

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

# พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีกับการใช้สารเสพติด ของกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนในกรุงเทพมหานคร

บังอร เทพเทียน ปร.ด. (วิจัยพฤติกรรมศาสตร์)\*

สุพัตรา ศรีวณิชชากร พ.บ., วว.(ระบาดวิทยา)\*\*

ประภาพรณ จูเจริญ ปร.ด. (ประสาทวิทยา)\*

\* สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล

\*\* กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

**บทคัดย่อ** การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมป้องกันและการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชน เป็นการศึกษาข้อมูลของการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีย้อนหลัง 5 ปีตั้งแต่ปี 2552 - 2556 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร โดยแบ่งการศึกษาออกเป็น 2 ช่วงอายุ คือกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 14 - 18 ปี) และเยาวชน (อายุ 19 - 22 ปี) จำนวนทั้งหมด 20,570 ราย ผลการวิจัยพบว่า กลุ่มเยาวชนใช้สารเสพติด (แอลกอฮอล์ บุหรี่ และยาบ้า) มากกว่าวัยรุ่นประมาณ 1 เท่า รวมทั้งมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ และมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดโดยการฉีดเข้าเส้นโลหิตมากกว่ากลุ่มวัยรุ่น หากแต่เยาวชนมีพฤติกรรมป้องกันโดยการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ในรอบปีที่ผ่านมามากกว่ากลุ่มวัยรุ่น วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดจะมีประสบการณ์ทางเพศสัมพันธ์และการใช้สารเสพติดโดยการฉีดเข้าเส้นโลหิตมากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ใช้สารเสพติด [ประสบการณ์ทางเพศ OR=8.64, 95%CI=2.66-24.31(แอลกอฮอล์); OR=5.12, 95%CI=1.92-18.73 (ยาบ้า), การใช้เข็ม OR=5.78, 95%CI=3.96-10.0 (แอลกอฮอล์); OR=6.31, 95%CI=3.36-10.0 (บุหรี่); OR=1.84, 95%CI=1.53-2.96 (ยาบ้า)] ในกลุ่มเยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่จะมีประสบการณ์ทางเพศสัมพันธ์และมีคู่นอนมากกว่า 1 คน) มากกว่ากลุ่มเยาวชนที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์และไม่สูบบุหรี่ [ประสบการณ์ทางเพศ OR=1.75, 95%CI=1.32-2.32 (แอลกอฮอล์); OR=2.63, 95%CI=1.72-4.03 (บุหรี่), มีคู่นอนหลายคน OR=2.31, 95%CI=1.90-7.35 (แอลกอฮอล์); OR=1.84, 95%CI=2.90-5.36(บุหรี่), OR=2.34, 95%CI=1.42-4.29 (ยาบ้า)] ส่วนเยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์กับเยาวชนใช้ยาบ้ามีการใช้สารเสพติดโดยการฉีดเข้าเส้นโลหิตมากกว่าผู้ที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์กับเยาวชนที่ไม่เสพยาบ้า ทั้งวัยรุ่นและเยาวชนที่มีการใช้สารเสพติดจะนำไปสู่การที่ไม่สามารถควบคุมการตัดสินใจและยับยั้งชั่งใจอันจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ดังนั้น ควรให้มีการรณรงค์พฤติกรรมป้องกันโดยการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่มีการใช้สารเสพติดโดยสมัครใจและควรพิจารณาให้ผู้ที่มีความเสี่ยงที่มีอายุน้อยกว่า 18 ปี ได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและได้รับการปรึกษาด้วยตนเอง

**คำสำคัญ:** วัยรุ่น, วัยผู้ใหญ่ตอนต้น, เอชไอวี, พฤติกรรมเสี่ยง, การใช้สารเสพติด

## บทนำ

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมากทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ<sup>(1)</sup> สังคมปัจจุบันเป็นยุคข่าวสารไร้พรมแดนส่งผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม ความรู้สึกนึกคิดของวัยรุ่นมากขึ้นด้วย ในระยะวัยรุ่นเป็นระยะหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิต เป็นวัยวิกฤต (critical period) อันเนื่องจากการปรับเปลี่ยนการดำเนินชีวิตอย่างมาก มีปัญหาและมีความยากลำบากในการปรับตัว<sup>(2)</sup> วัยรุ่นจึงมีโอกาสติดสารเสพติดได้มาก อาจเนื่องมาจากการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกายและจิตใจ เกิดความเครียดได้ง่าย สาเหตุสำคัญที่วัยรุ่นมีโอกาสติดสารเสพติดมาจากการที่วัยรุ่นมีความขัดแย้งกับบุคคลในครอบครัว อิทธิพลของกลุ่มเพื่อน ความอยากลอง อยากเท่ หรืออยากที่จะปฏิบัติตามผู้ใหญ่ที่ตนนิยมชมชอบ ฯลฯ ส่งผลให้วัยรุ่นมีการใช้สารเสพติด เช่น บุหรี่ สุรา จนกระทั่งกลายเป็นการใช้สารเสพติดที่มีอันตรายต่อตนเองอย่างมาก และผิดกฎหมายอย่างยาบ้าได้ ในโลกของวัยรุ่นปัจจุบันนิยมการจัดการสังสรรค์ในกลุ่มเพื่อน และมีการใช้สารเสพติดทำให้ขาดการควบคุมตนเอง เกิดปัญหาการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการคาดคิดมาก่อนหรือไม่มีการป้องกัน ซึ่งส่งผลให้เกิดปัญหาการตั้งครรภ์ที่ไม่พึงประสงค์ การติดโรคทางเพศสัมพันธ์ หรือปัญหาอาชญากรรมตามมาได้<sup>(3)</sup> จากรายงานขององค์การอนามัยโลกยังคงให้ความสำคัญกับการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่น ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด โดยพบว่า กลุ่มวัยรุ่น (อายุ 10 - 19 ปี) และกลุ่มเยาวชน (อายุ 20 - 24 ปี) เป็นกลุ่มที่มีความเปราะบางทั้งทางด้านสังคมและเศรษฐกิจต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มวัยรุ่นผู้หญิงที่อยู่ในพื้นที่ที่มีการระบาดของเอชไอวีสูงยังคงเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยและการใช้สารเสพติดชนิดฉีด ในปี 2014 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นวัยรุ่นและเยาวชนประมาณ 2.1 ล้านคน<sup>(4)</sup> โดยหนึ่งในเจ็ดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมดเป็นการติดเชื้อฯ ในช่วงวัยรุ่นสำหรับปัญหาเอดส์ในประเทศไทย

แม้ว่ากระทรวงสาธารณสุขจะได้รับการยอมรับทั่วโลกว่ามีระบบการเฝ้าระวังและติดตามการรายงานโรคที่มีประสิทธิภาพก็ตาม โดยพบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีภาพรวมของประเทศไทยมีแนวโน้มลดลง แต่พบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในบางกลุ่มกลับเพิ่มขึ้น เช่น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และกลุ่มเยาวชน สาเหตุเนื่องมาจากพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน และกลุ่มเยาวชนหญิงมีการตั้งครรรค์ก่อนวัยอันควร (อายุน้อยกว่า 20 ปี) มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี<sup>(5)</sup>

