

รายงาน

ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี

และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. 2555

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. 2555

สุปิยา จันทรมณี, ไพโรจน์ จันทรมณี, อรพรรณ แสงวรรณลอย

บทนำ

การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งสำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการนั้น ได้ขยายผลมาจากการศึกษาของศูนย์ความร่วมมือไทย - สหรัฐ ด้านสาธารณสุข ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และสมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย ดำเนินการศึกษาวិจัย ปี พ.ศ. 2546 ซึ่งเป็นปีแรกของการดำเนินการศึกษา โดยมีพื้นที่เป้าหมาย คือ กรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่นำร่องการศึกษา เนื่องจากพบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้สูงกว่ากลุ่มอื่น ครั้งต่อมาในปี พ.ศ. 2548 ได้ขยายพื้นที่ศึกษาเพิ่มเติม คือ จังหวัดเชียงใหม่และภูเก็ต พร้อมทั้งได้มีการเพิ่มกลุ่มเป้าหมายย่อยในการศึกษา ได้แก่ กลุ่มชายขายบริการทางเพศ และสาวประเภทสอง ผลการศึกษา พบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คิดเป็นร้อยละ 17.3 และ 28.3 ตามลำดับ ผลการศึกษาทั้งสองครั้ง ทำให้ทราบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรดังกล่าวอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องทำการเฝ้าระวังและป้องกัน ดังนั้น ในปี พ.ศ. 2550 สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้กลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรที่อยู่ในระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามแนวโน้มทางระบาดวิทยาของความชุกในการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

จากการเฝ้าระวังในพื้นที่สามจังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร ที่สำนักระบาดวิทยาดำเนินการนั้น ยังไม่เพียงพอที่จะตอบคำถามในระดับประเทศได้ เหตุผลเพราะพื้นที่ดังกล่าวเป็นจังหวัดที่มีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างประเทศนิยมมาท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก ในการดำเนินการเฝ้าระวังในจังหวัดที่มีพื้นที่ขนาดเล็กกว่าหรือเป็นจังหวัดท่องเที่ยวขนาดเล็ก เครื่องมือและระบบที่ใช้ อาจไม่เหมาะสม ดังนั้นในปี พ.ศ. 2551 สำนักระบาดวิทยา จึงทำการศึกษาเพื่อทดลองรูปแบบและเครื่องมือที่จะใช้ในการขยายพื้นที่เฝ้าระวังให้ครอบคลุมและสามารถตอบคำถามทางระบาดวิทยาที่เหมาะสมของประเทศไทย และสามารถประยุกต์เข้ากับระบบเฝ้าระวังปกติ โดยสามารถดำเนินการได้จริงตามทรัพยากรที่มีอยู่ พื้นที่ในการศึกษาคั้งนี้มีสองจังหวัด คือ พัทลุงและอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คิดเป็นร้อยละ 5.5 และ 4.7 ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่าจังหวัดที่มีนักท่องเที่ยวนิยมน้อยความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีจะต่ำกว่าจังหวัดซึ่งเป็นที่นิยมของนักท่องเที่ยว เพราะการท่องเที่ยวมี

ความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการมีเพศสัมพันธ์ อีกทั้งกลุ่มประชากรเป้าหมายมีขนาดเล็กกว่า จึงเป็นเงื่อนไขหนึ่งในการที่จะเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ขนาดของตัวอย่างที่เพียงพอที่ทำได้ค่อนข้างลำบาก

ได้มีการสำรวจซ้ำในพื้นที่สามจังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2552 โดยในครั้งนี้ได้แบ่งประชากรกลุ่มย่อยออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อจะใช้ในการเฝ้าระวังฯไว้อย่างชัดเจน ได้แก่ กลุ่มชายทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men Sex with Men : MSM) กลุ่มชายขายบริการทางเพศ (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 อุดรธานี และพัทลุง ส่วนจังหวัดที่ทำการเพิ่มเข้ามาในระบบเฝ้าระวังฯ 7 จังหวัดใหม่ ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ราชบุรี ปทุมธานี นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี และสงขลา เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และสามารถบอกสถานการณ์แนวโน้มของความชุกการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในระดับประเทศได้

