

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของการศึกษา

ระบาดวิทยาของโรคเอดส์

ประวัติความเป็นมาของโรคเอดส์

โรคเอดส์พบครั้งแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2524 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ผู้ป่วยเป็นชายรักร่วมเพศ ป่วยเป็นปอดบวมจากเชื้อ นิวโมซิสติส แครินิอา (Pneumocystis Carinii) ทั้งที่มีสุขภาพแข็งแรงมาก่อน และไม่เคยใช้ยากดภูมิคุ้มกัน ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบว่าเซลล์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันโรคไม่สามารถทำงานได้ตามปกติ จากการศึกษาย้อนหลัง พบว่าโรคนี้นี้มีต้นกำเนิดจากประเทศแถบแอฟริกาตะวันตก ในปี พ.ศ. 2503 และต่อมาได้แพร่ไปยังเกาะไฮติส ทวีปอเมริกา ยุโรปและเอเชีย รวมทั้งประเทศไทยด้วย สำหรับผู้ป่วยเอดส์คนแรกในประเทศไทยนั้น เป็นผู้ป่วยชาย อายุ 28 ปี เดินทางไปศึกษาต่อที่อเมริกาและมีพฤติกรรมรักร่วมเพศ เริ่มมีอาการ ในปี พ.ศ. 2526 ได้รับการตรวจและรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในอเมริกา พบว่าปอดอักเสบจากเชื้อ Pneumocystis Carinii แพทย์ลงความเห็นว่า เป็นโรคเอดส์ จึงกลับมารักษาตัวที่ประเทศไทย ในปี พ.ศ. 2527 และเสียชีวิตในเวลาต่อมา (กองโรคเอดส์, 2543)

ลักษณะทางคลินิกของโรคเอดส์

ลักษณะทางคลินิกของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ มีตั้งแต่การติดเชื้อเฉียบพลัน (Acute Infection) การติดเชื้อที่ไม่มีอาการ (Asymptomatic Infection) จนถึงการติดเชื้อที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างมาก จนมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Disease) (เกียรติ รุ่งรักษัธรรม, 2541)

การดำเนินโรคของผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งออกได้เป็น 4 ประเภทคือ

ประเภทที่ 1 Rapid Progressor คือ ผู้ติดเชื้อที่ดำเนินโรคเป็นไปอย่างรวดเร็ว และเกิดอาการของโรคเอดส์ภายในระยะเวลาไม่เกิน 3 ปี พบได้ประมาณร้อยละ 5 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด

ประเภทที่ 2 Intermediate Progressor คือ ผู้ติดเชื้อที่มีระยะเวลาการดำเนินโรคเฉลี่ย 8-10 ปี ก่อนจะมีอาการของโรคเอดส์ พบได้ประมาณร้อยละ 80-90 ส่วนใหญ่ของผู้ติดเชื้อเอดส์จัดอยู่ในประเภทนี้

ประเภทที่ 3 Long-Term non Progressor คือ ผู้ติดเชื้อที่มีการดำเนินโรคช้ามาก หรือคงสภาพเดิมโดยไม่มีอาการของโรคเอดส์แม้จะติดเชื้อมานานกว่า 10 ปี พบประมาณ ร้อยละ 5 ของผู้ติดเชื้อทั้งหมด

ประเภทที่ 4 Long-Term Survivor คือ ผู้ติดเชื้อที่อยู่ได้นานกว่า 15 ปี หลังการได้รับเชื้อ ทั้ง ๆ ที่ไม่ได้รับการรักษา ยังไม่มีการประมาณสัดส่วนของผู้ติดเชื้อประเภทนี้ ว่ามีอยู่ร้อยละเท่าไรของผู้ติดเชื้อทั้งหมด (เกียรติ รัชฎ์รุ่งธรรม, 2541)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินโรคได้แก่

1. ปัจจัยทางไวรัส (Viral Factor) ซึ่งประกอบด้วย ปริมาณเชื้อ และชนิดของเชื้อ
2. ปัจจัยผู้ติดเชื้อ (Host Factor) ซึ่งได้แก่ลักษณะของพันธุกรรม ลักษณะทางชีวภาพ เช่น เพศ อายุ และลักษณะทางพฤติกรรม เช่น การสูบบุหรี่ และการดื่มสุรา
3. ปัจจัยการตอบสนองทางภูมิคุ้มกัน (Immune Factor)
4. ปัจจัยร่วมและการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน (Co-Factors and Immune Activator)
5. ปัจจัยการรักษา (Therapeutic Factor) (เกียรติ รัชฎ์รุ่งธรรม, 2541)

สถิติผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์

เอดส์เป็นปัญหาระดับโลกและในปัจจุบันองค์การเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) เผยว่า ในปี 2546 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ 34-46 ล้านคน เป็นเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี เกือบ 3 ล้านคน ผู้ป่วยผู้ติดเชื้อเอดส์มากกว่าร้อยละ 95 อยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา ขณะนี้ในทุก 1 นาที จะมีผู้ติดเชื้อเกือบ 10 คน หรือเพิ่มขึ้นวันละ 14,000 คน กว่าครึ่งเป็นผู้หญิงในกลุ่มอายุ 15-24 ปี (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 2547) นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ติดเชื้อรายใหม่ ในปี พ.ศ. 2546 ประมาณ 4.2-5.8 ล้านคน และมีผู้ป่วยเอดส์ที่เสียชีวิต จำนวน 2.5-3.5 ล้านคน ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่ พบมากที่สุด ในแอฟริกาแถบทะเลทรายซาฮารา จำนวน 25-28.2 ล้านคน รองลงมาแถบ เอเชียตะวันออกเฉียงใต้ และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ จำนวน 4.6-8.2 ล้านคน อเมริกาใต้ จำนวน 1.3-1.9 ล้านคน เอเชียแปซิฟิกและยุโรปตะวันออก รวมถึงเอเชียกลาง จำนวน 1.2-1.8 ล้านคน ส่วนประเทศที่มีอัตราการติดเชื้อสูงสุด 3 อันดับของโลกนั้น อยู่ในทวีปแอฟริกา ได้แก่ ประเทศ Botswana (ร้อยละ 38.8) ประเทศ Zimbabwe (ร้อยละ 33.7) และประเทศ Swaziland (ร้อยละ 33.4) ส่วนในภูมิภาค เอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้น พบว่าประเทศที่มีอัตราการติดเชื้อสูงสุด 3 อันดับแรกได้แก่ ประเทศ

กัมพูชา (ร้อยละ 2.7) ประเทศไทย (ร้อยละ 1.8) และ ประเทศพม่า (ร้อยละ 1.2) (ทวีทรัพย์ ศิริประภาศิริ, 2547) ในขณะที่ประเทศไทย สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคได้รับรายงานล่าสุดว่า ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจากสถานบริการทั้งภาครัฐและเอกชน ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2547 รวมทั้งสิ้น 340,144 ราย และมีผู้เสียชีวิต 77,370 ราย โดยจำแนกเป็นผู้ป่วยเอดส์จำนวน 251,417 ราย และมีผู้เสียชีวิต 67,860 ราย (ตามปีที่เริ่มป่วย) ส่วนผู้ติดเชื้อที่มีอาการจำนวน 88,727 ราย และมีผู้เสียชีวิตจำนวน 9,510 ราย (ตามปีที่เริ่มป่วย)

สำหรับการรายงานผู้ป่วยสะสมของจังหวัดมากที่สุด 5 อันดับแรก ตั้งแต่ พ.ศ. 2527-ปัจจุบันได้แก่ กรุงเทพมหานคร 24,767 ราย เชียงใหม่ 16,807 ราย เชียงราย 15,379 ราย พะเยา 9,392 ราย ลำปาง 8,302 ราย เฉพาะในปี 2546 จังหวัดที่มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์มากที่สุด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 11,311 ราย รองลงมาคือ เชียงราย 6,410 ราย พะเยา 461 ราย ลำปาง 391 ราย จากการรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ของสำนักระบาดวิทยาในเดือนมิถุนายน 2547 พบว่าอัตราป่วยเอดส์ มีการเปลี่ยนแปลงพื้นที่การระบาด ซึ่งพบมากใน ภาคกลาง รองลงมาคือ ภาคใต้ ภาคเหนือ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตามลำดับ 4.11, 2.51, 1.33 และ 0.52 ต่อประชากรในพื้นที่แสนราย

