

บทบาทของตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐในความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย
: ศึกษากรณีโครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อ
เอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทย ระหว่างปี ค.ศ. 1993-2001



นาย จิรวัดน์ สุขสมเฒ่า

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ภาควิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ

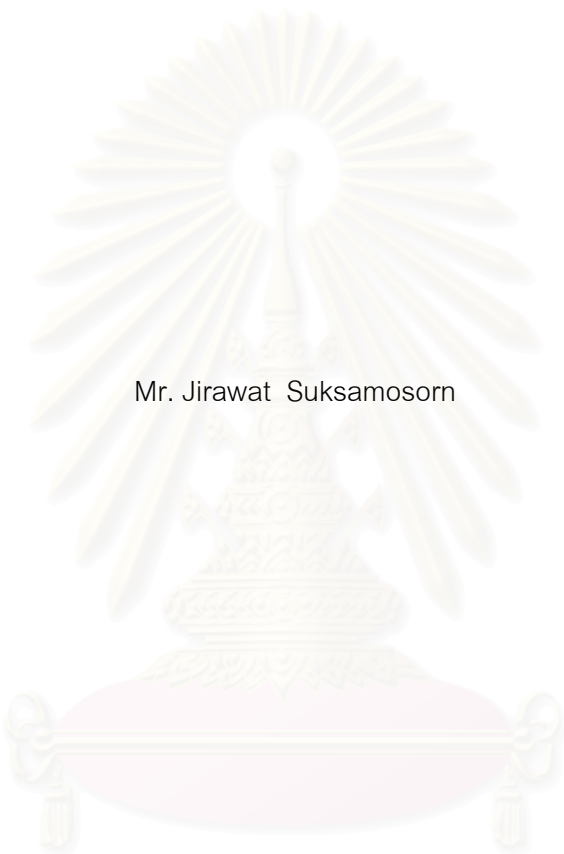
คณะรัฐศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2545

ISBN 974-17-1424-6

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

THE ROLE OF NON - STATE ACTORS IN THAI - AUSTRALIAN RELATIONS
: A CASE STUDY OF THE COLLABORATIVE PROJECT ON HIV/AIDS
PREVENTION AND ALLEVIATION IN THAILAND, 1993-2001.



Mr. Jirawat Suksamosorn

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Arts in International Relations

Department of International Relations

Faculty of Political Science

Chulalongkorn University

Academic Year 2002

ISBN 974-17-1424-6

จิรวุฒน์ สุขสมิสร : บทบาทของตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐในความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย : ศึกษากรณีโครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทย ระหว่างปี ค.ศ. 1993-2001 (THE ROLE OF NON - STATE ACTORS IN THAI - AUSTRALIAN RELATIONS : A CASE STUDY OF THE COLLABORATIVE PROJECT ON HIV/AIDS PREVENTION AND ALLEVIATION IN THAILAND, 1993-2001) อ.ที่ปรึกษา : รศ.ประทุมพร วัชรเสถียร, อ.ที่ปรึกษาร่วม : นายแพทย์ วิพุธ พูลเจริญ ,265 หน้า. ISBN 974-17-1424-6.

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในด้านพัฒนาการของโครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทย ระหว่างปี ค.ศ. 1993-2001 โดยมีวัตถุประสงค์ มุ่งเน้นศึกษามูลเหตุของการเกิดโครงการความร่วมมือ เพื่อแสดงให้เห็นว่า ความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือระหว่าง ปี ค.ศ. 1993-1997 และโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ระหว่างปี ค.ศ.1997-2001 ในประเทศไทย เกิดจากบทบาทของประชาคมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นปัญหาเอดส์ของทั้งสองประเทศเป็นสำคัญ

ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นปัญหาเอดส์ของทั้งสองประเทศ ในฐานะตัวแสดงที่มีรัฐซึ่งประกอบด้วยบุคคลที่มีความรู้เฉพาะในเรื่องหนึ่ง ๆ เป็นพิเศษและมีความเชื่อมต่อกัน โดยเฉพาะมีความรู้ถึงเหตุและผลของสภาพปัญหาเอดส์อันนำไปสู่การสร้างความเข้าใจและความตระหนักในประเด็นปัญหาเอดส์ที่ตรงกันถึงสาเหตุและแนวทางการแก้ไข กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจึงกลายเป็นผู้มีบทบาทกระทำการระหว่างประเทศที่เข้ามาเสนอข้อเท็จจริง และมีบทบาทในการหาจุดร่วมเพื่อกำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกัน โดยเฉพาะการนำข้อตกลงที่ได้จากการประสานนโยบายดังกล่าวเข้าไปสู่การพิจารณาเพื่อกำหนดเป็นแผนปฏิบัติหรือนโยบายระหว่างประเทศร่วมกัน และนำนโยบายดังกล่าวไปปฏิบัติจนเกิดเป็นความร่วมมือระหว่างรัฐกับรัฐในที่สุด ส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในช่วงเวลาดังกล่าวจนกระทั่งปัจจุบัน

ภาควิชา ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ลายมือชื่อนิสิต

สาขาวิชา ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา

ปีการศึกษา 2545.....ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

4281118024 : MAJOR INTERNATIONAL RELATIONS

KEYWORD : THAI - AUSTRALIAN RELATIONS / COLLABORATION / HIV AND AIDS /
PREVENTION AND ALLEVIATION / THE ROLE OF NON - STATE ACTORS

JIRAWAT SUKSAMOSORN : THE ROLE OF NON - STATE ACTORS IN THAI-

AUSTRALIAN RELATIONS : A CASE STUDY OF THE COLLABORATIVE

PROJECT ON HIV/AIDS PREVENTION AND ALLEVIATION IN THAILAND,

1993-2001. (THESIS TITLE) THESIS ADVISOR : ASSOC. PROF. PRATOOMPORN

VAJRASTHIRA , THESIS COADVISOR : DR. WIPUT PHOOLCHAROEN, 265 pp.

ISBN 974-17-1424-6.

The research describes the Thai-Australian relations regarding the development of collaborative projects on HIV/AIDS prevention and alleviation in Thailand during 1993-2001. The author aims to study causes of collaborative projects that support and enhance Thai-Australian cooperation on HIV/AIDS prevention and alleviation. The projects were initiated by the role of medical and public health experts (epistemic community) on HIV/AIDS of both countries.

The epistemic community is non-state actors that believed in the common cause and effect relationship and shared common values about AIDS issue. They bring about theories and observations into practical policy. They play big roles in identifying new problems and proposing solutions. As being transnational actors, they set the forms of cooperation and common objectives to which relevant policies should be addressed. They also implement, monitor and evaluate the collaborative projects. During these given years (1993-2001) the collaborative projects between Thailand and Australia have proved to successfully enhance the effectiveness on HIV/AIDS prevention and alleviation in Thailand even beyond the given period.

Department International Relations Student's signature

Field of study International Relations Advisor's signature

Academic year 2002 Co-advisor's signature

กิตติกรรมประกาศ

การทำวิทยานิพนธ์ เรื่อง “บทบาทของตัวแสดงที่ไม่ใช่รัฐในความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย : ศึกษากรณีโครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ.1993-2001” นี้ สำเร็จลุล่วงลงได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความกรุณาจาก รองศาสตราจารย์ ประทุมพร วัชรเสถียร อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ และ นายแพทย์ วิพุธ พูลเจริญ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ซึ่งได้ให้แนวทาง ข้อคิดเห็น ข้อเสนอแนะ และให้คำปรึกษาเอาใจใส่ ตลอดจนระยะเวลาให้แก่ผู้วิจัยเป็นอย่างดี รวมทั้ง รองศาสตราจารย์ ดร. ชัยโชค จุลศิริวงศ์ ซึ่งเป็นประธานกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และ รองศาสตราจารย์ ดร. ไชยวัฒน์ คำชู กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาของท่านทั้งสิ้น และขอขอบพระคุณมา ณ ที่นี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ ภาควิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศทุกท่าน ที่ได้กรุณาอบรมสั่งสอนวิชาความรู้ และให้คำแนะนำแก่ผู้วิจัยในขณะศึกษาในสถาบันแห่งนี้ ขอขอบคุณผู้ที่ให้ข้อมูลทั้งในส่วนที่เป็นเอกสารและข้อมูลจากการให้สัมภาษณ์ทุกท่าน ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลสำคัญสำหรับผู้วิจัยสามารถนำมาใช้ในการวิเคราะห์เพื่อจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ จนสามารถดำเนินการวิจัยให้สำเร็จลุล่วงลงได้

สุดท้าย คุณค่าของวิทยานิพนธ์เรื่องนี้ รายละเอียดในส่วนใดจะก่อประโยชน์ต่อสังคมส่วนรวม ผู้วิจัยขอขอบคุณความดีนี้ให้กับบิดา มารดา พี่สาว และครอบครัว พรหมายน ผู้ซึ่งมีพระคุณสูงสุดในชีวิตและเป็นผู้อยู่เบื้องหลังความสำเร็จ รวมทั้ง ผู้ที่คอยให้ความช่วยเหลือเกี่ยวกับการค้นคว้า รวบรวมข้อมูล เพื่อให้ผู้วิจัยนำมาใช้ในการจัดทำวิทยานิพนธ์ ตลอดจน ผู้ที่ให้อำนาจใจทุกท่าน ทั้งนี้ หากจะมีข้อบกพร่องประการใดจากการทำวิจัย ผู้วิจัยขออภัยไว้แต่เพียงผู้เดียว และจะนำไปปรับปรุงแก้ไขในการศึกษาระดับต่อไป

จิรวัดณ์ สุขสมเษร

สารบัญ

หน้า

บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
สารบัญตาราง.....	ฎ
สารบัญภาพ.....	ฐ
สารบัญแผนภูมิ.....	ฑ
คำย่อ.....	ฒ

บทที่

1	บทนำ.....	1
	สภาพปัญหา.....	1
	ความสำคัญของประเด็นปัญหา.....	22
	สมมติฐานในการศึกษา.....	24
	กรอบความคิดในการศึกษา.....	25
	ขอบเขตของการศึกษา.....	31
	วัตถุประสงค์ของการศึกษา.....	31
	วิธีการศึกษา.....	32
	วิธีการนำเสนอ.....	33
	ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา.....	34
2	วิวัฒนาการวิวัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย ระหว่างปลายทศวรรษที่ 1880 ถึง ค.ศ. 2000.....	35
	2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างไทยกับออสเตรเลียยุคเริ่มแรกในช่วงปลายทศวรรษที่ 1880 ถึง ค.ศ. 1940.....	36
	2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสงครามโลกครั้งที่สองในช่วงปีค.ศ.1940 ถึงค.ศ.1945.....	37
	2.3 ความสัมพันธ์ในช่วงปี ค.ศ. 1945 ถึง ค.ศ. 1990.....	40

2.4 ความสัมพันธ์ในช่วงปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2000.....	42
2.4.1 มิตติความสัมพันธ์ทางการเมืองและการทูต.....	43
2.4.2 มิตติความสัมพันธ์ทางด้านเศรษฐกิจ.....	48
2.4.3 มิตติความสัมพันธ์ทางด้านสังคมและวัฒนธรรม.....	54
2.4.4 มิตติความสัมพันธ์ทางด้านความช่วยเหลือของประเทศออสเตรเลีย ต่อประเทศไทย.....	57
3 พัฒนาการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในโครงการ ความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและ โรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ. 1993-2001.....	63
3.1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทั่วโลกเมื่อสิ้นสุดปี ค.ศ. 2000.....	67
3.2 โรคเอดส์กับปัญหาความมั่นคงแห่งชาติ.....	72
3.2.1 โรคเอดส์กับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ.....	74
3.2.2 โรคเอดส์กับผลกระทบทางการเมือง.....	77
3.2.3 โรคเอดส์กับผลกระทบทางด้านสังคม.....	79
3.3 ความสำคัญของปัญหาโรคเอดส์ต่อประเทศไทย.....	81
3.4 ความสำคัญของปัญหาโรคเอดส์ต่อประเทศออสเตรเลีย.....	87
3.5 พัฒนาการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์.....	91
3.6 รูปแบบของโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียใน การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปีค.ศ.1993 –1997.....	95
3.7 รูปแบบของโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียใน การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปีค.ศ.1997-2001.....	102
4 บทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทย และออสเตรเลียกับความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียใน โครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปีค.ศ.1993-2001.....	112

4.1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาทในการ สร้างความตระหนักต่อความสำคัญของประเด็นปัญหาเอดส์แก่สังคมไทย ในช่วงปี ค.ศ. 1983-1993.....	113
4.1.1 บทบาทในการนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่คณะผู้บริหาร ระดับสูงของประเทศ.....	113
4.1.2 บทบาทในการผลักดันให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและ ควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย เอดส์แห่งชาติ.....	119
4.2 โครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียเพื่อป้องกันและ แก้ไขปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ระหว่างปี ค.ศ. 1993-1997.....	125
4.2.1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาท ในการกำหนดข้อตกลงในโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ ภาคเหนือของไทย (NAPAC).....	127
(1) บทบาทในการสร้างความตระหนักต่อแนวทางการจัดการ ต่อประเด็นปัญหาเอดส์ในเขตภาคเหนือของไทย.....	128
(2) บทบาทในการกำหนดขอบเขตข้อตกลงโครงการ ไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของไทย.....	131
(3) ข้อตกลงโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ ของประเทศไทย.....	135
4.2.2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาท ในการดำเนินงานในโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาค เหนือของไทย (NAPAC).....	138
(1) บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในโครงการ ไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของไทย.....	139
4.2.3 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาท ในการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานในโครงการ ไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของไทย (NAPAC).....	141
4.2.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินโครงการไทยออสเตรเลีย ป้องกันเอดส์ภาคเหนือของไทย (NAPAC).....	143

4.3	โครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียเพื่อป้องกัน และแก้ไขปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ระหว่างปี ค.ศ. 1997-2001.....	149
4.3.1	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาท ในการกำหนดข้อตกลงในโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟู สุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (AACP).....	150
	(1) บทบาทในการสร้างความตระหนักต่อแนวทางการจัดการ ประเด็นปัญหาเอดส์ของประเทศไทย.....	153
	(2) บทบาทในการกำหนดขอบเขตข้อตกลงโครงการความ ร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์	157
	(3) ข้อตกลงโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวีและโรคเอดส์.....	161
4.3.2	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาท ในการดำเนินงานในโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (AACP).....	164
	(1) บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในโครงการ ความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์.....	166
4.3.3	กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาทในการ ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานในโครงการความร่วมมือ เพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์(AACP).....	168
4.3.4	ประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินโครงการความร่วมมือเพื่อ ฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (AACP).....	171
5	บทสรุป.....	177
	การยืนยันกรอบความคิด.....	183
	การพิสูจน์สมมติฐาน.....	186
	ปัญหาและอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ และข้อเสนอแนะ.....	195

รายการอ้างอิง.....	198
ภาคผนวก.....	207
ก. กรอบแนวทางการดำเนินงาน โครงการ โรคเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย (Term of Reference).....	208
ข. กิจกรรมที่ดำเนินการในช่วงศึกษาโครงการ (Study Itinerary).....	214
ค. จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและ โรคเอดส์ในพื้นที่ควบคุมโรคติดต่อเขต 10 (Number of HIV cases in Northern Thailand Region 10).....	218
ง. โครงสร้างการดำเนินงานนโยบายเอดส์แห่งชาติของไทยกับโครงการ ไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย (NAPAC).....	220
จ. บทบาทและความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่โครงการไทยออสเตรเลีย ป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย (NAPAC) (Job Descriptions of NAPAC Staff).....	222
ฉ. รูปแบบการดำเนินงานทางด้านการดูแลรักษาของศูนย์อัลเบียนสตรีท (The Albion Street Centre Model of Care).....	226
ช. กิจกรรมและผลลัพธ์ในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินโครงการความร่วมมือ เพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและ โรคเอดส์ (Activities , Outcomes , Outputs and Payment Milestones).....	245
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	265

สารบัญญัตราสาร

ตาราง	หน้า
1.1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ทั่วโลก เมื่อสิ้นสุดปี ค.ศ. 2000.....	3
1.2 ปริมาณเงินช่วยเหลือในโครงการที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ของ รัฐบาลออสเตรเลีย.....	16
2.1 ปริมาณการค้าขายระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในช่วงปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2000.....	50
2.2 สินค้าเข้าที่สำคัญของออสเตรเลียจากไทย ปี ค.ศ. 2000.....	51
2.3 สินค้าออกที่สำคัญของออสเตรียมาไทย ปี ค.ศ. 2000.....	52
2.4 มูลค่าความร่วมมือที่ประเทศไทยได้รับจากประเทศออสเตรเลียในช่วงแผน พัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-8.....	58
2.5 ภาพรวมของโครงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลออสเตรเลียแก่ ประเทศไทยในช่วงปี ค.ศ. 1991 ถึง ค.ศ. 1995.....	59
3.1 สถิติและลักษณะของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ในแต่ละภูมิภาคทั่วโลกเมื่อสิ้นสุดปี ค.ศ. 2000.....	66
3.2 จำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในแต่ละประเทศทั่วโลก ณ วันที่ 15 พฤศจิกายนค.ศ. 2000.....	69
3.3 โรคเอดส์กับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ.....	76
3.4 โรคเอดส์กับผลกระทบทางด้านการเมืองและสังคม.....	78
3.5 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ของประเทศไทยนับตั้งแต่ก่อนปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2000.....	83
3.6 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ของประเทศออสเตรเลียนับตั้งแต่ ก่อนปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 1999.....	88
4.1 จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบนของไทย ค.ศ. 1984-1992.....	129
4.2 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบาราคนราดูระหว่างปีค.ศ.1983-2000.....	172
5.1 บทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในโครงการ ความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วย ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปีค.ศ. 1993-2001.....	193

สารบัญภาพ

ภาพประกอบ	หน้า
2.1 ปริมาณความช่วยเหลือของออสเตรเลีย แก่ประเทศไทยใน โครงการต่าง ๆ ในช่วงปีค.ศ. 1999-2000.....	61
3.1 ลักษณะการระบาดและการติดเชื้อโรคเอดส์ในประเทศไทยนับตั้งแต่ ปี ค.ศ. 1984 ถึง 31 ตุลาคม ค.ศ. 2000.....	84
3.2 ลักษณะของการระบาดและการติดเชื้อโรคเอดส์ในประเทศออสเตรเลีย นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2000.....	89



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

สารบัญแผนภูมิ

แผนภูมิที่	หน้า
3.1 โครงสร้างของคณะผู้รับผิดชอบในโครงการไทยออสเตรเลียนป้องกันเอดส์ภาคเหนือ.....	97
3.2 โครงสร้างของคณะผู้รับผิดชอบในโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์.....	104
3.3 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขในโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์.....	108
4.1 โครงสร้างของการบริหารโครงการไทยออสเตรเลียนป้องกันเอดส์ภาคเหนือของไทย.....	139



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

คำย่อ

AACP	HIV/AIDS Ambulatory Care Project โครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
AADCP	The ASEAN-Australia Development Cooperation Program โครงการความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างสมาชิกในกลุ่มสมาคม ประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้กับประเทศออสเตรเลีย
AIDAB	The Australian International Development Assistance Bureau สำนักงานความช่วยเหลือและการพัฒนาระหว่างประเทศของออสเตรเลีย
AIDS	Acquired Immune Deficiency Syndrome กลุ่มอาการของโรคที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือที่เรียกว่า เอดส์
AIDSCAP	AIDS Control and Prevention Project โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์
APEC	Asia Pacific Economic Cooperation กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก
ARC	AIDS Related Complex ช่วงที่มีความสัมพันธ์กับเอดส์
ASC	Albion Street Centre ศูนย์อัลเบียนสตรีท
ASEAN	Association of South East Asian Nations สมาคมประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
ATBC	Australia – Thailand Business Council สภาธุรกิจระหว่างประเทศออสเตรเลียกับไทย
AusAID	The Australian Agency for International Development สำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย
BOI	Board of Investment สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุน
DFAT	Department of Foreign Affairs and Trade กระทรวงการต่างประเทศและการค้าของออสเตรเลีย
DTEC	Department of Technical and Economic Cooperation กรมวิเทศสหการ

คำย่อ(ต่อ)

EC	Economic Commission คณะกรรมการธิการเศรษฐกิจ
FHI	Family Health Institution สถาบันสาธารณสุขครอบครัว
GPA	Global Programme on AIDS โครงการโรคเอดส์ระดับโลก
Hetero	Heterosexual transmission การแพร่ระบาดผ่านกลุ่มชายรักทั้งสองเพศ
HIV	Human Immunodeficiency Virus โรคติดต่อที่เกิดขึ้นจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งโดยกำหนดให้เรียกชื่อไวรัส ที่ก่อให้เกิดโรคเอดส์ว่า เอชไอวี
IDU	transmission through injection drug use การแพร่ระบาดผ่านกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือดโดยใช้เข็ม
IMF	International Monetary Fund กองทุนการเงินระหว่างประเทศ
INTERFET	International Force for East Timor กองกำลังนานาชาติสำหรับติมอร์ตะวันออก
JICA	Japanese International Cooperation Agency องค์การความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น
JTC	Joint Trade Committee การประชุมคณะกรรมการความร่วมมือทางการค้า
LTA	Long Term Adviser ที่ปรึกษาระยะยาว
MoU	Memorandum of Understanding บันทึกความเข้าใจ
MSM	sexual transmission among men who have sex with men การแพร่ระบาดผ่านกลุ่มชายรักเพศเดียวกัน

คำย่อ(ต่อ)

NAC	National AIDS Committee คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ
NACAIDS	National Advisory Committee on AIDS คณะกรรมการที่ปรึกษาแห่งชาติว่าด้วยโรคเอดส์
NAPAC	Thai – Australia Northern AIDS Prevention and Care Program โครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ
OECD	Organization for Economic Cooperation and Development องค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ
PCC	Project Coordination Committee คณะกรรมการประสานงานโครงการ
PCR	Project Completion Report รายงานผลการดำเนินงานเมื่อโครงการเสร็จสมบูรณ์
PET	Project Evaluation Team คณะทำงานประเมินผลโครงการ
PMB	Program Management Board คณะกรรมการจัดการโครงการ
PMC	Project Monitoring Committee คณะกรรมการการดำเนินงานโครงการ
QA	Quality Assurance ระบบประกันคุณภาพ
SAS	Small Grants Assistance Scheme แผนความช่วยเหลือขนาดเล็ก
SEATO	South East Asia Treaty Organization องค์การสนธิสัญญาป้องกันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
STA	Short Term Adviser ที่ปรึกษาระยะสั้น
TPMC	Thai Project Management Committee คณะกรรมการการจัดการโครงการของไทย

คำย่อ(ต่อ)

- TWG Thai Working Group
คณะทำงานของไทย
- UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS
โครงการโรคเอดส์สหประชาชาติ
- USAID The United States Agency for International Development
สำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา
- WHO World Health Organization
องค์การอนามัยโลก
- WTO World Trade Organization
องค์การการค้าโลก



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 1

บทนำ

สภาพปัญหา

นับตั้งแต่ทศวรรษที่ 1980 เป็นต้นมา นับว่าเป็นช่วงระยะเวลาที่ประเด็นปัญหาใหม่ ๆ ได้เริ่มอุบัติขึ้นมากมาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นปัญหาที่มีขอบเขตระดับโลก ซึ่งเป็นประเด็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่ออย่างมีนัยสำคัญต่อการดำเนินกิจการระหว่างประเทศ นอกจากนี้แล้วยังส่งผลทำให้มวลมนุษยชาติได้เริ่มตระหนักถึงการดำรงอยู่ของตนในอนาคตอีกด้วย ประเด็นปัญหาเหล่านี้ อาทิ ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและสิ่งแวดล้อม ปัญหายาเสพติด และปัญหาสุขภาพ เป็นต้น¹

เนื่องจากลักษณะระบบระหว่างประเทศ ที่ตัวแสดงในการดำเนินปฏิสัมพันธ์ระหว่างกัน มิได้มีแต่รัฐเท่านั้นที่เป็นตัวกระทำ การพบว่ามีตัวแสดงใหม่ๆ อาทิ องค์การระหว่างประเทศ บรรษัทข้ามชาติ องค์การที่มีไซของรัฐบาล และปัจเจกบุคคล ได้ก้าวเข้ามาท้าทายอำนาจรัฐและมีบทบาทสำคัญในการดำเนินกิจการระหว่างประเทศในหลายๆประเด็น

โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากลักษณะสภาพของประเด็นปัญหาข้างต้น ที่ส่งผลกระทบกว้างขวางทั่วโลก ทำให้แนวทางการแก้ไขปัญหาจึงต้องดำเนินการบนพื้นฐานของความร่วมมือในระดับนานาชาติ ซึ่งในเวทีความสัมพันธ์ระหว่างประเทศยุคปัจจุบันพบว่า ตัวแสดงใหม่ๆที่มีไซรัฐได้กลายเป็นตัวกระทำระหว่างประเทศที่เข้ามามีอิทธิพลและบทบาทสำคัญในการกำหนดทิศทางเพื่อสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศสำหรับการป้องกันและแก้ไขปัญหาที่มีขอบเขตระดับโลกดังกล่าว

¹ Daniel S. Papp, "Emerging Global Issues," Contemporary International Relations : Frameworks for Understanding, 4th edition (New York : Macmillan College Publishing Company, 1994), p. 551.

ในสถานการณ์ปัจจุบันดูเหมือนว่าปัญหาที่เกิดขึ้นจากประเด็นทางด้านสุขภาพนั้นกำลังทวีความรุนแรงอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาที่เกิดจากกลุ่มอาการของโรคที่มีภูมิคุ้มกันอ่อนแอหรือบกพร่อง หรือที่เรียกว่า โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) ซึ่งนับได้ว่าเป็นปัญหาสุขภาพของทุกคนทั่วโลก เพราะเหตุว่า จำนวนประชากรทั่วโลกที่ติดเชื้อจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มีปริมาณที่สูงมาก จากการคาดการณ์ของโครงการโรคเอดส์สหประชาชาติ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - UNAIDS) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) ประเมินสถานการณ์ว่า เมื่อสิ้นสุดเดือนธันวาคม ค.ศ. 2000 จะมีจำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์รายใหม่ทั่วโลกประมาณ 5.3 ล้านราย ซึ่งจะทำให้จำนวนประชากรของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั่วโลกมีทั้งหมดประมาณ 36.1 ล้านราย นอกจากนี้แล้วยังพบว่า จำนวนผู้ป่วยที่สูญเสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคเอดส์ในปี ค.ศ. 2000 มีทั้งหมดประมาณ 3 ล้านราย ซึ่งนับตั้งแต่มีการเกิดขึ้นของโรคระบาดชนิดนี้ส่งผลทำให้มีผู้เสียชีวิตทั่วโลกจากโรคระบาดนี้ทั้งหมดประมาณ 21.8 ล้านราย²

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

² Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, AIDS Epidemic Update : December 2000,
http://www.unaids.org/wac/2000/wad00/files/WAD_epide.../WAD_epidemic_report_index.html
(20/12/2000 5 : 45 AM) : 1-2.

ตารางที่ 1.1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ทั่วโลกเมื่อสิ้นสุดปี ค.ศ. 2000

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ปีค.ศ.2000	จำนวนทั้งสิ้น	5.3 ล้านราย
	ผู้ใหญ่	4.7 ล้านราย
	ผู้หญิง	2.2 ล้านราย
	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	600,000ราย
จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์	จำนวนทั้งสิ้น	36.1 ล้านราย
	ผู้ใหญ่	34.7 ล้านราย
	ผู้หญิง	16.4 ล้านราย
	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	1.4 ล้านราย
จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ในปีค.ศ.2000	จำนวนทั้งสิ้น	3 ล้านราย
	ผู้ใหญ่	2.5 ล้านราย
	ผู้หญิง	1.3 ล้านราย
	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	500,000ราย
จำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์นับตั้งแต่มีการแพร่ระบาด	จำนวนทั้งสิ้น	21.8 ล้านราย
	ผู้ใหญ่	17.5 ล้านราย
	ผู้หญิง	9 ล้านราย
	เด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี	4.3 ล้านราย

แหล่งข้อมูล : ประยูร กุณาตล , “20ปีหลังการระบาดของโรคเอดส์ในสหรัฐอเมริกา และ 17 ปี หลังการรายงานโรคเอดส์ครั้งแรกในประเทศไทย ,” วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 (2544) : 65.

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่ระบาดโดยการแพร่เชื้อ ซึ่งจะอาศัยวิถีชีวิต และพฤติกรรมของมนุษย์ในสังคมเป็นตัวสนับสนุนการแพร่ระบาด ดังนั้นโรคเอดส์จึงสามารถแพร่ระบาดได้อย่างรวดเร็ว ไร้พรมแดน และมีแนวโน้มที่จะระบาดข้ามศตวรรษอีกด้วย นอกจากนี้แล้วจากการที่ไม่สามารถค้นพบวิธีการรักษา หรือยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในปัจจุบันได้ โรคเอดส์จึงกลายเป็นภัยคุกคามที่ส่งผลกระทบต่อทั้งในด้านเศรษฐกิจ การเมือง สังคม และวัฒนธรรม อันส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติในที่สุด ในการประชุมสุดยอดรับสหัสวรรษใหม่ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations Millennium Summit) ที่สำนักงานใหญ่ในเขตมหานครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ระหว่างวันที่ 6 ถึง 8 กันยายน ค.ศ. 2000 ที่ประชุมได้ออกประกาศร่วมกันหรือที่เรียกว่า คำประกาศแห่งสหัสวรรษใหม่ (Millennium Declaration) ซึ่งมีเนื้อหาครอบคลุมถึงเป้าหมายใหม่ในการขจัดโรคภัย และโรคร้ายแรงต่าง ๆ เพื่อมวลมนุษยชาติ โรคเอดส์ก็เป็นประเด็นปัญหาหนึ่งที่ประเทศสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมมีทรรศนะที่เห็นคล้อยไปในทิศทางเดียวกันหมดถึงภัยคุกคามที่มาจากโรคเอดส์อันนำมาซึ่งการวางแผนเพื่อหาแนวทางที่จะยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อโรคและจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ให้ได้ผลอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด³

ในขณะที่ประเทศมหาอำนาจอย่างประเทศสหรัฐอเมริกา สภาพความมั่นคงแห่งชาติซึ่งแต่เดิมมิเคยให้ความสำคัญในประเด็นเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของเชื้อโรคต่าง ๆ เลย ก็ได้เริ่มตระหนักถึงมหันตภัยของโรคเอดส์ในฐานะที่เป็นตัวทำลายความมั่นคงของรัฐ และในที่สุดภายใต้การบริหารประเทศยุคประธานาธิบดี บิล คลินตัน ในปี ค.ศ. 2000 ก็ได้กำหนดเป็นครั้งแรกให้โรคเอดส์เป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา⁴ นับวันความสำคัญและแนวโน้มความรุนแรงของประเด็นปัญหาการแพร่กระจายของโรคเอดส์จะขยายตัวออกไปอย่างกว้างขวางมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่ง สำหรับประเทศที่ไม่มีความมั่นคงอยู่แล้วความหายนะจากโรคเอดส์จะนำไปสู่ความขัดแย้งมากขึ้น และจากปัญหาความขัดแย้งนี้จะช่วยให้มีการแพร่กระจายของโรคเอดส์ขยายตัวมากยิ่งขึ้น⁵

³ วุฒานประชุมสุดยอด "ยูเอ็น" ประกาศจัดความยากจนโลก. มติชนรายวัน (10 กันยายน 2543) : 2.

⁴ Barton Gellman, "AIDS Is Declared Threat to Security," The Washington Post, <http://www.washingtonpost...wp-dyn/articles/A40503-2000 Apr 29. html> (30/4/2000 3.50 PM) : 1.

⁵ สหประชาชาติเตือนภัยเอดส์กลายเป็นปัญหาความมั่นคง. กรุงเทพธุรกิจ (27 มกราคม 2543) : 3.

สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยนั้น นับตั้งแต่มีการรายงานว่าพบผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ครั้งแรกในประเทศสหรัฐอเมริกาในปี ค.ศ. 1981 ซึ่งต่อมาโรคเอดส์ก็ได้เริ่มแพร่ระบาดในประเทศไทย โดยมีรายงานพบผู้ป่วยในประเทศไทยในปี ค.ศ. 1984 เป็นผู้ป่วยคนไทยที่เดินทางกลับจากประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งมีอาการป่วยอยู่ในระยะสุดท้าย ซึ่งในช่วงระยะเวลา 10 ปีต่อมาโรคเอดส์ได้แพร่ระบาดผ่านกลุ่มเสี่ยงต่างๆ นับตั้งแต่กลุ่มชายรักเพศเดียวกัน (homosexual) และชายรักทั้งสองเพศ (heterosexual) ต่อมาได้ระบาดอยู่ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด แล้วจึงแพร่กระจายไปสู่กลุ่มหญิงบริการทางเพศ และได้แพร่ระบาดและส่งผลกระทบต่อหญิงทั่วไปและทารกในที่สุด⁶

สำหรับพัฒนาการในการตอบสนองของรัฐบาลต่อการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย พบว่า ในช่วงแรกระหว่างเดือนกันยายน ค.ศ. 1984 ถึงกันยายน ค.ศ. 1987 เป็นระยะที่พบผู้ป่วยเอดส์จำนวนน้อยและเป็นผู้ติดเชื้อในกลุ่มชายรักเพศเดียวกันและผู้ติดยาเสพติด กระทรวงสาธารณสุขได้สรุปว่ายังไม่มีการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยและเชื่อว่าเอดส์เป็นโรคของชาวต่างประเทศ เมื่อพบผู้ป่วยรายแรกที่เป็นชายรักเพศเดียวกันกลับมาจากประเทศสหรัฐอเมริกาจึงคิดว่าเป็นโรคติดต่อจากการระบาดในประเทศสหรัฐอเมริกาซึ่งไม่ใช่โรคของคนไทย⁷ ในขณะที่รัฐบาลมีนโยบายไม่เปิดเผยข้อมูลของผู้ป่วยเอดส์โดยอ้างถึงปัญหาเอดส์อาจส่งผลเสียต่อภาพลักษณ์ของประเทศ อุตสาหกรรมการท่องเที่ยว การส่งออก และการลงทุนในประเทศ ประกอบกับกระทรวงสาธารณสุขยังไม่มีความพร้อมเพียงพอทั้งในเรื่องของข้อมูลการระบาด จำนวนผู้ป่วยเอดส์ และเครื่องมือตรวจวินิจฉัยผู้ติดเชื้อ⁸

ถึงแม้ว่าจะประสบกับปัญหาดังกล่าวข้างต้น กระทรวงสาธารณสุขก็ได้ตระหนักถึงปัญหา โดยเริ่มการศึกษาปัญหาโรคเอดส์ จัดทำคำแนะนำในการวินิจฉัยโรค ประกาศให้โรคเอดส์เป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่จะต้องแจ้งความตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อเมื่อวันที่ 1 พฤษภาคม ค.ศ. 1985

⁶ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ, "สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ธันวาคม 2537," รายงานในการประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 4/2537 วันที่ 22 ธันวาคม 2537 วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 (2537) :168.

⁷ ยาวรัตน์ ปรบักร์ชาม, สมใจ ประมาณพล และสุพัตรา อติโพธิ, นโยบายเอดส์: กรณีศึกษาในประเทศไทย 2527-2537 (กรุงเทพฯ : พีเอลิฟวิง, 2538), หน้า 10.

⁸ เรื่องเดียวกัน, หน้า 13.

และได้ตั้งระบบรายงานผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งทำให้หน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุข ต้องรายงานผู้ป่วยเอดส์ต่อกระทรวงสาธารณสุข โดยในระยะเวลา 6 ปีแรกนับตั้งแต่มีรายงานตรวจพบผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขได้รับรายงานผู้ป่วยเอดส์ 43 ราย และผู้มีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ 145 ราย⁹

ระยะที่สองนับตั้งแต่กลางปี ค.ศ. 1987 ถึงกลางปี ค.ศ. 1990 เป็นช่วงระยะเวลาที่ กระทรวงสาธารณสุขของไทยยอมรับว่ามีโรคเอดส์ระบาดในประเทศไทยและโรคเอดส์ไม่ได้เป็น โรคของชาวต่างชาติเท่านั้นแต่เป็นโรคที่เป็นกับคนไทย¹⁰ โดยถือว่าโรคเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุข ในปี ค.ศ. 1987 กระทรวงสาธารณสุขได้จัดตั้งโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ 4 ปี (ค.ศ. 1988 - 1991) ซึ่งได้รับอนุมัติจากคณะรัฐมนตรีและได้รับจัดสรรเงินดำเนินการเป็นจำนวนเงิน ประมาณ 43 ล้านบาท นอกจากนี้แล้วยังได้ขอทุนช่วยเหลือโดยการสนับสนุนจากองค์การอนามัยโลก (WHO) สนับสนุนแผนงานระยะสั้น (Short-term Plan) ในปี ค.ศ. 1988 เป็นเงินจำนวน 12.5 ล้านบาท และแผนงานระยะกลาง (Medium-term Plan) สำหรับปี ค.ศ. 1989-1991 เป็นเงินจำนวน 90 ล้านบาท¹¹ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อการป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อเอดส์ ลดอัตราการป่วยและการตายที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อโรคเอดส์ และลดผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการติดเชื้อโรคเอดส์ รวมทั้งยังมีนโยบายที่แสวงหาและให้ความร่วมมือกับหน่วยงานภาครัฐและเอกชนที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโรคเอดส์

ระยะที่สามตั้งแต่ปลายปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 1994 เป็นระยะที่พบว่าโรคเอดส์ได้ระบาดใน ประชาชนทั่วไปแล้ว และโรคเอดส์ไม่ใช่ปัญหาสาธารณสุขที่จะต้องป้องกันโดยการควบคุมเฉพาะ กลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงเท่านั้น หากแต่เอดส์เป็นปัญหาสังคมที่ทุกคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เหมือนกันทั้งหมด ในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 1990 กระทรวงสาธารณสุขได้นำเรื่องเข้าพิจารณาใน

⁹ ประเสริฐ ทองเจริญ , "ภาพกว้างในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย," วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (2542) : 60.

¹⁰ เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม , สมใจ ประมาณพล และสุพัตรา อติโพธิ , นโยบายเอดส์ : กรณีศึกษาในประเทศไทย 2527-2537 (กรุงเทพฯ : พีเอสพีวิง , 2538) , หน้า 15.

¹¹ ชีระ รามสูตร , "5ปีแรกของการแพร่ระบาดและการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย," วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (2532) : 20.

คณะรัฐมนตรีเพื่อทำการกำหนดนโยบายการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ให้เป็นนโยบายระดับชาติที่ต้องร่วมมือกันทุกฝ่ายจากทุกกระทรวง ทบวง กรม โดยที่รัฐบาลนายกรัฐมนตรี พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ได้มอบหมายภารกิจนี้แก่กระทรวงสาธารณสุข โดยมีรัฐมนตรีว่าการของกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานคณะกรรมการประสานงานโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ต่อมาในปี ค.ศ. 1991 รัฐบาลนายกรัฐมนตรี อานันท์ ปันยารชุน ได้ประกาศนโยบายเอดส์แห่งชาติ โดยนายกรัฐมนตรีรับเป็นประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติด้วยตนเอง (National AIDS Committee - NAC)¹² ซึ่งมีสภาพพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติรับหน้าที่เป็นผู้ร่างแผนแม่บท และให้กระทรวงสาธารณสุขกับสำนักนายกรัฐมนตรีเป็นหน่วยงานในการดำเนินการประสานงานในส่วนกลาง โดยในส่วนภูมิภาคจะมีการกระจายอำนาจการบริหารงานและจัดการไปสู่ส่วนจังหวัดและอำเภอ ซึ่งผู้ว่าราชการจังหวัดจะเป็นคนประสานงานในการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ในฐานะประธานคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของจังหวัด¹³ จึงถือได้ว่าโรคเอดส์ได้ก้าวเข้ามาเป็นประเด็นปัญหาระดับชาติที่ต้องร่วมมือกันในการป้องกันและแก้ไขในช่วงระยะเวลาดังกล่าว

นอกจากนี้แล้วบทบาทและแรงผลักดันจากบุคคล องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ รวมทั้งความช่วยเหลือจากต่างประเทศในการดำเนินกิจกรรมเพื่อทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นให้ข้อมูล โดยเรียกร้องให้รัฐบาลตระหนักถึงผลกระทบทางสังคมที่จะเกิดจากโรคเอดส์มากกว่าผลกระทบต่อปัญหาเศรษฐกิจจากอุตสาหกรรมท่องเที่ยว การลงทุนจากต่างประเทศ รวมทั้งภาพลักษณ์ของประเทศ และผลักดันให้รัฐบาลหันมาสนใจในการกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ ในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ให้ตรงกับสภาพปัญหา จนกลายเป็นกลุ่มที่มีส่วนร่วมผลักดันนโยบายเอดส์แห่งชาตินับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1991¹⁴ และมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาเอดส์ที่มีประสิทธิภาพของประเทศไทยในระยะเวลาต่อมาจนกระทั่งปัจจุบัน

¹² เยาวรัตน์ ปรบัภิษาม , สมใจ ประมาณพล และสุพัตรา อติโพธิ , นโยบายเอดส์ : กรณีศึกษาในประเทศไทย 2527-2537 (กรุงเทพฯ : พีเอ็ดวิง , 2538) , หน้า 19.

¹³ Kumnuan Ungchusak , "The First Decade of HIV/AIDS Epidemic in Thailand," Thai AIDS Journal Vol.5 No.1(1993) : 18.

¹⁴ เยาวรัตน์ ปรบัภิษาม , สมใจ ประมาณพล และสุพัตรา อติโพธิ , นโยบายเอดส์ : กรณีศึกษาในประเทศไทย 2527-2537 (กรุงเทพฯ : พีเอ็ดวิง , 2538) , หน้า 33.

สำหรับสถานการณ์ของการติดเชื้อและการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย จากรายงานของ กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข มีการคาดการณ์ว่า จุดสูงสุดของปริมาณผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีจะอยู่ประมาณปี ค.ศ. 1996 - 1997 ส่วนการระบาดของโรคเอดส์จะอยู่ประมาณปี ค.ศ. 2004 - 2007 โดยที่ผลกระทบทางสังคม และเศรษฐกิจนั้นอาจจะคงอยู่อีก 2 ถึง 3 ทศวรรษ คือ ถึงประมาณปี ค.ศ. 2017 - 2027 นอกจากนี้พบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อสะสมถึงปี ค.ศ. 2000 มีประมาณ 900,000 คน และมีการรายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่พบในแต่ละปีประมาณ 30,000 - 40,000 คน (การรายงานครอบคลุมประมาณ 80 เปอร์เซ็นต์ของผู้ป่วยที่รับบริการรักษา)¹⁵

จากรายงานดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยสามารถควบคุมสถานการณ์การติดเชื้อและการระบาดของโรคเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจากรายงานของธนาคารโลก (World Bank) เมื่อ ค.ศ. 1993 มีการคาดการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยว่าในปี ค.ศ. 2000 ประเทศไทยจะมีอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ใหญ่สูงถึง 1 ใน 50 คน¹⁶ หรือภายในระยะเวลา 10 ปีจะมีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ประมาณ 4 ล้านราย จากการสำรวจพบว่าในปี ค.ศ. 2000 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์เพียง 900,000 ราย ซึ่งเป็นจำนวนที่ลดลงจากจำนวนที่คาดการณ์ถึงร้อยละ 77¹⁷ นอกจากนี้แล้วประเทศไทยซึ่งเคยมีอัตราการติดเชื้อเอดส์ปีละ 137,000 ราย ในปี ค.ศ. 1990 แต่ในปี ค.ศ. 2000 อัตราการติดเชื้อเอดส์ลดลงเหลือเพียงปีละ 29,000 ราย¹⁸ โดยสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยนั้นเริ่มแพร่ระบาดรุนแรงขึ้นเรื่อยๆนับตั้งแต่ปลาย ค.ศ. 1987 จนกระทั่งปี ค.ศ. 1993 สถานการณ์การระบาดขึ้นถึงระดับสูงสุดแล้วเริ่มคงที่และมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

¹⁵ ชัยยศ คุณานุสนธิ, เอดส์ : ปัญหา ผลกระทบ และการตอบสนองของประเทศไทย (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์เจเอส การพิมพ์ , 2543), หน้า 11-12.

¹⁶ World Bank , World Development Report 1993 : Investing in Health (Washington : World Bank ,1993) , pp. 99-107 อ้างถึงใน วิพุธ พูลเจริญ และคณะ , วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย : แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ (นนทบุรี : สำนักงานวิจัยระบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข , 2540) , หน้า 10.

¹⁷ ทวีโลกขมไทยด้านภัยเอดส์ . สยามรัฐ (11 กรกฎาคม 2544) : 2.

¹⁸ รุจน์ โกมลบุตร, "เมื่อธนาคารโลกวิพากษ์การทำงานเอดส์ไทยอย่างถึงถิ่น," มติชนรายวัน (28 พฤษภาคม 2543) : 6.

จากลักษณะดังกล่าว ในปี ค.ศ. 1996 ในการประชุมสัมมนานานาชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 11 (The eleventh international conference on AIDS) ที่เมืองแวนคูเวอร์ ประเทศแคนาดา ประเทศไทยได้รับการยกย่องจาก ปีเตอร์ พ็อท (Peter Piot) ผู้อำนวยการโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติว่า¹⁹ เป็นหนึ่งในสองประเทศกำลังพัฒนาที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ดี โดยที่อีกประเทศหนึ่งคืออูกันดาประเทศในทวีปแอฟริกา ซึ่งประเทศไทยเป็นประเทศเดียวในทวีปเอเชียที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดจนมีแนวโน้มการติดเชื้อรายใหม่ที่ลดลงอย่างชัดเจน ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ยังไม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ลงได้²⁰

ในปี ค.ศ. 1997 ธนาคารโลกได้นำเสนอความสำเร็จในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของไทยโดยแสดงถึงปัจจัยที่ส่งผลทำให้การดำเนินงานประสบความสำเร็จอันประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการกล่าวคือ²¹

ปัจจัยแรก คือ รัฐบาลตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบจากโรคเอดส์อย่างจริงจังจึงมีการให้ความสำคัญกับนโยบายด้านนี้โดยจัดสรรงบประมาณ รวมทั้งเป็นแกนกลางในการระดมทรัพยากรและผนึกกำลังจากทุกภาคทั้งส่วนภาครัฐ เอกชน และชุมชน เพื่อสร้างกลไกป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ตั้งแต่ระดับชาติไปจนถึงระดับชุมชนในท้องถิ่น

¹⁹ วิชัย โชควัฒนา, เอดส์ปริทัศน์ : สถานการณ์เอดส์ 2543 (นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก , 2543) , หน้า 255.

²⁰ Peter Piot , " HIV/AIDS Global Pandemic and Response," Address in Open Ceremony of the eleventh international conference on AIDS , Vancouver, Canada อ้างถึงใน วิพุธ พูลเจริญ และคณะ , วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย : แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ (นนทบุรี : สำนักงานวิจัยระบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข , 2540) , หน้า 11.

²¹ World Bank, Confronting AIDS : Public Priorities in a Global Epidemic (New York : Oxford University Press , 1997) , pp. 1-12 อ้างถึงใน วิพุธ พูลเจริญ และคณะ , วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย : แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ (นนทบุรี : สำนักงานวิจัยระบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข , 2540) , หน้า 12.

ปัจจัยที่สอง คือ การรวมตัวของชุมชนต่างๆ ในหลายพื้นที่ในลักษณะของสังคมประชารัฐ เพื่อร่วมกันในการวางแผนจัดการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ การที่รัฐสามารถร่วมทำงานกับองค์กรพัฒนาเอกชนถือว่าเป็นการลงทุนและระดมทุนจากสังคมที่คุ้มกับผลที่ได้รับ โดยเฉพาะสามารถเปิดโอกาสให้กลุ่มคนด้อยโอกาสบางกลุ่ม อาทิ หญิงขายบริการทางเพศ ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ ได้เข้าร่วมดำเนินการเพื่อพัฒนาศักยภาพของตนเอง ในขณะที่เดียวกันก็มีส่วนช่วยสังคมในการมีส่วนร่วมเพื่อการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อีกด้วย

ปัจจัยสุดท้าย คือ การนำมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงมาใช้โดยมีการยอมรับในระดับนโยบายโดยไม่มี ความขัดแย้งกับเงื่อนไขทางสังคมและศาสนา อาทิ การให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องเอดส์แก่สาธารณชนอย่างกว้างขวาง การจัดการเรียนการสอนที่เกี่ยวกับเพศศึกษาและเอดส์ และการรณรงค์ให้เกิดการใช้ถุงยางอนามัยอย่างกว้างขวางในโครงการรณรงค์ 100 เปอร์เซ็นต์

จากวิวัฒนาการในการดำเนินงานเพื่อจัดการกับปัญหาเอดส์ของประเทศไทยดังกล่าว สะท้อนภาพของปัจจัยต่างๆ ที่เข้ามามีส่วนทำให้การจัดการกับประเด็นปัญหาเอดส์ประสบความสำเร็จ ด้วยดี นับตั้งแต่เริ่มมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างรวดเร็วในปี ค.ศ. 1987 ประกอบกับการขาดความพร้อมในเรื่องของข้อมูล จึงส่งผลทำให้รัฐบาลเกิดความสับสนและไม่กล้าตัดสินใจประกาศนโยบายที่ชัดเจนออกมาใช้จัดการกับปัญหาเอดส์ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1991 รัฐบาลของไทยเริ่มตระหนักและเห็นความสำคัญของปัญหาเอดส์ จึงเปลี่ยนแปลงแนวคิดและบทบาทของตนอันส่งผลทำให้ประเทศไทยสามารถผนึกกำลังทรัพยากรและองค์ความรู้ของกลุ่มบุคคลที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์ได้อย่างเป็นระบบและมีประสิทธิผล อันส่งผลถึงอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่ลดลงในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1992-1997

จากลักษณะของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่สามารถแพร่กระจายและติดเชื้อได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั่วโลก ปัญหาโรคเอดส์จึงกลายเป็นปัญหาข้ามชาติที่ทุกประเทศทั่วโลกให้ความตระหนักถึงภัยคุกคามดังกล่าว ประกอบกับศักยภาพของประเทศไทยที่เป็นประเทศกำลังพัฒนา จึงส่งผลให้ประเทศไทยอยู่ในสภาพของประเทศที่ขาดปัจจัยสำคัญหลาย ๆ ด้านในการพัฒนา และแก้ไขปัญหาดังกล่าว อาทิ การมีทรัพยากรที่ไม่เพียงพอไม่ว่าจะเป็นผู้เชี่ยวชาญในด้านต่าง ๆ งบประมาณ ทุนหรือวัตถุดิบ รวมทั้งการขาดองค์ความรู้ในกระบวนการแก้ไข ปัญหาเอดส์ของชาติอย่างเป็นระบบ อันนำมาสู่สถานะที่ปัญหาหลายประการไม่สามารถจะแก้ไข

ได้โดยลำพังเพียงประเทศเดียว ปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์ก็เป็นประเด็นปัญหาหนึ่ง ถ้าหากไม่มีการร่วมมือแก้ไขปัญหาในระดับระหว่างประเทศร่วมกัน ปัญหาดังกล่าวก็คงจะไม่สามารถแก้ไขได้อย่างมีประสิทธิภาพ จากลักษณะของประเทศไทยดังกล่าว การขอความช่วยเหลือจากต่างประเทศ และการตกลงเจรจาทำความร่วมมือระหว่างประเทศจึงเป็นสิ่งจำเป็นอย่างยิ่ง ในฐานะที่เป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งในการทำให้การแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของประเทศประสบความสำเร็จและมีแนวโน้มที่ดีขึ้นกว่าเดิมจากสถานการณ์ของประเทศในอดีตจนกระทั่งปัจจุบัน²²

จากสถานการณ์ดังกล่าว รัฐบาลของไทยจึงได้มีคำสั่งแต่งตั้งคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอดส์ เพื่อพิจารณาและกำหนดยุทธศาสตร์สำหรับใช้เป็นกรอบแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศระหว่างปี.ศ.1997-2001 โดยเฉพาะอย่างยิ่งยุทธศาสตร์ที่ว่าด้วยการพัฒนาความร่วมมือกับต่างประเทศนับว่าเป็นยุทธศาสตร์หลักอันหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างมาก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อระดมทรัพยากรจากต่างประเทศในการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยี และวิทยาการองค์ความรู้ต่างๆ เป็นการประสานการใช้ทรัพยากรจากต่างประเทศให้เกิดประโยชน์สูงสุด ซึ่งส่งผลให้เกิดความร่วมมือและความเข้าใจอันดีระหว่างประเทศไทยกับนานาประเทศเกี่ยวกับการดำเนินงานทางด้าน การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของไทย²³

จากรายงานของกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข²⁴ พบว่า นับตั้งแต่ปี.ศ. 1990 จนกระทั่งปัจจุบันประเทศไทยได้รับความช่วยเหลือและทำความตกลงร่วมมือกันระหว่างประเทศมีทั้งในรูปแบบของทวิภาคีและพหุภาคีระหว่างประเทศไทยกับนานาประเทศ

²² กรมวิเทศสหการ, "เอกสารเรื่องบทบาทความร่วมมือกับต่างประเทศด้านการป้องกัน และแก้ไข ปัญหาเอดส์," ธันวาคม 2540.

²³ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 (กรุงเทพฯ : ม.ป.ท.,2539), หน้า 54-57.

²⁴ AIDS Division, Ministry of Public Health, Thailand, Coordination, <http://www.moph.go.th/203.157.40.134/coordinate/coordinate.html> (4/1/2001 4.30 AM) : 1

รวมทั้งองค์การระหว่างประเทศและองค์กรเอกชนต่างประเทศ ในภารกิจโครงการเพื่อศึกษาค้นคว้าวิจัย และร่วมมือเกี่ยวกับแผนการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทย อาทิ

1.โครงการโรคเอดส์สหประชาชาติ (UNAIDS) เป็นหน่วยงานที่ทำหน้าที่ในการประสานกับองค์กรอื่นๆ ในระดับนานาชาติ ประเทศไทยได้เข้าร่วมเป็นกรรมการบริหารของโครงการนี้ นับตั้งแต่ปีค.ศ. 1999 เป็นต้นมา หน่วยงานนี้ได้ใช้กรณีผลสำเร็จในการดำเนินการควบคุมโรคเอดส์ของไทยเพื่อชี้้นำให้ประเทศอื่น ๆ ใช้เป็นแบบแผนในการดำเนินงาน

2.องค์การอนามัยโลก (WHO) เคยดำเนินการเรื่องเอดส์มาก่อนปี ค.ศ. 1995 หลังจากนั้นได้มอบหมายให้กับโครงการโรคเอดส์สหประชาชาติ

3.ธนาคารโลก (World Bank) เป็นหน่วยงานที่สนับสนุนเงินกู้เพื่อพัฒนาแก่ประเทศต่าง ๆ แต่ในปีค.ศ. 1996-2001 องค์กรนี้ได้ให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยในหลายด้านเพื่อที่จะใช้เป็นแนวทางในการกำหนดทิศทางเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในระดับนโยบายต่อไป

4.สำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา (The United States Agency for International Development - USAID) เป็นองค์กรที่เคยให้ความช่วยเหลือในช่วงระหว่างปีค.ศ. 1990-2000 โดยผ่านทางโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (AIDS Control and Prevention - AIDSCAP) และสถาบันสาธารณสุขครอบครัว (Family Health Institution - FHI) แต่ปัจจุบันได้ลดความช่วยเหลือ

5.องค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศของญี่ปุ่น (Japanese International Cooperation Agency - JICA) นับว่าเป็นหน่วยงานที่ให้การสนับสนุนโครงการป้องกันโรคเอดส์ในประเทศไทย นับตั้งแต่ปีค.ศ. 1995 เป็นต้นมา โดยเฉพาะโครงการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของกรมวิทยาศาสตร์การแพทย์

6.สำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย (The Australian Agency for International Development - AusAID) เป็นความร่วมมือจากออสเตรเลีย ซึ่งเริ่มให้ความช่วยเหลือ นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 โดยให้ความช่วยเหลือกับองค์กรพัฒนาเอกชนของไทยเป็นส่วนใหญ่ และ

ภายหลังจากปี ค.ศ. 1997 ได้พัฒนากลายเป็นโครงการความร่วมมือสองฝ่ายระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลออสเตรเลียในที่สุด

โครงการความร่วมมือและความช่วยเหลือสองฝ่ายระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

โครงการความร่วมมือและความช่วยเหลือสองฝ่ายระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวข้างต้น นับว่าเป็นโครงการที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประเทศไทย เพราะเหตุว่าเมื่อพิจารณาจากผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือดังกล่าวพบว่า โครงการทั้งสองนี้ส่งผลทำให้แนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวของไทยมีประสิทธิภาพสูงขึ้นกว่าในอดีต โดยเฉพาะการมุ่งเน้นที่การพัฒนาศักยภาพของชุมชนต่างๆ ในประเทศไทยให้มีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ และการดำเนินโครงการความร่วมมือดังกล่าวก็สามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของการจัดตั้งโครงการได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้แล้วยังเป็นแนวทางที่ช่วยสนับสนุนทำให้การดำเนินงานตามยุทธศาสตร์แห่งชาติที่ว่าด้วยการพัฒนาความร่วมมือกับต่างประเทศเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวประสบความสำเร็จ อันเป็นลักษณะที่สะท้อนถึงมิติทางความร่วมมือระหว่างองค์กรทางสาธารณสุขของทั้งสองประเทศที่เข้ามามีบทบาทส่งผลถึงสถานะทางความสัมพันธ์และความเข้าใจอันดีระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในที่สุด

นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1945 เป็นต้นมา รัฐบาลออสเตรเลียได้ให้ความสำคัญอย่างมากต่อการส่งเสริมและกระชับความสัมพันธ์กับนานาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ในปี ค.ศ. 1950 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ ฯพณฯ เพอร์ซี สпенเดอร์ ได้ริเริ่มแผนการโคลัมโบ (Colombo Plan) ซึ่งมีบทบาทในฐานะเป็นเวทีการเจรจาระหว่างประเทศของสมาชิกต่างๆ ในอันที่จะร่วมมือกันทางเศรษฐกิจและวิชาการ โดยที่รัฐบาลออสเตรเลียเป็นสมาชิกผู้ให้ความช่วยเหลือรายสำคัญรายหนึ่งในแผนดังกล่าว ต่อมาในช่วงปี ค.ศ. 1951-1960 รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการต่างประเทศ ฯพณฯ ริชาร์ด เคซีย์ ได้ดำเนินการวางพื้นฐานในอันที่จะ

สร้างความสัมพันธ์ระหว่างออสเตรเลียกับประเทศในภูมิภาคเอเชียให้เป็นไปอย่างแน่นแฟ้น ซึ่งรัฐบาลออสเตรเลียในสมัยต่อๆมาก็ได้ดำเนินการตามแผนนโยบายที่ได้วางพื้นฐานไว้โดยตลอด²⁵

รัฐบาลออสเตรเลียได้เข้ามาให้ความร่วมมือและความช่วยเหลือแบบทวิภาคีแก่ประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง โดยเข้าร่วมทำงานกับภาครัฐบาล กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน และกลุ่มทางสังคมต่างๆของไทย นับตั้งแต่ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่2ของไทย (ค.ศ. 1967-1971) เป็นต้นมา ซึ่งจะเน้นและให้ความสำคัญในด้านการศึกษา การเกษตร การพัฒนาชนบท และการคมนาคม สำหรับปริมาณความช่วยเหลือที่สูงมากจะอยู่ในช่วงระยะของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่6 (ค.ศ. 1987-1991) หลังจากนั้นเป็นต้นมา รัฐบาลออสเตรเลียถือว่าความร่วมมือระหว่างสองประเทศอยู่ในช่วงระยะปรับเปลี่ยน (transitional phase) โดยที่กิจกรรมความร่วมมือระหว่างสองประเทศจะเปลี่ยนแปลงในลักษณะของความสัมพันธ์จากรูปแบบผู้ให้และผู้รับมาเป็นสถานะเท่าเทียมกันมากกว่าเดิม ทั้งนี้ลักษณะของโครงการที่จะเน้นมากขึ้นคือการให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ ทุนฝึกอบรม และผู้เชี่ยวชาญ นอกจากนี้แล้วความร่วมมือที่ทั้งสองประเทศสนใจและจะพัฒนาร่วมกันต่อไปคือ ความร่วมมือแบบไตรภาคี โดยออสเตรเลียจะใช้ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ และเทคโนโลยีของไทย เสริมเข้ากับการให้ความช่วยเหลือของออสเตรเลียขยายความร่วมมือไปยังประเทศเป้าหมายอื่นในภูมิภาคอินโดจีน²⁶

ในปี ค.ศ. 1999 รัฐบาลออสเตรเลียและรัฐบาลไทยมีความเห็นตกลงร่วมกันในการจัดทำยุทธศาสตร์ใหม่เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานตามโครงการความร่วมมือร่วมกัน โดยมีจุดประสงค์หลักเพื่อช่วยฟื้นฟูสถานะทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของไทย ซึ่งเป็นผลกระทบที่ได้รับจากวิกฤติเศรษฐกิจในปี ค.ศ. 1997 สำหรับความร่วมมือจะมุ่งเน้นความช่วยเหลือเพื่อส่งเสริมความเข้มแข็งต่อระบบการบริหารและจัดการของภาครัฐ เพื่อสนับสนุนการปฏิรูปภาคการเงินและการธนาคาร เพื่อช่วยบรรเทาปัญหาทางสังคมที่เกิดขึ้นกับประชากรผู้ยากไร้และขาดโอกาส และเพื่อสนับสนุนการเมืองการปกครองในระบอบประชาธิปไตยรวมทั้งการมีส่วนร่วมทางการเมือง

²⁵ ปราณี แก้วเอี่ยม, "นโยบายความช่วยเหลือของออสเตรเลีย," วารสารวิเทศนการ ปีที่2 ฉบับที่2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2540): 4.

²⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 7-9.

ของประชาชนอาทิ²⁷ โครงการทางด้านธรรมาภิบาลและสถาบันประชาธิปไตย (Governance Projects and Democratic Institutes) โครงการเสริมสร้างขีดความสามารถของหน่วยงานไทย (Government Capacity Building Facility) และโครงการออสเตรเลียช่วยชุมชน(The Australian Community Assistance Scheme) ซึ่งจะครอบคลุมในเรื่องเกี่ยวกับการจัดการทางด้านสิ่งแวดล้อม เกษตรกรรม สุขภาพ การศึกษา และ สิทธิมนุษยชน เป็นต้น²⁸

สำหรับเงินทุนช่วยเหลือที่ได้รับจากประเทศออสเตรเลียในโครงการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคเอดส์ทั่วโลกตลอดระยะเวลาในช่วงปี ค.ศ. 1999-2000 พบว่า เงินทุนในโครงการความช่วยเหลือต่างประเทศของรัฐบาลออสเตรเลียที่ถูกจัดสรรมีมูลค่าประมาณ 20.3 ล้านเหรียญเพื่อใช้ในโครงการที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ซึ่งคิดเป็นร้อยละ 12.3 ของเงินทุนทั้งหมดในส่วนของโครงการสุขภาพ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาถึงสัดส่วนของปริมาณเงินที่บริจาคพบว่า ประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกได้รับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลออสเตรเลียในสัดส่วนที่มากที่สุดเมื่อเทียบกับประเทศในภูมิภาคอื่นๆ ทั่วโลก นอกจากนี้แล้วคณะรัฐบาลออสเตรเลียได้จัดเตรียมเงินช่วยเหลือประมาณ 200 ล้านเหรียญ สำหรับโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพของประชาชนในระยะเวลาปีข้างหน้า ซึ่งประเทศเป้าหมายที่จะได้รับเงินช่วยเหลือก็ยังคงเป็นประเทศในกลุ่มภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก อาทิ ปาปัวนิวกินี (60 ล้านเหรียญ) อินเดีย (19 ล้านเหรียญ) จีน (11.6 ล้านเหรียญ) และประเทศในกลุ่มภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (27.9 ล้านเหรียญ) เป็นต้น²⁹

²⁷ The Australian Government's Oversea Aid Program, Australia and Thailand : Supporting social and economic recovery for the people of Thailand (Canberra : Australian Agency for International Development, 2000), pp. 3-4.

²⁸ The Australian Government's Oversea Aid Program, Australia – Thailand Development Cooperation (Canberra : Australian Agency for International Development, 2000).

²⁹ The Australian Agency for International Development, Australia's international response, <http://www.ausaid.gov.au/hottopics/hiv/aids/response.cfm> (20/12/2000 2.45 AM) : 1-3.

ตารางที่ 1.2
ปริมาณเงินช่วยเหลือในโครงการที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ของรัฐบาลออสเตรเลีย

ภูมิภาค/ประเทศ	ปริมาณเงินช่วยเหลือ ระหว่างปีค.ศ. 1999-2000	โครงการในอนาคต	
ประเทศในหมู่เกาะแปซิฟิก			
เกาะแปซิฟิก	1.1 ล้านดอลลาร์	60 ล้านดอลลาร์สำหรับ 5ปี	
ปาปัวนิวกินี	1.8 ล้านดอลลาร์		
เอเชียตะวันออกเฉียง			
ภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้		7.9 ล้านดอลลาร์สำหรับ 4ปี	
สหภาพมา	303,785 เหรียญ	11.6 ล้านดอลลาร์สำหรับ 5ปี	
กัมพูชา	185,815 เหรียญ		
จีน	2.7 ล้านดอลลาร์	20 ล้านดอลลาร์สำหรับ 5ปี	
อินโดนีเซีย	4.1 ล้านดอลลาร์		
เกาหลีใต้	92,550 เหรียญ	19 ล้านดอลลาร์สำหรับ 5ปี	
ลาว	494,464 เหรียญ		
มองโกเลีย	91,362 เหรียญ		
ฟิลิปปินส์	213,000 เหรียญ		
ไทย	992,240 เหรียญ		
เวียดนาม	1.2 ล้านดอลลาร์		
เอเชียใต้			
บังกลาเทศ	73,627 เหรียญ		19 ล้านดอลลาร์สำหรับ 5ปี
อินเดีย	418,903 เหรียญ		
พม่า			
โครงการ โรคเอดส์สหประชาชาติ	1.5 ล้านดอลลาร์		

Source : The Australian Agency for International Development (AusAID), Australia's international response to HIV/AIDS programs.

<http://www.usaid.gov.au/hottopics/hiv aids/response.cfm> (20/12/2000 2.45 AM) : 1-3.

สำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย (The Australian Agency for International Development - AusAID) เป็นองค์กรที่รับผิดชอบในการดูแล จัดการในโครงการ ความช่วยเหลือที่มีต่อต่างชาติของรัฐบาลออสเตรเลียอย่างเป็นทางการ โดยจะบริหารงานภายใต้ การควบคุมของกระทรวงการต่างประเทศและการค้า (Ministry of Foreign Affairs and Trade) โดยมีจุดมุ่งหมายในการให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศกำลังพัฒนาเพื่อลดปัญหาความยากจน ส่งเสริมการพัฒนาและความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจ ส่งเสริมการลงทุนในทรัพยากรมนุษย์ ซึ่งจะมุ่งเน้นการป้องกันและดูแลโครงการที่ทางรัฐบาลออสเตรเลียให้ความสำคัญในการส่งเสริม เงินทุนสนับสนุนช่วยเหลือใน 5 ลำดับแรก กล่าวคือ โครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การพัฒนา ในด้านการศึกษาและในเขตชนบท การเมืองการปกครอง การก่อสร้างระบบสาธารณสุขโลก และสิ่งแวดล้อม³⁰ จากลักษณะดังกล่าวจึงทำให้บทบาทของรัฐบาลออสเตรเลียเด่นชัดมากขึ้นในแง่ของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ โดยเฉพาะการให้เงินช่วยเหลือผ่านทางสำนักงานAusAID แก่ประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกที่กำลังประสบกับปัญหาอันเกิดจากวิกฤติทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม รวมทั้งภัยคุกคามของโรคเอดส์ที่นับวันจะทวีความรุนแรงมากขึ้น

สำหรับโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียเพื่อป้องกันและการแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ. 1993-2001 ภายใต้การจัดการและความช่วยเหลือของสำนักงานAusAID นั้น สามารถแบ่งออกเป็น 2 ช่วงเวลา กล่าวคือ ช่วงแรกระหว่างปี ค.ศ. 1993-1997 เป็นช่วงระยะเวลาของการดำเนินงานความร่วมมือใน “โครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ (Thai – Australia Northern AIDS Prevention and Care Program - NAPAC)” และช่วงที่สองระหว่างปี ค.ศ. 1997-2001 เป็นช่วงระยะเวลาของการดำเนินงานใน “โครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (HIV/AIDS Ambulatory Care Project - AACP)”

โครงการ “NAPAC” เป็นโครงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลออสเตรเลียโดยผ่านสำนักงานAusAID มีระยะเวลาการดำเนินงานความร่วมมือ 5 ปี เริ่มโครงการตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน

³⁰ The Australian Agency for International Development, Key Aid Sectors,

ค.ศ. 1993 มีวัตถุประสงค์เพื่อลดอัตราการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย ซึ่งถือว่าเป็นภูมิภาคที่มีอัตราการติดเชื้อและแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูงสุด โดยมุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือแก่องค์กรรัฐบาลในระดับท้องถิ่น (local government organizations) องค์กรพัฒนาเอกชน (non-government organizations) องค์กรเอกชน (private sector organizations) และหน่วยงานระดับชุมชน (community agencies) ในการพัฒนามาตรการที่มีประสิทธิภาพสำหรับใช้ในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ รวมทั้งยังส่งเสริมการดำเนินงานเพื่อการบำบัดและการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์อีกด้วย³¹

โครงการ “NAPAC” มีการจัดสรรเงินทุนให้แก่องค์กรในระดับท้องถิ่นใน 3 เขตจังหวัดภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย กล่าวคือ เชียงใหม่ เชียงราย และ พะเยา สำหรับใช้ดำเนินงานเพื่อรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับประเด็นปัญหาเอดส์ การให้บริการให้คำปรึกษา การจัดตั้งสถานที่และสิ่งอำนวยความสะดวกสำหรับการให้บริการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ การทำโครงการวิจัย รวมทั้งกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมในชุมชนต่างๆ นอกจากนี้แล้วโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือยังทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางในการประสานงานและส่งเสริมเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างตัวแทนของหน่วยงานในส่วนต่างๆ ที่ดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และยังมีบทบาทในการสร้างความเข้มแข็งแก่องค์กรและหน่วยงานที่เข้าร่วมดำเนินงานกับโครงการโดยการให้บริการข้อมูลข่าวสาร การจัดฝึกอบรม และความช่วยเหลือทางเทคนิคต่างๆ³² สำหรับเงินทุนที่จัดสรรให้แก่องค์กรต่างๆ นั้นจะถูกจัดการโดยคณะกรรมการของโครงการ ซึ่งอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงาน AusAID ในฐานะตัวแทนของรัฐบาลออสเตรเลีย และกรมวิเทศสหการ (Department of Technical and Economic Cooperation - DTEC) ในฐานะตัวแทนของรัฐบาลไทย

สำหรับโครงการ “AACP” เป็นโครงการร่วมมือสองฝ่ายระหว่างรัฐบาลไทยและรัฐบาลออสเตรเลีย ซึ่งทุนจากออสเตรเลียได้รับความช่วยเหลือจากสำนักงาน AusAID โดยที่ “ศูนย์อัลเบียนสตรีท (Albion Street Centre - ASC)” ประเทศออสเตรเลียได้รับการคัดเลือกให้

³¹ Thai-Australia Northern AIDS Prevention and Care Program (NAPAC), January – June 1995 Report, pp. 2-3.

³² เรื่องเดียวกัน, หน้า 13.

เป็นสถาบันที่มีความเหมาะสมที่สุด สำหรับโครงการความร่วมมือในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อ เอชไอวี และโรคเอดส์ในประเทศไทยในปี ค.ศ. 1994 ในขณะที่โรงพยาบาลบาราคนราดูร์เป็นโรงพยาบาลในสังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขของไทย มีหน้าที่หลักในการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อและโรคทั่วไป โดยเริ่มวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยเอดส์รายแรกเมื่อปี ค.ศ. 1984 และต่อมาในปีค.ศ. 1987 ได้จัดตั้งหอผู้ป่วยเพื่อรับผู้ป่วยเอดส์ หลังจากนั้นโรงพยาบาลบาราคนราดูร์ก็ได้เปิดคลินิกนิรนาม (Anonymous and Confidential Clinic) เพื่อให้บริการตรวจเลือดและบริการให้คำปรึกษา ในปีค.ศ. 1996 มีผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์เข้ารับบริการมากกว่า 1,700 ราย จากลักษณะดังกล่าว โรงพยาบาลบาราคนราดูร์จึงมีความเหมาะสมที่จะได้รับการพัฒนาศักยภาพในการจัดการกับปัญหาเอดส์ในช่วงเวลาดังกล่าว ซึ่งต่อมากระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรงพยาบาลบาราคนราดูร์เป็นศูนย์รวมข้อมูลทางวิชาการและศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์แห่งชาติ ดังนั้นโรงพยาบาลบาราคนราดูร์จึงเป็นตัวแทนของรัฐบาลไทยในการเป็นศูนย์สำหรับการดำเนินงานตามโครงการความร่วมมือดังกล่าว³³

โครงการ “AACP” มีระยะเวลาการร่วมมือ 3 ปี เริ่มโครงการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 1997 มีวัตถุประสงค์เพื่อจัดตั้งเป็นศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ(Ambulatory Care Centre) ที่ครบวงจรขึ้นในโรงพยาบาลบาราคนราดูร์ สำหรับให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุด (Optimal Clinical Care) แก่ผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวและผู้ดูแลของผู้ป่วยเหล่านี้ โดยใช้วิธีการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และให้การสนับสนุนสำหรับการพัฒนาองค์กร นอกจากนี้แล้วยังมีวัตถุประสงค์เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลบาราคนราดูร์ให้เป็นศูนย์รวมข้อมูลทางวิชาการ และเป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ในระดับชาติ และระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

สำหรับ “ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Centre)” นั้น นับว่าเป็นศูนย์ที่เน้นการให้บริการทั้งทางด้านการรักษาพยาบาลและการให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์โดยที่ไม่ต้องเข้านอนพักในโรงพยาบาล เพราะเหตุว่าในหลายๆกรณีของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ไม่มี

³³ สำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย. โรงพยาบาลบาราคนราดูร์และศูนย์อัลเบียนสตรีท เอกสารแผ่นพับโครงการร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพเอดส์ และ เอชไอวี. (ม.ป.ท., ม.ป.ป.).

ความจำเป็นที่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล ผู้ป่วยโรคเอดส์สามารถเรียนรู้เทคนิคการดูแลรักษาและช่วยเหลือตัวเองได้ ในกรณีที่ผู้ป่วยโรคเอดส์มีความเข้าใจและดูแลรักษาตนเองดีพออาจจะกลับมาเป็นผู้คิดเชื่อปกติได้ ถึงแม้ว่าจะเคยเป็นผู้ป่วยเอดส์ขั้นสุดท้ายก็ตาม ซึ่งนับว่าเป็นวิธีการรักษาที่มีประสิทธิภาพและยังช่วยลดค่าใช้จ่ายอีกด้วย โครงการความร่วมมือนี้มีคณะกรรมการประสานงานซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนจากรัฐบาลของทั้งสองประเทศระหว่างไทยกับออสเตรเลียกล่าวคือ กรมวิเทศสหการ โรงพยาบาลบาราคนราดูร กระทรวงสาธารณสุข ศูนย์ASC และสำนักงานAusAID

โครงการความร่วมมือระหว่างประเทศทั้งสองโครงการดังกล่าวข้างต้นนี้ นับได้ว่าเป็นโครงการที่ดำเนินการโดยนำบุคลากรเข้ามาเกี่ยวข้องในหลายระดับ อาทิ บุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข นักมานุษยวิทยา และผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาเป็นต้น รวมทั้งยังใช้ความรู้ในหลายสาขาวิชาของการจัดการกับปัญหาเอดส์และแนวทางในการรักษาผู้ป่วย (multidisciplinary care of patients) มากำหนดแนวทางการดำเนินงานร่วมกัน ตลอดระยะเวลาของการดำเนินโครงการความร่วมมือดังกล่าว มีการจัดฝึกอบรมและศึกษาดูงานเพื่อแลกเปลี่ยนความรู้ระหว่างบุคลากรที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์ของทั้งสองประเทศ

ผลจากการฝึกอบรมและแลกเปลี่ยนความรู้ของผู้ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์ในหลายสาขาวิชาดังกล่าว ทำให้สามารถกำหนดทิศทางและขอบเขตของสภาพปัญหา รวมทั้งแนวทางการแก้ไขปัญหานั้นได้อย่างถูกต้องชัดเจนกว่าเดิม โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถลดอุปสรรคที่เกิดจากความไม่แน่นอนของประเด็นปัญหา และสามารถกำหนดแนวทางในการดำเนินความร่วมมือระหว่างกันได้ จึงส่งผลถึงประสิทธิภาพในการดำเนินนโยบายความร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของทั้งสองประเทศในที่สุด

เมื่อสิ้นสุดโครงการความร่วมมือระหว่างสองประเทศ พบว่าผลการประเมินโครงการที่ได้ดำเนินการตั้งตั้งแต่ปี ค.ศ.1993-2001 นั้นอยู่ในเกณฑ์ที่ดี เพราะเหตุว่าสามารถบรรลุถึงวัตถุประสงค์ของโครงการที่ตั้งไว้เป็นอย่างดี เนื่องด้วยสถานการณ์ในปัจจุบันยังไม่สามารถค้นพบวิธีการรักษาทางการแพทย์หรือยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ ทำให้ประชาชนและสังคมไทยได้รับผลกระทบจากปัญหาโรคเอดส์ทั้งทางร่างกาย จิตใจ และสังคมเป็นอย่างมาก ดังนั้นโครงการความร่วมมือนี้จึงเปลี่ยนแปลงการดำเนินงาน ซึ่งมีความสัมพันธ์กับแนวความคิดและทิศทางการดำเนินงานในแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติค.ศ. 1997-2001 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาที่ตัวคนให้มี

ศักยภาพในการป้องกันและรู้จักแก้ไขปัญหาเอคส์ และพัฒนาสภาพแวดล้อมรอบตัวคนให้เอื้ออำนวยต่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์ โดยให้ความสำคัญกับบทบาท ภารกิจ และหน้าที่ขององค์กรต่างๆ ทั้งภาครัฐบาล ภาคเอกชน ครอบครัวยุวมชน ตลอดจนผู้ติดเชื้อเอคส์ให้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการตั้งแต่การร่วมคิด วางแผน ร่วมดำเนินการและร่วมติดตามประเมินผล เพื่อให้แผนงานและโครงการที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาเอคส์ดำเนินงานอย่างมีประสิทธิภาพและมีการนำไปปฏิบัติอย่างแท้จริง อันส่งผลต่อแนวทางการป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอคส์ของประเทศที่มีประสิทธิภาพและมีความมั่นคงยั่งยืนต่อไป สำหรับแนวทางการดำเนินงานของโครงการนั้น ได้มุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือทางด้านการศึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ติดเชื้อเป็นหลัก รวมทั้งการให้ความรู้แก่ผู้ป่วยโรคเอคส์ในการดูแลตนเอง การให้ความรู้แก่ครอบครัวผู้ป่วยในการช่วยเหลือดูแลรักษา และการพัฒนาระบบบริการสาธารณสุข ที่จะเอื้อให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองและได้รับการดูแลที่เหมาะสม อันส่งผลถึงสถานะทางด้านจิตใจ และการดำรงชีวิตของผู้ป่วยให้ดีขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า การเน้นการพัฒนาทางด้านสังคมและจิตวิทยาให้บุคคลรอบข้างมีความเข้าใจ และมีเจตคติที่ยอมรับซึ่งกันและกัน ส่งผลทำให้แนวโน้มสถิติการฆ่าตัวตายของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอคส์ที่เข้าร่วมโครงการดังกล่าวลดลง สามารถดำเนินชีวิตประจำวันและประกอบอาชีพของตนได้ตามปกติ มีความเข้าใจในการอยู่ร่วมกันในสังคมได้อย่างเหมาะสม อีกทั้งช่วยลดปัญหาสังคมในทุกระดับ ส่งผลต่อเสถียรภาพและศักยภาพของประเทศในที่สุด

จากลักษณะดังกล่าวข้างต้น แสดงถึงพัฒนาการของการให้บริการรักษารวมทั้งแนวทางการป้องกันและการแก้ไขปัญหาเอคส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประสิทธิภาพที่เกิดจากโครงการดังกล่าวได้ส่งผลให้โครงการ “NAPAC” กลายเป็นต้นแบบของโครงการที่ส่งเสริมการพัฒนาศักยภาพของคน ครอบครัวยุวมชนในระดับท้องถิ่น เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์โดยที่ประชาชนส่วนใหญ่เริ่มมีความเข้าใจในประเด็นปัญหาเอคส์ รวมทั้งการป้องกันตนเองและสังคมก็เริ่มให้การยอมรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอคส์เพิ่มมากขึ้น ในขณะที่ตัวผู้ป่วยเองก็มีความรู้ความสามารถในการดูแลตัวเองดีขึ้น นอกจากนี้แล้วโครงการ “NAPAC” ยังเปิดโอกาสให้ประชาชนในกลุ่มต่างๆ ที่เข้ามาร่วมดำเนินงานกับโครงการได้มีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางการจัดการปัญหาเอคส์ภายในชุมชนของตน และกลายเป็นกลุ่มสังคมประชารัฐที่เข้ามามีส่วนร่วมผลักดันและให้ความร่วมมือในการวางแผนและกำหนดแนวทางในการจัดการกับปัญหาเอคส์ในระดับชาติในช่วงเวลาต่อมา ในขณะที่โครงการ “ACP” กลายเป็นต้นแบบแก่หน่วยบริการทางการแพทย์อื่นๆ และเป็นศูนย์

กลางของการฝึกอบรมทั้งในระดับชาติและระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยดำเนินการใช้กิจกรรมและโครงการซึ่งได้จัดทำที่โรงพยาบาลบาราคนราดูร เป็นแบบแผนหลักในการปฏิบัติ นอกจากนี้แล้วยังได้นำบุคลากรที่เข้ารับการฝึกอบรมจากโครงการดังกล่าวเป็นตัวแทนในการถ่ายทอดวิชาการและประสบการณ์ต่างๆ เพื่อช่วยเหลือในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศเพื่อนบ้านในแถบภูมิภาคอินโดจีนอีกด้วย

ความสำคัญของประเด็นปัญหา

ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียนั้นถือว่าเป็นประเด็นที่มีความสำคัญอันหนึ่งในความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ เพราะเหตุว่า ทั้งสองประเทศนั้นมีความตระหนักร่วมกันถึงภัยคุกคามจากปัญหาโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์ได้กลายเป็นประเด็นปัญหาที่มีขอบเขตระดับโลกส่งผลกระทบต่อขั้วเขตพรมแดนของรัฐ ในขณะที่ความสัมพันธ์ระหว่างไทยกับออสเตรเลียนับวันจะมีความใกล้ชิดกันมากขึ้น อาทิ ในเรื่องของการค้าขายระหว่างประเทศ การท่องเที่ยว การแลกเปลี่ยนทางการศึกษาและวิชาการระหว่างกัน จากลักษณะดังกล่าวจึงทำให้เกิดการเคลื่อนย้ายประชากรของทั้งสองประเทศอันเป็นสาเหตุหลักอันหนึ่งที่ทำให้การแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์มีโอกาสเกิดขึ้นได้ง่ายกว่าเดิม ดังนั้น ความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาการแพร่กระจายโรคเอดส์ของทั้งสองประเทศจึงนับว่าเป็น แนวทางที่สามารถแก้ไขปัญหาภัยคุกคามอันส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของประเทศทั้งสองในบริบทของโลกที่กำลังเปลี่ยนแปลงในปัจจุบัน

นอกจากนี้แล้ว การศึกษาเรื่องความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ระหว่างประเทศไทย กับ ออสเตรเลีย สามารถสะท้อนภาพของพัฒนาการความร่วมมือระหว่างประเทศได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะการแสดงให้เห็นบทบาทของตัวแสดงที่มีบทบาทสำคัญในการมีส่วนร่วมที่สร้างความร่วมมือระหว่างประเทศดังกล่าวสามารถเกิดขึ้นได้ อาทิ กลุ่มบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ และสามารถเข้าใจถึงขั้นตอนวิธีการในการดำเนินการเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างกันในการแก้ไขปัญหา โดยที่ต่างฝ่ายได้รับผลประโยชน์ที่แต่ละฝ่ายคาดหวังว่าจะได้รับจากความร่วมมือระหว่างประเทศดังกล่าว

จากการสำรวจวรรณกรรม ผู้ศึกษาพบว่า ผลงานทางการศึกษาวิจัยที่เกี่ยวข้องกับปัญหาโรคเอดส์ส่วนมากจะเป็นผลงานวิจัยทางด้านสาขาวิชาชีววิทยาการแพทย์ ระบาดวิทยา การวิจัยทาง

เทคนิค และสังคมศาสตร์³⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จากการทบทวนองค์ความรู้ในหัวข้อการประมวล และสังเคราะห์องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์³⁵ พบว่า ผลงานวิจัยส่วนมากจะเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมเสี่ยงและพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ พฤติกรรมความเจ็บป่วย และการเผชิญปัญหาของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ปฏิกริยาของสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยเอดส์ และครอบครัว บทบาทของครอบครัว ชุมชน และองค์กรเอกชนต่อการดูแล และรักษาปัญหาเอดส์ ผลกระทบทางเศรษฐกิจ สังคม และประชากรของโรคเอดส์ และการทบทวนนโยบาย และบทบาทของรัฐในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ซึ่งการศึกษาและงานวิจัยทางด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ดังกล่าว ศึกษาอยู่ในวงจำกัดยังไม่ครอบคลุมอีกหลายมิติขององค์ความรู้ด้านสังคมศาสตร์ อาทิ สิทธิมนุษยชน กฎหมาย การจัดการและการบริหารของหน่วยงานภาครัฐและเอกชน เป็นต้น³⁶ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงเกิดความสนใจที่จะศึกษาในด้านความร่วมมือระหว่างประเทศในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ จากการค้นคว้าข้อมูลเบื้องต้น พบว่า ประเทศออสเตรเลียกำลังเป็นประเทศที่เข้ามามีบทบาทอย่างมาก โดยเฉพาะในเรื่องของเงินทุนช่วยเหลือต่างประเทศ ในประเทศแถบภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก และโรคเอดส์ก็กลายเป็นประเด็นปัญหาที่ทางรัฐบาลออสเตรเลียให้ความสำคัญในลำดับต้น ๆ ประเทศไทยก็เป็นประเทศหนึ่งที่ได้รับการช่วยเหลือจากเงินทุนของรัฐบาลออสเตรเลียในปริมาณที่สูงมาก โดยเฉพาะโครงการความร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทย นอกจากนี้ ผู้ศึกษาพบว่า ผลงานวิจัยในด้านความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียมีจำนวนน้อยมาก ในขณะที่ความสัมพันธ์ของประเทศทั้งสองมีความใกล้ชิดกันมากขึ้นตามลำดับ ดังนั้น ผู้ศึกษาจึงสนใจที่จะศึกษาถึงความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย โดยยกเอาโครงการความร่วมมือระหว่างกันในการแก้

³⁴ กลุ่มงานวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536 - 2540. (นนทบุรี : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2542), หน้า 741 - 753.

³⁵ พิมพ์วัลย์ บุญมงคล, เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และคันสนีย์ เรืองสอน (บรรณาธิการ), การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (State of the Art Review in Socio-economic and Behavioral Research on AIDS) (กรุงเทพฯ : รุ่งแสงการพิมพ์, 2541).

³⁶ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, สรุปผลรายงานการสัมมนาในระดับชาติ เรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 7 (21-23 เมษายน 2542) (กรุงเทพฯ : โรงพิมพ์การศาสนา, 2543).

ไขปัญหาโรคเอดส์ดังกล่าวมาเป็นกรณีศึกษา ซึ่งจะเน้นศึกษาถึงมูลเหตุ และพัฒนาการความร่วมมือในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ. 1993 - 2001

สำหรับการศึกษารั้งนี้ ผู้ศึกษามุ่งหวังที่จะค้นคว้าเพื่อแสดงถึงมูลเหตุและพัฒนาการของการเกิดความร่วมมือระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลออสเตรเลีย โดยมีประเด็นปัญหา คือ "เหตุใดความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในโครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหามั่วยติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ (Collaborative Project on HIV/AIDS Prevention and Alleviation) ในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ. 1993-2001 จึงเกิดขึ้นได้"

สมมติฐานในการศึกษา

ผู้ศึกษาขอตั้งสมมติฐานในการศึกษารั้งนี้ กล่าวคือ "ความร่วมมือระหว่างรัฐบาลของประเทศไทยกับออสเตรเลียในโครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหามั่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยในช่วงปี ค.ศ. 1993 - 2001 เกิดขึ้นจากบทบาทและแรงผลักดันของประชาคมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (epistemic communities) ในสาขาต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหารโรคเอดส์ของทั้งสองประเทศเป็นสำคัญ"

ในการศึกษารั้งนี้ ผู้ศึกษาขอให้คำจำกัดความคำว่า "บทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ" กล่าวคือ ลักษณะของกิจกรรมและพฤติกรรมซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (epistemic communities) แสดงออกมาเพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่มตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งพฤติกรรมที่มีส่วนทำให้เกิดการเรียนรู้และการสร้างความตระหนักในประเด็นปัญหาหนึ่งๆต่อสังคม (agenda setting) ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ปรึกษาหารือ การเจรจาต่อรอง (bargaining and learning) เพื่อกำหนดสภาพปัญหาประเด็นปัญหา แนวทาง และจุดมุ่งหมายร่วมกันจนกลายเป็นข้อตกลงร่วมกัน (forms of cooperation) สำหรับใช้เป็นข้อปฏิบัติอันนำไปสู่การประสานนโยบายร่วมกันจนเกิดความร่วมมือในที่สุด

สำหรับคำว่า "กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ" ในการศึกษารั้งนี้ ผู้ศึกษาจะเน้นศึกษาเฉพาะกลุ่มบุคลากรผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุข ที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับกระบวนการกำหนดประเด็นปัญหา และแนวทางการดำเนินงาน รวมทั้งเป็นผู้ดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนด จนกระทั่งเกิด

เป็นนโยบายและข้อตกลงร่วมกันในโครงการความร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์
ดังกล่าว ซึ่งประกอบไปด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย กลุ่มผู้
เชี่ยวชาญจากคณะทำงานในโครงการ “NAPAC” และโครงการ “AACP” รวมทั้งกลุ่มองค์กร
พัฒนาเอกชนที่ดำเนินงานเกี่ยวข้องกับโรคเอดส์เป็นต้น

กรอบความคิดในการศึกษา

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษามุ่งหวังที่จะศึกษาเกี่ยวกับมูลเหตุและพัฒนาการของการ
เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย ในกรณีการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในประเทศ
ไทยระหว่างปี ค.ศ. 1993 - 2001 ดังนั้นกรอบความคิดที่สามารถนำมาใช้ตอบคำถามและสะท้อน
ภาพของประเด็นปัญหาเกี่ยวกับมูลเหตุและพัฒนาการของการเกิดความร่วมมือดังกล่าวได้เป็น
อย่างดี คือ กรอบความคิดที่เกี่ยวข้องกับเรื่องความร่วมมือระหว่างประเทศ (international
cooperation)

ความร่วมมือ หมายถึง การที่ตัวแสดงได้ทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือนโยบายของ
ตนในประเด็นหนึ่งๆเพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายร่วมกันและเข้ากับผลประโยชน์ที่คาดหวังไว้ของ
กันและกัน โดยผ่านกระบวนการประสานนโยบายของแต่ละฝ่าย³⁷

จากการศึกษาผลงานที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในสาขาวิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ
พบว่า ผลงานของเฮเลน มิลเนอร์ (Helen Milner) ในการทบทวนบทความซึ่งเกี่ยวข้องกับทฤษฎี
ระหว่างประเทศที่ว่าด้วยความร่วมมือระหว่างชาติ³⁸ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การนำเสนอสมมติฐาน
เกี่ยวกับสภาวะที่นำไปสู่การเกิดความร่วมมือซึ่งเฮเลน มิลเนอร์ (Helen Milner) ได้แบ่งสมมติฐาน
ดังกล่าวออกเป็น 6 ข้อดังนี้

³⁷ Robert O. Keohane, *After Hegemony : Cooperation and Discord in the World Political
Economy* (Princeton : Princeton University Press, 1984), pp. 51-52.

