



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์  
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 40 ฉบับที่ 32 : 21 สิงหาคม 2552

Volume 40 Number 32 : August 21, 2009

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

สถานการณ์โรค/ภัยที่สำคัญ

## สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2551

(Trend of HIV Prevalence in Thailand, 2008)

✉ wesr@windowslive.com

ศรินยา พงศ์พันธุ์ และคณะ

### บทนำ

ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โดยวิธีการสำรวจความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ ในพื้นที่เฝ้าระวัง 14 จังหวัด ตั้งแต่เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2532 และได้ขยายพื้นที่เฝ้าระวังจนครอบคลุม 76 จังหวัดในเวลาต่อมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามแนวโน้มของการระบาดของเชื้อเอชไอวี<sup>(1-3)</sup> ภายใต้สถานการณ์ปัญหาเอชไอวีที่มีการเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอด สำนักโรคระบาดวิทยาจึงได้พัฒนาระบบและปรับปรุงวิธีการเฝ้าระวังให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ<sup>(4-6)</sup> นอกจากนี้ ยังได้พยายามติดตามสถานการณ์ให้ครอบคลุมถึงประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีใหม่ๆ เช่น กลุ่มชายขายบริการทางเพศ กลุ่มชาวประมง และกลุ่มแรงงานต่างชาติที่เริ่มเข้ามามีบทบาทต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี สามารถนำมาใช้เพื่อการวางแผน กำหนดเป้าหมาย พัฒนาแนวทางและมาตรการการป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาเอชไอวีทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งดำเนินการในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2551 เป็นรอบที่ 26 โดยได้ดำเนินการเฝ้าระวังติดตามแนวโน้มสถานการณ์ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก 5 กลุ่มประชากรได้แก่ กลุ่มโลหิตบริจาค กลุ่มผู้ติดยาเสพติด

กลุ่มหญิงฝากครรภ์ กลุ่มชายที่มาตรวจรักษากามโรค และกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศนอกจากนี้ ยังได้ดำเนินการเฝ้าระวังในกลุ่มประชากรเฉพาะอีก 3 กลุ่มประชากรได้แก่ กลุ่มชายขายบริการทางเพศ กลุ่มชาวประมงและกลุ่มแรงงานต่างชาติ รายงานฉบับนี้เป็นรายงานผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากร รอบที่ 26

### วิธีการเฝ้าระวัง

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีอาศัยการสำรวจความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำ (repeated survey)<sup>(7)</sup> ในกลุ่มประชากรเดิม (same dynamic population) เป็นวิธีการในการเฝ้าระวัง ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจรอบที่ 26 พ.ศ. 2551 จะถูกนำมาเปรียบเทียบกับผลการเฝ้าระวังในรอบก่อนหน้า เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ วิธีการเก็บข้อมูลในรอบปี พ.ศ. 2551 อาศัยวิธีการสำรวจเช่นเดียวกับการสำรวจในรอบปี พ.ศ. 2548 - 2550

กลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด เก็บข้อมูลจากคลินิกบำบัดรักษา ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดของ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และศูนย์บำบัดรักษาเสพติด โดยเก็บข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี ในผู้ติดยาเสพติดทุกรายที่มาขอรับการรักษาในเดือนมิถุนายน ถ้าขนาดตัวอย่างไม่ถึง 10 ตัวอย่างให้ขยายเวลาเก็บข้อมูลต่อไปอีกครั้งเดือนถึงวันที่ 15 กรกฎาคม



### สารบัญ

◆ สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2551	533
◆ สรุปการตรวจข่าวของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 32 ระหว่างวันที่ 9-15 สิงหาคม 2552	540
◆ สถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสซิกาในกุนยา ข้อมูล ณ วันที่ 11 สิงหาคม 2552	541
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ที่ 32 ระหว่างวันที่ 9-15 สิงหาคม 2552	543

กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศตรงและแฝง ดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำการสุ่มเลือกหญิงขายบริการทางเพศ โดยอาศัยการเลือกสำนึกที่มีหญิงขายบริการทางเพศด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ขึ้นมาครั้งละ 1 แห่ง และทำการสำรวจการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงขายบริการทางเพศทุกคนที่ทำงานในสถานบริการแห่งนั้น และจะดำเนินการสุ่มเลือกสำนึกขึ้นมาจนกว่าจะได้จำนวนตัวอย่างครบตามต้องการ

กลุ่มชายขายบริการทางเพศดำเนินการเก็บข้อมูล โดยให้สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทำการสุ่มเลือกหญิงขายบริการทางเพศ โดยอาศัยการเลือกสำนึกที่มีชายขายบริการทางเพศ ด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย (Simple random sampling) ขึ้นมาครั้งละ 1 แห่ง และทำการสำรวจการติดเชื้อเอชไอวีในชายขายบริการทางเพศทุกคนที่ทำงานในสถานบริการแห่งนั้น และจะดำเนินการสุ่มเลือกสำนึกขึ้นมาจนกว่าจะได้จำนวนตัวอย่างครบตามต้องการ

กลุ่มชายที่มาตรวจจากโรค ดำเนินการเฝ้าระวังในคลินิกกามโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและสำนักงานป้องกันควบคุมโรค เริ่มเก็บข้อมูลจากผู้ที่มารับบริการในเดือนมิถุนายน