ประเทศไทยเป็นประเทศที่มีปริมาณการดื่มแอลกอฮอล์มากจัดเป็นอันดับ 5 ของโลก<sup>(6)</sup> และปัจจุบันนี้มีจำนวนผู้ดื่มสุราและเครื่องดื่มแอลกอฮอล์เพิ่มมากขึ้น กลุ่มที่น่าเป็นห่วงซึ่งคือนักดื่มหน้าใหม่คือ กลุ่มวัยรุ่นที่มีนักดื่มมากขึ้น โดยวัยรุ่นเพศชายอายุ 11 - 19 ปี ที่บริโภคเครื่องดื่มผสมแอลกอฮอล์ มีจำนวนประมาณ 1.06 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 21.2 ของประชากรในกลุ่มอายุนี้<sup>(7)</sup> ปรากฏการณ์ที่น่าเป็นห่วงคือนักเรียนชายและหญิงระดับชั้นมัธยมปลาย และระดับประกาศนียบัตรวิชาชีพ (ปวช.) ที่เคยดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประมาณร้อยละ 50.0 เริ่มดื่มเมื่ออายุต่ำกว่า 15 ปี ทั้งนี้ผู้ชายเริ่มต้นดื่มในอายุน้อยกว่าผู้หญิง แต่กลุ่มผู้หญิงวัย 15 - 19 ปี เป็นกลุ่มที่น่าจับตามากที่สุดเนื่องจากการเพิ่มจำนวนเกือบ 6 เท่า คือจากร้อยละ 1.0 เป็นร้อยละ 5.6 และในกลุ่มหญิงในวัยนี้เป็นผู้ดื่มประจำถึงร้อยละ 14.1 (ดื่ม 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ถึงดื่มครั้งวัน) ปัญหาการติดสุราและการดื่มสุราเป็นปัญหาที่ไม่ได้เกิดขึ้นเฉพาะในวัยผู้ใหญ่เท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาที่เกิดขึ้นกับเยาวชนที่มีอายุระหว่าง 12 - 19 ปีที่ดื่มสุราและเบียร์ โดยผู้ชายดื่มมากกว่าหญิง 9 เท่า โดยเฉพาะนักดื่มหน้าใหม่ที่ผู้ผลิตเจาะกลุ่มเป้าหมายที่เด็กผู้หญิง ทั้งนี้ วัยรุ่นหญิงอายุ 15 - 19 ปี มีจำนวนการดื่มสุราเพิ่มขึ้นถึง 6 เท่าตัว<sup>(8)</sup> จากการสำรวจสำนักงานสถิติแห่งชาติพบว่า ประชากรกลุ่มเยาวชนอายุ 15 - 24 ปีเป็นกลุ่มที่มีการดื่มสุราและเครื่องดื่มมีนเมาร้อยละ 23.5 โดยชายมีอัตราการดื่มสุราหรือ

เครื่องดื่มมีน้ำตาลสูงกว่าหญิงในทุกกลุ่มอายุและใน ประเทศไทยพบว่า วัยรุ่นที่เริ่มดื่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุ 15 ปี มีความสัมพันธ์กับการติดสุรา (alcohol dependent) มากกว่าวัยรุ่นที่ดื่มสุราครั้งแรกเมื่ออายุ 20 ปีถึง 5 เท่า<sup>(9)</sup> นอกจากนี้ การดื่มสุราเป็นปัจจัยสำคัญที่ทำให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยไม่ตั้งใจ และมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย รวมทั้งก่อให้เกิดความรุนแรงระหว่างวัยรุ่นด้วยกันและต่อวัยผู้ใหญ่ด้วย นำไปสู่สาเหตุการตาย 3 อันดับจากอุบัติเหตุรถยนต์ การฆ่าตัวตาย การฆ่าผู้อื่นตาย ล้วนมีการดื่มสุราและของมีน้ำตาลเข้ามาเกี่ยวข้องด้วยซึ่งเป็นทิศทางเดียวกันกับสถานการณ์ในระดับโลก จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกพบว่า การดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ส่งผลทำให้ทั่วโลกมีอัตราการตายสูงถึงปีละ 1.8 ล้านคนและผู้ที่ได้รับปัญหาจากแอลกอฮอล์สูงถึง 76.4 ล้านคน จำแนกเป็นเพศชาย 63.7 ล้านคน และเพศหญิง 12.7 ล้านคน นอกจากนี้พบว่า แนวโน้มของผู้ดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ประเทศกำลังพัฒนาเพิ่มสูงขึ้น<sup>(10)</sup>

แอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติดได้ถูกเชื่อมโยงกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตั้งแต่จุดเริ่มต้นของการระบาดในประเทศไทยโดยที่การเสพยาเสพติดโดยวิธีการฉีดได้ถูกกล่าวถึงว่าเป็นช่องทางที่สำคัญของการติดเชื้อเอชไอวีมาตั้งแต่ต้น<sup>(11)</sup> แต่ความรู้ที่เกี่ยวกับอันตรายของการใช้สารเสพติดอันจะนำไปสู่การที่ไม่สามารถควบคุมการตัดสินใจและยับยั้งชั่งใจอันอาจจะนำไปสู่การมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยยังไม่ค่อยมีการศึกษาชัดเจนมากนัก มีงานวิจัยที่ศึกษากับผู้ที่ใช้ยาเสพติดว่าสามารถมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกเงินมาซื้อขายเสพติดจึงทำให้มีพฤติกรรมที่เสี่ยงทางเพศสัมพันธ์มากขึ้น และสรุปว่าพฤติกรรมทางเพศคือปัจจัยหลักต่อความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้นเลือด การใช้สารเสพติดได้รวมถึงเมธาแอมเฟตามีน หรือแอลกอฮอล์อีกด้วย เพราะสารเสพติดเหล่านี้ต่างเพิ่มโอกาสให้ผู้เสพขาดสติและการป้องกันตัวเองหรือใส่ถุงยางอนามัยในระหว่างการมีเพศสัมพันธ์<sup>(12)</sup> ผู้เสพบางคนใช้สารเสพ-

ติดเพื่อลดความหวาดหวั่นก่อนการมีเพศสัมพันธ์เพราะสารเสพติดบางประเภท สามารถกระตุ้นให้ผู้เสพสามารถกล้าที่จะมีส่วนร่วมในกิจกรรมทางเพศได้ แม้ว่าในเวลาปกติจะไม่ทำก็ตาม รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนหลายคนโดยไม่ป้องกัน ในขณะที่บางคนอาจจะไม่สามารถควบคุมการกระทำของตัวเองได้ ในขณะที่อยู่ภายใต้การออกฤทธิ์ของสารเสพติดและแอลกอฮอล์ เพราะสารเสพติดทั้งหลายจะลดความสามารถในการควบคุมสติในการใช้ถุงยางอนามัยและมีพฤติกรรมที่ปลอดภัย<sup>(13)</sup>

จากข้อมูลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของกรุงเทพมหานคร (กทม.) ที่ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2545 - ปัจจุบัน ที่ได้จัดเก็บตัวแปรพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมทางเพศ และพฤติกรรมป้องกันหากแต่ยังขาดการวิเคราะห์เพื่อหาความเชื่อมโยงระหว่างพฤติกรรมทั้งสามส่วน ประกอบกับการศึกษาในประเทศไทย ส่วนใหญ่ยังเป็นการศึกษาผลกระทบของการเสพยาเสพติดโดยทั่วไปโดยไม่ได้เจาะจงกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดที่เชื่อมโยงกับพฤติกรรมทางเพศและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมป้องกันและการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

## วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลของการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกรุงเทพมหานครที่ได้ดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2545 จนถึงปัจจุบัน ดำเนินการสำรวจโดยสถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ร่วมกันกับกองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร<sup>(14)</sup> กลุ่มเป้าหมายที่สำรวจประกอบด้วยกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2 และ 5 กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 กลุ่มพนักงานในสถานประกอบการ กลุ่มประชาชนทั่วไปที่อาศัยอยู่ในชุมชนกรุงเทพ-

