

# รายงาน

ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี

และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. 2557



การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์  
และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี  
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. 2557

สุปิยา จันทรมณี, ไพโรจน์ จันทรมณี

## บทนำ

การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการนั้น ได้ขยายผลมาจากการศึกษาของศูนย์ความร่วมมือ ไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ดำเนินการ ศึกษาวิจัย ปี พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นปีแรกของการดำเนินการศึกษา โดยมีพื้นที่เป้าหมาย คือ กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่นำร่องการศึกษา เนื่องจากพบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้สูงกว่ากลุ่มอื่น ครั้งต่อมาในปี พ.ศ. 2548 ได้ขยายพื้นที่ศึกษาเพิ่มเติม คือ จังหวัดเชียงใหม่และภูเก็ต พร้อมทั้งได้มีการเพิ่มกลุ่มเป้าหมายย่อยใน การศึกษา ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการชาย และสาวประเภทสอง ผลการศึกษา พบการติดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มชายทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คิดเป็นร้อยละ 17.3 และ 28.3 ตามลำดับ ผลการศึกษาทั้ง สองครั้ง ทำให้ทราบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรดังกล่าวอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่า การแพร่ระบาดของเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องทำการเฝ้าระวัง และป้องกัน ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2550 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้ กลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรที่อยู่ในระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามแนวโน้มทางระบาดวิทยาของความชุกใน การติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

จากการเฝ้าระวังในพื้นที่สามจังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร ที่สำนักระบาด วิทยาดำเนินการนั้น ยังไม่เพียงพอที่จะตอบคำถามในระดับประเทศได้ เหตุผลเพราะพื้นที่ดังกล่าวเป็นจังหวัดที่มี นักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างประเทศนิยมมาท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก ในการดำเนินการเฝ้าระวังใน จังหวัดที่มีพื้นที่ขนาดเล็กกว่าหรือเป็นจังหวัดท่องเที่ยวขนาดเล็ก เครื่องมือและระบบที่ใช้อยู่อาศัยไม่เหมาะสม ดังนั้นในปี พ.ศ. 2551 สำนักระบาดวิทยา จึงทำการศึกษาเพื่อทดลองรูปแบบและเครื่องมือที่จะใช้ในการขยาย พื้นที่เฝ้าระวังให้ครอบคลุมและสามารถตอบคำถามทางระบาดวิทยาที่เหมาะสมของประเทศไทย และสามารถ ประยุกต์เข้ากับระบบเฝ้าระวังปกติ โดยสามารถดำเนินการได้จริงตามทรัพยากรที่มีอยู่ พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้ มีสองจังหวัด คือ พัทลุงและอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายทั่วไปที่มี เพศสัมพันธ์กับชาย คิดเป็นร้อยละ 5.5 และ 4.7 ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่าจังหวัดที่มี นักท่องเที่ยวนิยมน้อยความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีจะต่ำกว่าจังหวัดซึ่งเป็นที่ยอดนิยมของนักท่องเที่ยว เพราะ การท่องเที่ยวมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการมีเพศสัมพันธ์ อีกทั้งกลุ่มประชากร เป้าหมายมีขนาดเล็กกว่า จึงเป็นเงื่อนไขหนึ่งในการที่จะเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ขนาดของตัวอย่างที่เพียงพอที่ทำ ได้ค่อนข้างลำบาก

ได้มีการสำรวจซ้ำในพื้นที่สามจังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2552 โดยในครั้งนี้ได้แบ่งประชากรกลุ่มย่อยออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อจะใช้ในการเฝ้าระวังฯ ไว้อย่างชัดเจน ได้แก่ กลุ่มชายทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men Sex with Men : MSM) กลุ่มพนักงานบริการชาย (Men Sex Worker : MSW) และสาวประเภทสอง (Transgender : TG) และต่อมาในปี พ.ศ.2553 และปี พ.ศ. 2555 สำนักระบาดวิทยาได้ขยายพื้นที่เฝ้าระวังฯเพิ่มขึ้นอีก 7 จังหวัด รวมทั้งสิ้นเป็น 12 จังหวัด ประกอบด้วยพื้นที่ 5 จังหวัดที่เคยดำเนินการ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภูเก็ต เชียงใหม่ อุตรดิตถ์ และพัทลุง ส่วนจังหวัดที่ทำการเพิ่มเข้ามาในระบบเฝ้าระวังฯ 7 จังหวัดใหม่ ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ราชบุรี ปทุมธานี นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี และสงขลา