³⁸ Helen Milner, "International Theories of Cooperation Among Nations," *World Politics* 44
(April 1992) : 466 - 96.

1. Absolute Gains, Relative Gains and Reciprocity Hypotheses

สมมติฐานเกี่ยวกับผลประโยชน์ต่างตอบแทนที่จะได้รับ เป็นแนวความคิดที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมที่รัฐแสดงออกมานั้นเป็นการกระทำที่สมเหตุสมผล โดยคำนึงถึงผลลัพธ์สุทธิที่จะเกิดขึ้นเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือของรัฐนั้นจะเกิดขึ้นได้เมื่อรัฐตระหนักถึงการได้รับผลประโยชน์ต่างตอบแทนที่เพิ่มสูงขึ้น

2. Number of Actors Hypothesis

สมมติฐานเกี่ยวกับจำนวนตัวแสดง เป็นแนวความคิดที่แสดงให้เห็นว่าแนวโน้มการเกิดความร่วมมือจะลดลงเมื่อจำนวนตัวแสดงที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องในการตกลงเพื่อให้เกิดความร่วมมือมีมากขึ้น เพราะเหตุว่าจำนวนตัวแสดงที่เพิ่มมากขึ้นทำให้การจัดการในเรื่องของผลประโยชน์ร่วมกันเกิดปัญหาได้ง่ายขึ้น และไม่สามารถลงโทษกับตัวแสดงที่แสดงพฤติกรรมแตกต่างจากข้อตกลงร่วมกันได้ จึงกลายเป็นโอกาสที่ตัวแสดงจะเลือกแสดงพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือสูงมากขึ้น

3. Iteration Hypothesis

สมมติฐานเกี่ยวกับพฤติกรรมที่จะต้องกระทำอย่างต่อเนื่อง เป็นแนวความคิดที่แสดงให้เห็นว่าการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือจะเกิดขึ้นเมื่อตัวแสดงมีความคาดหวังเกี่ยวกับอนาคตของตน โดยเฉพาะอย่างยิ่งตัวแสดงจะเลือกดำเนินพฤติกรรมความร่วมมือเมื่อเชื่อว่าตนยังคงต้องมีปฏิสัมพันธ์ระหว่างกันต่อไปอย่างไม่สิ้นสุด

4. International Regimes Hypothesis

สมมติฐานเกี่ยวกับ กฎระเบียบ บรรทัดฐานระหว่างประเทศ เป็นแนวความคิดที่แสดงให้เห็นว่าการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือเกิดขึ้นจากบทบาทของกฎระเบียบและบรรทัดฐานระหว่างประเทศ ในฐานะที่เป็นกรอบของกฎเกณฑ์ หลักการและบรรทัดฐานการประพฤติปฏิบัติ จึงมีส่วนช่วยอำนวยความสะดวกให้เกิดแนวทางสำหรับการดำเนินงานตามข้อตกลง และป้องกันการแสดงพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือของตัวแสดง

5. Epistemic Community Hypothesis

สมมติฐานเกี่ยวกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ เป็นแนวความคิดที่แสดงให้เห็นว่าการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือเกิดขึ้นจากบทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ในฐานะที่เป็นกลุ่มที่ประกอบไปด้วยบุคคลที่มีความรู้เฉพาะด้านในเรื่องหนึ่ง ๆ จึงกลายเป็นกลุ่มผู้มีความรู้ที่เข้ามาเสนอข้อเท็จจริงและแนวทางการแก้ไข นอกจากนี้แล้วยังมีบทบาทในการเจรจาและประนีประนอมเพื่อกำหนดข้อตกลงร่วมกัน และนำข้อตกลงดังกล่าวไปปฏิบัติจนเกิดเป็นความร่วมมือในที่สุด

6. Power Asymmetric Hypothesis

สมมติฐานเกี่ยวกับอำนาจที่ไม่เท่าเทียมกัน เป็นแนวความคิดที่แสดงให้เห็นว่าความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องอำนาจของตัวแสดงต่างๆ จะเป็นแรงผลักดันชักนำไปสู่การดำเนินพฤติกรรมความร่วมมือ จากลักษณะความแตกต่างในเรื่องอำนาจ ตัวแสดงที่มีอำนาจมากกว่าจะเป็นผู้ดำเนินการจัดการในระบบ โดยเป็นผู้สร้างกฎเกณฑ์การประพฤติปฏิบัติและอำนาจการให้เกิดการปฏิบัติ ซึ่งจะใช้สมรรถนะของตนเพื่อสนับสนุนและส่งเสริมให้ตัวแสดงอื่นๆ ปฏิบัติตามระบอบภายใต้อำนาจของผู้มีอำนาจมากกว่า

สำหรับสมมติฐานที่กล่าวถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (epistemic community hypothesis) ที่ถือว่าเป็นปัจจัยที่นำไปสู่การเกิดความร่วมมือระหว่างชาตินั้นเป็นหนึ่งในผลงานของปีเตอร์ เอ็ม แฮสส์ (Peter M. Haas)³⁹ ซึ่งได้จากการศึกษาถึงความร่วมมือระหว่างประเทศในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาสีงแวดล้อมของทะเลเมดิเตอร์เรเนียน อันแสดงถึงบทบาทของประชาชนที่เน้นความรู้ในกลุ่มของผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มบุคคลที่มีความรู้ในประเด็นต่างๆ ในฐานะตัวแสดงที่มีส่วนทำให้เกิดการเรียนรู้และการพัฒนาอุดมการณ์ใหม่ๆ ของรัฐในการส่งเสริมและก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศในที่สุด

³⁹ Peter M. Haas, "Influence : Explanations of International Environmental Cooperation," *Saving The Mediterranean : The Politics of International Environmental Cooperation* (New York : Columbia University Press, 1990), pp. 33-65.

จากลักษณะของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (epistemic community) ซึ่งเป็นกลุ่มที่ประกอบไปด้วยบุคคลที่มีความรู้เฉพาะด้านในเรื่องหนึ่ง ๆ เป็นพิเศษและมีความเชื่อร่วมกันในสัมพันธภาพระหว่างเหตุและผลของปรากฏการณ์หนึ่งๆ ที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะมีความรู้ถึงเหตุและผลของสภาพปัญหาและประเด็นปัญหาเฉพาะด้านหนึ่งๆอย่างแท้จริง อันนำไปสู่การสร้างความเข้าใจและความตระหนักในประเด็นปัญหาที่ตรงกันถึงสาเหตุและแนวทางการแก้ไข กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจึงกลายเป็นกลุ่มผู้มีความรู้ที่เข้ามาเสนอข้อเท็จจริง ข้อสังเกต และเข้ามามีบทบาทในการกำหนดถึงผลประโยชน์ของชาติในด้านนั้นๆ นอกจากนี้แล้วยังมีบทบาทในการเจรจา ประนีประนอมเกี่ยวกับประเด็นปัญหา และหาจุดร่วมเพื่อกำหนดเป็นข้อตกลงร่วมกัน ในฐานะที่เป็นตัวแทนของรัฐในการนำเสนอและสนับสนุน โดยเฉพาะการนำข้อตกลงที่ได้จากการประสานนโยบายดังกล่าวเข้าไปสู่การพิจารณาเพื่อกำหนดเป็นแผนปฏิบัติหรือนโยบายระหว่างประเทศร่วมกัน และนำนโยบายดังกล่าวไปปฏิบัติจนเกิดเป็นความร่วมมือระหว่างรัฐกับรัฐในที่สุด

สำหรับสมมติฐานที่กล่าวถึงกลุ่มผู้เชี่ยวชาญดังกล่าว สามารถสรุปลักษณะอันนำไปสู่การเกิดความร่วมมือระหว่างประเทศได้ดังนี้

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (epistemic community)	
ลักษณะสภาพของระบบ (conditioning systemic features)	ไม่แน่นอน (uncertainty)
กระบวนการความร่วมมือ (process of cooperation)	การต่อรองและการเรียนรู้ (bargaining and learning)

<p>รูปแบบของความร่วมมือ (forms of cooperation)</p>	<p>ถูกกำหนดโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (as defined by the epistemic community)</p>
<p>ขอบเขต (scope)</p>	<p>ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงไปตามระดับความร่วมมือกันภายในประเทศและความเกี่ยวข้องของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (vary with domestic alliances and involvement of epistemic community)</p>
<p>ระยะเวลา (duration)</p>	<p>ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงตามระดับความเกี่ยวข้องของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (vary with involvement of epistemic community)</p>
<p>ผลที่ได้รับจากความร่วมมือ (effect of cooperation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ●นำไปสู่นโยบายร่วมกันของรัฐบาล (lead to convergent governmental policies) ●ส่งเสริมความร่วมมือภายในขอบเขตที่ถูกกำหนดโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (reinforce cooperation within range delimited by epistemic community) ●นำไปสู่รูปแบบใหม่ของการกำหนดนโยบายที่มีเนื้อหาครอบคลุมอย่างกว้างขวางของรัฐบาล (instill new patterns of comprehensive policy making in governments)

จากแนวความคิดข้างต้นที่แสดงถึงการเชื่อมโยงบทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญเฉพาะสาขาในการเมืองภายในประเทศในฐานะตัวแสดงที่มีบทบาทและแรงผลักดันอันนำไปสู่ความร่วมมือระหว่างประเทศของรัฐบาลต่าง ๆ ในที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทและแรงผลักดันที่เกิดขึ้นจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ และกลุ่มผู้เกี่ยวข้องกับปัญหาเอคส์ของทั้งสองประเทศ (epistemic community) ในการวิเคราะห์ ปรัชญาหรือ เรียนรู้ เพื่อสร้างความตระหนักในประเด็นปัญหา และกำหนดแนวทางการรวมทั้งจุดมุ่งหมายร่วมกันในกระบวนการประสานนโยบายและการตัดสินใจทั้งในระดับชาติและนานาชาติ ส่งผลให้สามารถระบุถึงสาเหตุและกำหนดขอบเขตของประเด็นปัญหาเอคส์ได้อย่างชัดเจนถูกต้อง และดำเนินงานตามแนวทางที่กำหนดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพสูงสุด อันนำไปสู่การเกิดความร่วมมือระหว่างประเทศในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์ในที่สุด ลักษณะดังกล่าวจึงสามารถนำมาใช้เป็นกรอบความคิดในการอธิบายถึงพัฒนาการของการเกิดความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในกรณีของการแก้ไขปัญหาโรคเอคส์ร่วมกันในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ. 1993 - 2001 ว่าเหตุใดโครงการดังกล่าวถึงเกิดขึ้นได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการแสดงถึงบทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และกลุ่มผู้เกี่ยวข้องในเรื่องปัญหาเอคส์ของไทยในฐานะที่เป็นตัวแสดงสำคัญของพัฒนาการความร่วมมือดังกล่าว

นอกจากนี้แล้ว จากการศึกษาผลงานเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างประเทศ พบว่า ผลงานของโรเบิร์ต เอซเลอร์อด (Robert Axelrod) และโรเบิร์ต โอ โคเฮน (Robert O. Keohane) ในบทความเรื่องการบรรลุถึงความร่วมมือภายใต้สภาวะของอนาธิปไตย⁴⁰ กล่าวถึง แนวทาง หรือปัจจัย 3 ประการ ที่ส่งผลกระทบต่อแนวโน้มของตัวแสดงที่จะแสดงพฤติกรรมร่วมมือระหว่างกันภายใต้ระบบระหว่างประเทศที่เป็นแบบอนาธิปไตย อันประกอบด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้

1. Mutuality of interest

ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับร่วมกันทั้งสองฝ่าย

2. The shadow of the future

แนวโน้มของการดำเนินความสัมพันธ์และผลประโยชน์ในอนาคต

3. The number of actors

จำนวนผู้แสดงบทบาทในการตกลงร่วมกัน

⁴⁰ Robert Axelrod and Robert O. Keohane, "Achieving Cooperation Under Anarchy," *World Politics* 38 (October 1985): 226-54.

จากลักษณะดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นถึงปัจจัยที่อยู่เบื้องหลังของการแสดง พฤติกรรมการร่วมมือระหว่างประเทศของตัวแสดงต่าง ๆ ซึ่งแนวความคิดดังกล่าวสามารถนำมาใช้อธิบายถึงมูลเหตุของการเกิดความร่วมมือระหว่างกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของการให้ความช่วยเหลือและร่วมมือกับรัฐบาลไทยของรัฐบาลออสเตรเลียในโครงการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทยดังกล่าว ว่าเพราะเหตุใดรัฐบาลออสเตรเลียถึงให้ความช่วยเหลือและร่วมมือกับรัฐบาลไทย

ขอบเขตการศึกษา

สำหรับการศึกษานี้ มุ่งศึกษามูลเหตุและพัฒนาการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ. 1993 - 2001 โดยศึกษาถึงบทบาทและหน้าที่ของตัวแสดงต่างๆผ่านองค์กรของรัฐบาลทั้งสองประเทศที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการกำหนดและดำเนินนโยบายในการแก้ไขปัญหาดังกล่าว อาทิ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ภาคเหนือตอนบน (AIDSNet) โรงพยาบาลบาราควารุ ศูนย์ASC สำนักงานAusAID กรมวิเทศสหการ กระทรวงการต่างประเทศของไทย และกระทรวงการต่างประเทศและการค้าของออสเตรเลีย เป็นต้น ซึ่งจะแสดงถึงพัฒนาการของการเกิดความร่วมมือระหว่างประเทศทั้งสองดังกล่าว

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อให้สังคมได้ตระหนักถึงภัยคุกคามของโรคเอดส์ที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ
2. เพื่อให้เกิดความรู้ และความเข้าใจถึงมูลเหตุและพัฒนาการของโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยและออสเตรเลีย
3. เพื่อให้เข้าใจถึงรูปแบบและวิธีการดำเนินความสัมพันธ์อันนำไปสู่ความร่วมมือระหว่างประเทศในระดับต่ำกว่ารัฐ (sub - national level) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตระหนักถึงบทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ (epistemic communities) ในการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาดังกล่าว

วิธีการการศึกษา

เนื่องจากลักษณะของงานวิจัยครั้งนี้ใช้วิธีการศึกษาแบบพรรณนาเชิงวิเคราะห์ (descriptive analytical method) ซึ่งผู้ศึกษาต้องทำการรวบรวมข้อมูล และนำข้อมูลที่ได้รับมาวิจัยเพื่อเป็นการทดสอบสมมติฐานข้างต้น ข้อมูลและเอกสารต่าง ๆ เหล่านี้มาจากแหล่งข้อมูลดังต่อไปนี้

1. เอกสารทางราชการ ซึ่งแสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในโครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ในประเทศไทย อาทิ บันทึกความทรงจำ คำสั่ง รายงาน ขององค์กรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการความร่วมมือทั้งสองโครงการ เช่น โรงพยาบาลบำราศนราดูร กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กรมวิเทศสหการ กระทรวงการต่างประเทศของไทย ศูนย์ASC สำนักงานAusAID และสถานเอกอัครราชทูตออสเตรเลียประจำประเทศไทย
2. เอกสารอ้างอิง อาทิ เอกสารข้อมูลที่ได้จากทางอินเทอร์เน็ต เอกสารโครงสร้าง และหน้าที่ของหน่วยงานที่รับผิดชอบโครงการของความร่วมมือดังกล่าว เอกสารแสดงถึงสถานะ และสถิติของผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ เอกสารงานวิจัยทางด้านวิทยาศาสตร์การแพทย์ ระบาดวิทยา และพฤติกรรมทางสังคมศาสตร์เกี่ยวกับโรคเอดส์ในไทย เอกสารข้อมูลเกี่ยวกับการรับความช่วยเหลือ และการทำความตกลงระหว่างประเทศของรัฐบาลไทยกับองค์กรระหว่างประเทศและรัฐบาลประเทศต่างๆ และ เอกสารงานวิจัยทางความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย
3. หนังสือ วารสาร และหนังสือพิมพ์ อาทิ หนังสือเกี่ยวกับปัญหาและผลกระทบของโรคเอดส์ ข่าว และ บทความที่เกี่ยวข้องกับสถานการณ์โรคเอดส์ทั้งจากหนังสือและวารสารภาคภาษาไทย และต่างประเทศ
4. การสัมภาษณ์บุคคลหลักที่มีหน้าที่ความรับผิดชอบและมีบทบาทหลักในกระบวนการตัดสินใจในโครงการความร่วมมือจากหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง อาทิ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ และสาธารณสุข ผู้ซึ่งริเริ่มดำเนินการพัฒนาความร่วมมือ รวมทั้งมีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินนโยบายความร่วมมือร่วมกัน จนกลายเป็นความร่วมมือระหว่างประเทศ เจ้าหน้าที่ใน

โครงการ NAPAC และโครงการ AACP เจ้าหน้าที่ของสำนักงานAusAID และศูนย์ASC ที่ประจำ
อยู่ณ.สำนักงานในประเทศไทย และ เจ้าหน้าที่ประสานงานฝ่ายไทยและฝ่ายออสเตรเลียในโครง
การความร่วมมือระหว่างประเทศในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ เป็นต้น

วิธีการนำเสนอ

เนื้อหาในผลงานการวิจัยครั้งนี้ จะแบ่งออกเป็น 5 บท ดังต่อไปนี้

บทนำ : แสดงสภาพปัญหาและความสำคัญของประเด็นปัญหา, สมมติฐานในการศึกษา,
กรอบความคิดในการศึกษา, ขอบเขตการศึกษา, วัตถุประสงค์ของการศึกษา, วิธีการศึกษา,
วิธีการนำเสนอ และประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

บทที่ 2 : ศึกษาวิวัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียระหว่าง
ปลายทศวรรษที่ 1880 ถึง ค.ศ. 2000

บทที่ 3 : ศึกษาพัฒนาการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในโครงการ
ความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทย
ระหว่างปี ค.ศ. 1993 - 2001

บทที่ 4 : พิจารณาและวิเคราะห์บทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการศึกษาและ
สาธารณสุขของไทยกับความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในโครงการความร่วมมือ
เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทย

บทที่ 5 : เป็นการสรุปเนื้อหาของงานวิจัย

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการศึกษา

1. เพื่อทราบสถานะความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย ในด้านการให้ความช่วยเหลือในโครงการความร่วมมือแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทย
2. เพื่อเพิ่มการตระหนักถึงบทบาทของตัวแสดงต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (epistemic community) ในการเข้ามามีส่วนร่วมเพื่อดำเนินความสัมพันธ์อันนำไปสู่ความร่วมมือระหว่างประเทศ
3. เป็นประโยชน์แก่หน่วยงานต่างๆ ที่จะสามารถใช้ข้อมูลงานวิจัยนี้เป็นพื้นฐานในการวางแผนเพื่อกำหนดและดำเนินนโยบายต่างประเทศต่อไป

บทที่ 2

วิวัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย ระหว่างปลายทศวรรษที่ 1880 ถึง ค.ศ. 2000

อาจกล่าวได้ว่าวิวัฒนาการทางความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียมีจุดเริ่มต้นนับตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 1880 เป็นต้นมา โดยที่ความสัมพันธ์ระหว่างสองประเทศในช่วงก่อนสงครามโลกครั้งที่สองนั้นถูกดำเนินการโดยอยู่ภายใต้บริบทของประเทศสหราชอาณาจักรเป็นหลัก เพราะเหตุว่าเป็นช่วงที่ประเทศออสเตรเลียตกอยู่ภายใต้การปกครองของสหราชอาณาจักร จึงส่งผลทำให้การเจรจาติดต่อและสร้างความสัมพันธ์ระหว่างกันถูกจำกัด จนกระทั่งสงครามโลกครั้งที่สองยุติลง ประเทศไทยและออสเตรเลียจึงเริ่มพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันเรื่อยมาโดยตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสภาวะการณ์ปัจจุบันมิติทางความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียได้ขยายขอบเขตออกไปกว้างขวางมากขึ้น

การศึกษาในบทนี้จะแบ่งออกเป็น 4 ช่วง คือ ช่วงแรกเป็นช่วงความสัมพันธ์ในยุคเริ่มแรก นับตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 1880 ถึง ค.ศ.1940 ช่วงที่สองเป็นช่วงความสัมพันธ์ระหว่างสงครามโลกครั้งที่สอง นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1940 ถึง ค.ศ. 1945 ช่วงที่สามเป็นช่วงความสัมพันธ์ในยุคหลังสงครามโลกครั้งที่สอง นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1945 ถึง ค.ศ.1990 และช่วงสุดท้ายเป็นช่วงความสัมพันธ์ในยุคใหม่ นับตั้งแต่ปี ค.ศ.1990 ถึง ค.ศ. 2000 ในช่วงทศวรรษสุดท้ายผู้ศึกษาได้แบ่งขอบเขตทางความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียออกเป็นมิติต่างๆ อาทิ มิติทางด้าน การทูตและการเมือง มิติทางด้านเศรษฐกิจและมิติด้านสังคมและวัฒนธรรม รวมทั้งจะกล่าวถึงบทบาทของสำนักงานความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย (AusAID) กับการพัฒนาของประเทศไทย ซึ่งเป็นมิติความสัมพันธ์ทางด้านการให้ความช่วยเหลือและความร่วมมือระหว่างกัน อีกด้วย

2.1 ความสัมพันธ์ระหว่างไทยกับออสเตรเลียยุคเริ่มแรกในช่วงปลายทศวรรษที่ 1880 ถึง ค.ศ. 1940

กิจกรรมการแข่งขันขี่ม้า (horse racing) และการขุดเหมืองแร่ดีบุก (tin mining) เป็นกิจกรรมหลักที่มีความสำคัญอันส่งผลต่อการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในยุคเริ่มแรก กล่าวคือ ในปี ค.ศ. 1889 โจเซฟ โดมิงเกซ (Joseph Dominguez) ชาวออสเตรเลียได้ถูกว่าจ้างให้เข้ามายังประเทศสยามเพื่อประกอบอาชีพคนขี่ม้า (jockey) ที่คอกม้าหลวง (Royal Stables) ในเขตกรุงเทพมหานคร ซึ่งในระยะเวลาต่อมา (ก่อนปี ค.ศ. 1930) ก็ได้มีการว่าจ้างชาวออสเตรเลียอีกจำนวนหลายคนสำหรับการเข้ามาประกอบอาชีพคนขี่ม้าและครูฝึกม้า (horse trainers) นอกจากนี้แล้วสมาชิกในราชวงศ์ของประเทศสยามก็ได้มีการเสด็จเยือนประเทศออสเตรเลียหลายครั้งเช่นกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อซื้อม้าสำหรับการใช้งานและการแข่งขัน¹

สำหรับการเข้ามาลงทุนขุดเหมืองแร่ดีบุกของชาวออสเตรเลียในประเทศสยามขณะนั้นก็กลายเป็นกิจกรรมหลักอีกอันหนึ่งที่มีนัยสำคัญอย่างมากต่อความสัมพันธ์ทางด้านเศรษฐกิจระหว่างกัน โดยในปี ค.ศ. 1906 เอ็ดเวิร์ด ที ไมล์ส (Edward T. Miles) ซึ่งเป็นชาวออสเตรเลียได้ร่วมกับพ่อค้าชาวจีนในเขตจังหวัดภูเก็ต ทำการก่อตั้งบริษัทสำหรับดำเนินกิจการขุดเหมืองแร่ดีบุก ซึ่งได้กลายเป็นบริษัทขุดเหมืองแร่แห่งแรกในประเทศไทยมีชื่อว่า "Tongkah Harbour Dredging Company"²

นอกจากนี้แล้ว จากลักษณะของกิจกรรมการขุดเหมืองแร่ดีบุกในประเทศไทยที่มีหลายประเทศเข้ามาเกี่ยวข้องและแสวงหาประโยชน์ โดยเฉพาะการเข้ามามีบทบาทอย่างมากของนักลงทุนจากประเทศสหราชอาณาจักร อันส่งผลทำให้เกิดความหวาดกลัวต่อการเข้ามาครอบครองอุตสาหกรรมดีบุกในประเทศไทย และประกอบกับลักษณะของการดำเนินธุรกิจของนักลงทุนชาวออสเตรเลียที่ไม่เอาเปรียบและให้ความยุติธรรมสูงสุดต่อประเทศสยาม จึงเป็นเหตุให้คณะผู้บริหารประเทศสยามในขณะนั้นให้การสนับสนุนบริษัทของชาวออสเตรเลียให้มีสิทธิในการเข้ามาลงทุนในอุตสาหกรรมการขุดเหมืองแร่ดีบุกมากขึ้นเพื่อจะได้กลายเป็นดุลยภาพแห่งอำนาจทาง

¹ The Australian Studies Centre , " Thai-Australian Relations , " Project Four : Professional Development and Powerpoint Lecture Series (Bangkok : Kasetsart University , 2000) , p.4

² Ibid . , p.5

การแข่งขันกับนักลงทุนจากประเทศสหราชอาณาจักร จากสถิติจำนวนบริษัทของชาวออสเตรเลียที่เข้ามาดำเนินกิจการในปี ค.ศ. 1925 มีจำนวน 9 บริษัท ต่อมาในปี ค.ศ. 1928 มีจำนวน 19 บริษัท โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อมีการก่อตั้งสมาคมหอการค้าสยามว่าด้วยอุตสาหกรรมเหมืองแร่ (Siamese Chamber of Mines) ในปี ค.ศ.1928 สมาชิกส่วนใหญ่ของสมาคมจึงกลายเป็นบริษัทของชาวออสเตรเลีย นอกจากนี้แล้วยังพบว่า 1 ใน 3 ของปริมาณผลผลิตประจำปีในอุตสาหกรรมดีบุกของประเทศไทย ระหว่างปี ค.ศ. 1940 ถึง ค.ศ. 1945 เป็นผลผลิตที่เกิดขึ้นจากบริษัทของชาวออสเตรเลียที่เข้ามาลงทุนในอุตสาหกรรมเหมืองแร่ในประเทศไทย³และยังมีปริมาณสูงถึงร้อยละ 73 ของปริมาณเงินทุนในภาคธุรกิจต่างประเทศที่เข้ามาลงทุนในอุตสาหกรรมของไทย⁴

2.2 ความสัมพันธ์ระหว่างสงครามโลกครั้งที่สองในช่วงปี ค.ศ. 1940 ถึง ค.ศ. 1945

ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียนยังคงดำเนินต่อมาด้วยดี ในราวทศวรรษที่ 1930 รัฐบาลออสเตรเลียได้เริ่มขยายความสัมพันธ์ทางการทูตกับประเทศในภูมิภาคเอเชีย สำหรับประเทศไทยทางรัฐบาลออสเตรเลียได้เริ่มมีการติดต่อทางการทูตเป็นครั้งแรก (diplomatic connections) โดยมี แอมโบรส แพรทท์ (Ambrose Pratt) ได้รับการแต่งตั้งให้เป็นเอกอัครราชทูตออสเตรเลียประจำสยามอย่างไม่เป็นทางการ (unofficial diplomat to Siam) ในราวปลายทศวรรษที่ 1920 นายแพรทท์เป็นผู้นำของกลุ่มนักลงทุนชาวออสเตรเลียในอุตสาหกรรมการขุดเหมืองแร่ นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1874 จนถึง ค.ศ. 1949 จนอาจกล่าวได้ว่าในช่วงยุคสงครามโลกครั้งที่สองเป็นช่วงเวลาที่กิจการทางความสัมพันธ์ระหว่างประเทศของออสเตรเลียได้เริ่มพัฒนาและเจริญเติบโตอย่างมาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างประเทศของออสเตรเลียที่เป็นอิสระภายหลังจากการได้รับเอกราชจากสหราชอาณาจักร⁵

ในทศวรรษที่ 1930 นับว่าเป็นช่วงเวลาของการเปลี่ยนแปลงทางการเมืองการปกครองของไทย โดยเฉพาะการเปลี่ยนแปลงการปกครองจากระบอบสมบูรณาญาสิทธิราชมาสู่ระบอบประชาธิปไตย ในขณะที่ปี ค.ศ. 1937 รัฐบาลญี่ปุ่นได้ทำการขยายอิทธิพลของตนด้วยการรุกรานและเข้าปกครองประเทศจีน ประกอบกับอิทธิพลของสหราชอาณาจักรเริ่มเสื่อมถอยลงในประเทศ

³ Ibid . , p. 8.

⁴ Russell Trood and Deborah McNamara, The Asia-Australia Survey 1994 (Melbourne : Macmillan Education Australia , 1994) , p.265.

⁵ The Australian Studies Centre , "Thai – Australian Relations," Project Four : Professional Development and Powerpoint Lecture Series (Bangkok : Kasetsart University , 2000) , p.9

ไทย เหตุการณ์ดังกล่าวจึงส่งผลทำให้บทบาทของญี่ปุ่นเด่นชัดมากขึ้นในทัศนะของไทย ดังนั้น ภายใต้การบริหารงานของคณะรัฐบาลในสมัยจอมพล ป. พิบูลสงคราม ซึ่งมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอิทธิพลของญี่ปุ่น จึงได้ตัดสินใจร่วมมือกับสหราชอาณาจักรและประเทศในกลุ่มพันธมิตรของสหราชอาณาจักร โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศออสเตรเลีย เพื่อคานอำนาจและอิทธิพลของญี่ปุ่น⁶

ในเดือนมกราคม ค.ศ. 1941 เซอร์ โรเบิร์ต เมนซี (Sir Robert Menzie) นายกรัฐมนตรีของออสเตรเลียได้เดินทางมาเยือนประเทศไทยเพื่อที่จะสานต่อความสัมพันธ์ระหว่างกันให้แนบแน่นยิ่งขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือเพื่อต่อต้านการขยายอิทธิพลของญี่ปุ่น แต่ผลจากการดำเนินความสัมพันธ์ทางการทูตของออสเตรเลียดังกล่าวได้สร้างแรงต่อต้านจากสหราชอาณาจักร เพราะเหตุว่าในช่วงเวลาดังกล่าวสหราชอาณาจักรกำลังทำสงครามกับเยอรมัน ดังนั้นทั้งสหราชอาณาจักรและออสเตรเลียจึงสามารถช่วยเหลือประเทศไทยได้เพียงเล็กน้อยสำหรับการเผชิญหน้ากับอิทธิพลของญี่ปุ่น ในที่สุดรัฐบาลของประเทศไทยก็ถูกบังคับให้ยอมดำเนินความสัมพันธ์ในฐานะผู้อำนวยความสะดวกแก่กองทัพญี่ปุ่น โดยตระหนักถึงความจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องรักษาเอกราชของตนไว้เพื่อปกป้องมิให้เกิดสงครามขึ้น⁷

เมื่อวันที่ 7 ธันวาคม ค.ศ. 1941 กองทัพญี่ปุ่นได้ทำการโจมตีฐานทัพเรือของสหรัฐอเมริกาที่อ่าวเพิร์ล (Pearl Harbour) ในเกาะฮาวาย ในขณะที่เดียวกันกองทัพญี่ปุ่นก็ได้เข้าโจมตีและบุกยึดในพื้นที่มาลาयाและประเทศฟิลิปปินส์ ซึ่งประเทศไทยก็โดนโจมตีด้วยเช่นกันในบริเวณเขตจังหวัดชุมพรและสงขลา จากเหตุการณ์ดังกล่าวจึงส่งผลให้กองทัพของออสเตรเลียร่วมมือกับกองทัพของประเทศในกลุ่มพันธมิตรของสหราชอาณาจักรทำการขัดขวางการบุกรุกและขยายอิทธิพลของกองทัพญี่ปุ่นในพื้นที่ทางตอนใต้ของประเทศไทย แต่ก็ไม่ประสบความสำเร็จ ซึ่งต่อมาภายหลังจอมพล ป. พิบูลสงคราม ก็อนุญาตให้สิทธิแก่กองทัพญี่ปุ่นสามารถเดินทางผ่านประเทศไทยได้⁸

⁶ Ibid., p. 11.

⁷ ดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ Chaiwat Khamchoo and Bruce Reynolds, eds. Thai – Japanese Relations in Historical Perspective (Bangkok : Innomedia Press, 1988). Vimol Bhangbhibhat, Bruce Reynolds and Sukhon Polpatpicharn, The eagle and the elephant : 150 years of Thai – America relations (Bangkok : United Production, 1982). กระทรวงการต่างประเทศ, "ไทยกับสงครามโลกครั้งที่ 2 พ.ศ.2482-2500, " 120ปี กระทรวงการต่างประเทศ (กรุงเทพฯ : อมรินทร์พริ้นติ้ง, 2539), หน้า 53-127.

⁸ Ibid.

ผลสำเร็จจากการเข้ายึดดินแดนในแหลมมาลายาของกองทัพญี่ปุ่นในช่วงต้นเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 1942 ทำให้สามารถยึดครองประเทศสิงคโปร์ซึ่งเป็นประเทศอาณานิคมของสหราชอาณาจักรและจับกุมทหารในกองทัพของสหราชอาณาจักร ออสเตรเลียและอินเดียได้ประมาณ 90,000 คน จนกระทั่ง วินสตัน เชอร์ชิลล์ (Winston Churchill) นายกรัฐมนตรีของสหราชอาณาจักร ได้กล่าวว่า การพ่ายแพ้ต่อกองทัพญี่ปุ่นในประเทศสิงคโปร์ถือว่าเป็นความพ่ายแพ้ครั้งใหญ่ที่สุดครั้งหนึ่งของสหราชอาณาจักร สำหรับประเทศออสเตรเลียนั้น ในวันที่ 11 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 1942 ทางรัฐบาลของประเทศออสเตรเลียได้ทำการประกาศภาวะสงครามกับประเทศไทยแต่ทางรัฐบาลไทยเองก็ได้ประกาศภาวะสงครามตอบกลับ เพราะเหตุว่าทางรัฐบาลไทยถือว่า ออสเตรเลียเป็นส่วนหนึ่งในกลุ่มประเทศสหราชอาณาจักร ซึ่งทางรัฐบาลไทยได้ประกาศภาวะสงครามกับประเทศสหราชอาณาจักรไปแล้ว

นอกจากนี้แล้ว จากชัยชนะของกองทัพญี่ปุ่นในช่วงระหว่างเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 1942 ถึง ตุลาคม ค.ศ. 1943 ได้ส่งผลให้เชลยสงคราม (prisoners-of-war) ในประเทศสิงคโปร์ประมาณ 60,000 คน⁹ ซึ่งประกอบไปด้วยชาวอังกฤษ อเมริกา ดัตช์ และออสเตรเลีย ถูกเคลื่อนย้ายเพื่อมาเป็นแรงงานในการก่อสร้างทางรถไฟซึ่งมีระยะทางประมาณ 412 กิโลเมตร เชื่อมต่อระหว่างประเทศไทยกับพม่า สำหรับใช้เป็นเส้นทางในการเข้าไปโจมตีประเทศพม่าของกองทัพญี่ปุ่น ผลจากการก่อสร้างทางรถไฟสายดังกล่าว ทำให้เชลยสงครามประมาณ 12,400 คน ได้สูญเสียชีวิตจากการถูกทารุณกรรมของกองทัพญี่ปุ่น การขาดแคลนอาหาร การทำงานหนัก รวมทั้งการแพร่ระบาดของเชื้อโรค ซึ่งสามารถแยกจำนวนเชลยสงครามที่สูญเสียชีวิตในแต่ละประเทศ กล่าวคือ เป็นชาวอังกฤษ 6,318 คน ชาวออสเตรเลีย 2,815 คน ชาวดัตช์ 2,490 คน และชาวอเมริกา 132 คน¹⁰

สำหรับทางรถไฟสายมรณะ (Death Railway) ดังกล่าวใช้เวลาก่อสร้างประมาณ 17 เดือน และสามารถเปิดใช้งานครั้งแรกในเดือนตุลาคม ค.ศ. 1943 เพื่อใช้เป็นเส้นทางในการขนส่งสินค้าและวัสดุอุปกรณ์ต่างๆของกองทัพญี่ปุ่น ซึ่งต่อมาในช่วงต้นปี ค.ศ. 1945 กองทัพของประเทศกลุ่มสัมพันธมิตรได้ทำการทิ้งระเบิดเพื่อทำลายทางรถไฟสายดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่ง บริเวณสะพานข้ามแม่น้ำแคว (River Kwai) ถูกทำลายจนไม่สามารถใช้งานได้อีก ผลจากการทิ้งระเบิดดังกล่าวทำให้กองทัพญี่ปุ่นได้รวบรวมเชลยสงครามที่เป็นแรงงานก่อสร้างทางรถไฟสายดังกล่าวเป็นตัวประกันสำหรับการเจรจาต่อรอง โดยมีเงื่อนไขว่าถ้าหากมีการบุกประเทศไทยของกอง

⁹ The Australian Studies Centre , "Thai – Australian Relations , " Project Four : Professional Development and Powerpoint Lecture Series (Bangkok : Kasetsart University , 2000) , p.15.

¹⁰ Ibid ., p.17.

ทัพกลุ่มสัมพันธมิตร กองทัพญี่ปุ่นจะสังหารเชลยสงครามที่ยังมีชีวิตอยู่ทั้งหมด หลังจากนั้นในเดือนสิงหาคม ค.ศ. 1945 ประเทศญี่ปุ่นก็ถูกโจมตีโดยกลุ่มสัมพันธมิตรด้วยการทิ้งระเบิดปรมาณู จนในที่สุดทางรัฐบาลญี่ปุ่นก็ต้องประกาศยอมแพ้สงคราม และกลุ่มเชลยสงครามก็เป็นอิสระ รวมทั้งถูกส่งตัวกลับไปยังประเทศของตน

จากเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น พบว่าได้เกิดปัจจัยที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในช่วงเวลาต่อมา เพราะเหตุว่าในช่วงสงครามโลกครั้งที่สอง ได้มีประชาชนชาวไทยบางกลุ่มได้เข้ามามีส่วนร่วมในการให้ความช่วยเหลือแก่เชลยสงครามต่างชาติที่ถูกจับกุมมายังประเทศไทย โดยการแอบลักลอบนำเวชภัณฑ์และสิ่งของเครื่องใช้ต่างๆเข้าไปมอบให้แก่เชลยสงครามในค่ายกักกัน อันเป็นการสร้างมนุษยธรรมและความเอื้ออาทรเห็นใจต่อเพื่อนมนุษย์ด้วยกัน จนในที่สุดเหตุการณ์ดังกล่าวได้กลายเป็นเหตุปัจจัยสำคัญอันหนึ่งที่ส่งผลถึงความรู้สึกเป็นมิตรไมตรีที่ดีต่อกันจนกระทั่งปัจจุบัน

2.3 ความสัมพันธ์ในช่วงปี ค.ศ. 1945 ถึง ค.ศ. 1990

ถึงแม้ว่าผลของสงครามโลกครั้งที่สองจะทำให้ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียหยุดชะงักลงชั่วคราว แต่พอในช่วงภายหลังสงครามโลกครั้งที่สองความสัมพันธ์ของทั้งสองประเทศก็เริ่มปรับตัวเพื่อที่จะเริ่มสร้างความสัมพันธ์ขึ้นมาใหม่ จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1945 ความสัมพันธ์ทางการทูตของทั้งสองประเทศจึงได้เริ่มเกิดขึ้น โดยทางรัฐบาลออสเตรเลียได้แต่งตั้งคณะผู้แทน (mission) มาประจำยังกรุงเทพมหานครและเริ่มพัฒนาความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันจนเลื่อนฐานะเป็นการแต่งตั้งสถานกงสุล (consulate) ออสเตรเลียประจำประเทศไทยในปี ค.ศ. 1946 ซึ่งต่อมาได้เลื่อนฐานะเป็นสถานทูตชั้นสองซึ่งมีอัครราชทูต (legation) เป็นหัวหน้าในปี ค.ศ. 1951 และกลายเป็นสำนักผู้แทนของรัฐบาลชั้นเอกอัครราชทูต (embassy) ในปี ค.ศ. 1955 เป็นต้นมา

ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในช่วงหลังสงครามโลกครั้งที่สองยุคตินั้น มิติทางความสัมพันธ์ของทั้งสองประเทศจะมุ่งเน้นไปยังกิจกรรมทางด้านความมั่นคง โดยมีจุดประสงค์เพื่อต่อต้านลัทธิคอมมิวนิสต์ (anti-communism) ในยุคของสงครามเย็น โดยเฉพาะการเป็นสมาชิกของ “ องค์การสนธิสัญญาป้องกันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South East Asia Treaty Organization - SEATO) ” ของประเทศทั้งสองตาม “ สนธิสัญญามะนิลา (Manila treaty) ” ในปี ค.ศ. 1954 จึงทำให้ประเทศไทยและออสเตรเลียอยู่ในกลุ่มสมาชิกเดียวกันระหว่างช่วงสงครามเกาหลีและสงครามเวียดนาม

นอกจากนี้แล้วประเด็นทางการศึกษาก็ยังกลายเป็นข้อผูกมัดที่มีความสำคัญอย่างมากต่อการสานความสัมพันธ์อันดีของทั้งสองประเทศ โดยในปลายปี ค.ศ. 1940 ได้มีการริเริ่มโครงการแลกเปลี่ยนนักศึกษาของไทยเพื่อเข้าไปศึกษาในประเทศออสเตรเลีย แต่เนื่องมาจากสถานการณ์ของประเทศออสเตรเลียที่มีนโยบายกีดกันทางเชื้อชาติ (White Australian Policy) ในราวทศวรรษที่ 1950 จึงกลายเป็นอุปสรรคในการเดินทางของคณะนักศึกษาจากประเทศไทย แต่อย่างไรก็ตามสถานการณ์ดังกล่าวก็ได้พัฒนาขึ้นไปในทางที่ดีกว่าเดิม ภายหลังจากการริเริ่มดำเนินการภายใต้แผนการโคลัมโบ (Colombo Plan) ในปี ค.ศ. 1950 และต่อมามีการยกเลิกนโยบายกีดกันทางเชื้อชาติในราวปี ค.ศ. 1970¹¹ ผลสำเร็จจากนโยบายตามแผนการโคลัมโบได้กลายเป็นตัวกระตุ้นให้นักศึกษาไทยจำนวนมากได้มีโอกาสในการเข้าไปศึกษายังประเทศออสเตรเลียจนกระทั่งปัจจุบันซึ่งนับได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการประชาสัมพันธ์ประเทศออสเตรเลียต่อกลุ่มประเทศในทวีปเอเชีย

สำหรับประเด็นความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับประเทศออสเตรเลียทางด้านเศรษฐกิจนั้น ภายหลังจากสงครามโลกครั้งที่สองยุติลงประมาณ 10-15 ปี มูลค่าการค้าขายระหว่างกันที่เกิดขึ้นมีปริมาณน้อยมาก จนกระทั่งในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1960 ถึง 1970 ประเทศออสเตรเลียได้เริ่มเพิ่มมูลค่าทางการค้าขายกับประเทศต่างๆ ในทวีปเอเชียมากขึ้น สำหรับการค้าขายกับประเทศไทยนั้นได้เริ่มพัฒนาขึ้นราวปลายทศวรรษที่ 1970 ซึ่งประเทศออสเตรเลียได้เปรียบดุลการค้าของไทยเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้ยังพบว่าเหตุผลสำคัญที่ทำให้การค้าระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียมีมูลค่าต่ำในช่วงเริ่มแรกของการติดต่อกัน เพราะความแตกต่างทางวัฒนธรรมจึงส่งผลทำให้นักธุรกิจชาวออสเตรเลียไม่มีความมั่นใจและเชื่อมั่นในการเข้ามาลงทุนในประเทศไทย จนกระทั่งภายหลังจากการก่อตั้งสมาคมหอการค้าระหว่างออสเตรเลียกับไทย (Australian-Thai Chamber of Commerce) ในปี ค.ศ. 1977 มูลค่าการค้าขายระหว่างกันก็เพิ่มมากขึ้น จนอาจกล่าวได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการขยายความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจระหว่างกัน¹²

นอกจากนี้ ทางรัฐบาลออสเตรเลียยังได้บริจาคเงินและให้ความช่วยเหลือต่อประเทศไทย (Australia's official aid) ประมาณ 500,000 เหรียญออสเตรเลียต่อปีในช่วงปลายทศวรรษที่ 1950 ประมาณ 2-3 ล้านเหรียญออสเตรเลียต่อปีในช่วงทศวรรษที่ 1960 และเพิ่มปริมาณความช่วยเหลือสูงถึงประมาณ 6 ล้านเหรียญออสเตรเลียต่อปีในช่วงทศวรรษที่ 1970¹³ โคนมุ่งเน้นการให้ความช่วย

¹¹ Ibid., p.22.

¹² Ibid . , p. 24

¹³ Russell Trood and Deborah McNamara ,The Asia – Australia Survey 1995 – 96

เหลือในโครงการเกี่ยวกับความมั่นคง การก่อสร้างระบบสาธารณสุขโลก และการศึกษาของประเทศ ไทย ซึ่งในช่วงต่อมารัฐบาลของทั้งสองประเทศก็ได้เซ็นสัญญาทำความตกลงร่วมกันอีกหลายฉบับ อาทิ ความตกลงร่วมกันทางวัฒนธรรมในปี ค.ศ. 1974 (Culture Agreement) และความตกลงร่วมกันทางการค้าในปี ค.ศ. 1974 (Trade Agreement) เป็นต้น¹⁴

ในช่วงปลายทศวรรษที่ 1980 มิติความสัมพันธ์ในประเด็นทางความมั่นคงระหว่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งอุดมการณ์ร่วมกันในยุคของสงครามเย็นเริ่มเสื่อมคลายลง ประกอบกับรัฐบาลของไทยเริ่มมุ่งเน้นและให้ความสนใจไปยังการพัฒนาด้านอุตสาหกรรมภายในประเทศซึ่งส่งผลให้เศรษฐกิจของประเทศไทยขยายตัวมากขึ้น จนกระทั่งประเทศไทยกลายเป็นศูนย์กลางที่มีบทบาทสำคัญในการเชื่อมโยงกิจกรรมทางเศรษฐกิจไปยังประเทศในภูมิภาคอินโดจีนและพื้นที่ทางตอนใต้ของประเทศจีน ซึ่งทางรัฐบาลของประเทศออสเตรเลียเองก็มีบทบาทสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางด้านเงินทุนและความช่วยเหลือที่มอบให้แก่รัฐบาลของไทยก็เพิ่มมากขึ้น และมีส่วนสำคัญอย่างมากต่อการพัฒนาประเทศไทย

อาจกล่าวได้ว่าในช่วงปลายทศวรรษที่ 1980 นั้น ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียเจริญเติบโตและขยายขอบเขตกว้างขวางมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้มีการตกลงในบันทึกความเข้าใจและความร่วมมือร่วมกันในหลายๆประเด็นทั้งในระดับของภาคีรัฐบาลกับรัฐบาล นอกจากนี้แล้วยังขยายความสัมพันธ์ไปยังระดับเอกชนของทั้งสองประเทศอีกด้วย อาทิ บันทึกความเข้าใจร่วมกันทางวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในปี ค.ศ. 1987 (Science and Technology) ทางพลังงาน ในปี ค.ศ. 1989 และได้มีข้อตกลงในการพัฒนาร่วมกันในปี ค.ศ. 1989 (Development Cooperation Agreement) เป็นต้น¹⁵

2.4 ความสัมพันธ์ในช่วงปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2000

นับตั้งแต่มีการแลกเปลี่ยนผู้แทนทางการทูตระหว่างกันเมื่อปี ค.ศ. 1956 ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียก็ดำเนินไปด้วยดีตลอดมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังจากยุคที่ปัญหาภัยคุกคามในช่วงสงครามเย็นยุติลง รัฐบาลออสเตรเลียก็ให้ความสำคัญต่อการสร้างความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกับประเทศไทยเป็นอย่างมาก เนื่องจากประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังมีบทบาท

¹⁴ Ibid ., p. 429.

¹⁵ The Parliament of the Commonwealth of Australia, *Australis's relations with Thailand* (Canberra : The Australian Government Publishing Service , 1995) , p.16.

ที่สำคัญยิ่ง ต่อการจัดการกับปัญหาทั้งในส่วนของประเทศในภูมิภาคและระดับนานาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการเป็นสมาชิกในกลุ่มสมาคมประชาชาติเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (Association of South East Asian Nations - ASEAN) ของประเทศไทย อันส่งผลกระทบต่อการดำเนินนโยบาย และผลประโยชน์แห่งชาติของประเทศออสเตรเลียต่อไปในอนาคต¹⁶

จากลักษณะดังกล่าวข้างต้น จึงส่งผลทำให้มิติทางความสัมพันธ์ของทั้งสองประเทศในช่วง ทศวรรษของยุคสมัยใหม่ได้ขยายรูปแบบของความสัมพันธ์ออกจากรูปแบบในอดีตเป็นอย่างมาก ซึ่งผู้ศึกษาได้แบ่งการศึกษาโดยพิจารณาแบบทางความสัมพันธ์ในช่วงทศวรรษที่ 1990 จากมิติ ทางด้านการเมืองและการทูต มิติทางด้านเศรษฐกิจ และมิติทางด้านสังคมและวัฒนธรรมดังนี้:

2.4.1 มิติความสัมพันธ์ทางการเมืองและการทูต (Political and Diplomatic Relations)

ในช่วงปี ค.ศ. 1989 ถึง ค.ศ. 1991 ภายใต้การบริหารงานของคณะรัฐบาล พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ รัฐบาลออสเตรเลียได้ให้การสนับสนุนรัฐบาลไทยเป็นอย่างมาก เพราะเหตุว่าเป็นคณะ รัฐบาลไทยที่บริหารงานโดยกลุ่มพลเรือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสนับสนุนการดำเนินนโยบายที่ เปลี่ยนสนามรบในภูมิภาคอินโดจีนให้เป็นพื้นที่ทางการค้า จึงได้มีการตกลงระหว่าง พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ นายกรัฐมนตรีของไทย กับ บ็อบ โฮค (Bob Hawke) นายกรัฐมนตรี ของออสเตรเลียในการก่อสร้างสะพานมิตรภาพข้ามแม่น้ำโขงระหว่างประเทศไทยกับประเทศลาว ซึ่งกลายเป็นสัญลักษณ์ที่แสดงถึงความสัมพันธ์อย่างใกล้ชิดของทั้งสองประเทศ โดยทาง รัฐบาลออสเตรเลียเป็นผู้บริจาคเงินทุนและให้ความช่วยเหลือสำหรับการก่อสร้างสะพานดังกล่าว นอกจากนี้แล้วคณะรัฐบาลของไทยก็มีบทบาทสำคัญในการสนับสนุนข้อเสนอเพื่อการดำเนินงาน ในการสร้างสันติภาพในประเทศกัมพูชา ของ การ์เร็ธ อีแวนส์ (Gareth Evans) รัฐมนตรี ว่าการกระทรวงการต่างประเทศของออสเตรเลีย¹⁷

จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1991 คณะรัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ถูกยึดอำนาจการปกครอง โดยกลุ่มนายทหารคณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติ (ร.ส.ช.) และต่อมาในเดือน พฤษภาคม ค.ศ. 1992 ได้เกิดเหตุการณ์พฤษภาทมิฬขึ้น เมื่อกลุ่มประชาชนได้เดินขบวนประท้วงและต่อต้าน การบริหารงานของคณะรัฐบาล พลเอก สุจินดา คราประยูร ซึ่งกลุ่มประชาชนดังกล่าวได้ถูกปราบ

¹⁶ Ibid. ,p.13.

¹⁷ Russell Trood and Deborah McNamara , The Asia – Australia Survey 1995-96

ปรามในที่สุด จากเหตุการณ์ดังกล่าวส่งผลทำให้ประชาชนออกมาต่อต้านสูญเสียชีวิตและสูญหายเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้แล้วเหตุการณ์ในช่วงดังกล่าวยังได้ส่งผลถึงความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งรัฐบาลของออสเตรเลียโดย จอห์น แมคคาร์ธี (John McCarthy) เอกอัครราชทูตออสเตรเลียประจำประเทศไทยในขณะนั้น มีบทบาทอย่างมากในการเรียกร้องและแสดงความห่วงใยต่อการปราบปรามประชาชนผู้ซึ่งไร้อาวุธในการต่อสู้แต่ถูกปราบปรามอย่างรุนแรง จนกระทั่งเดือน กันยายน ค.ศ. 1992 ได้มีการเลือกตั้งทั่วไปในประเทศไทย และได้คณะผู้นำที่เข้ามาบริหารประเทศชุดใหม่ คือ คณะรัฐบาลพลเรือนของ ชวน หลีกภัย ซึ่งได้ทำการรื้อฟื้นความสัมพันธ์ของทั้งสองประเทศขึ้นมาใหม่ โดยมีการเยือนแลกเปลี่ยนกันระหว่างคณะรัฐมนตรีและผู้บริหารระดับสูงของทั้งสองประเทศจำนวนหลายครั้ง ซึ่งถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของความสัมพันธ์ที่ดีเยี่ยมของทั้งสองประเทศในเวลาต่อมา นอกจากนี้แล้วทางรัฐบาลออสเตรเลียยังได้ใช้ประเทศไทยเป็นฐานในการขยายความสัมพันธ์กับประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคอินโดจีนอีกด้วย อาทิ การดำเนินงานเพื่อการส่งเสริมแผนสันติภาพในประเทศกัมพูชา และการดำเนินงานทางการทูตเพื่อต่อต้านการละเมิดสิทธิมนุษยชนของประเทศพม่า¹⁸

สำหรับนโยบายต่างประเทศของออสเตรเลียในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 ภายใต้การบริหารงานของ พอล คีตติง (Paul Keating) ซึ่งดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้มุ่งเน้นนโยบายขยายความสัมพันธ์กับประเทศเพื่อนบ้านในทวีปเอเชีย¹⁹ ให้มากขึ้น โดยการพัฒนาความร่วมมือเพื่อสร้างความใกล้ชิดมากขึ้น จึงมีการลงนามในความตกลงระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียหลายฉบับ ซึ่งทางรัฐบาลออสเตรียก็ให้การสนับสนุนการดำเนินนโยบายของไทยเป็นอย่างดี²⁰ โดยเฉพาะในปี ค.ศ. 1994 ถือได้ว่าเป็นจุดสูงสุดทางความสัมพันธ์ระหว่างสองประเทศก็ว่าได้ เพราะเหตุว่า คีตติง (Paul Keating) นายกรัฐมนตรีของออสเตรเลียได้เยือนประเทศไทยเพื่อเข้าร่วมงานพระราชพิธีเปิดสะพานมิตรภาพข้ามแม่น้ำโขงระหว่างประเทศไทยกับลาว ซึ่งทางรัฐบาลออสเตรเลียเป็นผู้สนับสนุนเงินทุนในการก่อสร้างมีมูลค่าประมาณ 43 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย²¹

¹⁸ Russell Trood and Deborah McNamara , *The Asia – Australia Survey 1994* (Melbourne : Macmillan Education Australia , 1994) , p.268

¹⁹ Michael Hayes and Steve Smith , *"Thai-Australian Relations in the Twentieth Century,"* The Australian Studies Centre Thailand, [http:// www. asc.ku.ac.th/Thai-Australian % 20 CD-ROM/ Thai-0z% 20 Homepage.html](http://www.asc.ku.ac.th/Thai-Australian%20CD-ROM/Thai-0z%20Homepage.html) (5/5/2001 4.30 PM) : 2.

²⁰ สมชัย จรณะสมบุรณ์ , "ออสเตรเลีย," *เอเชียรายปี 1997/2540* (กรุงเทพฯ : สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2540), หน้า 39.

²¹ Russell Trood and Deborah McNamara , *The Asia-Australia Survey 1995-96* (Melbourne : Macmillan Education Australia , 1995), p.431.

ในช่วงปลายปี ค.ศ. 1994 ได้เกิดความตึงเครียดทางความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย ในกรณีที่รัฐบาลออสเตรเลียเกิดข้อสงสัยว่าฝ่ายทหารไทยให้ความช่วยเหลือแก่กลุ่มเขมรแดง (Khmer Rouge) ซึ่งทางรัฐบาลของไทยนำโดย นาย ชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรี และผู้บัญชาการกองทัพไทยในขณะนั้น ได้กล่าวยืนยันว่าประเทศไทยมิได้สนับสนุนชนกลุ่มต่างๆ ภายในประเทศกัมพูชา แต่การยืนยันดังกล่าวของไทยขัดแย้งกับข้อมูลที่ทางรัฐบาลออสเตรเลียได้รับจากเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลกัมพูชา และนักการทูตตะวันตกในกรุงพนมเปญ²² ซึ่งต่อมาภายหลังมีการประชุมและแลกเปลี่ยนความคิดเห็นของทั้งฝ่ายรัฐบาลไทยและออสเตรเลีย ประเด็นดังกล่าวก็ยุติลงในที่สุด

จากเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงต้นปีทศวรรษที่ 1990 นี้ เป็นช่วงที่ความสัมพันธ์ทางการเมืองและการทูตระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียนี้ทั้งช่วงขึ้นและลง แต่สุดท้ายแล้วความสัมพันธ์ของทั้งสองก็กลับมาสู่ตำแหน่งที่สมดุลพอดีระหว่างสองประเทศ ซึ่งทางรัฐบาลออสเตรเลียเองก็ยังคงให้ความสำคัญต่อการดำเนินนโยบายขยายความสัมพันธ์ระหว่างประเทศกับประเทศไทย โดยเห็นว่าประเทศไทยยังคงเป็นศูนย์กลางหลักในภูมิภาคอินโดจีนต่อไป²³

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 นั้น ภายหลังจากการที่ “พรรคเสรีนิยม (Liberal Party)” และ “พรรคแห่งชาติ (National Party)” ชนะการเลือกตั้งในปี ค.ศ. 1996 จอห์น โฮเวิร์ด (John Haward) หัวหน้าพรรคเสรีนิยมก็ได้รับการแต่งตั้งเป็นนายกรัฐมนตรีของออสเตรเลีย โดยมี อเล็กซานเดอร์ ดาวเนอร์ (Alexander Downer) ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่างประเทศและการค้าของออสเตรเลีย นโยบายต่างประเทศของออสเตรเลียในช่วงการบริหารงานของรัฐบาลชุดนี้ยังคงไม่เปลี่ยนแปลงนโยบายที่มีต่อเอเชีย โดยจะยังคงให้ความสำคัญต่อกลุ่มประเทศเอเชียแปซิฟิก²⁴ โดยตระหนักดีว่าอนาคตของออสเตรเลียอยู่ที่ทวีปเอเชีย รัฐบาลจึงดำเนินการกระชับความสัมพันธ์กับประเทศในเอเชียให้ใกล้ชิดยิ่งขึ้น โดยจัดเอเชียอยู่ในลำดับต้นของนโยบายต่างประเทศ²⁵

²² Ibid., p. 431.

²³ Ibid., p. 433.

²⁴ สมชัย จรณะสมบุรณ์, “ออสเตรเลีย,” เอเชียรายปี 1997/2540 (กรุงเทพฯ : สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540), หน้า 34.

²⁵ เรื่องเดียวกัน, หน้า 35.

ด้วยความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันทำให้ประเทศไทยและออสเตรเลียมีการแลกเปลี่ยนการเยือนกันในระดับต่างๆเป็นจำนวนหลายครั้งในรอบปี ค.ศ. 1996 อาทิ ดาวน์เนอร์ (Alexander Downer) ได้เดินทางมาเยือนประเทศไทย เพื่อหารือเกี่ยวกับปัญหาและประเด็นทางด้านการเมืองของทั้งสองประเทศ นอกจากนี้แล้วยังมีการเยือนกันระหว่างรัฐมนตรีประจำกระทรวงต่างๆและผู้บริหารในระดับสูงของประเทศทั้งสอง และได้หารือกันเกี่ยวกับความร่วมมือด้านคดีอาญาระหว่างประเทศอีกด้วย อาทิ การโอนตัวนักโทษและการส่งผู้ร้ายข้ามแดน การป้องกันและปราบปรามยาเสพติด รวมทั้งประเด็นปัญหาระหว่างประเทศอื่นๆ เป็นต้น²⁶

สำหรับในรอบปี ค.ศ. 1997 ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียดำเนินไปด้วยดีไม่มีปัญหาขัดแย้งระหว่างกัน มีการแลกเปลี่ยนการเยือนในระดับต่างๆ อาทิ การเยือนประเทศออสเตรเลียของ ประจวบ ไชยสาส์น รัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่างประเทศ และ ณรงค์ชัย อัครเศรณี รัฐมนตรีว่าการกระทรวงพาณิชย์ของไทย เมื่อวันที่ 26-27 กุมภาพันธ์ ค.ศ. 1997 เพื่อร่วมประชุมกับรัฐมนตรีว่าการกระทรวงต่างประเทศและการค้าของประเทศออสเตรเลีย ในการประชุมคณะกรรมการเศรษฐกิจระหว่างประเทศออสเตรเลียกับไทย (Australia-Thailand Economic Commission) ครั้งที่ 1 นอกจากนี้แล้วในวันที่ 23 พฤศจิกายน ค.ศ. 1997 นายกรัฐมนตรีของทั้งสองประเทศ คือ ชวน หลีกภัย และ โฮเวิร์ด (John Howard) ยังได้พบปะหารือกันระหว่างการประชุมสุดยอดผู้นำ “กลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (Asia Pacific Economic Cooperation - APEC)” ที่จัดขึ้นที่ประเทศแคนาดา ซึ่งทั้งสองประเทศได้หารือเกี่ยวกับสถานะเศรษฐกิจของไทยรวมทั้งความช่วยเหลือทางการเงินที่รัฐบาลออสเตรเลียให้แก่รัฐบาลไทยผ่านกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (International Monetary Fund - IMF)²⁷

ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในรอบปี ค.ศ. 1998 ถือว่าดำเนินไปด้วยดี ดังจะเห็นจากการแลกเปลี่ยนการเยือนในระดับสูง และยังมีการตกลงความร่วมมือระหว่างกันในด้านต่างๆ อาทิ การเยือนประเทศไทยอย่างเป็นทางการของ โฮเวิร์ด (John Howard) นายกรัฐมนตรีของออสเตรเลีย ระหว่างวันที่ 13-16 เมษายน ค.ศ. 1998 เป็นการแสดงออกให้เห็นถึงความสนใจและความเห็นใจของออสเตรเลียที่มีต่อประเทศไทยในขณะที่กำลังเผชิญกับภาวะวิกฤติทางด้านเศรษฐกิจ โดยผลการเยือนครั้งนี้รัฐบาลออสเตรเลียได้ขยายความช่วยเหลือด้านการพัฒนาภายใต้โครงการความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย

²⁶ เรื่องเดียวกัน, หน้า 40.

²⁷ สมชัย จรณะสมบุญ, "ออสเตรเลีย," เอเชียรายปี 1998/2541 (กรุงเทพฯ : สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541) หน้า 56-57.

(AusAID) แก่ประเทศไทยต่อไปภายหลังจากปี ค.ศ. 2000 ซึ่งก่อนหน้านี้นี้ทางรัฐบาลออสเตรเลียเคยแจ้งว่าจะระงับความช่วยเหลือดังกล่าวแก่ไทย²⁸

นอกจากนี้แล้วในรอบปี ค.ศ. 1998 ยังมีการทำความตกลงทวิภาคีระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียรวม 3 ฉบับ คือ บันทึกความเข้าใจว่าด้วยความร่วมมือในการส่งเสริมการเกษตรและธุรกิจการเกษตรระหว่างไทยกับออสเตรเลีย บันทึกความเข้าใจเกี่ยวกับการรับรองคุณวุฒิทางการศึกษาระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย และบันทึกความเข้าใจระหว่างสมาคมอุตสาหกรรมยานยนต์ของไทยกับออสเตรเลีย รวมทั้งยังมีการประชุมหารือเกี่ยวกับความสัมพันธ์แบบทวิภาคีของทั้งสองประเทศ โดยเฉพาะประเด็นทางการเมืองและความมั่นคงในภูมิภาค ซึ่งเป็นการหารือระหว่างเจ้าหน้าที่กระทรวงการต่างประเทศ กลาโหม และสภาความมั่นคงแห่งชาติทางการต่างประเทศ การทหาร และความมั่นคงอีกด้วย²⁹

ความสัมพันธ์ที่โดดเด่นระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในรอบปี ค.ศ. 1999 ได้แก่ ความร่วมมือด้านการทหารและความมั่นคงในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ด้วยการที่ประเทศทั้งสองร่วมกันส่งกองกำลังนานาชาติสำหรับติมอร์ตะวันออก (International Force for East Timor - INTERFET)³⁰ ซึ่งเป็นกองกำลังทหารที่เข้าไปรักษาความสงบเรียบร้อยและฟื้นฟูสันติภาพในติมอร์ตะวันออกนับตั้งแต่แรกเริ่มที่เกิดความวุ่นวายขึ้น ความร่วมมือทางทหารระหว่างไทยกับออสเตรเลียภายใต้กองกำลังนานาชาติสำหรับติมอร์ออกดังกล่าวดูว่าประสบความสำเร็จด้วยดี เป็นที่ชื่นชมของประชาคมระหว่างประเทศ ในโอกาสที่ ชวน หลีกภัย นายกรัฐมนตรีของไทยเดินทางไปร่วมการประชุมสุดยอดผู้นำกลุ่มความร่วมมือทางเศรษฐกิจในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก (APEC) ที่ประเทศนิวซีแลนด์เมื่อเดือน กันยายน ค.ศ. 1999 ได้มีโอกาสหารือกับ โยเวิร์ด (John Howard) นายกรัฐมนตรีของออสเตรเลีย โดยผู้นำของออสเตรเลียได้ขอให้ไทยส่งกองกำลังอีกจำนวน 1 กองพัน เข้าไปรักษาสันติภาพในติมอร์ตะวันออกร่วมกับกองกำลังนานาชาติของสหประชาชาติ (UN Transitional Administration in East Timor - UNTAET) โดยเห็นว่าการมีส่วน

²⁸ สมชัย จรณะสมบุรณ์, "ออสเตรเลีย," เอเชียรายปี 1999/2542 (กรุงเทพฯ : สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542), หน้า 30.

²⁹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 31.

³⁰ สมชัย จรณะสมบุรณ์, "ออสเตรเลีย," เอเชียรายปี 2000/2543 (กรุงเทพฯ : สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2543) หน้า 37.

ร่วมของไทยซึ่งเป็นประเทศสมาชิกในกลุ่มอาเซียนมีความสำคัญมาก ซึ่งนายกรัฐมนตรีของไทย
แจ้งว่าพร้อมที่จะร่วมมือกับสหประชาชาติ³¹

นอกจากนี้แล้วความร่วมมือที่ใกล้ชิดอีกประการหนึ่งในรอบปี ค.ศ. 1999 ได้แก่การ
ประกาศให้การสนับสนุนประเทศไทยในการส่ง สุภชัย พานิชย์ภักดิ์ เข้าชิงชัยในตำแหน่งผู้อำนวยการ
การองค์การการค้าโลก (World Trade Organization - WTO) ของทางรัฐบาลออสเตรเลีย
โดยทิม ฟิชเชอร์ (Tim Fischer) รองนายกรัฐมนตรีและรัฐมนตรีกระทรวงการค้าของออสเตรเลีย
ถึงแม้ว่าคู่แข่งสุดท้ายของ สุภชัย พานิชย์ภักดิ์ รองนายกรัฐมนตรี และรัฐมนตรีว่าการกระทรวง
พาณิชย์ของไทยจะเป็น ไมก์ มัวร์ (Mike Moore) อดีตนายกรัฐมนตรีของประเทศนิวซีแลนด์
ซึ่งเป็นประเทศเพื่อนบ้านใกล้ชิดกับประเทศออสเตรเลีย แต่ทางรัฐบาลออสเตรียก็ยังคงยืนยัน
สนับสนุนผู้สมัครของไทย และช่วยเหลือในกระบวนการสรรหาที่ยืดเยื้อยาวนาน จนประสบความสำเร็จ
สำเร็จในที่สุด³²

สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในมิติทางด้านการเมืองและ
การทูตในรอบทศวรรษที่ 1990 นั้น ถือว่าดำเนินไปได้ด้วยดีโดยตลอด ถึงแม้ว่าในช่วงบางเวลาจะมี
ความขัดแย้งเกิดขึ้นบ้างแต่ก็สามารถแก้ไขปัญหาความขัดแย้งที่เกิดขึ้นของทั้งสองประเทศให้ยุติลง
ได้ด้วยดี อันเป็นการสร้างความเชื่อมั่นและความไว้วางใจซึ่งกันและกัน สำหรับเป็นพื้นฐานสำคัญ
ในการดำเนินความสัมพันธ์ที่ดีต่อกันในอนาคต

2.4.2 มิติความสัมพันธ์ทางด้านเศรษฐกิจ (Economic Relations)

มิติความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในช่วงทศวรรษที่ 1950 ถึงกลางทศ
วรรษที่ 1970 มุ่งเน้นไปทางด้านความร่วมมือเกี่ยวกับประเด็นทางความมั่นคง (security
cooperation) เป็นหลัก มีจุดประสงค์ร่วมกันเพื่อต่อต้านภัยคุกคามจากลัทธิคอมมิวนิสต์
(anti-communism) โดยเฉพาะการเป็นสมาชิกของ “ องค์การสนธิสัญญาป้องกันเอเชียตะวันออกเฉียงใต้
(SEATO) ” ของทั้งสองประเทศ จนกระทั่งปลายทศวรรษที่ 1970 สถานการณ์ ในภูมิภาค
เอเชียตะวันออกเฉียงใต้เริ่มเปลี่ยนแปลงไป ประเทศไทยและออสเตรเลียต่างก็ปรับนโยบายของ
ตนเพื่อให้เข้ากับระเบียบใหม่ของโลกที่ซบเซาอันเกิดจากความแตกต่างทางอุดมการณ์ทางการ

³¹ เรื่องเดียวกัน , หน้า 38.

³² เรื่องเดียวกัน , หน้า 38.

เมืองเริ่มเสื่อมคลายลง ดังนั้นมิตินี้ความสัมพันธ์ของทั้งสองประเทศจึงเริ่มขยายขอบเขตและให้ความสำคัญสำคัญกับประเด็นทางด้านเศรษฐกิจและความช่วยเหลือระหว่างกันมากขึ้น

ตลอดทศวรรษที่ 1990 ที่ผ่านมา รัฐบาลออสเตรเลียมีนโยบายที่มุ่งเน้นในการสร้างความเข้มแข็งทางความสัมพันธ์กับประเทศในทวีปเอเชียมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับประเทศในกลุ่มอาเซียน ดังนั้นรัฐบาลออสเตรเลียจึงดำเนินการกระชับความสัมพันธ์กับประเทศไทยให้ใกล้ชิดยิ่งขึ้น มิตินี้ทางด้านเศรษฐกิจก็กลายเป็นรูปแบบหนึ่งสำหรับการขยายความสัมพันธ์ระหว่างกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งภายหลังการลงนามในข้อตกลงเกี่ยวกับความร่วมมือทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย (Economic Cooperation Agreement) ในปี ค.ศ. 1990 ซึ่งเป็นข้อตกลงที่ถูกกำหนดขึ้นสำหรับใช้เป็นรูปแบบในการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างกันทางด้านเศรษฐกิจและการพัฒนาเป็นหลัก จึงส่งผลทำให้แนวโน้มการค้าขายและการลงทุนระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียมีความใกล้ชิดมากขึ้นตามลำดับ

ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 สภาพเศรษฐกิจของประเทศไทยกำลังอยู่ในช่วงที่กำลังขยายตัว มีอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเฉลี่ยประมาณร้อยละ 8 ต่อปี ในขณะที่อัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของออสเตรเลียเฉลี่ยประมาณร้อยละ 6 ต่อปี จากสภาพเศรษฐกิจที่กำลังเจริญเติบโตของทั้งสองประเทศจึงทำให้ปริมาณการค้าขายระหว่างกันขยายตัวอย่างรวดเร็ว โดยในปี ค.ศ. 1991-92 มีมูลค่าการค้าขายระหว่างกันประมาณ 1.5 พันล้านเหรียญออสเตรเลียและมีมูลค่าประมาณ 2 พันล้านเหรียญออสเตรเลียในปี ค.ศ. 1993-94 นอกจากนี้ยังพบว่าปริมาณการส่งออกสินค้าของประเทศไทยมายังประเทศไทยได้เพิ่มปริมาณสูงขึ้นเป็นสองเท่าจากปี ค.ศ. 1991 ที่มีมูลค่าการส่งออกสินค้าประมาณ 0.7 พันล้านเหรียญออสเตรเลียเพิ่มสูงขึ้นถึงประมาณ 1.4 พันล้านเหรียญออสเตรเลียในปี ค.ศ. 1994 ในขณะที่ปริมาณการนำเข้าสินค้าจากประเทศไทยของออสเตรเลียก็เพิ่มสูงขึ้นประมาณร้อยละ 50 ในช่วงเดียวกัน จากปริมาณการนำเข้าประมาณ 583.4 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลียในปี ค.ศ. 1991 เพิ่มสูงขึ้นถึงประมาณ 876.1 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลียในปี ค.ศ. 1994 ประเทศไทยจัดเป็นประเทศคู่ค้าอันดับที่ 18 และเป็นตลาดส่งออกที่สำคัญอันดับที่ 12 ของประเทศออสเตรเลียในปี ค.ศ. 1994³³

สำหรับภาพรวมของความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 ถือว่าดำเนินไปด้วยดี ประเทศไทยมุ่งเน้นที่จะส่งออกมายังตลาดของ

³³ Russell Trood and Deborah McNamara, The Asia-Australia Survey 1995-96

ประเทศออสเตรเลียมากขึ้น ในขณะที่บริษัทของออสเตรเลียก็ต้องการเข้ามาลงทุนในประเทศไทยมากขึ้นเช่นกัน แต่ด้วยปัญหาที่เกิดขึ้นจากการใช้มาตรการการปกป้องคุ้มครองที่อยู่ในระดับสูง (high levels of protection) และมาตรการอุดหนุนสินค้าภายในประเทศของไทย (local ownership regulations and dumping problems) ได้กลายเป็นอุปสรรคสำคัญสำหรับการเข้ามาลงทุนในประเทศไทยของออสเตรเลีย ซึ่งส่งผลกระทบมายังปริมาณการลงทุนของนักลงทุนชาวออสเตรเลียในประเทศไทยมีปริมาณน้อยมากเมื่อเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในกลุ่มอาเซียนด้วยกัน โดยที่ในปี ค.ศ. 1990-93 ปริมาณการลงทุนของนักลงทุนชาวออสเตรเลียในประเทศไทยมีมูลค่าโดยเฉลี่ยประมาณปีละ 300 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ในขณะที่นักลงทุนชาวไทยเข้าไปลงทุนในประเทศออสเตรเลียมีมูลค่าโดยเฉลี่ยปีละ 80 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย³⁴

ตารางที่ 2.1 ปริมาณการค้าขายระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในช่วงปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2000 (มูลค่า : ล้านดอลลาร์สหรัฐ)

ปี	มูลค่าการค้า	การส่งออก มาออสเตรเลีย	การนำเข้า จากออสเตรเลีย	ดุลการค้า
1990	955	381.5	573.5	-192.0
1991	1,144.4	472.6	671.8	-199.2
1992	1,460	533.3	926.7	-393.4
1993	1,462.8	512.6	980.2	-467.6
1994	1,721.5	645.3	1,076.2	-430.9
1995	2,099.9	781.1	1,318.8	-537.7
1996	2,214.1	844.5	1,399.6	-555.1
1997	2,239.8	948.0	1,291.8	-343.8
1998	1,866.8	980.2	886.7	93.5
1999	2,348.8	1,420.3	928.5	491.8
2000	2,754	1,622	1,132	490

แหล่งข้อมูล : กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ , กระทรวงพาณิชย์

ความสัมพันธ์ทางเศรษฐกิจระหว่างกันในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 นั้น ออสเตรเลียจัดเป็นประเทศคู่ค้าลำดับที่ 14 ของไทยในปี ค.ศ. 1999 ขึ้นจากลำดับที่ 19 ในปี ค.ศ. 1990 นอกจากนี้

³⁴ Ibid . , p. 435.

แล้วประเทศออสเตรเลียยังเป็นตลาดส่งออกของสินค้าไทยในลำดับที่ 11 อีกด้วย³⁵ สำหรับปริมาณการค้าขายระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียมีแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 มีมูลค่า 2,099 ล้านดอลลาร์สหรัฐ จนกระทั่งปี ค.ศ. 2000 มีมูลค่า 2,754 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (ดังตารางที่ 2.1) โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศไทยเริ่มเป็นฝ่ายเกินดุลกับประเทศออสเตรเลียนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1998³⁶

ตารางที่ 2.2 สินค้าเข้าที่สำคัญของออสเตรเลียจากไทย ปี ค.ศ. 2000 (มูลค่า : พันเหรียญสหรัฐ)

รายชื่อสินค้า	มูลค่าการค้า
1. รถบรรทุก	400,191
2. น้ำมันดิบ	115,275
3. เครื่องปรับอากาศ	89,902
4. เครื่องรับโทรทัศน์	62,351
5. เครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์	59,196
6. ปลาปรุงแต่ง	46,401
7. กุ้ง ปูสดแช่แข็ง	45,212
8. รถยนต์นั่ง	31,706
9. ที่นั่งและส่วนประกอบ	28,445
10. เครื่องรับโทรทัศน์และส่วนประกอบ	25,843

แหล่งข้อมูล : กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ , กระทรวงพาณิชย์

สินค้าสำคัญที่ไทยส่งออกไปยังประเทศออสเตรเลีย ได้แก่ ยานพาหนะ-อุปกรณ์และส่วนประกอบ เครื่องคอมพิวเตอร์และอุปกรณ์ อาหารทะเลกระป๋อง เหล็กและเหล็กกล้า เครื่องปรับอากาศและส่วนประกอบ กุ้งสดแช่เย็นและแช่แข็ง เครื่องรับวิทยุโทรทัศน์และส่วนประกอบ เม็ดพลาสติก ผลิตภัณฑ์พลาสติก เป็นต้น สำหรับปัจจัยที่ทำให้ตลาดออสเตรเลียได้รับความสนใจเพราะสภาพเศรษฐกิจของออสเตรเลียที่เข้มแข็งมีอัตราการขยายตัวเฉลี่ยร้อยละ 3-4 ต่อปี ตลอดระยะเวลา 10 ปีที่ผ่านมา ประกอบกับค่าเงินบาทของไทยที่อ่อนลงจึงกลายเป็นปัจจัยเกื้อหนุน

³⁵ The Australian Studies Centre, " Thai-Australian Relations , " Project four: Professional Development and Powerpoint Lecture Series (Bangkok : Kasetsart University , 2000) , p. 25.

³⁶ กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ , สถิติการค้าและเครื่องใช้สภาวะเศรษฐกิจของไทยปี 1990-2000 (กรุงเทพฯ : ศูนย์สารสนเทศเศรษฐกิจการค้า กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ , 2000) , หน้า 18.

การส่งออกสินค้าไทยไปยังประเทศออสเตรเลีย อันส่งผลทำให้ไทยเป็นฝ่ายเกินดุลการค้ากับออสเตรเลียนับตั้งแต่ ค.ศ. 1998 เป็นต้นมา³⁷

ตารางที่ 2.3 สินค้าออกที่สำคัญของออสเตรเลียมาไทย ปี ค.ศ. 2000 (มูลค่า : พันเหรียญสหรัฐ)

รายชื่อสินค้า	มูลค่าสินค้า
1. ฝ้าย	125,600
2. อะลูมิเนียมที่ยังไม่ได้ขึ้นรูป	117,341
3. น้ำมันดิบ	97,370
4. ทองคำ	74,754
5. นมและครีมผง	55,899
6. ขนแกะไม่ได้สาวหรือหวี	38,686
7. ทองแดง	36,675
8. ยารักษาโรค	36,542
9. สินแร่สังกะสี	28,297
10. ส่วนประกอบเครื่องมือสื่อสารโทรคมนาคม	21,476

แหล่งข้อมูล : กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ , กระทรวงพาณิชย์

ทางการนำสินค้าจากออสเตรเลียเข้ามายังประเทศไทยนั้น นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1995 ถึง ค.ศ. 1996 มีปริมาณที่สูงขึ้นมาโดยตลอด จนกระทั่งประเทศไทยประสบกับวิกฤตทางเศรษฐกิจ จึงทำให้มีปริมาณการนำเข้าสินค้าลดลงในปี ค.ศ. 1997 และเมื่อสถานการณ์ทางเศรษฐกิจของประเทศไทยเริ่มฟื้นตัวภายหลังจากปี ค.ศ. 1998 ทำให้เกิดความต้องการนำเข้าสินค้าสูงขึ้น สินค้านำเข้าสำคัญจากออสเตรเลีย ได้แก่ สินแร่โลหะ โดยเฉพาะอะลูมิเนียม ทองคำ ทองแดง ผลิตภัณฑ์นม และ เนยแข็ง กล้วย หนังกบ และหนังฟอก เป็นต้น³⁸

ประเทศไทยและออสเตรเลียมีความร่วมมือในด้านการค้าระหว่างกันในหลายระดับทั้งในรูปแบบทวิภาคีและพหุภาคี นอกจากนี้แล้วภาครัฐบาลและภาคเอกชนของทั้งสองประเทศยังมีความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดกันภายใต้กรอบความร่วมมือ อาทิ “ การประชุมคณะกรรมการความร่วมมือทาง

³⁷ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด, “ ออสเตรเลีย-ไทย : จูนเจือเศรษฐกิจ... ผลิตภัณฑ์คุณภาพ”,

ผู้จัดการรายวัน (27 กันยายน 2543) : 24.

³⁸ เรื่องเดียวกัน , หน้า 24.

การค้า (Joint Trade Committee - JTC) ” การประชุม “ คณะกรรมาธิการเศรษฐกิจ (Economic Commission - EC) ” และการประชุม “ สภาธุรกิจออสเตรเลียกับไทย (Australia - Thailand Business Council - ATBC) ”³⁹ ซึ่งใช้เป็นเวทีในการปรึกษาหารือเพื่อแสวงหาช่องทางในการส่งเสริมความสัมพันธ์ด้านเศรษฐกิจระหว่างกันรวมทั้งพยายามส่งเสริมบทบาทของภาคเอกชนของทั้งสองประเทศอีกด้วย

นอกจากนี้แล้ว ในเดือน สิงหาคม ค.ศ. 1997 รัฐบาลออสเตรเลียประกาศที่จะให้ความช่วยเหลือด้านเงินกู้แก่ประเทศไทยผ่านกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) จำนวนมูลค่า 1,000 ล้านดอลลาร์ เพื่อใช้ในการแก้ปัญหาวิกฤติทางเศรษฐกิจและการเงินของไทย ซึ่ง ปีเตอร์ คอสเทลโล (Peter Costello) รัฐมนตรีว่าการกระทรวงการคลังของออสเตรเลีย กล่าวว่า การให้เงินกู้แก่ประเทศไทยจะช่วยเสริมสร้างความมั่นคงทางเศรษฐกิจในภูมิภาคและส่งผลต่อผลประโยชน์ของออสเตรเลียเอง ในฐานะที่เอเชียตะวันออกเฉียงใต้เป็นตลาดรองรับสินค้าส่งออกที่สำคัญของออสเตรเลีย⁴⁰ จากเหตุการณ์ดังกล่าวจึงกลายเป็นการเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียให้มีความใกล้ชิดกันยิ่งขึ้น

ในด้านการลงทุนพบว่า ในปี ค.ศ. 1995 ถึง ค.ศ. 1996 นักลงทุนชาวออสเตรเลียเข้ามาลงทุนในประเทศไทยมีมูลค่าการลงทุนประมาณ 38,000 ล้านบาท ซึ่งถือว่ามียุทธศาสตร์ค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศที่พัฒนาแล้วที่เข้ามาลงทุนในประเทศไทยประเทศอื่นๆ โดยกว่าร้อยละ 80 ของนักลงทุนชาวออสเตรเลียเป็นการลงทุนในลักษณะของการร่วมลงทุนหรือการลงทุนในสินทรัพย์ในประเทศไทยในด้านอุตสาหกรรมโทรคมนาคม เทคโนโลยี และการพลังงาน สิ่งแวดล้อม รวมทั้งอุตสาหกรรมเกษตร ซึ่งชาวออสเตรเลียมีความชำนาญในอุตสาหกรรมดังกล่าว⁴¹

³⁹ กองแบชพิคได้ กระทรวงการต่างประเทศ, เครือข่ายรัฐออสเตรเลีย, <http://www.mfa.go.th/pacific/> (4/4/2000 4 : 45 PM) : 23.

⁴⁰ สมชัย จรณะสมบุรณ์, "ออสเตรเลีย," เอเชียรายปี 1998/2541 (กรุงเทพฯ ฯ สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541), หน้า 57.

⁴¹ สมชัย จรณะสมบุรณ์, "ออสเตรเลีย," เอเชียรายปี 1997/2540 (กรุงเทพฯ ฯ สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540), หน้า 42.

สำหรับปี ค.ศ. 1997 นักลงทุนชาวออสเตรเลียได้เข้ามาลงทุนในกิจการต่างๆมากขึ้นกว่าเดิม อาทิ การธนาคาร บริษัทประกันชีวิต และอุตสาหกรรมผลิตชิ้นส่วนอะไหล่รถยนต์⁴² รวมทั้งยังขยายการลงทุนไปสู่อุตสาหกรรมเกี่ยวกับเคมีภัณฑ์ กระดาษ ผลิตภัณฑ์พลาสติกและโลหะภัณฑ์ ในปี ค.ศ. 1998⁴³ นอกจากนี้แล้ว สำนักงานคณะกรรมการส่งเสริมการลงทุนของไทย (Board of Investment - BOI) รายงานว่านักลงทุนชาวออสเตรเลียได้เริ่มกลับเข้ามาลงทุนในประเทศไทยเป็นจำนวนมากในช่วงปี ค.ศ. 2000 โดยทำสถิติของปริมาณการเข้ามาขอรับการส่งเสริมการลงทุนสูงสุดในรอบ 10 ปี ส่งผลทำให้ออสเตรเลียขึ้นมาเป็นนักลงทุนต่างชาติลำดับที่ 6 ของไทยในปัจจุบัน รองจากนักลงทุนชาวญี่ปุ่น สิงคโปร์ สหรัฐอเมริกา จีน และไต้หวัน⁴⁴

โดยสรุปแล้วตลอดช่วงทศวรรษที่ 1990 มิติความสัมพันธ์ทางด้านเศรษฐกิจระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียดำเนินไปด้วยดี ภาครัฐบาลและภาคเอกชนของทั้งสองประเทศต่างให้ความสนใจในการเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินการทางความสัมพันธ์ทางด้านเศรษฐกิจมากขึ้นกว่าในอดีต จนส่งผลถึงปริมาณการค้าและการลงทุนระหว่างกันที่เพิ่มสูงมากขึ้น จากลักษณะดังกล่าว ถือได้ว่ามิติทางด้านเศรษฐกิจได้กลายเป็นปัจจัยหลักที่มีอิทธิพลอย่างมากในการกระชับความสัมพันธ์ระหว่างกันให้มีความเข้มแข็งยิ่งขึ้นในสถานะของระเบียบโลกยุคปัจจุบันและในอนาคต

2.4.3 มิติความสัมพันธ์ทางด้านสังคมและวัฒนธรรม (Social and Cultural Relations)

สำหรับมิติความสัมพันธ์ทางด้านสังคมและวัฒนธรรมระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย นั้นเริ่มมีกิจกรรมการส่งเสริมการเรียนรู้และความเข้าใจระหว่างกันนับตั้งแต่เริ่มมีความสัมพันธ์ทางการทูตในกลางทศวรรษที่ 1940 จนกระทั่งมีการลงนามในข้อตกลงทางด้านวัฒนธรรมร่วมกัน (Culture Agreement) ในปี ค.ศ. 1974 โดยมีจุดประสงค์เพื่อเพิ่มความสัมพันธ์ระหว่างกัน

⁴² สมชัย จรณะสมบุรณ์, "ออสเตรเลีย," เอเชียรายปี 1998/2541 (กรุงเทพฯ ฯ สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2541), หน้า 58.

⁴³ สมชัย จรณะสมบุรณ์, "ออสเตรเลีย," เอเชียรายปี 1999/2542 (กรุงเทพฯ ฯ สถาบันเอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2542), หน้า 32.

⁴⁴ ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด, "ออสเตรเลีย-ไทย : จุนเจือเศรษฐกิจ... ผลิตภัณฑ์อุตสาหกรรม", ผู้จัดการรายวัน (27 กันยายน 2543) : 24.