มหานคร กลุ่มแรงงานข้ามชาติ (พม่า ลาว เขมร) กลุ่ม- ทหารเกณฑ์กองประจำการ กลุ่มพนักงานบริการ กลุ่มชาย ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด สำหรับชุดข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ข้อมูลทุติย- ภูมิเฉพาะกลุ่มประชาชนทั่วไปเท่านั้น วิธีเก็บรวบรวม ข้อมูลในแต่ละปี และแต่ละกลุ่มเป้าหมายจะใช้สถานที่ และช่วงเวลาในการเก็บข้อมูลเหมือนเดิมทุกปี (ในแต่ละปี กลุ่มตัวอย่างจะไม่ซ้ำคน) กลุ่มนักเรียนใช้วิธีการเก็บข้อมูล จาก web based survey ส่วนกลุ่มอื่นๆ ใช้แบบสอบถามให้ ตอบด้วยตนเอง การสุ่มตัวอย่างใช้วิธีการสุ่มในแต่ละ กลุ่มเป้าหมายแตกต่างกัน ดังในตารางที่ 1

สำหรับข้อมูลที่นำมาใช้ในครั้งนี้เป็นข้อมูลทุติยภูมิมา จากการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกรุงเทพมหานครใน 5 ปีย้อนหลังตั้งแต่ปี 2552 จนถึง 2556 โดยจำแนกออกเป็น 2 กลุ่มคือ กลุ่มวัยรุ่น (อายุ 14 - 18 ปี) และกลุ่มเยาวชน (อายุ 19 - 22 ปี) กลุ่ม- วัยรุ่นประกอบด้วยกลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 2

และ 5 กลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาชั้นปีที่ 2 ส่วนกลุ่มเยาวชน ประกอบด้วย กลุ่มประชาชนทั่วไปที่อาศัยอยู่ในชุมชน กรุงเทพมหานคร กลุ่มทหารเกณฑ์กองประจำการ กลุ่ม- แรงงานข้ามชาติ และกลุ่มพนักงานในสถานประกอบ กิจการ

**ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง**

ประชากรที่ศึกษาในโครงการสำรวจพฤติกรรมที่สัม- พันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกรุงเทพมหานครตั้งแต่ปี 2545 จนถึงปัจจุบัน มีจำนวนทั้งสิ้น 51,588 ราย สำหรับ ข้อมูลที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ได้คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ มีอายุ 14 - 22 ปี และเป็นข้อมูลที่ทำการศึกษาข้อมูล มาแล้วใน 5 ปีย้อนหลัง (ตั้งแต่ปี 2552 - 2556) ใน กลุ่มวัยรุ่น มีการสำรวจข้อมูลมาแล้วทั้งสิ้น 23,934 ราย คัดเลือกผู้ที่มีอายุระหว่าง 14 - 18 ปีและข้อมูลที่สำรวจ ย้อนหลัง 5 ปีมีจำนวน 16,913 ราย คิดเป็นร้อยละ 71.0 ส่วนกลุ่มเยาวชนมีการสำรวจข้อมูลมาแล้วทั้งสิ้น 8,516

**ตารางที่ 1** กลุ่มเป้าหมาย วิธีการสุ่มตัวอย่างและขนาดกลุ่มเป้าหมาย

เป้าหมายในกลุ่มประชากรทั่วไป	วิธีการสุ่มสถานที่	วิธีการคัดเลือก ตัวอย่าง	จำนวน ตัวอย่าง	จำนวนตัวอย่าง ตามเกณฑ์*
พนักงานในสถานประกอบกิจการ	สุ่มเลือกโรงงานขนาดใหญ่ที่มีลูกจ้าง ตั้งแต่ 200 คนขึ้นไปด้วยวิธีการกำหนด สัดส่วนตามขนาดตัวอย่าง (probability proportional to size (PPS)	simple random	6,904	1,588
นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 2	สุ่มเลือกโรงเรียนด้วยวิธี cluster sampling	systematic sampling	5,556	3,086
นักเรียนมัธยมศึกษาปีที่ 5			11,594	5,721
นักเรียนอาชีวศึกษาปีที่ 2			11,440	5,556
แรงงานข้ามชาติ	เลือกสถานบริการสาธารณสุขของ กทม. purposive sampling	quota sampling	2,478	234
ทหารเกณฑ์ประจำการ	เลือกกรมทหารด้วยวิธีการ purposive sampling	simple random	1,572	346
ประชาชนในชุมชน	สุ่มเลือกชุมชนด้วยวิธี cluster sampling	simple random	3,940	1,489

ที่มา: ฐานข้อมูลโครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของกรุงเทพมหานคร ในช่วง 2545 - 2556  
 หมายเหตุ\* ผู้วิจัยคัดเลือกตัวอย่างที่มีอายุ 14 - 22 ปี และเป็นข้อมูลที่ทำการศึกษาข้อมูลมาแล้วใน 5 ปีย้อนหลัง (ตั้งแต่ปี 2552 - 2556) มาใช้ในการศึกษาครั้งนี้

ราย ผู้วิจัยคัดเลือกผู้ที่มีอายุระหว่าง 19 - 22 ปีและปีที่ทำการสำรวจตั้งแต่ปี 2552 - 2556 จำนวน 3,657 ราย คิดเป็นร้อยละ 53.0 รวมกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษาในครั้งนี้ จำนวนทั้งหมด 20,570 ราย

### เครื่องมือในการรวบรวมข้อมูล

โครงการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีของกรุงเทพมหานคร ได้ทำการสำรวจข้อมูลด้วยการใช้แบบสอบถามประกอบด้วยข้อมูลลักษณะประชากร พฤติกรรมทางเพศ พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ความรู้ และทัศนคติต่อเอดส์ การรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แบบสอบถามมีการปรับปรุงเพื่อให้ตรงกับสถานการณ์ในปัจจุบันและตรวจสอบความเที่ยงตรงโดยผู้เชี่ยวชาญและทดสอบความเชื่อมั่นของแบบสอบถามด้วยวิธีการสถิติ การเก็บรวบรวมข้อมูลทุกข้อมูที่นำมาวิเคราะห์ในครั้งนี้ประกอบด้วยตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดคือแอลกอฮอล์ บุหรี่และยาบ้า ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศคือประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัย และจำนวนคู่นอน ตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมปกป้องตนเองคือการไปรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี การตรวจหาความผิดปกติของอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การประเมินความเสี่ยงของตนเอง และการไม่ใช้เข็มฉีดยาเพื่อเสพยาเสพติด

### การวัดตัวแปร

การวัดตัวแปรที่เกี่ยวข้องกับการใช้สารเสพติดนั้น จะสอบถามว่าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาได้มีการดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์จำนวนมากกว่า 1 แก้วหรือ 1 กระจอกขึ้นไปหรือไม่ สูบบุหรี่มากกว่า 1 มวนขึ้นไปหรือไม่ และเสพยาบ้าเกิน 1 เม็ดในรอบปีที่ผ่านมาหรือไม่ ถึงแม้ว่าในโครงการสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกรุงเทพมหานครจะได้สอบถามความถี่และจำนวนในการเสพยา หากแต่ว่าข้อมูลในแต่ละกลุ่มมีรายละเอียดที่แตกต่างกันจึงไม่นำมาวิเคราะห์ในครั้งนี้ด้วย ส่วนพฤติ-

