



รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 41 ฉบับที่ 29 : 30 กรกฎาคม 2553

Volume 41 Number 29 : July 30, 2010

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



สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552

Situation of HIV Infection, Thailand, 2009

✉ sarinya251@hotmail.com

ศรินยา พงศ์พันธุ์ สหภาพ พูลเกษร นิพนธ์ แสนโคตร เฉลวตรสรน นามวาท ชนรักรักษ์ ผลิพัฒน์
สำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทนำ

ประเทศไทย โดยกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โดยวิธีการสำรวจความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ในพื้นที่เฝ้าระวัง 14 จังหวัด ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2532 และได้ขยายพื้นที่เฝ้าระวังจนครอบคลุม 76 จังหวัดในเวลาต่อมา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามแนวโน้มของการระบาดของเชื้อเอชไอวี⁽¹⁾ ภายใต้สถานการณ์ปัญหาเอดส์ที่มีการเปลี่ยนแปลงมาโดยตลอด สำนักโรคระบาดวิทยาจึงได้พัฒนาระบบและปรับปรุงวิธีการเฝ้าระวังให้เหมาะสมกับสถานการณ์อยู่เสมอ⁽²⁾ นอกจากนี้ ยังมีความพยายามที่จะดำเนินการติดตามสถานการณ์ให้ครอบคลุมถึงประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีใหม่ ๆ ได้แก่ กลุ่มชายประมง และกลุ่มแรงงานต่างชาติที่เริ่มเข้ามามีบทบาทต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีสามารถนำมาใช้เพื่อการวางแผน กำหนดเป้าหมาย พัฒนาแนวทางและมาตรการการป้องกันควบคุมและแก้ไขปัญหาเอดส์ทั้งในระดับจังหวัด ระดับเขตและระดับประเทศ

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ดำเนินการในเดือนมิถุนายน 2552 เป็นรอบที่ 27 โดยเฝ้าระวังในกลุ่มประชากรหลัก 5 กลุ่มประชากร ได้แก่ กลุ่มโลหิตบริจาค กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มหญิง-

ฝากครรภ์ กลุ่มชายที่มาตรวจรักษากามโรค และกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ นอกจากนี้ ยังได้ดำเนินการเฝ้าระวังในกลุ่มประชากรเฉพาะอีก 3 กลุ่มประชากร ได้แก่ กลุ่มชายขายบริการทางเพศ กลุ่มชาวประมง และกลุ่มแรงงานต่างชาติ

วิธีการเฝ้าระวัง

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีอาศัยการสำรวจความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำ (Repeated survey)⁽³⁾ ในกลุ่มประชากรเดิม (Same dynamic population) เป็นวิธีการในการเฝ้าระวัง ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจรอบที่ 27 ปี พ.ศ. 2552 จะนำมาเปรียบเทียบกับผลการเฝ้าระวังในรอบก่อนหน้า เพื่อติดตามการเปลี่ยนแปลงของความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่าง ๆ วิธีการสำรวจในรอบปี พ.ศ. 2552 อาศัยวิธีการสำรวจซึ่งคล้ายคลึงกับการสำรวจในรอบปี พ.ศ. 2548 รายละเอียดของการสำรวจการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่าง ๆ ได้มีการตีพิมพ์เผยแพร่รายละเอียดไว้ก่อนหน้านี้อยู่แล้ว⁽⁴⁾ ในที่นี้ จึงขอนำเสนอวิธีการสำรวจพอสังเขปดังนี้

กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีชนิดชนิด เก็บข้อมูลจากคลินิกบำบัดรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชนิดชนิดของโรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลศูนย์ และศูนย์บำบัดรักษาเอชไอวี โดยเก็บข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่มาขอรับการรักษาในเดือนมิถุนายน ถ้าขนาด



สารบัญ

◆ สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552	457
◆ การบาดเจ็บรุนแรงจากอุบัติเหตุขนส่งที่เกี่ยวข้องกับการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ในวันพระใหญ่ อาสาพหุขุ และ เข้าพรรษา ปี พ.ศ. 2552	463
◆ สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 29 ระหว่างวันที่ 18 - 24 กรกฎาคม 2553	465
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาเร่งด่วนประจำสัปดาห์ที่ 29 ระหว่างวันที่ 18 - 24 กรกฎาคม 2553	467