แนวโน้มของการแพร่ระบาดในภาคเหนือ ตั้งแต่อดีตเป็นต้นมา พบว่าอัตราป่วยเอดส์สูงสุดในจังหวัดพะเยา ลำปาง เชียงราย ลำพูน และเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2546 เท่ากับ 130.7, 69.66, 64.55, 55.33 และ 40.04 ต่อประชากรในพื้นที่แสนราย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547) ส่วนการรายงานผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ของจังหวัด สะสมตั้งแต่ปี 2527-ปัจจุบัน 5 อันดับแรก ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 6,988 ราย เชียงราย 5,411 ราย ลำปาง 4,877 ราย เชียงใหม่ 4,072 ราย ระยอง 1,860 ราย

กลุ่มอายุ ที่พบมากเป็นกลุ่มวัยทำงาน อายุระหว่าง 20-39 ปี พบว่ากลุ่มอายุ 25-29 ปี มีผู้ป่วยสูงสุด (ร้อยละ 25.80) อายุ 30-34 ปี (ร้อยละ 25.69) อายุ 35-39 ปี (ร้อยละ 16.27) อายุ 20-24 ปี (ร้อยละ 9.49) และต่ำสุดในกลุ่มอายุ 10-14 ปี (ร้อยละ 0.17)

อาชีพ พบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ประกอบอาชีพ รับจ้างมากที่สุด รองลงมา คือ เกษตรกรรม ว่างงาน ค้าขาย และงานบ้าน (ร้อยละ 44.21, 20.75, 5.73, 4.38 และ 3.86 ตามลำดับ)

โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ที่รายงานมากที่สุด 5 อันดับแรกคือ Mycobacterium Tuberculosis Pulmonary or Extrapulmonary 73,875 ราย (ร้อยละ 25.91) รองลงมา โรคปอดบวม จากเชื้อ Pneumocystis Carinii 53,453 ราย (ร้อยละ 18.75) Cryptococcosis 41,376 ราย (ร้อยละ 14.51) Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด 13,233 ราย (ร้อยละ 4.64) และ Pneumonia Recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี 9,477 ราย (ร้อยละ 3.32)

อัตราป่วยของผู้ป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) ที่รายงาน 5 อันดับแรก พบ Mycobacterium Tuberculosis, Pulmonary or Extrapulmonary 70,251 ราย (ร้อยละ 25.7) รองลงมาโรคปอดบวมจากเชื้อ Pneumocystis Carinii 51,028 ราย (ร้อยละ 18.7) Cryptococcosis 40,090 ราย (ร้อยละ 14.7) Candidiasis ของหลอดอาหาร หลอดลม หรือปอด 12,585 ราย (ร้อยละ 4.6) และ Pneumonia Recurrent (Bacteria) มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี จำนวน 8,924 ราย (ร้อยละ 3.3) ตามลำดับ (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547) ในปี 2547 กระทรวงสาธารณสุขคาดว่า วัยรุ่นไทยกว่า 60,000 ราย จะติดเชื้อเอดส์ เนื่องจากพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งเพศสัมพันธ์เป็นสาเหตุหลัก สูงถึงร้อยละ 83 ผลการวิจัยพบว่า เด็กในจังหวัดปริมณฑล เริ่มมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรกเมื่ออายุ 12-15 ปี สูงถึง ร้อยละ 54 โดยอายุต่ำสุดเพียง 10 ปี เท่านั้น (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 2547)

สำหรับการคาดประมาณผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศไทย ปี 2547 โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ (The Thai working group) จะมีผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,074,000 ราย ในจำนวนนี้ เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 47,600 ราย มีผู้เสียชีวิตสะสม ประมาณ 501,700 ราย และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ และต้องการการดูแลรักษา จำนวน 572,500 ราย ในจำนวนนี้ เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 19,470 ราย และคาดว่า ในปี พ.ศ. 2549 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์สะสมประมาณ 1,109,000 ราย ในจำนวนนี้ เป็นเด็กที่ติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 53,400 ราย คาดว่าจะมีผู้เสียชีวิตประมาณ 600,600 ราย เป็นผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ที่ต้องการรักษาพยาบาลประมาณ 508,300 ราย และเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 17,000 ราย (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547)

