

บทความพิเศษ

Special Article

การเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วิวัฒน์ โรจนพิทยากร พ.บ., M.P.H.
กรมควบคุมโรคติดต่อ

บทนำ

ในการประเมินสถานการณ์ความรุนแรงของภาระโรคของโรคเอดส์นั้น ข้อมูลภาวะความชุกชุมของการติดเชื้อเอดส์และอุบัติการณ์ความเจ็บป่วยด้วยโรคนี้ของประชาชนสามารถเป็นดัชนีวัดความรุนแรงได้ในระดับหนึ่ง แต่ก็ไม่สามารถสะท้อนถึงภาพความเป็นจริงในขณะนั้นๆได้ เพราะการรับรู้สถานะการติดเชื้อเอดส์ของคนใดคนหนึ่ง ไม่สามารถบอกได้ว่า การติดเชื้อนั้นเกิดขึ้นเมื่อใด และเนื่องจากโรคเอดส์มีระยะฟักตัวอันยาวนาน การพบความชุกชุมของผู้ป่วยโรคเอดส์ในขณะใดขณะหนึ่ง ก็เป็นการแสดงภาพภาระโรคที่เกิดขึ้นเมื่อหลายปีก่อนหน้านั้น

ด้วยเหตุนี้ ข้อมูลด้านระบาดวิทยาของกามโรคจึงได้รับความสนใจเป็นอย่างมากในแง่ที่จะนำมาใช้เป็นเครื่องวัดสภาพปัญหาและแนวโน้มของโรคเอดส์ ทั้งยังสามารถวัดถึงความสำเร็จหรือความล้มเหลวของการป้องกันและควบคุมการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ ทั้งนี้เพราะโรคเอดส์และกามโรคต่างก็เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิธีการแพร่โรคจึงเป็นวิธีเดียวกัน และด้วยระยะฟักตัวที่สั้นมากจึงสามารถนำเอาข้อมูลสถานการณ์กามโรคมาเป็นตัวชี้วัดพฤติกรรมกรรมกราส่อทางเพศของประชาชนในขณะปัจจุบัน ซึ่งย่อมสะท้อนถึงความเสี่ยงต่อโรค

เอดส์ของประชาชนได้ดีกว่าการวัดความชุกชุมของการติดเชื้อเอดส์

บทความนี้ แสดงให้เห็นถึงระบบการรายงานกามโรคของประเทศไทย โดยสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ของข้อมูล ซึ่งทำให้เกิดความไม่มั่นใจว่า จะสามารถนำมาใช้ประเมินสถานการณ์หรือสภาพปัญหาของโรคเอดส์ได้ดีเพียงใด

ระบบรายงานกามโรค

ในปัจจุบัน การรายงานสถานการณ์กามโรคในประเทศไทยมีอยู่ 2 ระบบ คือ

1. ระบบรายงานของกองกามโรค

กรมควบคุมโรคติดต่อ

ระบบนี้ น่าจะมีมากกว่า 30 ปีแล้ว ตั้งแต่กามโรคอยู่ในความรับผิดชอบของกองควบคุมกามโรคและคุตทะราด สังกัดกรมอนามัย (ปี พ.ศ.2495)⁽¹⁾ แต่ข้อมูลรายงานผู้ป่วยเท่าที่พอจะค้นได้คือ ตั้งแต่ปี 2510 เป็นต้นมา โดยในปีนั้น มีรายงานผู้รับการตรวจ 146,414 ราย และป่วยเป็นกามโรค 61,700 ราย คิดเป็นอัตรา 1.93 ต่อประชากรพันคน⁽²⁾ ระบบรายงานนี้มีต่อเนื่องมาจนถึงปัจจุบัน แม้ว่าจะมีการแบ่งส่วนราชการอีก 2 ครั้ง คือ เมื่อปี 2515 มีการโอนกอง

ควบคุมกามโรคและคุตทะราดไปขึ้นกับกรมการแพทย์และอนามัย และปี 2517 เปลี่ยนชื่อจากกองกามโรคและคุตทะราดเป็น "กองกามโรค" สังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อ

ก่อนปี 2500 หน่วยงานที่รับผิดชอบดำเนินงานควบคุมกามโรคมีอยู่เพียงไม่กี่แห่ง⁽¹⁾ คือ ในกรุงเทพฯ 4 แห่ง (โรงพยาบาลบางรัก สถานีอนามัยบางเล็ง สถานีอนามัยบางเขนวิชัยพยาบาล) และในส่วนภูมิภาคอีก 5 แห่งคือ นครสวรรค์ พิษณุโลก ลำปาง ชลบุรี และอุบลราชธานี ต่อมาจึงมีการขยายงานออกไปจนครอบคลุมทั้งประเทศ