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- 2) เพื่อติดตามแนวโน้มทางระบาดวิทยาของความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- 3) เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการบริการการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

วิธีการเฝ้าระวัง

รูปแบบที่ใช้ในการเฝ้าระวังฯ เป็นแบบสำรวจซ้ำ (Serial cross-sectional survey) และกลุ่มตัวอย่างจะมาจากกลุ่มประชากรเดิม (Same dynamic population) สำนักระบาดวิทยา ดำเนินการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในประชากร 3 กลุ่ม แต่ข้อมูลที่นำมาเสนอในครั้งนี้ คัดเลือกมาเพียง 1 กลุ่ม คือ กลุ่มชายทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ซึ่งการศึกษาครั้งนี้ไม่รวมกลุ่ม TG และ MSW กลุ่มตัวอย่าง MSM ที่ถูกคัดเลือกเข้ามาในการศึกษามีเงื่อนไขดังนี้ คือ 1) มีอายุ 15 ปีขึ้นไป 2) เป็นบุคคลสัญชาติไทย 3) เคยมีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือทวารหนักกับผู้ชายในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และ 4) ปัจจุบันพักอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการเฝ้าระวังอย่างน้อย 1 เดือน วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างใช้เทคนิค วันในสัปดาห์ เวลา สถานที่ (Venue Day Time sampling : VDTs) เดียวกันกับที่ระบุไว้ในรายชื่อสถานที่ (Venue list) ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้

