

10-1-1996

## Management of AIDS patients: impact and solving strategies

N. Hiransuthikul

Follow this and additional works at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal>



Part of the [Medicine and Health Sciences Commons](#)

---

### Recommended Citation

Hiransuthikul, N. (1996) "Management of AIDS patients: impact and solving strategies," *Chulalongkorn Medical Journal*: Vol. 40: Iss. 10, Article 2.

Available at: <https://digital.car.chula.ac.th/clmjjournal/vol40/iss10/2>

This Editorial is brought to you for free and open access by the Chulalongkorn Journal Online (CUJO) at Chula Digital Collections. It has been accepted for inclusion in Chulalongkorn Medical Journal by an authorized editor of Chula Digital Collections. For more information, please contact [ChulaDC@car.chula.ac.th](mailto:ChulaDC@car.chula.ac.th).

## การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ : ผลกระทบและแนวทางแก้ปัญหา

นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล\*

กว่า 15 ปีมาแล้วที่มีการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในโลก ตั้งแต่นั้นมาจนถึงปัจจุบันโรคเอดส์และโรคติดเชื้อ เอช.ไอ.วี ได้กลายเป็นโรคระบาดที่แพร่กระจายและส่งผลกระทบต่ออย่างรุนแรงไปทั่วโลก แทบทุกประเทศได้กำหนดมาตรการและทุ่มเทงบประมาณและทรัพยากรต่างๆ จำนวนมหาศาลเข้าควบคุมและแก้ไขแต่ปัญหาโรคเอดส์ โดยเฉพาะในประเทศกำลังพัฒนา ยังคงทวีความรุนแรงขึ้นเรื่อยๆ เป็นที่คาดประมาณว่าในปี ค.ศ. 2000 90% ของการระบาดของโรคเอดส์จะเกิดขึ้นในประเทศที่กำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทย<sup>(1)</sup> จากสภาพความจริงที่พบว่าจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอช.ไอ.วี และผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยเพิ่มขึ้นรวดเร็วกว่าหลายๆ ประเทศทั้งในทวีปเอเชีย และทางซีกโลกตะวันตก จึงเชื่อได้ว่าปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทย จะยังคงส่งผลกระทบต่อรุนแรงยิ่งทั้งในปัจจุบันและอนาคตอันใกล้

เป็นที่ทราบกันดีว่าผู้ป่วยที่ติดเชื้อ เอช.ไอ.วี ส่วนใหญ่จะเกิดอาการภายใน 5-10 ปี หรือด้วยอัตราเฉลี่ย 5-6% ต่อปีหลังการติดเชื้อ ดังนั้นการมองภาพรวมของผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยปัจจุบัน (ซึ่งมีประมาณ 30,000 คน) ก็คือผลพวงของการระบาดของโรคติดเชื้อ เอช.ไอ.วี เมื่อประมาณ 5-10 ปีที่ผ่านมาแล้ว ในทำนองเดียวกัน ถ้า ณ ปัจจุบัน ซึ่งคาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อ เอช.ไอ.วี ในประเทศไทยประมาณ 800,000 - 1,000,000 คน จึงเป็นที่คาดการณ์ได้ว่าจะมีผู้ป่วยโรค

