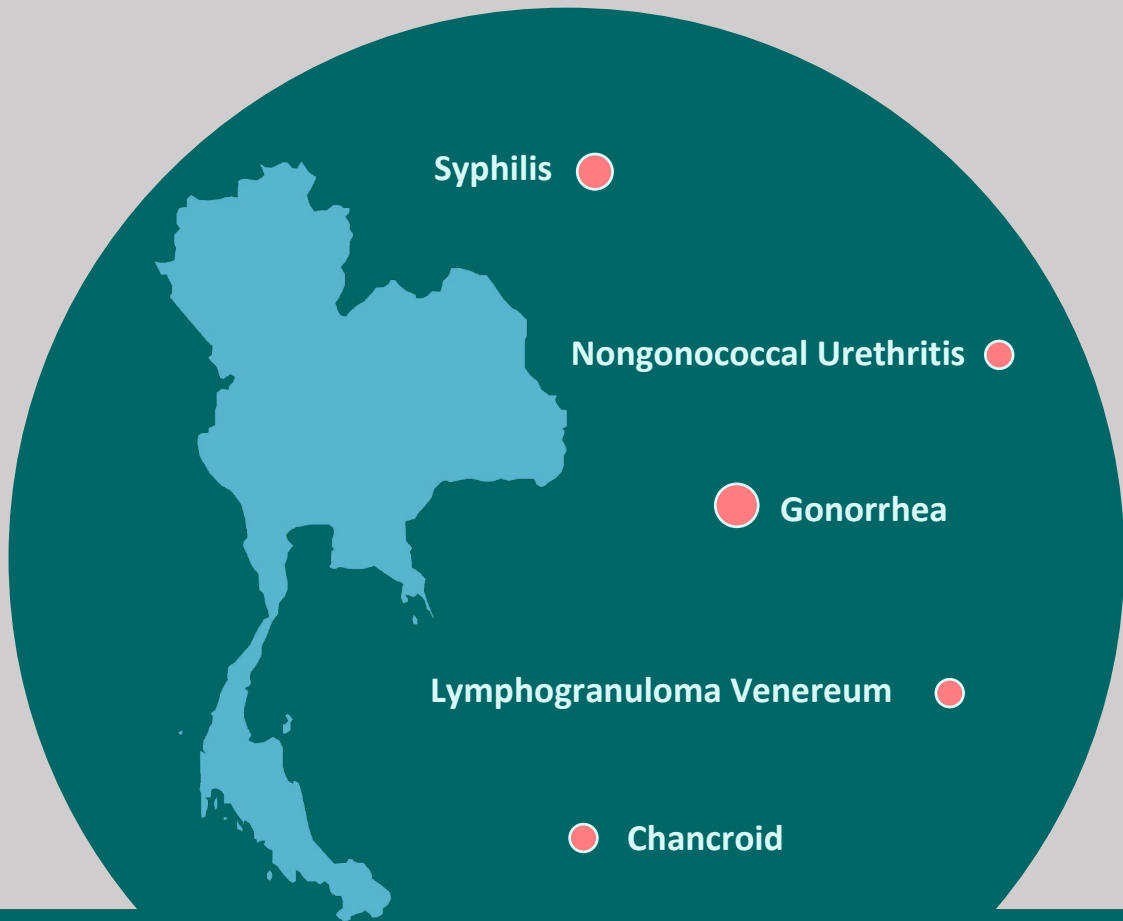




สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในเยาวชน ประเทศไทย

ปีงบประมาณ พ.ศ.2557-2561

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มกลับมาเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอีกครั้ง โดยพบการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) พบอัตราป่วยสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น ซึ่งการตอบสนองต่อโรคเพื่อแก้ไขปัญหายังมีประสิทธิภาพจำเป็นต้องมีข้อมูลรอบด้าน และทันสมัย เท้าทันกับบริบทของโรคและปัจจัยเสี่ยงที่เปลี่ยนแปลงไปมากจากอดีต ผู้จัดทำจึงได้วิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในเยาวชน ประเทศไทย ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557–2561) ประกอบด้วยโรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน และโรคฝีมะม่วง/กามโรคต่อมน้ำเหลือง โดยรวบรวมข้อมูลทั้งด้านระบาดวิทยา และนโยบายการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง มาวิเคราะห์เชื่อมโยงอย่างเป็นระบบ ตามกรอบระบบเฝ้าระวังโรค 5 มิติ เพื่อให้สามารถเห็นแนวโน้มของสถานการณ์การป่วย ตามลักษณะบุคคล สถานที่ และเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรค รวมทั้งทบทวนมาตรการการดำเนินงานที่ผ่านมา นำไปสู่การพัฒนารูปแบบแนวทางการดำเนินการ เพื่อตอบสนองต่อปัญหาการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนอย่างมีประสิทธิภาพในสถานการณ์ปัจจุบัน

ผู้จัดทำหวังเป็นอย่างยิ่งว่า “รายงานวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในเยาวชน ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 – 2561” เล่มนี้ จะถูกนำไปใช้เป็นแหล่งอ้างอิงทางวิชาการ เป็นข้อมูลสนับสนุนการวางแผนกำหนดนโยบายเพื่อป้องกันและควบคุมปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน รวมทั้งช่วยให้ผู้ปฏิบัติงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สามารถปรับรูปแบบกิจกรรมการทำงานให้สอดคล้องกับสถานการณ์โรค และบริบทของสิ่งแวดล้อมในปัจจุบัน เพื่อให้สามารถยุติปัญหาเอดส์และป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

นางสาวสิริพร มนยฤทธิ์

พฤษภาคม 2563

	หน้า
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ที่มาและความสำคัญ	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	1
1.3 ขอบเขตการศึกษา	2
บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง	3
2.1 กรอบการวิเคราะห์เฝ้าระวังโรค 5 มิติ	3
2.2 ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา	4
2.3 PRECEDE-PROCEED Model	4
2.4 การป้องกันควบคุมโรค	5
บทที่ 3 ผลการวิเคราะห์	6
3.1 สถานการณ์การป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชน	6
3.1.1 แนวโน้มการป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	6
3.1.2 การเกิดโรค ตามลักษณะบุคคล	7
3.1.3 การกระจายของผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามสถานที่	9
3.2 พฤติกรรมเสี่ยง (Behaviors Risk)	12
3.2.1 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์	12
3.2.2 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย	14
3.2.3 การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์	18
3.2.4 พฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพ	19
3.3 ปัจจัยเสี่ยง (Determinants)	20
3.4 การตอบสนองของแผนงานป้องกันและควบคุมโรค (Program Response)	31
3.4.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)	31
3.4.2 การป้องกันควบคุมโรค (Disease prevention and control)	33
บทที่ 4 อภิปรายผลการศึกษา	42
บทที่ 5 สรุปผล และข้อเสนอแนะ	52
เอกสารอ้างอิง	

สารบัญแผนภูมิ

	หน้า
แผนภูมิที่ 1 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในเยาวชน (15-24 ปี) จำแนกรายโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2561	6
แผนภูมิที่ 2 อัตราป่วยเฉพาะเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในกลุ่มเยาวชน อายุ 15-24 ปี ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2561	7
แผนภูมิที่ 3 อัตราป่วยเฉพาะเพศ ในเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกรายโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.2561	8
แผนภูมิที่ 4 อัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุ ในเยาวชน ที่ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 - 2561	8
แผนภูมิที่ 5 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 - 2561 จำแนกรายภาค	10
แผนภูมิที่ 6 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 - 2561 จำแนกตามจังหวัด	10
แผนภูมิที่ 7 ค่ามัธยฐานของร้อยละการเคยมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียน ปี พ.ศ.2555-2561	12
แผนภูมิที่ 8 ค่ามัธยฐานของร้อยละการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 15 ปี ในนักเรียน ปี พ.ศ.2557-2561	13
แผนภูมิที่ 9 ค่ามัธยฐานของร้อยละการเคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น/ชายอื่น ที่ไม่ใช่แฟนหรือ คูรัก ใน 12 เดือนที่ผ่านมา	13
แผนภูมิที่ 10 ค่ามัธยฐานของร้อยละการเคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ของนักเรียนชาย	14
แผนภูมิที่ 11 ค่ามัธยฐานของร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ <u>ครั้งแรก</u> ของนักเรียน	14
แผนภูมิที่ 12 ค่ามัธยฐานร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ <u>ครั้งสุดท้าย</u> กับคู่นอน ประเภทต่างๆ ของนักเรียน ปี พ.ศ.2561	15
แผนภูมิที่ 13 มัธยฐานร้อยละของนักเรียนที่ใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ล่าสุด กับแฟนหรือ คนรัก (ไม่ได้ระบุว่าจะระหว่างเพศเดียวกันหรือต่างเพศ) ปี พ.ศ.2557-2561	16
แผนภูมิที่ 14 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานร้อยละการใช้ถุงยางอนามัย <u>ทุกครั้ง</u> กับใช้ <u>ครั้งสุดท้าย</u> เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟน/คูรัก ในรอบปีที่ผ่านมา ปี พ.ศ.2561	16
แผนภูมิที่ 15 ค่ามัธยฐานร้อยละการใช้ถุงยางอนามัย <u>ทุกครั้ง</u> กับคู่นอนประเภทต่างๆ ของนักเรียน ในรอบปีที่ผ่านมา ปี พ.ศ.2561	17
แผนภูมิที่ 16 มัธยฐานร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับผู้ชาย ของนักเรียน	17

สารบัญแผนภูมิ (ต่อ)

	หน้า
แผนภูมิที่ 17 ร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	18
แผนภูมิที่ 18 ค่ามัธยฐานร้อยละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียน ปี พ.ศ. 2557-2561	18
แผนภูมิที่ 19 ค่ามัธยฐานร้อยละของนักเรียนที่มีอาการเจ็บป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แล้วปล่อยไว้ไม่ทำอะไรเลย ปี พ.ศ.2557-2561	20
แผนภูมิที่ 20 สัดส่วนการระบุตัวตนทางเพศของนักเรียน	21
แผนภูมิที่ 21 สัดส่วนการยอมรับพฤติกรรมการที่ชายหญิงอยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงาน ของประชากรอายุ 13 ปีขึ้นไป	22
แผนภูมิที่ 22 ร้อยละของนักเรียนที่มั่นใจว่าสามารถยืนกรานและต่อรองที่จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์	23
แผนภูมิที่ 23 แหล่งความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียน ปี พ.ศ.2561	25
แผนภูมิที่ 24 ร้อยละของนักเรียนที่เลือกใช้แหล่งข้อมูลเรื่องเพศจากที่ต่างๆ นอกจากในชั้นเรียน	25
แผนภูมิที่ 25 ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่ใช้อินเทอร์เน็ต จำแนกตามกลุ่มอายุ	28
แผนภูมิที่ 26 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS	33
แผนภูมิที่ 27 สัดส่วนการสนับสนุนถุงยางอนามัยจากงบประมาณของ กอพ. ให้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆปีงบประมาณ 2557-2561	39

	หน้า
ตารางที่ 1 ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามกรอบการวิเคราะห์เฝ้าระวังโรค 5 มิติ	3
ตารางที่ 2 สัดส่วนของผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเยาวชนอายุ 15-24 ปี จำแนกตามอาชีพ ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561	9
ตารางที่ 3 คำนวณฐานของร้อยละวิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียน ปี พ.ศ.2561	19
ตารางที่ 4 คำนวณฐานร้อยละของแหล่งที่มาของถุงยางอนามัยของนักเรียน ปี พ.ศ.2561	24
ตารางที่ 5 เยาวชน อายุ ปี 24 – 15 ที่รับบริการเกี่ยวกับเอชไอวี และได้รับการส่งต่อไปรับบริการคัดกรองตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI screening) ปี 2559 – 2561	38

	หน้า
ภาพที่ 1	แผนที่แสดงอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (5 โรคหลัก) เฉพาะกลุ่มอายุ 15-24 ปี (รวมทุกเชื้อชาติ) ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ.2561
ภาพที่ 2	กระบวนการ RRTR-P เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบครบวงจร

1.1 ที่มาและความสำคัญ

ประเทศไทยได้มีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาเป็นระยะเวลายาวนาน และถือเป็นโรคที่ต้องดำเนินการเฝ้าระวังภายใต้พระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ. 2558^[1] โดยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ที่ใช้เป็นตัวบ่งชี้แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ได้แก่ โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน โรคฝีมะม่วงและกามโรคต่อมน้ำเหลือง เนื่องจากเป็นโรคที่มีความเกี่ยวข้องกับวิถีชีวิตและพฤติกรรมทางเพศของประชาชน ส่งผลให้ประชาชนที่มีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ในอดีตกว่า 30 ปีที่ผ่านมา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เคยเป็นปัญหาสาธารณสุขของประเทศไทย แต่ประเทศไทยมีการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคที่เข้มข้น ทำให้สามารถควบคุมการระบาดได้ จนกระทั่งปัจจุบันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เริ่มกลับมาเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขอีกครั้ง โดยพบการรายงานผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นต่อเนื่องในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา และยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) พบอัตราป่วยสูงกว่ากลุ่มอายุอื่น

แม้ว่าประเทศไทยจะมีประสบการณ์ในการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มายาวนาน แต่สถานการณ์โรคและบริบทของสังคมในปัจจุบันมีความเปลี่ยนแปลงไปอย่างมากและรวดเร็ว เพื่อให้การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีประสิทธิภาพ การตอบสนองต่อโรคจึงต้องวิเคราะห์ให้เห็นปัญหา และกลุ่มเป้าหมาย อย่างชัดเจน ครอบคลุมรอบด้าน จึงได้นำกรอบการวิเคราะห์สถานการณ์ทางระบาดวิทยาโดยอาศัยข้อมูลการเฝ้าระวัง 5 มิติ มาวิเคราะห์สถานการณ์และความเชื่อมโยงของปัญหา ประกอบด้วย 1) ปัจจัยต้นเหตุ 2) พฤติกรรมเสี่ยง 3) การตอบสนองของแผนงานควบคุมโรค 4) การป่วย/การตาย และ 5) เหตุการณ์ผิดปกติและการระบาด^[2] ข้อมูลทุกด้านจะถูกรวบรวม และนำมาวิเคราะห์อย่างเป็นระบบ เพื่อให้สามารถเห็นแนวโน้มของสถานการณ์การป่วย ตามลักษณะบุคคล สถานที่ และเข้าใจปัจจัยที่เกี่ยวข้องต่อการเกิดโรค รวมทั้งทบทวนมาตรการการดำเนินงานที่ผ่านมา นำไปสู่การพัฒนาารูปแบบแนวทางการดำเนินการเพื่อตอบสนองต่อปัญหาการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนอย่างมีประสิทธิภาพสอดคล้องกับสถานการณ์ปัจจุบัน

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

- 1.2.1 วิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักในเยาวชน อายุ 15-24 ปี ประเทศไทย ปีงบประมาณ 2557 - 2561 ตามกรอบการวิเคราะห์เฝ้าระวังโรค 5 มิติ
- 1.2.2 ระบุการระบาดเชิงพื้นที่ ทั้งเขต และจังหวัด รวมทั้งอภิปรายปัจจัยที่เกี่ยวข้องตามมิติต่างๆ
- 1.2.3 ให้ข้อเสนอแนะ เพื่อนำไปสู่การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคในเยาวชน อายุ 15-24 ปี ของประเทศไทย

1.3 ขอบเขตการศึกษา

1.3.1 คำจำกัดความ “เยาวชน”

ในการศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์ข้อมูลโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน ซึ่งกลุ่มอายุที่นำมาวิเคราะห์ ใช้คำจำกัดความตามคำนิยามขององค์การสหประชาชาติว่า เยาวชน คือ ผู้ที่มีอายุ 15-24 ปี ทั้งนี้แม้ว่าองค์การสหประชาชาติจะใช้คำนิยามนี้ในทางสถิติ แต่ก็เคารพสิทธิของแต่ละประเทศหรือภูมิภาคที่อาจนิยามความหมายของคำว่าเยาวชนแตกต่างกันออกไป^[3]

1.3.2 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ใช้ในการวิเคราะห์ หมายถึง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ที่ใช้เป็นตัวบ่งชี้แนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ได้แก่ โรคซิฟิลิส โรคหนองใน โรคหนองในเทียม โรคแผลริมอ่อน โรคฝีมะม่วงและกามโรคต่อมน้ำเหลือง

1.3.3 แหล่งข้อมูลที่น่ามาวิเคราะห์

- แหล่งข้อมูลที่น่ามาใช้ในการวิเคราะห์สถานการณ์การป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ ข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ปีงบประมาณ 2557-2561 และข้อมูลจำนวนประชากรกลางปี
- แหล่งข้อมูลด้านปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค ได้ทบทวนรายงานผลการเฝ้าระวัง ผลการศึกษา ผลการวิจัยจากเอกสารวิชาการที่น่าเชื่อถือ เพื่อนำมาวิเคราะห์และเชื่อมโยงกับสถานการณ์โรค
- แหล่งข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยง ใช้แหล่งข้อมูลหลักจาก รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (BSS) กลุ่มนักเรียน กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค
- แหล่งข้อมูลแผนงานหรือมาตรการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้ทบทวนจากรายงานผลการดำเนินงานของหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และส่วนหนึ่งวิเคราะห์จากข้อมูลในระบบติดตามการดำเนินงานด้านเอชไอวี ได้แก่ ระบบรายงาน RHIS-VCT และระบบรายงาน NAP web report นอกจากนี้ได้ทบทวนจากยุทธศาสตร์การดำเนินงานที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่
 - ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564
 - ยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ (National Condom Strategy) พ.ศ. 2558-2562
 - ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573
 - แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ.2558-2562

บทที่ 2 แนวคิดทฤษฎีที่เกี่ยวข้อง

2.1 กรอบการวิเคราะห์เฝ้าระวังโรค 5 มิติ

การวิเคราะห์สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้กรอบการวิเคราะห์เฝ้าระวังโรค 5 มิติ^[2] ประกอบด้วย มิติที่ 1 ปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) คือ รากเหง้าของปัญหา ที่เป็นปัจจัยกำหนดหรือมีผลต่อสุขภาพ โดยอาจเป็นได้ทั้งปัจจัยด้านเคมีชีวภาพ ด้านสิ่งแวดล้อม หรือแม้แต่ปัจจัยทางด้านเศรษฐกิจสังคม มิติที่ 2 พฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk) คือ พฤติกรรมที่ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดโรคได้ง่ายขึ้น มิติที่ 3 การตอบสนองของแผนงานป้องกันควบคุมโรค (Program Response) การกำหนดมาตรการสำคัญที่จะแก้ไขปัญหาของโรค มิติที่ 4 การป่วย/การตาย (mortality/morbidity) การติดเชื้อ/การป่วย/การตาย/พิการ และมิติที่ 5 เหตุการณ์ผิดปกติ (Abnormal events) เฝ้าระวังเหตุการณ์ผิดปกติของการเกิดโรค หรือการพบผู้ป่วยมากผิดปกติ โดยมีแหล่งข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลสำคัญที่ใช้ในการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามกรอบการวิเคราะห์เฝ้าระวังโรค 5 มิติ

Risk		Prevention	Health outcomes	
1. Determinants	2. Behaviors	3. Program response	4. Morbidity/ mortality	5. Abnormal events
โฮสต์/ประชากร (Host) - ปัจจัยนำ 1.1 การเปลี่ยนแปลงตามวัย 1.2 ความหลากหลายทางเพศ 1.3 ค่านิยม ความเชื่อ เรื่องเพศสัมพันธ์ 1.4 ทักษะการต่อรองใช้ถุงยางอนามัย 1.5 ความรู้เรื่องเพศศึกษา 1.6 ทักษะการต่อรองใช้ถุงยางอนามัย - ปัจจัยเอื้อ 1.7 แหล่งที่มาของถุงยางอนามัย 1.8 แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 1.9 การสอนเพศวิถีศึกษา - ปัจจัยเสริม 1.10 อิทธิพลจากเพื่อน ผู้ปกครอง ครู สิ่งแวดล้อม (Environment) 1.13 การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต 1.14 สื่อลามกอนาจาร 1.15 สังคมหาข้อมูลผ่านสื่อออนไลน์ สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) 1.16 เชื้อและอาการของโรค 1.17 เชื้อดื้อยา	2.1 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ - ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ - มีเพศสัมพันธ์เร็ว - มีเพศสัมพันธ์กับคนที่ไม่ใช่แฟน/คูรัก - มีเพศสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน 2.2 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย 2.3 การตีมีแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ 2.4 พฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพ	3.1 ร้อยละโรงพยาบาล สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS 3.2 เยาวชนที่ได้รับการส่งต่อไปคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 3.3 สัดส่วนของถุงยางอนามัยที่สนับสนุนให้เยาวชน	4.1 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนอายุ 15-24 ปี พิจารณาทั้งแนวโน้ม (Time) และลักษณะบุคคล (Person) และสถานที่ (Place)	5.1 การพบผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มากผิดปกติ

2.2 ปัจจัยสามทางระบาดวิทยา

ในทางระบาดวิทยา การเกิดโรคและการกระจายของโรค มีอิทธิพลมาจากปัจจัยสามทางระบาดวิทยา (Epidemiological triad) ที่อยู่ในสถานะที่ไม่สมดุล ทำให้เกิดโรคขึ้น โดยปัจจัยสาม ประกอบด้วย^[4]

- 1) โฮสต์ (Host) หมายถึง ปัจจัยที่รับสิ่งที่ทำให้เกิดโรค ซึ่งในทางระบาดวิทยามักหมายถึงมนุษย์ ทั้งนี้ปัจจัยที่เกี่ยวกับโฮสต์ จะส่งผลต่อความไวในการติดโรค เช่น อายุ เพศ พันธุกรรม อาชีพ และพฤติกรรมสุขภาพ เป็นต้น
- 2) สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) เป็นปัจจัยภายนอกที่ก่อให้เกิดโรค ซึ่งก็มีหลายประเภท อาจมีชีวิตหรือไม่มีชีวิต โดยในการก่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เกิดจากสิ่งที่ทำให้เกิดโรคทางชีวภาพ (Biological agent) ได้แก่ เชื้อแบคทีเรียที่ก่อโรค
- 3) สิ่งแวดล้อม (Environment) เป็นปัจจัยที่ทำให้เมื่อโฮสต์ (Host) และสิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) อยู่ร่วมกัน แล้วเกิดโรคขึ้นได้ หรืออาจเรียกว่าเป็นสิ่งแวดล้อมที่ไม่เหมาะสมนั่นเอง

2.3 PRECEDE-PROCEED Model

ในการอธิบายความสัมพันธ์ในมิติปัจจัยต้นเหตุ (Determinants) และพฤติกรรมเสี่ยง (Behavioral risk) จะใช้กรอบแนวคิดแบบจำลองการวางแผนส่งเสริมสุขภาพ (Precede – Proceed Model) ของ Lawrence W. Green และ Marshall W. Kreuter (Gielen et al., 2008; Green & Kreuter, 1999; Green & Kreuter, 2005) ซึ่ง PRECEDE-PROCEED Model เป็นกรอบแนวคิดในการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพแบบสหปัจจัย คือ พฤติกรรมของบุคคลมีสาเหตุมาจากทั้งปัจจัยภายในและภายนอก ดังนั้นการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมจะต้องมีการดำเนินการหลายด้านประกอบกัน โดยจะต้องวิเคราะห์ถึงปัจจัยสำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมนั้นก่อนจึงจะสามารถวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมได้อย่างมีประสิทธิภาพ องค์ประกอบของพฤติกรรมสุขภาพในตัวบุคคลเกิดจากปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในและภายนอกตัวบุคคล แบ่งเป็น 3 องค์ประกอบ^[5] คือ

1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) เป็นปัจจัยที่เป็นพื้นฐานของการเกิดพฤติกรรมของบุคคลและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรมของบุคคล หรือเป็นความพอใจของบุคคล อาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดการแสดงพฤติกรรมทางด้านสุขภาพ คือ บุคคลจะเลือกแสดงพฤติกรรมต่างๆ ออกมา จะต้องอาศัยการมีเหตุผลที่จะก่อให้เกิดพฤติกรรม เกิดแรงจูงใจในการกระตุ้นแรงขับภายในตัวบุคคลให้ตัดสินใจปฏิบัติพฤติกรรม ปัจจัยนำที่ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอย่างรวดเร็ว คือ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม การรับรู้ประโยชน์ของการปฏิบัติพฤติกรรม หรือการรับรู้ความสามารถในการกระทำพฤติกรรมทางสุขภาพ

2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) เป็นปัจจัยที่อาศัยอิทธิพลจากสิ่งแวดล้อมที่ทำให้เกิดพฤติกรรมโดยตรง อาจเป็นปัจจัยสนับสนุนหรือยับยั้งให้เกิดหรือไม่เกิดพฤติกรรมของบุคคล ประกอบด้วยสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ ในด้านความพอเพียงที่มีอยู่ การเข้าถึงแหล่งบริการได้สะดวก รวมทั้งทรัพยากรต่างๆ เช่น สถานบริการสุขภาพ บุคลากร โรงเรียน ซึ่งจะช่วยให้บุคคลแสดงพฤติกรรมต่างๆ ได้ง่ายขึ้น

3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing factors) เป็นปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุน เป็นผลสะท้อนที่บุคคลจะได้รับจากการแสดงพฤติกรรมนั้น ซึ่งอาจช่วยสนับสนุนหรือเป็นแรงกระตุ้นในการแสดงพฤติกรรมทางสุขภาพ เป็นปัจจัยภายนอกที่มาจากบุคคล หรือกลุ่มคนที่มีอิทธิพลต่อบุคคลในเรื่องนั้น การยอมรับหรือไม่ยอมรับ เช่น พ่อ แม่ บุคคลในครอบครัว ครู เพื่อน แพทย์ พยาบาล บุคลากรทางสาธารณสุข เป็นต้น ปัจจัยเสริมส่วนใหญ่เป็นไปในลักษณะของการกระตุ้นเตือน ยกย่องชมเชย ให้กำลังใจ การเอาเป็นแบบอย่าง ตำหนิติเตียน การลงโทษ ซึ่งปัจจัยเสริมเป็นสิ่งที่ส่งผลให้เกิดความยั่งยืนของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมและการคงอยู่ของพฤติกรรมนั้นๆ

2.4 การป้องกันควบคุมโรค

การป้องกันควบคุมโรค ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การป้องกันโรค (prevention) และการควบคุมโรค (control) โดยการป้องกันโรค จะดำเนินการก่อนเกิดโรค เพื่อไม่ให้มีโรคเกิดขึ้น ส่วนการควบคุมโรค จะเน้นมาตรการและกิจกรรมที่ดำเนินการหลังเกิดโรคขึ้นแล้ว เพื่อให้โรคนั้นยุติเร็วที่สุด เกิดความเสียหายต่อชีวิตและความเป็นอยู่น้อยที่สุด และไม่เกิดขึ้นอีก หรือหากเกิดขึ้น ก็สามารถรับมือได้อย่างมีประสิทธิภาพ (effectively) และมีประสิทธิภาพ (efficiently) มากขึ้น^[6] ในทางสาธารณสุขมักแบ่งการป้องกันโรค เป็น 3 ระดับ^[7] คือ

1) การป้องกันโรกระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention)

เป็นการส่งเสริมสุขภาพโดยทั่วไป ที่ทำก่อนจะมีความเจ็บป่วยเกิดขึ้น^[6-7] กิจกรรมครอบคลุมการลดโอกาสในการเข้าถึงปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ของการเกิดโรค เช่น การส่งเสริมให้มีสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อสุขภาพของประชาชน การส่งเสริมให้ร่างกายมีความต้านทานต่อโรค และการส่งเสริมให้ประชาชนมีพฤติกรรมสุขภาพที่เหมาะสม เป็นต้น ในระยะหลังมีการแยกการป้องกันโรกระดับปฐมภูมิ ออกมาอีกระดับหนึ่ง เรียกว่า Primordial prevention หมายถึง การดำเนินการป้องกันไม่ให้เกิดปัจจัยเสี่ยงขึ้นเลย เช่น การป้องกันไม่ให้ร้านอาหารภายในโรงเรียนจำหน่ายขนมกรุบกรอบ เพื่อป้องกันโรคอ้วนในเด็ก เป็นต้น^[6]

2) การป้องกันโรกระดับทุติยภูมิ (Secondary Prevention)

เป็นการได้รับการวินิจฉัยในระยะแรกของโรคและได้รับการรักษาทันที่ เพื่อป้องกันความรุนแรงของผลกระทบที่อาจเกิดขึ้น^[7] ดังนั้นเป็นการป้องกันในระยะที่โรคได้เกิดขึ้นแล้ว มีวัตถุประสงค์ที่สำคัญ คือ การระงับ กระบวนการดำเนินของโรค การป้องกันการแพร่เชื้อและระบาด ของโรคไปยังบุคคลอื่น หรือชุมชนอื่น โดยจะมุ่งเน้นการคัดกรอง โรคเพื่อให้พบโรคโดยเร็วที่สุดก่อนที่จะมีอาการ และให้การรักษา โดยทันที โดยเชื่อว่าการค้นพบโรคในระยะแรกและให้การรักษา อย่างทันที่ทันที่นั้น จะมีผลการรักษาที่ดีกว่าการค้นพบโรคในระยะหลังๆ และ/หรือ การให้การรักษาที่ช้า⁽⁶⁾

3) การป้องกันโรกระดับตติยภูมิ (Tertiary Prevention)

การป้องกันระยะนี้ไม่ได้เน้นเพียงแต่หยุดการดำเนินของโรคเท่านั้น แต่ต้องเผชิญกับการเจ็บป่วย และป้องกันความเสื่อมสภาพอย่างสมบูรณ์^[7] วัตถุประสงค์เพื่อป้องกันความสูญเสียจากโรค เช่น ป้องกันความพิการ หรือการสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันสมควร รวมไปถึงการป้องกันการเกิดโรคซ้ำ (recurrence) ด้วย^[6]

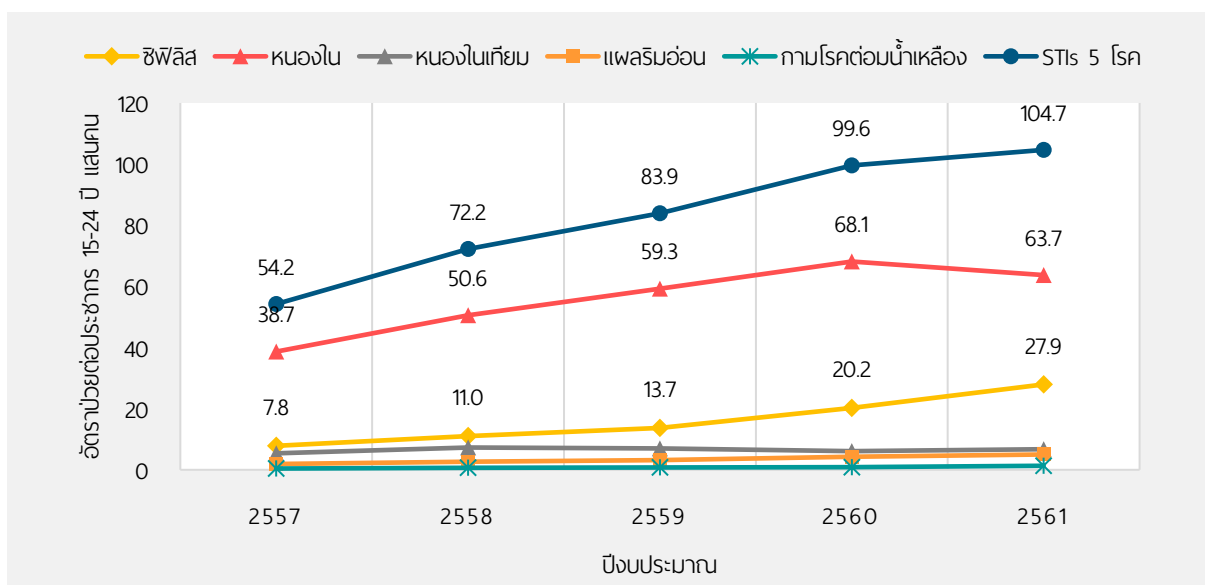
3.1 สถานการณ์การป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชน

การวิเคราะห์สถานการณ์การป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่ในกรอบการวิเคราะห์มิติที่ 4 การป่วย/การตาย (mortality/morbidity) และมิติที่ 5 เหตุการณ์ผิดปกติของการเกิดโรค (Abnormal events) ซึ่งในเนื้อหาจะแบ่งการวิเคราะห์ตามหลักระบาดวิทยาเชิงพรรณนา คือ วิเคราะห์แนวโน้มการเกิดโรค (trend) แบบแผนการกระจายตามเวลา (time) สถานที่ (place) และตามลักษณะบุคคล (person) มีผลการวิเคราะห์ ดังนี้

