

พาผู้หญิงไปตรวจหา HIV มีหรือไม่มี HIV ก็ให้ ARV : งานวิจัยสู่การปฏิบัติ

นิวัตร สุวรรณพัฒนา

11 ตุลาคม 2557

ผมอาจตั้งชื่อบทความนี้ดูเกินข้อเท็จจริงไปหน่อย แต่คิดย้อนทวนดูแล้ว ก็ยังอยากใช้ชื่อนี้อยู่ ทำไมหรือครับ ลองอ่านดูนะ

ผมอ่านบทความของ **Dr.Ronald Valdiserri** ชื่อ “แนวปฏิบัติ/แนวทางฉบับใหม่เพื่อเสริมสร้างการตรวจค้นหาเอชไอวีและป้องกันเอชไอวีเพื่อผู้หญิง” **New Guideline Strengthen HIV Screening and Prevention for Women** (จาก blog.aids.gov) เผยแพร่ในวันที่ 14 พฤษภาคมที่ผ่านมา เนื่องในโอกาสสัปดาห์สุขภาพผู้หญิงแห่งชาติของประเทศสหรัฐอเมริกา โดย Dr.Ronald ระบุว่า ความเห็นของเขาในบทความชิ้นนี้ น่าจะช่วยให้แพทย์และบุคลากรผู้ดูแลสุขภาพสามารถนำไปใช้ปรับปรุงและขยายบริการการตรวจเลือดหาเอชไอวีและการป้องกันสำหรับผู้หญิงในสหรัฐอเมริกาได้อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลมากขึ้น

Dr.Ronald กล่าวถึงความคิดเห็นของเขาต่อข้อแนะนำของคณะกรรมการวิทยาลัยสูติ-นารีแพทย์ของสหรัฐฯ (The American College of Obstetricians and Gynecologists / ACOG) ใน 2 เรื่องคือ

1. การปรับลดอายุผู้หญิงให้ต่ำลง เพื่อการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
2. การใช้ PrEP เพื่อป้องกันเอชไอวีในผู้หญิง

เรื่องแรก “การปรับลดอายุของผู้หญิงให้ต่ำลง เพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวี”

จากเดิม ACOG เคยแนะนำให้ผู้หญิงเริ่มตรวจหาเชื้อเอชไอวีเมื่ออายุ 19 ปี แต่ได้ปรับคำแนะนำใหม่มาให้ผู้หญิงที่อายุ 13 – 64 ปีทุกคน ควรตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างน้อย 1 ครั้งในชีวิต และทุกๆ ปี ขึ้นอยู่กับปัจจัย/ความเสี่ยงต่างๆ ทั้งนี้ ACOG มีความเห็น/ข้อแนะนำเพิ่มเติมว่า

1. ให้สูติ-นารีแพทย์เป็นผู้ตรวจสอบหาความเสี่ยงต่อเอชไอวีและประเมินว่า ผู้หญิงรายนั้นๆ ควรรับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีต่อเนื่องทุกๆ ปีหรือไม่
2. หากตรวจพบเจอเชื้อเอชไอวี ให้สูติ-นารีแพทย์รับผู้หญิงรายนั้นไว้ และส่งต่อไปเพื่อรับบริการดูแลรักษา รวมทั้งการสนับสนุนที่เหมาะสมต่อไป

Dr.Ronald มีความเห็นว่า คำแนะนำนี้สำคัญต่อการก้าวไปสู่ “การบรรลุเป้าหมายตามยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของสหรัฐฯ” ที่กำหนดให้มีการค้นหาและระบุตัวทุกคนที่มีเอชไอวี เพื่อจะได้นำเข้าสู่การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส พร้อมกับระบุต่อว่า มีตัวเลขการคาดประมาณว่าในสหรัฐฯ มี

ผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ราวๆ 200,000 คน ที่ยังไม่เคยได้รับการตรวจวินิจฉัย และนั่นทำให้คนเหล่านี้ไม่ได้รับการดูแลรักษาเพื่อให้มีชีวิตที่ยืนยาวขึ้น

