

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี
และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ.2563

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. 2563

สุปิยา จันทรมณี, ไพโรจน์ จันทรมณี

บทนำ

การเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งกองระบาดวิทยา 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 กลุ่มพนักงานบริการชาย และสาวประเภทสอง ผลการศึกษา พบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คิดเป็นร้อยละ 17.3 และ 28.3 ตามลำดับ ผลการศึกษาทั้งสองครั้ง ทำให้ทราบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรดังกล่าวอยู่ในระดับสูง แสดงให้เห็นว่าการแพร่ระบาดของเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องทำการเฝ้าระวังและป้องกัน ดังนั้น ในปี พ.ศ.2550 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จึงได้กำหนดให้กลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรที่อยู่ในระบบการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงและความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อติดตามแนวโน้มทางระบาดวิทยาของความชุกในการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

จากการเฝ้าระวังในพื้นที่สามจังหวัด คือ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร ที่กองระบาดวิทยา ดำเนินการนั้น ยังไม่เพียงพอที่จะตอบคำถามในระดับประเทศได้ เหตุผลเพราะพื้นที่ดังกล่าวเป็นจังหวัดที่มีนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและต่างประเทศนิยมมาท่องเที่ยวเป็นจำนวนมาก ในการดำเนินการเฝ้าระวังในจังหวัดที่มีพื้นที่ขนาดเล็กกว่าหรือเป็นจังหวัดท่องเที่ยวขนาดเล็ก เครื่องมือและระบบที่ใช้อยู่อาจไม่เหมาะสม ดังนั้นในปี พ.ศ. 2551 กองระบาดวิทยา จึงทำการศึกษาเพื่อทดลองรูปแบบและเครื่องมือที่จะใช้ในการขยายพื้นที่เฝ้าระวังให้ครอบคลุมและสามารถตอบคำถามทางระบาดวิทยาที่เหมาะสมของประเทศไทย และสามารถประยุกต์เข้ากับระบบเฝ้าระวังปกติ โดยสามารถดำเนินการได้จริงตามทรัพยากรที่มีอยู่ พื้นที่ในการศึกษาครั้งนี้มีสองจังหวัด คือ พัทลุงและอุดรธานี ผลการศึกษา พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายทั่วไปที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คิดเป็นร้อยละ 5.5 และ 4.7 ตามลำดับ จากการศึกษาครั้งนี้ทำให้ทราบว่าจังหวัดที่มีนักท่องเที่ยวนิยมน้อยความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีจะต่ำกว่าจังหวัดซึ่งเป็นที่ยอมรับของนักท่องเที่ยว เพราะการท่องเที่ยวมีความสัมพันธ์กับการบริโภคเครื่องดื่มแอลกอฮอล์และการมีเพศสัมพันธ์ อีกทั้งกลุ่มประชากรเป้าหมายมีขนาดเล็กกว่า จึงเป็นเงื่อนไขหนึ่งในการที่จะเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ขนาดของตัวอย่างที่เพียงพอที่ทำได้ค่อนข้างลำบาก

ได้มีการสำรวจซ้ำในพื้นที่สามจังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2552 โดยในครั้งนี้ได้แบ่งประชากรกลุ่มย่อยออกเป็น 3 กลุ่ม เพื่อจะใช้ในการเฝ้าระวังฯ ไว้อย่างชัดเจน ได้แก่ กลุ่มชายทั่วไป

ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men Sex with Men : MSM) กลุ่มพนักงานบริการชาย (Men Sex Worker : MSW) และสาวประเภทสอง (Transgender : TG) และต่อมาในปี พ.ศ.2553 และปี พ.ศ. 2555 กองระบาดวิทยาได้ขยายพื้นที่เฝ้าระวังฯเพิ่มขึ้นอีก 7 จังหวัด รวมทั้งสิ้นเป็น 12 จังหวัด ประกอบด้วยพื้นที่ 5 จังหวัดที่เคยดำเนินการ ได้แก่ กรุงเทพมหานคร ภูเก็ต เชียงใหม่ อุตรธานี และพัทลุง ส่วนจังหวัดที่ทำการเพิ่มเข้ามาในระบบเฝ้าระวังฯ 7 จังหวัดใหม่ ได้แก่ จังหวัดชลบุรี ขอนแก่น ปทุมธานี นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี และสงขลา

