

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจปัจจัยที่ทำให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์สูงมากในอำเภอ
ฝาง ซึ่งมีสาระสำคัญจากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. โรคเอดส์
2. โรคเอดส์ในประเด็นทางสังคมวิทยา
3. แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ
4. แบบจำลองด้านนิเวศวิทยา
5. กฎหมายเกี่ยวข้องกับการค้าบริการทางเพศ
6. นโยบายและร่าง พรบ.โรคเอดส์
7. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคเอดส์

ผู้วิจัยขอนำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ตามลำดับหัวข้อต่อไปนี้

1. ความหมายของโรคเอดส์
2. ประวัติความเป็นมาของโรคเอดส์
3. อาการของโรคเอดส์
4. การติดต่อของโรคเอดส์
5. การรักษาโรคเอดส์
6. วิธีการป้องกันโรคเอดส์
7. วิธีการใช้ถุงยางอนามัย
8. การอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อโรคเอดส์

ความหมาย คำว่า เอ็ดส์ เป็นศัพท์ใหม่ เริ่มใช้เมื่อปี พ.ศ.2524 เป็นคำย่อภาษาอังกฤษ AIDS มาจากคำเต็ม Acquired Immune Deficiency Syndrome (ชวนชม สกนธวัฒน์ และวีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์. 2538 หน้า 17-27)

A = Acquired หมายถึง สภาวะที่เกิดขึ้นหลังคลอด มิได้เป็นมาแต่กำเนิดหรือสืบทายเลื้อยทางพันธุกรรม

I = Immune หมายถึง ส่วนที่เกี่ยวกับระบบภูมิคุ้มกันหรือภูมิคุ้มกันของร่างกาย

D = Deficiency หมายถึง ความเสื่อมลง

S = Syndrome หมายถึง กลุ่มอาการหรืออาการหลาย ๆ อย่าง ไม่เฉพาะที่ระบบใดระบบหนึ่ง

ดังนั้น AIDS จึงหมายถึงกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสื่อมลงอาจเรียกชื่อโรคนี้ในภาษาไทยที่มีความหมายใกล้เคียงมากที่สุด คือ กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม

ประวัติความเป็นมาของโรคเอดส์

โรคเอดส์เป็นโรคที่รู้จักกันได้ไม่นาน แต่โด่งดังมาก เพราะเป็นแล้วยังรักษาไม่หายและอัตราการตายสูง โรคนี้ค้นพบเมื่อปี พ.ศ. 2523 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา โดยพบใน 2 รัฐใหญ่ คือ รัฐแคลิฟอร์เนีย โดยเฉพาะลอสแอนเจลิสกับซานฟรานซิสโก และรัฐนิวยอร์ก ได้พบผู้ป่วยที่มีความบกพร่องทางภูมิคุ้มกันโรคโดยไม่ทราบสาเหตุ

เมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.2524 ศูนย์ควบคุมโรค แห่งสหรัฐอเมริกา ได้รับรายงานในนครลอสแอนเจลิส รัฐแคลิฟอร์เนีย ว่ามีชายหนุ่มรักร่วมเพศ 5 คนป่วยเป็นปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis Carinii* ปกติเชื่อนี้จะทำให้เกิดปอดบวมได้เฉพาะในคนที่ภูมิคุ้มกันไม่ดีเท่านั้น เมื่อมีการทดสอบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็พบว่าระบบภูมิคุ้มกันชนิดพึ่งเซลล์ (cell-mediated immunity) เสื่อมไป และอีก 1 เดือนต่อมา มีรายงานจากนิวยอร์ก และรัฐแคลิฟอร์เนียว่า มีชายหนุ่มรักร่วมเพศอีก 26 คนป่วยเป็นโรคมะเร็งของหลอดเลือดบริเวณใต้ผิวหนัง ซึ่งในคนปกติจะเป็นมะเร็งชนิดนี้ก็ต่อเมื่อเข้าสู่วัยชรา

จากการตรวจสอบประวัติผู้ป่วยทุกราย ไม่มีรายใดที่มีโรคภัยแรงประจำตัวมาก่อนและไม่มียาใดที่เคยได้รับยาประเภทกดระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเลย และเมื่อมีการชันสูตรในห้องปฏิบัติการพบว่า การทำงานของเซลล์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันโรคไม่สามารถทำหน้าที่

ได้ตามปกติ ผู้ป่วยที่ได้รับรายงานข้างต้นนั้น แม้ว่าจะได้รับการรักษาเป็นอย่างดี แต่ก็ไม่มีใครรอดชีวิต ทั้งนี้เพราะระบบภูมิคุ้มกันโรคเสื่อมไป

พ.ศ. 2525 มีรายงานว่าพบผู้ป่วยลักษณะดังกล่าวเพิ่มมากขึ้นอย่างผิดปกติ โดยเฉพาะในกลุ่มคน 2 กลุ่มใหญ่ คือ ในพวกเกย์ (Homosexual man) และพวกติดยาเสพติด (Intravenous drug users) จุดนี้เองที่ไปสู่การค้นคว้า และตั้งชื่อโรคเอดส์หรือโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง

จากการศึกษาพบว่า มีหลักฐานของการติดเชื้อโรคเอดส์ในอาฟริกาตั้งแต่ปี 2513 และในสหรัฐอเมริกา พบซีรัมที่มีแอนติบอดีต่อเชื้อโรคเอดส์ตั้งแต่ปี 2521 ต่อมานักวิทยาศาสตร์ได้สังเกตพบว่า ลิง Rhesus ซึ่งเลี้ยงไว้ที่ศูนย์สัตว์ทดลองไพรเมท รัฐแมสซาชูเซต ได้เกิดเป็นโรคคล้ายกับโรคเอดส์ในมนุษย์ ถ้าเลี้ยงไว้ในกรงหลายตัวรวมกันถึงที่เป็นโรคจะแพร่โรคไปให้ลิงตัวอื่น ๆ แต่ถ้าแยกกรงกันจะไม่ติดโรค ได้ตรวจพบไวรัสในลิงนี้และตั้งชื่อว่า Simian T Lymphotropic Virus หรือ STLV การค้นคว้าต่อจากนั้นพบว่าลิงเขียวอาฟริกัน (African green monkey) มีภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติต่อไวรัสนี้ โดยปกติลิงชนิดนี้ชอบอาศัยอยู่ใกล้ชิดและกัดคนบ่อยมาก จึงอาจเป็นไปได้ว่ามีการระบาดของเชื้อไวรัสนี้จากลิงไปสู่คนเมื่อ 20-30 ปีก่อน เมื่อมาติดในคนนาน ๆ เข้าก็กลายพันธุ์มาเป็นไวรัสของคน ลิงชนิดนี้มีถิ่นที่อยู่ดั้งเดิมในป่าอาฟริกากลาง จากการตรวจเลือดชาวพื้นเมืองในประเทศแถบอาฟริกากลาง เช่น แซร์ อุกันดา แทนซาเนีย แซมเบีย คองโก และเคนยาทั้งชายและหญิง เด็กและผู้ใหญ่ ต่างก็พบเชื้อบวกที่อัตราที่สูงกว่าที่อื่นมากมาย และเนื่องจากมีโครงการแลกเปลี่ยนวัฒนธรรมระหว่างชนพื้นเมืองชาวเกาะกับประชาชนชาวแซร์ โรคจึงได้แพร่ไปสู่ชาวเกาะไฮติ และชาวเกาะไฮติเองก็ได้อพยพไปอยู่ในอเมริกาเรื่อยไปจนถึงยุโรป จึงสันนิษฐานว่าเชื้ออาจแพร่ไปพร้อม ๆ กันในขณะนั้น

จนในที่สุดจึงได้พบว่ากลุ่มอาการนี้เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอดส์ (Human immuno deficiency virus หรือ HIV) นั่นเอง

พ.ศ. 2527 มีรายงานพบผู้ป่วยรายแรกในประเทศไทย ซึ่งติดเชื้อโรคเอดส์มาจากต่างประเทศและได้เสียชีวิตในปีต่อมา หลังจากนั้นในระหว่างปี พ.ศ. 2528-2532 ได้พบผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยในกลุ่มเกย์ และผู้ติดยาเสพติด ต่อมาได้พบว่าผู้ป่วยบางรายได้รับการถ่ายเลือดก็เป็นโรคนี้เช่นกัน ทำให้พอจะสรุปเป็นเบื้องต้นในขณะนั้นว่า โรคเอดส์จะต้องมีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมทางด้านยาเสพติด และเลือดอย่างแน่นอนปัจจุบันพบมากในหญิงและชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ทั้งในเยาวชนและผู้ที่มีครอบครัวแล้ว

อาการของโรค

เมื่อบุคคลได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย ระยะเวลา นับตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งเริ่มปรากฏอาการของโรคในแต่ละคนจะใช้ระยะเวลาที่แตกต่างกัน ซึ่งหลังจากได้รับเชื้อเอชไอวีในช่วงเวลาวันแรกจนถึงประมาณ 3 เดือนจะยังตรวจไม่พบว่ามีเชื้อเอชไอวี แต่ในช่วงนี้แพร่เชื้อเอชไอวีได้ อาการแสดงของโรค เอชไอวีสามารถแบ่งได้เป็น 3 ระยะ คือ (กรมควบคุมโรคติดต่อ, 2535, หน้า 3-4, ไพรัตน์ พุกษชาติคุณากร, 2534, หน้า 81-84 สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญวนิชย์, 2535 หน้า 13-14)

1. ระยะไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic infection)

ระยะนี้การตรวจเลือดจะพบเลือดบวกเอชไอวีหรือพบร่องรอยของการได้เชื้อเอชไอวี แต่จะยังไม่แสดงอาการบางรายอาจพบว่า ภายหลังจากได้รับเชื้อเอชไอวีประมาณ 2-3 สัปดาห์ จะมีอาการคล้ายไข้หวัด มีไข้ต่ำ ๆ ปวดศีรษะ ท้องเสีย ไม่ทราบสาเหตุ มีผื่น อาการต่าง ๆ เหล่านี้จะปรากฏอยู่ประมาณ 1 สัปดาห์ แล้วจะหายไปเองโดยไม่ต้องรักษา ซึ่งเรียกกลุ่มอาการนี้ว่ากลุ่มอาการคล้ายไข้หวัด (Acute Viral Syndrome)

ผู้ติดเชื้อในระยะนี้หากได้รับเชื้อเอชไอวีเข้าไปเพิ่มมากขึ้น โดยไปมีพฤติกรรมเสี่ยง อาทิจากการใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือจากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้บุคคลนั้นมีการพัฒนาอาการของโรคเอชไอวีไปสู่ระยะต่อไปได้เร็วยิ่งขึ้น

2. ระยะมีอาการ (Symptomatic HIV+)

ระยะนี้จะเริ่มปรากฏอาการใดอย่างหนึ่งหรือหลายอย่าง ที่มีผลมาจากการที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายเริ่มลดต่ำลง ผู้มีเชื้อในระยะนี้มักจะมีอาการดังต่อไปนี้

- 2.1 มีไข้เรื้อรัง เหงื่อออกตอนกลางคืน
- 2.2 มีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็ว มากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ
- 2.3 ไอเรื้อรัง ไอแห้ง ๆ อาจเหนื่อยหอบ หายใจไม่สะดวกนานเกิน 3 เดือน

2.4 ท้องเสียเรื้อรัง ถ่ายเหลวเป็นน้ำหรือมีมูกปน หรืออาจมีมูกปนเลือดนานเกิน 3 เดือน โดยไม่ทราบสาเหตุ

2.5 ต่อมทอนซิลโตหลาย ๆ ตำแหน่ง คลำได้เป็นก้อน ๆ ที่ลำคอ ได้ทาง หลัง หักแร้และขาหนีบ ติดต่อกันนานเกิน 3 เดือน

2.6 บางรายจะเริ่มมีอาการผิดปกติของระบบประสาท เช่น ความจำเสื่อม กระวน กระวาย แขนขาไม่มีแรง

2.7 มีการติดเชื้อแทรกซ้อน เช่น เชื้อรา ซึ่งจะเห็นมีฝ้าขาวที่ลิ้นและในช่องปาก

2.8 เป็นโรคเริมงูสวัด (Herpes zoster)

3. ระยะเอดส์เต็มขั้น (Full blown AIDS)

อาการข้างต้นจะเป็นลักษณะเป็น ๆ หาย ๆ ไปถึง 2 ปี ก็จะป่วยเป็นโรคเอดส์เต็มขั้น เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันบกพร่องมากถึงจุดวิกฤต ระยะนี้ผู้ป่วยส่วนมากจะมีอาการที่ชัดเจน โดยสังเกตได้จากการที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์มาก่อน แล้วอาการเลวลง ระยะนี้เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายไปมาก มีผลทำให้มีการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection) และอาการของโรคเอดส์เต็มขั้นเกิดจากการติดเชื้อของระบบอวัยวะของร่างกาย ดังนี้

1. การติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ทำให้เกิดปอดบวม หรือปอดอักเสบ ผู้ป่วยจะมีไข้ ไอเรื้อรัง หายใจหอบเหนื่อย เจ็บหน้าอก และมักพบการอักเสบของปอดเนื่องจากเชื้อราที่เรียกว่า นิวโมซิสติส แครินิอายน์ (pneumocystis carinii) ได้มากที่สุดถึงร้อยละ 51 ของผู้ป่วยโรคเอดส์

2. การติดเชื้อในระบบประสาท หรือเรียกว่า เอดส์ ดีเมนเทีย คอมเพล็กซ์ (AIDS dementia complex) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดหลังจากเชื้อไวรัสเข้าสู่ร่างกาย แล้วไปเพิ่มจำนวนในเซลล์ระบบประสาท ทำให้ผู้ป่วยมีอาการทางจิตประสาท ความจำเสื่อม อารมณ์เปลี่ยนแปลงง่าย หลงลืมก่อนวัย ไม่มีสมาธิ อ่อนเพลีย คลุ้มคลั่ง ซึมเศร้า อาจมีแขนขา หรืออัมพาตครึ่งซีก ชักกระตุก และมีอาการทางสมองได้ ซึ่งกลุ่มอาการนี้จะพบได้ในระยะสุดท้ายของโรค ประมาณร้อยละ 70 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3. การติดเชื้อในระบบทางเดินอาหาร ทำให้เกิดอาการท้องเดินเรื้อรังจากการติดเชื้อโรคชนิดอื่น ๆ ซึ่งปกติไม่ทำให้เกิดโรคในคนทั่วไป อาจพบอาการกลืนอาหารลำบากจากการ

ติดเชื้อราที่หลุดอาหาร หรือเชื้อราแคนดิดา (candida) ในช่องปาก ทำให้เป็นฝ้าขาวติดอยู่บนลิ้น กระพุ้งแก้ม ริมฝีปาก และอาจลุกลามไปถึงต่อมทอนซิลได้

4. การติดเชื้อในระบบหมุนเวียนโลหิต ทำให้เป็นมะเร็งหลอดเลือดโดยปรากฏเป็นจ้ำสีม่วงแดงคล้ายตามผิวหนังมะเร็งชนิดนี้ในคนปกติจะพบเมื่อเข้าสู่วัยชรา
5. การติดเชื้อทางผิวหนัง อาจพบเป็นโรคเรื้อรังรุนแรงหรือเป็นเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน
6. ระบบต่อมน้ำเหลืองทำให้ต่อมน้ำเหลืองโตทั่วร่างกายหรือเป็นมะเร็งต่อมน้ำเหลือง

การติดต่อของโรคเอดส์

เชื้อเอดส์จะมีมากในเลือด น้ำในช่องคลอดและน้ำอสุจิ โดยเหตุนี้การแพร่ระบาดเชื้อเอดส์จึงเกิดขึ้นได้ 3 ทางคือ

1. ทางเพศสัมพันธ์

การมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียวกับผู้ติดเชื้อเอดส์ ไม่ว่าจะเป็นชายหญิง หรือชายกับชาย ก็อาจจะติดเชื้อเอดส์ได้ เพราะเชื้อเอดส์มีอยู่ในน้ำอสุจิ และน้ำหล่อลื่นช่องคลอดซึ่งจะเข้าสู่ร่างกายของคู่ร่วมเพศสัมพันธ์ทางเยื่ออ่อนของอวัยวะเพศ

การร่วมเพศทางทวารหนัก หรือการร่วมเพศโดยใช้ปากและลิ้นกับอวัยวะเพศของคู่ร่วม หรือการร่วมเพศแบบปกติระหว่างชายกับหญิง

พฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มโอกาสการติดเชื้อเอดส์มากขึ้นได้แก่

- 1.1 ผู้เป็นฝ่ายกระทำและผู้ถูกกระทำ ต่างก็ติดเชื้อเอดส์แม้จะไม่มีบาดแผล
- 1.2 หากเป็นไปด้วยความรุนแรงก็จะมีโอกาสเกิดบาดแผลขึ้นมาโดยไม่รู้ตัว แม้แต่เพียงเล็กน้อย ก็ยังติดเชื้อเอดส์ได้มากขึ้น
- 1.3 การร่วมเพศทางทวารหนักมีโอกาสติดเชื้อเอดส์มากกว่าทางอวัยวะเพศหญิง อาจเป็นเพราะเชื้อโรคผ่านเข้าทางเนื้อเยื่อของทวารหนักถึงกระแสเลือดได้ง่าย

1.4 การมีเพศสัมพันธ์ดำเนินไปจนถึงกระทั่งมีการหลั่งน้ำอสุจิเข้าไปในตัวคู่ร่วม อาจเป็นอวัยวะเพศหญิง หรือทวารหนัก หรือช่องปาก ผู้ที่ได้รับน้ำอสุจิยังมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ง่าย

1.5 การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ๆ หรือมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีคู่นอนจำนวนมาก เช่น ผู้ให้บริการทางเพศ หญิงหรือชายชอบสนุก ก็ยังมีโอกาสติดเชื้อเอดส์ได้ง่าย

1.6 การมีอาการของกามโรคต่าง ๆ จะทำให้ติดเชื้อเอดส์ได้ง่ายและแพร่เชื้อเอดส์ได้ง่ายขึ้น โดยทางเลือด หนอง เม็ดเลือดขาวที่ออกมาจากแผลกามโรค

2. ทางเลือด

2.1 การใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน

2.2 การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์เลือดจากผู้บริจาคที่ติดเชื้อเอดส์ การแพร่โดยวิธีนี้ ปัจจุบันแทบจะไม่มีเลย เนื่องจากมีการตรวจเลือดทุกหน่วยก่อนที่จะให้แก่คนไข้

2.3 การผสมเทียม ถ้านำเอาน้ำอสุจิจากผู้มีเชื้อเอดส์ไปฉีดให้กับหญิงที่ต้องการตั้งครรภ์ หญิงผู้นั้นอาจติดเชื้อเอดส์

2.4 โดยผ่านการปลูกถ่ายอวัยวะต่าง ๆ จากผู้ให้อวัยวะที่มีเชื้อเอดส์

3. ติดต่อผ่านจากแม่ที่มีเชื้อเอดส์ไปสู่ลูก

อาจเกิดในระหว่างตั้งครรภ์และในขณะคลอด ตลอดจนจากน้ำนมมารดาที่ป้อนให้ทารก ลูกที่เกิดมามีโอกาสที่จะเป็นโรคเอดส์ได้ร้อยละ 30-50 เด็กที่เกิดจากมารดาที่มีเชื้อเหล่านี้มักจะเสียชีวิตในขวบวัย คือภายในสองปีแรกที่เกิดมา

นอกจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์และทางเลือด ไม่พบว่าเชื้อเอดส์สามารถติดต่อกันได้โดยทางต่อไปนี้

1. การพูดคุยกัน การหายใจรดกัน การใช้โทรศัพท์ร่วมกัน

2. การสัมผัส และเนื้อต้องตัวกัน

3. การจูบริมฝีปากแบบธรรมดาทั่วไป ที่มีการแลกเปลี่ยนน้ำลายกัน หรือจูบแบบ

แห้ง

4. การใช้ห้องน้ำ หรือสระว่ายน้ำร่วมกัน

5. การใช้ภาชนะรับประทานอาหาร แก้วน้ำ เสื้อผ้าร่วมกัน
6. การถูกขูดขีด หรือสัตว์เลื้อยอื่น ๆ กัด
7. การบริจาคเลือด ในปัจจุบันการบริจาคเลือด แพทย์และพยาบาลจะใช้เข็มและอุปกรณ์ครั้งเดียวแล้วทิ้ง จึงปลอดภัยมาก

การรักษา

ปัจจุบันยังไม่มีวิธีการที่เฉพาะเจาะจงและได้ผลในการรักษาภูมิคุ้มกันที่เสื่อมหรือบกพร่องให้กลับฟื้นคืนสภาพขึ้นใหม่ เป็นเพียงการรักษาตามอาการของโรค หรือภาวะแทรกซ้อนที่เกิดขึ้น การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในปัจจุบันคือ (สุรพล สุวรรณกุล และมัทนา หาญวนิชย์, 2535, หน้า 19)

1. การรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต่อต้านเชื้อเอชไอวี โดยการใช้ยาหรือให้ไปออกฤทธิ์ที่ระยะต่าง ๆ ในวงจรชีวิตของเชื้อเอชไอวี ปัจจุบันที่มีใช้ใช้ได้แก่

1.1 เอแซดที (AZT) เป็นยาขนานแรกในปัจจุบันที่ได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา ให้ใช้ในผู้ป่วยเอดส์หรือกลุ่มที่มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ได้ เป็นยาคตัวหนึ่งในกลุ่ม ไดค็อกซ์นิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก (dideoxynucleoside analogue) มีผลในการยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี โดยไปยับยั้งการทำงานของ เอนไซม์ รีเวอร์สทรานสคริปเตสเอชไอวี ผลข้างเคียงที่รุนแรงของเอแซดที คือการกดไขกระดูก ทำให้มีอาการซีด และเม็ดเลือดขาวต่ำได้ บางรายต้องให้เลือด อาจต้องลดขนาดยาหรือหยุดยา

1.2 คีอีไอ (DDI) เป็นยาอีกขนานหนึ่งที่เพิ่งได้รับการรับรองจากองค์การอาหารและยาของประเทศสหรัฐอเมริกา (พ.ศ.2534) เป็นนิวคลีโอไซด์ อะนาล็อก อีกตัวหนึ่งที่มีผลต้านเชื้อไวรัสเอชไอวีเช่นเดียวกับเอแซดที พบผลข้างเคียงในการกดไขกระดูกน้อยกว่าเอแซดที แต่อาจทำให้เกิดอาการเจ็บปวดของระบบประสาทส่วนปลาย (painful peripheral neuropathy) และตับอ่อนอักเสบ (pancreatitis) ในระหว่างการรักษาได้

2. ยากระตุ้นการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันให้ดีขึ้น (immunomodulator drug) ได้แก่ อินเตอร์ลูคิน ทู (interleukin II) และอินเตอร์เฟอรอน (interferon) เป็นต้น

3. เนื่องจากในปัจจุบันยังไม่มียารักษาเอดส์ให้หายขาดได้ การรักษาส่วนใหญ่จึงเป็นการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาส หรือโรคมะเร็งของหลอดเลือดที่เกิดขึ้น ซึ่งเป็นการรักษาตามอาการเท่านั้น

4. การพัฒนาวัคซีนป้องกันโรคเอดส์ขึ้นมาใช้ ในปัจจุบันยังไม่มีที่ยืนยันถึงวัคซีนที่ใช้ได้ผลอย่างชัดเจน

5. การรักษาสุขภาพจิตของผู้ป่วย ได้แก่

5.1 การให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วย โดยการให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ และวิธีการแพร่เชื้อ ให้คำปรึกษาในการปฏิบัติตนที่เหมาะสม เพื่อให้มีการหยุดยั้งหรือหลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่ม หรือแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น