3.1.1 แนวโน้มการป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ข้อมูลผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระบบรายงานการเฝ้าระวังโรค 506 ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 -2561) พบว่ามีจำนวนการรายงานผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง และอัตราป่วยสูงสุดในกลุ่มเยาวชนอายุระหว่าง 15-24 ปี โดยอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในเยาวชน (15-24 ปี) เพิ่มขึ้นจาก 54.2 ต่อประชากรกลุ่มอายุ 15-24 ปี แสนคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 เป็น 104.7 ต่อประชากรกลุ่มอายุ 15-24 ปี แสนคน ในปีงบประมาณ 2561 (แผนภูมิที่ 1) หรือเพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า อัตราป่วยในเยาวชนปีงบประมาณ 2561 พบโรคหนองในสูงที่สุด รองลงมาคือซิฟิลิส หนองในเทียม แผลริมอ่อน และกามโรคต่อม่อน้ำเหลือง อัตราป่วยต่อประชากรอายุ 15-24 ปี แสนคน คิดเป็น 63.7, 27.9, 6.7, 5 และ 1.3 ตามลำดับ หากพิจารณาแนวโน้มของอัตราป่วยทั้ง 5 โรค พบว่าอัตราป่วยโรคหนองในลดลงเพียงเล็กน้อย ส่วนโรคอื่นๆ ไม่มีแนวโน้มลดลง

แผนภูมิที่ 1 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในเยาวชน (15-24 ปี) จำแนกรายโรค ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2561

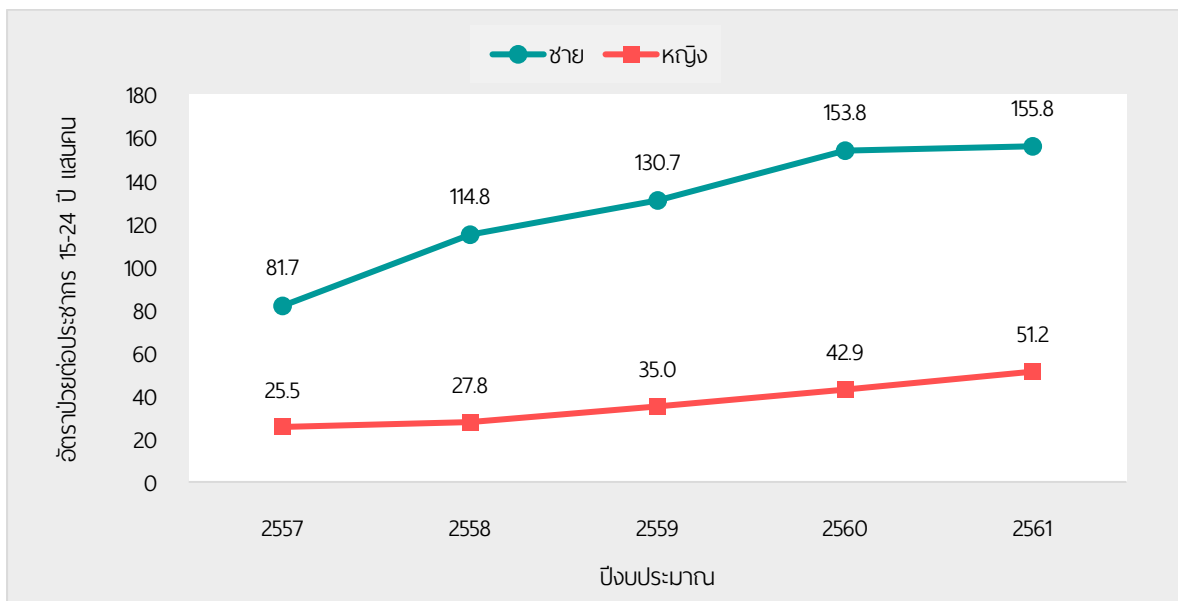


ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังโรค 506, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.1.2 การเกิดโรค ตามลักษณะบุคคล

ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2557 – 2561) อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งเพศชาย และเพศหญิง ในเพศชายเพิ่มขึ้นจาก 81.7 ในปี 2557 เป็น 155.8 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปีแสนคน ในปี 2561 ส่วนในเพศหญิงเพิ่มจาก 25.5 ในปี 2557 เป็น 51.2 ต่อประชากรอายุ 15-24 ปีแสนคน ในปี 2561 โดยเยาวชนชายมีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เฉพาะเพศสูงกว่าเยาวชนหญิง ประมาณ 3-4 เท่า ดังแสดงในแผนภูมิที่ 2

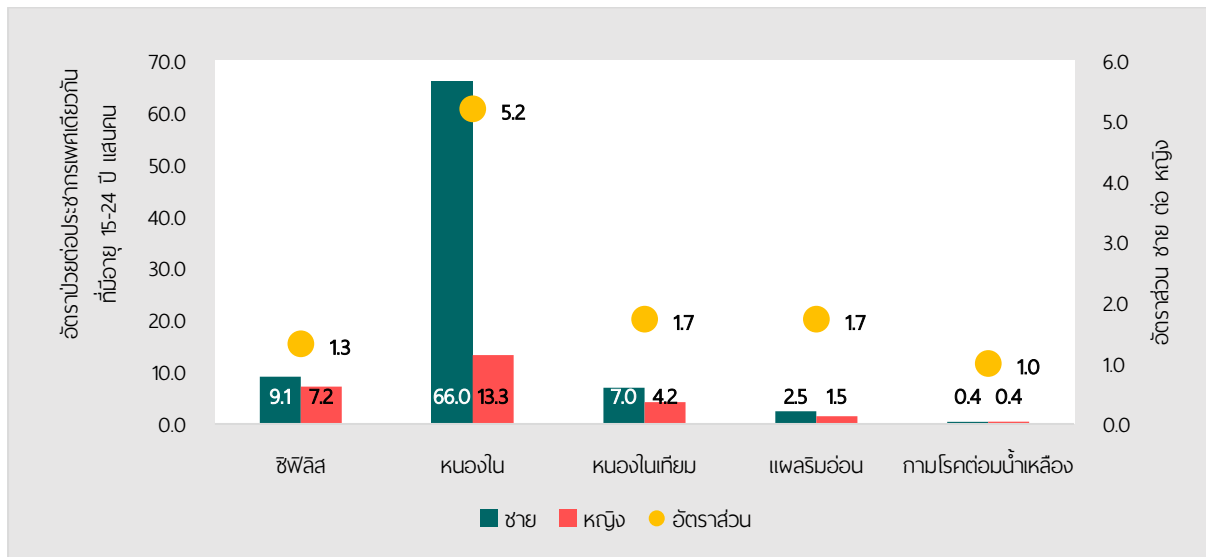
แผนภูมิที่ 2 อัตราป่วยเฉพาะเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ในกลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557-2561



ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังโรค 506, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

เมื่อจำแนกอัตราป่วยเฉพาะเพศในเยาวชนที่ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในปี 2561 เป็นรายโรค พบว่าเพศชายมีอัตราป่วยสูงกว่าเพศหญิงทุกโรค ยกเว้นกามโรคต่อมน้ำเหลืองที่มีอัตราป่วยเท่ากันทั้งชายและหญิง โดยโรคหนองในมีความแตกต่างของอัตราป่วยระหว่างเพศมากที่สุด พบอัตราป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิง 5.2 เท่า กล่าวคือ ในเพศหญิงมีอัตราป่วยเท่ากับ 13.3 แต่ในเพศชายมีอัตราป่วยเท่ากับ 66 ต่อประชากรเพศเดียวกันที่อายุ 15-24 ปีแสนคน

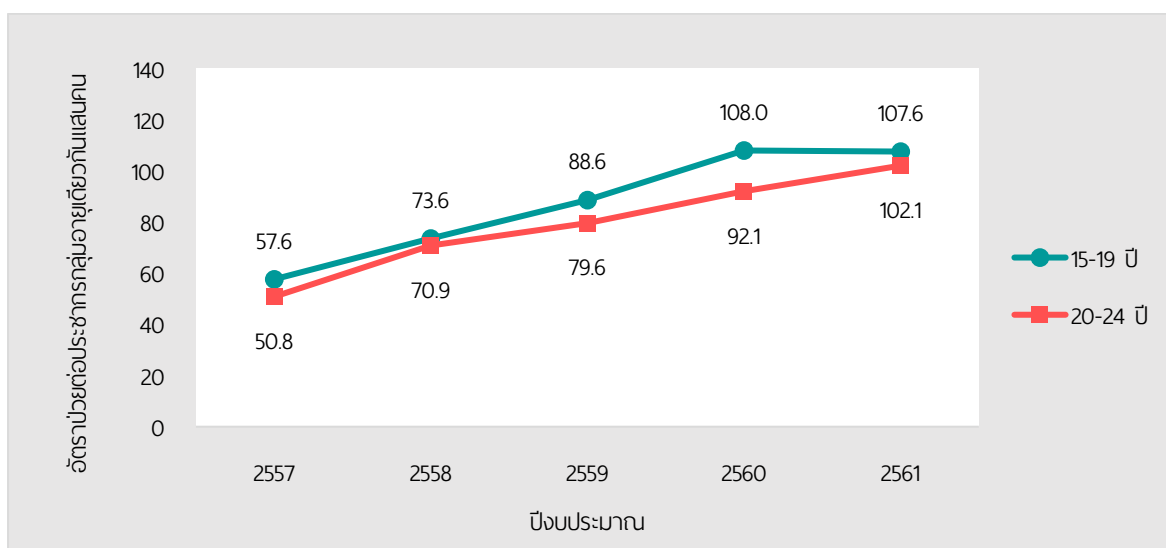
แผนภูมิที่ 3 อัตราป่วยเฉพาะเพศ ในเยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่ป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกรายโรค ปีงบประมาณ พ.ศ.2561



ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังโรค 506, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

เมื่อพิจารณาอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 ปีย้อนหลัง ในเยาวชนอายุ 15-24 ปี โดยจำแนกเป็น 2 กลุ่มอายุ คือ 15-19 ปี และ 20-24 ปี พบว่าอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้ง 2 กลุ่มอายุ และกลุ่มอายุ 15-19 ปี มีอัตราป่วยสูงกว่า โดยอัตราป่วยต่อประชากรอายุ 15-19 ปี แสนคน เพิ่มขึ้นจาก 57.6 ในปี 2557 เป็น 107.6 ในปี 2561 ส่วนกลุ่มอายุ 20-24 ปี ที่มีอัตราป่วยน้อยกว่า ก็มีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มจาก 50.8 ต่อประชากรอายุ 20-24 ปี แสนคน ในปี 2557 เป็น 102.1 ในปี 2561 (แผนภูมิที่ 4)

แผนภูมิที่ 4 อัตราป่วยเฉพาะกลุ่มอายุ ในเยาวชน ที่ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลัก ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 - 2561



ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังโรค 506, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

สัดส่วนของผู้ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มอายุ 15-24 ปี เมื่อจำแนกกลุ่มอายุ และ อาชีพต่อผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มอายุ 15-24 ปี ทั้งหมด พบว่าสัดส่วนการรายงานสูงสุดในกลุ่ม นักเรียน คิดเป็นร้อยละ 41.9 ของทุกอาชีพ โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มอายุ 15-19 ปี มากกว่า 20-24 ปี สัดส่วนการป่วย รองลงมาคือ ประกอบอาชีพรับจ้าง/กรรมกร ร้อยละ 26.5 เป็นผู้ป่วยอายุ 20-24 ปี มากกว่า 15-19 ปี นอกจากนี้ พบสัดส่วนการป่วยของกลุ่มไม่ทราบอาชีพ/ในปกครอง มากเป็นลำดับถัดมา คือมีสัดส่วนการป่วยคิดเป็นร้อยละ 17.5 ผู้ป่วยทุกอาชีพ ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 สัดส่วนของผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในเยาวชนอายุ 15-24 ปี จำแนกตามอาชีพ ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561

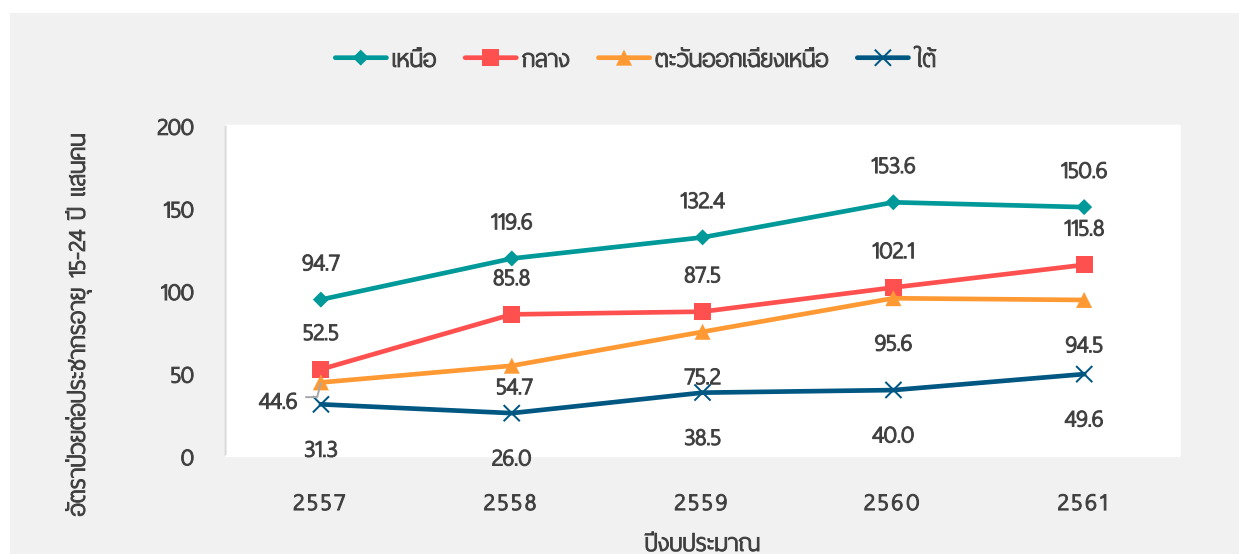
อาชีพ	จำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (คน)			สัดส่วน (ร้อยละ)		
	15-19	20-24	15-24	15-19	20-24	15-24
นักเรียน	2,730	1,326	4,056	28.2	13.7	41.9
รับจ้าง/กรรมกร	684	1887	2,571	7.1	19.5	26.5
ไม่ทราบอาชีพ/นปค	910	781	1,691	9.4	8.1	17.5
ทหาร/ตำรวจ	0	334	334	0.0	3.4	3.4
งานบ้าน	114	135	249	1.2	1.4	2.6
เกษตรกร	88	153	241	0.9	1.6	2.5
ค้าขาย	10	59	69	0.1	0.6	0.7
นักบวช	12	22	34	0.1	0.2	0.4
อาชีพพิเศษ	7	25	32	0.1	0.3	0.3
ข้าราชการ	0	24	24	0.0	0.2	0.2
บุคลากรสาธารณสุข	10	11	21	0.1	0.1	0.2
ประมง	1	10	11	0.0	0.1	0.1
ครู	1	2	3	0.0	0.0	0.0
อื่น ๆ	109	241	350	1.1	2.5	3.6
รวม	4,676	5,010	9,686	48.3	51.7	100.0

3.1.3 การกระจายของผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามสถานที่

● อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกรายภาค

อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ในภาพรวมทุกภาคมีแนวโน้มอัตราป่วยเพิ่มขึ้นช่วง 5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2557 – 2561) ภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ โดยในปี 2561 มีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ละภาค เท่ากับ 150.6 115.8 94.5 และ 49.6 ต่อประชากรกลุ่มอายุ 15-24 ปี แสนคน ตามลำดับ (แผนภูมิที่ 5)

แผนภูมิที่ 5 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 - 2561 จำแนกรายภาค

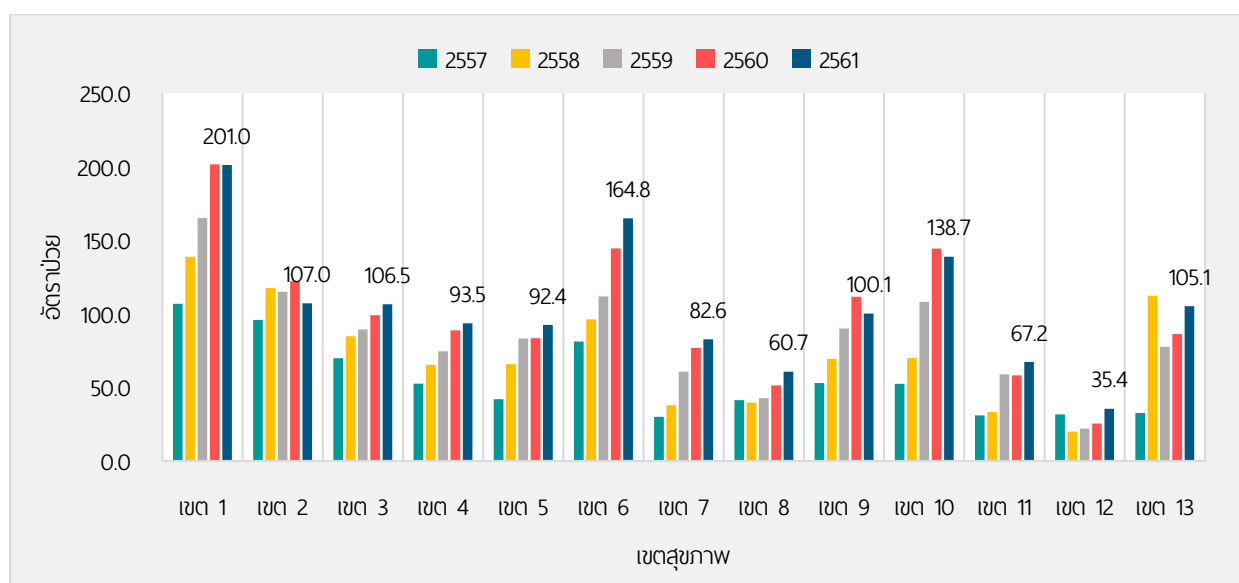


ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังโรค 506, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

• อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกตามเขตสุขภาพ

หากพิจารณาจำแนกอัตราป่วยตามเขตสุขภาพทั้ง 13 เขต พบว่า เขตสุขภาพ 5 อันดับแรก ที่มีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี สูง ได้แก่ เขต 1 เขต 6 เขต 10 เขต 2 และ เขต 3 โดยมีอัตราป่วย ต่อประชากรกลุ่มอายุ 15-24 ปี แสนคน ในแต่ละเขต เท่ากับ 201, 164.8, 138.7, 107 และ 106.5 ตามลำดับ ทั้งนี้อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ของเขตสุขภาพ เกือบทุกเขตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ดังแสดงในแผนภูมิที่ 6

แผนภูมิที่ 6 อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 - 2561 จำแนกตามจังหวัด



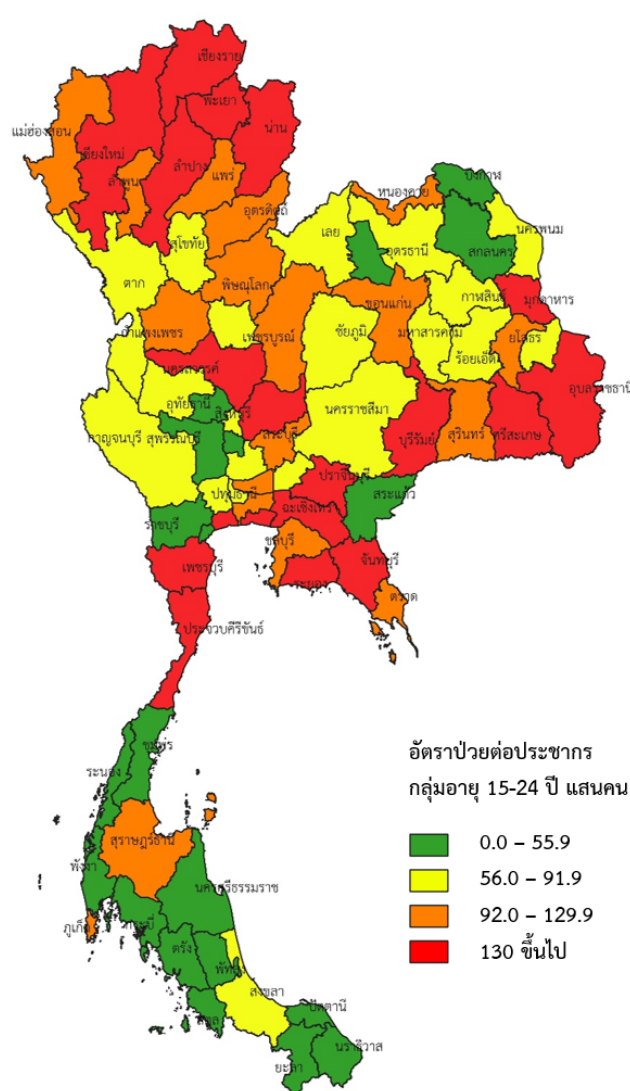
ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังโรค 506, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

• อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกรายจังหวัด

เมื่อจำแนกอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี ปีงบประมาณ พ.ศ. 2561 รายจังหวัด พบจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง โดยมีอัตราป่วยตั้งแต่ 130 ต่อประชากรกลุ่มอายุ 15-24 ปี แสนคน ขึ้นไป (แบ่งช่วงอันตรายภาคขึ้นโดยใช้ควอไทล์) จัดเป็น 19 ลำดับแรก ได้แก่ เชียงราย ระยอง จันทบุรี เชียงใหม่ สมุทรสาคร ปราจีนบุรี สมุทรปราการ น่าน เพชรบุรี ลพบุรี พะเยา ศรีสะเกษ ลำปาง บุรีรัมย์ ประจวบคีรีขันธ์ ฉะเชิงเทรา อุบลราชธานี นครสวรรค์ และมุกดาหาร ซึ่งแสดงเป็นพื้นที่จังหวัดสีแดง ภาพที่ 1

ภาพที่ 1 แผนที่แสดงอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (5 โรคหลัก) เฉพาะกลุ่มอายุ 15-24 ปี (รวมทุกเชื้อชาติ)

ประเทศไทย ปีงบประมาณ พ.ศ.2561



อันดับ	จังหวัด	อัตราป่วย
1	เชียงราย	280.5
2	ระยอง	255.4
3	จันทบุรี	232.0
4	เชียงใหม่	222.3
5	สมุทรสาคร	207.9
6	ปราจีนบุรี	203.5
7	สมุทรปราการ	195.0
8	น่าน	190.4
9	เพชรบุรี	182.7
10	ลพบุรี	179.7
11	พะเยา	176.9
12	ศรีสะเกษ	174.8
13	ลำปาง	165.0
14	บุรีรัมย์	140.1
15	ประจวบคีรีขันธ์	139.1
16	ฉะเชิงเทรา	136.8
17	อุบลราชธานี	132.4
18	นครสวรรค์	131.6
19	มุกดาหาร	130.0

ที่มา: รายงานการเฝ้าระวังโรค 506, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.2 พฤติกรรมเสี่ยง (Behaviors Risk)

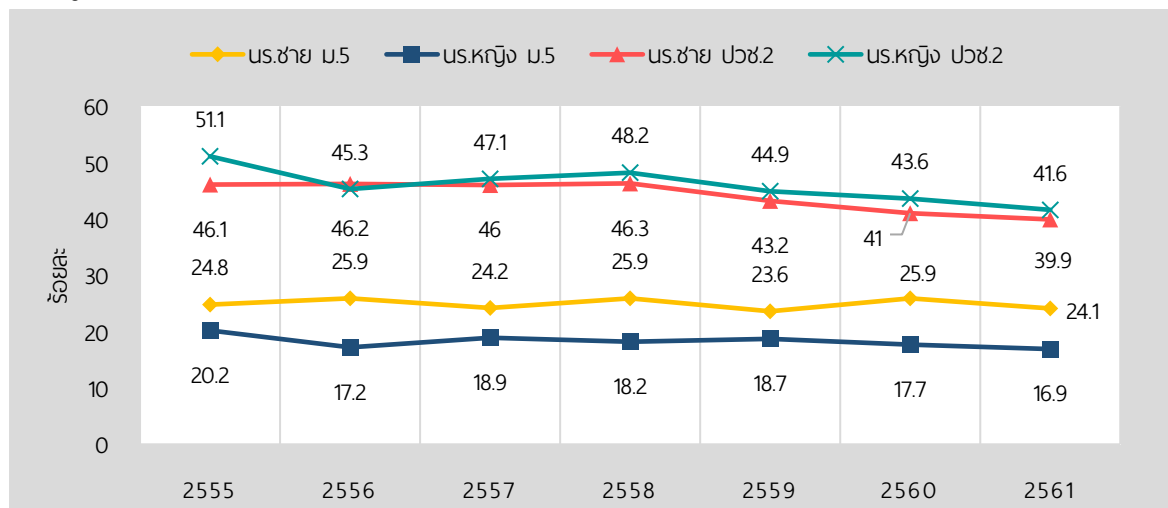
การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับการป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในครั้งนี้ เน้นศึกษาในกลุ่มเยาวชนที่เป็นวัยรุ่น โดยข้อมูลด้านพฤติกรรมจะใช้ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (BSS) ในนักเรียน ของกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค เป็นหลัก โดยนำข้อมูลพฤติกรรมของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 (ม.5) นักเรียนอาชีวศึกษาชั้นประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 (ปวช.2) ซึ่งเป็นตัวแทนประชากรที่มีอายุ 15-24 ปี มาพิจารณา โดยในปี 2561 ประชากรเฝ้าระวังที่เป็นนักเรียนชั้น ม.5 มีอายุในช่วง 13-20 ปี และนักเรียนอาชีวศึกษาชั้น ปวช.2 มีอายุในช่วง 15-24 ปี^[8]

3.2.1 พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

● ประสพการณ์การเคยมีเพศสัมพันธ์

จากข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพในกลุ่มนักเรียน (BSS) ช่วง 7 ปีที่ผ่านมา (2555-2561) เมื่อสอบถามนักเรียนถึงประสพการณ์การเคยมีเพศสัมพันธ์ พบว่าในนักเรียนสายสามัญชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 แนวโน้มไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก แต่นักเรียนสายอาชีพหรืออาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 พบว่าแนวโน้มลดลงบ้าง ซึ่งนักเรียนสายอาชีพเคยมีเพศสัมพันธ์แล้วมากกว่านักเรียนสายสามัญ นักเรียนหญิงอาชีวศึกษา ชั้น ปวช.2 เคยมีประสพการณ์มีเพศสัมพันธ์มากกว่านักเรียนชายชั้นเดียวกัน และปี 2561 นักเรียน ชั้น ปวช.2 หญิงและชาย เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 41.6 และ 39.9 ตามลำดับ ส่วนในนักเรียนสายสามัญชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 พบว่านักเรียนชาย เคยมีเพศสัมพันธ์แล้วมากกว่านักเรียนหญิง โดยปี 2561 นักเรียนชายและนักเรียนหญิง เคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 24.1 และ 16.9 ตามลำดับ^[8] (แผนภูมิที่ 7)

แผนภูมิที่ 7 ค่ามัธยฐานของร้อยละการเคยมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียน ปี พ.ศ.2555-2561



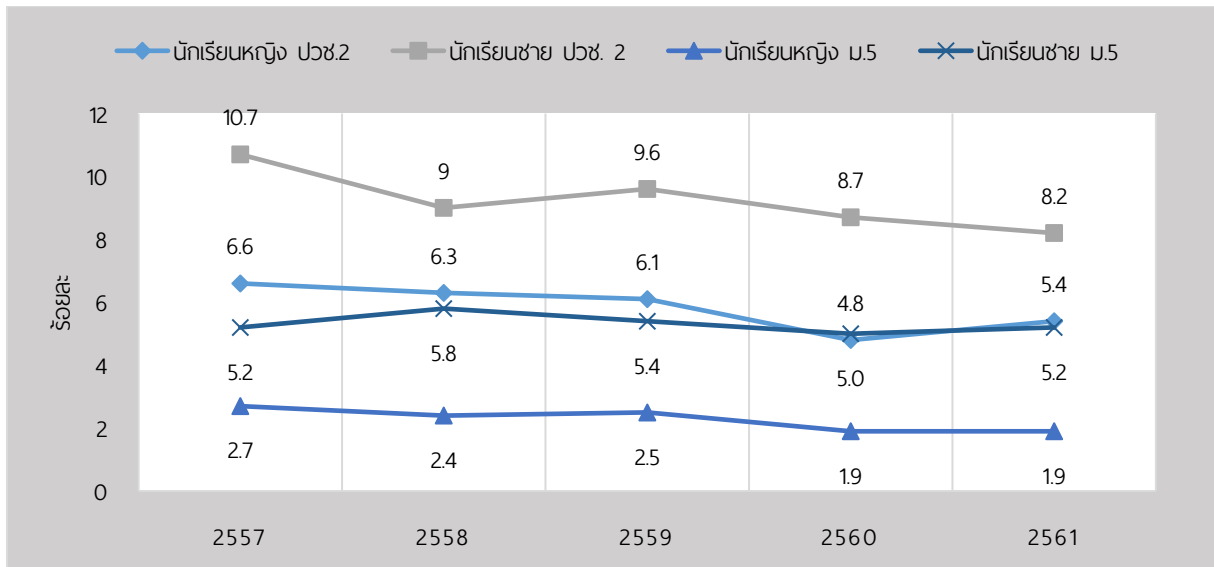
ที่มา: BSS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

● การมีเพศสัมพันธ์เร็ว

ช่วง ปี พ.ศ.2557-2561 ในภาพรวมพบว่าอัตราการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 15 ปี ในนักเรียนลดลงเล็กน้อยไม่เปลี่ยนแปลงมากนัก และนักเรียนสายสามัญ (ชั้น ม.5) และสายอาชีพ (ชั้น ปวช.2) มีอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่แตกต่างกัน คือเฉลี่ยประมาณ 15 ปี^[8] แต่อัตราการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อน

อายุ 15 ปี ของนักเรียนสายอาชีพ (ชั้น ปวช.2) สูงกว่านักเรียนสายสามัญ (ชั้น ม.5) และอัตราการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 15 ปี ของนักเรียนชายสูงกว่านักเรียนหญิงเมื่อเปรียบเทียบในสายการเรียนเดียวกัน โดยในปี 2561 นักเรียนชายและหญิงชั้น ปวช.2 มีอัตราเท่ากับร้อยละ 8.2 และ 5.4 ตามลำดับ ส่วนนักเรียนชายและหญิงชั้น ม.5 มีอัตราการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 15 ปีเท่ากับร้อยละ 5.2 และ 1.9 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 8

แผนภูมิที่ 8 ค่ามัธยฐานของร้อยละการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกก่อนอายุ 15 ปี ในนักเรียน ปี พ.ศ.2557-2561

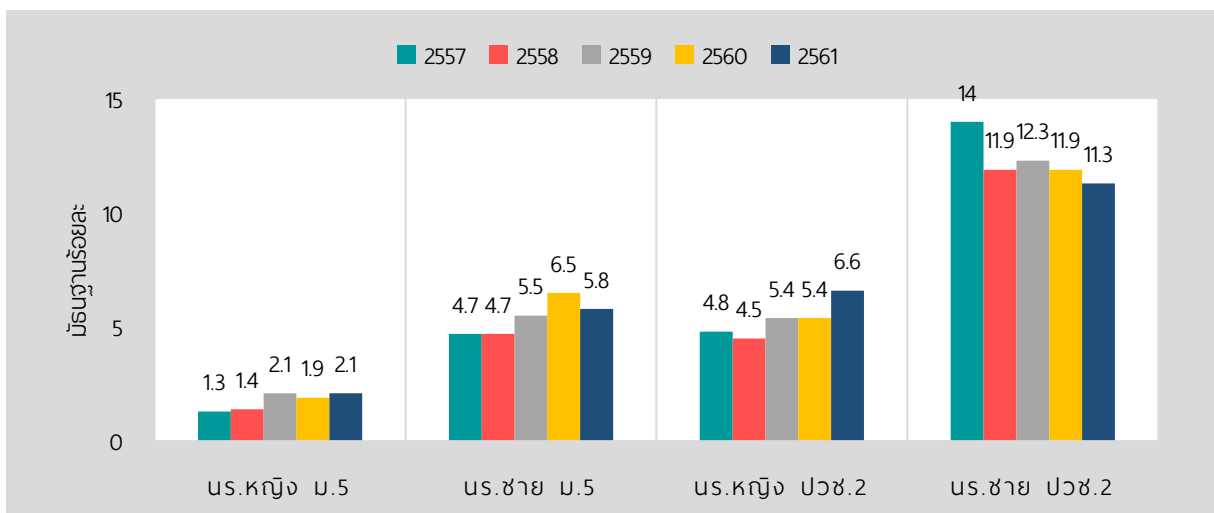


ที่มา: BSS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

● การมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่แฟน/คู่รัก

ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมในนักเรียน 5 ปีที่ผ่านมา พบว่านักเรียนชายชั้น ปวช.2 มีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นมากที่สุดร้อยละ 11.3 รองลงมาคือ นักเรียนชายชั้น ม.5 นักเรียนหญิงชั้น ปวช.2 และนักเรียนหญิงชั้น ม.5 เท่ากับร้อยละ 6.6 5.8 และ 2.1 ตามลำดับ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 9