#### คณะที่ปรึกษา

นายแพทย์สุชาติ เจตนเสน	นายแพทย์ประยูร กุณาศ
นายแพทย์ธวัช จายนีโยธิน	นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ
นายแพทย์ค่านวม อึ้งชูศักดิ์	นายสัตวแพทย์ประวิทย์ ชุมเกษียร
นายองอาจ เจริญสุข	ว่าที่ ร.ต. ศิริชัย วงศ์วัฒนไพบูลย์

หัวหน้ากองบรรณาธิการ : นายแพทย์ภาสกร อัครเสวี

บรรณาธิการวิชาการหลัก : นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์

#### กองบรรณาธิการดำเนินงาน

พงษ์ศิริ วัฒนาสุรศักดิ์	บริมาศ สักดิ์ศิริสัมพันธ์
สุเทพ อุทัยฉาย	อรพรรณ สุภาพ
สิริลักษณ์ รั้งยิววงศ์	น.สพ.ธีรศักดิ์ ชักนำ
ลัดดา ลิขิตยั้งวรา	สมาน สุขุมภูจินันท์
สมเจตน์ ตั้งเจริญศิลป์	ประเวศน์ แยมชื่น
อัญชนา วากัส	วรรณศิริ พรหมโชติชัย
นงลักษณ์ อยู่ดี	กฤตติกานต์ มาท้วม
พูนทรัพย์ เปี่ยมฉวี	สมหมาย ยิ้มชลธิ

ฝ่ายศิลป์ ประมวล ทุมพงษ์

สื่ออิเล็กทรอนิกส์ บริมาศ สักดิ์ศิริสัมพันธ์

#### ผู้เขียนบทความการสอบสวนทางระบาดวิทยา

ศรินยา พงศ์พันธุ์ สหภาพ พูลเกษร วิรัช เกษอุดมทรัพย์  
มลิวัลย์ กิตติเดชา ธนรักษ์ ผลิพัฒน์  
สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

จนกว่าจะได้จำนวนตัวอย่างครบตามต้องการ หากในเดือนมิถุนายน ได้จำนวนตัวอย่างไม่เพียงพอให้ขยายเวลาการเก็บข้อมูลออกไปอีกครึ่งเดือนถึงวันที่ 15 กรกฎาคม

กลุ่มโลหิตบริจาคนำข้อมูลจากการตรวจคัดกรองโลหิตที่ธนาคารเลือดของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์และสถานกาชาดไทยดำเนินการตามปกติอยู่แล้ว ในการเฝ้าระวังจะใช้ข้อมูลของการตรวจโลหิตทุกหน่วยในเดือนมิถุนายน

กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ ดำเนินการตรวจเลือดของหญิงที่มาฝากครรภ์ในโรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ซึ่งการตรวจเลือดของหญิงตั้งครรภ์ของคลินิกฝากครรภ์เป็นกิจกรรมที่ดำเนินการเป็นประจำอยู่แล้ว ในการเฝ้าระวังรอบนี้ใช้ผลตรวจเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกและทำการตรวจระหว่างวันที่ 1-30 มิถุนายน ไม่จำกัดจำนวน

ข้อมูลที่ได้จะถูกบันทึกลงในแฟ้มข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ โดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัดที่รับผิดชอบ แฟ้มข้อมูลดังกล่าวจะได้รับการตรวจสอบความถูกต้องเบื้องต้นโดยเจ้าหน้าที่สาธารณสุขจังหวัด และถูกส่งต่อมายังสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค เพื่อทำการตรวจสอบข้อมูล รวบรวม และวิเคราะห์ข้อมูลต่อไป สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล คือ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าร้อยละ และค่ามัธยฐาน และใช้โปรแกรม Epi Info 2002 v.3.3.2 ในการวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลที่ได้จากจังหวัดที่มีตัวอย่างมากกว่า 20 ตัวอย่างในประชากรแต่ละกลุ่มจะถูกนำมาใช้เพื่อศึกษามัธยฐานของการติดเชื้อเอชไอวี ระดับประเทศ

#### ผลการเฝ้าระวัง

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2551 ได้รับข้อมูลจากพื้นที่เฝ้าระวัง 76 จังหวัด และมีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ ดังนี้ กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศตรง ได้รับข้อมูลจาก 49 จังหวัด จำนวน 4,932 ตัวอย่าง จังหวัดที่มีจำนวนตัวอย่างเกิน 20 ตัวอย่างมี 41 จังหวัด

กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศแฝง รับข้อมูลจาก 53 จังหวัด จำนวน 10,551 ตัวอย่าง และมี 51 จังหวัดที่มีจำนวนตัวอย่างเกิน 20 ตัวอย่าง

กลุ่มชายที่มาขอตรวจกามโรคได้รับข้อมูลจาก 24 จังหวัด จำนวน 1,071 ตัวอย่าง โดยมีจังหวัดที่มีจำนวนตัวอย่างเกิน 20 ตัวอย่าง จำนวน 17 จังหวัด

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้รับข้อมูลจาก 75 จังหวัด จำนวน 62,601 ตัวอย่างและทุกจังหวัดมีจำนวนตัวอย่างมากกว่า 20 ตัวอย่าง

