

สถานการณ์ ผลกระทบและแนวโน้มของปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง ในการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ โดยผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงจากปีละ 143,000 ราย ในปีพ.ศ. 2534 เหลือ 29,000 ราย ในปีพ.ศ. 2543 แต่ปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 700,000 ราย และมีที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์แล้ว ประมาณ 300,000 ราย คาดว่าแต่ละปีในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (พ.ศ. 2545-2549) จะมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ปีละประมาณ 50,000 ราย ร้อยละ 90 อยู่ในช่วงอายุ 20 – 44 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงานที่สำคัญของประเทศ เป็นวัยที่หารายได้เลี้ยงดูครอบครัวเพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นคง ส่งผลให้สังคมมั่นคงด้วย จากข้อมูลดังกล่าวมีผลกระทบต่อประเทศ ในด้านต่างๆ ดังนี้

1. ด้านการป้องกันการแพร่ระบาด ขณะนี้โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดจากกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เข้าสู่ประชาชนทั่วไป โดยคาดว่าชายไทยมีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 2 หญิงไทยมีอัตราการติดเชื้อร้อยละ 1 และมีเด็กที่ติดเชื้อจากมารดาไม่ต่ำกว่า 33,000 ราย และจำนวนเด็กที่ติดเชื้อจากมารดาเป็นเด็กที่อยู่ในความอุปการะของสถานสงเคราะห์ 4 แห่ง จำนวน 317 ราย (กรมพัฒนาสังคมและสวัสดิการ, พฤษภาคม 2547)

ถึงแม้ว่าจะสามารถลดการติดเชื้อรายใหม่ได้ในประชากรกลุ่มต่างๆ แต่ยังมีข้อบ่งชี้ทางพฤติกรรมต่างๆ ทางด้านเพศสัมพันธ์และการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะในวัยรุ่นซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งจากเดิมที่เราคิดว่าผู้ติดเชื้อเอดส์จะเป็นหญิงบริการ ภรรยาที่ติดยาจากสามี กลุ่มเหล่านี้กลับมีอัตราการติดเชื้อน้อยลง ต่างจากวัยรุ่นที่มีอัตราสูงขึ้น และเมื่อเจาะลึกไปดูงานวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศ พบว่านักเรียนหญิงมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 1.6 ในปี 2542 เป็นร้อยละ 5.7 ในปี 2546 ส่วนใหญ่กับเพื่อนสนิท และมีการใช้ถุงยางที่ต่ำมากเพียงร้อยละ 6.3 ในขณะที่เพื่อนชายมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหลายคน ทั้งหญิงขายบริการและเพื่อน แม้ว่าอัตราการใช้ถุงยางค่อนข้างสูง เมื่อไปมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการ ร้อยละ 70.9 แต่กับหญิงหรือหญิงอื่นที่ไม่ใช่เพื่อนจะลดการใช้ถุงยางอนามัยจะเหลือร้อยละ 34 และเพียงร้อยละ 5 เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับเพื่อนชายด้วยกัน (มดิชน ฉบับวันอาทิตย์ 1 สิงหาคม 2547 น. 7) ปัญหาที่เกิดขึ้นนี้หากไม่มีมาตรการการป้องกันที่ได้ผล และยั่งยืนต่อเนื่อง ก็อาจเกิดการระบาดระลอกใหม่ได้

2. ด้านผลกระทบต่อการบริการรักษา จากจำนวนผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 700,000 ราย ประกอบกับงบประมาณที่มีค่อนข้างจำกัด ทำให้รัฐสามารถให้บริการทางด้านสุขภาพได้ในวงจำกัด ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ จึงไม่สามารถเข้าถึงบริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพได้อย่างทั่วถึงและเป็นธรรม

3. ด้านผลกระทบต่อปัจจัยทางสังคมเศรษฐกิจ ประเทศไทยสูญเสียกำลังคนก่อนวัยอันควร ครอบครัวเสียผู้นำ เด็กที่ได้รับผลกระทบแม้ไม่ติดเชื้อก็สูญเสียโอกาสในการเรียน การละเลยดูคูกแก่ปู่ย่า ตายายและญาติพี่น้องอื่นๆ หากไม่มีผู้ปกครองที่จะต้องดูแล เด็กเหล่านี้ก็ต้องส่งเข้ารับการอุปการะในสถานสงเคราะห์ของรัฐ และเอกชน ทำให้พัฒนาการทางสังคมถดถอยไป

4. ด้านความร่วมมือระหว่างภาคีต่างๆ เอคส์ทำให้ภาคีต่างๆ หันมาร่วมมือกันมากขึ้น ทั้งในประเทศและระหว่างประเทศ แต่ความร่วมมือเหล่านี้ได้รับผลกระทบจากปัจจัยทางสังคม เศรษฐกิจ การเมือง การค้าระหว่างประเทศ และยังคงแทรกแซงด้วยปัจจัยอื่นๆ ซึ่งอาจทำให้การทำงานแบบพหุภาคีของประเทศไทยด้อยประสิทธิภาพลงไป