แผนภูมิที่ 9 ค่ามัธยฐานของร้อยละการเคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงอื่น/ชายอื่น ที่ไม่ใช่แฟนหรือคู่รัก ใน 12 เดือนที่ผ่านมา

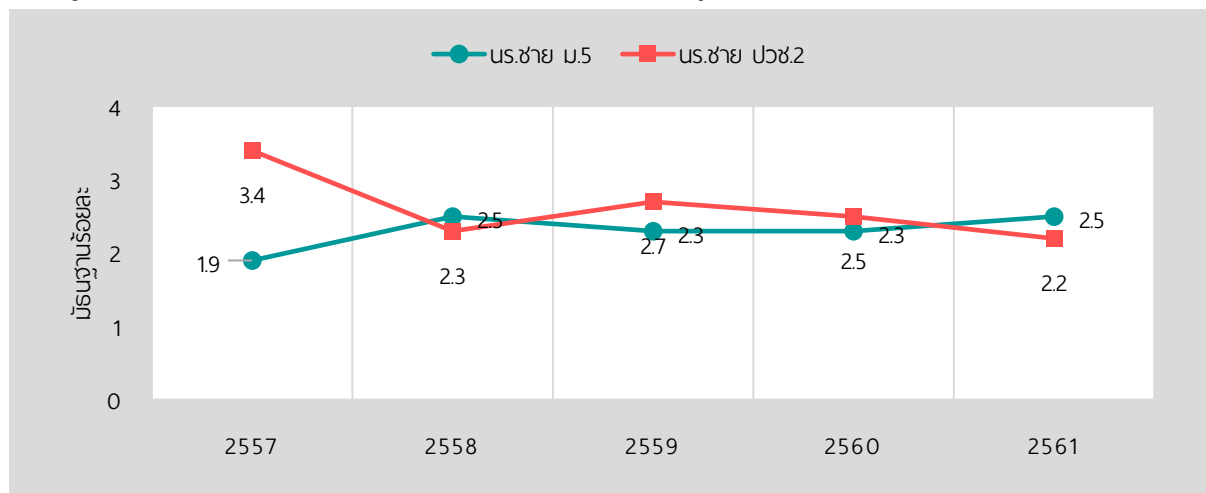


ที่มา: BSS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

- การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย

จากข้อมูลการเฝ้าระวัง 5 ปีที่ผ่านมา พบว่านักเรียนชายประมาณร้อยละ 1.8 - 3.4 เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายใน 12 เดือนที่ผ่านมา โดยในปี 2561 นักเรียนชายชั้น ม.5 และ ปวช.2 มีอัตราร้อยละ 2.5 และ 2.2 ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนักในช่วง 5 ปี ดังแผนภูมิที่ 10

แผนภูมิที่ 10 ค่ามัธยฐานของร้อยละการเคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ของนักเรียนชาย



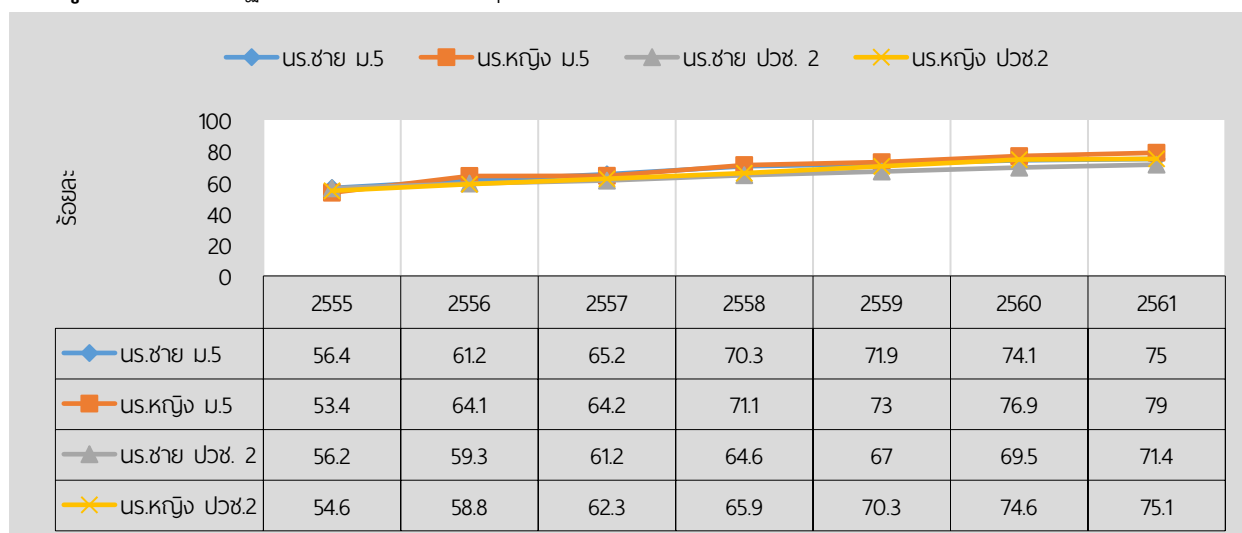
ที่มา: BSS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.2.2 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย

- การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก

อัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก ทั้งในนักเรียนเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ช่วง 7 ปีที่ผ่านมา (2555-2561) โดยเพิ่มจากประมาณร้อยละ 53.4-56.4 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 71.4-79 และนักเรียนสายสามัญ (ชั้น ม.5) ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก มากกว่า นักเรียนสายอาชีพ (ชั้น ปวช.2) ดังแผนภูมิที่ 11

แผนภูมิที่ 11 ค่ามัธยฐานของร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ครั้งแรก ของนักเรียน

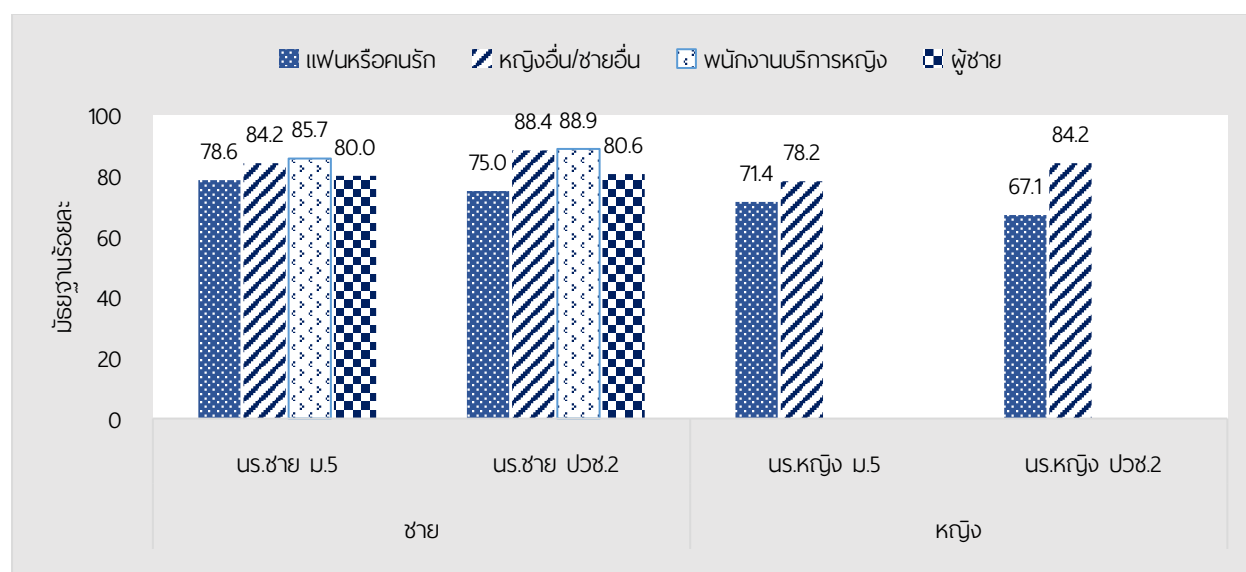


ที่มา: BSS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

● การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งล่าสุด

ข้อมูลการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ ครั้งล่าสุด กับคู่นอนประเภทต่างๆ ปี พ.ศ.2561 ในภาพรวมพบว่า นักเรียนชายใช้ถุงยางอนามัยกับพนักงานบริการหญิงสูงที่สุด และประชากรทุกกลุ่มใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรักต่ำที่สุด เมื่อเทียบกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทอื่นๆ โดยอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรักในนักเรียนสายสามัญใช้มากกว่านักเรียนสายอาชีพ และในนักเรียนชายใช้มากกว่านักเรียนหญิง ดังแสดงในแผนภูมิที่ 12

แผนภูมิที่ 12 ค่ามัธยฐานร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับคู่นอนประเภทต่างๆ ของนักเรียน ปี พ.ศ.2561

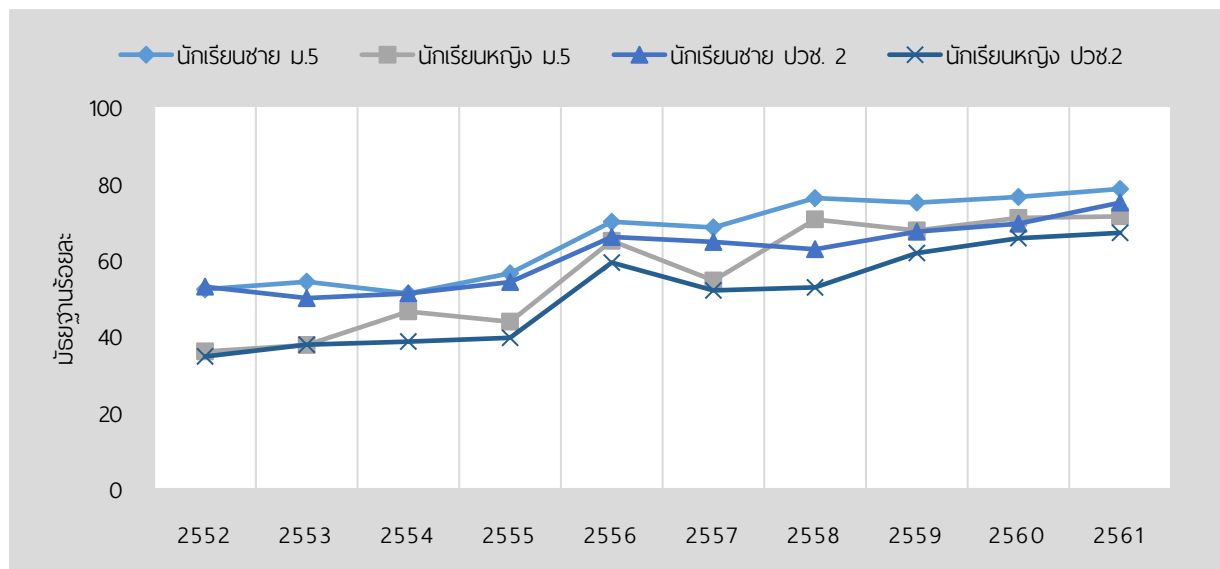


ที่มา: BSS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

● การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคู่อีก

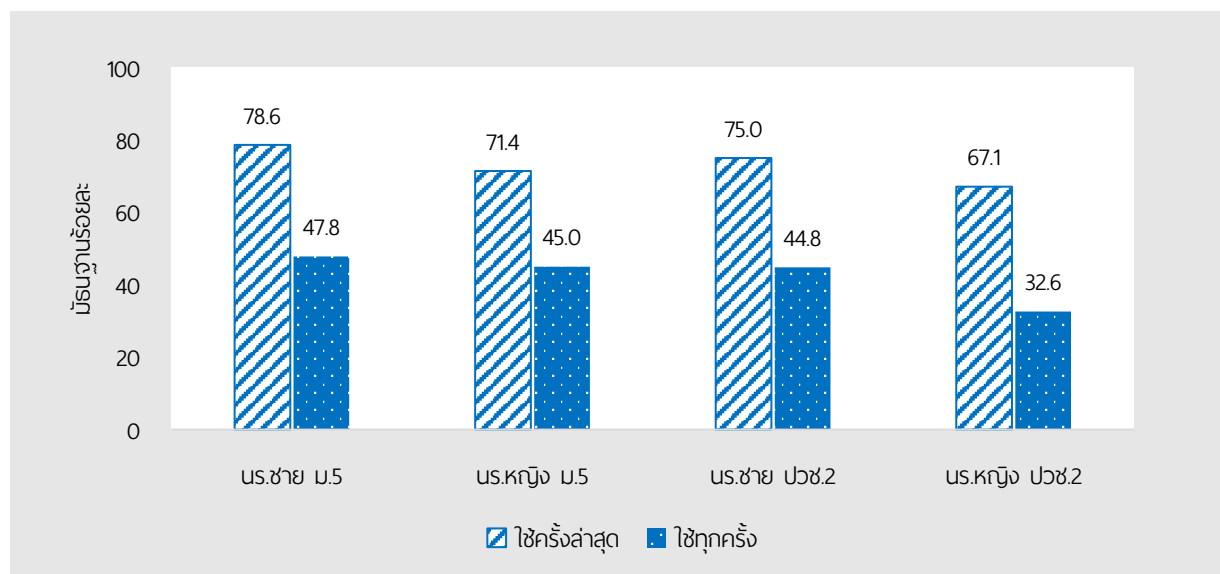
แม้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรักจะมีอัตราต่ำที่สุด เมื่อเทียบกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทอื่นๆ แต่ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคู่อีกของนักเรียนในเพศสัมพันธ์ล่าสุด ก็ยังเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ (แผนภูมิที่ 13) แต่หากเปรียบเทียบการใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้ง กับใช้ ครั้งล่าสุด เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟน/คู่อีก พบว่าการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคู่อีก ทุกครั้ง ยังต่ำมาก เมื่อเทียบกับการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ครั้งล่าสุด (แผนภูมิที่ 14)

แผนภูมิที่ 13 มัธยฐานร้อยละของนักเรียนที่ใช้ถุงยางอนามัยในเพศสัมพันธ์ล่าสุด กับแฟนหรือคนรัก (ไม่ได้ระบุว่า ระหว่างเพศเดียวกันหรือต่างเพศ) ปี พ.ศ.2557-2561



ที่มา: BSS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

แผนภูมิที่ 14 เปรียบเทียบค่ามัธยฐานร้อยละการใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้ง กับใช้ ครั้งล่าสุด เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟน/คูรัก ในรอบปีที่ผ่านมา ปี พ.ศ.2561

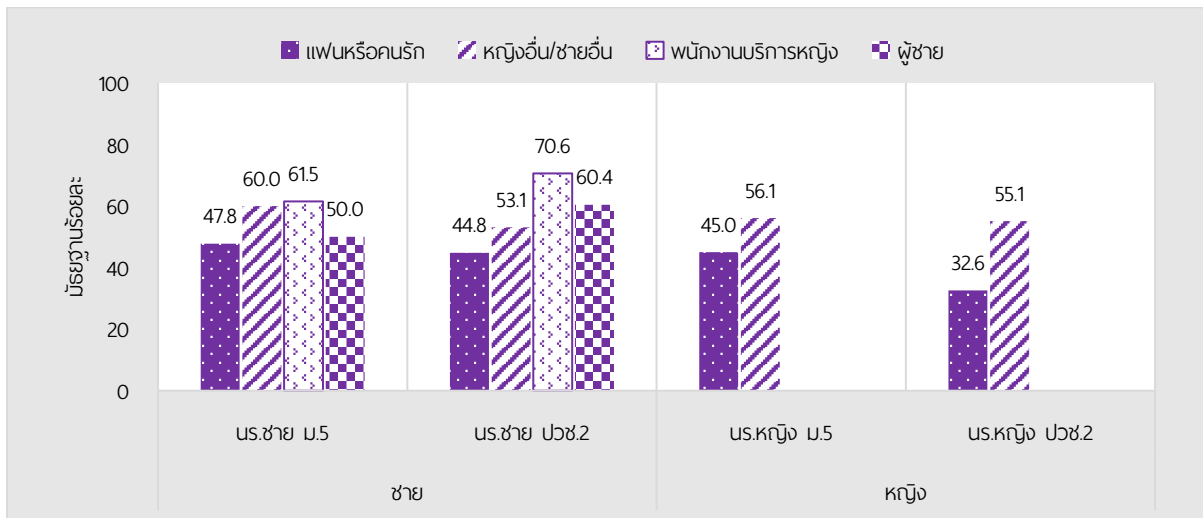


ที่มา: BSS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

- **การใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้ง กับคู่นอนประเภทต่างๆ**

เมื่อพิจารณาข้อมูลการใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้ง ปี พ.ศ.2561 ภาพรวมไม่แตกต่างจากอัตราการ
ใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดคือ ประชากรชายที่เฝ้าระวังจะใช้ถุงยางอนามัยกับพนักงานบริการหญิงสูงที่สุด และ
ประชากรทุกกลุ่มใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรักน้อยที่สุด เมื่อเทียบกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภท
อื่นๆ ดังแสดงในแผนภูมิที่ 15

แผนภูมิที่ 15 ค่ามัธยฐานร้อยละการใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้ง กับคู่นอนประเภทต่างๆ ของนักเรียน ในรอบปีที่ผ่านมา ปี พ.ศ.2561

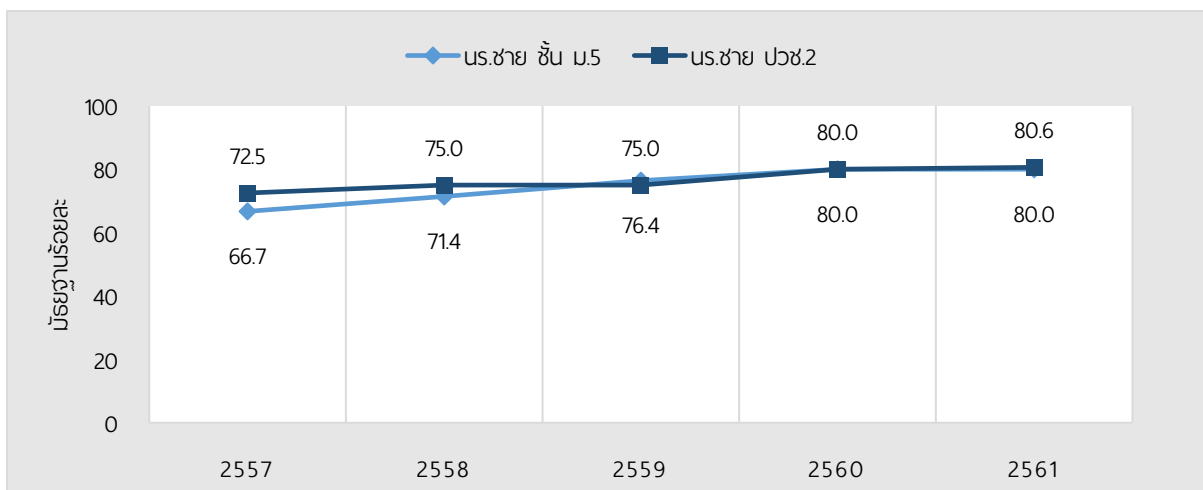


ที่มา: BSS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

● การใช้ถุงยางอนามัยระหว่างชายกับชาย

การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับผู้ชายของนักเรียนชาย พบว่ามีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ ช่วง 5 ปีที่ผ่านมา และไม่ได้มีอัตราการใช้ที่แตกต่างกันมากนักระหว่างนักเรียนชายสายสามัญ และสายอาชีพ (แผนภูมิที่ 16)

แผนภูมิที่ 16 มัธยฐานร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดกับผู้ชาย ของนักเรียน

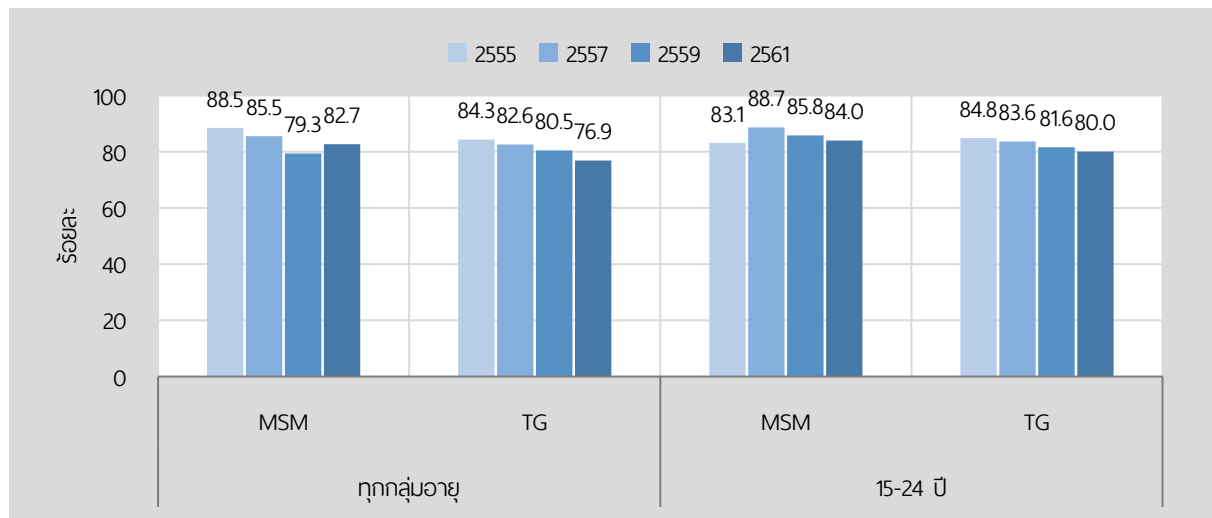


ที่มา: BSS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (IBBS) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่ดำเนินการทุก 2 ปี พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ยังเป็นเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) ทั้ง 2 กลุ่ม (ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และสาวประเภทสอง (TG)) มีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยลดลงในปีที่ทำการสำรวจ 3 รอบที่ผ่านมา (2557, 2559, 2561) โดยชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) มีอัตราร้อยละ 88.7 85.8 และ 84 ส่วนสาวประเภทสอง (TG) มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยร้อยละ

83.6 81.6 และ 80 ตามลำดับ ทั้งนี้ สาวประเภทสอง (TG) มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ดังแผนภูมิที่ 17

แผนภูมิที่ 17 ร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย



ที่มา: IBBS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

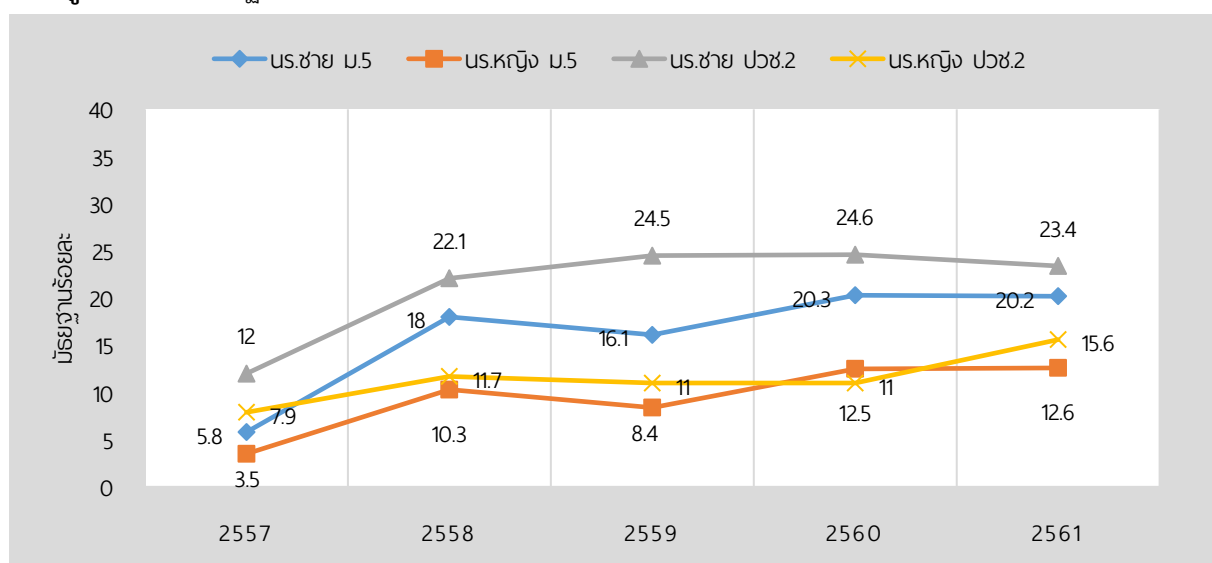
หมายเหตุ ค่าในกลุ่ม MSM เป็นข้อมูลถ่วงน้ำหนัก (weighted) จากจังหวัดเฝ้าระวัง 3 จังหวัด (กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และภูเก็ต)

ค่าในกลุ่ม TG เป็นข้อมูลถ่วงน้ำหนัก (weighted) จากจังหวัดเฝ้าระวัง 4 จังหวัด (กรุงเทพมหานคร ชลบุรี เชียงใหม่ และภูเก็ต)

3.2.3 การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์

การดื่มแอลกอฮอล์จนมึนเมาเป็นสาเหตุหนึ่งนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้^[9] จากการเฝ้าระวังพบว่า การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ ในระยะ 5 ปีที่ผ่านมา มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นในนักเรียนทุกกลุ่ม ซึ่งเพศชายดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง และในปี 2561 นักเรียนชาย ปวช.2 ดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด ร้อยละ 23.4 รองลงมาคือนักเรียนชาย ม.5 นักเรียนหญิง ปวช.2 และหญิง ม.5 เท่ากับร้อยละ 20.2 15.6 และ 12.6 ตามลำดับ ดังแผนภูมิที่ 18

แผนภูมิที่ 18 ค่ามัธยฐานร้อยละการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียน ปี พ.ศ.2557-2561



ที่มา: BSS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.2.4 พฤติกรรมการเข้ารับบริการสุขภาพ

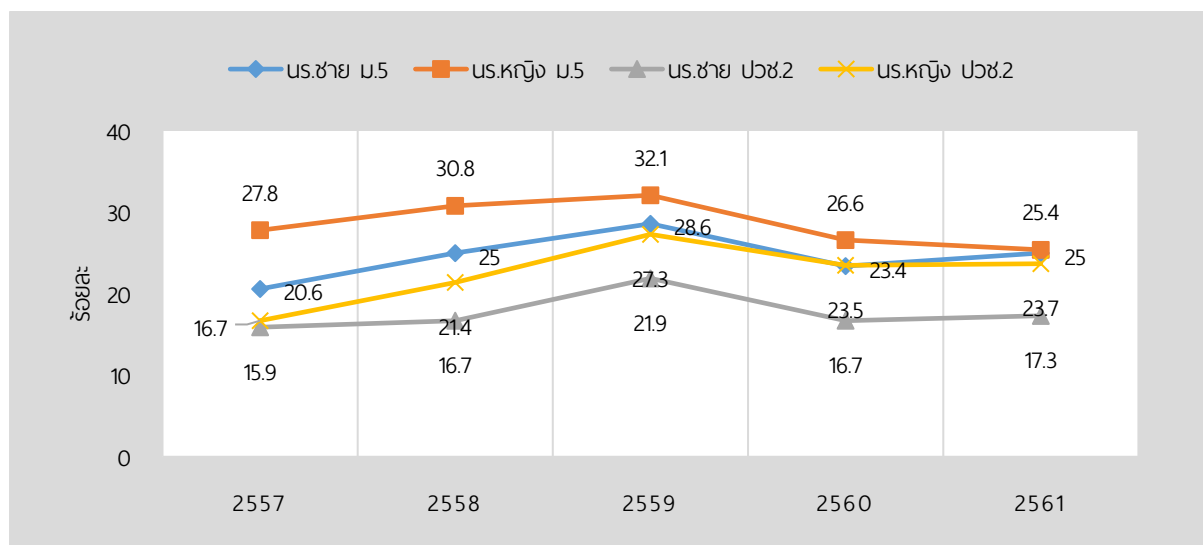
ในปี 2561 เมื่อนักเรียนมีอาการเจ็บป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ มักไปโรงพยาบาล/คลินิกตรวจโรคทั่วไปของรัฐ โดยคิดเป็นร้อยละ 40.9 - 44.4 รองลงมาคือ ป่วยไว้ไม่ทำอะไรเลย ร้อยละ 17.3 - 25.4 ทั้งนี้พบว่านักเรียนหญิงซื้อยากินเอง มากกว่านักเรียนชาย โดยนักเรียนชั้น ม.5 หญิงและชาย ซื้อยากินเอง ร้อยละ 12.6 และ 7.1 ตามลำดับ ส่วนนักเรียนชั้น ปวช.2 หญิงและชาย ซื้อยากินเองร้อยละ 15.4 และ 13.5 ตามลำดับ นอกจากนี้ไม่พบว่ามึ้นักเรียนที่มีอาการเจ็บป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไปคลินิกกามโรคของรัฐเลย ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 ค่ามัธยฐานของร้อยละวิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียน ปี พ.ศ.2561

วิธีการรักษาอาการเจ็บป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	มัธยมศึกษาปีที่ 5		ปวช.2	
	นร.ชาย	นร.หญิง	นร.ชาย	นร.หญิง
ไปโรงพยาบาล/คลินิกตรวจโรคทั่วไปของรัฐ	42.9	40.9	42.9	44.4
ไปโรงพยาบาล/คลินิกตรวจโรคทั่วไปของเอกชน	16.7	13.6	16.9	11.6
ไปคลินิกกามโรคของเอกชน	0	0	2.6	0
ไปคลินิกกามโรคของรัฐ	0	0	0	0
ไปพบพยาบาลประจำโรงเรียน	0	0	0	0
ซื้อยากินเอง	7.1	12.6	13.5	15.4
ปล่อยไว้ไม่ทำอะไรเลย	25	25.4	17.3	23.7

เมื่อพิจารณาแนวโน้มพฤติกรรมของนักเรียนที่เมื่อมีอาการเจ็บป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แล้วปล่อยไว้ไม่ทำอะไรเลย ในช่วง ปี พ.ศ.2557-2561 พบว่าในปี 2559 นักเรียนทุกกลุ่มมีการปล่อยอาการเจ็บป่วยไว้โดยไม่ได้รับการรักษาเพิ่มขึ้นจากปี 2557-2558 โดยมีค่าร้อยละ 21.9-32.1 ต่อมาในปี 2560-2561 ก็ลดลงในทุกกลุ่ม ทั้งนี้พบว่านักเรียนสายสามัญ (มัธยมศึกษา) มีการปล่อยอาการเจ็บป่วยไว้ มากกว่านักเรียนสายอาชีพ (อาชีวศึกษา) และนักเรียนหญิงปล่อยอาการเจ็บป่วยไว้โดยไม่ได้รับการรักษา มากกว่านักเรียนชายที่อยู่ระบบการศึกษาเดียวกัน โดยในปี 2561 นักเรียนชั้น ม.5 หญิงและชาย ปล่อยอาการเจ็บป่วยไว้ไม่รักษาร้อยละ 25.4 และ 25 ตามลำดับ ส่วนนักเรียนชั้น ปวช.2 หญิงและชาย ปล่อยอาการเจ็บป่วยไว้ไม่รักษาร้อยละ 23.7 และ 17.3 ตามลำดับ

แผนภูมิที่ 19 ค่ามัธยฐานร้อยละของนักเรียนที่มีอาการเจ็บป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แล้วปล่อยไว้ไม่ทำอะไรเลย ปี พ.ศ.2557-2561



ที่มา: BSS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

3.3 ปัจจัยเสี่ยง (Determinants)

ในการศึกษาปัจจัยที่ทำให้เกิดโรค จะอธิบายโดยใช้ปัจจัยสามทางระบาดวิทยาที่อยู่ในสภาวะไม่สมดุลจนก่อให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย 1) โฮสต์ (Host) หรือในการศึกษานี้หมายถึง เยาวชน อายุ 15-24 ปี 2) สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent) ในการศึกษานี้หมายถึง เชื้อก่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และ 3) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment) ที่ส่งผลให้เยาวชนได้รับเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จนเกิดการเจ็บป่วย ซึ่งผลจากการทบทวนวรรณกรรมจากเอกสารวิชาการต่างๆ ได้จำแนกปัจจัยที่ส่งผลต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชนไว้ ดังนี้

3.3.1 โฮสต์ (Host)

โฮสต์ (Host) หรือในการศึกษานี้ หมายถึง เยาวชน อายุ 15-24 ปี ซึ่งมีปัจจัยหลายด้านที่จะส่งผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคที่ติดต่อเนื่องจากการมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม จึงได้ทบทวนปัจจัยที่ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพ และใช้แบบจำลอง PRECEDE-PROCEED Model ในการอธิบายปัจจัยและความเชื่อมโยงที่ส่งผลต่อพฤติกรรมของเยาวชน หรือ โฮสต์ (Host) โดยตามแบบจำลองแบ่งปัจจัยเป็น 3 ด้าน ได้แก่