ผลการเฝ้าระวัง

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ. 2552 ได้รับข้อมูลจากพื้นที่เฝ้าระวัง 76 จังหวัด และมีข้อมูลที่สามารถนำมาวิเคราะห์ได้ ดังนี้

กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ รับข้อมูล 45 จังหวัด จำนวน 4,794 ตัวอย่าง จังหวัดที่มีจำนวนตัวอย่างเกิน 20 ตัวอย่าง มี 39 จังหวัด กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศทางเพศแฝง รับข้อมูลจาก 54 จังหวัด จำนวน 10,150 ตัวอย่าง และมี 53 จังหวัดที่มีจำนวนตัวอย่างเกิน 20 ตัวอย่าง กลุ่มชายที่มาขอตรวจกามโรคได้รับข้อมูลจาก 22 จังหวัด จำนวน 1,071 ตัวอย่าง โดยมีจังหวัดที่มีจำนวนตัวอย่างเกิน 20 ตัวอย่าง จำนวน 14 จังหวัด กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ได้รับข้อมูลจาก 69 จังหวัด จำนวน 54,750 ตัวอย่าง และทุกจังหวัดมีจำนวนตัวอย่างมากกว่า 20 ตัวอย่าง กลุ่มโลหิตบริจาคได้รับข้อมูลจาก 58 จังหวัด จำนวน 63,765 ตัวอย่าง และทุกจังหวัดมีจำนวนตัวอย่างมากกว่า 20 ตัวอย่าง เช่นกัน กลุ่มผู้ติดเชื้อเสียดัดชนิดฉีดเข้าเส้นได้รับข้อมูลจาก 9 จังหวัด มีเพียง 4 จังหวัดที่มีจำนวนตัวอย่างมากกว่า 20 ตัวอย่าง ได้แก่ กรุงเทพมหานคร 126 ตัวอย่าง สมุทรปราการ 21 ตัวอย่าง เลย 26 ตัวอย่าง และยะลา 20 ตัวอย่าง

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ มีแนวโน้มลดลง ในปี พ.ศ. 2552 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศหญิงตรงเท่ากับร้อยละ 2.76 และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศหญิงแฝงเท่ากับร้อยละ 1.66 โดยจังหวัดที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศทางเพศตรงสูงสุด คือ สมุทรสงคราม (ร้อยละ 21.20) รองลงมา คือ ราชบุรี และสุโขทัย (ร้อยละ 16.70 และ 10.81 ตามลำดับ) ส่วนกลุ่มหญิงขายบริการหญิงแฝง พบว่า จังหวัดสมุทรสงครามมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุด (ร้อยละ 7.29) รองลงมา คือ พังงา (ร้อยละ 5.33) เมื่อจำแนกความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีตามภาค พบว่า ภาคกลางมีความชุกฯ สูงสุดในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศหญิงตรง (ร้อยละ 5.26) และภาคใต้พบความชุกฯ สูงสุดในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศหญิงแฝง (ร้อยละ 2.0)

กลุ่มชายที่มาขอตรวจกามโรค มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 3.93 และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น (รูปที่ 1) (กลุ่มอายุที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูง คือ กลุ่มอายุ 25-29 ปี เท่ากับร้อยละ 10 รองลงมา ได้แก่ กลุ่มอายุมากกว่า 30 ปีขึ้นไป และกลุ่มอายุ 20 - 24 ปี เท่ากับร้อยละ 6.1 และ 4.9 ตามลำดับ)

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มโลหิตบริจาค ในปี พ.ศ. 2552 มีค่าลดลงจากปี พ.ศ. 2551 ความชุกมีค่าเท่ากับ 0.15

โดยโลหิตบริจาครายใหม่มีความชุกร้อยละ 0.26 แต่โลหิตบริจาค รายเก่ามีความชุกเท่ากับร้อยละ 0.16

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ พบว่า มีแนวโน้มลดลงจากปีที่ผ่านมาเช่นกัน ในปี พ.ศ. 2552 กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์มีค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 0.65

การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ พบว่า ทุกกลุ่มมีแนวโน้มสูงขึ้น กลุ่มอายุมากกว่าหรือเท่ากับ 30 ปี มีค่าความชุกสูงสุดในปี พ.ศ. 2552 เริ่มพบค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของหญิงที่มาฝากครรภ์ ที่มีอายุน้อยกว่า 20 ปี อายุ 20 -30 ปีและ อายุ 20 - 24 ปีเพิ่มสูงเป็น 2 เท่าของปี พ.ศ.2551 (ร้อยละ 0.46, 0.80 และ 0.54) สำหรับอายุมากกว่า 30 ปี มีค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 1.02 (รูปที่ 2) และลำดับครั้งที่ 3 และ 1 มีการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างเห็นได้ชัด

จังหวัดที่มีค่าความชุกของการติดเชื้อของหญิงตั้งครรภ์ สูงกว่าร้อยละ 1 มีจำนวน 20 จังหวัด และมีจังหวัดที่ค่าความชุกของการติดเชื้อของหญิงตั้งครรภ์สูงกว่าร้อยละ 1.5 อยู่ถึง 6 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุดรธานี (ร้อยละ 3.16) ปรังจันบุรี (ร้อยละ 2.84) พะเยา (ร้อยละ 2.66) สมุทรสงคราม (ร้อยละ 1.78) ตรัง (ร้อยละ 1.78) ชลบุรี (ร้อยละ 1.77) (รูปที่ 3)

ภาคเหนือตอนบน (จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย แม่ฮ่องสอน ลำพูน ลำปาง และจังหวัดพะเยา) ค่าระดับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าระดับค่ามัธยฐานรวมของประเทศอย่างต่อเนื่อง และมี 3 จังหวัดในกลุ่มนี้ที่มีค่าความชุกสูงกว่าร้อยละ 1

ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง (จังหวัดนครราชสีมาบุรีรัมย์ สุรินทร์ ศรีสะเกษ และจังหวัดอุบลราชธานี) ค่าระดับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าระดับค่ามัธยฐานรวมของประเทศและมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นมี 1 จังหวัดในกลุ่มนี้ที่มีค่าความชุกสูงกว่าร้อยละ 1

ภาคใต้ตอนล่าง มีค่าระดับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเริ่มสูงกว่าค่ามัธยฐานรวมของประเทศ และพบว่า ภาคใต้ตอนบน (จังหวัดชุมพร ระนอง สุราษฎร์ธานี กระบี่ พังงา ภูเก็ต และจังหวัดนครศรีธรรมราช) เริ่มมีแนวโน้มค่าระดับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าค่ามัธยฐานของประเทศในปี พ.ศ. 2552 มี 2 จังหวัดในกลุ่มนี้ที่มีค่าความชุกสูงกว่าร้อยละ 1

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรโลหิตบริจาคกลุ่มนักเรียน และนักศึกษา ยังคงมีระดับความชุกที่ต่ำ กลุ่มนักศึกษามีค่าความชุกเท่ากับร้อยละ 0.24 ลดลงจากปี พ.ศ. 2551 ที่พบร้อยละ 0.51 แต่กลุ่มนักเรียนกลับมีแนวโน้มค่าความชุกเพิ่มขึ้นเล็กน้อยร้อยละ 0.09 (รูปที่ 4)

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรโลहितบริจาต พบทุกกลุ่มอายุมีค่าความชุกการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นกว่าปี 2551 อย่างเห็นได้ชัด โดยกลุ่มที่มีอายุมากกว่า 30 ปี อายุ 20-24 ปี และ 24-30 ปี พบร้อยละ 0.21 และพบว่า กลุ่มอายุน้อยกว่า 20 ปี เริ่มมีแนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวี (รูปที่ 5)

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มกลุ่มแรงงานต่างชาตินี้มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ในปี พ.ศ. 2552 มีค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 1.53 ส่วนกลุ่มชาวประมงมีความชุกการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 1.25 ลดลงจากปี พ.ศ. 2551 (รูปที่ 6)

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศในปี พ.ศ. 2552 เท่ากับ 11.2 ลดลงจากรอบการสำรวจในปี พ.ศ. 2551 กลุ่มอายุที่มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น คือ อายุมากกว่า 30 ปี และ 20 - 24 ปี พบค่าความชุก ร้อยละ 18.92 และ 17.84 ตามลำดับ (รูปที่ 7)