กลุ่มโลหิตบริจาคนำข้อมูลจาก 66 จังหวัด จำนวน 77,791 ตัวอย่าง และทุกจังหวัดมีจำนวนตัวอย่างมากกว่า 20 ตัวอย่างเช่นกัน

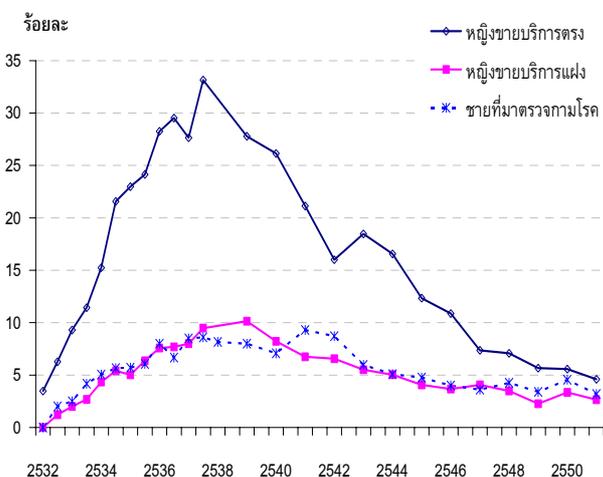
กลุ่มผู้ศึกษาสภาพเทคนิคฉีดเข้าเส้นได้รับข้อมูลจาก 7 จังหวัด มีเพียง 3 จังหวัดที่มีจำนวนตัวอย่างมากกว่า 20 ตัวอย่าง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 150 ตัวอย่าง สมุทรปราการ 27 ตัวอย่าง และ สงขลา 25 ตัวอย่าง

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ มีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2551 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศหญิงตรงเท่ากับร้อยละ 4.67 และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศแฝงเท่ากับร้อยละ 2.64 โดยจังหวัดที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศตรงสูงสุด คือ สมุทรสงคราม (ร้อยละ 20.69) รองลงมา คือ ลำปาง และระนอง (ค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 18.33 และ 12.92 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศแฝงพบว่าจังหวัดที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด คือ ลพบุรี (ร้อยละ 14.81) รองลงมาคือ ฉะเชิงเทรา และเพชรบุรี ค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 9 และ 7.35 เมื่อจำแนกความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ตามภาค พบว่า ภาคเหนือมีความชุกการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุดในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศตรง (ร้อยละ 6.06) และภาคกลางพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศแฝงสูงสุด (ร้อยละ 3.12)

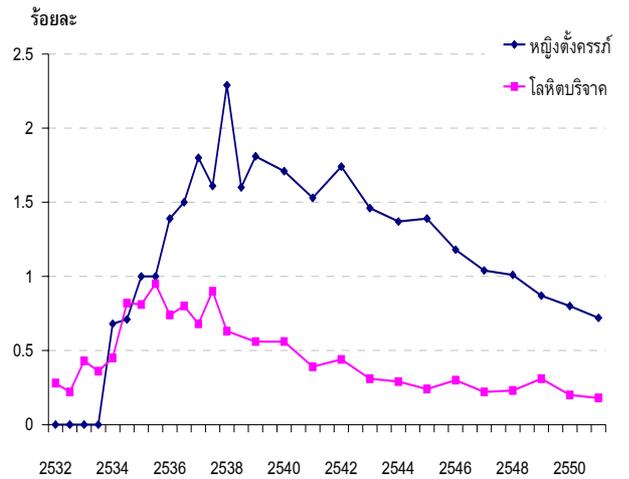
กลุ่มชายที่มาขอตรวจจากโรค มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 3.19 และมีแนวโน้มลดลง (รูปที่ 1) กลุ่มอายุที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง คือ กลุ่มอายุ 30 ปีขึ้นไปเท่ากับร้อยละ 5.5 รองลงมาได้แก่ กลุ่มอายุ 20 – 24 ปี และกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี (เท่ากับร้อยละ 4.4 และ 2.0 ตามลำดับ)

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มโลหิตบริจาค ในปี พ.ศ. 2551 มีค่าลดลงจากปี พ.ศ. 2550 ในรอบการสำรวจปี พ.ศ. 2551 ความชุกมีค่าเท่ากับ 0.18 (รูปที่ 2) โดยโลหิตบริจาครายใหม่มีความชุกร้อยละ 0.19 แต่โลหิตบริจาคเก่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 0.05

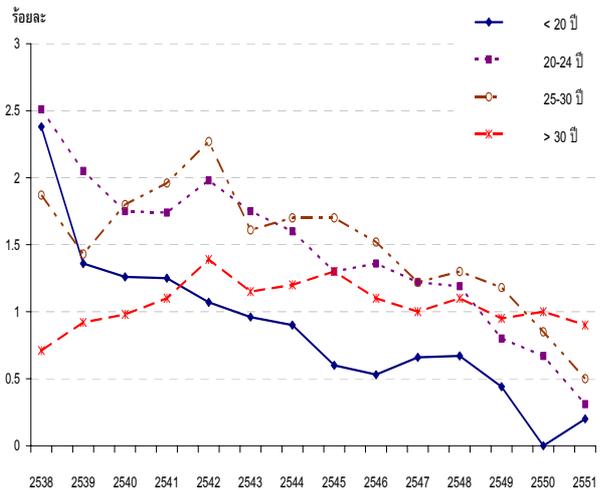
**รูปที่ 1** ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ และชายที่มาตรวจจากโรค ประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2551