กรรมทางเพศจะสอบถามพฤติกรรมในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา เช่นเดียวกันกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติด พฤติกรรมป้องกัน คำตอบของทุกพฤติกรรมจะแบ่งออกเป็น 2 ระดับ คือ ใช่ และไม่ใช่ ผู้วิจัยตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งหมดก่อนนำมาวิเคราะห์

### การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลพฤติกรรมต่างๆ ด้วยสถิติเชิงพรรณนา และใช้สถิติถดถอยแบบโลจิสติกส์ ในการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยกำหนดของพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

### ผลการศึกษา

ข้อมูลการใช้สารเสพติดในการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยได้สอบถามพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา การสอบถามพฤติกรรมการดื่มแอลกอฮอล์มากกว่า 1 กระจอกในกรณีเปียร์และมากกว่า 1 แก้วในกรณีดื่มสุรา การสอบถามพฤติกรรมการสูบบุหรี่มากกว่า 1 มวน และการสอบถามพฤติกรรมการเสพยาบ้ามากกว่า 1 เม็ดในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา จากข้อมูลในตารางที่ 2 ผู้วิจัยได้แบ่งกลุ่มประชากรออกเป็น 2 กลุ่มคือกลุ่มที่มีอายุ 14 - 18 ปี (กลุ่มวัยรุ่น) และกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 19 - 22 ปี (กลุ่มเยาวชน)

วัยรุ่นเกือบครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 47.3) มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา สารเสพติดที่มีการใช้มากที่สุดคือการดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 28.4) การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 16.5) และการเสพยาบ้า (ร้อยละ 1.9) ตามลำดับ ในกลุ่มนี้มีจำนวนเพศชาย-หญิงไม่แตกต่างกันมากนัก เพศชายมีการดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาบ้ามากกว่าเพศหญิง 1 เท่า ส่วนการสูบบุหรี่ ทั้งเพศชาย-หญิงมีสัดส่วนที่ไม่แตกต่างกันมากนัก

กลุ่มที่มีอายุระหว่าง 19 - 22 ปีประมาณสองในสามมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มเยาวชนมีการใช้สารเสพติดมากที่สุด

สุดคือ การดื่มแอลกอฮอล์ (ร้อยละ 41.7) การสูบบุหรี่ (ร้อยละ 23.4) และการเสพยาบ้า (ร้อยละ 5.1) ตามลำดับ

หากวิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้สารเสพติดอย่างใดอย่างหนึ่งในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาในกลุ่มวัยรุ่นและกลุ่มเยาวชนจะพบว่า ทั้งสองกลุ่มมีการดื่มแอลกอฮอล์มากที่สุด รองลงมาคือการสูบบุหรี่และการเสพยาบ้า ตามลำดับ กลุ่มเยาวชนดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาบ้าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามากกว่ากลุ่มวัยรุ่น (กลุ่มเยาวชน ร้อยละ 47.1 และร้อยละ 5.1 ส่วนกลุ่มวัยรุ่น ร้อยละ 28.4 และ 1.9) รวมทั้งเพศชายมีการดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาบ้าในรอบ 1 ปีที่ผ่านมามากกว่าเพศหญิงประมาณหนึ่งเท่า

ส่วนกลุ่มเยาวชนมีการสูบบุหรี่มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นประมาณร้อยละ 9.0 เท่านั้น และในกลุ่มวัยรุ่นหญิงมีการสูบบุหรี่ไม่ต่างจากเพศชายมากนัก แต่กลุ่มเยาวชนชายมีการสูบบุหรี่มากกว่าหญิงประมาณหนึ่งเท่า

ในกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ ในรอบปีที่ผ่านมาหากจำแนกตามกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 14 - 18 ปี) และกลุ่มเยาวชน (อายุ 19 - 22 ปี) พบว่ากลุ่มวัยรุ่นมีการใช้สารเสพติดประเภทใดประเภทหนึ่งเพียงอย่างเดียวมากกว่ากลุ่มเยาวชน (ร้อยละ 79.2 และร้อยละ 68.9 ตามลำดับ) กลุ่มวัยรุ่นมีการใช้สารเสพติดประเภทที่ไม่ผิดกฎหมาย (การดื่มแอลกอฮอล์และสูบบุหรี่) มากกว่ากลุ่มเยาวชน (ร้อยละ 90.4 และร้อยละ 84.0 ตาม-

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันในรอบปีที่ผ่านมาในกลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดประเภทต่างๆ จำแนกตามกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 14 - 18 ปี) และเยาวชน (อายุ 19 - 22 ปี)

กลุ่มวัยรุ่น (N=16,913)	N	%	แอลกอฮอล์		บุหรี่		ยาบ้า	
			n=4,809	%	n=2,872	%	n=325	%
<b>Sex</b>								
Male	8,743	51.7	2,981	34.1	1,579	18.1	224	2.6
Female	8,170	48.3	1,828	22.4	1,293	15.8	101	1.2
<b>Sexual experience</b>								
Yes	1,543	11.2	1,082	70.1	604	39.1	139	9.0
No	12,278	88.8	3,727	30.4	2,268	18.5	186	1.5
<b>Condom use (last time)</b>								
Yes	355	23.0	253	71.3	182	51.3	21	5.9
No	1,188	77.0	829	69.8	422	35.5	118	9.9
<b>Multiple partner</b>								
Yes	143	9.3	123	86.0	103	72.0	19	13.3
No	1400	90.7	959	68.5	501	35.8	120	8.6
<b>STI screening</b>								
Yes	938	6.8	102	10.9	93	9.9	21	2.2
No	12,883	93.2	4,707	36.5	2,779	21.6	304	2.4
<b>HIV testing</b>								
Yes	1,283	9.3	97	7.6	78	6.1	36	2.8
No	12,538	90.7	4,712	37.6	2,794	22.3	289	2.3
<b>Injection use</b>								
Yes	193	1.4	127	65.8	97	50.3	69	35.8
No	13,628	98.6	4,682	34.4	2,775	20.4	256	1.9
<b>Self-assessment HIV risk</b>								
Risk	7,015	50.8	2,183	31.1	1,603	22.9	194	2.8
No Risk	6,806	49.2	2,626	38.6	1,269	18.6	131	1.9

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันในรอบปีที่ผ่านมาใน กลุ่มที่มีการใช้สารเสพติดประเภทต่าง ๆ จำแนกตามกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 14 - 18 ปี) และเยาวชน (อายุ 19 - 22 ปี) (ต่อ)

กลุ่มเยาวชน (N=3,657)	N	%	แอลกอฮอล์		บุหรี่'		ยาบ้า	
			n=1,523	%	n=855	%	n=186	%
<b>Sex</b>								
Male	2,069	56.6	1,002	48.4	563	27.2	154	7.4
Female	1,588	43.4	521	32.8	292	18.4	32	2.0
<b>Sexual experience</b>								
Yes	2,377	65.0	1,320	55.5	712	30.0	116	4.9
No	1,280	35.0	203	15.9	143	11.2	70	5.5
<b>Condom use (last time)</b>								
Yes	554	23.3	285	51.4	196	35.4	21	3.8
No	1,823	76.7	1,035	56.8	516	28.3	95	5.2
<b>Multiple partner</b>								
Yes	262	11.0	243	92.7	187	71.4	23	8.8
No	2,115	89.0	1,077	50.9	525	24.8	93	4.4
<b>STI screening</b>								
Yes	878	24.0	218	24.8	123	14.0	39	4.4
No	2,779	76.0	1,305	47.0	732	26.3	147	5.3
<b>HIV testing</b>								
Yes	1,390	38.0	481	34.6	298	21.4	26	1.9
No	2267	62.0	1042	46.0	557	24.6	160	7.1
<b>Injection use</b>								
Yes	103	2.8	63	61.2	34	33.0	21	20.4
No	3,554	97.2	1,460	41.1	821	23.1	165	4.6
<b>Self-assessment HIV risk</b>								
Risk	2,743	75.0	1,253	45.7	728	26.5	89	3.2
No Risk	914	25.0	270	29.5	127	13.9	97	10.6

