

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ปี 2553-2562 ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

A STUDY OF FACTORS AFFECTING SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES
PREVENTION AND CONTROL IMPLEMENTED BY THE DIVISION OF
AIDS AND STIs DURING 2010-2019

เพ็ญศรี สวัสดิ์เจริญยิ่ง

Pensri Sawadcharoenying

กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

Division of AIDS and STIs

Received: 20/07/2020

Accepted: 01/09/2020

บทคัดย่อ

ประเทศไทยมีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2557-2562 จาก 18.8 เป็น 33.8 ต่อแสนประชากร การศึกษานี้เพื่อประเมินผลสัมฤทธิ์และปัจจัยที่ส่งผลต่อการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใน ปี 2553-2562 ใช้วิธีผสมโดยทบทวนเอกสาร หลักฐาน รวมถึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง วิเคราะห์เนื้อหาตามโครงสร้าง แยกแยะข้อมูลทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ นำเสนอสถิติเชิงพรรณนา เรียบเรียงเนื้อหา ระบุดัชนีพบ ตรวจสอบเปรียบเทียบ และเสนอข้อสรุป

พบว่าผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานต่ำ โดยมีหลักฐานยืนยันได้จากอัตราป่วยที่สูงขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง อัตราป่วยในวัยรุ่นมากขึ้น การป่วยโรคซิฟิลิสในผู้สูงอายุ มากกว่าครึ่งเป็นซิฟิลิสระยะท้าย แรงงานต่างด้าวมีอัตราป่วยสูงสุดเมื่อเทียบกับทุกกลุ่มเสี่ยง ปัจจัยที่เป็นอุปสรรค ได้แก่ 1) การป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ถูกลดความสำคัญ ปรับบทบาท ถ่ายโอนงาน ยุบหน่วยงาน และควรวางแผนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เข้ากับงานเอดส์ในที่สุด 2) ผู้มารับช่วงต่อ มีอายุและประสบการณ์น้อย การถ่ายทอดงานให้ความสำคัญกับโรคเอดส์ มากกว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 3) งบประมาณสนับสนุนจากราชการ และงบประมาณโดยรวมลดลง 4) แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่เข้มแข็ง ปัจจัยส่งเสริมการดำเนินงาน ได้แก่ 1) งบประมาณสนับสนุนจากองค์กรต่างประเทศและหน่วยงานภายนอก 2) ความเข้มแข็งของสำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ยังมีการให้บริการตรวจรักษา มีความพร้อมทั้งโครงสร้าง ความรับผิดชอบ อายุและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน

ข้อเสนอแนะสำคัญ 1) กำหนดให้มีโครงสร้างแผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับประเทศโดยมีผู้รับผิดชอบหลัก และทีมงาน พร้อมอัตรากำลังที่ชัดเจน 2) ทบทวนแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พร้อมจัดทำแผนปฏิบัติการที่ชัดเจน และจัดทำข้อเสนอเชิงนโยบาย เพื่อให้เกิดการขับเคลื่อนงานในทุกระดับ

Abstract

The situation of the sexually transmitted infections (STIs) increased from 18.8 in 2014 to 33.8 per hundred thousand population in 2019. This study aimed to assess the effectiveness of prevention and control of sexually transmitted diseases in 2010-2019, and study what is facilitating and obstacle factors affecting the implementation of STIs prevention and control in view of the practitioner. This study used mixed

methods; reviewing disseminating documents; and using questionnaires and in-depth interviews with relevant key persons. The qualitative data used content analysis and quantitative data used descriptive statistics; frequency, mean and percentage. All content was compiled to examine and compare, as well as identify key findings and conclusions.

The results of the study showed that the performance of program implementation was low, whereas the STIs rate was tended to increase continuously. The rate of STIs infection has increased in adolescents, more than half of the elderly with syphilis are in late-stage, and migrant workers are the highest rates of STIs compared to all risk groups. The obstacles factors include: STIs program was judged as low priority as shown by reorganization and transfer STIs tasks to integrate with AIDS, frequently rotated of STIs staff, and the newly recruited staffs still have less experience; the budget allocated for the STIs program was reduced; and STIs program was weakening. The facilitating factors include; there was funding support from outside organizations, especially from the international organizations; and strength of the Regional Office of Disease Prevention and Control that have potential structure and experienced staff to provide STIs services.

The recommendation are as follows: establish a National STIs Program structure with the key persons, staff, and adequate resources; and review the STIs prevention and control strategies, design an effective operational plan, and policy recommendations for driving STIs prevention and control program at all levels.

คำสำคัญ ปัจจัยที่ส่งผลต่อการดำเนินงาน, ป้องกันควบคุมโรค, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	Keywords Factors affecting operations, Disease control, Sexually Transmitted Infections
---	--

บทนำ

ประเทศไทยประสบปัญหาการเพิ่มขึ้นของอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในอดีตประเทศไทยมีรายงานการระบาดสูงสุดในปี 2529 โดยมีอัตราป่วย 7.85 ต่อประชากรพันคน⁽¹⁾ ถึงแม้ว่าอัตราป่วยลดลงเรื่อยๆ จนในปัจจุบันลดลงเหลือ 33.8 ต่อประชากรแสนคน ส่งผลให้การสนับสนุนป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง อย่างไรก็ตามอัตราป่วยมีแนวโน้มกลับมาสูงขึ้นอย่างมากในระยะ 5-10 ปีที่ผ่านมา โดยจากรายงานการเฝ้าระวังโรค ของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข (รง.506) อัตราป่วยตั้งแต่ปี 2557-2562 เพิ่มขึ้นจาก 18.8 เป็น 33.8 ต่อแสนประชากร⁽²⁾

การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections : STIs) มีการดำเนินงานมายาวนานถึง 90 ปี นับตั้งแต่ปี 2473⁽¹⁾ กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีบทบาทหน้าที่ในการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีการติดตามประเมินผลการดำเนินงานในภาพรวมเพื่อจะนำผลที่ได้รับมาปรับปรุงนโยบายและแผนการดำเนินงานในระดับประเทศ

ในปี 2545 เกิดการปฏิรูประบบราชการได้มีการยุบกองกามโรคลง และถ่ายโอนภารกิจมาเป็นส่วนหนึ่งของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ภายหลังเปลี่ยนชื่อเป็น กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค)⁽¹⁾

ปี 2555 ปรับโครงสร้างกรมและหน่วยงาน ควบรวมงาน ป้องกันควบคุม STIs กับงานป้องกันโรคเอดส์ กลุ่ม STIs จึงไม่มีโครงสร้างงาน National STIs Program มาจนถึง ปัจจุบัน และงบประมาณโดยรวมลดลง⁽³⁾

นอกจากนี้ยังพบว่า ชุดสิทธิประโยชน์ประชากร ไทยที่ไม่ครอบคลุมถึงประชากรเป้าหมาย การที่จะ ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ให้สิทธิประโยชน์ ในประชากรทั่วไปโดยคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี เพียงอย่างเดียว ในขณะที่สิทธิประโยชน์การคัดกรองโรค ซิฟิลิสให้เฉพาะในหญิงตั้งครรภ์⁽⁴⁾ ซึ่งแม้ว่าจะรักษาหาย แล้วก็อาจจะไปติดกับสามีได้อีก เนื่องจากไม่มีการ คัดกรองสามีด้วย นี่คือ ช่องว่างเชิงนโยบายที่ทำให้ผลการ ดำเนินงานรักษาและป้องกันการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่ดีเท่าที่ควร⁽⁶⁾ จากการที่โครงสร้างและทรัพยากร ที่เปลี่ยนไปของกลุ่ม STIs และช่องว่างเชิงนโยบาย ข้างต้น อาจจะส่งผลทำให้สถานการณ์การติดเชื้อ หรือ ความชุกของโรคสูงมากขึ้น

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์ เพื่อประเมิน สมรรถนะผลการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะ 10 ปี (ปี 2553–2562) และเพื่อศึกษาปัจจัย ที่ส่งเสริมและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคส่งผลต่อการดำเนิน งานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในมุมมอง ของผู้ปฏิบัติงานในกองโรคเอดส์ และโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาโดยใช้วิธีผสม (mix method) โดยทำการทบทวนเอกสาร หลักฐาน ข้อมูล เผยแพร่ รวมถึงเก็บข้อมูลเพิ่มเติมจากบุคคลที่เกี่ยวข้อง การดำเนินงาน STIs นำมาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ตามโครงสร้างที่กำหนด โดยแยกแยะข้อมูลทั้งเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพ วิเคราะห์สถิติเพิ่มเติมโดยใช้สถิติ เชิงพรรณนา เช่น สัดส่วน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย นำเนื้อหา มา เรียบเรียงตามลำดับเหตุการณ์ แยกเป็นปัจจัยภายใน และปัจจัยภายนอกหน่วยงาน เพื่อประกอบการระบุ ข้อค้นพบและตรวจสอบเปรียบเทียบความเหมือนและ

ความต่างของแหล่งข้อมูลสนับสนุนต่างๆ เพื่อแสดง ข้อสรุปเป็นผลสัมฤทธิ์การดำเนินงาน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยอุปสรรคต่อการดำเนินงาน STIs และข้อเสนอแนะ การดำเนินงานในอนาคต

โครงสร้างเนื้อหา

เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนที่ 1–3 นำมา วิเคราะห์ เนื้อหา แยกแยะ ข้อมูลเป็น เชิงปริมาณและ เชิงคุณภาพ แบ่งเป็น 3 ประเภท ได้แก่ 1) ผลสัมฤทธิ์ การป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การศึกษา นี้อ้างอิงผลสัมฤทธิ์จากเป้าหมายของประเทศไทยที่ระบุ ให้อัตราป่วยไม่ควรเกิน 20 ต่อแสนประชากร⁽⁵⁾ หาก ผลการทบทวนพบอัตราป่วยสูงกว่าเป้าหมายจะถือว่า ไม่บรรลุผลสัมฤทธิ์ 2) ปัจจัยภายในหน่วยงาน ได้แก่ โครงสร้าง บุคลากร งบประมาณ และ นโยบาย/แผน และ 3) ปัจจัยภายนอกหน่วยงาน ได้แก่ การทำงานและ นโยบายของเครือข่าย เช่น สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) สถานบริการสาธารณสุข กรมอนามัย และกรมสุขภาพจิต

แหล่งข้อมูลที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทุติยภูมิได้จากการทบทวน เอกสารจากแหล่งสำคัญ ได้แก่

1.1 เอกสารการดำเนินงานภายในกองโรค เอดส์ฯ เช่น รายงานผลการปฏิบัติงานประจำปี ข้อมูล โครงสร้าง กรอบอัตรากำลัง แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและ ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560– 2564 เพื่อวิเคราะห์เนื้อหาแยกแยะปัจจัยภายใน ได้แก่ โครงสร้าง บุคลากร งบประมาณ และ นโยบาย/แผน

1.2 ข้อมูลจากรายงานเฝ้าระวังทางระบาด วิทยา การสำรวจสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เช่น รายงานเฝ้าระวัง โรค 506 ของกองระบาดวิทยา เพื่อหาอัตราป่วย STIs จากในอดีตย้อนหลัง 10 ปี ถึงปัจจุบัน เพื่อประเมิน สมรรถนะผลการดำเนินงานป้องกันควบคุม STIs รายงาน การเฝ้าระวังโรคเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ประเทศไทย

(HIV sentinel sero – surveillance : HSS) เพื่อวิเคราะห์ความรุนแรงของโรคตามกลุ่มประชากรเสี่ยง รายงานการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Behavioral Surveillance Survey: BSS) เพื่อติดตามสถานการณ์พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย ของกลุ่มประชากรนักเรียน ม.5 และ ปวช.2 เป็นต้น