- 1) ทำการสำรวจและทำแผนที่ (Mapping) ที่ใช้รวมตัวกันของกลุ่มประชากรเป้าหมาย
- 2) ทำการนับจำนวนกลุ่มเป้าหมาย(Counting)แต่ละแห่งตามแผนที่ การนับจำนวนคนที่คาดว่าจะ เป็นกลุ่มเป้าหมายที่เข้ามาใช้สถานที่หรือผ่านเข้ามาในสถานที่ที่ใช้เป็นพื้นที่สัมผัสตัวอย่าง การนับแต่ละ ครั้งต้องระบุช่วงเวลาและวันในสัปดาห์ที่มีการมารวมตัวของกลุ่มเป้าหมายไว้อย่างชัดเจน โดยเน้นช่วง วันและเวลาที่มีการรวมตัวมากที่สุด ตัวอย่างเช่น สวนลุมพินีนับครั้งที่ 1 ในวันจันทร์ เวลา 18.00-20.00 น.จำนวนเป้าหมายที่นับได้ 35 คน สวนลุมพินีนับครั้งที่ 2 ในวันเสาร์ เวลา 22.00-24.00 น. จำนวน เป้าหมายที่นับได้ 50 คน ในกรณีนี้จะใช้ช่วงวันเสาร์ เวลา 22.00-24.00 น. เป็นช่วงเวลาที่ทำการ สำรวจเนื่องจากมีความหนาแน่นของการมารวมตัวมากที่สุดในพื้นที่สวนลุมพินี เป็นต้น ผู้ที่ทำการนับ หรือผู้เก็บข้อมูลควรเป็นอาสาสมัครที่เป็นกลุ่ม MSM เพื่อให้ได้ความแม่นยำในการนับมากขึ้น
- 3) นำข้อมูลที่ได้จากการนับครั้งที่มากที่สุดมาลงใน Venue list โดยระบุช่วงเวลาและวันใน สัปดาห์ไว้อย่างชัดเจน จากนั้นทำการสุ่มสถานที่เพื่อทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่าง ง่าย โดยการสุ่มเพิ่มทีละแห่งจนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ หรือตามขนาดตัวอย่าง ที่ได้คำนวณไว้ ตัวอย่างเช่น ถ้าต้องการจำนวนตัวอย่าง 360 คน เมื่อทำการสุ่มสถานที่ 1 แห่ง ในครั้งที่ 1 ซึ่งปรากฏว่ามีจำนวนเป้าหมาย 50 คน ตามจำนวนที่ได้ทำการนับไว้ใน Venue list ระบบเผื่อระวังนี้ จะใช้กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดคือ 50 คน จากสถานที่ที่ถูกสุ่มได้ในครั้งที่ 1 ต่อจากนั้นผู้ปฏิบัติงานจะทำ การสุ่มสถานที่แห่งต่อไป โดยการสุ่มเพิ่มครั้งละ 1 แห่ง ทีละครั้งจนกว่าจะได้ครบ 360 คน
- 4) ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล เมื่อพบกลุ่มเป้าหมายจะทำการแนะนำโครงการและสอบถามความ สมัครใจในการตอบแบบสอบถามเพื่อคัดกรองกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขจะได้รับ คำชี้แจงรายละเอียดของโครงการจนเข้าใจ และเมื่อผู้เข้าร่วมโครงการได้ให้ความยินยอมเข้าร่วม โครงการด้วยความสมัครใจแล้ว เจ้าหน้าที่จะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป
- 5) การเก็บข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอช ไอวี โดยให้อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองลงในเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ (Palmtop Assisted Self –Interview : PASI) หลังจากนั้นจะทำการเก็บตัวอย่างสารน้ำในช่องปากเพื่อ ตรวจหาภูมิต้านทานต่อการติดเชื้อเอชไอวี (OraQuick[®] Rapid HIV Testing) และนัดวันฟังผลการตรวจ การรายงานผลการตรวจตัวอย่างสารน้ำในช่องปาก จะดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรมการ ให้การปรึกษา โดยผู้เข้าร่วมโครงการจะสามารถเข้ารับฟังผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ที่คลินิก ให้การปรึกษา ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดนั้นๆ หากผู้เข้าร่วมโครงการมีผลการตรวจตัวอย่างสารน้ำ ในช่องปากเป็นบวก เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาจะแนะนำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเข้ารับการตรวจเลือดซ้ำเพื่อ ยืนยันผลการตรวจอีกครั้ง

การวิเคราะห์ข้อมูลประกอบด้วยการวิเคราะห์หาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละจังหวัด เป็นค่าร้อยละ และวิเคราะห์ภาพรวมของประเทศด้วยการนำค่าร้อยละแต่ละจังหวัดมาหาค่ามัธยฐาน เปรียบเทียบกับการวิเคราะห์ด้วยค่าร้อยละ เพื่อให้เห็นความแตกต่างระหว่างสองวิธี ค่าความชุกและ พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีที่ทำการสำรวจได้ในรอบปี พ.ศ. 2555 จะถูกนำไป เปรียบเทียบกับค่าที่ทำการสำรวจได้ในรอบปี พ.ศ. 2550 ในพื้นที่ดำเนินการ คือ กรุงเทพมหานคร

ภูเก็ต เชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2551 ในพื้นที่ดำเนินการ คือ พัทลุง และอุดรธานี ปี พ.ศ. 2552 ในพื้นที่ดำเนินการ คือ กรุงเทพมหานคร ภูเก็ต เชียงใหม่ และปี พ.ศ. 2553 ในพื้นที่ดำเนินการ 12 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร ภูเก็ต เชียงใหม่ อุดรธานี พัทลุง ปทุมธานี ราชบุรี ชลบุรี สงขลา อุบลราชธานี นครราชสีมา และขอนแก่น เพื่อแสดงให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของค่าความชุก ข้อมูลเชิงปริมาณ เช่น อายุ จะคำนวณด้วยค่าเฉลี่ย ค่ามัธยฐาน และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน เพื่อดูลักษณะการแจกแจงของข้อมูล

การดำเนินการในปี พ.ศ. 2555 ได้ดำเนินการเฝ้าระวังฯในพื้นที่ 12 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร ภูเก็ต เชียงใหม่ อุดรธานี พัทลุง ปทุมธานี ราชบุรี ชลบุรี สงขลา อุบลราชธานี นครราชสีมา และขอนแก่น

ผลการเฝ้าระวัง

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2550 - 2553 ในพื้นที่ 3 จังหวัด ได้แก่ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ภูเก็ต พบว่า กรุงเทพมหานคร มีความชุกสูงที่สุด ร้อยละ 31.28 ในปี พ.ศ. 2553 ส่วนจังหวัดเชียงใหม่และภูเก็ตมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ในปี พ.ศ. 2551 ได้ดำเนินการเฝ้าระวังในจังหวัดอุดรธานี และพัทลุง พบความชุกการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 4.67 และ 5.50 ตามลำดับ

ในปี พ.ศ. 2553 ผลการเฝ้าระวังฯ ที่ดำเนินการใน 12 จังหวัด ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ภาพรวมของประเทศ มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 10.05 ค่ามัธยฐานของร้อยละการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวมของประเทศคือ ร้อยละ 8.01 (Min = 1.76 Max = 31.28)

ในปี พ.ศ. 2555 ผลการเฝ้าระวังฯ ที่ดำเนินการใน 12 จังหวัด รวบรวมกลุ่มตัวอย่าง MSM จำนวน 2,200 คน อายุเฉลี่ย 22.7 ปี (Median 21 SD 6.7) นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 92.1 กำลังการศึกษาศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 30.2 สถานภาพโสด ร้อยละ 64.3 เป็นนักเรียน/นักศึกษา ร้อยละ 48.7 ส่วนใหญ่ปัจจุบันพักอาศัยอยู่บิดามารดา ร้อยละ 40.0 ส่วนใหญ่รายได้น้อยกว่า 5,000 บาทต่อเดือน ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ภาพรวมของประเทศ มีค่าเฉลี่ย ร้อยละ 9.9 ค่ามัธยฐานของร้อยละการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวมของประเทศคือ ร้อยละ 7.1 (Min = 3.4 Max = 24.4) (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2550-2555

จังหวัด	2550			2551			2552			2553			2555		
	จำนวน	ติดเชื้อ HIV	ร้อยละ	จำนวน	ติดเชื้อ HIV	ร้อยละ	จำนวน	ติดเชื้อ HIV	ร้อยละ	จำนวน	ติดเชื้อ HIV	ร้อยละ	จำนวน	ติดเชื้อ HIV	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	399	123	30.83				450	111	24.67	179	56	31.28	201	49	24.4
เชียงใหม่	205	39	19.02				253	21	8.30	100	13	13.00	200	46	23.0
ภูเก็ต	150	30	20.00				149	9	6.04	101	7	6.93	100	14	14.0
อุดรธานี				300	14	4.67				151	10	6.62	198	13	6.6
พัทลุง				200	11	5.50				227	4	1.76	193	3	1.6
ปทุมธานี										284	32	11.27	296	10	3.4
ชลบุรี										87	4	4.60	117	9	7.7
นครราชสีมา										108	11	10.19	154	22	14.3
อุบลราชธานี										200	17	8.50	223	14	6.3
ขอนแก่น										217	12	5.53	217	21	9.7
ราชบุรี										146	11	7.53	103	6	5.8
สงขลา										150	19	12.67	198	11	5.6
รวม	754	192	25.46	500	25	5.00	852	141	16.55	1950	196	10.05	2200	218	9.9
มัธยฐาน			20.0			5.0			8.3			8.01			7.1

จากการเฝ้าระวัง พบว่าจังหวัดปทุมธานีมีการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดในกลุ่ม MSM มากที่สุด คือร้อยละ 94.7 และน้อยที่สุดคือจังหวัดนครราชสีมา มีการใช้ถุงยางอนามัยเพียง ร้อยละ 81.4 ภาพรวม ค่าเฉลี่ยของประเทศ ร้อยละ 87.7 ค่ามัธยฐานของร้อยละการใช้ถุงยางอนามัยในภาพรวมของประเทศ คือ ร้อยละ 85.5 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุดในรอบ 12 เดือน ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2555

จังหวัด	จำนวน	ใช้ถุงยาง	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	141	125	88.7
เชียงใหม่	172	148	86.0
ภูเก็ต	41	34	82.9
อุดรธานี	109	89	81.7
พัทลุง	116	109	94.0
ปทุมธานี	226	214	94.7
ชลบุรี	103	94	91.3
นครราชสีมา	129	105	81.4
อุบลราชธานี	166	141	84.9
ขอนแก่น	162	134	82.7
ราชบุรี	78	66	84.6
สงขลา	159	146	91.8
รวม	1602	1405	87.7
มัธยฐาน			85.5

การเคยตรวจและทราบผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในรอบ 12 เดือน ในกลุ่ม MSM มากที่สุดคือจังหวัดนครราชสีมา ร้อยละ 47 และน้อยที่สุดคือจังหวัดสงขลาเพียง ร้อยละ 2.6 ภาพรวมค่าเฉลี่ยของประเทศร้อยละ 22.8 ค่ามัธยฐานของร้อยละของการตรวจและทราบผลการตรวจในภาพรวมของประเทศร้อยละ 25.6 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของการตรวจและทราบผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2555

จังหวัด	2555		
	จำนวน	เคยตรวจและทราบผล	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	201	82	40.8
เชียงใหม่	200	12	4.1
ภูเก็ต	100	31	26.5
อุดรธานี	198	28	18.2
พัทลุง	193	55	24.7
ปทุมธานี	296	69	31.8
ชลบุรี	117	73	36.9
นครราชสีมา	154	94	47.0
อุบลราชธานี	223	7	6.8
ขอนแก่น	217	27	27.0
ราชบุรี	103	19	9.6
สงขลา	198	5	2.6
รวม	2,200	502	22.8
มัธยฐาน			25.6

การเข้าถึง prevention program (การทราบสถานที่ตรวจเลือด และได้รับถุงยางอนามัยฟรี) ในกลุ่ม MSM มากที่สุดคือจังหวัดเชียงใหม่ ร้อยละ 75.5 และน้อยที่สุดคือปทุมธานี ร้อยละ 8.4 ภาพรวมค่าเฉลี่ยของประเทศ ร้อยละ 49.7 ค่ามัธยฐานของร้อยละของการได้รับความรู้ด้านการป้องกันในภาพรวมของประเทศคือ ร้อยละ 52.6 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละของการเข้าถึง prevention program ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2555

จังหวัด	จำนวน	การเข้าถึง	
		prevention program	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	201	95	47.3
เชียงใหม่	200	151	75.5
ภูเก็ต	100	36	36.0
อุดรธานี	198	129	65.2
พัทลุง	193	112	58
ปทุมธานี	296	25	8.4
ชลบุรี	117	51	43.6
นครราชสีมา	154	90	58.4
อุบลราชธานี	223	152	68.2
ขอนแก่น	217	136	62.7
ราชบุรี	103	44	42.7
สงขลา	198	72	36.4
รวม	2,200	1,093	49.7
มัธยฐาน			52.6

ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM พบว่า ข้อคำถามเรื่องการมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้มีความถูกต้องน้อยที่สุด ร้อยละ 66.8 ในภาพรวมค่าเฉลี่ยของประเทศ ร้อยละของการตอบถูกทั้ง 5 ข้อในภาพรวมทั้งประเทศ ร้อยละ 33.5 ค่ามัธยฐานของร้อยละของความรู้ที่ตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อในภาพรวมของประเทศคือ ร้อยละ 34.8 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละของความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2555

	ร้อยละของผู้ตอบถูก					
	ข้อที่ 1	ข้อที่ 2	ข้อที่ 3	ข้อที่ 4	ข้อที่ 5	ตอบถูกทั้ง 5 ข้อ
กรุงเทพฯ	69.7	81.1	70.6	71.6	79.6	33.8
เชียงใหม่	74.4	91.5	87.9	79.9	85.9	25.7
ภูเก็ต	72.0	86.0	79.0	82	75.0	18.8
อุดรธานี	75.8	90.4	71.2	70.2	59.1	35.7
พัทลุง	58.5	78.8	52.3	91.7	89.6	35.9
ปทุมธานี	45.3	81.1	43.9	84.5	86.8	33.2
ชลบุรี	52.1	97.4	56.4	82.1	77.8	29.3
นครราชสีมา	77.9	92.2	79.9	68.2	69.5	43.7
อุบลราชธานี	66.8	92.8	73.5	80.3	82.1	30.1
ขอนแก่น	65.4	85.7	79.9	77.0	81.1	41.0
ราชบุรี	46.6	65.0	64.1	88.3	84.5	38.9
สงขลา	62.6	86.4	62.1	91.4	88.9	36.3
ร้อยละรวม	63.7	85.9	67.4	80.5	80.6	33.5
มัธยฐาน	66.8	86.4	71.2	80.3	81.1	34.8

หมายเหตุ

คำถามข้อที่ 1 คือ การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้ ใช่หรือไม่

คำถามข้อที่ 2 คือ การใช้ถุงยางอนามัย ขณะมีเพศสัมพันธ์ สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้ ใช่หรือไม่

คำถามข้อที่ 3 คือ คนที่มองดูว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจเป็นคนที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ใช่หรือไม่

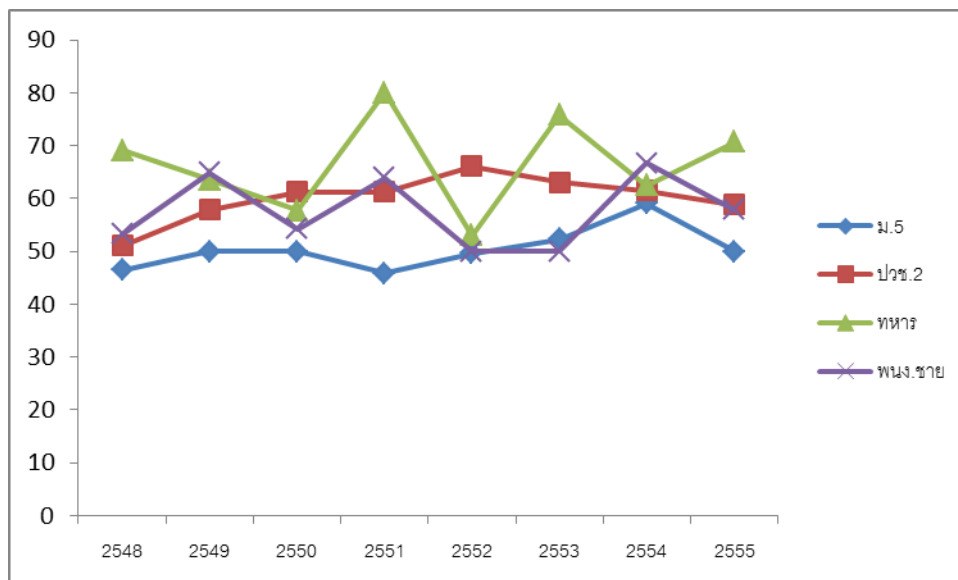
คำถามข้อที่ 4 คือ การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้ ใช่หรือไม่

คำถามข้อที่ 5 คือ ยุงเป็นพาหะนำเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ มาสู่คนได้ ใช่หรือไม่