เอดส์เกิดขึ้นใหม่และทยอยมารับการรักษาเพิ่มขึ้นปีละไม่ต่ำกว่า 40,000-50,000 คนต่อปี<sup>(2)</sup> ผู้ป่วยเหล่านี้จำเป็นต้องใช้งบประมาณค่ายารักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและค่ารักษาอื่นๆ (ไม่รวมค่ายาต้านไวรัสเอดส์ซึ่งเบิกจากกระทรวงสาธารณสุขได้) ปีละ 1,800-2,200 ล้านบาทต่อปี ซึ่งเท่ากับ 2-4 เท่าของงบประมาณด้านการรักษาพยาบาลที่สถานพยาบาลของกระทรวงสาธารณสุขทั่วประเทศได้รับ (ปีละ 500-800 ล้านบาท) นั่นคือด้วยงบประมาณของรัฐในปัจจุบัน สถานพยาบาลของรัฐจะสามารถให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ได้เพียง 30-50% ของทั้งหมดเท่านั้น นอกจากนี้ผู้ป่วยเอดส์แต่ละรายจะมีอาการ ป่วยหนักจน ต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลประมาณ 1 เดือนต่อปี (โดยเฉลี่ยปีละ 3 ครั้งๆ ละประมาณ 12 วัน) ดังนั้นถ้ามีผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์ใหม่ปีละ 40,000-50,000 คน จะต้องการเตียงในโรงพยาบาลของรัฐเพื่อรองรับปีละ 3,400-4,000 เตียง เนื่องจากค่าใช้จ่ายต่อเตียงของโรงพยาบาลของรัฐ ตกประมาณปีละ 300,000 บาทต่อเตียง<sup>(3)</sup> นั่นคือจะต้องใช้งบประมาณเพิ่มขึ้นอีก 1,000-1,200 ล้านบาท คำถามก็คือโรงพยาบาลของรัฐจะรับภาระทั้งเรื่อง จำนวนเตียงและงบประมาณจำนวนมากเช่นนี้ได้แค่ไหนและอย่างไร?

ปัญหาใหญ่อีกประการหนึ่งในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์คือ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์ ปัจจุบันประเทศไทยกำลังอยู่ในภาวะการขาดแคลน

\*ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขอย่างรุนแรง โดยเฉพาะสถานพยาบาลของภาครัฐ เนื่องจากความแตกต่างด้านค่าตอบแทนระหว่างภาครัฐกับเอกชน สถานพยาบาลของรัฐ ในปัจจุบันมีบุคลากรทำงานอยู่เพียงครึ่งหนึ่งของตำแหน่งที่มีอยู่ ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์สำหรับดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ยิ่งรุนแรงมากกว่า เนื่องจากความกังวลกลัวจะติดเชื้อ เอช.ไอ.วี และเชื้อโรคอื่นๆ โดยเฉพาะวัณโรค ความเหนื่อยหน่าย ท้อแท้ และหมดไฟ (brun out) ที่ต้องดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคเรื้อรัง และมีภาวะแทรกซ้อนโรคแล้วโรคเล่า และรักษาไม่หายขาด ภาระงานที่หนักขึ้นจากจำนวนผู้ป่วยที่มากขึ้นทุกวัน เป็นต้น ความสูญเสียเหล่านี้ไม่อาจประเมินเป็นตัวเลขวหรืองบประมาณได้

## แนวทางแก้ปัญหา

### 1. การพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข

จากจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ทวีจำนวนมากเกินกว่าขีดความสามารถที่สถานพยาบาลของรัฐจะรองรับได้ จึงจำเป็นต้องอย่างยั่งยืนและเป็นภารกิจเร่งด่วนที่รัฐจะต้องพัฒนาระบบบริการของสถานพยาบาลให้อยู่ในลักษณะ Day care service ร่วมกับสร้างระบบการดูแลผู้ป่วยที่บ้านและ/หรือในชุมชน โดยอาศัยความร่วมมือและการยอมรับในการแก้ปัญหาที่ร่วมกันอย่างจริงจัง ระหว่างสถานพยาบาลของรัฐ ชุมชนและองค์กรเอกชน ทั้งนี้ต้องมีการเชื่อมโยงทั้ง 2 ระบบ ด้วยระบบการส่งต่อ (referral system) ที่มีประสิทธิภาพและปฏิบัติได้จริง โดยอาจมีฐานรองรับในชุมชน ซึ่งในระยะยาวจะก่อให้เกิดประโยชน์แก่ผู้ป่วย ในลักษณะของการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง (Continous care) และเป็น การดูแลรักษาที่ครบวงจร (Comprehensive care)