ลำดับ) ทั้งสองกลุ่มมีการเสพยาบ้าร่วมกันกับการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่มากกว่าการเสพยาบ้าเพียงอย่างเดียว

กลุ่มวัยรุ่น (อายุ 14 - 18 ปี) มีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์มาแล้วประมาณร้อยละ 10.0 ในขณะที่สองในสามของกลุ่มเยาวชน (อายุ 19 - 22 ปี) ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์แล้ว แต่สัดส่วนการใช้ถุงยางอนามัยในครั้งล่าสุดในทั้งสองมีสัดส่วนไม่แตกต่างกันมากนัก กลุ่มเยาวชนกลุ่มมีคู่นอนมากกว่า 1 คนในรอบปีที่ผ่านมา มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นเล็กน้อย พฤติกรรมการเสพยาเสพติดด้วยการฉีดพบในกลุ่มวัยรุ่นน้อยกว่ากลุ่มเยาวชน ส่วนพฤติกรรมการป้องกันด้านสุขภาพโดยการ

ไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และการตรวจเพื่อหาการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมาในกลุ่มเยาวชนมากกว่ากลุ่มวัยรุ่น รวมทั้งการประเมินความเสี่ยงของตนเองในกลุ่มเยาวชนจะประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวีมากกว่ากลุ่มวัยรุ่น

ตารางที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์พฤติกรรมการป้องกันด้านสุขภาพโดยการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และการตรวจเพื่อหาการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 14 - 18 ปี) โดยการวิเคราะห์ logistic regression พบว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ดื่มแอลกอฮอล์จะมีประสบ-

การมีเพศสัมพันธ์ (AOR=8.64, 95%CI=2.66 - 24.13) การเสพยาเสพติดด้วยการฉีด (AOR=5.78, 95%CI=3.96-10.0) และไม่ไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี (AOR=2.81, 95%CI=1.26-3.21) มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ กลุ่มวัยรุ่นที่สูบบุหรี่ไม่ใช้อย่างอนามัย (AOR=2.11, 95%CI=1.42-4.21) มีการเสพยาเสพติดด้วยการฉีด (AOR=6.31, 95%CI=3.36-10.0) และไม่ไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี (AOR=2.65, 95%CI=2.89-8.62) มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ไม่สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ สำหรับกลุ่มวัยรุ่น ที่เสพยาบ้ามีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์

(AOR=5.12, 95%CI=1.92-18.73) และมีการเสพยาเสพติดด้วยการฉีด (AOR=1.84, 95%CI=1.53-2.96) มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นที่ไม่ได้เสพยาบ้าอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์พฤติกรรมกำบังกันด้านสุขภาพโดยการไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และการตรวจเพื่อหาการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมา กับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดในกลุ่มเยาวชน (อายุ 19 - 22 ปี) โดยการวิเคราะห์ logistic regression (ตารางที่ 3) พบว่า กลุ่มเยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มเยาวชนที่ไม่ได้ดื่ม

ตารางที่ 3 พฤติกรรมป้องกันในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 14 - 18 ปี) และกลุ่มเยาวชน (อายุ 19 - 22 ปี) จำแนกตามกลุ่มที่ดื่มสุรา สูบบุหรี่และเสพยาบ้า ในรอบปีที่ผ่านมาโดยการวิเคราะห์ Logistic Regression

กลุ่มวัยรุ่น	N =	%	แอลกอฮอล์		บุหรี่		ยาบ้า	
			COR[95%CI]	AOR[95%CI]	COR[95%CI]	AOR[95%CI]	COR[95%CI]	AOR[95%CI]
ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์								
Yes	1,543	9.1	10.0*[1.9-18.7]	8.6*[2.7-24.1]	3.0*[1.7-4.2]		6.0*[1.9-18.7]	5.1*[1.9-18.7]
No	15,370	90.9	1	1	1		1	1
การใช้อย่างอนามัย (ครั้งล่าสุด)								
Yes	355		1		1	1	1	
No	1,188		1.0[0.7-1.4]		5.5*[1.2-8.2]	2.1*[1.42-4.21]	1.1[0.8-2.4]	
มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ในรอบปีที่ผ่านมา								
Yes	143		1.2[0.9-3.1]		2.1[0.6-2.9]		1.3[0.6-1.7]	
No	1,400		1		1		1	
การตรวจเพื่อหาการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์								
Yes	938	5.5	1		1		1	
No	15,975	94.5	1.0 [0.2-3.1]		3.3*[4.0-7.9]		1.0[0.1-4.21]	
การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี								
Yes	1,283	7.6	1	1	1	1	1	
No	15,630	92.4	2.7*[1.6-4.5]	2.8*[1.3-3.2]	4.7*[3.2-9.2]	2.6*[2.9-8.6]	2.1*[1.9-18.7]	
เสพยาเสพติดด้วยการฉีด								
Yes	193	1.1	6.3*[4.0-9.9]	5.8*[4.0-10.0]	6.4*[5.0-9.9]	6.3*[3.4-10.0]	2.3*[1.4-3.5]	1.8*[1.5-3.0]
No	16,720	98.9	1	1	1	1	1	1
ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง								
Risk	7,015	41.5	2.5*[1.9-4.4]		2.3*[2.4-6.7]		1.5[0.2 - 6.1]	
No Risk	9,898	58.5	1	1	1	1	1	1



ตารางที่ 2 พฤติกรรมป้องกันในกลุ่มวัยรุ่น (อายุ 14 - 18 ปี) และกลุ่มเยาวชน (อายุ 19 - 22 ปี) จำแนกตามกลุ่มที่ดื่มสุรา สูบบุหรี่และเสพยาบ้า ในรอบปีที่ผ่านมาโดยการวิเคราะห์ Logistic Regression (ต่อ)

กลุ่มเยาวชน	N =	%	แอลกอฮอล์		บุหรี่		ยาบ้า	
			COR[95%CI]	AOR[95%CI]	COR[95%CI]	AOR[95%CI]	COR[95%CI]	AOR[95%CI]
3,657								
ประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์								
Yes	2,377	65.0	2.4*[1.6-3.6]	1.8*[1.3-2.3]	3.8*[1.9-7.7]	2.6[1.7-4.0]	1.2[0.5-2.1]	
No	1,280	35.0	1	1	1	1	1	
การใช้ถุงยางอนามัย (ครั้งล่าสุด)								
Yes	354	14.9	1		1		1	
No	2023	85.1	7.2*[2.8-12.8]		3.5*[2.1-9.3]		1.7[0.4-2.6]	
มีคู่นอนมากกว่า 1 คนในรอบปีที่ผ่านมา								
Yes	262	11.0	4.4*[2.1-14.3]	2.1*[1.9-7.4]	2.9*[3.2-9.1]	1.8[2.9-5.4]	3.8*(2.0-7.4)	2.3*(1.4-4.3)
No	2115	89.0	1	1	1	1	1	1
การตรวจเพื่อหาการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์								
Yes	878	24.0	1		1		1	
No	2,779	76.0	2.85*[1.4-2.5]		2.8*[1.4-5.5]		1.1[0.6-1.7]	
การตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี								
Yes	1,390	38.0	1		1		1	
No	2,267	62.0	3.3*[2.38-5.6]		1.2[1.2-2.9]		2.0*[1.4-4.1]	
เสพยาเสพติดโดยการฉีด								
Yes	103	2.8	4.0*[1.6-10.0]	4.0*[1.8-13.8]	1.8*[0.4-7.8]		2.6*[1.1-6.2]	4.0*[1.6-10.0]
No	3,554	97.2	1	1	1		1	1
ประเมินพฤติกรรมเสี่ยง								
Risk	2,743	75.0	7.2*[4.0-13.1]	4.5*[2.2-8.9]	2.2*[1.3-3.8]		0.5[1.3-0.9]	
No Risk	914	25.0	1	1	1		1	

