

ผลงานทางวิชาการ

เรื่อง

ผลการดำเนินงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกัน
การติดเชื้อเอชไอวีโดยงานการป้องกัน ควบคุมดูแลรักษาโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า

โดย

นางทำเนียบ สักวาประกายแสง
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ประกอบแบบเสนอผลงานเพื่อขอประเมินแต่งตั้งให้ดำรงตำแหน่ง
พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการพยาบาล)
ตำแหน่งเลขที่ 3549

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประสิทธิผลการดำเนินงานของหน่วยบริการสาธารณสุขในการสร้างกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในพื้นที่ เพื่อให้เกิดการจัดบริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาเชิงปริมาณเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่พนักงานบริการ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้ยาด้วยวิธีฉีด แรงงานข้ามชาติ ผู้ต้องขัง เยาวชนและประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งใช้โปรแกรมบันทึกข้อมูล STI/VCT mini record ในการเก็บรวบรวมข้อมูล จำนวน 68,835 ราย และการสนทนากลุ่มโดยการสัมภาษณ์บุคคลากรที่รับผิดชอบงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยงานป้องกันการควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลเทคนิคและ เจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 59 คน จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 39 จังหวัด โรงพยาบาล 7 แห่งและสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 ผลการศึกษาจากการสนทนากลุ่มพบว่า สำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรศึกษาโครงการอย่างละเอียดในขั้นตอน เป้าหมาย และวิธีการดำเนินงาน นอกจากนี้การกำหนดโรงพยาบาลเป้าหมาย ต้องพิจารณาจากความพร้อมของหน่วยบริการ ปัญหาและบริบทในพื้นที่ รวมทั้งการติดตามและประเมินผลอย่างใกล้ชิด มีการจัดทำโครงการเพื่อกำหนดแผนการดำเนินโครงการและจัดประชุมชี้แจงโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และการดำเนินงานจะประสบความสำเร็จผู้บริหารต้องเห็นความสำคัญ และให้การสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณ นอกจากนี้การสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่คนทำงาน โดยใช้ผลจากการวัดคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงานจะทำให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน สำหรับกลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปีงบประมาณ 2556 -2558 จำนวน 22,632 ราย 26,833 ราย และ 19,370 รายตามลำดับ พบผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร้อยละ 5.35 15.11 และ 8.02 ตามลำดับ นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รับการตรวจรักษาตามมาตรฐานได้ร้อยละ 70.57 59.55 และ 100.00 ตามลำดับ ส่วนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการให้การศึกษาและตรวจเลือดรวมทั้งทราบผลเลือด ในปี 2556 -2558 พบร้อยละ 16.34 46.86 และ 71.30 ตามลำดับ

Abstract

This study aimed to evaluate the efficiency and effectiveness of the implementation of the Public Health Service to establish a mechanism to drive operations in the area. To arrange a screening for sexually transmitted diseases and AIDS under the National Health Security Office (NHSO) universal coverage. A study was conducted in a sample of 68,835 persons with high risk behaviors. The sample quantity is grouped with sexual risk behaviors that have been screened for sexually transmitted diseases, including sex workers (SW), men who have sex with men (MSM), injection drug users (IDU), migrants, prisoners, youth and general population with risk behaviors. Data were collected using STI/VCT mini recordform. And focus group interviews with the personnel responsible for the sexually transmitted infection-related projects of health promotion and prevention of infection by HIV. By maintaining control and prevention of sexually transmitted diseases, including nurses. Public Health Nurses and technicians Correctional Health 59. The finding from the focus groups found. Office of Disease Prevention and Control and the Provincial Health Office should study carefully the goals and methods of operation. In addition, the hospital set a goal. Consider the availability of services. And in context As well as to monitor and evaluate closely. Has prepared a project plan for the project and meeting provincial hospital. Community Hospital Together with the Office of Disease Prevention and Control And the operation is successful, management must be aware. And to support the operation and budget. In addition, the morale of the workers. Using the results from the measurement standard operating executives will see the importance of the operation clearly. Target populations for screening sexually transmitted infection in the fiscal year 2556-2558 22,632 Total income 26,833 and 19,370 respectively found those infected with sexually 5.35 percent, 15.11 and 8.02, respectively, were also found. that those infected with STIs receiving treatment services by 70.57 and 59.55 percent, respectively 100 prospects who received counseling and blood test result, including blood in the years 2556-2558 percent. 16.34 46.86 and 71.30 respectively

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณอาจารย์รองศาสตราจารย์ ดร.มธุรส ทิพยมงคลกุล คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ที่ท่านได้ให้ความกรุณาในการให้คำปรึกษา แนะนำ และแก้ไขปัญหาต่างๆ ในระหว่าง การดำเนินการวิจัยมาโดยตลอด ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้ง และระลึกถึงพระคุณของอาจารย์เป็นอย่างสูง

ขอขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่าน ที่ให้ความอนุเคราะห์และให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บและรายงานข้อมูลเป็นอย่างดี ขอขอบพระคุณทุกๆ ท่าน ที่มีส่วน ช่วยเหลือในการทำวิจัยเรื่องนี้ให้สำเร็จด้วยดี ซึ่งผู้วิจัยไม่สามารถจะกล่าวนามได้ทั้งหมด ณ ที่นี้

ทำเนียบ สังกาลประกายแสง

สารบัญ

บทคัดย่อ.....	ก
Abstract.....	ข
กิตติกรรมประกาศ.....	ค
สารบัญตาราง.....	จ
บทที่ 1 บทนำ.....	1
บทที่ 2 แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	5
บทที่ 3 วิธีดำเนินการศึกษา.....	22
บทที่ 4 ผลการวิเคราะห์ข้อมูล.....	24
บทที่ 5 สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ.....	34
เอกสารอ้างอิง.....	42
ภาคผนวก.....	45
ประวัติผู้วิจัย.....	49

สารบัญตาราง

ตารางที่	หน้า
1 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมการดำเนินงานในโครงการฯ จำแนกตามปีงบประมาณ 2556-2558.....	30
2 จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย.....	31
3 จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกตามอายุ.....	32
4 ความซุกซนของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย.....	33

บทที่ 1

บทนำ

ความสำคัญของปัญหา

การดำเนินงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยงานการป้องกันควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) เริ่มตั้งแต่ปีงบประมาณ 2556 – 2558 โดยมีเป้าหมายให้กลุ่มประชาชนที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ผู้ให้บริการทางเพศ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มประชากรอื่นๆ ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น เยาวชน ผู้ต้องขัง แรงงานข้ามชาติ ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด เป็นต้น ให้ได้รับการบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยการให้บริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามมาตรฐานกรมควบคุมโรค โดยไม่เสียค่าใช้จ่ายและสามารถเข้าถึงบริการอื่นๆ ได้อย่างต่อเนื่องและทั่วถึงในระบบบริการสุขภาพขั้นพื้นฐาน ซึ่งประกอบด้วย

1. การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
2. การรักษาผู้ที่ผลคัดกรองโรคพบว่าป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. การสนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัยในทุกกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
4. การให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อทราบสถานะและเข้าสู่ระบบบริการดูแลรักษาในผู้ที่มีผลเลือดบวก
5. การให้สุศึกษาเรื่องโรคและการป้องกันโรค
6. เสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบงานบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
7. การพัฒนาคุณภาพงานบริการ

ปีงบประมาณ 2556-2558 กลุ่มบางรักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ได้กำหนดให้มีการดำเนินงานคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยในปี 2556 ดำเนินการใน 37 จังหวัด (กรุงเทพมหานคร อยุธยา นนทบุรี ปทุมธานี สมุทรสาคร ลพบุรี สระบุรี สมุทรปราการ ชลบุรี สระแก้ว ตราด ระยอง ฉะเชิงเทรา ราชบุรี กาญจนบุรี นครปฐม เพชรบุรี กาญจนบุรี สมุทรสาคร นครราชสีมา บุรีรัมย์ ศรีสะเกษ ขอนแก่น อุดรธานี มหาสารคาม อุบลราชธานี มุกดาหาร กำแพงเพชร พิษณุโลก ตาก เชียงใหม่ พะเยา เชียงราย สุราษฎร์ธานี ภูเก็ต นครศรีธรรมราช ตรัง ระนอง สงขลา) และเพิ่มอีก 2 จังหวัด ในปี 2557 ได้แก่ พังงา หนองคาย รวมเป็น 39 จังหวัด ซึ่งในพื้นที่ดำเนินงานทั้ง 39 จังหวัดนั้น มี 31 จังหวัด เป็นพื้นที่เป้าหมายในการเร่งรัดการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ตามแผนยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาดูแลเอดส์ชาติ ซึ่งจะสามารถลดลงได้ร้อยละ 65 ในปี 2555-2559 และ 12 จังหวัดเป็นพื้นที่เป้าหมายการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดังนั้นเพื่อให้การดำเนินงานคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้โครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพ

และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยงานการป้องกันควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีการดำเนินงานเป็นไปในทิศทางเดียวกันจึงกำหนดให้มีแนวทางการดำเนินงานดังต่อไปนี้

1.กำหนดจำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.จัดบริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และบริการให้การปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

3.สร้างกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานในระดับเขต และจังหวัด

4.พัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ในการดำเนินงานบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

5.สนับสนุนหน่วยบริการให้เข้าสู่กระบวนการพัฒนาคุณภาพโดยรูปแบบ STI QUAL

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.เพื่อประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยงานการป้องกัน ควบคุมดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.เพื่ออธิบายการสร้างกลไกการขับเคลื่อนการดำเนินงานพื้นที่ให้เกิดการจัดบริการคัดกรอง STI/HIV และการสนับสนุนงบประมาณด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่จัดบริการนอกเหนือจากระบบเหมาจ่ายปกติ

ขอบเขตของการวิจัย

1.ขอบเขตด้านประชากรและผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

1.1 ประชากร ที่ใช้สำหรับการวิจัยเชิงปริมาณ คือผู้เข้ารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เข้าร่วมโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยงานการป้องกัน ควบคุมดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 68,835 ราย

1.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) ที่ใช้สำหรับการวิจัยเชิงคุณภาพ ในส่วนของการสัมภาษณ์เชิงลึกคือบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 12 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 39 จังหวัด และโรงพยาบาล 7 แห่ง จำนวนทั้งสิ้น 59 คน

1.3 ผู้รับผิดชอบโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยงานการป้องกัน ควบคุมดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า จำนวน 3 คน

สำหรับการสนทนากลุ่ม ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informants) คือผู้รับผิดชอบโครงการจำนวน 3 คน

2.ขอบเขตด้านเนื้อหา

เนื้อหาในการประเมินโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยงานการป้องกัน ควบคุมดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีดังนี้

- 1.สร้างกลไกการขับเคลื่อนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบบริการ
- 2.การสนับสนุนงานบริการด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 3.พัฒนาศักยภาพบุคลากร

นิยามศัพท์เฉพาะ

กลุ่มเป้าหมายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง หมายถึง ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการชาย พนักงานบริการหญิง ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด แรงงานข้ามชาติ ผู้ต้องขัง เยาวชน และประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยง

การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง การตรวจค้นหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ แต่ยังไม่มีอาการ

การพัฒนาคุณภาพโดยรูปแบบ STI QUAL หมายถึง มาตรฐานการดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของสถานบริการสาธารณสุข แบ่งออกเป็น 3 ด้าน

- 1.มาตรฐานด้านการบริหารจัดการ
- 2.มาตรฐานด้านการดำเนินงาน
- 3.มาตรฐานด้านการติดตามประเมินผล

การดำเนินงานบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง การดำเนินงานซึ่งประกอบด้วย 4 ส่วน ได้แก่

- 1.การจัดระบบบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีองค์ประกอบที่สำคัญดังนี้
 - 1.1การมีผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของหน่วยงาน (STI Coordinator)
 - 1.2 การจัดระบบบริการสำหรับผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งมีได้หลายรูปแบบขึ้นอยู่กับบริบทของพื้นที่
- 2.แนวทางการป้องกันควบคุมโรค และการดูแลรักษาผู้มารับบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 3.การดำเนินงานเชิงรุก
- 4.การติดตามประเมินผล

การให้การปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การให้การปรึกษาก่อนการตรวจเลือด การให้การปรึกษาหลังการตรวจเลือด การให้การปรึกษาต่อเนื่อง และการให้การศึกษาเพื่อประคับประคอง

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1. ทำให้ทราบข้อมูลในการปรับปรุงและพัฒนาโครงการให้บรรลุวัตถุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพ
2. ทำให้ทราบผลการดำเนินงานโครงการว่ามีประสิทธิภาพและประสิทธิผลสูงส่งมากน้อยเพียงใด
3. ทำให้ทราบผลการวิจัยเพื่อนำมาวางแผนและกำหนดมาตรการที่จะพัฒนาหรือปรับปรุงกระบวนการทำงานต่อไป

บทที่ 2

แนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้ทำการศึกษา ค้นคว้า แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการ ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยจัดลำดับเนื้อหา ดังนี้

1. แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการ
2. ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1.แนวคิด ที่เกี่ยวข้องกับการประเมินโครงการ

1.1 ความหมายของการประเมินโครงการ

ประชุม รอดประเสริฐ (2547) ได้กล่าวถึงการประเมินโครงการว่า หมายถึง กระบวนการในการเก็บรวบรวมและวิเคราะห์ข้อมูลของการดำเนินโครงการ และพิจารณาংশชี้ให้ทราบถึงจุดเด่นหรือจุดด้อยของโครงการนั้นอย่างมีระบบ แล้วตัดสินใจว่าจะปรับปรุงแก้ไขโครงการนั้นเพื่อการดำเนินงานต่อไป หรือยุติการดำเนินงานโครงการนั้น

วีรยุทธ ชาติกาญจน์ (2541) กล่าวว่า การประเมินโครงการเป็นกระบวนการในการวิเคราะห์ความต้องการ สืบค้น และสังเคราะห์สารสนเทศเพื่อประโยชน์ในการตัดสินใจทางการบริหารจัดการโครงการนั้นๆ ผลจากการประเมินจะออกมาในรูปของการตัดสินใจในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับความสัมพันธ์ระหว่างผลที่เกิดขึ้นจริงกับผลที่คาดหวังไว้ล่วงหน้า นั่นคือจุดมุ่งหมายที่สำคัญของการประเมินโครงการคือ การเตรียมข้อมูลการจัดทำสารสนเทศ เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบระหว่างผลที่เกิดขึ้นจริงกับผลที่คาดหวัง อันจะเป็นแนวทางให้ผู้บริหารโครงการนำไปใช้ในการตัดสินใจต่อโครงการ การประเมินโครงการที่ดีต้องเน้นการประเมินระหว่างดำเนินโครงการ เพื่อพัฒนาและปรับปรุงให้โครงการนั้นๆประสบความสำเร็จ และมีคุณค่าสูงสุดมากกว่าที่จะทำการประเมินหลังเสร็จสิ้นโครงการ

สุวิมล ติรกานันท์ (2548) ได้ให้ความหมายการประเมินโครงการว่า หมายถึงข้อมูลที่ใช้ในการดำเนินงานตามโครงการในทุกรูปแบบ ทุกขั้นตอน มีการเก็บรวบรวมข้อมูลมาทำการวิเคราะห์ มีการใช้ข้อมูลนั้นเพื่อการตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการและสารสนเทศที่ได้จากข้อมูล สามารถนำมาใช้ในการปรับปรุงแก้ไขการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ลักษณะข้อมูลที่รวบรวมมาต้องมีความชัดเจน น่าเชื่อถือ และเป็นที่ยอมรับ ซึ่งต้องอาศัยกระบวนการเก็บรวบรวมข้อมูลที่มีคุณภาพ

ณัฐพันธ์ เขจรนันท์ (2543) ได้กล่าวว่า การประเมินโครงการ หมายถึง กระบวนการตรวจสอบการดำเนินงานของโครงการว่าสามารถบรรลุประสงค์อย่างมีประสิทธิภาพหรือไม่ ตลอดจนสรุปหรืออุปสรรคที่ทำให้โครงการไม่สามารถดำเนินงานอย่างราบรื่นเพื่อทำการแก้ไขและปรับปรุงให้เหมาะสมกับความต้องการของปัญหาและสถานการณ์

ไพศาล หวังพานิช (2544) เห็นว่าการประเมินโครงการเป็นกระบวนการในการกำหนดคุณค่าของโครงการหรือเป็นกิจกรรมหนึ่งของกระบวนการบริหารจัดการโครงการ เพื่อนำไปสู่การตัดสินใจเกี่ยวกับโครงการนั้นๆว่าดี มีประสิทธิภาพ ได้ผลเพียงใด ซึ่งกระบวนการนั้นมี 3 ขั้นตอนคือ ขั้นตอนการวางแผน การดำเนินโครงการ และการประเมินโครงการ

สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์ (2547) กล่าวว่า การประเมินโครงการเป็นกระบวนการที่แสวงหาข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโครงการ เพื่อจะได้มาซึ่งข้อมูลที่จะช่วยผู้บริหารโครงการสามารถตัดสินใจถูกต้องมากขึ้น ซึ่งหมายความว่าวัตถุประสงค์ของการประเมินผลโครงการจะถูกกำหนด โดยให้ผู้ประเมินผลการประเมินจะประเมินผลอย่างไร โดยวิธีใด ผู้ประเมินผลจะต้องพิจารณาขอบเขต ขนาด ระยะเวลา ความชัดเจน และความเฉพาะของปัจจัยนำเข้า ความสลับซับซ้อน และช่วงเวลาของเป้าหมาย และความคิดริเริ่มที่มีอยู่ในโครงการ

เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี (2551) ให้ความหมายว่า การประเมินโครงการ หมายถึง กระบวนการรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นอันจะนำไปสู่การตัดสินใจความสำเร็จ รวมทั้งการแก้ไขปรับปรุงพัฒนา ตลอดจนการสร้างและการกำหนดทางเลือกใหม่ในการดำเนินงานโครงการ ดังนั้น กิจกรรมการประเมินโครงการจึงเป็นกระบวนการรวบรวมข้อมูลและสารสนเทศที่จำเป็นเกี่ยวกับปัจจัยพื้นฐานของโครงการภายใต้กิจกรรมและช่วงเวลาที่ได้กำหนดหรือวางแผนไว้

เชาว์ อินโย (2553) ให้ความหมายของการประเมินโครงการว่า หมายถึง กระบวนการพิจารณาตัดสินคุณค่าโดยการค้นคว้า เก็บรวบรวมข้อมูลต่างๆ จากชุดของกิจกรรมที่จัดขึ้นอย่างมีระบบมาประกอบการตัดสินใจ ตีค่าผลการดำเนินการนั้นว่าบรรลุวัตถุประสงค์หรือไม่ ใช้เป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการจัดการโครงการ ประกอบไปด้วย 5 องค์ประกอบคือ ปัจจัยนำเข้า (Input) การดำเนินการ (Transformation) ผลผลิต (Output) ข้อมูลย้อนกลับ (Feedback) และสภาพแวดล้อม (Environment)

สมหวัง พิธิยานุวัฒน์ (2528) ได้กล่าวว่า กระบวนการประเมินโครงการมีขั้นตอนดังนี้ 1) หลักการ เหตุผล และความสำคัญของการประเมินโครงการ 2) ประเมินโครงการเพื่ออะไร:การกำหนดวัตถุประสงค์ของการประเมินโครงการ 3) ประเมินอะไร:การวิเคราะห์โครงการ 4) ประเมินได้อะไร:การออกแบบการประเมิน 5) ข้อมูลที่ต้องการมีอะไรบ้างหรือจะได้ข้อมูลเหล่านั้นด้วยวิธีใด 6) จะแยกและย่อสรุปข้อมูลเพื่อให้มีความหมายได้อย่างไร:การวิเคราะห์ข้อมูล 7) ผลการประเมินเป็นอย่างไร จะให้ผู้มีหน้าที่ตัดสินใจทราบได้อย่างไร:การเขียนรายงานและการรายงานผลการประเมิน