5.2 บริการสังคมสงเคราะห์โดยการช่วยเหลือด้านอาหาร เครื่องนุ่งห่ม ที่อยู่อาศัยยารักษาโรค และอาชีพที่จะช่วยให้สามารถดำรงชีวิตได้อย่างเหมาะสม รวมไปถึงการบำบัดรักษาเสพติดด้วย

การป้องกัน

เนื่องจากปัจจุบันยังไม่มียารักษาที่มีประสิทธิภาพดีพอ เพื่อใช้ในการบำบัดรักษา และยังไม่มียาวัคซีนที่ใช้ได้ผลในการป้องกันโรคนี้โดยเฉพาะ จึงจำเป็นต้องหามาตรการในการป้องกันและควบคุมโรคนี้ให้มีประสิทธิภาพ ได้แก่การให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ เช่น

- หยุดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (เช่น การมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสและนอกสมรส) จะมีเพศสัมพันธ์กับคนคนเดียว คือ สามีหรือภรรยาของตนเองเท่านั้น
- หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์สูงหรือสงสัยว่าจะเป็นโรคเอดส์ เช่น ชายหรือหญิงโสเภณี ผู้ติดยาเสพติด
- ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่สามี / ภรรยา
- อย่าใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
- อย่าใช้แปรงสีฟัน มีดโกน กรรไกรตัดเล็บ หรือของใช้ที่จะก่อให้เกิดแผลที่ผิวหนังร่วมกับผู้อื่น ควรใช้ของตนเองเท่านั้น

- หลีกเลี่ยงการรับบริการการฝังเข็ม การสักผิวหนัง หรือเจาะหู เพราะถ้าไม่เปลี่ยนเข็มก็
สามารถแพร่เชื้อเอดส์ได้

นอกจากนี้จะต้องเปลี่ยนทัศนคติเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ที่อาจทำให้เกิดการติดเชื้อเอดส์ เช่น

- เยาวชนชายทุกคนต้อง “ขึ้นครู”
- ไปจังหวัดไหนต้อง “ถึง” จังหวัดนั้น
- ชายแท้ต้องมีคู่นอนไม่ซ้ำหน้า
- พ่อบ้านที่ขี้ผู้หญิงได้ เป็นเรื่องธรรมดา
- ใส่ถุงยางอนามัยแสดงว่า “ไม่แน่จริง”

ในทางปฏิบัติ หากมีเพศสัมพันธ์ก่อนสมรสหรือนอกสมรส ต้องศึกษาการมีเพศสัมพันธ์ที่
ปลอดภัย (safety sex) ได้แก่

- อุบธรรมดา ไม่รุนแรง ไม่แลกเปลี่ยนน้ำลายกัน
- ใช้ถุงยางอนามัย อย่างถูกวิธีทุกครั้ง
- งดการใช้ปากกับอวัยวะเพศทั้งหญิงและชาย
- หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับ น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด
- ระวังอย่ามีเมามาจนขาดสติ ขาดความยับยั้งชั่งใจ ควบคุมตัวเองไม่ได้

วิธีใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องและขั้นตอนการใช้

จากการสำรวจปรากฏว่าผู้ชายกว่าครึ่งใช้ถุงยางอนามัยไม่ถูกวิธี เนื่องจากการรณรงค์ป้องกันโรคเอดส์จำเป็นต้องเน้นการแพร่ระบาดทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นทุกคนควรมีความรู้ความเข้าใจและเจตคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับถุงยางอนามัย ไม่ใช่เห็นเป็นของหยาบคาย หรือเป็นสัญลักษณ์ของความสำส่อน ครอบครัวยังเลิกละพฤติกรรมสำส่อนไม่ได้ เหมือนกับยังเลิกมิโสเภณีไม่ได้ ถุงยางอนามัยจะเป็นเครื่องมือที่สามารถช่วยชีวิตได้ ในยุคนี้พ่อแม่ควรสอนเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยให้ลูกชายและลูกสาว ครูควรสอนเรื่องเพศศึกษาและถุงยางอนามัยแก่ศิษย์ คู่รักหรือสามีภรรยาควรหยิบยกเรื่องถุงยางอนามัยมาพูดกันอย่างจริงจังให้รู้ถึงความจำเป็นที่จะต้องใช้อุปกรณ์และวิธีการใช้ที่ถูกต้อง (ชวนชม สกนธวัฒน์ 2535 หน้า 175-177)

ขั้นตอนการใช้ถุงยางอนามัย

1. เลือกใช้ถุงยางอนามัยที่ดี และมีคุณภาพ โดยวันผลิตที่พิมพ์อยู่ข้างของว่ายังไม่หมดอายุใช้(ไม่ควรเกิน 2 ปี) และไม่เลือกของที่ชำรุดหรือมีรอยฉีกขาด เพราะอาจจะสกรปรกและมีรูรั่วได้
2. ดึงมุมของ ดึงถุงยางออกอย่างระมัดระวัง เพราะถุงยางอาจขาดได้จากการฉีกของ หรือไปถูกเล็บมือขณะฉีก อย่าทดสอบถุงยางก่อนใช้โดยการเป่าลมเข้าไปดู หรือดิงดู
 - 2.1 ถ้าเป็นถุงยางอนามัยชนิดปลายมน (plain end) เวลาสวมต้องเว้นปลายสุดไว้ อย่าสวมจนปลายอวัยวะเพศติดกับกันถุง เพราะเวลาฝ่ายชายหลั่งน้ำอสุจิ อาจไหลย้อนขึ้นมาถึงปากถุงได้
 - 2.2 ถ้าเป็นถุงยางอนามัยชนิดปลายเป็นกระเปาะ (pocket end) ก่อนสวมบีบปลายถุงยางเพื่อไล่อากาศออกเสียก่อน เพราะมีอากาศหลงอยู่ที่ปลายกระเปาะจนโป่งมากอาจเกิดแรงดันแตกได้
3. ถ้าเป็นถุงยางอนามัยที่ไม่ได้หล่อลื่นด้วยสารหล่อลื่น (nonlubricated) ควรใช้สิ่งหล่อลื่นที่มีส่วนผสมเป็นน้ำ เช่น K-Y ทาส่วนปลายถุงยางอนามัยเล็กน้อย เพื่อให้มีความรู้สึกที่ดีขึ้นขณะใช้ โดยไม่ทำให้ถุงยางลื่นหลุดออกได้ง่ายขณะสวมถุงยางอนามัย แต่ต้องสำรวจดูว่าไม่มีสิ่งหล่อลื่นใด ๆ เปื้อนติดอยู่ที่อวัยวะเพศ ซึ่งจะทำให้ถุงยางอนามัยหลุดออกขณะใช้
4. สวมถุงยางอนามัยในขณะอวัยวะเพศแข็งตัว
5. รูดม้วนขอบถุงยางอนามัย(ถ้าถูกทางจะรูดออกง่าย) ให้ขอบถุงยางสุดถึงโคนอวัยวะเพศมีเพศสัมพันธ์ ถ้าไม่มีสิ่งหล่อลื่นเพียงพอหรือแห้งไปอาจทำให้ถุงยางอนามัยฉีกขาดได้จึงควรใช้สิ่งหล่อลื่นทาที่บริเวณภายนอกของถุงยางให้เพียงพอ(ควรใช้สิ่งหล่อลื่นที่มีส่วนผสมเป็นน้ำเช่นเดียวกันไม่ควรใช้สิ่งหล่อลื่นที่มีส่วนผสมเป็นน้ำมันเพราะอาจทำให้ถุงยางเสื่อมสภาพเร็วขึ้นได้)
6. ภายหลังที่ฝ่ายชายหลั่งน้ำอสุจิแล้ว ให้รีบถอนอวัยวะเพศออก (ก่อนที่อวัยวะเพศจะอ่อนตัว) และจับขอบถุงยางโดยให้กระชับอวัยวะเพศก่อน
7. ถอดถุงยางออก ระวังไม่ให้มือสัมผัสกับส่วนที่สัมผัสช่องคลอด
8. ถุงยางอนามัยที่ใช้แล้วให้ทิ้งลงในโถส้วมหรือเผา และควรใช้ครั้งเดียว ไม่ควรนำกลับมาใช้อีก

การอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์

คนที่ติดเชื้อเอดส์ต้องการความช่วยเหลือ การดูแล ความเห็นใจ และกำลังใจเป็นอย่างมาก มีคนบางคนโกรธแค้นและเกลียดคนที่ติดเชื้อเอดส์ เราควรอธิบายให้เขาเหล่านั้นทราบว่าใคร ๆ ก็ติดเชื้อเอดส์ได้ คนที่ติดเชื้อเอดส์ก็เป็นมนุษย์ธรรมดาเหมือนพวกเราทุกคน พวกเขาไม่ใช่คนวิปริตหรือน่าขยะแขยง เราจึงควรช่วยเหลือเขาเหล่านั้นให้สามารถอยู่ร่วมกับบุคคลอื่นในสังคมอย่างปกติเราไม่ควรซ้ำเติมโดยการแสดงความรังเกียจหรือทอดทิ้งพวกเขาอย่างเด็ดขาด จำไว้ว่าพี่น้องเรามีสิทธิ์ติดเชื้อเอดส์ได้ เมื่อติดเชื้อเอดส์แล้ว แน่แน่นอนว่าเรายังรักใคร่และช่วยเหลือเขาอยู่เหมือนเดิมทุกคนจึงควรศึกษาวิธีการปฏิบัติตัวต่อผู้ติดเชื้อเอดส์และการดูแลผู้ป่วยเอดส์

1. การปฏิบัติตัวต่อผู้ติดเชื้อเอดส์

- 1.1 รักษาความลับของผู้ติดเชื้อ
- 1.2 ไม่รังเกียจเคียดจัญท์ มีเมตตา และให้กำลังใจในการดำเนินชีวิต
- 1.3 ให้ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้อง และทันสมัย
- 1.4 ลด แยก และกำจัดความคิด ความเชื่อ ขวาลือ
- 1.5 เสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางด้านจิตใจ และสังคมให้มีความตระหนัก และรับผิดชอบที่จะมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม เพื่อไม่แพร่โรคต่อไป
- 1.6 ให้คำปรึกษา หรือแนะนำไปยังหน่วยบริการให้คำปรึกษาโรคเอดส์ เพื่อให้
 - คลายความทุกข์
 - อยู่ในครอบครัวและสังคมได้
 - เกิดการเปลี่ยนแปลงที่ดีขึ้น
- 1.7 แนะนำให้ไปรับคำแนะนำเพิ่มเติมจากแพทย์

2. คำแนะนำในการปฏิบัติตนของครอบครัวและผู้ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอดส์

การรักษาสุขภาพลักษณะอนามัยตามธรรมดา ก็เป็นหลักการของการป้องกันเอดส์ได้เป็นอย่างดี คืออยู่แล้ว ข้อปฏิบัติต่อไปนี้นี้เป็นรายละเอียดที่ควรคำนึงไว้เท่านั้น

- 2.1 การล้างมือ ไม่จำเป็นต้องล้างทุกครั้ง ถ้าเป็นการสัมผัสธรรมดาโดยไม่มีบาดแผล

2.2 การใช้ถุงมือ ไม่จำเป็นต้องสวมถุงมือในการทำงานบ้าน หรือทำความสะอาดปกติ หรือจะสัมผัสผิวหนังผู้ติดเชื้อที่ไม่เป็นแผลหรือมีน้ำเหลือง

2.3 เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอนของผู้ติดเชื้อ สามารถนำมาซักปนกับเสื้อผ้า ของคนอื่นในบ้านได้ โดยไม่ต้องแยกซัก สำหรับเสื้อผ้าที่เปื้อนเลือดหรือน้ำหลัง ควรแยกซักต่างหาก และสวมถุงมือหรือพลาสติก เวลาจะจับต้องนำมาแช่ในยาฆ่าเชื้อก่อน ประมาณ 30 นาที แล้วซักด้วยผงซักฟอกตามปกติ ถ้าใช้น้ำร้อนด้วยก็จะเป็นการดี

2.4 เมื่อมีการเปื้อนเลือดหรือน้ำหลังตามที่ต่าง ๆ สวมถุงมือยางหรือพลาสติก แล้วใช้ผ้าหรือกระดาษชำระเช็ด แล้วนำไปเผาหรือทิ้งในถุงพลาสติก เพื่อพร้อมที่จะทำลาย จากนั้นเช็ดอุปกรณ์นั้นด้วยน้ำร้อนและสบู่หรือน้ำยาขัดพื้น

2.5 ห้องน้ำและห้องส้วม ทุกคนในบ้านสามารถใช้ห้องน้ำห้องส้วมร่วมกับผู้ติดเชื้อเอดส์ได้ แต่ควรมีการทำความสะอาดอย่างสม่ำเสมอเป็นระยะ เวลาทำความสะอาดควรใช้ถุงมือ ใช้น้ำร้อนผสมน้ำยาเช็ดล้างห้องน้ำ เช็ดดูตามพื้นห้องน้ำด้วยไม้ถูพื้น แล้วทิ้งไว้ให้แห้ง ก่อนจะนำไม้ถูพื้นนั้นไปเช็ดดูส่วนอื่นของบ้าน เครื่องใช้ที่แยกสำหรับผู้ติดเชื้อได้แก่ ผ้าเช็ดตัว แปรงสีฟันและใบมีดโกน เป็นต้น

2.6 งานครัว และเครื่องใช้ในครัวสามารถใช้ปนกันได้ และไม่ต้องแยกสำหรับอาหาร แต่ถ้าใช้ช้อนกลางก็จะดีขึ้นมาอีก การล้างจานตามวิธีปกติ หรือใช้น้ำร้อนด้วยก็เป็นการเพียงพอ

2.7 ควรคบหาสมาคมกันตามปกติ ไม่ควรแสดงอาการรังเกียจ หรือเสียมารยาทกับผู้ติดเชื้อ การสัมผัสตัวกันตามปกติไม่เป็นอันตรายใด ๆ ควรให้ความสนใจแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ด้วย เพราะผู้ติดเชื้อทุกคนก็ไม่อยากจะทำให้ใครต้องติดเชื้อเช่นกัน

3. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์

3.1 ถ้ายังไม่มีอาการอะไรก็สามารถทำงานได้ตามปกติ

3.2 ถ้ามีอาการไม่สบาย ไม่ว่าจะเกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์ หรือไม่ก็ตาม ควรปรึกษาแพทย์ทันที และบอกให้แพทย์ทราบถึงสถานะการติดเชื้อเอดส์ของตนเอง เพื่อที่แพทย์จะได้ให้การรักษอย่างถูกต้อง เหมาะสม หากเกรงว่าจะถูกปฏิเสธการรักษา ให้ไปสถาบันบำบัดรักษาที่มีความพร้อมในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอดส์ โดยเฉพาะ เช่น โรงพยาบาลของรัฐทั่ว ๆ ไป ทั้งโรง

พยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลของคณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยต่าง ๆ เป็นต้น

3.3 งดบริจาคเลือด อวัยวะ หรือน้ำอสุจิให้แก่ผู้อื่น

3.4 ใส่ถุงยางอนามัย หรือให้คู่นอนใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีการร่วมเพศ หรือใช้วิธีสำเร็จความใคร่ด้วยตัวเองแทนการร่วมเพศ

3.5 งดการร่วมเพศทางปากหรือทางทวารหนักเด็ดขาด

3.6 ควรมีแปรงสีฟัน หวี และมีคิกอนของตนเอง แยกจากผู้อื่น

3.7 ระวังอย่าให้เลือดหรือน้ำเหลือง น้ำอสุจิ น้ำจากช่องคลอดของตนเองเลอะเปื้อนตาม ที่ต่าง ๆ หากเสื้อผ้าเปื้อนเลอะเปื้อน สิ่งเหล่านี้ควรนำไปดัดแล้วซักให้สะอาด

3.8 สามารถอยู่กับสมาชิกคนอื่น ๆ ในบ้านได้โดยไม่ต้องแยกห้องนอน ห้องน้ำ หรือ ล้างรับกับข้าว

3.9 หญิงที่ติดเชื้อเอดส์ ไม่ควรตั้งครรภ์ เพราะลูกที่เกิดมามีโอกาสติดเชื้อเอดส์

3.10 แม้ที่ติดเชื้อเอดส์ สามารถเลี้ยงบุตรได้ แต่ถ้ามีทางเลือกอื่นก็ไม่ควรให้ลูกกินนม ของตัวเอง เพราะอาจมีเชื้อออกมาทางน้ำนมได้

3.11 ไม่ควรไปเยี่ยมหรือเข้าใกล้ผู้ป่วยโรคอื่น ๆ เพราะภูมิคุ้มกันโรคในร่างกายของผู้ ติดเชื้อเอดส์ต่ำกว่าปกติ มีโอกาสติดเชื้อได้ง่าย

3.12 ไม่ควรดูแลสัตว์ หรือทำความสะอาดกรงสัตว์ เพราะอาจติดเชื้อชนิดฉวยโอกาส จากสัตว์ได้

3.13 ไม่จำเป็นต้องบอกให้นายจ้าง ผู้บังคับบัญชาหรือผู้ร่วมงานทราบ ถ้าการบอกนั้น จะนำไปสู่ปัญหายุ่งยากตามมา

3.14 ถ้าคิดว่าการบอกให้สามีหรือภรรยาของตนเองทราบแล้ว จะมีปัญหาเกิดขึ้น ควร ของให้แพทย์ทำหน้าที่แทนจะ ได้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้องยิ่งขึ้น

3.15 ต้องบอกให้คู่นอนทราบ มิฉะนั้นควรเลิกมีคู่นอนที่มีใช้สามีหรือภรรยาของตนเอง

3.16 ควรเลิกพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การใช้ยาเสพติด รักร่วมเพศ การเที่ยวผู้หญิง/ผู้ชาย บริการทางเพศ การคู่นอนหลายคน เพื่อจะได้ไม่แพร่เชื้อให้กับผู้อื่น และไม่รับเชื้อเพิ่มเข้ามาอีก อันอาจเร่งให้เกิดโรคเอดส์เต็มขั้นเร็วขึ้น

3.17 รักษาสุขภาพทั่วไปให้แข็งแรง ทำใจให้สงบและสบาย จะช่วยต้านทานโรคต่าง ๆ ได้ดีขึ้น เช่น

- พักผ่อนให้มาก ถ้าเพลีย หากแข็งแรงก็ควรออกกำลังกายสม่ำเสมอ
- เลิกสูบบุหรี่และดื่มสุราอย่างเด็ดขาด
- อยู่ในที่อากาศถ่ายเทได้ดี
- รักษาความสะอาดของสถานที่อยู่ และสถานที่ทำงานให้สะอาด
- บำรุงร่างกายให้แข็งแรง รับประทานอาหารครบทุกหมู่และ ออกกำลังกายอย่าง

สม่ำเสมอ จะเป็นการเสริมร่างกายให้แข็งแรง มีภูมิคุ้มกันทางดี อาจทำให้ไม่เกิดอาการโรคเอดส์ได้

- ปรับใจฝึกสมาธิ เป็นการยากที่ทำได้ เมื่อรู้ว่าตัวเองได้ รับเชื้อเอดส์มา แต่ถ้ากังวลก็จะมีแต่เหตุโศกเศร้า หงุดหงิด ท้อแท้ วิตกกังวลสิ้นหวัง เครียด นอนไม่หลับ รับประทานอาหารไม่ได้ ทำให้ครอบครัวและคนที่รักใคร่เป็นห่วง กังวล และเป็นทุกข์ไปด้วย จึงควรปรับใจให้สบาย ยอมรับว่าการรับเชื้อเอดส์มา ไม่ได้แปลว่าจะต้องป่วยเป็นโรคเอดส์ และไม่ได้แปลว่ากำลังจะตาย ต้องพยายามมีขวัญและกำลังใจ ฝึกสมาธิ ปลงให้ได้ พยายามยิ้มแย้มแจ่มใส ต้องคิดว่าทุกข์ไป ก็เท่านั้น ยิ่งวิตกกังวลมากก็ยิ่งนอนไม่หลับ ดังนั้นควรทำงานประจำที่ทำอยู่ ถ้าหากถูกไล่ออกจากงาน ควรทำใจ คิดว่าคนอื่นเขายังไม่เข้าใจก็หางานทำใหม่ต่อ หรือ ทำงานบ้าน ปลูกผัก ทำสวน เลี้ยงปลา อ่านหนังสือ เขียนนวนิยาย ฯลฯ อย่าอยู่ว่างเพราะความว่างจะทำให้คิดมาก อีกประการหนึ่ง ถ้าคนใกล้ชิดรังเกียจ ไม่ยอมรับประทานอาหารร่วมด้วย ไม่ยอมพูดคุยด้วย ไม่ยอมคบค้าสมาคมด้วยทั้ง ๆ ที่ การรับประทานร่วมกัน การพูดคุย การคบหาสมาคมธรรมดา ไม่ใช่เป็นวิธีการแพร่เชื้อเอดส์ก็ตาม ก็พยายามปลง ยิ้มสู้ฝึกสมาธิ ถึงแม้ว่าหากพยายามช่วยอธิบายแล้วบุคคลเหล่านั้นไม่ยอมเชื่อ

- ไม่แพร่เชื้อเอดส์ต่อ ถึงแม้ว่า ทุกคนทำท่ารังเกียจ อย่าคิดว่า จะต้องแพร่เชื้อเอดส์ให้มาก ๆ จะได้เป็นกันเยอะ ๆ แล้วจะดูซิว่าคนอื่นจะมีความรู้สึกอย่างไร ถ้ามีความคิดอย่างนี้ ก็เป็นความคิดที่ไม่ถูกต้อง เพราะจะทำให้จิตใจไม่สบายต่อเนื่อง ควรแผ่เมตตาและหยุดการแพร่เชื้อไปให้บุคคลอื่นการแพร่เชื้อเอดส์ไปให้คนอื่น ๆ จะทราบอย่างไรว่าจะไม่ได้รับเชื้อเพิ่มขึ้น เพราะบุคคลที่ไปนอนด้วยเพื่อต้องการแพร่เชื้อให้ เขาอาจจะมียาเอดส์อยู่แล้ว และพร้อมที่จะเพิ่มเชื้อเอดส์ให้เช่นกัน

โรคเอดส์ในประเด็นทางสังคมวิทยา

โรคเอดส์ในประเด็นทางสังคมวิทยา (กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน, ดำรง เชื้อวชิลปี และ สมจิตต์ สุพรรณทัศน์. 2538 หน้า 61-79) หากจะพิจารณาแล้วโรคทุกโรคเกี่ยวข้องกับสังคม ด้วยโรคเกิดขึ้นกับมนุษย์ และมนุษย์ก็ก่อรูปขึ้นเป็นสังคม ดังนั้นประเด็นทางสังคมจึงน่าจะได้รับการใส่ใจมองมากขึ้นกว่าการมองในประเด็นทางการแพทย์อย่างเดียว จากการวิเคราะห์ผลกระทบของโรคเอดส์ในประเด็นต่าง ๆ พบว่าแต่ละประเด็นมีความเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันตั้งแต่ระดับบุคคลจนกระทั่งถึงระดับการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมดังต่อไปนี้

1. การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร

การเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากร ในขณะที่สภาวะสุขภาพของประชาชนไทยโดยรวมกำลังเข้าสู่สภาพที่จะเกิดสมดุลในอัตราเกิดและอัตราตาย โดยที่อัตราเพิ่มประชากรต่ำลงจนถึงระดับทดแทนในอนาคตร้อยปี เป็นสภาพที่อยู่ในระดับคล้ายคลึงกับประเทศพัฒนาทั้งหลาย สาเหตุการตายที่เป็นสาเหตุสำคัญคือโรคเรื้อรัง มะเร็ง โรคเสื่อมสภาพ และอุบัติเหตุซึ่งที่ทราบกันอยู่เมื่อเกิดการระบาดของโรคเอดส์ทำให้เกิดความวิตกว่าจะเกิดภาวะ “Reverse Epidemiology Transition” ได้ คือมีการตายจากโรคติดเชื้อเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน รวมทั้งอัตราตายทารกก็เพิ่มสูงขึ้น นอกจากนี้ได้มีการคาดประมาณว่าในปี 2543 ประเทศไทยจะมีเด็กกำพร้าที่บิดา-มารดาติดเชื้อเอดส์ ประมาณ 86,000 คน ปรากฏการณ์ดังกล่าว เป็นผลให้อัตราการพึ่งพิง (Independency Ratio) สูงขึ้น อายุขัยเฉลี่ยลดลง เหล่านี้คือผลกระทบด้านสาธารณสุขและสังคมโดยภาพรวมของประเทศ

การเปลี่ยนแปลงทางโครงสร้างประชากรถูกกำหนดโดย 3 ปัจจัย คือ การเกิด การตาย และการย้ายถิ่นของประชากร สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างประชากรคือ อัตราตาย ซึ่งส่งผลกระทบต่อการสร้างประชากรกลุ่มต่าง ๆ ตามลำดับ ดังต่อไปนี้

ประชากรกลุ่มแรก คือกลุ่มอายุ 20-39 ปี เนื่องจากอัตราตายด้วยโรคเอดส์พบสูงสุดในกลุ่มนี้ นอกจากนี้ประชากรกลุ่มนี้ยังเป็นกลุ่มที่มีความสำคัญส่งผลกระทบต่อโครงสร้างประชากรส่วนอื่น เนื่องจากเป็นกลุ่มวัยแรงงาน มีภาระต้องทำนุบำรุงเลี้ยงดู (Remittance) ประชากรกลุ่มวัยเด็ก วัยชรา

ประชากรกลุ่มที่ 2 คือกลุ่มอายุ 0-4 ปี ซึ่งแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเนื่องจากผลของการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีเข้าสู่สถาบันครอบครัวอย่างครบวงจร อัตราตายของประชากรกลุ่มนี้เป็นอัตราวิคูณ (Double Death Rate) กล่าวคือร้อยละ 30 ของทารกจะติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาและตายด้วยโรคเอดส์ภายใน 2 ปี ส่วนอีกร้อยละ 70 จะเป็นเด็กกำพร้าในที่สุด จะขาดการทำนุบำรุงเลี้ยงดู(Remittance) ซึ่งส่งผลถึงภาวะทุพโภชนาการ ทำให้อัตราตายเพิ่มมากขึ้น

ประชากรกลุ่มที่ 3 คือกลุ่มผู้สูงอายุ เนื่องจากโรคเอดส์ส่งผลให้อายุขัยเฉลี่ยของประชากร (Life Expectancy at Birth) ลดลง กล่าวคือใน 10-20 ปีข้างหน้า อายุขัยเฉลี่ยเพศชายลดลง 17 ปี อายุขัยเฉลี่ยเพศหญิงลดลง 21 ปี (1 เมษายน 2537 อายุขัยเฉลี่ยเพศชาย 67.7 ปี อายุขัยเฉลี่ยเพศหญิง 72.4 ปี)

อัตราตายด้วยโรคเอดส์ของประชากรกลุ่มต่าง ๆ ส่งผลกระทบโดยตรงต่อขนาดครอบครัว กล่าวคือ ขนาดครอบครัวจะเล็กลง หรือลักษณะครอบครัวเปลี่ยนไปเป็นหลาย ๆ ครอบครัว มาอยู่ร่วมกันเพื่อรับภาระในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และเด็ก

นอกจากนั้นอัตราตายของวัยแรงงาน อาจก่อให้เกิดภาวะทดแทนแรงงานจากต่างชาติเกิดกลุ่มชนชาติน้อย ๆ หลายชนชาติ ทำให้ความเป็นเอกลักษณะของไทย (Homogeneity) ลดลง

2. ผู้ได้รับเชื้อเอชไอวี

ผู้ได้รับเชื้อเอชไอวี เมื่อทราบว่าตนมีเชื้อไวรัสชนิดนี้ ครั้งแรกจะมีสภาวะทางอารมณ์ตอบสนอง เช่นเดียวกับผู้ที่ได้รับความเครียดที่รุนแรงอาจเท่าเทียมกับความเครียดที่เกิดขึ้นจากการเผชิญกับภาวะสงคราม หรือเช่นเดียวกับความเครียดที่พบในผู้ที่เป็นเหยื่อของการถูกข่มขืนกระทำชำเรา ซึ่งนับว่ารุนแรงมากผู้ที่ทราบผลว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวีในระยะแรกมักมีอาการช็อคทางอารมณ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ไม่ได้คาดคิดมาก่อน ซึ่งภาวะช็อคนี้อาจแสดงออกในรูปของการตกใจสุดขีด หรืออาจแสดงออกในรูปของการนั่งเงียบ และปฏิเสธที่จะเชื่อในสิ่งที่ได้ยินหรือทราบเกี่ยวกับผลเลือดของตน หรือแม้แต่ในคนที่คาดคิดไว้บ้างแล้วว่าตนเองอาจมีเชื้อเอชไอวี เมื่อทราบว่าผลเลือดเป็นบวกจริง ๆ ก็ยังมีอาการดังกล่าวข้างต้นได้เช่นกัน แต่อาจแตกต่างกันในเรื่องของลักษณะและความรุนแรงของการตอบสนอง นอกจากจะตอบสนองออกมาเป็นอารมณ์แล้ว ยังอาจตอบสนองออกมาในรูปของคำพูด เช่น “เป็นไปไม่ได้ ผมเคยเที่ยวครั้งเดียวเท่านั้น” “ก็ดีเหมือนกันจะได้รู้สึกดี” หรือตอบสนองในรูปของคำถาม เช่น “แล้วผมจะบอกภรรยาว่ายังไง” “มันหมายความว่าฉันเป็นเอดส์หรือเปล่า” “แล้วจะทำยังไงละทีนี้” โดยไม่ว่าจะตอบสนองออกมา

อย่างไรในช่วงแรก สิ่งที่ติดตามมาก็คือ สภาวะความไม่มั่นคงทางจิตใจ โดยแสดงออกมาในรูปของความติดหมกมุ่นเกี่ยวกับโรคและผลร้ายของโรคร่วมไปกับความกังวลและหวาดกลัวสลับกับสภาวะของการปฏิเสธหรือลืมนึกถึงไปเป็นครั้งคราว มีอาการตื่นเครียดมักกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย คิดล่วงหน้าไปว่าเป็นโน่นเป็นนี่ ทำให้รบกวนการใช้ชีวิตตามปกติไปมาก มักมีปัญหาถึงขั้นเบื่ออาหารและนอนไม่หลับอยู่ระยะหนึ่งบางคนอาจมีอาการถึงขั้นซึมเศร้า และมีความคิดฆ่าตัวตายได้บ่อย ซึ่งพบว่าในผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี มีความเสี่ยงของการฆ่าตัวตายสูงเป็น 60 เท่าของประชากรทั่วไป

สำหรับปฏิกิริยาตอบสนองที่รุนแรงอื่น ๆ เช่น ความคิดหลงผิดหรือประสาทหลอนมักขึ้นอยู่กับความแปรปรวนในบุคลิกภาพหรือความผิดปกติทางจิตที่มีอยู่เดิมของคน ๆ นั้น หรือบุคคลนั้นมีแนวโน้มที่จะมีความผิดปกติชนิดนี้อยู่ก่อนแล้ว

จะเห็นได้ว่าการตอบสนองทางจิตใจอารมณ์ของผู้ที่มีเชื้อเอชไอวี หรือเป็นเอชไอวีไม่แตกต่างจากบุคคลที่ประสบภาวะความเครียดรุนแรงโดยทั่วไป แต่จะมีบางลักษณะของอารมณ์และความเป็นกังวลที่ค่อนข้างเด่นไปกว่าที่พบในความเครียดทั่วไป

อารมณ์ตอบสนองบางประการที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (Special Affect) ที่พบในกลุ่มนี้ได้แก่ความกลัว (Fear) และความโกรธแค้น (Rage) ความกลัวที่สำคัญที่สุดในกลุ่มนี้ก็คือ ความกลัวตาย ซึ่งมีความหมายแตกต่างกันไปในแต่ละคน บางคนอาจกลัวที่จะต้องตายในสภาพที่ไม่น่าดู บางคนกลัวในเรื่องชีวิตหลังความตายว่าจะต้องไปประสบกับอะไรบ้าง หรือบางคนกลัวว่าจะต้องตายตามลำพัง นอกจากนี้ยังมีความกลัวว่าจะถูกทอดทิ้ง กลัวจะต้องพึ่งพาผู้อื่น กลัวจะเป็นที่ถูกกลืนจากคนทั้งหลาย หรือแม้แต่กลัวความโกรธ และอยากทำลายล้างผู้อื่นของตนเอง เป็นต้น

ความโกรธแค้น พบได้บ่อยในผู้ป่วยกลุ่มนี้ สิ่งแรกที่เกิดขึ้นในความคิดของพวกเขา ก็คือ “ทำไมต้องเป็นเรา” “ทำไมไม่เป็นเขา” เขาอาจรู้สึกเหมือนกับว่าถูกลองโทษ เป็นการถูกสาปแช่งจากสังคม ซึ่งตนเองเชื่อว่าไม่ได้ทำผิดอะไรและก็ไม่เป็นการยุติธรรมที่ตนเองต้องเป็นผู้ถูกลองโทษ ผู้ที่มีความโกรธแค้นมาก อาจปฏิบัติตัวให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อให้ผู้อื่นมากขึ้น เช่น พฤติกรรมสำส่อน หรือแม้แต่ตามข่าวที่มีผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีไปทำร้ายคนอื่น ผู้ที่โกรธแค้นเหล่านี้ อาจแสดงออกต่อบางคนหรือบางกลุ่ม หรืออาจแสดงออกต่อคนหมู่มากในสาธารณชนก็ได้ แต่อย่างไรก็ตามเท่าที่พบในขณะนี้ ความโกรธแค้นที่แสดงออกมานั้นพบได้ไม่บ่อยนักเมื่อเทียบกับความรู้สึกผิดที่พบได้ในบุคคลเหล่านี้ความเป็นกังวลบางประการที่พบในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

(Special Concerns) ผู้ที่ติดเชื่อเอดส์จะมีความคิดหมกมุ่นเป็นกังวลในหลาย ๆ เรื่อง ได้แก่ ความเป็นกังวลเกี่ยวกับสภาพร่างกาย ความเป็นกังวลในเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น ความเป็นกังวลในเรื่องความผิดถูกทางศีลธรรม และความเป็นกังวลในเรื่องความมียู่ของชีวิต

ก. ความเป็นกังวลในเรื่องร่างกาย (Somatic Concern) เป็นสิ่งที่หลีกเลี่ยงไม่ได้เช่นเดียวกับความเสื่อมโทรมของสภาพร่างกายของผู้ป่วย ซึ่งต่างจะเสริมซึ่งกันและกัน และทำให้แย่งชิงกัน ผู้ป่วยจะมีความใส่ใจเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย แม้จะมีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อย ก็เกิดความสงสัยอยู่ตลอดเวลาว่าการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย แม้เพียงเล็กน้อยนั้นอาจแสดงถึงโรคร้ายหรือจุดจบที่กำลังมาเยือนตน

การเจ็บป่วยทางร่างกายมีผลกระทบต่อสภาวะทางอารมณ์อย่างมาก เพราะอาจเป็นตัวบอกให้ผู้อื่นรู้ อาจทำให้รูปร่างหน้าตาเสียไป ทำให้สูญเสียความภาคภูมิใจเกี่ยวกับความงามในเรือนร่างของตน เนื่องจากโรคนี้นับผู้ป่วยในกลุ่มคนอายุไม่มากหรือในกลุ่มรักร่วมเพศ ซึ่งให้ความสำคัญเกี่ยวกับสภาพร่างกายค่อนข้างมาก บางคนอาจรู้สึกไปว่าการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายนั้นอยู่นอกเหนือการควบคุมของตน ตนตกเป็นเหยื่อหรือถูกทรยศโดยร่างกายของตนเอง ความรักในตนเองลดน้อยลงรู้สึกตนเองไร้ค่า จนถึงขั้นแยกตัวออกผู้อื่นหรือสังคมไปเลยก็มี

ข. ความเป็นกังวลในเรื่องความสัมพันธ์กับผู้อื่น (Interpersonal Concern) เป็นสิ่งที่เกิดขึ้นเสมอในผู้ป่วยที่ติดเชื่อเอดส์ เพราะเอดส์เป็นโรคติดต่อที่รุนแรง ความสัมพันธ์ที่เคยมีมาแต่ก่อนก็จะไม่เหมือนเดิม ความสัมพันธ์ที่มีอยู่ในปัจจุบันก็อยู่ในสภาพที่ไม่มั่นคง และทั้งหมดโอกาสที่จะสร้างความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นในอนาคต ในอีกด้านหนึ่งความกลัวต่าง ๆ ที่ผู้ป่วยมี เช่น ความกลัวในเรื่องการถูกดูถูก ประณามการกลัวการถูกออกจากงาน การกลัวการถูกทอดทิ้ง การกลัวจะนำเชื้อไปติดคนอื่น ความกลัวเหล่านี้ก็เป็นตัวช่วยผลักดันให้ผู้ป่วยต้องหลีกห่างจากความสัมพันธ์ต่าง ๆ และกระทบความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับบุคคลที่ผู้ป่วยรัก หรือมีความสำคัญต่อชีวิตของผู้ป่วย ไม่ว่าจะเป็นคู่รัก เพื่อน ญาติหรือคนในครอบครัว หรือแม้แต่ความสัมพันธ์กับคนที่ทำงานก็ถูกระทบกระเทือนได้ในรูปแบบเดียวกัน จึงเสมือนกับเป็นสิ่งปกติธรรมดาอยู่เองที่ผู้ป่วยจะแยกตัว รู้สึกอ้างว้างและเหงา นอกจากนี้ในด้านความสัมพันธ์ทางเพศก็มีปัญหาว่า เขามีเพศสัมพันธ์กับคนรักได้หรือไม่ และจะต้องปฏิบัติตนอย่างไร สิ่งเหล่านี้อาจเป็นภาระหนักของผู้ป่วย อาจทำให้ความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับคู่รักต้องหยุดชะงักลงไปทั้งจากสาเหตุทางตัวผู้ป่วยเอง ประกอบกับปฏิกิริยาตอบสนองของคู่รักอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้

ก. ความเป็นกังวลในเรื่องความผิดถูกทางศีลธรรม (Moral Concern) เกิดขึ้นพร้อมกับความสงสัยในสิ่งต่าง ๆ ว่า สิ่งใดที่ทำได้และสิ่งใดไม่ควรทำ ความกลัวว่าตนจะเป็นผู้นำเชื้อโรคร้ายไปติดแก่คนที่ตนรัก นำมาซึ่งความรู้สึกผิด บางครั้งความรู้สึกผิดอาจถูกกระตุ้นจากการที่สังคมหรือบุคคลอื่นประนามวิธิดำเนินชีวิตของกลุ่มผู้ป่วยเหล่านี้ และเมื่อมองย้อนกลับไปที่เกิดความรู้สึกผิดกับสิ่งที่ผ่านมามีความรู้สึกผิดเหล่านี้บางครั้งรุนแรงมากจนทำให้ผู้ป่วยมีความคิดอยากลงโทษตนเอง หรือทำร้ายตนเอง นอกจากความรู้สึกผิดจะเกิดขึ้นในผู้ป่วยเองแล้ว ความรู้สึกผิดยังเกิดขึ้นกับบุคคลรอบข้างผู้ป่วยด้วย ไม่ว่าจะเป็นครอบครัวเพื่อน คู่รัก หรือแม้แต่ผู้รักษา อันเนื่องมาจากความขัดแย้งในเรื่องความกลัวโรคจะติดต่อมาจากผู้ป่วย กับความเมตตากรุณาที่มนุษย์ควรจะมีต่อกัน

ง. ความเป็นกังวลในความมีอยู่ของชีวิต (Existential Concern) มักไม่เกิดกับคนปกติที่ใช้ชีวิตอย่างธรรมดาทั่วไป มนุษย์เราดำเนินชีวิตไปแต่ละวันด้วยความหวังในสิ่งต่าง ๆ การทำกิจในวันนั้นวันข้างหน้า สิ่งที่ทำล้วนมีความหมายที่คงอยู่ในอนาคตมากกว่าในปัจจุบัน หากเราจินตนาการหรือลองหยุดคิดว่าไม่มีวันพรุ่งนี้ ไม่มีอะไรรอคอยในอนาคต สิ่งต่าง ๆ ที่เราทำมาหรือกำลังจะทำ จะหมดความหมายไปทันที เวลาในวันนี้ก็กลายเป็นความไร้สาระและนำมาซึ่งความทุกข์ทรมาน เพราะเราไม่รู้แล้วว่าชีวิตในวันนี้มีความหมายอย่างไร ดังนั้นหากมองย้อนกลับไปถึงการดำเนินชีวิตของเราในปัจจุบันเราจะพบว่า เราได้ลืมความจริงในเรื่องข้อจำกัดของชีวิต เราทำงานหรือใช้ชีวิตราวกับว่าเราจะอยู่ต่อไปเรื่อย ๆ ความสามารถในการปฏิเสธข้อจำกัดของชีวิต (Denial of Finitude) นี้เองเป็นคุณสมบัติอันสำคัญของมนุษย์ปกติทั่วไปที่จะคอยหนุนให้ใช้ชีวิตได้อย่างสร้างสรรค์ หรือแม้แต่ว่าใช้ชีวิตไปตามกิเลสต่าง ๆ แต่ถ้าหากความสามารถในการปฏิเสธข้อจำกัดของชีวิตหมดลง เช่น ที่ผู้ป่วยติดเชื้อมีโอกาสที่ประสบอยู่ว่าตนเองต้องตายแน่นอนในวันที่มาถึง ชีวิตมีข้อจำกัดอย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ไม่มีอะไรรอคอยอยู่ในอนาคต การวางแผนในอนาคตมีความหมายเท่ากับการเตรียมตัว สำหรับความตายสภาพของชีวิตไร้ความหมาย ก็เกิดขึ้น เกิดภาวะคับข้องใจอย่างรุนแรงที่ต้องเผชิญกับความจริงในระดับการมีอยู่ของชีวิต (Existential Vacuum) ความรู้สึกว่างเปล่า (Emptiness) แปรลกแยกจากตนเอง (Alienation) จะเกิดขึ้น ซึ่งส่วนหนึ่งจะใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ไปอย่างไร้สาระ ในขณะที่เดียวกันอาจจะมีอีกกลุ่มหนึ่งที่เข้าถึงความจริงของการมีอยู่ของชีวิต พยายามจัดความสำคัญของชีวิตใหม่ เลิกความหวังหรือภาพฝันต่าง ๆ ใช้ชีวิตที่เหลืออยู่ในการค้นหาความหมาย โดยการทำสิ่งสร้างสรรค์ภายใต้ข้อจำกัดทางเวลาที่เหลืออยู่ เพื่อบุคคล

อื่น หรือเพื่อสังคม เพราะได้รับทราบความจริงแล้วว่า โดยตนเองแล้วชีวิตนั้นว่างเปล่าและไร้สาระ สิ่งที่จะมีประโยชน์ก็คือการทำเพื่อผู้อื่นเท่านั้น บุคคลเหล่านี้จะวางตัวที่ไม่เสแสร้ง เพราะรู้ว่าไม่มีประโยชน์ที่จะต้องทำให้ผู้อื่นประทับใจอะไรในคนอื่นอีก เขาเหล่านี้จะกล้าแสดงความคิดเห็นอะไรได้ตรง ๆ และมีจิตใจที่สงบได้อย่างประหลาด แม้ในสภาพการณ์ที่แต่เดิมปกติจะเกิดความวิตกกังวลมากก็ตาม เช่น ในคนที่กลัวความสูง หรือการขึ้นเครื่องบิน ก็สามารถทำได้โดยไม่มีอารมณ์ตื่นกลัวเลยแม้แต่น้อย นอกจากนี้คนกลุ่มนี้ยังสามารถรักผู้อื่นได้ โดยไม่หวังผลตอบแทนอะไรเลยได้จริง ๆ

3. บุคคลใกล้ชิด

ในแง่ของครอบครัว ปฏิบัติทางจิตใจอารมณ์เมื่อทราบว่าสมาชิกในครอบครัวเป็นโรคเอดส์มักแสดงออกมากล้าย ๆ กับผู้ป่วยเอง คือ ซื่ออกทางอารมณ์ หงุดหงิดเกี่ยวกับเรื่องผู้ป่วยและเอดส์ สลับกับสภาวะการยอมรับได้หรือไม่สนใจ อาจมีกังวลหรือซึมเศร้าได้เช่นกัน แต่สำหรับครอบครัวแล้ว ส่วนหนึ่งจะเพิ่งรับรู้ได้ว่าสมาชิกที่ป่วยนั้นเป็นคนที่เสี่ยง เช่น เป็นคนล่าสอน คิดยาเสพติดหรืออื่น ๆ ซึ่งสิ่งเหล่านี้ทำให้ครอบครัวเองรู้สึกผิดหวัง และเหมือนกับถูกทรยศร่วมไปกับการรู้สึกผิดที่ตนไม่สามารถช่วยเหลือสมาชิกที่ป่วยได้ หรือแม้แต่รู้สึกผิดว่าตนเองเลี้ยงดูหรือดูแลสมาชิกไม่ดี จนทำให้ต้องเป็นบุคคลที่เสี่ยงและติดโรคในที่สุด นอกเหนือไปจากนี้ความรู้สึกทุกข์ใจที่จะต้องสูญเสียสมาชิกไปกับโรคร้ายในไม่ช้า ความลำบากใจในการที่จะขอความช่วยเหลือจากแหล่งช่วยเหลือภายนอกหรือญาติ ก็เป็นปัญหาที่ประดังเข้ามานอกเหนือไปจากปัญหาในตัวผู้ป่วยเองแล้ว

สำหรับผู้รักจะมีปฏิสัมพันธ์ทางอารมณ์ค่อนข้างรุนแรง ทั้งกลัวและโกรธต่อการที่ตนจะต้องสูญเสียคนที่ตนรักร่วมไปกับความกังวลเกี่ยวกับสุขภาพของตนเอง อาจรู้สึกผิดว่าตนเองอาจเป็นผู้นำโรคให้ผู้ป่วย นอกจากนี้จะมีความกลัวเป็นอย่างมาก เกี่ยวกับการขาดแหล่งที่จะให้ความช่วยเหลือและกลัวในการที่จะถูกทอดทิ้งให้อยู่ตามลำพัง

เพื่อนของผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอดส์มักจะมีอาการวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค กลัวว่าตนจะติดโรคมาน อาจมีความคิดว่าตนเองเป็นโรค (Hypochondriasis) ในแง่ความสัมพันธ์มักจะอึดอัดในการวางตัว บางคนอาจจะห่างเหินในขณะที่บางคนอาจจะเข้าไปยุ่งเกี่ยวในตัวผู้ป่วยมากเกินไปก็มี