1) ปัจจัยนำ (Predisposing Factors) หมายถึง ปัจจัยที่เอื้ออำนวยหรือยับยั้งแรงจูงใจของบุคคลที่มีต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพ ปัจจัยซึ่งเป็นองค์ประกอบของปัจจัยนำ ได้แก่ เพศ อายุ ความรู้ ทักษะ ความเชื่อ ค่านิยม นอกจากนี้ยังรวมไปถึงปัจจัยด้านประชากร โดยปัจจัยที่ทบทวนและเกี่ยวข้องมีดังนี้

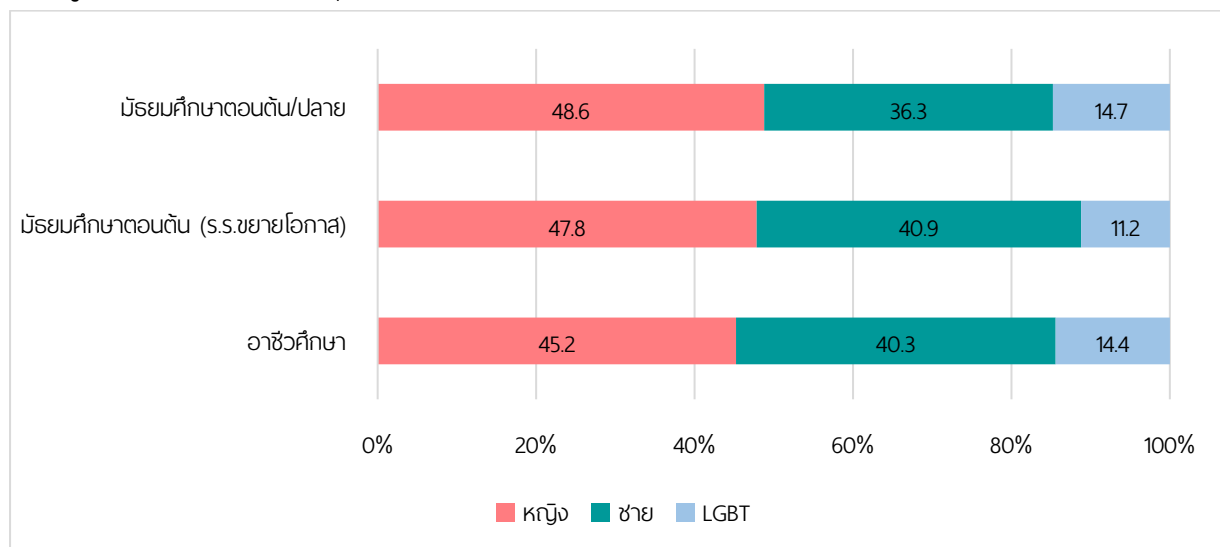
● การเปลี่ยนแปลงตามวัย

เยาวชนอายุ 15-24 ปี ส่วนใหญ่ก็ถือว่าเป็นวัยรุ่น โดยกลุ่มอายุ 14-16 ปี จัดเป็นวัยรุ่นตอนกลาง ซึ่งตามพัฒนาการจะเริ่มมีความตื้อรั้น โมโหง่าย ขัดแย้งกับพ่อแม่สูง เพื่อนมีอิทธิพลสูง เริ่มสนใจเพศตรงข้าม และเริ่มทดลองเกี่ยวกับเรื่องเพศ ส่วนวัยรุ่นตอนปลาย (17-19 ปี) จะเริ่มยอมรับคำแนะนำมากขึ้น ให้ความสนใจต่อคำแนะนำต่างๆ รวมทั้งการป้องกันปัญหาการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่เหมาะสม เมื่อเด็กเข้าสู่วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงหลายด้านทั้งทางร่างกาย อารมณ์ และสังคม ส่งผลให้มีความสนใจเรื่องเพศมากขึ้น หรือมีพฤติกรรมทางเพศ และเริ่มใช้เวลาอยู่กับเพื่อน อยู่กับสังคม^[10] ซึ่งเป็นพฤติกรรมที่เกิดขึ้นตามช่วงวัย

● คำนิยมความหลากหลายทางเพศ

จากรายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย ปี 2559 ที่สอบถามเรื่องการนิยามตัวตนในนักเรียน^[11] พบว่าประมาณร้อยละ 14 ระบุว่าตัวเองมีตัวตนทางเพศในกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBT) นอกเหนือไปจากชายและหญิง หากจำแนกนักเรียนตามประเภทสถานศึกษา สัดส่วนการระบุตัวตนของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น/ปลาย ระบุตนเองว่าอยู่ในกลุ่ม LGBT ร้อยละ 14.7 รองลงมาคือนักเรียนอาชีวศึกษา ร้อยละ 14.4 และนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น (รร.ขยายโอกาส) ร้อยละ 11.2 ตามลำดับ แสดงดังแผนภูมิที่ 20

แผนภูมิที่ 20 สัดส่วนการระบุตัวตนทางเพศของนักเรียน

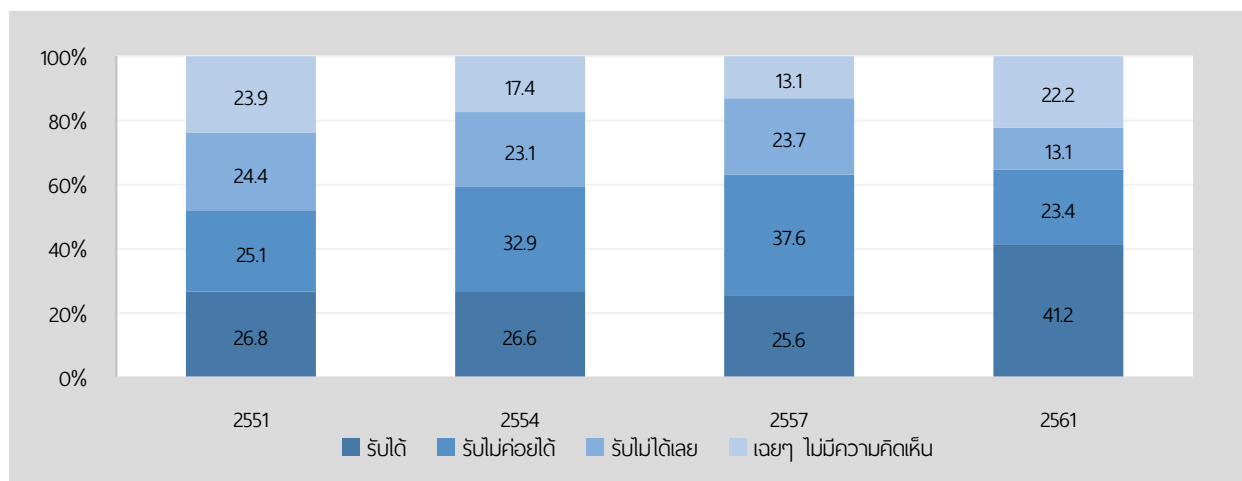


ที่มา: รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย ปี 2559

● คำนิยม ความเชื่อ เรื่องการมีเพศสัมพันธ์

การสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต ปี 2561 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เกี่ยวกับการยอมรับ “พฤติกรรมการที่ชายหญิงอยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงาน” พบว่า ประชากรอายุ 13 ปีขึ้นไป เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 41.2) ยอมรับได้ และสัดส่วนที่พบสูงกว่าปีที่ผ่านมาอย่างมาก ในขณะที่กลุ่มที่รับไม่ค่อยได้กับกลุ่มที่รับไม่ได้เลย กลับมีแนวโน้มลดลงอย่างพอสมควร^[12] ดังแสดงในแผนภูมิที่ 21

แผนภูมิที่ 21 สัดส่วนการยอมรับพฤติกรรมการที่ชายหญิงอยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงานของประชากรอายุ 13 ปีขึ้นไป



ที่มา: การสำรวจสถานะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต ปี 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

การศึกษาเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ตั้งแต่ปี 2552 ที่ศึกษาในวัยรุ่นและเยาวชนที่กำลังศึกษา ในระดับมัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา ทั้งภาครัฐและเอกชน ก็พบว่าวัยรุ่นทั้งชายและหญิง เชื่อว่าการจะมีเพศสัมพันธ์กับคนรักเป็นเรื่องธรรมดาของวัยรุ่นสมัยนี้ และก็เป็นเรื่องธรรมดาที่จะมีเพศสัมพันธ์กับ "กิ๊ก" (เพื่อนสนิทต่างเพศที่มีความสัมพันธ์ฉันคู่สาว) แม้จะมีคนรักอยู่แล้ว โดยไม่บอกให้คนรักรู้ โดยความเชื่อเช่นนี้มีในวัยรุ่นชายมากกว่าวัยรุ่นหญิง^[9] นอกจากนี้มีผลการศึกษาพบว่าวัยรุ่นชายที่มีค่านิยมว่า การมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์ทำให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อนมากขึ้นนั้น มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้มีค่านิยมเช่นนี้ถึง 2.77 เท่า^[15]

● ความรู้เรื่องเพศศึกษา

จากการศึกษาทัศนคติและความรู้เพศศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชายไทยในเขตกรุงเทพมหานคร ของพิชญา พจนโพธา และคณะ พบว่าความรู้เพศศึกษาถือเป็นปัจจัยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ^[15] ซึ่งจากรายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย ปี 2559 พบว่านักเรียนส่วนใหญ่เข้าใจว่าตัวเองมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับเรื่องเพศและอนามัยเจริญพันธุ์เป็นอย่างดี ทั้งเรื่องวิธีการคุมกำเนิด วิธีการใช้ถุงยางอนามัย สามารถหาถุงยางอนามัยได้หากต้องการใช้ หรือเข้าใจว่ามีความรู้เกี่ยวกับประจำเดือน แต่เมื่อมีคำถามในเชิงลึกพบว่ายังไม่สามารถทำความเข้าใจเนื้อหาเพศวิถีศึกษาได้เป็นอย่างดี และไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันได้^[11]

● ทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย

ทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัยเป็นปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำให้คนตัดสินใจใช้หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย^[13] จากข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมในกลุ่มทหารกองประจำการ ปี พ.ศ.2561 พบว่าเหตุผลหลักที่ทหารไม่ใช้ถุงยางอนามัย เนื่องจากไว้ใจซึ่งกันและกัน ร้อยละ 41 รองลงมาคือคุ้นเคยกันมานาน และหลังภายนอก คิดเป็นร้อยละ 19.3 และ 17.5 ตามลำดับ^[14]

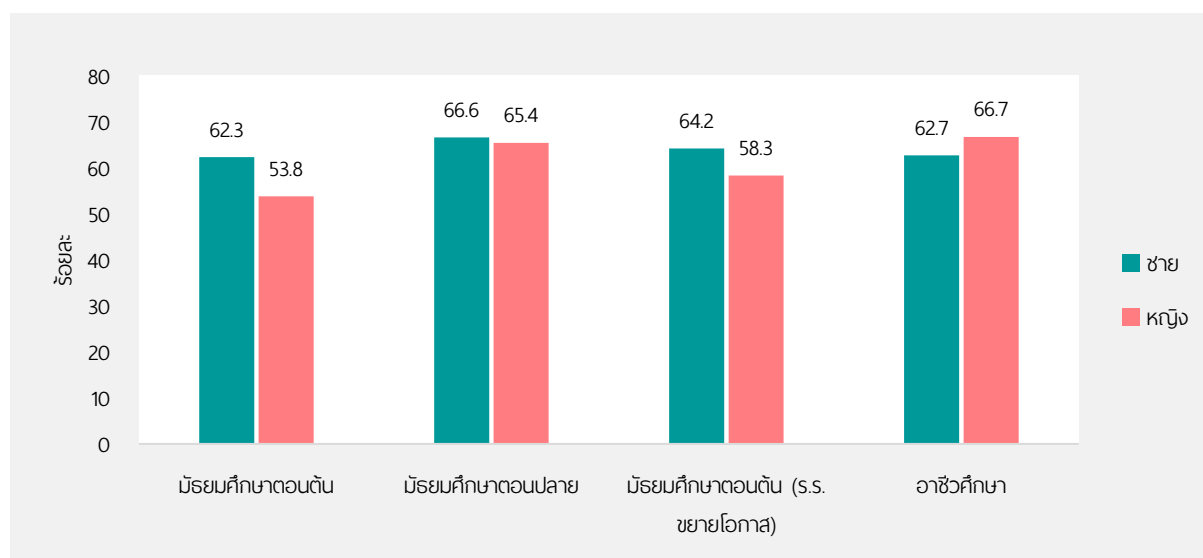
นอกจากนี้ยังมีผลการวิจัยเมื่อปี 2558 พบว่าประชาชนเพศชายมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้หญิงที่พกถุงยางอนามัยติดตัว โดยมองว่ามีอาชีพขายบริการทางเพศ และพบว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท และผู้หญิงมีความรู้สึกอาย หากต้องซื้อถุงยางอนามัยในร้านสะดวกซื้อ หรือร้านขายยา^[15]

ผลการวิจัยเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นของอนงค์ ประสารนันทกิจ และคณะ เมื่อปี 2552 ก็พบว่าวัยรุ่นทั้งชายและหญิงมีความเชื่อว่าการพกถุงยางอนามัยทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนวางแผนที่จะมีเพศสัมพันธ์ และคิดว่าการซื้อถุงยางอนามัยเป็นเรื่องน่าอาย นอกจากนี้วัยรุ่นชายมักคิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยทำให้รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง^[9]

● ทักษะการต่อรองที่จะใช้ถุงยางอนามัย

รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย ปี 2559 จากการสอบถามนักเรียนทั้งหมด 8,837 มีร้อยละ 61.7 ที่มั่นใจว่าสามารถยืนกรานและต่อรองที่จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ และมีนักเรียนมัธยมศึกษาหญิงเพียงร้อยละ 53.8 เท่านั้น ที่มีความมั่นใจ โดยภาพรวมนักเรียนชายมีอำนาจการต่อรองมากกว่านักเรียนหญิง ยกเว้นนักเรียนอาชีวศึกษาที่นักเรียนหญิงมีความมั่นใจในการต่อรองที่จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งมากกว่า^[11]

แผนภูมิที่ 22 ร้อยละของนักเรียนที่มั่นใจว่าสามารถยืนกรานและต่อรองที่จะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์



ที่มา: รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย ปี 2559

การศึกษาพฤติกรรมการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาของวัยรุ่นและเยาวชน โดยอนงค์ ประสารนันทกิจ และคณะ พบว่าวัยรุ่นหญิงเคยปฏิเสธมากกว่าวัยรุ่นชาย แต่ฝ่ายชายจะมีอำนาจต่อรองเพื่อปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์มากกว่า และยังพบว่าฝ่ายหญิงมักจะยินยอมมากกว่า นอกจากนี้หากวิเคราะห์ตามระดับการศึกษาพบว่าวัยรุ่นระดับมัธยมศึกษาตอนต้นไม่เคยต่อรอง หรือปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ในสัดส่วนที่สูงกว่าระดับอื่น^[9]

2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling Factors) ในการศึกษาี้ หมายถึง ปัจจัยที่เอื้อ และส่งผลให้เยาวชนสามารถเข้าถึงถุงยางอนามัย รวมไปถึงเอื้อให้เยาวชนมีความรู้ และสามารถป้องกันตนเองจากการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมีข้อมูลสนับสนุน ดังนี้

- แหล่งที่มาของถุงยางอนามัย

แหล่งที่มาของถุงยางอนามัยในเด็กนักเรียน ส่วนใหญ่พกถุงยางอนามัยติดตัว อันดับรองลงมาได้แก่ ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ หรือร้านขายยา ซึ่งนักเรียนชายพกถุงยางอนามัยติดตัวมากกว่านักเรียนหญิง และในปี 2561 ทั้งนักเรียนชายชั้น ม.5 และ ปวช.2 พกถุงยางอนามัยติดตัว ร้อยละ 33.3 ส่วนนักเรียนหญิงชั้น ม.5 และ ปวช.2 พกถุงยางอนามัยติดตัว ร้อยละ 25.7 และ 25 ตามลำดับ จากข้อมูลพบว่านักเรียนหญิงจะมีคูเตรียมถุงยางอนามัยมา มากกว่านักเรียนชาย และไม่มีนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาที่ตอบว่าได้รับถุงยางอนามัยจากครู/อาจารย์/ครูพยาบาลในโรงเรียน (ตารางที่ 4) โดยภาพรวมในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา นักเรียนมีแนวโน้มพกถุงยางอนามัยติดตัวเพิ่มขึ้น^[8]

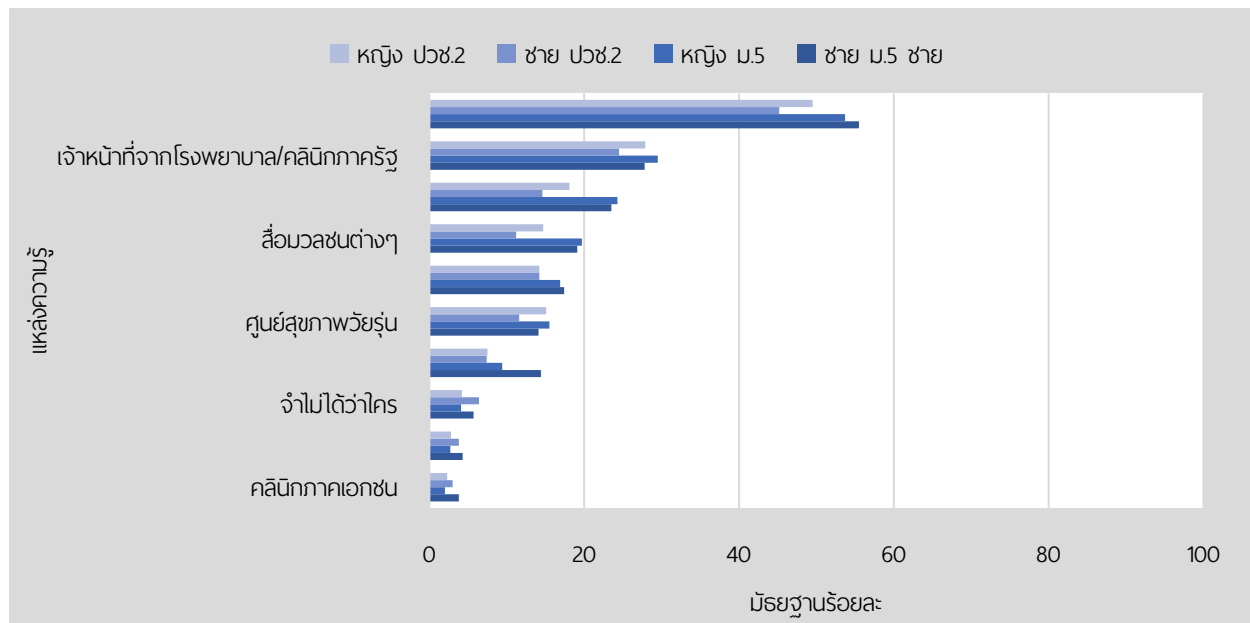
ตารางที่ 4 ค่ามัธยฐานร้อยละของแหล่งที่มาของถุงยางอนามัยของนักเรียน ปี พ.ศ.2561

แหล่งที่มาของถุงยางอนามัย	นักเรียน			
	ชาย ม.5	หญิง ม.5	ชาย ปวช.2	หญิง ปวช.2
พกถุงยางอนามัยติดตัว	33.3	25.7	33.3	25
ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ	21.7	21.4	21	21.6
ซื้อจากร้านขายยา	11.7	14.3	11.7	14
คู่นอนเตรียมมา	1.7	11.8	1.3	12.6
เจ้าหน้าที่สาธารณสุข	5	8.2	7.7	7.7
ซื้อจากห้างสรรพสินค้า	6.3	4.5	3.7	3.1
เพื่อน	3.8	2.1	6.6	3
เครื่องขายแบบหยอดเหรียญ	2.7	1.7	4.2	2.4
ครู/อาจารย์/ครูพยาบาล	0	0	1.4	0.7
สถานบริการเตรียมไว้	0	0	0.9	0.3
อื่นๆ	1.1	1.4	2.2	1.9

- แหล่งความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

แหล่งความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนสายสามัญและสายอาชีพ ทั้งชายและหญิงไม่แตกต่างกัน คือส่วนใหญ่นักเรียนประมาณ ร้อยละ 50 ได้รับความรู้จากครูอาจารย์ในโรงเรียน รองลงมาคือจากเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล/คลินิกภาครัฐ และค้นหาจากอินเทอร์เน็ต (แผนภูมิที่ 23)

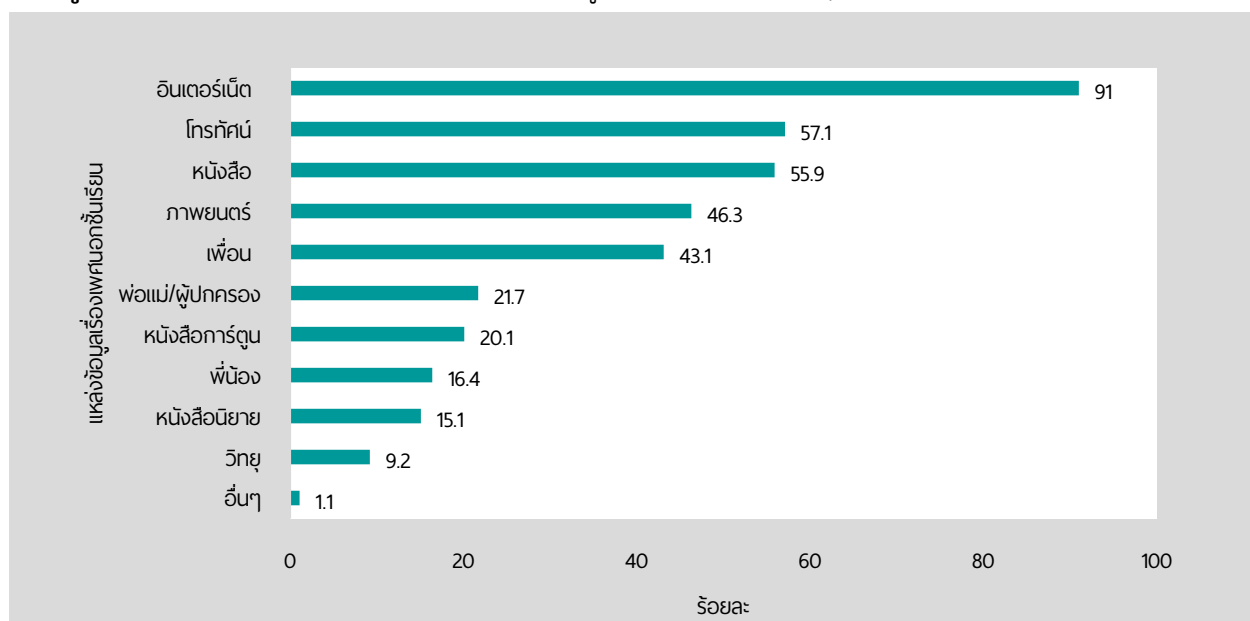
แผนภูมิที่ 23 แหล่งความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียน ปี พ.ศ.2561



ที่มา: BSS, กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค

จากรายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย^[11] พบว่านอกจากในห้องเรียนแล้ว แหล่งข้อมูลเรื่องเพศวิถีศึกษาที่นักเรียน 8,837 คน (ทั้งมัธยมศึกษาตอนต้นและตอนปลาย มัธยมศึกษาตอนต้นที่เป็นโรงเรียนขยายโอกาส และอาชีวศึกษา) เข้าถึงมากที่สุด คือ ทางอินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 91 รองลงมาคือ โทรทัศน์ หนังสือ ภาพยนตร์ และเพื่อน เท่ากับร้อยละ 57.1, 55.9, 46.3 และ 43.1 ตามลำดับ ในขณะที่ตอบว่าแหล่งข้อมูลคือ พ่อแม่/ผู้ปกครอง เพียงร้อยละ 21.7 ดังแสดงในแผนภูมิที่ 24

แผนภูมิที่ 24 ร้อยละของนักเรียนที่เลือกใช้แหล่งข้อมูลเรื่องเพศจากที่ต่างๆ นอกจากในห้องเรียน



ที่มา: ผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย พ.ศ. 2559

- การสอนเพศวิถีศึกษา (Sexuality Education)

โรงเรียน หรือสถานศึกษา เป็นสถานที่ที่มีความใกล้ชิดกับวัยรุ่นและเยาวชนที่อยู่ในวัยเรียนอย่างมาก จากรายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย ที่ดำเนินการในปี 2559 ได้สรุปช่องว่างสำคัญในการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทยไว้หลายประเด็น ที่ส่งผลให้นักเรียนไทยไม่สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ในห้องเรียนเพศวิถีศึกษาไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้เท่าที่ควร ส่งผลให้อัตราการตั้งครรภ์และการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงเอชไอวี ยังคงสูงอยู่ในเยาวชนไทย^[11] โดยสรุปการเรียนการสอนเพศวิถีศึกษามีความท้าทาย ดังนี้

1) ระบบการเรียนการสอนไม่เอื้อให้คิดวิเคราะห์ ไม่วัดทักษะ เวลาเรียนไม่พอ
กระบวนการสอนเพศวิถีศึกษาทั้งแบบบรรยายและกิจกรรมยังไม่เอื้อให้นักเรียนคิดวิเคราะห์ และการประเมินความรู้ของนักเรียน เน้นให้ตอบข้อสอบทั้งปรนัยและอัตนัย เก็บคะแนนจากใบงาน และการมีส่วนร่วมในชั้นเรียนเป็นหลัก ซึ่งวิธีเหล่านี้ไม่สามารถชี้วัดว่านักเรียนสามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ หรือมีทักษะที่จำเป็นต่อการจัดการความเสี่ยงในชีวิตทางเพศ หรือสามารถคิดวิเคราะห์ อย่างรอบด้าน นอกจากนี้ยังพบกับข้อจำกัดด้านเวลาการสอนที่ไม่เพียงพอ

2) เนื้อหาการสอนไม่ครอบคลุม ไม่ลึกพอ เน้นมุมมองผลกระทบด้านลบของเพศสัมพันธ์ คือ การติดโรค และการท้องไม่พร้อม เป้าหมายจึงพยายามให้เด็กงดเว้น หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ เด็กจึงไม่เห็นทางเลือกในการใช้ชีวิตทางเพศที่มีโอกาสเกิดขึ้นนอกจากกรณีที่ยังมีประเด็นที่การสอนยังไม่ครอบคลุม ได้แก่ เรื่องเพศภาวะ สิทธิ และอำนาจที่จะช่วยให้เด็กเข้าใจบทบาททางเพศภาวะ และอำนาจการต่อรอง เช่น การต่อรองของผู้หญิงให้ฝ่ายชายใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งอาจส่งผลให้นักเรียนไม่ได้เรียนรู้ที่จะต่อรอง และนำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย หรือเรื่องความหลากหลายทางเพศ ก็ยังเป็นประเด็นที่ถูกละเลย เช่น ไม่มีการสอนวิธีการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยในคูเพศเดียวกัน หรือคู่มือการสอนยังมีการใช้คำว่า “เบี่ยงเบนทางเพศ” ในการกล่าวถึงความหลากหลายทางเพศ เป็นต้น นอกจากนี้พบว่าเนื้อหาที่สอนในบางประเด็นยังไม่ลงลึกเพียงพอที่จะไปใช้จริงในชีวิตประจำวันได้ เช่น วิธีการคุมกำเนิด เป็นต้น ทำให้นักเรียนต้องไปค้นหาความรู้จากนอกห้องเรียน โดยจากการศึกษาพบว่ามียุโรปนักเรียนร้อยละ 11-30 เท่านั้น ที่เคยเห็นการสาธิตเกี่ยวกับถุงยางอนามัยในโรงเรียน จึงอาจจะขาดทักษะและความมั่นใจในการใช้ถุงยางอนามัย

3) บรรยากาศในชั้นเรียนไม่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา ผลการศึกษาพบว่านักเรียนถึงครึ่งหนึ่งยังไม่รู้สึก สะดวกใจกับการเรียน โดยนักเรียนทั้งเพศหญิงและเพศชายร้อยละ 30-50 รู้สึกไม่ไว้วางใจ อาจและไม่สะดวกใจขณะเรียนเพศวิถีศึกษาหรือไม่กล้าพูดเรื่องเพศในชั้นบางเวลาหรือตลอดเวลา โดยเฉพาะนักเรียนหญิง ซึ่งเนื่องจากบรรยากาศในชั้นเรียนที่ไม่เป็นมิตรมากพอ มีการล้อเลียนจากเพื่อนในชั้นเรียน ทำให้นักเรียนเขินอาย ยิ่งกลุ่มนักเรียนที่รักเพศเดียวกันก็ยิ่งมีความอึดอัดมากต่อการถูกหยอกล้อ

4) ครูผู้สอนไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ครูสอนเพศวิถีศึกษาจำนวนครึ่งหนึ่งไม่มีโอกาสเข้ารับการอบรมการสอนเพศวิถีศึกษา ทำให้ขาดความรู้เรื่องเพศวิถี ไม่ได้ทบทวนทัศนคติและค่านิยมของตนเอง และขาดทักษะจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบให้นักเรียนมีส่วนร่วม หรือให้นักเรียนรู้สึกปลอดภัย

การสอนจึงสอนตามแบบเรียนและสรุปบทเรียนด้วยทัศนคติส่วนตัวมากกว่าการให้นักเรียนคิดวิเคราะห์ด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน

3) ปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ในการศึกษาบทวนปัจจัยเสริมที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของเยาวชน โดยบทวนปัจจัยจากเพื่อน พ่อแม่/ผู้ปกครอง รวมไปถึงครู อาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษา เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กับเยาวชนมากที่สุด เพราะเยาวชนส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตอยู่ที่บ้านกับโรงเรียน

- **เพื่อน**

เพื่อนคือบุคคลที่มีอิทธิพลมากต่อพฤติกรรมของวัยรุ่น โดยมีการศึกษาที่พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) พูดคุยเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศกับเพื่อนมากที่สุด^[17] แต่มีผลการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นชายที่มีค่านิยมว่าการมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์ทำให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อนมากขึ้นนั้น มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้มีค่านิยมเช่นนี้ถึง 2.77 เท่า^[15] ทำให้เห็นว่าเพื่อนอาจไม่ได้เป็นปัจจัยเสริมให้เยาวชนมีพฤติกรรมที่ปลอดภัยเสมอไป และมีโอกาสขึ้นทำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยงได้ง่าย

- **ครู/อาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษา**

ครู อาจารย์ เป็นบุคคลสำคัญที่อยู่แวดล้อมวัยรุ่นหรือเยาวชน เนื่องจากเด็กวัยนี้ส่วนใหญ่เป็นนักเรียน นักศึกษา และใช้เวลาเกือบทั้งหมดอยู่กับโรงเรียน การศึกษาเรื่องเพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นในโรงเรียน กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร ได้สอบถามความเห็นของกลุ่มตัวอย่างครูและผู้บริหารซึ่งก็มีความเห็นว่า การสอนเพศศึกษาในโรงเรียน เป็นการป้องกันความเสี่ยงทางเพศที่ดีในวัยรุ่น แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่มองว่าการสอนเพศศึกษาเหมือนเป็นดาบสองคม และอาจส่งเสริมให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น^[17] ส่วนการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย เมื่อสอบถามทัศนคติของครูว่าเห็นด้วยหรือไม่ว่า “วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กันโดยที่ยังไม่แต่งงานนั้นไม่ผิด หากว่าทั้งสองฝ่าย รักกัน และมีการป้องกันการตั้งครรภ์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” พบว่าครูร้อยละ 31-45 เห็นด้วยกับเรื่องนี้ ซึ่งก็มีครูอีกมากกว่าครึ่งที่ไม่เห็นด้วย นอกจากนี้เมื่อสอบถามความเห็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศกับคนเพศเดียวกัน ครูร้อยละ 9-29 เห็นว่าเป็นสิ่งที่ผิด^[11]

นอกจากนี้ผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย พบว่าผู้บริหารสถานศึกษาบางส่วนมีกรอบแนวคิดพื้นฐานของระบบคุณค่าในเรื่องเพศ คือ มุ่งสอนให้นักเรียนอยู่ในกรอบของวัฒนธรรมไทย ประพฤติตนให้อยู่ในกรอบของคุณธรรม จริยธรรม ซึ่งมองว่า วิถีชีวิตทางเพศ เป็น “วิถีชีวิตที่ยังไม่ถึงเวลาที่เหมาะสม” ของนักเรียน ควรอยู่ให้ห่าง และรู้จักป้องกันตัวเองให้ปลอดภัย ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพจากการศึกษาพบว่าผู้บริหารบางส่วนการจับตาพฤติกรรมการมีแฟนของนักเรียน และเน้นให้นักเรียนมีพฤติกรรมและสัมพันธ์ทางเพศที่ “เหมาะสม” นั่นคือ หลีกเลี่ยงวิถีชีวิตทางเพศ เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยเรียน^[11]