1.3 ข้อมูลทุติยภูมิที่สามารถสืบค้นได้ในสื่อสาธารณะทั่วไป เช่น ฐานข้อมูลวารสารออนไลน์ประเทศไทย (TCI-ThaiJO) ห้องสมุดหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง คลังข้อมูลกรมควบคุมโรค เว็บไซต์หน่วยงานที่เกี่ยวข้องและมีความน่าเชื่อถือ เช่น กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข เพื่อทบทวนหลักฐานวิชาการ ระเบียบ นโยบาย ที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 แบบสำรวจข้อมูลการดำเนินงานในส่วนภูมิภาค ได้แก่ สคร. ที่ 1-12 และ สปคม. รวม 13 แห่ง โดยให้ผู้รับผิดชอบหลักงาน STIs แห่งละ 1 คนเป็นผู้ตอบแบบสำรวจ รวมทั้งสิ้นจำนวน 13 คน เนื้อหาครอบคลุมจำนวนอัตรากำลังผู้ปฏิบัติงาน ประสิทธิภาพงาน การให้บริการคลินิกโรคติดต่อ

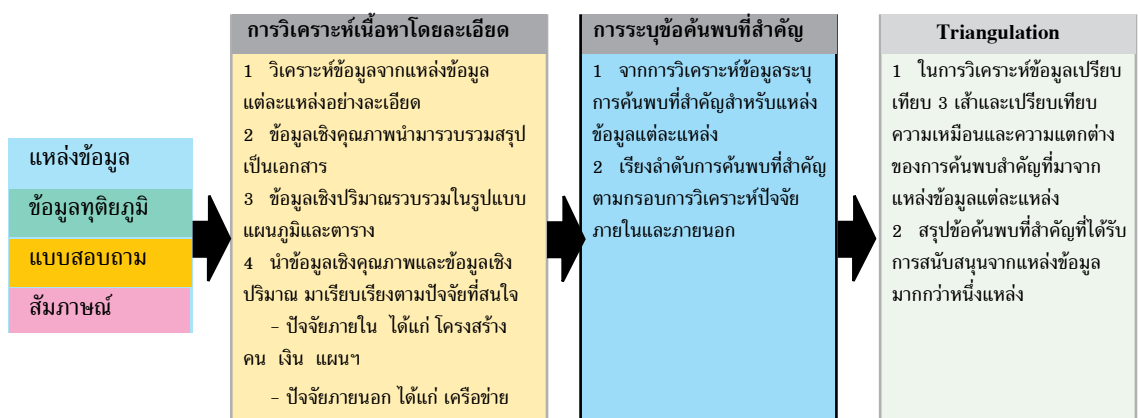
ทางเพศสัมพันธ์ ในปัจจุบัน (เกมโรค) และงบประมาณที่ได้รับสนับสนุนการดำเนินงาน STIs ย้อนหลัง 5 ปี

ส่วนที่ 3 การสัมภาษณ์ตัวต่อตัว (face to face interview) บุคลากรที่รับผิดชอบงาน STIs ทั้งในอดีตและปัจจุบัน แบ่งเป็น

3.1 สัมภาษณ์บุคลากรภายในกลุ่ม STIs และกลุ่มป้องกันโรคเอดส์ที่ยังปฏิบัติงานอยู่จำนวน 3 คน อดีตผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องมาแล้วจำนวน 3 คน และผู้รับผิดชอบงาน STIs ของ สคร. จำนวน 2 คน เพื่อสอบถามความเข้าใจในกรณีที่เกิดจากการทบทวนเอกสารในส่วนที่ 1 แล้วข้อมูลไม่ชัดเจน มีความขัดแย้ง โดยทำการนัดหมายสัมภาษณ์ในช่วงนอกเวลาทำการของราชการ หรือเวลาที่ผู้ให้ข้อมูลสะดวก

3.2 สัมภาษณ์ผู้รับผิดชอบงาน STIs ของ สคร. ที่เป็นผู้ตอบแบบสำรวจในส่วนที่ 2 เพื่อยืนยัน สอบถามความเข้าใจให้ชัดเจนมากขึ้น มีผู้รับผิดชอบจาก STIs ของ สคร. จำนวน 4 คน จาก 4 แห่ง ที่จำเป็นต้องสัมภาษณ์เพิ่มเติม โดยทำการนัดหมายสัมภาษณ์ในช่วงนอกเวลาทำการของราชการ

กรอบแนวคิด



การศึกษานี้เป็นการดำเนินงานวิจัยจากงานประจำ ซึ่งได้รับความเห็นชอบให้ดำเนินการจากผู้บริหารหน่วยงาน ทั้งนี้ผู้ให้ข้อมูลเป็นผู้มีส่วนเกี่ยวข้องในการ

ดำเนินการกิจประจำ จึงมิได้ขอรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้มีการควบคุมการวิจัยโดยระมัดระวังความปลอดภัย มีการปกป้องความเป็นส่วนตัว

ส่วนตัว รักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลและผู้ถูกกล่าวถึงอย่างรัดกุม

ผลการศึกษา

ผลการศึกษาแบ่งการทบทวนออกเป็น 3 ส่วนหลัก ตามวัตถุประสงค์การศึกษา ได้แก่ ส่วนที่ 1 ผลสัมฤทธิ์ของการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งพิจารณาจากอัตราป่วยและปัจจัยส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับอัตราป่วย เพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 1 และส่วนที่ 2-3 ปัจจัยภายในองค์กร และปัจจัยภายนอกองค์กร เพื่อตอบวัตถุประสงค์ที่ 2

ส่วนที่ 1 ผลสัมฤทธิ์ของการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ข้อค้นพบ 1) อัตราป่วย STIs มีความรุนแรงมากขึ้น ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา และแตกต่างกันในแต่ละกลุ่มเสี่ยง

จากข้อมูล รง. 506 พบอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปี 2553–2557 มีอัตราไม่แตกต่างกันมากนัก แต่นับจากปี 2557 จนถึงปี 2562 อัตราป่วยมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเพิ่มขึ้นจาก 18.8 ต่อประชากรแสนคน เป็น 33.8 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 1.8 เท่า โรคที่พบป่วยมากที่สุดคือ โรคหนองใน อัตราป่วยเพิ่มจาก 10.5 เป็น 14.5 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 1.4 เท่า ในขณะที่โรคซิฟิลิส ในปี 2557 มีอัตราป่วยเพียงครึ่งหนึ่งของโรคหนองใน คือ 4.7 ต่อประชากรแสนคน กลับพบแนวโน้ม เพิ่มขึ้นอย่างมากโดยในปี 2562 มีอัตราป่วยถึง 13.8 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 2.9 เท่าของอัตราป่วยในปี 2557⁽²⁾

โดยกลุ่มเสี่ยงที่มีความชุกซิฟิลิสมากที่สุด ได้แก่ แรงงานต่างด้าว ร้อยละ 8.3 พนักงานบริการที่เป็นสาวประเภทสอง (TGSW) ร้อยละ 5 สาวประเภทสอง (TG) ร้อยละ 4 พนักงานบริการชาย (MSW) ร้อยละ 3 ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ร้อยละ 2.8 ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (PWID) ร้อยละ 1.5 พนักงานบริการหญิง (FSW) ร้อยละ 1.4 ผู้ต้องขัง ร้อยละ 0.45 ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์มีอัตราตรวจพบซิฟิลิส ร้อยละ 0.42 และ

ประชากรทั่วไป ร้อยละ 0.02 ตามลำดับ^(6–13)

ข้อค้นพบ 2) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มรุนแรงมากขึ้นในกลุ่มอายุ 15–24 ปี

จากข้อมูล รง. 506 พบอัตราป่วยเพิ่มขึ้นในทุกกลุ่มอายุ โดยในปี 2562 กลุ่มอายุ 15–24 ปี มีอัตราป่วยสูงที่สุดคือ 124.6 ต่อประชากรแสนคน รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25–34 ปี, 35–44 ปี, มากกว่า 65 ปี, 45–54 ปี, น้อยกว่า 15 ปี และ 55–64 ปี โดยมีอัตราป่วย 51.0, 22.9, 13.7, 12.8, 11.0 และ 9.8 ต่อประชากรแสนคน ตามลำดับ⁽²⁾

จาก รง. 506 แสดงให้เห็นแนวโน้มอัตราป่วยในปี 2562 ที่เพิ่มขึ้นจากอดีตในปี 2557 พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกกลุ่มอายุ โดยกลุ่มที่เพิ่มรุนแรงที่สุดคือ อายุ 15–24 ปี อัตราป่วยเพิ่มจาก 54.2 เป็น 124.6 ต่อประชากรแสนคน คิดเป็น 2.30 เท่า รองลงมาคือกลุ่มอายุ 25–34 ปี, น้อยกว่า 15 ปี, 35–44 ปี, มากกว่า 65 ปี, 55–64 ปี และ 45–54 ปี โดยมีสัดส่วนที่เพิ่มขึ้นคิดเป็น 2.04, 2.04, 1.55, 1.49, 1.23 และ 1.05 เท่าตามลำดับ⁽²⁾

ข้อค้นพบ 3) วัยรุ่นในปัจจุบันมีพฤติกรรมเสี่ยงและความเข้าใจผิดต่อการติดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากการสำรวจ BSS ปี 2561 พบนักเรียนสายอาชีพ (ปวช.2) เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 40–51 ส่วนนักเรียนสายสามัญ (ม.5) เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 17–26 อายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 15 ปี ส่วนหนึ่งมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่แฟนคูรัก สื่อถึงการมีคู่นอนหลายคน และยังพบว่าร้อยละ 1.9–3.4 เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายด้วยกัน⁽¹⁴⁾

จากการสำรวจ BSS มีข้อคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย พบว่ามีผู้ตอบแบบสำรวจในถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนประเภทต่างๆ ภาพรวมต่ำกว่าร้อยละ 60⁽¹⁴⁾ โดยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดพบว่านักเรียนทุกกลุ่มมีอัตราการใช้ถุงยางกับแฟนหรือคนรักต่ำที่สุด เมื่อเทียบกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทอื่น ๆ⁽¹⁴⁾

จากการทบทวนวรรณกรรม พบว่าพฤติกรรม การใส่ถุงยางอนามัยที่น้อยลงส่วนหนึ่งเกิดจากความเชื่อ ที่ผิด “คนส่วนใหญ่เข้าใจว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นั้นมีอยู่ในเฉพาะผู้ให้บริการทางเพศเท่านั้น และ トラバドที่ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์ผ่านการซื้อบริการ ก็ไม่ จำเป็นจะต้องป้องกัน”⁽¹⁵⁾ และ “เชื่อว่าการติดโรคจะ เกิดต่อเมื่อมีการหลั่งน้ำอสุจิเท่านั้น จึงสวมถุงยางอนามัย เมื่อใกล้จะหลั่งน้ำอสุจิ แต่โรค STIs จะติดต่อได้ทันที ที่เมื่อสอดใส่โดยไม่สวมถุงยางอนามัย”⁽¹⁶⁾

ข้อค้นพบ 4) ผู้สูงอายุป่วยด้วยโรคซิฟิลิสระบบ ประสาท (Neurosyphilis) สูงขึ้น

จาก รง. 506 พบอัตราป่วยในกลุ่มอายุมากกว่า 65 ปี มีแนวโน้มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2558 เป็นต้นมา โดยมี อัตราป่วยเพิ่มจาก 8.5 เป็น 13.7 ต่อประชากรแสนคน ในปี 2562 คิดเป็น 1.6 เท่า ในช่วงเวลาเพียง 4 ปี⁽²⁾ เมื่อพิจารณาสัดส่วนการป่วยด้วยซิฟิลิสระยะต่างๆ จาก ข้อมูล Health Data Center (HDC) ปี 2561 แสดงให้ เห็นผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งตรวจพบซิฟิลิสในระยะท้าย รวมถึงป่วยเป็นซิฟิลิสระบบประสาทแล้ว เกิดการเสียหาย ของอวัยวะภายในและเสี่ยงต่อการเสียชีวิต⁽⁹⁾

ส่วนที่ 2 ปัจจัยภายในองค์กร

2.1) โครงสร้าง

ข้อค้นพบ 5) ในอดีตการทำงานมีแผน นโยบายชัดเจน และกำหนดหน่วยงานรับผิดชอบ ในทุกระดับ ตั้งแต่ระดับประเทศ ภาค เขต จังหวัด อำเภอ และชุมชน

จากรายงานการปฏิบัติงานควบคุมโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ ปี 2552⁽¹⁾ มีเนื้อหาสรุปความเป็นมา การปฏิบัติงานจากในอดีต สามารถไล่เรียงตามลำดับ การเกิดเหตุการณ์ ดังนี้

ปี 2490 งานควบคุมกามโรคขยายจาก ส่วนกลางไปยังส่วนภูมิภาคเป็นครั้งแรกในเขตภาคเหนือ 2 จังหวัด ได้แก่ ลำปาง และนครสวรรค์⁽¹⁾

ปี 2505 เกิดสงครามอินโดจีน 2 (สงคราม เวียดนาม) มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากการเข้ามาของทหาร ต่างชาติ จึงได้จัดตั้งหน่วยควบคุมกามโรคขึ้นที่อำเภอ

พนมสารคาม จังหวัดฉะเชิงเทรา อำเภอปากช่อง จังหวัด นครราชสีมา และ จังหวัดอุบลราชธานี และจังหวัด นครพนม⁽¹⁾

ปี 2510-2515 มีแผนระดับชาติด้านการ ควบคุมกามโรค โดยบรรจุไว้ในแผนพัฒนาเศรษฐกิจ และสังคมแห่งชาติตั้งแต่ฉบับที่ 2 รวมถึงมีแผน ระดับกรม กำหนดระยะเวลาดำเนินการในแผน 15 ปี โดยในปี 2510 มีการจัดตั้งศูนย์ควบคุมกามโรคระดับ ภูมิภาค ใน 4 จังหวัด และขยายครบทุกเขต จำนวน 9 เขต ในปี 2515⁽¹⁾

ปี 2524 จัดตั้งอาสาสมัครต่อต้านกามโรค (อสร.)⁽¹⁾

ปี 2526 เกิดการแพร่ของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ทั่วโลกและในประเทศไทย มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้น และกองกามโรคได้รับมอบหมายให้ดูแลงานป้องกันและ ควบคุมโรคเอดส์ในระดับประเทศ⁽¹⁾

ปี 2534 กระทรวงสาธารณสุข กำหนดให้มิ การดำเนินการควบคุมกามโรคครอบคลุมทุกจังหวัด⁽¹⁾ และให้ทุกจังหวัดเร่งรัดดำเนินโครงการถุงยางอนามัย 100%⁽¹⁷⁾

ปี 2534-2538 มีนโยบายเร่งรัดการควบคุม โรคเอดส์ โดยจัดตั้งหน่วยงานกามโรคและโรคเอดส์ใน อำเภอที่มีปัญหาโสเภณี 507 อำเภอ⁽¹⁾

ข้อค้นพบ 6) มีการถ่ายโอนภารกิจจาก หน่วยงานส่วนกลาง ไปสู่หน่วยงานส่วนภูมิภาค

ปี 2525 มีการถ่ายโอนงานหน่วยกามโรค จังหวัด จากสังกัดกรมควบคุมโรคติดต่อ ไปสู่สำนักงาน สาธารณสุขจังหวัด สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวง สาธารณสุข⁽¹⁾

ปี 2531 โอนงานศูนย์กามโรคเขต จาก กองกามโรค ไปสำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต ซึ่งมีการ เพิ่มจาก 9 เป็น 12 เขต ตั้งแต่ปี 2528 เป็นต้นมา⁽¹⁾

ปี 2540-2544 ปรับลดบทบาทกองกามโรค ให้มีบทบาทในด้านพัฒนางานและสนับสนุนทางวิชาการ โรคติดต่อ ในขณะที่สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต และจังหวัด รับผิดชอบงานเพิ่มขึ้นในการสนับสนุน

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อส่วนภูมิภาค และท้องถิ่น⁽¹⁾

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ อดีตผู้รับผิดชอบงาน พบว่านอกจากมีการถ่ายโอนงานหน่วยกัมโรคแล้ว มีการยุบหน่วยกัมโรค ในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร ในสังกัด กองกัมโรคลง เพื่อให้สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร รับไปดำเนินงานต่อ โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “ประมาณ ปี 2544 ได้มีการยุบหน่วยกัมโรคให้กรุงเทพมหานคร ได้แก่ หน่วยกัมโรคทำเรือ บ้านชีวิ ภาษีเจริญ ปิ่นเกล้า นางเลิ้ง วชิระ ยกเว้นหน่วยกัมโรคบางเขน โดยโอนงาน ให้เป็นบทบาทของ สำนักอนามัย กรุงเทพฯ”

ข้อค้นพบ 7) บทบาท หน้าที่ โครงสร้างของ แผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระดับประเทศ (National STIs Program) หายไป ภายหลังจากการปฏิรูประบบราชการ

ก่อนปี 2545 โครงสร้างของงาน STIs ยังเป็น กองกัมโรค ประกอบด้วย 1) กลุ่มงานคลินิกบริการ รักษาผู้ป่วย STIs 2) กลุ่มงานชันสูตรโรค 3) กลุ่มงาน เภสัชกรรม 4) กลุ่มงานฝึกอบรมและเผยแพร่ และ 5) กลุ่มงานระบาด เป็นงานหลักที่ดำเนินงาน National STIs Program ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ อดีตผู้รับผิดชอบงาน ให้ข้อมูลโครงสร้างของกลุ่มงานระบาดประกอบด้วย งานย่อย 6 งาน โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “กลุ่มงาน ระบาด ขณะนั้นมี 1.งานแผนและติดตามประเมินผล 2.งานเฝ้าระวังโรค 3. งานควบคุมแหล่งแพร่โรค 4.งาน ข้อมูล 5.งานติดตามผู้สัมผัสโรค 6.เวชระเบียน” รวม 27 อัตรา

ปี 2545 จากการปฏิรูประบบราชการ โดย ยุบรวมกองโรคเอดส์ กองวัณโรค และกองกัมโรค เป็น สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมีโครงสร้างภายในเป็น กลุ่มโรคเอดส์ กลุ่มวัณโรค และกลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โครงสร้าง ปี 2545 คงเหลืองานบริการ ประกอบด้วย 1) กลุ่มงานคลินิก 2) กลุ่มงานชันสูตรโรค 3) กลุ่มงานเภสัชกรรม โครงสร้าง ยังคงเดิม เพียงลดอัตรากำลังแต่ไม่มาก กลุ่มงานฝึกอบรมและเผยแพร่ ปรับชื่อเป็น กลุ่มพัฒนาพฤติกรรม

กลุ่มงานระบาด (National STIs program) เดิมมี 6 งาน ปรับเหลือ 2 งาน คือ 1) งานแผนฯ ปรับชื่อเป็น กลุ่มงานสนับสนุนส่งเสริมการวิจัยและติดตามประเมินผล 2) งานเฝ้าระวังโรค ปรับชื่อเป็น กลุ่มพัฒนารูปแบบการ ควบคุมโรค และยังปฏิบัติงานอยู่ ณ ที่ตั้งของกองกัมโรค เดิม ได้ใช้โครงสร้างนี้จนถึงปี 2554

ปี 2555 ปรับโครงสร้างกรมควบคุมโรค และ ภายในสำนักโรคเอดส์ฯ ยุบ งาน National STIs program และกลุ่มพัฒนาพฤติกรรม ต้องไปรวมกับงานอื่นๆ ที่ สำนักโรคเอดส์ฯ ที่ตั้งอยู่ในกระทรวงสาธารณสุข กลุ่มพัฒนาพฤติกรรม ย้ายมาบางส่วน ที่เหลือยังปฏิบัติ งานอยู่ที่กลุ่ม STIs ส่วนแผนงานป้องกันและควบคุมโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระดับประเทศ (National STIs program) ถูกควบรวมกับงานเอดส์ และไม่มีโครงสร้าง งาน National STIs program มาจนถึงปัจจุบัน กลุ่ม STIs จึงเหลือเฉพาะงานบริการ⁽³⁾

ในปี 2561 ได้แต่งตั้งคณะทำงาน พัฒนา ระบบดูแล รักษา ป้องกัน และเฝ้าระวัง โรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ เพื่อเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงาน STIs โดยเฉพาะ แต่ขาดความต่อเนื่องของการดำเนินงาน เนื่องจากผู้รับผิดชอบหลักมีการโยกย้ายงาน⁽¹⁸⁾

2.2) บุคลากร

ข้อค้นพบ 8) จำนวนผู้รับผิดชอบงานโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงอย่างมาก จนสุดท้ายควบ รวมผู้รับผิดชอบกับงานเอดส์

ในอดีตจนถึงปี 2545 มีจำนวนบุคลากร ที่รับผิดชอบ National STIs Program จำนวน 27 อัตรา รับผิดชอบ 6 งาน และลดลงเรื่อย ๆ โดยในปี 2553 เหลือจำนวนบุคลากร 14 อัตรา รับผิดชอบ 2 งาน (กลุ่มงานสนับสนุนฯ กลุ่มพัฒนารูปแบบการควบคุม โรค) และ กลุ่มพัฒนาพฤติกรรม 6 อัตรา

ปี 2555 เกิดการปรับโครงสร้างกรมควบคุม โรค และภายในสำนักโรคเอดส์ฯ งาน National STIs program ต้องไปรวมกับงานอื่นๆของสำนักโรคเอดส์ฯ โดยกลุ่มงานสนับสนุนฯ ควบรวมกับกลุ่มยุทธศาสตร์ กลุ่มพัฒนารูปแบบการควบคุมโรค ควบรวมกับ

กลุ่มป้องกันโรคเอดส์ ส่วนกลุ่มพัฒนาพฤติกรรม ย้ายมาเฉพาะนักสังคมสงเคราะห์ 1 คน คงเหลือนักวิชาการควบคุมโรค 2 คน และเจ้าพนักงานควบคุมโรค 3 คนที่ยังปฏิบัติงานอยู่ที่กลุ่ม STIs ภายหลังตำแหน่งเจ้าพนักงานควบคุมโรคทั้ง 3 อัตรา ไม่มีในโครงสร้าง เพราะเป็นตำแหน่งที่มาช่วยราชการ

ข้อค้นพบ 9) ในปัจจุบันนักวิชาการสาธารณสุขที่ช่วยงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีจำนวนและประสบการณ์ทำงานน้อย

ข้อมูลจากงานการเจ้าหน้าที่ กองโรคเอดส์พบว่าปัจจุบันมีจำนวนนักวิชาการสาธารณสุขทั้งสิ้น 40 คน มีคนที่อายุงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จำนวน 26 คน คิดเป็นร้อยละ 65 และผู้ที่มีอายุงานมากกว่า 5 ปี ร้อยละ 35 คิดเป็นสัดส่วน 2 : 1 ซึ่งในจำนวน 40 คน มีนักวิชาการสาธารณสุขของกลุ่ม STIs 2 คน เป็นผู้มีประสบการณ์ทำงานน้อย โดยมีอายุงานนับถึงเดือนสิงหาคม 2563 เพียง 1 ปี 9 เดือน และ 1 ปี 5 เดือน

ข้อค้นพบ 10) มีความพยายามสร้างความเข้มแข็ง ให้แก่ งานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ไม่ต่อเนื่อง

ในปี 2561 ผู้บริหารกรมควบคุมโรคให้ความสำคัญกับการดำเนินงานป้องกันควบคุม STIs ได้แต่งตั้งผู้รับผิดชอบหลักและคณะทำงาน พัฒนาระบบดูแลรักษาป้องกัน และเฝ้าระวัง STIs เพื่อเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงาน STIs โดยเฉพาะ มีการกำหนดแผนงานพัฒนาระบบบริการควบคุม ป้องกันและดูแลรักษา STIs อย่างชัดเจน

ปี 2562 เพียงปีเดียว สามารถระบุช่องว่างการดำเนินงาน ทราบปัญหา อุปสรรค ตลอดจนวางแผนแก้ไขการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม เช่น ประเมินความพร้อมของหน่วยบริการ พัฒนาระบบติดตามการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มเสี่ยงลงพื้นที่ตรวจสอบข้อมูลการรายงานซิฟิลิสแต่กำเนิด บูรณาการงานสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV & STIs literacy) ⁽¹⁸⁾ แต่ทว่าคณะทำงานดำเนินงานได้เพียงหนึ่งปี เนื่องจาก

หัวหน้าทีม ได้รับการแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่งสูงขึ้นและไปรับราชการที่หน่วยงานอื่น

2.3) งบประมาณ

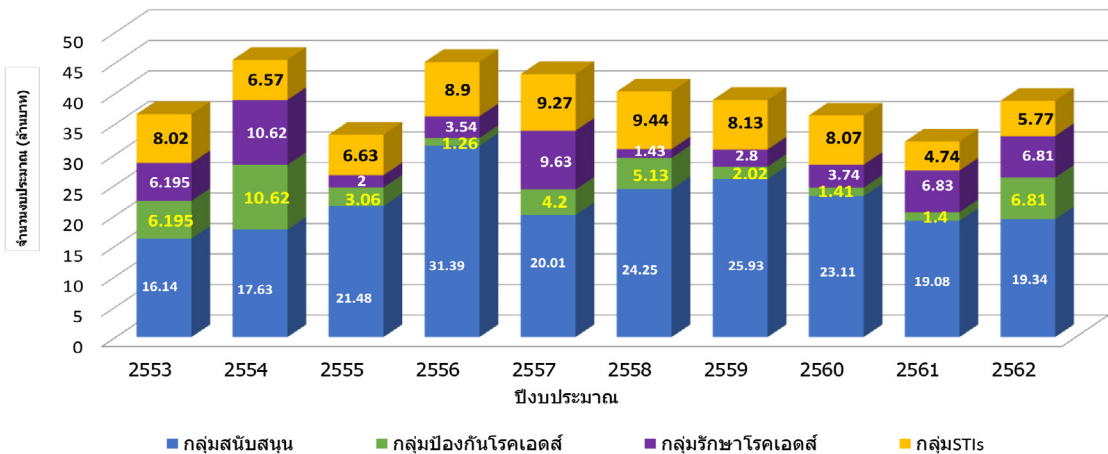
ข้อค้นพบ 11) ปี 2557-2561 เงินงบประมาณที่ได้รับในภาพรวมลดลง

เงินงบประมาณที่ได้รับจัดสรรในภาพรวมลดลงตั้งแต่ปี 2557-2561 จาก 43.11-32.05 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 25.65 เงินงบประมาณที่กลุ่ม STIs ได้รับลดลงปี 2559-2561 เท่ากับ 8.13 - 4.74 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 41.69 ตั้งแต่ปี 2555 งานป้องกัน STIs ได้ควบรวมกับงานป้องกันโรคเอดส์ งบประมาณที่กลุ่มป้องกันโรคเอดส์ได้รับจึงใช้สำหรับป้องกันควบคุม STIs ด้วย งบประมาณที่กลุ่มป้องกันโรคเอดส์ได้รับลดลง ตั้งแต่ปี 2559-2561 เท่ากับ 2.02 - 1.4 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 30.69 (แผนภูมิที่ 1)

ข้อค้นพบ 12) เงินนอกงบประมาณมีแนวโน้มลดลง

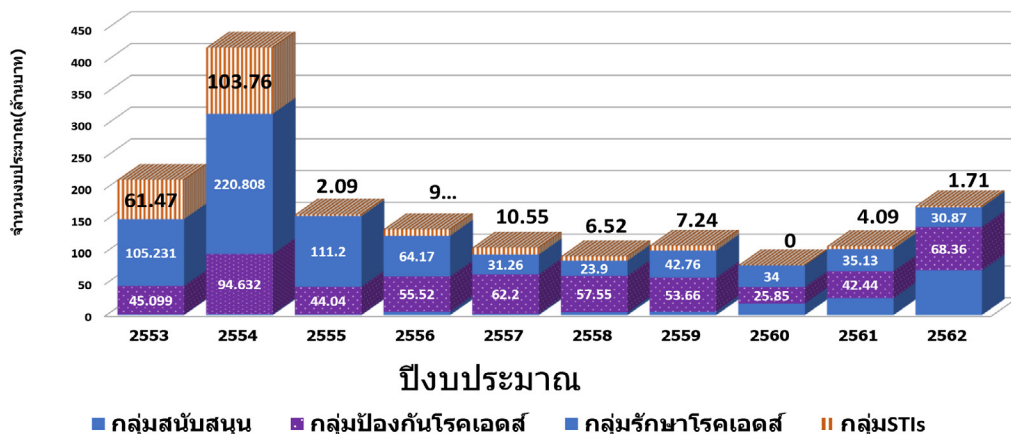
เงินนอกงบประมาณ ในภาพรวมมีแนวโน้มลดลง ตั้งแต่ปี 2555-2558 เท่ากับ 158-92.26 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 41.60 เงินนอกงบประมาณได้รับสนับสนุนจากกองทุนโลก (Global Fund : GF) มากที่สุด ลำดับที่ 2 ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุข (Thailand MoPH-US CDC Collaboration: TUC) ลำดับที่ 3 สปสช. ร้อยละ 46.18 35.79 และ 11.12 ตามลำดับ GF เริ่มลดจำนวนสนับสนุน ตั้งแต่ ปี 2555-2558 เท่ากับ 98.32, 69.62, 52.31 และ 22.46 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 77.15 ทำให้งบประมาณในภาพรวมลดลงมาก ส่วน TUC ให้การสนับสนุนเพิ่มขึ้น ตั้งแต่ปี 2555-2559 เท่ากับ 20.85, 24.82, 27.93, 44.38 และ 49.21 ล้านบาท เพิ่มขึ้น 1.3 เท่าตัว งบประมาณจาก สปสช. ลดจำนวนสนับสนุนตั้งแต่ ปี 2556-2559 และไม่มีการสนับสนุนอีกเลย กลุ่มป้องกันโรคเอดส์ได้รับงบประมาณลดลงตั้งแต่ ปี 2557-2560 เท่ากับ 62.2 - 25.85 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 58.44 กลุ่ม STIs ได้รับลดลงตั้งแต่ปี 2557-2562 เท่ากับ 10.55 - 1.71 ล้านบาท ลดลงร้อยละ 83.79 (แผนภูมิที่ 2)

แผนภูมิที่ 1 เงินงบประมาณกองโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2553-2562 จำแนกรายกลุ่ม



ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานกองโรคเอดส์ ปี 2553-2562

แผนภูมิที่ 2 เงินงบประมาณกองโรคเอดส์ ปี พ.ศ. 2553-2562 จำแนกรายกลุ่ม



ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานกองโรคเอดส์ ปี 2553-2562

ข้อค้นพบ 13) การป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มเยาวชนไม่สามารถดำเนินได้ครอบคลุมพื้นที่ทั่วประเทศ

ข้อมูลจากรายงานผลการดำเนินงานของกองโรคเอดส์ กลุ่ม STIs งบประมาณที่ได้รับส่วนใหญ่

สำหรับงานบริการ และการพัฒนาคุณภาพสถานบริการสาธารณสุข ส่วนงบประมาณที่กลุ่มป้องกันโรคเอดส์ได้รับใช้สำหรับการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มเยาวชนมีการดำเนินงานต่อเนื่องตั้งแต่ ปี 2558-2562 เป็นการทำงานในชุมชน งบประมาณได้รับไม่มาก จึงทำการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานในพื้นที่นำร่อง

1-2 จังหวัด เช่น ปี 2559 ทำในพื้นที่ อุตรธานี และ
จะเชิงเทราปี 2560 ทำที่พระนครศรีอยุธยา นครศรีธรรมราช
เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์บุคลากรของกองโรคเอดส์ฯ
พบว่า การทำงานข้างต้นมีการติดตามประเมินผลในช่วง
ปลายปี มีการเชิญ สคร. และ สสจ. เป็นทีมร่วมการติดตาม
โดยให้หน่วยงานที่เป็นกลุ่มเป้าหมาย สรุปการทำงานของ
แต่ละหน่วยงาน เพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้ซึ่งกันและกัน
สรุปบทเรียนและข้อเสนอแนะในการทำงานในปีถัดไป
โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “มีติดตาม เอา สคร. สสจ.
ไปด้วย” “ปลายปี สรุปของพื้นที่ เพราะแต่ละที่ เช่น
นครศรีฯ ทำกับหลาย อบต. 4 แห่ง จัดประชุม เพื่อให้
อบต.มาแลกเปลี่ยนกัน ว่าแต่ละ อบต. ทำอะไรกับวัยรุ่น
ในพื้นที่” “แล้วจัดประชุมสรุปบทเรียนกัน เพื่อที่จะ
ถ่ายทอดองค์ความรู้ แลกเปลี่ยนปัญหาอุปสรรค ข้อเสนอ
แนะในการทำงานต่อไป”

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ บุคลากรของกอง
โรคเอดส์ฯ พบว่า มีการถ่ายทอดความรู้โดยการจัด
ประชุมโดยเชิญกลุ่มเป้าหมายได้แก่ อบต. วัยรุ่น เนื้อหา
การถ่ายทอดความรู้ เกี่ยวกับการทำงานของกรมอนามัย
กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค โดยมีเนื้อหาการ
สัมภาษณ์ “ถ่ายทอดฯ ผ่านการประชุม สรุป บทเรียน
แลกเปลี่ยนเรียนรู้กัน” “ให้ความรู้ 2 วัน จัดประชุมแล้ว
เชิญกลุ่มเป้าหมาย เชิญ อบต. เชิญวัยรุ่นด้วย เชิญ
กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค ลงไป
ให้รายละเอียดการทำงานของ 3 กรมให้กับพื้นที่”

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ บุคลากรของกอง
โรคเอดส์ฯ พบว่า ก่อนการเริ่มดำเนินงานจะมีการประชุม
จัดทำกรอบแนวคิดในการทำงานร่วมกันก่อน แล้ว สคร.
จะเลือกพื้นที่ เช่น สคร. ที่ 11 เลือก โรงพยาบาลปากพนัง
รพ.ก็จะไปเลือกพื้นที่ที่มีปัญหาเรื่องวัยรุ่นเป็นพื้นที่
ดำเนินงาน ซึ่งพื้นที่ที่ถูกเลือกจะร่วมกันออกแบบ
กิจกรรมการดำเนินงานเองเพื่อจะได้มีความยั่งยืนใน
การดำเนินงาน โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “เหมือน
มีประชุมทำกรอบด้วยกันก่อน ทำกรอบแนวคิดใน
การทำงาน แล้วเค้าไปเลือกพื้นที่ ออกแบบกิจกรรม สร้าง

ทีมงานในพื้นที่เอง จะได้มีความยั่งยืน” “สคร. เป็นคน
เลือกพื้นที่ เป็น รพ.ปากพนัง ๆ ก็ไปเลือกท้องถิ่นที่เป็น
ปัญหา เลือกลง อบต.ไหนที่เยาวชนมีปัญหาบ้าง เลือกลงมา 4
อบต. แล้วเขาไปทำกิจกรรมเชิงรุกให้ความรู้ในพื้นที่เขาเอง”

ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ บุคลากรของกองโรค
เอดส์ฯ พบว่า ช่วง ปี 2557-2559 กระทรวงสาธารณสุข
มีนโยบายการดำเนินงานในกลุ่มวัยต่าง ๆ และให้มีการ
บูรณาการระหว่างกรมที่เกี่ยวข้อง กลุ่มวัยรุ่น
รับผิดชอบโดยกรมควบคุมโรค กรมอนามัย และ
กรมสุขภาพจิต มีการจัดทำแผนบูรณาการทำงานร่วมกัน
ได้รับงบประมาณสนับสนุนแต่จำนวนไม่มาก จึงทำได้
เพียง 4 จังหวัด โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “เรื่องวัยรุ่น
เราทำแผนบูรณาการขึ้นไปมีงบกระทรวงมาช่วย สนับสนุน
แต่ไม่มาก งบฯ ในภาพกรมเป็นล้าน แบ่ง เอดส์
แอลกอฮอล์ บุหรี่ ภาพกรมมี 3 กอง เราได้ประมาณ 8-9
แสนบาท ทดลองแค่ 4 พื้นที่ มี นครศรีธรรมราช
อุตรธานี จะเชิงเทรา อยุธยา” (แผนภูมิที่ 3)

ข้อค้นพบ 14) การดำเนินงานไม่ต่อเนื่องใน
บางกลุ่มเป้าหมาย

เงินงบประมาณ ข้อมูลจากรายงานผลการ
ดำเนินงานของกองโรคเอดส์ฯ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์
กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) ดำเนินการ ปี
2556-2557 เป็นการจัดทำมาตรฐานการดำเนินงาน
กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ดำเนินงาน ปี 2555
และ 2558 เป็นการพัฒนาศักยภาพของเครือข่ายการ
ทำงานในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการดูแล
รักษาในกลุ่มพนักงานบริการหญิง กลุ่มผู้ต้องขังดำเนิน
งาน ปี 2557-2558 เป็นการติดตามความก้าวหน้าของ
การนำแนวปฏิบัติการเฝ้าระวังป้องกันควบคุมโรค และ
ภัยสุขภาพในเรือนจำไปใช้ และคัดกรองการติดเชื้อ HIV
และ STIs และปี 2562 เป็นการคัดกรอง STIs การ
ติดเชื้อ HIV และไวรัสตับอักเสบบี การส่งเสริมการใช้
ถุงยางอนามัยดำเนินงาน ปี 2555 และ 2559 (แผนภูมิ
ที่ 3)

ข้อค้นพบ 15) เงินนอกงบประมาณที่ได้รับ
เพื่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มวัยรุ่น

ลดลง ทั้งกลุ่มเป้าหมายอื่นได้รับบาดเจ็บงานไม่ต่อเนื่อง

เงินนอกงบประมาณ ปี 2553-2557 เป็นงบประมาณสำหรับการป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มเป้าหมายต่างๆ โดยเฉพาะกลุ่มเยาวชน เพื่อขับเคลื่อนงานในสถานศึกษา การจัดระบบบริการสุขภาพทางเพศที่เป็นมิตรสำหรับเยาวชน กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) งบที่ได้รับมีแนวโน้มลดลงและไม่มีงบประมาณดำเนินงานอีกเลยตั้งแต่ปี 2558-2562 เนื่องจากแหล่งทุนเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายที่ให้การสนับสนุน เป็นกลุ่ม key population ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) พนักงานบริการชาย (MSW) พนักงานบริการหญิง (FSW) และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (PWID) และมีการดำเนินงานในกลุ่มอื่น ๆ แต่ไม่ต่อเนื่อง เช่น กลุ่มผู้ต้องขังดำเนินงานปี 2555 กลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW) ดำเนินงานปี 2557 และการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ดำเนินงาน ปี 2556-2559 (แผนภูมิที่ 4)

จากการสัมภาษณ์ บุคลากรของกองโรคเอดส์พบว่า การป้องกันควบคุมโรคในกลุ่มวัยรุ่นได้รับการสนับสนุน งบประมาณจากองค์กรต่างประเทศช่วงปี 2548-2552 แต่หลังจากนั้นไม่ได้รับการสนับสนุนเนื่องจากขณะนั้นกลุ่ม key population มีอัตราการติดเชื้อสูง แหล่งงบประมาณจากองค์กรต่างประเทศจึงเปลี่ยนกลุ่มเป้าหมายในการสนับสนุนเป็นกลุ่ม key population โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “ได้จบนอกทำงานวัยรุ่น ประมาณปี 2548-2552 งบประมาณ 5 ปี เหตุผลที่ไม่ทำกับกลุ่มวัยรุ่น ตอนนั้นกระแสเรื่อง key pop. อัตราการติดเชื้อ ค่อนข้างสูง เขาเหวี่ยงทั้งหมดไปทำกลุ่มนั้นในช่วง 5 ปีหลัง จึงไม่มีการจัดกิจกรรมกับกลุ่มวัยรุ่น”

ข้อค้นพบ 16) การป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ เปลี่ยนนโยบายการดำเนินงาน

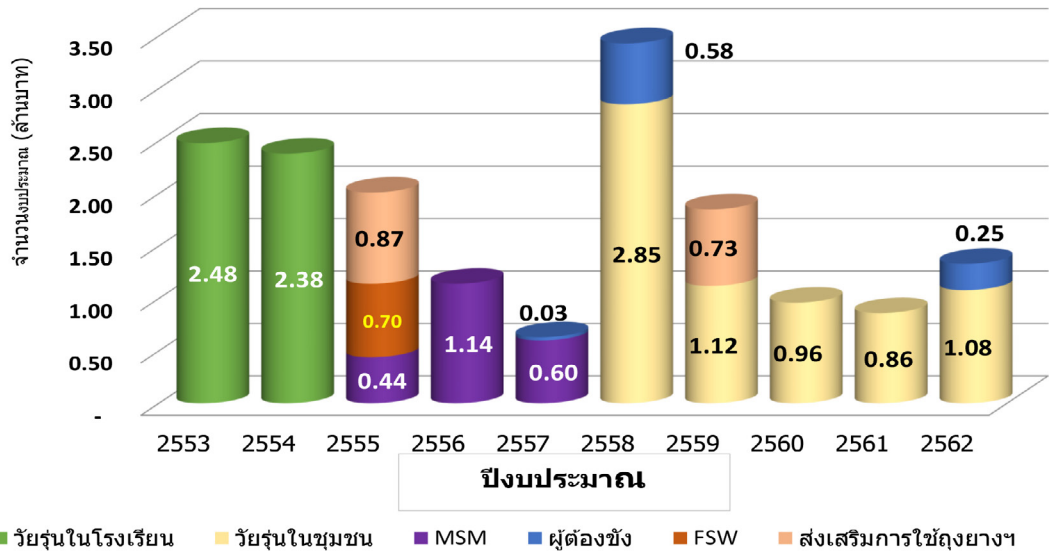
เงินนอกงบประมาณ ในปี 2555-2559 เป็นการดำเนินงาน การรักษาเสมือนการป้องกัน (Treatment as Prevention: TasP) ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และพนักงานบริการหญิงอิสระ และ

ปี 2560-2562 ดำเนินงานเรื่อง การป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) (แผนภูมิที่ 4)

การทำงานป้องกันโรคเอดส์ ปรับแนวทางการดำเนินงานเป็น 1) การรักษาเสมือนการป้องกัน (Treatment as Prevention: TasP) เนื่องจากการสร้างตัวแบบเชิงคณิตศาสตร์ (Mathematical model) สำหรับประเทศไทย พบว่า การเพิ่มการเข้าถึงการตรวจเลือดให้ได้ถึง ร้อยละ 90 ในกลุ่มประชากรสำคัญได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) พนักงานบริการ (SW) และผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด (PWID) ร่วมกับการให้ยาต้านเอชไอวีทันทีแก่ผู้ติดเชื้อในกลุ่มประชากรนี้ โดยไม่คำนึงถึง CD4 จะช่วยให้ประเทศไทยสามารถลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ลงไปได้ถึง 2 ใน 3 จากที่คาดประมาณไว้ ซึ่งการดำเนินงานที่สำคัญของการรักษาเสมือนการป้องกัน (TasP) ได้แก่ 1) การส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อทำให้ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองโดยเร็วให้มากที่สุด 2) การเริ่มยาต้านเอชไอวี ให้กับผู้ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทยได้มีนโยบายให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านเอชไอวีได้ทันทีเมื่อมีการตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2557⁽¹⁹⁾

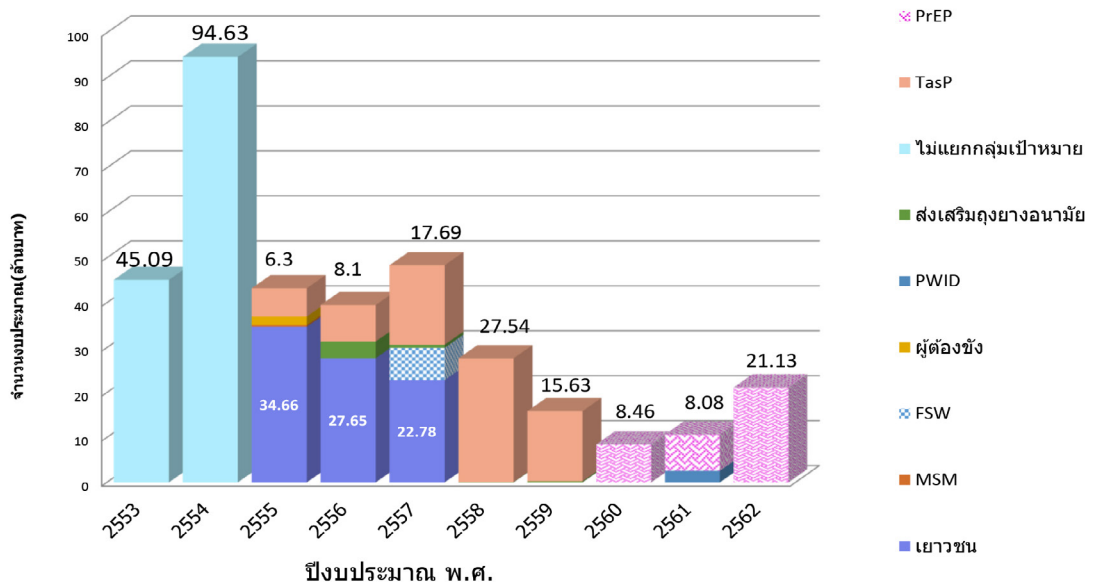
2) การป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis: PrEP) มีหลักฐานว่ามีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรต่างๆ โดยการกินยา TDF/FTC ทุกวันสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ร้อยละ 44 ในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) (iPrEx) ร้อยละ 63 ในชายและหญิงรักต่างเพศ (TDF2) เป็นต้น ในประเทศไทยยังเป็นโครงการวิจัย และโครงการนำร่อง เพื่อผลักดันเข้าสู่นโยบายต่อไป PrEP เหมาะกับผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มีคู่นอนหลายคนที่ไม่ยอมใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ชายหรือหญิงที่ทำงานบริการทางเพศ เป็นต้น⁽¹⁹⁾

แผนภูมิที่ 3 เงินงบประมาณ ที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์และSTIs จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย



ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานของกองโรคเอดส์ ปี 2553-2562

แผนภูมิที่ 4 เงินนอกงบประมาณ ที่ใช้ในการป้องกันควบคุมโรคเอดส์และ STIs จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย และกิจกรรม



ที่มา : รายงานผลการดำเนินงานของกองโรคเอดส์ ปี 2553-2562

TasP หมายถึง Treatment as Prevention (การรักษาเสมือนการป้องกัน)

PrEP หมายถึง Pre-Exposure Prophylaxis (การป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส)

2.4) นโยบาย/แผน

1. ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ.2560-2564

ข้อค้นพบ 17) แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่เข้มแข็ง

กรมควบคุมโรคก็ได้มีนโยบายการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค จึงได้มีการวิเคราะห์ความเข้มแข็งของการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบอุปสรรคของการดำเนินงาน เช่น 1) ไม่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะในการดำเนินงาน และการทำงานไม่ต่อเนื่อง ไม่มีการทำงานเชิงกลยุทธ์ 2) ไม่มีนวัตกรรมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานด้านต่าง ๆ 3) ไม่มีการติดตามประเมินผลเชิงยุทธศาสตร์ และ 4) งบประมาณไม่เพียงพอ⁽²⁰⁾

การประเมินความเข้มแข็งของแผนงานควบคุมโรคประจำปี 2560 ของ สคร. แห่งหนึ่ง พบว่า ผลการประเมินแผนงานควบคุมโรค มีคะแนนต่ำสุด 3 อันดับแรกได้แก่ แผนงานควบคุมโรคเรื้อน (21.00 คะแนน) แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (21.00 คะแนน) และแผนงานควบคุมโรคตับอักเสบบีจากไวรัส (28.50 คะแนน) เสนอให้สร้างความเข้มแข็ง ตั้งแต่กำหนดยุทธศาสตร์ การบริหารจัดการ ควบคุมป้องกันโรค พัฒนาระบบข้อมูล มีโครงสร้างและบทบาทหน้าที่ บุคลากรที่เกี่ยวข้อง พัฒนาศักยภาพบุคลากร พร้อมทั้งมีงบประมาณที่เหมาะสมและต่อเนื่อง⁽²¹⁾

ข้อค้นพบ 18) ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังไม่มีการนำไปใช้

ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 เป็นเพียงแผนยุทธศาสตร์กว้าง ๆ ยังไม่ได้มีการกำหนดแผนปฏิบัติการ (Operational plan) กิจกรรมการดำเนินงานไม่ได้กำหนดกลุ่มเป้าหมายที่จะดำเนินงาน และยังไม่มีความชัดเจนในการดำเนินงานที่กำหนดไว้อย่างชัดเจน กองโรคเอดส์ยังไม่ได้ นำแผนยุทธศาสตร์ดังกล่าวมาใช้ในการกำหนดโครงการ และงบประมาณเพื่อดำเนินงาน เพียงแต่นำเป้าหมายลดโรคมาเป็นเป้าหมายการดำเนินงาน ส่วนมาตรการ

การดำเนินการป้องกันการควบคุมโรค และการพัฒนาคุณภาพระบบบริการ ได้บูรณาการร่วมกับแผนงานเอดส์จากการสัมภาษณ์บุคลากร ของสคร. คนที่ 1 พบว่า สคร. มีการนำยุทธศาสตร์ที่ 5 ของแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาดำเนินงาน ส่วนยุทธศาสตร์ที่ 1, 2 และ 3 สอดคล้องกับยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ จึงบูรณาการงาน STIs และโรคเอดส์ใช้ยุทธศาสตร์เอดส์ในการดำเนินงานของสคร. โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “ยุทธศาสตร์ STIs ทำเรื่องเช็ดชูเกียรติ มาตรการ 5 สาเหตุควรจะมี เพราะ STIs เหมือนถูกทอดทิ้ง คนทำงาน STIs ไม่มีงบฯ ไม่มีคนเห็นผลงาน ดังนั้นต้องทำเวที เช็ดชูเกียรติให้เขา ส่วนข้ออื่น ๆ ก็เหมือนกันกับยุทธศาสตร์เอดส์ มาตรการที่ 1, 2, 3 จะคล้าย ๆ กัน ที่เขตบูรณาการเอดส์ และ STIs เป็นเนื้อเดียว ดังนั้นเลยมาใช้แผนเอดส์เป็นหลัก”

ส่วนที่ 3 ปัจจัยภายนอกองค์กร

3.1) สำนักงานป้องกันควบคุมโรค (สคร.) ที่ 1-12 และ สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง (สปคม.)

จากการสำรวจข้อมูลใน สคร. และ สปคม. จำนวน 13 แห่ง พบว่า ทุกแห่งมีผู้รับผิดชอบงาน STIs สคร. ละ 1-3 คน รวม 27 คน มีประสบการณ์ทำงานน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จำนวน 15 คน คิดเป็นร้อยละ 55.55 ผู้ที่มีประสบการณ์ทำงาน มากกว่า 5 ปี จำนวน 12 คน คิดเป็นร้อยละ 44.44 มีคลินิก STIs ที่ดำเนินการมาต่อเนื่อง จำนวน 6 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 46.1

การดำเนินงานเฉพาะด้าน STIs งบประมาณที่ได้รับเฉลี่ย 125,624 บาท/ปี คิดเป็นร้อยละ 20.29 ของงบประมาณด้านเอดส์และ STIs ที่ สคร. ได้รับ ซึ่งเป็นการดำเนินงาน ประเมินมาตรฐานการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในสถานบริการสาธารณสุข และการพัฒนาศักยภาพในการดำเนินงานดูแลรักษา STIs งาน STIs ที่บูรณาการกับงานอื่น ส่วนใหญ่เป็นงานเอดส์ งบประมาณที่ได้รับเฉลี่ย จำนวน 202,836 บาท/ปี คิดเป็นร้อยละ 22.91 ของงบประมาณด้านเอดส์และ STIs ที่ สคร. ได้รับ

ข้อค้นพบ 19) ผู้มีประสบการณ์ทำงานของ
สคร. สามารถเป็นพี่เลี้ยงช่วยการทำงาน STI ในพื้นที่ได้

จากการสัมภาษณ์บุคลากรของ สคร. พบว่า
ผู้รับผิดชอบงาน STIs ที่มีประสบการณ์ทำงานมานาน
โดยเฉพาะ สคร.ที่มีคลินิกบริการ จะมีความชำนาญ
ทั้งด้านวิชาการและการจัดบริการ มีความเต็มใจที่จะ
ถ่ายทอดประสบการณ์การทำงานให้กับ เจ้าหน้าที่ที่เริ่ม
มารับผิดชอบงาน STIs ทั้งของ สคร. และสถานบริการ
สาธารณสุข โดยมีเนื้อหาการสัมภาษณ์ “ยินดีมากที่จะ
ช่วยน้องสอนพี่ขอให้ถาม พาไปทำงานเชิงรุกด้วย ไม่ใช่
เฉพาะ สคร. นะ รพ. ต่าง ๆ ทั่วประเทศไทยก็ยินดีค่ะ”

3.2) สถานบริการสาธารณสุข

จากการสำรวจข้อมูลในสถานบริการจำนวน
314 แห่ง พบว่ามีเพียง 70 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 22.29
ที่มีการให้บริการเฉพาะ STIs ในสถานบริการที่ไม่มีคลินิก
เฉพาะ การให้บริการ STIs จะถูกจัดบริการเป็นส่วนหนึ่ง
ของผู้ป่วยนอก

ข้อค้นพบ 20) สถานบริการสาธารณสุขควร
จะเปิดคลินิกเฉพาะ ในพื้นที่ท่องเที่ยว หรืออัตราป่วยสูง
จากการสัมภาษณ์บุคลากรของ สคร. คนที่ 2 พบว่า การ
ประเมินมาตรการจัดบริการของสถานบริการสาธารณสุข
โดยใช้ โปรแกรม STI QUAL ที่ผ่านมาไม่ได้กำหนด
ให้สถานบริการทุกแห่งต้องเปิดคลินิกเฉพาะ ซึ่ง สคร.
และ สสจ. จะร่วมให้ความเห็น พิจารณาพื้นที่ที่ควร
มีคลินิกเฉพาะ เช่น พื้นที่ท่องเที่ยวที่มีสถานบริการมาก
หรือมีอัตราป่วยสูง เป็นต้น จึงจะขอให้ดำเนินการ สำหรับ
สถานพยาบาลที่แม้จะไม่มีคลินิกเฉพาะ ก็จำเป็นต้อง
เตรียมบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ตามมาตรฐานที่กำหนด โดยมีเนื้อหาจากการสัมภาษณ์
“การทำ STI QUAL การเปิดคลินิกเราไม่ได้เน้น เราเน้น
แค่ให้เขาเปิดบริการ คือถ้ามีได้ก็โอเค แต่ถ้าไม่ได้
คุณแค่จัดบริการ ให้สอดคล้อง หากใครมีแหล่งเยอะ
ว่าจะเปิดเป็นคลินิกก็ได้ อาจจะเปิดเป็น วัน ครึ่งวัน หรือ
ถ้าไม่เปิด คนเข้ามาในระบบทั่วไป คุณวางระบบอย่างไร
ที่เขาได้รับบริการอะไรประมาณนี้ ว่าต้องครบตามนี้
ว่ามีการติดตามตามนี้ เพราะว่าคงเป็นไม่ได้เพราะตอนนี้

คลินิกก็เยอะ บางทีก็ไม่คุ้ม ที่จะต้องมาเปิดคลินิก
นอกจากพื้นที่ที่มันเยอะจริง ๆ อย่างเช่น ด้านนอกที่เขา
ต้องเปิด สคร. กับ จังหวัด ก็จะมี control อยู่แล้ว ว่าควร
จะเปิด ควรจะมี”

3.3) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.)

ข้อค้นพบ 21) ชุดสิทธิประโยชน์ประชากรไทย
ให้ตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสเฉพาะกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ยัง
พบปัญหาในทางปฏิบัติ

สิทธิประโยชน์การตรวจซิฟิลิสในปัจจุบัน
ข้อมูลจาก คู่มือผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ
ปี 2561 ได้จัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค
ให้กับประชาชนคนไทยอย่างทั่วถึง ทุกกลุ่มวัย ดังนี้
หญิงตั้งครรภ์และหลังคลอด ตรวจเลือดคัดกรอง ซิฟิลิส
เอชไอวี โดยซิฟิลิสตรวจในหญิงตั้งครรภ์ 2 ครั้ง คือ
เมื่อฝากครรภ์ครั้งแรก และเมื่ออายุครรภ์ 28-32 สัปดาห์
ส่วนกลุ่มเด็กเล็ก อายุ 0-5 ปี กลุ่มเด็กโตและวัยรุ่น
อายุ 6-24 ปี กลุ่มอายุ 25-59 ปี กลุ่มผู้สูงอายุ 60 ปีขึ้นไป
ให้ตรวจเลือดคัดกรอง เฉพาะการติดเชื้อเอชไอวี⁽⁴⁾

อย่างไรก็ตาม พบปัญหาในทางปฏิบัติ โดยจาก
การศึกษาของ ศมิษา ต้นประเสริฐ และคณะ ทำการศึกษา
ภาคตัดขวางเพื่อหาความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิดใน
โรงพยาบาลภาครัฐและเอกชน 123 แห่ง ทั่วประเทศ
รายงานอุปสรรคในการดำเนินงานที่พบบ่อย คือ
การติดตามสามีมาตรวจซิฟิลิสได้ลำบาก สามีอยู่
ต่างจังหวัด สามีไปรักษาที่สถานพยาบาลอื่นทำให้ข้อมูล
ไม่สมบูรณ์ เป็นต้น⁽²²⁾

3.4) กรมอนามัย

ประเทศไทยมีนโยบายส่งเสริมบริการสุขภาพที่
เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนมาตั้งแต่ปี 2540 เพื่อ
ให้บริการแก่ วัยรุ่นและเยาวชนอายุ 10-24 ปี ปัจจุบัน
มีโรงพยาบาลสังกัดสำนักปลัดกระทรวงสาธารณสุข จัด
ตั้งแล้ว 875 แห่ง ปี 2556 มีการพัฒนาและปรับใช้
มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและ
เยาวชน (Youth Friendly Health Services: YFHS)⁽²³⁾

ข้อค้นพบ 22) วัยรุ่นส่วนใหญ่ยังเข้าไม่ถึงบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน

ในปี 2562 กรมอนามัย มอบให้ วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ประเมินผลการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในประเทศไทย ข้อค้นพบที่สำคัญ ได้แก่ “ความรู้ด้านสุขภาพของวัยรุ่น” และยังขาด “การมีส่วนร่วมของวัยรุ่น” ในระดับที่เพียงพอ วัยรุ่นยังไม่ค่อยรู้จักบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับ วัยรุ่นและเยาวชน โดยร้อยละ 44 ของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินไม่เคยมารู้จักบริการดังกล่าว วัยรุ่นที่ไม่ได้อยู่ในโรงเรียนมีความตระหนักเกี่ยวกับบริการดังกล่าวมากกว่าวัยรุ่นที่อยู่ในโรงเรียน บริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนยังไม่เป็นที่นิยมของวัยรุ่น โดยวัยรุ่นที่เคยใช้บริการมีสัดส่วนเพียงร้อยละ 27 ของกลุ่มตัวอย่างในการประเมินทั้งหมด⁽²³⁾

3.5) กรมสุขภาพจิต

ข้อค้นพบ 23) การดำเนินงานยังไม่ส่งผลต่อการลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น

นโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2557–2559 วัยรุ่น-วัยรุ่น เน้นการพัฒนาความฉลาดทางอารมณ์ (EQ) การพัฒนาทักษะชีวิต และการป้องกัน ปัญหาในการเรียนและพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆ โดย ดำเนินงานเสริมสร้างภูมิคุ้มกันทางจิตในศูนย์เพื่อนใจวัยรุ่น TO BE NUMBER ONE พัฒนาโปรแกรมการเฝ้าระวังปัญหา IQ-EQ ในเด็กวัยรุ่นที่เหมาะสมกับการดำเนินงาน ในชุมชน/ท้องถิ่น และพัฒนาโปรแกรมทักษะชีวิต สำหรับวัยรุ่น รวมทั้ง พัฒนาศูนย์ให้การดูแลทางสังคม จิตใจ (Psychosocial clinic) ที่เชื่อมโยงกับระบบดูแลช่วยเหลือนักเรียนในโรงเรียน เพื่อให้เด็กในวัยรุ่น-วัยรุ่น ที่มีปัญหาสุขภาพจิตและปัญหาการเรียน (เช่น ปัญหาความรุนแรง พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การติดสารเสพติด การติดเกม-อบายมุข การตั้งครก ไม่พร้อม โรคสมาธิสั้น โรคออทิสติก ความบกพร่องทางการเรียนรู้ ความบกพร่องทางสติปัญญา ฯลฯ) ได้รับการดูแล/เข้ารับการรักษาในระบบบริการ

สาธารณสุข สนับสนุนเครื่องมือ องค์ความรู้ เพื่อใช้ในการพัฒนาศักยภาพบุคลากรสาธารณสุข บุคลากรทางการศึกษา และเครือข่ายที่ปฏิบัติงานกับวัยรุ่น^(24–25)

3.6) สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร

ข้อค้นพบ 24) สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร มีหน่วยงานคล้ายคลึงกับกองโรคเอดส์ ดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยกำหนดโครงสร้างแยกหน่วยงานสนับสนุนด้านวิชาการ และหน่วยงานให้บริการออกจากกันชัดเจน

สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร มีการแบ่งส่วนราชการ ประกอบด้วย ศูนย์บริการสาธารณสุข 69 แห่ง ครอบคลุมพื้นที่กรุงเทพมหานคร ทำหน้าที่ให้บริการด้านการส่งเสริม ป้องกัน รักษา และฟื้นฟูสมรรถภาพ⁽²⁶⁾ อย่างไรก็ตามมีศูนย์บริการฯ เพียง 9 แห่ง หรือร้อยละ 13 ของจำนวนศูนย์บริการฯ ทั้งหมด ที่จัดให้มีบริการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ศูนย์บริการฯ 3, 4, 9, 21, 23, 25, 28, 29 และ 43 โดยเปิดให้บริการทุกวัน เวลา 8.00–12.00 น.⁽²⁷⁾

นอกจากศูนย์บริการฯ แล้ว ยังมีหน่วยงานระดับกองและสำนักงานจำนวน 13 หน่วยงาน ทำหน้าที่สนับสนุนด้านวิชาการแก่ศูนย์บริการสาธารณสุข รวมการวิจัยประเมินผล และหารูปแบบการพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพของประชาชน โดยมีกลุ่มงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (อัตรากำลัง 6 คน) ภายใต้ออกควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำหน้าที่ศึกษา วิเคราะห์ วิจัย ด้านการรักษา ป้องกัน และควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กำหนดมาตรฐานการควบคุมโรค พัฒนาวิชาการเทคโนโลยี และบริการเกี่ยวกับการป้องกันและควบคุมโรค นิเทศ ติดตามและประเมินผลการปฏิบัติงาน^(26, 28)

สรุปและวิจารณ์

ผลการทบทวนวรรณกรรมจากแหล่งข้อมูลต่างๆ ในแง่ของอัตราป่วยระยะ 10 ปีที่ผ่านมา แสดงให้เห็นอัตราป่วยที่สูงขึ้นและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง สรุปได้ว่าการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อ

ทางเพศสัมพันธ์ มีผลสัมฤทธิ์การดำเนินงานต่ำ จากที่พบอัตราป่วยในวัยรุ่นมากขึ้น แสดงให้เห็นความล้มเหลวของการให้ความรู้แก่เยาวชน ถึงแม้มีการให้สุขศึกษาในโรงเรียน มีหน่วยงานในกระทรวงสาธารณสุขร่วมดำเนินการให้ความรู้ส่งเสริมสุขภาพ ในกลุ่มเยาวชนและวัยรุ่นแล้วก็ตาม ยังไม่ทำให้พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศลดลง ยังคงเห็นความรู้ ทักษะที่ผิด เช่น หากมีเพศสัมพันธ์กับคู่อีกหรือแฟนแล้วไม่จำเป็นต้องสวมถุงยางอนามัย

ปัญหาที่กำลังจะตามมาและเป็นระเบิดเวลาลูกใหญ่นั้นคือ การป่วยโรคซิฟิลิสในผู้สูงอายุ พบว่าผู้สูงอายุมากกว่าครึ่งมารับการรักษาเมื่อมีอาการแสดง และตรวจพบเป็นซิฟิลิสระยะท้าย ก่อปรกับประเทศไทยเข้าสู่สังคมผู้สูงอายุ จะทำให้พบจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสระยะท้ายมากขึ้นเรื่อยๆ ซึ่งอวัยวะภายในถูกทำลายแล้วเสี่ยงต่อการพิการและเสียชีวิต ส่งผลกระทบต่อครอบครัวและสังคมโดยรวม ซึ่งการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเพื่อลดจำนวนผู้ป่วยซิฟิลิสระยะท้าย ไม่ควรมุ่งเน้นมาตรการไปที่ผู้สูงอายุอย่างเดียว แต่ต้องรวมถึงการนำผู้ติดเชื้อระยะแฝง นั่นคือ กลุ่มวัยทำงาน เข้ารับการตรวจเพื่อรักษาเน้น ๆ

เมื่อพิจารณาปัจจัยตั้งแต่อดีตถึงปัจจุบัน จะพบปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการดำเนินงาน ได้แก่ 1) การให้ความสำคัญต่อการป้องกันควบคุม STIs ลดลงเป็นลำดับ จากในอดีตที่เคยมีโครงสร้างการทำงานที่ชัดเจนมาก มีผู้รับผิดชอบงานชัดเจน ถูกลดการสนับสนุนลงเนื่องจากสถานการณ์โรคที่ดีขึ้น พบผู้ป่วยน้อยลง ดังจะเห็นว่ามีการปรับบทบาท ถ่ายโอนงานยุบหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และควรวางงาน STIs เข้ากับงานเอดส์ในที่สุด ประกอบกับ 2) ผู้มารับช่วงต่อมีอายุและประสบการณ์น้อย การถ่ายทอดงานให้มีความสำคัญกับโรคเอดส์มากกว่า STIs ทำให้ผู้รับผิดชอบงานไม่มีความรู้ ความมั่นใจในการสนับสนุนวิชาการด้าน STIs ให้กับหน่วยงานอื่นได้อย่างมีประสิทธิภาพ 3) งบประมาณสนับสนุนจากราชการและงบประมาณโดยรวมลดลง ทำให้การดำเนินงานไม่ครอบคลุมทุกกลุ่มเป้าหมาย

และขาดความต่อเนื่อง 4) แผนงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่เข้มข้น และยุทธศาสตร์ที่จัดทำไว้แล้ว ยังไม่มีการนำไปใช้จริง เนื่องจากยังไม่ได้กำหนดแผนปฏิบัติการที่มีรายละเอียดกิจกรรม กลุ่มเป้าหมาย และตัวชี้วัดที่ชัดเจน

ปัจจัยส่งเสริมการดำเนินงาน มีอยู่ 2 ประการ ได้แก่ 1) งบประมาณสนับสนุนจากองค์กรต่างประเทศ และหน่วยงานภายนอก อย่างไรก็ตามมีแนวโน้มได้รับสนับสนุนลดลง เมื่อรวมกับงบประมาณจากราชการที่ได้รับลดลงเรื่อย ๆ ส่งผลให้งบประมาณโดยรวมลดลง และ 2) ความเข้มแข็งการดำเนินงาน STIs ของ สคร. ที่ยังมีการให้บริการตรวจรักษา “คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กามโรค)” อยู่ในปัจจุบัน จำนวน 6 แห่ง มีความพร้อมทั้งในแง่โครงสร้าง ความรับผิดชอบอายุและประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงาน

ถึงแม้ประเทศไทยมีปัจจัยเสริมโดยมีนโยบายให้คัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เฉพาะการคัดกรองซิฟิลิส แต่ยังพบช่องว่างการดำเนินงาน โดยสิทธิประโยชน์ให้เฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ ไม่ครอบคลุมคู่สมรส และกลุ่มเสี่ยงสำคัญอื่น ๆ ถึงแม้มีความพยายามขยายสิทธิประโยชน์การคัดกรองให้ครอบคลุมคู่สมรส และกลุ่มเสี่ยงสำคัญ เช่น MSM TG FSW โดยให้คัดกรอง STIs ควบคู่กับการตรวจหาเชื้อ HIV ฟรี อย่างไรก็ตามสิทธิประโยชน์ตามหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าครอบคลุมเฉพาะประชากรไทย ไม่รวมแรงงานต่างด้าว ซึ่งมีอัตราเสี่ยงสูงสุดเมื่อเทียบกับทุกกลุ่มเสี่ยง

ข้อพึงระวังเพิ่มเติม ประเทศไทยมีทางเลือกการป้องกันเอชไอวีโดยให้การรักษาเสมือนการป้องกัน (TasP) และการทานยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัส (PrEP) มาตรการเหล่านี้ถึงแม้จะมีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อ HIV แต่ยังเป็นที่ยกเถียงถึงประโยชน์ในการป้องกัน STIs ดังแสดงในการศึกษา PROUD⁽²⁹⁾ ที่ทำการทดลองทางคลินิกแบบสุ่ม มีผู้เข้าร่วมการศึกษา 544 คน ประมาณครึ่งหนึ่งได้ทานยา PrEP ติดตามเปรียบเทียบกับปฏิบัติการติดเชื้อ HIV และ STIs รายงานว่า

กลุ่มที่ทานยา PrEP มีอุบัติการณ์ติดเชื้อ HIV น้อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทานยา PrEP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.0001$) และรายงานอัตราการติดเชื้อ STIs ในกลุ่มที่ทานยา PrEP สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทานยาอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.27-0.99$) และปรากฏชัดว่า ผู้ทานยา PrEP มีโอกาสถูกติดตามใกล้ชิดและได้ตรวจ STIs บ่อยกว่ากลุ่มที่ไม่ได้ทาน อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานทางวิชาการขัดแย้งกัน โดยการศึกษาเชิงอภิมานของ Kojima N และคณะ⁽³⁰⁾ วิเคราะห์อุบัติการณ์ป่วย STIs ในประชากรที่สนใจคือ MSM จากการศึกษา 14 งาน พบว่ากลุ่มที่ทานยา PrEP มีสัดส่วนอุบัติการณ์ STIs สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ทานยา PrEP อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.001$) ซึ่งต่อมา Harawa NT และคณะ⁽³¹⁾ กล่าวแย้งวิธีการคัดเลือกวรรณกรรมและวิเคราะห์อภิมานของ Kojima N และคณะว่าไม่เหมาะสมและทำการวิเคราะห์อัตราป่วยใหม่ก็ยังพบอัตราป่วย STIs กลุ่มที่ทานยา PrEP สูงกว่ากลุ่มที่ไม่ทานยา PrEP⁽³⁰⁾ อยู่ดี ทั้งนี้ไม่ปรากฏว่ามีการรายงานค่านัยสำคัญทางสถิติ

จึงต้องพึงระวังเป็นอย่างยิ่งในการสื่อสารกับกลุ่มเป้าหมาย PrEP ว่าการใช้ถุงยางอนามัยยังเป็นสิ่งสำคัญที่ต้องปฏิบัติทุกครั้งไม่ว่าจะทานหรือไม่ทานยากก็ตาม เพราะมีประโยชน์ป้องกัน STIs และเพิ่มประสิทธิภาพป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้