ในปี พ.ศ. 2557 ได้มีการสำรวจซ้ำในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต ราชบุรี ชลบุรี และกรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2559 ได้มีการสำรวจในพื้นที่ 5 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต ขอนแก่น ชลบุรี และกรุงเทพมหานคร และในปี พ.ศ. 2561 ได้มีการสำรวจในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต ชลบุรีและกรุงเทพมหานคร

ในปี พ.ศ. 2563 ได้มีการสำรวจซ้ำในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต ชลบุรีและกรุงเทพมหานคร เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และสามารถบอกสถานการณ์ของความชุกการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้

วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
- 2) เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการบริการการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

วิธีการเฝ้าระวัง

เกณฑ์ของกลุ่มเป้าหมาย มีคุณสมบัติดังต่อไปนี้

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

บุคคลที่จะเข้าร่วมการดำเนินงานได้จะต้องมีคุณสมบัติครบทุกข้อ ตามเกณฑ์ที่กำหนด หากผู้ใด

มีคุณสมบัติไม่ครบโดยขาดข้อหนึ่งข้อใดไป ถือว่ามีคุณสมบัติไม่ครบ ถ้ามีคุณสมบัติไม่ครบ เมื่อจบแบบสอบถามเพื่อคัดกรองแล้วเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือจะจบการสัมภาษณ์โดยอัตโนมัติ

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก ดังนั้นการสุ่มตัวอย่างจึงต้องใช้การสุ่มแบบเฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก Sampling rare populations วิธีการสุ่มเลือกตัวอย่างใช้เทคนิค เวลา สถานที่ (Venue Day

Time sampling : VDTS) ในช่วงการเฝ้าระวังระยะแรก ส่วนในปี พ.ศ. 2563 ใช้วิธีการปรับปรุงจากฐานข้อมูลเดิม (Population database update) ที่ระบุไว้ในรายชื่อสถานที่ (Venue list) ซึ่งมีขั้นตอนในการเก็บข้อมูล ดังต่อไปนี้

1) ทำการปรับปรุงข้อมูลจากแผนที่ (Mapping) ที่รวมตัวกันของกลุ่มประชากรเป้าหมาย

2) ทำการคาดประมาณการกลุ่มเป้าหมายแต่ละแห่งตามแผนที่ ซึ่งคาดว่าเป็นกลุ่มเป้าหมายที่เข้ามาใช้สถานที่หรือผ่านเข้ามาในสถานที่ที่ใช้เป็นพื้นที่สุ่มตัวอย่าง ผู้ที่ทำการเก็บข้อมูลเป็นอาสาสมัครที่เป็นกลุ่มชายที่เพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อให้ได้ความแม่นยำในการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายมากยิ่งขึ้น

3) นำข้อมูลที่ได้จากการคาดประมาณมาลงใน Venue list จากนั้นทำการสุ่มสถานที่เพื่อทำการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างด้วยวิธีการสุ่มอย่างง่าย โดยการสุ่มเพิ่มทีละแห่งจนกว่าจะได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างครบตามที่ต้องการ หรือตามขนาดตัวอย่างที่ได้คำนวณไว้ ตัวอย่าง เช่น ถ้าต้องการจำนวนตัวอย่าง 150 คน เมื่อทำการสุ่มสถานที่ 1 แห่ง ในครั้งที่ 1 ซึ่งปรากฏว่ามีจำนวนเป้าหมาย 50 คน ตามจำนวนที่ได้ทำการนับไว้ใน Venue list ระบบเฝ้าระวังนี้จะใช้กลุ่มเป้าหมายทั้งหมดคือ 50 คน จากสถานที่ที่ถูกสุ่มได้ในครั้งที่ 1 ต่อจากนั้นผู้ปฏิบัติงานจะทำการสุ่มสถานที่แห่งต่อไป โดยการสุ่มเพิ่มทีละ 1 แห่ง ทีละครั้งจนกว่าจะได้ครบ 150 คน