- **พ่อแม่/ผู้ปกครอง**

จากรายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย^[11] พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่เห็นความสำคัญของการสอนเพศวิถีศึกษา แต่ผู้ปกครองเกือบครึ่งก็ยังมีข้อสงสัยว่าการสอนก็อาจเป็นการชี้โพรงให้กระรอก คือ ทำให้นักเรียนมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น และการที่ผู้ปกครองต้องการให้สอนเพศวิถี

ศึกษาวัตถุประสงค์หลักก็คือ ต้องการให้สอนเรื่องการคุมกำเนิด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ นักเรียนจะได้รู้จักป้องกันตัวไม่ให้ “พลาด” เพื่อจะได้ไม่ “เสียอนาคต” สะท้อนให้เห็นทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมทางเพศของเด็ก

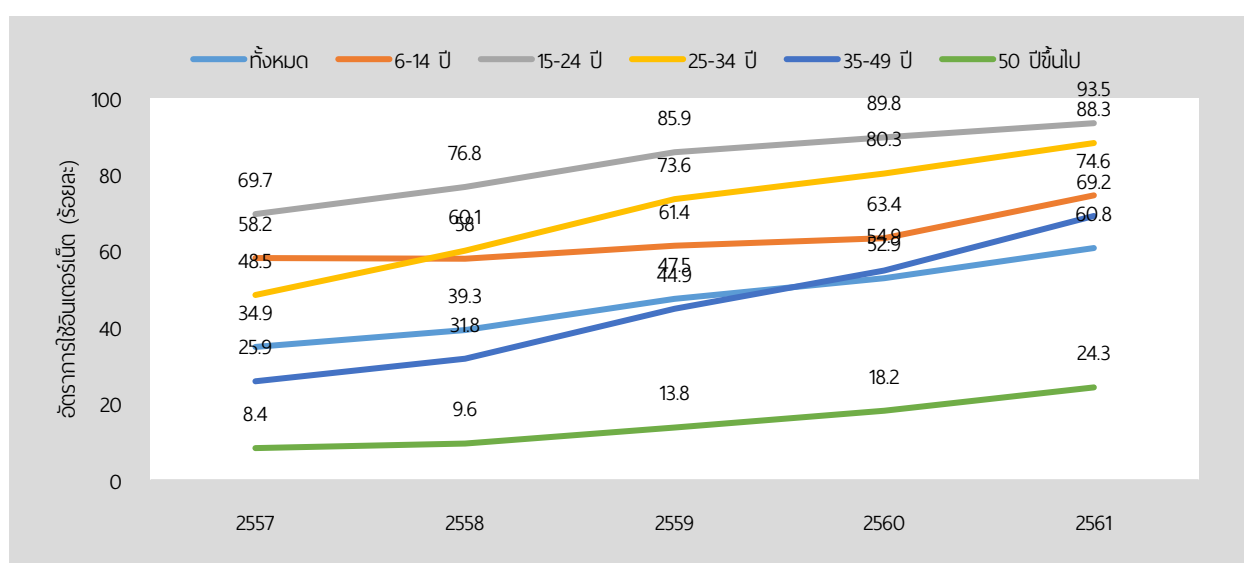
ผลการวิจัยเรื่องเพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นในโรงเรียน ของวไลยา ธรรมพินิจวัฒน์ และเบญจมาศ โอฬารรัตน์มณี ซึ่งเป็นกรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร^[17] ที่มีการสอบถามทัศนคติต่อพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น และเพศศึกษา พบว่าผู้ปกครองส่วนใหญ่ (ร้อยละ 85.9) เห็นด้วยว่าควรมีการสอนเพศศึกษาในโรงเรียน อย่างไรก็ตาม ผู้ปกครองร้อยละ 33 คิดว่าเพศศึกษากระตุ้นให้วัยรุ่นตัดสินใจที่จะลองมีเพศสัมพันธ์ หรือ ร้อยละ 37.5 เห็นว่าการสอนเกี่ยวกับการคุมกำเนิดทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น นอกจากนี้ผู้ปกครองเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.6) เห็นว่าบิดามารดา/ผู้ปกครองควรลงโทษเด็กถ้าเด็กมีเพศสัมพันธ์

3.3.2 สิ่งแวดล้อม (Environment)

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม เป็นอีกปัจจัยสำคัญที่จะส่งผลต่อความคิด ความเชื่อ ค่านิยม นำไปสู่การแสดงพฤติกรรมต่างๆ ซึ่งจากการศึกษาพบข้อมูลปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมที่เอื้อต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนี้

● การเข้าถึงอินเทอร์เน็ต

ปัจจุบันเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารก้าวหน้าไปอย่างรวดเร็ว และส่งผลกระทบอย่างมากต่อวิถีชีวิต และพฤติกรรมของประชาชน การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2561 (ไตรมาส 4) โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ^[18] พบว่าประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป มีอัตราการใช้อินเทอร์เน็ตเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง จากร้อยละ 39.3 ในปี 2558 เป็น 60.8 ในปี 2561 และการใช้อินเทอร์เน็ตไม่แตกต่างกันมากนักระหว่างเพศชายและหญิง โดยปี 2561 เพศชายและหญิง ใช้อินเทอร์เน็ตร้อยละ 61.9 และ 59.6 ตามลำดับ ทั้งนี้ พบว่าประชากรกลุ่มอายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตสูงสุด คือร้อยละ 93.5 รองลงมาคือ กลุ่มอายุ 25-34 ปี กลุ่มอายุ 6-14 ปี กลุ่มอายุ 35-49 ปี และ 50 ปีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 88.3 74.6 69.2 และ 24.3 ตามลำดับ แผนภูมิที่ 25 ร้อยละของประชากรอายุ 6 ปีขึ้นไป ที่ใช้อินเทอร์เน็ต จำแนกตามกลุ่มอายุ



ที่มา: การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2561, สำนักงานสถิติแห่งชาติ

โดยการเข้าถึงอินเทอร์เน็ตส่วนใหญ่ใช้ในกิจกรรม Social Network (ร้อยละ 95.1) รองลงมาคือ ใช้ดาวน์โหลดรูปแผ่นภูมิ/หนังสือ/วิดีโอ/เพลง/เกม เล่นเกม ดูหนัง ฟังเพลง วิทย์ (ร้อยละ 85.9) และใช้ในการอัปโหลดข้อมูลรูปภาพ/ถ่ายภาพ วิดีโอ เพลง Software ฯลฯ เพื่อการแบ่งปัน (share) บนเว็บไซต์ ร้อยละ 57^[18]

● สื่อลามกอนาจารในสังคมออนไลน์

จากการที่เยาวชนเข้าถึงสื่อต่างๆได้มากขึ้น สื่อสังคมออนไลน์จึงส่งผลกระทบอย่างมากต่อพฤติกรรมทางเพศของเยาวชน เช่น การเข้าถึงสื่อลามกอนาจาร ซึ่งอาจถูกกระตุ้นให้มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร หรือถูกล่อลวงล่วงละเมิดทางเพศ การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2561 โดยสำนักงานสถิติแห่งชาติ เมื่อสอบถามข้อคิดเห็นเกี่ยวกับเรื่องที่ต้องการให้ภาครัฐเข้ามาควบคุมด้านเทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสาร พบว่า ประเด็นที่ครัวเรือนต้องการให้ภาครัฐช่วยเข้ามาควบคุมมากที่สุด 3 อันดับแรก คือ ควบคุมเว็บไซต์ที่ลามกอนาจาร คิดเป็น ร้อยละ 44.7 รองลงมาคือควบคุมการติดต่อ ดัดแปลงเสียง หรือภาพที่ทำให้ผู้อื่นเสียหาย ร้อยละ 24.1 และต้องการให้ควบคุมผู้ให้บริการร้านอินเทอร์เน็ต ร้อยละ 19.3^[18]

ผลสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ ประจำปี 2561 ที่กรมกิจการเด็กและเยาวชน โดยศูนย์ประสานงานส่งเสริมการปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ (Child Online Protection Action Thailand : COPAT) ร่วมกับมูลนิธิอินเทอร์เน็ตร่วมพัฒนาไทย สำรวจเด็กและเยาวชนอายุ 6-18 ปี จำนวน 15,318 คน ช่วงเดือนกุมภาพันธ์-เมษายน 2562 พบว่าเด็กร้อยละ 73.8 เคยพบเห็นสื่อลามกอนาจารทางออนไลน์ ซึ่งพบว่าเพศทางเลือกพบเห็นสื่อลามกอนาจารทางออนไลน์มากกว่า เพศหญิงและเพศชาย คิดเป็นร้อยละ 85.5 73.7 และ 73.3 ตามลำดับ นอกจากนี้เด็กที่ตอบแบบสอบถามร้อยละ 25.4% เคยนัดพบกับเพื่อนออนไลน์อย่างน้อย 1 ครั้ง และในจำนวนนี้ยอมรับว่าถูกเพื่อนที่นัดพบล่วงละเมิดทางเพศ ร้อยละ 1.9^[19]

● สังคมการหาคู่ผ่านสื่อออนไลน์

สังคมในปัจจุบันมีวิถีการใช้ชีวิตที่เปลี่ยนไปมาก โดยอิงกับวิถีชีวิตออนไลน์มากขึ้น การศึกษาพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ ของนิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์ พบว่าวัยรุ่นกลุ่มที่มีแฟนและกิ๊กและมีเพศสัมพันธ์กับทุกคน และวัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์กับใครก็ได้ ไม่จำเป็นต้องเป็นแฟนหรือกิ๊ก มีพฤติกรรมการใช้สื่อออนไลน์ เช่น Facebook Line MSN Hi5 ในการหาหาคู่และคู่นอน โดยวัยรุ่นชายใช้สื่อออนไลน์ในการหาคู่ชัดเจนกว่าวัยรุ่นหญิง และใช้เวลาพูดคุยทำความรู้จักไม่นานก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ส่วนวัยรุ่นกลุ่มที่มีแฟนและกิ๊กแต่จะมีเพศสัมพันธ์กับแฟนคนเดียวเท่านั้นจะใช้สื่อออนไลน์เป็นช่องทางในการคุยกับกิ๊ก แต่ไม่คุยเพื่อจะมีเพศสัมพันธ์ด้วย ส่วนวัยรุ่นกลุ่มที่มีแฟนที่ละคนไม่มีกิ๊ก จะใช้สื่อออนไลน์ในการพูดคุยกับเพื่อนทั่วไปเท่านั้น แต่ไม่ใช้สื่อออนไลน์ในการหาคู่ ผลการศึกษานี้ทำให้ได้ข้อสรุปในเบื้องต้นว่า วัยรุ่นที่นิยมการมีคู่นอนหลายคนจะใช้สื่อออนไลน์เป็นช่องทางในการสื่อสารกับเครือข่ายทางสังคมเท่านั้น ^[10]

3.3.3 สิ่งที่ทำให้เกิดโรค (Agent)

- **ลักษณะอาการของโรค**

สิ่งที่ทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์คือ เชื้อก่อโรค ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่ละโรคที่ศึกษาก็มีลักษณะธรรมชาติของการเกิดโรคที่แตกต่างกัน ปัจจัยเหล่านี้ล้วนส่งผลต่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค เพราะทำให้แต่ละโรคแพร่กระจายได้ต่างกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่ละโรคมีชนิดของเชื้อก่อโรค ระยะฟักตัว และลักษณะอาการ ดังนี้

1) **โรคซิฟิลิส (Syphilis)** เกิดจากการติดเชื้อ *Treponema pallidum* ติดผ่านการมีเพศสัมพันธ์ ติดจากแม่ที่ติดเชื้อซิฟิลิสแล้วไม่ได้รับการรักษาสู่ทารกในครรภ์ และการรับเลือดจากผู้ติดเชื้อซิฟิลิส ซึ่งการติดเชื้อจากการรับเลือดมีโอกาสน้อยมากเนื่องจากธนาคารเลือดมีการคัดกรองเลือดตามมาตรฐาน ลักษณะการติดเชื้อเริ่มแรกจะเป็นก้อนแข็ง แต่ไม่เจ็บที่บริเวณอวัยวะเพศ หลังจากนั้นแผลจะหายได้เอง การติดเชื้อในระยะที่สองที่เรียกว่า เข้าข้อหรือออกดอก จะมีผื่นตามร่างกาย ผ่ามือ ผ่าเท้า หรือที่อวัยวะเพศ อาจมีผื่นวงเป็นหย่อมๆ เนื่องจากการติดเชื้อโรคนี้อาจจะไม่มีการทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ตัวว่าติดเชื้อ แต่เชือนั้นจะอยู่ในร่างกายถ้าไม่ได้รับการรักษา เมื่อการติดเชื้อผ่านไปเป็นระยะเวลานาน เชื้อนี้สามารถก่อให้เกิดความผิดปกติที่สมอง และระบบหัวใจและหลอดเลือดได้

2) **โรคหนองใน (Gonorrhea)** เกิดจากเชื้อ *Neisseria Gonorrhoeae* ลักษณะอาการคือ ผู้ป่วยชายจะมีปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหลจากท่อปัสสาวะ ในบางราย มีอาการแทรกซ้อน เช่น เป็นฝี ที่บริเวณอวัยวะเพศ (perimeatal abscess, Tyson's gland abscess) หรือลูกอัณฑะอักเสบ เมื่อรีดหนองจากปลายท่อปัสสาวะมายังท่อปัสสาวะ จะตรวจพบหนองที่ปากท่อปัสสาวะ และอาจจะพบหนองที่ช่องคอ หรือทวารหนัก ในผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ไม่มีอาการ หากมีอาการจะมีตกขาวผิดปกติ ไม่คัน การติดเชื้อที่ช่องคอและทวารหนักส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ผู้ป่วยหญิงมักตรวจพบปากมดลูกอักเสบ มีหนองที่ปากมดลูก รวมถึงอาจพบหนองที่ช่องคอหรือทวารหนัก เนื่องจากพบว่าผู้ป่วยโรคหนองในมีการติดเชื้อหนองในเทียมร่วมด้วยประมาณ 1 ใน 3 ^[21]

3) **โรคหนองในเทียม (Nongonococcal Urethritis; NGU)** เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Chlamydia Trachomatis* ผ่านการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ทั้งทางช่องคลอด ปาก หรือทวารหนัก ในหญิงตั้งครรภ์สามารถแพร่เชื้อหนองในเทียมสู่ทารกได้ ซึ่งอาจทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงที่ดวงตา และปอด ในผู้ป่วยชายจะมีอาการปัสสาวะแสบขัด อาจมีมูกใสหรือมูกขุ่น คันที่ท่อปัสสาวะ ผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ไม่มีอาการ ส่วนน้อยอาจมีตกขาว และมักตรวจพบปากมดลูกอักเสบ ^[22]

4) **โรคแผลริมอ่อน (Chancroid)** เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ *Haemophilus Ducreyi* อาการหลังได้รับเชื้อ 2-7 วัน จะมีแผลเล็กๆ ที่ปลายอวัยวะเพศ เช่น องคชาต ปากช่องคลอด ลักษณะคล้ายแผลเปื่อย ขอบไม่แข็ง ไม่เรียบ ถ้าแตะถูกแผลมักมีเลือดออกง่าย และรู้สึกเจ็บ มักมีหลายแผล เชื้ออาจลุกลามไปตามท่อน้ำเหลือง ทำให้เกิดการอักเสบของ ต่อม้ำน้ำเหลืองที่ขาหนีบ ต่อม้ำน้ำเหลืองจะโตติดกันเป็นพืดและเจ็บ ลักษณะเป็นสีคล้ำและนุ่ม ส่วนมากโตเพียงข้างเดียวอาจเป็นหนองและแตกเป็นแผลได้ ^[23]

5) **กามโรคต่อมน้ำเหลือง (Lymphogranuloma Venereum)** เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย *Chlamydia Trachomatis* มีระยะฟักตัวประมาณ 1 – 2 สัปดาห์ หลังจากได้รับเชื้อ โดยมีระยะการติดเชื้อ 3

ระยะ คือ ระยะแรกจะมีลักษณะเป็นรอยถลอก และกลายเป็นตุ่มแผล ระยะที่สอง เชื้อจะลุกลามไปต่อมน้ำเหลือง ทำให้เกิดการอักเสบ ในระยะนี้อาจมีอาการไข้ และอ่อนเพลียร่วมด้วย ส่วนระยะที่สามจะเกิดการหลุดตัวของต่อมน้ำเหลือง ทำให้การติดเชื้ออาจลุกลามและเรื้อรัง^[24]

● การดื้อยาของเชื้อก่อโรค

หากเชื้อก่อโรคมีการกลายพันธุ์ (mutation) จนเกิดการดื้อยา จะส่งผลต่อการดูแลรักษาให้ยากยิ่งขึ้น ซึ่งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 5 โรคหลักที่ทำการศึกษา ปัจจุบันสถานการณ์เชื้อดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อหนองใน (antimicrobial-resistant *N. gonorrhoeae*) เป็นปัญหาที่เพิ่มขึ้นทั่วโลก รวมทั้งภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้^[25] ซึ่งประเทศไทย โดยกลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ร่วมกับองค์การอนามัยโลก และศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคสหรัฐอเมริกา (US CDC) ดำเนินการเฝ้าระวังและติดตามการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อหนองในมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 และยังไม่พบเชื้อหนองใน ในระบบเฝ้าระวังที่ดื้อต่อยา Cefixime และ Ceftriaxone อย่างไรก็ตามผลวิเคราะห์ทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธี antimicrobial susceptibility testing (ค่า MIC) ของเชื้อหนองในต่อยา ceftriaxone แสดงให้เห็นการเพิ่มขึ้นของสัดส่วนของเชื้อหนองในที่มีค่า MIC $\geq 0.016 \mu\text{g/ml}$ ต่อยา ceftriaxone สูงขึ้น จาก 4.8% ในโครงการปีแรก เป็น 5.4% ในปีที่สอง และมีแนวโน้มที่จะเพิ่มขึ้น ในปีถัดมา^[21]

3.4 การตอบสนองของแผนงานป้องกันและควบคุมโรค (Program Response)

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน หากวิเคราะห์กิจกรรมดำเนินงานจำแนกตามระดับการการป้องกันควบคุมโรค ตั้งแต่การป้องกันโรคระดับปฐมภูมิ (Primary Prevention) ระดับทุติยภูมิ (secondary prevention) จนถึงระดับตติยภูมิ (tertiary prevention)^[7] พบว่ามีการบูรณาการการดำเนินงานจากหลายภาคส่วน ซึ่งในการศึกษานี้จะกล่าวถึงแผนงาน หรือกิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชน ได้แก่ กรมอนามัย และกรมควบคุมโรค

3.4.1 การส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)

การป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดโรค (Primary prevention) จะมุ่งเน้นงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และมาตรการจะใช้กับประชาชนโดยทั่วไป (Population approach)^[5] ซึ่งเป็นการกิจหลักที่ดำเนินการโดยกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข การส่งเสริมสุขภาพในเยาวชนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะถูกบรรจุไว้กับแผนงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของกรมอนามัย เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร บริการสุขภาพ และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีมาตรฐานคุณภาพ ภายใต้ชื่อเรียก Youth Friendly Health Services (YFHS) การดำเนินงานนี้เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 จนถึงปัจจุบัน^[26] และมีผลการดำเนินงานสำคัญที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนหลายประเด็น ได้แก่

- พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559

พระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 เป็นการบังคับใช้กฎหมาย เพื่อให้วัยรุ่นและเยาวชนได้รับการปกป้องจากสิ่งแวดล้อมที่ก่อให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งเป็นความพยายามที่จะป้องกันไม่ให้เกิดปัจจัยเสี่ยงขึ้นเลย จึงอาจเรียกได้ว่าเป็นมาตรการป้องกันในระดับ Primordial prevention^[6] กฎหมายให้ความคุ้มครองบุคคลที่มีอายุ 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี มุ่งป้องกันและแก้ไขปัญหอย่างบูรณาการบนพื้นฐานสิทธิของวัยรุ่น ประกอบด้วยสิทธิ 6 ด้าน ได้แก่ สิทธิตัดสินใจด้วยตนเอง ได้รับข้อมูลข่าวสารและความรู้ ได้รับการบริการอนามัยการเจริญพันธุ์ ได้รับการรักษาความลับและความเป็นส่วนตัว ได้รับการจัดสวัสดิการสังคม และได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาค โดยมีหน่วยงานที่ต้องนำไปปฏิบัติทั้งในสถานศึกษา สถานประกอบกิจการ สถานบริการสาธารณสุข หน่วยงานสวัสดิการสังคม รวมไปถึงราชการส่วนท้องถิ่น^[27]

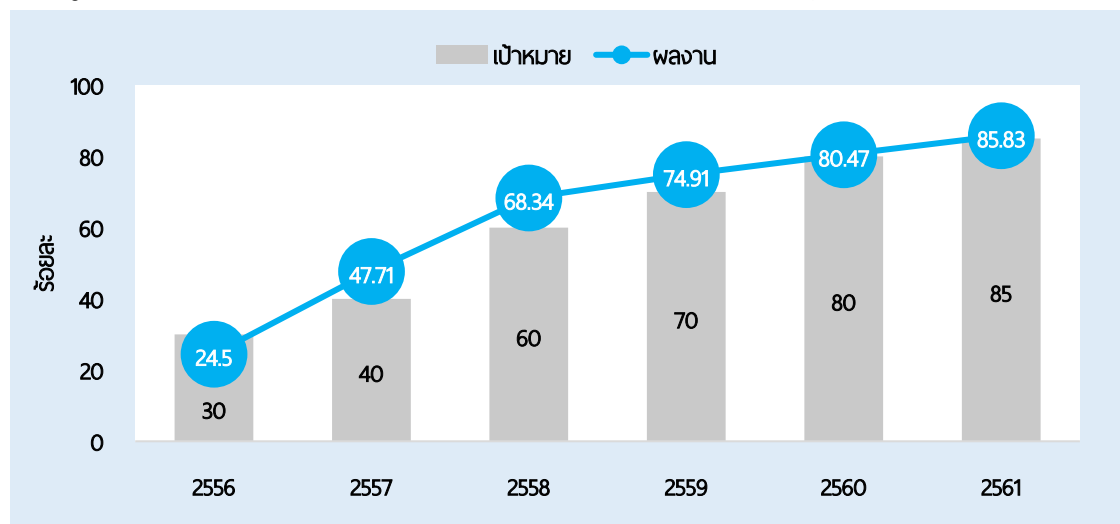
- การส่งเสริมสุขภาพเยาวชนในสถานศึกษา

สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์กรมอนามัย ได้จัดทำคู่มือการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตในนักเรียนแบบบูรณาการ เพื่อให้ครู อาจารย์ หรือผู้รับผิดชอบงานเรื่องเพศศึกษาและอนามัยการเจริญพันธุ์ในวัยรุ่น ทั้งภาครัฐ เอกชน รวมถึงหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง ใช้เป็นแนวทางในการสอนเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตให้กับนักเรียน นักศึกษา และกลุ่มวัยรุ่นทั่วไป เช่น คู่มือวัยรุ่นและเยาวชนการป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม คู่มือคลินิกวัยรุ่นสถานบริการที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน คู่มือครูการป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น คู่มืออาสาสมัครสาธารณสุข(อสม.) การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และคู่มือพ่อแม่/ผู้ปกครอง การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นต้น

- พัฒนาระบบบริการสุขภาพสำหรับเยาวชน

นอกจากในสถานศึกษาแล้ว กรมอนามัยยังมีการดำเนินงานในสถานบริการสาธารณสุข โดยมีการจัดทำแนวทางพัฒนาการจัดบริการสุขภาพที่เป็นมิตร สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน จัดทำมาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตร สำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (ฉบับบูรณาการ) และแบบประเมินตนเอง รวมทั้งมีการประเมินรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐาน Youth Friendly Health Services (YFHS) อย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2555 จนถึงปัจจุบัน โดยในปี 2561 มีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการประเมินรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS แล้ว 751 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.8 ของจำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด^[28] ดังแสดงในแผนภูมิที่ 26

แผนภูมิที่ 26 ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS



ที่มา: สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย ข้อมูล ณ วันที่ 28 กุมภาพันธ์ 2563

หมายเหตุ 1. ปี 2556-2559 มีจำนวนโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. จำนวน 853 แห่ง

2. ปี 2560-2561 มีจำนวนโรงพยาบาลสังกัด สป.สธ. จำนวน 875 แห่ง

3.4.2 การป้องกันควบคุมโรค (Disease prevention and control)

การป้องกันในระยะที่โรคได้เกิดขึ้นแล้ว ทั้งที่ยังไม่มีอาการ (secondary prevention) และมีอาการของโรคแล้ว (tertiary prevention) เพื่อควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ให้แพร่ระบาดและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขนั้น เป็นภารกิจหลักที่กรมควบคุมโรค โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดำเนินการมาอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นมาตรการที่ใช้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง (High-risk approach)

• การดำเนินงานที่ประสบผลสำเร็จในอดีต

ประเทศไทยมีประวัติศาสตร์ยาวนานในการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และเคยประสบความสำเร็จอย่างมากในการป้องกันควบคุมโรคในอดีต ซึ่งมาตรการและการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยความสำเร็จ⁽²⁹⁻³¹⁾ ได้แก่

- “โครงการถุงยางอนามัย 100%” ที่พัฒนามาจากต้นแบบการทำงานของเครือข่ายสาธารณสุขจังหวัดราชบุรี และขยายผลไปทั่วประเทศ ในปี พ.ศ. 2534 ซึ่งลดการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในพนักงานบริการหญิง และลูกค้าชาย ลงเป็นอย่างมาก
- การมีคลินิกกามโรคในพื้นที่ทุกจังหวัด ในช่วงก่อนปี 2545 ซึ่งเป็นคลินิกที่ให้บริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะที่ให้บริการแบบเป็นมิตร ทั้งประชาชนทั่วไปและประชาชนกลุ่มเสี่ยงจึงสามารถเข้าถึงบริการที่มีมาตรฐานได้ง่าย
- หน่วยงานโรคที่มีอยู่ทั้งในระดับเขต จังหวัด อำเภอ มีการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างครอบคลุม ทั้งงานสำรวจแหล่งบริการ การคัดกรอง ตรวจรักษา และติดตามผู้สัมผัส และยังมีหน่วยบริการเคลื่อนที่ที่จัดอบรมการป้องกันและส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย การให้สุขศึกษาในสถานศึกษา สถานประกอบการ สถานบริการทางเพศ เป็นต้น

โดยการดำเนินงานต่างๆ ได้มีความร่วมมืออย่างเข้มแข็งกับองค์กรภาคประชาสังคม และ แกนนำกลุ่มเป้าหมาย

- มีการให้บริการเชิงรุก เพื่อเยี่ยมแหล่งโดยอ้างอิงผลการสำรวจแหล่งบริการทั่วประเทศ โดยมีความร่วมมือกับคลินิกกามโรคของเอกชนด้วย
- การชักชวนให้พนักงานบริการมาตรวจสุขภาพทุกเดือน โดยใช้ “สมุดชมพู” เพื่อให้ได้รับการตรวจรักษาตามมาตรฐาน โดยจะมีผลเชื่อมโยงกับการรับค่าตอบแทนจากสถานบริการที่ทำงานอยู่ด้วย
- การประชาสัมพันธ์ให้บริการ “ตรวจคัดกรองและดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับพนักงานบริการฟรี”

● การตอบสนองต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปัจจุบัน

หลังจากปี 2545 ก็มีนโยบายการปรับโครงสร้างระบบราชการ และได้ปรับเปลี่ยนบทบาทภารกิจของกองกามโรค ศูนย์กามโรคเขต และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยได้ถ่ายโอนภารกิจให้บริการทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เข้าสู่ระบบโรงพยาบาล ซึ่งการให้บริการในโรงพยาบาลก็ขึ้นอยู่กับบริบทของแต่ละแห่ง อาจไม่ได้จัดตั้งคลินิกให้บริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะ ในระยะหลังบางจังหวัดอาจยังมีคลินิกให้บริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะ แต่ก็ไม่ได้มีการดำเนินงานครอบคลุมทุกกิจกรรมเหมือนที่ผ่านมา การจัดสรรทรัพยากรทั้งด้านงบประมาณ บุคลากร และเครื่องมือต่างๆ เพื่อการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคก็มียุ่อย่างจำกัดมากไม่เหมือนในอดีต ทำให้ความเข้มแข็งและความเชี่ยวชาญในงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดน้อยลง

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เริ่มกลับมาเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข และกรมควบคุมโรคก็ได้ประกาศนโยบายการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค (Revitalizing Disease Control Program: RDCP) และมอบหมายให้กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ ซึ่งได้มีการวิเคราะห์ความท้าทายและอุปสรรคของการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไว้หลายประการ ^[29] เช่น

1. ไม่มีการกำหนดกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ (Specific Target Population) ในการดำเนินงาน และการทำงานไม่มีความต่อเนื่อง ไม่มีการทำงานเชิงกลยุทธ์
2. ขาดบุคลากรทดแทนผู้มีทักษะความชำนาญด้านการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่สามารถตรวจรักษาได้ตามแนวทางและมาตรฐานของกรมควบคุมโรค
3. ไม่มีนวัตกรรมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานด้านต่างๆ เช่น
 - นวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมและให้ความสะดวกกับการตรวจรักษาตามแนวทางและมาตรฐานของกรมควบคุมโรค เช่น การตรวจรักษาทางไกล
 - นวัตกรรมที่เป็นรูปแบบความร่วมมือที่มีความต่อเนื่องยั่งยืนกับหน่วยงานภาคี ที่หน่วยงานภาครัฐร่วมเป็นเจ้าของงาน (Co-ownership)

- นวัตกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แบบครบวงจร เชิงพฤติกรรม ที่อยู่บนพื้นฐานองค์ความรู้และกรอบวิชาการ
- นวัตกรรมการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย เร็ว และตรงตามรสนิยมสื่อของกลุ่มเป้าหมาย

4. ไม่มี “คลังข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ของชาติเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ที่สามารถเข้าถึงได้อย่างสะดวกตลอดเวลา รวดเร็ว และเป็นปัจจุบัน สามารถใช้เพื่อการดำเนินงานทุกระดับ

5. ไม่มีกระบวนการจัดการความรู้ เรียนรู้จากประสบการณ์และบทเรียนอย่างเป็นระบบ และการติดตามประเมินผลเชิงยุทธศาสตร์ พร้อมทั้งปรับปรุงแก้ไขปัญหาอุปสรรค

6. งบประมาณการดำเนินงานที่ได้รับจัดสรรไม่เพียงพอ

เพื่อปิดช่องว่างการดำเนินงาน และกระตุ้นเสริมสร้างความเข้มแข็งของดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้เท่าทันกับสถานการณ์การระบาดและพฤติกรรมเสี่ยงในปัจจุบัน และเน้นการพัฒนาาระบบให้เกิดความต่อเนื่องยั่งยืน ประเทศไทยจึงได้จัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564^[29] ที่มุ่งยุติการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นอันตราย เพื่อไม่ให้成为ปัญหาสาธารณสุขของประเทศ ก่อนสิ้นปี พ.ศ. 2573 ทั้งนี้มีตัวชี้วัดเชิงยุทธศาสตร์ คือ ภายในปี พ.ศ. 2564 ตั้งเป้าหมายให้

- อัตราป่วยโรคซิฟิลิสไม่เกิน 3.5 ต่อประชากรแสนคน
- อัตราป่วยโรคหนองในไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน

และกำหนดประชากรเป้าหมายในการดำเนินงาน คือ กลุ่มเยาวชนอายุ 15-24 ปี เนื่องจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มอายุอื่นๆ นอกจากนี้ยุทธศาสตร์ยังได้กำหนด “กลุ่มเป้าหมายเฉพาะ” ของ เยาวชนอายุ 15-24 ปี ที่มีความเสี่ยงและผู้ดำเนินงานสามารถเข้าถึงได้ พร้อมกับให้บริการป้องกันและรักษาได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยใช้โครงสร้างหน่วยงานที่มีอยู่ กลุ่มเป้าหมายเฉพาะดังกล่าว ประกอบด้วย ทหารกองประจำการ พนักงานโรงงาน และพนักงานบริการในแหล่งชุกพื้นที่ชายแดน