โดยเฉพาะอย่างยิ่งเพื่อสร้างทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับสภาพเศรษฐกิจ สังคม รวมทั้งสภาพชีวิตและความเป็นอยู่ของประชาชนทั้งสองประเทศ

ในปี ค.ศ. 1991 ทางรัฐบาลออสเตรเลียได้จัดตั้ง “ ศูนย์ไทยศึกษาแห่งชาติ (National Thai Studies Centre) ” ที่มหาวิทยาลัยแห่งชาติออสเตรเลีย (Australian National University – ANU) ที่กรุงแคนเบอร์รา โดยใช้งบประมาณอุดหนุน 550,000 เหรียญออสเตรเลีย โดยที่ศูนย์แห่งนี้จะจัดกิจกรรมเพื่อส่งเสริมความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสอนภาษาไทย นอกจากนี้ยังมีการจัดสัมมนาและการประชุมอันมีเนื้อหาประเด็นเกี่ยวกับประเทศไทยเป็นครั้งคราวอีกด้วย⁴⁵

นอกจากนี้แล้ว ทางรัฐบาลออสเตรเลียยังได้จัดโครงการความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรม (Cultural Relations Program) ขึ้นในประเทศไทยเพื่อที่จะเปิดโอกาสให้มีการพัฒนาความสัมพันธ์ในระดับประชาชนต่อประชาชนของทั้งสองประเทศมากยิ่งขึ้น โดยกระทรวงการต่างประเทศและการค้าของออสเตรเลียเป็นผู้รับผิดชอบและควบคุมดูแลโครงการดังกล่าว สำหรับงบประมาณในโครงการความสัมพันธ์ทางวัฒนธรรมระหว่างสองประเทศนี้มีมูลค่าประมาณ 98,600 เหรียญ ออสเตรเลียในช่วงปี ค.ศ.1993 ถึง ค.ศ. 1994 โดยที่ในช่วงปี ค.ศ.1994 ถึง ค.ศ.1995 รวมทั้งในปี ค.ศ. 1995 ถึง ค.ศ. 1996 มีมูลค่าประมาณช่วงละ 60,000 เหรียญออสเตรเลีย โดยจะมีการจัดกิจกรรมแลกเปลี่ยนทางวัฒนธรรมของทั้งสองประเทศ ซึ่งจะแสดงออกมาในรูปของนิทรรศการทางศิลปะ การแสดงวงดนตรีดุริยางค์สากล การแสดงละครเวที และการแสดงของคณะละครสัตว์⁴⁶

ประเด็นทางด้านการศึกษากำลังกลายเป็นมิติทางสังคมและวัฒนธรรม ที่มีส่วนสำคัญอย่างมากในการส่งเสริมความสัมพันธ์ระหว่างสองประเทศ เพราะเหตุว่า จำนวนนักศึกษาไทยที่เข้าไปใช้ชีวิตประจำวันสำหรับการศึกษาในประเทศออสเตรเลียทั้งในระดับมัธยมศึกษาและระดับอุดมศึกษาเพิ่มจำนวนมากขึ้นทุกปี นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1997 จนถึง ค.ศ. 2000 มีนักศึกษาไทยที่ยื่นขอตราประทับในหนังสือเดินทางจากสถานทูตออสเตรเลียประจำประเทศไทยเพื่อใช้ในการเดินทางเข้าไปศึกษา

⁴⁵ Russell Trood and Deborah McNamara , The Asia-Australia Survey 1994

(Melbourne: Macmillan Education Australia , 1994) , p.275.

⁴⁶ The Parliament of the Commonwealth of Australia, Australia's relations with Thailand

(Canberra : The Australian Government Publishing Service , 1995) , p.142.

ประเทศออสเตรเลียประมาณปีละ 3,000 คน⁴⁷ ถึงแม้ว่าประเทศไทยกำลังประสบกับปัญหาทางเศรษฐกิจในช่วงเวลาดังกล่าว แต่เนื่องจากค่าเล่าเรียนและค่าครองชีพในประเทศออสเตรเลียมีระดับที่ต่ำกว่าประเทศสหรัฐอเมริกาและอังกฤษ ดังนั้น ประเทศออสเตรเลียจึงกลายเป็นแหล่งการศึกษาที่ได้รับความนิยมในช่วงปลายทศวรรษที่ 1990 เป็นอย่างมาก

การท่องเที่ยวเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีบทบาทสำคัญอย่างมาก ในการเพิ่มความใกล้ชิดทางความสัมพันธ์ระหว่างไทยกับออสเตรเลีย นอกจากจะเป็นการสร้างรายได้เข้าประเทศแล้วยังเป็นการช่วยเพิ่มความตระหนักและความเข้าใจในวัฒนธรรมและคุณค่าของแต่ละชนชาติอีกด้วย ผลจากการที่รัฐบาลของออสเตรเลียดำเนินนโยบายโดยมุ่งเน้นและให้ความสำคัญกับประเทศในภูมิภาคเอเชียจึงส่งผลทำให้มีจำนวนนักท่องเที่ยวชาวออสเตรเลียเข้ามายังประเทศไทยในปริมาณที่เพิ่มสูงขึ้นทุกปี ประเทศออสเตรเลียจึงกลายเป็นตลาดท่องเที่ยวที่มีศักยภาพสูงของประเทศไทย โดยมีการประมาณการว่าในปี ค.ศ. 2000 มีนักท่องเที่ยวชาวออสเตรเลียเดินทางมายังประเทศไทยประมาณ 320,000 คน และสร้างรายได้ด้านการท่องเที่ยวให้แก่ประเทศไทยเป็นมูลค่าประมาณ 11,000 ล้านบาท ในขณะที่ประเทศออสเตรเลียเองก็กลายเป็นจุดหมายปลายทางของการท่องเที่ยวของประชาชนชาวไทยด้วยเช่นกัน โดยมีการประมาณการว่าในปี ค.ศ. 2000 มีนักท่องเที่ยวจากประเทศไทยเดินทางไปออสเตรเลียประมาณ 60,000 คน มีมูลค่าประมาณ 3,200 ล้านบาท⁴⁸

นอกจากนี้ทางฝ่ายรัฐบาลออสเตรเลียยังได้ริเริ่มการจัดตั้ง โครงการแลกเปลี่ยนยุวทูต (50/50 Youth Ambassadors) กับประเทศไทย เพื่อกระชับความสัมพันธ์ในระดับประชาชนต่อประชาชนของทั้งสองประเทศให้แน่นแฟ้นมากยิ่งขึ้น โดยจะมีการแลกเปลี่ยนนักศึกษาระหว่างกันเป็นจำนวนเท่าๆกันทั้งฝ่ายไทยและฝ่ายออสเตรเลีย ซึ่งภาครัฐบาลและภาคเอกชนของทั้งสองประเทศจะร่วมกันสนับสนุนเรื่องค่าใช้จ่ายในโครงการดังกล่าว เมื่อเดือน เมษายน ค.ศ. 1997 รัฐบาลออสเตรเลียได้อนุมัติงบประมาณจำนวน 500,000 เหรียญออสเตรเลีย และได้จัดส่งบัณฑิตอาสาสมัครชุดแรกจำนวน 4 คน ไปศึกษาและปฏิบัติหน้าที่ยังศูนย์ของสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนในเขตต่างจังหวัดของประเทศไทย รวมทั้งในเขตกรุงเทพมหานครเพื่อเรียนรู้สภาพความเป็น

⁴⁷ ศูนย์วิจัยกิจการไทย จำกัด, "ออสเตรเลีย-ไทย : จุนเจือเศรษฐกิจ... ผลิตภัณฑ์คุณภาพ",

ผู้จัดการรายวัน (27 กันยายน 2543) : 24.

⁴⁸ เรื่องเดียวกัน , หน้า 24.

อยู่และวิถีชีวิตของคนไทย และให้ความช่วยเหลือประชาชนในด้านการสอนภาษาอังกฤษ ฝึกอบรมทางวิชาชีพและการปฏิบัติงานในโครงการเกี่ยวกับสิ่งแวดล้อม เป็นต้น⁴⁹

2.4.4 มิติความสัมพันธ์ทางด้านความช่วยเหลือของประเทศออสเตรเลียต่อประเทศไทย (Australian Development Assistance to Thailand)

นับตั้งแต่หลังสงครามโลกครั้งที่สองเป็นต้นมา รัฐบาลออสเตรเลียได้ให้ความสำคัญเป็นอย่างมากต่อการส่งเสริมและกระชับความสัมพันธ์กับประเทศต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก โดยในปี ค.ศ. 1950 รัฐบาลออสเตรเลียได้ริเริ่มแผนการโคลัมโบ (Colombo Plan) ซึ่งมีบทบาทเป็นเวทีเจรจาระหว่างประเทศต่างๆ เพื่อร่วมมือกันทางด้านเศรษฐกิจและวิชาการ ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 1971 ออสเตรเลียก็ได้เข้าเป็นสมาชิกองค์การเพื่อความร่วมมือและการพัฒนาทางเศรษฐกิจ (Organization for Economic Cooperation and Development - OECD) เป็นองค์การที่เกิดจากความร่วมมือของประเทศพัฒนาแล้ว ทำหน้าที่กำหนดนโยบายด้านความร่วมมือทางเศรษฐกิจและความร่วมมือทางวิชาการแก่ประเทศกำลังพัฒนา โดยมีจุดมุ่งหมายโดยรวมเพื่อให้การช่วยเหลือแก่ประเทศผู้รับในการพัฒนาทางเศรษฐกิจ สังคมและการเมือง⁵⁰

สำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย (Australian Agency for International Development - AusAID) เป็นหน่วยงานที่อยู่ภายใต้การควบคุมของกระทรวงการต่างประเทศและการค้าของออสเตรเลีย (Department of Foreign Affairs and Trade - DFAT) ซึ่งทำหน้าที่ประสานงานกับประเทศผู้รับความช่วยเหลือผ่านทางสถานทูตประจำประเทศนั้นๆ และมุ่งเน้นการให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศกำลังพัฒนาเป็นหลัก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อลดปัญหาความยากจนและบรรลุถึงการพัฒนายั่งยืนของประเทศผู้รับความช่วยเหลือ อันจะส่งผลถึงความเจริญก้าวหน้าของผลประโยชน์แห่งชาติของออสเตรเลียในที่สุด⁵¹ สำหรับโครงการที่รัฐบาล

⁴⁹ กองแปซิฟิกใต้ กระทรวงการต่างประเทศ , เครือรัฐออสเตรเลีย , <http://www.mfa.go.th/pacific/> (4/4/2000 4 : 45 PM) : 22.

⁵⁰ ปราณี แก้วเขียน , " นโยบายความช่วยเหลือของออสเตรเลีย , " วารสารวิเทศนการ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม- สิงหาคม 2540) : 4-5.

⁵¹ The Australian Agency for International Development , *Better Aid for a Better Future* (Canberra : AusAID , 1997) , p. 5.

ออสเตรเลียมุ่งเน้นและให้ความสำคัญอย่างมากในการให้เงินทุนและความช่วยเหลือ จะเป็นโครงการที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ การศึกษา สาธารณูปโภค การพัฒนาในเขตชนบท และธรรมาภิบาล⁵²

ในปี ค.ศ. 1989 กิจกรรมความร่วมมือที่เกี่ยวข้องกับการพัฒนาระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียได้ถูกรวบรวมเข้ามาอยู่ภายใต้บันทึกความเข้าใจทางการพัฒนาร่วมกัน (Memorandum of Understanding on Development Cooperation) อันส่งผลทำให้เกิดการดำเนินกิจกรรมทางความร่วมมือเพื่อพัฒนาภายใต้ข้อตกลงของตัวแทนจากภาครัฐของทั้งสองประเทศเป็นหลัก สำหรับตัวแทนฝ่ายไทย คือ กรมวิเทศสหการ (Department of Economic and Technical Cooperation - DTEC) ซึ่งจะเป็นตัวกลางที่คอยประสานงานระหว่างสำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย (AusAID) กับหน่วยงานของไทยที่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลออสเตรเลีย⁵³

ตารางที่ 2.4 มูลค่าความร่วมมือที่ประเทศไทยได้รับจากประเทศออสเตรเลียในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1-8 (มูลค่า : พันเหรียญสหรัฐ)

แหล่งความช่วยเหลือจากประเทศออสเตรเลีย	แผนฯที่1	แผนฯที่2	แผนฯที่3	แผนฯที่4	แผนฯที่5	แผนฯที่6	แผนฯที่7	แผนฯที่8
	1961-1966	1967-1971	1972-1976	1977-1981	1982-1986	1987-1991	1992-1996	1996-2000
มูลค่า	11,871	11,190	12,139.9	210,091	416,168	618,911	255,640	199,337

แหล่งข้อมูล : กรมวิเทศสหการ , สำนักนายกรัฐมนตรี

นับตั้งแต่แผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 2 (ค.ศ. 1967-1971) เป็นต้นมา ออสเตรเลียได้เข้ามาให้ความช่วยเหลือทางความร่วมมือแบบทวิภาคีแก่ประเทศไทยอย่างต่อเนื่อง โดยที่ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 1 (ค.ศ. 1961-1966) ออสเตรเลียได้เข้ามาช่วยเหลือในแผนการ โคลัมโบ (Columbo Plan) ซึ่งจะให้ความสำคัญด้านการศึกษา เกษตรกรรม

⁵² Ibid . , pp. 6-7.

⁵³ The Parliament of the Commonwealth of Australia, Australia's relations with Thailand (Canberra : The Australian Government Publishing Service , 1995) , p.90.

การพัฒนาในเขตชนบท และการคมนาคมขนส่ง โดยจะพิจารณาตามความต้องการในการพัฒนาของประเทศไทยเอง รวมทั้งขีดความสามารถที่ออสเตรเลียสามารถจะให้ได้ สำหรับปริมาณความช่วยเหลือที่สูงสุดจะอยู่ในช่วงของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 6 (ค.ศ. 1987-1991) หลังจากนั้นเป็นต้นมา รัฐบาลออสเตรเลียถือว่าความร่วมมือระหว่างสองประเทศอยู่ในระยะปรับเปลี่ยนซึ่งจะค่อยๆลดปริมาณและระดับความช่วยเหลือต่อไทยลงอย่างต่อเนื่อง⁵⁴

ตารางที่ 2.5 ภาพรวมของโครงการที่ได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลออสเตรเลียแก่ประเทศไทยในช่วงปี ค.ศ. 1991 ถึง ค.ศ. 1995

โครงการ	1991/1992	1992/1993	1993/1994	1994/1995
การพัฒนาทางด้านเกษตรกรรม และ การพัฒนาชนบท	33%	22%	14%	12%
โครงสร้างพื้นฐานทางด้านเศรษฐกิจ พลังงาน และเหมืองแร่	27%	30%	21%	18%
การศึกษา และการฝึกอบรม	24%	30%	35%	39%
การวางแผนกิจการสาธารณะ และ โครงสร้างพื้นฐานทางด้านสังคม	11%	14%	23%	21%
อื่นๆ	5%	4%	7%	10%
รวมทั้งสิ้น	100%	100%	100%	100%
โครงการระดับประเทศ	\$ A. 25.7 m	\$ A.28.4 m	\$ A.25.4 m	\$ A.27.4 m
อื่นๆ	\$ A. 9.2 m	\$ A.13.3 m	\$ A.15.5m	\$ A.17.5 m
รวมทั้งสิ้น	\$ A.34.9 m	\$ A.41.7 m	\$ A.40.8 m	\$ A.44.9 m

Source : The Parliament of the Commonwealth of Australia ,Australia's relations with Thailand (Canberra : The Australian Government Publishing Service , 1995),p.91.

ในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 พบว่าแนวโน้มของกิจกรรมในโครงการรับเงินช่วยเหลือจากรัฐบาลออสเตรเลียนั้น มุ่งเน้นไปยังโครงการด้านการศึกษาและฝึกอบรม เพิ่มสูงขึ้นจากในช่วงปี

⁵⁴ ปราณี แก้วเขียน , " นโยบายความช่วยเหลือของออสเตรเลีย , "วารสารวิเทศนการ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม- สิงหาคม 2540) , 7.

ค.ศ. 1991/92 ในสัดส่วนความช่วยเหลือร้อยละ 24 กลายมาเป็นร้อยละ 39 ในช่วงปี ค.ศ. 1994/95 และยังเป็นโครงการที่ได้รับความช่วยเหลือในสัดส่วนที่สูงสุด ในขณะที่โครงการการพัฒนาทางด้านเกษตรกรรม และการพัฒนาในเขตชนบท ซึ่งในช่วงปี ค.ศ. 1986/87 มีสัดส่วนความช่วยเหลือถึงร้อยละ 50 แต่ในช่วงปี ค.ศ. 1991/92 ก็เริ่มลดสัดส่วนความช่วยเหลือลงเหลือเพียงร้อยละ 35 และลดลงเหลือร้อยละ 12 ในช่วงปี ค.ศ.1994/95⁵⁵

เนื่องจากเศรษฐกิจของไทยในช่วงต้นทศวรรษที่1990 มีอัตราการเจริญเติบโตในระดับที่สูงคือมีอัตราเฉลี่ยถึงร้อยละ 8 ต่อปี ประกอบกับสถานะการขาดดุลทางงบประมาณของรัฐบาลออสเตรเลีย ดังนั้นในช่วงปี ค.ศ.1997-98 รัฐบาลออสเตรเลียจึงได้จัดสรรงบประมาณความช่วยเหลือแก่ประเทศไทยมีมูลค่าประมาณ 22.5 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ซึ่งลดลงจากช่วงปีที่แล้วที่มีมูลค่าประมาณ 26.33 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย⁵⁶ เพราะถือว่าประเทศไทยมีศักยภาพในการพัฒนาประเทศด้านทรัพยากรของตนเองได้ กิจกรรมความร่วมมือในอนาคตจึงมีการเปลี่ยนแปลงจากรูปแบบผู้ให้กับผู้รับมาเป็นสถานะที่เท่าเทียมกันมากกว่าเดิม นอกจากนี้แล้วทางรัฐบาลไทยและออสเตรเลียยังมีความเห็นพร้อมกันว่าความช่วยเหลือของออสเตรเลียสำหรับการพัฒนาในประเทศไทยนั้นจะมีปริมาณที่ลดลงเรื่อย ๆ จนกระทั่งยุติความช่วยเหลือลงในปี ค.ศ. 2001⁵⁷

อย่างไรก็ตาม ในปี ค.ศ. 1997 ประเทศไทยประสบกับวิกฤตทางเศรษฐกิจอันส่งผลให้ประเทศไทยต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งปัญหาความยากจนของประชาชนไทยที่เพิ่มสูงขึ้นจากอดีต รัฐบาลออสเตรเลียจึงได้ประกาศที่ให้ความช่วยเหลือด้านการเงินแก่ประเทศไทยผ่านกองทุนการเงินระหว่างประเทศ (IMF) จำนวน 1,000 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย นอกจากนี้แล้วทางรัฐบาลออสเตรเลียยังได้พิจารณาถึงข้อตกลงในอดีตที่ตกลงกันว่าจะยุติการให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศไทย โดยได้ประกาศที่จะให้ความร่วมมือต่อไปในรูปของโครงการความร่วมมือเพื่อการพัฒนาที่มีมูลค่าประมาณ 17 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลียต่อปี

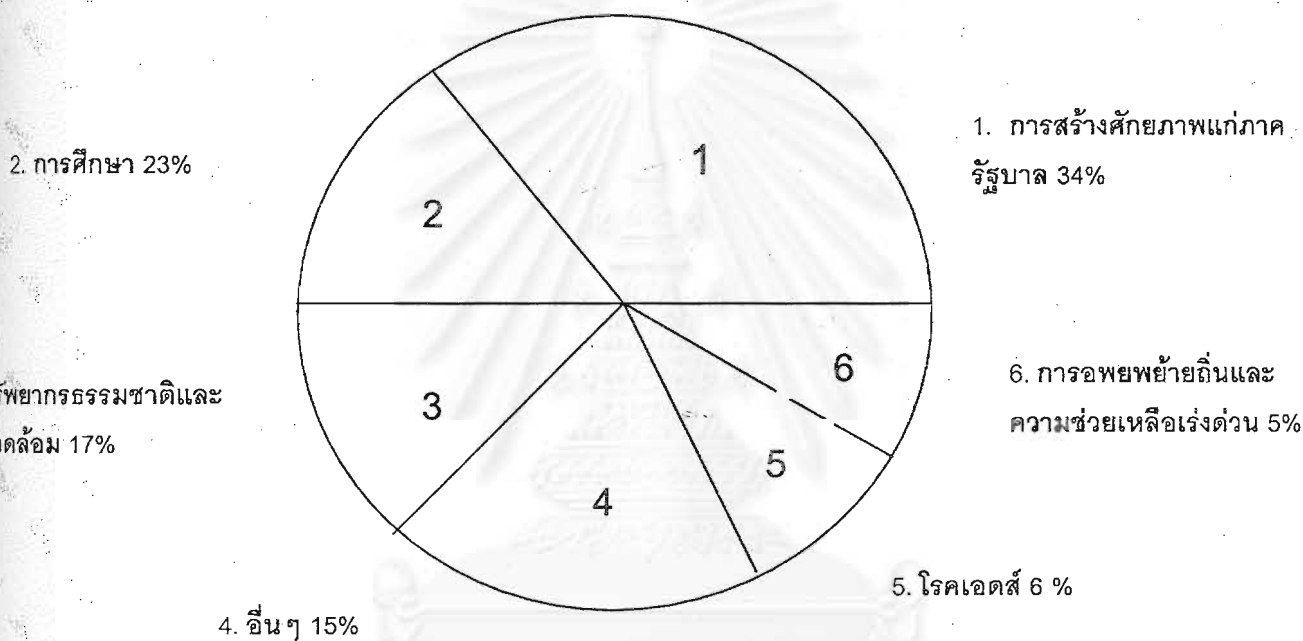
⁵⁵ The Parliament of the Commonwealth of Australia, Australia's relations with Thailand (Canberra : The Australian Government Publishing Service , 1995) , p.91.

⁵⁶ ปราณี แก้วเขื่อน , " นโยบายความช่วยเหลือของออสเตรเลีย ," วารสารวิเทศนการ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม- สิงหาคม 2540) , 8.

⁵⁷ The Australian Agency for International Development , Australia and Thailand : Supporting social and economic recovery for the people of Thailand (Canberra : AusAID , 2000) , p. 3.

สำหรับในช่วงปี ค.ศ. 1998 ถึง ค.ศ. 2000 และจะยังคงดำเนินการขยายความช่วยเหลือแก่ประเทศไทยต่อไปอีก⁵⁸

รูปภาพที่ 2.1 ปริมาณความช่วยเหลือของออสเตรเลีย แก่ประเทศไทยในโครงการต่าง ๆ ในช่วงปี ค.ศ. 1999-2000



Source : The Australia Agency for International Development, Australia and Thailand : Supporting social and economic recovery for the people of Thailand (Canberra : AusAID , 2000), p. 4.

ในการช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญญวิกฤตทางเศรษฐกิจของประเทศไทย รัฐบาลออสเตรเลียได้จัดทำกิจกรรมความร่วมมือในกรอบของแผนกลยุทธ์ (Country Strategy Paper) สำหรับเป็นแนวทางความร่วมมือกับประเทศไทยในช่วงปี ค.ศ. 1998-2000 ⁵⁹ โดยได้ดำเนินกิจกรรมการให้ความช่วยเหลือใน 3 แนวทาง กล่าวคือ สนับสนุนการจัดตั้งระบบธรรมาภิบาล ช่วยเหลือในการ

⁵⁸ Ibid . , p. 3.

⁵⁹ กรมวิเทศสหการ , รายงานประจำปี 2542 (กรุงเทพฯ : กรมวิเทศสหการ , 2542) , หน้า 14.

ปฏิรูประบบเศรษฐกิจและการเงิน และช่วยลดผลกระทบทางสังคมอันเกิดจากวิกฤตทางเศรษฐกิจที่มีต่อกลุ่มประชากรผู้ยากจนและขาดโอกาส⁶⁰ นอกจากนี้แล้วประเทศไทยยังคงได้รับประโยชน์จากโครงการความช่วยเหลือที่ทางรัฐบาลออสเตรเลียได้จัดทำขึ้นในระดับภูมิภาค อาทิ “กองทุนการปฏิรูปและฟื้นฟูแห่งเอเชีย (Asia Recovery and Reform Fund)” “โครงการภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ (South East Asia Regional Program)” และ “โครงการความร่วมมือเพื่อการพัฒนาระหว่างสมาชิกในกลุ่มอาเซียนกับประเทศออสเตรเลีย (The ASEAN – Australia Development Cooperation Program - AADCP)” เป็นต้น⁶¹

นอกจากนี้แล้ว ทางรัฐบาลออสเตรเลียและไทยมีความเห็นชอบร่วมกันที่จะพัฒนารูปแบบของความร่วมมือระหว่างสองประเทศที่เป็นแบบทวิภาคี โดยให้ขยายกลายเป็นความร่วมมือแบบไตรภาคี โดยการใช้ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ และเทคโนโลยีจากหน่วยงานของไทยในการเสริมเข้ากับการให้ความช่วยเหลือจากออสเตรเลียแก่ประเทศที่สามในกลุ่มภูมิภาคผู้นำโขง อาทิ ประเทศลาว และกัมพูชา เพราะเหตุว่า การให้ความช่วยเหลือในลักษณะดังกล่าวมีความเหมาะสมกับสภาพการพัฒนาของประเทศเหล่านี้ และยังมีค่าใช้จ่ายที่ต่ำกว่าการใช้บุคลากรหรือเทคโนโลยีจากออสเตรเลีย รวมทั้งยังมีส่วนช่วยสร้างความสัมพันธ์ระหว่างประเทศภายในภูมิภาคเดียวกันให้มีความใกล้ชิดกันมากขึ้นอีกด้วย⁶²

สถาบันวิทยบริการ

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁶⁰ The Australian Agency for International Development , Australia and Thailand : Supporting social and economic recovery for the people of Thailand (Canberra : AusAID , 2000) , p. 4.

⁶¹ Ibid. , p. 15.

⁶² ปราณี เก้าเดือน , " นโยบายความช่วยเหลือของออสเตรเลีย , "วารสารวิเทศนการ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม- สิงหาคม 2540) : 8-9.

บทที่ 3

พัฒนาการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในโครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ. 1993-2001

ตลอดช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาจนกระทั่งปัจจุบัน โรคเอดส์นับว่าเป็นประเด็นปัญหาระดับโลก (global issue) ที่มีความสำคัญยิ่งต่อมวลมนุษยชาติ เนื่องมาจากลักษณะของโรคที่มีความรุนแรงและได้แพร่ระบาดสู่ประชาชนทุกกลุ่มของสังคมอย่างกว้างขวางและรวดเร็ว อันส่งผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศ จากรายงานการประชุมวาระพิเศษขององค์การสหประชาชาติว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์ (United Nations Special Session on HIV / AIDS) ระหว่างวันที่ 25 ถึง 27 มิถุนายน ค.ศ. 2001 ที่เขตนครนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ระบุว่าเมื่อสิ้นสุดปี ค.ศ. 2000 ประชากรที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ทั่วโลกมีจำนวนทั้งสิ้นประมาณ 36.1 ล้านราย โดยที่ประชากรที่ติดเชื้อถึงร้อยละ 90 อยู่ในกลุ่มประเทศกำลังพัฒนา นอกจากนี้แล้วยังมีแนวโน้มของอัตราการแพร่ระบาดที่ขยายตัวไปทั่วโลกเพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย จากลักษณะดังกล่าว โรคเอดส์จึงกลายเป็นอุปสรรคสำคัญที่ท้าทายความสามารถของรัฐทุกรัฐในการจัดการ ซึ่งจะส่งผลถึงระดับการพัฒนาทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม รวมทั้งการดำรงอยู่ของประชากรของทุกประเทศทั่วโลกในที่สุด

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome - AIDS) หมายถึง กลุ่มอาการของโรคที่เกิดจากภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่องซึ่งเป็นโรคติดต่อที่เกิดขึ้นจากเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งโดยกำหนดให้เรียกชื่อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคเอดส์ว่า เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus - HIV) ซึ่งเมื่อเชื้อไวรัสดังกล่าวเข้าสู่ร่างกายจะมีการฟักตัวอยู่ระยะหนึ่ง ต่อมาไวรัสเอดส์จะมีการเพิ่มจำนวนมากขึ้นและจะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกาย ทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลงหรือไม่มีเลย ร่างกายจึงติดเชื้อโรคชนิดต่างๆ ได้ง่ายแม้กระทั่งเชื้อโรคที่พบทั่วไปในธรรมชาติและไม่ทำอันตรายต่อคนปกติ แต่จะเป็นอันตรายสำหรับผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีระบบ

¹ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, Declaration of Commitment on HIV/AIDS :

"Global Crisis - Global Action", http://www.unaids.org/whatnew/others/un_special/Declaration2706_en.htm (11/8/2001 5:00 AM) : 1.

ภูมิคุ้มกันลดน้อยลง² โดยเฉพาะอย่างยิ่งเชื้อโรคชนิดฉวยโอกาส เช่น ปอดบวม วัณโรค และมะเร็งบางชนิด ซึ่งจะทำให้มีอาการรุนแรงและเสียชีวิตอย่างรวดเร็ว³

สำหรับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์นั้น สามารถติดต่อโดยที่เชื้อไวรัสจะปะปนมากับของเหลวต่างๆ ที่ออกมาจากร่างกายของผู้ป่วย โดยเฉพาะเลือด น้ำอสุจิและน้ำจากช่องคลอด ซึ่งสามารถแพร่กระจายไปยังผู้อื่น ได้จากการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อ การได้รับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดหรือจากเข็มฉีดยาที่เปื้อนเลือดของผู้ติดเชื้อ หรือได้รับการปลูกถ่ายอวัยวะจากผู้ติดเชื้อ และยังติดต่อได้จากมารดาไปยังบุตรขณะอยู่ในครรภ์ ขณะคลอดหรือจากการดื่มนมมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้การสัมผัสตุ่มเลือดต่างๆ ทางบาดแผลหรือทางอื่นใดที่สามารถเข้าสู่กระแสเลือดของผู้สัมผัสได้ ก็เป็นสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีได้⁴

สำหรับอาการและการดำเนินของโรคเอดส์ได้มีการแบ่งออกเป็น 3 ระยะ กล่าวคือ⁵

ระยะที่ 1 เป็นช่วงที่ไม่ปรากฏอาการ (Asymptomatic stage) หรือระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อจะไม่มีอาการใดๆ เลย สุขภาพจะแข็งแรงเหมือนคนปกติทุกประการ อาจจะมีเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่นเดียวกับคนปกติทั่วไป ไม่มีโรคแทรกซ้อน บางคนอาจจะอยู่ในระยะนี้โดยเฉลี่ยประมาณ 7-8 ปี ถึงแม้ว่าในระยะนี้จะไม่มีการแสดงแต่ก็สามารถแพร่เชื้อให้กับบุคคลอื่นได้

ระยะที่ 2 เป็นช่วงที่มีความสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS Related Complex - ARC) ซึ่งในระยะนี้นอกจากปรากฏผลการตรวจเลือดจะให้ผลบวกแล้ว ยังปรากฏอาการอย่างใดอย่างหนึ่ง อาทิ ต่อมน้ำเหลืองโตหลายแห่งติดต่อกันเป็นเวลานานกว่า 3 เดือน, น้ำหนักตัวลดลงอย่างรวดเร็วมากกว่า 10% ของน้ำหนักตัวในหนึ่งเดือน, อุจจาระร่วงเรื้อรังเป็นเวลานานกว่า 1 เดือนโดยไม่ทราบสาเหตุ มีฝ้าขาวที่ลิ้นและในลำคอ มีไข้เรื้อรังโดยไม่ทราบสาเหตุ และมีการติดเชื้อแทรกซ้อนที่ไม่ร้ายแรง เช่น เริมที่ไม่ถูกกลาม (Herpes simplex) และวัณโรคชนิดที่ไม่แพร่กระจาย (Tuberculosis) เป็นต้น ซึ่งในระยะที่มีความสัมพันธ์กับเอดส์นี้จะสามารถอยู่ในระยะนี้นานหลายเดือนหรือเป็นปีก่อนเข้าสู่ระยะเอดส์เต็มขั้นต่อไป

² กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, คู่มือแนวทางการให้บริการปรึกษาแนะแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์ (กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก , 2537), หน้า 9.

³ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก , 2537), หน้า 5.

⁴ ปราโมทย์ ธีรพงษ์, "แนวทางการรักษาโรคเอดส์ในปัจจุบัน," วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 (2541) : 152.

⁵ สดาวร มานัสสถิตย์, ถามตอบปัญหาเอดส์ (กรุงเทพฯ : รุ่งเรืองรัตนพรินติ้ง , 2528), หน้า 88-90.

ระยะที่ 3 เป็นช่วงเอดส์เต็มขั้น (Full-blown AIDS) หรือที่เรียกว่าโรคเอดส์ เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายลงมาก จนถึงภาวะวิกฤติที่ร่างกายไม่สามารถป้องกันตนเองจากเชื้อโรคชนิดอื่นๆ แม้แต่เชื้อที่ตามปกติไม่สามารถทำอันตรายต่อร่างกายคนปกติได้ ทำให้มีการติดเชื้อโรคได้ง่าย โดยเชื้อโรคเหล่านี้ถูกเรียกว่า โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งมีอยู่หลายชนิดแล้วแต่จะมีการติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดใด ที่ส่วนใด อาการแสดงที่จะพบจึงเป็นได้หลายแบบแล้วแต่ว่าจะเป็น การติดเชื้อในระบบใดของร่างกาย อาทิ ถ้าเป็นปอดบวมก็เกิดจากเชื้อ *Pneumocystis carinii* ถ้าเป็นสมองอักเสบก็เกิดจากเชื้อ *Cryptococcus* ในบางรายอาจจะมึนงงบางชนิด เช่น มึนงง หลอดเลือด และมึนงงต่อมน้ำเหลือง เป็นต้น

อาจกล่าวได้ว่าประวัติการระบาดของโรคเอดส์ เริ่มพบครั้งแรกในเดือนมิถุนายน ค.ศ. 1981 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่ามีชายรักร่วมเพศที่มีอาการป่วยเป็นปอดบวมจากเชื้อชนิดหนึ่งซึ่งมีชื่อว่า *Pneumocystis Carinii* และได้ถึงแก่ความตาย ทั้งที่เป็นคนแข็งแรงมาก่อน และไม่เคยใช้ยา กัดภูมิคุ้มกัน ซึ่งผลตรวจทางห้องปฏิบัติการพบว่า การทำงานของเซลล์ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วยเสื่อมและเสียไป⁶ นอกจากนี้แล้วยังพบว่า มีผู้ป่วยอีกหลายรายต่อมาที่มีอาการของระบบภูมิคุ้มกันทางเสื่อม แล้วมีการติดเชื้อจากเชื้อต่างๆ ที่ฉวยโอกาส⁷

จากลักษณะดังกล่าว จึงก่อให้เกิดการตระหนักถึงความสำคัญของมหันตภัยของโรคร้ายนี้ในกลุ่มนักวิชาการทางการแพทย์และสาธารณสุข ดังนั้นเพื่อความสะดวกในการสืบหาสาเหตุของระบบภูมิคุ้มกันของผู้ป่วยที่เสื่อมหรือบกพร่องนี้ “ ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติของสหรัฐอเมริกา (United State Centers for Disease Control and Prevention) ” จึงกำหนดคำจำกัดความสำหรับการเฝ้าระวังและเรียกกลุ่มอาการของผู้ป่วยที่มีผลมาจากระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมนี้ว่า “ เอดส์ (AIDS) ” และในที่สุดก็ได้กำหนดให้เรียกชื่อไวรัสที่ก่อให้เกิดโรคเอดส์นี้ว่า “ เอชไอวี (HIV) ”⁸

⁶ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข, การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์. (กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก , 2537), หน้า 5.

⁷ บรรลุ ศิริพานิช และประยูร ภูนาส, เอดส์ : มหันตภัยของโลก (กรุงเทพฯ : มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล, 2533), หน้า 4-5.

⁸ ทัยศ คุณานุสนธิ์, เอดส์ : ปัญหา ผลกระทบ และการสนองตอบของประเทศไทย (กรุงเทพฯ : เจเอสการพิมพ์, 2543), หน้า 1-3.

ตารางที่ 3.1 สถิติและลักษณะของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์
ในแต่ละภูมิภาคทั่วโลกเมื่อสิ้นสุดปี ค.ศ. 2000

Region	Epidemic started	Adults and children living with HIV/AIDS (million)	Adults and children newly infected with HIV (million)	Adult prevalence rate ^a (%)	HIV positive woman (%)	Main mode(s) of transmission for those living with HIV/AIDS ^b
Sub-Saharan Africa	Late 70s-early 80s	25.3	3.8	8.8	55	Hetero
North Africa and Middle East	Late 80s	0.4	0.080	0.2	40	Hetero, IDU
South and south-east Asia	Late 80s	5.8	0.78	0.56	35	Hetero, IDU
East Asia and Pacific	Late 80s	0.64	0.13	0.07	13	IDU, Hetero, MSM
Latin America	Late 70s- early 80s	1.4	0.15	0.5	25	MSM, IDU, Hetero
Caribbean	Late 70s- early 80s	0.39	0.06	2.3	35	Hetero, MSM
Eastern Europe and central Asia	Early 90s	0.7	0.25	0.35	25	IDU, MSM
Western Europe	Late 70s-early 80s	0.54	0.03	0.24	25	MSM, IDU
North America	Late 70s-early 80s	0.92	0.0045	0.6	20	MSM, IDU, Hetero
Australia and New Zealand	Late 70s-early 80s	0.015	0.0005	0.13	10	MSM, IDU
TOTAL		36.1	5.3	1.1	47	

^a The proportion of adults (15 to 49 years age) living with HIV/AIDS in 2000, using 2000 population numbers

^b Hetero : heterosexual transmission; IDU : transmission through injection drug use; MSM : sexual transmission among men who have sex with men

แหล่งข้อมูล : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, "การเฝ้าระวังเอดส์ทั่วโลกภาค 1 และภาค 2,"
วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 4 (2543) : 216.

จากตารางที่ 3.1 แสดงถึงสถิติและลักษณะของการระบาดและการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ของแต่ละภูมิภาคทั่วโลก ซึ่งสามารถจำแนกออกเป็น 3 รูปแบบตามสภาพของสังคมและสถานะการระบาดที่แตกต่างกันกล่าวคือ การระบาดรูปแบบที่ 1 เป็นลักษณะการระบาดในทวีปอเมริกาเหนือ ยุโรป ออสเตรเลีย นิวซีแลนด์ และบางประเทศในแถบอเมริกากลาง คาดกันว่าการระบาดของเชื้อเอดส์ในแถบนี้มีมาตั้งแต่ปลายทศวรรษ 1970 ผู้ป่วยส่วนใหญ่เป็นบุคคลรักร่วมเพศหรือรักทั้งสองเพศ ดังนั้นการแพร่ของเชื้อเอดส์จึงเกิดจากการมีพฤติกรรมรักร่วมเพศเป็นส่วนใหญ่ นอกจากนี้แล้วยังพบในกลุ่มผู้ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นเลือด โดยใช้เข็มและกระบอกฉีดรวมทั้งอุปกรณ์อื่น ๆ ร่วมกันอีกด้วย โดยที่ผู้ป่วยติดเชื้อมักจะเป็นเพศชายถึงร้อยละ 90 ซึ่งทำให้อัตราการแพร่เชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารกจึงมีน้อยมาก

สำหรับการระบาดรูปแบบที่ 2 จะพบในทวีปแอฟริกาตอนใต้ และบางส่วนของหมู่เกาะคาริเบียน โดยเชื้อเอดส์เริ่มแพร่ระบาดพร้อม ๆ กับรูปแบบที่ 1 และมีการระบาดทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการมีพฤติกรรมแบบรักร่วมเพศเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์จะเป็นเพศชายและเพศหญิงในปริมาณเท่า ๆ กัน การแพร่จากการฉีดยาเสพติดมีน้อยมาก เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอดส์ในเพศหญิงมีจำนวนมาก ดังนั้นการระบาดเชื้อเอดส์ในกลุ่มทารกจึงมีปริมาณที่สูงด้วยเช่นกัน

การระบาดรูปแบบที่ 3 ซึ่งเป็นรูปแบบสุดท้าย จะพบในทวีปยุโรปตะวันออก แอฟริกาตอนเหนือ บางส่วนของลาตินอเมริกา และเอเชีย โดยที่เชื้อเอดส์เริ่มแพร่กระจายในปลายทศวรรษ 1980 จึงพบการติดเชื้อเอดส์ล่าช้ากว่าอาณาบริเวณในกลุ่มประเทศของรูปแบบที่ 1 และ 2 ซึ่งผู้ติดเชื้อในระยะแรก ๆ มักจะมีประวัติการสัมผัสโรคกับคนในรูปแบบที่ 1 และ 2 และติดเชื้อโรคนั้นไปอยู่ในประเทศแถบดังกล่าว นอกจากนี้แล้วยังพบว่า การติดเชื้อเอดส์ได้ขยายตัวเพิ่มขึ้นในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงติดเชื้อ ได้แก่ ชายและหญิงบริการ ผู้ฉีดยาเสพติด รวมทั้งผู้ป่วยโรคเลือดในเวลาต่อมา

3.1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทั่วโลกเมื่อสิ้นสุดปี ค.ศ. 2000

จากข้อมูลของโครงการเอดส์สหประชาชาติ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - UNAIDS) และองค์การอนามัยโลก (World Health Organization - WHO) ณ สิ้นปี ค.ศ. 2000 ประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อรายใหม่ตลอดปี ค.ศ. 2000 จำนวนทั้งสิ้น 5.3 ล้านราย โดยมีอัตรา

⁹ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข , "ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์," คู่มือแนวทางการให้บริการปรึกษาและแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์ (กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก , 2537), หน้า 12.

ส่วนของการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างเพศชายกับเพศหญิงเกือบเท่ากัน (ชาย 2.4 ล้านราย หญิง 2.3 ล้านราย และเด็กอายุต่ำกว่า 15 ปี จำนวน 600,000 ราย) จากสถิติดังกล่าว ส่งผลทำให้มีผู้ติดเชื้อทั้งสิ้นนับจาก ค.ศ. 1982 ถึง ค.ศ. 2000 รวม 36.1 ล้านราย¹⁰ โดยที่มีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ตลอดปี ค.ศ. 2000 รวม 3 ล้านราย ซึ่งเป็นร้อยละ 52 ของสาเหตุการเสียชีวิตในปี ค.ศ. 2000 และมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์นับตั้งแต่มีการแพร่ระบาดจนกระทั่งปี ค.ศ. 2000 รวม 21.8 ล้านราย นอกจากนี้แล้วจะพบการกระจายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามภูมิภาคต่าง ๆ โดยพบจำนวนผู้ติดเชื้อสูงสุดในทวีปแอฟริกาจำนวน 25.3 ล้านราย (ร้อยละ 72) ทวีปเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จำนวน 5.8 ล้านราย (ร้อยละ 16.6) ทวีปอเมริกาใต้จำนวน 1.4 ล้านราย (ร้อยละ 4.1) และส่วนที่เหลือจะกระจายไปตามภูมิภาคอื่น ๆ ของโลก¹¹

สำหรับสาเหตุของการระบาดเริ่มมีความชัดเจนขึ้นมากจากการศึกษาทางระบาดวิทยาในภูมิภาคต่าง ๆ ของโลก อาทิ ในทวีปแอฟริกายังประสบกับปัญหาการแพร่ระบาดผ่านทางเพศสัมพันธ์และการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก ในขณะที่คณะผู้บริหารประเทศยังขาดความสนใจอย่างจริงจัง จึงทำให้ภูมิภาคนี้ของโลกมีจำนวนผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์สูงที่สุด ในขณะที่ทวีปเอเชียพบจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างช้า ๆ เมื่อเทียบกับทวีปแอฟริกา แต่มีแนวโน้มที่จะเพิ่มสูงขึ้นเพราะวิธีการแพร่ระบาดมีทั้งทางเพศสัมพันธ์และยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นในแถบลาตินอเมริกามีปัญหาจากวิธีการแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์หลายวิธีมาก รวมทั้งจากวิธีการรักร่วมเพศ ในขณะที่แถบทะเลคาริบเบียนแม้จะมีลักษณะที่เป็นเกาะเล็กเกาะน้อยแต่ก็พบว่ามีอัตราการติดเชื้อที่สูงมาก ส่วนในทวีปยุโรปตะวันออกและเอเชียกลางมีกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเป็นจำนวนมากจึงกลายเป็นวิธีการแพร่ระบาดหลัก แต่ก็พบว่ามีปัญหาของการขายบริการทางเพศที่เพิ่มมากขึ้นตามปัญหาเศรษฐกิจของแต่ละประเทศ ดังนั้นอาจจะกลายเป็นปัจจัยที่ทำให้แนวโน้มของผู้ติดเชื้อเพิ่มสูงขึ้น สุดท้ายในกลุ่มของประเทศที่พัฒนาแล้ว ถึงแม้ว่าจะมีการใช้ยาต้านไวรัสอย่างแพร่หลาย และส่งผลทำให้อายุขัยเฉลี่ยของผู้ติดเชื้อมีอายุที่ยาวขึ้น แต่ก็เริ่มมีข้อมูลที่บ่งชี้ว่าปัญหาการแพร่ระบาดมีแนวโน้มที่สูงขึ้น เพราะเกิดขึ้นจากประชากรของประเทศในกลุ่มเหล่านี้มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ที่เพิ่มขึ้น¹²

¹⁰ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS , *An overview of the AIDS epidemic* , http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fsoverview_en.htm (11/8/2001 5:30 AM) : 1.

¹¹ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข, "การเฝ้าระวังเอดส์ทั่วโลก ภาค1และภาค2," *วารสารโรคเอดส์* ปีที่ 12 (2543) : 213-217.

¹² ศูนย์ความร่วมมือการวิจัยโรคเอดส์, " รายงานการประชุมโรคเอดส์ครั้งที่ 13 เมืองเดอร์บัน ประเทศสหภาพแอฟริกาใต้ 9-14 กุมภาพันธ์ 2543," *วารสารโรคเอดส์* ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 (2544) : 41-42.

ตารางที่ 3.2 จำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในแต่ละประเทศทั่วโลก ณ วันที่ 15 พฤศจิกายนค.ศ. 2000

Country/area	Number of cases	Date of report Date	Country/area	Number of cases	Date of report Date
Africa			Europe		
Algeria	410	15.11.99	Albania	11	31.03.00
Angola	2433	26.03.99	Armenia	22	31.03.00
Benin	2813	06.06.98	Austria	1969	31.03.00
Botswana	10178	26.10.00	Azerbaijan	20	31.03.00
Burkina Faso	13518	11.06.99	Belarus	26	31.03.00
Burundi	25361	25.09.00	Belgium	2599	31.03.00
Cameroon	18986	29.10.99	Bosnia and Herzegovina	25	31.03.00
Cape Verde	281	17.10.00	Bulgaria	67	31.03.00
Central African Republic	7016	30.05.97	Croatia	152	31.03.00
Chad	11299	01.02.97	Czech Republic	135	31.03.00
Comoros	20	27.10.99	Denmark	2246	31.03.00
Congo	40643	17.10.00	Estonia	23	31.03.00
Cote d'Ivoire	55957	08.08.00	Finland	298	31.03.00
Democratic Republic of the Congo	47557	20.10.99	France	49421	31.03.00
Equatorial Guinea	486	18.10.00	Georgia	31	31.03.00
Eritrea	6873	30.06.99	Germany	18524	31.03.00
Ethiopia	37874	04.07.99	Greece	2015	31.03.00
Gabon	1660	31.12.97	Hungary	350	31.03.00
Gambia	637	15.06.99	Iceland	50	31.03.00
Ghana	40029	13.10.00	Ireland	691	31.03.00
Guinea	5307	14.06.99	Israel	618	31.03.00
Guinea-Bissau	1160	10.08.00	Italy	45605	31.03.00
Kenya	81492	28.09.98	Kazakhstan	25	31.03.00
Lesotho	7317	31.12.98	Kyrgyzstan	27	31.03.00
Liberia	272	26.10.98	Latvia	48	31.03.00
Madagascar	37	07.10.99	Lithuania	28	31.03.00
Malawi	50975	21.05.98	Luxembourg	142	31.03.00
Mali	5263	14.10.99	Malta	47	31.03.00
Mauritania	532	31.05.97	Monaco	40	31.03.00
Mauritius	57	26.07.00	Netherlands	5155	31.03.00
Mozambique	14815	30.04.00	Norway	663	31.03.00
Namibia	19441	23.11.99	Poland	839	31.03.00
Niger	4965	26.10.00	Portugal	6558	31.03.00
Nigeria	26276	13.09.99	Republic of Moldova	26	31.03.00
Reunion	166	31.12.95	Romania	6089	31.03.00
Rwanda	15903	31.12.97	Russian Federation	409	31.03.00
			San Mario	14	31.03.00

São Tome and Principe	70	14.10.99	Slovakia	23	31.03.00
Senegal	2688	20.11.99	Slovenia	84	31.03.00
Seychelles	37	11.10.00	Spain	56491	31.03.00
Sierra Leone	317	21.08.98	Sweden	1694	31.03.00
South Africa	12825	30.10.96	Switzerland	6780	31.03.00
Swaziland	3528	15.07.99	Tajikistan	-	31.03.00
Togo	12047	17.10.00	The Former Yugoslav Republic of	31	31.03.00
Uganda	54712	31.03.99	Macedonia		
United Republic of Tanzania	112052	11.08.99	Turkey	316	31.03.00
Zambia	44942	31.07.97	Turkmenistan	1	31.03.00
Zimbabwe	74782	30.11.98	Ukraine	1277	31.03.00
Total	876009		United Kingdom	16813	31.03.00
Americas			Uzbekistan	7	31.03.00
Anguilla	5	30.12.95	Yugoslavia, Federal Republic of	825	31.03.00
Antigua and Barbuda	103	31.05.99	Total	229350	
Argentina	15166	01.10.99	South-East Asia		
Bahamas	3098	28.02.99	Bangladesh	10	31.03.98
Barbados	1043	16.09.99	Bhutan	0	30.11.96
Belize	198	30.04.97	Democratic People's Republic of Korea	0	30.11.96
Bermuda	346	15.11.99	India	8438	31.08.99
Bolivia	179	16.04.98	Indonesia	265	15.11.99
Brazil	145327	30.11.98	Maldives	5	30.04.97
British Virgin Islands	16	31.10.98	Myanmar	2568	31.03.98
Canada	17076	08.11.00	Nepal	261	30.06.99
Cayman Islands	24	31.05.99	Sri Lanka	93	11.02.99
Chile	2821	30.06.00	Thailand	128606	31.10.99
Columbia	8433	31.12.97	Total	140246	
Costa Rica	1580	15.11.99	Western Pacific		
Cuba	846	31.08.99	American Samoa	0	02.10.00
Dominica	87	15.11.99	Australia	8354	02.10.00
Dominican Republic	4733	10.09.99	Brunei Darussalam	16	02.10.00
Ecuador	872	28.02.98	Cambodia	6005	12.10.00
El Salvador	2378	15.11.99	China	707	02.10.00
French Guiana	641	31.12.97	Cook Island	0	02.10.00
Grenada	103	30.11.97	Fiji	8	02.10.00
Guadeloupe	790	31.12.97	Hong Kong Special Administrative Region	467	02.10.00
Guatemala	3411	14.09.00	of China		
Guyana	1053	31.10.98	Japan	2066	12.10.00
Haiti	8899	28.02.99			
Honduras	8217	28.01.98			
Jamaica	2975	15.11.99			

Martinique	436	31.12.97	Lao People's	105	19.10.00
Mexico	42762	31.12.99	Democratic Republic		
Montserrat	8	31.05.99	Macao	20	02.10.00
Netherlands Antilles and Aruba	257	31.03.96	Malaysia	4118	10.10.00
Nicaragua	182	15.11.99	Mongolia	1	02.10.00
Panama	1942	15.11.99	Philippines	470	10.10.00
Paraguay	424	15.07.98	Republic of Korea	186	02.10.00
Peru	8940	30.09.99	Singapore	698	02.10.00
Saint Kitts and Nevis	58	08.09.97	Viet Nam	3877	02.10.00
Saint Lucia	111	28.02.99	French Polynesia	74	02.10.00
Saint Vincent and the Grenadines	139	31.12.98	Guam	64	02.10.00
Suriname	211	31.12.96	Kiribati	16	02.10.00
Trinidad and Tobago	2613	02.07.97	Mariana Islands	14	02.10.00
Turk and Caicos Islands	39	03.11.93	Marshall Islands	2	02.10.00
United States of America	733374	31.12.99	Micronesia (Federated States of)	3	17.10.00
Uruguay	1193	22.09.99	Nauru	0	02.10.00
Venezuela	7282	24.04.98	New Caledonia and Dependencies	77	02.10.00
Total	1030391		New Zealand	736	02.10.00
Eastern			Niue	0	02.10.00
Mediterranean			Palau	1	10.10.00
Afghanistan	-	17.10.99	Papua New Guinea	772	10.10.00
Bahrain	74	15.10.00	Samoa	6	10.10.00
Cyprus	97	09.08.99	Solomon Islands	0	10.10.00
Djibouti	1783	06.04.99	Tokelau	0	02.10.00
Egypt	235	30.06.00	Tonga	8	10.10.00
Iran	215	25.01.99	Tuvalu	0	02.10.00
Iraq	108	18.04.99	Vanuatu	0	10.10.00
Jordan	80	15.10.00	Wallis and Futuna Islands	1	02.10.00
Kuwait	46	18.05.99	Total	28872	
Lebanon	147	02.03.99	World total	2312860	
Libyan Arab Jamahiriya	32	25.05.99			
Morocco	557	24.02.99			
Oman	367	11.08.99			
Pakistan	173	24.05.99			
Qatar	93	10.06.99			
Saudi Arabia	414	01.08.99			
Somalia	13	05.10.99			

Sudan	2735	05.10.99
Syrian Arab Republic	71	17.10.99
Tunisia	541	30.06.00
United Arab Emirate	22	30.06.00
West Bank and Gaza Strip	33	21.08.99
Yemen	156	25.02.99
Total	7992	

แหล่งข้อมูล : กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข , “การเฝ้าระวังเอดส์ทั่วโลกภาค 1 และภาค 2,”
วารสารโรคเอดส์ ปีที่12 ฉบับที่4 (2543) : 214-215.

3.2 โรคเอดส์กับปัญหาความมั่นคงแห่งชาติ

นับตั้งแต่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขได้ทำการศึกษาและค้นพบโรคเอดส์ในปีค.ศ. 1981 ที่ประเทศสหรัฐอเมริกา ด้วยระยะเวลาเพียง 10 ปีต่อมา โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดอย่างรวดเร็วไปทั่วถึงยังทุกสังคมและประเทศในโลก นอกจากนี้แล้วยังไม่มีประเทศใดที่กล่าวอ้างได้ว่าสามารถยับยั้งและยุติการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ จากลักษณะดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงศักยภาพของโรคเอดส์ที่สามารถระบอบได้ข้ามพรมแดน โดยที่ไม่มีปัจจัยทางการเมือง เศรษฐกิจ สังคมและวัฒนธรรมใดๆจะสามารถเข้ามาขัดขวางการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้¹³ นอกจากนี้แล้วจากการที่ไม่สามารถค้นพบวิธีการรักษาหรือยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในปัจจุบันได้ โรคเอดส์จึงกลายเป็นภัยคุกคามต่อการดำรงชีวิตและความอยู่รอดของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจ การเมืองและสังคม อันส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของมนุษย์ (human security) และกลายเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงของชาติ (national security) ในที่สุด

ในช่วงต้นปี ค.ศ. 2000 คณะมนตรีความมั่นคงแห่งสหประชาชาติ (UN Security Council) ได้ตระหนักถึงภัยคุกคามที่เกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์อันส่งผลกระทบต่อสันติภาพและความมั่นคงของโลก จึงได้ริเริ่มจัดการประชุมและสัมมนาในประเด็นปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ ซึ่งถือว่าเป็นครั้งแรกที่หน่วยงานทางการแพทย์ระดับสูงของโลก

¹³ Jonathan M. Mann, Daniel J.M. Tarantola and Thomas W. Netter , AIDS in the World

ได้ให้ความสำคัญในประเด็นทางด้านสาธารณสุข¹⁴ จนกระทั่งในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 2000 สมาชิกคณะมนตรีความมั่นคงแห่งสหประชาชาติได้ลงมติที่ 1308 (Resolution 1308) เพื่อเน้นการให้ความสำคัญและความร่วมมือกับการจัดการกับการแพร่ระบาดของเชื้อไวรัสโรคเอดส์¹⁵ และในการประชุมสุดยอดรับสหัสวรรษใหม่ขององค์การสหประชาชาติ (United Nations Millennium Summit) ในเดือนกันยายน ค.ศ. 2000 โรคเอดส์ก็เป็นประเด็นปัญหาหนึ่งที่ประเทศสมาชิกผู้เข้าร่วมประชุมมีความเห็นคล้ายตามกันหมดถึงภัยคุกคามที่มาจากโรคเอดส์และได้กำหนดวางแผนเพื่อหาแนวทางร่วมกันที่จะยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์¹⁶

นับตั้งแต่มีการอุบัติขึ้นของโรคเอดส์ ถือได้ว่าเป็นช่วงเวลาที่เป็นประเด็นทางด้านความมั่นคงของมนุษย์ (human security) โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเด็นที่เกิดขึ้นจากปัญหาทางด้านสุขภาพได้รับการพิจารณาและความสนใจอย่างมาก อันเป็นผลมาจากการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอดส์ที่กว้างขวางทั่วโลกจนทำให้มีปริมาณของผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคเอดส์อยู่ในระดับที่สูงมากตามไปด้วย จากลักษณะดังกล่าว โรคเอดส์จึงกลายเป็นปัญหาที่ส่งผลถึงเสถียรภาพและความมั่นคงของชาติ นอกจากนี้แล้วโรคเอดส์ยังกลายเป็นภัยคุกคามที่มีความรุนแรงอย่างมากต่อการพัฒนาประเทศ เพราะเหตุว่าโรคเอดส์กลายเป็นปัจจัยที่ทำให้ระดับอัตราการเจริญเติบโตของประเทศลดลง ทำให้ระบบการบริหารของภาครัฐอ่อนแอลงจนขาดประสิทธิภาพ ทำลายทรัพยากรมนุษย์ ขัดขวางการลงทุน และเป็นอุปสรรคต่อการเพิ่มประสิทธิภาพทางการผลิต จนกลายเป็นตัวทำลายในความพยายามของรัฐบาลเพื่อที่จะแก้ปัญหาความยากจน และปรับปรุงมาตรฐานการครองชีพของประเทศตน¹⁷

เนื่องจากผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคเอดส์มิได้มีเพียงปัญหาของโรคที่มีอัตราการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงเท่านั้น แต่ยังก่อให้เกิดผลกระทบในอีกหลายด้านของทุกระดับของสังคมอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้ส่งผลกระทบทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของทุกประเทศทั่วโลกอีกด้วย

¹⁴ สหประชาชาติเตือนภัยเอดส์กลายเป็นปัญหาความมั่นคง. กรุงเทพธุรกิจ (27 มกราคม 2543) : 3.

¹⁵ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS , AIDS as a security issue, http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fssecurity_en.htm (11/8/2001 4:00 AM) : 1.

¹⁶ รูดมานประชุมสุดยอด "ยูเอ็น" ประกาศจัดความยากจนโลก. มติชนรายวัน (10 กันยายน 2543) : 2.

¹⁷ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS , HIV/AIDS and development , http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fsdevelopment_en.htm (11/8/2001 4:15 AM) : 1.

3.2.1 โรคเอดส์กับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

นับตั้งแต่อดีตจนกระทั่งปัจจุบัน เอดส์กลายเป็นโรคที่คุกคามต่อสถานะทางเศรษฐกิจของแต่ละประเทศอย่างกว้างขวางที่สุด เนื่องจากมีจำนวนผู้เสียชีวิตและติดเชื้อจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและยังเป็นโรคที่เกิดขึ้นกับประชากรซึ่งกำลังอยู่ในช่วงวัยแรงงานเป็นส่วนใหญ่

จากสถิติพบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างน้อยประมาณ 23 ล้านคนกำลังอยู่ในช่วงวัยทำงานมีอายุระหว่าง 15-49 ปี ซึ่งถือว่าเป็นช่วงวัยที่มีศักยภาพสูงของกำลังแรงงาน¹⁸ และเป็นวัยที่ทำงานเลี้ยงตนเองและครอบครัวของตนได้ จึงส่งผลทำให้เกิดการสูญเสียแรงงานและผลผลิตของครอบครัวลดลง อันนำมาสู่การขาดรายได้สำหรับการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจของประเทศเป็นจำนวนมาก นอกจากนี้แล้วภาครัฐบาลและรัฐวิสาหกิจเอกชนจำเป็นต้องรับภาระค่าใช้จ่ายในการดูแลสุขภาพพยาบาลและป้องกันเพิ่มมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการประมาณการณ้ว่าอัตราการเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจของประเทศในทวีปแอฟริกาส่วนมากจะมีแนวโน้มที่ลดลงถึงร้อยละ 0.5-1.2 ต่อปี อันเป็นผลที่ได้รับโดยตรงจากการแพร่ระบาดและการติดเชื้อโรคเอดส์¹⁹ และยังพบว่าโรคเอดส์ได้ส่งผลกระทบต่อระบบเศรษฐกิจของโลกอย่างเห็นได้ชัด อาทิ ในกรณีของประเทศไทยจำนวน 1 ใน 3 ของครอบครัวชนบทที่ได้รับผลกระทบจากเอดส์จะสูญเสียผลผลิตทางการเกษตรของตนถึงร้อยละ 50 หรือในประเทศไอวอรีโคสต์ปริมาณการบริโภคสินค้าลดลงเกือบร้อยละ 40 ทำให้ตลาดหดตัวลงซึ่งผลของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศกำลังพัฒนายังได้ขยายผลกระทบไปถึงระบบการค้าในระดับโลกอีกด้วย²⁰

ผลจากการศึกษาของ สุคนธา คงศีลและคณะ ในเรื่องเกี่ยวกับต้นทุนในการดูแลสุขภาพผู้ที่มีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์และผู้ป่วยโรคเอดส์ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข พบว่า (1) ต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการ เท่ากับ 341.19 บาทต่อผู้ป่วยใน (หรือเท่ากับ 13.65 เหรียญสหรัฐ : มูลค่าปี 2535) (2) ต้นทุนในการให้บริการทางการแพทย์ (ตรวจวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการ การปฏิบัติการรักษาและค่ายา) เท่ากับ 4,236.47 ดอลลาร์ (หรือเท่ากับ 169.46 เหรียญสหรัฐ) (3) ต้นทุนที่

¹⁸ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS , HIV/AIDS and the world of work , http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fswork_en.htm (11/8/2001 4:30 AM) : 1.

¹⁹ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS , HIV/AIDS and development , http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fsdevelopment_en.htm (11/8/2001 4:15 AM) : 1.

²⁰ "เอดส์" เดิมพันชีวิตด้วยความตาย . วัฏจักร (10 ธันวาคม 2542) : 12.

เกิดขึ้นกับผู้ป่วยและญาติเท่ากับ 1,153.91 บาทต่อราย (หรือเท่ากับ 46.15 เหรียญสหรัฐ) เมื่อผนวกต้นทุนที่ไม่ได้เก็บค่าบริการเข้ากับต้นทุนในการให้บริการทางการแพทย์จะได้ “ต้นทุนในการดูแลรักษาผู้ป่วย” หากนำต้นทุนเหล่านี้รวมกับข้อมูลทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์ จะสามารถนำมาทำนายทรัพยากรที่จำเป็นต้องใช้ในการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ในอนาคต สำหรับต้นทุนที่เกิดกับผู้ป่วยและญาติจากการที่ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนั้น จะสะท้อนให้เห็นถึงผลกระทบต่อรายได้รายปีของผู้ป่วยและครอบครัว ดังนั้นผลจากการศึกษานี้จะแสดงให้เห็นถึงผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดขึ้นจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ส่วนหนึ่ง²¹

นอกจากนี้แล้ว โรคเอดส์ยังส่งผลถึงแนวโน้มของปริมาณประชากรผู้ยากจนที่จะเพิ่มขึ้นสูงอีกด้วย โดยมีการคาดการณ์ว่าผลจากการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอดส์จะทำให้มีจำนวนประชากรผู้ยากจนเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 5 อันเป็นผลมาจากการขาดโอกาสในการได้รับงานทำและการเข้าถึงการบริการทางสาธารณสุข ซึ่งเหตุผลดังกล่าวได้กลายเป็นปัจจัยที่ส่งเสริมให้ประชากรที่ยากจนเข้าไปสู่การประกอบอาชีพค้าบริการทางเพศ อันเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ของประชากรในกลุ่มยากจนดังกล่าว²² และยังเป็นผลมาจากการแบกรับภาระเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยและครอบครัว²³

จากลักษณะดังกล่าว ทำให้โรคเอดส์กลายเป็นตัวกระตุ้นที่ทำให้ระบบโครงสร้างในสังคมเกิดการเปลี่ยนแปลงและอ่อนแอลงในทุกด้าน โดยเฉพาะอย่างยิ่งความเสียหายที่เกิดขึ้นจากการระบาดของโรคเอดส์นี้ได้ส่งผลกระทบถึงการดำเนินกิจกรรมทางเศรษฐกิจรวมทั้งระดับการพัฒนาและความก้าวหน้าทางเศรษฐกิจของทุกประเทศทั่วโลกอีกด้วย

สถาบันวิทยบริการ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²¹ กลุ่มวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ, รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานการวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536-2540 (นนทบุรี : กลุ่มวิชาการ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข , 2542), หน้า 544.

²² Joint United Nations Programme on HIV/AIDS, HIV/AIDS and development, http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fswork_en.html (11/8/2001 4:15 AM) : 1.

²³ มยุรี พาลงกูร, รู้ทันเอดส์ (กรุงเทพฯ : สมาคมส่งเสริมแห่งชาติแห่งประเทศไทย, 2536), หน้า 41.

ตารางที่ 3.3 โรคเอดส์กับผลกระทบทางด้านเศรษฐกิจ

ระดับ/ส่วนที่เกี่ยวข้อง (level/sector)	ระดับบุคคล (individual)	ระดับครอบครัวและ ชุมชน (family and community)	ระดับชาติ (national)
สุขภาพ (health)	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น มาตรฐานการดูแลรักษาสุขภาพลดลงเนื่องจากต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายไปกับการรักษาโรคเอดส์	ค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเพิ่มสูงขึ้น มาตรฐานการดูแลรักษาสุขภาพลดลงเนื่องจากต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายไปกับการรักษาโรคเอดส์	จำเป็นต้องขยายระบบสาธารณสุขไปภาคทางสาธารณสุขเพิ่มมากขึ้น จำเป็นต้องมีการปรับการพิจารณาการจัดสรรทรัพยากรระหว่างประเด็นทางด้านสาธารณสุขกับประเด็นด้านอื่นๆใหม่
การศึกษา (education)	ขาดโอกาสทางการศึกษา (absentecism) ประสิทธิภาพของแรงงานลดลง มาตรฐานและจำนวนของประชากรที่มีการศึกษาลดลง	คุณภาพทรัพยากรมนุษย์ในอนาคลดลง จำเป็นต้องเพิ่มการอบรมและการศึกษา อัตราการอ่านออกเขียนได้ของประชากรลดลง	สูญเสียบุคลากรที่มีคุณภาพของประเทศ คุณภาพทรัพยากรมนุษย์ในอนาคลดลง กิจกรรมทางด้านทักษะการศึกษาและความรู้ของประเทศลดลง
อุตสาหกรรมและการค้า (industry and trade)	ประสิทธิภาพลดลง ศักยภาพทางด้านการลงทุนลดลง	มีการอพยพย้ายถิ่นมากขึ้น ประสิทธิภาพของครอบครัวลดลง	ส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรมท่องเที่ยว ส่งผลต่อการค้าขายระหว่างประเทศ
เกษตรกรรม (agriculture)	ประสิทธิภาพการผลิตลดลง มีข้อจำกัดมากขึ้นในการเข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการทางการผลิตสินค้าทางการเกษตร	พื้นที่ทางการเพาะปลูกลดลง ขาดแคลนแรงงาน	ภัยคุกคามต่อความมั่นคงทางอาหารของประเทศ (food security) ปริมาณอาหารที่มีอยู่ของประเทศลดลง

Source : Jonathan M. Mann, Daniel J.M.Tarantola and Thomas W. Netter , AIDS in the world (Massachusetts : Harvard University Press, 1992), pp. 213-215.

3.2.2 โรคเอดส์กับผลกระทบทางด้านการเมือง

จากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่นับวันจะขยายตัวมากขึ้นและมีจำนวนผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคเอดส์จำนวนมาก ส่งผลทำให้รัฐบาลของแต่ละประเทศต้องสูญเสียบุคลากรและกำลังแรงงานเป็นจำนวนมาก ซึ่งถือได้ว่าเป็นการสูญเสียทรัพยากรอันมีค่าสูงสุดครั้งยิ่งใหญ่ การสูญเสียดังกล่าวนับได้ว่าเป็นการบั่นทอนศักยภาพในการบริหารงานและการจัดการของภาครัฐ และรัฐเองก็ต้องรับภาระในเรื่องค่าใช้จ่ายในการจ้างงาน และการฝึกอบรมบุคลากรชุดใหม่เพื่อเข้ามาทำงานแทนที่บุคลากรชุดเดิมที่สูญเสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคเอดส์

นอกจากนี้แล้วรัฐบาลยังคงต้องเผชิญกับค่าใช้จ่ายในการป้องกัน ดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ ตลอดจนการดูแลเด็กกำพร้าที่เกิดจากพ่อแม่ที่ติดเชื้อและเสียชีวิตอีกด้วย จากภาระความรับผิดชอบของรัฐที่เพิ่มมากขึ้นทุกขณะในขณะที่รายได้ของรัฐลดลง ทำให้การลงทุนทางด้านสังคมของภาครัฐในการพัฒนาคุณภาพชีวิตความเป็นอยู่ของประชากรในประเทศคนต้องลดลง นำมาซึ่งการบริหารงานของภาครัฐที่ขาดประสิทธิภาพ และส่งผลถึงการขาดเสถียรภาพทางด้านการเมืองในที่สุด²⁴

ในขณะที่ปัจจุบัน สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ส่งผลถึงบทบาทในการรักษาอำนาจอธิปไตยของรัฐอีกด้วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลต่อศักยภาพในการป้องกันตนเองของประเทศต่างๆทั่วโลก จากการสำรวจพบว่าในกรณีของประเทศแอฟริกาได้สามารถนำมาใช้เพื่อเป็นตัวอย่างกล่าวคือ ปัจจุบันประเทศแอฟริกาได้มีกำลังพลของกองทัพประมาณร้อยละ 20²⁵ ได้รับเชื้อเอดส์และยังคงมีแนวโน้มที่จำนวนผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จะเพิ่มสูงขึ้น จากสถานการณ์ดังกล่าวถ้าหากว่าไม่สามารถยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอดส์ได้ ประเทศแอฟริกาได้ก็จะกลายเป็นประเทศที่ปราศจากกองกำลังป้องกันตนเองอันส่งผลถึงสถานะทางความอยู่รอดและความมั่นคงของชาติในอนาคตอันใกล้

²⁴ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS , HIV/AIDS – a governance challenge , http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fsgovernance_en.htm (11/8/2001 4:30 AM) : 1.

²⁵ 20 ปีผ่านไปวันนี้โลกเพิ่งประกาศสงคราม "เอดส์" . มติชนรายวัน (1 กรกฎาคม 2544) : 6.

ตารางที่ 3.4 โรคเอดส์กับผลกระทบทางด้านการเมืองและสังคม

ระดับ/ส่วนที่เกี่ยวข้อง (level/sector)	ระดับบุคคล (individual)	ระดับครอบครัวและ ชุมชน (family and community)	ระดับชาติ (national)
การแบ่งแยก (differentiation)	เกิดการแบ่งแยกในการเข้าถึงการจ้างงาน, การท่องเที่ยว, การดูแลรักษาสุขภาพและชีวิตรวมทั้งการประกันภัย	เกิดการแบ่งแยกทางสังคมระหว่างกลุ่มคนยากจนกับคนร่ำรวยมากขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งความแตกต่างในระดับคุณภาพชีวิตของครอบครัวที่ได้รับผลกระทบกับครอบครัวที่ไม่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์	เกิดความตึงเครียดทางสังคมและการเมืองระหว่างกลุ่มประชาชนต่างๆในสังคม
ความสัมพันธ์ทางอำนาจ (power relation)	บุคคลที่อยู่ในสภาพเป็นม่ายจะถูกประณามเกี่ยวกับความสามารถปกป้องดูแลชีวิตและความปลอดภัยของตนเองได้	บุคคลที่เป็นม่ายจะสูญเสียความมั่นคงทางด้านเศรษฐกิจจึงต้องค้นคว้าหาโอกาสทางรายได้ให้กับตนจนอาจประกอบอาชีพโศกณิณที่สุด	เกิดการประณามผู้หญิงในสังคมมากขึ้นซึ่งส่งผลถึงระดับการเปลี่ยนแปลงในเรื่องสถานะทางการเมืองและสังคมของผู้หญิง
ความเป็นญาติพี่น้องและครอบครัว (kinship/family)	เกิดการเจรจาในเรื่องสิทธิและหน้าที่ที่ทันสมัย	เกิดความไม่แน่นอนเรื่องสิทธิและหน้าที่การดูแลรักษาผู้ป่วย	
วัฒนธรรม/ความเชื่อ (culture/beliefs)	ผู้ป่วยโรคเอดส์จะถูกประณามเกี่ยวกับพฤติกรรมและสถานภาพของตน	เกิดการแบ่งแยกเป็นชนชั้นต่างๆในสังคมและจะส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงในเรื่องความเชื่อและขนบธรรมเนียมต่างๆ	
สถานที่ตั้ง (location)	ประชาชนจะมีการเคลื่อนย้ายออกจากบ้านของตนหลังจากมีการตายเกิดขึ้นในหมู่เครือญาติของตน	ทำให้ระดับประชากรลดลง (depopulation)	เกิดการเคลื่อนย้ายระหว่างชนบทกับเมืองมากขึ้นจนอาจจะมีการตั้งภูมิลำเนาขึ้นเกี่ยวกับการเคลื่อนย้ายข้ามแดนของประชาชน

ระดับ/ส่วนที่เกี่ยวข้อง (level/sector)	ระดับบุคคล (individual)	ระดับครอบครัวและ ชุมชน (family and community)	ระดับชาติ (national)
กลุ่มและองค์กร (group and organization)	เกิดการแบ่งแยกชั้น (discrimination) ทั้งใน เรื่องการทำงานและการ ศึกษา จนเกิดความตึง เครียดระหว่างบุคคลชั้น	ประสิทธิภาพขององค์กร ลดลงอันเนื่องมาจากการ ลดลงของปริมาณ ทรัพยากรมนุษย์และยังคง เกิดความระแวงสงสัย ระหว่างบุคคลเกิดขึ้น	ประสิทธิภาพของรัฐบาล ในการบริหารงานลดลง

Source : Jonathan M. Mann , Daniel J.M.Tarantola and Thomas W. Netter , AIDS in the world (Massachusetts : Harvard University Press, 1992), pp. 216-218.

3.2.3 โรคเอดส์กับผลกระทบทางด้านสังคม

ในปัจจุบันโรคเอดส์กลายเป็นตัวทำลายโครงสร้างทางสังคมที่ส่งผลกระทบรุนแรงอย่างมากต่อการดำรงชีวิตและความมั่นคงของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป็นปัจจัยที่ขัดขวางในการพัฒนาระบบการศึกษาและสาธารณสุข ในบางประเทศที่มีอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ที่สูงมากนั้น แนวโน้มอายุขัยของประชากรจะลดลงโดยเฉลี่ยจากเดิมถึง 20 ปี ประกอบกับปัญหาเด็กกำพร้าเนื่องมาจากบิดาและมารดาของเด็กเสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคเอดส์ซึ่งมีจำนวนถึง 13.2 ล้านคนในปัจจุบัน และมีการคาดการณ์ว่าจะมีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นถึง 2 เท่าตัวในปี ค.ศ. 2010²⁶ จากสถานการณ์ดังกล่าว กลายเป็นสาเหตุที่ทำให้เด็กจำนวนมากขาดการดูแลจากบิดาและมารดากลายเป็นเด็กเร่ร่อนและเป็นกลุ่มด้อยโอกาสในสังคม นอกจากนั้นแล้วยังมีการดำเนินชีวิตที่มีแนวโน้มของการสูญเสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคเอดส์ที่เพิ่มสูงขึ้นและส่งผลทำให้เกิดการละทิ้งโอกาสทางการศึกษาที่เพิ่มสูงมากขึ้น คุณภาพและประสิทธิภาพของระบบการศึกษาจึงลดลง นำมาซึ่งทรัพยากรมนุษย์ที่ขาดคุณภาพส่งผลกระทบถึงระดับการพัฒนาในทุกๆด้านของสังคม นอกจากนี้แล้วยังส่งผลกระทบถึงระบบสาธารณสุขโดยรวมอีกด้วย เพราะเหตุว่า ผลจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่รุนแรงมาก

²⁶ Joint United Nations Programme on HIV/AIDS , HIV/AIDS and development , http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fsdevelopment_en.htm (11/8/2001 4:15 AM) : 2.

ขึ้นทุกขณะทำให้ภาครัฐต้องสูญเสียบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขเป็นจำนวนมากในการจัดการทางการแพทย์ดูแลรักษาสุขภาพที่เน้นให้ความสำคัญเฉพาะกับปัญหาโรคเอดส์

โรคเอดส์ยังส่งผลกระทบทำให้ความเหนียวแน่นทางสังคม (social cohesion) แตกสลาย โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะก่อให้เกิดความขัดแย้งขึ้นในสังคม ทำให้เกิดการต่อต้าน กีดกัน แบ่งแยก การละเมิดสิทธิต่อผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ครอบครัวและผู้ที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาโรคเอดส์ นอกจากนี้แล้ว ยังส่งผลถึงสถาบันครอบครัวเป็นอย่างมากเนื่องมาจากถ้าหากว่ามีสมาชิกคนหนึ่ง ครอบครัวเสียชีวิตหรือติดเชื้อโรคเอดส์ บางครอบครัวจะเกิดความอับอายต่อสังคมและไม่สามารถทนการถูกรังเกียจจากสังคมได้ ทำให้เกิดการขับไล่ผู้ติดเชื้อออกจากครอบครัวอันนำมาซึ่งสัมพันธภาพของครอบครัว ต้องห่างเหินและขาดความมั่นคงจนกลายเป็นการสร้างปัญหาสังคมที่เพิ่มสูงขึ้น

ในสถานการณ์ปัจจุบันสังคมส่วนใหญ่ยังมีทัศนคติที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์ในเชิงสังคมวัฒนธรรม โดยที่ประชากรส่วนมากยังคงมองโรคเอดส์ว่าเป็นโรคที่ลับ เป็นโรคของผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและสำส่อนทางเพศ จึงส่งผลให้ประชาชนยังคงแสดงความรังเกียจและกลัวอย่างไม่มีเหตุผลต่อผู้ติดเชื้อ ส่งผลกระทบอย่างรุนแรงต่อสภาพจิตใจของผู้ป่วย จนทำให้ผู้ป่วยบางรายฆ่าตัวตายและส่งผลทำให้มีแนวโน้มของการสูญเสียชีวิตที่เร็วขึ้นกว่าปกติที่สามารถอยู่ได้นานถึง 7-10 ปี ภายหลังจากติดเชื้อโรคเอดส์ นอกจากนี้แล้วในทางมานุษยวิทยาการแพทย์ การที่ประชาชนมีทัศนคติดังกล่าวได้กลายเป็นอุปสรรคขัดขวางการเข้าถึงโรคเอดส์ในแง่มุมต่างๆ ทั้งในด้านการสร้างความตระหนัก การควบคุม การป้องกัน และการรักษา ขณะเดียวกันงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ก็ดำเนินไปได้ยากเช่นกัน²⁷

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

²⁷ เกือบ 2 ทศวรรษที่รู้จักเอดส์สังคมยังยึดทัศนคติคนบาป . กรุงเทพฯธุรกิจ (25 พฤษภาคม 2542).

3.3 ความสำคัญของปัญหาโรคเอดส์ต่อประเทศไทย

สำหรับการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอดส์ในประเทศไทยนั้น พบว่าผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกของไทยเป็นเพศชาย ที่เดินทางไปศึกษาอยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาและมีพฤติกรรมรักร่วมเพศ เริ่มมีอาการในปี ค.ศ. 1983 โดยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในสหรัฐอเมริกา ซึ่งคณะแพทย์ลงความเห็นว่าเป็นโรคเอดส์ คนไข้จึงย้ายกลับมารักษาตัวที่ประเทศไทยในปี ค.ศ. 1984 และได้เสียชีวิตในช่วงเวลาต่อมา²⁸ จากเหตุการณ์ดังกล่าวถือได้ว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการตรวจพบและการรายงานสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย

นับตั้งแต่เริ่มมีการรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยครั้งแรกเมื่อเดือนกันยายน ค.ศ. 1984 เป็นต้นมาจนกระทั่งปัจจุบันพบว่า การแพร่เชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยนั้น สามารถแบ่งออกเป็น 5 ช่วงตามระยะเวลาที่เกิดขึ้น กล่าวคือ^{29, 30}

ช่วงที่ 1: การแพร่ระบาดของโรคเอดส์จะอยู่ในกลุ่มชายรักร่วมเพศช่วงระหว่างก่อนปี ค.ศ. 1984 ถึง ค.ศ. 1986 ซึ่งการแพร่ระบาดส่วนใหญ่จะเป็นการแพร่จากเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศชาย ผู้ป่วยที่พบในช่วงแรกนี้มักจะเป็นผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากชาวต่างประเทศ ประกอบกับชายที่ติดเชื้อบางคนมีอาชีพเป็นชายขายบริการทางเพศจึงทำให้มีการแพร่เชื้อขยายตัวออกไปมากขึ้น นอกจากนี้แล้ว ในช่วงระยะนี้ชายบางคนมีพฤติกรรมแบบรักร่วมเพศ ทั้งสองเพศ ก็ทำให้เชื้อโรคเอดส์แพร่ไปสู่ทั้งเพศชายและหญิง

ช่วงที่ 2 : การแพร่ระบาดของโรคเอดส์จะอยู่ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดแบบฉีดช่วงระหว่างปลายปี ค.ศ. 1987 ถึงปี ค.ศ. 1990 โดยที่อัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดโดยใช้เข็มและกระบอกฉีดร่วมกันเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วในหลายจังหวัดทั่วประเทศ จากอัตรา

²⁸ สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน กระทรวงสาธารณสุข , " บทที่ 2 สถานการณ์โรคเอดส์และนโยบายการดำเนินงาน," การพัฒนารูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ (กรุงเทพฯ : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2537), หน้า 6.

²⁹ เรื่องเดียวกัน , หน้า 6-8.

³⁰ วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์, "การระบาดของโรคเอดส์และโครงสร้างของการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย," เอดส์การดูแลรักษา (กรุงเทพฯ : ดีไซน์ , 2535), หน้า 149.

การติดเชื้อต่ำกว่าร้อยละ 1 ในปี ค.ศ. 1987 เพิ่มขึ้นสูงถึงร้อยละ 40 ในปี ค.ศ. 1988 และมีอัตราเฉลี่ย ความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มนี้ประมาณร้อยละ 30 ตลอดช่วงที่ 2 นอกจากนี้แล้วยังพบว่ามีการ แพร่เชื้อจากกลุ่มผู้ติดยาเสพติดไปสู่ประชาชนทั่วไปโดยทางเพศสัมพันธ์ผ่านหญิงขายบริการทาง เพศอีกด้วย

ช่วงที่ 3 : การแพร่ระบาดของโรคเอดส์จะอยู่ในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1989 จนถึงปัจจุบัน โดยในปี ค.ศ. 1989 มีการตรวจพบความชุกของการติดเชื้อของหญิงขาย บริการทางเพศสูงถึงร้อยละ 38 ในเขตจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นอัตราติดเชื้อที่สูงมาก และยังพบ ว่าในจังหวัดท่องเที่ยวอื่นๆก็มีอัตราของการติดเชื้อที่สูงเช่นกัน ในปัจจุบันแนวโน้มของการติดเชื้อ เอดส์ในกลุ่มของหญิงขายบริการทางเพศในทุกจังหวัดทั่วประเทศก็ยังมีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นตามลำดับ

ช่วงที่ 4 : การแพร่ระบาดของโรคเอดส์จะอยู่ในกลุ่มชายเที่ยวหญิงขายบริการทางเพศนับ ตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 เป็นต้นมา โดยมีการตรวจพบการระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่เที่ยวหญิงขาย บริการทางเพศในอัตราที่เพิ่มสูงขึ้นอย่างช้าๆ ในปี ค.ศ. 1990 พบว่าอัตราติดเชื้อโรคเอดส์โดย เฉลี่ยร้อยละ 4.4 และต่อมาในปี ค.ศ. 1991 พบว่าอัตราติดเชื้อที่สูงขึ้นซึ่งมีอัตราเฉลี่ยร้อยละ 5.2 เนื่องจากลักษณะของการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ในช่วงที่ 4 นี้เป็นการแพร่ระบาดในกลุ่มชาย ที่ชอบเที่ยวหญิงขายบริการทางเพศ จึงเท่ากับว่าเป็นลักษณะของการช่วยสนับสนุนให้การแพร่ ระบาดของเชื้อโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศขยายตัวมากขึ้น เพราะเหตุว่ามีการติดต่อ ขยายบริการทางเพศของคนทั้งสองกลุ่มดังกล่าวอยู่ตลอดเวลา ซึ่งในที่สุดก็จะส่งผลทำให้มีผู้ติด เชื้อชายเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว

ช่วงที่ 5 : การแพร่ระบาดของโรคเอดส์จะอยู่ในกลุ่มหญิงทั่วไปและเด็กทารก ซึ่งเป็นผล จากช่วงที่ 4 ทำให้การแพร่ระบาดจากชายนักท่องเที่ยวที่ติดเชื้อจากหญิงขายบริการทางเพศไปสู่คู่นอน ซึ่งได้แก่หญิงที่เป็นแม่บ้าน หญิงที่กำลังจะสมรส หรือหญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเหล่านี้ จากลักษณะดังกล่าวจึงสามารถกล่าวได้ว่าเมื่อมีการระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มชายเที่ยวหญิงขาย บริการทางเพศแล้วจะต้องมีการระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มหญิงทั่วไปในเวลาต่อมา นอกจากนี้ แล้วยังส่งผลทำให้หญิงมีครรภ์มีแนวโน้มที่จะติดโรคเอดส์ในอัตราที่สูงมากขึ้นอีกด้วย ซึ่งถือได้ ว่าเป็นการเพิ่มโอกาสของการติดเชื้อโรคเอดส์ต่อเด็กทารกในครรภ์ และเป็นการเพิ่มจำนวนเด็กที่ เกิดใหม่ซึ่งติดเชื้อโรคเอดส์ให้เพิ่มสูงขึ้น

ตารางที่ 3.5 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ของประเทศไทยนับตั้งแต่ก่อนปี
ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2000

ปีคริสต์ศักราช	จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี	จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์	รวม
ก่อนปี ค.ศ. 1990	461	270	731
1991	495	600	1,095
1992	1,232	1,806	3,038
1993	2,087	6,946	9,036
1994	5,040	13,923	18,963
1995	8,246	20,686	28,932
1996	9,522	24,709	34,231
1997	10,341	26,713	37,054
1998	10,040	27,128	37,168
1999	9,093	26,003	35,096
2000	7,979	23,352	31,331
รวม	64,536	172,139	236,675

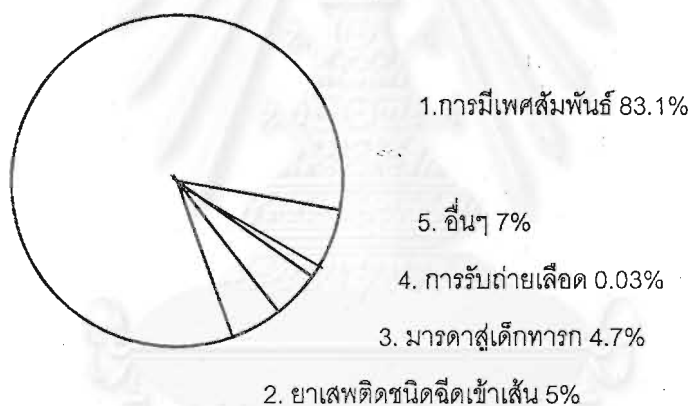
แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

จากรายงานของกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอดส์ที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม ค.ศ. 2000 พบว่า³¹ นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 ถึงวันที่ 31 ตุลาคม ค.ศ. 2000 ประเทศไทยมีจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งสิ้น 156,309 ราย และมีจำนวนผู้เสียชีวิต 43,069 ราย คิดเป็นร้อยละ 27.5 ของจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงานทั้งหมด เมื่อแยกพิจารณาจะพบว่ามีผู้ป่วยเพศชาย 120,467 ราย เพศหญิง 35,842 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิงเท่ากับ 3.4 : 1 โดยส่วนมากจะพบผู้ป่วยโรคเอดส์ที่อยู่ในกลุ่มวัย

³¹ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, "สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการในประเทศไทย ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2543, "วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 4 (2543) : 171-173.

