

การประเมินผลเชิงบริหาร เชิงพฤติกรรมและบริการสุขภาพ และเชิงระบาดวิทยา: แผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ในพื้นที่ 6 จังหวัดของเขต 9: พ.ศ. 2536-2537

MANAGEMENT, BEHAVIOURAL/HEALTH SERVICE AND
EPIDEMIOLOGICAL EVALUATION: HIV PREVENTION AND CONTROL
PROGRAMME IN THE 6 PROVINCES OF REGION 9, 1993-1994

• นพ. พลเดช ปิ่นประทีป
เพ็ญศิริ จิตรากร
ชาตรี อินใหญ่
ธีระศักดิ์ เอื้ออริยกุล
สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 9 พิษณุโลก
Dr.Poldej Pinprateep
Phensiri Chitrakorn
Chatri Inyai
Teerasak Eua-ariyakun
Office of Communicable Disease Control
Region 9, Phitsanulok

การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมเป็นเรื่องที่กระทำได้ยาก
เนื่องจากพฤติกรรมเป็นผลของการเรียนรู้ใน
ลักษณะขององค์กรรวม หน่วยงานต่าง ๆ ทั้งภาครัฐ
และเอกชน จึงได้ดำเนินการในรูปแบบต่าง ๆ
เพื่อควบคุมป้องกันโรคที่มีสาเหตุมาจากพฤติกรรม
รายงานการศึกษานี้ได้ประเมินผลการดำเนิน
กิจกรรมป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์ในพื้นที่
ซึ่งเป็นกิจกรรมที่ก่อให้เกิดประสิทธิภาพ
และประสิทธิผลในระดับหนึ่ง

ความเป็นมา

“เครือข่าย” ความร่วมมือ ป้องกันและ
ควบคุมโรคเอดส์เขต 9”
เป็นชุมชนวิชาการ (Academic Community) ระดับเขต
อันประกอบด้วย นักวิชาการและเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน
ด้านป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จากสำนักงาน
สาธารณสุขจังหวัด และโรงพยาบาลประจำจังหวัด
รวมถึงโรงพยาบาลประจำอำเภอบางแห่งของจังหวัดน่าน
แพร่ อุตรดิตถ์ พิษณุโลก พิจิตรและเพชรบูรณ์ กับ
สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 9 ได้ก่อกำเนิดขึ้นภายใต้
การสนับสนุนของผู้บริหารของส่วนราชการและหน่วยงาน
ดังกล่าว นับเนื่องมาตั้งแต่ปลายปี 2534 เป็นต้นมา
“เครือข่ายฯ” ได้ริเริ่มจัดทำแผนงานแม่บท ในการ
ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในพื้นที่ระดับเขตขึ้นเป็น
ครั้งแรก เมื่อ พ.ศ.2535 มีการแลกเปลี่ยนและสนับสนุน
ทรัพยากรและบุคลากรต่างๆ ระหว่างกัน มีการประชุม
สัมมนาเพื่อสรุปผลงานหรือบทเรียน และมีการแลกเปลี่ยน
ประสบการณ์ตลอดจนจัดทำแผนต่อเนื่องทุกปี
ด้วยความมุ่งหมายที่จะเพิ่มศักยภาพทางวิชาการ แนวคิด
และวิธีการทำงานของสมาชิก ตลอดจนเพิ่มประสิทธิภาพ
และเพิ่มประสิทธิผลของการปฏิบัติงานป้องกันและควบคุม
โรคเอดส์ในพื้นที่ทั้ง 6 จังหวัด ที่รับผิดชอบเป็นสำคัญ

การประเมินผลครั้งนี้เป็นส่วนของกิจกรรม ตามแผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เขต 9 พ.ศ. 2536-2537 เครือข่ายฯ มีความประสงค์ที่จะให้ผลการประเมินครั้งนี้เป็นประโยชน์ทั้งต่อผู้บริหารนักวิชาการและเจ้าหน้าที่ระดับปฏิบัติการ ตั้งแต่ระดับเขต จังหวัด และอำเภอในเครือข่าย ในอันที่จะนำไปประกอบการกำหนดนโยบายแนวทางและตัดสินใจปฏิบัติการหรือสนับสนุนการปฏิบัติงานอย่างเหมาะสมในส่วนที่รับผิดชอบในโอกาสต่อไป⁽¹⁻⁴⁾

การประเมินผลนี้ประกอบด้วย 3 ส่วน ได้แก่

1. การประเมินผลเชิงบริหาร (Management Evaluation หรือ Input-Output Evaluation) เป็นการประเมินผลระหว่างปัจจัยนำเข้ากับผลงานหรือกิจกรรมที่ทำ
2. การประเมินผลเชิงพฤติกรรมและบริการสุขภาพ (Behavioural Science and Health Service Evaluation หรือ Input-Effect Evaluation) เป็นการประเมินผลระหว่างปัจจัยนำเข้ากับการเปลี่ยนแปลงด้านพฤติกรรมสุขภาพและบริการสุขภาพ
3. การประเมินผลเชิงระบาดวิทยา (Epidemiological Evaluation หรือ Input-Impact Evaluation) เป็นการประเมินผลระหว่างปัจจัยนำเข้ากับผลกระทบในการควบคุมโรคเอดส์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินผลการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในพื้นที่ 6 จังหวัดเขต 9 ในรอบปี 2536-2537 ในเชิงบริหาร เชิงพฤติกรรม/บริการสุขภาพ และเชิงระบาดวิทยา
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายและแนวทางการดำเนินงานสำหรับปีต่อไป

วิธีเก็บข้อมูล

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็น Evaluative Study แบบย้อนหลัง ข้อมูลทั้งหมดที่นำมาใช้คำนวณหาตัวชี้วัดในการ

ประเมินผลดังกล่าวข้างต้นเป็น Secondary data ซึ่งได้จากบันทึกและรายงานผลการปฏิบัติงานประจำของหน่วยงานสาธารณสุขต่างๆ อันได้แก่

1. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด
2. โรงพยาบาลประจำจังหวัด
3. โรงพยาบาลค่ายสมเด็จพระนเรศวรมหาราช
4. สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 9
5. กองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ
6. กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ
7. กองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

ผลการประเมินผลเชิงบริหาร

1. ในภาพรวมพื้นที่ 6 จังหวัดของเขต 9 ได้ใช้งบประมาณในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ปี 2537 เฉลี่ย 10.12 บาทต่อหัวประชากร ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วประเทศ (พ.ศ.2537 ประชากร 58 ล้านคน ใช้งบประมาณเอดส์ 1,154 ล้านบาท เฉลี่ย 20 บาทต่อหัวประชากร)