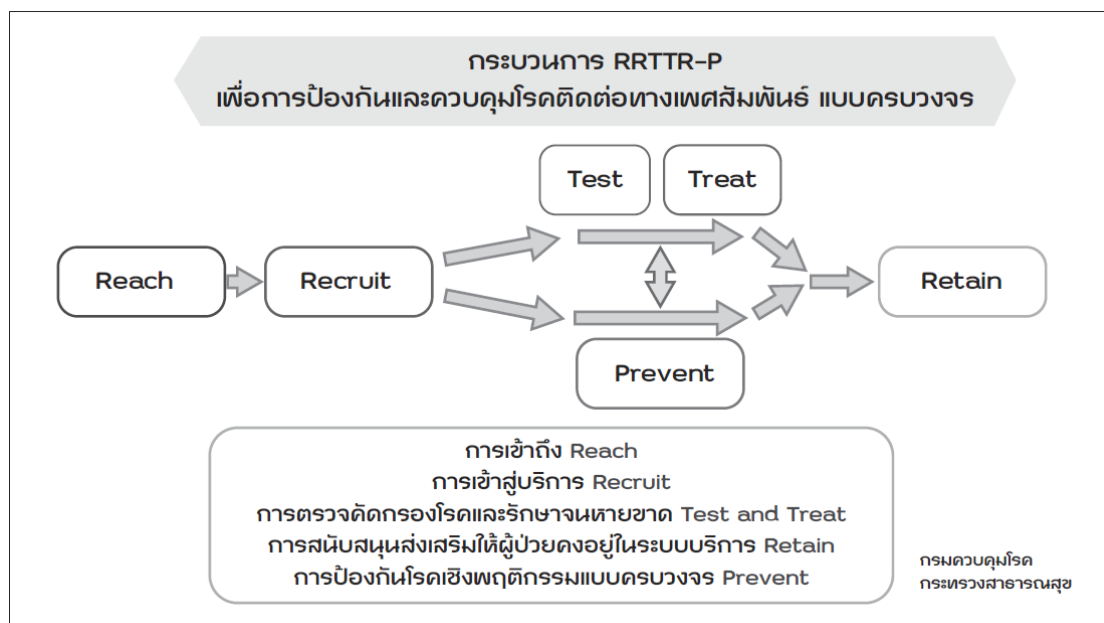
ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 ประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ และแต่ละยุทธศาสตร์มีเป้าประสงค์^[29] ดังนี้

ยุทธศาสตร์	เป้าประสงค์
ยุทธศาสตร์ที่ 1 เร่งรัดการป้องกันและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะให้ได้ผล และครอบคลุม โดยใช้นวัตกรรม	กลุ่มเป้าหมายเฉพาะได้รับการป้องกันและรักษาแบบครบวงจรอย่างทั่วถึง และต่อเนื่อง
ยุทธศาสตร์ที่ 2 เพิ่มพูนศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขและอาสาสมัคร เพื่อการบริการตรวจรักษาและป้องกันแบบครบวงจร และเป็นมิตร ตามมาตรฐาน	การบริการตรวจรักษา และป้องกันแบบครบวงจรโดยบุคลากรสาธารณสุขและ อาสาสมัคร ที่เป็นมิตรและมีคุณภาพตามมาตรฐาน

ยุทธศาสตร์ที่ 3 ขยายความครอบคลุมและเพิ่มความต่อเนื่องใน การใช้นวัตกรรมการสื่อสาร เพื่อส่งเสริม การป้องกัน และรับการตรวจรักษา รวมทั้งการใช้ถุงยางอนามัย ในเยาวชนกลุ่มเป้าหมายต่างๆ	เยาวชนกลุ่มต่างๆ มีความตระหนักและแรงจูงใจ ในการลดพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันโรค และในการรับบริการตรวจรักษา
ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการตัดสินใจและใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย แผนงาน และประเมินผลที่เชื่อมโยงทุกระดับ	มีระบบข้อมูลของชาติและมีการใช้ข้อมูล เพื่อการตัดสินใจ และใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย แผนงาน และการประเมินผล
ยุทธศาสตร์ที่ 5 พัฒนา ส่งเสริม และยกย่องเชิดชู นวัตกรรม, องค์ความรู้, ต้นแบบ และความสำเร็จของการดำเนินงานตามยุทธศาสตร์	เกิดนวัตกรรม, องค์ความรู้ใหม่, ต้นแบบและความสำเร็จ ซึ่งได้รับการยกย่อง เชิดชู ถ่ายทอดและเผยแพร่ เพื่อการขยายผลในวงกว้าง

กรอบแนวคิดในการจัดทำยุทธศาสตร์ มาจากกรอบแนวคิดเพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีหลักการต่อยอดมาจากกรอบแนวคิดหลักของแผนงานยุติปัญหาเอดส์ที่ใช้กรอบ RRTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) โดยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะมุ่งเสริมความเข้มแข็งในด้านการป้องกัน (Prevention) ด้วย ดังนั้นจึงเพิ่มเติมเป็นกรอบแนวคิด RRTR-P^[29] ดังแสดงในภาพที่ 2

ภาพที่ 2 กระบวนการ RRTR-P เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบครบวงจร



ที่มา: ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564

กรอบแนวคิดหลัก RRTR-P เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบครบวงจร สามารถขยายความ คือ

- **RR: Reach and Recruit for Awareness and Services** เป็นการเข้าถึงและเชิญชวนเข้าสู่บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป้าหมายของการดำเนินงานตามมาตรการนี้ คือพยายามชักจูงให้สามารถเข้าถึง (Reach) กลุ่มเป้าหมายและผู้ป่วย และให้ความรู้ทำให้กลุ่มเป้าหมายมีความตระหนักในเรื่องโรคและ

พฤติกรรมเสี่ยง นำไปสู่พฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งชักจูงเชิญชวน (Recruit) กลุ่มเป้าหมายที่มีความเสี่ยงเข้าสู่บริการตรวจคัดกรองและดูแลรักษา กรณีที่พบผู้ป่วยก็พยายามชักชวนให้พาผู้ที่อาจสัมผัสโรคหรือคู่เพศสัมพันธ์มารับบริการด้วย

• **TTP: Test Treat and Prevent** เป็นบริการที่จำเป็นและครบวงจรของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการดำเนินงานตามมาตรการ TT หรือ Test และ Treat คือการตรวจคัดกรองโรคและรักษาจนหายขาด อย่างรวดเร็ว ได้มาตรฐาน และเป็นมิตร ซึ่งเป็นการดำเนินงานที่ต่อเนื่องจากขั้นตอน Reach และ Recruit เมื่อกลุ่มเป้าหมายมีความรู้ความตระหนัก และตัดสินใจเข้ารับบริการ ก็จะมีกระบวนการตรวจคัดกรองและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หากพบโรคจะทำการรักษาจนหายขาด นอกจากนี้ในกรอบแนวคิดของการให้บริการเรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังเน้นการป้องกันโรคเชิงพฤติกรรมแบบครบวงจร (P: Prevent) ไว้ด้วย ซึ่งรวมไปถึงการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย ดังนั้นบริการเป้าหมายจะครอบคลุมทั้ง การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Test) การรักษา (Treat) การป้องกันโรค (Prevention) มุ่งเน้นบริการตรวจเร็ว รักษาเร็ว และป้องกันโรคแบบครบวงจร ที่เป็นมิตร และได้มาตรฐานคุณภาพด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับเยาวชนกลุ่มเป้าหมายเฉพาะเร่งด่วน และผู้สัมผัสโรค

• **R : Retain to Complete Treatment and Continue Prevention** สนับสนุนส่งเสริมให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบบริการ (Retain) โดยมุ่งเน้นการส่งเสริมให้ผู้ป่วยมารับบริการติดตาม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างต่อเนื่องจนหายขาดจากโรค และส่งเสริมให้กลุ่มเป้าหมายเฉพาะเร่งด่วนประเมิน ความเสี่ยงของตนเองเป็นระยะๆ และตื่นตัวในการป้องกันตนเองอย่างต่อเนื่อง

นอกจากนี้ในการขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังมี **ยุทธศาสตร์สุขภาพอนามัยแห่งชาติ พ.ศ. 2558-2562^[32]** ซึ่งเป็นยุทธศาสตร์แบบบูรณาการและรอบด้านที่ใช้เป็นกรอบและทิศทางในการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยโดยเฉพาะ เพื่อให้ครอบคลุมองค์ประกอบสำคัญของการดำเนินงานที่ครบถ้วนและมีประสิทธิภาพ โดยมีเป้าหมาย คือ การป้องกันควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันการตั้งครรภ์ ก่อนวัยอันควร หรือ ท้องไม่พร้อมในวัยรุ่น ยุทธศาสตร์ในการดำเนินงานประกอบด้วย 5 ยุทธศาสตร์ ได้แก่

ยุทธศาสตร์ที่ 1 การส่งเสริมความยอมรับ และลดอคติเกี่ยวกับถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น

ยุทธศาสตร์ที่ 2 การส่งเสริมการเข้าถึง และการใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น

ยุทธศาสตร์ที่ 3 การพัฒนาระบบการบริหารจัดการ และการควบคุมคุณภาพถุงยางอนามัย

ยุทธศาสตร์ที่ 4 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่เอื้อต่อการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย

ยุทธศาสตร์ที่ 5 การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย

• ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค

ผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรค จะนำเสนอตามยุทธศาสตร์การดำเนินงานทั้ง 5 ยุทธศาสตร์ โดยในยุทธศาสตร์ที่ 1-3 จะนำเสนอผลตามกรอบการดำเนินงานมาตรการ RRTTR-P และยุทธศาสตร์ที่ 4 และ 5 จะนำเสนอผลการดำเนินการแยกแต่ละยุทธศาสตร์ ดังนี้

1) ผลการดำเนินงานตามมาตรการ RRTTR-P

การดำเนินงานตามมาตรการ RRTTR-P เป็นการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1-3 ของยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 ซึ่งจากการประกาศใช้ยุทธศาสตร์ก็เริ่มมีแรงกระตุ้นให้การดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความตื่นตัวมากขึ้น แต่เนื่องจากงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ได้เป็นโรคที่เป็นจุดเน้นมาเป็นระยะเวลานาน โครงสร้างการทำงานก็ไม่ได้ถูกจัดตั้งอย่างชัดเจนเหมือนเมื่อก่อน รวมทั้งงบประมาณการดำเนินงานของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก็มีอยู่อย่างจำกัดมาก การดำเนินงานส่วนใหญ่จะบูรณาการร่วมกับการดำเนินงานเอชไอวี เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็น proxy indicator ของเอดส์ และเป็นโรคที่มีช่องทางการติดต่อเดียวกัน

ตามชุดบริการ RRTTR ของการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์ มีกลุ่มเป้าหมายหลักในการดำเนินงานคือกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ ที่เรียกว่า กลุ่มประชากรหลัก (Key populations) ประกอบด้วย ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) สาวประเภทสอง (TG) พนักงานบริการชาย (MSW) พนักงานบริการหญิง (FSW) และผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด (PWID)^[33] ดังนั้นการรายงานผลการดำเนินการ และการติดตามประเมินผล จะติดตามในประชากรกลุ่มนี้เป็นหลัก ทำให้ไม่ได้มีข้อมูลผลการดำเนินงานที่แยกออกมาชัดเจนในเยาวชนที่ไม่อยู่ในกลุ่มประชากรหลัก หรืออาจมีการรายงานเป็นกลุ่มอายุหนึ่งของประชากรหลัก เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เป็นเยาวชน (Young MSM) เป็นต้น โดยผลการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน 15-24 ปี มีดังนี้

1.1) การส่งต่อเยาวชนไปรับบริการคัดกรองตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากผลการดำเนินงานการให้บริการการให้การศึกษาและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเยาวชน อายุระหว่าง 15 – 24 ปี ที่มีการรายงานในระบบ พบว่า มีเยาวชน (ที่ไม่ได้ระบุตนเองว่าอยู่ในกลุ่มประชากรหลัก) มารับบริการเกี่ยวกับเอชไอวี และได้รับการส่งต่อไปรับบริการคัดกรองตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI screening) เพิ่มขึ้น ระหว่างปี 2559 – 2561 คือเท่ากับ 3,757 คน 6,996 คน และ 7,272 คน ตามลำดับ ดังแสดงใน ตารางที่ 5

ตารางที่ 5 เยาวชน อายุ 15 – 24 ปี ที่รับบริการเกี่ยวกับเอชไอวี และได้รับการส่งต่อไปรับบริการคัดกรองตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI screening) ปี 2559 – 2561

บริการที่ได้รับ	2559	2560	2561
1. ได้รับการปรึกษาก่อนตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Pre-test counselling)	13,121	12,886	28,221
2. ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (HIV testing)	13,057	12,555	21,836
3. รู้ผลการตรวจและได้รับการปรึกษาหลังรู้ผลการตรวจ (Post-test counselling)	2,547	12,479	21,797
4. ส่งต่อรับบริการคัดกรองตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI screening)	3,757	6,996	7,272

ที่มา ข้อมูลปี 2559-2560 จากระบบรายงาน RHIS-VCT กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ข้อมูลปี 2561 จากรายงาน RHIS-VCT ใน NAP web report สปสช.

หมายเหตุ เยาวชน หมายถึง ประชาชนทั่วไป อายุ 15-24 ปี ที่ไม่ได้ถูกระบุว่าอยู่ในกลุ่มประชากรหลัก (Key populations)

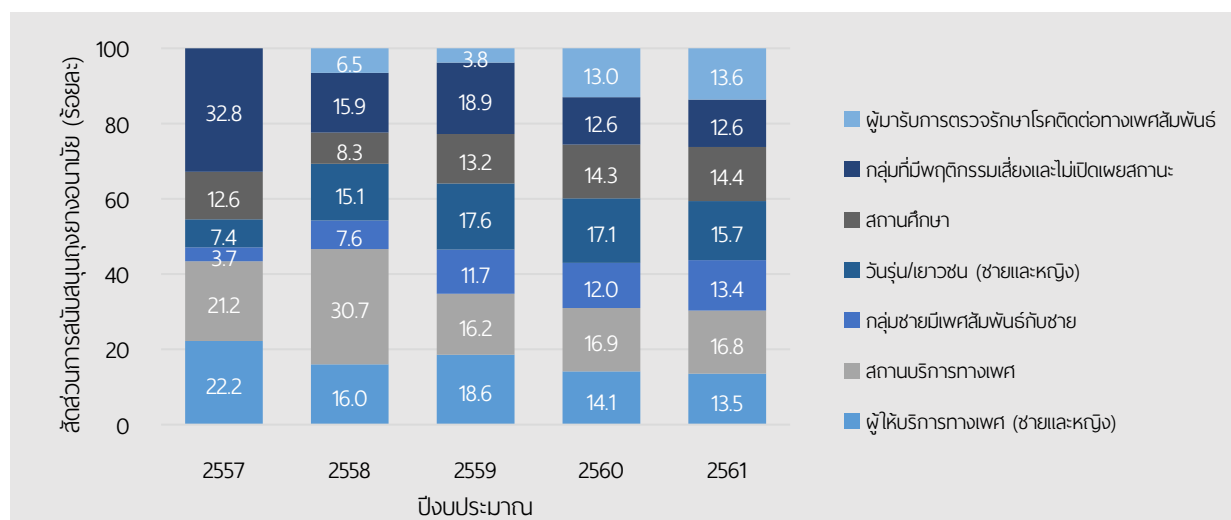
ปัจจุบันมีชุดสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสฟรีในกลุ่มประชากรหลัก และหญิงตั้งครรภ์ทุกราย แต่ชุดสิทธิประโยชน์ในการตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์ยังไม่ครอบคลุมถึงคู่ของหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะช่วยลดการแพร่โรคไปยังมารดาและลดการถ่ายทอดเชื้อซิฟิลิสจากมารดาไปสู่ลูกได้ นอกจากนี้ชุดสิทธิประโยชน์ยังไม่ครอบคลุมเยาวชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงในกลุ่มอื่นๆ ที่นอกเหนือจากกลุ่มประชากรหลัก

1.2) การสนับสนุนถุงยางอนามัยให้วัยรุ่น/เยาวชน สถานศึกษา

เป้าหมายในการป้องกันโรคมุ่งเน้นป้องกันทั้งในกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดเชื้อและกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องป้องกันโรคควบคู่ไปกับการตรวจรักษา รวมทั้งมีการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่องทุกปี ภายใต้โครงการส่งเสริมและสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น ในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา มีการสนับสนุนถุงยางอนามัยให้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ประมาณ 8 – 13 ล้านชิ้นต่อปี (ปีงบประมาณ 2557-2561 สนับสนุน 8,558,167 ชิ้น, 9,646,947 ชิ้น, 2,110,095 ชิ้น, 13,085,708 ชิ้น และ 8,030,657 ชิ้น)^[34]

ในช่วงปี 2557-2558 สนับสนุนถุงยางอนามัยให้กับสถานบริการทางเพศ และผู้ให้บริการทางเพศเป็นหลัก โดยมีสัดส่วนเกือบครึ่งของการสนับสนุนถุงยางอนามัยทั้งหมด แต่ในปี 2559 เพิ่มการสนับสนุนให้กับกลุ่มวัยรุ่น/เยาวชน สถานศึกษา และกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย มากขึ้น โดยในปี 2561 มีสัดส่วนการสนับสนุนให้วัยรุ่น/เยาวชน สถานศึกษา และกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 15.7 14.4 และ 13.4 ตามลำดับ รวมทั้งยังสนับสนุนถุงยางอนามัยให้กับผู้มารับการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นสัดส่วนร้อยละ 13.6 ซึ่งมากกว่าปี 2559 ประมาณ 3 เท่า ดังแสดงในแผนภูมิที่ 28

แผนภูมิที่ 27 สัดส่วนการสนับสนุนถุงยางอนามัยจากงบประมาณของ กอพ. ให้กับกลุ่มเป้าหมายต่างๆ ปีงบประมาณ 2557-2561



ที่มา: รายงานผลการดำเนินงานกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค

ในการดำเนินงานเรื่องการป้องกัน นอกจากจะมีการสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นอย่างต่อเนื่อง ยังมีการขับเคลื่อนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ เช่น การสื่อสารสาธารณะภาพลักษณ์ใหม่ของถุงยางอนามัยเพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะทางเพศ กิจกรรมการส่งเสริม

การเข้าถึงถุงยางอนามัยในหลากหลายรูปแบบ เช่น สนับสนุนการติดตั้งตู้จำหน่ายถุงยางอนามัย รมณรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยในวันสำคัญต่างๆ ผลิตสื่อเพื่อปรับทัศนคติและใช้ประกอบการรณรงค์ ขับเคลื่อนงานด้านการป้องกันเอดส์และส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยผ่านแกนนำเยาวชนในสถานศึกษาในระดับ มัธยมศึกษา อาชีวศึกษา และอุดมศึกษา เป็นต้น นอกจากนี้ยังจะมีการปรับแพคเกจจิ้งถุงยางอนามัย ให้มีความน่าสนใจ เพื่อเพิ่มการเข้าถึงการใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น^[34]

2) การพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์

กลยุทธ์การดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 4 คือ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการตัดสินใจและใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย แผนงาน และประเมินผลที่เชื่อมโยงทุกระดับ มุ่งเน้นประเด็นสำคัญ 2 เรื่อง คือพัฒนา “คลังข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ของชาติด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ที่พร้อมใช้ ในการตัดสินใจเชิงนโยบาย การประเมินผลและการพัฒนาปรับปรุงการดำเนินงาน และพัฒนาระบบ War Room ระดับชาติ ระดับเขต และระดับจังหวัด ที่ใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจและการตอบโต้กับปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างทันสถานการณ์

ผลการพัฒนาคลังข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ของชาติด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อยู่ในระยะของการเริ่มต้น โดยข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ที่สำคัญต้องประกอบด้วยข้อมูลด้านระบาดวิทยา และข้อมูลการดำเนินงานต่างๆ ในด้านข้อมูลด้านระบาดวิทยาปัจจุบันใช้ระบบข้อมูลรายงาน 506 กองระบาดวิทยา เป็นแหล่งข้อมูลหลัก เป้าหมายการพัฒนาจึงเน้นให้สถานบริการสาธารณสุขที่สังกัดหน่วยงานภาครัฐ และท้องถิ่น รวมถึงกรุงเทพฯ เมืองพัทยา มีการรายงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (ตามแบบฟอร์ม 506) ในระบบข้อมูลสารสนเทศของกระทรวงสาธารณสุข อย่างครบถ้วน ตามกำหนดเวลา เพื่อเพิ่มคุณภาพของข้อมูล ซึ่งจะเริ่มมีการประเมินในปีงบประมาณ 2562

ส่วนระบบข้อมูลเพื่อติดตามการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังไม่มีระบบใดที่ใช้เป็นระบบข้อมูลหลัก มีการพัฒนาและปรับเปลี่ยนหลายครั้ง ส่วนหนึ่งเนื่องมาจากระบบงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ลดบทบาทลงทำให้ระบบการจัดเก็บข้อมูลเพื่อติดตามการดำเนินงานไม่ได้รับการพัฒนาอย่างต่อเนื่อง โดยในปีงบประมาณ 2556-2558 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งขณะนั้นคือ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ได้รับงบประมาณสนับสนุนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีภาวะเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากกองทุนส่งเสริมป้องกันโรค (PP) สปสช. เพื่อตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มเป้าหมายได้แก่ พนักงานบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เยาวชนที่มีความพฤติกรรมเสี่ยงสูง ประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง และแรงงานข้ามชาติที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง โดยบันทึกข้อมูลในระบบ STI mini record เพื่อการเบิกจ่ายชดเชย

ต่อมาในช่วงที่ไม่มีงบประมาณการดำเนินงานและการบันทึกข้อมูลก็ลดลง แต่กองโรคเอดส์ฯ ยังมีความพยายามพัฒนาระบบข้อมูลเพื่อจัดเก็บข้อมูลการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มเสี่ยง จนกระทั่งในปีงบประมาณ 2559 เริ่มมีการบันทึกข้อมูลการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI screening) ในประชากรกลุ่มเสี่ยงลงระบบข้อมูลบริการที่บูรณาการการป้องกันและดูแลรักษาเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก

หรือ RIHIS (Routinely Integrated HIV Information System) เรียกรายงานนี้ว่า RIHIS-STI และหน่วยบริการเริ่มบันทึกได้ครอบคลุมมากขึ้นในปีงบประมาณ 2560 ต่อมาในปีงบประมาณ 2561 ก็ได้เปลี่ยนไปบันทึกข้อมูลในระบบ RTCM+ (Real Time Cohort Monitoring) จึงทำให้การรายงานขาดความต่อเนื่อง

ในช่วงปีงบประมาณ 2560-2561 ยังอยู่ในช่วงการพัฒนาและเปลี่ยนผ่านระบบข้อมูล รวมทั้งการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังไม่ได้เป็นตัวชี้วัดหลักในการดำเนินงานระดับพื้นที่ ทำให้การรายงานยังไม่ครอบคลุม แต่ในปีงบประมาณ 2562 จะเริ่มมีการนำข้อมูลการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มเสี่ยงจากระบบ RTCM+ (Real Time Cohort Monitoring) มาพิจารณาทุกไตรมาส เพื่อให้เห็นความก้าวหน้าการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งได้มีการเพิ่มตัวแปรบันทึกข้อมูลผลการดำเนินงานคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรหลักไว้ในระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (Nation AIDS Program: NAP) ที่รับผิดชอบโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อบูรณาการเข้าสู่ระบบข้อมูลของประเทศและนำข้อมูลมาใช้ในการติดตามการดำเนินงาน รวมทั้งผลักดันชุดสิทธิประโยชน์

สำหรับการพัฒนาระบบ War Room ระดับชาติ ระดับเขต และระดับจังหวัด ที่ใช้ข้อมูลสารสนเทศเพื่อการตัดสินใจและการตอบโต้กับปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างทันสถานการณ์ เป็นผลผลิตที่ต้องอาศัยความเข้มแข็งของการมีข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ของชาติด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงยังไม่ได้มีการดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรม

3) การพัฒนานวัตกรรม องค์ความรู้ใหม่ และเผยแพร่ขยายผล

ตามยุทธศาสตร์ที่ 5 ซึ่งเน้นให้เกิดนวัตกรรม หรือองค์ความรู้ใหม่ และเผยแพร่ขยายผล พบว่าในช่วงปี 2557-2561 ไม่ได้มีผลการดำเนินงานที่ชัดเจนมากนักในด้านการพัฒนานวัตกรรม หรือองค์ความรู้ใหม่ในการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งยังไม่ได้มีการรวบรวมผลงาน บุคคลต้นแบบ ความสำเร็จต่างๆ มาบริหารจัดการอย่างเป็นระบบ เพื่อให้เกิดการยกย่อง เชิดชู และถ่ายทอดเผยแพร่ขยายผลไปในวงกว้าง

● ทิศทางการดำเนินงานในอนาคต

จากข้อมูลในเบื้องต้นพบว่าในช่วงปี 2557-2561 ที่ทำการศึกษา การดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 ยังไม่มีผลการดำเนินงานที่ชัดเจนมากนัก ซึ่งในปีงบประมาณ 2561 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงมีคำสั่งแต่งตั้งคณะทำงานพัฒนาระบบดูแล รักษา ป้องกัน และเฝ้าระวัง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อช่วยเร่งรัดวางแผน ติดตามการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเด็นต่างๆ อย่างเข้มข้น และมีการรายงานความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง โดยคณะทำงานฯ มุ่งเน้นดำเนินงานตามกรอบการพัฒนาระบบบริการควบคุม ป้องกัน และดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 6 ด้าน ได้แก่ ด้านที่ 1 การพัฒนาระบบเฝ้าระวัง/ระบบข้อมูล/ระบบติดตาม ด้านที่ 2 การพัฒนาคุณภาพบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้เป็นไปตามแนวทางการดูแล รักษาป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านที่ 3 การพัฒนาศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านที่ 4 แผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้านที่ 5 แผนงานศึกษาวิจัย และด้านที่ 6 แผนและยุทธศาสตร์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4.1 สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชน

อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชน อายุ 15-24 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องใน 5 ปีที่ผ่านมา (ปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 -2561) โดยในปี 2561 มีอัตราป่วยเพิ่มขึ้นจากปี 2557 ประมาณ 2 เท่า คือ จาก 54.2 ต่อประชากรกลุ่มอายุ 15-24 ปีแสนคน ในปีงบประมาณ พ.ศ. 2557 เป็น 104.7 ในปีงบประมาณ 2561 และมีแนวโน้มจะเพิ่มขึ้นอีก โรคหนองในมีอัตราป่วยสูงที่สุด รองลงมาคือซิฟิลิส หนองในเทียม แผลริมอ่อน และฝีมะม่วง/กามโรคต่อม้ำเหลือง โดยอัตราป่วยต่อประชากรอายุ 15-24 ปี แสนคน คิดเป็น 63.7, 27.9, 6.7, 5 และ 1.3 ตามลำดับ และอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทั้งเพศชาย และเพศหญิง โดยเยาวชนชายมีอัตราป่วยเฉพาะเพศสูงกว่าเยาวชนหญิง ประมาณ 3-4 เท่า และในปี 2561 โรคหนองในมีความแตกต่างของอัตราป่วยระหว่างเพศมากที่สุด คือพบอัตราป่วยเพศชายมากกว่าเพศหญิงถึง 5.2 เท่า และสัดส่วนการรายงานผู้ป่วยสูงสุดในกลุ่มนักเรียน คิดเป็นร้อยละ 41.9 ของทุกอาชีพ โดยเป็นผู้ป่วยกลุ่มอายุ 15-19 ปี มากกว่า 20-24 ปี

เมื่อวิเคราะห์อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จำแนกพื้นที่ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกภาคใน ระยะ 5 ปีที่ผ่านมา (ปี 2557 – 2561) โดยภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาค ตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ โดยในปี 2561 มีอัตราเท่ากับ 150.6 115.8 94.5 และ 49.6 ต่อประชากรกลุ่ม อายุ 15-24 ปี แสนคน ตามลำดับ และเมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพ 5 อันดับแรก ที่มีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี สูง ได้แก่ เขต 1 เขต 6 เขต 10 เขต 2 และ เขต 3 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราป่วยรายภาค เมื่อจำแนกอัตราป่วยรายจังหวัด พบว่าจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง คือ มีอัตราป่วย ตั้งแต่ 130 ต่อประชากรกลุ่มอายุ 15-24 ปี แสนคน ขึ้นไป (แบ่งช่วงอันตรายภาคขึ้นโดยใช้ควอไทล์) ได้แก่ เชียงราย ระยอง จันทบุรี เชียงใหม่ สมุทรสาคร ปราจีนบุรี สมุทรปราการ น่าน เพชรบุรี ลพบุรี พะเยา ศรีสะเกษ ลำปาง บุรีรัมย์ ประจวบคีรีขันธ์ ฉะเชิงเทรา อุบลราชธานี นครสวรรค์ และมุกดาหาร ตามลำดับ

ผลการวิเคราะห์ที่พบว่าอัตราป่วยโรคหนองในสูงที่สุด เมื่อเปรียบเทียบกับโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์อื่นๆ ส่วนหนึ่งอาจมาจากอาการที่สังเกตได้ง่าย นอกจากนี้การรายงานผู้ป่วยตามระบบรายงานการเฝ้า ระวังโรค 506 มีวัตถุประสงค์เพื่อการเฝ้าระวังโรค และส่งสัญญาณเตือนการแพร่ระบาดของโรค ตามคํานิยามการ รายงานโรคหนองในจึงให้รายงานตั้งแต่พบผู้ป่วยที่สงสัย คือเมื่อพบผู้ที่มีอาการตามเกณฑ์ทางคลินิกก็สามารถ รายงานเข้าสู่ระบบได้ แม้ไม่มีผลทางห้องปฏิบัติการยืนยัน จำนวนทั้งหมดที่รายงานเข้าสู่ระบบจึงรวมทั้งผู้ป่วยที่ สงสัย ผู้ป่วยที่เข้าข่าย และผู้ป่วยที่ยืนยันผล

จากการศึกษาที่พบว่าเพศชายป่วยมากกว่าเพศหญิง มีเหตุปัจจัยหลายประการที่สนับสนุน เนื่องจากผู้ชายมีแนวโน้มของการมีพฤติกรรมเสี่ยงมากกว่า ซึ่งจากการพิจารณาอัตราป่วยพบว่าเพศชายเพิ่มขึ้น อย่างรวดเร็ว แต่เพศหญิงค่อนข้างคงที่ ทำให้อัตราป่วยในเพศชายต่างจากเพศหญิงมากขึ้นในระยะหลัง เมื่อนำมา ประกอบกับข้อมูลพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของเยาวชนที่เป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ลดลง อาจเป็นไปได้ ว่าอัตราป่วยในเยาวชนชายที่เพิ่มขึ้นส่วนหนึ่งเป็นผลจากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วย หรืออาจเนื่องมาจาก

อาการแสดงของโรคในผู้ชายชัดเจนกว่า แต่ในผู้หญิงอาจไม่แสดงอาการ นอกจากนี้อาจเกิดจากความเขินอาย ไม่กล้าไปรับบริการในสถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับผลการเฝ้าระวังที่พบว่าเยาวชนหญิงมักไม่ไปสถานบริการสุขภาพเมื่อป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงต้องค้นหาข้อมูลเพิ่มเติมว่าการที่อัตราป่วยในเพศหญิงน้อยเป็นผลกระทบจากการที่ผู้ป่วยหญิงไม่เข้ารับบริการบริการด้วยหรือไม่ เพราะหากผู้ป่วยหญิงตัดสินใจไม่ไปรับการรักษา หรือซื้อยากินเอง ก็จะไม่มีการรายงานผู้ป่วยของสถานพยาบาล

นอกจากนี้ การเปรียบเทียบแปรผลการวิเคราะห์ข้อมูลอัตราป่วยในเชิงพื้นที่ พบว่ายังมีข้อจำกัดเรื่องความครอบคลุมของการรายงานในแต่ละพื้นที่ เนื่องจากแหล่งข้อมูลที่ใช้วิเคราะห์มาจาก รง.506 เท่านั้น ซึ่งเป็นข้อมูลการเฝ้าระวังที่แปรผันตามจำนวนผู้ป่วยที่รายงานเข้าสู่ระบบ ดังนั้นหากต้องการเปรียบเทียบอาจต้องพิจารณาจากความครอบคลุมของการรายงานร่วมด้วย หรือนำข้อมูลจากแหล่งอื่นมาวิเคราะห์ร่วมกัน เช่น ข้อมูลการให้บริการจาก 43 แห่ง หรือข้อมูลจากระบบสารสนเทศโรงพยาบาล เป็นต้น

4.2 พฤติกรรมเสี่ยง (Behaviors Risk)

แนวโน้มประสพการณ์การเคยมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนักเรียนภาพรวมไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก ช่วง 7 ปีที่ผ่านมา (2555-2561) โดยนักเรียนสายอาชีพ (ชั้น ปวช.2) เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 40 - 51 ส่วนนักเรียนสายสามัญ (ม.5) เคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 17-26 และอายุเฉลี่ยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของนักเรียนเฉลี่ยประมาณ 15 ปี นักเรียนส่วนหนึ่งเคยมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่แฟน/คูรัก **สื่อถึงการมีคู่นอนหลายคน** ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งประสพการณ์เรื่องเคยมีเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมมีเพศสัมพันธ์กับคนอื่นที่ไม่ใช่แฟน/คูรัก เช่นนี้ **พบในนักเรียนชายมากกว่านักเรียนหญิง และพบในนักเรียนสายอาชีพมากกว่านักเรียนสายสามัญ** ทำให้เห็นว่านักเรียนที่เป็นเยาวชนชาย มีความเสี่ยงมากกว่านักเรียนหญิง นอกจากนี้ช่วง 5 ปีที่ผ่านมา ยังพบว่านักเรียนชายร้อยละ 1.9-3.4 เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน^[8]