ทำงานมีอายุระหว่าง 20-39 ปี (กลุ่มอายุ 25-29 ปีมีจำนวนผู้ป่วยสูงสุดคิดเป็นร้อยละ 28.1 รองลงมา กลุ่มอายุ 30-34 ปีมีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 24.4 กลุ่มอายุระหว่าง 35-39 ปีมีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 14.6 กลุ่มอายุ 20-24 ปีมีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 11.4 และกลุ่มอายุ 0-4 ปีมีจำนวนผู้ป่วยร้อยละ 4.1) สำหรับปัจจัยเสี่ยงสำหรับการติดเชื้อโรคเอดส์พบว่ามีผู้ป่วยที่ติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์สูงสุด รองลงมาติดเชื้อจากยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ติดเชื้อจากมารดาและรับเลือด (ประมาณร้อยละ 83.1, 5.0, 4.7 และ 0.03 ตามลำดับ)

รูปภาพที่ 3.1 ลักษณะการระบาดและการติดเชื้อโรคเอดส์ในประเทศไทยนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1984 ถึง 31 ตุลาคม ค.ศ. 2000



แหล่งข้อมูล : กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข

นับตั้งแต่มีรายงานพบผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในประเทศไทยในปี ค.ศ. 1984 พัฒนาการ การสนองตอบต่อประเด็นปัญหาเอดส์ภายในประเทศไทยสามารถแบ่งออกเป็นช่วงๆ กล่าวคือ ในช่วงแรกระหว่างปี ค.ศ. 1984 - 1987 พบว่า บทบาทของรัฐต่อการจัดการเกี่ยวกับโรคเอดส์แทบ จะมิได้ดำเนินการใดๆ เนื่องจากรัฐบาลขาดความตระหนักถึงประเด็นปัญหาเอดส์เพราะเหตุว่า มีการรายงานว่าพบผู้ป่วยเอดส์จำนวนน้อยราย ซึ่งผู้ป่วยส่วนมากเป็นผู้ติดเชื้อในกลุ่มชายรักเพศ เดียวกัน และกลุ่มผู้ติดยาเสพติดเป็นส่วนใหญ่ รัฐบาลจึงถือว่าโรคเอดส์ยังไม่ระบาด นอกจากนี้แล้ว รัฐบาลในช่วงระยะเวลาดังกล่าวมีนโยบายไม่เปิดเผยข้อมูลผู้ป่วยโรคเอดส์ โดยอ้างว่าผลกระทบ

ของเอดส์อาจเป็นผลเสียต่อภาพพจน์ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในภาคอุตสาหกรรม การท่องเที่ยว การส่งออก และการลงทุนภายในประเทศ ซึ่งเป็นรายได้หลักสำหรับการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ จนกระทั่งในกลางปี ค.ศ. 1987 ถึงกลางปี ค.ศ. 1988 เมื่อมีข้อมูลแน่ชัดว่ามีการระบาดของโรคเอดส์ รัฐบาลจึงเริ่มยอมรับว่ามีการระบาดของเอดส์ในประเทศไทย และในช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1988 - 1990 เมื่อการติดเชื้อแพร่ระบาดของโรคเอดส์มากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขจึงดำเนินการป้องกันและควบคุมเอดส์ด้วยมาตรการควบคุมโรคติดต่อ และถือว่าเอดส์เป็นปัญหาสาธารณสุข³²

แนวโน้มของผลกระทบที่รุนแรงจากโรคเอดส์ดังกล่าว จึงส่งผลทำให้คณะรัฐบาลของไทย ภายใต้การบริหารงานของนายกรัฐมนตรี อานันท์ ปันยารชุน ในช่วงสมัยแรกได้เริ่มมีการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ กล่าวคือ นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1985 ได้มีแผนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ระยะกลางมีลักษณะเป็นแบบแยกส่วน (sectoral plan) ดำเนินการโดยกระทรวงสาธารณสุข โดยมีหน่วยงานบางแห่งเข้ามาช่วยบ้างในบางกิจกรรมที่ดำเนินการ พอมาถึงปี ค.ศ. 1991 ได้มีการจัดตั้ง “ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ” ซึ่งมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ภายใต้การผลักดันของรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น คือ มีชัย วีระไวทยะ และรัฐมนตรีอีกหลายกระทรวง จึงเท่ากับว่างานทางด้านโรคเอดส์ได้ก้าวเข้ามาเป็นงานสำคัญระดับชาติโดยที่ทุกกระทรวงมีส่วนร่วมอย่างจริงจัง จนกระทั่งเดือนกันยายน ค.ศ. 1992 โครงร่างของโครงการป้องกันโรคเอดส์แห่งชาติได้รับการพัฒนาจนกลายเป็น “ แผนการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ค.ศ. 1995-1996 ” ³³ และในช่วงต่อมากคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ก็ได้พัฒนาแผนป้องกันและแก้ไขเอดส์แห่งชาติฉบับใหม่ขึ้นมาโดยมีช่วงการดำเนินงานระหว่างปี ค.ศ. 1997-2001 ซึ่งแผนดังกล่าวได้ถูกใช้เป็นกรอบแนวทางสำหรับการจัดทำแผนปฏิบัติการและการดำเนินกิจกรรมทางการป้องกันและแก้ไขเอดส์ของไทยจนกระทั่งปัจจุบัน³⁴

³² เขียวรัตน์ ปรปักษ์ขาม, สมใจ ประมาผล และ สุพัตรา อติโพธิ, นโยบายเอดส์: กรณีศึกษาในประเทศไทย 2527-2537 (กรุงเทพฯ : พีเอลิฟวิง , 2538), หน้า 22.

³³ วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์, “การระบาดของโรคเอดส์และโครงสร้างของการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย,” เอดส์การดูแลรักษา (กรุงเทพฯ : ดีไซน์ , 2535), หน้า 152-153.

³⁴ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขเอดส์, แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขเอดส์แห่งชาติประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2541-2544 ภายใต้แผนป้องกันและแก้ไขเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 (กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2541), หน้า 1-3.

จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยที่นับวันจะมีแนวโน้มของการแพร่ระบาดและส่งผลกระทบต่อสังคมที่มีระดับความรุนแรงมากขึ้นดังกล่าวข้างต้น ในขณะที่สถานะของประเทศในช่วงที่โรคเอดส์เริ่มแพร่ระบาดภายในประเทศอย่างหนักนั้น ประเทศไทยเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่ขาดแคลนเงินทุน เทคโนโลยี และองค์ความรู้ในการจัดการกับปัญหาเอดส์ ประกอบกับสภาวะทางเศรษฐกิจของประเทศที่ไม่เอื้ออำนวยต่อการบริหารงานและจัดการปัญหาเอดส์นับตั้งแต่ประสบกับภาวะวิกฤติทางเศรษฐกิจในปี ค.ศ. 1997 เป็นต้นมา จึงส่งผลทำให้การปฏิบัติงานตามแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติของรัฐบาลไทยประสบกับปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดปัจจัยสำคัญหลายๆ ด้านในการพัฒนาและแก้ไขปัญหา อาทิ ผลจากการตัดทอนงบประมาณทางการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ของภาครัฐบาลนำมาสู่ปัญหาการขาดแคลนบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในด้านการดูแลรักษาและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์เป็นจำนวนมาก รวมทั้งยังส่งผลถึงกระบวนการการค้นคว้าและวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ต้องหยุดชะงักลง ทำให้สูญเสียโอกาสในการได้รับองค์ความรู้และเทคโนโลยีใหม่ๆ ในการจัดการกับปัญหาเอดส์จนส่งผลถึงประสิทธิภาพในการแก้ไขปัญหาเอดส์ของไทยในที่สุด จากลักษณะดังกล่าวถือได้ว่าปัญหาโรคเอดส์มีนัยสำคัญอย่างมากต่อสถานะความอยู่รอดและความมั่นคงของประชาชนในทุกระดับของสังคมไทย

จากลักษณะดังกล่าวข้างต้น การมุ่งเน้นส่งเสริมการค้นคว้า ศึกษาวิจัยและการพัฒนาเพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยการร่วมมือกับองค์กรภาครัฐและเอกชน ในระดับนานาชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับประเทศพัฒนาแล้วที่มีทุนและเทคโนโลยีในเรื่องการป้องกันและการรักษาดูแลผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ที่ดีกว่าประเทศไทย อันจะช่วยให้สามารถถ่ายทอดองค์ความรู้เกี่ยวกับการจัดการปัญหาโรคเอดส์สำหรับนำมาใช้ในการพัฒนามาตรการและแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศไทยให้มีประสิทธิภาพสูงขึ้นในสภาวะการณ์ของประเทศที่อ่อนแอในทุกๆ ด้านความร่วมมือและความช่วยเหลือจากต่างประเทศดังกล่าวจึงกลายเป็นปัจจัยที่มีความจำเป็นและมีบทบาทสำคัญอย่างมากต่อแนวโน้มความสามารถในการจัดการกับปัญหาเอดส์ของประเทศไทย³⁵

³⁵ วิพุธ พูลเจริญ , "สถานการณ์ปัญหาเอดส์ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบัน," การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 7 สถานการณ์ การคาดประมาณ และแนวโน้มของโรคเอดส์ (นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข , 2542), หน้า 10.

3.4 ความสำคัญของปัญหาโรคเอดส์ต่อประเทศออสเตรเลีย

สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศออสเตรเลียนั้น พบว่ามี การตรวจพบผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 1982 และต่อมาในปี ค.ศ. 1983 ผู้ป่วย ติดเชื้อรายดังกล่าวได้เสียชีวิตลง โดยมีการคาดการณ์ว่าการระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ใน ประเทศออสเตรเลียมีมาตั้งแต่ปลายศตวรรษที่ 1970 โดยพบว่าผู้ป่วยส่วนมากเป็นบุคคลรักร่วมเพศ ดังนั้น การแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ในช่วงแรกจึงเกิดจากการมีพฤติกรรมรักร่วมเพศเป็นส่วนใหญ่ จนกระทั่งปี ค.ศ. 1984 คณะรัฐบาลของออสเตรเลียรวมทั้งบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นักวิจัยและประชาชนที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับปัญหาโรคเอดส์ได้เข้ามามีมือร่วมกันเป็นครั้งแรกเพื่อ กำหนดแนวทางและมาตรการแห่งชาติเพื่อใช้ป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์ และในช่วง เวลาต่อมา ก็ได้มีการจัดตั้ง “ คณะกรรมการที่ปรึกษาแห่งชาติว่าด้วยโรคเอดส์ (National Advisory Committee on AIDS - NACAIDS) ” เพื่อทำหน้าที่ในการให้คำปรึกษาและให้ความรู้เกี่ยวกับ ปัญหาโรคเอดส์และความคุ้มครองทางด้านกฎหมายแก่ผู้ติดเชื้อ³⁶

ในปี ค.ศ. 1985 มีการจัดประชุมแห่งชาติว่าด้วยเรื่องโรคเอดส์เป็นครั้งแรก (First National Conference on AIDS) ของออสเตรเลีย ซึ่งมีรายงานว่าตรวจพบผู้ป่วยติดเชื้อ โรคเอดส์ทั้งสิ้น 49 ราย ซึ่งต่อมาในปี ค.ศ. 1987 ตรวจพบว่า มีจำนวนผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็น 385 ราย และในปีดังกล่าว ศูนย์ วิจัยแห่งชาติเกี่ยวกับโรคเอดส์ของออสเตรเลียได้เริ่มทดลองโครงการรักษาผู้ป่วยโดยใช้ยาต่อต้าน การติดเชื้อไวรัส (antiretroviral treatment) เป็นครั้งแรกและประสบความสำเร็จในที่สุด จากเหตุการณ์ ดังกล่าว จึงส่งผลทำให้ประเทศออสเตรเลียกลายเป็นประเทศชั้นนำทางด้าน การวิจัยเกี่ยวกับการ ป้องกันและรักษาโรคเอดส์ของโลก ในปี ค.ศ. 1988 ตรวจพบผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จำนวน 1,000 ราย และมีจำนวนผู้ป่วยชาวออสเตรเลียที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์มากกว่า 500 ราย และในปี ค.ศ. 1990 มีรายงานว่าตรวจพบผู้ติดเชื้อโรคเอดส์จำนวน 2,831 ราย โดยมีจำนวนผู้ป่วยที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์ ถึง 1,423 ราย³⁷

³⁶ The Australian Aids Fund, HIV/AIDS in Australia : a Brief History , <http://www.aids.org.au/australia-hiv-history.htm> (19/9/2001 4:30 AM) : 1.

³⁷ Ibid., p.2.

ตารางที่ 3.6 จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ของประเทศออสเตรเลียนับตั้งแต่
ก่อนปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 1999

ปีคริสต์ศักราช	จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี	จำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์	รวม
ก่อนปี ค.ศ. 1990	9,312	2,618	11,930
1991	1,158	801	1,959
1992	1,146	786	1,912
1993	1,010	839	1,849
1994	926	951	1,877
1995	871	802	1,673
1996	895	657	1,552
1997	739	375	1,114
1998	663	314	977
1999	678	196	874
รวม	17,398	8,339	25,737

Source : National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, HIV/AIDS statistics for Australia, <http://www.avert.org/ausstatatg.htm> (19/9/2001 5:00 AM) : 1-5.

จากรายงานของศูนย์วิจัยทางการแพทย์และการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและทางคลินิกแห่งชาติของประเทศออสเตรเลีย (National Centre in HIV Epidemiology and Clinic Research) เกี่ยวกับสถานการณ์ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ณ วันที่ 30 กันยายน ค.ศ. 2000 พบว่า³⁸ นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1982 ถึงวันที่ 30 กันยายน ค.ศ. 2000 ประเทศออสเตรเลียมีผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 20,744 ราย โดยเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์จำนวน 8,472 รายและมีผู้เสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคเอดส์ 5,946 ราย คิดเป็นร้อยละ 20 ของจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่ได้รับรายงานทั้งหมด ซึ่งส่วนมากจะพบผู้ป่วยโรคเอดส์ที่อยู่ในกลุ่มวัยทำงานมีอายุระหว่าง 30-39 ปี จำนวน 3,573 ราย รองลง

³⁸ National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, The HIV epidemic in Australia, <http://www.med.unsw.edu.au/nchecr>. (19/9/2001 4:45) : 1.

มากลุ่มอายุระหว่าง 40-49 ปี จำนวน 2,347 ราย และกลุ่มอายุระหว่าง 20-29 ปี จำนวน 1,441 ราย สำหรับปัจจัยเสี่ยงสำหรับการติดเชื้อโรคเอดส์พบว่าผู้ป่วยติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์สูงที่สุด รองลงมาติดเชื้อจากยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และจากการรับเลือดและอื่นๆ (ประมาณร้อยละ 87, 8 และ 5 ตามลำดับ)

รูปภาพที่ 3.2 ลักษณะของการระบาดและการติดเชื้อโรคเอดส์ในประเทศออสเตรเลียนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1990 ถึง ค.ศ. 2000



Source : National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, AIDS diagnose 1990-2000 by exposure category, <http://www.med.unsw.edu/ncher/Downloads/AHSR2001pres/sld004.htm> (19/9/2001 4:00AM) : 4

จากสถิติของผู้ป่วยติดเชื้อโรคเอดส์ของออสเตรเลียพบว่า มีแนวโน้มของจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อลดลงมาโดยตลอดนับตั้งแต่กลางทศวรรษที่ 1980 เป็นต้นมา โดยเฉพาะอย่างยิ่งตลอดทศวรรษที่ 1990 พบว่ามีอัตราการติดเชื้อลดลงอย่างรวดเร็วเฉลี่ยปีละ 450 ราย โดยในปี ค.ศ. 1994 มีจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์สูงสุดซึ่งมีจำนวนถึง 951 ราย และลดลงมาเหลือประมาณ 196 รายในปี ค.ศ. 1999 นอกจากนี้แล้วยังมีการคาดการณ์ว่าจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์จะคงที่ในจำนวนประมาณ 190 รายต่อปี จนกระทั่งถึงปี ค.ศ. 2003³⁹

³⁹ Australian Federation of AIDS Organization, The HIV Epidemic in Australia, <http://www.afao.org.au/index.asp?action=artclesid=1227>. (19/9/2001 4:45AM) : 1.

สำหรับแนวโน้มความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศออสเตรเลียที่ลดลงตลอดเวลานั้น ก็เนื่องมาจากกระบวนการทางการป้องกันและรักษาโรคเอดส์ของออสเตรเลียเป็นระบบที่มีประสิทธิภาพ รวมทั้งยังมีการพัฒนาทางการค้นคว้าและวิจัยอยู่ตลอดเวลาอันนำมาซึ่งองค์ความรู้ใหม่ๆเกี่ยวกับการจัดการปัญหาเอดส์ของชาติ นอกจากนี้แล้วลักษณะทางวัฒนธรรมของออสเตรเลียที่ส่งเสริมและเปิดโอกาสให้ทุกสถาบันในสังคมทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน ชุมชน และองค์กรวิจัยต่างๆ รวมทั้งกลุ่มประชากรที่ขาดโอกาสในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดและดำเนินนโยบายป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งมีการรายงานว่า ผลจากการพัฒนาปรับปรุงกระบวนการรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์โดยการใช้ยาต้านเชื้อไวรัสแบบรวมกันหลายชนิด (combination antiretroviral therapy) นั้น ได้ส่งผลถึงประสิทธิภาพทางการรักษาที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อโรคเอดส์สามารถดำรงชีวิตได้ยาวนานกว่าเดิมซึ่งโดยเฉลี่ยจะอยู่ได้ประมาณ 13 เดือนจากการเก็บข้อมูลในปี ค.ศ. 1994 ซึ่งภายหลังจากการใช้วิธีการรักษาดังกล่าวผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ยาวนานเพิ่มสูงขึ้น โดยเฉลี่ย 32 เดือนจากการเก็บข้อมูลในปี ค.ศ. 1996-1997⁴⁰

ถึงแม้ว่าการแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอดส์ภายในประเทศออสเตรเลียจะไม่รุนแรงและดูเหมือนว่าจะสามารถควบคุมการแพร่ระบาดได้นั้น แต่การแพร่ระบาดของเชื้อโรคเอดส์ในระดับโลกนั้นมีความรุนแรงอย่างมากในทุกขณะ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประเทศแถบภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ซึ่งเป็นภูมิภาคที่อยู่ใกล้ชิดมีการติดต่อและความสัมพันธ์อันดีต่อกันกับประเทศออสเตรเลียอย่างมากนั้นมีแนวโน้มที่ระดับความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์จะเพิ่มสูงมากขึ้นตลอดเวลา ด้วยเหตุดังกล่าวโรคเอดส์จึงมีนัยสำคัญอย่างมากต่อสถานะทางความมั่นคงของประเทศออสเตรเลียในที่สุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁴⁰ National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research, Australian HIV surveillance report Vol.17 No.2 April 2001, <http://www.avert.org/ausstatg.htm> (19/9/2001 5:00 AM) : 4.

3.5 พัฒนาการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

จากการศึกษาแนวความคิดทางวิชาการเกี่ยวกับความร่วมมือระหว่างประเทศพบว่า ผลงานของนายโรเบิร์ต เอเชอร์รอด (Robert Axelrod) และนายโรเบิร์ต โอ โคเฮน (Robert O. Koehane) ในบทความเรื่องการบรรลุถึงความร่วมมือภายใต้สภาวะของอนาธิปไตย⁴¹ ซึ่งกล่าวถึง แนวทางหรือปัจจัย 3 ประการที่ส่งผลกระทบต่อแนวโน้มของตัวแสดงที่จะแสดงพฤติกรรมร่วมมือระหว่างกันภายใต้ระบบระหว่างประเทศที่เป็นแบบอนาธิปไตย

จากลักษณะของระบบการเมืองระหว่างประเทศที่เป็นแบบอนาธิปไตย ซึ่งขาดองค์การกลางในการทำหน้าที่ควบคุมและบังคับให้อีกฝ่ายหนึ่งยอมปฏิบัติตามที่ตนต้องการ จึงส่งผลทำให้แนวโน้มของตัวแสดงจะทำการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมหรือนโยบายของตนเพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายร่วมกันและเข้ากับผลประโยชน์ที่คาดหวังไว้ของกันและกันเกิดขึ้นได้ยาก แต่ในสถานการณ์ที่มีปัจจัยพื้นฐาน 3 ประการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง แนวโน้มของตัวแสดงที่จะแสดงพฤติกรรมร่วมมือระหว่างกันก็สามารถเกิดขึ้นได้ ซึ่งประกอบไปด้วยปัจจัยดังต่อไปนี้ ปัจจัยแรก ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับร่วมกันทั้งสองฝ่าย (mutuality of interest) กล่าวคือตัวแสดงจะแสดงพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือในสถานการณ์ที่เกิดความขัดแย้งทางผลประโยชน์ระหว่างกัน (conflict of interest) แต่ถ้ามีผลประโยชน์ร่วมกันเกิดขึ้นตัวแสดงก็เลือกที่จะแสดงพฤติกรรมให้ความร่วมมือเพื่อที่จะได้รับผลประโยชน์ดังกล่าว

ปัจจัยที่สอง แนวโน้มของการดำเนินความสัมพันธ์และผลประโยชน์ในอนาคต (the shadow of the future) กล่าวคือตัวแสดงมักจะเลือกแสดงพฤติกรรมให้ความร่วมมือเนื่องด้วยคาดหวังถึงการดำเนินกิจกรรมระหว่างกันที่ยังคงต้องดำเนินความสัมพันธ์ต่อกันต่อไป และคาดหวังถึงผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นในอนาคต ถ้าหากว่าผลประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินความสัมพันธ์ระหว่างกันในอนาคตมีมากกว่าปัจจุบันตัวแสดงจึงเลือกที่จะให้ความร่วมมือ

ปัจจัยสุดท้าย จำนวนผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องในการตกลงให้เกิดความร่วมมือ (the number of actors) กล่าวคือ ในสถานการณ์ที่จำนวนตัวแสดงเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับความร่วมมือระหว่างกันจำนวนมาก ความร่วมมือมีแนวโน้มที่จะเกิดขึ้นได้ยาก เพราะเหตุว่า จำนวนตัวแสดงจำนวนมากดังกล่าวจะทำให้การตระหนัก การกำหนดและการจัดการในเรื่องของผลประโยชน์ร่วมกันเกิด

⁴¹ Robert Axelrod and Robert O. Koehane, "Achieving Cooperation Under Anarchy,"

ปัญหาได้ง่ายขึ้น จนทำให้เกิดการแสดงพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือของตัวแสดงที่เข้ามามีส่วนเกี่ยวข้อง นอกจากนี้แล้ว ยังเกิดปัญหาที่ไม่สามารถจัดการและลงโทษกับตัวแสดงที่แสดงพฤติกรรมแตกต่างจากข้อตกลงร่วมกันได้ จึงกลายเป็นโอกาสที่ตัวแสดงจะแสดงพฤติกรรมไม่ให้ความร่วมมือสูงมากขึ้น

จากลักษณะของปัจจัยทั้ง 3 ประการดังกล่าว จึงสามารถนำมาใช้เป็นกรอบในการอธิบายถึงมูลเหตุระดับพื้นฐานของการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือระหว่างรัฐบาลประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้เป็นอย่างดี

สำหรับปัจจัยแรกที่กล่าวถึง ผลประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับร่วมกันทั้งสองฝ่ายนั้น (mutuality of interest) จากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทั่วโลกที่มีแนวโน้มของความรุนแรงที่เพิ่มสูงขึ้นทุกขณะ โดยพบว่าเมื่อสิ้นสุดปี ค.ศ. 2000 มีจำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ทั้งสิ้น 36.1 ล้านราย เป็นผู้ติดเชื้อโรคเอดส์รายใหม่ในปี ค.ศ. 2000 จำนวนถึง 5.3 ล้านราย และสูญเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จำนวน 3 ล้านราย ปัญหาโรคเอดส์จึงกลายเป็นปัญหาที่มีขอบเขตระดับโลกโดยที่ประเทศต่างๆทั่วโลกให้ความตระหนักในความสำคัญของปัญหา โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคมจนกลายเป็นภัยคุกคามต่อการดำรงชีวิตของประชาชนและความมั่นคงของประเทศในที่สุด ลักษณะดังกล่าวจึงกลายเป็นแรงกระตุ้นให้ทุกประเทศทั่วโลกร่วมมือกันทั้งในระดับชาติและระหว่างประเทศ เพื่อขจัดปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์อันนำมาสู่ความมั่นคงของแต่ละประเทศทั่วโลก ดังนั้นทางรัฐบาลของประเทศไทยและออสเตรเลียจึงได้พยายามเข้ามามีส่วนร่วมในการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคเอดส์โดยที่แต่ละฝ่ายก็คาดว่าจะได้รับผลประโยชน์ร่วมกันทั้งสองฝ่าย

สำหรับฝ่ายรัฐบาลของไทยนั้นคาดว่าผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการร่วมมือกับประเทศออสเตรเลียจะทำให้มีแนวทางเลือกใหม่สำหรับการดำเนินงานทางด้าน การป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของเอดส์ และช่วยพัฒนาหน่วยงานที่ดูแลเกี่ยวกับปัญหาโรคเอดส์ของไทยให้มีศักยภาพสูงขึ้นในการตอบสนองต่อปัญหาการแพร่กระจายของเชื้อโรคเอดส์ในสถานการณ์ที่โรคเอดส์ในประเทศไทยกำลังระบาดอย่างรุนแรง ประกอบกับสถานะของประเทศไทยเองก็ไม่อำนวยการเนื่องจากเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่ขาดแคลนเงินทุนและองค์ความรู้ในเรื่องการจัดการโรคเอดส์และกำลังเผชิญกับภาวะวิกฤตทางเศรษฐกิจภายในประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถเรียนรู้ถึงกระบวนการจัดการทางด้าน การป้องกันและดูแลสุขภาพผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ที่เกี่ยวข้องกับปัญหาเอดส์ของออสเตรเลียที่มีประสิทธิภาพสูงสุดจนอาจกล่าวได้ว่าสามารถควบคุมอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์

ภายในประเทศให้มีระดับคงที่มาโดยตลอด ซึ่งจะช่วยให้แนวโน้มอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ของ ไทยลดลงเช่นกัน

ในขณะที่ทางฝ่ายรัฐบาลออสเตรเลียนั้นคาดว่าผลประโยชน์ที่จะได้รับจากการร่วมมือกับ ประเทศไทยคงจะเป็นการช่วยสนับสนุนการยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ภายในประเทศไทย ซึ่งทางรัฐบาลออสเตรเลียตระหนักดีว่าโรคเอดส์นั้นกลายเป็นประเด็นปัญหาที่มีขอบเขตระดับโลก ถึงแม้ว่าประเทศออสเตรเลียสามารถควบคุมอัตราการติดเชื้อไม่ให้สูงขึ้นได้ก็ตามแต่ถ้าประเทศ เพื่อนบ้านในภูมิภาคไม่สามารถควบคุมได้ ปัญหาโรคเอดส์ก็จะกลายเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคง ของออสเตรเลียในที่สุดเช่นกัน เพราะเหตุว่าในยุคปัจจุบันมีการเดินทางติดต่อและแลกเปลี่ยน ดำเนินความสัมพันธ์ทั้งในระดับรัฐบาลและประชาชนระหว่างกันที่มีความใกล้ชิดมากขึ้นมาโดย ตลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในปัจจุบันกระแสการเดินทางข้ามแดนของประชากรระหว่างสองประเทศ นับวันจะขยายตัวมากขึ้นเป็นลำดับ เนื่องจากการลดความเข้มงวดในกฎระเบียบของการเดินทาง ข้ามแดนเพื่อที่จะเปิดโอกาสทางการค้าให้เป็นไปได้ไปอย่างเสรีมากขึ้นกับประเทศเพื่อนบ้าน การส่งเสริมการท่องเที่ยวตามนโยบายพัฒนาเศรษฐกิจแบบใหม่ ทำให้มีนักเดินทางเข้าออกระหว่างกัน เป็นจำนวนมาก มี การแลกเปลี่ยนทางการค้าและการจ้างแรงงานต่างชาติ ทำให้เกิดการติดต่อ ระหว่างประเทศมากขึ้น ซึ่งการติดต่อของผู้คนระหว่างประเทศนี้บางส่วนก็มักจะมีส่วนเกี่ยวข้อง กับการบริการทางเพศที่มีมาในรูปแบบต่างๆ ดังนั้นโอกาสที่การติดเชื้อและการแพร่ระบาดของเชื้อ โรคเอดส์ภายในประเทศออสเตรเลียก็จะเพิ่มสูงขึ้นด้วย⁴²

นอกจากนี้แล้วพบว่า ผลประโยชน์ที่รัฐบาลออสเตรเลียได้รับในแง่การพัฒนาความ สัมพันธ์ระหว่างกันทางด้านเศรษฐกิจและการค้าเป็นเรื่องที่มีความเด่นชัดอยู่ในตัวเองอยู่แล้ว เนื่องจากผู้เชี่ยวชาญและวัสดุอุปกรณ์ที่ใช้ดำเนินงานความช่วยเหลือภายใต้โครงการต่างๆส่วนใหญ่ เป็นของออสเตรเลีย⁴³ กล่าวคือ สินค้าและบริการที่ทางรัฐบาลออสเตรเลียใช้จ่ายเพื่อการดำเนินโครงการ ความช่วยเหลือระหว่างประเทศ รัฐบาลออสเตรเลียจะเลือกดำเนินงานผ่านทางบริษัทของ ออสเตรเลีย ซึ่งมีมูลค่าประมาณ 600 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลียต่อปี และนับได้ว่าเป็นการสร้างโอกาส แก่บริษัทของออสเตรเลียที่จะได้รับผลประโยชน์จากการเข้ามาดำเนินงานเพื่อสร้างความสัมพันธ์

⁴² ภัตสร ลิมานนท์ , บริการทางเพศ การเดินทางข้ามแดนและเอดส์ (กรุงเทพฯ : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540), หน้า 22.

⁴³ ปราณี แก้วเอียน, "นโยบายความช่วยเหลือของออสเตรเลีย," วารสารวิเทศนการ ปีที่2 ฉบับที่2 (พฤษภาคม-สิงหาคม 2540) : 5.

กับประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก รวมทั้งช่วยพัฒนาบุคลากร ผู้เชี่ยวชาญ บริษัทและองค์กรของออสเตรเลียต่างๆ เหล่านี้ ให้มีศักยภาพในการแข่งขันระดับนานาชาติต่อไป⁴⁴

ปัจจัยที่สองที่กล่าวถึงแนวโน้มของการดำเนินความสัมพันธ์และผลประโยชน์ในอนาคต (the shadow of the future) จากลักษณะทางความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในปัจจุบันที่มีทิศทางความสัมพันธ์ระหว่างกันได้ขยายขอบเขตออกไปจากอดีตเป็นอย่างมาก (ดังรายละเอียดในบทที่ 2) จึงส่งผลทำให้แนวโน้มความสัมพันธ์ของทั้งสองประเทศจะพัฒนามากขึ้นทุกขณะในอนาคต สำหรับในกรณีประเทศไทยแล้วประเทศออสเตรเลียกลายเป็นพันธมิตรทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ สังคม และวัฒนธรรมที่มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการให้ความช่วยเหลือและความร่วมมือสำหรับการพัฒนาประเทศไทย ในขณะที่ประเทศออสเตรเลียมีแนวโน้มที่จะเน้นให้ความสำคัญในการดำเนินความสัมพันธ์กับกลุ่มประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกมากขึ้น เพราะเหตุว่าคณะรัฐบาลออสเตรเลียได้ตระหนักและเล็งเห็นถึงผลประโยชน์แห่งชาติของออสเตรเลียในอนาคตที่จะได้รับจากการให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในภูมิภาคเดียวกันในการจัดความยากจนและบรรลุถึงการพัฒนายั่งยืน⁴⁵ ซึ่งเงินทุนความช่วยเหลือดังกล่าวจะทำให้สภาพทางเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของประเทศผู้รับความช่วยเหลือเจริญเติบโตและมั่นคง รวมทั้งมีรายได้ที่เพิ่มสูงขึ้นอันนำมาสู่การส่งเสริมความมั่นคง และขยายโอกาสทางการค้าและการลงทุนแก่ประเทศออสเตรเลียในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก อันเป็นการสร้างพื้นฐานที่มีความสำคัญสำหรับการขยายความสัมพันธ์ที่ระหว่างกันในระดับทวิภาคีต่อไป⁴⁶

จากลักษณะดังกล่าวข้างต้นกล่าวได้ว่า รัฐบาลออสเตรเลียพิจารณาแล้วว่าปัญหาเศรษฐกิจ ความขัดแย้งทางการเมือง ความยากจน ปัญหาผู้อพยพและปัญหาโรคเอดส์ หากเกิดขึ้นกับประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกแล้ว ท้ายที่สุดย่อมจะส่งผลกระทบต่อประเทศออสเตรเลียอย่างหลีกเลี่ยงมิได้ ดังนั้นความพยายามที่จะช่วยเหลือเพื่อการแก้ไขและการพัฒนาประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเดียวกัน จึงเป็นการดำเนินนโยบายตามแบบการป้องกันดีกว่าการแก้ไข อันส่งผลถึงผลประโยชน์แห่งชาติของออสเตรเลียในที่สุด

⁴⁴ The Australian Agency for International Development, Why does Australia give aid ? , <http://www.ausaid.gov.au/makediff/whydoes.cfm> (20/10/2002 2.30 AM) : 1.

⁴⁵ The Australian Agency for International Development, Better Aid for a Better Future (Canberra : AusAID, 1997), p.5.

⁴⁶ The Australian Agency for International Development, Australia's aid program serving the national interest, <http://www.ausaid.gov.au/about/corplan.cfm> (20/12/2000 5:20 AM) : 2.

ปัจจัยสุดท้ายกล่าวถึงจำนวนผู้มีบทบาทเกี่ยวข้องในการตกลงให้เกิดความร่วมมือ (the number of actors) จากสมมติฐานของปัจจัยดังกล่าวที่ว่า ถ้ามีจำนวนผู้แสดงมารายเข้ามามีส่วนร่วมจะส่งผลทำให้โอกาสที่จะบรรลุถึงความร่วมมือจะเกิดได้ยากขึ้น เพราะเหตุว่าปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นยากที่จะจัดการได้ แต่ในกรณีความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์นี้มีตัวแสดงเพียง 2 ตัว กล่าวคือ คณะผู้แทนดำเนินการโครงการจากฝ่ายรัฐบาลของประเทศไทยกับฝ่ายรัฐบาลของประเทศออสเตรเลีย ลักษณะดังกล่าวจึงเป็นการส่งเสริมและเพิ่มโอกาสที่จะบรรลุถึงความร่วมมือได้ง่ายขึ้น

โดยสรุปแล้ว ปัจจัยทั้ง 3 ประการดังกล่าวข้างต้นสามารถใช้เป็นแนวทางในการตอบคำถามเพื่อแสดงให้เห็นถึงมูลเหตุระดับพื้นฐานที่อยู่เบื้องหลังของการแสดงพฤติกรรมความร่วมมือระหว่างประเทศของตัวแสดงต่างๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามารถสะท้อนภาพพัฒนาการของการเกิดพฤติกรรมของรัฐทั้งสองในกรณีของความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์ได้เป็นอย่างดี โดยที่ประเทศไทยและออสเตรเลียมองว่าปัญหาเอคส์เป็นปัญหาร่วมกันของทุกประเทศทั่วโลก และทั้งสองประเทศต่างก็ต้องการแก้ไขปัญหาเอคส์ภายในประเทศของตน ซึ่งประเทศไทยต้องการความช่วยเหลือ ในขณะที่ประเทศออสเตรเลียเสนอให้ความช่วยเหลือจึงนำมาสู่ความร่วมมือระหว่างกันในที่สุด

3.6 รูปแบบของโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์ในประเทศไทย ระหว่างปี ค.ศ. 1993 -1997

นับตั้งแต่มีการตกลงบันทึกความเข้าใจในประเด็นเกี่ยวกับความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขระหว่างรัฐบาลไทยกับออสเตรเลียในปี ค.ศ. 1993 เป็นต้นมา ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นของการพัฒนาความสัมพันธ์และความร่วมมือระหว่างกัน ในประเด็นเกี่ยวกับการสาธารณสุขของทั้งสองประเทศ ทั้งในระดับตัวแทนของรัฐบาล สถาบันทางด้านสาธารณสุข และองค์กรอื่นๆที่เกี่ยวข้อง⁴⁷ ผลจากการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอคส์ที่รุนแรงอย่างมากในประเทศไทยอันส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางทั้งทางด้านสาธารณสุขและสังคมของไทย สำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย (AusAID) ได้ตระหนักถึงปัญหาดังกล่าวโดยในเดือนมิถุนายน

⁴⁷ The Parliament of the Commonwealth of Australia, Australia's relations with Thailand (Canberra : The Australian Government Publishing Service , 1995), p.187.

ค.ศ. 1993 ได้เข้ามาสนับสนุนในการจัดตั้ง “โครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย (Northern AIDS Prevention and Care Program - NAPAC)” โดยมุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือกับองค์กรพัฒนาเอกชนในเขตภาคเหนือเป็นส่วนใหญ่ และมีวัตถุประสงค์หลักเพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้องค์กรและชุมชนท้องถิ่นในเขตภาคเหนือของไทยได้เข้ามามีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาโรคเอดส์ของตน โดยเฉพาะการจัดโครงการป้องกันโรคเอดส์ภายในท้องถิ่นของตน ซึ่งโครงการดังกล่าวใช้งบประมาณในการดำเนินโครงการมีมูลค่าประมาณ 3.2 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลียนับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1993 ถึง ค.ศ. 1997⁴⁸

สำหรับจุดเริ่มต้นของโครงการ NAPAC นั้นถือได้ว่าเริ่มขึ้นเมื่อเดือนเมษายน ค.ศ. 1991 โดยคณะกรรมการวางแผนโครงการความร่วมมือกับต่างประเทศของออสเตรเลีย ได้เสนอแนะให้ “สำนักงานความช่วยเหลือและการพัฒนาระหว่างประเทศของออสเตรเลีย (Australian International Development Assistance Bureau - AIDAB)” ซึ่งปัจจุบันกลายมาเป็นสำนักงาน AusAID เข้ามารับผิดชอบในการศึกษาขั้นต้นเพื่อกำหนดและประเมินความเป็นไปได้ของโครงการเพื่อใช้ดำเนินกิจกรรมความร่วมมือกับประเทศไทย และในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 1991 คณะที่ปรึกษาระดับสูงของฝ่ายรัฐบาลไทยและออสเตรเลียก็ได้มีการประชุมปรึกษาและมีความเห็นว่า ข้อเสนอโครงการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาโรคเอดส์ควรที่จะได้รับการสนับสนุนเพื่อดำเนินการต่อไป⁴⁹

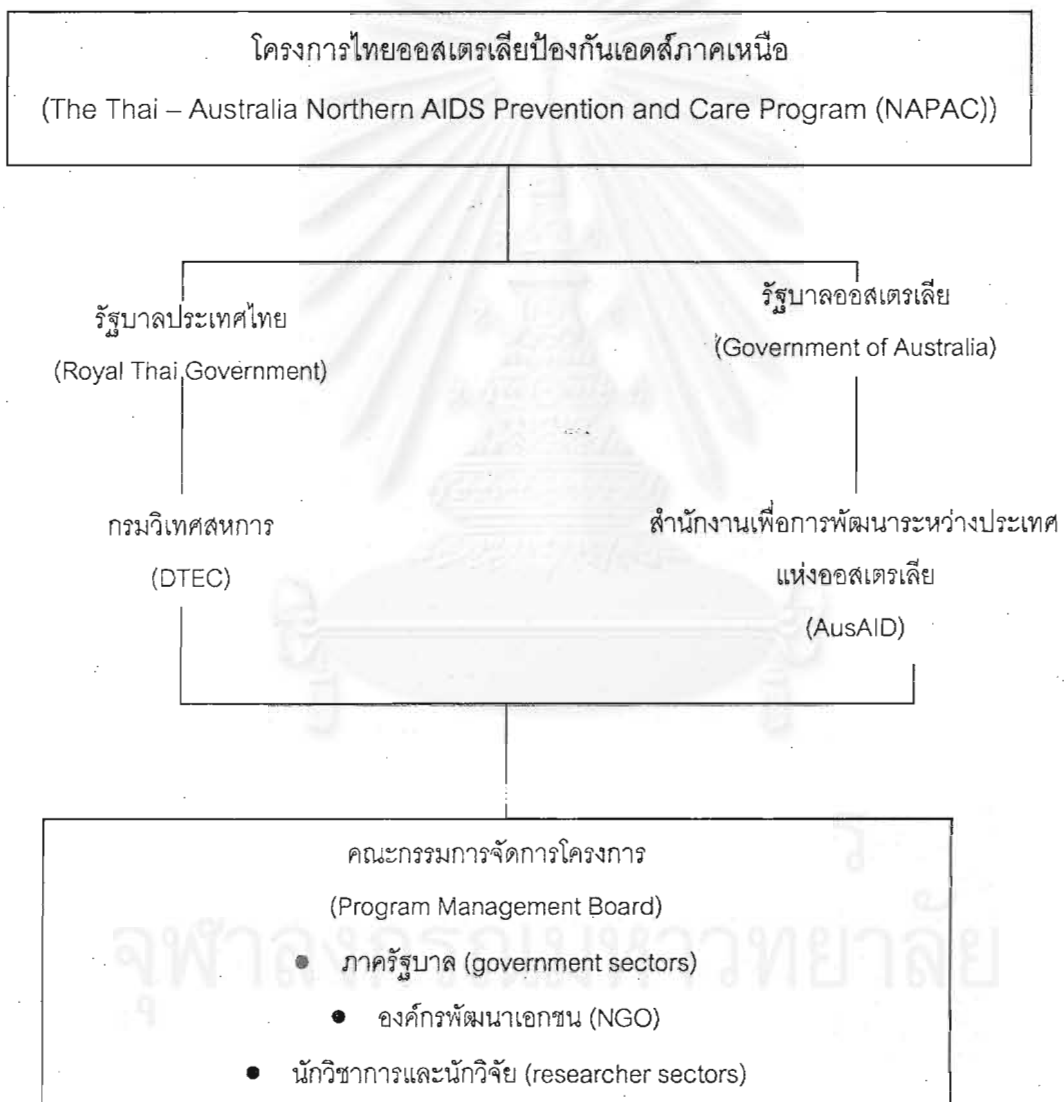
ต่อมาในเดือนเมษายน ค.ศ. 1992 คณะทำงานเพื่อกำหนดรูปแบบของโครงการโรคเอดส์ดังกล่าว ซึ่งประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุข นักมนุษยวิทยา และผู้เชี่ยวชาญทางการพัฒนาของทั้งประเทศไทยและออสเตรเลีย ได้ตกลงและร่วมมือกันจัดทำเอกสารเพื่อกำหนดรูปแบบโครงการ ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับจุดประสงค์ของโครงการงบประมาณค่าใช้จ่ายของรัฐบาลออสเตรเลียในโครงการ และประเด็นสำคัญอื่นๆ สำหรับใช้เสนอเพื่อดำเนินโครงการ ในเดือนตุลาคม ค.ศ. 1992 ข้อเสนอดังกล่าวได้รับการอนุมัติจากรัฐมนตรีของออสเตรเลียโดยได้รับงบประมาณช่วยเหลือ 3.2 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ตลอดระยะเวลาของการดำเนินโครงการระหว่างปี ค.ศ. 1993 – 1997 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 5 ปี และในช่วงเวลาต่อมาก็ได้จัดทำเอกสารเพื่อใช้ดำเนินโครงการ ซึ่งมีรายละเอียดของขั้นตอนในการดำเนินโครงการโดยจะก่อตั้งโครงการป้องกันและดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งอยู่

⁴⁸ Ibid., p.194.

⁴⁹ The Thai – Australia Northern AIDS Prevention and Care Program (NAPAC) , Annual Plan 1995 – 1996 , p. 2.

ภาคเหนือของประเทศไทย ในเดือนมีนาคม ค.ศ. 1993 และมีการเปิดสำนักงานของโครงการในเดือนมิถุนายน ค.ศ. 1993 ตามลำดับ⁴⁸

แผนภูมิที่ 3.1 โครงสร้างของคณะผู้รับผิดชอบในโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ



Source : The Thai – Australia Northern AIDS Prevention and Care Program (NAPAC) ,
Annual Plan 1995 – 1996 , p. 3.

⁴⁸ Ibid. , p. 2.

สำหรับหน่วยงานที่รับผิดชอบในการดำเนินโครงการ NAPAC คือ “ คณะกรรมการจัดการโครงการ (Program Management Board - PMB) ” ซึ่งจะเป็นตัวแทนรับผิดชอบดำเนินกิจกรรมของโครงการทั้งหมด โดยที่คณะกรรมการจะประกอบไปด้วยกลุ่มบุคลากรที่มีความรู้และประสบการณ์เกี่ยวข้องกับการจัดการวางแผนโครงการโรคเอดส์จากทั้งภาครัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มนักวิชาการและนักวิจัย โดยอยู่ภายใต้การดูแลของสำนักงาน AusAID และกรมวิเทศสหการของไทย เนื่องด้วยจุดมุ่งหมายหลักของโครงการ คือ การจัดหาแหล่งทุนสำหรับตัวแทนกลุ่มต่างๆ เพื่อใช้ในการดำเนินกิจกรรมในโครงการป้องกันและดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ดังนั้นคณะกรรมการจัดการโครงการจึงเป็นผู้ให้คำปรึกษาและแนะนำในการวางแผนเพื่อจัดทำข้อเสนอโครงการและเงินทุน ในขณะที่การอนุมัติข้อเสนอโครงการและเงินทุนจะอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของสำนักงาน AusAID และกรมวิเทศสหการ⁵¹

โครงการ NAPAC ถูกก่อตั้งขึ้นโดยมีวัตถุประสงค์ เพื่อลดอัตราการแพร่ระบาดและการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย โดยใช้วิธีการสนับสนุนและส่งเสริมการจัดการแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในชุมชนของตนเป็นหลัก สำหรับแผนการปฏิบัติงานที่สำนักงาน AusAID เลือกใช้ในการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทย คือการจัดตั้งสำนักงานขึ้นที่เขตภาคเหนือของประเทศไทย โดยสำนักงานดังกล่าวมีบทบาทในการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาเอดส์ของจังหวัดเป้าหมายในเขตภาคเหนือ กล่าวคือ เชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา นอกจากนี้แล้วยังได้ขยายขอบเขตโครงการความช่วยเหลือไปยังจังหวัดอื่นๆ ในเขตภาคเหนือตอนบนของไทยในเวลาต่อมาอีกด้วย.

ในการที่จะบรรลุถึงวัตถุประสงค์ดังกล่าวข้างต้น โครงการ NAPAC จึงได้กำหนดกลยุทธ์สำหรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 3 ส่วนประกอบ กล่าวคือ⁵² ส่วนแรกจะดำเนินการจัดหาเงินทุน เพื่อสนับสนุนกิจกรรมที่ก่อให้เกิดความคิดริเริ่มในระดับท้องถิ่น โดยที่โครงการจะจัดหาเงินทุนให้กับกลุ่มตัวแทนในระดับท้องถิ่นจากภาครัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคเอกชน และตัวแทนในชุมชนต่างๆ เพื่อใช้ในการดำเนินงานทางด้าน การป้องกันและการให้ความรู้ในประเด็นปัญหาเอดส์ การบริการให้คำปรึกษา การจัดตั้งศูนย์บำบัดและดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์ในระดับชุมชน การค้นคว้าวิจัย การจัดทำกิจกรรมเพื่อการพัฒนาทาง

⁵¹ Ibid., p. 3.

⁵² Ibid., p. 4.

เศรษฐกิจและสังคม และการจัดตั้งหน่วยงานสำหรับดำเนินกิจกรรมเพื่อการพัฒนาศักยภาพของ
ตัวแทนในระดับท้องถิ่นสำหรับให้บริการความช่วยเหลือ และปกป้องสิทธิเสรีภาพของกลุ่มผู้ติด
เชื้อเอชไอวีในชุมชนของตน

สำหรับแนวทางการดำเนินงานในส่วนที่สองนี้ จะมุ่งเน้นการส่งเสริมเพื่อให้เกิดความร่วมมือ
มือในระดับท้องถิ่น โดยเฉพาะในส่วนของกรวางแผนเพื่อกำหนดกลยุทธ์และโครงการร่วมกัน
(encouraging local cooperation , joint programming and strategic planning) โดยจะทำหน้าที่
ประสานงานและส่งเสริมความร่วมมือระหว่างตัวแทนจากหน่วยงานต่างๆ ที่ดำเนินโครงการเกี่ยว
กับประเด็นปัญหาเอชไอวีและโรคเอดส์

ในส่วนสุดท้าย จะให้ความสำคัญกับการสร้างศักยภาพที่เข้มแข็งแก่หน่วยงานต่างๆ
ที่ดำเนินงานและจัดการโครงการที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาเอชไอวีและโรคเอดส์ โดยการจัดตั้ง
ศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารที่สำนักงานโครงการ และจัดฝึกอบรม รวมทั้งให้ความช่วยเหลือทาง
เทคนิคต่างๆ แก่หน่วยงานที่เข้าร่วมดำเนินงานกับโครงการ

เนื่องจากโครงการ NAPAC มีระยะเวลาดำเนินโครงการทั้งสิ้น 5 ปีจึงมีการกำหนดแผน
งานดำเนินโครงการออกเป็นช่วงๆ ตามระยะเวลา ซึ่งแบ่งออกเป็น 3 ช่วงกล่าวคือ⁵³ ในช่วงแรกเป็น
ช่วงของการก่อตั้งโครงการ (establishment phase) ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 6 เดือน โดยมีการจัดตั้ง
สำนักงาน และคณะกรรมการจัดการโครงการ มีการติดต่อกับตัวแทนในกลุ่มต่างๆ ของสามจังหวัด
เป้าหมายในเขตภาคเหนือของไทย อาทิ ตัวแทนจากภาครัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน สถาบันวิจัย
และมหาวิทยาลัย รวมทั้งจัดทำเอกสารต่างๆ สำหรับใช้ดำเนินโครงการ และโครงร่างสำหรับใช้
เสนอโครงการ และประเมินโครงการที่ขอความช่วยเหลือ

ต่อมาในช่วงที่สองเป็นช่วงของการดำเนินโครงการนำร่อง (pilot implementation phase)
ใช้ระยะเวลาดำเนินการ 18 เดือน จะมุ่งเน้นการประเมินโครงการที่เสนอเข้ามาเพื่อขอรับความช่วย
เหลือ จัดหาเงินทุนสำหรับดำเนินโครงการนำร่องที่ผ่านการประเมิน ส่งเสริมศักยภาพขององค์กร
ระดับท้องถิ่นในการวางแผนการจัดการและการดำเนินโครงการ การตรวจสอบกลไกการประสาน
งานโครงการ จัดหาเอกสารที่เกี่ยวข้องกับองค์ความรู้และประสบการณ์ของโครงการต่างๆ รวมทั้ง
จัดการประชุมเชิงปฏิบัติการและสัมมนาในพื้นที่ต่างๆ ของภาคเหนือ โดยจะมีการทบทวนและปรับ
ปรุงการปฏิบัติงานของโครงการต่างๆ เป็นระยะๆ

⁵³ Ibid. , p. 5.

ช่วงสุดท้าย เป็นช่วงของการดำเนินงานและสร้างความเข้มแข็งให้กับโครงการ (implementation and consolidation phase) ซึ่งเป็นระยะเวลา 3 ปีสุดท้ายของการดำเนินโครงการ โครงการต่างๆ จะได้รับเงินทุนสำหรับใช้ดำเนินการ การประสานงานและการส่งเสริมเพื่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างตัวแทนกลุ่มต่างๆในโครงการ โดยจะได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการจัดการโครงการ เพื่อส่งผลทำให้การดำเนินโครงการของตัวแทนจากกลุ่มต่างๆ มีประสิทธิภาพสูงสุดและมีความเข้มแข็งเพียงพอที่จะดำเนินโครงการต่อไปในอนาคต นอกจากนี้แล้ว คณะกรรมการจัดการโครงการจะพิจารณาแนวทางเลือกอื่นๆ สำหรับใช้ขยายความช่วยเหลือ และอำนวยความสะดวกสำหรับการดำเนินงานของตัวแทนจากกลุ่มต่างๆ ในระดับท้องถิ่น

สำหรับกิจกรรมต่างๆ ที่ใช้เป็นแนวทางในการดำเนินโครงการ NAPAC นั้น จะมุ่งเน้นไปเพื่อเตรียมการสำหรับการพัฒนาในส่วนประกอบทั้ง 4 ส่วนของโครงการ กล่าวคือ⁵⁴ การจัดเตรียมและการประเมินผลโครงการที่เสนอเพื่อขอรับเงินทุน การจัดตั้งศูนย์บริการทรัพยากร การอำนวยความสะดวกในการประสานงาน และความร่วมมือกับตัวแทนที่ดำเนินงาน และการให้บริการความช่วยเหลือทางเทคนิค และการฝึกอบรม ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1. การจัดเตรียมและการประเมินผลโครงการที่เสนอเพื่อขอรับเงินทุน มีกิจกรรมที่ใช้ดำเนินงานในส่วนประกอบแรกดังนี้

- 1.1 การให้ความช่วยเหลือแก่องค์กรและตัวแทนต่างๆ ในการพัฒนาแนวความคิด การออกแบบข้อเสนอโครงการ และการจัดทำเอกสารต่างๆ ของโครงการ
- 1.2 จัดแปลเอกสาร สรุปเนื้อหา และนำเสนอรายละเอียดต่างๆ ของข้อเสนอโครงการ เพื่อขอรับทุนช่วยเหลือต่อคณะกรรมการโครงการ
- 1.3 ประเมินผลและสรุปข้อเสนอแนะ ในแต่ละข้อเสนอของโครงการ
- 1.4 ดำเนินกิจกรรมที่เหมาะสมและสอดคล้องกับผลการประชุมของคณะกรรมการโครงการ
- 1.5 ตรวจสอบและควบคุมการดำเนินโครงการที่ได้รับทุนดำเนินงาน

2. การจัดตั้งศูนย์บริการทรัพยากร มีกิจกรรมที่ใช้ดำเนินงานในส่วนประกอบที่สองดังนี้

- 2.1 พัฒนาระบบข้อมูลข่าวสาร
- 2.2 ติดต่อประสานงานกับองค์กรและตัวแทนต่างๆ

⁵⁴ Ibid., pp. 18 – 20.

- 2.3 ติดต่อกับศูนย์บริการข้อมูลข่าวสารจากแหล่งองค์ความรู้อื่นๆ
- 2.4 ดูแลรักษาและส่งเสริมการให้บริการข้อมูลข่าวสาร
- 2.5 ผลิตและแจกจ่ายเอกสาร รวมทั้งจดหมายข่าวของโครงการ

3. การอำนวยความสะดวกในการประสานงาน และความร่วมมือกับตัวแทนที่ดำเนินงาน มีกิจกรรมที่ใช้ดำเนินงานในส่วนประกอบที่สามดังนี้

- 3.1 ดำเนินกิจกรรมในฐานะผู้ประสานงาน กับตัวแทนหลักที่เข้าร่วมโครงการทั้งในเรื่องสาธารณสุข การศึกษา และประเด็นปัญหาเอคส์อื่นๆ โดยที่ตัวแทนดังกล่าวประกอบไปด้วยตัวแทนจากองค์กรจากภาครัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน ภาคเอกชน และชุมชนในท้องถิ่นต่างๆ
- 3.2 ประสานงานกับสถาบันทางด้านการวิจัยต่างๆ ที่ทำงานวิจัยเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาโรคเอดส์โดยการเข้าไปมีส่วนร่วมในกระบวนการทำงานวิจัย ประเมินสถานะของงานวิจัย และจัดนำเสนอผลงานวิจัยในการประชุมระดับชาติ และนานาชาติ
- 3.3 เข้าไปมีส่วนร่วมในการแบ่งปันข้อมูลข่าวสารทั้งในระดับภูมิภาค ระดับชาติ และระดับนานาชาติ เพื่อที่จะสามารถพัฒนาองค์ความรู้ให้ทันสมัยตลอดเวลา นอกจากนี้แล้ว ยังเข้าไปเป็นสมาชิกของคณะกรรมการทั้งในระดับท้องถิ่น ระดับภาค และระดับชาติ เพื่อที่จะได้มีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบาย ดำเนินนโยบายและประเมินผลโครงการที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์

4. การให้บริการความช่วยเหลือทางเทคนิค และการฝึกอบรม มีกิจกรรมที่ใช้ดำเนินงานในส่วนประกอบสุดท้ายดังนี้

- 4.1 พัฒนาทรัพยากรบุคคลเพื่อใช้เป็นตัวแทนในการจัดการฝึกอบรม
- 4.2 ดำเนินกิจกรรมการฝึกอบรม และสัมมนาจัดโดยคณะกรรมการโครงการ
- 4.3 จัดการประชุมโครงการ NAPAC (ประมาณ 8 ครั้งต่อปี) โดยหมุนเวียนจัดในแต่ละจังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ
- 4.4 จัดทัศนศึกษาเกี่ยวกับการดำเนินโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอคส์ที่ประเทศออสเตรเลีย โดยคัดเลือกผู้นำโครงการต่างๆ เป็นตัวแทนในการศึกษาดูงาน (1 ครั้งต่อปี)
- 4.5 ให้บริการคำแนะนำ แนวทางการดำเนินงาน และการประเมินผลโครงการกับผู้ดำเนินโครงการต่างๆ รวมทั้งให้ความช่วยเหลือทางด้านเทคนิคการบริหารงาน และการจัดการโครงการ

3.7 รูปแบบของโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ. 1997-2001

จากลักษณะความสามารถและประสิทธิภาพของผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การแพทย์และ สาธารณสุขของออสเตรเลียที่มีชื่อเสียงเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติในด้านการจัดการเกี่ยวกับการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ จึงส่งผลทำให้คณะผู้แทนจาก กระทรวงสาธารณสุขของไทยมุ่งให้ความสนใจและต้องการขอความช่วยเหลือในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยจากรัฐบาลออสเตรเลีย ประกอบกับคณะ รัฐบาลออสเตรเลียได้จัดสรรเงินทุนและเสนอให้ความช่วยเหลือโดยผ่านสำนักงานAusAID โดยเน้นในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์แก่รัฐบาลไทย นับตั้งแต่ปี ค.ศ. 1994 โดยในเดือน กันยายน นายแพทย์อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม ซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวง สาธารณสุขของไทยในขณะนั้น ได้เดินทางไปยัง “ ศูนย์อัลเบียนสตรีท (Albion Street Centre - ASC) ” ในเมืองซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย เพื่อศึกษาดูระบบการทำงานและกิจกรรมต่างๆของ ศูนย์ASC สำหรับใช้เป็นแนวทางในการกำหนดในข้อตกลงความร่วมมือระหว่างกัน ต่อมาในเดือน ตุลาคมผู้แทนจากศูนย์อัลเบียนสตรีทของออสเตรเลียและสถาบันวิจัยสาธารณสุข กระทรวง สาธารณสุขของไทยได้ดำเนินการศึกษาและร่างข้อเสนอโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศร่วมกัน และนำเสนอโครงการร่างดังกล่าวต่อสำนักงานAusAID ในเดือนพฤศจิกายนสำหรับการพิจารณา ตามแผนการช่วยเหลือ ในขณะที่เดียวกันกระทรวงสาธารณสุขของไทยก็ได้มีการประกาศแต่งตั้งให้ “ โรงพยาบาลบาราตนาราดูร ” เป็นศูนย์ข้อมูลทางวิชาการและฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาล โรคเอดส์แห่งชาติในช่วงเวลาดังกล่าว⁵⁵

จนกระทั่งเดือนกุมภาพันธ์ ปี ค.ศ. 1995 แผนโครงการดังกล่าวได้รับความเห็นชอบจาก สำนักงานAusAID และได้มีการตกลงเซ็นสัญญาความร่วมมือในบันทึกความเข้าใจ (MoU) ระหว่าง กันในเดือนเมษายน โดยมีนายจอห์น วิน โอเวน (John Wyn Owen) อธิบดีกรมสุขภาพ มลรัฐนิวเซาท์เวลส์ ประเทศออสเตรเลีย และนางเรณู โกยสุโข รองปลัดกระทรวงสาธารณสุขของ ประเทศไทย เป็นตัวแทนของทั้งสองประเทศ นอกจากนี้แล้วยังได้แต่งตั้งให้ศูนย์ASC และ

⁵⁵ The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project," Introduction," Annual Plan 1 st July 1997 to 30 th June 1998, p.4.

โรงพยาบาลบาราคนราดูร์เป็นศูนย์กลางสำหรับการดำเนินงานตามโครงการความร่วมมือดังกล่าว⁵⁶ ในช่วงระหว่างเดือนเมษายนถึงพฤษภาคม คณะผู้บริหารรวมทั้งผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขจากโรงพยาบาลบาราคนราดูร์ ได้เข้ามาศึกษาดูงานเกี่ยวกับรูปแบบของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ (ambulatory care centre) ของศูนย์อัลเบียนสตรีท ซึ่งเป็นศูนย์ที่มีรูปแบบการให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงเวลากลางวัน โดยไม่ต้องนอนพักรักษาในโรงพยาบาล เพื่อนำองค์ความรู้เกี่ยวกับระบบการจัดการและวิธีการดูแลรักษาของศูนย์ดังกล่าวเข้ามาปรับใช้กับสถานการณ์การรักษาในประเทศไทย โดยในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายนถึงพฤศจิกายน คณะผู้บริหารโครงการของไทยภายใต้การควบคุมและให้คำปรึกษาของกระทรวงสาธารณสุขและกรมวิเทศสหการ ได้จัดทำและเสนอโครงร่างแผนปฏิบัติการในโครงการความร่วมมือดังกล่าวต่อคณะผู้บริหารของสำนักงานAusAID และศูนย์ASC และมีการรับโครงร่างแผนปฏิบัติการของโครงการความร่วมมือที่ฝ่ายไทยเสนอสำหรับการพิจารณาและสำรวจในขั้นต้นว่าจะสามารถดำเนินการได้หรือไม่ในเดือนมกราคม ค.ศ. 1996 จนกระทั่งในระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงธันวาคม สำนักงานAusAID กระทรวงสาธารณสุข และกรมวิเทศสหการของไทยได้ตกลงยอมรับแผนโครงร่างปฏิบัติการของโครงการความร่วมมือดังกล่าว พร้อมทั้งยังอนุมัติเงินงบประมาณและความช่วยเหลือในการดำเนินโครงการดังกล่าวอีกด้วย⁵⁷

“โครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (HIV/AIDS Ambulatory Care Project - AACCP)” เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลของประเทศไทยกับรัฐบาลของประเทศออสเตรเลีย มีระยะเวลาความร่วมมือ 3 ปี เริ่มโครงการตั้งแต่วันที่ 1 เมษายน ค.ศ. 1997 โดยมีคณะกรรมการประสานงานซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนจากกรมวิเทศสหการ สำนักงานAusAID กระทรวงสาธารณสุขของไทย โรงพยาบาลบาราคนราดูร์ และศูนย์ASC ทำหน้าที่ในการประสานงานด้านนโยบายและการดำเนินงานของโครงการ รวมทั้งยังเสนอแนะแนวทางหรือข้อเปลี่ยนแปลงที่เหมาะสมและมีหน้าที่ทบทวนและรายงานความคืบหน้าของโครงการต่อคณะรัฐบาลของทั้งสองประเทศ โดยที่ตัวแทนหลักในการดำเนินโครงการความร่วมมือดังกล่าวคือ โรงพยาบาลบาราคนราดูร์เป็นตัวแทนฝ่ายไทย และศูนย์อัลเบียนสตรีทเป็นตัวแทนฝ่ายออสเตรเลีย

⁵⁶ Ibid., p.4.

⁵⁷ Ibid., p.5.

แผนภูมิที่ 3.2 โครงสร้างของคณะผู้รับผิดชอบในโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์



Source : The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project, Annual Plan
1 st July 1997 to 30 th June 1998, p.5.

โรงพยาบาลบาราศนราดुर เป็นหนึ่งในสี่โรงพยาบาลของกรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข มีหน้าที่หลักในการให้บริการตรวจรักษาผู้ป่วยโรคติดต่อและโรคทั่วไป โดยเริ่มให้การวินิจฉัยและรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกเมื่อปี ค.ศ. 1984 และ ในปี ค.ศ. 1987 ได้จัดตั้งหอผู้ป่วยเพื่อรับผู้ป่วยโรคเอดส์ หลังจากนั้นโรงพยาบาลก็ได้ทำการเปิดคลินิกนิรนาม (Anonymous and

Confidential Clinic) เพื่อให้บริการตรวจเลือดและบริการให้การปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ถือได้ว่าโรงพยาบาลบาราศนราดुरเป็นโรงพยาบาลลำดับแรกของประเทศไทย ที่ให้การรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์นับตั้งแต่มีการระบาดของเชื้อเอดส์ในประเทศไทย นอกจากนี้แล้ว กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้โรงพยาบาลบาราศนราดुरเป็นศูนย์รวมข้อมูลทางวิชาการและศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์แห่งชาติ (National Clinic Reference and Training Centre for HIV/AIDS) อีกด้วย⁵⁸

ศูนย์ASC เป็นศูนย์ความร่วมมือของหลายหน่วยงานทางด้านการให้การดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี การให้การปรึกษา การค้นคว้าวิจัย การป้องกันและให้ความรู้เกี่ยวกับปัญหาเอดส์ ศูนย์ASCเป็นคลินิกเอชไอวีซึ่งเป็นหนึ่งในหน่วยงานของโรงพยาบาลปรินซ์ออฟเวลล์ (Prince of Wales) ตั้งอยู่ในเมืองซิดนีย์ ประเทศออสเตรเลีย เริ่มตั้งขึ้นในปี ค.ศ. 1985 ซึ่งเป็นปีที่มีการระบาดของเชื้อเอชไอวีในประเทศออสเตรเลีย ในปัจจุบันศูนย์อัลเบียนสตรีทเป็นศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพที่ให้บริการหลายด้านแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ อาทิ บริการทางด้านการป้องกันและการรักษา โดยการให้ความรู้กับผู้ป่วยและประชาชนในท้องถิ่น บริการทางด้านการวิจัยค้นคว้าทางด้านโภชนาการ พฤติกรรมและการรักษาโรคเอดส์ และบริการข้อมูลข่าวสารการฝึกอบรมและการประสานงานของเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขระหว่างประเทศต่างๆทั่วโลก⁵⁹

สำหรับวัตถุประสงค์ของโครงการความร่วมมือดังกล่าว เพื่อจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพที่ครบวงจรขึ้นที่โรงพยาบาลบาราศนราดुरสำหรับให้บริการทางการแพทย์ทั้งทางด้านการป้องกันและการดูแลรักษาที่มีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวและผู้ดูแลของผู้ป่วยเหล่านี้ นอกจากนี้แล้ว ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพยังมุ่งเน้นการพัฒนาองค์ความรู้ในการจัดการเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และยังให้การสนับสนุนในการพัฒนาองค์กรเพื่อให้โรงพยาบาลบาราศนราดुरเป็นศูนย์รวมข้อมูลทางวิชาการและศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ในระดับชาติและระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้⁶⁰

⁵⁸ สำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย. โรงพยาบาลบาราศนราดुर และ ศูนย์อัลเบียนสตรีท เอกสารแผ่นพับโครงการร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพเอดส์และเอชไอวี. (ม.ป.ท.,ม.ป.ป.).

⁵⁹ เรื่องเดียวกัน.

⁶⁰ The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project," Introduction, "Annual Plan 1 st July 1997 to 30 th June 1998 , p.7.

ในการที่จะบรรลุถึงวัตถุประสงค์ดังกล่าว คณะผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทยและออสเตรเลียมีความเห็นว่า ความช่วยเหลือจากรัฐบาลของออสเตรเลียนั้นควรจะมุ่งเน้นไปเพื่อเตรียมการสำหรับการพัฒนาในส่วนประกอบทั้ง 4 ส่วนของโครงการ กล่าวคือ การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (human resource development) การให้บริการทางข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ด้านสุขภาพ (health education and information service) การพัฒนาระบบโครงสร้างและการบริหารงานขององค์กร (administrative and organizational structure and development) และการจัดการโครงการ (project management) ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้^{61,62}

1. การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ (human resource development)

สำหรับจุดประสงค์ของความช่วยเหลือภายใต้ส่วนประกอบการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ กล่าวคือ เพื่อช่วยให้โรงพยาบาลบาราคนราดูราสามารถใช้ทรัพยากรมนุษย์ที่มีอยู่ปัจจุบันของโรงพยาบาลในการจัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด โดยจะมุ่งเน้นไปยังการจัดโครงการฝึกอบรมให้ความรู้เพื่อการพัฒนาทักษะทางการรักษาและให้คำปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลเพื่อสามารถให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งให้ความช่วยเหลือและให้การปรึกษาแก่ผู้ดูแลผู้ป่วยและครอบครัวของผู้ป่วยซึ่งรายละเอียดของกิจกรรมต่างๆดังต่อไปนี้

1.1 ผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขของฝ่ายประเทศออสเตรเลียจะเข้ามาทำการฝึกอบรมและประเมินผลเป็นระยะๆ ในโครงการฝึกอบรมที่ได้ถูกจัดขึ้นโดยกระทรวงสาธารณสุขของไทย ซึ่งเป็นการฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบาราคนราดูราทางการให้คำปรึกษา (counselling) การดูแลรักษา (clinical care) การควบคุมการติดเชื้อ (infection control) โภชนาการ (nutrition) และการเผยแพร่ความรู้และการค้นคว้าวิจัย (education program and research)

1.2 โครงการฝึกอบรมจะถูกดำเนินการจัดขึ้นโดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อสนับสนุนและให้ความช่วยเหลือแก่โรงพยาบาลบาราคนราดูราในการเปลี่ยนแปลงและพัฒนาระบบการให้บริการทางการแพทย์แก่ผู้ป่วยทางด้านต่างๆดังกล่าวข้างต้น

⁶¹ The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project, Contract between Commonwealth of Australia and The State of New South Wales Acting through The Albion Street Centre , New South Wales Department of Health in relation to The AIDS Ambulatory Care Project, pp.28-30.

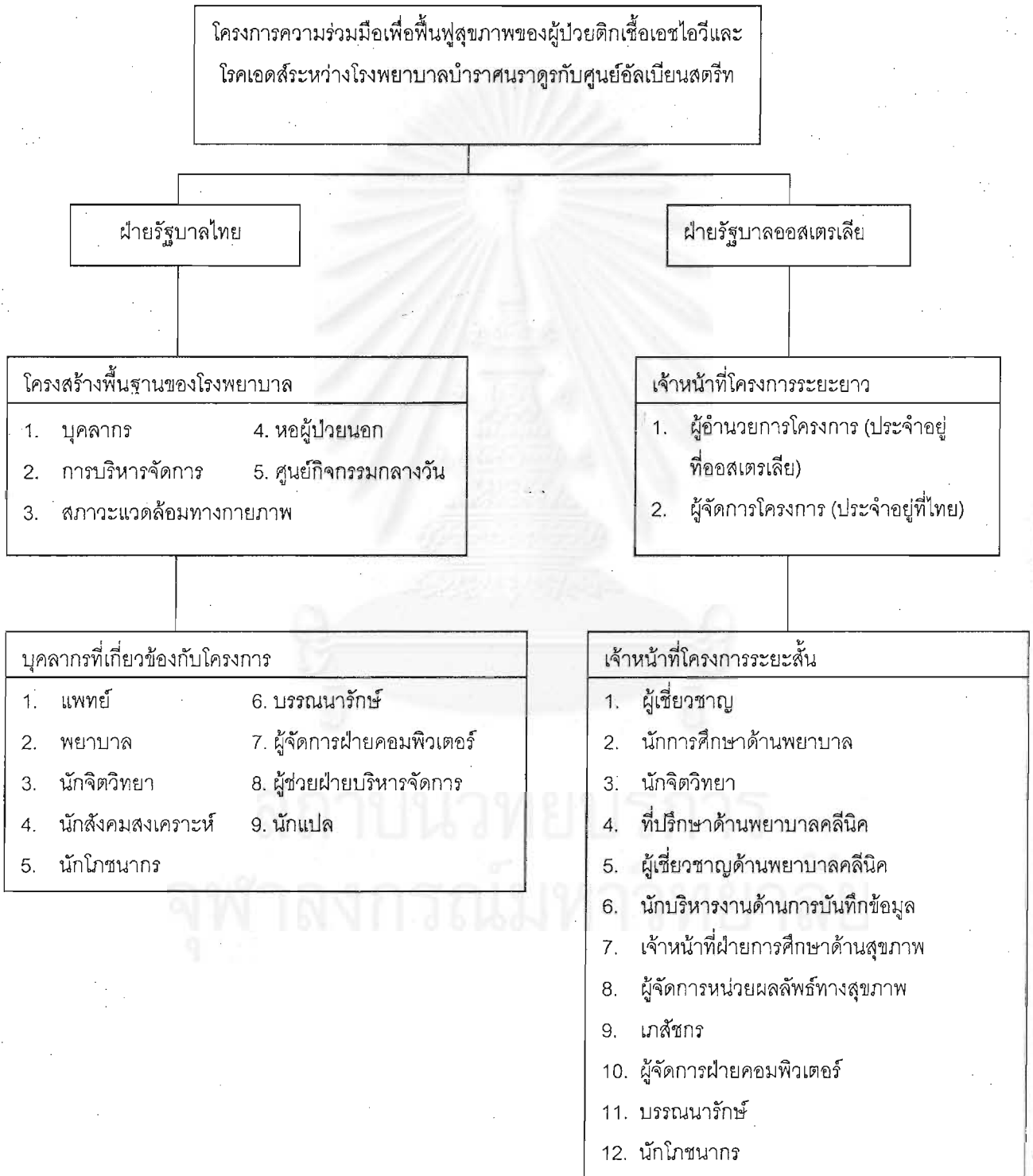
⁶² The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project , Memorandum of Understanding between The Government of Australia and The Royal Thai Government relating to The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project in Thailand, pp.7-10.

1.3 เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบำราศนราดูลในหลายๆส่วนที่เกี่ยวข้องกับโครงการความร่วมมือจะได้รับการเข้าฝึกอบรมและศึกษาดูงานเกี่ยวกับรูปแบบการจัดการของศูนย์ฟื้นฟูที่ศูนย์อัลเบียนสตรีท ประเทศออสเตรเลีย เพื่อใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานที่โรงพยาบาลบำราศนราดูล



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

แผนภูมิที่ 3.3 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขในโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์



Source : The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project, Annual Plan 1 st

July to 30 th June 1998, pp. 13-17.

สำหรับกลุ่มบุคลากรเป้าหมายที่จะได้รับการฝึกอบรมสำหรับการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ในโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ประกอบไปด้วย 5 กลุ่มบุคลากร กล่าวคือ กลุ่มที่ 1 ประกอบไปด้วยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา และนักสังคมสงเคราะห์ผู้มึบทบาทในการให้คำปรึกษาแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์รวมทั้งผู้ดูแลและครอบครัวของผู้ป่วย กลุ่มที่ 2 ประกอบไปด้วยกลุ่มบุคลากรพยาบาลผู้ชำนาญพิเศษในการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ กลุ่มที่ 3 ประกอบไปด้วยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาลและผู้ชำนาญการพิเศษในด้านโภชนาการสำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ กลุ่มที่ 4 ประกอบไปด้วยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ที่ทำหน้าที่ดูแลรักษาและมีความสามารถทางด้านคั่นคว้าวิจัย และกลุ่มสุดท้ายประกอบไปด้วยกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล และผู้บริหารจัดการที่มีบทบาทในการควบคุมการติดเชื้อ

2. การให้บริการข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ (health education and information services)

สำหรับจุดประสงค์ของความช่วยเหลือภายใต้ส่วนประกอบการให้บริการข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพกล่าวคือ เพื่อพัฒนาศักยภาพทางการจัดการด้านองค์ความรู้ด้านสุขภาพของโรงพยาบาลบาราคนราดูร อันนำมาสู่การให้บริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่กลุ่มเป้าหมาย และองค์ความรู้ที่ได้รับดังกล่าวยังสามารถช่วยสนับสนุนการดำเนินงานของทีมงานทางการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลอีกด้วย ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมต่างๆดังต่อไปนี้

2.1 การตรวจสอบและวิเคราะห์ข้อมูลข่าวสารรวมทั้งเอกสารที่มีอยู่ในปัจจุบันของโรงพยาบาลบาราคนราดูร

2.2 การจัดการเพื่อแบ่งประเภทและระดับความต้องการข้อมูลข่าวสารของผู้ป่วย ครอบครัวของผู้ป่วยและผู้ดูแล รวมทั้งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบาราคนราดูร

2.3 จัดทำเอกสารและเผยแพร่องค์ความรู้โดยคำนึงถึงความเหมาะสมทางวัฒนธรรมและระดับการเรียนรู้หนังสือของประชาชนกลุ่มเป้าหมายเป็นหลัก ซึ่งเนื้อหาขององค์ความรู้ดังกล่าวจะมุ่งเน้นถึงการให้ความรู้เกี่ยวกับกระบวนการและขั้นตอนการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ระบบการดูแลรักษาผู้ป่วยของโรงพยาบาลบาราคนราดูรและวิธีการเข้ามารักษา การบริการให้คำปรึกษาและความช่วยเหลือและข้อมูลข่าวสารทางการแพทย์

2.4 จัดตั้งศูนย์บริการทางข้อมูลข่าวสารสำหรับการให้ความช่วยเหลือทางวิชาการแก่คณะบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการศึกษาประเด็นเกี่ยวกับโรคเอดส์

3. การพัฒนาระบบ โครงสร้างและบริหารงานขององค์กร (administrative and organizational structure and development)

สำหรับจุดประสงค์ของความช่วยเหลือภายใต้ส่วนประกอบการพัฒนา ระบบโครงสร้าง และการบริหารงานขององค์กรกล่าวคือ เพื่อพัฒนาศักยภาพในการบริหารและดำเนินการขององค์กรตามรูปแบบของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ (ambulatory care model) ซึ่งสามารถขยายการให้บริการและเป็นต้นแบบแก่น่วยบริการทางการแพทย์อื่นๆทั้งในระดับชาติและระดับภูมิภาคต่อไป ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมต่างๆดังต่อไปนี้

3.1 การประเมินผลของระบบการให้บริการทางการแพทย์ที่เป็นอยู่ในปัจจุบันของโรงพยาบาล

3.2 กำหนดบทบาทและความรับผิดชอบของสมาชิกที่เข้ามามีส่วนร่วมกับโครงการความร่วมมือแต่ละบุคคลใหม่ โดยพิจารณาตามรูปแบบของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพเป็นหลัก

3.3 การพัฒนาและดำเนินการตามบันทึกข้อตกลง (protocols) สำหรับสมาชิกของทุกคณะทำงานที่ได้ตกลงกันไว้

3.4 แนะนำการปรับโครงสร้างใหม่ของโรงพยาบาลบาราศนราดูรแก่คณะทำงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการเพื่อบรรลุถึงประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงานของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ

3.5 การทบทวน พัฒนา และดำเนินการตามวิธีเก็บรวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูลและรายงานผล เพื่อช่วยสนับสนุนในการวางแผน ดำเนินการและประเมินผลการให้บริการของโรงพยาบาล

3.6 การพัฒนาระบบเก็บข้อมูลข่าวสารสำหรับใช้ในการวัดผลและประเมินผลลัพธ์ทางสุขภาพ (health outcome)

3.7 ดำเนินโครงการภายใต้ระบบประกันคุณภาพ (Quality Assurance)

3.8 ผู้จัดการและที่ปรึกษาโครงการมีบทบาทในการให้ความช่วยเหลือโรงพยาบาลบาราศนราดูรสำหรับการพัฒนาระบบเครือข่ายเพื่อส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกับสถาบันทางด้านสุขภาพอื่นๆและช่วยพัฒนาโรงพยาบาลบาราศนราดูรให้เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาล โรคเอดส์ของภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

4. การจัดการโครงการ (project management)

สำหรับจุดประสงค์ของความช่วยเหลือภายใต้ส่วนประกอบการจัดการโครงการกล่าวคือ เพื่อส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดการและดำเนินโครงการอย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงสุด อันนำมาสู่การบรรลุถึงผลลัพธ์และจุดมุ่งหมายที่ตั้งได้ของโครงการความร่วมมือในที่สุด ซึ่งมีรายละเอียดของกิจกรรมต่างๆดังต่อไปนี้

4.1 การศึกษาข้อมูลขั้นพื้นฐานของโครงการสำหรับนำมาใช้ในกระบวนการประเมินโครงการ

4.2 การตรวจสอบ วัตถุประสงค์ รายงาน และประเมินผลของทุกกิจกรรมรวมทั้งผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการความร่วมมือดังกล่าวตลอดเวลา

4.3 การประสานงานและจัดการบริหารงานร่วมกันกับทุกหน่วยงานที่เข้ามามีส่วนร่วมดังกล่าวตลอดเวลา

4.4 การปรึกษากับผู้บริหารระดับสูงของโครงการตลอดเวลา

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

บทที่ 4

บทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของไทยและออสเตรเลียกับความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในโครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ. 1993-2001

ในปัจจุบันสถานการณ์ของการป้องกันและควบคุมปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยนับได้ว่าประสบความสำเร็จเป็นอย่างดี จนได้รับการยอมรับจากนานาประเทศถึงแนวทางในการจัดการกับประเด็นปัญหาเอดส์ของไทย ความร่วมมือและความช่วยเหลือจากต่างประเทศถือได้ว่าเป็นปัจจัยหนึ่งที่ทำให้เกิดผลสำเร็จดังกล่าว โดยเฉพาะอย่างยิ่งความร่วมมือระหว่างประเทศระหว่างไทยกับออสเตรเลียใน “โครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย (The Thai – Australia Northern AIDS Prevention and Care Program – NAPAC)” ระหว่างปี ค.ศ. 1993-1997 และ “โครงการความร่วมมือสองฝ่ายระหว่างรัฐบาลไทยกับรัฐบาลออสเตรเลียเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (HIV / AIDS Ambulatory Care Project – AACP)” ระหว่างปี ค.ศ. 1997-2001 มีบทบาทสำคัญอย่างมากในการให้ความช่วยเหลือสนับสนุนทั้งด้านองค์ความรู้ งบประมาณและอุปกรณ์ต่าง ๆ เพื่อร่วมมือกันดำเนินการเผยแพร่ความรู้เรื่องโรคเอดส์ และกระตุ้นให้ชุมชนเกิดแนวความคิดริเริ่มที่จะป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ด้วยตนเอง นอกจากนี้แล้วโครงการความร่วมมือทั้งสองยังมีบทบาทในการสนับสนุนยุทธศาสตร์สำคัญ ๆ ที่ใช้เป็นกลไกหลักในการป้องกันและแก้ไขสถานการณ์โรคเอดส์ของไทยจนกระทั่งปัจจุบัน

สืบเนื่องมาจากผลสำเร็จที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการความร่วมมือทั้งสองโครงการดังกล่าวข้างต้น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นเกี่ยวกับโรคเอดส์ของไทยและออสเตรเลียถือว่าเป็นตัวแสดงที่มีส่วนสำคัญทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศดังกล่าวเพราะเหตุว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขได้เข้ามามีบทบาทในการสร้างความตระหนักต่อความสำคัญของประเด็นปัญหาเอดส์ การกำหนดข้อตกลงความร่วมมือ การส่งเสริมและดำเนินงานตามข้อตกลง การตรวจสอบและติดตามประเมินผลการดำเนินงาน จนโครงการความร่วมมือทั้งสองโครงการดังกล่าวประสบความสำเร็จในที่สุด โดยมีรายละเอียดที่จะกล่าวต่อไป ตามลำดับดังนี้

4.1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาทในการสร้างความตระหนักรู้ต่อความสำคัญของประเด็นปัญหาเอดส์แก่สังคมไทยในช่วงปี ค.ศ. 1983-1993

4.1.1 บทบาทในการนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่คณะผู้บริหารระดับสูงของประเทศ

นับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยเป็นรายแรกเมื่อเดือนกันยายน ค.ศ. 1984 กระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ตระหนักและมีความสนใจถึงประเด็นปัญหาเอดส์ โดยร่วมมือกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยของรัฐทำการศึกษาปัญหาโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระทรวงสาธารณสุขได้เริ่มตระหนักถึงความสำคัญของประเด็นปัญหามาตั้งแต่ต้นปี ค.ศ. 1983 เพราะการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในสังคมโลกขณะนั้นกำลังทวีความรุนแรงอย่างมาก กระทรวงสาธารณสุขจึงร่วมมือกับนักวิชาการของมหาวิทยาลัยมหิดลเพื่อเตรียมมาตรการเบื้องต้นในการควบคุมป้องกันโรคเอดส์ในประเทศไทย จัดทำเอกสารวิชาการเกี่ยวกับองค์ความรู้ของโรคเอดส์เผยแพร่ไปสู่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เกี่ยวข้อง เป็นการเตรียมบุคลากรให้พร้อมรับสถานการณ์โรคเอดส์ในอนาคต¹

สำหรับปัญหาในระยะแรกนั้นคือ การขาดองค์ความรู้และความพร้อมในการจัดการกับประเด็นปัญหาเอดส์ เนื่องจากโรคเอดส์ยังไม่เป็นที่รู้จักมากนักเพียงแต่เข้าใจว่าเป็นโรคติดต่อที่ยังไม่มียารักษาและไม่มีวัคซีนป้องกันโรค นอกจากนี้แล้วยังไม่มีเครื่องทดสอบเพื่อวินิจฉัยโรค จนกระทั่งเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 1985 ได้มีการพัฒนาเครื่องตรวจวินิจฉัยที่มีชื่อว่า Elisa Test Kit สำเร็จ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขในกระทรวงสาธารณสุขของไทยจึงได้ขอรับความช่วยเหลือจากศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกาเกี่ยวกับองค์ความรู้เรื่องระบาดวิทยาของโรคเอดส์ และการตรวจวินิจฉัยผลการตรวจเลือดผู้ติดเชื้อ²

เนื่องจากผลการตรวจเลือดหาเชื้อในกลุ่มเลี้ยงของกองระบาดวิทยาและกองกามโรคในปี ค.ศ. 1985 ซึ่งเป็นปีแรกที่ทำกรตรวจผลปรากฏว่าตรวจไม่พบผู้ติดเชื้อเลย³ จนกระทั่งปี ค.ศ. 1987 เมื่อมีการขยายผลการตรวจเลือดหาเชื้อในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดทั่วประเทศจึงได้พบว่ามิผู้ติดเชื้อ

¹ พริยา จารุทรัพย์ . โรคเอดส์เชิงสังคมวัฒนธรรมไทยที่สะท้อนผ่านสื่อหนังสือพิมพ์รายวัน. วิทยานิพนธ์ปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2539. หน้า 46-47.

² ยาวรัตน์ ปราบัษขาม , สมใจ ประมาณพล และสุพัตรา อติโพธิ , นโยบายเอดส์ : กรณีศึกษาในประเทศไทย 2525-2537 (กรุงเทพฯ ฯ : พีเอลิฟวิง , 2538), หน้า 9 .

³ เรื่องเดียวกัน , หน้า 9 .

ร้อยละหนึ่ง⁴ จากลักษณะดังกล่าวกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขจึงถือว่า ยังไม่มีการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยในระยะแรกนี้และเชื่อว่าโรคเอดส์เป็นโรคของชาวต่างประเทศ ผู้ติดเชื้อที่เป็นโรคเอดส์นั้นรับการแพร่เชื้อจากชาวต่างประเทศโดยถือว่าเอดส์ไม่ใช่โรคของคนไทย⁵ ดังนั้นกระทรวงสาธารณสุขจึงเริ่มดำเนินการควบคุมโรคเอดส์ด้วยมาตรการควบคุมโรคติดต่อทั่วไป โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอให้โรคเอดส์เป็นโรคที่ต้องแจ้งความในพระราชบัญญัติโรคติดต่อ เมื่อ 1 พฤษภาคม ค.ศ. 1985 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อตรวจสอบผู้ติดเชื้อและป้องกันการแพร่กระจายของโรคเอดส์ ต่อมาในเดือนสิงหาคม ค.ศ. 1986 กระทรวงมหาดไทยได้เพิ่มชื่อโรคเอดส์ในพระราชบัญญัติคนเข้าเมือง (ค.ศ.1979) มีผลบังคับใช้ตั้งแต่เดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 1986 โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เข้ามาแพร่เชื้อในประเทศไทย ซึ่งนโยบายนี้ได้รับการวิจารณ์ในระดับระหว่างประเทศเป็นอย่างมาก เกี่ยวกับเรื่องการกีดกันผู้ป่วยติดเชื้อและถูกยกเลิกในช่วงเวลาต่อมา นอกจากนี้แล้วยังมีความพยายามที่จะใช้พระราชบัญญัติปราบปรามการค้าประเวณี เพื่อกักกันผู้ติดเชื้อจากการค้าบริการทางเพศและดำเนินมาตรการให้บัตรสีขาวหรือบัตรปลอดเอดส์แก่หญิงค้าบริการทางเพศที่ไม่ติดเชื้อเอดส์

ในช่วงระยะแรกของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ค.ศ. 1984-1988 ประเทศไทยอยู่ภายใต้การบริหารของคณะรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ เป็นนายกรัฐมนตรี เป็นยุคที่รัฐบาลมีนโยบายที่มุ่งเน้นในการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศ โดยที่รายได้หลักมาจากอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวซึ่งนำรายได้เข้าประเทศประมาณร้อยละ 5 ของรายได้ประชาชาติ ดังนั้นการสนับสนุนและส่งเสริมอุตสาหกรรมการท่องเที่ยวจึงต้องดำเนินต่อไป โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรักษาภาพพจน์ของประเทศในระดับระหว่างประเทศมีความจำเป็นอย่างยิ่ง การยอมรับว่ามีการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยย่อมเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการพัฒนาเศรษฐกิจของประเทศในที่สุด จากลักษณะดังกล่าวคณะรัฐบาลจึงมีนโยบายไม่เปิดเผยข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยเอดส์ ด้วยอ้างว่าจะทำให้ประชาชนแตกตื่นโดยใช่เหตุ และปัญหาของเอดส์จะกลายเป็นผลเสียต่ออุตสาหกรรมการท่องเที่ยว การส่งออก และการลงทุนในประเทศ⁷

⁴ เรื่องเดียวกัน , หน้า 10.

⁵ เรื่องเดียวกัน , หน้า 10.

⁶ Prasert Thongcharoen , “Perspective on AIDS Prevention and Control in Thailand, “ *Thai AIDS Journal* 11 Vol. 2 (1999) : 60-61.

⁷ ยาวรัตน์ ปราบรักษา , สมใจ ประมาณผล และสุพัตรา อติโพธิ , *นโยบายเอดส์ : กรณีศึกษาในประเทศไทย* 2527-2537 (กรุงเทพ ฯ : พีเอลฟีอิง , 2538) , หน้า 13.

