



วารสาร

โรคเอดส์

ปีที่ 28 ฉบับที่ 3 ตั้งแต่วันที่ 1 มิถุนายน 2559 - กันยายน 2559 ISSN 0857-8575

- อัตราการติดเชื้อโรคหนองในในคอของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสาวประเภทสองที่เข้ามาใช้บริการในศูนย์สาธิตบริการการแกมโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่
- การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยน้ำสั้สหายชู (VIA)
- พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการรับรู้สิทธิประโยชน์บริการสุขภาพ ด้านเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา
- ปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น
- การใช้ถุงยางอนามัยของเยาวชนไทยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดเชียงราย
- บทคัดย่อผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย การประชุมโรคเอดส์นานาชาติ (IAS 2015) ครั้งที่ 8 19-22 กรกฎาคม 2558 แวนคูเวอร์ แคนาดา

สารบัญ

	หน้า
อัตราการติดเชื้อโรคหนองในในคอของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและ สาวประเภทสองที่เข้ามาใช้บริการในศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ พรนารา ธิเบียว, สุทิพา วงศาโรจน์, นิลวรรณ เขตตะขา	115
การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยน้ำสัสมายซู (VIA) ปฏิพันธ์ เสริมศักดิ์	124
พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการรับรู้สิทธิประโยชน์บริการสุขภาพต้านเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา วิภา ด้านดำรงกุล, อนุกุล รักธรรมเสมอ, สำรวย วรเดชะคงคา, สุภาพร สวัสดิ์ชัย, เรียมรัตน์ รักษ์เสมอวงศ์, สโรชนี แจ่มมงคล, นิพนธ์พร วรมงคล	133
ปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น เพ็ญศิริ ศรีจันทร์, สมพร แวงแก้ว	145
การใช้ถุงยางอนามัยของเยาวชนไทยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดเชียงราย ฐาปกรณ์ เรือนใจ, อมรรัตน์ อนุวัฒนนทเขตต์, ปฏิภาณ สมบูรณ์, ณัฐพงษ์ แสงเดือน	154
บทคัดย่อผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย การประชุมโรคเอดส์นานาชาติ (IAS 2015) ครั้งที่ 8, 19-22 กรกฎาคม 2558 แวนคูเวอร์ แคนาดา	165

Thai AIDS Journal
Volume 28, Number 3, 2016

	Page
Infection Rate of Gonococcal Pharyngitis in Men who have Sex with Men and Transgender at Sexually Transmitted Infection Clinic, Office of Disease Prevention and Control 1, Chiang Mai <i>Phonnara Tikiaw, Supipa Wongsaraj, Nilawan Chetacha</i>	115
Screening for Cervical Cancer with Acetic Acid (V(A)) <i>Padipan Sermsak</i>	124
Sexual Behaviors and Perceived Health Benefits of HIV among Vocational Students <i>Vipa Danthamrogkul, Anukul Rugtumsamer, Sumrouy Varatechakongka, Supaporn Sawasdichai, Riemrat Rakmaewong, Sarochinee Jangmongkol, Nipunporn Voramongkol</i>	133
Risk Factors toward Sexual Activity of Adolescent <i>Pensiri Srijan, Somporn Wangkaew</i>	145
Condom Used among Man Who have Sex with Men in Chiang Rai Province <i>Thapakorn Ruanjai, Amornrat Anuwatnonthakate, Patipan Somboon, Natthaphong Seangduean</i>	154
Abstracts of the Research Articles Related to Thailand Presented at the 8th International AIDS Conference, Vancouver, Canada, 19-22 July 2015	165

Editor

Prof. Emer. Dr. Prasert Thongcharoen

Department of Microbiology,

Faculty of Medicine Siriraj Hospital

Mahidol University, Bangkok 10700, Thailand.

Tel. : 66-2419-7457

FAX : 66-2419-8406,

E-mail : prasert.thongcharoen@gmail.com

วารสารโรคเอดส์

วัตถุประสงค์

1. เพื่อส่งเสริมสนับสนุนข้อมูลข่าวสารองค์ความรู้ทางด้านวิชาการโรคเอดส์ให้กับบุคลากรทางการแพทย์ สาธารณสุข หน่วยงานภาคีเครือข่าย องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น องค์กรบริหารส่วนตำบล มหาวิทยาลัยต่างๆ นิสิต นักศึกษา ประชาชนทั่วไป
2. เพื่อเผยแพร่องค์ความรู้ ผลงานทางวิชาการ ผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และใช้เป็นเอกสารค้นคว้า อ้างอิง
3. เพื่อเป็นสื่อกลางในการติดต่อประสานงานระหว่างผู้สนใจ หรือผู้ปฏิบัติงานที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ทั้งภายในและภายนอกประเทศ

ที่ปรึกษา

นายแพทย์สุเมธ องค์กรบรรณคดี
รองศาสตราจารย์ ดร.สุดา ลุยศิริโรจนกุล
ผู้ช่วยศาสตราจารย์นายแพทย์เมธี ชยะกุลศิริ

บรรณาธิการ ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ธนรักษ์ ผลิพัฒน์	นายแพทย์นิสิต คงกรีกเกียรติ
แพทย์หญิงมณฑินี วสันต์อุปโกคา	นางสาวทองกร ชัยรังษี
นางสาวศันสนีย์ สมิตะเกษตริณ	นางสมจิตต์ ฤกษ์นิมิตร
นางสาวพัฒนา เพราะบรรเลง	

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง

สำนักงานบรรณาธิการ ตึกจุฬชวีวิทยาชั้น 6 คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล
มหาวิทยาลัยมหิดล
โทรศัพท์ (02) 866-2574-75, (02) 419-7457
โทรสาร (02) 419-8406
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : prasert.thongcharoen@gmail.com

สำนักงานผู้จัดการ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4 กระทรวงสาธารณสุข
โทรศัพท์/โทรสาร (02) 590-3289, 098-5098373 (ศันสนีย์, ผู้ประสานงาน)
ไปรษณีย์อิเล็กทรอนิกส์ : sunsanee_smith@yahoo.com

คำชี้แจงการส่งเรื่องเพื่อลงพิมพ์

วารสารโรคเอดส์ยินดีรับเรื่องวิชาความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และวิชาที่มีความสัมพันธ์กันเพื่อลงพิมพ์ โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทย แต่มีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ

เรื่องที่ส่งมาตีพิมพ์ ต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของกองบรรณาธิการหรือของวารสารโรคเอดส์

การส่งต้นฉบับ ให้พิมพ์ตีพิมพ์หน้าเดียวบนกระดาษ

สันขนาด 21.6 x 27.9 ซม.บน

มุมขวาของกระดาษพิมพ์ใส่เลข

หน้ากำกับทุกหน้า การเขียน

ต้นฉบับควรใช้ภาษาไทยให้มาก

ที่สุด ยกเว้นแต่คำภาษาอังกฤษ

ที่แปลไม่ได้ หรือแปลแล้วทำให้

ใจความไม่ชัดเจน ส่งต้นฉบับ 2

ชุด (รวมทั้งตารางและภาพ)

ต้นฉบับไม่ต้องพับและลง

ทะเบียนส่งทางไปรษณีย์

พร้อมทั้งจดหมายกำกับจาก

ผู้เขียนเพื่อขอให้พิจารณาตีพิมพ์

ควรสันให้ได้ใจความและตรงกับ

วัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อ

เรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและ

ภาษาอังกฤษ

ชื่อเรื่อง

ชื่อผู้เขียน

ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษา

อังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้ง

อภิธานต่อท้ายชื่อ และสถาบัน

ที่ทำงานอยู่

เนื้อเรื่อง

ควรใช้ภาษาที่ง่าย สั้น กระชับรัด

แต่ชัดเจน เพื่อประหยัดหน้า

กระดาษ เวลาของผู้อ่านและ

ผู้เขียน ถ้าใช้คำย่อต้องบอกคำ

เต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสาร

อ้างอิง ควรมีทุกบทความ

ยกเว้นบางกรณีเท่านั้น

การตรวจแก้ไข

ถ้าต้องการแก้ไขเอง โปรดแจ้ง

ให้ทราบด้วย มิฉะนั้นคณะ

บรรณาธิการจะตรวจแก้ไขให้

ตามแต่จะเห็นสมควร

นิพนธ์ต้นฉบับ

ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่

บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการ

ศึกษานี้รวมทั้งวัตถุประสงค์)

วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผล

วิจารณ์ผล สรุป และบทคัดย่อ

ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12

หน้าพิมพ์

รายงานผู้ป่วย

ควรประกอบด้วยบทนำ รายงาน

ผู้ป่วย บทวิจารณ์ ข้อคิดเห็น

สรุป และบทคัดย่อ

บทพินิจวิชา

ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้

ใหม่ รวบรวมสิ่งตรวจพบใหม่

หรือเรื่องที่น่าสนใจที่ผู้อ่านนำ

ไปประยุกต์ได้ ประกอบด้วย

บทนำ บทวิจารณ์ และเอกสาร

อ้างอิง ที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร

อาจย่อจากบทความภาษาต่าง

ประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์

ไม่นานนัก

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญ ใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ ความยาวไม่เกิน 150 คำ ในการเขียนบทคัดย่อมีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและวิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีบัญชีรายชื่อเอกสาร อ้างอิงอยู่ในบทคัดย่อ

- เอกสารอ้างอิง**
1. ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง
 2. การอ้างอิงเอกสารใด เมื่ออ้างถึงก่อนให้จัดเป็นอันดับหนึ่ง และเรียงตามลำดับไป
 3. เอกสารภาษาไทย ให้เรียงลำดับจากชื่อต้นของผู้เขียนตามด้วยนามสกุล
 4. เอกสารภาษาอังกฤษ เรียงลำดับด้วยนามสกุลของผู้เขียน ตามด้วยอักษรย่อของชื่อต้นและชื่อกลาง
 5. ชื่อย่อวารสารภาษาอังกฤษ ให้ใช้ตาม Index Medicus

การอ้างวารสาร เรียงตามลำดับดังนี้

ผู้แต่ง. บทความ. ชื่อย่อวารสาร ปีที่พิมพ์; ปีที่: หน้าแรก - หน้าสุดท้าย.

ถ้ามีผู้แต่งไม่เกิน 6 คน ให้ใส่ชื่อผู้แต่งทุกคน แต่ถ้ามี 7 คนหรือเกินกว่านี้ ให้ใส่เพียง 6 ชื่อแรกแล้วเติม et al.

ตัวอย่าง

1. Baskett TF, Allen AC, Gray JH, Young DC, Young LM. Fetal biophysical profile and perinatal death. *Obstet Gynecol* 1987; 70:357-60.
2. Limanonda B, Van Griensven GJ, Chongvatana N, Tirasawat P, Coutinho RA, Auwanit W, et al. Condom use and risk factors for HIV-1 infection among female commercial sex workers in Thailand. *Am J Public Health* 1994; 84(12):2026-27.

การอ้างหนังสือหรือตำรา ให้จัดลำดับดังนี้

ผู้แต่ง. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์ : สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์:หน้า.

ตัวอย่างการอ้างหนังสือหรือตำรา

Pritchard JA, MacDonald PC, Gant NF. *Williams obstetrics*. 17th ed. Norwalk, Connecticut : Appleton-Century-Crofts, 1985:976.

ตัวอย่างการอ้างบทหนึ่งในหนังสือหรือตำรา

ผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน: ชื่อบรรณาธิการ. บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์, ปีที่พิมพ์:หน้า.

Merril JA, Creasman WT. Lesions of corpus uteri. *In: Danfort DN, Scott JR, eds. Obstetrics and gynecology*. 5th ed. Philadelphia : JB Lippincott, 1986:0368-83.

สำเนาพิมพ์ (reprint)

ผู้เขียนบทความที่ได้รับการลงพิมพ์ในวารสารโรคเอดส์ จะได้รับสำเนาพิมพ์จำนวน 20 ชุด (ผู้เขียนคนแรก)

พิมพ์ที่
โรงพิมพ์สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ
314-6 ถ.บำรุงเมือง แขวงบ้านบาตร
เขตป้อมปราบศัตรูพ่าย กรุงเทพฯ 10200

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาผลงานลงวารสารโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

1. ข้าพเจ้า (นาย/นาง/นส.)
2. วุฒิการศึกษาชั้นสูงสุด..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....
..... วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....
สถานที่ทำงาน ไทย / อังกฤษ.....
.....
3. สถานภาพผู้เขียน
 อาจารย์ในสถาบันการศึกษา (ชื่อสถาบัน).....
โปรแกรม.....คณะ.....
 บุคลากรทางการแพทย์
 ผู้บริหาร
 แพทย์ พยาบาล นักวิชาการด้านสาธารณสุข
 บุคลากรอื่นๆ ระบุ.....
4. ขอส่ง
 นิพนธ์ต้นฉบับ (Original Article) เรื่อง.....
5. ชื่อผู้เขียนร่วม (ถ้ามี)..... วุฒिय่อ (ภาษาไทย).....
..... วุฒिय่อ (ภาษาอังกฤษ).....
สถานที่ทำงาน ไทย / อังกฤษ.....
.....
6. ที่อยู่ที่สามารถติดต่อได้สะดวกเลขที่.....ถนน.....แขวง/ตำบล.....
เขต/อำเภอ.....จังหวัด.....รหัสไปรษณีย์.....
โทรศัพท์..... โทรสาร..... E-mail address.....
7. สิ่งที่ส่งมาด้วย
 แผ่นดิสก์ข้อมูลต้นฉบับ ชื่อแฟ้มข้อมูล
- เอกสารพิมพ์ต้นฉบับ จำนวน 2 ชุด

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณาของวารสารอื่น

ลงนาม..... ผู้เขียน

(.....)

วันที่...../...../.....

ลงนาม.....อาจารย์ที่ปรึกษา/ผู้บริหาร

(.....)

วันที่...../...../.....





อัตราการติดเชื้อโรคหนองในในคอของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชายและสาวประเภทสองที่เข้ามารับบริการใน ศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

พนนารา ทิเชียว*, สุทิพา วงศาโรจน์*, นิลวรรณ เชตะชา*

Abstract

Infection Rate of Gonococcal Pharyngitis in Men who have Sex with Men and Transgender at Sexually Transmitted Infection Clinic, Office of Disease Prevention and Control 1, Chiang Mai

Phonnara Tikiaw, Supipa Wongsaraj*, Nilawan Chetacha**

*Office of Disease Prevention and Control 1, Chiang Mai.

Nowadays, Gonococcal Pharyngitis is the common problems among men who have sex with men (MSM). The main reason is oral sexual intercourse. The most patients have latent infection because of the unclear incubation periods.

The objective of this study is to find out the rate of Gonococcal Pharyngitis in MSM. The patients have undergone in Sexually Transmitted Infection Clinic, Chiangmai during January-April 2015. All samples have examined by in-house Taqman-based multiplex Real-Time Polymerase Chain Reaction that developed by Faculty of Associated Medical Sciences Chiang Mai University. This method is high specificity and high sensitivity.

The result of this study 54% are 21-30 years old, 62% have graduated bachelor degree, 7% are Gonococcal Pharyngitis, 33% are no prodome symptoms and unclear incubation period. One-hundred per cent of Gonococcal contacted person can't be tracked because the patients have multiple partners and the Gonococcal-Contacted persons have no symptoms.

The conclusion: the rate of Gonococcal Pharyngitis leads to others STI. Moreover, asymptomatic Gonococcal pharyngitis usually may cause undertreatment in Gonococcal patients and Gonococcal-Contacted person that can't be tracked is the main factor of Gonococcal transmission.

The suggestion: the study in Gonococcal patients should be done because it can prevent Gonococcal transmission and find out the way to track Gonococcal-contact person.

Key Words: Gonococcal Pharyngitis, Men Who have Sex with Men and Transgender
Thai AIDS J 2016; 28 : 115-123

*สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

บทคัดย่อ

โรคหนองในในคอ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมากขึ้นในปัจจุบัน สาเหตุสำคัญ คือ การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ปากสัมผัสอวัยวะเพศ ซึ่งพบบ่อยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ระยะฟักตัวของโรคตั้งแต่ได้รับเชื้อจนมีอาการนั้นไม่แน่นอน ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีเชื้อมานานโดยไม่มีอาการ หรือมีอาการน้อย ระบายหรือเจ็บคอธรรมดา

วัตถุประสงค์ เพื่อหาอัตราการติดเชื้อหนองในในคอของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง

วิธีการ โดยการหาการติดเชื้อหนองในในคอของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองจำนวน 100 ราย ที่เข้ามาใช้บริการในศูนย์บริการการแพทย์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ ระหว่างเดือนมกราคม-เมษายน 2558 ทุกตัวอย่างสิ่งส่งตรวจได้รับการตรวจวินิจฉัยโดยวิธี In-House Taqman-based multiplex Real-Time Polymerase Chain Reaction ที่พัฒนาขึ้นเอง ของคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่มีความแม่นยำ ความไวและความจำเพาะสูง ในการตรวจวินิจฉัยโรคหนองในในคอ

ผลการศึกษา ผู้มารับการตรวจส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี (ร้อยละ 54.00) มีการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรี (ร้อยละ 62.00) จากการศึกษาพบอัตราการติดเชื้อหนองในในคอ จำนวน 7 ราย (ร้อยละ 7.00) มักไม่มีอาการนำมาก่อน (ร้อยละ 33.33) รวมทั้งระยะเวลาการฟักตัวของเชื้อหนองในในคอไม่แน่ชัด และพบว่าคู่สัมผัสของผู้ติดเชื้อหนองในในคอไม่สามารถติดตามได้ (ร้อยละ 100)

สรุป จากการที่พบอัตราการติดเชื้อหนองในในคอในอัตราที่สูงอาจส่งผลให้มีการติดเชื้อโรคหนองในบริเวณอวัยวะเพศเพิ่มสูงขึ้นตามมา นอกจากนี้โรคหนองในในคอไม่มีอาการที่แน่ชัดทำให้กลุ่มเหล่านี้ไม่ได้รับการรักษาตามมาตรฐาน และจากการศึกษาที่ไม่สามารถติดตามคู่สัมผัสได้ สิ่งเหล่านี้เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้มีการแพร่ระบาดของโรคหนองในเพิ่มมากขึ้น

ข้อเสนอแนะ ควรมีการศึกษาในการตรวจหาเชื้อหนองในในคออย่างต่อเนื่อง รวมถึงการศึกษาเพิ่มเติมในตำแหน่งอวัยวะเพศและทวารหนัก เพื่อเป็นการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไม่ให้เกิดการแพร่กระจายเชื้อหนองในเพิ่มขึ้น และควรหาแนวทางในการติดตามคู่สัมผัสเพื่อตรวจและทำการรักษาต่อไป

คำสำคัญ โรคหนองในในคอ, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง
วารสารโรคเอดส์ 2559; 28 : 115-123

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในคอ เป็นปัญหาที่พบได้บ่อยมากขึ้นในปัจจุบัน สาเหตุสำคัญ คือ การปฏิบัติเพศสัมพันธ์โดยใช้ปากสัมผัสอวัยวะเพศ ซึ่งนิยมกันในประเทศทางตะวันตกได้แพร่ระบาดเข้าสู่ประเทศไทย ส่วนใหญ่ของปัญหานี้จะเกิดจากการสัมผัสระหว่างช่องคอและอวัยวะเพศชาย จึงเป็นปัญหาที่พบบ่อย ในบุคคล 2 กลุ่ม คือ ชายรักร่วมเพศและหญิงที่มีเพศสัมพันธ์โดยใช้ปากสัมผัสอวัยวะเพศชายบ่อยๆ เช่น หญิงโสเภณี สำหรับการติดต่อของโรคจากอวัยวะเพศหญิงไปสู่ช่องคอนั้นเกิดได้บ้างแต่น้อยมาก⁽¹⁾

โรคหนองในในคอ เป็นปัญหาสำคัญของชายรักร่วมเพศและหญิงโสเภณี ระยะฟักตัวของ

โรคตั้งแต่ได้รับเชื้อจนมีอาการนั้นไม่แน่นอน เนื่องจากอาการแสดงมีความแตกต่างกันได้มาก ส่วนใหญ่ผู้ป่วยจะมีเชื้อมานานโดยไม่มีอาการ หรือมีอาการน้อย ระบาย หรือเจ็บคอธรรมดา^(1,2) มีน้อยรายที่จะพบอาการอักเสบและเจ็บคอมาก ถ้ามีอาการมากอาจคล้ายได้ต่อมน้ำเหลืองโตที่คอ ในบางรายอาจมีไข้ขึ้น เนื่องจากการวินิจฉัยหนองในในคอโดยอาศัยอาการ หรือการตรวจดูเพียงอย่างเดียวนั้นมีความผิดพลาดสูง การตรวจเชื้อโดยวิธีการทางห้องปฏิบัติการจึงมีความสำคัญมาก⁽¹⁾ การตรวจหาโรคหนองในทำได้โดยการป้ายที่เรียกว่า สว๊อป (ตัวอย่างของสารคัดหลั่ง) อาจทำสว๊อปจากลำคอ ซึ่งนำมาตรวจด้วยวิธี



ย้อมสีแกรมสแตน การเพาะเชื้อ และการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อด้วยวิธี PCR (Polymerase Chain Reaction)⁽³⁻⁵⁾

ซึ่งปัจจุบันโรคหนองในในคอสามารถตรวจพบโรคได้ด้วยวิธี In-House Taqman-based multiplex Real-Time Polymerase Chain Reaction ที่พัฒนาขึ้นเองของคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งเป็นวิธีการที่มีความแม่นยำ ความไว และความจำเพาะสูงกว่าการเพาะเชื้อที่เป็นวิธีมาตรฐาน^(6,7)

จากสถิติข้อมูลย้อนหลัง 3 ปี (ปีงบประมาณ 2555-2557) ของศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ พบโรคหนองในในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 34.3, 31.3 และ 37 ตามลำดับ ซึ่งโรคหนองในในคอเป็นโรคที่ตรวจพบยากและจำเป็นต้องใช้วิธีการตรวจพิเศษเพียงเท่านั้น อีกทั้งโรคหนองในในคอต้องใช้ยาฉีดในการรักษาจึงมีความยุ่งยากในการรักษากว่าหนองในในอวัยวะสืบพันธุ์ ศูนย์สาธิตบริการกามโรค จึงมีความสนใจทำการศึกษาเรื่อง อัตราการติดเชื้อโรคหนองในในคอของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่เข้ามาใช้บริการในศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่เพื่อทราบอัตราการติดเชื้อหนองในในคอของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง ทั้งนี้เพื่อให้ผู้ติดเชื้อหนองในในคอและคู่สัมผัสได้รับการรักษาและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อหนองในไปสู่บุคคลอื่นต่อไป

วิธีการศึกษา

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองเป้าหมายจำนวน 100 ราย

สถานที่ทำการศึกษา

ศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

วิธีดำเนินการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาเป็นการหาอัตราการติดเชื้อโรคหนองในในคอด้วยวิธี In-House Taqman-based multiplex Real-Time Polymerase Chain Reaction ที่พัฒนาขึ้นเองของคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่สำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

- 1) คัดกรองกลุ่มเป้าหมาย
- 2) แจงข้อมูลให้ผู้รับบริการทราบบริการพร้อมเซ็นยินยอมรับการตรวจโดยสมัครใจ
- 3) สัมภาษณ์ ชักประวัติ และให้คำปรึกษา ก่อนรับการตรวจหาโรคหนองในในคอ
- 4) ตรวจหาโรคหนองในในคอด้วยชุดตรวจ In-House Taqman-based multiplex Real-Time Polymerase Chain Reaction ที่พัฒนาขึ้นเองโดยการเก็บสิ่งส่งตรวจในคอ (Pharyngeal Specimen) บริเวณ Posterior Pharynx รวมทั้งบริเวณ Tonsil ด้วยไม้สวอปพลาสติกที่มีหมายเลขทะเบียน โดยแพทย์หรือพยาบาลที่ได้รับการฝึกการเก็บสิ่งส่งตรวจอย่างถูกวิธี
- 5) รอชุดตรวจแห้ง (ปกไว้บนดินน้ำมันทิ้งไว้ 1 คืนโดยมีระยะห่างกันพอสมควร) เก็บไว้ในถุงพลาสติกมีฝาปิดที่มีหมายเลขทะเบียนชื่อ-สกุล ตรงกันกับไม้สวอปพลาสติก ปิดให้สนิท แล้วเก็บไว้ในตู้เย็นเพื่อรอส่งตรวจ
- 6) ส่งสิ่งส่งตรวจไปที่ คณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทุกวันศุกร์ รอ

ผลอย่างน้อย 2 สัปดาห์

7) แจ้งผลการตรวจโดยนัดผู้มารับบริการรับฟังผล ประมาณ 2 สัปดาห์ นับตั้งแต่วันเก็บสิ่งส่งตรวจ รวมถึงติดตามผู้ป่วยในรายชื่อผลการตรวจเป็นบวกล้มให้การรักษามาตรฐาน

ระยะเวลาดำเนินการ

ทุกวันจันทร์-พฤหัสบดี ตั้งแต่เดือนมกราคม-เมษายน 2558

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1. เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา คือ

1.1 ชุดตรวจ In-House Taqman-based multiplex Real-Time Polymerase Chain Reaction ที่พัฒนาขึ้นเองของคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่⁽⁶⁾

2. เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูลประกอบด้วย

2.1 แบบฟอร์มเก็บข้อมูลจากเวชระเบียนผู้ป่วยของศูนย์สาธิตบริการกามโรค ตั้งแต่เดือนมกราคม-เมษายน 2558

2.2 แบบฟอร์มการซักประวัติ เรื่องการหาอัตราการติดเชื้อโรคหนองในในคอของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่เข้ามาใช้บริการในศูนย์สาธิตบริการกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้ในการศึกษา

การศึกษานี้วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณโดยการหาจำนวน และค่าร้อยละ นำมาบรรยายข้อมูลแสดงข้อเท็จจริง

