ISSN 0125-7447

WESR
รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์
Weekly Epidemiological Surveillance Report, Thailand

ปีที่ 54 ฉบับที่ 45 : 17 พฤศจิกายน 2566 | Volume 54 Number 45: November 17, 2023

กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข / Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health

นิพนธ์ต้นฉบับ

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในพื้นที่ 3 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ปี 2566 (Prevalence of HIV infection and sexually transmitted diseases and risk behaviors among men who have sex with men in 3 provinces and Bangkok, Thailand, 2023)

paun_harnprom@hotmail.com เจษฎาภรณ์ งามบุญช่วย, ชารีฟ นาคสุข, ฐิติพงษ์ ยิ่งยง, สุปิยา จันทรมณี, ปรียนุช พุทธวงค์
กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

บทนำ : ประเทศไทยดำเนินการเฝ้าระวังความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมาตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2546 จากการเฝ้าระวังใน ปี พ.ศ. 2563 พบอัตราความชุกร้อยละ 6.19 มีการใช้ถุงยางอนามัยต่ำกว่าร้อยละ 80 แสดงให้เห็นถึงความไม่ตระหนักต่อการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขที่ต้องเฝ้าระวังเพื่อติดตามแนวโน้มทางระบาดวิทยา

วิธีการศึกษา : การสำรวจซ้ำ (Serial cross-sectional survey) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดภูเก็ต ชลบุรี อุบลราชธานี และกรุงเทพมหานคร ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม–31 พฤษภาคม 2566 จำนวน 2,564 คน ใช้วิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองลงบนเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ และเก็บตัวอย่างสารน้ำในช่องปากในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป กลุ่มสาวประเภทสอง เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และตรวจเลือดในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบซี วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา และสถิติการถดถอยเชิงพหุแบบลอจิสติกหาความสัมพันธ์พฤติกรรมเสี่ยงกับการติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษา : จังหวัดภูเก็ตมีความชุกการติดเชื้อเอชไอวีสูงที่สุด ร้อยละ 3.74 เมื่อจำแนกตามกลุ่มประชากร พบความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย ร้อยละ 6.09 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป ร้อยละ 4.31 และกลุ่มสาวประเภทสอง ในพื้นที่กรุงเทพมหานครสูงที่สุด ร้อยละ 4.50 ความชุกการติดเชื้อซิฟิลิสในจังหวัดชลบุรี ร้อยละ 18.50 จังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 5.22 ความชุกการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบซี ในจังหวัดชลบุรี ร้อยละ 3.00 และ 1.00 ตามลำดับ พฤติกรรมเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ความถี่ในการใช้แอป-พลิเคชัน/เว็บไซต์หาคู่นอนตั้งแต่สัปดาห์ละครั้งขึ้นไปมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีเป็น 1.5–2 เท่าของผู้ที่ไม่เคยใช้เลย ทั้งนี้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เป็นฝ่ายรับขณะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี 5.70 เท่าของผู้ที่เป็นฝ่ายรุก และผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักสามารถ

◆ ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในพื้นที่ 3 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ปี 2566 699
◆ สรุปการตรวจสอบข่าวการระบาดของโรคในรอบสัปดาห์ที่ 45 ระหว่างวันที่ 5–11 พฤศจิกายน 2566 709
◆ ข้อมูลรายงานโรคเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์ที่ 45 ระหว่างวันที่ 5–11 พฤศจิกายน 2566 711

ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 91 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลย

อภิปรายผล : การรณรงค์การใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอยังคงมีความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งการให้ความสำคัญกับการใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกวิธี รวมถึงเสริมสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างเจ้าหน้าที่กับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพื่อให้เข้าถึงการบริการ ซึ่งจะส่งผลให้เกิดความร่วมมือในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในระยะยาวได้

คำสำคัญ : ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, เอชไอวี, โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, พฤติกรรมเสี่ยง, ความชุก

****

ความเป็นมา

ประเทศไทยดำเนินการเฝ้าระวังความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายครั้งแรกในปี พ.ศ. 2546 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร[1] เป็นการศึกษาในภาพรวมของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ชาย (Men who have sex with men: MSM) ต่อมาในปี พ.ศ. 2548 ได้ขยายพื้นที่ศึกษาเพิ่มเติม คือ จังหวัดเชียงใหม่ ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร พร้อมทั้งได้มีการเพิ่มกลุ่มเป้าหมายในการศึกษา ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย (Men sex worker: MSW) และกลุ่มสาวประเภทสอง (Transgender: TG) ผลการศึกษาพบการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 17.3 และ 28.3 ตามลำดับ[2] ในปี พ.ศ. 2550 กองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรคได้กำหนดให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป กลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย และกลุ่มสาวประเภทสอง เป็นหนึ่งในกลุ่มประชากรที่อยู่ในระบบการเฝ้าระวังความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี (Bio–behavioral survey: BBS) เพื่อติดตามแนวโน้มความชุกการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2551 กองระบาดวิทยา ได้ทำการศึกษาเพื่อทดลองรูปแบบและเครื่องมือที่จะขยายพื้นที่เฝ้าระวังให้ครอบคลุม เหมาะสมกับบริบทของประเทศไทยมากขึ้น และสามารถประยุกต์เข้ากับระบบเฝ้าระวังแบบปกติได้ โดยการศึกษาในพื้นที่เพิ่มเติม 2 จังหวัด คือ จังหวัดพัทลุง และอุดรธานี ผลการศึกษาพบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 5.5 และ 4.7 ตามลำดับ[3] จากการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นว่าจังหวัดที่มีนักท่องเที่ยวนิยมน้อย ความชุกของการติดเชื้อติดเชื้อเอชไอวีจะต่ำกว่าจังหวัดซึ่งเป็นที่นิยมของนักท่องเที่ยว อีกทั้งกลุ่มประชากรเป้าหมายมีขนาดเล็กกว่าจึงเป็นข้อจำกัดในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ได้ขนาดตัวอย่างที่เพียงพอ[1] ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวมถึงผู้ป่วยเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมักจะติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ร่วมด้วย เช่น ซิฟิลิส ซึ่งเป็นโรคที่พบมานานจนถึงปัจจุบันอีกทั้งมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้น[4] จากรายงาน 506 ของกองระบาดวิทยา ปี พ.ศ. 2565 พบอัตราป่วยโรคซิฟิลิส 21.17 ต่อประชากรแสนคน ซึ่งเพิ่มสูงกว่าปี พ.ศ. 2564 ที่พบอัตราป่วย 15.53 ต่อประชากรแสนคน[5] ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังคงมีความชุกที่สูง ดังนั้นการเฝ้าระวังเพื่อติดตามสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จึงยังคงมีความสำคัญ

