

การขยายโอกาสการเข้าถึงบริการ  
ยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/  
ผู้ป่วยโรคเอดส์ ในประเทศไทย

Expansion of Medical Service on HIV/AIDS  
In Thailand

โดย

ภริตา ก๋วยเกียรติกุล  
พิมพ์ใจ ศาทสิทธิ์  
ธีระ วรณารัตน์

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  
กรมควบคุมโรค  
กระทรวงสาธารณสุข

## EXPANSION OF MEDICAL SERVICE ON HIV/AIDS IN THAILAND

Parita Kuaikietikul, Pimjai Satsit, Thira Woratanarat  
AIDS Division, Dept. of CDC, MOPH

**Background:** Thailand started the anti-retroviral (Zidovudine) supply program in 1992 primarily for low-income groups. The cost effectiveness was reviewed in 1996, by staffs of the World Bank, World Health Organization and Ministry of Public Health (MOPH), demonstrated high cost with limited benefit. It encouraged program evolution from “*supply for services*” to “*supply for research*”. So the clinical research network was set up in 1996 and supply was shipped out in 1997 on dual therapy and triple combination. All proposal was submitted by a working group consisting of local experts from medical school and the MOPH together rank these proposals. The high scores received medical supplied while the low scores were receiving technological advice in order to increase their capacity in the near future. The supply on research has launched three years. World Health Organization and Bureau of health Policy & plan staffs evaluated the clinical research network. They recommended the program was weak in monitoring while the policy was changing to distribute the medical supplies all part of Thailand.

**Activities:** The medical supplies now extends to accessing to triple therapy. In 2000, There was tried to reduce the price of anti-retroviral drugs while the expert from medical school, provincial hospitals, private hospital, NGO and PLWA submitted the eight regimens for patients 1,260 cases. All provincial hospitals were surveyed and submitted totally 109 sites. They were 55 sites in the upper North while all the contents for training were preparing and training in six times. The supplies shipped to all part of the country during February to March 2001. The investigators have enrolled the naive patients with CD<sub>4</sub> lower than 250 cells/cumm. The treatment is ongoing and the monitoring will handle by AIDS Division and CDC region 1-12 staffs that reside in the country. On the other hand, the clinical research is still continuing two projects. One has launched in 2000 with dual therapy amount 330 cases and the other is triple drug in women who received AZT during pregnancy amount 580 cases. It will start in June 2001. The investigators and their teams were trained for *Good Clinical Practices* (GCP) to reassure data handing quality.

**Conclusion:** The medical supplies are procurement from central that has power to reducing the price in the future while The Government Pharmaceutical Organization is producing some drugs that loses of the patents. So, all patients can access to cheap drugs. The primary prophylaxis and secondary prophylaxis opportunistic infections will be settle for the patients choices that are the minimal requirements. For other developing countries, Thailand's experiences should be perceived as an example not a model.

## บทคัดย่อ

ประเทศไทยเริ่มใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ปี 2535 สำหรับผู้มีรายได้น้อย ในปี 2539 ได้มีการประเมินความคุ้มค่าโดยการสนับสนุนของธนาคารโลก องค์การอนามัยโลก และกระทรวงสาธารณสุข พบว่าไม่คุ้มค่าในสภาวะการงบประมาณจำกัด มีวิวัฒนาการจากการให้บริการเป็นการสนับสนุนการวิจัย ดังนั้นจึงมีการพัฒนาเครือข่ายในปี 2539 การให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีด้วยสูตรยาแบบสองชนิดพร้อมกัน และสูตรยาแบบสามชนิดพร้อมกัน มีการแจ้งให้หน่วยงานทั้งโรงเรียนแพทย์และโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการสนับสนุนยาต้านไวรัสเอชไอวีมีการให้คะแนน โครงการที่มีคะแนนสูงจะได้รับการสนับสนุนยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนหน่วยงานที่ได้คะแนนน้อยจะได้รับการพัฒนาเสริมสร้างศักยภาพให้สามารถทำงานวิจัยในอนาคต การสนับสนุนยาในโครงการวิจัยประมาณ 3 ปี มีการประเมินผลเครือข่ายการวิจัยการให้บริการทางการแพทย์โดยองค์การอนามัยโลกและสำนักนโยบายและแผน กระทรวงสาธารณสุข พบว่าสิ่งที่เป็นจุดอ่อนคือ ขาดการติดตามที่เป็นระบบ ขณะที่นโยบายเปลี่ยนแปลงเพื่อที่จะขยายโอกาสโดยการกระจายยาให้ครอบคลุมทั่วประเทศ

การดำเนินการขยายโอกาสการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบสูตรยาสามชนิดพร้อมกัน ปี 2543 มีความพยายามที่จะลดราคาต้านไวรัสเอชไอวี คณะผู้เชี่ยวชาญจากมหาวิทยาลัย โรงพยาบาล สังกัดกระทรวงสาธารณสุข โรงพยาบาลเอกชน องค์การเอกชน และเครือข่ายผู้ติดเชื้อได้ร่วมกันกำหนดสูตรยาแบบสามชนิดพร้อมกัน จำนวน 8 สูตร สำหรับผู้ป่วย 1,260 ราย มีการสำรวจความพร้อมของโรงพยาบาลของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป ยกเว้นภาคเหนือตอนบนที่มีการสำรวจถึงระดับโรงพยาบาลชุมชนมีหน่วยงานที่พร้อมที่จะเข้าร่วมโครงการ จำนวน 109 แห่ง ขณะเดียวกันมีการเตรียมหลักสูตรสำหรับการฝึกอบรม 5 ด้าน และมีการอบรมจำนวน 6 ครั้ง การส่งยากระจายให้พื้นที่ทุกภาคผ่านสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1 - 12 ช่วงเดือนกุมภาพันธ์ 2544 และเริ่มจ่ายยาเดือนมีนาคม 2544 การคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการด้วย CD4 ต่ำกว่า 200 Cells/cumm การติดตามผลการดำเนินงานโดยกองโรคเอดส์และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1-12 นอกจากนี้ยังให้การสนับสนุนยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องสำหรับโครงการวิจัยที่เคยได้รับการสนับสนุนมาก่อนและโครงการในเครือข่ายวิจัยการให้บริการทางการแพทย์ 2 โครงการคือโครงการให้สูตรยาแบบสองชนิดพร้อมกัน จำนวน 330 ราย และโครงการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในมารดาหลังคลอดที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก จำนวน 580 ราย