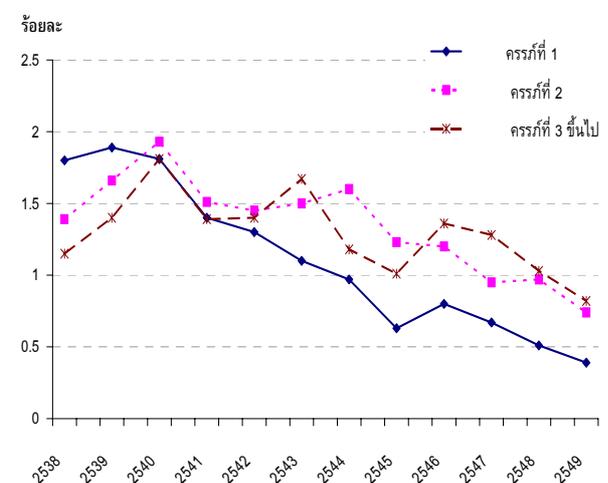
**รูปที่ 2** ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มโลหิตบริจาคและหญิงตั้งครรภ์ ประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2551



**รูปที่ 3** ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2538 – 2551



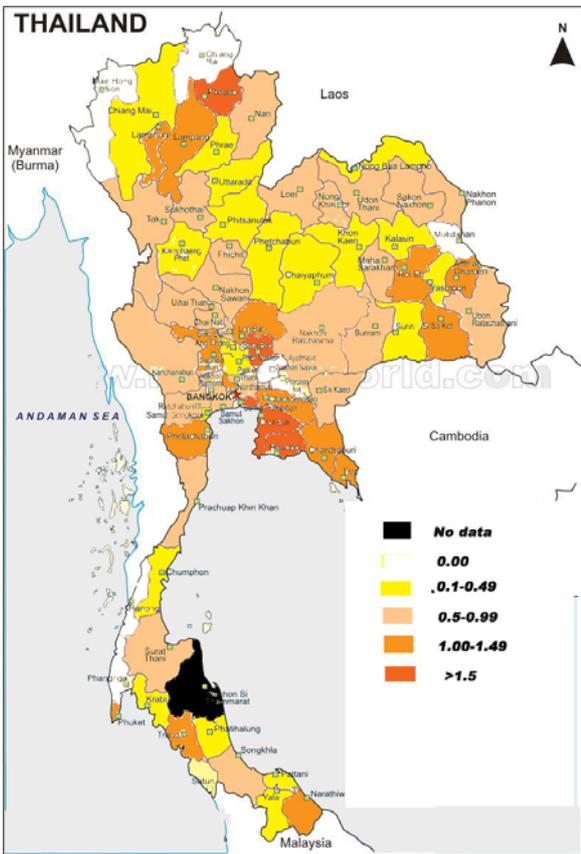
**รูปที่ 4** ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ จำแนกตามลำดับครรภ์ ประเทศไทย พ.ศ. 2540 – 2551



ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ พบว่า มีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมาเช่นกัน ในปี พ.ศ.2551 กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์มีค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ ร้อยละ 0.72 (รูปที่ 2)

การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ทุกกลุ่มอายุมีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีลดลง ยกเว้นกลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี กลุ่มที่มีอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีค่าความชุกสูงสุด (ร้อยละ 0.9) กลุ่มที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปีมีค่าความชุกต่ำที่สุด (ร้อยละ 0.2) และหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อย ได้แก่ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี และกลุ่มหญิงตั้งครรภ์อายุ 20-24 ปี มีความชุกลดลงอย่างต่อเนื่อง (รูปที่ 3) ส่วนความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อจำแนกตามลำดับครรภ์ พบว่า ทุกลำดับครรภ์มีแนวโน้มความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีลดลงเช่นกัน (รูปที่ 4)

**รูปที่ 5** ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ ประเทศไทย พ.ศ. 2551



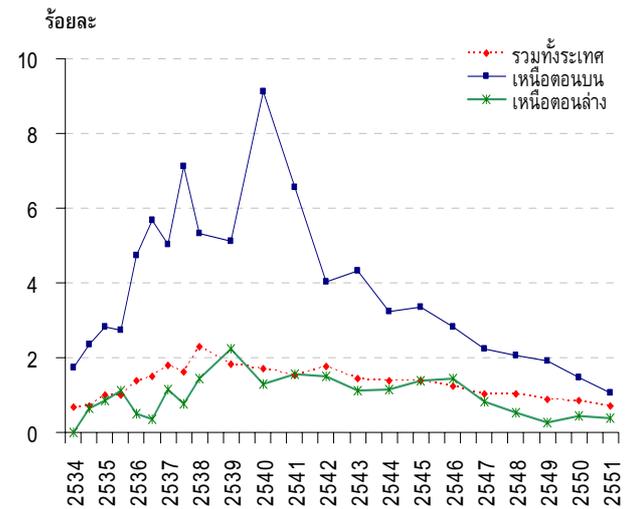
จังหวัดที่มีค่าความชุกของการติดเชื้อของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าร้อยละ 1 มีจำนวน 19 จังหวัด และมีจังหวัดที่ค่าความชุกของการติดเชื้อของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าร้อยละ 1.5 อยู่ที่ 13 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดพะเยา (ร้อยละ 2.4) สระบุรี (1.78) สมุทรปราการ (1.77) ระยอง (1.64) ชลบุรี (1.5)

