

พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศและการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร

Sexual Risk Behaviors and Sexually Transmitted Infections among Persons

Attending HIV Care in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

อัฉรา ชาวาวณิช พ.บ.*

Achara Chaovavanich M.D.*

รังสิมา โล่ห์เลขา พ.บ.**

Rangsima Lolekha M.D.**

ปรีชา ตันธนาธิป พ.บ.*

Preecha Tantanatip M.D.*

อมรพันธ์ วิรัชชัย พ.บ.*

Amornpun Wiratchai M.D.*

เจริญสุข อัครพิพิธ วท.ม.*

Jarunsook Ausavapipit M.Sc.*

กรุณา ลิ้มเจริญ วท.ม.*

Karuna Limjaroen M.Sc.*

อุมาภรณ์ เชียงพ้อ วท.ม.**

Umaporn Siangpmoe M.Sc.**

ชลลดา นันทวิสัย วท.ม.**

Chollada Nandavisai M.Sc.**

อรพิน สุศรีพานิช วท.ม.**

Orapin Suksripanich M.Sc.**

*สถาบันบำราศนราดูร

*Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute

**ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข

**Thailand MOPH - U.S. CDC Collaboration

บทคัดย่อ

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินประวัติความเสี่ยงของการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ร่วมกับปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องและเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการที่คลินิกเอชไอวีที่สถาบันบำราศนราดูร โดยผู้ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการทุกรายจะได้รับการสอบถามถึงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัย อาการที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตรวจดูแผลที่อวัยวะเพศ ตรวจหาเชื้อหนองในและหนองในเทียมโดยวิธี Polymerase Chain Reaction ตรวจการติดเชื้อซิฟิลิสโดยดู VDRL และ TPHA เป็นบวก และทำการตรวจ wet smear เพื่อหาเชื้อพยาธิทริโคโมแนส (เฉพาะผู้หญิง) ผู้ที่พบผลผิดปกติจากการซักประวัติและตรวจร่างกายจะได้รับการดูแลตามมาตรฐานของโรงพยาบาล ผลที่ได้จะถูกนำมาคำนวณโดยใช้สถิติ chi-square test และ multivariate model หาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย ผลการศึกษาพบว่า ตั้งแต่เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2548-กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 894 คน เป็นเพศชาย 395 คน (ร้อยละ 44) เพศหญิง 499 คน (ร้อยละ 56) ค่ามัธยฐานอายุ 36 ปี ผู้ป่วยร้อยละ 61 มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ในจำนวนผู้ป่วย 546 คนที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาพบว่า ผู้ชาย 90/138 คน (ร้อยละ 65) และผู้หญิง 166/203 คน (ร้อยละ 82) รายงานใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่นอนประจำ (p-value <0.01) ผู้ชาย 90/225 (ร้อยละ 40) และผู้หญิง 37/259 คน (ร้อยละ 14) มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว (p-value <0.01) โดย 51/98 คน (ร้อยละ 52) ใช้ถุงยางอนามัยครั้งสุดท้ายที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว ผู้ชาย 44/178 ราย (ร้อยละ 25) รายงานว่ามีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน และ 20/33 (ร้อยละ 61) รายงานการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ได้ป้องกัน ผู้ชาย 43/223 (ร้อยละ 19)

มีการซื้อบริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาและใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ขายบริการเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเพียง 7/26 (ร้อยละ 27) ผู้หญิง 266/331 (ร้อยละ 80) และผู้ชาย 89/143 (ร้อยละ 62) เปิดแผลแผลเลือดกับคู่นอนประจำ (p-value<0.01) ในจำนวนคู่นอนประจำ 401 คน ร้อยละ 44 ไม่ทราบผลเลือด ร้อยละ 34 มีผลเลือดเป็นบวก และร้อยละ 22 มีผลเลือดเป็นลบ โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอนประจำคือ การไม่เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน (OR =2.5 (95%CI 1.2-5.2)) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับคู่นอนที่ไม่ทราบผลเลือดหรือมีผลเอชไอวีเป็นลบคือผู้ป่วยที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (OR = 2.2 (95%CI 1.2-4.2)) ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนคือเพศหญิง (OR 2.6 (95%CI 1.4-4.6) และการรักษาด้วยยาต้านไวรัส (OR 2.2 (95%CI 1.2-4.2) อัตราความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยรวมทั้งหนองใน หนองในเทียม ซิฟิลิส ทริโคโมแนสที่พบในผู้ชายคิดเป็นร้อยละ 10 และผู้หญิงพบร้อยละ 6 (p-value = 0.06) อย่างไรก็ตามผู้ชายมีการตรวจพบผล VDRL เป็นบวกมากกว่าผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 8 และ 2 ตามลำดับ (p-value = <0.01) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใด ๆ คือผู้ชายที่มีอาการ (OR 31.2 (95%CI 7.0-139.7)) และผู้หญิงที่ตรวจพบความผิดปกติที่เข้าได้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากการตรวจร่างกายและการตรวจภายใน (OR 4.0, 95%CI 1.2-12.9)) โดยสรุป พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้มารับบริการที่คลินิกเอชไอวีค่อนข้างสูง แม้ว่าความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่มากนัก ผู้ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสและไม่ได้เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับคู่นอนที่ไม่ทราบผลเลือดหรือมีผลเลือดเป็นลบ ผู้ชายที่มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และผู้หญิงที่ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจร่างกายมีความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่ากลุ่มอื่น