ผลการศึกษา

จากการศึกษาข้อมูลทั่วไปของผู้มารับการ

ตรวจหาเชื้อหนองในในคอพบว่าส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 21-30 ปี จำนวนคิดเป็นร้อยละ 54.00 รองลงมาอายุ ≤ 20 ปี คิดเป็นร้อยละ 17.00 อาชีพรับจ้างมาตรวจมากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 34.00 รองลงมาเป็นกลุ่มนักเรียน/นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 31.00 ส่วนใหญ่ผู้มารับการตรวจเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายคิดเป็นร้อยละ 92.00 รองลงมา คือ สาวประเภทสอง คิดเป็นร้อยละ 6.00 และเป็นพนักงานบริการชาย คิดเป็นร้อยละ 2.00 ระดับการศึกษาส่วนใหญ่ อยู่ในระดับ ปวส./ปริญญาตรี คิดเป็นร้อยละ 62.00 รองลงมา คือ ระดับมัธยมศึกษา/ปวช. และปริญญาโท คิดเป็นร้อยละ 26.00 และ 6.00 ตามลำดับ มีสัญชาติไทย มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 92.00 รองลงมาคือ สัญชาติอื่นๆ คิดเป็นร้อยละ 4.00 และพม่า กัมพูชา คิดเป็นร้อยละ 2.00 เท่ากัน ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจพบโรคหนองในมาก่อน คิดเป็นร้อยละ 88.00 และเคยตรวจพบโรคหนองใน คิดเป็นร้อยละ 12.00 โดยตรวจพบในช่องทางอวัยวะเพศ คิดเป็นร้อยละ 75.00 ช่องทางทวารหนัก คิดเป็นร้อยละ 16.67 และช่องทางปาก คิดเป็นร้อยละ 8.33 กรณีเคยตรวจพบโรคหนองในไม่ทราบว่าคู่สัมพันธ์ได้รับการรักษาคิดเป็นร้อยละ 91.67 รองลงมา คือ คู่สัมพันธ์ไม่ได้รับการรักษาโรคหนองใน คิดเป็นร้อยละ 8.33 ดังตารางที่ 1

จากการศึกษาพบว่าผู้ที่มารับการตรวจทั้งหมดส่วนใหญ่ ไม่มีอาการของโรค คิดเป็นร้อยละ 26.22 รองลงมามีอาการเจ็บคอ คิดเป็นร้อยละ 18.90 และ ระบายคอ/แสบคอ คิดเป็นร้อยละ 17.07 สำหรับผู้ที่ตรวจพบโรคหนองในในคอส่วนใหญ่ ไม่มีอาการของโรค คิดเป็นร้อยละ 33.33 รองลงมามีอาการระบายคอ/แสบคอคิดเป็นร้อยละ 22.22 และมีเสียงแหบ เจ็บคอปวดข้อคอ ข้อเท้า หรือหัวเข่า และมีผื่นตามตัว คิดเป็นร้อยละ 11.11 เท่ากัน ดังตารางที่ 2 ผู้ที่ตรวจพบโรคหนองในในคอโดย



ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละข้อมูลทั่วไปของผู้มารับการตรวจหาเชื้อหนองในในช่องคอ

	ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ	≤ 20 ปี	17	17.00
	21-30 ปี	54	54.00
	31-40 ปี	13	13.00
	41-50 ปี	11	11.00
	>50 ปี	5	5.00
อาชีพ	เกษตรกร	2	2.00
	ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	3	3.00
	รับจ้าง/ลูกจ้าง	34	34.00
	ค้าขาย/เจ้าของกิจการ	15	15.00
	งานบ้าน	0	0.00
	นักเรียน/นักศึกษา	31	31.00
	ทหาร/ตำรวจ	1	1.00
	บุคลากรสาธารณสุข	1	1.00
	อาชีพพิเศษ	4	4.00
	อื่นๆ	9	9.00
ประเภท	ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	90	90.00
	สาวประเภทสอง	6	6.00
	พนักงานบริการชาย	4	4.00
ระดับการศึกษา	ประถมศึกษา	3	3.00
	มัธยมศึกษา/ปวช	26	26.00
	ปวส./ปริญญาตรี	62	62.00
	ปริญญาโท	6	6.00
	ไม่ได้เรียน	3	3.00
สัญชาติ	ไทย	92	92.00
	พม่า	2	2.00
	ลาว	0	0.00
	กัมพูชา	2	2.00
	อื่นๆ	4	4.00
เคยตรวจพบโรคหนองในมาก่อน	เคยตรวจพบโรคหนองใน	12	12.00
	ช่องทางปาก	1	8.33
	ช่องทางอวัยวะเพศ	9	75.00
	ช่องทางทวาร	2	16.67
	ไม่เคยตรวจ	88	88.00

ตารางที่ 1. (ต่อ)

ข้อมูล		จำนวน	ร้อยละ
กรณีตรวจพบโรค	รักษา	0	0.00
คู่สัมผัสได้รับการรักษา	ไม่ได้รักษา	1	8.33
	ไม่ทราบ	11	91.67

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของอาการที่มีก่อนรับการตรวจระหว่างผู้รับการตรวจทั้งหมดและผู้ตรวจพบโรคหนองใน

อาการที่มีก่อนตรวจพบโรค	ผู้รับการตรวจทั้งหมด		ผู้ที่ตรวจพบโรคหนองใน	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ระคายคอ/แสบคอ	28	17.07	2	22.22
กลืนน้ำลายลำบาก	9	5.49	0	0.00
เสียงแหบ	12	7.32	1	11.11
เจ็บคอ	31	18.90	1	11.11
มีไข้	13	7.93	0	0.00
มีก้อนที่คอสงสัยว่าเป็นต่อมน้ำเหลืองโต	8	4.88	0	0.00
ปวดข้อข้อศอก ข้อเท้า หรือหัวเข่า	11	6.71	1	11.11
มีผื่นตามตัว	9	5.49	1	11.11
ไม่มีอาการ	43	26.22	3	33.33
รวม	164	100.00	9	100.00

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละระยะเวลาของการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องปากของผู้ที่ตรวจพบโรคหนองใน

ระยะเวลาของการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องปาก	จำนวน	ร้อยละ
1-7 วัน	2	28.57
8-14 วัน	2	28.57
15-30 วัน	1	14.29
มากกว่า 30 วัน	2	28.57
รวม	7	100.00

ตารางที่ 4. จำนวนและร้อยละผลของการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อหนองในในคอ (N=100)

ผลการตรวจ	ตรวจพบหนองใน		ตรวจพบโรคหนองในร่วมกับหนองในเทียม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง	6	6.00	1	1.00



ตารางที่ 5. จำนวนและร้อยละของการกลับมาฟังผลตรวจ/ได้รับการตรวจรักษา

การรับทราบผลตรวจ	จำนวน	ร้อยละ
รับทราบผลตรวจ	7	100.00
ยังไม่ได้รับทราบผลตรวจ	0	0.00
รวม	7	100.00

ตารางที่ 6. จำนวนและร้อยละของการติดตามคู่สัมผัสให้มารับการตรวจรักษา

การติดตามคู่สัมผัส	จำนวน	ร้อยละ
ได้รับการรักษา	0	0.00
ไม่ได้รับการรักษา	0	0.00
ติดตามไม่ได้	7	100.00
อื่นๆ	0	0.00
รวม	7	100.00

ส่วนใหญ่มีระยะเวลาของการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องปากก่อนที่จะรับการตรวจอยู่ในช่วง 1-7 วัน 8-14 วัน และมากกว่า 30 วัน มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 28.57 เท่ากัน รองลงมา คือ อยู่ในช่วง 15-30 วันคิดเป็นร้อยละ 14.29 ดังตารางที่ 3 ผลของการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อหนองในในคอพบว่า ตรวจพบโรคหนองใน คิดเป็นร้อยละ 6.00 และตรวจพบทั้งโรคหนองในร่วมกับโรคหนองในเทียม คิดเป็นร้อยละ 1.00 ดังตารางที่ 4 ผู้มารับการตรวจส่วนใหญ่รับทราบผลตรวจของตนเอง คิดเป็นร้อยละ 100.00 ดังตารางที่ 5 และจากการติดตามคู่สัมผัสให้มารับการตรวจรักษา พบว่าไม่สามารถติดตามคู่สัมผัสมารับการตรวจรักษาได้ คิดเป็นร้อยละ 100 ดังตารางที่ 6

การอภิปรายผล

จากการศึกษาการหาอัตราการติดเชื้อโรคหนองในในคอของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองแสดงให้เห็นว่าโรคหนองในใน

คอมีการตรวจพบในอัตราที่สูงโดยเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองที่มีอายุระหว่าง 21-30 ปี ซึ่งอยู่ในกลุ่มเยาวชนที่เป็นนักเรียน/นักศึกษาและอยู่ในช่วงวัยทำงานทำอาชีพรับจ้างเป็นส่วนใหญ่ สอดคล้องกับการศึกษาของวัชรพล สีนอ (2555)⁽⁶⁾ ที่พบการเกิดโรคหนองในในอวัยวะเพศที่พบเพิ่มสูงขึ้นในกลุ่มเยาวชน ถึงแม้ผู้มารับการตรวจส่วนใหญ่มีการศึกษาอยู่ระดับปริญญาตรีแต่สามารถติดเชื้อหนองในในคอได้หากมีความพฤติกรรมเสี่ยงจากการปฏิบัติทางเพศไม่ถูกต้องและการขาดความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเอง⁽⁶⁾ โรคหนองในในคอส่วนใหญ่มักไม่มีอาการนำมาก่อนรวมทั้งระยะเวลาการฟักตัวของเชื้อหนองในในคอไม่แน่ชัด⁽²⁾ สอดคล้องกับการศึกษาในครั้งนี้ที่พบว่าส่วนใหญ่ไม่มีอาการนำมาก่อน ซึ่งระยะเวลาการติดเชื้อไม่แน่นอนสามารถได้รับเชื้อหนองในในคอได้มากกว่า 30 วัน ทั้งนี้ยังตรวจพบโรคหนองในในคอมากถึงร้อยละ 7 ซึ่งถือว่าม้อตราการติดเชื้อค่อนข้างสูงสัมพันธ์กับการศึกษาของ วัชรพล สีนอ (2555)⁽⁶⁾ ที่พบการเกิด

โรคหนองในในอวัยวะเพศที่พบเพิ่มสูงขึ้นโดยเฉพาะอย่างยิ่งจาก การศึกษาพบว่าคู่สัมผัสของผู้ติดเชื้อ หนองในในคอไม่สามารถติดตามได้คิดเป็นร้อยละ 100 จากปัญหาการมีคู่สัมผัสจำนวนมากไม่สามารถบอกได้ว่าสัมผัสโรคจากบุคคลใดถ้ามีคู่สัมผัสมาก ก็จะมี การติดเชื้อเพิ่มมากขึ้น⁽⁹⁾ ซึ่งจากปัญหาที่พบเหล่านี้ เป็นปัจจัยสำคัญที่ส่งผลให้มีการแพร่ระบาดของ โรคหนองในเพิ่มมากขึ้น

การตรวจวินิจฉัยโรคหนองในทางห้องปฏิบัติการ ปกตินิยมใช้มีอยู่ 2 วิธี คือ การตรวจคัดกรองโดยวิธีย้อมสีแกรมจากวัสดุที่ส่งตรวจโดยตรงกับการ ตรวจวินิจฉัยหาเชื้อโดยการเพาะเชื้อบนอาหารเลี้ยง เชื้อ และตรวจยืนยันผลของเชื้อ การตรวจหาเชื้อ หนองในด้วยวิธี PCR (Polymerase Chain Reaction) เป็นการตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อที่มีความไวและความจำเพาะมากกว่าวิธีการเพาะเชื้อ ซึ่งเป็นวิธีมาตรฐาน^(6,7) ซึ่งมีใช้ทั้งแบบพัฒนาขึ้นเอง และชุดน้ำยาสำเร็จรูป ในการศึกษาครั้งนี้ใช้ชุดตรวจ In-House Taqman-based multiplex Real-Time Polymerase Chain Reaction ที่พัฒนาขึ้นเอง ซึ่งเป็นชุดตรวจที่พัฒนาขึ้นเอง ของคณะเทคนิคการแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โดยวิธี Real-time PCR เป็นระบบปิด ไม่มีการนำ DNA ผลผลิตมาตรวจในภายหลัง จึงเป็นความ เสี่ยงน้อยต่อการปนเปื้อนที่เป็นสาเหตุของผลบวก ปลอม⁽¹⁰⁾ จากการศึกษายังมีข้อจำกัดในเรื่องของ

ระยะเวลาที่รอผลการตรวจค่อนข้างนาน ส่งผลให้มีความล่าช้าในการทราบผลการตรวจและการเข้ารับ การรักษาของผู้ที่พบเชื้อหนองในในคอ ซึ่งระหว่างที่ ยังไม่ทราบผลอาจแพร่กระจายเชื้อไปยังบุคคลอื่น ต่อไปได้

ข้อเสนอแนะ

ควรมีการศึกษาในการตรวจหาเชื้อ หนองในในคออย่างต่อเนื่อง รวมถึงการศึกษาเพิ่มเติมในตำแหน่งอวัยวะเพศและทวารหนัก เพื่อเป็นการป้องกันและเฝ้าระวังโรคไม่ให้มีการแพร่ กระจายเชื้อหนองในเพิ่มขึ้น และควรหาแนวทางใน การติดตามคู่สัมผัสเพื่อตรวจและทำการรักษาต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ทำการศึกษาขอขอบพระคุณ คุณอนุรักษ์ ชูสุวรรณรักษ์ ที่ให้คำปรึกษาและสนับสนุน การดำเนินงานและให้ข้อเสนอแนะต่างๆ ที่เป็น ประโยชน์ ขอขอบคุณแพทย์หญิงชุติมา ดุละยมณี และเจ้าหน้าที่ศูนย์สาธิตบริการกรมโรคทุกท่านที่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณคณะเทคนิค การแพทย์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่อนุญาตให้ใช้ชุด ตรวจรวมทั้งชั้นสูตรส่งตรวจด้วยวิธี In-House Taqman-based multiplex Real-Time Polymerase Chain Reaction ที่พัฒนาขึ้นเอง และขอขอบคุณผู้รับบริการทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ ในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์อย่างยิ่ง

เอกสารอ้างอิง

1. บทความการดูแลสุขภาพ และเคล็ดลับเพื่อสุขภาพดี. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในคอ. [สืบค้นเมื่อ 18 สิงหาคม 2557]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.healthcarethai.com>.
2. สุภาภรณ์ พัวเพิ่มพูลศิริ, เกษแก้ว เพียงทวีชัย, พิพัฒน์ ศรีเบญจลักษณ์และคณะ. แบคทีเรียวิทยาคลินิก. ครั้งที่ 2. ขอนแก่น: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2543 : 3-5
3. บทความการดูแลสุขภาพและเคล็ดลับเพื่อสุขภาพดี. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. [สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2557]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.healthcarethai.com>.



4. Melbourne Sexual Health Center. โรคหนองใน. [สืบค้นเมื่อ 11สิงหาคม2557];แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.mshc.org.au>.
 5. Siamhealth. โรคหนองในแท้. [สืบค้นเมื่อ 18สิงหาคม2557]; แหล่งข้อมูล: URL: <http://www.Siamhealth.net>.
 6. Pookaapund SR. Establishment of Neisseria gonorrhoeae and Chlamydia Trachomatis Detection by using In-House Taqman-based multiplex Real-Time Polymerase Chain Reaction: Master of science in Medical Technology (dissertation).The graduate school: Chiangmai Univer; 2008.
 7. สิริชัย พุกกะพันธุ์. การตรวจหาเชื้อโนซีเรียโกโนเรียและเชื้อคลาไมเดียทราโคมาติสโดยวิธีมัลติเพล็กซ์แทกแมนเบสเรียลไทม์โพลีเมอร์เรสเซนซ์แอ็คชั่นที่พัฒนาขึ้นเอง[สืบค้นเมื่อ 18สิงหาคม2557]; แหล่งข้อมูล: URL: http://archive.lib.cmu.ac.th/full/T/2008/mtech0308sp_abs.pdf
 8. วัชรพล สีนอ. สถานการณ์โรคหนองใน ประเทศไทย พ.ศ. 2543-2552. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ ปีที่ 43 ฉบับพิเศษ : มีนาคม 2555 [สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม 2557]; แหล่งข้อมูล: URL: [file:///C:/Users/Ewe/Downloads/23352-29847-1-PB%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/Ewe/Downloads/23352-29847-1-PB%20(1).pdf)
 9. ศูนย์การแพทย์โรงพยาบาลกรุงเทพ. โรคหนองใน. ปรับปรุงล่าสุดวันที่ : 24/05/2557 [สืบค้นเมื่อ 11 สิงหาคม2557]; แหล่งข้อมูล: URL: http://www.bangkokhealth.com/bhr/th/content_detail.php?id=1379&types=1
 10. กลุ่มโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สคร. 10 เชียงใหม่. หนังสือคู่มือปฏิบัติการชันสูตรโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สุเทพการพิมพ์.2551: 102-105
-

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู (VIA)

ปฏิพันธ์ เสริมศักดิ์*

Abstract

Screening for Cervical Cancer with Acetic Acid (VIA)

Padipan Sermsak*

*Bureau of AIDS TB&STIs, Department of Diseases Control.

Screening for cervical lesions before using the VIA screening options. When used in combination therapy with a cameo by a single visit approach is the way that is appropriate in the prevention and control of cervical cancer. Especially in areas with limited resources can not be achieved by a comprehensive and integrated approach Pap smear.

Key Words: Cervical Screening by Acetic Acid
Thai AIDS J 2016; 28 : 124-132

บทคัดย่อ

การตรวจคัดกรองรอยโรคระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี VIA เป็นการตรวจคัดกรองทางเลือกและเมื่อใช้ร่วมกับการบำบัดโดยวิธีอื่นในรูปแบบ single visit approach ก็เป็นวิธีการที่มีความเหมาะสมในกระบวนการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัดไม่สามารถดำเนินการได้โดยวิธี Pap smear ให้ครอบคลุมและครบวงจร

คำสำคัญ การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู
วารสารโรคเอดส์ 2559; 28 : 124-132

บทนำ

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นกระบวนการของการตรวจสอบและลบเนื้อเยื่อผิดปกติหรือเซลล์ในปากมดลูก ก่อนมะเร็งปากมดลูกพัฒนา⁽¹⁾ โดยมีเป้าหมายที่จะตรวจสอบและการรักษามะเร็งปากมดลูก เนื้องอก ในช่วงต้นของ

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีจุดมุ่งหมายที่ป้องกันระดับทุติยภูมิของมะเร็งปากมดลูก⁽²⁾ การตรวจคัดกรองหลายวิธีการในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกมีการตรวจ Pap test (หรือเรียกว่าการตรวจ Pap smear หรือเซลล์เยื่อธรรมชาติ) เซลล์

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค



เยื่อของเหลวที่ใช้ในการทดสอบการติดเชื้อ HPV DNA และการตรวจสอบภาพที่มีกรดอะซิติก ตรวจ Pap test และเซลล์วิทยาของเหลวตามที่ได้รับมีประสิทธิภาพในการลดอัตราการเกิดและอัตราการตายจากโรคมะเร็งปากมดลูกในประเทศที่พัฒนาแล้ว แต่ไม่ได้อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา⁽³⁾ วิธีการตรวจคัดกรองในอนาคตที่สามารถนำมาใช้ในพื้นที่ที่ตำรพยากรในประเทศกำลังพัฒนาที่มีการติดเชื้อ HPV การทดสอบดีเอ็นเอและการตรวจสอบภาพ⁽⁴⁾

ประเทศที่แตกต่างกันมีคำแนะนำการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่แตกต่างกัน ตามที่ 2010 แนวทางยุโรปสำหรับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอายุที่จะเริ่มการตรวจคัดกรองในช่วงระหว่าง 20-30 ปี “แต่ไม่ได้พิเศษก่อนอายุ 25 หรือ 30 ปี” ขึ้นอยู่กับภาวะของโรคในประชากรและการที่ทรัพยากรที่มีอยู่⁽⁵⁾ ปัจจุบันส่วนใหญ่ประเทศในยุโรปแนะนำหรือขอเสนอการตรวจคัดกรองที่มีอายุระหว่าง 25-64⁽⁶⁾ การตรวจคัดกรองเป็นปกติ (และในประเทศอังกฤษ) ที่นำเสนอทุกรูปแบบทุกเพศทุกวัย 3 ปี 25-49 ทุก 5 ปีนับจากวัย 50-64 และ 65 ปีขึ้นไปในผู้หญิงเพียงคนเดียวในบรรดาผู้ที่ยังไม่ได้รับการตรวจคัดกรองตั้งแต่อายุ 50 หรือมีผลผิดปกติที่ผ่านมา^(6,7)

ในประเทศสหรัฐอเมริกาการตรวจคัดกรองเป็นที่แนะนำสำหรับผู้หญิงอายุระหว่าง 21-65 โดยไม่คำนึงถึงอายุที่เริ่มต้นมีเพศสัมพันธ์หรือพฤติกรรมมีความเสี่ยงสูงอื่น ๆ⁽⁸⁻¹⁰⁾ สำหรับผู้หญิงที่มีสุขภาพดีอายุ 21-29 ที่ไม่เคยมี ตรวจ Pap smear ผิดปกติการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกกับเซลล์เยื่อปากมดลูก (Pap smear) ควรจะเกิดขึ้นทุก 3 ปีโดยไม่คำนึงถึงสถานะการฉีดวัคซีน HPV⁽¹¹⁾ คัดกรองที่แนะนำสำหรับผู้หญิงที่มีอายุ 30-65 คือ “ร่วมทดสอบ” ซึ่งรวมถึงการรวมกันของ

การตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเซลล์วิทยาและการทดสอบการติดเชื้อ HPV ทุก 5 ปี⁽¹¹⁾ แต่ก็เป็นที่ยอมรับในการคัดกรองกลุ่มอายุนี้มีการตรวจ Pap smear คนเดียวทุก 3 ปี⁽¹¹⁾ ในผู้หญิงอายุ 65 ปีขึ้นไปการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกอาจจะ ยกเลิกในกรณีที่ไม่มีผลการตรวจคัดกรองความผิดปกติภายใน 10 ปีก่อนและประวัติของแผลเกรตสูงไม่มี⁽¹¹⁾

ในประเทศออสเตรเลียการตรวจคัดกรองจะถูกนำเสนอให้กับผู้หญิงที่มีอายุ 18-70 ทุกสองปี นี้เกิดจากการตรวจ Pap smear และคำนึงถึงประวัติทางเพศ⁽¹²⁾ ในแคนาดาที่โปรแกรมตรวจคัดกรองจะถูกจัดเรียงใน ระดับจังหวัด, คำแนะนำทั่วไปไม่ได้ที่จะเริ่มต้นการคัดกรองเป็นประจำจนอายุ 25 ในกรณีที่ไม่มีเหตุผลที่เฉพาะเจาะจงไปแล้ว ไปที่หน้าจอตทุกสามปีจนอายุ 69⁽¹³⁾ แต่สำหรับตัวอย่างเช่นใน ออนตาริโอ “โครงการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก แนะนำว่าผู้หญิงที่มีหรือได้รับการใช้งานทางเพศมีการทดสอบการตรวจ Pap ทุก 3 ปีเริ่มต้นที่อายุ 21”⁽¹⁴⁾

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย Pap smear ในประเทศไทยทำมาประมาณ 40 ปี แต่ยังไม่เป็นที่แพร่หลาย จากรายงานสถานะสุขภาพคนไทยปี พ.ศ. 2543 ซึ่งจะทำได้โดย พญ.จันทร์เพ็ญ ชูประภาวรรณ และคณะ โดยการสนับสนุนของสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข (ส.ว.ร.ส) จากการสำรวจระหว่าง พ.ศ. 2539-2540 พบว่าผู้หญิงเกือบร้อยละ 60 ทั่วประเทศไทยไม่เคยได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งสาเหตุของปัญหาที่ทำให้การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย Pap smear ไม่เป็นที่แพร่หลายอาจเกิดจากหลายอย่างซึ่งพิจารณาตามขั้นตอนในการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย Pap smear อาจเกิดจาก

1. ประชาชนผู้มารับบริการ : สาเหตุของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกยังไม่เป็นที่แพร่หลาย

ประการหนึ่งก็คือ ประชาชนผู้มารับบริการยังไม่มี ความเข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก การศึกษาในระบบก็ไม่ได้ช่วยแก้ปัญหาโดยสังเกต พบว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวนไม่น้อยมีการ ศึกษาในระดับปริญญาตรี แต่ไม่มีความรู้และความ เข้าใจเกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยเฉพาะถ้าไม่มีอาการผิดปกติก็จะไม่ได้สนใจ ประกอบกับความอายในการมาตรวจภายใน

2. บุคลากรผู้ให้บริการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดย Pap smear : บุคลากรทางการแพทย์ โดยเฉพาะแพทย์และพยาบาลขาดความสนใจในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวม และไม่ให้ความสำคัญ ในการป้องกันโรค โดยสังเกตได้ว่าผู้ป่วยมะเร็งปากมดลูกจำนวนไม่น้อยเคยผ่านการคลอดบุตรในโรงพยาบาล หรือผู้ป่วยที่มีโรคเรื้อรังและอยู่ภายใต้ การดูแลของแพทย์มาเป็นเวลานาน แต่ไม่มีความรู้เรื่อง การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและจำนวนไม่ น้อยที่เป็นมะเร็งปากมดลูกในระยะ 2 หรือ 3 ใน ภายหลัง การปฏิรูประบบสาธารณสุขโดยการเน้น การป้องกันมากกว่าการรักษาโดยมี Primary Care Unit (PCU) อาจช่วยแก้ปัญหานี้ได้ระดับหนึ่ง แพทย์สภามีความเห็นว่าการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกเป็นเกณฑ์มาตรฐานขั้นต่ำของผู้ประกอบ วิชาชีพเวชกรรม จากสถิติกระทรวงสาธารณสุขปี พ.ศ. 2540 มีแพทย์ทั้งหมดในประเทศไทย 16,569 คน คิดเป็นจำนวนแพทย์ต่อประชากร 3,649 คน และเมื่อพิจารณาถึงการกระจายของแพทย์แล้ว พบว่ายังขาดแคลนแพทย์ในชนบท ดังนั้นการแก้ ปัญหาอาจจะโดยให้บุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์ได้แก่ พยาบาลมีส่วนร่วมในการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งจากสถิติพบว่าในปี พ.ศ. 2548 มีพยาบาลและ การผดุงครรภ์ขึ้นหนึ่งทั้งหมด 64,383 คน ซึ่งทางแก้ ปัญหาที่จะต้องบรรจุวิธีการตรวจคัดกรองมะเร็ง ปากมดลูกในหลักสูตรของพยาบาล