ภาคเหนือตอนบน (จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง และ พะเยา) ค่าระดับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี

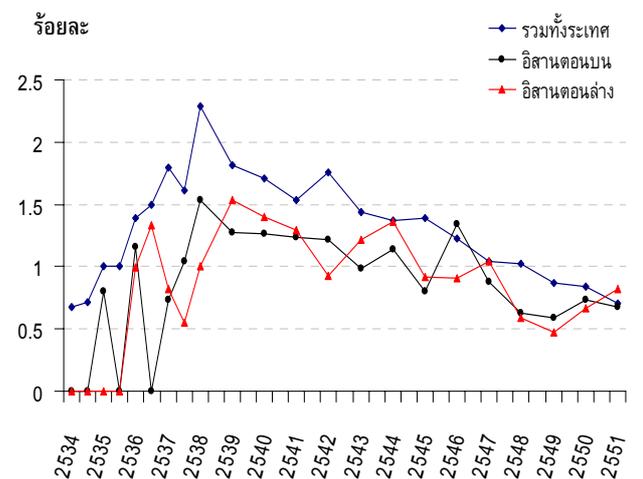
สูงกว่าระดับค่ามัธยฐานรวมของประเทศอย่างต่อเนื่อง และมี 3 จังหวัดในกลุ่มนี้ที่มีค่าความชุกสูงกว่าร้อยละ 1 (รูปที่ 6)

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง (จังหวัดนครราชสีมา บุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ และ อุบลราชธานี) ค่าระดับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าระดับค่ามัธยฐานรวมของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น มี 1 จังหวัดในกลุ่มนี้ที่มีค่าความชุกสูงกว่าร้อยละ 1 (รูปที่ 6)

**รูปที่ 6** ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ของภาคเหนือตอนบน ภาคเหนือตอนล่าง และภาพรวมทั้งประเทศ ประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2551

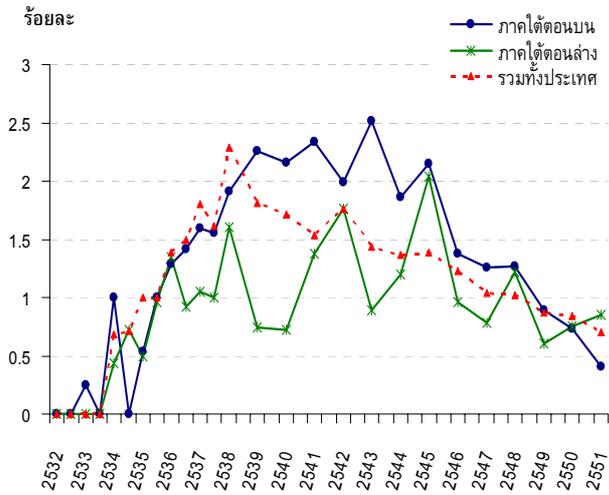


**รูปที่ 7** ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ของภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง และภาพรวมทั้งประเทศไทย พ.ศ. 2534 – 2551

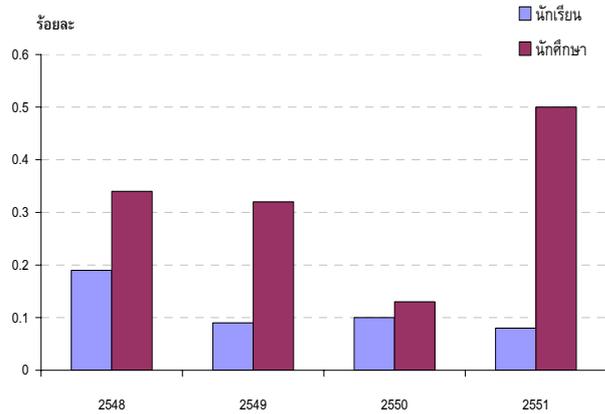


ภาคใต้ตอนล่าง มีค่าระดับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเริ่มสูงกว่าค่ามัธยฐานรวมของประเทศ แต่กลับพบว่าภาคใต้ตอนบน (จังหวัดชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา นครศรีธรรมราช และภูเก็ต) ซึ่งเคยมีค่าระดับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าค่ามัธยฐานของประเทศมาโดยตลอดกลับมีค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่าค่ามัธยฐานรวมของประเทศในปี 2551