1.2 ลักษณะที่สำคัญของการประเมินโครงการ

ประชุม รอดประเสริฐ (2535) ได้เสนอแนะว่า ผู้ประเมินต้องสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการประเมินโครงการให้แน่ชัดเสียก่อน ว่าทำไมจึงต้องประเมินและมีบทบาทสำคัญอย่างไร ซึ่งคำถามเกี่ยวกับกระบวนการประเมิน มีดังนี้

1.ทำไมจึงต้องมีการประเมิน กล่าวคือ นำผลการประเมินไปทำอะไร และจะก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงอย่างไรในโครงการ

2.ต้องการข้อมูลประเภทไหนในการประเมิน การใช้แบบสอบถามทำให้ได้ผลเพียงพอหรือไม่ จำเป็นต้องขอความร่วมมือจากผู้ทรงคุณวุฒิหรือไม่

3.ต้องใช้วิธีการอะไรในการประเมิน

4.กระบวนการประเมิน จะเข้าถึงแหล่งข้อมูลแบบใด ทั้งทางด้านผลที่เกิดขึ้น (Effects) และผลกระทบของโครงการ (Impacts) ทั้งนี้เพื่อจะได้นำไปเปรียบเทียบกับผลที่คาดว่าจะเกิดขึ้นหรือเพื่อจะได้เสนอแนวทางแก้ไขปัญหาต่างๆของโครงการ

5.กำหนดเวลาเป็นอย่างไร

6.มีบุคลากร และงบประมาณเพื่อการประเมินหรือไม่

7.ใครเป็นผู้ที่จะใช้ผลการประเมิน และจะเสนอผลการประเมินในรูปแบบใด

รัตนะ บัวสนธ์ (2540) ได้สรุปลักษณะสำคัญของการประเมินโครงการไว้ 7 ประการ คือ

1.การประเมินโครงการเป็นกระบวนการมากกว่าวิธีการ ซึ่งเป็นกระบวนการใน 2 ลักษณะ คือ

1.1 เป็นกระบวนการของการตัดสินใจกระบวนการเกี่ยวกับโครงการ โดยใช้มาตรฐานหรือเกณฑ์ในการเปรียบเทียบ รวมทั้งการบรรยายผลที่เกิดขึ้นกับโครงการ

1.2 เป็นกระบวนการใช้ข้อมูลประกอบการเปรียบเทียบ หาแนวทางเลือกที่จะปฏิบัติได้อย่างเหมาะสม

2.การประเมินโครงการ เป็นการพิจารณาตรวจสอบดูว่าโครงการนั้นได้บรรลุผลตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้มากเพียงใด รวมทั้งเป็นการประเมินผลกระทบที่เกิดกับโครงการด้วย

3.การประเมินโครงการ เป็นการประเมินความก้าวหน้า และการประเมินผลสรุป

4.การประเมินโครงการ เป็นเรื่องราวเกี่ยวกับการประเมินองค์ประกอบต่างๆ ของการเรียนการสอนที่ดำเนินมาจนจบโครงการ ดังนั้น การประเมินผลการเรียนการสอนจึงเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ

5.การประเมินโครงการ เป็นกระบวนการที่มุ่งค้นหาคำตอบเฉพาะของโครงการ ไม่ได้มุ่งในเรื่องของการค้นหาทฤษฎี หรือหลักเกณฑ์ในการหาข้อสรุป แต่เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อการใช้ประโยชน์

6. .การประเมินโครงการ เป็นเครื่องมือสำคัญในการบริหารซึ่งมีประโยชน์มากมาย

7. .การประเมินโครงการ เป็นกิจกรรมที่เกี่ยวข้องกับบุคคลที่ปฏิบัติโครงการ

1.3 ประโยชน์ของการประเมินโครงการ

นวรรตน์ สุวรรณผ่อง และฉวีวรรณ บุญญา (2542) ได้ทำการสรุปถึงประโยชน์ของการประเมินผลโครงการ สามารถกล่าวได้โดยสรุป 3 ประการ คือ

1. เพื่อช่วยการตัดสินใจเชิงนโยบาย โครงการที่เป็นโครงการนำร่องหลายโครงการ ที่ได้รับการประเมินว่ามีประโยชน์ หลังจากนั้นอาจถูกเสนอเข้ามาเป็นนโยบายขององค์กร/หน่วยงานได้

2. เพื่อช่วยในการบริหารงาน ต้องใช้การตัดสินใจเลือกทางเลือกที่ดีที่สุดจากทางเลือกหลายทาง การประเมินผลจะช่วยให้ทราบถึงจุดแข็ง จุดอ่อน ของการดำเนินงานเพื่อช่วยในการตัดสินใจในการบริหารงานต่อไป

3. เพื่อช่วยในการปฏิบัติงาน การประเมินผลการปฏิบัติงานจะช่วยให้ผู้ปฏิบัติเกิดการเรียนรู้ในกระบวนการทำงาน ตลอดจนกิจกรรมที่ดำเนินการว่าได้ผลดี ผลเสียอย่างไร ช่วยทำให้เกิดการพัฒนาการทำงาน

1.4 แนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินโครงการ

1.4.1 รูปแบบการประเมินโครงการ

รูปแบบการประเมินหรือแบบจำลองของการประเมิน หมายถึง กรอบความคิดหรือแบบแผนที่เป็นระบบซึ่งแสดงให้เห็นขั้นตอนหรือกระบวนการของการประเมินซึ่งมีประโยชน์อย่างมากในการใช้เป็นแนวทางหรือข้อชี้แนะต่อการวางแผนและการปฏิบัติงานการประเมิน รูปแบบการประเมินจึงเปรียบเสมือนพิมพ์เขียวของสถาปนิกนั่นเอง

1.4.2 รูปแบบการประเมินโครงการแบบจำลองชิปปี้ (CIPP Model)

รูปแบบการประเมินของสตัฟเฟิลบีม (Stufflebeam: CIPP Model) ดาเนียล แอล สตัฟเฟิลบีม (Daniel L. Stufflebeam, 1985) และคณะได้เสนอแนวคิดเกี่ยวกับรูปแบบการประเมินที่เรียกว่าชิปปี้โมเดล (CIPP Model) เป็นรูปแบบการประเมินที่รู้จักกันอย่างแพร่หลาย เป็นรูปแบบการประเมินที่มีระบบแบบแผนอย่างชัดเจนและสามารถนำไปใช้ในการประเมินโครงการได้อย่างกว้างขวาง

การประเมินตามทัศนะของ สตัฟเฟิลบีม มีลักษณะที่สำคัญ 3 ประการ ดังนี้

1. จุดมุ่งหมายที่สำคัญของการประเมิน คือการจัดหาข้อมูลสารสนเทศ เพื่อนำมาใช้ในการตัดสินใจ คุณค่าของการประเมินจะมากขึ้นอยู่กับการขึ้นอยู่ข้อมูลสารสนเทศที่ได้มานั้น สามารถที่จะนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจมากขึ้นเพียงใด

2. การประเมินเป็นกระบวนการที่เป็นวัฏจักร กล่าวคือ เป็นกระบวนการที่มีความต่อเนื่องครบวงจรของการดำเนินงานโครงการ ตั้งแต่เริ่มจนกระทั่งสิ้นสุดโครงการ

3. กระบวนการประเมิน ประกอบด้วยขั้นตอนที่สำคัญ 3 ขั้นตอน คือ

3.1 การระบุบรรยายข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูล

3.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

3.3 การจัดเตรียมข้อมูลสารสนเทศให้กับผู้มีอำนาจในการตัดสินใจนำไปใช้

มโนทัศน์เบื้องต้นของรูปแบบ CIPP Model นั้น ประเภทของการตัดสินใจที่แตกต่างกัน จำเป็นต้อง

ใช้สารสนเทศในการตัดสินใจที่แตกต่างกัน สดฟเฟิลบีมได้จำแนกการตัดสินใจและการประเมินเพื่อการบริหารและการวางแผนไว้ 4 ประเภท ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1.การประเมินสถานะแวดล้อมหรือบริบท (Context Evaluation) เป็นการประเมินสภาพเศรษฐกิจ สังคม นโยบายทางการศึกษา นโยบายทางการเมือง ความต้องการของสังคม ปัญหาอุปสรรคต่างๆ ตลอดจนปรัชญาทางการศึกษา ซึ่งจะนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจ วางแผน กำหนดนโยบาย กำหนดเป้าหมาย และจุดมุ่งหมายที่เหมาะสมกับโครงการ

2.การประเมินตัวป้อน หรือปัจจัยนำเข้า (Input Evaluation) เป็นการตรวจสอบความพร้อมของปัจจัยเบื้องต้นต่างๆ เช่น บุคลากร อาคารสถานที่ งบประมาณหรืออื่นๆ โดยจะนำไปใช้ประโยชน์ในการตัดสินใจวางแผนโครงการ หรือหาวิธีการที่จะดำเนินโครงการให้บรรลุจุดมุ่งหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งเป็นวิธีการหรือยุทธวิธีที่เป็นไปได้กับทรัพยากรด้านต่างๆที่มีอยู่

3.การประเมินกระบวนการ (Process Evaluation) เป็นการประเมินขณะดำเนินงาน เพื่อระบุจุดเด่นจุดด้อยของแนวทางที่เลือกใช้ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง กระบวนการบริหาร กระบวนการจัดกิจกรรมต่างๆ หลังจากนำไปปฏิบัติจริง เพื่อจะได้ปรับปรุงแก้ไขกระบวนการต่างๆให้เหมาะสมได้ทันทั่วทั้งที่ ขณะที่ดำเนินงานนั้นกำลังกระทำอยู่ เพื่อให้สามารถดำเนินการตามจุดมุ่งหมายที่กำหนดไว้ด้วยดี

4.การประเมินผลผลิต (Product Evaluation) เป็นการประเมินหลังจากการดำเนินโครงการสิ้นสุดลงแล้ว เพื่อเป็นการตัดสินใจคุณค่า ผลผลิตของโครงการทั้งในด้านปริมาณและคุณภาพ ซึ่งเป็นเครื่องบ่งชี้ว่าในการดำเนินงานนี้ได้บรรลุผลตามวัตถุประสงค์ที่กำหนดไว้มากน้อยเพียงใด ซึ่งจะช่วยให้ผู้บริหารนำไปใช้ประกอบการตัดสินใจว่าจะปรับปรุงโครงการ หรือให้ดำเนินโครงการต่อไปหรือยุบเลิกโครงการนั้นๆไปเลย

2. ความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ติดต่อโดยการมีเพศสัมพันธ์ในรูปแบบต่างๆกับผู้ที่มีเชื้อโรคที่มีสาเหตุจากเชื้อแบคทีเรีย ได้แก่หนองใน หนองในเทียม ซิฟิลิส แผลริมอ่อน กามโรคของต่อมและท่อ น้ำเหลือง โรคที่มีสาเหตุจากเชื้อไวรัส ได้แก่ เริมที่อวัยวะเพศและหรือทวารหนัก หูดอวัยวะเพศและหรือทวารหนัก หูดข้าวสุกที่อวัยวะเพศ โรคที่มีสาเหตุจากปรสิต ได้แก่ พยาธิช่องคลอด หิด โលน และจากเชื้อรา ได้แก่เชื้อราช่องคลอด กลากที่ขาหนีบและอวัยวะเพศ เป็นต้น ดังนั้นการวินิจฉัยและตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แยกตามกลุ่มอาการและอาการแสดง ได้ดังนี้

หนองใน (Gonorrhea) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ *Neisseria gonorrhoeae* ระยะฟักตัว 1-14 วัน แต่ที่พบบ่อยคือ 3-5 วัน

ผู้ป่วยชาย จะมีอาการอักเสบของท่อทางเดินปัสสาวะ ปัสสาวะแสบและมีหนองไหล ผู้ป่วยบางรายอาจมีอาการน้อย หรือมีมากขึ้นได้ ถ้าเป็นมากจะมีอาการแทรกซ้อน เช่น เป็นฝีของต่อมไทมัส ฝีของต่อมคาวเปอร์ ท่อปัสสาวะส่วนหลังอักเสบ (posterior urethritis) หรืออวัยวะอักเสบและอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เพศชายเป็นหมันได้ ผู้ป่วยชายร้อยละ 10 อาจไม่มีอาการผิดปกติ

ผู้ป่วยหญิง ตกขาวเป็นหนองหรือมูกปนหนอง ปัสสาวะแสบขัด ปวดท้องน้อยอาจมีอาการอักเสบที่ท่อปัสสาวะ ปากมดลูก ช่องทวารหนัก ถ้าเป็นมากจะมีอาการแทรกซ้อน เช่นเป็นฝีของต่อมบาร์โธลิน เชื้อโรคอาจลุกลามเข้าสู่โพรงมดลูก ปีกมดลูก ทำให้รังไข่อักเสบจนอาจเป็นสาเหตุหนึ่งของการตั้งครรภ์นอกมดลูก หรืออาจเป็นหมันได้ด้วย ผู้ป่วยหญิงประมาณร้อยละ 30-40 อาจไม่มีอาการผิดปกติทั้งชายและหญิงอาจติดโรคที่ลำคอหากมีการร่วมเพศทางปาก (oral sex) การติดเชื้อทางทวารหนักมักไม่ค่อยมีอาการ

ทารกแรกเกิด เชื้อหนองในอาจเข้าตาทำให้ตาอักเสบ ขณะคลอดผ่านช่องคลอดมารดาที่มีเชื้อหนองในอยู่ เมื่อเชื้อหนองในเข้าตาเด็ก จะทำให้ตาอักเสบเรียกว่า ophthalmia neonatorum ถ้าไม่รีบรักษาตาอาจบอดได้ ดังนั้น ทารกเกิดใหม่จะต้องได้รับการหยอดตาด้วยยาปฏิชีวนะทุกราย เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่ดวงตา

ภาวะแทรกซ้อน ในกรณีที่ไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้องอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนดังที่กล่าวมาแล้ว ถ้ามีการกระจายของเชื้อเข้ากระแสเลือดจะทำให้เกิดภาวะที่เรียกว่า disseminated gonococcal infection (DGI) ลักษณะที่คลินิกที่พบบ่อย คือ

- 1.มีอาการปวดข้อ (arthralgia) ต่อมามีอาการอักเสบของข้อ ที่พบบ่อยคือ ข้อบริเวณข้อมือหรือเท้า อาจพบที่ข้อศอก หรือหัวเข่าได้

- 2.รอยโรคที่ผิวหนัง ซึ่งเกิดจากการอักเสบที่เส้นเลือดของผิวหนัง ทำให้เกิด necrotic pustule คือเป็นตุ่มหนองอยู่บนฐานสีแดง กดเจ็บ มักพบที่บริเวณมือ เท้า และแขนขาส่วนปลาย

หนองในเทียม (Nongonococcal Urethritis/Nongonococcal Cervicitis) เกิดจากเชื้อ *Chlamydia trachomatis* (serotype D-K) ร้อยละ 30-50 เชื้อ *Ureaplasma urealyticum* ร้อยละ 30 *Mycoplasma genitalium*, *Trichomonas vaginalis* สาเหตุอื่นๆที่อาจพบได้ เช่นแผล herpes ในท่อปัสสาวะ (urethral stricture) การกระทบกระแทก foreign body อย่างไม่รู้ก็ตาม ประมาณร้อยละ 20 ของผู้ป่วยยังไม่พบสาเหตุ ระยะฟักตัว 7-14 วันหรือนานกว่า

ผู้ป่วยชาย อาจมีอาการปัสสาวะแสบขัดหรือคันในท่อปัสสาวะ อาจมีมูกใสหรือขุ่นจากท่อปัสสาวะ บางรายอาจไม่มีอาการ

ผู้ป่วยหญิง ส่วนใหญ่ไม่มีอาการ อาจมีอาการตกขาวผิดปกติ คันบริเวณปากช่องคลอด ตรวจภายในอาจพบหนอง หรือมูกปนหนอง และปากมดลูกบวมแดง เลือดออกง่าย

เนื่องจากอาการของโรคไม่เด่นชัด และจำเพาะรวมทั้งการเพาะเชื้อสาเหตุยังไม่เป็นที่แพร่หลาย โดยทั่วไปใช้วิธีการย้อมสีแกรมจาก specimen ที่เก็บจากท่อปัสสาวะ หรือปากมดลูก เพื่อวิเคราะห์แยกโรคหนองใน ถ้าไม่พบเชื้อรา พยาธิช่องคลอด *Trichomonas vaginalis* และพบเม็ดเลือดขาว ≥ 5 ต่อกำลังขยาย 1000 เท่า ให้ถือว่าเป็นหนองในเทียม

ภาวะแทรกซ้อน อาจเกิดการอักเสบของต่อมต่างๆบริเวณท่อปัสสาวะ epididymitis, Bartholin's gland abscess, PID ในกรณีที่พบร่วมกับ conjunctivitis & arthritis เรียกว่า Reiter's Syndrome

ซิฟิลิส (Syphilis) เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย ชื่อ *Treponema pallidum* ระยะฟักตัว 9-90 วัน ซิฟิลิสแบ่งออกเป็น 2 ระยะ คือ

- 1.ซิฟิลิสระยะแรก/ต้น (early Syphilis)

2. ซิฟิลิสระยะหลัง (late Syphilis)

1. ซิฟิลิสระยะแรก/ต้น (early Syphilis) มีการดำเนินของโรคดังนี้

1.1 ซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary Syphilis) ระยะฟักตัว 9-90 วัน เชื้อเข้าทางเยื่อบุรอยถลอกหรือรอยฉีกขาดที่ผิวหนัง จะมีแผลเกิดขึ้นที่บริเวณเชื้อเข้าไป เช่น อวัยวะเพศ ริมฝีปาก นิ้วมือ ลิ้น หัวนม ทวารหนัก เป็นต้น ในระยะแรกโรคเป็นตุ่มเล็กๆ ต่อมาแตกเป็นแผลซึ่งค่อยๆ ใหญ่ขึ้น มีเส้นผ่าศูนย์กลาง 1-2 ซม. มักเป็นแผลเดี่ยว ก้นแผลสะอาด มีน้ำเหลืองเยิ้ม ขอบแผลนูนแข็ง บางคนเรียก “โรคแผลริมแข็ง” จะไม่เจ็บนอกจากมีเชื้อโรคอื่นมาแทรกทำให้แผลอักเสบ และเจ็บปวดได้ ที่แผลจะมีตัวเชื้อโรคอยู่จึงติดต่อกันได้ง่าย มักพบแผลบริเวณอวัยวะเพศซึ่งทำให้เกิดการอักเสบของต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบได้ ซึ่งต่อมน้ำเหลืองที่บวมโตนี้มีลักษณะแข็งคล้ายยางและกดไม่เจ็บ แผลซิฟิลิสมีคุณสมบัติพิเศษ คือ สามารถหายเองได้ภายในเวลา 3-8 สัปดาห์ แม้จะรักษาไม่ถูกต้องหรือไม่รักษาก็ตาม แต่ไม่ได้หมายความว่าโรคจะหายไปด้วย โรคจะลุกลามต่อไปเข้าสู่ระยะที่ 2

1.2 ซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary Syphilis) มักจะเกิดหลังจากที่เป็นแผลซิฟิลิสระยะที่ 1 ประมาณ 6-8 สัปดาห์ แต่บางรายอาจจะนานเป็นเวลาหลายเดือนก็ได้ ระยะที่ 2 เป็นระยะที่เชื้อกระจายไปตามกระแสเลือดทำให้เกิดอาการแสดงได้หลายอย่าง โดยทั่วไป ผู้ป่วยมักมีไข้ ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อหรือกระดูก ต่อมน้ำเหลืองโต ร่วมกับการตรวจเลือดด้วย VDRL/RPR จะได้ผล reactive และมีอาการแสดงทางผิวหนัง หรือเยื่อที่พบได้จากการตรวจร่างกายคือ