ผลกระทบของโรคเอดส์

โรคเอดส์ไม่ได้เป็นปัญหาสาธารณสุขเพียงด้านเดียว แต่ยังก่อให้เกิดปัญหาทั้งด้านสังคมและเศรษฐกิจ นอกจากนี้ยังเป็นภาวะที่สะท้อนถึงการเจ็บป่วยทางสังคม (Social Illness) ที่เรื้อรังของทั่วโลกและ ประเทศต่าง ๆ ซึ่งการระบาดของโรคเอดส์ก่อให้เกิดผลกระทบต่อระบบบริการทางการแพทย์ และสาธารณสุขของโลกและประเทศไทยอย่างมาก เนื่องจากเอดส์เป็นโรคติดต่อที่เกิดขึ้นใหม่ มีปัจจัยที่เกี่ยวข้องทั้งทางวิทยาศาสตร์การแพทย์ และ สังคม การติดต่อขยายอย่างรวดเร็วสู่ประชากรทั่วไป ทั้งนี้จะส่งผลกระทบต่อสาธารณสุขชนในด้านทรัพยากรบุคคลทางสังคมที่รุนแรง เพราะผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์และวัยแรงงาน ที่มีอายุระหว่าง 20-39 ปี ถึงร้อยละ 78 ที่ประกอบอาชีพการใช้แรงงาน รับจ้างทั่วไป ลูกจ้างโรงงาน ขับรถรับจ้าง กรรมกร และ อาชีพเกษตรกรรม (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547)

ผลกระทบทางสาธารณสุข

ภาระของการระบาดของโรคเอดส์ ทำให้เกิดปัญหาด้านบริการทางการแพทย์ เศรษฐกิจ สังคม ครอบครัว และตัวผู้ป่วย ในด้านความต้องการการรักษาในลักษณะเฉพาะในขณะที่ ผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วย และ บุคลากรทางการแพทย์ ต่างไม่มีความพร้อม คือ ทรัพยากรไม่เพียงพอ และระบบไม่เอื้ออำนวย มาตรฐานการดูแลรักษามีความแตกต่างกัน จึงส่งผลกระทบต่อประเทศในเรื่องของงบประมาณค่าใช้จ่าย และการดูแลรักษา เช่น การใช้จ่ายป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้อัตราการครองเตียงเพิ่มขึ้น ค่าใช้จ่ายด้านบริการเพิ่มขึ้น ผู้ป่วยเอดส์ หรือผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ จะอยู่ในโรงพยาบาล 3 ครั้ง ต่อปี โดยเฉลี่ยครั้งละ 12 วัน และการจัดสรรงบประมาณ เพื่อกระจายยาต้านไวรัสไม่เพียงพอ ทำให้เกิดปัญหาการเจ็บป่วยจากโรค ทวีความรุนแรงยิ่งขึ้น (HIVdent, 2001)

ผลกระทบทางสังคม

ผู้ป่วยและครอบครัว ส่วนหนึ่งยังขาดความรู้ ขาดความตระหนักในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมและมีปัญหาสุขภาพ ร่างกายจิตใจ ทั้งของญาติและตัวผู้ป่วยเอง เนื่องจากเอดส์ เป็นโรคที่ประชาชนยังมีความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการปฏิบัติตน เช่น ไม่รับการรักษาที่ต่อเนื่อง และไม่ดูแลสุขภาพ รวมถึงการรับเชื้อเพิ่ม หรือแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น นอกจากนี้ ในปัจจุบันพบว่ามีเด็กติดเชื้อเอดส์จากแม่ ถึง 60,000 คน และอีก 100,000 คน ต้องกำพร้าเนื่องจากพ่อแม่เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์ และในปี 2548 จะมี เด็กติดเชื้อเอดส์ประมาณ 200,000 กว่า คน หรือปีละ 5,000-8,000 คน จึงเป็นภาระของสังคม หากเด็กกำพร้าเหล่านี้ ไม่มีญาติ พี่น้อง ผลกระทบเหล่านี้ทำให้ต้นทุนเศรษฐกิจต่อบุคคล ครอบครัว และสังคม เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ด้านสาธารณสุข ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (จรัส ตฤณวุฒิ, 2546)