5. ด้านการพัฒนากลไกการบริหารจัดการ ได้มีการพัฒนากลไกการบริหารจัดการอย่างเห็นได้ชัด ในลักษณะร่วมคิดแบ่งกันทำ มีคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์ และสำนักงานเลขานุการที่เป็นรูปธรรม มีการแสวงหาเงินงบประมาณออกมาให้เห็นชัดเจน แต่กลไกที่เกิดขึ้นใหม่มีการพัฒนาซึ่งอาจเกิดจากวัฒนธรรมขององค์กร และระบบการบริหารจัดการของประเทศไทยที่เป็นแบบรวมศูนย์และเปลี่ยนบุคลากรบ่อย

แนวโน้มของปัญหาเอคส์

1. แนวโน้มการระดมทุนทางสังคมและการแพทย์แก่ผู้ป่วยและครอบครัวจะมากขึ้นโรคเอคส์เริ่มแพร่ระบาดในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง แต่จนถึงปัจจุบันการถ่ายทอดเชื้อโรคเอคส์ปรากฏอยู่ในกลุ่มประชาชนทั่วไป โดยมีการติดเชื้อมากขึ้นในกลุ่มวัยรุ่น และสตรี อันเป็นผลมาจากเงื่อนไขทางวัฒนธรรมและสิ่งแวดล้อม และสังคมที่เกื้อหนุนอยู่ แม้ว่าการควบคุมป้องกันโรคเอคส์ในระยะเวลาที่ผ่านมาจะสะท้อนผลสำเร็จจากการลดอัตราการติดเชื้อรายใหม่ลงได้ก็ตาม แต่ผลกระทบจากการที่ผู้ติดเชื้อเริ่มมีอาการเจ็บป่วยจากโรคฉวยโอกาสต่างๆ เพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ อันก่อให้เกิดภาระการดูแลสุขภาพสังคมและการแพทย์แก่ผู้ป่วยเหล่านี้ และครอบครัวเพิ่มขึ้นตามไปด้วย

2. แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงทางสังคมและเศรษฐกิจส่งผลต่อวิถีการดำเนินชีวิตและการแพร่ระบาดของโรคเอคส์

พฤติกรรมทางเพศในสังคมไทยที่เป็นปัจจัยเอื้อต่อการแพร่ระบาดของโรคเอคส์ มีพื้นฐานมาจากการเปลี่ยนแปลงรูปแบบ และศักยภาพของชุมชน วิถีชีวิต สิ่งแวดล้อมในเชิงข้อมูลข่าวสาร ค่านิยมทางสังคมและการเติบโตของสถานเริงรมย์ อันเป็นผลจากการพัฒนาเศรษฐกิจในลักษณะวัตถุนิยม ใน 2-3 ทศวรรษที่ผ่านมา การปรับเปลี่ยนเงื่อนไขเหล่านี้สามารถทำได้สำเร็จในระดับหนึ่ง โดยมีหลักฐานที่ชัดเจนว่าผู้ชายไทยเที่ยวผู้หญิงบริการน้อยลง

การพัฒนาสถาบันครอบครัว และชุมชนท้องถิ่นซึ่งเป็นยุทธวิธีหลักทั้งในแง่การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอคส์และในด้านการพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยในระดับชุมชน จะต้องดำเนินการผ่านโครงสร้างพื้นฐานของสังคมที่จำเป็น ได้แก่ ระบบการศึกษา ระบบสวัสดิการแรงงาน และระบบบริการสาธารณสุข แต่ปัญหาที่เกิดขึ้นในอดีตก็คือ ขาดการสอดประสานบริการพื้นฐานสังคมเหล่านี้เข้าไปในระบบการบริหารงานในระดับท้องถิ่นและภูมิภาค ให้ผู้บริหารในระบบงานเหล่านี้สามารถเข้าใจยุทธวิธี และสนับสนุนโครงสร้างพื้นฐานของสังคมในพื้นที่ จนมีเอกภาพเพียงพอที่จะเสริมสร้างสถาบันครอบครัวและชุมชนท้องถิ่นให้เข้มแข็งขึ้นได้

ประชากรไทยที่ได้รับเชื้อ HIV ในอดีตจะเริ่มเจ็บป่วยมากขึ้น และคาดว่าจะพบในกลุ่มแรงงานมากกว่าในกลุ่มอื่นๆ หากไม่เร่งพัฒนามาตรการป้องกันที่สอดคล้องกับพฤติกรรมของโรคมิแนวโน้มว่าประเทศต้องประสบปัญหาด้านแรงงาน ซึ่งอาจส่งผลให้ต้องพึ่งพาแรงงานจากประเทศเพื่อนบ้านมากขึ้น มีผลต่อศักยภาพในการพัฒนาประเทศ และส่งผลกระทบต่ออัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจได้ นอกจากนี้รัฐยังจะต้องใช้จ่ายงบประมาณเพื่อการรักษาและดูแลสุขภาพของประชาชนผู้ติดเชื้อแล้วเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ หากไม่สามารถชะลอหรือหยุดการแพร่ของโรคเอดส์ลงได้