1.2.1 ผื่น (skin rash) เป็นลักษณะที่พบได้บ่อยที่สุด ลักษณะผื่นที่พบมีหลายแบบเช่น ผื่นราบ ผื่นนูน ตุ่มหนอง หรือผื่นนูนมีสะเก็ด ที่พบบ่อยคือแบบ maculopapular และแบบ papulosquamous มักพบผื่นที่ฝ่ามือ และฝ่าเท้า

1.2.2 รอยโรคที่เกิดขึ้นบริเวณผิวหนังที่อับชื้น (condylomata) เช่น บริเวณรอบอวัยวะเพศ

1.2.3 รอยโรคที่พบบริเวณเยื่อในช่องปาก (mucous patch) หรือบริเวณอวัยวะเพศ มีลักษณะเป็นแผลตื้นๆ โดยมีเยื่อสีขาวเทาคลุมอยู่

1.2.4 ผมร่วง (alopecia) ลักษณะที่พบบ่อยคือ ร่วงเป็นหย่อมๆ แต่อาจพบเป็นแบบอื่นๆ ได้ เช่น ร่วงแบบกระจาย

ผื่นซิฟิลิสระยะที่ 2 อาจค่อยๆ หายไปเองแม้ไม่รักษา หรือรักษาไม่ถูกวิธี แต่ไม่ได้หมายความว่าโรคทุเลาหรือหายขาด โรคจะลุกลามต่อไปสู่ระยะสงบ ซึ่งเรียกว่า ซิฟิลิสระยะแฝง

2. ซิฟิลิสระยะแฝง (late syphilis) หลังจากโรคสงบอยู่ในระยะแฝงนานเป็นปีๆ ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาจะแสดงอาการของโรคในระยะท้ายคือ ซิฟิลิสระยะหลัง ในปัจจุบันพบผู้ป่วยระยะนี้น้อยเนื่องจากการรักษาแต่ต้นสามารถหยุดการดำเนินโรคได้ อาการที่พบบ่อยในซิฟิลิสระยะหลังแบ่งเป็น

2.1 ซิฟิลิสกลุ่มกัมมา (benign late syphilis) รอยโรคนี้เรียกว่า gumma เกิดจากการที่มี tissue necrosis และ granuloma พบได้ที่ผิวหนัง เยื่อกระดูก หรืออวัยวะภายใน

2.2 ซิฟิลิสของระบบการไหลเวียนโลหิต (cardiovascular syphilis) เชื้อโรคเข้าทำลายหัวใจและหลอดเลือดใหญ่ (aorta) ตลอดจนอย่างช้าๆ จะปรากฏอาการเส้นโลหิตใหญ่โป่งพอง ลิ้นหัวใจรั่ว ทำให้การ

ทำงานของหัวใจเสื่อม หรือล้มเหลวได้ในที่สุด

2.3 ซิฟิลิสระบบประสาท (neurosyphilis) เชื้อซิฟิลิสทำลายระบบประสาททีละน้อยๆเป็นเวลานานทำให้มีอาการปวดตามแขนขา เดินผิดปกติ ชาลาก ข้อเข่าเสื่อม สมองอักเสบ สมองเสื่อมหรือเป็นบ้ำได้ หรืออาจเป็นชนิดไม่มีอาการ (asymptomatic neurosyphilis) ซึ่งวินิจฉัยได้โดยการตรวจน้ำไขสันหลังแล้วพบมีการเพิ่มของจำนวนเซลล์ และการเพิ่มปริมาณของโปรตีน หรือผลการตรวจ VDRL หรือ FTA-ABS หรือ TPHA ของน้ำไขสันหลังให้ผล reactive ในรายที่มีอาการ อาการทางระบบประสาทที่พบบ่อยคือ meningovascular syphilis tabes dorsalis และ general paralysis of insane (GPI) อย่างไรก็ตาม การวินิจฉัยซิฟิลิสระบบประสาทต้องอาศัยผู้เชี่ยวชาญทางประสาทวิทยา

ซิฟิลิสแต่กำเนิด (congenital syphilis)

ซิฟิลิสในหญิงตั้งครรภ์มีลักษณะเช่นเดียวกับผู้ป่วยทั่วไปทั้งทางด้านลักษณะทางคลินิก การดำเนินโรค ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ปัญหาที่สำคัญคือ โรคนี้สามารถติดต่อจากมารดาไปสู่ทารกในครรภ์ได้ เนื่องจากเชื้อในกระแสเลือดของมารดาสามารถผ่านรกไปตามสายสะดือเข้าไปในตัวทารกได้ มารดาที่เป็นโรคซิฟิลิสและมีผล VDRL/RPR reactive ทารกก็จะมีผล VDRL/RPR reactive ด้วย การตั้งครรภ์นั้นอาจดำเนินต่อไปไม่ครบกำหนดคลอด อาจแท้งหรือคลอดก่อนกำหนด หรือทารกตายคลอด ถ้าการตั้งครรภ์นั้นสามารถดำเนินต่อไปจนถึงครบกำหนดคลอด ทารกที่เกิดมาจะมีอาการของซิฟิลิสแต่กำเนิดปรากฏอยู่ด้วย อัตราการติดเชื้อมารดาในครรภ์ขึ้นอยู่กับจำนวนเชื้อในกระแสเลือดของมารดา ถ้ามารดาเป็นโรคในระยะที่มีเชื้อจำนวนมาก เช่นซิฟิลิสระยะที่ 2 ทารกมีโอกาสติดเชื้อสูง ถ้าเป็นระยะระยะท้ายๆ เช่นซิฟิลิสระยะแฝง เกิน 2 ปี อัตราการติดเชื้อมารดาจะลดลงเหลือเพียงร้อยละ 30 เท่านั้น อาการและอาการแสดงของซิฟิลิสแต่กำเนิดแบ่งออกเป็น 2 ระยะคือ

1. ซิฟิลิสแต่กำเนิดระยะแรก/ต้น (early congenital syphilis) พบตั้งแต่แรกคลอดจนถึงระยะ 1 ปี มักมีอาการคลอดก่อนกำหนด น้ำหนักแรกคลอดน้อย ตับโต ม้ามโต ผิวหนังที่ฝ่ามือฝ่าเท้าพองและลอก ในกรณีที่เด็กโตขึ้นจนถึง 2-3 เดือน จะพบลักษณะเฉพาะคือ ตีชาน (prolonged jaundice) ผื่นขึ้นตามตัว คล้ายซิฟิลิสระยะที่ 2 ในผู้ใหญ่ บางรายมีอาการคล้ายเป็นอัมพาต ไม่ขยับแขน หรือขา (pseudo paralysis) เกิดจาก osteochondritis หรือมี epiphyseal separation นอกจากนี้ยังพบว่า เด็กเลี้ยงไม่โต น้ำหนักไม่เพิ่มตามอายุ ตัวบวมจากโรคไต (nephritic syndrome) ผิวหนังรอบปาก และจมูกแตกเป็นรอยแผลตื้นๆ มีเลือดและน้ำเหลืองออกทางเยื่อบุจมูก เมื่อแผลหายแล้วจะเกิดรอยแผลเป็นรอบๆปากเรียกว่า rhagades เมื่อเวลาผ่านไป จะปรากฏอาการของซิฟิลิสแต่กำเนิดระยะหลัง

2. ซิฟิลิสแต่กำเนิดระยะหลัง (late congenital syphilis) พบในเด็กอายุมากกว่า 2 ปี มีพยาธิสภาพตรงกับซิฟิลิสระยะหลังในผู้ใหญ่ ลักษณะที่สำคัญคือ แก้วตาอักเสบ (interstitial keratitis) อาจตาบอดได้ ฟันหน้ามีรอยแห้วคล้ายจอบบิน (Hutchinson's teeth) มีแผลเป็นคล้ายรอยย่นที่มุมปาก เส้นประสาทพื่อทำให้หูหนวกได้ สมองเสื่อมเฉพาะเชื้อเข้าทำลายระบบประสาท นอกจากนั้น ยังอาจพบความผิดปกติของกระดูกได้ เช่นตั้งกระดูกยุบ เพดานปากโหว่ หน้าผากงอก กระดูกหน้าแข้งโค้ง ผู้ป่วยประมาณ 1 ใน 3 เป็นซิฟิลิสระบบประสาทด้วย เด็กที่เป็นซิฟิลิสแต่กำเนิด อาจมีชีวิตอยู่จนเติบโตเป็นผู้ใหญ่โดยไม่มีอาการผิดปกติเลย หรืออาจมีร่องรอยของซิฟิลิสแต่กำเนิดปรากฏให้เห็น มีอยู่จำนวนมากที่เด็กเป็นซิฟิลิสแต่กำเนิดตายเสียแต่ยังเด็ก

เพราะสุขภาพอนามัยไม่สมบูรณ์ควรตรวจหา syphilis ในมารดาและบิดา (กรณีที่มีมารดาที่มีการติดเชื้อ หลังจากได้รับการตรวจคัดกรองในการฝากครรภ์ หรือในมารดาที่ไม่ได้ฝากครรภ์) การตรวจคัดกรองโรค ซิฟิลิสในผู้ป่วยโรคหลอดเลือดสมองที่มีอาการทางระบบประสาท หากมีการติดเชื้อซิฟิลิสเป็นเวลานาน หลายปี อาจพบ VDRL หรือ RPR เป็น non reactive ได้ร้อยละ 30 แต่ TPHA หรือ FTA-ABS ยังให้ผล reactive

แผลริมอ่อน(Chancroid) เกิดจากเชื้อแบคทีเรียชื่อ *Haemophilus ducreyi* ระยะฟักตัว 4-7 วัน ส่วนใหญ่ไม่เกิน 10 วัน

รอยโรคจะเริ่มเป็นตุ่มแดง (tender papule) ซึ่งจะกลายเป็นตุ่มหนอง (pustule) และแตกกลายเป็น แผลเป็นอย่างรวดเร็ว ส่วนใหญ่เป็นแผลเดี่ยว ยกเว้นเกิด auto-inoculation อาจพบร่วมกันหลายแผล ลักษณะแผลเป็นแผลตื้น ไม่นูน ขอบแผลเปื่อยยุ่ย ก้นแผลมี irregular granulation tissue สกปรก มีหนอง ถูน้ำหรือสบู่อะไรก็เจ็บ แผลมักปวดมาก กดเจ็บและเลือดออกง่าย

ผู้ป่วยชาย มักพบเป็นแผลบริเวณหนังหุ้มองคชาติ เส้นสองสีก และรอยหยักที่คองคชาติ

ผู้ป่วยหญิง พบแผลที่ปากช่องคลอด

ภาวะแทรกซ้อน เชื้ออาจลุกลามไปตามท่อน้ำเหลืองทำให้เกิดการอักเสบของต่อมน้ำเหลือง ที่บริเวณขาหนีบ(bubo) ซึ่งอาจเป็นหนอง และแตกกลายเป็นแผลได้ พบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งจะมีต่อมน้ำ เลืองโตภายใน 1 สัปดาห์

กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง/ฝีมะม่วง (Lymphogranuloma Venereum, LGV/Bubo) เกิดจากเชื้อ *Chlamydia trachomatis* (serotype L1, L2, L3,) มักพบในเขตประเทศที่มีอากาศร้อน มากกว่าประเทศที่มีอากาศหนาว ระยะฟักตัว 3-30 วัน โดยเฉลี่ย 2 สัปดาห์

แบ่งเป็น 3 ระยะคือ

ระยะที่ 1 เชื้อเข้าสู่ร่างกายทางรอยถลอก ตรงที่เชื้อเข้าเกิด thrombo-lymphangitis กลายเป็น ตุ่มหรือแผลตื้นๆ

ระยะที่ 2 Inguinal syndrome เชื้อลุกลามไปตามท่อน้ำเหลือง ทำให้เกิดการอักเสบรุนแรงที่ต่อมน้ำเหลือง Inguinal และ femoral กลายเป็นฝีมะม่วง ผู้มารับบริการมักมารับการตรวจรักษาในระยะนี้

ระยะที่ 3 anogenitoretal syndrome เป็นระยะท้ายของโรค เกิดขึ้นอีก 1-2 ปีหลังการอักเสบ สิ้นสุดลง โดยมี fibrosis อย่างมามายและเกิดการอุดตันของท่อน้ำเหลือง การติดเชื้ออาจลุกลาม ไปที่ rectum เกิดเป็น proctitis เรื้อรังซึ่งมักมี stricture เกิดขึ้นตามหลัง ส่วนที่อวัยวะเพศ การอุดตันของท่อ และต่อมน้ำเหลืองจะทำให้เกิด lymphedema หรือแผลเรื้อรังที่มี fistula มากมาย

เริ่มที่อวัยวะเพศและหรือทวารหนัก (Genital Herpes Simplex Virus Infection)

เกิดจากเชื้อไวรัส herpes simplex virus (HSV) พบ HSV type 2 ร้อยละ 70-95 HSV type 1 ร้อยละ 5-30 ระยะฟักตัว 2-14 วัน

ผู้ป่วยที่เป็นครั้งแรก (first episode) มักมีไข้ อ่อนเพลีย ปวดศีรษะ ต่อมน้ำเหลืองโต มักมี รอยโรคหลายแห่ง บริเวณ penis vulva หรือก้น เป็นตุ่มน้ำเล็กๆ มีอาการแสบร้อนและคัน จากนั้นภายใน 24-48 ชั่วโมง ตุ่มน้ำแตกเป็นแผลตื้นๆ เส้นผ่าศูนย์กลางประมาณ 2-5 มิลลิเมตร มีน้ำเหลืองไหลเยิ้ม ผิวหนัง บริเวณที่เป็นแผลจะบวมแดง และเจ็บปวดมาก แผลที่เกิดขึ้นถ้าไม่มีการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำเติม

จะค่อยๆแห้ง ตกสะเก็ด และหายได้โดยไม่เกิดแผลเป็นในเวลาประมาณ 3 สัปดาห์ บางรายมีอาการ ปัสสาวะลำบาก หรือแสบร้อนในท่อปัสสาวะ ผู้ชายมักพบแผลที่ prepuce glans penis shaft of penis ผู้หญิงมักมีอาการรุนแรงกว่า พบที่อวัยวะเพศ ผังช่องคลอด ปากมดลูก รอบทวารหนัก อาจมีอาการ อักเสบของปากช่องคลอด ท่อปัสสาวะ ปากมดลูกด้วย ถ้าเป็นบริเวณปากช่องคลอด ตุ่มน้ำมักจะแตกไว ในระยะแรกจะมีขนาดโต แยกกันอยู่หลายเม็ด อยู่กันเป็นกลุ่มๆ และอยู่ใกล้ๆกัน เมื่อตุ่มน้ำแตกจะเกิดเป็น แผลตื้นๆที่มีขอบเป็นวงๆต่อกัน (polycyclic ulcer)

การเกิดโรคซ้ำ (recurrence) อาการรุนแรงน้อยกว่าครั้งแรก มักมีแผลเล็กๆหรือตุ่มน้ำเพียงกลุ่ม เดียว ซึ่งอาจหายได้เองภายใน 7-10 วัน ปัจจัยกระตุ้นการเกิดโรคซ้ำ ได้แก่ความเครียด แสงแดด สภาวะ ร่างกายอยู่ในช่วงพักฟื้นไม่เพียงพอ ภูมิคุ้มกันต่ำลง และรอบเดือน

ทารกที่คลอดผ่านทางช่องคลอดของมารดาที่เป็นเริ่มครั้งแรก(first episode true primary genital herpes) ในช่วงเวลาใกล้คลอด จะมีโอกาสเสี่ยงสูงในการติดเชื้อจากมารดา (ร้อยละ 30-50) และ จะมีความเสี่ยงต่ำ ในมารดาที่มีประวัติเป็นเริ่มซ้ำเมื่อครบกำหนดคลอด และมารดาที่ติดเชื้อเริ่มในช่วงครึ่ง แรกของการตั้งครรภ์ (ร้อยละ 3)

พยาธิช่องคลอด (Vaginal Trichomoniasis) เกิดจากปรสิต ชื่อ *Trichomonas vaginalis* ระยะ พักตัว 5-28 วัน

ผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 10-50 ไม่มีอาการ ครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อพบร่วมกับโรคติดเชื้อทาง เพศสัมพันธ์อื่นๆ เช่น หนองใน ปากมดลูกอักเสบแบบปนหนอง (mucopurulent cervicitis) หูดที่อวัยวะเพศ เชื้อราในช่องคลอด เป็นต้น อาการที่พบคือ ตกขาวมักมีสีเขียวปนเหลืองหรือเทา บางรายอาจพบลักษณะ เป็นฟอง มีกลิ่นเหม็น มีอาการระคายเคืองบริเวณปากช่องคลอดและในช่องคลอด อาจเกิดการอักเสบของ ปากมดลูก ทำให้มีจุดเลือดออกเป็นหย่อมๆ เรียกว่า strawberry spot หรือ flea bitten cervix อาจมี อาการปัสสาวะแสบขัด หรือบ่อย ปวดแสบปวดร้อนบริเวณต้นขาด้านใน เจ็บขณะร่วมเพศ ร้อยละ 75 ตรวจพบรอยแดง บวมบริเวณอวัยวะเพศภายนอก หญิงตั้งครรภ์ที่ป่วยเป็นโรคนี้ อาจมีโอกาสดู ้งน้ำคร่ำแตกก่อนกำหนด

เชื้อราช่องคลอด (Vaginal candidiasis) เกิดจากเชื้อรากลุ่ม *Candida* ร้อยละ 80-90 เป็น *Candida albicans* ระยะพักตัว 1- 4 วัน หรือนานกว่า

มีอาการระคายเคืองบริเวณช่องคลอด และหรือปากช่องคลอด ลักษณะตกขาวข้นจับเป็นก้อน (curd like) และติดแน่นกับผนังช่องคลอด อาจมีอาการปัสสาวะแสบขัด เจ็บขณะร่วมเพศ คัน บวม แดง บริเวณอวัยวะเพศภายนอก บางรายอาจสังเกตพบว่าผิวหนังบริเวณปากช่องคลอดแตกเป็นร่องที่เรียกว่า vulva fissure ปัจจัยเสี่ยง ได้แก่ โรคเบาหวานที่ควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี การใช้ยาปฏิชีวนะเป็นเวลานาน การตั้งครรภ์ การได้ยากดภูมิคุ้มกันของร่างกาย การติดเชื้อเอชไอวี การใช้กางเกงในที่ท้าวด้วยใย สังเคราะห์ และการดูแลความสะอาดบริเวณอวัยวะเพศไม่ดี การใช้ยาสวนล้างช่องคลอด เป็นต้น

หูดอวัยวะเพศหรือทวารหนัก(หูดหงอนไก่) (Condyloma Acuminata/Ano-genital wart) เกิดจากเชื้อไวรัส ชื่อ human papillomavirus (HPV) ระยะพักตัว ตั้งแต่ 3 สัปดาห์จนถึงนาน 8 เดือน (เฉลี่ย 2-3 เดือน)

การติดเชื้อ HPV บริเวณอวัยวะเพศสามารถทำให้เกิดรอยโรคได้หลายแบบ คือ

1. Acuminate wart (condyloma acuminate) มีลักษณะเป็นติ่งเนื้อสีชมพูงอกบานออกทางด้านนอก ดูคล้ายหงอนไก่ หรือดอกกะหล่ำ ในผู้ชายมักเป็นที่ด้านในของหนังหุ้มปลายที่บริเวณ frenulum หรือ coronal sulcus บางครั้งอาจเกิดที่ปากทอปีสสภาวะ และอาจงอกกลามลึกเข้าไปภายในได้ ผู้ชายรักร่วมเพศมักพบหูดที่รอบทวารหนักซึ่งอาจกลุกลามเข้าไปภายในได้ ผู้หญิงพบบ่อยที่ปากช่องคลอด ส่วนใหญ่เกิดจาก HPV type 6, 11

2. flat wart (condyloma planum) มักพบบริเวณปากมดลูก ลักษณะแบนราบ ส่วนใหญ่เกิดจาก HPV type 16 เชื่อกันว่าหูดชนิดนี้อาจเป็นสาเหตุของมะเร็งปากมดลูก