ผลกระทบทางเศรษฐกิจ

ด้านเศรษฐกิจของผู้ป่วยและครอบครัว ต้องเสียค่าใช้จ่ายเพื่อการรักษาพยาบาลในระยะยาวซึ่งอาจเกิดขึ้นบ่อยครั้ง เนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง รวมถึงยาต้านไวรัสเอดส์ ค่าตรวจทางห้องปฏิบัติการ ค่าเดินทาง รวมถึงรายได้ที่ขาดหายไปในช่วงที่ไม่ได้ทำงานของผู้ป่วย และญาติอีกด้วย

การจัดสรรงบประมาณ ด้านการดูแลรักษา การป้องกัน และด้านสังคม ซึ่งสัดส่วนของงบประมาณส่วนใหญ่อยู่ที่การ ดูแลรักษา โดยมีแหล่งทุนขนาดใหญ่จาก “กองทุนโลก” (Global

Fund) ที่ให้การสนับสนุนดำเนินงาน AIDS อย่างกว้างขวางในปัจจุบัน รวมถึงการระดมทุนของแต่ละประเทศเพื่อการควบคุม AIDS จากทุกภาคส่วน ทั้งภาครัฐ เอกชน NGOs ส่วนด้านการวิจัยพัฒนา ในเรื่อง Vaccine และ Microbicide มีการจัดสรรเงินทุน เพื่อการพัฒนาในภาพกว้างและเชิงลึกเพิ่มมากขึ้น ตลอดจนศึกษาประสิทธิภาพและ ประสิทธิภาพต่อไป ประมาณการงบประมาณ และทรัพยากรในอนาคต ปี 2548-2550 คาดว่าจะมีการจัดสรรงบประมาณเพิ่มขึ้นกว่า 1 เท่าในภาพรวมคือ ในปี 2548 ประมาณ 11.5 พันล้านบาทและ ในปี 2550 ประมาณ 19.9 พันล้านบาท (15th International AIDS Conference, 2004)

งบประมาณ 4 แหล่งที่ใช้ในการดูแลรักษาโรคเอดส์ ไม่รวมงบประมาณที่ใช้ในการศึกษาวิจัย

1. การใช้งบประมาณค่าใช้จ่ายในแต่ละประเทศ คือ งบประมาณที่ได้รับการสนับสนุนจากรัฐ (Public Sector) และค่าใช้จ่ายที่ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบเอง ซึ่งค่าใช้จ่ายในส่วนนี้หลายประเทศมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงมาก ซึ่ง UNAIDS ได้ประมาณการว่าทั่วโลกจะต้องใช้งบประมาณในส่วนนี้สูงถึง 2.1, 2.5 และ 3 พันล้านเหรียญสหรัฐ ในปี 2546, 2547 และ 2550 ตามลำดับ ทั้งนี้พบว่าสัดส่วนของงบประมาณที่ใช้ในแต่ละทวีปอาจแตกต่างกัน แต่ส่วนใหญ่ใช้ในหมวดของการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

2. งบประมาณช่วยเหลือจากองค์กรช่วยเหลือ (Bilateral Donor) คือ งบประมาณที่ประเทศซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนแก่ประเทศกำลังพัฒนา ซึ่งพบว่ามีแนวโน้มสูงจนถึง ร้อยละ 64 จากปี 2543-2545 และ UNAIDS คาดว่า ในปี 2547 งบประมาณในส่วนนี้จะสูงถึง 1.3 พันล้านเหรียญสหรัฐ คิดเป็น ร้อยละ 20 ของค่าใช้จ่ายรวมทั่วโลก ซึ่งต้องใช้ประมาณ 6.1 พันล้านเหรียญสหรัฐ ประเทศที่ให้การสนับสนุนหลักในปัจจุบัน ได้แก่ ประเทศสหรัฐอเมริกา

3. **Key Multilateral Initiatives** เป็นการสนับสนุนใหม่ที่จะเกิดขึ้น โดย GFATM เป็นผู้ให้การสนับสนุนหลัก ของการดำเนินงานเอดส์ทั่วโลก ประมาณ 1.5 พันล้านเหรียญ สหรัฐ ในปี 2547 นี้ จะมียุทธศาสตร์อื่น ที่ให้การสนับสนุนเพิ่มขึ้นอีก เช่น องค์กรในเครือข่ายของสหประชาชาติ World Food Program (WFP), Global Fund

4. **องค์กรสาธารณประโยชน์ และ Private Sector** เป็นการสนับสนุนจากมูลนิธิ ซึ่งได้รับงบประมาณสูงขึ้น จาก 7 ล้านเหรียญสหรัฐ ใน ปี 2540 เป็น 260 ล้านเหรียญสหรัฐ ใน ปี 2545 เช่น The Bill & Melinda Gates Foundation ซึ่งเป็นผู้ให้การสนับสนุนหลัก ในลักษณะ Philanthropic Support for AIDS Program แก่ ประเทศกำลังพัฒนา

นอกจากงบประมาณทั้ง 4 แหล่งข้างต้นแล้ว งบประมาณซึ่งเป็นค่าใช้จ่ายในด้านการศึกษาวิจัย เพื่อการค้นคว้าในเรื่องวัคซีนและสารป้องกันการติดเชื้อ (Vaccines and Microbicides) ซึ่งมีการประมาณค่าใช้จ่ายโดยรวมทั่วโลก ในปี 2545 ใช้งบประมาณ 624-670 ล้านดอลลาร์ (ในจำนวนนี้ประมาณ ร้อยละ 67 มาจากภาครัฐ) ส่วนในปี 2547 คาดว่างบประมาณจำนวน 143 ล้านดอลลาร์ จะใช้เพื่อการพัฒนาในด้านสารป้องกันการติดเชื้อ โดยผู้สนับสนุน คือ สหรัฐอเมริกา

การดำเนินงานด้านการควบคุม ป้องกันโรคเอดส์ในประเทศไทย

รัฐบาลได้กำหนดแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ. 2539-2545) เพื่อใช้แผนนี้وبرมในการรณรงค์ป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ภายใต้กรอบของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 โดยได้จัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติขึ้น และได้ระดมความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนองค์กรระหว่างประเทศ และมีกระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรกลางในการวางแผนหลัก

การลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่คือเป้าหมายหลัก ผลจากการรณรงค์ ในปี 2546 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่จำนวน 19,000 คน และในปี 2548 ต้องมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ไม่เกิน 17,000 คน ส่วนมาตรการดูแลผู้ติดเชื้อเอดส์และผู้ป่วยเอดส์ ขณะนี้คาดว่าจะมีจำนวน 600,000 คน ในจำนวนนี้ 50,000 คน ที่มีปริมาณเม็ดเลือดขาวหรือซีดี 4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร จะได้รับยาต้านไวรัสเอดส์จากโครงการกองทุนโลกตามนโยบายของรัฐบาล รวมถึงการดูแลกลุ่มผู้ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ได้แก่ เด็กกำพร้าจากพ่อแม่เสียชีวิต ซึ่งคาดว่าจะมีจำนวน 200,000 คน ซึ่งในจำนวนนี้มีเด็กติดเชื้อประมาณ ร้อยละ 10 หรือ 20,000 คน (จรัล ตฤณวุฒิพงษ์, 2546)

ส่วนโครงการยาต้านไวรัส กับผู้ติดเชื้อเพื่อลดโรคแทรกซ้อน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น จะได้รับการพิจารณาให้ยาต้านไวรัสเข้าสู่ โครงการ 30 บาท และสำนักงานประกันสังคม ได้เพิ่มสิทธิประโยชน์แก่ผู้ประกันตนที่ติดเชื้อ โดยผู้ประกันตนที่มีสิทธิ์จะต้องจ่ายเงินสมทบมาแล้ว ไม่น้อยกว่า 3 เดือน ภายในระยะเวลา 15 เดือน ก่อนวันเข้ารับบริการทางการแพทย์ ซึ่งการเพิ่มสิทธิประโยชน์ดังกล่าวเพื่อบรรเทาความเดือดร้อนของผู้ประกันตนให้ได้รับการดูแล และปฏิบัติอย่างเท่าเทียมกัน สามารถทำงานและดำรงชีวิตได้ตามปกติ โดยสำนักงานประกันสังคมจะรวมจ่ายค่ายาในอัตราเท่าที่จ่ายจริงไม่เกินเดือนละ 5,000 บาทต่อราย (มูลนิธิเข้าถึงเอดส์, 2547)

การรักษาทางคลินิกมีเป้าหมาย คือ การควบคุมจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีให้มีจำนวนน้อยที่สุด เพื่อให้ร่างกายสร้างภูมิคุ้มกัน ขึ้นมาใหม่และทำหน้าที่ในการกำจัดและควบคุมเชื้อโรค