เทอดพงษ์ ไชยนันท์ ซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นให้สัมภาษณ์เมื่อเดือนสิงหาคม ค.ศ. 1987 ว่า “ท่านนายกรัฐมนตรี พลเอกเปรม ติณสูลานนท์ ได้มาตรวจราชการที่กระทรวงสาธารณสุข ในฐานะหัวหน้ารัฐบาล และได้ไต่ถามถึงเรื่องโรคเอดส์ ท่านได้กล่าวว่า “โรคเอดส์นี้เป็นโรคกรรมคาชณิหนึ่งเท่านั้นเอง หากพวกมันมากเกินไป ประชาชนจะแตกตื่นตกใจ และ จะกลัวกันมากขึ้น จนกระทั่งกลายเป็นผลร้าย คือประชาชนพลเมืองอาจไม่ทำมาหากิน เพราะมัวแต่พูดถึงโรคนี้ด้วยความกลัวและต่างก็หาวิธีป้องกันซึ่งก็ถือว่าเป็นผลเสียแก่เศรษฐกิจของบ้านเมือง และอีกอย่างหนึ่งปีนี้เป็นปีที่รัฐบาลได้ประกาศว่าเป็นปีแห่งการท่องเที่ยว โดยเจตนาและวัตถุประสงค์นั้น ก็ต้องการให้ชาวต่างชาติเดินทางเข้ามาเที่ยวหรือทัศนจรในประเทศไทยมากๆ เมื่อมีการโฆษณาแพร่ข่าวว่าประเทศไทยมีคนป่วยเป็นโรคเอดส์หลายคน ชาวต่างประเทศที่จะเดินทางมาในประเทศไทยหรือกำลังท่องเที่ยวอยู่ในประเทศไทยก็ตามจะแตกตื่นและจะชะงักงันไม่มาท่องเที่ยวในประเทศไทยหรือจะรีบเดินทางออกจากประเทศไทยไปก่อนเวลาที่กำหนด เป็นผลเสียหายต่อเศรษฐกิจของประเทศไทยอีกด้วยเหมือนกัน นอกจากนี้ยังเป็นการเสียหายต่อเกียรติของประเทศไทยและคนไทย เพราะประเทศไทยและคนไทยเป็น โรคเอดส์โรครที่สังคมรังเกียจและกลัวเกรง” ฉะนั้น ท่านนายกรัฐมนตรีจึงเห็นว่า ไม่ควรที่จะโฆษณา เผยแพร่เกี่ยวกับเรื่องโรคเอดส์ในประเทศไทยให้มากเกินไป”⁸

จากแนวคิดดังกล่าวข้างต้น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขได้แสดงความเห็นแย้งกับนายกรัฐมนตรี โดยได้เสนอว่า “รัฐบาลควรที่จะโฆษณาความร้ายกาจของโรคเอดส์ให้ประชาชนรับทราบ เพราะโรคเอดส์เป็นโรคร้ายแรงที่สุดของบรรดาโรคทั้งหลาย แต่ร้ายแบบเงียบ ๆ ซึ่งเมื่อใครเป็นโรคนี้อแล้วจะไม่มีทางรักษาหาย และที่สำคัญที่สุดก็คือ โรคเอดส์เป็นโรคที่ติดต่อกัน ได้เหมือน โรคร้ายทั้งหลายทั่วไป วิธีป้องกันและแก้ไขปัญหารื่องนี้จึงต้องการการตัดสินใจที่ชาญฉลาดและทันต่อเหตุการณ์ รัฐบาลจะต้องยอมรับว่าโรคนี้อกำลังจะเป็นปัญหาและอย่าคอยให้เกิดปัญหารขึ้นก่อนจึงค่อยแก้ไข ปัญหาที่เกิดขึ้นในบ้านเรานั้นยังน้อยกว่าประเทศอื่นแต่สิ่งที่เราไม่น้อยกว่าประเทศอื่นเช่นเดียวกันคือ ประชาชนขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องนี้ การไม่ให้ความสำคัญแก่ประชาชน การไม่วางมาตรการให้เข้มแข็ง การปกปิดความจริง แทนที่จะเป็นการส่งผลดีให้กับปีการท่องเที่ยว ต่างชาติเขากลับมองว่ารัฐบาลไม่จริงจังต่อนักท่องเที่ยว เพราะเขามาแล้วไม่มีความมั่นใจในความปลอดภัย”⁹

นอกจากนี้แล้ว มีชัย วีระไวทยะ ซึ่งดำรงตำแหน่งโฆษกประจำสำนักนายกรัฐมนตรี และเลขาธิการสมาคมพัฒนาประชากรและชุมชนในขณะนั้น ได้แถลงข่าวต่อสื่อมวลชนว่า “ขณะนี้ทั่วโลกยอมรับกันแล้วว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่อันตรายอย่างยิ่ง ทางสมาคมฯ จึงเริ่มดำเนินงานโครงการ

⁸ สยามรัฐ (18 สิงหาคม 2530) : 8.

⁹ สยามรัฐ (20 สิงหาคม 2530) : 9.

การรณรงค์ด้านโรคเอดส์ตั้งแต่เดือนสิงหาคมนี้ โดยจัดอบรมเจ้าหน้าที่ของสมาคม ฯ ให้มีความพร้อมในด้านข้อมูลข่าวสาร ตลอดจนเตรียมสื่อต่างๆ เพื่อเผยแพร่ด้านการศึกษาแก่ประชาชนทั่วไป” สำหรับข้อสงสัยที่ว่าเอดส์จะมีผลกระทบต่อปีการท่องเที่ยวมากน้อยแค่ไหนนั้น มีชัย วีระไวทยะ ให้ความเห็นว่า “ ถ้าหากประเทศไทยไม่รณรงค์ในเรื่องโรคเอดส์ นักท่องเที่ยวจะเกิดความกลัวและเพิ่มความสงสัยในมาตรการป้องกันของประเทศไทย อย่างไรก็ตามรัฐบาลควรคำนึงถึงความอยู่รอดของคนไทยเป็นอันดับแรกจึงต้องเร่งดำเนินการในเรื่องนี้ เพื่อควบคุมจำนวนผู้ป่วยที่มีอยู่ไม่ให้เพิ่มมากขึ้น”¹⁰

ในปี ค.ศ. 1988 ภายหลังจากนายรัฐมนตรีพลเอก เปรม ติณสูลานนท์ ประกาศยุบสภา ผลการเลือกตั้งปรากฏว่า พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ได้รับการเลือกเป็นหัวหน้าคณะผู้บริหารประเทศชุดใหม่ รัฐบาลภายใต้การปกครองของนายรัฐมนตรีพลเอก ชาติชาย ชุณหะวัณ มีนโยบายส่งเสริมการพัฒนาเศรษฐกิจของชาติเป็นหลัก อาทิ การส่งเสริมอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว การลงทุนภายในประเทศ การส่งออก รวมทั้งยังมีนโยบายเปลี่ยนสนามรบให้เป็นสนามการค้าในกลุ่มประเทศอินโดจีน จึงส่งผลให้มีอัตราการเจริญเติบโตทางด้านเศรษฐกิจที่สูงมาก นอกจากนี้แล้วในปี ค.ศ. 1990 รัฐบาลได้กำหนดให้เป็นปีแห่งการท่องเที่ยวไทย (Visit Thailand Year 1990)¹¹ ดังนั้นรัฐบาลจึงจำเป็นต้องรักษาภาพพจน์ของประเทศในสายตาของนานาชาติ ทำให้ผู้บริหารประเทศเกรงถึงผลกระทบที่จะเกิดขึ้นจากการเปิดเผยข้อมูลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์อันมีผลถึงจำนวนนักท่องเที่ยวที่จะมาประเทศไทย จึงมีแนวความคิดที่จะไม่แสดงข้อมูลตัวเลขผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย

นับตั้งแต่กลางปี ค.ศ. 1987 เป็นต้นมา เริ่มมีรายงานจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เพิ่มมากขึ้นตามลำดับ จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอดส์ทั้งหมด 1 ราย ในปี ค.ศ. 1984 เพิ่มขึ้นเป็น 12 รายในปี ค.ศ. 1985 เพิ่มขึ้นเป็น 18 รายในปี ค.ศ. 1986 เพิ่มขึ้นเป็น 194 รายในปี ค.ศ. 1987 และ 5,041 รายในปี ค.ศ. 1988¹² จากแนวโน้มดังกล่าว ทำให้ผู้บริหารของกระทรวงสาธารณสุขเปลี่ยนความเข้าใจจากเดิมที่ว่าโรคเอดส์เป็นโรคของคนต่างชาติเท่านั้นกลายเป็นโรคเอดส์เป็นโรคที่สามารถเกิดขึ้นได้กับคนไทยทุกคน ซึ่งสะท้อนถึงธรรมชาติวิทยาของโรคเอดส์ที่ผู้รับเชื้อในระยะปีแรกจะไม่มีอาการ โดยมีระยะฟักตัวของโรคประมาณ 8-10 ปี ต่อมาจึงมีอาการบางอย่างที่เข้าข่ายอาการของโรคเอดส์ และโรคฉวยโอกาสต่างๆ จนแสดงอาการเป็นโรคเอดส์เต็มขั้นในที่สุด จากลักษณะดังกล่าวจึงเป็น

¹⁰ “มีชัย” ผลิตส์อิตด้านเอดส์แล้ว . สยามรัฐ (28 สิงหาคม 2530) : 11.

¹¹ เขาวรัตน์ ปรบักษ์ขาม , สมใจ ประมาณผล และสุพัตรา อติโพธิ , นโยบายเอดส์ : กรณีศึกษาในประเทศไทย 2527-2537 (กรุงเทพฯ ฯ : พีเอ็ดฟิง , 2538) , หน้า 6-7.

¹² วีระ รามสูตร , “5 ปีแรกของการแพร่ระบาดและการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย,” วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (2532) : 4-5.

การยากที่จะผลักดันให้ผู้บริหารระดับสูงยอมรับในความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในระยะแรกที่มีรายงานพบผู้ป่วยเอดส์จำนวนน้อยมาก¹³

ความรุนแรงของการแพร่ระบาดของเชื้อเอดส์ดังกล่าวจึงส่งผลทำให้กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุขในกระทรวงสาธารณสุข เสนอปัญหาเรื่องเอดส์ให้รัฐมนตรีว่าการ กระทรวงสาธารณสุขซึ่ง ชวน หลีกภัย ดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะ นั้น ซึ่ง ชวน หลีกภัยก็เห็นด้วยว่าต้องมีนโยบายระดับชาติ แต่สถานการณ์ไม่เอื้ออำนวยเนื่องจาก มีกลุ่มที่ได้รับผลกระทบจากนโยบายการส่งเสริมการท่องเที่ยวออกมาทั่วถึงรัฐบาลผ่านสื่อมวลชนว่าจะส่งผลเสียต่อภาพพจน์ของประเทศไทย จึงทำให้นโยบายเอดส์ในช่วงแรกเป็นแค่ นโยบายระดับกระทรวง โดยได้รับความเห็นชอบจากคณะรัฐมนตรีในการจัดตั้งศูนย์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ขึ้นที่กรมควบคุมโรคติดต่อในปี ค.ศ. 1987 และได้ร่วมกับองค์การอนามัยโลก (World Health Organization -WHO) จัดทำแผนระยะสั้น (Short - Term Plan 1988) และระยะกลาง (Medium - Term Plan 1989-1991) ในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์¹⁴ ต่อมาเมื่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เริ่มรุนแรงมากขึ้น กระทรวงสาธารณสุขได้เสนอให้มีการจัดตั้ง คณะกรรมการเอดส์ระดับชาติ โดยขอให้นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน เรื่องดังกล่าวถูกนำเสนอผ่าน คณะรัฐมนตรีด้านสังคม แต่นายกรัฐมนตรีพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ไม่เห็นด้วย และปฏิเสธที่จะ รับตำแหน่งประธานคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติ เพราะกลัวว่าจะส่งผลกระทบต่ออุตสาหกรรม การท่องเที่ยว อย่างไรก็ตามในวันที่ 18 ตุลาคม ค.ศ. 1988 คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติตามที่ กระทรวงสาธารณสุขเสนอให้แต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ดังมีรายละเอียดดังต่อไปนี้¹⁵

“ผลการประชุมคณะรัฐมนตรี การประชุมคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 18 ตุลาคม 2531 ณ.ตึกบัญชาการ ทำเนียบรัฐบาล โดยมีพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ นายกรัฐมนตรีเป็นประธานที่ประชุม พิจารณาเรื่องสำคัญดังนี้ คือ แต่งตั้งคณะกรรมการประสานงานการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ คณะรัฐมนตรีมีมติอนุมัติตามที่กระทรวงสาธารณสุขเสนอให้แต่งตั้งคณะกรรมการประสานงาน การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ทั้งนี้เนื่องจากโรคเอดส์ได้ก่อให้เกิดผลกระทบทางด้านกฎหมาย จริยธรรม เศรษฐกิจ และสังคมเป็นอย่างมากต่อประชาชนทั่วไปและประเทศไทยโดยส่วนรวม ประกอบกับการดำเนินการและการประสานงานการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในปัจจุบันไม่

¹³ เขาวรัตน์ ปราบพิษขาม , สมใจ ประมาณผล และสุพัตรา อติโพธิ , นโยบายเอดส์ : กรณีศึกษาในประเทศไทย 2527-2537 (กรุงเทพฯ : พีเอชพีวิ่ง , 2538) , หน้า 33.

¹⁴ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข , “สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ธันวาคม 2537,” วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 (2537): 185.

¹⁵ ผลการประชุมคณะรัฐมนตรี . สยามจดหมายเหตุ ปีที่ 13 ฉบับที่ 42 (2531) : 1158-59.

สามารถครอบคลุมถึงองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องได้อย่างทั่วถึง จึงได้แต่งตั้งคณะกรรมการชุดนี้ขึ้น โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุข และรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นที่ปรึกษา ปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานกรรมการกับกรรมการอีก 30 คน ซึ่งประกอบไปด้วยผู้แทนจากองค์กรต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาครัฐและเอกชน และให้คณะกรรมการ ฯ มีอำนาจหน้าที่ดังนี้

- (1) เสนอแนะแนวทางและกลวิธีในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพ
- (2) เสนอแนะแนวทางและกลวิธีในการให้สุศึกษาและประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับโรคเอดส์
- (3) ส่งเสริม สนับสนุน และประสานงานด้านศึกษา ค้นคว้า วิจัยและแนวทางการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ กับหน่วยงานและสถาบันที่เกี่ยวข้องทั้งในประเทศและต่างประเทศ
- (4) ให้คำปรึกษาและให้แนวทางในการแก้ไขปัญหาเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ แก่ส่วนราชการและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง”

ผลจากการปฏิเสชในการดำรงตำแหน่งประธานคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติของนายกรัฐมนตรีพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ทำให้โครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์มีฐานะเป็นนโยบายระดับกระทรวงเท่านั้น ส่งผลทำให้ไม่ได้รับความร่วมมือจากกระทรวง ทบวง กรมต่าง ๆ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของกระทรวงสาธารณสุขจึงเสนอให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน แต่ ปิยะฉัตร วัชรภรณ์ ซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ปฏิเสชที่จะรับตำแหน่ง และได้ขอให้แต่งตั้งปลัดกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธานแทน โดยมีอธิบดีกรมควบคุมโรคติดต่อเป็นเลขานุการ ซึ่งงานเกี่ยวกับประเด็นปัญหาโรคเอดส์ยังคงอยู่ในระดับกระทรวงเช่นเดิม¹⁶

ในปีค.ศ. 1989-1990 เมื่อมีข้อมูลผู้ติดเชื้อจากรายงานการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ซึ่งมีแนวโน้มว่าการระบาดของโรคเอดส์ได้กระจายตัวจากกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง อาทิ ผู้ติดยาเสพติด หญิงบริการทางเพศ ชายชอบเที่ยวหญิงบริการทางเพศ ไปสู่ประชาชนทั่วไป จึงเริ่มมี

¹⁶ วรรณภา จารุสมบุญ , “นโยบายและบทบาทของรัฐในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์,” การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (State of the Art Review in Socio-economic and Behavioral Research on AIDS) (กรุงเทพฯ : รุ่งแสงการพิมพ์, 2541) หน้า 213.

การยอมรับโดยทั่วไปว่าโรคเอดส์มิใช่ปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่เป็นปัญหาสำคัญทางสังคมที่ส่งผลกระทบต่อในด้านต่างๆ อย่างกว้างขวาง¹⁷

จากข้อมูลดังกล่าวข้างต้น ในปีค.ศ. 1990 ภายหลังจากที่รัฐบาลพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ได้มีการปรับคณะรัฐมนตรีชุดใหม่ กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และการสาธารณสุขจากกระทรวงสาธารณสุข และนักวิชาการได้พิจารณาและมีความเห็นว่า การระบาดได้เริ่มเข้าสู่ประชาชนทั่วไปแล้ว จึงขอให้นำเรื่องเข้าพิจารณาในคณะรัฐมนตรีสังคมอีกครั้งหนึ่ง โดยขอให้คณะรัฐมนตรีมีมติเห็นชอบเพื่อนำไปสู่การกำหนดนโยบายให้เอดส์เป็นปัญหาระดับชาติที่ต้องร่วมมือกันทุกฝ่าย ซึ่งในครั้งนี้นายกรัฐมนตรีพลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ ได้มอบหมายให้มิชัย วีระไวทยะ ซึ่งได้รับแต่งตั้งเป็นหนึ่งในคณะกรรมการที่ปรึกษาโครงการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยมีรัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นประธาน รับเรื่องไปพิจารณาในรายละเอียดร่วมกับกระทรวงสาธารณสุข จนกระทั่งเกิดรัฐประหารโดยคณะรักษาความสงบเรียบร้อยแห่งชาติในเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 1991¹⁸

ในเดือนมีนาคม ค.ศ. 1991 อานันท์ ปันยารชุน ได้รับแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรี ซึ่งคณะผู้บริหารประเทศชุดนี้ได้แสดงจุดยืนต่อเรื่องเอดส์อย่างชัดเจนโดยประกาศให้มีการจัดตั้ง “คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ” ที่มีนายกรัฐมนตรีเป็นประธานกรรมการและมีการกำหนดนโยบายป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เป็นแผนระดับชาติภายใต้การวางแผนแม่บทของสภาพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติโดยให้กระทรวงสาธารณสุขรับหน้าที่เป็นแกนในการประสานงานของทุกหน่วยงานที่ทำงานเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาเอดส์¹⁹

4.1.2 บทบาทในการผลักดันให้มีการจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติและมีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเอดส์แห่งชาติ

ในปี ค.ศ. 1988 ประเทศไทยได้เริ่มดำเนินงานในเรื่องเอดส์ โดยที่กระทรวงสาธารณสุขได้รับความช่วยเหลือจาก Global Programme on AIDS (GPA) องค์การอนามัยโลก (WHO) เพื่อจัดทำ

¹⁷ วิวัฒน์ วิจารณ์พิยากร, “มาตรการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทยอดีต ปัจจุบัน และอนาคต, “แพทยสภาสาร ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน 2539) : 86.

¹⁸ วรณา จารุสมบุรณ์, “นโยบายและบทบาทของรัฐในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์,” การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (State of the Art Review in Socio-economic and Behavioral Research on AIDS) (กรุงเทพฯ : รุ่งแสงการพิมพ์, 2541) , หน้า 213.

¹⁹ เรื่องเดียวกัน , หน้า 213.

แผนระยะสั้น (Short - Term Plan) ซึ่งมีลักษณะเป็นแผนปฏิบัติงานโครงการเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ โดยมุ่งเน้นกิจกรรมการดำเนินงานทางด้านสาธารณสุข อาทิ การตรวจเลือด การสุศึกษา และการรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น ถือได้ว่าเป็นการเตรียมความพร้อมแก่ระบบสาธารณสุขพื้นฐานของไทย²⁰ ต่อมาในปี ค.ศ. 1989 ได้จัดทำแผนระยะกลาง (Medium - Term Plan 1989-1991) โดยกระทรวงสาธารณสุขเป็นหน่วยงานรับผิดชอบ ซึ่งเป็นแผนที่ใช้ดำเนินการเฉพาะบางหน่วยงานในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข เนื่องจากในช่วงเวลานั้น ปัญหาเอดส์ถูกมองว่าเป็นปัญหาทางการแพทย์ ซึ่งต่อมาโรคเอดส์ได้ระบาดอย่างรวดเร็วส่งผลกระทบต่อทางด้านสังคมที่ชัดเจนขึ้น จนกลายเป็นปัญหาระดับชาติ จนส่งผลทำให้ทุกฝ่ายเริ่มเข้าใจว่าโรคเอดส์มิใช่ปัญหาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว²¹

ต่อมาในปี ค.ศ. 1991 ผลกระทบที่เกิดขึ้นจากโรคเอดส์ดังกล่าว ทำให้รัฐบาลได้ให้ความสำคัญอย่างสูงต่อการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ ดังปรากฏเป็นนโยบายของรัฐบาลที่ชัดเจนเป็นครั้งแรกในสมัยการบริหารงานของ อานันท์ ปันยารชุน เป็นนายกรัฐมนตรีที่แถลงต่อสภานิติบัญญัติแห่งชาติ ซึ่งเน้นเรื่องประเด็นเอดส์ไว้ในนโยบายด้านสังคมในข้อที่ 7 ความว่า “...เร่งรัด ควบคุม ป้องกันโรคติดต่อ โดยเฉพาะโรคเอดส์ให้ได้ผล และร่วมมือกับภาคเอกชนและองค์กรสาธารณประโยชน์ในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักในภัยของโรค และเกิดจิตสำนึกว่าเป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องร่วมกันป้องกันและแก้ปัญหานี้...”²²

ในเดือนเมษายน ค.ศ. 1991 มีชัย วีระไวทยะ ซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้แถลงข่าวเกี่ยวกับจำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในประเทศไทยว่า “จำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในประเทศไทย ได้เพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็วประมาณว่าปลายปี ค.ศ. 1991 จะมีผู้ติดเชื้อสูงถึง 200,000 คน และหากมีการชะลอการติดเชื้อเป็นผลสำเร็จในอีก 10 ปีข้างหน้า ผู้ติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นเป็น 2.1 ล้านคน ซึ่งยังเป็นจำนวนที่มากอยู่แต่หากไม่มีการชะลอตัวจำนวนผู้ติดเชื้อจะสูงกว่านี้อีก 2 เท่าเพราะเชื้อโรคเอดส์แพร่ได้ทุกรูปแบบและเกือบจะครบวงจรแล้ว คือการติดเชื้อได้เริ่มเข้าสู่ระบบครอบครัวและติดต่อไปถึงทารกในครรภ์แล้ว การติดเชื้อโรคเอดส์ที่

²⁰ วิพุธ พูลเจริญ และคณะ , “บทที่ 4 โครงสร้างทางนโยบายในการจัดการปัญหาเอดส์,” วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย : แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ (นนทบุรี : สำนักงานวิจัยระบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข , 2540) , หน้า 51.

²¹ สำนักนายกรัฐมนตรี , แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ. 2535-2539) (กรุงเทพฯ : ประชาชน , 2535) , หน้า 1.

²² เรื่องเดียวกัน , หน้า 2.

สำคัญที่สุดคือ ติดต่อกันโดยการร่วมเพศและใช้เข็มฉีดยาเสพติดร่วมกัน ดังนั้นค่านิยมในการเที่ยวผู้หญิงบริการของผู้ชายไทยจึงควรเปลี่ยนแปลงได้แล้ว”²³

จากแนวโน้มดังกล่าวข้างต้น ส่งผลทำให้รัฐบาลตระหนักถึงแนวทางในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการระดมความร่วมมือจากส่วนต่างๆ ของสังคม ซึ่งจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ระดับชาติด้านนโยบายและแผนงาน โดย ลดาวัลย์ วงศ์ศรีวงศ์ ซึ่งดำรงตำแหน่งโฆษกประจำสำนักนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้แถลงข่าวว่า “ นายอานันท์ ปันยารชุน นายกรัฐมนตรี ได้แต่งตั้ง “คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ” ขึ้น เมื่อวันที่ 28 มิถุนายน ค.ศ. 1991 โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็นประธาน รัฐมนตรีว่าการกระทรวงสาธารณสุขเป็นรองประธาน ส่วนคณะกรรมการประกอบด้วยบุคคลหลายฝ่าย อาทิ นายมิชัย วีระไวทยะ รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี นางสาวสุรีย์ จุติกุล รัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี อธิบดีกรมตำรวจ ผู้ว่าการท่องเที่ยวแห่งประเทศไทย คุณหญิงสุพัตรา มาศดิตถ์ และนายแพทย์ประเวศ วะสี เป็นต้น”²⁴ นอกจากนี้แล้วยังได้แต่งตั้งอนุกรรมการอีก 8 คณะเพื่อรับผิดชอบในการพิจารณานโยบายด้านประชาสัมพันธ์ป้องกันโรคเอดส์ การพิจารณาร่างพระราชบัญญัติโรคเอดส์ การป้องกันและบำบัดรักษาโรคเอดส์ การติดตามผลและประเมินผลการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ได้ประชุมเป็นครั้งที่ 1/2534 ณ ตึกสันติไมตรีทำเนียบรัฐบาล เมื่อวันที่ 14 สิงหาคม ค.ศ. 1991 โดยมี อานันท์ ปันยารชุน นายกรัฐมนตรีเป็นประธาน ที่ประชุมได้พิจารณาแนวทางการดำเนินงานเร่งรัดแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ และสั่งการให้หน่วยงานต่างๆ นำไปปฏิบัติ รวมทั้งพิจารณาร่างพระราชบัญญัติโรคเอดส์ และแนวทางที่จะดำเนินการต่อไปด้วย²⁵ นอกจากนี้แล้วยังได้เน้นถึงความร่วมมือจากทุกฝ่ายในชาติ ทั้งภาครัฐและเอกชน กล่าวคือ “ รัฐบาลจะผนึกกำลังทุกหน่วยราชการ และร่วมมือกับภาคเอกชน และองค์กรสาธารณประโยชน์ในการประชาสัมพันธ์ให้ประชาชนตระหนักในภัยของโรค และเกิดจิตสำนึกกว่าเป็นหน้าที่ของทุกคนที่จะต้องร่วมกันป้องกัน และแก้ไขปัญหานี้ ทั้งนี้ รัฐบาลหวังเป็นอย่างยิ่งว่า หากผู้เกี่ยวข้องทุกคนมีทัศนคติต่อโรคนี้อย่างจริงจังไปทางสร้างสรรค์ย่อมสามารถทำให้ปัญหาของโรคเอดส์ลดความรุนแรงลงได้”²⁶

²³ โรคเอดส์ . สยามจดหมายเหตุ ปีที่ 16 ฉบับที่ 16 (2534) : 426.

²⁴ โรคเอดส์ . สยามจดหมายเหตุ ปีที่ 16 ฉบับที่ 26 (2534) : 706.

²⁵ โรคเอดส์ . สยามจดหมายเหตุ ปีที่ 16 ฉบับที่ 32 (2534) : 874.

²⁶ สำนักนายกรัฐมนตรี , แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ. 2535-2539) (กรุงเทพฯ : ประชาชน , 2535) , หน้า 2.

สำหรับการประชุมครั้งที่ 1/2534 นี้ คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ได้มอบหมายให้สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติดำเนินการจัดทำ “แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (ค.ศ. 1992-1996)” ภายใต้กรอบของแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 7 เพื่อเป็นกรอบและแนวทางในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของหน่วยงานทั้งภาครัฐและเอกชนเป็นไปในทิศทางเดียวกัน โดยได้รับความร่วมมือจากสำนักงานประสานนโยบายและแผนงานโรคเอดส์ สำนักงานปลัดสำนักนายกรัฐมนตรี ซึ่งร่างแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติได้รับการพิจารณาแก้ไขถึง 2 ครั้ง ในการประชุมเชิงปฏิบัติการโดยมีผู้แทนจากกระทรวง ทบวง กรม และผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการ รวมทั้งผู้แทนจากองค์กรเอกชนที่เกี่ยวข้องในประเด็นปัญหาเอดส์ได้เข้าร่วมประชุมพิจารณาแก้ไข²⁷

สำหรับ “แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (ค.ศ. 1992-1996)” มีวัตถุประสงค์และเป้าหมายเพื่อป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ให้อยู่ในระดับที่ไม่แพร่ระบาดในอัตราที่สูง เพื่อสร้างความเข้าใจกับประชาชนและให้ความช่วยเหลือกับผู้ติดเชื้อในการอยู่ร่วมกันในสังคมอย่างปกติสุข โดยไม่ถูกรังเกียจหรือจำกัดสิทธิที่พึงมี และให้มีการระดมทรัพยากรและบุคลากรทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และหน่วยงานต่างประเทศ เข้ามาผนึกกำลังร่วมกันในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ นอกจากนี้แล้วได้มีการกำหนดแผนงานไว้ 4 แผนงาน คือ แผนงานประชาสัมพันธ์ให้ความรู้และสร้างความเข้าใจ (Public Information and Education) แผนงานบำบัดรักษาและฟื้นฟู (Medical Treatment and Care) แผนงานคุ้มครองสิทธิของประชาชนและให้ความช่วยเหลือทางสังคม (Human Rights and Social Support) และแผนงานศึกษาวิจัยและประเมินผล (Research and Evaluation)²⁸ ซึ่งแผนงานดังกล่าวจะเป็นแนวทางให้ภาครัฐและเอกชนสามารถจัดทำแผนปฏิบัติการและโครงการทั้งในระดับกระทรวง ระดับจังหวัด และระดับอำเภอ ให้สอดคล้องไปในทิศทางเดียวกัน เพื่อที่จะส่งผลทำให้อัตราการระบาดของโรคเอดส์ลดลงและช่วยลดผลกระทบของโรคเอดส์ที่มีต่อเศรษฐกิจและสังคมของชาติ

ปัจจัยสำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและมีอิทธิพลต่อความสำเร็จในกระบวนการกำหนด “แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (ค.ศ. 1992-1996)” ก็คือ บทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนและนักวิชาการ ที่มองเห็นความสำคัญของปัญหาเอดส์โดยมีการติดตามความเคลื่อนไหวนับตั้งแต่โรคเอดส์ยังมิได้เข้ามาแพร่ระบาดในประเทศไทย นอกจากนี้แล้วยังมีส่วนร่วมในการศึกษาค้นคว้าและทำการวิจัยเกี่ยวกับปัญหาเอดส์อย่างมากมาย จนสามารถกล่าวได้ว่า เอดส์เป็นปรากฏการณ์ใหม่ที่เกิดขึ้นกับกรณี

²⁷ เรื่องเดียวกัน , หน้า (ก).

²⁸ เรื่องเดียวกัน , หน้า 3-4.

ปัญหาสุขภาพ พบว่าในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีผลงานวิจัยจากสาขาวิชาต่างๆ เกี่ยวกับประเด็นปัญหาเอดส์มากกว่าปีละ 2,000 เรื่อง²⁹ ซึ่งถือได้ว่าบทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุขมีส่วนสำคัญต่อการนำเสนอข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องเหมาะสม และผลักดันให้รัฐบาลหันมาสนใจปัญหาเอดส์ รวมทั้งสนับสนุนให้มีการกำหนดนโยบายและมาตรการต่างๆ ให้ตรงกับสภาพปัญหาที่แท้จริง

เนื่องจากประเด็นปัญหาเอดส์จำเป็นต้องใช้องค์ความรู้แบบสหสาขาวิชา ดังนั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุขในเรื่องเอดส์ จึงประกอบไปด้วยผู้เชี่ยวชาญในหลายสาขา อาทิ ในขั้นตอนการวินิจฉัยเชื่อต้องการผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การแพทย์ วิทยาศาสตร์การแพทย์ และสาธารณสุข สำหรับการคาดประมาณการระบาดและขนาดของปัญหาต้องการความเชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยา ประชากรศาสตร์และสังคมศาสตร์ และการพัฒนาองค์ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงสูงนั้นก็ต้องการนักวิจัยทางด้านพฤติกรรมศาสตร์และ มานุษยวิทยา³⁰ ซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้าน การแพทย์และสาธารณสุขเหล่านี้มีบทบาทในการผลักดันทำให้เกิดการปรับเปลี่ยนกระบวนทัศน์และแนวความคิดในการจัดการกับปัญหาเอดส์ที่รอบด้านมากขึ้นอันนำไปสู่การพัฒนา นโยบายและมาตรการต่างๆ จนกลายเป็นแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติในที่สุด

นอกจากนี้แล้ว แรงผลักดันทางด้าน การเมืองก็เป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งในกระบวนการกำหนดนโยบายเอดส์แห่งชาติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการสร้าง ความเข้าใจที่ถูกต้องต่อผู้มีอำนาจในการตัดสินใจเชิงนโยบายในประเด็นปัญหาเอดส์ มีชัย วีระไวทยะ นับได้ว่าเป็นตัวแสดงตัวหนึ่งซึ่งทำหน้าที่ทั้งงานด้านการเมืองและการบริหารองค์กรเอกชนสาธารณสุขประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับงานวางแผนครอบครัวและการพัฒนาชุมชน ซึ่งถือได้ว่าเป็นบุคคลที่มีประสบการณ์ยาวนานเกี่ยวกับการดำเนินงานทางด้านเอดส์ในช่วงเวลาดังกล่าว และมีบทบาทในตำแหน่งทางการเมืองอย่างต่อเนื่อง นับตั้งแต่สมัยรัฐบาลพลเอกเปรม ติณสูลานนท์ พลเอกชาติชาย ชุณหะวัณ และในสมัยรัฐบาล อานันท์ ปันยารชุน ก็ได้รับคัดเลือกเข้ามาดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีประจำสำนักนายกรัฐมนตรี และได้ดำเนินการผลักดันนำเสนอข้อมูลเรื่องการระบาดของโรคเอดส์และนโยบายที่ควรกำหนดจนส่งผลทำให้รัฐบาลมีความเข้าใจที่ถูกต้องและเป็นความสำคัญของปัญหาเอดส์ จนมีการแต่งตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ โดยมีนายกรัฐมนตรีเป็น

²⁹ วิพุธ พูลเจริญ, “สถานการณ์ของโรคเอดส์และการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย,” ใกล้เคียง
ปีที่ 22 ฉบับที่ 11 (พฤศจิกายน 2541) : 15.

³⁰ เยาวรัตน์ ปรปักษ์ขาม , สมใจ ประมาณผล และสุพัตรา อติโพธิ , นโยบายเอดส์ : กรณีศึกษาในประเทศไทย 2527-2537 (กรุงเทพฯ : พีเอลพิวง , 2538) , หน้า 81.

ประธานคณะกรรมการและมีส่วนร่วมในการจัดทำแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติเป็นผลสำเร็จ^{31 32}

คุณลักษณะพิเศษของผู้บริหารสูงสุดของประเทศ ถือได้ว่าเป็นปัจจัยที่สำคัญอย่างหนึ่งที่ส่งผลทำให้การกำหนดนโยบายเอดส์แห่งชาติประสบความสำเร็จ กล่าวคืออดีตนายกรัฐมนตรี อานันท์ ปันยารชุน เป็นบุคคลที่มีความรู้ความสามารถและเข้าใจเรื่องโรคเอดส์มากกว่านักการเมืองทั่วไป ประกอบกับการเข้ารับตำแหน่งในช่วงเวลาที่เหมาะสม จึงสามารถผลักดันแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติได้โดยไม่ต้องผ่านขั้นตอนตามปกติ³³ ซึ่ง มีชัย วีระไวทยะ ได้แสดงความคิดเห็นว่า “...ต้องขอขอบคุณนายกรัฐมนตรี (นายอานันท์ ปันยารชุน) เป็นนายกรัฐมนตรีคนแรกที่เขาจริงใจในเรื่องนี้ ยอมรับเป็นประธานคณะกรรมการเอดส์แห่งชาติและตั้งงบประมาณในเรื่องนี้ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างจริงจังด้านเอดส์...”³⁴ นอกจากนี้แล้ว อานันท์ ปันยารชุน ซึ่งดำรงตำแหน่งนายกรัฐมนตรีในขณะนั้น ได้กล่าวถึงกรณีที่เกี่ยวข้องได้เผยแพร่ข่าวเรื่องโรคเอดส์อย่างหนักว่า “ไม่ได้ก่อให้เกิดผลเสียหายแก่การท่องเที่ยวแต่อย่างใดแต่ในทางกลับกันได้เกิดผลดีเสียอีกเพราะทำให้ชาวโลกได้รับทราบว่าคุณประเทศไทยให้ความสนใจที่จะป้องกันการแพร่ระบาดของโรคนี้อย่างเปิดเผย ซึ่งในภาครัฐบาลนั้นก็ยังคงดำเนินนโยบายเรื่องโรคเอดส์ในลักษณะที่เปิดเผย และชัดเจนต่อไป”³⁵ และยังได้กล่าวอีกว่า “อุตสาหกรรมท่องเที่ยวทั้งหมดมีความกังวลเกี่ยวกับโรคเอดส์ ซึ่งไทยพบกับปัญหาที่หนักหนาสาหัสเช่นกัน แต่ไทยมีนโยบายที่ตรงไปตรงมาและเปิดเผยกระจ่างชัดเกี่ยวกับโรคนี้อย่างเต็มที่ต่อไปได้ก็ประมาณ 5-6 ปี จะต้องเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการประพฤติตัวในทางที่เหมาะสม เรื่องนี้ไม่ใช่เรื่องไร้ผล แต่จะเป็นเรื่องที่น่าจับตามากที่สุดหากหลบหนีหรือปิดบังความจริงเกี่ยวกับโรคเอดส์ รัฐบาลนี้จะดำเนินเอดส์ทั้งในระดับผู้บริหารชั้นสูงและในการสนับสนุนด้านงบประมาณ”³⁶

³¹ เรื่องเดียวกัน, หน้า 38-41.

³² กองบรรณาธิการ, “สัมภาษณ์พิเศษ มีชัย วีระไวทยะ,” สยามอารยะ ปีที่ 2 ฉบับที่ 8 (เมษายน 2536) : 55-61.

³³ วรรณภา จารุสมบุญ, “นโยบายและบทบาทของรัฐในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์,” การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (State of the Art Review in Socio-economic and Behavioral Research on AIDS) (กรุงเทพฯ : รุ่งแสงการพิมพ์, 2541), หน้า 215.

³⁴ กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 6 (26-28 สิงหาคม 2539) ณ. โรงแรมโซฟิเทลราชาออคิด จ.ขอนแก่น (กรุงเทพฯ : ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2539), หน้า 26.

³⁵ อานันท์ ปันยารชุน, “สัมภาษณ์พิเศษ มีชัย วีระไวทยะ,” สยามรัฐ (22 สิงหาคม 2535) : 3.

³⁶ นาย ก. ยันนโยบายเอดส์ไทยโปร่งใส. มติชน (25 กรกฎาคม 2535) : 21.

จากลักษณะดังกล่าวข้างต้น สามารถกล่าวได้ว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขมีบทบาทอย่างมากในการสร้างความตระหนักต่อความสำคัญของประเด็นปัญหาเอดส์แก่สังคมไทย ตลอดช่วงระยะเวลานับตั้งแต่มีรายงานการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในต่างประเทศในปีค.ศ. 1983 ก่อนมีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยเป็นรายแรก โดยเฉพาะอย่างยิ่งบทบาทในการนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่คณะผู้บริหารระดับสูงของประเทศและยังมีบทบาทในการผลักดันให้มีการจัดตั้ง “คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ” เป็นผลสำเร็จ จนก่อให้เกิด “แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (ค.ศ.1992-1996)” ในที่สุด

4.2 โครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ระหว่างปี ค.ศ. 1993-1997

ตลอดระยะเวลา 5 ทศวรรษที่ผ่านมา ความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาของรัฐบาลออสเตรเลียถือได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลต่อความสำเร็จในการพัฒนาประเทศของไทยในช่วง 2 ทศวรรษแรก โครงการความช่วยเหลือจะได้รับอิทธิพลอย่างมากจากบริบทของยุคสงครามเย็นในการดำเนินงาน ซึ่งความช่วยเหลือจะอยู่ภายใต้แผนการโคลัมโบ (Columbo Plan) โดยมุ่งเน้นไปยังโครงการฝึกอบรม (training program) จนกระทั่งในปี ค.ศ. 1973 โครงการความช่วยเหลือได้มุ่งเน้นเพื่อบรรลุมติประสงค์ทางการเมือง เพื่อสร้างความเข้มแข็งภายในชาติ และเพื่อยับยั้งการรุกรานจากลัทธิคอมมิวนิสต์ โดยจะให้ความสำคัญกับโครงการพัฒนาทางด้านเศรษฐกิจ ซึ่งความช่วยเหลือจะถูกจัดส่งผ่านหน่วยงานราชการของไทย เพื่อใช้ในการก่อสร้างสาธารณูปโภคและการพัฒนาภาคเกษตรกรรม จากลักษณะของโครงการความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาของออสเตรเลียที่ส่วนมากจะอยู่ภายใต้การดำเนินงานของกลุ่มชนชั้นผู้นำและบริษัทที่ปรึกษาของออสเตรเลีย (Australian consulting companies) ในขณะที่ผู้รับฝ่ายไทยโครงการความช่วยเหลือจะถูกจำกัดอยู่เฉพาะหน่วยงานรัฐบาลที่มีบทบาทและอิทธิพลในสังคมการเมืองของไทย จึงส่งผลทำให้โครงการที่ดำเนินงานในประเทศไทยบางช่วงเวลาดังกล่าว ถึงแม้ว่าจะดำเนินการอยู่ในพื้นที่ชนบทแต่ก็ไม่สามารถเข้าถึงกลุ่มผู้ขาดโอกาสได้ ดังนั้นในช่วงปลายทศวรรษที่ 1980 สำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลียประจำประเทศไทย (AusAID) จึงเริ่มเข้ามามีบทบาทในการจัดการและดำเนินงานเรื่องโครงการความช่วยเหลือต่างๆ เพื่อทำให้เกิดความมั่นใจว่าการดำเนินโครงการ

ความช่วยเหลือจะบรรลุวัตถุประสงค์ที่มุ่งเน้นการพัฒนาแบบยั่งยืน อันเป็นแนวทางการแก้ปัญหาระยะยาวและมุ่งเน้นความช่วยเหลือกับกลุ่มผู้ขาดโอกาสในสังคมไทยเป็นหลัก³⁷

ในเดือนเมษายน ค.ศ. 1991 “คณะกรรมการวางแผนโครงการของออสเตรเลีย (Australian Programme Planning Mission)” ได้เสนอให้สำนักงานความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย (Australian International Development Assistance Bureau – AIDAB) ทำการศึกษาขั้นตอนเพื่อที่จะกำหนดและประเมินความเป็นไปได้ของการดำเนินโครงการความช่วยเหลือในแต่ละประเทศ³⁸ สำหรับประเทศไทย คณะกรรมการของสำนักงาน AIDAB ได้เข้ามาดำเนินการศึกษาระหว่างวันที่ 26 สิงหาคม ถึง 10 กันยายน ค.ศ. 1991 ซึ่งผลการศึกษารายงานว่ามีความจำเป็นที่จะต้องจัดทำแผนยุทธศาสตร์และกรอบแนวทางความช่วยเหลือ (Terms of Reference) สำหรับโครงการความช่วยเหลือในประเด็นปัญหาเอดส์ในประเทศไทย (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ภาคผนวก ก)

คณะกรรมการของสำนักงาน AIDAB ได้เข้ามาศึกษาโดยการปรึกษาหารือกับตัวแทนจากภาครัฐบาลของไทยทั้งในระดับชาติและระดับจังหวัด องค์กรพัฒนาเอกชน องค์กรระหว่างประเทศ รวมทั้งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข และนักวิจัยทางด้านการแพทย์และสังคมศาสตร์ในกรุงเทพมหานคร จังหวัดเชียงใหม่ และจังหวัดขอนแก่น ผลจากการศึกษาดังกล่าว คณะกรรมการของสำนักงาน AIDAB เสนอความเห็นว่ามีควมจำเป็นอย่างมากที่จะต้องจัดทำแผนยุทธศาสตร์เรื่องเอดส์และต้องมีกลไกหรือหน่วยงานที่ทำหน้าที่ประสานงานกับองค์กรที่ทำงานในระดับพื้นที่ นอกจากนี้แล้ว แนวทางที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการจัดการกับปัญหาเอดส์นั้นควร จะมุ่งเน้นการดำเนินกิจกรรมในทุก ๆ ส่วนของสังคมไทย เริ่มต้นจากการส่งเสริมให้ความรู้ การป้องกัน การดูแลรักษาทั้งในโรงพยาบาลและชุมชนรวมทั้งการเปิดโอกาสให้กลุ่มผู้ขาดโอกาสในสังคมได้เข้ามามีส่วนร่วมกับการดำเนินงานทางด้านโรคเอดส์ด้วย³⁹

³⁷ Peter Cox and Scott Bamber, “Australian’s Aid Program to Thailand,” in Patrick Kilby (ed.)

Australia’s Aid Program : Mixed Messages and Conflicting Agendas (Clayton and Fritzroy : Monash Asia Institute and Community Aid Abroad, 1996) pp. 196-197.

³⁸ Item 5.17, Report of Australian Program Planning Mission , “Future Directions for Australian Development Cooperation with Thailand 1993/94-1995/96” AIDAB , September 1991. Cited in Northern Thailand HIV/AIDS Design Mission , *Programme Design Document*, AIDAB, April 1992 , p. 1.

³⁹ Item 1.6 , Northern thailand HIV/AIDS Program Design study, *Term of Reference*, AIDAB, p.2.

ในเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 1991 มีการจัดการประชุมระหว่างผู้บริหารระดับสูงของรัฐบาลไทยกับรัฐบาลออสเตรเลียที่จังหวัดเชียงใหม่ ซึ่งตัวแทนจากทั้งสองฝ่ายมีความเห็นพร้อมกันว่ากิจกรรมภายใต้ข้อเสนอโครงการความช่วยเหลือในประเด็นปัญหาเอดส์ต่อประเทศไทยของรัฐบาลออสเตรเลียนั้น ควรที่จะได้รับการสนับสนุนเพื่อให้สามารถดำเนินโครงการได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป⁴⁰

4.2.1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาทในการกำหนดข้อตกลงในโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของไทย (NAPAC)

ภายหลังจากการเข้ามาศึกษาขั้นต้นของคณะกรรมการสำนักงาน AIDAB ในประเทศไทย ได้มีการร่างกรอบแนวทางการช่วยเหลือ (Term of Reference) สำหรับโครงการเอดส์ โดยมีการแต่งตั้ง “คณะทำงานออกแบบโครงการ (Programme Design Team)” เพื่อทำหน้าที่นำเสนอทางเลือกสำหรับใช้เป็นรูปแบบในการดำเนินโครงการ ซึ่งคณะทำงานประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขา อาทิ นักวางแผนยุทธศาสตร์และการจัดการจากออสเตรเลีย นักมนุษยวิทยาทางด้านการแพทย์จากออสเตรเลีย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุขของไทย และ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาของไทยเป็นต้น คณะทำงานออกแบบโครงการได้ดำเนินการจัดทำรูปแบบโครงการโดยการเข้ามาเก็บข้อมูลศึกษา และปรึกษาหารือ เพื่อรับฟังความคิดเห็น ทำความเข้าใจและประเมินสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย กับตัวแทนจากภาครัฐบาล ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน กลุ่มชุมชนต่างๆ รวมทั้งบุคคลต่าง ๆ ที่มีประสบการณ์ในการทำงานด้านโรคเอดส์ ระหว่างเดือนมกราคม ถึงเมษายน ค.ศ. 1992 ในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย พะเยา แม่ฮ่องสอน และกรุงเทพมหานคร⁴¹ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ภาคผนวก ข)

สำหรับเป้าหมายของคณะทำงานออกแบบโครงการ คือการนำเสนอและประเมินแนวโน้มน่าความเป็นไปได้ และความมั่นคงยั่งยืนของโครงการที่จะถูกดำเนินการในพื้นที่ภาคเหนือของไทย ซึ่งคณะทำงานออกแบบโครงการจะต้องจัดทำ “แผนยุทธศาสตร์หลัก (The Master Strategy and

⁴⁰ Item 5 (b) (xiii) Minutes of High level Consultations Australia-Thailand, Chiang Mai, November 1991. Cited in Northern Thailand HIV/AIDS Design Mission , Programme Design Document , AIDAB, April 1992, p. 1

⁴¹ Items 5 , Northern Thailand HIV/AIDS Program Design Study, Term of Reference, AIDAB , p.5

Plan)” และ “โครงสร้างการจัดการและการประสานงาน (The Management and Coordination Structure)” ต่อเจ้าหน้าที่กรมวิเทศสหการของไทย และเจ้าหน้าที่สำนักงานเพื่อพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลียประจำประเทศไทย

ในส่วนของแผนยุทธศาสตร์หลักนั้น จะมุ่งเน้นการพิสูจน์ ตรวจสอบ และหาแนวทางยับยั้ง ประเด็นที่ส่งผลทำให้การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือของไทยเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว รวมทั้งการส่งเสริมและเพิ่มความเข้มแข็งแก่ศักยภาพของชุมชนในการจัดการกับปัญหาเอดส์ ซึ่งจำเป็นที่จะต้องใช้นโยบายดำเนินงานเริ่มตั้งแต่การเพิ่มความตระหนักและการให้ความรู้แก่สาธารณชนเกี่ยวกับการป้องกันและการปกป้องตนเอง ตลอดจนการจัดตั้งศูนย์ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์ภายในชุมชน ในขณะที่โครงสร้างการจัดการและการประสานงานนั้นจะมุ่งเน้นให้ความสำคัญกับการสร้างความสามารถในการเข้าถึงบริการของกลุ่มตัวแทนและองค์กรต่างๆ ที่เข้าร่วมดำเนินงานกับโครงการ การสร้างกลไกการตอบสนองสำหรับการพิจารณาข้อเสนอเพื่อขอรับเงินทุนสนับสนุนที่มีความคล่องตัว และการสร้างสิ่งอำนวยความสะดวกเพื่อใช้ในการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกัน รวมทั้งการแลกเปลี่ยนกับแหล่งข้อมูลอื่นๆ

(1) บทบาทในการสร้างความตระหนักต่อแนวทางการจัดการต่อประเด็นปัญหาเอดส์ในเขตภาคเหนือของไทย

นับตั้งแต่รัฐบาลได้เริ่มตระหนักถึงประเด็นปัญหาเอดส์ในปี ค.ศ. 1991 เป็นต้นมาจึงเริ่มมีการเปิดเผยข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลเกี่ยวกับจำนวนผู้ติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย จึงส่งผลทำให้ประชาชนเริ่มให้ความสนใจเกี่ยวกับประเด็นเอดส์ในสังคมของตนมากขึ้น จากสถิติของศูนย์ควบคุมโรคติดต่อเขต 10 (6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน) พบว่า พื้นที่เขตจังหวัดภาคเหนือตอนบนมีอัตราการติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์สูงสุดในประเทศ ประมาณร้อยละ 50 ของจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ทั้งประเทศ⁴² โดยเฉพาะในเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา จึงมีความจำเป็นอย่างเร่งด่วนที่จะต้องกำหนดแนวทางและมาตรการในการจัดการกับปัญหาความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเขตภาคเหนือในช่วงเวลาดังกล่าว (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ภาคผนวก ก)

⁴² Thai – Australia Northern AIDS Prevention and Care Program (NAPAC) , July-December 1995 Report , p.6.

**ตารางที่ 4.1 จำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในเขตภาคเหนือตอนบนของไทย
ค.ศ. 1984-1992**

จังหวัด	ค.ศ.1984-1990	ค.ศ.1991	ค.ศ.1992
เชียงใหม่	21	221	470
ลำพูน	9	25	77
ลำปาง	2	29	205
พะเยา	3	16	120
เชียงราย	34	64	416
แม่ฮ่องสอน	3	5	27
ระดับเขตที่ 10	72	360	1315
ระดับประเทศ	492	873	2610

แหล่งข้อมูล : ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อเขต 10 , จังหวัดเชียงใหม่

สำหรับการดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของภาครัฐบาลในช่วงต้นปี ค.ศ. 1992 นั้น รัฐบาลกำลังดำเนินการจัดทำแผนยุทธศาสตร์เอดส์ระดับชาติ โดยที่ทุกหน่วยงาน กระทรวง ทบวง กรม จะได้รับการจัดสรรงบประมาณเพื่อใช้ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์ สำนักงานคณะกรรมการพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติได้รับมอบหมายให้เป็นหน่วยงานที่คอยประสานกับหน่วยงานอื่นๆ เพื่อจัดทำแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำหรับใช้ เป็นแนวทางในการดำเนินงานกิจกรรมด้านโรคเอดส์ของหน่วยงานต่างๆ ซึ่งแผนดังกล่าวจะถูก ดำเนินการในปลายปี ค.ศ. 1992

ในช่วงต้นปี ค.ศ. 1992 คณะทำงานออกแบบโครงการความช่วยเหลือของรัฐบาล ออสเตรเลียได้เข้ามาทำการศึกษา และเก็บข้อมูลเพื่อนำเสนอรูปแบบโครงการ โรคเอดส์ภาคเหนือ ของไทย ได้ค้นพบว่าผลจากระดับการพัฒนาประเทศที่แตกต่างกันระหว่างพื้นที่ในเมืองกับพื้นที่ ในชนบท ได้กลายเป็นตัวเร่งให้มีการย้ายถิ่นของประชากรในชนบทเข้าสู่เมือง โดยเฉพาะเขตเมือง ในจังหวัดเชียงใหม่และเชียงราย ประกอบกับเอกสารวิจัยจากหลายๆ แหล่งข้อมูลนำเสนอว่า ระดับความรู้ความเข้าใจและความตระหนักในประเด็นปัญหาเอดส์ของกลุ่มประชากรในเขตเมือง เพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่การเข้าถึงข้อมูลและโครงการ โรคเอดส์ของกลุ่มประชากรในเขตชนบทยังคง ถูกจำกัด อย่างไรก็ตามแนวโน้มของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อโรค เอดส์ของกลุ่มประชากรทั้งสองกลุ่มก็ยังคงเหมือนเดิมไม่เปลี่ยนแปลง

จากลักษณะสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น คณะทำงานออกแบบโครงการจึงเสนอแนวทางที่สามารถเข้าถึงกลุ่มประชากรในเขตชนบท เพื่อเพิ่มความตระหนักและมีความรู้ความเข้าใจในประเด็นปัญหาเอดส์อย่างถูกต้องและเหมาะสมในแต่ละกลุ่มประชากรที่มีวัฒนธรรมและความเชื่อที่แตกต่างกัน อันส่งผลถึงการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมทางเพศเพื่อลดอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ในที่สุด ซึ่งแนวทางดังกล่าวนี้ต้องมีลักษณะของการดำเนินงานที่มีความยืดหยุ่น มีการจัดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน เลือกแนวทางการดำเนินโครงการอย่างรอบคอบ มีการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่โครงการโดยเน้นการมีส่วนร่วมของกลุ่มเป้าหมายในชุมชน เพื่อสร้างแนวนโยบายที่สร้างสรรค์และเหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายของตนต่อไป จากคุณลักษณะที่จำเป็นในการดำเนินโครงการ โรคเอดส์ภาคเหนือดังกล่าว สามารถพบได้จากการดำเนินงานของกลุ่มองค์กรเอกชน ภาคเอกชน และบุคคลต่างๆ ซึ่งมีประสบการณ์และทักษะที่หลากหลายแตกต่างกันไปในแต่ละกลุ่มเป้าหมายที่ตนเข้าไปทำงานในประเด็นปัญหาเอดส์⁴³

นอกจากนี้แล้ว คณะทำงานออกแบบโครงการยังได้นำเสนอผลการศึกษาที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มเป้าหมายที่สมควรจะได้รับความช่วยเหลือในโครงการโรคเอดส์ภาคเหนือกล่าวคือ เนื่องจากลักษณะของกลุ่มผู้ขายบริการทางเพศของจังหวัดภาคเหนือของไทย เป็นกลุ่มประชากรที่มีการศึกษาและมีทักษะทางภาษาต่างประเทศ จึงกลายเป็นกลุ่มผู้ขายบริการทางเพศที่มีราคาสูง ซึ่งมักจะย้ายเข้าไปทำงานในเมืองใหญ่ๆของจังหวัดที่มีระดับความเจริญเติบโตที่สูงรวมทั้งกรุงเทพมหานครหรือแม้กระทั่งย้ายเข้าไปทำงานในต่างประเทศ อาทิ ไต้หวัน ญี่ปุ่น ออสเตรเลีย และประเทศในทวีปยุโรป แนวโน้มดังกล่าวจึงกลายเป็นแรงผลักดันให้กลุ่มเยาวชนในพื้นที่ชนบทที่ยากจน ซึ่งมีระดับการศึกษาต่ำ และขาดโอกาสทางสังคมได้เข้ามาประกอบอาชีพขายบริการทางเพศแทนที่กลุ่มผู้ขายบริการทางเพศในพื้นที่เมืองของจังหวัดภาคเหนือแต่เดิม

โดยเฉพาะอย่างยิ่งชนกลุ่มน้อยชาวเขา ซึ่งเป็นกลุ่มที่อยู่ในฐานะบุคคลชายขอบ ถูกกีดกันแบ่งแยกจากสังคมส่วนใหญ่อันเนื่องมาจากลักษณะที่อยู่อาศัยทางภูมิศาสตร์ที่ห่างไกลและมีวัฒนธรรมและขนบธรรมเนียมที่แตกต่างจึงกลายเป็นกลุ่มที่ขาดโอกาสทางสังคม มีฐานะยากจนและมีระดับการศึกษาต่ำ ทั้งจากในประเทศไทยเองและจากประเทศเพื่อนบ้านของไทย จึงได้รับแรงผลักดันดังกล่าว ให้เข้ามาประกอบอาชีพขายบริการทางเพศ ซึ่งกลายเป็นกลุ่มผู้ขายบริการทางเพศราคาถูกกลุ่มใหญ่ที่สุดในจังหวัดภาคเหนือของไทย และเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงมากต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ รวมทั้งยังกลายเป็นแหล่งแพร่ระบาดของที่สำคัญอีกด้วย

⁴³ Northern Thailand HIV/AIDS Design Mission , Programme Design Document , AIDAB , April 1992, pp. 4-5.

จากลักษณะสภาพปัญหาดังกล่าวข้างต้น คณะทำงานออกแบบโครงการจึงเสนอแนวทางการดำเนินโครงการโรคเอดส์ภาคเหนือ โดยมุ่งเน้นกับกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มประชากรที่ขาดโอกาสในสังคม อาทิ กลุ่มประชากรที่มีฐานะยากจน ชนกลุ่มน้อยในที่สูงทั้งที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย และประเทศเพื่อนบ้าน และกลุ่มสตรีในชุมชนต่าง ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะให้ความสำคัญกับระดับชุมชนและหมู่บ้านในพื้นที่ชนบทของจังหวัดภาคเหนือของไทย สำหรับขอบเขตของพื้นที่ดำเนินโครงการความช่วยเหลือนั้น คณะทำงานออกแบบโครงการพิจารณาเสนอแนวทางเลือกเขตพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย และพะเยา เพราะเหตุว่าเป็นพื้นที่ที่มีอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์สูงที่สุดและเป็นศูนย์กลางของภาคเหนือทั้งทางด้านกิจกรรมทางเศรษฐกิจ การท่องเที่ยว และมีประชากรอาศัยอยู่อย่างหนาแน่น รวมทั้งยังเป็นจุดที่มีการเคลื่อนย้ายแรงงาน และการลักลอบเข้าเมืองอย่างผิดกฎหมายจากประชากรของประเทศเพื่อนบ้านที่มีพรมแดนติดต่อเขตภาคเหนือของประเทศไทย นอกจากนี้แล้วหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชนส่วนมากก็ดำเนินงานและมีที่ตั้งอยู่ในเขตจังหวัดดังกล่าว⁴⁴

เนื่องจากลักษณะทางภูมิศาสตร์ของเขตพื้นที่เป้าหมายโครงการมีความใกล้ชิดกับเขตพื้นที่จังหวัดอื่นๆ ที่มีได้ในพื้นที่เป้าหมายของโครงการเป็นอย่างมาก ประกอบกับลักษณะของการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์นั้นมีลักษณะที่ไร้พรมแดน ดังนั้นคณะทำงานออกแบบโครงการจึงตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าวและคำนึงถึงประสิทธิภาพที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการเป็นหลัก จึงได้กำหนดพื้นที่เป้าหมายเบื้องต้นในเขต 3 จังหวัดดังกล่าวข้างต้น แต่สามารถขยายพื้นที่เป้าหมายของโครงการในช่วงเวลาต่อมาได้ขึ้นอยู่กับสถานการณ์ที่เปลี่ยนแปลงในอนาคต

(2) บทบาทในการกำหนดขอบเขตข้อตกลงโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของไทย

เนื่องจากโครงการโรคเอดส์ของรัฐบาลไทยในช่วงปี ค.ศ. 1992 นั้น จะถูกดำเนินการโดยอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงหลัก ๆ เป็นส่วนใหญ่ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย และงบประมาณส่วนมากก็จะถูกจัดสรรให้กับกิจกรรมด้านการแพทย์เป็นหลัก อาทิ การตรวจสอบ คั่นคว่ำ และเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ยังมุ่งเน้นดำเนินการอยู่เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร และเมืองในจังหวัดที่มีความสำคัญเป็นหลัก จึงส่งผลทำให้การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดและการจัดการเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ของไทยไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

⁴⁴ Ibid . , pp. 5-6

นอกจากนี้แล้วยังพบว่า การดำเนินพฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรคเอดส์ของประชากรในบางกลุ่มของสังคมไทยก็ยังคงไม่เปลี่ยนแปลง ถึงแม้ว่าจะมีการส่งเสริมความรู้และความตระหนักถึงประเด็นปัญหาเอดส์ที่เพิ่มสูงขึ้นกว่าเดิมก็ตาม ดังนั้นแนวทางที่จะช่วยป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพก็คือการดำเนินโครงการโดยมุ่งเน้นกับการกำหนดกลุ่มเป้าหมายที่ชัดเจน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการแพร่ระบาดและกลุ่มที่ขาดโอกาสในสังคม

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้บุคคลหรือกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่ดำเนินงานอยู่ในระดับชุมชนท้องถิ่นเข้ามาร่วมมือและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาเอดส์เพราะกลุ่มองค์กรต่าง ๆ นั้น มีศักยภาพในการดำเนินโครงการร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ขาดโอกาสทางสังคมในพื้นที่ชนบทที่มีแนวโน้มของการติดเชื้อและแพร่ระบาดโรคเอดส์ที่เพิ่มสูงขึ้น และจากประสบการณ์และความรู้ความเข้าใจ ที่ได้จากการทำงานอย่างใกล้ชิดกับชุมชนระดับท้องถิ่น จึงทำให้กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่ดำเนินงานอยู่ในระดับชุมชนมีความพร้อมที่จะเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และสามารถนำองค์ความรู้เรื่องการจัดการปัญหาเอดส์ผนวกรวมเข้าไปกับการดำเนินงาน ทางด้านการพัฒนาชนบท การจัดการสุขภาพชุมชน การศึกษา และกิจกรรมอื่นๆ ที่องค์กรของตนกำลังดำเนินงานอยู่ในขณะนั้น⁴⁵

จากคุณลักษณะดังกล่าว คณะทำงานออกแบบโครงการจึงกำหนดแผนการและยุทธศาสตร์หลักโดยมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมายด้วยการส่งเสริมศักยภาพและการเข้ามามีส่วนร่วมของตัวแทนจากภาครัฐบาล ภาคเอกชน กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน และกลุ่มบุคคลต่างๆ ที่ทำงานอยู่ในระดับชุมชน ให้มีความเข้มแข็งในการบริหารจัดการและการดำเนินโครงการ ซึ่งจะสนับสนุนในเรื่องเงินทุนสำหรับการริเริ่มดำเนินงานในระดับท้องถิ่น สนับสนุนการพัฒนาความร่วมมือ การวางแผนยุทธศาสตร์และโครงการร่วมมือระหว่างกัน นอกจากนี้ยังมีการจัดตั้งศูนย์ข้อมูลข่าวสาร การฝึกอบรม และความช่วยเหลือทางด้านเทคนิคในการบริหารงานสำหรับตัวแทนที่เข้าร่วมโครงการอีกด้วย⁴⁶

นอกจากนี้แล้ว คณะทำงานออกแบบโครงการยังคำนึงถึงลักษณะโครงสร้างของโครงการที่มีความมั่นคงยั่งยืนในการดำเนินโครงการเป็นหลัก เพราะเหตุว่ารัฐบาลออสเตรเลียได้กำหนดระยะเวลาช่วยเหลือโครงการทั้งสิ้น 5 ปี ดังนั้นเมื่อโครงการความช่วยเหลือยุติลง ความสามารถของ

⁴⁵ Ibid . , pp. 40-42.

⁴⁶ The Thailand-Australia Northern Provinces HIV/AIDS Prevention and Care Programme, Programme Implementation Document , AIDAB, pp. 3-5.

ตัวแทนจากกลุ่มต่าง ๆ ที่ดำเนินกิจกรรมเรื่องเอดส์ภายใต้โครงการความช่วยเหลือจะยังคงดำเนินการต่อไปได้อีกหรือไม่ จึงกลายเป็นประเด็นที่มีความสำคัญอีกประเด็นหนึ่ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเงินทุนสนับสนุนการดำเนินโครงการ คณะทำงานออกแบบโครงการมีแนวคิดที่ว่า ถ้าโครงการที่ดำเนินการอยู่ประสบผลสำเร็จจนสามารถลดอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ ถึงแม้ว่าแหล่งเงินทุนจากรัฐบาลออสเตรเลียจะยุติลงแต่มีแนวโน้มที่จะมีแหล่งเงินทุนจากทั้งรัฐบาลไทยและจากต่างประเทศให้ความช่วยเหลือ⁴⁷ ดังนั้นการสร้างความเข้มแข็งในการบริหารจัดการกิจกรรมของกลุ่มต่าง ๆ ที่เข้าร่วมกับโครงการจึงมีความสำคัญอย่างมาก

สำหรับแนวทางที่คณะทำงานออกแบบโครงการเลือกใช้เพื่อเป็นการพัฒนาศักยภาพและความเข้มแข็งแก่หน่วยงานที่เข้าร่วมดำเนินงานในโครงการ เริ่มตั้งแต่กระบวนการคัดเลือกเจ้าหน้าที่ดำเนินงานในโครงการรวมทั้งกลุ่มตัวแทนต่าง ๆ ที่ดำเนินกิจกรรมกับโครงการจะมุ่งเน้นกลุ่มประชากรในพื้นที่ดำเนินโครงการเป็นหลักเพราะมีความเชื่อว่าบุคลากรเหล่านี้จะยังคงนำประสบการณ์และองค์ความรู้ที่ได้รับจากโครงการไปใช้ดำเนินงานของตนในเขตพื้นที่โครงการต่อไปแม้กระทั่งโครงการที่รัฐบาลออสเตรเลียให้การสนับสนุนจะยุติลงแล้วก็ตาม⁴⁸ สำหรับเทคนิคการบริหารจัดการโครงการนั้นจะเน้นการเปิดโอกาสให้ผู้ดำเนินกิจกรรมจากกลุ่มต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การริเริ่มนำเสนอกิจกรรมที่ตนเองต้องการดำเนินงาน การเขียนโครงร่างเพื่อขอรับเงินทุนสนับสนุนการดำเนินงาน การบริหารจัดการโครงการ การตรวจสอบ และการประเมินผลโครงการที่ตนดำเนินงาน ซึ่งเจ้าหน้าที่ของโครงการจะทำหน้าที่จัดฝึกอบรมเกี่ยวกับทักษะการดำเนินงานนับตั้งแต่เริ่มต้นจนเสร็จสิ้นการดำเนินงาน ตลอดจนทำหน้าที่ผู้ประสานงานคอยจัดหาสิ่งอำนวยความสะดวกและข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เพื่อทำให้เกิดความแน่ใจว่าผู้ดำเนินกิจกรรมจากกลุ่มต่างๆ นั้นมีศักยภาพพอเพียงที่จะดำเนินการด้วยตนเองต่อไปในอนาคต นอกจากนี้แล้วยังเปิดโอกาสให้ผู้เชี่ยวชาญที่มีประสบการณ์ในประเด็นปัญหาเอดส์จากประเทศออสเตรเลียได้เข้ามามีส่วนร่วมในกิจกรรมการฝึกอบรม จัดประชุมสัมมนา และกิจกรรมอื่นๆ ตลอดระยะเวลาการดำเนินโครงการอันเป็นการแลกเปลี่ยนประสบการณ์และนำเสนอองค์ความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับการดำเนินงานทางด้านเอดส์ระหว่างกันอีกด้วย⁴⁹

สำหรับรูปแบบของการบริหารเงินทุนช่วยเหลือสำหรับโครงการทางด้านโรคเอดส์นั้น คณะทำงานออกแบบโครงการได้เสนอทางเลือกให้มีการก่อตั้งสำนักงานดำเนินการโครงการในพื้นที่เพื่อทำหน้าที่บริหารเงินทุนให้กับกลุ่มตัวแทนจากภาครัฐบาล ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน

⁴⁷ Northern Thailand HIV/AIDS Design Mission , Programme Design Document, AIDAB , April 1992 , p. 45.

⁴⁸ Ibid . , p. 46.

⁴⁹ Ibid . , p. 48.

และบุคคลต่างๆ ในพื้นที่ชุมชนท้องถิ่นโดยตรง ซึ่งไม่ต้องผ่านความรับผิดชอบจากหน่วยงานภาครัฐบาลในระดับกระทรวง โดยคณะกรรมการออกแบบโครงการให้เหตุผลว่าเป็นแนวทางที่สอดคล้องกับเป้าหมายของทางรัฐบาลออสเตรเลียที่มุ่งเน้นความช่วยเหลือแก่ประชากรในเขตพื้นที่ชนบท โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มเป้าหมายที่ยากต่อการเข้าถึงอันเนื่องมาจากปัจจัยลักษณะที่ตั้งทางภูมิศาสตร์ระบบการคมนาคมขนส่ง และความแตกต่างทางสังคมและวัฒนธรรม ซึ่งคณะกรรมการออกแบบโครงการได้ตระหนักถึงปัจจัยดังกล่าว จึงมุ่งเน้นการให้ความช่วยเหลือโดยตรงต่อกลุ่มที่ทำงานอยู่ในชุมชนท้องถิ่น เพราะมีศักยภาพในการดำเนินงาน มีความพร้อมในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย มีความเข้าใจในรูปแบบการดำเนินงานกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องอาศัยประสบการณ์เฉพาะด้าน รวมทั้งยังเป็นกลุ่มที่ได้รับการยอมรับถึงแนวคิดที่สร้างสรรค์และมีแนวทางดำเนินงานที่แปลกใหม่เหมาะสมกับกลุ่มเป้าหมายดังกล่าว

นอกจากนี้แล้ว การดำเนินโครงการในรูปแบบดังกล่าวข้างต้นก็มีความสอดคล้องและยังช่วยสนับสนุนทำให้นโยบายการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของรัฐบาลไทยในช่วงดังกล่าวที่มุ่งเน้นความร่วมมือกับภาคเอกชนและองค์กรพัฒนาเอกชน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกันมากขึ้นอีกด้วย⁵⁰ (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ภาคผนวก ง)

จากแนวความคิดเกี่ยวกับประเด็นความมั่นคงยั่งยืนของโครงการข้างต้น ที่คณะกรรมการออกแบบโครงการกำหนดขอบเขตโครงการโดยมุ่งเน้นให้สำนักงานดำเนินโครงการตั้งอยู่ในพื้นที่ดำเนินโครงการ และมีการบริหารงานด้วยบุคลากรในพื้นที่เช่นเดียวกัน แทนที่จะเป็นการว่าจ้างให้บริษัทที่ปรึกษาเป็นผู้บริหารโครงการ แนวความคิดดังกล่าว อูซา ดวงสา อธิบดีผู้จัดการโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย (NAPAC) ได้แสดงความคิดเห็นว่า “การเสนอว่าสำนักงานควรมีคนเข้ามาทำงานแทนที่ก่อนหน้านั้นการทำงานมักจะจ้างบริษัททำ โดยการให้เงินบริษัทไป 1 ก่อน แล้วบริษัทก็ไปจัดทำรูปแบบมาหมดเลย ซึ่งคณะกรรมการบอกว่าไม่น่าจะใช้รูปแบบนี้ควรจะให้คนไทยเป็นคนทำ และควรจัดตั้งสำนักงานขึ้นมาเลย เพื่อทำหน้าที่ด้านต่าง ๆ และระบุหน้าที่ว่าคุณจะต้องทำงานทางด้านไหน แนวความคิดดังกล่าวนับได้ว่าเป็นอุปการต่อโครงการอย่างมาก นอกจากนี้การที่คณะกรรมการได้พูดคุยกับหลายๆ ฝ่าย และคิดวิสัยทัศน์ขึ้นมาว่าการช่วยเหลือน่าจะเป็นอย่างไร เพื่อทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงจริง ๆ เกิดความจริงจังยั่งยืนในการทำงาน ซึ่งจะยั่งยืนได้ก็ต้องเป็นองค์กรที่เป็นคนไทยเข้ามาทำงานและต้องเข้ามาตั้งอยู่ในพื้นที่เพื่อจะได้ใกล้ชิดกับปัญหาและประสานงานได้สะดวก และคิดกันว่าต้องมีทั้งคนไทยและคนออสเตรเลียทำงานร่วมกัน ไม่ใช่แค่ให้ความช่วยเหลือทางด้านวิชาการและจัดการ

⁵⁰ Ibid . , p. 48.

ประชุมสัมมนา เราต้องให้เงินเขาไปทำจริง ๆ ไม่งั้นเราก็แค่ขายความคิด ซึ่งเราก็อะไรไม่ได้ ซึ่งเป็นความคิดที่ก้าวหน้ามากในตอนนั้น”⁵¹

นอกจากนี้แล้ว สก็อต แบมเบอร์ (Dr.Scott Bamber) อดีตผู้เชี่ยวชาญโครงการไทย ออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย (NAPAC) ได้แสดงความคิดเห็นต่อแนวความคิดในการกำหนดขอบเขตโครงการของคณะทำงานออกแบบโครงการว่า “ ประเด็นเอดส์ถูกยกขึ้นมาจากแนวความคิดในเรื่องการพัฒนาชุมชน เปิดโอกาสให้ชุมชนคิดเองทำเอง และส่งเสริมศักยภาพผู้ด้อยโอกาสให้สามารถทำงานได้ โครงการ NAPAC นับว่าเป็นโครงการแรกที่มีการดำเนินงานโดยไม่ต้องผ่านกระทรวงใดกระทรวงหนึ่ง และยังไม่ต้องผ่านบริษัทที่ปรึกษาอีกด้วย ถ้าพิจารณาดูจะพบว่า จำนวนเงินที่ผ่านเข้าถึงชุมชนและกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่จะได้มากกว่าโครงการอื่นๆ ในอดีต ที่จะต้องถูกหักจากบริษัทที่ปรึกษาโครงการ สำหรับประเด็นเรื่องขอบข่ายการทำงานของโครงการ NAPAC นั้นถือได้ว่ามีความยืดหยุ่นมาก พอเกิดปัญหาที่สามารถปรับเปลี่ยน อยากรทำอะไรเพิ่มเติมก็สามารถพูดคุยและอนุมัติได้ นอกจากนี้แล้วยังสามารถตอบสนองความต้องการได้อย่างรวดเร็ว เพราะตั้งอยู่ในพื้นที่และอยู่กับคนปฏิบัติงานจริงๆ เลย ไม่ใช่เวลานานสามารถช่วยเหลือได้เลย ซึ่งโครงการ NAPAC จะแตกต่างจากองค์กรและความช่วยเหลือจากแหล่งทุนอื่นๆ ที่ต้องใช้เวลาในในแต่ละขั้นตอน พอเวลามีปัญหาที่ช่วยไม่ทันตามความต้องการ แต่โครงการ NAPAC อนุมัติได้เลย ไม่นานจึงช่วยทันตามความต้องการ”⁵²

(3) ข้อตกลงโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย

ภายหลังจากคณะออกแบบโครงการได้เข้ามาศึกษาความเป็นไปได้ของโครงการความช่วยเหลือในเรื่องโรคเอดส์จากรัฐบาลออสเตรเลีย จึงนำเสนอรูปแบบข้อตกลงโครงการที่จะดำเนินการในประเทศไทยต่อเจ้าหน้าที่ของกรมวิเทศสหการซึ่งเป็นตัวแทนฝ่ายไทยและเจ้าหน้าที่ของสำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลียและสถานเอกอัครราชทูตออสเตรเลียประจำประเทศไทยซึ่งเป็นตัวแทนฝ่ายรัฐบาลออสเตรเลียเพื่อพิจารณา ซึ่งข้อตกลงเกี่ยวกับรูปแบบโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ (NAPAC) ที่ได้รับการพิจารณาแล้วมีลักษณะดังต่อไปนี้⁵³

⁵¹ อุษา ดวงสา . อดีตผู้จัดการโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย. สัมภาษณ์ , 30 สิงหาคม 2545.

⁵² สก็อต แบมเบอร์ . อดีตผู้เชี่ยวชาญโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย. สัมภาษณ์ , 30 สิงหาคม 2545.

⁵³ Northern Thailand HIV/AIDS Design Mission , Programme Design Document, AIDAB, April 1992 , pp. 17-28.

วัตถุประสงค์

เป้าหมายโครงการ :

ลดอัตราการแพร่ระบาดและการติดเชื้อเอชไอวีในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทยและ
จัดหาแนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและ โรคเอดส์ในระดับท้องถิ่นที่
เหมาะสม

ส่วนประกอบที่ 1 : การพัฒนาโครงสร้างของโครงการ

เป้าหมาย :

จัดตั้งโครงสร้างที่เป็นอิสระและสามารถเข้าถึงได้ง่าย เพื่อทำหน้าที่อำนวยความสะดวก
สะดวกสำหรับการดำเนินความร่วมมือ การประสานงาน และ การดำเนินกิจกรรมต่างๆ ใน
ระดับท้องถิ่น

ส่วนประกอบที่ 2 : การดำเนินแผนยุทธศาสตร์อยู่บนพื้นฐานความคิดริเริ่มจากท้องถิ่น

เป้าหมาย :

สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับประเด็นเอดส์และพัฒนาประสิทธิภาพปฏิบัติงานของ
องค์กรในระดับท้องถิ่น

จุดมุ่งหมาย :

- พัฒนากลยุทธ์และแผนการสำหรับโครงการ โดยการขยายโครงการศึกษาในชุมชนและ
การส่งเสริมศักยภาพของตัวแทนจากภาครัฐ ภาคเอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กร
ระดับหมู่บ้านต่างๆ ให้สามารถจัดการและต่อสู้กับผลกระทบของการแพร่ระบาดเชื้อเอช
ไอวีและโรคเอดส์ในเขตพื้นที่ภาคเหนือของประเทศไทยอย่างมีประสิทธิภาพ
- ส่งเสริมการเข้ามามีส่วนร่วมของสมาชิกในประชากรกลุ่มเป้าหมายเพื่อดำเนินกิจ
กรรมการออกแบบ การดำเนินงาน และการประเมินผลโครงการ
- ส่งเสริมการวางแผนยุทธศาสตร์โครงการจากระดับตัวแทนดำเนินงานและระดับชุม
ชน และพัฒนาความสามารถในการคาดการณ์ความจำเป็นและลำดับความสำคัญเกี่ยวกับ
การดำเนินโครงการในอนาคต
- ผลที่ได้รับจากการเพิ่มความตระหนักและความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และส่งผลทำให้การ
ปกป้องและการป้องกันโรคเอดส์มีประสิทธิภาพและเพิ่มความสามารถของตัวแทน

และชุมชนในระดับท้องถิ่นในการกำหนดแนวทางการดูแลรักษาและการบริหารกับกลุ่มผู้ติดเชื้อในท้องถิ่นที่มีความเหมาะสมกับวัฒนธรรม มีประสิทธิภาพ และมีความมั่นคงยั่งยืน

กลุ่มเป้าหมาย

- ประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อโรคเอดส์ในเขตเมืองและชนบท :
 - ผู้ประกอบอาชีพค้าบริการทางเพศ – ชายและหญิง
 - ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด
 - เยาวชน
 - ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศ
 - ผู้ซื้อบริการทางเพศ
- กลุ่มสตรีนับตั้งแต่ช่วงวัยรุ่นจนเป็นผู้ใหญ่
- ประชากรทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์
- ผู้เชี่ยวชาญ นักสังคมสงเคราะห์และบุคคลที่สามารถเข้าถึงประชากรกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงและชุมชนทั่วไป
 - นักวิชาการในทุกระดับ
 - ผู้ปฏิบัติงานทางด้านสาธารณสุข
 - เจ้าหน้าที่ทำงานเกี่ยวกับชุมชนในพื้นที่เมือง
 - นักพัฒนาชุมชนในพื้นที่ชนบท
 - ผู้นำชุมชนในเขตเมืองและชนบท
 - ผู้ปกครอง
 - เจ้าหน้าที่ของสถาบันต่างๆ (เรือนจำ และศูนย์ดูแลเด็ก)
 - พระภิกษุ และผู้นำศาสนาต่างๆ
 - ทหารและตำรวจ
- ชนกลุ่มน้อย
- ประชากรที่ขาดการศึกษา

สถานที่ตั้ง

สำนักงานโครงการ NAPAC จะถูกจัดตั้งขึ้นในจังหวัดเชียงใหม่ เนื่องจากลักษณะงานที่ทำหน้าที่อำนวยความสะดวกในการดำเนินโครงการแก่หน่วยงานและตัวแทนจากกลุ่มต่าง ๆ ที่เข้าร่วมโครงการ ดังนั้นจึงมุ่งเน้นการดำเนินงานในฐานะเป็นกลาง ไม่ขึ้นกับภาครัฐบาล ภาคเอกชน และองค์กรพัฒนาเอกชน มีความเป็นอิสระ และสามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกรวดเร็ว ซึ่งคุณสมบัติดังกล่าวทำให้สามารถระดมความคิดและความร่วมมือจากหน่วยงานและตัวแทนจากกลุ่มต่างๆ เพื่อบรรลุถึงความสำเร็จตามแผนกลยุทธ์ที่กำหนดไว้ในที่สุด

นอกจากนี้แล้ว สำนักงานโครงการที่จังหวัดเชียงใหม่ยังทำหน้าที่เป็นศูนย์กลางสำหรับหน่วยงานและสถาบันในพื้นที่จังหวัดอื่นๆ ในเรื่องการจัดเตรียมและสนับสนุนข้อมูลข่าวสาร อุปกรณ์ และสถานที่สำหรับการประชุมเชิงปฏิบัติการและการสัมมนาในประเด็นโรคเอดส์อีกด้วย

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบโครงการ NAPAC ในบทที่ 3)

4.2.2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาทในการดำเนินงานในโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของไทย (NAPAC)

สำหรับโครงการ NAPAC นั้นสามารถแบ่งช่วงการดำเนินงานออกเป็น 3 ช่วง กล่าวคือในระยะแรกเป็นช่วงของการก่อตั้งโครงการ (establishment phase) ใช้ระยะเวลาดำเนินงานประมาณ 6 เดือนแรก ซึ่งถือว่าเป็นช่วงของการสร้างระบบโครงสร้างการบริหารจัดการและการประสานงาน ในช่วงที่สองเป็นช่วงของการดำเนินโครงการนำร่อง (pilot implementation phase) ใช้ระยะเวลาดำเนินงานในช่วงปีที่หนึ่งถึงสองปีแรก จะมุ่งเน้นการประเมินโครงร่างข้อเสนอของหน่วยงานต่างๆ ที่เสนอเข้ามาเพื่อขอรับความช่วยเหลือ ในช่วงสุดท้ายเป็นช่วงการดำเนินงาน และการสร้างความเข้มแข็งต่อโครงการ (implementaion and consolidation phase) ใช้ระยะเวลาดำเนินงานในช่วงปีที่สองถึงปีที่ห้าของโครงการ โดยเป็นช่วงดำเนินงานของโครงการต่างๆ ที่ได้รับความช่วยเหลือ และมีการประสานงานเพื่อส่งเสริมความร่วมมือระหว่างตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งมีการจัดฝึกอบรมและสัมมนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงานโดยมุ่งเน้นการพัฒนาที่มั่นคงยั่งยืนเป็นหลัก⁵⁴

⁵⁴ Ibid . , pp. 20-22.

(1) บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของไทย

แผนภูมิที่ 4.1 โครงสร้างของการบริหารโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของไทย



Source: Northern Thailand HIV/AIDS Design Mission “ HIV/AIDS Design Study

Management Structure,” Programme Design Document , AIDAB, April 1992 , p. 6

ในส่วนของผู้บริหารจัดการโครงการ NAPAC นั้น สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน กล่าวคือ ในส่วนแรกเป็น “คณะกรรมการจัดการโครงการ (Board of Management)” ซึ่งประกอบด้วยบุคคลต่าง ๆ ในทุกเครือข่ายที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับประเด็นโรคเอดส์ โดยจะพิจารณาคัดเลือกมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับคุณลักษณะส่วนตัวและประสบการณ์การทำงาน รวมทั้ง

แนวคิดและจุดยืนเกี่ยวกับการดำเนินงานในประเด็น โรคเอดส์มากกว่าการเป็นตัวแทนจากสถาบันต่างๆ

สำหรับจำนวนสมาชิกคณะกรรมการจัดการโครงการถูกกำหนดให้สูงสุดไม่เกิน 11 ราย และสมาชิกส่วนใหญ่จะเป็นบุคคลที่ทำงานเกี่ยวกับประเด็นเอดส์อยู่ในเขตภาคเหนือของไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งบุคคลที่มีประสบการณ์และมีความเข้าใจเกี่ยวกับการพัฒนาชุมชน สาธารณสุข ชุมชน การศึกษานอกโรงเรียน การปฏิบัติงานและการให้บริการทางแพทย์ เทคนิคการวิจัยประยุกต์ การพัฒนาชนบท การวางแผนและการพัฒนาโครงการ การดำเนินงานขององค์กรภาคีรัฐบาลและองค์กรภาคเอกชน ประเด็นเกี่ยวกับสตรี และชนกลุ่มน้อย โดยจะเข้ามาทำหน้าที่คัดเลือกและลงมติ อนุมัติการให้ความช่วยเหลือแก่ตัวแทนกลุ่มต่างๆ ที่เสนอโครงร่างการดำเนินงานโครงการ และทำหน้าที่ดูแลการดำเนินงานของสำนักงานรวมทั้งค่าใช้จ่ายต่าง ๆ อีกด้วย⁵⁵

ในส่วนที่สองจะเป็น “เจ้าหน้าที่ในสำนักงานโครงการ” ซึ่งจะทำหน้าที่บริหารจัดการโครงการและประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้าร่วมดำเนินงานกับโครงการ โดยผู้จัดการโครงการ (Programme Manager) “จะมีหน้าที่รับผิดชอบงานทั้งหมดของโครงการ NAPAC อาทิ ในเรื่องการบริหารจัดการทั้งทางด้านวิชาการและการประสานงาน โดยเฉพาะมีบทบาทในฐานะตัวกลางที่คอยประสานงานกับองค์กร AusAID และสถานเอกอัครราชทูตออสเตรเลียซึ่งเป็นเจ้าของทุนความช่วยเหลือ กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ดำเนินงานภายใต้ทุนความช่วยเหลือดังกล่าว”⁵⁶ นอกจากนี้แล้ว ในตำแหน่งผู้ประสานงานการพัฒนาโครงการ (Programme Development Coordinator) และผู้เชี่ยวชาญโครงการ (Project Specialist) ซึ่งเป็นผู้เชี่ยวชาญจากออสเตรเลียโดยที่องค์กร AusAID คัดเลือกให้เข้ามาทำหน้าที่ช่วยผู้จัดการโครงการในการจัดการฝึกอบรม ดูแลงานทางด้านการพัฒนาข้อเสนอโครงร่างโครงการ และจัดตั้งรวมทั้งควบคุมดูแลหน่วยงานที่ให้ความช่วยเหลือทางเทคนิคแก่โครงการ (Project Technical Unit) ซึ่งตำแหน่งดังกล่าว อุษา ดวงสา อดีตผู้จัดการโครงการ NAPAC ได้แสดงความคิดเห็นว่า “โครงการ NAPAC ได้อานิสงค์หลายอย่างจากการที่ได้ที่ปรึกษาและผู้เชี่ยวชาญโครงการที่เป็นชาวออสเตรเลียเพราะว่าบุคคลเหล่านี้มีความคิดและแง่มุมใหม่ๆ เกี่ยวกับการทำงานเรื่องเอดส์ที่มันก้าวหน้ากว่าเมืองไทยในสมัยนั้น”⁵⁷

⁵⁵ Northern Thailand HIV/AIDS Design Mission , “ HIV/AIDS Design Study Management Structure, “ Programme Design Document, AIDAB, April 1992 , pp.2-3.

⁵⁶ อุษา ดวงสา . อดีตผู้จัดการโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย. สัมภาษณ์ , 30 สิงหาคม 2545.

⁵⁷ เรื่องเดียวกัน.

(ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับบทบาทและความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่โครงการ NAPAC ที่ภาคผนวก จ)

4.2.3 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาทในการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานในโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของไทย (NAPAC)

สำหรับบทบาทและหน้าที่ในส่วนของการตรวจสอบและติดตามประเมินผลกระบวนการดำเนินโครงการนั้น ผู้จัดการโครงการจะทำหน้าที่รับผิดชอบในการเตรียมผลสรุปกิจกรรมในแต่ละเดือน และรายงานทางการเงินเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการจัดการโครงการ ซึ่งรายงานเหล่านี้จะมีรายละเอียดครอบคลุมในทุกด้านที่เกี่ยวกับกิจกรรมที่ดำเนินงานและค่าใช้จ่ายต่างๆ ในขณะที่การดำเนินงานของคณะกรรมการจัดการโครงการจะถูกตรวจสอบและประเมินผลโดยตัวแทนจากสำหรับ AusAID และเจ้าหน้าที่จากสถานเอกอัครราชทูตออสเตรเลีย ประจำประเทศไทย

นอกจากนี้แล้วเจ้าหน้าที่โครงการยังมีหน้าที่รับผิดชอบจัดทำรายงานบททวนการดำเนินงานในครั้งแรกของช่วงระยะการดำเนินโครงการ (mid-term review of the programme) ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญของหน่วยงานทางเทคนิคของโครงการ โดยนำเสนอในช่วงสิ้นปีที่สองของการดำเนินโครงการ และมีการประเมินผลโครงการครั้งสำคัญซึ่งจะถูกจัดขึ้นในช่วงต้นปีที่สี่ของการดำเนินโครงการ

ในส่วนของกิจกรรมและโครงการที่ได้รับเงินทุนจากโครงการ NAPAC นั้น จะมีการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานโดยมีการกำหนดแนวทางและวิธีการดำเนินงานไว้ในเอกสารออกแบบโครงการและเอกสารแนะนำการขอรับทุน (funding guidelines) ซึ่งผู้ดำเนินโครงการ (project implementors) เจ้าหน้าที่สำนักงานโครงการและผู้เชี่ยวชาญของหน่วยงานทางเทคนิคของโครงการจะรับผิดชอบร่วมกันในการกำหนดแนวทางดำเนินงาน ในขณะที่หน้าที่การรวบรวมข้อมูลและตรวจสอบประเมินผลกิจกรรมและโครงการที่ได้รับทุนจะดำเนินการโดยผู้จัดการโครงการและผู้ประสานงานการพัฒนาโครงการ รวมทั้งร่วมมือกับผู้เชี่ยวชาญของหน่วยงานเทคนิคของโครงการ โดยที่การดำเนินการสำรวจ เก็บข้อมูล และประเมินผลจะมุ่งเน้นศึกษาในกลุ่มเป้าหมายและชุมชนที่เข้าร่วมดำเนินงาน ซึ่งถือว่าเป็นตัวบ่งชี้หลักที่สำคัญในกระบวนการประเมินผล (Key indicators of measurement)⁵⁸

⁵⁸ Northern Thailand HIV/AIDS Design Mission , Programme Design Document, AIDAB, April 1992 , p.39.