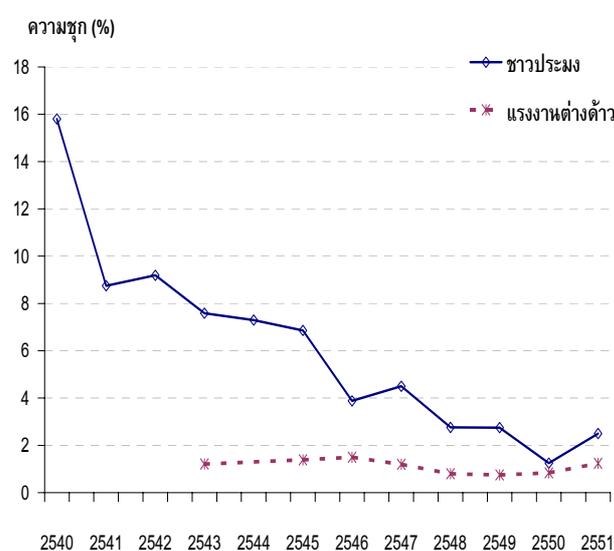
**รูปที่ 8** ความชุกของการติดเชื้อไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ของภาคใต้ตอนบน ภาคใต้ตอนล่าง และภาพรวมทั้งประเทศไทย พ.ศ. 2534 – 2551



**รูปที่ 9** ความชุกของการติดเชื้อไอวีในกลุ่มโลหิตบริจาคที่เป็นนักเรียน และนักศึกษา ประเทศไทย พ.ศ. 2547 – 2551



**รูปที่ 10** ความชุกของการติดเชื้อไอวีในกลุ่มแรงงานต่างชาติและกลุ่มชาวประมง ประเทศไทย พ.ศ. 2540 – 2551



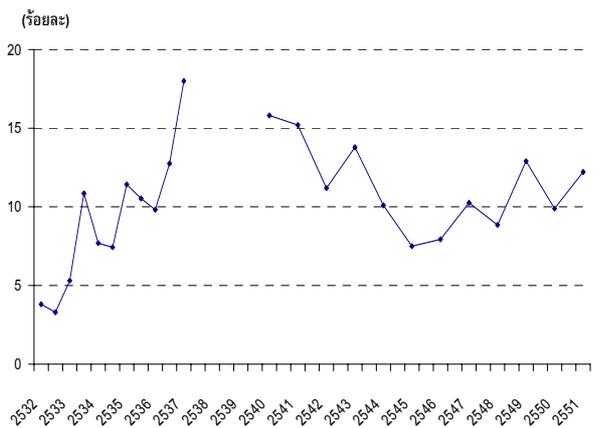
ความชุกของการติดเชื้อไอวีในกลุ่มประชากรโลหิตบริจาค กลุ่มนักเรียนและนักศึกษา ยังคงมีระดับความชุกที่ต่ำ แต่กลุ่มนักศึกษามีค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 0.5 เพิ่มสูงกว่าปี 2550 2 เท่า และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง แต่กลุ่มนักเรียนมีค่าความชุกลดลงเท่ากับ ร้อยละ 0.08 (รูปที่ 9)

ความชุกของการติดเชื้อไอวีในกลุ่มชาวประมงเริ่มจะคงที่ ในปี พ.ศ. 2551 หลังจากที่มีแนวโน้มลดลง (ระหว่างปี พ.ศ. 2540–2549) ในปี พ.ศ. 2551 ค่าความชุกของการติดเชื้อไอวีในกลุ่มชาวประมงเท่ากับร้อยละ 2.5 ส่วนกลุ่มแรงงานต่างชาติมีความชุกการติดเชื้อไอวีเท่ากับร้อยละ 1.24 เท่ากับปี 2551 (รูปที่ 10)

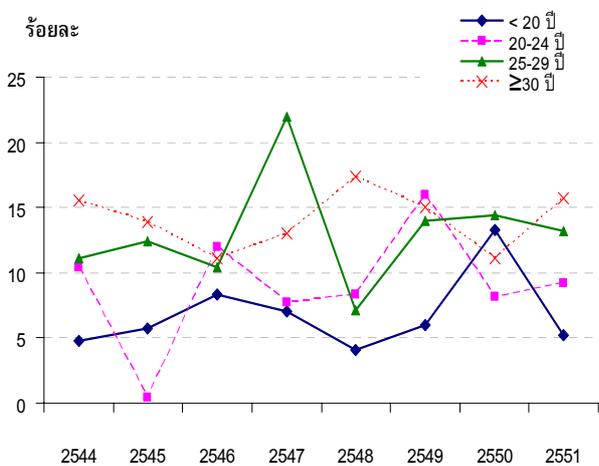
ความชุกของการติดเชื้อไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศในปี พ.ศ. 2551 เท่ากับ 12.21 เพิ่มขึ้นจากรอบการสำรวจในปี พ.ศ. 2550 (รูปที่ 11)

กลุ่มอายุที่มีความชุกของการติดเชื้อไอวีสูงขึ้น คือ อายุมากกว่า 30 ปี และ 20 – 24 ปี พบค่าความชุก ร้อยละ 15.7 และ 13.2 ตามลำดับ (รูปที่ 12)