Abstract

The objectives of this study were to assess sexual behaviors, factors associated with unprotected sex, and prevalence of STIs among PLHA receiving services at the HIV clinic, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. PLHA who agreed to participate were interviewed about sexual behavior, condom use, STI related symptoms, examined for genital ulcers and tested for STIs (Neisseria gonorrhoeae and Chlamydial trachomatis infection by polymerase chain reaction, syphilis by serology, VDRL and TPHA positive defined as syphilis). Wet smear for Trichomonas vaginalis was performed in women only. PLHA with signs or symptoms received standard care according to the hospital treatment guidelines. Proportions were compared using chi-square tests, multivariate models of factors associated with unprotected sex were done. From July 2005-February 2006, 894 PLHA participated in the project of which 395 (44%) were men and 499 (56%) were women. Median age was 36 years. Sexual intercourse in the last 3 months was reported by 61%. Among the 546 sexually active persons in the last 3 months, 90/138 (65%) of men and 166/203 (82%) of women reported using condoms with last sex with a steady partner (p-value < 0.01), 90/225 (40%) of men and 37/259 (14%) of women reported having sex with casual partners (p-value <0.01) and 51/98 (52%) reported using a condom with last sex with a casual partner. Forty-four (25%) of 178 men reported having sex with men, 20/33 (61%) had unprotected anal intercourse with last sex. Forty-three (19%) of 223 men bought sex in the last 3 months, 7/26 (27%) used a condom during last sex with a sex

worker. Disclosure of HIV status to partners was reported by 266/331 (80%) of women and 89/143 (62%) of men (p -value<0.01). Of 401 steady partners, 44% had unknown HIV status, 34% were HIV-positive, and 22% were HIV-negative. Unprotected sexual intercourse with a steady partner was associated with undisclosed HIV status to the partner (OR =2.5 [95%CI 1.2-5.2]). Unprotected sex with a partner with unknown or discordant HIV status was associated with PLHA not receiving antiretroviral (ARV) treatment (OR = 2.2 [95%CI 1.2-4.2]). HIV disclosure to a steady partner was associated with female sex (OR=2.6 [95%CI 1.4-4.6]) and ARV treatment (OR=2.2 [95%CI 1.2-4.2]).

Prevalence of any STIs including chlamydia, gonorrhea, syphilis and Trichomonas was 10% in men and 6% in women (p -value = 0.06). Prevalence of syphilis was higher in men compared to women, 8% and 2% respectively (p -value <0.01). Factors associated with any STIs were STI-related symptoms in men (OR=31.2 [95%CI 7.0-139.7]) and STI-related signs by physical/internal examination in women (OR=4.0 [95%CI 1.2-12.9]). In conclusions PLHA receiving care at this HIV clinic had high-risk sexual behavior but low STI prevalence. Persons who did not received ARVs or who did not disclose their HIV status to their partners had a higher risk of unprotected sex. Unprotected sex was high among steady partners with unknown or negative HIV status. Men with STI-related symptoms and women with STI-related signs had a higher risk for STIs compared to other groups.

ประเด็นสำคัญ

ผู้ป่วยโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
สถาบันบำราศนราดูร

Keywords

HIV/AIDS patients, Sexually transmitted diseases,
Bamrasnadarura Infectious Diseases Institute

บทนำ

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อสู่ผู้อื่น (Prevention with Positives) เป็นวิธีการหนึ่งที่มีความสำคัญในการป้องกันการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในชุมชน เนื่องจากการให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มคนไข้ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อไปสู่คนจำนวนมาก ในขณะที่การให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่มคนที่ไม่ติดเชื้อสามารถลดการติดเชื้อเพียงคนเดียว⁽¹⁾ ในปัจจุบันที่มีการเข้าถึงบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมากขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2549 มีรายงานผู้ป่วยรับยาต้านไวรัสจำนวนอย่างน้อย 84,000 ราย⁽²⁾ จากจำนวนผู้ติดเชื้อ 580,000 รายที่คาดประมาณในประเทศไทยในปี พ.ศ. 2549⁽³⁾

ยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดีขึ้นและมีอายุยืนยาวขึ้น แม้ผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสจะสามารถลดจำนวนไวรัสในกระแสเลือดและลดความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ผู้อื่น⁽⁴⁾ แต่ก็มีรายงานถึงการเพิ่มขึ้นของกิจกรรมทางเพศและการเพิ่มความเสี่ยงของพฤติกรรมทางเพศมากขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ยาต้านไวรัส⁽⁵⁻⁶⁾ รวมทั้งในกลุ่มชายรักชาย⁽⁷⁾ ผู้ฉีดยาเสพติดเข้าเส้นที่ ได้รับยาต้านไวรัส⁽⁸⁾ ด้วยเหตุดังกล่าวอาจทำให้มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถถ่ายทอดเชื้อสู่ผู้อื่นได้มากขึ้น ร่วมกับในผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสอาจพบเชื้อเอชไอวีที่ดื้อยาซึ่งถ้ามีการแพร่ของเชื้อดื้อยาไปสู่ผู้อื่นอาจมีผลต่อการตอบสนองต่อยาต้านไวรัสและสูตรยาที่ต้องใช้รักษาเป็นสูตรแรก และการรักษาในระยะยาวของผู้ที่ได้รับเชื้อ การตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน เนื่องจาก