จังหวัดต่างๆ ใช้งบประมาณใกล้เคียงกันยกเว้นจังหวัดเพชรบูรณ์ ซึ่งต่ำที่สุดของเขต (4.75 บาทต่อหัวประชากร) ในจำนวนเงินที่ใช้ทั้งสิ้น 39.5 ล้านบาทเศษนั้น ในภาพรวม เขต 9 ได้ใช้ไปในด้าน IEC (Information-Education-Communication) ซึ่งมุ่งเน้นการให้ความรู้และการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของสมาชิกในสังคมสูงถึง 39.3% ในด้าน U.P. (Universal Precautions) ซึ่งมุ่งเน้นการปรับปรุงคุณภาพการบริการทางการแพทย์และสาธารณสุข ป้องกันการแพร่เชื้อจากระบบบริการ คิดเป็น 39.9% เป็นค่าใช้จ่ายในการจัดซื้อน้ำยาตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ 16.2% ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัย 7.5% และจัดบริการด้านกามโรค 2.6% นอกจากนั้นเป็นด้านอื่นๆ (ดูตารางที่ 1) ซึ่งสัดส่วนดังกล่าวน่าจะมีความเหมาะสมพอประมาณ เพราะถ้าจะเปรียบเทียบกับ

ตารางที่ 1 แสดงค่าใช้จ่ายแยกประเภทกิจกรรมและสัดส่วน: โครงการเอ็ดส์ เขต 9 พ.ศ. 2537*

	ค่าใช้จ่ายรวม		ค่าใช้จ่าย IEC		ค่าใช้จ่าย U.P.		ค่าใช้จ่ายน่ายา HIV		Condom Promotion**		STD. Management***		อื่นๆ	
	บาท	(%)	บาท	(%)	บาท	(%)	บาท	(%)	บาท	(%)	บาท	(%)	บาท	(%)
จังหวัดน่าน	4,472,637	100	1,632,700	36.5	1,622,000	36.3	568,900	12.7	478,737	10.7	109,800	2.4	60,500	1.4
จังหวัดแพร่	4,760,212	100	1,771,661	37.2	1,814,436	38.1	620,580	13.0	477,935	9.2	75,600	1.6	0	0
จังหวัดอุตรดิตถ์	5,588,688	100	1,298,289	23.2	2,427,500	43.4	1,300,874	23.3	436,425	7.8	65,600	1.2	60,000	1.1
จังหวัดพิษณุโลก	8,203,033	100	2,038,201	24.9	3,793,270	46.2	1,436,401	17.5	766,443	9.3	152,600	1.9	16,018	0.2
จังหวัดพิจิตร	7,351,799	100	3,618,850	49.2	2,437,481	33.2	760,300	10.3	342,866	4.7	192,300	2.6	0	0
จังหวัดเพชรบูรณ์	4,926,275	100	2,155,880	43.8	1,136,580	23.1	1,070,156	21.7	411,859	8.4	151,800	3.1	0	0
สคต. 9	4,224,308	100	3,021,177	71.5	170,476	4.0	653,931	15.5	66,586	1.6	289,900	6.9	22,238	0.5
รวมเขต 9	39,526,850	100	15,536,758	39.3	13,401,743	33.9	6,411,142	16.2	2,980,851	7.5	1,037,600	2.6	158,756	0.4

หมายเหตุ * ค่าใช้จ่ายที่นำมาพิจารณาในที่นี้ไม่นับรวมค่าที่ดินและสิ่งก่อสร้าง ตลอดจนค่ายา AZT

** จำนวนจากถุงยางอนามัยที่แจกจ่ายในพื้นที่ X 1.1.9 (บาท/ชิ้น) ซึ่งราคาประมูลที่กองโรคเอดส์ดำเนินการได้ในปี 2537

*** คือจำนวนเงินงบประมาณที่กองกามโรคสนับสนุนหน่วยงานจังหวัดต่างๆ ในปี 2537

ประเทศอื่นๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งประเทศที่เพิ่งเริ่มการดำเนินงานรณรงค์ใหม่ๆ มักทุ่มเทงบประมาณเกือบทั้งหมดไปในด้านการตรวจหาผู้ติดเชื้อเอดส์ แทนที่จะเข้าไปในการป้องกันโรค

2. ในด้านการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัยในชุมชน (Condom promotion) นั้น ในปีงบประมาณ 2537 เขต 9 ได้ใช้ถุงยางอนามัยทั้งสิ้น ประมาณ 2.56 ล้านชิ้น คิดเป็น 1.14 ชิ้นต่อคนต่อปี ซึ่งนับว่ายังต่ำมาก ยิ่งสถานการณ์โรคเอดส์รุนแรงและแพร่กระจายเข้าสู่ระบบครอบครัวปกติและประชาชนทั่วไปมากยิ่งขึ้นเพียงใด ก็ยิ่งมีความจำเป็นที่จะต้องยกระดับการมีถุงยางอนามัยของชุมชนให้สูงขึ้นเพียงนั้น ประเทศในยุโรปออสเตรเลีย และญี่ปุ่น ที่สามารถชะลอการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้นั้น ส่วนหนึ่งเป็นเพราะประชาชนนิยมใช้ถุงยางอนามัยเป็นส่วนหนึ่งของการแสดงความรักและการมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ

ผลการประเมินผลเชิงพฤติกรรมและบริการสุขภาพ

1. ในด้านการจัดบริการสาธารณสุขรองรับการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ของเขต 9 ได้จัดให้มีบริการด้านบริการกามโรคอย่างครบวงจร (STD-Unit) ครอบคลุม 58.6% ของอำเภอทั้งหมด และบริการให้คำปรึกษาแนะแนวครอบคลุม 94.8% ของอำเภอทั้งหมด ซึ่งนับได้ว่าอยู่ในระดับที่สูง

น่าสังเกตว่า STD Unit มีความครอบคลุมต่ำทั้งภาพรวมของเขต และในทุกๆจังหวัด ยกเว้นจังหวัดพิจิตร ทั้งนี้เป็นเพราะบางอำเภอไม่มีแหล่งขายบริการทางเพศ บริการตรวจรักษาโรคจึงผสมผสานอยู่ในบริการตรวจรักษาโรคทั่วไปของโรงพยาบาลชุมชนซึ่งก็น่าจะเหมาะสมแล้ว

2. ในเขต 9 มีหญิงบริการทางเพศทั้งโดยตรงและแอบแฝง รวมทั้งสิ้น 1,723 คน จังหวัดพิษณุโลกมี

มากที่สุดของเขต (740 คน) และ จังหวัดน่านมีน้อยที่สุด (100 คน)