4. กลุ่มเสี่ยง

ในอดีตที่ผ่านมาเราเข้าใจกลุ่มเสี่ยงต่อการติดตัวของโรคเอดส์ ได้แก่ กลุ่มผู้ติดยาเสพติดที่ใช้เข็มร่วมกัน กลุ่มชายรักร่วมเพศ กลุ่มรักสองเพศ กลุ่มผู้ป่วยที่ต้องรับเลือดบ่อยๆ เด็กที่คลอดจากมารดาที่มีเชื้อเอดส์ หรืออาจกล่าวง่าย ๆ ว่ากลุ่มที่มีโอกาสจะได้รับหรือแลกเปลี่ยนเลือดหรือสิ่งคัดหลั่งกับผู้ที่มิโอกาสจะมีเชื้อเอดส์เสี่ยงต่อการติดเชื้อ แต่ต่อมากลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยงมากที่สุดก็คือกลุ่มรักต่างเพศทั่วไปนั่นเอง

ในกลุ่มรักร่วมเพศ หรือกลุ่มรักสองเพศ หรือแม้แต่กลุ่มรักต่างเพศทั่วไป มักมีปฏิกิริยาตอบสนองทางจิตใจ อารมณ์ในแง่ของความวิตกกังวลเกี่ยวกับความเป็นไปได้ที่ตนเองจะติดเชื้อเอดส์ ดังเกรียดย มักเข้าพบหรือปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายแม้เพียงเล็กน้อย สมาธิลดลง การนอนหลับไม่ปกติ ความผิดปกติทางด้านจิตใจที่พบ ได้แก่ ความผิดปกติทางด้านการปรับอารมณ์เศร้า หรือกังวลเป็นอาการเด่น (Adjustment Disorder with Depressed Mood) สำหรับปฏิกิริยาตอบสนองของกลุ่มนี้ที่มีต่อสังคม ก็คือความกลัวและโกรธต่อทำที่ หรือการกระทำของสังคมที่มีต่อตน ในด้านพฤติกรรมแล้วพบว่า กลุ่มเสี่ยงกลุ่มนี้มีการลดพฤติกรรมเสี่ยงลง มีการเพิ่มการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น สำนอนน้อยลง ซึ่งทำให้อัตราการระบาดของเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มนี้ลดลง และอยู่ในภาวะที่ควบคุมได้มากขึ้น

5. สาธารณชน

สังคมได้รับผลอย่างมากจากการระบาดของเอดส์เกิดสภาวะตื่นกลัวของสาธารณชน (Public Fear) ซึ่งมีสาเหตุมาจากทั้งตัวโรคเอง และสาเหตุทางสังคมและภาวะจิตใจของคนหมู่มากร่วมกันโดยตัวโรคเองนั้นเป็นโรคติดเชื้อที่รักษาไม่ได้ ระบาดอย่างต่อเนื่อง และนำไปสู่การตายไม่ว่าจะพยายามควบคุมอย่างไร บันทอนความศรัทธาของสาธารณชนต่อวิทยาศาสตร์การแพทย์เนื่องจากความเจริญทางแพทย์ไม่สามารถหยุดยั้งการระบาดหรือความรุนแรงของโรคได้ ในแง่ของการระบาดนั้น ในระยะแรกเอดส์ถูกรับรู้ว่าเป็นโรคที่ติดต่อกันในหมู่ของชายรักร่วมเพศและกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดโดยการฉีด ทำให้กลายเป็นโรคของความเบี่ยงเบนจากความปกติ (Disease of Deviant) หรือเป็นโรคที่บุคคลที่เป็นไม่สมควรจะคบหา และจากวิธีการติดต่อดังกล่าวนำมาซึ่งการตัดสินผิดถูก (Judgemental Attitude) หรือการพิจารณาทางด้านศีลธรรม จริยธรรม ทำให้เกิดการ “กล่าวโทษแก่ผู้เคราะห์ร้าย” และการแบ่งแยกระหว่างคนปกติ หรือคนที่ประพฤติดนดีกับคนที่

ติดเชื่อเอดส์ หรือคนที่ประพาดิตนไม่ดี ตามลักษณะความเชื่อของสังคมที่ว่าโรคเอดส์นั้นเป็นโรคที่เกิดจากกิเลสของตนเอง (Disease of Passion)

ปัจจัยที่สำคัญอีกประการหนึ่ง ที่ทำให้เกิดความตื่นกลัวของสาธารณชน ก็คือกลุ่มประชากรที่เป็นโรคเอดส์นั้น ส่วนมากแล้วมักเป็นกลุ่มประชากรที่ปกติแข็งแรงมาก่อน อยู่ในวัยทำงาน อายุไม่มาก เมื่อคนในวัยนี้ต้องกลายเป็นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์และอยู่ในภาวะปฏิบัติการกิจไม่ได้หรือต้องรอรับการรักษา โดยไม่สามารถทำงานอย่างปกติได้ ถือว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรทางสังคมที่รุนแรง นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มว่า เอดส์จะแพร่กระจายไปในหมู่เด็กและทารกมากขึ้น

จากปัจจัยต่าง ๆ ดังกล่าวมีผลให้ประชาชนทั่วไปเกิดความตื่นกลัว และมีการส่งผ่านข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอดส์กันอย่างแพร่หลาย การสื่อสารในสังคมเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่ง ที่อาจทำให้ความตื่นกลัวโรคเอดส์กันอย่างแพร่หลาย การสื่อสารในสังคมเป็นอีกองค์ประกอบหนึ่ง ที่อาจทำให้ความตื่นกลัวมากจนไม่สมเหตุผล ผลเกิดความวิตกกังวลเสียขวัญ และสร้างความไม่ไว้วางใจหรือรังเกียจบุคคลที่ติดเชื้อโรคเอดส์ โดยในกลุ่มหลังที่กลัวอย่างเกินความจริง (Unrealistic Fear) นี้จะมีจำนวนหนึ่งที่มาของตรวจเลือดซ้ำแล้วซ้ำอีก กลุ่มนี้เป็นคนปกติที่ไม่เป็นโรคเอดส์ ไม่ได้ติดเชื้อเอดส์และมีความเสี่ยงต่ำ หรือไม่มีแต่มีความวิตกกังวลสูง ซึ่งเราเรียกคนกลุ่มนี้ว่า “Worried Well” โดยความกังวลนี้อาจเกิดความไม่เข้าใจหรือเข้าใจผิด (Misunderstands) เกี่ยวกับโรคเอดส์ อาจเป็นโรคใดโรคหนึ่งโดยจริง ๆ แล้วไม่เป็น และมีความต้องการที่จะพิสูจน์ตลอดเวลาว่าเป็นจริง ถ้าพิสูจน์แน่นอนแล้ว คนเหล่านี้อาจเปลี่ยนไปเชื่อว่าตนเป็นโรคอื่นไปอีก ทางแพทย์เรียกผู้ที่มีอาการเหล่านี้ว่า Hypochondriac

กลุ่ม Worried Well นี้บางครั้งอาจมีสาเหตุมาจากความรู้สึกผิด (The Guilty) โดยมากเป็นความรู้สึกผิดเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของตนเองในอดีต นอกจากนี้แล้วในคนที่มีความผิดปกติทางจิตอีก เช่น โรคย้ำคิดย้ำทำ โรคจิตเภท หรือโรคซึมเศร้า อาจมีความกังวลว่าตนเป็นเอดส์ ซึ่งเป็นความคิดที่ผิดปกติอันเป็นอาการหนึ่งของโรคทางจิตนั้น ๆ เองในขณะที่เดียวกันยังมีอีกกลุ่มหนึ่งที่รับรู้ข่าวสารด้วยความรู้สึกเฉยเมย ไม่เชื่อถือ สิ่งเหล่านี้สะท้อนถึงความหมายด้านลบของความห่วงใยสังคม (Social concerns)

6. การให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

6.1 ความเพียงพอของการให้บริการ

สำหรับในโรงพยาบาลหรือสถานบริการทางการแพทย์นั้น ได้มีผู้กล่าวไว้ว่าเมื่อมีผู้ป่วยเอดส์เพิ่มมากขึ้น และกระจายตัวไปทั่ว ๆ อัตราการครองเตียงด้วยผู้ป่วยเอดส์จะเพิ่มขึ้นตามลำดับ จนอาจมีเตียงไม่พอที่จะรับผู้ป่วยโรคอื่น ๆ ได้ ถ้าจำนวนเตียงในโรงพยาบาลยังมีอัตราเพิ่มเท่าในปัจจุบัน

ประเด็นที่ต้องคำนึงคือ จะเพิ่มหอผู้ป่วยหรือเพิ่มเตียงในโรงพยาบาลอย่างไรจึงจะเหมาะสมที่สุดในการให้บริการผู้ป่วยเอดส์ โดยให้มีปัญหาน้อยที่สุดแก่ผู้ให้บริการทางการแพทย์ และความครอบคลุมของบริการ

ปัจจุบันประเทศไทยมีจำนวนเตียงที่จะรองรับผู้ป่วยในทุกระดับทั้งหมดเพียงประมาณ 90,000 เตียงเท่านั้น รูปแบบการจัดบริการผู้ป่วยต้องกำหนดให้สอดคล้องกับความต้องการบริการ และโครงสร้างระบบบริการสาธารณสุขของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการทางด้านการแพทย์จึงมีความจำเป็นต้องคิดระบบการให้บริการผู้ป่วยดังกล่าว และพัฒนาความพร้อมของสถานบริการสาธารณสุขในส่วนภูมิภาคทุกระดับ นับตั้งแต่โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชน สถานีอนามัย และ เชื่อมโยงกับการบริการโดยครอบครัวและชุมชน ให้สามารถรองรับภาระของผู้ป่วย และให้บริการได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่มีการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อ

จากการศึกษาของศุภชัย อุทัยงาม และคณะ (2535 หน้า 7-8) พบว่าผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการจะต้องอยู่ในโรงพยาบาล 3 ครั้งต่อปี โดยอยู่โรงพยาบาลเฉลี่ยครั้งละ 12 วัน (11.96 วัน) และเตียงเพิ่ม 1 เตียง สามารถรองรับผู้ป่วยได้ 12 คน ดังนั้นจำนวนเตียงที่ต้องการ เท่ากับ จำนวนผู้ป่วย/12 เตียง โดยการพัฒนากระบวนการทางการแพทย์ เพื่อรองรับปัญหานี้ควรเป็นการขยายฐานการให้บริการโดยรวมทั้งหมดทุกแผนกทั้งทางอายุรกรรม ศัลยกรรม กุมารเวชกรรม และอื่น ๆ

6.2 คุณภาพของการให้บริการ

คุณภาพจะเกิดได้ก็ต่อเมื่อผู้ให้บริการพร้อมที่จะให้บริการด้วยความเต็มใจ และเมตตาในแนวคิดนี้การเตรียมบุคลากรด้านการแพทย์และสาธารณสุขทุกระดับทุกประเภท เป็นเรื่องจำเป็นอย่างยิ่ง เขาต้องรู้และเข้าใจที่จะต้องให้บริการที่มีคุณภาพและมีความครอบคลุมผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ทุกคน ให้มีบริการการป้องกันที่จะยับยั้งการติดเชื้อ และรักษาพยาบาลผู้ป่วยทั้งกาย จิต และวิญญาณ

บุคลากรสาธารณสุขที่ต้องเกี่ยวข้องโดยตรง หรือโดยอ้อมกับการให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ ควรจะมีความพร้อมที่จะเป็นตัวอย่างและให้การอบรมแก่ผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ ในระดับล่าง ๆ ต่อไป เช่น อาสาสมัคร ผู้นำในชุมชน บุคคลในครอบครัวผู้ป่วย เป็นต้น คนเหล่านี้จะต้องอยู่กับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ในครอบครัวและชุมชนของเขา เพื่อให้เกิดการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องได้ ประเด็นนี้รัฐอาจต้องใช้งบประมาณค่อนข้างสูงและเทคโนโลยีเหมาะสม ด้วยเหตุผลที่ว่า การอบรมโดยการให้สุศึกษาอย่างเดิม อาจไม่เพียงพอสำหรับการมีคุณภาพดังกล่าวได้ จำเป็นต้องเสริมทักษะ โดยวิธีการให้ความรู้ระดับลึกอื่น ๆ ร่วมไปด้วย

6.3 การบริการสาธารณสุขแนวใหม่

สถานการณ์การเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมอย่างรวดเร็ว ท- ปัญญาท้องถิ่น (Local Wisdom) ถูกทอดทิ้งละเลย และที่สำคัญที่สุดก็คือ ญาณแห่งการพึ่งตนเองได้ถูกทำลายลงพร้อม ๆ กับความเชื่อมั่น และความภาคภูมิใจในวิทยาการพื้นบ้าน การรักษาโรคเอดส์แต่เดิมในอดีตเน้นการมองปัญหาแบบชีวการแพทย์ (Biomedical Model) ปัจจุบันมีแนวโน้มของปัญหาแบบชีวจิตสังคม (Biopsychosocial Model) มากยิ่งขึ้น เน้นการรักษาแบบองค์รวม (Holistic Approach) ซึ่งจะช่วยให้การรักษามีประสิทธิภาพมากขึ้น ทั้งนี้เนื่องจากสถานการณ์โรคเอดส์ ช่วยสะท้อนให้เห็นอย่างชัดเจนว่าไม่มีการแพทย์ระบบใดระบบเดียวที่จะมีความสมบูรณ์ในตัวเองในอันที่จะสนองต่อปัญหาความเจ็บป่วย จำเป็นต้องใช้การแพทย์หลาย ๆ ระบบ หรือการแพทย์พหุลักษณะ (Pluralistic Medical System) จึงจะเสริมกันให้สมบูรณ์ เนื่องจากเป็นระบบการแพทย์ที่มีเนื้อหาและรูปแบบที่แตกต่างกัน มีความหลากหลายเพียงพอที่จะรองรับความแตกต่างของผู้คน และปรากฏการณ์ความเจ็บป่วย

ก. ระบบการแพทย์พื้นบ้าน (Traditional Medicine) มักผสมเชิงจริยธรรมเข้ากับการรักษา สร้างเสริมให้ผู้ป่วยมีความหวัง (Hopefulness) มีความรู้สึกที่ดีต่อตนเอง (Self-Esteem) การสนับสนุนทางสังคม (Social Support) ทำให้ผู้ป่วยเชื่อในอำนาจการควบคุมการเจ็บป่วยของตนเอง มีขวัญและกำลังใจดีขึ้น ซึ่งช่วยเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกันได้มีรายงานว่า トラบเท่าที่ผู้ป่วยยังมีความหวัง และไม่ยอมแพ้ต่อความเจ็บป่วย การถูกลามของโรคจะเป็นไปอย่างช้า ๆ จากการศึกษาพบว่าอาการสัมพันธ์กับเอดส์ของผู้ป่วยลดลงสัมพันธ์กับการหายไปของอาการซึมเศร้า และการเพิ่มขึ้นของความก้าวหน้า เนื่องจากบทบาทสำคัญของทัศนคติที่มีต่อโรค ความรู้สึกต่อสู้กับโรคร้าย และการสนับสนุนทางสังคม ความสัมพันธ์ระหว่างระบบภูมิคุ้มกันกับปัจจัย

จิตวิทยา มีความเกี่ยวข้องกับการมีอายุยืนยาวของผู้ป่วยเอดส์ (Solomon and Temoshok : 1987 อ้างใน กมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน) และตามที่รัฐบาลได้กำหนดนโยบายเร่งรัดการป้องกันและการควบคุมโรคเอดส์ โดยถือว่าเป้าหมายว่าทุกองค์กรและทุกคนจะต้องร่วมกันป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคเอดส์ ไม่ใช่เป็นภาระหน้าที่ของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ชุมชนและองค์กรซึ่งเป็น ส่วนหนึ่งของสังคมได้เล็งเห็นปัญหา และได้พยายามเข้ามามีส่วนร่วมมากขึ้น ตลอดจนได้พัฒนา รูปแบบวิธีการในการแก้ไขปัญหาระบบการแพทย์พื้นบ้านเป็นอีกแนวทางหนึ่งซึ่งสามารถลด ปัญหาลงได้ระดับหนึ่ง

ดังนั้นกฎหมายเกี่ยวกับการแพทย์พื้นบ้าน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาแผนโบราณ ควรได้รับการแก้ไขปรับปรุง นอกจากนี้การระดมทรัพยากรจากประชาชนหรือหน่วยงานภาคเอกชน ให้มีส่วนร่วมในการดำเนินการในเรื่องนี้ เป็นการเตรียมทรัพยากรเพิ่มเติม เพื่อรองรับ ปัญหาที่จะขยายมากขึ้นในอนาคต

ข. ระบบการแพทย์ตะวันตก (Professional Medicine) น่าจะมีแนวโน้มการพัฒนาเชิงคุณภาพด้านเทคโนโลยีทางการแพทย์ เทคนิคการให้บริการและการประสานงานกับ บริการดูแลสุขภาพอนามัยตนเองที่บ้าน (Home Health Care) เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับบ้านได้เร็วที่สุด อัตราการครองเตียงลดลง จำนวนเตียงว่างเพิ่มขึ้น อันเป็นวิธีทางหนึ่งที่ช่วยลดปัญหาเตียงขาดแคลน เพื่อรองรับสถานการณ์โรคเอดส์ในปัจจุบัน

ค. ระบบการแพทย์ของสามัญชน (Popular Medicine) เป็นปรากฏการณ์ทั่วไป แพร่ขานไปทั่วในวิถีชีวิตทางวัฒนธรรมและสังคมโดยไร้การจัดตั้ง เป็นมิติหนึ่งของการเกี่ยวข้องสัมพันธ์กันเชิงเครือข่ายของสังคม ระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะมีแนวคิดการดูแลสุขภาพตนเองเป็นพื้นฐานและเป็นส่วนหนึ่งของระบบการแพทย์ของสามัญชน ซึ่งเป็นระบบย่อยที่ใหญ่ที่สุดของระบบบริการสาธารณสุขในระบบการแพทย์แบบพหุลักษณะ

7.เศรษฐกิจของบุคคล ครอบครัว และสังคม

เมื่อกล่าวถึงผลกระทบทางเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในขั้นต้นคนทั่วไปมักจะคิดถึงผลกระทบที่เกิดจากการท่องเที่ยว เพราะหากนักท่องเที่ยวเดินทางเข้ามาในประเทศน้อยลงก็จะทำให้รายได้จากเงินตราต่างประเทศจากนักท่องเที่ยวลดน้อยตามไปด้วยจึงเกิดความกังวล หากจะมีการเร่งรัดบังคับป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ อย่างไรก็ตามการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ อาจก่อให้เกิดผลกระทบทางเศรษฐกิจได้หลายประการ แต่ยังไม่มีการศึกษา

วิจัยที่ชัดเจนที่ประเมินมูลค่าความสูญเสียที่เกิดขึ้น คงเป็นเพียงการคาดคะเนทิศทางหรือประเมินค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัยที่ผู้ป่วยและผู้คิดเชื่อจะต้องใช้จ่าย เพื่อรักษาสุขภาพตัวเองเท่านั้น

7.1 ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

จะเกิดค่าใช้จ่ายเพิ่มขึ้นทั้งฝ่ายผู้ป่วย และฝ่ายผู้ให้บริการหรือรัฐ ค่ายาที่จะบรรเทาโรคหรืออาการข้างเคียงค่อนข้างสูงมาก จากรายงานของมิชชี วีระไวทยะ และคณะได้ศึกษาพบว่าจากการประเมินผลสูญเสียทางเศรษฐกิจ โดยการคำนวณจากค่าใช้จ่ายด้านสุขภาพอนามัย ทั้งจากต้นทุนค่าใช้จ่ายของรัฐและเอกชนรวมทั้งการสูญเสียรายได้ เนื่องจากการเจ็บป่วยในปี 2534 คิดเป็นมูลค่าประมาณ 2,425-2,500 ล้านบาท ซึ่งหากไม่มีมาตรการป้องกันและควบคุมโรคที่เหมาะสมแล้ว ในปี 2534 ค่าใช้จ่ายดังกล่าวจะเพิ่มขึ้นเป็น 45,000-55,000 ล้านบาท โดยเฉพาะยาที่ใช้ในการรักษา โดยไม่รวมยา AZT คิดเป็นมูลค่า 1,000-1,500 บาท/ครั้ง การรักษาพยาบาลโรคเอดส์จึงจัดว่ามีค่าใช้จ่ายสูงมาก จึงปรากฏว่าครอบครัวผู้ป่วยเอดส์บางครอบครัวต้องขายทรัพย์สิน เพื่อมาเป็นค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล

จากการศึกษาดัชนีทุนสำหรับการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข (สุภชัย ฤกษ์งาม และคณะ , 2535 หน้า 20-44 อ้างในกมลมาลย์ วิรัตน์เศรษฐิน) ช่วยในการคาดประมาณความต้องการใช้ทรัพยากรของรัฐ หรือของโรงพยาบาลที่จะต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วย และทำให้ทราบถึงภาระทางการเงินที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องรับผิดชอบ ซึ่งบ่งถึงภาวะทางเศรษฐกิจและสังคมรวม (Socio-Economic Aspect/Impact of AIDS) ดังต่อไปนี้

ก. การศึกษาดัชนีทุนภายใน (Internal Cost หรือ Hospital Care Cost) ทำให้สามารถคาดประมาณความต้องการใช้ทรัพยากรของรัฐ หรือของโรงพยาบาลที่จะต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์โดยสรุปแต่ละเตียงที่เพิ่มขึ้นต้องการงบประมาณ ประมาณ 299,916 บาท/เตียง/ปี นอกจากนี้การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์หากตั้งแต่เริ่มติดเชื้อจนกระทั่งเสียชีวิตโดยเฉลี่ยแล้วประมาณกันว่าใช้งบประมาณไม่น้อยกว่า 1 ล้านบาท/คน (Velimirovic, 1987 : 541-552) จากสถิติทางระบาดวิทยาประมาณว่า ในปี 2535 จะมีผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างน้อยรวมกันประมาณ 5,000 คน หากทุกคนได้รับการรักษาตั้งแต่ต้น จะสิ้นเปลืองงบประมาณไม่ต่ำกว่า 5,000 ล้านบาท หรือเท่ากับประมาณ 1 ใน 3 ของงบประมาณกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด ซึ่งใช้ต่อสู้กับทุก ๆ โรคใน

ปัจจุบัน ทั้งนี้ยังไม่ได้รวมค่าใช้จ่ายอื่น ๆ ในการรณรงค์กับโรคเอดส์ เช่น ค่าตรวจเลือด ค่าใช้จ่ายในการระดมให้สูขศึกษา

ดังนั้นการเตรียมความพร้อมในการใช้ทรัพยากรอย่างมีประสิทธิภาพ จัดสรรค่าใช้จ่ายในการควบคุมโรคต่าง ๆ ในอัตราที่เหมาะสม เป็นสิ่งที่ต้องเตรียมการตั้งแต่ในปัจจุบันเพื่อไม่ให้งบประมาณค่าใช้จ่ายในการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์กระทบต่อการควบคุม และรักษาโรคอื่น ๆ ในอนาคต

ข. การศึกษาต้นทุนภายนอก (External Cost) เป็นต้นทุนที่เกิดจากการมารับบริการของผู้ป่วยและญาติ ทำให้ทราบถึงภาวะทางการเงินที่ผู้ป่วยและครอบครัวจะต้องรับผิดชอบ ประมาณ 1,153.94 บาท

7.2 การเสียโอกาสในการทำงาน

เนื่องจากส่วนใหญ่ของผู้ป่วยเอดส์ในเวลานี้เป็นผู้ที่อยู่ในวัยแรงงาน เป็นกลุ่มประชากรที่กำลังหารายได้ให้แก่ครอบครัวและประเทศชาติ การตายก่อนเวลาอันควรของประชากรกลุ่มนี้จะเกิดความสูญเสียแก่ประเทศ ทั้งนี้จะรวมถึงการเสียตลาดแรงงานใน 10-20 ปีข้างหน้า เพราะยังไม่สามารถสร้างสมาชิกใหม่ขึ้นมาได้ทันกาล