3. พนักงานเซลล์วิทยา : ภายหลังจากการทำ Pap smear แล้ว slide จะได้รับการย้อมและ ตรวจโดยพนักงานเซลล์วิทยา (cytoscreener) ซึ่ง อยู่ภายใต้การดูแลของพยาธิแพทย์ในต่างประเทศ cytoscreener หรือ cytologist สำหรับประเทศไทย ได้มีการจัดตั้งโรงเรียนเซลล์วิทยาในสังกัด สถาบันมะเร็งแห่งชาติมาประมาณ 30 ปี โดยรับ นักศึกษาที่จบมัธยมศึกษาตอนปลายมารับการเรี ยนรู้ 2 ปี และส่งไปปฏิบัติงานตามโรงพยาบาลต่างๆ เพื่ออ่านและรายงานผล Pap smear โรงเรียน เซลล์วิทยาได้ผลิตบุคลากรออกไปประมาณ 400 คน แต่ก็ยังไม่เพียงพอในการบริการ

4. พยาธิแพทย์ (pathologist) พยาธิ แพทย์มีบทบาทสำคัญในการอ่านและรายงาน Pap smear รวมทั้งการควบคุมคุณภาพ (quality control) ของ Pap smear นอกจากนี้ยังมีบทบาท ที่สำคัญในการดูแลรักษาผู้ป่วยที่ผลการคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกผิดปกติ ในปัจจุบันราชวิทยาลัย พยาธิแพทย์แห่งประเทศไทยมีสมาชิกประมาณ 150 คน และอัตราเพิ่มของพยาธิแพทย์ โดยสังเกตจาก แพทย์ที่เข้ารับการฝึกอบรมก็น้อยมาก ปีละประมาณ 10 คน

5. การรายงานผลการตรวจ Pap smear ก็เป็นปัญหาที่สำคัญอย่างหนึ่ง ในกรุงเทพฯ Pap smear มักจะได้ผลภายใน 1-2 สัปดาห์ แต่ในต่าง จังหวัดส่วนมากจะได้ผลต้องรอประมาณ 1-2 เดือน ซึ่งก็เป็นปัญหาในการแจ้งผลแก่ผู้รับบริการหรือใน บางครั้งก็ไม่สามารถตามผู้รับบริการมารับการดูแล รักษาได้ในกรณีที่ผลการคัดกรองผิดปกติ ปัจจุบัน ได้มีการศึกษาการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก หลายวิธี วิธีการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วย น้ำสัสมายชู (VIA) เป็นวิธีหนึ่งที่น่าสนใจมีการ ศึกษาหลายปีตั้งแต่ปี 2544 โดยกรมอนามัยร่วมกับราชวิทยาลัยสูตินรีเวชแห่งประเทศไทย ได้



ทำการศึกษาในพื้นที่ภาคอีสานร่วมกับภาควิษามะเร็ง
นรีเวช คณะแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยขอนแก่น ซึ่ง
เป็นการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกที่น่าสนใจ

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู (VIA)

Visual Inspection with Acetic acid (VIA)

VIA เป็นการตรวจเพื่อคัดกรองมะเร็ง
ปากมดลูกโดยวิธีการตรวจภายในและน้ำส้มสายชู
รายงานครั้งแรกในปี ค.ศ. 1982 VIA สามารถทำได้
โดยการตรวจภายในให้เห็นปากมดลูกและช่องคลอด
ปากมดลูกด้วยน้ำส้มสายชู 3-5% ภายหลังจากรอ
เวลา 1 นาที จะเกิดการเปลี่ยนแปลงบริเวณปากมดลูก
ซึ่งมีลักษณะเป็นสีขาว ซึ่งแสดงความผิดปกติใน
ระยะก่อนที่จะเป็นมะเร็งการตรวจโดยวิธี VIA นี้
คุณภาพของการตรวจเป็นอย่างไร เมื่อเปรียบ
เทียบกับ Pap smear ได้มีการศึกษาวิจัยโดยองค์
การ JHPIEGO Corp. ในประเทศ Zimbabwe
ซึ่งได้รายงานในปี ค.ศ. 1999 (ตารางที่ 1)

เป็นการศึกษาของ JHPIEGO Corp.
ในประเทศ Zimbabwe โดยทำในสตรีอายุ
ระหว่าง 25-55 ปี การคัดกรองกระทำโดยพยาบาล
ที่ผ่านการฝึกอบรม ผู้รับบริการจะได้รับการคัดกรอง

ตารางที่ 1. เปรียบเทียบคุณภาพการคัดกรองโดย
VIA และ Pap smear

	VIA	Pap smear
จำนวน	2,130	2,092
Sensitivity	77	44
Specificity	64	91
PPV	19	33
NPV	96	94

PPV = positive predictive value

NPV = negative predictive value

โดยวิธี Pap smear และ VIA ทุกคน หลังจาก
การคัดกรอง ผู้รับบริการทุกคนจะส่งไปตรวจโดย
colposcopist 2 ท่าน ซึ่งนับเป็น gold standard
สำหรับ Pap smear นั้น ทุก slides จะได้รับการ
อ่านโดย cytotechnicians ใน Zimbabwe จะส่ง
ไปประเทศสหรัฐอเมริกา เพื่อ review โดย US
cytopathologist การศึกษาครั้งนี้จะเป็นครั้งแรก
ที่สามารถวัด sensitivity ของ Pap smear เนื่อง
จากผู้รับบริการทุกคนจะได้รับการตรวจด้วย
colposcopic examination

ผลการศึกษาวิจัยพบว่า การคัดกรองโดย
วิธี VIA มี sensitivity ร้อยละ 77 ซึ่งดีกว่า Pap
smear ซึ่งมี sensitivity ร้อยละ 44 หมายความว่า
ถ้าวิธี VIA บอกว่าผลการตรวจปกติจะเชื่อได้
มากกว่า Pap smear ในขณะที่เดียวกัน specificity
ของวิธี VIA เพียงร้อยละ 64 เมื่อเปรียบเทียบกับ
Pap smear ซึ่งมี specificity ร้อยละ 91 หมาย
ความว่า ถ้าผลผิดปกติหรือ positive จะเชื่อ Pap
smear ได้มากกว่า VIA หรืออีกนัยหนึ่งคือ การ
คัดกรองโดยวิธี VIA มี false positive ค่อนข้าง
สูง แต่ false negative ค่อนข้างต่ำทำให้มี PPV
ต่ำ แต่ NPV สูง ในระยะหลังมีรายงานการศึกษา
เกี่ยวกับคุณภาพของการคัดกรองโดยวิธี VIA
(ตารางที่ 2)

จากตารางที่ 2 จะเห็นว่า การคัดกรองโดย
วิธี VIA จากรายงานต่างๆ มี sensitivity ค่อนข้างดี
แต่ specificity ต่ำ โดยมี sensitivity
ระหว่างร้อยละ 66-90 และมี specificity อยู่
ระหว่างร้อยละ 64-98 สำหรับประโยชน์หรือข้อ
ดีของการคัดกรองโดยวิธี VIA (ตารางที่ 3)

จากตารางที่ 3 ข้อดีหรือจุดเด่นของการคัด
กรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี VIA คือ

1. สามารถทำได้โดยบุคลากรที่ไม่ใช่
แพทย์ จากการศึกษาของ JHPIEGO Corp.

ตารางที่ 2. Quality of VIA screening studies

Name/Year	Country	Number	Sensitivity	Specificity
Megavand/1996	S. Africa	2,426	66	98
Sanka/199	India	1,351	96	65
JHPIEGO/1999	Zimbabew	2,130	77	64
Denny/2000	S.Africa	2,944	67	88
Belison/2001	China	1,997	71	74

ตารางที่ 3. ข้อดีของการคัดกรองโดย VIA

1. สามารถทำโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์
2. สามารถทำได้ในสถานบริการทุกแห่ง
3. ทราบผลได้ทันที
4. มีความไว (sensitivity) ดีกว่า Pap smear
5. บอกริเวณผิดปกติบนปากมดลูก

กระทำโดยพยาบาลซึ่งผ่านการฝึกอบรมที่ได้มาตรฐาน การฝึกอบรมพยาบาลให้สามารถทำการคัดกรองโดยวิธี VIA นี้ JHPIEGO Corp. ร่วมกับกระทรวงสาธารณสุขได้ทำการอบรมพยาบาลเวชปฏิบัติเป็นเวลา 2 สัปดาห์ ที่จังหวัดร้อยเอ็ดเป็นจำนวน 65 คน โดยแบ่งเป็น 5 รุ่น ประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี โดยมีการวัดและทดสอบคุณภาพของการคัดกรองด้วย VIA

การคัดกรองโดยบุคลากรที่ไม่ใช่แพทย์จะมีประโยชน์อย่างยิ่งโดยเฉพาะในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดและขาดแคลนแพทย์อย่างเช่นประเทศไทย สำหรับคุณภาพของการคัดกรองจากการศึกษาที่จังหวัดร้อยเอ็ดพบว่า การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี VIA และกระทำโดยพยาบาลพบว่ามีความปลอดภัย (safe) เป็นที่ยอมรับของผู้รับบริการ (acceptibility) มีความเป็นไปได้ (feasibility) และมีประสิทธิภาพ (effective) ซึ่งจะกล่าวต่อไป

2. การคัดกรองโดยวิธี VIA สามารถทำได้ในสถานที่ทุกแห่ง การคัดกรองโดยวิธี VIA นี้ไม่ต้องการเครื่องมือที่สลับซับซ้อนเหมือน Pap smear เพียงแต่ตรวจภายในให้เห็นปากมดลูกมีน้ำสัสมายชูและแสงสว่าง สามารถกระทำได้ในสถานบริการสาธารณสุขระดับต่ำสุดคือ สถานีอนามัย การที่ทำการคัดกรองในสถานบริการทุกแห่งนั้นเป็นประโยชน์อย่างยิ่งสำหรับประเทศกำลังพัฒนาหรือประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด เพื่อให้ประชากรทั่วไปสามารถเข้าถึงการบริการได้

3. การคัดกรองโดยวิธี VIA ทราบผลในทันที ข้อดีของ VIA ที่ทราบผลในทันทีเป็นที่ต้องการเป็นอย่างยิ่งของผู้รับบริการ การคัดกรองโดย Pap smear นั้นกินเวลาประมาณ 2 เดือน ทั้งนี้เพราะจะต้องผ่านการย้อม slide และอ่านโดยพนักงานเซลล์วิทยา ซึ่งจะต้องส่งไปนอกสถานที่ และเมื่อได้ผลแล้วการรายงานผลต่อผู้รับบริการก็มีปัญหาเช่นกัน การรายงานผลบางแห่งกระทำโดยการส่งทางไปรษณีย์ มีการศึกษาเกี่ยวกับรายงานผลของการตรวจ Pap smear จากมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยศึกษาในผู้รับบริการ 162 คน ที่ผลการตรวจ Pap smear ผิดปกติซึ่งได้รับการแจ้งผลและให้มารับการรักษาโดยส่งผลทางไปรษณีย์พบว่า 62 คนหรือประมาณ ร้อยละ 41.1 ไม่ได้รับการรักษาตามนัด เมื่อติดตามผู้รับบริการเพื่อทราบสาเหตุของการขาดการติดต่อ พบว่าเนื่องจากไม่ได้



รับข่าวสารร้อยละ 35.0 ไม่เข้าใจข้อความในจดหมายที่แจ้งไป ร้อยละ 10.2 คิดว่าตนเองไม่เป็นอะไรมากเพราะไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 13.6 สรุปว่าแม้จะมีรายงานผลทางโปรซีสัยก็ยังไม่แก้ปัญหการแจ้งผลแก่ผู้รับบริการ ประโยชน์ของการทราบผลในทันทีนอกจากให้ผู้รับบริการทราบแล้ว ในรายที่ผลการคัดกรองโดยวิธี VIA ผิดปกติและสามารถให้การรักษาความผิดปกติในระยะก่อนมะเร็งได้และอาจจะสามารถให้การรักษาไปได้เลย (test and treat) ก็จะเป็นการประหยัดค่าใช้จ่ายและเวลาในการเดินทางที่เป็นปัญหาที่สำคัญในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัด

4. คุณภาพการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก โดยวิธี VIA มีความไว (sensitivity) สูงกว่า การคัดกรองโดย Pap smear จากข้อดีอันนี้ เมื่อการคัดกรองโดยวิธี VIA แล้วผลปกติสามารถแนะนำให้ทำการคัดกรองซ้ำอีก 5 ปี ต่างจาก Pap smear เนื่องจากมี sensitivity ต่ำ เมื่อผลปกติครั้งแรกควรทำซ้ำอีก 6 เดือน และต่อไปทุกปี เมื่อผลปกติเป็นเวลา 2-3 ปี อาจจะทำซ้ำทุก 3 ปี ถ้าคิดจำนวนการทดสอบการคัดกรองในระยะ 5 ปีแรก โดยวิธี VIA หนึ่งครั้งแต่ต้องทำ Pap smear ประมาณ 4-5 ครั้ง วิธีไหนจะเป็นการประหยัดกว่า

5. การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี VIA นี้ คล้ายกับการตรวจโดย colposcope เพียงแต่ไม่ได้ดูด้วยกล้องขยายเท่านั้น ดังนั้นจากการตรวจคัดกรองโดยวิธี VIA สามารถบอกขนาดและบริเวณของความผิดปกติบนปากมดลูก อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการตรวจเพิ่มเติม เช่น การทำ cervical conization ว่าควรจะทำชนิดใดจึงเหมาะสม หรือให้การรักษาในกรณีที่มีความผิดปกติซึ่งวิธีการดูแลรักษาขึ้นกับขนาดของความผิดปกติ

การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี VIA

ก็มีข้อดีหรือข้อจำกัดเมื่อเปรียบเทียบกับการคัดกรองปากมดลูกโดยวิธี Pap smear คือ

1. ไม่สามารถทำได้ในทุกกลุ่มอายุ : การคัดกรองโดยวิธี VIA นั้นหลักการคือ สังเกตการเปลี่ยนแปลงบริเวณ Squamo-Columnar Junction (SCJ) และ Transformation Zone (T Zone) ดังนั้นในสตรีที่ไม่เห็น SCJ และ T Zone ทั้งหมดก็ไม่สามารถบอกได้ว่าผิดปกติหรือไม่ SCJ และ T Zone จะมีการเปลี่ยนแปลงเมื่ออายุมากขึ้น โดยจะเลื่อนเข้าไปอยู่ภายใน cervical canal จากสถิติพบว่าอุบัติการณ์สูงสุดของความผิดปกติระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกเกิดในกลุ่มอายุ 30-45 ปี ซึ่งเป็นกลุ่มอายุที่ควรจะทำกรการคัดกรองอย่างยิ่งในประเทศที่มีทรัพยากรจำกัดและสามารถคัดกรองโดยวิธี VIA

2. การฝึกอบรมในการคัดกรองโดยวิธี VIA จะต้องมีมาตรฐาน : การฝึกอบรมพยาบาลให้สามารถทำการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี VIA เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดที่มีผลต่อคุณภาพของการคัดกรอง ในปัจจุบันยังไม่มีมาตรฐานของการคัดกรองซึ่งเป็นที่ยอมรับโดยทั่วไป สำหรับวิธีการอบรมในประเทศไทยที่ใช้อยู่ได้รับการพัฒนามาจาก JHPIEGO Corp. โดยมีระยะเวลาการฝึกอบรม 10 วัน และผู้เข้ารับการอบรมจะมีความรู้เกี่ยวกับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยเฉพาะการคัดกรองโดยวิธี VIA และมีทักษะในการให้คำแนะนำแก่ผู้รับบริการ การคัดกรองโดยวิธี VIA รวมถึงการรักษาความผิดปกติระยะก่อนเป็นมะเร็งด้วย Cryotherapy วิธีการฝึกอบรมนอกจากการบรรยายแล้วยังมีการฝึกปฏิบัติกับหุ่นจำลองและผู้ป่วยจริง สำหรับการประเมินผลก็โดยการให้ผู้รับการอบรมให้ดูโดยเกณฑ์ผ่านร้อยละ 85 สิ่งสำคัญของการฝึกอบรมตามมาตรฐานของ JHPIEGO Corp นี้คือภายหลังการฝึกอบรมแล้วก็จะมีการส่ง

ผู้เชี่ยวชาญไปติดตามและควบคุมคุณภาพในการปฏิบัติงานโดยเฉพาะในระยะ 3 เดือนแรก จะเห็นได้ว่าการฝึกอบรมให้มีคุณภาพนั้นจะต้องกินเวลานานรวมทั้งการติดตามผลภายหลังการฝึกอบรม

3. การคัดกรองโดยวิธี VIA มีความจำเพาะ (Specificity) ต่ำกว่าการคัดกรองโดย Pap smear : จากที่กล่าวแล้วว่าการคัดกรองโดยวิธี VIA มี specificity ต่ำ เนื่องจากมี false positive สูง ดังนั้นในการรักษาระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกที่วินิจฉัยจากการคัดกรองโดยวิธี VIA

4. ข้อด้อยอีกอย่างของการคัดกรองโดยวิธี VIA : คือไม่มีการเก็บตัวอย่างไว้ในเวชระเบียน เพื่อการศึกษาย้อนหลัง ซึ่งต่างจากการคัดกรองโดย Pap smear ในกรณีที่มีปัญหาจากเขา slide ของ Pap smear มาศึกษาภายหลังได้ แต่การคัดกรองโดยวิธี VIA นั้นมีเพียงการบันทึกหรือเขียน diagram ลงในเวชระเบียนเท่านั้น ซึ่งอาจจะมีผลถ้ามีคดีการฟ้องร้องเกิดขึ้นในภายหลัง

เมื่อพิจารณาข้อดีและข้อด้อยของการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกด้วยวิธี VIA แล้ว จะเห็นได้ว่าสถานที่ซึ่งทำการคัดกรองโดย Pap smear อย่างแพร่หลายและอย่างมีคุณภาพก็เป็นสิ่งที่ดีอยู่แล้ว แต่ในสถานที่ซึ่งการคัดกรองโดย Pap smear ยังมีปัญหาทั้งการเข้าถึงของผู้รับบริการและการควบคุมคุณภาพซึ่งมักพบในสถานที่ซึ่งมีทรัพยากรจำกัด เช่น ในชนบทของประเทศไทย การคัดกรองมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี VIA ก็เป็นทางเลือกอย่างหนึ่งแทนที่จะปล่อยให้ไปตามยถากรรมโดยไม่ทำอะไรเลย สำหรับการเลือกใช้การคัดกรองโดยวิธี VIA ผสมผสานกับ Pap smear เป็นไปได้หรือไม่? โดยเฉพาะในสถานที่กำลังพัฒนาการคัดกรองโดย Pap smear ให้มีคุณภาพและเป็นทีแพร่หลาย จากการศึกษาพบว่า การคัดกรองโดยวิธี VIA มี sensitivity ดีกว่า Pap smear และอุบัติการณ์

ของ VIA positive พบได้ประมาณร้อยละ 10-20 ดังนั้นในระยะที่ความสามารถในการอ่านและรายงานผล Pap smear กระทำไม่ได้เต็มที่เนื่องจากมีปัญหาจากขาดแคลนพนักงานเซลล์วิทยาหรือพยาธิแพทย์ การคัดกรองโดยการทำ VIA ก่อน และถ้ามีผล VIA positive จึงค่อยทำ Pap smear ซึ่งจะเป็นการลดปริมาณงานของ Pap smear ลงได้ร้อยละ 80

การปฏิรูประบบสาธารณสุขในปัจจุบันโดยเน้นการป้องกันซึ่งได้ผลและประหยัดกว่าการรักษา ดังที่กล่าวมาแล้ว ซึ่งในระบบการปฏิรูประบบสาธารณสุขในปัจจุบันมีการจัดตั้ง Primary Care Unit (PCU) เพื่อการส่งเสริมสุขภาพ ดังนั้นการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกสมควรที่จะเป็นกิจกรรมอย่างหนึ่งของ PCU ด้วย

การป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกในประเทศไทย

ประเทศไทยเป็นประเทศที่กำลังพัฒนามีทรัพยากรจำกัด โดยเฉพาะจำนวนพยาธิแพทย์ และนักเทคนิคการแพทย์ด้านเซลล์วิทยา ในอดีตการคัดกรองรอยโรคระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกโดยใช้วิธี Pap smear เป็นการดำเนินการแบบ “opportunistic screening” ซึ่งผลการดำเนินการมีความครอบคลุม (coverage) ต่ำ น้อยกว่า 10% และไม่ได้ทำในกลุ่มเป้าหมายที่เป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดรอยโรคระยะก่อนมะเร็ง อีกทั้งมีหญิงจำนวนมากที่ผลการตรวจคัดกรองผิดปกติไม่ได้รับการบำบัดอย่างเหมาะสม⁽¹⁴⁾ ในปี พ.ศ. 2543 โดยความร่วมมือระหว่างองค์การ Johns Hopkins Program for International Education in Gynecology and Obstetrics (JHPIEGO) กับราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย คณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะแพทยศาสตร์



มหาวิทยาลัยขอนแก่น ได้ทำการศึกษาการป้องกัน มะเร็งปากมดลูกแบบหัตถ์วิทยุ “safety, acceptability, feasibility and program effort (SAFE) demonstration project” ที่ โรงพยาบาลชุมชน 4 แห่งในจังหวัดร้อยเอ็ด ผลสรุปว่า การตรวจคัดกรองโดยวิธี VIA และการบำบัด โดยการจี้เย็นด้วยก๊าซ CO₂ ในรูปแบบ single visit approach โดยพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมเชิงสมรรถนะ (competency-based) สามารถทำได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย และประชาชนมีความพอใจสูงในการตรวจโดยวิธีดังกล่าว^(15,16) และคุณภาพการให้บริการยังคงสูง เมื่อมีการประเมินในปีพ.ศ. 2549⁽¹⁷⁾

ปัจจุบันพยาบาลวิชาชีพที่ผ่านการฝึกอบรมเชิงปฏิบัติการหลักสูตร “การตรวจคัดกรอง มะเร็งปากมดลูกระยะก่อนเป็นมะเร็ง” ซึ่งจัดโดย กองอนามัยการเจริญพันธุ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สามารถทำการตรวจคัดกรองรอยโรค ระยะก่อนมะเร็งปากมดลูกโดยวิธี VIA และการจี้ปากมดลูกด้วยความเย็น (cryotherapy) ได้ ตามที่ปรากฏในเอกสารหน้า 171 ของ “ข้อกำหนดการรักษาเบื้องต้นและการให้ภูมิคุ้มกันโรค” สำหรับผู้ประกอบการวิชาชีพพยาบาลชั้นหนึ่ง โดยสภาการพยาบาลปี พ.ศ. 2545

ประเทศไทยมีแผนดำเนินการป้องกันและควบคุมมะเร็งปากมดลูกปี 2548^(18,19) สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช) ได้จัดทำบันทึกข้อตกลงความร่วมมือระหว่างสำนักงานฯกับกระทรวง

สาธารณสุข ให้ดำเนินการคัดกรองมะเร็งปากมดลูก มีเป้าหมายที่จะลดอัตราการตายของหญิงไทยจากมะเร็งปากมดลูกลงร้อยละ 50 ระยะเวลาดำเนินการ 5 ปี ใน 75 จังหวัดทั่วประเทศ โดยใช้การตรวจคัดกรองสองวิธีคือ Pap smear และ VIA (& cryotherapy) ซึ่งอาจเรียกว่าเป็น “กลยุทธ์คู่ขนาน Dual Track Strategy”⁽¹⁴⁾ ในหญิงกลุ่มเป้าหมายอายุ 30-60 ปี โดยทำทุก 5 ปี [ปัจจุบันแนะนำให้ทำ VIA ในหญิงอายุ 30-45 ปี ซึ่งจัดเป็นกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดรอยโรคระยะก่อนมะเร็งปากมดลูก และที่ตรวจปากมดลูกแล้วเห็น SCJ ชัดเจน] โดยพยายามให้ได้ความครอบคลุมใกล้เคียง 80 % ซึ่งขณะนี้อยู่ในระหว่างดำเนินการ

ข้อเสนอแนะ

- การฝึกอบรมของทั้งครูฝึกและบุคลากรที่จะให้บริการ ตลอดจนการนิเทศงานมีความสำคัญมาก ต้องมีกระบวนการประกันคุณภาพ (quality assurance) เพื่อดำรงประสิทธิภาพของการทำงาน
- การเก็บลงข้อมูลของผู้รับบริการ หัตถ์การที่ทำ และการติดตามผู้รับบริการเป็นระยะทุกคน มีความจำเป็น
- การเก็บข้อมูลอุบัติการณ์รื้อรอยโรคระยะก่อนมะเร็ง และมะเร็งปากมดลูก ในพื้นที่ที่มีการตรวจคัดกรองมีความสำคัญในการประเมินผล (outcomes)
- ศึกษาหากกลยุทธ์ที่จะเพิ่มความครอบคลุมในการตรวจคัดกรองให้ได้สูงสุดในพื้นที่

เอกสารอ้างอิง

1. Srivatanakul P. Cervix uteri. In Khuhaprema T, Srivatanakul P, Sriplung H, Wiangnon S, Sumitsawan Y, Attasara P, et al. Cancer in Thailand. Vol. IV, 1998-2000. Bangkok, Bangkok Medical Publisher 2007; p. 51-3.
2. Quinn M, Babb P, Jones J, Allen E. Effect of screening on the incidence of and mortality from cancer of cervix in England: evaluation based on routinely collected statistics. BMJ 1999; 318 : 904-8.