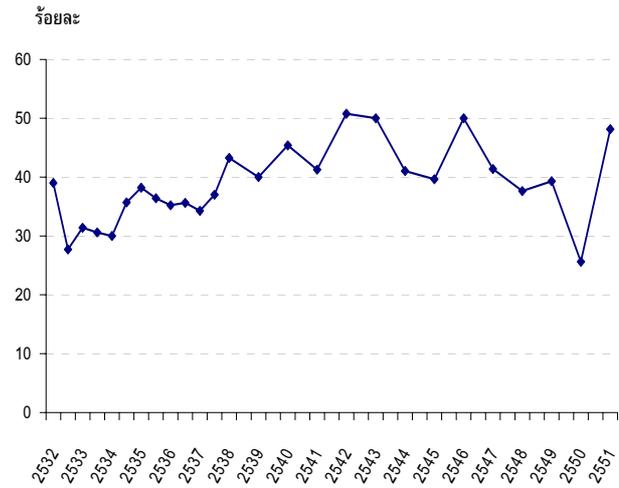
**รูปที่ 11** ความชุกของการติดเชื้อไอวีในกลุ่มชายขายบริการ ประเทศไทย พ.ศ. 2532 – 2551



**รูปที่ 12** ความชุกของการติดเชื้อไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศ จำแนกตามกลุ่มอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2544 – 2551



**รูปที่ 13** ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ประเทศไทย พ.ศ. 2544 – 2551



ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นในระดับสูง ในปี พ.ศ. 2551 ค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นมีค่าเท่ากับร้อยละ 48.15 (รูปที่ 13)

**วิจารณ์**

ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ. 2551 พบว่าสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. 2551 มีความแตกต่างจากผลการเฝ้าระวังในปี พ.ศ. 2550 ไม่มากนัก ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหลายกลุ่มประชากรยังคงมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ กลุ่มโลหิตบริจาค กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ และกลุ่มแรงงานต่างชาติ แต่ยังมีประชากรอีกหลายกลุ่มที่มีความชุกยังคงอยู่ในระดับที่สูง เช่น กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด นอกจากนี้ ยังมีประชากรบางกลุ่มที่อาจเริ่มมีแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มชายขายบริการทางเพศ และกลุ่มนักศึกษาที่มาจากโลหิต

ในปัจจุบันที่ค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเริ่มมีแนวโน้มลดลง ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเริ่มมีประโยชน์ของการบอกสถานการณ์การแพร่ระบาดของปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี นั่นคือ การลดลงของค่าความชุกอาจไม่ได้สะท้อนถึงการลดลงของอุบัติการณ์การติดเชื้อนั่นเอง เนื่องจากยังคงมีปัจจัยอย่างอื่นอีกหลายปัจจัยที่ส่งผลถึงค่าความชุก (นอกเหนือจากค่าอุบัติการณ์) เช่น ระยะเวลาที่บุคคลคงอยู่ในสถานะที่เป็นประชากรกลุ่มเฝ้าระวัง (ระยะเวลาที่หญิงคนหนึ่งเป็นหญิงขายบริการทางเพศหรืออัตราการเลิกอาชีพของหญิงขายบริการที่ติดเชื้อเอชไอวี) เป็นต้น อย่างไรก็ตาม ตัวเลขเหล่านี้ยังคงมีประโยชน์อย่างสูงสำหรับผู้ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรค ในการกำหนดลำดับความสำคัญสำหรับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศยังคงลดลงอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม ค่าความชุกของการติดเชื้อในประชากรกลุ่มนี้ในหลายจังหวัดยังคงอยู่ในระดับที่สูงมาก ซึ่ง การที่ค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศสูงเป็นการเพิ่มโอกาสการสัมผัสเชื้อระหว่างชายนักเที่ยวและหญิงขายบริการ ดังนั้น ในจังหวัดเหล่านี้จึงจำเป็นต้องเร่งรัดมาตรการการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการทางเพศ

ลักษณะและรูปแบบของการขายบริการทางเพศได้เปลี่ยนแปลงไปอย่างมาก จากเดิมที่เป็นลักษณะการขายบริการทางเพศโดยตรง มาเป็นการขายบริการทางเพศแบบแฝง จนมาถึงปัจจุบันเริ่มมีการขายบริการทางเพศอิสระ และการขายบริการทางเพศโดยไม่ติดต่อกับสถานบริการมากขึ้น (Non-visible group) ซึ่งการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศยังคงเน้นการเก็บข้อมูลจากกลุ่มหญิงขายบริการที่ทำงานในสถานบริการเข้าไม่ถึง และ จากการวิจัยของศูนย์ความร่วมมือ ไทย – สหรัฐ ด้านสาธารณสุขพบว่ากลุ่มหญิงขายบริการที่ไม่ได้สังกัดสถานบริการเป็นกลุ่มที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่า<sup>(9)</sup>

การปรับเปลี่ยนระบบการเงินการคลังสาธารณสุข และการเปลี่ยนแปลงโครงสร้างของระบบงานของกระทรวงสาธารณสุขเป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่ทำให้ความสามารถในการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันปัญหาเอดส์ในกลุ่มหญิงขายบริการลดลง หลายจังหวัดหน่วยงานที่เคยมีระบบการให้บริการด้านการป้องกันและควบคุมการโรค และ โรคเอดส์ได้ปิดการดำเนินการไป อีกทั้งรูปแบบการให้บริการทางเพศก็ได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างมาก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ผู้มีอำนาจในการจัดหาบริการสุขภาพจะต้องเร่งคิดหาแนวทางในการพัฒนาระบบบริการสุขภาพที่เหมาะสมและเป็นมิตรกับกลุ่มเป้าหมายมาให้บริการกับประชากรกลุ่มนี้