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายถือเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงยากเนื่องจากบางคนไม่เปิดเผยตัวตน ทั่วโลกมีความพยายามที่จะควบคุมการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มประชากรที่เข้าถึงได้ยาก แต่การติดเชื้อรายใหม่ของกลุ่มประชากรนี้ก็ยังมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง[3] ทั้งยังพบปัญหาเรื่องการตีตราในกลุ่มที่เข้าถึงได้ยากซึ่งจะเกี่ยวข้องและเชื่อมโยงไปในหลายมิติทั้งในเรื่องของการเฝ้าระวังโรคและการให้บริการทางสุขภาพต่าง ๆ[6] ดังนั้นระบบเฝ้าระวังโรคที่ดำเนินการจึงต้องมีรูปแบบพิเศษ เพื่อที่จะทำให้ได้ข้อมูลที่แท้จริงนำมาใช้ในการวางแผนงานพัฒนาโครงการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการควบคุมโรคและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่กลุ่มประชากรที่เข้าถึงได้ยาก โดยคำนึงถึงปัญหาการรักษาความลับของกลุ่มประชากรที่ให้ข้อมูลแก่เจ้าหน้าที่เพื่อเป็นการป้องกันไม่ให้เกิดปัญหาการตีตราได้

วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดชลบุรี ภูเก็ต อุบลราชธานี และกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2566
2. เพื่อศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดชลบุรี ภูเก็ต อุบลราชธานี และกรุงเทพมหานคร ปี พ.ศ. 2566
3. เพื่อให้ข้อเสนอแนะในการกำหนดมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดการติดเชื้อเอชไอวี การวางนโยบายหรือแผนงานโครงการที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพและการให้บริการด้านสาธารณสุข รวมถึงการพัฒนาระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาความชุกการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสำรวจพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี แบบสำรวจซ้ำ (Serial cross-sectional survey) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป สัญชาติไทย และมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายโดยมีการสอดใส่อวัยวะเพศทางปากหรือทวารหนัก ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา พักอาศัยอยู่ในพื้นที่ที่ทำการศึกษาอย่างน้อย 1 เดือน เก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1 มีนาคม-31 พฤษภาคม 2566 โดยกำหนดจำนวนกลุ่มตัวอย่างตามสัดส่วนของประเภทสถานที่ที่นัดพบปะกันเป็นประจำ แบ่งเป็นสถานที่มีความเสี่ยงสูง (คาราโอเกะ บาร์เบียร์ ผับ ไนต์คลับ ดิสโก้เธค คาบาเรย์ บาร์เกย์ บาร์อะโกโก้ โฮสต์บาร์ ซาวน่า มาสซาส พื้นที่สาธารณะ เช่น สวนสาธารณะ ริมถนนชายหาด ริมแม่น้ำ สนามกีฬา เป็นต้น) และสถานที่มีความเสี่ยงต่ำ (หมู่บ้าน ชุมชน โรงงาน ห้างสรรพสินค้า โรงหนัง โรงแรม บังกะโล เกสเฮ้าส์ หอพัก ร้านอาหาร ร้านกาแฟ คอฟฟี่ช็อป ร้านเสริมสวย ร้านเช่าชุด คณะหมอลำ คณะมโนราห์ ฟิตเนส สถานศึกษา และออนไลน์) กำหนดสัดส่วนกลุ่มตัวอย่างดังนี้ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป ในสถานที่มีความเสี่ยงสูง : ความเสี่ยงต่ำ (150 : 150) จำนวน 300 คน ต่อจังหวัด กลุ่มสาวประเภทสอง ในสถานที่มีความเสี่ยงสูง : ความเสี่ยงต่ำ (100 : 100) จำนวน 200 คน ต่อจังหวัด และกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย จำนวน 200 คน ต่อจังหวัด (เก็บข้อมูลเฉพาะจังหวัดชลบุรี ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร เนื่องจากจังหวัดอุบลราชธานีไม่มีกลุ่มตัวอย่างพนักงานบริการทางเพศชาย) รวมทั้งสิ้น จำนวน 2,564 คน แบ่งออกเป็น กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป จำนวน 1,352 คน พนักงานบริการทางเพศชาย จำนวน 516 คน และสาวประเภทสอง จำนวน 696 คน ใช้วิธีการตอบแบบสอบถามด้วยตนเองลงบนเครื่องคอมพิวเตอร์-มือถือ (Tablet) เพื่อเก็บข้อมูลด้านประชากรและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เก็บตัวอย่างสารน้ำในช่องปากในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป กลุ่มสาวประเภทสอง ด้วยชุดตรวจ OraQuick® HIV self-test และตรวจเลือดในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย ด้วยชุดตรวจ Determine HIV® ชนิดเจาะปลายนิ้ว และอ่านผลทันทีโดยเจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์ภาคสนามของแต่ละจังหวัด เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบซี โดยจะใช้สติ๊กเกอร์แถบรหัสเชื่อมโยงข้อมูลด้านประชากรกับตัวอย่างสิ่งส่งตรวจ ทั้งนี้การตรวจหาการติดเชื้อซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบซี จะเก็บข้อมูลได้เฉพาะจังหวัดชลบุรี และภูเก็ต การสุ่มกลุ่มตัวอย่างจะสุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก โดยใช้เทคนิค Venue day-time sampling (VDTS[7] เป็นการสร้างชุดข้อมูลสถานที่นัดพบสำหรับสุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจากวันในรอบสัปดาห์ และช่วงเวลาในรอบวัน โดยใช้ 4 ขั้นตอนหลัก คือ 1. การสำรวจและทำแผนที่ของสถานที่นัดพบ 2. การนับจำนวนผู้มาใช้สถานที่นั้น ๆ 3. การตรวจสอบคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเลือกและสอบถามความสมัครใจเข้าร่วมการดำเนินงาน 4. การคัดเลือกสถานที่ และรับอาสาสมัครเข้าร่วมการดำเนินงาน โดยในแต่ละจังหวัดรวบรวมรายชื่อสถานบริการตามช่วงเวลาแจงนับ หลังจากนั้นดำเนินการสุ่มเลือกสถานที่บริการและดำเนินการเก็บข้อมูลให้ครบตามจำนวนของขนาดตัวอย่างที่กำหนดไว้