Dr.Ronald เห็นว่า ในสหรัฐฯ ผู้หญิงจะต้องมาพบสูติ-นารีแพทย์เป็นประจำ เพื่อรับบริการพื้นฐานด้านการตรวจ ดูแล ป้องกัน ดังนั้นสูติ-นารีแพทย์จึงเป็นแพทย์กลุ่มที่เหมาะสมที่สุดที่จะทำบทบาทนี้ เพื่อตรวจค้นหาผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวี และพาเข้ารับบริการได้รวดเร็วที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้

ผมเห็นด้วยกับคำแนะนำเรื่อง การปรับลดอายุผู้หญิงในการชักชวนให้เข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี จากเดิมเริ่มต้นที่อายุ 19 ปี ให้ต่ำลงกว่าเดิมเป็นเริ่มต้นที่ 13 ปี เพราะความเสี่ยงจากการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีนั้นสัมพันธ์กับเรื่องเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน การใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้มีเชื้อเอชไอวี และความเสี่ยงจากการได้รับเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิด ซึ่งปัจจุบันเรามีข้อเท็จจริงส่วนหนึ่งที่พูดกันมากขึ้นเรื่อยๆ ว่า พบการมีเพศสัมพันธ์ในผู้หญิงที่มีช่วงอายุอยู่ในวัยรุ่น

อย่างไรก็ตามข้อแนะนำเรื่องการปรับลดอายุให้ต่ำลงเพื่อให้สามารถเข้ารับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้ นี้ คงทำได้ไม่ง่ายนัก เพราะน่าจะมีแรงต้านหลักอย่างน้อยจาก กลุ่มเคร่งศาสนาและศีลธรรม ที่คงยากจะยอมรับว่า เด็กผู้หญิงอายุ 13 ปี ก็(คง)มีเพศสัมพันธ์ได้แล้ว ซึ่งกลุ่มนี้รวมถึงผู้นำศาสนา พระ นักบวช ผู้ปกครอง ครูบาอาจารย์ นักการเมือง ข้าราชการผู้มีอำนาจตัดสินใจทางนโยบาย ฯลฯ ซึ่งอาจรวมเอาทุกคนที่มีความคิด ความเชื่อที่เรียกกันว่าเป็น “กลุ่มอนุรักษ์นิยม” เรื่องแรงต้านนี้อาจพยายยันได้จาก คำแนะนำก่อนหน้านี้ของ ACOG ที่ยังกำหนดอายุไว้ที่ 19 ปี

นอกจากแรงต้านจากกลุ่มอนุรักษ์นิยมแล้ว อาจต้องปะทะกับความคิดของกลไกวิชาชีพอีกด้วย ซึ่งเรื่องนี้ คิดแบบที่ไม่ได้รู้จักระบบการแพทย์ในอเมริกาเลยนะครับ หากเข้าใจผิดพลาดคลาดเคลื่อนก็ต้องขอ คำแนะนำด้วย เพียงแต่ว่าผมนึกถึงประเด็นนี้ในประเทศไทยที่ได้ถกเถียงกันมาหลายปีก่อนหน้าจนถึง ปัจจุบันนี้ว่า “คนที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถตัดสินใจรับบริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีได้ด้วยตนเอง หรือว่า ต้องมีคำยินยอมจากพ่อแม่/ผู้ปกครองก่อน” ซึ่ง “แพทยสภา” ยังไม่ยอมผ่านเรื่องนี้ แม้จะมีประกาศ สนับสนุนจากรัฐมนตรีสาธารณสุขสมัยพรรคประชาธิปัตย์เป็นรัฐบาลแล้วก็ตาม

ผมไม่แน่ใจว่า แพทยสภา กังวลเรื่องใดมากกว่ากันระหว่าง กลัวถูกฟ้องร้อง (ตามที่อ้างในกระแสวิกฤต) กับ การรับไม่ได้เรื่องที่จะต้องมีส่วนในมาตรการที่ยอมรับกลายๆ ว่า “เด็ก เยาวชน ลูกหลาน” ในสังคมไทยมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุน้อยๆ หรือพูดสั้นๆ ว่า กังวลเรื่องใดระหว่าง “กฎหมาย” กับ “ศีลธรรม” ที่ตนยึดถือเอาไว้