3. The International Agency Research on Cancer (IARC). A practical manual on visual screening for cervical neoplasia. Lyon: IARC press, 2003.
 4. Cuzick J, Arbyn M, Sankaranarayanan R, et al. Overview of human papillomavirus-based and other novel options for cervical cancer screening in developed and developing countries. *Vaccine* 2008; 26(Suppl. 10) : K29-41.
 5. Blumenthal PD, Lauterbach M, Sellors JW, Sankaranarayanan R. Training for cervical cancer prevention programs in low-resource settings: focus on visual inspection with acetic acid and cryotherapy. *Int J Gynaecol Obstet* 2005; 89(Suppl. 2): S30-7.
 6. University of Zimbabwe/JHPIEGO Cervical Cancer Project. Visual inspection with acetic acid for cervical cancer screening: test qualities in a primary care setting. *Lancet* 1999; 353 : 869-73.
 7. Sankaranarayanan R, Basu P, Wesley RS, et al. Accuracy of visual screening for cervical neoplasia: Results from IARC multicenter study in India and Africa. *Int J Cancer* 2004; 110 : 907-13.
 8. Martin-Hirsch PL, Paraskevaidis E, Kitchener H. Surgery for cervical intraepithelial neoplasia (Cochrane reviews). In: *The Cochrane Library*, Issue 4, 2000. Oxford: Update Software.
 9. Effectiveness, safety, and acceptability of cryotherapy: a systematic literature review. http://www.path.org/files/RH_cryo_white_paper.pdf.
 10. Mitchell MF, Tortolero-Luna G, Cook E, Whittaker L, Rhodes-Morris H, Silva E. A randomized clinical trial of cryotherapy, laser vaporization, and loop electrosurgical excision for treatment of squamous intraepithelial lesions of the cervix. *Obstet Gynecol* 1998; 92 : 737-44.
 11. Denny L, Kuhn L, De Souza M, Pollack AE, Dupree W, Wright TC Jr. Screen-and-treat approaches for cervical cancer prevention in low-resources settings: a randomized controlled trial. *JAMA* 2005; 294 : 2173-81.
 12. The Alliance for Cervical Cancer Prevention (ACCP). Cervical cancer Prevention Fact Sheet. (April 2008), <http://www.alliance-cxca.org/>.
 13. Mandelblatt J, Lawrence W, Gaffikin L, et al. Costs and benefits of different strategies to screen for cervical cancer in less-developed countries. *J Natl Cancer Inst* 2002; 94 : 1469-82.
 14. Linasmita V. Cervical cancer screening in Thailand. FHI-satellite meeting on the prevention and early detection of cervical cancer in the Asia and Pacific region. Bangkok, Thailand. February 2006.
 15. The Royal Thai College of Obstetricians and Gynecologists (RTCOC)/JHPIEGO Corporation Cervical Cancer Prevention Group (JCCCPG). Safety, acceptability and feasibility of a single-visit approach to cervical cancer prevention in rural Thailand: a demonstration project. *Lancet* 2003; 361 : 814-20.
 16. Chumworathayi B, Eamratsameekool W, Kularbkaew C, Chumworathayi P. Visual inspection with acetic acid test qualities in a secondary setting. *J Obstet Gynaecol Res* 2008; 34 : 909-13.
 17. Sanghvi H, Limpaphayom KK, Plotkin M, et al. Cervical cancer screening using visual inspection with acetic acid: operational experiences from Ghana and Thailand. *Reprod Health Matters* 2008; 16 : 67-77 .
 18. สถาบันมะเร็งแห่งชาติ กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข. เพชรินทร์ศรีวัฒนกุล, อีรุติ คูหะเปรมะ, สมยศ ตีร์ตีมี บรรณาธิการ. แผนการดำเนินงานการป้องกันและควบคุมโรคมะเร็งปากมดลูกที่เหมาะสมในประเทศไทย. บ.ร่ำไทย เพรส จำกัด กรุงเทพฯ 2548, หน้า 1-10.
 19. Chumworathayi B, Limpaphayom KK, Srisupundit S, Lumbiganon P. VIA and cryotherapy: doing what's best. *J Med Assoc Thai* 2006; 88 : 1333-9.
-



พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการรับรู้สิทธิประโยชน์ บริการสุขภาพด้านเอชไอวี ในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา

วิภา ด้านธำรงกุล*, อนุกุล รักธรรมเสมอ**, สำรวย วรเตชะคงคา**,
สุภาพร สวัสดิชัย**, เรียมรัตน์ รักษ์เสมอวงศ์***, สโรชนี แจ่มมงคล*,
นิพนรณพร วรมงคล*

Abstract

Sexual Behaviors and Perceived Health Benefits of HIV among Vocational Students

Vipa Danthamrongkul*, Anukul Rugtumsamer**, Sumrouy Varatechakongka**,
Supaporn Sawasdichai**, Riemrat Rakmaewong***, Sarochinee Jangmongkol*,
Nipunporn Voramongkol*

* College of Public Health Sciences, Chulalongkorn University.

** The Committee of Narcotics Drugs, Ministry of Justices.

*** Ubon Ratchathani Provincial Health Office, Ministry of Public Health.

This study focuses on the situation which was reflecting the sexual behavior and perceived health benefits of HIV among vocational students. A descriptive study data was collected by self reply questionnaires. The study group comprised of 2,274 vocational students in 28 schools of five provinces all over the country, including Nakhon Pathom, Ayutthaya, Nakhon Sawan, Ubon Ratchathani and Nakhon Si Thammarat. There was men 61.6% and women 38.4%, the study group had sex 56% and the men had 60% higher than women with only 50% difference with statistically significant. ($p < 0.05$). It was found that people who had first sex in male and female students differently, ie male sexual states with the same school and outside school about 80%, while female students with a school friend and the man known before in similar proportion to 90%. Ever using of condoms was only 55.5%. The context that led to have sex were the festival, including a friend's house party. In the past one year ago had sexual relation 87% while using a condom every time only 31.5%. The condom use among male reported higher than female students, 36% and 24% respectively. The highest reasons for condom use were fear of pregnancy, followed by fear of sexually transmitted diseases. The reasons in not use condom was not prepared or did not have 71%, followed by a partner did not apply. Perceived health benefits of HIV services in HIV testing free for two times each year and people infected with HIV would

* วิทยาลัยวิทยาศาสตร์สาธารณสุข จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

** สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม

*** สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด จังหวัดอุบลราชธานี

get free treatment with antiviral medicines was very small proportion, only 1/5. The rate of recognition is not related to the sex of the student and sex experience. This situation indicates that safe sex practice is far for these students which may affect the unplanned pregnancy and sexually transmitted diseases. The relevant authorities should give priority to the process of promoting the knowledge of counseling activities, putting effort on understanding seriously. This will lead to a reduction in HIV infection new cases in the future.

Key Words: Sexual Behavior, Condom Use, Health Benefits of HIV, Vocational Students
Thai AIDS J 2016; 28 : 133-144

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มุ่งเน้นสะท้อนสถานการณ์ด้านพฤติกรรมการณ์เพศสัมพันธ์และการรับรู้สิทธิประโยชน์บริการสุขภาพด้านเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตนเอง กลุ่มศึกษาเป็นนักเรียนอาชีวระดับ ปวช.ปี 2 และ ปวส. ปี 1 ในโรงเรียน 28 แห่ง ครอบคลุม 5 จังหวัด ทุกภูมิภาคของประเทศ ได้แก่ จ.นครปฐม จ.พระนครศรีอยุธยา จ.นครสวรรค์ จ.อุบลราชธานี และ จ.นครศรีธรรมราช รวมตัวอย่าง 2,274 ราย เป็นชายร้อยละ 61.6 และ หญิง 873 ราย (ร้อยละ 38.4) กลุ่มศึกษาเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 56 ในกลุ่มชายเคยมีร้อยละ 60 สูงกว่าหญิงมีเพียงร้อยละ 50 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) และพบว่าบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกของนักเรียนชายและหญิงแตกต่างกัน กล่าวคือ นักเรียนชายมีเพศกับเพื่อนโรงเรียนเดียวกันและต่างโรงเรียนรวมร้อยละ 80 ขณะที่นักเรียนหญิงมีกับเพื่อนโรงเรียนเดียวกันและชายที่รู้จักกันมาก่อนในสัดส่วนที่ใกล้เคียงกันรวมร้อยละ 90 มีการใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 55.5 บริบทที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ ได้แก่ งานเทศกาล บ้านเพื่อน งานเลี้ยงสังสรรค์ และพบว่าในกลุ่มนี้มีเพศในในรอบ 1 ปีที่ผ่านมาถึงร้อยละ 87 และมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเพียงร้อยละ 31.5 การใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนักเรียนชายรายงานสูงกว่านักเรียนหญิงร้อยละ 36 และ 24 ตามลำดับ เหตุผลที่มีการใช้สูงสุดได้แก่ กลัวการตั้งท้อง รองลงมา กลัวติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนเหตุผลที่ไม่ใช่ เป็นเพราะไม่มีหรือไม่ได้เตรียมร้อยละ 71 รองลงมาเป็นเพราะคู่หรือตนเองไม่ยอมใช้ การรับรู้สิทธิประโยชน์บริการสุขภาพด้านเอชไอวีเกี่ยวกับการได้รับตรวจการติดเชื้อเอชไอวีฟรีปีละ 2 ครั้ง และผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฟรี มีสัดส่วนที่น้อยมาก เพียง 1 ใน 5 ซึ่งอัตราการรับรู้นี้ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศของนักศึกษาและประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ สถานการณ์นี้บ่งชี้ว่า การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยยังห่างไกลสำหรับนักเรียนกลุ่มนี้ ซึ่งอาจส่งผลหรือผลกระทบต่อการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องควรให้ความสำคัญจัดกระบวนการส่งเสริม สนับสนุน ให้ความรู้ กิจกรรมให้การปรึกษา สร้างความเข้าใจอย่างจริงจัง อันจะนำไปสู่การลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในอนาคต

คำสำคัญ เพศสัมพันธ์, การใช้ถุงยางอนามัย, การรับรู้สิทธิประโยชน์บริการด้านเอชไอวี, นักเรียนอาชีวศึกษา
วารสารโรคเอดส์ 2559; 28 : 133-144

ที่มาและเหตุผล

นักเรียนอาชีวศึกษาเป็นกลุ่มเด็กและเยาวชนที่อยู่ในระบบการศึกษา ซึ่งมีระบบ รูปแบบ การเรียนการสอนและบริบทแวดล้อมสังคม แตกต่างจากนักเรียนสายสามัญหรือระดับอุดมศึกษาในวัยเดียวกัน มีคุณลักษณะเฉพาะหรือบริบทสภาพ เป็นอยู่ที่สังคมรับรู้ได้ทั่วไป อย่างเช่น การทะเลาะวิวาทระหว่างนักศึกษาต่างสถาบันที่มีมาอย่างต่อเนื่อง

เนื่อง ส่งผลกระทบเกิดความรุนแรงทั้งตัวนักเรียน ครอบครัว สถาบันศึกษา รวมทั้งสังคมโดยรวม⁽¹⁾ อีกทั้งวัยนี้เกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่เข้าสู่วัยเจริญพันธุ์ ซึ่งปัญหาด้านสุขภาพที่ตามมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันของเด็กวัยนี้ในปัจจุบัน ได้แก่ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ในช่วงประมาณ 10



ปีที่ผ่านมา (ปี พ.ศ. 2548–2557) พบว่า อัตราป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มวัยรุ่น 10–19 ปี สูงขึ้นอย่างมากจาก 7.53 เป็น 34.50 ต่อประชากรแสนคน และคาดการณ์ว่าปัญหานี้ในเพศชายยังคงสูงอย่างต่อเนื่องและมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการสำรวจอัตราการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือหญิงอื่นในวัยรุ่นชายมีแนวโน้มลดลงอย่างเห็นได้ชัด⁽²⁾ และในช่วงปี พ.ศ. 2555–2557 แนวโน้มนักเรียนมัธยมศึกษาชาย เคยมีเพศก่อนข้างคองที่ ระหว่างร้อยละ 24.2–25.9 การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศครั้งแรก เพิ่มขึ้นเล็กน้อย จากร้อยละ 56.4 เป็นร้อยละ 65.2 นักเรียนหญิงมีเพศสัมพันธ์ระหว่างร้อยละ 17.2–20.2 ใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นร้อยละ 53.4–64.2 และพบว่านักเรียนชายใช้ถุงยางอนามัยมากกับแฟนคนรัก ซึ่งอาจกล่าวการตั้งท้อง ส่วนนักเรียนหญิงใช้มากขึ้น⁽³⁾ ขณะที่การสำรวจในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ปี 2 พบว่ามีแนวโน้มการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนลดลงตั้งแต่ปี พ.ศ. 2554–2556⁽⁴⁾ ส่วนเด็กและเยาวชน (อายุไม่เกิน 18 ปี) ที่กระทำผิดและต้องคดี เคยมีเพศสัมพันธ์สูงมากร้อยละ 88 อายุเฉลี่ยมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 14.5 ปี และมีการใช้ถุงยางอนามัยค่อนข้างต่ำเพียงครึ่งหนึ่ง⁽⁵⁾ และในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษาเคยมีการใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 8.9 มากกว่านักเรียนหญิง 2 เท่า⁽⁶⁾ ผลกระทบจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกันย่อมส่งผลการตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร โดยเฉพาะกลุ่มวัยรุ่นหญิงมีการตั้งครรภ์ในอัตราที่สูงมาก⁽⁷⁾ และเกิดการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคเอดส์ ซึ่งจากสถิติผู้ป่วยพบว่าประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยเอดส์มีอายุระหว่าง 15–45 ปี⁽⁸⁾ ด้วยสถานการณ์ดังกล่าว การมีเพศสัมพันธ์และการป้องกันจึงเป็นประเด็นที่นำไปสู่เป้าหมายลดการติดเชื้อรายใหม่ ตามแผน

ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ ปี พ.ศ. 2557–2559⁽⁹⁾ รวมทั้งการป้องกันการตั้งครรภ์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังจะเห็นวิถีที่ใช้ในการรณรงค์ “ยี่ดอกพอกถุง” “คิดจะรักต้องคิดจะพก” “รักแฟน ห่วงคู่ เอ็นดูก็กัก ติดถุงยาง” เป็นต้น เพื่อสะท้อนสถานการณ์เหล่านี้ในสังคมวัยรุ่นปัจจุบัน จึงมุ่งเน้นศึกษาพฤติกรรมกรรมการมีเพศสัมพันธ์และการรับรู้สิทธิประโยชน์บริการสุขภาพด้านเอชไอวีในกลุ่มนักเรียนอาชีวศึกษา ข้อมูลเชิงประจักษ์และสารสนเทศเหล่านี้ จะเป็นประโยชน์ในการจัดทำแผนงานและกำหนดมาตรการป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ระดับประเทศและจังหวัด ในกลุ่มนักเรียนเหล่านี้ได้อย่างเหมาะสม

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาพฤติกรรมกรรมการมีเพศสัมพันธ์ การรับรู้สิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี รวมทั้งบริบท สภาพแวดล้อม และสภาพความเป็นอยู่ทางสังคมของนักเรียนอาชีวศึกษา

วิธีการศึกษา

คัดเลือกพื้นที่ศึกษาเป็นจังหวัดแบบเจาะจง พิจารณาจังหวัดที่เป็นศูนย์กลางความเจริญ และมีบริบทสภาพแวดล้อมที่ส่งผลต่อพฤติกรรมด้านต่างๆ ของเด็กวัยรุ่นค่อนข้างสูง ทุกภูมิภาค รวม 5 จังหวัด ภาคเหนือ ได้แก่ จ.นครสวรรค์ ภาคกลาง ได้แก่ จ.พระนครศรีอยุธยา และ จ.นครปฐม ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ จ.อุบลราชธานี และภาคใต้ ได้แก่ จ.นครศรีธรรมราช แต่ละจังหวัดคัดเลือก 3 อำเภอ ตามสภาพความเป็นเมือง ได้แก่ อำเภอเมือง กึ่งเมืองกึ่งชนบท และชนบท ในแต่ละอำเภอคัดเลือกสถาบันการศึกษาระดับอาชีวศึกษา ทั้งสังกัดภาครัฐและภาคเอกชน จังหวัดละ 5–6 แห่ง โดยพิจารณาเรื่อง การบริหารจัดการ ความร่วมมือ

จังหวัดเป้าหมาย



และการเดินทางเป็นสำคัญ พื้นที่ศึกษาแสดงดังตารางที่ 1

เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ รวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณเป็นหลัก กลุ่มศึกษาเป็นนักเรียนระดับปวช.ปี 2 และ ปวส. ปี 1 ที่กำลังศึกษาในวิทยาลัยเทคนิคและอาชีวศึกษา ในเขตพื้นที่อำเภอเมืองและอำเภออื่น รวมทั้งสิ้น 28 แห่ง เนื้อหาประกอบด้วย ข้อมูลส่วนตัว สภาพความเป็นอยู่บริบทแวดล้อมทางสังคม พฤติกรรมที่มีผลต่อปัญหาสุขภาพอนามัย ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ การป้องกัน และการรับรู้ข้อมูลการเข้าถึงบริการส่งเสริมสุขภาพด้านเอชไอวี/เอดส์ รวบรวมข้อมูลด้วยแบบสอบถามตอบเอง ระหว่างเดือนธันวาคม 2556–มีนาคม 2557 ได้ตัวอย่างศึกษาจำนวน 2,274 ราย เป็นนักเรียนชาย 1,401 ราย (ร้อยละ 61.6) และ หญิง 873 ราย (ร้อยละ 38.4) จำนวนสถานศึกษาและนักเรียนในแต่ละจังหวัดแสดงดังตารางที่ 2

ตารางที่ 1. จังหวัดและอำเภอเป้าหมายในการศึกษา

จังหวัด	อำเภอเมือง	อำเภออื่นๆ
พระนครศรีอยุธยา	อำเภอพระนครศรีอยุธยา	อำเภอเสนา, อำเภออุทัย
นครปฐม	อำเภอเมืองนครปฐม	อำเภอพุทธมณฑล, อำเภอนครชัยศรี
นครสวรรค์	อำเภอเมืองนครสวรรค์	อำเภอตากสิน, อำเภอลาดยาว
อุดรราชธานี	อำเภอเมืองอุดรราชธานี	อำเภอเขมราชู, อำเภอเดชอุดม
นครศรีธรรมราช	อำเภอเมืองนครศรีธรรมราช	อำเภอทุ่งสง, อำเภอทุ่งใหญ่

ตารางที่ 2. จำนวนสถานศึกษาและจำนวนตัวอย่างในแต่ละจังหวัด

จังหวัด	จำนวนสถานศึกษา	จำนวนตัวอย่าง		
		อำเภอเมือง	อำเภออื่นๆ	รวม
นครปฐม	3 แห่ง	276	63	339
พระนครศรีอยุธยา	6 แห่ง	283	182	465
นครสวรรค์	5 แห่ง	468	–	468
อุดรราชธานี	9 แห่ง	182	320	502
นครศรีธรรมราช	5 แห่ง	301	199	500
รวม	28 แห่ง	1,510	764	2,274



ผลการศึกษา

ก. ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มศึกษาเป็นชายร้อยละ 62 มากกว่า หญิง ซึ่งมีเพียงร้อยละ 38 และ ประมาณ 2 ใน 3 เป็นนักเรียนของสถานศึกษาที่ตั้งอยู่ในเขตอำเภอเมือง นักเรียนส่วนใหญ่มีพ่อและแม่อยู่ด้วยกัน (ร้อยละ 68) ส่วนที่เหลือจัดได้ว่าเป็นเด็กอยู่ในครอบครัวที่ไม่สมบูรณ์กล่าวคือ พ่อหรือแม่เสียชีวิตประมาณ ร้อยละ 10 แยกกันอยู่หรือหย่าร้าง เลิกกันร้อยละ 22 กลุ่มที่พ่อและ/หรือแม่ ยังมีชีวิตอยู่ พบว่า พ่อแม่ส่วนใหญ่จะมีอาชีพเกษตรกรรมและรับจ้างทั่วไป ด้านความเป็นอยู่ พบว่า มีนักศึกษาพักอยู่ในอำเภอเดียวกับที่ตั้งของโรงเรียนเพียงร้อยละ 40 อยู่ต่างอำเภอร้อยละ 48 อยู่ต่างจังหวัดร้อยละ 10 และ ประมาณ 1 ใน 4 เข้าบ้าน ห้างพัก หรืออยู่หอพัก นักศึกษากลุ่มนี้จะมีบ้านอยู่ต่างอำเภอหรือต่างจังหวัด นักเรียนพักอยู่คนเดียวร้อยละ 9 ส่วนกลุ่มที่อยู่ร่วมกับคนอื่น ส่วนใหญ่อยู่ร่วมกับบุคคลในครอบครัวเดียวกัน ได้แก่ แม่ และ/หรือพ่อ อันดับรองลงมาอยู่กับน้อง พี่ และญาติที่มีความสัมพันธ์กับพ่อหรือแม่ นักเรียนมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 60) ซึ่งจักรยานยนต์ไปเรียนหนังสือ รองลงมา 1 ใน 4 ใช้รถรับจ้าง โดยกลุ่มนักเรียนชายใช้รถจักรยานยนต์สูงมาก (ร้อยละ 70) สูงกว่านักเรียนหญิง มีเพียงร้อยละ 44 นักเรียน 1 ใน 4 เคยทำงานพิเศษหารายได้ให้กับตัวเองหรือครอบครัว ส่วนใหญ่ทำช่วงวันหยุดและปิดเทอม และเคยยืมเงินเพื่อการศึกษา ร้อยละ 32 ในกลุ่มนักเรียนหญิงสูงกว่านักเรียนชาย รายได้หลักส่วนใหญ่มาจากพ่อและหรือแม่ กว่าร้อยละ 80 แต่สำหรับนักเรียนที่พ่อและแม่เสียชีวิต ทั้ง 2 คน ภาระจะอยู่กับน้ำ อา หรือปู่ รองลงมาเป็นพี่ชาย พี่สาว หรือปู่ย่า ตายาย เป็นที่น่าสังเกตว่า กรณีที่พ่อเสียชีวิต ภาระจะตกอยู่กับแม่ถึงร้อยละ 77 สูงมากกว่ากรณีแม่เสียชีวิต ภาระจะอยู่ที่พ่อเพียง

ร้อยละ 59

ข. สภาพความเป็นอยู่และสัมพันธภาพคนในครอบครัว

ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา นักศึกษาร้อยละ 72 มีเรื่องกลุ้มใจหรือไม่สบายใจ นักเรียนหญิงมีร้อยละ 80 มากกว่าชายซึ่งมีเพียงร้อยละ 67.0 แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) เรื่องกลุ้มใจที่รายงานมากที่สุดได้แก่ การเรียนร้อยละ 54 รองลงมาเป็นด้านการเงิน ร้อยละ 47.2 ลำดับต่อมาเป็นปัญหากับแฟน/คนรักและเรื่องในครอบครัว มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน และพบว่านักเรียนชายมีปัญหาเกี่ยวกับครูร้อยละ 7.2 สูงกว่า น.ศ.หญิง มากกว่าประมาณ 4 เท่า (ตารางที่ 3) สภาพในครอบครัวที่นักเรียนที่ส่งผลให้นักเรียนไม่สบายใจ กลุ้มใจ ส่วนหนึ่งมาจากพฤติกรรมของคนในครอบครัว ซึ่งจากการศึกษา พฤติกรรมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบว่า นักเรียนร้อยละ 59 และ 49 รายงานว่า มีคนในครอบครัวดื่มเหล้าและสูบบุหรี่ตามลำดับ รองลงมาเป็นการทะเลาะกันของคนในครอบครัวไม่ถึงขั้นตบตี และทะเลาะกับเพื่อนบ้าน สำหรับการทะเลาะอย่างรุนแรงถึงขั้นตบตี และคนในครอบครัวเกี่ยวข้องกับสารเสพติด มีประมาณร้อยละ 5 (ตารางที่ 4)

ค. พฤติกรรมแวดล้อมทางสังคม

พฤติกรรมต่างๆของเด็กและเยาวชนในวัยเรียน ที่เกี่ยวข้องหรือมีโอกาสส่งผลกระทบต่อเชิงลบทั้งด้านการเรียน สภาพความเป็นอยู่ สัมพันธภาพทางสังคม เศรษฐกิจของครอบครัว และสุขภาพอนามัย ที่ศึกษามี 15 เรื่อง ได้แก่ หนีเรียน/โดดเรียน, ทำผิดกฎระเบียบของโรงเรียน, เล่นเกมส์, เล่นการพนันบอล, เล่นสล็อต, ทะเลาะวิวาท/ทำร้ายร่างกาย/ยกพวกตีกัน, เที่ยวกลางคืน/เที่ยวสถานบันเทิงยามค่ำคืน, ขับรถซิ่ง/แข่งรถ, การแต่งรถ, ก่อแ้วน/สร้างความเดือดร้อน ความรำคาญให้แก่

ตารางที่ 3. ร้อยละของนักเรียนที่รายงานว่ามีปัญหาในด้านต่างๆ ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

สภาพปัญหา	เพศ		ที่ตั้งโรงเรียน		รวม ร้อยละ
	ชาย ร้อยละ	หญิง ร้อยละ	อำเภอเมือง ร้อยละ	อำเภออื่น ร้อยละ	
ปัญหาการเรียน	55.2	52.0	53.5	54.5	53.8
ปัญหาเกี่ยวกับคนในครอบครัว	20.5	28.6	23.0	26.0	23.9
ปัญหาการเงิน	46.3	48.5	44.1	53.9	47.2
ปัญหาเกี่ยวกับเพื่อน	12.2	17.9	15.0	13.6	14.6
ปัญหาเกี่ยวกับแฟน/คนรัก	24.7	27.1	26.4	24.4	25.8
ปัญหาเกี่ยวกับครู	7.2	1.9	4.8	5.3	5.0
จำนวน	938	689	1,119	508	1,627

ตารางที่ 4. ร้อยละของนักเรียนที่รายงานว่ามีสถานการณ์เหล่านี้เกิดขึ้นในครอบครัวช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

สถานการณ์ที่เกิดขึ้น	ชาย ร้อยละ	หญิง ร้อยละ	รวม ร้อยละ
คนในครอบครัวทะเลาะกันไม่ถึงขั้นทุบตี	18.0	25.6	21.0
คนในครอบครัวทะเลาะกันถึงขั้นทุบตี	5.1	4.5	4.8
คนในครอบครัวสูบบุหรี่	47.7	51.4	49.1
คนในครอบครัวดื่มเหล้า	59.7	57.8	59.0
คนในครอบครัวเกี่ยวข้องกับสารเสพติด	5.4	4.2	4.9
มีปัญหาทะเลาะกับเพื่อนบ้าน	12.2	15.5	13.6
จำนวน	1,177	767	1,944

ผู้อื่น/ชุมชน, การจับกลุ่มมั่วสุมกับวัยรุ่นที่ไม่ใช่
นักเรียน, ทำลายทรัพย์สินของผู้อื่น/ของราชการ
และ นัดเจอเพื่อนใหม่ผ่านทางอินเทอร์เน็ต ผลการ
ศึกษาพบว่า ในรอบ 1 เดือน ก่อนการเก็บข้อมูล
มีนักเรียนหนีเรียน/โดดเรียนสูงที่สุดร้อยละ 66.3
รองลงมาเล่นเกมส์ ร้อยละ 62.9 การเที่ยวกลางคืน/
เที่ยวสถานบันเทิงยามค่ำคืน มีประมาณ 1 ใน 3
พฤติกรรมส่วนใหญ่เกิดขึ้นในนักเรียนชายด้วย
สัดส่วนที่มากกว่านักเรียนหญิง (ตารางที่ 5)