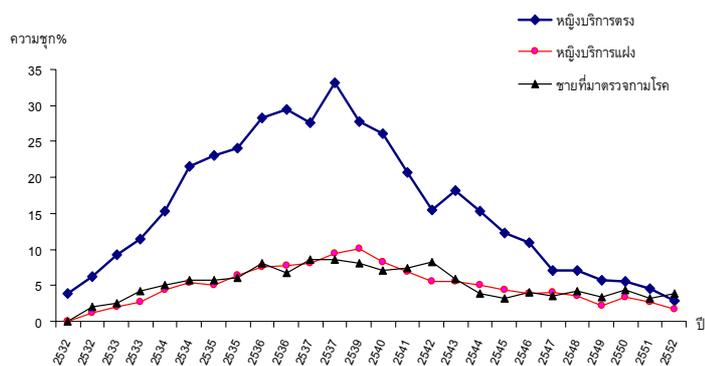
ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มติดยาเสพติดชนิดฉีดมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น ในปี พ.ศ. 2552 ค่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มติดยาเสพติดชนิดฉีดมีค่าเท่ากับร้อยละ 52.38

วิจารณ์

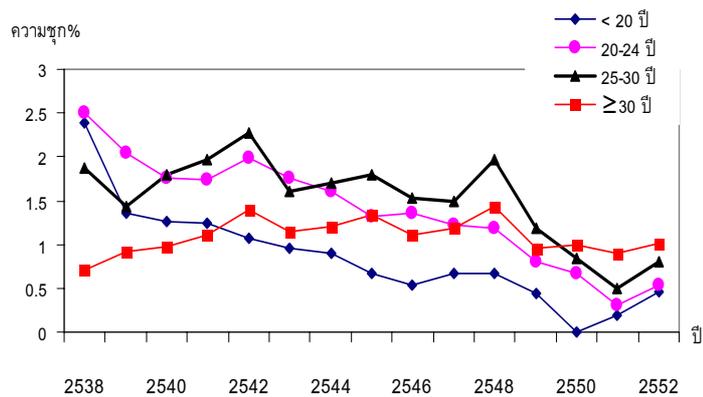
การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ.2552 พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มลดลงในหลายกลุ่มประชากร ได้แก่ กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ กลุ่มโลहितบริจาต กลุ่มแรงงานต่างชาติ แต่เริ่มพบประชากรอีกหลายกลุ่มที่เริ่มมีแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น เช่น ชายที่มาตรวจกามโรค ชาวประมง กลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด และกลุ่มชายขายบริการทางเพศ

แนวโน้มการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศหญิงตรงและแฝงลดลง ในปี พ.ศ. 2552 ครั้งหนึ่งของการสำรวจ พ.ศ. 2551 ไม่ได้หมายความว่าถึงผลสำเร็จของการจัดบริการสุขภาพได้ผล เนื่องจากการเปลี่ยนแปลงบริบทสังคม และรูปแบบการให้บริการปรับเปลี่ยนไป ทำให้การเข้าถึงกลุ่มประชากรกลุ่มนี้อาจไม่ครอบคลุม จึงควรมีรูปแบบการเฝ้าระวังที่ทำให้เข้าถึงกลุ่มประชากรกลุ่มนี้มากขึ้น

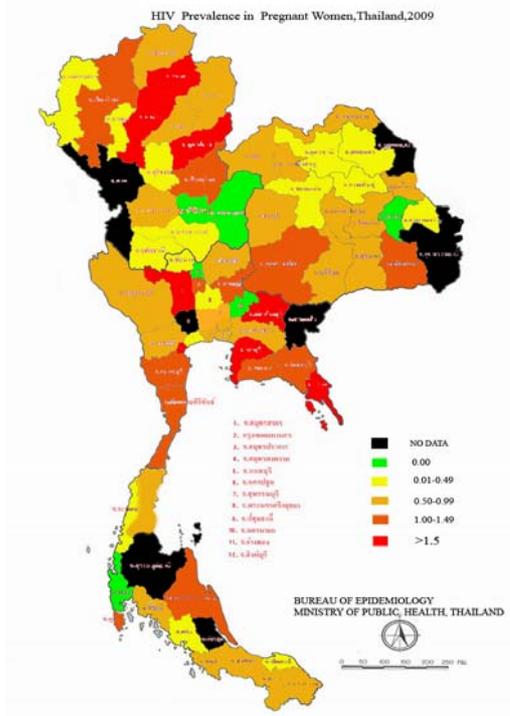
การปรับเปลี่ยนระบบการเงินการคลัง สาธารณสุข และการกระจายอำนาจตามนโยบายทำให้ระบบการให้บริการด้านการป้องกันและควบคุม



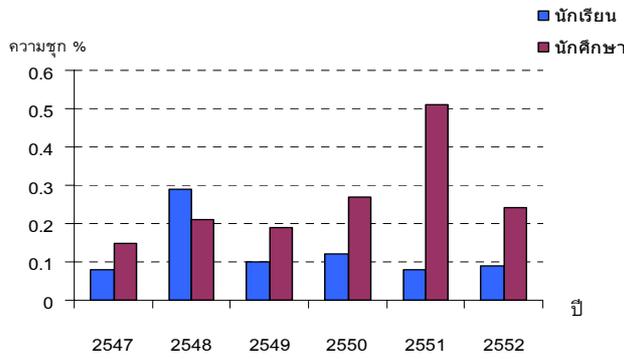
รูปที่ 1 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศและชายที่มาตรวจกามโรค ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2532 - 2552



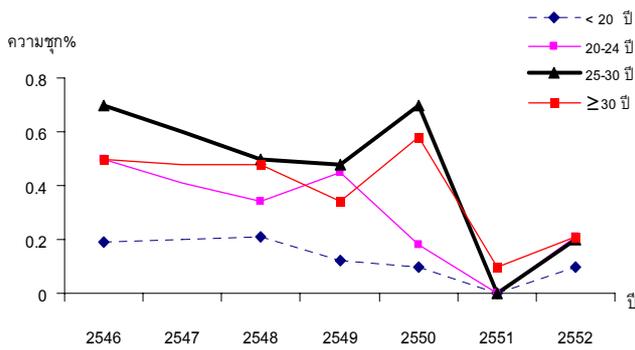
รูปที่ 2 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ จำแนกตามกลุ่มอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2538 - 2552



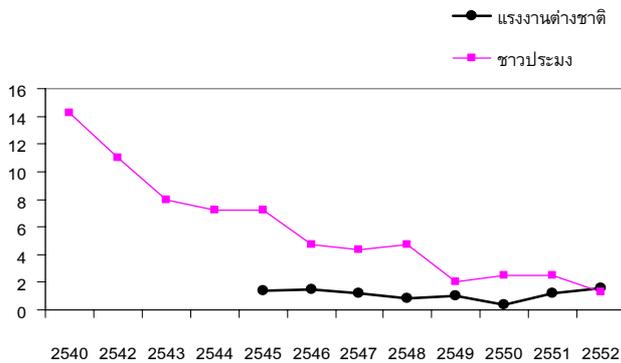
รูปที่ 3 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ ประเทศไทย พ.ศ. 2552



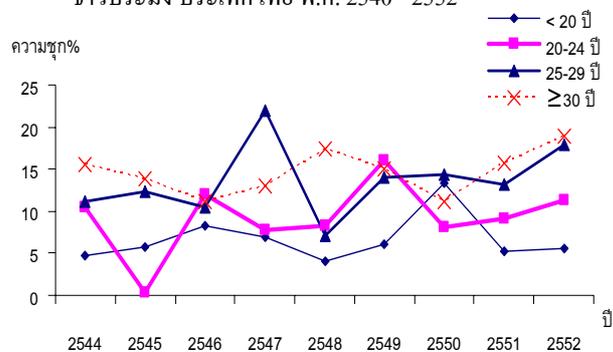
รูปที่ 4 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มโลหิตบริจาคที่เป็นนักเรียน และนักศึกษา ประเทศไทย พ.ศ. 2547 – 2552



รูปที่ 5 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มโลหิตบริจาค จำแนกตามกลุ่มอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2546 – 2552



รูปที่ 6 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานต่างชาติและกลุ่มชาวประมง ประเทศไทย พ.ศ. 2540 - 2552



รูปที่ 7 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศ จำแนกตามกลุ่มอายุ ประเทศไทย พ.ศ. 2544 – 2552