กลุ่มชายที่มาตรวจทางโรคเป็นประชากรที่สำคัญในการนำเชื้อเอชไอวีจากกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศสู่กลุ่มหญิงทั่วไป<sup>(10)</sup> ที่ผ่านมา การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มาตรวจทางโรคเริ่มคงที่ที่ระดับร้อยละ 3 - 5 มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และการเฝ้าระวังติดตามปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มนี้ก็เริ่มมีปัญหามากขึ้นเรื่อยๆ จากการปิดคลินิกทางโรคในหลายจังหวัด (คลินิกทางโรคเป็นหน่วยเฝ้าระวังในประชากรกลุ่มนี้) ทำให้มีจังหวัดที่ดำเนินการเฝ้าระวังลดลง และจำนวนประชากรที่ดำเนินการเฝ้าระวังลดลงอย่างต่อเนื่อง

กลุ่มชายขายบริการทางเพศจัดเป็นกลุ่มประชากรที่สำคัญที่ต้องดำเนินการป้องกันปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ประชากรกลุ่มนี้มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงเป็นลำดับที่ 2

รองจากกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด แนวทางในการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและกลุ่มชายขายบริการทางเพศต้องการการดำเนินการในเชิงรุก อาศัยผู้ที่รู้จัก สามารถเข้าถึง และเข้าใจประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างแท้จริงมาเป็นผู้จัดการดำเนินการ<sup>(11-12)</sup>

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวมกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2551 มีความชุกเพียงร้อยละ 0.72 ต่ำกว่าค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 0.9 ประชากรกลุ่มนี้ซึ่งสามารถเป็นข้อมูลตัวแทนที่ดีของหญิงวัยเจริญพันธุ์ทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์ได้ดี สะท้อนให้เห็นถึงการติดเชื้อในอัตราที่สูงของเพศหญิงในช่วงปีแรกๆ ที่มีเพศสัมพันธ์ ซึ่งมาตรการการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน (Couple counseling) ตลอดจนมาตรการในการส่งเสริมให้เพศหญิงมีทักษะในการต่อรองให้มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ใช่คู่ยังคงเป็นมาตรการที่สำคัญที่ควรส่งเสริมให้ดำเนินการอย่างต่อเนื่องต่อไป

### สรุป

ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีปี พ.ศ. 2551 พบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในหลายกลุ่มประชากรยังคงมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง เช่น กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ กลุ่มโลหิตบริจาค กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ และกลุ่มแรงงานต่างชาติ แต่ยังมีประชากรอีกหลายกลุ่มที่มีความชุกยังคงอยู่ในระดับที่สูง เช่น กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด นอกจากนี้ยังมีประชากรบางกลุ่มที่อาจเริ่มมีแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มชายขายบริการทางเพศและกลุ่มนักศึกษาที่มารับบริจาคโลหิต

### กิตติกรรมประกาศ

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

### เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2532.
2. ครรชิต ลิ้มปกาญจนารัตน์. 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. คำนวน อึ้งชูศักดิ์, อรพรรณ แสงวรรณลอย, ประหยัด ก้อนทอง, อมรา ทองหงส์, อะเคื้อ อุณหเลขกะ, วันัสสนันท์ รุจิวิวัฒน์, และคณะ. วิวัฒนาการของการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 1992; 23(1): 1-4, 7-11.
6. กลุ่มงานระบาดวิทยา โรคเอดส์ กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข. คู่มือการดำเนินงานการเฝ้าระวังการติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ ฉบับปรับปรุงใหม่ เมษายน 2540. กรุงเทพฯ: กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวง กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2540.
7. Kleinbaum DG, Kupper LL, Morgenstern H. Epidemiologic research. New York: Van Nostrand Reinhold, 1982. UNAIDS and WHO. Guidelines for second generation HIV surveillance. Geneva: UNAIDS, 2000.
8. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2548. นนทบุรี: สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, พ.ศ. 2548.
9. Whitehead, Manopaiaboon C, Tanpradech S, Sritharathikhun N, Siangphoe U. 2007 Respondent driven sampling survey among female sex workers in Bangkok and Chiang Rai. Nonthaburi: Thailand MOPH – U.S. CDC Collaboration on Public Health, 2008.
10. Morris M, Podhisita C, Wawer MJ, Handcock MS. Bridge Populations in the Spread of HIV in Thailand. AIDS 1996; 10 (11): 1265-1271.
11. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย. การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. ใน: ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, กิรติกานต์ กลัดสวัสดิ์, บรรณาธิการ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. นนทบุรี: สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค, พ.ศ. 2550.
12. พิรทส วัน กรีนสแวน, สุภพร ไชยคำมา, วิภาส วิมลเศรษฐ, อัญชลี วรางค์รัตน์. คลินิกชุมชนซิลอม (Silom Community Clinic) คลินิกเพื่อส่งเสริมและวิจัยทางด้านสุขอนามัยทางเพศของผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย. ใน: ธนรักษ์ ผลิพัฒน์, กิรติกานต์ กลัดสวัสดิ์, บรรณาธิการ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. นนทบุรี: สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค, พ.ศ. 2550.