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย

การศึกษานี้เป็นการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งไม่ได้เก็บข้อมูลส่วนบุคคล เช่น ชื่อ นามสกุล เลขบัตรประจำตัวประชาชน หรือข้อมูลอื่น ๆ ที่จะระบุถึงตัวบุคคล และได้รับการยกเว้นการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ กรมควบคุมโรค

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา หาค่าร้อยละตามตัวชี้วัดของ Global AIDS monitoring (GAM) report[8] ได้แก่ ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุด ร้อยละของการเคยตรวจและทราบผลตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละของการเข้าถึงโปรแกรมการป้องกัน และร้อยละของความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี การวิเคราะห์จะจำแนกเป็นรายจังหวัด โดยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้จากการตรวจสารคัดหลั่งในเยื่อบุช่องปากด้วยชุดตรวจ OraQuick® (ค่าความไวร้อยละ 99.3 และค่าความจำเพาะร้อยละ 99.8) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป กลุ่มสาวประเภทสอง และข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้จากการตรวจเลือดแบบเจาะปลายนิ้วด้วยชุดตรวจ Determine HIV® ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย (ค่าความไวร้อยละ 100 และค่าความจำเพาะร้อยละ 99.7) นำมาวิเคราะห์หาความชุกการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบซี ซึ่งจะวิเคราะห์ได้เฉพาะจังหวัดชลบุรีและภูเก็ต โดยใช้สถิติเชิงอนุมาน Univariate logistic regression วิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการติดเชื้อเอชไอวี และเมื่อพบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ จะวิเคราะห์ต่อด้วย Multivariate logistic regression โดยกำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05

ผลการศึกษา

การศึกษาพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. 2566 ในพื้นที่ 4 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี ชลบุรี ภูเก็ต และกรุงเทพมหานคร จำนวน 2,564 คน แบ่งเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป จำนวน 1,352 คน พนักงานบริการทางเพศชาย จำนวน 516 คน และสาวประเภทสอง จำนวน 696 คน อายุเฉลี่ย 28.55 ปี (Median 26.00, SD 8.87) ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลายหรือเทียบเท่า ร้อยละ 33.78 สถานภาพโสด ร้อยละ 76.27 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงที่สุด คือ จังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 3.74 น้อยที่สุด คือ จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 1.51 เมื่อจำแนกความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีตามกลุ่มประชากร พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไปสูงที่สุดในพื้นที่จังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 4.31 และกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย ร้อยละ 6.09 กลุ่มสาวประเภทสอง สูงที่สุดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 4.50 ความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสในพื้นที่จังหวัดชลบุรี ร้อยละ 18.50 และภูเก็ต ร้อยละ 5.22 และความชุกของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีไวรัสตับอักเสบซี ในจังหวัดชลบุรี ร้อยละ 3.00 และ 1.00 ตามลำดับ รายละเอียดดังตารางที่ 1

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าร้อยละ 80 มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุด สูงสุดในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 93.13 ซึ่งมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยสูงที่สุดทั้ง 3 กลุ่มประชากร โดยกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไปมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 90.94 กลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย ร้อยละ 100 และกลุ่มสาวประเภทสอง ร้อยละ 89.50 รายละเอียดดังตารางที่ 2

การเคยตรวจและทราบผลตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ในรอบ 12 เดือน กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไปในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตเคยตรวจและทราบผลตรวจสูงสุด ร้อยละ 73.14 กลุ่มพนักงานบริการทางเพศชายสูงสุด คือ จังหวัดชลบุรี ร้อยละ 96.50 รองลงมา คือ จังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 82.30 กลุ่มสาวประเภทสองสูงสุด คือ จังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 73.43 รองลงมา คือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 42.50 รายละเอียดดังตารางที่ 3

ตารางที่ 1 อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี และไวรัสตับอักเสบซี ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกรายจังหวัด และกลุ่มประชากร ปี พ.ศ. 2566

การติดเชื้อ	จำนวนที่ตรวจทั้งหมด (ร้อยละที่ติดเชื้อ)				
	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	ภูเก็ต	อุบลราชธานี	รวม
เอชไอวี					
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป	298 (1.68)	299 (1.00)	348 (4.31)	407 (1.47)	1,352 (2.51)
พนักงานบริการทางเพศชาย	201 (3.98)	200 (2.50)	115 (6.09)	NA	516 (4.65)
สาวประเภทสอง	200 (4.50)	201 (1.49)	237 (1.69)	58 (1.72)	696 (3.16)
รวมทั้งหมด	699 (3.14)	700 (1.57)	700 (3.74)	465 (1.51)	2,564 (3.12)
ซิฟิลิส*	NA	200 (18.50)	115 (5.22)	NA	315 (13.65)
ไวรัสตับอักเสบบี*	NA	200 (3.00)	NA	NA	200 (3.00)
ไวรัสตับอักเสบซี*	NA	200 (1.00)	NA	NA	200 (1.00)

*ตรวจเฉพาะกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย NA = ไม่ได้ตรวจ

ตารางที่ 2 ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุด จำแนกรายจังหวัด และกลุ่มประชากร ปี พ.ศ. 2566

กลุ่มประชากร	จำนวนทั้งหมด (ร้อยละของการใช้ถุงยางอนามัย)				
	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	ภูเก็ต	อุบลราชธานี	รวม
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป	298 (90.94)	299 (81.27)	348 (83.62)	407 (82.56)	1,352 (84.39)
พนักงานบริการทางเพศชาย	201 (100.00)	200 (98.50)	115 (81.74)	NA	516 (95.35)
สาวประเภทสอง	200 (89.50)	201 (82.09)	237 (89.45)	58 (65.52)	696 (85.34)
รวมทั้งหมด	699 (93.13)	700 (86.43)	700 (85.29)	465 (80.43)	2,564 (86.86)

NA = ไม่ได้เก็บข้อมูล

การเข้าถึงบริการและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การได้รับแจกถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นฟรี การได้รับการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการได้รับความรู้เรื่องการป้องกันเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยต้องได้รับบริการอย่างน้อย 2 บริการ จังหวัดภูเก็ตได้รับ Prevention program สูงที่สุด ร้อยละ 77.86 รองลงมา คือ จังหวัดชลบุรี ร้อยละ 76.43 เมื่อจำแนกตามกลุ่มประชากร พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไปเข้าถึง Prevention program สูงที่สุด คือ จังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 75.14 น้อยที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 35.57 กลุ่มพนักงานบริการทางเพศชายเข้าถึง Prevention program สูงที่สุด คือ จังหวัดชลบุรี 99.00 รองลงมา คือ จังหวัดภูเก็ต ร้อยละ 93.81 กลุ่มสาวประเภทสองเข้าถึง Prevention program สูงที่สุด คือ จังหวัดชลบุรี ร้อยละ 74.08 น้อยที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 30.50 รายละเอียดดังตารางที่ 4

ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ตามตัวชี้วัดของ Global AIDS monitoring (GAM) พบว่าคำถามข้อที่ 1 การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่เป็นผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์และไม่มีคู่นอนคนอื่นลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ จังหวัดชลบุรีตอบถูกมากที่สุด ร้อยละ 84.86 และกรุงเทพมหานครตอบถูกน้อยที่สุด ร้อยละ 61.95 คำถามข้อที่ 2 การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ จังหวัดชลบุรีตอบถูกมากที่สุด ร้อยละ 92.43 ตอบถูกน้อยที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 68.38 คำถามข้อที่ 3 คนที่ดูสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ จังหวัดชลบุรีตอบถูกมากที่สุด ร้อยละ 87.57 ตอบถูกน้อยที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 58.66 คำถามข้อที่ 4 คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ จากการถูกยุงกัด จังหวัดภูเก็ตตอบถูกมากที่สุด ร้อยละ 95.00 ตอบถูกน้อยที่สุด คือ จังหวัดอุบลราชธานี ร้อยละ 77.20 และคำถามข้อ 5 คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จังหวัดภูเก็ตตอบถูกมากที่สุด ร้อยละ 94.57 กรุงเทพมหานครตอบถูกน้อยที่สุด ร้อยละ 89.70 ส่วนการตอบถูกต้องทั้ง 5 ข้อ พบว่าจังหวัดชลบุรีตอบถูกมากที่สุด ร้อยละ 73.29 และน้อยที่สุด คือ กรุงเทพมหานคร ร้อยละ 41.63 รายละเอียดดังตารางที่ 5

ตารางที่ 3 ร้อยละของการเคยตรวจและทราบผลตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ในรอบ 12 เดือน จำแนกรายจังหวัด และกลุ่มประชากร ปี พ.ศ. 2566

กลุ่มประชากร	จำนวนทั้งหมด (ร้อยละของการเคยตรวจและทราบผลตรวจ)				
	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	ภูเก็ต	อุบลราชธานี	รวม
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป	298 (47.99)	299 (50.50)	348 (73.14)	407 (55.04)	1,352 (57.25)
พนักงานบริการทางเพศชาย	201 (67.66)	200 (96.50)	115 (82.30)	NA	516 (81.78)
สาวประเภทสอง	200 (42.50)	201 (37.83)	237 (73.43)	58 (36.21)	696 (48.99)
รวมทั้งหมด	699 (52.07)	700 (59.14)	700 (73.43)	465 (52.69)	2,564 (59.95)

NA = ไม่ได้เก็บข้อมูล

ตารางที่ 4 ร้อยละของการเข้าถึง Prevention program จำแนกรายจังหวัด และกลุ่มประชากร ปี พ.ศ. 2566

กลุ่มประชากร	จำนวนทั้งหมด (ร้อยละของการการเข้าถึง Prevention program)				
	กรุงเทพมหานคร	ชลบุรี	ภูเก็ต	อุบลราชธานี	รวม
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไป	298 (35.57)	299 (56.19)	348 (75.14)	407 (59.21)	1,352 (57.46)
พนักงานบริการทางเพศชาย	201 (82.09)	200 (99.00)	115 (93.81)	NA	516 (91.25)
สาวประเภทสอง	200 (30.50)	201 (84.08)	237 (74.26)	58 (67.24)	696 (63.94)
รวมทั้งหมด	699 (47.50)	700 (76.43)	700 (77.86)	465 (60.22)	2,564 (65.99)

NA = ไม่ได้เก็บข้อมูล

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลกับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีการใช้แอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์เพื่อหาคู่นอนตั้งแต่สัปดาห์ละครั้งขึ้นไป มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี เป็น 1.52–1.98 เท่าของผู้ที่ไม่เคยใช้แอปพลิเคชัน/เว็บไซต์หาคู่นอนเลย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.02–0.04 (95% CI 1.03–3.43) การมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เป็นฝ่ายรับ (ผู้ถูกสอดใส่) มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีเป็น 5.70 เท่าของกลุ่มที่เป็นฝ่ายรุก (ผู้สอดใส่) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.01 (95% CI 3.73–8.71) และการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับผู้ชายในรอบ 3 เดือน ผู้ที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ร้อยละ 91 เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลย (95% CI 0.01– 0.67) รายละเอียดดังตารางที่ 6

ตารางที่ 5 ร้อยละของความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำแนกรายจังหวัด ปี พ.ศ. 2566

ความรู้	ร้อยละที่ตอบได้ถูกต้อง				
	กรุงเทพมหานคร (n = 699)	ชลบุรี (n = 700)	ภูเก็ต (n = 700)	อุบลราชธานี (n = 465)	รวม (n = 2,564)
การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่เป็นผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และไม่มีคู่นอนคนอื่นลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี /เอดส์ได้	61.95	84.86	81.43	66.88	74.41
การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งขณะมีเพศสัมพันธ์ลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้	68.38	92.43	85.71	83.66	82.45
คนที่ดูสุขภาพร่างกายแข็งแรงดี มีเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้	58.66	87.57	62.14	71.18	69.77
คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ จากการถูกยุงกัด	90.41	94.00	95.00	77.20	90.25
คนเราสามารถติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ จากการกินอาหารร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	89.70	92.43	94.57	78.49	89.74
ตอบถูกทั้ง 5 ข้อ	41.63	73.29	53.29	43.01	53.71

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ด้วย Univariate logistic regression และ Multivariate logistic regression ปี พ.ศ. 2566

ปัจจัย	การติดเชื้อเอชไอวี	Univariate		Multivariate	
	จำนวนที่ตรวจทั้งหมด (ร้อยละที่ติดเชื้อ)	Crude OR (95% CI)	p–value	Adj. OR (95% CI)	p–value
1. อายุ					
15–24 ปี	1,002 (5.40)	1.00			
25 ปี ขึ้นไป	1,562 (8.10)	1.54 (1.11–2.14)	0.01		
2. การขลิบปลายอวัยวะเพศ					
ขลิบ	259 (2.30)	1.00			
ไม่ขลิบ	2,187 (7.80)	3.58 (1.57–8.16)	<0.01	0.57 (0.18–1.85)	0.35
อื่น ๆ	118 (3.70)	1.62 (0.40–6.64)	0.50		
3. ความถี่ในการใช้แอปพลิเคชัน/เว็บไซต์หาคู่นอน					
ทุกวัน	988 (7.59)	0.87 (0.56–1.37)	<0.01	1.98 (1.14–3.43)	0.02*
≥สัปดาห์ละครั้ง	1,163 (5.67)	0.65 (0.44–0.98)	0.01	1.52 (1.03–2.25)	0.04*
ไม่เคยใช้หาคู่นอนชาย	376(10.37)	1.00			
ไม่ระบุ	37 (0.00)				

ตารางที่ 6 (ต่อ) ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยกับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ด้วย Univariate logistic regression และ Multivariate logistic regression ปี พ.ศ. 2566

ปัจจัย	การติดเชื้อเอชไอวี	Univariate		Multivariate	
	จำนวนที่ตรวจทั้งหมด (ร้อยละที่ติดเชื้อ)	Crude OR (95% CI)	p-value	Adj. OR (95% CI)	p-value
4. การจัดกลุ่มตัวเองในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด					
ฝ่ายรุก (ผู้สอดใส่)	961 (8.40)	1.00			
ฝ่ายรับ (ผู้ถูกสอดใส่)	910 (4.20)	0.47 (0.32–0.70)	<0.01	5.70 (3.73–8.71)	<0.01*
ทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับ	640 (9.50)	1.15 (0.81–1.62)	0.45	–	–
อื่น ๆ	53 (0.00)				
5. การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับผู้ชายในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา					
ใช้ทุกครั้ง	1,804 (8.20)	1.00			
ใช้บางครั้ง	624 (5.00)	0.59 (0.39–0.87)	0.01	0.09 (0.01–0.67)	0.02*
ไม่เคยใช้เลย	136 (0.74)	0.08 (0.01–0.60)	0.01	0.17 (0.02–1.27)	0.08
6. ระยะเวลาในการให้บริการทางเพศ					
1–15 ปี	497 (25.40)	1.00			
มากกว่า 15 ปีขึ้นไป	19 (47.10)	2.62 (0.99–6.93)	0.05		
7. จำนวนลูกค้าที่รับบริการทางเพศต่อสัปดาห์					
1–10 คน	484 (27.80)	1.00			
มากกว่า 10 คนขึ้นไป	32 (6.70)	0.17(0.11–0.25)	<0.01		
8. การกินยาต้านไวรัสก่อนสัมผัสเชื้อ (PrEP) ณ ปัจจุบัน					
กิน	323 (3.10)	0.35 (0.18–0.68)	<0.01		
ไม่กิน	1,204 (8.40)	1.00			
ไม่ระบุ	1,037 (6.70)				
9. การได้รับโปรแกรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี					
ไม่เคยได้รับ	1,692 (4.40)	1.00			
เคยได้รับ	872 (8.40)	2.01 (1.39–2.90)	<0.01		

* significant at p-value < 0.05

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาความชุกและพฤติกรรมเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี พ.ศ. 2566 พบความชุกการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุดในพื้นที่จังหวัดภูเก็ตและกรุงเทพมหานคร และพบการติดเชื้อซิฟิลิสในพื้นที่จังหวัดชลบุรีมากกว่าจังหวัดภูเก็ต ซึ่งทั้งสองจังหวัดเป็นแหล่งท่องเที่ยวที่สำคัญของประเทศ เมื่อจำแนกตามกลุ่มประชากรที่ศึกษา พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงสุดในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศชาย ดังนั้นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังคงเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จึงควรมีการเฝ้าระวังอย่างต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความท้าทายที่จะต้องค้นหาวิธีในการเข้าถึงประชากรกลุ่มนี้ให้ได้ทุกระดับ เนื่องจากปัจจุบันประชากรกลุ่มนี้มีรูปแบบการรวมตัวที่เปลี่ยนไปจากอดีต[9] จากการศึกษานี้ยังพบว่ากลุ่มที่มีอายุตั้งแต่ 25 ปี ขึ้นไป มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มอายุที่น้อยกว่า 25 ปี สอดคล้องกับการศึกษาในปี พ.ศ. 2556 ที่แสดงให้เห็นว่าอายุที่มากขึ้น จะมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น เพราะเมื่อบุคคลกลุ่มนี้มีอายุเพิ่มมากขึ้น พวกเขาก็ยังคงมีสถานะที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์อยู่[10] ดังนั้นจึงควรให้ความสำคัญกับกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่อายุยังน้อย

นอกจากนี้ยังพบว่าการเป็นฝ่ายรับมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่าการเป็นฝ่ายรุก สอดคล้องกับบทความของภาควิชาอายุรศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล ที่แสดงให้เห็นว่าการเป็นฝ่ายรับมีความเสี่ยงในการได้รับเชื้อเอชไอวี

มากถึง 138 ใน 10,000 ครั้ง ส่วนฝ่ายรุกมีความเสี่ยงเพียง 11 ใน 10,000 ครั้ง เท่านั้น[11] ทั้งนี้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของแต่ละคนนั้นมีไม่เท่ากัน ขึ้นอยู่กับปริมาณสารคัดหลั่งที่สัมผัส เช่น เลือดและสารคัดหลั่งที่มีเลือดปนจะมีความเสี่ยงในการได้รับเชื้อเอชไอวีมากที่สุด รองลงมา คือ น้ำอสุจิ น้ำคร่ำ น้ำในช่องคลอด ส่วนที่เป็นไปได้น้อยมากหรือแทบจะไม่มีเลย คือ น้ำลาย ปัสสาวะ อุจจาระ น้ำมูก และเสมหะ ถ้าไม่ได้มีเลือดปนอยู่ด้วย

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการใช้แอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์หาคู่นอนตั้งแต่สัปดาห์ละครั้งขึ้นไป มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากเป็น 1.5–2 เท่า แสดงให้เห็นว่าการสื่อสารออนไลน์เป็นปัจจัยที่สำคัญที่ส่งผลต่อพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ อาจจะทำให้การแพร่ระบาดของเอชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับการศึกษาของ Phunlerd Piyaraj และคณะ[12] ปี พ.ศ. 2561 ศึกษาการหาคู่นอนชั่วคราวผ่านอินเทอร์เน็ต และอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ประเทศไทย พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 6.00 ซึ่งมีปัจจัยเสี่ยง คือ การหาคู่นอนชั่วคราวทางอินเตอร์เน็ต และการได้รับเงินตอบแทนจากการมีเพศสัมพันธ์ ซึ่งปัจจุบันการสื่อสารออนไลน์เข้ามามีบทบาทในการดำรงชีวิตมากขึ้น อาจจะทำให้การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีเปลี่ยนรูปแบบและกลุ่มประชากรได้ และเกิดปัญหาในการควบคุมโรคและการเฝ้าระวังเพิ่มขึ้น

อัตราการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุด ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าร้อย 80 ในทุกกลุ่มประชากรที่ศึกษา แสดงให้เห็นถึงความตระหนักต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Griensven FV และคณะ[13] ศึกษาการแพร่ระบาดการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ประเทศไทย ปี พ.ศ 2556 เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับผู้ชายในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา พบว่ากลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่ากลุ่มที่ใช้บางครั้งหรือไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลย อาจจะเนื่องมาจากกลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งอาจจะรู้ตัวว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้วจึงมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ซึ่งส่วนใหญ่จะอยู่ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศ

ข้อจำกัดในการศึกษา

1. ผลกระทบจากสถานการณ์โรคติดเชื้อไวรัสโคโรนา 2019 (COVID–19) ทำให้กลุ่มพนักงานบริการชายเปลี่ยนไปใช้ระบบออนไลน์ผ่านแอปพลิเคชันต่าง ๆ แทนการอยู่ประจำสถานที่ทำให้เข้าถึงประชากรกลุ่มนี้ยากยิ่งขึ้น

2. ช่วงการเก็บข้อมูลกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั่วไปและกลุ่มสาวประเภทสองในสถานศึกษาตรงกับช่วงปิดเทอม และถูกจำกัดด้วยระยะเวลาดำเนินโครงการจึงต้องมีการเก็บข้อมูลในสถานที่อื่นทดแทนให้ครบจำนวน

ข้อเสนอแนะ

1. การใช้ถุงยางอนามัยยังคงมีความสำคัญในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นควรมีการกำหนดแนวทาง มาตรการ กิจกรรมด้านการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยในประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างจริงจัง

2. กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้แอปพลิเคชันหรือเว็บไซต์ในการหาคู่นอน ซึ่งผู้ให้บริการทางเพศออนไลน์นับเป็นกลุ่มเป้าหมายหลักที่ต้องค้นหาวิธีการเข้าถึงประชากรกลุ่มนี้ ดังนั้นภาครัฐหรือเครือข่ายที่เกี่ยวข้องควรกำหนดมาตรการ รวมถึงการตรวจสอบและดูแลเว็บไซต์ต่าง ๆ เพื่อเป็นการควบคุมป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี

3. ควรให้ความสำคัญกับกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่อายุยังน้อย เพราะเมื่อบุคคลกลุ่มนี้มีอายุเพิ่มมากขึ้น พวกเขาก็ยังคงมีสถานะที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือเป็นโรคเอดส์อยู่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณสำนักงานบริหารโครงการกองทุนโลก กรมควบคุมโรค สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี จังหวัดภูเก็ต จังหวัดอุบลราชธานี รวมทั้งเครือข่ายภาคประชาสังคม ได้แก่ สมาคมฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ มูลนิธิซิสเตอร์ จังหวัดชลบุรี Lamps Teen Center เทศบาลนครแหลมฉบัง และกลุ่มอันดามันพาวเวอร์ จังหวัดภูเก็ต ที่สนับสนุนและให้ความร่วมมือในการดำเนินงานเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในครั้งนี้

Reference

1. Jantaramanee S, Jantaramanee P, Sangwanloy O. The surveillance results of associated risk behaviors and HIV prevalence among transgender, 2012 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control; 2012 [cited 2023 Oct 3]. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/app/bookup/uploads/2021-04-281112033455.pdf (in Thai)

2. Van Griensven F, Thanprasertsuk S, Jommaroeng R, Mansergh G, Naorat S, Jenkins RA, et al. Evidence of a previously undocumented epidemic of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand. AIDS. 2005; 19: 521–6.
3. Jantaramanee S, Pansuwan N, Sangwanloy O, Jantaramanee P. The surveillance results of associated risk behaviors and HIV prevalence among men who have sex with men, 2007–2010 [Internet]. Nonthaburi: Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control; 2014 [cited 2023 Oct 3]. Available from: http://aidsboe.moph.go.th/app/bookup/uploads/2021-04-291539951975.pdf (in Thai)
4. Tikiaw P, Chailom K. Factors associated with syphilis infection in men who have sex with men in sexually transmitted diseases clinic, Office of Disease Prevention and Control, Region 1 Chiang Mai. AIDS. 2023;35(1):42–51. (in Thai)
5. Division of Epidemiology, Department of Disease Control, Thailand. Reported diseases in the 506 surveillance system [Internet]. 2022 [cited 2023 Aug 31]. Available from: http://doe.moph.go.th/surdata/506wk/y65/d37_5265.pdf (in Thai)
6. Logie CH, Newman PA, Weaver J, Roungkraphon S, Tepjan S. HIV–related stigma and HIV prevention uptake among young men who have sex with men and transgender women in Thailand. AIDS Patient Care STDS. 2016; 30(2): 92–100.
7. Muhib FB, Lin LS, Stueve A, Miller RL, Ford WL, Johnson WD, et al. A venue-based method for sampling hard-to-reach population. Public Health Rep. 2001; 116(Suppl 1): 216–22.
8. UNAIDS. Global AIDS monitoring [Internet]. 2023 [cited 2023 Dec 15]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_en.pdf
9. Jantaramanee P. A prevalence survey of HIV and sexual transmitted infection among men who have sex with men (MSM), Thailand: venue day time sampling (VDTS) and respondent driven sampling (RDS). Disease Control Journal 2016; 42(4): 269–79. (in Thai)
10. Sreephet P, Kanjansuntorn S, Plipat T. Prevalence and incidence of HIV infection among male sex worker, Pattayarak clinic, Pattaya city, Chonburi province. Disease Control Journal 2014; 40(2): 165–78. (in Thai)
11. Faculty of Medicine, Ramathibodi Hospital, Mahidol University. Top or bottom which side is more at risk of getting HIV [Internet]. 2019 [cited 2023 Oct 5]. Available from: https://www.rama.mahidol.ac.th/ramachannel/article (in Thai)
12. Piyaraj P, van Griensven F, Holtz TH, Mock PA, Varangrat A, Wimonsate W, et al. The finding of casual sex partners on the internet, methamphetamine use for sexual pleasure, and incidence of HIV infection among men who have sex with men in Bangkok, Thailand: an observational cohort study. Lancet HIV. 2018; 5(7): e379–89.
13. Van Griensven F, Thienkrua W, McNicholl J, Wimonsate W, Chaikummao S, Chonwattana W, et al. Evidence of an explosive epidemic of HIV infection in a cohort of men who have sex with men in Thailand. AIDS. 2013; 27(5): 825–32.

แนะนำการอ้างอิงสำหรับบทความนี้

เจษฎาภรณ์ งามบุญช่วย, ชารีฟ นาคสุข, ฐิติพงษ์ ยิ่งยง, สุปิยา จันทรมณี, ปรียนุช พุทธวงค์. ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในพื้นที่ 3 จังหวัด และกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ปี 2566. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2566; 54: 699–708.

Suggested citation for this article

Ngambunchuy C, Naksuk C, Yingyong T, Jantaramanee S, Putthawong P. Prevalence of HIV infection and sexually transmitted diseases and risk behaviors among men who have sex with men in 3 provinces and Bangkok, Thailand, 2023. Weekly Epidemiological Surveillance Report. 2023; 54: 699–708.

Prevalence of HIV infection and sexually transmitted diseases and risk behaviors among men who have sex with men in 3 provinces and Bangkok, Thailand, 2023

Authors: Chessadaporn Ngambunchuy, Charif Naksuk, Thitipong Yingyong, Supiya Jantaramanee, Preeyanooch putthawong

Division of Epidemiology, Department of Disease Control Ministry of Public Health, Thailand

Abstract

Introduction: Thailand has been conducting surveillance on the prevalence and risk behaviors related to HIV infection among men who have sex with men since the year 2003. From the surveillance in 2020, the HIV prevalence was found to be 6.19%, and the consistent use of condoms was below 80%, indicating a lack of awareness of self–protection from HIV infection. The spread of the HIV virus among MSM remains a public health concern that requires continuous monitoring to follow epidemiological trends.

Methods: A serial cross–sectional survey was conducted among MSM in the provinces of Phuket, Chonburi, Ubon Ratchathani, and Bangkok from March 1 to May 31, 2023, involving 2,564 participants. The survey utilized the self–administered questionnaire method on mobile devices and collected oral fluid samples from the general MSM and transgender. Additionally, collected blood samples from male sex workers to test for HIV infection, syphilis, hepatitis B, and hepatitis C. Data were analyzed using descriptive statistics and logistic regression analysis to explore the relationships between risk behaviors and HIV infection.

Results: Phuket province had the highest HIV prevalence at 3.74%. When stratified by population groups, the HIV prevalence among male sex workers was 6.09%, in the general MSM group was 4.31%, and the transgender in Bangkok had the highest prevalence at 4.50%. The prevalence of syphilis in Chonburi province was 18.50%, and in Phuket province, it was 5.22%. The prevalence of hepatitis B and C in Chonburi province was 3.00% and 1.00%, respectively. Risky behaviors associated with HIV infection included using dating apps/websites more than once a week, with a 1.5–2 times higher likelihood of HIV infection compared to those who never used them. Furthermore, MSM who were the receptive partner during anal sex had a 5.70 times higher likelihood of HIV infection than those who were the insertive partner. Consistent condom use during anal sex was associated with a 91% reduction in the risk of HIV infection compared to those who never used condoms.

Discussion: Ongoing promotion of condom use remains crucial for preventing HIV and sexually transmitted infections. Emphasizing correct and consistent condom use, along with building positive relationships between healthcare providers and MSM, is essential to improve access to services. This collaborative effort will contribute to long–term HIV prevention and control.

Keywords: men who have sex with men, HIV, sexually transmitted diseases, risk behavior, prevalence