กามโรค และโรคเอดส์ ถูกลดความสำคัญลง หน่วยงานที่เคยมีระบบการให้บริการด้านการป้องกันและควบคุมกามโรค และโรคเอดส์ได้ปิดการดำเนินการไป อีกทั้งรูปแบบการให้บริการทางเพศก็ได้เปลี่ยนแปลงไปเป็นอย่างมาก การให้บริการทางเพศตรงเริ่มน้อยลง การให้บริการทางเพศเปลี่ยนไปเป็นแบบแฝงมากขึ้น และรูปแบบการบริการแบบแฝงก็มีรูปแบบหลากหลายมากขึ้น และเข้าถึงได้ยาก ระบบการให้บริการด้านการป้องกันควบคุมกามโรค และโรคเอดส์ จึงต้องเป็นระบบที่มีรูปแบบใหม่ที่จะทำให้เราสามารถควบคุมปัญหาการกามโรคและโรคเอดส์ได้อย่างแท้จริง การไม่เผชิญหน้ากับปัญหาโดยตรงไปตรงมา หรือความพยายามปิดบังปัญหาที่มีอยู่ไม่ก่อให้เกิดปัญหาหมดไป

กลุ่มชายที่มารับการตรวจโรคเป็นประชากรที่สำคัญในการนำเชื้อเอชไอวีจากกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศสู่กลุ่มหญิงทั่วไป⁽⁵⁾ ที่ผ่านมา การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มารับการตรวจโรคเริ่มลดที่ระดับร้อยละ 3 - 5 มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 และการเฝ้าระวังติดตามปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มนี้ก็เริ่มพบปัญหามากขึ้นเรื่อย ๆ จากการปิดคลินิกกามโรคในหลายจังหวัด (คลินิกกามโรคเป็นหน่วยเฝ้าระวังในประชากรกลุ่มนี้) ทำให้จังหวัดที่ดำเนินการเฝ้าระวังลดลง

การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศยังคงสูงขึ้นต่อเนื่อง การเพิ่มขึ้นของความชุกในกลุ่มนี้สะท้อนการเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men, MSM) ในปัจจุบัน^(6,7) โดยกลุ่มชายขายบริการที่มีอายุน้อยนับเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงมาก การจัดระบบบริการที่เป็นมิตร และตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกรอบที่ 8 อาจจะช่วยแก้ปัญหาดังกล่าวได้เป็นบางส่วนหากมีความยั่งยืน และสามารถบูรณาการทำงานร่วมกันระหว่างภาครัฐและกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ซึ่งปัจจุบันที่พบการหาการแก้ปัญหาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ชายและกลุ่มชายขายบริการทางเพศโดยกลุ่มองค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) และองค์กรการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคระหว่างประเทศ มีการดำเนินการในจังหวัดใหญ่ ๆ เพียงบางจังหวัดเท่านั้น เช่น กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ กูเกิด เป็นต้น ทั้งนี้ถือว่าเป็นต้นแบบการทำงานเพื่อป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรทั้ง 2 กลุ่ม กลุ่มนี้ต้องดำเนินการในเชิงรุก จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องอาศัยผู้ที่รู้จักและสามารถเข้าถึง เข้าใจประชากรกลุ่มนี้อย่างแท้จริงมาเป็นผู้จัดการดำเนินการ^(8,9)

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวมกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ลดลงอย่างต่อเนื่อง ในปี พ.ศ. 2552 มีความชุกเพียงร้อยละ 0.65 ต่ำกว่าค่าเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ตั้งไว้ที่ร้อยละ 0.80 หญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุมากกว่า 30 ปีมีค่าความชุกมากกว่ากลุ่มอายุ 25-30 ปี อายุ 20 - 24 ปี และอายุน้อยกว่า 20 ปี จะเห็นว่ากลุ่มอายุมากกว่า 30 ปีมีความชุกสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ๆ และพบว่าความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในครรภ์ที่ 1 และ 3 เพิ่มขึ้น อาจบ่งชี้ถึงการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีว่ากลุ่มหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่น่าจะมีการติดเชื้อรายเก่า ส่วนการติดเชื้อรายใหม่น่าจะเป็นตั้งแต่ 20 ปีขึ้นไป

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นที่มีการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นมากขึ้น แต่ข้อมูลที่ได้อาจไม่สามารถบอกแนวโน้มของปัญหาได้ดีเนื่องจากประชากรกลุ่มนี้ได้มีการเปลี่ยนแปลงไปในระยะ 5 - 7 ปีที่ผ่านมา และมีเพียง 4 จังหวัดที่มีข้อมูลเกิน 20 ตัวอย่าง

สรุป

จากการติดตามแนวโน้มสถานการณ์ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี แสดงให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของการติดเชื้อเอชไอวีเริ่มกลับมามีปัญหาเมื่อจำแนกตามกลุ่มอายุ จะเห็นภาพการการติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่วัยที่เป็นกำลังของประเทศ และการที่พบแนวโน้มความชุกกลุ่มบริจาคโลหิตรายใหม่ สะท้อนให้เห็นว่าการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์เริ่มไม่ครอบคลุม ซึ่งการกระจายอำนาจและงบประมาณที่มุ่งสู่ท้องถิ่นมากขึ้น อาจจำเป็นต้องสะท้อนภาพความชุกเพื่อให้สามารถระดมสรรพกำลังจากส่วนท้องถิ่นมาร่วมกันทำงานมากขึ้น รวมทั้งโอกาสของกองทุนโลกที่สนับสนุนกระบวนการทำงานแบบบูรณาการตั้งแต่เริ่มดำเนินงาน ทั้งนี้หากมองในภาพรวมค่าความชุกการติดเชื้อเอชไอวีอาจลดลง แต่หากจำแนกตามกลุ่มอายุ กลับสะท้อนการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเจียบ ๆ ทั้งนี้ทุกกลุ่มประชากรที่เฝ้าระวัง ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ ชายขายบริการทางเพศ และชายที่มาตรวจจากโรค กลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีด และกลุ่มชายขายบริการทางเพศ ยังมีความจำเป็นที่ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับการจัดระบบบริการป้องกันควบคุมโรค และโรคเอดส์ ต้องทบทวนระบบและแนวทางการดำเนินงานในการป้องกันควบคุมโรคและโรคเอดส์ให้สามารถดำเนินงานได้อย่างมีประสิทธิภาพ และเหมาะสมกับบริบทที่เปลี่ยนแปลงไป

กิตติกรรมประกาศ

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

เอกสารอ้างอิง

1. ครรชิต ลิ้มปกาญจนารัตน์. การเฝ้าระวังโรคเอดส์ เฉพาะพื้นที่. วารสารโรคเอดส์; 1(1): 35-39.
2. คำนวน อึ้งชูศักดิ์, อรพรรณ แสงวรรณลอย, ประหยัด ก้อนทอง, อมรา ทองหงส์, อะเกื้อ อุนหเลขกะ, วนัสสนันท์ รุจิวิวัฒน์, และคณะ. วัฒนาการของการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อเอดส์ในประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังโรคประจำสัปดาห์ 1992; 23(1): 1-4, 7-11.
3. 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.
4. สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์. แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2548. นนทบุรี: สำนักวิชาพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยราชภัฏวชิรเวศน์, พ.ศ. 2548.
5. Morris M, Podhisita C, Wawer MJ, Handcock MS. AIDS 1996; 10 (11): 1265-1271.
6. van Griensven F, Thanprasertsuk S, Jommaroeng R, Mansergh G, Naorat S, Jenkins RA, et al. Evidence of a previously undocumented epidemic of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand. AIDS. 2005 Mar 25;19(5):521-6.
7. ธนรัชต์ ผลิพัฒน์, กิรติกานต์ กลัดสวัสดิ์, พิรทส วัน กรีนสแวน วิภาส วิมลเศรษฐ. ผลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และภูเก็ต. ใน: ธนรัชต์ ผลิพัฒน์, กิรติกานต์ กลัดสวัสดิ์, บรรณาธิการ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. นนทบุรี: สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค, 2550.
8. อังคณา เจริญวัฒนา โชคชัย. การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. ใน: ธนรัชต์ ผลิพัฒน์, กิรติกานต์ กลัดสวัสดิ์, บรรณาธิการ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. นนทบุรี: สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค, 2550.
9. พิรทส วัน กรีนสแวน, สุภาพร ไชยคำมา, วิภาส วิมลเศรษฐ, อัญชลี วารังศรีรัตน์. คลินิกชุมชนสีลม (Silom Community Clinic) คลินิกเพื่อส่งเสริมและวิจัยทางด้านสุขอนามัยทางเพศของผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย. ใน: ธนรัชต์ ผลิพัฒน์, กิรติกานต์ กลัดสวัสดิ์, บรรณาธิการ. การป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. นนทบุรี: สำนักจัดการความรู้ กรมควบคุมโรค, 2550.