นอกจากนี้แล้วกระบวนการตรวจสอบและประเมินผลในส่วนของกิจกรรมและโครงการที่ได้รับเงินทุนจากโครงการ NAPAC จะมีลักษณะแตกต่างกันระหว่างโครงการขนาดเล็กที่ขอรับทุน (มูลค่าต่ำกว่า 100,000 บาท) กับ โครงการขนาดใหญ่ที่ขอรับทุน (มูลค่าสูงกว่า 100,000 บาท) โดยที่ทุกโครงการที่ขอรับทุนจะต้องจัดทำรายงานสรุปการดำเนินงานกิจกรรมทุกๆสามเดือน และจัดทำรายงานหลักของโครงการเมื่อสิ้นสุดเดือนที่หกของการดำเนินงาน ซึ่งเจ้าหน้าที่โครงการและผู้เชี่ยวชาญของหน่วยงานเทคนิคของโครงการได้ร่วมกันพัฒนารูปแบบของรายงานที่ต้องนำเสนอ ดังกล่าว⁵⁹

สำหรับกิจกรรมในส่วนของการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินงานภายใต้โครงการ NAPAC นั้นสามารถแบ่งออกเป็น 6 กิจกรรมที่สำคัญ กล่าวคือ รายงาน (written reports) ซึ่งเจ้าหน้าที่โครงการจะเป็นผู้รับผิดชอบดำเนินการจัดทำทั้งรายงานประจำเดือนและประจำปี การตรวจสอบที่สำนักงาน (office monitoring) ผู้เชี่ยวชาญการพัฒนาโครงการจะรับหน้าที่ในการตรวจสอบโครงการที่เข้ารับความช่วยเหลือ โดยเริ่มตั้งแต่การบันทึกข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะโครงการ นับตั้งแต่วันที่ได้รับอนุมัติเงินทุนช่วยเหลือ ซึ่งจะมีการแบ่งแยกตามประเภทและลักษณะของโครงการ และมีการติดตามความคืบหน้าการดำเนินงานของกิจกรรมและโครงการต่างๆ เป็นระยะ ๆ การบันทึกสถานะของโครงการดังกล่าวจะทำให้การตรวจสอบและติดตามประเมินผลมีความสะดวก รวดเร็ว และมีข้อมูลที่ถูกต้อง โดยมีข้อมูลเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการติดต่อครั้งแรกกับผู้ดำเนินโครงการจนกระทั่งขั้นตอนการสรุปผลการดำเนินโครงการ การเยี่ยมชมโครงการ (visits to projects) การดำเนินการเยี่ยมชมโครงการที่ได้รับความช่วยเหลือจะเป็นหน้าที่ความรับผิดชอบของผู้จัดการโครงการ ผู้เชี่ยวชาญการพัฒนาโครงการและเจ้าหน้าที่ข้อมูลข่าวสารของโครงการ (Information Officer) ซึ่งจะมีการตรวจสอบติดตามการดำเนินงานโดยการสนทนากับเจ้าหน้าที่โครงการ (Project Staff) และสมาชิกกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกับโครงการที่ได้รับความช่วยเหลือ

นอกจากนี้แล้วยังมีกิจกรรมการจัดทำรายงานทางการเงิน (financial reports) ซึ่งจะเป็นเอกสารที่แสดงรายละเอียดเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายต่างๆ ของโครงการที่ได้รับความช่วยเหลือโดยจะมีการจัดทำตอนที่โครงการที่ได้รับความช่วยเหลือสิ้นสุดการดำเนินงาน ซึ่งผลสรุปดังกล่าวจะถูกจัดส่งให้กับสำนักงาน AusAID ประจำประเทศไทยอีกด้วย ผู้ดำเนินงานที่เข้าร่วมโครงการเยี่ยมชมสำนักงานโครงการ NAPAC (project holders visit to NAPAC) เป็นกิจกรรมที่ดำเนินงานโดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการส่งโครงร่างเพื่อขออนุมัติเงินเป็นวิธีการที่ใช้สนับสนุนและส่งเสริมให้ผู้ดำเนินโครงการได้มีโอกาสปรึกษากับเจ้าหน้าที่โครงการ NAPAC ก่อนที่จะส่งโครงร่างดังกล่าว โดยที่

⁵⁹ Ibid. , p. 40.

กิจกรรมดังกล่าวนี้จะดำเนินการตลอดระยะเวลาดำเนินโครงการเพื่อใช้เป็นสถานที่สำหรับแลกเปลี่ยนความคิดเห็นและปรึกษาเกี่ยวกับการดำเนินงานในแง่มุมต่างๆ นอกจากนี้แล้ว เจ้าหน้าที่โครงการ NAPAC ยังได้จัดทำกิจกรรมการตรวจสอบและสืบสวน (investigative action) เพื่อใช้ในการติดตามปัญหาที่เกิดขึ้น เพราะเหตุว่าจะมีบางกิจกรรมและโครงการที่ได้รับความช่วยเหลือประสบปัญหาในการดำเนินงาน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการติดตามตรวจสอบและแนะนำแนวทางความช่วยเหลือเพื่อแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นอย่างใกล้ชิดกับผู้รับผิดชอบดำเนินกิจกรรมและโครงการดังกล่าว⁶⁰

4.2.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของไทย (NAPAC)

นับตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย เอดส์กลายเป็นภัยคุกคามที่มีนัยสำคัญอันส่งผลถึงสถานะความอยู่รอด และความมั่นคงของประเทศ เนื่องจากว่าโรคเอดส์มิได้เป็นเพียงปัญหาทางสาธารณสุขเท่านั้น หากแต่ยังได้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านการเมือง เศรษฐกิจ และสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกิดการแตกสลายทางสังคม ทำให้ครอบครัวและชุมชนอ่อนแอลง สถาบันต่างๆ ภายในสังคมก็อ่อนแอลงด้วย ไม่สามารถทำหน้าที่ปกป้องคนในชุมชนได้นอกจากนี้แล้ว เอดส์ยังส่งผลทำให้เกิดวิกฤตทางวัฒนธรรม และจิตวิญญาณ (cultural and spiritual crisis) คุณค่าความเอื้ออาทรซึ่งกันและกัน ภายในสังคมก็เสื่อมถอยลง⁶¹

ดังนั้นการสนองตอบต่อผลกระทบของปัญหาเอดส์ดังกล่าวข้างต้น เสรี พงศ์พิศ นักวิชาการ และนักกิจกรรมเกี่ยวกับชุมชน และโรคเอดส์ อดีตผู้อำนวยการโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ และปัจจุบันดำรงตำแหน่ง ผู้อำนวยการมูลนิธิหมู่บ้าน ได้แสดงความคิดเห็นว่า⁶² “ครอบครัว ชุมชน และสังคมที่เข้มแข็งสามารถแก้ปัญหาเอดส์ได้” กล่าวคือชุมชนที่เข้มแข็งคือ ชุมชนที่มีความสามัคคี และมีเอกภาพ ไม่แยกผู้ติดเชื้อเอดส์ หรือเป็นเอดส์ออกจากสมาชิกที่ไม่ติดเชื้อ ดังนั้นเอดส์จึงกลายเป็นเครื่องมือตรวจสอบความเข้มแข็งของชุมชน

⁶⁰ Thai - Australian Northern AIDS Prevention and Care Program (NAPAC), January-June 1994 Report, p. 13.

⁶¹ ประเวศ วะสี, “เอดส์กับการอภิวัฒน์มนุษยชาติ (AIDS and Humanity Revolution),” ใน 23 ประสพการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคเหนือ. เสรี พงศ์พิศ, บรรณาธิการ (กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2539), หน้า 4.

⁶² เสรี พงศ์พิศ, “บทเรียนราคาแพง,” 23 ประสพการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคเหนือ (กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, 2539), หน้า 304 – 307.

ในขณะที่เดียวกันเอดส์ยังเป็นสิ่งที่ช่วยทำให้คนมองเห็น และเชื่อมโยงปัญหาต่างๆ เข้าด้วยกัน ก่อให้เกิดความร่วมมือของหน่วยงานรัฐ องค์กรพัฒนาเอกชน และองค์กรชุมชนอย่างแข็งแรงแรงขึ้น ทำให้ผู้ที่เกี่ยวข้องสามารถปรับกระบวนการทัศนคติของคน ของชุมชน และสังคม ให้มีวิถีคิดแบบองค์รวม ซึ่งจะช่วยให้เข้าใจความสัมพันธ์ระหว่างคน องค์กร และประเด็นในเรื่องต่างๆ

จากลักษณะดังกล่าว นับได้ว่าเป็นการสะท้อนภาพผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ NAPAC เพราะเหตุว่า การดำเนินโครงการดังกล่าวบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ของโครงการได้เป็นอย่างดี จึงส่งผลทำให้สามารถลดอัตราการติดเชื้อและการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเขตภาคเหนือของประเทศไทยลงได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้แล้ว ผลจากการสนับสนุนเงินทุนสำหรับภาครัฐบาล เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชนและกลุ่มตัวแทนของชุมชนในระดับท้องถิ่นเพื่อใช้ดำเนินกิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ และการส่งเสริมเพื่อให้เกิดการพัฒนาบุคลากร พัฒนาโครงการประสานเครือข่าย และการเรียนรู้ รวมทั้งเกิดความร่วมมือในระดับท้องถิ่น อันนำมาสู่การดำเนินโครงการต่างๆ จนกลายเป็นแนวทางของการสร้างความเข้มแข็งต่อครอบครัว ชุมชน และสังคมเพื่อเผชิญกับปัญหาเอดส์ในที่สุด⁶³

ตลอดระยะเวลาของการดำเนินโครงการ NAPAC ผลลัพธ์ที่เด่นชัดที่สุดคือ การพัฒนาศักยภาพของประชาชนกลุ่มเป้าหมายของโครงการในการเข้ามามีส่วนร่วมกับการริเริ่มโครงการซึ่งสามารถตอบสนองต่อความต้องการและสถานการณ์ที่แท้จริงของประชากรในระดับท้องถิ่น นับได้ว่าเป็นการเปิดโอกาสให้กับกลุ่มผู้ขาดโอกาสและขาดอำนาจในสังคมสามารถมีจุดเริ่มต้นในการทำงาน ทำให้มีโอกาส และสถานะจุดยืนในสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งการมุ่งเน้นให้ชุมชนป้องกันตัวเองและสามารถแก้ปัญหของตัวเองได้

นอกจากนี้แล้ว การสร้างความเข้มแข็งให้กับสถาบันและกลุ่มองค์กรต่าง ๆ โดยโครงการ NAPAC จะทำหน้าที่คอยประสานงาน และส่งเสริมความร่วมมือกับหน่วยงานต่างๆ ในสังคม ได้ส่งผลให้การดำเนินกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของประชาชนในท้องถิ่นประสบผลสำเร็จและยังช่วยพัฒนาระบบการดูแลสุขภาพผู้ป่วยติดเชื้อในท้องถิ่นให้มีประสิทธิภาพเพิ่มสูงขึ้นอีกด้วย ดังรายละเอียดที่ อุษา ดวงสา ได้แสดงความคิดเห็นว่า “ NAPAC เป็นองค์กรและโครงการแรกที่เปิดโอกาสให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อ ได้มีการรวมตัวกันอย่างเป็นทางการและทำกิจกรรมของเขาเองอย่างที่เขายากจะทำ ซึ่งก่อนหน้านั้นการรวมตัวของกลุ่มผู้ติดเชื้อยังไม่มี แต่จะมีในแบบการรวมตัวของผู้ติดเชื้อ อาทิ ที่สหภาพชาติเพื่อขอรับคำปรึกษา และเข้ารับการรักษาเลือด ซึ่ง

⁶³ The Thai – Australian Northern AIDS Prevention and Care Program (NAPAC) , Annual Plan 1995 – 1996 , p. 4.

สภาวิชาชีพก็ให้มาคุยกัน แต่ก็มีได้ส่งเสริมให้กลุ่มเหล่านี้มีความเข้มแข็งที่จะทำอะไรเอง แค่มารับการสงเคราะห์และความช่วยเหลือจากเขา โครงการ NAPAC จึงเป็นที่แรกที่เราส่งเสริมให้เขาสามารถมาพูดคุยในที่สาธารณะอย่างเปิดเผย มีการจัดสัมมนาโดยเชิญผู้ติดเชื่อเข้าร่วม ส่งเสริมให้กลุ่มผู้ติดเชื่อคิดว่าเขาอยากจะทำกิจกรรมอะไร เขียนโครงการเสนอมาที่เรา และเราก็ให้การสนับสนุนเขาซึ่งมิใช่แค่เงิน แต่เราให้ทั้งความคิดและความช่วยเหลือทางวิชาการด้วย เช่น ถ้าเขาคิดว่าเขามีปัญหาทางนี้ เขาน่าจะอย่างไร เขาน่าจะเขียนโครงการอย่างไร เขาจะทำกิจกรรมอย่างไร ซึ่งเราก็ช่วยเขาบริหารจัดการคือ การสร้างศักยภาพให้กับเขา ส่งเสริมให้เขาขยายกลุ่มสร้างความเข้มแข็งต่อไปกับกลุ่มอื่น”⁶⁴

ในส่วนของผู้เข้าร่วมดำเนินกิจกรรมกับโครงการ NAPAC กล่าวคือ ประเสริฐ เดชะบุญ ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื่อภาคเหนือตอนบน ได้ร่วมดำเนินกิจกรรมกับโครงการ NAPAC ในการดำเนินโครงการนำร่องเกี่ยวกับการเยี่ยมบ้านผู้ติดเชื่อ ได้แสดงความคิดเห็นว่า “ในช่วงแรกกลุ่มผู้ติดเชื่อจะไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนจากที่ไหนสักแห่งเท่าไร พอในช่วงปี ค.ศ. 1993-1994 เงินทุนสนับสนุนจากแหล่งทุนส่วนมากจะให้การสนับสนุนเฉพาะองค์กรใหญ่ ๆ จึงทำให้ขาดข้อมูลข่าวสารต่างๆ จนกระทั่งมี NAPAC เข้ามาจัดตั้ง ซึ่งนโยบาย NAPAC ต้องการสนับสนุนชนชั้นชายขอบและคนที่ไม่มีโอกาสเข้าถึงข้อมูล ให้มีโอกาที่จะทำงานในส่วนที่เป็นปัญหาของตนเองที่เกิดขึ้น”⁶⁵ และ พิมใจ อินทะมุล ได้ร่วมดำเนินกิจกรรมกับโครงการ NAPAC โดยดำเนินโครงการสุขภาพชุมชนได้แสดงความคิดเห็นว่า “NAPAC เปรียบเสมือนผู้ให้กำเนิดโครงการสุขภาพชุมชน และเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื่อกลุ่มหนึ่งได้มีโอกาสทำงานเพื่อสังคม ทำให้ผู้ติดเชื่อกลุ่มหนึ่งรู้สึกตัวว่าตัวเองนั้นยังมีคุณค่าในสังคม ทั้งที่เป็นผู้ติดเชื่อ ในขณะที่บุคคลส่วนมากมองว่าผู้ติดเชื่อไม่มีศักยภาพที่จะทำงานได้ ไม่ว่าจะงานส่วนตัวหรือเพื่อสังคม แต่ NAPAC ก็เปิดโอกาสให้กับกลุ่มคนด้อยโอกาสเหล่านี้ได้รับใช้สังคม พิมใจที่เป็นพิมใจได้วันนี้ก็เพราะ NAPAC”⁶⁶

นอกจากนี้แล้ว ผลประโยชน์อีกอย่างหนึ่งที่ได้รับจากคุณลักษณะของรูปแบบการดำเนินงานของโครงการ NAPAC ที่มุ่งเน้นการพัฒนาองค์กรแบบมั่นคงยั่งยืน กล่าวคือ ในปี ค.ศ. 1996 คณะรัฐบาลของออสเตรเลียชุดใหม่ที่เพิ่งได้รับการคัดเลือกในเดือนสิงหาคม ได้ประกาศลดความช่วยเหลือสำหรับการพัฒนา (development aid) ที่ให้กับประเทศเพื่อนบ้าน เนื่องจากประเทศออสเตรเลียกำลังประสบกับปัญหาทางการเงินโดยเฉพาะอย่างยิ่งการขาดดุลงบประมาณ จึงมีความจำเป็นที่จะต้องลดงบประมาณค่าใช้จ่ายของรัฐบาลในทุกส่วน ทั้งภายในและภายนอก

⁶⁴ อุษา ดวงสา . อดีตผู้จัดการโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย . สัมภาษณ์ ,30 สิงหาคม 2545.

⁶⁵ ประเสริฐ เดชะบุญ . ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื่อภาคเหนือตอนบน . สัมภาษณ์ , 30 สิงหาคม 2545.

⁶⁶ พิมใจ อินทะมุล . นาแพคในสายตาของข้าพเจ้า ,11 มิถุนายน 2540.

ประเทศ⁶⁷ ดังนั้นการตัดงบประมาณช่วยเหลือของสำนักงาน AusAID ในปีงบประมาณ ค.ศ. 1996-1997 จึงส่งผลกระทบต่อโครงการดำเนินงานในโครงการ NAPAC ซึ่งได้รับความช่วยเหลือจากสำนักงาน AusAID ที่แต่เดิมมีแผนการดำเนินงาน 5 ปีจะสิ้นสุดโครงการในเดือนมิถุนายน ค.ศ. 1998 นโยบายใหม่ของรัฐบาลออสเตรเลียดังกล่าว จึงทำให้โครงการต้องยุติการดำเนินงานในเดือนมิถุนายน ค.ศ. 1997⁶⁸

จากเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น อุษา ดวงสาได้แสดงความคิดเห็นว่า “พอรัฐบาลออสเตรเลียยุติความช่วยเหลือแล้ว กลุ่มที่เคยได้รับความช่วยเหลือหลายๆ กลุ่มยังคงมีความเข้มแข็งพอที่เขาจะไปหาเงินจากแหล่งอื่น เพราะเหตุว่าระหว่างที่เราช่วยเขาก็พัฒนาความคิดและทักษะหลายๆ อย่างในการอบรมในเรื่องของการทำงาน การเขียนข้อเสนอโครงการเงิน การช่วยหาแหล่งทุน”⁶⁹ ซึ่งสะท้อนถึงผลประโยชน์ที่ได้รับจากโครงการ NAPAC ที่ให้ความสำคัญกับการพัฒนาแบบมั่นคงยั่งยืนเป็นหลัก นอกจากนี้แล้วโครงการ NAPAC ก็ได้เปลี่ยนแปลงตัวเองกลายเป็น “มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ (AIDSNet)” เป็นองค์กรเอกชนสาธารณประโยชน์ที่ไม่แสวงหากำไร ก่อตั้งขึ้นเพื่อตอบสนองความจำเป็นที่จะต้องมียุทธศาสตร์ในท้องถิ่นที่จะสานต่อ และขยายผลรูปแบบการส่งเสริมและสนับสนุนการทำงานด้านเอดส์ร่วมกันในลักษณะพหุภาคี ซึ่งเป็นรูปแบบและกระบวนการที่ได้รับการผลักดันจากโครงการ NAPAC⁷⁰

สำหรับลำดับเหตุการณ์ก่อนที่โครงการ NAPAC จะกลายเป็นมูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์นั้น อุษา ดวงสา ได้อธิบายรายละเอียดของเหตุการณ์ดังกล่าวว่า “ก่อนยุติความช่วยเหลือของโครงการ NAPAC รัฐบาลออสเตรเลียไม่ได้ตัดความช่วยเหลือไปเลยๆ เขายังมีการช่วยเหลือประสานงานจัดทีมผู้เชี่ยวชาญมาช่วยทำข้อเสนอ โครงร่าง โครงการเพื่อหาแหล่งทุนใหม่ ช่วยเหลือให้แน่ใจว่าเราก็สามารถจะทำงานต่อเนื่องได้ เพราะเขามีความคิดเห็นว่าแนวคิดและหลักการในการจัดการทำงานของ NAPAC มีประโยชน์น่าจะจัดทำต่อโดยเขาให้เงินมาก่อตั้งเป็นมูลนิธิ AIDSNet จัดงบประมาณหาผู้เชี่ยวชาญและพูดคุยกับเจ้าหน้าที่โครงการ NAPAC และเครือข่ายต่างๆ เพื่อจัดทำโครงการใหม่

⁶⁷ Thailand to be affected by cuts to development aid. *Bangkok Post* (3 July 1996) : 7

⁶⁸ Aid Cut hurts AIDS prevention scheme. *Bangkok Post* (28 July 1996) : 4

⁶⁹ อุษา ดวงสา . อดีตผู้จัดการโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย.

สัมภาษณ์ , 30 สิงหาคม 2545.

⁷⁰ มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ สำนักงานภาคเหนือ . มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ เอกสารแผนพับมูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ (ม.ป.ท., ม.ป.ป.).

โดยได้รับการสนับสนุนจากโครงการเอดส์ประชาคมยุโรป (European Community) ในช่วงต่อมา”⁷¹

นอกจากนี้แล้ว ประเสริฐ เดชะบุญ ได้แสดงความคิดเห็นว่า “พอ NAPAC ยุติลงเราก็ดำเนินงาน โครงการเกี่ยวกับสุขภาพองค์กรรวมของผู้ติดเชื้อ โดยขอรับเงินทุนความช่วยเหลือจากกองโรคเอดส์ กระทรวงสาธารณสุข และมูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอดส์ ซึ่งโครงการ NAPAC ทำให้เรารู้ประเด็นในการทำงานมากขึ้น พอรู้ประเด็นก็สามารถขยายงานได้กว้างมากขึ้น NAPAC ถือว่าเป็นตัวเริ่มของเรา พอรู้เราก็สามารถดำเนินการต่อไปได้และรู้ว่าต่อไปควรจะทำอย่างไร นอกจากนี้ NAPAC ยังมีบทบาทในการจัดให้มีการแลกเปลี่ยนความรู้ ศึกษาดูงานจากพื้นที่อื่น มีการจัดเสวนากันมากมาย โดยเฉพาะมีแหล่งทุนจากหลายๆ ที่ที่เข้าร่วม จึงเกิดการเรียนรู้ซึ่งกันและกัน ทำให้เรารู้จักอะไรกว้างขวางมากขึ้น”⁷²

สำหรับรูปแบบการบริหารจัดการโครงการ NAPAC นั้น มีจุดเด่นอีกอย่างหนึ่งคือ องค์ประกอบของสมาชิกคณะกรรมการจัดการโครงการ (Board of Management) ซึ่ง อุษา ดวงสา ได้แสดงความคิดเห็นว่า “การที่คณะกรรมการจัดโครงการที่ให้คนเกือบทุกเครือข่ายทั้งจากภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน รวมทั้งการสร้างเครือข่ายระหว่างองค์กรพัฒนาเอกชนกับผู้ติดเชื้อให้เข้ามาบริหารจัดการ ถือว่าเป็นการเปิดโอกาสให้เกิดการเรียนรู้ร่วมกันเพื่อศึกษาแนวคิดใหม่ๆ และเกิดการแลกเปลี่ยนข้อมูลระหว่างกันเสมอๆ ซึ่งในช่วงแรกนั้นการพัฒนาและการรวมตัวของเครือข่ายผู้ติดเชื้อยังไม่เข้มแข็ง มาเข้มแข็งตอนที่จบโครงการของ NAPAC แล้ว จนเปลี่ยนผ่านไปเป็นโครงการ AIDNet ดังนั้น AIDNet จึงได้รับมรดกทางวิธีคิดและวิธีทำงานของ NAPAC มาทั้งหมด รวมทั้งก้าวหน้าขึ้นไปอีกโดยการใส่ผู้ติดเชื้อเข้าไปเป็นคณะกรรมการจัดการโครงการด้วย”⁷³

นอกจากนี้แล้ว โครงการ NAPAC ยังก่อให้เกิดผลประโยชน์ทางด้านการเมืองกับรัฐบาลทั้งประเทศไทยและออสเตรเลีย กล่าวคือ รัฐบาลออสเตรเลียได้รับโอกาสจากการเข้ามาช่วยเหลือในการดำเนินโครงการลดอัตราการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทย ทำให้เรียนรู้ถึงโครงสร้างการจัดการโครงการซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้กับการให้ความช่วยเหลือ และการฝึกอบรมรวมทั้งการพัฒนาแผนยุทธศาสตร์ระดับภูมิภาคในประเด็นด้านเอดส์แก่ประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อีกทั้งยังช่วยลดต้นทุน และเวลาโดยใช้ประสบการณ์ของประเทศ

⁷¹ อุษา ดวงสา . อดีตผู้จัดการโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย. สัมภาษณ์ , 30 สิงหาคม 2545.

⁷² ประเสริฐ เดชะบุญ . ประธานเครือข่ายผู้ติดเชื้อภาคเหนือตอนบน . สัมภาษณ์ , 30 สิงหาคม 2545

⁷³ อุษา ดวงสา . อดีตผู้จัดการโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย. สัมภาษณ์ , 30 สิงหาคม 2545

ไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งจากโครงการ NAPAC ไปใช้ดำเนินงาน นับตั้งแต่ขั้นตอนการกำหนดการออกแบบ และการดำเนินโครงการ⁷⁴

สำหรับฝ่ายรัฐบาลไทยนั้น สามารถนำองค์ความรู้และประสบการณ์ที่ได้รับจากโครงการ NAPAC ไปพัฒนาใช้ดำเนินการในพื้นที่อื่นๆ ของประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการ NAPAC ได้ส่งผลต่อโครงสร้างทางสังคมของไทยในการจัดการกับปัญหาเอดส์ เพราะเหตุว่าปัญหาเอดส์เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อชุมชนดั่งนั้น คนในชุมชนต้องรุกเข้ามาช่วยกันจัดการ ซึ่งแต่เดิมนั้นการแก้ปัญหาจากนอกชุมชนมุ่งเน้นแต่เฉพาะกลุ่มนักวิชาการและนักวิจัย โครงการ NAPAC ถือว่าเป็นจุดเริ่มต้นที่เข้ามาสนับสนุนให้เกิดมิติของการร่วมมือกันในการทำงานชุมชนเพื่อจัดการกับปัญหาเอดส์ นอกจากนี้แล้วกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่เข้ามารับความช่วยเหลือจาก NAPAC ยังได้กลายเป็นกลุ่มผู้คิดเชื่อที่เข้มแข็งและองค์กรพัฒนาเอกชนที่ก้าวหน้า มีบทบาทสำคัญในการผลักดันและนำเสนอแนวความคิดและวิธีการจัดการกับปัญหาเอดส์ต่อกระบวนการกำหนดนโยบายเอดส์แห่งชาติในช่วงเวลาต่อมา รวมทั้งความสำเร็จในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในภาคเหนือของไทยจากการดำเนินโครงการ NAPAC ก็กลายเป็นต้นแบบสำหรับประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยเข้ามาศึกษาดูงานและนำไปพัฒนาเพื่อให้อาจดำเนินการในประเทศต่อไป⁷⁵

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

⁷⁴ Northern Thailand HIV/AIDS Design Mission , Programme Design Document, AIDAB, April 1992 , p.53.

⁷⁵ Ibid ., p. 52.

4.3 โครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียเพื่อป้องกันและแก้ไข ปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ระหว่างปี ค.ศ. 1997-2001

เนื่องจากสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่รุนแรงในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงต้นทศวรรษที่ 1990 ได้ส่งผลกระทบต่อด้านการแพทย์ การเมือง เศรษฐกิจ และสังคม อันส่งผลถึงความมั่นคงของมนุษย์ในที่สุด ทำให้รัฐบาลของไทยมีความตระหนักถึงภัยคุกคามที่เกิดขึ้นจากโรคเอดส์ดังกล่าว จากสถิติพบว่า ในแต่ละปีจะมีผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่เพิ่มขึ้นประมาณ 60,000 ราย และมากกว่าร้อยละ 2 ของประชากรทั้งประเทศจะติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ส่วนมากเหล่านี้มีความต้องการที่จะเข้ารับการรักษาในระบบสาธารณสุขของรัฐบาล และจากการประมาณการพบว่า ค่าใช้จ่ายสำหรับการรักษาผู้ป่วย 1 รายต่อ 1 ปี ประมาณ 12,000 เหรียญออสเตรเลีย ในขณะที่ประชากรจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์รายใหม่เพิ่มขึ้นปีละ 60,000 ราย จึงส่งผลทำให้แต่ละปีจะมีค่าใช้จ่ายที่เกี่ยวข้องกับการรักษาทางการแพทย์มากกว่า 500 ล้านดอลลาร์ออสเตรเลีย ซึ่งเป็นการสร้างปัญหาต่อระบบการดูแลสุขภาพสุขภาพของไทย และจากลักษณะดังกล่าว จึงมีแนวโน้มความเสี่ยงที่ภาระความรับผิดชอบในการให้บริการรักษาพยาบาลแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจะมากขึ้นไปจนส่งผลถึงประสิทธิภาพในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของไทยในที่สุด⁷⁶

สำหรับแนวทางที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ได้นั้น จะต้องได้รับความร่วมมือทั้งในระดับชาติ และระดับระหว่างประเทศ ในขณะที่ทางรัฐบาลของออสเตรเลียก็ได้ตระหนักถึงสถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีที่มีความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นในประเทศไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การแพร่ระบาดที่มีสาเหตุมาจากการส่งเสริมอุตสาหกรรมการท่องเที่ยว การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการรับบริจาคเลือดที่ขาดความปลอดภัย ในฐานะที่ประเทศออสเตรเลียได้รับการยอมรับจากนานาประเทศถึงความเป็นผู้นำในการดูแลรักษา การให้ความรู้และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ดังจะเห็นได้จากความช่วยเหลือเกี่ยวกับประเด็นการจัดการปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทยในโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย (NAPAC) ที่สามารถช่วยกำหนดแนวทางเพื่อแก้ไขปัญหเอดส์ในระดับภูมิภาคที่มีประสิทธิภาพในช่วงเวลาต่อมา ดังนั้นในการประชุมเจ้าหน้าที่ระดับสูงของทางฝ่าย

⁷⁶ The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project , Memorandum of Understanding between the Government of Australia and the Royal Thai Government relating to the Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project in Thailand , p. 5.

รัฐบาลออสเตรเลียและรัฐบาลไทยจึงได้ตกลงให้โรคเอดส์เป็นประเด็นปัญหาที่มีความสำคัญในลำดับแรกที่เหมาะสมจะได้รับความช่วยเหลือจากรัฐบาลออสเตรเลีย

จากคุณลักษณะของประเทศออสเตรเลีย ที่ประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่มีความรู้และความสามารถในการดูแลรักษาและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติ มีการพัฒนาระบบเครือข่ายระหว่างรัฐบาล องค์กรพัฒนาเอกชน ชุมชน และสถาบันวิจัย ที่ศึกษาและดำเนินงานเกี่ยวกับประเด็นเอดส์ทั้งในระดับมลรัฐและระดับรัฐที่เข้มแข็ง และมีโครงการและแผนงานที่มีประสิทธิภาพทั้งในเรื่องทักษะการจัดการ กลยุทธ์การให้ความรู้ที่ทันสมัย และองค์ความรู้ทางด้านคลินิกที่มีการพัฒนาตลอดเวลา ดังนั้นประเทศออสเตรเลียจึงมีศักยภาพพร้อมที่จะเข้ามาช่วยพัฒนารูปแบบการให้บริการทางการแพทย์ดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในระบบสาธารณสุขของไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง การพัฒนา “ ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Center)” ที่มุ่งเน้นการให้บริการทางการแพทย์พยาบาลแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในเวลากลางวัน โดยไม่ต้องนอนพักในโรงพยาบาล รวมทั้งยังจัดโครงการฝึกอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และพัฒนาระบบสาธารณสุขของไทย โดยการจัดตั้ง “ ศูนย์รวมข้อมูลทางวิชาการและศูนย์ฝึกอบรมระดับชาติและระดับภูมิภาคด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ (A Clinical Reference Centre and a National and Regional Training Centre in HIV/AIDS care)” ซึ่งถือได้ว่าเป็นแนวทางที่เหมาะสมกับการตอบสนองต่อปัญหาโรคเอดส์ของไทยในสถานการณ์ช่วงดังกล่าว

4.3.1 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาทในการกำหนดข้อตกลงในโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (AACP)

ในช่วงต้นปี ค.ศ.1993 ได้มีข่าวว่าพยาบาลผุ่ยพรที่สามารรักษาโรคเอดส์ได้แพร่ออกไปทางสื่อมวลชน จึงทำให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์รวมทั้งประชาชนจำนวนหลายพันคนได้เดินทางเข้าไปที่จังหวัดเชียงใหม่เพื่อขอซื้อยาสมุนไพรดังกล่าว โดยคุณวิชัย เจ้าของยาสมุนไพรดังกล่าวอ้างว่า รับยามาจากหมอพื้นบ้านคนหนึ่งที่ไม่ต้องการเปิดเผยตัวเอง เหตุการณ์ดังกล่าวจึงทำให้เจ้าหน้าที่ของรัฐเข้าจับกุมคุณวิชัยด้วยข้อหาจำหน่ายยาโดยไม่ได้รับอนุญาตและหลอกลวงประชาชน การจับกุมดังกล่าวได้สร้างความเดือดร้อนให้กับผู้ติดเชื้อจำนวนมาก องค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านเอดส์ได้ร่วมมือกับกลุ่มผู้ติดเชื้อรวมตัวกันเพื่อทำการประท้วง

ส่งตัวแทนเข้าพบนายกรัฐมนตรีซึ่งเดินทางไปจังหวัดเชียงใหม่ในช่วงเดียวกับที่เกิดเหตุการณ์ขึ้น และยื่นหนังสือร้องเรียนขอให้รัฐบาลทบทวนแนวทางการดำเนินการดังกล่าว⁷⁷

จากเหตุการณ์ดังกล่าวข้างต้น นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการกองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นได้แสดงความคิดเห็นว่า “ เหตุการณ์ความขัดแย้งระหว่างกลุ่มผู้ติดเชื้อและกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนที่ทำงานด้านโรคเอดส์ทางภาคเหนือ ซึ่งได้รับการสนับสนุนการดำเนินกิจกรรมจากโครงการ NAPAC ที่รัฐบาลออสเตรเลียสนับสนุนเงินทุนและความช่วยเหลือ กับรัฐบาลไทย ในเรื่องการเข้าจับกุมผู้จำหน่ายยาสมุนไพร รักษาโรคเอดส์ที่ไม่ได้รับอนุญาต ทำให้ผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น ทำเรื่องเสนอต่อเอกอัครราชทูตออสเตรเลีย ประจำประเทศไทยในขณะนั้นว่า ความช่วยเหลือของรัฐบาลออสเตรเลียที่มีต่อกลุ่มพัฒนาเอกชนดังกล่าว ได้ทำให้เกิดความขัดแย้งระหว่างประชาชนกับรัฐบาลภายในประเทศไทย ซึ่งทางรัฐบาลออสเตรเลียก็ได้เสนอแนวทางการแก้ไขปัญหาความขัดแย้งดังกล่าว ด้วยการเสนอแนวทางการร่วมมือกับประเทศไทย ในประเด็นปัญหาเอดส์ในรูปแบบข้อตกลงระหว่างรัฐบาลต่อรัฐบาล จึงถือได้ว่าเหตุการณ์ความขัดแย้งดังกล่าวเป็นมูลเหตุเริ่มต้นของการเกิดโครงการความร่วมมือระหว่างกันที่โรงพยาบาลบาราคนราครในช่วงต่อมา”⁷⁸

ในเดือนกันยายน ค.ศ. 1994 นายแพทย์ อุดมศิลป์ ศรีแสงนาม ซึ่งดำรงตำแหน่งรัฐมนตรีช่วยว่าการกระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้น พร้อมด้วยคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขของไทยได้เดินทางไปศึกษาความเป็นไปได้ในการแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีกับ “ศูนย์อัลเบียนสตรีท (Albion Street Centre - ASC)” ประเทศออสเตรเลีย ในฐานะที่เป็นตัวเลือกหนึ่งที่ทางรัฐบาลออสเตรเลียกำหนดไว้สำหรับการพัฒนาความร่วมมือในประเด็นปัญหาเอดส์ระหว่างกัน ซึ่งขณะผู้บริหารระดับสูงของไทยได้เข้าไป เพื่อศึกษาระบบการทำงานและกิจกรรมต่าง ๆ ของศูนย์ ASC เนื่องจากศูนย์ ASC เป็นศูนย์ความร่วมมือของหลายหน่วยงานทางด้านการให้การดูแลรักษาผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี การให้การปรึกษา การวิจัยค้นคว้า การป้องกันและการให้ความรู้ รวมทั้งยังเป็นศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพที่ให้บริการหลายด้านแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ นอกจากนี้แล้วคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขของไทยยังได้ทำการศึกษาเพื่อกำหนดแนวทางในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างกันอีกด้วย

⁷⁷ โครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ, “เพื่อนชีวิตใหม่,” จดหมายข่าวโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (กรกฎาคม – กันยายน 2537) : 3.

⁷⁸ วิพุธ พูลเจริญ, ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, สัมภาษณ์, 1 พฤศจิกายน 2545.

ต่อมาในเดือนตุลาคม ค.ศ. 1994 ได้มีการเขียนโครงการแผนปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาความร่วมมือระหว่างศูนย์ ASC กับหน่วยงานของไทย โดยที่นายแพทย์สมศักดิ์ ชุณหรัศมิ์ ซึ่งดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุขในขณะนั้นเป็นตัวแทนของรัฐบาลไทยในการดำเนินงานเพื่อกำหนดโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศร่วมกัน และในเดือน พฤศจิกายน ค.ศ. 1994 คณะผู้บริหารของศูนย์ ASC ได้เข้ามาศึกษาดูงานที่ “โรงพยาบาลบาราसनราดูลูร์” ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ประกาศแต่งตั้งให้เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์แห่งชาติ ในขณะเดียวกันได้นำเสนอโครงการแผนปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาความร่วมมือดังกล่าวต่อสำนักงาน AusAID เพื่อพิจารณาตามแผนความช่วยเหลือขนาดเล็ก (Small Grants Assistance Scheme-SAS) ของรัฐบาลออสเตรเลียที่มีต่อประเทศไทย⁷⁹

ภายหลังจากที่สำนักงาน AusAID กรมวิเทศสหการและกระทรวงสาธารณสุขของไทย ได้ลงมติอนุมัติโครงการแผนปฏิบัติงานเพื่อพัฒนาความร่วมมือที่นำเสนอเพื่อขอรับจากรัฐบาลออสเตรเลียในเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 1995 คณะทำงานจากศูนย์ ASC ได้เข้ามาทำการศึกษาและประเมินผลเพื่อกำหนดแนวทางและประเด็นความช่วยเหลือในด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทย โดยมีการตกลงเซ็นสัญญาความร่วมมือในบันทึกความเข้าใจ (MoU) ระหว่างกันในเดือนเมษายน ค.ศ. 1995 และมีการกำหนดแต่งตั้งให้ศูนย์ ASC และโรงพยาบาลบาราसनราดูลูร์ เป็นศูนย์กลางในการดำเนินงานตามความร่วมมือระหว่างรัฐบาลออสเตรเลียกับรัฐบาลไทย ในขณะเดียวกันคณะทำงานทางด้านคลินิกจากโรงพยาบาลบาราसनราดูลูร์ของไทยได้เดินทางไปยังศูนย์ ASC ที่ประเทศออสเตรเลียเพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ และนำรูปแบบดังกล่าวมาประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับสถานการณ์ในประเทศไทย โดยคณะทำงานดังกล่าวได้ จัดทำโครงการแผนการดำเนินงานและรูปแบบของโครงการความร่วมมือ เพื่อนำเสนอและปรึกษากับเจ้าหน้าที่ของสำนักงาน AusAID กรมวิเทศสหการและกระทรวงสาธารณสุข ในช่วงระหว่างเดือนมิถุนายนถึงธันวาคม ค.ศ. 1995 สำหรับใช้เป็นแนวทางในการพัฒนารูปแบบโครงการความร่วมมือของรัฐบาลทั้งสองประเทศ⁸⁰

ในช่วงระหว่างเดือนมกราคมถึงเดือนกุมภาพันธ์ ค.ศ. 1996 “คณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการความร่วมมือ” ซึ่งประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่ของสำนักงาน AusAID

⁷⁹ The Australian Agency for International Development , A Collaborative Project of the Royal Thai Government and the Government of Australia : The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project in collaboration with the Albion Street Centre , Sydney 1996-1999 , p. 8. (Project Design Document)

⁸⁰ The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project , Annual Plan 1 st July 1997 to 30 th June 1998 , p. 5.

เป็นหัวหน้าคณะ ที่ปรึกษาทางการแพทย์ (medical adviser) และผู้บริหารจากศูนย์ ASC ของ ออสเตรเลีย ได้พิจารณารับโครงร่างแผนการดำเนินงานและรูปแบบของโครงการความร่วมมือที่ ฝ่ายไทยเสนอ พร้อมกับดำเนินการจัดทำเอกสารรูปแบบโครงการ (Project Design Document) ซึ่งมี รายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ และต่อมาในเดือนกรกฎาคม ค.ศ. 1996 คณะทำงานศึกษา และสำรวจดังกล่าวได้นำเสนอเอกสารรูปแบบโครงการต่อสำนักงาน AusAID สำหรับการพิจารณา อนุมัติและจัดสรรเงินทุนสำหรับดำเนินงาน จนกระทั่งเดือนธันวาคม ค.ศ. 1996 สำนักงาน AusAID กรมวิเทศสหการ และกระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ตกลงยอมรับแผนโครงร่างและเอกสาร รูปแบบโครงการดังกล่าว พร้อมกับอนุมัติ เงินงบประมาณ และความช่วยเหลือในการดำเนินโครงการดังกล่าว⁸¹

(1) บทบาทในการสร้างความตระหนักต่อแนวทางการจัดการประเด็นปัญหาเอดส์ของ ประเทศไทย

จากการคาดการณ์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย พบว่า แนวโน้มของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรไทยจะมีจำนวนมากกว่า 1 ล้านรายในปี ค.ศ. 1996 และมีอัตราการเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ในแต่ละปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 6 (ประมาณ 60,000 รายต่อปี) ถึงแม้อัตราการติดเชื้อจะลดลงแต่ความต้องการของผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในเรื่อง การดูแลรักษาและความช่วยเหลือต่างๆ กำลังเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ระบบการให้บริการทาง สาธารณสุขในขณะนั้นมีไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นตลอดเวลา⁸² จากลักษณะดังกล่าว ทำให้รัฐบาลไทยตระหนักถึงภัยคุกคามของโรคเอดส์ที่กำลังเกิดขึ้นในขณะ นั้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงระหว่างปีค.ศ. 1992 ถึง 1996 จนกระทั่งแผนการป้องกันและ การควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติถูกจัดทำขึ้นเพื่อใช้เป็นแนวทางปฏิบัติงานของหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และองค์กรระหว่างประเทศต่างๆ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินจัดการกับประเด็น ปัญหาเอดส์ของไทยในช่วงเวลาดังกล่าว

ในขณะที่ทางรัฐบาลออสเตรเลียมีโครงการความร่วมมือเพื่อการพัฒนา ระหว่าง ประเทศไทยกับออสเตรเลีย โดยมุ่งเน้นให้ความช่วยเหลือสำหรับการพัฒนาแนวทางการแก้ไข ปัญหาที่มั่นคงยั่งยืนในระยะยาว (development of sustainable long-term solutions) เพื่อให้กลุ่ม

⁸¹ Ibid.,p.5.

⁸² The Australian Agency for International Development , A Collaborative Project of the Royal Thai Government and the Government of Australian : The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Amulatory Care Project in Collaboration with the Albion Street Centre, Sydney 1996-1999. p.19. (Project Design Document)

ผู้ขาดโอกาสในสังคมไทยมีมาตรฐานการดำรงชีวิตที่ดีขึ้น การให้ความช่วยเหลือในโครงการป้องกันและดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์นับว่าเป็นโครงการที่ทางรัฐบาลออสเตรเลียมุ่งเน้นให้ความสำคัญเป็นพิเศษ ประกอบกับศักยภาพของบุคลากรและกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการดูแลรักษาและการป้องกันโรคเอดส์ของออสเตรเลียเป็นที่ยอมรับในระดับนานาชาติว่ามีคุณภาพมีการจัดการบริหารงานเกี่ยวกับประเด็นปัญหาเอดส์ที่มีประสิทธิภาพ⁸³ ดังนั้น ประเทศออสเตรเลียจึงมีศักยภาพที่จะเข้ามาช่วยเหลือเพื่อพัฒนาโครงสร้างของระบบสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการดูแลรักษาและการป้องกันโรคเอดส์ในประเทศไทยที่กำลังประสบกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยติดเชื้อที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นสำหรับการเข้ารับบริการดูแลสุขภาพจากหน่วยงานของภาครัฐ

จากสถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังประสบอยู่ข้างต้น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นปัญหาเอดส์ของไทยและออสเตรเลีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ตระหนักถึงปัญหาเกี่ยวกับประเด็นเอดส์ที่กำลังเกิดขึ้นในช่วงดังกล่าว จึงได้ตัดสินใจเลือกเยี่ยมชมเพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานของศูนย์ ASC ที่ประเทศออสเตรเลียสำหรับนำมาพัฒนาและประยุกต์ใช้กับหน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรมในประเด็นโรคเอดส์ของรัฐบาลไทย รวมทั้งเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างกัน ในขณะเดียวกันผู้บริหารของศูนย์ ASC ก็ได้รับเชิญจากกระทรวงสาธารณสุขของไทยเพื่อเยี่ยมชมการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการปัญหาเอดส์ของไทยและกำหนดโครงสร้างเพื่อใช้พัฒนาโครงการความร่วมมือในประเด็นปัญหาเอดส์ของทั้งสองประเทศ จึงถือได้ว่าช่วงปี ค.ศ. 1994 ถึง 1996 เป็นช่วงของการแลกเปลี่ยนคณะผู้บริหารของทั้งสองฝ่ายเพื่อศึกษาแนวทางในการดำเนินความร่วมมือระหว่างกันในการจัดการกับประเด็นปัญหาเอดส์ที่ไทยกำลังประสบอยู่ในขณะนั้น

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นปัญหาเอดส์ของทั้งสองประเทศได้ทำการสำรวจและศึกษาการดำเนินงานในประเทศไทย พบว่า โครงสร้างระบบดูแลรักษาที่โรงพยาบาลของไทยส่วนมากจะมุ่งเน้นการให้การรักษาเฉพาะกลุ่มผู้ป่วยใน (inpatient) และยังไม่มียุทธศาสตร์ที่พัฒนาไปสู่สุขภาพที่ครบวงจร (a fully developed ambulatory care model) ในขณะที่จำนวนผู้ป่วยมีความต้องการเข้ารับบริการดูแลรักษาโรคเอดส์ในขั้นสูงเพิ่มมากขึ้นตลอดเวลา นอกจากนี้แล้วยังพบว่า แนวโน้มของเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่มีประสบการณ์ของไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กลุ่มแพทย์และพยาบาลจะย้ายการทำงานไปสู่ภาคเอกชนมากกว่าภาครัฐบาล ซึ่งจะส่งผลทำให้เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ยังคงทำงานกับภาครัฐบาลมีจำนวนลดลง ในขณะที่ความต้องการของประชาชนที่ต้องการเข้าถึงบริการและการดูแลรักษาเพิ่มมากขึ้นจึงเป็นการเพิ่ม

⁸³ Ibid., p. 16.

ภาวะความรับผิดชอบของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข และเป็นการลดความสามารถในการเข้าถึงบริการโรงพยาบาลของกลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ในที่สุด⁸⁴

นอกจากนี้ยังพบว่า การทำงานของบุคลากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขของไทยยังขาดประสิทธิภาพเกี่ยวกับ โครงสร้างการให้บริการดูแลรักษาแบบสหสาขาวิชา (multidisciplinary service structure) ซึ่งเป็นแนวทางการบริหารจัดการป้องกันเอดส์ที่มีประสิทธิภาพแนวทางหนึ่ง โดยจะมุ่งเน้นให้กลุ่มบุคลากรทุกฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานในประเด็นปัญหาเอดส์ร่วมกัน สำหรับในเรื่ององค์ความรู้ทางด้านโรคเอดส์นั้น พบว่า สังคมไทยยังขาดข้อมูลที่ได้จากการทดลองและสำรวจ (empirical data) ในประเด็นเรื่องระบาดวิทยา และพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งยังขาดการพัฒนาหน่วยงานที่สามารถใช้เป็นต้นแบบในการอ้างอิงสำหรับการดำเนินงานทางด้านการศึกษาและให้บริการในประเด็นปัญหาเอดส์⁸⁵

จากลักษณะดังกล่าวข้างต้น คณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการความร่วมมือ จึงเสนอแนวทางการดำเนินงานว่าโครงการควรจะมุ่งเน้นเพื่อการพัฒนา รูปแบบการให้บริการและการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในรูปแบบของ “ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพแบบสหสาขาวิชา (multidisciplinary ambulatory care services)” ที่มีความมั่นคงยั่งยืนและสามารถใช้เป็นต้นแบบสำหรับการขยายการดำเนินงานทางด้านป้องกันและการดูแลรักษาโรคเอดส์ในพื้นที่ต่างๆ ของประเทศไทย และประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ สำหรับเป้าหมายของโครงการนั้น คณะทำงานศึกษาและสำรวจพิจารณาแล้วและเห็นว่า ควรจะมุ่งเน้นการดำเนินงานเพื่อพัฒนารูปแบบความร่วมมือดังกล่าว โดยเริ่มจากการเลือกโรงพยาบาลที่มีศักยภาพพอเพียงที่จะดำเนินโครงการเพียง 1 แห่งก่อน เพราะเหตุว่ารูปแบบโครงการมีลักษณะการดำเนินงานที่ซับซ้อนและทุกหน่วยงานของโรงพยาบาลต้องเข้ามามีส่วนร่วมดำเนินงานร่วมกัน ดังนั้น การเลือกเริ่มต้นพัฒนากับโรงพยาบาลเพียงแห่งเดียวจะทำให้มีแนวทางการดำเนินงานที่ชัดเจนและสามารถตอบสนองต่อปัญหาที่เกิดขึ้นได้อย่างรวดเร็ว และมีประสิทธิภาพว่าการดำเนินงานโดยเลือกพัฒนารูปแบบความร่วมมือกับโรงพยาบาลหลาย ๆ แห่งในช่วงเริ่มต้นโครงการ ซึ่งเมื่อพัฒนากับโรงพยาบาลตัวอย่างดังกล่าวสำเร็จแล้วจึงนำรูปแบบที่ได้รับจากการพัฒนาความร่วมมือไปใช้เป็นต้นแบบอ้างอิง สำหรับการขยายการดำเนินงานในโรงพยาบาลและสถานที่อื่นๆ ต่อไป⁸⁶

⁸⁴ Ibid ., p. 17.

⁸⁵ Ibid ., p. 17.

⁸⁶ Ibid ., pp.17-18.

สำหรับรูปแบบของการดำเนินงานในโครงการนั้น คณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการเสนอว่า ควรจะใช้รูปแบบการดำเนินกิจกรรมของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Centre) ของศูนย์ ASC ประเทศออสเตรเลียเป็นต้นแบบ เพราะเหตุว่ารูปแบบการดำเนินกิจกรรมของศูนย์ ASC เป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพและมีความเหมาะสมสูงสุดต่อการจัดการกับปัญหาเอคส์ที่ต้องใช้เวลาในการดูแลรักษาในระยะยาว ลักษณะของโรคมีความซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับโรคแทรกซ้อนและโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ ⁸⁷ ซึ่งในขณะนั้นประเทศไทยเองก็ยังไม่มียุทธศาสตร์การทำงานในลักษณะดังกล่าว กล่าวคือ รูปแบบการดำเนินกิจกรรมของศูนย์ ASC จะมุ่งเน้นที่ตัวผู้ป่วยเป็นหลัก (Patient-Centred Care) โดยจะให้บริการดูแลรักษาที่เหมาะสมและเป็นที่ยอมรับได้กับผู้ป่วยแต่ละราย มีศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Centre) ที่จัดไว้สำหรับผู้ป่วยคิดเชื้อเอชไอวีและโรคเอคส์ที่ยังคงสามารถดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติ เพื่อเพิ่มโอกาสในการเข้ามาขอรับการดูแลสุขภาพจากศูนย์ ซึ่งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพจะประกอบไปด้วย การให้บริการกับผู้ป่วยนอก (outpatient services) โดยมีการให้บริการทางด้านการแพทย์เฉพาะด้าน (on-site specialist medical services) และมีห้องสำหรับการดูแลรักษาเพื่อฟื้นฟูสุขภาพผู้ป่วย (ambulatory care treatment room) อันเป็นแนวทางที่ช่วยแก้ไขปัญหาค่าใช้จ่ายสำหรับผู้ป่วยที่ต้องการเข้าถึงบริการซึ่งมีอยู่อย่างจำกัด และยังช่วยลดต้นทุนค่าใช้จ่ายสำหรับการดูแลรักษา เพราะเหตุว่าในหลายๆ กรณี ของผู้ป่วยที่เกี่ยวกับปัญหาเอคส์ไม่มีความจำเป็นต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้เทคนิคการดูแลรักษาตนเองได้ ซึ่งทำให้ผู้ป่วยสามารถประกอบอาชีพและดำเนินชีวิตของตนในสังคมได้ตามปกติ

นอกจากนี้แล้วศูนย์ ASC ยังมีรูปแบบการดำเนินงานโดยมีการจัดตั้งคณะทำงานที่ประกอบไปด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นโรคเอคส์ในหลายๆ สาขาเข้ามาดำเนินการดูแลรักษาผู้ป่วยร่วมกัน (Integrated Multidisciplinary Team) โดยจัดการดูแลสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวม (Wholistic Care) ซึ่งมีการให้บริการดูแลรักษาทั้งทางด้านการแพทย์ พยาบาล และจิตวิทยา การให้บริการคำปรึกษาทางด้านโภชนาการ การดูแลรักษาด้านพันธุกรรม และการให้ความรู้ทางด้านสุขภาพแก่ผู้ป่วยและผู้ทำงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการและความช่วยเหลือผู้ป่วย (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมที่ภาคผนวก จ)

⁸⁷ Ibid ., p.30.

(2) บทบาทในการกำหนดขอบเขตข้อตกลง โครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

สำหรับข้อตกลงโครงการนั้นถูกจัดทำโดยคณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการซึ่งประกอบด้วยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขจากโรงพยาบาล บำราศนราศูรของ ไทยและศูนย์ ASC ของออสเตรเลีย โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อนำเสนอแนวทางที่เหมาะสมสำหรับการพัฒนารูปแบบดำเนินงานทางการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทย ที่กำลังประสบกับปัญหาความต้องการของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ต้องการเข้าถึงบริการจากระบบสาธารณสุขของรัฐที่เพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ ในขณะที่ทรัพยากรเพื่อสุขภาพของรัฐนั้นมีอยู่อย่างจำกัด

นอกจากนี้แล้ว ลักษณะทางธรรมชาติของโรคเอดส์ที่ผู้รับเชื้อในระยะปีแรกจะไม่มีอาการ แต่จะปรากฏอาการเมื่อระยะเวลาผ่านไป ซึ่งใช้เวลาฟักตัวประมาณ 8-10 ปี จนมีอาการบางอย่างที่เข้าข่ายอาการของโรคเอดส์และโรคฉวยโอกาสต่างๆ และแสดงอาการเป็นโรคเอดส์เต็มขั้นในที่สุด ทำให้ต้องใช้เวลาในการดำเนินงานทางการดูแลรักษาระยะยาวส่งผลถึงต้นทุนค่าใช้จ่ายที่ต้องใช้จำนวนมาก ดังนั้นแนวทางที่มีความเหมาะสมที่สุด สำหรับการดูแลและรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ก็คือ การดำเนินงานในรูปแบบของศูนย์ฟื้นฟูและการบริการที่มุ่งเน้นกับผู้ป่วยนอก (ambulatory care and outpatient based services) เพราะเป็นแนวทางที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยโรคเอดส์ และครอบครัวของผู้ป่วยให้สามารถดูแลรักษาตนเองและครอบครัวโดยที่ไม่ต้องนอนรักษาในโรงพยาบาล ซึ่งส่งผลทำให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้ตามปกติ มีคุณภาพชีวิตที่ดี และช่วยลดต้นทุนเรื่องค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยรวมทั้งประหยัดงบประมาณของภาครัฐอีกด้วย

จากลักษณะดังกล่าวข้างต้น คณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการจึงกำหนดให้มีการดำเนินงานในรูปแบบของ “ศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพที่ครบวงจรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทย (HIV/AIDS Ambulatory Care Project-AACP)” จากการสำรวจพบว่าที่โรงพยาบาลบำราศนราศูรมีการดำเนินงานเฉพาะคลินิกผู้ป่วยนอก (outpatient clinics) ยังขาดห้องดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพ (ambulatory care treatment room) และการดำเนินกิจกรรมของศูนย์ในเวลากลางวัน (day centre activities)⁸⁸ นอกจากนี้แล้ว คณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการยังได้กำหนดให้มีการดำเนินงานบริการในรูปแบบสหสาขาวิชาสำหรับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ และผู้ป่วยโรคเอดส์ (multidisciplinary care services)

⁸⁸ Ibid ., p.30.

เพราะเหตุว่าปัญหาเอดส์มีลักษณะยุ่งยากซับซ้อน และมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาอื่นๆ นอกเหนือจากประเด็นทางด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลบาราसनราครที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาเอดส์ในทุกๆ ส่วน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและดำเนินการแก้ปัญหาาร่วมกัน

สำหรับแนวทางในการดำเนินงานนั้น คณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการได้มุ่งเน้นการพัฒนาโดยแบ่งออกเป็น 3 แนวทางหลัก ๆ กล่าวคือ แนวทางแรกจะมุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งทางด้านทักษะและองค์ความรู้สำหรับให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ และ ผู้ป่วยโรคเอดส์ของเจ้าหน้าที่ด้านการดูแลรักษาสุขภาพ (health care workers) ซึ่งประกอบด้วย กลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ พยาบาล นักโภชนาการ และนักจิตวิทยา เป็นต้น โดยพัฒนาด้านการให้บริการคำปรึกษา (counselling services) การดูแลรักษาทางคลินิก (clinic care) การดูแลรักษาทางด้านโภชนาการ (nutritional care) และการวิจัยทางคลินิกสำหรับบุคลากรทางการแพทย์เพื่อนำองค์ความรู้ที่ได้รับจากการวิจัยไปประยุกต์ใช้ในการรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ที่แสดงอาการของโรคแตกต่างกันในแต่ละชั้น นอกจากนี้แล้วยังมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะและองค์ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับการขยายบทบาทของโรงพยาบาลบาราसनราคร เป็น “ศูนย์ฝึกอบรมระดับชาติและระดับภูมิภาคด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ (National and Regional Training Centre in HIV/AIDS Care)” โดยมีการจัดโครงการฝึกอบรม (Train the Trainer) สำหรับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่จะกลายเป็นผู้ฝึกหัดแก่หน่วยงานบริการทางการแพทย์อื่นๆ ต่อไป⁸⁹

สำหรับแนวทางที่สองจะมุ่งเน้น สนับสนุนการดำเนินงานขององค์กรเพื่อพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลบาราसनราครเรื่องการให้บริการข้อมูลข่าวสารและเอกสารวิชาการทางด้านสุขภาพที่มีความเหมาะสมกับความต้องการในแต่ละกลุ่มเป้าหมาย และยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพแก่เจ้าหน้าที่ด้านการดูแลรักษาสุขภาพสำหรับการนำองค์ความรู้จากการพัฒนาไปใช้ในการปฏิบัติงานในประเด็นปัญหาเอดส์⁹⁰ และแนวทางสุดท้ายจะมุ่งเน้น การพัฒนาระบบโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาลบาราसनราคร โดยการปรับปรุงและจัดหาอาคารสถานที่ อุปกรณ์เวชภัณฑ์ และครุภัณฑ์ทางการแพทย์ที่เหมาะสมและมีประสิทธิภาพสูงสุดสำหรับใช้ดำเนินงานในรูปแบบของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพที่ครบวงจรอันส่งผลถึงคุณภาพที่ดีของการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในที่สุด⁹¹

⁸⁹ Ibid ., pp.22-27.

⁹⁰ Ibid ., pp.27-29.

⁹¹ Ibid ., pp.32-33.

นอกจากนี้แล้ว คณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการได้ตระหนักถึงความมั่นคงยั่งยืนของการดำเนินโครงการเพราะเหตุว่าลักษณะการดำเนินงานในโครงการความร่วมมือดังกล่าวเป็นการประยุกต์ใช้รูปแบบศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพของศูนย์ ASC ประเทศออสเตรเลีย สำหรับใช้พัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่โรงพยาบาลบาราคนราดูรในประเทศไทย ซึ่งแต่ละประเทศก็จะมีสถานะแวดล้อมอันเป็นปัจจัยที่ส่งผลถึงความสำเร็จในการดำเนินงานที่แตกต่างกัน ดังนั้นคณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการจึงกำหนดให้เจ้าหน้าที่ของฝ่ายออสเตรเลียเข้ามามีบทบาทร่วมกับเจ้าหน้าที่ฝ่ายไทยในการพัฒนาโครงสร้างการบริหารจัดการ โครงการเพื่อให้สามารถประยุกต์ใช้รูปแบบศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพดังกล่าวให้มีความเหมาะสมกับการดำเนินที่โรงพยาบาลบาราคนราดูรในประเทศไทย⁹²

สำหรับเจ้าหน้าที่ฝ่ายออสเตรเลียประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่ระยะยาว(Long Term Staff) กล่าวคือ ผู้อำนวยการโครงการ (Project Director) ซึ่งประจำอยู่ที่ประเทศออสเตรเลียและผู้จัดการโครงการ (Project Manager) ซึ่งประจำอยู่ที่ประเทศไทย และเจ้าหน้าที่ระยะสั้น (Short Term Staff) กล่าวคือ ผู้เชี่ยวชาญเฉพาะด้าน เกษตรกร นักจิตวิทยา และเจ้าหน้าที่ให้การศึกษาด้านสุขภาพ เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว ยังได้ว่าจ้างเจ้าหน้าที่ชาวไทย (Locally Employed Staff) ซึ่งประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่ระยะยาว กล่าวคือ เลขานุการผู้บริหารโครงการ เจ้าหน้าที่โครงการ เจ้าหน้าที่ฝ่ายบริการให้ความช่วยเหลือ และเจ้าหน้าที่ด้านการพัฒนาและประสานงานในเรื่องชุมชน โดยที่รัฐบาลออสเตรเลียจะเป็นผู้ดูแลและจัดหาเงินทุนสำหรับเจ้าหน้าที่ดังกล่าว นอกจากนี้แล้ว ทางรัฐบาลออสเตรเลียยังได้ดำเนินการจัดหายานพาหนะ และออกค่าใช้จ่ายสำหรับการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ทางคลินิกของศูนย์ ASC ในการดำเนินโครงการอีกด้วย

ในส่วนของฝ่ายรัฐบาลไทยจะต้องดูแลรับผิดชอบและจัดหาเงินทุนในการดำเนินโครงการซึ่งประกอบไปด้วย การจัดเตรียมโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาล ทั้งด้านอาคารสถานที่ และอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับใช้ดำเนินงานของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ อาคารผู้ป่วยนอก และสถานที่จัดกิจกรรมในเวลากลางวันของโครงการ การจัดหาบุคลากรสำหรับดำเนินโครงการ กล่าวคือ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ ผู้จัดการทางด้านคอมพิวเตอร์ และเจ้าหน้าที่ธุรการ นอกจากนี้แล้ว ทางรัฐบาลไทยต้องดำเนินการรับผิดชอบเรื่องการพิมพ์ พร้อมทั้งจัดหาสถานที่และอุปกรณ์ต่าง ๆ สำหรับการจัดฝึกอบรมและการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่ระยะยาวชาวออสเตรเลียที่ประจำอยู่ที่ประเทศไทยและเจ้าหน้าที่โครงการชาวไทย⁹³

⁹² Ibid ., p.12.

⁹³ Ibid ., pp.34-35.

นอกจากนี้แล้ว คณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการยังได้เสนอแนวความคิดเกี่ยวกับการดำเนินโครงการให้มีความมั่นคงยั่งยืนในอนาคตว่าจะต้องมุ่งเน้นการพัฒนาและให้ความสำคัญเกี่ยวกับเรื่องการเงิน (finance) เครื่องประกอบ (equipment) วัสดุอุปกรณ์ (supplies) และทรัพยากรมนุษย์ (human resources)⁹⁴ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจุดมุ่งหมายสูงสุดของโครงการ คือการพัฒนากระบวนการดูแลรักษาในรูปแบบศูนย์ฟื้นฟูที่ครบวงจร และก่อตั้งศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ในระดับชาติและระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งการพัฒนาดังกล่าวมีความเกี่ยวข้องกับทั้งในระดับโรงพยาบาล กล่าวคือ การเพิ่มบทบาทความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลในฐานะผู้ฝึกสอน (trainers) ที่ปรึกษา (consultants) และผู้ดำเนินการร่วมมือ (collaborators) ของโครงการ อาจส่งผลเสียโดยตรงต่อภาระความรับผิดชอบหลักของเจ้าหน้าที่ในการดูแลรักษาผู้ป่วย ดังนั้นการดำเนินงานจัดการฝึกอบรมและพัฒนาเจ้าหน้าที่โครงการมีความจำเป็นที่จะต้องตระหนักถึงศักยภาพและความสามารถของเจ้าหน้าที่ทุกคนที่เข้าร่วมโครงการและต้องทำการตรวจสอบและทบทวนเพื่อคัดเลือกแนวทางดำเนินงานที่มีความเหมาะสมที่สุดในแต่ละช่วงเวลา อันส่งผลทำให้เกิดความมั่นใจของเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานดูแลรักษาผู้ป่วยตามรูปแบบฟื้นฟูสุขภาพ และสามารถนำทักษะและองค์ความรู้ที่ได้รับจากการฝึกอบรมไปพัฒนาศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ระดับชาติและระดับภูมิภาคที่โรงพยาบาลบิราศนราครต่อไป⁹⁵

สำหรับสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์นับได้ว่าเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่มีความเกี่ยวข้องกับความมั่นคงยั่งยืนของการดำเนินโครงการในอนาคต กล่าวคือ เมื่อจำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มสูงขึ้นความต้องการเข้าถึงบริการรักษาพยาบาลของผู้ป่วยก็จะเพิ่มมากขึ้น กลายเป็นแรงผลักดันที่กระทรวงสาธารณสุขจะต้องดำเนินการและสนับสนุนแนวทางดูแลรักษาผู้ป่วยในรูปแบบฟื้นฟูสุขภาพเพราะเป็นแนวทางที่มีประสิทธิภาพคุ้มค่า (cost effective approach) และเมื่อสถานการณ์โรคเอดส์ได้แพร่ระบาดไปทั่วประเทศระบบการดูแลสุขภาพในระดับจังหวัดก็มีความจำเป็นที่จะต้องได้รับการปรับปรุงและพัฒนาเพื่อให้มีรูปแบบการดำเนินงานที่เหมาะสมทันต่อสภาพปัญหาที่เกิดขึ้น ซึ่งการให้บริการดูแลรักษาในรูปแบบของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพถือได้ว่าเป็นแนวทางหนึ่งที่สามารถช่วยแก้ไขปัญหาดังกล่าวได้เป็นอย่างดี โดยเฉพาะอย่างยิ่งช่วยลดอัตราการเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยเอดส์ นอกจากนี้แล้วรูปแบบโครงการที่โรงพยาบาลบิราศนราครยังสามารถใช้เป็นต้นแบบสำหรับการดำเนินงานในระดับท้องถิ่น โดยการประยุกต์ใช้ให้เหมาะสมกับความต้องการและทรัพยากรที่มีอยู่ภายในพื้นที่ของตน⁹⁶

⁹⁴ Ibid., p.12.

⁹⁵ Ibid., pp.18-19.

⁹⁶ Ibid., pp. 39-40.

จากลักษณะรูปแบบโครงการที่คณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการกำหนดข้างต้นพบว่า ถึงแม้ว่าจะถูกพัฒนาและกำหนดในช่วงปี ค.ศ. 1995-1996 แต่เป็นโครงการที่มีลักษณะสอดคล้องและช่วยสนับสนุนการดำเนินตาม “แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ค.ศ. 1997-2001” ของรัฐบาลไทย ซึ่งมีเป้าหมายเพื่อลดผลกระทบที่เกิดจากปัญหาเอดส์ทางด้านสังคม เศรษฐกิจ และสถานะทางสุขภาพของประชาชนทุกระดับนับตั้งแต่ระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติในที่สุด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในยุทธศาสตร์ที่ 5 กล่าวคือ “ยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและการบริการทางการแพทย์” ซึ่งจะมุ่งเน้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัวได้รับการส่งเสริมสุขภาพและเพิ่มศักยภาพในการดูแลรักษาตนเอง และครอบครัวทำให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและมีสุขอนามัยที่ปกติ รวมทั้งยังมุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของระบบบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข เพื่อหารูปแบบและผลการรักษาที่มีประสิทธิผล และขยายผลให้เกิดระบบการดูแลรักษาที่มีคุณภาพครบถ้วนและมีความต่อเนื่องในการบริการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างทั่วถึง และยุทธศาสตร์ที่ 7 กล่าวคือ “ยุทธศาสตร์การพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์” ซึ่งจะมุ่งเน้นการประสานความร่วมมือกับองค์กรความร่วมมือระหว่างประเทศและประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้เพื่อขอรับการสนับสนุนและแลกเปลี่ยนทรัพยากร องค์ความรู้ต่างๆ สำหรับใช้ดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่พึงประสงค์ร่วมกัน^{97,98}

(3) ข้อตกลงโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

ภายหลังจากคณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการความร่วมมือระหว่างกันเข้ามาศึกษาสภาพปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทย ได้กำหนดข้อตกลงโครงการสำหรับใช้เป็นแนวทางในการดำเนินงานทางด้านบริการดูแลสุขภาพของผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์

⁹⁷ คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ , แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์แห่งชาติประจำปีงบประมาณพ.ศ. 2541-2544 ภายใต้แผนป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 (กรุงเทพฯ : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย , 2541) , หน้า 31-38.

⁹⁸ The Australian Agency for International Development , HIV/AIDS Treatment and Care : Evaluation of the Thailand-Australia HIV/AIDS Ambulatory Care Project (Canberra : Panther Publishing and Printing, 2002) , p. 2.

โดยเฉพาะอย่างยิ่งการพัฒนากระบวนการให้บริการดูแลรักษาในรูปแบบฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งเป็นแนวทางใหม่สำหรับการดูแลรักษาผู้ป่วยที่โรงพยาบาลของไทย โดยมีรายละเอียดของข้อตกลงดังต่อไปนี้⁹⁹

วัตถุประสงค์

เป้าหมายโครงการ :

- เพื่อจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพที่ครบวงจรขึ้นที่โรงพยาบาลบาราศนราดรา สำหรับให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวและผู้ดูแลผู้ป่วยเหล่านี้ โดยสร้างความเข้มแข็งด้วยการจัดการฝึกอบรมแก่เจ้าหน้าที่ด้านการดูแลสุขภาพ การให้ความช่วยเหลือองค์กร และการพัฒนาระบบสาธารณสุขโลก
- เพื่อพัฒนาโรงพยาบาลบาราศนราดรา เป็นศูนย์รวมข้อมูลทางวิชาการ และฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ในระดับชาติ และระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

ส่วนประกอบที่ 1 : การพัฒนาทรัพยากรมนุษย์

เป้าหมาย :

พัฒนาทักษะทางคลินิกและการให้คำปรึกษากับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลบาราศนราดราเพื่อสามารถให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์รวมทั้งให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว และผู้ดูแลผู้ป่วย

ส่วนประกอบที่ 2 : การให้บริการข้อมูลข่าวสารและองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพ

เป้าหมาย :

พัฒนาศักยภาพการจัดการองค์ความรู้ทางด้านสุขภาพของโรงพยาบาลบาราศนราดรา อันนำมาสู่การให้บริการข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับโรคเอดส์ที่ถูกต้องเหมาะสมแก่กลุ่มเป้าหมายและองค์ความรู้ที่ได้รับยังช่วยเพิ่มประสิทธิภาพแก่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขในการรักษาพยาบาลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ของโรงพยาบาลอีกด้วย

⁹⁹ The Bamrasnradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project , Memorandum of Understanding between the Government of Australia and The Royal Thai Government relating to the Bamrasnradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project in Thailand , Annex 1.

ส่วนประกอบที่ 3 : การพัฒนาระบบโครงสร้างการบริหารจัดการองค์กร

เป้าหมาย :

พัฒนาศักยภาพในการบริหารและดำเนินงานขององค์กรตามรูปแบบของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งสามารถขยายการให้บริการและเป็นต้นแบบแก่หน่วยบริการทางการแพทย์อื่นๆ ทั้งในระดับชาติและระดับภูมิภาคต่อไป

ส่วนประกอบที่ 4 : การจัดการโครงการ

เป้าหมาย :

ส่งเสริมและสนับสนุนให้มีการจัดการและดำเนินโครงการอย่างมีประสิทธิภาพ อันนำมาสู่การบรรลุถึงผลลัพธ์และจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ของโครงการในที่สุด

กลุ่มเป้าหมาย

◆ ผู้ติดเชื้อ ครอบครัวยุ และชุมชนของผู้ติดเชื้อ รวมทั้งผู้ป่วยติดเชื้อ โรคเอดส์

◆ กลุ่มประชากรที่ขาดโอกาสในสังคม :

- สตรี
- เด็กและเยาวชน
- ผู้ประกอบอาชีพค้าบริการทางเพศ
- คนงานเร่ร่อน
- ชายรักเพศเดียวกัน
- ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด

◆ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขที่โรงพยาบาลบาราตนา และจากสถานบริการสาธารณสุขอื่น ๆ ทั้งในประเทศไทยและประเทศต่างๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

◆ กลุ่มองค์กรที่ทำงานด้านบริการดูแลรักษาและให้ความช่วยเหลือกับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในระดับชุมชน

- ◆ นักบริหารงานด้านสุขภาพ และผู้กำหนดนโยบายที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเอชไอวีและโรคเอดส์

สถานที่ตั้ง ระยะเวลา และ ช่วงดำเนินโครงการ

สถานที่ดำเนินโครงการคือ โรงพยาบาลบาราศนราดรุ โดยเฉพาอย่างยิ่งการดำเนินงานเพื่อพัฒนาระบบการให้บริการดูแลรักษาในรูปแบบศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ โดยที่ปรึกษาระยะยาว (Long Term Adviser) ของโครงการซึ่งเป็นชาวออสเตรเลียจะอาศัยอยู่ที่กรุงเทพมหานคร และทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่ได้รับการแต่งตั้งจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลบาราศนราดรุ นอกจากนี้แล้วที่ปรึกษาระยะยาวยังต้องดำเนินงานร่วมกันอย่างใกล้ชิดกับผู้อำนวยการโรงพยาบาลบาราศนราดรุ หัวหน้าหน่วยงานทางคลินิกหลัก ๆ อาทิ แพทย์ พยาบาล และการให้บริการด้านคำปรึกษา และยังมีบทบาทเป็นตัวประสานความร่วมมือกับกรมสุขภาพจิต และสถานที่ต่างๆ อาทิ องค์การอนามัยโลก (WHO) ในการจัดตั้งโรงพยาบาลบาราศนราดรุเป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ในระดับภูมิภาค

สำหรับช่วงระยะเวลาดำเนินโครงการนั้นในขั้นแรกกำหนดไว้ 3 ปี สามารถเปลี่ยนแปลงตามความเหมาะสมได้ โดยจะมีการทบทวนและประเมินผลการดำเนินโครงการเป็นช่วงๆ ตลอดเวลา (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับรูปแบบโครงการ AACP ในบทที่ 3)

4.3.2 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาทในการดำเนินงานในโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (AACP)

สำหรับโครงการ AACP นั้นสามารถแบ่งช่วงการดำเนินงานออกเป็น 3 ช่วง กล่าวคือ ในช่วงแรกเป็นช่วงการจัดฝึกอบรมทักษะและองค์ความรู้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลบาราศนราดรุ (a high initial input in training) ซึ่งถือว่าเป็นช่วงของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถดำเนินงานให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวและผู้ดูแลของผู้ป่วยเหล่านี้ ในช่วงที่สองเป็นช่วงของการพัฒนากระบวนการ ขั้นตอนและบันทึกข้อตกลง (a middle phase of procedural and protocol development) สำหรับใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของโครงการ ในช่วงสุดท้ายเป็นช่วงการประเมินผลและการสร้างความเข้มแข็งต่อ

โครงการ (a final phrase of evaluation and consolidation) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลให้สามารถดำเนินงานตามข้อตกลงได้ตามปกติเมื่อโครงการยุติลง¹⁰⁰

เนื่องจากการเปลี่ยนผ่านการดำเนินงานทางด้านดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์สู่ “รูปแบบศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ (ambulatory care model)” ของโรงพยาบาลบาราศนราคร นั้น มีความจำเป็นที่จะต้องเปลี่ยนแปลงระบบการบริหารและดำเนินงานขององค์กร ดังนั้นในช่วงแรกของการดำเนินงานพบว่าการประเมินระบบการให้บริการดูแลรักษาทางการแพทย์ที่เป็นอยู่ในขณะนั้นของโรงพยาบาล พร้อมกับกำหนดบทบาทของสมาชิกทุกคนที่เข้ามามีส่วนร่วมใน “คณะทำงานดูแลรักษาตามรูปแบบสหสาขาวิชา (multidisciplinary care team)” โดยเฉพาะอย่างยิ่งการกำหนดหน้าที่ความรับผิดชอบการให้บริการการดูแลรักษาภายใต้บริบทการดำเนินงานตามรูปแบบของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพเป็นหลัก และมีการพัฒนาบันทึกข้อตกลง (protocols) เพื่อใช้เป็นข้อปฏิบัติสำหรับสมาชิกของคณะทำงานที่ได้ตกลงกันไว้ โดยมีการรายงานข่าวสารเกี่ยวกับการปรับโครงสร้างใหม่ของโรงพยาบาลบาราศนราครแก่คณะทำงานที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับโครงการตลอดเวลา เพื่อบรรลุถึงประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติงานของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ

นอกจากนี้แล้ว พบว่ามีการรวบรวมข้อมูลรายละเอียดต่าง ๆ สำหรับนำมาใช้ในการวางแผน ดำเนินงาน และประเมินผล การให้บริการของโรงพยาบาล โดยดำเนินกิจกรรมตามขั้นตอนเริ่มตั้งแต่การใช้ระเบียบวิธีการรวบรวมข้อมูล (methods of documentation) การวิเคราะห์ข้อมูล (data analysis) และการรายงานผล (reporting) และ มีการพัฒนาระบบเก็บข้อมูลข่าวสารเพื่อใช้ในการวัดผลและประเมินผลลัพธ์ทางด้านสุขภาพ (health outcome) การให้บริการทางคลินิก และการปฏิบัติงานของสมาชิกทุกคนที่เข้าร่วมดำเนินงานกับโครงการ รวมทั้งมีการดำเนินโครงการภายใต้ระบบประกันคุณภาพ (Quality Assurance) อีกด้วย

ในส่วนของการพัฒนาศักยภาพโรงพยาบาลบาราศนราครให้เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ในระดับชาติและระดับเอเชียตะวันออกเฉียงใต้นั้น “ผู้อำนวยการโครงการ (Project Director) และที่ปรึกษาระยะยาว (Long Term Adviser-LTA) ซึ่งต่อมาได้เปลี่ยนเป็นตำแหน่งผู้จัดการโครงการ (Project Manager)” นับได้ว่ามีบทบาทอย่างมากในการให้ความช่วยเหลือโรงพยาบาลบาราศนราครเพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายสำหรับการส่งเสริมให้เกิดความร่วมมือกับสถาบันทางการดูแลสุขภาพอื่นๆ และช่วยพัฒนาระบบบริหารจัดการของโรงพยาบาล

¹⁰⁰ The Australian Agency for International Development, A Collaborative Project of the Royal Thai Government and the Government of Australia: The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project in collaboration with the Albion Street Centre, Sydney, 1996-1999, p. 7 (Project Design Document).

ในฐานะศูนย์ฝึกอบรมระดับภูมิภาค นอกจากนี้แล้วพบว่า มีกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขจากศูนย์ ASC และสถานบริการสาธารณสุขอื่นๆของประเทศออสเตรเลียในฐานะ “ที่ปรึกษาระยะสั้น (Short Term Advisers-STAs)” ได้เข้ามาเพื่อกำหนดกิจกรรมในแต่ละส่วนประกอบของโครงการ โดยจัดการฝึกอบรมและการพัฒนาระบบบริการทางการแพทย์และการบริการดูแลผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์แก่เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบำราศนราดูร รวมทั้งยังพบว่าเจ้าหน้าที่ประสานงานด้านชุมชนในระดับท้องถิ่นชาวไทย (Local Community Liaison Officer) มีบทบาทในการช่วยเหลือผู้จัดการโครงการเพื่อพัฒนาระบบเครือข่ายทำให้โรงพยาบาลบำราศนราดูรมีความใกล้ชิดในการดำเนินงานร่วมมือกับชุมชนมากยิ่งขึ้น (ดูรายละเอียดเพิ่มเติมเกี่ยวกับการดำเนินกิจกรรมในแต่ละส่วนประกอบของโครงการที่ภาคผนวก ข และ ช)

นอกจากการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบำราศนราดูรที่ดำเนินการในประเทศไทยแล้วพบว่า เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบำราศนราดูร ได้มีโอกาสเข้ารับการฝึกอบรมทางคลินิกต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่ศูนย์ASC ประเทศออสเตรเลีย (Bamrasnaradura Hospital Clinical Placement at ASC) โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อพัฒนาทักษะและองค์ความรู้เฉพาะด้านการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในขั้นสูง เพิ่มศักยภาพการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่โดยการประยุกต์ใช้ประสบการณ์ที่ได้รับจากการศึกษาในงานในสถานที่ต่างๆ ของออสเตรเลีย อันเป็นการส่งเสริมความมั่นใจในการปฏิบัติงานและการเผยแพร่ทักษะและองค์ความรู้ต่อบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขคนอื่นๆในประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านต่อไป จากนั้นแล้วยังช่วยพัฒนาระบบเครือข่ายเชื่อมโยงความร่วมมือทางด้านสาธารณสุขทั้งในระดับบุคคลและระดับสถาบันของทั้งสองประเทศอีกด้วย¹⁰¹

(1) บทบาทและหน้าที่ความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ในโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และ โรคเอดส์

ในส่วนของผู้บริหารจัดการโครงการ AACP นั้น สามารถแบ่งออกเป็น 2 ส่วน กล่าวคือ ในส่วนแรกเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลออสเตรเลีย ซึ่งประกอบด้วย “ผู้อำนวยการโครงการ (Project Director)” ประจำอยู่ที่ประเทศออสเตรเลียทำหน้าที่ดูแลการดำเนินงานตามแผนการประจำปีเพื่อให้บรรลุถึงผลลัพธ์ตามสัญญาของโครงการ แก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินงาน โดยจะเดินทางมาตรวจสอบและเยี่ยมชมการดำเนินโครงการที่ประเทศไทยอย่างน้อย 2 ครั้งต่อปี และ เข้าร่วมประชุมคณะกรรมการประสานงานโครงการ (Project Coordination Committee

¹⁰¹ The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project, Annual Plan 1 st July 1999 to 30 th June 2000, p.18

meetings) ทุก ๆ 6 เดือน เพื่อทำการประเมินผลและติดตามตรวจสอบการดำเนินงานของเจ้าหน้าที่โครงการ นอกจากนี้แล้ว ยังมีบทบาทในฐานะผู้ประสานงานระหว่างเจ้าหน้าที่โครงการ ผู้จัดการโครงการและเจ้าหน้าที่ระดับสูงของโรงพยาบาลบาราसनราดูร รวมทั้งเจ้าหน้าที่สำนักงาน AusAID ประจำอยู่ที่กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย และเจ้าหน้าที่ส่วนแม่น้ำโขง (the Mekong section) ประจำอยู่ที่กรุงแคนเบอร์รา ประเทศออสเตรเลีย

นอกจากนี้แล้ว “ **ผู้จัดการโครงการ (Project Manager)**” เป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลออสเตรเลียซึ่งประจำอยู่ที่ประเทศไทย ทำหน้าที่บริหารจัดการงานประจำวันของโครงการซึ่งตั้งอยู่ที่โรงพยาบาลบาราसनราดูร ควบคุมดูแลเจ้าหน้าที่โครงการที่เป็นชาวไทย ประสานกิจกรรมระหว่างที่ปรึกษาระยะสั้น (Short Term Advisers) กับ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบาราसनราดูรในการกำหนดแผนการฝึกอบรม พร้อมทั้งทำหน้าที่ปรึกษา การดำเนินงานและสร้างความเข้มแข็งให้กับกิจกรรมของโครงการ และประสานงานกับศูนย์ ASC ในการจัดกิจกรรมการฝึกอบรมทางคลินิกแก่เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบาราसनราดูรที่ประเทศออสเตรเลีย รวมทั้งมีบทบาทในการสื่อสารและการเจรจาต่อรองกับเจ้าหน้าที่ AusAID ที่สถานเอกอัครราชทูตออสเตรเลียประจำประเทศไทย คณะทำงานของไทย องค์กรพัฒนาเอกชนและหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง อาทิ องค์กรอนามัยโลก (WHO) กลุ่มแพทย์ไร้พรมแดน (Medicines Sans Frontieres- MSF) ศูนย์ควบคุมโรคเมืองแอตแลนต้าและความร่วมมือทางด้านเอชไอวีและโรคเอดส์ (Centre for Disease Control Atlanta-HIV/AIDS Collaborative Centre) สถาบันการศึกษา และกรมสุขภาพจิตของประเทศไทย¹⁰²

ในส่วนที่สองจะเป็นเจ้าหน้าที่ของรัฐบาลไทย ซึ่งประกอบไปด้วยบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลบาราसनราดูร อาทิ แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์ นักโภชนาการ บรรณารักษ์ ผู้จัดการฝ่ายคอมพิวเตอร์ และเจ้าหน้าที่บริหารทั่วไปเป็นต้น โดยที่ฝ่ายรัฐบาลไทยจะรับผิดชอบในการเตรียมการและจัดหาโครงสร้างพื้นฐานที่จำเป็นสำหรับการดำเนินโครงการ อาทิ บุคลากร ระบบการบริหารจัดการ อาคารสถานที่ วัสดุอุปกรณ์ และสิ่งอำนวยความสะดวกในการดำเนินงานในรูปแบบศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ อาคารผู้ป่วยนอก และศูนย์กิจกรรมในเวลากลางวัน รวมทั้ง การจัดหาสถานที่ดำเนินโครงการสำหรับผู้จัดการ โครงการและคณะเจ้าหน้าที่ชาวไทย¹⁰³

นอกจากนี้แล้วได้มีการจัดตั้ง “ **คณะกรรมการประสานงานโครงการ (Project Coordination Committee – PCC)**” ซึ่งประกอบไปด้วยตัวแทนจากสำนักงาน AusAID

¹⁰² Ibid. , pp. 10-13.

¹⁰³ Ibid. , pp. 9-10.

กระทรวงสาธารณสุข กรมวิเทศสหการ โรงพยาบาลบาราคนราดูร์ และศูนย์ ASC โดยมีรองอธิบดี กรมควบคุมโรคติดต่อเป็นประธานคณะกรรมการและมีการจัดการประชุมทุกๆ 6 เดือน ซึ่งผู้อำนวยการโครงการและผู้จัดการโครงการจะต้องเข้าร่วมประชุมในฐานะเจ้าหน้าที่โครงการเพื่อทำหน้าที่ รายงานข้อมูลความก้าวหน้าของการดำเนินโครงการและกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งปัญหาอุปสรรค ที่เกิดขึ้นต่อคณะกรรมการประสานงานโครงการสำหรับใช้ประกอบการพิจารณาการตรวจสอบ แก้ไข และประเมินผลโครงการ¹⁰⁴

4.3.3 กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขกับบทบาทในการตรวจสอบ และประเมินผลการดำเนินงานในโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (AACP)

สำหรับบทบาทและหน้าที่ในส่วนของตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินโครงการ นั้น ผู้จัดการโครงการจะทำหน้าที่รับผิดชอบในการเตรียมผลสรุปความก้าวหน้าของโครงการ วิเคราะห์ วางแผน และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหที่เกิดขึ้น โดยมีการจัดทำรายงานความก้าวหน้า ทุก ๆ 3 เดือน (Quarterly Progress Reports) เพื่อนำเสนอต่อสำนักงาน AusAID ซึ่งจะรายงานความสำเร็จที่เกิดขึ้นในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา กำหนดกิจกรรมที่จะดำเนินงานในช่วง 3 เดือนข้างหน้า และประมาณการค่าใช้จ่ายที่จะเกิดขึ้นจากการดำเนินงานในแต่ละกิจกรรม (Payment Milestones)¹⁰⁵ และจัดทำแผนงานประจำปี (Annual Plan) เพื่อนำเสนอต่อสำนักงาน AusAID สำหรับการพิจารณาอนุมัติร่วมกับคณะกรรมการประสานงานโครงการ (PCC) ซึ่งจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมในแต่ละส่วนประกอบตามข้อตกลงโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะถูกใช้เป็นตัวกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่โครงการที่จะต้อง ดำเนินกิจกรรมอะไรบ้าง อาทิ กิจกรรมของที่ปรึกษาระยะสั้น (Short Term Advisers) ที่ โรงพยาบาลบาราคนราดูร์ และกิจกรรมการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบาราคนราดูร์ที่ศูนย์

¹⁰⁴ Ibid. , p. 8.

¹⁰⁵ The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project, Contract between Commonwealth of Australia and the State of New South Wales acting through the Albion Street Centre, New South Wales Department of Health in relation to the AIDS Ambulatory Care Project , p. 32.