4) ลงพื้นที่เพื่อเก็บข้อมูล เมื่อพบกลุ่มเป้าหมายจะทำการแนะนำโครงการและสอบถามความสมัครใจในการตอบแบบสอบถามเพื่อคัดกรองกับกลุ่มเป้าหมาย ผู้ที่มีคุณสมบัติตรงตามเงื่อนไขจะได้รับคำชี้แจงรายละเอียดของโครงการจนเข้าใจ และเมื่อผู้เข้าร่วมโครงการได้ให้ความยินยอมเข้าร่วมโครงการด้วยความสมัครใจแล้ว เจ้าหน้าที่จะดำเนินการเก็บข้อมูลต่อไป

5) การเก็บข้อมูลลักษณะทางประชากรและข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี โดยให้อาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองลงในเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ (Tablet Assisted Self – Interview : TASI) หลังจากนั้นจะทำการเก็บตัวอย่างสารน้ำในช่องปากเพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อการติดเชื้อเอชไอวี (OraQuick[®] Rapid HIV Testing) และนัดวันฟังผลการตรวจ กรณีกลุ่มเป้าหมายที่สมัครใจหรือต้องการทราบผลด้วยตนเอง การรายงานผลการตรวจตัวอย่างสารน้ำในช่องปาก จะดำเนินการโดยเจ้าหน้าที่ที่ผ่านการฝึกอบรมการให้การปรึกษา โดยผู้เข้าร่วมโครงการที่มีความประสงค์ต้องการทราบผลตรวจ จะสามารถเข้ารับฟังผลการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ที่คลินิกให้การปรึกษา ของโรงพยาบาลประจำจังหวัดนั้นๆ หากผู้เข้าร่วมโครงการมีผลการตรวจตัวอย่างสารน้ำในช่องปากเป็นบวก เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาจะแนะนำให้ผู้เข้าร่วมโครงการเข้ารับการตรวจเลือดซ้ำเพื่อยืนยันผลการตรวจอีกครั้ง ตามแนวทางการดำเนินงานเฝ้าระวังฯ ในปี พ.ศ. 2563 โดยดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือน พฤศจิกายน - ธันวาคม 2563

การวิเคราะห์ข้อมูล

ประกอบด้วยการวิเคราะห์หาอัตราความชุก (Prevalence Rate) ของการติดเชื้อเอชไอวี การใช้ถุงยางอนามัย การเคยตรวจและทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี การเข้าถึง Prevention Program การมีความรู้เรื่องโรคเอดส์ ในแต่ละจังหวัดเป็นค่าร้อยละ

ผลการเฝ้าระวัง

ในปี พ.ศ. 2563 ผลการเฝ้าระวังฯ ที่ดำเนินการใน 4 จังหวัด รวบรวมกลุ่มตัวอย่าง MSM จำนวน 1,433 คน อายุเฉลี่ย 26.5 ปี (Median 23 SD 9.6) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 36.4 สถานภาพโสด ร้อยละ 59.7 แอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์ที่เล่นหรือเป็นสมาชิกอยู่ส่วนมากคือ Hornet ร้อยละ 48.4

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กรุงเทพมหานครมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดคือ ร้อยละ 6.95 น้อยที่สุดคือจังหวัดชลบุรี ร้อยละ 1.43 (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย(MSM)
จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563

จังหวัด	จำนวน	ติดเชื้อ HIV	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	403	28	6.95
ชลบุรี	350	5	1.43
เชียงใหม่	345	6	1.74
ภูเก็ต	375	8	2.13

จากการเฝ้าระวัง พบว่าจังหวัดภูเก็ตมีการใช้ถุงยางอนามัยครั้งล่าสุดมากที่สุดคือร้อยละ 90.13 และน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร มีการใช้ถุงยางอนามัยเพียง ร้อยละ 67.25 (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุดในรอบ 12 เดือน
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563

จังหวัด	จำนวน	ใช้ถุงยาง	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	403	271	67.25
ชลบุรี	350	274	78.29
เชียงใหม่	345	272	78.84
ภูเก็ต	375	338	90.13

การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในรอบ 3 เดือน มากที่สุดคือภูเก็ต ร้อยละ 72.80 และน้อยที่สุดคือจังหวัดเชียงใหม่ มีการใช้ถุงยางอนามัยเพียง ร้อยละ 45.80 (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักในรอบ 3 เดือน
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563