3. bowenoid papulosis เป็นตุ่มขนาด 3-4 มิลลิเมตร สีน้ำตาลแดง ม่วง หรือดำ ผิวเรียบ หรือขรุขระเล็กน้อย มักเกิดขึ้นที่เดียวพร้อมกันหลายตุ่ม และอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ส่วนใหญ่เกิดจาก HPV type 16, 18

4. Buschke- Lowenstein tumor เป็นหูดขนาดใหญ่โตเร็วมาก จนกลายเป็นก้อนใหญ่ปกคลุมอวัยวะเพศไว้ทั้งหมด ส่วนใหญ่เกิดจาก HPV type 6

สาเหตุที่ทำให้หูดโตเร็ว ได้แก่ การตั้งครรภ์ ตกขาว ความสกปรก การติดเชื้อ

หูดข้าวสุก (Molluscum Contagiosum) เกิดจากเชื้อหูดข้าวสุก molluscum contagiosum virus ซึ่งเป็นเชื้อไวรัส กลุ่ม pox virus ระยะฟักตัว 14 -50 วัน

รอยโรคมีลักษณะเป็นตุ่มแข็ง กลม ผิวเรียบ เม็ดเล็กๆมีสีขาวเป็นเงา อาจเห็นรอยบุ๋มตรงกลาง (umbilicated center) ขนาดประมาณ 3-5 มิลลิเมตร เมื่อใช้เข็มสะกิดแล้วบีบเอาเนื้อหูดที่อยู่ตรงกลางออกจะมีลักษณะคล้ายเมล็ดข้าวสุก จำนวนของรอยโรคมีตั้งแต่เล็กน้อยจนเป็นร้อย รวมกันเป็นปื้น ตุ่มเหล่านี้ไม่ค่อยมีอาการ อาจคันหรือเจ็บ แต่บางครั้งอาจมีผื่นผิวหนังอักเสบ (molluscum dermatitis) รอบรอยโรคได้ ในเด็กติดต่อกันได้โดยการสัมผัส มักพบรอยโรคบริเวณหน้า ลำตัว แขนขา รอบอวัยวะเพศ ทวารหนัก ผู้ใหญ่จะพบรอยโรคบริเวณอวัยวะเพศ หน้าท้องส่วนล่าง ส่วนน้อยพบที่ ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ปาก ตา เป็นต้น

หิด (Scabies) เกิดจากปรสิต ชื่อ *Sarcoptes scabiei var hominis*

คัน โดยเฉพาะเวลากลางคืน ผู้ที่เป็นโรคหิดครั้งแรก จะมีอาการคันประมาณ 2-3 สัปดาห์หลังติดเชื้อ ผู้ที่เคยเป็นโรคหิดมาแล้วอาจใช้เวลาไม่ถึง 24 ชั่วโมง ผิวหนังพบตุ่มนูนแดง หรือตุ่มน้ำใสร่วมกับรอยเกา พบบ่อยบริเวณ ซอกนิ้วมือ นิ้วเท้า ข้อมือ รักแร้ ขาหนีบ อาจพบอุโมงค์ใต้ผิวหนังตื้นๆ สีขาวยาวประมาณ 1-2 มิลลิเมตร พบบ่อยบริเวณมือ อาจพบตัวหิดซึ่งเห็นเป็นจุดเล็กๆสีดำที่ปลายอุโมงค์ได้ ในรายที่เป็นรุนแรง อาจพบเป็นสะเก็ดหนาได้ทั่วตัว (crusted scabies, Norwegian scabies) บางรายอาจพบภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแบคทีเรียได้ โดยตรวจพบการอักเสบบวมแดงของผิวหนัง และอาจพบมีน้ำเหลือง หรือหนองร่วมด้วย

โลน (Pediculosis Pubis) เกิดจากปรสิต ชื่อ *Phthirus pubis* หรือ scab louse pubic

คันบริเวณที่เป็น เช่น อวัยวะเพศ ขาหนีบ รักแร้ ตรวจพบตัวโลน หรือไข่ที่รากขนบริเวณ area รอบทวารหนัก รักแร้ ขนหน้าอก และลำตัว ขนตา ขนคิ้ว มักไม่พบที่ศีรษะ ชอบดูดเลือดกิน สามารถมองเห็นได้ด้วยตาเปล่า หรือใช้แว่นขยาย

ไวรัสตับอักเสบ (Hepatitis Virus Infection)

ตับอักเสบ เป็นภาวะที่มีการอักเสบ เกิดการทำลายของเซลล์ตับ ทำให้การทำหน้าที่ต่างๆของตับผิดปกติ ร่างกายมีการเจ็บป่วย ไม่สบาย โรคตับอักเสบ เป็นโรคที่รู้จักกันมานาน ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของโลก รวมทั้งประเทศไทย พบผู้ป่วยด้วยโรคนี้ได้ทุกวัย ทั้งชายและหญิง ส่วนใหญ่เป็นโรคตับอักเสบบีบพลัน ส่วนน้อยอาจเป็นโรคตับอักเสบเรื้อรัง อาจมีภาวะแทรกซ้อนของโรคตับแข็ง โรคตับวาย มะเร็งตับ

สาเหตุของโรคตับอักเสบ

ที่พบบ่อยที่สุดคือ การติดเชื้อไวรัส รองลงมาเกิดจาก พิษสุรา เชื้อแบคทีเรีย เชื้อโปรโตซัว เลปโตสไปโรซิส พยาธิ ยาบางชนิด สารเคมี ฯลฯ

ในที่นี้จะกล่าวถึงเฉพาะ เชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดการอักเสบของตับเป็นสำคัญ จึงเรียกว่า ไวรัสตับอักเสบ แบ่งเป็น

- ไวรัสตับอักเสบนชนิด เอ
- ไวรัสตับอักเสบนชนิด บี
- ไวรัสตับอักเสบนชนิด ซี

ไวรัสตับอักเสบนเอ (Hepatitis A Virus Infection)

เชื้อไวรัสตับอักเสบนเอ ติดต่อได้โดยการสัมผัสเชื้อโดยตรง เช่น การสัมผัสเชื้อจากอุจจาระที่ปนเปื้อนในอาหารที่ปรุงสุกแล้วแต่เชื้อยังไม่ตาย สัมผัสกับของใช้ในบ้านร่วมกับผู้ป่วย ร่วมเพศกับผู้ป่วย มีส่วนน้อยที่ติดต่อทางการให้เลือดหรือการใช้สารเสพติดโดยวิธีฉีด

ในระยะเย็บพลัน จะไม่สามารถแยกจากโรคติดเชื้อจากไวรัสตับอักเสบนบีและซีได้ ระยะฟักตัวของโรค 4 สัปดาห์ ในเด็กอายุต่ำกว่า 3 ปี มีเพียงร้อยละ 10 ที่มีอาการในขณะที่ผู้ใหญ่แทบทั้งหมดมีอาการ อาการที่พบได้แก่ มีไข้ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อ ลำตัว ปวดศีรษะ เบื่ออาหาร ปัสสาวะสีเข้ม อุจจาระซีด คลื่นไส้และอาเจียน อาการท้องเสียพบได้โดยเฉพาะในเด็ก ตรวจพบระดับเอนไซม์ตับที่เพิ่มสูงขึ้นผิดปกติ ทั้ง SGOT และ SGPT แต่จะสูงอยู่ไม่นานก็จะลดต่ำลงเป็นปกติประมาณ 6 สัปดาห์ หลังเริ่มมีอาการ ไวรัสตับอักเสบนเอไม่ค่อยทำให้เกิดตับอักเสบเรื้อรัง การเป็นซ้ำของโรคก็พบน้อยมาก ผู้ที่เคยติดเชื้อไวรัสตับอักเสบนเอจะมีภูมิอยู่ตลอดชีวิตและจะไม่เป็นโรคนี้อีกเมื่อเรารับประทานอาหารที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบนเอเข้าไป

การวินิจฉัยโรคต้องอาศัยปฏิกิริยาน้ำเหลืองโดยตรวจหาภูมิต้านทานต่อเชื้อไวรัสตับอักเสบนเอ ด้วยวิธี ELISA แต่ต้องอาศัยอาการและอาการแสดงของตับอักเสบในขณะนั้นด้วย และอาจจะต้องยืนยันด้วยการตรวจหาภูมิต้านทานต่อเชื้อในรูปของ IgM (IgM anti-HAV) ซึ่งตรวจได้ตั้งแต่เริ่มมีอาการจนกระทั่ง 6 เดือนหลังจากนั้น

ไวรัสตับอักเสบนบี (Hepatitis B Virus Infection)

เชื้อไวรัสตับอักเสบนบี เป็นสาเหตุของภาวะตับอักเสบนชนิดเย็บพลันและชนิดเรื้อรังที่พบบ่อย โดยผู้ป่วยอาจจะกลายเป็นโรคตับแข็งซึ่งสามารถเปลี่ยนแปลงไปเป็นมะเร็งตับได้ จัดเป็นเชื้อที่ก่อให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อีกเชื้อหนึ่ง ซึ่งเชื้อไวรัสตับอักเสบนบี นี้ สามารถพบได้ในเลือด น้ำเลือด สิ่งคัดหลั่งของผู้ที่มีเชื้อนี้ การติดต่อเกิดจาก 1) การได้รับเลือด น้ำเลือด ของผู้ที่มีเชื้อ ซึ่งอาจเกิดจากการใช้ของมีคม

ของใช้ที่ปนเปื้อนเลือดร่วมกับผู้ติดเชื้อ เช่น ใบมีดโกน แปรงสีฟัน อุปกรณ์สักผิวหนัง การเจาะหูที่ไม่สะอาด เป็นต้น 2) การมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนที่มีเชื้อ โดยเชื้ออยู่ในน้ำอสุจิ น้ำช่องคลอด 3) ทารกที่คลอดจากมารดาที่มีเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ในปัจจุบันปัญหานี้ลดลง เนื่องจากแพทย์จะฉีดวัคซีนให้ทารกแรกคลอดทันที ร่วมกับการให้ภูมิคุ้มกันโรค 4) การสัมผัสใกล้ชิด (close contact) ระหว่างผู้ติดเชื้อกับผู้อื่น เช่น สมาชิกในครอบครัว เด็กวัยเรียน จากการกินอาหารร่วมกันโดยไม่ใช้ช้อนกลางหรือใช้ภาชนะร่วมกัน เป็นต้น

ผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีส่วนใหญ่มักไม่มีอาการป่วย โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็ก ในผู้ใหญ่มีเพียงหนึ่งในสามที่มีประวัติการเป็นโรคตับอักเสบบีอย่างชัดเจน ระยะฟักตัวของโรคประมาณ 1.5 -3 เดือน ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาจมีไข้ต่ำๆ ในวันแรกๆ จุกเสียดแน่นท้อง ปวดท้อง ตัวเหลือง ตาเหลือง ปัสสาวะสีเข้ม ผู้ที่ติดเชื้อแล้วไม่ว่าจะมีอาการหรือไม่ ส่วนใหญ่จะกำจัดเชื้อออกจากร่างกายได้ และมีภูมิคุ้มกันโรคตลอดชีวิต ส่วนน้อยจะยังคงมีเชื้ออยู่ในร่างกายเป็นระยะเวลานานเรียกว่าเป็นพาหะ หมายถึงยังคงตรวจพบ HBsAg นานถึง 6 เดือน ซึ่งพบเพียงร้อยละ 1 ในกลุ่มพาหะนำโรคนี้ หนึ่งในสามจะมีการอักเสบของตับแบบเรื้อรังจนกลายเป็นตับแข็ง โดยเฉพาะอย่างยิ่งหากติดเชื้อเมื่อแรกเกิด หรือในวัยเด็ก การวินิจฉัยโรคตับอักเสบบีที่เกิดจากไวรัสตับอักเสบบี ขึ้นอยู่กับการตรวจเลือดเพื่อดูปฏิกิริยาของน้ำเหลืองเกือบร้อยละ 90 ของผู้ป่วยตรวจพบเชื้อ (HBsAg) เช่น การตรวจด้วยวิธี ELISA เป็นต้น มีส่วนน้อยที่ตรวจไม่พบ ต้องอาศัยการตรวจหาภูมิคุ้มกันในรูปแบบของ anti-HBc และ anti-HBs ซึ่งมักจะคงอยู่ได้นานหลายปีหลังจากติดเชื้อ แต่ถ้าจะตรวจยืนยันว่าเป็นการติดเชื้อแบบเฉียบพลันและอยู่ได้นาน 6- 24 เดือน แม้แต่ในกรณีของผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังก็อาจตรวจพบ IgM anti-HBc ได้เช่นกัน แต่จะพบในระดับที่ต่ำกว่าแบบเฉียบพลันมาก การตรวจพบ HBeAg แสดงให้เห็นว่าอยู่ในสถานะที่ติดต่อร้ายแรง หากสามารถตรวจพบ anti-HBe แสดงว่าเป็นการสิ้นสุดของโรคตับแล้ว

ไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis C Virus Infection)

เชื้อไวรัสตับอักเสบบีติดต่อได้ทางเลือด มักพบในผู้ป่วยที่ใช้สารเสพติดโดยวิธีฉีดผู้ที่เคยได้รับเลือดก่อนปี ค.ศ.1992 (เนื่องจากยังไม่มีมาตรการตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี) การติดต่อจากการร่วมเพศนั้นพบไม่บ่อยนักเช่นเดียวกับการติดต่อจากมารดาไปสู่ทารก ก็พบได้น้อย แต่อาจพบได้ในอัตราที่สูงขึ้นถ้าเป็นผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีร่วมด้วย

จากการศึกษาพบว่าผู้ที่ติดเชื้อนี้ร้อยละ 85 ยังมีเชื้อหลงเหลืออยู่ ประมาณสองในสามของผู้ที่ติดเชื้อนี้ทั้งหมด จะกลายเป็นตับอักเสบบีเรื้อรัง และพบว่าประมาณร้อยละ 15-30 ของผู้ป่วยที่เป็นโรคตับเรื้อรังเหล่านี้ อาจนำไปสู่การเป็นโรคตับแข็งและมีภาวะการทำงานของตับล้มเหลวหรืออาจกลายเป็นมะเร็งตับได้ ผู้ที่เป็นไวรัสตับอักเสบบีอาจจะไม่มีอาการหรือมีอาการแต่ไม่มาก ซึ่งอาการที่พบได้คือ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดกล้ามเนื้อและปวดข้อ สำหรับผู้ป่วยที่เป็นเรื้อรังและกลายเป็นโรคตับแข็ง อาการที่พบได้คือ ตับม้ามโต ตัวเหลือง ตาเหลือง กล้ามเนื้อลีบ ท้องมาน และเท้าบวม

การเจาะเลือดตรวจการทำงานของตับว่าพบอาการอักเสบหรือไม่ และการตรวจหา anti-HCV ในเลือดโดยวิธี enzyme Immunoassay (EIA) ถ้าพบแสดงว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบี (โดยภูมิคุ้มกันนี้แสดงถึงการได้รับเชื้อ แต่ไม่มีผลในการป้องกันโรค) หรือการตรวจหา HCV-RNA ในเลือดโดยวิธี polymerase chain reaction (PCR) ซึ่งถ้าให้ผลบวกแสดงว่าเป็นไวรัสตับอักเสบบี เช่นกัน

3. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ชัยญารักษ์ วงศ์บา และกิ่งกาญจน์ จงใจหาญ (2555) ได้ทำการศึกษาการวิจัยประเมินผลโครงการที่ศึกษาประสิทธิภาพ การฝึกอบรมโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยส่งเสริมการบูรณาการและสร้างเครือข่ายการเข้าถึงบริการของกลุ่มเป้าหมายที่เข้าถึงยากหรือโครงการ CHAMPION โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินผลการฝึกอบรมโดยประยุกต์ใช้รูปแบบของเคิร์กแพทริก 2 ระดับ ได้แก่ ระดับที่ 1 ประเมินผลปฏิกิริยาตอบสนอง และระดับที่ 2 ประเมินผลการเรียนรู้ ผลการศึกษาพบว่า ด้านปฏิกิริยาตอบสนอง (Reaction Evaluation) ระดับความพึงพอใจ ความพึงพอใจของผู้เข้ารับการอบรม ประเด็นเนื้อหาหลักสูตร มีระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด สูงสุดคือการมีความสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ของหลักสูตร ส่วนระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุด คือ สามารถตอบสนองกับความต้องการของท่านได้มาก และประเด็นวิทยากร/เทคนิคการฝึกอบรม ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดสูงสุด คือ การตอบข้อซักถาม ข้อเสนอแนะผู้เข้ารับการฝึกอบรมได้อย่างครบถ้วนเป็นที่เข้าใจ ส่วนระดับความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดคือ มีเทคนิคและถ่ายทอดความรู้ความเข้าใจให้ผู้เข้ารับการฝึกอบรมเข้าใจ วนส่วนประเด็นปัจจัยเกื้อหนุนในการจัดฝึกอบรม ผู้เข้ารับการฝึกอบรมมีความพึงพอใจอยู่ในระดับมากที่สุดสูงสุด คือ สภาพแวดล้อมของสถานที่ฝึกอบรม เช่น อุณหภูมิ ระบบปรับอากาศ แสงสว่าง ระดับเสียง เป็นต้น

ทำเนียบ สักวาลประกายแสง (2559) ศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า พบว่าผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริการร้อยละ 69.4 รองลงมาได้แก่เยาวชน ร้อยละ 5.5 และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 4.7 ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชายให้บริการทางเพศมีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีเพศสัมพันธ์กับหญิง/ชายให้บริการทางเพศ 8.79 เท่า ผู้ที่มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่มีโอกาสเสี่ยงเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีคู่เพศสัมพันธ์คนใหม่ 3.91 เท่า ผู้ที่มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีโอกาสเสี่ยงที่จะป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่ไม่ได้มีคู่เพศสัมพันธ์เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 7.28 เท่า

ธนพรรณ พองศิริ รัตนศิริ ทาโต และเพ็ญพัทธ์ อุทิศ (2559) การพัฒนาหลักสูตรนานาชาติเรื่อง International Training Course on Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management และการประเมินผลการฝึกอบรม มีการประเมินประสิทธิภาพของหลักสูตร โดยใช้แบบประเมินความรู้ก่อนและหลังการอบรม เปรียบเทียบกัน มีการประเมินผลหลักสูตร จากการวัดความรู้ผู้เข้าอบรมพบว่า หลังการฝึกอบรมมีความรู้เพิ่มขึ้นกว่าก่อนการอบรม และแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นพดล ไพบูลย์สิน (2560) การประเมินโครงการสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนสาธารณะประโยชน์ให้มีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ในช่วงแผนยุทธศาสตร์ปี พ.ศ.2555 – 2557 ใช้รูปแบบการวิจัยประเมินผลเชิงปริมาณและคุณภาพ พบว่า กรมควบคุมโรคได้สนับสนุนการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ให้องค์กรฯ ปีละ 50 ล้านบาท กว่า 700 องค์กร หรือโครงการ เฉลี่ย 10 องค์กรหรือ โครงการต่อ

จังหวัดต่อปี ครอบคลุมครบ 77 จังหวัด สูงกว่าเป้าหมายที่ตั้งไว้ โดยลักษณะกิจกรรมย่อยที่มีแนวโน้มเพิ่มอย่างต่อเนื่อง ส่วนใหญ่เป็นโครงการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี เช่นการสื่อสารความเสี่ยง การเฝ้าระวัง คัดกรองพฤติกรรมเสี่ยง การตรวจเลือดคัดกรองหาเชื้อเอชไอวี ให้เข้าสู่ระบบดูแลรักษาให้รวดเร็วกับกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ เช่น เยาวชนและวัยแรงงาน 15 – 24 ปีที่อยู่นอกระบบโรงเรียน ในชุมชน ที่ต้องคำสั่ง บำบัดยาเสพติดในสถานพินิจ คุมประพฤติ เป็นต้น