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทำให้เพิ่มความเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี⁽⁹⁾ มีรายงานว่าการศึกษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มคนไข้ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้ถึงร้อยละ 27 แม้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม⁽¹⁰⁾ ดังนั้นจึงมีความจำเป็นในการประเมินความเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การทำการคัดกรองการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เพื่อนำไปสู่การให้การรักษาและการปรับลดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเหมาะสม ในปัจจุบันรายงานอัตราความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีจำกัด สถาบันบำราศนราดูรร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทยสหรัฐอเมริกา (Thailand MOPH-US.CDC collaboration, TUC) จึงมีความสนใจที่จะศึกษาโดยมีวัตถุประสงค์

1 เพื่อประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คลินิกเอชไอวี สถาบันบำราศนราดูรที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

2 เพื่อศึกษาความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร

วัสดุและวิธีการศึกษา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายที่มารับบริการที่คลินิกยาด้านไวรัส คลินิกอายุรกรรม คลินิกให้คำปรึกษาและผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิงที่มารับบริการที่คลินิกนรีเวชในสถาบันบำราศนราดูรทุกราย ระหว่างเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2548 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 จะได้รับการเชิญเพื่อเข้าร่วมโครงการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงและคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ที่ไม่สมัครใจในการเข้าร่วมโครงการจะได้รับบริการตามปกติ ส่วนผู้ที่สมัครใจในการเข้าร่วมโครงการจะได้รับการซักประวัติ ตรวจร่างกายและตรวจทางห้องปฏิบัติการดังนี้

1. ซักประวัติ อายุ เพศ อาชีพ สถานภาพ

การสมรส การศึกษา สาเหตุที่มารับการตรวจ ค่อนข้างพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัย การเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน การตรวจเลือดของคู่นอน และอาการที่เข้าได้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น อาการแสบเวลาปัสสาวะ ตกขาว การมีหนองทางช่องทางเดินปัสสาวะ แผลที่อวัยวะเพศ ปวดท้อง อาการคันหรือเจ็บบริเวณอวัยวะเพศ เป็นต้น

2. ตรวจร่างกายภายนอกโดยทั่วไป และที่อวัยวะเพศเพื่อหาแผลที่อวัยวะเพศหรือการอักเสบบริเวณอวัยวะเพศ

2.1 ในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายจะได้รับการตรวจภายในเพื่อนำสิ่งคัดหลั่งจากปากมดลูกไปตรวจหาเชื้อหนองในและหนองในเทียมโดยใช้เทคนิค Polymerase Chain Reaction (PCR) (Roche) และใช้วิธีการ wet mount ในการตรวจหาพยาธิช่องคลอดทริโคโมแนส (*Trichomonas vaginalis*)

2.2 ในผู้ชายจะได้รับการตรวจปัสสาวะ เพื่อหาเชื้อหนองใน (*Neisseria gonorrhoeae*) และหนองในเทียม (*Chlamydia trachomatis*) โดยเทคนิค PCR เช่นเดียวกัน

3. ผู้ป่วยทุกรายจะได้รับการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาระดับภูมิต้านทานต่อเชื้อซิฟิลิส ซึ่งอาศัยวิธี RPR card test (Rapid Plasma Reagin) สำหรับการตรวจคัดกรอง โดยถ้ามีผลบวกร่วมกับผลบวก จากการตรวจยืนยันด้วยวิธี TPHA (*Treponema Pallidum Hemagglutination Assay*) จะวินิจฉัยว่าติดเชื้อซิฟิลิส

4. ผู้ป่วยที่พบมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะได้รับการรักษาต่ออย่างเหมาะสม ผู้ป่วยทุกราย จะได้รับการแจกถุงยางอนามัยโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย เมื่อผู้ป่วยร้องขอจากเจ้าหน้าที่และจะได้รับคำแนะนำการใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับคำแนะนำการลดพฤติกรรมเสี่ยงตามการให้บริการปกติ

5. ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ การตรวจร่างกาย และผลทางห้องปฏิบัติการได้รับการบันทึกในฟอร์มเก็บข้อมูลที่เป็นมาตรฐานแยกจากสมุดบันทึกผู้ป่วยนอก แบบฟอร์มจะไม่มีการบันทึกชื่อผู้ป่วยแต่บันทึกเป็นรหัสด้วย

ตัวเลขของผู้ป่วยในโครงการ ซึ่งสามารถเชื่อมโยงกับสมุดบันทึกผู้ป่วยนอกด้วยรหัสของโรงพยาบาล แบบฟอร์มที่บันทึกแล้วจะถูกเก็บในตู้เก็บเอกสารที่มีกุญแจล็อก มีเพียงเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องเท่านั้นที่สามารถเปิดตู้ได้

การวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติ

ข้อมูลที่บ้านทึกลงในแบบฟอร์มจะได้รับการบันทึกลงในคอมพิวเตอร์โปรแกรม Microsoft Access ข้อมูลทางห้องปฏิบัติการต่างๆ จะถูกลงข้อมูล 2 ครั้ง เพื่อตรวจสอบความถูกต้อง โดยข้อมูลที่ลงจะได้รับการตรวจสอบกับแบบฟอร์มเก็บข้อมูลอีกครั้งเพื่อยืนยันความถูกต้อง ข้อมูลที่ถูกต้องเท่านั้นจะใส่ลงในตารางวิเคราะห์ข้อมูล การวิเคราะห์ข้อมูลด้านความถี่ใช้ chi-square test หรือ chi-square test for trend ใช้การวิเคราะห์ด้วยวิธี logistic regression เพื่อหาค่า odds ratios (OR) ที่มีค่าความเชื่อมั่นที่ร้อยละ 95 (95% Confidence intervals (CI)) สำหรับตัวแปรที่มีอาจมีความสัมพันธ์กับปัจจัยต่างๆ ที่ทำการวิเคราะห์จะถูกนำมาวิเคราะห์อีกครั้งโดยใช้ Multivariate modeling โดยใช้วิธี multiple logistic regression โดยเลือกรูปแบบ (model) ที่เหมาะสมที่สุดโดยดูจากค่า predictive value ที่วัดจากพื้นที่ใต้กราฟ (the receiver-operator curve) การทดสอบทางสถิติทั้งหมดนี้ใช้โปรแกรม Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows, version 12 software (SPSS Inc., Chicago, IL, U.S.) และ Stata v9 software (StataCorp. 2005. College Station, Tx)

ผลการศึกษา

ข้อมูลทั่วไป (ตารางที่ 1)

ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2548 จนถึงเดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2549 มีผู้ป่วยจำนวนผู้ป่วยทั้งหมด 7,780 คนได้รับการเชิญเพื่อเข้าร่วมโครงการ ผู้ป่วย 894 คนปฏิเสธการเข้าร่วมโครงการ สาเหตุที่ปฏิเสธการร่วมโครงการ ได้แก่ มีธุระ ติดงาน ไม่ต้องการเจาะเลือด หงุดหงิด ดิทยาเสพติด ต้องการคำตอบแทน เป็นต้น มีผู้ที่สมัครใจในการเข้าร่วมโครงการ 894 ราย คิดเป็น ร้อยละ 11.5 ในจำนวนนี้เป็นชาย 395 คน

(ร้อยละ 44.2) และหญิง 499 คน (ร้อยละ 55.8) ค่ามัธยฐาน (Median) ของอายุเท่ากับ 36.3 ปี (พิสัย 19.1 - 74.1 ปี) ค่ามัธยฐานอายุในชายมากกว่าหญิง (ตารางที่ 1) ค่ามัธยฐานของอายุที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 31.4 ปี (พิสัย 13.1 - 67.5 ปี) โดยส่วนใหญ่ผู้หญิงจะได้รับการตรวจการติดเชื้อในอายุที่ต่ำกว่าผู้ชายคือ 30.1 ปีและ 33.0 ปี ตามลำดับ ($P\text{-value} < 0.01$) ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 44.8 เดือน (พิสัย ตั้งแต่ 0 - 259.7 เดือน) โดยในการศึกษานี้ผู้หญิงรับทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเร็วกว่าผู้ชาย คือ 63.8 เดือนและ 30.8 เดือน ตามลำดับ ($P\text{-value} < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 1

ข้อมูลด้านพฤติกรรม

ผู้ป่วย จำนวน 546 ใน 894 ราย (ร้อยละ 61.1) มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้ป่วยร้อยละ 81.3 มีคู่นอนประจำ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายเฉลี่ยร้อยละ 75.1 โดยผู้หญิงใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายมากกว่าผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 81.8 และ 65.2 ตามลำดับ ($p\text{-value} < 0.01$, $p\text{-value} = 0.2$)

ผู้ป่วยร้อยละ 74.9 เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนประจำ โดยพบว่าผู้หญิงเปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอนประจำมากกว่าผู้ชาย คิดเป็นร้อยละ 80.4 และ 62.2 ตามลำดับ ($p\text{-value} < 0.01$)

คู่นอนประจำของผู้ป่วยเฉลี่ยร้อยละ 56.1 เคยได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว อย่างไรก็ตามผู้ป่วยส่วนใหญ่ไม่ทราบผลเลือดของคู่นอนถึงร้อยละ 43.9 โดยร้อยละ 34.4 ของคู่นอนประจำมีผลการตรวจเลือดเอชไอวีเป็นบวก และร้อยละ 21.7 มีผลเลือดเอชไอวีเป็นลบ

ผู้ป่วยร้อยละ 26.2 มีคู่นอนชั่วคราวในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาโดยมีค่ามัธยฐานจำนวน 1 คน (พิสัย 1-10 คน) ผู้ชายมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราวในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มากกว่าผู้หญิง คิดเป็นร้อยละ 40.0 และ

ร้อยละ 14.3 ตามลำดับ ($p\text{-value}1 < 0.01$) อย่างไรก็ตาม ผู้หญิงมีแนวโน้มจะใช้ถุงยางอนามัยครั้งสุดท้ายกับคู่นอนชั่วคราวมากกว่าผู้ชายคือร้อยละ 60.7 และ 48.6 ตามลำดับ ($p\text{-value}1 = 0.7$)

ผู้หญิงร้อยละ 6.5 มีประวัติเคยขายบริการทางเพศมาก่อน ในขณะที่ผู้ชายมีเพียงร้อยละ 1.5 เท่านั้นที่เคยขายบริการทางเพศมาก่อน ($p\text{-value}1 = 0.3$)