การจัดซื้อยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยหน่วยงานส่วนกลางเพราะมีอำนาจการต่อรอง ขณะที่องค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยาที่หมดสิทธิบัตร ดังนั้นผู้ป่วยสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีราคาถูก การให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิเป็นการดูแลขั้นพื้นฐานที่ผู้ป่วยควรจะได้รับ สำหรับประเทศที่กำลังพัฒนาสามารถศึกษาจากประเทศไทยแต่ไม่ใช่เป็นรูปแบบ

ประเทศไทยมีการรายงานพบผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในปี 2527 เป็นชายชอบชายที่เพิ่งกลับมา จากต่างประเทศ เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่แสดงอาการของโรคเป็นระยะเวลาประมาณ 10 ปี<sup>(1)</sup> ช่วง ปี 2527-2532 มีข้อมูลน้อยมากที่จะบอกให้รู้ว่าเกิดการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็วในกลุ่มเสี่ยง ได้แก่ ผู้ใช้ ยาเสพติดชนิดฉีด หญิงบริการทางเพศ ขณะเดียวกันมีรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นอย่างรวดเร็ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ใช้แรงงานมีรายได้ต่ำและยาต้านไวรัสเอดส์มีราคาสูง การเข้าถึงยา ต้านไวรัสจึงมีโอกาสน้อย ปี 2535 รัฐบาลมีนโยบายให้ยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี อาการและมีรายได้ต่ำด้วยยา Zidovudine(AZT)<sup>(2)</sup> ต่อมาในปี 2539 ธนาคารโลกร่วมกับกระทรวง สาธารณสุขได้ประเมินผลพบว่า ผลตอบแทนต่ำไม่คุ้มทุนในด้านการยืดอายุผู้ป่วย เพราะผู้ป่วยขาดความ สม่ำเสมอในการรับประทานยา(Treatment Compliance) ขาดการติดตามผลของการใช้ยา ทำให้การ รักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ขาดทั้งประสิทธิภาพและประสิทธิผลประกอบเกิดภาวะวิกฤตเศรษฐกิจ

ในปี 2540 กรมควบคุมโรคติดต่อจึงหันมาเน้นการพัฒนาระบบเครือข่ายการวิจัยการให้บริการ ทางการแพทย์(Clinical Research Network) เพื่อหารูปแบบการใช้ยาต้านไวรัสเอดส์ให้มีประสิทธิภาพใน เชิงวิจัย<sup>(3)</sup> พร้อมทั้งผสมผสานกับการดูแลอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง Comprehensive and Continuum Care<sup>(4,5)</sup>

ปี 2542 กระทรวงสาธารณสุขมุ่งที่จะพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการวิจัยการให้บริการทาง การแพทย์ให้มั่นคงและก้าวหน้าโดยมีจุดเน้น 1) การดำเนินงานเชิงรุกด้วยการกำหนดคำถามการวิจัยที่ สำคัญและมีความจำเป็นต่อการพัฒนาการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในแต่ละด้าน 2) แก้ไขจุดอ่อนของการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานที่ยังขาดทั้งกำลังคนและศักยภาพโดยจะพยายามปรับ บบประมาณที่มีอยู่มาใช้ในด้านการพัฒนาบุคลากรโดยเปิดโอกาสให้หน่วยงานสาธารณสุขที่สนใจและมี ความพร้อมเสนอโครงการศึกษาวิจัยขอรับการสนับสนุนยาต้านไวรัสเอดส์ ซึ่งโครงการศึกษาวิจัยส่วน ใหญ่เป็นการรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในสูตรยาแบบสองชนิดพร้อมกัน (Dual Therapy) มี การศึกษาสูตรยาแบบสามชนิดพร้อมกัน(Triple Therapy) ให้ผลสามารถลดจำนวนไวรัสในกระแสเลือดได้ มากกว่าสูตรยาแบบสองชนิดพร้อมกันกับความครอบคลุมมีจำนวนจำกัดส่วนใหญ่อยู่ในโครงการวิจัยเมื่อ โครงการสิ้นสุดผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มีความรู้สึกไม่มั่นใจและไม่รู้ขนาดของตนเองว่าจะได้รับ ยาต่อหรือไม่

ดังนั้น ปี 2544 จึงได้ขยายโอกาสการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วย โรคเอดส์ที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสเอดส์มาก่อนในโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย ส่วนผู้ป่วยที่อยู่ในโครงการวิจัยเดิมมีการสนับสนุนให้ ได้รับยาต่อเนื่อง

#### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการให้บริการและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์
- 2) เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์มีโอกาสเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์แบบสูตรยาสาม ชนิดพร้อมกัน

## การดำเนินงาน

1. แต่งตั้งคณะกรรมการและคณะทำงานกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยในคณะอนุกรรมการส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์
2. ประชุมคณะผู้เชี่ยวชาญเพื่อคัดเลือกสูตรยาต้านไวรัสเอดส์สำหรับผู้ใหญ่และเด็ก
3. สสำรวจความพร้อมของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั่วประเทศด้วยความสมัครใจ ผู้บริหารให้การสนับสนุน มีทีมงานประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา เกษัชกร และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการ มีความสามารถในการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น การตรวจระดับ CD4 หรือ viral load หรือสามารถประสานกับหน่วยงานที่มีความพร้อมในการตรวจทางห้องปฏิบัติการได้อย่างมีประสิทธิภาพให้ถือว่าเข้าข่ายในการพิจารณา
4. พัฒนาหลักสูตรสำหรับอบรมเจ้าหน้าที่
5. พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการให้บริการ เพื่อให้บุคลากรมีศักยภาพในการดูแลรักษาผู้ป่วยด้วยยาต้านไวรัสเอดส์โดยการอบรมความรู้
6. พัฒนาการบริหารจัดการคลังเวชภัณฑ์ การจัดซื้อจัดจ้าง
7. ประสานงานและร่วมดำเนินการจากทุกภาคส่วนในทุกชั้นตอนทั้งองค์กรเอกชน องค์กรชุมชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อในการคัดเลือกผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการและประชาสัมพันธ์
8. การต่อรองราคายาเพื่อให้ยามีราคาต่ำ
9. ส่งเสริมองค์การเภสัชกรรมในการผลิตยาสามัญ(Generic)
10. จัดทำแนวทางการปฏิบัติโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย(ปี 2544)
11. ติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย

## ผลการดำเนินงาน

นพ.สมทรง รัชต์เฝ้า(อธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ)ได้ต่อรองราคายากับบริษัทเอกชนเพื่อให้ยาราคาถูกลง ขณะที่องค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตยา ประกอบองค์กรเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อซึ่งมีส่วนในการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิบัตรยา ทำให้สามารถครอบคลุมผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยสูตรยาแบบสามชนิดพร้อมกัน

คณะผู้เชี่ยวชาญและผู้แทนองค์กรหมอไร้พรมแดนได้กำหนดสูตรยาแบบสามชนิดพร้อมกันสำหรับผู้ใหญ่ จำนวน 8 สูตร (ตารางที่ 1 ) และสูตรยาสำหรับเด็ก จำนวน 8 สูตร(ตารางที่ 2 )

ตารางที่ 1 สูตรยาแบบสามชนิดพร้อมกันสำหรับผู้ใหญ่ จำนวน 8 สูตร

สูตรที่	สูตรยา	หมายเหตุ
1	AZT+3TC+NVP	2NRTIs+1NNRTI
2	AZT+ddl+NVP	2NRTIs+1NNRTI ddl powder is local made
3	AZT+3TC+EFV	2NRTIs+1NNRTI
4	d4T+ddl+EFV	2NRTIs+1NNRTI ddl powder is local made
5	AZT+3TC+SQV/ RTV	2NRTIs+dual PI
6	d4T+ddl+SQV/RTV	2NRTIs+dual PI
7	AZT+3TC+IDV/RTV	2NRTIs+dual PI
8	d4T+ddl+IDV/RTV	2NRTIs+dual PI ddl powder is local made

ตารางที่ 2 สูตรยาแบบสามชนิดพร้อมกันสำหรับเด็ก จำนวน 8 สูตร

สูตรที่	สูตรยา	หมายเหตุ
1	AZT+ddl+EFV	2NRTIs+1NNRTI ddl powder is local made
2	AZT+3TC+EFV	2NRTIs+1NNRTI
3	d4T+ddl+EFV	2NRTIs+1NNRTI
4	d4T+3TC+EFV	2NRTIs+1NNRTI
5	AZT+ddl+IDV	2NRTIs+1PI ddl powder is local made
6	d4T+ddl+IDV	2NRTIs+1PI ddl powder is local made
7	AZT+ddl+RTV	2NRTIs+1PI ddl powder is local made
8	d4T+ddl+RTV	2NRTIs+1PI ddl powder is local made

เป้าหมายการให้บริการยาด้านไวรัสเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 3,600 ราย (ผู้ใหญ่ 3000 ราย และเด็ก 600 ราย) มีการจัดสรรยาด้านไวรัสเอดส์ สำหรับโครงการใน เครือข่ายการวิจัยทางการแพทย์สำหรับรายที่เคยได้รับยาด้านไวรัสเอดส์มาก่อนโดยใช้ยาสูตรเดิม ทั้งที่ เป็นสูตรยาแบบสองชนิดพร้อมกันและสูตรยาสามชนิดพร้อมกัน ซึ่งส่วนใหญ่จะเป็นโครงการที่รักษาด้วย ยาด้านไวรัสเอดส์ แบบสูตรยาสองชนิดพร้อมกัน(Dual therapy) รวมทั้งผู้ใหญ่และเด็ก จำนวน 1,829 ราย สำหรับการขยายโอกาสเข้าถึงยาด้านไวรัสเอดส์โครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ จำนวน 1,260 ราย ใน 6 จังหวัด ภาคเหนือตอนบน จำนวน 632 ราย คิดเป็นร้อยละ 50.16 สูตรยาสำหรับเด็ก จำนวน 511 ราย

ผลการสำรวจความพร้อมของโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไปทั่วประเทศและโรงพยาบาล ชุมชน(ภาคเหนือตอนบน) ที่พร้อมจะเข้าร่วมโครงการจำนวน 109 แห่ง เป็นโรงพยาบาลภาคเหนือ ตอนบน จำนวน 55 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 50.46 ที่เหลือกระจายอยู่ตามภูมิภาคอื่นๆ เป็นโรงพยาบาลศูนย์/ โรงพยาบาลทั่วไป จำนวน 54 แห่ง สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เด็ก มีโรงพยาบาลเข้าร่วม โครงการ จำนวน 11 แห่ง ส่วนใหญ่เป็นโรงพยาบาลของทบวงมหาวิทยาลัย ซึ่งมีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เด็ก จำนวน 501 คน

จัดทำหลักสูตรเนื้อหาการอบรมประกอบด้วยการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์และยาป้องกันและ รักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในผู้ใหญ่ ด้านการรักษาด้วยยาด้านไวรัสเอดส์และยาป้องกันและรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสในเด็ก ด้านการให้คำปรึกษา ด้านห้องปฏิบัติการ ด้านเภสัชกรรมและด้านติดตาม กำกับ และประเมินผล

การพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการให้บริการสำหรับบุคลากร ดำเนินการอบรมบุคลากรของ หน่วยงานที่สมัครเข้าร่วมโครงการและทีมงานของสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต อบรมทั้งสิ้น จำนวน 6 ครั้ง มีผู้เข้ารับการอบรม จำนวน 605 คน โดยแบ่งเป็นภาค ได้แก่ ภาคเหนือตอนบนโดยสำนักงาน ควบคุมโรคติดต่อเขต 10 เป็นเจ้าภาพ ภาคเหนือตอนล่าง โดยรวมเขต 8 และ เขต 9 โดยสำนักงาน ควบคุมโรคติดต่อเขต 9 เป็นเจ้าภาพ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ โดยรวมเขต 5, 6, 7 สำนักงานควบคุม โรคติดต่อเขต 7 อุบลราชธานี เป็นเจ้าภาพ ภาคกลาง โดยรวมเขต 1, 2, 3, 4 โดยสำนักงานควบคุม โรคติดต่อเขต 3 ชลบุรีเป็นเจ้าภาพ ภาคใต้ รวมเขต 11 และ 12 โดยสำนักงานควบคุมโรคเขต 12 สงขลา เป็นเจ้าภาพ