จังหวัด	จำนวน	ใช้ถุงยาง	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	403	243	60.30
ชลบุรี	350	169	48.29
เชียงใหม่	345	158	45.80
ภูเก็ต	375	273	72.80

การเคยตรวจและทราบผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในรอบ 12 เดือน ในกลุ่ม MSM มากที่สุดคือจังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 58.67 และน้อยที่สุดคือชลบุรี ร้อยละ 12.86 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 ร้อยละของการเคยตรวจและทราบผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในรอบ 12 เดือน
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563

จังหวัด	จำนวน	เคยตรวจและ ทราบผล	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	403	185	45.91
ชลบุรี	350	45	12.86
เชียงใหม่	345	189	54.78
ภูเก็ต	375	220	58.67

จากการเฝ้าระวัง พบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดภูเก็ตได้รับแจกสารหล่อลื่นมากที่สุดคือร้อยละ 62.13 และน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 32.01 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละของการได้รับแจกสารหล่อลื่น(Gel)ฟรี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)
จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563

จังหวัด	จำนวน	ได้รับสารหล่อลื่น	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	403	129	32.01
ชลบุรี	350	128	36.57
เชียงใหม่	345	144	41.74
ภูเก็ต	375	233	62.13

การเคยได้รับแจกถุงยางอนามัยฟรีมากที่สุดคือจังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 69.07 และน้อยที่สุดคือใน กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 31.76 (ตารางที่ 6)

**ตารางที่ 6 ร้อยละของการได้รับถุงยางอนามัยฟรี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย(MSM)
จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563**

จังหวัด	จำนวน	ได้รับถุงยางอนามัยฟรี	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	403	128	31.76
ชลบุรี	350	157	44.86
เชียงใหม่	345	197	57.10
ภูเก็ต	375	259	69.07

การได้รับการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มากที่สุดคือจังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 54.40 และน้อยที่สุดคือจังหวัดชลบุรี ร้อยละ 8 (ตารางที่ 7)

**ตารางที่ 7 ร้อยละของการได้รับการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
(MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563**

จังหวัด	จำนวน	ได้รับการตรวจหา	ร้อยละ
		โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์	
กรุงเทพฯ	403	110	27.30
ชลบุรี	350	28	8.00
เชียงใหม่	345	138	40.00
ภูเก็ต	375	204	54.40

การได้รับความรู้เรื่องการป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายใน จังหวัดภูเก็ตได้รับมากที่สุดคือ ร้อยละ 68.27 น้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 27.79 (ตารางที่ 8)

ตารางที่ 8 ร้อยละของการได้รับความรู้เรื่องการป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย(MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563

จังหวัด	จำนวน	การได้รับความรู้	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	403	112	27.79
ชลบุรี	350	143	40.86
เชียงใหม่	345	230	66.67
ภูเก็ต	375	256	68.27

การเข้าถึงเข้าถึงบริการและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (prevention program) ซึ่งได้แก่การได้รับแจกถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นฟรี การได้รับการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การได้รับความรู้เรื่องการป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยต้องได้รับบริการอย่างน้อย 2 บริการ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพบมากที่สุดคือภูเก็ต ร้อยละ 61.60 และน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 26.05 (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 ร้อยละของการเข้าถึง prevention program ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
(MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563

จังหวัด	จำนวน	การเข้าถึง Prevention program	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	403	105	26.05
ชลบุรี	350	108	30.86
เชียงใหม่	345	165	47.83
ภูเก็ต	375	231	61.60

การกินยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในภูเก็ตเคยกินมากที่สุดคือ ร้อยละ 16.80 น้อยที่สุดคือชลบุรี คือเคยกินเพียงร้อยละ 0.86 (ตารางที่ 10)

ตารางที่ 10 ร้อยละของการกินยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) ในช่วง 6 เดือนในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563

จังหวัด	จำนวน	การกินยา PrEP	ร้อยละ
กรุงเทพฯ	403	17	4.22
ชลบุรี	350	3	0.86
เชียงใหม่	345	56	16.23
ภูเก็ต	375	63	16.80