ในจำนวนผู้ชาย 178 คนที่ตอบคำถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน พบว่ามีจำนวน 44 คน (ร้อยละ 24.7) มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ในจำนวนนี้มี 2 ใน 44 คนที่ตอบว่ามีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำที่เป็นหญิงด้วย ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับผู้ชายด้วยกันโดยไม่ได้อุปกรณ์ป้องกันพบ 20 ใน 33 คนที่ตอบคำถาม คิดเป็นร้อยละ 60.6

ผู้ชายจำนวน 43 ใน 223 คนมีการซื้อบริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาโดยมีเพียงร้อยละ 26.9 เท่านั้นที่ใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ชายบริการทางเพศในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

ผู้ป่วยที่มาที่คลินิกได้รับการแจกถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 25.5 โดยผู้หญิงได้รับการแจกถุงยางอนามัยมากกว่าผู้ชาย คือร้อยละ 38.0 และร้อยละ 10.4 ตามลำดับ ($p < 0.01$) ดังแสดงในตารางที่ 1 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่นอนต่าง ๆ โดยไม่ได้ป้องกันโดยการวิเคราะห์แบบ univariate และ multivariate analysis (ตารางที่ 2)

คู่นอนประจำ: จากการวิเคราะห์แบบ Univariate analysis พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับคู่นอนประจำ ได้แก่ เพศชายมีอัตราเสี่ยงหรือ Odds ratio (OR) คิดเป็น 2.4 เท่าของผู้หญิง (95% CI 1.5-3.9, $p\text{-value} < 0.01$) ผู้ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสมีอัตราเสี่ยงเป็น 1.8 เท่าของผู้ที่รับยาต้านไวรัส (OR =1.8, 95%CI 1.1-3.1, $p\text{-value} 0.02$) ผู้ที่ไม่เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนประจำมีอัตราเสี่ยงเป็น 2.8 เท่าของผู้ที่เปิดเผยผลเลือด (OR 2.8, 95%CI 1.4-5.6, $p\text{-value} < 0.01$) และผู้

ที่ไม่ทราบผลเลือดของคู่นอนแต่คาดว่าคู่นอนประจำน่าจะไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่แน่ใจว่าติดเชื้อหรือไม่ มีอัตราเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ปลอดภัยคิดเป็น 1.2 และ 2.3 เท่าของคนที่ไม่คิดว่าคู่นอนประจำติดเชื้อเอชไอวีตามลำดับ ($p=0.08$) อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์แบบ multivariate analysis เพื่อตัดตัวกวนอื่น ๆ ออกแล้ว พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับคู่นอนประจำมีเพียงการที่ไม่ได้เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน (OR 2.5, 95%CI 1.2-5.2, $p\text{-value} = 0.01$)

คู่นอนใด ๆ ก็ตาม: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับคู่นอนใด ๆ ก็ตามโดยการวิเคราะห์แบบ Univariate analysis ได้แก่ เพศชายมีอัตราเสี่ยงเป็น 3.3 เท่าของผู้หญิง (OR 3.3, 95%CI 2.2-5.1, $p\text{-value} < 0.01$) เวลาตั้งแต่วินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเป็นปีน้อยกว่าค่ามัธยฐาน (44 เดือน) มีอัตราเสี่ยงเป็น 1.8 เท่าของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยนานกว่า 44 เดือน (OR 1.8, 95%CI 1.2-2.8, $p\text{-value} < 0.01$) ผู้ที่ไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีอัตราเสี่ยงเป็น 3.8 เท่าของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส (OR 3.8, 95%CI 2.4-5.9, $p\text{-value} < 0.01$) การไม่ได้เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนมีอัตราเสี่ยงเป็น 2.2 เท่าของผู้ที่เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน (OR 2.2, 95%CI 1.2-3.9, $p\text{-value} 0.01$)) ผู้ที่ไม่ทราบผลเลือดของคู่นอน แต่คาดว่าคู่นอนไม่น่าจะติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราเสี่ยงเป็น 1.2 เท่าของผู้ที่คาดว่าผลเลือดของคู่นอนเป็นบวก (OR 1.2, 95% CI 0.5-2.8) หรือไม่แน่ใจมีอัตราเสี่ยงเป็น 2.3 เท่าของผู้ที่คาดว่าผลเลือดของคู่นอนเป็นบวก (OR 2.3, 95% CI 1.2-4.5, $p\text{-value} 0.03$) และผู้ที่ไม่ได้รับถุงยางอนามัยมีอัตราเสี่ยงเป็น 1.7 เท่าของผู้ที่ได้ถุงยางอนามัย (OR 1.7, 95%CI 1.1-2.8, $p\text{-value} 0.02$) อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์แบบ multivariate analysis เพื่อตัดปัจจัยกวนอื่น ๆ ออกแล้วพบว่าไม่มีปัจจัยใดที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับคู่นอนใด ๆ ก็ตามที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีเพียงการไม่ได้รับยา

ต้านไวรัสซึ่งมีแนวโน้มว่าอาจมีความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยมีอัตราเสี่ยงเป็น 1.8 เท่าของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส (OR 1.8, 95%CI 0.9-3.5 p-value 0.07)