ทั่วทั้งเขตมีความหนาแน่นของหญิงบริการเฉลี่ย 1 คนต่อประชากร 865 คน⁽⁵⁾ จังหวัดพิษณุโลกสูงสุดของเขต (1 ต่อประชากร 1,135 คน) จังหวัดน่าน อุตรดิตถ์ และเพชรบูรณ์ มีความหนาแน่นต่ำมาก

ที่จังหวัดพิษณุโลก มีสัดส่วนของหญิงบริการแอบแฝง 2 ใน 3 และหญิงบริการโดยตรงเพียง 1 ใน 3 เท่านั้น ซึ่งจังหวัดอื่นๆ ก็มีแนวโน้มที่จะมีการบริการทางเพศแบบแอบแฝงมากขึ้นเช่นกัน

3. ในบรรดาหญิงโสเภณีทั้งหมดของเขต 9 มีผู้ที่ให้ความร่วมมือในการควบคุมและป้องกันโรคเอดส์กับทางราชการ ตามโครงการส่งเสริมและกำกับการใช้ถุงยางอนามัย (ถุงยางอนามัย 100%) คิดเป็นความครอบคลุม 75.7% ซึ่งสูงสุดที่ จังหวัดน่าน และพิจิตร (100%) และต่ำสุดที่ จังหวัดพิษณุโลก (50.3%) (ดูตารางที่ 2)

4. ประชาชนในพื้นที่เขต 9 มีแนวโน้มพฤติกรรมที่เกี่ยวโสเภณีลดลง ซึ่งดูได้จากค่าเฉลี่ยความถี่ในการรับแขกของหญิงโสเภณี ทั่วทั้งเขตเป็น 1.13 ครั้งต่อคนต่อวัน จังหวัดพิจิตรและพิษณุโลกต่ำกว่าจังหวัดอื่นๆ อย่างเห็นได้ชัด (0.41 และ 0.53) ส่วนจังหวัดน่านและแพร่ยังคงมีความนิยมเกี่ยวหญิงโสเภณีระดับสูง

แต่อย่างไรก็ตามหญิงโสเภณีในพื้นที่เขต 9 ทุกจังหวัดมีการใช้ถุงยางอนามัยขณะบริการทางเพศกับแขกสูงถึง 94.5% จึงมีส่วนช่วยป้องกันการแพร่กระจายเชื้อโรคและโรคเอดส์ได้ดีพอสมควร

5. หญิงบริการที่เข้าร่วมโครงการถุงยางอนามัย 100% ในเขต 9 นั้น มีการตรวจสุขภาพเป็นประจำที่หน่วยกามโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและอำเภอต่างๆ ในช่วง 6 เดือนระหว่างมกราคม-มิถุนายน ตรวจพบป่วยเป็นโรคหนองในเฉลี่ย 1.2% (ป่วย 117 ราย จากจำนวนผู้มาตรวจ 9,948 ราย) ซึ่งอยู่ในระดับที่ต่ำมาก แสดงถึงประสิทธิผลในการส่งเสริมและกำกับการใช้

ตารางที่ 2 แสดงความหนาแน่นของหญิงบริการ และความครอบคลุมของโครงการนุญางอนามัย 100 % ในพื้นที่เขต 9 พ.ศ. 2537

	ประชากรทั้งหมด (คน)	หญิงบริการ (ตรงและแฝง)		เข้าโครงการนุญางอนามัย 100%	
		(คน)	ความหนาแน่น(1/ประชากร..คน)	(คน)	ความครอบคลุม(%)
จังหวัดน่าน	459,943	100	4,599	100	100
จังหวัดแพร่	52,402	310	1,685	200	64.5
จังหวัดอุดรดิตต์	474,872	110	4,317	70	63.5
จังหวัดพิษณุโลก	839,885	740	1,135	372	50.3
จังหวัดพิจิตร	572,510	227	2,522	227	100
จังหวัดเพชรบูรณ์	1,037,352	236	4,396	220	93.2
สคต. 9					
รวมเขต 9	3,906,964	1,723	2,267	1,305	75.7

นุญางอนามัยในกลุ่มหญิงบริการในทุกจังหวัดของเขตว่าอยู่ในระดับสูง

6. ในด้านความชุกการป่วยเป็นกามโรคในชุมชนในภาพรวมทั้งเขตมีอัตราป่วยเป็นกามโรคของประชาชน 52.48ต่อประชากร 100,000 คน จังหวัดเพชรบูรณ์ น่าน และแพร่สูงกว่าที่อื่นอย่างชัดเจน ส่วนจังหวัดพิจิตรและอุดรดิตต์อยู่ในระดับที่ต่ำมาก

7. ประชาชนที่มีปัญหาการกามโรคและมาขอรับบริการที่คลินิกกามโรคของรัฐในรอบครึ่งปีแรก พ.ศ.2537 มีจำนวน 34,169 ราย ในจำนวนนี้พบป่วยเป็นกามโรค 4.7% ซึ่งต่ำกว่าค่าเฉลี่ยทั่วประเทศ (8.57% สำหรับ 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2537)⁽⁶⁾

ที่ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์พบอัตราสูงสุดในเขต (18.3%) ซึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยที่มาขอรับบริการได้ผ่านการกลั่นกรองจากหน่วยกามโรคอำเภอและจังหวัดมาขั้นหนึ่งแล้ว

จังหวัดน่านมีอัตราตรวจพบกามโรคสูงกว่าที่อื่นอย่างชัดเจน

8. หญิงตั้งครรภ์ที่ฝากครรภ์กับโรงพยาบาลและสถานอนามัยของรัฐได้รับการตรวจหาโรคซิฟิลิสทั้งเขต

จำนวน 30,928 ราย พบติดเชื้อซิฟิลิส 1.0% จังหวัดน่านพบสูงกว่าที่อื่นอย่างชัดเจนเช่นกัน (3.3%)

9. ในกลุ่มประชาชนที่บริจาคโลหิตของเขต 9 จำนวน 37,148 ยูนิท พบติดเชื้อซิฟิลิส 0.7% ซึ่งต่ำมาก จังหวัดอุดรดิตต์และเพชรบูรณ์สูงที่สุดของเขต (1.0%) และต่ำที่สุดที่จังหวัดแพร่ (0.3%)

ผลการประเมินผลเชิงระบาดวิทยา

1. ระดับความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชน (Current Spreading)

1.1 จากกลุ่มเฝ้าระวังตามโครงการเฝ้าระวังผู้ติดเชื้อ HIV เฉพาะพื้นที่ของกองระบาดวิทยา 7 กลุ่ม และการเฝ้าระวังการติดเชื้อในกลุ่มทหารเกณฑ์ของกรมแพทย์ทหารบกอีก 1 กลุ่มนั้น "เครือข่ายความร่วมมือป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เขต 9" พบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ของกลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค (MSTD), กลุ่มโลหิตบริจาค (B.D), กลุ่มหญิงฝากครรภ์ (ANC) และกลุ่มทหารเกณฑ์ (Men Conscripts-MC) นั้นมีค่าใกล้เคียงกับอัตราอุบัติการณ์ (Incidence) มาก จึงสามารถนำมาใช้ประเมินระดับความรุนแรงของการแพร่

ระบาดในชุมชนระดับจังหวัดและเขตได้ในระดับหนึ่งจึงเลือกมาใช้ประเมิน⁽⁷⁾ ในครั้งนี้ด้วย

เครือข่ายฯ ได้กำหนดจุดแห่งการตัดสินใจ (Decision Cut-Points หรือ (d) ของแต่ละกลุ่ม โดยยอมให้มีการติดเชื้อได้ไม่เกิน 5%, 2%, 2% และ 2% ในแต่ละกลุ่มตามลำดับ

ในการระบุระดับความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชนแต่ละพื้นที่ใช้หลักเกณฑ์ดังนี้ :-

ถ้าพื้นที่ใดมีอัตราความชุกเกิน d ทั้งหมดทั้ง 4 กลุ่มดังกล่าว ถือว่ามีระดับความรุนแรง สูงมาก⁽⁴⁾

ถ้าพื้นที่ใดมีอัตราความชุกเกิน d 3 กลุ่ม จาก 4 กลุ่มดังกล่าว ถือว่ามีระดับความรุนแรงสูง⁽³⁾

ถ้าพื้นที่ใดมีอัตราความชุกเกิน d 2 กลุ่ม จาก 4 กลุ่มดังกล่าว ถือว่ามีระดับความรุนแรงปานกลาง⁽²⁾

และถ้าพื้นที่ใดมีอัตราความชุกเกิน d ไม่เกิน 1 กลุ่ม จาก 4 กลุ่มดังกล่าว ถือว่ามีระดับความรุนแรงต่ำ⁽¹⁾

ในรอบเดือนมิถุนายน 2537 พบว่าในภาพรวม Current Spreading ของเขต 9 ชะลอตัวลงอย่างเห็นได้ชัดจนเกือบจะเข้าสู่ระดับความรุนแรงต่ำ⁽¹⁾ ได้ทั้งหมดทุกจังหวัดแล้ว ยกเว้น จังหวัดน่าน แพร่และอุดรดิตถ์ ซึ่งยังคงมีระดับความรุนแรงปานกลาง⁽²⁾

ถ้าพิจารณาพื้นที่ระดับเขต โดยใช้ค่า Median ของความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในแต่ละกลุ่มแล้วประเมินระดับความรุนแรงของการระบาดในภาพรวมทั้งเขตพบว่าเขต 9 ได้ลดระดับลงสู่ระดับต่ำ⁽¹⁾ แล้ว เมื่อเปรียบเทียบกับรอบธันวาคม 2535

น่าสังเกตว่า จังหวัดแพร่ และจังหวัดพิจิตร ซึ่งมีระดับความรุนแรงของการแพร่ระบาดในชุมชนระดับสูง⁽³⁾ เมื่อเดือนธันวาคม 2535 นั้นได้กลับลงสู่ระดับปานกลางและต่ำแล้ว ในขณะที่จังหวัดน่านเปลี่ยนจากระดับต่ำเป็นปานกลาง

1.2 เมื่อนำหลักเกณฑ์ของเครือข่ายเขต 9 ไปใช้วิเคราะห์สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ในพื้นที่

17 จังหวัดภาคเหนือ พบว่าในภาพรวมของภาคเหนือสถานการณ์การแพร่ระบาดยังคงรุนแรงเพิ่มขึ้นในทุกเขต ยกเว้นเขต 9 กล่าวคือ เขต 8 ในภาพรวมรุนแรงระดับปานกลาง⁽²⁾ และเขต 10 ในภาพรวมรุนแรงระดับสูงมาก⁽⁴⁾

จำนวนจังหวัดที่สามารถชะลอระดับความรุนแรงของการระบาดในชุมชนไว้ได้ที่ ระดับ 1 (ความรุนแรงต่ำ) นั้นเปลี่ยนแปลงจาก 9 (ธ.ค. 2534) เป็น 4 (ธ.ค. 2535) และล่าสุดเป็น 5 (มิ.ย. 2537) ซึ่งได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ กำแพงเพชร พิจิตร พิษณุโลก และเพชรบูรณ์ (ดูตารางที่ 3)

1.3 ความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มชายนักเที่ยว (MSD) ในภาพรวมทั้งเขต 9. เป็น 6.4% ซึ่งสูงกว่า d ของเขต โดยทุกจังหวัดสูงกว่า 5% ยกเว้นจังหวัดพิจิตร (4%)

จังหวัดแพร่สูงที่สุด 19.1% รองลงมาคือจังหวัดเพชรบูรณ์ 10.0%

1.4 ความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มผู้บริจาคโลหิต ในภาพรวมของเขตเป็น 0.5% ซึ่งต่ำกว่า d (2%) โดยมีจังหวัดอุดรดิตถ์ สูงกว่าจังหวัดอื่นๆอย่างเห็นได้ชัด (1.5%)

1.5 ความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในหญิงฝากครรภ์ ในภาพรวมของเขตเป็น 1.2% ซึ่งต่ำกว่า d ของเขต (2%) โดยมีจ.อุดรดิตถ์สูงกว่าจังหวัดอื่นๆอย่างเห็นได้ชัด (3.9%) และจังหวัดเพชรบูรณ์ต่ำกว่าสุด (0.0%)

1.6 ความชุกของการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มชายหนุ่มทหารเกณฑ์ ในภาพรวมของเขตเป็น 2.0% เท่ากับ d พอดี จังหวัดแพร่และน่านสูงกว่า d ของเขต 9 โดยจังหวัดแพร่พบต่ำกว่าปีก่อนๆส่วนจังหวัดน่านพบสูงขึ้นกว่าปีก่อน

2. ความชุกการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มพฤติกรรมและอาชีพเสี่ยงสูง

หญิงโสเภณีโดยตรงมีการติดเชื้อเอดส์ในภาพรวม

ตารางที่ 3 แสดงอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชาชนทั่วไปและแสดงความเสี่ยงของการแพร่ระบาดในชุมชน (Current Spreading) ของ 17 จังหวัดในภาคเหนือ พ.ศ. 2534-2537

เขต	อัตราความชุก (%) ธันวาคม 2534				อัตราความชุก (%) ธันวาคม 2535				อัตราความชุก (%) มิถุนายน 2537				หมายเหตุ		
	MSTD	BD	ANC	MC	ระดับ	MSTD	BD	ANC	MC	ระดับ	MSTD	BD		ANC	MC
เขต 8 MEDIAN	3.7	0.8	0.6	1.4	1	7.0	0.4	1.2	2.5	2	7.9	0.4	2.13	0.6	2
1. นครสวรรค์	3.0	0.8	0.5	-	1	7.0	0.5	0.0	4.7	2	7.9	1.2	1.3	0.8	1
2. อุทัยธานี	2.4	0.3	0.6	-	1	4.3	0.4	1.5	2.5	1	7.9	0.0	2.13	0.0	2
3. กำแพงเพชร	3.7	0.4	0.0	-	1	7.6	1.2	2.5	1.1	2	1.2	0.2	0.0	0.0	1
4. ตาก	7.5	0.8	1.4	0.8	1	10.4	0.0	1.2	3.3	2	0.4	0.4	2.2	2.7	3
5. สุโขทัย	6.7	1.2	2.3	2.0	2	6.4	0.0	0.0	2.4	2	9.3	0.4	3.2	0.7	2
เขต 9 MEDIAN	4.4	0.6	0.7	2.8	1	5.6	0.8	0.8	2.4	2	6.4	0.5	1.2	2.0	1
1. อุตรดิตถ์	3.1	0.4	0.0	3.2	2	5.3	1.3	1.0	2.2	2	6.7	1.5	3.9	2.0	2
2.แพร่	-	1.3	8.8	5.4	2	6.0	2.0	2.3	5.0	3	19.1	0.5	0.8	4.2	2
3. น่าน	6.1	0.2	1.7	-	1	14.3	0.5	0.7	1.2	1	6.1	0.1	1.6	3.1	2
4. พิษณุโลก	2.0	0.9	1.0	0.5	1	4.0	1.1	0.0	1.6	1	6.0	0.7	1.6	2.0	1
5. พิจิตร	7.5	0.0	0.5	1.9	1	8.8	0.4	2.5	3.1	3	4.0	0.3	0.5	2.0	1
6. เพชรบูรณ์	4.4	1.2	0.0	2.8	1	3.6	0.0	0.0	2.6	1	10	0.5	0.0	2.0	1
เขต 10 MEDIAN	13.1	5.1	2.4	11.0	4	21.0	3.2	4.5	13.1	4	21.2	2.9	5.8	6.1	4
1. เชียงใหม่	15.5	10.0	1.5	11.6	3	21.5	5.2	5.8	11.3	4	22.5	4.3	5.5	6.5	4
2. ลำพูน	10.7	1.0	1.4	10.4	2	20.7	2.5	8.3	14.9	4	20.0	1.9	4.0	5.7	3
3. ลำปาง	10.8	1.7	1.5	7.8	2	21.0	1.9	3.5	9.2	3	16.8	1.9	6.3	4.8	3
4. พะเยา	36.0	6.7	3.4	20.2	4	41.3	8.2	5.6	18.9	4	42.0	3.6	10.6	7.0	4
5. เชียงราย	31.0	3.6	4.0	15.2	4	21.0	3.9	3.0	16.5	4	25.3	2.3	6.1	1.2	4
6. แม่ฮ่องสอน	10.3	7.5	4.2	6.3	4	14.3	0.0	1.6	5.6	2	15.8	5.1	0.9	0.0	2

ทั้งหมด 25.02% ซึ่งใกล้เคียงกับภาพรวมทั้งประเทศ จังหวัดแพร่พบติดเชื้อสูงสุดของเขต (36.81%) และ จังหวัดเพชรบูรณ์ต่ำสุด (10.0%)

หญิงโสเภณีแอมแปงมีการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวม 6.71% ซึ่งใกล้เคียงกับทั่วประเทศเช่นกัน จังหวัดพิจิตร และเพชรบูรณ์พบติดเชื้อสูงกว่าจังหวัดอื่นๆ (11.54% และ 10.0% ตามลำดับ)

ผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นในภาพรวมพบติดเชื้อเอชไอวี 9.09% โดยพบสูงสุดของเขตที่จังหวัดพิษณุโลก 34.25% รองลงไปที่จังหวัดเพชรบูรณ์ (20%)

3. จำนวนผู้ป่วยและตายจากโรคเอดส์

ในรอบปี 2537 เขต 9 มีรายงานผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อที่มีอาการเพิ่มขึ้นจากปีก่อน 571 ราย จังหวัดน่าน แพร่ และพิจิตร มีรายงานสูงกว่า 100 ราย จังหวัดอุตรดิตถ์ต่ำสุด (62 ราย)

มีรายงานการตายจากเอดส์ในเขต 9 รวม 154 ราย สูงสุดที่จังหวัดน่าน (42 ราย) ต่ำสุดที่จังหวัดแพร่และเพชรบูรณ์ (16 ราย)

4. สัดส่วนการครองเตียงของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ปี 2537 เขต 9 มีผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับบริการเป็นผู้ป่วยในของโรงพยาบาลจังหวัด(รพท.หรือรพศ.) เพิ่มมากขึ้นทุกจังหวัด ในภาพรวมอัตราครองเตียงของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวีของเขต 9 เป็น 0.89% โดยสูงสุดที่จังหวัดพิษณุโลก ซึ่งมี รพ.ศูนย์ (1.51%) และจังหวัดแพร่ (1.23%) คาดว่าสัดส่วนดังกล่าวนี้จะมีแนวโน้มสูงขึ้นเรื่อยๆทุกปี ตามระยะเวลาของการระบาดที่ผ่านมาไป

อภิปรายเสนอแนะ

1. เมื่อมองจากการประเมินผลเชิงบริหาร เชิงพฤติกรรม/บริการสุขภาพ และเชิงระบาดวิทยา แล้วนับได้ว่า "เครือข่ายความร่วมมือป้องกันและควบคุมโรค

เอดส์เขต 9" ได้ดำเนินงานในพื้นที่ไปด้วยความมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในระดับที่ดี โดยสามารถใช้ทรัพยากรที่มีอยู่อย่างจำกัดบริหารจัดการให้เกิดการเคลื่อนไหวประสานกิจกรรมป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในพื้นที่ ให้หลักประกันในการเข้าถึงบริการสุขภาพแก่ประชาชนผู้มีปัญหาทางโรคและโรคเอดส์ทั่วทั้งเขต ประชาชนมีความตื่นตัวต่อปัญหาโรคเอดส์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง มีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ลดลง และสามารถชะลอการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในพื้นที่ลงได้ในภาพรวม

2. ประเทศไทยได้รับการยอมรับว่าเป็นประเทศที่ให้ ความสำคัญต่อปัญหาโรคเอดส์มากและมีการจัดสรรงบประมาณแผ่นดินไปสนับสนุนการรณรงค์ป้องกัน และควบคุมโรคเอดส์สูงที่สุดในหมู่ประเทศกำลังพัฒนาทั่วโลก กล่าวคือ ในปี 2535 ขณะที่ประเทศกลุ่ม Sub-Sahara ทวีปอาฟริกาทั้งหมดลงทุนในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์ 90 ล้านดอลลาร์สหรัฐ (10% เป็นเงินจากภาครัฐและ 90% เป็นเงินสนับสนุนจากองค์กรต่างประเทศ) นั้น ประเทศไทยประเทศเดียวลงทุนสูงถึง 45 ล้านดอลลาร์สหรัฐ⁽⁸⁾ แต่อย่างไรก็ตามในภาพรวมทั้งประเทศนั้น เรายังไม่สามารถชะลอการแพร่ระบาดได้เท่าที่ควร จึงน่าที่จะต้องมีการทบทวนถึงประสิทธิภาพและประสิทธิผลของการลงทุนดังกล่าวว่าเป็นอย่างไร เพื่อหาทางปรับปรุงแก้ไขต่อไป

การจัดสรรงบประมาณสนับสนุนจังหวัดต่างๆ ควรมากขึ้นตามระดับความรุนแรงของสถานการณ์ และลักษณะเชิงรุกของโครงการในแต่ละพื้นที่ ในระดับประเทศควรมีการประเมินผลเชิงบริหารเช่นนี้เพื่อทบทวนว่าประเทศไทยได้จัดสรรงบประมาณในแต่ละปีให้กับหน่วยปฏิบัติในพื้นที่กับหน่วยงานส่วนกลาง ด้วยความสมดุเหมาะสมแล้วหรือยัง ระหว่างพื้นที่จังหวัดและเขตต่างๆ มีความเหมาะสมแล้วหรือยัง ระหว่างกิจกรรมต่างๆ (เช่น กิจกรรมด้าน IEC, กิจกรรมด้าน U.P., กิจกรรมด้าน Surveillance/Epidemiology, กิจกรรมด้าน Blood Safety,

กิจกรรมด้าน Care/Counselling, กิจกรรมด้าน STD Management, กิจกรรมด้าน Condom Promotion, กิจกรรมด้านกฎหมาย) มีความเหมาะสมแล้วหรือยัง

ในระดับจังหวัดและเขตควรมีการวางแผนใช้งบประมาณสนับสนุนทั้งหมดที่ได้รับไปในการลงทุนในกิจกรรมด้านต่าง ๆ อย่างสอดคล้องกับความเร่งด่วนของปัญหาในพื้นที่ มีความจำเป็นที่ผู้บริหารจะต้องทราบว่าในแต่ละปี กิจกรรมรณรงค์ในพื้นที่ได้ใช้เงินไปในเรื่องใดบ้าง ด้วยสัดส่วนที่เหมาะสมหรือไม่ โดยเปรียบเทียบกับผลการเฝ้าระวังเชิงพฤติกรรมและการเฝ้าระวังภาวะโรคและโรคเอดส์ในพื้นที่เป็นระยะ ๆ

และเพื่อให้ผู้บริหาร นักวิชาการ และผู้ปฏิบัติการสามารถวางแผน ดำเนินงาน ติดตามกำกับ และประเมินผลโครงการในพื้นที่ได้อย่างมีประสิทธิภาพ ควรที่จะมีการพัฒนาศักยภาพของทีมนักวิชาการระดับจังหวัดและเขตให้สามารถประเมินเชิงบริหาร เชิงพฤติกรรมและบริการสุขภาพ และเชิงระบาดวิทยาได้โดยใช้ข้อมูลที่มีอยู่แล้ว กรมและกองส่วนกลางที่เกี่ยวข้องควรที่จะระดมสมองเพื่อสร้างเครื่องมือประเมินผลที่เหมาะสมและง่ายต่อการนำไปสนับสนุนผู้ปฏิบัติในพื้นที่

สำหรับ สดต.9 ควรมีการประเมินผลเช่นนี้ต่อไปทุกปี และควรให้นำนักสัดส่วนของการลงทุนในกิจกรรมด้านต่าง ๆ ของเขตอย่างที่เป็นอยู่นี้เป็นแนวทางในการกำกับงานระดับจังหวัดในเขตต่อไป

3. การมีถุงยางอนามัยเป็นตัวชี้วัดหนึ่งที่สะท้อนพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย (Safe Sex) ของชุมชน ผู้นำในการรณรงค์ป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ควรสนใจที่จะสนับสนุนผู้ปฏิบัติงานประชาชนวงการค้าปลีก (ร้านขายยา ห้างสรรพสินค้าและซูเปอร์มาร์เกต คลินิกแพทย์ โรงแรม ร้านอาหาร ฯลฯ) ตลอดจนนักการเมืองท้องถิ่นให้เข้ามามีบทบาทในการสร้างพฤติกรรม Safe Sex และร่วมกิจกรรมส่งเสริมถุงยางอนามัยกันอย่างจริงจังโดยเฉพาะอย่างยิ่งในพื้นที่ที่มีการแพร่ระบาด

ของเชื้อเอดส์เข้าสู่ระบบครอบครัวเป็นอย่างมากแล้วยังมีความจำเป็นโดยเร่งด่วนที่สุด

ควรกำหนดเป้าหมายของการมีถุงยางอนามัยในพื้นที่รับผิดชอบอย่างเหมาะสมโดยให้เพิ่มขึ้นไปเรื่อย ๆ ทุกปีสำหรับพื้นที่ที่มีสถานการณ์การแพร่ระบาดในระดับต่ำหรือปานกลาง แต่สำหรับพื้นที่ที่มีสถานการณ์ระดับรุนแรงและสูงมาก น่าจะมีความเร่งด่วนที่จะต้องตั้งเป้าหมายไว้สูงกว่า และเร่งรัดไปสู่เป้าหมายให้ได้โดยเร็วจึงจะทันกาล

สำหรับเขต 9 ในปี 2538-2539 น่าที่จะตั้งเป้าหมายของการมีถุงยางอนามัยไว้ที่ 2.0 ขึ้นต่อคนต่อปี โดยที่จังหวัดใดที่มีความพร้อมอาจจะตั้งเป้าหมายของจังหวัดเป็น 3.0 ขึ้นต่อคนต่อปี ก็ย่อมเป็นไปได้