ต่าง ๆ ซึ่งมีอัตราการป่วยและ อัตราตายลดลงอย่างมีนัยสำคัญ หัวใจสำคัญของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส คือเลือกสูตรยาอย่างถูกต้องและเหมาะสมโดยแต่ละคนอาจได้รับสูตรยาที่ไม่เหมือนกัน การรับประทานยาได้อย่างตรงเวลาและต่อเนื่อง จะทำให้เชื่อไม่ได้อย่างง่าย และสามารถควบคุมเชื้อได้ตลอดเวลา

อย่างไรก็ตามวิทยาการ ด้านการรักษาด้วยยาต้านไวรัส มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอและข้อจำกัดซึ่ง ยุ่งยากกว่าการรับประทานชนิดอื่น และต้องรับประทานตลอดชีวิต ทำให้มีการรับประทานไม่ถูกต้องและการหยุดยาเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ หากผู้ป่วยไม่มีความเข้าใจและสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้โดยการซื้อยามารับประทานเอง อาจหยุดยาและเกิดการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง เป็นสาเหตุให้ประสิทธิภาพของยาลดลง การใช้ยาต้านไวรัส เร็วเกินไปจะเป็นผลเสียในระยะยาว เพราะหลังจากใช้ยาไประยะหนึ่ง เชื้อจะคือยาทีละตัว เมื่อภูมิคุ้มกันบกพร่องลงอีก จะเหลือยาตัวเลือกที่ยังใช้ได้ผล มีจำนวนน้อยลง (องค์การอนามัยโลก, 2547)

ผลการวิเคราะห์การให้ยาต้านไวรัส ในปี 2545 พบว่าผู้ป่วยมีการหยุดยาไป ครั้งหนึ่งของผู้ป่วยที่ได้รับยา หลังจากรับประทานไปแล้ว เป็นเวลา 15 เดือน เนื่องจากมีระบบการติดตามที่ไม่ดี และขาดการเตรียมการที่เป็นระบบ ดังนั้นจึงเป็นเรื่องที่สำคัญในการติดตามการรับประทานยาของผู้ป่วยเพื่อให้เกิดประโยชน์ทั้งสองฝ่ายและลดการสูญเสียทรัพยากรของประเทศ (เกียรติ รัชกรุ่งธรรม, 2545)

การดำเนินงานโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ (NAPHA)

โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติ ปีงบประมาณ 2547 นั้นมีเป้าหมายเพื่อให้บริการยาต้านไวรัส แก่ผู้ป่วยเอดส์จำนวน 50,000 ราย โดยเป็นเป้าหมายที่ได้รับยาดูแลด้วยเงินงบประมาณ 40,000 ราย และเป็นเงินสนับสนุนโครงการกองทุนโลกอีกประมาณ 10,000 ราย ในปัจจุบันทาง ได้มีการดำเนินงานในการพัฒนาสูตรยาให้มีความครอบคลุม และทั่วถึง ทั้งในกลุ่มผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่ เด็ก และแม่หลังคลอด รวมถึงได้มีการกำหนดแนวทางสำหรับการรับผู้ป่วยที่เคยได้รับยาต้านไวรัสยาสูตร GPO-vir มาก่อน (Experienced Case) สามารถรับเข้าโครงการได้โดย ส่วนผู้ป่วยที่เคยได้รับยาสูตรอื่น ได้กำหนดแนวทางในการปรับสูตรยา เพื่อให้ ผู้ป่วยมีโอกาสดูแลด้วยยาสูตรยา GPO-vir ให้มากที่สุด ในปัจจุบันมีจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส สะสม ณ เดือนเมษายน 2547 จำนวน 33,481ราย นอกจากนี้ มีผู้ป่วยรายใหม่ที่เริ่มต้นรับยาต้านไวรัสในเดือนเมษายน 2547 เพียงเดือนเดียว จำนวน 2,750 ราย สำหรับสัดส่วนร้อยละของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์สะสม ขณะนี้มีจำนวน ร้อยละ 65 ของเป้าหมายซึ่งแสดงให้เห็นถึงแนวโน้มของจำนวนผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์สามารถเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสได้มากขึ้น ซึ่งในอนาคต ผู้ติด