\* p<0.05

อย่างมีนัยสำคัญ กล่าวคือมีประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์ (AOR= 1.75, 95%CI=1.32-2.32) มีคู่นอนมากกว่า 1 คนในรอบปีที่ผ่านมา (AOR=2.13, 95%CI=1.90-7.35) นอกจากนี้ กลุ่มเยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์มีพฤติกรรมการเสพยาเสพติดด้วยการฉีด (AOR= 3.99, 95%CI=1.80-13.84) ประเมินตนเองว่ามีความเสี่ยง (AOR=4.46, 95%CI=2.24-8.87) มากกว่ากลุ่มเยาวชนที่ไม่ได้ดื่มแอลกอฮอล์อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนพฤติกรรมป้องกันในกลุ่มเยาวชนที่ดื่มแอลกอฮอล์และกลุ่มเยาวชนที่ไม่ได้ดื่มไม่แตกต่างกัน

ในกลุ่มเยาวชนที่สูบบุหรี่มีประสบการณ์การมีเพศ-

สัมพันธ์ (AOR=2.63, 95%CI=1.72-4.03) และมีคู่นอนมากกว่า 1 คนในรอบปีที่ผ่านมา (AOR=1.84, 95%CI=2.90 - 5.36) มากกว่ากลุ่มเยาวชนที่ไม่ได้สูบบุหรี่อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนพฤติกรรมป้องกันในกลุ่มเยาวชนที่สูบบุหรี่และกลุ่มเยาวชนที่ไม่ได้สูบบุหรี่ไม่มีความแตกต่างกัน

ในกลุ่มเยาวชนที่เสพยาบ้ามีคู่นอนมากกว่า 1 คนในรอบปีที่ผ่านมา (AOR=2.34, 95%CI=1.42-4.29) และมีพฤติกรรมการเสพยาเสพติดด้วยการฉีด (AOR= 4.04, 95%CI=1.63-9.99) มากกว่ากลุ่มเยาวชนที่ไม่ได้ อย่างมีนัยสำคัญ ส่วนพฤติกรรมป้องกันในกลุ่มเยาวชน

ที่เสพยาบ้าและกลุ่มเยาวชนที่ไม่ได้เสพยาบ้ามีความแตกต่างกัน

จากผลการศึกษาที่นำเสนอมาแล้วดังกล่าวข้างต้นสามารถสรุปประเด็นที่สำคัญดังต่อไปนี้ (1) กลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่มีการใช้สารเสพติดมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยใช้ (2) สารเสพติดที่ใช้มากที่สุดทั้งในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนคือการดื่มแอลกอฮอล์ การสูบบุหรี่ และการเสพยาบ้า ตามลำดับ (3) เพศชายมีการดื่มแอลกอฮอล์และเสพยาบ้ามากกว่าเพศหญิง 1 เท่า (4) ทั้งในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่เสพยาบ้าจะร่วมกับการดื่มแอลกอฮอล์หรือสูบบุหรี่มากกว่าการเสพยาบ้าเพียงอย่างเดียว (5) กลุ่มเยาวชนมีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ประเภทในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา มากกว่ากลุ่มวัยรุ่นประมาณ 1 เท่าตัว

## วิจารณ์

สถานการณ์เอดส์ของประเทศไทยมีแนวโน้มว่าวัยรุ่นและเยาวชนจะมีการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น<sup>(15)</sup> ถึงแม้ว่าจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ผู้ที่เสียชีวิตจากเอดส์และผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่แสดงอาการมีแนวโน้มลดลงอย่างต่อเนื่อง จากการคาดการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย โดยคณะผู้เชี่ยวชาญ Thai Working Group<sup>(16)</sup> และทีม A2 (analysis and advocacy project) โดยใช้ Asian Epidemic Model (AEM) projection for HIV/AIDS in Thailand: 2005 - 2025 ทำการคาดการณ์ว่าในปี 2558 จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สะสมประมาณ 1,157,589 คน ผู้ที่เสียชีวิตจากโรคเอดส์สะสมประมาณ 695,905 คน และผู้ป่วยเอดส์ที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 464,414 คน) ซึ่งคาดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 9,473 คน โดยเฉลี่ยวันละ 26 คนส่วนใหญ่แล้วเริ่มติดเชื้อในวัยรุ่นและเยาวชน<sup>(17)</sup> ผลการวิจัยนี้พบว่ากลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนที่มีการใช้สารเสพติดมีพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลการสำรวจพฤติกรรมกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนพบว่ามีพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

อายุเฉลี่ยน้อยลงเรื่อยๆ อายุน้อยที่สุด คือ 12 ปี เมื่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเป็นไปโดยความสมัครใจและการใช้ถุงยางอนามัยครั้งแรกที่มีเพศสัมพันธ์ ถึงแม้ว่าจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น แต่กลับพบว่าเยาวชนส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยต่ำกว่าร้อยละ 50.0 กลุ่มอายุ 15-24 ปี มีอัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นตั้งแต่ปี 2548 - 2558 และกลุ่มอายุ 19 - 24 ปี มีความชุกของการป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีแนวโน้มสูงกว่าทุกช่วงกลุ่มอายุของทุก ๆ ปีที่ผ่านมา อัตราการติดเชื้อหนองในของคนที่อายุต่ำกว่า 20 ปีเพิ่มขึ้นซึ่งสะท้อนให้เห็นว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจะมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น 2-9 เท่าด้วย<sup>(17)</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ UNICEF ที่พบว่าวัยรุ่นและเยาวชนในปัจจุบันเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อยและส่วนใหญ่ไม่มีการป้องกัน<sup>(18)</sup> เยาวชนจำนวนมากมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูง ซึ่งรวมถึงผู้ติดยาเสพติดที่ใช้เข็มฉีดยา<sup>(19,20)</sup> หญิงขายบริการทางเพศและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีงานวิจัยชี้ว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีและโรคที่ติดต่อทางเพศสัมพันธ์กำลังเพิ่มขึ้นในหมู่เยาวชนในขณะที่ลดลงในประชากรกลุ่มอื่นๆ<sup>(18)</sup> ซึ่งชี้ให้เห็นว่าประเทศไทยกำลังประสบปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มอายุระหว่าง 15-24 ปี โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เยาวชนที่ขายบริการทางเพศและเยาวชนที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น<sup>(21,22)</sup> เยาวชนเป็นกลุ่มที่เสี่ยงมากกว่าในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ<sup>(23)</sup> เนื่องจากมักขาดทักษะในการควบคุมสถานการณ์เสี่ยง รวมทั้งการดื่มแอลกอฮอล์และการใช้สารเสพติด<sup>(24)</sup> มีงานวิจัยชี้ว่าโซเซียลมีเดียในปัจจุบันยังเอื้อให้เยาวชนพบปะกันเพื่อมีเพศสัมพันธ์แบบชั่วคราวชั่วคราวกันได้ง่ายขึ้น<sup>(25)</sup> แม้เยาวชนจะทราบถึงความสำคัญของการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่เยาวชนจำนวนมากมักอายุที่จะไปซื้อถุงยางอนามัย หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยเวลาที่มีเพศ-