คู่คนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหรือคู่คนที่ไม่ทราบผลเลือด: ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันกับคู่คนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหรือคู่คนที่ไม่ทราบผลเลือด โดยการวิเคราะห์แบบ Univariate analysis ได้แก่ เพศชายมีอัตราเสี่ยงเป็น 2 เท่าของผู้หญิง (OR 2.0, 95%CI 1.2-3.5, p-value 0.01) และการไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีอัตราเสี่ยงเป็น 2.5 เท่าของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส (OR 2.5, 95%CI 1.4-4.4, p-value < 0.01) แต่เมื่อวิเคราะห์แบบ multivariate analysis เพื่อตัดปัจจัยกวนอื่นๆ ออกแล้ว พบว่าคู่ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัยกับคู่คนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหรือคู่คนที่ไม่ทราบผลเลือดอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (OR = 2.2, 95%CI 1.2-4.2, p-value 0.01)

อาการทางคลินิกและผลตรวจทางห้องปฏิบัติการด้านเอชไอวี

ผู้ป่วยร้อยละ 64.2 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในจำนวนนี้เป็นผู้ชายร้อยละ 50.7 และผู้หญิงร้อยละ 75.0 (p-value < 0.01) โดยค่ามัธยฐานของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ชายเท่ากับ 19.2 เดือนและในผู้หญิงเท่ากับ 24.5 เดือน (p-value = 0.02) มีผู้ที่ขาดยาต้านไวรัสในช่วง 3 วันที่ผ่านมาเพียงร้อยละ 0.8 เท่านั้น ผู้ป่วยมีค่ามัธยฐานของจำนวนซีดี 4 (CD4 cell count) เท่ากับ 245.5 เซลล์ต่อลบ.มม (พิสัย 1-1475 เซลล์ต่อลบ.มม) โดยค่ามัธยฐานของจำนวนซีดี 4 ในผู้ชายเท่ากับ 194 เซลล์ต่อลบ.มม (พิสัย 1-1051 เซลล์ต่อลบ.มม) ส่วนในผู้หญิงเท่ากับ 285 เซลล์ต่อลบ.มม (พิสัย 1-1475) (p-value < 0.01)

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โดยภาพรวมพบการติดเชื้อโรคติดต่อทาง

เพศสัมพันธ์ใดๆ ในผู้ป่วยร้อยละ 7.6 ซึ่งหมายรวมถึงแผลที่อวัยวะเพศ หรือมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบเชื้อหนองในหรือหนองในเทียมโดยวิธี PCR การตรวจ wet smear เจอเชื้อพยาธิทริโคโมแนสหรือการตรวจซีฟิลิสโดย VDRL test พบผลเป็นบวก โดยพบโรคหนองในและหนองในเทียมน้อยมากประมาณร้อยละ 1 พบแผลที่อวัยวะเพศประมาณร้อยละ 1 ทั้งในหญิงและชาย พบผล VDRL เป็นบวกในผู้ชายร้อยละ 8.2 ซึ่งมากกว่าในผู้หญิงซึ่งพบเพียงร้อยละ 2.2 เท่านั้น (P-value = 0.02)

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใด ๆ ก็ตาม

จากการวิเคราะห์แบบ univariate analysis ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 893 คนที่มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร (ตารางที่ 3) พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ผู้ชายที่มีอาการทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (OR 31.2 (95%CI 7.0-139.7), p-value < 0.01) และผู้หญิงที่ตรวจพบความผิดปกติจากการตรวจร่างกาย (OR = 3.3 (95%CI 1.0-10.2), p-value = 0.04) โดยเมื่อตัดปัจจัยกวนอื่นๆ ออกโดยการวิเคราะห์แบบ multivariate analysis แล้วพบว่าปัจจัยดังกล่าวยังมีความสัมพันธ์กับการตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเปิดเผยผลเลือดเอชไอวีกับคู่คน

จากการวิเคราะห์ทั้งแบบ univariate และ multivariate analysis ในผู้ป่วยจำนวน 297 คน (ตารางที่ 4) พบว่า ผู้หญิงจะเปิดเผยผลเลือดกับคู่คนมากกว่าผู้ชายถึง 2.6 เท่า (OR 2.6, 95%CI 1.4-4.6, p-value < 0.01) และผู้ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสจะเปิดเผยผลเลือดของตนเองกับคู่คนมากกว่าคู่ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสถึง 2.2 เท่า (95%CI 1.2-4.2, p-value 0.01)

ตารางที่ 1. แสดงผลของชายที่ติดเชื้อเอชไอวี 395 รายและหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี 499 รายที่มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร

ข้อมูล	รวม n/N (%)	ชาย n/N (%)	หญิง n/N (%)	P-value	P-value ¹
ข้อมูลทั่วไป					
ค่ามัธยฐาน (Median) อายุ ปี (พิสัย)	36.3(19.1-74.1)	36.8(19.1-74.1)	35.9(19.4-66.6)	0.05	0.3
ค่ามัธยฐานอายุที่ทราบผลเอชไอวีเป็นบวกเป็นปี (พิสัย)	31.4(13.1-67.5)	33.0(16.2-67.5)	30.1(13.1-66.0)	<0.01	<0.01
ค่ามัธยฐานเวลาดังแต่วินิจฉัยติดเชื้อเอชไอวีเป็นเดือน(พิสัย)	44.8(0-259.7)	30.8(0-259.7)	63.8(0-231.5)	<0.01	<0.01
ข้อมูลด้านพฤติกรรม					
มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	546/894(61.1)	247/395(62.5)	299/499(59.9)	0.4	0.1
มีคู่นอนประจำในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	401/493(81.3)	184/230(80.0)	217/63(82.5)	0.5	0.1
การใช้ถุงยางหลังมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่นอนประจำ	256/341(75.1)	90/138(65.2)	166/203(81.8)	0.01	0.2
เปิดเผยผลเลือดเอชไอวีให้กับคู่นอนประจำ	355/474(74.9)	89/143(62.2)	266/331(80.4)	<0.01	<0.01
ผลการตรวจเลือดเอชไอวี (HIV test) ในคู่นอนประจำ	225/401(56.1)	99/184(53.8)	126/217(58.1)	0.4	0.5
สถานะการติดเชื้อเอชไอวีในคู่นอนประจำ				0.1	0.7
-ไม่ทราบ	176/401(43.9)	85/184(46.2)	91/217(41.9)		
-ผลบวก	138/401(34.4)	54/184(29.3)	84/217(38.7)		
-ผลลบ	87/401(21.7)	45/184(24.5)	42/217(19.4)		
มีคู่นอนชั่วคราวในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	127/484(26.2)	90/225(40.0)	37/259(14.3)	<0.01	<0.01
ค่ามัธยฐานของจำนวนคู่นอนชั่วคราว	1(1-10)	1(1-10)	1(1-2)		
การใช้ถุงยางหลังมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่นอนชั่วคราว	51/98(52.0)	34/70(48.6)	17/28(60.7)	0.3	0.7
ประวัติการขายบริการทางเพศ	20/458(4.4)	3/195(1.5)	17/263(6.5)	0.01	0.3
ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	44/178(24.7)	44/178(24.7)	-	-	-
มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ได้อุปกรณ์	20/33(60.6)	20/33(60.6)	-	-	-
มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำที่เป็นเพศหญิง	2/44(4.5)	2/44(4.5)	-	-	-
ชายที่ซื้อบริการทางเพศในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา	43/223(19.3)	43/223(19.3)	-	-	-
การใช้ถุงยางหลังมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับลูกค้าบริการทางเพศ	7/26(26.9)	7/26(26.9)	-	-	-
คนที่ได้รับการแจกถุงยางอนามัย	185/725(25.5)	34/328(10.4)	151/397(38.0)	<0.01	<0.01
อาการทางคลินิก					
ค่ามัธยฐานของจำนวน CD4, เซลล์/ลบ.มม (พิสัย)	245.5(1-1475)	194(1-1051)	285(1-1475)	<0.01	<0.01
การได้ยาต้านไวรัส				<0.01	-
-ได้	531/827(64.2)	187/369(50.7)	344/458(75.1)		
-ไม่ได้	296/827(35.8)	182/369(49.3)	114/458(24.9)		
ค่ามัธยฐานของระยะเวลาการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นเดือน(พิสัย)	21.9(0.3-129.1)	19.2(0.4-129.1)	24.5(0.3-115.1)	0.02	0.02
จำนวนผู้ที่ขาดยาต้านไวรัสในช่วง 3 วันที่ผ่านมา	4/531(0.8)	3/187(1.6)	1/344(0.3)	0.1	0.1
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					
Genital Ulcer	11/894(1.2)	4/395(1.0)	7/499(1.4)	0.8	1.0
Chlamydia	7/816(0.9)	3/393(0.8)	4/423(0.9)	1.0	1.0
Gonorrhea	11/816(1.3)	5/393(1.3)	6/423(1.4)	0.9	0.7
Trichomonas wet mount	13/499(2.6)	-	13/499 (2.6)	-	-
VDRL reactive	43/890(4.8)	32/392(8.2)	11/498 (2.2)	<0.01	0.02
VDRL titer $\geq 1:8$	5/890(0.6)	4/392(1.0)	1/498 (0.2)	0.2	0.4
โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใด ๆ ²	68/893(7.6)	38/394(9.6)	30/499 (6.0)	0.06	0.3

¹ ค่า p-value เมื่อควบคุมปัจจัยเรื่องการได้รับยาต้านไวรัส

² โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โรคใดโรคหนึ่งที่ตรวจพบจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่อไปนี้ เช่น CT PCR, NG PCR, Trichomoniasis wet mount, หรือ VDRL titer $\geq 1:8$

ตารางที่ 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายที่ไม่ได้ป้องกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่สถานบำบัดยาเสพติด