ASC เป็นต้น นอกจากนี้แล้ว แผนงานประจำปียังรายงานความก้าวหน้าของการดำเนินงานในรอบปีที่ผ่านมา รวมทั้งเสนอแนวทางการดำเนินงานเพื่อแก้ไขปัญหาและอุปสรรคที่เกิดขึ้นอีกด้วย¹⁰⁶

สำหรับที่ปรึกษาระยะสั้นจะต้องดำเนินการจัดทำรายงานกิจกรรมที่ตนได้เข้ามามีส่วนร่วมกับโครงการ (Regular reports from Short Term Advisers) ซึ่งประกอบด้วยรายงานค่าใช้จ่ายของการดำเนินกิจกรรม (Payment Milestones Reports) รายงานผลการปรึกษา (Consultant Reports) และนำเสนอข้อมูลล่าสุดที่เกิดขึ้น (STA updates and presentations) จึงนับได้ว่าเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งของกระบวนการตรวจสอบและติดตามผลการดำเนินโครงการ สำหรับ “คณะกรรมการการดำเนินงานโครงการ (Project Monitoring Committee-PMC)” ซึ่งประกอบด้วยผู้จัดการโครงการ ผู้อำนวยการศูนย์ ASC ผู้อำนวยการโรงพยาบาลบาราศนราดูล และหัวหน้างานในส่วนต่าง ๆ ของโครงการ อาทิ กลุ่มงานอายุรกรรม กลุ่มงานแผนกการแพทย์และสังคม และกลุ่มงานการพยาบาล เป็นต้น จะมีการประชุมเพื่อทบทวนและเสนอข้อเสนอแนะการดำเนินโครงการ โดยที่โรงพยาบาลบาราศนราดูลจะถูกใช้เป็นสถานที่จัดประชุมคณะกรรมการการดำเนินงานโครงการ (PMC meetings) และประชุมคณะกรรมการประสานงานโครงการ (PCC meetings) ผู้อำนวยการโครงการและผู้จัดการโครงการจะทำหน้าที่รายงานประเด็นปัญหาและสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในขณะนั้น พร้อมทั้งมีการปรึกษาหารือเพื่อกำหนดแนวทางการดำเนินงานและแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น ในขณะที่ประเทศออสเตรเลียจะมีการประชุม “คณะกรรมการการจัดการโครงการของไทย (Thai Project Management Committee-TPMC)” และการประชุม “คณะทำงานของไทย (Thai Working Group-TWG)” ซึ่งจะจัดขึ้นเป็นประจำเพื่อพิจารณาความก้าวหน้าและปัญหาที่เกิดขึ้นจากการดำเนินโครงการ¹⁰⁷

นอกจากนี้แล้ว ได้มีการตรวจสอบและทบทวนการดำเนินงานและเทคนิคในช่วงครึ่งแรกของช่วงระยะการดำเนินโครงการ (Technical and Mid-Term Review) ในเดือนเมษายน ค.ศ. 1998 ซึ่งผลการตรวจสอบและประเมินโครงการดังกล่าวได้ข้อสรุปว่าโครงการควรที่จะขยายขอบเขตและระยะเวลาการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้เป็นอย่างดี โดยจะเพิ่มระยะเวลาของการดำเนินโครงการต่ออีก 1 ปี ทำให้โครงการสิ้นสุดในเดือนมิถุนายน ค.ศ. 2001 และ ขยายขอบเขตการพัฒนาทางด้านการจัดการเภสัชกรรม (Pharmacy Management) การให้บริการของห้องทดลอง (Laboratory Services) และการค้นคว้าวิจัยทางคลินิก (Clinical Research) รวมทั้งมุ่งเน้นการสร้างเสริมความเข้มแข็งให้กับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบาราศนราดูลโดยการจัดฝึก

¹⁰⁶ The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project, Annual Plan 1 st July 1999 to 30 th June 2000 , p. 7.

¹⁰⁷ The Australian Agency for International Development, Project Completion Report : AIDS Ambulatory Care Project in Thailand , pp. 21-22.

อบรม การดำเนินงานภายใต้ระบบประกันคุณภาพ (Quality Assurance) และการพัฒนาศักยภาพของเจ้าหน้าที่โครงการ¹⁰⁸

ต่อมาในเดือนพฤษภาคม ค.ศ. 2001 สำนักงาน AusAID ได้ให้การสนับสนุน “**คณะทำงานประเมินผลโครงการ (Project Evaluation Team- PET)**” ซึ่งเป็นคณะบุคคลภายนอกโครงการ ประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเอชไอวี การให้การศึกษาทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข จากหลายประเทศ เข้ามาทำการตรวจสอบและประเมินผลโครงการในช่วงวันที่ 29 มีนาคม ถึง 3 เมษายน ค.ศ. 2001 และ ลงสำรวจภาคสนามในประเทศไทยและประเทศเพื่อนบ้านของไทยในช่วงวันที่ 23 เมษายน ถึง 9 พฤษภาคม ค.ศ. 2001 ซึ่งเป็นช่วงสุดท้ายของการดำเนินงานโครงการ โดยมีจุดมุ่งหมายเพื่อประเมินความเหมาะสมของจุดมุ่งหมายและรูปแบบโครงการ ขอบเขตและกิจกรรมที่บรรลุถึงเป้าหมายและวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ของโครงการ ความสามารถในการจัดการโครงการ ความมั่นคงยั่งยืนของผลประโยชน์ที่เกิดขึ้นจากโครงการ และความสามารถทางการปรับตัวและประยุกต์ใช้รูปแบบของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ¹⁰⁹

สำหรับข้อสรุปที่ได้รับจากการประเมินผลโครงการของคณะทำงานประเมินผลโครงการ (PET) นั้น กล่าวได้ว่าโครงการประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจและบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เป็นอย่างดี ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวทำให้สำนักงาน AusAID เห็นชอบที่จะให้เงินสนับสนุนเพิ่มเติมจำนวน 55,000 เหรียญออสเตรเลีย สำหรับการดำเนินงานต่อไปอีก 6 เดือน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับโครงการในฐานะศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ระดับภูมิภาค¹¹⁰

นอกจากนี้แล้ว ผู้จัดการโครงการยังได้จัดทำ “**รายงานผลการดำเนินงานเมื่อโครงการเสร็จสมบูรณ์ (Project Completion Report-PCR)**” โดยดำเนินการปรึกษาหารือร่วมกับเจ้าหน้าที่ของศูนย์ ASC ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับข้อสรุปโดยรวมของโครงการและประเมินผลการดำเนินงานโครงการตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ รวมทั้งรายงานผลลัพธ์ ความมั่นคงยั่งยืน การบริหารความเสี่ยง และบทเรียนที่ได้รับจากการดำเนินโครงการ¹¹¹

¹⁰⁸ The Australian Agency for International Development, HIV/AIDS Treatment and Care : Evaluation of the Thailand-Australia HIV/AIDS Ambulatory Care Project (Canberra : Panther Publishing and Printing , 2002) , p.4.

¹⁰⁹ Ibid., pp. ix-xiv.

¹¹⁰ The Australian Agency for International Development, Project Completion Report : AIDS Ambulatory Care Project in Thailand , p. 14.

¹¹¹ Ibid., pp. 6-11.

4.3.4 ประโยชน์ที่ได้รับจากการดำเนินโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (AACP)

ตลอดระยะเวลาของการดำเนินโครงการ AACP ผลลัพธ์ที่เด่นชัดที่สุดคือ องค์กรความรู้และทักษะทางด้านการรักษาพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์และการให้การปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับจากโครงการฝึกอบรมให้ความรู้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลบาราศนราคร โดยเฉพาะอย่างยิ่งการดำเนินงานในรูปแบบศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพที่ครบวงจร (a fully integrated ambulatory care model)” ผู้ที่ได้รับผลประโยชน์หลักจากโครงการความร่วมมือนี้ คือ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ รวมทั้งผู้ดูแลรักษาและครอบครัวของผู้ป่วย ซึ่งสามารถเข้ารับบริการรักษาทั้งทางด้านการใช้ยาต้านเชื้อ จิตวิทยา และความช่วยเหลือทางด้านอื่นๆภายใต้ศูนย์อำนวยความสะดวกเพียงแห่งเดียว โดยที่การให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาลดังกล่าวไม่มีความจำเป็นในการที่จะต้องเข้ามานอนพักรักษาตัวในสถานะผู้ป่วยใน (inpatient) ของโรงพยาบาล เพราะเหตุว่าในหลายๆกรณีของผู้ป่วยเกี่ยวกับปัญหาเอดส์สามารถเข้ารับบริการในฐานะผู้ป่วยนอก (outpatient) เพื่อเรียนรู้เทคนิคการดูแลรักษาตนเองและช่วยเหลือตนเองได้ จึงนับได้ว่าเป็นแนวทางที่คำนึงถึงประสิทธิภาพของต้นทุน (cost effectiveness) ช่วยควบคุมค่าใช้จ่าย ทำให้แน่ใจได้ว่าทรัพยากรที่มีอยู่ได้ใช้อย่างดีที่สุดในเพื่อก่อให้เกิดผลประโยชน์สูงสุด

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 4.2 จำนวนผู้ป่วยที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลบาราศนราดูรระหว่างปีค.ศ.1983-2000

ปีคริสต์ศักราช	จำนวนผู้ป่วย ทั้งสิ้น	ผู้ ป่ ว ย ไ น (Inpatients)	ผู้ ป่ ว ย น อ ก (Outpatients)	ผู้ป่วยในที่ติด เชื้อเอชไอวีและ โรคเอดส์	ผู้ป่วยนอกที่ติด เชื้อเอชไอวีและ โรคเอดส์
1982	101567	8510	93057	-	-
1983	91789	9915	81874	-	-
1984	114072	10954	103118	-	-
1985	120734	11515	109219	-	-
1986	124913	11900	113013	-	-
1987	153143	15628	137515	8	11
1988	151548	13151	138397	122	197
1989	-	-	-	211	309
1990	142342	12523	129819	271	551
1991	151599	13057	138542	329	793
1992	160084	13957	146127	629	1233
1993	186062	17888	168174	933	2857
1994	202258	18196	184062	1325	5316
1995	195779	14396	181383	1574	10532
1996	202099	15384	186715	1799	13426
1997	212510	15005	197505	2666	20917
1998	217664	14542	203122	3355	22177
1999	203982	14380	189602	4000	23200
2000	210290	14018	196272	3015	31674

แหล่งข้อมูล : โรงพยาบาลบาราศนราดูร

จากตารางที่4.2 สะท้อนภาพของแนวทางการดำเนินงานโครงการ AACP ที่ช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของผู้ป่วย ผู้ติดเชื้อและครอบครัว รวมทั้งลดภาระค่าใช้จ่ายในการจัดการกับปัญหาเอดส์ของรัฐบาลไทย โดยเฉพาะอย่างยิ่งการให้บริการทางด้านการรักษาพยาบาลแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในรูปแบบของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพที่ไม่ต้องนอนรักษาตัวในโรงพยาบาล แต่เข้ารับบริการรักษาในฐานะผู้ป่วยนอก ซึ่งเป็นแนวทางหนึ่งที่ช่วยลดอัตราการครองเตียงของผู้ป่วยโรคเอดส์ และสามารถนำไปใช้เป็นต้นแบบในการแก้ไขปัญหาแก่โรงพยาบาลอื่นๆ

ในประเทศไทย ที่แนวโน้มสถานการณ์ของจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะพัฒนาเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์เพิ่มสูงขึ้นตลอดเวลา

นอกจากนี้แล้ว โครงการ AACP ยังได้นำเสนอ “ระบบโครงสร้างการให้บริการดูแลรักษาแบบสหสาขาวิชา (multidisciplinary service structure)” ซึ่งมีลักษณะการทำงานเป็นหมู่คณะที่ทำงานร่วมกัน นับได้ว่าเป็นแนวทางการบริหารจัดการปัญหาเอดส์ที่มีประสิทธิภาพแนวทางหนึ่ง เพราะเหตุว่า ปัญหาเอดส์เป็นประเด็นที่มีความยุ่งยาก ซับซ้อน และเกี่ยวข้องกับทุก ๆ ส่วน ดังนั้น การส่งเสริมให้กลุ่มบุคลากรทุกฝ่ายได้เข้ามามีส่วนร่วมนับตั้งแต่การร่วมคิด วางแผน ร่วมดำเนินการและร่วมติดตามประเมินผล จึงส่งผลต่อการดำเนินงานให้บริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี และโรคเอดส์ของโรงพยาบาลบาราคนราดูรเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพและมีเอกภาพ

สำหรับการดำเนินงานในรูปแบบสหสาขาวิชาดังกล่าวข้างต้น พันธิทิพย์ แก้วดวงใจ พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาในโครงการ AACP ได้แสดงความคิดเห็นว่า “ ในช่วงแรกคณะทำงานโครงการก็พยายามคอยจัดให้มีระบบการดูแลรักษาในลักษณะของการทำงานร่วมกันแบบสหสาขาวิชา แต่ก็ยังไม่ได้นำผลการมาบันทึก มีลักษณะฉาบฉวย จะดำเนินการเฉพาะในช่วงที่คณะทำงานของออสเตรเลียยังอยู่ จึงทำให้การดำเนินงานในรูปแบบสหสาขาวิชาที่ควรจะเป็นยังไม่ประสบผลสำเร็จจนกระทั่งปัจจุบัน สำหรับสาเหตุที่ทำให้ไม่ประสบผลสำเร็จกล่าวคือ ข้อแรก คือบุคลากรของโรงพยาบาลมีจำนวนจำกัด มีภาระความรับผิดชอบสูงมากต้องทำงานในส่วนของตนเองอยู่ตลอดเวลา ถึงแม้ว่าจะไม่ดำเนินงานในรูปแบบสหสาขาวิชาก็ตาม ทำให้ขาดความต่อเนื่องในการดำเนินงาน อาทิ เมื่อมีคนมาดูงานก็ต้องเตรียมการสอนและจัดฝึกอบรม ทำให้เจ้าหน้าที่ที่เคยทำงานร่วมกับคณะทำงานในรูปแบบสหสาขาวิชาที่ไม่สามารถเข้าร่วมได้ตามปกติ สำหรับข้อที่สอง คือ ทัศนคติที่จะดำเนินการในรูปแบบสหสาขาวิชาที่ยังขาดแรงผลักดันว่าจะต้องทำ มีแต่ว่าควรจะทำจึงส่งผลทำให้เจ้าหน้าที่จะดำเนินงานหรือไม่ก็แล้วแต่ ขาดการกำหนดกรอบ ระเบียบขั้นตอนปฏิบัติ รวมทั้งบทบาทหน้าที่และความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่ที่ชัดเจน ซึ่งบุคคลที่เป็นแกนหลักในการดำเนินงานตามรูปแบบสหสาขาวิชา คือ แพทย์ ถ้าแพทย์เห็นว่าดี เขาก็จะพยายามจัดทำ คอยนัดและกำหนดว่าจะมีการประชุมร่วมกัน แต่ถ้าแพทย์ไม่สนใจที่จะทำเขาให้ความสำคัญกับการดูแลรักษาคนไข้ของเขามากกว่าก็จะไม่เกิดการดำเนินงานในรูปแบบสหสาขาวิชาขึ้น และข้อสุดท้าย คือ การขาดความคุ้นเคยในการทำงานลักษณะคณะทำงานร่วมกัน เพราะเคยชินกับการทำงานแบบส่งต่อกันไป ยกเว้นว่ามีกรณีที่ต้องการปรึกษาระหว่างกันก็จะมีมีการดำเนินการปรึกษาร่วมกันเป็นกรณี ๆ ไป ซึ่งก็ไม่ใช่ การทำงานร่วมกันตามแบบสหสาขาวิชา”¹¹²

¹¹² พันธิทิพย์ แก้วดวงใจ . พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาในโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์. สัมภาษณ์ , 11 ตุลาคม 2545.

นอกจากนี้แล้ว โครงการ AACP ยังมีส่วนช่วยพัฒนาโรงพยาบาลบาราคนราครให้เป็น “ศูนย์รวมข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการทางด้านคลินิก (Clinical Reference Centre)” โดยการส่งเสริมการทำงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเด็นเอชไอวีและเอดส์ และช่วยเพิ่มศักยภาพของโรงพยาบาลให้เป็นศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ระดับชาติและระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ โดยที่โครงการได้พัฒนาโครงสร้างพื้นฐานของโรงพยาบาลทั้งในด้านอุปกรณ์และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ให้อยู่ในระดับมาตรฐานสากล เจ้าหน้าที่ที่มีบทบาทสำคัญในทุก ๆ ส่วนของ โรงพยาบาลได้เข้ามามีส่วนร่วมกับการปรับปรุงระบบการให้บริการและการดูแลรักษาทางคลินิก และมีการคัดเลือกเจ้าหน้าที่ในแต่ละส่วนของโรงพยาบาลเพื่อเข้ารับการอบรมสำหรับทำหน้าที่ผู้ฝึกหัด (train-the-trainer) ซึ่งจะทำการศึกษาฝึกอบรมให้กับหน่วยบริการของการแพทย์อื่นๆ ต่อไป รวมทั้งยังให้ความช่วยเหลือในการจัดเตรียมหลักสูตรการฝึกอบรม จัดทำเอกสารและอุปกรณ์ต่างๆ เพื่อนำเสนอ หลักสูตรและขายหลักสูตรฝึกอบรมให้กับบุคลากรและหน่วยงานบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทั้งในระดับชาติและระดับภูมิภาค¹¹³

สำหรับการดำเนินงานในฐานะศูนย์รวบรวมข้อมูลอ้างอิงทางวิชาการและฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ระดับชาติและระดับภูมิภาคนั้น พบว่า ปัจจุบันโรงพยาบาลบาราคนราครกำลังเปลี่ยนแปลงบทบาทของตนเองกลายเป็น “สถาบันบาราคนราคร” ซึ่งจะมุ่งเน้นการดำเนินงานและรับผิดชอบงานทางด้านวิชาการในประเด็นโรคเอดส์มากกว่างานทางด้านให้บริการการดูแลรักษาเหมือนที่เคยดำเนินงานผ่านมาในอดีต พันซ์ทิพย์ แก้วดวงใจ ได้แสดงความคิดเห็นว่า “ การฝึกอบรมยังคงมีการดำเนินงานมาตั้งแต่คณะทำงานของออสเตรเลียยังอยู่จนกระทั่งปัจจุบัน เขาฝึกอบรมเราแล้วเราต้องเป็นคนจัด แล้วเขานิเทศ พอโครงการจบ ก็ใช้ศูนย์ฝึกอบรมดูแลเรื่องการจัดฝึกอบรมต่อให้กับบุคลากรและโรงพยาบาลต่าง ๆ ทั้งในประเทศและประเทศเพื่อนบ้านที่ติดต่อเข้ามาขอรับการฝึกอบรม ซึ่งยังคงดำเนินการอยู่เหมือนช่วงที่เขาจัดให้กับเรา สำหรับการดำเนินงานในรูปแบบสถาบันตามการปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขที่เปลี่ยนโครงสร้างการบริหารงานใหม่ โดยมีการแบ่งแยกส่วนบริการกับส่วนวิชาการ ในส่วนของโรงพยาบาลบาราคนราครจะมุ่งเน้นการดำเนินงานทางวิชาการ ทำวิจัยหาคำถามรู้เชิงลึกจากผู้ป่วย จึงส่งผลทำให้งานในส่วนบริการน้อยลงแต่มีคุณภาพมากขึ้น และยังมีส่วนในการถ่ายทอดองค์ความรู้และสนับสนุนงานวิชาการให้กับหน่วยบริการอื่นๆ ต่อไป ซึ่งต้องยอมรับว่าโครงการ AACP โดยความร่วมมือกับศูนย์ ASC ทำให้ความเป็นสถาบันทางวิชาการของโรงพยาบาลบาราคนราครมีแนวทางเด่นชัดขึ้น เพราะศูนย์ ASC เข้ามาฝึกอบรมและสนับสนุนการพัฒนาความเชี่ยวชาญให้กับบุคลากรของโรงพยาบาล จนมีหลักสูตรเป็นของตัวเองจึงแตกต่างจากโรงพยาบาลอื่นๆ ทำให้การเป็นสถาบันวิชาการมีความน่าเชื่อถือและมีความเป็นสถาบันมากกว่าเดิมที่มุ่งเน้นเฉพาะงานด้านบริการ สำหรับแนวโน้มของ

¹¹³ The Australian Agency for International Development , Project Completion Report : AIDS Ambulatory Care Project in Thailand , p. 8.

การดำเนินงานในรูปแบบสถาบันบำราศนราดูรนั้น ไม่รู้ว่าจะมีความเป็นไปได้แค่ไหน เพราะคนทำงานที่มีอยู่ปัจจุบันของโรงพยาบาลไม่มีความถนัดทางด้านงานวิชาการ”¹¹⁴

นอกจากนี้แล้ว นายแพทย์วิพุธ พูลเจริญ ได้แสดงความคิดเห็นต่อแนวทางการดำเนินงานของโครงการ AACP ที่โรงพยาบาลบำราศนราดูรว่า “จุดประสงค์เริ่มต้นของโครงการต้องการที่จะพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลบำราศนราดูรให้เป็นศูนย์อ้างอิงทางวิชาการด้านโรคเอดส์แห่งชาติ แต่ก็ไม่ประสบผลสำเร็จ เพราะว่า ระบบโครงสร้างการบริหารจัดการของโรงพยาบาลบำราศนราดูรยังคงเหมือนเดิมที่เน้นแต่เฉพาะเรื่องงานด้านการบริการดูแลรักษา ไม่ยอมเปลี่ยนแปลงตัวเอง ไม่เน้นพัฒนาบุคลากรของโรงพยาบาลในบทบาทใหม่ ความเปลี่ยนแปลงจะเกิดขึ้นได้ก็ต่อเมื่อผู้บริหารโรงพยาบาลมีวิสัยทัศน์ที่ก้าวหน้า มิใช่ยังคงดำเนินเฉพาะงานประจำที่เคยดำเนินมา และต้องมีการพัฒนาบุคลากรของตนเองให้มีความสามารถในการดำเนินงานทางวิชาการด้วยตัวเองมิใช่ยืมจากสถาบันอื่นๆ มาดำเนินการ” และได้เสนอแนวทางการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือกับต่างประเทศในอนาคตว่า “นับตั้งแต่ปลายทศวรรษที่ 1990 จนกระทั่งปัจจุบัน ประเทศไทยถือได้ว่าเป็นประเทศที่มีการพัฒนาระบบสาธารณสุขของตนเองได้ก้าวหน้าอย่างมากเมื่อเปรียบเทียบกับประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเดียวกัน ดังนั้นแนวโน้มของเงินและความช่วยเหลือจากต่างประเทศแต่เดิมที่เข้ามาในรูปแบบการเข้ามาช่วยบริหารจัดการคงต้องเปลี่ยน เพราะประเทศที่เคยเป็นผู้ให้เงินทุนและความช่วยเหลือพิจารณาประเทศไทยว่าเป็นประเทศที่มีระดับการพัฒนาและความเจริญเติบโตที่ถือว่าอยู่ในระดับที่ประสบผลสำเร็จและสามารถดำเนินการได้ด้วยตัวเองแล้ว โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อพิจารณาความช่วยเหลือของรัฐบาลออสเตรเลียที่มีต่อโครงการ AACP ก็จะต้องพบว่า รัฐบาลออสเตรียกำลังดำเนินนโยบายที่ลดความช่วยเหลือลงจากเดิมเพราะถือว่าประเทศไทยพัฒนาแล้ว ดังนั้นการที่ยังคงดำเนินความร่วมมือกับรัฐบาลไทยในโครงการ AACP อยู่จึงนับได้ว่าเป็นรูปแบบหนึ่งของการดำเนินงานก่อนที่จะถอนเงินทุนและความช่วยเหลือ นอกจากนี้แล้ว เมื่อพิจารณาถึงรูปแบบโครงการที่กำหนดไว้ก็จะพบข้อเท็จจริงว่า การให้ความช่วยเหลือกับประเทศไทยโดยให้ชาวออสเตรเลียเข้ามาดำเนินการนั้น เงินทุนที่ให้จริง ๆ ก็ตกแก่ชาวออสเตรเลียในโครงการเป็นหลัก เหตุผลดังกล่าวจึงมีความจำเป็นที่ประเทศไทยจะต้องปรับบทบาทของตนโดยการนำองค์ความรู้และเทคนิคการบริหารจัดการซึ่งเป็นจุดเด่นของไทยนำไปเสนอเพื่อให้รัฐบาลประเทศผู้ให้ทุนความช่วยเหลือต่างๆ เกิดความสนใจที่จะเข้ามาดำเนินงานทำการวิจัยร่วมกับไทย และใช้องค์ความรู้และเทคนิคการบริหารจัดการที่ได้รับไปขยายพัฒนาความช่วยเหลือให้กับประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ รวมทั้งคัดเลือกให้ประเทศไทยเข้าร่วมดำเนินงานในฐานะบริษัทที่ปรึกษาโครงการของประเทศกำลังพัฒนาเหล่านั้น แทนที่ประเทศผู้ให้ทุนจะเข้ามาดำเนินงานโดยตรง ซึ่งช่วยลดต้นทุนของประเทศผู้ให้ทุนและประเทศไทยเองก็มีประสบการณ์ที่มีความเหมาะสม

¹¹⁴ พันธิทิพย์ แก้วดวงใจ . พยาบาลผู้ให้คำปรึกษาในโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ . สัมภาษณ์ , 11 ตุลาคม 2545.

และเข้าใจกับวัฒนธรรมและปัญหาของประเทศเพื่อนบ้านในแถบภูมิภาคเดียวกัน ได้ดีกว่าประเทศผู้ให้ทุน”¹¹⁵

นอกจากนี้แล้ว โครงการ AACP ยังก่อให้เกิดผลประโยชน์ทางการเมืองกับรัฐบาลทั้งประเทศไทยและออสเตรเลียกล่าวคือ รัฐบาลไทยสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับจากโครงการ AACP ไปพัฒนาระบบโครงสร้างการบริการดูแลรักษาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการ AACP นับได้ว่ามีบทบาทสำคัญที่ช่วยสนับสนุนการปรับโครงสร้างของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการบริหารงานในรูปแบบใหม่ กล่าวคือ จะมีการแบ่งแยกส่วนบริการกับส่วนวิชาการ ซึ่งโรงพยาบาลบาราคนราครจะกลายเป็นสถาบันบาราคนราครที่มุ่งเน้นการทำงานด้านวิชาการ และศึกษาหาความรู้เพื่อนำไปถ่ายทอดให้กับหน่วยบริการทางการแพทย์และสาธารณสุขแห่งอื่นๆ ต่อไป สำหรับศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์แห่งชาติที่เกิดขึ้นได้กลายเป็นต้นแบบที่มีประสิทธิภาพและเหมาะสมสูงสุดแก่หน่วยงานบริการทางการแพทย์อื่น ๆ ทั้งในระดับชาติและระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทำให้มีการเข้ามาศึกษาดูงานและฝึกอบรมที่โรงพยาบาลบาราคนราคร รวมทั้งมีการส่งเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลบาราคนราครเข้าไปจัดฝึกอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศเพื่อนบ้านอีกด้วย¹¹⁶

สำหรับทางฝ่ายรัฐบาลออสเตรเลีย นั้น นับได้ว่าเป็นโอกาสที่จะพัฒนาและสร้างความเป็นพันธมิตรและความสัมพันธ์กับประเทศไทยตลอดระยะเวลาสี่ปีของการดำเนินโครงการ AACP ช่วยสร้างความเข้มแข็งให้กับผู้เชี่ยวชาญชาวออสเตรเลียในการดำเนินงานเพื่อตอบสนองต่อประเด็นปัญหาเอดส์ ซึ่งสามารถนำไปประยุกต์ใช้ดำเนินการให้ความช่วยเหลือทางเทคนิคสำหรับประเทศแถบลุ่มแม่น้ำโขง โดยนำรูปแบบโครงการของโรงพยาบาลบาราคนราครไปใช้เป็นพื้นฐานในการกำหนดแนวทางการทำงานในประเด็นด้านเอดส์ นับได้ว่าเป็นยุทธศาสตร์ที่ช่วยสร้างความสัมพันธ์และขยายบทบาทของประเทศออสเตรเลียในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อันส่งผลถึงผลประโยชน์แห่งชาติของออสเตรเลียในที่สุด¹¹⁷

¹¹⁵ วิพุธ พูลเจริญ . ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข. สัมภาษณ์ , 1 พฤศจิกายน 2545.

¹¹⁶ The Australian Agency for International Development , *Project Completion Report : AIDS Ambulatory Care Project in Thailand* , p. 50.

¹¹⁷ Ibid. pp. 52-53.

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย ในอีกมิติหนึ่งตามวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามวิธีการศึกษาแบบพรรณนาเชิงวิเคราะห์เพื่อพิสูจน์สมมติฐานที่ตั้งไว้โดยใช้วิธีวิจัยเอกสารจากแหล่งข้อมูลต่าง ๆ และจากการสัมภาษณ์บุคคลที่เกี่ยวข้อง ซึ่งจะมุ่งเน้นศึกษามูลเหตุและพัฒนาร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปีค.ศ. 1993-2001 โดยศึกษาถึงบทบาทและหน้าที่ของตัวแสดงต่าง ๆ ผ่านโครงการความร่วมมือของทั้งสองประเทศที่เกิดขึ้นในประเทศไทย ทั้งนี้เพื่อให้มีความรู้ตามวัตถุประสงค์ของการศึกษา 3 ประการคือ

1. เพื่อให้เข้าใจถึงรูปแบบและวิธีการดำเนินความสัมพันธ์อันนำไปสู่ความร่วมมือระหว่างประเทศ ในระดับต่ำกว่ารัฐ (sub-national level) โดยเฉพาะอย่างยิ่งการตระหนักถึงบทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขาต่างๆ (epistemic communities) ในการเข้ามามีส่วนเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาต่าง ๆ
2. เพื่อให้เกิดความรู้และความเข้าใจถึงมูลเหตุและพัฒนาร่วมมือระหว่างประเทศไทยและออสเตรเลีย
3. เพื่อให้สังคมไทยได้ตระหนักถึงภัยคุกคามของโรคเอดส์ที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคงของชาติ

กว่าสองทศวรรษที่ผ่านมา นับตั้งแต่มีการรายงานว่าพบผู้ป่วยซึ่งได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ครั้งแรกในปีค.ศ. 1981 จนกระทั่งสิ้นปีค.ศ. 2002 พบว่า มีจำนวนผู้ป่วยที่สูญเสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคเอดส์ประมาณ 28 ล้านราย โดยที่มีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ตลอดปีค.ศ. 2002 ประมาณ 3.1 ล้านราย และในปัจจุบันมีจำนวนประชากรของผู้ติดเชื้อเอดส์ทั่วโลกทั้งหมดประมาณ 42 ล้านราย จากสถิติดังกล่าวได้สะท้อนข้อเท็จจริงว่า ผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์ทั่วโลกมีจำนวนมากกว่าผู้เสียชีวิตจากการสู้รบ หรือแม้กระทั่งภัยจากการก่อการร้ายที่ทั่วโลกกำลังให้ความสำคัญอยู่ในปัจจุบันก็ได้ทำลาย

ชีวิตของประชากรโลกมากกว่าภัยจากโรคเอดส์ นอกจากนี้แล้วจะพบการกระจายของผู้ติดเชื้อเอดส์ตามภูมิภาคต่าง ๆ โดยพบจำนวนผู้ติดเชื้อสูงสุดในทวีปแอฟริกาจำนวน 29.4 ล้านราย (ร้อยละ 75) ทวีปเอเชียใต้และเอเชียตะวันออกเฉียงใต้จำนวน 6 ล้านราย (ร้อยละ 15) ทวีปอเมริกาใต้จำนวน 1.5 ล้านราย (ร้อยละ 4) และส่วนที่เหลือจะกระจายไปตามภูมิภาคอื่น ๆ ของโลก โรคเอดส์จึงกลายเป็นภัยคุกคามต่อการดำรงชีวิตและความอยู่รอดของมนุษย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ การเมือง และสังคม อันส่งผลต่อความมั่นคงของมนุษย์ (human security) และกลายเป็นภัยคุกคามต่อความมั่นคงของชาติ (national security) ในที่สุด

สำหรับสถานการณ์การติดเชื้อและการระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยนั้นพบว่าจำนวนผู้ติดเชื้อโรคเอดส์สะสมจนกระทั่งปัจจุบันมีประมาณ 984,000 ราย ซึ่งคนติดเชื้อจากจำนวนนี้ประมาณ 289,000 ราย ได้เสียชีวิตจากการติดเชื้อโรคเอดส์ และมีจำนวนประมาณ 690,000 ราย ที่ยังคงป่วยด้วยโรคเอดส์ นอกจากนี้แล้ว มีการรายงานอัตราการติดเชื้อเอดส์รายใหม่ปีละประมาณ 29,000 ราย จากการรายงานดังกล่าวแสดงให้เห็นว่า ประเทศไทยสามารถควบคุมสถานการณ์การติดเชื้อและการระบาดของโรคเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพ เพราะเหตุว่า มีการคาดการณ์เกี่ยวกับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยว่า ภายในปี ค.ศ.2003 จะมีผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ประมาณ 4 ล้านราย ซึ่งสถานการณ์ปัจจุบันมีจำนวนที่ลดลงต่ำกว่าจำนวนที่คาดการณ์ถึงร้อยละ 77 และอัตราการติดเชื้อเอดส์รายใหม่โดยรวมในแต่ละปีลดลงและมีแนวโน้มที่ดีขึ้น

จากความสำเร็จในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของไทยดังกล่าว ประเทศไทยได้รับยกย่องจากโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS - UNAIDS) ว่าเป็นประเทศกำลังพัฒนาที่สามารถควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ดีจนมีแนวโน้มของการติดเชื้อรายใหม่ที่ลดลงอย่างชัดเจน ในขณะที่ประเทศกำลังพัฒนาส่วนใหญ่ยังไม่สามารถลดอัตราการติดเชื้อโรคเอดส์ลงได้ ซึ่งต่อมารธนาคารโลก (World Bank) ได้นำเสนอความสำเร็จในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของไทยโดยแสดงถึงปัจจัยที่ส่งผลทำให้การดำเนินงานประสบผลสำเร็จอันประกอบด้วยปัจจัย 3 ประการกล่าวคือ ปัจจัยแรก คือ ผู้นำประเทศตระหนักถึงปัญหาและผลกระทบจากโรคเอดส์อย่างจริงจัง มีการให้ความสำคัญกับนโยบายด้านเอดส์โดยการระดมทรัพยากรและเงินกู้ยืมจากทุกส่วนในสังคมนับตั้งแต่ระดับชาติจนถึงระดับชุมชนในท้องถิ่น ปัจจัยที่สอง คือ

การรวมตัวของชุมชนต่างๆ ในลักษณะของสังคมประชารัฐเพื่อร่วมกันในการวางแผนจัดการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ และปัจจัยสุดท้าย คือ การนำมาตรการที่มีประสิทธิภาพสูงมาใช้ดำเนินงาน

เนื่องจากลักษณะของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่สามารถแพร่กระจายและติดเชืได้อย่างรวดเร็วและกว้างขวางทั่วโลก ปัญหาโรคเอดส์จึงกลายเป็นปัญหาทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาคและระหว่างประเทศ ซึ่งสามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยความร่วมมือในทุกระดับและทุกส่วนของสังคม ทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาคและระหว่างประเทศ สำหรับความสำเร็จในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในประเทศไทยนั้น การพัฒนาความร่วมมือกับต่างประเทศทั้งในรูปแบบของทวิภาคี และพหุภาคีระหว่างประเทศไทยกับนานาประเทศ รวมทั้งองค์การระหว่างประเทศและองค์กรเอกชน ต่างประเทศ นับได้ว่าเป็นปัจจัยสำคัญอีกปัจจัยหนึ่งที่มีส่วนช่วยในงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของไทยทำให้มีประสิทธิภาพและมีแนวโน้มที่ดีขึ้นกว่าเดิมจากสถานการณ์ในอดีตจนกระทั่งปัจจุบัน

โครงการความร่วมมือและความช่วยเหลือสองฝ่ายระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ นับว่าเป็นโครงการความร่วมมือกับต่างประเทศโครงการหนึ่งที่มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อประเทศไทย เพราะเหตุว่าเมื่อพิจารณาถึงผลลัพธ์ที่เกิดขึ้นจากความร่วมมือดังกล่าว พบว่า โครงการความร่วมมือดังกล่าวส่งผลทำให้แนวทางการดำเนินงานทางด้านการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์ของไทยมีประสิทธิภาพสูงขึ้นกว่าในอดีต โดยเฉพาะอย่างยิ่ง “โครงการไทยออสเตรเลีย ป้องกันเอดส์ภาคเหนือ (Thai-Australia Northern AIDS Prevention and Care Program - NAPAC)” ดำเนินการระหว่างปี ค.ศ. 1993-1997 ที่มุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของคน ครอบครัว และชุมชนในระดับท้องถิ่นต่างๆ ของประเทศไทยให้มีศักยภาพเพียงพอที่จะจัดการกับปัญหาเอดส์ โดยการเปิดโอกาสให้ประชาชนในกลุ่มต่าง ๆ ได้เข้าร่วมกำหนดแนวทางและดำเนินงานจัดการปัญหาเอดส์ภายในชุมชนของตน จนกลายเป็นกลุ่มสังคมประชารัฐที่เข้ามามีส่วนร่วมผลักดันและให้ความร่วมมือในการวางแผนและกำหนดแนวทางในการจัดการกับปัญหาเอดส์ระดับชาติในช่วงเวลาต่อมา และอาจกล่าวได้ว่าเป็นโครงการที่สนับสนุนการดำเนินงานตาม “แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ค.ศ. 1992-1996” ที่มีการระดมทรัพยากรและบุคลากรในทุกส่วนราชการ ภาคธุรกิจ และองค์กรพัฒนาเอกชน รวมทั้งหน่วยงานต่างประเทศ เข้ามาผนึกกำลังร่วมกันป้องกันและควบคุมโรคเอดส์

สำหรับ “โครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (HIV/AIDS Ambulatory Care Project - AACP)” เป็นโครงการร่วมมือสองฝ่ายระหว่างรัฐบาลไทยและรัฐบาลออสเตรเลีย ดำเนินการระหว่างปีค.ศ. 1997-2001 เพื่อจัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ (Ambulatory Care Center) ที่ครบวงจรขึ้นในโรงพยาบาลบาราคนราครุสำหรับให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ป่วยโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวและผู้ดูแลของผู้ป่วยเหล่านี้ โดยการพัฒนาองค์ความรู้ของบุคลากรทางการแพทย์และให้การสนับสนุนการพัฒนาองค์กร และพัฒนาโรงพยาบาลบาราคนราครุให้เป็นศูนย์รวมข้อมูลทางวิชาการและศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์แห่งชาติและเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ซึ่งต่อมาโครงการดังกล่าวได้กลายเป็นต้นแบบแก่หน่วยบริการทางการแพทย์อื่นๆ โดยใช้กิจกรรมและการดำเนินงานซึ่งได้จัดทำขึ้นที่โรงพยาบาลบาราคนราครุเป็นแบบแผนหลักในการปฏิบัติ และบุคลากรที่เข้ารับการฝึกอบรมจากโครงการได้เป็นตัวแทนในการถ่ายทอดประสบการณ์และองค์ความรู้ต่างๆ เพื่อช่วยเหลือในการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคอินโดจีนในช่วงเวลาต่อมาอีกด้วย

นอกจากนี้แล้ว กล่าวได้ว่าโครงการ AACP เป็นโครงการที่สนับสนุนการดำเนินงานตาม “แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ค.ศ. 1997-2001” ในยุทธศาสตร์การส่งเสริมสุขภาพและบริการทางการแพทย์ ที่มุ่งเน้นกระบวนการจัดบริการส่งเสริมสุขภาพและสร้างศักยภาพของผู้ติดเชื้อเอดส์ในการดูแลตนเอง รวมทั้งจัดระบบบริการทางการแพทย์ที่เหมาะสมและขยายผลให้เกิดระบบการดูแลรักษาที่มีคุณภาพครบถ้วนและมีความต่อเนื่องในการบริการส่งเสริมสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์อย่างทั่วถึง และยุทธศาสตร์การพัฒนาความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ที่มุ่งเน้นการสร้างความร่วมมือระหว่างประเทศในภูมิภาค การแลกเปลี่ยนเทคโนโลยีและวิทยาการต่างๆ กับนานาชาติ ตลอดจนการประสานการใช้ทรัพยากรสำหรับดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่พึงประสงค์ร่วมกัน

สำหรับทางฝ่ายออสเตรเลียนั้น เมื่อพิจารณาจากวิวัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียระหว่างปลายทศวรรษที่ 1880 ถึง ค.ศ. 2000 ดังรายละเอียดในบทที่ 2 พบว่านับตั้งแต่ปีค.ศ. 1945 เป็นต้นมา รัฐบาลออสเตรเลียได้ให้ความสำคัญอย่างมากต่อการส่งเสริมและกระชับความสัมพันธ์กับนานาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก

ประเทศไทยเป็นอีกประเทศหนึ่งที่รัฐบาลออสเตรเลียได้เข้ามาให้ความร่วมมือและความช่วยเหลือ โดยในช่วงทศวรรษที่ 1960 ได้เข้าร่วมทำงานกับภาครัฐบาล กลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชนและกลุ่มทางสังคมต่าง ๆ ของไทย ซึ่งจะมุ่งเน้นและให้ความสำคัญในด้านการศึกษา การเกษตร การพัฒนาชนบท และการคมนาคม จนกระทั่งหลังจากปีค.ศ. 1992 เป็นต้นมา รัฐบาลออสเตรเลียถือว่าความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียอยู่ในช่วงปรับเปลี่ยน เพราะรัฐบาลออสเตรเลียพิจารณาว่าประเทศไทยว่าเป็นประเทศที่มีระดับการพัฒนาและความเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจที่ถือว่าอยู่ในระดับที่ประสบความสำเร็จและสามารถดำเนินการได้ด้วยตนเองแล้ว กิจกรรมความร่วมมือระหว่างสองประเทศจึงเปลี่ยนแปลงในลักษณะของความสัมพันธ์จากรูปแบบผู้ให้และผู้รับมาเป็นหุ้นส่วนที่มีสถานะเท่าเทียมกัน ซึ่งจะมุ่งเน้นการให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ ทุนฝึกอบรมและผู้เชี่ยวชาญ เพื่อพัฒนาความร่วมมือให้เป็นแบบไตรภาคีสำหรับการขยายความร่วมมือไปยังประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคอินโดจีนต่อไป

ในฐานะที่ประเทศออสเตรเลียได้รับการยอมรับจากนานาประเทศถึงความเป็นผู้นำในเรื่องการดูแลสุขภาพ การให้ความรู้ และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ รัฐบาลออสเตรเลียจึงมีศักยภาพพร้อมที่จะเข้ามาขยายความสัมพันธ์และความร่วมมือกับประเทศไทยในประเด็นด้านโรคเอดส์ ซึ่งเมื่อพิจารณาจากการดำเนินนโยบายความช่วยเหลือของรัฐบาลออสเตรเลียในประเด็นดังกล่าวพบว่าคณะรัฐบาลออสเตรเลียได้ตระหนักและเล็งเห็นถึงผลประโยชน์แห่งชาติของออสเตรเลียในอนาคตที่จะได้รับจากการให้ความช่วยเหลือแก่ประเทศกำลังพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคเอดส์ นับได้ว่าเป็นการเปิดโอกาสให้รัฐบาลออสเตรเลียในการเข้ามาดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาเอดส์ในประเทศไทยเพื่อพัฒนาและสร้างความเข้มแข็งให้กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและหน่วยงานต่างๆของออสเตรเลีย ซึ่งสามารถนำประสบการณ์และองค์ความรู้ที่ได้รับจากการดำเนินงานในประเทศไทยไปประยุกต์ใช้เพื่อสร้างความร่วมมือและความช่วยเหลือรวมทั้งขยายบทบาทความสัมพันธ์กับประเทศต่าง ๆ ในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ในช่วงเวลาต่อมา

ผลสรุปที่ได้รับจากการวิเคราะห์ถึงพัฒนาการของการเกิดความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาคเอดส์ผู้วิจัยค้นพบว่า ในยุคปัจจุบันปัญหาโรคเอดส์เป็นปัญหาข้ามชาติที่มีความสำคัญและก้าวขึ้นมาเป็นบทบาทในฐานะภัยคุกคามต่อความมั่นคงของมนุษย์ อันส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญในการดำเนินกิจการทางด้าน

ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ นอกจากนี้แล้ว โรคเอดส์ยังกลายเป็นภัยคุกคามที่มีความรุนแรงอย่างมากต่อการพัฒนาประเทศ เพราะเหตุว่าโรคเอดส์กลายเป็นปัจจัยที่ก่อให้เกิดผลกระทบในอีกหลายด้านของทุกระดับของสังคมอย่างกว้างขวาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งได้ส่งผลกระทบต่อทั้งทางด้านเศรษฐกิจ การเมือง และสังคมของทุกประเทศทั่วโลก ดังนั้นแนวทางที่สามารถป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพจะต้องได้รับความร่วมมือทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาคและระหว่างประเทศ

บทวิเคราะห์ข้างต้น เป็นข้อเท็จจริงที่ได้จากการศึกษาบทที่ 3 ซึ่งต่อมา หลังจากที่ผู้วิจัยได้ทำการค้นคว้าข้อมูลจากเอกสาร และการสัมภาษณ์บุคคลต่าง ๆ เพื่อหาเหตุผลของการเกิดโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ ดังรายละเอียดในบทที่ 4 ผู้วิจัยค้นพบว่า โครงการความร่วมมือระหว่างประเทศดังกล่าวเกิดขึ้นจากบทบาทและแรงผลักดันของประชาคมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นโรคเอดส์ของทั้งสองประเทศเป็นสำคัญ โดยเริ่มเข้ามามีบทบาทตั้งแต่ขั้นตอนการวิเคราะห์ปรึกษาหารือ และเรียนรู้สภาพปัญหาาร่วมกัน เพื่อสร้างความตระหนักในประเด็นปัญหาเอดส์ นำมาซึ่งการกำหนดรูปแบบและแนวทางที่มีความชัดเจนถูกต้องและเหมาะสม จนสามารถดำเนินงานตามแนวทางและจุดมุ่งหมายที่กำหนดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ อันนำไปสู่การเกิดโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในที่สุด

สำหรับโครงการ NAPAC พบว่า กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นโรคเอดส์ของทั้งสองประเทศ ได้เริ่มเข้ามามีบทบาทตั้งแต่การเข้ามาสำรวจและเก็บข้อมูลสำหรับ นำเสนอสภาพปัญหาเอดส์ในเขตภาคเหนือของประเทศไทย เพื่อเพิ่มความตระหนักถึงประเด็นปัญหาเอดส์ที่เกิดขึ้นอย่างแท้จริง จนร่วมมือกันกำหนดแนวทางและขอบเขตข้อตกลงสำหรับการแก้ไขปัญหาที่เหมาะสม ซึ่งข้อตกลงที่ได้รับจากโครงการความร่วมมือดังกล่าวเป็นที่ยอมรับว่าเป็นแนวความคิดเกี่ยวกับการทำงานด้านเอดส์ที่ก้าวหน้าอย่างมากสำหรับประเทศไทยในขณะนั้น รวมทั้งมีบทบาทในการดำเนินงาน ตรวจสอบและประเมินผล จนกลายเป็นโครงการความร่วมมือที่เพิ่มประสิทธิภาพต่อการจัดการปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในช่วงเวลาดังกล่าวจนกระทั่งปัจจุบัน

สำหรับโครงการ AACP พบว่ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นโรคเอดส์ของทั้งสองประเทศ ได้เริ่มเข้ามามีบทบาทตั้งแต่การแลกเปลี่ยนศึกษาดูงานด้านการจัดการ

ปัญหาเอชไอวีระหว่างกัน เพื่อตรวจสอบสภาพปัญหาเอชไอวีที่เกิดขึ้น สำหรับใช้เป็นข้อมูลในการกำหนดแนวทางและขอบเขตข้อตกลงโครงการความร่วมมือระหว่างกัน เนื่องจากโครงการAACP เป็นโครงการความร่วมมือระหว่างรัฐบาลของทั้งสองประเทศ ดังนั้นบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของหน่วยงานที่ได้รับมอบหมายจากรัฐบาลทั้งสองประเทศจึงกลายเป็นตัวแสดงที่เข้ามามีบทบาทเริ่มตั้งแต่การกำหนดข้อตกลง ดำเนินการ ตรวจสอบและประเมินผล จนสามารถดำเนินโครงการบรรลุถึงวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้ได้เป็นอย่างดี

การยืนยันกรอบความคิด

เนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยมุ่งหวังที่จะศึกษาเกี่ยวกับมูลเหตุและพัฒนาการของการเกิดความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย ในกรณีการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ. 1993-2001 โดยมีประเด็นปัญหาคือ “เหตุใดความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในโครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (Collaborative Project on HIV/AIDS Prevention and Alleviation) ในประเทศไทยระหว่างปีค.ศ. 1993-2001 จึงเกิดขึ้นได้” จากการศึกษาวิเคราะห์พบว่า ผลที่ได้จากการศึกษาดังกล่าวมีความสอดคล้องกับกรอบความคิดในการศึกษาเรื่องความร่วมมือระหว่างประเทศ ตามสมมติฐานเกี่ยวกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (epistemic community hypothesis) ที่ผู้วิจัยได้วางเป็นแนวทางเอาไว้ตั้งแต่เริ่มต้นของการศึกษา เพื่อที่จะนำมาใช้ในการตอบและอธิบายประเด็นปัญหาของการศึกษาวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ กล่าวคือ ประชาคมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของไทยและออสเตรเลียเป็นตัวแสดงที่มีบทบาทสำคัญอันส่งผลทำให้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศในโครงการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ดังกล่าว

สำหรับข้อสรุปที่ได้รับถือว่า เป็นการยืนยันตามแนวความคิดของ ปีเตอร์ เอ็ม แฮสส์ (Peter M. Haas) ในการศึกษาถึงความร่วมมือระหว่างประเทศในเรื่องเกี่ยวกับการรักษาสิ่งแวดล้อมของทะเลเมดิเตอร์เรเนียน ซึ่งได้เสนอข้อสมมติฐานเกี่ยวกับบทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่ริเริ่มให้มีความร่วมมือระหว่างประเทศ อันแสดงถึงบทบาทของกลุ่มประชาคมผู้เชี่ยวชาญและกลุ่มที่มีความรู้ในประเด็นหนึ่ง ๆ ในฐานะตัวแสดงที่มีส่วนทำให้เกิดปฏิบัติการ และพัฒนาการใหม่ ๆ ของรัฐในการส่งเสริมและก่อให้เกิดความร่วมมือระหว่างประเทศ

กลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (epistemic community)	
ลักษณะสภาพของระบบ (conditioning systemic features)	ไม่แน่นอน (uncertainty)
กระบวนการความร่วมมือ (process of cooperation)	การต่อรองและการเรียนรู้ (bargaining and learning)
รูปแบบของความร่วมมือ (forms of cooperation)	ถูกกำหนดโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (as defined by the epistemic community)
ขอบเขต (scope)	ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงไปตามระดับความร่วมมือกันภายในประเทศและความเกี่ยวข้องของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (vary with domestic alliances and involvement of epistemic community)
ระยะเวลา (duration)	ไม่คงที่เปลี่ยนแปลงตามระดับความเกี่ยวข้องของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (vary with involvement of epistemic community)

<p>ผลที่ได้รับจากความร่วมมือ (effect of cooperation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> ● นำไปสู่นโยบายร่วมกันของรัฐบาล (lead to convergent governmental policies) ● ส่งเสริมความร่วมมือภายในขอบเขต ที่ถูกระบุโดยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ (reinforce cooperation within range delimited by epistemic community) ● นำไปสู่รูปแบบใหม่ของการกำหนด นโยบายที่มีเนื้อหาครอบคลุมอย่างกว้าง ขวางของรัฐบาล (instill new patterns of comprehensive policy making in governments)
--	--

สำหรับกรอบความคิดที่เกี่ยวข้องกับบทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญนั้น เป็นแนวความคิดที่มีสมมติฐานเชื่อว่าลักษณะสภาพของระบบไม่แน่นอน ดังนั้นพฤติกรรมสามารถเปลี่ยนแปลงได้ขึ้นอยู่กับโอกาสที่จะได้รับในการเรียนรู้และทำความเข้าใจกับสิ่งใหม่ๆ ในสัมพันธภาพระหว่างเหตุและผลกับปรากฏการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นในโลก ดังนั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจึงกลายเป็นตัวแสดงที่เข้ามาเสนอแนวทางเลือกสำหรับการดำเนินพฤติกรรมของรัฐว่าควรดำเนินการในลักษณะใดและมีรูปแบบอย่างไร จึงส่งผลถึงการที่รัฐเลือกที่จะดำเนินความร่วมมือระหว่างประเทศ

นอกจากนี้แล้วพบว่า ลักษณะของกิจกรรมและพฤติกรรมซึ่งกลุ่มผู้เชี่ยวชาญแสดงออกมาเพื่อให้บรรลุถึงจุดมุ่งหมายของกลุ่มตนนั้น เริ่มตั้งแต่การดำเนินพฤติกรรมที่มีส่วนทำให้เกิดการเรียนรู้และการสร้างความตระหนักในประเด็นปัญหาหนึ่งๆต่อสังคม (agenda setting) ซึ่งได้จากการวิเคราะห์ปริศนาหรือ การเจรจาต่อรอง (bargaining and learning) เพื่อกำหนดสภาพปัญหา ประเด็นปัญหาแนวทาง และจุดหมายร่วมกัน จนกลายเป็นข้อตกลงร่วมกัน (forms of cooperation) สำหรับใช้เป็นข้อปฏิบัติอันนำไปสู่การประสานนโยบายร่วมกันจนเกิดความร่วมมือในที่สุด

การพิสูจน์สมมติฐาน

จากลักษณะของพัฒนาการความร่วมมือ รวมทั้งแนวนโยบาย พฤติกรรม และกิจกรรมของการดำเนินโครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลีย (ดังรายละเอียดในบทที่ 3 และ 4) พบว่า “ความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในโครงการความร่วมมือเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ. 1993-2001 เกิดขึ้นจากบทบาทและแรงผลักดันของประชาคมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขที่เข้ามาเกี่ยวข้องกับการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ของทั้งสองประเทศเป็นสำคัญ”

จากวิวัฒนาการของการจัดการกับปัญหาโรคเอดส์ในประเทศไทยในช่วงระหว่างปีค.ศ. 1983-1993 พบว่า จุดสำคัญที่ก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงคือ การเปิดเผยข้อมูลข่าวสารจากทุกฝ่าย และการเปิดโอกาสให้มีการแลกเปลี่ยนแนวคิดและองค์ความรู้จากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญและนักวิชาการจากหลากหลายสาขาวิชา ส่งผลทำให้สามารถมองเห็นและเข้าใจสัมพันธภาพของปัจจัยอันเป็นเงื่อนไขในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ตลอดจนผลกระทบทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดตามมาอย่างซับซ้อนได้อย่างชัดเจนขึ้น ทำให้สังคมสามารถเข้าใจสถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่เป็นจริง จนสามารถพัฒนากระบวนการทัศน์และแนวทางในการจัดการแก้ไขปัญหาเอดส์ได้อย่างมีประสิทธิภาพในที่สุด

สำหรับบทบาทของประชาคมกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นปัญหาเอดส์ช่วงระหว่างปี ค.ศ. 1983-1993 นั้น เริ่มเข้ามามีบทบาทตั้งแต่การการสร้างความตระหนักต่อความสำคัญของประเด็นปัญหาเอดส์แก่สังคมไทย โดยการนำเสนอองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่คณะผู้บริหารระดับสูงของประเทศ จนสามารถผลักดันนำมาสู่การจัดตั้งคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ และได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดนโยบายเอดส์แห่งชาติ ซึ่งสะท้อนภาพลักษณะของระบบที่มีความไม่แน่นอนได้เป็นอย่างดี โดยที่ในระยะแรกรัฐไม่ยอมรับว่าเอดส์เป็นปัญหา เพราะการขาดความรู้ ความเข้าใจและข้อมูลข่าวสาร หลังจากได้เรียนรู้ข้อเท็จจริงก็ทำให้เกิดการยอมรับ

นอกจากนี้ยังพบว่า ผลสำเร็จที่เกิดขึ้นมิได้เกิดจากประสิทธิภาพในการดำเนินงานของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขเพียงอย่างเดียว บทบาทของนักเคลื่อนไหวทางสังคม อาทิ

องค์กรพัฒนาเอกชน นักวิชาการ สื่อมวลชน และนักทำกิจกรรมเพื่อสังคม ก็ได้เข้ามาทำหน้าที่เป็นตัวกระตุ้นให้ข้อมูลและผลักดันให้รัฐบาลหันมาสนใจและกำหนดนโยบายต่างๆ ให้ตรงกับสภาพปัญหา รวมทั้งเรียกร้องให้รัฐบาลเปิดเผยความจริงให้ประชาชนได้รับรู้ เนื่องจากคุณลักษณะของนักเคลื่อนไหวทางสังคมที่มีวิสัยทัศน์และแนวคิดค่อนข้างจะอิสระมากกว่าภาครัฐบาล จึงสามารถพัฒนากรอบแนวคิดและกลวิธีในการดำเนินงานที่สามารถปรับเปลี่ยนไปตามสถานการณ์ของปัญหาเอชไอวีในแต่ละระยะ ทั้งในเรื่องการต่อต้านมาตรการด้านกฎหมายที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ที่รีดรอนสิทธิผู้ป่วยเอดส์ และเข้ามามีส่วนผลักดันทำให้เกิดนโยบายเอดส์แห่งชาติที่มีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาไปในทิศทางที่คำนึงถึง สิทธิมนุษยชนมากขึ้น นับตั้งแต่ปีค.ศ. 1991 เป็นต้นมา

สำหรับโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือของไทย (NAPAC) ระหว่างปี ค.ศ. 1993-1997 เริ่มตั้งแต่การเข้ามาศึกษาขั้นต้นของสำนักงานความช่วยเหลือเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย (Australian International Development Assistance Bureau – AIDAB) โดยมีกรรมการตั้งคณะทำงานออกแบบโครงการ (Programme Design Team) เพื่อทำหน้าที่นำเสนอทางเลือกสำหรับใช้เป็นรูปแบบในการดำเนินโครงการ ซึ่งคณะทำงานประกอบด้วยกลุ่มผู้เชี่ยวชาญจากหลายสาขา อาทิ นักวางแผนยุทธศาสตร์และการจัดการจากออสเตรเลีย นักมนุษยวิทยาทางการแพทย์จากออสเตรเลีย ผู้เชี่ยวชาญทางด้านสาธารณสุขของไทย และ ผู้เชี่ยวชาญทางด้านการพัฒนาของไทย

เนื่องจากโครงการโรคเอดส์ของรัฐบาลไทยในช่วงปี ค.ศ. 1992 นั้น จะถูกดำเนินการโดยอยู่ภายใต้ความรับผิดชอบของกระทรวงหลัก ๆ เป็นส่วนใหญ่ อาทิ กระทรวงสาธารณสุข และกระทรวงมหาดไทย และงบประมาณส่วนมากก็จะถูกจัดสรรให้กับกิจกรรมทางการแพทย์เป็นหลัก อาทิ การตรวจสอบ คั่นคว่า และเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ ซึ่งกิจกรรมเหล่านี้ยังมุ่งเน้นดำเนินการอยู่เฉพาะในเขตกรุงเทพมหานคร และเมืองในจังหวัดที่มีความสำคัญเป็นหลัก จึงส่งผลทำให้การป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดและการจัดการเกี่ยวกับปัญหาเอดส์ของไทยไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร

จากเหตุผลดังกล่าวข้างต้น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญและความจำเป็นที่จะต้องให้บุคคลหรือกลุ่มองค์กรต่างๆ ที่ดำเนินงานอยู่ในระดับชุมชนท้องถิ่นเข้ามาร่วมมือและดำเนินกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับการจัดการปัญหาเอดส์ เพราะกลุ่มองค์กรต่าง ๆ นั้นมีศักยภาพในการดำเนินโครงการร่วมกับกลุ่มเป้าหมาย โดยเฉพาะกับกลุ่มผู้ขาดโอกาสทางสังคมในพื้นที่ชนบทที่มีแนวโน้มของการติดเชื้อ

และแพร่ระบาดของโรคเอดส์ที่เพิ่มสูงขึ้น และจากประสบการณ์และความรู้ความเข้าใจ ที่ได้จากการทำงาน อย่างไม่ลืมหูลืมตากับชุมชนระดับท้องถิ่น จึงทำให้กลุ่มองค์กรต่าง ๆ ที่ดำเนินงานอยู่ในระดับชุมชนมีความ พร้อมที่จะเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย และสามารถนำองค์ความรู้เรื่องการจัดการปัญหาเอดส์ผนวกรวมเข้าไป กับการทำงาน ทางด้านการพัฒนาชนบท การจัดการสุขภาพชุมชน การศึกษา และกิจกรรมอื่นๆ ที่ องค์กรของตนกำลังดำเนินงานอยู่ในขณะนั้น

นอกจากนี้แล้ว คณะทำงานออกแบบโครงการยังคำนึงถึงลักษณะโครงสร้างของโครงการที่มีความ มั่นคงยั่งยืนในการดำเนินโครงการเป็นหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องเงินทุนสนับสนุนการดำเนิน โครงการ คณะทำงานออกแบบโครงการมีแนวคิดที่ว่า ถ้าโครงการที่ดำเนินการอยู่ประสบผลสำเร็จจน สามารถลดอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ ถึงแม้ว่าแหล่งเงินทุนจากรัฐบาลออสเตรเลียจะยุติลงแต่ มีแนวโน้มที่จะมีแหล่งเงินทุนจากทั้งรัฐบาลไทยและจากต่างประเทศให้ความช่วยเหลือ ดังนั้นการสร้าง ความเข้มแข็งในการบริหารจัดการกิจกรรมของกลุ่มต่าง ๆ ที่เข้าร่วมกับโครงการจึงมีความสำคัญอย่าง มาก โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณะทำงานออกแบบโครงการได้กำหนดขอบเขตโครงการโดยมุ่งเน้นให้ สำนักงานดำเนินโครงการตั้งอยู่ในพื้นที่ดำเนินโครงการ และมีการบริหารงานด้วยบุคลากรในพื้นที่เช่น เดียวกัน แทนที่จะเป็นการว่าจ้างให้บริษัทที่ปรึกษาเป็นผู้บริหารโครงการ

สำหรับการดำเนินโครงการ NAPAC นั้นกลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้แบ่งช่วงการดำเนินงานออกเป็น 3 ช่วง กล่าวคือในระยะแรกเป็นช่วงของการก่อตั้งโครงการ (establishment phase) ใช้ระยะเวลาดำเนินงาน ประมาณ 6 เดือนแรก ซึ่งถือว่าเป็นช่วงของการสร้างระบบโครงสร้างการบริหารจัดการและการประสาน งาน ในช่วงที่สองเป็นช่วงของการดำเนินโครงการนำร่อง (pilot implementation phase) ใช้ระยะ เวลาดำเนินงานในช่วงปีที่หนึ่งถึงสองปีแรก จะมุ่งเน้นการประเมินโครงร่างข้อเสนอของหน่วยงานต่างๆ ที่เสนอเข้ามาเพื่อขอรับความช่วยเหลือ ในช่วงสุดท้ายเป็นช่วงการดำเนินงาน และการสร้างความเข้มแข็ง ต่อโครงการ (implementaion and consolidation phase) ใช้ระยะเวลาดำเนินงานในช่วงปีที่สองถึงปีที่ห้า ของโครงการ โดยเป็นช่วงดำเนินงานของโครงการต่างๆ ที่ได้รับความช่วยเหลือ และมีการประสานงาน เพื่อส่งเสริมความร่วมมือระหว่างตัวแทนจากหน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งมีการจัดฝึกอบรม และสัมมนาเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดำเนินงาน โดยมุ่งเน้นการพัฒนาที่มั่นคงยั่งยืนเป็นหลัก

นอกจากนี้แล้วในส่วนของผู้บริหารจัดการโครงการ NAPAC นั้น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้แบ่งออกเป็น 2 ส่วนกล่าวคือ ในส่วนแรกเป็นคณะกรรมการจัดการโครงการ (Board of Management) ซึ่งประกอบด้วยบุคคลต่าง ๆ ในทุกเครือข่ายที่ดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับประเด็นโรคเอดส์ โดยจะพิจารณาคัดเลือกมุ่งเน้นการให้ความสำคัญกับคุณลักษณะส่วนตัวและประสบการณ์การทำงาน รวมทั้งแนวคิดและจุดยืนเกี่ยวกับการดำเนินงานในประเด็นโรคเอดส์มากกว่าการเป็นตัวแทนจากสถาบันต่างๆ ในส่วนที่สองจะเป็นเจ้าหน้าที่ในสำนักงานโครงการจะมีหน้าที่รับผิดชอบงานทั้งหมดของโครงการ NAPAC อาทิ ในเรื่องการบริหารจัดการทั้งทางด้านวิชาการและการประสานงาน โดยเฉพาะมีบทบาทในฐานะตัวกลางที่คอยประสานงานกับองค์กร AusAID และสถานเอกอัครราชทูตออสเตรเลียซึ่งเป็นเจ้าของทุนความช่วยเหลือ กับหน่วยงานต่าง ๆ ที่ดำเนินงานภายใต้ทุนความช่วยเหลือดังกล่าว

สำหรับบทบาทและหน้าที่ในส่วนของการตรวจสอบและติดตามประเมินผลกระบวนการดำเนินโครงการนั้น ผู้จัดการโครงการจะทำหน้าที่รับผิดชอบในการเตรียมผลสรุปกิจกรรมในแต่ละเดือน และรายงานทางการเงินเพื่อนำเสนอต่อคณะกรรมการจัดการโครงการ ซึ่งรายงานเหล่านี้จะมีรายละเอียดครอบคลุมในทุกด้านที่เกี่ยวกับกิจกรรมที่ดำเนินงานและค่าใช้จ่ายต่างๆ ในขณะที่การดำเนินงานของคณะกรรมการจัดการโครงการจะถูกตรวจสอบและประเมินผลโดยตัวแทนจากสำหรับ AusAID และเจ้าหน้าที่จากสถานเอกอัครราชทูตออสเตรเลีย ประจำประเทศไทย

สำหรับโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (AACP) ระหว่างปี ค.ศ. 1997-2001 นั้น จากการคาดการณ์สถานการณ์แพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทย พบว่า แนวโน้มของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของประชากรไทยจะมีจำนวนมากกว่า 1 ล้านรายในปี ค.ศ. 1996 และมีอัตราการเป็นผู้ป่วยโรคเอดส์ในแต่ละปีเพิ่มขึ้นร้อยละ 6 (ประมาณ 60,000 รายต่อปี) ถึงแม้ว่าอัตราการติดเชื้อจะลดลงแต่ความต้องการของผู้ที่ได้รับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในเรื่องการดูแลสุขภาพและความช่วยเหลือต่างๆ กำลังเพิ่มสูงขึ้น ในขณะที่ระบบการให้บริการทางสาธารณสุขในขณะนั้นมีไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยที่เพิ่มสูงขึ้นตลอดเวลา

จากสถานการณ์ที่ประเทศไทยกำลังประสบอยู่ข้างต้น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นปัญหาเอดส์ของไทยและออสเตรเลีย โดยเฉพาะอย่างยิ่งคณะผู้บริหารระดับสูงของกระทรวงสาธารณสุขของไทยได้ตระหนักถึงปัญหาเกี่ยวกับประเด็นเอดส์ที่กำลังเกิดขึ้นในช่วงดังกล่าว จึงได้ตัดสินใจเลือกเยี่ยมชมเพื่อศึกษารูปแบบการดำเนินงานของศูนย์ ASC ที่ประเทศ

ออสเตรเลียสำหรับนำมาพัฒนาและประยุกต์ใช้กับหน่วยงานที่ดำเนินกิจกรรมในประเด็นโรคเอดส์ของรัฐบาลไทย รวมทั้งเพื่อหาแนวทางในการพัฒนาความร่วมมือระหว่างกัน ในขณะเดียวกันผู้บริหารของศูนย์ ASC ได้รับเชิญจากกระทรวงสาธารณสุขของไทยเพื่อเยี่ยมชมการดำเนินงานเกี่ยวกับการจัดการปัญหาเอดส์ของไทยและกำหนดโครงสร้างเพื่อใช้พัฒนาโครงการความร่วมมือในประเด็นปัญหาเอดส์ของทั้งสองประเทศ จึงถือได้ว่าช่วงปี ค.ศ. 1994 ถึง 1996 เป็นช่วงของการแลกเปลี่ยนคณะผู้บริหารของทั้งสองฝ่ายเพื่อศึกษาแนวทางในการดำเนินความร่วมมือระหว่างกันในการจัดการกับประเด็นปัญหาเอดส์ที่ไทยกำลังประสบอยู่ในขณะนั้น

คณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการความร่วมมือ ซึ่งประกอบไปด้วย เจ้าหน้าที่ของสำนักงาน AusAID เป็นหัวหน้าคณะ ที่ปรึกษาทางการแพทย์ (medical adviser) และ ผู้บริหารจากศูนย์ ASC ของออสเตรเลีย ได้พิจารณารับโครงสร้างแผนการดำเนินงานและรูปแบบของโครงการความร่วมมือที่ฝ่ายไทยเสนอ พร้อมกับดำเนินการจัดทำเอกสารรูปแบบโครงการ (Project Design Document) ซึ่งมีรายละเอียดเกี่ยวกับการดำเนินโครงการ

สำหรับรูปแบบของการดำเนินงานในโครงการนั้น คณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการกำหนดให้มีการดำเนินงานในรูปแบบของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพที่ครบวงจรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทย (HIV/AIDS Ambulatory Care Project-AACP) จากการสำรวจพบว่าที่โรงพยาบาลบาราศนราครมีการดำเนินงานเฉพาะคลินิกผู้ป่วยนอก (outpatient clinics) ยังขาดห้องดูแลรักษาฟื้นฟูสุขภาพ (ambulatory care treatment room) และการดำเนินกิจกรรมของศูนย์ในเวลากลางวัน (day centre activities) นอกจากนี้แล้ว คณะทำงานศึกษาและสำรวจความเป็นไปได้ของโครงการยังได้กำหนดให้มีการดำเนินงานบริการในรูปแบบสหสาขาวิชาสำหรับการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อ และ ผู้ป่วยโรคเอดส์ (multidisciplinary care services) เพราะเหตุว่าปัญหาเอดส์มีลักษณะยุ่งยากซับซ้อน และมีความเกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาอื่นๆ นอกเหนือจากประเด็นทางด้านสุขภาพ ดังนั้นจึงมีความ จำเป็นที่จะต้องให้บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลบาราศนราครที่เกี่ยวข้องกับประเด็นปัญหาเอดส์ในทุกๆส่วน ได้เข้ามามีส่วนร่วมในการกำหนดแนวทางและดำเนินการแก้ปัญหาาร่วมกัน

นอกจากนี้แล้วยังมุ่งเน้นการพัฒนาทักษะ และองค์ความรู้ของบุคลากรทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขสำหรับการขยายบทบาทของโรงพยาบาลบาราศนราคร เป็นศูนย์ฝึกอบรมระดับชาติและ

ระดับภูมิภาคด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ (National and Regional Training Centre in HIV/AIDS Care) โดยมีการจัดโครงการฝึกอบรม (Train the Trainer) สำหรับเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลที่จะกลายเป็นผู้ฝึกหัดแก่หน่วยงานบริการทางการแพทย์อื่นๆ ต่อไป

สำหรับการดำเนินงานในโครงการ AACP นั้น กลุ่มผู้เชี่ยวชาญได้แบ่งช่วงการดำเนินงานออกเป็น 3 ช่วง กล่าวคือ ในช่วงแรกเป็นช่วงการจัดฝึกอบรมทักษะและองค์ความรู้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุขของโรงพยาบาลบาราคนราดูร์ (a high initial input in training) ซึ่งถือว่าเป็นช่วงของการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของโรงพยาบาลเพื่อให้สามารถดำเนินงานให้บริการทางการแพทย์ที่มีประสิทธิภาพสูงสุดแก่ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ รวมทั้งการให้ความช่วยเหลือแก่ครอบครัวและ ผู้ดูแลของผู้ป่วยเหล่านี้ ในช่วงที่สองเป็นช่วงของการพัฒนากระบวนการ ขั้นตอนและบันทึกข้อตกลง (a middle phase of procedural and protocol development) สำหรับใช้เป็นแนวทางการปฏิบัติงานของโครงการ ในช่วงสุดท้ายเป็นช่วงการประเมินผลและการสร้างความเข้มแข็งต่อโครงการ (a final phase of evaluation and consolidation) โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพของโรงพยาบาลให้สามารถดำเนินงานตามข้อตกลงได้ตามปกติเมื่อโครงการยุติลง

สำหรับบทบาทและหน้าที่ในส่วนของการตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินโครงการนั้น ผู้จัดการโครงการจะทำหน้าที่รับผิดชอบในการเตรียมผลสรุปความก้าวหน้าของโครงการวิเคราะห์ วางแผน และเสนอแนวทางแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น โดยมีการจัดทำรายงานความก้าวหน้าทุก ๆ 3 เดือน (Quarterly Progress Reports) เพื่อนำเสนอต่อสำนักงาน AusAID และจัดทำแผนงานประจำปี (Annual Plan) เพื่อนำเสนอต่อสำนักงาน AusAID สำหรับการพิจารณาอนุมัติร่วมกับคณะกรรมการประสานงานโครงการ (PCC) ซึ่งจะมีรายละเอียดเกี่ยวกับขั้นตอนการดำเนินกิจกรรมในแต่ละส่วนประกอบตามข้อตกลงโครงการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งจะถูกใช้เป็นตัวกำหนดบทบาทความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่โครงการว่าจะต้องดำเนินกิจกรรมอะไรบ้าง นอกจากนี้แล้ว ได้มีการตรวจสอบและทบทวนการดำเนินงานและเทคนิคในช่วงครึ่งแรกของช่วงระยะเวลาการดำเนินโครงการ (Technical and Mid-Term Review) ซึ่งผลการตรวจสอบและประเมินโครงการดังกล่าวได้ข้อสรุปว่าโครงการควรที่จะขยายขอบเขตและระยะเวลาการดำเนินงาน เพื่อให้สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้ได้เป็นอย่างดี

นอกจากนี้แล้วสำนักงาน AusAID ได้ให้การสนับสนุนคณะทำงานประเมินผลโครงการ (Project Evaluation Team- PET) ซึ่งเป็นคณะบุคคลภายนอกโครงการประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญทางด้าน เอชไอวี การให้การศึกษาทางการแพทย์ การพยาบาล และสาธารณสุข จากหลายประเทศ เข้ามาทำการ ตรวจสอบและประเมินผลโครงการ สำหรับข้อสรุปที่ได้รับจากการประเมินผลโครงการของคณะทำงาน ประเมินผลโครงการ (PET) นั้น กล่าวได้ว่าโครงการประสบผลสำเร็จเป็นที่น่าพอใจและบรรลุวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้เป็นอย่างดี ซึ่งผลลัพธ์ดังกล่าวทำให้สำนักงาน AusAID เห็นชอบที่จะให้เงิน สนับสนุนเพิ่มเติมจำนวน 55,000 เหรียญออสเตรเลีย สำหรับการดำเนินงานต่อไปอีก 6 เดือน เพื่อสร้างความเข้มแข็งให้กับโครงการในฐานะศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ระดับภูมิภาค

สำหรับสมมติฐาน ซึ่งผู้วิจัยได้นำกรอบความคิดเกี่ยวกับบทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญที่นำไปสู่ การเกิดความร่วมมือระหว่างประเทศมาเป็นแนวทางในการกำหนดและอธิบายประเด็นปัญหาของการ ศึกษาครั้งนี้ เพื่อให้การพิสูจน์สมมติฐานมีความชัดเจนยิ่งขึ้น ผู้วิจัยจึงรวบรวมข้อมูลรายละเอียดเกี่ยวกับ บทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นโรคเอดส์ของทั้งสองประเทศ ในโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วย ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปี ค.ศ. 1983-2001 มาจัดทำเป็นตาราง โดยแบ่งตาม โครงการในแต่ละช่วงเวลา ดังตารางที่ 5.1

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตารางที่ 5.1 บทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขในโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในการป้องกันและแก้ไขปัญหาผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยระหว่างปีค.ศ. 1993-2001

บทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุข	โครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ (NAPAC) ปี ค.ศ. 1993-1997	โครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ (AACP) ปีค.ศ.1997-2001
กำหนดข้อตกลงโครงการสร้างความตระหนักต่อประเด็นปัญหาเอดส์	นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในเขตภาคเหนือของประเทศไทยโดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มผู้ขาดโอกาสในสังคม	นำเสนอข้อมูลเกี่ยวกับระบบการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขในประเด็นเอดส์ของไทยที่ไม่เพียงพอต่อความต้องการของผู้ป่วยโรคเอดส์ที่เพิ่มสูงขึ้น
กำหนดขอบเขตข้อตกลง	มุ่งเน้นการดำเนินกิจกรรมทางด้านโรคเอดส์กับตัวแทนจากส่วนต่างๆ ในระดับชุมชนท้องถิ่นของภาคเหนือตอนบน	ดำเนินงานตามรูปแบบของศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพ (ambulatory care center) โดยมุ่งเน้นการให้บริการในรูปแบบผู้ป่วยนอก
ข้อตกลง	บริหารจัดการโดยตรงซึ่งมุ่งเน้นการคัดเลือกเจ้าหน้าที่โครงการจากบุคลากรในพื้นที่โครงการเป็นหลัก สนับสนุนการดำเนินกิจกรรมเกี่ยวกับประเด็นเอดส์แก่ตัวแทนจากภาครัฐ เอกชน องค์กรพัฒนาเอกชน และกลุ่มต่าง ๆ ในชุมชน บนพื้นฐานของการเข้าร่วมคิดริเริ่มดำเนินงานจากระดับท้องถิ่น	พัฒนาความร่วมมือระหว่างโรงพยาบาลบาราคนราดूर กับศูนย์อัลเบียนสตรีท จัดตั้งศูนย์ฟื้นฟูสุขภาพที่ครบวงจรที่โรงพยาบาลบาราคนราดूर โดยมุ่งเน้นการจัดฝึกอบรมให้ความรู้กับบุคลากรของโรงพยาบาลเป็นหลัก พัฒนาโรงพยาบาลบาราคนราดूरเป็นศูนย์กลางอ้างอิงข้อมูลทางวิชาการและศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ในระดับชาติและระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

<p>ดำเนินงาน</p>	<p>คณะกรรมการจัดการโครงการ (Board of Management) ทำหน้าที่คัดเลือกและอนุมัติการให้ความช่วยเหลือแก่ตัวแทนกลุ่มต่างๆ ที่เข้าร่วมกับโครงการ</p> <p>เจ้าหน้าที่โครงการ ทำหน้าที่บริหารจัดการโครงการและประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ ที่เข้าร่วมดำเนินงานกับโครงการ</p>	<p>คณะกรรมการประสานงานโครงการ (Project Coordination Committee) ทำหน้าที่ตรวจสอบและประเมินผลการดำเนินโครงการ</p> <p>ผู้อำนวยการโครงการ และผู้จัดการโครงการเป็นชาวออสเตรเลียทำหน้าที่บริหารจัดการโครงการและประสานงานกับหน่วยงานต่าง ๆ รวมทั้งเป็นที่ปรึกษาโครงการ</p>
<p>ตรวจสอบและประเมินผล</p>	<ul style="list-style-type: none"> -รายงานประจำปีและแผนการประจำปี -รายงานทบทวนการดำเนินงานครั้งแรกของการดำเนินโครงการ -รายงานทบทวนการดำเนินงานครั้งแรกของการดำเนินโครงการ -เยี่ยมชมหน่วยงานที่เข้าร่วมโครงการ -ผู้เข้าร่วมโครงการเยี่ยมชมสำนักงานโครงการ -การตรวจสอบและสืบสวนในกรณีที่เกิดปัญหา 	<ul style="list-style-type: none"> -รายงานประจำปีและแผนการประจำปี -รายงานการดำเนินกิจกรรมของที่ปรึกษาระยะสั้น (Short Term Advisers) -รายงานการประชุมของคณะกรรมการดำเนินโครงการ (Project Monitoring Committee) -รายงานของคณะทำงานประเมินผลโครงการ (Project Evaluation Team) -รายงานผลการดำเนินงานเมื่อโครงการเสร็จสมบูรณ์ (Project Completion Report)
<p>ประโยชน์ที่ได้รับ</p>	<ul style="list-style-type: none"> -พัฒนาศักยภาพของกลุ่มเป้าหมายในระดับชุมชนท้องถิ่นจนกลายเป็นกลุ่มสังคมประชารัฐด้านประเด็นเอดส์ที่เข้มแข็งและได้เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายเอดส์แห่งชาติในช่วงต่อมา -สนับสนุนการดำเนินงานตามแผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ค.ศ.1992-1996 	<ul style="list-style-type: none"> -องค์ความรู้และทักษะทางด้านการรักษาพยาบาลและให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยและครอบครัวที่ได้รับจากโครงการฝึกอบรม -จุดเริ่มต้นของการพัฒนาศูนย์อ้างอิงข้อมูลทางวิชาการและศูนย์ฝึกอบรมด้านการรักษาพยาบาลโรคเอดส์ในระดับชาติและระดับภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ -สนับสนุนการดำเนินงานตามแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ค.ศ. 1997-2001

ปัญหาและอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาโรคเอดส์ และข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาความร่วมมือระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียในโครงการป้องกันและแก้ไข ปัญหาโรคเอดส์ตามวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ได้ชี้ให้เห็นว่าทั้งสองประเทศต่างให้ความร่วมมือกันเป็นอย่างดี เพื่อจัดการกับประเด็นปัญหาเอดส์ ซึ่งเอดส์กลายเป็นประเด็นปัญหาระดับโลกที่ส่งผลกระทบต่อความมั่นคง ของชาติซึ่งสามารถป้องกันและแก้ไขได้โดยความร่วมมือทั้งในระดับประเทศ ภูมิภาคและระหว่าง ประเทศ บทเรียนสำคัญที่ได้รับจากความสำเร็จในการจัดการกับประเด็นปัญหาเอดส์ของไทยคือ การมีนโยบายที่ยอมรับและเปิดเผยความเป็นจริงของปัญหาเอดส์ โดยการตระหนักและยอมรับว่าเอดส์ เป็นปัญหาของทุกคนและทุกฝ่ายจะต้องเข้ามามีส่วนร่วมแก้ปัญหาคือ การกำหนดระดับความสำคัญของการแก้ปัญหาคือต้องอาศัยผู้นำประเทศที่มีวิสัยทัศน์และความกล้าหาญ เพราะภาวะความเป็นผู้นำ กลายเป็นเงื่อนไขสำคัญพื้นฐานในการทำงานต่อสู้กับปัญหาโรคเอดส์จนประสบผลสำเร็จและมี ประสิทธิภาพ

บทบาทของกลุ่มผู้เชี่ยวชาญทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขนับได้ว่า เป็นปัจจัยสำคัญของ ความสำเร็จในการผลักดันจนผู้นำประเทศยอมรับสภาพความเป็นจริงของประเด็นปัญหาโรคเอดส์ พร้อมทั้งมีบทบาทในการริเริ่มกำหนดแนวทางสำหรับการบริหารจัดการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหา เอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะของความยุ่งยากซับซ้อนและขอบเขตที่กว้างขวางของประเด็นปัญหา เอดส์มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการปรึกษากันจากกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในประเด็นเอดส์ของทุกส่วนใน สังคมโดยการประสานความร่วมมือและพัฒนาเครือข่ายการทำงานร่วมกันเพื่อกำหนดแนวทางการ ดำเนินงานที่มีความถูกต้องและเหมาะสม นอกจากนี้แล้ว พบว่า บทเรียนจากบทบาทของกลุ่ม ผู้เชี่ยวชาญในกรณีของความร่วมมือระหว่างประเทศในการจัดการกับประเด็นเอดส์นั้นสามารถนำมา ประยุกต์ใช้กับการจัดการประเด็นปัญหาระดับโลกในเรื่องอื่น ๆ อาทิ ปัญหาทรัพยากรธรรมชาติและ สิ่งแวดล้อม ที่กลุ่มผู้เชี่ยวชาญในประเด็นปัญหานั้นๆจะต้องเข้ามามีริเริ่มแสดงบทบาทของตนสำหรับ แนวทางการจัดการปัญหา ซึ่งภาครัฐจะต้องเปิดโอกาสและสนับสนุนให้กับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญในสาขา ต่างๆเหล่านี้ ได้เข้ามามีส่วนร่วมในทุกกระบวนการของการกำหนดนโยบาย เริ่มตั้งแต่การร่วมคิด วางแผน ร่วมดำเนินการ และร่วมติดตามประเมินผล อันส่งผลถึงความสำเร็จในการแก้ไขปัญหานั้นที่สุด

จากการศึกษาวิวัฒนาการของความสัมพันธ์ระหว่างประเทศไทยกับออสเตรเลียพบว่า นโยบายความช่วยเหลือต่างประเทศของแหล่งผู้ให้ต่างๆ มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาขึ้นอยู่กับนโยบายของรัฐบาลนั้น ๆ และ ท่าทีของประชาคมโลกที่มีต่อประเด็นการพัฒนาในช่วงเวลาหนึ่ง ดังจะเห็นได้จากความช่วยเหลือของออสเตรเลียที่มีต่อประเทศไทยในช่วงทศวรรษที่ 1960 มุ่งเน้นในเรื่องการพัฒนาโครงสร้างพื้นฐาน และการพัฒนาชนบท ต่อมาในช่วงทศวรรษที่ 1990 มุ่งเน้นในเรื่องการพัฒนาที่มั่นคงยั่งยืน การอนุรักษ์สิ่งแวดล้อมและการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ซึ่งถือว่าเป็นประเด็นปัญหา ร่วมกันของนานาประเทศที่จะต้องช่วยกันแก้ไข หลังจากปีค.ศ. 1992 รัฐบาลออสเตรเลียถือว่าความร่วมมือระหว่างกันอยู่ในระยะปรับเปลี่ยนจึงค่อยๆลดระดับความช่วยเหลือที่ให้ต่อไทยลดลงอย่างต่อเนื่อง นำมาสู่การเปลี่ยนแปลงความสัมพันธ์จากรูปแบบผู้ให้กับผู้รับมาเป็นหุ้นส่วนที่มีสถานะทัดเทียมกัน มุ่งเน้นการให้ความช่วยเหลือทางวิชาการ ทุนฝึกอบรม และผู้เชี่ยวชาญรวมทั้งการพัฒนาความร่วมมือระหว่างกันในรูปแบบไตรภาคี สำหรับการขยายความช่วยเหลือไปสู่ประเทศเพื่อนบ้านของไทยในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้

จากลักษณะดังกล่าว ได้สะท้อนภาพแนวโน้มของนโยบายความช่วยเหลือต่างประเทศต่อประเทศไทยในอนาคต ซึ่งมีความจำเป็นอย่างมากที่รัฐบาลของไทยจะต้องปรับเปลี่ยนบทบาทเพื่อพัฒนากลยุทธ์ความร่วมมือในบริบทใหม่ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกรณีของโครงการความร่วมมือระหว่างประเทศเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์นั้น รัฐบาลควรมุ่งเน้นการส่งเสริมการศึกษาวิจัยและพัฒนาความร่วมมือกับประเทศต่างๆ โดยใช้ประสบการณ์และองค์ความรู้ที่ได้รับจากการดำเนินงานในประเด็นปัญหาเอดส์ของไทยเป็นจุดแข็งสำหรับนำเสนอเพื่อทำการศึกษาวิจัยและพัฒนาเทคโนโลยีการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อโรคเอดส์ในขั้นรุนแรงร่วมกันต่อไป อันเป็นการพัฒนาทรัพยากรมนุษย์ของไทยให้มีความเข้มแข็ง จนสามารถจัดการกับปัญหาเอดส์ของตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ

นอกจากนี้แล้ว รัฐบาลควรขยายบทบาทจากเดิมที่ร่วมมือในระดับประเทศมาสู่ระดับภูมิภาคในด้านการให้ความช่วยเหลือและสนับสนุนโดยใช้ประสบการณ์ ความเชี่ยวชาญ และองค์ความรู้ เกี่ยวกับการจัดการปัญหาเอดส์ของไทย ร่วมกับความช่วยเหลือจากนานาชาติ แก่ประเทศเพื่อนบ้านในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ อันส่งผลถึงการสร้างความสัมพันธ์ที่ดีต่อกัน ซึ่งผลที่ได้รับจากการให้ความช่วยเหลือก็จะย้อนกลับมาสนับสนุนการป้องกันและแก้ไขปัญหเอดส์ การพัฒนาประเทศและผลประโยชน์แห่งชาติของประเทศไทยในที่สุด

สำหรับปัญหาและอุปสรรคสุดท้าย ผู้วิจัยเห็นว่า การดำเนินโครงการความร่วมมือกับต่างประเทศของไทยในอนาคต ควรจะตระหนักถึงศักยภาพ ความสามารถและความพร้อมของบุคลากรที่เข้าร่วมดำเนินงานในโครงการเป็นสำคัญ เพราะเหตุว่า เมื่อศึกษาในโครงการ AACP พบว่า ปัจจัยหลักที่ทำให้โครงการไม่ประสบผลสำเร็จเท่าที่ควร คือ ภาระความรับผิดชอบที่มากเกินไปของเจ้าหน้าที่ในโครงการ เนื่องจากมีบุคลากรจำนวนจำกัดแต่ต้องรับผิดชอบทั้งงานประจำในหน้าที่ให้การดูแลรักษาผู้ป่วยที่มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้นตลอดเวลาและต้องเข้ารับการฝึกอบรมในช่วงเวลาดังกล่าวอีกด้วย ดังนั้นกิจกรรมการตรวจสอบเพื่อประเมินศักยภาพของบุคลากรที่เข้าร่วมดำเนินงานในโครงการมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจัดทำขึ้นเป็นระยะ ๆ โดยเริ่มตั้งแต่ขั้นตอนการกำหนดรูปแบบโครงการ เพื่อให้สามารถสนองตอบต่อสภาพปัญหาที่เปลี่ยนแปลงตลอดเวลา

นอกจากนี้แล้ว รัฐบาลไทยควรมุ่งเน้นการดำเนินงานในโครงการความร่วมมือกับต่างประเทศตามรูปแบบการพัฒนาที่มั่นคงยั่งยืนเป็นหลัก เพราะเป็นการพัฒนาประเทศที่เกิดประโยชน์ต่อส่วนรวมในระยะยาวอย่างแท้จริง ดังกรณีการดำเนินโครงการ NAPAC ที่มุ่งเน้นการเสริมสร้างศักยภาพของภาครัฐ ภาคธุรกิจ องค์กรพัฒนาเอกชน ชุมชน รวมทั้งกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในระดับภูมิภาค และท้องถิ่น ทำให้ประชาชนในชุมชนต่างๆ มีศักยภาพและประสบการณ์ในการดูแลรักษาตนเองและจัดการกับทรัพยากรที่ตนเองมีอยู่ จนสามารถริเริ่มแก้ไขปัญหาเอดส์ที่เหมาะสมกับตนเองและสภาพแวดล้อมทางสังคมและวัฒนธรรมในท้องถิ่นเป็นหลัก และสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้รับจากการดำเนินกิจกรรมต่างๆ เข้ามามีส่วนร่วมในกระบวนการกำหนดนโยบายระดับชาติ ส่งผลถึงการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่มีประสิทธิภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

รายการอ้างอิง

ภาษาไทย

- การต่างประเทศ , กระทรวง . ไทยกับสงครามโลกครั้งที่ 2 พ.ศ.2482-2500 . 120ปี กระทรวง
การต่างประเทศ . กรุงเทพมหานคร : อมรินทร์พริ้นติ้ง , 2539 .
- กองบรรณาธิการ . สัมภาษณ์พิเศษ มีชัย วีระไวทยะ . สยามอารยะ ปีที่ 2 ฉบับที่ 8
(เมษายน 2536) : 55-61.
- เกือบ 2 ทศวรรษที่รู้จักเอดส์สังคมยังยึดทัศนคติโรคคนบาป . กรุงเทพธุรกิจ
(25 พฤษภาคม 2542) : 3.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ . แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2540-2544 . กรุงเทพมหานคร : ม.ป.ท. , 2539 .
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ . แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติประจำปีงบประมาณ พ.ศ. 2541-2544 . กรุงเทพมหานคร :
โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย จำกัด , 2541 .
- โครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ . จดหมายข่าวโครงการไทยออสเตรเลียป้องกันเอดส์ภาคเหนือ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (กรกฎาคม – กันยายน 2537) : 3.
- ควบคุมโรคติดต่อ , กรม . กองโรคเอดส์ . คู่มือแนวทางการให้บริการปรึกษาแนะแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์ . กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก , 2537 .
- ควบคุมโรคติดต่อ , กรม . กองโรคเอดส์ . รวบรวมและวิเคราะห์ผลงานวิจัยเกี่ยวกับโรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2536-2540 . นนทบุรี : กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข , 2542 .
- ควบคุมโรคติดต่อ , กรม . กองโรคเอดส์ . สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ธันวาคม 2537 . รายงานในการประชุมคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ ครั้งที่ 4/2537 วันที่ 22 ธันวาคม 2537 . วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 (2537) :168.
- ควบคุมโรคติดต่อ , กรม . กองโรคเอดส์ . สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 6 (26-28 สิงหาคม 2539) . กรุงเทพมหานคร : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย , 2539 .
- ควบคุมโรคติดต่อ , กรม . กองโรคเอดส์ . สรุปรายงานการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 7 (21-23 เมษายน 2542) . กรุงเทพมหานคร : โรงพิมพ์การศาสนา , 2543 .
- ชัยยศ คุณานูนันท์ . เอดส์ : ปัญหา ผลกระทบ และการตอบสนองของประเทศไทย . กรุงเทพมหานคร : เจเอสการพิมพ์ , 2543 .