ข้อมูลรายงานผู้ป่วยที่ส่งไปยังกองกามโรคเป็นลักษณะของรายงานสรุปรายประจำเดือน ส่งจากหน่วยงานตรวจรักษาโรค ซึ่งมีการเปลี่ยนแปลงเพิ่มเติมเป็นระยะๆ กล่าวคือ ในระยะแรกเป็นการรายงานจากสถานบำบัดกามโรค 8 แห่งในกรุงเทพฯ และหน่วยควบคุมกามโรค 72 แห่งในส่วนภูมิภาคครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ และต่อมาก็มีการจัดตั้งเพิ่มขึ้นจนครบทุกจังหวัด และในบางอำเภอ (เช่น ผังตาศลึง บางละมุง บ้านโป่ง ท่งสง หาดใหญ่) ซึ่งทั้งหมดนี้สังกัดกองกามโรค ต่อมา เมื่อปี 2517 มีการจัดตั้งศูนย์กามโรคขึ้นตามเขตต่างๆ 9 เขต ทำหน้าที่เป็นพี่เลี้ยงแก่หน่วยควบคุมกามโรคในจังหวัดและให้บริการตรวจรักษาโรคในจังหวัดที่เป็นที่ตั้งของศูนย์

ในระยะต้นทศวรรษ 2520 - 29 มีการประสานงานการควบคุมกามโรคกับทางสำนักอนามัยของกรุงเทพมหานคร และมีการจัดตั้งคลินิกกามโรคขึ้น 3 - 4 แห่งในศูนย์บริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานคร ซึ่งได้ส่งรายงานโรคไปยังกองกามโรคด้วย และได้รับการรวบรวมอยู่ในรายงานสถานการณ์กามโรคประจำปี ปัจจุบันมีการเปิดเพิ่มเป็น 9 แห่ง

ในระยะปี 2524 - 2525 มีการผสมผสานงานกามโรคเข้าในบริการสาธารณสุขระดับจังหวัด หน่วย

กามโรคถูกโอนไปอยู่ในสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (ยกเว้นที่บางละมุง จังหวัดชลบุรี และที่หาดใหญ่ จังหวัดสงขลา) แต่ก็ยังมีการส่งรายงานกามโรคประจำเดือนอยู่ตลอดมา

ตั้งแต่ปี 2534 เป็นต้นมา มีการขยายงานควบคุมกามโรคไปสู่ระดับอำเภอ โดยมีการสนับสนุนโรงพยาบาลชุมชนบางแห่งให้เปิดบริการตรวจรักษาโรคกามโรคขึ้น ซึ่งในปี 2534 มี 40 แห่ง ใน 28 จังหวัด ปี 2535 เพิ่มอีก 91 แห่ง และปี 2536 เพิ่มอีก 100 แห่ง และมีการส่งรายงานสถานการณ์กามโรคประจำเดือนไปยังกองกามโรค และได้รับการรวบรวมในรายงานประจำปีตั้งแต่ปีงบประมาณ 2535 เป็นต้นมา

กล่าวโดยสรุป ระบบรายงานของกองกามโรคมีอายุยาวนานกว่า 30 ปี รวบรวมจากแบบสรุปรายงานสถานการณ์ กามโรคประจำเดือน วิเคราะห์เป็นรายปีงบประมาณ เครือข่ายของหน่วยงานในระบบรายงานของกองกามโรคประกอบด้วยหน่วยงานต่างๆ ซึ่งแสดงตามแผนภูมิที่ 1