ง. พฤติกรรมการณ์เพศสัมพันธ์

นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 56 ใน
กลุ่มชายเคยมีร้อยละ 60 สูงกว่าหญิงซึ่งมีเพียง
ร้อยละ 50 และ พบว่าบุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วย
ครั้งแรกของชายและหญิงแตกต่างกัน กล่าวคือ
นักเรียนชายมีเพศกับเพื่อนโรงเรียนเดียวกันและ
ต่างโรงเรียนในสัดส่วนใกล้เคียงกันรวมร้อยละ 80
ขณะที่นักเรียนหญิงมีกับชายที่รู้จักกันมาก่อน
ประมาณครึ่งหนึ่ง การใช้ถุงยางอนามัยมีเพียง



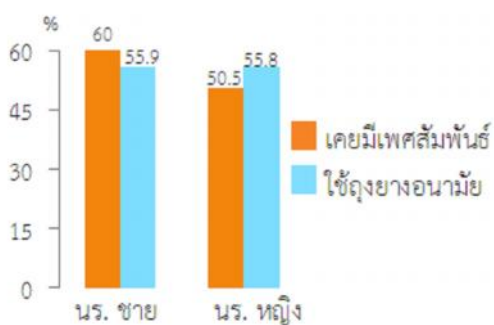
ตารางที่ 5. ร้อยละของนักเรียนที่มีพฤติกรรมที่อาจส่งผลกระทบต่อตัวเองและสังคมในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรม	ชาย	หญิง	ชาย:หญิง	รวม
หนีเรียน/โดดเรียน	70.9	58.7	1.2:1	66.3
เล่นเกมส์	68.7	53.7	1.3:1	62.9
เที่ยวกลางคืน/เที่ยวสถานบันเทิงยามค่ำคืน	42.4	28.1	1.5:1	36.9
การแต่งรถ	44.6	6.1	7.3:1	29.7
คู่มือไปจากแหล่งต่างๆ	40.3	7.6	5.3:1	27.7
เล่นสνού๊ก	36.0	2.3	15.7:1	22.9
ขับรถซิ่ง/แข่งรถ	25.5	4.3	5.9:1	17.3
ทะเลาะวิวาท/ทำร้ายร่างกาย/ยกพวกตีกัน	19.8	6.8	2.9:1	14.8
นัดเจอเพื่อนใหม่ผ่านทางอินเทอร์เน็ต	20.0	5.7	3.5:1	14.5
การจับกลุ่มมั่วสุมกับวัยรุ่นที่ไม่ใช่นักเรียน	16.5	2.6	6.3:1	11.2
จำนวน	1,395	870	-	2,265

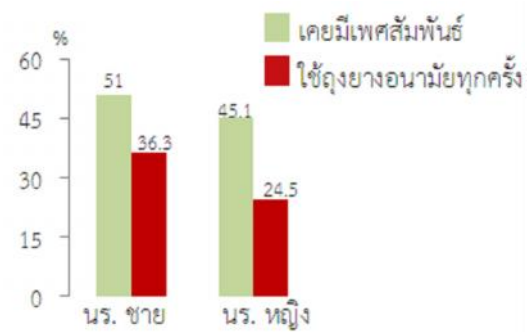
ร้อยละ 56 บริบทที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ส่วนใหญ่ได้แก่ งานเทศกาล ไปเที่ยวด้วยกัน-บ้านเพื่อน งานเลี้ยง/สังสรรค์ และพบว่าในกลุ่มนี้มีเพศใน รอบ 1 ปีที่ผ่านมาถึงร้อยละ 87 และใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้งเพียงร้อยละ 31.5 การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศ นักเรียนชายรายงานสูงกว่านักเรียนหญิง ร้อยละ 36 และ 24 ตามลำดับ เหตุผลที่มีการใช้ สูงสุดได้แก่ กลัวการตั้งท้อง รองลงมา กลัวติดโรค ติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนเหตุผลที่ไม่ใช่ เป็น เพราะไม่มีหรือไม่ได้เตรียมร้อยละ 71 รองลงมาเป็น

เพราะคู่หรือตนเองไม่ยอมใช้ ขณะที่การรับรู้ข้อมูล เกี่ยวกับสิทธิประโยชน์การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ต่ำมาก กล่าวคือ นักเรียน 1 ใน 5 รู้ว่ามี บริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีฟรีปีละ 2 ครั้ง และ 1 ใน 5 รู้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการรักษา ด้วยยาต้านไวรัสฟรี ซึ่งอัตราการรับรู้นี้ ไม่มีความ สัมพันธ์กับเพศและประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์ ของนักเรียน

ก. ประสบการณ์เพศสัมพันธ์ครั้งแรก



ข. การมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา



รูปที่ 1. ร้อยละการมีเพศสัมพันธ์ในแต่ละช่วงเวลา และการใช้ถุงยางอนามัย



รูปที่ 2. ร้อยละของนักเรียนที่มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลประเภทต่างๆ ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา

เมื่อจำแนกรายจังหวัด พบว่า นักเรียนเคยมีเพศสัมพันธ์ระหว่างร้อยละ 40.2–67.5 บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยครั้งแรกเป็นนักเรียนต่างโรงเรียนและโรงเรียนเดียวกัน รวมระหว่างร้อยละ 67.4–74.3 รองลงมาเป็นคนที่ยังไม่รู้จักกันมาก่อนระหว่างร้อยละ 17.9–25.4 โดยพบว่า บริบทหรือสถานการณ์ที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ได้แก่ การชวนกันไปเที่ยวงานเลี้ยงสังสรรค์ งานเทศกาลสำคัญ และสถานบันเทิง ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกมีการใช้ถุงยางอนามัยระหว่างร้อยละ 59.0–65.7 สำหรับในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา นักเรียนในจังหวัดอุบลราชธานีมีเพศสัมพันธ์ต่ำสุดร้อยละ 32.5 สูงสุดได้แก่จังหวัดนครสวรรค์ ร้อยละ 59.3 และพบว่าในแต่ละจังหวัด นักเรียนมากกว่าครึ่งไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลย ขณะที่มีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งไม่เกิน 1 ใน 5 (ตารางที่ 6)

ด้านทัศนคติและการรับรู้ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องระหว่างพฤติกรรมการใช้สารเสพติด เครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ กับโอกาสที่จะส่งผลกระทบต่อ การติดเชื้อเอชไอวี จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยพบว่า นักเรียนเห็นว่า โอกาสที่คนใช้สารเสพติดจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างมากถึง มากประมาณครึ่งหนึ่ง ไม่เสี่ยงเลยมีเพียงร้อยละ 17

นักเรียนชายและหญิงค่อนข้างมีความเห็นที่แตกต่างกัน ในทางตรงกันข้าม นักเรียนคิดว่าโอกาสคนที่ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีระดับค่อนข้างมากถึงมาก เพียงร้อยละ 23 สะท้อนว่านักเรียนยังขาดความรู้ความเข้าใจหรือความเชื่อมโยงสถานการณ์หรือบริบทแวดล้อมที่มีโอกาสให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งอาจส่งผลหรือผลกระทบต่อ การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้

จ. การรับรู้สิทธิประโยชน์บริการสุขภาพด้านเอชไอวี/เอดส์

นักเรียนส่วนใหญ่หรือเกือบทั้งหมดได้รับความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และในรอบ 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 40 เคยเข้าร่วมกิจกรรมในวันเอดส์โลก ส่วนที่เหลือรายงานว่า ไม่มีกิจกรรมหรือไม่รู้ว่ามีการจัดกิจกรรม ขณะที่ข้อมูลเกี่ยวกับสิทธิประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมกรรมมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยซึ่งอาจเกิดขึ้นได้สูงในวัยนี้มีการรับรู้ต่ำมาก กล่าวคือ นักเรียนรับรู้บริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีฟรีปีละ 2 ครั้ง และผู้ติดเชื้อจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฟรี อัตราการรับรู้มีน้อยมากเพียงร้อยละ 12 แต่ละจังหวัดอยู่ระหว่างร้อยละ 8.6–15.4 ซึ่งอัตราการรับรู้นี้ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศ และประสบ-

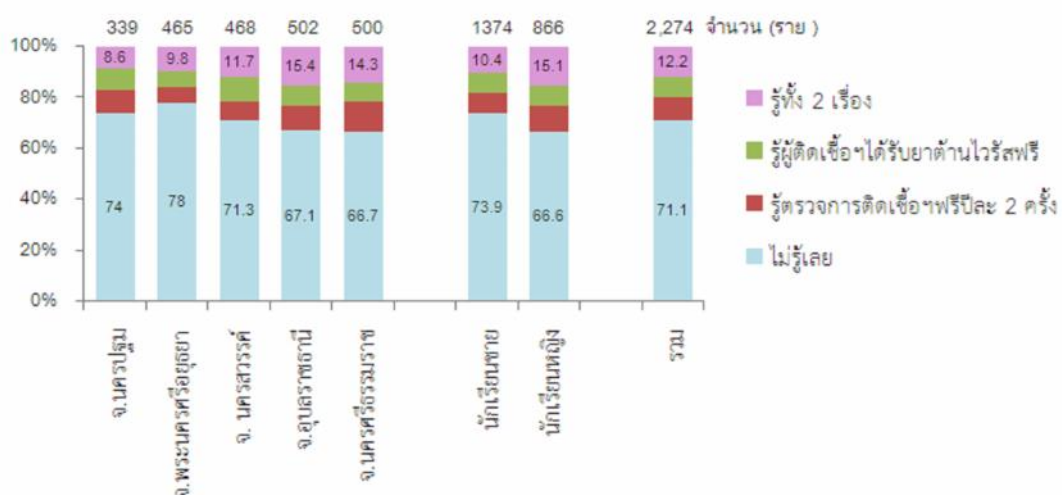


ตารางที่ 6. จำนวนและร้อยละการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนอาชีวะ จำแนกรายจังหวัด

	จ.นครปฐม		จ.พระนครศรีอยุธยา		จ.นคร- สวรรค์		จ.อุบล ราชธานี		จ.นครศรี- ธรรมราช	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
ประสบการณ์การมีเพศสัมพันธ์										
ไม่เคย	156	46.3	166	35.7	151	32.5	298	59.8	218	43.7
เคย	181	53.7	299	64.3	314	67.5	200	40.2	281	56.3
รวม	337	100.0	465	100.0	465	100.0	498	100.0	499	100.0
บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ด้วยกันครั้งแรก										
เพื่อนนักเรียนโรงเรียนเดียวกัน	63	35.2	111	37.4	109	34.9	80	40.4	87	31.2
เพื่อนนักเรียนต่างโรงเรียน	70	39.1	96	32.3	107	34.3	59	29.8	101	36.2
เด็กเที่ยว	7	3.9	8	2.7	6	1.9	8	4.0	9	3.2
นักร้อง-หญิง/คาราโอเกะ/ห้องอาหาร			2	0.7	2	0.6	2	1.0	2	0.7
ผู้ให้บริการทางเพศ	4	2.2	4	1.3	8	2.6			3	1.1
หญิง/ชายที่รู้จักกันมาก่อน	32	17.9	58	19.5	63	20.2	37	18.7	71	25.4
อื่นๆ	3	1.7	18	6.1	17	5.4	12	6.1	6	2.2
รวม	179	100.0	297	100.0	312	100.0	198	100.0	279	100.0
สถานการณ์หรือสภาพแวดล้อมที่นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก										
ออกค่าย	3	1.7	4	1.4	8	2.6	6	3.1	4	1.4
ทำกิจกรรมกลุ่ม	8	4.5	11	3.8	12	3.9	7	3.6	6	2.2
งานเลี้ยง/งานสังสรรค์	26	14.7	43	14.8	67	21.5	48	24.6	39	14.1
เที่ยวเทศกาลวันสำคัญ	30	16.9	46	15.9	67	21.5	52	26.7	65	23.5
ไปเที่ยวสถานบันเทิง	25	14.1	53	18.3	42	13.5	27	13.8	30	10.8
ดูภาพยนตร์	30	16.9	45	15.5	15	4.8	7	3.6	20	7.2
ไปเที่ยว/เพื่อนชวน	33	18.6	51	17.6	73	23.5	23	11.8	103	37.2
อื่นๆ	22	12.4	37	12.8	27	8.7	25	12.8	10	3.6
รวม	177	100.0	290	100.0	311	100.0	195	100.0	277	100.0
การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศครั้งแรก										
ไม่ใช้	57	34.3	110	41.0	116	40.4	62	35.8	97	40.1
ใช้	109	65.7	158	59.0	171	59.6	111	64.2	145	59.9
รวม	166	100.0	268	100.0	287	100.0	173	100.0	242	100.0
การมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา										
ไม่มี	174	51.9	203	43.8	187	40.7	335	67.5	255	51.3
มี	161	48.1	260	56.2	273	59.3	161	32.5	242	48.7
รวม	335	100.0	463	100.0	460	100.0	496	100.0	497	100.0

ตารางที่ 6. (ต่อ)

	จ.นครปฐม		จ.พระนครศรีอยุธยา		จ.นครสวรรค์		จ.อุบลราชธานี		จ.นครศรีธรรมราช	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
บุคคลที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา										
เพื่อนนักเรียนโรงเรียนเดียวกัน	31	19.3	59	22.7	54	19.8	40	24.8	38	15.7
เพื่อนนักเรียนต่างโรงเรียน	72	44.7	84	32.3	94	34.4	54	33.5	95	39.3
เด็กเที่ยว	12	7.5	5	1.9	9	3.3	6	3.7	6	2.5
นักร้อง-หญิง/คาราโอเกะ/ห้องอาหาร	2	1.2	1	0.4	1	0.4	1	0.6	4	1.7
ผู้ให้บริการทางเพศ	3	1.9	1	0.4	4	1.5				
หญิง/ชายที่รู้จักกันมาก่อน	24	14.9	54	20.8	62	22.7	32	19.9	69	28.5
อื่นๆ	6	3.7	39	15.0	37	13.6	21	13.0	8	3.3
มากกว่า 1 ประเภท	4	2	15	5.8	12	4.4	2	1	21	8.7
ไม่ระบุ	7	4.3	2	0.8			5	3.1	1	0.4
รวม	161	100.0	260	100.0	273	100.0	161	100.0	242	100.0
การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา										
ไม่เคยใช้เลย	193	58.3	252	55.8	228	50.3	352	71.1	284	57.5
ใช้เป็นบางครั้ง	72	21.8	143	31.6	144	31.8	92	18.6	121	24.5
ใช้ทุกครั้ง	66	19.9	57	12.6	81	17.9	51	10.3	89	18.0
รวม	331	100.0	452	100.0	453	100.0	495	100.0	494	100.0



รูปที่ 3 ร้อยละการรับรู้สิทธิประโยชน์บริการสุขภาพด้านเอชไอวี/เอดส์



การมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียน การรับรู้สิทธิตรวจการติดเชื้อเอชไอวี 2 ครั้ง และผู้ติดเชื้อจะได้รับ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฟรี นักเรียนในแต่ละจังหวัดมีการรับรู้ด้วยสัดส่วนมาก-น้อยแตกต่างกันระหว่างร้อยละ 16.0-26.0 และ 15.8-23.5 ตามลำดับ (รูปที่ 3) และพบว่าอัตราการรับรู้นี้ไม่มีความสัมพันธ์กับเพศของนักเรียน ประสิทธิภาพมีเพศสัมพันธ์ และบริบทความเป็นเมืองของสถานศึกษา แต่มีความแตกต่างระหว่างจังหวัด

อภิปรายผลและข้อเสนอแนะ

ด้วยวัย สภาพพื้นฐานของครอบครัว บริบทแวดล้อมทางสังคม และโอกาสที่ได้รับในการเข้าถึงความรู้ และทักษะชีวิตของนักเรียนอาชีวศึกษา ส่งผลให้นักเรียนกลุ่มนี้ค่อนข้างโดดเด่นด้านพฤติกรรมต่างๆที่ไม่พึงประสงค์ ปรากฏให้เห็นอยู่เนืองๆ แม้จะเป็นเพียงพฤติกรรมของเด็กกลุ่มเล็กๆก็ตามแต่ส่งผลกระทบต่อคนข้างรุนแรง มีปัจจัยแวดล้อมต่างๆมากมายทั้งครอบครัว ชุมชน โรงเรียน เพื่อนและสังคม ปัญหาการเรียน ปัญหาการเงิน คนในครอบครัว ดื่มเหล้า สูบบุหรี่ ที่เป็นแรงผลักดันให้ไปมีพฤติกรรมต่างๆ ที่ไม่เหมาะสมในวัยเรียน การชวนกันหนีเรียนเพื่อไปทำกิจกรรมต่างๆที่สร้างสรรค์และไม่สร้างสรรค์ เริ่มจากการทำผิดกฎระเบียบต่างๆของโรงเรียน หนีเรียน การสูบบุหรี่ ดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ การทะเลาะหรือยกพวกตีกันในและระหว่างโรงเรียนซึ่งบางเหตุการณ์มีความรุนแรงถึงขั้นใช้อาวุธปืนหรือของมีคม สังคมรับรู้ได้ว่าเป็นเรื่องปกติของนักเรียนอาชีวะทั้งเป็นชายและไม่เป็นชาย บางครั้งมีเรื่องยาเสพติดเข้าไปเกี่ยวข้อง นอกจากนี้นักเรียนอยู่ในช่วงวัยเจริญพันธุ์ พฤติกรรมเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ต้องให้ความสำคัญเพื่อลดผลกระทบต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น เช่น การตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการติดเชื้อ

เอชไอวี แม้ปัจจุบันทางการแพทย์จะมียาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อ แต่ผลกระทบทางด้านสังคม ด้านจิตใจ ยังมีอยู่ค่อนข้างสูง จากการศึกษาพบว่านักเรียนอาชีวศึกษา มีประสบการณ์เพศสัมพันธ์ค่อนข้างสูงมากและมีโอกาสเกิดอย่างต่อเนื่อง ขณะที่มีการป้องกันค่อนข้างต่ำมาก อาจด้วยความไม่ตระหนัก ขาดความรู้ ความเข้าใจ ประโยชน์ของการใช้ถุงยางอนามัยหรือเข้าไม่ถึงแหล่งสนับสนุนหรือจำหน่าย ปังชีว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังห่างไกลสำหรับนักเรียนกลุ่มนี้ ซึ่งจากสถิติพบว่า การติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าร้อยละ 80 ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์ นอกจากนี้มีผลต่อการตั้งครภ์ไม่พร้อมของวัยรุ่นในปัจจุบัน อีกทั้งส่วนใหญ่ไม่รับรู้ถึงสิทธิประโยชน์บริการสุขภาพด้านเอชไอวี โดยเฉพาะการเข้าถึงบริการปรึกษาตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นมาตรการหนึ่งในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ หน่วยงานที่เกี่ยวข้องจึงควรให้ความสำคัญในการขยายบริการป้องกันให้ครอบคลุมกลุ่มเป้าหมายนี้ ทั้งการให้ความรู้ ปรับเจตคติ และพฤติกรรม การใช้ถุงยางอนามัยให้เป็นเรื่องปกติ รวมทั้งประชาสัมพันธ์ระบบบริการของรัฐในด้านสิทธิประโยชน์ต่างๆ โดยจัดกระบวนการส่งเสริม สนับสนุน ให้ความรู้ จัดกิจกรรมให้การปรึกษาอย่างต่อเนื่อง สร้างความเข้าใจอย่างจริงจัง โดยเฉพาะสถานศึกษายังเป็นฐานสำคัญในการสร้างภูมิคุ้มกัน ด้วยกระบวนการเรียนการสอน และเข้าใจปัจจัยต่างๆ ที่เป็นแรงผลักดันให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมที่เกี่ยวข้อง ภายใต้บริบทที่ต้องคำนึงว่านักเรียนมีความรู้ความเข้าใจและวิธีป้องกันไม่เท่ากัน สามารถประเมินความเสี่ยงได้ถูกต้อง สร้างค่านิยมทางเพศที่เหมาะสม อันจะนำไปสู่การลดการติดเชื้อรายใหม่ตามเป้าประสงค์ของแผนยุทธศาสตร์การดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้ศึกษา ใคร่ขอขอบพระคุณ สำนักงานคณะกรรมการป้องกันและปราบปรามยาเสพติด กระทรวงยุติธรรม ที่ให้การสนับสนุนด้านงบประมาณในการดำเนินงาน ขอขอบคุณคณะผู้บริหาร และอาจารย์ในโรงเรียนขยายโอกาส วิทยาลัยหรือสถาบันการศึกษาระดับอาชีวศึกษาจังหวัดต่างๆ ซึ่งเป็นพื้นที่เป้าหมายของการศึกษา ได้แก่ จ.พระนครศรีอยุธยา

จ.นครปฐม จ.นครสวรรค์ จ.อุบลราชธานี และ จ.นครศรีธรรมราช ที่ให้การช่วยเหลือประสานงานบริหารจัดการ อำนวยความสะดวก และให้การต้อนรับเป็นอย่างดี เพื่อให้การดำเนินงานเก็บรวบรวมข้อมูลสำเร็จลุล่วงด้วยดี รวมทั้งการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และขอขอบคุณนักเรียน/นักศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ มีความตั้งใจในการให้ข้อมูลและให้ความสำคัญในการตอบแบบสอบถามเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. สุดใจ สุชะ ความรุนแรงกับนักเรียนอาชีวศึกษา ปัญหาที่ยังแก้ไขไม่ได้ของสังคม <http://www.technologymedia.co.th/article/artickeview.asp?id=186>
2. ดารินทร์ อารีโยชิตชัย ปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553-2560, รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ 2558 ปีที่ 46 ฉบับที่ 5 : 13 กุมภาพันธ์ 2558 หน้า 65-7
3. วัชรพล สีนอ รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 5 ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2552-2557 <http://BOE.moph.go.th> 109-112
4. กลุ่มสื่อสารและสนับสนุนวิชาการ สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แนวคิดการรณรงค์ป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ เว็บไซต์ : aidssti.ddc.moph.go.th
5. วิชา ด้านอำนวยการ สมปอง สิมมา เพชรศรีศิริรัตนันตร์ พรทิพย์ เข็มเงิน และ วิไล วงษ์ภักดี สภาพปัญหาและบริบททางสังคมของเด็กและเยาวชน : กรณีเด็กและเยาวชน สถานพินิจและคุ้มครองเด็กและเยาวชน เอกสารเผยแพร่ในการสัมมนาระดับชาติเรื่องโรคเอดส์ครั้งที่ 13 ระหว่างวันที่ 29-31 มีนาคม 2554
6. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี 2556. มีนาคม 2557
7. สำนักระบาด กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151126_87903337.pdf
8. ทรงยศ พิลาสันต์ ข้อมูลสถานการณ์การตั้งครุภัณฑ์ในวัยรุ่นไทย โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ ปีที่ 2 ฉบับที่ 19 เดือนธันวาคม 2558
9. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข แผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติปี พ.ศ. 2557-2559



ปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น

เพ็ญศิริ ศรีจันทร์*, สมพร แวงแก้ว*

Abstract

Risk Factors toward Sexual Activity of Adolescent

Pensiri Srijan*, Somporn Wangkaew*

*Udon Thani Provincial Health Office.

This cross-sectional analytical research was aim to study of sex education, risk factors toward sexual activity of adolescent and associated analysis between factors with sexual experience was conducted on 560 of sample group during 15-19 years. Data collected was used the questionnaires with alpha = 0.93 and employed during 2015; November to December. Including statistics were percentage, mean, Standard Deviation, Binary logistic regression and Pearson's product moment correlation coefficient.

The results: was shown that the sample group was proportion of male: female 52.0%: 48.0%, age mean = 16 ($\pm 0.10SD$), most of sample group on high school level 47.0% (n=490), the sexual experience compare with sex education level was proportion of ever sexual activity of good sex education: the less of sex education 24.3%: 6.8%, in the last year of good sex education decreased to sexual activity 13.2%, but the less of sex education was increased to sexual activity 18.0% and the last year of sexual activity of male adolescent more than female at proportion 16.4: 14.8. Sexual risk factors in considering relation with sexual activity at 0.05 of the statistic level were as follows young age of first sexual activity (p-value=0.009), the lover was the most vulnerable to adolescent sexual activity (p-value<0.001) =3.567 times (OR=3.567, 95% CI: 2.409 - 5.281), sex education level (p-value=0.005, OR=2.013, 95% CI: 1.248 - 3.248), living status (OR=1.757, 95% CI: 1.354- 2.280). However, when controlling for other factors and pairs of factors not associated were as follows gender-sex education level, gender-ever sexual activity, gender-sex active during last year and sex education-sex active during the last year.

Conclusion: This research found that factors in considering relation with sexual activity were as follows age of first sexual activity, lover, sex education level and living status.

Key Words: Risk Factors, Sexual Activity, Adolescent
Thai AIDS J 2016; 28 : 145-153

บทคัดย่อ

*สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

การวิจัยแบบตัดขวางเชิงวิเคราะห์ (Cross-sectional analytical research) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น และวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยเสี่ยง กับประสบการณ์ทางเพศของวัยรุ่น กลุ่มตัวอย่างอายุ 15-19 ปี จำนวน 560 คน เก็บข้อมูลระหว่างเดือนพฤศจิกายน-ธันวาคม 2558 โดยใช้แบบสอบถามปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ที่ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาและมีค่าความเที่ยงสัมประสิทธิ์อัลฟา 0.93 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และสถิติทดสอบความถดถอยไบนารีลอจิสติก และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนชายต่อหญิง ร้อยละ 52.0 : 48.0 อายุเฉลี่ย 16 ปี (± 0.10 SD) ส่วนใหญ่เรียนอยู่ชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย ร้อยละ 47.0 เมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์ทางเพศกับระดับความรู้เรื่องเพศ พบว่า วัยรุ่นที่มีความรู้ระดับดีมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าวัยรุ่นที่มีความรู้ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ คิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 24.3 : 6.8 แต่การมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 12 เดือน พบว่าวัยรุ่นที่มีความรู้ระดับดีมีเพศสัมพันธ์ลดลงเป็นร้อยละ 13.2 ในขณะที่วัยรุ่นที่มีความรู้ระดับต่ำกว่าเกณฑ์มีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.0 และวัยรุ่นชายมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าหญิงคิดเป็นสัดส่วนร้อยละ 16.4 : 14.8 โดยปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย ($p = 0.009$), การมีคูรักรเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นสูงสุดที่ ($p = 0.001$) ($OR = 3.567$, 95% CI: 2.409 – 5.281), ระดับความรู้ ($p = 0.005$, $OR = 2.013$, 95% CI: 1.248 – 3.248), การไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง ($OR = 1.757$, 95% CI: 1.354 – 2.280) อย่างไรก็ตามเมื่อควบคุมตัวแปรอื่นแล้ว คู่ของปัจจัยที่ไม่พบว่ามีความสัมพันธ์กัน ได้แก่ ปัจจัยด้านเพศกับระดับความรู้เรื่องเพศ เพศกับการเคยมีเพศสัมพันธ์ เพศกับการมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 12 เดือน และการได้รับอบรมเพศศึกษากับการมีเพศสัมพันธ์รอบ 12 เดือนที่ผ่านมา

สรุป ผลการวิจัยให้ข้อค้นพบว่า ปัจจัยที่เพิ่มความเสี่ยงให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ การเริ่มมีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุน้อย การมีคูรักร/แฟน ระดับความรู้เรื่องเพศ และการไม่ได้อาศัยอยู่กับผู้ปกครอง จึงควรนำมาใช้เป็นเกณฑ์การเฝ้าระวัง และออกแบบมาตรการเชิงรุกในวัยรุ่นที่พบปัจจัยเสี่ยงเหล่านี้

คำสำคัญ ปัจจัยเสี่ยง, การมีเพศสัมพันธ์, วัยรุ่น

วารสารโรคเอดส์ 2559; 28 : 145-153

บทนำ

ประเทศไทยมีอัตราเกิดของทารกคลอด เหลือ 1.3% (8 แสน คน/ปี) แต่พบว่ามีจำนวนการตั้งครรภ์ไม่พร้อม 4 แสน ราย/ปี โดย 1 ใน 3 เป็นวัยรุ่น⁽¹⁾ อัตราการคลอดในมารดาอายุ 15-19 ปี จัดเป็นอันดับ 5 ของเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ทำให้เกิดปัญหาเด็กเกิดน้อยและด้อยคุณภาพ จากสถิติพบว่าร้อยละ 75.44 ของเยาวชน มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ 13-15 ปี สถิติการคลอดบุตรของวัยรุ่นในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างรวดเร็ว ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา โดยพบว่าจำนวนการคลอดบุตรของวัยรุ่นในประเทศไทยมีจำนวนสูงถึง 65 คน ต่อ 1,000 คน⁽²⁾ และจากการสำรวจของสำนัก

วิจัยเอแบคโพล ในปี 2554 กับกลุ่มเป้าหมายคือ เยาวชนที่มีอายุระหว่าง 15-25 ปี ในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑลจำนวน 1,627 คน พบว่า ร้อยละ 37.5 เคยมีแฟนมากกว่า 1 คน และมีถึงร้อยละ 11.2 ที่เคยมีแฟนมากกว่า 5 คนขึ้นไป ร้อยละ 46.9 ยอมรับการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน และมีร้อยละ 13.9⁽³⁾ ปัญหาเยาวชนในจังหวัดอุดรธานี ด้านการมีเพศสัมพันธ์และตั้งครรภ์ก่อนวัยอันควร และมีแนวโน้มที่ความรุนแรงเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ จากสถานการณ์การคลอดบุตรของมารดาที่มีอายุต่ำกว่า 20 ปี มีค่าสูงเกินเกณฑ์เฝ้าระวังในทุกภูมิภาค โดยเฉพาะภาคเหนือและภาคตะวันออกเฉียงเหนือ



มีค่าสูงถึงร้อยละ 15 (เกณฑ์ไม่เกินร้อยละ 10) โดยพบร้อยละ 16.7 ในปี 2551 เพิ่มเป็นร้อยละ 19.14 ในปี 2553 และในปี 2554 หญิงอายุ 10-19 ปี คลอดร้อยละ 21.17⁽⁴⁾ โดยมารดาวัยรุ่นนี้ ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์เมื่ออายุ 15 ปี แล้วตัดสินใจตั้งครรภ์เนื่องจากไม่มีทางเลือก หลังจากพยายามทำแท้งหลายครั้งไม่สำเร็จ และข้อค้นพบจากงานวิจัยเชิงคุณภาพชี้ว่า การห้ามวัยรุ่นอายุต่ำกว่า 20 ปีไม่ให้มีเพศสัมพันธ์นั้นเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก เพราะการรับรู้ของวัยรุ่นที่เห็นการมีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียนเป็นเรื่องธรรมดาที่ไม่ใช่ความผิด เพียงแต่ผู้ใหญ่ไม่ชอบ การลักลอบมีเพศสัมพันธ์จึงยังเป็นความท้าทาย ประกอบกับมีสิ่งกระตุ้นยั่วจากสื่อต่างๆ ของมีนเมา และสิ่งเสพติดที่มีอยู่ทั่วไปรอบๆ ตัววัยรุ่น ดังนั้นวัยรุ่นหญิงทุกคน ไม่ว่าจะเป็น “เด็กเที่ยว” หรือเป็น “เด็กเรียน” ต่างเป็นกลุ่มเสี่ยงเหมือนกัน⁽⁵⁾

การแก้ไขปัญหาของจังหวัดอุดรธานี ตั้งแต่ ปี 2547-2551 เป็นต้นมาได้รับการสนับสนุนงบประมาณจากกองทุนโลกให้ดำเนินโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเยาวชน ในชุมชนและได้รับเลือกเป็นจังหวัดบูรณาการจังหวัดนำร่องของศูนย์เอดส์ชาติ เพื่อดำเนินงานโครงการ ผู้วิจัยได้มีส่วนร่วมริเริ่มการนำกระบวนการจัดการเรียนรู้เพศวิถีศึกษารอบด้านมาขยายผลในสถานศึกษาสังกัดมัธยมในปี 2549 โดยเริ่มปีแรก 6 แห่ง โดยการชวนสถานศึกษาเข้าร่วมโดยสมัครใจ และเชิญผู้บริหารสถานศึกษา รองผู้อำนวยการฝ่ายวิชาการมาร่วมการอบรมเพื่อเตรียมการจัดการสอนให้กับครูผู้สอน รองฝ่ายวิชาการดูแลการบรรจุ เข้าในโครงสร้างหลักสูตรของสถานศึกษา และเป็นที่น่าพอใจ จึงขยายผลเพิ่มขึ้นในปี 2551-2553 กองทุนโลกสนับสนุนผ่านองค์การแพธ โดยมหาวิทยาลัยราชภัฏอุดรธานี เป็นศูนย์การดำเนินงาน

ปี 2557-2558 ได้ขยายผล โดยงบบัณฑิตพัฒนาครูผู้สอนและกิจกรรมนอกห้องเรียนของเยาวชนรวมทั้งสิ้น 199 แห่ง ครอบคลุมสถานศึกษาทุกสังกัด ระหว่างปี 2555-2558 สำนักงานสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) เลือกมาพัฒนาโครงการเรื่องการป้องกันแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นจังหวัดอุดรธานี เป็นจังหวัดต้นแบบเพื่อพัฒนานวัตกรรมด้านการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์, การตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้อนุมัติสนับสนุนงบประมาณเพื่อพัฒนาโมเดล ดังกล่าว 3 ปี วงเงิน 10 ล้านบาท ในการทำงาน ซึ่งทำให้เกิดการบูรณาการการทำงานเชิงภาคีเครือข่ายเพื่อวัยรุ่น แต่เนื่องจากการหยุดวัยรุ่นไม่ให้มีเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องยาก ผู้วิจัยในฐานะหัวหน้ากลุ่มงานควบคุมโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี จึงทำการวิจัยเพื่อค้นหาปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น เพื่อให้ได้องค์ความรู้ที่ช่วยอธิบายปัจจัยที่เพิ่มความเสียหายให้วัยรุ่นมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งนำไปประกอบการวางแผนแก้ไขปัญหาเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นให้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลในการดำเนินงานเชิงรุกต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่ออธิบายปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ความรู้ด้านเพศศึกษา และประสบการณ์ทางเพศของวัยรุ่น
2. เพื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความรู้ด้านเพศศึกษา และปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ กับประสบการณ์ทางเพศของวัยรุ่น

วัตถุประสงค์และวิธีการวิจัย

รูปแบบการวิจัย ใช้ระเบียบวิจัยแบบตัดขวางเชิงวิเคราะห์ ประชากรเป้าหมาย คือ วัยรุ่นทั้ง

ชายและหญิงอายุ 15-19 ปี ทั้งที่อยู่ในระบบการศึกษาและนอกระบบการศึกษา ในจังหวัดอุดรธานี

ขนาดกลุ่มตัวอย่าง คำนวณจากสูตรวิเคราะห์ขนาดตัวอย่าง Logistic Regression Power Analysis โปรแกรม OpenEpi for Epidemiologic Statistics for Public Health version 3.03⁽⁶⁾ โดยใช้ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานของพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น 2 กลุ่ม จากงานวิจัยที่ผ่านมา⁽⁷⁾ เป็นฐานประมาณค่า กำหนดค่า Confidence interval for two sides=99% และ power=90 ได้ขนาดตัวอย่างอย่างน้อยเท่ากับ 426 คน ผู้วิจัยสำรองการสูญเสียในการเก็บข้อมูล 20% ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใช้จริงมีเท่ากับ 560 คน

การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) และยึดหลักการกระจายคุณลักษณะของวัยรุ่นในตำบลเป้าหมายของการวิจัย ให้มีความหลากหลายของเพศ อายุ และพื้นที่ของการศึกษา โดยสุ่มกลุ่มตัวอย่างจากประชากรวัยรุ่นที่แบ่งตามประเภทของการได้รับการศึกษาในระบบการเรียนในโรงเรียน (มัธยมศึกษาปีที่ 3 มัธยมศึกษาปีที่ 4 มัธยมศึกษาปีที่ 5 และมัธยมศึกษาปีที่ 6) การศึกษานอกระบบและการศึกษาตามอัธยาศัย (กศน.) และไม่ได้ศึกษา รวมทั้งการจำแนกตามเพศ (หญิง/ชาย) ตามสัดส่วนของขนาดกลุ่มตัวอย่างและจำนวนประชากรวัยรุ่น

เครื่องมือวิจัย

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากแนวคิด The ecological framework การค้นคว้าวรรณกรรมเกี่ยวกับปัจจัยเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น⁽⁸⁾ ร่วมกับแนวคำถามจากแบบสำรวจความรู้ทัศนคติ ประสิทธิภาพทางเพศในวัยรุ่นและเยาวชนของ Kaiser Family foundation⁽⁹⁾ และ Ottawa youth sex⁽¹⁰⁾ ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content

validity) ตามความเห็นสอดคล้องของผู้ทรงคุณวุฒิด้านการป้องกันและแก้ปัญหาเรื่องเพศในวัยรุ่นจำนวน 3 คน และตรวจสอบความเหมาะสมของภาษากับวัยรุ่นที่มีลักษณะเหมือนกลุ่มเป้าหมายจำนวน 5 คน ผลการทดสอบความเที่ยงของแบบสอบถาม 0.93 ประกอบด้วย 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่น ได้แก่ ข้อมูลด้านประชากร บริบททางสังคม ประสบการณ์เกี่ยวข้องกับสุขภาวะทางเพศ ได้แก่ ประสบการณ์ทางเพศ การมีเพศสัมพันธ์และจำนวนคู่นอนในรอบ 12 เดือน ลักษณะตัวเลือกประกอบด้วยแบบเติมคำสั้นๆ ในช่องว่างและแบบตรวจสอบรายการ (checklist)

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยภายในบุคคลและปัจจัยภายนอกบุคคลที่มีอิทธิพลต่อการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่น ประกอบด้วย ความรู้เรื่องเพศ ทัศนคติต่อเพศวิถี และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ รวมทั้ง ปัจจัยจูงใจให้มีเพศสัมพันธ์ และปัจจัยยับยั้งการมีเพศสัมพันธ์ ลักษณะตัวเลือกตอบ มี 3 ลักษณะ คือมาตราส่วนประมาณค่า (rating scale) 3 ระดับ แบบ 2 ตัวเลือก (ใช่ และไม่ใช่) และแบบตรวจสอบรายการซึ่งเลือกตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

กระบวนการวิจัย

1. ขออนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล จากผู้อำนวยการโรงเรียนที่วัยรุ่นกลุ่มเป้าหมายศึกษาอยู่ และผู้ใหญ่บ้านในพื้นที่อาศัยอยู่ของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ศึกษา

2. หลังได้รับอนุมัติการเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมผู้วิจัยพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น โดยแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ในการวิจัย ขั้นตอนดำเนินการวิจัย และระยะเวลาการเข้าร่วมในการวิจัยของกลุ่มตัวอย่าง ความเสี่ยงจากการวิจัยที่อาจเกิดขึ้น ประโยชน์จากการวิจัย ค่าเดินทางของ



ผู้ให้ข้อมูล การเก็บรักษาความลับ โดยข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้ไม่มีเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง แต่นำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมและนำมาใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น รวมทั้งความสมัครใจในการเข้าร่วมหรือถอนตัวจากการวิจัย ตามข้อกำหนดซึ่งผ่านจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาและวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี ภายใต้โครงการใหญ่ที่ได้รับอนุมัติเลขที่ HE 5901

3. ภายหลังจากชี้แจงการเข้าร่วมการวิจัย ขอนัดวัน เวลา และสถานที่เก็บรวบรวมข้อมูล ที่วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างสะดวก โดยในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมผู้วิจัยมีกระบวนการเยาวชนเข้าร่วมเป็นทีมผู้เก็บรวบรวมข้อมูล เพื่อสร้างความไว้วางใจ และเพิ่มโอกาสได้ข้อมูลที่เป็นจริงจากการกล้าเปิดเผยข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่น การเก็บรวบรวมข้อมูลกับวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่กำลังศึกษาในระบบการเรียน ในชั้นเรียนของโรงเรียนที่ศึกษาอยู่ โดยใช้เวลาหลังเลิกเรียน สำหรับวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างที่เรียน กศน. หรือไม่ได้เรียนหนังสือ ทีมผู้วิจัยทำกาหนดหมายในสถานที่ ๆ วัยรุ่นสะดวก

4. หลังเสร็จสิ้นการเก็บรวบรวมข้อมูล ทีมผู้วิจัยกล่าวแสดงความขอบคุณและมอบค่าเดินทางให้แก่วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง

การวิเคราะห์ข้อมูล โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานและใช้สถิติทดสอบความถดถอยไบนารี ลอจิสติก และค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา

วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างมีสัดส่วนชายต่อหญิง ร้อยละ 52.0:48.0 อายุเฉลี่ย 16 ปี ($\pm 0.10SD$) ส่วนใหญ่เรียนในระบบร้อยละ 78.6 และกำลังเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายร้อยละ 47.0 ($n=490$), ไม่มีอาชีพ ร้อยละ 6.4 ($n=79$), ส่วนใหญ่บิดามารดาอยู่ด้วยกัน ร้อยละ 75.4 อาศัยอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 68.8, ได้รับความรู้เพศศึกษา ร้อยละ 83.1, ใช้อินเทอร์เน็ตจากหลายแห่ง ร้อยละ 48.2, ส่วนใหญ่เป็นชายจริงหญิงแท้ ร้อยละ 90.2, มีคู่นอน ร้อยละ 51.6, เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว ร้อยละ 31.3, การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยกว่า 18 ปี ร้อยละ 26.0 (มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุด 12 ปี), มีเพศสัมพันธ์รอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 23.8, มีคู่นอนมากกว่า 1 คน ร้อยละ 85.9

เมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์ทางเพศกับระดับความรู้เพศศึกษา พบว่า วัยรุ่นที่มีความรู้ระดับดีที่เคยมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าวัยรุ่นที่มีความรู้ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ มีสัดส่วนร้อยละ 24.3:6.8, รอบปีที่ผ่านมา วัยรุ่นที่มีความรู้ระดับดีมีเพศสัมพันธ์ลดลงเป็นร้อยละ 13.2 แต่วัยรุ่นที่มีความรู้ระดับต่ำกว่าเกณฑ์ มีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 18.0 สำหรับวัยรุ่นหญิงที่เคยมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าชายมีสัดส่วนร้อยละ 12.1:11.6 และรอบปีที่ผ่านมาวัยรุ่นชายมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าหญิงมีสัดส่วนร้อยละ 16.4:14.8

ปัจจัยเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อย

ตารางที่ 1. ความสัมพันธ์ระหว่างอายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์กับจำนวนคู่นอนรอบปีที่ผ่านมา ($n=560$)

ปัจจัย	Mean	SD	N	r	p-value
อายุที่เริ่มมีเพศสัมพันธ์(Age first sex)	15.5	1.5	159	-0.225**	0.009
จำนวนคู่นอน (Partner number)	1.9	1.8	138		

**Pearson Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed)

มีความสัมพันธ์กับการมีจำนวนคู่นอนรอบปีที่ผ่านมา เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p=0.009$) ดังตารางที่ 1

เมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์ทางเพศ ของวัยรุ่นกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ปัจจัยเสี่ยงด้านการ มีคูรักรจะมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีคูรักร อย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ เป็น 3.567 เท่า (OR = 3.567, 95% CI: 2.409–5.281)

เมื่อพิจารณาปัจจัยเสี่ยงด้านการมีเพศสัมพันธ์พบว่า วัยรุ่นที่มีระดับความรู้แตกต่างกัน จะมีเพศสัมพันธ์รอบปีที่ผ่านมาแตกต่างกันอย่างมี นัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}=0.005$, (OR= 2.013, 95% CI: 1.248–3.248) โดยวัยรุ่นที่มีความรู้ระดับดี ไม่มีเพศสัมพันธ์สูงกว่าวัยรุ่นที่มีความรู้ระดับต่ำ

เป็น 1.544 เท่า (OR=1.544, 95% CI: 1.176–2.026)

วัยรุ่นที่มีปัจจัยเสี่ยงด้านบุคคลที่อาศัยอยู่ ด้วยพบว่าวัยรุ่นที่มีบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยจะมีเพศสัมพันธ์ต่ำกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีบุคคลอาศัยอยู่ด้วยอย่าง มีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p\text{-value}<0.001$ เป็น 1.757 เท่า (OR=1.757, 95% CI: 1.354–2.280)

วัยรุ่นที่มีระดับความรู้เพศศึกษาแตกต่างกันจะเคยมีเพศสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ทางสถิติที่ $p\text{-value}=0.002$, (OR=0.551, 95% CI: 0.378–0.803) โดยปัจจัยเสี่ยงด้านการเคยมีเพศสัมพันธ์พบว่า วัยรุ่นที่มีความรู้ระดับดีจะไม่เคยมี เพศสัมพันธ์สูงกว่าวัยรุ่นที่มีความรู้ระดับต่ำเป็น 1.228 เท่า (OR=1.228, 95% CI: 1.069–1.411) ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่างๆ กับประสบการณ์ทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง (n=560)

ปัจจัย	Crude OR	P-value ^b	95% Confidence Interval
เคยมีเพศสัมพันธ์	ระดับความรู้		
เคยมีเพศสัมพันธ์	0.677		0.532 – 0.861
ไม่เคยเลย	1.228		1.069 – 1.411
	0.551 ^a	0.002**	0.378 – 0.803
เพศสัมพันธ์รอบ ปีที่ผ่านมา	ระดับความรู้		
มีเพศสัมพันธ์	0.767		0.622 – 0.946
ไม่มี	1.544		1.176 – 2.026
	2.013 ^a	0.005**	1.248 – 3.248
เพศสัมพันธ์รอบปีที่ผ่านมา	บุคคลที่อาศัยอยู่ด้วย		
มีเพศสัมพันธ์	0.428		0.329 – 0.557
ไม่มี	1.757		1.354 – 2.280
	0.244 ^a	<0.001**	0.147 – 0.404
เพศสัมพันธ์รอบปีที่ผ่านมา	การมีคูรักร		
มีเพศสัมพันธ์	3.567		2.409 – 5.281
ไม่มี	0.631		0.557 – 0.715
	5.652 ^a	<0.001**	3.462 – 9.226

^aCrude OR, ^bChi-Square tests, **Significant at 0.01 level (2-tailed)



อภิปรายผล

ผลการศึกษานี้พบว่า วัยรุ่นกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ใช้อินเทอร์เน็ตจากหลายแห่ง, เคยมีเพศสัมพันธ์มาแล้ว ร้อยละ 31.3, การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยกว่า 18 ปี (มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยที่สุด 12 ปี), มีเพศสัมพันธ์รอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 23.8 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่พบว่ามีปัญหาในเทคโนโลยีสมัยใหม่ที่ทำให้เกิดปัญหาในวัยรุ่น ได้แก่ E-mail, chat rooms และ websites ส่งผลให้การมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นตั้งแต่ก่อนอายุ 13 ปี รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกและครั้งต่อมา โดยมีคู่นอนมากกว่า 4 คน⁽¹¹⁾ และผลการวิจัยที่พบว่าวัยรุ่นมีคู่นอนมากกว่า 1 คน ร้อยละ 85.9 ซึ่งสูงกว่าในปี 2555 เป็นอย่างมากจากการศึกษาของศิริกุล อิศรานุรักษ์ และคณะ⁽¹²⁾ ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีคู่นอนมากกว่า 1 คน เพียงร้อยละ 30 นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับผลการศึกษาที่พบว่า เพศชายไม่มีการป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์กับหลายคู่นอน⁽¹³⁾

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่า รอบปีที่ผ่านมา วัยรุ่นที่มีความรู้ระดับดีจะมีเพศสัมพันธ์ลดลง แต่วัยรุ่นที่มีความรู้ระดับต่ำกว่าเกณฑ์จะมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้น และวัยรุ่นชายมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าหญิง วัยรุ่นที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุน้อยมีความสัมพันธ์กับการมีจำนวนคู่นอนรอบปีที่ผ่านมาเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษา⁽¹⁴⁾ ที่พบปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ในนักเรียนชั้นมัธยมศึกษา ได้แก่ ความรู้เรื่องเพศและช่วงอายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก

จากการศึกษาครั้งนี้พบว่าปัจจัยเสี่ยงด้านการมีคู่อริจะมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีคู่อริ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็น 3.567 เท่า วัยรุ่นที่มีระดับความรู้แตกต่างกันจะมีเพศสัมพันธ์รอบปีที่ผ่านมาแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยวัยรุ่นที่มีความรู้ระดับดีไม่มีเพศสัมพันธ์สูงกว่า

วัยรุ่นที่มีความรู้ระดับต่ำเป็น 1.544 เท่า วัยรุ่นที่มีบุคคลที่อาศัยอยู่ด้วยมีเพศสัมพันธ์ต่ำกว่าวัยรุ่นที่ไม่มีบุคคลอาศัยอยู่ด้วยอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เป็น 1.757 เท่า วัยรุ่นที่มีระดับความรู้เพศศึกษาแตกต่างกันจะมีเพศสัมพันธ์แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า วัยรุ่นที่มีความรู้ระดับดีไม่เคยมีเพศสัมพันธ์สูงกว่าวัยรุ่นที่มีความรู้ระดับต่ำเป็น 1.228 เท่า ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของวัชรภรณ์ บัตรเจริญ และคณะ⁽¹⁵⁾ และผลสำรวจพบว่า กิจกรรมที่วัยรุ่นทำในช่วงปิดเทอม 1 ใน 3 อันดับแรกคือ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่อริ และสอดคล้องกับการศึกษาขององค์การแพธ⁽¹⁶⁾ พบว่ามีสัดส่วนใกล้เคียงกันของวัยรุ่นหญิงและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับคนรัก/เพื่อนสนิท ร้อยละ 74.2:71.2 ซึ่งการป้องกันความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ได้โดยการเลือกปฏิบัติตามกลุ่มเพื่อนอย่างเหมาะสม ความคิดเห็นต่อผลดีในการป้องกันความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์และการได้รับแนวทางการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์จากครอบครัว⁽¹⁷⁾

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. การใช้การจัดการเชิงยุทธศาสตร์เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหานามัยเจริญพันธ์และเอดส์ในกลุ่มเยาวชนแบบบูรณาการในระดับท้องถิ่น โดยนำแผนที่ทางเดินยุทธศาสตร์ไปใช้ในการวิเคราะห์เหตุปัจจัยครอบคลุมทุกด้าน ทั้งด้านบุคคล ครอบครัว ชุมชน โรงเรียน และองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นในชุมชน เพื่อนำมาออกแบบกิจกรรมที่ตอบสนองทุกเหตุปัจจัยและมีความต่อเนื่องยั่งยืน

2. ภาครัฐและภาคเอกชน รวมถึงองค์กรต่างๆ โดยเฉพาะสถาบันการศึกษาควรให้โอกาสวัยรุ่นได้มีโอกาสที่จะแสดงความคิดเห็นเรื่องเพศอย่างเหมาะสมเพื่อให้นักเรียนวัยรุ่นมีความคิด

ในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้

1. ระดับบุคคล การมีคูรักรหรือแฟนของวัยรุ่นเป็นปัจจัยเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นตัวแปรที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นผู้ที่เกี่ยวข้องไม่ว่าจะเป็นครู พ่อ แม่ และผู้ปกครองยังเป็นความหวังของวัยรุ่นที่เป็นที่พึ่งพิงในเรื่องนี้ได้เป็นอย่างดี ดังนั้นพ่อแม่ควรอบรมสั่งสอนแนวคิดเชิงบวกด้านเพศให้ตั้งแต่ลูกยังเป็นเด็ก เช่น การสร้างความผูกพันกับลูกให้มีความไว้วางใจตั้งแต่เด็กมีการสื่อสารด้านเพศหรือการมีสัมพันธ์ภาพกับเพศตรงข้ามกันอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าเมื่อลูกโตเป็นวัยรุ่นจะไม่ได้อยู่ร่วมกับพ่อแม่

2. ระดับสถานพยาบาลสาธารณสุข ในพื้นที่ที่พบว่ากลุ่มวัยรุ่นมีคูรักรหรือมีแฟนแล้ว ควรให้ความสนใจติดตามดูแลต่อเนื่องต่อไป อาจใช้กลยุทธ์การส่งเสริมให้ครอบครัวและผู้ปกครองตระหนักถึงความสำคัญของการคุมกำเนิด จัดให้มีการฝึกทักษะเฉพาะในเรื่องการป้องกันการตั้งครรภ์และการบริการที่เป็นมิตรเพื่อให้เยาวชนเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาและอุปกรณ์ป้องกัน

3. ในระดับชุมชน ควรจัดกิจกรรมปรับทัศนคติพ่อแม่ผู้ปกครองและผู้นำชุมชนเพื่อส่งเสริมความเข้าใจระหว่างพ่อแม่ผู้ปกครองและผู้นำใน

ชุมชนในการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น การติดเชื่อเอชไอวี, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยการเพิ่มศักยภาพให้เยาวชนคิดเป็นและมีทักษะชีวิตพร้อมทั้งมีระบบการดูแลช่วยเหลือด้านอาชีพหรือให้โอกาสจัดพื้นที่สร้างสรรค์ให้เยาวชนแสดงออกอย่างเป็นรูปธรรมต่อเนื่อง

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรศึกษาไปข้างหน้า (Longitudinal Study) โดยศึกษาติดตามกลุ่มเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก และเก็บข้อมูลปัจจัยเสี่ยงต่างๆ เพื่อลบลอคติจากการถามปัจจัยเสี่ยงย้อนหลัง

2. การศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเฉพาะกลุ่มตัวอย่าง ในเขตจังหวัดอุดรธานี จึงไม่สามารถนำไปอ้างอิงยังประชากรอื่นๆ ได้ ดังนั้นจึงควรศึกษาขยายผลในกลุ่มตัวอย่างที่มีจำนวนมากขึ้นหรือศึกษาในกลุ่มประชากรในภูมิภาคอื่นต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) ที่สนับสนุนงบประมาณและขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.วีณา จีระแพทย์ และผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์พัชกร อุทิศ หัวหน้าและผู้ช่วยโครงการศึกษาประสิทธิภาพของการดำเนินงานตำบลต้นแบบภาคีเครือข่ายตามแนวคิดอูตรโมเดล รวมถึงท่านอื่นๆ ที่ไม่ได้เอ่ยนาม ที่ช่วยให้งานวิจัยในครั้งนี้สำเร็จสมบูรณ์

เอกสารอ้างอิง

1. ทศนัย ชันทยาภรณ์ Program Advisor, สถานการณ์การตั้งครรภ์ไม่พร้อมของประเทศไทย 2557
2. สำนักงานปลัดกระทรวงการพัฒนาสังคมและความมั่นคงของมนุษย์. สถานการณ์คลอดบุตรของวัยรุ่นไทยปี 2556. สืบค้นเมื่อ 11 ตุลาคม 2557: จาก <http://www.m-society.go.th>
3. เอแบคโพลล์. ผลสำรวจเอแบคโพลล์เรื่องความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องเพศของเด็ก และเยาวชนไทย กรณีศึกษา เด็กและเยาวชนไทยอายุ 9 - 18 ปี ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ขอนแก่น ชลบุรี และสงขลา. ระหว่างวันที่ 27 มกราคม - 3 กุมภาพันธ์ 2553.



4. ลัญชัย ปิยะพงษ์กุล. การประชุมสมัชชาสุขภาพระดับเด็กและเยาวชนอุดรธานีก่อนผลักดันสู่นโยบายสาธารณะ. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี, 2555. Available from URL: <http://www2.manager.co.th>.
5. ศิริพร จิระวัฒน์กุล, สมพร รุ่งเรืองกิจ, ดารุณี จงอุดมการณ์, กฤตยา แสงเจริญ, สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล, สมพร วัฒนกุลเกียรติ และคณะ. รายงานการวิจัยการศึกษาแนวทางการป้องกันและแก้ไขปัญหาการตั้งครรภ์ไม่พร้อมในวัยรุ่น (แม่วัยใส). ศูนย์ประสานงานองค์การอนามัยโลกด้านการวิจัยและฝึกอบรมด้านเพศภาวะและสุขภาพสตรี มหาวิทยาลัยขอนแก่น, 2554: 175-183.
6. วิมา จีระแพทย์, เพ็ญพัทธ์ อูทิศ. การศึกษาประสิทธิผลของการดำเนินงานตำบลต้นแบบภาคีเครือข่ายตามแนวคิดอุตรโมเดลต่อสุขภาพทางเพศของวัยรุ่น จังหวัดอุดรธานี สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ (สสส.) และคณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, 2558.
7. วันวิสาข์ บัวลอย, มณีรัตน์ ธีระวิวัฒน์, ภาณี วัฒนสมบูรณ์, นิรัตน์ อิมามี. รายงานการวิจัยเรื่องประสิทธิผลของโปรแกรมการเรียนรู้เรื่องเพศศึกษาเพื่อป้องกันพฤติกรรมเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2. Rama Nurs J. 2014; 20(1): 127-142.
8. Blum, R, Mmari, K. Risk and protective factors affecting adolescent reproductive health in developing countries: an analysis of adolescent sexual and reproductive health literature from around the world: summary. Geneva: Department of Child and Adolescent Health and Development Family and Community Health, 2004.
9. Kaiser Family Foundation, Tina Hoff Liberty & Davis, GJ. National Survey of Adolescents and Young Adults: Sexual Health Knowledge, Attitudes and Experiences. Park, California, USA: 2003.
10. Leonard P, Chevalier, C, Dias, N, Levasseur, K, Ratchiffe, K. 2012. The Ottawa Youth Sex Survey: Access to Sexual Health Services. Ottawa, Canada. Final Report April 2012.
11. Witmer D. Youth Risk Behaviors: The Difference between Boys and Girls. The Youth Risk Behavior Survey. The United States. The Centers for Disease Control and Prevention (CDC). [Cited, 2012 June]. Available from URL: <http://www.parentingteens.about.com>.
12. ศิริกุล อิศรานุกัษ์ บังอร เทพเทียน และภัทรพันธุ์ อดทน. แนวโน้มของพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนกรุงเทพมหานคร-มหานครระหว่าง พ.ศ. 2545- 2549. สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล. วารสารสาธารณสุขและการพัฒนา 2555; 10 : 15-27.
13. Nkansah AS, Diedhiou A, Agbanu HL, Harrod C, Dhawan A. Correlates of sexual risk behaviors among high school students in Colorado: analysis and implications for school-based HIV/AIDS programs. USA: Community Health Program, University of Northern Colorado. Matern Child Health J. 2011; 15(6) Aug: 730-741. Available from URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>.
14. พัชรี ตันศิริ, สุทธิรัตน์ พิมพ์พงศ์, จาริตรี กุลศิริปัญญา, ณัฐธยาน์ ภิรมย์สิทธิ์, ชลดา วงศ์ภิรมย์. พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนต้น. วิทยานิพนธ์คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเวสเทิร์น กานูจนบุรี; 2554: 1-12.
15. วัชรารักษ์ บัตรเจริญ, ปาหนัน พิษขยัญโญ และอาภาพร เฝ้าวัฒนา. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของนักเรียนไทย ชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น. วารสารสาธารณสุขศาสตร์ 2555; 42(1); 1 ม.ค.-เม.ย.: 57-61.
16. องค์การแพธ (PATH). ผู้ใหญ่เปิดใจลูกหลาน (รัก) ปลอดภัย.โครงการก้าวอย่างองเข้าใจ องค์การแพธ (PATH). พี.เอส.ซีพพลาย, 2554: 12-19.
17. อรณัฐ เอี่ยมสุชา, สมทรัพย์ สุขอนันต์. การปฏิบัติตนเพื่อป้องกันความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ของนักเรียนวัยรุ่นหญิงในสถานศึกษา สังกัดอาชีวศึกษา จังหวัดนครปฐม. วารสารศิลปการศึกษาศาสตร์วิจัย 2556; กรกฎาคม - ธันวาคม: 217-231.

การใช้ถุงยางอนามัยของเยาวชนไทยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชายในจังหวัดเชียงราย

ฐาปกรณ์ เรือนใจ*, อมรรัตน์ อนุวัฒน์นทเขตต์*,

ปฏิกาน สมบูรณ์*, ณัฐพงษ์ แสงเดือน*

Abstract

Condom Used among Man Who have Sex with Men in Chiang Rai Province

Thapakorn Ruanjai*, Amornrat Anuwatnonthakate*,
Patipan Somboon*, Natthaphong Seangduean*

*Public Health Program, School of Health Science, Mae Fah Luang University

The present study was a descriptive cross-sectional study on condom used among men who have sex with men (MSM) in Chiang Rai province. Participants (n=121) were recruited by peer-group snowball sampling. Data were collected from February-March 2016. The research instrument was the anonymous self-administered questionnaire from The Bureau of AIDS, TB and STIs, Ministry of Public Health. The data were analyzed by using descriptive statistics.

The results showed that most of participants were students (95.0%) age between 15-19 years old (51.2%), (33.9%) single or did not have partner. The participants reported (21.5%) did not use a condom on their first sexual encounter. Reasons given for not using a condom during sex were not have a condom available (40.5%), diminished sexual pleasure (37.2) %, and failing to make preparations and chance sexual encounters (17.4%). Therefore, a campaign is needs to promote more positive attitudes to condom use.

Key Words: Condom, Sexual Transmitted Diseases, Men Who have Sex with Men, MSM
Thai AIDS J 2016; 28 : 154-164

บทคัดย่อ

การศึกษาในครั้งนี้เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการใช้ถุงยางอนามัยของเยาวชนไทยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเชียงรายโดยเก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 121 คน ใช้วิธีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยการสุ่มแบบลูกโซ่ (Snowball sampling technique) เก็บรวบรวมข้อมูลจากแบบสอบถามแบบที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเอง (Self-administered) ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขระหว่างเดือนกุมภาพันธ์-มีนาคม พ.ศ. 2559 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา

*สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นนักเรียนนักศึกษาร้อยละ 95.0 อายุระหว่าง 15-19 ปี ร้อยละ 51.2 และร้อยละ 33.9 มีสถานภาพโสดหรือไม่คู่ เหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์คือไม่ได้เตรียมมา คิดเป็นร้อยละ 40.5 รู้สึกไม่เป็นธรรมชาติ ไม่ได้อารมณ์ ไม่ต่อเนื่อง ร้อยละ 37.2 และไม่ได้พกพา ร้อยละ 17.4 ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเช่นกระทรวงศึกษาธิการและกระทรวงสาธารณสุขควรมีแผนงานหรือโครงการให้เยาวชนได้เรียนรู้ ตระหนักถึงความสำคัญในการใช้ถุงยางอนามัยในการป้องกันโรคอย่างถูกต้องเหมาะสม

คำสำคัญ ถุงยางอนามัย, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, ชายรักชาย
วารสารโรคเอดส์ 2559; 28 : 154-164

บทนำ

เยาวชนไทยเป็นช่วงวัยรุ่นที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์และสังคม ซึ่งเป็นผลมาจากการเจริญเติบโตและพัฒนาการตามวัย วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงระยะที่มีการเปลี่ยนแปลงจากเด็กไปสู่ผู้ใหญ่ นอกจากนั้นแล้วยังเป็นระยะที่ก้าวขึ้นมามีบทบาททางเศรษฐกิจ สังคม และการเมืองในระยะเวลาอันใกล้ ปัญหาสำคัญที่พบมากในวัยรุ่นคือปัญหาเรื่องพฤติกรรมทางเพศ ซึ่งในปัจจุบันพบว่ามีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น เช่น การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ การดื่มสุราหรือใช้ยาเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมเหล่านี้ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์⁽¹⁾

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขของประเทศ ที่ส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจและสังคม ถึงแม้ว่าอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะไม่สูงจนเป็นปัญหา เมื่อเทียบกับโรคอื่นๆ แต่สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีแนวโน้มอัตราป่วยที่เพิ่มขึ้น อาจเป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงการระบาดของโรคเอดส์ระลอกใหม่เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีความสัมพันธ์กับโรคเอดส์ กล่าวคือสาเหตุของการติดต่อที่สำคัญของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และโรคเอดส์ พบว่า มาจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน อุบัติการณ์และแนวโน้มของโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ ใช้เป็นดัชนีชี้วัดประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ ได้ดีกว่าการวัดจากแนวโน้มของการติดเชื้อโรคเอชไอวีหรือจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์⁽²⁾

เมื่อพิจารณาอัตราป่วยรายภาค ภาคที่มีอัตราป่วยสูงสุด คือ ภาคเหนือ 27.42 ต่อแสนประชากร ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 20.38 ต่อแสนประชากร ภาคใต้ 15.69 ต่อแสนประชากร ภาคกลาง 10.77 ต่อแสนประชากรตามลำดับ ส่วนในจังหวัดเชียงรายเราพบว่าม้อัตราป่วยมาเป็นอันดับที่สองรองจากเชียงใหม่พบ 714 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 59.57 ต่อแสนประชากร จากการเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงต่อการมีอัตราป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554-2556 พบว่าจังหวัดเชียงรายเป็นพื้นที่เสี่ยงด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับสูงมากหลังจากปรับปรุงด้วยอายุ⁽³⁾

เมื่อพิจารณาประเด็นพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในปัจจุบันพบว่า มีชายที่เปิดตัวในสังคมเพิ่มขึ้น มีช่องทางในการนัดเจอหรือพบปะกันได้ง่ายขึ้นในด้านการติดต่อเรื่องงาน เรื่องเรียน เพื่อความบันเทิง หรือแม้แต่การแสวงหาคู่นอนด้วยเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นการพบกันตามสวนสาธารณะ สถานบันเทิง งานบุญ งานเทศกาล โดยเฉพาะอย่างยิ่งทางโลกออนไลน์ ที่ทั้ง

ง่ายและสะดวกรวดเร็ว จึงทำให้โอกาสที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีกิจกรรมทางเพศได้ง่ายขึ้น⁽⁴⁾

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยและอธิบายความรู้ความเข้าใจเพื่อประเมินความเสี่ยงและทัศนคติต่อถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเชียงราย ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ จะสามารถนำไปใช้เพื่อประโยชน์แก่หน่วยงานหรือองค์กรที่สามารถนำข้อมูลไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัจจุบันของการใช้ถุงยางอนามัยของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่และเกิดประโยชน์สำหรับงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การวางแผน ออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความเป็นจริงของเยาวชนจังหวัดเชียงรายต่อไป

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษาวิจัย

เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Descriptive Cross-sectional study) ในกลุ่มประชากรเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเชียงรายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปใช้วิธีการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายโดยการสุ่มแบบลูกโซ่ (Snowball sampling technique) โดยทำการเก็บข้อมูลระหว่างเดือนกุมภาพันธ์ ถึง เดือนมีนาคม พ.ศ. 2559 จำนวน 121 คน

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถามแบบที่ให้กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ตอบเอง (Self-administered) ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุขแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป เป็นข้อมูลคุณ-

ลักษณะทางประชากรของผู้ตอบแบบสอบถามจำนวน 6 ข้อ ประกอบด้วย อายุ ระดับการศึกษา อาชีพ ภูมิภาค ความรู้สึกของครอบครัวต่อความเป็นชายรักชาย สถานภาพการมีคู่

ส่วนที่ 2 ข้อมูลด้านพฤติกรรม จำนวน 13 ข้อ

ส่วนที่ 3 ความรู้ความเข้าใจเพื่อประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วย

- การรับรู้ความเสี่ยง จำนวน 5 ข้อ
- การรับรู้ความรุนแรง จำนวน 4 ข้อ
- การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกัน จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 4 ทัศนคติต่อถุงยางอนามัย 16 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติวิเคราะห์ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ความถี่ และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ผลการศึกษา

ข้อมูลด้านคุณลักษณะทางประชากรของเยาวชนไทย

ส่วนใหญ่เยาวชนอายุอยู่ระหว่าง 15-19 ปี ร้อยละ 51.2 ศึกษาอยู่ในระดับปริญญาตรี ร้อยละ 95.0 สถานภาพเป็นนักเรียนหรือนักศึกษา ร้อยละ 97.5 ภูมิลำเนาอยู่ในภาคเหนือร้อยละ 45.5 ครอบครัวมีความรู้สึกเฉยๆ ต่อความเป็นชายรักชาย ร้อยละ 45.5 สถานภาพไม่มีคู่หรือโสด ร้อยละ 33.9 ดังตารางที่ 1

ข้อมูลด้านพฤติกรรมทางเพศ

พบเยาวชนกลุ่มชายรักชายมีเพศสัมพันธ์ประมาณ 1-5 ครั้ง ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 33.1 มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุประมาณ



ตารางที่ 1. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามลักษณะทางประชากร (n=121)

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
อายุ		
15-19 ปี	62	51.2
20-24 ปี	59	48.8
ระดับการศึกษา		
มัธยมศึกษา	6	5.0
ปริญญาตรี	115	95.0
อาชีพ		
นักเรียน/นักศึกษา	118	97.5
พนักงานบริษัทเอกชน	3	2.5
ภูมิลำเนา		
ภาคกลาง	34	28.1
ภาคตะวันออก	6	5.0
ภาคใต้	4	3.3
ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ	22	18.2
ภาคเหนือ	55	45.5
คนในครอบครัวมีความรู้สึกต่อความเป็นชายรักชายของคุณอย่างไร		
รับได้	42	34.7
เฉยๆ	55	45.5
ต่อต้าน	24	19.8
สถานภาพการมีคู่		
ไม่มีคู่	41	33.9
มีคู่ประจำ	40	33.1
ไม่มีคู่ประจำ	40	33.1

15-18 ปี ร้อยละ 37.2 ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกร้อยละ 44.6 เหตุผลที่ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะไม่อยากเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 88.4 ดังตารางที่ 2

สำหรับสาเหตุที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเนื่องมาจาก ไม่ได้เตรียมมาและไม่เป็นธรรมชาติ ร้อยละ 40.5 และ 37.2 ตามลำดับ สถานที่นิยมซื้อ

ถุงยางมากที่สุดคือ ร้านสะดวกซื้อ ร้อยละ 86.8 และส่วนมากแล้วกลุ่มตัวอย่างจะเป็นผู้จัดหาถุงยางอนามัยมาเอง ร้อยละ 66.9 ความมั่นใจในคุณภาพสินค้าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อและใช้ถุงยางมากที่สุด ร้อยละ 62.8 ก้าวถุงยางอนามัยขาดเป็นความวิตกกังวลในการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 43.8 และร้อยละ 68.6 ไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามพฤติกรรมทางเพศ (n=121)

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
จำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา		
1-5 ครั้ง	47	38.8
6-10 ครั้ง	16	13.2
10-20 ครั้ง	6	5.0
มากกว่า 21 ครั้ง	11	9.1
ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	41	33.9
จำนวนคู่นอนในรอบ 6 เดือนที่ผ่านมา		
1 คน	43	35.5
2 - 4 คน	23	19.0
>5 คน	16	13.3
ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	41	32.2
มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุ		
11-14 ปี	7	5.8
15-18 ปี	45	37.2
>18 ปี	28	23.1
ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	41	33.9
ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกหรือไม่		
ใช้	54	44.6
ไม่ใช้	26	21.5
ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	41	33.9
ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายหรือไม่		
ใช้	69	57.0
ไม่ใช้	11	9.1
ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	41	33.9
เหตุผลที่ต้องใช้ถุงยางอนามัย*		
- ไม่อยากเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	107	88.4
- มั่นใจว่าถุงยางอนามัยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	78	64.5
- ไม่อยากทุกข์ทรมานจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือเอดส์	71	58.7

*Multiple respond



ตารางที่ 2. (ต่อ)

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัย*		
ไม่เป็นธรรมชาติ	45	37.2
ไม่ได้เตรียมมา	49	40.5
หาไม่ได้	17	14.0
ไม่กล้าพก	21	17.4
ไม่กล้าซื้อ	36	29.8
ท่านหาซื้อถุงยางอนามัยได้จากที่ใดบ้าง*		
ตู้จำหน่ายถุงยางอนามัยอัตโนมัติ	31	25.6
ร้านค้าในปั้มน้ำมัน	23	19.0
ร้านขายยา	67	55.4
ร้านสะดวกซื้อ เช่น เซเว่น-อีเลฟเว่น, มินิมาร์ท	105	86.8
จากกิจกรรมรณรงค์	26	21.5
ใครเป็นผู้จัดหาถุงยางอนามัยให้ท่าน*		
ร้านขายยา	23	19.0
ซื้อเอง	81	66.9
คู่นอน	53	43.8
เพื่อนหรือคนรู้จัก	21	17.4
คนในครอบครัว	8	6.6
ผู้ทำงานด้านสุขภาพ	25	20.7
ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเลือกซื้อและใช้ถุงยางอนามัยของท่านมากที่สุด		
ราคา	23	19.0
ยี่ห้อ	39	32.2
ความมั่นใจในคุณภาพสินค้า	76	62.8
ความคุ้นเคยอื่นๆ	5	4.1
ความวิตกกังวลในการใช้ถุงยางอนามัย		
กลัวขาด	53	43.8
ไม่แน่ใจในคุณภาพ	43	35.5
ไม่แน่ใจว่าป้องกันโรคได้	19	15.7
กลัวใช้ไม่ถูกวิธี	27	22.3

*Multiple respond

ตารางที่ 2. (ต่อ)

รายละเอียด	จำนวน	ร้อยละ
คุณคิดว่าตัวเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ เพียงใด		
ไม่เสี่ยงเลย	44	36.4
เสี่ยงปานกลาง	32	26.5
เสี่ยงมาก	4	3.3
ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	41	33.8
คุณเคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่		
เคย	0	0
ไม่เคย	80	66.2
ยังไม่เคยมีเพศสัมพันธ์	41	33.8

ความรู้ความเข้าใจเพื่อประเมินความเสี่ยง

การรับรู้โอกาสเสี่ยง ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าการมีคู่นอนหลายคน การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีเมมา และการไม่ใช้ถุงยางอนามัยมีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 100, 90.1 และ 90.99 ตามลำดับ แต่ในทางตรงกันข้ามกลุ่มตัวอย่างคิดว่าสามารถใช้เป็นสารหล่อลื่น เช่นวาสลีน เบบ็อยโลชั่น ร่วมกับถุงยางอนามัยได้ ถึงร้อยละ 54.5 ดังตารางที่ 3

การรับรู้ความรุนแรง กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีโอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น และการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น วัณโรคปอด เชื้อราที่สมอง มะเร็งต่างๆได้ ถึงร้อยละ 86.0 และ 100 ตามลำดับดังตารางที่ 3

การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกัน ส่วนใหญ่กลุ่มตัวอย่างการใช้

ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ เป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 90.9 การใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องยุ่งยาก ทำให้ความสุขทางเพศลดลง ไม่สามารถปฏิเสธหรือโน้มน้าวให้คู่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ได้ เป็นอุปสรรคของการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มนี้ถึงร้อยละ 20.7, 36.4 และ 36.4 ตามลำดับ พ่อแม่ผู้ปกครองเป็นผู้ที่มีอิทธิพลมากที่สุดที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างพกพาถุงยางอนามัย และคู่นอนเป็นผู้ที่มีอิทธิพลมากที่สุดให้ใช้ถุงยางอนามัยถึงร้อยละ 42.1 และ 49.6 ตามลำดับดังตารางที่ 3

ทัศนคติต่อถุงยางอนามัย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติที่ติดต่อกับถุงยางอนามัยโดยพบว่าจะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งโดยไม่สนใจว่าคู่นอนจะเป็นไร จะเป็นผู้เสนอให้ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์การใช้ถุงยางอนามัยไม่ใช่เรื่องน่ารังเกียจ และคิดว่าผู้ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยจะมีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ถึงร้อยละ 70.2, 66.1, 87.6 และ 71.9 ตามลำดับ



ดั่งตารางที่ 3

ตารางที่ 3. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามความรู้ความเข้าใจเพื่อประเมินความเสี่ยง (n=121)

ข้อความ	ใช่	%	ไม่ใช่	%
การรับรู้โอกาสเสี่ยง				
- การมีคู่นอนหลายคนมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	121	100.0	0	0
- คนที่ดูมีสุขภาพดี หล่อ อาจมีเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	117	96.7	4	3.3
- การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติดมีนมามีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	109	90.1	12	9.9
- การไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	110	90.9	10	8.3
- วาสลีน เบบ็อย โลชั่น สามารถใช้เป็นสารหล่อลื่น ร่วมกับถุงยางอนามัยได้	66	54.5	55	45.5
การรับรู้ความรุนแรง				
- เมื่อเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีโอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น	104	86.0	17	14.0
- ถ้าตรวจเลือดพบซิฟิลิสแล้วไม่รักษาโรคอาจจะทำลายอวัยวะที่สำคัญ เช่น หลอดเลือด สมอง กระดูก ทำให้ร่างกายพิการและตายได้	104	86.0	17	14.0
- การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย เช่น วัณโรคปอด เชื้อราที่สมอง มะเร็งต่างๆได้	121	100.0	0	0
- เมื่อติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ติดตลอดชีวิต ไม่มีทางกำจัดเชื้อให้หมดจากร่างกายได้	100	82.6	21	17.4
การรับรู้ประโยชน์และอุปสรรคในการป้องกัน				
- การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ เป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	110	90.9	11	9.1
- การใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องยุ่งยาก	25	20.7	96	79.3
- การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทำให้ความรู้สึกทางเพศลดลง	44	36.4	96	63.6
- การงดสุราหรือเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ก่อนมีเพศสัมพันธ์ เป็นเรื่องยาก	37	30.6	84	69.4
- การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีเป็นการป้องกันวิธีหนึ่ง	114	94.2	7	5.8
- การงดไปเที่ยวสถานบันเทิงต่างๆ ไม่สามารถทำได้เพราะเพื่อนชวน เกรงใจปฏิเสธเพื่อนไม่ได้	54	44.6	67	55.4
- ไม่สามารถควบคุมตนเองให้ใช้ถุงยางอนามัยได้ เมื่อเจอคนที่ถูกใจ ถูกสเปค	38	31.4	83	68.6
- ไม่สามารถ ปฏิเสธ หรือโน้มน้าวให้คู่อื่นใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ได้	44	36.4	77	63.6

ตารางที่ 4. จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างจำแนกตามทัศนคติต่อถุงยางอนามัย (n=121)