สำหรับข้อเสนอที่ให้สูติ-นารีแพทย์เป็นผู้เปิดประตูพาผู้หญิงเข้าสู่การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส นั้น ผมเห็นว่าการน่าจะเป็นข้อแนะนำในทางปฏิบัติที่ทำได้และอาจทำได้ดีด้วย

อย่างไรก็ตามข้อเสนอแนะของ Dr.Ronald ที่กล่าวถึงว่า มาตรการนี้จะเป็นส่วนเสริมตามที่ระบุไว้ใน ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศสหรัฐ ว่า ให้ค้นหาทุกคนที่มีเชื้อไอวี แล้วพามา เข้ารับการรักษาด่วนนั้น ซึ่งเป็นเช่นเดียวกับแผนยุติปัญหาเอดส์ – Ending AIDS ของประเทศไทย (เพียงแต่ว่าของไทยนั้นระบุว่าต้องเร่งค้นหาในกลุ่ม KAPs คือ MSM, SW, PWID เป็นหลัก โดยมี MW รวมเข้าไว้ด้วย) ผมมีความเห็นว่า เราน่าจะมีเรื่องที่ต้องคิดให้ละเอียดเรื่องนี้ด้วย ซึ่งขอติดค้างไว้ก่อนนะ ครับ แล้วจะพยายามหาโอกาสเขียนถึงอีกครั้ง..(ให้ได้)

เรื่องที่สอง การใช้ PrEP เพื่อป้องกันเอชไอวีในผู้หญิง

กรรมการ ACOG มีความเห็นว่า ผู้หญิงที่น่าจะใช้ PrEP เป็นผู้หญิงที่ยังไม่มีเชื้อเอชไอวีที่อยู่ใน 3 กลุ่มนี้

- กลุ่มแรก ผู้หญิงที่มีคู่นอนเพศสัมพันธ์เป็นผู้ชายที่มีเชื้อเอชไอวี
- กลุ่มที่สอง ผู้หญิงที่มีเพศสัมพันธ์อยู่ในเครือข่ายทางสังคมหรือพื้นที่ที่มีความชุกของเอชไอวีสูง
- กลุ่มที่สาม ผู้หญิงที่มีปัจจัยเสี่ยงข้อใดข้อหนึ่งหรือมากกว่า 1 ข้อต่อไปนี้
 - 1) ไม่ใช่ หรือใช้ถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอ
 - 2) มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - 3) เกี่ยวข้องกับเพศสัมพันธ์เพื่อการแลกเปลี่ยน เช่น เพื่อเงิน เพื่อยาเสพติด หรือเพื่อการตอบแทนด้วยรูปแบบ/วิธีการอื่นๆ
 - 4) ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด และ/หรือต้องพึ่งพาเหล่า
 - 5) มีคู่ซึ่งยังไม่รู้ว่ามียูเอชไอวีหรือไม่ แต่เป็นคนที่มีปัจจัยใดปัจจัยหนึ่งข้างต้น

US Ending AIDS : ไม่มีผู้ติดเชื้อฯ ใหม่อีก

- ค้นหาผู้หญิงที่มีเอชไอวีในคนที่มีเอชไอวี 200,000 คนแต่ไม่เคยตรวจวินิจฉัย (หาให้เจอและพาเข้าระบบฯ)

ผู้หญิง (13 – 64 ปี) → สูติ-นารีแพทย์

- ชักชวนให้ตรวจเลือดหาเอชไอวี
 - HIV⁺ → ART
 - HIV⁻ → ประเมินความเสี่ยง → PrEP (ARV)