เชื้อและผู้ป่วยเอดส์จะมีสุขภาพที่ดีขึ้น (สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2547)

จังหวัดเชียงรายดำเนินการรักษาผู้ป่วยเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัส จำนวน 2500 คน และพบว่า มีจำนวนผู้ที่ออกจากโครงการเนื่องจากอาการไม่พึงประสงค์ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เพื่อนผู้ป่วยแนะนำให้หยุดยาเอง และผู้ป่วยที่เสียชีวิต รวมทั้งสิ้นประมาณ 300 คน จึงเป็นแรงจูงใจให้ผู้ที่ศึกษาซึ่งทำงานเกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเอดส์ และได้ทราบถึงปัญหาเหล่านี้ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ได้ดำเนินการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 จนถึงปัจจุบัน มีผู้ป่วยที่ได้รับยาจำนวน 710 ราย ปัญหาอุปสรรคของความร่วมมือในการรับประทานยาที่ไม่ตรงเวลา และอาการไม่พึงประสงค์ ของผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังพบได้ ผู้ศึกษาจึงสนใจในเรื่องดังกล่าว ประกอบกับยังไม่มีผู้ศึกษาเรื่องนี้ ในจังหวัดเชียงราย ผลการศึกษาที่ได้จะเป็นแนวทางและประโยชน์ให้แก่ผู้ทำงานด้านการดูแลผู้ป่วยทั้งที่ได้รับ และยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส เพื่อลดการหยุดยา และเพิ่มประสิทธิภาพของการบริหารจัดการในเรื่องความร่วมมือในการรับประทานยาของผู้ป่วยซึ่งจะสอดคล้องกับนโยบายแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. ศึกษาความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอดส์
2. ศึกษาอาการไม่พึงประสงค์จากการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ป่วยเอดส์
3. ศึกษาปัญหาและอุปสรรคของการรับประทานยาต้านไวรัส

ขอบเขตของการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบพรรณนา (Descriptive Study) ถึงความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส และอาการไม่พึงประสงค์ของผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์ ซึ่งเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้ป่วยที่มาได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส นาน 12 เดือนขึ้นไป จำนวน 265 ราย ระหว่าง เดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม 2548

คำจำกัดความที่ใช้ในการศึกษา

ความร่วมมือ(Compliance) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำซึ่งทำตามความต้องการหรือขอร้อง หรือการกำหนดของผู้อื่น (Good C.V., 1973)

ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Patient Compliance) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยได้เลือกที่จะปฏิบัติด้วยความเต็มใจ ซึ่งสอดคล้องตามคำแนะนำและแผนการรักษาของแพทย์ (Dracup & Meleis, 1982)

ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส หมายถึง พฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา คำแนะนำของแพทย์ด้วยความยินดีและเต็มใจในเรื่องการรับประทานให้ตรงตามเวลาทุกครั้ง หรือเกินเวลาได้ไม่เกิน 30 นาที หรือ ลืม ได้ไม่เกิน 3 ครั้งต่อเดือน รวมทั้งข้อจำกัดต่างๆอย่างสม่ำเสมอ เพื่อรักษาหรือเพื่อป้องกันโรค

อาการไม่พึงประสงค์ หมายถึง อาการที่เกิดขึ้น และ/หรือ สร้างความไม่สุขสบายให้แก่ผู้ป่วย เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ปวดท้อง หูแว่ว ฝันร้าย หน้าแดง ร้อนวูบวาบ ปวดศีรษะ ท้องเสีย ท้องอืด นอนไม่หลับ ซาตามปลายมือ ปลายเท้า แขนขาลึบ หน้าตอ

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ป่วยที่มีอาการป่วย หรือมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อย่างใดอย่างหนึ่งและมีระดับภูมิคุ้มกัน(ค่าซีดีโฟ้ว) ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อไมโครลิตร

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อนำผลการศึกษามาประกอบการบริการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยก่อนการรับยาต้านไวรัส
2. ใช้เป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยอย่างครอบคลุมทั้งในและนอกพื้นที่ บริการ เพื่อลดการหยุดยาหรือการขาดยา
3. เป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยองค์ความรู้เพิ่มเติมต่อไป