เพ็ญศรี พองหิรัญรัตน์ สุเทพ ขาเทพ และจันทนา ชูเกียรติศิริ (2546) กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 – 12 การประเมินผลการให้ยารักษาผู้ป่วยกามโรคตามมาตรฐานการรักษาของกรมควบคุมโรคติดต่อ กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ป่วยกามโรครายใหม่ปีงบประมาณ 2544 โดยใช้แบบสำรวจเก็บข้อมูลจากทะเบียนประวัติผู้ป่วย เก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนเมษายน- มิถุนายน 2545 ได้ข้อมูลทั้งสิ้น 4,393 ข้อมูลจากหน่วยงาน ระดับศูนย์สาธารณสุขบริการของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตทุกเขตและหน่วยงานกามโรคและโรคเอดส์อำเภอของเขต 12 หน่วยงาน ระดับจังหวัดได้แก่ งานควบคุมโรคเอดส์ และกามโรคจังหวัด 57 หน่วยงาน และหน่วยงานกามโรคระดับโรงพยาบาล 116 หน่วยงาน ผลการประเมินพบว่า ในภาพรวมทั่วประเทศการรักษาผู้ป่วยกามโรคถูกต้องตามมาตรฐานการรักษาของกรมควบคุมโรคติดต่อน้อยกว่าร้อยละ 90 ซึ่งมีความถูกต้องร้อยละ 77.31 ไม่เป็นไปตามมาตรฐานการรักษาร้อยละ 34.81 คือให้ยาเกินกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 8.49 ให้ยาน้อยกว่ามาตรฐาน ร้อยละ 9.58 และให้ยารักษาไม่ถูกต้องร้อยละ 4.62 ระดับเขตมีความถูกต้อง ร้อยละ 82.58 ระดับจังหวัดมีความถูกต้อง ร้อยละ 73.98 ภาพรวมรายเขต พบว่า เขตที่มีความถูกต้องมากกว่าร้อยละ 90 มี 1 เขต ให้การรักษาถูกต้องร้อยละ 81-90 มี 4 เขต ให้การรักษาถูกต้องร้อยละ 60 -80 มี 6 เขต และให้การรักษาถูกต้องน้อยกว่าร้อยละ 60 มี 1 เขต การให้ยาที่ไม่เป็นไปตามมาตรฐานในแต่ละโรคพบว่า การให้ยารักษาเกินกว่ามาตรฐานมากที่สุดคือโรคแผลริมอ่อน ร้อยละ 33.33 การให้ยารักษาน้อยกว่ามาตรฐานมากที่สุดคือ กามโรคของต่อมและท่อ น้ำเหลืองร้อยละ 33.33 และการให้ยาไม่ถูกต้องตามมาตรฐานมากที่สุดคือ โรคแผลริมอ่อนร้อยละ 9.81

วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์ (2557) ศึกษาเรื่องบทเรียนและองค์ความรู้จากโครงการบริหารจัดการและส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ในระดับท้องถิ่น ในด้านทรัพยากรพบว่ามีความเพียงพอและเหมาะสมในเรื่อง วัตถุประสงค์โครงการ กิจกรรมดำเนินงานงบประมาณ กลไกการบริหารจัดการโครงการส่วนกลาง และจำนวนผู้ประสานงานโครงการ ส่วนประเด็นที่ยังขาดได้แก่ กลยุทธ์การทำงานที่หลากหลาย การกำหนดตัวชี้วัดความสำเร็จทรัพยากรและการใช้ประโยชน์จากการติดตามและประเมินผล กลไกการบริหารจัดการโครงการรวมถึงบทบาทหน้าที่ของบุคลากรในระดับพื้นที่ สำหรับกระบวนการดำเนินโครงการ พบว่าได้ดำเนินกิจกรรมตามลำดับอย่างต่อเนื่องเชื่อมโยงและสอดคล้องกับวัตถุประสงค์ที่กำหนด โดยเริ่มจากการพัฒนาแนวทางการปฏิบัติงานไปพร้อมกับหลักสูตรฝึกอบรม จากนั้นทดลองใช้และปรับปรุงหลักสูตรให้สมบูรณ์ แล้วนำไปใช้พัฒนาให้บุคลากรของสคร.ทุกแห่งสามารถถ่ายทอดความรู้แก่บุคลากรอปท. เพื่อดำเนินการเกี่ยวกับการบริหารจัดการ, ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ในพื้นที่ของตนเอง ทั้งนี้ยังมีข้อเสนอแนะที่ได้จากการถอดบทเรียน ในเรื่องการเตรียมความพร้อมทั้งก่อนและระหว่างดำเนินการโครงการ

อมรรัตน์ จงตระการสมบัติ (2552) ศึกษาผลกระทบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อหญิงบริการ หลังจากการยุบคลินิกกามโรค จากการปฏิรูประบบราชการในปี 2545 ผลการศึกษาจากข้อมูลเชิงคุณภาพพบว่า การดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการเข้าถึงบริการสุขภาพของหญิงบริการทั้ง 3 รูปแบบ มีความแตกต่างกันดังนี้ รูปแบบที่ 1 กลุ่มจังหวัดที่ไม่มีคลินิกกามโรคมีการให้บริการในระบบผู้ป่วยนอกทั่วไป ในการตรวจรักษาบางครั้งไม่ได้ชั้นสูตรหรือวินิจฉัยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ไม่มีการติดตามผู้สัมผัส การนัดตรวจซ้ำตามมาตรฐานการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีการดำเนินงานในกิจกรรมการให้ถุงยางอนามัยเพียงด้านเดียว ด้านการเยี่ยมสถานบริการจะใช้ช่วงที่สำรวจสถานบริการ และ การเฝ้าระวังการตรวจหาความชุกของการติดเชื้อโรคเอดส์รวม 2 ครั้ง/ปี ไม่มีการรวบรวมข้อมูลแต่ได้จากระบบร.506 ซึ่งพบผู้ป่วยน้อยมาก การเข้าถึงบริการของหญิงบริการ หญิงบริการไม่เข้ามาตรวจรักษาที่โรงพยาบาลส่วนมากจะซื้อยากินเองหรือไปคลินิกเอกชน เนื่องจากไม่ต้องการเปิดเผยตนเอง ไม่สะดวกและไม่ปลอดภัย ได้รับบริการเพียงกิจกรรมเดียวคือการได้รับถุงยางอนามัย รูปแบบที่ 2 กลุ่มจังหวัดที่คลินิกกามโรคอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลซึ่งมี 2 ลักษณะคือ 1) การมีคลินิกตั้งอยู่ในโรงพยาบาล 2)การมีคลินิกตั้งอยู่นอกโรงพยาบาล พบว่าทั้ง 2 แบบมีการให้บริการเชิงรับครบถ้วนเหมือนกันแต่พบความแตกต่างคือการมีคลินิกอยู่ในโรงพยาบาล ซึ่งเจ้าหน้าที่เป็นคนใหม่ไม่มั่นใจในการตรวจรักษา ภายหลังจากที่รับการอบรมจึงจะมีความมั่นใจมากขึ้น ไม่มีกิจกรรมการเยี่ยมสถานบริการ และการรวบรวมข้อมูลไม่ครบถ้วนเนื่องจากไม่มีความเข้าใจ จุดแข็งของรูปแบบนี้คือเจ้าหน้าที่ที่มีทัศนคติที่ดีกับหญิงบริการ การมีทีมแพทย์ พยาบาล ห้องชั้นสูตรที่ครบพร้อม จุดอ่อนคือเจ้าหน้าที่ไม่มีขวัญกำลังใจเนื่องจากไม่มีตัวชี้วัดในการดำเนินงาน การประสานงานหลายวิชาชีพ ส่งผลให้ระบบงานค่อนข้างล่าช้า บุคลากรรับผิดชอบงานเชิงรุกทำงานหลายด้าน ในการเข้าถึงบริการสุขภาพของหญิงบริการ พบว่าหญิงบริการบางครั้งไม่มั่นใจในการตรวจ รักษา และได้รับการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองน้อยกว่ามาตรฐานคือทุก 6 เดือน และไม่ได้รับการเยี่ยมสถานบริการ ส่วนการมีคลินิกกามโรคที่จัดตั้งนอกโรงพยาบาล พบว่าลักษณะการทำงานเหมือนคลินิกกามโรคในอดีตสามารถดำเนินการได้ครบทุกกิจกรรมและสามารถขยายเครือข่ายได้ดี จุดแข็ง รูปแบบนี้คือเจ้าหน้าที่มีประสบการณ์และทำงานเป็นทีม ส่วนจุดอ่อนคือ ไม่มีการอบรมอัตราการเข้าถึงชัดเจน งบประมาณได้จากเงินบำรุงโรงพยาบาลขึ้นกับว่าผู้บริหารเห็นความสำคัญหรือไม่ เจ้าหน้าที่จึงรู้สึกไม่มั่นคงในด้านอัตราการเข้าถึงในคลินิก การเข้าถึงบริการสุขภาพหญิงบริการ หญิงบริการได้รับบริการทุกกิจกรรมและมีความมั่นใจในการได้รับบริการ โดยภาพรวมแล้วการมีคลินิกตั้งอยู่นอกโรงพยาบาลจะสามารถให้บริการครบถ้วนทั้งเชิงรับและเชิงรุก รูปแบบที่ 3 กลุ่มจังหวัดที่มีคลินิกกามโรคอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด มีการดำเนินงานกิจกรรมป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ครบถ้วนรวมทั้งการรวบรวมข้อมูล จุดแข็งคือเจ้าหน้าที่มีประสบการณ์และมีต้นทุนเดิมในการเข้าถึงหญิงบริการ จุดอ่อนคือ บุคลากรที่ทำไม่มีขวัญกำลังใจเนื่องจากไม่มีการอบรมที่แน่ชัด และไม่มีแพทย์ในการรักษา ไม่สะดวกเรื่องพาหนะในการทำงานเชิงรุก ไม่มีงบประมาณบริการคลินิกโดยตรงต้องจัดสรรงบประมาณป้องกันควบคุมของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและการสนับสนุนงบประมาณค่ารักษาของโรงพยาบาล การได้รับบริการสุขภาพของหญิงบริการจากข้อมูลเชิงปริมาณ พบว่าจังหวัดที่มีคลินิกกามโรคอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด หญิงบริการจะได้รับบริการตรวจภายในทุกครั้งเมื่อมาตรวจสุขภาพ ส่วนจังหวัดที่ไม่มีคลินิกกามโรคพบว่าหญิงบริการไปตรวจสุขภาพ

ไม่เคยได้รับการตรวจภายในทุกครั้ง ส่วนการให้บริการเชิงรุกพบว่าจังหวัดที่มีคลินิกามโรคอยู่ในความรับผิดชอบของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพบว่าสถานบริการได้รับการเยี่ยมมากที่สุด รองลงมาคือจังหวัดที่มีคลินิกามโรคอยู่ในความรับผิดชอบของโรงพยาบาลคือร้อยละ 98 และร้อยละ 70 ตามลำดับ ส่วนจังหวัดที่ไม่มีคลินิกามโรค ได้รับการเยี่ยมสถานบริการเพียงร้อยละ 20

อัจฉรา เชาวะวณิชและคณะ (2550) ศึกษาเรื่องพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร โดยหาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่าผู้ชายร้อยละ 65 และผู้หญิงร้อยละ 82 รายงานใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่นอนประจำ ผู้ชายร้อยละ 40 และผู้หญิงร้อยละ 14 มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว โดยร้อยละ 52 ใช้ถุงยางอนามัยครั้งสุดท้ายที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว ผู้ชายร้อยละ 25 รายงานว่ามีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน และร้อยละ 61 รายงาน การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก โดยไม่ได้ป้องกัน ผู้ชายร้อยละ 19 มีการซื้อบริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาและใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ขายบริการเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเพียงร้อยละ 27 ผู้หญิงร้อยละ 80 และผู้ชายร้อยละ 62 เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนประจำ ในจำนวนคู่นอนประจำ ร้อยละ 44 ไม่ทราบผลเลือด ร้อยละ 34 มีผลเลือดเป็นบวก และร้อยละ 22 มีผลเลือดเป็นลบ โดยปัจจัย ที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอนประจำคือ การไม่เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนคือเพศหญิง และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส อัตราความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมทั้งหญิงในหนองในเทียม ซิฟิลิส ทริโคโมแนสที่พบในผู้ชายคิดเป็นร้อยละ 10 และผู้หญิงพบ ร้อยละ 6 อย่างไรก็ตาม ผู้ชายที่มีการตรวจพบ VDRL เป็นบวกมากกว่าผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 8 และ 2 ตามลำดับ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใดๆ คือผู้ชายที่มีอาการ

บทที่ 3

วิธีดำเนินการศึกษา

เพื่อให้การติดตามและประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยงานการป้องกัน ควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลผู้ศึกษาวิจัยจึงดำเนินการศึกษาวิจัย ตามรายละเอียดดังต่อไปนี้

วิธีการศึกษา

การศึกษาการประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยงานการป้องกัน ควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ใช้แนวทางในการศึกษาวิจัยเป็นข้อมูลเชิงคุณภาพและเชิงปริมาณ

วิธีการวิจัย

ข้อมูลเชิงคุณภาพ เป็นการศึกษาจากการถอดบทเรียนจากบุคลากรที่ปฏิบัติงานในโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยงานการป้องกัน ควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งประกอบด้วยบุคลากรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 39 จังหวัด และโรงพยาบาล 7 แห่ง

ข้อมูลเชิงปริมาณ เป็นการศึกษาโดยใช้แบบบันทึกข้อมูลรายงานการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI/VCT mini record) ซึ่งเป็นแบบรายงานที่ใช้ในการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการให้การปรึกษาเพื่อการตรวจหาเชื้อเอชไอวี แล้วนำข้อมูลที่ได้มาทำการวิเคราะห์ด้วยเครื่องคอมพิวเตอร์หาค่าร้อยละ

ประชากรและการสุ่มตัวอย่าง

1.กลุ่มตัวอย่างที่ใช้การสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่มเพื่อการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพได้แก่ผู้ที่มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยงานการป้องกัน ควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ พยาบาลวิชาชีพ นักวิชาการสาธารณสุข พยาบาลเทคนิค และเจ้าพนักงานสาธารณสุข จำนวน 59 คนจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1-12 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 39 จังหวัด และโรงพยาบาล 7 แห่ง

2.ประชากรตัวอย่างเพื่อการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ ซึ่งใช้ประชากรจาก สถานบริการสาธารณสุขที่ส่งรายงานการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มาয়่งสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค จำนวน 22,632, 26,833 และ 19,370 ราย ในปี 2556-2558 ตามลำดับสถานบริการสาธารณสุข จำนวน 71 แห่ง จาก 39 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล คือแบบบันทึกข้อมูลรายงานการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI/VCT mini record) และใช้การสัมภาษณ์แบบสนทนากลุ่ม

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล ในช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 – 1 มกราคม 2560 ซึ่งใช้ประชากรจากหน่วยบริการสาธารณสุขที่ส่งรายงานการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มายังสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคจำนวน 71 แห่ง จาก 39 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล

- 1.วิเคราะห์กิจกรรมในโครงการ กลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และความชุกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยคอมพิวเตอร์ โดยใช้ค่าร้อยละ
- 2.วิเคราะห์ข้อมูลการสนทนากลุ่ม โดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content analysis) และนำเสนอแบบพรรณนาความ

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการประเมินผลการดำเนินงานการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยงานป้องกันการควบคุม ดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ช่วงระหว่างวันที่ 1 มกราคม 2559 – 1 มกราคม 2560 และผู้วิจัยได้ทำการเก็บรวบรวมข้อมูลโดยให้บุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค 12 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด 39 จังหวัดและโรงพยาบาล 7 แห่ง ได้แก่ โรงพยาบาลพุทธโสธร โรงพยาบาลกันตัง โรงพยาบาลมะการักษ์ โรงพยาบาลสมุทรสาคร โรงพยาบาลมหาสารคาม โรงพยาบาลกำแพงเพชร โรงพยาบาลพะเยา ซึ่งประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพวิชาชีพ 20 คน พยาบาลเทคนิค 1 คน นักวิชาการสาธารณสุข 35 คน เจ้าหน้าที่งานสาธารณสุข 3 คน รวมเป็นจำนวน 59 คน ด้วยวิธีสนทนากลุ่ม (Focus group) และเก็บข้อมูลจากรายงานการบันทึกข้อมูลด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI/VCT mini record)

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ รายละเอียดปรากฏดังนี้

1. สร้างกลไกการขับเคลื่อนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบบริการ

1.1 การบูรณาการแผนทั้งระดับเขตและระดับจังหวัดและหน่วยงานอื่นๆ

1.1.1 ขับเคลื่อนงานให้สอดคล้องและบูรณาการงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับยุทธศาสตร์จังหวัด และเชื่อมโยงบูรณาการงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับมาตรฐานและแนวทางการทำงานอื่นๆของภาคีเครือข่ายที่เกี่ยวข้องทุกกลุ่ม วิธีคิดที่สำคัญของผู้รับผิดชอบงานคือทำอย่างไรก็ได้ให้งานในโครงการไปอยู่ในแผนงานยุทธศาสตร์ของจังหวัดเพราะต้องใช้เงินของผู้ว่าราชการจังหวัดและทำให้ผู้บริหารและทุกภาคส่วนให้ความสำคัญ

1.1.2. ขับเคลื่อนงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยกลยุทธ์ที่ชัดเจน เข้าถึง และเข้าใจเริ่มจากการกำหนดยุทธศาสตร์และแผนงานของโครงการฯโดยส่วนกลางที่ชัดเจนก็จะทำให้พื้นที่สามารถปฏิบัติตามได้อย่างชัดเจนเช่นกัน นอกจากนี้บางพื้นที่ก็มีกลยุทธ์การทำงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากการสะสมความรู้ และความเชี่ยวชาญในการทำงานนี้อย่างต่อเนื่อง

“สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ได้บูรณาการโครงการนี้กับโครงการเสริมสร้างสมรรถนะของกลไกการประสานงานและระดมทรัพยากรในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์จังหวัด (PCM :Provincial Coordinating Mechanism) เพื่อให้งานไม่เกิดความซ้ำซ้อน สับสนและไม่ให้สร้างภาระงานกับผู้ปฏิบัติงานมากเกินไป”

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

“ประสานแผนการทำงานกับองค์กรอื่นด้วยการนำงานของเราและของเขามาร่วมกันและเราต้องการตรงไหน ก็สอดแทรกงานของเราเข้าไป แล้วนำมาร้อยเป็นแผนงานนี้ของจังหวัด”

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

“จะจัดทำโครงการรณรงค์ใหญ่ และมีโครงการย่อยของแต่ละโรงพยาบาลรองรับโครงการใหญ่(STI, HIV วยรุ่น) บูรณาการกับโครงการส่งเสริมสุขภาพ เช่นงานอนามัยเจริญพันธ์ งานยาเสพติด งานคุณภาพบริการ โครงการขับเคลื่อนพัฒนาจังหวัดนครปฐมสู่อาเซียน ภายใต้โครงการอนามัยเจริญพันธ์”

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

“การหาจุดร่วมของโครงการที่นำเสนอและยุทธศาสตร์หรือนโยบายของโรงพยาบาล ให้เขาเห็นว่าการทำโครงการนี้ โรงพยาบาลจะได้ประโยชน์อะไรบ้าง เขาจะบูรณาการกับงานเดิมที่มีอยู่ได้อย่างไร”

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

1.2 การกำหนดพื้นที่

ทำแผนที่พื้นที่เป้าหมายโดยเลือกพื้นที่ที่มีการทำงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งพบว่าความสำเร็จในการทำงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นการสะสมความเชี่ยวชาญมายาวนาน ไม่ใช่การทำได้สำเร็จในเวลาข้ามคืน