ผู้หญิง 3 กลุ่ม ที่ควรให้ PrEP

1. มีคู่เป็น ผู้ชาย HIV⁺
2. อยู่ในเครือข่าย/พื้นที่ที่มีเอชไอวีชุก
3. เข้าเกณฑ์ใดเกณฑ์ 1 หรือมากกว่าในนี้
 - ไม่ใช่/ใช้ถุงยางไม่สม่ำเสมอ
 - มี STIs
 - มี sex เพื่อแลกเปลี่ยน/ต่างตอบแทน
 - เป็น PWID / พึ่งเหล่า
 - มีคู่ และมีข้อใดข้อหนึ่งใน 4 ข้อข้างต้น

กรรมการ ACOG ยังแนะนำต่อว่า เพื่อประสิทธิภาพด้านการป้องกันเอชไอวีให้สูติ-นารีแพทย์เป็นผู้เน้นย้ำความสำคัญของการกินยาต้านไวรัสทุกวันให้กับผู้หญิง และให้ติดตามแนวปฏิบัติเรื่อง PrEP ฉบับใหม่ ซึ่งทางศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐ (US CDC) ได้เผยแพร่แนวปฏิบัติเรื่อง PrEP ฉบับใหม่ ออกมาเมื่อกลางเดือนพฤษภาคมที่ผ่านมาแล้ว

ผมเองมีความเห็นเรื่องนี้แยกออกเป็น 2 ส่วนคือ ส่วนเรื่องของการใช้ PrEP และส่วนเรื่องของการใช้ PrEP ในผู้หญิง

เรื่องการใช้ PrEP นี้ได้มีการพูดคุยในประเทศไทยมาตั้งแต่ธันวาคม 2553 โดยเป็นความร่วมมือระหว่างคณะกรรมการองค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ (กพอ.) กับภาครัฐและกลุ่มองค์กรสหประชาชาติ ซึ่งถือว่าเป็นประเทศแรกที่จัดการประชุมปรึกษาหารือนี้ขึ้นก่อนหน้าจะมีการประกาศผลโครงการวิจัย iPrEX ที่มีพื้นที่ดำเนินการวิจัยอยู่ในประเทศไทยด้วย และจากนั้นก็ได้มีการพูดคุยกันต่อเนื่องมาเป็นระยะ จนปัจจุบันในแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2557 เผยแพร่เมื่อกันยายน 2557 ก็ได้มีการระบุเรื่อง PrEP รวมเข้าไว้ด้วย โดยอยู่ในบทที่ 7 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และอยู่ในหมวดการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันเอชไอวี (หน้า 337 – 340)

นับตั้งแต่ปลายปี 2553 ผมติดตามเรื่อง PrEP มาเป็นระยะ ทำให้เห็นว่า

PrEP นั้นมีทั้งในมิติที่เป็น “วิธีการในการป้องกันฯ” โดยเมื่อ 16 กรกฎาคม 2555 องค์กรอาหารและยาของสหรัฐ (US FDA) ได้อนุมัติคำขอของบริษัทยา Gilead ที่ขอเพิ่มเติมคุณสมบัติของยาต้านไวรัส Truvada จากเดิมที่ใช้เพื่อการรักษาให้ครอบคลุมเรื่องการป้องกันด้วย โดยกำหนดวิธีการใช้ว่า ผู้ใช้จะต้องมีใบตรวจยืนยันผลเลือดว่าไม่มีเชื้อเอชไอวี และมีใบส่งจ่ายยาจากแพทย์ โดยเป็นการกินทุกวันๆ ละ 1 เม็ด ซึ่งปัจจุบันนับว่ายังคงเป็นวิธีการป้องกันรูปแบบเดียวที่ได้รับอนุมัติจาก US FDA

PrEP ในมิติที่เป็น “ยุทธศาสตร์ด้านการป้องกันฯ” เพื่อใช้เป็นทางเลือกเพิ่มเติมให้กับคนที่ไม่สามารถใช้วิธีการป้องกันฯ ที่มีอยู่ได้ เช่น ผู้หญิงที่ต่อรองให้คู่ใช้ถุงยางฯไม่ได้ ซึ่งทำให้ผู้หญิงมีความเสี่ยงในการป้องกันตนเองจากเอชไอวี