ประเด็น	ความคิดเห็น							
	จริง		ค่อนข้าง		ค่อนข้างไม่		ไม่จริง	
		%	จริง	%	จริง	%		%
1. ฉันจะใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งโดยไม่สนใจว่าคู่นอนจะเป็นใคร	85	70.2	26	21.5	4	3.3	6	5.0
2. ฉันมักจะเป็นผู้เสนอให้ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์	80	66.1	28	23.1	6	5.0	6	5.0
3. การใช้ถุงยางอนามัยไม่ใช่เรื่องน่ารังเกียจ	106	87.6	15	12.4	0	0	0	0
4. การใช้ถุงยางอนามัยเป็นการแสดงความรักความห่วงใยคู่นอน	89	73.5	30	24.8	2	1.7	0	0
5. ฉันคิดว่าคนพกถุงยางอนามัยเป็นคนรอบคอบ	96	79.4	21	17.4	4	3.3	0	0
6. ฉันคิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยช่วยป้องกันเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้	102	84.3	19	15.7	0	0	0	0
7. ฉันคิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยลดความสุขทางเพศ	33	27.3	30	24.8	18	14.9	40	33.1
8. การใช้ถุงยางอนามัยแสดงถึงความไม่ไว้ใจคู่	31	25.7	13	10.7	17	14.0	60	49.6
9. คนที่พกถุงยางอนามัยมักถูกมองในแง่ลบ	26	21.5	28	23.1	21	17.4	46	38.0
10. ถ้าไม่มีถุงยางอนามัยฉันจะไม่ยอมมีเพศสัมพันธ์เลย	57	47.1	31	25.6	14	11.6	19	15.7
11. มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นการแสดงความรัก	16	13.2	18	14.9	33	27.3	54	44.6
12. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเป็นการแสดงความกล้าหาญ	22	18.2	12	9.9	16	13.2	71	58.7
13. ความเป็นชายรักชายทำให้ไม่กล้าซื้อถุงยางอนามัย	24	19.8	21	17.4	19	15.7	57	47.1
14. ฉันคิดว่าใครๆก็มีความเสี่ยงติดเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ถ้าไม่ใช้ถุงยางอนามัย	87	71.9	30	24.8	4	3.3	0	0
15. การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ถือว่าประมาท	94	77.7	27	22.3	0	0	0	0
16. การใช้ถุงยางอนามัยทำให้มีเพศสัมพันธ์อย่างมีความสุขไม่วิตกกังวล	82	67.8	30	24.8	7	5.8	2	1.7

การอภิปรายผลและสรุปผล

จากการวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่เป็นเยาวชน นักเรียนนักศึกษา สถานภาพโสดหรือไม่มี

คู่ ด้านพฤติกรรมทางเพศพบว่า มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกน้อยสุดอายุ 11 ปี และเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกส่วนใหญ่อายุระหว่าง 15-19 ปี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของธราปกรณม์ เรือนใจ และ



คณะ⁽⁵⁾ ที่ศึกษาพฤติกรรมการสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในจังหวัดเชียงราย และกรมควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร⁽⁶⁾

การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่จะใช้ถุงยางอนามัย แต่ยังมีบางกลุ่มถึงร้อยละ 21.5 ที่ไม่ได้ใช้ สาเหตุอาจเนื่องมาจากมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุน้อยจึงทำให้ไม่ทราบข้อมูลในการใช้ถุงยางอนามัย และไม่ได้มีการเตรียมและไม่พกด้วยเช่นกัน สอดคล้องกับการศึกษาของจิรัภัทร หลงกุล และคณะ⁽⁷⁾ ในจังหวัดขอนแก่นได้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกยังพบอีกว่า มักจะไม่ใช้ในกรณีที่มีเพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก เนื่องจาก ไม่ชินถุงยางอนามัยมีกลิ่น รสชาติขม มีสารเคลือบ ไม่เป็นธรรมชาติ ถ้าใช้แล้วจะไม่เกิดอารมณ์

เมื่อพิจารณาด้านความรู้ความเข้าใจ ประชากรส่วนใหญ่ยังคิดว่าวาสลีน เบบี้ออย โลชั่นสามารถใช้เป็นสารหล่อลื่น ร่วมกับถุงยางอนามัยได้ ซึ่งในความเป็นจริงแล้ว สารหล่อลื่นประเภทนี้จะมีส่วนประกอบอยู่ในประเภทละลายในน้ำมัน (oil based lubricant) ไม่ควรใช้สารหล่อลื่นที่ละลายในน้ำมันกับถุงยางอนามัย เพราะจะทำให้ยางเสื่อมสภาพเร็วขึ้น เกิดการฉีกขาดของถุงยางมากขึ้น แล้วทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอดส์หรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ถึงแม้จะใช้ถุงยางอนามัยก็ตาม ดังนั้นหากต้องการใช้สารหล่อลื่นอื่นๆ มาทาเพิ่มบนถุงยางอนามัยควรเลือกใช้แต่สารหล่อลื่นที่ละลายน้ำ

เท่านั้น (water-based lubricant) ตัวอย่างสารหล่อลื่นที่ละลายในน้ำ เช่น K-Y jelly⁽⁸⁾

และสำหรับทัศนคติของการใช้ถุงยางอนามัยพบว่า ส่วนใหญ่แล้วมีทัศนคติที่ดีต่อการพกพา การใช้ถุงยาง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนราวุธ สินสุพรรณและคณะ⁽⁹⁾ โดยพบว่าส่วนมากนักศึกษาชายมีทัศนคติต่อการใช้ถุงยางระดับปานกลาง ซึ่งเป็นปัจจัยที่สำคัญในการตัดสินใจใช้ถุงยางอนามัยเช่นกัน ประชากรบางส่วนยังมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อถุงยางอนามัย และรูปแบบในการมีเพศสัมพันธ์ก็เป็นส่วนสำคัญในการไม่ใช้ถุงยางอนามัย

ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาในครั้งนี้

ผลจากการศึกษาในครั้งนี้ จะสามารถนำไปใช้เพื่อประโยชน์แก่หน่วยงานหรือองค์กรที่สามารถนำข้อมูลไปใช้ให้เป็นประโยชน์ในการทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัจจุบันของการใช้ถุงยางอนามัยของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่และเกิดประโยชน์สำหรับงานป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การวางแผนออกแบบกิจกรรมให้เหมาะสมและสอดคล้องกับความเป็นจริงของเยาวชนจังหวัดเชียงราย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณชายที่ขอชายและที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องและช่วยเหลือให้งานวิจัยชิ้นนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักพัฒนาสุขภาพจิต กรมสุขภาพจิต. รายงานการทบทวนสถานการณ์เกี่ยวกับพฤติกรรมทางเพศของเด็กวัยรุ่น การเสริมสร้างทักษะชีวิตและการให้การปรึกษา. นนทบุรี: ม.ป.พ; 2547.
2. World Health Organization. Sexually transmitted infections in adolescence. Department of Reproductive Health and Research 2004.

3. สามารถ พันธุ์เพชร, ฐาปกรณ์ เรือนใจ, ภัทรภรณ์ สอนคำมี. การเฝ้าระวังพื้นที่เสี่ยงต่อการมีอัตราป่วยด้วยโรคซิฟิลิสสูงในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2554-2556. วารสารโรคเอดส์. 2558; 27 : 69-77.
 4. จิรภัทร หลงกุล, สุพรรณิ พรหมเทศ. การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555; 5 : 29-38.
 5. ฐาปกรณ์ เรือนใจ, สุชาติ ปัตตะแวว, วิสุทธิ์ แก้วดี, ประภาพร เชื้อเมืองพาน, สิริจันทร์ ภูประเสริฐ, อุมาริน วิไล. พฤติกรรมสุขภาพเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลายในอำเภอพญาเม็งราย จังหวัดเชียงราย. วารสารโรคเอดส์. 2558/2559; 28 : 21-30.
 6. กองควบคุมโรคเอดส์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. การศึกษาพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ใน 7 กลุ่มประชากรเป้าหมาย ปี 2552. กรุงเทพมหานคร.
 7. จิรภัทร หลงกุล, สุพรรณิ พรหมเทศ. การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่น. วารสารวิจัยสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น. 2555; 5 : 29-38.
 8. สุภาวรรณ จงธรรมวัฒน์. สารหล่อลื่นกับถุงยางอนามัย. [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 4 เม.ย. 2559]. เข้าถึงได้จาก http://webdb.dmsc.moph.go.th/ifc_toxic/a_tx_1_001c.asp?info_id=148.
 9. นราวุธ สิ้นสุพรรณ. พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายในสถาบันอุดมศึกษาแห่งหนึ่งในเขตอีสานใต้ [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2548.
-



บทคัดย่อผลงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับประเทศไทย
การประชุมโรคเอดส์นานาชาติ (IAS 2015) ครั้งที่ 8
19-22 กรกฎาคม 2558
แวนคูเวอร์ แคนาดา

- Track A : Basic Science
- Track B : Clinical Science
- Track C : Prevention Science
- Track D : Implementation Science

Track D [MOADO101]Rapid uptake and adoption of the WHO 2013 Consolidated ARV guideline recommendations: paving the way to achieving the 90/90/90 global target

Presented by Meg Doherty

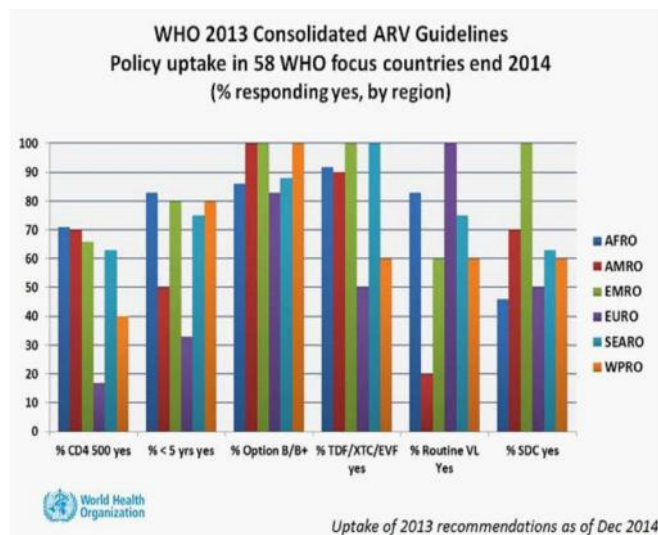
M. Doherty¹, M. Beusenber¹, E. Asamoah-Odei², F. Lule², R. Pendse³, M. Ghidinelli⁴, Y.-R. Lo⁵, G. Reidner⁶, M. Donoghoe⁷, M. Vitoria¹, G. Hirnschall¹

¹World Health Organization, HIV / Hepatitis Department, Geneva, Switzerland, ²World Health Organization, AFRO, Brazzaville, Congo, Republic of the, ³World Health Organization, SEARO, New Delhi, India, ⁴PAHO/WHO, Washington, United States, ⁵World Health Organization, WPRO, Manila, Philippines, ⁶World Health Organization, EMRO, Cairo, Egypt, ⁷World Health Organization, EURO, Copenhagen, Denmark

Background: Progress towards the ending the AIDS epidemic by 2030 critically depends on adoption of global guidelines that address evidenced based proven approaches to optimally treat all people living with HIV (PLWHIV) and how to best deliver interventions. With the *2013 Consolidated ARV Guidelines*, WHO successfully launched new policy recommendations on the clinical, operational, programmatic and M&E aspects of HIV treatment and care.

Methods: WHO HQ with regional and country offices, held 9 capacity building and dissemination consultations for >100 countries from 2013–2014. Through triangulation of baseline surveys, e-surveys with the country MoH HIV focal point and data compiled from the 2014 Global AIDS Response Progress Reporting (GARPr), we have documented the adoption of priority HIV treatment policies within the 58 WHO focal countries. Data is presented through end 2014.

Results: Within 18 months of the launch of the 2013 consolidated ARV guidelines, 44 of 58 (76%) of focus countries adopted at least one of the major recommendations; globally another 25 countries were in the process of adopting. 60% of focus countries adopted a CD4 count initiation of >500 cells/mm³, while Brazil, Thailand and Yemen offer treatment to all adults regardless of CD4 cell count. 71% adopted a policy to treat all children with HIV < 5 years; Ethiopia treats all children < 15 years. More than 90% of countries adopted PMTCT Option B/B+; 59% adopted treatment for all HIV serodiscordant couples; and 86% adopted the use of TDF + 3TC (or FTC) + EFV as the preferred first-line therapy, granting more people access to better treatment regimens; and 69% planned to implement routine viral load monitoring. Adoption varied by WHO region (Figure 1). An update on the country implementation of these policies will be available in April 2015.



[WHO ARV Guidelines Adoption by region]

Conclusions: With the 2013 Consolidated ARV Guidelines, WHO brought together 56 new recommendations across the continuum of HIV treatment and care, and supported countries to more rapidly adopt new policies than ever before; if fully implemented, countries can achieve the 90/90/90 global target.

90–90–90: Delivering on the Targets »



Track D [MOPED730] Integrating HIVDR early warning indicators with quality improvement to minimize HIVDR occurrence, Thailand

Presented by Cheewanan Lertpiriyasuwat

C. Lertpiriyasuwat¹, A. Teeraratkul², S. Bhakeecheep³, N. Chatharajwong², K. Phokasawad², P. Yuktanon¹, N. Pattarapayoon¹, O. Sumet¹, S. Thanprasertsuk⁴, T. Roels^{2,5}

¹Bureau of AIDS, TB and STI, Department of Disease Control, Thailand Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand, ²Thailand Ministry of Public Health–U.S. Centers for Disease Control and Prevention Collaboration, Global AIDS Program Thailand/Asia Regional Office, Nonthaburi, Thailand, ³National Health Security Office, Region 1, Chiangmai, Thailand, ⁴Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Nonthaburi, Thailand, ⁵U.S. Centers for Disease Control and Prevention, Center for Global Health, Division of Global HIV/AIDS, Atlanta, United States

Background: Managing optimal antiretroviral treatment (ART) is essential for program quality and to minimize occurrence of HIV drug resistance (HIVDR). Preliminary results from Thailand’s experiences on implementing HIVDR “Early Warning Indicator (EWI)” which are ART site factors associated with emergence of HIVDR as a quality improvement (QI) tool are described.

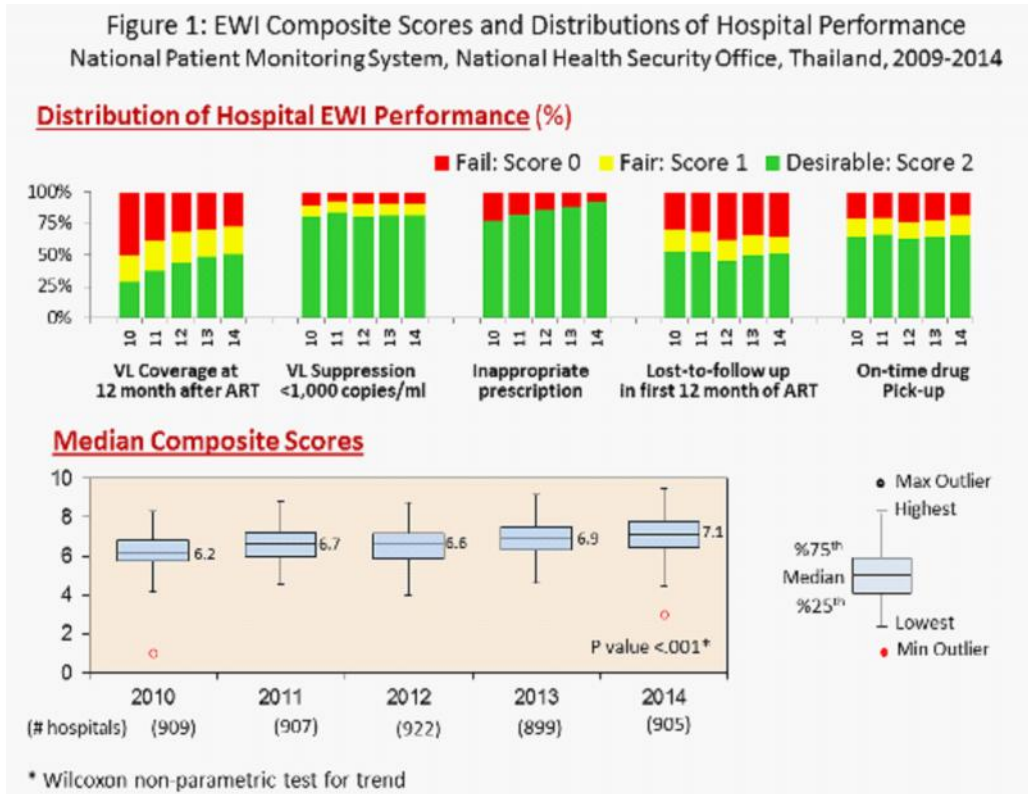
Methods: Trends for five Thailand EWIs (T-EWI) were monitored during 2010–2014 including 1) viral load (VL) coverage (T-EWI1a), 2) VL suppression (T-EWI1b), 3) inappropriate ARV prescription (T-EWI2), 4) lost-to-follow up (T-EWI3), and 5) on-time drug pick-up (T-EWI4) (Table 1). Data were collected through an electronic, web-based information system, linked with the National Death Registry. Medical records of adults receiving ART under the national Universal Coverage Program have been used to quarterly generate standard reports for hospital, provincial and national levels. Weighted averages for hospitals of T-EWIs” of hospital performance were calculated. HIVDR-QI was first implemented in 2013 and hospital providers and regional and provincial coaching teams were trained. Individual scores for each of the five T-EWIs (0 for poor, 1 for fair and 2 for desirable) and median composite scores (with a maximum score of 10) were calculated to identify site-based QI priorities.

Results: By September 2014, 185,437 persons were receiving ART at 905 hospitals. The 5-year trend for the individual EWI median percentages are shown in Table 1; Figure 1 shows the median EWI composite scores and the trends in hospital EWI performance. Key findings included significant improvement in T-EWI1a, though only 42% of hospitals met the desirable target in 2014; T-EWI1b remained >90%; T-EWI2 did not reach the desirable zero target; T-EWI3 significantly decreased from 8.9% in 2012 to 7.9% in 2014 though only 50% of hospitals met the desirable target; and T-EWI4 stayed >90%. The overall median composite score increased from 6.2 (1.0–8.3) in 2010 to 7.1 (3.0–9.5) in 2014 ($p < .001$).

T-EWIs	Desirable	2010	2011	2012	2013	2014	<i>p value</i> (Wilcoxon NP test for trend)
# ART sites	-	902	907	922	899	905	-
# Adults receiving ART	-	128,884	145,949	160,126	174,256	185,437	-
# Adults newly started ART	-	20,415	19,780	20,166	18,114	18,922	-
1) T-EWI1a: VL coverage	>90	54.8 (0-100)	65.5 (0-100)	73.1 (0-100)	77.3 (0-100)	80.4 (15.4-100)	<.001*
2) T-EWI1b: VL suppression	>90	93.5 (33.3-100)	93.3 (33.3-100)	92.8 (50.0-100)	92.7 (50.0-100)	93.0 (66.7-100)	0.848
3) T-EWI2: Mono-dual ARV	0%	0.3 (0-1.7)	0.2 (0-0.7)	0.1 (0-0.5)	0.1 (0-0.5)	0 (0-0.4)	<.001*
4) T-EWI3: Lost-to-FU	<5	7.5 (1.7-17.2)	7.4 (2.0-21.9)	8.9 (0.6-18.1)	8.1 (2.0-21.9)	7.9 (2.1-17.1)	0.039*
5) T-EWI4: On-time pick-up	>90	91.9 (78.7-99.0)	91.9 (81.1-97.8)	91.4 (73.3-98.1)	92.4 (74.4-99.5)	92.7 (77.4-97.8)	0.270

(1) T-EWI1a: % patients initiating with ART who had VL test at least once during 12 month (3-12 month) after initiation; (2) T-EWI1b: % patients whose VL at 12 month after ART was <1,000 copies/ml; (3) T-EWI2: % patients receiving ART were being prescribed with mono- or dual-regimen; (4) T-EWI3: % patients initiating with ART who lost to follow-up (missed appointment > 90 days) during 12 months after ART; and (5) T-EWI4: % patients receiving ART who returned for ARV pill pick up < 2 days after the ran-out date.

[Table 1: Monitoring of EWIs, Thailand, 2010-2014]



[Trends of EWI Composite Scores of ART sites]

Conclusions: EWIs have been used as a QI monitoring tool in Thailand. The results indicated areas for improvement and identified targeted site-based interventions for QI coaching. Priorities for hospitals to reach desirable performance are

- 1) increase VL screening,
- 2) reassess VL suppression, and
- 3) minimize lost-to-follow-up.

Track B [MOPEB148] Antiretroviral resistance following first-line antiretroviral therapy failure across diverse middle-income settings in the SECOND-LINE study

Presented by Edward Patrick Lam

E.P. Lam¹, C.L. Moore¹, C. Seas², C. Nwizu³, A. Kamarulzaman⁴, P. Chetchotisakd⁵, J. van Wyk⁶, H. Teppler⁷, N. Kumarasamy⁸, J.-M. Molina⁹, D.A. Cooper¹, M.A. Boyd¹, SECOND-LINE Study Group

¹The Kirby Institute UNSW Australia, Sydney, Australia, ²Instituto de Medicina Tropical Alexander von Humboldt, Universidad Peruana Cayetano Heredia, Lima, Peru, ³Center for Clinical Care and Clinical Research in Nigeria, Abuja, Nigeria, ⁴Clinical Investigations Centre, University of Malaya, Kuala Lumpur, Malaysia, ⁵Infectious Diseases Unit, Srinagarind Hospital, Khon Kaen University, Thailand, ⁶AbbVie Inc., Chicago, United States, ⁷Merck & Co, Whitehouse Station, New Jersey, United States, ⁸YRG Care, Chennai, India, ⁹Department of Clinical Infectious Diseases, Hôpital Saint-Louis, Paris, France

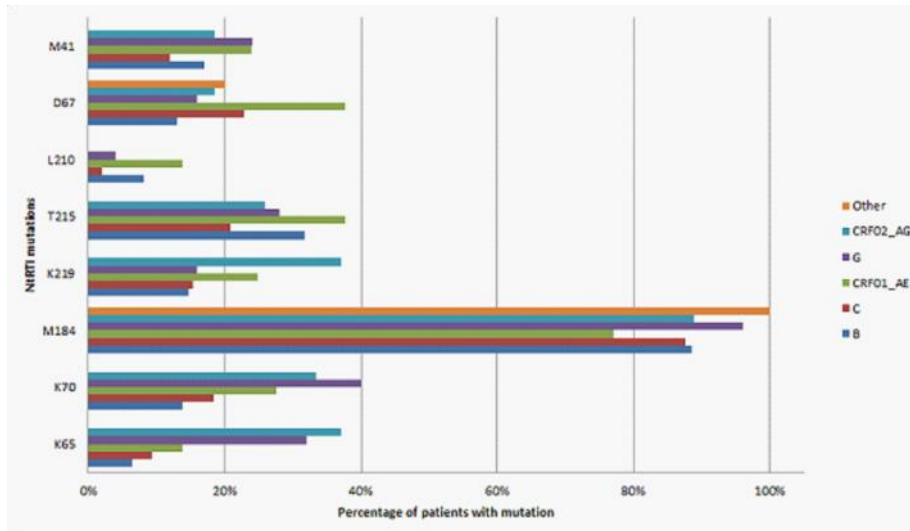
Background: Antiretroviral therapy (ART) resistance data is predominantly derived from understanding of HIV subtype B. This study describes mutations and correlates after first-line ART virological failure in participants in the SECOND-LINE study with diverse HIV subtypes. We expect to find the rates, types and predictors of mutations will be similar between B and non-B subtype viruses.

Methods: Parent study participants were assessed at baseline for demographics, HIV history, ART exposure, viral load (VL), CD4+ count (CD4+) and genotypic ART resistance testing (GART). We used backwards stepwise multivariate regression (MVA) to assess the association of baseline variables with presence of ≥ 3 nucleoside/nucleotide reverse transcriptase inhibitor (NtRTI) mutations, ≥ 1 non-nucleoside/nucleotide reverse transcriptase inhibitor (NNRTI) mutation, ≥ 3 thymidine-analogue NtRTI (ta-NtRTI) mutations (TAMs), the K65/K70 mutation, and etravirine/rilpivirine activity (ETR/RPV) at entry to study (first line failure of a NNRTI+2NtRTIs regimen).

Results: Of 541 modified intention-to-treat SECOND-LINE participants, 491(91%) had a successfully characterised baseline viral isolate. Subtype distribution: B (n=123,25%), C (n=202,41%), AE (n=109,22%), G (n=25,5%) and AG (n=27,5%). In multiple MVAs, higher CD4+ and lower VL at baseline were associated with fewer mutations. Higher VL was significantly associated with ≥ 3 NtRTI mutations (OR=1.39;95%CI 1.07-1.78;p=0.013) and ≥ 3 TAMs (OR=1.62;95%CI 1.15-2.29;p=0.006). CD4+ 200-394 cells/mm³ was significantly associated with < 3 NtRTI mutations (OR=0.47;95%CI 0.29-0.77;p=0.003), not having K65/K70 mutations (OR=0.43;95%CI 0.26-0.73;p=0.002) and higher ETR sensitivity (OR=0.52;95%CI 0.35-0.78;p=0.002). Recent TDF-use was associated with K65/K70 mutations (OR=8.91;95%CI 5.00-15.85;p<0.001).MVA also showed novel mutation predictors by clade; subtype CRF01_AE was significantly associated with ≥ 3 NtRTI mutations (OR=2.34;95%CI 1.31-4.17;p=0.004) and higher



RPV resistance (OR=2.13;95%CI 1.30-3.49;p=0.003), subtype C with < 3 TAMs (OR=0.45;95%CI 0.21-0.99;p=0.015). Subtypes CRF01_AE (OR=2.46;95%CI 1.26-4.78;p=0.008) and G (OR=4.77;95%CI 1.44-15.76;p=0.01) were both associated with K65/K70 mutations.



[NtRTI mutation frequency by subtype]

Conclusions: The associations of first-line resistance across HIV subtypes in this study are consistent with knowledge derived from subtype B, with some exceptions. Our results support WHO recommendations of earlier ART initiation and ta-NtRTI use after first-line TDF-containing NNRTI+2NtRTI. They also stress the importance of VL testing and its priority over genotypic resistance testing in low/middle-income countries.