### 2. การจัดหาทรัพยากร และงบประมาณ

จากจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เพิ่มขึ้นในประเทศไทย ในอัตราที่คาดคงเป็นไปได้ที่จะให้รัฐรับภาระในเรื่องงบประมาณ และทรัพยากรทั้งหลายในการดูแลรักษาผู้ป่วยแต่เพียงอย่างเดียว แต่จำเป็นอย่างยิ่งที่ตัวผู้ป่วยเอง รวมทั้งครอบครัว ชุมชน และสังคมโดยรวม จะต้องร่วมกันดำเนินการแก้ไขในลักษณะต่อเนื่อง กล่าวคือ ผู้ติดเชื้อ เอช.ไอ.วี ที่ยังไม่มีอาการหรือยังไม่ป่วย จะต้องรับผิดชอบตนเอง โดยการทำงานและเก็บสะสมเงินทองเท่าที่จะทำได้เพื่อรองรับภาวะการเจ็บป่วยของตนเองในอนาคต ทั้งนี้ครอบครัวของผู้ป่วยมีส่วนสำคัญยิ่งในการสนับสนุนแนวทางดังกล่าว นอกจากนี้องค์กรภาครัฐ เอกชน และชุมชน จะต้องยอมรับและเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อที่ยังสามารถทำงานได้ ทำงานต่อตามกำลังความสามารถ ไม่ใช่ให้ออกจากงานหรือไม่รับเข้าทำงาน ดังเช่นที่ปฏิบัติเป็นส่วนใหญ่ในปัจจุบัน เพราะหากปฏิบัติเช่นนั้นเมื่อผู้ติดเชื้อป่วยเป็นโรคเอดส์ ผู้ที่จะต้องรับภาระและผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคม ก็คือองค์กร ชุมชน และสังคมนั่นเอง

### 3. การป้องกันและหยุดยั้งการแพร่ระบาด

แม้ว่าการรักษาพยาบาลผู้ป่วย เป็นปัญหาเฉพาะหน้าที่ต้องดำเนินการทันที การป้องกันการติดเชื้อและการหยุดยั้งการแพร่ระบาดของโรคในปัจจุบันและอนาคต ยังคงเป็นสิ่งจำเป็นเร่งด่วนที่ต้องดำเนินการควบคู่กันไป เพื่อลดจำนวนผู้ป่วยในอนาคต ทั้งนี้จะต้องรณรงค์ถึงความน่าสะพึงกลัวและความร้ายแรงของโรคเอดส์ และเน้นย้ำว่า “ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช.ไอ.วี. เท่าเทียมกันถ้าไม่ระมัดระวังป้องกัน” และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอช.ไอ.วี เป็น “หน้าที่ที่แต่ละคนต้องทำเอง” ไม่ใช่รอหรือเรียกร้องให้รัฐทุ่มเทงบประมาณ และทรัพยากรเพื่อป้องกันไม่ให้ประชาชน

ติดเชื้อเอดส์ ซึ่งเป็นไปไม่ได้ เพราะการติดเชื้อ เอช.ไอ.วี. และการเกิดโรคเอดส์เป็นเรื่องพฤติกรรมของแต่ละบุคคล

#### 4. การสร้างแรงจูงใจและความมั่นใจในการทำงาน แก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่ดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์

ได้แก่ การสร้างขวัญและกำลังใจในการทำงาน การปรับปรุงเรื่องค่าตอบแทน และสวัสดิการ การมีระบบป้องกันอุบัติเหตุจากการทำงานขณะดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีประสิทธิภาพและพอเพียง รวมทั้งการดูแลและให้คำปรึกษามูลากรทางการแพทย์ที่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงานอย่างต่อเนื่อง และเป็นความลับ เป็นต้น

#### อ้างอิง

1. Parker RG. Empowerment, community mobilization and social change in the face of HIV/AIDS. AIDS 1996;10 Suppl 3: S27-S31
2. ชัยยศ คุณานุสนธิ์. สถานการณ์ด้านรักษาพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. ใน: บุญมี สถาปัตยวงศ์, บรรณาธิการ. HIV/AIDS in Thailand 1996 : Adult & Pediatrics. กรุงเทพมหานคร: สำนักพิมพ์สวิชาญการพิมพ์. 2539: 1-7
3. ศุภชัย ฤกษ์งาม, สุคนธา คงศีล, ลักษณะมี สิบแสง, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, ชัยยศ คุณานุสนธิ์. ต้นทุนสำหรับดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข. วารสารโรคเอดส์ 2536 ม.ค.; 5(1):1-10