สำหรับมิติความก้าวหน้าด้านการวิจัยทางการแพทย์ก็พบว่าการทดลองวิจัยเรื่อง PrEP กับหลากหลายกลุ่มประชากร ในหลายพื้นที่ รวมพื้นที่ในประเทศไทยด้วย เช่น ในกลุ่มผู้หญิงก็มีโครงการ VOICE กับ FEM-PrEP ในกลุ่มหญิงชายรักต่างเพศก็มีโครงการ TDF2 และ Partners PrEP ในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีการฉีด (PWID) ก็มีโครงการ Bangkok TDF ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ก็มีโครงการ iPrEX ซึ่งโดยส่วนใหญ่พบว่ามีประสิทธิภาพด้านการป้องกันฯ ตั้งแต่ 44 ไปจนถึง 75 % และสูงเพิ่มขึ้นหากมีการใช้ยาฯ อย่างถูกต้องและสม่ำเสมอ (adherence) โดยสูงสุดคือ 92 %

นอกจากการวิจัยในกลุ่มประชากรต่างๆ แล้ว ยังมีการทดลองวิจัยวิธีการใช้ PrEP ในหลายรูปแบบเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการป้องกันเอชไอวี ทั้งรูปแบบการกินที่เริ่มจากการกินยาต้านไวรัสทุกวันๆ ละ 1 เม็ด ซึ่งมีเงื่อนไขว่าต้องกินสม่ำเสมอ หากไม่กินก็ไม่ได้ผล มาสู่รูปแบบ การกินบางช่วง โดยเน้นช่วงที่(คาดว่า)มีเพศสัมพันธ์ และรูปแบบของผลิตภัณฑ์ที่มีลักษณะคล้ายเจล/ครีม/สารหล่อลื่น ที่นำมาใช้ทาเคลือบบริเวณอวัยวะเพศ/รูทวาร ซึ่งก็มีการวิจัยต่อยอดว่า จะสามารถเน้นใช้เฉพาะช่วงที่(คาดว่า)มีเพศสัมพันธ์ได้หรือไม่ เช่น โครงการ MTN 017 ที่เป็นโครงการวิจัยระยะที่สอง เป็นการทดลองในกลุ่มเกย์ และกะเทย (MSM and Transgender / TG) ซึ่งกำลังดำเนินการทดลองในหลายพื้นที่ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทย และล่าสุดก็มีการดำเนินโครงการวิจัยที่พัฒนารูปแบบการนำไปสู่การฉีดเพียง 1 ครั้ง และสามารถป้องกันได้หลายเดือน นับว่าเพื่อแก้ปัญหาคนที่มักลืมไม่ได้กินยาอย่างต่อเนื่องและสม่ำเสมอ

นอกจากนี้ PrEP ยังมีมิติของสังคม วัฒนธรรม เศรษฐกิจ และการเมืองอีกด้วย โดยเฉพาะในส่วนของนำเอาผลการทดลองวิจัยมาพัฒนาเป็นนโยบาย ยุทธศาสตร์ และการปฏิบัติใช้ ซึ่งนับตั้งแต่การก่อนและหลังการพิจารณาอนุมัติคุณสมบัติเพิ่มเติมของ USFDA ก็ได้ทำให้เกิดการเคลื่อนไหวสร้างแรงกระเพื่อมเรื่องนี้มาเป็นระยะๆ อย่างต่อเนื่องของกลุ่มผู้สนับสนุนการใช้ PrEP กับกลุ่มผู้คัดค้าน

ผมเขียนเรื่องนี้ไว้บ้างแล้ว ผู้ที่สนใจสามารถเข้าไปดูบทความที่เขียนไว้ได้ที่ส่วนของบันทึกตามลิงค์นี้ครับ <https://www.facebook.com/niwat.suwanphatthana/notes>

1. Gilead, Truvada, PrEP การช่วยเหลือหรือผลกำไร ? 9 มีนาคม 2555
2. อย.สาธารณสุขประกาศอนุมัติใช้ PrEP "ยาต้านสำหรับป้องกันฯ" 18 กรกฎาคม 2555
3. Truvada : Gilead's Pill, Profits and Protest at Washington 25 July 2012 26 กรกฎาคม 2555
4. Truvada ผลประโยชน์ผูกขาดของบรรษัทฯ VS ทางเลือกสำหรับการป้องกัน 16 สิงหาคม 2556