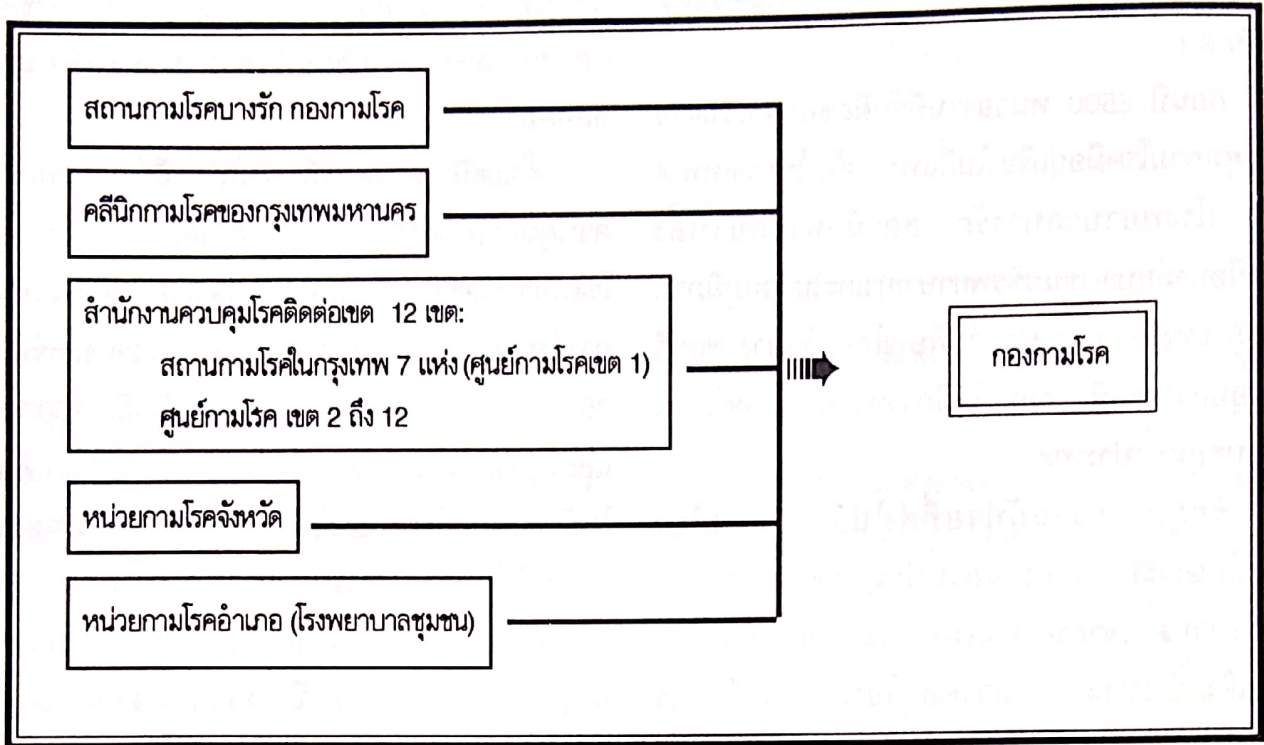
2. ระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคของ

กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข

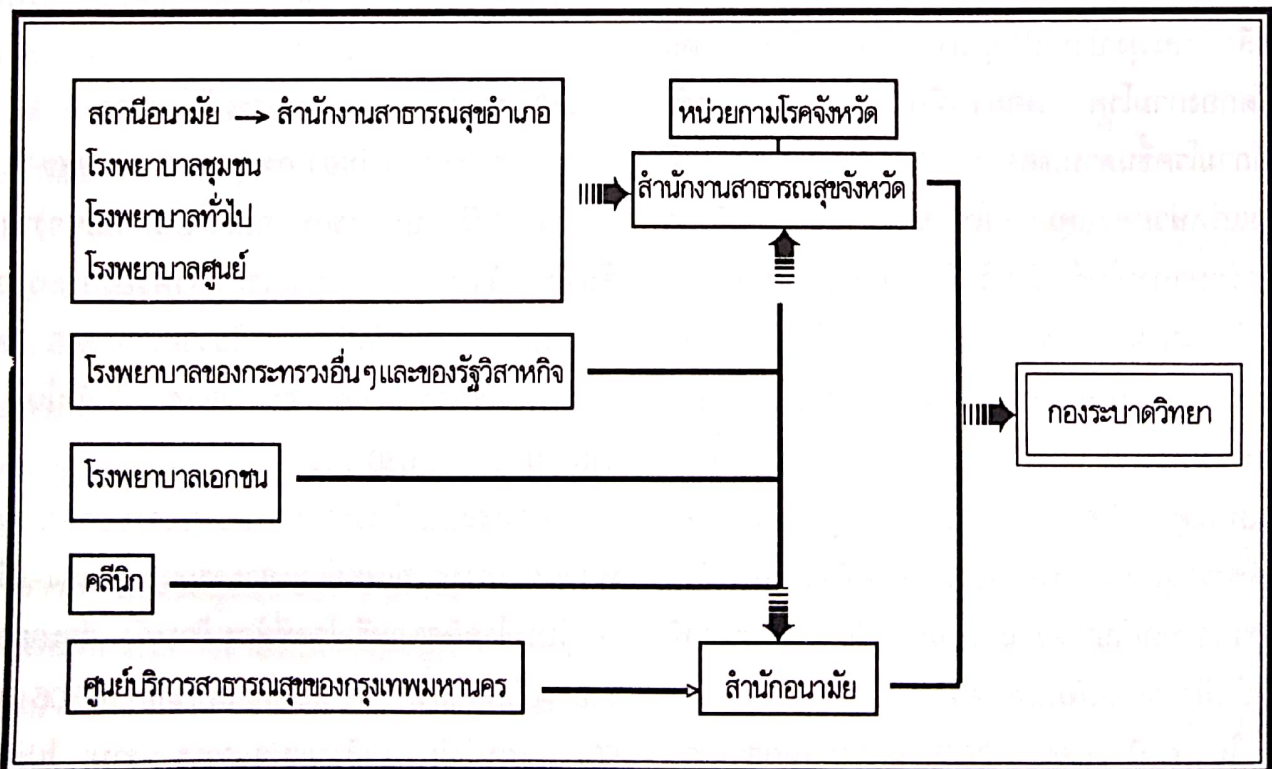
ระบบนี้ เป็นการผนวกเอาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เข้าในระบบการเฝ้าระวังโรคของกระทรวงสาธารณสุข โดยเพิ่มชื่อโรคลงในรายงาน 506 และ 507 และเริ่มรายงานตั้งแต่ปี 2524 ในปีนั้น มีรายงานผู้ป่วย 6,630 ราย⁽³⁾

ตามระบบเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา หน่วยงานทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกแห่ง เมื่อพบผู้ป่วยโรคติดต่อหรือโรคที่ต้องเฝ้าระวัง ก็จะกรอกรายละเอียดเกี่ยวกับผู้ป่วยลงในแบบรายงาน 506 และ 507 (กรณีมีการเปลี่ยนแปลงการรายงาน) ไปตามลำดับชั้น จนถึงกองระบาดวิทยา⁽⁴⁾ ตามแผนภูมิที่ 2

แผนภูมิที่ 1 ระบบเครือข่ายการรายงานสถานการณ์กามโรคของกองกามโรค



แผนภูมิที่ 2 ระบบเครือข่ายการรายงานสถานการณ์กามโรคของกองระบาดวิทยา



เมื่อพิจารณาจากเครือข่ายของระบบรายงาน
 กามโรคทั้ง 2 ระบบแล้วจะเห็นว่า ระบบการเฝ้าระวัง-
 โรคของกองระบาดวิทยามีขอบข่ายกว้างกว่าและนำ
 จะมีรายงานผู้ป่วยมากกว่า เพราะครอบคลุมสถาน
 บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขทุกประเภท แต่
 ในทางปฏิบัติ ผลกลับตรงข้าม ดังจะเห็นได้จากตารางที่
 1 ซึ่งเปรียบเทียบจำนวนผู้ป่วยกามโรคตามรายงาน
 ของทั้ง 2 ระบบ ตั้งแต่ปี 2524 เป็นต้นมา^(3,5-6) และ
 แสดงค่าจำนวนที่แตกต่างกันระหว่าง 2 ระบบ พร้อม
 ทั้งแสดงอัตราร้อยละของข้อมูลจากระบบที่น้อยกว่า
 (กองระบาดวิทยา) เทียบกับของระบบที่มากกว่า
 (กองกามโรค) ซึ่งจะเห็นว่า เมื่อจำนวนผู้ป่วยเริ่มลดลง
 อัตราความแตกต่างของ 2 ระบบก็ลดลงด้วย (จาก
 ความแตกต่างร้อยละ 98 ในปี 2524 เป็นร้อยละ 40

ในปี 2535)

ภาพที่ 1 แสดงการเปรียบเทียบแนวโน้ม
 จำนวนผู้ป่วยจากข้อมูลทั้ง 2 ระบบ

แม้แนวโน้มจากข้อมูลของทั้ง 2 ระบบจะไม่แตก
 ต่างกัน เพราะต่างก็แสดงให้เห็นว่า จำนวนผู้ป่วย
 กามโรคในประเทศไทยเริ่มลดลง แต่มีข้อน่าสังเกตคือ
 ในระยะปี 1987 - 1990 จำนวนผู้ป่วยกามโรคใน
 ระบบของกองกามโรคมิแนวโน้มลดลงอย่างชัดเจนใน
 ขณะที่แนวโน้มในระบบของกองระบาดวิทยายังคง
 เพิ่มสูงขึ้น

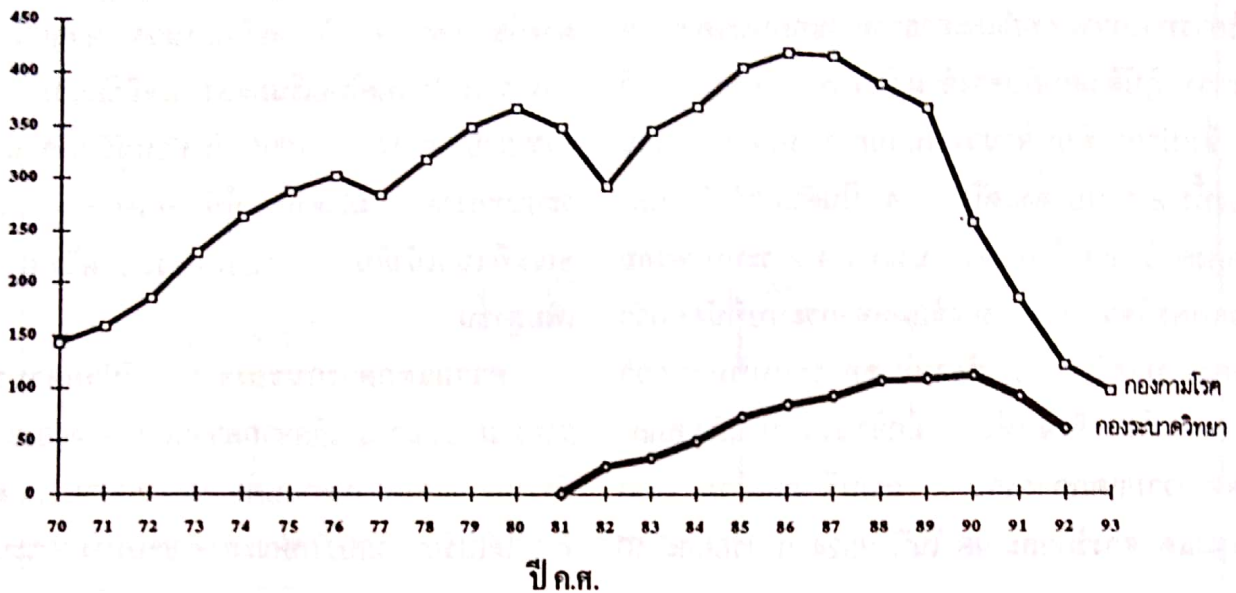
ความแตกต่างกันของจำนวนผู้ป่วยตามระบบ
 รายงาน 2 ระบบ เกิดจากความแตกต่างของแหล่งที่
 ส่งรายงานและความครอบคลุมของการรายงาน ตาราง
 ที่ 2 ได้เปรียบเทียบลักษณะสำคัญของทั้ง 2 ระบบ

ตารางที่ 1 เปรียบเทียบรายงานสถานการณีกามโรคประจำปี ตามข้อมูลของกองกามโรคและกองระบาดวิทยา
 ปี 2524 - 2535

ปี	แหล่งข้อมูล		ความแตกต่าง	ข้อมูลของกองระบาดวิทยา X 100 ข้อมูลกองกามโรค
	กองกามโรค	กองระบาดวิทยา		
2524	343,026	6,630	336,396	1.9
2525	287,638	25,246	262,392	8.8
2526	340,614	33,341	307,273	9.8
2527	362,050	48,795	313,255	13.5
2528	399,080	71,325	327,755	17.9
2529	412,773	82,233	330,540	19.9
2530	410,406	91,094	319,312	22.2
2531	383,163	104,147	279,016	27.2
2532	361,229	106,866	254,363	29.6
2533	252,263	109,193	143,070	43.3
2534	182,024	90,555	91,469	49.7
2535	119,752	70,664	49,088	59.0