เมื่อศึกษาข้อมูลด้านพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ช่วยป้องกันโรคได้ ก็พบว่าในระยะ 10 ปีที่ผ่านมาอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ **ครั้งแรก** ของนักเรียนเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ คือเพิ่มจากประมาณร้อยละ 53.4-56.4 ในปี 2555 เป็นร้อยละ 71.4-79 และจากข้อมูลการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ **ครั้งสุดท้าย** กับคู่นอนประเภทต่างๆ ปี พ.ศ.2561 ของนักเรียน ในภาพรวมพบว่า นักเรียนชายใช้ถุงยางอนามัยกับพนักงานบริการหญิงสูงที่สุด และ**นักเรียนทุกกลุ่มใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรักต่ำที่สุด** เมื่อเทียบกับการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประเภทอื่นๆ อย่างไรก็ตามแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคนรักในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายของนักเรียนในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา ก็ยังเพิ่มขึ้นอย่างช้าๆ แต่หากเปรียบเทียบการใช้ถุงยางอนามัย **ทุกครั้ง** กับใช้ **ครั้งล่าสุด** เมื่อมีเพศสัมพันธ์กับแฟน/คูรัก พบว่า**การใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคูรัก ทุกครั้ง** ยังต่ำมาก เมื่อเทียบกับการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ **ครั้งล่าสุด** โดยในปี 2561 นักเรียนใช้ถุงยางอนามัยกับแฟนหรือคูรัก **ทุกครั้ง** ต่ำมาก **ไม่ถึงร้อยละ 50**^[8]

การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชายด้วยกันก็สามารถทำให้ติดโรคได้ถ้าไม่ป้องกัน ซึ่งข้อมูลเฝ้าระวังการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับผู้ชายของนักเรียนชาย พบว่ามีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นน้อยมากในช่วง 5 ปีที่ผ่านมา^[8] ส่วนข้อมูลจากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (IBBS) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง (high risk MSM) ในจังหวัดที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว พบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ยังเป็นเยาวชน (อายุ 15-24 ปี) มีแนวโน้มใช้ถุงยางอนามัยลดลงในปีที่ทำการสำรวจ 2-3 รอบที่ผ่านมา ซึ่งกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เป็นสาวประเภทสอง (TG) ใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่ากลุ่มที่เป็นเกย์ (MSM) แต่ในภาพรวมชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มนี้จะมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยที่สูงกว่ากลุ่มที่เป็นนักเรียน คือไม่ต่ำกว่าร้อยละ 80 อาจเนื่องมาจากรับรู้พฤติกรรมเสี่ยงของตนเอง จากข้อมูลการเฝ้าระวังในนักเรียนยังพบอีกว่าแนวโน้มการตีแมลงกอลก่อนมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนเพิ่มขึ้น ซึ่งเพศชายตีแมลงกอลก่อนมีเพศสัมพันธ์มากกว่าเพศหญิง^[8] ทำให้เป็นอีกปัจจัยหนึ่งที่น่าไปสู่การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน

นอกจากผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงแล้ว การเฝ้าระวังพฤติกรรมในการเข้ารับบริการสุขภาพของนักเรียนเมื่อมีอาการเจ็บป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในปี 2561 พบว่าเมื่อนักเรียนมีอาการเจ็บป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่มักไปโรงพยาบาล/คลินิกตรวจโรคทั่วไปของรัฐ โดยคิดเป็นร้อยละ 40.9 - 44.4 แต่ก็พบว่ากลับมีนักเรียนร้อยละ 17.3 - 25.4 ปล่อยอาการเจ็บป่วยไว้โดยไม่ได้รับการรักษา โดยเฉพาะในนักเรียนหญิง และพบว่านักเรียนหญิงซื้อยากินเอง มากกว่านักเรียนชาย^[8]

4.3 ปัจจัยเสี่ยง (Determinant)

จากข้อมูลด้านพฤติกรรมแสดงให้เห็นว่าเยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยงหลายด้าน เช่น เยาวชนจำนวนหนึ่งเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว และมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคน รวมทั้งการไม่ใช้ถุงยางอนามัยหรือใช้ไม่สม่ำเสมอ โดยเฉพาะกับแฟนหรือคูรัก จะใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่าคู่ประเภทอื่น หรือแม้แต่การตีแมลงกอลก่อนมีเพศสัมพันธ์ก็ถือเป็นพฤติกรรมที่สุ่มเสี่ยง เมื่ออธิบายปัจจัยที่เกี่ยวข้องที่ส่งผลต่อการเกิดโรคด้วยปัจจัยสามทางระบาดวิทยา^[4] โดยเริ่มอธิบายปัจจัยที่ส่งผลต่อโฮสต์ (Host) ให้มีพฤติกรรมเสี่ยง เมื่อประยุกต์แบบจำลอง PRECEDE – PROCEED Model^[5] มาอธิบายถึงปัจจัยที่ส่งผลต่อการแสดงออกด้านพฤติกรรมของเยาวชน พบว่า

ปัจจัยนำ (Predisposing factors) ซึ่งเป็นปัจจัยภายในของตัวเยาวชนเอง ที่ทำให้เกิดพฤติกรรมประกอบด้วยปัจจัยหลายด้าน ทั้งการเปลี่ยนแปลงตามวัยของวัยรุ่น ที่ตามพัฒนาการทำให้เริ่มสนใจเพศตรงข้าม และเริ่มทดลองเกี่ยวกับเรื่องเพศมากขึ้น หรือมีพฤติกรรมทางเพศ^[10] ประกอบกับ**ความเชื่อหรือค่านิยมเรื่องการมีเพศสัมพันธ์**หรือการอยู่ก่อนแต่งเปลี่ยนแปลงไปมาจากอดีต เป็นไปในทางที่ยอมรับได้มากขึ้น โดยแม้แต่การศึกษาเรื่องความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ตั้งแต่ปี 2552 ซึ่งผ่านมาประมาณ 10 ปีแล้ว ก็ยังพบว่าวัยรุ่นยอมรับเรื่องการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น ไม่เท่ากับคนรัก "กิ๊ก" (เพื่อนสนิทต่างเพศซึ่งมีความสัมพันธ์ฉันคู่สาว) โดยมองว่าเป็นเรื่องธรรมดา^[9] ต่อมาในปี 2559 ก็มีผลการศึกษาที่พบว่า การยอมรับที่พบว่าวัยรุ่นเป็นวัยที่มีการยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของคนไทยมากกว่าวัยอื่นๆ เนื่องจากมีการรับรู้เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศมากกว่าวัยอื่นจากหลายช่องทางทั้งสื่อออนไลน์ ละคร ภาพยนตร์ ที่เปิดเผยเรื่องพฤติกรรมทางเพศมากขึ้น^[35] ซึ่งผลการสำรวจสภาวะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต ในปี 2561 ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือ พบว่าประชาชนอายุ 13 ปีขึ้นไป เกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 41.2) ยอมรับได้กับ “พฤติกรรมการที่ชาย

หญิงอยู่ด้วยกันโดยไม่แต่งงาน” และสัดส่วนที่ยอมรับได้สูงกว่าปีที่ผ่านมาอย่างมากรวมกัน^[12] ทำให้เห็นว่า ค่านิยมการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่นเปลี่ยนแปลงไปมาก

ในขณะที่ค่านิยม ความคิด ความเชื่อ ของเยาวชนเป็นไปในทางที่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น มองการมีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องธรรมดา จึงไม่ใช่เรื่องแปลกที่ผลการเฝ้าระวังพบว่าเยาวชนจำนวนไม่น้อยเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ดังนั้น ความรู้และทักษะ จึงเป็นสิ่งสำคัญที่จะช่วยให้เยาวชนมีพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีการศึกษาที่พบว่าความรู้เพศศึกษาถือเป็นปัจจัยป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ^[15] แต่จากรายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย ปี 2559 พบว่านักเรียนส่วนใหญ่เข้าใจว่าตัวเองมีความรู้ความเข้าใจเรื่องเกี่ยวกับเรื่องเพศและอนามัยเจริญพันธุ์เป็นอย่างดี แต่เมื่อมีคำถามในเชิงลึกพบว่ายังไม่สามารถทำความเข้าใจเนื้อหาเพศวิถีศึกษาได้เป็นอย่างดี และไม่สามารถประยุกต์ใช้ได้ในชีวิตประจำวันได้^[11] สะท้อนให้เห็นว่าเยาวชนไทยคิดว่าตนเองเข้าใจเรื่องเพศวิถีศึกษาแต่ในความเป็นจริงยังขาดความรู้ความเข้าใจที่เพียงพอ เมื่ออยู่ในสถานการณ์จริงก็อาจไม่สามารถป้องกันตนเองได้

หากปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ ฤๅษะอนามัยก็เป็นอุปกรณ์ที่สำคัญที่จะช่วยป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ แต่ก็มีผลการศึกษาที่พบว่าวัยรุ่นและเยาวชนยังมีทัศนคติในทางลบต่อฤๅษะอนามัย เช่น ผู้ชายมองว่าผู้หญิงที่พกฤๅษะอนามัยติดตัวมีอาชีพขายบริการทางเพศ^[15] มีความเชื่อว่าการพกฤๅษะอนามัยทำให้ผู้อื่นเข้าใจว่าตนวางแผนที่จะมีเพศสัมพันธ์^[9] คิดว่าการซื้อฤๅษะอนามัยเป็นเรื่องน่าอาย^[9,15] หรือมีการศึกษาที่พบว่าผู้ที่อยู่ในเขตชนบท และผู้หญิงมีความรู้สึกอาย หากต้องซื้อฤๅษะอนามัยในร้านสะดวกซื้อ หรือร้านขายยา^[15] นอกจากนี้วัยรุ่นชายมักคิดว่าการใช้ฤๅษะอนามัยทำให้รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง^[9] หรือจากการสอบถามกลุ่มทหารกองประจำการ ถึงเหตุผลหลักที่ไม่ใช้ฤๅษะอนามัย ในปี พ.ศ.2561 ตอบว่าไว้ใจซึ่งกันและกันมากที่สุด รองลงมาคือคุ้นเคยกันดี และหลังภายนอก^[14] แสดงให้เห็นถึงทัศนคติด้านหนึ่งที่มองว่าการใช้ฤๅษะอนามัยคือการไม่ไว้ใจคู่ และฤๅษะอนามัยมีไว้เพื่อการคุมกำเนิดเป็นหลัก ไม่ได้มองเป็นเครื่องมือป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์

นอกจากนี้ไม่ใช่เพียงการมีฤๅษะอนามัยเท่านั้นที่จะยืนยันว่าเยาวชนจะใช้ฤๅษะอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ยังคงมีปัจจัยในเรื่องทักษะการต่อรองที่จะใช้ฤๅษะอนามัยด้วย ซึ่งมีผลการวิจัยที่สอบถามนักเรียนถึงความมั่นใจว่าสามารถยืนกรานและต่อรองที่จะใช้ฤๅษะอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์พบว่า มีร้อยละ 61.7 เท่านั้นที่มั่นใจว่าสามารถยืน และในภาพรวมนักเรียนชายมีอำนาจการต่อรองมากกว่านักเรียนหญิง^[11] ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาพฤติกรรมและการปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นและเยาวชน ที่พบว่าวัยรุ่นหญิงเคยปฏิเสธมากกว่าวัยรุ่นชาย แต่ฝ่ายชายจะมีอำนาจต่อรองเพื่อปฏิเสธการมีเพศสัมพันธ์มากกว่า และยังพบว่าฝ่ายหญิงมักจะยินยอมมากกว่า^[9] สะท้อนให้เห็นว่าอำนาจการต่อรองอยู่ที่ฝ่ายชายมากกว่า และฝ่ายหญิงเองยังขาดทักษะและอำนาจในการต่อรอง

ไม่เพียงแต่ปัจจัยนำเท่านั้น ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) ก็สามารถจะช่วยให้เยาวชนมีความรู้ในการป้องกันตนเอง และมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยมากขึ้น ในกรณีที่หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ โดยหากมีแหล่งความรู้ในการป้องกันตนเองที่ถูกต้อง และสามารถเข้าถึงอุปกรณ์ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือ ฤๅษะอนามัย ได้ง่าย ก็จะทำให้มีพฤติกรรมที่ปลอดภัยมากขึ้น ซึ่งจากข้อมูลการเฝ้าระวัง พบว่า

แหล่งความรู้เกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของนักเรียนร้อยละ 50 ได้รับจากครูอาจารย์ในโรงเรียน รองลงมาคือจากเจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาล/คลินิกภาครัฐ และค้นหาจากอินเทอร์เน็ต^[8] โรงเรียนจึงเป็นสถานที่ที่สำคัญที่สุดในการให้ความรู้กับเยาวชนที่ยังอยู่ในวัยเรียน แต่จากรายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทยเมื่อปี 2559^[11] กลับพบช่องว่างและข้อท้าทายของการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษา (Sexuality Education) ในประเทศไทยหลายประเด็นที่ส่งผลให้นักเรียนไม่สามารถนำสิ่งที่เรียนรู้ในห้องเรียนเพศวิถีศึกษาไปประยุกต์ใช้ในชีวิตประจำวันได้เท่าที่ควร ทำให้อัตราการตั้งครรภ์และการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงเอชไอวี ยังคงสูงอยู่ในเยาวชนไทย^[11] ทั้งด้าน

1) ระบบการเรียนการสอนไม่เอื้อให้คิดวิเคราะห์ การประเมินผลได้เน้นวัดทักษะ เวลาเรียนไม่พอ ทำให้นักเรียนไม่สามารถนำความรู้ไปปรับใช้ในชีวิตประจำวันได้ 2) เนื้อหาการสอนไม่ครอบคลุม ในเรื่องเพศภาวะ สิทธิ และอำนาจ หรือเรื่องความหลากหลายทางเพศ และเนื้อหาไม่ลงลึกพอที่จะไปใช้ได้ เช่น วิธีการคุมกำเนิด การสาธิตเกี่ยวกับถุงยางอนามัย เป็นต้น ทำให้นักเรียนต้องไปค้นหาความรู้จากนอกห้องเรียน 3) บรรยากาศในชั้นเรียนไม่เอื้อต่อการเรียนรู้เรื่องเพศวิถีศึกษา ไม่เป็นมิตรมากพอ ทำให้นักเรียนถึงครึ่งหนึ่งยังไม่สะดวกใจกับการเรียนเพศวิถีศึกษา หรือไม่กล้าพูดเรื่องเพศในชั้นเรียน โดยเฉพาะนักเรียนหญิง และกลุ่มนักเรียนที่รักเพศเดียวกันก็ยิ่งมีความอ่อนไหวมากต่อการถูกหยอกล้อ ซึ่งปัจจัยที่ส่งผลให้เกิดช่องว่างเหล่านี้ส่วนหนึ่งมาจากการที่ 4) ครูผู้สอนเพศวิถีศึกษาไม่ได้รับโอกาสการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ทำให้ขาดความรู้เรื่องเพศวิถี ไม่ได้ทบทวนทัศนคติและค่านิยมของตัวเอง และขาดทักษะจัดกิจกรรมการเรียนรู้แบบให้นักเรียนมีส่วนร่วม หรือจัดบรรยากาศการสอนให้นักเรียนรู้สึกปลอดภัย ทั้งนี้นอกจากการหาความรู้ในห้องเรียนแล้วแหล่งข้อมูลเรื่องเพศวิถีศึกษาที่นักเรียนเข้าถึงมากที่สุด คือ ทางอินเทอร์เน็ต คิดเป็นร้อยละ 91 รองลงมาคือ โทรทัศน์ หนังสือ ภาพยนตร์ และเพื่อน เท่ากับร้อยละ 57.1, 55.9, 46.3 และ 43.1 ตามลำดับ^[11] ในขณะที่ตอบว่าแหล่งข้อมูลคือ พ่อแม่/ผู้ปกครองเพียงร้อยละ 21.7 ซึ่งเป็นครึ่งหนึ่งเท่านั้นเมื่อเทียบกับการสอบถามความรู้จากเพื่อน

ส่วนปัจจัยเอื้อด้านการเข้าถึงถุงยางอนามัย พบว่า 5 ปีที่ผ่านมานักเรียนมีแนวโน้มพกถุงยางอนามัยติดตัวเพิ่มขึ้น^[8] ในปี 2561 แหล่งที่มาของถุงยางอนามัยส่วนใหญ่ของนักเรียน คือ พกถุงยางอนามัยติดตัว รองลงมา ได้แก่ ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ หรือร้านขายยา ทำให้เห็นว่านักเรียนสามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยได้สะดวกและมีพฤติกรรมที่ดีในการพกถุงยางอนามัยติดตัว แต่อีกด้านหนึ่งที่สะท้อนให้เห็นความพร้อมเรื่องการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น โดยนักเรียนชายพกถุงยางอนามัยติดตัวมากกว่านักเรียนหญิง นักเรียนหญิงจะมีคูเตรียมถุงยางอนามัยมากกว่านักเรียนชาย^[8] เห็นได้ว่าอำนาจเรื่องถุงยางอนามัย ผู้ชายเป็นฝ่ายกำหนดมากกว่า ทั้งนี้แม้ว่าเด็กจะมีเพศสัมพันธ์แต่มีการป้องกันตนเองก็ถือเป็นพฤติกรรมที่ดี จึงควรส่งเสริมให้วัยรุ่นพกถุงยางอนามัยติดตัว

บุคคลรอบข้างที่มีอิทธิพลและเป็นปัจจัยเสริม (Reinforcing Factors) ที่ส่งผลต่อการแสดงพฤติกรรมของเยาวชน ก็คือเพื่อน พ่อแม่/ผู้ปกครอง รวมไปถึงครู อาจารย์ ผู้บริหารสถานศึกษา เนื่องจากเป็นบุคคลที่อยู่ใกล้ชิดและมีปฏิสัมพันธ์กับเยาวชนมากที่สุด เพราะเยาวชนส่วนใหญ่มีวิถีชีวิตอยู่ที่บ้านกับโรงเรียน จากการทบทวนผลการศึกษาพบว่าในประเด็นเรื่องเพศ เพื่อนเป็นบุคคลสำคัญที่เยาวชนไว้วางใจมากกว่าพ่อแม่ โดยมีผลการศึกษาที่สอดคล้องกัน คือ พบว่านักเรียนส่วนใหญ่ (ร้อยละ 82) พูดคุยเรื่องเพศ และความสัมพันธ์ทางเพศ

กับเพื่อนมากที่สุด^[17] และมีวัยรุ่นชายที่มีค่านิยมว่าการมีประสบการณ์เพศสัมพันธ์ทำให้เป็นที่ยอมรับของเพื่อนมากขึ้นนั้น มีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากกว่าวัยรุ่นที่ไม่ได้มีค่านิยมเช่นนี้ถึง 2.77 เท่า^[15] ดังนั้นเพื่อนจึงเป็นบุคคลสำคัญที่มีโอกาส**ชักนำให้เกิดพฤติกรรมเสี่ยง**ได้ง่าย เพราะมีอิทธิพลทางความรู้สึกของวัยรุ่นที่ต้องการการยอมรับ

ส่วนพ่อแม่/ผู้ปกครอง กับเรื่องเพศสัมพันธ์ของเยาวชนนั้น จะให้ความสำคัญกับการสอนเพศวิถีศึกษา ในเรื่องการคุมกำเนิด และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อให้นักเรียนรู้จักป้องกันตัวไม่ให้ “พลาด” เพื่อจะได้ไม่ “เสียอนาคต” ^[11] สะท้อนให้เห็นว่า**ผู้ปกครองมีทัศนคติเชิงลบต่อพฤติกรรมทางเพศ**ของวัยรุ่น ทั้งนี้ก็มีผลการวิจัยที่เป็นกรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร ที่พบว่าผู้ปกครองเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.6) เห็นว่าบิดามารดา/ผู้ปกครองควรลงโทษเด็กถ้าเด็กมีเพศสัมพันธ์^[17] ดังนั้น โดยสรุปแล้วพ่อแม่เป็นปัจจัยเสริมที่ช่วยให้เยาวชนไม่ติดโรค แต่เป็นไปในทิศทางที่ห้ามไม่ให้มีเพศสัมพันธ์ มีอิทธิพลไปในทางห้ามมีเพศสัมพันธ์ ส่วนหนึ่ง**เห็นว่าควรลงโทษเด็กถ้าเด็กมีเพศสัมพันธ์** ซึ่งไม่ได้เสริมให้เด็กมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัย

สำหรับครู อาจารย์ ส่วนหนึ่งมีความเห็นว่า การสอนเพศศึกษาในโรงเรียน เป็นการป้องกันความเสี่ยงทางเพศที่ดีในวัยรุ่น แต่ก็มีส่วนหนึ่งที่มองว่าการสอนเพศศึกษาเหมือนเป็นดาบสองคม และอาจส่งเสริมให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น^[17] สอดคล้องกับอีกการศึกษาที่สอบถามทัศนคติของครูว่าเห็นด้วยหรือไม่ว่า “วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์กันโดยที่ยังไม่แต่งงานนั้นไม่ผิด หากว่าทั้งสองฝ่าย รักกัน และมีการป้องกันการตั้งครรภ์ หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ซึ่งพบว่า ครูร้อยละ 31-45 เห็นด้วยกับเรื่องนี้ และมีครูอีกมากกว่าครึ่งที่ไม่เห็นด้วย และเมื่อสอบถามความเห็นเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศกับคนเพศเดียวกัน ครูร้อยละ 9-29 เห็นว่าเป็นสิ่งที่ผิด ^[11] ทั้งนี้มีผลการวิจัยที่พบว่าผู้บริหารสถานศึกษาบางส่วนมีกรอบแนวคิดบนฐานของระบบคุณค่าในเรื่องเพศ คือมุ่งสอนให้นักเรียนอยู่ในกรอบของวัฒนธรรมไทย และเน้นให้นักเรียนมีพฤติกรรมและสัมพันธ์ภาพทางเพศที่ “เหมาะสม” นั่นคือ **หลีกเลี่ยงวิถีชีวิตทางเพศ** เพื่อลดปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น ซึ่งข้อมูลเชิงคุณภาพจากการศึกษาพบว่าผู้บริหารบางส่วนการ**จับตาพฤติกรรมการณ์มีแฟน**ของนักเรียน^[11]

เยาวชนที่มีสิ่งยั่วยุ มีความอยากรู้อยากลอง แต่เมื่อความรู้เรื่องเพศในโรงเรียนสอนยังไม่เพียงพอ รวมทั้งไม่ไว้วางใจที่จะคุยเรื่องเพศกับพ่อแม่/ผู้ปกครอง และครู ก็ทำให้เยาวชนพยายามปกปิดเพศวิถีของตนเอง และเลือกที่จะค้นหาข้อมูลเรื่องเพศจากแหล่งความรู้อื่น **ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (Environment)** จึงเข้ามามีบทบาทต่อพฤติกรรมของเยาวชน โดยความก้าวหน้าของเทคโนโลยีการติดต่อสื่อสารทำให้เยาวชน**เข้าถึงอินเทอร์เน็ตได้ง่าย** และยังพบว่าเยาวชน อายุ 15-24 ปี เป็นกลุ่มที่ใช้อินเทอร์เน็ตสูงที่สุด คือร้อยละ 93.5^[18] แต่ในสังคมออนไลน์หากไม่รู้เท่าทันก็เป็นอันตรายมากสำหรับเยาวชน จากการสำรวจสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ ประจำปี 2561 พบว่าเด็กร้อยละ 73.8 เคย**พบเห็นสื่อลามกอนาจารทางออนไลน์** โดยเพศทางเลือกพบเห็นสื่อลามกอนาจารทางออนไลน์มากกว่าเพศหญิงและเพศชาย นอกจากนี้เด็กร้อยละ 25.4 เคยนัดพบกับเพื่อนออนไลน์อย่างน้อย 1 ครั้ง และในจำนวนนี้ยอมรับว่า**ถูกเพื่อนที่นัดพบลวงละเมิดทางเพศ** ร้อยละ 1.9^[19] นอกจากนี้การที่เยาวชนเข้าถึงสื่อออนไลน์ ยังมีโอกาสสัมผัสกับสังคมที่มีการ**หาคู่ผ่านสื่อออนไลน์** และอาจกระตุ้นให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ได้ โดยพบว่าวัยรุ่นที่นิยมการมีคู่ออนไลน์หลายคนจะใช้สื่อออนไลน์เป็นช่องทางในการสื่อสารกับเครือข่ายทางสังคมเท่านั้น และยังพบว่าวัยรุ่นชายใช้สื่อออนไลน์ในการหาคู่ชัดเจนกว่าวัยรุ่นหญิง และใช้เวลาพูดคุยทำความรู้จักไม่นานก่อนการมีเพศสัมพันธ์ ^[20]

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่ละโรค เกิดจากเชื้อโรคต่างชนิดกัน และมีอาการที่แตกต่างกันไป ซึ่งธรรมชาติของการเกิดโรคก็ส่งผลไปถึงการป้องกันควบคุมโรคด้วย เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยเรื่องเชื้อก่อโรค (Agent) พบว่าโรคหนองใน และโรคหนองในเทียม ในผู้ป่วยหญิงส่วนใหญ่ยังไม่มีการแสดงชัดเจน^[21-22] ทำให้ไม่รู้ตัวว่าติดเชื้อ หรือการติดเชื้อโรคซิฟิลิสที่ผู้ป่วยก็อาจจะ**ไม่มีอาการ** ปัจจัยเหล่านี้ทำให้ผู้ป่วยไม่รู้ตัวว่าติดเชื้อ จึงไม่ได้ไปพบแพทย์และนำไปสู่การรายงานโรคที่ต่ำกว่าความเป็นจริง (under report) ได้ และยังสามารถแพร่เชื้อต่อไปสู่ผู้อื่นได้อีกด้วย ส่วนการ**ดื้อยาของเชื้อก่อโรค**จากการเฝ้าระวังและติดตามการดื้อยาปฏิชีวนะของเชื้อหนองในมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 และยังไม่พบเชื้อหนองใน ในระบบเฝ้าระวังที่ดื้อต่อยา Cefixime และ Ceftriaxone^[21]

4.4 การตอบสนองของแผนงานป้องกันควบคุมโรค (Program Response)

การดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเยาวชน เมื่อพิจารณาแผนงาน หรือกิจกรรมการดำเนินงานของหน่วยงานภายใต้กระทรวงสาธารณสุขที่มีบทบาทชัดเจนในการส่งเสริมสุขภาพ และป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชน ได้แก่ กรมอนามัย และกรมควบคุมโรค โดยการ**ส่งเสริมสุขภาพ (Health promotion)** ในเยาวชนในประเด็นที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ถูกบรรจุไว้กับแผนงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ของกรมอนามัย เพื่อส่งเสริมให้วัยรุ่นและเยาวชนเข้าถึงข้อมูลข่าวสาร บริการสุขภาพ และอนามัยการเจริญพันธุ์ที่มีมาตรฐานคุณภาพ ภายใต้ชื่อเรียก Youth Friendly Health Services (YFHS) ซึ่งดำเนินการอย่างต่อเนื่องมาตั้งแต่ปี พ.ศ.2540 จนถึงปัจจุบัน^[26] และมีผลการดำเนินงานสำคัญที่ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนหลายประเด็น ได้แก่ **การผลักดันพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ.2559** ซึ่งเป็นการบังคับใช้กฎหมายเพื่อคุ้มครองบุคคลที่มีอายุ 10 ปี แต่ไม่ถึง 20 ปี มุ่งป้องกันและแก้ไขปัญหาย่างบูรณาการบนพื้นฐานสิทธิของวัยรุ่น โดยมีหน่วยงานที่ต้องนำไปปฏิบัติมีทั้งในสถานศึกษา สถานประกอบกิจการ สถานบริการสาธารณสุข หน่วยงานสวัสดิการสังคม รวมไปถึงราชการส่วนท้องถิ่น^[27] แม้ว่ากฎหมายจะมีจุดมุ่งหมายเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ แต่ในระดับของการดำเนินงานก็ส่งผลในทางที่ดีกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ด้วย

นอกจากนี้ยังดำเนินการส่งเสริมสุขภาพเยาวชน**ในสถานศึกษา** โดยจัดทำคู่มือการเรียนการสอนเรื่องเพศศึกษาและทักษะชีวิตในนักเรียนแบบบูรณาการ และยังมี**การประเมินรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐาน Youth Friendly Health Services (YFHS)** อย่าง เพื่อให้ระบบบริการในหน่วยบริการเป็นมิตรกับวัยรุ่นและเยาวชน ซึ่งในปี 2561 มีโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ผ่านการประเมินรับรองโรงพยาบาลตามมาตรฐาน YFHS แล้ว 751 แห่ง คิดเป็นร้อยละ 85.8 ของจำนวนโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทั้งหมด^[28]

มาตรการของกรมอนามัยเป็นการป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตั้งแต่ระยะก่อนเกิดโรค (Primary prevention) คือมุ่งเน้นงานส่งเสริมสุขภาพเพื่อป้องกันโรค และมาตรการจะใช้กับประชาชนโดยทั่วไป (Population approach) ส่วนการดำเนินงานของกรมควบคุมโรค เป็นการดำเนินงานป้องกันในระยะที่

โรคได้เกิดขึ้นแล้ว ทั้งที่ยังไม่มีอาการ (secondary prevention) และมีอาการของโรคแล้ว (tertiary prevention) เพื่อควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ให้แพร่ระบาดและเป็นปัญหาด้านสาธารณสุขนั้น โดยเน้นมาตรการที่ใช้กับประชากรกลุ่มเสี่ยง (High-risk approach)

แผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Disease prevention and control) ของประเทศไทยในอดีต เคยทำให้ประเทศประสบความสำเร็จอย่างมากในการป้องกันควบคุมโรค ซึ่งมาตรการและการดำเนินงานที่เป็นปัจจัยความสำเร็จ เช่น โครงการถุงยางอนามัย 100% การมีหน่วยกามโรคที่มีอยู่ทั้งในระดับเขต จังหวัด อำเภอ มีการดำเนินงานเพื่อป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างครอบคลุม หรือการมีคลินิกกามโรคในพื้นที่ทุกจังหวัด มีการให้บริการเชิงรุกเพื่อเยี่ยมแหล่ง และการชักชวนให้พนักงานบริการมาตรวจสุขภาพ เป็นต้น^[29-31]

ในระยะ 10 ปีที่ผ่านมา สถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เริ่มกลับมาเป็นปัญหาด้านสาธารณสุข และกรมควบคุมโรคก็ได้ประกาศนโยบายการพัฒนาความเข้มแข็งแผนงานควบคุมโรค (Revitalizing Disease Control Program: RDCP) จึงนำไปสู่การจัดทำยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ **แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564**^[29] เพื่อปิดช่องว่างการดำเนินงานต่างๆ โดยมีตัวชี้วัดเชิงยุทธศาสตร์ คือ ภายในปี พ.ศ. 2564 ตั้งเป้าหมายให้ 1) อัตราป่วยโรคซิฟิลิสไม่เกิน 3.5 ต่อประชากรแสนคน และ 2) อัตราป่วยโรคหนองในไม่เกิน 8 ต่อประชากรแสนคน

จากสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระยะ 5 ปีมานี้ พบว่าการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคภายใต้ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 ยังไม่มีทิศทางที่เข้าใกล้เป้าหมาย ส่วนหนึ่งอาจเนื่องมาจากโครงสร้าง บทบาท การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ถูกปรับเปลี่ยนมาตั้งแต่ปี 2545 ส่งผลให้การทำงานไม่เข้มแข็งเหมือนในอดีต โครงสร้างการทำงานทั้งในส่วนกลางและระดับพื้นที่ถูกปรับลดบทบาท คลินิกที่ให้บริการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะมีในบางจังหวัดเท่านั้น และไม่ได้มีการดำเนินงานครอบคลุมทุกกิจกรรมเหมือนในอดีต ทำให้ประชาชนมีโอกาสเข้าถึงบริการสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อยลง ทางผู้ให้บริการเองเมื่อไม่ได้รับการพัฒนาศักยภาพอย่างต่อเนื่อง ความเชี่ยวชาญในการให้บริการก็ลดลง การจะรื้อฟื้นงานให้กลับมาเข้มแข็งและมีประสิทธิภาพอย่างในอดีต ต้องอาศัยระยะเวลา ทรัพยากร ทีมที่เข้มแข็ง รวมทั้งต้องพัฒนานวัตกรรมใหม่ๆ ที่จะสามารถช่วยให้การดำเนินงานในยุคปัจจุบันประสบความสำเร็จ