ครั้งนี้ผมอยากชวนให้มอง PrEP เพิ่มอีก 1 เรื่องในมุมของการทำให้เรื่องการป้องกันเอชไอวีที่หลากหลายมิติให้หดรูปลดลงเหลือเพียงมิติเดียวคือ กลายเป็นเพียงเรื่องทางการแพทย์ หรือ Medicalization

บนความพยายามและกดดันที่ต้องการยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) ที่มุ่งเน้นการมุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ หรือ “3 ศูนย์” คือ การยุติการรับ-ถ่ายทอดเชื้อรายใหม่ การยุติการเสียชีวิตด้วยอาการสัมพันธ์กับเอดส์ และการยุติการตีตราและเลือกปฏิบัตินั้น ทำให้มีหลายมาตรการถูกกำหนดขึ้นมาเพื่อส่งเสริมและขยายผล อาทิ

1. เรื่องมาตรการเชิงรุกที่เน้นการส่งเสริมให้คนเข้าถึงและรับบริการปรึกษา-ตรวจเลือดหาเอชไอวี (HIV Counseling and Testing/ HCT) และมุ่งสู่การส่งเสริมการตรวจหาเอชไอวีเป็นประจำ (Routine Testing) ที่มุ่งเน้นไปที่กลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบหลัก (Key Affected

Populations / KAPs) ที่เน้น MSM/TG, SW และ PWID (รวมถึง) MW ซึ่งมีข้อสังเกตว่า วิธีคิดเรื่อง KAPs นี้ ถูกทำให้ชัดเจนเรื่อย ๆ ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา เริ่มจาก MARPs มาสู่ KAPs ซึ่งเป็นการเลื่อนไหวบนฐานคิดเรื่อง ความเสี่ยงและการลดชนวนระเบิดทางระบาดวิทยา

2. การปรับแนวทางการรักษาและป้องกัน (Guideline) ซึ่งน่าจะเป็นการปรับตาม ๆ กันมาโดยมีต้นแบบจาก ศูนย์ควบคุมโรคของสหรัฐฯ (US CDC) ที่กำหนดแนวปฏิบัติให้กับบุคลากรทางการแพทย์ได้นำไปปฏิบัติใช้

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วง 5 ปีหลังนี้ ที่เห็นความเป็นเรื่องการแพทย์เพียว ๆ (Absolute Medicalization) ที่ชัดมากยิ่งขึ้น บนการขับเคลื่อนงานทดลองวิจัยทางการแพทย์ เพื่อนำเทคโนโลยีทางชีวเวชศาสตร์ การแพทย์มาใช้ในการป้องกันเอชไอวี (Biomedical HIV Prevention) ที่ผมเห็นว่าเป็นการพึ่งพิงยาเพียงมิติเดียวและลดทอนมิติอื่น ๆ ลงไป

เรื่องการใช้ PrEP ในผู้หญิง ในกรณีของสหรัฐฯ ที่ดูจากมาตรการส่งเสริมให้มีการรับบริการปรึกษาและตรวจเลือดหาเอชไอวี และเมื่อพบผู้ที่มีเอชไอวีก็พาตัวเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และหากยังไม่มีเอชไอวีแต่พบว่ามีความเสี่ยงก็จะเสนอให้ใช้ PrEP เพื่อป้องกันนั้น เรายังได้เห็นข้อเสนอเรื่องรวมผู้หญิงเข้าไว้ด้วย แต่ในกรณีประเทศไทย เราจะเห็นการมุ่งเน้นเฉพาะกลุ่ม KAPs

ถามตัวเองว่าผมเห็นด้วยไหม คำตอบคงเป็น “เห็นด้วย ว่ามันน่าจะเป็นทางเลือกที่ช่วยในการลดปัญหาการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ และหากพบคนที่มีเอชไอวี เรายังเสนอทางเลือกให้เขาได้รับการรักษาในระบบได้” แต่ผมจะ

“เห็นด้วยมากยิ่งขึ้น หากเรามองเห็นและทำเรื่องอื่น ๆ พร้อม ๆ กันไปด้วย ไม่ได้เน้นที่เรื่องการใส่ยาเพียงอย่างเดียว”

เพราะการรับ-ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงนั้น ไม่ได้มาจากข้อเท็จจริงที่ว่า เป็นการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับผู้ที่มีเอชไอวีเพียงเท่านั้น แต่ยังเป็นเรื่องของ อำนาจการต่อรอง การถูกกระทำ ความรุนแรง และโอกาส-ทางเลือกในการดูแลป้องกันตนเอง ฯลฯ ที่สะท้อนให้เห็นความไม่เสมอภาคทางเพศ และความไม่เท่าเทียมระหว่างเพศ ที่สัมพันธ์กับหรือเป็นปัจจัยให้ผู้หญิงจำนวนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

และค่อนข้างจะเป็นที่รับรู้กันว่า นับตั้งแต่เราเริ่มมีการแพร่ระบาดของไวรัสเอชไอวี ผู้หญิงก็เผชิญความท้าทายในการป้องกันตนเองอยู่ 2 เรื่องด้วยกันคือ

1. การขอให้คู่เพศสัมพันธ์ใช้ถุงยางฯ และ
2. การปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์

นี่นับเป็น 2 เรื่องที่แสดงให้เห็นว่าผู้หญิงไม่ได้มีอำนาจในการจัดการเรื่องเพศสัมพันธ์ของตนเอง และนี่น่าจะเรียกได้ว่าเป็นความเปราะบาง เป็นความเสี่ยงสำหรับผู้หญิงแทบทุกคน ที่รวมเอาผู้หญิง 3 กลุ่มตามความเห็นของคณะกรรมการ ACOG เข้าไว้ด้วย นั่นทำให้คน กลุ่ม องค์กร เครือข่ายจำนวนหนึ่งพยายามส่งเสริมความรู้ ความเข้าใจเรื่องอำนาจในการจัดการเรื่องเพศสัมพันธ์ รวมทั้งทักษะในการจัดการเรื่องเพศสัมพันธ์ที่มีปลอดภัยและมีความสุขในผู้หญิง

เรื่องนี้เคยมีและยังคงมีความพยายามระดมทรัพยากร ความร่วมมือเพื่อทำงานควบคู่ไปกับงานในมิติทางการแพทย์ แต่แทบไม่ได้รับการสนับสนุนหรือไม่ค่อยได้รับการสนับสนุนจากหน่วยงานของรัฐ และในปัจจุบันก็ถูกลดทอนลงเรื่อย ๆ

เมื่อได้อ่านบทความเรื่อง **New Guideline Strengthen HIV Screening and Prevention for Women** ของ Dr.Ronald Valdiserri (blog.aids.gov) ที่เผยแพร่เมื่อ 14 พฤษภาคม) ผมเห็นว่าข้อเสนอที่ชัดเจนยิ่งนักคือ



นี่ไม่นับเป็นความท้าทายสำคัญของ....หรือหรือ

แหล่งอ้างอิง

1. <http://blog.aids.gov/2014/05/new-guidelines-strengthen-hiv-screening-and-prevention-for-women.html>
2. <http://sciencespeaksblog.org/2014/09/10/microbicides-and-other-arv-based-prevention-Biomedical-answers-meet-challenges-on-the-ground/>
3. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2557 โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข กันยายน 2557

ปล.ผู้ที่สนใจรายละเอียดเรื่องการพัฒนา Microbicide และ PrEP ที่มุ่งเน้นไปที่ความต้องการของผู้หญิงในพื้นที่ที่มีการระบาดของเอชไอวีสูงสามารถเข้าไปอ่านเอกสารชื่อ “ผู้หญิงและการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อการป้องกัน : โอกาสและความท้าทาย” (Women and ARV-based prevention: Opportunities and challenges) ได้ที่ <http://www.jiasociety.org/index.php/jias/article/view/19419/3994>