สัมพันธ์<sup>(21)</sup>

ในช่วงวัยรุ่นกระบวนการเติบโตของระบบสมองเป็นช่วงที่เต็มไปด้วยความอ่อนไหว เพราะเป็นช่วงที่เปลี่ยนแปลงจากภาวะความเป็นเด็กสู่ผู้ใหญ่ จากที่เคยพึ่งพาคนอื่นสู่การเป็นอิสระในการตัดสินใจ หากพัฒนาการของสมองในช่วงวัยรุ่นเป็นไปอย่างเหมาะสม จะทำให้เป็นผู้ที่มีความสามารถในการตัดสินใจโดยใช้ข้อมูลและเหตุผลได้ดี สามารถควบคุมแรงกระตุ้นต่างๆได้ กระบวนการพัฒนาของสมองในช่วงวัยรุ่นจึงเป็นช่วงหัวเลี้ยวหัวต่อที่สำคัญ และเปราะบางอย่างยิ่งต่อการถูกแทรกแซง และหนึ่งในปัจจัยแทรกแซงที่สำคัญคือแอลกอฮอล์และสารเสพติด<sup>(26)</sup> ซึ่งส่งผลกระทบต่อการทำงานของสมองวัยรุ่นมากกว่าวัยผู้ใหญ่ซึ่งมีพัฒนาการทางสมองเต็มที่แล้ว สมองส่วนที่ได้รับความเสียหายมากที่สุดได้แก่ ส่วนที่เรียกว่าฮิปโปแคมปัส (hippocampus) ซึ่งเป็นตัวควบคุมและรับผิดชอบระบบการเรียนรู้ และระบบความทรงจำ นอกจากนี้ยังเกิดความเสียหายขึ้นกับสมองส่วนหน้าสุด (prefrontal cortex) ซึ่งรับผิดชอบในเรื่องของการตัดสินใจ มีการศึกษาพบว่า วัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดเป็นประจำมักจะเกี่ยวพันกับการมีคู่อหลายคน<sup>(24,27)</sup> และการมีคู่อหลายคนเป็นส่วนหนึ่งที่เพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ และคนที่ใช้สารเสพติดเป็นประจำก็จะเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่เชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะอย่างยิ่ง ความเสี่ยงในการติดเชื้อและแพร่เชื้อเอชไอวี<sup>(19)</sup> ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษานี้ที่พบผลชัดเจนว่าวัยรุ่นและเยาวชนที่เสพยาเสพติดจะใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่าผู้ที่ไม่เสพยา

การไปตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในชุดสิทธิประโยชน์ภายใต้ระบบประกันสุขภาพได้ให้คนที่ประเมินว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อเอชไอวี ได้รับสิทธิปรึกษาและตรวจเลือดโดยสมัครใจได้ไม่เกิน 2 ครั้งต่อปี หากแต่ในปัจจุบันมีคนจำนวนไม่มากนักที่ได้รับบริการอันเนื่องมาจากทัศนคติของตนเอง สังคม และกลัวผลกระทบหากมีการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งในกลุ่มวัยรุ่นยังเข้าถึงบริการได้น้อยมากขึ้นเนื่องจากสังคมได้กำหนด

ว่าวัยรุ่นยังไม่สมควรจะมีเพศสัมพันธ์ และหากต้องการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีต้องผ่านการยินยอมจากผู้ปกครอง นอกจากนี้ วัยรุ่นที่มีพฤติกรรมการใช้สารเสพติดยิ่งจะเพิ่มการตีตรามากขึ้นไปอีก จึงส่งผลให้การไปรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นที่ใช้สารเสพติดไม่มากนัก<sup>(28)</sup>

ประเทศไทยมีความจำเป็นที่ต้องมีมาตรการรับมือกับปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่กำลังเพิ่มสูงขึ้นในหมู่วัยรุ่นและเยาวชนที่ใช้สารเสพติด ซึ่งรวมถึงการมีมาตรการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ ตลอดจนการตรวจและการรักษาที่เหมาะสม ซึ่งมาตรการเหล่านี้ควรกำหนดในระดับท้องถิ่น และให้เยาวชนมีส่วนร่วมในการวางแผนเพื่อให้สอดคล้องกับความต้องการ<sup>(28)</sup> รวมทั้งข้อเสนอแนะจากการศึกษาครั้งนี้คือ ควรให้มีการลดอายุสำหรับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและการให้คำปรึกษา จากปัจจุบันซึ่งอยู่ที่ 18 ปี จากผลการศึกษานี้ วัยรุ่นที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปีมีเพศสัมพันธ์และมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีแล้วร้อยละ 11.0 ดังนั้น หากวัยรุ่นคนใดก็ตามรู้สึกว่าจะตนเองไปทำอะไรที่อาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีควรมีสิทธิไปตรวจเลือดได้โดยไม่ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง ซึ่งทำให้การเข้ารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีไม่สามารถเก็บรักษาเป็นความลับได้ อุปสรรคอีกประการต่อการให้บริการต่างๆ เกี่ยวกับเอชไอวีในกลุ่มวัยรุ่นคือ อาจไม่เต็มใจที่จะเปิดเผยให้พ่อแม่และผู้ปกครองทราบถึงการมีประสบการณ์ทางเพศ หรือแสดงให้เห็นถึงพฤติกรรมเสี่ยงอื่นๆ รวมถึงการใช้สารเสพติดต่าง ๆ และสารเสพติดชนิดอื่น<sup>(29,30)</sup>

## เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. HIV and adolescents: guidance for HIV testing and counseling and care for adolescents living with HIV: recommendations for a public health approach and considerations for policy-makers and managers. the WHO Document Production Services; Geneva: World Health Organization; 2013.