จัดพัฒนาโปรแกรมการบริการคลังยาผ่านระบบสารสนเทศ จำนวน 1 โปรแกรม เพื่อรองรับ หน่วยงานที่กระจายทั่วประเทศ

การประสานความร่วมมือจากทุกภาคส่วนและการกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละหน่วยงาน บทบาทหน้าที่ของหน่วยงานต่าง ๆ

โรงพยาบาลต่างๆ มีบทบาทหน้าที่

1. จัดตั้งทีมงานการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ดูแลรักษาด้วยยาด้าน ไวรัสเอดส์
2. การให้คำแนะนำการรับประทายยาและการบริการปรึกษากรณีที่มีอาการข้างเคียง

3. จัดทำรายงานและการบริหารจัดการคลังยา  
สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต มีบทบาทหน้าที่

1. ร่วมกับกองโรคเอดส์และคณะอำนวยการและคณะทำงานดำเนินการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย
2. จัดทำคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย
3. ประสานกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดในการเผยแพร่แนวคิดและชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับแนวทางการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ให้กับโรงพยาบาลที่สนใจเข้าร่วมโครงการ
4. อบรมที่มงานของโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ
5. เก็บรวบรวมข้อมูลจากสำเนาแบบบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับการรักษา
6. บริหารจัดการคลังยาย่อย และประสานกับกองโรคเอดส์ในการเบิกจ่ายยาต้านไวรัสเอดส์
7. ติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในแต่ละเขต

กองโรคเอดส์ มีบทบาทหน้าที่

1. ประสานกับหน่วยงานต่าง ๆ เพื่อแต่งตั้งคณะอำนวยการและคณะทำงานกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย
2. เผยแพร่แนวคิด และชี้แจงรายละเอียดเกี่ยวกับโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย
3. ร่วมกับคณะอำนวยการและคณะทำงาน และสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต ดำเนินการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย
4. ร่วมกับสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องจัดทำคู่มือแนวทางการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย

องค์กรเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ มีบทบาทหน้าที่

มีส่วนร่วมในการจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย ในภูมิภาคมีส่วนร่วมในการกำหนดหลักเกณฑ์การคัดเลือกผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้มีสิทธิได้รับยา การประชาสัมพันธ์กระจายข่าวสารโดยการบอกต่อ แจกเอกสาร แผ่นพับ และได้ดำเนินการเคลื่อนไหวเรื่องการยกเลิกสิทธิบัตรยาต้านไวรัสเอดส์ ภาคเหนือตอนบน NGO มีส่วนร่วมในการเป็นคณะกรรมการในการคัดเลือกผู้สมัครเกือบทุกแห่ง การให้บริการรักษา เยี่ยมบ้าน



ข้อบ่งชี้ในการคัดเลือกผู้ป่วย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีระดับ CD4 ต่ำกว่า 250 Cells/cummm หรือผู้ป่วยที่มีอาการ

#### การติดตามผลการดำเนินงาน

สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1-12 ดำเนินการนิเทศหน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการและกองโรคเอดส์ จัดประชุมรายงานความก้าวหน้าการดำเนินงาน พบว่า ผู้บริหารให้การสนับสนุนให้เกิดการทำงานเป็นทีม บางแห่งมีการจัดบริหารแบบ One stop unit เกสซ์กรมีบทบาทมากขึ้น มีความรู้เกี่ยวกับเรื่องยา การบริหารยาและการดูแลกรณีที่มีอาการข้างเคียงจากยา มีประสิทธิภาพการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แบบสูตรยาสามชนิดพร้อมกัน รวมทั้งการประสานงานระหว่างสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภาคเอกชนและเครือข่ายประชาชนร่วมดำเนินการ ปัญหาอุปสรรคที่พบในระยะแรกที่สำคัญคือ

การบริหารจัดการยา และการเปลี่ยนสูตรยาซึ่งค่อนข้างจำกัด ผู้ป่วยส่วนหนึ่งแพ้ยาทนอาการข้างเคียงของยาไม่ได้ ต้องออกจากโครงการโดยปริยาย

การติดตามผลการรักษาโดย CD4 ข้อจำกัดเนื่องจากมีเครื่อง CD4 ไม่กี่แห่งและไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด หน่วยงานที่ไม่มีเครื่องอ่านผล CD4 ต้องย้อม cell และส่งอ่านผลที่โรงพยาบาลเครือข่าย ซึ่งเจ้าหน้าที่ชั้นสูตรไม่มีความชำนาญในย้อม cell การสนับสนุนน้ำยาตรวจ CD4 จากส่วนกลาง แต่ปี 2544 ไม่สามารถจัดซื้อน้ำยาได้เพราะติดขัดเกี่ยวกับคุณลักษณะเฉพาะของน้ำยา

แพทย์ส่วนใหญ่ขาดความชำนาญในการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ อาการข้างเคียงที่เกิดขึ้นบางอย่างซึ่งไม่เป็นอย่างที่มิในตำรา ผู้ป่วยบางรายจะทนเพื่อให้มีสิทธิได้รับยา

การบริหารจัดการยาด้านไวรัสเอดส์โดยส่วนกลาง และยาจะถูกจัดส่งไปสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขตเพื่อจัดส่งให้โรงพยาบาลในเขตรับผิดชอบโดยบริษัทฯ ต้องคาดการณ์การใช้ยาแต่ละสูตรและไม่สามารถคาดการณ์ว่าจะมีผู้แพ้ยาสูตรที่ 1-4 จำนวนเท่าไร บางโรงพยาบาลได้รับสูตรยาที่ 4-8 ซึ่งเป็นกลุ่ม Protease Inhibitor ทำให้ไม่เป็นไปตามหลักการที่กำหนดไว้ครั้งแรก ddi ชนิดผงที่ผลิตโดยองค์การเภสัชกรรมเพื่อทดแทนยา ddi ชนิดเม็ดของบริษัทเอกชน มีอายุการใช้งานประมาณ 6 เดือน การจัดซื้อจัดจ้างต้องดำเนินการภายในปีงบประมาณไม่สามารถกันเงินไว้ดำเนินการจัดซื้อในปีงบประมาณถัดไป การจัดการแลกเปลี่ยนยาที่ใกล้หมดอายุตามเงื่อนไขกับบริษัทและองค์การเภสัชกรรมจึงเป็นภาระคละไม่มีเกสซ์กรดูแลคลังยาของส่วนกลาง

## สรุปและอภิปรายผล

การรายงานครั้งนี้เป็นระยะการเริ่มต้นของการขยายโอกาสการเข้าถึงการบริการยาด้านไวรัสเอ็ดส์ ดังนั้นในเบื้องต้นส่วนใหญ่จะเป็นการเตรียมการ การวางระบบและแนวทางการดูแลรักษาและการพัฒนาโครงการพื้นฐานการให้บริการ การอบรมบุคลากรและส่วนใหญ่จึงเป็นการดำเนินการในส่วนที่เป็น การดูแลผู้ป่วยที่เป็นผู้ใหญ่

จากที่ผ่านมามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่มีฐานะยากจนจะมีโอกาสเข้าถึงยาด้านไวรัสเอ็ดส์เฉพาะที่เข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยจึงจะได้รับยาฟรี ส่วนผู้ที่มีต้องการรับประทานยาด้านไวรัสเอ็ดส์อีกจำนวนหนึ่งต้องซื้อยาเอง ในระยะเริ่มต้นยามีราคาแพง ค่าใช้ที่เป็นค่ายาแต่ละเดือนเป็นหลักหมื่น การขยายโอกาสการเข้าถึงบริการยาด้านไวรัสเอ็ดส์ เริ่มในปี 2544 โดยอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อ (นายแพทย์สมทรง รัชส์เผ่า) ที่อยากให้ราคายาด้านไวรัสเอ็ดส์ลดลงเพื่อให้ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยโรคเอดส์มีโอกาสเข้าถึงยาด้านไวรัสเอ็ดส์แบบสูตรสามชนิดพร้อมกันเพื่อให้การรักษาที่มีประสิทธิภาพเทียบกับการรักษาในต่างประเทศ สำหรับรายการยาที่หมดสิทธิบัตรแล้ว มีการส่งเสริมให้องค์กรเภสัชกรรมสามารถผลิตเพื่อรองรับกับความต้องการภายในประเทศ การกำหนดสูตรยา 8 สูตรโดยผู้เชี่ยวชาญ ส่วนใหญ่จะมียาที่ผลิตในประเทศ เช่น ddi ชนิดผงใช้ทดแทนยา ddi ชนิดเม็ด<sup>(6)</sup> ส่วนยาที่ยังไม่หมดสิทธิบัตรมีการเจรจากับบริษัทเพื่อลดราคาได้ระดับหนึ่ง สำหรับโครงการวิจัยที่เคยได้รับการสนับสนุนยาด้านไวรัสเอ็ดส์มาก่อนเพื่อเป็นการสร้างความมั่นใจแก่ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยโรคเอดส์ จึงยังคงให้การสนับสนุนยาด้านไวรัสเอ็ดส์ในสูตรเดิมต่อจนกว่าจะต่อยา ปี 2544 ซึ่งเป็นปีแรกที่มีการขยายโอกาสเข้าถึงยาด้านไวรัสเอ็ดส์ แบบสูตรยาสามชนิดพร้อมกันสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ยากจนที่ไม่เคยได้รับยามาก่อน ในโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย มีการจัดซื้อยาสำหรับผู้ใหญ่จำนวน 1,260 คน ประมาณครึ่งหนึ่งเป็นโควตาของ 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ทั้งนี้เนื่องจากภาคเหนือตอนบนมีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด และมีอาการป่วยด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและตายสูงกว่าภาคอื่น ๆ<sup>(7)</sup> จากการติดตามผลการดำเนินงานพบว่า มีผู้ที่สนใจและสมัครเข้าร่วมโครงการจำนวนไม่มากอย่างที่คาดไว้ ทั้งนี้มีหลายสาเหตุ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ยังไม่มีอาการแสดง การประชาสัมพันธ์ยังไม่กว้างขวาง โรงพยาบาลบางแห่งได้รับโควตาน้อยและมีผู้ป่วยอยู่ในความดูแลจำนวนหนึ่งประกอบด้วยข้อมูลของเจ้าหน้าที่ว่าหากกินยาแล้วต้องกันตลอดชีพ การสนับสนุนอาจได้เพียงระยะหนึ่งและอาการข้างเคียงมากมายที่อาจเกิดขึ้น บางรายไม่มีค่าตรวจ CD4 ซึ่งมีผลต่อการสมัครเข้าร่วมโครงการ เนื่องจากมีผู้ป่วยจำนวนหนึ่งยังไม่อยากสมัครเข้ารับยาด้านไวรัสเอ็ดส์ จึงยังไม่สามารถสรุปได้ชัดเจนว่ามีความต้องการรักษาพยาบาลด้วยยาด้านไวรัสเอ็ดส์สูง โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการโดยความสมัครใจเพียง 109 แห่ง หากจะเทียบกับจำนวนโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทั่วประเทศ สามารถ<sup>(8)</sup> ครอบคลุมเพียงร้อยละ 13.76 ภาคเหนือตอนบนมีความพร้อมที่จะให้บริการ ส่วนภาคอื่น ๆ ส่วนใหญ่จะอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไป ซึ่งไม่ครอบคลุมทุกจังหวัด เนื่องจากโรงพยาบาลจำนวนหนึ่งที่ยังไม่ประสงค์ที่จะสมัครเข้าร่วมโครงการ ดังนั้นจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวนหนึ่งจะเข้าไม่ถึงบริการ

คณะผู้เชี่ยวชาญในเครือข่ายวิจัยการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ได้คัดเลือกสูตรยาที่เหมาะสมกับประเทศไทย ราคาไม่แพง สูตรยาผู้ใหญ่ 8 สูตร สูตรยาเด็ก 8 สูตร โดยสูตรยาจะเป็นยาที่องค์การเภสัชกรรมสามารถผลิตได้เช่น AZT และ ddI ปัญหาที่พบและเป็นเหตุให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ต้องออกจากโครงการเพราะมีอาการข้างเคียงมาก เพราะสูตรยาที่จัดซื้อส่วนใหญ่ได้แก่สูตร Combid/ Navirapine, Combid/Efavirenze และ Combid/Eortavase/RTV ซึ่ง Combid จะประกอบด้วย AZT 300 mg และ 3TC 150 mg จึงไม่เหมาะกับผู้ที่น้ำหนักตัวน้อยกว่า 60 กิโลกรัม AZT ปริมาณมากจะทำให้เกิดอาการข้างเคียงสูงและซีด และส่วน Navirapine ทำให้เกิดผื่น

ด้านห้องปฏิบัติการ CD4 จะเป็นสิ่งที่ใช้ในการติดตามผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี<sup>(9)</sup> ข้อจำกัดเนื่องจากมีเครื่องตรวจ CD4 ทั่วประเทศเพียง จำนวน 19 เครื่อง ยังไม่เพียงพอในการรองรับกับปริมาณการตรวจ ปัญหาเรื่อง work load ของบุคลากรและการบำรุงรักษาเครื่องที่ชำรุดโรงพยาบาลต้องรับผิดชอบค่าใช้จ่ายเอง ส่วนกลางจะให้การสนับสนุนน้ำยาชั้นสูตรซึ่งจัดซื้อโดยกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ สำหรับการตรวจ Viral Load ยังไม่สามารถสนับสนุนได้เพราะยามีราคาแพง

การจัดซื้อยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยส่วนกลางมีข้อดีคือมีอำนาจในการต่อรองราคา แต่มีข้อจำกัดคือการดูแลคลังยาและไม่สามารถตอบสนองความต้องการในแต่ละสูตรยา ในกรณีที่ต้องการเปลี่ยนยาประกอบกับสูตรยามีหลายสูตร ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีอายุสั้น จึงไม่สามารถที่จะกันไว้สำหรับสำหรับผู้ป่วยที่แพ้ยาหรือกรณีที่ต้องยาตามแนวทางที่กำหนดไว้แต่ต้น จึงมีความจำเป็นต้องจ่ายสูตรยาที่มี Protease inhibitor แก่ผู้ป่วยรายใหม่ ปัญหาระบบงบประมาณที่จะต้องดำเนินการให้แล้วเสร็จภายในเดือนกันยายน แผนการจัดซื้อจึงต้องคาดการณ์จึงมีความยุ่งยากในการบริหารคลังยาจะต้องมีโปรแกรมที่มีประสิทธิภาพและบุคลากรด้านเภสัชกรรมมาดูแล

องค์ประกอบที่จะช่วยส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีคือการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานการให้บริการแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ต้องมีความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี บุคลากรต้องมีความมั่นใจในการให้บริการเพราะการบริหารยาต้องตรงเวลาและวิธีการกินยาที่ถูกต้อง การแก้ไขปัญหาคากรณีที่ผู้ป่วยแพ้ยา หรือกรณีที่เชื่อว่ายามีหลักสูตรการอบรมสำหรับอบรมทีมงานทั้ง 5 ด้าน ได้แก่ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีและยาป้องกันและรักษาโรคติดต่อฉวยโอกาสในผู้ใหญ่และในเด็ก ด้านการให้คำปรึกษา ด้านห้องปฏิบัติการ ด้านเภสัชกรรมและด้านติดตาม กำกับและประเมินผล<sup>(9)</sup>

การขยายโอกาสมีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างมากทั้งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการ การมีส่วนร่วมทั้งภาครัฐและเอกชนในการกำหนดสูตรที่เหมาะสมกับประเทศไทย ทั้งนี้โดยมุ่งเน้นและส่งเสริมการผลิตยาในประเทศไทย การต่อรองราคายาต้านไวรัสเอชไอวี และการขับเคลื่อนเรื่องสิทธิบัตรยาต้านไวรัสเอชไอวีขององค์กรเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

#### ข้อเสนอแนะ

1. ผลการดำเนินการโครงการจะเป็นปัจจัยนำเข้าสู่ที่สำคัญของผู้บริหารในการกำหนดทิศทางนโยบายในอนาคต ความต่อเนื่องของโครงการโดยเฉพาะความต่อเนื่องของงบประมาณ
2. ควรมีการปรับสูตรให้เหมาะสมและให้เหลือสูตรไม่กี่สูตรเพื่อให้สะดวกในการบริหารจัดการ

3. การปรับปรุงโปรแกรมบริหารคลังยา และควรมีเภสัชกรในการดูแลคลังเวชภัณฑ์
4. การเฝ้าระวังอาการแพ้ยาและการรายงานผลอาการที่ไม่พึงประสงค์
5. เพิ่มเครื่องตรวจระดับ CD<sub>4</sub> ทั้งนี้เพื่อให้กระจายครอบคลุมพื้นที่แต่ละจังหวัดและการเสริมสร้างศักยภาพของบุคลากรในการชันสูตรและย้อมเซลล์
6. ควรให้การป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิเพื่อลดปริมาณความต้องการยาต้านไวรัสเอดส์และขยายเวลาการดื้อยา
7. หลักการร่วมจ่ายของผู้ป่วย (Co-payment) สำหรับผู้มีรายได้น้อยปานกลางเป็นทางเลือกอย่างหนึ่ง และการลดราคายาจนผู้ป่วยสามารถซื้อยารับประทานเองโดยไม่ต้องพึ่งพากรัฐ สำหรับผู้ที่ยังไม่สามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสเอดส์
8. สำหรับรายที่ไม่สามารถเข้าโครงการหรือยังไม่พร้อม ควรจัดบริการสุขภาพทางเลือกอื่น เช่น อาหาร การออกกำลังการ สมาธิ เป็นต้น
9. สิ่งที่ต้องคำนึงถึงคือการให้ยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสทั้งปฐมภูมิและทุติยภูมิ การใช้สุขภาพทางเลือก การที่จะเข้าถึงบริการนี้ผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์จะต้องสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงของตนเองและตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและการมาพบเจ้าหน้าที่เห็น ๆ สิ่งสำคัญคือคนยังไม่รู้ว่าตนเองติดเชื้อ และควรมีการประชาสัมพันธ์ระยะยาว

#### การศึกษาในอนาคต

1. การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์แม้จะเป็นตามขั้นตอนทางด้านการแพทย์ที่สามารถลดจำนวนไวรัสเอดส์ในกระแสโลหิตของผู้ป่วยลงและยืดชีวิตของผู้ป่วยแต่ควรมีการศึกษาว่า คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอดส์
2. การเฝ้าระวังเชื้อดื้อยา

## บรรณานุกรม

1. ชัยยศ คุณานุสนธิ์ วิชา ภาวนาภรณ์ และกฤติยา โยธาประเสริฐ เอตส์: ปัญหาผลกระทบและการตอบสนองของประเทศไทย โรงพิมพ์ เจ เอส การพิมพ์: กรุงเทพฯ, 2543
2. Kunanusont C, Poolcharoen.W, Bodaramic.Y, Evaluation of medical Services of HIV/AIDS in Thailand, I med Assoc Thai May 1999 : 425-434.
3. Kunanusont C, Phoolcharoenw, RojanapitayakornW, The prelining report on formulating rational use of anti-retrovirals in Thailand, Thai J1995(in Thai); 7: 190-201.
4. จิราภรณ์ ยาชมภู การพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540-2543 โรงพิมพ์ศาสนา: กรุงเทพฯ, 2545.
5. สุปัตรา ตติปัญญาชัยและคณะ รายงานผลการประเมินเบื้องต้น การดำเนินโครงการพัฒนาระบบบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง ปีงบประมาณ พ.ศ. 2540-2543 โรงพิมพ์ศาสนา: กรุงเทพฯ, 2545.
6. กระทรวงสาธารณสุข แนวทางการปฏิบัติงานโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย, โรงพิมพ์เจ เอส การพิมพ์ : กรุงเทพฯ, 2544.
7. สำนักระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย 2544 (เอกสารอัดสำเนา)
8. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค รายงานการติดตามผลการดำเนินงานโครงการพัฒนาระบบบริการและการติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย ปีงบประมาณ 2544 (เอกสารอัดสำเนา)
9. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข เนื้อหาหลักสูตรการอบรมโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย โรงพิมพ์ เจ เอส การพิมพ์: กรุงเทพมหานคร

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณคณะกรรมการกำหนดแนวทางการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย คณะทำงานดำเนินการจัดทำแนวทางการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย ในการพัฒนาแนวทางปฏิบัติโครงการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย คณะทำงานจัดทำหลักสูตรการอบรม

ขอขอบคุณสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 1-12 ในการประสานงานและบริหารจัดการดำเนินการฝึกอบรมและติดตามผลการดำเนินงานของหน่วยงานในเขตรับผิดชอบ

ขอขอบคุณผู้บริหารโรงพยาบาลทุกแห่งที่ให้การสนับสนุนและสมัครเข้าร่วมโครงการ และขอขอบทีมงานของทุกโรงพยาบาลที่เสียสละและให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นอย่างดีและขอขอบคุณองค์กรเอกชนและเครือข่ายผู้ติดเชื้ออาสาสมัครที่มีส่วนร่วมในการดูแลและให้กำลังใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ได้รับยาและมีส่วนร่วมส่งเสริมการเข้าถึงบริการด้วยยาต้านไวรัสเอดส์



1176  
Does Awareness of HIV Alter High-Risk Behaviour?  
Meenalochani Dilip, India  
Beena E Thomas  
Soumya Swaminathan

2266  
Drop-In Centre Rises Above the Odds and Expectations  
Jesus A Ramirez  
Joshua T Formentera

1355  
Drug Abuse Treatment as HIV/AIDS Prevention  
Katie T Khoo, Australia

1277  
Dual Epidemic in Gujarat  
Atul K. Patel, India  
Ketan K Patel, India

1106  
Education Attained and the Knowledge of Reproductive Health of Young Adults  
Remilia Seereederan, Malaysia

0211  
Effective PLWHA Networking: A Developing Country Experience  
Elango Ramachandran, India

0241  
Effectiveness of Short Course Zidovudine (ZVD) for Preventing HIV from Mother to Child  
Irene K Nambajjwe  
Edith Mwonnda  
Martin Ssali

1319  
Efficacy of Anti-Retroviral Therapy in HIV-Infected Children  
Jitendra S Oswal, India  
Kishor H Bhende, India  
Rashid H Merchant, India

2253  
Empowering Youth Involvement on HIV/AIDS Care and Support  
Jason Encabo  
Joshua C.T. Formentera  
Clestino A Ramirez

1086  
Engaging PLWHA in Acute Hospital Services  
Brian Price, Australia

1155  
Enhanced Sexually Transmitted Diseases (STD) Control in Angeles City, Philippines  
Epi R Ramos, Philippines  
Teresita A Esguerra, Philippines  
Richard Steen, United States  
Ma. Concepcion R Roces, Philippines  
Consortia L Quizon, Philippines  
Teodora Elvira C Wi, Philippines  
Gina Dallabetta, United States

0774  
Environmental Isolation of Cryptococcus Neoformans from Endemic Region of HIV-Associated Cryptococcal Meningitis in Thailand  
Cheseda Phichaichumpon, Thailand  
Akira Yasuoka, Japan  
Piphat Chiranairadol, Thailand  
Toru Chosa, Japan  
Petchsiri Sirinirund, Thailand  
Talga Miyazaki, Japan  
Yutaka Ishida, Japan  
Shigeru Kohno, Japan

0573  
Epidemiological and Clinical Characteristics of HIV-infected Individuals in Sindh, Pakistan  
Mohammed A Memon, Pakistan  
Sharaf Ali A Shah, Pakistan  
Abdul K Ghauri, Pakistan  
Qamar A Syed, Pakistan  
Sibylle Kristensen, United States  
Sten H Vermund, United States

0783  
Epidemiology, Clinical Features and Diagnosis of Tuberculosis in HIV-Positive Patients in Singapore  
Sandhya Vasan, Singapore  
Cheng Chuan Lee, Singapore  
Arul Earnest, Singapore  
Yee Sin Leo, Singapore  
Ian Snodgrass, Singapore  
Nicholas Paton, Singapore

0610  
Erythropoietin & HIV Related Anaemia: An Indian Experience  
Alaka K Deshpande, India  
Pratit P Samdani, India  
Ranjana Deshmukh, India  
Shubhangi Agale, India

2368  
Establishing community care referral pathway for the HIV positive soldier and the dependant to receive family support in the village  
Heni Meke, Papua New Guinea

0505  
Estimating the Cost of Integrated Prevention and Care and Support Services: Sometimes More is Less  
A K Ganesh, India  
Rick Homan, United States  
Caroline West, United States  
Durasamy Palanigounder, India  
Suniti Solomon, India  
Benjamin Franklin, India  
Christopher Castle, United States  
Celine Daly, India

0066  
Estimation of Median Time Interval between the Occurrence of STI and the Occurrence of AIDS Indicator Illnesses in HIV-Infected Individuals  
Maharajan Muthu, India  
Sampath Kumar G, India  
Balasubramaniam M.P., India

2026  
Ethics, Human Rights and Care  
Sushil Hudrom

1014  
Etiology of Chronic Diarrhea in HIV-Infected Patients Admitted to Norodom Sihanouk Hospital, Phnom Penh, Cambodia  
Senya Chhin, Cambodia  
Greg Rozycki, United States  
Joseph Harwell, United States  
Tom Ellman, United Kingdom  
Akanksha Mehta, United States  
Kenneth Mayer, United States  
Timothy Flanigan, United States  
David Pugatch, United States

1152  
Evaluating QOL of PWA/H from Emotional, Physical and Nutritional Viewpoint through Visiting Counselling and Nutritional Support  
Fumiaki Shinsho, Japan  
Mary Gotoh, Japan  
Yuri Kinoshita, Japan  
Caitlin Stronell, Australia

1315  
Evaluation of Glucocorticoid Reserve in Children with AIDS  
Jitendra S Oswal, India  
Ajaykumar S Sharma, India  
Rashid H Merchant, India

0232  
Evaluation of STD Care through Chemists and Druggists in Pokhara, Nepal  
Girish K Sharma, Nepal  
Krishna P Bista, Nepal  
Pulkit Choudhary, Nepal  
Michael Rabbow, Germany  
Mubarak Khan, Bangladesh

0424  
Expansion of Medical Service on HIV/AIDS in Thailand  
Parita Kuakietikul, Thailand  
Pimjal Satasit, Thailand  
Thira Woratanarat, Thailand

1284  
Experience with Gereforte an Ayurvedic Medicine in Treatment for AIDS and Symptomatic HIV Infection in Resource Poor Setting in Nepal  
Pushpa Bhatt  
Raphael Baltes

0017  
Experiences with Anti-Retroviral Therapy in a Developing Country  
Sajith R Kumar, India

1613  
False Positive Determine HIV Antibody Tests in Timika, Jaya, Indonesia  
Maurits Okoseray, Indonesia  
Hendra Widjaja, Indonesia  
Nurlan Silitonga, Indonesia  
F Stephen Wignall, Indonesia  
Elizabeth Donegan, United States

1445  
Family Health Awareness Campaign: A Community Approach to Contain HIV Transmission in India  
P.L. Joshi, India  
J.V.R. Prasad Rao, India

0887  
Family Support Program for People with HIV/AIDS (PV Paul F Matuslessy, Indonesia  
Forina M Pattiradjawane, Indonesia  
Rudi Nuriadi, Indonesia  
Leane Suniar, Indonesia

2233  
Family Support Program For People With HIV/AIDS (PV Paul F Matuslessy  
M. P. Forina  
R. Nuriadi  
Leane Suniar

0494  
Feasibility of Home Based Care in Imphal  
Arjun Singh Arjun Arambam, India

0699  
Feasibility Study of Short-Term Intermittent Unsupervised Anti-TB Chemotherapy in HIV Patients  
Satish S Kadappa, India

0159  
Fighting AIDS in China: A View from the Frontline  
Xiaoqiang Liu, China  
Jian Wang, China

0135  
Financing and Resource Allocation in the Treatment of HIV/AIDS  
Connie LS Cheung, Canada

1401  
Flow Cytometric Quantitation of CD38 Expression on T Lymphocytes in HIV-Infected and Uninfected Northern Sakchai Dettrairat  
Warunee Kunachiwa  
Surapol Kohreanudom  
Watcharee Duankhant

0909  
Foetus Demands: Right to AIDS-Free Life  
Prapti Gilada, India  
Ishwar S Gilada, India

2243  
Formation of Council of People Living with HIV/AIDS in Lakshadweep Islands (CPK+)  
Suresh K Parida, India

1157  
Foster Home Providing for Children Affected with HIV/AIDS  
Sirijun Laopakdee, Thailand

1938  
From Negative to Positive: Breaking Down Barriers in Mind  
Chan Chee Wai

1570  
Gender Differences in the Extent of Knowledge about HIV/AIDS in India  
Madhusudana Bhatta, India  
S.K.Singh

1193  
Genotypes Related to Nelfinavir Resistance in Subtype B Infection Differ from Subtype B in Japan  
Wataru Sugiura, Japan  
Masakazu Matsuda, Japan  
Hideka Mitura, Japan  
Kaneo Yamada, Japan  
Koya Ariyoshi, Japan

2105  
Getting Old in the NGO Implementing a Behavior Change Getting Younger in Ideas and Approaches to Addressing Epidemic Locally  
Jose Narciso Melchor C. Sesson  
John Kennedy C. Jardenil