ.ศ. 2551 พบว่าแรงงานข้ามชาติชายมีจำนวนคู่นอนไม่ประจำลดลงเล็กน้อยจากการสำรวจในปี พ.ศ.2547 [31] กระนั้นก็ตาม เมื่อเปรียบเทียบกับชายไทยพบว่าจำนวนคู่นอนไม่ประจำสูงกว่าชายไทย ที่มีค่าเฉลี่ยประมาณ 2 คน[32]

จากรายงานของ IOM, 2010 ที่รวบรวมจากรายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรม โดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในจังหวัดสมุทรสาคร ประจอบคีรีขันธ์ มุกดาหาร และเชียงราย เสนอข้อมูลที่สอดคล้องกันว่า ระหว่างปี พ.ศ. 2547-2549 อัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับแขกครั้งล่าสุดสูงมากกว่า 90% ยกเว้นในจังหวัดเชียงรายที่การใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 77 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 83 ในปี พ.ศ. 2549[33]

ข.2 สถานการณ์การติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มผู้พลัดถิ่น

ความชุกการติดเชื้อฯ ของผู้พลัดถิ่นค่อนข้างต่ำ ในปี พ.ศ. 2552 มีรายงานผู้ติดเชื้อฯ รวม 150 คน ผู้พลัดถิ่นที่เป็นหญิงตั้งครรภ์ได้รับการตรวจการติดเชื้อฯ ร้อยละ 90 พบการติดเชื้อฯ ร้อยละ 0.16 ความชุกการติดเชื้อ ซิฟิลิส ร้อยละ 0.3% ณ ปัจจุบันไม่มี

---

[29] Prevention of HIV/AIDS Among Migrant Workers in Thailand: The impact survey 2008, IPSR page 40

[30] อ้างอิง 3

[31] อ้างอิง 3

[32] National sexual behavioral survey of Thailand, IPSR, 2006

[33] อ้างอิง 1

รายงานวิจัยที่ชัดเจนถึงพฤติกรรมเสี่ยง แต่มีข้อสังเกตว่าปัจจัยเสี่ยง น่าจะเป็นกลุ่มชายวัยเจริญพันธ์ที่ออกนอกแค้มป์ไปเป็นช่วงเวลาและไปมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการหญิง ไม่พบรายงานการใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีดในแค้มป์ รายงานการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบในระดับต่ำเช่นกัน ประมาณ 0.05 ต่อประชากร 1,000 คน ในกลุ่มชาย และ 0.0051 ต่อประชากร 1,000 คน ในกลุ่มหญิง

ค. การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและประชากรเคลื่อนย้าย

ค.1 นโยบายและแผนงาน/โครงการ ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและประชากรเคลื่อนย้าย

1) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554

ประชากรทั้ง 4 กลุ่มตามคำนิยาม ประกอบด้วย กลุ่มแรงงานข้ามชาติ กลุ่มผู้พลัดถิ่น กลุ่มชาติพันธุ์ และกลุ่มแรงงานไทยไปต่างประเทศ เป็นกลุ่มประชากรเป้าหมายที่มีการกำหนดมาตรการบูรณาการป้องกัน ดูแลรักษาและลดผลกระทบ ในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554 โดยมีมาตรการเหมือนกันในเรื่องของการส่งเสริมการสร้างความรู้ความเข้าใจ เรื่องเอชไอวี การสร้างสิ่งแวดล้อมทางสังคม สนับสนุนการใช้ชีวิตอย่างปลอดภัย การสนับสนุนการมีส่วนร่วมในการป้องกันฯ โดยภาคีเครือข่าย และส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพ และมีมาตรการจำเพาะในแต่ละกลุ่มเพิ่มเติม ดังนี้

- บูรณาการยุทธศาสตร์เอดส์เข้าสู่นโยบายแรงงานข้ามชาติ
- บูรณาการแนวทาง มาตรการ ป้องกัน ดูแล ให้ความช่วยเหลือ เข้าในแผนคุ้มครองดูแลแรงงานไทยในต่างประเทศ
- ส่งเสริมการเข้าถึงบริการสุขภาพของผู้พลัดถิ่น ภายใต้ข้อตกลงระหว่างรัฐบาลไทยกับ UNHCR แม้ว่าจะมีการกำหนดในแผนยุทธศาสตร์ฯเอดส์แห่งชาติ เช่นเดียวกับกลุ่มอื่นๆ ที่ไม่ได้ส่งผลให้มีการตั้งงบประมาณของภาครัฐ

2) โครงการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี แบบผสมผสานสำหรับประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยการส่งเสริมบริการเชิงรุกและการสร้างเครือข่ายบริการที่บูรณาการ

โครงการนี้ ครอบคลุมกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เป็นโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ในรอบ 8 เป็นระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ มิถุนายน พ.ศ.2552 – พฤษภาคม พ.ศ.2557

ยุทธศาสตร์หลัก คือ การขยายขอบเขตการเข้าถึงและความครอบคลุมในการให้บริการป้องกันการติดเชื้อฯ แก่ ประชากรกลุ่มเป้าหมาย โดยการเพิ่มการมีส่วนร่วมขององค์กรภาคประชาสังคมและประชากรกลุ่มเป้าหมาย และพัฒนาให้บริการของภาครัฐ

มีความเป็นมิตรกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย และเชื่อมต่อกับบริการเชิงรุกที่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคม ควบคู่กับยุทธศาสตร์ การสร้างความเข้มแข็งของกลุ่มเป้าหมาย สร้างความรู้ความเข้าใจในเรื่อง เพศ เพศภาวะ เพศวิถี การคุ้มครองสิทธิ ให้กับผู้ให้บริการทั้งในส่วนภาครัฐ และภาคประชาสังคม รวมถึงการดำเนินงานเกี่ยวกับกรอบนโยบายที่เอื้อต่อการดำเนินงาน

มูลนิธิรักษ์ไทยเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงานในส่วนภาคประชาสังคม จัดบริการเชิงรุกในชุมชน และศูนย์ดร็อปอิน รวมถึงบริการถุงยางอนามัย เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มประชากรเป้าหมายได้มากขึ้น กรมควบคุมโรค โดยกลุ่มงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. ดำเนินการพัฒนาบริการที่เป็นมิตร ทั้งในส่วนของบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ และการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พื้นที่ดำเนินงาน 36 จังหวัด รวม กทม.

3) การดำเนินกิจกรรมการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี สำหรับผู้พลัดถิ่น

เป็นการดำเนินการโดยองค์กร NGOs ระหว่างประเทศ 4 องค์กร ได้แก่ Aids Medicale International (AMI), International Rescue Committee (IRC), Maltese International และ American Refugee Committee (ARC) ซึ่งประสานการทำงานกับ UNHCR ครอบคลุมในทุกด้านประกอบด้วย

- การส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัย (หญิงและชาย) ในหน่วยการแพทย์ต่าง ๆ
- การให้ post-prophylaxis ในผู้ที่ได้ความรุนแรง (survivors for sexual violence)
- การรณรงค์และสร้างความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ในกลุ่มประชากรทั่วไป ประกอบด้วย การเผยแพร่ความรู้ผ่านละครสั้น สื่อต่าง ๆ และผ่านอาสาสมัครเอดส์
- การสอนหลักสูตรเพศศึกษาและเอดส์ที่สอดแทรกในหลักสูตรอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับเยาวชน
- Targeted interventions สำหรับกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ชายที่เข้าออกแค้มป์เป็นประจำ
- ส่งเสริมการเข้าถึง VCT อย่างทั่วถึงโดยใช้ Rapid test และ STI โดยมีการดำเนินการอย่างผสมผสานใน ANC และ Medical clinics อื่น ๆ

4) การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มชาติพันธุ์

ตลอดเวลากว่า 15 ปี ที่เอดส์เริ่มแพร่เข้าไปในชนกลุ่มนี้ ประเทศไทยยังไม่มีการดำเนินงานที่ชัดเจนและต่อเนื่อง ทรัพยากรส่วนใหญ่มาจากแหล่งทุนต่างประเทศ ซึ่งมีส่วนสำคัญต่อการผลักดันให้เกิดองค์กรชาติพันธุ์ที่ทำงานด้านเอดส์และสุขภาพโดยเฉพาะ เช่น โครงการองค์กรเผ่าลีซูเพื่อรับมือกับโรคเอดส์ โครงการให้การศึกษาโรคเอดส์ในชุมชนมัง โครงการสุขภาพลาหู่ ซึ่งถือเป็นก้าวแรกๆ ขององค์กรชาติพันธุ์ที่เข้าไปร่วมปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้มีความพยายามในการสร้างเครือข่ายสุขภาพชาติพันธุ์ รวมถึงการเสนอยุทธศาสตร์ของเครือข่ายไว้ 4 ประการ ได้แก่ การพัฒนาระบบบริการ

สุขภาพ การพัฒนาศักยภาพคนทำงานและองค์กรเครือข่ายให้เข้มแข็ง นโยบายสาธารณะด้านสุขภาพ และการสื่อสารกับชุมชน สังคม และสาธารณะ

ในช่วง 2 ปี ของรอบการรายงานฉบับนี้ มีการดำเนินงานป้องกันฯ สำหรับกลุ่มชาติพันธุ์ ดังนี้

- เครือข่ายสุขภาพชาติพันธุ์บนพื้นที่สูง ดำเนินการโดยได้รับงบประมาณจากคณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ ดำเนินการสร้างศักยภาพทีมทำงานที่เป็นชาติพันธุ์ จัดเก็บข้อมูล ทำฐานข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล ผลิตสื่อทางด้านชาติพันธุ์ โดยมีพื้นที่ทำงานในระดับตำบล และเชื่อมประสานกับ รพ. และหน่วยงานภาครัฐ สสอ.เพื่อพัฒนารูปแบบการให้บริการที่เป็นมิตรสำหรับกลุ่มชาติพันธุ์
- จัดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ระหว่างองค์กรที่ทำงานกับพี่น้องชาติพันธุ์ลาหู่ และร่วมกันเป็นเครือข่ายองค์กรทำงานในพื้นที่ กำหนดทิศทางและแนวทางการทำงานร่วมกันภายเครือข่ายคนทำงานในกลุ่มชาติพันธุ์เดียวกัน เพื่อลดความซ้ำซ้อนของการทำงานในกลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ทำงานเดียวกัน
- องค์กรพันธกิจเอดส์ สภาคริสตจักรแห่งประเทศไทยซึ่งทำงานร่วมกันกลุ่มชาติพันธุ์มาเป็นระยะเวลานาน สนับสนุนให้เกิดการรวมตัวกันของผู้ติดเชื้อฯ ที่เป็นชาติพันธุ์ขึ้นในพื้นที่อำเภอเชียงดาว จ.เชียงใหม่
- ในจังหวัดเชียงใหม่ได้จัดให้มีคณะทำงานด้านเอดส์ที่ทำงานในประเด็นชาติพันธุ์ และได้จัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในกลุ่มพี่น้องชาติพันธุ์ร่วมกันในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

5) การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มแรงงานไทยไปทำงานต่างประเทศ

กรมการจัดหางาน ซึ่งเป็นหน่วยงานที่ดำเนินการจัดส่งแรงงานไปทำงานต่างประเทศ ได้จัดทำโครงการส่งเสริมการเรียนรู้เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยอบรมให้คนหางานที่แจ้งความประสงค์จะเดินทางไปทำงานต่างประเทศมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ เพื่อให้เกิดความตระหนักเกี่ยวกับเอดส์และลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่ถูกต้อง และลดความเข้าใจผิดเรื่องเอดส์ ในปี พ.ศ. 2552 ได้ดำเนินการอบรมให้คนหางานที่แจ้งความประสงค์จะเดินทางไปทำงานในต่างประเทศ 29 ครั้ง จำนวน 6,463 คน เป็นชาย 5,743 คน หญิง 720 คน

คนหางานที่แจ้งความประสงค์ที่จะเดินทางไปทำงานต่างประเทศต้องผ่านการตรวจสุขภาพจากสถานพยาบาลที่ได้รับความเห็นชอบจากกรมการจัดหางานให้เป็นสถานตรวจสุขภาพคนหางานที่จะไปทำงานทำงานต่างประเทศ จำนวน 96 แห่ง เป็นของรัฐบาล 37 แห่ง และเอกชน 59 แห่ง

กรณีที่คนหางานเดินทางไปทำงานต่างประเทศและนายจ้างได้พาคนหางานไปตรวจสุขภาพซ้ำอีกครั้งหากตรวจพบว่าเป็นโรคต้องห้ามหรือโรคเอดส์จะต้องถูกนายจ้าง

ส่งตัวกลับประเทศไทยและสามารถขอรับเงินสงเคราะห์จากกองทุนเพื่อช่วยเหลือคนหางานไปทำงานในต่างประเทศ ตามระเบียบกระทรวงแรงงานโดยจ่ายเป็นเงินรายละสองหมื่นห้าพันบาทสำหรับสมาชิกกองทุนฯที่ถูกส่งกลับภายในหกเดือนของการเป็นสมาชิกกองทุนฯ และรายละหนึ่งหมื่นห้าพันบาทสำหรับสมาชิกที่ถูกส่งกลับหลังจากไปทำงานแล้วเกินกว่า 6 เดือน แต่ยังไม่สิ้นสุดการเป็นสมาชิกกองทุน จากรายงานเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2551 พบแรงงานไทยที่ตรวจพบว่าติดเชื้อฯ 2 คน และ พบอีก 2 คน ในปี พ.ศ. 2552

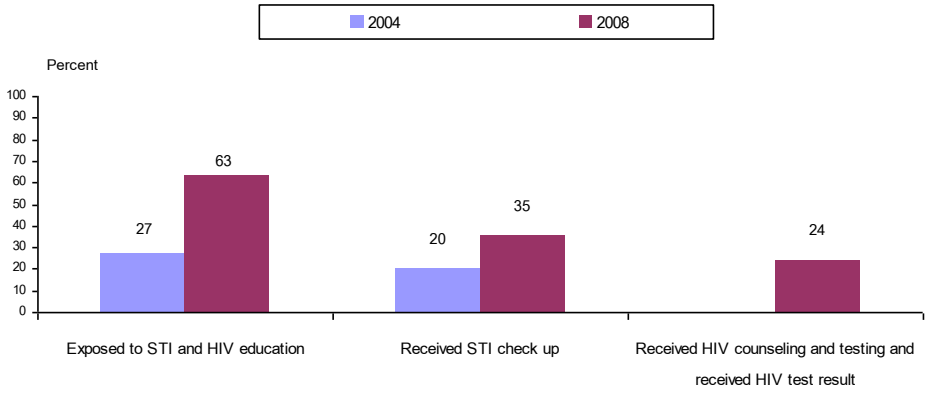
ค.2 ผลการดำเนินงาน

ค.2.1 ความครอบคลุมและการเข้าถึงกิจกรรมหลักเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์การติดเชื้อ เอชไอวี กลุ่มแรงงานข้ามชาติ

ในระหว่างปี พ.ศ. 2551 มีการดำเนินกิจกรรมการป้องกันฯ สำหรับแรงงานข้ามชาติใน 23 จังหวัดภายใต้โครงการ PHAMIT, สมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย (สวท.) และ มูลนิธิศุภนิมิต และได้ขยายพื้นที่เป็น 36 จังหวัด ในปี พ.ศ.2552 โดยที่ส่วนใหญ่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ รอบ8

รายงานจากมูลนิธิรักษ์ไทย สวท. และมูลนิธิศุภนิมิต ในปี พ.ศ.2551 มีแรงงานข้ามชาติ ประมาณ 100,000 รายที่ได้รับกิจกรรมป้องกันฯ การประเมินผลโครงการ PHAMIT ที่บริหารการดำเนินงานโดยมูลนิธิรักษ์ไทย พบว่า ในจังหวัดพื้นที่ แรงงานข้ามชาติเข้าถึงกิจกรรมการให้ความรู้เรื่องเอชไอวี เอดส์ และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจาก ร้อยละ 27 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 63 ในปี พ.ศ. 2551 และแรงงานหญิงเข้าถึงกิจกรรมมากกว่าแรงงานชาย แรงงานข้ามชาติที่ได้รับการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 20 ในปี พ.ศ. 2547 เป็นร้อยละ 35 ในปี พ.ศ. 2551 และแรงงานหญิงได้รับการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าแรงงานชายเกือบ 2 เท่า ในปี พ.ศ. 2551 พบว่าแรงงานข้ามชาติได้ตรวจการติดเชื้อฯ ร้อยละ 24 (รูปที่ 31)

รูปที่ 31: ร้อยละของแรงงานข้ามชาติที่เข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2547 และ 2551



ที่มา: Prevention of HIV/AIDS among Migrant Workers in Thailand Project (PHAMIT): The impact survey 2008, IPSR, 2008

ง. ปัญหา อุปสรรคและความท้าทาย

ช่องว่างและความท้าทายในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับนโยบาย ซึ่งจำเป็นจะต้องได้รับการแก้ไข มีหลายประการ ได้แก่ สภานะภาพทางกฎหมายของแรงงานย้ายถิ่น ระบบประกันสุขภาพ และระบบงบประมาณด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อแนวทางปฏิบัติ เช่น การจ้างงานแรงงานข้ามชาติเป็นพนักงานสาธารณสุข และความยั่งยืนของการให้บริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

- นโยบายสำหรับแรงงานข้ามชาติที่กำลังดำเนินการอยู่เป็นนโยบายระยะสั้นและชั่วคราว นโยบายที่มีผลระยะยาวเป็นสิ่งจำเป็น
- การทำข้อตกลงกับประเทศเพื่อนบ้าน ทั้ง 3 ประเทศ คือ สปป.ลาว กัมพูชา และเมียนมาร์ ในเรื่องการจ้างงาน ไม่ประสบความสำเร็จในการจูงใจให้แรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในประเทศไทยผ่านช่องทางดังกล่าว
- หลักประกันสุขภาพครอบคลุมเฉพาะแรงงานที่จดทะเบียนกับกระทรวงแรงงานเท่านั้นแต่มีครอบคลุมแรงงานต่างชาติที่ไม่ได้จดทะเบียนซึ่งมีประมาณ 1 ล้านคน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้แรงงานข้ามชาติเหล่านี้ เข้าถึงการรักษาและบริการยาต้านไวรัสฯ ได้เพิ่มขึ้นและยั่งยืน และควรรวมการรักษายาต้านไวรัสฯ อยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพ
- ภายใต้หลักประกันสุขภาพ เงินจำนวน 206 บาทจาก 1,300 บาท ต่อผู้ประกัน 1 คน เป็นค่าใช้จ่ายในการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพ และ 50 บาทเป็นค่ารักษาพยาบาลโรคที่ต้องใช้ค่าใช้จ่ายสูงในการดูแลรักษา อย่างไรก็ตาม เนื่องจากแรงงานที่เข้ามาในระบบประกันสุขภาพมีสัดส่วนน้อย ทำให้งบประมาณที่จะนำไปใช้ในโครงการป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในแรงงานข้ามชาติมีไม่เพียงพอ

- มีความจำเป็นที่ต้องควบคุมคุณภาพของการดำเนินงานป้องกันและส่งเสริมสุขภาพในโครงการขยายต่อในช่วงปี พ.ศ. 2553-2556
- การปรับปรุงและขยายผลกระทบของการป้องกันฯในระดับชาติ ควรจะมีเป้าหมายของการป้องกันในกลุ่มแรงงานข้ามชาติด้วย
- ถึงแม้ว่าจะมีการดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยง (IBBS)ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ แต่ยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการวิจัยเพื่อให้เกิดความเข้าใจมากขึ้นในเรื่องพลวัตรของการแพร่ระบาดของเอชไอวี และเครือข่ายความสัมพันธ์ทางเพศในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

จ. แผนงานเพื่อแก้ไขปัญหาและความท้าทาย

- ควรสังเคราะห์และทบทวนบทเรียนของโครงการ PHAMIT และ โครงการอื่น ๆ เพื่อประโยชน์ในการขยายผลในระดับชาติ
- ด้วยการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ รอบ 8 ทำให้โครงการฟ้ามิตรระยะ 2 ได้รับการขยายต่อเพื่อดำเนินการป้องกัน การให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ และการให้บริการรักษาแรงงานข้ามชาติซึ่งได้เริ่มดำเนินการแล้วเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 จนถึงปี พ.ศ. 2556 และเพื่อให้มีการดำเนินการป้องกันอย่างเข้มข้น รวมทั้งให้บริการแบบผสมผสาน จะมีการพัฒนามาตรฐานกระบวนการปฏิบัติการ ให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายแรงงานข้ามชาติแต่ละกลุ่ม
- องค์การอนามัยโลกได้ให้การสนับสนุนทางด้านนโยบาย เพื่อทำให้แน่ใจว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ใช่คนไทยสามารถเข้าถึงการบริการยาต้านไวรัสฯ ได้อย่างพอเพียง
- ยังคงมีการดำเนินการติดตามความก้าวหน้าของการพัฒนานโยบายระยะยาว การปรับปรุงระบบประกันสุขภาพและระบบการลงทะเบียนอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่อง
- ในปี พ.ศ. 2553 จะมีการดำเนินการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวี (IBBS)ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเป็นครั้งแรกในประเทศไทย ซึ่งจะเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญในการติดตามความก้าวหน้าของสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและการดำเนินการป้องกันฯ ของประเทศ ส่วนการประเมินผลลัพธ์และผลกระทบของการดำเนินโครงการในแรงงานข้ามชาติจะดำเนินการในปี พ.ศ. 2554

ฉ. ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี

ฉ.1 การจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการเข้าถึงการบริการป้องกันเอดส์ให้กับแรงงานต่างชาติ:โครงการฟ้ามิตร (โครงการป้องกันเอชไอวีและเอดส์ในแรงงานต่างชาติในประเทศไทย)

(ดูรายละเอียดในบทที่ 4 ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี)

บทเรียน

การมีส่วนร่วมของผู้ที่ได้รับประโยชน์นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

การมีส่วนร่วมของแรงงานต่างชาติในการดำเนินงานถือว่าเป็นองค์ประกอบสำคัญของความสำเร็จของ “ฟ้ามิตร” การเสริมสร้างศักยภาพให้กับผู้อพยพ เพื่อให้เข้ามาร่วมดำเนินกิจกรรมและร่วมจัดบริการโดยตรง ทำให้สามารถแก้ไขปัญหาเรื่องการเข้าถึงกลุ่มประชากรและอุปสรรคด้านภาษา

การป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี นำไปสู่ความต้องการด้านการรักษา

จากการดำเนินกิจกรรมด้านการป้องกันฯอย่างสม่ำเสมอตลอดระยะเวลาโครงการ ทำให้มีแรงงานต่างชาติที่ติดเชื้อฯ เข้ามาขอรับความช่วยเหลือเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ และท้ายที่สุด ทำให้เกิดการปรับกลยุทธ์ของ “ฟ้ามิตร” ให้เอื้อต่อการดูแลความต้องการของแรงงานต่างชาติที่ติดเชื้อฯ

การดำเนินโปรแกรมด้านเอชไอวีสำหรับกลุ่มที่มีความเปราะบางและถูกทำให้เป็นกลุ่มชายขอบ จำเป็นต้องมีการส่งเสริมเรื่องสิทธิและการทำงานชุมชน

ประเด็นเรื่องสิทธิและนโยบายมีผลโดยตรงต่อความมั่นคงของแรงงานต่างชาติ และการเป็นอยู่ที่ดีของแรงงานต่างชาติก็ขึ้นอยู่กับสภาพเงื่อนไขในชุมชนของพวกเขา การละเลยต่อประเด็นต่าง ๆ เหล่านี้ โดยมุ่งดำเนินงานเฉพาะกิจกรรมด้าน เอชไอวีเพียงด้านเดียว ถือเป็นการทอดทิ้งให้แรงงานต่างชาติและครอบครัวของพวกเขาตกอยู่ในภาวะเปราะบางต่อความรุนแรงด้านสิทธิและเงื่อนไขต่าง ๆ ที่จะส่งผลกระทบย้อนกลับมายังเรื่องเอชไอวี การดำเนินงานกับแรงงานต่างชาติจึงต้องเป็นการดำเนินงานแบบรอบด้านโดยระบุการทำงานเรื่องสิทธิและชุมชนไปพร้อมๆ กับการดำเนินงานด้าน เอชไอวี

ฉ.2 การส่งเสริมการเข้าถึงบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อฯ โดยความสมัครใจ (VCT) ผ่านการสร้างความมีส่วนร่วมของชุมชน ในแคมป์ผู้ลี้ภัยในประเทศไทย

ที่แคมป์แม่ลาในปี พ.ศ. 2544 มีผู้ลี้ภัยที่มาขอรับบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ โดยความสมัครใจ (VCT) จำนวน 78 ราย และมีเพียง 35 รายเท่านั้น ที่ตกลงใจตรวจการติดเชื้อฯ หลังจากนั้นองค์การ Aids Medicale International (AMI) ได้จัดโครงการรณรงค์การเข้าถึงบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อโดยความสมัครใจขึ้น และได้ผลลัพธ์เป็นที่น่าพอใจ เพราะในช่วง 9 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2552 มีผู้ลี้ภัยมาขอรับบริการให้การปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อฯ เป็นจำนวนถึง 3,825 คน ในแคมป์แม่ลา จากจำนวนผู้ลี้ภัยที่ลงทะเบียนทั้งหมด 30,033 คน จำนวนผู้มารับบริการตรวจการติดเชื้อฯ เพิ่มขึ้นอย่างมากตามจำนวนผู้ลี้ภัยที่เพิ่มขึ้นในช่วงปี พ.ศ. 2544-2552

นอกจากนี้ AMI ยังได้ขยายการดำเนินโครงการการรณรงค์การเข้าถึง VCT ไปอีก 2 แคมป์ คือ แคมป์นุโพ (Nupo) ในปี พ.ศ. 2548 ซึ่งประสบความสำเร็จเช่นเดียวกัน โดยมีผู้มาขอรับบริการจำนวน 1,310 คน และที่แคมป์อำพิมใหม่ (Umpiem Mai) จำนวน 1,100 คน ภายในช่วง 9 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2552

การดำเนินการและผลลัพธ์เชิงบวก

- การเพิ่มขึ้นของผู้มารับการบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ โดยความสมัครใจ เกิดขึ้นเนื่องจากปัจจัยหลายประการ อาทิ การมีส่วนร่วมของชุมชนผ่านทางคณะทำงานให้การศึกษาเรื่องเอดส์ชาวกะเหรี่ยง (Karen HIV/AIDS Education Working Group) ผู้ให้การปรึกษาหลายคนถูกเลือกจากกลุ่มนี้ การจัดให้มีบริการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อฯเคลื่อนที่ โดยจัดให้มีการศึกษาเรื่อง เอชไอวี และบริการให้การปรึกษาแนะนำและการตรวจหาการติดเชื้อฯ ในศูนย์ชุมชนภายในแคมป์ การให้บริการตรวจหาการติดเชื้อที่ให้ผลการทดสอบที่รวดเร็ว (rapid testing) และทราบผลภายในวันเดียว การจัดให้มีระบบส่งต่อเพื่อตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และวัณโรค และการรณรงค์เพื่อสร้างความตระหนัก อาทิ การจัดงานวันเอดส์โลก และการรณรงค์เข้าถึงประตูบ้าน (door-to door) โดยผู้ให้การปรึกษาขององค์การ AMI
- ปัจจุบันผู้ลี้ภัยสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ โดยการสนับสนุนของรัฐบาลและ องค์การ AMI และ AMI ยังให้บริการตรวจและรักษาภายในแคมป์เป็นส่วนใหญ่ การทำให้มีบริการยาต้านไวรัสฯ แก่ผู้ลี้ภัย มีส่วนสนับสนุนให้มีผู้มารับบริการตรวจหาการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น เนื่องจากเขามีทางเลือกในการเข้าถึงการรักษาหากว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี
- ผู้ให้การปรึกษาแนะนำของ AMI ได้ผ่านการอบรมและสามารถให้การปรึกษาแนะนำอย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้สื่อต่างๆ ช่วยในการสื่อสารภาษาพม่าและกะเหรี่ยงให้กับผู้ที่มีการศึกษาน้อย อาทิ ชุดโปสเตอร์ แผ่นพับ หรือสื่ออื่นๆ หลักสูตรการอบรมได้รับการพัฒนาโดยคณะทำงานให้การศึกษาเรื่องเอดส์ชาวกะเหรี่ยง ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานภายนอกด้วย
- การอบรมผู้ให้การปรึกษาใช้ระยะเวลานาน 1 เดือน ประกอบด้วย การอบรมเรื่องพื้นฐานของการให้การปรึกษาแนะนำ 2 สัปดาห์ การฝึกปฏิบัติ 1 สัปดาห์ และการเจาะเลือดอีก 1 สัปดาห์ ในกระบวนการอบรม มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับ CD4 ยาต้านไวรัสฯ การให้ความสำคัญเรื่องการรักษาความลับ การรักษาความเป็นส่วนตัว นอกจากนี้ มีความจำเป็นที่จะต้องให้มีการปกปิดความลับภายในแคมป์ เพื่อที่จะเคารพในสิทธิ และสร้างความมั่นใจให้กับผู้ลี้ภัยที่เข้ามาขอรับบริการ

- มีการนิเทศติดตามเพื่อประเมินคุณภาพของการให้การปรึกษาแนะนำ โดยใช้แบบประเมิน การประเมินผู้ให้การปรึกษาเป็นรายบุคคลทุก 3 เดือน โดยการสังเกตการณ์ระหว่างการให้บริการปรึกษาแนะนำ และการประเมินความเห็นจากผู้รับบริการ
- ผู้ที่มีผลการทดสอบเอชไอวีเป็นบวก ถูกส่งต่อเข้ารับการประเมินเพื่อการรักษาโดยแพทย์ รวมไปถึงการตรวจ CD4 เพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ การตรวจคัดกรองวัณโรค การส่งต่อเพื่อขอรับการสนับสนุนด้านโภชนาการ และการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสนับสนุนของกลุ่มผู้ติดเชื้อ
- ระบบข้อมูลด้านสุขภาพของ UNHCR มีข้อมูลเพื่อใช้ในการติดตามตัวชี้วัดด้านจำนวนผู้เข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อและสัดส่วนผู้ที่ทราบผลการตรวจ สัดส่วนของผู้ติดเชื้อฯ ที่รับยาต้านไวรัสฯ ซึ่งองค์การพัฒนาเอกชนใช้ข้อมูลเหล่านี้ ในการประเมินการเข้าถึงและคุณภาพการให้บริการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ
- AMI ได้ลงทะเบียนในระบบการประกันคุณภาพการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ เพื่อให้ผลการทดสอบเลือดมีความถูกต้องและน่าเชื่อถือ ซึ่งประกอบด้วย การเข้าร่วมในระบบควบคุมคุณภาพแห่งชาติ โดยส่งตัวอย่างเลือดเพื่อประเมินผลการทดสอบปีละ 3 ครั้ง
- ได้ผสมผสานการให้บริการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ กับกิจกรรมการป้องกันเอดส์อื่นๆ อาทิ การบริการถุงยางอนามัย ซึ่งการรณรงค์ถุงยางอนามัยดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2548 และประสบความสำเร็จอย่างมาก ในช่วงเริ่มต้นมีการต่อต้านเนื่องจากความเชื่อทางศาสนาและวัฒนธรรม แต่ปัจจุบันมีการรณรงค์ทางสาธารณะ การสาธิตการใช้ถุงยางอนามัย และการให้บริการถุงยางอนามัยอย่างกว้างขวาง

บทสรุป

แม้ว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ แต่ผู้ลี้ภัยจะเข้าถึงการบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯโดยสมัครใจ เมื่อมีการรณรงค์อย่างเหมาะสมและมีความพอใจต่อคุณภาพการให้บริการ ข้อกังวลเกี่ยวกับการตีตรา เป็นเหตุผลหนึ่งที่ทำให้คนปฏิเสธมาเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อฯในแคมป์ และหากมีสัญญานเตือนเช่นนี้ มาตรการที่ควรนำมาใช้ก็คือ การให้บริการที่มีคุณภาพในภาษาที่ผู้ลี้ภัยเข้าใจได้ โดยเน้นความสำคัญในเรื่องความเป็นส่วนตัวและให้ความมั่นใจเรื่องการเก็บรักษาความลับ การให้การปรึกษาแนะนำควรเชื่อมต่อกับการสนับสนุนโดยกลุ่มผู้ติดเชื้อ การสนับสนุนโดยชุมชน การคัดกรองและรักษาวัณโรค และการให้บริการยาต้านไวรัสฯ

2.9 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ต้องขัง

ก. ความนำ

ประเทศไทยมีเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ 142 แห่ง มีผู้ต้องขังจำนวนทั้งสิ้น 209,427 คน (ข้อมูล ณ ธันวาคม พ.ศ. 2552) เป็นผู้ต้องขังชายร้อยละ 85.9 ผู้ต้องขังหญิงร้อยละ 14.1 เป็นนักโทษคดีเกี่ยวกับยาเสพติด ร้อยละ 57.1 ความผิดเกี่ยวกับยาเสพติด มีสัดส่วนของยาบ้าสูงที่สุด ร้อยละ 87 รองลงมาคือเฮโรอีนร้อยละ 8 ฝิ่นร้อยละ 4 สาระเหยร้อยละ 1 โดยมีประวัติเสพยาเสพติดร้อยละ 18 จำหน่ายและครอบครอง ร้อยละ 82

ระบบบริการสุขภาพสำหรับผู้ต้องขัง มี สถานพยาบาลในเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ มีพยาบาลประจำแห่งละ 1-2 คน มีโรงพยาบาล 500 เตียง ตั้งอยู่ในกรุงเทพมหานคร ในกรุงเทพมหานคร ในต่างจังหวัด มีโรงพยาบาลในพื้นที่เป็นผู้ให้บริการหลัก ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมผู้ต้องขังที่เป็นคนไทย ทั้งนี้มีผู้ต้องขังที่ไม่มีสิทธิในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ประมาณร้อยละ 20-30

ข. สถานการณ์การติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มผู้ต้องขัง

ปัจจุบันไม่มีระบบข้อมูลในการติดตามสถานการณ์การติดเชื้อฯ ในกลุ่มผู้ต้องขัง กรมราชทัณฑ์มีนโยบาย ไม่บังคับตรวจการติดเชื้อฯ ให้เป็นการตรวจโดยสมัครใจ หรือเพื่อการรักษา มีรายงานการดูแลผู้ต้องขังติดเชื้อ เอชไอวี ของเรือนจำและทัณฑสถานทั่วประเทศ ณ เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2552 จำนวน 1,768 คน เป็นชายร้อยละ 76.5 สาเหตุการติดเชื้อฯ จากเพศสัมพันธุ์ ร้อยละ 63.2 จากการใช้เข็มฉีดยาเสพติด ร้อยละ 36.8 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ 1,172 คน ได้รับยารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส 723 คน

จากการศึกษาของกองบริการทางการแพทย์ กรมราชทัณฑ์ และหน่วยงานต่างๆ มีข้อมูลต่างๆ ดังนี้

- ปี พ.ศ. 2548 กองบริการทางการแพทย์ได้ศึกษาการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ของกลุ่มผู้ต้องขังในเรือนจำและทัณฑสถานเขตกรุงเทพมหานคร ที่มีประวัติเสพยาเสพติดจำนวน 587 คน ผู้ต้องขังมีประวัติใช้ยาบ้า ร้อยละ 89.3 ใช้เฮโรอีน ร้อยละ 3.4 เคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นร้อยละ 16.5 และใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่นร้อยละ 10.7 มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน ร้อยละ 9.5
- ปี พ.ศ. 2550 กองบริการทางการแพทย์ร่วมกับมูลนิธิพี เอส ไอ ศึกษาผู้ต้องขังที่มีประวัติใช้ยาเสพติด จำนวน 200 คน พบว่า ผู้ต้องขังมีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีดร้อยละ 6 ใช้ยาเสพติดชนิดกินร้อยละ 68 ขณะอยู่ในเรือนจำใช้เข็มฉีดยาร้อยละ 2 มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันร้อยละ 75 สักลายโดยใช้เข็มร่วมกันร้อยละ 88 ตกแต่งอวัยวะเพศและใช้ของมีคมร่วมกันร้อยละ 67 มีการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ 32

- ปี พ.ศ. 2551 กองบริการทางการแพทย์ร่วมกับ TUC ศึกษาในผู้ต้องขังวัยหนุ่ม จำนวน 584 คน ก่อนเข้าเรือนจำผู้ต้องขังมีประวัติยาเสพติดร้อยละ 49 มีประวัติใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นร้อยละ 4 มีพฤติกรรมเสี่ยงขณะอยู่ในเรือนจำ ได้แก่ การสักโดยใช้เข็มสักร่วมกันร้อยละ 79 การตกแต่งอวัยวะเพศร้อยละ 28 การมีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันร้อยละ 15 การลักลอบใช้ยาเสพติดชนิดฉีดร้อยละ 1 ในกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกันใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 15

ค. การดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มผู้ต้องขัง

1) แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554

แผนยุทธศาสตร์ฯเอดส์แห่งชาติ ระบุกลุ่มผู้ต้องขังเป็นกลุ่มเป้าหมายหนึ่งของการดำเนินงานทั้งเป็นกลุ่มหนึ่งภายใต้กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด และเป็นกลุ่มต่างหากตามแผนส่วนรายละเอียดของยุทธศาสตร์ โดยมุ่งหวังให้ผู้ต้องขังเข้าถึงข้อมูลข่าวสารในการป้องกัน และการดูแลรักษา

2) แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในเรือนจำและทัณฑสถาน

กรมราชทัณฑ์ได้กำหนดแนวทางการดำเนินงานในด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ดังนี้

ด้านการป้องกัน

- การสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ ประกอบด้วย
  - การอบรมความรู้แก่ผู้ต้องขัง การอบรมอาสาสมัครผู้ต้องขัง เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง การลดการรังเกียจผู้ติดเชื้อฯ และการรับรู้บริการต่างๆที่มีให้ในเรือนจำ
  - การอบรมความรู้แก่เจ้าหน้าที่ อบรมวิทยากรแกนนำ เพื่อสร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง ทัศนคติเชิงบวกกับผู้ติดเชื้อฯ ความร่วมมือในการดำเนินงานด้านการป้องกัน เช่น การช่วยถ่ายทอดความรู้ การแจกถุงยางอนามัย
  - การจัดทำสื่อความรู้ในรูปแบบต่างๆ เพื่อเผยแพร่ในกลุ่มผู้ต้องขัง และเจ้าหน้าที่ รวมทั้งขอสนับสนุนจากหน่วยงานอื่น ทำให้ผู้ต้องขังเข้าถึงความรู้ได้มากขึ้น
  - การรณรงค์เนื่องในวันเอดส์โลก
- การให้บริการถุงยางอนามัย โดยได้รับการสนับสนุนถุงยางอนามัย จากกรมควบคุมโรค ช่องทางการแจกจ่ายถุงยางอนามัยแก่ผู้ต้องขัง ดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่สายการแพทย์ เจ้าหน้าที่ราชทัณฑ์ อาสาสมัครผู้ต้องขัง และผ่านตู้หยอดเหรียญ (เฉพาะเรือนจำกลางบางขวาง)
- การจัดบริการให้คำปรึกษาเพื่อให้ผู้ต้องขังที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเข้าถึงการตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี โดยความสมัครใจ เพื่อที่จะได้ให้การดูแลรักษา และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ด้านการบำบัดรักษา

- ผู้ต้องขังที่ติดเชื้อฯ หากมีสุขภาพแข็งแรงไม่มีอาการป่วย จะให้ผู้ต้องขังใช้ชีวิตประจำวันร่วมกับผู้ต้องขังอื่นได้ตามปกติ ไม่มีการแยกขัง นอกจากมีอาการป่วย ร่างกายอ่อนแอลง เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จะแยกผู้ติดเชื้อไว้ที่สถานพยาบาล หรือส่งต่อยังโรงพยาบาลภายนอก เพื่อรับการรักษาตามสิทธิของผู้ต้องขัง
- ผู้ต้องขังติดเชื้อฯที่ต้องรับยาต้านไวรัสฯ ผู้ต้องขังสามารถเข้าถึงบริการดังกล่าวตามสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นบริการเดียวกับประชาชนภายนอก
- พัฒนาบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุข ในเรื่องการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง
- ประสานหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อให้ผู้ต้องขังเข้าถึงการรักษามากที่สุด
- ผสมผสานการควบคุมวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอช ไอ วี โดยการตรวจเสมหะหาเชื้อวัณโรคในผู้ติดเชื้อ เอช ไอ วี ทุกราย และตรวจการติดเชื้อ เอช ไอ วี ในผู้ป่วยวัณโรคโดยความสมัครใจ

3) โครงการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี แบบผสมผสานสำหรับประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง โดยการส่งเสริมบริการเชิงรุกและการสร้างเครือข่ายบริการที่บูรณาการ

ผู้ต้องขัง ทั้งชายและหญิง เป็นประชากรกลุ่มเป้าหมายกลุ่มหนึ่งในโครงการการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี แบบผสมผสานสำหรับประชากรที่มีภาวะเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ สูง โดยการส่งเสริมบริการเชิงรุกและการสร้างเครือข่ายบริการที่บูรณาการ ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ในรอบ 8 เป็นระยะเวลา 5 ปี ตั้งแต่ กรกฎาคม พ.ศ. 2552 – มิถุนายน พ.ศ. 2557

กรมราชทัณฑ์เป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน

พื้นที่ดำเนินงาน ในเรือนจำและทัณฑสถาน 32 แห่งใน 19 จังหวัด รวม กทม.

ง. ปัญหาอุปสรรค ความท้าทาย

- การขาดแคลนบุคลากรทางด้านการแพทย์และพยาบาล ในขณะที่มีผู้ต้องขังจำนวนมาก ทำให้การเข้าถึงบริการต่างๆ ไม่ว่าจะเป็นการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี หรือการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ แม้ว่าผู้ต้องขังจะมีสิทธิตามระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
- การที่เจ้าหน้าที่ยังมีทัศนคติเชิงลบต่อการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ และประเด็นขัดแย้งว่าการแจกถุงยางอนามัยเป็นการส่งเสริมให้มีเพศสัมพันธ์มากขึ้นหรือไม่ ทำให้การเข้าถึงถุงยางอนามัยของผู้ต้องขัง ยังมีข้อจำกัด
- ยังไม่ได้จัดระบบการบำบัดรักษาด้วยเมทาโดนระยะยาว สำหรับผู้ต้องขัง

จ. แผนการแก้ไขปัญหาอุปสรรคและความท้าทาย

การดำเนินงานตามโครงการป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มผู้ต้องขัง ที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ รอบที่ 8 มียุทธศาสตร์ของการจัดกลไกประสานงานในจังหวัดที่คาดหวังว่า จะช่วยให้มีการหารือระหว่างหน่วยงานต่างๆประสานการดำเนินงานในแต่ละพื้นที่ โดยมีเป้าหมายร่วมกัน

3. การดูแลรักษาช่วยเหลือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัวที่ได้รับผลกระทบ

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯและผู้ป่วยเอดส์อย่างเข้มแข็งได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งในเรื่องการบริการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ปัจจุบันได้บรรจุการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ในทุกระบบหลักประกันสุขภาพของภาครัฐ ความพยายามที่จะส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาให้เร็วขึ้น ส่งผลให้ความครอบคลุมของการให้บริการรักษาแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นเป็นลำดับ

ในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ติดเชื้อฯจำนวนมากกว่า 200,000 คน (ร้อยละ 75) ได้เข้าถึงการรักษา อย่างไรก็ตาม การดูแลชีวิตหลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และการผสมผสานการรักษาและดูแลผู้ป่วยวัณโรคที่มีการติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นความท้าทาย

3.1 การให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี โดยสมัครใจ

การบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ เป็นขั้นตอนสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อฯรู้สถานภาพการติดเชื้อฯ และเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาได้แต่เนิ่นๆ ด้วยความเข้าใจในสถานภาพการติดเชื้อฯของตนเองเป็นเงื่อนไขสำคัญของการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล ในขณะที่การทำให้กลุ่มประชากรเป้าหมายประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการติดเชื้อฯ เป็นการทำให้เกิดความรู้ความเข้าใจในเรื่อง เอชไอวี และนำไปสู่การป้องกันการติดเชื้อฯ

การให้คำปรึกษาเป็นคู่ โดยเฉพาะกรณีของหญิงตั้งครรภ์ จะช่วยลดปัญหาของการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อฯ เพราะเป็นเรื่องยุ่งยากสำหรับหญิงติดเชื้อฯที่จะบอกสามี และยังช่วยให้สามีที่ติดเชื้อฯได้รู้สถานภาพการติดเชื้อฯ และสามารถเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาได้ครอบคลุมมากขึ้น

การให้คำปรึกษาหลังจากการติดเชื้อฯ จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อฯ สามารถดูแลตนเองตลอดจนรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ได้อย่างต่อเนื่อง ทั้งยังช่วยให้ผู้ติดเชื้อฯ สามารถเผชิญปัญหาและความกังวลใจ ในประเด็นของการเปิดเผยผลเลือดของตนกับครอบครัวหรือกับชุมชน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในประเด็นของชีวิตคู่หลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ การให้คำปรึกษาทั้งในลักษณะรายบุคคล จากผู้ให้บริการ และเพื่อนผู้ติดเชื้อฯ และลักษณะ

กิจกรรมกลุ่ม จะช่วยทำให้ผู้ติดเชื้อฯ มีความเข้าใจและสามารถตัดสินใจเลือกการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

ในกรณีเด็กติดเชื้อฯ จากมารดา การเปิดเผยผลเลือดกับตัวเด็ก ต้องการการให้การปรึกษาที่มีความจำเพาะ ซึ่งจะช่วยส่งเสริมประสิทธิภาพของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และช่วยเตรียมการให้เด็กที่โตขึ้น มีความเข้าใจและมีการตัดสินใจในเรื่องสุขภาวะทางเพศของตนได้อย่างเหมาะสม

การเข้าถึงบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี โดยสมัครใจ

แม้ว่า สปสช. กำหนดสิทธิประโยชน์ให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี รับบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ ได้ปีละ 2 ครั้ง แต่ในการดำเนินงาน ปี พ.ศ. 2551 มีผู้มาใช้บริการจำนวนประมาณ 170,000 ราย จากจำนวนที่คาดประมาณไว้ 500,000 ราย และส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีระดับภูมิคุ้มกันต่ำและควรได้รับยาต้านไวรัสฯ

การศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ 798 ราย พบว่า รู้ว่าติดเชื้อ เอชไอวี เนื่องจากป่วย ร้อยละ 53 และรู้จากการตรวจเพราะประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยงเพียงร้อยละ 6[34] การสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี พ.ศ. 2549 โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล พบว่า หญิงและชาย อายุ 18-49 ปี ตรวจการติดเชื้อฯ ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 19.1

อัตราตรวจการติดเชื้อฯและรู้ผลการตรวจ ใน 12 เดือนที่ผ่านมาในประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงทุกกลุ่มในระบบฝ้าระวังลดลง อัตราการตรวจการติดเชื้อฯและรู้ผลการตรวจในกลุ่มพนักงานบริการหญิง และพนักงานบริการชาย ลดลงจากร้อยละ 43.1, 54.2 ในปี พ.ศ.2550 เป็น ร้อยละ 36.3, 35.2 ในปี พ.ศ.2552 ตามลำดับ การศึกษาโดยสำนักระบาดวิทยาและ TUC ใน 3 จังหวัดท่องเที่ยว ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ลดลงจาก ร้อยละ 34.9 ในปี พ.ศ.2550 ลดลงเป็นร้อยละ 21.3 ในปี พ.ศ.2552 แต่กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดสูงถึงร้อยละ 62.5

ด้วยนโยบายเน้นหนักของกระทรวงสาธารณสุขในเรื่องการควบคุมวัณโรค ในช่วงปี พ.ศ.2551-2552 ทำให้มีกระบวนการติดตามงานอย่างใกล้ชิด ส่งผลให้สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขพัฒนาระบบการค้นหา ตรวจรักษาผู้ป่วยวัณโรค รวมถึงการคัดกรองการติดเชื้อ เอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ โดยใช้หลักการของ Provider Initiated Counseling and Testing หรือ PICT ทำให้ความครอบคลุมการตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 68.2 ในปี พ.ศ.2550 เป็นร้อยละ 87.6 ในปี พ.ศ.2552[35] และพบผู้ติดเชื้อ เอชไอวี จำนวน 8,414 และ 5,815 คน คิดเป็น ร้อยละ 21.3

---

[34] ศักดิ์ชัย ไชยมหาฤกษ์, การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยผู้ติดเชื้อเอชไอวี: นโยบายและการปฏิบัติ, 29 ก.ย.52

[35] ข้อมูลปี 2552 เป็นข้อมูล 9 เดือน

และ 17.2 ของผู้ป่วยวัณโรคที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในปี พ.ศ.2550 และ 2552 ตามลำดับ

กลุ่มที่เข้าถึงบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ มากที่สุดคือ กลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ที่คลินิกในสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากนโยบายการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก กำหนดให้หญิงตั้งครรภ์ทุกคนได้รับบริการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ รายงานจากสถานพยาบาลกระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2551-2552 ร้อยละ 99 ของหญิงรับบริการฝากครรภ์ ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี

แม้ว่าความครอบคลุมของการตรวจการติดเชื้อฯ จะสูงหากแต่ยังคงต้องพัฒนาคุณภาพของบริการ มีข้อมูลจากการประเมินผลและการศึกษาต่างๆ ได้แก่ การประเมินผลบริการ PMTCT ที่สำรวจหญิงติดเชื้อฯ ที่คลอดระหว่างระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ. 2549-ธันวาคม พ.ศ.2550 ในโรงพยาบาล 27 แห่ง ใน 12 จังหวัด ที่กระจายทั่วทุกภาค พบว่าร้อยละ 66 ของกลุ่มตัวอย่างไม่ทราบสถานะการติดเชื้อฯมาก่อน โดยร้อยละ 81 ของผู้ไม่ทราบผลเลือดมาก่อนได้รับการปรึกษาก่อนตรวจการติดเชื้อฯ และร้อยละ 93 ได้รับการปรึกษาหลังการตรวจเลือด[36] และโครงการนำร่องเพื่อติดตามคุณภาพบริการการให้การปรึกษาของโรงพยาบาลสังกัดกรุงเทพมหานคร 9 แห่ง จากการสุ่มตัวอย่างผู้ที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวีจำนวน 1,344 ราย พบว่าได้รับบริการให้การปรึกษาก่อนการตรวจเลือด ร้อยละ 86 และหลังตรวจเลือด ร้อยละ 81 (HIVQUAL VCT, 2008)

ตัวชี้วัด	2550	2552
1. ร้อยละของกลุ่มประชากรที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูงตรวจการติดเชื้อฯ และรู้ผลตรวจ ใน 12 เดือนที่ผ่านมา		
- พนักงานบริการหญิง (N: ปี '50 =, ปี '52 =)	43.1	36.3
- พนักงานบริการชาย (N: ปี '50 = ปี '52 =)	54.2	35.2
- ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (N: ปี '50= 906 , ปี '52= 1,500)	34.9	21.3
- ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด (N = 741)	NA	62.5*
2. การตรวจการติดเชื้อฯ ในผู้รับบริการที่สถานพยาบาล		
2.1 ผู้ป่วยวัณโรค		
- ร้อยละที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี (N: ปี '50=58,044, ปี '52=38,556)	68.2	87.6*
- ร้อยละที่ผลติดเชื้อ เอชไอวี	21.3	17.2*

[36] สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย สำนักระบาดวิทยา ศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐด้านสาธารณสุข

ตัวชี้วัด	2550	2552
2.2 หญิงรับบริการฝากครรภ์*		
- ร้อยละที่ตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี (N: ปี '50=, ปี '52=791,775)	99.8	99.3
3. ร้อยละของกลุ่มประชากรทั่วไปที่ตรวจการติดเชื้อฯ และรู้ผลการตรวจใน 12 เดือนที่ผ่านมา**		
- อายุ 18-49 ปี รวม (N=5,208)	19.1	
- อายุ 18-49 ปี ชาย (N=2,542)	16.3	
- อายุ 18-49 ปี หญิง (N=2,666)	21.8	
- อายุ 18-19 ปี (N=347)	16.4	
- อายุ 20-24 ปี (N=873)	22.0	
- อายุ 25-49 ปี (N=3,988)	18.7	

หมายเหตุ

* ข้อมูล 9 เดือน

** การสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ พ.ศ.2549

แผนการพัฒนาและส่งเสริมการเข้าถึงบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ[37]

ทีมงานโดย กรมควบคุมโรค กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ มูลนิธิเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย สปสช. และ TUC ได้ร่วมกันพัฒนาแผนงานเพื่อพัฒนาระบบและคุณภาพบริการให้การปรึกษา ที่ครอบคลุมตั้งแต่การให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ จนถึงบริการให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อฯ ทั้งที่ยังไม่ต้องรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และเมื่อรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่รวมทั้งเพื่อให้การกินยาต้านไวรัสฯสม่ำเสมอ ต่อเนื่อง และการมีชีวิตที่มีคุณภาพ ที่กล่าวถึงชีวิตหลังยาต้านฯ ในเรื่องสุขภาวะทางเพศ และการดูแลสุขภาพโดยรวม โดยมีมาตรการหลักสรุปดังนี้

การพัฒนาและส่งเสริมการเข้าถึงบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ ในประชาชนทั่วไป

โดยการรณรงค์และการสื่อสารสาธารณะ เพื่อให้ประชาชนสามารถประเมินความเสี่ยงของตนเอง และทราบถึงประโยชน์ของการรู้สถานภาพการติดเชื้อฯ ตั้งแต่ระยะ

[37] แผนงานพัฒนาระบบและคุณภาพบริการให้การปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์เสนอที่ประชุมคณะอนุกรรมการพัฒนาระบบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์, 2 มีนาคม 2553

เริ่มต้น สิทธิประโยชน์ แนะนำช่องทางการเข้ารับบริการให้การปรึกษา และสร้างความมั่นใจในการรับบริการให้การปรึกษา ได้แก่ การรักษาความลับ และคุณภาพการบริการ รวมทั้งการจัดบริการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อให้ประชาชนที่ได้รับข้อมูลจากสื่อสารสาธารณะ สามารถเข้าถึงข้อมูลเบื้องต้นเพื่อการตัดสินใจที่จะไปใช้บริการ เป็นทางเลือกให้ผู้ที่ยังไม่มั่นใจและไม่พร้อมที่จะเผชิญหน้ากับผู้ให้บริการ

การพัฒนาและส่งเสริมการเข้าถึงบริการให้การปรึกษาในผู้ที่อยู่ในภาวะเสี่ยงสูง

โดยการดำเนินงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม การให้บริการเชิงรุกเพื่อเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย การจัดบริการในรูปแบบ Drop-in center โดยภาคประชาสังคม และการจัดระบบบริการ ให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี บริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการรักษาด้วยสารทดแทนสำหรับผู้ใช้เฮโรอีน ที่เป็นมิตรกับกลุ่มประชากรเป้าหมาย โดยภาครัฐ เพื่อเชื่อมต่อกับงานบริการเชิงรุก รวมทั้งการส่งต่อรับบริการดูแลรักษากรณีตรวจพบว่าติดเชื้อฯ

การพัฒนาระบบบริการให้การปรึกษา และการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่

เพื่อให้สามารถให้บริการให้การปรึกษาได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งพัฒนาระบบการติดตามประเมินผล

การส่งเสริมบทบาทของกลุ่ม/เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ สำหรับชีวิตหลังยาต้านฯ

โดยพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อฯ เพื่อให้บริการให้การปรึกษาแก่เพื่อนผู้ติดเชื้อฯ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อฯ รับการรักษาต่อเนื่อง มีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม และมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

3.2 การบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการขยายผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ด้วยยาต้านไวรัสฯโดยพบความครอบคลุมการดูแลรักษาเพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ จากผลการคาดประมาณพบว่ายังมีผู้ป่วยอีกประมาณร้อยละ 25 ที่ยังไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการดูแลรักษา

ข้อมูลจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จาก Asian Epidemiological Model (AEM) ในปี พ.ศ. 2552 มีผู้ติดเชื้อฯ สะสมทั้งสิ้น 1,127,168 คน และจำนวนผู้ติดเชื้อฯและผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิต 516,632 คน ในจำนวนนี้คาดว่ามีจำนวนผู้ต้องการได้รับยาต้านไวรัสฯ ในกลุ่มผู้ใหญ่ในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 ทั้งสิ้น 266,369 คน และ 275,621 คน ตามลำดับ สำหรับในกลุ่มเด็ก คาดประมาณจากการคำนวณจากความชุกของการติดเชื้อฯ ในหญิงตั้งครรภ์ และอัตราการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก ประมาณว่ามีเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี ที่ติดเชื้อฯ และ มีชีวิตอยู่ในประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2550 ประมาณ

14,000 คน และมีการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อฯ และผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ จาก Spectrum Model มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯเด็กที่ต้องการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 จำนวน 9284 คน และ 9,450 คน[38]

ก. นโยบายด้านการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ

แผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2550-2554 ได้กำหนดให้การพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี เป็นมาตรการสำคัญ โดยระบุเป้าหมาย คือ จำนวนผู้ติดเชื้อฯที่สมควรได้รับยาต้านไวรัสฯ สามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสฯ อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง และได้รับการดูแลรักษาแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิต-สังคมและเศรษฐกิจเพิ่มขึ้น

กำหนดแนวทางที่สำคัญ คือ การพัฒนาระบบบริการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เพื่อขยายความครอบคลุมและเร่งรัดให้เกิดการเข้าถึงการรักษาได้อย่างครอบคลุม ทั่วถึงเท่าเทียม ตลอดจนพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานการดูแลรักษา โดยการพัฒนาระบบบริการให้มีความพร้อมในด้านโครงสร้างพื้นฐาน ศักยภาพผู้ให้บริการในทุกระดับ รวมถึงการพัฒนาการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม นอกจากนั้นในแผนยุทธศาสตร์ฯ ได้ระบุถึงประเด็นปัญหาสำคัญที่ต้องการการพัฒนาได้แก่ การรักษาวัณโรคและโรคเอดส์

ข. แนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในประเทศไทย

แนวทางการรักษายาต้านไวรัสฯ ของประเทศไทย ในช่วงการรายงานรอบนี้ ยังใช้คู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549-2550 โดยใช้เกณฑ์การเริ่มยาต้านไวรัสฯ ในกลุ่มผู้ใหญ่ ด้วยข้อบ่งชี้ โดยมีอาการทางคลินิก และหากไม่มีอาการระดับ CD4 น้อยกว่า 200 cell/ mm^3 ทั้งนี้ในปี พ.ศ.2553 ประเทศไทยได้ปรับปรุงคู่มือแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ฉบับใหม่ (ปี 2553-2554) โดยอ้างอิงแนวทางตาม WHO ซึ่ง ณ ปัจจุบัน อยู่ระหว่างดำเนินการแก้ไขก่อนพิมพ์

ค. การดำเนินงานในส่วนภาครัฐ

สอวพ. กรมควบคุมโรค มีการดำเนินงานด้านการวิจัยปฏิบัติการ และพัฒนาองค์ความรู้ ในด้านต่างๆ ดังนี้ โครงการการเฝ้าระวังการดื้อยา การประเมินคุณภาพการดูแลรักษาในเด็ก (HIVQual-T) โครงการป้องกันเพื่อส่งเสริมสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นพัฒนาการที่เพิ่มจากรายงานรอบที่แล้ว นอกจากนั้น ยังมีการดำเนินงานต่อเนื่องในโครงการส่งเสริมการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจเชิงรุก การพัฒนารูปแบบการ

[38] The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection (2005). The Asian Epidemic Model, Projections of HIV/AIDS in Thailand 2005 – 2025. 2008. FHI.

ส่งเสริมการกินยาอย่างสม่ำเสมอ การขยายผลการดำเนินงานจัดบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในกลุ่มเด็กโดยการมีส่วนร่วมภาคประชาสังคม การประเมินมาตรฐานการดำเนินงานเอดส์ และการประเมินคุณภาพการดูแลรักษา (HIVQual-T) ในกลุ่มผู้ใหญ่ การพัฒนาคู่มือในการส่งเสริมการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ โดยความร่วมมือและการสนับสนุนงบประมาณของกองทุนโลกฯ และ TUC รวมทั้งหน่วยงานในระดับพื้นที่

สปสช. สำนักงานประกันสังคม กรมบัญชีกลาง ให้บริการยาต้านไวรัสฯ และการตรวจติดตามทางห้องปฏิบัติการ รวมถึงการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสให้กับคนไทยที่มีบัตรประชาชนทุกคน ในรอบรายงานครั้งนี้ สปสช. ได้ปรับแนวทางการบริการที่สอดคล้องกับผู้ติดเชื้อฯ มากขึ้นโยมีความยืดหยุ่นในการเลือกใช้ยาในสูตรสำรองมาใช้ร่วมในสูตรพื้นฐานได้ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อฯมีข้อจำกัดตามที่กำหนด

สำหรับในกลุ่มแรงงานข้ามชาติและคนไทยที่ไม่มีบัตรประชาชนนั้น สอวพ. ดำเนินโครงการให้บริการยาต้านไวรัสในกลุ่มนี้ ภายใต้โครงการกองทุนโลกฯ

ง. การดำเนินงานของภาคประชาสังคม

นับเป็นระยะเวลานานกว่า 5 ปี ที่เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ องค์การหมอไร้พรมแดน ได้พัฒนาการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อฯ ในการดูแลรักษา ในรูปแบบของศูนย์บริการแบบองค์รวม ที่พยายามทำให้เกิดระบบการทำงานร่วมกันของกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ และเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในพื้นที่ โดยมีแกนนำและอาสาสมัครกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ มีบทบาทในการให้ข้อมูล เตรียมความพร้อม ติดตามดูแลผู้ติดเชื้อฯ ผ่านกิจกรรมการให้ข้อมูล ให้คำปรึกษา กิจกรรมพบกลุ่ม และการติดตามเยี่ยมบ้าน โดย กลุ่มแกนนำต้องได้รับการพัฒนาศักยภาพ กระบวนการทำงานอาศัยกลไกของเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ประเทศไทย ปัจจุบันมีจำนวนกลุ่มศูนย์บริการแบบองค์รวมจำนวน 367 กลุ่ม ให้บริการดูแลติดตามผู้ติดเชื้อฯ จำนวนประมาณ 57,000 คน (ข้อมูล ณ มกราคม พ.ศ. 2553)

การเปลี่ยนแปลงสำคัญที่เกิดขึ้นจากการทำงานเรื่องการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา

- มาตรฐานการดูแลรักษาและสิทธิประโยชน์เรื่องเอชไอวีเอดส์ในระบบหลักประกันสุขภาพของรัฐที่มีความครอบคลุม ชัดเจน และเป็นจริงมากขึ้น ส่งผลทำให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เข้าถึงบริการรักษาป้องกันโรคฉวยโอกาส และการรักษาด้วยยาต้านฯ ที่เป็นมาตรฐานได้มากขึ้น ลดจำนวนการป่วยและเสียชีวิตจากโรคเอดส์
- รัฐดำเนินนโยบายเรื่องการผลิตหรือนำเข้ายาต้านไวรัสฯ ที่มีราคาถูกลง เช่น เอฟฟาไวเรนซ์ โลพินาเวียร์/ริโทนาเวียร์ โดยใช้ช่องทางของกฎหมายสิทธิบัตร (การทำ CL) องค์การเภสัชสามารถผลิตยา จีพีโอเวียร์-s (GPO-vir-s) จีพีโอเวียร์-z (GPO-vir-z) ทำให้ราคาลดลงจากประมาณ 20,000 บาท เป็น 870-1000 บาท ต่อ เดือน

- ผู้ติดเชื้อฯ มีศักยภาพมากขึ้นในเรื่องการดูแลรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและยาต้านไวรัสฯ เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ มีเป้าหมาย ยุทธศาสตร์ และกลไกการทำงาน เรื่องการเข้าถึงการรักษาที่ชัดเจน เกิดรูปธรรมของการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อฯ ในระบบบริการทั้งในระดับนโยบาย และระดับหน่วยบริการ (ศูนย์องค์รวม) มีแกนนำที่ทำงานในกลุ่มศูนย์องค์รวมทั้งสิ้นประมาณ 1,726 คน (ณ เดือนมกราคม พ.ศ.2553)
- สปสช. มีนโยบายชัดเจนในเรื่องการส่งเสริมสนับสนุนการมีส่วนร่วมของผู้ติดเชื้อฯ ในระบบบริการ ปัจจุบัน สปสช.สนับสนุนงบประมาณในการทำงานของกลุ่มศูนย์องค์รวมจำนวน 182 กลุ่ม (มกราคม พ.ศ. 2553) ในปีงบประมาณ พ.ศ.2554 สปสช. จะสนับสนุนกลุ่มศูนย์องค์รวมทั้งหมด 400 กลุ่ม และสนับสนุนกลไกการทำงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯระดับภาคทั้ง 7 ภาค

จ. ความครอบคลุมและการเข้าถึงการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ

ปัจจุบันประเทศไทย มีสถานพยาบาลที่ให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ทั้งภาครัฐและเอกชนทั้งหมด จำนวน 1,014 แห่ง กระจายอยู่ทั่วประเทศ และมีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในทุกระบบหลักประกันสุขภาพ จนถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2551 และ 2552 มีจำนวนทั้งสิ้น 185,086 และ 216,118 คน คิดเป็นร้อยละ 67.14 และ 75.76 ตามลำดับ โดยประมาณ ร้อยละ 58 ของผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาทั้งหมดอยู่ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

แม้ว่าจะมีผู้ติดเชื้อฯ จำนวนมากที่เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ แต่ก็พบว่าผู้ติดเชื้อฯ ส่วนใหญ่เข้าถึงระบบบริการล่าช้า โดยส่วนใหญ่เป็นผู้ที่มีอาการของโรคเอดส์แล้ว และหรือมีระดับ CD4 ต่ำ ข้อมูลจากระบบติดตามของ สปสช. พบว่าผู้ติดเชื้อร้อยละ 52.6 และ ร้อยละ 51.9 ที่เข้ามารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2551 และ 2552 เป็นผู้ที่มีอาการของโรคเอดส์แล้ว และหรือมีระดับ CD4 น้อยกว่า 100 cells/mm[39] ผลดังกล่าว สนับสนุนปัญหาของการเข้าไม่ถึงระบบบริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อฯ ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อฯจนกว่าจะปรากฏอาการของโรค นอกจากนี้ ปัญหาอื่นๆ ที่อาจเกิดทำให้ผู้ติดเชื้อฯไม่สามารถเข้าถึงระบบบริการหรือเข้าถึงช้า ได้แก่ การไม่ได้รับการส่งต่อ การไม่มีสิทธิ์หรือการปรับเปลี่ยนสิทธิการรักษา การย้ายถิ่นที่อยู่ และปัญหาทางเศรษฐกิจและสังคม อย่างไรก็ตาม ประเทศไทยยังไม่มีรายงานการวิเคราะห์เพื่อประเมินปัญหาสถานการณ์ดังกล่าว

ฉ. ผลลัพธ์ของการให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ

ข้อมูลจากการติดตามผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ของ สปสช. พบว่า อัตรารอด

---

[39] National AIDS Program Monitoring (Data of 38,880 persons who started ART during Oct 1, 2007-June 30, 2009), National Health Security Office.