นอกจากนั้นปัญหาชนกลุ่มน้อย และแรงงานอพยพผิดกฎหมายเข้ามาในประเทศ จะยังมีปริมาณมากขึ้นในอนาคตคนเหล่านี้ขาดโอกาส ที่จะเข้าถึงข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการป้องกันตัวเองจากโรคเอดส์ อันจะทำให้ความซับซ้อนของการแก้ปัญหาในด้านนี้เพิ่มมากขึ้น

3. แนวโน้มความขัดแย้งทางสังคมอันเนื่องมาจากปัญหาเอดส์จะรุนแรงขึ้น

ความขัดแย้งในสังคม อันเกิดจากทัศนคติต่อต้านผู้ติดเชื้อและครอบครัว ยังไม่ลดลงหรือหมดไป ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อส่วนหนึ่งถูกจำกัดให้ไม่สามารถประกอบอาชีพ เพื่อหาเลี้ยงตนเองและครอบครัว ถูกกีดกันไม่ให้ใช้สิทธิเช่นคนไทยอื่นๆ ในการแสวงหาที่อยู่อาศัย และดำรงชีพอยู่ในสังคมอย่างสมานฉันท์ ทารกของมารดาที่ติดเชื้อบางส่วนถูกทอดทิ้งไว้ให้เป็นภาระของรัฐและสังคม เด็กที่ติดเชื้อเอดส์บางส่วนเมื่อเจริญเติบโตขึ้นจะถูกจำกัดสิทธิในการได้รับการศึกษาตามปกติ ปัญหาสังคมเหล่านี้ จะมีปริมาณมากขึ้นเป็นทวีคูณในระยะ 5 ปีข้างหน้า นอกจากนี้ ในปัจจุบันกระบวนการแก้ไขปัญหาดังกล่าว ยังไม่ได้ รับการพัฒนาให้มีสมรรถนะเพียงพอที่จะแก้ไขความขัดแย้งทางสังคมที่แหลมคมและซับซ้อนจากโรคเอดส์

4. แนวโน้มการลงทุน และการพัฒนาเทคโนโลยีในอนาคต

แนวโน้มการลงทุนจากประเทศอุตสาหกรรม เพื่อพัฒนาเทคโนโลยีสำหรับป้องกันและบำบัดโรคเอดส์จะมีเพิ่มมากขึ้นในอนาคต ขณะเดียวกันกฎหมายสิทธิประโยชน์ของผลผลิตจากการวิจัย เพื่อปกป้องผลประโยชน์ของเจ้าของเทคโนโลยีจะถูกบังคับใช้มากขึ้น แม้ว่าภายใน 5 ปีข้างหน้าคงจะยังไม่สามารถนำผลสำเร็จจากการศึกษาวิจัยมาใช้ประโยชน์ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้ แต่การเตรียมการรองรับความร่วมมือในลักษณะดังกล่าวจะส่งผลต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในระยะยาว

5. แนวโน้มการบริหารจัดการปัญหาเอดส์

กรอบแนวคิด กลวิธี ตลอดจนวัฒนธรรมในการบริหารจัดการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวของประเทศไทยมีความแตกต่างหลากหลาย สังคมไทยในทุกส่วนไม่ว่าจะเป็นภาครัฐหรือเอกชน ตระหนักถึงปัญหาและภัยจากผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจของโรคเอดส์ซึ่งแพร่ระบาดอยู่ในประเทศ ก่อให้เกิดความร่วมมือและการเร่งระดมทรัพยากรจากทุกส่วนเข้ามาร่วมในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว แต่ในขณะเดียวกันการบริหารจัดการโครงการที่มีผู้ร่วมเจตนารมณ์หลากหลายพื้นฐานเช่นนี้ ทำให้มีกรอบแนวคิดและกลวิธี ตลอดจนวัฒนธรรมในการบริหารงานที่แตกต่างกัน อันส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการดำเนินงาน ระบบการวางแผนประสานภาคกิจกรรมในลักษณะแผนชาติ และการจัดองค์กรบริหารงานในระดับชาติและระดับจังหวัด ในรูปคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าว ที่ดำเนินการในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา

แม้จะแสดงออกถึงการประสานงานที่ดี แต่ด้วยข้อจำกัดในรูปแบบการจัดงบประมาณเป็นรายการ การบริหารงบประมาณ การบริหารจัดการในรูปของคณะกรรมการ อนุกรรมการ และแนวความคิดอนุรักษ์นิยมของราชการซึ่งยังไม่ประสานสอดคล้องกับองค์กรเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ ทำให้สูญเสียโอกาสที่จะสร้างนวัตกรรมในการบริหารงานที่มีประสิทธิผลสูงสุด การวิเคราะห์แนวโน้มการบริหารจัดการปัญหาเอดส์เพื่อกำหนดยุทธศาสตร์การบริหารจัดการแผนงานและโครงการต่างๆ ภายใต้อำนาจป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติจึงจัดเป็นกิจกรรมจำเป็น เพื่อให้สามารถปรับเปลี่ยนยุทธศาสตร์การจัดทำแผนให้สอดคล้องกับเงื่อนไขทางสังคม เศรษฐกิจ และการเมืองของประเทศต่อไป ซึ่งควรดำเนินการบริหารจัดการแผนงานโครงการในระดับชาติ ในช่วงแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2545 – 2549 ดังนี้