7.3 การเสียโอกาสในการพัฒนาประเทศให้เป็นสังคมอุตสาหกรรมใหม่

สถานภาพสุขภาพ (Health Status) เป็นปัจจัยสำคัญต่อความเจริญก้าวหน้าทางเศรษฐกิจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุบัติการณ์ของโรคเอดส์ ซึ่งพบสูงสุดในวัยแรงงาน ทำให้ผลผลิตในการทำงานแรงงานสตรี การสูญเสียแรงงานดังกล่าวส่งผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของบุคคลและครอบครัว ทำให้อำนาจการซื้อลดลง เกิดภาวะหนี้สิน ความยากจน และผลกระทบมีลักษณะขยายวงกว้าง (Aggravate) สู่สังคม ทำให้เกิดปัญหาอาชญากรรม ปัญหาสุขภาพจิต ปัญหาโสเภณี และส่งผลกระทบต่อความเชื่อถือของต่างชาติ เกิดภาวะขาดดุลการค้า ปรากฏการณ์ดังกล่าวนับเป็นอุปสรรคต่อการพัฒนาประเทศให้เป็นสังคมอุตสาหกรรมใหม่โดยตรง นอกจากนี้วัยแรงงานนับเป็นวัยที่มีการสะสมประสบการณ์ในการทำงานในระดับหนึ่งเปรียบเป็นแรงงานฝีมือหรือกึ่งฝีมือ การสูญเสียประชากรกลุ่มนี้ออกจากระบบแล้ว ทำให้ความได้เปรียบเชิงกำลังแรงงานของประเทศลดน้อยลงและจำเป็นต้องฝึกอบรมคนใหม่ ๆ เข้าสู่ระบบเพื่อทดแทน

8. ด้านการศึกษา

สถานการณ์โรคเอดส์มีผลกระทบด้านการศึกษาทั้งทางตรงและทางอ้อม กล่าวคือก่อให้เกิดภาวะขาดเรียน (Absenteeism) หรือลาออก ทั้งในกลุ่มที่ติดเชื้อ ซึ่งมีโอกาสป่วยสูงและกลุ่มปกติซึ่งอาจต้องมาดูแลผู้ป่วย ช่วยงานบ้าน หรือช่วยหาเลี้ยงครอบครัว ดังนั้นการลงทุนด้านการศึกษาของครอบครัวจะลดลง เนื่องจากขาดแรงจูงใจหรือแรงผลักดันที่จะเรียน อัตราการรู้หนังสือ (Literacy Rate) ลดลง คุณภาพประชาชนลดลง

นอกจากนี้สถานการณ์โรคเอดส์ปัจจุบันพบอัตราการติดเชื้อในกลุ่มทารกสูงขึ้นตามลำดับ กล่าวคือในแต่ละปีมีหญิงตั้งครรภ์ 1,000,000 คน พบหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอดส์ 10,000 คน/ปี ด้วยอัตราการติดเชื้อเอดส์ในหญิงตั้งครรภ์โดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 1 ดังนั้นทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อ 3,000 คน/ปี ด้วยอัตราติดเชื้อเอดส์จากมารดาโดยเฉลี่ยคิดเป็นร้อยละ 30 เด็กกลุ่มนี้จะมีชีวิตอยู่ได้ไม่เกิน 2-5 ปี ขณะเดียวกันเด็กอีก 7,000 คน/ปี ซึ่งตกเป็นเหยื่อของโชคชะตาต้องสูญเสียที่พึ่งในชีวิตให้กับโรคเอดส์ กลายเป็นเด็กกำพร้าในที่สุด และถูกทอดทิ้งให้เร่ร่อนเผชิญอยู่เพียงลำพังในสังคมไทย เด็กทั้ง 2 กลุ่มนี้ จะต้องสูญเสียโอกาสในการศึกษาเล่าเรียน ทำให้อัตราการเข้าเรียนระดับประถมศึกษาลดลง ซึ่งจำเป็นต้องมีการปรับแผนการศึกษาชาติ

9. จรรยาบรรณและสิทธิมนุษยชน

เรื่องนี้เป็นประเด็นที่มีการถกเถียงกันมากที่สุดในการยับยั้งการติดเชื้อและการดูแลผู้ป่วยเอดส์และคงยังไม่มีคำตอบที่ถูกต้องในทุกคนได้ในปัจจุบัน

ความจริงวัฒนธรรมไทยในอดีต ไม่ได้พูดถึงจรรยาบรรณมากนัก เนื่องจากเป็นสังคมที่ไม่มีสถาบันเหมือนปัจจุบัน คนแต่ก่อนมีศาสนาอยู่ในใจ มีวินัยอยู่ในตัว มีบรรทัดฐานที่ค่อนข้างดีกว่าปัจจุบัน จึงไม่มีใครมีใครพูดถึงสิทธิมนุษยชน พูดถึงจรรยาบรรณหรือจริยธรรมมากนักก็ได้ คนไทยค่อนข้างจะปล่อยวาง และ “ไม่เป็นไร คือไทยแท้” วัฒนธรรมตะวันตกนำเข้ามาโดยคนไทยที่เป็นนักวิชาการทั้งหลายตามมาด้วยกระแสโลกาภิวัตน์ จึงมีการปกป้องสิทธิมนุษยชน มีประเด็นปัญหาที่น่าหยาบคายขึ้นมาพิจารณา เช่น

9.1 ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อยอมต้องการปกป้อง

ทุกคนต้องการให้เรื่องร้าย ๆ ของตนเป็นความลับ จนบางคนถึงขั้นเสียใจไม่อยากไปเจาะเลือดเพราะถ้าไม่เจาะเลือดก็ไม่ต้องรู้ว่าตัวเองติดเชื้อหรือเปล่า ตามหลักสิทธิมนุษยชน ก็

ไม่ควรมีใครบังคับให้เขาตรวจเลือด แต่ก็ยังเป็นหนทางหนึ่งซึ่งอาจก่อการแพร่เชื้อโดยไม่รู้ตัวต่อไปได้

ผู้ที่ติดเชื้อหรือผู้เป็นเอดส์ก็ไม่อยากให้ใครรู้ จะได้ไม่ถูกรังเกียจ ไม่ต้องตกงาน ไม่ต้องถูกตราหน้า ปัญหาเหล่านี้จะก้ำกั้นในตัวของเขาเอง ถ้าคนอื่นไม่รู้ว่าเขาติดเชื้อหรือเป็นเอดส์ เขาก็แพร่เชื้อต่อไปได้ ขณะเดียวกันตัวเองก็จะเครียดมากขึ้นทุกที เพราะไม่สามารถพูดกับใครได้เรื่องปัญหาของตน ไม่มีใครที่ไว้วางใจได้ ต้องพูดโทรศัพท์หรือไปปรึกษาบริการนิรนาม แล้วก็อาจนอนกับภรรยา/สามีต่อไป โดยไม่ป้องกัน แล้วสิทธิที่จะป้องกันตัวเองนี้ถูกต้องหรือไม่ กระทั่งแพทย์และพยาบาลหลายคน ยังไม่ต้องการตรวจเลือด เพื่อคิดว่าติดเชื้อเอดส์หรือไม่

9.2 สำหรับผู้บริหารที่มีหน้าที่ป้องกันปราบปรามโรค

น่าจะมีสิทธิตรวจค้นพิสูจน์เพื่อหาผู้ติดเชื้อ เพื่อบำบัดรักษา ให้การดูแล และให้คำแนะนำที่ถูกต้อง เพราะปัญหาเหล่านี้เป็นปัญหาของชุมชนของประเทศ เช่น ในกรณีที่ภรรยาติดเชื้อเอดส์ ขอให้สามีมาเจาะเลือดตรวจ สามีอาจใช้สิทธิขอไม่ตรวจ แล้วละทิ้งภรรยาไปเลยก็ได้

ยังไม่มีข้อยุติในเรื่องของการทำ Routine Screening HIV Testing แนวในปัจจุบันคือ ศัลยแพทย์มักจะให้ตรวจก่อนทำการผ่าตัด ส่วนรายฉุกเฉินก็เป็นข้อยกเว้น แต่ก็มักให้ตรวจเพราะจะได้ทราบผล และให้การดูแลที่ถูกต้องภายหลังต่อไป ปัญหาความเหมาะสมพอดีระหว่าง Universal Precautions และ Routine HIV Testing คงจะยังไม่เป็นที่ยุติ

ในอนาคตนโยบายของรัฐจำเป็นต้องวางนโยบายนโยบายให้เกิดสภาพสมดุลในเรื่อง Screening โดยการจัดสัมมนา เพื่อหาข้อกำหนดและนโยบายวิธีการเพื่อใช้ในหน่วยงานต่าง ๆ ของรัฐ และเป็นสิ่งที่ควรเร่งกระทำ เพื่อผดุงไว้ซึ่งสิทธิของแต่ละบุคคลและผลได้ผลเสียต่อการควบคุมโรคและทุกวันนี้รัฐต้องจ่ายค่าใช้จ่ายในการตรวจ HIV Testing ในผู้ป่วยผ่าตัดเป็นจำนวนไม่น้อย และเพิ่มมากขึ้นทุกทีพร้อมกันนี้รัฐเองก็สนับสนุน Universal Precautions ทำให้เกิดความรู้สึกว่าควรจะใช้ Universal Precautions พร้อม ๆ กับ Routine HIV Testing ทุกคนเสมอไป

9.3 สำหรับแพทย์และพยาบาล

ซึ่งเป็นอาชีพที่มีเกียรติและเคยเป็นความใฝ่ฝันของเด็กนักเรียนมัธยมทุกคนที่อยากจะเป็นแพทย์ เพื่อจะได้ช่วยเหลือชีวิตเพื่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกันให้รอดพ้นจากโรคภัยไข้เจ็บ และเชื่อกันว่าคนที่ฉลาดที่สุดเท่านั้นจึงจะสามารถเป็นศัลยแพทย์ได้ แต่เมื่อไม่นานมานี้ในยุคที่เอดส์ระบาด กลับมีกระแสข่าวว่านักศึกษาแพทย์ไม่ยอมเป็นศัลยแพทย์ เพราะต้องเสี่ยงชีวิตของตน

เองด้วยเกรงว่าอาจเกิดความผิดพลาดระหว่างการปฏิบัติหน้าที่ ทำให้ตนเองได้รับเชื้อเอชไอวีจากผู้ป่วยที่ได้รับการรักษาในแต่ละวันได้ นอกจากนี้กรอบกว้างของแพทย์และพยาบาลที่ต้องปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ก็พลอยเครียดตามไปด้วย ความรู้สึกว่าจะต้องเสี่ยงชีวิตในการปฏิบัติงานปกติในแต่ละวัน จึงเป็นอีกที่หนักเพราะเป็นความขัดแย้งระหว่างคุณธรรมแห่งวิชาชีพและสามัญสำนึกของการรักชีวิตของผู้อื่น หลายครั้งที่มิเชื่อว่าแพทย์ทนความกดดันไม่ไหว ลาออกจากราชการหรือขอย้ายไปทำงานที่อื่นที่ไม่เกี่ยวข้องกับการรักษาโรคเอดส์

เคยมีกระแสด้านการให้บริการผู้ป่วยเอดส์อยู่บ้าง ในระยะแรก ๆ ที่มีผู้ป่วยจรรยาบรรณจะไปไหน มีคำถามเหมือนกันว่า โดยสิทธิแล้วแพทย์และพยาบาลมีสิทธิที่จะเลือกรักษาหรือไม่ แพทย์และพยาบาลมีสิทธิจะเลือกตรวจสอบภาวะติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยโดยไม่ได้รับอนุญาตได้หรือไม่ โดยเฉพาะในกรณีที่มีโอกาสเสี่ยงสูงต่อการรับเชื้อจากผู้ป่วย ถึงจะมี Universal Precautions แล้วก็ตาม ปัจจุบันมีการยอมรับมากขึ้นแล้ว แต่ก็ยังไม่ทั่วถึง สถานบริการหลาย ๆ แห่ง แม้กระทั่งโรงพยาบาลบำราศนราดูรก็ยังมีมาตรการ Fully Universal Precautions ใช้สำหรับกรณีสัมผัสเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี และประการสำคัญที่สุด งบประมาณสำหรับมาตรการ Universal Precautions ไม่เพียงพอ ดังนั้นการเลือกรักษาโดยเฉพาะอย่างยิ่ง การละเมิดสิทธิในการเจาะเลือดเป็นบวก แม้จะไม่ครอบคลุมผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีโรคข้างเคียง/ฉวยโอกาส ไปขอรับการรักษาแล้วถูกปฏิเสธ บอกว่าเตียงเต็ม ถ้าถูกบอกว่าเตียงเต็มสัก 2 โรงพยาบาล ก็คงหมดกำลังใจไปอีกหลายเท่า และข่าวที่ปรากฏในหนังสือพิมพ์ว่านักศึกษาฆ่าตัวตายโดยการกระโดดตึก เมื่อทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวี

9.4 นายจ้าง

ปัญหาโรคเอดส์ทำให้สถานการณ์แรงงานในอนาคตของประเทศเกิดความขาดแคลน ปัญหาแรงงานกับโรคเอดส์นี้ทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องต้องทำความเข้าใจให้ชัดเจนและตรงกันว่า จะเกิดปัญหาเมื่อประชากรวัยแรงงานเกิดป่วยด้วยสาเหตุจากโรคเอดส์จนไม่สามารถทำงานได้ เพราะในหลายกิจการ นายจ้างเลิกจ้างเพราะรังเกียจผู้ติดเชื้อ หรือเพราะผู้ร่วมงานรังเกียจทั้งที่ในระยะของการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อสามารถทำงานได้เท่ากับคนปกติ หากมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อแล้วสถานการณ์เกี่ยวกับโรคเอดส์ ทำให้เกิดความหวาดกลัว ซึ่งส่งผลกระทบต่อวัฒนธรรมของคนในสังคม และด้วยคำถามเดียวกันว่า โดยสิทธิแล้วนายจ้างมีสิทธิที่จะคัดเลือคนุคคลเข้าร่วมทำงานหรือไม่

10. ด้านการวางแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 (พ.ศ.2540-2544)

การเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็วของผู้ติดเชื้อเอดส์จนมีจำนวนเป็นแสน ๆ ราย จากการคาดประมาณ ปี 2537 ประมาณ 4-5.6 แสนราย และหากไม่มีการป้องกันและควบคุมอย่างจริงจังแล้ว คาดว่าในปี 2543 จะมีผู้ติดเชื้อสูงถึง 2-4 ล้านคน จะนำมาซึ่งการเจ็บป่วยและตายของประชาชนจากโรคเอดส์ในที่สุด ย่อมส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคมของประเทศในวงกว้าง ดังต่อไปนี้

10.1 ผลกระทบโดยตรง

ค่าใช้จ่ายในการป้องกันการติดเชื้อทั้งทางด้านพฤติกรรมสังคม และทางการแพทย์ เช่น การประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ให้มีพฤติกรรมเสี่ยงและการป้องกันการติดเชื้อในสถานพยาบาลแบบครอบจักรวาล (Universal Precautions) สำหรับผู้ป่วยเอดส์ก็ต้องให้การรักษา ซึ่งเมื่อเปรียบเทียบกับโรคอื่น ๆ จะใช้เวลานานในโรงพยาบาลมากกว่าและแพงกว่า โดยเฉพาะค่ายาต้านไวรัสเอดส์ AZT มีราคาแพงและต้องกินต่อเนื่องเป็นเวลานาน สำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์แล้วก็จะเจ็บป่วยด้วยโรคฉวยโอกาสบ่อย เช่น ไข้หวัด วัณโรค ท้องเสีย เป็นต้น ผลกระทบโดยตรงอาจจะเห็นเด่นชัดขึ้นเรื่อย ๆ โดยเฉพาะในช่วงปลายแผนฯ 8 มีแนวโน้มว่าเตียงและบุคลากร สาธารณสุขจะมีไม่เพียงพอ และงบประมาณด้านเอดส์จะสูงขึ้น ซึ่งที่ผ่านมาได้เพิ่มขึ้นจาก 4.6 ล้านบาท ในปี 2531 เป็น 1,143 ล้านบาท ในปี 2537 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอีกในอัตราสูง

10.2 ผลกระทบโดยทางอ้อม

ภาพรวมด้านเศรษฐกิจ ผลผลิตจะตกต่ำ รายได้ประชาชนจะลดลงและครัวเรือนขาดรายได้ เนื่องจากเจ็บป่วย ต้องขาดงานบ่อยหรือออกจากงาน เงินออมจะลดลง การลงทุนลดลง การส่งออกลดลง แต่ในทางกลับกันการนำเข้าอาจสูงขึ้น ส่งผลให้ดุลการชำระเงินมีแนวโน้มไม่แจ่มใส

ภาพรวมด้านสังคม สังคมจะปั่นป่วน โครงสร้างประชากรและครัวเรือนเปลี่ยนแปลงไป เด็กกำพร้าจะมากขึ้น อัตราการเรียนต่อต่ำ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ และคุณภาพชีวิตจะทำได้ยากขึ้น

อย่างไรก็ตามในช่วงแผนฯ 8 คงจะไม่มีผลกระทบโดยทางอ้อมมากนัก เนื่องจากจำนวนผู้ติดเชื้อมิได้ปรากฏอาการป่วยหรือตายทันที คนที่ดูแลสุขภาพดีอาจจะมีชีวิตอยู่อย่างปกติเป็นแรงงานของประเทศได้ต่อไปเป็นสิบ ๆ ปี แต่ที่อาจจะมีผลกระทบเห็นเด่นชัดบ้าง คือการส่งแรงงานออกนอกประเทศ และการลงทุนจากต่างประเทศอาจลดลง เพราะแรงงานไม่สามารถ

เป็นตัวดึงดูดการลงทุนเหมือนที่ผ่านมา ทางด้านสังคม เด็กกำพร้าก็จะมากขึ้น ซึ่งสถาบันวิจัยทาง ด้านสังคมและประชากร มหาวิทยาลัยมหิดล คาดว่าในปี 2543 จะมีเด็กกำพร้า (<12 ปี) ที่แต่ติด เชื้อเอดส์สูงถึง 86,000 คน

การวางแผนในช่วงแผนฯ 8 จึงเน้นเตรียมแก้ไขปัญหาก็จะมีผลกระทบโดย ทางตรงที่มีแนวโน้มว่าจะเป็นปัญหารุนแรงยิ่งขึ้น อาทิ ด้านสาธารณสุขเน้นแนวทางที่จะเตรียม ครอบคลุมชุมชนตลอดจนสนับสนุนองค์กรสาธารณสุขประโยชน์ และภาคเอกชนเข้ามามีส่วนร่วม ช่วยแบ่งเบาภาระของภาครัฐ ในการดูแลผู้ป่วยในชุมชนให้สามารถมีสุขภาพพลานามัยแข็งแรงทั้ง ด้านร่างกายและจิตใจ เพื่อเป็นกำลังแรงงานให้ได้นานที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ ส่วนผู้ที่ตายก็ให้ ได้ตายอย่างสงบ ตลอดจนช่วยแก้ไขปัญหาและป้องกันปัญหาสังคมอื่น ๆ อาทิ ปัญหาเด็กกำพร้า และการป้องกันการเข้ามาเป็นโสเภณีเด็ก เป็นต้น

ส่วนด้านการป้องกัน ก็ยังให้ความสำคัญอยู่ โดยเตรียมแนวทางที่จะไม่ให้มีผู้ติด เชื้อรายใหม่ ซึ่งหากว่าเราสามารถควบคุมไม่ให้จำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้น ผลกระทบทางอ้อมต่อการ วางแผนในอนาคตในภาพรวม ก็คงจะไม่มีมากนัก คือไม่ถึงกับต้องเปลี่ยนรูปแบบและโครงสร้าง การผลิตเพราะสาเหตุจากโรคเอดส์ อาทิ ผลกระทบต่อแรงงาน หากจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์มี 600,000 รายประมาณร้อยละ 90 อยู่ในวัยแรงงาน ก็คิดเป็นจำนวน 540,000 คน แต่เมื่อเทียบกับ จำนวนแรงงานทั้งประเทศแล้ว มีผู้ติดเชื้อเอดส์เพียงร้อยละ 1.6 ของจำนวนแรงงาน ทั้งหมดเท่า นั้น ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นแรงงานในภาคเกษตรกรรมผู้ใช้แรงงานไม่มีฝีมือ จึงเป็นที่คาดหวังกันว่า เศรษฐกิจไทยจะไม่ชะงักงันเพราะโรคเอดส์ภายในช่วงแผนพัฒนา ฉบับที่ 8 นี้

แม้ว่าสถานการณ์การระบาดของโรคเอดส์เสมือนเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม และวัฒนธรรม เป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อการเปลี่ยนสังคม ค่านิยมต่าง ๆ รวมทั้งความหวาดกลัว และพฤติกรรม ของมนุษย์ในสังคม ปรากฏการณ์ดังกล่าวนอกจากก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านลบดังกล่าวข้าง ดั้นทั้งทางกาย(Somatic) ทางจิตวิทยา(Psychologic) และทางสังคม (Social) แล้วยังก่อให้เกิด ผลกระทบทางด้านบวกตามมาในทั้ง 6 ด้านเช่นกัน กล่าวคือ

1.เกิดความร่วมกัน ในการแก้ไขปัญหาคาระบาด ของโรคเอดส์แบบสหวิทยาการ (Multidisciplinary Approach) อย่างกว้างขวาง หน่วยงานหลายฝ่ายมีการรณรงค์แก้ไขปัญหของ ห่วงที่มีอาชีพให้บริการทางเพศจริงจัง รณรงค์การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศในชายไทยบาง กลุ่ม ให้เลิกเที่ยวหรือเที่ยวหญิงบริการน้อยลง รณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยในการร่วมเพศกับ

หญิงบริการในกลุ่มชายนักเที่ยวมากขึ้น สื่อมวลชนและนักวิชาการมีการพูด เขียน และศึกษาเกี่ยวกับเรื่องเพศและพฤติกรรมทางเพศอย่างเปิดเผยและแพร่หลายมากขึ้น มีการรณรงค์ให้สุขศึกษาในทุกหน่วยงานเพื่อให้ครอบคลุมประชากรทุกกลุ่ม

2. จำนวนประชากรลดลงโดยธรรมชาติ ทำให้แหล่งทรัพยากรต่าง ๆ กลับคือสู่ภาวะสมดุล เป็นไปตามทฤษฎีของชาร์ล ดาร์วิน ภาวะการแก่งแย่งแข่งขันทางสังคมลดลง ความกดดันทางสังคมลดลง ปัญหาอาชญากรรมลดลง

3. เป็นการปรับโครงสร้างสังคมใหม่ มีการจัดระเบียบสังคมใหม่ ทั้งหมดเป็นการชักพอกสังคมให้สะอาดขึ้น สังคมที่เบาบางลงจะเป็นสังคมที่มีคุณภาพ ความสัมพันธ์ของสมาชิกในครอบครัวแน่นแฟ้นขึ้น ระบบครอบครัว สังคม วัฒนธรรมงดงามขึ้น

4. การปรับเปลี่ยนพฤติกรรม โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ (Sex Deviation) เข้าสู่พฤติกรรมทางเพศที่ปกติ (Normal Sex Behavior) พฤติกรรมทางเพศเป็นเรื่องธรรมชาติ ไม่ใช่เรื่องของการเสพ หรือค่านิยมที่ผิด ๆ การล่วงละเมิดต่อสปีลข้อ 3 ลดลง ความเหลื่อมล้ำและปัญหาการกดขี่ทางเพศลดลง กิจกรรมทางเพศพาณิชย์ลดลง

5. เกิดแหล่งบันเทิงใหม่ ๆ ที่ไม่ใช่แหล่งบันเทิงทางอบายมุข สถานเริงรมย์ และสิ่งเร้าทางเพศ ซึ่งปัจจุบันอาจกล่าวได้ว่าแหล่งบันเทิงเหล่านั้นเกิดขึ้นราวกับดอกเห็ด

6. สุขภาพดีถ้วนหน้า ประชากรมีสุขภาพดีทั้งทางกาย ใจ และสังคม อย่างแท้จริง จริยธรรม และคุณธรรม กลับคืนสู่สังคมอีกครั้ง แม้จะไม่ใช่ปี 2543

แบบจำลองความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model)

ความชัดเจนของตัวแปรในแบบจำลองนี้ ได้อธิบายตามตามความคิดของโรเซนสตอค ได้ดังนี้คือ (Rosenstock 1969 ; 1974 : 330)

1. การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยง (Perceived Susceptibility) เป็นการรับรู้ว่าคุณคนมีโอกาสเจ็บป่วยได้และจะมีพฤติกรรมเพื่อหลีกเลี่ยงภาวะที่เจ็บป่วย จึงจำเป็นต้องมีพฤติกรรมอนามัยเกี่ยวกับการป้องกันโรคในระดับที่แตกต่างกัน

จากการรายงานการวิจัยต่าง ๆ พบว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคหรือการเจ็บป่วยนั้น มีผลต่อการป้องกัน รักษาโรคและส่งเสริมสุขภาพเป็นอย่างยิ่ง ซึ่งบุคคลใดที่มีการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคดีนั้นจะเอาใจใส่ต่อสุขภาพของตนเอง มีพฤติกรรมในการป้องกันการ

โรค เช่นงานวิจัยของ วัลภา ผิวทน (2527 : ค) พบว่าการรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคมีความสัมพันธ์ทางบวกกับความร่วมมือของมารดาในการนำเด็กมารับภูมิคุ้มกันอย่างมีนัยสำคัญ

จากการศึกษาต่าง ๆ ดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคนั้นเป็นปัจจัยสำคัญในการชักนำให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพในด้านการป้องกันโรคและส่งเสริมสุขภาพได้

2. การรับรู้ถึงความรุนแรง (Perceived Severity)

แม้ว่าบุคคลจะรับรู้และตระหนักดีว่าตนเองมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดโรคอย่างเดียวยังไม่เพียงพอที่จะเกิดพฤติกรรมขึ้น แต่จะต้องรับรู้และประเมินด้วยว่าโรคที่มากุ่ความต่อสุขภาพนั้น ๆ มีความรุนแรงในระดับใด ความรุนแรงที่รับรู้นี้อาจประเมินได้โรคอาศัยระดับต่าง ๆ กันของการกระตุ้นทางอารมณ์ (emotional arousal) ที่เกิดขึ้นเมื่อบุคคลนั้น เช่น การที่บุคคลมองปัญหาสุขภาพว่าโรคนั้นจะนำไปสู่ความตายได้หรือไม่ หรือการเป็นโรคนั้นจะมีผลไปต่อระบบการทำงานของร่างกายและจิตใจมากเพียงใด หรือโรคนั้นนำไปสู่ภาวะความพิการในลักษณะภาวะหรือไม่จะมีผลกระทบต่อการทำงานของตนและครอบครัวอย่างไร

3. การรับรู้ถึงประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม (Perceived Benefit and Cost)

ถึงแม้ว่าบุคคลจะรับรู้ถึงโอกาสเสี่ยงต่อการเป็นโรคติดเชื้อและรับรู้ถึงความรุนแรงต่อโรคเป็นอย่างดีแล้วก็ตาม แต่การที่จะให้ความร่วมมือ ยอมรับและปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ได้นั้น เขาจะต้องรับรู้ถึงประโยชน์ของการรักษาโดยที่รับรู้ถึงสิ่งที่เขาจะปฏิบัตินั้นว่าเป็นวิธีที่ดีมีประสิทธิภาพ เป็นประโยชน์ต่อตนเองและบุคคลที่ใกล้ชิด

4. การรับรู้ถึงอุปสรรคของการปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันโรค(Perceived Barrier)

เป็นการคาดการณ์ล่วงหน้าของบุคคลต่อการปฏิบัติพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพอนามัยของบุคคลในทางลบได้แก่ ค่าใช้จ่าย เวลาในการมารับบริการสุขภาพ ความพึงพอใจในบริการที่ได้รับ ผลที่เกิดจากการปฏิบัติพฤติกรรมให้ขัดกับอาชีพหรือการดำเนินชีวิต สิ่งเหล่านี้ถ้ามีมากจะทำให้เกิดความขัดแย้งและหลีกเลี่ยงการมีพฤติกรรมในการป้องกันโรค

จากการศึกษาดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การรับรู้ทั้ง 4 ด้านนั้นมีผลต่อการพฤติกรรมปฏิบัติตนในด้านความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

สำหรับการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยสนใจศึกษา เกี่ยวกับ

1. การรับรู้ถึงความรุนแรงของการติดเชื้อโรคเอดส์และผลกระทบ

2. การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์

3. การรับรู้ถึงประโยชน์

4. การรับรู้ถึงอุปสรรค

ซึ่งปัจจัยทั้ง 4 ประการนี้จะใช้ประเมินความเสี่ยงของประชาชนที่เป็นประชากรของการวิจัยครั้งนี้

แบบจำลองด้านนิเวศน์วิทยา(Ecology Model)

แบบจำลองนี้เป็นแบบแผนของพฤติกรรมซึ่งมีผลมาจากปัจจัยดังนี้ (Kenneth R .McLeroy, Daniel Bibeau, Allan Steckler, Karen Glang 1992:356)

1. ปัจจัยภายในบุคคล ได้แก่บุคลิกภาพส่วนบุคคล เช่น ความรู้, เจตคติ, พฤติกรรม, ค่านิยม, ความเชื่อของบุคคล, ทักษะ เป็นต้น รวมถึงประวัติการพัฒนาส่วนบุคคล

2. ปัจจัยระหว่างบุคคล ได้แก่ เครือข่ายที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการของสังคม, ระบบการสนับสนุนของสังคม รวมถึงครอบครัว, กลุ่มเพื่อนที่ทำงานร่วมกัน, และเครือข่ายเพื่อน

3. ปัจจัยด้านสถาบัน ได้แก่สถาบันทางสังคม ซึ่งมีส่วนในการพัฒนาบุคลิกภาพของบุคคล และกฎระเบียบอย่างเป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ สถาบันทางศาสนา สถาบันการเมืองท้องถิ่น สถาบันการศึกษา

4. ปัจจัยชุมชน ได้แก่ความสัมพันธ์ระหว่างองค์กร, สถาบันและเครือข่ายที่เป็นทางการและไม่เป็นทางการ ได้แก่ กลุ่มสหกรณ์การเกษตร กลุ่มอาสาสมัครสาธารณสุขประจำหมู่บ้าน

5. ปัจจัยด้านนโยบาย ได้แก่กฎหมาย ระเบียบ ข้อบังคับของรัฐฯ

ในความพยายามเพื่อจะอธิบายปัจจัยภายใน(Intrapersonal factor) หรือจิตสำนึก ความรู้ นึกคิด ในบริบทของการส่งเสริมสุขภาพ ได้มีทฤษฎีหรือแบบแผนหลาย ๆ เรื่องที่มักจะถูกกล่าวอ้างหรือนำมาใช้อธิบายพฤติกรรมของมนุษย์ในเรื่องต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ขณะเดียวกันก็มีการนำแบบแผนดังกล่าวสร้างเป็นเครื่องมือ เพื่อนำไปใช้ดำเนินกิจกรรมสอดแทรก(Intervention) เพื่ออธิบายพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้ในแง่มุมต่าง ๆ เช่น โปรแกรมอดบุหรี่ หรือโปรแกรมลดน้ำหนัก สำหรับผู้ที่ต้องการลดความอ้วน กิจกรรมดังกล่าวก็จะโยงใยกับกระบวนการสนับสนุนของสังคมรอบข้างด้วย นี่ขณะเดียวกันปัจจัยภายในก็มีการเกี่ยวพันกันกับค่านิยม ขนบธรรมเนียมประเพณีในระดับครอบครัว และชุมชนด้วย

สำหรับปัจจัยระหว่างบุคคล (Interpersonal factor) นั้นเกี่ยวข้องกับการเป็นสมาชิก (Member) ของครอบครัว ความสัมพันธ์ระหว่างเพื่อน เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงาน เหล่านี้มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพ ตัวอย่างเช่นพฤติกรรมการไปพบแพทย์ การออกกำลังกาย หรือการเสพสารเสพติดต่าง ๆ จะเห็นว่ามีจำนวนไม่น้อยที่ต้องมีบุคคลรอบข้างเหล่านี้เข้ามามีอิทธิพล หรือมีบทบาทอยู่มาก ในการดำเนินกิจกรรมเพื่อการส่งเสริมสุขภาพอนามัยนั้น

ส่วนปัจจัยในระดับองค์กร (Organization factor) เมื่อพิจารณาให้ดี จะปรากฏว่าหนึ่งในสาม ถึงครึ่งหนึ่งของชีวิตคนเรา ใช้ชีวิตผูกพันกับองค์กร ตั้งแต่โรงเรียนประถม โรงเรียนมัธยม หรือมหาวิทยาลัย เพราะฉะนั้นรูปแบบ หรือพฤติกรรมสุขภาพ ก็จะเกี่ยวข้องกับองค์กรนั้น ๆ ด้วยเช่นกัน เช่น การถูกสารเคมีในโรงงานที่ทำงาน การบาดเจ็บต่างก็จะถูกกำหนดตามวิถีชีวิตในสถานที่นั้น ๆ องค์กรนั้น ๆ จะมีอิทธิพลต่อสุขภาพของสมาชิกในองค์กร ทั้งนี้ก็เพราะองค์กรเป็นสถานที่ที่กำหนดฐานะทางเศรษฐกิจ ค่านิยม ความเชื่อ หรือวัฒนธรรมผ่านมาสู่สมาชิกขององค์กร องค์กรเป็นสถานที่สนับสนุนหรือสร้างโอกาสในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของสมาชิก โดยอาจผ่านทางหัวหน้างาน (Supervisor) ที่จะเป็นผู้นำและชี้แนะสมาชิกในการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม หรือพวกพนักงานในระดับเดียวกันที่จะพูดคุยกันเรื่องสุขภาพอนามัย เพราะฉะนั้นการเปลี่ยนแปลงหรือการตัดสินใจใด ๆ ขององค์กรที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมสุขภาพ ก็จะมีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของพนักงานด้วยเช่นกัน

ส่วนของปัจจัยชุมชน (Community factor) ถือว่าเป็นตัวเชื่อมระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ข้างต้นให้เกิดการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมสุขภาพ หรืออีกนัยหนึ่งก็คืออยู่ในฐานะของตัวเชื่อมโยงระหว่างครอบครัว เครือข่ายชุมชน อาสาสมัคร เพื่อนบ้าน องค์กรต่าง ๆ หรือในระดับภูมิภาค

มาตรการในระดับนโยบายสาธารณะ (Public policy) เช่น ประชาชนต้องอยู่ภายใต้การบังคับของกฎหมายในหลาย ๆ เรื่องก็เป็นประเด็นสำคัญประเด็นหนึ่ง ผลสำเร็จของการใช้มาตรการในระดับนโยบายของหลาย ๆ ประเทศชี้ให้เห็นว่าสามารถแก้ปัญหาต่าง ๆ ได้อย่างได้ผล ทั้งนี้รวมถึงมาตรการทางกฎหมายที่เกี่ยวกับสุขภาพอนามัยของประชาชนด้วย เช่นกฎหมายห้ามสูบบุหรี่ในที่สาธารณะบางแห่ง การขึ้นภาษีบุหรี่ยาสูบและสุรา การจัดสรรงบประมาณและอุปกรณ์สนับสนุนในโครงการวิจัยโรคต่าง ๆ เป็นต้น

จะเห็นว่าระหว่างโครงสร้างภายในหรือปัจจัยด้านในจิตใจของปัจเจกบุคคล จะส่งผลหรือเกี่ยวข้องกับสภาวะแวดล้อมที่เป็นลักษณะวงกว้างออกไปในสังคมด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง

กระบวนการตัดสินใจในระดับสูงของผู้มีอำนาจหน้าที่ที่ต้องกำหนดนโยบายในระดับสาธารณะ จะต้องมีความตระหนัก และเห็นความสำคัญในเรื่องสุขภาพอนามัยของประชาชนในส่วนรวม จึงจะนำมาซึ่งคุณภาพชีวิตที่ดีของประชาชนได้ในที่สุด(Kenneth R.McLeroy, Daniel Bibeau, Allan Steckler, Karen Glang 1992:357-364)

กฎหมายเกี่ยวกับการค้าบริการทางเพศ

กฎหมายเกี่ยวกับการค้าบริการทางเพศ(กระทรวงสาธารณสุข 2534 : 1-2) ซึ่งมีเนื้อหาสาระพอสรุปได้คือ ข้อแรกพระราชบัญญัติปรามการค้าประเวณี พ.ศ.2503 มาตรา 5,6,7 ได้บัญญัติความผิดเกี่ยวกับการค้าประเวณีไว้ดังนี้

มาตรา 5 ผู้ใดกระทำการเพื่อการค้าประเวณีหรือกระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งดังต่อไปนี้

(1) เข้าติดต่อ ชักชวน แนะนำตัว ติดตาม หรือรับเร่รับลูกค้าตามถนนหรือสาธารณะสถานหรือกระทำการดังกล่าวในที่อื่นในอันเป็นการเปิดเผยและน่าอัปยศ หรือเป็นที่เดือดร้อนรำคาญแก่สาธารณชน

(2) เตรีอเตร์ หรือคอยอยู่ตามถนนหรือสาธารณะสถานในลักษณะหรืออาการที่เห็นได้ว่าเป็นการเรียกร้องการติดต่อในการค้าประเวณี

(3) เข้ามั่วสุมในสถานการค้าประเวณี ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินสามเดือน หรือปรับไม่เกินหนึ่งพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 6 ผู้ใดกระทำการค้าประเวณีในสถานการค้าประเวณี ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินสองพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 7 ผู้ใดกระทำการค้าประเวณีต่อบุคคลเพศเดียวกัน ต้องระวางโทษจำคุกไม่เกินหกเดือน หรือปรับไม่เกินสองพันบาท หรือทั้งจำทั้งปรับ

มาตรา 11 เมื่อศาลได้พิพากษาให้ลงโทษผู้ใดตามมาตรา 5 มาตรา 6 หรือมาตรา 7 แล้ว ถ้าปรากฏว่าผู้นั้นเป็นโรคอันควรได้รับการรักษาหรือเป็นผู้ควรได้รับการอบรมฝึกอาชีพ หรือทั้งสองอย่าง อธิบดีมีอำนาจสั่งตัวผู้นั้นไปรับการรักษา และหรืออบรมฝึกอบรมอาชีพในสถานสงเคราะห์ เมื่อผู้นั้นพ้นโทษได้ตามระยะเวลาที่อธิบดีกำหนดแต่มิให้เกินหนึ่งปีนับแต่วันพ้นโทษ

จากบทบัญญัติของพระราชบัญญัติปรามการค้าประเวณีดังกล่าว ผู้ที่ถูกลงโทษฐานกระทำการค้าประเวณีตามมาตรา 6 หรือมาตรา 7 หรือผู้ที่ถูกลงโทษฐานมีพฤติกรรมเพื่อการค้าประเวณี

ซึ่งได้กระทำการอย่างใดอย่างหนึ่งตามมีระบุไว้ในมาตรา 5(1) (2) หรือ (3) เมื่อพ้นโทษตามคำพิพากษาแล้ว อธิบดีกรมประชาสงเคราะห์ได้ ถ้าปรากฏว่าผู้นั้นเป็นโรคอันควรได้รับการรักษาหรือควรได้รับการอบรมฝึกอาชีพ โรคอันควรได้รับการรักษานี้มิได้กำหนดว่าจะต้องเป็นโรคอะไรบ้าง ดังนั้น หากผู้ที่ถูกลงโทษเป็นผู้ที่ได้รับการติดเชื้อโรคเอดส์ที่อยู่ในเกณฑ์ที่จะถูกส่งไปรับการรักษาได้ ฉะนั้น ในระหว่างที่ยังไม่มีมาตรการทางกฎหมายเพื่อใช้ควบคุมและป้องกันโรคเอดส์โดยตรง บทบัญญัติของพระราชบัญญัติปรมการค้าประเวณีก็สามารถนำมาปรับใช้ได้โดยหน่วยงานที่เกี่ยวข้องคือ เจ้าพนักงานตำรวจผู้จับกุมผู้กระทำความผิด กรมราชทัณฑ์ และกรมประชาสงเคราะห์ร่วมมือประสานงานกัน

2. พระราชบัญญัติสถานบริการ พ.ศ.2509 ตามพระราชบัญญัติสถานบริการ มาตรา 3 ได้นิยามคำว่า สถานบริการ หมายความว่า สถานที่ที่สร้างขึ้นเพื่อให้บริการโดยหวังประโยชน์ในการค้าดังต่อไปนี้

- (1) สถานเต้นรำ รำวง หรือร่อนเงี่ยง ประเภทที่มีและประเภทที่ไม่มีหญิงพาร์تنเนอร์บริการ
- (2) สถานที่ที่มีอาหาร สุรา น้ำชา หรือ เครื่องดื่มอย่างอื่น จำหน่ายและบริการ โดยมีหญิงบำเรอสำหรับปรนนิบัติลูกค้า หรือโดยมีที่สำหรับพักผ่อนหลับนอน หรือมีบริการนวดให้แก่ลูกค้า
- (3) สถานอาบน้ำ นวด หรืออบตัว ซึ่งมีผู้บริการให้แก่ลูกค้า
- (4) สถานที่ที่มีอาหาร สุรา น้ำชา หรือเครื่องดื่มอย่างอื่นจำหน่าย โดยจัดให้มีการแสดงดนตรี หรือการแสดงอย่างอื่นเพื่อการบันเทิง

ลักษณะของสถานบริการบางประเภทตามคำนิยามดังกล่าวได้แก่ สถานอาบ อบ นวด อาจเป็นแหล่งชักนำให้มีการค้าประเวณีเกิดขึ้น แต่ในพระราชบัญญัติสถานบริการกำหนดแต่คุณสมบัติของผู้ที่จะขออนุญาตตั้งสถานบริการว่าต้องมีคุณสมบัติอย่างใดบ้าง โดยกำหนดคุณสมบัติข้อหนึ่งไว้ว่า ต้องไม่เป็นผู้เจ็บป่วยด้วยโรคติดต่ออันเป็นที่รังเกียจแก่สังคม โรคพิษสุราเรื้อรัง หรือโรคยาเสพติดให้โทษอย่างร้ายแรงในสถานบริการ ดังนั้น หากจะหาทางนำพระราชบัญญัติสถานบริการมาใช้ในการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ก็ต้องแก้ไขพระราชบัญญัติสถานบริการในเรื่องคุณสมบัติของผู้ที่จะทำงานในสถานบริการบางประเภทโดยกำหนดคุณสมบัติเช่นเดียวกับผู้ที่จะขออนุญาตตั้งสถานบริการ

นโยบายและร่างพระราชบัญญัติโรคเอดส์

1. นโยบายของกระทรวงสาธารณสุขจากแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ คณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ 2538-2539, หน้า 1-2) ได้กำหนดวัตถุประสงค์ การดำเนินการโรคเอดส์ดังนี้ (1) เพื่อลดอัตราการเพิ่มของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ อย่างต่อเนื่อง (2) เพื่อให้มีการจัดการบริการทางการแพทย์ และสังคมที่เหมาะสมแก่ผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยเอดส์ รวมทั้งผู้ที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ (3) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อสามารถอยู่รวมในสังคมอย่างปกติสุข โดยไม่ถูกรังเกียจหรือจำกัดสิทธิอันพึงมี

2. ร่างพระราชบัญญัติโรคเอดส์(กระทรวงสาธารณสุข 2534 หน้า 14-16) หมวด 4 มาตรการทั่วไปในการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์ มาตรา 35 การดูแลบำบัดรักษา สถานสงเคราะห์ พิเศษ ให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด มาตรา 36 การให้หรือรับเลือด น้ำเหลืองหรือของเหลวอื่นใด อสุจิ เนื้อเยื่อ หรืออวัยวะอื่นใด ไม่ว่าจะได้รับคำตอบ แทนหรือไม่ก็ตามให้เป็นไปตามหลักเกณฑ์วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด มาตรา ที่ 37 เจ้าของหรือผู้ดูแลสถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการหรือสถานประกอบกิจการใด ๆ ที่อาจเป็นแหล่งแพร่เชื้อโรคเอดส์ ต้องจัดให้มีการป้องกันมิให้เกิดการแพร่เชื้อโรคเอดส์ ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนด มาตรา 38 เมื่อปรากฏว่าเจ้าของหรือผู้ดูแลสถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการหรือสถานประกอบกิจการใด ไม่ปฏิบัติตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา 37 หลังจากได้รับคำเตือนเป็นหนังสือจากพนักงานเจ้าหน้าที่แล้ว ให้พนักงานเจ้าหน้าที่รายงานต่อผู้ว่าราชการจังหวัดหรืออธิบดี ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดหรืออธิบดี มีอำนาจดังนี้ (1) สั่งให้เจ้าของหรือผู้ดูแลสถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการหรือสถานประกอบกิจการดังกล่าว ดำเนินการแก้ไขให้ถูกต้องตามหลักเกณฑ์ที่รัฐมนตรีประกาศกำหนดตามมาตรา 37 (2) ประกาศให้สถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการหรือสถานประกอบกิจการดังกล่าวเป็นแหล่งเสี่ยงภัยต่อโรคเอดส์ตามหลักเกณฑ์ วิธีการ และเงื่อนไขที่กำหนดในกฎกระทรวง ในกรณีที่สถานบริการตามกฎหมายว่าด้วยสถานบริการหรือสถานประกอบกิจการดังกล่าวได้รับอนุญาตให้ประกอบกิจการตามกฎหมาย ไม่ปฏิบัติตามคำสั่งของผู้ว่าราชการจังหวัดหรืออธิบดีตาม(1)ภายในกำหนดเวลาสามสิบวัน ให้ผู้ว่าราชการจังหวัดหรืออธิบดีแจ้งให้พนักงานอัยการดำเนินการยื่นคำร้องต่อศาลโดยไม่ชักช้าเพื่อให้ศาลมีคำสั่งปิด หมวดที่ 5 ว่าด้วยสิทธิของผู้ติดเชื้อหรือผู้ต้องสงสัยว่าติดเชื้อ มาตรา 39 ห้ามมิให้ผู้รับผิดชอบ

ชอบหรือเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลเฉพาะ ปฏิเสธไม่ดูแลบำบัดรักษาผู้ติดเชื้อ หรือผู้ต้องสงสัยว่าติดเชื้อโดยเหตุที่เป็นผู้ติดเชื้อหรือผู้ต้องสงสัยว่าติดเชื้อ เว้นแต่จะมีเหตุอันสมควรและผู้ติดเชื้อหรือผู้ต้องสงสัยว่าติดเชื้อนั้น ไม่อยู่ในสภาพที่อาจจะเป็นอันตรายถึงแก่ชีวิต ในกรณีที่มีเหตุอันสมควรตามวรรคหนึ่ง ให้ผู้รับผิดชอบสถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลเฉพาะ ดังกล่าว รายงานให้พนักงานเจ้าหน้าที่ทราบเพื่อวินิจฉัยสั่งการให้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ต้องสงสัยว่าติดเชื้อ ได้รับการดูแลและบำบัดรักษาในสถานพยาบาลหรือสถานพยาบาลเฉพาะอื่นใดที่พนักงานเจ้าหน้าที่เห็นสมควร มาตรา 40 ผู้ติดเชื้อที่เป็นหญิงมีครรภ์มีสิทธิร้องขอต่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรม แผนปัจจุบันชั้นหนึ่งเพื่อให้ทำแท้ง และเมื่อผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมดังกล่าวอย่างน้อยสองคน เห็นสมควรก็ให้ทำแท้งได้ ให้ผู้ประกอบวิชาชีพเวชกรรมซึ่งทำแท้งนั้น รายงานให้ผู้รับผิดชอบ สถานพยาบาลที่มีการทำแท้งนั้นทราบภายในสามวัน และให้ผู้รับผิดชอบสถานพยาบาลดังกล่าว รายงานให้ผู้ว่าราชการจังหวัดหรืออธิบดีทราบโดยไม่ชักช้า มาตรา 41 ห้ามมิให้นายจ้างเลิกจ้าง ลูกจ้างซึ่งเป็นผู้ติดเชื้อหรือผู้ต้องสงสัยว่าติดเชื้อ เว้นแต่ลักษณะงานที่ลูกจ้างผู้นั้นรับผิดชอบอยู่อาจ เป็นเหตุให้แพร่เชื้อได้

แผนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

ในระยะแรกของการดำเนินงานป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย นโยบาย ในการป้องกัน และควบคุมยังอยู่ในระดับกระทรวง ซึ่งมุ่งเน้นไปในการให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่ทัน เหตุการณ์โดยมีการออกประกาศกระทรวงสาธารณสุขใน ปี พ.ศ.2528 ให้โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อ ที่ต้องแจ้งความตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2523 ขณะเดียวกันจากสภาพปัญหาในระยะแรก ที่พบว่าผู้ติดเชื้อโรคมารจากชาวต่างชาติในต่างประเทศ นโยบายจึงพยายามมุ่งเน้นไปที่การสกัดไม่ให้ ชาวต่างชาติผู้เดินทางเข้าประเทศนำเชื้อโรคเข้ามาแพร่ในประเทศ โดยการขอให้กระทรวง มหาดไทยออกกฎกระทรวงกำหนดให้โรคเอดส์เป็น โรคต้องห้ามตามพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง พ.ศ.2522 ด้วย

กระทรวงสาธารณสุขเห็นว่าการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง มาตลอดเวลานั้น หากจะดำเนินการให้ได้ผลดี จะต้องได้รับความร่วมมือจากส่วนราชการและ หน่วยงานเอกชน ในการกำหนดนโยบายและดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ทั้งนี้

กระทรวงสาธารณสุข โดยรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขได้เสนอข้อพิจารณาต่อคณะกรรมการรัฐมนตรีฝ่ายสังคม เมื่อวันที่ 7 สิงหาคม 2532

คณะกรรมการรัฐมนตรีฝ่ายสังคม ได้พิจารณาเมื่อวันที่ 12 ตุลาคม 2532 มีมติเกี่ยวกับแนวทาง การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ดังนี้

1. เห็นชอบให้การป้องกันและควบคุม โรคเอดส์เป็นนโยบายของชาติโดยระดมความร่วมมือจากทุกฝ่ายทั้งภาครัฐและเอกชน ตลอดจนองค์กรระหว่างประเทศ
2. เห็นชอบให้หน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องให้ความร่วมมือดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ตามข้อเสนอของกระทรวงสาธารณสุขและศูนย์ปฏิบัติการแห่งชาติ
3. ให้กระทรวงสาธารณสุขจัดทำแผนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของประเทศบรรจุไว้ใน การปรับเปลี่ยนแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 6 และให้ความสำคัญต่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ต่อไปในแผนพัฒนาฯ ฉบับที่ 7
4. ให้คณะกรรมการรัฐมนตรีฝ่ายสังคม ทำหน้าที่ในการกำหนดนโยบายประสานงาน และตามข้อเสนอเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2532

คณะกรรมการรัฐมนตรีฝ่ายสังคมได้เสนอมติดังกล่าวไปยังคณะรัฐมนตรีซึ่งได้ลงมติเห็นชอบตามข้อเสนอเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2532

นอกจากนี้ที่ประชุมร่วมระหว่างรัฐมนตรีและปลัดกระทรวง ในการประชุมเมื่อวันที่ 31 ตุลาคม 2533 ได้แสดงความห่วงใยต่อโอกาสที่จะเกิดการติดเชื้อจากระบบการให้บริการของรัฐ จึงได้มีมติต่อไปนี้

1. กำหนดมาตรการป้องกันปัญหาโรคเอดส์แพร่ระบาดไว้ 5 ประการ ดังต่อไปนี้
 - 1.1 ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชน ควบคุมดูแลลดขั้นตอนการฉีดยาได้แก่ นักเรียน นักศึกษา เจ้าหน้าที่ ทหารตำรวจที่เข้ารับบริการ เป็นกลุ่มมีจำนวนมาก โดยเปลี่ยนเข็มฉีดยาทุกราย หรือทำความสะอาดเข็มฉีดยาด้วยการนึ่งหรือต้ม
 - 1.2 ให้กระทรวงสาธารณสุขกวาดล้างสถานพยาบาลทางการแพทย์ และทางทันตกรรมเพื่อรักษาความสะอาดเครื่องมือเครื่องใช้ให้ปราศจากเชื้อ สำหรับร้านเสริมสวยและร้านตัดผมให้ระมัดระวังความสะอาดเครื่องมือตัดเล็มและตกแต่งเส้น

1.3 รมรณงศ์สร้งค่านิยมในการไม่สำส่อนทางเพศและการใช้ถุงยางอนามัยที่มีคุณภาพอย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น

1.4 ให้หน่วยงานทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ และเอกชนยุติการให้ธุรกิจบริการทางเพศเป็นเครื่องมือเพื่อส่งเสริมการท่องเที่ยว และรณรงค์อย่างจริงจังและต่อเนื่องเพื่อลดจำนวนหญิงที่จะมาประกอบอาชีพด้านบริการทางเพศ เร่งรัดให้มีการฝึกอาชีพและให้การสงเคราะห์แก่หญิงที่มีอาชีพด้านบริการทางเพศอยู่แล้ว เพื่อให้หญิงเหล่านั้นได้มีการปรับเปลี่ยนอาชีพใหม่ ทั้งนี้ควรต้องกวดขันดูแลมิให้มีโสเภณีเด็กและเยาวชนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้บังเกิดผลเป็นรูปธรรมโดยเร็ว

1.5 ให้หน่วยงานทุกหน่วยงานบังคับใช้กฎหมายที่เกี่ยวข้องอันจะส่งเสริมการดำเนินงานในการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ให้ดียิ่งขึ้นอย่างจริงจัง อาทิ กฎหมายว่าด้วยการปรามการค้าประเวณี กฎหมายว่าด้วยสถานบริการ เป็นต้น นอกจากนี้ควรปรับปรุงกฎหมายดังกล่าวให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้น

2. ให้ส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทุกแห่งให้ความร่วมมือกับกระทรวงสาธารณสุขในด้านการรณรงค์ให้ความรู้ ความเข้าใจ เกี่ยวกับโรคเอดส์กับกลุ่มประชากร นักเรียน นักศึกษา เด็กและเยาวชนที่อยู่ในความรับผิดชอบ โดยเฉพาะสถานีวิทย์ โทรทัศน์ของรัฐหรือรัฐวิสาหกิจให้ความร่วมมือในการเผยแพร่ข่าวสารอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ให้พิจารณาหาวิธีการที่มีประสิทธิภาพ โดยเลือกใช้สื่อที่เหมาะสมเพื่อให้บังเกิดผลในกลุ่มเป้าหมายให้เกิดความเข้าใจและตระหนักต่อภัยของโรคเอดส์ โดยเฉพาะการสร้างจิตสำนึกที่ถูกต้อง อนึ่ง ในการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ดังกล่าว ให้เชิญชวนภาคเอกชนเข้าร่วมกับทางราชการให้มากยิ่งขึ้นซึ่งจะช่วยให้บังเกิดผลดีในการประชาสัมพันธ์

3. ให้หน่วยงานที่รับผิดชอบด้านการรักษาพยาบาลของทุกหน่วยงาน ทั้งภาครัฐและเอกชนร่วมมือให้บริการในด้านการตรวจหาการติดเชื้อ การรักษาพยาบาล และการให้คำปรึกษาแนะนำทางการแพทย์และสังคม แก่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์

4. ให้กระทรวงสาธารณสุขเป็นองค์กรกลางในการวางแผนหลัก กลวิธี และกิจกรรมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์ โดยให้สำนักงานรัฐมนตรี กระทรวงกลาโหม กระทรวงศึกษาธิการ ทบวงมหาวิทยาลัย กระทรวงมหาดไทย กระทรวงการคลัง กระทรวงการเกษตรและสหกรณ์ กระทรวงอุตสาหกรรม สำนักงานประธานสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจ

และสังคมแห่งชาติ สำนักงานก.พ. ส่วนราชการและหน่วยงานของรัฐที่เกี่ยวข้องทุกแห่งรวมทั้งภาคเอกชน ร่วมพิจารณาและดำเนินการตามแผนหลักในระยะยาวอย่างต่อเนื่อง

5. ให้กระทรวงสาธารณสุขรายงานผลการปฏิบัติและปัญหาอุปสรรคในเรื่องนี้ให้คณะรัฐมนตรีทราบทุก 3 เดือน

นโยบายรัฐบาล

โรคเอดส์ได้มีการแพร่กระจายเข้าสู่ประชากรกลุ่มต่าง ๆ ทั่วประเทศ ปัญหาของโรคเอดส์จึงไม่ได้มีเป็นปัญหาสาธารณสุขเพียงด้านเดียวเท่านั้นแต่ก่อให้เกิดปัญหาทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจของประเทศทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้องจึงต้องร่วมมือกันป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรคนี้โดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันความสูญเสียทั้งชีวิตและทรัพย์สินทั้งป้องกันผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจที่ตามมาเนื่องจากโรคนี้

จากความสำเร็จดังกล่าว รัฐบาลในแต่ละสมัยได้กำหนดให้การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เป็นนโยบายระดับชาติที่เร่งด่วนและมีความสำคัญสูง จำเป็นต้องมีการเร่งรัดดำเนินการอย่างจริงจัง และต่อเนื่องทั้งในส่วนกลาง และส่วนภูมิภาค ดังคำแถลงนโยบายเกี่ยวกับโรคเอดส์ต่อสภานิติบัญญัติแห่งรัฐสภา ดังนี้

รัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ แถลงเมื่อวันที่ 9 มกราคม 2534

“ข้อ 1 รัฐบาลยึดมั่นว่าการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เป็นนโยบายระดับชาติที่เร่งด่วนและมีความสำคัญสูง โดยจะเร่งรัดให้หน่วยงานทุกฝ่ายที่เกี่ยวข้อง และภาคเอกชนร่วมรับผิดชอบปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์อย่างจริงจังต่อเนื่องต่อไป”

รัฐบาลนายอานันท์ ปันยารชุน แถลงเมื่อวันที่ 4 เมษายน 2534

“ข้อ 7 เร่งรัดการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อโดยเฉพาะโรคเอดส์ให้ได้ผล และร่วมมือกับภาคเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักในภัยของโรค และเกิดจิตสำนึกเป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องร่วมมือป้องกัน และแก้ไขปัญหานี้”

รัฐบาลนายชวน หลีกภัย แถลงเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2535

“ข้อ 8.3.6 เร่งรัดให้หน่วยงานของรัฐทุกหน่วย ภาคเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ร่วมมือกันรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ความเข้าใจแก่ประชาชนในการป้องกันโรคเอดส์ เพื่อให้มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของประชาชนโดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มเสี่ยง”

“ข้อ 8.3.7 จัดให้มีการบริการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยเตรียมบุคลากรได้อย่างเพียงพอ และให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อและประชาชนสามารถอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างปกติสุข”

นโยบายกระทรวงสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขได้ขานรับนโยบายรัฐบาลโดยกำหนดนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ 9 ข้อดังต่อไปนี้

1. นโยบายต่อความสำคัญของปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขถือว่าปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาเร่งด่วนที่มีความสำคัญที่จะต้องเร่งรัดดำเนินการอย่างจริงจังและต่อเนื่องทุกระดับทั้งส่วนกลางและส่วนภูมิภาค โดยเฉพาะในระดับชุมชนให้ถือเป็นองค์ประกอบหนึ่งของกิจกรรมสาธารณสุขมูลฐาน

2. นโยบายด้านการประสานงาน

ปัญหาโรคเอดส์ไม่ใช่ปัญหาของกระทรวงสาธารณสุขเท่านั้น ผลกระทบต่อปัญหาเกิดขึ้นกับทุกๆด้านไม่เฉพาะต่อสุขภาพอนามัยเพียงด้านเดียว ผลกระทบที่รุนแรงส่วนใหญ่เกิดขึ้นต่อเศรษฐกิจและสังคมด้วย การดำเนินการเพื่อควบคุมป้องกันโรคให้ได้ผล ต้องการความร่วมมือประสานงานจากหน่วยงานอื่นนอกกระทรวงสาธารณสุขรวมทั้งภาคเอกชนที่ทำงานเกี่ยวข้องกับสังคมและชุมชนที่จะร่วมกันแก้ไขและป้องกันปัญหาต่างๆที่เกิดขึ้น

3. นโยบายด้านการติดตามสถานการณ์ของโรคเอดส์

กระทรวงสาธารณสุขไม่สนับสนุนการตรวจค้นหาผู้ติดเชื้อเอดส์แต่ยังคงเน้นความสำคัญของการติดตามสถานการณ์ของโรค โดยกลวิธีที่จะไม่เป็นผลให้ความลับของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อต้องถูกเปิดเผยและก่อให้เกิดความรังเกียจต่อเขาเหล่านั้น

การติดตามสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคจะใช้ข้อมูลที่ได้จากระบบการติดตามเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ (Sentinel Surveillance) เป็นระยะ เพื่อบอกทิศทางและแนวโน้มของการแพร่ติด

ต่อของโรค ส่วนความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคจะใช้การคาดประมาณจากข้อมูลการติดตามเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ ปีละ 2 ครั้ง

สำหรับกรณีสถานการณ์การป่วยซึ่งมีความสำคัญต่อการประเมินผลกระทบด้านความสูญเสียต่างๆ และการวางแผนจัดบริการจะอาศัยระบบรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งกรณีเพิ่มขึ้น (AIDS) และเริ่มการแสดงอาการป่วยด้วยโรคเอดส์ขั้นต้น (ARC) ซึ่งได้ขอให้มีการรายงานโดยใช้รหัส Soundex เพื่อรักษาความลับของผู้ป่วย

4. นโยบายต่อการควบคุมปัญหา

กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคว่าจะช่วยลดผลกระทบและลดความรุนแรงของปัญหาที่จะเกิดขึ้นในอนาคตได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเร่งรณรงค์เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศของประชากรที่มีเป้าหมายมุ่งลดความสำล่อนทางเพศและให้ยอมรับการใช้ถุงยางอนามัย

ในขณะเดียวกันการดำเนินการใดๆจะไม่ก่อให้เกิดผลไปในด้านความรังเกียจต่อผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วย(discrimination) ต้องเคารพในสิทธิมนุษยชนทั้งของประชาชนที่ยังปกติและผู้ติดเชื้อรวมทั้งผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์

5. นโยบายด้านปริการตรวจหาติดเชื้อ

กระทรวงสาธารณสุขจะยังคงเน้นความสำคัญต่อการบริการตามหลักการ “คลินิกนิรนาม”ต่อไป โดยจะสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขทุกแห่ง มีความพร้อมที่จะให้บริการ แก่ประชาชนทั่วไป คู่รักที่จะกำลังแต่งงาน หญิงตั้งครรภ์รวมทั้งผู้ใช้แรงงานไปต่างประเทศที่กำหนดให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอดส์

6. นโยบายด้านความปลอดภัยจากระบบบริการสาธารณสุข

การบริการด้านสุขภาพอนามัยต่อประชาชนโดยทั่วไป ผู้รับบริการจะต้องปลอดภัยไม่ติดเชื้อจากระบบบริการที่มีอยู่ ทั้งกรณีเลือดปลอดภัย (National Blood Safety) กรณี ไม่ใช้เข็มและกระบอกฉีดยาต่อเนื่อง (One man-One Syringe-One-Needle) ในการฉีดยาและวัคซีน

การรักษาความลับของผู้รับบริการสุขภาพอนามัยที่มีผลเลือดเป็นบวก

7. นโยบายด้านการรักษาพยาบาล

กระทรวงสาธารณสุขจะดำเนินการให้ผู้ป่วยที่มีอาการได้รับการบำบัดรักษา ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ควบคู่ไปกับการให้บริการให้คำปรึกษาแนะแนวทางการแพทย์และสังคม พัฒนา

ศักยภาพในการให้บริการรักษาพยาบาลในโรงพยาบาลทุกแห่ง ตั้งแต่โรงพยาบาลชุมชนขึ้นไป
 เร่งรัดในการเตรียมดำเนินการในส่วนของการดูแลรักษาพยาบาล ในชุมชนให้สามารถให้ความ
 ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

8. นโยบายต่อการปฏิบัติงานของบุคลากรสาธารณสุข

กระทรวงสาธารณสุขยึดหลักปฏิบัติ “Universal Precaution” ในระหว่างให้บริการสุขภาพอนามัยแก่ประชาชนทั่วไป โดยถือว่าผู้มารับบริการสุขภาพอนามัยทุกคนมีการติดเชื้อไวรัสเอดส์เสมอ ไม่ต้องอาศัยผลการตรวจหาการติดเชื้อไวรัสเอดส์ จะให้ความสำคัญต่อการจัดหาวัสดุอุปกรณ์ที่เหมาะสมและจำเป็นให้เพียงพอแก่การปฏิบัติงานต่อไป

9. นโยบายด้านการปรับปรุงโครงสร้างเพื่อการปฏิบัติงาน

กระทรวงสาธารณสุขเห็นความสำคัญของการที่จะต้องมีฝ่ายกามโรคและโรคเอดส์ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทุกจังหวัด เพื่อเป็นองค์การดำเนินงานและประสานการดำเนินงานในระดับจังหวัด

สาระสำคัญของแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ.2535-2539)

การดำเนินการรณรงค์ป้องกัน และควบคุม โรคเอดส์ยังขาดรูปแบบแนวทางที่ชัดเจน และขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน สำนักงานประสานงานนโยบาย และแผนงานโรคเอดส์ สำนักงานรัฐมนตรี ร่วมกับสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ(พ.ศ.2535-2539) ขึ้นภายใต้กรอบของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 เพื่อเป็นกรอบและแนวทางของชาติในการจัดทำแผนปฏิบัติการ และเสนอของบประมาณของหน่วยงานต่างๆ ให้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน แผนดังกล่าวได้ผ่านการพิจารณาให้ความเห็นชอบของคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 1 กันยายน 2535

สาระสำคัญของแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ.2535-2539) ประกอบด้วย 4 แผนงาน ซึ่งมีจุดเน้นที่สำคัญดังนี้คือ

1. แผนงานประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ (Public Information and Education)

- เน้นการให้ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้องทั้งในวิธีการป้องกันโรคการไม่รังเกียจผู้ติดเชื้อ และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมค่านิยมสำส่อนทางเพศ โดยการผลิตสื่อให้เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ

- กลุ่มเป้าหมายที่จะเน้นนอกจากประชาชนทั่วไปแล้ว จะเป็นกลุ่มเป้าหมายเด็กเยาวชนทั้งในและนอกระบบโรงเรียนกลุ่มผู้ด้อยโอกาสทางเศรษฐกิจ เช่น ชาวเขา ชาวประมง

2. แผนงานบำบัดรักษาและฟื้นฟู (Medical Treatment and Care)

- เน้นการบำบัดรักษา และฟื้นฟูโดยสถาบันครอบครัว และชุมชนเพื่อช่วยลดภาระของสถานบริการของรัฐ

- สนับสนุนให้โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง มีขีดความสามารถในการขยายบริการบำบัดรักษาฟื้นฟูผู้ป่วยโดยส่วนรวมแต่ไม่สนับสนุนให้มีการก่อสร้างอาคารผู้ป่วยเอดส์ในสถานพยาบาลเป็นการเฉพาะเพราะเป็นการแบ่งแยกก่อให้เกิดความสับสนในเรื่องในด้านค่าใช้จ่าย และบุคลากร อีกทั้งในเชิงวิชาการโรคเอดส์ไม่ติดต่อทางลมหายใจ อาหาร เสื้อผ้า ฯลฯ

- สนับสนุนช่วยเหลือองค์การเอกชนและชุมชน ในการจัดตั้งชุมชนบำบัดรักษา หรือชุมชนช่วยเหลือดูแลผู้ติดเชื้อ หรือผู้ป่วยเอดส์

3. แผนงานคุ้มครองสิทธิของประชาชนและความช่วยเหลือทางสังคม (Human Rights and Social Support)

- เน้นการส่งเสริมให้ประชาชนได้รักษาคุ้มครองสิทธิ ไม่ว่าจะติดเชื้อเอดส์หรือไม่ เช่น ห้ามตรวจเอดส์หรือใช้ผลการตรวจเอดส์เพื่อจำกัดสิทธิในการรับเข้าศึกษาหรือทำงาน รวมทั้งการจำกัดสิทธิในระหว่างศึกษาหรือทำงานด้วย

- ให้การช่วยเหลือแก่ผู้ติดเชื้อและบุคคลใกล้ชิดโดยสนับสนุนและส่งเสริมให้หมู่บ้านหรือชุมชน และสถาบัน ศาสนา มีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์

4. แผนงานศึกษา วิจัย และประเมินผล(Research and Evaluation)

- เน้นการประสานงานและส่งเสริมการวิจัย โดยเฉพาะในด้านการแพทย์ในเรื่องยาต้านไวรัสเอดส์ การตรวจสอบคุณภาพถุงยางอนามัย วัคซีนป้องกันและรักษา และด้านพฤติกรรมทางเพศ ฯลฯ

ในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ มีหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นจำนวนมากมีการกำหนดให้หน่วยงานต่างๆ ได้เข้ามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในแต่ละแผนงาน

เนื่องจากผลการดำเนินงานที่ผ่านมาตามแผนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2535-2539 นั้น แม้ว่าจะได้ผลเป็นที่น่าพอใจในระดับหนึ่ง โดยเฉพาะการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ แต่จำนวนผู้ติดเชื้อก็ยังคงเพิ่มขึ้น เพราะยังมีคนจำนวนมากที่คิดว่าเอดส์เป็นเรื่องไกลตัว จึงไม่ยอมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ในคราวประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติที่มีอดีตนายกรัฐมนตรีนายชวน หลีกภัย เป็นประธาน เมื่อวันที่ 3 มิถุนายน 2536 จึงได้มีมติให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ประสานงานการจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ปี 2538-2539 ให้สอดคล้องกับปัญหาและสถานการณ์ที่แปรเปลี่ยนไป

สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ได้จัดตั้งคณะทำงานจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ขึ้น ประกอบด้วยผู้แทนจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน จำนวน 22 ท่าน เพื่อเร่งแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ดังกล่าวและได้จัดสัมมนาระดมสมอง 2 ครั้ง รวมทั้งขอข้อคิดเห็นจากผู้ทรงคุณวุฒิ ซึ่งสรุปสาระสำคัญของแผนปฏิบัติการเอดส์ ปี 2538-2539 ได้ดังนี้คือ ปรับแผนงานเดิมจาก 4 แผนงาน เป็น 6 แผนงาน และมีจุดเน้นดังนี้

1. แผนงานป้องกันด้านพฤติกรรมและสังคม ให้ความสำคัญต่อการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ โดยเน้นการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายซึ่งมีหลากหลาย เช่น เด็ก เยาวชน ผู้ใช้แรงงานและหญิงบริการในสถานบริการทุกประเภท เป็นต้น ให้มีความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรคเอดส์และตระหนักถึงปัญหาโรคเอดส์ เพื่อนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่าการประชาสัมพันธ์ให้ความรู้โรคเอดส์แก่ประชาชนทั่ว ๆ ไป เหมือนที่ผ่านมา

2. แผนงานส่งเสริมสุขภาพ และบริการทางการแพทย์ เน้นเรื่องการสนับสนุนครอบครัว ชุมชน สถาบันศาสนา องค์กรพัฒนาเอกชน และภาคธุรกิจเข้ามามีส่วนร่วมในการแบ่งภาระของภาครัฐให้ที่พักรักษาตัวระหว่างรอพบแพทย์ การดูแลผู้ป่วยระยะสุดท้าย เป็นต้น

3. แผนงานจัดบริการให้คำปรึกษา สนับสนุนให้มีบริการให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์อย่างทั่วถึงสู่ระดับอำเภอ โดยเน้นผสมผสานไว้ในบริการให้คำปรึกษาอื่น ๆ มากกว่าการให้บริการปรึกษาโรคเอดส์เพียงอย่างเดียว รวมทั้งพัฒนาบุคลากรให้มีความสามารถในการให้คำปรึกษา

4. แผนงานส่งเสริมการอยู่ร่วมกันและมาตรการทางกฎหมาย ส่งเสริมการอยู่ร่วมกันให้สังคมอย่างสงบสุข โดยให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ ตลอดจนประชาชนทั่วไปได้รับการคุ้มครองสิทธิอย่างจริงจัง

5. แผนงานศึกษาวิจัยและประเมินผล สนับสนุนให้มีการศึกษาวิจัยและติดตามประเมินผลอย่างเป็นระบบและสามารถนำไปใช้ได้เต็มที่

6. แผนงานพัฒนากลไกการบริหารจัดการ ปรับปรุงกลไกการบริหารจัดการให้เอื้อต่อการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยกำหนดให้กระทรวง ทบวง กรม รวมทั้งภาคเอกชนจัดทำแผนงาน/โครงการค่าของงบประมาณ รวมทั้งการบริหารจัดการงบประมาณประจำปีการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของตนเอง และให้หน่วยราชการให้ส่วนภูมิภาคจัดทำแผนปฏิบัติการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เป็นส่วนหนึ่งของแผนพัฒนาจังหวัดภายใต้โครงสร้างของระบบ กชช.

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับถุงยางอนามัย มีดังนี้ วัฒนา วุฒิวรรณ (2532) ได้ศึกษา เรื่องการวิเคราะห์เปรียบเทียบปัจจัยการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันกามโรคและโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ชายที่มีอัตราเสี่ยงสูง ณ ศูนย์กามโรคเขต 3 จังหวัดชลบุรี กลุ่มตัวอย่าง ได้ผู้ชายที่ได้รับการตรวจรักษา ณ คลินิกศูนย์กามโรคเขต 3 ชลบุรี วิธีการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์แบบสอบถาม ชนิดปลายเปิดและปลายปิด ปรากฏว่า ตัวแปรที่มีผลต่อการใช้ถุงยางอนามัยได้ดีได้แก่ ระดับการศึกษา การรับรู้ถึงผลดี-ผลเสียของถุงยางอนามัย ความรู้เกี่ยวกับการระบาดของโรคเอดส์และวิธีการป้องกันโรคเอดส์ การดื่มสุราก่อนมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอาชีพพิเศษ ผลเหตุผลของกลุ่มผู้ที่ไม่นิยมใช้ถุงยางหรือใช้บ้างไม่ใช้บ้าง ได้แก่ ความรู้สึกไม่เหมือนธรรมชาติ เกรียมตัวไม่ทันเนื่องจากไปเที่ยวกระชั้นหัน หาซื้อถุงยางไม่ได้ และการเมาสุราเป็นสาเหตุใหญ่ สนับสนุนกับการศึกษาวิจัยของ อุไรวรรณ คณิงสุขเกษม (2536) ที่ศึกษาเกี่ยวกับประสบการณ์ทางเพศและการใช้ถุงยางอนามัยของวัยรุ่นชายในเขตกรุงเทพฯ และจังหวัดอุดรธานี จำนวน 444 คน พบว่าวัยรุ่นส่วนใหญ่เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับภรรยา แฟน หรือคนรู้จัก จะไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลย และประมาณหนึ่งในสี่ที่ไม่เคยใช้ถุงยางกับหญิงบริการทางเพศเลย นอกจากนั้นยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องกับการใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย ดังเช่นการศึกษาของ อุไรวรรณ วุฒานนท์(2534) โดยศึกษาพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์เฉพาะกรณีหญิงอาชีพพิเศษในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ กลุ่มตัวอย่างคือหญิงอาชีพ

พิเศษจำนวน 30 ราย เลือกแบบบังเอิญในสถานบริการทางเพศ โดยใช้กลุ่มตัวอย่างหญิงอาชีพพิเศษ 3 สำนัก เลือกแบบเจาะจง เป็นข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์โดยวิธีต่าง ๆ โดยการกระทำที่เหมาะสมที่สุดคือ ร้อยละ 23.33 ปฏิเสธลูกค้าที่ไม่ใช่ผู้ขานนามัย ร้อยละ 43.33 ไปตรวจสุขภาพหรือตรวจโรค ร้อยละ 73.33 หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์และมีแผลทางโรค ร้อยละ 86.67 ชักชวนให้ลูกค้าใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 13.33 ไปตรวจเลือดหาแอนติบอดีต่อโรคเอดส์ กลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในระดับปานกลางถึงดี มีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการมีป้องกันโรคเอดส์ มีทัศนคติต่อโรคเอดส์และการป้องกันการโรคเอดส์ในระดับปานกลางถึงดี และพบว่าปัจจัยทางเศรษฐกิจและสังคม มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมเสี่ยง

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับความรู้ เจตคติต่อโรคเอดส์ มีดังนี้ อัญชลี สิงห์สุด(2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างความรู้และเจตคติกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักศึกษาอาชีวศึกษาในเขตกรุงเทพมหานคร โดยกลุ่มตัวอย่างจำนวน 999 คน เป็นนักศึกษาระดับอาชีวศึกษาในสถานศึกษาสังกัดกรมอาชีวศึกษาเขตกทม.พบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์($p>.05$) เจตคติเรื่องโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์($p>.05$) สอดคล้องกับการศึกษาของหรรษา เทียนทอง (2535) ศึกษาเรื่องความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เรื่องโรคเอดส์กับการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ในหญิงวัยเจริญพันธุ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ ที่มารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลมหาราชนครเชียงใหม่, ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 5 ศูนย์กามโรคเขต 10 และเป็นหญิงโสเภณีจากสำนักโสเภณีแห่งหนึ่งในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 40 ราย โดยใช้แบบสอบถามเรื่องความรู้โรคเอดส์และแบบสอบถามการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ พบว่าความรู้เรื่องโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 ระดับการศึกษาและการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์ทางบวกกับการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และ .01 ตามลำดับ จากการศึกษาแสดงว่าหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีความรู้เรื่องโรคเอดส์ดีจะมีการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ดีด้วย และหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีการรับรู้ต่อพฤติกรรมเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับพฤติกรรมการป้องกันมีดังนี้ พิภูษณา มั่นเกษตรกิจ(2535) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ในทหารเกณฑ์ ประชากรเลือกโดยเฉพาะเจาะจงในทหารเกณฑ์ผลัดที่ 1/2535 จำนวน 300 คน เครื่องมือคือแบบสอบถามปลายปิด พบว่าความรู้เรื่องเอดส์มีความสัมพันธ์กับความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติมี $p < .01$ และความรู้เรื่องโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับการปฏิบัติตัวในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ ซึ่งสนับสนุนการศึกษาของ พชรินทร์ คำรงกิตติกุล และคณะ(2535) ได้ศึกษาสาเหตุของปัญหาการป้องกันการติดเชื้อเอดส์ในคู่สามีภรรยา โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณเกี่ยวกับความรู้เรื่องการติดต่อและการป้องกันโรคเอดส์ คำนิยมทางเพศที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความเสี่ยงของตนเอดส์ต่อการติดเชื้อเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ ในคู่สามีภรรยา 178 คู่ ที่มาจาก 20 หมู่บ้านที่มีลักษณะเป็นชุมชนกึ่งเมืองในจังหวัดเชียงใหม่ ผลการปรากฏว่า ความคิดเห็นต่อการเที่ยวโสเภณีครั้งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างเห็นด้วยว่า “เป็นธรรมดาที่ผู้ชายแต่งงานแล้ว ก็ไปเที่ยวโสเภณีได้” สามีและภรรยาจำนวนพอ ๆ กัน(61%) ก็มีความเชื่อว่า “เมื่อภรรยาไม่ให้ความสุขทางเพศแก่สามี สามีก็ไปมีความสุขทางเพศนอกบ้านได้” เมื่อวิเคราะห์ความแตกต่างที่มีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มสามีที่รายงานว่าได้ไปเที่ยวโสเภณีกับกลุ่มที่ไม่ได้ไปเที่ยวโสเภณีพบว่า กลุ่มที่เคยไปเที่ยวโสเภณีในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการติดต่อและการป้องกันโรคเอดส์มากกว่า มีค่านิยมที่สนับสนุนการมีเพศสัมพันธ์นอกสมรส มีความคิดที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์มากกว่า มีความแน่ใจว่าตนเองจะไม่ติดเชื้อเอดส์ตลอดไปน้อยกว่า และมีสัดส่วนที่มากกว่าที่คิดว่าอาจจะไปเที่ยวโสเภณีถ้ามีโอกาส สอดคล้องกับการศึกษาของ สิริวรรณ แสงอินทร์ (2537) ได้ทำการศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ สัมพันธภาพของคู่สมรส กับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ป่วย กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเป็นสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มารับการตรวจรักษาที่หน่วยโรคติดต่อทางนรีเวชและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สตรีโรงพยาบาลศิริราช และคลินิกหญิงโรงพยาบาลบางรัก จำนวน 200 คน ผลการศึกษาปรากฏว่า การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และสัมพันธภาพของคู่สมรส มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ .001 และผลการวิเคราะห์ถดถอยพหุคูณแบบขั้นตอน พบว่า สัมพันธภาพของคู่สมรส การรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และอายุ เป็นตัวทำนายที่ดีที่สุด สามารถร่วมอธิบาย

ความผันแปรของพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ได้ร้อยละ 36.03 ที่ระดับความมีนัยสำคัญ .05 สรุปได้ว่า สตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทางเพศของคู่สมรสดีและมีการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ถูกต้องจะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่ดี และยังพบว่าสตรีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีอายุน้อย จะมีพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ที่ดีด้วยเช่นกัน ในขณะที่ อัจฉรา สนธิรัตน์ (2537) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มผู้หญิงที่แต่งงานแล้ว โดยใช้รูปแบบของการวิจัยเชิงสำรวจ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงที่แต่งงานแล้วในจังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 400 ราย สุ่มตัวอย่างจากพื้นที่ 4 อำเภอ ได้แก่ อำเภอเมือง อำเภอสันทราย อำเภอสันกำแพง และอำเภอสารภี เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ โดยนำรูปแบบความเชื่อทางด้านสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในการวิจัย ผลการศึกษาวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 26-35 ปี จบการศึกษาระดับประถมศึกษา มีอาชีพรับจ้าง และมีรายได้อยู่ระหว่าง 1,000-3,000 บาทต่อเดือน กลุ่มตัวอย่างเกือบร้อยละ 6 เคยมีประวัติป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่พบในสามีถึงร้อยละ 10 สัมพันธ์ภาพระหว่างสามีภรรยาปัจจัยด้านสังคมจิตวิทยา ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และปัจจัยการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ อยู่ในระดับปานกลาง แต่มีพฤติกรรม การป้องกัน แต่มีพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอดส์ในระดับที่ไม่ดี ถึงร้อยละ 37.0 สำหรับ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ อาชีพของกลุ่มตัวอย่าง ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ ส่วน ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อ ได้แก่ อายุของสามี ปัจจัยด้านตัวบุคคล ปัจจัยด้านการรับรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และปัจจัยด้านการได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์

งานวิจัยที่ศึกษาเกี่ยวกับระบาดวิทยาของโรคเอดส์ มีดังนี้ บรอด และ แดกคัม (Brouard M; Dackam R ,1988 หน้า 7-12) ได้ศึกษาโดยความร่วมมือขององค์กรประสานความร่วมมือป้องกันโรคเอดส์แห่งแอฟริกากลาง ระบุว่า การแพร่ระบาดของประเทศที่กำลังพัฒนามีอัตราสูงกว่าประเทศที่พัฒนาแล้วอย่างเห็นได้ชัด ปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ทำให้มีการแพร่กระจายมากที่สุดคือเพศสัมพันธ์ ชนิดต่างเพศ แล้วแพร่กระจายไปถึงลูกของหญิงตั้งครรภ์พบว่ามีอัตราสูงถึง 47 ต่อ 1000 นอกจากนั้นยังพบว่าอัตราการติดเชื้อในเขตเมืองจะมากกว่าในเขตชนบท นอกจากปัจจัยทางเพศสัมพันธ์แล้วยังมีปัจจัยการให้เลือด และการให้นมมารดาแก่ลูกช่วยเหลือให้อัตราการติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้นไปอีกด้วยเช่นกัน องค์กรดังกล่าวระบุว่าอัตราการแพร่ระบาดหรืออัตราของผู้ติดเชื้อมีอัตราที่สูง

พอ ๆ กับอัตราเพิ่มของประชากรของประเทศในแถบนั้น สอดคล้องกับการศึกษาของ คัทลิโว และ มัททามี่ (Katsivo MN; Muthami LN ,1991 หน้า 34-38) ได้ศึกษาลักษณะทางสังคมและพฤติกรรมทางเพศของผู้มีเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ HIV ในเมืองของประเทศเคนยา โดยใช้กลุ่มตัวอย่างผู้หญิงชาวเคนยา จำนวน 250 ราย จากการศึกษาพบว่า มีเพียง 47 % ที่ยอมเปิดเผยเกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของตัวเอง(ผู้วิจัยที่สามารถพูดภาษาท้องถิ่นได้เพียงคนเดียวเท่านั้น) ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างกลุ่มนี้ 96% เป็นคนท้องถิ่นของประเทศเคนยา ที่เหลืออพยพมาจากประเทศใกล้เคียง เป็นชาวเมืองทริกา(THIKA)เพียง 15 % นอกนั้นเป็นคนเมืองอื่น ในจำนวนนี้ 36.2% เป็นผู้เคยเรียนอยู่ในโรงเรียน 6-7 ปี มีเพียงคนเดียวเท่านั้นที่เรียนในโรงเรียนมากกว่า 12 ปี 85% ของกลุ่มตัวอย่างต้องการอยากจะได้เรียนหนังสือสูงกว่าที่เป็นอยู่แต่ไม่มีโอกาส 19 % เป็นผู้หญิงที่มีการตั้งครรภ์ระหว่างเรียนและต้องออกจากโรงเรียน 85% มีลูก 1-4 คน มากกว่า 43% เคยทำแท้งอย่างน้อย 1 ครั้ง ในจำนวนกลุ่มตัวอย่างนี้เป็นผู้หญิงหม้ายถึง 53% และ 45% ยังไม่ได้แต่งงาน 60% เคยใช้บริการการคุมกำเนิดอย่างน้อย 1 วิธี แต่ในจำนวนดังกล่าวไม่เคยใช้ถุงยางอนามัย และจากการศึกษาถึงเหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยคือ ไม่รู้ว่าถุงยางอนามัยมีประโยชน์อย่างไร ไม่ต้องการใช้ และสุดท้ายการสวมใส่ถุงยางอนามัยให้ความรู้สึกไม่ค่อยดี มีเพียงคนเดียวเท่านั้นที่เคยร่วมเพศทั้งทางช่องคลอดและช่องทวารหนัก 36% มีเพศสัมพันธ์กับคู่ของตัวเอง 2 คนต่อสัปดาห์

การศึกษาวิจัยในเชิงคุณภาพ แสดงให้เห็นปรากฏการณ์การระบาดซึ่งมีความซับซ้อนหลายมิติที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรม สังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมือง สรุปเป็นประเด็นสำคัญได้ 3 ประเด็นดังนี้(วสันต์ ศิลปสุวรรณ และคนอื่น ๆ , 2538)

1. การศึกษาปัจจัย การแพร่ระบาดของโรคเอดส์แสดงให้เห็นถึงปัญหาการพัฒนาประเทศแบบด้อยพัฒนา กล่าวคือการพัฒนาประเทศให้เป็นสังคมอุตสาหกรรมใหม่ มุ่งพัฒนาระบบอุตสาหกรรมในเมืองและละเลยภาคเกษตรในชนบท เป็นการพัฒนาที่เน้นการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ โดยการเน้นการผลิตสินค้าเพื่อธุรกิจและการส่งออกเป็นสำคัญ ทำให้ระบบการผลิตขนาดเล็กของชาวบ้านเพียงพอกินพอใช้และมีเหลือขายเพียงเล็กน้อย เพื่อมีรายได้สำหรับซื้อของจำเป็นบางอย่าง จะไม่สามารถอยู่ได้อีกต่อไป ซึ่งก่อให้เกิดปัญหาช่องว่างระหว่างรายได้ของคนมั่งมีกับคนจนระหว่างคนเมืองกับชนบท

นอกจากนี้การเจริญเติบโตของหน่วยงานระบบบริการต่าง ๆ มุ่งที่ตัวเมืองเป็นสำคัญทำให้คนชนบทซึ่งมีรายได้ต่ำอยู่แล้วยังขาดบริการจำเป็นพื้นฐาน เช่น การศึกษา การรักษาพยาบาล

ความแตกต่างอย่างมากระหว่างเมืองและชนบท ทำให้สื่อมวลชนมีอิทธิพลมาก การโฆษณา ข่าวสาร ความเจริญของเมือง ทำให้ประชาชนชนบทเกิดความไม่พอใจกับสภาพแร้นแค้นของตนอพยพเข้าเมืองเพื่อมารับจ้างทำงาน โดยมุ่งหวังที่จะหลีกเลี่ยงจากความลำบากยากไร้ของชีวิตในชนบท ก่อให้เกิดภาวะการฉ้อพวยของประชากรเข้ามาอยู่หนาแน่นในเมือง ปัญหาชุมชนแออัด เกิดปัญหาทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และสังคม

การพัฒนาประเทศในลักษณะเน้นอุตสาหกรรมบริโภคนิยมและความทันสมัย ทำให้เกิดการขาดความสมดุลระหว่าง ความสามารถในการตอบสนอง ความต้องการในการบริโภค กับความต้องการดังกล่าว อันเป็นรากเหง้าของปัญหาโสเภณี และปัญหาการติดยาเสพติด

2. การศึกษาลักษณะสังคมกับการแพร่ระบาดของเอดส์ แสดงให้เห็นถึงความล้มเหลวหรือภาวะล่มสลายของระบบครอบครัว สังคม และวัฒนธรรม

สภาพสังคมที่เปลี่ยนแปลงไปพร้อม ๆ กับการพัฒนาประเทศให้เจริญก้าวหน้า คือสภาพครอบครัวที่ขาดความอบอุ่น เนื่องจากสมาชิกในครอบครัวต่างออกนอกบ้านไปทำงานไปเรียนหนังสือ ทำให้ความใกล้ชิดและความสัมพันธ์ของครอบครัวลดน้อยลง

วิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากเดิมทุกคนต้องทำงานแข่งกับเวลา มีการแก่งแย่งแข่งขัน การกิน การนอน การพักผ่อนเปลี่ยนแปลงไปจากเดิม ก่อให้เกิดความเครียด

คนในสังคมหันมาให้ความสำคัญในสิ่งที่เป็นวัตถุมากกว่าจิตใจ มีค่านิยมยกย่อง นับถือคนร่ำรวยและมีอำนาจ มากกว่าการเป็นคนดี ทำให้คนในสังคมหันมาไขว่คว้าสิ่งที่เป็นวัตถุโดยไม่คำนึงถึงด้านศีลธรรมและความดีงาม มีการเบี่ยงเบนของพฤติกรรมทางเพศ การมั่วเพศในวัยรุ่น การสำส่อนเที่ยวหญิงบริการ การติดยาเสพติด การก่ออาชญากรรมมีแนวโน้มของการเกิดโรคจิต และโรคประสาทเพิ่มขึ้น

3. นอกจากนั้นการศึกษาพฤติกรรมทางเพศกับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ทำให้เราเข้าใจถึงความเลื่อมล้ำหรือไม่เท่าเทียมกันระหว่างเพศหญิงและชาย นอกจากนี้ยังเกิดปัญหาด้านการละเมิดสิทธิของบุคคลผู้ด้อยโอกาสในสังคม เช่น ปัญหาตกเขียวอันเป็นการละเมิดสิทธิเด็กโดยสิ้นเชิง

เอดส์เป็นปัญหาสังคมซึ่งมีความซับซ้อน เป็นกระบวนการ โดยเฉพาะสาเหตุเรื่องเพศสัมพันธ์หรือปัญหาโสเภณี การพัฒนารูปแบบเป็นธุรกิจซึ่งมีเครือข่ายทั้งในประเทศและนอก

ประเทศที่มีผลประโยชน์มหาศาล มูลเหตุของการเป็นโสเภณี ซึ่งจากปัจจัยพื้นฐานเกี่ยวกับความด้อยสติปัญญาที่ทำให้เกิดปัญหาสังคมอื่น ๆ ตามมา ได้แก่ ด้านเศรษฐกิจ การศึกษา สภาพสังคม และสิ่งแวดล้อม แล้วยังมีแรงผลักดันจากครอบครัวและชุมชน แรงดึงจากเจ้าของประกอบการ นายหน้าผู้จัดหา และชายผู้เกี่ยวข้องกับระบบการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และผู้นำท้องถิ่น เป็นปัจจัยให้เกิดการขยายตัว อย่างไรก็ตามการควบคุมของธุรกิจเพศพาณิชย์

นั่นคือปรากฏการณ์โสเภณีในประเทศไทย เป็นปรากฏการณ์ที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยต่าง ๆ ในหลายระดับด้วยกัน การวิเคราะห์ให้เห็นภาพรวมของปรากฏการณ์พบว่า เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดจากการทำงานร่วมกันระหว่างฝ่ายอุปสงค์หรือฝ่ายผู้ซื้อ (Demand) ซึ่งไม่ได้มีแต่ผู้ซื้อที่เป็นคนท้องถิ่นเท่านั้น แต่รวมไปถึงชาวต่างชาติอีกหลายชาติหลายภาษาด้วย ฝ่ายอุปทานหรือฝ่ายผู้ขาย (Supply) ซึ่งเกี่ยวข้องกันทั้งระดับปัจเจกบุคคล ครอบครัว ชุมชน และภูมิภาค รวมทั้งฝ่ายจัดการให้อุปสงค์และอุปทานมาพบกัน หรือเรียกอย่างหนึ่งว่า ภาคธุรกิจการมรรณห์ หรือเพศพาณิชย์ไปจนถึงรัฐและสังคมโดยส่วนรวม