4. การลดจำนวนโสเภณีเป็นเป้าหมายที่ไม่สามารถหวังผลในระยะสั้น การปราบปรามโดยใช้กฎหมายบังคับ นอกจากไม่สามารถลดจำนวนและความหนาแน่นของหญิงโสเภณีได้แล้ว หากยังจะทำให้มีการแปลงตัวไปสู่บริการที่แอบแฝงหลากหลายรูปแบบยิ่งขึ้น การพัฒนาประเทศที่มุ่งสร้างงานในชนบท ยกกระดับการศึกษาและการกระจายรายได้ จะลดปริมาณโสเภณีในทางเป็นจริงได้มากกว่า การสำรวจจำนวนหญิงโสเภณีควรดำเนินการให้ครอบคลุมกลุ่มแอบแฝงทุกรูปแบบด้วย การติดตามแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงของตัวชี้วัดนี้ ("ความหนาแน่นในชุมชนของหญิงบริการ") เป็นการเฝ้าระวังพฤติกรรมของสังคมที่มีประโยชน์ต่อการประเมินผลงาน

ความครอบคลุมหญิงโสเภณีในพื้นที่ของโครงการถุงยางอนามัย 100% เป็นตัวชี้วัดความพยายามที่จะควบคุมโรคในชุมชนได้เป็นอย่างดี เขต 9 ยังมีความครอบคลุมที่ไม่สูงนัก (75.7%) ควรที่จะได้มีการเร่งรัดดำเนินงานในปีต่อไป

5. "ค่าเฉลี่ยความถี่ในการรับแขกของหญิงโสเภณีใน 1 วัน" เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของชุมชนได้เป็นอย่างดีและเช่นเดียวกัน "อัตราการใช้ถุงยาง

อนามัยรับแขกของหญิงโสเภณี” ก็เป็นตัวชี้วัดที่สะท้อนพฤติกรรม การป้องกันตนเองของชุมชนที่มีประโยชน์มากด้วย ควรที่จะมีการเฝ้าระวังต่อเนื่องต่อไป

ตัวชี้วัดแรกไม่มีความจำเป็นที่จะต้องตั้งเป้าหมาย แต่ถ้ามีแนวโน้มที่จะลดลงมากก็น่าจะเป็นเรื่องที่ตีส่วนตัวชี้วัดหลังควรที่จะพยายามรักษาไว้ให้เกิน 95 จนถึง 100% ตลอดไปซึ่งก็อยู่ในวิสัยที่ทุกจังหวัดจะทำได้

6. “อัตราการตรวจพบโรคหนองใน ในหญิงโสเภณี” เป็นอีกตัวชี้วัดหนึ่งที่ใช้ตรวจสอบความร่วมมือของสถานบริการทางเพศ เจ้าของ ผู้ควบคุมและหญิงโสเภณีเอง ควรมีการลดเป้าหมายให้ต่ำลงเรื่อย ๆ จนถึง “0”

สำหรับเขต 9 ในปี 2538-2540 น่าที่ทุกจังหวัดจะสามารถลดลงต่ำกว่า 1% ให้ได้

7. “ระดับความรุนแรงของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในชุมชน” เป็นผลของการวินิจฉัยชุมชน (Community Diagnosis) อย่างหยาบ ๆ ที่เป็นประโยชน์ต่อการติดตาม Progression ของ Social Disease ชนิดนี้ ทั้งในแง่ของการรู้สถานการณ์การแพร่ระบาดในขณะปัจจุบันและในแง่ของการประเมินประสิทธิผลของ Intervention ต่าง ๆ ด้วย

เครือข่ายเขต 9 ได้เลือกใช้ความชุกชุมของการติดเชื้อเอดส์ของกลุ่ม MSTD, B.D, ANC และ M.C วัดระดับความรุนแรงของการระบาดในชุมชน และได้กำหนดจุดแห่งการตัดสินใจที่เหมาะสมเฉพาะเขต 9 ขึ้นเพื่อใช้ประกอบการวินิจฉัยระดับความรุนแรงของสถานการณ์ การระบาดไว้ที่ 5%, 2%, 2% และ 2% ตามลำดับ ซึ่งในระยะ 3 ปีที่ผ่านมาได้พิสูจน์แล้วว่า มีประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติการณ์วิชาการและผู้บริหารทุกระดับของเขต 9 เป็นอย่างมาก

สำหรับปี 2538-2540 เขต 9 ควรที่จะลดระดับ Decision Cut-Points ของกลุ่มเหล่านี้ลงมาเป็น 4%, 1%, 1%, และ 1% ตามลำดับเพื่อใช้เป็นเงื่อนไขในการระบุ “พื้นที่ในความควบคุม” (HIV-Controlled Area) สำหรับ

ก้าวต่อไป

ในการลดความชุกการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่ม MSTD. ทุกจังหวัดจะต้องปรับปรุงมาตรการการรักษาหายขาด การให้คำปรึกษาแนะแนวเกี่ยวกับกามโรค และการส่งเสริมและสนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัยในสำนักงานและในชุมชนอย่างจริงจัง ซึ่งจะมีผลกระทบให้เห็นได้ในเวลาที่ไม่ยาวนานนัก

ในการลดความชุกการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่ม B.D. ทุกจังหวัดควรประสานกับเหล่ากาชาดจังหวัดเพื่อเข้มงวดมาตรการ Donor-Self-Selection มากขึ้น

ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ทุกจังหวัด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง จังหวัดอุดรดิตถ์ น่าน และพิษณุโลก ควรเพิ่มมาตรการให้สุศึกษา หรือ Group Pre-Test Counselling แก่หญิงที่มาฝากครรภ์ทุกรายก่อนตัดสินใจตรวจเลือดโดยสมัครใจและเพื่อให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ก่อนตัดสินใจมีบุตรในครรภ์ต่อไป รณรงค์ในชุมชนชุมชนประเพณี “การตรวจเลือดก่อนแต่งงานและก่อนมีบุตร” ให้เด่นชัด ถวายคำแนะนำแก่พระภิกษุผู้มีบทบาทกำหนดดุกษะแต่งงานหรือปลัดอำเภอที่จดทะเบียนสมรสให้ช่วยเตือนสติคู่บ่าวสาวทุกคู่ ให้เห็นความสำคัญของการปฏิบัติดังกล่าว ฯลฯ

ในกลุ่มทหารเกณฑ์จะลดความชุกของการติดเชื้อเอดส์ได้จะต้องรณรงค์ให้ความรู้และปลุกฝังทัศนคติตลอดจนพฤติกรรมสุขอนามัยตั้งแต่วัยเรียน ซึ่งเป็นการหวังผลในระยะยาว