ภาพที่ 1 จำนวนผู้ป่วยกามโรคในประเทศไทย ข้อมูลจากกองกามโรคและกองระบาดวิทยา

X 1,000 ราย



ตารางที่ 2 ความแตกต่างของระบบรายงานกามโรค 2 ระบบ

ลักษณะ	รายงานกองกามโรค	รายงานกองระบาดวิทยา
ก. ช่วงเวลารายงาน	ปีงบประมาณ (1 ต.ค. - 30 ก.ย.)	ปีปฏิทิน (1 ม.ค. - 31 ธ.ค.)
ข. ชนิดของรายงาน	เป็นสรุปรายงานจำนวนผู้ป่วยประจำเดือน	รายงานผู้ป่วยแต่ละราย
ค. รายละเอียดของข้อมูล	คล้าย แบบ E3 ของกองระบาดวิทยา แสดง: - เพศ - กลุ่มอายุ - อาชีพ - แหล่งที่มาของกามโรค - ชนิดของกามโรค	เป็นแบบรายงาน 506 และ 507 แสดง: - รายละเอียดของผู้ป่วย: ชื่อ อายุ อาชีพ เชื้อชาติ สภาพสมรส - ตำบลที่อยู่ขณะผู้ป่วย - วันเริ่มป่วย วันพบป่วย - สถานที่รักษา และวันเสียชีวิต
ค. ความสำคัญของแหล่งที่ป่วย	ไม่สำคัญ รักษาที่จังหวัดใด ถือว่าป่วยในจังหวัดนั้น เช่น ป่วยที่ปทุมธานีศึกษาที่กรุงเทพฯ ถือว่า เป็นผู้ป่วยของกรุงเทพฯ	ถือเอาสถานที่เริ่มป่วยเป็นสำคัญ รักษาที่ใดก็ตาม ไม่นับว่าเป็นสถานที่ป่วย เช่น ป่วยที่ปทุมธานีศึกษาที่กรุงเทพฯ ถือว่า เป็นผู้ป่วยของปทุมธานี
ง. แหล่งข้อมูล	สถานบำบัดกามโรคของรัฐ	สถานบริการสาธารณสุขของรัฐและเอกชน

ข้อดีและข้อด้อยของข้อมูลแต่ละระบบ

ก. ระบบรายงานของกองกามโรค

ข้อดี

1. มีความครบถ้วนสูง เพราะเป็นรายงานจากสถานบำบัดรักษา กามโรคโดยตรง
2. มีข้อมูลแหล่งที่มาของโรค
3. รายงานได้ง่าย เพราะไม่ต้องบันทึกรายงานรายละเอียดเป็นรายบุคคล
4. สามารถประมวลผลในภาพรวมได้เร็ว เพราะระบบรายงานประจำเดือนมีกำหนดส่งรวดเร็วและแน่นอน กรณีที่ไม่ได้รับรายงานก็สามารถติดตามทวงถามได้

ข้อด้อย

1. ไม่ครอบคลุมสถานบริการอื่นๆของรัฐ
2. ไม่มีรายงานจากคลินิกและโรงพยาบาลเอกชน

ข. ระบบรายงานของกองระบาดวิทยา

ข้อดี

1. ให้รายละเอียดของผู้ป่วยได้ดี (ถ้ามีการนำไปใช้ประโยชน์)
2. ครอบคลุมหน่วยงานได้สูงกว่าของกองกามโรค

ข้อด้อย

1. การรายงานไม่ครบถ้วน จำนวนที่รายงานต่ำกว่าความเป็นจริง (ดูจากตารางที่ 1)
2. ยุ่งยากในการรายงาน เมื่อเทียบกับระบบของกองกามโรค (เพราะรายงานเป็นรายบุคคล)
3. มีความล่าช้า และไม่สามารถทวงถามได้
4. แม้จะครอบคลุมหน่วยงานเอกชน แต่ก็ไม่ได้รับความร่วมมือในการรายงาน

ความซ้ำซ้อนของข้อมูลจาก 2 ระบบ

เมื่อวิเคราะห์ข้อมูลของกองระบาดวิทยา เฉพาะปี 2535 ซึ่งมีผู้ป่วย 60,545 ราย พบว่า มีแหล่งที่มาตามตารางที่ 3 ดังนี้

ตารางที่ 3 แหล่งข้อมูลผู้ป่วยกามโรค ปี 2535 (ตามรายงานของกองระบาดวิทยา)

แหล่งข้อมูล	จำนวน
1. โรงพยาบาลศูนย์	1,591
2. โรงพยาบาลทั่วไป	5,167
3. โรงพยาบาลชุมชน	17,864
4. คลินิกของราชการ	31,335
5. สถานีนอนามัย	608
6. โรงพยาบาลราชการในกรุงเทพฯ	3,752
7. สถานบริการเอกชน	27
8. บ้าน	2
9. ไม่ทราบ	199
รวม	60,545