การศึกษานี้มีข้อจำกัดบางประการได้แก่ การกำหนดผลสัมฤทธิ์การป้องกัน STIs โดยอ้างอิงจากเป้าหมายระดับประเทศถึงแม้จะทำให้ข้อมูลมีความถูกต้องและครบถ้วนสูง อย่างไรก็ตามอาจไม่สามารถสะท้อนให้เห็นปัญหาที่จำเพาะกับบางกลุ่มอายุกลุ่มความเสี่ยงได้ และยังจำเป็นต้องมีการศึกษาและดำเนินการเพิ่มเติมเพื่อนำไปสู่ การดำเนินการและติดตามยุทธศาสตร์ในระดับชาติ (National strategy implementation and monitoring) ตามกรอบขององค์การอนามัยโลก กำหนดไว้ 4 ด้าน ได้แก่ 1) วิเคราะห์สถานการณ์และจัดลำดับความสำคัญ 2) มีโครงสร้างอย่างเป็นทางการและกฎหมายรองรับ 3) มีแผนการเงิน

การคลังระดับชาติ และ 4) มีกลไกการทำงานร่วมกันระหว่างผู้มีส่วนเกี่ยวข้อง⁽³²⁾ โดยมีข้อเสนอแนะดังนี้ **กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ควรดำเนินการต่อไปนี้**

1. ติดตามสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ โดยกำหนดตัวชี้วัดหลัก 2 โรค ได้แก่ อับัติการณ์ของซิฟิลิส และ หนองใน ทั้งนี้เป็นไปตามข้อเสนอแนะองค์การอนามัยโลก⁽³²⁾ และขอความร่วมมือเชื่อมโยงแหล่งข้อมูลมาตรฐานที่กระจายอยู่ในแต่ละหน่วยงานทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อใช้ประโยชน์ในการติดตามประเมินผลร่วมกันอย่างเป็นระบบ เช่น รายงานเฝ้าระวังโรค รง.506, สถิติการฝากครรภ์และให้กำเนิดทารก, รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก, ข้อมูลการรับบริการรักษาพยาบาล (health data center), สถิติผู้ต้องขังแรงงานต่างด้าว และกลุ่มเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น

2. กำหนดให้มีโครงสร้างแผนงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับประเทศ (National STIs Program) ที่ชัดเจน โดยมีการกำหนดผู้รับผิดชอบหลัก และทีมงาน ระบุตัวชี้วัดที่ชัดเจน

3. ทบทวนแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กำหนดค่าเป้าหมาย จัดลำดับความสำคัญของมาตรการที่จะใช้ พร้อมจัดทำแผนปฏิบัติการควบคู่กับแผนงบประมาณที่มีรายละเอียดกิจกรรมกลุ่มเป้าหมายมุ่งเน้นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง เช่น วัยรุ่นและวัยทำงานโดยผนวกรวมกับการตรวจสุขภาพประจำปี

4. จัดทำข้อเสนอเชิงนโยบายเสนอหน่วยงานที่เกี่ยวข้องทั้งในและนอกกระทรวงสาธารณสุข เพื่อขอสนับสนุนทรัพยากร และวางแผนงานร่วมกันกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง ให้เกิดการขับเคลื่อนงานในทุกระดับ

5. ประสานหน่วยงานที่รับผิดชอบกองทุนประกันสุขภาพคนต่างด้าวและแรงงานต่างด้าว ให้มีการตรวจคัดกรองซิฟิลิสร่วมด้วย

6. ทำงานประสานกับพื้นที่ เช่น สสจ. ในการควบคุม กำกับการให้บริการดูแลรักษา STIs ให้เป็นไปตาม มาตรฐาน

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณท่านผู้ทรงคุณวุฒิ นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข ที่สนับสนุนให้ดำเนินการ ขอคุณ ดร.ภญ.นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร ที่ให้ คำปรึกษาและข้อเสนอแนะ ขอขอบคุณผู้อำนวยการกอง โรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สนับสนุน ให้ดำเนินงาน ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงาน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสำนักงานป้องกัน ควบคุมโรค ที่ 1-12 สถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์ฯ สำนักงานมาย กรุงเทพมหานคร หัวหน้า กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หัวหน้ากลุ่ม กลุ่มพัฒนาความร่วมมือและถ่ายทอดองค์ความรู้ระหว่าง ประเทศ หัวหน้ากลุ่มกลุ่มพัฒนาองค์กร หัวหน้า กลุ่มสื่อสารและสนับสนุนวิชาการ เจ้าหน้าที่กองโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มบางรักโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มเทคโนโลยีระบบข้อมูล งานการ เจ้าหน้าที่กลุ่มพัฒนาและส่งเสริมเทคโนโลยีการป้องกัน กลุ่มสื่อสารและสนับสนุนวิชาการ ที่สนับสนุนข้อมูล ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ กลุ่มนโยบายและแผน ที่สนับสนุน ข้อมูลและสนับสนุนการจัดทำ

เอกสารอ้างอิง

1. สมบัติ ศรีวิจันะ, บรรณาธิการ. การปฏิบัติงาน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ปี พ.ศ. 2552. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2552. หน้า 1-3.
2. กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานเฝ้าระวังโรค 506 [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 12 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/disease.php?dcontent=old&ds=37>

3. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. รายงานผลการดำเนินงาน สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ.2555. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2555. หน้า 1.
4. สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. คู่มือผู้ใช้ สิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้น 10 มิ.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://ebook.dreamnolimit.com/nhso/095/>
5. กรมควบคุมโรค. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทาง การดำเนินงานการเฝ้าระวัง ป้องกัน ควบคุมโรค และภัยสุขภาพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ปี 2549. การประชุม“หลักเกณฑ์การจัดสรรงบประมาณและ ผลการจัดสรรงบประมาณลงสู่จังหวัด” ประจำปี 2549 ของกระทรวงสาธารณสุข; วันที่ 12-14 กันยายน 2548; โรงแรมเดอะแกรนด์, กรุงเทพ มหานคร.
6. รสพร กิตติเยาวมาลย์, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ผดุงชัย พลไชยมาตย์, จิราวรรณ สว่างสุข, ธนพล ฉายประทีป, ชนธิป ไชยเหล็ก. ความจำเป็นและ ความเป็นไปได้ของการขยายสิทธิประโยชน์ตรวจ คัดกรองซิฟิลิสในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่เข้า รับบริการตรวจเอชไอวีต้องขังและแรงงาน ต่างด้าว. เอกสารประกอบการประชุมคณะทำงาน พัฒนาประเภทและขอบเขตบริการสาธารณสุขด้าน บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ครั้งที่ 2/ 2562; 30 กันยายน. 2562; สำนักงานหลักประกัน สุขภาพแห่งชาติ, กรุงเทพมหานคร.
7. Divisions of AIDS and STIs, Ministry of Public Health. Real Time Cohort Monitoring [Internet]. 2019 [cited 2019 Apr 2]. Available from: <https://rtcplus.ddc.moph.go.th/rtcml/>
8. Department of Health, Ministry of Public Health. Perinatal HIV Intervention Monitoring System [Internet]. 2019 [cited 2019 Aug 19]. Available from: <http://pmtct.anamai.moph.go.th/PHIMS>

9. Health Data Center, 2014–2018 [Internet]. Nonthaburi: Thailand Ministry of Public Health; 2019 [cited 2019 Jul 27]. Available from: <https://hdcservice.moph.go.th/hdc>
10. Department of Corrections. Statistics of prisoner in Thailand [Internet]. 2018 [cited 2019 Jul 26]. Available from: <http://www.correct.go.th/stat102/display/result.php?date=2018-03-01>.
11. Foreign Workers Administration Office, Department of Employment. Situation of Migrant Worker [Internet]. 2019 [cited 2019 Jul 26]. Available from: https://www.doe.go.th/prd/assets/upload/files/alien_th/2e6a75ce1eb-cd9bd74b6380ea293742a.pdf.
12. Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. Projections for HIV/AIDS in Thailand. Nonthaburi: Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2019.
13. Strategy and Planning Division. Live births. In: Public Health Statistics AD2017 [Internet]. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2018. p. 145. Available from: bps.moph.go.th/new_bps/sites/default/files/statistics60.pdf
14. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองระบาดวิทยา. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Behavioral Surveillance Survey: BSS) กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ.2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
15. ชัยยศ ยงค์เจริญชัย. ชิฟิลิส : การกลับมาระบาดของอีกครั้ง และกามโรคในไทยพุ่งกระฉูดโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นเหตุนอกจากอัตราการใช้ถุงยางลดลง. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้น 13 พฤษภาคม 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.bbc.com/thai/thailand-48199586>
16. ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually transmitted infections: STI). การอบรมเพื่อสร้างเสริมศักยภาพแก่เจ้าหน้าที่ศูนย์สาธารณสุข กรุงเทพมหานคร; 6 มิถุนายน 2561; โรงแรมฟูราม่า, กรุงเทพมหานคร [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้น 11 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: www.bangkok.go.th>sti>3. STI 6 Jun 2018 FI-NAL MARKED.pdf
17. วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. กามโรค: จากอดีตที่ลือลั่น...สู่ปัจจุบันที่เปลี่ยนแปลง. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 12 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://irem.ddc.moph.go.th/content/detail/245>
18. ลีริพร มนยฤทธิ. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักในเยาวชน ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ.2557–2561 วิเคราะห์ตามกรอบระบบเฝ้าระวังโรค 5 มิติ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2563.
19. สุเมธ องค์กรวัฒนดี, ศศิโสภณ เกียรติบุรณกุล, อัญชลี อวิหิงสานนท์, เอกจิตรา สุขกุล, รังสิมา โล่ห์เลขา. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560: 74, 344– 352
20. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 – 2564. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2559.
21. ดวงใจ ไทยวงษ์, กังสตาล สุวรรณรงค์, สุวัฒนา อ่อนประสงค์. การประเมินความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น ประจำปีงบประมาณ 2560. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น 2560; 26: 58–65

- 22.ศณิษา ตันประเสริฐ, ภาวินี ดั่งเงิน, สมบัติ แทนประเสริฐสุข. ความชุกของซิฟิลิสแต่กำเนิดในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2552. วารสารควบคุมโรค 2556;36:58-66. doi:10.14456/dcj.2013.26.
- 23.กรมอนามัย. WHO, UNFPA, UNICEF. เอกสารสรุปข้อค้นพบจากการศึกษาการพัฒนาคุณภาพบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชนในประเทศไทย. [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [สืบค้น 26 มิ.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/yfhs/no1/Jan2020_final-Policy-Brief-YFHS.pdf
- 24.กรมสุขภาพจิต. นโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2557-2558. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 12 มิ.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/intranet/p2554/policy/>
- 25.กรมสุขภาพจิต. นโยบายกรมสุขภาพจิต ประจำปี 2558-2559. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 12 มิ.ย. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.dmh.go.th/intranet/p2554/policy/>.
- 26.สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. การจัดโครงสร้างการบริหารราชการกรุงเทพมหานคร. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 15 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: http://www.bangkok.go.th/upload/user/00000304/structure/7.health_Update.pdf
- 27.ศูนย์บริการสาธารณสุข ที่มีคลินิกตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ [อินเทอร์เน็ต]. 29 ม.ค. 2559 [สืบค้น 13 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <https://www.lovecaresation.com/>
- 28.สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. ประวัติของสำนักอนามัย. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้น 15 พ.ค. 2563]. แหล่งข้อมูล: <http://203.155.220.238/sdhd/index.php/th/about/aboutscdoh>
- 29.McCormack S, Dunn DT, Desai M, Dolling DI, Gafos M, Gilson R, et al. Pre-exposure prophylaxis to prevent the acquisition of HIV-1 infection (PROUD): Effectiveness results from the pilot phase of a pragmatic open-label randomised trial. Lancet. 2016;387:53-60. doi:10.1016/S0140-6736(15)00056-2.
- 30.Kojima N, Davey DJ, Klausner JD. Pre-exposure prophylaxis for HIV infection and new sexually transmitted infections among men who have sex with men. AIDS. 2016;30:2251-2. doi:10.1097/QAD.0000000000001185.
- 31.Harawa NT, Holloway IW, Leibowitz A, Weiss R, Gildner J, Landovitz RJ, et al. Serious concerns regarding a meta-analysis of preexposure prophylaxis use and STI acquisition. AIDS. 2017;31:739-40. doi:10.1097/QAD.0000000000001386.
- 32.World Health Organization. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021 towards ending STIs. Geneva; 2016.