1.3 ระบบบันทึกข้อมูลและเครือข่าย

13.1 พัฒนาระบบการบันทึกข้อมูลเชิงรุกและงานเครือข่ายต่างๆ

1.3.2 นำผลการบันทึกข้อมูลมาวิเคราะห์ซึ่งจะทำให้พบจุดบกพร่องในการให้บริการและระบบบริการนำมาสู่การพัฒนาระบบการทำงานให้ดียิ่งขึ้น

1.4 การติดตามประเมินผล

สิ่งที่ป็นปัจจัยความสำเร็จในการนิเทศและการติดตามผลคือการสร้างแรงจูงใจในการทำงานด้วยความอยากทำ ไม่ใช่การบังคับ และการนิเทศภายใต้ความสัมพันธ์ที่ดีฉันทันทีพี่น้องระหว่างผู้นิเทศและผู้รับการนิเทศ เป็นการมาช่วย ไม่ใช่การจับผิด และมีการเอาใจใส่ถามไถ่กันแบบพี่น้อง ดังคำกล่าว

“ พี่เป็นอย่างไรบ้าง ให้ผมช่วยอะไรไหม”

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

การทำงานที่ประสบผลสำเร็จนั้น ไม่ได้จบที่การติดตามประเมินผลเมื่อเสร็จสิ้นโครงการในแต่ละปีเท่านั้น แต่ต้องมีการประเมินและพัฒนาต่อเนื่อง ซึ่งทั้งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดหลายแห่ง ได้มีการพัฒนาวิเคราะห์ผลการทำงานและถอดบทเรียน เพื่อต่อยอดองค์ความรู้จากการทำงาน

ด้วยการวิจัยและพัฒนา การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ระดับหน่วยงานเขต จังหวัด ร่วมกับการเข้าร่วมเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ที่ส่วนกลางจัดขึ้นจะเห็นได้ว่าการติดตามข้อมูล วิเคราะห์ข้อมูล และการให้ข้อมูลป้อนกลับแก่พื้นที่ เป็นงานสำคัญงานหนึ่งของ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด โดยผู้ทำงานต้องตระหนักว่า สำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ไม่ใช่ทำหน้าที่เป็นไปรษณีย์ แต่เป็นผู้รับผิดชอบในการผลักดันกลไกการทำงาน

2. การสนับสนุนงานบริการด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2.1 ด้านวิชาการ/เทคนิค

2.1.1 การทำงานเชิงรุกอย่างเข้มแข็ง เช่น การดำเนินงานของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่งที่มีการพัฒนาระบบ Mobile คลินิกให้เข้าถึงกลุ่มเสี่ยงต่างชาติ และพัฒนาระบบส่งต่อกับ โรงพยาบาลไชยเชษฐา และ โรงพยาบาลมโหสถของประเทศสาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว, สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่ง มีการสร้างเครือข่ายร้านขายยา และโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่งมีการสร้างเครือข่ายที่กว้างขวางมากทั้งร้านขายยา ร้านเสริมสวย สถานบันเทิง สถานประกอบการ สถานศึกษา (โรงเรียนและมหาวิทยาลัย) หอพัก พระสงฆ์ ร้านนมสด ร้านอินเทอร์เน็ต ฯลฯ

2.1.2 เป็นต้นแบบในการศึกษาดูงานแก่เครือข่ายต่างๆ เช่น แกนนำนักศึกษามหาวิทยาลัยราชภัฏแห่งหนึ่ง ได้มาศึกษาดูงานในโรงพยาบาลรวมทั้งมีโรงพยาบาลอื่นๆ ทั้งในและต่างประเทศมาศึกษาดูงานทุกปี ซึ่งเป็นการสร้างการเรียนรู้และความภาคภูมิใจแก่หน่วยงานเป็นอย่างยิ่ง

2.1.3 การพัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบหรือพัฒนาศูนย์สาธิตที่เป็น Excellent Center และให้บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบ one stop service

2.1.4 กำหนดกลุ่มเป้าหมายการเฝ้าระวังอย่างเหมาะสมกับพื้นที่ โดยกำหนดจากโรงพยาบาลที่มีงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการคัดเลือกอำเภอนั้นเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งพบว่ามีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ต้องพิจารณาจากความพร้อมของหน่วยปฏิบัติในพื้นที่ ปัญหาและบริบทในพื้นที่ รวมทั้งการประเมินติดตามผลในการดำเนินงานของโรงพยาบาลอำเภอย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ระยะเริ่มดำเนินงานโครงการเพื่อจะสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้ตั้งแต่ต้น และมีผลให้โครงการเดินหน้าสู่ความสำเร็จอย่างไม่ล่าช้าเกินไป ดังคำกล่าว

“ สอบถามทางโทรศัพท์จากผู้รับผิดชอบงานในระดับ โรงพยาบาลชุมชน โรงพยาบาลจังหวัดว่า กลุ่มเป้าหมายหลักที่เราจะสามารถทำได้มีสักกี่ราย เป็นกลุ่มคนไข้เดิมที่มีอยู่ในมือ ให้บริการอยู่แล้วส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการทางเพศ ผลพบว่าโรงพยาบาลจังหวัดดำเนินการได้เกินเป้าหมายที่กำหนด แต่โรงพยาบาลชุมชนดำเนินการได้น้อยกว่าเป้าหมาย “

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

“กำหนดจากข้อมูลจริงที่มีอยู่ในมือจากฐานข้อมูล คนไข้ที่เดินเข้ามาทุกคลินิกในโรงพยาบาลเป็นตัวตั้งต้นในการกำหนดเป้าหมายที่จะดำเนินการ “

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2.2 ด้านบริการ

2.2.1 คัดเลือกโรงพยาบาลในการดำเนินงานโดยเกณฑ์การคัดเลือกโรงพยาบาลที่มีความพร้อมดังนี้

คัดเลือกเฉพาะบางอำเภอนำร่องบางแห่ง อาจพิจารณาจาก

- 1) มีผู้รับผิดชอบงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ชัดเจน
- 2) มีทีมงาน ซึ่งอาจเป็นทีมงานที่มีคลินิก หรือไม่มีคลินิกก็ได้
- 3) มีกระบวนการทำงาน หรือมี Flow Chart ที่โรงพยาบาลออกแบบเองและสามารถติดตาม

แนวทางการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

4) มีบริการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แก่ STI case management และการคัดกรองพฤติกรรมเสี่ยงในผู้มารับบริการ

2.2.2 ดำเนินการพร้อมกันในโรงพยาบาลที่มีบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งจังหวัดโดยพิจารณาจังหวัดที่มีต้นทุนเดิมที่สามารถดำเนินการได้ หรือเป็นจังหวัดเล็กที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดมีศักยภาพในการดูแลได้ทั่วถึง

การจัดบริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการให้การปรึกษาที่ได้ผลนั้น มีการดำเนินงานให้บริการ 4 รูปแบบ คือ

รูปแบบที่ 1 แบบตั้งรับใน setting

รูปแบบที่ 2 การออก Mobile clinic

รูปแบบที่ 3 ระบบการส่งต่อระหว่างเครือข่ายกับโรงพยาบาล

รูปแบบที่ 4 การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสารต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้

2.2.3 มีความจำเป็นต้องขยายงานอื่นๆ ทั้งงานการสร้างเครือข่าย ระบบการส่งต่อ และการประชาสัมพันธ์ ด้วยวิธีการทำงานที่ไม่ยึดติดกับระบบราชการ สอดแทรกไปกับกิจกรรมที่สามารถสร้างความสนใจ ดึงดูดใจ และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างกว้างขวางทุกกลุ่ม ด้วยการทำงานแบบเคียงบ่าเคียงไหล่ และร่วมมือกันทำงานทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน

2.2.4 ต้องมีการทบทวนและประเมินผลการทำงานอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการเชิงประจักษ์ เช่น จากการทบทวนเวชระเบียน แล้วสรุปข้อมูลเชิงสถิติ เพื่อหาจุดบกพร่องในการทำงาน วิเคราะห์สาเหตุ และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหามาตามสาเหตุ ซึ่งความสำเร็จมากมายที่ปรากฏปฏิเสธไม่ได้เลยว่า มาจากการที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญ ให้การสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณ ที่สำคัญคือเจตคติของผู้ทำงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่เห็นคุณค่าของงานนี้ต่อสังคม มีความมุ่งมั่น และเสียสละทำงานนี้มาอย่าง

ต่อเนื่องหลายปี และเรายังคงเห็นพลังใจของพวกเขาที่มีอยู่อย่างเต็มเปี่ยมที่จะเดินหน้านี้อต่อไปอย่างไม่รู้จักเหน็ดเหนื่อย

2.3 เวทีแลกเปลี่ยนความคิดเห็น

มีการจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ทั้งระดับหน่วยงาน เขต จังหวัด

2.4 ด้านงบประมาณ

กรมควบคุมโรคสนับสนุนงานบริการด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการสนับสนุนงบประมาณด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่จัดบริการ นอกเหนือจากระบบเหมาจ่ายปกติ ดังคำกล่าว

“การมีงบประมาณ ๒๐,๐๐๐ บาท ต่อจังหวัด ทำให้จังหวัดสามารถประชาสัมพันธ์ให้ประชาชน เข้าสู่อการคัดกรองได้มากขึ้น”

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3. พัฒนาศักยภาพบุคลากร

3.1 ด้านความรู้และทักษะ

3.1.1 มีการวิเคราะห์และประเมินความต้องการของบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3.1.2 จัดอบรมพัฒนาศักยภาพบุคลากร มีเนื้อหาครอบคลุมทั้ง Refreshing STI/VCT mini record, STI Update และ STI QUAL

3.1.3 พัฒนาศักยภาพการให้บริการและระบบงานในคลินิกของสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน ก่อนเพื่อพร้อมจะรองรับผู้ป่วยจากระบบการส่งต่อ ที่สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็ว และมีคุณภาพ การพัฒนาศักยภาพหลักๆ คือการจัดการอบรมจากส่วนกลาง นอกจากนี้บางพื้นที่ก็ได้จัดอบรมเพิ่มเติมในพื้นที่ เมื่อค้นพบว่าเจ้าหน้าที่ยังต้องพัฒนาความรู้และทักษะบางอย่างเพิ่มเติมจึงจะปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

“ ภายหลังรับการอบรมจากส่วนกลาง และได้รับการนิเทศจากศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐด้านสาธารณสุขทำให้ผู้บริหารโรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง และเจ้าหน้าที่ต่างๆ เช่น แผนกสูตินรีเวช Youth Friendly ให้ความสำคัญกับงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น”

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3.1.4 พัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับพื้นที่ โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นพี่เลี้ยงหน่วยงาน วิธีการดำเนินงานมีดังนี้

1) วางระบบและพัฒนารูปแบบการดำเนินงานกับผู้ที่มีส่วนเกี่ยวข้องในโรงพยาบาล และพัฒนางานเชิงรุกกับภาคีเครือข่ายภาคประชาสังคม

2) สร้างการมีส่วนร่วมของผู้เกี่ยวข้องทุกฝ่าย และทุกระดับ ตั้งแต่ผู้บริหาร ถึงผู้ปฏิบัติทั้งภายในหน่วยงานและเครือข่ายภายนอก

3) การ Coaching ที่เป็นระบบ และต่อเนื่อง : Monitoring by coaching

“พัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบหรือพัฒนาศูนย์สาธิตที่เป็น *Excellent Center* และให้บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบ *one stop service* (เฉพาะบางจังหวัด เช่น จังหวัดมหาสารคาม)”

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรค

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จะมีบทบาทในการส่งเสริมโรงพยาบาลในจังหวัดให้เห็นความสำคัญของงานเชิงรุก และเป็นพี่เลี้ยงสนับสนุนการดำเนินงานของโรงพยาบาล เช่น การจัดหางบประมาณ การจัดทำโครงการ

4) อบรมการบันทึกข้อมูล ควรเน้นการปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ที่สามารถปฏิบัติได้จริง โดยอาจให้เจ้าหน้าที่ด้านเทคโนโลยีสารสนเทศที่เข้าใจงานนี้ ได้มีส่วนร่วมในการอบรม

3.2 ด้านเจตคติ

การอบรมเพื่อปรับเจตคติในการทำงาน ได้แก่ Sensitivity, Stigma และ STI Counseling ดังคำกล่าว

“สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุบลราชธานี จัดอบรม *Capacity Building : training program on Sensitivity, Stigma, STI/VCT mini record*”

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3.3 สร้างแรงกระตุ้นหรือขวัญกำลังใจ

3.3.1 การให้รางวัล / การชมเชย/ให้เครดิต/ให้ค่าตอบแทน เพื่อเสริมแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก่ผู้ทำงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ตัวอย่างเช่น

3.3.2 โรงพยาบาลทั่วไปแห่งหนึ่ง ได้นำผลงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มาโชว์ในการประเมิน HA ซึ่งพบว่าได้รับการยอมรับอย่างมาก

3.3.3 สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่ง ได้มอบเกียรติบัตรให้ผู้ปฏิบัติงาน ทั้งระดับบุคคล และองค์กรเนื่องในวันเอดส์โลก โดยให้เกียรติบัตรแก่ผู้ปฏิบัติงานที่ทำงานประสบผลสำเร็จในทุก ระดับ และหลากหลายกิจกรรม เช่น ผู้ดูแลรักษา ป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อที่ได้มาตรฐาน ผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานด้านเอดส์ในสถานศึกษาและท้องถิ่นที่ดีเยี่ยม ผู้ขับเคลื่อนการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ระดับอำเภอที่ดีเยี่ยม ผู้ให้ความร่วมมือและสนับสนุนการดำเนินงานด้านเอดส์แก่องค์กรภาครัฐและเอกชนด้วยจิตบริการ ผู้เป็นวิทยากรด้านเอดส์ดีเยี่ยม องค์กรที่ดำเนินงานด้านการป้องกันเอดส์เชิงรุกดีเยี่ยม เป็นต้น

“ใช้งบประมาณยุทธศาสตร์จังหวัด เป็นเงินตอบแทนค่าล่วงเวลาแก่ผู้ทำงานที่ต้องเสียสละ
ทำงานนอกเวลาราชการ”

ผู้ให้ข้อมูลหลักจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

ผลการวิเคราะห์เชิงปริมาณ รายละเอียดปรากฏดังนี้

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกิจกรรมการดำเนินงานในโครงการฯ จำแนกตามปีงบประมาณ 2556-2558

กิจกรรม	ปี 2556 (ราย)	ปี 2557 (ราย)	ปี 2558 (ราย)
1.จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	22,632	26,833	19,370
2.ร้อยละผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับบริการ STI case management ตาม มาตรฐาน	854 (70.57%)	2,416 (59.55%)	1,807 (100%)
3.ร้อยละกลุ่มเป้าหมายที่ผลเอชไอวีบวก	197/3,698 (5.33%)	331/16,716 (1.98%)	435/13,543 (3.21%)
4.ร้อยละกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการให้การ ปรึกษาและตรวจเลือด รวมทั้งทราบผลเลือด	3,698 (16.34%)	16,716 (46.86%)	13,543 (71.30%)
5.จำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขที่มี เจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเสริมสร้างศักยภาพ ตามหลักสูตร	132	88	43
6.ร้อยละของหน่วยบริการสาธารณสุขที่ สามารถจัดบริการด้านการป้องกันควบคุม โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับ กลุ่มเป้าหมาย	71/142 (34.50%)	71/142 (34.50%)	71/142 (34.50%)

จากตารางที่ 1 พบว่า ปี 2556 กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 22,632 ราย ลดลงเหลือ 19,370 รายในปี 2558 พบผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับบริการ STI case management ตามมาตรฐาน ร้อยละ 70.57 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 100 ในปี 2558

พบกลุ่มเป้าหมายที่ผลเอชไอวีบวก ร้อยละ 5.33 ในปี 2556 ลดลงเหลือร้อยละ 3.21 ในปี 2558 พบกลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการให้การศึกษาและตรวจเลือด รวมทั้งทราบผลเลือด ร้อยละ 16.34 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 71.30 ในปี 2558 นอกจากนี้ยังพบจำนวนหน่วยบริการสาธารณสุขที่มีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเสริมสร้างศักยภาพตามหลักสูตร 132 แห่งในปี 2556 ลดลงเหลือ จำนวน 43 แห่ง ในปี 2558 และพบหน่วยบริการสาธารณสุขที่สามารถจัดบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับกลุ่มเป้าหมาย ในปี 2556 – 2558 ร้อยละ 50

ตารางที่ 2 จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย	พ.ศ.2556		พ.ศ.2557		พ.ศ.2558	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ให้บริการทางเพศ	15,186	67.10	9,928	37.0	6,019	31.07
ประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยง	3,622	16.0	12,344	46.0	7,917	40.87
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	1,614	7.13	1,073	4.0	1,286	6.64
เยาวชน	1,584	7.0	1,878	7.0	1,739	8.98
ผู้ต้องขัง	373	1.65	486	1.81	1,730	8.93
แรงงานข้ามชาติ	226	1.0	1,073	4.0	598	3.09
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	27	0.12	51	0.19	81	0.42
รวม	22,632	100	26,833	100	19,370	100

จากตารางที่ 2 พบว่าในปี 2556 ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการทางเพศร้อยละ 67.10 และลดลงเหลือ 31.07 ในปี 2558 รองลงมาได้แก่ประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยงร้อยละ 16.00 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 40.87 ในปี 2558 และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 7.13 ในปี 2556 ลดลงเหลือร้อยละ 6.64 ในปี 2558 และเยาวชนชาย ร้อยละ 7.00 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 8.98 ในปี 2558

ตารางที่ 3 จำนวนกลุ่มเป้าหมายที่มาบริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกตามอายุ

อายุ (ปี)	พ.ศ.2556		พ.ศ.2557		พ.ศ.2558	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
<15	1,238	5.47	1,521	5.67	932	4.81
16 - 20	2,623	11.59	3,445	12.84	1,652	8.53
21 - 25	3,338	14.75	4,854	18.09	3,636	18.77
26 - 30	2,831	12.51	4,049	15.09	2,977	15.37
31 - 35	2,603	11.5	3,538	13.18	2,814	14.53
36 - 40	2,259	9.98	2,726	10.16	2,321	11.98
41 - 45	2,012	8.89	2,018	7.52	1,563	8.07
46 - 50	1,829	8.08	1,505	5.61	1,311	6.77
51 - 55	1,686	7.45	1,063	3.96	930	4.8
56 - 60	1,514	6.69	676	2.52	626	3.23
> 61	699	3.09	1,438	5.36	608	3.14
รวม	22,632	100	26,833	100	19,370	100

จากตารางที่ 3 พบว่า ในปี 2556 ผู้มารับบริการส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-25 ร้อยละ 14.75 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.77 ในปี 2558 รองลงมาได้แก่ช่วงอายุ 26-30 ร้อยละ 12.51 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 15.37 ในปี 2558 และช่วงอายุ 16-20 ร้อยละ 11.59 ในปี 2556 ลดลงเหลือ ร้อยละ 8.53 ในปี 2558

ตารางที่ 4 ความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำแนกตามกลุ่มเป้าหมาย

กลุ่มเป้าหมาย	พ.ศ.2556			พ.ศ.2557			พ.ศ.2558		
	ซิฟิลิส	หนอง ใน	หนอง ใน เทียม	ซิฟิลิส	หนอง ใน	หนอง ใน เทียม	ซิฟิลิส	หนอง ใน	หนอง ใน เทียม
ประชาชนทั่วไป ที่มีพฤติกรรม เสี่ยง	45.46	43.02	27.31	52.63	53.84	51.67	37.61	51.09	59.36
ชายที่มีเพศ สัมพันธ์กับชาย	23.23	5.42	2.95	18.42	4.22	0.94	38.50	8.49	1.07
แรงงานข้ามชาติ	20.20	1.48	3.69	13.82	1.1	2.54	10.62	0.55	1.60
ผู้ให้บริการทางเพศ	6.06	25.29	54.24	9.21	18.44	40.29	5.31	9.73	17.65
เยาวชน	5.05	24.63	11.07	5.92	22.27	4.42	5.75	29.45	19.79
ผู้ต้องขัง	0	0	0	0	0.13	0	2.21	0.55	0.53
ผู้ใช้สารเสพติด ด้วยวิธีฉีด	0	0.16	0.74	0	0	0.14	0	0.14	0
รวม	100	100	100	100	100	100	100	100	100