ในปี พ.ศ. 2557 ได้มีการสำรวจซ้ำในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต ราชบุรี ชลบุรีและ กรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และสามารถบอกสถานการณ์ของความชุกการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้

### วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- 2) เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการบริการการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

### วิธีการเฝ้าระวัง

เกณฑ์ของกลุ่มเป้าหมาย มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

1. เป็นชายโดยกำเนิด หมายถึง บุคคลที่ได้รับระบุว่าเป็นเพศชายตั้งแต่เกิด
2. อายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป
3. สัญชาติไทย
4. พักอาศัยหรือทำงานในจังหวัดที่ดำเนินงานเฝ้าระวังนั้นๆ อย่างน้อย 1 เดือน
5. มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายโดยมีการสอดใส่อวัยวะเพศทางปากหรือทางทวารหนัก ภายใน 6 เดือนที่ผ่านมา

บุคคลที่จะเข้าร่วมการดำเนินงานได้จะต้องมีคุณสมบัติครบทุกข้อ ตามเกณฑ์ที่กำหนด หากผู้ใดมีคุณสมบัติไม่ครบโดยขาดข้อหนึ่งข้อใดไป ถือว่ามีคุณสมบัติไม่ครบ ถ้ามีคุณสมบัติไม่ครบ เมื่อจบแบบสอบถามเพื่อคัดกรองแล้วเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือจะจบการสัมภาษณ์โดยอัตโนมัติ

### รูปแบบวิธีดำเนินการ

#### การเฝ้าระวังในจังหวัดราชบุรีและชลบุรี

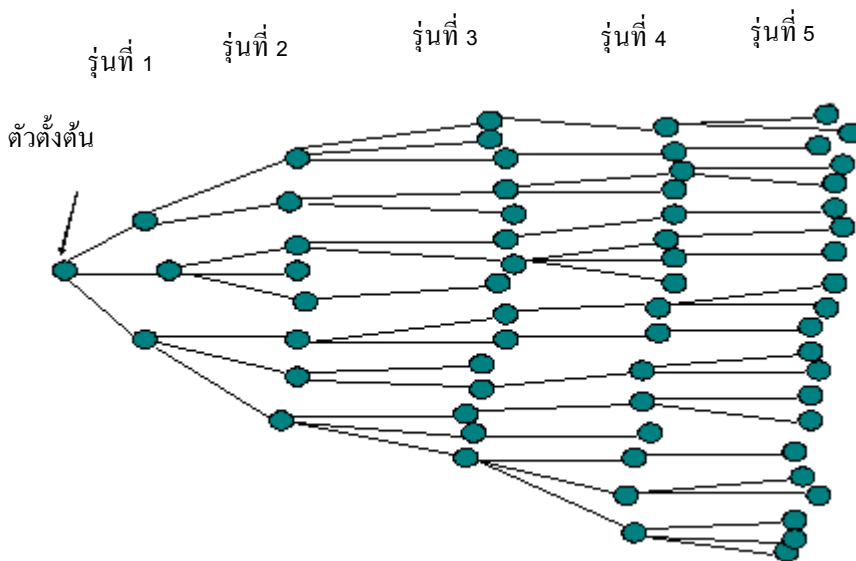
เป็นการสำรวจความชุกการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวีและ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างแบบเครือข่าย ในกลุ่มชายไทยที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย โดยวิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองลงบนเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ Pocket PC เพื่อเก็บข้อมูลด้านประชากร และพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเก็บตัวอย่างเลือดและปัสสาวะ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตามลำดับ

### การสุ่มตัวอย่าง

การดำเนินงานเฝ้าระวังจะใช้เทคนิคสุ่มตัวอย่างแบบลูกโซ่ Respondent Driven Sampling (RDS) โดยเจ้าหน้าที่จะคัดเลือกตัวตั้งต้นตามที่กำหนดไว้ในแต่ละพื้นที่ ทำการนัดวัน เวลาและสถานที่ เพื่อทำการสัมภาษณ์และเก็บสิ่งส่งตรวจ เมื่อดำเนินการสัมภาษณ์และเก็บสิ่งส่งตรวจเสร็จแล้ว ตัวตั้งต้นแต่ละคนจะได้รับคู่มือคนละ 3 ใบ เพื่อนำคู่มือไปใช้ในการคัดเลือกเพื่อนรุ่นที่ 1 โดยมีข้อกำหนดว่า “ให้ช่วยแจกคู่มือ ให้กับเพื่อนที่มีคุณสมบัติคล้ายกับคุณ โดยคุณรู้จักชื่อเพื่อนและเพื่อนก็รู้จักคุณด้วย” เมื่อเพื่อนผ่านขั้นตอนสัมภาษณ์และเก็บสิ่งส่งตรวจแล้ว จะถือว่ารุ่นที่ 1 เสร็จสมบูรณ์ ในทำนองเดียวกัน ผู้เข้าร่วมโครงการรุ่นที่ 1 ก็จะได้รับคู่มือคนละ 3 ใบ เพื่อคัดเลือกเพื่อนรุ่นต่อไปเข้าร่วมโครงการ (ดังรูปที่ 1)

รูปที่ 1 รูปแบบของการสำรวจด้วยวิธีการคัดเลือกตัวอย่างแบบลูกโซ่ (จากตัวตั้งต้น ถึงรุ่นที่ 5)



โครงการสำรวจวิธีสุ่มคัดเลือกตัวอย่างแบบลูกโซ่ (RDS) มีการคัดเลือกกลุ่มเป้าหมายหลายรุ่นเพื่อให้ได้ตัวอย่างที่เป็นตัวแทนของกลุ่ม ในตัวตั้งต้นไม่ถือว่าเป็นการสุ่มเลือกตัวอย่าง แต่รุ่นหลังจากนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ได้จะเป็นอิสระจากรุ่นแรก การคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างจะจบลงก็ต่อเมื่อขนาดของกลุ่มตัวอย่างบรรลุเป้าหมายและมีสัดส่วนคงที่ ที่เป็นตัวแทนลักษณะของกลุ่มเป้าหมาย โดยปกติแล้วจะมีอย่างน้อยที่สุด 4-6 รุ่น สัดส่วนคงที่นี้ เรียกว่า จุดสมดุลย์และประเมินได้จากการติดตามดูการแกว่งของรุ่นต่อรุ่นในช่วงที่ทำการคัดเลือก ถ้าการแกว่งมีน้อยกว่าระดับที่ตั้งไว้ก่อนไม่เกินร้อยละ 2 จะถือว่าได้ถึงจุดสมดุลย์

### เกณฑ์ในการคัดเลือกและกำหนดจำนวนตัวตั้งต้น

- ตัวตั้งต้นเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปและมีเพศทางทวารหนักกับผู้ชายใน 6 เดือนที่ผ่านมา โดยไม่รับและให้เงิน หรือสิ่งของมีค่าเมื่อมีเพศสัมพันธ์

- มาจากเขตเมือง หรือเขตเทศบาล จำนวน 3 คน ต่อจังหวัด
- มาจากนอกเขตเมือง หรือ นอกเขตเทศบาล จำนวน 3 คน ต่อจังหวัด

### การเฝ้าระวังในกรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ และภูเก็ต

วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างใช้เทคนิค วันในสัปดาห์ เวลา สถานที่ (Venue Day Time sampling : VDTS) เดียวกันกับที่ระบุไว้ในรายชื่อสถานที่ (Venue list) ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้