สาเหตุการไม่กินยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis :PrEP) พบว่าในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไม่รู้จักรับเป็นส่วนมาก โดยในชลบุรีกินมากที่สุดคือ ร้อยละ 59.77 น้อยที่สุดคือภูเก็ต ร้อยละ 43.56 สาเหตุรองลงมาคือคิดว่าตัวเองไม่เสี่ยง ซึ่งมากที่สุดในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 27.72 น้อยที่สุดคือชลบุรี ร้อยละ 43.56 (ตารางที่ 11)

ตารางที่ 11 ร้อยละของสาเหตุการไม่กินยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563

จังหวัด	ร้อยละของสาเหตุการไม่กินยา PrEP					
	ไม่รู้จัก	ไม่ทราบสถานที่รับ	รู้สึกอาย	คิดว่าไม่มีความเสี่ยง	กลัวผลข้างเคียง	ไม่ยอมให้คนอื่นรู้
กรุงเทพฯ	52.08	10.94	3.39	27.34	4.95	1.30
ชลบุรี	59.77	9.91	1.46	20.99	3.79	4.08
เชียงใหม่	55.64	6.91	0.73	24.36	8.73	3.64
ภูเก็ต	43.56	3.96	6.27	27.72	9.57	8.91

การตอบความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ตามตัวชี้วัดของ Global AIDS Monitoring (GAM) พบว่า ข้อคำถามข้อ 1 เรื่องการมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ได้ มีความถูกต้องมากที่สุด ใน 5 จังหวัดที่สำรวจ คือภูเก็ตตอบถูกร้อยละ 84.53 และตอบถูกน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 69.48 คำถามข้อที่ 2 คือ การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ได้ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเชียงใหม่ตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 89.86 ตอบถูกน้อยที่สุดคือกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 78.66 คำถามข้อที่ 3 คือ คนที่ดูสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี มีเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ได้ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเชียงใหม่ตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 80.87 ตอบถูกน้อยที่สุดคือจังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 63.73 คำถามข้อที่ 4 คือ คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ได้ จากการถูกยุงกัด ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานครตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 85.61 ตอบถูกน้อยที่สุดคือจังหวัดชลบุรี ร้อยละ

81.14 ส่วนข้อความข้อ 5 คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ได้ จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานครตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 88.34 โดยจังหวัดที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือชลบุรี ร้อยละ 77.14 และการตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ พบว่าจังหวัดที่ตอบถูกน้อยที่สุดคือเชียงใหม่ ร้อยละ 42.32 และ กรุงเทพมหานครและภูเก็ตตอบถูกมากที่สุดร้อยละ 46.40 (ตารางที่ 12)

ตารางที่ 12 ร้อยละของความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จำแนกรายข้อ จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2563

จังหวัด	ร้อยละของผู้ตอบถูก					ตอบถูก ทั้ง 5 ข้อ
	ข้อที่1	ข้อที่2	ข้อที่3	ข้อที่4	ข้อที่5	
กรุงเทพฯ	69.48	78.66	70.47	85.61	88.34	46.40
ชลบุรี	76.50	89.71	77.43	81.14	77.14	44.86
เชียงใหม่	70.72	89.86	80.87	84.35	78.84	42.32
ภูเก็ต	84.53	84.53	63.73	84.53	86.40	46.40

หมายเหตุ

คำถามข้อที่ 1 คือ การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ได้ ใช่หรือไม่

คำถามข้อที่ 2 คือ การใช้ถุงยางอนามัย ขณะมีเพศสัมพันธ์ สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ได้ ใช่หรือไม่

คำถามข้อที่ 3 คือ คนที่มองดูว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจเป็นคนที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ใช่หรือไม่

คำถามข้อที่ 4 คือ ยุงเป็นพาหะนำเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ มาสู่คนได้ ใช่หรือไม่

คำถามข้อที่ 5 คือ การกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์ได้ ใช่หรือไม่