แม้ว่าการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศไทยยังไม่ประสบความสำเร็จเท่าที่ควร แต่ในภาพรวมในช่วงปีงบประมาณ 2561 เริ่มเห็นผลการดำเนินงานตอบสนองต่อโรคภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 1-3 คือ การดำเนินงานตามกระบวนการ RRTTR-P เพื่อการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นไปในทิศทางที่ดีขึ้น ดังจะเห็นได้จากข้อมูลเยาวชน (ที่ไม่ได้ระบุตนเองว่าอยู่ในกลุ่มประชากรหลัก) ที่รับบริการเกี่ยวกับเอชไอวี และได้รับการส่งต่อไปรับบริการคัดกรองตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI screening) เพิ่มขึ้น ระหว่างปี 2559 – 2561 ซึ่งเป็นการดำเนินงานตามมาตรการการตรวจคัดกรองโรค (T: Test) สำหรับผลการดำเนินงานในด้านการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (T: Treat) ในเยาวชน ปัจจุบันยังคงมีข้อจำกัด และอยู่ระหว่างการพัฒนากระบวนการข้อมูลเพื่อการติดตามและประเมินผล ส่วนการดำเนินงานป้องกันโรคเชิง

พฤติกรรมแบบครบวงจร (P: Prevent) ที่มีเป้าหมายในการป้องกันโรคมุ่งเน้นป้องกันทั้งในกลุ่มเสี่ยงไม่ให้เกิดเชื้อและกลุ่มผู้ป่วยที่ต้องป้องกันโรคควบคู่ไปกับการตรวจรักษา รวมทั้งมีการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย มาตรการที่กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดำเนินการอย่างต่อเนื่องเพื่อให้เยาวชนสามารถเข้าถึงถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันตนเองจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คือการจัดสรรงบประมาณสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นให้กับกลุ่มเป้าหมายอย่างต่อเนื่องทุกปี ภายใต้โครงการส่งเสริมและสนับสนุนถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น โดยตั้งแต่ปี 2559 เพิ่มการสนับสนุนให้กับกลุ่มวัยรุ่น/เยาวชน และสถานศึกษา เป็นสัดส่วนที่มากขึ้นจากการจัดสรรทั้งหมด ทั้งนี้อาจต้องประเมินประสิทธิผลของโปรแกรมถุงยางอนามัยใน setting ที่แจกไปว่ามีผลอย่างไร นอกจากการจัดหาและกระจายถุงยางอนามัยให้ถึงประชากรเป้าหมายแล้ว การขับเคลื่อนงานภายใต้ยุทธศาสตร์ถุงยางอนามัยแห่งชาติ มีส่วนอย่างมากที่ช่วยเน้นรักษาระดับการใช้ถุงยางอนามัยไว้ให้มีความต่อเนื่อง โดยมีการดำเนินงานหลายเรื่อง เช่น การสื่อสารสาธารณะภาพลักษณ์ใหม่ของถุงยางอนามัยเพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะทางเพศ กิจกรรมการส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัยรูปแบบต่างๆ เช่น สนับสนุนการติดตั้งตู้จำหน่ายถุงยางอนามัย รมรงค์ให้ใช้ถุงยางอนามัยในวันสำคัญต่างๆ ผลิตสื่อเพื่อปรับทัศนคติและใช้ประกอบการรณรงค์ขับเคลื่อนงานด้านการป้องกันเอดส์และส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยผ่านแกนนำเยาวชน เป็นต้น ^[34] นอกจากนี้ในประเด็นการสื่อสารได้เริ่มมีการดำเนินงานสร้างเสริมความรู้ด้านเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (HIV & STIs Literacy) ที่บูรณาการงานทั้งเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไปพร้อมกันด้วย

ส่วนการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 4 พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการตัดสินใจและใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย แผนงาน และประเมินผลที่เชื่อมโยงทุกระดับ กลยุทธ์การดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 4 คือ พัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ เพื่อการตัดสินใจและใช้ประโยชน์เชิงนโยบาย แผนงาน และประเมินผลที่เชื่อมโยงทุกระดับ พบว่าผลการพัฒนาคลังข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ของชาติด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังอยู่ในระยะเริ่มต้น โดยข้อมูลด้านระบาดวิทยาจะเริ่มประเมินคุณภาพของข้อมูลในปีงบประมาณ 2562 ส่วนระบบข้อมูลเพื่อติดตามการดำเนินงาน มีแผนบูรณาการไว้ในระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ (Nation AIDS Program: NAP) ที่รับผิดชอบโดยสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เพื่อบูรณาการเข้าสู่ระบบข้อมูลของประเทศ สำหรับผลการดำเนินงานภายใต้ยุทธศาสตร์ที่ 5 ซึ่งเน้นให้เกิดนวัตกรรม หรือองค์ความรู้ใหม่ และเผยแพร่ขยายผล พบว่าในช่วงปี 2557-2561 ไม่ได้มีผลการดำเนินงานที่ชัดเจน

ทั้งนี้ แม้ว่าจะมียุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 และกำหนดยุทธศาสตร์หลักไว้แล้ว แต่ยังไม่ได้มีการจัดทำแผนปฏิบัติการ (Operational Plan) ที่จะช่วยให้สามารถนำยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติไปสู่การปฏิบัติได้อย่างแท้จริง ปัจจุบันจึงมีเพียงยุทธศาสตร์กว้างๆ การดำเนินงานยังไม่มีมีการถ่ายทอดกิจกรรมลงสู่หน่วยปฏิบัติอย่างชัดเจน ไม่มีตัวชี้วัด และกระบวนการติดตามและประเมินผลที่เข้มข้นหากเปรียบเทียบกับแผนงานเอชไอวี นอกจากนี้มาตรการในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชน ส่วนใหญ่บูรณาการไปกับงานเอชไอวี ทำให้ข้อมูลผลการดำเนินงานในกลุ่มเยาวชนที่เกี่ยวกับงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังไม่มีการนำเสนอแยกออกมาอย่างชัดเจน เพื่อให้เกิดจุดเน้นในการติดตามการดำเนินงาน

ในภาพรวมเห็นว่าจากสถานการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่กลับมาเป็นปัญหาสาธารณสุข ทำให้เริ่มมีการผลักดันและขับเคลื่อนให้โครงสร้างการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กลับมาเข้มแข็งอีกครั้ง และในปี 2561 ก็เริ่มมีการขับเคลื่อนยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560-2564 อย่างจริงจัง แม้ว่าผลการดำเนินงานยังไม่ส่งผลกระทบให้เห็นชัดเจน แต่ก็เริ่มมีผลการดำเนินงานที่เริ่มมองเห็นเป็นรูปธรรมบ้างซึ่งในช่วงปี 2561 ก็มีสัญญาณที่ดี ที่ผู้บริหารก็ให้ความสำคัญกับการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และต้องการให้บทบาทการทำงานชัดเจนยิ่งขึ้น จึงเริ่มมีการแต่งตั้งคณะทำงานเพื่อนำเสริมความเข้มแข็งของการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะ มีการกำหนดกรอบการพัฒนาระบบบริการควบคุม ป้องกัน และดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างชัดเจน เพื่อช่วยแปลงนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติ และให้คณะทำงานฯ ช่วยเร่งรัดวางแผน ติดตามการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเด็นต่างๆ รวมทั้งมีการรายงานความก้าวหน้าอย่างต่อเนื่อง จึงคาดว่าจะส่งผลให้ปี 2562 มีผลการดำเนินงานที่เป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น

บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา และข้อเสนอแนะ

5.1 สรุปผลการศึกษา

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กำลังแพร่ระบาดในกลุ่มเยาวชนไทย โดยอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชน อายุ 15-24 ปี เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องใน 5 ปีที่ผ่านมา โดยในปี 2561 มีอัตราป่วย 104.7 ต่อประชากรกลุ่มอายุ 15-24 ปี แขนงคน เพิ่มขึ้นจากปี 2557 ประมาณ 2 เท่า และยังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง โรคที่พบอัตราป่วยสูงที่สุดคือโรคหนองใน และซิฟิลิส โดยเยาวชนชายมีอัตราป่วยเฉพาะเพศสูงกว่าเยาวชนหญิง นอกจากนี้สัดส่วนผู้ป่วยส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 40 ยังเป็นนักเรียน เมื่อพิจารณาอัตราป่วยในเชิงพื้นที่ พบว่ามีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกภาค และภาคเหนือมีอัตราป่วยสูงที่สุด รองลงมาคือภาคกลาง ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ และภาคใต้ เมื่อเปรียบเทียบอัตราป่วยตามเขตสุขภาพ พบว่า เขตสุขภาพ 5 อันดับแรก ที่มีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มอายุ 15-24 ปี สูง ได้แก่ เขต 1 เขต 6 เขต 10 เขต 2 และ เขต 3 ซึ่งสอดคล้องกับอัตราป่วยรายภาค และจังหวัดที่มีอัตราป่วยสูง 10 อันดับแรก คือ เชียงราย ระยอง จันทบุรี เชียงใหม่ สมุทรสาคร ปราจีนบุรี สมุทรปราการ น่าน เพชรบุรี และลพบุรี ตามลำดับ ซึ่งยังมีข้อจำกัดในการแปรวิเคราะห์เปรียบเทียบข้อมูลในเชิงพื้นที่ อาจต้องนำข้อมูลความครอบคลุมของการรายงานในแต่ละพื้นที่ หรือข้อมูลจากแหล่งอื่นมาวิเคราะห์ร่วมกันเพื่อสรุปยืนยันผล

จากการทบทวนผลการศึกษาวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่ามีปัจจัยเสี่ยงรอบด้านที่สนับสนุนให้เยาวชนมีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทั้งปัจจัยภายในของเยาวชนเอง ได้แก่ การเปลี่ยนแปลงตามวัย ทักษะการตัดสินใจที่ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์มากขึ้น แต่กลับมีความรู้ไม่เพียงพอที่จะมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย และยังมีทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ถุงยางอนามัย ทำให้เป็นปัจจัยหลักที่ทำให้เยาวชนมีพฤติกรรมเสี่ยง เมื่อประกอบกับแหล่งความรู้ในโรงเรียน หรือการสอนเพศวิถีศึกษาที่ยังไม่ครอบคลุม ก็ยังไม่ช่วยให้เยาวชนมีความรู้เพียงพอที่จะไปประยุกต์ใช้ และในขณะที่เพื่อนเป็นแรงเสริมให้มีพฤติกรรมเสี่ยง แต่พ่อแม่/ผู้ปกครอง หรือครู อาจารย์ ยังไม่เปิดกว้างในเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ และมีท่าทีที่จะทำโทษเมื่อเปิดเผยเรื่องเพศวิถี เยาวชนจึงหันไปพึ่งพาสื่อออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต ซึ่งมีอันตรายรอบด้าน ทั้งสื่อลามกอนาจาร การถูกล่อลวง การล่วงละเมิดทางเพศ ทำให้เยาวชนตกอยู่ในสภาพแวดล้อมที่เสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย

สถานการณ์ในยุคปัจจุบันที่เทคโนโลยีการสื่อสารเข้ามามีบทบาทมากในวิถีชีวิตมากขึ้น ก็ยิ่งทำให้การควบคุมปัจจัยต่างๆ ทำได้ยากยิ่งขึ้น และจากสถานการณ์รอบด้านทั้งสิ่งแวดล้อม (Environment) และปัจจัยเสี่ยง (Determinants) ที่เอื้อให้เยาวชนเกิดพฤติกรรมเสี่ยง (Behaviors Risk) ก็ส่งผลให้อัตราป่วยของโรคเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว ในขณะที่แผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Program response) ไม่ได้เข้มแข็งเหมือนอดีต ทำให้การดำเนินงานยังไม่สามารถตอบสนองต่อสถานการณ์โรคในยุคปัจจุบัน และยังไม่สามารถควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

5.2 ข้อเสนอแนะ

จากผลการวิเคราะห์ข้อมูลในกลุ่มเยาวชนในกลุ่มที่ยังเป็นวัยรุ่น มีข้อเสนอแนะ ดังนี้

5.2.1 มาตรการส่งเสริมสุขภาพ

- 1) ใช้จุดแข็งเรื่องพระราชบัญญัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559 ช่วยขับเคลื่อนงาน ให้การแก้ปัญหาร่วมกันทุกภาคส่วน ครอบคลุมทั้งบ้าน (ผู้ปกครอง) โรงเรียน (ครู อาจารย์ และเพื่อน) และตัวของเยาวชนเอง
- 2) ควรมีมาตรการดำเนินงานเริ่มตั้งแต่สร้างทัศนคติ ค่านิยมเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่เด็ก สร้างแรงจูงใจให้เกิดเป็นความต้องการความสำเร็จ (need for achievement (nAch) เช่น การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกผู้ชายต้องใส่ถุงยางอนามัย ผู้หญิงต้องทานยาคุมกำเนิด (ยกตัวอย่าง สโลแกนในการรณรงค์ เช่น first sex ต้องถุงยาง+ยาคุม) และการใส่ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องของความรับผิดชอบ การมีวุฒิภาวะ เป็นต้น
- 3) ปรับปรุงหลักสูตรการสอนเพศศึกษา ให้ทันต่อสถานการณ์ สร้างบรรยากาศการเรียนรู้ให้เป็นมิตร สอนให้ครอบคลุมรอบด้าน โดยเพิ่มเติมเรื่องบทบาท อำนาจ สิทธิ และความหลากหลายทางเพศ รวมทั้งเน้นประเมินทักษะของผู้เรียนให้สามารถนำความรู้ไปปฏิบัติได้จริง

5.2.2 มาตรการป้องกันควบคุมโรค

- 1) เน้นแปลงนโยบายและยุทธศาสตร์ไปสู่การปฏิบัติจริง โดยจัดทำแผนปฏิบัติการ (operational plan) และกำหนด action plan ที่ชัดเจน ให้ทุกภาคส่วนมีความเข้าใจและร่วมกันดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมาย
- 2) ขยายความครอบคลุมของมาตรการเดิมที่ดำเนินการอยู่ให้มีความต่อเนื่อง และผลักดันการทำงาน โดยเน้น “คุณภาพ” ตามมาตรฐานการให้บริการ
- 3) ผลักดันสิทธิประโยชน์ตรวจซีฟิลิสได้ทุกที่ ฟรีทุกสิทธิ์ ปีละ 2 ครั้ง เหมือนเอชไอวี
- 4) ดำเนินการเรื่อง Health Literacy เพื่อให้ประชาชนมีความรู้ และปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และต้องมีการสื่อสารอย่างต่อเนื่อง
- 5) มาตรการถุงยางอนามัย ต้องเน้นการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ทุกช่องทาง กับคู่นอนทุกประเภท และทุกเพศ แม้เป็นการร่วมเพศทางปาก หรือ ออรัลเซ็กส์ (Oral Sex) ก็ต้องใช้ถุงยางอนามัย
- 6) พัฒนากลวิธีและมาตรการต่างๆ ที่สามารถยืดหยุ่น ปรับเปลี่ยนได้ เหมาะสมกับเหตุปัจจัย และกลุ่มเป้าหมาย เน้นพัฒนานวัตกรรมและนำเทคโนโลยีที่ทันสมัย มาใช้ป้องกันควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ เช่น ปรับรูปแบบการบริการผ่านระบบออนไลน์ หรือขยายจุดบริการไปยังร้านขายยา เพื่อเข้าถึงกลุ่มเยาวชนที่ไม่ต้องการไปสถานบริการสาธารณสุข เป็นต้น
- 7) กำหนดบทบาทของศูนย์ความเป็นเลิศด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ชัดเจน และพัฒนาศักยภาพของศูนย์ดังกล่าวให้สามารถจัดบริการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ตามมาตรฐาน รวมทั้งให้บริการวิชาการ เพื่อร่วมขับเคลื่อนงานกับกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

5.2.3 ระบบข้อมูลและการเฝ้าระวัง

ปัจจุบันข้อมูลเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีอยู่มากพอสมควร สามารถชี้ให้เห็นประเด็นสำคัญในบางส่วน ขอให้ทำการศึกษาเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไป เพื่อเติมเต็มให้เห็นภาพทั้งหมด และมองเห็นกลุ่มเป้าหมายได้ชัดเจนยิ่งขึ้น โดยมีข้อเสนอแนะเพื่อพัฒนาด้านข้อมูล คือ

- 1) ดำเนินการคาดประมาณจำนวนผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อให้สามารถบอกความชุก (prevalence) ของโรคได้ โดยนำข้อมูลจากแหล่งต่างๆ มานำเข้าแบบจำลองทางคณิตศาสตร์ ปัจจุบันทาง UNAIDS สามารถให้สนับสนุนด้านวิชาการในส่วนนี้ และสนับสนุนที่ประเทศไทยให้ทำการคาดประมาณด้วยโปรแกรม Spectrum STI
- 2) วิเคราะห์ข้อมูลเพิ่มเติมในส่วนที่ขาดหายไป เช่น การรายงานผู้ป่วยจากภาคเอกชน หรือการซื้อขายที่ร้านขายยา เป็นต้น
- 3) วิเคราะห์สถานการณ์ ปัจจัยต่างๆ เจาะลึกในแต่ละกลุ่มประชากรเป้าหมาย เพื่อให้เห็นสถานการณ์ชัดเจน และออกแบบมาตรการป้องกันควบคุมโรคอย่างเหมาะสม
- 4) เพิ่มการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บูรณาการไปกับการเฝ้าระวังเอชไอวี และจัดทำรายงานอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทราบแนวโน้มสถานการณ์ของโรค และพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มประชากรต่างๆ
- 5) ทบทวนและกำหนดข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประเทศ ทั้งข้อมูลด้านระบาดวิทยา และข้อมูลผลการดำเนินงานตามมาตรการและตัวชี้วัดสำคัญ เพื่อเร่งพัฒนา “คลังข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์” ที่มีข้อมูลเป็นปัจจุบัน รอบด้าน เข้าถึงได้อย่างสะดวก รวดเร็ว สามารถใช้เพื่อการดำเนินงานทุกระดับ

5.2.4 การติดตามประเมินผล

- 1) ประเมินการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหน่วยบริการ เพื่อประเมินความพร้อมของระบบบริการในปัจจุบัน และชี้เป้าการดำเนินงาน ทั้งประเด็นช่องว่างที่หน่วยบริการต้องการการพัฒนา และพื้นที่ที่ต้องดำเนินการพัฒนาเร่งด่วน ช่วยให้ส่วนกลางสามารถสนับสนุนการดำเนินงานอย่างตรงประเด็น
- 2) ติดตามการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างใกล้ชิด และปรับปรุงการดำเนินงานอย่างต่อเนื่อง และเมื่อหน่วยงานส่วนกลางลงพื้นที่นิเทศติดตามงาน ควรมีการประเมินการให้บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหน่วยบริการควบคู่กันด้วย เช่น โรงพยาบาลมีคลินิกกามโรคหรือไม่ หรือมีการติดตามผู้สัมผัสหรือไม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลเชิงคุณภาพ
- 3) ต้องมีการสรุปผลการดำเนินงาน และนำมาใช้เพื่อติดตามพัฒนาคุณภาพการดำเนินงาน
- 4) ประเมินผลการสนับสนุนถุงยางอนามัยเทียบกับอัตราการใช้ถุงยางอนามัย เช่น ประเมินใน setting เช่น โรงเรียน อาจมีข้อคำถามว่าได้รับแจกถุงยางอนามัย หรือซื้อเอง หากได้รับแจกได้จากแหล่งใด เพื่อให้ทราบข้อมูลว่าได้รับจากหน่วยงานสาธารณสุขมากน้อยเท่าใด แล้วใช้หรือไม่ มาตรการที่ดำเนินงานมีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลอย่างไร

5.2.5 ระบบบริการดูแลรักษา

1) เสริมสร้างความเข้มแข็งให้หน่วยบริการสามารถให้บริการตามมาตรฐาน สำหรับหน่วยบริการทั่วไป เน้นกระตุ้นใจให้หน่วยบริการพัฒนาคุณภาพบริการและเข้ารับการประเมินรับรองเฉพาะโรค (Disease Specific Certification – DSC) ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2) ดำเนินการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น เมื่อพบโรคต้องเร่งให้การดูแลรักษาตามมาตรฐาน เน้นการติดตามผู้สัมผัส และต้องเพิ่มเทคนิคการให้คำปรึกษา (counselling) ของผู้ให้คำปรึกษา (counselor) เพื่อไม่ให้เกิดความขัดแย้งเมื่อผู้ป่วยต้องแจ้งคู่ให้ทราบผล และเพิ่มความตระหนักให้ผู้ป่วยและคู่เห็นความสำคัญของการรักษาเร็ว รวมทั้งผลเสียจากการไม่รักษา

3) เพิ่มหน่วยบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เฉพาะเจาะจงกับเยาวชน เพื่อเพิ่มช่องทางการเข้าถึงบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยอาจเข้าไปบูรณาการกับงาน Youth Friendly Health Services (YFHS) ให้เข้มแข็งขึ้น

4) สร้างนวัตกรรมเพื่อช่วยสนับสนุนการดำเนินงานด้านต่างๆ เช่น

- นวัตกรรมที่ช่วยส่งเสริมและให้ความสะดวกกับการตรวจรักษาตามแนวทางและมาตรฐาน เช่น กรณีผู้ที่ไม่ต้องการมารักษาที่สถานพยาบาล หรือไม่สะดวก อาจสร้างระบบให้คำปรึกษาออนไลน์จากเภสัชกร และจ่ายยาผ่านเครือข่ายร้านขายยาใกล้บ้านผู้ป่วย หรือกรณีที่ผู้ป่วยเขินอาย ไม่ต้องการเดินเข้ามาร้านยา อาจมีบริการส่งยาเดลิเวอรี่ผ่าน Grab เป็นต้น โดยนวัตกรรมเหล่านี้เป็นความร่วมมือที่หน่วยงานภาครัฐร่วมเป็นเจ้าของ (Co-ownership) และทุกกระบวนการต้องดำเนินการภายใต้มาตรฐานการดูแลรักษา

- นวัตกรรมที่ช่วยเพิ่มทางเลือกในการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น คู่มือของหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ต้องการมาตรวจซีพีจีเอสฝากยาไปให้คู่ หรือช่องทางการให้คำปรึกษาแบบออนไลน์ เป็นต้น

- นวัตกรรมการสื่อสารที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่าย รวดเร็ว และตรงตามรสนิยมสื่อของกลุ่มเป้าหมาย เช่น ปัจจุบันวัยรุ่นเยาวชนเข้าถึงอินเทอร์เน็ต และสื่อ social media ได้ง่าย อาจใช้เป็นช่องทางหลักในการสื่อสาร เช่น การ Live สด ผ่าน Facebook หรืออาจขอแทรกเนื้อหาไปกับแอปพลิเคชันยอดนิยม โดยเฉพาะแอปพลิเคชันแชทหาคู่ เช่น BeeTalk และ Tinder นอกจากนี้ยังมี Chat Bot ไว้ตอบคำถามเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

5.2.6 การบริหารจัดการ

1) บริหารจัดการกำลังคนด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้เพียงพอต่อการตอบสนองต่อโรค ทั้งกำลังคนในหน่วยงานที่มีบทบาทวางแผน กำหนดมาตรการ และติดตามประเมินผล รวมทั้งหน่วยให้บริการคือ สถานพยาบาล

2) พัฒนาฟื้นฟูศักยภาพของบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่อง ทั้งในด้านการป้องกัน และการตรวจรักษาโรคซีพีจีเอสตามมาตรฐาน

3) จัดสรรงบประมาณเพื่อการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น

1. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการรายงานโรคติดต่ออันตรายและโรคติดต่อที่ต้องเฝ้าระวัง ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ พ.ศ.2558. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข;2561.
2. ธนรัช ผลิตพันธ์, เสาวพัตร อ้นจ้อย, คำณณ อึ้งชูศักดิ์, ปานิจ สวงโท และอาทิตา วงศ์คำมา, บรรณาธิการ. ระบบเฝ้าระวัง 5 กลุ่มโรค 5 มิติ. พิมพ์ครั้งที่ 1. บริษัท ฮีธ;2557.
3. แนวปฏิบัติสากลทางวิชาการ เรื่องเพศวิถีศึกษา โดยใช้แนวทางที่มีหลักฐานทางวิทยาศาสตร์สนับสนุน. กรุงเทพฯ : องค์การเพื่อการศึกษา วิทยาศาสตร์ และวัฒนธรรมแห่งสหประชาชาติ; 2562
4. วิฑูรย์ โล่ห์สุนทร. ระบอบวิทยา. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2561.
5. นรลักษณ์ เอื้อกิจ, ลัดดาวัลย์ เพ็ญศรี. การประยุกต์ใช้แนวคิด PRECEDE MODEL ในการสร้างเสริมสุขภาพ Utilization of the PRECEDE MODEL in Health Promotion. วารสารพยาบาลสหประชาชาติไทย. 2562;12(1):38-48.
6. อำนวย กาจีนะ, สมบัติ แทนประเสริฐสุข, พรทิพย์ ศิริภานุมาศ, บรรณาธิการ. ยุทธศาสตร์การพัฒนาระบบป้องกันควบคุมโรคและภัยสุขภาพแห่งชาติ ภายใต้แผนพัฒนาสุขภาพแห่งชาติ ในช่วงแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ ฉบับที่ 12 พ.ศ. 2560-2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2559.
7. อาภาพร เฒ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น และขวัญใจ อำนาจสัตย์เชื้อ. การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน: การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. ขอนแก่น:โรงพิมพ์คลังนานาวิทยา; 2554.
8. กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักกระบวนวิชา. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; 2562.
9. อนงค์ ประสานนวนกิจ และคณะ. ความเชื่อเกี่ยวกับเพศสัมพันธ์รูปแบบพฤติกรรมทางเพศของวัยรุ่น. สงขลานครินทร์เวชสาร 2552;27(5):369-380.
10. สำนักอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย. คู่มือ...เจ้าหน้าที่สาธารณสุข การป้องกันการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2554.
11. องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย. รายงานผลการวิจัยเพื่อทบทวนการสอนเพศวิถีศึกษาในสถานศึกษาไทย. กรุงเทพฯ: องค์การยูนิเซฟ ประเทศไทย; 2559.
12. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. บทสรุปสำหรับผู้บริหาร การสำรวจสถานะทางสังคม วัฒนธรรม และสุขภาพจิต ปี 2561 [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [เข้าถึงเมื่อ 31 ตุลาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก:<http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13>
13. วนิดา ปาวรีย์. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของประชาชนในชุมชนวัดสีสุก เขตจอมทอง กรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสมาคมสถาบันอุดมศึกษาเอกชนแห่งประเทศไทย (สสอท.). 2557;20(2):148-57.

14. จิตติพงษ์ ยิ่งยง, สุปิยา จันทรมณี, บรรณาธิการ. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ทหารกองประจำการ พนักงานชายและหญิงในสถานประกอบกิจการ ประเทศไทยปี พ.ศ.2561. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค; 2562. เข้าถึงได้จาก: <https://aidsboe.moph.go.th/app/book/>.
15. สมิตี บุญชูติมา, กิรติ คชนทวา, อัจฉรา บุญชุม. ทักษะชีวิตของประชาชนชาวไทยต่อการใช้อย่างอนามัยในการป้องกันควบคุมโรค. ประชุมวิชาการระดับชาติ ประจำปี 2558: นวัตกรรมนิเทศศาสตร์และการจัดการ; 9 มิถุนายน 2558; คณะนิเทศศาสตร์และนวัตกรรมการจัดการ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; กรุงเทพฯ:2558.1-38-1-61.
16. พิษญา พจนโพธา, ศุภโชค สิงห์กันต์, จิตวี แก้วพรสวรรค์ และสุพร อภินันทเวช. ทักษะชีวิตและความรู้เพศศึกษาที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมที่มีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชายไทยในเขตกรุงเทพมหานคร. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2560; 47(1): 18-30.
17. วัลยา ธรรมพนิชวัฒน์ และเบญจมาศ โอฬารรัตน์มณี. เพศศึกษาสำหรับวัยรุ่นในโรงเรียน: กรณีศึกษาในกรุงเทพมหานคร. วารสารสภาการพยาบาล กรกฎาคม-กันยายน 2561; 33(3) 82-98
18. สำนักงานสถิติแห่งชาติ. การสำรวจการมี การใช้เทคโนโลยีสารสนเทศและการสื่อสารในครัวเรือน พ.ศ. 2561 (ไตรมาส 4) [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.nso.go.th/sites/2014/DocLib13>
19. ศูนย์ประสานงานขับเคลื่อนการส่งเสริมและปกป้องคุ้มครองเด็กและเยาวชนในการใช้สื่อออนไลน์ และกรมกิจการเด็กและเยาวชน. รายงานการวิเคราะห์ข้อมูลสถานการณ์เด็กกับภัยออนไลน์ ประจำปี 2562.[เข้าถึงเมื่อ 3 มิถุนายน 2562] เข้าถึงได้จาก: https://dcy.go.th/webnew/uploadchild/nwk/download/file_th_20191908150537_1.pdf
20. นิพนธ์ ดาราวุฒิมาประภรณ์. วัยรุ่นใช้สื่อออนไลน์อย่างไรในการหาคู่. ความหลากหลายทางประชากรและสังคมในประเทศไทย ณ ปี 2558: 29-41.
21. รสพร กิตติเยวามาลย์, ศุภโชค คงเทียน, บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคหนองใน พ.ศ. 2562. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์;2562.
22. นิสิต คงเกริกเกียรติ, รสพร กิตติเยวามาลย์, และเอกชัย แดงสอาด. บรรณาธิการ. แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พ.ศ. 2558. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์;2558.
23. สมศักดิ์ สุทัศนาวุฒิ, ภารดี ชาญสมร, ยุพา พูนขำ, ปิยะรัตน์ เอี่ยมคง, สุวัชย์ อินทรประเสริฐ, และกิตติพงศ์ แซ่เจ็ง. บรรณาธิการ. การให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ คู่มือสำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: สำนักงานกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก;2558.
24. Santosh Kumar Mishra, Adarsh Tripathi, Bandna Gupta, Sujit Kumar Kar, T.V. Ram Kumar, Maheswar Satpathy, et al. (2017). Sexually Transmitted Diseases. India : Indian Institute of Sexology Bhubaneswar.

25. Daengsaard E, Tongprong P, Sookrak N, Sommanustweechai A, Patchananarumol W. Evolution of the Development of Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines in Thailand. Journal of Health Science. 2017;25(4).
26. กรมอนามัย กรมสุขภาพจิต กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. มาตรฐานบริการสุขภาพที่เป็นมิตรสำหรับวัยรุ่นและเยาวชน (ฉบับบูรณาการ) และแบบประเมินตนเอง พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ศูนย์สื่อสิ่งพิมพ์แก้วเจ้าจอม; 2557.
27. กรมอนามัย, UNFPA, AFPPD และ สสส. อินโฟกราฟฟิคสรุปสาระสำคัญในพระราชบัญญัติการป้องกันและการแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น พ.ศ. 2559. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2563 จาก http://rh.anamai.moph.go.th/download/all_file/act/act-thai.pdf
28. กรมอนามัย. ร้อยละโรงพยาบาลสังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขผ่านเกณฑ์มาตรฐาน YFHS. สืบค้นเมื่อ 2 พฤษภาคม 2563 จาก <http://rh.anamai.moph.go.th/main.php?filename=yfhs>
29. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แห่งชาติ พ.ศ. 2560 – 2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดี้ดีไซน์; กันยายน 2559.
30. สมโภชน์ ป้องกัน. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: จากอดีตสู่ปัจจุบันการควบคุมป้องกันที่เปลี่ยนไป. วารสาร คร.สัมพันธ์. 2560; 4 (2):2-3.
31. สมโภชน์ ป้องกัน. คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: ความสำคัญที่ไม่ควรมองข้าม [อินเทอร์เน็ต]. [เข้าถึงเมื่อ 6 เมษายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://riskcomthai.org/document/advice/304.pdf>
32. กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์รณรงค์ยางอนามัยแห่งชาติ (National Condom Strategy) พ.ศ. 2558 – 2562 พิมพ์ครั้งที่ 1; กรุงเทพฯ: เจ.เอส.การพิมพ์; 2557.
33. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. แผนปฏิบัติการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ. 2558-2562. พิมพ์ครั้งที่ 1; กรุงเทพฯ: บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์; 2557.
34. ศราวุธ อุตตมาภคพงศ์, พรทิพย์ เข้มเงิน, นกานต์ คนชื้อ, บุญยานุช ทองคำดี, บรรณาธิการ. รายงานผลการดำเนินงานสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1; กรุงเทพฯ: บริษัท หกหนึ่งเจ็ด; 2562.
35. เมธิกา ศรีสด และพิมลพรรณ อิศรภักดี. การยอมรับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ก่อนแต่งงานของคนไทย. วารสารวิจัยราชภัฏพระนคร สาขามนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์. 2559; 11(2):137-45.