จากตารางที่ 4 พบว่า ในปี 2556 อัตราป่วยโรคซิฟิลิสส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 45.46 และลดลงเหลือร้อยละ 37.61 ในปี 2558 รองลงมาได้แก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบ 23.23 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 38.50 ในปี 2558 และกลุ่มแรงงานข้ามชาติ พบป่วยร้อยละ 20.20 ในปี 2556 ลดลงเหลือร้อยละ 10.62 ในปี 2558 ตามลำดับ

อัตราป่วยหนองใน ในปี 2556 พบอัตราป่วยโรคหนองในส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 43.02 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 51.09 ในปี 2558 รองลงมาได้แก่พนักงานบริการพบป่วยร้อยละ 25.29 ในปี 2556 ลดลงเหลือร้อยละ 9.73 ในปี 2558 และกลุ่มเยาวชนพบอัตราป่วยร้อยละ 24.63 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 29.45 ในปี 2558 ตามลำดับ

อัตราป่วยหนองในเทียม ในปี 2556 พบอัตราป่วยโรคหนองในเทียมส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มพนักงานบริการร้อยละ 54.24 ในปี 2556 ลดลงเหลือร้อยละ 17.65 ในปี 2558 รองลงมาได้แก่กลุ่มประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ร้อยละ 27.31 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 59.36 ในปี 2558 และกลุ่มเยาวชนพบอัตราป่วยร้อยละ 11.07 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น 19.79 ในปี 2558 ตามลำดับ

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงประเมิน (Evaluation Research) เพื่อประเมินโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยงานการป้องกัน ควบคุมดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
สรุปผลการวิจัย

การสรุปผลการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยนำเสนอข้อสรุปเพื่อตอบคำถามในการวิจัย ซึ่งได้มาจากการวิเคราะห์ผลในเชิงปริมาณและคุณภาพดังนี้

ส่วนที่ 1 สรุปผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

1.สร้างกลไกการขับเคลื่อนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบบริการ

การขับเคลื่อนระดับเขตและจังหวัด ประกอบด้วย

1.สำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด รับนโยบายโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยงานการป้องกัน ควบคุมดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมกันจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยมีการจัดสรรงบประมาณให้ดำเนินการ จังหวัดละ 20,000 บาท ทั้งนี้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดควรศึกษาโครงการอย่างละเอียด ในขั้นตอน เป้าหมาย และวิธีการดำเนินงาน

2.สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเป็นเจ้าภาพในการประสานงบประมาณ และจัดประชุมชี้แจงนโยบาย/งบประมาณ กับผู้รับผิดชอบงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระดับเขตและระดับจังหวัด และประชุมร่วมกำหนดแผนงานในการติดตามและประเมินผลตามตัวชี้วัดของโครงการฯ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ด้วยเครื่องมือ STI QUAL โดยทำงานร่วมกับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

3. กำหนดโรงพยาบาลเป้าหมาย โดยกำหนดจากโรงพยาบาลที่มีการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และมีการคัดเลือกรายการที่มีความพร้อมเป็นการวางแผนร่วมกันระหว่างสำนักงานป้องกันควบคุมโรค และสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งพบที่มีความแตกต่างกันในแต่ละพื้นที่ ทั้งนี้ต้องพิจารณาจากความพร้อมของหน่วยบริการ ปัญหาและบริบทในพื้นที่ รวมทั้งการติดตามและประเมินผลในการดำเนินงานของโรงพยาบาลอำเภออย่างใกล้ชิด ตั้งแต่ระยะเริ่มดำเนินงานโครงการ เพื่อจะสามารถแก้ไขปัญหาอุปสรรคต่างๆ ได้ตั้งแต่ต้น และมีผลให้โครงการเดินไปสู่ความสำเร็จอย่างไม่ล่าช้าเกินไป

4.จัดประชุมชี้แจงการดำเนินงานโครงการฯ ระดับโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และระดับอำเภอ เป็นการดำเนินงานโดยสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ซึ่งภายหลังจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดรับนโยบายแล้วก็จะไปสื่อสารนโยบายกับนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดและทำโครงการเสนอนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด เพื่อกำหนดแผนการดำเนินโครงการและจัดประชุมชี้แจงโรงพยาบาลจังหวัด โรงพยาบาลชุมชน ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคต่อไป

5.มีการเตรียมความพร้อมบุคลากร องค์กรความรู้ ระบบเครือข่าย และระบบการติดตามประเมินผล

6.มีการพัฒนารูปแบบการดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สำหรับพื้นที่โดยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดจะเป็นพี่เลี้ยงหน่วยงาน

7.พัฒนาโรงพยาบาลต้นแบบหรือพัฒนาศูนย์สาธิตที่เป็น Excellent Center และให้บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบ one stop service

8.การติดตามประเมินผลการให้บริการและการจัดระบบบริการที่คลินิกทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ

9.การพัฒนากระบวนการข้อมูล และระบบติดตามประเมินผล

10.การสร้างและขยายเครือข่ายในทุกระดับทั้งในประเทศและต่างประเทศ

2.การสนับสนุนงานบริการด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ดำเนินการคัดกรองให้เกิดความครอบคลุมพื้นที่และกลุ่มเสี่ยงโดยใช้ทั้งศาสตร์และศิลป์ในการจัดรูปแบบบริการที่หลากหลายและการจัดบริการคัดกรองที่ได้ผลนั้น ผลการดำเนินงานมีดังนี้

2.1 มีการให้บริการ 4 รูปแบบ คือ

2.1.1 แบบตั้งรับในหน่วยบริการ

2.1.2 การออก Mobile clinic

2.1.3 ระบบการส่งต่อระหว่างเครือข่ายกับโรงพยาบาล

2.1.4 การประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อสารต่างๆที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้

2.2 จำเป็นต้องมีการดำเนินงานระยะแรกก่อน คือพัฒนาศักยภาพในการให้บริการและระบบงานในคลินิกของสถานพยาบาลให้ได้มาตรฐาน เพื่อพร้อมจะรองรับผู้ป่วยจากระบบการส่งต่อ ที่สามารถเข้าถึงบริการได้สะดวก รวดเร็วและมีคุณภาพ

2.3 มีความจำเป็นต้องขยายงานอื่นๆทั้งงานการสร้างเครือข่าย ระบบการส่งต่อ และการประชาสัมพันธ์ ด้วยวิธีการทำงานที่ไม่ติดขัดกับระบบราชการ สอดแทรกไปกับกิจกรรมบันเทิงต่างๆที่สามารถสร้างความสนใจ ดึงดูดใจ และเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้อย่างกว้างขวางทุกกลุ่ม ด้วยการทำงานแบบเคียงบ่าเคียงไหล่ และร่วมมือกันทำงานทั้งภาครัฐ เอกชนและภาคประชาชน

2.4 ต้องมีการทบทวนและประเมินผลการทำงานอย่างต่อเนื่องด้วยวิธีการเชิงประจักษ์ เช่น จากการทบทวน เวชระเบียน แล้วสรุปข้อมูลเชิงสถิติ เพื่อหาจุดบกพร่องในการทำงาน วิเคราะห์สาเหตุ และร่วมกันวางแผนแก้ไขปัญหาดังกล่าวตามสาเหตุ ซึ่งความสำเร็จมากมายที่ปรากฏปฏิเสธไม่ได้เลยว่า มาจากการที่ผู้บริหารเห็นความสำคัญ ให้การสนับสนุนการดำเนินงานและงบประมาณ ที่สำคัญคือเจตคติของผู้ทำงาน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เห็นคุณค่าของงานนี้ต่อสังคมมีความมุ่งมั่น และเสียสละทำงานนี้มาอย่างต่อเนื่องหลายปี

3.การพัฒนาศักยภาพบุคลากร

การพัฒนาศักยภาพบุคลากร เป็นกิจกรรมสำคัญที่สร้างความพร้อมให้บุคลากร มีเจตคติ ความรู้ และทักษะในการทำงาน สู่ความสำเร็จ ซึ่งสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้รับผิดชอบในการพัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้วยกิจกรรมที่หลากหลาย ดังนี้

3.1 การพัฒนาอำเภอต้นแบบ หรือ คลินิกคุณภาพ หรือศูนย์สาธิตที่เป็น Excellent Center ให้ดำเนินงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้อย่างมีคุณภาพ

3.2 การ Coaching และการนิเทศที่ดี ตัวอย่างพื้นที่ เช่น ระบบ Coaching ของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 5 ที่ดูแลโรงพยาบาลอำเภอต้นแบบอย่างใกล้ชิด และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 ที่มีการสอนโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการบันทึกโปรแกรม STI /VCT mini record ด้วยการสอนหน้างาน

3.3 การให้การอบรม การพัฒนาศักยภาพหลักๆ คือการจัดการอบรมจากส่วนกลาง นอกจากนี้บางพื้นที่ก็ได้จัดอบรมเพิ่มเติมในพื้นที่ เมื่อค้นพบว่าเจ้าหน้าที่ยังต้องพัฒนาความรู้และทักษะบางอย่างเพิ่มเติม จึงจะปฏิบัติได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.4 การเป็นที่ปรึกษา และสอนงานผ่านระบบสื่อสาร ทาง Mail, face book, line, call, official Letter

3.5 การจัดประชุมวิชาการ

3.6 การจัดเวทีแลกเปลี่ยนเรียนรู้ และถอดบทเรียนการทำงาน

3.7 การศึกษาดูงาน มีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรด้วยวิธีการที่หลากหลาย และใช้หลายวิธีร่วมกันไป โดยมีการพัฒนาที่ต่อเนื่อง ก็จะนำไปสู่การสร้างคน และคนสร้างงานได้สำเร็จต่อไป

ส่วนที่ 2 สรุปผลการวิจัยเชิงปริมาณ

1.กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ปี 2556 มีกลุ่มเป้าหมายมารับการคัดกรองจำนวน 22,632 ราย ปี 2557 มีกลุ่มเป้าหมายมารับการคัดกรองจำนวน 26,833 ราย และปี 2558 มีกลุ่มเป้าหมายมารับการคัดกรองจำนวน 19,370 ราย

2.ผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับการ STI case management ตามมาตรฐาน พบว่า ปี 2556 ผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับการ STI case management ร้อยละ 70.57 ปี 2557 มีผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับการ STI case management ร้อยละ 59.55 และปี 2558 มีผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับการ STI case management ร้อยละ 100

3.กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการให้การปรึกษาและตรวจเลือด รวมทั้งทราบผลเลือด พบว่า ปี 2556 กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการให้การปรึกษาและตรวจเลือดรวมทั้งทราบผลเลือดร้อยละ 16.34 ปี 2557 กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการให้การปรึกษาและตรวจเลือดรวมทั้งทราบผลเลือด ร้อยละ 46.86 และปี 2558 กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการให้การปรึกษาและตรวจเลือดรวมทั้งทราบผลเลือด ร้อยละ 71.30

4.กลุ่มเป้าหมายที่พบผลบวกเอชไอวี ร้อยละ 5.33 1.98 และ 3.21 ใน ปี 2556 - 2558 ตามลำดับ

5.หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเสริมสร้างศักยภาพตามหลักสูตรพบว่า ปี 2556 หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเสริมสร้างศักยภาพตามหลักสูตร จำนวน 132 แห่ง ปี 2557 หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเสริมสร้างศักยภาพตามหลักสูตร จำนวน 88 แห่ง และปี 2558 หน่วยบริการสาธารณสุขที่มีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเสริมสร้างศักยภาพตามหลักสูตร จำนวน 43 แห่ง

6.หน่วยบริการสาธารณสุขที่สามารถจัดบริการด้านการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำหรับกลุ่มเป้าหมาย พบว่า มีจำนวนร้อยละ 34.50 ในปี 2556 -2558

7. ผู้มารับบริการส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการทางเพศ ร้อยละ 67.10 ในปี 2556 และลดลงเหลือ 31.07 ในปี 2558 รองลงมาได้แก่ประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยงร้อยละ 16.00 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 40.87 ในปี 2558 และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 7.13 ในปี 2556 ลดลงเหลือ ร้อยละ 6.64 ในปี 2558

8. ผู้มารับบริการส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 21-25 ร้อยละ 14.75 ในปี 2556 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.77 ในปี 2558 รองลงมาได้แก่ช่วงอายุ 26-30 ร้อยละ 12.51 ในปี 2556 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 15.37 ในปี 2558 และช่วงอายุ 16-20 ร้อยละ 11.59 ในปี 2556 ลดลงเหลือ ร้อยละ 8.53 ในปี 2558

9. ความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่พบในกลุ่มประชาชนทั่วไปที่มี พฤติกรรมเสี่ยงมากที่สุด รองลงมาคือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และแรงงานข้ามชาติ โดย พบป่วยด้วยโรคซิฟิลิสมากที่สุด รองลงมาคือหนองใน และหนองในเทียม

อภิปรายผลการวิจัยได้ดังนี้

ด้านคุณภาพ

1.สร้างกลไกการขับเคลื่อนเพื่อเสริมสร้างความเข้มแข็งระบบบริการโดยการพัฒนาโรงพยาบาล ต้นแบบหรือพัฒนาศูนย์สาธิตที่เป็น Excellent Center และให้บริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบ one stop service ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา อยู่ศิริ (2557) พบว่าการจัดระบบบริการที่เป็นมิตร กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยบูรณาการงานด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และงานโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ โดยจัดระบบบริการ one stop service ในคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยทีมการรักษาเดียวกัน ผู้ป่วยกลุ่มนี้ก็จะได้รับการดูแลทันที และได้รับการแนะนำเรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อสู่บุคคลอื่น สำหรับการดำเนินงานระดับเขตและระดับจังหวัดจะมีการประชุมร่วมกันเพื่อกำหนดแผนงานในการติดตามและ ประเมินผลตามตัวชี้วัดของโครงการฯ ทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ ด้วยเครื่องมือ STI QUAL ซึ่งสอดคล้องกับ อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย (2560) ที่ใช้โปรแกรม STI QUAL ในการประเมินมาตรฐานและคุณภาพการ ดำเนินงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบูรณาการเข้ากับระบบการให้บริการปกติได้ นอกจากนี้ยัง พัฒนางานอย่างต่อเนื่องด้วยกระบวนการพัฒนา PDCA มีการประเมินผล แล้วนำมาวางแผน ปรับปรุงการ

ทำงานอย่างต่อเนื่อง ให้ความสำคัญกับการพัฒนาทุกด้านทั้งการพัฒนาระบบบริการในคลินิก ระบบบริการในชุมชน และการพัฒนาบุคลากรไปพร้อมๆ กัน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา อยู่ศิริ (2557) ที่ใช้กิจกรรมการพัฒนาการเปลี่ยนแปลงและวัดผลด้วย PDCA ได้แก่ การพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสหสาขาวิชาชีพ การบูรณาการงาน HIV/STI จัดระบบบริการปรึกษาที่เป็นมิตร ส่งเสริมป้องกันและการดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง สำหรับการคัดเลือกโรงพยาบาล พบว่าระยะแรกอาจมีการตัดสินใจที่ผิดพลาดในการเลือกพื้นที่ เช่น ตัดสินใจทำทุกพื้นที่ แต่พบว่าไม่ประสบความสำเร็จ จึงควรมีการประเมินและปรับพื้นที่ดำเนินงานใหม่ ตั้งแต่ระยะเริ่มต้นโครงการดีกว่าการปล่อยไปแล้วทำให้โครงการล้มเหลว การจะคัดเลือกทำบางพื้นที่หรือทำทั้งจังหวัดนั้น มีทั้งข้อดีข้อเสียที่จะต้องทบทวนให้ชัดเจน เช่น ถ้าทำเฉพาะหน่วยที่มีความพร้อมและดำเนินงานอยู่แล้วก็จะควบคุมตัวชี้วัดได้ง่ายและโอกาสประสบความสำเร็จสูง แต่ก็มีข้อเสียคือ พื้นที่อื่นไม่ได้พัฒนาระบบการทำงาน ทั้งนี้สิ่งสำคัญคือต้องมีการขยายผลต่อเนื่องไปยังหน่วยอื่นๆ ที่ยังไม่พัฒนาด้วยก็จะนำไปสู่ความสำเร็จในการดำเนินงานที่ครอบคลุมทั่วพื้นที่

2.การสนับสนุนงานบริการด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีการดำเนินงานงานเชิงรุกอย่างเข้มแข็งทั้งระดับสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดและโรงพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนวลตา อาภาศพะกุล และชญัญญา ชงัดเวช (2551) ที่พัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาเชิงรุกเพื่อการตรวจเลือดโดยความสมัครใจในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังมีการจัดบริการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการให้การปรึกษาในรูปแบบของการประชาสัมพันธ์ผ่านสื่อต่างๆ ที่สามารถเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุษารักษ์ โภหิณัง (2553) พบการพัฒนารูปแบบการให้คำปรึกษาเชิงรุกเพื่อการตรวจเลือดโดยความสมัครใจในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สำหรับด้านงบประมาณ กรมควบคุมโรคได้สนับสนุนงานบริการด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการสนับสนุนงบประมาณด้านการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้แก่หน่วยบริการ/สถานพยาบาลที่จัดบริการนอกเหนือจากระบบ合家จ่ายปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอุษารักษ์ โภหิณัง (2553) ที่ได้ประมาณค่าใช้จ่ายในการจัดบริการสุขภาพสำหรับผู้ป่วยเอดส์ที่มาใช้บริการในโรงพยาบาล โดยเฉพาะเรื่องการบริหารจัดการทรัพยากรให้เหมาะสมกับงานด้านเอดส์

3.พัฒนาศักยภาพบุคลากร ด้านความรู้และทักษะโดยมีการวิเคราะห์และประเมินความต้องการของบุคลากรที่รับผิดชอบงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธนพรรณ พองศิริ รัตน์ศิริ ทาโต และเพ็ญพักตร์ อุทิศ (2559) ที่สำรวจความต้องการเข้าอบรมพบว่ามีความสนใจในประเด็นการป้องกันโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเด็กและเยาวชนมากที่สุด ความสนใจในอันดับรองลงมาคือ การดูแลรักษาเอชไอวีและเอดส์ สำหรับการอบรมเพื่อปรับเจตคติในการทำงาน ได้แก่ Sensitivity , Stigma และ STI Counseling ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา ชะนะนอก ทักษมาศ อุดมโกคา และจุน หน่อแก้ว (2561) พบว่าหลังการทดลองโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรรภ์ในวัยเรียน นักเรียนมีเจตคติดีกว่าก่อนการทดลอง ซึ่งเป็นผลมาจากโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรรภ์ในวัยเรียน นอกจากนี้ยังมีการสร้างแรงกระตุ้นหรือขวัญกำลังใจ โดยการให้รางวัล การชมเชย การให้เครดิต การให้ค่าตอบแทน เพื่อเสริมแรงจูงใจและการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานแก่ผู้ทำงานทั้งภาครัฐ และเอกชน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรชนี มิตกิตติ อัญชลิกา ภูมิรัชยากุล และประสิทธิ์ บุญญาคม (2559) ที่มีการเสริมสร้างขวัญและกำลังใจให้ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์เปิดเผยตัวเองมากขึ้น มารับยาต่อเนื่องสม่ำเสมอ ได้รับการยอมรับและเอาใจใส่จากครอบครัว และชุมชนมากขึ้น