5.1 คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ดำเนินการให้เกิดการบูรณาการของกิจกรรมเกี่ยวกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ให้เป็นภารกิจของทุกหน่วยงานที่เกี่ยวข้องอย่างต่อเนื่องและยั่งยืน

5.2 ปรับภารกิจในการใช้งบประมาณของแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้สามารถรองรับการสร้างความรู้ และการเตรียมพร้อมให้แก่บุคลากรของโครงสร้างองค์กรใหม่ที่จะเป็นผู้รับผิดชอบต่อการจัดการกับปัญหาเอดส์ในอนาคตอย่างจริงจัง ได้แก่ ประชาคมรากหญ้าในแต่ละท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนท้องถิ่นในระดับต่างๆ

5.3 ประสานเครือข่ายทางวิชาการและประชาคม เพื่อให้เกิดกระบวนการวิเคราะห์และสังเคราะห์สถานการณ์ปัญหาเอดส์ทั้งทางด้านสังคมและสุขภาพ รวมทั้งมีสมรรถนะในการประเมินภาวะการเปลี่ยนแปลงของโครงสร้างทางสังคมและการเมืองได้ทันการณ์ อันจะช่วยให้ตอบสนองต่อการใช้กลไกคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้สอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

5.4 กำหนดกลไกและองค์กรเพื่อประสานทางวิชาการให้เกิดกระบวนการประเมินผล และติดตามภารกิจด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เพื่อให้เข้าใจปัญหาและอุปสรรคของโครงการในแต่ละปีและกำหนดแนวทางปรับแก้แผนงานได้สอดคล้องกับสถานการณ์

5.5 โอนมอบภารกิจการดำเนินการให้บูรณาการเข้าไปอยู่ในภารกิจขององค์กรท้องถิ่น และหน่วยบริการต่างๆ ทั้งภาครัฐและเอกชนให้มากที่สุด โดยเน้นการเสริมศักยภาพคณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด ในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ให้มีประสิทธิภาพ เพื่อให้เกิดการพัฒนากระบวนการจัดการปัญหาเอดส์แบบองค์รวม สามารถบูรณาการงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระดับจังหวัด การถ่ายโอนภารกิจ อำนาจการตัดสินใจและการบริหารจัดการงบประมาณลงสู่คณะอนุกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัดได้อย่างเป็นรูปธรรม

เอดส์กับแนวโน้มที่น่ากลัวในกลุ่มประเทศต่างๆ

จากรายงานการประชุมนานาชาติเรื่องโรคเอดส์ ครั้งที่ 15 ได้รายงานถึงการแพร่ระบาดของเชื้อ HIV ที่เกิดขึ้น และแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นอย่างน่ากลัวว่าในแต่ละวัน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดขึ้นประมาณ 14,000 รายทั่วโลก และในจำนวนนี้เกิดขึ้นในประเทศยากจน และประเทศที่มีรายได้ปานกลาง 95 % และเป็นเด็กที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวนเพิ่มขึ้น 2,000 ราย และครึ่งหนึ่งเป็นผู้หญิง และอีกครึ่งหนึ่งเป็นเยาวชนอายุระหว่าง 15 – 24 ปี

ผู้ติดเชื้อรายใหม่ที่เกิดขึ้นนั้น เกิดขึ้นในประเทศเอเชียมากกว่าในแอฟริกา โดยประเทศไทยเป็นประเทศที่ประสบปัญหาการแพร่ระบาดอย่างรุนแรง อินเดียและจีน เป็นประเทศที่มีประชากรสูงสุดในโลก กำลังประสบปัญหาการแพร่ระบาดเฉียบพลันในหลายพื้นที่และในกลุ่มเฉพาะ แม้ว่าอัตราการติดเชื้อโดยรวมจะเป็นตัวเลขที่ต่ำ เมื่อเทียบกับจำนวนประชากรทั้งประเทศ แต่เมื่อวิเคราะห์ดูจากอัตราดังกล่าว จะพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อมีสูงมากจนน่าตกใจ

- แอฟริกาตอนกลางและตอนใต้ (Sub Saharan) เป็นภูมิภาคที่ได้รับผลกระทบจากเอช ไอวี รุนแรงมากที่สุด รองลงมาคือหมู่เกาะในทะเลแคริบเบียน

- ในกลุ่มประเทศยุโรปตะวันออก และกลุ่มประเทศที่แยกตัวออกจากสหภาพโซเวียตเก่า ติดเชื้อ เอช ไอ วี ได้ทวีความรุนแรงมากขึ้น นับเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการติดเชื้อใหม่มากที่สุด (ตามตาราง)

ตารางที่ 4 แสดงการเกิดและแพร่กระจายของเอชไอวีและเอดส์(ปี 2003)