2. Kasedde S, Luo C, McClure C, Chandan U. Reducing HIV and AIDS in adolescents: opportunities and challenges. *Current HIV/AIDS Reports* 2013;10:159–68.
3. Colfax G, Guzman R. Club drugs and HIV infection: a review. *Clin Infect Dis* 2006;42:1463–9.
4. Altice FL, Kamarulzaman A, Soriano VV, Schechter M, Friedland GH. Treatment of medical, psychiatric, and substance-use comorbidities in people infected with HIV who use drugs. *Lancet* 2010;376:367–87.
5. Assanangkornchai S, Sam-Angsri N, Rerngpongpan S, Lertnakorn A. Patterns of alcohol consumption in the Thai population: results of the National Household Survey of 2007. *Alcohol and Alcoholism* 2010;45:278–85.
6. Wattana W, van Griensven F, Rhucharoenpornpanich O, Manopaiboon C, Thienkrua W, Bannatham R, et al. Respondent-driven sampling to assess characteristics and estimate the number of injection drug users in Bangkok, Thailand. *Drug and Alcohol Dependence* 2007;90:228–33.
7. นิษฐา หรุ่นเกษม. กลยุทธ์การสื่อสารการตลาดของกลุ่มอุตสาหกรรมธุรกิจเครื่องดื่มแอลกอฮอล์. กรุงเทพมหานคร: ศูนย์วิจัยปัญหาสุรา; 2556.
8. Phanuphak N, Pattanachaiwit S, Pankam T, Pima W, Avihingsanon A, Teeratakulpisarn N, et al. Active voluntary counseling and testing with integrated CD4 count service can enhance early HIV testing and early CD4 count measurement: experiences from the Thai Red Cross anonymous clinic in Bangkok, Thailand. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2011;56:244–52.
9. United Nations Office on Drugs and Crime. World drug report 2014. Geneva: UNODC; 2014.
10. Ghys D, Bazant W, Monteiro MG, Calvani S, Lazzari S. The epidemics of injecting drug use and HIV in Asia. *AIDS* 2001;15:91–9.
11. Perngmark P, Vanichseni S, Celentano D. The Thai HIV/AIDS epidemic at 15 years: Sustained needle sharing among southern Thai drug injectors. *Drug and Alcohol Dependence* 2008;92:183–90.
12. Ruangchanasetr S, Plitponkampir A, Hetrakul P, Kongsakon R. Youth risk behavior survey: Bangkok, Thailand. *Journal of Adolescent Health* 2005;36:227–35.
13. นิทัศน์ ศิริโชครัตน์. การทบทวนองค์ความรู้การห้ามโฆษณาผลิตภัณฑ์เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์อย่างสิ้นเชิง. *วารสารสาธารณสุขศาสตร์* 2554;41:270–82.
14. สำนักงานมัย กรุงเทพมหานคร. การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีใน 10 กลุ่มประชากรเป้าหมายพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2553 – 2557. กรุงเทพมหานคร: กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, 2557.
15. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Regions and countries: Thailand [Internet]. [cited 2014 Jul 12]. Available from: <http://www.unaids.org/en/regions/countries/countries/thailand/>
16. Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. The Asian Epidemic Model (AEM) Projection for HIV/AIDS in Thailand: 2005–2025. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2005.
17. Bureau of Epidemiology. HIV Serological Surveillance Report: 2012. Thailand, Bangkok: Thailand Bureau of Epidemiology; 2013.
18. United Nations Children’s Fund. UNICEF analysis of UNAIDS 2012 HIV and AIDS estimates. New York: UNICEF; 2013.
19. Bruce RD, Altice FL, Friedland G. HIV disease among substance users: treatment issues. In: Volberding PA, Sande MA, Greene WC, Lange JMA, editors. *Global HIV/AIDS Medicine*. New York: Elsevier BV; 2008. p. 513–26.
20. Morris JD, Golub ET, Mehta SH, Jacobson LP, Gange SJ. Injection drug use and patterns of highly active antiretroviral therapy use: an analysis of ALIVE, WIHS, and MACS cohorts. *AIDS Res Ther* 2007;4:12.
21. Ministry of Public Health. Thailand AIDS response progress report 2014: reporting period: 2010–2013. Bangkok: MOPH; 2014.
22. National AIDS Prevention and Alleviation Committee. UNGASS country progress report: Thailand, 2010–reporting period – January 2008 to December 2009. Bangkok: Ministry of Health; 2010.

23. Idele P, Gillespie A, Porth T, Suzuki C, Mahy M, Kasedde S, Luo C. Epidemiology of HIV and AIDS among adolescents: current status, inequities, and data gaps. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2014;66:S144-53.
24. Miller JW, Naimi TS, Brewer RD, Jones SE. Binge drinking and associated health risk behaviors among high school students. *Pediatrics* 2007;119:76-85.
25. Rosser BS, Smolenski DJ, Erickson D, Iantaffi A, Brady SS, Grey JA, Hald GM, Horvath KJ, Kilian G, Trøjen B, Wilkerson JM. The effects of gay sexually explicit media on the HIV risk behavior of men who have sex with men. *AIDS and Behavior* 2013;17:1488-98.
26. Rosenbloom MJ, Sullivan EV, Pfefferbaum A. Focus on the brain: HIV infection and alcoholism--comorbidity effects on brain structure and function. *Alcohol Research & Health* 2010;33:247-57.
27. Stover J, Brown T, Marston M. Updates to the spectrum/estimation and projection package (EPP) model to estimate HIV trends for adults and children. *Sex Transm Infect* 2012;88(suppl 2):i11-6.
28. National AIDS Management Center. National monitoring and evaluation plan for strategic information on HIV/AIDS Thailand. 2012-2016. Nonthaburi: Department of Disease Control; 2012.
29. สุพัตรา ศรีวิชัยชากร, บังอร เทพเทียน, พักตร์วิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร, กุมารี พัทณี, ภูษิต ประคองสาย. ประเทศไทยประสบความสำเร็จมากน้อยเพียงใดภายใต้แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ พ.ศ. 2550-2554. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2557;23:158-70.
30. Srivanichakorn S, Thepthien B, Apipornchaikul K, Prakongchai P, Huntagoon S, Pachanee K, et al. Evaluation of counseling, care, treatment and support for PLHIV in Thailand. Evaluation report, ASEAN Institute for Health Development, Nakhon Pathom: Mahidol University; 2013.

**Abstract: HIV Risk Behavior and Substance Abuse of Adolescents and Young Adults in Bangkok**

**Bang-on Thepthien, Ph.D. (Applied behavior science research)\*; Supattra Srivanichakorn, M.D., M.P.H., Certified Board in Epidemiology\*\*; Prapapun Chucharoen, Ph.D. (Neuroscience)\***

*\* ASEAN Institute for Health Development, Mahidol University; \*\* Department of disease control, Ministry of Public Health*

*Journal of Health Science 2017;26:239-52.*

The objectives of this study were to assess the extent of substance abuse, HIV risk and prevention behaviors among adolescents and young adults in Bangkok. Data were collected from sentinel surveillance surveys conducted in Bangkok during 2009 - 2013. The study samples were 20,570 adolescents age 14 - 18 and young adults age 19 - 22. It was found that young adults were five times more likely to use addictive drugs such as alcohol, cigarettes, or amphetamines than the adolescents. The young adults also reported a higher level of risky sexual behavior and injection drug use; and a high rate of HIV/STI screening. Adolescents who used addictive drugs were more sexually active or likely to have injected drugs [sexual experience: OR=8.64, 95%CI=2.66-24.31 (alcohol), OR=5.12, 95%CI=1.92-18.73 (methamphetamine): injected drugs OR=5.78, 95%CI=3.96-10.0 (alcohol), OR=6.31, 95%CI=3.36-10.0 (tobacco), OR=1.84, 95%CI=1.53-2.96 (methamphetamine)]. Young adults who drank alcohol and smoked cigarettes were more sexually active, practice unsafe sex or have multiple sex partners than their peers who did not drink or smoke [sexual experience OR=1.75, 95%CI=1.32-2.32 (alcohol), OR=2.63, 95%CI=1.72-4.03 (tobacco); multiple sex partners OR=2.31, 95%CI=1.90-7.35 (alcohol), OR=1.84, 95%CI=2.90-5.36 (tobacco) OR=2.34, 95%CI=1.42-4.29 (methamphetamine)]. Young adults who used amphetamines were more likely to inject drugs and not seek voluntary counseling and HIV testing (VCT) than those who had not used amphetamines. Of the total samples, those who used addictive drugs had difficulty with self-control to avoid the risk. There need to be more campaigns to increase uptake of VCT/STI screening services for youth who use addictive drugs. Also, the age for HIV counseling and testing without parental consent should be reduced below the current limit of 18 years.

**Key words: adolescents, young adult, HIV, risk behaviors, substance abuse**