ด้านปริมาณ

1.กิจกรรมการดำเนินงานในโครงการการจัดบริการสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยงานการป้องกัน ควบคุมดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่

1.1.กลุ่มเป้าหมายที่ได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีจำนวนลดลง ทั้งนี้เนื่องมาจากการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายยากขึ้น เพราะกลุ่มเป้าหมายมีวิถีชีวิตที่ซับซ้อนมากขึ้น ในขณะที่กำลังคนทำงานไม่เพิ่มขึ้น และภาคประชาสังคมที่มีความเชี่ยวชาญในการทำงานกับกลุ่มประชากรหลักที่มีอยู่อย่างจำกัด และบางพื้นที่ไม่มีประสบการณ์ และไม่มีภาคประชาสังคมช่วยดำเนินการ ซึ่งสอดคล้องกับอังคณา เจริญวัฒนา โชคชัย ชลลดา นันทวิสัย และทำเนียบ สังวาลประกายแสง (2560) ที่ประเมินค่าใช้จ่ายและความคุ้มค่าของการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่อรายที่ถูกป้องกัน (Cost effectiveness) โดยพิจารณาเฉพาะ medical cost พบว่ามาตรการการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในพนักงานบริการหญิง และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความคุ้มค่า สามารถดำเนินการได้ ควรอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์ เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ได้มาตรฐาน

1.2.ผู้ที่ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้รับการดูแล รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ตามมาตรฐานซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา อยู่ศิริ (2557) พบว่าผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และโรคเอดส์ ได้รับการดูแล รักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ตามมาตรฐาน

1.3.กลุ่มเป้าหมายได้รับการให้การศึกษาและตรวจเลือดรวมทั้งทราบผลเลือด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของณัฐชา ช้อนขำ (2549) พบว่าผลจากการให้การศึกษาให้ผู้สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีมีเป็นจำนวนมาก และสอดคล้องกับการศึกษาของประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์ (2539) ซึ่งพบว่าการให้การศึกษาก่อนตรวจเลือดมีความสำคัญเท่าๆหรือมากกว่าการให้การศึกษาหลังตรวจเลือด การให้การศึกษาเพื่อแจ้งผลลบ มีความสำคัญเท่าๆหรือมากกว่าเพื่อแจ้งผลบวก เพราะเป็นโอกาสที่ดีที่จะป้องกันติดเชื้อและป้องกันการระบาด

1.4.หน่วยบริการสาธารณสุขมีเจ้าหน้าที่ผ่านการอบรมเสริมสร้างศักยภาพตามหลักสูตร ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจันทนา อยู่ศิริ (2557) พบว่ามีการพัฒนาศักยภาพบุคลากรทีมสหสาขา

วิชาชีพโดยบุคลากรด้านเอชไอวี มีความรู้การป้องกันดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และบุคลากรด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถให้บริการปรึกษาด้านเอชไอวีได้

2.กลุ่มเป้าหมายที่มารับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการทางเพศ รองลงมาได้แก่ประชาชนทั่วไปที่มีพฤติกรรมเสี่ยง และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งสอดคล้องกับ ทำเนียบ สังวาลประกายแสง (2559) ที่พบจำนวนกลุ่มเป้าหมายเข้าสู่กระบวนการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่เป็นพนักงานบริการ รองลงมาได้แก่เยาวชน และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สำหรับ ความซุกซนของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบความซุกซนของโรคซิฟิลิสมากที่สุด รองลงมาได้แก่หนองใน และหนองในเทียม และสอดคล้องกับอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย ชลลดา นันทวิสัย และทำเนียบ สังวาลประกายแสง (2560) ที่พบความซุกซนของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี ที่พบจากการคัดกรองโรคในพนักงาน บริการหญิงและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีทั้งค่าที่สูงกว่าและต่ำกว่าความซุกซนที่ได้จากระบบเฝ้าระวัง บุรณาการการติดเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ ปี 2557 ผู้ที่คาดว่าจะติดเชื้อจากพนักงานบริการหรือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายต่อปีมีจำนวนไม่น้อย

ข้อเสนอแนะ

เชิงนโยบาย

- 1.แนวทางการขยายผลและสร้างที่ยั่งยืนโดยความร่วมมือของสำนักงานหลักประกันสุขภาพ แห่งชาติและกระทรวงสาธารณสุข
- 2.ผู้บริหารควรให้การสนับสนุนในการดำเนินงานเข้าไปในยุทธศาสตร์จังหวัด เพื่อให้ได้งบประมาณมา ดำเนินงานมากขึ้น

เชิงปฏิบัติ

- 1.สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ควรสร้างขวัญและกำลังใจให้แก่คนทำงาน เช่นมีการแจกลีเกียรติดับตรให้แก่คนทำงานโดยใช้ผลจากการวัดคุณภาพมาตรฐานการดำเนินงาน ซึ่งจะท าให้ผู้บริหารเห็นความสำคัญของการดำเนินงานได้อย่างชัดเจน
- 2.ควรมีการอบรมเรื่องการปรับทัศนคติ เพราะผู้ปฏิบัติงานยังมีการตีตราเรื่องโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์
- 3.ควรมีการเชื่อมโยงการทำงานระหว่างงานเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เนื่องจากเจ้าหน้าที่ เข้าใจในประเด็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อย
- 4.ด้วยศักยภาพของบุคลากรที่แตกต่างกัน ดังนั้นบุคลากรที่มารับงานโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใหม่ เมื่อผ่านการอบรมแล้วต้องมีระบบการสอนหน้างานร่วมด้วย

- 5.สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดแห่งหนึ่ง สะท้อนปัญหา โปรแกรม ที่มีมากมายหลายอย่างซ้ำซ้อนกัน ทำให้ผู้ปฏิบัติงานสับสน หรือรู้สึกว่าเป็นภาระงานเพิ่มขึ้น จึงควรพัฒนาให้เป็น โปรแกรมเดียว
6. คู่มือการดำเนินงาน ในเรื่องแนวทางการทำงานเชิงรุก พบว่าไม่สอดคล้องกับการทำงานเชิงรุกของโรงพยาบาลชุมชนขนาดเล็ก ซึ่งมีแหล่งบริการทางเพศน้อย จึงควรมีการปรับเปลี่ยนเนื้อหาในคู่มือในส่วนการทำงานเชิงรุกให้เข้ากับบริบทของจังหวัดที่เปลี่ยนแปลงไป

เอกสารอ้างอิง

1. จันทนา อยู่ศิริ.(2557). ผลการพัฒนาระบบบริการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เป็นมิตรในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์. สืบค้น 10 กุมภาพันธ์ 2557, จาก [http:// www.cqihiv.com](http://www.cqihiv.com)
2. จินตนา ชะนะนอก, ทักษาศ อุดมโกศา, และจุน หน่อแก้ว. (2561). ผลของโปรแกรมส่งเสริมพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตั้งครกในวัยเรียน ของแกนนำ นักเรียนโรงเรียนเอกชนแห่งหนึ่ง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา. วารสารวิจัยและพัฒนา ด้านสุขภาพ (สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา), 5 (1), 97-106.
3. ชัญญวาท วงศ์บา และกิงกาญจน์ จงใจหาญ. (2555). ประเมินผลการฝึกอบรมตามโครงการ CHAMPION โดยประยุกต์ใช้แนวทางการประเมินของเคิร์กแพทริก. วารสารสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดขอนแก่น, 19 (1), 27-38.
4. เชาวน์ อินโย.(2553). การประเมินโครงการ Program Evaluation. กรุงเทพฯ: บริษัทวีพีรันทจำกัด.
5. ณัฏฐพันธ์ เขจรนนท์.(2543). การประเมินผลการฝึกอบรม. กรุงเทพฯ: อีรป้อมวรรณกรรม.
6. ณัฐชยา ช้อนคำ.(2549). คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ภายใต้ระบบการดูแลอย่างครบถ้วน และต่อเนื่องในภาคใต้ ตอนล่าง (วิทยานิพนธ์ พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
7. ทำเนียบ สักวาประกายแสง. (2559). การศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงซึ่งได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายใต้ระบบ หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า. วารสารโรคเอดส์, 28 (1), 1-6.
8. ธนพรรณ พองศิริ, รัตน์ศิริ ทาโต, และเพ็ญพักตร์ อุทิศ. (2559). การพัฒนาหลักสูตรนานาชาติเรื่อง International Training Course on Comprehensive Pediatric HIV/AIDS Care Management และการประเมินผลการฝึกอบรม. วารสารสถาบันป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง 1 (1), 40-49.
9. นพดล ไพบูลย์สิน.(2560). การประเมินโครงการสนับสนุนองค์กรพัฒนาเอกชนสาธารณะประโยชน์ให้ มีส่วนร่วมในการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ในช่วงแผนยุติปัญหาเอดส์ ปี พ.ศ.2555 – 2557. วารสารควบคุมโรค, 43 (1), 85-95.

10. นวลตา อาภาศัพท์กุล, และชนัญญา ชังดเวช. (2551). **การให้คำปรึกษาเชิงรุกเพื่อการตรวจเลือดโดยความสมัครใจในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี** (รายงานผลการวิจัย). สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์
11. นวรัตน์ สุวรรณพ่อง และฉวีวรรณ บุญญา. (2542). **การประเมินผลและการเขียนแผนงานโครงการด้านสาธารณสุข**. กรุงเทพฯ: พรทิพย์การพิมพ์.
12. ประชุม รอดประเสริฐ. (2535). **การบริหารโครงการ**. พิมพ์ครั้งที่ 7. กรุงเทพฯ: เนติกุลการพิมพ์.
13. ประชุม รอดประเสริฐ. (2547). **นโยบายและการวางแผนงานหลักการและทฤษฎี** (พิมพ์ครั้งที่ 8). ชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา.
14. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. (2539). **การให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงอาชีพพิเศษจังหวัดเชียงราย 300 คน**. วารสารสมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย, 41 (1), 31-44.
15. เพ็ญศรี ฟองหิรัญรัตน์, สุเทพ ชาเทพ, และจันทนา ชูเกียรติศิริ. (2546). **การประเมินผลการให้ยารักษาผู้ป่วยตามมาตรฐานการรักษาของกรมควบคุมโรคติดต่อ**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
16. ไพศาล หวังพานิช. (2544). **การจัดทำโครงการฯ ในหลักสูตรการวางแผนระดับหัวหน้ากลุ่มงาน**. กรุงเทพฯ: สำนักงานนโยบายและแผนการศึกษาศาสนาและวัฒนธรรม สำนักงานปลัดกระทรวงศึกษาธิการ.
17. เยาวดี ราชชัยกุล วิบูลย์ศรี. (2542). **การประเมินโครงการแนวคิดและแนวปฏิบัติ**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
18. รัชณี มิตกิตติ, อัญชลิกา ภูมิรัชยากุล และพระครูประสิทธิ์ บุญญาคม. (2559). **วิจัยเชิงประเมินผลโครงการธรรมรักษาและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์**. วารสารพยาบาลศาสตร์และสุขภาพ, 39 (3), 147-159.
19. รัตนะ บัวสนธ์. (2540). **การประเมินผลโครงการการวิจัยเชิงประเมิน**. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์คอมแพคท์.
20. วิภาดา มหรัตน์วิโรจน์. (2557). **บทเรียนและองค์ความรู้จากโครงการบริหารจัดการและส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ในระดับท้องถิ่น**. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.

21. วีระยุทธ ชาตะกาญจน์.(2541).การประเมินผลโครงการ.นครศรีธรรมราช : สถาบันราชภัฏนครศรีธรรมราช
- 22.ศิริวิช ดโนทัย.(2537) การประเมินกระบวนการวางแผนของแผนพัฒนาการศึกษาระดับอุดมศึกษา
ฉบับที่ 6 (พ.ศ.2530-2534). กรุงเทพฯ :สถาบันเทคโนโลยีพระจอมเกล้าพระนครเหนือ.
- 23.สมหวัง พิธิยานุวัฒน์.(2528). รวมบทความการประเมินโครงการ. กรุงเทพฯ : จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 24.สุชาติ ประสิทธิ์รัฐสินธุ์.(2547).การประเมินผลโครงการหลักการและการประยุกต์. กรุงเทพฯ:เฟื่องฟ้าพรินติ้ง.
25. สุวิมล ติรกันนท์. (2548).การประเมินโครงการ:แนวทางสู่การปฏิบัติ.กรุงเทพฯ:จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย.
- 26.อมรรัตน์ จงตระการสมบัติ. (2552) .ผลกระทบการดำเนินงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ต่อหญิงบริการหลังจากการยุบคลินิกกามโรคจากการปฏิรูประบบราชการในปี 2545.
(รายงานผลการวิจัย). อุบลราชธานี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 อุบลราชธานี
- 27.อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย.(2560). การประเมินมาตรฐานและคุณภาพการดำเนินงานด้านโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์บริษัทดิจิตอลันมเบอร์วัน จำกัด.
28. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย, ชลลดา นันทวิสัย, และทำเนียบ สักวาประกายแสง.(2560). การคัดกรอง
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพื่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี
ในกลุ่มเสี่ยง. วารสารโรคเอดส์, 29 (3), 155-168.
- 29.อัจฉรา เขาวะวณิช,รังสิมา โล่ห์เลขา,ปรีชา ตันธนาธิป,อมรพันธ์ วิรัชชัย,เจริญสุข อัสวพิพิธ กรุณา ลิ้มเจริญ...
อรพิน สุขศรีพานิช (2550). พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใน
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร, วสารควบคุมโรค,33 (1), 60-68.
- 30.อุษาธิ์ โถหิน่ง. (2553). ต้นทุนการดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์
จังหวัดเชียงราย.วารสารโรคเอดส์, 22 (4), 213-223.

ภาคผนวก

|

แบบสัมภาษณ์การสนทนากลุ่ม

1.สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด และหน่วยบริการสาธารณสุขในพื้นที่ มีการดำเนินการตามแนวทาง/กิจกรรมในเรื่องนี้ อย่างไรบ้าง

.....

.....

2.กระบวนการ/เนื้อหา ของแต่ละกิจกรรมมีอะไรบ้าง มีกระบวนการอย่างไร

.....

.....

3. หน่วยงาน/ภาคีพัฒนาอื่นๆ เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนการดำเนินงานอย่างไรบ้าง

.....

.....

4. มีการเชื่อมโยงกิจกรรมนี้ กับกิจกรรมอื่นที่ดำเนินการอยู่แล้วอย่างไรบ้าง

.....

.....

5.ผลการดำเนินงาน เป็นไปตามเป้าหมาย/วัตถุประสงค์ หรือไม่ เป็นอย่างไร

.....

.....

6.มีสิ่งดีๆที่ได้รับจากการดำเนินการโครงการที่ไม่อยู่ภายใต้เป้าหมายของโครงการ หรือไม่ อย่างไร

.....

.....

7.ปัจจัยแห่งความสำเร็จ

.....

.....

8.ปัญหา/อุปสรรค ขัดจำกัดในการดำเนินงาน

.....

.....

9. ข้อเสนอแนะ

.....

.....

ชื่อ-นามสกุล _____

HN _____

วันที่รับบริการ _____

รูปแบบการให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

☐ ผู้รับบริการแสดงความต้องการ (CITC)

☐ บุคลากรทางการแพทย์เสนอบริการ (PITC)

☐ ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการแบบรายตัว

☐ ให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการแบบรายกลุ่ม

บริการให้การปรึกษาเพื่อการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

การได้รับบริการปรึกษาก่อนหน้านั้น (รายใหม่) ① = เคย ② = ไม่เคย

ไม่เคยรับบริการ ทั้งหมด ☐	การรับบริการให้การปรึกษา	
	① ②	Pre-test counseling for HIV ระยะเวลา.....ค/ป.
	① ②	HIV testing ระยะเวลา.....ค/ป.
	① ②	Post-test counseling for HIV ระยะเวลา.....ค/ป.
	① ②	ทราบผล HIV+ ระยะเวลา.....ค/ป.

ปัจจุบันมีคู่นอนสัมพันธ์ ☐ ไม่มี ☐ มี

ในกรณีมีคู่นอนสัมพันธ์ กิจกรรมที่ได้รับบริการในครั้งนี้	
① = ใช่ ② = ไม่ใช่	กิจกรรมที่ผู้รับบริการได้รับ
① ②	รับบริการปรึกษาก่อนการตรวจเลือดพร้อมคู่อ
① ②	รับบริการปรึกษาหลังการตรวจเลือดพร้อมคู่อและ รับทราบผลเลือดร่วมกัน
① ②	ทราบผลเลือดของคู่อ
ผลเลือดของคู่อ	☐ Negative ☐ Indeterminate ☐ Positive

VCTID: _____

Pre-test counseling for HIV ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ ว.ค.ป.ที่บริการ.....

① = ทำ ② = ไม่ทำ	กิจกรรมที่ผู้รับบริการได้รับ
① ②	ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับและการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
① ②	รับทราบข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการตรวจเลือด
① ②	ลงนามในเอกสารที่แสดงถึงการได้รับข้อมูลเพื่อประกอบการตัดสินใจในการตรวจเลือด

HIV testing ☐ ตรวจ ☐ ไม่ตรวจ

กรณีไม่ตรวจ HIV เนื่องจาก ☐ ไม่เสี่ยง ☐ ไม่ยินยอม ☐ อื่นๆ.....

• Antibody Tests วันที่
☐ Anti-HIV โดยวิธี.....

ผลการตรวจ ☐ Negative ☐ Indeterminate ☐ Positive

ได้รับรายงานผลจากห้องปฏิบัติการเมื่อวันที่

No.LAB HIV Testing.....(กรณี non-Thai)

Post-test counseling for HIV ☐ ไม่ได้ทำ ☐ ทำ ว.ค.ป.ที่บริการ.....

① = ทำ ② = ไม่ทำ	กิจกรรมที่ผู้รับบริการได้รับ
① ②	ให้บริการปรึกษาเพื่อปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงในการป้องกันการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
ในกรณีผลลบ	
① ②	อยู่ใน window period
① ②	นัดตรวจเลือดซ้ำ
① ②	ได้รับยาป้องกันการติดเชื้อ : Post Exposure Prophylaxis (PEP) ชนิดของยา :..... :..... :.....
ในกรณีผลไม่ชัดเจนยังสรุปไม่ได้	
① ②	นัดตรวจเลือดซ้ำ
ในกรณีผลบวก	
① ②	ให้บริการปรึกษาเพื่อการดูแลด้านจิตใจ
① ②	ผู้รับบริการมีความคิดฆ่าตัวตาย
① ②	ให้ข้อมูลเรื่องการดูแลรักษาต่อเนื่อง
① ②	ได้รับการตรวจหาระดับ CD4 /ว.ค.ป.ที่ตรวจ..... ระดับ CD4
① ②	ได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยบริการสาธารณสุขอื่น (ระบุชื่อ).....
NAPID: _____	

นัดติดตามผล วันที่.....เพื่อ ☐ Pre- test Counseling ☐ HIV testing ☐ Post- test Counseling

☐ ติดตามการดูแลรักษา STI (ระบุวันที่ กรณีแตกต่าง).....

☐ นัดตรวจเลือดซ้ำ.....

☐ อื่นๆ ระบุ.....

ชื่อผู้บันทึก

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ – สกุล	นางทำเนียบ สักวาฬประกายแสง
ที่อยู่	250/572 ถนนพุทธมณฑลสาย 2 แขวงศาลาธรรมสพน์ เขตทวีวัฒนา กรุงเทพมหานคร 10170
สถานที่ทำงาน	กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข 11000
ประวัติการศึกษา	
พ.ศ.2525	ประกาศนียบัตรวิชาชีพ สาขาพยาบาลศาสตร์และผดุงครรภ์ชั้นสูง วิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จังหวัดจันทบุรี
ประวัติการทำงาน	
พ.ศ.2525	พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร จังหวัดสมุทรสาคร
พ.ศ.2526 – ปัจจุบัน	พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข