



รายงาน

การเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา WESR Weekly Epidemiological Surveillance Report

ประจำสัปดาห์

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

ISSN 0859-547X http://epid.moph.go.th/weekly/w_2551/menu_wesr51.html

ปีที่ ๓๙ ฉบับที่ ๔๕ : 14 พฤศจิกายน ๒๕๕๑ Volume 39 Number 45 : September 14, 2008

สัปดาห์ที่	๑	๒	๓	๔	๕	๖	๗	๘	๙	๑๐	๑๑	๑๒	๑๓	๑๔	๑๕	๑๖	๑๗	๑๘	๑๙	๒๐	๒๑	๒๒	๒๓	๒๔	๒๕	๒๖
จำนวนจังหวัดที่ส่ง	๖๐	๕๘	๖๗	๖๘	๖๖	๖๗	๗๐	๖๗	๗๒	๖๖	๖๗	๖๘	๖๖	๖๕	๖๑	๗๐	๖๘	๖๘	๖๙	๗๑	๗๒	๖๗	๖๙	๖๖	๖๘	๖๙
สัปดาห์ที่	๒๗	๒๘	๒๙	๓๐	๓๑	๓๒	๓๓	๓๔	๓๕	๓๖	๓๗	๓๘	๓๙	๔๐	๔๑	๔๒	๔๓	๔๔	๔๕	๔๖	๔๗	๔๘	๔๙	๕๐	๕๑	๕๒
จำนวนจังหวัดที่ส่ง	๗๑	๖๖	๖๙	๖๖	๗๐	๖๔	๖๖	๖๕	๗๐	๗๐	๖๖	๖๙	๖๔	๖๕	๖๓	๖๙	๖๘	๖๖	๖๘							

สัปดาห์ที่ ๔๕ ระหว่างวันที่ ๒ - ๘ พฤศจิกายน พ.ศ. ๒๕๕๑

จังหวัดส่งข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนทันตามกำหนดเวลา ๖๘ จังหวัด ร้อยละ ๘๘.๔๗

บทความทางระบาดวิทยา

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2550

Trend of HIV Prevalence in Thailand, 2007

ศรินยา พงศ์พันธุ์, สหภาพ พูลเกษร, วิรัช เกษอุดม, ธนรัชต์ ผลิพัฒน์

สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

✉ sarinya251@hotmail.com

บทนำ

ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โดยวิธีการสำรวจความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่เฝ้าระวัง 14 จังหวัด ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2532 และได้ขยายพื้นที่เฝ้าระวังจนครอบคลุม 76 จังหวัดในเวลาต่อมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามแนวโน้มของการระบาดของเชื้อเอชไอวี⁽¹⁻³⁾ ภายใต้สถานการณ์ปัญหาเอดส์ที่มีการเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอด สำนักโรคติดต่อจึงได้พัฒนาระบบและปรับปรุงวิธีการเฝ้าระวังให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ⁽⁴⁻⁶⁾ นอกจากนี้ ยังมีความพยายามที่จะดำเนินการติดตามสถานการณ์ให้ครอบคลุมถึงประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีใหม่ๆ ได้แก่ กลุ่มชาวประมง และกลุ่มแรงงานต่างชาติที่เริ่มเข้ามา มีบทบาทต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีสามารถนำมาใช้เพื่อการวางแผน กำหนดเป้าหมาย พัฒนาแนวทางและมาตรการการป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งดำเนินการในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2550 เป็นรอบที่ 25 โดยได้ดำเนินการเฝ้าระวังในกลุ่มประชากรหลัก 5 กลุ่มประชากร ได้แก่ กลุ่มโอดิทธิบริจก กลุ่มผู้ติดยาเสพติด กลุ่มหญิงฝากครรภ์ กลุ่มชายที่มาตรวจรักษาโรค และกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ นอกจากนี้ ยังได้ดำเนินการเฝ้าระวังในกลุ่มประชากรเฉพาะอีก 3 กลุ่มประชากร ได้แก่ กลุ่มชายขายบริการทางเพศ กลุ่มชาวประมง และกลุ่มแรงงานต่างชาติ รายงานฉบับนี้เป็นรายงานผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากร รอบที่ 25



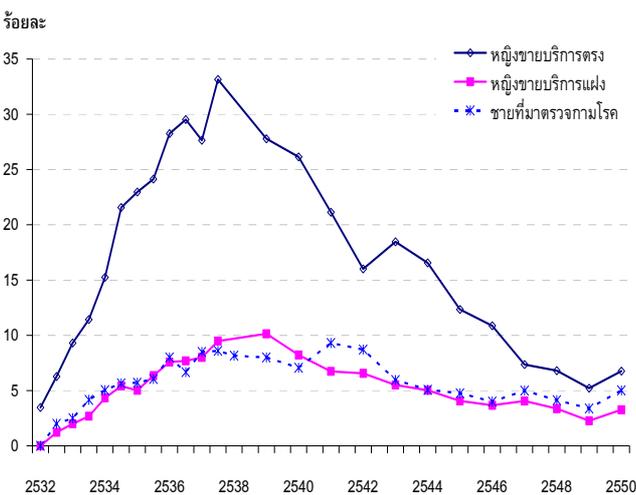
สารบัญ

◆ สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2550	789
◆ แนวทางการรายงานโรคเฝ้าระวังรายสัปดาห์	795
◆ สรุปการตรวจข่าวของโรคในรอบสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 45 ระหว่างวันที่ 2 - 8 พฤศจิกายน 2551	796
◆ สรุปสถานการณ์เฝ้าระวังจังหวัดนประจำสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 45 ระหว่างวันที่ 2 - 8 พฤศจิกายน 2551	797
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ สัปดาห์ที่ 45 ระหว่างวันที่ 2 - 8 พฤศจิกายน 2551	798
◆ สถานการณ์โรคเลปโตสไปโรซิส ประเทศไทย พ.ศ. 2551 (ข้อมูล ณ วันที่ 31 ตุลาคม พ.ศ. 2551)	805
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาจากบัตรรายงาน 506 ประจำเดือนตุลาคม 2551	805

เท่ากับร้อยละ 3.4 โดยจังหวัดที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงชายบริการทางเพศทางเพศตรงสูงสุด คือ ลำปาง (ร้อยละ 28.9) รองลงมา คือ สุโขทัย และสมุทรสงคราม (ค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 24.1 และ 18.4 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มหญิงชายบริการหญิงแฝง พบว่าจังหวัดที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด คือ ปัตตานี (ร้อยละ 22.0) รองลงมาคือ สมุทรสาคร ร้อยละ 10 เมื่อจำแนกความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีตามภาค พบว่า ภาคเหนือมีความชุกการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุดในกลุ่มหญิงชายบริการทางเพศหญิงตรง (ร้อยละ 6.9) และภาคกลางพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงชายบริการทางเพศหญิงแฝงสูงสุด (ร้อยละ 3.9)

กลุ่มชายที่มาขอตรวจจากโรค มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 4.6 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (รูปที่ 1) กลุ่มอายุที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างสูง คือ กลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไป เท่ากับร้อยละ 5.46 รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 20 – 24 ปี และกลุ่มอายุ 25 – 29 ปี เท่ากับร้อยละ 3.13 และ 2.63 ตามลำดับ

รูปที่ 1 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงชายบริการทางเพศและชายที่มาตรวจจากโรค ประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2550



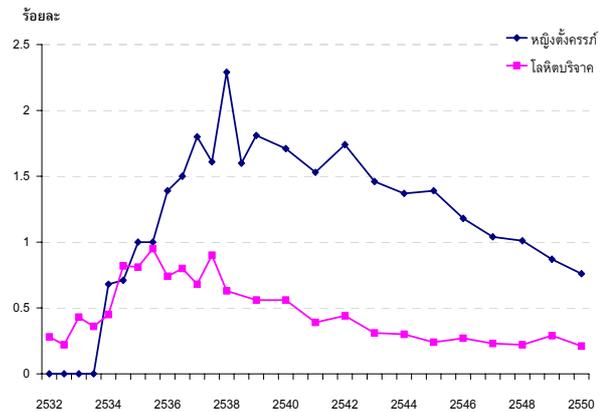
ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มโลหิตบริจาค ในปี พ.ศ. 2550 มีค่าลดลงจากปี พ.ศ. 2549 ในรอบการสำรวจปี พ.ศ. 2550 ความชุกมีค่าเท่ากับ 0.2 (รูปที่ 2) เมื่อจำแนกประเภทโลหิตบริจาคออกเป็นโลหิตบริจาคขายใหม่และโลหิตบริจาคขายเก่า พบว่าโลหิตบริจาคขายใหม่มีความชุกร้อยละ 0.3 แต่โลหิตบริจาคขายเก่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 0.2

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ พบว่า มีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมาเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2550 กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์มีค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 0.76 (รูปที่ 2)

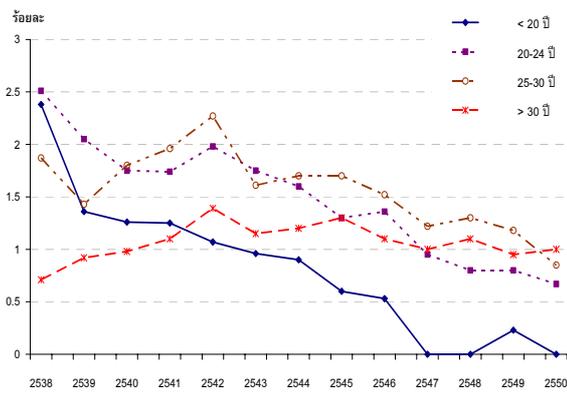
การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์อายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี สูงสุด ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย ได้แก่

กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี กลุ่มอายุ 20-24 ปี มีความชุกลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2550 ค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงที่มาฝากครรภ์ ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีค่าเท่ากับร้อยละ 0 ในขณะที่กลุ่มที่มีอายุ 20-24 ปี มีค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 0.7 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อยู่ค่อนข้างมาก (รูปที่ 3) และลำดับครรภ์ที่ 2 มีการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นเช่นกัน (รูปที่ 4)

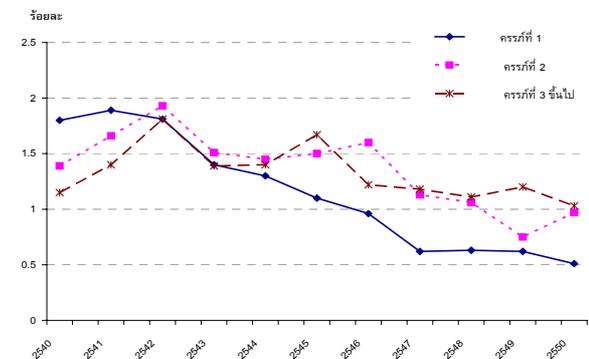
รูปที่ 2 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มโลหิตบริจาคและหญิงตั้งครรภ์ ประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2550



รูปที่ 3 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2538 – 2550



รูปที่ 4 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ จำแนกตามลำดับครรภ์ ประเทศไทย พ.ศ. 2540 – 2550

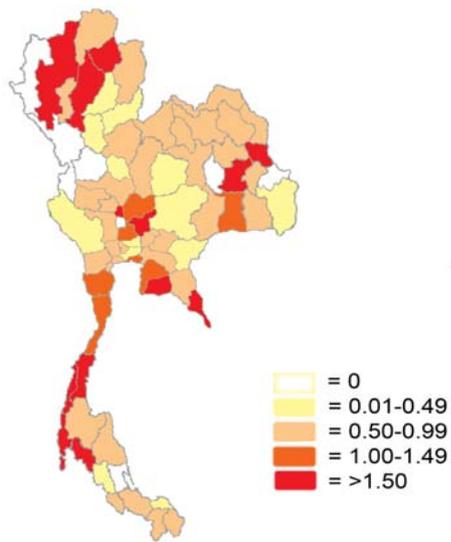


จังหวัดที่มีค่าความชุกของการติดเชื้อของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าร้อยละ 1 มีจำนวน 23 จังหวัด และมีจังหวัดที่ค่าความชุกของการ

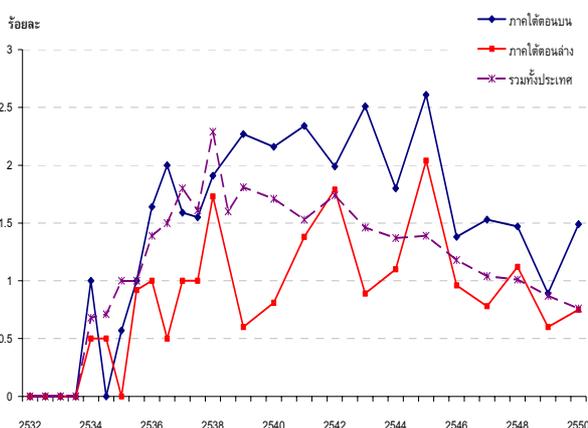
ติดเชื้ของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าร้อยละ 1.5 อยู่ถึง 13 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดสมุทรปราการ (ร้อยละ 1.7) สระบุรี (ร้อยละ 2.6) ตราก (ร้อยละ 3.4) อ่างทอง (ร้อยละ 2.3) ระยอง (ร้อยละ 0.6) เชียงใหม่ (ร้อยละ 1.9) พะเยา (ร้อยละ 1.6) ลำปาง (ร้อยละ 1.6) ร้อยเอ็ด (ร้อยละ 1.7) สุรินทร์ (ร้อยละ 1.6) ชุมพร (ร้อยละ 1.6) ภูเก็ต (ร้อยละ 1.5) และจังหวัดกระบี่ (ร้อยละ 1.8) ภาคใต้ตอนบน (จังหวัดชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต และจังหวัดนครศรีธรรมราช) ยังคงเป็นกลุ่มจังหวัดที่มีค่าระดับความชุกของการติดเชื้เอชไอวีสูงกว่าระดับค่ามัธยฐานรวมของประเทศอย่างต่อเนื่อง และมี 5 จังหวัดในกลุ่มนี้ที่มีค่าความชุกสูงกว่าร้อยละ 1

ความชุกของการติดเชื้เอชไอวีในกลุ่มประชากรโลหิตบริจาคกลุ่มนักเรียน และนักศึกษา ยังคงมีระดับความชุกที่ต่ำ ในกลุ่มนักเรียนมีค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 0.1 ส่วนในกลุ่มนักศึกษามีค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 0.13 (รูปที่ 7) การติดเชื้เอชไอวีของทั้ง 2 กลุ่ม มีแนวโน้มลดลง

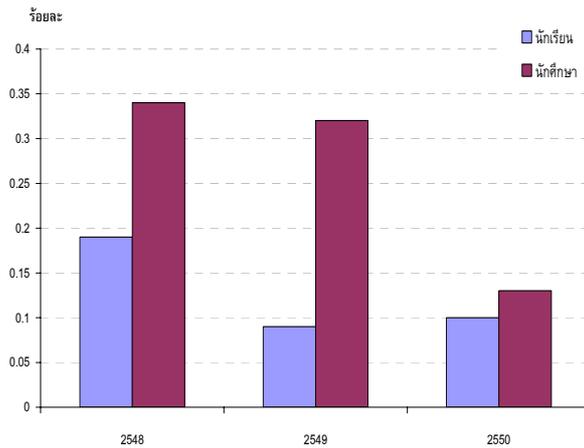
รูปที่ 5 ความชุกของการติดเชื้เอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ จำแนกตามลำดับครรภ์ ประเทศไทย พ.ศ. 2540 – 2550



รูปที่ 6 ความชุกของการติดเชื้เอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ ของภาคใต้ตอนบน ภาคใต้ตอนล่าง และภาพรวมทั้งประเทศ ประเทศไทย พ.ศ. 2540 – 2550

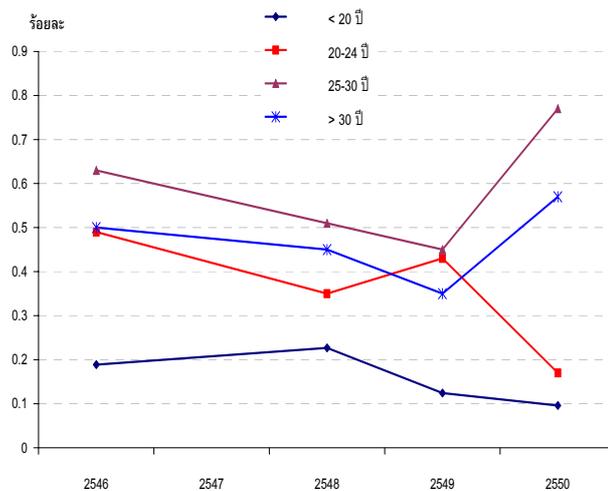


รูปที่ 7 ความชุกของการติดเชื้เอชไอวีในกลุ่มโลหิตบริจาคที่เป็นนักเรียน และนักศึกษา ประเทศไทย พ.ศ. 2540 – 2550