ภูมิภาค	จำนวนเด็กและผู้ใหญ่ที่ติดเชื้อ HIV หรือเป็นโรคเอดส์	จำนวนเด็กและผู้ใหญ่ที่เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่	เปอร์เซ็นต์การแพร่กระจายของโรคในกลุ่มผู้ใหญ่	จำนวนเด็กและผู้ใหญ่ที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์
แอฟริกาตอนกลางและตอนใต้ (Sub-Sahara)	25.0-28.2 ล้านคน	3.0-3.4 ล้านคน	7.5-8.5	2.2-2.4 ล้านคน
แอฟริกาตอนเหนือและประเทศตะวันออกกลาง	470,000-730,000	43,000-67,000	0.2-0.4	35,000-50,000
เอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้	4.2-8.2 ล้านคน	610,000-1.1 ล้านคน	0.4-0.8	330,000-590,000
เอเชียตะวันออกและหมู่เกาะแปซิฟิก	700,000-1.3 ล้านคน	150,000-270,000	0.1-0.1	32,000-58,000
อเมริกาใต้	1.3-1.9 ล้านคน	120,000-180,000	0.5-0.7	49,000-70,000
หมู่เกาะแคริบเบียน	350,000-590,000	45,000-80,000	1.9-3.1	30,000-50,000
ยุโรปตะวันออกและเอเชียตอนกลาง	1.2-1.8 ล้านคน	180,000-280,000	0.5-0.9	23,000-37,000
ยุโรปตะวันตก	520,000-680,000	30,000-40,000	0.3-0.3	2,600-3,400
อเมริกาเหนือ	790,000-1.2 ล้านคน	36,000-54,000	0.5-0.7	12,000-18,000
ออสเตรเลียและนิวซีแลนด์	12,000-18,000	700-1,000	0.1-0.1	<100
รวม	40 ล้านคน (34-46 ล้านคน)	5 ล้านคน (4.2-5.8)	1.1 % (0.9-1.3%)	3 ล้านคน (2.5-3.5 ล้านคน)

ที่มา : ศูนย์เอดส์กรุงเทพมหานคร

โรคฉวยโอกาสที่แฝงมากับเอดส์ (หนังสือพิมพ์ ผู้จัดการออนไลน์ 7 กรกฎาคม 2547)

ปัจจุบันผู้ติดเชื้อ จะมีอาการเจ็บป่วยจากโรคฉวยโอกาสต่างๆ เพิ่มขึ้นเรื่อยๆ ก่อให้เกิดภาระการดูแลสุขภาพ ทางกายและจิตเวช และครอบครัว นอกจากนั้นทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอดส์จากสังคมและครอบครัวยังไม่หมดไป ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อถูกจำกัดสิทธิในการประกอบอาชีพ หายรายได้เพื่อเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว เด็กที่ติดเชื้อจากมารดา และบางส่วนของเด็กถูกมารดาทอดทิ้งไปเป็นภาระกับรัฐและสังคม เด็กที่ติดเชื้อบางส่วนเมื่อโตขึ้นจะถูกจำกัดสิทธิในการได้รับการศึกษาตามปกติ

โรคฉวยโอกาส(Opportunistic Infection –OIS) คือโรคที่จะไม่ค่อยเกิดกับคนที่มีระบบภูมิคุ้มกันที่สมบูรณ์ดี และมักพบในผู้ป่วยเอดส์ และผู้ติดเชื้อ HIV ดังนี้

1. โรคราในปาก เป็นการติดเชื้อจำพวกราในบริเวณช่องปาก ลำคอ และในช่องคลอด
2. Cytomegalovirus (CMV) เป็นการติดเชื้อไวรัสที่ทำให้ตาอักเสบจนถึงขั้นตาบอด
3. โรคปอดอักเสบ อาจเกิดขึ้นในบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์
4. ปอดบวม
5. โรคเยื่อสมองอักเสบ
6. วัณโรค

การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2543-2563

ถึงแม้ว่าประเทศไทยจะประสบความสำเร็จระดับหนึ่งในความพยายามป้องกันโรคเอดส์ แต่ยังคงมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 30,000 ราย ต่อเนื่องกันมาในแต่ละปี ในปัจจุบันมีผู้ติดเชื้อเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 700,000 ราย ที่ยังต้องรับบริการทางการแพทย์และทางสังคม ดังนั้นในการจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ภายใต้อาเซียนเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 (2545-2549) จึงจำเป็นต้องประมาณการจำนวนผู้ติดเชื้อจากพื้นฐานที่ใกล้เคียงความจริงมากที่สุด เพื่อพัฒนาประสิทธิภาพในการป้องกันและการจัดสรรทรัพยากรที่เหมาะสม ที่สามารถให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อ รวมทั้งผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ได้แก่บุตร และบิดามารดาของผู้ป่วย

สถานการณ์ระบาดในปัจจุบันและการคาดการณ์ในอนาคต

จำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ตั้งแต่เริ่มมีการระบาดจนถึงสิ้นแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 สามารถคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ในปัจจุบันได้ ดังนี้

1. ผู้ติดเชื้อเอดส์ที่สะสมมาตั้งแต่เริ่มมีการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยจวบจนปัจจุบัน มีจำนวน 984,000 ราย (ผู้ใหญ่ 951,000 ราย และเด็ก 33,000 ราย)
2. ในจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดเสียชีวิตแล้ว 289,000 ราย
3. ในจำนวนผู้ติดเชื้อทั้งหมดดังกล่าวยังมีผู้มีชีวิตในปัจจุบัน 695,000 ราย

4. มีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปีนี้อยู่ที่จำนวน 29,000 ราย โดยเป็นเด็ก 4,200 ราย
5. มีจำนวนผู้ป่วยเอดส์ในขั้นรุนแรงที่ต้องการรักษาพยาบาลจำนวน 50,000 รายและมีผู้ป่วยเอดส์จำนวนใกล้เคียงกันที่จะเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อน

จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ที่คาดประมาณการณ์ชี้ให้เห็นว่า

1. ชายไทยประมาณร้อยละ 2 และหญิงไทยประมาณร้อยละ 1 ติดเชื้อเอดส์
2. อัตราการติดเชื้อในชายไทยจะยังคงอยู่ในระดับสูงกว่าร้อยละ 1.5 จนถึงสิ้นสุดแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9
3. ในแต่ละปีของช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 9 จะมีคนไทยกว่า 50,000 คนจะต้องเสียชีวิตด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์
4. การเสียชีวิตอันเนื่องมาจากสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับเอดส์มากกว่าร้อยละ 90 จะเกิดในประชากรกลุ่มอายุ 20-44 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในวัยแรงงานมากที่สุด
5. หากไม่พยายามคงไว้ซึ่งโครงการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ การระบาดของโรคเอดส์อาจจะเพิ่มความรุนแรงขึ้นอย่างรวดเร็ว

ความสำเร็จในปัจจุบัน-ผลจากโครงการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ของไทย

ผลกระทบต่อภาระของโรคเอดส์ในประเทศไทย ได้มีการร่วมมือจากทุกส่วน ทั้งในภาครัฐ เอกชน และความร่วมมือระหว่างประเทศ การติดตามประเมินผลการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและลักษณะทางระบาดวิทยา เนื่องจากผู้ติดเชื้อรายใหม่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ความพยายามลดจำนวนครั้งของการใช้บริการทางเพศในกลุ่มชายไทยร่วมกับการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีการป้องกัน และแก้ไขปัญหาดังกล่าว ทำให้ระดับของพฤติกรรมเสี่ยงของประชาชนไทยเปลี่ยนแปลงไป ดังนี้

- จำนวนร้อยละของชายไทยที่ใช้บริการจากหญิงบริการทางเพศในแต่ละปีลดลงจากประมาณร้อยละ 25 เหลือร้อยละ 10 โดยประมาณ
- การใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงบริการทางเพศเป็นเรื่องที่กระทำเป็นประจำ

จากการคาดประมาณครั้งนี้พบว่า การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของชายไทยยังส่งผลให้มีการลดลงของภาวะโรคอื่นๆ อย่างมาก ซึ่งทำให้เกิดผลกระทบต่อภาระโรคได้แก่

- ป้องกันผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ในผู้ใหญ่ได้ประมาณ 5.7 ล้านราย จากการทดลองการคาดประมาณพบว่าหากไม่มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ซึ่งเริ่มในปี พ.ศ. 2533 คาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อในชายถึง 4.7 ล้านคน และในหญิงถึง 2 ล้านคน ในปี พ.ศ. 2543
- ลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์รายใหม่ในแต่ละปีลงจาก 143,000 ราย ในปี พ.ศ. 2534 เหลือ 29,000 ราย ในปี พ.ศ. 2543

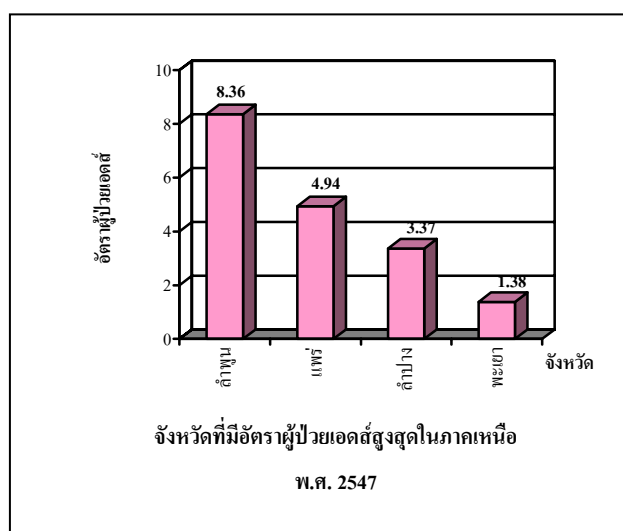
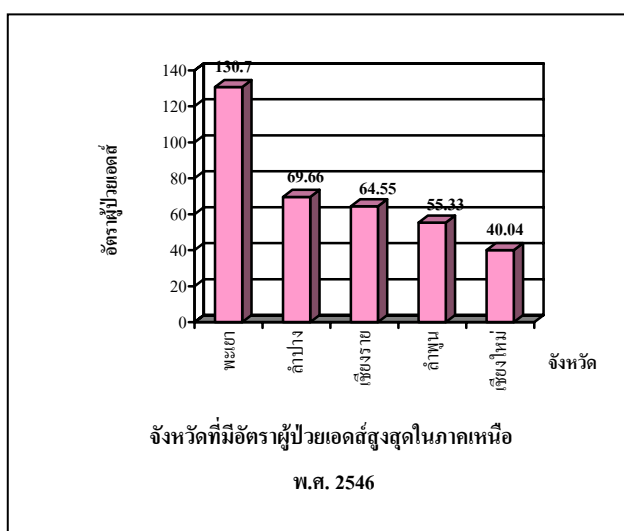
พื้นที่แพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย

นับตั้งแต่โรคเอดส์ได้เข้ามาแพร่ระบาดในประเทศไทยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 เป็นต้นมา มีการแพร่ระบาดไปทั่วทุกภาคของประเทศไทย พื้นที่ของการระบาดในแต่ละภาคยังคงเกี่ยวข้องกับเงื่อนไข ปัจจัยต่างๆ ของบริบทในสังคมและข้อจำกัดในด้านเวลาที่เป็นตัวแปรสำคัญ แนวโน้มแพร่ระบาดของในแต่ละภาคพบว่า

ภาคเหนือ

ตั้งแต่อดีตเป็นต้นมา พบว่าอัตราผู้ป่วยเอดส์สูงสุดอยู่ในจังหวัด พะเยา ลำปาง เชียงราย ลำพูน และเชียงใหม่ ในปี 2546 เท่ากับ 130.7, 69.66, 64.55, 55.33, และ 40.04 ต่อประชากรในพื้นที่แสนคน ตามลำดับ และในปี 2547 (มิถุนายน 2547) พบว่าจังหวัดลำพูน มีอัตราผู้ป่วยเอดส์เท่ากับ 8.36 แพร่ 4.94 และ ลำปาง 3.37 และจังหวัดพะเยา 1.38

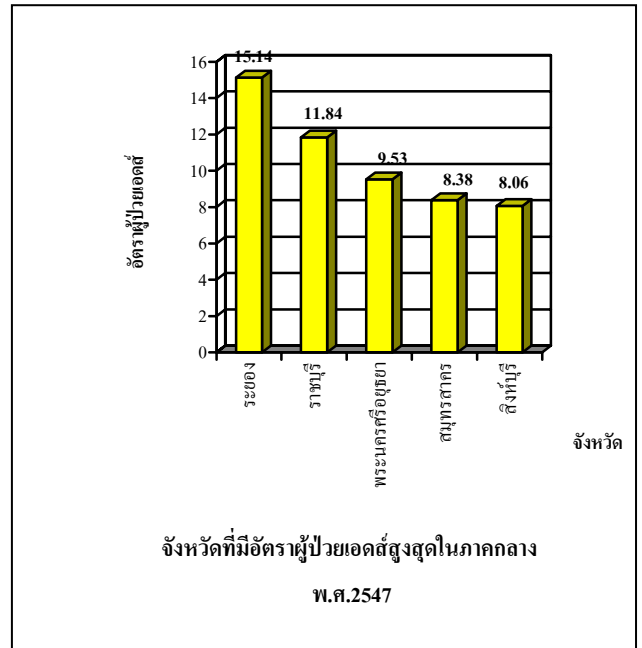
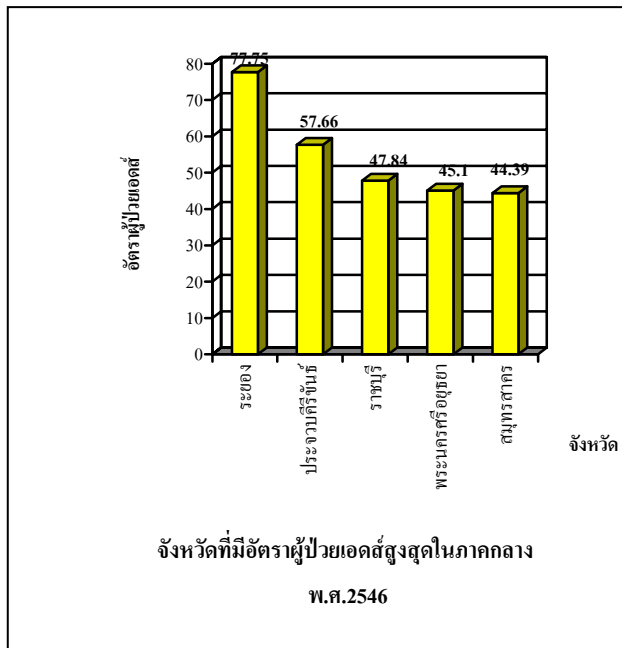
แผนภูมิแสดงอัตราผู้ป่วยเอดส์พื้นที่ภาคเหนือต่อประชากรแสนคน



ภาคกลาง

พบว่าในปี 2542 มีผู้ป่วยสูงสุดจำนวน 56.04 ราย ต่อประชากรในพื้นที่แสนราย และในปี พ.ศ. 2546 อัตราผู้ป่วยเอดส์ใน 5 จังหวัดแรก คือ ระยอง ประจวบคีรีขันธ์ ราชบุรี พระนครศรีอยุธยา และสมุทรสาคร เท่ากับ 77.75, 57.66, 47.84, 45.1 และ 44.39 ต่อประชากรแสนรายตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2547 (มิถุนายน 2547) พบมากในจังหวัดระยอง ราชบุรี พระนครศรีอยุธยา สมุทรสาคร และสิงห์บุรี เท่ากับ 15.14, 11.84, 9.53, 8.38 และ 8.06 ต่อประชากรในพื้นที่แสนรายตามลำดับ

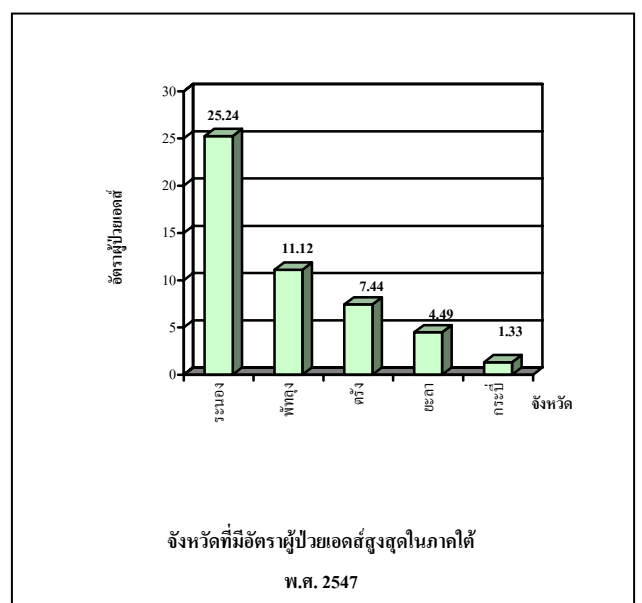
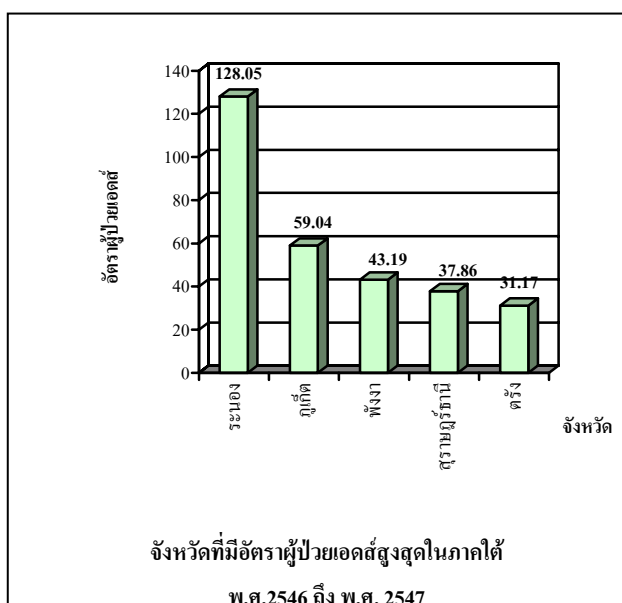
แผนภูมิแสดงอัตราผู้ป่วยเอดส์พื้นที่ภาคกลางต่อประชากรแสนคน



ภาคใต้

พบอัตราป่วยสูงสุดในปี 2544 จำนวน 36.82 ราย หรือประมาณ 37 ราย ต่อประชากรในพื้นที่แสนราย และในปี พ.ศ. 2546-2547 อัตราผู้ป่วย 5 อันดับแรก ส่วนใหญ่พบในจังหวัดระนอง ภูเก็ต พังงา สุราษฎร์ธานี และตรัง เท่ากับ 128.05, 59.04, 43.19, 37.86 และ 31.17 ราย ต่อประชากรในพื้นที่แสนราย ตามลำดับ และในปี 2547(เดือนมิถุนายน 2547) พบใน 5 จังหวัด คือ ระนอง พัทลุง ตรัง ยะลา และกระบี่ เท่ากับ 25.24, 11.12, 7.44, 4.49 และ 1.33 ราย ต่อประชากรในพื้นที่แสนราย ตามลำดับ

แผนภูมิแสดงอัตราผู้ป่วยเอดส์พื้นที่ภาคกลางต่อประชากรแสนคน



ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

พบว่ามียู๋ป่วยสูงสุดในปี 2541 จำนวน 23.32 ราย ต่อประชากรแสนราย และมีแนวโน้มลดลง จนถึงปัจจุบันอัตราความชุกพบมาก ใน 5 จังหวัดแรก ในปี พ.ศ. 2546 คือ จังหวัดศรีสะเกษ ยโสธร อุตรดิตถ์ กาฬสินธุ์ และจังหวัดเลย เท่ากับ 24.4, 23.32, 19.73, 17.31 และ 16.09 ราย ต่อประชากรในพื้นที่แสนราย และในปี พ.ศ.2547(มิถุนายน 2547) พบมากในจังหวัดศรีสะเกษ กาฬสินธุ์ สุรินทร์ หนองคาย และจังหวัดขอนแก่นเท่ากับ 3.71, 2.02, 1.00, 0.99 และ 0.57 ต่อประชากรในพื้นที่ แสนราย

แผนภูมิแสดงอัตราผู้ป่วยเอดส์พื้นที่ภาคตะวันออกเฉียงเหนือต่อประชากรแสนคน