8. กลุ่มอาชีพหรือกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงได้แก่โสเภณี และผู้ติดยาเสพติด มีแนวโน้มติดเชื้อเอดส์ทรงตัวอยู่ในระดับสูง โสเภณีแอบแฝงมีแนวโน้มติดเชื้อเพิ่มขึ้น ทั้งนี้ส่วนหนึ่งอาจจะเป็นเพราะโสเภณีโดยตรงเปลี่ยนแปลงมาเป็นแอบแฝง ซึ่งพบมากขึ้นในทุกจังหวัดด้วย

อย่างไรก็ตามมาตรการถุงยางอนามัย 100% ที่มีประสิทธิผลและครอบคลุม (ทั้งโสเภณีตรงและแอบแฝง) นับเป็นมาตรการที่เหมาะสมอยู่แล้ว สำหรับการควบคุมไม่ให้มีการแพร่กระจายเชื้อจากกลุ่มนี้ไปสู่ประชาชนทั่วไป

มาตรการเสริมที่สำคัญที่ทุกจังหวัดควรลงทุนก็คือการรณรงค์ชูประเด็น “ดูยางอนามัยเป็นส่วนหนึ่งของ Love Play” ประสานกับการจัดแจกดูยางอนามัย ไปตามห้องพักของโรงแรม ห้องอาหาร ห้องน้ำสาธารณะ คลินิกแพทย์ ร้านขายยาฯลฯ อย่างทั่วถึงและต่อเนื่องจนกลายเป็นปกติวิสัยในการมี Safe Sex ในชุมชนให้ได้

ส่วนกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ซึ่งมีปัญหามากที่จังหวัดพิษณุโลก และเริ่มพบมากที่เพชรบูรณ์นั้น ควรที่จะใช้มาตรการให้คำปรึกษาแนะนำผู้ติดยาและคู่สมรสทุกรายไม่ว่าจะติดเชื้อเอดส์แล้วหรือยัง แนะนำ ส่งเสริมและสนับสนุนการใช้เข็มและกระบอกฉีดยาที่สะอาด (หากยังเลิกเสพยาไม่ได้) กำชับให้มีการใช้ดูยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง พร้อมทั้งแจกจ่ายดูยางอนามัย

สรุป

ในรอบปี 2537 จังหวัดทั้ง 6 ในเครือข่ายเขต 9 ได้ดำเนินการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ประสบความสำเร็จในระดับหนึ่ง สามารถลดการแพร่กระจายเชื้อเอดส์ในหมู่ประชาชนทั่วไปได้อย่างชัดเจน เมื่อพิจารณาแนวโน้มความเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพของชุมชนก็พบว่ามีการเปลี่ยนแปลงในทางที่ดีขึ้น ในด้านบริการสุขภาพมีโครงสร้างพื้นฐานรองรับที่มีความพร้อมพอสมควรและในเชิงบริหารพบว่าการใช้งบประมาณอย่างเหมาะสมกับความเร่งด่วนของปัญหาและลักษณะเชิงรุกของการป้องกันและควบคุมโรคในชุมชน

จังหวัดก้าวต่อไปของ “เครือข่ายความร่วมมือป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เขต 9” คือการเก็บเกี่ยวความตื่นตัวของชุมชน เร่งรัดการสร้างวิทยาการเชิงคุณภาพในทุกระดับเพื่อสร้างและขยาย “ครอบครัวเข้าใจเอดส์” “หมู่บ้านเข้าใจเอดส์” “โรงเรียนเข้าใจเอดส์” “โรงงานเข้าใจเอดส์” ฯลฯ ออกไปอย่างกว้างขวางครอบคลุมพื้นที่ให้มากขึ้นเรื่อยๆ ผสมผสานกับการจัดกิจกรรมรณรงค์ให้ความรู้ทั่วไป (เชิงปริมาณ) และการส่ง

เสริม “การศึกษาจากของจริง” เกี่ยวกับผู้ป่วยหรือผู้ตายจากโรคเอดส์โดยใช้โรงพยาบาลและวัดเป็นฐานดำเนินกิจกรรม มีเป้าหมายให้คนทั้งสังคมตื่นตัวและป้องกันตนเองโดยทันทีและตลอดไปจนกว่าจะควบคุมสถานการณ์การระบาดไว้ได้ในที่สุด

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้นิพนธ์ได้รับความกรุณาอย่างสูงจากผู้มีรายนามข้างท้ายนี้ ที่ได้ช่วยเก็บข้อมูลจากแหล่งต่างๆ ทั่วทั้งพื้นที่ 6 จังหวัด ของเขต 9 เพราะหากไม่ได้ท่านเหล่านั้นแล้วคณะของเราคงไม่สามารถประเมินผลครั้งนี้ได้เลย ขอให้คุณความดีอันอาจมีจากบทรายงานชิ้นนี้จงตอบสนองแต่ทุกท่านเหล่านี้ทุกประการ

- 1) คุณทัศนีย์ ชัยเลิศ
ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สสจ.น่าน
- 2) คุณฉวีวรรณ ไวยเนตร
ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สสจ.แพร่
- 3) คุณสมศักดิ์ น้อยเพ็ง
ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สสจ.อุตรดิตถ์
- 4) คุณศิริพรรณ ทิวะทรัพย์
ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สสจ.พิษณุโลก
- 5) คุณผ่องพรรณ อีระวัฒน์ศักดิ์
ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สสจ.พิจิตร
- 6) คุณเฉลิมวุฒิ ศิวาภรณ์
ฝ่ายควบคุมโรคติดต่อ สสจ.เพชรบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

- (1) สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 9. แผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เขต 9. พิษณุโลก, 2535. (เอกสารอัดสำเนา).
- (2) สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 9. แผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เขต 9. พิษณุโลก, 2536-2537. (เอกสารอัดสำเนา).

- (3) สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 9. แผนงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์เขต 9. พิษณุโลก, 2538. (เอกสารอัดสำเนา).
- (4) พลเดช ปิ่นประทีปและคณะ. รูปแบบการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จังหวัดพิษณุโลกและเครือข่ายเขต 9. พิษณุโลก: หจก.สุรสีห์กราฟฟิค, 2537.
- (5) กองกามโรค. รายงานผลการสำรวจการค้าประเวณีรอบเดือน มกราคม 2537. กรุงเทพมหานคร, 2537. (เอกสารอัดสำเนา).
- (6) กองกามโรค. รายงานผลการปฏิบัติงานกามโรค 6 เดือนแรกของปีงบประมาณ 2537. กรุงเทพมหานคร, 2537. (เอกสารอัดสำเนา).
- (7) เพ็ญศิริ จิตรากรและคณะ. รูปแบบความร่วมมือระหว่างจังหวัดเพื่อดำเนินการคุมโรคเอดส์ ในพื้นที่ระดับเขต พ.ศ. 2535-2536. พุทธชินราชเวชสาร 2537; 11.
- (8) World Bank. World Development Report 1993. Newyork, 1993.