ชีวิต ของกลุ่มผู้ใหญ่ หลังการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ 1 และ 2 ปี เท่ากับร้อยละ 90.6 และ 86.7ตามลำดับ ซึ่งสอดคล้องกับการติดตามผู้ติดเชื้อฯ ที่มีชีวิตอยู่หลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เป็นระยะเวลา 12 เดือน ในปี พ.ศ.2551 ซึ่งเป็นกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ที่เข้ารับบริการรักษา ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2550 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2551 ในทุกระบบหลักประกันสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 90.0 และ 84.9 มีชีวิตอยู่หลังเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ 1 และ 2 ปี ตามลำดับ โดยที่อัตราการเสียชีวิต และ อัตราการขาดการติดตามในกลุ่มผู้ใหญ่สูงกว่ากลุ่มเด็กคือ ร้อยละ 7.8 และ 4.6 และ ร้อยละ 7.2 และ 5.4 ตามลำดับ[40]

เชื้อดื้อยาเป็นผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อฯ ที่มีชีวิตอยู่ร่วมกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในประเทศไทย ปรากฏการณ์ของเชื้อดื้อยามีให้เห็นมากขึ้นเป็นลำดับโดยพบอุบัติการณ์การเกิดเชื้อดื้อยา ร้อยละ 2.6 และ 4.4 หลังเริ่มรับการรักษา 1 และ 2 ปี ตามลำดับ และแนวโน้มการพบการติดเชื้อฯ ดื้อยาที่สัมพันธ์กับกลุ่มยาต้านไวรัสฯ พื้นฐานที่ใช้ในประเทศไทยได้แก่ กลุ่ม Non-nucleoside reverse transcriptase inhibitors (NNRTIs) คือ nevirapine และ efavirenz[41] และ สปสช. ได้ติดตามผลการรักษา ในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ที่มารับบริการในช่วงปี พ.ศ. 2551 ทั่วประเทศ มีผู้ที่ได้เริ่มยาด้วยสูตรพื้นฐานจำนวน 17,591 คน และมีผู้ติดเชื้อฯ ที่มารับบริการอย่างต่อเนื่องร้อยละ 1.8 ที่ต้องเปลี่ยนสูตรยาพื้นฐานเป็นสูตรยาสำรองที่ 1 ปีหลังเริ่มรับยา[42]

ช. การป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

การป้องกันและการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสเป็นสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพทุกระบบ ที่ผู้ติดเชื้อฯ สามารถเข้าถึงการป้องกันและรักษาได้ โดยที่วัณโรค ปอดอักเสบ PCP (Pneumocystis Carinii Pneumonia) และ Cryptococcosis ยังเป็นโรคที่พบบ่อยในประเทศไทย

จากระบบการประเมินคุณภาพการดำเนินงานด้านการดูแลรักษา (HIVQUAL-T) ในโรงพยาบาลเครือข่ายทั้งสิ้น106 แห่ง จำนวนผู้ติดเชื้อฯ มารับบริการที่สุ่มประเมินทั้งหมด 11,699 ราย พบว่า ร้อยละ 87 ของผู้ติดเชื้อฯ ผู้ใหญ่ ที่อยู่ในทะเบียนการรักษาได้รับยา Cotrimoxazole เพื่อป้องกัน Pneumocystis Carinii Pneumonia และ กลุ่มผู้ติดเชื้อฯ เด็กได้รับยา Cotrimoxazole เพื่อป้องกัน Pneumocystis Carinii Pneumonia ร้อยละ 82

สำหรับการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจาก Cryptocoocosis มีความครอบคลุมค่อนข้างสูงประมาณร้อยละ 80 ส่วนการคัดกรองโรคติดเชื้อร่วม และการคัดกรองวัณโรคมี

---

[40] อ้างอิง 2

[41] HIV Drug Resistance Surveillance among ART Patients, สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

[42] HIVDR Early Warning Indicators, สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์ สำนักงานประกันสุขภาพแห่งชาติ และศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข

ความครอบคลุมสูง โดยเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 78 ในปี พ.ศ. 2549 เป็นร้อยละ 96 ในปี พ.ศ. 2552 ตามลำดับ และผู้ที่พบว่าป่วยเป็นวัณโรคได้รับการรักษาประมาณร้อยละ 95

ซ. ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี

ซ.1 การติดตามประเมินผลการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ จาก National AIDS Program (NAP)

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดระบบบริการยาต้านไวรัสฯ สำหรับ การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2535 ต่อมาในปี พ.ศ. 2546 ได้พัฒนาเป็นโครงการระดับชาติ คือ โครงการ National Access to ARV for People with HIV/AIDS (NAPHA) พร้อมกับได้พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลการรักษาซึ่งมีความสำคัญยิ่งต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ โดยมีโปรแกรม NAPHA เป็นองค์ประกอบหนึ่งของระบบการติดตามฯ และในปีงบประมาณ 2549 รัฐบาลมีนโยบายขยายบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ให้เป็นหนึ่งในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

เพื่อให้ผู้บริหารระดับนโยบายและผู้ให้บริการการรักษาได้รับข้อมูลในเรื่องผลลัพธ์ ผลสัมฤทธิ์ หรือ ผลกระทบที่จะเกิดขึ้นกับแผนงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ สปสช. ได้พัฒนาระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามการรักษา รู้จักกันทั่วไปในนามโปรแกรม NAP ขึ้น โดยพัฒนามาจากโปรแกรม NAPHA เพื่อใช้เป็นช่องทางในการรับส่งข้อมูลการให้บริการที่เกี่ยวข้อง จากหน่วยบริการ จำนวน 953 แห่งจากทั่วประเทศ

เมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ. 2551 พบว่ามีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ลงทะเบียนอยู่ในโปรแกรม NAP ทั้งหมด 161,582 ราย และเมื่อสิ้นสุดปีงบประมาณ 2552 มีจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ลงทะเบียนแล้วทั้งสิ้นประมาณ 186,124 ราย NAPเป็นระบบบันทึกข้อมูลบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่มีผู้ใช้งานมากที่สุด มีการลงทะเบียนผู้ติดเชื้อฯ มากที่สุด

ลักษณะเด่น ของโปรแกรม NAP คือ

1) การทำงานหลาย module มีความสอดคล้องกัน อาทิ ระบบการทำงานของโปรแกรมเป็นระบบ online มีระบบการรักษาความลับ โดยใช้การ encrypt เลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วย ดังนั้นเลขประจำตัวประชาชนของผู้ป่วยจะไม่ปรากฏในฐานข้อมูล มีระบบรองรับการใช้งานของหน่วยบริการ 1000 หน่วย พร้อมๆ กัน มีการเชื่อมโยงโปรแกรม NAP กับระบบ Vendor Management Inventory (VMI)เพื่อการควบคุม stock ยาได้ และสามารถออกรายงานเพื่อการบริหารและติดตามการดำเนินงาน ตลอดจนมีช่องทางการสื่อสารระหว่างผู้ใช้ด้วยกันเองและผู้ใช้กับผู้ดูแลระบบ เพื่อใช้ส่งข่าวสารความรู้ทางวิชาการ ฯลฯ

2) Menu การทำงานเพื่อเก็บข้อมูลหลายการดำเนินงานได้หลายด้าน ได้แก่ การให้คำปรึกษาก่อนการตรวจการติดเชื้อฯ การส่งการตรวจการติดเชื้อฯ การลงทะเบียนผู้ติดเชื้อฯ การบันทึกการรักษาและติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ การส่งตรวจทาง

ห้องปฏิบัติการและการบันทึกผล การขออนุมัติเปลี่ยนสูตรยาการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก จนถึงการป้องกันหลังการสัมผัส

ประโยชน์ ที่เกิดจากโปรแกรม NAP

ระดับ หน่วยบริการ

- ทำให้ได้รับงบประมาณชดเชยบริการ เพิ่มเติมตามปริมาณผลงานที่บันทึกในโปรแกรม NAP
- ทราบผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการของผู้ป่วยรวดเร็วยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ให้บริการวางแผนการรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ
- มีข้อมูลจาก NAP ใช้เพื่อวิเคราะห์ปริมาณการให้บริการ และ ผลลัพธ์การรักษา

ระดับเขต

- มีฐานข้อมูลเพื่อการวิเคราะห์ เป็นภาพรวมในระดับเขต เพื่อการติดตามหน่วยบริการ

ระดับประเทศ

- ติดตามกำกับการบริการของหน่วยบริการให้เป็นไปตามสิทธิประโยชน์ ของผู้ติดเชื้อฯ
- ติดตามกำกับ การจ่ายยาที่มีการบังคับใช้สิทธิบัตร (Compulsory Licensing)
- ประเมินผลการบริหารโครงการ และ ประเมินผลลัพธ์ ที่เกิดขึ้นแก่ผู้ติดเชื้อฯ ในภาพรวมของประเทศ
- ใช้วางแผนทำคำของบประมาณรายปี และ การจัดซื้อเวชภัณฑ์ที่เกี่ยวข้อง
- ใช้เป็นฐานข้อมูลเพื่อการวิจัย ทางสาธารณสุข และ ทางคลินิก

ปัญหา อุปสรรคและสิ่งท้าทาย เนื่องจากโปรแกรม NAP มีโครงข่าย online ที่มีผู้ใช้งานมากและ ประกอบกับ ผู้ป่วยแต่ละรายมีรายละเอียดของตัวแปรที่จะต้องบันทึกมาก ทำให้บางครั้งเกิดความล่าช้าในการป้อนข้อมูลนำเข้าจากหน่วยบริการบางส่วน สปสช.ได้ปรับระบบสารสนเทศที่ส่วนกลางเพื่อพัฒนาให้โปรแกรมทำงานได้รวดเร็วขึ้น สำหรับความไม่ถูกต้องของข้อมูล เป็นปัญหาที่เกิดอย่างรุนแรงในระยะ 1 ปีแรกของโครงการฯ ความไม่เสถียรของโปรแกรม และ ความไม่เข้าใจในการใช้งาน เนื่องจาก ปัจจัยหลายประการ เช่น ภาระการบันทึกข้อมูล ความไม่เข้าใจในนิยามของตัวแปรต่างๆ ได้พัฒนาและปรับปรุงโปรแกรม NAP อย่างต่อเนื่อง พร้อมทั้งจัดช่องทางในการสื่อสารตลอดจนจัดทีมงานเพื่อตอบปัญหาให้กับหน่วยบริการตลอดเวลา พร้อมกับการเล็งเห็นถึงความสำคัญและประโยชน์ของข้อมูล จึงได้จัดมีการอบรมการบันทึกข้อมูลให้แก่หน่วยบริการ ซึ่งทำให้ข้อมูลมีความถูกต้อง และสามารถนำข้อมูลไปใช้วิเคราะห์ใช้ประโยชน์ได้

บทเรียนและทิศทางการดำเนินงานปี พ.ศ. 2553 – 2554

จากประสบการณ์ที่ได้เรียนรู้ตลอดระยะเวลาที่ผ่านมา พบว่าการบันทึกข้อมูลอย่างครบถ้วน ถูกต้องของหน่วยบริการนั้นเกี่ยวข้องกับเงื่อนไขปัจจัยหลายประการที่สำคัญได้แก่ ผู้ที่บันทึกข้อมูลเห็นความสำคัญของข้อมูล และมีการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ในการดำเนินงานหรือไม่ หากหน่วยงานสามารถใช้ประโยชน์จากข้อมูลของตนเองได้อย่างเต็มที่ คุณภาพข้อมูล และการบันทึกข้อมูลจะครบถ้วน ถูกต้อง มากขึ้นเป็นลำดับ ดังนั้น ระยะต่อไป สปสช. จะร่วมมือกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกระดับ ในการจัดทำเครื่องมือที่ช่วยในการวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อส่งเสริมให้หน่วยบริการนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ได้สะดวกยิ่งขึ้น รวมทั้งส่งเสริมให้หน่วยงานนำผลการวิเคราะห์ที่ได้ไปใช้ในการพัฒนาบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ อย่างมีประสิทธิภาพ

ช. 2 การพัฒนารูปแบบการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก

การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ แก่ผู้ป่วยเด็กอย่างเป็นระบบเป็นสิ่งสำคัญอย่างมาก และเป็นจุดเริ่มต้นในการช่วยให้เด็กที่ติดเชื้อฯ เข้าใจ ยอมรับและร่วมมือปฏิบัติตนในการดูแลสุขภาพอย่างถูกต้อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กที่มีปัญหาเรื่องการกินยาต้านไวรัสฯ อย่างสม่ำเสมอ เด็กที่เริ่มเข้าสู่การมีความสัมพันธ์ทางเพศ และเด็กที่เริ่มมีความสงสัยในการเจ็บป่วยของตนเอง

ช่วงระหว่างปีพ.ศ. 2548-2550 ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาลมหาวิทยาลัยมหิดล และสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี ร่วมกับ TUC ได้จัดทำ “โครงการพัฒนารูปแบบการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้ป่วยเด็ก” ขึ้น โดยมีเป้าหมายเพื่อพัฒนาและประเมินรูปแบบการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ แก่ผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อฯ เพื่อให้ใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อฯ ในสถานพยาบาลต่อไป ในกระบวนการพัฒนารูปแบบดังกล่าวได้ติดตามและประเมินผล ภายหลังการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อแก่เด็ก ที่ 2 เดือน และ 6 เดือน ภายหลังการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ ในเด็กทุกราย ผลดำเนินงาน จนถึงเดือนสิงหาคม 2551 โรงพยาบาลทั้งสองแห่ง มีเด็กผ่านการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ แล้วทั้งสิ้น 163 คน การประเมินผลลัพธ์จากการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ แก่เด็กไม่พบว่ามีเด็กได้รับผลกระทบในด้านลบ ที่เกี่ยวเนื่องจากกระบวนการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ

รูปแบบการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี

การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อเอชไอวีแก่เด็ก เป็นเรื่องที่มีความละเอียดอ่อน บุคลากรทางการแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา ควรที่จะต้องทำงานร่วมกับแบบสหวิชาชีพ โดยจะต้องมีการพิจารณาหารือร่วมกันเป็นระยะ โดยใช้หลักการพิจารณาผู้ป่วยเด็กเป็นรายเฉพาะบุคคล และให้ความสำคัญกับหลักการของการให้ผู้ป่วยเด็กและครอบครัว

เป็นศูนย์กลาง ซึ่งหมายถึง การเริ่มต้นจากความพร้อมของครอบครัวและผู้ป่วยเด็กเป็นสำคัญ การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯแก่เด็กที่ติดเชื้อฯ ไม่ใช่เป็นเพียงการแจ้งผลการติดเชื้อฯ แต่เพียงอย่างเดียว แต่เป็นกระบวนการที่ต้องอาศัยการเตรียมการและใช้เทคนิคการสื่อสารที่ดีหรือกระบวนการให้การปรึกษาที่เหมาะสมกับเด็กและผู้ดูแลในแต่ละราย โดยสรุปอย่างเป็นขั้นตอนได้ ดังนี้

ขั้นตอนที่ 1: ตรวจสอบความเหมาะสมของเด็กและผู้ดูแล และแนะนำให้เข้ารับบริการ

วัตถุประสงค์เพื่อ เป็นการตรวจสอบเบื้องต้นว่าเด็กรายใดที่สมควรเข้าสู่กระบวนการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ เพื่อนำไปสู่การพูดคุยและสำรวจความพร้อมของผู้ดูแลและเด็ก ช่วยให้ผู้ดูแลได้เตรียมความพร้อม และคำนึงถึงสถานการณ์เกี่ยวกับการรับทราบสภาวะสุขภาพของเด็กในอนาคต รวมทั้งเป็นการสำรวจสถานการณ์สิ่งแวดล้อมทั่วไปของเด็ก เช่น ผู้ดูแลหลักคือใคร สุขภาพเด็กเป็นอย่างไรในมุมมองของผู้ดูแล โดยเกณฑ์ที่ใช้พิจารณาได้แก่ วุฒิภาวะของเด็กที่จะสามารถรับรู้และเข้าใจเกี่ยวกับการวินิจฉัยของตน สำหรับโครงการฯนี้ ได้กำหนดคุณสมบัติของเด็กที่สมควรเข้ารับบริการดังนี้

- เด็กมีอายุ 7 ปีขึ้นไป และได้รับการวินิจฉัยยืนยันสภาวะติดเชื้อเอชไอวี
- มีผู้ดูแลหลักและสามารถมารับการปรึกษาต่อเนื่องได้
- ผู้ดูแลและเด็กไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรงหรือต้องรับการรักษาในโรงพยาบาล
- เด็กไม่อยู่ในภาวะซึมเศร้า มีความคิดฆ่าตัวตาย มีภาวะโรคจิต หรือภาวะปัญญาอ่อนขั้นรุนแรง

ขั้นตอนที่ 2: ประเมินและเตรียมความพร้อมของเด็กและผู้ดูแล

เป็นขั้นตอนที่ต้องใช้กระบวนการให้การปรึกษาเพื่อประเมินความพร้อมของเด็ก ผู้ดูแล ครอบครัว รวมทั้งสภาวะแวดล้อมอื่น ๆ และเพื่อสำรวจความกลัว ความวิตกกังวล ความคาดหวังของผู้ดูแล ช่วยให้ผู้ดูแลมีความพร้อม มั่นใจ และมีทักษะที่จะสื่อสารกับเด็กในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อ โดยแบ่งออกเป็น

2.1 การประเมินและเตรียมความพร้อมของผู้ดูแล วัตถุประสงค์เพื่อทราบข้อมูลสถานการณ์ ความสัมพันธ์ของเด็กกับผู้ดูแล รวมถึงผู้ให้การสนับสนุนในด้านต่างๆ ภายในครอบครัวของเด็ก และทำให้ผู้ดูแลได้ทบทวนความเข้าใจ ความต้องการ และเตรียมความพร้อมของตนเองและเด็กในการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ แก่เด็ก รวมทั้งสำรวจปัญหา ความต้องการและให้การช่วยเหลือแก่ผู้ดูแลตามความเหมาะสมก่อนการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ แก่เด็ก

2.2 การเตรียมความพร้อมของเด็ก เป็นการสร้างสัมพันธภาพ ความคุ้นเคยระหว่างเด็กและผู้ให้การปรึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อช่วยเตรียมความพร้อม ด้านจิตใจ ทักษะการปรับตัว และแนวทางการแก้ไขปัญหาของเด็ก เมื่อต้องเผชิญกับความเครียดหรือเหตุการณ์ที่ไม่คาดคิดมาก่อน รวมทั้งเพื่อให้ได้ข้อมูลที่จะเป็นแนวทางในการติดตามการเปลี่ยนแปลงทางจิตสังคมของเด็ก และหลังการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ เช่นในด้านพฤติกรรม อารมณ์ คุณภาพชีวิต และการปรับตัว หากพบว่า ผู้ดูแลหรือเด็กยังไม่พร้อม จำเป็นต้องให้การปรึกษาแก่ผู้ดูแลอย่างต่อเนื่องและประเมินซ้ำภายหลังเป็นระยะ

ขั้นตอนที่ 3: แจ้งผลการวินิจฉัยแก่เด็กโดยใช้กระบวนการให้การปรึกษา

เป็นขั้นตอนที่มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจความรู้ ความเข้าใจ การรับรู้ และทัศนคติเกี่ยวกับความเจ็บป่วยของเด็ก รวมทั้งความสงสัยหรือการได้รับการบอกก่อนหน้านี้เกี่ยวกับการติดเชื้อฯ ซึ่งเป็นการสำรวจความรับรู้ของเด็กอีกครั้ง ก่อนการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯแก่เด็ก ขั้นตอนต่อไปจึงแจ้งสภาวะการติดเชื้อฯ ให้เด็กรับทราบ หลังจากนั้นจึงให้ข้อมูลที่ถูกต้องเรื่องโรค สภาวะสุขภาพ และการดูแลตนเองจากบุคลากรทางการแพทย์ รวมทั้งมีการประเมินและช่วยเหลือภาวะจิตใจของผู้ดูแลและเด็กภายหลังจากการเปิดเผย

ขั้นตอนที่ 4: ติดตามและประเมินผล

วัตถุประสงค์เพื่อสำรวจการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นภายหลังการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ ในเด็กและผู้ดูแล รวมทั้งสำรวจการรับรู้สภาวะสุขภาพและวิธีการดูแลสุขภาพตนเองของเด็ก เพื่อหาแนวทางการช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนเด็กและผู้ดูแลภายหลังการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ

การขยายรูปแบบการดำเนินงาน

ปี พ.ศ. 2550 ได้จัดทำหลักสูตรการอบรม เรื่อง การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ แก่เด็ก สำหรับการพัฒนาศักยภาพบุคลากรในโรงพยาบาลเพื่อการขยายรูปแบบการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ แก่เด็ก ปีต่อมา ได้จัดอบรมให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ให้บริการดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อฯ ของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน จำนวนรวมทั้งสิ้น 578 คน จาก 67 โรงพยาบาล ใน 10 จังหวัดทั่วประเทศ ทั้งนี้ผู้รับการอบรมส่วนใหญ่ (ร้อยละ 80) เป็นพยาบาลที่ปฏิบัติงานในคลินิกโรคติดเชื้อเด็ก หลังจากนั้นมีจัดประชุมเชิงปฏิบัติการร่วมกับเครือข่ายโรงพยาบาลต่างๆ เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ นำเสนอกรณีศึกษาและระดมสมองกรณีความสำเร็จและปัญหาที่พบในเรื่องการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ แก่เด็ก

ในปีพ.ศ. 2552 ได้ดำเนินการขยายเพิ่มเติม อีก 48 โรงพยาบาล การประเมินผลลัพธ์จากการอบรม พบว่าร้อยละ 95 ของบุคลากรที่เคยเข้ารับการอบรมในโรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 13 แห่ง ระบุว่าได้นำแนวทางและทักษะที่ได้รับจาก

การอบรม ไปใช้ในการจัดระบบบริการนี้ ในคลินิกเด็กติดเชื้อของโรงพยาบาลที่ปฏิบัติงาน และมีเด็กติดเชื้อฯ ได้เข้าสู่กระบวนการและทราบสภาวะการติดเชื้อฯ แล้วเป็นจำนวนรวมทั้งสิ้น 482 คน

บทเรียนที่ได้รับ

- การเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ แก่เด็กเป็นกระบวนการ แต่สามารถยืดหยุ่นได้ โดยขึ้นอยู่กับสภาวะทางด้านจิตใจและสังคม รวมถึงสถานการณ์ชีวิตของเด็กและครอบครัวแต่ละรายเป็นสำคัญ
- รูปแบบ และคู่มือการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ แก่เด็ก สามารถใช้เป็นกรอบการดำเนินงานสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ และสาธารณสุขที่ให้บริการดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อฯ ในสถานพยาบาลต่างๆ
- หลักสูตรการอบรมการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ แก่เด็ก และสื่อการสอนต่างๆ สามารถนำไปใช้ ในการอบรมบุคลากรเพื่อขยายรูปแบบการเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อฯ แก่เด็กไปสู่โรงพยาบาลต่างๆ

3. 3 การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ที่มีการติดเชื้อวัณโรคร่วมด้วย (TB/HIV)

วัณโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่มีความสำคัญ และพบได้บ่อยที่สุดในประเทศไทย นโยบายการผสมผสานวัณโรคและเอดส์ ได้ถูกกำหนดขึ้นตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2547[43] โดยมีแนวทางสำคัญ ดังนี้

- สร้างกลไกความร่วมมือระหว่างแผนงานควบคุมวัณโรคและแผนงานเอดส์ในการวางแผน การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค การสร้างศักยภาพบุคลากรที่ปฏิบัติเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยวัณโรคและผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ในพื้นที่ให้มีความรู้ในการดูแลผู้ป่วยทั้งสองโรคไปพร้อมๆ กัน การกำกับ ติดตามและประเมินผล ด้วยการสร้างแบบฟอร์มการรายงานกิจกรรมการดำเนินงานเพื่อการวิเคราะห์ความสำเร็จและปัญหาอุปสรรค
- จัดบริการ การติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค โดยการจัดบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี การให้ยา Co-trimoxazole เพื่อการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสกรณีที่ CD4 < 200 cell/cu.mm. และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ กรณีที่ค่า CD4 < 250 cell/ cu.mm. รวมถึงการให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี
- จัดบริการ การติดเชื้อวัณโรคในกลุ่มผู้ติดเชื้อ เอชไอวี โดยการคัดกรองวัณโรคตั้งแต่แรกที่ตรวจพบการติดเชื้อ เอชไอวี ด้วยการถามอาการเพื่อหาผู้ที่มีอาการสงสัยวัณโรค (TB suspect) แล้วจึงส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อการวินิจฉัยวัณโรค และ

---

[43] สำนักวัณโรค . แนวปฏิบัติการผสมผสานวัณโรคและโรคเอดส์ . กรุงเทพ : สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ไซน์ , 2552

จะต้องคัดกรองอย่างสม่ำเสมอทุกครั้งที่ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี มารับบริการที่สถานบริการสาธารณสุข และการดำเนินการมาตรการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อวัณโรคในสถานบริการสาธารณสุขที่ให้บริการผู้ติดเชื้อ เอชไอวี

- ทั้งนี้ สำหรับการให้ยา Isoniazid เพื่อป้องกันการป่วยเป็นวัณโรคแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีการติดเชื้อวัณโรคแฝงร่วมด้วย ยังไม่ได้กำหนดเป็นนโยบายหลัก แต่เสนอให้ดำเนินการในหน่วยงานที่มีความพร้อม และในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี สูง

ปี พ.ศ. 2551-2552 ได้กำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมาย

- ผู้ป่วยวัณโรคที่ขึ้นทะเบียนรักษาทุกประเภทได้รับการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวี โดยสมัครใจ มากกว่าร้อยละ 85
- ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี รายใหม่ได้รับการคัดกรองเพื่อตรวจหาการป่วยเป็นวัณโรค มากกว่าร้อยละ 90
- ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อ เอชไอวี ร่วมด้วย ได้รับยาต้านไวรัสฯ ในขณะที่รักษาวัณโรค มากกว่าร้อยละ 60

ความครอบคลุมของการดำเนินงาน

การประเมินความครอบคลุมของการรักษาทั้งวัณโรคและรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในผู้ติดเชื้อทั้ง วัณโรคและ เอชไอวี ในรายงานรอบนี้ ยังคงใช้การประมาณการจำนวนผู้ที่ติดเชื้อทั้ง เอชไอวี และ วัณโรค จากอัตราการติดเชื้อวัณโรคของประเทศไทยเป็น 142 ต่อประชากร 100,000 คน ซึ่งเป็นค่าที่ประมาณการโดย องค์การอนามัยโลก แต่ใช้อัตราติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มผู้ป่วยวัณโรค เป็น ร้อยละ 17 ที่ปรับเปลี่ยนไปจากร้อยละ 7.6 ในการคาดประมาณในรายงานรอบที่แล้ว จึงคาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อทั้ง เอชไอวี และวัณโรค รวม 16,077 คน ในปี พ.ศ. 2552

จากรายงานการลงทะเบียนรักษาผู้ป่วยวัณโรค ผู้ติดเชื้อทั้งวัณโรคและเอชไอวี ได้รับการรักษาทั้งวัณโรค และ รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ จำนวน 4,151 คน คิดเป็นความครอบคลุม ร้อยละ 25.82 ผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะย้อมพบเชื้อที่ติดเชื้อ เอชไอวี ที่ขึ้นทะเบียนรักษา มีอัตราความสำเร็จของการรักษาวัณโรค ร้อยละ 67.7 และ ร้อยละ 67.9 ในปี พ.ศ. 2550 และ 2551 แต่อัตราตายจากทุกสาเหตุสูงถึง ร้อยละ 22.2 และร้อยละ 19.6 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของผลการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคปอดรายใหม่เสมหะย้อมพบเชื้อทั้งหมดที่มีอัตราตายร้อยละ 8.6 และร้อยละ 7.6 ตามลำดับ

ความก้าวหน้าของการดำเนินงาน

ประเทศไทยได้ดำเนินงานตามนโยบายอย่างต่อเนื่องและมีความก้าวหน้าเป็นลำดับทุกปี ในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 โดยบรรลุเป้าหมายตัวชี้วัด 2 ตัว ได้แก่

คัดกรองวัณโรคในผู้ติดเชื้อ เอชไอวี รายใหม่ ร้อยละ 93 ในปี พ.ศ.2551 และให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี ในผู้ป่วยวัณโรค ร้อยละ 87.6 ในปี พ.ศ. 2552

3.4 การดูแลและสนับสนุนเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวีและเอดส์

ก. สถานการณ์ปัญหาของเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

แม้ว่าอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์มีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 1.53 ในปี พ.ศ.2549 เหลือร้อยละ 0.64 ในปีพ.ศ.2552[44] ซึ่งมีผลให้จำนวนเด็กที่เกิดจากแม่ตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี หรือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ทั้งเด็กติดเชื้อเอชไอวีและไม่ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่มีจำนวนลดลง แต่ตัวเลขสะสมก็ยังคงมีจำนวนเพิ่มขึ้น

จากรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ปี พ.ศ. 2549-2550 จนถึงปัจจุบัน ยังคงไม่มีฐานข้อมูลเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ที่เปลี่ยนแปลง รวมทั้งไม่มีข้อมูลในระดับประเทศ ข้อมูลอ้างอิงที่ปรากฏล่าสุด ดังนี้

UNAIDS ได้คาดประมาณเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวี และยังมีชีวิตอยู่ในประเทศไทย เมื่อปี 2549 ประมาณ 16,000 คน[45] และจากการคาดประมาณของ UNAIDS USAID และ UNICEF ซึ่งได้คาดประมาณไว้ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ผลการคาดประมาณในครั้งนั้น ประมาณการว่า ในปี พ.ศ. 2553 ประเทศไทยมีเด็กกำพร้าอายุ 0-14 ปี ที่พ่อและ/หรือแม่เสียชีวิตจากทุกสาเหตุ จำนวนประมาณ 1,054,000 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 ของจำนวนเด็กในช่วงอายุดังกล่าว ในจำนวนนี้ เป็นเด็กกำพร้าจากการเสียชีวิตของพ่อแม่ที่ติดเชื้อฯ จำนวน 374,000 คน หรือคิดเป็น 1 ใน 3 (ร้อยละ 35.5) ของจำนวนเด็กกำพร้าทั้งหมดในประเทศไทย[46]

การสำรวจสถานการณ์เด็กในประเทศไทย จาก Multiple Indicators Cluster Survey เมื่อปี พ.ศ. 2549 พบว่าเด็กกำพร้าอายุ 0 -17 ปี ซึ่งพ่อหรือแม่คนใดคนหนึ่งหรือทั้งสองคนเสียชีวิต มีจำนวน 854,215 คน จากจำนวนเด็กทั้งหมด 18,174,805 คน หรือมีสัดส่วนเท่ากับร้อยละ 4.7 ของจำนวนเด็กทั้งหมด[47]

---

[44] สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2552

[45] ภัสสร ลิมานนท์ และ รุ่งรัตน์ โกวรรธนะกุล, รายงานการสังเคราะห์ช่องว่างในการดำเนินงานเรื่องเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี/เอดส์ 2551

[46] UNAIDS, USAID, UNICEF, Children on the Brink 2002: a Joint Report on Orphan Estimate and Program Strategies, July 2002, quoted in Country report : Thailand. East Asia and Pacific Regional Consultation on Children and HIV/AIDS, Hanoi, Viet Nam 22-24 March 2006

[47] UNICEF Thailand และสำนักงานสถิติแห่งชาติ, รายงานสรุป การสำรวจสถานการณ์เด็กและสตรีในประเทศไทย โดยการใช้พหุดัชนีแบบจัดกลุ่ม (MICS) ธันวาคม 2548-พฤษภาคม 2549

ผลกระทบทางสังคม พบว่า ยังมีการรังเกียจ ตีตรา ผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ในสังคม ผลจากการสำรวจ MICS[48] พบว่า ร้อยละ 65 ของหญิงอายุ 15-49 ปี ยังคงปฏิเสธที่จะซื้ออาหารจากผู้ติดเชื้อฯ และร้อยละ 37 ระบุว่า จะปกปิดเป็นความลับหากคนในครอบครัวติดเชื้อฯ ดังนั้นเด็กที่เกิดจากพ่อแม่ที่ติดเชื้อฯ หรือมีสมาชิกในครอบครัวติดเชื้อฯ ก็ต้องได้รับผลกระทบไปด้วย

สำหรับการสนับสนุน ช่วยเหลือ ทางด้านสวัสดิการสังคมและการศึกษาแก่เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์นั้น ผลจากการสำรวจ MICS[49] พบว่า มีเด็กกำพร้าประมาณ 1 ใน 5 เท่านั้นที่ได้รับความช่วยเหลือสนับสนุนทางด้าน สังคม/กฎหมาย วัสดุอุปกรณ์ เครื่องใช้ ยา เวชภัณฑ์ และการศึกษา นอกจากนี้ ยังพบภาวะขาดสารอาหารอย่างเรื้อรังในเด็กกำพร้าและเด็กที่มีสภาวะเปราะบางสูงกว่าเด็กที่ไม่เป็นกำพร้า กล่าวคือเด็กกำพร้ามีภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 15-16 ในขณะที่เด็กไม่กำพร้ามีภาวะขาดสารอาหารร้อยละ 12

ส่วนอัตราการเข้าเรียนของเด็กกำพร้าและเด็กไม่กำพร้าพบว่าแตกต่างกันเพียงเล็กน้อย กล่าวคือร้อยละ 95.50 และ ร้อยละ 96.40 ตามลำดับ

การวิเคราะห์งานศึกษาหลายชิ้นในประเทศไทยในช่วงหลายปีที่ผ่านมา พบว่าเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ต้องเผชิญกับปัญหาและผลกระทบได้แก่

- ***ปัญหาด้านสุขภาพ:*** เด็กติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับการรักษาแต่เนิ่นๆ มักเผชิญกับภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังและเสียชีวิต การประเมินผลบริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก สำหรับเด็กจำนวน 911 คน ที่คลอดระหว่างเดือนตุลาคม พ.ศ.2549-ธันวาคม พ.ศ. 2550 ในโรงพยาบาล 27 แห่ง 12 จังหวัด กระจายทั่วทุกภาค พบว่า มีเด็กที่ได้รับการวินิจฉัยสถานะการติดเชื้อฯ ได้ ร้อยละ 56[50] นอกจากนี้ยังปรากฏสถานการณ์ในเด็กติดเชื้อฯ ที่ได้รับการรักษาแต่ก็เผชิญความยาก ลำบากในการกินยาและรับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งส่งผลต่อสุขภาพของเด็กเช่นกัน รวมทั้งเด็กติดเชื้อฯ และไม่ติดเชื้อฯที่ไม่ได้รับการดูแลเอาใจใส่ก็มักเผชิญกับ ภาวะโภชนาการ และ พัฒนาการไม่เป็นไปตามวัย
- ***ปัญหาด้านจิตใจและอารมณ์ :*** เด็กมักเผชิญกับความรู้สึกเศร้าต่อการจากไปของพ่อและ หรือแม่ ขาดผู้ดูแล เด็กบางคนรู้สึกกลัว โกรธ เสียใจ หรือกังวล เมื่อรับรู้สภาพการติดเชื้อฯ ของพ่อแม่ หรือของตนเอง นอกจากนี้เด็กบางคนต้องถูกเลี้ยงดูโดยครอบครัวอุปถัมภ์ ซึ่งอาจเป็นเครือญาติและไม่ใช่เครือญาติ หรือต้องเข้าไปอยู่ในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้า ทำให้เด็กต้องตกอยู่ในสภาวะกดดันทางด้านจิตใจ รวมทั้งเด็กติดเชื้อฯ อาจรู้สึกกลัว กังวลกับความเจ็บป่วยและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่เคร่งครัด

---

[48] อ้างอิง 4

[49] อ้างอิง 4

[50] กรมอนามัย และสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 2552

ผลกระทบด้านจิตใจอาจส่งผลให้เด็กแสดงพฤติกรรมตอบสนองที่ไม่ได้ช่วยคลี่คลายผลกระทบ แต่อาจสุ่มเสี่ยงต่อผลกระทบที่ซับซ้อนขึ้นในชีวิต

- ***ปัญหาด้านสังคม:*** ด้วยมายาคติของเอดส์ส่งผลให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ และครอบครัว รวมทั้งเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เด็กบางคนยังเผชิญกับการถูกรังเกียจ แบ่งแยกหรือกีดกันจากสังคมรอบข้าง ไม่ได้รับการดูแลช่วยเหลือ และส่งเสริมการศึกษาเรียนรู้เหมือนเด็กทั่วไป ไม่มีเพื่อน ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาพจิตใจของเด็ก และการเรียนรู้ปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การศึกษาเรียนรู้ และการรับสวัสดิการต่างๆ ในกรณีเด็กติดเชื้อฯ มักพบสถานการณ์การถูกกีดกันมากกว่าเด็กไม่ติดเชื้อฯ

ข. การดำเนินงานดูแลและช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

ข.1 นโยบายและแผนงาน การดูแลและช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

ประเทศไทยไม่มีกฎหมายที่เกี่ยวข้องกับเอดส์เป็นการเฉพาะ แต่ก็มีกฎหมายและพระราชบัญญัติที่เกี่ยวข้อง อาทิ พรบ.คุ้มครองเด็ก พ.ศ. 2546 พรบ.ส่งเสริมการพัฒนาเด็กและเยาวชนแห่งชาติ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ และอยู่ระหว่างการผลักดันร่างพระราชบัญญัติคุ้มครองอนามัยการเจริญพันธ์

ส่วนนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ฯ ของประเทศไทย รวมทั้งการยอมรับและลงนามในอนุสัญญาว่าด้วย สิทธิเด็กของประเทศไทยซึ่งอาจจะครอบคลุมเรื่องให้อยู่รอด การคุ้มครองและการมีส่วนร่วมของเด็ก ในการตอบสนองต่อการแก้ปัญหาและลดผลกระทบของโรคเอดส์ในเด็ก มีดังต่อไปนี้

- แผนยุทธศาสตร์บูรณาการ การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติฉบับปัจจุบัน ได้กำหนดเป้าหมายไว้ว่า ร้อยละ 80 ของเด็กและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ต้องเข้าถึงบริการทางด้านสาธารณสุข การศึกษา และบริการทางด้านสังคม อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม ภายในปี พ.ศ.2554 และได้กำหนดหน่วยงานรับผิดชอบ ในการสนับสนุนและช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ได้แก่

  - กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ ดูแลด้านนโยบายและรับผิดชอบด้านสวัสดิการสังคมให้แก่ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เด็กกำพร้า และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ทั้งในสถานรับเลี้ยงเด็กกำพร้าและในชุมชน
  - กระทรวงสาธารณสุข ให้ความช่วยเหลือด้านการส่งเสริมสุขภาพอนามัย การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี และการดูแลรักษา
  - กระทรวงศึกษาธิการ รับผิดชอบด้านการศึกษา การสอนเรื่องเพศศึกษา เอชไอวี และเอดส์ การลดอคติและการกีดกันในโรงเรียนและสถานศึกษา
  - กระทรวงมหาดไทย รับผิดชอบด้านนโยบาย ในระดับภาค ระดับจังหวัด และระดับท้องถิ่น

- กระทรวงยุติธรรม รับผิดชอบดูแลในเรื่องกระบวนการยุติธรรม รวมทั้งกฎหมายต่างๆ ที่เกี่ยวกับการกีดกัน
- กรุงเทพมหานคร โดย กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- สำนักอนามัย และสำนักแพทย์

- นโยบายและแผนยุทธศาสตร์ระดับชาติด้านการพัฒนาเด็กตามแนวทาง"โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก" พ.ศ. 2550-2552

จากการที่ประเทศไทยได้เข้าร่วมประชุมสมัชชาสหประชาชาติ สมัยพิเศษ ว่าด้วยเรื่องเด็ก (United Nations General Assembly Special Session on Children) เมื่อเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2545 และได้รับรองเอกสารแนวทาง " โลกที่เหมาะสมสำหรับเด็ก" หรือ " A World Fit for Children" ซึ่งเป็นแนวทางการดำเนินงานเพื่อเด็กในช่วงทศวรรษปี พ.ศ. 2550-2559 ประเทศไทยจึงนำแนวทางดังกล่าวมาจัดทำแผนปฏิบัติการของประเทศ ซึ่งคณะรัฐมนตรีได้มีมติเห็นชอบให้สนับสนุนการดำเนินงานของสหประชาชาติ โดยให้สำนักงานส่งเสริมสวัสดิภาพและพิทักษ์เด็ก เยาวชน ผู้ด้อยโอกาส และผู้สูงอายุ (สท.) เป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการจัดทำนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ ร่วมกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน ซึ่งนโยบายและแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวประกอบไปด้วยยุทธศาสตร์ด้านเด็ก 11 ด้าน ดังนี้

- ครอบครัวกับเด็ก
- สุขภาพกายและสุขภาพจิตของเด็ก
- การเสริมสร้างความปลอดภัยและป้องกันการบาดเจ็บในเด็ก
- เด็กกับผลกระทบจากโรคเอดส์
- การศึกษากับเด็ก
- เด็กกับนันทนาการ
- เด็กกับวัฒนธรรมและศาสนา
- สื่อมวลชนกับเด็ก
- การมีส่วนร่วมของเด็ก
- การปกป้องคุ้มครองเด็กที่ต้องการการคุ้มครองพิเศษ
- กฎหมาย กฎ ระเบียบที่เกี่ยวข้องกับเด็กและการบังคับใช้

ข.2 ความก้าวหน้าของการดำเนินงานในรอบปี พ.ศ. 2551 – 2552

จากข้อมูลในการแลกเปลี่ยนของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ พบว่ามีหน่วยงานหลักที่ดำเนินงานกับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ดังนี้

ภาครัฐ

- ***กระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์*** : ให้การสงเคราะห์ช่วยเหลือแก่เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์และครอบครัว โดยให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆอาทิ การให้บริการปรึกษาแนะนำแก่พ่อแม่หรือผู้ดูแลเด็ก การให้ทุนสนับสนุนด้านการศึกษา ทุนประกอบอาชีพ เป็นต้น นอกจากนี้ยังให้การอุปการะแก่เด็กที่ติดเชื้อฯ หรือได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ในสถานสงเคราะห์ ซึ่งมีอยู่ทั้งหมด 4 แห่ง ที่จังหวัดเชียงใหม่ , จังหวัดนนทบุรี , จังหวัดอุดรธานี และจังหวัดสงขลา จัดหาครอบครัวอุปถัมภ์ให้กับเด็กกำพร้า รวมทั้งสนับสนุนเงินช่วยเหลือแก่ครอบครัวอุปถัมภ์พร้อมสนับสนุนนม อาหารเสริม และการบริการด้านสาธารณสุข และจัดกิจกรรมสนับสนุนการสร้างความเข้าใจของการอยู่ร่วมกัน “ค่ายครอบครัวอุปถัมภ์”

- ***กระทรวงสาธารณสุข*** : โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ร่วมกับกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ และองค์กรภาคประชาสังคม พัฒนาคู่มือการส่งเสริมการอยู่ร่วมกันของเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในสถานสงเคราะห์ของรัฐและเอกชน ในปี พ.ศ. 2551

- ***กระทรวงศึกษาธิการ*** : สนับสนุนจัดการศึกษาโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย หรือให้ทุน การศึกษาแก่เด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบฯ รวมทั้งจัดแผนการสอนเรื่องเอดส์เพศศึกษา และทักษะชีวิต การลดอคติและการกีดกันในโรงเรียนและสถานศึกษา

- ***กระทรวงมหาดไทย*** : องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้การสนับสนุนหรือร่วมดำเนินการกับ หน่วยงาน องค์กร ภาคประชาสังคม ในพื้นที่ ในการดูแลรักษา ให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อฯ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว รวมทั้งเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในพื้นที่ การส่งเสริมกิจกรรมการอยู่ร่วมกันในสังคม การลดการรังเกียจ ตีตรา และการสนับสนุนด้านการเงิน สิ่งของเครื่องใช้ อาชีพ และอื่นๆ ลักษณะและความเข้มข้นของการดำเนินการ แตกต่างกันไปในแต่ละพื้นที่ ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ปัญหาเอดส์ งบประมาณ และความเข้มแข็งของเครือข่ายการทำงานของแต่ละพื้นที่

ภาคประชาสังคม

- ***กลุ่มเราเข้าใจ :*** ดำเนินงานร่วมกับโรงพยาบาล สถาบันการศึกษา องค์กรเอกชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ สื่อมวลชน และอาสาสมัครทั่วไป โดยการสนับสนุนจาก UNICEF พัฒนารูปแบบการเยียวยาจิตใจ สร้างคุณค่าในตนเอง และพัฒนาศักยภาพของเด็กที่ติดเชื้อฯ ผ่านกระบวนการศิลปะ และบูรณาการงานด้านจิตสังคม กับการดูแลด้านสุขภาพ เพื่อการดูแลและพัฒนาเด็กที่ติดเชื้อฯ แบบองค์รวม รวมทั้งได้มีการร่วมกันพัฒนาคู่มือและผลิตสื่อวีดีทัศน์ โปสเตอร์ แผ่นพับ เพื่อการรณรงค์และสร้างความเข้าใจในการดูแลเด็กติดเชื้อฯ

- ***มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย :*** โดยการสนับสนุนจากกระทรวงสาธารณสุข ภายใต้งบประมาณจากกองทุนโลกฯ จัดทำโครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อฯ ในชุมชน ดำเนินงานร่วมกับกรมอนามัย พัฒนาคุณภาพชีวิต โดยการส่งเสริมสุขภาพแบบองค์รวม ทั้งกาย ใจ และสังคมในกลุ่มหญิงติดเชื้อฯ บุตร และครอบครัว ในพื้นที่ 41 จังหวัด

- ***เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย :*** สนับสนุนและส่งเสริมศักยภาพให้กลุ่มผู้ติดเชื้อฯ สามารถให้การดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ จัดกิจกรรมส่งเสริมศักยภาพและให้การปรึกษาแก่เด็กและครอบครัว ประสานความช่วยเหลือที่จำเป็น รวมทั้งติดตามให้เด็กที่ติดเชื้อฯ ได้รับการรักษา นอกจากนี้ยังได้ร่วมผลักดันนโยบายที่เกี่ยวกับการปรับสูตรหรือขนาดยาต้านไวรัสฯ ที่เหมาะสมสำหรับเด็ก และการรับบริการการรักษาที่ใกล้บ้าน

นอกจากนี้ยังมีการดำเนินขององค์กรเอกชนอีกหลายองค์กรที่ให้การดูแลช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์และครอบครัว ในด้านสนับสนุนสวัสดิการหรือทุนการศึกษาที่จำเป็นและ ให้การปรึกษา จัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมคุณภาพชีวิต ได้แก่ มูลนิธิส่งเสริมการพัฒนาบุคคล มูลนิธิราชประชาสมาสัย มูลนิธิศุภนิมิตร มูลนิธิสยาม-แคร์

ค. ปัญหาอุปสรรค และความท้าทาย

การบริหารจัดการเชิงนโยบาย

- นโยบายที่เกี่ยวกับเด็กถูกบรรจุไว้ในหลายๆ กระทรวง แต่ยังไม่มีแผนปฏิบัติการอย่างจริงจัง และเป็นรูปธรรมในแต่ละกระทรวง

- ขาดข้อมูลเชิงกลยุทธ์ ข้อมูลที่มีอยู่ไม่เพียงพอต่อการกำหนดนโยบาย และวางแผนแก้ไขปัญหา หรือจัดการให้บริการที่เหมาะสมกับเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

- การปฏิรูประบบราชการทำให้โครงสร้างของการบริหารแผนงานการดูแลช่วยเหลือเด็กที่เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในพื้นที่ไม่ชัดเจน ไม่มีหน่วยประสานงานในระดับพื้นที่

- แม้จะมีมาตรการในการควบคุมมาตรฐานการดูแลเด็ก ในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าและสถานเลี้ยงเด็กกลางวันที่เป็นของเอกชนและมูลนิธิต่างๆ แต่ในทางปฏิบัติพบว่ายังไม่มีการบังคับใช้อย่างจริงจัง ยังคงพบการละเมิดสิทธิเด็กและการแสวงหาผลประโยชน์จากเด็ก

การให้บริการ ดูแลรักษา สนับสนุน ช่วยเหลือ

- การพัฒนาศักยภาพบุคลากรผู้ดูแลเด็ก ทั้งภาครัฐ และเอกชน รวมถึงองค์กรภาคประชาสังคม ในการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์แบบเป็นองค์รวม ทั้งด้านกาย และด้านจิตสังคม ยังไม่เป็นระบบและครอบคลุม

- การจัดสรรงบประมาณในการช่วยเหลือเด็กและครอบครัวที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์เพียงครอบครัวละ 500 บาท ต่อ เดือน เป็นจำนวนที่น้อยมากในครอบครัวที่เผชิญปัญหาเศรษฐกิจ อีกทั้งการรับความช่วยเหลือดังกล่าวต้องเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ซึ่งเป็นอุปสรรคในการรับทุนในครอบครัวที่มีข้อจำกัดดังกล่าว

การส่งเสริมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯอย่างต่อเนื่องและการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นที่เติบโตมากับเชื้อเอชไอวี

ด้วยการเปลี่ยนแปลงพัฒนาการหลายด้านในช่วงวัยรุ่น ส่งผลให้วัยรุ่นที่เติบโตมากับเชื้อฯ บางคนเผชิญความยากลำบากในการปรับตัว และส่งผลกระทบต่อการจัดการกับผลกระทบ ทั้งการกินยาต้านไวรัสฯ ให้ได้ตามเวลาต่อเนื่อง และการจัดการเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศ เนื่องจากทัศนะของสังคมต่อผู้ติดเชื้อฯ ว่าเป็นผู้แพร่เชื้อฯ วัยรุ่นติดเชื้อฯ บางคนถูกห้ามมีแฟน หรือให้มีแฟนกับผู้ติดเชื้อฯ ด้วยกัน

การรังเกียจและเลือกปฏิบัติ:

ปัญหาการรังเกียจและเลือกปฏิบัติต่อเด็กในชุมชน ยังคงมีอยู่ในบางชุมชนที่ไม่มีกลไกในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง ผลของการตีตราดังกล่าวส่งผลกระทบหลายด้านต่อเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ การณรงค์สร้างความเข้าใจในชุมชนและสนับสนุนกลไกในการดำเนินงานในชุมชนที่ยังมีการตีตรา เป็นความท้าทายเช่นเดียวกัน

ง. แผนการแก้ไขปัญหาอุปสรรคและความท้าทาย

- กำหนดกลไกการบริหารจัดการเชิงนโยบาย โดยกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นหน่วยงานประสานกับหน่วยงานอื่นทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม นักวิชาการ และองค์กรระหว่างประเทศ ทั้งในส่วนของการพัฒนานโยบายส่วนกลาง และการปฏิบัติตามนโยบายในส่วนกลางและในพื้นที่

- จัดระบบและดำเนินการพัฒนาศักยภาพและปรับทัศนะของบุคลากร ทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมที่เกี่ยวข้องกับการทำงานกับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์แบบองค์รวม ทั้งด้านกาย และจิตสังคม รวมทั้งการป้องกันการติดเชื้อฯ รายใหม่ และการคุ้มครองสิทธิเด็ก

- ส่งเสริม และจัดระบบการจัดการให้การดูแลเด็กในสถานเลี้ยงเด็กกำพร้าและสถานเลี้ยงเด็กกลางวันของเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และรัฐ ให้ได้มาตรฐาน

- ส่งเสริมกลไกในชุมชนให้สามารถดำเนินงานสนับสนุนการดูแลเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ได้เหมาะสม และครอบคลุม
- ส่งเสริมการพัฒนารูปแบบการลดการตีตราในชุมชน และรูปแบบการทำงานที่เหมาะสมและเป็นมิตรกับวัยรุ่นติดเชื้อฯ
- พัฒนาระบบการติดตามประเมินผลในทุกระดับ รวมถึงพัฒนาระบบที่เชื่อมโยงฐานข้อมูลเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในระดับประเทศ

จ. ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี

จ.1 การบูรณาการงานจิตสังคมกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ โดย กลุ่มเราเข้าใจ

(ดูรายละเอียดใน บทที่ 4 ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี)

จ.2 การพัฒนาคุณภาพชีวิตแม่ คู่สมรส และ เด็ก และการพัฒนากลไกการป้องกันแก้ปัญหาในระดับนโยบายและชุมชน โดย มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย

มูลนิธิเอดส์แห่งประเทศไทย ร่วมกับกรมอนามัย ดำเนินงานโครงการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี (Enhancing HIV-Related Care and Treatment for HIV Infected Mothers and their Partners and Children – Community Support Component) โดยดำเนินงานด้านชุมชนในพื้นที่ 4 ภาค รวม 41 จังหวัด ผลที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงานโครงการ พบว่า แกนนำผู้ติดเชื้อและผู้ปฏิบัติงานชุมชน 556 คน ของ 96 โครงการย่อย จาก 100 กลุ่ม/องค์กร ได้รับการพัฒนาศักยภาพ และสามารถดูแลช่วยเหลือแม่ติดเชื้อฯ จำนวน 9,934 คนและเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อฯ 4,654 คน ให้เข้าถึงบริการด้านกายใจจิตสังคม โดยการทำงานร่วมกับ อบต. และ เทศบาล รวม 442 แห่ง

บทเรียนสำคัญ

- การพัฒนาศักยภาพของกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ต้องดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และศักยภาพของกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ช่วยสร้างการยอมรับจากสังคม และช่วยลดระดับของความรังเกียจและกีดกันผู้ติดเชื้อฯ เปลี่ยนมุมมองของสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อฯ ในทางบวกมากขึ้น
- การให้ความช่วยเหลือเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์แบบครบวงจร ควรทำงานเชื่อมร้อยบริการจากโรงพยาบาล สู่ชุมชน และผลักดันให้เกิดเครือข่ายทางสังคมตั้งแต่ระดับตำบล อำเภอ และจังหวัด ซึ่งแต่ละระดับควรประกอบด้วย สหวิชาชีพ ได้แก่ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อบต./เทศบาล) ผู้นำชุมชน สถาบันศาสนา สถานีอนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข โรงเรียน องค์กรพัฒนาเอกชน เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ในขณะเดียวกันต้องให้ความสำคัญกับการเยี่ยมติดตาม และการพบกลุ่มของผู้ติดเชื้อฯ เพื่อฟื้นฟูพลังความแข็งแกร่งด้านจิตวิญญาณ รวมถึงการเยียวยาจิตใจของเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อฯ และเสริมสร้างทักษะชีวิตให้กับเด็ก

- การอบรมครูและผู้ดูแลเด็ก รวมถึงสมัชชาสุขภาพในชุมชน ให้เข้าใจเรื่องเอดส์ ปรับทัศนคติ ลดการรังเกียจ ส่งผลให้เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ สามารถเข้าเรียนและอยู่ในชุมชนได้ และเกิดเครือข่ายการทำงานช่วยเหลือและเฝ้าระวังในชุมชน ดังตัวอย่างในพื้นที่จังหวัดพะเยา มีกิจกรรมเพื่อฟื้นฟูและสร้างขวัญให้กับเด็กของสถาบันพัฒนาชุมชนเข้มแข็ง มีการจัดตั้งกองทุนขวัญเด็ก ค่ายศิลปะเด็ก หรือศิลปะสู่คุณธรรม สะท้อนให้เห็นถึงการคำนึงถึงมิติทางจิตวิญญาณและสุนทรียภาพ และ อบต.มีนโยบายในการสนับสนุนงานด้านเอดส์ ให้ทุนการศึกษาเด็ก เด็กมีพัฒนาการและการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมไปในทางที่ดีขึ้น เห็นคุณค่าและความสำคัญของตนเอง มีการวางแผนอนาคตร่วมกับครอบครัว

- โอกาสของการทำให้เกิดความยั่งยืนของการดูแลและช่วยเหลือเด็กได้รับผลกระทบ คือการบูรณาการแผนงานเอดส์เข้ากับแผนงานปกติขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ตัวอย่างความสำเร็จของการดำเนินงานในพื้นที่ อาทิเช่น ตำบลป่าสัก อำเภอภูซาง จังหวัดพะเยา ได้เกิด “กองทุนเครือข่ายสุขภาพตำบล” เป็นแผนงานระยะยาว ซึ่งคล้ายกับที่อำเภอแม่ทะ จังหวัดลำปาง ที่ไม่แบ่งแยกว่าเอดส์เป็นเรื่องของคนเฉพาะกลุ่ม แต่ทำให้เอดส์เป็นเรื่องหนึ่งที่ชุมชนจะต้องคำนึงถึงเช่นเดียวกับเรื่องอื่นๆ

4. การวิจัยและพัฒนาวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

วิจัยและพัฒนาวัคซีนป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี เนื่องจากเป็นปีที่ได้รับทราบผลการทดสอบทางคลินิกของวัคซีนเอดส์ทดลองระยะที่ 3

โครงการศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลองระยะที่ 3 เป็นความพยายามของกระทรวงสาธารณสุข ในการค้นหาวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ที่เหมาะสมกับเชื้อเอชไอวีสายพันธุ์ที่แพร่ระบาดอยู่ เพื่อเป็นมาตรการเสริมในการดำเนินงานเพื่อหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศ โดยได้ดำเนินการตามแผนพัฒนาวัคซีนเอดส์แห่งชาติที่คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้อนุมัติไว้ตั้งแต่ พ.ศ. 2536 และมอบให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานหลักในการดำเนินงาน

หลังจากที่ผลสรุปการศึกษาของวัคซีนเอดส์ทดลองระยะที่ 1/2 ในประเทศไทยบรรลุเกณฑ์ที่ตั้งไว้ กระทรวงสาธารณสุขจึงได้มอบหมายให้กรมควบคุมเป็นผู้ดำเนินโครงการวิจัยนี้ โดยประสานความร่วมมือกันจากหน่วยงานหลายภาคส่วน กล่าวคือ

- คณะผู้ร่วมวิจัย ได้แก่ คณะเวชศาสตร์เขตร้อน มหาวิทยาลัยมหิดล สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์การแพทย์ทหาร กองทัพบก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดระยอง
- ผู้ให้การสนับสนุน ได้แก่ กรมแพทย์ทหารบก กองทัพบกสหรัฐอเมริกา
- ผู้ให้การสนับสนุนทุนวิจัย ได้แก่ สถาบันสุขภาพแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา และกองบัญชาการวิจัยทางการแพทย์และยุทโธปกรณ์ กองทัพบกสหรัฐอเมริกา

- ผู้ให้การสนับสนุนวัคซีนเพื่อการวิจัย ได้แก่ บริษัท ซาโนฟี ปาสเตอร์ สนับสนุนวัคซีนปูพื้น ALVAC-HIV (vCP1521) recombinant canarypox vector vaccine ที่ใช้กรรมวิธี genetically engineered to express HIV-1 gp120 (subtype E: 92TH023) linked to the transmembrane anchoring portion of gp41 (subtype B: LAI), and HIV-1 gag and protease (subtype B: LAI) และบริษัท แวกซ์เจน สนับสนุนวัคซีนกระตุ้น AIDSVAX®B/E (ปัจจุบันคือ บริษัท จีเอสไอดี Global Solutions for Infectious Diseases) ที่เป็น bivalent HIV gp120 envelope glycoprotein vaccine containing a subtype E envelope from the HIV-1 strain A244 and a subtype B envelope from the HIV-1 strain MN

วัตถุประสงค์หลักของโครงการฯ นี้ คือ ศึกษาว่าวัคซีน "ปูพื้น-กระตุ้น" ที่ได้พัฒนาขึ้นมาเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เฉพาะสายพันธุ์ E และ B ที่แพร่ระบาดในประเทศไทย จะสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในอาสาสมัครคนไทยได้จริงหรือไม่ และศึกษาว่าในกรณีที่ได้วัคซีนแล้ว หากอาสาสมัครเกิดการติดเชื้อเอชไอวีจากการดำรงวิถีชีวิตของแต่ละคนแล้ว วัคซีนสามารถลดปริมาณเชื้อไวรัสฯ ในกระแสเลือด ณ จุดทรงตัว ได้หรือไม่

คณะทำงานฯ ได้ดำเนินการในจังหวัดชลบุรีและระยอง กับอาสาสมัครไม่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งชายและหญิงอายุ 18-30 ปี มีการเตรียมความพร้อมของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องและชุมชนพื้นที่วิจัย รวมทั้งอบรมและทดสอบความพร้อมของเจ้าหน้าที่และบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการวิจัยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และเปิดหน่วยคัดกรองอาสาสมัครแห่งแรก เมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ. 2546 เริ่มคัดกรองอาสาสมัครรายแรก เมื่อวันที่ 29 กันยายน พ.ศ. 2546 และได้มีความก้าวหน้าในการดำเนินงานเป็นลำดับดังนี้

- ฉีดวัคซีนให้แก่อาสาสมัครรายแรก เมื่อวันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ.2546
- คัดกรองอาสาสมัคร 26,675 ราย จากผู้สนใจกว่า 60,000 คน
- รับอาสาสมัครฉีดวัคซีน 16,402 ราย เมื่อวันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2548
- อาสาสมัครได้รับวัคซีนครบ 4 ครั้ง 13,976 ราย เมื่อวันที่ 31 กรกฎาคม พ.ศ. 2549

ขณะนี้โครงการศึกษาวัคซีนเอดส์ทดลองระยะที่ 3 ได้เสร็จสิ้นกระบวนการวิจัยและการวิเคราะห์ผลแล้ว โดยประกาศผลอย่างเป็นทางการเมื่อวันที่ 24 กันยายน พ.ศ.2552 ว่าวัคซีนมีประสิทธิผลสามารถลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ ได้ร้อยละ 31.2 แต่ไม่มีผลในการลดปริมาณไวรัสฯ ในกระแสเลือด แม้ว่าประสิทธิผลของวัคซีนในการป้องกันยังไม่สูงถึงระดับที่จะนำมาใช้ในวงกว้าง แต่ถือว่าการวิจัยนี้ก่อให้เกิดองค์ความรู้สำคัญที่สามารถนำไปปรับปรุงพัฒนาวัคซีนเอดส์ ให้มีประสิทธิผลดียิ่งขึ้นในอนาคต

คณะผู้วิจัยได้แต่งตั้งคณะที่ปรึกษาด้านวิทยาศาสตร์ ขึ้นมา 4 คณะ จากผู้เชี่ยวชาญด้านวัคซีนเอดส์และภูมิคุ้มกัน ซึ่งได้แก่ คณะที่ปรึกษาด้านภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซล (Cellular

Immunity) ด้านภูมิคุ้มกันในน้ำเลือดและภูมิคุ้มกันดั้งเดิม (Humoral and Innate Immunity) ด้านปัจจัยทางพันธุกรรม (Host Genetics) และด้านการศึกษาแบบจำลองในสัตว์ทดลอง (Animal Model) เพื่อให้ข้อแนะนำและเสนอวิธีการศึกษาเพื่อหากลไกระบบภูมิคุ้มกันที่ทำหน้าที่ในการป้องกันการติดเชื้อ (Correlate Protective Immunity) และให้ข้อแนะนำสำหรับทิศทางการศึกษาต่อยอดเพื่อพัฒนาวัคซีนเอดส์ทดลองรุ่นใหม่ให้มีประสิทธิภาพมากขึ้นต่อไป

IV. ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี

ในการจัดทำรายงานฯ รอบปี พ.ศ.2553 ได้กำหนดกระบวนการคัดเลือก ตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี โดยการประชาสัมพันธ์ในวงกว้างเพื่อเชิญชวนให้ผู้ปฏิบัติงานได้ส่งสรุปโครงการเข้ารับการคัดเลือก และพิจารณาโดยคณะกรรมการที่ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการ จากทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม ได้คัดเลือกไว้ 7 โครงการจากที่ได้รับมารวม 49 โครงการ แล้วจึงให้หน่วยงานนั้นๆ ส่งรายงานฉบับสมบูรณ์มาอีกครั้ง

หลักการของการคัดเลือก เป็นการพิจารณาว่ามีข้อมูลที่สามารถนำมาบันทึกไว้ในรายงานเพื่อประโยชน์ในการเรียนรู้ ทั้งภายในประเทศและกับนานาประเทศ รวมถึงการใช้เป็นฐานที่นำไปสู่การพัฒนาที่ต่อยอดขึ้นไป

ประเด็นหลักของการคัดเลือก ได้ให้ความสำคัญเป็นพิเศษกับเรื่อง “การทำให้เรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงและความเป็นเพศหญิง” (Feminization of HIV/AIDS) ด้วยเหตุผลที่สถานการณ์เอดส์ของประเทศไทยมีแนวโน้มของการที่สัดส่วนของผู้ติดเชื้อฯที่เป็นสตรีมากขึ้น และจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อฯ รายใหม่ในปี 2552 จำนวน 11,753 คน เป็นการติดเชื้อฯ ของภรรยาจากสามีถึงร้อยละ 30 อีกทั้งมีตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดีในด้านนี้น้อยมากในประเทศไทย อย่างไรก็ตามคณะกรรมการก็ได้คัดเลือกประเด็นอื่นๆด้วยเช่นกัน

ตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีในการดำเนินงานด้านเอดส์ (Best Practice) ในรายงานรอบปี พ.ศ. 2553 ได้แบ่งเนื้อหาออกเป็น 3 ประเด็นหลัก ดังนี้

<u>ประเด็นแรก</u> การทำให้เรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยเป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงและความเป็นเพศหญิง ประกอบด้วย

- โครงการที่ดำเนินงานกับผู้ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี 2 โครงการคือ โครงการ “ชีวิตจริง” ดำเนินงานหลักโดยมูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ สำนักงานภาคเหนือ ร่วมกับภาคี และโครงการ “เสียงและทางเลือก” ระยะที่ 3 ดำเนินงานหลักโดย มูลนิธิรักษ์ไทย และภาคี
- โครงการที่ดำเนินงานกับผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวี 1 โครงการคือ โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์โดยผู้ชายมีส่วนร่วม : การให้บริการฝากครรภ์คู่ ดำเนินงานหลักโดย กองอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับภาคี และคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา
- โครงการที่ดำเนินงาน พัฒนาระบบการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาให้กับเยาวชน 1 โครงการ คือ โครงการ “ก้าวอย่างอย่างเข้าใจ” ดำเนินงานหลักโดย องค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข (PATH) และภาคี

<u>ประเด็นที่สอง</u> การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยการพัฒนาระบบบริการให้กับกลุ่มที่ถูกทำให้เป็นคนชายขอบในประเทศไทย ประกอบด้วย

- โครงการ “การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในพื้นที่ชายแดนเลียบน้ำโขง” : ประสบการณ์ของโรงพยาบาลเชียงแสน ดำเนินงานหลักโดยโรงพยาบาลเชียงแสนและภาคี
- โครงการ “ป้องกันเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มแรงงานอพยพในประเทศไทย” (ฟ้ามิตร) ดำเนินงานหลักโดย มูลนิธิรักษ์ไทย และภาคี

<u>ประเด็นที่สาม</u> การดำเนินการดูแลและสนับสนุนช่วยเหลืออย่างเป็นองค์รวมแก่เด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ในประเทศไทย มี 1 โครงการ คือ

- โครงการ “บูรณาการงานด้านจิตสังคมร่วมกับการดูแลรักษาทางการแพทย์” ดำเนินงานหลักโดย กลุ่มเราเข้าใจ และภาคี

คณะกรรมการได้จัดทำรายงานฉบับสมบูรณ์ของตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีในการดำเนินงานด้านเอดส์ โดยการสนับสนุนจาก UNFPA และรายงานฯ ฉบับนี้ได้สรุปสาระ และข้อค้นพบสำคัญ ดังนี้

1. โครงการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นที่เกี่ยวข้องกับผู้หญิงและความเป็นเพศหญิง

ภายใต้ประเด็นดังกล่าวมี 4 โครงการ ที่ได้รับการคัดเลือกจากคณะกรรมการให้เป็นโครงการที่มีลักษณะการเป็นตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี ได้แก่

1.1 โครงการ” ชีวิตจริง”

โครงการนี้เป็นการดำเนินงานร่วมกับผู้ที่อยู่ร่วมกับเอชไอวี มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ สำนักงานภาคเหนือ (AIDSNet) เป็นหน่วยงานดำเนินงานหลัก ร่วมกับภาคี มีแนวคิดหลัก เพื่อพัฒนาคุณภาพชีวิตด้านต่างๆ ของผู้ติดเชื้อฯ เพื่อเป็นการเสริมสร้างความมั่นใจ และหาแนวทางในการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาวะทางเพศที่ดี มีความปลอดภัย สามารถหลีกเลี่ยงการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ทั้งของตนเองและคู่ มีการวางแผนชีวิตที่ดี มีทางเลือกทางด้านความสัมพันธ์ทางเพศและด้านอนามัยเจริญพันธุ์ในเรื่องการมีคู่และมีลูก รวมถึงด้านจิตใจที่จะส่งเสริมให้มีการยอมรับตนเองและมีสัมพันธภาพที่ดีในการอยู่ร่วมกันในครอบครัวและชุมชน

- **กระบวนการดำเนินการ**

เป็นการดำเนินกิจกรรมแบบมีส่วนร่วมกับผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวี ในทุกขั้นตอน ตั้งแต่กระบวนการวางแผน พัฒนารูปแบบการทำงาน การหนุนเสริมการทำงานของกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ และการพัฒนาหลักสูตรชื่อ “ชีวิตจริง” ที่ได้นำมาใช้ในการจัดการจัดกระบวนการเรียนรู้ให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ที่มาติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ หรือในวันที่มีการดำเนินกิจกรรมกลุ่มทั้งในโรงพยาบาลและหรือในชุมชน ทั้งนี้ การจัด

กระบวนการเรียนรู้โดยหลักสูตรชีวิตจริงนั้นได้จัดให้กับแกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อฯและให้แกนนำกลุ่มฯนำไปขยายผลกับสมาชิกต่อไป สำหรับการติดตามประเมินผลเป็นการดำเนินการร่วมกันระหว่างแกนนำกลุ่มฯ เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ เอดส์เน็ท และ International AIDS Alliance ซึ่งเป็นผู้ให้ทุน

การดำเนินกิจกรรมภายใต้หลักสูตร “ชีวิตจริง” นั้นเป็นการเปิดพื้นที่ให้สามารถคิด พูดคุย แลกเปลี่ยน แสดงความคิดเห็นที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตของผู้ติดเชื้อฯ อย่างค่อนข้างรอบด้านผ่านกิจกรรมหลัก 7 กิจกรรมที่ครอบคลุมเนื้อหาตั้งแต่ทางเลือกในการป้องกันการติดเชื้อฯ การประเมินความเสี่ยงของตนเองต่อการติดเชื้อฯ ประเมินอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การวางแผนหรือเตรียมความพร้องในการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อฯ การหาต้นตอการถูกเลือกปฏิบัติ และการแสวงหาแนวทางในการแก้ปัญหาตลอดไปจนถึง การแลกเปลี่ยนเรื่องทางเลือกด้านสุขภาพทางเพศ

●ผลสำเร็จ

ในเชิงปริมาณพบว่า โครงการชีวิตจริงสามารถดำเนินกิจกรรมที่เข้าถึงและเอื้อประโยชน์ให้กับผู้ติดเชื้อฯ มากกว่า 5 พันคน และได้รับการขยายผลการดำเนินงานไปยังพื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคอื่นๆ ภายใต้ความร่วมมือในการพัฒนารูปแบบการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับผู้ติดเชื้อฯ กับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข นอกจากนั้นยังพบว่า ผู้ที่เข้าร่วมกิจกรรมมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด เพิ่มขึ้น ร้อยละ 20 เปิดเผยผลเลือดกับคู่มากกว่าผู้ที่ไม่เข้าร่วมโครงการฯ ร้อยละ 20 โดยที่การเปิดเผยผลเลือดกับคู่ของผู้ที่เข้าร่วมโครงการฯมีความยุ่งยาก ร้อยละ 12 ซึ่งน้อยกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ ที่มีความยุ่งยากในการเปิดเผยผลเลือด ร้อยละ 21

ในเชิงคุณภาพ โครงการ “ชีวิตจริง” ได้สร้างเสริมความรู้ความเข้าใจและพฤติกรรมในป้องกันและแสวงหาบริการสุขภาพ รวมทั้งส่งเสริมความรู้เรื่องสิทธิ การคิด และการตัดสินใจวางแผนเรื่องสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ติดเชื้อฯและคู่ ทั้งในส่วนของผู้ที่เป็นคู่ที่ติดเชื้อฯ เหมือนกัน หรือคู่ที่ไม่ได้ติดเชื้อฯ นอกจากนี้ “ชีวิตจริง” ยังได้ช่วยสร้างศักยภาพและทักษะการดำเนินกระบวนการพูดคุยแลกเปลี่ยนให้กับแกนนำผู้ติดเชื้อฯ

●ข้อค้นพบสำคัญ

ในการจัดกระบวนการการเรียนรู้แบบมีส่วนร่วมที่ใช้รูปแบบการเรียนรู้แบบ “เพื่อนช่วยเพื่อน” ผ่านการพูดคุยโดยปราศจากการตัดสินต่อการดำเนินพฤติกรรม ความคิด และทัศนคติต่าง ๆ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อฯ ได้พูดคุยแลกเปลี่ยนเรียนรู้เรื่องพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ได้มีข้อมูล ข่าวสาร ที่มาจากประสบการณ์ตรงของเพื่อนสมาชิกในกลุ่มที่สามารถนำไปปรับใช้ให้เหมาะสม สอดคล้องกับรูปแบบการดำเนินชีวิตของตนเอง

การจัดเป็นกระบวนการเรียนรู้ร่วมกันทั้งหญิงและชายและส่งเสริมการเข้าร่วมกิจกรรมเป็นคู่ นำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศและการดำเนินชีวิตที่มีสุขภาวะและมีคุณภาพมากขึ้น

1.2 โครงการเสียงและทางเลือกของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี (ระยะที่ 3 ปี พ.ศ. 2549-2552)

เป็นโครงการที่ดำเนินการโดยให้ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นศูนย์กลาง มูลนิธิรักษ์ไทย เป็นองค์กรดำเนินงานหลัก แนวคิดสำคัญของ “เสียงและทางเลือก” อยู่ที่การเน้นการพัฒนาศักยภาพแกนนำผู้หญิงที่ติดเชื้อฯ ผ่านกระบวนการเรียนรู้แบบเสริมสร้างศักยภาพ เสริมพลังภายในและความเปลี่ยนแปลงในเชิงบวกให้เกิดขึ้นกับตนเอง

●กระบวนการดำเนินการ

“เสียงและทางเลือก” ในระยะที่ 3 นี้เป็นการต่อยอดจากการดำเนินการระยะที่ 1 ที่เริ่มต้นจากการวิจัยแบบมีส่วนร่วมโดยกลุ่มผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวี ในนาม “กลุ่มพลังชีวิต” ที่เข้ามามีส่วนร่วมเป็นผู้วิจัยเองร่วมกับนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยมหิดล และในระยะที่ 2 ที่ปรับกระบวนการเป็นการทำงานเชิงรุกที่นำไปสู่การเสริมสร้างศักยภาพแกนนำผู้หญิงที่ติดเชื้อฯ โดยมีการฝึกอบรมให้ผู้หญิงที่ติดเชื้อฯ เข้าร่วมเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการให้การปรึกษาในโรงพยาบาลในฐานะผู้มีประสบการณ์ตรง และได้รับการอบรมเสริมศักยภาพในการให้การปรึกษา

โครงการในระยะที่ 3 นี้ เป็นการดำเนินกระบวนการมุ่งเสริมอำนาจในการจัดการเรื่องเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ให้กับกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อฯ โดยเริ่มจากการอบรมแกนนำเสริมศักยภาพให้ มีการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของความคิดเรื่องเพศ อำนาจ และบทบาทหญิงชาย เป็นการเรียนรู้ร่วมกันในพื้นที่ที่ทุกคนรู้สึกว่า “ปลอดภัย” ในการพูดคุยแลกเปลี่ยนกันอย่างลึกซึ้ง หลังจากที่มีความเข้าใจปัญหาตัวเองอย่างลึกซึ้งและและมองเห็นถึงรากเหง้าของปัญหาที่เกิดขึ้นกับตนเองแล้วจึงได้วิเคราะห์และรวบรวมปัญหาของเพื่อน ๆ ในพื้นที่แต่ละภาคที่มีความแตกต่างทั้งในวิถีชีวิต บริบททางสังคมและวัฒนธรรม แล้วนำมาร่วมกันพัฒนาเป็นหลักสูตรและการจัดกิจกรรมตามหลักสูตร “เพื่อนสอนเพื่อน” เพื่อค้นหาวิธีการช่วยเหลือที่สอดคล้องกับสภาพความเป็นจริงและสถานการณ์ปัญหาของแต่ละคน และขยายผลการอบรมไปยังกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อฯในภูมิภาคต่าง ๆมากขึ้น

●ผลสำเร็จ

ในเชิงปริมาณ โครงการ “เสียงและทางเลือก” ได้ขยายผลไปสู่กลุ่มผู้หญิงติดเชื้อฯ อื่น ๆ ในพื้นที่ที่เข้าร่วมการอบรมมากกว่า 3,000 คน และแกนนำผู้หญิงของเครือข่ายก็สามารถดึงให้คู่ของตนเข้ามามีส่วนร่วมสนับสนุนการอบรมหลักสูตรเพื่อนสอนเพื่อนในกลุ่มผู้ชายมากขึ้นด้วยเช่นกัน

ในเชิงคุณภาพ แกนนำผู้หญิงและผู้หญิงที่ติดเชื้อฯที่เข้าอบรม มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ สุขภาวะทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของตนเอง มีทักษะในการสื่อสารเรื่องเพศเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความสุขและปลอดภัย สามารถสื่อสารความต้องการที่เหมาะสมของตนต่อคู่ เจ้าหน้าที่ และผู้อื่นที่เกี่ยวข้อง หลักสูตรเพื่อนสอนเพื่อนที่พัฒนาขึ้นในโครงการ ได้นำไปปรับใช้ร่วมกับหลักสูตรอื่น ๆ ในขณะเดียวกันมีแกนนำผู้หญิงที่ติดเชื้อฯในโครงการได้มีโอกาสเข้าไปมีส่วนร่วมในทุกขั้นตอนของพัฒนาหลักสูตรระบบบริการอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับผู้ติดเชื้อฯ ของกรมอนามัย และร่วมเป็นวิทยากรแนะนำการใช้หลักสูตรให้กับกรมอนามัยตั้งแต่เริ่มต้นจนถึงช่วงขยายผลทั่วประเทศในปัจจุบัน

●ข้อค้นพบสำคัญ

กระบวนการที่เสริมอำนาจภายในให้ผู้หญิงที่ติดเชื้อฯ มีความเชื่อมั่นในตนเอง กล้าสื่อสาร กล้าตัดสินใจและกล้ายอมรับผลที่เกิดขึ้นต่อเนื่องตามมา ด้วยการให้เจ้าของปัญหาเป็นผู้เรียนรู้ และคิดค้นทางออกหรือแก้ปัญหาของตนเองนั้น ถือเป็นการแก้ปัญหาที่ถูกจุดและเหมาะสมกับสภาพความเป็นจริงของเจ้าของปัญหา นอกจากนั้นกระบวนการดังกล่าวยังเป็นการเสริมสร้างพลังอำนาจและศักยภาพในตัวคนทำงานอย่างแท้จริงอีกด้วย

1.3 โครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์โดยผู้ชายมีส่วนร่วม : การให้บริการฝากครรภ์คู่

เป็นการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบบริการฝากครรภ์ที่เอื้ออำนวยให้ผู้หญิงที่มาฝากครรภ์และยังไม่พบว่าติดเชื้อเอชไอวี สามารถคงรักษาสถานภาพการไม่ติดเชื้อฯ ได้ โดยมุ่งเน้นการสร้างและเพิ่มการมีส่วนร่วมของคู่ ทั้งนี้ เชื่อว่าการที่คู่สามีภรรยาที่มาฝากครรภ์มีโอกาสได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกัน จะสามารถเข้าใจถึงประโยชน์ของการรับรู้ถึงสภาวะสุขภาพของตน จากการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะช่วยให้ทั้งคู่สามารถวางแผนอนาคตของครอบครัวได้เหมาะสม โครงการนี้ดำเนินงานหลักโดย กองอนามัยเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ร่วมกับภาคี และ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา

●กระบวนการดำเนินการ

ในระยะแรกได้พัฒนาต้นแบบดำเนินการที่คลินิกฝากครรภ์และคลินิกวางแผนครอบครัวที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ 6 แห่งโดยการให้บริการฝากครรภ์เป็นคู่อย่างน้อย 4 ครั้งก่อนคลอด ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับสุขภาพและการดูแลมารดาและทารก ความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมทั้งโรคเอดส์และการป้องกัน และ บทบาทของหญิงชาย นอกจากนั้นโครงการดังกล่าวได้ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างคู่สมรส และส่งเสริมการตรวจการติดเชื้อฯ โดยความสมัครใจของหญิงตั้งครรภ์และคู่พร้อมกัน

ในระยะที่สองของการดำเนินโครงการ ซึ่งมีระยะเวลาดำเนินการระหว่าง ปี พ.ศ. 2550 – 2554 ได้ขยายต้นแบบการดำเนินการออกไปในระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชน ในภูมิภาคต่างๆ การดำเนินโครงการเน้นให้ “ผู้ชายมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพมารดาและทารก” ทั้งนี้คู่ของหญิงตั้งครรภ์จะต้องมารับบริการแบบเป็นคู่อย่างน้อย 4 ครั้ง ที่คลินิกฝากครรภ์ เมื่อคลอด และหลังคลอด รวมทั้งได้พัฒนาหลักสูตรการให้การปรึกษาแบบคู่เบื้องต้น และหลักสูตรการให้การปรึกษาขั้นสูง กรณีคู่มีผลเลือดต่างกัน รวมทั้งเทคนิคในการชักชวนให้มารับบริการแบบเป็นคู่สำหรับผู้ให้บริการของโรงพยาบาลที่เข้าโครงการ

●ผลสำเร็จ

การดำเนินการในระยะที่สอง ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2551 – กันยายน พ.ศ. 2552 มีคู่สามีภรรยาร่วมโครงการจำนวน 724 คู่ คิดเป็นร้อยละ 19.32 ของการฝากครรภ์รายใหม่ทั้งหมดในพื้นที่ดำเนินการ

การดำเนินงานโดยศูนย์อนามัยที่ 3 จังหวัดชลบุรี และ คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยบูรพา ในสถานบริการสุขภาพภาพตะวันออก 25 แห่ง ปี พ.ศ. 2551 มีจำนวนคู่สามีภรรยารายใหม่มารับบริการปรึกษาเป็นคู่ครั้งแรก 3,242 คู่ ตรวจการติดเชื้อฯ จำนวน 1,878 คู่ คิดเป็น ร้อยละ 57.9 สำหรับโรงพยาบาลนำร่องในจังหวัดชลบุรีที่เข้าร่วมโครงการจำนวน 5 โรงพยาบาล ในปี พ.ศ. 2551 มีจำนวนคู่สามีภรรยารายใหม่ที่มารับบริการปรึกษาเป็นคู่ครั้งแรก 358 คู่ โดยตรวจการติดเชื้อฯ พร้อมกันทั้งคู่ จำนวน 340 คู่ คิดเป็น ร้อยละ 95.0

●ข้อค้นพบสำคัญ

การจัดระบบบริการฝากครรภ์แบบคู่เป็นเปิดการพื้นที่การมีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธ์ร่วมกันของผู้หญิงและผู้ชาย การฝากครรภ์คู่เป็นการเพิ่มช่องทางให้เกิดความรักความอบอุ่นในครอบครัวระหว่างสามีและภรรยาได้มากขึ้น

1.4 โครงการก้าวย่างอย่างเข้าใจ (Teenpath Project)

องค์การพัฒนาเทคโนโลยีเพื่อการสาธารณสุข (PATH) เป็นองค์กรหลักดำเนินการโดยความร่วมมือระหว่างกระทรวงศึกษาธิการ และกระทรวงสาธารณสุข เพื่อส่งเสริมการจัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา และการป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา และได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ

เป็นโครงการที่เน้นการสร้างความเข้าใจต่อแนวคิดเพศศึกษารอบด้าน (Comprehensive sexuality education) ที่ครอบคลุมทั้ง 6 มิติ ของพัฒนาการของมนุษย์ สัมพันธภาพ ทักษะส่วนบุคคล พฤติกรรมทางเพศ สุขภาพทางเพศ และสังคมวัฒนธรรม โดยมีเป้าหมายการทำงานในกลุ่มเยาวชนในระบบการศึกษา ที่มีอายุระหว่าง 12-24 ปี

●กระบวนการดำเนินการ

ใช้ยุทธศาสตร์การทำงานเชิงระบบทั้งกับนโยบายสถานศึกษา และครู เพื่อให้มีบทบาทในการเป็นผู้นำการเปลี่ยนแปลง ในเรื่องการจัดกระบวนการเรียนรู้ที่ส่งเสริมสุขภาวะทางเพศให้กับเยาวชน

ในการดำเนินการ องค์การแพธ (PATH) คัดเลือกหน่วยงานภาคีมาร่วมเป็นหน่วยจัดการในภูมิภาคต่างๆ เพื่อดำเนินการให้เกิดการร่วมผลักดันให้สถานศึกษาจัดการเรียนรู้เพศศึกษาในหลักสูตรสถานศึกษาของการศึกษาขั้นพื้นฐาน ในระบบของอาชีวศึกษา การศึกษานอกโรงเรียน และกลุ่มมหาวิทยาลัยราชภัฏ มาร่วมดำเนินการ โดยองค์การแพธ (PATH) ทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุนวิชาการ พัฒนาแนวคิดหลัก เพื่อนำมาออกแบบหลักสูตรการอบรม และยุทธวิธีดำเนินงาน และ องค์การแพธ (PATH) ดำเนินการเองในฐานะหน่วยจัดการสำหรับพื้นที่กรุงเทพมหานคร และเป็นผู้ประสานงาน กำกับทิศทางการดำเนินงานของโครงการในภาพรวม

●ผลสำเร็จ

ในระยะห้าปีของการดำเนินการ โครงการก้าวย่างอย่างเข้าใจมีภาคีที่เป็นหน่วยจัดการ ซึ่งมีภารกิจต่อเนื่องในกระบวนการผลักดันเพศศึกษาในสถานศึกษา รวมทั้งสิ้น 10 หน่วย เกิดตัวอย่างสถานศึกษาต้นแบบที่สามารถจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษาอย่างเป็นระบบให้นักเรียนทุกระดับชั้นได้เรียน ตั้งแต่ประถมศึกษาถึงระดับมหาวิทยาลัย และเป็นส่วนหนึ่งในหลักสูตรของสถานศึกษา เกิดเครือข่ายครูที่เข้าใจการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้าน และการพัฒนาเยาวชนเชิงบวก เกิดทีมวิทยากรเพศศึกษาในพื้นที่ที่โครงการดำเนินงาน เกิดตัวอย่างและแนวทางการจัดหลักสูตรเพศศึกษาสำหรับเยาวชนในระดับต่างๆ ได้แก่ แผนการเรียนรู้เพศศึกษาสำหรับนักเรียนแต่ละระดับตั้งแต่ชั้น ม.1 – ม.6 หลักสูตรเพศศึกษาสำหรับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) แนวทางการจัดกิจกรรมการเรียนรู้เพศศึกษาสำหรับนักศึกษา กศน. และหลักสูตรการจัดกระบวนการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้าน สำหรับนักศึกษาครุศาสตร์ เกิดการรวมกลุ่มของเยาวชน ในการดำเนินงานงานเพื่อส่งเสริมความเข้าใจเรื่องเอดส์และเพศศึกษาในสถานศึกษาและชุมชน และแกนนำเยาวชนมีบทบาทและได้รับการยอมรับจากภาคีเครือข่ายการทำงานในพื้นที่ มีการระดมทรัพยากรท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการดำเนินงานเพศศึกษา มีประเด็นข่าวเรื่องเพศศึกษาสำหรับเยาวชนในสื่อมวลชนมากขึ้น รวมทั้งบุคคลอ้างอิงจากภาคีเครือข่ายก้าวย่างอย่างเข้าใจสำหรับแหล่งข่าวในประเด็นเพศศึกษาเพื่อเยาวชนมากขึ้น

●ข้อค้นพบสำคัญ

การให้นโยบายที่ชัดเจนเรื่องการให้สถานศึกษาจัดหลักสูตรการเรียนรู้เพศศึกษารอบด้านให้กับเยาวชนทุกระดับชั้นอย่างต่อเนื่องของผู้กำหนดนโยบายของด้านการศึกษาเป็นสิ่งจำเป็นในการสร้างความมั่นใจให้กับผู้ปฏิบัติและสังคม

มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องสร้างความเข้าใจให้กับบุคลากรในระบบการศึกษาต่อเป้าหมายและกรอบแนวคิดเพศศึกษารอบด้านว่า เป็นกระบวนการสร้างการเรียนรู้ให้เยาวชนในเรื่องเพศวิถีโดยตัวผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง ใช้กระบวนการคิด การวิเคราะห์ โดยเปิดโอกาสให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการแสดงความคิดเห็นที่หลากหลาย ประกอบกับการให้ข้อมูลที่ถูกต้องรอบด้านเพื่อประกอบการตัดสินใจ

2. การดำเนินการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กลุ่มประชากรชายขอบ

ภายใต้ประเด็นนี้มี 2 โครงการที่ได้รับการคัดเลือกจากคณะกรรมการให้เป็นตัวอย่างปฏิบัติการที่ดี ได้แก่

2.1 โครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในพื้นที่ชายแดนเลียบน้ำโขง
: ประสบการณ์ของโรงพยาบาลเชียงแสน

เป็นการจัดและพัฒนาบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในพื้นที่ชายแดนเลียบน้ำโขงเป็นเวลาต่อเนื่องมาหลายปี ให้กับแรงงานและผู้คนจากพื้นที่ชนแดน ข้ามเขตแดน ข้ามรัฐ ซึ่งไม่มีสิทธิในการเข้าถึงและได้รับบริการรักษาใด ๆ ผ่านการการระดมทรัพยากรจากหลากหลายภาคส่วน การบูรณาการการทำงานกับภาคส่วนต่างๆ และการผนวกเอาการใช้ภูมิปัญญาท้องถิ่นรวมเข้าไว้ในการพัฒนาระบบบริการ เพื่อสร้างทางเลือกในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้ด้อยโอกาสกลุ่มต่างๆ

●กระบวนการดำเนินการ

จากโครงการนำร่องของรัฐบาลไทย ในปี 2547 ที่ได้ให้ยาต้านไวรัสฯ แก่กลุ่มชนชาติพันธุ์ที่อาศัยอยู่ในพื้นที่ชายแดนของประเทศไทยที่เป็นโครงการระยะสั้นแต่ผู้ติดเชื้อฯ จำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัสฯไปตลอดชีวิต โรงพยาบาลเชียงแสนจึงได้ค้นหารูปแบบสำหรับการบริการในระยะยาว

เนื่องจากผู้ติดเชื้อฯ ที่มารับยานั้นส่วนใหญ่เป็นเป็นผู้ที่ข้ามแดนไปมาระหว่างประเทศ ดังนั้นเพื่อให้มีการดูแลได้อย่างต่อเนื่อง โรงพยาบาลเชียงแสนร่วมกับองค์กรหมอไร้พรมแดน-เบลเยี่ยม ได้วางระบบต่างๆ ในการให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ แก่โรงพยาบาลชายแดนของประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ได้แก่ ระบบการบริหารคลังยาสำรองจ่าย ระบบการตรวจติดตามทางชันสูตรและระบบส่งต่อผู้ป่วย ระบบปรึกษา และการลงบันทึกประวัติการดูแลผู้ป่วยร่วมกัน

จากการทบทวนเวชระเบียนในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ที่รับยาต้านไวรัสฯ ที่โรงพยาบาลเชียงแสนทั้งชาวไทยและกลุ่มชนชาติพันธุ์ เพื่อศึกษาผลข้างเคียงจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และพบว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อฯ มีการป่วยด้วยโรคระบบไขมันและหลอดเลือดและไขมันย้ายที่ถึงร้อยละ 54.8 ของผู้ที่รับยาต้านไวรัสฯ ทั้งหมด โรงพยาบาลฯ จึงได้พัฒนารูปแบบการดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองด้วยการส่งเสริมวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่น เพื่อนำสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพของผู้ป่วยกลุ่มนี้ และต่อมายังได้มีการปรับปรุงหลักสูตรโดยเพิ่มวิถีชีวิตและภูมิปัญญาของคนลาวและพม่าเข้ามา โดยการมีส่วนร่วมของเครือข่ายจากประเทศทั้งสอง ซึ่งหลังจากที่ได้จัดอบรมการดูแลสุขภาพด้วยแนวทางดังกล่าวให้กับผู้ติดเชื้อฯ และญาติ และมีการติดตามผลในชุมชน และจัดอบรมต่อเนื่องให้กลุ่มที่เคยรับการอบรมแล้วขยายผลให้เป็นพี่เลี้ยงขยายผลไปยังเพื่อนผู้ป่วยและกลุ่มเสี่ยงที่เหลืออยู่ นอกจากนี้ โรงพยาบาลยังได้พัฒนาสื่อเพื่อการเรียนรู้ 3 ภาษาได้แก่ภาษาไทย ลาวและพม่า ช่วยให้ทีมงานสามารถดูแลผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวได้ดียิ่งขึ้น

●ผลสำเร็จ

กลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ลาวและพม่า ที่อยู่ในการดูแลของโรงพยาบาลเชียงแสน จำนวน 73 ราย ที่เริ่มดูแลรักษาระหว่าง เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2547 – เดือน มิถุนายน พ.ศ. 2550 มีอัตราการกินยาต้านไวรัสฯ ต่อเนื่อง เฉลี่ยสูงกว่าร้อยละ 98.2 และอัตราการรอดชีวิต ณ สัปดาห์ที่ 36 ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ คิดเป็น ร้อยละ 96

ในเชิงคุณภาพพบว่ากลุ่มเป้าหมายที่รับยาต้านไวรัสฯ ทุกรายมีสุขภาพที่ดีขึ้น สามารถมีชีวิตอย่างเป็นปกติในชุมชน มีการรวมตัวกันช่วยเหลือเพื่อนผู้ติดเชื้อฯ ด้วยกัน มีกิจกรรมส่งเสริมป้องกันเชื่อมโยงกับกิจกรรมผู้ติดเชื้อฯ ชาวไทยอย่างผสมกลมกลืนและต่อเนื่อง

การที่โรงพยาบาลได้นำวิถีชีวิตและภูมิปัญญาท้องถิ่น มาส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อฯ กลุ่มชนชาติพันธุ์ดูแลสุขภาพแบบพึ่งตนเองนั้น ทำให้ผู้ติดเชื้อฯ และญาติสามารถดูแลตนเองให้มีสุขภาพดีเพิ่มขึ้น มีความรู้ ความเข้าใจและมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองเบื้องต้น และให้ความร่วมใจในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ของตนได้ดียิ่งขึ้น สามารถช่วยให้คำแนะนำและเป็นกำลังในให้แก่เพื่อนผู้ติดเชื้อฯ รายอื่น

●ข้อค้นพบสำคัญ

หัวใจสำคัญและความสำเร็จของการจัดบริการคือ การมองเห็นคุณค่าที่เท่าเทียมกันของมนุษยชาติ และ การมีส่วนร่วมอย่างจริงจังของทีมงานสหวิชาชีพ การออกแบบระบบโครงสร้างพื้นฐานเพื่อการพัฒนาคุณภาพในองค์กรเป็นฐานสำคัญที่จะทำให้ผู้รับผิดชอบงานสามารถจัดการและรองรับการเปลี่ยนแปลงที่มีอยู่ตลอดเวลา

ยาต้านไวรัสฯ เป็นกลยุทธ์ที่ทำให้ระบบสาธารณสุขชายแดนสามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ที่ด้อยโอกาส ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของการจัดการปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ในพื้นที่ชายแดน สามารถลดปัญหาการแบ่งแยก การตีตรา และสามารถนำไปสู่กิจกรรมส่งเสริมป้องกันปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของพื้นที่

นโยบายของประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านที่เกี่ยวข้องในเรื่องของชายแดนและสัมพันธภาพที่มีต่อกันมีส่วนสำคัญต่อความเป็นไปได้ของโครงการ

2.2 โครงการป้องกันเอชไอวี เอดส์ในกลุ่มแรงงานอพยพในประเทศไทย (ฟ้ามิตร)

โครงการมีวัตถุประสงค์หลักอยู่ที่ การเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยและการดูแลสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ในกลุ่มแรงงานอพยพและครอบครัว รวมถึงประชากรกลุ่มอื่น ๆ ที่มีความสัมพันธ์กันที่มาจากประเทศ ส.ป.ป.ลาว กัมพูชาและ พม่า โดยเน้นในกลุ่มที่ทำงานประมงและอุตสาหกรรมอาหารทะเลใน 19 จังหวัดแถบชายฝั่ง และผู้อพยพที่เข้ามาทำงานตามโรงงาน พื้นที่การเกษตร และการก่อสร้างใน 3 จังหวัดที่ไม่ได้อยู่แถบชายฝั่งแต่มีเขตแดนติดกับประเทศพม่า นอกจากนี้ยังมีการดำเนินงานที่มุ่งให้ความสนใจเป็นพิเศษกับแรงงานบริการทางเพศและแรงงานในสถานบันเทิงที่เป็นทั้งแรงงานข้ามพรมแดนและแรงงานไทย โครงการนี้ดำเนินการหลักโดยรักษ์ไทยซึ่งเป็นผู้รับทุนหลักจากกองทุนโลกและองค์กรภาคีอีก 7 องค์กรที่ดำเนินกิจกรรมอยู่ในพื้นที่เป้าหมาย

●**กระบวนการดำเนินการ**

โครงการใช้กระบวนการทำงานแบบผสมผสานที่รอบด้าน มีความยืดหยุ่นและปรับเปลี่ยนได้ โดยมีการทำงานเชิงรุกภาคสนาม การจัดบริการในพื้นที่ การสื่อสารรูปแบบต่าง ๆ การแจกจ่ายถุงยางอนามัย และการส่งต่อเพื่อรับบริการด้านอนามัยการเจริญพันธ์

การทำงานในพื้นที่มี **ทีมทำงานเชิงรุกภาคสนาม** ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ภาคสนามคนไทย 1 คนและ และ พนักงานสาธารณสุขต่างชาติ (พสต.) อย่างน้อยหนึ่งคนเข้าไปจัดกิจกรรมต่างๆ ถึงที่พัก ที่ทำงาน หรือสถานที่ที่กลุ่มประชากรเป้าหมายพบปะกัน ทั้งนี้ พสต.จะได้รับการคัดเลือกมาจากกลุ่มชาติพันธุ์หลัก ๆ ของกลุ่มผู้อพยพในปัจจุบัน จากนั้นจะมีการฝึกอบรมอย่างเข้มข้นในเรื่องเอชไอวีและสุขภาพอนามัยเจริญพันธุ์ โดยจะมีการทบทวนในการประชุมทุกเดือน และมีการจัดฝึกอบรมซ้ำให้ทุกปี

องค์ประกอบสำคัญในการดำเนินงานคือ อาสาสมัครสาธารณสุขต่างชาติ (อสต.) ซึ่งคัดเลือกมาจากสมาชิกในชุมชนของผู้อพยพ อสต.จะทำหน้าที่ในการกระจายข้อมูลข่าวสารในกลุ่มผู้อพยพ และคอยย้ำเตือนข้อความที่ใช้ในการสื่อสารเพื่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในกลุ่มผู้อพยพที่อาจจะเข้าถึงได้ยาก ทั้งนี้ โครงการฟ้ามิตรได้มี**การพัฒนาสื่อ**หลากหลายรูปแบบ ที่ให้ความรู้เรื่องเอชไอวี เอดส์ และ สิทธิ ต่างๆ เรื่องสุขภาพ เป็นภาษาของแรงงาน และผู้อพยพย้ายถิ่น เช่น พม่า ลาว เขมร กะเหรี่ยง ลาหู่ มัง ไทใหญ่

โครงการฯ ได้จัด “**ศูนย์บริการที่เป็นมิตรกับผู้อพยพ”** (Drop-in centers) เพื่อให้บริการข้อมูลข่าวสาร บริการ นัดพบกับเพื่อนๆ และกิจกรรมต่างๆ โดยจัดให้อยู่ในพื้นที่

ที่ผู้อพยพเข้าถึงได้ง่ายและสะดวก เป็น “พื้นที่ปลอดภัย” ที่ให้ความรู้สึกสบายใจและรู้สึกมีส่วนร่วมในการเป็นเจ้าของ ศูนย์บริการฯ เปรียบเสมือนเป็นจุดส่งต่อบริการของผู้อพยพในการเข้าถึงบริการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งบริการสุขภาพแม่และเด็ก โดยมีเจ้าหน้าที่และอาสาสมัครของศูนย์บริการฯ เป็นผู้ติดตามผลการรักษา

ในการประสานงานกับโรงพยาบาลในพื้นที่ ภาคีของ “ฟ้ามิตร” จำนวนหนึ่งทำงานร่วมกับโรงพยาบาลที่ให้บริการคลินิกเคลื่อนที่ โดย “ฟ้ามิตร” จะช่วยเรื่องล่ามแปลภาษาเพื่อเอื้ออำนวยความสะดวกให้กับพยาบาลและแพทย์ในบางกรณี เมื่อต้องให้บริการทั่วไปด้านสุขภาพ รวมทั้งการวางแผนครอบครัว และการรักษาอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การแจกจ่ายถุงยางอนามัย มี 2 กลยุทธ์หลักคือ ผ่านตู้แจกจ่ายถุงยางอนามัย และผ่านคนคือ อาสาสมัครและนายจ้าง รวมทั้งการแจกจ่ายเชิงรุกผ่านการทำกิจกรรมภาคสนามในพื้นที่

●ผลสำเร็จ

ตลอดระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา โครงการฯ สามารถเข้าถึงและให้บริการประชากรต่างชาติได้มากกว่า 442,260 คน โดยในปี 2551 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรต่างชาติที่เป็นลูกเรือประมงได้ปรับลดลงอยู่ในช่วง ร้อยละ 0.7 - 5 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ร้อยละ 1.96 ซึ่งเป็นอัตราที่ปรับลดลงถึง ร้อยละ 5 เมื่อเทียบกับปี พ.ศ. 2547 ในขณะที่กลุ่มประชากรต่างชาติทั่วไปนั้นมีอัตราการติดเชื้อฯ อยู่ที่ ร้อยละ 0.4 - 2.5 โดยมีค่าเฉลี่ยอยู่ที่ ร้อยละ 1.38 ซึ่งยังคงสูงกว่าประชากรไทยทั่วไป

ร้อยละของประชากรต่างชาติที่รู้ว่า “การใช้ถุงยางอนามัยเป็นวิธีการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อ เอชไอวี” เพิ่มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 79 เป็น ร้อยละ 89 นอกจากนี้กลุ่มผู้ที่ตอบว่า “เชื่อมั่นว่าการใช้ถุงยางอนามัยในทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์จะช่วยป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพ” ก็มีเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราที่ตอบว่าเชื่อมั่นสูงกว่า ร้อยละ 80

ขณะเดียวกัน ในกลุ่มประชากรต่างชาติชาย รายงานด้วยตนเองเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งนับเป็นการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่ชัดเจนที่สุดว่า “ได้ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนที่ไม่ใช่คู่ประจำ” เพิ่มสูงขึ้นจาก ร้อยละ 43 ในปี พ.ศ. 2547 เป็น ร้อยละ 90 ในปี พ.ศ. 2551 โดยในสิ้นปีพ.ศ. 2551 “ฟ้ามิตร” มีศูนย์บริการฯ รวมทั้งสิ้น 38 แห่ง ใน 21 จังหวัด พสต.ได้รับการฝึกอบรมและเข้าร่วมในบริการในโรงพยาบาลของรัฐใน 10 จังหวัด ที่มีประชากรต่างชาติเข้าไปใช้บริการเป็นจำนวนมาก

●ข้อค้นพบสำคัญ

การมีส่วนร่วมของผู้ที่ได้รับประโยชน์นับว่าเป็นสิ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อความสำเร็จของโครงการเนื่องจากทำให้สามารถแก้ปัญหาเรื่องการเข้าถึงกลุ่มประชากร

ต่างชาติและอุปสรรคด้านภาษาการดำเนินงานเอดส์สำหรับกลุ่มที่มีความเปราะบางและถูกทำให้เป็นกลุ่มชายขอบ จำเป็นต้องมีการส่งเสริมเรื่องสิทธิและการทำงานชุมชน

3. การดูแลและช่วยเหลือแบบองค์รวมแก่เด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์

มีการดำเนินโครงการเพียง 1 โครงการ ที่ได้รับการคัดเลือกจากคณะกรรมการให้เป็นโครงการที่เป็นตัวอย่างปฏิบัติการที่ดีภายใต้ประเด็นนี้

3.1 โครงการบูรณาการงานด้านจิตสังคมร่วมกับการดูแลรักษาทางการแพทย์

โครงการนี้ดำเนินการเพื่อพัฒนารูปแบบการทำงานด้านจิตสังคมด้วยกระบวนการทางศิลปะ และบูรณาการงานจิตสังคมกับการดูแลรักษาทางการแพทย์ เพื่อป้องกันและลดผลกระทบจากเอดส์ในกลุ่มเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ดำเนินการหลัก คือ กลุ่มเราเข้าใจ ซึ่งเป็นเครือข่ายผู้ปฏิบัติงานกับเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อฯ ทั้งจากองค์กรเอกชนและองค์กรรัฐ รวมทั้งคนทำงานด้านศิลปะ สื่อมวลชน และอาสาสมัครทั่วไป ร่วมกับภาคีที่ประกอบด้วยหลากหลายองค์กรและหน่วยงาน

●กระบวนการดำเนินการ

กระบวนการดำเนินงานที่สำคัญเริ่มจากการดำเนินงานเพื่อเยียวยาจิตใจเด็กโดยประยุกต์เครื่องมือศิลปะ อาทิเช่น การวาดภาพ ถ่ายภาพ และ ละคร ในการช่วยให้เด็กเรียนรู้ตนเอง แลกเปลี่ยนกับเพื่อน และสร้างคุณค่าในตนเอง ทั้งนี้ การดำเนินในช่วงแรกนั้นได้จัดเป็นค่ายศิลปะ และนำงานศิลปะที่เด็กทำมาใช้ในการรณรงค์สื่อสารกับสังคมเพื่อการรณรงค์สร้างความเข้าใจในการดูแลและอยู่ร่วมกับเด็กที่ติดเชื้อฯ และดำเนินกิจกรรมกลุ่มอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งประยุกต์กิจกรรมเสริมอื่นๆ นอกจากกิจกรรมศิลปะ เพื่อการส่งเสริมศักยภาพของเด็ก เช่น กิจกรรมเรียนรู้เรื่องเอดส์ เพศศึกษา ทักษะชีวิต ทักษะอาชีพ และ ติดตามให้การปรึกษารายบุคคลหลังจบกิจกรรม ร่วมกับการติดตามการดูแลรักษาสุขภาพเด็ก และส่งเสริมศักยภาพของครอบครัวในการดูแลเด็ก

●ผลสำเร็จ

ในเชิงปริมาณ กลุ่มเยาวชนได้รวมกลุ่มเพื่อนอาสาจำนวน 12 กลุ่ม สมาชิกประมาณ 200 คน มีวัตถุประสงค์พัฒนาคุณภาพชีวิตเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อฯ กลุ่มได้รับการส่งเสริมทักษะและงบประมาณในการดำเนินงาน กลุ่มเยาวชนเพื่อนอาสามีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนการดำเนินงานกับเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อฯ จำนวนกว่า 1,000 คน ในพื้นที่โครงการ

ในเชิงคุณภาพพบว่า เกิดการพัฒนาจากภายในตัวเด็กเอง เด็กมีความผ่อนคลายและมีสมาธิมากขึ้น และสามารถค้นพบทางเลือกที่หลากหลายในการคลี่คลายปัญหาของ

ตัวเอง องค์ความรู้จากประสบการณ์การจากการดำเนินงานโครงการ ได้นำมาพัฒนาเป็นเอกสาร สื่อดีวีดี เผยแพร่ร่วมกับหลักสูตรการเรียนรู้ให้แก่ผู้ปฏิบัติงานที่สนใจ

●ข้อค้นพบสำคัญ

ศิลปะเป็นเครื่องมือที่ช่วยให้เด็กได้เปิดสำรวจตัวเอง ค้นหาปัญหาที่เผชิญอยู่ และนำไปสู่การค้นพบทางเลือกที่หลากหลายมากขึ้นในการคลี่คลายปัญหา และผลงานศิลปะของเด็กก็ถือเป็นการเปิดพื้นที่ที่จะสื่อสารเรื่องราวภายในตนเองออกมาให้ผู้อื่นได้รับรู้ และนำไปสู่การดำเนินงานของผู้ที่เกี่ยวข้องเพื่อตอบสนองต่อการป้องกันและลดผลกระทบของเด็ก

ในการจัดกิจกรรมศิลปะเพื่อการเยียวยาจิตใจเด็กนั้นเงื่อนไขที่สำคัญที่สุดคือต้องคำนึงถึงกระบวนการจัดกิจกรรมที่เอื้อให้เด็กได้คิดอิสระ ไม่แทรกแซงครอบงำ บนสัมพันธภาพที่ดีต่อกันในกลุ่มเด็กและผู้ส่งเสริมการเรียนรู้ ไม่เปรียบเทียบหรือให้ค่าผลงานของเด็กแต่ละคน และต้องจัดการเรียนรู้ต่อเนื่อง

V. สิ่งท้าทายสำคัญ และการดำเนินการแก้ไข

1. ความก้าวหน้าในการจัดการสิ่งท้าทายสำคัญตามรายงาน UNGASS รอบปี พ.ศ. 2550

1.1 กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่ไม่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และผลักดันเชิงนโยบาย

ในรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศฯ รอบปี 2550 ได้ระบุความท้าทายในเรื่องของกฎหมาย ระเบียบและข้อบังคับ ที่ไม่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ อาทิ (ร่าง) พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ.... พ.ร.บ.สถานบริการ พ.ศ. 2509(แก้ไข พ.ศ. 2548) (ร่าง) พ.ร.บ. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พ.ศ. ... และมีข้อเสนอให้ทบทวนกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่ไม่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

จากรายงานการศึกษาทบทวนกฎหมาย นโยบายด้านสิทธิมนุษยชนและสิทธิด้านเอดส์ของมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ในปี 2552 พบว่า ประเทศไทยมีกฎหมายที่ดีที่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ในมาตรา 4 มาตรา 26 มาตรา 28 และ มาตรา 30 รวมทั้งรัฐธรรมนูญหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทย พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน และพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก รวมทั้ง แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและจัดการปัญหาเอดส์ในสถานที่ทำงาน ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2552 ซึ่งทั้งหมดสะท้อนให้เห็นว่าประเทศมีกลไกทางกฎหมายและนโยบายด้านเอดส์ที่ดี และเอื้อให้มีการดำเนินงานที่ดีอยู่แล้ว จึงไม่มีความจำเป็นต้องมีกฎหมายเฉพาะเรื่องเอชไอวี เช่น พ.ร.บ.คุ้มครองฯ ฉบับปี พ.ศ..... ที่เคยนำเสนอในปี 2550 และถูกคัดค้าน เพราะมีลักษณะการละเมิดสิทธิเอง (ดูรายละเอียดในรายงาน ดัชนีรวมด้านนโยบายของภาคประชาสังคม)

นอกจากนี้ ยังมีกลไกในการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อฯ ได้แก่ คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน กระทรวงยุติธรรม ในขณะที่ ภาคประชาสังคม มีเครือข่ายการดำเนินงานที่เข้มแข็งในเรื่องของส่งเสริมสิทธิผู้ติดเชื้อฯ และมีบทบาทสำคัญในการช่วยผลักดันนโยบายที่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ อาทิ มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) และเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ แห่งประเทศไทย เป็นต้น

1.2 การพัฒนาการบริหารจัดการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ในรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศฯ รอบปี 2550 ได้ระบุความท้าทายในด้านพัฒนาการบริหารจัดการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ทั้งในส่วนกลไกการประสานการ

ดำเนินงานในระดับประเทศ ระดับจังหวัด และการพัฒนาศักยภาพการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน

ตามที่คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มีคำสั่งที่ 1/2550 ลงวันที่ 4 เมษายน 2550 แต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์” มีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลทิศทางการดำเนินงานให้สอดคล้องตามแนวทางที่คณะกรรมการแห่งชาติฯ ในช่วงปี 2551-2552 คณะอนุกรรมการฯ โดยการบริหารจัดการของ ศรอ. ได้พิจารณาสนับสนุนหน่วยงานต่างๆทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคมในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี โดยมีกลยุทธ์หลัก 3 ประการ ได้แก่ 1) การประชาสัมพันธ์รณรงค์ป้องกันเอดส์ 2) การเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายป้องกันเอดส์ และ 3) การสร้างกลไกที่ยั่งยืนของจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการขับเคลื่อนและเป็นเจ้าของงานป้องกันเอดส์

ในการพัฒนาการบริหารจัดการระดับประเทศ อธิบดีกรมควบคุมโรคในฐานะเลขานุการคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้ปรับโครงสร้างภายในกรมควบคุมโรค โดยจัดให้ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) เป็นหน่วยงานภายในขึ้นตรงต่ออธิบดี ทำหน้าที่เป็นกลไกในการประสานงานในระดับชาติ ประสานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในภารกิจต่าง ๆ กล่าวคือ

- การพัฒนานโยบายและแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ
- การกำหนดแผนงาน โครงการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และแนวทางการแปลงนโยบายและยุทธศาสตร์สู่การปฏิบัติ
- การจัดทำยุทธศาสตร์และแผนปฏิบัติการติดตามและประเมินผลการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับประเทศให้เป็นเอกภาพ และอำนวยการ สนับสนุน ให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนการติดตามและประเมินผลการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ระดับประเทศ เขต และจังหวัด
- การจัดการและดำเนินงานศูนย์ข้อมูลข่าวสาร เพื่อการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ รวมทั้งการจัดระบบเชื่อมโยง รวบรวม วิเคราะห์ สังเคราะห์ ข้อมูลข้อสนเทศ เพื่อการเผยแพร่ และการนำไปใช้ประโยชน์ ทั้งในระดับนโยบายและระดับปฏิบัติ ตลอดจนการรับข้อมูล ปัญหา อุปสรรค การดำเนินงาน เพื่อจัดทำข้อเสนอระดับนโยบายในการแก้ไขปัญหาอุปสรรค

ส่วนในระดับจังหวัด ได้ใช้ทรัพยากรจากโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ในโครงการป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มเยาวชน และกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูง ในการจัดกลไกประสานการขับเคลื่อนการดำเนินงาน เรียกว่า ศูนย์ประสานงานประชาคมเอดส์จังหวัด (Provincial Coordinating Mechanism: PCM) โดยคาดหวังให้เป็นกลไกที่จะช่วยขับเคลื่อนการทำงานของศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด และ

คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ซึ่งโครงสร้างดังกล่าว อาจช่วยกระตุ้นให้เกิดโครงการป้องกันโดยใช้การสนับสนุนงบประมาณของรัฐหรือองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น หรือการดำเนินงานในลักษณะของการประสานงานในพื้นที่ระดับจังหวัดให้ดีขึ้น

การพัฒนาและเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น โดยเฉพาะในระดับตำบล ยังมีลักษณะของโครงการนำร่อง เป็นส่วนใหญ่ จากการประเมินสถานการณ์องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นส่วนใหญ่ ยังทำหน้าที่เฉพาะการจ่ายเบี้ยยังชีพให้กับผู้ติดเชื้อฯ ซึ่งก็ยังเป็นปัญหาในวิธีการที่ทำให้ผู้ติดเชื้อฯไม่กล้าที่จะเข้ารับการช่วยเหลือ

1.3 การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้กับประชากรทั่วไปและกลุ่มเป้าหมายจำเพาะ

ในรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศฯ รอบปี 2550 ได้ระบุความท้าทายในด้านการดำเนินงานการป้องกัน การส่งเสริมความรู้และทักษะด้านการป้องกัน การจัดบริการสุขภาพ การดูแลรักษาให้กับ ประชากรกลุ่มเป้าหมายต่างๆ รวมถึงการลดอคติและการตีตราผู้ติดเชื้อฯ

การดำเนินงานในรอบการรายงานความก้าวหน้าปัจจุบัน พบว่ามีการดำเนินงานที่ก้าวหน้า ในเรื่องต่อไปนี้

ประเทศมีนโยบายและการสนับสนุนงานด้านการป้องกันเพิ่มมากขึ้น ทั้งในส่วนการจัดตั้งคณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ การกำหนดนโยบายลดการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2554 ตามแผนยุทธศาสตร์ฯ การจัดทำมาตรการเร่งรัดเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ให้ได้ครึ่งหนึ่งภายในปี พ.ศ. 2554 ตามมติคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ. 2552 และการดำเนินแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกฯ ในการป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มเยาวชน กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการ กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด กลุ่ม แรงงานข้ามชาติ และกลุ่มผู้ต้องขัง ในรอบต่อเนื่องจากรอบ 1 และ โครงการรอบที่ 8 รวมทั้ง โครงการสนับสนุนการพัฒนาเครือข่ายการทำงานร่วมกัน โดย สปสช.ผ่าน สวรส. ซึ่งจัดสรรงบประมาณดำเนินการในกลุ่ม เยาวชน และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ ได้แก่ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงบริการทางเพศ และแรงงานข้ามชาติ อีกทั้งกำหนดเป็นแนวทางให้มีผู้แทนประชากรกลุ่มต่างๆ เข้าไปมีส่วนร่วมในกลไกหรือโครงสร้างการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานทั้งระดับประเทศและระดับจังหวัดด้วย

ความก้าวหน้าของการดำเนินงานส่งเสริมบริการในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง ได้แก่ความคืบหน้าในการดำเนินงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด โดยการมีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน มีการเพิ่มการรักษาด้วยสารทดแทนเมทาโดนระยะยาว รวมเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม

พ.ศ. 2551 การดำเนินงานโครงการ NAPHA Extension เพื่อให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ แก่แรงงานต่างชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ และคนที่ไม่มีสถานะพลเมืองจำนวน 2,000 ราย นอกจากนี้ ยังได้เริ่มการดำเนินงานส่งเสริมเรื่องการให้การปรึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อโดยความสมัครใจ การแจกจ่ายถุงยางอนามัย และงานด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาในเรือนจำอยู่บ้าง โดยยังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม แม้อาจมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ

ด้านการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ คณะกรรมการกลไกความร่วมมือในประเทศ (Country Coordinating Mechanism: CCM) พิจารณาเห็นช่องว่างในการดำเนินงาน จึงได้จัดทำโครงการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ในรอบที่ 9 โดยการพิจารณาจากผลการดำเนินงานพัฒนารูปแบบการดูแลเด็กฯ ทางด้านสังคมและจิตใจ โดยภาคประชาสังคม กลุ่มเราเข้าใจและภาคี ร่วมกับภาคบริการทางการแพทย์และวิชาการ รวมทั้ง การพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานเอดส์ในกลุ่มเยาวชน แต่กองทุนโลกฯ แจ้งผลให้ประเทศพิจารณาทบทวนใหม่

การพัฒนาบริการด้านการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก (PMTCT) มีความคืบหน้าเรื่อง การปรับสูตรยาสำหรับ PMTCT เป็นยาสูตรสามตัว และการให้ยาตามสถานะ CD4 โดยดำเนินการนำร่องในเขต 7 และ 4 จังหวัด และจะขยายการดำเนินงานทุกพื้นที่ในเดือนตุลาคม พ.ศ. 2553 นอกจากนี้ ยังได้ริเริ่มดำเนินงานโครงการ Staying Negative ในคลินิกแม่และเด็ก โดยการส่งเสริมบริการฝากครรภ์แบบคู่ และให้การปรึกษาเพื่อให้ดูแลป้องกันตนเองจากการติดเชื้อฯ ในคู่สามีภรรยาที่มีผลเลือดต่าง

ในส่วนของการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มเยาวชนในโรงเรียน ชุมชน และสถานประกอบการ ยังไม่มีความก้าวหน้าเท่าที่ควร เพราะยังไม่พบว่า เยาวชนมีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมด้านการป้องกันที่ดีขึ้น ในขณะที่หลักสูตรการสอนเรื่องเอดส์เพศศึกษา บนพื้นฐานทักษะชีวิต ยังไม่ได้เป็นนโยบายในระดับชาติและระดับกระทรวง มีการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษาที่ให้ครูเลือกไปปรับใช้ตามความเหมาะสมของนักเรียนและสถานศึกษา โดยที่กระทรวงศึกษาธิการยังไม่ได้กำหนดให้เป็นสาระหลักในการเรียนรู้

สำหรับการพัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธ์ที่เป็นมิตรกับเยาวชน ผู้หญิง และการจัดระบบบริการสุขภาพที่เป็นมิตรให้กลุ่มเป้าหมายจำเพาะอื่นๆ อยู่ระหว่างการพัฒนาและเตรียมความพร้อมของบุคคลากร สถานที่ในการวางจุดบริการ โดยได้นำเอาแบบอย่างที่ดีของการให้บริการทางสุขภาพที่เป็นมิตรกับเยาวชน “โครงการเลิฟแคร์ กล้ารักกล้าเช็ค” ที่พัฒนาโดย องค์กร PATH ไปเป็นต้นแบบในการจัดบริการสุขภาพให้กับเยาวชนในพื้นที่อื่นๆ อีก 43 จังหวัด ในขณะที่รูปแบบการให้บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการตรวจหาการติดเชื้อของโรงพยาบาลอุดรธานีสามารถใช้

เป็นต้นแบบของการให้บริการในบริการแก่กลุ่มพนักงานบริการและกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศได้เช่นกัน

2. ความท้าทายในช่วงปี พ.ศ. 2551 – 2552 และการแก้ไข

2.1 การเข้าถึงระบบการบริการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอช ไอวี

สถานการณ์ปัจจุบัน พบว่าผู้ติดเชื้อฯ เข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ช้าเกินไป ผู้ติดเชื้อฯ มากกว่าครึ่ง เข้ารับมารับยาต้านฯ เมื่อมีอาการเจ็บป่วยแล้ว ประเด็นท้าทายก็คือ ทำอย่างไรให้คนทราบสถานภาพการติดเชื้อฯ ของตนเองได้เร็วขึ้น และ การพัฒนาคุณภาพระบบการบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ ที่เป็นมิตรและเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

2.2 การดำเนินชีวิตหลังยาต้านไวรัสฯ ของผู้ติดเชื้อฯ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในดำเนินการตามนโยบายการให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ภายใต้นโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ทำให้ความครอบคลุมของการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 72 ในปี 2552 ปัจจุบัน จำนวนผู้ติดเชื้อฯ สะสมที่ได้รับยาต้านไวรัสฯ มีประมาณ 200,000 คน และผู้ติดเชื้อฯที่รับประทานยาต้านไวรัสฯ อย่างสม่ำเสมอ จะมีสุขภาพร่างกายแข็งแรง สามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมเหมือนคนปกติทั่วไป ในขณะที่ เด็กจำนวนไม่น้อยที่ติดเชื้อฯจากแม่และได้รับยาต้านไวรัสฯ กำลังดำเนินชีวิตอยู่ในช่วงวัยรุ่น ความท้าทายในเรื่องนี้คือ การพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อฯที่รับยาต้านไวรัสฯ ให้อยู่ร่วมในสังคมอย่างปกติสุข รับบริการยาต้านไวรัสฯ อย่างต่อเนื่อง ไม่มีภาวะดื้อยา และมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย

2.3 การสอนเรื่องเอดส์และเพศศึกษา บนพื้นฐานทักษะชีวิตที่ได้มาตรฐานในโรงเรียนและสถานศึกษาทุกระดับ

ประเทศไทยได้พัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาและทักษะชีวิตมาหลายหลักสูตร เช่น หลักสูตรที่พัฒนาโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งต่อมากระทรวงศึกษาธิการนำไปบรรจุอยู่ในวิชาสุขศึกษา และพลศึกษา และประกาศใช้อย่างเป็นทางการในปี พ.ศ. 2545 แต่ก็ยังไม่มีผลการปฏิบัติอย่างจริงจัง ในขณะที่การพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาของ “โครงการก้าวอย่างอย่างเข้าใจ” ซึ่งใช้กรอบแนวคิดเรื่องเพศในมิติทั้ง 6 ด้าน จำนวน 16 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา เพื่อส่งเสริมการจัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาที่รอบด้านในสถานศึกษา แต่ตลอดระยะเวลา 5 – 6 ปี หลักสูตรดังกล่าวยังเป็นเพียงแนวทางในการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษาที่ให้ครูได้เลือกและปรับใช้ตามความเหมาะสมของนักเรียนและสถานศึกษา โดยกระทรวงศึกษาธิการยังมิได้กำหนดให้เป็นสาระหลักในการเรียนรู้ ดังนั้นการพัฒนามาตรฐานการสอนหลักสูตรเอดส์บนพื้นฐานทักษะชีวิต 30 ชั่วโมง ตามตัวชี้วัด UNGASS จึงเป็นความท้าทายอย่างยิ่ง

2.4 การดูแลเด็กและแม่ที่ได้รับผลกระทบจากโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก

แนวทางใหม่ของมาตรการการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก คือการส่งเสริมให้คู่ (สามี) เข้ามามีส่วนร่วมในการบริการฝากครรภ์พร้อมกับภรรยา เพื่อรับบริการการปรึกษาเป็นคู่ เพื่อช่วยลดปัญหาและความยุ่งยากของหญิงที่ตรวจพบว่าติดเชื้อฯ ที่จะบอกผลเลือดแก่สามี และยังเป็นการช่วยให้สามีที่ติดเชื้อฯ ได้รู้สถานภาพการติดเชื้อฯ และเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาได้ครอบคลุมมากขึ้น อย่างไรก็ตามการให้การปรึกษาเป็นคู่ไม่ใช่เรื่องง่าย โดยเฉพาะการให้คำปรึกษาในคู่สามี ภรรยาที่มีผลเลือดต่าง ในขณะที่มีความท้าทายของการให้คำปรึกษาในสถานการณ์ใหม่ๆ เกิดขึ้น อาทิ การเปิดเผยผลเลือดกับลูก และ การให้คำปรึกษาแก่วัยรุ่นติดเชื้อฯ ที่ตั้งครรภ์ รวมทั้งการพัฒนาแนวทางในการดูแลเด็กและแม่ที่ติดเชื้อฯ ภายหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง

2.5 การเข้าถึงการให้บริการการป้องกันและดูแลสุขภาพที่เป็นมิตรของประชากรกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูง

ในขณะที่ มีความพยายามที่จะจัดให้มีบริการที่เป็นมิตรสำหรับประชากรกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงเพื่อให้สามารถเข้าถึงการบริการป้องกันการติดเชื้อฯ และการดูแลสุขภาพมากขึ้น อาทิ การเพิ่มการรักษาด้วยสารทดแทนเมทาโดนระยะยาวไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อลดอันตรายจากการใช้ยาในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด แต่ในความจริง การมารับบริการในคลินิกเมทาโดนของผู้ใช้ยายังมีจำนวนน้อยมาก

ในการประชุมเสวนาการจัดทำรายงานรอบปัจจุบัน มุมมองในกลุ่มคนทำงานกับกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงเหล่านี้ พบว่า ประเด็นความท้าทายในเรื่องการเข้าถึงบริการการป้องกันและดูแลสุขภาพ ได้แก่ ประเด็นเรื่องการบังคับใช้กฎหมายและนโยบายที่ไม่เอื้อต่อการเข้าถึงบริการ ประเด็นเรื่องงบประมาณสนับสนุนจากภาครัฐในการทำงานเชิงรุกให้กับภาคประชาสังคม และความท้าทายในเรื่องการพัฒนาระบบบริการที่เป็นมิตร มีความจำเพาะ ง่ายและสะดวกต่อการเข้าถึงบริการให้แก่ประชากรกลุ่มเหล่านี้

2.6 การทำงานเอดส์ในบริบทของการกระจายอำนาจ

ผลจากการปฏิรูประบบราชการ และการกระจายอำนาจการบริหารและการจัดสรรงบประมาณไปยังองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น (อปท.)โดยตรง ทำให้ภารกิจด้านเอดส์หายไปในบางพื้นที่หรือมีน้อยลง หากยังมีอยู่ ก็เป็นการดำเนินงานในลักษณะของการช่วยเหลือและสังคมสงเคราะห์ มากกว่าที่จะเป็นการดำเนินงานในเชิงป้องกัน เนื่องจาก อปท.ยังขาดความรู้ ความเข้าใจต่อปัญหาและสถานการณ์เอดส์ในพื้นที่ ไม่มีข้อมูลเชิงกลยุทธ์ ไม่มีแผนงาน แนวทาง และวิธีการดำเนินงานที่เหมาะสม ขาดบุคคลากร และขาดความมีส่วนร่วมจากประชาชนในพื้นที่

นอกจากนี้ การทำงานด้านการป้องกันเอดส์ของประเทศไทยในปัจจุบันที่เป็นระบบทั้งประเทศ อิงอยู่กับงบประมาณของกองทุนโลกฯ เป็นหลัก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องหาแนวทางการทำงานร่วมกันในอนาคต ประเด็นความท้าทาย ก็คือ การทำให้เกิดกลไกการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนงานที่จะกระตุ้นการระดมทรัพยากรจากภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่และท้องถิ่น เพื่อการจัดการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในพื้นที่และท้องถิ่นของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3. แผนแก้ไขความท้าทายเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตาม UNGASS

3.1 การเร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มีมติในการประชุม เมื่อวันที่ 24 กรกฎาคม พ.ศ.2552 ให้จัดทำแผนเร่งรัดบูรณาการการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี เพื่อลดการติดเชื้อฯ รายใหม่ลงครึ่งหนึ่งในปี 2554 ในมาตรการ ดังนี้

- การสื่อสารสาธารณะ เพื่อสร้างความรู้ ความตระหนักเรื่องเอดส์เพื่อนำไปสู่การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี และส่งเสริมการสื่อสารเรื่องเพศในครอบครัว
- การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ด้วยการสร้างเสริมทัศนคติที่ดีต่อถุงยางอนามัยและปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ถุงยางอนามัยให้เป็นอุปกรณ์ส่งเสริมสุขอนามัยทางเพศ รวมถึงการจัดการให้กลุ่มประชากรเป้าหมายเข้าถึงบริการถุงยางอนามัยอย่างทั่วถึงและต่อเนื่อง
- การขยายและพัฒนาคุณภาพการดำเนินงานป้องกันในประชากรกลุ่มที่มีแนวโน้มการติดเชื้อฯสูงขึ้น กล่าวคือ

กลุ่มเยาวชน

มาตรการสำคัญ คือ *การสอนหลักสูตรเอดส์บนพื้นฐานทักษะชีวิต 30 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา* โดย

- การกำหนดเป็นนโยบายระดับชาติ และระดับกระทรวงให้สอนหลักสูตรเอดส์และทักษะชีวิต 30 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา ในโรงเรียนและกำหนดเกณฑ์มาตรฐาน ให้ทุกโรงเรียนมีครูที่รับผิดชอบการสอนโดยตรง
- การจัดทำหลักสูตรแกนกลาง ที่เป็นหลักสูตรระดับชาติที่มีมาตรฐานเพื่อสอนนักเรียน 30 ชั่วโมงต่อปีการศึกษา โดยบรรจุในชั่วโมงการสอนสาระหลักและสาระเพิ่มเติม ไม่เป็นการสอนแบบสอดแทรก มีกิจกรรมเสริมหลักสูตรในและนอกเวลาเรียน เช่นกลุ่มเพื่อนเตือนเพื่อน ชมรมเอดส์และทักษะชีวิต
- การวางระบบพัฒนาครูผู้สอน และให้การหนุนเสริมที่ต่อเนื่อง ในเชิงนโยบายจากผู้บริหารการศึกษาระดับเขตการศึกษา ผู้บริหารโรงเรียน และด้านวิชาการ จาก

เครือข่าย ภาครัฐ ทั้งฝ่ายศึกษา สาธารณสุข องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศ

กลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการหญิง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธุ์กับชาย กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด กลุ่มประชากรข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์

มาตรการสำคัญ คือ *การพัฒนาระบบบริการดูแลสุขภาพที่เป็นมิตร และมีความจำเพาะต่อประชากรกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงแต่ละกลุ่ม และขจัดปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ* โดย

- การจัดกลไกการประสานงาน ทำความเข้าใจในกลุ่มผู้ปฏิบัติทุกระดับ เพื่อลดเงื่อนไขทางด้านกฎหมายและนโยบายที่เป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการป้องกันและการดูแลรักษาในประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงแต่ละกลุ่ม และพัฒนาความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อนำไปสู่การสร้างเครือข่ายภาคีความร่วมมือในด้านต่างๆ
- การพัฒนาความมีส่วนร่วมของประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงให้มีส่วนร่วมในการแก้ปัญหาและกำหนดรูปแบบบริการที่ใช้หลักผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง และอยู่บนพื้นฐานของการเคารพในสิทธิของผู้รับบริการ
- การพัฒนาบริการที่เป็นมิตร และมีความจำเพาะต่อกลุ่มเป้าหมายแต่ละกลุ่ม โดยคำนึงถึงความสอดคล้องกับระบบการให้บริการที่มีอยู่ และความสอดคล้องกับวิถีการดำเนินชีวิตในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย อาทิ การจัดคลินิกนอกเวลาในทำเลที่ง่ายและสะดวกต่อการเข้าถึง การปรับทัศนคติและพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ การประสานการทำงานร่วมกับภาคประชาสังคมเพื่อเชื่อมต่อการบริการเชิงรุกในพื้นที่ ให้เข้ากับการบริการเชิงรับในคลินิก รวมทั้งพิจารณาจัดระบบการให้บริการแบบจุดเดียว อาทิ การจัดให้บริการรักษาโรคติดต่อเพศสัมพันธ์ อยู่ในจุดบริการเดียวกันกับการให้บริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ เป็นต้น

กลุ่มผู้ใช้แรงงาน

มาตรการสำคัญ คือ การขยายความครอบคลุมและคุณภาพของการใช้ *แนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและบริหารจัดการด้านเอดส์ในสถานที่ทำงาน*

3.2 การพัฒนานโยบายโดยการมีส่วนร่วมของภาคส่วนต่าง ๆทั้งภาครัฐและภาคประชาสังคม เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการป้องกันและดูแลรักษาในประชากรกลุ่มที่เข้าถึงยาก

ได้แก่ ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มประชากรข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์ ดังนี้

- นโยบายลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ประสานการดำเนินงาน โดย สำนักงาน ป.ป.ส. กรมการแพทย์ กรมควบคุมโรค เครือข่าย12 D มูลนิธิ พีเอสไอ เครือข่ายผู้ใช้ยา

- นโยบายการดำเนินงานป้องกันและการดูแลรักษาในกลุ่มประชากรข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์ ประสานการดำเนินงานโดย สอวพ. สปสช. สำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข มูลนิธิรักษ์ไทย มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ มูลนิธิเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี เอดส์ แห่งประเทศไทย

3.3 การพัฒนาระบบและคุณภาพบริการให้การปรึกษาในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ

วัตถุประสงค์เพื่อให้ผู้ติดเชื้อฯ เข้าสู่ระบบบริการแต่เนิ่นๆ และผู้ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ สามารถดูแลตนเองและมีชีวิตที่มีคุณภาพชีวิต ด้วยมาตรการ ดังนี้

- การพัฒนาและส่งเสริมการเข้าถึงบริการให้การปรึกษาในประชาชนทั่วไป โดยการรณรงค์ผ่านสื่อสารสาธารณะต่างๆ เพื่อสร้างความตระหนักในการป้องกันเอดส์ ประเมินความเสี่ยงและทราบประโยชน์ของการรู้สถานภาพการติดเชื้อฯ และการจัดบริการให้การปรึกษาทางโทรศัพท์ เพื่อเป็นทางเลือกให้ประชาชนสามารถเข้าถึงข้อมูลเบื้องต้นเพื่อการตัดสินใจที่จะไปใช้บริการแต่เนิ่นๆ

- การพัฒนาบริการให้การปรึกษาในสถานบริการสุขภาพ ทั้งกรณีที่เข้ามาใช้บริการฯ เอง (Client Initiated Counseling and Testing: CICT) และกรณีผู้ให้บริการแนะนำบริการฯ แก่ผู้ใช้บริการ (Provider Initiated Counseling and Testing: PICT) รวมถึงการให้การปรึกษาแบบคู่ โดยแนวปฏิบัติของการให้ผู้รับบริการตัดสินใจเองด้วยความเข้าใจ

- การพัฒนากลไกประสานงานการพัฒนาระบบให้บริการ เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องของการพัฒนา

- การส่งเสริมบทบาทของกลุ่ม/เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ และพัฒนาศักยภาพผู้ติดเชื้อฯ เพื่อให้บริการให้การปรึกษาแก่เพื่อนผู้ติดเชื้อฯ โดยมุ่งเน้นที่ *การพัฒนาคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อฯ หลังรับบริการยาต้านไวรัสฯ* ด้วยมาตรการ ดังนี้

  - การพัฒนาคุณภาพการให้บริการ การปรึกษาเพื่อสร้างความรู้ ความเข้าใจและเตรียมความพร้อมให้กับผู้ติดเชื้อฯ ทั้งก่อนและหลังการรับยาต้านไวรัสฯ อย่างรอบด้าน ทั้งในเรื่อง การดูแลตนเอง การจัดการกับผลข้างเคียงและภาวะดื้อยา รวมทั้งการวางแผนสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธ์

  - การส่งเสริมบทบาทการทำงานของศูนย์องค์รวม และพัฒนาศักยภาพแกนนำศูนย์องค์รวม ในการช่วยเสริมสร้างและพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ติดเชื้อฯ ในมิติอื่นๆ ที่มากกว่าการทำกิจกรรมกลุ่ม และติดตามเยี่ยมบ้าน

○ การพัฒนาแนวทางการทำงานร่วมกันในพื้นที่ ชุมชน ของทุกภาคส่วนในการดูแลรักษา และการช่วยเหลือสนับสนุน และพัฒนาคุณภาพชีวิตให้กับผู้ติดเชื้อฯ ในชุมชน

○ การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมคุณภาพชีวิตในเด็กติดเชื้อฯ ที่ย่างเข้าสู่วัยรุ่น เพื่อให้มีพัฒนาการตามวัยและสุขภาพทางเพศที่เหมาะสม

3.4 การป้องกันและลดผลกระทบต่อเด็กและครอบครัวผู้ติดเชื้อ เอชไอวี ด้วยมาตรการเริ่มที่บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ กล่าวคือ

- การพัฒนาแนวทางการส่งเสริมให้สามีเข้ามารับบริการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯพร้อมกับภรรยาในคลินิกฝากครรภ์ เพื่อให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจ และวางแผนชีวิตร่วมกันในกรณีที่ติดเชื้อฯ และลดปัญหาการเปิดเผยผลเลือดกับสามี
- การพัฒนาคุณภาพบริการให้การปรึกษา และพัฒนาทักษะของเจ้าหน้าที่ผู้ให้การปรึกษาฯ ให้พร้อมเผชิญกับสถานการณ์ใหม่ๆ เช่น การเปิดเผยผลเลือดกับลูก หรือการให้การปรึกษาแก่วัยรุ่นที่ติดเชื้อฯและตั้งครรภ์
- การพัฒนาการติดตาม ดูแล แม่และเด็กหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง โดยไม่ให้เกิดผลกระทบกับการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อฯกับชุมชน
- การพัฒนาแนวทางให้บริการอนามัยเจริญพันธ์สำหรับวัยรุ่นที่ติดเชื้อฯ และไม่ติดเชื้อฯ

3.5 การขับเคลื่อนการทำงานเอดส์โดยการเป็นเจ้าของร่วมกันของจังหวัดและท้องถิ่น

ด้วยมาตรการ ดังนี้

1) การกำหนดพื้นที่เร่งรัด โดยการสังเคราะห์ข้อมูลในระบบต่างๆ ได้แก่ การเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ การเฝ้าระวังพฤติกรรม รายงานบริการ การคาดประมาณจำนวนประชากรกลุ่มเป้าหมาย และการศึกษาต่างๆ

2) การบูรณาการการทำงานเอดส์ภายในจังหวัด โดย

- การพัฒนากลไกของคณะทำงานศูนย์ประสานประชาคมเอดส์จังหวัด และขับเคลื่อนการใช้กลไกคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ด้วยการเสริมสร้างความเข้าใจและพัฒนาศักยภาพของจังหวัด และองค์การปกครองส่วนท้องถิ่น ในการจัดทำแผนงาน โครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่ โดยการบูรณาการเข้าในระบบนโยบายยุทธศาสตร์ และแผนงบประมาณของจังหวัด และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น
- การบูรณาการงานป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี สำหรับกลุ่มเยาวชน กับการส่งเสริมสุขภาวะทางเพศและการป้องกันยาเสพติด เพื่อกระตุ้นความสนใจและความร่วมมือของจังหวัดและองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3) การสร้างศักยภาพ โดย

- การพัฒนากลไกระดับประเทศในการทำงานกับองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ประสานโดยกรมส่งเสริมการปกครองท้องถิ่น และคณะกรรมการกระจายอำนาจในการขับเคลื่อนให้มีการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์โดยองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในระดับพื้นที่
- การประเมินปฏิบัติการที่ดี และสังเคราะห์เพื่อวางแนวทางการพัฒนาและขยายผลการดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น

3.6 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

- การสร้างความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชนเพศภาวะเพศวิถี ผ่านกระบวนการการสื่อสารทางภาษา
- การจัดกลไกการเฝ้าระวังและติดตามการละเมิดสิทธิรวมถึงการส่งเสริมการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์

VI. การสนับสนุนจากภาคีพัฒนา

รายงานส่วนนี้ นำเสนอภาพรวมของการสนับสนุนจากภาคีพัฒนาหรือองค์กรระหว่างประเทศ ซึ่งรวมถึง องค์กรพัฒนาของประเทศต่างๆ ที่ให้การสนับสนุนประเทศไทย และ องค์กรพัฒนาของนานาชาติ ในการลดการระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี และผลกระทบจากเอดส์

ในปี พ.ศ.2551 ประมาณร้อยละ 15 ของค่าใช้จ่ายด้านเอดส์ของประเทศ ได้รับการสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศเป็นจำนวนเงิน 1,011 ล้านบาท ความช่วยเหลือลดลงร้อยละ 7 หรือ 482 ล้านบาทในปี พ.ศ.2552 เนื่องจากการสิ้นสุดของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ รอบ 3 ซึ่งดำเนินการในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

รายจ่ายในการดำเนินงานเอดส์ของประเทศไทย ส่วนใหญ่มาจากแหล่งทุนภายในประเทศ ถึงแม้ว่าการสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างประเทศมีสัดส่วนน้อย แต่ก็มีความจำเป็นอย่างมากต่อการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ ประการแรก ก็คือ ทุนสนับสนุนเหล่านี้ ช่วยเติมเต็มช่องว่างของประเทศในด้านการป้องกัน ดูแล รักษา ประการที่ 2 ทุนสนับสนุนนี้ มีบทบาทเป็นตัวกระตุ้นทางวิชาการ ทำให้เกิดรูปแบบของการดำเนินงานที่สามารถนำไปขยายผลในระดับชาติได้ รวมทั้งช่วยเสริมสร้างให้การดำเนินงานและการรายงานผลการดำเนินงานเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ และประการสุดท้าย ประเทศไทยเป็นพื้นที่ที่เหมาะสมในการพัฒนา รูปแบบและวิธีการใหม่ๆ รวมถึงการที่ประเทศไทยมีศักยภาพและความสามารถในการดำเนินการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และความเชี่ยวชาญภายในภูมิภาคและในระดับโลก

ภาคีพัฒนาระหว่างประเทศ ทำงานอย่างใกล้ชิดกับภาครัฐและภาคประชาสังคมในการจัดทำโครงการ การประเมินและการรายงานประสบการณ์และวิธีการปฏิบัติ รวมทั้งเผยแพร่สิ่งเหล่านี้ออกไปอย่างกว้างขวาง

การสนับสนุนหลักที่ได้รับในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 จากกองทุนโลกฯ ภาคีพัฒนาระหว่างประเทศ และภาคีพัฒนาหรือองค์กรนานาชาติ รวมทั้งแผนงานในอนาคต ดังรายละเอียดที่จะได้อธิบายใน 3 ประเด็นต่อไปนี้

ก. การสนับสนุนสำคัญที่ได้รับ

ก. 1 การสนับสนุนที่ได้รับจากกองทุนโลกฯ

ประเทศไทย ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ รอบ 1, 2, 3 และ รอบ 8 รวมเป็นเงินทั้งสิ้นจำนวน 210 ล้านเหรียญสหรัฐ และเมื่อเดือนมีนาคม พ.ศ. 2553 ได้รับเงินสนับสนุนแล้ว 160 ล้านเหรียญสหรัฐ เมื่อสิ้นปี พ.ศ.2551 โครงการที่ได้รับการสนับสนุน

จากกองทุนโลกฯรอบ 2 และ3 ดำเนินการจนประสบความสำเร็จ ปัจจุบัน ประเทศไทยกำลังดำเนินโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ รอบ 1-RCC และ รอบ 8

โครงการกองทุนโลกฯ รอบ 1- RCC เน้นการป้องกันและดูแลอย่างรอบด้าน โดยดำเนินการผ่านแผนงาน/โครงการของจังหวัดและภาคส่วนในส่วนกลาง ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายเยาวชนในชุมชน โรงเรียน สถานประกอบกิจการ และสถานบริการสุขภาพ นอกจากนี้โครงการรอบ 1- RCC ยังเน้นการดูแลรักษากับกลุ่มประชากรเฉพาะ ได้แก่ แรงงานข้ามชาติ และกลุ่มชาติพันธุ์ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณทั้งหมดจำนวน 98 ล้านเหรียญสหรัฐ ระยะเวลา 6 ปี นับแต่ปี พ.ศ. 2551 เป็นต้นไป

โครงการกองทุนโลกฯ รอบ 8 เน้นการขยายผลและบูรณาการ แผนงานป้องกันในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง ประกอบด้วย พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ต้องขัง และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ใน 43 จังหวัด กิจกรรมของโครงการเริ่มตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2552 จนถึงปี 2556 ด้วยจำนวนเงิน 106 ล้านเหรียญสหรัฐ

ก. 2 การสนับสนุนจากองค์กรระหว่างประเทศและนานาชาติ

องค์กร USG (TUC และ USAID) เป็นผู้ให้ทุนหลักแก่ประเทศไทย ด้วยงบประมาณสนับสนุนโครงการจำนวนประมาณ 2.5 ล้านเหรียญสหรัฐในแต่ละปี การสนับสนุนหลัก เน้นการนำเอารูปแบบของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การดูแลและรักษาที่ดำเนินการได้ผล มาใช้กับระบบของประเทศ รวมถึงการพัฒนาความสามารถตลอดจนการศึกษาข้อมูลเชิงกลยุทธ์และการติดตามประเมินผลประสิทธิผลการดำเนินงานและนำผลไปปรับปรุงแผนงาน

ภาคีพัฒนาหรือองค์การนานาชาติในประเทศไทย ประกอบด้วย WHO UNFPA UNIFEM UNODC UNDP ธนาคารโลก ICM ILO และ UNIAIDS ให้การสนับสนุนเป็นจำนวนเงินทั้งหมด 1.4 ล้านเหรียญสหรัฐในปี พ.ศ.2551 และเพิ่มเป็น 1.7 ล้านเหรียญสหรัฐ ในปี พ.ศ.2552 การสนับสนุนส่วนใหญ่ของหน่วยงานภายใต้องค์การสหประชาชาติส่วนใหญ่ เน้นที่การป้องกัน การวางแผนยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการและการติดตามประเมินผล ซึ่งคิดเป็นสัดส่วนประมาณร้อยละ 70 ของเงินสนับสนุนทั้งหมด ส่วนการสนับสนุนอื่นๆ ได้แก่ การดูแลรักษา การวิจัย การจัดสภาวะแวดล้อม การพัฒนาศักยภาพและการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายของภาคประชาสังคม

1) การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงและแรงงานข้ามชาติ

ในช่วงปี พ.ศ.2551-2552 ภาคีพัฒนาระหว่างประเทศได้ให้ความสำคัญและให้การสนับสนุนโครงการเอดส์ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงเป็นส่วนใหญ่ ความสำเร็จของประเทศไทยในการขอรับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ รอบ 8 เป็นผลงานที่สำคัญ ซึ่ง

แสดงให้เห็นถึงความร่วมมืออย่างดียิ่งของภาคีพัฒนา คณะกรรมการ CCM และองค์กร/กลุ่มคนทำงานด้านเอดส์ภายในประเทศ

นอกจากการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯแล้ว กิจกรรมที่ได้รับการสนับสนุนจากภาคีพัฒนาอื่นๆ ในการดำเนินงานด้านเอดส์ในประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงแต่ละกลุ่ม มีดังต่อไปนี้

โครงการเอดส์ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

TUC ให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการ ในการพัฒนารูปแบบของการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบรู้ผลเร็ว (rapid resting) การพัฒนาเครื่องมือวัดคุณภาพการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (VCT HIVQUAL) และการพัฒนารูปแบบการป้องกันโดยอาสาสมัครเพื่อนในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายใน 3 จังหวัด ได้แก่ ภูเก็ต อุดรธานี และขอนแก่น

USAID ให้การสนับสนุนผ่านทาง FHI และ PACT ในการสร้างเสริมความเข้มแข็งในการดำเนินงาน ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และองค์กรภาคประชาสังคม ใน 3 จังหวัดที่มีปัญหา ได้แก่ กรุงเทพฯ เชียงใหม่ และชลบุรี (พัทยา) นอกจากนี้ USAID ยังได้จัดรณรงค์เรื่องการสื่อสารเพื่อให้ข้อมูลและการบริการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

WHO ให้การสนับสนุนการพัฒนาการบริหารจัดการทางคลินิก ในการตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพัฒนาหลักสูตรทักษะชีวิตเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

ILO และ UNICEF พัฒนาโครงการร่วมเพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในสถานบริการอบซาวน่าในกรุงเทพฯ

โครงการเอดส์ในกลุ่มพนักงานบริการ

UNFPA ให้การสนับสนุนในเรื่องการปรับปรุงการเข้าถึง และการใช้ประโยชน์ของบริการอนามัยเจริญพันธ์และเอชไอวีของกลุ่มพนักงานบริการและลูกค้าโดยการพัฒนาและการใช้ประโยชน์ของข้อมูลเชิงประจักษ์สำหรับการพัฒนาด้านนโยบาย และการรณรงค์เชิงนโยบาย รวมทั้ง ให้การสนับสนุนสาธารณสุขจังหวัดดำเนินการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการให้บริการอนามัยเจริญพันธ์ และเอชไอวี แก่พนักงานบริการหญิง ในอำเภอด่านนอก จังหวัดสงขลา และ ลำปาง โครงการนี้ สามารถเข้าถึงพนักงานบริการ จำนวน 2,000 คน ผ่านการบริการเชิงรุก การจัดคลินิกเคลื่อนที่ และการให้บริการอนามัยเจริญพันธ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีคุณภาพ

UNFPA ให้การสนับสนุนมูลนิธิ SWING ในการให้บริการเชิงรุกแก่พนักงานบริการหญิงในเมืองพัทยาและให้ความช่วยเหลือทางด้านวิชาการในการพัฒนาเครื่องมือการให้

การศึกษาเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศและเอชไอวีสำหรับพนักงานบริการในสถานบันเทิงประเภทคาราโอเกะ

นอกจากนี้ UNFPA ร่วมกับ TUC ได้พัฒนาขีดความสามารถของการให้บริการเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่กลุ่มพนักงานบริการชาย ที่โรงพยาบาลบางรัก และปรับปรุงกระบวนการให้การปรึกษาและการบริการเชิงรุก รวมทั้งการจัดทำแผนที่สถานบันเทิง

โครงการเอดส์ในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด

UNAIDS UNODC WHO และ TUC ให้การสนับสนุนการพัฒนานโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยาอย่างรอบด้าน

WHO ให้การสนับสนุนการจัดทำแนวทางการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด ได้แก่ แนวทางการดำเนินงานลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดสำหรับเจ้าหน้าที่ดูแลด้านสุขภาพ ซึ่งได้แจกจ่ายไปยังโรงพยาบาลต่างๆ ทั่วประเทศ เพื่อปรับปรุงบริการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

นอกจากนี้ WHO UNAIDS และ UNODC ได้ให้การสนับสนุนการศึกษาดูงานด้านนโยบายที่ประเทศมาเลเซียในปี พ.ศ.2552

ส่วนธนาคารโลกได้ให้การสนับสนุนผู้เชี่ยวชาญด้านการลดอันตรายจากการใช้ยาในการจัดทำรายงานทบทวนการดำเนินงาน (state of the art) ลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดของประเทศไทย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงนโยบายและการดำเนินงานของประเทศ

โครงการป้องกันในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

โครงการเอดส์ระดับภูมิภาคเอเชียอาคเนย์ของประเทศแคนาดา (Canada's South East Asia Regional HIV/AIDS Program: CSEARHAP) โดยการสนับสนุนงบประมาณจาก CIDA (Canadian International Development Agency) ให้การสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพการพัฒนานโยบายและสภาวะแวดล้อมในการทำงานเอดส์ในกลุ่มประชากรข้ามชาติ

มูลนิธิร็อกกี้เฟลเลอร์ให้การสนับสนุนการสร้างเครือข่ายเกี่ยวกับสุขภาพทางเพศของแรงงานข้ามชาติ

IOM สนับสนุนการพัฒนาสื่อและวัสดุในการประชาสัมพันธ์ เผยแพร่ข้อมูล ความรู้และการสื่อสารเกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์ ซึ่งได้นำไปแจกจ่ายในพื้นที่ที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่มาก อาทิ สมุทรสาคร และระนอง ภายใต้โครงการส่งเสริมสุขภาพของแรงงานข้ามชาติ ซึ่งวัสดุที่ใช้เผยแพร่ดังกล่าว ผลิตและจัดทำขึ้นในภาษาของแรงงานข้ามขาติ และครอบคลุมข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับโรค การติดต่อ และการใช้ถุงยางอนามัย

นอกจากนี้ UNHCR ได้สนับสนุนการผลิตวัสดุเผยแพร่ข้อมูล ความรู้และการสื่อสารที่เหมาะสม เช่น โปสเตอร์ แผ่นพับ และเครื่องมือ ใช้สำหรับผู้อพยพในค่ายผู้อพยพตามแนวชายแดนไทยพม่า

2) การป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มประชากรทั่วไป

นอกจากกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง องค์กรระหว่างประเทศให้การสนับสนุนโครงการป้องกันในกลุ่มเยาวชนและประชากรวัยเจริญพันธุ์เป็นส่วนใหญ่ ดังนี้

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PMTCT)

ในปี พ.ศ.2552 UNICEF สนับสนุนงบประมาณจัดการอบรมอนามัยเจริญพันธ์แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีฯ นอกจากนี้ ยูนิเซฟ ร่วมสนับสนุนการปรับปรุงการติดตามผลการดำเนินงานและระบุช่องว่างของการดำเนินงาน รวมทั้งให้ทุนสนับสนุนการพัฒนาและทดสอบโปรแกรมคอมพิวเตอร์ในการติดตามเด็ก (CHILD Plus monitoring software) เพื่อติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อฯ

UNFPA ให้การสนับสนุนกรมอนามัยดำเนินงานโครงการนำร่องสนับสนุนให้ผู้ชายมีส่วนร่วมในการป้องกันคู่สมรสจากการติดเชื้อเอชไอวี ผ่านแผนงานอนามัยแม่และเด็กของศูนย์อนามัยเขต 6 แห่ง และ 4 จังหวัด ได้แก่ แม่ฮ่องสอน ลำปาง สงขลาและนราธิวาส ซึ่งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ ได้รับเรื่อง การให้คำปรึกษาคู่กับทั้งฝ่ายหญิงและชาย ซึ่งเป็น กลยุทธ์หลักของโครงการนำร่อง ให้เป็นส่วนหนึ่งของแผนงาน PMTCT และแผนงานอนามัยแม่และเด็ก แผนงานนี้ จะเสริมสร้างเข้มแข็งให้ ส่วนแรกของ PMTCT ซึ่งเป็นการป้องกันการติดเชื้อฯของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่ยังไม่ติดเชื้อฯ โดยที่บริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย สำหรับคู่ของหญิงรับบริการฝากครรภ์ ถือเป็นส่วนหนึ่งของชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ.2552

นอกจากนี้ UNFPA ยังให้การสนับสนุนกรมอนามัย ในการพัฒนาบริการอนามัยเจริญพันธ์สำหรับผู้ติดเชื้อฯ โดยการมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ จะช่วยลดปัญหาของการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ และการบังคับคุมกำเนิดในผู้ติดเชื้อฯ พร้อมๆกับ การปรับปรุงความเชื่อมโยงระหว่างบริการเอชไอวีและบริการอนามัยเจริญพันธ์ ซึ่งคณะกรรมการอนามัยแม่และเด็กแห่งชาติ เห็นชอบผลการดำเนินงาน และมีแผนที่จะขยายผลทั่วประเทศในปีหน้านี้

การป้องกันการติดเชื้อเอชวีในกลุ่มเยาวชนและประชากรวัยเจริญพันธ์

UNFPA ให้การสนับสนุนกรมอนามัย จัดทำมาตรฐานระดับชาติสำหรับการให้บริการทางสุขภาพที่เป็นมิตรแก่เยาวชนและระบบประกันคุณภาพ และสนับสนุนการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ผลการดำเนินงาน โดยจัดพื้นที่แลกเปลี่ยนทางอิเล็กทรอนิก ในกลุ่ม/ชุมชนนักปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีและเยาวชน ซึ่งสามารถเข้าถึงสมาชิกจำนวน 900 คน

UNFPA ทำงานใกล้ชิดกับ สปสช. สสส. โครงการกองทุนโลกฯ รอบ 1-RCC และองค์การ PATH จัดทำรูปแบบนำร่อง การจัดบริการให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบริการการวางแผนครอบครัวที่เป็นมิตรแก่เยาวชนที่มีสภาวะเปราะบางในกรุงเทพมหานคร (Love Care Station) ซึ่งมีผู้มารับบริการมากกว่า 20,000 จากคลินิก Love Care ของภาครัฐและเอกชนทั้ง14 แห่ง ในกรุงเทพฯ การให้คำปรึกษาเคลื่อนที่ และการให้คำปรึกษาผ่านระบบเว็บ

นอกจากนี้ UNFPA ยังให้การสนับสนุนสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดลำปาง เป็นปีที่ 3 ในการเพิ่มการเข้าถึง บริการข้อมูลที่มีความไวต่อประเด็นเพศภาวะและวัฒนธรรม บริการให้การปรึกษา และบริการเกี่ยวกับเอชไอวีและวางแผนครอบครัว ให้แก่เยาวชนในโรงเรียนอาชีวะศึกษา 14 แห่ง ด้วยวิธีการผสมผสาน

UNICEF สนับสนุนการพัฒนารูปแบบการสอนทักษะชีวิตในกลุ่มเยาวชนมุสลิม โดยเน้นวิธีการที่เหมาะสมกับบริบททางวัฒนธรรมในโรงเรียนอิสลาม และจะติดตามประเมินผลพร้อมจัดทำรายงานในปี พ.ศ.2553

UNAIDS ร่วมกับ UNIFEM ทำการศึกษาเรื่อง “Feminization of AIDS: Gender Power Dynamics within Marriage and Sero-Discordant Couples- Their Implication for Plans of Action in Thailand” ซึ่งเน้นที่แบบแผนความเสี่ยง ของกลุ่มหญิงที่แต่งงานหรือ หญิงที่มีคู่อยู่กิน

ILO ได้ให้การสนับสนุนด้านวิชาการในช่วงของการพัฒนาแนวทางระดับชาติเรื่องการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในสถานที่ทำงานซึ่งได้รับการอนุมัติจากนายกรัฐมนตรีเมื่อเดือนสิงหาคม พ.ศ.2552

3) การสนับสนุนการดูแล ช่วยเหลือ และการรักษาผู้ติดเชื้อฯและผู้ได้รับผลกระทบ

TUC ให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการในประเด็นต่างๆ ได้แก่ การพัฒนาและขยายระบบการพัฒนาคุณภาพบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ (HIVQUAL-T) การพัฒนาและขยายเครือข่ายการดูแลรักษาเด็กติดเชื้อฯด้วยยาต้านไวรัสฯ การพัฒนาแผนงานป้องกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯและเชื่อมโยงกับการดูแลสำหรับกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย การพัฒนาเครื่องมือสื่อสารและให้การปรึกษาผู้ติดเชื้อฯที่คลินิกเอชไอวีและเด็กติดเชื้อฯจากแม่ที่ย่างเข้าสู่วัยรุ่น การพัฒนาโปรแกรมการพัฒนาคุณภาพบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIQUAL) และการพัฒนารูปแบบการเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อฯ แก่เด็กที่ติดเชื้อฯ

UNICEF ให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการและงบประมาณสนับสนุนการดำเนินงานโครงการนำร่องในการดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างรอบด้าน รวมถึงการสนับสนุนด้านจิตใจด้วยมาตรการใหม่ๆ เช่น โครงการบำบัดโดยใช้ศิลปะ และ UNICEF ก็ยังสนับสนุนการพัฒนาศักยภาพของกลุ่มและเครือข่ายผู้ติดเชื้อแห่งประเทศ

ไทย (TNP+) เพื่อให้มีบทบาทในการดูแลเด็กที่ติดเชื้อฯ และส่งเสริมบทบาทของเด็กติดเชื้อฯ ในการรณรงค์เชิงนโยบายด้วยการพัฒนาสื่อเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติทั่วประเทศ นอกจากนั้น UNICEF ได้สนับสนุนโครงการเพื่อนช่วยเพื่อน การอบรมเพศศึกษาและอนามัยเจริญพันธ์สำหรับเยาวชนที่ติดเชื้อฯ โดยเสริมสร้างความเข้มแข็งและการมีส่วนร่วมของเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อและที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

USAID สนับสนุนการป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ติดเชื้อฯ โดยการสร้างแกนนำเพื่อน ในจังหวัดเชียงใหม่ สนับสนุนการดูแลที่บ้านแก่ผู้ติดเชื้อฯ ในกรุงเทพฯ และสนับสนุนกิจกรรมการส่งเสริมอาชีพเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติสำหรับผู้ติดเชื้อฯ

UNIFEM สนับสนุนการมีส่วนร่วมของเครือข่ายผู้หญิงที่ติดเชื้อฯ โดยนำข้อมูลมาสะท้อนในเอกสารตีพิมพ์ หลายชิ้น ได้แก่ 1) “Diamonds-Stories of Women from the Asia Pacific Network of People Living with HIV 2) การเข้าร่วมในงานวิจัยเรื่องการติดต่อของเชื้อ เอชไอวี ในสามี-ภรรยาและคู่อยู่กิน 3) การรณรงค์เชิงนโยบายประเด็นของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในการสัมมนาเอดส์ชาติ และการสัมมนาเมื่อเริ่มการดำเนินการการตีพิมพ์ “Diamonds”

WHO เน้นการรณรงค์เชิงนโยบาย ในเรื่องการให้บริการยาต้านไวรัสฯ สำหรับกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ที่ไม่ใช่คนไทย การรณรงค์นี้ยังคงต่อเนื่องและต้องการความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งระบบให้บริการในพื้นที่ เพื่อให้มั่นใจว่าประชากรที่ไม่ใช่คนไทยจะได้รับบริการสุขภาพรวมทั้งบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ

UNHCR สนับสนุนองค์การพัฒนาเอกชนต่างประเทศ ในการพัฒนาขีดความสามารถของคลินิกบริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ และสนับสนุนกลุ่มของผู้ติดเชื้อฯ ในค่ายอพยพ 5 แห่ง โดยที่ UNHCR เป็นหลักในรณรงค์เชิงนโยบายให้ผู้อพยพในค่ายอพยพ ได้รับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ จากโครงการ NAPHA Extension นอกจากนี้ UNHCR ยังให้การสนับสนุนแผนงานพัฒนาความเป็นอยู่ของผู้ติดเชื้อฯ ในค่ายอพยพ 2 แห่ง

4) การสนับสนุนอื่น ๆ

การตีตราและการเลือกปฏิบัติ

องค์กร UN ได้จัดทำแผนงานร่วม สนับสนุน โครงการต่างๆ ได้แก่ การรณรงค์เชิงนโยบายเกี่ยวกับสิทธิด้านเอดส์และการพัฒนาดัชนีชี้วัดการตีตราและเลือกปฏิบัติ การจัดทำรายงานการศึกษาทบทวนกฎหมายและนโยบายที่เกี่ยวข้องกับ เอชไอวี/เอดส์และสิทธิมนุษยชนในประเทศไทยซึ่งได้ดำเนินการเสร็จเรียบร้อยแล้ว นอกจากนี้ยังสนับสนุนการพัฒนาหลักสูตรการปกป้องคุ้มครองสิทธิ ใช้ในการอบรมวิทยากรจำนวน 100 คน และนำไปจัดอบรมต่ออีกจำนวน 800 คน ได้สนับสนุนการพัฒนาแนวทาง

ดำเนินงานเรื่องสิทธิมนุษยชนสำหรับผู้ติดเชื้อฯและผู้ทำงานด้านเอดส์ และได้ผลิตและแจกจ่ายสื่อรณรงค์เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน นอกจากนี้ ยังสนับสนุนการจัดทำรายงานการพัฒนาดัชนีชี้วัดการตีตราและเลือกปฏิบัติ และได้นำเสนอผลงานในการประชุมระดับชาติ เพื่อรณรงค์ให้เกิดความตระหนักในเรื่องสิทธิมนุษยชนและประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและเอดส์

นอกจากนี้ WHO ยังได้ให้การสนับสนุน การเสริมสร้างศักยภาพและพลังอำนาจให้กับวัยรุ่นที่ติดเชื้อฯ เพื่อลดผลกระทบของการตีตราและเลือกปฏิบัติในสังคม

องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นกับการทำงานเอดส์

UNDP สนับสนุนการศึกษาเฉพาะกรณีเกี่ยวกับบทบาทขององค์การปกครองส่วนท้องถิ่นในการสนับสนุนและจัดบริการสุขภาพใน 2 จังหวัด ได้แก่ ลำปางและนครพนม เพื่อประเมินบทบาทในปัจจุบันและแนวโน้มในบทบาทขององค์การบริหารส่วนตำบลและเทศบาลในการจัดบริการสุขภาพรวมถึงเรื่องเอดส์

นอกจากนั้นยังได้สนับสนุนโครงการเสริมการดำเนินงานโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ โดยการพัฒนาศักยภาพพหุภาคีในท้องถิ่น ใน 3 หัวข้อ ได้แก่ 1) การประเมินขีดความสามารถที่ต้องการขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในการทำงานเอดส์ 2) การวางแผนและดำเนินการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในพื้นที่อย่างรอบด้าน และ 3) การพัฒนาแนวทางการพัฒนาขีดความสามารถในการทำงานเอดส์

การพัฒนาศักยภาพ

UNAIDS สนับสนุนการเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรภาคประชาสังคม โดยส่งเสริมการมีส่วนร่วมอย่างมีความหมายในการจัดทำรายงานความก้าวหน้า UNGASS ของประเทศไทย รอบปี พ.ศ.2553 การทบทวนระยะครึ่งแผนเอดส์ชาติ และการประชุมนานาชาติเรื่องการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด

ในปี พ.ศ.2552 WHO สนับสนุนการจัดสัมมนาเอดส์ชาติครั้งที่ 12 ที่มีผู้เข้าร่วมสัมมนาเป็นบุคลากรด้านสาธารณสุขมากกว่า 2,000 คน ข้าราชการจากกระทรวงต่างๆ และเจ้าหน้าที่ขององค์กรภาคประชาสังคมและผู้ติดเชื้อฯ การสัมมนาครั้งนี้เป็นเวทีพูดคุยสำหรับคนทำงานในทุกระดับเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้และข้อมูลในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของเครือข่ายการให้บริการแก่กลุ่มเป้าหมายตามที่กำหนดไว้ในแผนฯ เอดส์ชาติ

UNFPA สนับสนุนกรมควบคุมโรค จัดตั้งคณะทำงานระดับชาติสำหรับแผนงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยแบบผสมผสาน (Comprehensive Condom Program: CCP) ด้วยการมีส่วนร่วมของผู้มีส่วนได้ส่วนเสียจากทุกภาคส่วน คณะทำงานได้วิเคราะห์สถานการณ์และร่างแผนกลยุทธ์ระดับชาติขึ้นเป็นครั้งแรกสำหรับแผนงานถุงยางอนามัยผสมผสาน ซึ่งมีจุดมุ่งหมายเพื่อสนับสนุนให้มีการใช้ถุงยางอนามัย ไม่เฉพาะสำหรับป้องกันเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และป้องกันการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์เท่านั้น

แต่ยังเพื่อสุขภาพอนามัยและสุขภาพทางเพศอีกด้วย แผนกลยุทธ์ดังกล่าว ยังได้ระบุการบริหารจัดการเพื่อการเข้าถึงและการใช้ถุงยางอนามัย ทั้งการสร้างความต้องการใช้และการประสานการจัดการด้านการจัดหา และการเป็นผู้นำ

นอกจากนี้ UNFPA ยังให้การสนับสนุนกรมควบคุมโรค พัฒนาหลักสูตรและรูปแบบการอบรม จัดการอบรมวิทยากรนำร่อง และจัดการอบรมให้แก่เจ้าหน้าที่ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น สำหรับการจัดการและการบริการถุงยางอนามัย รวมทั้งการริเริ่มให้มีถุงยางอนามัยสตรี อยู่ในแผนงานถุงยางอนามัยในประเทศไทยด้วย

TUC สนับสนุนการอบรมวิชาการหลากหลายสาขาแก่บุคลากรด้านสาธารณสุขที่ให้บริการดูแล ได้แก่ การให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ การบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์ที่ไวต่อการตอบสนองความจำเพาะของกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง ระบบการประเมินคุณภาพจากภายนอก สำหรับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจ CD4 การตรวจปริมาณเชื้อไวรัส เอชไอวี การตรวจโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และการตรวจสอบการดื้อยา สนับสนุนการอบรมการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การติดเชื้อ เอชไอวี การตรวจ CD4 การเพาะเชื้อราและวัณโรค และการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์ด้วยวิธีการทดสอบโมเลกุล และให้การช่วยเหลือด้านวิชาการในการขยายและการพัฒนาเครือข่ายห้องปฏิบัติการซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของแผนการรับรองห้องปฏิบัติการระดับชาติ

UNHCR สนับสนุนการดูแลฐานข้อมูลของสื่อ/วัสดุ เกี่ยวกับเอชไอวีและวัณโรค สนับสนุนให้กับภาคีตามคำขอ และได้แจกจ่ายสื่อสิ่งพิมพ์ให้กับองค์กรพัฒนาเอกชน และผ่านการประชุมประจำเดือนของคณะกรรมการประสานการจัดบริการแก่ผู้พลัดถิ่นในระเทศไทย (Committee for Coordination of Services to Displaced Persons in Thailand: CCSDPT) นอกจากนี้ ตลอดปี พ.ศ. 2552 UNHCR ได้สร้างเครือข่ายการทำงานกับกระทรวงสาธารณสุข UN agencies องค์การระหว่างประเทศ องค์กรพัฒนาเอกชนระดับชาติ และภาคเอกชนเพื่อหาแนวทางในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของการดำเนินงานด้านเอดส์สำหรับประชากรกลุ่มนี้

5) การสนับสนุนการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

TUC เป็นภาคีหลักที่ให้การสนับสนุนด้านวิชาการในการพัฒนาและขยายระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การเฝ้าระวังอุบัติการณ์ของการติดเชื้อฯ โดย BED-CEIA การใช้คอมพิวเตอร์มือถือสำรวจพฤติกรรมในกลุ่มเยาวชนและพนักงานบริการหญิง การใช้เทคนิค วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบใหม่ๆ เช่น respondent driven sampling หรือ RDS และ venue-day-time ในการสำรวจกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มพนักงานบริการหญิง การสำรวจการติดเชื้อฯ ที่ ดื้อยาต้านไวรัสฯ และการติดตามปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อฯ ที่ดื้อยาต้านไวรัสฯ ในรุ่นประชากร การให้

ความช่วยเหลือด้านวิชาการในการติดตามและประเมินผลระดับชาติสำหรับการใช้ประโยชน์ของข้อมูลการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก และข้อมูลการดูแลรักษาในฐานข้อมูล NAP ของ สปสช.

USAID ให้การสนับสนุนผ่าน FHI และ PACT ในการทำงานอย่างใกล้ชิดกับ TUC พัฒนาแนวทางการติดตามและประเมินผลโครงการป้องกันในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อพัฒนาตัวชี้วัดให้ได้มาตรฐาน และยังให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการ พัฒนาเครื่องมือการติดตาม รวมทั้งพัฒนาแบบฟอร์มรวบรวมข้อมูลและฐานข้อมูล รวมทั้งหลักสูตรการอบรมการติดตามการดำเนินงาน และในช่วงต้นปี พ.ศ.2552 ได้จัดอบรมการใช้ประโยชน์จากข้อมูลให้กับภาคประชาสังคมในการดำเนินโครงการป้องกันในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

UNFPA สนับสนุนกรมควบคุมโรค จัดอบรมเจ้าหน้าที่ภาครัฐในการสำรวจพนักงานบริการและสถานบันเทิงประจำปี และสนับสนุนการจัดการความรู้เพื่อสังเคราะห์วิธีการเข้าถึงพนักงานบริการแบบอิสระและพนักงานบริการที่ทำงานในสถานบริการ

WHO สนับสนุนการอบรมระบาดวิทยาเอดส์สำหรับบุคลากรด้านสาธารณสุขจากจังหวัดต่างๆ ที่รับผิดชอบการวิเคราะห์ข้อมูลเอชไอวีและเอดส์ ผู้เข้าอบรมจำนวน 20 คน สามารถยกระดับทักษะของตนเองเพื่อทำให้แน่ใจว่าจะสามารถดำเนินการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาได้ดี รวมทั้งสามารถออกแบบการสำรวจและวิจัยทางด้านระบาดวิทยาในจังหวัดของตนเองได้

UNAIDS สนับสนุนงบประมาณและวิชาการ พัฒนาการจัดทำแผนที่ของการศึกษาเพื่อประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อฯ ของกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง และสนับสนุนการจัดทำแผนติดตามและประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง

UN joint program สนับสนุนการทำงานของคณะทำงานวิชาการติดตามและประเมินผล 16 คณะ เพื่อให้คำแนะนำและชี้แนะแนวทางในการดำเนินงานติดตามและประเมินผลการแพร่ระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี และการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศ

UN joint program และ USG สนับสนุนทุนและวิชาการ จัดทำรายงานความก้าวหน้า UNGASS รอบปี พ.ศ.2553 โดยมีจุดมุ่งหมายในการจัดหาข้อมูลสำคัญในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ การปรับปรุงคุณภาพของรายงาน และส่งเสริมการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคมและหุ้นส่วนการดำเนินงานในระดับเขตและระดับจังหวัด ส่วน UNFPA ให้การสนับสนุนการจัดทำรายงานตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดี (Best practice)

World Bank และ UNAIDS สนับสนุนการอบรมเรื่องการคาดประมาณจำนวนประชากรที่มีภาวะเสี่ยง โดยวิธี Network Scale Up

การศึกษาสำคัญที่ดำเนินการสำเร็จเรียบร้อยแล้ว โดยได้รับการสนับสนุนจากภาคีพัฒนาต่างๆ มีดังนี้

- WHO และ UNAIDS สนับสนุนการศึกษาทบทวนการดำเนินงานช่วงครึ่งแผนฯ เอดส์ชาติ พ.ศ. 2550-2554
- WHO สนับสนุนการศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศระดับชาติในเด็กและเยาวชนในสถานพินิจ และการคาดประมาณ constant weight (fraction rate) ของเด็กที่คลอดในประเทศไทย โดยอาศัยผลของการสำรวจใน 4 จังหวัด การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความครอบคลุมของการบริการฝากครรภ์และการคลอดในประเทศไทย เปรียบเทียบกับตัวชี้วัดที่ใช้ในการติดตามความก้าวหน้าของกิจกรรมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก
- USAID ได้สิ้นสุดงานการศึกษาเพื่อประเมินรูปแบบของการป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ

ข. การดำเนินงาน/กิจกรรม ที่จำเป็นต้องดำเนินการโดยภาคีพัฒนาเพื่อทำให้แน่ใจว่าจะบรรลุเป้าหมายของ UNGASS

การสนับสนุนจากภาคีพัฒนาระหว่างประเทศมีความจำเป็นต่อความสำเร็จของการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทย ในปี พ.ศ.2553-2554 ภาคีพัฒนาควรดำเนินกิจกรรมหลักที่จำเป็นต่อการสนับสนุนที่สนองตอบความจำเป็นของประเทศได้อย่างดีที่สุด ในเวลาเดียวกัน ภาคีพัฒนาจำเป็นที่จะต้องบริหารจัดการการให้ความช่วยเหลือทางวิชาการตามที่ประเทศร้องขอให้มีประสิทธิภาพ ดังนี้

- หน่วยงานให้ทุนหลักและภาคีพัฒนา ควรพัฒนาความร่วมมือในการวางแผนการช่วยเหลือด้านวิชาการ ร่วมกับหน่วยงานรับผิดชอบร่วมดำเนินการของประเทศ เพื่อปรับปรุงประสิทธิผลของความช่วยเหลือด้านวิชาการ ให้ได้ผลดีต่อแผนงานของประเทศ
- หน่วยงานให้ทุนหลักและภาคีพัฒนา ควรทำความชัดเจนกับหน่วยงานรับผิดชอบร่วมดำเนินการของประเทศ ในการพัฒนาโครงการ การดำเนินงาน และผลการพัฒนารูปแบบการดำเนินงาน โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บทเรียนที่ได้รับ เพื่อทำให้แน่ใจว่าตัวอย่างของปฏิบัติการที่ดีนั้น จะได้รับการสานต่อและขยายผลให้เป็นโครงการระดับชาติอย่างมีประสิทธิภาพ

VII. การติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ก. ภาพรวมของระบบการติดตามและประเมินผลในปัจจุบัน

การจัดตั้งหน่วยงานติดตามและประเมินผลแห่งชาติและโครงสร้าง

ระบบการติดตามและประเมินผลของประเทศ เป็นไปตามหลักการ “Three Ones” ซึ่งเป็นเครื่องมือสำคัญสำหรับแผนงานเอดส์ของประเทศ ในการสนับสนุนการบริหารจัดการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพ ในช่วงต้นปี พ.ศ.2550 คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (คช.ปอ.) เห็นชอบให้พัฒนาระบบติดตามและประเมินผลของประเทศ โดยจัดกลไกการทำงานและความรับผิดชอบในการติดตามและประเมินผล เป็น 3 กลุ่ม กล่าวคือ

- การติดตามสถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อเอชไอวี และการติดตามผลลัพธ์และผลกระทบของเอดส์ระดับประเทศ โดยสำนักระบาดวิทยาเป็นหน่วยงานหลักในการพัฒนาและดำเนินการระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ ที่ผสมผสาน
- การติดตามการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ โดยศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ชาติ (ศบ.จอ.) ซึ่งได้ทำหน้าที่เป็นหน่วยติดตามและประเมินผลระดับชาติ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 ศบ.จอ.จะพัฒนาและดำเนินการ รวมทั้งประสานกับหน่วยงานต่างๆ ได้แก่ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธุ์ (สอวพ.) กรมอนามัย และกระทรวงอื่นๆ เช่น กระทรวงมหาดไทย กระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงแรงงาน กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ หน่วยงานภาคประชาสังคม และองค์กรผู้ให้ทุนระหว่างประเทศและนานาชาติ ในการดำเนินงานตามแผนการติดตามและประเมินผลของประเทศ
- การพัฒนาประเด็นหรือหัวข้อการวิจัยสำหรับการประเมินผลระดับชาติและแผนการใช้ประโยชน์ของข้อมูลจากการประเมินผล โดยจัดตั้งคณะผู้เชี่ยวชาญให้ความช่วยเหลือด้านวิชาการเพื่อการวิจัยและประเมินผล ให้มีบทบาทในการเป็นแหล่งรวมความคิดให้กับหน่วยติดตามประเมินผลของประเทศที่บริหารจัดการและประสานงานโดย ศบ.จอ. ทั้งนี้คณะผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว ประกอบด้วยผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการจากหลากหลายสาขาทั้งในและต่างประเทศ ผู้ดำเนินการโครงการ นักระบาดวิทยา จะทำหน้าที่ทบทวนการวิจัยและประเมินผล (state-of-the-art: SOTA) ในมิติเชิงวิชาการ ในส่วนการดำเนินโครงการ การพัฒนานโยบาย ข้อมูลเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ และการติดตามประเมินผล

คณะทำงานอำนวยการติดตามและประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับประเทศ ทำหน้าที่กำหนดทิศทางเชิงวิชาการและกำกับการดำเนินงานของกลไกทั้ง

สามข้อข้างต้นและในปี พ.ศ.2552 คช.ปอ. ได้แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการติดตามและประเมินผลการดำเนินงานเอดส์ในประเด็นและกลุ่มเป้าหมายต่างๆ อาทิเช่น คณะทำงานวิชาการวิเคราะห์สถานการณ์ คณะทำงานระบบข้อมูลสารสนเทศ โดยที่คณะทำงานแต่ละชุด ประกอบด้วยตัวแทนของหน่วยงานและองค์กรที่มาจากหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม นักวิชาการ องค์กรผู้ให้ทุน และองค์กรระหว่างประเทศ

การพัฒนากรอบการติดตามและประเมินผลระดับชาติ

ตัวชี้วัดต่างๆ ที่ใช้ในการติดตามการระบาดของการติดเชื้อฯ และการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศ ได้กำหนดไว้ในแผนฯเอดส์ชาติ พ.ศ.2550-2554 และแผนการเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม ทั่วถึง และเท่าเทียม (Universal Access: UA) ซึ่งได้มีความก้าวหน้าในความพยายามในการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงกลยุทธ์ที่มีคุณภาพ และนำมาใช้ประโยชน์ในการป้องกัน การดูแลรักษาช่วยเหลือผู้ติดเชื้อฯและผู้ได้รับผลกระทบ

การที่จะบรรลุเป้าหมายของการติดตามและประเมินผลระดับชาติ ประเทศไทยต้องพัฒนา และเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการติดตามประเมินผลระดับชาติให้เป็นเอกภาพ ด้วยการ บูรณาการความพยายามจากทุกภาคส่วนทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ในการติดตามสถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อฯ และการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศทั้งในการป้องกันและการดูแลรักษา รวมถึงการพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพที่บูรณาการระบบข้อมูลฐานชุมชนกับระบบข้อมูลของประเทศ ปรับปรุงระบบเฝ้าระวังให้มีคุณภาพและมีข้อมูลเพียงพอในการติดตามการดำเนินงานในระดับผลลัพธ์และผลกระทบ ตลอดจนการจัดให้มีข้อมูลจากการวิจัยและประเมินผลอย่างเพียงพอ มีคุณภาพ และนำไปใช้ประโยชน์ในการปรับปรุงการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพและคุ้มทุน อีกทั้งต้องพัฒนาศักยภาพการดำเนินการติดตามและประเมินผลที่มีคุณภาพสูงในระดับชาติ ระดับเขต/จังหวัด และภาคประชาสังคม รวมถึงส่งเสริมการใช้ประโยชน์ของข้อมูลเชิงประจักษ์ และข้อค้นพบจากงานวิจัยในการพัฒนานโยบายของประเทศ

ในปี พ.ศ.2552 ได้พัฒนาแผนติดตามประเมินผลระดับชาติ 2 แผน คือ แผนติดตามและประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อฯในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงและแรงงานข้ามชาติ และแผนติดตามและประเมินผลวัณโรคที่มีองค์ประกอบของการติดเชื้อร่วมทั้งวัณโรคและเอชไอวี โดยใช้กระบวนการที่มีส่วนร่วมขององค์กรจากหลายภาคส่วน นอกจากนี้ ยังได้พัฒนาตัวชี้วัดร่วม (Key Performance Indicators: KPI) เป็นเครื่องมือสำหรับหน่วยงานหลักของภาครัฐต่างๆ เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ทั้งนี้ประเทศไทยมีแผนที่จะพัฒนาแผนติดตามและประเมินผลอระดับชาติในแผนฯเอดส์ชาติฉบับใหม่ พ.ศ.2555-2559 ต่อไป

ในการบรรลุวิสัยทัศน์ดังกล่าวข้างต้น ในช่วงปี พ.ศ.2551-2552 ประเทศได้ดำเนินการและเกิดผลสำเร็จหลายประการ ดังนี้

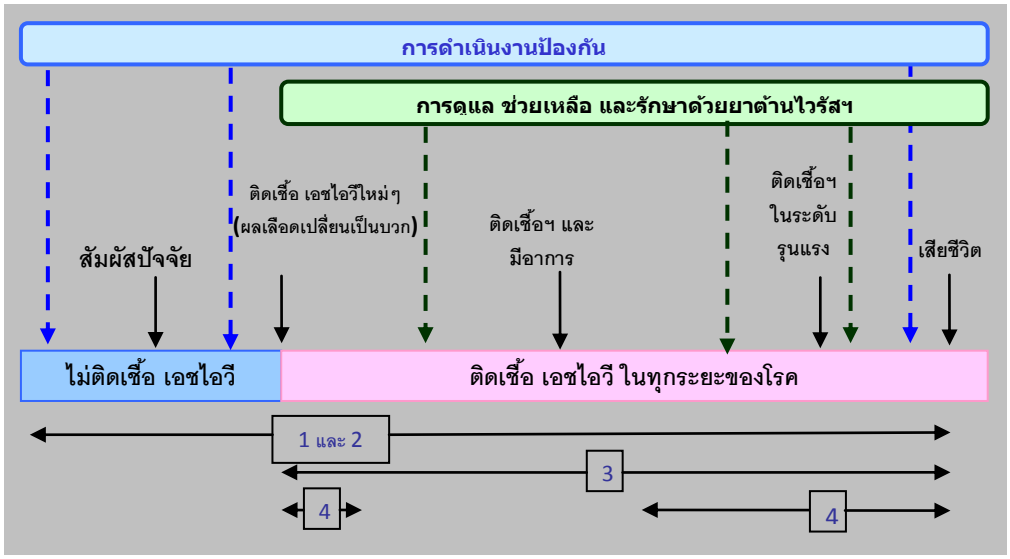
ก. 1 ระบบการเฝ้าระวังเอชไอวีและเอดส์ที่ผสมผสาน

ประเทศไทยได้พัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ ตามระยะของธรรมชาติของการเกิดโรค โดยมีระบบเฝ้าระวังที่ใช้ติดตามสถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อฯ ผลลัพธ์และผลกระทบของการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศ 4 ระบบ (รูปที่ 32) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1. ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรม
   - การเฝ้าระวังพฤติกรรมเฉพาะพื้นที่
   - การเฝ้าระวังบูรณาการการติดเชื้อฯและพฤติกรรม (IBBS)
2. การเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ
   - การเฝ้าระวังความชุกการติดเชื้อฯ
   - การเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อฯ
3. การเฝ้าระวังจากการรายงานผู้ป่วยของ โรงพยาบาล
   - การวินิจฉัยผู้ติดเชื้อฯรายใหม่
   - การติดเชื้อฯเมื่อเข้าเกณฑ์ของระดับภูมิคุ้มกันที่ต้องรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ การป่วยระดับรุนแรงของการติดเชื้อฯ
   - การตายที่สัมพันธ์กับเอดส์

4.การเฝ้าระวังเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยา
   - ตัวชี้วัดสัญญานเตือนการดื้อยาของไวรัส เอชไอวี
   - การเฝ้าระวังการดื้อยาของไวรัส เอชไอวี ในกลุ่มผู้ที่รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ
   - การสำรวจระดับการดื้อยาของไวรัส เอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงและหญิงรับบริการฝากครรภ์

รูปที่ 32: ระบบการเฝ้าระวัง เอชไอวีและเอดส์ ของประเทศไทย



1) ระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรม

● การเฝ้าระวังพฤติกรรมเฉพาะพื้นที่

ดำเนินการครั้งแรกในปี พ.ศ.2538 ในกลุ่มคนงานในโรงงานทั้งชายและหญิง ทหารคัดเลือกใหม่กองประจำการ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2 และ ปีที่ 5 นักเรียนอาชีวะศึกษา และพนักงานบริการหญิง และดำเนินการเฝ้าระวังในระดับชาติสมบูรณ์ในปี พ.ศ.2549 โดยสุ่มตัวอย่างจังหวัดที่เป็นพื้นที่เฝ้าระวัง 24 จังหวัดจากทั้งหมด 76 จังหวัด

● การเฝ้าระวังบูรณาการการติดเชื้อฯและพฤติกรรม (IBBS)

ด้วยพัฒนาการของการระบาดของการติดเชื้อฯ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (TUC) ให้การสนับสนุนด้านวิชาการสำหรับการพัฒนาวิธีการใหม่ๆในการติดตามการระบาดของการติดเชื้อฯ เพื่อให้ได้ข้อมูลสำหรับวางแผนการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศได้อย่างเหมาะสม IBBS จึงเป็นแหล่งข้อมูลที่สำคัญในการติดตามตัวชี้วัดด้านการป้องกันของประเทศ โดยดำเนินการทุก 2 ปี

ในช่วงปี พ.ศ. 2552-2553 ศบ.จอ. ร่วมกับ สำนักระบาดวิทยาจะดำเนินการร่วมกับหน่วยงานดำเนินการโครงการป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงและแรงงานข้ามชาติ บูรณาการคำถามหลักเพื่อให้เป็นมาตรฐานเดียวกัน ใน IBBS สำหรับการป้องกันในกลุ่มประชากรดังกล่าว โดย ครอบคลุม คำถามเพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความครอบคลุมและความเข้มข้นของกิจกรรมเข้าถึงชุมชน และการใช้บริการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ และการตรวจคัดกรองและตรวจวินิจฉัยและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเก็บข้อมูลสำหรับระบบ IBBS ในกลุ่มพนักงาน

บริการหญิง กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และ กลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดในประเทศไทย ใช้วิธีตอบเองในคอมพิวเตอร์แบบมือถือ เพื่อเพิ่มความเชื่อมั่นในการรักษาความลับและเพิ่มความน่าเชื่อถือของข้อมูลในประเด็นอ่อนไหวที่เกี่ยวเนื่องกับพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ

IBBS ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง: ดำเนินการรอบแรกในปี พ.ศ.2546 ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่ทำงานในสถานบริการในบางจังหวัด และจากการเปลี่ยนแปลงลักษณะของสถานบริการแบบเปิดเผยไปเป็นแบบแอบแฝงมากขึ้น การสุ่มตัวอย่างแบบเดิม อาจไม่สามารถประเมินสถานการณ์การแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯในพนักงานบริการหญิงได้ สำนักระบาดวิทยา จึงปรับวิธีการสุ่มตัวอย่างโดยใช้เทคนิค Respondent Driven Sampling (IBBS-RDS) ในจังหวัดท่องเที่ยว ซึ่งจะทำให้ประเทศไทยสามารถประเมินแนวโน้มของการแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯในกลุ่มพนักงานบริการหญิงทั้งในสถานบริการและนอกสถานบริการได้อย่างถูกต้องมากขึ้น ทั้งนี้มีแผนที่จะใช้ IBBS- RDS ในทุกจังหวัดที่ทำการเฝ้าระวัง โดยจะเริ่มดำเนินการตั้งแต่ปี พ.ศ.2555 เป็นต้นไป

IBBS ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM, MSW Transgender): ประเทศไทยดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ ในพนักงานบริการชาย (MSW) มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 ส่วนการดำเนินการ IBBS เริ่มต้นดำเนินการในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ในกรุงเทพฯ เมื่อปี พ.ศ.2546 ซึ่งพบว่าความชุกการติดเชื้อฯในกลุ่ม MSM อยู่ในระดับสูง (17%) ตั้งแต่นั้นมา สำนักระบาดวิทยา จึงดำเนินการเฝ้าระวัง ในจังหวัดเชียงใหม่และภูเก็ตในปี พ.ศ. 2548 และ 2550 จังหวัดอุดรธานี และพัทลุงในปี พ.ศ. 2551 และจะขยายการดำเนินงานในกลุ่ม MSM ใน 13 จังหวัด นับตั้งแต่ปี พ.ศ.2553 เป็นต้นไป โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบ venue-day-time ในทุกรอบของการเก็บรวบรวมข้อมูล

IBBS ในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด(IDU): ในปี พ.ศ.2550-2551 สำนักระบาดวิทยาได้ดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง (BSS) ในกลุ่ม IDU ในกรุงเทพฯ เชียงใหม่ และสมุทรปราการ โดยการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ รอบ 8 สำนักระบาดวิทยา ร่วมกับมูลนิธิ PSI มีแผนดำเนินการ IBBS ในกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดใน 8 จังหวัดในปี พ.ศ.2553, 2555 และ 2557 โดยจะรวบรวมข้อมูล มากขึ้น ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ทัศนคติ ความเชื่อ การเข้าถึงบริการถุงยางอนามัย เข็มและกระบอกฉีดยา เป็นต้น

IBBS ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ: สำนักระบาดวิทยา ได้ดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อฯในกลุ่มชาวประมงและแรงงานข้ามชาติใน 7 จังหวัด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 และจะดำเนินการเฝ้าระวังในกลุ่มแรงงานข้ามชาติครั้งแรก ในปี พ.ศ.2553 ใน 10 จังหวัด และในรอบถัดไป จะดำเนินการในปี พ.ศ.2555 และ 2557 เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของการดำเนินงานเอดส์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ เกณฑ์การคัดเลือก 10 จังหวัดดำเนินการคำนึงถึงจังหวัดที่มีแรงงานข้ามชาติอาศัยอยู่มาก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นแรงงานจากประเทศ

เมียนมาร์ กัมพูชา และสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว โดยมีข้อพิจารณาในศักยภาพและความสามารถในการดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดด้วย

IBBS ในกลุ่มเยาวชน: ประเทศไทยได้ดำเนินการเฝ้าระวังในกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการในฐานะที่เป็นตัวแทนของกลุ่มเยาวชนชายมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2552 และได้ติดตามผลการดำเนินงานและบทเรียนที่ได้อย่างใกล้ชิด เพื่อนำมาใช้ขยายผลการดำเนินงานในอนาคต

2) การเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ

● การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อฯ (HSS)

ประเทศไทยใช้ระบบ HSS ในการติดตามการระบาดของการติดเชื้อฯ มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2532 และได้ขยายการดำเนินงานในทุกจังหวัดตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2533 ประชากรที่ทำการเฝ้าระวังมี 9 กลุ่ม ได้แก่ ผู้บริจาคโลหิต หญิงรับบริการฝากครรภ์ ทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ ชายที่มาตรวจที่คลินิกกามโรค พนักงานบริการทั้งชายและหญิงในสถานบริการทางเพศ ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด ชาวประมงและแรงงานข้ามชาติ

ในปี พ.ศ.2549 ได้พัฒนากรอบการเฝ้าระวังระดับชาติโดยการทบทวนมาตรฐานของแนวทางปฏิบัติ (Standard Operation Procedure: SOP) และวิธีการสุ่มตัวอย่างในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์และพนักงานบริการหญิง อนึ่ง ด้วยพัฒนาการของพฤติกรรมเสี่ยงและการเปลี่ยนแปลงของลักษณะการระบาด การดำเนินงานเฝ้าระวังที่ใช้ฐานจากสถานบริการจึงมีข้อจำกัดที่ไม่สามารถติดตามสถานการณ์ในกลุ่มพนักงานบริการที่ทำงานนอกสถานบริการ และกลุ่มผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดในชุมชนได้

● การเฝ้าระวังอุบัติการณ์ของการติดเชื้อฯ

โดยวิธี BED IgG Capture Immunoassay (BED CEIA) เป็นส่วนหนึ่งของระบบการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อฯ ใน 24 จังหวัด ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 ในกลุ่มหญิงรับบริการฝากครรภ์ และพนักงานบริการหญิง และเริ่มดำเนินการในกลุ่มทหารคัดเลือกใหม่เข้ากองประจำการ ในปี พ.ศ.2549 อย่างไรก็ตาม ผลของ BED ยังคงถูกตั้งคำถามในเรื่องของความถูกต้อง ดังนั้นประเทศไทย จึงต้องใช้ข้อมูลนี้อย่างระมัดระวัง และต้องนำไปใช้ร่วมกับกับข้อมูลเฝ้าระวังอื่นๆ เพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาและสถานการณ์ของการระบาดของการติดเชื้อ ฯได้ชัดเจนมากขึ้น

3) การเฝ้าระวังจากรายงานผู้ติดเชื้อฯ ของโรงพยาบาล

● ระบบการรายงานผู้ติดเชื้อฯและผู้ป่วยเอดส์

สำนักระบาดวิทยาและ สปสช. อยู่ระหว่างการพัฒนาระบบบูรณาการการรายงานผู้ติดเชื้อฯที่มีอาการและผู้ป่วยเอดส์ จากฐานข้อมูลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯของ สปสช. (โปรแกรม NAP) ซึ่งฐานข้อมูลนี้จะให้ข้อมูล จำนวนและลักษณะการวินิจฉัยครั้งแรก การ

ติดเชื้อฯ ตามเกณฑ์ในระดับภูมิคุ้มกันที่เข้าเกณฑ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และการตายเนื่องจากเอดส์

4) การเฝ้าระวังการดื้อยาของไวรัสเอชไอวี

● ตัวชี้วัดสัญญาณเตือนการดื้อยาของไวรัส เอชไอวี

สปสช. และ สอวพ. ได้ออกแบบและพัฒนาตัวชี้วัดสัญญาณเตือนการดื้อยา (NAP-EWI) ซึ่งตัวชี้วัดสัญญาณเตือนสามารถวิเคราะห์ได้จากฐานข้อมูล NAP ทั้งนี้ประเทศไทยได้ใช้วิธีการและคำแนะนำของ WHO ในการติดตามการสั่งการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ที่เหมาะสม การติดตามให้คงใช้สูตรยาต้านไวรัสฯ การกินยาอย่างต่อเนื่อง การนัดตรวจรักษาทางคลินิก และผลลัพธ์ของการรักษา

● การเฝ้าระวังการดื้อยาของไวรัส เอชไอวี ในกลุ่มผู้รักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ

การเฝ้าระวังนี้มีจุดมุ่งหมายเพื่อติดตามความชุกของการดื้อต่อยาต้านไวรัสฯ ในผู้ที่รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ใน 4 จังหวัดที่ทำการเฝ้าระวัง โดยได้เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549

● การสำรวจระดับการดื้อยาของไวรัส เอชไอวี

ประเทศไทยได้ดำเนินการสำรวจในกลุ่มพนักงานบริการหญิง เพื่อวัดประสิทธิผลทางอ้อมของแผนงานป้องกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ทั้งนี้ได้แต่งตั้งคณะกรรมการที่ปรึกษาระดับชาติเพื่อดำเนินการเฝ้าระวังการดื้อยาของไวรัส เอชไอวี ซึ่งได้พัฒนากรอบ แนวทาง และวิธีการดำเนินงานเฝ้าระวัง และประเทศไทย ได้ดำเนินการเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอชไอวีที่ดื้อยาต้านไวรัสฯ ในผู้ติดเชื้อฯรายใหม่ โดยบูรณาการเข้ากับระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อฯ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง มาตั้งแต่ปี พ.ศ.2549

ก. 2 ระบบข้อมูลสุขภาพ (Routine Health Information System: RHIS)

ระบบข้อมูลสุขภาพในประเทศไทยมีหลายระบบ ที่ใช้ติดตามความก้าวหน้าของแผนงาน โครงการและกิจกรรมต่างๆ ดังนี้

1) ระบบติดตามการดูแล รักษา

สปสช. ได้เริ่มดำเนินการใช้ระบบฐานข้อมูล NAP ในปี พ.ศ.2550 ซึ่งเป็นระบบที่ไม่ต้องรายงานด้วยเอกสาร เพื่อติดตามการบริการ ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทั่วประเทศ กรอบการบริหารจัดการฐานข้อมูล NAP ประกอบด้วยสองส่วน ได้แก่ ส่วนของชุดสิทธิประโยชน์ และส่วนของระบบสนับสนุน ในชุดสิทธิประโยชน์ รวม ยาต้านไวรัสฯ การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การให้การปรึกษา และถุงยางอนามัย ส่วนระบบสนับสนุนเน้นการอบรมบุคคลากร การปรับปรุงคุณภาพบริการ และการติดตามและประเมินผล

ฐานข้อมูล NAP ประกอบด้วย ชุดโครงสร้างข้อมูล 4 ส่วน ได้แก่ การลงทะเบียน การติดตาม การขออนุมัติใช้ยาต้านไวรัสฯ สูตรดื้อยา การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและการรายงานผล และยังมีโครงสร้างข้อมูลเพิ่มเติมอีก 4 ชุด ประกอบด้วยการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ โดยสมัครใจ การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก การให้ยาต้านไวรัสฯ เพื่อป้องกันการติดเชื้อหลังการสัมผัส และระบบการรายงาน ข้อมูลแต่ละชุดสามารถเชื่อมโยงกันโดยใช้หมายเลขประจำตัวบัตรประชาชน ระบบฐานข้อมูลเป็นระบบศูนย์กลางอยู่ที่ สปสช. โดยโรงพยาบาลบันทึกผ่านเว็บ ซึ่งระบบนี้จะใช้หมายเลขประจำตัวบัตรประชาชนในการจำแนกบุคคล

นอกจากนี้ฐานข้อมูล NAP ของ สปสช. ยังใช้ต่อกับระบบสั่งยา (VMI) ขององค์การเภสัชกรรม ทำให้สามารถจัดส่งยาให้กับโรงพยาบาลตามที่ต้องใช้ ซึ่งหมายถึงโรงพยาบาลชุมชนไม่มีความจำเป็นต้องเก็บยาสำรองไว้เป็นจำนวนมาก เพราะองค์การเภสัชกรรมจะส่งยาไปที่โรงพยาบาลภายใน 2 สัปดาห์ นอกจากนี้ ข้อมูลจากฐานข้อมูล NAP ยังใช้กับระบบ HIVQUAL เพื่อติดตามความก้าวหน้าของการบริการดูแล รักษา และตัวชี้วัดสัญญาณเตือนการดื้อยาของไวรัส เอชไอวี (EWI) อีกด้วย

ปัจจุบัน ระบบฐานข้อมูล NAP อยู่ในกระบวนการแก้ไขเพื่อให้มีศักยภาพในการจำแนกข้อมูล VCT และ การดูแลรักษาในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงได้ อย่างไรก็ตาม ระบบยังมีข้อจำกัด ในการบูรณาการข้อมูลจากฐานชุมชน เข้าสู่ในระบบ ซึ่งจำเป็นที่จะต้องได้รับการปรับปรุงในอนาคต

คาดประมาณว่า ฐานข้อมูล NAP ครอบคลุม ร้อยละ 60 ของผู้รับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ทั้งหมดในประเทศไทย ส่วนที่เหลือ อยู่ในระบบอื่น ได้แก่ ระบบประกันสังคม สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ และฐานข้อมูลอื่นๆ จึงเป็นภารกิจที่สำคัญซึ่งผู้เกี่ยวข้องจะต้องพิจารณาบูรณาการระบบต่างๆ เข้าด้วยกัน เพื่อให้การบริหารจัดการในเรื่องการดูแลรักษามีประสิทธิผลมากยิ่งขึ้น

2) ระบบติดตามการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯจากแม่สู่ลูก

ประเทศไทยมีระบบติดตามแผนงาน PMTCT หลายระบบ กล่าวคือ ระบบ Perinatal HIV Intervention Monitoring System (PHIMS) โดยกรมอนามัย ซึ่งดำเนินการติดตาม PMTCT ในโรงพยาบาลรัฐ 900 แห่ง ภายใต้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 76 แห่ง และศูนย์อนามัยเขต 12 แห่ง ส่วนระบบ Perinatal HIV Outcome Monitoring System (PHOMS) ดำเนินการ โดยสำนักระบาดวิทยา ติดตามผลลัพธ์ของการติดเชื้อฯ ในเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อฯใน 28 จังหวัด

ในปี พ.ศ.2550 TUC ได้ให้การสนับสนุนกรมอนามัยพัฒนาระบบติดตามใหม่ที่เรียกว่า PHIMS plus ตัวแปรข้อมูลต่างๆ ในระบบ PHIMS plus ครอบคลุมตัวแปรข้อมูลทั้ง PHIMS และ PHOMS รวมทั้งตัวแปรข้อมูล PMTCT-plus ในจังหวัดที่ทำการเฝ้าระวัง

และระบบสุดท้าย ได้แก่ ระบบการติดตามเด็ก หรือ CHILD monitoring system ซึ่งเป็นระบบที่ใช้ติดตามเด็กที่ติดเชื้อฯ จากแม่ ระบบนี้ ดำเนินการที่ศูนย์อนามัยที่ 9 และ 10

ก่อนหน้านี้ กรมอนามัย ได้สนับสนุนยาต้านไวรัสฯ สำหรับ PMTCTโดยตรง หากนับตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 สปสช. เป็นผู้สนับสนุนยาต้านไวรัสฯ แทน และได้แยกระบบติดตามการให้ยาต้านไวรัสฯ สำหรับ PMTCT ในฐานข้อมูล NAP การเปลี่ยนแปลงดังกล่าวส่งผลให้ความครอบคลุมของรายงานการติดตามของ PHIMS ลดลงจากร้อยละ 97 ในปี พ.ศ.2544 เป็นร้อยละ 75 ในปี พ.ศ.2550 ทั้งนี้การดำเนินงานขั้นต่อไป จึงจำเป็นที่จะต้องรวมระบบต่างๆ เข้าไว้ด้วยกัน เพื่อให้การติดตาม PMTCT ของประเทศไทยมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

3) ระบบติดตามแผนงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

กลุ่มงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. เป็นหน่วยงานที่รับผิดชอบ การพัฒนาและจัดตั้ง ระบบการรายงานตัวชี้วัดหลัก ของบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ประกอบด้วย การตรวจคัดกรอง STI การรายงานผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และรายงานการรักษา

เพื่อให้สามารถติดตามผลการดำเนินงานป้องกันในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงได้อย่างมีประสิทธิภาพ ศบ.จอ. และ สอวพ. ได้จัดกิจกรรมหลายอย่าง เพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งให้กับระบบการรายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนาระบบการติดตามโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นเอกภาพ โดยบูรณาการ กิจกรรมและการบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้ง การรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เข้าด้วยกัน ในปัจจุบัน เริ่มมีการบันทึกข้อมูลผู้รับบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นรายบุคคลโดยโปรแกรมคอมพิวเตอร์

การบันทึกข้อมูลของผู้มารับบริการเป็นรายบุคคลมี 6 องค์ประกอบ ได้แก่ ข้อมูลประชากร การประเมินความเสี่ยง ประวัติของอาการแสดงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งในอดีตและปัจจุบัน การตรวจร่างกาย การให้บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ส่วนของ VCT รวมไว้ในการประเมินความเสี่ยง การบริหารจัดการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการบันทึกผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ สำหรับผลผลิตของระบบข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และรายงานการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประชากรแต่ละกลุ่ม

ในปี พ.ศ.2552 ได้เริ่มจัดทำระบบนี้ใน 19 จังหวัด และจะขยายเป็น 43 จังหวัดภายใต้การสนับสนุนของกองทุนโลกฯ รอบ 8 ในช่วงปี พ.ศ.2553-2554

4) ระบบการติดตามแผนงาน วัณโรคและเอชไอวี

ได้เริ่มใช้ โปรแกรม Smart TB ในสถานบริการสุขภาพภายใต้การสนับสนุนของ สปสช. เพื่อติดตามผู้ป่วยวัณโรค และผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการดูแลรักษา

เอชไอวีและวัณโรค แต่เนื่องจากระบบนี้ เพิ่งเริ่มดำเนินการ จึงยังต้องพัฒนาและปรับปรุงความครอบคลุมของการรายงานและความสมบูรณ์ของข้อมูล

5) ระบบการติดตามแผนงานเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

ในปัจจุบันระบบการติดตามแผนงานเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ยังเป็นส่วนๆ เป็นการติดตามในระดับโครงการเท่านั้น ยังไม่มีการติดตามในระดับประเทศ จึงเป็นการยากที่จะใช้เป็นข้อมูลติดตามเพื่อประเมินความก้าวหน้าของการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศในเรื่องของเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

6) การบูรณาการการติดตามข้อมูลฐานชุมชนเพื่อการติดตามการป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูงเข้าในระบบข้อมูลสุขภาพของประเทศ

ภาคประชาสังคม ได้แก่ องค์กรชุมชน องค์กรพัฒนาเอกชน และกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง แรงงานข้ามชาติ มีบทบาทสำคัญในการดำเนินงานป้องกันและดูแล รวมทั้งการติดตามประเมินผล การดำเนินงานโดยภาคประชาสังคมจึงไม่ได้ถูกแยกส่วนจากโครงสร้างของระบบการติดตามประเมินผลของประเทศ แต่เป็นผู้ร่วมดำเนินการในทุกระดับ

ด้วยการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ รอบ 8 ในปี พ.ศ.2552 องค์กรพัฒนาเอกชนได้พัฒนาและผสมผสาน ระบบการติดตามการดำเนินโครงการของตนเองในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง และแรงงานข้ามชาติ ในการพัฒนาคุณภาพข้อมูล ศบ.จอ. และ องค์กรภาคีได้ทำงานร่วมกัน ในการทำความชัดเจนในคำจำกัดความของตัวชี้วัด และการพัฒนากระบวนการรวบรวมข้อมูล และยังได้ร่วมกันพัฒนา Unique Identifier Code (UIC) ให้เป็นส่วนหนึ่งของระบบข้อมูลสุขภาพ (RHIS) เพื่อลดการนับซ้ำ

นอกจากนี้ ประเทศไทยยังพยายามที่จะพัฒนาระบบการติดตามความเข้มข้นของการบริการด้านป้องกันเพื่อปรับปรุงประสิทธิผลของโครงการอีกด้วย

ในก้าวต่อไป ประเทศไทยจะพัฒนา การบูรณาการใน RHIS โดยใช้วิธีการดำเนินงานเป็นพื้นที่ (Area based approach) การบูรณาการใน RHIS มีจุดมุ่งหมายเพื่อสร้างระบบการติดตามโดยใช้ข้อมูลฐานชุมชน และบูรณาการเข้ากับระบบของประเทศ ระบบนี้จะเป็นระบบเชื่อมต่อข้อมูลหลากหลายชุด อาทิ ฐานข้อมูลการเฝ้าระวัง ฐานข้อมูล NAP ฐานข้อมูล STI และฐานข้อมูลชุมชน เป็นต้น เพื่อให้เกิดการสื่อสารระหว่างกัน และสามารถที่จะเสนอภาพรวมของการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในระดับพื้นที่ ระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ

ก. 3 การวิจัยและประเมินผล

ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา มีการศึกษาและสำรวจที่สำคัญ รวมถึงการทบทวนและความพยายามในการประเมินผล ที่ให้ข้อมูลเชิงกลยุทธ์ที่สำคัญ ๆ ในการปรับปรุงแผนงาน/โครงการและการพัฒนานโยบาย ดังนี้

- การประเมินช่วงกลางแผนฯ เอดส์ชาติ พ.ศ. 2550-2554
- การจบโครงการทดลองวัคซีนเอดส์ระยะ 3
- การประเมินผลแผนงาน PMTCT ระดับชาติซึ่งเริ่มดำเนินการในปี พ.ศ. 2551 และเสร็จสิ้นในปี พ.ศ.2552
- การประเมินผลโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ได้แก่ การป้องกันในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ (PHAMIT) การป้องกันเอดส์ในสถานศึกษา ชุมชน และสถานที่ทำงาน รวมทั้งการประเมินผลโครงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ
- การสำรวจระดับชาติ เรื่อง พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มเยาวชนในสถานพินิจ
- การประเมินผลแผนงานต่างๆ ได้แก่ การป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ซึ่งสนับสนุนโดย USAID และวิธีการเข้าถึงผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีดโดย TDN
- การประเมินระบบการติดตามประเมินผลระดับชาติซึ่งดำเนินการในปี พ.ศ.2551

ก. 4 การพัฒนาศักยภาพของข้อมูลเชิงกลยุทธ์รวมทั้งการติดตามประเมินผล

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดรอบรมระยะสั้น 3 เดือน เรื่องระบาดวิทยาเอดส์ให้กับผู้รับผิดชอบการสำรวจการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในระดับจังหวัดตั้งแต่ปี พ.ศ.2546 และเมื่อสิ้นสุดปี พ.ศ.2549 ผู้สำเร็จการอบรมจำนวนมากกว่า 150 คน ซึ่งถือว่าเป็นทรัพยากรที่มีค่าและเป็นเครือข่ายในการดำเนินการเฝ้าระวังของประเทศ

ศบ.จอ. และหน่วยงานรับทุนหลักของโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ โดยการสนับสนุนของ USAID ได้พัฒนาศักยภาพของการติดตามประเมินผล ให้กับองค์กรพัฒนาเอกชนและภาคประชาสังคม ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญในการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบชุมชน โดยเฉพาะหน่วยงานรับทุนกองทุนโลกรอบ 8

ในปี พ.ศ. 2551-2552 ด้วยการสนับสนุนของ USAID ผ่านองค์การ PACT และ FHI ได้พัฒนามาตรฐานการติดตามแผนงานในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อเป็นแนวทางสำหรับประเทศไทย และการพัฒนาแบบฟอร์มการรวบรวมข้อมูลเพื่อใช้ร่วมกัน นอกจากนี้ องค์การ PACT ยังได้ออกแบบและจัดกิจกรรมเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งของการจัดการอย่างเป็นระบบให้กับภาคี ซึ่งจะส่งผลให้มีการใช้คำจำกัดความที่เป็นมาตรฐานเดียวกัน มีกระบวนการเก็บข้อมูลที่ชัดเจน และเสริมสร้างการใช้ประโยชน์ของข้อมูลในการปรับปรุงคุณภาพของการให้บริการ

ความสำเร็จเหล่านี้ เกิดจากการเชื่อมโยงการอบรม (coaching) และการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผล กับกลยุทธ์การเสริมสร้างความเข้มแข็งของการจัดการอย่างเป็นระบบ ซึ่งช่วยสนับสนุนคุณภาพของการบริการ รวมทั้ง การทำงานเป็นทีม การจัดตั้งมาตรฐาน และการวางแผนกลยุทธ์

ก. 5 การใช้ประโยชน์จากข้อมูล

ข้อมูล จะมีคุณค่ามากที่สุดเมื่อมีการนำไปใช้ในการตัดสินใจ และประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายที่จะพัฒนาเครื่องมือและช่วยจัดการให้มีการใช้ข้อมูลเพื่อการตัดสินใจ ความสำเร็จในการใช้ประโยชน์ของข้อมูลในปี พ.ศ. 2551-2552 ดังนี้

1) การใช้ประโยชน์จากข้อมูลในการพัฒนากลยุทธ์ระดับชาติและการวางแผนพัฒนานโยบาย

ประเทศไทยทำการรณรงค์ภายใต้ชื่อ "การลดการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2554" ซึ่งเป็นผลจากการวิเคราะห์ระดับลึก และผลจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ของโครงการ A^2 เพื่อใช้ข้อมูลเป็นเครื่องมือสำหรับผู้บริหารระดับนโยบายในการทำความเข้าใจให้ชัดเจนว่าอะไรเป็นตัวเร่งหรือผลักดันการแพร่ระบาดของการติดเชื้อฯ ในประเทศไทย และทิศทางในอนาคตจะเป็นอย่างไร รวมทั้งนำเสนอการคาดการณ์จากการดำเนินงานเอดส์ของประเทศ

คณะทำงานวิชาการติดตามประเมินสถานการณ์เอดส์ ได้ทบทวนและจัดทำรายงานระบบการเฝ้าระวังของประเทศ และได้สังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเอดส์ของประเทศ ซึ่งได้นำมาใช้เป็นข้อมูลสำคัญ ในรายงานความก้าวหน้า UNGASS รอบปี พ.ศ.2553 และใช้ในการจัดทำแผนเร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อฯ ในปี พ.ศ.2553

การพัฒนาชุดสิทธิประโยชน์ของการให้คำปรึกษาและตรวจหาการติดเชื้อฯ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จากการวิเคราะห์เชิงลึก ของข้อมูลจากฐานข้อมูล NAP

การพัฒนากระบวนการ ทบทวนวรรณกรรม สรุปบทเรียนจากประสบการณ์ในพื้นที่ และผู้เชี่ยวชาญจากหลากหลายสาขา ผ่านกระบวนการมีส่วนร่วมเพื่อที่จะประเมินช่องว่างในการดำเนินงานด้านเอดส์ของประเทศ

การพัฒนากลไกการเข้าถึงบริการอย่างครอบคลุม ทั่วถึง ในระดับชาติและระดับจังหวัดโดยการสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมอย่างเต็มที่ในการรวบรวมข้อมูลและการใช้ข้อมูล UNGASS เพื่อใช้ในการวางแผนและปรับปรุงแผนงาน/โครงการ นอกจากนี้ ประเทศไทยยังใช้กระบวนการพัฒนา UNGASS รอบปี พ.ศ.2553 ในการพัฒนากลไกการมีส่วนร่วมของภาคประชาสังคม และหน่วยงาน/องค์กรบริหารระดับเขตและจังหวัดในการรวบรวมข้อมูลและใช้ประโยชน์จากข้อมูล UNGASS สำหรับการวางแผนและปรับปรุงแผนงาน/โครงการ โดยทดลองใน 26 จังหวัด ซึ่งภาคีในระดับจังหวัดประกอบด้วย องค์กรภาครัฐ องค์การบริหารส่วนท้องถิ่น องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มและ

เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ซึ่งทำงานร่วมกันในการรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูล รวมถึงการจัดทำรายงาน UNGASS ระดับจังหวัด

2) การใช้ข้อมูลสำหรับการพัฒนาโครงการ

- **การพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาเอชไอวี (HIVQUAL-T)**

โครงการ HIVQUAL ในประเทศไทย ซึ่งรู้จักในนามของ HIVQUAL-T ดำเนินการเป็นโครงการนำร่องในปี พ.ศ.2546 ในโรงพยาบาล 12 แห่ง และปัจจุบันขยายเป็น 914 แห่งทั่วประเทศ ดำเนินการโดย สอวพ. สปสช. และสถาบันพัฒนาคุณภาพและมาตรฐานโรงพยาบาล โดยได้รับความช่วยเหลือทางด้านวิชาการจาก TUC

โครงการ HIVQUAL-T เป็นเครื่องมือวัดการปฏิบัติงาน ช่วยในการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลทางคลินิกที่มีอยู่ เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการดูแลรักษา

จนถึงทุกวันนี้ ได้ใช้ผลการดำเนินงานของ HIVQUAL เป็นมาตรฐานในการวัดการปฏิบัติงานดูแลรักษาในหน่วยงานอื่นๆนอกเหนือจากโรงพยาบาล และได้ขยายผลไปยังหน่วยงานในระดับจังหวัด ระดับเขต และระดับประเทศ

นอกจากนี้ HIVQUAL-T ได้ขยายครอบคลุมการดูแลรักษาเด็กที่ติดเชื้อฯ และได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2549 ในโรงพยาบาลจังหวัดประมาณ 100 แห่ง ซึ่งให้การดูแลรักษาเด็กติดเชื้อฯเป็นจำนวนมาก

- **การปรับปรุงคุณภาพบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIQUAL)**

STIQUAL เป็นรูปแบบของการปรับปรุงคุณภาพบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) และการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ (VCT) ในสถานบริการทางสุขภาพ

แนวคิดหลักของ STIQUAL เป็นการวัดการปฏิบัติงานบริการ เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการดูแลรักษา โดยบูรณาการข้อมูลของผู้รับบริการ กับแผนงานบริหารจัดการคุณภาพของโรงพยาบาล โดยโรงพยาบาลจะตั้งเป้าหมายของการปฏิบัติงานบริการ STI ตามมาตรฐานระดับชาติ

โปรแกรมคอมพิวเตอร์ STIQUAL เป็นเครื่องมือที่ใช้วัดความครอบคลุมของบริการ STI, VCT เพื่อปรับปรุงคุณภาพของการบริการ ข้อมูลนำเข้า ได้จากแบบฟอร์มบันทึกทางการแพทย์ที่มีอยู่ และ/หรือ นำเข้าข้อมูลจากฐานข้อมูลการบันทึก STI ส่วนการวัดหรือประเมินผล สามารถทำเป็นช่วงๆ หรืออย่างน้อยปีละครั้ง ผลผลิตที่ได้จากโปรแกรมคอมพิวเตอร์ STIQUAL ครอบคลุมในเรื่องการคัดกรอง STI ในกลุ่มเป้าหมาย การบริหารจัดการการดูแลผู้ป่วย STI และบริการ VCT

ได้ดำเนินการนำร่องไปแล้ว 5 จังหวัด ตั้งแต่ปี พ.ศ.2552 ภายใต้ความร่วมมือระหว่างกลุ่มงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอวพ. และ TUC ปัจจุบันกำลังดำเนินการใน 19

จังหวัด และมีแผนงานขยายผลไปใน 43 จังหวัด ในฐานะที่เป็นส่วนหนึ่งของโครงการภายใต้การสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ รอบ 8

- **องค์กรกลุ่มชายมีสัมพันธ์กับชายกับการวิเคราะห์และใช้ข้อมูลการติดตามในการปรับปรุงแผนงาน**

การปรับปรุงการใช้ประโยชน์ของข้อมูลการติดตามแผนงาน เป็นประเด็นสำคัญ ทั้งนี้ USAID และ ภาคี ได้แก่ FHI และ PACT ได้จัดอบรมให้กับองค์กร MSM และดำเนินการวิเคราะห์ และสังเคราะห์ข้อมูลการติดตามของข้อมูลฐานชุมชนอย่างสม่ำเสมอ รวมทั้งให้ข้อมูลสะท้อนกลับ แก่ผู้ดำเนินการและผู้มีเกี่ยวข้องหลัก

ประเทศไทย มีเป้าหมายระยะยาว ในการเสริมสร้างศักยภาพขององค์กรชุมชน ในการวิเคราะห์และแปลผล ข้อมูลการติดตามแผนงาน/โครงการของตนเองได้อย่างสม่ำเสมอ และมีประสิทธิภาพ

ข. ความท้าทายในการดำเนินงานระบบการติดตามและประเมินผลแบบผสมผสาน

สรุปความก้าวหน้าที่สำคัญ ในการแก้ไขปัญหาและความท้าทายในเรื่องการติดตามและประเมินผล ในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา ดังนี้

- แต่งตั้งคณะทำงานวิชาการติดตามและประเมินผล จำนวน 16 ชุด ในปี พ.ศ.2552 ซึ่งได้เป็นกลไกหลักในกระบวนการจัดทำรายงานความก้าวหน้า UNGASS รอบปี พ.ศ. 2553 โดยตลอด นอกจากนั้นแล้ว คณะทำงานชุดวิเคราะห์สถานการณ์ ได้จัดทำรายงานสังเคราะห์ 2 ฉบับ และได้ให้ข้อค้นพบสำคัญในการพัฒนายุทธศาสตร์ รวมทั้งทำให้ระบบการติดตามและประเมินผล ตลอดจนคุณภาพของรายงาน UNGASS รอบปี 2553 ดีขึ้น
- จัดทำแผนติดตามและประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อฯ ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง และ แผนติดตามและประเมินผล TB/HIV แล้วเสร็จ
- ประเทศไทยได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ รอบ 8 ซึ่งได้กำหนดยุทธศาสตร์การสร้างเสริมระบบติดตามและประเมินผลและจัดทำข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ระดับชาติ เป็นส่วนหนึ่งของแผนงาน ในช่วงปี พ.ศ.2552 จึงได้มีการดำเนินกิจกรรมพัฒนาระบบติดตามและประเมินผล หลายประการ กล่าวคือ
  - อยู่ระหว่างการศึกษา เพื่อคาดประมาณจำนวนประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ซึ่งเป็นข้อมูลสำคัญและจำเป็นต่อผู้ดำเนินโครงการ ที่จะใช้ติดตามความก้าวหน้าของความครอบคลุมของบริการในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงและแรงงานข้ามชาติ อีกทั้ง เป็นตัวแปรสำคัญที่จะช่วยทำให้การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ของประเทศไทยใกล้เคียงความจริงมากขึ้น
  - ขยายการจัดทำ IBBS ในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง และแรงงานข้ามชาติ
  - ภาคีที่เกี่ยวข้องได้เห็นชอบที่จะ พัฒนาระบบการติดตามและประเมินผลแบบผสมผสานในลักษณะของพื้นที่ (area based approach) และจะวางกรอบการดำเนินงาน

ระบบและ warehouse ของข้อมูล รวมถึงแนวทางการดำเนินงาน และหลักสูตรการอบรม ภายในปี 2553 นี้

○ พัฒนากลไกการประสานงานระดับจังหวัด เป็นกลไกสำคัญในการติดตามและประเมินผลในระดับจังหวัด ซึ่งจะทำให้เกิดการร่วมมือ การประสานและเสริมสร้างศักยภาพในการติดตามและประเมินผลของผู้เกี่ยวข้อง รวมถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ให้สามารถใช้ข้อมูลข้อสนเทศในการปรับปรุงการทำงานแผนงานฯ ได้ดีขึ้น

ถึงแม้ว่า ประเทศไทยมีความก้าวหน้าอย่างมากในช่วง 2 ปีที่ผ่านมา แต่ประเทศยังคงเผชิญกับปัญหา ความท้าทายหลายประการ ดังนี้

1) การพัฒนากรอบการติดตามและประเมินผลที่เป็นเอกภาพ ในแผนการติดตามประเมินผลแบบผสมผสานของประเทศ ซึ่งจะเป็นส่วนสำคัญของแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติที่กำลังจะจัดทำฉบับใหม่ สำหรับปี พ.ศ.2555-2559

2) การเฝ้าระวังและการสำรวจ ยังคงมีความท้าทาย กล่าวคือ

- ในขณะที่ ประเทศไทยมีกรอบการเฝ้าระวังฯที่ผสมผสานแล้ว แต่ประเทศยังมีประเด็นที่ต้องปรับปรุง ในเรื่องของ คุณภาพของข้อมูลจากการเฝ้าระวัง ซึ่งต้องพัฒนาในเรื่องของ ขนาดกลุ่มตัวอย่าง เทคนิคการสุ่มตัวอย่าง และการขยายพื้นที่เฝ้าระวัง ตลอดจนการเพิ่มการใช้ประโยชน์ของข้อมูล การพัฒนาเครื่องมือ และพัฒนาศักยภาพของบุคคลากรในการวิเคราะห์และแปลผล รวมทั้งการพัฒนาทักษะการวิเคราะห์ข้อมูลจากฐานข้อมูล และประเภทข้อมูลต่างๆ เพื่อให้ได้เห็นภาพสถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อฯ ในระดับชาติและระดับจังหวัดที่ชัดเจนขึ้น
- การเพิ่มความเชื่อมั่นและความถูกต้องของการวัดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อฯ มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการติดตามผลการดำเนินงานป้องกันของประเทศ
- การสำรวจประชากรทั่วไป ในกลุ่มวัยเจริญพันธ์และกลุ่มเยาวชน มีความจำเป็นที่จะต้องผสมผสานให้เป็นเอกภาพ ดังนั้น จึงจำเป็นที่จะต้องมีการประสานความร่วมมือกัน ในการจัดทำแผนงาน และกรอบเวลาในการสำรวจสุขภาพ อนามัยเจริญพันธ์ และการวางแผนครอบครัว การสำรวจสุขภาพระดับชาติ และการทำ Multiple Indicator Cluster Survey (MICS) เป็นต้น

3) การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพที่ผสมผสานและบูรณาการสำหรับประเทศไทย เป็นความท้าทายอย่างหนึ่ง เนื่องจากระบบข้อมูลจำนวนมากอยู่ระหว่างการพัฒนาในระยะต่างๆ ดังนั้น การที่จะพัฒนาระบบการติดตามให้เป็นเอกภาพ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องได้รับร่วมมือจากภาคี และระยะเวลา เพื่อทำให้ระบบใหม่มีการทำงานอย่างเต็มที่ ในประเด็นต่างๆ กล่าวคือ

- ความจำเป็นที่จะต้องเสริมสร้างความเข้มแข็งของฐานข้อมูล NAP ของ สปสช. ที่เป็นแหล่งข้อมูลหลักสำหรับระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ของประเทศ

โดยบูรณาการแหล่งข้อมูลอื่นๆ อาทิ ฐานข้อมูลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ ในระบบประกันสังคม ฐานข้อมูลการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก (PHIMS PHOMS) และอื่นๆ

- ฐานข้อมูล NAP ยังไม่สามารถจำแนกกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงได้
- ระบบข้อมูล การดูแลรักษาประชากรข้ามชาติ ที่ยังไม่ชัดเจนว่าจะมีการจัดบริการอย่างไรในอนาคต ปัจจุบัน เป็นการรายงานภายใต้ระบบการติดตามของโครงการ NAPHA –Extension
- ระบบการติดตามการดูแล ช่วยเหลือ เด็กกำพร้า เด็กที่ติดเชื้อฯ และเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ยังคงแยกส่วน จึงมีความจำเป็นที่จะพัฒนาระบบการรวบรวมข้อมูลที่บูรณาการ และเป็นเอกภาพ
- ข้อมูลฐานชุมชน ในเรื่องการป้องกัน การดูแลผู้ติดเชื้อฯ รวมถึงเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ที่ดำเนินการโดยภาคประชาสังคมและองค์กรพัฒนาเอกชนเป็นส่วนใหญ่ ยังไม่เชื่อมต่อกับระบบข้อมูลของประเทศ
- การเปิดเผยข้อมูลการติดตามการดเนินงานในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง เป็นข้อกังวลอย่างมากของภาคประชาสังคม
- ข้อมูลจากการบริการสุขภาพของภาคเอกชนและของโรงพยาบาลในสังกัดมหาวิทยาลัย ส่วนใหญ่ยังไม่ได้รวมอยู่ในระบบของประเทศ มีเพียงระบบฐานข้อมูล NAP ส่วนที่เบิกจ่ายเวชภัณฑ์และค่าตอบแทนจาก สปสช. และฐานข้อมูลการรักษา ผู้ติดเชื้อฯ ระบบปรันสังคม

4) การวิจัยและประเมินผล

ประเทศไทยได้รับการยอมรับในฐานะที่มีศักยภาพสูงในการศึกษาวิจัย อย่างไรก็ตาม ความเชื่อมโยงในการใช้ประโยชน์ข้อค้นพบจากงานวิจัยเพื่อเป็นแนวทางในการดำเนินงานและพัฒนานโยบายยังค่อนข้างจำกัด ประเทศยังคงต้องการข้อมูลเชิงประจักษ์ว่ามาตรการใดที่ได้ผล และมาตรการใดที่ไม่ได้ผล เพื่อประโยชน์ในการพิจารณาขยายผลในระดับชาติ

ประเทศไทยต้องการที่จะพัฒนาและจัดลำดับความสำคัญของประเด็นและหัวข้องานวิจัยสำหรับการประเมินผลในระดับชาติ โดยอาศัยความร่วมมือของภาคี และคาดหวังที่จะมีข้อมูลที่มีคุณภาพและเพียงพอและนำไปใช้ประโยชน์ทุกระดับ

ประเด็นและหัวข้องานวิจัยประเมินผลดังกล่าว เป็นส่วนที่จะนำไปสู่การหาทุนสนับสนุน จากนั้นจึง จัดเตรียมกระบวนการ กำหนดระเบียบวิธีวิจัยที่เหมาะสม (เชิงปริมาณ และ/หรือ เชิงคุณภาพ การวิจัยเชิงทดลอง/ไม่ใช่เชิงทดลอง) และการควบคุมคุณภาพของการศึกษาวิจัย

5) การพัฒนาศักยภาพ เรื่อง ข้อมูลเชิงกลยุทธ์ ที่หมายรวมการติดตาม ประเมินผลและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล

เป้าประสงค์ระยะยาว คือ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของข้อมูลเชิงกลยุทธ์รวมทั้งศักยภาพในการติดตามประเมินผล ในช่วง 2 ปี ข้างหน้า ประเทศไทยมุ่งเน้นที่การพัฒนาศักยภาพการใช้ประโยชน์จากข้อมูลในทุกระดับ บุคลากรของโครงการ ณ จุดให้บริการในระดับสถานบริการสุขภาพและระดับชุมชน จำเป็นที่จะต้องมีความสามารถในการติดตามการดำเนินงานโครงการที่มีประสิทธิภาพเพื่อติดตามความก้าวหน้าของความครอบคลุมและคุณภาพของแผนงาน

ยังมีข้อจำกัดของ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น รวมถึง จังหวัด และเขต ในการใช้ข้อมูลการติดตามระดับชาติที่สำคัญ ที่ใช้ติดตามแผนงาน ผลลัพธ์และผลกระทบ ในการวางแนวทางสำหรับการจัดทำแผนปฏิบัติการประจำปี ส่วนในระดับชาติ มีความจำเป็นที่สร้างหน่วยงานระดับชาติที่มีความสามารถในการสังเคราะห์ข้อมูล และวิเคราะห์ข้อมูลจากหลายแหล่ง และนำไปใช้พัฒนานโยบายและยุทธศาสตร์ระดับชาติ

ค. แผนการแก้ไขความท้าทาย

1. สนับสนุนให้คณะทำงานติดตามประเมินผล แต่ละกลุ่มดำเนินการวางแผนปฏิบัติการ ติดตามและประเมินผล ในปี 2553-2554 โดยมีกิจกรรมหลัก ดังนี้

- พัฒนาแผนการติดตามและประเมินผลแบบผสมผสาน การป้องกัน และการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อฯ แล้วเสร็จภายในปี 2554
- วางเป้าหมายระดับชาติ
- จัดลำดับความสำคัญของกิจกรรมการติดตามและประเมินผล ที่กำหนดโดยคณะทำงานแต่ละคณะ ให้สอดคล้องกับแผนติดตามและประเมินผลระดับชาติ

2. ภายใต้โครงการกองทุนโลกฯ สำนักระบาดวิทยา กำลังขยายพื้นที่ดำเนินการเฝ้าระวัง แบบ IBBS เพื่อทำให้เข้าใจสถานการณ์การระบาดของการติดเชื้อฯในกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง และแรงงานข้ามชาติ ของจังหวัดดีขึ้น พร้อมๆไปกับการปรับปรุงคุณภาพของข้อมูล และจะพัฒนาเครื่องมือในการวิเคราะห์ข้อมูลจาก IBBS เพื่อเพิ่มทักษะของเจ้าหน้าที่ที่ร่วมดำเนินการระดับต่างๆในการวิเคราะห์ข้อมูล

3. ในปี พ.ศ.2553-2554 จะดำเนินการเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบการติดตามแผนงาน ดังนี้

- รวมฐานข้อมูลการดูแลรักษาให้เป็นระบบเดียวกัน
- พัฒนาระบบการติดตามแผนงานเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์
- เสริมสร้างความเข้มแข็งของโปรแกรม Smart TB
- พัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพที่บูรณาการ (RHIS) โดยใช้กรอบการทำงานเป็นพื้นที่ และจะรวมระบบการติดตามงานในชุมชนเข้าสู่ระบบของประเทศ และในอีก 2 ปี

ข้างหน้า ประเทศไทยจะเน้นการพัฒนา RHIS ที่บูรณาการการป้องกันในกลุ่มเป้าหมายประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง และแรงงานข้ามชาติ และจัดตั้งฐานข้อมูล (warehouse) ที่รวมข้อมูลประเภทต่างๆ เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ โดยจะพัฒนากระบวนการรวบรวมข้อมูลในระบบข้อมูลสุขภาพ (RHIS) รวมถึง หลักสูตรการอบรมเกี่ยวกับคุณภาพของข้อมูล และการใช้ประโยชน์ข้อมูล

4. ประเทศไทยจะดำเนินการ พัฒนาและจัดลำดับประเด็นและคำถามการวิจัยและประเมินผลที่จำเป็นสำหรับแผนงานป้องกัน การดูแลและรักษา ภายในปี 2553 โดยจะจัดทำแผนที่งานวิจัย ซึ่งจะนำมาพิจารณากับงานวิจัยและประเมินผลที่อยู่ระหว่างการดำเนินการ และอยู่ในระยะวางแผน เพื่อระบุช่องว่างของข้อมูลและความต้องการใช้ประโยชน์ของข้อมูลเพื่อสนับสนุนยุทธศาสตร์ระดับชาติ

ประเทศไทย จะขอรับการสนับสนุนจากแหล่งทุนต่างๆ เพื่อปรับปรุงให้สามารถดำเนินการวิจัยและประเมินผลได้เพียงพอ โดยจะจัดกลไกทำให้แน่ใจว่างานศึกษาเหล่านี้ได้มาตรฐาน นอกจากนี้ จะรณรงค์ให้ผู้บริหารระดับนโยบาย ใช้ประโยชน์ของข้อมูลในการพัฒนานโยบาย และประกอบการตัดสินใจด้านนโยบายได้อย่างมีประสิทธิภาพ

5. จัดชุดกิจกรรมพัฒนาสร้างศักยภาพ ทั้งเป็นการอบรมและเป็นที่ปรึกษา ให้กับองค์กรภาคประชาสังคม องค์กรพัฒนาเอกชน และบุคลากรในพื้นที่ และในจังหวัด เพื่อให้จัดเตรียมระบบการติดตามประเมินผลที่ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ รวมทั้ง การใช้ประโยชน์จากข้อมูลเพื่อปรับปรุงแผนงาน/โครงการ ตลอดจน พัฒนาแผนปฏิบัติการและยุทธศาสตร์ระดับชาติ และในช่วง 2 ปีข้างหน้า ศบ.จอ. จะมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพในการติดตามและประเมินผล ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ผ่านกลไกการประสานงานระดับจังหวัด (PCM) ใน 43 จังหวัด

ท้ายที่สุด ประเทศไทยจะประเมินความเข้มแข็งของระบบการติดตามประเมินผลในปี พ.ศ.2554 เพื่อติดตามความก้าวหน้าของระบบการติดตามประเมินผลระดับชาติ โดยเปรียบเทียบกับการประเมิน ในปี พ.ศ.2551 และนำมาพัฒนาแผนการติดตามและประเมินผลแบบผสมผสานในระดับประเทศ ของปี พ.ศ. 2555-2559

ง. ความต้องการความช่วยเหลือทางด้านวิชาการสำหรับการติดตามประเมินผล

1. การทบทวนระเบียบวิธีการประเมินผล สำหรับการป้องกันการติดเชื้อฯ สำหรับกลุ่มเป้าหมายประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง และแรงงานข้ามชาติ

2. การพัฒนาระบบข้อมูลสุขภาพของชุมชน และบูรณาการเข้ากับระบบของประเทศ รวมทั้งแผนงานป้องกันและดูแล และแผนงานช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์

3. การติดตามอุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวี

ผนวก 1

รายจ่ายของประเทศไทยในการดำเนินงาน ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2551-2552

โดย คณะทำงานจัดทำรายจ่ายของประเทศไทยในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

10 มีนาคม 2553

1. ความเป็นมา

เพื่อให้เป็นไปตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวีและเอดส์ ในการจัดทำรายงาน UNGASS ปี พ.ศ. 2553 คณะทำงานจัดทำ รายจ่ายของประเทศไทยในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้จัดการประชุมร่วมกันระหว่างภาคีเครือข่ายทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยผู้มีความรู้และประสบการณ์ด้านการใช้จ่ายในเรื่องเอชไอวีและเอดส์ โดยได้รับมอบหมายให้ประมาณการรายจ่ายของประเทศไทยในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ สำหรับปี พ.ศ. 2551-2552

การจัดทำรายงานนี้เป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากการรายงานครั้งล่าสุดในปี พ.ศ. 2551 ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลรายจ่ายของประเทศไทยในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในปีพ.ศ. 2550

ตารางที่ 1 รายจ่ายทั้งสิ้นในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในปี 2550 (ราคาปีปัจจุบัน)

	พ.ศ. 2550
รายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งหมด (ล้านบาท)	6,728
ประมาณการรายจ่ายการดูแลสุขภาพทั้งหมดของประชากรไทย (ล้านบาท)	248,852.4
รายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งหมด ปี 2550	
• ต่อประชากร 1 คน (บาท)	105
• ต่อผู้ติดเชื้อ 1 คน (บาท)	11,600
• % ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP)	0.08%
• % ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด	2.7%

ที่มา : รายงานความก้าวหน้าระดับประเทศตามปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณี เรื่อง เอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย มกราคม 2549-ธันวาคม 2550

2. วัตถุประสงค์

1) เพื่อประมาณการรายจ่ายทั้งหมดตลอดจนแหล่งเงินและโครงสร้างรายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ (Total Expenditure on HIV/AIDS: TEA) ในปี พ.ศ. 2551 และ 2552

2) เพื่อประมาณการรายจ่ายทั้งหมดในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ด้วยตัวชี้วัดหลัก ดังนี้

- จำนวนเงินที่ใช้จ่ายต่อประชากร 1 คน
- จำนวนเงินที่ใช้จ่ายต่อผู้ติดเชื้อฯ 1 คน
- ร้อยละของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GPD)
- ร้อยละของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (Total Health Expenditure : THE)

3. ระเบียบวิธี

3.1 วิธีประมาณการ

1. ปรับใช้ตาราง 2 มิติของแหล่งการเงินตาม healthcare function ตามรูปแบบการจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพ โดยอ้างอิงจาก OECD System of Health Account, Version 1.0 (2000) ในการนำเสนอตารางข้อมูล นำเสนอเฉพาะข้อมูลภาครัฐ ไม่รวมภาคเอกชน เนื่องจากข้อจำกัดในการรวบรวมข้อมูลเอกชน

2. รวบรวมข้อมูลทุติยภูมิการใช้จ่ายเงินดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จากหน่วยงานสนับสนุนการเงิน

3. ในกรณีที่ไม่มีข้อมูลทุติยภูมิ ใช้การคำนวณ P x Q (P หมายถึง ค่าใช้จ่ายต่อหน่วย , Q หมายถึง จำนวนหน่วยบริการที่ดำเนินการ โดยใช้ข้อมูลระบาดวิทยาเป็นส่วนใหญ่) ได้แก่ ค่าใช้จ่ายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ การรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ จากระบบหลักประกันสุขภาพภาครัฐ กล่าวคือระบบประกันสังคม ระบบสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ และหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

3.2 แหล่งข้อมูล

1. รายจ่ายจริงที่ใช้ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งหมด ได้รับจากหน่วยงานภาครัฐและแหล่งงบประมาณ เช่น กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในแผนงานเข้าถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาส สำหรับผู้ติดเชื้อฯ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กรมบัญชีกลาง กระทรวงการคลัง สำหรับรายจ่ายดำเนินงานป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ภาครัฐ กองทุนโลก และหน่วยงานให้ทุนอื่นๆ จากต่างประเทศ

2. ใช้ข้อมูลผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ล่าสุดของปี 2551 และ 2552 จากสำนักบัญชีประชาชาติ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ[51]

---

[51] สำนักบัญชีประชาชาติ, สำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ http://www.nesdb.go.th/econSocial/macro/NAD/1_ggdp/statistic/menu.html [access 23 February 2010].

3. รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดของประเทศในปี 2551 นำมาจากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2551[52] (National Health Account , 1994-2008) สำหรับรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดของประเทศในปี 2552 เป็นค่าประมาณการ

4. จำนวนผู้ติดเชื้อฯ ในปี 2551-2552 ประมาณการโดยอ้างอิงตามระบบทะเบียนของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

3.3 ขอบเขต

1. ใช้ข้อมูลการใช้จ่ายจริงในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ไม่ใช้ตัวเลขที่ตั้งงบประมาณ

2. การศึกษานี้ครอบคลุมเฉพาะค่าใช้จ่ายส่วนที่มาจากแหล่งทุนภาครัฐภายในประเทศ โดยเฉพาะจากส่วนกลาง และแหล่งทุนระหว่างประเทศ ไม่ได้รวมการใช้จ่ายที่มาจากงบประมาณขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น และไม่ได้รวมการใช้จ่ายที่มาจากภาคเอกชน เช่น นายจ้างและจากครัวเรือน เนื่องจากไม่มีข้อมูล และในบริบทของหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครัวเรือนมีค่าใช้จ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ค่อนข้างต่ำ บริการรักษาการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ถูกครอบคลุมอยู่ในหลักประกันสุขภาพทั้ง 3 แล้ว แม้ว่าจะมีผู้ป่วยบางส่วนไปรับบริการในสถานพยาบาลเอกชน และต้องจ่ายค่ารักษาพยาบาลเองทั้งหมด

3. ข้อมูลรายจ่ายของภาครัฐเป็นข้อมูลปีงบประมาณ (ตุลาคม-กันยายนของปีถัดไป) สำหรับข้อมูลขององค์กรระหว่างประเทศ เป็นข้อมูลปีปฏิทินเป็นส่วนใหญ่ ยกเว้นกองทุนโลก และศูนย์ความร่วมมือด้านสาธารณสุขไทย-สหรัฐ

4. Healthcare function ใช้ 8 กลุ่มกิจกรรมตามแนวทางการรายงานของ UNGASS

4. ผลการประมาณการ

4.1 บริบทด้านการคลังในประเทศไทย

ตารางที่ 2 ข้อมูลพื้นฐานด้านการคลังสุขภาพปีพ.ศ. 2551-2552 (ราคาปีปัจจุบัน)

	พ.ศ.2551	พ.ศ.2552
จำนวนประชากร	63,121,000	63,396,000
รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต่อประชากร 1 คน (THE/capita) (บาท)	5,739	6,183
รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดต่อประชากร 1 คน (THE/capita) (เหรียญสหรัฐ)	173	178
อัตราแลกเปลี่ยน (บาทต่อเหรียญสหรัฐ)*	33.13	34.72

[52] คณะทำงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2549-2551. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2551 http://www.ihppthaigov.net/nha/thai_nha_1994-2008.xls [access 10 March 2010]

ที่มา : รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดปี 2551ได้จากบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติของประเทศไทย พ.ศ. 2537-255153 รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดปี 2552ได้จากการประมาณค่าโดยใช้ แนวโน้มของข้อมูลในอดีตย้อนหลังตั้งแต่ปีพ.ศ. 2537-2551 โดยคณะทำงาน (อัตราการเติบโตเฉลี่ย ร้อยละ 5.3)
หมายเหตุ: อัตราแลกเปลี่ยนอ้างอิงจากธนาคารแห่งประเทศไทย

ข้อมูลพื้นฐานด้านการคลังสุขภาพแสดงให้เห็นว่าในปี พ.ศ. 2551 ประเทศไทยมีรายจ่ายสุขภาพ 5,739 บาทต่อประชากร 1 คน หรือ คิดเป็น 173 เหรียญสหรัฐ (อัตราแลกเปลี่ยน 33.13 บาทต่อเหรียญสหรัฐ) (ดูตารางที่ 2) รายจ่ายสุขภาพต่อประชากรเพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 6,183 บาทหรือ 178 เหรียญสหรัฐในปีพ.ศ. 2552

ตารางที่ 3 รายจ่ายสุขภาพรวม (Total health expenditure) และข้อมูลตัวชี้วัดที่สำคัญด้านรายจ่ายสุขภาพ ระหว่างปี พ.ศ. 2537-2551 (ราคาปีปัจจุบัน)

ตัวชี้วัดรายจ่ายสุขภาพ	พ.ศ. 2537	พ.ศ. 2540	พ.ศ. 2544	พ.ศ. 2545	พ.ศ. 2548	พ.ศ. 2549	พ.ศ. 2550	พ.ศ. 2551
รายจ่ายสุขภาพรวม (ล้านบาท)	127,655	189,143	170,203	201,667	251,665	290,573	314,712	363,771
สัดส่วนรายจ่ายสุขภาพรวมต่อ ผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (% of GDP)	3.5%	4.0%	3.3%	3.7%	3.6%	3.7%	3.7%	4.0%
รายจ่ายสุขภาพรวมภาครัฐ (%)	45%	54%	56%	63%	64%	68%	73%	75%
รายจ่ายสุขภาพรวมภาคเอกชน (%)	55%	46%	44%	37%	36%	32%	27%	25%
รายจ่ายสุขภาพรวม/คน/ปี (บาท/คน/ปี)	2,160	3,110	2,732	3,211	4,032	4,625	4,992	5,739
รายจ่ายสุขภาพรวม/คน/ปี (เหรียญสหรัฐ/คน/ปี)	86	99	61	74	100	122	144	171

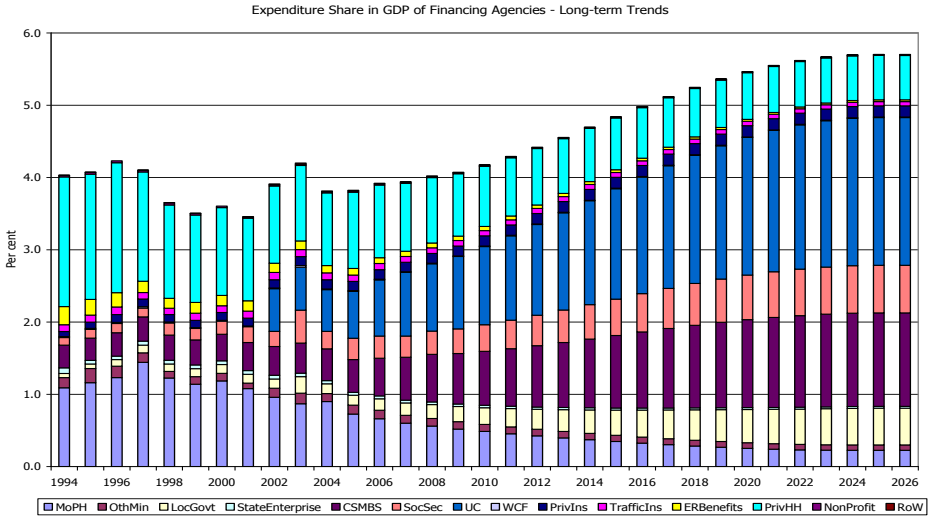
ที่มา: คณะทำงานจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549-2551

ตาราง 3 แสดงอนุกรมข้อมูลตัวชี้วัดด้านรายจ่ายสุขภาพที่สำคัญระหว่างปี พ.ศ. 2537-2551 โดยแสดงข้อมูลเป็นบางปี สัดส่วนของรายจ่ายสุขภาพรวมต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติไม่เคยสูงเกินกว่าร้อยละ 4.0 ตลอดช่วงที่ผ่านมา แหล่งการคลังภาครัฐมีบทบาทเพิ่มมากขึ้นในด้านการคลังสุขภาพในประเทศไทยกล่าวคือมีสัดส่วนร้อยละ 45 ใน

[53] คณะทำงานบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2549-2551. บัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2551 http://www.ihppthaigov.net/nha/thai_nha_1994-2008.xls [access 10 March 2010]

ปี พ.ศ. 2537 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 75 ในปี พ.ศ.2551 ในขณะที่แนวโน้มของแหล่งการคลังภาคเอกชนมีสัดส่วนลดลงจากร้อยละ 55 ในปี พ.ศ. 2537 เป็นร้อยละ 25 ในปี พ.ศ.2551

รูปที่ 1 แสดงการคาดประมาณรายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศระหว่างปี พ.ศ. 2549-2569



การคาดประมาณรายจ่ายสุขภาพรวมระยะยาวของประเทศไทยระหว่างปี พ.ศ. 2549-2569 โดยการใช้ฐานข้อมูลบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2537-2548 โดยเป็นโครงการที่ดำเนินการร่วมระหว่างองค์การแรงงานระหว่างชาติและนักวิจัยไทย [54]

จากรูปที่ 1 แสดงให้เห็นว่าในปีพ.ศ. 2569 รายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศยังคงต่ำกว่าร้อยละ 6 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ ซึ่งอยู่ในวิสัยที่รัฐบาลจะสามารถสนับสนุนได้ ขณะที่หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าซึ่งจ่ายจากภาษีทั้งหมดจะมีส่วนแบ่งของแหล่งการคลังที่มากที่สุด รองลงมาคือรายจ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลที่เป็นสวัสดิการข้าราชการ รายจ่ายจากครัวเรือนส่วนบุคคลจะใกล้เคียงกับรายจ่ายจากกองทุนประกันสังคม จากข้อมูลในอดีต พบว่าแหล่งการคลังจากต่างประเทศมีบทบาทค่อนข้างน้อยในด้านการคลังสุขภาพในประเทศไทย โดยมีสัดส่วนต่ำกว่าร้อยละ 0.05 ของรายจ่ายสุขภาพรวมของประเทศ

---

[54] Scholz W, Sakulpanich T, Long term projection of total health expenditure in Thailand, 2006-2026, Nonthaburi, Health system Research Institute. 2009

4.2 ประเทศไทยมีรายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์มากน้อยเพียงใด

ตารางที่ 4 รายจ่ายทั้งสิ้นในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในปี 2551-2552 (ราคาปีปัจจุบัน)

	พ.ศ.2551	พ.ศ.2552
รายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งหมด (ล้านบาท)	6,928	7,208
ประมาณการรายจ่ายการดูแลสุขภาพทั้งหมดของประชากรไทย (ล้านบาท)	363,771	383,051*
รายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งหมด ปี 2551-2552		
• ต่อประชากร 1 คน (บาท)	110	114
• ต่อผู้ติดเชื้อ 1 คน (บาท)	14,275	14,417
• ต่อประชากร 1 คน (เหรียญสหรัฐ)	3.3	3.3
• ต่อผู้ติดเชื้อ 1 คน (เหรียญสหรัฐ)	430.9	415.2
• % ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP)	0.08	0.08
• % ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด	1.9	1.9

* รายจ่ายสุขภาพทั้งหมดปี 2552ได้จากการประมาณค่าโดยใช้แนวโน้มของข้อมูลในอดีตย้อนหลังตั้งแต่ปี พ.ศ. 2537-2551 โดยคณะทำงานจัดทำบัญชีรายจ่ายสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2549-2551 (อัตราการเติบโตเฉลี่ย ร้อยละ 5.3)

ในปี พ.ศ. 2551 รายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งหมดของประเทศมีจำนวน 6,928 ล้านบาท ซึ่งคิดเป็นประมาณ 110 บาทต่อประชากร 1 คน หรือ 14,275 บาทต่อผู้ติดเชื้อฯ 1 คน โดยประมาณการผู้ติดเชื้อฯ 485,325 คน รายจ่ายในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งหมดคิดเป็นร้อยละ 0.08 ของผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ (GDP) ปี พ.ศ. 2551หรือ ร้อยละ 1.9 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด (ดูตารางที่ 4)

ในปี พ.ศ.2552 รายจ่ายในการดำเนินงานด้านเอดส์เพิ่มขึ้นเล็กน้อยเป็น 114 บาทต่อประชากร 1 คน หรือ 14,417 บาทต่อผู้ติดเชื้อฯ 1 คน การเพิ่มขึ้นของรายจ่ายดังกล่าวเมื่อเทียบเป็นสัดส่วนกับผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติหรือรายจ่ายสุขภาพทั้งหมดแล้วไม่เปลี่ยนแปลง ยังคงมีอัตราร้อยละ 0.08 ต่อผลิตภัณฑ์มวลรวมประชาชาติ และ ร้อยละ 1.9 ของรายจ่ายสุขภาพทั้งหมด ทั้งสองปีที่ทำการศึกษา

รายจ่ายดำเนินการเอดส์ใช้ไปในเรื่องใด

ตารางที่ 5 รายจ่ายในการดำเนินงานด้านเอดส์จำแนกตามลักษณะงานในปี 2551-2552 (ราคาปีปัจจุบัน)

ลักษณะงาน	พ.ศ.2551		พ.ศ.2552	
	ล้านบาท	ร้อยละ	ล้านบาท	ร้อยละ
1. การป้องกัน	1,500	21.7	987	13.7
2. การดูแลรักษา	4,560	65.8	5,483	76.1
3. การช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบาง	50	0.7	52	0.7
4. การบริหารและการเสริมความเข้มแข็งการบริหารแผนงาน	397	5.7	250	3.5
5. การให้ค่าตอบแทนสำหรับบุคลากร	44	0.6	208	2.9
6. การคุ้มครองและบริการทางสังคม ส่วนที่ไม่รวมการช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางเนื่องจากเอดส์	219	3.2	171	2.4
7. การพัฒนาภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานและพัฒนาชุมชน	2	0.0	8	0.1
8. การวิจัย ส่วนที่ไม่รวมการวิจัยปฏิบัติการ	156	2.3	49	0.7
รวม	**6,928**	**100.0**	**7,208**	**100.0**

จากการที่รัฐบาลไทยได้มีนโยบายให้การครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ในปี พ.ศ. 2546 รายจ่ายส่วนใหญ่ของรายจ่ายดำเนินการด้านเอดส์ใช้ไปเพื่อการดูแลรักษา จนมีสัดส่วนสูงถึงร้อยละ 65.8 ในปี พ.ศ. 2551 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 76.1 ในปี พ.ศ. 2552 ในขณะที่รายจ่ายเพื่อการป้องกันลดลงจากร้อยละ 21.7 ในปี พ.ศ. 2551 เป็นร้อยละ 13.7 ในปี พ.ศ. 2552 รายจ่ายอื่นๆที่เหลืออีก 6 หมวดมีสัดส่วนเพียงเล็กน้อย (ดูตารางที่ 5) ในปี พ.ศ.2552 สัดส่วนรายจ่ายสำหรับการช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางและรายจ่ายเพื่อการวิจัยมีน้อยกว่าร้อยละ 1 สัดส่วนรายจ่ายเพื่อการบริหารและการเสริมความเข้มแข็งการบริหารแผนงาน มีร้อยละ 3.5 การให้ค่าตอบแทนสำหรับบุคลากร ร้อยละ 2.9 และ การคุ้มครองและบริการทางสังคม ส่วนที่ไม่รวมการช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางเนื่องจากเอดส์มีสัดส่วนร้อยละ 2.4

แหล่งการคลังของรายจ่ายด้านเอดส์มาจากแหล่งใด

ตารางที่ 6ก รายจ่ายในการดำเนินงานด้านเอดส์จำแนกตามแหล่งการคลังและลักษณะงานในปี 2551 (ราคาปีปัจจุบัน)

ลักษณะงาน	รวม	แหล่งเงินในประเทศ	แหล่งเงินต่างประเทศ
1. การป้องกัน	22%	20%	30%
2. การดูแลรักษา	66%	71%	34%
3. การช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบาง	1%	1%	0%
4. การบริหารและการเสริมความเข้มแข็งการบริหาร แผนงาน	6%	3%	22%
5. การให้ค่าตอบแทนสำหรับบุคลากร	1%	1%	1%
6. การคุ้มครองและบริการทางสังคม ส่วนที่ไม่รวมการช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางเนื่องจากเอดส์	3%	4%	0%
7. การพัฒนาภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานและพัฒนาชุมชน	0%	0%	0%
8. การวิจัย ส่วนที่ไม่รวมการวิจัยปฏิบัติการ	2%	0%	13%
รวม (ร้อยละ)	**100%**	**100%**	**100%**
รวม (ล้านบาท)	**6,928**	**5,917**	**1,011**
ร้อยละ (สดมภ์)	**100%**	**85%**	**15%**

ในปี พ.ศ. 2551 โครงการดำเนินงานด้านเอดส์ส่วนใหญ่ใช้งบประมาณภายในประเทศคิดเป็นร้อยละ 85 ของงบประมาณด้านเอดส์ทั้งสิ้นและในปี พ.ศ.2552 คิดเป็นร้อยละ 93 ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงการสนับสนุนด้านการเงินของรัฐบาลตามพันธะสัญญาและเป็นที่คาดหวังได้ถึงความยั่งยืนด้านการเงิน

ตารางที่ 6ข รายจ่ายในการดำเนินงานด้านเอดส์จำแนกตามแหล่งการคลังและลักษณะงานในปี 2552 (ราคาปีปัจจุบัน)

ลักษณะงาน	รวม	แหล่งเงินในประเทศ	แหล่งเงินต่างประเทศ
1. การป้องกัน	14%	13%	29%
2. การดูแลรักษา	76%	80%	15%
3. การช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบาง	1%	1%	0%
4. การบริหารและการเสริมความเข้มแข็งการบริหารแผนงาน	3%	2%	17%
5. การให้ค่าตอบแทนสำหรับบุคลากร	3%	1%	33%
6. การคุ้มครองและบริการทางสังคม ส่วนที่ไม่รวมการช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางเนื่องจากเอดส์	2%	3%	0%
7. การพัฒนาภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานและพัฒนาชุมชน	0%	0%	1%
8. การวิจัย ส่วนที่ไม่รวมการวิจัยปฏิบัติการ	1%	0%	4%
รวม (ร้อยละ)	**100%**	**100%**	**100%**
รวม (ล้านบาท)	**7,208**	**6,726**	**482**
ร้อยละ (สดมภ์)	**100%**	**93%**	**7%**

แบบแผนรายจ่ายของแหล่งการคลังจากภายนอกประเทศมีความแตกต่างจากแบบแผนรายจ่ายของแหล่งการคลังภายในประเทศอย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือแหล่งการคลังภายในประเทศใช้จ่ายในการดูแลรักษาเป็นหลัก ร้อยละ 71 ในปี พ.ศ.2551 และ ร้อยละ 80 ในปี พ.ศ.2552 โดยที่โครงการด้านเอดส์ของไทยซื้อยาสามัญจากบริษัทผู้ผลิตยาต้านไวรัสฯ ในประเทศนอกจากนั้นยังส่งขายออกนอกประเทศด้วย ในขณะที่แหล่งการคลังจากต่างประเทศมีข้อจำกัดที่ต้องซื้อยาสามัญจากบริษัทยาที่ต้องได้รับการรับรองผลิตภัณฑ์จากองค์การอนามัยโลก

นอกจากนั้นแหล่งการคลังภายนอกประเทศยังมีแบบแผนการใช้จ่ายกระจายไปยังรายการต่างๆทั้ง 8 รายการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้ค่าตอบแทนสำหรับบุคลากรสูงถึงร้อยละ 33 การป้องกันร้อยละ 29 การบริหารและการเสริมความเข้มแข็งการบริหารแผนงานร้อยละ 17 มีเพียงร้อยละ 15 ที่เป็นการดูแลรักษา (ดูตารางที่ 6ก และ 6ข)

4.5 แหล่งการคลังภายในประเทศมีความแตกต่างในการใช้จ่ายด้านเอดส์ในลักษณะงานต่าง ๆอย่างไร

จากการวิเคราะห์ข้อมูลอย่างเป็นระบบ สามารถจำแนกแหล่งการคลังภายในประเทศของรายจ่ายด้านเอดส์ออกเป็น 5 แหล่ง คือ (1) กระทรวงสาธารณสุข (ทุกกรมที่เกี่ยวข้อง) หน่วยงานหลักในด้านการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (2) กระทรวงอื่นๆ เช่นกระทรวงศึกษาธิการ กระทรวงกลาโหม สภากาชาดไทยหน่วยงานหลักในโครงการโลหิตปลอดภัย (3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งรับผิดชอบในการให้บริการการรักษาโรคจากการติดเชื้อฉวยโอกาสและการให้ยาต้านไวรัสฯแก่ผู้มีสิทธิ์หลักประกันสุขภาพฯ (4) สวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการ (5) สวัสดิการประกันสังคมซึ่งครอบคลุมลูกจ้างในระบบให้บริการการรักษาโรคจากการติดเชื้อฉวยโอกาสและการให้ยาต้านไวรัสฯแก่สมาชิกในระบบ

ตาราง 7 ก รายจ่ายด้านเอดส์จำแนกตามแหล่งการคลังและลักษณะงานในปี พ.ศ. 2551 (ราคาปีปัจจุบัน)

ลักษณะงาน	รวม	แหล่งเงินในประเทศ					แหล่งเงินต่างประเทศ
		กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่น ๆ	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	
1. การป้องกัน	22%	37%	43%	24%	4%	4%	30%
2. การดูแลรักษา	66%	4%	8%	73%	96%	96%	34%
3. การช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบาง	1%	20%	0%	0%	0%	0%	0%
4. การบริหารและการเสริมความเข้มแข็งการบริหารแผนงาน	6%	30%	7%	2%	0%	0%	22%

ลักษณะงาน	รวม	แหล่งเงินในประเทศ					แหล่งเงินต่างประเทศ
		กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่น ๆ	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	
5. การให้ค่าตอบแทนสำหรับบุคลากร	1%	2%	1%	1%	0%	0%	1%
6. การคุ้มครองและบริการทางสังคม ส่วนที่ไม่รวมการช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางเนื่องจากเอดส์	3%	0%	39%	0%	0%	0%	0%
7. การพัฒนาภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานและพัฒนาชุมชน	0%	0%	0%	0%	0%	0%	0%
8. การวิจัย ส่วนที่ไม่รวมการวิจัยปฏิบัติการ	2%	6%	2%	0%	0%	0%	13%
รวม (ร้อยละ)	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**
รวม (ล้านบาท)	**6,928**	**245**	**556**	**3,349**	**831**	**936**	**1,011**
ร้อยละ (สดมภ์)	**100%**	**4%**	**8%**	**48%**	**12%**	**14%**	**15%**

ตารางที่ 7 ข รายจ่ายด้านเอดส์จำแนกตามแหล่งการคลังและลักษณะงานในปี พ.ศ. 2552 (ราคาปีปัจจุบัน)

ลักษณะงาน	รวม	แหล่งเงินในประเทศ					แหล่งเงินจากต่างประเทศ
		กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่น ๆ	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	
1. การป้องกัน	14%	43%	47%	11%	3%	3%	29%
2. การดูแลรักษา	76%	0%	1%	88%	97%	97%	15%
3. การช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบาง	1%	16%	0%	0%	0%	0%	0%
4. การบริหารและการเสริมความเข้มแข็งการบริหารแผนงาน	3%	36%	8%	0%	0%	0%	17%
5. การให้ค่าตอบแทนสำหรับบุคลากร	3%	1%	1%	1%	0%	0%	33%
6. การคุ้มครองและบริการทางสังคม ส่วนที่ไม่รวมการช่วยเหลือเด็กกำพร้าและเด็กที่มีภาวะเปราะบางเนื่องจากเอดส์	2%	0%	37%	0%	0%	0%	0%
7. การพัฒนาภาวะแวดล้อมที่เอื้อต่อการดำเนินงานและพัฒนาชุมชน	0%	0%	0%	0%	0%	0%	1%
8. การวิจัย ส่วนที่ไม่รวมการวิจัยปฏิบัติการ	1%	4%	4%	0%	0%	0%	4%

ลักษณะงาน	รวม	แหล่งเงินในประเทศ					แหล่งเงินจากต่างประเทศ
		กระทรวงสาธารณสุข	กระทรวงอื่น ๆ	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	สวัสดิการข้าราชการ	ประกันสังคม	
รวม (ร้อยละ)	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**	**100%**
รวม (ล้านบาท)	**7,208**	**324**	**461**	**3,939**	**937**	**1,064**	**482**
ร้อยละ (สดมภ์)	**100%**	**4%**	**6%**	**55%**	**13%**	**15%**	**7%**

ในแหล่งการคลังภายในประเทศนั้น สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งดูแลกองทุนหลักประกันสุขภาพแห่งชาติเป็นแหล่งใหญ่ที่มีส่วนแบ่งการใช้จ่ายสูงสุดคือร้อยละ 48 และ 55 ในปี พ.ศ. 2551 และ 2552 ตามลำดับ เนื่องจากครอบคลุมประชากรของประเทศถึงร้อยละ 75 (ดูตารางที่ 7ก และ 7 ข)

กองทุนสวัสดิการรักษาพยาบาลข้าราชการและกองทุนประกันสังคมมีสัดส่วนรายจ่ายใกล้เคียงกันคือร้อยละ 12 และ 14 ในปี พ.ศ.2551 และร้อยละ 13 และ 15 ในปี พ.ศ.2552 ตามลำดับ (ดูตารางที่ 7ก และ 7 ข)

แหล่งการคลังที่ต่างกันมีแบบแผนรายจ่ายที่ต่างกันเช่นกัน กองทุนทั้ง 3 กองทุนใช้จ่ายเน้นไปที่การดูแล รักษาพยาบาล ส่วนกระทรวงสาธารณสุขและกระทรวงอื่นๆ ใช้จ่ายไปในด้านการป้องกันเป็นส่วนใหญ่ ประมาณร้อยละ 43 และ 47 ตามลำดับ นอกจากนั้นยังมีการใช้จ่ายไปในหมวดอื่นๆด้วย

ผนวก 2

ดัชนีรวมด้านนโยบาย: มุมมองภาคประชาสังคม

คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.)
วันที่ 20 มีนาคม พ.ศ. 2553

ก. ด้านสิทธิมนุษยชน:

การส่งเสริมและสนับสนุนสิทธิและการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ความท้าทายในรอบรายงานที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2549 – 2550)

ในรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศฯ รอบที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2549 – 2550) ได้ระบุความท้าทายในด้านสิทธิมนุษยชนหลายประการ อาทิ ในส่วนของกฎหมายและนโยบายต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการ อาทิ (ร่าง) พ.ร.บ.คุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พ.ศ.... พ.ร.บ.สถานบริการ พ.ศ. 2509(แก้ไข พ.ศ. 2548) (ร่าง) พ.ร.บ. จริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ พ.ศ. ...

และมีข้อเสนอให้ทบทวนกฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับที่ไม่เอื้อต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และการผลักดันเชิงนโยบายการส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิในการเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพ อาทิ การเข้าถึงยาสูตรสำรอง การเข้าถึงบริการของ แรงงานข้ามชาติและผู้ติดตาม ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด การเข้าไม่ถึงบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ของกลุ่มที่ไม่อยู่ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมทั้งการดำเนินการเพื่อลดช่องว่างและความแตกต่างของการเข้าถึงบริการสุขภาพ ตามระบบหลักประกันสุขภาพ 3 ระบบ รวมทั้งการสนับสนุนให้มีการพัฒนายุทธศาสตร์การรณรงค์ส่งเสริมสิทธิบนฐานการเคารพความแตกต่างหลากหลายทางด้านเชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม ความเชื่อ วัย เพศ เพศภาวะ และ เพศวิถี

ความสำเร็จและข้อค้นพบในรอบปัจจุบัน (ปี พ.ศ. 2551 – 2552)

การดำเนินงานในรอบการรายงานความก้าวหน้าปัจจุบัน พบว่ามีการดำเนินงานที่ก้าวหน้าและพบความสำเร็จที่สำคัญในหลายด้าน

ด้านกฎหมายและนโยบาย จากรายงานการศึกษาทบทวนกฎหมาย นโยบายด้านสิทธิมนุษยชนและสิทธิด้านเอดส์ของมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ในปี 2552 พบว่าประเทศไทยมีกฎหมายที่ดี ที่เอื้อต่อการแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แก่ รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ. 2550 ในมาตราต่างๆ อาทิ มาตรา 4 การคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ และเสรีภาพ มาตรา 26 หน่วยงานรัฐต้องให้บริการโดยคำนึงถึงศักดิ์ศรี

ความเป็นมนุษย์ สิทธิและเสรีภาพของประชาชน มาตรา 28 ประชาชนสามารถยกบทบัญญัติในรัฐธรรมนูญเป็นข้อต่อสู้ในศาลได้ มาตรา 30 การห้ามเลือกปฏิบัติโดยไม่เป็นธรรมต่อบุคคลเพราะเหตุแห่งความแตกต่างในเรื่องถิ่นกำเนิด เชื้อชาติ ภาษา เพศ อายุ ความพิการ สภาพทางกายหรือสุขภาพ สถานะของบุคคล ฐานะทางเศรษฐกิจ หรือสังคม ความเชื่อทางศาสนา การศึกษาอบรม หรือความคิดเห็นทางการเมือง รวมทั้ง รัฐธรรมนูญหมวด 3 ว่าด้วยสิทธิเสรีภาพของชนชาวไทย ได้บัญญัติให้ความคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพประชาชนอย่างกว้างขวาง อาทิ สิทธิในชีวิต ร่างกาย สิทธิส่วนบุคคล สิทธิในกระบวนการยุติธรรม สิทธิในการพัฒนา สิทธิในการศึกษา สิทธิในการได้รับบริการสาธารณสุข เสรีภาพในการนับถือศาสนา เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น นอกจากนี้ยังมีประมวลกฎหมายอาญา/แพ่งและพาณิชย์ พระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พระราชบัญญัติสิทธิบัตร พระราชบัญญัติคุ้มครองแรงงาน และพระราชบัญญัติคุ้มครองเด็ก รวมทั้งมีแนวปฏิบัติแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและจัดการปัญหาเอดส์ในสถานที่ทำงาน ซึ่งประกาศใช้เมื่อวันที่ 21 สิงหาคม พ.ศ. 2552

ทั้งหมดสะท้อนให้เห็นว่าประเทศมีกลไกทางกฎหมายและนโยบายด้านเอดส์ที่ดีและเอื้อให้มีการดำเนินงานที่ดีอยู่แล้ว ทำให้ไม่มีความจำเป็นต้องมีกฎหมายเฉพาะเรื่องเอชไอวี เช่น พ.ร.บ.คุ้มครองฯ ฉบับปีพ.ศ..... ที่เคยนำเสนอในปี 2550 และถูกคัดค้านเพราะมีลักษณะการละเมิดสิทธิเอง

แผนบูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2550 – 2554 ก็ได้กำหนดให้มียุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ซึ่งในส่วนของมาตรการ และ กลยุทธ์ได้ระบุถึงการเผยแพร่ความรู้และความเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชนในบุคลากรและประชากรกลุ่มต่าง ๆ ไว้ ในขณะเดียวกันก็ได้มีการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการป้องกัน ดูแล รักษาและจัดการกับผลกระทบอย่างทั่วถึง เท่าเทียม ที่นำไปสู่การพัฒนานโยบาย มาตรการ โครงการการดำเนินงานต่าง ๆ ตามมา อาทิ นโยบายลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2554 การพัฒนาโครงการรับการสนับสนุนจากกองทุนโลกฯ ต่อเนื่องจากการดำเนินงานโครงการในรอบที่ 1 และการพัฒนาโครงการด้านการป้องกันและได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนโลกในรอบที่ 8 แสดงให้เห็นว่า ประเทศให้ความสำคัญกับกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง โดยการจัดทำแผนงานและโครงการสนับสนุนการทำงานกับกลุ่มประชากรดังกล่าวทั้งที่ใช้งบประมาณในและจากต่างประเทศ

ในการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิ ได้พัฒนากลไกการคุ้มครองสิทธิเพิ่มเติม โดยกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน กระทรวงยุติธรรม ได้เข้าร่วมเป็นเครือข่ายการคุ้มครองสิทธิและรับเรื่องราวการละเมิดสิทธิร่วมกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ และมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ในขณะที่ในโครงสร้างและกลไกการขับเคลื่อนการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศ ก็ได้มีกลไกการขับเคลื่อนที่ดีเพิ่มขึ้น คือคณะอนุกรรมการกำกับ

การขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ ภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

ในปี พ.ศ. 2552 ภาคประชาสังคม โดยมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ยังได้จัดให้มีการทำรายงานการศึกษาทบทวนกฎหมาย นโยบายด้านสิทธิมนุษยชนและสิทธิด้านเอดส์ รายงานสถานการณ์สิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี เอดส์ในประเทศไทย ประจำปี พ.ศ.2550 และ 2551

เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ได้ดำเนินการสำรวจดัชนีการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ ในปี พ.ศ. 2552 และคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) ก็ได้จัดทำรายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ผ่านมุมมองเรื่องสิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยการเจริญพันธุ์ ทั้งนี้ในกระบวนการจัดทำและนำเสนอรายงาน มีการพูดคุยถกเถียง แลกเปลี่ยนเรื่องนโยบาย การดำเนินงานและการจัดบริการสุขภาพ การส่งเสริมความรู้และการเรียนรู้ ไปจนถึง การใช้ภาษาและคำ (wording) ทั้งในเชิงกฎหมาย นโยบายและมาตรการทางการแพทย์ ที่ขาดความละเอียดอ่อนต่อการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ส่งผลให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติทางสังคม เช่น การใช้คำว่า “กลุ่มเสี่ยง” “การถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก” ฯลฯ ซึ่งสะท้อนให้เห็นความจำเป็นในการทบทวนองค์ความรู้ที่ใช้ในการดำเนินงานตอบสนองต่อปัญหาเอดส์และส่งเสริมการอยู่ร่วมกันอย่างเคารพสิทธิ ไม่กีดกันและเลือกปฏิบัติ

นอกจากนี้ยังมีความก้าวหน้าในดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงบริการรักษาที่สำคัญ ๆ อาทิ การเพิ่มกองทุน VCCT รวมเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ การเพิ่มการรักษาด้วยสารทดแทนเมทาโดนระยะยาว รวมเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ และการดำเนินงานโครงการ NAPHA Extension เพื่อให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯแก่แรงงานต่างชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ และคนที่ไม่มีสถานะพลเมืองจำนวน 2,000 ราย อันเป็นการเพิ่มขยายสิทธิประโยชน์ที่คำนึงถึงสิทธิด้านเอดส์และสิทธิมนุษย์ชน ซึ่งจะขอกล่าวเพิ่มเติมในส่วนถัดไป

ความท้าทาย/ข้อเสนอแนะในรอบรายงานต่อไป (ปี พ.ศ. 2553 – 2554)

ตามมติ ค.ร.ม. 20 ตุลาคม 2552 ที่เห็นชอบกับแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2552-2556 ภาคประชาสังคมมองว่ายังมีความท้าทายว่า จะผลักดันให้เกิดการขับเคลื่อนและการปฏิบัติที่ดีได้อย่างไร จึงมีข้อเสนอให้มีกระบวนการดำเนินงานด้านการประสานแผน การพัฒนาความร่วมมือ จัดโครงสร้างและกลไก เพื่อประสานแผนสิทธิมนุษยชนฯ กับแผนยุทธศาสตร์บูรณาการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ และให้มีการทำงานร่วมกันระหว่างคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติกับกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม ในฐานะหน่วยงานรับผิดชอบขับเคลื่อนแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 พ.ศ. 2552-2556 โดยเสนอให้จัดตั้งคณะอนุกรรมการคุ้มครองดูแลสิทธิ

ด้านเอดส์ โดยให้กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ ฯ ภายใต้คณะกรรมการกำกับแผนฯ มีบทบาทในการสร้างความตระหนักเรื่องสิทธิมนุษยชนให้กับเจ้าหน้าที่ส่วนราชการ

ภาคประชาสังคมพบว่าแม้ประเทศจะมีนโยบายที่ดีหลายส่วน แต่ก็ยังมีอุปสรรคที่ไม่ได้มีการนำไปปฏิบัติ กลไกคุ้มครองสิทธิมนุษยชนยังมีบทบาทน้อยมากในการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ อีกทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิในระดับโครงสร้างกับระดับปฏิบัติยังไม่เคลื่อนไหวสอดคล้องไปด้วยกัน จึงควรเพิ่มบทบาทกลไกต่าง ๆ ให้ทำหน้าที่คุ้มครองป้องกัน และส่งเสริมสิทธิด้านเอดส์ และพัฒนาระบบให้กลไกคุ้มครองสิทธิในระดับโครงสร้างและระดับปฏิบัติมีการดำเนินงานที่สอดคล้องไปด้วยกัน

นอกจากนี้ผู้ปฏิบัติงาน กลไกสิทธิมนุษยชนยังขาดความรู้ ความเข้าใจเรื่องเอดส์ จึงควรพัฒนาองค์ความรู้เรื่องเอดส์ ให้กับผู้ปฏิบัติงานในกลไกการคุ้มครองสิทธิ โดยเฉพาะกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม และสำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ รวมทั้งดำเนินการให้มีการจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อนำนโยบาย กฎหมายต่าง ๆ ไปปฏิบัติได้จริง

สำหรับการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์ที่ 3 การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2554 มีข้อเสนอให้ขับเคลื่อนการทำงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ไปสู่การใช้ฐานคิดและแนวพินิจเรื่องสิทธิเป็นพื้นฐาน (Rights Based Approach) โดยผสมผสานความรู้ปฏิบัติการ บนฐานคิดและแนวพินิจด้าน การแพทย์ สังคมวัฒนธรรม และสิทธิ ซึ่งจำเป็นต้องมีการจัดกระบวนการเรียนรู้ ฝึกอบรมเรื่องการทำงานที่ใช้ฐานคิดและแนวพินิจเรื่องสิทธิเป็นพื้นฐาน ให้กับหน่วยงานต่าง ๆ อีกทั้งมีกระบวนการรณรงค์ส่งเสริมโดยจัดให้มีกระบวนการประเมินว่ามีองค์กร/หน่วยงานใดที่มีการทำงานเข้าข่ายการแนวพินิจเรื่องสิทธิเป็นพื้นฐาน ในหน่วยงานหรือไม่ หากผ่านการประเมินก็ให้มีการให้ใบประกาศนียบัตรรับรอง โดยให้เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ กรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม และ องค์กรภาคประชาสังคม

เพื่อเป็นการสร้างเสริมความเข้าใจว่า การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์การคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ไม่ได้เป็นการให้สิทธิพิเศษกับคนหรือกลุ่มคนใดเป็นพิเศษ แตกต่างจากคนหรือกลุ่มคนอื่น ๆ ในสังคม แต่เป็นการดูแลคุ้มครองให้คนหรือกลุ่มคนต่าง ๆ ได้รับการดูแลอย่างเท่าเทียมกัน โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติ ทั้งนี้การขับเคลื่อนเรื่องสิทธิควรจัดกระบวนการสร้างความเข้าใจเรื่องสิทธิ ในหลาย ๆ กรอบ ทั้งกฎหมาย รัฐศาสตร์ วัฒนธรรม และเน้นแก้ไขทัศนะและความเข้าใจร่วมไปกับประเด็นทางกฎหมาย นโยบาย รวมทั้งการเน้นแก้ไขอคติด้านเอชไอวี ที่เชื่อมโยงกับเรื่องอื่น เช่น เรื่องเพศ อายุ เชื้อชาติ ชาติพันธุ์ พร้อม ๆ กันไป

นอกจากนี้ควรจัดและปรับแผนยุทธศาสตร์โดยเฉพาะในส่วนของการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลให้ชัดเจนอีกครั้ง โดยเพิ่มเติมเรื่องการส่งเสริมสิทธิทางเพศ การเรียนรู้ทำความเข้าใจเรื่อง เพศ (Sex) เพศภาวะ (Gender) และเพศวิถี (Sexuality) เข้าไว้ในแผนด้วย

การจัดทำรายงานสำรวจประสบการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติเรื่องเอดส์ของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ สะท้อนให้เห็นว่า ตราบใดที่คนไม่เข้าใจเรื่องเอดส์ ก็ย่อมไม่เข้าใจว่าผู้ติดเชื้อฯ ในฐานะมนุษย์คนหนึ่งก็มีสิทธิเท่าเทียมกับคนอื่นๆ ทั่วไป ไม่ได้เป็นสิทธิพิเศษ ซึ่งเรื่องนี้ก็คือความหมายของสิทธิด้านเอดส์ และอาจมองได้ว่า เจ้าหน้าที่และคนกลุ่มต่าง ๆ ที่ละเมิดสิทธิ เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ เป็นคนที่มีความเข้าใจเรื่องสิทธิ แต่ไม่ยอมรับและไม่เข้าใจเรื่องเอดส์ ยังมีการตีตรา ตัดสินคุณค่า และเลือกปฏิบัติอยู่ จึงควรพิจารณาสนับสนุนให้พัฒนากระบวนการดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง เพื่อจัดทำเป็นดัชนีชี้วัดเรื่องนี้ และนำไปแปรเป็นการส่งเสริมการขจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติด้วยเหตุอันเนื่องมาจากการมีเชื้อเอชไอวี และการส่งเสริมการยอมรับและอยู่ร่วมกันในสังคม อีกทั้งให้มีการทบทวน พัฒนาองค์ความรู้ ความเข้าใจเรื่องเอดส์ และวางรากฐานเรื่องความเข้าใจเรื่องเอดส์ในระยะยาวให้กับผู้คนในสังคม

ในด้านการพัฒนาองค์ความรู้ ความเข้าใจเรื่องเอชไอวี เอดส์ พบว่าประเทศยังไม่มีกระบวนการทบทวนองค์ความรู้ ความเข้าใจด้านเอชไอวี เอดส์ ทั้งในส่วนที่เป็นพื้นฐานและส่วนที่มีการพัฒนาก้าวหน้าเปลี่ยนแปลงไป ทำให้เกิดอุปสรรคในการทำความเข้าใจ การมอง การอธิบาย และ สื่อสารความรู้ และการกำหนดมาตรการต่าง ๆ รวมทั้งทัศนคติ ความรู้ ความเข้าใจของเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานทั้งฝ่ายบริการสุขภาพและฝ่ายกฎหมายต่อเรื่องเอชไอวี รวมถึงการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จึงควรจัดให้มีกระบวนการทบทวนองค์ความรู้ ความเข้าใจด้านเอชไอวี ในหลากหลายมิติ และฐานความรู้ เพื่อพัฒนาเป็นองค์ความรู้ที่ปรับเปลี่ยนสอดคล้องกับสภาพบริบททางสังคมและความก้าวหน้าทางเทคโนโลยีด้านการแพทย์ที่เปลี่ยนแปลงไป โดยจัดการอบรมความรู้ความเข้าใจพื้นฐานเรื่องเอชไอวี เอดส์ ที่ให้ความสำคัญกับเรื่องทัศนคติ การตัดสิน การให้คุณค่า การตีตรา และสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐานให้แก่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานและบุคลากรทางการแพทย์และการสาธารณสุข

ในกระบวนการจัดทำและนำเสนอรายงานการวิเคราะห์นโยบายการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศ โดย กพอ. ในปี พ.ศ. 2552 ได้กล่าวถึง ความท้าทายสำคัญอีกประการหนึ่งในการส่งเสริมการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และขจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติคือ จะต้องยุติการมองหรือเรียกคนเป็น “กลุ่มเสี่ยง” “กลุ่มเสี่ยงสูงสุด” ที่นำไปสู่การตีตราคนกลุ่มนั้น ๆ ว่าเป็น กลุ่มที่ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อฯ เป็นปัญหาทางสังคม แต่ให้ดำเนินการส่งเสริมทำความเข้าใจ ปัจจัย เงื่อนไข และโครงสร้างทางสังคม วัฒนธรรม ศาสนา ความเชื่อ เศรษฐกิจ และการเมือง ที่ไม่เท่าเทียม ที่ทำให้คนกลุ่มต่าง ๆ

ในสังคม ตกอยู่ในสภาวะด้อยอำนาจ ไม่เท่าเทียม ถูกรังเกียจ ถูกเลือกปฏิบัติ และไม่สามารถตัดสินใจเลือกดำเนินชีวิตได้อย่างปลอดภัย เช่นคนกลุ่มอื่นๆ ในสังคม

อีกทั้งจะต้องเลิกหรือยุติการกระทำใด ๆ อันจะนำไปสู่การตีตราทางสังคม การแบ่งแยกกีดกัน เลือกปฏิบัติ หรือมองว่าการดำเนินชีวิตของคนกลุ่มที่มีความเปราะบางต่างๆ ว่าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย กฎระเบียบ หรือประเพณี เพื่อส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงและได้รับบริการสุขภาพ การสนับสนุนให้คนกลุ่มเหล่านี้ได้สามารถดูแลและป้องกันตนเองได้อย่างเท่าเทียมกัน การได้รับโอกาสและทางเลือกในการเข้าถึงและได้รับบริการตามสิทธิขั้นพื้นฐานเช่นคนทั่วไป รวมทั้งสร้างเสริมอำนาจให้กับคนกลุ่มต่าง ๆ ดังกล่าว เพื่อให้มีสิทธิทางด้าน สุขภาพ การศึกษา ที่อยู่อาศัย การทำงาน เท่าเทียมกับคนกลุ่มอื่น ๆ ในสังคม

ภาคประชาสังคมมองเห็นความจำเป็นที่จะต้องมีการจัดตั้งคณะอนุกรรมการกำกับและติดตามเฝ้าระวังการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งผู้ได้รับผลกระทบจากเอดส์และครอบครัว เพิ่มในโครงสร้างและกลไกเอดส์ระดับชาติภายใต้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ เพื่อให้เกิดการกำกับติดตามและส่งเสริมการดำเนินงานดังกล่าวข้างต้น

ท้ายสุดควรสนับสนุนให้ภาคประชาสังคมมีกระบวนการจัดทำรายงานและการรณรงค์สาธารณะเพื่อเผยแพร่สถานการณ์ด้านสิทธิ และส่งเสริมเรื่องสิทธิมนุษยชน รวมทั้งให้มีการศึกษารายงาน ต่าง ๆ เพิ่มเติมเพื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกันเป็นพื้นฐานในการกำหนดจัดทำเป็นกรอบแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติในฉบับถัดไป

ข. ด้านการดำเนินงานและจัดบริการสุขภาพ

ความท้าทายในรอบรายงานที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2549 – 2550)

ในรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศฯ รอบที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2549 – 2550) ได้ระบุความท้าทายในด้านการดำเนินงานและการจัดบริการสุขภาพไว้ในเรื่อง การพัฒนาแผนยุทธศาสตร์การเข้าถึงบริการป้องกัน ดูแลรักษา และจัดการกับผลกระทบได้อย่างทั่วถึง เท่าเทียม โดยเฉพาะในส่วนการป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อฯในประชากรกลุ่มต่างๆ และการเข้าถึงบริการดูแลรักษาผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ การพัฒนาบริการที่เป็นมิตร การลดอคติ ค่านิยม ความเชื่อ ที่นำไปสู่การตัดสินคุณค่า การตีตรา และเลือกปฏิบัติ ที่ลดทอนศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงและให้บริการได้อย่างมีคุณภาพ รวมทั้งเรื่องการผนวกมุมมองทางสังคม-วัฒนธรรมเข้าไปในการทำงานด้านเอดส์

ความสำเร็จและข้อค้นพบในรอบรายงานปัจจุบัน (ปี พ.ศ. 2551 – 2552)

การดำเนินงานในรอบการรายงานความก้าวหน้าปัจจุบัน พบว่ามีการดำเนินงานที่ก้าวหน้าและพบความสำเร็จที่สำคัญในหลายประการ

ประเทศมีนโยบายและการสนับสนุนงานด้านการป้องกันเพิ่มมากขึ้น ทั้งในส่วนการจัดตั้งคณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์ การกำหนดนโยบายลดการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปีพ.ศ. 2554 และการดำเนินแผนงานที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกฯในรอบต่อเนื่องจากรอบ 1 และโครงการรอบที่ 8 ซึ่งจัดสรรงบประมาณดำเนินการในกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางโดยตรง ได้แก่ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย หญิงบริการทางเพศ และแรงงานข้ามชาติ อีกทั้งกำหนดเป็นแนวทางให้มีผู้แทนประชากรกลุ่มต่างๆ เข้าไปมีส่วนร่วมในกลไกหรือโครงสร้างการกำหนดนโยบายและการดำเนินงานทั้งระดับประเทศและระดับจังหวัดด้วย

ในการขยายและพัฒนาบริการด้านการป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ได้มีความคืบหน้าเรื่องการปรับสูตรยาสำหรับ PMTCT เป็นยาสูตรสามตัว โดยดำเนินการนำร่องในเขต 7 และ 4 จังหวัด และจะมีการขยายการดำเนินงานทุกพื้นที่ในเดือนตุลาคม 2553 นอกจากนี้ยังได้ริเริ่มดำเนินงานโครงการ Staying Negative ในคลินิกแม่และเด็ก โดยการส่งเสริมบริการฝากครรภ์แบบคู่ และให้การปรึกษาเพื่อให้ดูแลป้องกันตนเองจากการรับเชื้อ เอชไอวี ซึ่งแสดงให้เห็นว่ามีการให้ความสำคัญกับภาวะสุขภาพของแม่เพิ่มมากขึ้น ในขณะเดียวกันก็ได้มีการดำเนินงานส่งเสริมคุณภาพชีวิต สิทธิทางเพศและสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยเริ่มต้นจากกลุ่มที่เข้ามารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ และกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์และพบว่าตนเองมีเชื้อ เอชไอวี ซึ่งกำลังขยายความครอบคลุมไปทั่วประเทศ

การส่งเสริมการเข้าถึงบริการ VCT ก็มีความคืบหน้าในเรื่องการเพิ่มกองทุน VCT รวมเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ รวมทั้งมีการจัดทำ Hotline เรื่องเอดส์ สุขภาพ และเพศเพื่อเพิ่มโอกาสและทางเลือกในการเข้ารับบริการให้มากขึ้น

ในการดำเนินงานส่งเสริมบริการในกลุ่มประชากรเปราะบาง พบว่ามีความคืบหน้าในการดำเนินงานด้านลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติด ที่มีส่วนร่วมของหลายภาคส่วน โดยเฉพาะภาคส่วนที่เกี่ยวข้องกับกฎหมายและความยุติธรรม ในรูปของคณะทำงานระดับประเทศ และส่งเสริมให้มีการเรียนรู้จากสภาพการณ์ที่เกิดขึ้นจริง นำไปสู่การปรับเปลี่ยนทัศนคติและสร้างความตระหนักในการรับรู้และร่วมกันแก้ไขปัญหา รวมทั้งมีการเพิ่มการรักษาด้วยสารทดแทนเมทาโดนระยะยาว รวมเข้าไว้ในชุดสิทธิประโยชน์ในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ตั้งแต่วันที่ 1 ตุลาคม พ.ศ. 2551 รวมทั้งมีการดำเนินงานโครงการ NAPHA Extension เพื่อให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่แรงงาน

ต่างชาติ กลุ่มชาติพันธุ์ และคนที่ไม่มีสถานะพลเมืองจำนวน 2,000 ราย นอกจากนี้ก็ได้มีการริเริ่มการดำเนินงานส่งเสริมเรื่อง VCT การแจกจ่ายถุงยางอนามัย และงานด้านลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดในเรือนจำอยู่บ้าง โดยยังอยู่ในระหว่างขั้นตอนการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสม แม้อาจมีข้อจำกัดในการปฏิบัติ

ด้านการดูแลเด็กก็มีคณะกรรมการคุ้มครองเด็กฯ ภายใต้กระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เข้ามามีบทบาทเป็นหน่วยงานหลักที่ทำงานด้านการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ทั้งที่มีและไม่มีเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังมีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบแบบรอบด้านโดยภาคประชาสังคม กลุ่มเราเข้าใจและภาคี ร่วมกับภาคบริการทางการแพทย์และวิชาการ รวมทั้งการพัฒนาศักยภาพเด็กและเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้เข้ามามีส่วนร่วมในการทำงานเอดส์ในกลุ่มเยาวชนอีกด้วย

ความท้าทาย/ข้อเสนอแนะในรอบรายงานต่อไป (ปี พ.ศ. 2553 – 2554)

แม้จะพบว่ามีความสำเร็จคืบหน้าไปหลายเรื่อง อย่างไรก็ตามความท้าทายสำคัญคือการบูรณาการการดำเนินงานและจัดบริการสุขภาพแบบรอบด้าน ที่หมายถึงการป้องกัน การดูแล การรักษา และการจัดการกับผลกระทบ ที่ไม่ได้เป็นการมองและการดำเนินงานแบบแยกส่วน บนฐานการเคารพสิทธิทางเพศ สิทธิด้านเอดส์ และสิทธิมนุษยชน และยังเป็นการสอดคล้องกับแผนยุทธศาสตร์ที่ 2 ตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2554

ภาคประชาสังคมมองว่า การดำเนินนโยบาย มาตรการ และกิจกรรมงานป้องกันเพื่อลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ลงครึ่งหนึ่งภายในปี 2554 (Half by 2011) ยังเป็นการกำหนดมาตรการดำเนินงานที่มุ่งเน้นตามกลุ่มประชากร ตามแนวคิด “กลุ่มเสี่ยง” และใช้ฐานแนวคิด/ความรู้ทางระบาดวิทยาเป็นหลัก ซึ่งเป็นการแก้ไข/ป้องกันปัญหาการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้เพียงระยะสั้น แต่จะส่งผลให้กลุ่มคนที่ถูกระบุว่าเป็น “กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงสุด” ถูกตีตรา แบ่งแยก กีดกันและเลือกปฏิบัติทำให้เกิดเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงและได้รับบริการ การรับรองสิทธิ สถานะการมีตัวตน

นอกจากนี้ยังเป็นการสร้างให้เกิดความเข้าใจที่คลาดเคลื่อนในการมองเรื่อง “พฤติกรรมเสี่ยง” แบบแยกส่วน และไม่ได้มองว่า การดำเนินพฤติกรรมหนึ่ง ๆ มีความสัมพันธ์กับปัจจัย/เงื่อนไขเรื่อง อำนาจ ความไม่เสมอภาคทางเพศ ชาติพันธุ์ ฯลฯ ที่เป็นปัจจัยให้คนเกิดพฤติกรรมเสี่ยง จึงควรส่งเสริมให้มีการดำเนินงานที่ใช้ฐานคิดแบบผสมผสานทั้งฐานคิดทางระบาดวิทยา ฐานคิดทางสังคม-วัฒนธรรม และฐานคิดทางด้านสิทธิมนุษยชน และให้มีการดำเนินงาน จัดบริการ และส่งเสริมการเรียนรู้ของผู้จัดบริการเพื่อจัดปรับบริการที่เคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มากขึ้น รวมทั้งยุติการมองหรือเรียกคนเป็น “กลุ่มเสี่ยง” “กลุ่มเสี่ยงสูงสุด” และนำพาสังคมไปสู่การมีสุขภาวะทางเพศที่ดี มีความเคารพ เข้าใจ ปลอดภัย และเป็นสุข

ภาคประชาสังคมมีข้อเสนอให้การดำเนินนโยบาย มาตรการ และการจัดบริการต่าง ๆ ให้ความสำคัญกับการเคารพสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ให้มากขึ้น โดยการยอมรับความแตกต่างหลากหลายของเพศ เพศภาวะ และเพศวิถี ว่าไม่ได้มีเฉพาะเพียงเพศหญิง เพศชาย หรือความเป็นผู้หญิงและความเป็นผู้ชายเท่านั้น และการตัดสินใจดำเนินชีวิตทางเพศ เพศภาวะ และเพศวิถีที่แตกต่าง ก็มิได้เป็นเรื่องผิดหรือทำให้คนเหล่านั้นมีศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์น้อยลงแต่อย่างใด รวมทั้งไม่ควรมองหรือกระทำการใด ๆ ที่ทำให้เรื่องเหล่านี้กลายเป็นเรื่องที่ผิดกฎหมาย ซึ่งจะทำให้ผู้คนที่มีการดำรงชีวิตทางเพศที่แตกต่างหลากหลายกลายเป็นผู้กระทำความผิด ถูกรังเกียจ หรือถูกกีดกันจากการได้รับบริการและการอยู่ร่วมในสังคมได้อย่างเสมอภาคและปลอดภัย

ผู้ให้บริการหรือผู้ดำเนินงานด้านเอดส์และผู้เกี่ยวข้อง ควรได้รับการส่งเสริมการเรียนรู้ เพื่อให้เข้าใจเรื่องความแตกต่างหลากหลายทางเพศ เพศภาวะ และเพศวิถี และสามารถจัดปรับหรือพัฒนาการดำเนินงานหรือบริการให้วางอยู่บนพื้นฐานการเคารพในสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

การดำเนินนโยบายดังกล่าวจึงต้องการอาศัยความกล้าหาญที่จะปรับเปลี่ยนนโยบายและการจัดระบบบริการใหม่ ที่ให้ความสำคัญกับสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง การให้ความสำคัญกับภาวะด้อยอำนาจทางสังคมระหว่างเพศ ทั้งกับความสัมพันธ์ระหว่างคู่ ในครอบครัว ชุมชนและสังคม เพื่อเพิ่มพื้นที่ความปลอดภัยให้ผู้หญิงในการสื่อสารเรื่องเพศ เรื่องเนื้อตัวร่างกาย การมีคู่ มีลูกหรือยุติการตั้งครรภ์ได้อย่างเป็นสุขและปลอดภัยมากขึ้น

ภาคประชาสังคมมองว่า ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมาในการดำเนินนโยบายการลดการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารกเกิดใหม่ หรือที่เรียกกันทั่วไปอย่างคุ้นเคยว่า การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ยังมุ่งเน้นการป้องกันเฉพาะทารกเกิดใหม่ มองไม่เห็นภาวะการตีตราทางสังคม ที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้หญิงว่าเป็นผู้ที่แพร่เชื้อให้กับชีวิตที่เกิดขึ้นใหม่ ละเลยไม่ได้ให้ความสำคัญกับความปลอดภัยและสิทธิบนเนื้อตัวร่างกายของผู้หญิง รวมทั้งการตัดสินใจวางแผนเรื่องการตั้งครรภ์ การดำเนินครรภ์ หรือการยุติการตั้งครรภ์ที่จะตัดสินใจบนทางเลือกที่มีการให้ข้อมูลที่ครบถ้วนรอบด้านของผู้หญิงและคู่

การให้บริการ VCT ที่คลินิกแม่และเด็ก แก่หญิงตั้งครรภ์ยังเป็นลักษณะที่ไม่ได้เป็นไปตามความสมัครใจ เพราะเจ้าหน้าที่มุ่งเน้นความต้องการตรวจเลือดหาเชื้อเพื่อผลักดันเข้าสู่การดำเนินงาน PMTCT เป็นหลัก จึงให้ความสำคัญน้อยกับเรื่องความสมัครใจและการเคารพการตัดสินใจของผู้หญิง ภาคประชาสังคมจึงเห็นควรให้มีการส่งเสริมการเคารพสิทธิบนเนื้อตัวร่างกายและสิทธิด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของผู้หญิง พัฒนาระบบบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตร และเคารพสิทธิผู้มารับบริการและส่งเสริมการจัดบริการแบบคู่สำหรับหญิงที่มาฝากครรภ์ เพื่อเอื้ออำนวยให้ผู้หญิงได้สื่อสารทำความเข้าใจเรื่องการป้องกันกับคู่ได้เพิ่มขึ้น

ด้านนโยบายการส่งเสริมการเข้ารับบริการการปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวีโดยสมัครใจ ซึ่งกำลังปรับเปลี่ยนไปเป็นการกระตุ้น ชักชวนโดยผู้ให้บริการ เพื่อให้มีการเข้ารับบริการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น (Provider Initiated Counseling and Testing - PICT) แม้ว่าส่วนสำคัญของการดำเนินแนวทางดังกล่าวจะเป็นไปเพื่อทำให้ผู้คนในสังคมมีทางเลือกในการรับบริการและส่งเสริมพฤติกรรมความปลอดภัย แต่หากเข็มมุ่งของการดำเนินนโยบายดังกล่าว เน้นไปที่การเพิ่มจำนวนของผู้ที่เข้ารับบริการตรวจเลือด นัยว่า เพื่อการค้นหาตัวผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีให้ได้เร็วและมากที่สุด ที่แม้จะมีเจตนาดีที่จะทำให้เกิดการป้องกันการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเพิ่ม หรือเพื่อให้เข้าถึงบริการการรักษาได้เร็วก็ตาม หากการดำเนินนโยบายดังกล่าวก็คาบเกี่ยวอยู่บนเส้นของการละเมิดสิทธิและก้าวล่วงเรื่องศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ทั้งในเรื่องสิทธิการตัดสินใจบนการได้รับข้อมูลที่รอบด้านและสิทธิที่จะได้รับการคุ้มครองดูแลรักษาความลับ

ส่วนสำคัญที่ขาดหายไปสำหรับการดำเนินนโยบายดังกล่าว น่าจะอยู่ตรงที่ การให้ความเคารพในเรื่องความพร้อม ความสมัครใจ และการตัดสินใจของผู้คนอย่างแท้จริง โดยใช้การดำเนินงานในรูปแบบดังกล่าวไปเพื่อการจัดบริการการปรึกษา ส่งเสริมให้เกิดการเข้าถึงข้อมูล ความรู้ ความเข้าใจในการประเมินพฤติกรรม โอกาส และทางเลือกในการจัดการกับความเปราะบางความเสี่ยงในการดำเนินชีวิตของตนเอง และการเลือกรับหรือไม่รับบริการตรวจเลือดเพื่อทราบสถานะการมีเชื้อเอชไอวี ก็ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจของคนนั้น ๆ โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการมีหน้าที่และความรับผิดชอบในการรักษาความลับ อันเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของผู้ที่ตัดสินใจเข้ารับบริการนั้น

ในขณะเดียวแม้จะมีการรวมสิทธิในการเข้ารับบริการ VCT เข้าไว้ในสิทธิประโยชน์ของระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ แต่คนทั่วไปก็ยังไม่ได้รับรู้และไปใช้โอกาสและทางเลือกนี้มากนัก อีกทั้งการให้บริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแก่เยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ก็ยังไม่สามารถทำได้เนื่องจากขัดกับ “แนวทางปฏิบัติของแพทย์เกี่ยวกับเรื่องเอดส์” (แพทยสภา, 2545) ซึ่งระบุว่า .....ข้อ 2.4 การรักษาความลับของผู้รับการตรวจ และการแจ้งผลแก่ผู้เกี่ยวข้อง หากผู้รับการตรวจเป็นผู้ที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี และยังไม่บรรลุนิติภาวะด้วยการสมรส หรือเป็นผู้ที่บกพร่องทางกายหรือจิต ซึ่งไม่สามารถเข้าใจหรือตัดสินใจในขั้นตอนต่างๆ ของกระบวนการปรึกษาก่อนตรวจ การขอความยินยอมในการตรวจ และการแจ้งผลต่อผู้รับการตรวจ และการให้คำปรึกษาแนะนำหลังทราบผลการตรวจให้ดำเนินการดังกล่าวแก่ผู้ปกครองหรือผู้แทนโดยชอบธรรมของผู้รับการตรวจแทน.....

ความท้าทายสำคัญประการหนึ่งจึงอยู่ที่ การร่วมกันพิจารณาแนวทางแก้ไขแนวทางปฏิบัติฯ เพื่อให้วัยรุ่นเข้าถึงบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และนำไปสู่บริการอื่นๆ ที่เหมาะสมต่อไป โดยไม่ขัดกับหลักกฎหมาย และคำนึงถึงประโยชน์สูงสุดของเด็กและเยาวชน ซึ่งภาคประชาสังคมโดยองค์การแพธ ได้รวบรวมกฎหมายหรือหลักกฎหมาย

ที่เกี่ยวข้องเสนอให้กับคณะอนุกรรมการจัดทำแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของแพทยสภาได้พิจารณาอยู่ในขณะนี้

ในการส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงบริการของกลุ่มประชากรที่ไม่มีสถานะพลเมืองไทย พบว่ามีนโยบายที่ไม่เอื้อ หรือไม่ชัดเจน เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ อาทิ การยังไม่มีนโยบายการลดอันตรายจากการใช้ยาเสพติดที่รอบด้าน การใช้กฎหมายปรามการค้าประเวณี ในการเลือกปฏิบัติจับกุมพนักงานบริการหรือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่พกพาถุงยางอนามัยในข้อหา เตร็ดเตร่ มั่วสุมเพื่อการค้าประเวณี หรือการที่มีแรงงานต่างชาติและกลุ่มชาติพันธุ์รวมทั้งกลุ่มประชากรข้ามชาติที่เข้าเมืองไม่ถูกกฎหมาย ทั้งกลุ่มที่ได้ลงทะเบียนชั่วคราวและไม่ได้ลงทะเบียน กลุ่มผู้ต้องขังต่างชาติที่ไม่เข้าข่ายมีสถานะเป็นแรงงานข้ามชาติ และกลุ่มคนที่ไม่มีสถานะพลเมือง ไม่สามารถรับบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯในระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้อย่างทั่วถึงและเท่าเทียม เนื่องจากมีจำนวนเกินกว่าที่กำหนดไว้ในโครงการ NAPHA Extension

นอกจากนี้กลุ่มชาติพันธุ์ หรือ ชาวไทยภูเขา ทั้งคนมีบัตรหรือไม่มีบัตร และไม่มีสถานะทางบุคคล จำนวนหนึ่ง มีปัญหาไม่สามารถใช้สิทธิในระบบประกันสุขภาพ และได้รับบริการที่ไม่เคารพสิทธิ เนื่องจากความล่าช้าและปัญหาการคอรัปชั่นในกระบวนการพิสูจน์สัญชาติ สำรวจสถานะบุคคล จึงควรที่จะมีการดำเนินการจัดตั้งกองทุนสุขภาพเพื่อให้การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ให้แก่คนที่ไม่เข้าเกณฑ์ใด ๆ และให้มีการเร่งรัดกระบวนการและขั้นตอนการพิสูจน์สัญชาติ เพื่อให้ได้รับสิทธิในการเข้าถึงการรักษาในระบบหลักประกันสุขภาพ ซึ่งในเรื่องดังกล่าวมีข้อเสนอให้มีการขยายความคุ้มครองและสิทธิประโยชน์เรื่องการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯในบัตรประกันสุขภาพให้แก่แรงงานข้ามชาติ โดยเบื้องต้นอาจนำเงิน 50 บาท ต่อ ราย จากเงินประกันสุขภาพของแรงงานจำนวน 1,300 บาทมาใช้ได้เลย

สำหรับการดำเนินงานส่งเสริมสุขภาพในเรือนจำ พบว่าผู้ต้องขังส่วนใหญ่ไม่ค่อยได้รู้สิทธิของตนเอง และเจ้าหน้าที่ก็มักละเลยว่าผู้ต้องขังควรมีสิทธิอะไร รวมทั้งไม่อยากให้ผู้ต้องขังรู้เรื่องสิทธิตนเอง อีกทั้งการดูแลสิทธิด้านการรักษาตามสิทธิประโยชน์มีความล่าช้า และมีข้อจำกัด เช่น ผู้ต้องขังที่ไม่มีเลข 13 หลักก็เข้าไม่ถึงบริการสุขภาพใด ๆ เลย และมีผู้ต้องขังต่างชาติจำนวนหนึ่งที่มีเอชไอวีแต่ไม่เข้าเกณฑ์ใด ๆ ในการได้รับสิทธิการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เพราะมีสถานะภาพเป็นแรงงานต่างชาติ เบื้องต้นจึงควรให้มีการดำเนินงานประสานงานให้สถานฑูตประเทศนั้น ๆ เป็นผู้รับผิดชอบดูแลค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาลของผู้ต้องขังชาตินั้นๆ

ในส่วนการดูแลเด็กพบว่า การดูแลเด็กในสถานสงเคราะห์เด็กของรัฐ และเอกชนจำนวนหนึ่งยังขาดมาตรฐาน ซึ่งอาจเข้าข่ายการละเมิดสิทธิ อาทิ การแยกเรือนนอนเด็ก การใช้เด็กในการสื่อสารเพื่อการระดมทุนในการดำเนินงานของสถานสงเคราะห์ จึงควรดำเนินการพัฒนามาตรฐานการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในสถานสงเคราะห์และ

ที่อื่นๆ โดยมี พ.ร.บ. การคุ้มครองเด็กเป็นพื้นฐานในการกำหนดมาตรฐาน จากนั้นให้มีการจัดการอบรมและเผยแพร่ให้กับคนทำงาน โดยมีกระทรวงพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ เป็นผู้รับผิดชอบหลักในการดำเนินการ

ค. ด้านการส่งเสริมความรู้และการเรียนรู้

ความท้าทายในรอบรายงานที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2549 – 2550)

ในรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศฯ รอบที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2549 – 2550) ได้ระบุความท้าทายที่สำคัญในด้านการส่งเสริมความรู้และการเรียนรู้อยู่ที่ การจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างรอบด้าน และการเข้าถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่น

ความสำเร็จและข้อค้นพบในรอบปัจจุบัน (ปี พ.ศ. 2551 – 2552)

การดำเนินงานในรอบรายงานความก้าวหน้าปัจจุบัน พบว่าแม้กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข จะได้ทำการศึกษาเนื้อหาเพศศึกษาและปรับปรุงให้มีความรอบด้านมากขึ้นและในช่วงที่มีการปฏิรูปการศึกษาก็นำเสนอเข้าไปให้กระทรวงศึกษาธิการใช้เป็นข้อมูลในการปรับปรุงหลักสูตร ซึ่งต่อมากระทรวงศึกษาธิการนำไปบรรจุอยู่ในวิชาสุขศึกษาและพลศึกษา และประกาศใช้อย่างเป็นทางการในปี พ.ศ.2545 โดยในหลักสูตรนี้ แบ่งการเรียนรู้ตามวัตถุประสงค์ 6 ด้าน คือ 1) พัฒนาการทางเพศ 2) สัมพันธภาพ 3) ทักษะส่วนบุคคล 4) พฤติกรรมทางเพศ 5) สุขอนามัยทางเพศ และ 6) สังคมและวัฒนธรรม แต่ก็ยังไม่มีผลการปฏิบัติอย่างจริงจัง

ในขณะที่การพัฒนาหลักสูตรเพศศึกษาของ “โครงการก้าวย่างอย่างเข้าใจ” ซึ่งใช้กรอบแนวคิดเรื่องเพศในมิติทั้ง 6 ด้านตามวัตถุประสงค์ข้างต้นโดยเน้นองค์ประกอบสำคัญ 3 ประการคือ 1) เพศวิถี โดยสร้างความเข้าใจเรื่องเพศในทุกๆ มิติในชีวิตมนุษย์ 2) การพัฒนาเยาวชนในเชิงบวก 3) กระบวนการจัดการเรียนรู้ที่สร้างการเรียนรู้แบบผู้เรียนเป็นศูนย์กลาง เพื่อใช้ส่งเสริมการจัดกระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาที่รอบด้านในสถานศึกษา ตลอดระยะเวลา 5 – 6 ปี แต่หลักสูตรดังกล่าวก็ถือเป็นเพียงแนวทางในการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาในสถานศึกษาที่ให้ครูได้เลือกและปรับใช้ตามความเหมาะสมของนักเรียนและสถานศึกษา โดยกระทรวงศึกษาธิการยังมิได้กำหนดให้เป็นสาระหลักในการเรียนรู้

อย่างไรก็ตาม ภายใต้กรอบการบูรณาการ ที่ได้กำหนดให้กระทรวงศึกษาธิการเป็นหน่วยงานรับผิดชอบในการพัฒนาและประสานการจัดหลักสูตรการเรียนการสอนในแต่ละระดับและผลักดันให้เกิดการเรียนการสอนและการจัดกิจกรรมในสถาบันการศึกษาภายใต้การกำกับดูแลของส่วนราชการและการบริหารราชการส่วนท้องถิ่น ทำให้เห็นทิศทางว่าในขณะนี้หลักสูตรเพศศึกษาในสถานศึกษานั้น ได้เปิดโอกาสให้นักเรียนได้มีโอกาสเรียนรู้อย่างรอบด้านขึ้นกว่าที่ผ่าน ๆ มา

ความท้าทายและข้อเสนอแนะในรอบรายงานต่อไป (ปี พ.ศ. 2553 – 2554)

ภาคประชาสังคมมีข้อเสนอแนะให้สนับสนุนและส่งเสริมให้เกิด "กระบวนการเรียนรู้เรื่องเพศสัมพันธ์ที่รอบด้าน" อย่างต่อเนื่อง และขยายให้ครอบคลุมในระบบการศึกษา และนอกระบบการศึกษา โดยลงทุนด้านการพัฒนาศักยภาพ ทัศนคติ ของผู้สอนอย่างเต็มรูปแบบ ทั้งนี้ให้คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มอบหมายให้อนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ทำหน้าที่สนับสนุนการพัฒนาแนวคิดเรื่องศักดิ์ศรี สิทธิมนุษยชน สิทธิทางเพศในการสื่อสารเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาอย่างรอบด้านของเยาวชน ผ่านการปฏิบัติการหลักสูตรเพศศึกษารอบด้าน ทั้งนี้ ให้กระทรวงศึกษาธิการเป็นกลไกหลักในการประสานงาน และการมีส่วนร่วมของเยาวชน และสมาคมหรือสมาพันธ์ครู ในประเทศเป็นภาคีสำคัญในการขับเคลื่อนงานร่วมกันกับหน่วยงานและองค์กรที่อื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งการขยายการดำเนินงานไปสู่เยาวชนนอกสถานศึกษา ในชุมชน และในสถานประกอบการ

อีกทั้งให้มีการพัฒนาระบบบริการแบบครบวงจรเรื่องเพศที่เป็นมิตรกับเยาวชนผู้หญิง และบริการอื่นๆ ที่ให้ความสำคัญกับความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศภาวะ โดยเน้นเรื่องบริการให้คำปรึกษา ให้ความรู้ ให้ข้อมูล เป็นแหล่งพึ่งพิงทางใจ ทางกาย ของเยาวชนได้ เป็นหน่วยแรกรับให้บริการส่งต่อที่เหมาะสมกับเยาวชนตามสภาพปัญหา รวมถึงการให้ข้อมูล ทำความเข้าใจกับครอบครัว พ่อแม่ ผู้ปกครอง และสังคม เกี่ยวกับสภาพความต้องการของเยาวชน เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่เอื้ออำนวยต่อการสื่อสารเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาที่รอบด้าน อันถือเป็นสิทธิทางเพศขั้นพื้นฐานของเยาวชน ทั้งนี้ มอบให้กรมอนามัย ร่วมกับองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านหลักสูตรเพศศึกษา สภาเด็กและเยาวชน และกลุ่มเยาวชน เครือข่ายเยาวชน เป็นคณะทำงานขับเคลื่อนให้เกิดรูปแบบนำร่อง การสรุปผล การขยายผลต่อไป

ในขณะเดียวกัน ควรส่งเสริมให้มีการรณรงค์ทางสังคมเรื่องเพศที่รอบด้าน ทั้งนี้ การให้การเรียนรู้ การรณรงค์นี้ไม่ใช่การส่งเสริมความผิดทางศีลธรรม แต่เป็นการสร้างคุณค่าเรื่องชีวิตของเยาวชนที่เกี่ยวข้องกับสิทธิในการดำรงชีวิตทางเพศที่เป็นจริงสอดคล้องกับสภาพทางธรรมชาติ สังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ ที่เปลี่ยนแปลงไปตลอดเวลา โดยให้หน่วยงานภาครัฐในกระทรวงสาธารณสุข ที่เป็นผู้รับทุนหลักจากกองทุนโลก และองค์กรเอกชนที่รับทุนหลักหรือรับทุนรองจากกองทุนโลก มาดำเนินงานในกลุ่มเยาวชน และกลุ่มเฉพาะต่างๆ ให้เป็นผู้ดำเนินงานสร้างคณะทำงานในการขับเคลื่อนเรื่องนี้เพื่อยกระดับงานที่ดำเนินการมากว่า 5 ปีให้เป็นงานด้านนโยบายสังคมต่อไป

ง. ด้านโครงสร้างและกลไกการพัฒนานโยบาย แผน และการดำเนินงาน

ความท้าทายในรอบรายงานที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2549 – 2550)

ในรายงานความก้าวหน้าระดับประเทศฯ รอบที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2549 – 2550) ได้มีการระบุถึงความท้าทายในด้านการพัฒนาระบบการติดตามประเมินผลของประเทศ และการพัฒนาการบริหารจัดการการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ทั้งในส่วนกลไกการประสานการดำเนินงานในระดับประเทศ ระดับจังหวัด และการพัฒนาศักยภาพการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ขององค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและชุมชน

ความสำเร็จและข้อค้นพบในรอบรายงานปัจจุบัน (ปี พ.ศ. 2551 – 2552)

การดำเนินงานในรอบการรายงานความก้าวหน้าปัจจุบัน พบว่ามีการดำเนินงานที่ก้าวหน้าในส่วนของการจัดปรับโครงสร้างเพิ่มเติมกลไกการขับเคลื่อนที่สำคัญขึ้นมาใหม่ อาทิ การที่คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ มีคำสั่งที่ 1/2550 ลงวันที่ 4 เมษายน 2550 แต่งตั้ง “คณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนการปฏิบัติการป้องกันโรคเอดส์” มีอำนาจหน้าที่กำกับดูแลทิศทางการดำเนินงานให้สอดคล้องตามแนวทางที่คณะกรรมการแห่งชาติฯ เห็นชอบ โดยกำหนดกลไกรูปแบบการบริหารจัดการและขับเคลื่อนกลยุทธ์การป้องกันโรคเอดส์ให้มีผลในทางปฏิบัติและมีประสิทธิภาพ เน้นกระบวนการทำงานที่เปิดเผย โปร่งใสปราศจากผลประโยชน์ทับซ้อน ติดตามผลการดำเนินงานและนำมาสังเคราะห์เพื่อเป็นข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย พร้อมกับการระดมทรัพยากร เพื่อการดำเนินงานตามโครงการที่ได้รับการสนับสนุนจากกองทุนโลก ทั้งในรอบต่อเนื่องจากรอบ 1 และ รอบ 8 เพื่อเสริมสร้างการดำเนินงานของประเทศให้ตอบสนองและเป็นไปตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550 – 2554

ขณะเดียวกันก็ได้มีการจัดปรับกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานเรื่องเอดส์ในระดับจังหวัดขึ้นมาใหม่ ที่เรียกว่า ศูนย์ประสานงานประชาคมเอดส์จังหวัด (ศปอจ.) ซึ่งอาจเป็นโครงสร้างใหม่ที่มาแทนอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด หรืออาจเป็นกลไกที่ไปขับเคลื่อนให้คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดทำงาน โดยการจัดปรับโครงสร้างดังกล่าวทำให้เกิดการกระตุ้นการดำเนินงานทั้งในรูปแบบการดำเนินโครงการด้านการป้องกันผ่านการสนับสนุนงบประมาณของรัฐ และรูปแบบการดำเนินงานประสานงานในพื้นที่ระดับจังหวัดได้ในระดับหนึ่ง

ความท้าทายและข้อเสนอแนะในรอบต่อไป (ปี พ.ศ. 2553 – 2554)

ในส่วนของกลไกสนับสนุนในระดับชาติ และจังหวัด ทั้งในส่วนของคณะอนุกรรมการประสานแผนงานฯ คณะอนุกรรมการกำกับการขับเคลื่อนฯ คณะอนุกรรมการควบคุมการทดลองวัคซีนฯ และคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดนั้น ภาคประชา

สังคมเห็นว่า มีส่วนสำคัญยิ่งในการสนับสนุนการตัดสินใจกำหนดแผนและนโยบายที่สำคัญ ซึ่งจำเป็นอย่างยิ่งทีต้องมีการขับเคลื่อนร่วมไปกับกลไกหลักด้านการตัดสินใจอย่างมีเอกภาพ และที่สำคัญยิ่งกว่าคือ การสร้างการมีส่วนร่วมของท้องถิ่น และภาคส่วนต่าง ๆ ตามทิศทางการกระจายอำนาจ เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ที่มีส่วนร่วมและมีประสิทธิภาพอย่างแท้จริง

ภาคประชาสังคมมองเห็นว่า ภายใต้การเปลี่ยนผ่านของการปฏิรูปในทุกภาคส่วน กลไกหลักเดิมทั้งในระดับชาติ คือ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และในระดับจังหวัด คือ คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด จำเป็นต้องมีการปรับตัว ในการทำหน้าที่ภาวะการนำร่วม ที่มิได้อิงอยู่กับผู้นำเพียงคนเดียว คือประธานคณะกรรมการ หรือประธานคณะอนุกรรมการ ซึ่งเป็นโครงสร้างการนำแบบเดิมที่ล้าสมัย ภาคประชาสังคมเห็นด้วยกับทิศทางการปรับเปลี่ยนการนำไปสู่การสร้างภาวะการนำร่วมกันของคณะกรรมการ ซึ่งอาจเทียบเคียงมาจากการจัดรูปแบบของ CCM (Country Coordinating Mechanism) และการดำเนินการพัฒนารูปแบบ PCM (Provincial Coordinating Mechanism) ในระดับจังหวัดซึ่งกำลังดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน อย่างไรก็ตามยังมีความจำเป็นที่จะต้องมีการติดตามผลการจัดปรับโครงสร้างและกลไกต่าง ๆ เพื่อทบทวนให้เกิดการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพ ไม่เป็นอุปสรรคในการขับเคลื่อนการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศ

ฟันเฟืองสำคัญอีกอันหนึ่งในการขับเคลื่อนกลไกและโครงสร้างต่าง ๆ คือ ฟันเฟืองในส่วนกลางและท้องถิ่นที่มีบทบาทในการสนับสนุนทางวิชาการ ทั้งในส่วนของ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักโรคเอดส์วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตต่างๆ และศูนย์ปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด รวมทั้งสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ที่มีบทบาทหน้าที่สร้างเสริมและผลักดันให้เกิดการจัดการความรู้ การจัดบริการ และการส่งเสริมสิทธิให้เกิดขึ้นในการดำเนินงานตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องทบทวนและหนุนเสริมให้เกิดศักยภาพและมีความสามารถในการทำหน้าที่ได้ดีกว่านี้

ในส่วนของอนุกรรมการขับเคลื่อนฯ ภาคประชาสังคมมองเห็นว่า จำเป็นต้องมีการปรับยุทธศาสตร์การมองเรื่องการป้องกันที่คำนึงถึงเรื่องสิทธิมนุษยชน โดยเฉพาะสิทธิทางเพศ เพื่อสร้างและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานด้านการป้องกัน ที่ให้ความสำคัญกับสิทธิและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ และความละเอียดอ่อนเรื่องความแตกต่างหลากหลายทางเพศ อันจะทำให้การพัฒนามาตรการดำเนินงานและการจัดบริการด้านการส่งเสริมการป้องกันไม่ได้เป็นการดำเนินงานแบบแยกส่วน แยกคนเป็นกลุ่ม ๆ มุ่งเน้นเพียงการให้ความรู้เรื่องเอดส์ การแจกจ่ายถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น แต่คำนึงถึงการเคารพสิทธิ การขจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติ การส่งเสริมทางเลือกและโอกาสในการจัดการกับความเหลื่อมล้ำทาง

สังคมในเรื่องเพศ เพื่อทำให้คนทุกคนสามารถตัดสินใจเลือกทางเลือกที่เหมาะสมกับตนเองในการมีสุขภาวะทางเพศที่ดี เป็นสุขและปลอดภัยได้

การดำเนินงานภายใต้การสนับสนุนงบประมาณของกองทุนโลกฯ คงต้องยอมรับว่าการเข้ามาของงบประมาณจากกองทุนโลกนั้นได้มีส่วนอย่างยิ่งที่ทำให้เกิดการขับเคลื่อนเรื่องงานเอดส์เกิดขึ้นอย่างแข็งขันและมีการสร้างงานป้องกันเกิดขึ้นได้ในระดับชุมชน หลายองค์กรที่เคยขาดงบประมาณสนับสนุนได้มีโอกาสขับเคลื่อนงานได้มากขึ้น แต่ภาคประชาสังคมมองว่าการดำเนินงานภายใต้กลไกของกองทุนโลกนั้นมีลักษณะต่างคนต่างทำ ไม่ได้เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานระหว่างกันขององค์กรภาคประชาสังคม โดยได้ตั้งข้อสังเกตว่า สาเหตุนั้นอาจเป็นเพราะการดำเนินงานและบริหารจัดการโครงการโดยองค์กรผู้รับทุนหลักเองที่ยังไม่ได้เอื้อให้เกิดการแลกเปลี่ยนเรียนรู้งานร่วมกันระหว่างองค์กรผู้รับทุนรอง อันส่งผลให้ไม่เกิดการนำไปสู่การเรียนรู้งานกับกลุ่ม/องค์กรอื่นๆ ด้วย

นอกจากนี้ข้อกังวลใจอีกประการหนึ่งที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยที่ทางภาคประชาสังคมเห็นว่าทั้งรัฐไทยและรวมภาคประชาสังคมเองน่าจะนำมาพิจารณาและวางแผนการดำเนินงานอย่างรอบคอบก็คือ การทำงานด้านการป้องกันเอดส์ของประเทศไทยในปัจจุบันอิงอยู่กับงบประมาณของกองทุนโลกฯเป็นหลัก ดังนั้น สิ่งที่ควรจะทำคือควรจะเริ่มคิดและร่วมหาทางออกร่วมกันแต่เนิ่นๆว่า ในอนาคตกรณีที่ไม่มีกองทุนโลกฯ แล้วการทำงานเอดส์ในประเทศไทยจะเป็นอย่างไร การขับเคลื่อนยุทธศาสตร์และแผนงานที่กระตุ้นการระดมทรัพยากรจากภาคส่วนต่าง ๆ ในพื้นที่และท้องถิ่น เพื่อการจัดการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ในพื้นที่และท้องถิ่นของตนเองจะมีประสิทธิภาพและสัมฤทธิ์ผลได้อย่างไร

ภาคประชาสังคมเสนอว่า ในส่วนของแผนงานจะต้องมีการพัฒนานโยบายและแผนงานระยะยาว ที่ครอบคลุมเรื่องการส่งเสริมสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ การเคารพสิทธิทางเพศและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ โดยคำนึงถึงความแตกต่างหลากหลายเรื่อง เพศ เพศภาวะ และเพศวิถี ซึ่งเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของสิทธิมนุษยชน เข้าไว้ในแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ฯ แห่งชาติ

ในการขับเคลื่อนการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศจะต้องมองการพัฒนานโยบาย แผน และมาตรการต่าง ๆ ในการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ อย่างเกี่ยวข้องสัมพันธ์กับนโยบายและกฎหมายอื่น ๆ ที่ส่งผลต่อการปกป้อง คุ้มครอง และส่งเสริมสิทธิทางเพศ เพื่อนำไปสู่การส่งเสริมสิทธิและแก้ไขปัญหาที่ให้ความสำคัญกับการเคารพศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ส่วนการติดตามประเมินผล แม้จะมีความพยายามในการเปิดพื้นที่ให้ภาคประชาสังคมมีส่วนร่วมในการติดตามประเมินผลทั้งในระดับชาติและระดับพื้นที่ แต่ก็ยังดำเนินไปในลักษณะแบ่งเป็นกลุ่ม ๆ ตามกลุ่มประชากรโดยเฉพาะกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบาง อีกทั้งยังเป็นการมองภาพการติดตามประเมินผลในระดับผลที่เกิดขึ้นจากการ

ดำเนินกิจกรรมมากกว่าจะมองเรื่องผลกระทบ และหรือการหนุนเสริมให้เกิดการติดตามในระดับผลกระทบ ทำให้ขาดการมองภาพรวม และการดึงเอาศักยภาพหรือจุดเด่นของภาคประชาสังคมมาใช้ให้เพิ่มมากขึ้นอย่างมีความหมายในการพัฒนาระบบติดตาม หนุนเสริม และประเมินผล

ด้านโครงสร้างและกลไก คือคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งถือเป็นกลไกหลักในการดำเนินนโยบาย ควบคู่ไปกับกลไกอื่น ๆ ในส่วนที่เป็นคณะอนุกรรมการฯ จะต้องทำหน้าที่ดูแล กำกับให้มีการดำเนินงานต่าง ๆ ที่รับรองสิทธิต่าง ๆ ตามที่ได้มีการลงนามไว้ในปฏิญญาสากลต่าง ๆ รวมทั้งดำเนินการ ผลักดันให้มีการจัดการปรับปรุงกฎหมาย นโยบายต่าง ๆ ที่เป็นอุปสรรคในการรับรองสิทธินั้น ๆ ด้วย

นอกจากนี้ให้มีการเฝ้าระวัง ติดตามปัญหาและผลกระทบอันเนื่องมาจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในเรื่องทางเพศและเรื่องเอดส์ โดยการจัดตั้งคณะอนุกรรมการติดตามและกำกับการขจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ผู้ได้รับผลกระทบและครอบครัวขึ้นมาเพิ่มเติมเป็นอีกกลไกหนึ่งในโครงสร้างการขับเคลื่อนการตอบสนองต่อปัญหาเอดส์ของประเทศ

ผนวก 3

รายงานการสำรวจดัชนีการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในประเทศไทย

ธันวาคม พ.ศ.2552

ความเป็นมา

การสำรวจดัชนีการตีตราและการเลือกปฏิบัติในประเทศไทย เป็นกิจกรรมหลักกิจกรรมหนึ่งภายใต้ *โครงการรณรงค์สิทธิที่เกี่ยวกับเอดส์และพัฒนาดัชนีการตีตราและเลือกปฏิบัติ* ที่ใช้แนวทางของการสำรวจและแบบสอบถามที่พัฒนาร่วมกันในระดับโลกจากการประชุมปฏิบัติการในภูมิภาคต่างๆ ที่ดำเนินการโดย สหพันธ์องค์กรวางแผนครอบครัวนานาชาติ (International Planned Parenthood Federation: IPPF) โครงการร่วมโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) และองค์กรพัฒนาเอกชนระหว่างประเทศ ประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 9 ประเทศ ที่ได้ร่วมดำเนินการนวัตกรรมนี้

การพัฒนาทั้ง 2 องค์ประกอบของ *โครงการรณรงค์สิทธิที่เกี่ยวกับเอดส์และพัฒนาดัชนีการตีตราและเลือกปฏิบัติ* ดำเนินการด้วยการมีส่วนร่วมของภาคีหลักในประเทศและระหว่างประเทศ ได้แก่ มูลนิธิเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์ แห่งประเทศไทย คณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) กรมคุ้มครองสิทธิ กระทรวงยุติธรรม มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สื่อมวลชน มหาวิทยาลัย คณะกรรมการสิทธิมนุษยชน UNAIDS ประจำประเทศไทย UNDP ประจำประเทศไทย และองค์การด้านการศึกษาวิทยาศาสตร์และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ (UNESCO) กองทุนประชากรแห่งสหประชาชาติ (UNFPA) และ กองทุนเพื่อเด็กแห่งสหประชาชาติ (UNICEF)

มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ และ มูลนิธิเครือข่ายผู้ติดเชื้อ เอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย เป็นผู้ดำเนินการสำรวจเพื่อทำดัชนีการตีตราและการเลือกปฏิบัติระหว่างเดือน กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2552 – มกราคม พ.ศ. 2553

การสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติ ดำเนินการด้วยกิจกรรม ๓ ส่วนได้แก่การอบรมพัฒนานักวิจัยสนาม การเก็บข้อมูล และการจัดประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อวิเคราะห์ข้อมูลและเผยแพร่ผลการวิจัย

ผู้วิจัยหลักจากมหาวิทยาลัยอุบลราชธานี มูลนิธิเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย และมูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ดำเนินการอบรมผู้ช่วยวิจัย ซึ่งเป็นอาสาสมัครผู้ติดเชื้อฯ จำนวน 13 คน เพื่อเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล ในช่วงเดือน เมษายน - พฤษภาคม พ.ศ.2552 การอบรมช่วยทำให้ทีมวิจัยเข้าใจหลักการแนวคิด เครื่องมือ

งานวิจัย ทฤษฎีของงานวิจัย วิธีเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล รวมทั้งได้มีการฝึกปฏิบัติและทดสอบเครื่องมือเก็บข้อมูลด้วย

ผู้ติดเชื้อฯที่เป็นนักวิจัยสนามรวม 13 คน ได้พร้อมหัวหน้าทีมวิจัยได้ลงเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนมิถุนายนถึงเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2553 โดยใช้แบบสอบถาม ดังกล่าวกับผู้ให้สัมภาษณ์ จำนวน 233 คน อุปสรรคของการเก็บข้อมูลมีค่อนข้างมากเพราะทั้งนักวิจัยและผู้ให้สัมภาษณ์มีความเป็นมาที่เป็นประเด็นอ่อนไหว นอกจากนี้การดำรงชีวิตก็เป็นเงื่อนไขที่ต้องเผชิญปัญหาตลอดเวลา เช่น กรณีผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้ติดเชื้อฯ และเป็นพนักงานบริการเพศชายก็จะมีอารมณ์ที่มีมาจากแรงกดดันปัญหาชีวิตมากว่าผู้ที่เป็นเพียงผู้ติดเชื้อฯ อย่างเดียว กรณีเป็นกลุ่มชาติพันธ์หรือเกี่ยวข้องกับแรงงานต่างชาติ ก็มีอุปสรรคที่แตกต่างไป เช่นเรื่องภาษาที่ใช้สื่อสารเข้ามาเกี่ยวข้อง เวลาที่จะสัมภาษณ์ไม่ตรงกับผู้ให้สัมภาษณ์ เช่นพวกเขามักทำงานตั้งแต่บ่ายสายๆและกลางคืน ส่วนช่วงเช้าส่วนใหญ่จะนอนพักผ่อนเนื่อง จากเป็นอาชีพพิเศษ

การวิเคราะห์ข้อมูลดำเนินการในเดือนตุลาคมถึงพฤศจิกายนพ.ศ.2552 แม้ว่าหัวหน้านักวิจัยจะทำหน้าที่หลักในการวิเคราะห์ข้อมูล แต่ก็ได้จัดประชุมหลายครั้งเพื่อให้นักวิจัยสนามได้มีส่วนร่วมมาตั้งแต่ต้นจนถึงการปรับแนวคิดให้เป็นนักวิจัย การกำหนดความหมายหรือนิยามศัพท์ที่เกี่ยวกับกรอบการวิจัย การเก็บข้อมูล การจัดการข้อมูลดิบหลังจากเก็บมาแล้ว

ในขณะเดียวกันทีมวิจัยและมูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิได้จัดการประชุมใน 7 ภาค ซึ่งแบ่งภาคตามวิธีการทำงานของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อรับฟังเสียงสะท้อนและการวิจารณ์ต่อข้อค้นพบและเผยแพร่ข้อค้นพบแก่กลุ่มต่างที่มาเข้าร่วมได้แก่ ตัวแทนกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และ กลุ่มภาคประชาสังคม ในระดับท้องถิ่นและระดับจังหวัด รวมทั้งสิ้น ประมาณ ๑๐๐ คน

นอกจากนี้มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิ์และภาคียังได้จัดประชุม 4 ภาคโดยการสนับสนุนเพิ่มเป็นพิเศษโดย UNDP นอกเหนือไปจากงบประมาณในโครงการ ในเดือนพฤศจิกายน พ.ศ.2552 เพื่อให้ผู้สนใจในภูมิภาคได้เข้าร่วมมากขึ้นและเป็นการปูพื้นฐานไปสู่การจัดงานวันเอดส์โลกและวันสิทธิมนุษยชนสากลซึ่งมูลนิธิและทุกภาคีจะจัดขึ้นปลายเดือนพฤศจิกายนและในเดือนธันวาคม พ.ศ.2552 โดยมีกรอบการรณรงค์เรื่องการเข้าถึงและสิทธิมนุษยชน ผู้เข้าประชุมในแต่ละภาคอยู่ระหว่าง 70-200 คน ผู้เข้าร่วมได้แก่ สมาชิกเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ นักกฎหมาย กรรมการสิทธิมนุษยชน เจ้าหน้าที่กระทรวงยุติธรรม สื่อ องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นและภาคประชาสังคมระดับท้องถิ่น รวมถึงผู้ที่เกี่ยวข้องกับการแก้ปัญหาและกรณีการตีตราและเลือกปฏิบัติ

การเสนอรายงานผลการสำรวจระดับชาติ

ดังได้กล่าวว่าการเสนอรายงานเป็นส่วนหนึ่งของการรณรงค์ทั่วประเทศ โดยเฉพาะในวัน สิทธิมนุษยชนสากล วันที่ 10 ธันวาคม พ.ศ.2552 ซึ่งเป็นการเสนอรายงานการสำรวจอย่างเป็นทางการและรับฟังการวิพากษ์วิจารณ์ครั้งสุดท้าย ก่อนที่จะเข้าสู่ขั้นตอนของการสิ้นสุดโครงการ มีผู้เข้าร่วมประชุมทั้งสิ้น 115 คน เป็นบุคคลจากทุกระดับและทุกประเภทขององค์กรได้แก่ ภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรอิสระ หน่วยงานสหประชาชาติ และสื่อสาธารณะ สำหรับผู้เข้าร่วมระดับสูงที่มาร่วมงานมาจากกรม 3 กรมของกระทรวงยุติธรรมและกระทรวงสาธารณสุขซึ่งได้ให้ข้อวิจารณ์และเสนอแนะที่ดีมากมีตัวแทนภาครัฐหลายหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับงานด้านสิทธิมนุษยชนและงานเอดส์ได้ให้ข้อคิดเห็นที่ดี แขกสำคัญอีกกลุ่มหนึ่งได้แก่ผู้ให้การวิพากษ์วิจารณ์โดยตรงมาจากผู้ที่มีชื่อเสียงได้คือกรรมการทีวีไทยซึ่งได้รับรางวัลแม็กไซไซ อธิบดีกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ และอธิบดีกรมอัยการ

กิจกรรมในการเสนอรายงาน

หลังจากพิธีเปิดการเสนอรายงานได้เริ่มต้นด้วยการแสดงละครที่สะท้อนการตีตราและเลือกปฏิบัติ ทั้งนี้ละครประกอบด้วยฉากต่าง 6 ฉากแสดงให้เห็นถึงรูปแบบการตีตราและเลือกปฏิบัติแบบต่างๆ

การนำเสนอผลการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัยเชิงสำรวจ เพื่อ

1. ค้นหาข้อมูลระดับชาติด้านการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ ในเรื่องของประเภทของการตีตราเลือกปฏิบัติ ลักษณะที่เกิดขึ้น และผลกระทบที่เกิดขึ้น
2. พัฒนาความเข้าใจการตีตราและเลือกปฏิบัติและสิทธิของผู้ติดเชื้อฯ และผู้ที่ได้รับผลกระทบ
3. พัฒนาข้อมูลที่ได้มาให้เป็นตัวชี้วัดเพื่อใช้ในการหาปัญหาและวัดความเปลี่ยนแปลงของประเด็นการตีตราและเลือกปฏิบัติ

ผู้ติดเชื้อฯกับการเป็นนักวิจัยสนาม

ดังที่ได้กล่าวไว้ข้างต้นว่า งานวิจัยชิ้นนี้ มีเป้าหมายการทำงานสองส่วน คือ ส่วนแรกเป็นการศึกษาปรากฏการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ ประเทศไทย และ ส่วนที่สอง เป็นการใช้งานวิจัยเพื่อสร้างโอกาสในการเรียนรู้ ในส่วนนี้จะเน้นย้ำให้เห็นชัดว่า โอกาสในการเรียนรู้เกิดขึ้นได้อย่างไร

น้อยครั้งที่งานวิจัยจะดำเนินการด้วยผู้ที่ประสบปัญหาเอง โดยไม่เอาคุณสมบัติทางการ ศึกษามาเป็นตัวกำหนด นักวิจัยสนามทั้ง 13 คนของโครงการเป็นแกนนำผู้ติดเชื้อฯ

ในระดับต่างๆ คัดเลือกจากประชาคมของเครือข่าย และเข้ามาเรียนรู้ในงานวิจัย เป็นชาย 10 คน เป็น หญิง 3 คน อย่างไรก็ตามพวกเขาเป็นตัวแทนความหลากหลายทางเพศได้เกือบจะครบทุกประเภท

การที่นักวิจัยสนามเป็นผู้ที่ประสบชะตากรรมร่วม เป็นเหมือนช่องทางสำคัญของการสื่อสารและเรียนรู้ในประเด็นที่จะศึกษา ซึ่งเมื่อทำการวิจัยไประยะหนึ่งคณะผู้วิจัยพบว่าการทำงานการวิจัยเพื่อสืบค้นข้อมูล สัมภาษณ์เพื่อนผู้ติดเชื้อฯสร้างให้เกิดการเรียนรู้แก่นักวิจัยสนาม พวกเขาเข้าใจเรื่องสิทธิมนุษยชน การตีตราและการเลือกปฏิบัติได้ชัดเจนมากขึ้นผ่านการให้ข้อมูลของเพื่อนที่บอกเล่าและตอบแบบสอบถาม การแลกเปลี่ยนเกิดขึ้นในหลายระนาบนับตั้งแต่ความรู้ ข้อมูล ประสบการณ์ และ อารมณ์ความรู้สึก เป็นความรู้ที่ได้จากการปฏิบัติ นอกจากนี้ สิ่งที่คณะทำงานได้เรียนรู้ที่มากไปกว่าข้อมูลการสัมภาษณ์และปรากฏการณ์คือ ได้รู้จักตนเองมากขึ้น มองเห็นศักยภาพของตนเองและเป็นโอกาสในการทบทวนการทำงาน

ส่วนหนึ่งของ “ความรู้” และ “ความรู้สึก” ที่เกิดขึ้นกับนักวิจัยสนาม ชี้ให้เห็นว่าการทำงานวิจัยได้ไปถึงเป้าหมายของงานในส่วนแรก คือ การพัฒนาศักยภาพของแกนนำเพื่อกลายมาเป็นกลไกการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิของผู้ติดเชื้อฯในเครือข่ายฯ ได้

เครื่องมือในการศึกษาข้อมูล

เครื่องมือสำคัญของงานศึกษาคือ แบบสอบถาม ประเมินตัวชี้วัด ที่พัฒนาขึ้นจาก 4 หน่วยงาน ได้แก่ เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯแห่งโลก (Global Network of People Living with HIV/AIDS หรือ GNP+) ชุมชนสตรีผู้ติดเชื้อฯ ระหว่างประเทศ (International Community of Woman Living with HIV/AIDS หรือ ICW) สหพันธ์วางแผนครอบครัวระหว่างประเทศ (International Planned Parenthood Federation หรือ IPPF) และ UNAIDS โดยได้รับการสนับสนุนการแปลและเรียบเรียงให้เข้ากับบริบทของประเทศไทยโดย UNAIDS ประจำประเทศไทย

แบบสอบถาม ประกอบไปด้วย เนื้อหาสำคัญๆ 3 หมวดใหญ่ๆ คือ *หมวดแรก* จะเป็นข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับผู้ให้สัมภาษณ์รวมทั้งครอบครัว *หมวดที่สอง* เป็นตัวบ่งชี้ที่เน้นประสบการณ์ของให้สัมภาษณ์ เกี่ยวกับการตีตราจากสังคม (Social Stigma) การตีตราภายใน (Self Stigma หรือ Internal Stigma) และการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) รวมไปถึงการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อฯผ่านกฎหมาย นโยบาย และหรือการปฏิบัติ และการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้น ในห้วงเวลาย้อนหลัง 12 เดือน และ *หมวดที่สาม* เป็นตัวบ่งชี้ที่เน้นกรณีตัวอย่างของการตีตราและหรือการเลือกปฏิบัติเกี่ยวข้องกับเอชไอวีในรอบ 12 เดือนที่ผ่านมา โดยเฉพาะกรณีเกี่ยวกับการตรวจการติดเชื้อฯ การเปิดเผยตัว และการเตรียมการดูแลรักษาเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ทั้งนี้ข้อมูลงานวิจัยได้เพิ่มเติมในส่วนของการเรียนรู้ร่วมกันระหว่าง ผู้สัมภาษณ์ และ ผู้ถูกสัมภาษณ์ ทั้งปัญหาในอดีตและใน

ชีวิตประจำวัน ภาวะอารมณ์ ความรู้สึก ความคาดหวัง ฯลฯ โดยการจัดเวทีเพื่อให้มีการระดมข้อมูลเหล่านี้จากผู้สัมภาษณ์หรือนักวิจัยสนาม ทั้ง 13 คน

ข้อมูลบุคคลผู้ให้สัมภาษณ์

- จำนวน 233 คน เป็น ชาย 57 คน หญิง 148 คน และเพศอื่นๆ 28 คน
- ส่วนใหญ่อายุ 30-39 ปี (ร้อยละ 57.5) รองลงมา อายุ 40-49 ปี (ร้อยละ 26.2)
- ติดเชื้อฯมานาน 10-14 ปี ร้อยละ 35.2 รองลงมา ติดเชื้อฯมานาน 5-9 ปี ร้อยละ 29.2 มีเพียง ร้อยละ 6.9 เท่านั้นที่ติดเชื้อฯ ไม่เกิน 1 ปี
- ร้อยละ 43.8 มีประสบการณ์และเคยเป็นสมาชิกในกลุ่มของ พนักงานบริการ ชายมีเพศสัมพันธุ์กับชาย เลสเบียน ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด กลุ่มชาติพันธุ์ ชนเผ่า สาวประเภทสอง แรงงานข้ามชาติ และผู้ต้องขัง
- ร้อยละ 11.6 เป็นผู้พิการ (นิ้วขาด พิการขา ปากแหว่ง กระดูกสันหลังเคลื่อน ฯลฯ)
- ร้อยละ 52.4 มีการศึกษาระดับประถมศึกษา รองลงมาในระดับมัธยมศึกษา ร้อยละ 30.5
- ส่วนใหญ่อาชีพไม่มั่นคง คือ ทำงานไม่เต็มเวลา ชั่วคราว เต็มเวลา แต่ไม่ได้บรรจุ มีเพียงร้อยละ 16.3 เท่านั้นที่ทำงานเต็มเวลา และไม่มีงานทำถึงร้อยละ 20.6
- ส่วนใหญ่อยู่ในชนบท และกึ่งเมืองกึ่งชนบท มีเพียงร้อยละ 14.2 ที่อยู่ในเมือง
- รายได้ต่อเดือนรวมกันของคนในครัวเรือนครอบครัวต่ำกว่า 5,000 บาท/เดือน ถึงร้อยละ 57.5 รองลงมาร้อยละ 25.3 มีรายได้ 5,001-10,000 บาท/เดือน มี 11ครัวเรือน ที่มีรายได้ มากกว่า 50,000 บาท/เดือน คิดเป็นร้อยละ 4.7

ผลการวิจัย

การตีตราและเลือกปฏิบัติโดยปัจจัยภายนอก

- มีผู้ที่ถูกกีดกันไม่ให้เข้าร่วมกิจกรรมของชุมชนถึง หนึ่งในสามของผู้ตอบแบบสอบถาม หรือ ร้อยละ 34.3 และในจำนวนนั้นร้อยละ 57.8 เชื่อว่า เป็นเพราะพวกเขาติดเชื้อฯ
- จากแบบสอบถามพบว่าร้อยละ 94.9 ไม่ถูกกีดกันจากกิจกรรมศาสนาและสถานที่ศักดิ์สิทธิ์ แต่จากบันทึกสนามพบว่า มีการกีดกันทางศาสนาอย่างมากบางศาสนาห้ามไม่ให้ผู้นำไปประกอบพิธีกรรมให้ หรือหากมีพิธีกรรม ก็จะลดขั้นตอนพิธีลง
- ร้อยละ 32.2 สูญเสียงานและแหล่งรายได้ และร้อยละ 26.2 ถูกปฏิเสธงานด้วยเหตุผลของการเป็นผู้ติดเชื้อฯ
- หนึ่งในห้า หรือร้อยละ 19.7 ถูกปฏิเสธการเข้ารับบริการทางการแพทย์ มีจำนวนไม่น้อยที่ไม่ถูกปฏิเสธ แต่เลือกปฏิบัติแบบอื่น เช่น เปลี่ยนคิว จัดโอกาสการเข้าถึงที่ต่างไปจากปกติ

การตีตราภายในตนเอง

- ร้อยละ 64.0 รู้สึกละอาย
- ร้อยละ 47.6 รู้สึกผิด
- ร้อยละ 42.9 โทษตัวเอง
- ร้อยละ 43.8 เชื่อถือตนเองน้อย
- ร้อยละ 16.7 อยากฆ่าตัวตาย (39คน)
- ร้อยละ 21.9 รู้สึกว่าตนเองควรถูกลงโทษ
- ร้อยละ 64.4 กลัวถูกนินทา
- ร้อยละ 57.5 กลัวถูกด่าก่อกวนหรือคุกคามด้วยวาจา
- ร้อยละ 54.5 คิดว่าคนอื่นกลัวที่จะมีเพศสัมพันธ์กับตนเพราะการติดเชื้อฯ

ความรู้และปรากฏการณ์เกี่ยวกับสิทธิและการละเมิดสิทธิ

- ความรู้ด้านสิทธิ กฎหมาย และ นโยบาย พบว่า ร้อยละ 56.7 ไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับพันธกรณีว่าด้วย เอชไอวี/เอดส์ และการปกป้องสิทธิ ส่วนผู้ที่เคยได้ยิน ร้อยละ 45.6 ไม่เคยอ่านหรือพูดคุยเกี่ยวกับเนื้อหาของปฏิญญาเลย
- ร้อยละ 21.2 ถูกปฏิเสธการทำประกัน
- ร้อยละ 47.2 เคยถูกละเมิดสิทธิในฐานะผู้ติดเชื้อฯ มีผู้ที่ไม่แน่ใจว่าถูกละเมิดหรือไม่ร้อยละ 21.5
- ร้อยละ 74.7 ของผู้ถูกละเมิด ไม่เคยพยายามที่จะร้องเรียนหรือ แก้ไขปัญหาเพื่อให้เป็นไปตามสิทธิ มีผู้ที่ตอบว่าไม่แน่ใจว่าอีก ร้อยละ 12.0
- ในจำนวนผู้ที่ไม่เคยหรือไม่แน่ใจว่าจะร้องเรียนหรือแก้ไขปัญหา ร้อยละ 46.7 ให้เหตุผลว่าไม่มีความเชื่อมั่นหรือเชื่อมั่นน้อยว่าถ้าทำแล้วจะประสบความสำเร็จ และร้อยละ 13.9 มองว่าขั้นตอนการร้องเรียนยุ่งยากและเชื่องช้ามากเกินไป

กรณีเกี่ยวกับการตรวจการติดเชื้อฯ การเปิดเผยตัวและการเตรียมการดูแลรักษา

- การปกปิดและเปิดเผยความลับด้านการติดเชื้อ พบว่า ร้อยละ 15.2 ตอบว่าคนอื่นบอกกับคนที่ทำงานโดยที่ฉันไม่ยินยอม ร้อยละ 14.0 ตอบว่าคนอื่นบอกแก่หัวหน้างานโดยที่ฉันไม่ยินยอม ร้อยละ 24.5 ตอบว่าผู้ปฏิบัติงานด้านสาธารณสุข เปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อฯ ของฉันกับผู้อื่น
- ร้อยละ 50.2 ไม่รู้ว่าบันทึกการแพทย์ของตนจะถูกเก็บเป็นความลับหรือไม่ และมีจำนวนถึง ร้อยละ 26.2 ที่รู้แน่ชัดว่าบันทึกทางการแพทย์ของตนไม่ถูกเก็บรักษาอย่างเป็นความลับ (ระบุสถานการณ์ติดเชื้อฯในบัตรบันทึกประวัติผู้ป่วยนอกซึ่งมีคนเข้าถึงง่ายและจำนวนมาก)

- ด้านการรักษา พบว่า ร้อยละ 41.2 ไม่เคยสนทนาอย่างจริงจังกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับทางเลือกในการรักษาการติดเชื้อฯ
- ร้อยละ 51.5 ไม่เคยสนทนาอย่างจริงจังกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข เกี่ยวกับสุขภาพทางเพศ อนามัยเจริญพันธุ์ ความสัมพันธ์ทางเพศ ความสมบูรณ์ทางอารมณ์ การใช้สารเสพติด
- ด้านการมีลูก ร้อยละ 65.2 เคยได้รับคำปรึกษาด้านอนามัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ 59.7 ได้รับคำแนะนำไม่ให้มีลูกหลังการติดเชื้อฯ และร้อยละ 28.8 ถูกบังคับให้ทำหมัน (ถามเฉพาะผู้หญิง)
- การเชื่อมโยงระหว่างการมีลูกและการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ พบว่า ร้อยละ 20.2 ถูกตั้งเงื่อนไขว่า ต้องคุมกำเนิดแบบต่างๆ ก่อนรับยาต้านไวรัสฯ (ถามเฉพาะผู้หญิง)
- ผู้ติดเชื้อฯ จำนวน 9 คน คิดเป็นร้อยละ 6.1 (จากผู้ตอบแบบสอบถามเพศหญิง 148 คน) ที่ถูกบังคับให้ยุติการตั้งครรภ์

ประเด็นพูดคุยจากการแสดงละครและการเสนอรายงาน

การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อเด็กที่ติดเชื้อและหรือได้รับผลกระทบในโรงเรียน

เป็นฉากหนึ่งที่เสนอเป็นละครและผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญการถกเถียงเน้นปัญหาของเด็ก 8 คนที่ติดเชื้อฯ ถูกห้ามไม่ให้เข้าโรงเรียนซึ่งพวกเขาอาศัยอยู่ที่บ้านพักคริสเตียนและแม้ว่าจะได้รับการดูแลอย่างดีจากบ้านพักแต่ก็ถูกปฏิเสธให้เข้าโรงเรียนในชุมชนเพราะพวกเขาติดเชื้อฯ

ปัญหาการละเมิดต่อพนักงานบริการโดยตำรวจ

ผู้แทนจาก องค์กรที่ทำงานกับพนักงานบริการชื่อ SWING ได้เปิดเผยว่าตำรวจได้ละเมิดทั้งพนักงานบริการชายและพนักงานที่เป็นสาวประเภทสอง ตำรวจได้ตรวจค้นและเมื่อพบว่าพวกเขามีถุงยางอนามัยก็จะถูกกล่าวหาและเรียกร้องเอาเงิน พนักงานบริการคิดว่าเขาไม่ควรถูกกล่าวหาและอยากมีสัมพันธภาพที่ดีกับตำรวจ แต่สิ่งเหล่านี้ก็ยังเกิดขึ้นเสมอ

การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานประกอบกิจการ

ผู้เข้าร่วมประชุมจำนวนหนึ่งกล่าวว่า ยังมีโรงงานหลายโรงบังคับให้มีการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในการตรวจสุขภาพผู้ที่จะเข้ามาเป็นลูกจ้าง ในพื้นที่จังหวัดระยองซึ่งเป็นเขตอุตสาหกรรม มีโรงงานมาก ผู้ติดเชื้อฯ มักจะถูกปฏิเสธที่จะได้รับโอกาสในการทำงาน

การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อในการเข้ารับบริการที่โรงพยาบาล

เป็นประเด็นที่สะท้อนในละครที่นำเสนอ ข้าราชการที่เข้าร่วมประชุมก็ยังมองว่าเป็นเรื่องที่ผ่านมาแล้ว แต่ผู้ติดเชื้อฯ ที่เข้าร่วมประชุมระบุว่าปัจจุบันยังมีเจ้าหน้าที่ด้านการแพทย์พยายามชักชวนให้ผู้ติดเชื้อฯ สตรีที่ตั้งครรภ์ให้ทำแท้งหรือไม่อยากให้มีลูก

แรงงานที่ติดเชื้อฯ กับการเข้าถึงยาต้านไวรัสฯ และการดูแลโรคแทรกซ้อน

มีการสะท้อนว่า แรงงานจำนวนมากในภาคใต้เข้าไม่ถึงการรักษา ในส่วนของแรงงานข้ามชาติไม่ว่าจะจดทะเบียนหรือไม่ พบว่าต้องเผชิญปัญหามากมายในการเข้าถึงการดูแลรักษา พวกเขาไม่อยากไปรับการรักษากับโรงพยาบาลของรัฐ พวกเขาพบว่ามีความยากลำบากในเรื่องการสื่อสารด้วยภาษาและวัฒนธรรมที่แตกต่างกัน และจึงไม่เข้าใจการดูแลรักษาได้เต็มร้อย ส่งผลให้รับยาไม่ครบถ้วนหรือไม่ตรงสูตร รวมทั้งการกลัวที่จะถูกจับซึ่งรวมทั้งพวกที่จดทะเบียน ที่ถูกต้องแล้วเพราะนายจ้างมักจะยึดหลักฐานไว้ แล้วก็ต้องเสียเงินให้เจ้าหน้าที่เพื่อผ่อนปรนให้ไปถึงโรงพยาบาล สุดท้ายก็ยังไม่ชัดว่าจะหาทางออกเรื่องนี้อย่างไร สถานการณ์ดีขึ้นบ้างหลังจากที่รัฐมีนโยบายให้ผู้ที่จดทะเบียนรับยาต้านไวรัสฯได้ สำหรับผู้ที่ไม่ได้จดทะเบียนก็จะรับยาภายใต้โครงการกองทุนโลก

ชาวประมง

การประเมินชาวประมงด้วยสาระทางสุขภาพและการดูแลรักษาเป็นเรื่องยาก พวกเขาออกไปหาปลานานอาจจะเป็นปีหรือนานกว่าและเมื่อกลับมาบนฝั่งก็ถูกมองว่ามีพฤติกรรมเสี่ยงเช่น การแต่งอวัยวะเพศ การสักรูปบนผิวหนัง และไปเที่ยวหญิงบริการ

การไม่มีบัตรประจำตัว

ฉากนี้เกี่ยวข้องกับแรงงานข้ามชาติแต่ว่าผู้เข้าประชุมก็ระบุถึงจำนวนคนไทยที่ยังไม่มีบัตรประจำตัวจะด้วยเหตุผลใดก็ตาม และก็ยากที่จะให้เขาได้รับบริการ

การขาดจิตสำนึกต่อหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่รัฐ

ที่ประชุมรับทราบว่าเจ้าหน้าที่รัฐไม่น้อยที่ยังไม่ทราบบทบาทหน้าที่ในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อฯ ซึ่งทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติในรูปแบบต่างๆ ตัวอย่างหนึ่งก็คือ การประกาศให้รู้ถึงสถานะของผู้ติดเชื้อเพื่อให้ไปรับสวัสดิการต่างๆ ทั้งๆ ที่ควรจะขออนุญาตผู้ติดเชื้อฯเสียก่อน

การบังคับตรวจการติดเชื้อฯ

ในที่ประชุมมีการอภิปรายถึงการสมัครเป็นพนักงานโรงแรมที่จะต้องได้รับการตรวจการติดเชื้อฯ ซึ่งเป็นกรณีที่เป็นข้อมูลมาจากโครงการของสมาคมแนวร่วมธุรกิจต้านภัยเอดส์

ความกังวลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และมีลูกของผู้ติดเชื้อฯ

ผู้เข้าร่วมประชุมท่านหนึ่งรู้สึกว่าผู้ติดเชื้อฯ ที่จะมีลูกไม่รับผิดชอบต่อเด็กและสังคม เขากล่าวว่าพ่อแม่ที่จะมีเด็กจะต้องคิดถึงอนาคตของเด็กทางด้านเศรษฐกิจและโดยกายภาพจะสามารถเลี้ยงดูพวกเขาที่เกิดมาได้หรือไม่ เขากล่าวว่าองค์กรของเธอต้องดูแลเด็กจำนวนมากเพราะสาเหตุด้านค่าเลี้ยงดูและการดูแลสุขภาพ เพราะพ่อหรือแม่เด็กหรือทั้งพ่อทั้งแม่เสียชีวิตไปแล้ว

การกล่าวหาว่าการเป็นเอดส์เป็นอาชญากรรม

นักกฎหมายท่านหนึ่งย้ำว่ากฎหมายเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์จะหมายถึงการมีความผิดและไร้เดียงสากรณีเกี่ยวข้องกับเอชไอวีเอดส์และนำไปสู่คำกล่าวที่ว่าผู้ติดเชื้อไม่ควรมีเพศ สัมพันธ์ กับผู้ที่รู้สถานการณ์ติดเชื้อฯ มาก่อนด้วย ผู้เข้าร่วมท่านอื่นก็แย้งว่านั่นยิ่งทำให้มีการตีตรามากขึ้น และผู้ติดเชื้อฯ ก็ยิ่งไม่เปิดเผยตัวมากขึ้น หรือแม้แต่จะไม่ไปตรวจการติดเชื้อฯ ข้อเสนอก็คือไม่ควรเป็นความผิดในการแพร่เชื้อฯ จากการมีเพศสัมพันธ์

คำกล่าวที่เกิดการถกเถียงมากก็คือที่ว่าผู้ติดเชื้อฯ ทำให้ผู้อื่นที่บริสุทธิ์ติดเชื้อฯ

มีหลายท่านในที่ประชุมระบุว่าผู้ติดเชื้อฯผิดและผู้ที่ไม่ติดเชื้อฯคือผู้บริสุทธิ์และไร้เดียงสา นี่หมายถึงว่าผู้ติดเชื้อฯ มีเชื้อฯ เพราะมีพฤติกรรมที่ไม่ดี และที่พวกเขาเป็นผู้ใช้ยา พนักงานบริการ หรือรักเพศเดียวกันหรือมีอะไรเกิดขึ้นก็เพราะได้รับการลงโทษจากการกระทำ

บางความเห็นก็มองว่าผู้ติดเชื้อฯ มีสิทธิมากกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อฯ

ผู้เข้าร่วมประชุมบางคนเชื่อว่าผู้ติดเชื้อฯ เริ่มมีสิทธิมากกว่าประชาชนอื่น ผู้ติดเชื้อฯได้รับการดูแลรักษาโดยไม่ต้องเสียเงินแต่ประชาชนทั่วไปในบางชุมชนยังเข้าไม่ถึงการบริการด้วยซ้ำ

ประเด็นพิจารณาสำคัญจากงานวิจัย

1. คนไทย *พร่อง*จินตนาการแห่งสิทธิ (ทั้งผู้เลือกปฏิบัติและผู้ถูกเลือก – เชื่อมกับภาพ “วงจรแห่งสิทธิ”) จุดสำคัญอยู่ที่กรอบวัฒนธรรมไทย ไม่ได้เปิดช่องทางสำหรับการเข้าถึงแก่นของ Human Rights ที่ต้องมองเห็นความเป็นมนุษยภาพ (Humanity)

2. การตีตรา มีหลากหลายรูปแบบ และดำเนินไปอย่างต่อเนื่องในชีวิตประจำวัน มีสองแบบ คือ การผูกโยงเข้ากับกรอบศีลธรรมทางสังคม และการจัดแบ่งและจำแนกประเภทที่บอกคุณลักษณะดี หรือ ไม่ดี อันเป็นบรรทัดฐานและคุณค่าร่วม ของสังคม ส่งผลถึงการสร้างความเป็นอื่น

3. การตีตราในผู้ติดเชื้อฯ ที่เป็นอยู่ ไม่ได้เกิดขึ้นลำพังเพราะว่าอคติที่มีต่อเอชไอวี หากแต่ความรุนแรงทางด้านวัฒนธรรมและสังคม ที่ผู้ติดเชื้อฯ เผชิญอยู่อย่างสาหัส คือ การผสมเข้ากับอคติเดิมที่สังคมมีต่อเพื่อนมนุษย์อยู่แล้ว เช่น อคติต่อพนักงานบริการทางเพศ อคติต่อคนที่มีเพศสัมพันธ์นอกกรอบวัฒนธรรม(โดยเฉพาะผู้หญิง) อคติต่อหญิงหม้าย อคติต่อกะเทย อคติต่อผู้ใช้ยา อคติต่อคนจน อคติต่อคนที่ไม่ได้รับการศึกษาในระบบ ทั้งๆที่มีความรู้จากนอกระบบอย่างมหาศาล อคติทางชาติพันธุ์ ฯลฯ

4. ประสบการณ์ 20 กว่าปีในการเผชิญหน้ากับเอดส์ ความสัมพันธ์ทางสังคมด้านลบ ที่มีต่อผู้ติดเชื้อฯ (สำส่อน รนหาที่ คนบาป เอดส์คือพระเจ้าลงโทษ ฯลฯ) ทำให้การตี

ตรา ได้เคลื่อนตัวจากการปฏิสัมพันธ์ภายนอก สู่ การตีตราตนเอง ด้านกลับกันทำให้ภาพของการตีตราที่ปรากฏในสังคมดูเหมือนจะเบาบางลง

5. สถานการณ์การเลือกปฏิบัติ ทั้งผู้เลือกปฏิบัติและผู้ถูกเลือกปฏิบัติ มักจะไม่ค่อยรู้ตัวว่า พวกเขากำลังอยู่ในสนามของการใช้อำนาจ มีเรื่องของสิทธิและการละเมิดสิทธิร่วมอยู่ด้วย

6. งานศึกษาในสนามพบว่า เกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ ของ “เพื่อน” ที่มีความทุกข์ ไม่กล้าร้องเรียน “เกรงว่า” จะไปไม่รอด อันหมายถึง ไม่รู้ว่ามีคนช่วยเราได้ตลอดรอดฝั่งไหม กลัวว่ากระบวนการเรียกร้องจะทำให้เราต้องเปิดเผยตัวต่อสาธารณะอย่างไม่รู้จักจบสิ้น หรือเกรงว่าจะกระทบความสัมพันธ์ โดยเฉพาะแพทย์และบุคลากรในโรงพยาบาล ซึ่งหมายถึงช่องทางการเข้าถึงยาและบริการอาจจะถูกสั่นคลอน

ประเด็น เหล่านี้สะท้อนให้เห็นว่า การมองผ่านความไม่ไว้เนื้อเชื่อใจสังคม ชุดคุณค่าด้านลบยังคงอยู่อย่างไม่เปลี่ยนแปลง

ข้อสรุปและข้อเสนอแนะ

1. ผู้เข้าร่วมประชุมเห็นว่ารายงานฉบับนี้สะท้อนว่ายังคงมีการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯในสังคมไทย แม้ว่าการทำงานเอดส์จะมีมานานกว่า 25 ปีแล้ว

2. ปรากฏการณ์ในรายงานสะท้อนให้เห็นว่า การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อกลุ่มคนต่าง ๆ ในสังคมยังดำรงคงอยู่ ไม่ว่าจะด้วยเหตุแห่งความแตกต่างด้านสุขภาพ เชื้อชาติ ศาสนา วัฒนธรรม การศึกษา สถานภาพ ฯลฯ

3. การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ เป็นปัญหาเชิงโครงสร้าง มีความเกี่ยวข้องเชื่อมโยงกับปัญหาอื่น ๆ ในสังคม เช่น ปัญหาการอพยพย้ายถิ่น ปัญหายาเสพติด เป็นต้น

4. ผู้ที่เป็นสมาชิกของเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯและผู้ที่ทำงานด้านเอดส์ควรมีส่วนร่วมเพื่อให้มีความ เข้าใจเรื่องสิทธิได้ดีมากขึ้นและความเข้าใจควรมีต่อทุกมิติไม่ว่าจะเป็นด้านกฎหมาย การเมืองและวัฒนธรรม

5. รากเหง้าของปัญหาที่สำคัญคือทัศนคติที่มีต่อเรื่องเอดส์ ส่งผลให้เกิดอคติต่อผู้ติดเชื้อฯ ในสังคม กลายเป็นมายาคติ ส่งผลให้เกิดการปฏิบัติในลักษณะต้องควบคุม จำกัด หากผู้ให้บริการตกหลุมพรางความคิด หรืออคตินั้นก็จะทำให้บริการออกมาในลักษณะตีตรา เลือกปฏิบัติ

6. ความรับรู้ ความเข้าใจเรื่องเอดส์ เรื่องสิทธิมนุษยชน ของผู้ที่รับผิดชอบในระดับนโยบาย ในกลไกต่าง ๆและในระดับปฏิบัติการของหน่วยงานรัฐ ยังมีความแตกต่างและยังไม่มากพอ จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีกระบวนการสร้างความตระหนัก ความเข้าใจใน 2เรื่องดังกล่าว การจัดการปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ ต้องใช้

กระบวนการของภาคประชาชน เครือข่ายประชาชนต่าง ๆ ที่มีอยู่ในสังคมต้องร่วมมือกัน เพราะเป็นปัญหาร่วมของคนที่ด้อยโอกาสในสังคม

7. รายงานนี้ยังไม่สามารถนำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้ เป็นเพียงจุดเริ่มต้น จำเป็นต้องมีการวิจัย ศึกษา หาความรู้ หามาตรการ หาเครื่องมือ อื่น ๆ เพิ่มเติม เพื่อให้นำไปสู่การแก้ไขปัญหาได้จริง มากกว่านี้

8. กลุ่มที่มีปัญหาการตีตรา การเลือกปฏิบัติค่อนข้างรุนแรง ได้แก่ ผู้ต้องขังในเรือนจำ ยังไม่ได้รับการดูแลตามหลักการสิทธิมนุษยชน เมื่อพ้นโทษไม่มีหน่วยงานองค์กรใดรับเข้าทำงาน หรือกรณีผู้ใช้สารเสพติด ที่ยังไม่ได้รับเครื่องมือในการป้องกันเอดส์ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิต เช่น เข็มและกระบอกฉีดยาสะอาด เป็นต้น

9. คณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ สำนักงานอัยการสูงสุด และกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรม ยินดีร่วมมือทำงานกับเครือข่ายผู้ติดเชื้อฯ และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการแก้ไขปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ ในสังคมไทย

10. เป็นโอกาสที่ดีที่ขณะนี้คณะรัฐมนตรีได้เห็นชอบแผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ฉบับที่ 2 แล้วเมื่อ วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2552 ซึ่งแผนนี้จะใช้ในช่วงปี พ.ศ. 2556-2552 โดยกรมคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพ กระทรวงยุติธรรมจะเป็นผู้รับผิดชอบให้แผนได้รับการปฏิบัติ ประเด็นการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ จะเป็นส่วนหนึ่งของแผนงานนี้

11. จากรายงานนี้ทำให้เครือข่ายผู้ติดเชื้อฯเกิดการขยับที่จะขับเคลื่อนงานสิทธิในเครือข่ายมากขึ้น มีการจัดตั้งและพัฒนาทีมงานสิทธิมนุษยชนของเครือข่ายใน 7 ภูมิภาค โดยมี มูลนิธิคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ ทำหน้าที่หนุนเสริม ช่วยพัฒนาศักยภาพ ลงพื้นที่ทำงานร่วมกัน เช่น ลงพื้นที่เก็บข้อมูลกรณีมีการร้องเรียนว่าถูกการละเมิดสิทธิ และมีแผนที่จะเปิดศูนย์รับเรื่องราวร้องทุกข์

ผนวก 4

นโยบายและการดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ : มุมมองภาคประชาสังคม

ตัวแทนภาคประชาสังคมได้มีส่วนร่วมเป็นคณะทำงานติดตามนโยบายและการดำเนินงานด้านการลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกและได้ร่วมสะท้อนมุมมองกับภาครัฐในภาพรวมดังปรากฏในรายงานข้างต้นแล้ว

ในขณะเดียวกัน มีการรวมตัวกันของหน่วยงานภาคประชาสังคม 10 หน่วยงาน ที่เห็นความสำคัญของการทำงานแบบคู่ขนานในการติดตามนโยบายด้านอนามัยเจริญพันธุ์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ติดตามความก้าวหน้าในการดำเนินงานด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ โดยเปรียบเทียบจากนโยบาย แผนงานโครงการและผลที่เกิดขึ้น 2) เน้นการศึกษาผ่านมุมมองของผู้รับผลของนโยบายและผู้นำนโยบายไปปฏิบัติ เพื่อเติมเต็มช่องว่างที่เกิดขึ้นระหว่างนโยบายและการนำไปปฏิบัติ 3) เสนอแนะแนวทางการดำเนินงานเพื่อประสิทธิภาพที่รอบด้านมากขึ้นในระยะต่อไป

การศึกษาครั้งนี้ให้ความสำคัญกับเป้าหมายของ UNGASS ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ด้านการป้องกัน ตามเป้าหมาย UNGASS ที่ 52, 53, 54 ด้านสิทธิมนุษยชน ตามเป้าหมายUNGASS ที่ 59, 60, 61 และการลดความเปราะบางตามเป้าหมายUNGASS ที่ 62, 63, 64 โดยเน้นการจัดบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับผู้ติดเชื้อฯและผู้รับบริการทั่วไป การส่งเสริมและจัดให้มีการเรียนรู้เพศศึกษาอย่างรอบด้าน และการดำเนินงานประเด็นความรุนแรงต่อผู้หญิง การดำเนินงานติดตามผลครั้งนี้ ใช้ข้อมูลที่สำคัญจาก 1) การเก็บรวบรวมข้อมูลภาคสนาม 2) การวิเคราะห์ข้อมูลร่วมจากรายงานและเอกสารงานวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับนโยบายด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และ 3) การประชุม UNGASS ภาคประชาชน เพื่อร่วมวิเคราะห์ปัญหาและข้อเสนอแนะ รวม 3 ครั้ง ในช่วงปี พ.ศ. 2552-2553

ที่มาของข้อมูลภาคสนาม

I. การสัมภาษณ์เพื่อติดตามความก้าวหน้า UNGASS-AIDS ในรอบรายงาน 2551- 2552

1. การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับเยาวชน จำนวน 21 คน จาก 15 หน่วยงาน ได้แก่
   - เจ้าหน้าที่กระทรวงสาธารณสุข (ระดับนโยบาย) รวม 1 คน
   - ผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ในเยาวชน (ระดับนานาชาติ) รวม 1 คน
   - เจ้าหน้าที่องค์กรเอกชนทำงานเกี่ยวกับเยาวชน รวม 8 คน
   - ตัวแทนเครือข่ายเยาวชนในแต่ละภาค รวม 11 คน

2. การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ใน 5 ภาค ภาคละ 1 จังหวัด: ภาคตะวันออก (ตราด), ภาคใต้ (นครศรีธรรมราช), ภาคเหนือ (พะเยา), ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ(อุบลราชธานี) , และภาคกลาง (อยุธยา) รวม 326 คน ดังนี้

- เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการ(ให้การปรึกษา, ANC, ARV, FP) รวม 24 คน
- ผู้หญิงและชายที่มาฝากครรภ์พร้อมคู่ รวม 238 คน
- ผู้หญิงหรือชายติดเชื้อที่ลูกอายุไม่เกิน 2 ปี รวม 64 คน

II. การสัมภาษณ์ภายใต้โครงการเสียงและทางเลือกของผู้หญิงมีเชื้อเอชไอวี

1. การสัมภาษณ์เชิงลึก 64 คนประเด็น “นโยบาย SRH เน้นการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก”
   - เจ้าหน้าที่สาธารณสุข (สสจ. พยาบาลวิชาชีพ) รวม 46 คน
   - ผู้ประสานงานเครือข่ายผู้ติดเชื้อ 6 คน และแกนนำผู้หญิงติดเชื้อ 12 คน
2. การสัมภาษณ์เชิงลึกประเด็น “เสียงและทางเลือกของผู้ติดเชื้อ”
   - เจ้าหน้าที่และพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการอบรมฯ รวม 18 คน
   - ผู้ติดเชื้อฯ 110 คน

III. การสัมภาษณ์โดยใช้แบบสอบถามเกี่ยวกับอนามัยเจริญพันธ์ สุขภาวะทางเพศ และการสื่อสารเรื่องเพศ ผู้ติดเชื้อรวม 934 คน (โครงการเสียงและทางเลือก) (หญิง 652 คน ชาย 282 คน) ใน 15 จังหวัด ภายใต้โครงการเสียงและทางเลือกของผู้หญิงมีเชื้อ

พื้นที่เก็บข้อมูลภายใต้โครงการเสียงและทางเลือก

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข/พยาบาลงานเอดส์ 9 จังหวัด: เชียงใหม่, ลำพูน, อุบลราชธานี, พัทลุง, ยะลา, ตราด, ชลบุรี, กรุงเทพ

ผู้ติดเชื้อ15 จังหวัด: เชียงราย, เชียงใหม่, พะเยา, ลำพูน, อุบลราชธานี, ขอนแก่น, อุดร, ศรีสะเกษ, พัทลุง, นครศรีธรรมราช, สุราษฎร์ธานี, ระนอง, ตราด, จันทบุรี