1) ทำการสำรวจและทำแผนที่ (Mapping) ที่ใช้รวมตัวกันของกลุ่มประชากรเป้าหมาย

2) ทำการนับจำนวนกลุ่มเป้าหมาย(Counting)แต่ละแห่งตามแผนที่ การนับจำนวนคนที่คาดว่าจะ เป็นกลุ่มเป้าหมายที่เข้ามาใช้สถานที่หรือผ่านเข้ามาในสถานที่ที่ใช้เป็นพื้นที่สุ่มตัวอย่าง การนับแต่ละครั้งต้องระบุ ช่วงเวลาและวันในสัปดาห์ที่มีการมารวมตัวของกลุ่มเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน โดยเน้นช่วงวันและเวลาที่มีการ รวมตัวมากที่สุด ตัวอย่างเช่น สวนลุมพินีนับครั้งที่ 1 ในวันจันทร์ เวลา 18.00-20.00 น.จำนวนเป้าหมายที่นับ ได้ 35 คน สวนลุมพินีนับครั้งที่ 2 ในวันเสาร์ เวลา 22.00-24.00 น. จำนวนเป้าหมายที่นับได้ 50 คน ในกรณีนี้ จะใช้ช่วงวันเสาร์ เวลา 22.00-24.00 น. เป็นช่วงเวลาที่ จะทำการสำรวจเนื่องจากมีความหนาแน่นของการมา รวมตัวมากที่สุดในพื้นที่สวนลุมพินี เป็นต้น ผู้ที่ทำการนับหรือผู้เก็บข้อมูลควรเป็นอาสาสมัครที่เป็นกลุ่ม MSM เพื่อให้ได้ความแม่นยำในการนับมากขึ้น

3) นำข้อมูลที่ได้จากการนับครั้งที่มากที่สุดมาลงใน Venue list โดยระบุช่วงเวลาและวันในสัปดาห์ให้ อย่างชัดเจน จากนั้นทำการสุ่มสถานที่เพื่อทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการสุ่ม เพิ่มทีละแห่งจนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ หรือตามขนาดตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้ ตัวอย่างเช่น ถ้าต้องการจำนวนตัวอย่าง 360 คน เมื่อทำการสุ่มสถานที่ 1 แห่ง ในครั้งที่ 1 ซึ่งปรากฏว่ามี จำนวนเป้าหมาย 50 คน ตามจำนวนที่ได้ทำการนับไว้ใน Venue list ระบบเฝ้าระวังนี้จะใช้กลุ่มเป้าหมาย ทั้งหมดคือ 50 คน จากสถานที่ที่ถูกสุ่มได้ในครั้งที่ 1 ต่อจากนั้นผู้ปฏิบัติงานจะทำการสุ่มสถานที่แห่งต่อไป โดย การสุ่มเพิ่มครั้งละ 1 แห่ง ทีละครั้งจนกว่าจะได้ครบ 360 คน

4) ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล เมื่อพบกลุ่มเป้าหมายจะทำการแนะนำโครงการและสอบถามความสมัครใจใน การตอบแบบสอบถามเพื่อคัดกรองกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขจะได้รับคำชี้แจง รายละเอียดของโครงการจนเข้าใจ และเมื่อผู้เข้าร่วมโครงการได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความ สมัครใจแล้ว เจ้าหน้าที่จะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป

5) การเก็บข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวี โดยให้อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองลงในเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ (Palmtop Assisted Self –Interview : PASI) หลังจากนั้นจะทำการเก็บตัวอย่างสารน้ำในช่องปากเพื่อตรวจหาภูมิ ต้านทานต่อการติดเชื้อเอชไอวี (OraQuick<sup>®</sup> Rapid HIV Testing) และในวันฟังผลการตรวจ การรายงานผล การตรวจตัวอย่างสารน้ำในช่องปาก จะดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรมการให้การปรึกษา โดย ผู้เข้าร่วมโครงการจะสามารถเข้ารับฟังผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ที่คลินิกให้การปรึกษา ของ โรงพยาบาลประจำจังหวัดนั้นๆ หากผู้เข้าร่วมโครงการมีผลการตรวจตัวอย่างสารน้ำในช่องปากเป็นบวก เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาจะแนะนำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเข้ารับการตรวจเลือดซ้ำเพื่อยืนยันผลการตรวจอีกครั้ง

## การวิเคราะห์ข้อมูล

ประกอบด้วย การวิเคราะห์หาอัตราความชุก (Prevalence Rate) ของการติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อ *Chlamydia trichomatis* การติดเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* การใช้ถุงยางอนามัย การเคยตรวจและทราบผล การติดเชื้อเอชไอวี การเข้าถึง Prevention Program การมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ ในแต่ละจังหวัดเป็นค่าร้อยละ จังหวัดราชบุรีและชลบุรี ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างเพื่อเก็บข้อมูลแบบลูกโซ่ Respondent Driven Sampling (RDS) วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม RDS Analysis Tool (RDSAT) โดยนำร้อยละของ RDS มานำเสนอ จังหวัดภูเก็ต เชียงใหม่ และกรุงเทพมหานคร ซึ่งสุ่มเลือกตัวอย่างโดยใช้เทคนิค วัน เวลา สถานที่ (Venue Day Time sampling : VDTS) วิเคราะห์ข้อมูลตามรูปแบบพฤติกรรมการณ์การเฝ้าระวังฯ

## ผลการเฝ้าระวัง

ในปี พ.ศ. 2557 ผลการเฝ้าระวังฯ ที่ดำเนินการใน 5 จังหวัด รวบรวมกลุ่มตัวอย่าง MSM จำนวน 1,680 คน อายุเฉลี่ย 26.1 ปี (Median 24 SD 8.8) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 93.63 กำลังการศึกษาศึกษา ระดับปริญญาตรี ร้อยละ 35.5 สถานภาพโสด ร้อยละ 63.7 เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 28 ส่วนใหญ่ ปัจจุบันพักอาศัยอยู่บิดามารดา ร้อยละ 35.07 ส่วนใหญ่รายได้ 10,000-20,000 บาทต่อเดือน ร้อยละ 34.83

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กรุงเทพมหานครมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดคือ ร้อยละ 19.8 น้อยที่สุดคือจังหวัดชลบุรี ร้อยละ 1.9 (ตารางที่ 1)

**ตารางที่ 1** ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย  
 จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2557

จังหวัด	จำนวน	ติดเชื้อ HIV	ร้อยละ	RDS ร้อยละ(95%CI)
กรุงเทพฯ	505	100	19.80	-
เชียงใหม่	300	42	14.00	-
ภูเก็ต	295	27	9.15	-
ชลบุรี	299	8	2.68	1.9(0.06-6.8)
ราชบุรี	282	7	2.48	3.4(0.04-4.6)

จากการเฝ้าระวัง พบว่าจังหวัดชลบุรีมีการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดในกลุ่ม MSM มากที่สุดคือ ร้อยละ 86.2 และน้อยที่สุดคือจังหวัดราชบุรี มีการใช้ถุงยางอนามัยเพียง ร้อยละ 77.9 (ตารางที่ 2)

**ตารางที่ 2** ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุดในรอบ 12 เดือน ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2557

จังหวัด	จำนวน	ใช้ถุงยาง	ร้อยละ	RDS ร้อยละ(95%CI)
กรุงเทพฯ	212	174	82.08	-
เชียงใหม่	238	203	85.29	-
ภูเก็ต	130	105	80.77	-
ชลบุรี	219	179	81.74	86.2(78.7-92.9)
ราชบุรี	148	129	87.16	77.9(60.6-94.6)

จากการเฝ้าระวัง พบว่าจังหวัดราชบุรีมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในรอบ 3 เดือนเมื่อมีสัมพันธ์ทางทวารหนักในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มากที่สุดคือร้อยละ 68.7 และน้อยที่สุดคือ กรุงเทพมหานคร มีการใช้ถุงยางอนามัยเพียง ร้อยละ 62.13 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในรอบ 3 เดือนเมื่อมีสัมพันธ์ทางทวารหนัก  
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2557

จังหวัด	จำนวน	ใช้ถุงยางทุกครั้ง	ร้อยละ	RDS ร้อยละ(95%CI)
กรุงเทพฯ	169	105	62.13	-
เชียงใหม่	203	127	62.56	-
ภูเก็ต	101	67	66.34	-
ชลบุรี	190	76	40.00	43.6(30.5-53.5)
ราชบุรี	122	82	67.21	68.7(49.6-83.8)

การเคยตรวจและทราบผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในรอบ 12 เดือน ในกลุ่ม MSM มากที่สุดคือจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 46.33 และน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 16.83 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละของการตรวจและทราบผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มี  
เพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2557

จังหวัด	จำนวน	เคยตรวจและ ทราบผล	ร้อยละ	RDS ร้อยละ(95%CI)
กรุงเทพฯ	505	85	16.83	-
เชียงใหม่	300	139	46.33	-
ภูเก็ต	294	95	32.31	-
ชลบุรี	299	80	26.76	28.7(21.9-35.9)
ราชบุรี	282	87	30.85	28.1(21.3-34.5)

การตรวจปัสสาวะเพื่อหาเชื้อ *Chlamydia trichomatis* (CT) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพบการติดเชื้อมากที่สุดคือจังหวัดราชบุรี ร้อยละ 8.4 และน้อยที่สุดคือชลบุรีบุรี ร้อยละ 3.7 (ตารางที่ 5)



ตารางที่ 5 ร้อยละของการติดเชื้อ *Chlamydia trichomatis* ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย  
 จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2557

จังหวัด	จำนวน	ติดเชื้อ CT	ร้อยละ	RDS ร้อยละ(95%CI)
กรุงเทพฯ	-	-	-	-
เชียงใหม่	300	18	6.00	-
ภูเก็ต	294	17	5.78	-
ชลบุรี	299	17	5.69	3.7(1.7-6.0)
ราชบุรี	282	24	8.51	8.4(4.3-12.7)

หมายเหตุ \* กรุงเทพมหานครไม่มีการตรวจปัสสาวะหาเชื้อ *Chlamydia trichomatis*

การตรวจปัสสาวะเพื่อหาเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* (NG) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย  
 พบการติดเชื้อมากที่สุดคือจังหวัดราชบุรี ร้อยละ 2.8 และจังหวัดภูเก็ตไม่มีผู้ติดเชื้อ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ร้อยละของการติดเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae* ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับ  
 ชาย จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2557

จังหวัด	จำนวน	ติดเชื้อ NG	ร้อยละ	RDS ร้อยละ(95%CI)
กรุงเทพฯ*	-	-	-	-
เชียงใหม่	300	4	1.33	-
ภูเก็ต	294	0	0.00	-
ชลบุรี	299	4	1.34	mull
ราชบุรี	282	9	3.19	2.8(0.6-5.6)

หมายเหตุ \* กรุงเทพมหานครไม่มีการตรวจปัสสาวะหาเชื้อ *Neisseria gonorrhoeae*

การเข้าถึง prevention program (การทราบสถานที่ตรวจเลือด และได้รับถุงยางอนามัยฟรี) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมากที่สุดคือจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 63.33 และน้อยที่สุดคือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 26.73 (ตารางที่ 7)

**ตารางที่ 7** ร้อยละของการเข้าถึง prevention program ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2557

จังหวัด	จำนวน	การเข้าถึง Prevention program	ร้อยละ	RDS ร้อยละ(95%CI)
กรุงเทพฯ	505	135	26.73	-
เชียงใหม่	300	190	63.33	-
ภูเก็ต	294	135	45.92	-
ชลบุรี	299	132	44.15	43.6(36.1-51.5)
ราชบุรี	282	131	46.45	39.3(32.7-47.5)

การตอบความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ตามตัวชี้วัดของ Global AIDS Reponse Progress Report (GARP) พบว่า ข้อคำถามข้อ 1 เรื่องการมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้ มีความถูกต้องมากที่สุด ใน 5 จังหวัดที่สำรวจ คือภูเก็ตตอบถูกร้อยละ 72.45 และตอบถูกน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 36.44 ข้อคำถามข้อที่ 2 คือ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเชียงใหม่ตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 94.33 ตอบถูกน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 49.50 ข้อคำถามข้อที่ 3 คือ คนที่ดูสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี มีเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดชลบุรีตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 75.1 ตอบถูกน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 47.52 ข้อคำถามข้อที่ 4 คือ คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้ จากการถูกยุงกัด ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเชียงใหม่ตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 80.33 ตอบถูกน้อยที่สุดคือราชบุรี ร้อยละ 70.5 ส่วนข้อคำถามข้อ 5 คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้ จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเชียงใหม่ตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 83.67 โดยจังหวัดที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือราชบุรี ร้อยละ 62.9 และการตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ พบว่าจังหวัดที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 14.46 และจังหวัดเชียงใหม่ตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 38 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ร้อยละของความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายข้อ จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2557

จังหวัด	จำนวน	ตอบถูก	ร้อยละ	RDS ร้อยละ(95%CI)
<b>ข้อที่ 1</b>				
กรุงเทพฯ	505	184	36.44	-
เชียงใหม่	300	213	71.00	-
ภูเก็ต	294	213	72.45	-
ชลบุรี	299	178	59.53	59.7(52.2-68.2)
ราชบุรี	282	174	61.70	57.1(48.8-64.1)
<b>ข้อที่ 2</b>				
กรุงเทพฯ	505	250	49.50	-
เชียงใหม่	300	283	94.33	-
ภูเก็ต	294	218	74.15	-
ชลบุรี	299	221	73.91	78.6(71.1-84.4)
ราชบุรี	282	241	85.46	84.2(78.0-89.7)
<b>ข้อที่ 3</b>				
กรุงเทพฯ	505	240	47.52	-
เชียงใหม่	300	220	73.33	-
ภูเก็ต	294	204	69.39	-
ชลบุรี	299	199	66.56	75.1(69.3-81.2)
ราชบุรี	282	190	67.38	59.5(52.1-67.7)
<b>ข้อที่ 4</b>				
กรุงเทพฯ	505	399	79.01	-
เชียงใหม่	300	241	80.33	-
ภูเก็ต	294	227	77.21	-
ชลบุรี	299	216	72.24	70.6(63.8-77.2)
ราชบุรี	282	205	72.70	70.5(63.0-77.5)
<b>ข้อที่ 5</b>				
กรุงเทพฯ	505	393	77.82	-
เชียงใหม่	300	251	83.67	-
ภูเก็ต	294	218	74.15	-
ชลบุรี	299	190	63.55	63.6(56.1-71.2)
ราชบุรี	282	193	68.44	62.9(55.8-70.9)

**ตารางที่ 8** ร้อยละของความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายข้อ จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2557 (ต่อ)

จังหวัด	จำนวน	ตอบถูก	ร้อยละ	RDS ร้อยละ(95%CI)
<b>ตอบถูก 5 ข้อ</b>				
กรุงเทพฯ	505	73	14.46	-
เชียงใหม่	300	114	38.00	-
ภูเก็ต	294	105	35.71	-
ชลบุรี	299	54	18.06	16.1(10.0-22.0)
ราชบุรี	282	74	26.24	20.5(14.4-26.1)

#### หมายเหตุ

คำถามข้อที่ 1 คือ การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้ ใช่หรือไม่

คำถามข้อที่ 2 คือ การใช้ถุงยางอนามัย ขณะมีเพศสัมพันธ์ สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้ ใช่หรือไม่

คำถามข้อที่ 3 คือ คนที่มองดูว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจเป็นคนที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ใช่หรือไม่

คำถามข้อที่ 4 คือ ยุงเป็นพาหะนำเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มาสู่คนได้ ใช่หรือไม่

คำถามข้อที่ 5 คือ การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้ ใช่หรือไม่

#### สรุปและอภิปรายผล

การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในปี พ.ศ. 2557 ได้มีการดำเนินการเฝ้าระวังฯ ที่แตกต่างกันสองวิธี คือ RDS และ VDT รวมทั้งได้ทำการปรับเปลี่ยนจำนวนกลุ่มตัวอย่างเพื่อให้สามารถตอบคำถามของแต่ละจังหวัดได้ ผลการศึกษาพบว่า กรุงเทพมหานคร มีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงที่สุด ซึ่งมีความสูงเป็นอันดับหนึ่งมาอย่างต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มระบบเฝ้าระวังฯ ความชุกของจังหวัดราชบุรีและชลบุรี หลังจากเปลี่ยนวิธีวิเคราะห์จากร้อยละทั่วไปเป็นการวิเคราะห์ร้อยละของ RDS พบว่า มีอัตราความชุกเพิ่มขึ้น แสดงถึงการวิเคราะห์ด้วยวิธีที่ต่างกันไปมีผลต่อการนำเสนอผลการศึกษาดังนั้น จังหวัดที่ทำการศึกษาด้วยวิธีการสุ่มแบบ RDS ควรทำการวิเคราะห์ด้วยโปรแกรม RDSAT

การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในกลุ่ม MSM ทั่วไป จากการศึกษาครั้งนี้พบว่ากลุ่ม MSM มีการใช้ถุงยางอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูงคือประมาณร้อยละ 80 อาจเป็นเพราะกลุ่ม MSM มีความรู้และความเข้าใจเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างดี โดยเฉพาะเรื่องของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์

ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM พบว่า ส่วนใหญ่เข้าใจและรู้ว่าถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ถ้าหากใช้อย่างถูกต้อง ส่วนข้อคำถาม ยุงเป็นพาหะนำเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มาสู่คนได้มีความถูกต้องน้อยที่สุด เมื่อรวมข้อคำถามทั้งห้าข้อเข้าด้วยกันจำนวนของผู้ที่ตอบถูกทั้งห้าข้อน้อยกว่าความคลาดหายในเชิงป้องกันโรค เช่น การขาดความรู้ด้านป้องกันอาจมีโอกาเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งนอกจากเรื่องของความรู้แล้ว ปัจจัยที่มีผลต่ออัตราของการติดเชื้อเอชไอวี คือ ความสนใจในเรื่องของการดูแลสุขภาพ ซึ่งสิ่งที่ระบุได้ชัดเจนคือ มีความสนใจน้อยต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่ม MSM

จากการเฝ้าระวังพบว่าการเคยตรวจและทราบผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่ม MSM อยู่ในระดับที่ต่ำ เนื่องจากขาดความตระหนัก การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพด้วยการตรวจสุขภาพจึงเป็นเรื่องสำคัญควรเน้นในกลุ่มนี้ นอกจากนี้การตรวจหาการติดเชื้อ *Chlamydia trichomatis* และ *Neisseria gonorrhoeae* ยังแสดงให้เห็นถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเพราะขาดการป้องกัน จากข้อมูลที่ทำการศึกษาทำให้พอสรุปได้ว่า อัตราการติดเชื้อในกลุ่ม MSM ยังคงเป็นปัญหาทางด้านสาธารณสุข ที่ทุกหน่วยงานทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาชนต้องให้ความสำคัญและร่วมมือกันผลักดันนโยบายด้านการป้องกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ด้วยการบูรณาการจากทุกภาคส่วนให้มีความครอบคลุมในทุกมิติอย่างเป็นองค์รวม