ความชุกของการติดเชื้เอชไอวีในกลุ่มประชากรโลหิตบริจาคที่มีอายุน้อย (อายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มอายุ 20-24 ปี) มีแนวโน้มลดลง ในขณะที่กลุ่มโลหิตบริจาคที่มีอายุมากกว่า 25 ปีขึ้นไป มีแนวโน้มค่าความชุกของรอบสำรวจปี พ.ศ. 2550 สูงกว่ารอบสำรวจปี พ.ศ. 2549 อย่างชัดเจน (รูปที่ 8)

รูปที่ 8 ความชุกของการติดเชื้เอชไอวีในกลุ่มโลหิตบริจาค จำแนกตามกลุ่มอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2540 – 2550



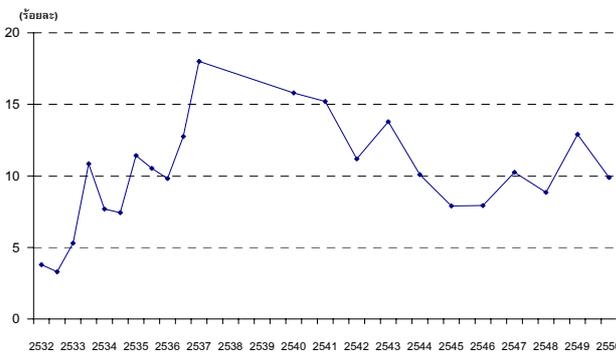
ความชุกของการติดเชื้เอชไอวีในกลุ่มชาวประมงมีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2550 มีค่าความชุกของการติดเชื้เอชไอวีเท่ากับร้อยละ 1.25 ส่วนกลุ่มแรงงานต่างชาติมีความชุกการติดเชื้เอชไอวีเท่ากับร้อยละ 0.84 (รูปที่ 9)

ความชุกของการติดเชื้เอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศในปี พ.ศ. 2550 เท่ากับ 9.9 ลดลงจากรอบการสำรวจในปี พ.ศ. 2549 แต่ยังคงอยู่ในระดับสูง (รูปที่ 7) กลุ่มอายุที่มีความชุกของการติดเชื้เอชไอวีสูงขึ้น คือ อายุน้อยกว่า 20 ปี โดยค่าความชุกของชายขายบริการทางเพศที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี มีค่าเท่ากับร้อยละ 8.7 (รูปที่ 10)

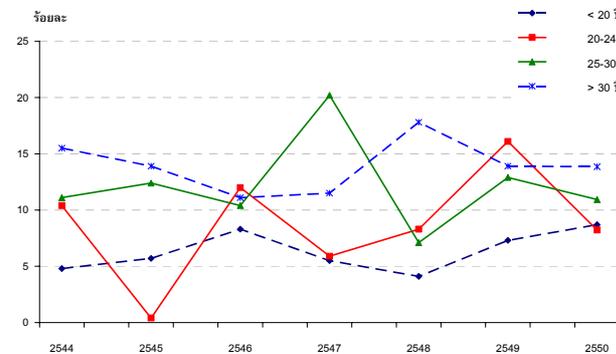
รูปที่ 9 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานต่างชาติและกลุ่มชาวประมง ประเทศไทย พ.ศ. 2540 – 2550



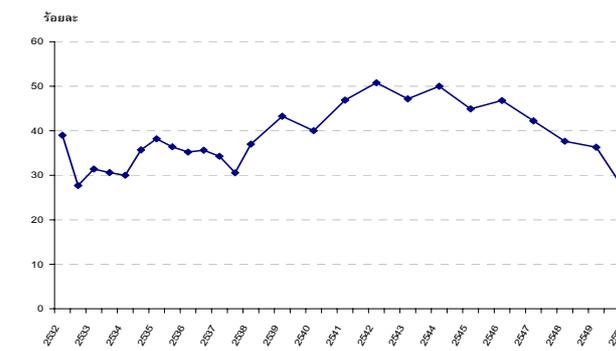
รูปที่ 10 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2550



รูปที่ 11 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศ จำแนกตามกลุ่มอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2544 – 2550



รูปที่ 12 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ประเทศไทย พ.ศ. 2544 – 2550



ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มติดยาเสพติดชนิดฉีดมีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2550 ค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มติดยาเสพติดชนิดฉีดมีค่าเท่ากับร้อยละ 25.6 (รูปที่ 9)

วิจารณ์

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ. 2550 พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลงในหลายกลุ่มประชากร ได้แก่ กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ กลุ่มโลหิตบริจาค กลุ่มชาวประมง กลุ่มแรงงานต่างชาติ อย่างไรก็ตาม ยังมีประชากรอีกหลายกลุ่มที่อาจเริ่มมีแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศตรง กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศหญิงแฝง กลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค และกลุ่มชายขายบริการทางเพศ

แนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศหญิงตรงและแฝงเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2550 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศตรงกลับมามีค่าสูงกว่าร้อยละ 5 อีกครั้ง (ค่าความชุกที่ร้อยละ 5 เป็นค่าที่ UNGASS ใช้ในการแบ่งลักษณะของการระบาดในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง)⁽⁹⁾ การเพิ่มขึ้นของค่าความชุกในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศนี้ สอดคล้องกับแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และการเฝ้าระวังอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีที่สำนักระบาดวิทยาได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2547 และสอดคล้องกับการเปลี่ยนแปลงของพฤติกรรมกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มประชากรชายใน 4 - 5 ปีที่ผ่านมา⁽¹⁰⁻¹⁵⁾ การเปลี่ยนแปลงของรูปแบบการให้บริการทางเพศ⁽¹⁶⁾ ความถดถอยของการให้บริการด้านการป้องกันและควบคุมกามโรคในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศของหน่วยงานภาครัฐ และปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ในขณะมีอาการผิดปกติที่สงสัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศที่เพิ่มขึ้น⁽¹⁷⁾ ทำให้การป้องกันการแพร่เชื้อในกลุ่มนี้ยังมีความสำคัญอยู่ต่อไป

การปรับเปลี่ยนระบบการเงินการคลังสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบงานของกระทรวงสาธารณสุขทำให้ระบบการให้บริการด้านการป้องกันและควบคุมกามโรค และโรคเอดส์มีปัญหา หลายจังหวัดหน่วยงานที่เคยมีระบบการให้บริการด้านการป้องกันและควบคุมกามโรค และโรคเอดส์ได้ปิดการดำเนินการไป อีกทั้งรูปแบบการให้บริการทางเพศก็ได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างมาก การให้บริการทางเพศตรงเริ่มน้อยลง การให้บริการทางเพศเปลี่ยนไปเป็นแบบแฝงมากขึ้น และรูปแบบการบริการแบบแฝงก็มีรูปแบบหลากหลายมากขึ้น และเข้าถึงได้ยากขึ้น ระบบการให้บริการด้านการป้องกันและควบคุมกามโรค และโรคเอดส์จึงต้องเป็นระบบที่มีรูปแบบใหม่ที่จะทำให้เราสามารถควบคุมปัญหาการกามโรคและโรคเอดส์ได้อย่างแท้จริง การไม่เผชิญหน้ากับปัญหาโดยตรงไปตรงมา หรือความพยายามปิดบังปัญหาที่มีอยู่ไม่อาจทำให้ปัญหาหมดไป

กลุ่มชายที่มาตรวจภาวะโรคเป็นประชากรที่สำคัญในการนำเชื้อเอชไอวีจากกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศสู่กลุ่มหญิงทั่วไป⁽¹⁸⁾ ที่ผ่านมา การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มาตรวจภาวะโรคเริ่มลงที่ที่ระดับร้อยละ 3 - 5 มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และการเฝ้าระวังติดตามปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มนี้ก็เริ่มมีปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ จากการปิดคลินิกภาวะโรคในหลายจังหวัด (คลินิกภาวะโรคเป็นหน่วยเฝ้าระวังในประชากรกลุ่มนี้) ทำให้มีจังหวัดที่ดำเนินการเฝ้าระวังลดลง และจำนวนประชากรที่ดำเนินการเฝ้าระวังลดลงอย่างต่อเนื่อง

ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศยังคงมีอยู่อย่างต่อเนื่อง การเพิ่มขึ้นของความชุกในกลุ่มนี้สะท้อนการเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men, MSM) ในปัจจุบัน⁽¹⁹⁻²⁰⁾ โดยกลุ่มชายขายบริการที่มีอายุน้อยนับเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก การหาแนวทางในการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ชายและกลุ่มชายขายบริการทางเพศโดยกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) และองค์กรการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคระหว่างประเทศ มีการดำเนินการในจังหวัดใหญ่ๆ เพียงบางจังหวัดเท่านั้น เช่น กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ภูเก็ต เป็นต้น การดำเนินงานดังกล่าวพบว่ามิใช่ประโยชน์อย่างมากในการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรทั้ง 2 กลุ่ม การดำเนินการเพื่อป้องกันปัญหาเอชไอวีในกลุ่มนี้ต้องการการดำเนินการในเชิงรุก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยผู้ที่รู้จักและสามารถเข้าถึง และเข้าใจประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างแท้จริงมาเป็นผู้จัดการดำเนินการ⁽²¹⁻²²⁾

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวมกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2550 มีความชุกเพียงร้อยละ 0.8 ต่ำกว่าค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 0.9 กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่อายุน้อยกว่า 20 ปีมีความชุกต่ำที่สุด และยังไม่เห็นแนวโน้มจะเพิ่มขึ้น ในขณะที่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20 - 24 ปี เป็นกลุ่มที่มีความชุกสูงกว่ากลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี ก่อนข้างมาก ซึ่งสะท้อนถึงสภาพการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีว่ากลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่น่าจะมีการติดเชื้อรายใหม่สูงที่สุดน่าจะเป็นกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นที่มีการติดเชื้อเอชไอวีลดลง อย่างไรก็ตาม ประชากรกลุ่มนี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างมากในระยะ 5 - 7 ปีที่ผ่านมาคลินิกบำบัดผู้ติดยาเสพติดมีผู้เข้ารับบริการน้อยลงทำให้การเฝ้าระวังติดตามในประชากรกลุ่มนี้มีปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ ข้อมูลที่ได้อาจไม่สามารถสะท้อนแนวโน้มของปัญหาได้ดีอีกต่อไป

นโยบายของภาครัฐที่ผ่านมาไม่เอื้อให้มีการจัดบริการบำบัดผู้ติดยาเสพติดและบริการด้านการป้องกันโรคอื่นๆ ในประชากรกลุ่มนี้ ยิ่งทำให้ประชากรกลุ่มนี้ห่างไกลจากระบบบริการสุขภาพออกไปมากขึ้นเรื่อยๆ

สรุป

จากการติดตามแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี แสดงให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีเริ่มกลับมามีปัญหา โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ ชายขายบริการทางเพศ และชายที่มาตรวจภาวะโรค ซึ่งเป็นกลุ่มมีความเกี่ยวข้องกับชายบริการทางเพศ นอกจากนี้ ความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด และกลุ่มชายขายบริการทางเพศก็ยังคงอยู่ในระดับสูงอย่างต่อเนื่อง ผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการป้องกันควบคุมภาวะโรคและโรคเอดส์ จึงจำเป็นต้องกลับมาทบทวนระบบและแนวทางการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมภาวะโรคและโรคเอดส์ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง สำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 12 เขต กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข กรุงเทพมหานคร และกรมแพทยทหารบก

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเฝ้าระวังการ ติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2532.
2. ครรชิต ลิ้มปกาญจนรัตน์. การเฝ้าระวังโรคเอดส์ เฉพาะพื้นที่. วารสารโรคเอดส์; 1(1): 35-39.
3. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเฝ้าระวังการ ติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย ฉบับปรับปรุงแก้ไข พฤษภาคม 2533. กรุงเทพฯ: กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2533. กลุ่มงานระบาดวิทยาโรคเอดส์ กองระบาดวิทยา
4. สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ ฉบับปรับปรุงใหม่ เมษายน 2540. กรุงเทพฯ: กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2540.
5. คำนวณ อึ้งชูศักดิ์, อรพรรณ แสงวรรณลอย, ประหยัด ค้อนทอง, อมรา ทองหงส์, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, วันสสนันท์ รุจิวิวัฒน์, และคณะ. วัฒนาการของการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำปีสัปดาห์ 1992; 23(1): 1-4, 7-11.

หมายเหตุ: เอกสารอ้างอิงที่เหลือ ค้นหาได้จากสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2550 สำนักระบาดวิทยา