แหล่งข้อมูล: กองระบาดวิทยา

และเมื่อพิจารณาถึงแหล่งข้อมูลในรายงานของกองระบาดวิทยาแล้ว จะเห็นว่า ลำดับที่ 3 (โรงพยาบาลชุมชน) น่าจะมีส่วนที่ซ้ำกับโรงพยาบาลชุมชนที่เปิดให้บริการตรวจรักษา กามโรคตามโครงการของกองกามโรค ซึ่งจะส่งรายงานประจำเดือนไปยังกองกามโรค เช่นเดียวกัน ลำดับที่ 4 (คลินิกของ

ราชการ) ส่วนใหญ่จะเป็นหน่วยงานโรคของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งจะส่งรายงานผู้ป่วย รง. 506 และ รง. 507 ไปยังกองระบาดวิทยา และส่งรายงานประจำเดือนไปยังกองกามโรค ดังนั้น ข้อมูลจากทั้ง 2 ระบบจึงมีความซ้ำซ้อนกันอยู่มาก ไม่สามารถนำมารวมกันเพื่อเป็นข้อมูลของทั้งประเทศได้

แนวทางการปรับปรุงระบบรายงานกามโรค

เมื่อพิจารณาจากแหล่งข้อมูลของทั้ง 2 ระบบแล้ว จะเห็นว่า สามารถนำมาปรับปรุงให้มีส่วนสนับสนุนกันได้ โดยให้แต่ละหน่วยงานส่งการรายงานไปยังระบบใดระบบหนึ่งเพียงระบบเดียว กล่าวคือ

ก. ให้สถานกามโรค ศูนย์กามโรค คลินิกกามโรคของกรุงเทพมหานคร หน่วยงานโรคจังหวัด และอำเภอ ซึ่งเป็นคลินิกเฉพาะทาง งดเว้นการทำรายงาน 506 และ 507 โดยทำเฉพาะรายงานประจำเดือน ส่งไปยังกองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ

ข. ให้โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนที่ไม่มีคลินิกกามโรค ตลอดจนสถานบริการอื่นๆ กรอกรายงานกามโรค ลงในแบบ 506 และ 507 ส่งไปกองระบาดวิทยา

การดำเนินการเช่นนี้ จะช่วยให้ได้ภาพรวมของสถานการณ์กามโรคที่ใกล้เคียงความจริง โดยเอาข้อมูลจาก ข้อ ก. รวมกับข้อมูลจาก ข้อ ข. กลายเป็นข้อมูลรวมของประเทศ นอกจากนี้ ยังลดความซ้ำซ้อนของข้อมูล เป็นการแบ่งเบาภาระงานรายงานของหน่วยงานโรคต่างๆ และแบ่งเบาภาระงานลงบันทึกข้อมูลในกองระบาดวิทยา อีกด้วย

การใช้ประโยชน์จากรายงานกามโรค

แม้ว่าข้อมูลจากรายงานกามโรคของทั้ง 2 ระบบจะไม่ครบถ้วน แต่ก็สามารถนำมาใช้ประโยชน์

ในงานเฝ้าระวังโรคได้ โดยใช้เป็นดัชนีวัดแนวโน้มของโรคได้ หากวิเคราะห์ในช่วงเวลาหลายๆ ปี

ดังได้กล่าวแล้วว่า แนวโน้มของอุบัติการณ์และความชุกชุมของกามโรคสามารถเป็นเครื่องบ่งชี้ถึงพฤติกรรมทางเพศของประชาชน ซึ่งจะสามารถใช้เป็นประโยชน์ในงานป้องกันโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ สามารถวัดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมได้ง่ายกว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อเอดส์ ตัวชี้วัดที่สำคัญได้แก่

1. อัตราอุบัติการณ์ของโรคหนองใน

โรคหนองในเป็นโรคที่มีระยะฟักตัวสั้น (เฉลี่ย 3 - 5 วัน) และการวินิจฉัยก็ง่าย จึงสามารถบอกถึงความล่าช้าของเพศของประชาชนได้อย่างทันเหตุการณ์ และมีความแม่นยำสูง อุบัติการณ์ของกามโรคชนิดอื่นที่อาจนำมาใช้ได้คือ โรคแผลริมอ่อน โรคหนองในเทียม ซึ่งมีระยะฟักตัวค่อนข้างสั้น (แผลริมอ่อน 3 - 5 วัน หนองในเทียม 8 - 14 วัน) แต่การวินิจฉัยทำได้ยากกว่า โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ในผู้ป่วยหญิง

การใช้อุบัติการณ์หรือความชุกชุมของโรคซิฟิลิสในหญิงมีครรภ์มาประเมินพฤติกรรมทางเพศของประชาชนนั้น อาจต้องระวังข้อผิดพลาด เพราะโรคนี้มีระยะฟักตัวนาน (10 - 90 วัน สำหรับโรคในระยะที่ 1) และผู้ป่วยส่วนใหญ่มักจะไม่มีอาการ จึงไม่อาจบอกได้แน่นอนว่า ติดเชื้อมานานเพียงใด

โรคซิฟิลิสเป็นโรคที่มีแนวโน้มเปลี่ยนแปลงช้ากว่ากามโรคชนิดอื่น ทั้งนี้เนื่องจากลักษณะการเจ็บป่วยที่แสดงอาการช้า และมักพบในการที่ป่วยในระยะแฝง

2. ข้อมูลแนวโน้มอัตราอุบัติการณ์ของกามโรคในแต่ละท้องถิ่น

สามารถนำเอามาเป็นข้อมูลเปรียบเทียบกลวิธีการควบคุมโรคที่แตกต่างกัน เพื่อประเมินว่า กลวิธีใดมีประสิทธิภาพในการป้องกันกามโรคได้ดีกว่ากัน ซึ่ง

ย่อมจะเป็นการวัดถึงประสิทธิผลในการป้องกันโรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ได้เช่นเดียวกัน

3. ข้อมูลแหล่งที่มาของโรค

สถานบริการกามโรค นอกจากจะเป็นแหล่งข้อมูลของสถานการณีกามโรคแล้ว ยังมีข้อมูลเกี่ยวกับแหล่งแพร่กามโรคในชุมชนด้วย โดยสามารถบอกได้ถึง:

ก. มีแหล่งเรีงรมย์หรือสถานบริการทางเพศอยู่ที่ใดในชุมชน

ข. แหล่งที่มาของกามโรคคนนอกเหนือจากการค้าประเวณี เช่น ในบางท้องที่ ผู้ป่วยส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากหญิงบริการทางเพศ วิธีการควบคุมโรคย่อมแตกต่างจากในท้องที่ที่การแพร่ส่วนใหญ่เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์กันเองโดยความสมัครใจ (แบบสมัครเล่น) การเฝ้าระวังแหล่งที่มาของโรคจะช่วยให้สามารถพิจารณามาตรการด้านสุขศึกษาที่เหมาะสมทั้งแง่เนื้อหาและสื่อแก่กลุ่มเป้าหมายได้

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรคติดต่อ. 15 ปี กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2532. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, 2533:51-57.
2. กองกามโรค. เอกสารข้อมูลสถิติ งานควบคุมกามโรค ประจำปีงบประมาณ 2533. (เอกสารอัดสำเนา).
3. กองระบาดวิทยา. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรค 2534. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, (ไม่ระบุปีที่พิมพ์):25.
4. คณะกรรมการโครงการศึกษาและฝึกอบรมในสาขาระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. ระบาดวิทยา เอกสารประกอบการอบรมระบาดวิทยาคั้งที่ 1, วันที่ 30 พฤษภาคม 2526 - วันที่ 10 มิถุนายน 2526. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ข่าวพาณิชย์ 2526:43-59.
5. กองกามโรค. เอกสารข้อมูลสถิติงานควบคุมกามโรค ปีงบประมาณ 25335 (เอกสารอัดสำเนา).
6. กองระบาดวิทยา. สรุปรายงานเบื้องต้น การเฝ้าระวังโรค 2535. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก, (ไม่ระบุปีที่พิมพ์):21-22.

4. ข้อมูลอื่นๆ ได้แก่

ก. ข้อมูลอัตราการใช้ถุงยางอนามัยของผู้รับการตรวจ ทั้งหญิงบริการ ชายชอบเที่ยว และแม่บ้าน

ข. ข้อมูลเกี่ยวกับรายละเอียดพฤติกรรมทางเพศของประชาชน (เช่น การร่วมเพศทางปาก ทางทวารหนัก)

สรุป

การปรับปรุงระบบรายงานกามโรค โดยการประสานงานกันระหว่างกองกามโรค กรมควบคุมโรคติดต่อ และกองระบาดวิทยา สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข จะช่วยให้ข้อมูลสถานการณีกามโรคมีความถูกต้อง ครบถ้วน และทันสมัย ซึ่งหากนำมาใช้อย่างเหมาะสม ก็ย่อมจะอำนวยความสะดวกป้องกันและควบคุมการแพร่โรคเอดส์ทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างแน่นอน