- ทั่วโลกขมไทยต้านภัยเอดส์ . สยามรัฐ (11 กรกฎาคม 2544) : 2.
- ธีระ รามสูตร . 5ปีแรกของการแพร่ระบาดและการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย .
วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 1 ฉบับที่ 1 (2532) : 20.
- นายก ฯ ยันนโยบายเอดส์ไทยโปร่งใส . มติชนรายวัน (25 กรกฎาคม 2535) : 21.
- บรรลุ ศิริพานิช และ ประยูร กุณาศล . เอดส์ : มหันตภัยของโลก . กรุงเทพมหานคร : มูลนิธิโครงการตำราสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล , 2533 .
- ประยูร กุณาศล . 20ปีหลังการระบาดของโรคเอดส์ในสหรัฐอเมริกา และ 17 ปี หลังการรายงานโรคเอดส์ครั้งแรกในประเทศไทย . วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 2 (2544) : 65.
- ประเสริฐ ทองเจริญ . ภาพกว้างในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย. วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 11 ฉบับที่ 2 (2542) : 60 .
- ปราณี เก้าเอี้ยน . นโยบายความช่วยเหลือของออสเตรเลีย . วารสารวิเทศสหการ ปีที่ 2 ฉบับที่ 2 (พฤษภาคม – สิงหาคม 2540) : 4-9.
- ปราโมทย์ ชีรพงษ์ . แนวทางการรักษาโรคเอดส์ในปัจจุบัน . วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 10 ฉบับที่ 3 (2541) : 152 .
- ผลการประชุมคณะรัฐมนตรี . สยามจดหมายเหตุ ปีที่ 13 ฉบับที่ 42 (2531) : 1158-59 .
- พิมพ์วัลย์ บุญมงคล , เพ็ญจันทร์ ประดับมุข และศันสนีย์ เรืองสอน , บรรณาธิการ . การประมวลและสังเคราะห์องค์ความรู้ของงานวิจัยเอดส์ด้านสังคมศาสตร์และพฤติกรรมศาสตร์ (State of the Art Review in Socio-economic and Behavioral Research on AIDS) . กรุงเทพมหานคร : รุ่งแสงการพิมพ์ , 2541 .
- พรีชา จารุทรัพย์ . โรคเอดส์เชิงสังคมวัฒนธรรมไทยที่สะท้อนผ่านสื่อหนังสือพิมพ์รายวัน . วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสังคมศาสตร์การแพทย์และสาธารณสุข บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล , 2539.
- ภัสสร ลิมานนท์ . บริการทางเพศ การเดินทางข้ามแดนและเอดส์ . กรุงเทพมหานคร : สถาบันประชากรศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2540 .
- มยุรี พลากร . รู้ทันเอดส์ . กรุงเทพมหานคร : สภาสังคมสงเคราะห์แห่งประเทศไทย , 2536 .
- “มีชัย” พลิตส์ต่อต้านเอดส์แล้ว . สยามรัฐ (28 สิงหาคม 2530) : 11.
- เขารัตน์ ปรปักษ์ขาม , สมใจ ประมาณพล และสุพัตรา อติโพธิ . นโยบายเอดส์ : กรณีศึกษาในประเทศไทย 2527-2537 . กรุงเทพมหานคร : พีเอทีฟวิ้ง , 2538 .
- รุจน์ โกมลบุตร . เมื่อธนาคารโลกวิพากษ์การทำงานเอดส์ไทยอย่างถึงถิ่น . มติชนรายวัน (28 พฤษภาคม 2543) : 6 .

รูดมานประชุมสุดยอด “ยูเอ็น” ประกาศจัดความยากจนโลก . มติชนรายวัน (10 กันยายน 2543)

: 2 .

โรคเอดส์ . สยามจดหมายเหตุ ปีที่ 16 ฉบับที่ 16 (2534) : 426 .

โรคเอดส์ . สยามจดหมายเหตุ ปีที่ 16 ฉบับที่ 26 (2534) : 706 .

โรคเอดส์ . สยามจดหมายเหตุ ปีที่ 16 ฉบับที่ 32 (2534) : 874 .

วิชัย โชควัฒนา . เอดส์ปริทัศน์ : สถานการณ์เอดส์ 2543 . นนทบุรี : โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก , 2543 .

วิเทศสหการ , กรม . บทบาทความร่วมมือกับต่างประเทศด้านการป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ . กรุงเทพมหานคร : กรมวิเทศสหการ , 2540 .

วิเทศสหการ , กรม . รายงานประจำปี 2542 . กรุงเทพมหานคร : กรมวิเทศสหการ , 2542 .

วิพุธ พูลเจริญ และคนอื่นๆ . วิวัฒนาการของการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย : แบบอย่างของการพัฒนาแนวคิดส่งเสริมสุขภาพ . นนทบุรี : สำนักงานวิจัยระบบบริการสาธารณสุข กระทรวงสาธารณสุข , 2540 .

วิพุธ พูลเจริญ . สถานการณ์ของโรคเอดส์และการควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย . ใกล้เคียง ปีที่ 22 ฉบับที่ 11 (พฤศจิกายน 2541) : 15.

วิพุธ พูลเจริญ . สถานการณ์ปัญหาเอดส์ทางด้านสังคมและเศรษฐกิจในปัจจุบัน . การสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 7 สถานการณ์ การคาดประมาณ และแนวโน้มของโรคเอดส์ . นนทบุรี : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข , 2542 .

วิวัฒน์ โรจนพิทยากร . มาตรการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทยอดีต ปัจจุบัน และอนาคต . แพทยสภาสาร ปีที่ 25 ฉบับที่ 2 (เมษายน-มิถุนายน 2539) : 86 .

วีรสิทธิ์ สิทธิไตรย์ . การระบาดของโรคเอดส์และโครงสร้างของการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในประเทศไทย . เอดส์การดูแลรักษา . กรุงเทพมหานคร : ดีไซร์ , 2535 .

ศูนย์ความร่วมมือการวิจัยโรคเอดส์ . รายงานการประชุมโรคเอดส์ครั้งที่ 13 เมืองเดอร์บัน ประเทศสหภาพแอฟริกาใต้ 9-14 กุมภาพันธ์ 2543 . วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 13 ฉบับที่ 1 (2544) : 41-42 .

ศูนย์วิจัยกสิกรไทย จำกัด . ออสเตรเลีย-ไทย : จุนเจือเศรษฐกิจ... ผลิตภัณฑ์คุณภาพ . ผู้จัดการรายวัน (27 กันยายน 2543) : 24 .

เศรษฐกิจการพาณิชย์ , กรม . สถิติการค้าและเครื่องใช้สภาวะเศรษฐกิจของไทยปี 1990-2000 . กรุงเทพมหานคร : ศูนย์สารสนเทศเศรษฐกิจการค้า กรมเศรษฐกิจการพาณิชย์ , 2000 .

สถาพร มานัสสฤติย์ . ถามตอบปัญหาเอดส์ . กรุงเทพมหานคร : รุ่งเรืองรัตนพันธ์ , 2528 .

สหประชาชาติเตือนภัยเอดส์กลายเป็นปัญหาความมั่นคง . กรุงเทพธุรกิจ (27 มกราคม 2543) : 3.

- สาธารณสุข , กระทรวง . กรมการแพทย์ . การเฝ้าระวังเอดส์ทั่วโลกภาค 1 และภาค 2 .
วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 4 (2543) : 216 .
- สาธารณสุข , กระทรวง . กรมควบคุมโรคติดต่อ . ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับโรคเอดส์ . คู่มือ
แนวทางการให้บริการปรึกษาแนะแนวเกี่ยวกับโรคเอดส์ . กรุงเทพมหานคร : องค์การ
สงเคราะห์ทหารผ่านศึก , 2537 .
- สาธารณสุข , กระทรวง . กองระบาควิทยา . สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการใน
ประเทศไทย ณ . วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2543 . วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 12 ฉบับที่ 4 (2543) :
171- 173 .
- สาธารณสุข , กระทรวง . กองโรคเอดส์ . สรุปสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ธันวาคม
2537 . วารสารโรคเอดส์ ปีที่ 6 ฉบับที่ 4 (2537) : 185 .
- สาธารณสุข , กระทรวง . สำนักงานคณะกรรมการการสาธารณสุขมูลฐาน . การพัฒนารูปแบบ
การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ . กรุงเทพมหานคร : องค์การสงเคราะห์
ทหารผ่านศึก , 2537 .
- สุรชาติ บำรุงสุข . ความมั่นคงไทยบริบทใหม่ในโลกที่เปลี่ยนแปลง . มติชนสุดสัปดาห์
(2 พฤษภาคม 2543) : 29 .
- เสรี พงศ์พิศ . 23 ประสพการณ์การทำงานเกี่ยวกับโรคเอดส์ภาคเหนือ . กรุงเทพมหานคร :
ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย , 2539 .
- สมชัย จรรย์สมบุรณ์ . ออสเตรเลีย . เอเชียรายปี 1997/2540 . กรุงเทพมหานคร : สถาบัน
เอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2540 .
- สมชัย จรรย์สมบุรณ์ . ออสเตรเลีย . เอเชียรายปี 1998/2541 . กรุงเทพมหานคร : สถาบัน
เอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2541 .
- สมชัย จรรย์สมบุรณ์ . ออสเตรเลีย . เอเชียรายปี 1999/2542 . กรุงเทพมหานคร : สถาบัน
เอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2542 .
- สมชัย จรรย์สมบุรณ์ . ออสเตรเลีย . เอเชียรายปี 2000/2543 . กรุงเทพมหานคร : สถาบัน
เอเชียศึกษา จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2543 .
- สมพงษ์ ชูมาก . ความสัมพันธ์ระหว่างประเทศยุคปัจจุบัน (ทศวรรษที่ 1990 และแนวโน้ม) .
กรุงเทพมหานคร : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย , 2542 .
- สำนักงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งออสเตรเลีย . โรงพยาบาลบาราคนราคร และ ศูนย์
อัลเบียนสตรีท เอกสารแผ่นพับโครงการร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพเอดส์และเอชไอวี .
(ม.ป.ท. , ม.ป.ป.) .
- สำนักนายกรัฐมนตรี . แผนป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ. 2535-2539) .
กรุงเทพมหานคร : ประชาชน , 2535 .

อรุณ อมาตยกุล . เอดส์ : ผลกระทบต่อความมั่นคงแห่งชาติ เอกสารวิจัยส่วนบุคคล .
 กรุงเทพมหานคร : วิทยาลัยป้องกันราชอาณาจักร , 2533 .
 อานันท์ขึ้นยันเอดส์ไม่กระทบการท่องเที่ยว . สยามรัฐ (22 สิงหาคม 2535) : 3 .
 “เอดส์” เดิมพันชีวิตด้วยความตาย . วิญญู (10 ธันวาคม 2542) : 12 .
 เอดส์มหันตภัยโรคแห่งศตวรรษที่ 20 . มติชนสุดสัปดาห์ (9 ธันวาคม 2542) : 94-95 .
 20 ปีผ่านไปวันนี้โลกเพิ่งประกาศสงคราม “เอดส์” . มติชนรายวัน (1 กรกฎาคม 2544) : 6 .

ภาษาอังกฤษ

Aid Cut hurts AIDS prevention scheme. Bangkok Post (28 July 1996) : 4 .
 AIDS FOR AIDS . The Economist (29 April 2000) : 86.
 AIDS IN THE THIRD WORLD . The Economist (2 January 1999) : 42-44.
 Australian Federation of AIDS Organization . The HIV Epidemic in Australia . [Online]. 2001.
 Available from : <http://www.afao.org.au/index.asp?action=articlesid=1227> [2001 ,
 September 19] .
 Axelrod , Robert and Kohane , Robert . O . Achieving Cooperation Under Anarchy . World
 Politics 38 (October 1985) :226-54 .
 Bhanghhibhat , Vimol , Reynolds , Bruce and Polpatpicharn , Sukhon . The eagle and the
 elephant ; 150 years of Thai – America relations . Bangkok : United Production , 1982.
 Bickers , Charles and Crispin , Shawn . W . Asia Sets Its Sights On an AIDS Breakthrough .
Far Eastern Economic Review (7 December 2000) : 38-43 .
 Chantavanich , Supang . , ed. Cross-border Migration and HIV/AIDS Vulnerability at the Thai-
 Cambodian Border . Bangkok : Institute of Asian Studies , Chulalongkorn University ,
 2000.
 Gellman , Barton . AIDS Is Declared to Security . [Online] . 2000 . Available from :The
 Washington Post : [http:// www. washingtonpost...wp-dyn/articles/A40503-2000 Apr
 29.html](http://www.washingtonpost...wp-dyn/articles/A40503-2000Apr29.html) [2000 , April 30] .
 Haas , Peter . M. Saving The Mediterranean : The Politics of International Environmental
 Cooperation . New York : Columbia University Press , 1990.
 Hayes , Michael and Smith , Steve . Thai-Australian Relations in the Twentieth Century .
 The Australian Studies Centre Thailand . [Online] .2001 . Available from : <http://>

www. asc.ku.ac.th/Thai-Australian % 20 CD-ROM/ Thai-0z% 20 Homepage.html
[2001 , May 5] .

- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS . An overview of the AIDS epidemic .
[Online]. 2001 . Available from :
http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fsoverview_en.htm [2001 , August 11] .
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS . AIDS as a security issue. [Online]. 2001 .
Available from : http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fssecurity_en.htm
[2001 , August 11] .
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS . AIDS Epidemic Update : December 2000.
[Online].2000.Available from:
http://www.unaids.org/wac/2000/wad00/files/WAD_epide.../WAD_epidemic_report_index.html [2000 , December 20] .
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS . Declaration of Commitment on HIV/AIDS : “Global Crisis – Global Action” . [Online]. 2001 . Available from :
http://www.unaids.org/whatnew/others/un_special/Declaration2706_en.htm [2001 , August 11] .
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS . HIV/AIDS – a governance challenge .
[Online] . 2001 . Available from : http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fsgovernance_en.htm [2001 , August 11] .
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS . HIV/AIDS and development . : [Online].
2001.Available:http://www.un.org/aids/ungassfactsheets/html/fsdevelopment_en.htm
[2001 , August 11] .
- Joint United Nations Programme on HIV/AIDS . HIV/AIDS and the world of work . [Online].
2001 . Available from:http://www.un.org/ga/aids/ungassfactsheets/html/fswork_en.htm
[2001 , August 11] .
- Keohane , Robert . O . After Hegemony : Cooperation and Discord in the World Political Economy . Princeton : Princeton University Press , 1984 .
- Khamchoo , Chaiwat and Renolds , Bruce . , eds. Thai – Japanese Relations in Historical Perspective . Bangkok : Innomedia Press , 1988 .

- Kilby , Patrick . , ed. Australia's Aid Program : Mixed Messages and Conflicting Agendas.
Clayton and Fritzy : Monash Asia Institute and Community Aid Abroad , 1996 .
- Magyar , Karl . P. , ed. Global Security Concerns : Anticipating The Twenty First Century .
Alabama : Air University Press , 1996.
- Mann , Jonathan . M. , Tarantola , Daniel . J.M. and Netter , Thomas . W. AIDS in the World.
Massachusetts : Harvard University Press , 1992 .
- Milner , Helen . International Theories of Cooperation Among Nations . World Politics 44
(April 1992) : 466-96.
- Ministry of Public Health , AIDS Division . Coordination . [Online]. 2001 . Available from :
<http://www.moph.go.th/203.157.40.134/coordinate.html> [2001 , January 4] .
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. Australian HIV surveillance
report Vol.17 No.2April 2001 . [Online]. 2001 . Available from :
<http://www.avert.org/ausstatg.htm> [2001 , September 19] .
- National Centre in HIV Epidemiology and Clinical Research. The HIV epidemic in Australia .
[Online]. 2001 . Available from : <http://www.med.unsw.edu.au/nchecr> [2001 ,
September 19] .
- Northern Thailand HIV/AIDS Design Mission . Programme Design Document . AIDAB . April
1992 .
- O' Neil , John . AIDS as a Globalizing Panic . In Mike Feather Stone (ed.) , Global Culture :
Nationalism , Globalizing and Modernity. London : SAGE publication Ltd. , 1990.
- Oye , Kenneth . A . Explaining Cooperation Under Anarchy : Hypotheses and Strategies. World
Politics 38 (October 1985) : 1-24.
- Papp , Daniel . S. Contemporary International Relations : Frameworks for Understanding , 4 th
edition . New York : Macmillan College Publishing Company , 1994.
- Thai - Australian Northern AIDS Prevention and Care Program (NAPAC) . Annual Plan 1995 –
1996.
- Thai - Australian Northern AIDS Prevention and Care Program (NAPAC). January-June 1994
Report.
- Thai -Australian Northern AIDS Prevention and Care Program (NAPAC) . January – June1995
Report .
- Thai -Australian Northern AIDS Prevention and Care Program (NAPAC) . July-December1995
Report.

Thailand to be affected by cuts to development aid. Bangkok Post (3 July 1996) : 7 .

The Australian Agency for International Development . A Collaborative Project of the Royal Thai Government and the Government of Australian : The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Amulatory Care Project in Collaboration with the Albion Street Centre, Sydney 1996-1999 . (Project Design Document).

The Australian Agency for International Development . Australia's aid program serving the national interest . [Online]. 2000 . Available from : <http://www.aisaid.gov.au/about/corplan.cfm> [2000 , December 20] .

The Australian Agency for International Development . Australia' s international response . [Online]. 2000 . Available from : <http://www.aisaid.gov.au/hottopics/hivaids/response.cfm> [2000 , December 20] .

The Australian Agency for International Development . Better Aid for a Better Future Canberra : The Australian Agency for International Development , 1997 .

The Australian Agency for International Development . HIV/AIDS Treatment and Care : Evaluation of the Thailand-Australia HIV/AIDS Ambulatory Care Project . Canberra : Panther Publishing and Printing , 2002 .

The Australian Agency for International Development . Key Aid Sectors . [Online]. 2000 . Available from : <http://www.aisaid.gov.au/keyaid/default.cfm> [2000 , December 26] .

The Australian Agency for International Development . Project Completion Report : AIDS Ambulatory Care Project in Thailand .

The Australian Agency for International Development. Why does Australia give aid ? . [Online]. 2002 . Available from : <http://www.aisaid.gov.au/makediff/whydoes.cfm> [2002 , October 20] .

The Australian Aids Fund . HIV/AIDS in Australia : a Brief History . [Online]. 2001 . Available from : <http://www.aids.org.au/australia-hiv-history.htm> [2001 , September 19] .

The Australian Government's Oversea Aid Program . Australia and Thailand : Supporting social and economic recovery for the people of Thailand . Canberra : Australian Agency for International Development , 2000 .

The Australian Government's Oversea Aid Program . Australia – Thailand Development Cooperation . Canberra : Australian Agency for International Development , 2000 .

- The Australian Studies Centre . Thai-Australian Relations . Project Four : Professional Development and Powerpoint Lecture Series . Bangkok : Kasetsart University , 2000 .
- The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project . Annual Plan 1 st July 1997 to 30 th June 1998 .
- The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project . Annual Plan 1 st July 1999 to 30 th June 2000 .
- The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project . Contract between Commonwealth of Australia and The State of New South Wales Acting through The Albion Street Centre , New South Wales Department of Health in relation to The AIDS Ambulatory Care Project .
- The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project . Memorandum of Understanding between The Government of Australia and The Royal Thai Government relating to The Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project in Thailand .
- The Parliament of the Commonwealth of Australia . Australis's relations with Thailand . Canberra : The Australian Government Publishing Service , 1995 .
- The Thailand-Australia Northern Provinces HIV/AIDS Prevention and Care Programme . Programme Implementation Document . AIDAB .
- Thongcharoen , Prasert . Perspective on AIDS Prevention and Control in Thailand . Thai AIDS Journal 11 Vol. 2 (1999) : 60-61.
- Trood , Russell and McNamara , Deborah . The Asia-Australia Survey 1994 . Melbourne : Macmillan Education Australia , 1994 .
- Trood , Russell and McNamara , Deborah . The Asia – Australia Survey 1995 – 96 . Melbourne : Macmillan Education Australia , 1995 .
- Ungchusak , Kumnuan . The First Decade of HIV/AIDS Epidemic in Thailand . Thai AIDS Journal Vol.5 No.1(1993) : 18.



ภาคผนวก

สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ก กรอบแนวทางการดำเนินงาน โครงการ โรคเอดส์ภาคเหนือของประเทศไทย
(Term of Reference)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

TERMS OF REFERENCE

Duration of Assignment. 25 days between January to April 1992

Location of Assignment: Chiang Mai, Chiang Rai, Phayao, Mae Hong Son, Bangkok

Consultancy Team: Strategic and Management Planner (Australian)
Health and Education Specialist (Thai)

1. Background

1.1 The northern provinces suffer from the highest recorded rates of HIV infection in Thailand. This is particularly so in the provinces of Chiang Mai, Chiang Rai and Phayao where 14% of army recruits (consisting of males between 20 and 22 years of age) are HIV positive. See "Thailand HIV/AIDS Review/Project Identification Study" (October 1991 AIDAB) Annex 5 for further details.

1.2 Whilst the rate of HIV transmission is a major concern for all of Thailand, there is a need for special emphasis to be given to the northern provinces of Thailand in HIV programs.

1.3 The transmission of the virus is exacerbated in the north by demographic, social and economic factors such as:

- it is home to a large number of hill tribes of varying ethnicities and languages; they are currently being missed in mainstream education campaigns which have been generated in the Thai language and culture

- there are indications that more hill tribe people are becoming IV drug users as opposed to "smokers" of opium for traditional medicine purposes

- Chiang Mai and to an increasing extent Chiang Rai, are major tourist centres with a large number of transient visitors. Fuelled also by strong economic development as well as by this growth of tourism, Chiang Mai and Chiang Rai have a significant and highly mobile commercial sex workforce (including illegal and transient immigrants from Burma)

1.4 Government and non government programs are seeking to address the disparate factors contributing to the rapid transmission of the HIV virus. A national AIDS strategy is being developed and each Ministry has been allocated a small level of funds to disburse on AIDS specific activities. The national plan is to be coordinated by the National Economic and Social Development Board (NESDB) and each Ministry is to submit their own AIDS plan by the end of the year.

1.5 An AIDAB HIV/AIDS project identification mission was undertaken between 26 August and 10 September 1991. The AIDAB mission was conducted in response to the Australian Government's desire to assess the feasibility of assistance for HIV/AIDS activities involving up to \$A2 million over two to four years.

1.6 The mission engaged in discussions with national and provincial level government agencies, non government organisations (NGOs), international organisations as well as medical and social researchers in Bangkok, Chiang Mai and Khon Kaen. During the mission, it was recognised that there existed a need for a strategic AIDS plan and a coordination mechanism at the "field level" to avoid duplication, integrate activities and ensure effective utilisation of financial and human resources. It was also recognised that the most effective response to the AIDS problem needs to involve the whole spectrum of Thai society in activities from education and prevention, hospital and community based care to broader issues such as alternative employment for high risk occupational workers (eg prostitutes).

1.7 A major finding of the mission was that a strategic plan for the disbursement of these funds across all sectors of the community is required before consideration can be given to supporting actual individual HIV programs and activities.

2. Objective

2.1 The objective of the assignment is to develop a feasible and sustainable program of assistance for small to medium scale HIV/AIDS activities in Northern Thailand based on a strategic plan developed through a participatory approach between government, non government, private sector and educational organisations. If considerable feasible, the most effective program structure, coordination and management mechanisms (which would facilitate cooperation, provide an information network and act as a conduit for the funding of activities) and necessary documentation are to be produced for the implementation of the program.

3. Scope of Services (to be undertaken in conjunction with the Health and Education Specialist)

3.1 In developing the strategic plan and management framework, generally assess the status of the National AIDS Plan and its impact on the program area. The plan will need to be broadly consistent with existing official plans developed or being developed.

3.2 Assess the most appropriate and effective geographical focus (particularly concentrating on the provinces of Chiang Mai, Chiang Rai, Phayao and Mae Hong Son), taking into consideration;

i) effects of geographical coverage on effective coordination and information exchange

ii) possibility of funds available to support actual activities being either too thinly spread or too concentrated

iii) difficulties in coordination and oversight through working in more than one or a few provinces

iv) repercussions on possible projects which may need to transcend

3.3 In developing the strategic plan:

i) obtain information on existing, completed and proposed HIV related activities of government, NGO/private sector, educational institutions. This is to be used in assessing the relative priorities for future activities and to provide an information base for organisations and individuals in developing proposals.

ii) within the demographic, political, social/cultural and economic context of mounting a geographically specific AIDS strategic plan, discuss the development, format, objectives, strategies and priorities of the plan with all interested parties. This will include government agencies, NGOs, educational institutions and private sector organisations. The strategic plan will set objectives and strategies required to meet those objectives as well as considering priorities both between and within the areas of;

- education and prevention
- hospital and community based care
- applied research (eg behavioural)
- development of alternative employment for high risk groups

iii) recommend and incorporate in the strategic plan, the most effective management and coordination mechanism for the implementation of the plan. The team would need to consider options for establishing an AIDS committee (including appropriate membership) to provide policy direction to the refinement and implementation of the plan, taking into consideration existing forums. In investigating the management and coordination mechanism consider;

- feasibility of decision making powers for the implementation of the program being vested in a local committee with representation from government, non government, private sector and education institutions as well as the Australian Embassy. If feasible, recommend the most effective method of selecting representatives and whether representation should be on a rotational basis
- the requirement for an AIDS management and coordination office and its most appropriate location and composition and, if necessary, what legal or regulatory requirements will be necessary for its operation
- the need for the widest possible participatory approach by all sectors of the community (ie should it be seen to be outside the government system)
- the need for ongoing consultation, information exchange and coordination of HIV activities

in terms of its cost and relevance

- the requirement for a mechanism for appraisal of proposals and allocation of available funds for HIV activities in accordance with the strategies and priorities as would be laid out in the plan (eg as a secretariat to an AIDS committee). This will include consideration of the assessment of proposal feasibility, provision of technical advice and appropriate monitoring and accountability systems. If considered feasible, estimated establishment and ongoing costs should be assessed.

iv) ensure that the strategic plan and management structure has the potential for use by other funding sources such as the Thai Government and other international donor agencies. Whilst the plan should cover all the major factors in the prevention of HIV and in the care of AIDS sufferers, the Australian Government program will not be able to fund the full range of activities incorporated in the strategic plan.

3.4 Establish funding guidelines for the program. This is to include which organisations and activities will be eligible for funding.

3.5 Ensure the development of the strategic plan presents opportunities for the involvement of women and womens groups, and that the strategies devised in the plan give due consideration to gender issues. The funding guidelines for eligible activities under the program will also need to ensure that the impact on women of each individual proposal is adequately assessed before a decision on funding can be made.

3.6 Prior to commencing assignment, briefing will be provided by the Technical and Economic Cooperation Section (TEC) of the Australian Embassy Bangkok. Ongoing progress will also need to be reported to the TEC Section and a final debriefing will be expected at the completion of the assignment. A debriefing will also be required at the completion of the up-country assignment with interested parties.

3.7 It is envisaged that the Strategic and Management Planner will be primarily responsible for the actual production of the documents, with assistance from the Health and Education Specialist who would also be responsible for providing technical advice on the overall concept and technical aspects of the plan.

4. Output

4.1 The final documents to be produced by the consultancy team will be in five separate parts.

4.2 Part I: The program design document which will feature background information, justification on program viability and sustainability, financial inputs of both governments and a program implementation schedule.

4.3 Part II: A strategic AIDS plan (in both Thai and English) which has been considered and endorsed by the provincial authorities and organizations

concerned. The actual strategic plan should not be more than ten pages in length with any supplementary information provided as annexes. It is important that as a document, the strategic plan is brief, transparent and easily digestible.

4.4 Part III: A summary presentation of information gathered on current, completed and proposed HIV programs in a standard format which can be readily used for management and coordination and as a information base for organisations and individuals developing proposals or undertaking research in the future.

4.5 Part IV: The operational requirements of a management and coordination mechanism, if considered necessary and feasible, including where appropriate;

- structure and reporting responsibilities
- terms of reference
- staffing requirements and duty statements
- monitoring responsibilities and technical advisory capacity
- establishment and recurrent costings and appropriate cost sharing arrangements
- legal and regulatory issues

4.6 Part V: Guidelines and Procedures for the funding of proposals under the plan including;

- what organisations and individuals will be eligible for funding
- what format if any, should proposals be written
- what financial limitations, if any, should apply to an individual proposal and should there be a limitation to activity duration
- should certain proportions of program funding be identified for specific sectors (eg set percentage of funds for NGO activities)
- what counterpart contribution should be included if any
- what accountability systems are to be adhered to.

5. Work Program

January - 2 days in Bangkok for briefing with TEC Section of the Australian Embassy and discussions with central authorities on national level developments in the HIV/AIDS area.

February - 20 days in Northern Thailand (particularly Chiang Mai, Chiang Rai, Phayao and Mae Hong Son) for consultations with local government authorities, NGOs, private sector organisations and educational institutions on the strategic plan as well as management and coordination issues. First draft of documents to be ready at the end of this assignment for distribution at a debriefing session with local organisations.

February 27 - 1/2 day in Bangkok for debriefing of Australian Embassy and relevant central agencies (ie DTEC and DOLA)

April - 2 1/2 days in Bangkok to incorporate any comments from respective governments and other relevant parties. Production and delivery of ten copies of the final documents to TEC Section, Bangkok.

ภาคผนวก ข กิจกรรมที่ดำเนินการในช่วงศึกษาโครงการ
(Study Itinerary)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

STUDY ITINERARY/AGENCIES CONSULTED

ITINERARY:

JANUARY

28-29 Briefings/Meetings Australian embassy Bangkok

FEBRUARY

4 Travel to Chiang Mai/Design Team meeting

4-18 Consultations Chiang Mai

15-16 Consultations Phayao

18-21 Consultations Mae Hong Son

21-23 Consultations Chiang Rai

23 Meeting with Australian embassy AIDAB staff Bangkok

24 DTEC briefing on draft Master Strategy and Management and Coordination structure Bangkok

25-27 GO/NGO-private sector briefings on draft Master Strategy and Management and Coordination structure Chiang Mai

28-02 (March) Consultations Chiang Mai/Chiang Rai; GO briefing on draft Master Strategy and Management and Coordination structure, Chiang Rai.

MARCH

2- 3 Design Team meeting Khon Kaen

15-27 Prepare draft report

APRIL

15-23 Prepare draft report

23 Design Team meeting Bangkok

26-27 Design Team meeting Khon Kaen

AGENCIES CONSULTED:

CHIANG MAI PROVINCE

I. GOVERNMENT ORGANISATIONS

- 1.1 Provincial Public Health Office (PPHO)
- 1.2 Office of Communicable Disease Control
- Region 10 - Chiang Mai
- 1.3 Northern Region Drug Rehabilitation Centre
- 1.4 Regional Health Science Centre - Region 5
- 1.5 Health Promotion Centre - Region 5 - Chiang Mai
- 1.6 Nakorn Ping Hospital

- 1.7 Chiang Mai Psychiatric Hospital
- 1.8 Suan Prung Hospital
- 1.9 Department of Immunology - Faculty of Medicine - Chiang Mai University
- 1.10 Department of Psychiatry - Faculty of Medicine - Chiang Mai University
- 1.11 Department of Community Medicine - Faculty of Medicine - Chiang Mai University
- 1.12 Department of Family Medicine - Faculty of Medicine - Chiang Mai University
- 1.13 Social Research Institute - Chiang Mai University
- 1.14 Tribal Research Institute - Department of Public Welfare

2. NON-GOVERNMENTAL ORGANISATIONS

- 2.1 Planned Parenthood Association of Thailand
- 2.2 Population and Community Development Association (PDA)
- 2.3 World Concern: AIDS Counselling and Training (ACT) Centre
- 2.4 Supanemit Foundation / World Vision of Thailand
- 2.5 Care International / Northern Thailand Local Development Network (Northnet)
- 2.6 Norwegian Church Aid
- 2.7 Fraternity for AIDS Cessation in Thailand (FACT) White Line Dance Troupe
- 2.8 13 Womens Organizations Against AIDS and Prostitution
- 2.9 Hotline Foundation
- 2.10 Captive
- 2.11 EMPOWER
- 2.12 Womens Development Institute of the YMCA
- 2.13 Mae Sariang Christian Hospital / New Life Centre
- 2.14 Sri Lanna Thai Chiang Mai Womens Cultural Association
- 2.15 Northern Thailand Local Development Network (NORTHNET)
- 2.16 Northern Thailand Rural Development Workers Association

CHIANG RAI PROVINCE

I. GOVERNMENT ORGANISATIONS

- 1.1 Non-Formal Education Centre Chiang Rai Province
- 1.2 Chiang Rai Provincial Public Health Office
- 1.3 Mae Chan Hospital
- 1.4 Mae Sai Hospital

2. NGOs

- 2.1 Population and Development Association
- 2.2 The Community Culture for Rural Development Project
- 2.3 Hill Area Development Foundation
- 2.4 Development Agriculture and Education Project for the AKHA (DAPA)

MAE HONG SON PROVINCE

1. GOVERNMENT ORGANISATIONS

1.1 Mae Hong Son Provincial Public Health Office

2. NGOs

2.1 Highland People's Cultural Revival Project

2.2 Community Development North, Mae Hong Son Project (Redd Barna)

PHAYAO PROVINCE

1. GOVERNMENT ORGANISATIONS

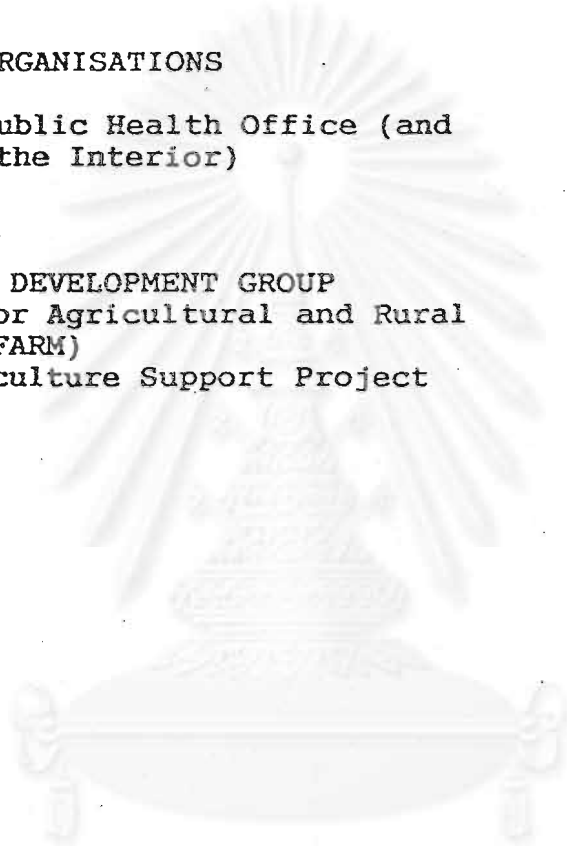
1.1 Provincial Public Health Office (and Ministry of the Interior)

2. NGOs

2.1 PHAYAO RURAL DEVELOPMENT GROUP

2.2 Foundation for Agricultural and Rural Management (FARM)

2.3 Natural Agriculture Support Project



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ค จำนวนผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในพื้นที่ควบคุมโรคติดต่อเขต 10
(Number of HIV cases in Northern Thailand Region 10)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

 NUMBER OF HIV + CASES IN NORTHERN THAILAND REGION 10 :

Chiang Mai, Chiang Rai, Lampang, Lamphun, Payao, Mae Hong Sorn

 (cumulative data as of 30 June 1991)

Cause	No. and % of HIV + Cases (Elisa method)							
	<u>Thailand</u>	<u>Reg.10</u>	<u>CM</u>	<u>CR</u>	<u>LPG</u>	<u>LPN</u>	<u>PY</u>	<u>MHS</u>
Sex	11,495	8,322	3,964	1,723	1,308	342	395	90
	36.7%	67.7%	73.6%	52.3%	90.0%	81.8%	44.5%	37.2%
IVDU	16,808	816	284	162	111	60	142	57
	53.6%	6.6%	5.3%	4.9%	7.6%	5.8%	15.9%	23.6%
Blood	38	26	12	2	0	2	8	2
	0.1%	0.2%	0.2%	0.1%	0%	0.1%	0.9%	0.8%
Birth	5	70	35	12	1	11	8	3
	0%	0.6%	0.6%	0.4%	0.2%	1.1%	0.9%	1.3%
Unknown	2,998	3,063	1,093	1,395	33	114	335	90
	9.6%	24.9%	20.3%	42.4%	2.3%	11.1%	37.7%	37.2%
TOTAL HIV+	31,344	12,297	5,388	3,297	1,453	1,029	888	242
TOTAL ARC	345	39	20	3	2	7	7	0
TOTAL AIDS	123	9	4	1	3	1	0	0

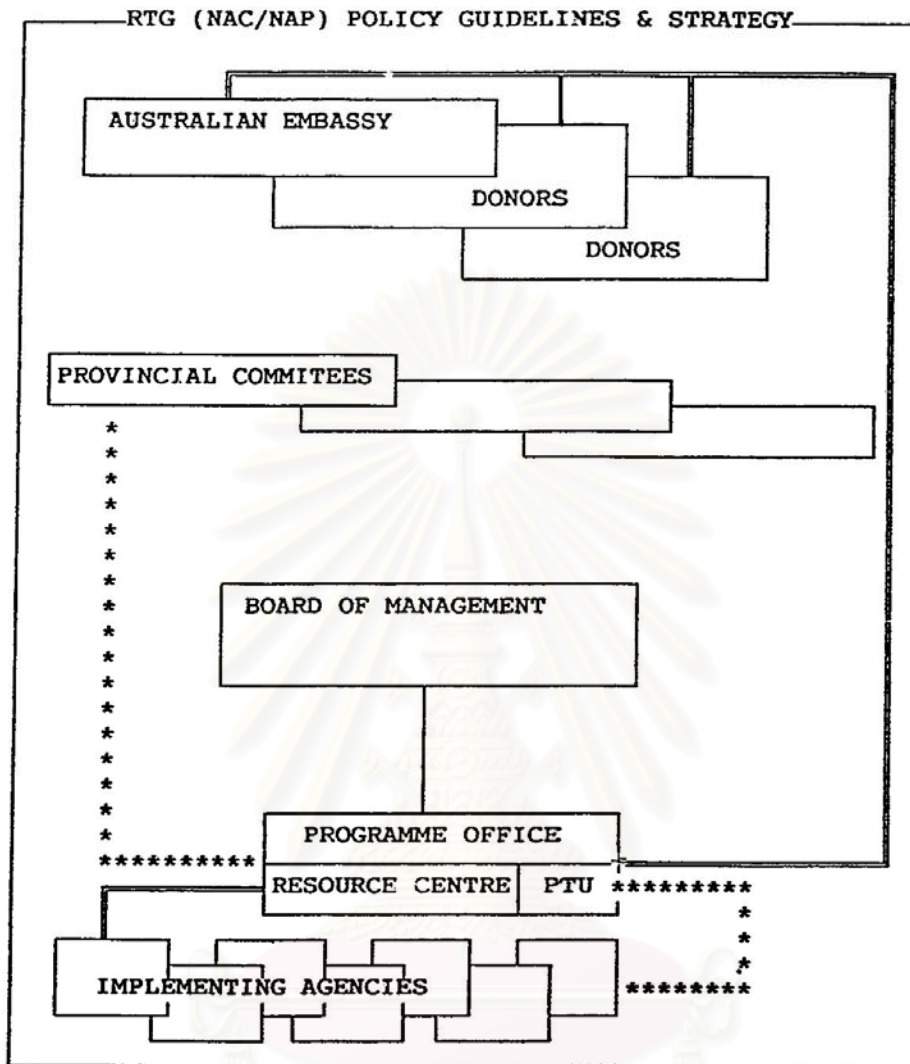
Source : Communicable Disease Center, Region 10 (Chiangmai)

ภาคผนวก ง. โครงสร้างการดำเนินนโยบายเอตส์แห่งชาติของไทยกับโครงการไทยออสเตรเลีย
ป้องกันเอตส์ภาคเหนือของประเทศไทย (NAPAC)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Organizational Environment



MONITORING/REPORTING : *****

FUNDING: _____

สถาบันทฤษฎีบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก จ บทบาทและความรับผิดชอบของเจ้าหน้าที่โครงการ ไทยออสเตรเลียป้องกันแอดส์
ภาคเหนือของประเทศไทย (NAPAC)
(Job Descriptions of NAPAC Staff)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Programme Staff Terms of Reference

1. Programme Manager/Institutional Specialist

The Programme Manager will be responsible for overall administrative direction of the Australian Programme and continuing liaison and communication to RTG agencies.

The Programme Manager will be responsible for the fulfilment of the following tasks and duties:

- 1.1 Establish the Programme Office, Management Systems and Implementation Plan.
- 1.2 Establish common understandings with Government agencies and committees and interested organisations/individuals on implementation approaches.
- 1.3 Coordinate consultations with other donors and agencies, and with provincial and sub-provincial AIDS committees.
- 1.4 Identify agencies operating in the target provinces, and assess in each selected province the role local communities and agencies can play in more effective HIV/AIDS programming in the context of their socio-economic status and their capacities for cooperative effort.
- 1.5 The Programme Manager will prepare the following reports to be submitted to AIDAB representatives at the Australian embassy in Bangkok, and for discussion with the Board of Management:
 - * An Inception Report to be produced within six months of the establishment of the Programme Office.
 - * An Interim Progress and Impact Report to be submitted after twelve months of implementation.
 - * A regular Progress and Impact Report will be submitted after eighteen months of implementation, and then every six months.
 - * A Mid-Term Review Report shall be submitted after two years of implementation.
 - * Brief monthly reports will be submitted.
 - * A final report shall be completed after four years of implementation. The final report shall include a detailed Plan of Action for the remainder of the Programme implementation period, including recommendations for relocation of existing facilities and services.
- 1.6 After twelve months of implementation the Programme Manager shall prepare a draft paper considering options for institutional strengthening of participating agencies.

- 3.6 To maintain regular communication and provide information of current activities, and new developments and resources to Government agencies and committees working in HIV/AIDS programming, and not normally in regular contact with the Programme Office.
- 3.7 To maintain records and statistics on Resource Centre use.
- 3.8 To be responsible for all Resource Centre equipment and resources.

4. Office Manager

- 4.1 To assist the Programme Manager to develop and maintain office systems based on the Programme Office requirements. The Officer Manager is responsible directly to the Programme Manager.
- 4.2 Managing the Secretary and Driver.
- 4.3 Supervising and assisting with secretarial work.
- 4.4 Supervising and assisting with daily office administrative needs, including supplies, equipment and insurance.
- 4.5 Organising arrangements for travel undertaken by Programme Office staff.
- 4.6 Coordinating and monitoring the use of Programme Office vehicles and equipment.
- 4.7 Taking responsibility for the timely purchase of office supplies and equipment.
- 4.8 To develop and maintain an accounting system that allows for the regular analysis of all expenditures and incomes.
- 4.9 Monitoring and facilitating the transfers of money to approved project holders.
- 4.10 Maintaining proper records and accurate accounts of all administrative and project expenditure, according to the needs of AIDAB and other donors.
- 4.11 Taking overall responsibility for all monies kept in the office.
- 4.12 Training the Secretary to perform accounting duties in the absence of the Office Manager.
- 4.13 To assist in the good management of projects through the development of an accounting system that responds to the needs of the project staff.
- 4.14 Liaising with project staff to ensure that all expenditures are monitored and recorded.
- 4.15 Assisting project staff with the process of forecasting future expenditure and preparing budgets.

4.16 Assisting project officers, where necessary, with the development of accounting and administrative systems for use by the project holders.

5. Secretary

- 5.1 To develop and maintain standard office procedures recording the use of all equipment.
- 5.2 To develop and maintain an organised system of filing covering all aspects of Programme activity.
- 5.3 To maintain a weekly schedule of Programme Office staff whereabouts and Programme activities.
- 5.4 To provide secretarial support to Programme Office staff.
- 5.5 To keep a record of all communications and visitors to the office.
- 5.6 To ensure that all office equipment is adequately maintained.
- 5.7 To assist the Office Manager as directed.

6. Project Officer:

- 6.1 To act as a liaison point between the Programme and selected individual project holders.
- 6.2 To assist PTU specialists in providing technical assistance to project holders.
- 6.3 To assist the Programme Manager and Programme Development Coordinator in establishing and maintaining contact with potential project implementors.
- 6.4 To assist the Programme Manager in making contact with Government organisations and committees.
- 6.5 To participate in selected training and workshops/seminars.
- 6.6 To assist in monitoring and process documentation of funded project activities.

7. Driver

- 7.1 To provide transport for Programme staff as directed.
- 7.2 To deliver/collect goods as directed.
- 7.3 To develop and maintain a log of use of Programme vehicles.
- 7.4 To ensure that all Programme vehicles are adequately maintained.
- 7.5 To assist Programme staff as directed.

ภาคผนวก จ. รูปแบบการดำเนินงานทางด้านการดูแลรักษาของศูนย์อัลเบียนสตรีท
(The Albion Street Centre Model of Care)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

The Albion Street Centre Model of Care

Patient-Centred Care - The philosophy of the centre is to provide care that is appropriate to and acceptable to the individual patient. This means:

- Involving the patient in care through good health care worker to patient communication;
- Developing operating systems which maximise patient well-being and minimise patient discomfort and inconvenience;
- Using processes which maintain patient confidentiality; and,
- Accepting that the patient has a choice in the level and type of care they choose to access and accommodating that choice as far as possible.

The service is non-directive, non-judgemental and aims to empower the patient.

Ambulatory Care - The model of the Centre is ambulatory care which means that patients who are able to remain in the community will do so and be able to come to the Centre for treatment and other health care needs. Ambulatory care encompasses outpatient services, including on-site specialist medical services and an ambulatory care treatment room. This maximises the cost effectiveness of care, allows the patients to live as close to normal a life as possible, maximises confidentiality and allows them to continue working if the patient feels they are able to. An essential element of this model is the ambulatory care treatment room. In this room patients can have treatments and investigations which take longer than a standard outpatient consultation. Patients may be in the treatment room for periods of up to 8 hours. In the treatment room patients have intravenous infusions (which may take from one to four hours), blood transfusions, lumbar punctures, biopsies. In the respiratory treatment room they may have induced sputum collection or nebulised medications. The nursing staff of the Centre provide the treatments, care and assessments in the ambulatory care room, based on established protocols. The Centre arranges meals and snacks for the patients while they are in the treatment room. An NGO provides transport to and from the centre for unwell patients if required.

Accessible Services - A counsellor and a doctor are on call after clinic hours for crisis intervention and emergency care for patients as well as advice to other health care workers. The target group is anyone who is infected with or affected by HIV. The service is free and confidential, so people from any socioeconomic group or from any groups which are marginalised within our community will not be disadvantaged in accessing the service.

Integration of Services - The ASC encompasses services for patients at different stages of HIV infection to allow a continuity of care. The Centre provides some level of preventive services as well as a full range of HIV screening and diagnostic services, asymptomatic care, symptomatic clinical care and treatment, specialist clinics and follow-up (post hospital admission) care for patients. Where the Centre cannot meet the need of a patient there are established referral networks to other services for instance inpatient care, palliation, specialist assessment or treatment.

Integrated Multidisciplinary Team - The Centre staff work as a multidisciplinary team. Each member of the clinical team has appropriate professional qualifications and experience. Each team member's role is perceived as an equally valuable component of patient care.

Wholistic Care - The Albion Street Centre aims to meet as many of the patient's needs as possible. Medical, nursing and psychosocial care, nutrition advice, dental care, health education, patient information and support of carers are seen as equally important components of care.

Expert Consultative Service - The Albion Street Centre provides an expert consultative service on all aspects of HIV/AIDS treatment and care to health care services, health care workers, NGOs and the community. The nature and reputation of the Albion Street Centre means that many of these services are informal, resulting from telephone calls direct to clinicians or to the New South Wales HIV Information Line. The Centre offers structured clinical placements for health care workers and seminars and short courses (including Train the Trainer courses) for health care workers and the corporate sector. Academic links are with the University of New South Wales. Staff of the Centre are involved in training for academic institutions health care facilities and NGOs. The Centre acts as an occupational exposure referral service for many health care facilities in Sydney and has had a consultative role in policy development for many health care facilities.

Dissemination of Information - The Centre plays a major role in the dissemination of information about HIV to patients, health care workers and the community in New South Wales. The New South Wales HIV Information Line, based at and operated by the Centre, takes calls from about 100 people each weekday requesting information about HIV. The calls are answered by volunteers, supervised by an Information Officer. The New South Wales HIV Reference Library is also at the Albion Street Centre. This library can be accessed by patients, students, health care workers and the public and can provide information on specific topics relating to HIV. The Centre provides Information Sheets on topics which are of interest to patients - especially relating to aspects of drug treatment and nutrition. The Centre also provides a balanced selection of reading material on complementary therapies, which are of interest to many patients. The Centre promotes its services to potential patients and the community by printed leaflets, advertisements in the press and information stalls at community events.

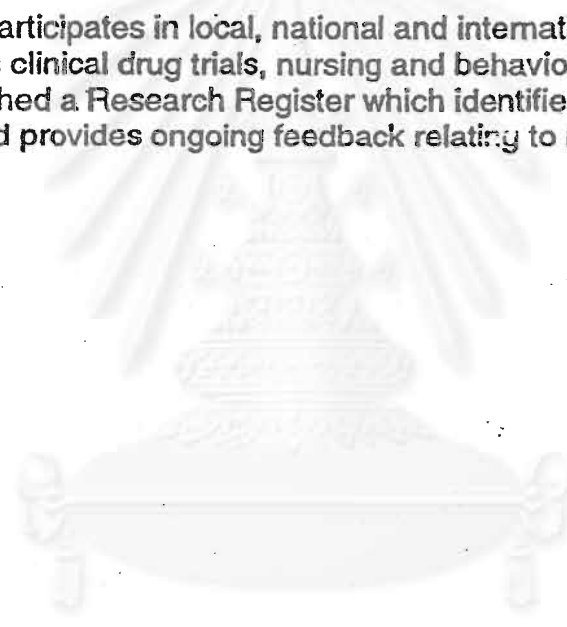
Community Involvement - The ASC has ongoing consultation with community based organisations and continues to be responsive to the needs of the community. In particular, the Centre has an established consultation and liaison process with community based organisations to enhance welfare services provided by community organisations and ensure patients' access to those services.

Responsive service - The Albion Street Centre aims to provide a dynamic service which can be responsive to changes in the needs of patients, in the patient population and community focus. The Executive Committee of the Centre, representing all units, meets monthly to review the operation of the Centre and to recommend any policy changes.

Data Collection - Data is collected on numbers of patients attending the Centre, all clinical services offered at the Centre, natural history of HIV infection in patients and response to treatment, psychosocial indicators, education given, and phone calls requesting information. This data is collected and collated to assess needs and to be able to quantify service provision to enable planning and justification of resources and to provide a database for retrospective and prospective research.

Staff Support and Development - The most valuable resource of the ASC is its staff. Staff support and development are essential to maintaining staff numbers, morale and motivation. Staff support is available through the Centre's counsellors, the Anjali support staff, or the Prince of Wales Hospital Staff Counsellor. Time is available for staff to have supervision or support away from the Centre if that is appropriate. Professional development for staff is thought to be necessary to keep staff knowledge current in a rapidly expanding field, to ensure staff can give accurate information to patients and other health care workers, and to maintain staff interest and motivation. Assistance is provided for fees and study leave for attendance at seminars and workshops arranged by other agencies, conferences, courses and academic study.

Research - The ASC participates in local, national and international research. Research encompasses clinical drug trials, nursing and behavioural components. The Centre has established a Research Register which identifies patients who are eligible for new trials and provides ongoing feedback relating to new trial developments.



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ข บันทึกความเข้าใจระหว่างรัฐบาลออสเตรเลียกับรัฐบาลไทยเกี่ยวกับโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทย

(Memorandum of Understanding between the Government of Australia and the Royal Thai Government relating to the Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project in Thailand)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

**MEMORANDUM OF UNDERSTANDING BETWEEN
THE GOVERNMENT OF AUSTRALIA AND THE ROYAL THAI
GOVERNMENT RELATING TO THE BAMRASNARADURA HOSPITAL
HIV/AIDS AMBULATORY CARE PROJECT IN THAILAND**

1 GENERAL

THIS MEMORANDUM expresses the understandings of the Government of Australia (GOA) and the Royal Thai Government (RTG) concerning the responsibilities and contributions respectively of the two Governments in regard to the Bamrasnaradura Hospital HIV/AIDS Ambulatory Care Project (hereafter referred to as the Project) located at the Bamrasnaradura Hospital, Bangkok in Thailand. The Project is intended to establish a fully integrated ambulatory care model at the Bamrasnaradura Hospital and to assist in the development of the Bamrasnaradura Hospital as a Clinical Reference Centre and a National Training Centre in HIV/AIDS care in Thailand over a period of three years as further described and detailed in Annex 1 to this Memorandum (Project Activities).

This MEMORANDUM, is concluded pursuant to and is subject to the provisions of the Agreement between the Government of Australia and the Royal Thai Government of on Development Cooperation, signed at Bangkok on 2 February, 1989 ("the Agreement").

2 EXECUTING AUTHORITIES

The Executing Authorities for this Project will be:

For the Royal Thai Government : Thai Ministry of Public Health.

For the GOA: AusAID - the Australian Agency for International Development of the Department of Foreign Affairs and Trade.

AusAID will engage the Albion Street Clinic to undertake part of its obligations under this Memorandum.

3 DEFINITIONS

For the purposes of this Memorandum:

"Australian Team Leader" means the designated representative in Thailand of the Albion Street Clinic contracted by AusAID on behalf of the GOA to implement the Project;

4 MANAGEMENT

Responsibility for oversight of the Project will be vested in a Project Coordinating Committee (PCC), whose membership will be comprised of RTG and GOA appointees. The RTG will appoint the chairperson of the Committee, and will also nominate as Committee members representatives of the MOPH and other representatives of the RTG. The GOA will appoint as Committee members the Australian team leader and a representative of the Australian Embassy in Bangkok. The Committee will meet not less than twice a year. Its functions will include:

- 4.1 the coordination of policy for the Project;
- 4.2 recommending to the two Governments any appropriate change in the Project, budget and future direction;
- 4.3 the coordination, disposition and placement of Project personnel;
- 4.4 the coordination and operation of the Project Team; and
- 4.5 the review of and reporting on the progress of the Project to the two Governments.

Final responsibility for this Project rests with the RTG.

5 CONTRIBUTIONS

The contributions of the GOA and the RTG detailed in Annexes 3 and 4 of this Memorandum are estimated to value \$A2.6 million and Baht 18.5 million respectively. Disbursement of Australian contributions will be subject to the normal Australian annual parliamentary approval of appropriations. Disbursement of RTG contributions will be subject to the normal Thai annual parliamentary approval of appropriations.

6 FACILITATION

The RTG will provide personnel and facilities necessary to enable Australian Project personnel to efficiently and economically carry out the Project Activities and without limiting the generality of this paragraph such contribution will include:

- 6.1 access to Bamrasnaradura Hospital and MOPH facilities, and personnel; including documentation which is subject to approval of the Hospital administration;
- 6.2 provision of appropriate offices and work facilities; and

6.3 all necessary arrangements for carrying out Project Activities.

7 MONITORING

Progress monitoring within each financial year will be undertaken by the GOA through the Australian Embassy on a regular basis, and during field missions and PCC meetings.

8 EVALUATION

An evaluation of progress of the Project may be made at times arranged between, and mutually convenient to, both Governments. Such an evaluation would be undertaken by a joint investigation team appointed by the two Governments and independent of staff involved in the Project.

9 SUPPLIES

(a) Project equipment and supplies provided by the GOA which are intended to remain in Thailand following the completion of the Project will become the property of the RTG on arrival at the port of destination in the Kingdom of Thailand. Such Project equipment and supplies will be available for the unrestricted use of the Project and will not be withdrawn without the consent of the Project Coordinating Committee. The Committee will exercise administrative control over such supplies for the duration of the Project. The use of the equipment and supplies after the termination of the Project shall be at the discretion of the RTG.

(b) Project equipment and supplies provided by the GOA which are not intended to remain in Thailand following the completion of the Project will not become the property of the RTG and will not be subject to duties, taxes or levies upon departure. Such equipment and supplies will be specified in a subsidiary arrangement made prior to initiation of the Project

10 WARRANTIES

Following testing of the equipment supplied pursuant to this Memorandum, the RTG will bear all risks associated with the installation and maintenance of the equipment, subject to any express warranties held by the GOA in relation to the suppliers of this equipment. In return for this undertaking the GOA, on behalf of the RTG, will exercise any rights it may have against the suppliers of such equipment should such equipment be found defective in any manner.

11 INTELLECTUAL PROPERTY

In accordance with the cooperative nature of the Project, any intellectual property rights developed through Project activities will be jointly owned by both parties to this Memorandum.

12 AMENDMENTS

Amendments to this Memorandum may be made at any time by an arrangement in writing between the two Governments.

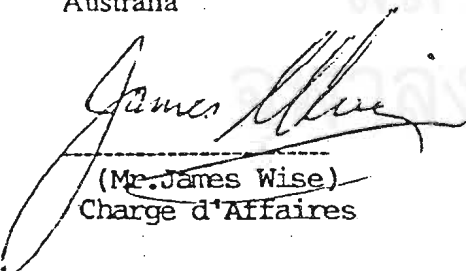
13 ENTRY INTO EFFECT AND DURATION

This Memorandum will take effect from the date of its signature and the Project will be deemed to have commenced from that date. The Australian contribution to the Project and all undertakings given herein will cease 3 years after the date of signature of this Memorandum or on such other date as may subsequently be arranged between the two Governments.

14 ANNEXURES to this Memorandum form an integral part of it.

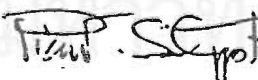
SIGNED at Bangkok, in English language, in duplicate, this _____ day
of 6 December 1996.

For the Government of
Australia



(Mr. James Wise)
Charge d'Affaires

For the Government of the Kingdom of
Thailand



(Mr. Pichet Soontornpipit)
Director-General

ANNEX 1

PROJECT DESCRIPTION**Background**

The current medical, social and economic impact of the HIV/AIDS epidemic is of major concern to the Royal Thai Government (RTG). More than 60,000 persons develop AIDS each year and more than 2% of the Thai population are infected with HIV. The majority of infected persons seek medical care in the public health system which is at significant risk of being overwhelmed with the burden of providing patient care. The proposed HIV/AIDS Ambulatory Care Project (AACP) supports the RTG initiatives in HIV/AIDS care and will assist the RTG in developing appropriate response capacities to meet the service and care requirements of patients with HIV related diseases.

In economic terms alone, the epidemic threatens the recent gains made through the recent period of economic growth and threatens to absorb a significant percentage of increased GDP. The social impact is likewise severe, with a diversion of resources within families and communities from efforts to exploit the opportunities available within an expanding economy to ameliorating the effects of the virus on individuals and families. The impact on children is only now becoming apparent as both sufferers of the virus and as orphans of parents who have died from AIDS.

Minimisation of the global spread of HIV transmission requires national and international action. In Australia's immediate region there is a growing concern about the spread of the virus through tourism, intravenous drug use and non-secure blood supplies. Australia is seen by other nations in the region as a leader in HIV/AIDS treatment, care, education and prevention. Assistance in these areas is being provided by AusAID in three northern provinces of Thailand through the Northern HIV/AIDS Prevention and Care Program (NAPAC) in order to help combat the regional impact of AIDS.

At recent High Level Consultations regarding Australia's program of development assistance to Thailand it was agreed between the Government of Australia and the Royal Thai Government that HIV/AIDS would be a priority area for future Australian assistance.

Australia is keen to work closely with the Ministry of Public Health to improve the planning and policy development to prepare for the outbreak of full blown AIDS. The RTG is confident that, because of Thailand's low fertility rate and economic growth, with sufficient planning and preparation before the full impact of AIDS hits, much can be done to avoid the paralyzing impact that the virus has had in Africa.

Australia has internationally acknowledged expertise in HIV/AIDS prevention and care. Strong institutional links have been developed between the government, NGO, community and research agencies at the federal and state level. Sound program management skills, innovative educational strategies and an extensive clinical knowledge base have been developed. Australia therefore has the capacity to assist with the development of a system of ambulatory HIV/AIDS care in Thailand, provide health care worker training and help the MOPH to establish a regional HIV/AIDS training centre at the Bamrasnaradura Hospital in Bangkok.

The proposed Albion Street Centre HIV/AIDS Ambulatory Care Project aims to assist the MOPH in their planning and preparation to be able to respond, in an efficient and effective manner, to the needs of its citizens suffering from the impact of HIV/AIDS.



Project Objectives, Components and Inputs

The objectives of the Project are to:

- 1) develop the clinical and counselling skills of health care workers at the Bamrasnaradura Hospital in the delivery of care to patients with HIV/AIDS and in providing counselling support to families and carers;
- 2) develop the organisational and educational capacity of Bamrasnaradura Hospital to provide culturally appropriate health information for target groups and health literature to support the ongoing education of health workers;
- 3) develop the organisational capacity required to devise and implement an ambulatory care that is transferable locally, nationally and regionally;
- 4) efficiently and effectively manage and implement the project for the achievement of the defined implementation targets and project objectives.

In support of these objectives, Australian assistance will be provided in four components:

Human Resource Development;

Health Education and Information Services;

Administrative and Organisational Structure and Development;

Project Management.

a) Human Resource Development

The capacity to respond effectively to the increasing incidence of AIDS will require substantial changes to current health care delivery practices within the Bamrasnaradura Hospital. The focus of this component is therefore on the personnel responsible for the delivery of services at the hospital. Advisory and staff development activities under the project will enhance these skills and contribute to the efficient and effective utilisation of the RTG resources being invested in the care of people living with HIV/AIDS.

Activities to be undertaken to meet the objectives of this component include:

- (i) Australian experts will evaluate training currently provided by the MOPH to relevant staff at the Bamrasnaradura Hospital in the following areas: counselling, clinical care, infection control, nutrition, education programs and research.
- (ii) Training programs will be devised and implemented to assist bringing in to effect the necessary changes in how services are delivered within the hospital for each of the

above areas;

(iii) Key staff from a range of disciplines will undertake placements at the Albion Street Centre to experience best practice of the Ambulatory Care model to be implemented at the Hospital.

Personnel to be targeted for training include:

Nurses, Doctors, psychologists and social worker's with a role in counselling patients with HIV/AIDS, their carers and families;

Specialist nurses providing clinical care for HIV/AIDS patients;

Doctors, nurses and specialists in the nutritional care of HIV/AIDS patients;

Doctors in clinical care and research skills;

Doctors, nurses and administrations in Infection control

Inputs will include: a Long Term Australian Adviser (LTA) placed in the Hospital for three years; a number of technical experts from a range of disciplines (staff Specialist, Medical Officer, Nurse Educator, Psychologist, Clinical Nurse Consultant, Clinical Nurse Specialist, Nutritionist) visiting the Bamrasnaradura hospital on short term, specific assignments related to their area of expertise, and, support at the Albion Street Clinic for short placements of Thai counterpart staff.

b) Health Education and Information Services

Appropriate, culturally sensitive patient information and education materials will be required to maximise the effectiveness of the Ambulatory Care practices at the Bamrasnaradura Hospital. :

Activities to be undertaken to meet the objectives of this component include:

(i) Identification and analysis of existing information and education materials available at the Hospital and in the broader community;

(ii) The identification of a comprehensive range of information and education requirements of patients, their families and carers and hospital staff;

(iii) The printing and distribution of materials deemed by the Hospital to be culturally appropriate and within the literacy skills of the people at whom the material is targeted.

Specific areas to be focused on include:

the HIV/AIDS disease process;

The Bamrasnaradura Hospital patient care system and how to access it;

Counselling and support services

medication information;

(iv) establishing a multidisciplinary library service for the professional support of health workers in the field of HIV/AIDS, including the establishment of a computer link to the ASC library in Australia.

The Australian inputs will include, in addition to the LTA, short term assignments by a Nurse Educator, a Health Education Officer, a computer expert and a Librarian.

(c) Administrative and Organisational Structure and Development.

The transition to an Ambulatory Care model will require significant administrative and organisational changes at the Bamrasnaradura Hospital.

Activities to be undertaken to meet the objectives of this component include:

- (i) an evaluation of existing systems for clinical care delivery within the hospital;
- (ii) redefinition of the roles of all members of the multidisciplinary care team responsible for delivering services within the context of an Ambulatory care model;
- (iii) the development and implementation of protocols for all team members;
- (iv) advising on restructuring of Hospital staffing structures to incorporate Ambulatory Care best practice;

There will also be a need to collect specific data to assist in the planning, delivery and evaluation of hospital services. Monitoring and evaluation will commence at the beginning of the project and will incorporate a number of aspects:

- (v) review, develop and implement methods of documentation, data analysis and reporting;
- (vi) develop and implement systems of data collection for monitoring and evaluations of health outcomes, clinical and performance indicators;
- (vii) implementation of Quality Assurance and staff development parameters.

In time, the RTG intends to use the Bamrasnaradura Hospital as a regional training facility.

(viii) The role of the LTA and Project Director will be to assist the Bamrasnaradura Hospital develop networks with other health care institutions and assist hospital management to develop the role of the hospital as a regional training centre.

The Australian inputs required to support this component include short term assignments by an Australian Medical Records Administrator, a Health Outcomes Unit Manager and a Translator. A local Community Liaison Officer will be employed to assist the LTA and the Bamrasnaradura Hospital develop networks with the broader community.

(d) Project Management

The multiple activities to be undertaken as part of the HIV/AIDS Ambulatory Care Project will require a management structure which allows for efficient and effective project implementation. Activities to be undertaken to meet the objectives of this component include:

- (i) undertaking baseline studies for project evaluation;
- (ii) ongoing monitoring, reporting and evaluation of all project activities and their impact;
- (iii) coordination and management of all inputs;
- (iv) ongoing consultation with senior hospital administrators.

The Australian inputs will include, in addition to the LTA, a Thai hospital counterpart (50% salary), office manager and driver. A vehicle and some office equipment will also be provided.

Royal Thai Government Inputs (to be formalised through a Memorandum of Subsidiary Agreement before proceeding to Contract)

Personnel Doctors, nurses, psychologists, nutritionists, administrative assistants, librarian, computer manager,

Other RTG Venues for all training sessions, printing, office space for LTA and support staff, maintenance of equipment, including audiovisual resources, ambulatory care centre infrastructure and equipment, consumable items.

Infrastructure costs, consumable patient care equipment and health care worker salaries will be the responsibility of the Ministry of Public Health (MOPH). The major component of costs will be in staff training and in the establishment of best practice models which will be dynamic and sustainable after the project has finished. Availability of counterpart funds will be critical to the long term sustainability of HIV/AIDS

ambulatory care services. The project has been designed with a high initial input in training, a middle phase of procedural and protocol development and a final phase of evaluation and consolidation such that the service will be ongoing after project termination.

Benefits

The major beneficiaries of the project will be patients of the hospital, their carers and families who will be able to receive a range of world's best practice medical, psychological and support services coordinated through a single facility. Many of these services will reduce the need for lengthy hospitalisations and reduce the average length of stay in hospital.

The severe economic consequences of very large numbers of patients with HIV related disease in Thailand are overwhelming. It is estimated that the per patient cost of medical management is \$12,000 per year per patient lifetime. Currently there are 50,000 new cases of AIDS per year which will generate a cumulative cost of greater than \$500 million per year. This demonstration project aims to offer RTG a model for an alternative system of providing clinical care to HIV/AIDS patients which is both less costly and can be delivered outside the in-patient system.

In time it is hoped that the benefits of an Ambulatory Care Model can be experienced by all Thai health care services in the HIV/AIDS sector who will have access to the training resources and information services established as part of the HIV/AIDS Ambulatory Care Project.

Major Issues

The social and cultural transferability of the Ambulatory Care model as practiced at the Albion Street Centre is the major issue when identifying the risk of the project not meeting its objectives. The project has a built in quality assurance mechanism of having key activities reviewed and endorsed by the *Hospital AIDS Committee of the Bamrasnaradura Hospital to ensure the project activities are appropriate to the hospital capacities, to hospital and MOPH needs and to cultural practices in Thailand.*

The Hospital AIDS Committee comprises senior medical officers, management and administrative staff who have current responsibilities for providing services to patients with HIV/AIDS. In addition, the AIDS Committee will be required to endorse all training and education strategies developed by the Project staff, in consultation with Hospital staff, for cultural and social appropriateness and economic feasibility.

ANNEX 2

KEY RESPONSIBILITIES



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ANNEX 3

CONTRIBUTION OF THE GOVERNMENT OF AUSTRALIA

The contribution of the Government of Australia in relation to this Project will include:

Government of Australia:

(Contractor)

Component 1	\$ 1,143,000
Component 2	\$ 249,000
Component 3	\$ 762,000
Component 4	\$ 412,000
Sub-total:	\$ 2,566,000

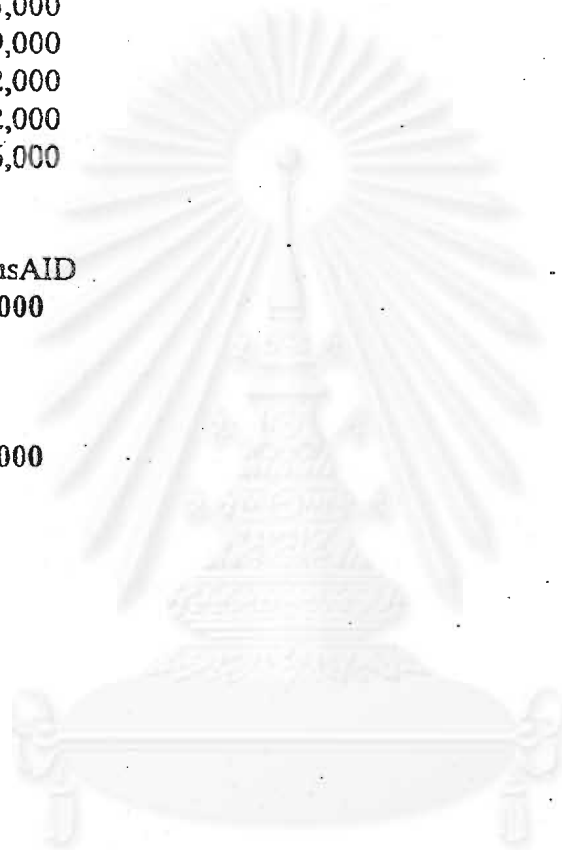
(non-Contract)

Monitoring/review by AusAID

Sub-total: 50,000

Project Costs

TOTAL \$2,616,000



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ANNEX 4

CONTRIBUTION OF THE ROYAL THAI GOVERNMENT

The contribution of the RTG in relation to this Project will include:

Royal Thai Government:

Recurrent: \$ 732,500

Capital: \$ 262,700

TOTAL: \$ 997,250



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ภาคผนวก ซ กิจกรรมและผลลัพธ์ในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

(Activities, Outcomes, Outupts Payment Milestonce)



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

กิจกรรมและผลลัพธ์ในแต่ละขั้นตอนของการดำเนินโครงการความร่วมมือเพื่อฟื้นฟูสุขภาพของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

ACTIVITY	OUTCOME	OUTPUTS (PAYMENT MILESTONES)	PAYMENT A\$
1.1.1-Evaluation of basic counselling training given by Department of Health.	Evaluation of training.		
1.1.2-Develop post-basic communication programs and standards.	Develop course resource material and required standards-to be by AIDS committee		
1.1.3- Implement and evaluate 1.1.2	Courses to at least 200 Health Care Workers (HCWs) each year for three years.	1. Year 1-70% of HCWs reaching approved standards. 2. Year 2 - as above. 3. Year 3 - as above.	1. 36,000 2. 34,000 3. 34,000
1.1.4- Identify training needs and develop specialised training for selected nurses.	Nurses identified, course resource material and required standards developed – to be approved by AIDS Committee.		

1.1.5- Implement and evaluate 1.1.4	Courses to 38 specialist nurses each year for three years.	4. Year 1-70% of nurses reaching approved standards. 5. Year 2- as above. 6. Year 3- as above.	4. 29,000 5. 28,000 6. 28,000
1.1.6- Identify training needs and develop specialised psychologist and social worker training.	Course resource material and required standards developed – to be approved by AIDS Committee.		
1.1.7- Implement and evaluate 1.1.6	Train 1 social worker and 3 psychologists each year for three years.	7. Year 1- 100% of social worker and psychologists trained to approved standards. 8. Year 2- as above. 9. Year 3- as above.	7. 21,000 8. 21,000 9. 21,000
1.1.8- Identify training needs and develop telephone crisis counselling skills for designated Ambulatory Care Unit (ACU) staff.	Courses resource material and required standards developed – to be approved by AIDS Committee.		
1.1.9- Implement 1.1.8	Teach course to at least 10 designated	10. Year 1-70% of HCWs trained to	10. 19,000

	staff each year for three years.	approved standards. 11. Year 2- as above. 12. Year 3- as above.	11. 18,000 12. 18,000
1.1.10- Evaluate all training programs undertaken each year for three years.	Evaluation of entire training program for each year.	13. Year 1- training evaluation report. 14. Year 2- as above. 15. Year 3- as above.	13. 28,000 14. 28,000 15. 28,000
1.1.11- Clinical placement at Albion Street Centre (ASC) for Psychologists /social worker.	Set placement objectives and learning contract – to be approved by AusAID. Placement undertaken for two psychologists/social workers each year for three years.	16. Year 1- Report that placement objectives have been met. 17. Year 2- as above. 18. Year 3- as above.	16. 28,000 17. 28,000 18. 28,000
1.1.12- Purchase and installation of furniture and equipment required for training activities.	E d u c a t i o n a l equipment in place before training courses are due to commence		
1.2.1- Identify training needs and develop training course for triage nurses.	Courses resource material and required standards developed – to be approved by AIDS		

	Committee.		
1.2.2- Implement and evaluate 1.2.1	Teach course to 6 nurse specialists each year for three year.	19. Year 1- all triage nurses trained to approved standard. 20. Year 2- as above. 21. Year 3- as above.	19. 24,000 20. 24,000 21. 24,000
1.2.3-Identify training needs and develop nurse practitioner training course.	Develop course resource material and required standards – to be approved by AIDS Committee		
1.2.4- Implement and evaluate 1.2.3.	Teach course to 6 nurse specialists each year for three year.	22. Year 1- all nurse practitioners trained to 70% of approved standards. 23. Year 2- as above. 24. Year 3- as above.	22. 24,000 23. 24,000 24. 24,000
1.2.5 -Clinical Placement at ASC.	Set placement objectives and learning contract – to be approved by AusAID. Placement undertaken for two nurse practitioners each year for three years.	25. Year 1- Report on achievement of placement objectives. 26. Year 2- as above. 27. Year 3- as above.	25. 24,000 26. 24,000 27. 24,000

1.2.6- Evaluate staff training in infection control and specific capabilities of Infection Control nurse practitioner.	Develop evaluation methodology and conduct evaluation – to be approved by AIDS Committee.		
1.2.7- Develop training for infection control nurse.	Train at least 1 nurse practitioner (and a back up if possible).	28. At least 1 nurse practitioner trained to 85% of Australian standards.	28. 24,000
1.2.8- Clinical placement for infection nurse at ASC.	Set placement objectives and learning contract – to be approved by AusAID. Placement undertaken for 1 infection control nurse.	29. Report on achievement of placement objectives.	29. 24,000
1.3.1- Evaluate staff knowledge and training in nutritional assessment and care.	Evaluation methodology developed, approved by AIDS Committee and evaluation conducted.		
1.3.2- Implement and evaluate 1.3.2	Train a minimum of 20 staff, each year for three years.	30. Year 1- Minimum of 20 staff meet approved standards. 31. Year 2- as above.	30. 21,000 31. 21,000 32. 21,000

		32. Year 3- as above.	
1.3.4- Develop advanced training in nutrition assessment and care for specified nutritionist.	Advanced training develop for Nutritionist.		
1.3.5- Clinical placement and advanced training for nutritionist at ASC.	Set placement objectives and learning contract – to be approved by AusAID. Placement undertaken for 1 nutritionist.	33. Report achievement of placement objectives.	33. 21,000
1.4.1- Identify training needs and develop basic training for Drs/HCWs in HIV/AIDS palliative care management.	Course resource material and required standards developed – to be approved by AIDS Committee.		
1.4.2- Implement 1.4.1	Training of a minimum of 20 Drs/HCWs each year for two years.	34. Year 2-20 Drs/HCWs reach 70% of approved standards. 35. Year 3- as above.	34. 20,000 35. 20,000
1.4.3- Develop HIV/AIDS education for specialist Drs in	Develop seminar – to be approved by AIDS Committee.		

other fields.			
1.4.4- Implement 1.4.3	Undertaken training for 20 Drs each year for three years.		
1.4.5- Identify training needs and develop basic training in infection control for Doctors.	Course resource material and required standards developed – to be approved by AIDS Committee. (Infection Control (IC) nurse to lead training).		
1.4.6- Implement and evaluate 1.4.5	Undertake training of 10 Drs each year for two years.	36. Year 2- 10 Drs reach agreed standards. 37. Year 3- as above.	36. 20,000 37. 20,000
1.4.7- Develop basic skills training in conducting clinical research, Good Clinical Research Practice and standards for Drs providing HIV/AIDS care.	Clinical research and practices training developed and internationally acceptable standards approved by AIDS Committee.		
1.4.8- Implement and evaluate 1.4.7	Teach course to 2 selected Drs each year for two years.	38. Year 2- 2 Drs complete course and achieve internationally	38. 18,000

		acceptable standard. 39. Year 3- as above.	39. 18,000
1.4.9- Clinical placement at ASC for advanced training of HIV/AIDS Doctors in clinical research.	Set placement objectives and learning contract – to be approved by AusAID. Placement for 2 Drs undertaken in each of years 2 and 3.	40. Year 2 - Achievement of placement objectives. 41. Year 3- as above.	40. 19,000 41. 19,000
1.5.1- Develop educational skills training for selected clinical staff.	Train the Trainer courses develop and learning standards approved by AIDS Committee.		
1.5.2- Implement and evaluate 1.5.1	Teach course to minimum of 7 HCWs each year for two years.	42. Year 1- at least 7 HCWs reach approved standard. 43. Year 2- as above.	42. 25,000 43. 22,000
2.1.1- Identification and review of existing Information, Education and Communication (IEC) materials for patients and carers.	Evaluation methodology of IEC material developed and evaluation conducted.		

2.1.2- Preparation of culturally sensitive, appropriate literacy level IEC materials for patients (through consultation with user groups/-ve people).	Develop IEC materials for patients in at least 10 key areas – to be approved by AIDS committee.		
2.1.3- Printing of IEC materials (patients).	200,000 pamphlets printed.	44. Approval of AIDS committee on content/design of at least 10 proposed IEC materials, materials pilot tested and printed.	44. 43,000
2.1.4- Develop appropriate IEC materials for carers and families.	Develop IEC materials for carers and families in at least 3 key areas – to be approved by AIDS committee.		
2.1.5- Printing of IEC material (carers/families).	10,000 pamphlets printed.	45. Approval of AIDS committee on content/design of at least 3 IEC materials for carers/families and materials printed.	45. 34,000
2.1.6- Develop systems for distribution of IEC	Report prepared of rationale for distribution and		

materials.	materials distributed.		
2.1.7- Review IEC materials usage.	Review methodology developed and implemented.	46. Report on how distribution has effectively reached the target population.	46. 28,000
2.2.1- Review library capacity to meet HCW needs in HIV/AIDS area.	Review methodology developed and applied.	47. Report on review	47. 12,000
2.2.2- Advanced training for librarian at ASC.	P l a c e m e n t objectives defined and placement undertaken.	48. Achievement of p l a c e m e n t objectives.	48. 12,000
2.2.3- Transfer computer software resource on HIV/AIDS information systems from ASC to Bamrasnaradura Hospital.	Computer software developed.	49. Computer resources are available and on line.	49. 9,000
2.2.4- Establish link to the ASC library for ongoing exchange of information.	Link established.		
3.1.1- Evaluate current systems for clinical care delivery.	E v a l u a t i o n methodology developed , approved by AIDS		

	Committee and evaluation conducted.		
3.1.2- Define roles and functions of integrated multi-disciplinary team.	At least 10 duty statements developed for staff members.		
3.1.3- Rationalisation of the nursing role optimal care delivery.	Nurses role developed and protocols developed.	50. Acceptance by AIDS Committee of 10 protocols regarding nursing care delivery.	50. 40,000
3.1.4- Assist in the development and implementation of standard operating procedures.	Operating procedures developed.	51. Report on acceptance by AIDS Committee of 15 standard operating procedures.	51. 40,000
3.1.5- Evaluation of implemented procedures.	Report on evaluation outcomes.		
3.1.6- Develop and implement clinical management protocols.	Clinical management protocols developed in consultation with HCWs.	52. Acceptance by AIDS Committee of 10 clinical management protocols.	52. 40,000
3.1.7- Review current system for liaising with other health care providers, institutions and relevant NGOs re:	Evaluation undertaken and protocols for liaison developed.	53. Acceptance by AIDS Committee of liaison protocols.	53. 40,000

patient care.			
3.1.8- Assist in developing appropriate liaison with other agencies.	Networks developed and report on liaison strategy and objectives.		
3.1.9- Review evaluation and monitoring systems for delivery of high quality clinical care.	Develop monitoring and evaluation instruments.		
3.1.10- Assist in developing monitoring and evaluation system.	Systems developed.	54. Acceptance by AIDS Committee of proposed instruments for monitoring and evaluation of clinical care.	54. 40,000
3.1.11- Review existing infection control policies and procedures.	Evaluation undertaken.		
3.1.12- Develop infection control policies and procedures to be implemented by Infection Control nurse.	Infection control policies and procedures developed.	55. Infection control policies and procedures accepted by AIDS Committee.	55. 40,000
3.1.13- Develop policies and procedures in regard	Policies and procedures developed through		

to positive women, children and other identified target groups.	consultation with established networks.		
3.1.14- Facilitate the integration of all HIV/AIDS clinical services, including representation on in-house AIDS committee.	Membership on AIDS Committee and secretariat provided to meetings.		
3.2.1 Review current method of documentation, analysis and reporting.	Evaluation undertaken.		
3.2.2 Develop and implement data collection forms for routine daily use within ACU and in-patient services.	Data collection systems developed; staff training undertaken.	56. Acceptance of 10 data collection forms by AIDS Committee.	56. 23,000
3.2.3 Develop appropriate software for data storage and analysis.	System developed and implemented.	57. An operational data storage and analysis system in place.	57. 23,000
3.2.4 Implement computer compatible data collection system.	Training of 15 staff undertaken.		

3.2.5 Review implementation of data collection systems within Bamrasnaradura hospital.	Evaluation methodology developed and applied.		
3.2.6 Develop and implement appropriate systems for evaluation of health and clinical outcomes within Bamrasnaradura hospital.	Health and clinical outcome evaluation system for use within the hospital approved by the AIDS committee.		
3.2.7 Evaluation of health and clinical outcomes at baseline, year 2 and year 3.	Evaluation of health and clinical outcomes conducted at baseline, year 2 and year 3.	58. Baseline evaluation 59. Year 2 evaluation. 60. Year 3 evaluation.	58. 24,000 59. 17,000 60. 17,000
3.3.1 Evaluation of existing quality assurance and staff development parameters.	Evaluation undertaken.		
3.3.2 Develop and implement quality assurance and staff development procedures.	Quality Assurance (QA) and staff development procedures established.	61. Acceptance the AIDS Committee of QA and staff development procedures.	61. 17,000

3.4.1 Development of a collaborative partnership with the Albion Street Clinic, Prince of Wales Hospital, Sydney, in establishment of an ambulatory care model for HIV/AIDS in Thailand.	Collaborative partnership developed.		
3.4.2 Assist in the development of networks with other health care institutions, care providers and agencies.	Networks with H I V / A I D S government and non-government stakeholders established.	62. Year 1- Report. 63. Year 2- Report. 64. Year 3- Report.	62. 10,000 63. 10,000 64. 10,000
3.4.3 Assist in the development of the hospital's role as a regional training centre in HIV/AIDS management.	Report of project activities to develop role of Hospital as Regional Training Centre.	65. Year 2- Report. 66. Year 3- Report.	65. 10,000 66. 10,000
3.4.4 Assist in the development of academic links with relevant institutions throughout Thailand.	Links with relevant institutions established.		
3.4.5 Assist in the development of a	National Infection Control Resource		

National Infection Control Resource Centre at Bamrasnaradura Hospital.	Centre established.		
3.4.6 Assist in the development of professional associations for health care workers providing HIV/AIDS care.	Appropriate professional associations developed.		
3.5.1 Review existing physical facilities and equipment for out-patient HIV/AIDS care services.	Facilities review undertaken.		
3.5.2 Develop recommendations for the provision of appropriate equipment for clinical care and therapy of HIV/AIDS outpatients.	Recommendations for equipment needed for service delivery developed.	67. Year 1 - Acceptance by AIDS Committee of recommendations. 68. Year 3- as above.	67. 8,000 68. 8,000
4.1.1 Recruitment and placement of Long Term Adviser (LTA)	LTA appointed.		

4.1.2 Provision of adequate project accommodation at Bamrasnaradura hospital.	Accommodation provided by Royal Thai Government (RTG)		
4.1.3 Appointment of locally engaged staff.	Support staff appointed.		
4.1.4 Provision of adequate project operating facilities and equipment.	Project offices established.		
4.1.5 Provision of transportation.	Project car purchased.		
4.1.6 Thai language training for LTA	Language training provided.		
4.2.1 Determine indicators for the project, including identification of studies to be undertaken, and method for monitoring project outcomes.	Monitoring systems determined and established which enable outcomes for patients, carers and families to be measured and studies to be undertaken identified.	69. AusAID endorsement of identified project indicators, monitoring system and studies to be undertaken.	69. 30,000
4.2.2 Undertaken baseline studies for project evaluation.	Formative and summative evaluation studies as identified in 4.2.1	70. Acceptance by AusAID of baseline evaluation studies (to be completed within	70. 40,000

	undertaken.	1 st year of project).	
4.2.3 Conduct on-going monitoring.	Monitoring and evaluation systems established and applied.		
4.2.4 Undertake studies at project completion for evaluation.	Formative and summative evaluation studies undertaken.	71. Acceptance by AusAID of project completion evaluation studies.	71. 38,000
4.2.5 Production of quarterly reports re reporting against each activity scheduled for the period with additional QA reports for payment milestones.			
4.2.6 The production of draft and finalised Annual Plans.	Draft Annual Plans prepared and AusAID comments incorporated into final Annual Plans.	72. Acceptance by AusAID of re-drafted Annual Plan end Quarter 1, Year 1. 73. As above by 31 March 1997. 74. As above by 31 March 1998.	72. 45,000 73. 45,000 74. 45,000
4.2.7 Attendance at Project Co-ordinating Committee (PCC) meeting twice a year.	PCC meet and minute all discussions and agreements.		

4.2.8 Technical Review of functionality of AIDS Committee by AusAID, as deemed necessary by AusAID.	Assist review team.		
4.2.9 Project Director monitoring and coordination visits.	2 visits per annum for three years.		
4.2.10 10 AusAID reviews may be undertaken as deemed necessary by AusAID.	Assist review team.		
4.3.1 Final review of project.	Issue for Project Completion Report (PCR) identified.		
4.3.2 Draft PCR prepared.	Draft PCR, including analysis of baseline and completion formative and summative evaluation studies presented to AusAID.	Draft PCR.	39,650
4.3.3 Production of final PCR.	Final PCR incorporating comments from AusAID.	Acceptance of PCR by AusAID.	100,000

ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

นาย จิรวัดมน์ สุขสโมสร เกิดวันที่ 26 กรกฎาคม พ.ศ.2520 ที่อำเภอบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี สำเร็จการศึกษาระดับมัธยมศึกษา แผนกวิทยาศาสตร์ โรงเรียนสวนกุหลาบวิทยาลัย ในปีการศึกษา 2537 สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาบริหารธุรกิจบัณฑิต สาขาการจัดการธุรกิจระหว่างประเทศ คณะบริหารธุรกิจ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ ในปีการศึกษา 2541 และเข้ารับการศึกษาคือต่อในหลักสูตรปริญญารัฐศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ ภาควิชาความสัมพันธ์ระหว่างประเทศ คณะรัฐศาสตร์ ที่จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อ พ.ศ. 2542



สถาบันวิทยบริการ
จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย