

ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย ในกรุงเทพมหานคร

Prevalence and Risk Factors for HIV Infection among Men who have Sex with Men in Bangkok, Thailand

ฟริทส วัน กรีนสแวน^{1,2}

สมบัติ แทนประเสริฐสุข³

ระพีพันธุ์ จอมมะเร็ง^{4,5}

กอร์ดอน แมนเสิร์จ²

สถาปนา เนาวรัตน์¹

อัญชลี วรางค์รัตน์¹

ธันยนันท์ ชาวนจันทร์¹

ริชาร์ด เอ เจนกินส์²

ฟิลลิป เอ มอค¹

โรนัลด์ สตอล²

กมลเศรษฐ์ เก่งการเรือ^{4,5}

คำนวน อึ้งชูศักดิ์³

ประพันธ์ ภาณุภาค⁴

ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ^{1,3}

จอร์แดน ดับบริว แทพเพโร^{1,2}

Frits van Griensven^{1,2}

Sombat Thanprasertsuk³

Rapeepun Jommaroeng^{4,5}

Gordon Mansergh²

Sathapana Naorat¹

Anchalee Varangrat¹

Thanyanan Chaowanachan¹

Richard A Jenkins²

Philip Mock¹

Ronald Stall²

Kamolset Kangarnrua^{4,5}

Kumnuan Ungchusak³

Praphan Phanuphak⁴

Taweasap Siraprasasiri^{1,3}

Jordan W Tappero^{1,2}

1. ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข นนทบุรี
 2. ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคแห่งชาติ สหรัฐอเมริกา
 3. กรมควบคุมโรค
 4. ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย
 5. องค์กรฟ้าสีรุ้งแห่งประเทศไทย กรุงเทพฯ
1. Thailand - U.S. Centers for Disease Control and Prevention Collaboration, Nonthaburi
 2. Centers for Disease Control and Prevention, USA
 3. Department of Disease Control
 4. AIDS Research Centre, Thai Red Cross
 5. Rainbow Sky Organization, Bangkok, Thailand

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุก และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย โดยใช้เทคนิค วัน เวลา และสถานที่ (Venue-Day-Time Sampling, VDTS) ในการสุ่มตัวอย่าง และคัดกรองกลุ่มตัวอย่าง ผลการใช้เทคนิค VDTS ได้ประชากรที่ศึกษาเพศชายจำนวน 1,121 คน อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปอาศัยในเขตกรุงเทพมหานครโดยมีประวัติว่าในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาเคยมีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือทางทวารหนักกับผู้ชายด้วยกัน การประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในครั้งนี้ ได้เก็บข้อมูลทางด้านประชากรและพฤติกรรม โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ขนาดฝ่ามือช่วยในการสัมภาษณ์พร้อมทั้งเก็บตัวอย่างของเหลวในปากเพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชื้อเอชไอวี ผลการศึกษาพบความชุกของการติดเชื้อ

เอชไอวีร้อยละ 17.3 (194/1,121) ประชากรที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 26.9 ปี (อายุมัธยฐาน 25 ปี) จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 42.5 รายงานว่าในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มีเพศสัมพันธ์กับทั้งผู้ชายและผู้หญิงร้อยละ 22.3 และพบรายงานการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 36.0 ในการวิเคราะห์ตัวแปรพบพบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีได้แก่ กลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาน้อย คัดกรองมาจากสวนสาธารณะ จัดตนเองว่าเป็นรักร่วมเพศ พฤติกรรมเป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับ ในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก จำนวนปีตั้งแต่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก และจำนวนคู่นอนชายที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก พบการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายในเขตกรุงเทพมหานครอยู่ในเกณฑ์สูง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นเร่งด่วนในการหามาตรการที่จะป้องกันการระบาดของเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพสำหรับประชากรกลุ่มนี้ และพัฒนางานบริการสาธารณสุขที่เป็นมิตรเข้าใจ และสามารถเข้าถึงได้ง่าย

Abstract

The objective of this were to assess the prevalence of HIV and associated risk behavior of men who had sex with men using the Venue-day-time sampling A total of 1,121 Thai men, \geq 18 years old, residents of Bangkok and reporting anal and oral sex with a male in past 6 months were recruited. Oral fluid specimens were collected for HIV antibody testing and HIV subtype determination. Demographic and behavioral data were collected using an interviewer administered Palmtm based automated questionnaire. The HIV prevalence was 17.3% (194/1,121). Men had a mean age of 26.9 years (median 25 years) and university was completed by 42.5% . Sex with men and women during the past 6 months was reported by 22.3% and unprotected sexual intercourse during the past 3 months by 36%. Multivariate analyses showed lower education, recruitment from a park, self-identification as homosexual, practicing both receptive and insertive anal intercourse, more years since onset of anal intercourse, and more male anal sex partners were significantly and independently associated with HIV prevalence. HIV infection is common among Bangkok MSM. HIV prevention programs are urgently needed to prevent further spread of HIV in this young and sexually active population, and the development of user-friendly access to care services are warranted.

ประเด็นสำคัญ

เอชไอวี, เอดส์, พฤติกรรมเสี่ยง
ชายรักชาย

Keywords

HIV/AIDS, Risk Factors,
Men who have Sex with Men

บทนำ

ประเทศไทยได้รับการยอมรับถึงความสำเร็จในการ ยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์^(1,2) นับจากปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา ที่พบการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงบริการทางเพศและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงบริการ ซึ่งรัฐบาลได้ประกาศนโยบายส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย 100% ในภาคธุรกิจบริการ

ทางเพศ^(3,4) และใน 2-3 ปีถัดมาพบว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไปได้เริ่มลดลงจากข้อมูลความชุกของการติดเชื้อในกลุ่มทหารเกณฑ์ได้ลดลงจากร้อยละ 4 ในปี 2536 เป็นร้อยละ 0.5 ในปี 2544 และในสตรีมีครรภ์ได้ลดลงจากร้อยละ 2.3 ในปี 2538 เป็นร้อยละ 1.2 ในปี 2546 ซึ่งส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลงจาก 143,000 รายในปี 2534 เป็น 19,000 ราย ในปี 2546^(5,6)

ในอีกด้านหนึ่งของความสำเร็จที่กล่าวมานี้ ยังมี ความกังวลถึงการที่เชื้อเอชไอวีได้แพร่ระบาดไปยัง ประชากรกลุ่มเสี่ยงอื่นๆ เช่น กลุ่มชายรักชาย งานวิจัย ในกลุ่มเยาวชนชาย พบว่าพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ กับเพศเดียวกันมีตั้งแต่ร้อยละ 3.3 ถึงร้อยละ 16 ซึ่ง ประมาณได้ว่าประชากรในกลุ่มนี้จะมีจำนวนไม่น้อยทีเดียว⁽⁷⁾ ประเทศไทยยังไม่มียุทธศาสตร์ติดตามและเฝ้าระวังการติดเชื้อ เอชไอวีเฉพาะในกลุ่มชายรักชาย เนื่องมาจากค่านิยม และการยอมรับทางสังคมทำให้พฤติกรรมทางเพศของ กลุ่มชายรักชายยังไม่เป็นที่ยอมรับและเปิดเผย ตัวเลข จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นชายรักชายยังต่ำกว่าความเป็นจริง ดูได้จากจำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับรายงานจนถึงเดือนมีนาคม 2547 ในจำนวนผู้ป่วยเอดส์ 236,000 รายนั้น มีเพียง ร้อยละ 1 หรือ 2,280 คนเท่านั้นที่ถูกจัดเป็นพวกรัก เพศเดียวกันหรือรักสองเพศ⁽⁸⁾ ข้อมูลการเฝ้าระวังการ ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอยู่เป็นตัวเลขเฉพาะในกลุ่มชายชาย บริการทางเพศเท่านั้น ซึ่งกลุ่มนี้มีอัตราความชุกสูงบางปี สูงถึงร้อยละ 20⁽⁹⁾ ชายชายบริการทางเพศโดยส่วนใหญ่ จะจัดอยู่ในกลุ่มรักต่างเพศด้วย ไม่สามารถเป็นตัวแทน กลุ่มชายรักชาย ข้อมูลสถิติที่มีอยู่จึงไม่สามารถที่จะ แสดงภาพการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชาย รักชายได้ การศึกษานี้จึงมุ่งเน้นที่จะประเมินความชุกและ พฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย โดยสุ่มตัวอย่างจากชุมชน ข้อมูลที่ได้นี้จะประโยชน์ อย่างยิ่งในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและ เพื่อเป็นการเสนอแนะแนวทางการให้บริการทางการแพทย์และสาธารณสุขรวมถึงการเสนอแนะแนวทางการ ศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคต

วัสดุและวิธีการศึกษา

การสุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้ได้นำเทคนิค วัน-เวลา-สถานที่ (Venue-Day-Time Sampling: VDTS⁽¹⁰⁾) มาใช้เพื่อให้เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายและคัดกรองผู้เข้าร่วมโครงการ ใช้หลักการรวบรวมสถานที่ที่มีประชากรกลุ่มที่เข้าถึงยากมา รวมตัวกัน จากนั้นสุ่มตัวอย่างผู้ที่มีคุณสมบัติเหมาะสม

โดยการสุ่มต่างวัน ต่างเวลา ในสถานที่เดียวกัน เทคนิคนี้ แบ่งออกเป็น 4 ขั้นตอนด้วยกันคือ (1) การสำรวจและ ทำแผนที่ (2) การเจนนับประชากรเป้าหมายที่เดินผ่าน ไปมาบริเวณสถานที่ตั้ง (3) การหาผู้ที่มีคุณสมบัติและ สัมผัสใจเข้าร่วมโครงการและ (4) การคัดกรองประชากร ที่ศึกษาเข้าร่วมโครงการ⁽¹¹⁾ จากการใช้เทคนิค VDTS สามารถเจนนับสถานที่ของกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพฯ ได้จำนวนทั้งสิ้น 225 แห่ง ในจำนวนดังกล่าวนี้ 183 แห่งถูกคัดออกจากการศึกษา เนื่องจากเป็นสถานชาย บริการทางเพศผู้ใช้บริการส่วนใหญ่เป็นชาวต่างชาติ ดูไม่ปลอดภัย เข้าถึงยากและไม่ได้รับความร่วมมือ จากเจ้าของสถานบริการ นอกจากนี้ได้ตัดสถานที่ที่พบว่า มีกลุ่มเป้าหมายสัญจรอยู่น้อย คุณสมบัติไม่ตรงและ กลุ่มเป้าหมายส่วนใหญ่ไม่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาออกไป อีกจำนวน 28 แห่ง คงเหลือสถานที่เพื่อทำการเก็บ ข้อมูลจำนวน 14 แห่ง (แบ่งออกเป็น ชายนำ 6 แห่ง ส่วนสาธารณะ 4 แห่ง และสถานบันเทิง 4 แห่ง)

การประเมิน

ดำเนินการเก็บข้อมูลในช่วงเดือนเมษายนถึง เดือนพฤษภาคม ปีพ.ศ. 2545 พนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมจากโครงการจะทำหน้าที่คัดกรองผู้เข้าร่วม โครงการตามขั้นตอนที่กล่าวมาข้างต้น คุณสมบัติของผู้ที่ จะเข้าร่วมโครงการได้แก่ ชายไทย อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป พักอาศัยหรือทำงานในเขตกรุงเทพมหานคร และเคย มีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือทางทวารหนักกับผู้ชายด้วย กันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา ขั้นตอนในการเก็บข้อมูล เริ่มจากอาสาสมัครอธิบายวัตถุประสงค์โครงการให้คำ ปรึกษา ก่อนเก็บข้อมูลและขอความยินยอมจากผู้เข้าร่วม โครงการจากนั้นสัมภาษณ์โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์ ขนาดฝ่ามือ (Model Palm 500, Palm, Inc., Milpitas, California, USA) เมื่อตอบคำถามเสร็จแล้วจะเก็บ ตัวอย่างน้ำลายเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (Orasure Salivary Collection Device, Epitepe Inc, Beaverton, Oregon, USA) ผู้เข้าร่วมโครงการจะได้รับเครื่องมือ ที่ไม่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์เพื่อลดอาการเผลอนจาก

การเก็บตัวอย่างน้ำลาย สำเนาใบแสดงความยินยอม อนุญาตนามัยและสารหล่อลื่น พร้อมทั้งคู่มือความรู้เพื่อ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและการปฏิบัติตน บัตรติด แถบรหัสเพื่อนำมาฟังผลการตรวจเอชไอวีและรับ การปรึกษาหลังการตรวจหาเชื้อเอชไอวีแก่ ผู้เข้าร่วม โครงการและคู่นอน พร้อมด้วยค่าเสียเวลาและค่าเดินทาง มาฟังผลการตรวจเอชไอวีที่คลินิกนิรนาม โครงการนี้ ได้รับการอนุมัติเห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณา การศึกษาวิจัยในคณะกรรมการทรงสาธารณสุข

การตรวจสอบทางห้องปฏิบัติการ

ตัวอย่างน้ำลายที่เก็บได้นำมาทำการตรวจซ้ำ สองครั้งเพื่อหาภูมิต้านทานต่อเชื้อเอชไอวีโดยวิธี En- zyme Immune Assay: EIA เพื่อตรวจสอบของเหลวใน ปากโดย Oral Fluid Vironostika HIV Microelisa System, Organon Teknika Corp., Durham, North Carolina, USA ตัวอย่างของเหลวในปากเหล่านี้จะได้รับการวินิจฉัยการ ติดเชื้อเอชไอวีก็ต่อเมื่อผลการตรวจ EIA ทั้งสองครั้งได้ ผลเป็นบวกตรงกันจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าตัวอย่าง ของเหลวในปากมีคุณสมบัติที่ดีสามารถใช้ในการตรวจ หาภูมิต้านทานต่อเชื้อเอชไอวีเมื่อเปรียบเทียบกับของ เหลวจากเลือด (Serum) ด้วยความไวที่ 99.8% และ ความจำเพาะที่ 100%^(12,13) ในกรณีที่พบว่ามีภูมิต้าน ทานต่อเชื้อเอชไอวีจากการทดสอบของเหลวในปาก และผู้เข้าร่วมโครงการได้กลับมาฟังผลการตรวจด้วย ตนเอง โครงการฯจะขอให้เจาะเลือดเพื่อตรวจยืนยันซ้ำ อีกครั้ง โดยให้เป็นไปตามมาตรฐานกระบวนการตรวจ เชื้อเอชไอวีขององค์การอนามัยโลก (WHO)

การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ ปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ใช้สถิติการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ถดถอย (Logistic Regression Analysis) ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ ระหว่างตัวแปร 2 ตัว ถ้าพบว่าตัวแปรใดมีค่า p values เท่ากับหรือน้อยกว่า 0.1 จะนำไปวิเคราะห์ความสัมพันธ์ แบบพหุและมีการจัดกลุ่มสถานที่และปรับวันที่ตาม

ปฏิทิน การวิเคราะห์เสนอข้อมูลใช้โปรแกรมสำเร็จรูป Stata (Stata Corporation, College Station, Texas, USA)

ผลการศึกษา

คุณลักษณะทางด้านประชากร พฤติกรรมและความ ชุกของการติดเชื้อเอชไอวี

จากการคัดกรองผู้มีความสัมพันธ์เข้าชายจำนวน 1,243 คน พบว่า มีผู้ผ่านการคัดกรองและเข้าร่วมการ ศึกษาครบทุกขั้นตอนจำนวน 1,121 คน (ร้อยละ 90.2) จำนวนผู้ที่มีความสัมพันธ์ไม่ครบตามที่กำหนด 79 คน (ร้อยละ 6.4) จำนวนผู้มีความสัมพันธ์เหมาะสมแต่ปฏิเสธ ที่จะเข้าร่วมโครงการ 35 คน (ร้อยละ 2.8) และอีก 8 คน (ร้อยละ 0.6) เข้าร่วมโครงการแต่ไม่ครบทุกขั้นตอนจาก จำนวนประชากรที่ศึกษาทั้งหมด 1,121 ราย พบการ ติดเชื้อเอชไอวี 194 ราย (ร้อยละ 17.3, 95% CI 14.6-20.0) ประชากรที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 26.9 ปี (อายุมัธยฐาน 25 ปี) จบการศึกษาระดับปริญญาตรี หรือสูงกว่าร้อยละ 42.3 สำหรับการพักอาศัยของ ประชากรกลุ่มนี้พบว่า ร้อยละ 48.9 พักอาศัยกับ ครอบครัว ร้อยละ 24.6 อาศัยอยู่คนเดียวและร้อยละ 26.5 อาศัยอยู่กับคู่อุปการหรือเพื่อนผู้เข้าร่วมการศึกษา ร้อยละ 37.7 เกิดที่กรุงเทพฯ ส่วนที่เหลือย้ายมาจาก จังหวัดอื่น

พฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มประชากร ที่ศึกษาพบว่า ในช่วงเวลา 3 เดือนที่ผ่านมา ตนเองมีคู่อุปการหรือบุคคล ที่มีเพศสัมพันธ์สม่ำเสมอและมีความผูกพันกันที่เป็น ผู้ชายร้อยละ 45.9 ผู้หญิงร้อยละ 9.5 และชายที่แต่งตัว แบบผู้หญิงร้อยละ 1.3 ตามลำดับ และพบว่ามีคู่นอน ชั่วคราว (หรือคู่นอนที่มีเพศสัมพันธ์อย่างเดียวโดยไม่มี ความผูกพันหรือไม่มีการแลกเปลี่ยนเงินหรือสิ่งของ เพื่อมีเพศสัมพันธ์) ที่ เป็นผู้ชายร้อยละ 65.3 ผู้หญิงร้อยละ 8.3 และชายที่แต่งตัวแบบผู้หญิงร้อยละ 1.9 ตามลำดับ การมีเพศสัมพันธ์กับคู่อุปการหรือคู่นอน ชั่วคราวโดยไม่มีการป้องกันในช่วง 3 เดือนที่ผ่าน มาพบถึงร้อยละ 36.0 การดื่ม เครื่องดื่มที่มีส่วนผสม ของแอลกอฮอล์ร้อยละ 73.7 และร้อยละ 3.6

รายงานว่าตนเองใช้สารเสพติด ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ประชากรที่ศึกษาร้อยละ 12.9 รายงานว่าตนเองเคยใช้สารเสพติดและผู้เข้าร่วมการศึกษาคนหนึ่ง รายงานว่าตนเองเคยใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น นอกจากนี้ จำนวนประชากรที่ศึกษาร้อยละ 41.2 รายงานว่าเคยตรวจเอชไอวีแต่ไม่พบรายงาน การติดเชื้อเอชไอวี

ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียว (Univariate analysis) พบว่าตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ประชากรที่ศึกษาที่มีการศึกษาน้อยเกิดในกรุงเทพฯ คัดกรองมาจากสวนสาธารณะ (เทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่คัดกรองมาจากสถานบันเทิง) มีเพศสัมพันธ์กับเพศชายอย่างเดียว (เทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์ กับทั้งผู้ชายและผู้หญิง) จัดตนเองอยู่ในประเภทรักเพศเดียวกันหรือเกย์(เทียบกับกลุ่มรักสองเพศ รักต่างเพศหรือชายที่แปลงเพศเป็นหญิง) เป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

(เทียบกับกลุ่มที่เป็นฝ่ายรุกหรือฝ่ายรับอย่างเดียว) เคยรับเงินเพื่อแลกเปลี่ยนกับการมีเพศสัมพันธ์เคยมีแผลหรืออาการเจ็บแสบบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ไม่ต้อง การพึ่งผลการตรวจเอชไอวีมีอายุมากกว่ามีจำนวนปี ตั้งแต่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมากกว่าและในช่วงชีวิตที่ผ่านมา มีจำนวนคู่นอนชายที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมากกว่าคนอื่น (ดูตารางที่ 1) สำหรับการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุ (Multivariate analysis) พบว่า ตัวแปรที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติและเป็นอิสระกับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ประชากรที่ศึกษาที่มีระดับการศึกษาน้อย คัดกรองมาจากสวนสาธารณะ จัดตนเองเป็นรักร่วมเพศหรือเกย์ เป็นทั้งฝ่ายรุกและฝ่ายรับในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก และมีจำนวนปีตั้งแต่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักมากกว่า และมีจำนวนคู่นอนชายที่มีเพศสัมพันธ์ทาง ทวารหนักในช่วงชีวิตที่ผ่านมา มากกว่าคนอื่น (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเดียวและการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แบบพหุ (Logistic regression analysis) กับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชายในกรุงเทพฯ (จำนวนตัวอย่าง 1,121 คน)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ผลการตรวจเอชไอวี เป็นบวก (%)	Univariate odds ratio (95% CI)	P value	Multivariate odds ratio (95% CI)	P value
รวม	1121* (100)	194 (17.3)	..	..	..	..
ระดับการศึกษา						
มัธยมต้นหรือต่ำกว่า	206 (18.4)	46 (22.3)	1.51 (1.02 - 2.23)	0.08	1.79 (1.12 - 2.82)	0.03
อาชีวศึกษา ปวช. ปวส.	441 (39.3)	72 (16.3)	1.02 (0.67 - 1.55)		1.35 (0.87 - 2.00)	
ปริญญาตรีหรือสูงกว่า	474 (42.3)	76 (16.0)	1		1	
การพักอาศัย						
อยู่กับครอบครัว	548 (48.9)	101 (18.4)	1.41 (0.93 - 2.13)	0.22	..	..
อยู่คนเดียว	276 (24.6)	52 (18.8)	1.45 (0.92 - 2.27)			
อยู่กับคู่สัมพันธ์/เพื่อน	297 (26.5)	41 (13.8)	1			
สถานที่เกิด						
กรุงเทพฯ	423 (37.7)	85 (20.1)	1.36 (1.03 - 1.78)	0.03	..	..
ต่างจังหวัด	698 (62.3)	109 (15.6)	1			
สถานที่คัดกรอง						
สถานบันเทิง	376 (33.5)	49 (13.0)	1		1	
ชานา	367 (32.7)	62 (16.9)	1.36 (0.87 - 2.09)		1.28 (0.82 - 1.98)	
สวนสาธารณะ	378 (33.7)	83 (22.0)	1.88 (1.29 - 2.72)	0.003	1.71 (1.21 - 2.41)	0.007

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ผลการตรวจ เอชไอวี เป็นบวก (%)	Univariate odds ratio (95% CI)	P value	Multivariate odds ratio (95% CI)	P value
ดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ไม่ดื่ม	295 (26.3)	61 (20.7)	1		..	..
ดื่ม	826 (73.7)	133 (16.1)	.74 (0.50 - 1.08)	0.12		
เคยใช้สารเสพติด ไม่เคย	976 (87.1)	169 (17.6)	1		..	..
เคย	145 (12.9)	25 (15.2)	1.84 (0.46 - 1.51)	0.6		
มีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิง ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา มี	249 (22.3)	28 (11.2)	1		..	..
ไม่มี	869 (77.7)	165 (19.0)	1.85 (1.24 - 2.76)	0.003		
การจัดตนเอง (อยู่ใน ประเภท) รักต่างเพศ/รักสองเพศ/ ชายแต่งหญิง	269 (24.0)	28 (10.4)	1		1	
รักร่วมเพศ (เกย์)	852 (76.0)	166 (19.5)	2.08 (1.52 - 2.86)	0.001	1.92 (1.12 - 3.32)	0.02
ระบุตนเองเป็น ผู้ชาย	83 (7.4)	16 (19.3)	1.13 (0.42 - 3.00)	0.8	..	
ผู้หญิง	996 (88.8)	171 (17.2)	0.98 (0.43 - 2.25)			
ไม่ทั้งสองอย่าง	40 (3.6)	7 (17.5)	1			..
บทบาททางเพศ (เมื่อมีเพศ สัมพันธ์ทางทวารหนัก) ฝ่ายรุก	525 (47.8)	77 (14.7)	1		1	
ฝ่ายรับ	197 (17.9)	29 (14.7)	1.00 (0.62 - 1.62)		1.51 (0.96 - 2.38)	
ทั้งสองอย่าง	376 (34.2)	85 (22.6)	1.70 (1.16 - 2.48)	0.002	1.82 (1.23 - 2.70)	0.007
ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมี เพศสัมพันธ์กับคู่อีกชาย ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา** ไม่ใช้	230 (45.6)	51 (22.2)	1.49 (0.84 - 2.65)	0.17	..	..
ใช้	274 (54.4)	44 (16.1)	1			
ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมี เพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว ชาย ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา** ไม่ใช้	153 (20.9)	34 (22.2)	1.33 (0.81 - 2.21)	0.26	..	..
ใช้	578 (79.1)	102 (17.6)	1			
เคยได้รับสิ่งของหรือค่าตอบแทน เพื่อการมีเพศสัมพันธ์ ไม่เคย	974 (97.7)	164 (16.8)	1		..	..
เคย	23 (2.3)	7 (30.4)	2.16 (1.03 - 4.53)	0.04		

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ตัวแปร	จำนวน (ร้อยละ)	ผลการตรวจ เอชไอวี เป็นบวก (%)	Univariate odds ratio (95% CI)	P value	Multivariate odds ratio (95% CI)	P value
เคยมีแผลที่บริเวณอวัยวะเพศ ไม่เคย	1023 (91.3)	167 (16.3)	1			
เคย	98 (8.7)	27 (27.6)	1.95 (1.23 - 3.09)	0.005	-	-
เคยตรวจเอชไอวี ไม่เคย	630 (56.2)	108 (17.1)	1			
เคย	491 (43.8)	86 (17.5)	1.03 (0.76 - 1.38)	0.9	-	-
ผลการตรวจเอชไอวี ไม่ได้ตรวจ	630 (56.2)	108 (17.1)	1			
ผลเป็นลบ	462 (41.2)	76 (16.5)	0.95 (0.68 - 1.32)			
ไม่ต้องการบอก	29 (2.6)	10 (34.5)	2.54 (1.08 - 5.98)	0.096	-	-
ตัวแปรอันตรภาคชั้น (Interval Variable)	HIV- Mean(SD)	HIV+ Mean(SD)	Univariate odds ratio (95% CI)	P value	Multivariate odds ratio (95% CI)	P value
อายุ (ปี) *** Linear	26.6 (6.4)	28.0 (6.0)	1.07 (1.03 - 1.11)	0.001	..	..
จำนวนปีตั้งแต่เริ่มมีเพศสัมพันธ์ ทางทวารหนัก ครั้งแรกถึงปัจจุบัน (ปี) **** น้อยกว่าหรือเท่ากับ 13 ปี มากกว่า 13 ปี	7.5 (6.3)	9.4 (6.3)	1.09 (1.05 - 1.14) 0.96 (0.90 - 1.03)	0.001 0.32	1.06 (1.02 - 1.11)	0.001
จำนวนคู่นอนเพศชายใน ช่วงชีวิตที่ผ่านมา***** Log scale	41.3 (108.8)	54.3 (56.7)	1.26 (1.11 - 1.44)	0.001	1.16 (1.03 - 1.30)	0.02
จำนวนการดื่มเครื่องดื่มที่มีส่วนผสม ของแอลกอฮอล์มากกว่า 5 ครั้ง ในช่วง 3 เดือน ที่ผ่านมา Linear	11.8 (19.4)	8.8 (15.2)	0.99 (0.98 - 1.01)	0.02	..	..

CI = ระดับความเชื่อมั่น

* จำนวนเต็มของประชากรที่ศึกษาอาจจะแตกต่างกันขึ้นอยู่กับ missing values

** คำนวณเฉพาะผู้ที่รายงานว่ามิคูรัก หรือคู่นอนชั่วคราว

*** อายุมีความสัมพันธ์กับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในลักษณะโค้งรูปตัว U คำว่า และได้จัดตัวแปรนี้อยู่ในสมการแบบ second-order polynomial (chi-square=19.9, df=2, p < 0.001)

**** ระยะเวลาของการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (เช่น คำนวณจากอายุปัจจุบันลบด้วยอายุเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งแรก) มีความสัมพันธ์กับความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีเป็นลักษณะแนวโน้มที่เพิ่มขึ้นแบบคงที่ (monotonic increasing trend) จนกระทั่งสูงสุดเมื่ออายุ 13 ปี และจากนั้นเส้นกราฟจะค่อย ๆ ลดลง ซึ่งตัวแปรนี้จะถูกจัดเป็นสมการลักษณะคล้าย piecewise linear spline โดยมีจุดสิ้นสุดที่อายุ 13 ปี, (chi-square=6.86, df = 1, p < 0.01, สำหรับแสดงการเปลี่ยนแปลงความชันของเส้นกราฟที่อายุ 13 ปี)

***** ในการวิเคราะห์ผลกระทบของจำนวนคู่นอนชายต่อความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีได้ใช้ข้อมูลที่ถูกเปลี่ยนให้เป็นลักษณะมาตรวัดแบบลอการิทึม (log scale) ทั้งนี้ เนื่องจากความไม่สม่ำเสมอของข้อมูล จำนวนคู่นอนชายที่ ผ่านมาของกลุ่มตัวอย่าง โดยพบข้อมูลของจำนวนคู่นอนชายที่มีค่าแตกต่างจากกลุ่มมาก (Outlier) เป็นจำนวนหนึ่ง

วิจารณ์

การศึกษาในครั้งนี้ได้แสดงให้เห็นว่าถึงแม้ประเทศไทยจะประสบความสำเร็จในการยับยั้งการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไป แต่ในปัจจุบันพบว่าเชื้อเอชไอวีได้แพร่ระบาดไปยังกลุ่มชายรักชายในอัตราที่น่าเป็นห่วง และในขณะที่ประเทศไทยได้รับการยอมรับจากนานาประเทศให้เป็นตัวอย่างของความสำเร็จในการยับยั้งการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ แต่ก็ยังมีความท้าทายที่จะต้องดำเนินการเพื่อยับยั้งการแพร่ระบาดไปยังประชากรกลุ่มย่อยต่าง ๆ ในส่วนที่ได้ดำเนินการไปแล้วคือ การศึกษาถึงสถานการณ์การระบาดของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย ซึ่งขั้นตอนต่อไปที่ควรจะได้มีการดำเนินการอย่างเร่งด่วน คือ การขยายบริการและกิจกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมการมีส่วนร่วมและการสนับสนุนจากชุมชน การจัดการทรัพยากรและพันธะสัญญาทางการเมือง เพื่อส่งเสริมการดำเนินงานดังกล่าว การให้การสนับสนุนการศึกษาวิจัยและติดตามเฝ้าระวังในกลุ่มประชากรชายรักชาย ซึ่งในขณะนี้รัฐบาลไทยและหน่วยงานความร่วมมือต่าง ๆ ได้ตระหนักในเรื่องนี้ และได้เร่งประสานงานเพื่อการทำงานดังกล่าว

ผลการศึกษาในครั้งนี้ จะเป็นข้อมูลที่มีประโยชน์ต่อการทำงานในประชากรกลุ่มนี้ ข้อค้นพบที่ว่ากรรมสัมพันธ์ทางทวารหนักและการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นเป็นสาเหตุหลักของความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชายซึ่งข้อค้นพบนี้ สอดคล้องกับการศึกษาวิจัยในประเทศตะวันตก⁽¹⁴⁾ และจากข้อมูลพบว่ามีการใช้ยาเสพติดอยู่ในระดับที่น้อยมากขึ้นชี้ให้เห็นว่าสาเหตุของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่แล้วเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ ดังนั้นกิจกรรมการป้องกันต่าง ๆ ควรที่จะมุ่งเน้นไปที่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมทางเพศ เช่น ลดจำนวนคู่นอนสัมพันธ์ปรับเปลี่ยนพฤติกรรม และใช้ถุงยางอนามัยมากขึ้น นอกจากนี้ การพบว่าประชากรที่ศึกษาจำนวนหนึ่งที่รายงานว่าตนเองมีเพศสัมพันธ์กับทั้งผู้ชายและผู้หญิง ซึ่งกลุ่มนี้มีแนวโน้มที่จะแพร่เชื้อเอชไอวีไป

ยังกลุ่มประชากรทั่วไปได้ ผู้หญิงอาจจะไม่ตระหนักว่าคู่นอนของเขามีพฤติกรรมเป็นพวกชายรักชาย ดังนั้นจำเป็นต้องมีมาตรการส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยให้มากขึ้นในกลุ่มนี้

ประชากรที่ศึกษาเกือบทั้งหมดยังไม่ตระหนักถึงการติดเชื้อเอชไอวีหรือในอีกด้านหนึ่งจากข้อมูลที่ศึกษามีเฉพาะรายงานผู้ที่มีผลการตรวจเลือดเป็นลบ ดังนั้นในด้านดำเนินมาตรการเพื่อป้องกันการติดเชื้อประจอบกับการที่ประเทศไทยได้พัฒนาวัคซีนไวรัสที่มีประสิทธิภาพและสามารถเข้าถึงได้มากขึ้นนั้น มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะรณรงค์ให้มีบริการให้คำปรึกษาและการตรวจเอชไอวี โดยสมัครใจให้มากขึ้น

การใช้เทคนิค VCTS ในการคัดกรองกลุ่มตัวอย่างชายวัยเจริญพันธุ์ตามสถานที่ พบปะของกลุ่มชายรักชายนี้ อาจจะทำให้ได้ตัวเลขประมาณการความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงเกินกว่าความเป็นจริง อย่างไรก็ตามจากความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 17.3 ที่พบจากการศึกษานี้ชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นที่จะต้องมีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชายที่มาจากสถานที่พบปะของกลุ่มชายรักชายเหล่านี้ สำหรับผู้ที่ไม่ได้มาเที่ยวตามสถานที่พบปะเหล่านี้ อาจมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่านี้ และความต้องการบริการก็น้อยกว่าด้วย แต่ในอีกด้านหนึ่งเมื่อพิจารณาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี ที่พบว่าประชากรที่มีการศึกษาน้อยจะมีความเสี่ยงสูงกว่าและจากสัดส่วนของประชากรที่ศึกษาที่พบว่าจบการศึกษาในระดับสูงถึงร้อยละ 82 ทำให้สัดส่วนประชากรที่มีการศึกษาน้อยยิ่งต่ำกว่ามาก ซึ่งอาจมีผลต่อการประมาณความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีที่พบว่าสูงมากในกลุ่มชายรักชายในประเทศไทยนั้น สอดคล้องกับรายงานอย่างไม่เป็นทางการของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชายในประเทศจีน กัมพูชา อินโดนีเซีย และการศึกษาการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายรักชายที่กำลังดำเนินการในประเทศตะวันตก⁽¹⁵⁻¹⁸⁾ การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย

นี้เป็นจุดที่กระตุ้นให้เห็นถึงความจำเป็นเร่งด่วนที่จะต้อง
มีมาตรการในการป้องกันทั้งทางพฤติกรรมและทาง
ชีววิทยาทางการแพทย์เพื่อที่จะหยุดยั้งการแพร่ระบาด
ในประชากรกลุ่มนี้

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณพนักงานสัมภาษณ์
อาสาสมัครและคณะทำงานจากองค์การฟ้าสีรุ้งแห่ง
ประเทศไทยที่อุทิศตนทำงานอย่างทุ่มเทเพื่อสนับสนุน
การเรียนการสอนครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากศูนย์วิจัย
โรคเอดส์และคลินิกนิรนาม สภากาชาดไทย เจ้าหน้าที่จาก
ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข และ Dr.
Robert Janssen, Dr. Ida Onorato, Dr. Timothy Mastro,
Dr. Alan Greenberg, Dr. Linda Valleroy, Dr. Will-
iam Levine, Dr. Michael Martin และ Mrs. Lynne
Stockton ที่ให้ข้อคิดเห็นและข้อเสนอแนะในการประเมิน
ผลครั้งนี้ ท้ายที่สุดขอขอบคุณเจ้าของสถานบริการผู้ดูแล
สถานบริการและผู้เข้าร่วมการศึกษาทุกท่านที่ให้ความ
ร่วมมือทำให้การศึกษาครั้งนี้ ประสบผลสำเร็จ
ด้วยดี

References

1. Valdiserri RO, Ogden LL, McCray E. Accomplishments in HIV prevention science: implications for stemming the epidemic. *Nature Medicine* 2003; 9: 881- 6.
2. UNAIDS. HIV prevention needs and successes: a tale of three countries: An update on the prevention success in Senegal, Thailand and Uganda. Geneva: 2001.
3. Weniger B, Limpakarnjanarat K, Ungchusak K, et al. The epidemiology of HIV infection in Thailand. *AIDS* 1991; 5 (Suppl 2): S71-S85.
4. Hanenberg RS, Rojanapithayakorn W, Kunasol P, Sokal DC. Impact of Thailand's HIV-control programme as indicated by the decline of sexually transmitted diseases. *Lancet* 1994; 344: 243-5.
5. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย รอบที่ 1- รอบที่ 20 ปี พ.ศ. 2532-2546. นนทบุรี 2546. ที่เว็บไซต์ http://www.aidsthai.org/aidsenglish/situation_03.html เข้าใช้เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2546.
6. คณะทำงานคาดประมาณการติดเชื้อเอชไอวี กระทรวงสาธารณสุข. การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทย ปี 2543 - 2563. กระทรวงสาธารณสุข นนทบุรี 2544
7. London AS, VanLandingham MJ, Grandjean N. Socio-demographic correlates, HIV/AIDS related cofactors, and measures of same-sex sexual behavior among Northern Thai male soldiers. *Health Trans Rev* 1997; 7: 33-60.
8. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. รายงานจำนวนผู้ป่วยเอดส์จำแนกตามปัจจัยเสี่ยงและตามปีที่เริ่มป่วย ปี พ.ศ. 2527 - 2546. นนทบุรี 2546 ที่เว็บไซต์ <http://epid.moph.go.th/epi31.html> เข้าใช้เมื่อวันที่ 30 กรกฎาคม 2547
9. สำนักระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะพื้นที่ในประเทศไทย รอบที่ 21. นนทบุรี 2547.
10. Mansergh G, Naorat S, Jommaroeng R, et al. Adaptation of Venue-Day-Time sampling in Southeast Asia to access men who have sex with men for HIV assessment in Bangkok (submitted)
11. MacKellar D, Valleroy L, Karon J, Lemp G, Janssen R. The Young Men's Survey: Methods for estimating HIV seroprevalence and risk factors among young men who have sex with men. *Public Health Rep* 1996; 111 (Suppl 1): 138-44.
12. Gallo D, George JR, Fitchen JH, Goldstein AS,

- Hindahl MS. Evaluation of a system using oral mucosal transudate for HIV antibody screening and confirmatory testing. OraSure HIV Clinical Trials Group. JAMA 1997; 277: 254-8.
13. Nookai S, Sinthuwattanawibool C, Phanuphak P, George JR. Evaluation of a rapid HIV 1/2 antibody assay that tests either oral fluid, whole blood or serum plasma. Proceeding of the XIIIth International Conference; 2000 July 9-14; Durban, South Africa; 2000: MoPeA2096.
14. Caceres C, van Griensven GJP. Editorial review: The male homosexual transmission of the human immunodeficiency virus. AIDS 1994; 8: 1051-61.
15. Choi KH, Lui H, Guo Y, Han L, Mandel JS, Rutherford G. Emerging HIV epidemic in China in men who have sex with men. Lancet 2003; 361: 2125-6.
16. Girault P, Saidel T, Song N, et al. HIV, STIs and sexual behaviors among men who have sex with men in Phnom Penh, Cambodia. AIDS Educ & Prev 2004;16: 31-44.
17. Pisani, E, Girault P, Gultom M, et al. HIV, syphilis infection and sexual practices among transgenders, male sex workers and other men who have sex with men in Jakarta, Indonesia. Sex Transm Inf (in press).
18. Centers for Disease Control and Prevention. Trends in primary and secondary syphilis and HIV infections in men who have sex with men - San Francisco and Los Angeles, California, 1998-2002. MMWR 2004; 53: 575-8.