สรุปและอภิปรายผล

การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในพื้นที่นำร่อง 3 จังหวัด คือ กรุงเทพมหานคร เชียงใหม่ ภูเก็ต ในปี พ.ศ. 2550 2552 2553 และ 2555 พบว่า กรุงเทพมหานคร มีความชุกสูง เนื่องจากเป็นศูนย์กลางความเจริญ แหล่งบันเทิง และมีสถานที่นัดพบของกลุ่ม MSM อยู่เป็นจำนวนมาก ส่วนแนวโน้มของการติดเชื้อในจังหวัดภูเก็ต และจังหวัดเชียงใหม่ สูงขึ้นจากปี พ.ศ. 2552 ส่วนภาพรวมของ 12 จังหวัด ในการสำรวจรอบปี พ.ศ. 2553 เปรียบเทียบกับปี พ.ศ. 2555 พบว่าการติดเชื้อลดลงเล็กน้อย

การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในกลุ่ม MSM ทั่วไปที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้สูงกว่าการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดของการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในกลุ่มอื่นๆ ที่สำนักระบาดวิทยาได้ทำการดำเนินการเฝ้าระวังมาอย่างต่อเนื่อง (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ประชากรกลุ่มต่างๆ จำแนกรายปี 2548-2555

ที่มา : ข้อมูลจากการสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

พบว่ากลุ่ม MSM มีการใช้ถุงยางอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างสูง อาจเป็นเพราะกลุ่ม MSM มีความรู้และความเข้าใจเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างดี นอกจากนี้การที่มีทัศนคติที่ถูกต้องเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยยังคงเป็นเรื่องสำคัญควบคู่ไปกับความรู้ในด้านการป้องกัน การที่กลุ่ม MSM มีความรู้ดีกว่ากลุ่มอื่นๆ ก็เพราะความร่วมมือของบุคลากรด้านการสาธารณสุขทั้งภาครัฐและภาคเอกชนได้บูรณาการเป็นอย่างดี จึงทำให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้มากขึ้น

ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่ม MSM พบว่า ส่วนใหญ่เข้าใจและรู้ว่าถุงยางอนามัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ถ้าหากใช้อย่างถูกต้อง ส่วนข้อคำถามเรื่องการมีคู่นอนเพียงคน

เดียวที่ไม่มีเชื้อเอชไอวีเป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้มีความถูกต้องน้อยที่สุด เมื่อรวมข้อ
คำถามทั้งห้าข้อเข้าด้วยกันจำนวนของผู้ที่ตอบถูกทั้งห้าข้อน้อยกว่าความคลาดหมายในเชิงป้องกันโรค
เช่น การขาดความรู้ด้านป้องกันอาจมีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย สิ่งที่เราได้ชัดเจน
คือความสนใจต่อสุขภาพของกลุ่ม MSM โดยเฉพาะการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

การเคยตรวจและทราบผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่ม MSM อยู่ในระดับที่ต่ำ
เนื่องจากขาดความตระหนัก การสร้างความตระหนักในการดูแลสุขภาพด้วยการตรวจสุขภาพจึงเป็น
เรื่องสำคัญควรเน้นในกลุ่มนี้ บางคนรู้ว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวีมาก่อนล่วงหน้า แต่การศึกษาจะทำการ
ตรวจหาเชื้อฯ ทุกรายก่อนที่จะให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามเพื่อเป็นการยืนยัน สิ่งที่น่าสนใจคือ
บางคนระบุว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีแต่ผลการตรวจกลับเป็น non-reactive ซึ่งอาจเกิดจากความผิดพลาด
ของน้ำยาที่ใช้ตรวจคัดกรอง หรืออาจเกิดจากความเข้าใจคลาดเคลื่อนของกลุ่มตัวอย่างต่อสถานะภาพ
การติดเชื้อของตนเอง หรืออาจเกิดจากแบบสอบถามที่มีจำนวนข้อคำถามมากเกินไปจนทำให้ผู้ตอบเกิด
ความสับสนซึ่งปัญหาดังกล่าวนี้ยังไม่มียุทธวิธีที่ชัดเจน