ผลการศึกษา โดยสรุปปรากฏในประเด็นต่อไปนี้

1. การจัดบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้รับบริการทั่วไป :การป้องกันเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (PMTCT)

การให้การปรึกษาเพื่อการตรวจเลือด

นโยบายของกรมอนามัยระบุให้มีการให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อฯ โดยสมัครใจ (VCT) และข้อมูลจากการติดตามผลการดำเนินงานด้านอนามัยเจริญพันธุ์ของภาคประชาสังคมในรอบนี้พบว่า ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 63.6) ไม่เคยได้ยินเกี่ยวกับ

Provider-Initiated Counseling and Testing (PICT) มีเพียงร้อยละ 36.4 ที่เคยได้ยินและเข้าใจความหมายและความแตกต่างระหว่าง VCT และ PICT เพียงร้อยละ 40.9 โดยเข้าใจว่า VCT เป็นการให้ผู้รับบริการสมัครใจตรวจส่วน PICT เป็นการโน้มน้าวให้ตรวจ โดยข้อดีของ PICT ตรวจได้ครอบคลุมกว่าแต่คนไข้ยอมรับผลไม่ได้ และข้อดีของ VCT คือ คนไข้สมัครใจตรวจ ผู้ให้บริการส่วนใหญ่ (ร้อยละ 70) คิดว่าการให้การปรึกษาในปัจจุบันเป็นแบบ VCT และส่วนใหญ่(ร้อยละ 45) ใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีในการให้การปรึกษา มีการใช้ PICT ร้อยละ 5 และ อื่น ๆ ร้อยละ 25

ผู้ให้บริการที่ให้ข้อมูลส่วนใหญ่เคยผ่านการให้การปรึกษา (ร้อยละ 91.3) และส่วนใหญ่ (ร้อยละ 90.5) เคยผ่านการอบรมแล้ว แต่ต้องการอบรมเพิ่มเติมอีก (ร้อยละ 45.8) รวมทั้งคิดว่าหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.3) ตัดสินใจรับการตรวจเลือดโดยอิสระ มีเพียงส่วนน้อย (ร้อยละ 22.7) ที่คิดว่าไม่มีอิสระในการเข้ารับการตรวจเลือด อย่างไรก็ตาม ในการประชุมคณะทำงานของ UNGASS ชุด PMTCT เห็นว่าการตรวจเลือดแก่หญิงตั้งครรภ์เป็นงานประจำ PICT ไม่ใช่ VCT

กระนั้นก็ตาม การให้การปรึกษาก็สามารถช่วยให้มีความพร้อมในการรับรู้ผลเลือดระดับหนึ่ง โดยผลจากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อฯ ร้อยละ 69.5 คิดว่า การให้การปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมช่วยได้มาก และร้อยละ 22 ช่วยได้บ้าง แต่สิ่งที่ผู้ติดเชื้อเห็นว่าสำคัญและต้องการในการรับบริการการปรึกษาคือ การให้เวลาตัดสินใจ (ร้อยละ 64) การรับฟังความรู้สึก (ร้อยละ 6) และการประเมินความเสี่ยง (ร้อยละ 35.4)

การให้การปรึกษาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ จากแม่สู่ลูก

ในรายงาน UNGASS รอบปี พ.ศ. 2551-2552, ภาคประชาสังคมได้นำเสนอประเด็นปัญหาว่าโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (PMTCT) อาจเน้นให้ความสำคัญเฉพาะเด็กที่จะเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อฯ โดยละเลยการดูแลและให้ความสำคัญกับผู้หญิงที่เป็น “มารดา” และสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์และติดเชื้อฯ ต้องการเพิ่มเติมจากการเข้าร่วมโครงการ PMTCT คือข้อมูลที่รอบด้านเพราะส่วนใหญ่ไม่ได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการรับยาหรือผลข้างเคียงจากยา

มีการศึกษา[55] ที่ยืนยันว่าการให้ยาเนวิราพีน แบบครั้งเดียวมีความสัมพันธ์กับความล้มเหลวในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ หลังคลอดทั้งในแม่และลูก แต่จากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการในการติดตาม UNGASS-SRH ครั้งนี้พบว่ามีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับโอกาสในการดื้อต่อยาเนวิราพีน น้อยที่สุดร้อยละ 45.8 ส่วนใหญ่จะให้ข้อมูลว่ายามีผลต่อ

[55] ความก้าวหน้าทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ในการดูแลรักษาและป้องกัน โดย อาจารย์นายแพทย์ ธีระ วรธนารัตน์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย สรุปสัมมนาเอดส์ชาติ ครั้งที่ 12

การป้องกันการติดเชื้อ ร้อยละ 62.5 และอาจทำให้แพ้ ร้อยละ 54.2 มีการบอกชื่อยาและวิธีกินยา ร้อยละ 50.0

การบอกผลเลือดกับคู่

นอกจากนี้ ยังมีประเด็นที่น่าใส่ใจเพิ่มขึ้นในความแตกต่างระหว่างการดำเนินงานของผู้ให้บริการและความต้องการของผู้ติดเชื้อในเรื่องการสื่อสารผลเลือดกับคู่และครอบครัว โดยในการศึกษาครั้งนี้พบว่า ผู้หญิงติดเชื้อฯ ส่วนใหญ่บอกผลเลือดกับคู่ (ร้อยละ 82.7) ในขณะที่ผู้ชาย (ในกรณีที่พาภรรยามาฝากครรภ์) บอกทั้งหมด

ประเด็นที่พบเพิ่มเติมคือมีผู้หญิง (ร้อยละ 24.5) บอกผลเลือดแล้วประสบปัญหา เช่น ถูกกระทำความรุนแรง ร้อยละ 9.4 และร้อยละ 26.9 กล่าวว่าเคยประสบปัญหาไม่สามารถเปิดเผยผลเลือดในขณะที่ต้องกินยาต้านไวรัสฯ แม้ผู้ชายติดเชื้อฯ ถูกกล่าวหาว่าเป็นผู้แพร่เชื้อฯ มากกว่า แต่ทั้งผู้หญิงและผู้ชายติดเชื้อฯ ประสบปัญหาการแยกทางหลังจากบอกผลเลือดร้อยละ 20

ในขณะที่ผู้ให้การปรึกษาเห็นว่าผลสำเร็จของการให้การปรึกษาคือ การเปิดเผยผลเลือดกับคู่ได้ (ร้อยละ 45) แต่สิ่งที่ผู้ติดเชื้อฯ ต้องการให้ช่วยในการสื่อสารผลเลือด คือการให้กำลังใจ (หญิงร้อยละ 67.9 ชายร้อยละ 75) และต้องการให้มีผู้รับฟังความรู้สึกของตนเอง มากกว่าการเน้นย้ำเรื่องความสำคัญของการบอกผลเลือดและผลกระทบ นอกเหนือไปจากนี้คือไม่ต้องการให้ใครเปิดเผยผลเลือดแทนตน (มีเพียงหญิงร้อยละ 5.7 และชาย ร้อยละ 16.7 ที่ต้องการให้ผู้ให้บริการเปิดเผยผลเลือดแทน)

การเตรียมรับผลเลือดลูก

ในส่วนผลเลือดของลูกนั้น ผู้ติดเชื้อฯส่วนใหญ่มีความกังวลว่าลูกจะติดเชื้อฯ และคิดว่าสิ่งที่จะช่วยให้ตนเองรับมือกับผลเลือดลูกได้ดีขึ้นก่อนรับรู้ผลเลือดลูกคือ การให้ข้อมูลและกำลังใจ แต่เมื่อฟังผลเลือดแล้วต้องการกำลังใจมากกว่าข้อมูล ในขณะที่ผู้ให้คำปรึกษาคิดว่า สิ่งที่สำคัญคือการให้ข้อมูล และครอบครัวมีส่วนช่วยให้รับผลเลือดลูกได้ดีขึ้น กระนั้นก็ตาม ผู้ให้การปรึกษาส่วนใหญ่ ร้อยละ 68 ไม่เคยผ่านการอบรมเรื่องการเปิดเผยผลเลือดของลูก แต่เคยให้คำปรึกษาจริง ๆ ถึงร้อยละ 63 ผู้ให้บริการซึ่งต้องให้การปรึกษาแก่หญิงติดเชื้อฯ จึงเห็นว่าเป็นเรื่องสำคัญที่จะต้องได้รับการอบรมเกี่ยวกับการบอกผลเลือด

การท้องไม่พร้อม

ในทัศนะผู้ให้การปรึกษา การท้องไม่พร้อมของผู้ติดเชื้อฯ เกิดจากหลายสาเหตุ ที่สำคัญคือการมีลูกเพราะครอบครัวต้องการ มีลูกเพราะไม่สามารถต่อรองเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เนื่องจากยังต้องพึ่งพิงสามีทางด้านเศรษฐกิจ-จิตใจ รวมทั้งการมีลูกเพราะ

ต้องการผูกมัดสามี แม้ว่าผู้ให้บริการเพียงครึ่งหนึ่งคิดว่าตนเองได้รับการเสริมศักยภาพเรื่องการคุมกำเนิดสำหรับผู้ติดเชื้อฯ อย่างเพียงพอ (ร้อยละ 54) แต่ก็มีความมั่นใจมากในการให้การปรึกษาแก่หญิงติดเชื้อฯ ซึ่งรับยาต้านที่ต้องการคุมกำเนิด (ร้อยละ 79.2) และพร้อมให้การปรึกษาเรื่องท้องไม่พร้อม แต่โรงพยาบาลไม่เคยแยกสถิติไว้ว่า การท้องของผู้ติดเชื้อฯ นั้นพร้อมจริงหรือไม่ เมื่อผู้ติดเชื้อฯ ท้องไม่พร้อม พี่เลี้ยงหรือผู้ให้บริการคิดว่าน่าจะมีนโยบายบริการยุติการตั้งครรภ์อย่างปลอดภัยในโรงพยาบาลถึงร้อยละ 66.7 แต่ปัจจุบันสิ่งที่ทำได้คือ การแนะนำแหล่งบริการอื่นและแนะนำให้รักษาลูกไว้

การป้องกันการท้องไม่พร้อม ผู้ให้บริการบอกว่าโรงพยาบาลของตน (ร้อยละ 86.4) มีนโยบายส่งเสริมการทำหมันให้กับผู้หญิงที่มีบุตร 2 คนและให้บริการตามสิทธิประโยชน์ของแต่ละระบบประกัน และแนะนำการทำหมันเป็นลำดับที่ 5 ของทางเลือกในการคุมกำเนิด รองจากการใช้ถุงยางอนามัย การใช้ยาเม็ดคุมกำเนิด ยาฉีด และยาฝัง ในขณะที่ผู้ติดเชื้อฯ บอกว่าได้รับคำแนะนำให้ทำหมันเป็นลำดับสองรองจากการใช้ถุงยาง ผู้หญิงติดเชื้อฯ ประมาณครึ่งหนึ่งบอกว่าเคยถูกโน้มน้าวให้ทำหมัน (ร้อยละ 58.5) และได้ทำหมันจริงๆไปเกือบครึ่ง (ร้อยละ 43) โดยทั้งหมด(100%) เป็นการทำหมันหลังทราบว่าติดเชื้อฯ แล้ว ผู้ให้การปรึกษาคิดว่าผู้ชายน่าจะทำหมันมากกว่าผู้หญิง (ร้อยละ 45.5 และ ร้อยละ 42.9 ตามลำดับ) แต่ในความเป็นจริง หญิงติดเชื้อฯ เป็นฝ่ายทำหมัน

การแนะนำการคุมกำเนิดระหว่างผู้หญิงติดเชื้อฯ กับผู้หญิงทั่วไปไม่เหมือนกัน คือ ผู้ติดเชื้อฯ ได้รับคำแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัย ทำหมันหญิง ยาเม็ด ฝังยาและงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์ มากกว่าคนทั่วไปที่มักแนะนำให้ใช้ยาเม็ดและยาฉีดเป็นหลัก และในความเป็นจริงผู้ติดเชื้อฯ ใช้ถุงยางอนามัย ทำหมันหญิง และใช้ยาเม็ดเป็นหลักในการคุมกำเนิดตามคำแนะนำ รวมทั้งมีการงดเว้นการมีเพศสัมพันธ์มากกว่าที่ได้รับคำแนะนำ

ข้อค้นพบที่น่าสนใจในเรื่องการท้องของผู้หญิงติดเชื้อฯ คือ ผู้หญิง ร้อยละ 59.6 บอกว่ารู้ว่าตนเองติดเชื้อฯ ก่อนตั้งครรภ์ และพี่เลี้ยงส่วนใหญ่มั่นใจในการให้คำแนะนำเพื่อคุมกำเนิด (ร้อยละ 79.2) แต่เมื่อผู้ติดเชื้อฯ ต้องการมีบุตร ผู้ให้บริการที่มีความมั่นใจมากว่าสามารถให้คำแนะนำได้ดีมีเพียงร้อยละ 4.5 (มั่นใจ 47.8 และ ค่อนข้างมั่นใจ ร้อยละ 39.1)

การให้การปรึกษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อฯ

สำหรับคนทั่วไป การให้การปรึกษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อ(ร้อยละ 77) ยังเป็นการให้การปรึกษาแบบกลุ่มอยู่ ผู้ให้การปรึกษาพยายามสร้างการมีส่วนร่วมของผู้ชาย เช่น โรงเรียนพ่อแม่

แม้ว่าภาครัฐจะได้ประเมินผลในกลุ่มโรงพยาบาลที่ทดลองนำร่องว่าได้ผลดีต่อการมีส่วนร่วมในการตั้งครรภ์และการป้องกันในระยะต่อไป แต่การศึกษาในพื้นที่ครั้งนี้พบว่าผู้ชายยังมาฝากครรภ์ร่วมกับผู้หญิงน้อยเพียงร้อยละ 69 และมีเพียงร้อยละ 50 ได้รับข้อมูล

และได้ร่วมกิจกรรมสำหรับสามีของภรรยาที่มาฝากครรภ์ ประมาณร้อยละ 93 ของหญิงตั้งครรภ์และสามีคิดว่าได้รับข้อมูลเพียงพอจากการให้การปรึกษา แต่มีผู้ชายเพียงร้อยละ 62 ได้ประเมินความเสี่ยงซึ่งน้อยกว่าผู้หญิงที่ได้ประเมินความเสี่ยงถึงร้อยละ 82 ทั้งในกลุ่มที่ได้ประเมินและไม่ได้ประเมินความเสี่ยงคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงถึงร้อยละ 78 ในผู้ชาย และร้อยละ 64 ในผู้หญิง จะเห็นว่าผู้ชายคิดว่าตนเองไม่เสี่ยงมากกว่าผู้หญิง และทั้งชายหญิง(มากกว่าร้อยละ 80) ต่างมั่นใจว่าตนเองจะไม่ติดเชื้อฯ ในอนาคต แต่มีการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันน้อยมาก คือชายร้อยละ 23.1 และหญิงร้อยละ 16.8 ระบุว่าใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย ทั้งๆที่มีผู้ที่ไม่ทราบผลเลือดของคู่ประมาณร้อยละ 19

อย่างไรก็ดี การให้การปรึกษาเรื่องการป้องกันยังมีผลในเชิงบวกเช่นกัน เพราะก่อนการได้รับการปรึกษา วิธีที่ใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีคือการมีคู่คนเดียว แต่หลังการให้การปรึกษามีการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น โดยเฉพาะผู้ชาย แม้ว่าจะยังไม่มากพอในระดับที่จะช่วยในการป้องกันในระยะยาวต่อไปได้

2. การส่งเสริมและจัดให้มีการเรียนรู้เพศศึกษาอย่างรอบด้าน

ปัจจุบันมีหลักสูตรและการจัดการเรียนการสอนเพศศึกษาในประเทศ ทั้งโดยหลักสูตรรวมของกระทรวงศึกษาธิการ หลักสูตรเพศศึกษาของสมาคมวางแผนครอบครัวแห่งประเทศไทย หลักสูตรเพศศึกษาของบ้านเพื่อนใจวัยทีน และการทดลองขยายหลักสูตรเชิงรุกเพื่อการเรียนรู้เพศศึกษาอย่างรอบด้านที่ดำเนินงานโดยองค์การแพธ จากหลักสูตรเพศศึกษาทั้ง 3 หลักสูตรดังกล่าวข้างต้น (ไม่นับหลักสูตรรวมของกระทรวงศึกษาฯ) จะเห็นถึงความเชื่อมโยงกันในเชิงประเด็นร่วมกันอยู่ในเรื่องของสังคม และความสัมพันธ์ระหว่างเพศ ซึ่งเป็นประเด็นสำคัญในการทำงานเพศศึกษา ถึงแม้นจะมีหลายหลักสูตร แต่ยังมีข้อจำกัดในการปรับเปลี่ยนทัศนคติและพฤติกรรมของเยาวชนทั้งชายและหญิงให้รู้จักป้องกันตนเองจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยอย่างต่อเนื่อง

แม้พบว่าการจัดให้มีเพศศึกษาอย่างรอบด้านมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงทัศนคติและพฤติกรรมอย่างมีนัยสำคัญแต่การจัดเพศศึกษาที่ผ่านมายังไม่มีผลถึงพฤติกรรมในระยะยาว (อัตราการใช้ถุงยางของนักเรียนมัธยมและนักเรียนอาชีวศึกษายังอยู่ในระดับที่แตกต่างกันและในอัตราที่ไม่สูงมากนัก ดูรายละเอียดใน “การประเมินผลโครงการก้าวอย่างอย่างเข้าใจ” เพราะการให้ความรู้ต้องการความเข้มข้น ต่อเนื่อง เนื่องจากเด็กมีการเปลี่ยนแปลงเชิงความคิดและพฤติกรรมตามข้อมูลที่ได้รับในแต่ละช่วง อีกทั้งยังมีตัวแปรอื่นที่ต้องคำนึงถึง เช่นการเข้าถึงสื่อ การยั่วยุ การเรียนรู้ที่ไม่ถูกต้อง ทัศนะและความกดดันจากสังคมเพื่อน ทั้ง 15 องค์กรที่สัมภาษณ์เห็นตรงกันว่า เพศศึกษาควรให้ความสำคัญกับประเด็นมิติหญิง ชายและการเสริมสร้างทักษะชีวิตให้กับเยาวชน

นอกจากนี้ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในเยาวชนและประชาชนทั่วไปยังอยู่ในระดับต่ำ[56] โดยมีเหตุผลในการไม่ใช้ถุงยางอนามัยที่แตกต่างกันอย่างน่าสนใจระหว่างกลุ่มเยาวชน ประชาชนทั่วไป และกลุ่มผู้ติดเชื้อฯ ดังนี้

เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัย

กลุ่มเยาวชน	กลุ่มประชาชนทั่วไป	กลุ่มผู้ติดเชื้อ
1. มั่นใจ เชื่อใจในคู่ 2. ใช้แล้วไม่ชอบ ไม่เร้าใจ 3. ไม่มีถุงยางอนามัย ไม่มีเงินซื้อ 4. ไม่สะดวก (สถานที่ ราคา) 5. ไม่กล้าซื้อหรือขอ 6. สถานการณ์คับขันหรือเหตุการณ์พาไป (ไม่มีการเตรียมพร้อม) 7. ทัศนคติของคนให้/แจกถุงยางอนามัย (เชิงบังคับห้ามปราม) ทัศนคติของคนรับ (รู้สึกไม่ดี/อาย)	<u>ชาย:</u> *กับคู่ประจำ: เชื่อใจและเชื่อมั่นในคู่ กับคู่ไม่ประจำ: เชื่อมั่นในคู่ /ไม่ได้เตรียม หาไม่ได้ในขณะนั้น /ไม่ชอบใช้* <u>หญิง</u>: 1. ไม่สามารถต่อรองกับคู่ได้ 2. กลัวถูกประณามว่ามีประสบการณ์ทางเพศ, ติดเชื้อ 3. ถุงยางอนามัยเป็นสัญลักษณ์ของพนักงานบริการหญิง 4. ความสัมพันธ์เชิงอำนาจ บทบาทหญิงชาย และความเปราะบางทางเศรษฐกิจ	<u>ชาย:</u> 1. มีปัญหาในการใช้ถุงยางอนามัย (คุณสมบัติและขนาด) 2. อารมณ์/ความรู้สึก (ใช้แล้วไม่ชอบ ไม่เร้าใจ) 3. ยังไม่ได้บอกผลเลือดกับคู่ 4. ความเชื่อเรื่องการหลั่งข้างนอกปลอดภัย <u>หญิง:</u> 1. ไม่สามารถต่อรองกับคู่ได้ (ไม่กล้าและไม่สามารถสื่อสารกับคู่) 2. ยังไม่ได้บอกผลเลือดกับคู่

ที่มา:

<u>กลุ่มเยาวชน</u> จากการศึกษาเฉพาะกรณี และการสัมภาษณ์เชิงลึกผู้เกี่ยวข้องการจัดการด้านเพศศึกษาสำหรับเยาวชน (2552)

<u>กลุ่มประชาชนทั่วไป ชาย</u> จากการสำรวจพฤติการณ์ทางเพศระดับชาติ พ.ศ. 2549 โดยสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล

<u>กลุ่มประชาชนทั่วไป หญิง</u> จากงานวิจัยเรื่องความเป็นผู้หญิง ความเสี่ยงและภาวะเปราะบางต่อการติดเชื้อและการป้องกันเอชไอวี/เอดส์ ในโครงการจัดตั้งสำนักงานศึกษานโยบายสาธารณสุข สวัสดิการและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล (2552)

<u>กลุ่มผู้ติดเชื้อ</u> จากรายงานโครงการเสียงและทางเลือกของผู้ติดเชื้อ มูลนิธิรักษ์ไทย (2552)

---

[56] ในการสำรวจพฤติกรรมทางเพศระดับชาติ ปี 2549 พบว่าผู้ชายให้ถุงยางกับคู่ประจำร้อยละ 12 กับคู่ขาจรร้อยละ 47 และกับหญิงบริการร้อยละ 94 ในขณะที่การสำรวจวัยรุ่นเชียงใหม่ อายุ 17-20 ปีของดร.อรุณรัตน์ ตั้งมั่นคงวรกุล พบว่าจากจำนวนตัวอย่าง 1,749 คน มีแฟนแล้วร้อยละ 57.8 และในจำนวนนี้มีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 63.3 โดยที่มีผู้ใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 18.

รากฐานของปัญหาที่สำคัญคือ

1. ฐานคติเรื่องเพศยังขาดมุมมองเรื่องเพศภาวะ และการยอมรับความเปลี่ยนแปลงในบทบาทและรูปแบบความสัมพันธ์ระหว่างหญิงชาย ทำให้ยังมีการเน้นเฉพาะเรื่องการรักนวลสงวนตัวของฝ่ายหญิง แต่ขาดการเพิ่มพลังอำนาจให้เยาวชนรู้เท่าทันตนเองและผู้อื่น รวมทั้งขาดการส่งเสริมความสามารถในการสื่อสารเรื่องเพศที่เหมาะสม เพศศึกษาที่มียังไม่สามารถสร้างความเข้มแข็งให้ผู้หญิงมีอำนาจในการต่อรองเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยได้

2. ครูผู้สอนยังมีการเลือกสอนตามหลักสูตรที่สอดคล้องกับฐานคติเรื่องเพศของตนเอง ทำให้ยังไม่สามารถบูรณาการการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาเข้ากับวิถีชีวิตจริงของสังคมปัจจุบัน

3. ยังขาดนโยบายเรื่องเพศศึกษาแบบรอบด้านที่ชัดเจนในระดับกระทรวง และเป็นประเด็นที่ยังขาดเจ้าภาพหลักในการดำเนินงานเพื่อมุ่งเน้นให้การเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาแบบรอบด้านเป็นภูมิคุ้มกันจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการมีทักษะชีวิตที่สำคัญ รวมทั้งขาดมุมมองบริบทอื่นๆที่เกี่ยวข้อง เช่น ศาสนา ภาษา ความพิการ เพศอื่นๆ ที่มีความหลากหลาย เป็นต้น

ความต่อเนื่องของปัญหาที่เกิดจากการขาดการเรียนรู้เพศศึกษาแบบรอบด้านสำหรับเยาวชนคือ

- ปรากฏการณ์ท้องไม่พร้อม และการติดเชื้อเอชไอวีในรายใหม่ที่มีอายุน้อยลง
- ถุงยางอนามัยยังถูกมองว่าเป็นเรื่องการป้องกันโรคเพียงอย่างเดียว ขาดมิติของความสัมพันธ์ในด้านอื่น ๆ เช่นทัศนะหรือความเชื่อที่มีต่อการใช้ถุงยาง ความสามารถในการเข้าถึงซึ่งรวมถึงความสามารถที่จะสื่อสารให้คู่ใช้หรือใช้ถุงยางกับคู่ ซึ่งส่งผลให้การรณรงค์เรื่องการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนและประชาชนทั่วไปประสบผลสำเร็จน้อยกว่าที่ควรจะเป็น
- การจัดบริการที่เป็นมิตรแม้จะได้รับผลที่ดีเป็นส่วนมาก แต่ยังขาดการขยายผลที่ชัดเจน ไม่มีการบูรณาการเข้าไปอยู่ในระบบ ทำให้ในภาพรวมเยาวชนยังไม่กล้าเข้าไปขอรับคำปรึกษาหรือรักษา

3. การดำเนินงานประเด็นความรุนแรงต่อผู้หญิง

กฎหมายเกี่ยวกับเรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิง

ความรุนแรงในครอบครัว มีกฎหมายเฉพาะ ตามพระราชบัญญัติคุ้มครองผู้ถูกกระทำด้วยความรุนแรงในครอบครัว (พ.ศ. 2550) มีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ.2551 โดยให้ความคุ้มครองบุคคลในครอบครัวทั้งหญิงและชาย สามีภรรยาที่อยู่กินกันไม่ว่าจดทะเบียนสมรสหรือไม่ก็ตามและสมาชิกในครอบครัวคนอื่น ๆ โดยมีหลักการเน้น

การรักษาความสัมพันธ์อันดีในครอบครัวและมีบทลงโทษต่ำกว่าที่กำหนดไว้ในกฎหมายอาญา หมวดความผิดต่อร่างกาย ดังนั้น อาจทำให้ผู้บังคับใช้กฎหมายเน้นการดำรงอยู่ของครอบครัว ไม่ได้ให้ความเป็นธรรมแก่หญิงที่ถูกกระทำหรือคำนึงถึงความปลอดภัยของผู้หญิงที่อาจถูกกระทำซ้ำในกรณีที่มีการไกล่เกลี่ยให้กลับไปอยู่ร่วมกัน

ความรุนแรงทางเพศ กรณีความรุนแรงทางเพศ ข่มขืน เป็นการกระทำตามประมวลกฎหมายอาญาว่าด้วยความผิดทางเพศ แต่เดิมมีข้อยกเว้นไม่คุ้มครองกรณีหญิงที่เป็นภรรยา (มาตรา 276) แต่ในปี พ.ศ.2550 มีการแก้ไขให้การข่มขืนภรรยาเป็นความผิดและให้รวมการละเมิดต่อทุกคน มิใช่เฉพาะ ผู้หญิงแต่กรณีที่เป็นเด็ก ยังคงมีข้อยกเว้นไม่เอาผิดการกระทำชำเรา กรณีที่ผู้ถูกกระทำเป็นสามีหรือภรรยา (มาตรา 277) นอกจากนี้ยังเปิดช่องให้มีการยอมความได้หากผู้เสียหายที่เป็นเด็กอายุ 13-15 ปี ยินยอมแต่งงานอยู่กินฉันท์สามีภรรยากับผู้กระทำที่อายุไม่เกิน 18 ปี

ประเทศไทยได้ระบุถึงการทำแท้งไว้ในประมวลกฎหมายอาญาพ.ศ. 2548 และข้อบังคับแพทยสภาว่าด้วยหลักเกณฑ์การปฏิบัติเกี่ยวกับการยุติการตั้งครรภ์ทางการแพทย์ตามมาตรา 305 แห่งประมวลกฎหมายอาญา พ.ศ. 2548 โดยแพทย์สามารถทำการยุติการตั้งครรภ์อย่างถูกกฎหมายได้ในกรณีที่การตั้งท้องนั้นเป็นผลจากการถูกข่มขืนหรือเป็นการตั้งท้องในเด็กผู้หญิงอายุ 13 หรือ 15 ปี หรือ ถ้าหญิงนั้นมีปัญหาสุขภาพจิต

การดำเนินงานเพื่อต่อต้านการเอาเปรียบทางเพศต่อเด็กผู้หญิงและเยาวชนหญิง

การเอารัดเอาเปรียบทางเพศต่อเด็กผู้หญิงและเยาวชนหญิง ไม่ได้เป็นปัญหาที่มีการออกมาตรการเฉพาะเพื่อรองรับ แต่รวมอยู่ในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นเด็กและผู้หญิง อย่างไรก็ตาม ปัญหาการเอาเปรียบทางเพศในวัยรุ่นและเยาวชนหญิงมีความซับซอน ผู้เกี่ยวข้องยังขาดความตระหนักและความเข้าใจถึงปัญหาที่เกิดขึ้น โครงการและมาตรการเพื่อป้องกันแก้ไขความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็กโดยทั่วไป ยังไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายที่เป็นวัยรุ่นและเยาวชนหญิง

ความพร้อมในการให้บริการรองรับผู้หญิงและเด็กผู้หญิงที่ตกเป็นเหยื่อของความรุนแรงหรือความรุนแรงทางเพศ

กลไกในการคุ้มครองแก่ผู้หญิงและเด็กหญิงที่ถูกกระทำความรุนแรงหรือความรุนแรงทางเพศ มีเฉพาะตามโรงพยาบาลระดับจังหวัด เป็นศูนย์พึ่งได้ ในส่วนของกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ได้เปิดบ้านพักเด็กและครอบครัวเพื่อรองรับหญิงและเด็กที่ประสบความรุนแรงในครอบครัวและความรุนแรงทางเพศในระดับจังหวัด อย่างไรก็ตามในกรณีที่เหตุเกิดในอำเภอรอบนอก การให้ความคุ้มครองแก่ผู้ถูกกระทำยังคงมีข้อจำกัด ตั้งแต่การให้ความคุ้มครองทางกฎหมาย เจ้าหน้าที่ตำรวจยังไม่ได้ให้ความสำคัญกับคดีเหล่านี้ โดยเฉพาะหากผู้กระทำเป็นผู้มีอิทธิพลในท้องถิ่น

บริการป้องกันการติดเชื้อและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์การคุมกำเนิดฉุกเฉินและการยุติการตั้งครรภ์อย่างถูกต้องตามกฎหมาย

กระทรวงสาธารณสุขได้จัดทำแนวทางปฏิบัติของสถานพยาบาลในการจัดบริการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากการสัมผัสทุกประเภท เช่น กรณีถูกข่มขืน การสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อโดยไม่ได้ตั้งใจ โดยกรณีที่ถูกข่มขืน ได้มีแนวทางที่จะให้การปรึกษาแก่ผู้ถูกข่มขืน การป้องกันการตั้งครรภ์ และการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี

ระบบข้อมูลสาธารณะในการเก็บรวบรวมและนำเสนอต่อสาธารณะในประเด็นความรุนแรงต่อผู้หญิง

สำนักงานกิจกรรมสตรีและสถาบันครอบครัว เป็นหน่วยงานรับผิดชอบโดยตรงตาม พระราชบัญญัติขจัดความรุนแรงในครอบครัว ในการรวบรวมสถิติกรณีที่เกิดขึ้นทั่วไปประเทศซึ่งที่ผ่านมามีข้อมูลที่ได้จากสำนักงานตำรวจแห่งชาติ ซึ่งมีตัวเลขคดีข่มขืน แต่ยังขาดกรณีความรุนแรงในครอบครัวที่สามีหรือคนรักกระทำต่อกัน และมีการรวบรวมข้อมูลจากศูนย์พึ่งได้ โรงพยาบาลของรัฐทั่วประเทศ ปัจจุบัน อยู่ระหว่างการปรับปรุงเพื่อให้เป็นระบบมากขึ้น

การรณรงค์ระดับประเทศต่อต้านความรุนแรงต่อผู้หญิง และการเอาเปรียบทางเพศในวัยรุ่น

ปัจจุบันการทำงานเพื่อต่อต้านความรุนแรงต่อผู้หญิง ยังคงเกิดขึ้นในส่วนกลางและยังคงขาดการทำงานอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เกิดกลไกที่มีประสิทธิภาพในการให้ความช่วยเหลือคุ้มครอง โดยเฉพาะผู้หญิงที่ประสบปัญหายังขาดข้อมูลเพื่อจะสามารถแสวงหาทางออกและเผชิญกับปัญหา ยังคงต้องมีการปรับปรุงรูปแบบการรณรงค์เพื่อให้เข้าถึงผู้หญิงที่ถูกกระทำในระดับชุมชน

กฎหมายปราบปรามการค้าหญิง

ประเทศไทยได้ออกพระราชบัญญัติป้องกันและแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์แทนฉบับเดิม คือ พระราชบัญญัติป้องกันและปราบปรามการค้าหญิงและเด็ก เพื่อขยายกลุ่มเป้าหมายรวมถึง เด็กชาย และ ผู้ชายที่ตกเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ กฎหมายนี้ครอบคลุมรูปแบบการค้ามนุษย์ในรูปแบบอื่น ๆ นอกจากการค้าประเวณี โดยรวมถึงการเอาเปรียบแรงงาน และการตกอยู่ในสภาพเสมือนเป็นทาส พรบ.นี้ยังกำหนดให้มีกองทุนป้องกันแก้ไขปัญหาการค้ามนุษย์ ผู้เสียหายที่แจ้งความดำเนินคดี สามารถยื่นเรื่องขอรับเงินทุนเพื่อใช้ในการเริ่มต้นอาชีพ และในการเดินทางกลับจากต่างประเทศ ก็ได้รับความช่วยเหลือค่าตั๋วเครื่องบิน ไม่ต้องรับผิดชอบจ่ายคืนดังเช่นในอดีตอย่างบูรณาการและขาดกลไกในการผลักดันให้มีการปฏิบัติตามแผนที่มีประสิทธิภาพ

การสนับสนุนผู้หญิงที่เป็นเหยื่อการค้ามนุษย์เรื่องอนามัยเจริญพันธ์การให้การปรึกษาและเอชไอวี

ประเด็นสำคัญในการทำงานเรื่องการค้ามนุษย์ในปัจจุบันก็คือ ผู้หญิงส่วนใหญ่ถูกล่อลวงไปสู่การบังคับหรือการเอารัดเอาเปรียบในงานบริการทางเพศ ในต่างประเทศ จึงไม่ต้องการเปิดเผยหรือออกมาขอความช่วยเหลือทั้งทางด้านกฎหมายและทางด้านสังคม ผู้ให้บริการปรึกษาจำเป็นต้องมีความเข้าใจปัญหาและตระหนักถึงความละเอียดอ่อนในการรักษาข้อมูลส่วนตัวของผู้เสียหาย ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการสร้างมาตรการที่เอื้อให้ผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ ได้รับบริการด้านอนามัยเจริญพันธุ์ การเยียวยาทางสุขภาพที่ครบถ้วน รวมถึงการตัดสินใจในการรับการตรวจเลือดด้วยความสมัครใจ

ประเด็นห่วงใย

กรณีหญิงไทยที่ย้ายถิ่นกลับจากต่างประเทศ แม้จะเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ แต่ก็พบว่า หญิงไทยจำนวนมากที่เดินทางกลับเองโดยไม่ได้รับความช่วยเหลือหรือการคัดแยกมาจากประเทศปลายทาง รวมถึงกรณีที่ไม่ต้องการเปิดเผยข้อมูลของเอเยนต์เนื่องจากไม่มั่นใจเรื่องความปลอดภัย ตลอดจนในหลายประเทศ ยังไม่มีมาตรการในการช่วยเหลือที่เป็นระบบ ทำให้หญิงไทยที่แม้จะเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ก็อาจถูกลงโทษ และเดินทางกลับประเทศโดยยังไม่ได้มีการสถานะเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์ การจัดบริการตรวจสุขภาพด้านอนามัยเจริญพันธุ์ และติดตามให้การปรึกษาเรื่องเอชไอวีเอดส์ควรจัดเป็นบริการสำหรับหญิงย้ายถิ่นที่เดินทางกลับประเทศ โดยไม่ต้องขึ้นกับสถานะว่าเป็นผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์หรือไม่ บริการในเรื่องอนามัยเจริญพันธุ์และการตรวจเรื่องเอชไอวีเอดส์ ควรเป็นบริการที่เข้าถึงแรงงานย้ายถิ่นโดยไม่จำกัดเฉพาะกลุ่มผู้เสียหายจากการค้ามนุษย์

การเก็บบันทึกข้อมูลผู้หญิงติดเชื้อที่ถูกกระทำความรุนแรงอันเนื่องมาจากการเปิดเผยผลเลือด

ยังไม่มีการบันทึกจำนวนผู้หญิงติดเชื้อฯ ที่ได้รับความรุนแรงอันเป็นผลทางตรงจากการเปิดเผยผลเลือดต่อครอบครัว เนื่องจากผู้ให้บริการไม่ได้เก็บข้อมูลเหล่านี้และยังขาดความเข้าใจในเรื่องมิติความสัมพันธ์หญิงชายรวมถึงการให้การปรึกษาที่ยังขาดมุมมองเชื่อมโยงถึงปัญหาความรุนแรงที่ผู้หญิงอาจได้รับทั้งจากสามีหรือคนรักมีเชื้อฯ หรือไม่มีผู้หญิงที่มีเชื้อฯ ส่วนใหญ่ไม่พร้อมจะเปิดเผยสภาพปัญหาที่ตนประสบความรุนแรงจากสามีหรือคนรักเพราะต้องพึ่งพิงสามีในทางเศรษฐกิจและเพื่อป้องกันมิให้ตนเองต้องถูกกระทำความรุนแรง

นอกจากนี้ ผู้หญิงที่มีเชื้อฯ จำนวนหนึ่ง เป็นหัวหน้าครอบครัว เนื่องจากฝ่ายชายทอดทิ้ง หรือแยกทางกัน ผู้หญิงต้องรับผิดชอบดูแลลูกตามลำพัง

ในบางกรณีเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการอาจเป็นผู้ละเมิดสิทธิเองเช่น การเปิดเผยผลเลือด การโน้มน้าวให้ทำหมันโดยไม่ทราบว่าสิ่งเหล่านี้เป็นการกระทำความรุนแรงต่อผู้หญิง ในขณะเดียวกันผู้หญิงมีเชื้อฯ ก็ไม่รู้เรื่องความรุนแรงต่อผู้หญิงและเด็กทำให้ไม่สามารถบอกได้ว่าตนเองประสบกับความรุนแรงอย่างไร การทำความเข้าใจในเรื่องนี้จะช่วยให้ทั้งผู้ให้บริการและหญิงมีเชื้อมีมิติและมุมมองที่กว้างขึ้นในเรื่องความรุนแรง

รูปธรรมความรุนแรงที่ผู้หญิงมีเชื้อฯเผชิญอยู่

ไม่ได้มีเพียงแค่ความรุนแรงเนื่องจากการเปิดเผยผลเลือดเท่านั้น แต่ยังมีความรุนแรงในรูปแบบอื่นๆ ได้แก่

1. เด็กผู้หญิงติดเชื้อฯ ถูกห้ามมีแฟน
2. เด็กผู้หญิงติดเชื้อฯ อายุ 13 ปี ถูกล่วงละเมิดทางเพศ แล้วท้องได้รับการทำแท้งและทำหมันไปพร้อมกัน
3. ถูกเลือกปฏิบัติ เช่นได้รับการตรวจภายในเป็นคนสุดท้ายทั้งที่มาเป็นคนแรก ต้องเสียค่าใช้จ่ายแพงกว่าหลายเท่าในการทำความสะอาดเครื่องมือ
4. ถูกครอบงำทางด้านความคิด ไม่สามารถตัดสินใจได้โดยอิสระ ในเรื่องของการมีคู่และมีบุตร
5. ถูกบังคับตรวจเลือดในการสมัครงาน
6. ถูกเปิดเผยสถานภาพในการรับช่วยเหลือเช่น เบี้ยยังชีพ

ยุทธศาสตร์สนับสนุนเด็กหญิงและเด็กชายที่ติดเชื้อฯ ตามแผนยุทธศาสตร์บูรณาการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2550- 2554 ยุทธศาสตร์ที่ 2 การบูรณาการป้องกัน ดูแลรักษา และลดผลกระทบตามกลุ่มประชากรเป้าหมายมีการกำหนด กลุ่มเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ เป็นหนึ่งในกลุ่มเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ที่ 2 โดยเน้นการ

1) พัฒนาระบบการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ ทั้งในเรื่องของการดูแล รักษา และการจัดการศึกษา ให้กับเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ พัฒนาบริการและแนวทางเพื่อเปิดเผยผลการติดเชื้อฯ กับเด็กและเยาวชน ส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิเด็กตลอดจนลดการรังเกียจแบ่งแยกเด็กที่ได้รับผลกระทบฯ พัฒนาข้อมูลการติดตามและประเมินสถานการณ์ปัญหา

2) พัฒนาและส่งเสริมสมรรถภาพเด็ก ครอบครัว ชุมชนและสังคมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ ให้สามารถดูแลเด็กได้อย่างเหมาะสมทั้งในด้านเศรษฐกิจ ความรู้ ทักษะและอื่นๆ รวมถึงจัดกระบวนการและกิจกรรมเพื่อสร้างความเชื่อมั่นในตนเองในเด็กที่รับผลกระทบจากเอดส์ตั้งแต่เล็กเพื่อให้เกิดภูมิคุ้มกันทางสังคมในการป้องกันตนเอง รณรงค์และสร้างเสริมความเข้าใจของสังคมและร่วมแก้ไขปัญหาเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ในสังคม

แต่ในทางปฏิบัติปัญหาสำคัญที่พบคือการติดตามเด็กไม่ได้เนื่องจากมารดาที่ติดเชื้อฯหลุดจากระบบบริการตั้งแต่หลังคลอด และยังไม่มีการทำงานในประเด็นสุขภาพทาง

เพศและอนามัยเจริญพันธุ์กับเด็กที่ได้รับผลกระทบฯที่กำลังโตเป็นวัยรุ่น ในกรณีของเด็กกำพร้าพบว่า ยังไม่มีการดำเนินการตามยุทธศาสตร์อย่างเป็นระบบ ยังไม่มีการดำเนินงานสร้างระบบเฝ้าระวังปัญหาในเด็ก นอกจากนี้เจ้าหน้าที่พัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์ยังขาดความรู้ความเข้าใจและขาดความละเอียดอ่อนต่อการดูแลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากเอชไอวี การดูแลในสถานสงเคราะห์ ทั้งภาครัฐและเอกชนยังไม่เป็นมาตรฐาน ไม่มีกลไกประเมินควบคุมกำกับยังมีการละเมิดสิทธิเด็กที่ได้รับผลกระทบโดยสถานสงเคราะห์

4. ประเด็นสำคัญที่ควรพิจารณา

ความเชื่อมโยงระหว่างเพศศึกษา บริการอนามัยเจริญพันธ์ และสุขภาพทางเพศ

ถุงยางอนามัย ยังเป็นเรื่องการป้องกันโรคและมีลักษณะควบคุมมากกว่าความเข้าใจเรื่องปัจจัยต่าง ๆที่มีผลต่อการใช้หรือไม่ใช้ถุงยาง เช่น ทัศนคติ ความเชื่อความสามารถในการต่อรอง การให้ความสำคัญไม่รอบด้านเช่นนี้ทำให้การรณรงค์ในกลุ่มคนทั่วไป ทั้งเยาวชนและคู่สามีภรรยาไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

การจัดการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาเป็นการเน้นให้ผู้ใหญ่เข้าใจเด็ก แต่พ่อแม่และครูยังมีฐานคติเรื่องเพศที่มองไม่เห็นความแตกต่างของการหล่อหลอมความเป็นเพศในสังคม และพ่อแม่ ครู หรือผู้ใหญ่เองก็ยังมีปัญหาในการสื่อสารและการป้องกันเพื่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและเป็นสุข ดังนั้นจึงเป็นเรื่องยากในการสื่อสารหรือสอนเรื่องเพศแก่ลูกหรือศิษย์

ฐานคิดเรื่องเพศ (เพศภาวะ เพศวิถี และความหลากหลายทางเพศ) เป็นส่วนที่ขาดหายไปจากเพศศึกษาและบริการอนามัยเจริญพันธุ์ ทั้งในระดับนโยบายและผู้ให้บริการ เมื่อผนวกกับแนวความคิดเรื่องระบาดวิทยาทำให้เกิดการควบคุมโรค เน้นการดำเนินงานเชิงควบคุมมากกว่าความเข้าใจ (เห็นได้จากแนวคิดและการปฏิบัติว่าผู้หญิงติดเชื้อเป็นผู้แพร่เชื้อ ไม่ควรมีคู่ใหม่ ไม่ควรท้อง ท้องแล้วควรทำหมัน ควรโน้มน้าวให้มีการเปิดเผยผลเลือด) ทำให้ไม่สามารถสื่อสารหรือเสริมสร้างศักยภาพการให้บริการแบบให้ทางเลือกแบบรอบด้านได้ โดยเฉพาะการบริการและการป้องกันสำหรับผู้หญิง

มุมมองต่อปัญหาที่แตกต่าง

แม้จะมีนโยบาย PMTCT แล้ว แต่ก็ยังพบอัตราการติดเชื้อฯ ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อยู่ เจ้าหน้าที่ไม่แน่ใจว่าทำไมตัวเลขจำนวนผู้ติดเชื้อฯ ที่ตั้งครรภ์ยังไม่ลดจำนวน อันที่จริงการดำเนินงาน PMTCT ของกรมอนามัยไม่ได้มีการทำงานเชิงรุกในเรื่องของการป้องกันในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ซึ่งส่วนใหญ่ไม่ตระหนักว่าตนเองมีความเสี่ยง เรื่องการท้องซ้ำของผู้หญิงติดเชื้อฯพบว่ามีตัวเลขสูงขึ้นแต่ยังไม่ได้มีการวางแนวทางในการแก้ไขปัญหาเรื่องนี้อย่างรอบด้าน พยาบาลผู้ให้การปรึกษาไม่ส่งเสริมให้ผู้หญิงติดเชื้อฯ ตั้งครรภ์

เหตุผลเพราะ กลัวว่าเด็กเกิดมาจะติดเชื้อฯ ต้องประสบกับปัญหาการถูกตีตรา กีดกันละเมิดสิทธิ เป็นกำพร้า กลัวว่าจะเป็นอันตรายต่อสุขภาพของผู้หญิง คิดว่าในที่สุดเด็กจะกลายเป็นภาระของสังคม ในขณะที่ผู้หญิงมีเชื้อฯ ส่วนใหญ่คำนึงถึงประเด็นเหล่านี้รวมทั้งมีความกังวลว่าลูกจะติดเชื้อฯ แต่ยังมีอีกหลายเงื่อนไขที่ทำให้ผู้หญิงติดเชื้อฯ ต้องการตั้งครรภ์ ประเด็นการตั้งครรภ์เมื่อพร้อมของผู้ติดเชื้อฯ ยังไม่ได้รับการยอมรับและผู้ให้บริการยังไม่พร้อมในการคำแนะนำในเรื่องนี้

จากการศึกษาเชิงนโยบาย[57] พบว่า ปัญหาเรื่องการที่ยังมีการตั้งครรภ์ซ้ำในผู้ติดเชื้อ ถูกมองว่าเป็นปัญหามาจากความบกพร่องในเรื่องของการให้การปรึกษา หรือการให้การปรึกษานั้นไม่มีคุณภาพเพียงพอ ผู้ให้การปรึกษามักได้รับคำตำหนิในนัยยะว่า “ให้การปรึกษายังไงผู้ติดเชื้อถึงยังท้องอีก” เมื่อผู้หญิงติดเชื้อฯตั้งครรภ์ นอกจากเป็นการสร้างความกดดันให้กับผู้ให้บริการแล้วก็ยังสร้างความกดดันให้ผู้หญิงติดเชื้อฯเช่นกันว่า “ติดเชื้อแล้วทำไมยังท้องอีก”

ปัจจัยสำคัญที่มีผลต่อมุมมองคุณภาพของการปรึกษาคือ ตัวชี้วัดและเป้าหมายความสำเร็จเรื่องการลดอัตราความชุกของการติดเชื้อฯในหญิงตั้งครรภ์ จากร้อยละ 0.88 ในปี พ.ศ. 2549 เป็น ร้อยละ 0.85 ในปี พ.ศ.2550 และลดลงอย่างน้อย 0.05 ในแต่ละปี ควบคู่ไปกับการลดอัตราการติดเชื้อฯ ในทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อฯ จากร้อยละ 3 ในปี พ.ศ.2549 เป็นต่ำกว่าร้อยละ 3 ในแต่ละปี จะเห็นว่าเกณฑ์ในการประเมินคุณภาพและวัดความสำเร็จของการปรึกษาไม่ได้ตั้งอยู่บนการให้การปรึกษาที่ยึดผู้รับบริการเป็นศูนย์กลาง นอกจากนี้ในหลายกรณีเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานไม่แน่ใจและไม่ชัดเจนว่าสิ่งที่ดำเนินการอยู่นั้นเป็นนโยบายหรือเป็นแนวทางหรือไม่ ในขณะที่สิ่งที่ดำเนินการในพื้นที่ได้สะท้อนให้เห็นถึงทัศนคติของเจ้าหน้าที่ที่ขาดความเข้าใจ ขาดความละเอียดอ่อนในประเด็นเรื่องสิทธิอนามัยเจริญพันธุ์ นำมาซึ่งการเลือกปฏิบัติ และ ละเมิดสิทธิ เช่นกรณีการให้ข้อมูลในเชิงโน้มน้าวชักจูงผู้รับบริการในเรื่องของการเปิดเผยผลเลือดกับคู่ การทำหมัน เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานยอมรับว่า ตนเองให้ข้อมูลในเชิงโน้มน้าวชักจูงผู้รับบริการในเรื่องของการเปิดเผยผลเลือดกับคู่

ในการประเมินผลของภาครัฐ[58] ระบุว่า ยังมีการเข้าไม่ถึงกลุ่มเป้าหมาย หรือกลุ่มเป้าหมายหลุดจากระบบบริการ เช่น กลุ่มผู้หญิงติดเชื้อฯ ที่ยังไม่ถึงเกณฑ์รับยาแล้วไม่สามารถติดตามได้ เพราะหญิงติดเชื้อฯ ปิดตัวเนื่องจากกังวลเรื่องความรังเกียจของสังคม กลุ่มเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อฯ แต่ไม่มารับการตรวจเลือดตามกำหนด เป็นต้น กรมอนามัยไม่มีข้อมูลในเรื่องนี้และยังขาดแนวทางในการแก้ปัญหา ในขณะเดียวกัน การ

---

[57] การศึกษานโยบายอนามัยเจริญพันธุ์กับเสียงและทางเลือกของผู้หญิงติดเชื้อ โดยสุไลพร ชลวิไล 2553

[58] รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยตาม)ปฏิญญาว่าด้วยพันธกรณีเรื่องเอชไอวีเอดส์ ของคณะทำงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก 2553

สะท้อนปัญหาจากภาคประชาสังคมเรื่องความแตกต่างในคุณภาพการให้บริการและการให้การปรึกษา และเหตุผลจากมุมมองของผู้รับบริการเช่นปัญหาจากการบอกผลเลือด ปัญหาการพึ่งพิง การไม่สามารถสื่อสารต่อรองกับคู่ อำนาจและความแตกต่างระหว่างชายหญิง ฯลฯ ยังไม่ได้รับการพิจารณาในมิติที่สำคัญต่อการวางแผนเพื่อปรับแนวทางการให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์

การให้การปรึกษาที่เน้นเฉพาะผู้มีผลเลือดบวกทำให้พลาดโอกาสในการดำเนินงานป้องกันกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อฯ

แม้การให้การปรึกษาคู่ในขั้นตอนการฝากครรภ์จะมีผลดีต่อการลดภาวะยากลำบากของผู้หญิงในการรับรู้ผลเลือดในขณะตั้งครรภ์และมีส่วนช่วยในการป้องกันการติดเชื้อในระยะต่อไป แต่ในกรณีผู้หญิงติดเชื้อที่ยังไม่พร้อมต่อการเปิดเผยสถานะหรือหญิงที่มีปัญหาเรื่องคู่ หรือท้องไม่พร้อม อาจเป็นเรื่องลำบากใจและส่งผลกระทบให้กลุ่มผู้หญิงเหล่านี้หลุดออกจากระบบบริการ การส่งเสริมการปรึกษาแบบคู่จึงควรมีความยืดหยุ่นมากกว่ากำหนดตายตัวเป็นเงื่อนไขพื้นฐานในการรับฝากครรภ์

ข้อเสนอแนะ

1. มีนโยบายการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเชิงบวก ที่มีมิติเรื่องการเท่าทันเรื่องเพศสภาพ การไม่กีดกันหรือเลือกปฏิบัติต่อเพศ และความรับผิดชอบสำหรับคนทุกวัย ทุกเพศ ให้ครอบคลุม

การเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาไม่เพียงแต่ต้องการความครอบคลุมในกลุ่มเยาวชนในโรงเรียนและนอกโรงเรียนเท่านั้น แต่ผู้ใหญ่ก็ต้องได้เรียนรู้เรื่องเพศศึกษาในเชิงบวกเช่นเดียวกันเพราะเห็นได้ชัดว่า ผู้ใหญ่เองก็มีทัศนคติในเชิงลบต่อเพศ ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยง หรือเป็นข้อจำกัดทำให้ไม่สามารถเข้าถึงพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยได้ และยังมีทัศนคติที่เป็นข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการของผู้ถูกกระทำทางเพศ ผู้ที่ถูกใช้ความรุนแรงในครอบครัว และ ความรุนแรงระหว่างเพศ

หน่วยงานในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับประเทศ จนถึงองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีความเข้าใจและผนวกมิติการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาบูรณาการเข้าไปในแผนงานการป้องกันเอดส์ แผนงานด้านสุขภาพโดยทั่วไป แผนงานการส่งเสริมความเท่าเทียมหญิงชาย แผนงานสำหรับผู้หญิงและเด็กที่ดำเนินการอยู่

2. บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ซึ่งรวมถึงบริการสำหรับผู้ที่ถูกกระทำความรุนแรงในครอบครัว ความรุนแรงทางเพศ ผู้หญิงติดเชื้อฯ ที่เป็นมิตรสำหรับคนทุกเพศทุกวัย เพื่อให้เข้าถึงบริการ ข้อมูล และการปรึกษา ลดข้อจำกัดในการบริการอันเนื่องจากระบบที่เป็นข้อจำกัดต่อเพศ การเป็นผู้ที่ย้ายถิ่น ข้อจำกัดด้านศาสนา ภาษา ความพิการ อายุ หรือภาวะด้านสุขภาพต่างๆ เป็นต้น

การเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการโดยการส่งเสริมบริการแบบ one stop service โดยสถานบริการด้านสาธารณสุขมีการประสานงานภายในหน่วยงานอย่างชัดเจน ระหว่างแผนกต่างๆ และยังมีการประสานกับหน่วยงานภายนอก และชุมชนอย่างได้ผล

3. สร้างความยั่งยืนของระบบการจัดการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษา และ บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยที่เป็นมิตรโดยการมีนโยบายด้านเพศศึกษาในระดับชาติ และมีเจ้าภาพเป็นหน่วยงานรัฐที่ชัดเจนที่สามารถประสานกับหน่วยงานรัฐอื่นๆ รวมถึงภาคเอกชนและประชาสังคมได้อย่างกว้างขวาง มีการปรับใช้กฎหมายและนโยบายที่ดำเนินอยู่แล้วให้ได้ผล เช่น การคุ้มครองผู้ถูกกระทำความรุนแรง, การคุ้มครองเหยื่อการค้ามนุษย์ เป็นต้น

4. สร้างการมีส่วนร่วมของชุมชนในในการจัดการศึกษาเรื่องเพศ และการให้บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ที่เป็นมิตร เพื่อให้สามารถเข้าถึงกลุ่มเยาวชน และ กลุ่มคนต่างๆในสังคมได้อย่างทั่วถึง

5. การให้การศึกษาเรื่องเพศ และ บริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์ ต้องมองเห็นความสัมพันธ์เชิงอำนาจระหว่างเพศ โดยมองเห็นว่ามิติด้านเพศสภาพส่งผลต่อทัศนคติและพฤติกรรมทางเพศ ตลอดจนการเข้าถึงบริการที่แตกต่างกัน ระบบบริการควรทำงานเชิงรุกเพื่อให้บริการและให้การศึกษาเรื่องเพศกับผู้ชาย เพื่อลดการกีดกันในการเข้าสู่การเรียนรู้เรื่องเพศเชิงบวก ความรับผิดชอบในความสัมพันธ์ระหว่างเพศและความสัมพันธ์ในครอบครัว (เช่น การคุมกำเนิด, การเลี้ยงดูบุตร, การใช้ถุงยาง, การป้องกันเอดส์, ลดการใช้อำนาจและความรุนแรงในครอบครัว และ คู่ เป็นต้น) และมองเห็นว่า การให้การศึกษาเรื่องเพศ และบริการด้านสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธ์ดังกล่าว เป็นการขยับฐานคติเรื่องเพศในสังคมไทย ซึ่งต้องฟันฝ่าอุปสรรคนานัปการ เช่น ทัศนคติของผู้ชายต่อเรื่องเพศ และ บทบาทของผู้ชายในครอบครัว และ บทบาทของผู้ชายต่อการกระทำความรุนแรงที่ได้ถูกสั่งสมกันมาในสังคมไทย

6. การบริการสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับผู้ติดเชื้อ จำเป็นต้องลดการควบคุมผู้หญิงและใช้เป็นเครื่องมือในการลดอัตราการระบาด แต่มองเห็นผู้หญิงในฐานะเป็นผู้รับบริการในฐานะมนุษย์ ที่มีสิทธิ มีศักดิ์ศรี และต้องได้รับบริการอย่างเคารพศักดิ์ศรี และ มิสิทธิเลือกอย่างเท่าทัน ได้ข้อมูลรอบด้าน ในการบริการในทุกจุดอย่างต่อเนื่องเป็นระบบ เจ้าหน้าที่และระบบบริการต้องเห็นว่า การให้บริการแบบควบคุมทางเลือกของผู้หญิงเป็นการกดทับอีกชั้นซ้อนอยู่บนการกีดกัน เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ

7. สนับสนุนการศึกษาวิจัยอย่างมีส่วนร่วมและจัดทำฐานข้อมูลสำคัญด้านสุขภาวะทางเพศ ทั้งภาครัฐ องค์กรพัฒนาเอกชนและเครือข่ายประชาสังคมอื่น ๆ

8. ขยายและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างหน่วยงานที่เกี่ยวข้องระหว่างภาครัฐและภาคประชาสังคมที่ทำงานเชิงรุกด้านสุขภาพทางเพศ เอดส์ และสิทธิ โดยการลดช่องว่างการเชื่อมประสานทั้งในและนอกสถานบริการ การยอมรับ

การจัดทำฐานข้อมูลเพื่อการขยายผลหรือปรับเปลี่ยนกระบวนการเรียนรู้โดยมีการทำข้อมูลร่วมกันระหว่างภาครัฐและเอกชนเพื่อมีฐานข้อมูลด้านปริมาณ และ คุณภาพควบคู่กัน และมองเห็นความสำคัญของการเก็บข้อมูลที่อ่อนไหวต่อเรื่องเพศสภาพ เช่น ข้อมูลแบ่งแยกเพศ ข้อมูลการตั้งครรภ์โดยไม่พร้อมของผู้หญิงติดเชื้อ ข้อมูลการกระทำความรุนแรงในครอบครัว ว่ามีผลต่อการวางแผนในระดับนโยบายและท้องถิ่นเพื่อการให้บริการด้านสุขภาพทางเพศ และ อนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมสำหรับเพศต่างๆอย่างไร

9. ความรุนแรงอันเนื่องมาจากเพศสภาวะ ต้องเข้าใจในความหมายที่กว้างกว่าความรุนแรงทางกาย แต่ครอบคลุมความรุนแรงเชิงโครงสร้าง และความรุนแรงด้านจิตใจ มีความเข้าใจว่าความรุนแรงเหล่านี้เป็นสิ่งที่สั่งสมมาในวัฒนธรรมไทย และมีความสัมพันธ์เชื่อมโยงกับประเด็นการละเมิดสิทธิด้านอื่นๆ ในสังคมไทยด้วย เช่น การข่มขืนในครอบครัว, ความรุนแรงในครอบครัว, การค้ามนุษย์ โดยเฉพาะผู้หญิงและเด็ก, การกีดกันการเรียนรู้เรื่องเพศของเยาวชนในครอบครัว, การลงโทษ และ ประณามเด็กผู้หญิงที่ท้องในวัยเรียน, การประณามผู้หญิงที่มีวิถีชีวิตทางเพศที่แตกต่างจากกรอบของสังคม, การประณามผู้หญิงติดเชื้อว่าเป็นผู้แพร่เชื้อหรือไม่รับผิดชอบต่อสังคมเมื่อต้องการมีคู่หรือมีลูกอีกครั้ง, การประณาม และ กีดกันผู้ที่เลือกเพศสภาพอื่นๆ เช่น เกย์ กะเทย ทอม ดี้ เป็นต้น

10. เสริมสร้างความเข้มแข็งระบบการให้การปรึกษาทั้งภาครัฐ เอกชน กลุ่มชุมชน โดยเน้นการจัดบริการให้การปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจการติดเชื้อฯ การปรึกษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน และการปรึกษาแบบเสริมพลังและเน้นทางเลือก เน้นการช่วยเหลือต่อผู้เปราะบาง ไม่มีอำนาจต่อรองเรื่องเพศ เช่น ผู้หญิง เด็ก เยาวชน เด็กติดเชื้อฯ

11. มีนโยบายและแผนการปฏิบัติที่ชัดเจนต่อการดำเนินการเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติเรื่องเพศ เอดส์และสิทธิ์ ทั้งในส่วนภาครัฐ ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการ อปท. และประชาชนทั่วไป

12. มีนโยบาย แผน และการจัดสรรงบประมาณ (หรือสนับสนุนการจัดสรรงบประมาณในระดับอปท.) ที่ชัดเจนต่อการส่งเสริมองค์กรเอกชนหรือหน่วยงานชุมชนที่ทำงานด้านเพศและเอดส์ในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยาก เช่นเด็กและเยาวชนที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์ พนักงานบริกาหญิง ผู้ใช้ยา แรงงานข้ามชาติ กลุ่มชาติพันธุ์

ผนวก 5

คณะทำงานติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ระดับประเทศ

1. คณะทำงานอำนวยการติดตามประเมินผลภาพรวมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
2. คณะทำงานวิชาการติดตามประเมินผลภาพรวมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
3. คณะทำงานระบบสารสนเทศเพื่อการติดตามประเมินผลการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
4. คณะทำงานวิเคราะห์สถานการณ์เอดส์ และแบบแผนการระบาดของการติดเชื้อ เอชไอวี
5. คณะทำงานติดตามประเมินผลการใช้จ่ายเงินของประเทศในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
6. คณะทำงานติดตามประเมินผลดัชนีรวมด้านนโยบายและการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์
7. คณะทำงานติดตามประเมินผลด้านระบบบริการสุขภาพ และบริการโลหิตปลอดภัย
8. คณะทำงานติดตามประเมินผลด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์
9. คณะทำงานติดตามประเมินผลการดูแลทางสังคมของผู้ที่ได้รับผลกระทบ
10. คณะทำงานติดตามประเมินผลด้านการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
11. คณะทำงานติดตามประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มเยาวชน
12. คณะทำงานติดตามประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยทำงานและครอบครัว
13. คณะทำงานติดตามประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการ
14. คณะทำงานติดตามประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย
15. คณะทำงานติดตามประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาและสารเสพติด
16. คณะทำงานติดตามประเมินผลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรข้ามชาติและประชากรเคลื่อนย้าย

กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข

LIVING WITH AIDS
THAI NGO COALITION ON AIDS

TNP

UNAIDS
JOINT UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS
UNHCR
UNICEF
WFP
UNDP
UNFPA
UNODC
ILO
UNESCO
WHO
WORLD BANK