สรุปและอภิปรายผล

จากการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with Men: MSM) ของกองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในปี พ.ศ. 2563 ใน 4 จังหวัดที่มีการสำรวจ พบว่ามีอัตราความชุกต่ำกว่าร้อยละ 10 ซึ่งถือว่าค่อนข้างต่ำ ซึ่งเป็นผลกระทบมาจากสถานการณ์แพร่ระบาดของโรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID-19) โดยข้อมูล ณ วันที่ 1 พฤศจิกายน 2563 มีการรายงานจำนวนผู้ป่วยตั้งแต่วันที่ 1 มกราคม – 31 ตุลาคม 2563 พบผู้ป่วยยืนยันสะสม 3,780 ราย โดยเป็นผู้ติดเชื้อภายในประเทศ จำนวน 2,451 ราย ผู้ติดเชื้อที่กลับจากต่างประเทศจำนวน 1,329 ราย ซึ่งเป็นผลทำให้ยังมีการปิดสถานบริการที่เป็นจุดรวมตัว และมีการเคลื่อนย้ายของกลุ่มประชากรเป้าหมายที่สำรวจออกจากพื้นที่ โดยเฉพาะในจังหวัดชลบุรีพบการติดเชื้อเพียงร้อยละ 1.43

อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุด และการใช้ทุกครั้งในรอบ 3 เดือนของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่สำรวจในทุกจังหวัดอยู่ในเกณฑ์ต่ำกว่าร้อยละ 80 ยกเว้นจังหวัดภูเก็ต แสดงให้เห็นถึง

ความไม่ตระหนักของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ต่อการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีผ่านทางารมีเพศสัมพันธ์

ด้านความรู้ ส่วนใหญ่ข้อความที่ตอบได้ถูกต้องน้อยของจังหวัดที่สำรวจ คือ ข้อคำถาม “การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ได้ ใช่หรือไม่” และข้อคำถาม “คนที่มองดูว่ามีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี อาจเป็นคนที่ติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์ ใช่หรือไม่” อาจเนื่องมาจากผู้ตอบคำถามใช้มุมมองของตนเองหรือใช้ประสบการณ์ของตนเองเป็นเครื่องตัดสินใจในการตอบคำถาม ด้วยเนื่องจากการมีพฤติกรรมเสี่ยงจากการมีคู่นอนมากกว่าหนึ่งคน ที่อาจเกิดขึ้นจากค่านิยมและทัศนคติเฉพาะบุคคล แม้นความรู้ในเรื่องของการใช้ถุงยางอนามัยจะตอบถูกต้อง แต่อัตราการใช้ถุงยางของ MSM ยังคงต่ำกว่ากลุ่มของพนักงานบริการชาย (Male sex worker: MSW) อาจเพราะความตระหนัในเรื่องการป้องกันมีน้อยกว่า หรืออาจด้วยความเชื่อมั่นในความปลอดภัยของคู่นอนมากกว่า ซึ่งเป็นแนวคิดที่ไม่สอดคล้องกับการป้องกันการติดเชื้อ

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเกินครึ่งใน 3 จังหวัดที่สำรวจไม่สามารถเข้าถึงบริการและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (prevention program) ซึ่งวัดจากการได้รับ 3 บริการ คือ ได้รับแจกถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นฟรี การได้รับการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การได้รับความรู้เรื่องการป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยต้องได้รับบริการอย่างน้อย 2 บริการ ในรอบหนึ่งปีที่ผ่านมา แสดงว่าการเข้าถึงบริการและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในรอบปีของประเทศไทยยังไม่ครอบคลุมชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเท่าที่ควร ซึ่งบริการดังกล่าวเป็นสิทธิพื้นฐานขั้นต้นที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและประชาชนทั่วไปควรได้รับบริการ โดยเฉพาะชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายซึ่งเป็นผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่ควรได้รับบริการทุกราย ดังนั้นมาตรการด้านการบริการควรได้รับการส่งเสริมเพื่อสร้างความครอบคลุมในกลุ่มประชากรดังกล่าว

การกินยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัส (Pre-Exposure Prophylaxis : PrEP) ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พบว่ายังมีการกินต่ำเหมือนกลุ่มสาวประเภทสองและพนักงานบริการชาย ซึ่งเหตุผลของการไม่ได้กินเนื่องจากส่วนใหญ่ไม่รู้จักการกินยา PrEP และคิดว่าตัวเองไม่เสี่ยง ดังนั้นควรมีมาตรการและการประชาสัมพันธ์ให้รับทราบพร้อมกับการใช้ถุงยางอนามัยควบคู่กันไป เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ไปด้วย