ลักษณะ	กลุ่มคนประจำ (n=341)			กลุ่มคนใด ๆ ก็ตาม (n=411)			กลุ่มคนที่ผลเอชไอวีเป็นลบหรือไม่ทราบสถานะการติดเชื้อ (n=279)		
	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
อายุ (ปี)									
- ≥ คำมัธยฐาน	42/169 (24.9)	1	-	75/206 (36.4)	1.2 (0.8-1.9)	-	39/140 (27.9)	1.0 (0.6-1.7)	-
- < คำมัธยฐาน	43/172 (25.0)	1.0 (0.6-1.7)	-	65/205 (31.7)	1	-	38/139 (27.3)	1	-
P-value		1.0	-		0.3	-		0.9	-
เพศ									
- ชาย	48/138 (34.8)	2.4 (1.5-3.9)	1.1 (0.5-2.2)	91/188 (48.4)	3.3 (2.2-5.1)	1.0 (0.5-2.0)	33/88 (37.5)	2.0 (1.2-3.5)	1.4 (0.7-2.7)
- หญิง	37/203 (18.2)	1	1	49/223 (22.0)	1	1	44/191 (23.0)	1	1
P-value		<0.01	0.9		<0.01	1.0		0.01	0.3
ระดับการศึกษา (ปี)									
- ≥ 9	47/203 (24.1)	1	-	82/247 (33.2)	1	-	40/165 (24.2)	1.5 (0.9-2.6)	-
- < 9	33/136 (25.7)	1.1 (0.7-1.8)	-	56/162 (34.6)	1.1 (0.7-1.6)	-	37/114 (32.5)	1	-
P-value		0.7	-		0.8	-		0.1	-
เวลาดังแต่วินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี (ปี)									
- ≥ คำมัธยฐาน	40/162 (24.7)	1.1 (0.6-1.8)	-	48/185 (25.9)	1	-	33/142 (23.2)	1	1
- < คำมัธยฐาน	38/163 (23.3)	1	-	79/204 (38.7)	1.8 (1.2-2.8)	-	38/123 (30.9)	1.5 (0.9-2.5)	1.1 (0.6-2.0)
P-value		0.8	-		<0.01	-		0.1	0.8
จำนวน CD 4, เซลล์/mm ³									
- ≥ 200	49/202 (24.3)	1	-	69/234 (29.5)	1	1	44/171 (25.7)	1.1 (0.6-1.9)	-
- < 200	29/108 (26.9)	1.1 (0.7-2.0)	-	51/138 (37.0)	1.4 (0.9-2.2)	1.5 (0.7-2.4)	20/81 (24.7)	1	-
P-value		0.6	-		0.1	0.4		0.9	-

ตารางที่ 2. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายที่ไม่ได้ป้องกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่สถาบันบำราศนราดูร

ลักษณะ	กลุ่มประชากร (n=341)			กลุ่มใด ๆก็ตาม (n=411)			กลุ่มที่ไม่มีผลเอชไอวีเป็นลบหรือไม่ทราบสถานะการติดเชื้อ(n=279)		
	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
การรักษาด้านไวรัส									
- ใช่	38/191 (19.9)	1	1.0 (0.5-2.1)	47/217 (21.7)	1	1	35/171 (20.5)	1	1
- ไม่ใช่	38/121 (31.4)	1.8 (1.1-3.1)	1	83/163 (50.9)	3.8 (2.4-5.9)	1.8 (0.9-3.5)	33/85 (38.8)	2.5 (1.4-4.4)	2.2 (1.2-4.2)
P-value		0.02	1.0		<0.01	0.07		<0.01	0.01
เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน									
- ใช่	32/204 (15.7)	1	1	42/217 (19.4)	1	1	38/181 (21.0)	1	-
- ไม่ใช่	19/55 (34.5)	2.8 (1.4-5.6)	2.5 (1.2-5.2)	25/73 (34.2)	2.2 (1.2-3.9)	1.7 (0.9-3.3)	17/58 (29.3)	1.6 (0.8-3.0)	-
P-value		<0.01	0.01		0.01	0.1		0.2	-
สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของ									
คู่นอนที่คิดว่าจะเป็น									
- คิดว่าติดเชื้อเอชไอวี	12/95 (12.6)	1	-	16/100 (16.0)	1	-	-	-	-
- คิดว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี	7/47 (14.9)	1.2 (0.4-3.3)	-	9/50 (18.0)	1.2 (0.5-2.8)	-	-	-	-
- ไม่แน่ใจ	24/97 (24.7)	2.3 (1.1-4.9)	-	36/117 (30.8)	2.3 (1.2-4.5)	-	-	-	-
P-value		0.08	-		0.03	-	-	-	-
ผลเลือดของคู่นอนที่ได้รับการ									
ยืนยันทางห้องปฏิบัติการ									
- ผลบวก	24/112 (21.4)	1	-	33/120 (27.5)	1	-	-	-	-
- ผลลบ	21/74 (28.4)	1.5 (0.8-3.1)	-	27/78 (34.6)	1.4 (0.8-2.6)	-	-	-	-
P-value		0.3	-		0.3	-	-	-	-
ได้รับถุงยางอนามัย									
- ใช่	26/126 (20.6)	1	-	36/137 (26.3)	1	1	25/110 (22.7)	1	-
- ไม่ใช่	42/161 (26.1)	1.4 (0.8-2.4)	-	80/210 (38.1)	1.7 (1.1-2.8)	1.1 (0.5-2.3)	39/132 (29.5)	1.4 (0.8-2.6)	-
		0.3	-		0.02	0.8		0.2	-

อายุและระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกแบ่งเป็น 2 กลุ่มโดยทำการวิเคราะห์ที่เทียบระหว่างค่าที่สูงและต่ำกว่าค่ามัธยฐาน โดยค่ามัธยฐานของอายุในกลุ่มคู่นอนประจำ คู่่นอนใด ๆก็ตาม และคู่นอนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ทราบผลเลือดเอชไอวี คือ 35.5, 35.7 และ 35.1 ปี ตามลำดับ; ค่ามัธยฐานของระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี คือ 49.9, 44.0, และ 49.9 เดือนตามลำดับ

ตารางที่ 3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใด ๆ ⁽¹⁾ ก็ตามในผู้ติดเชื้อเอชไอวี 893 คนที่มารับการรักษาที่สถาบันบำราศนราดูร

ปัจจัย	n/N (%)	ตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (n=44)	
		Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
อายุ (ปี) - ≥ 25 ปี	40/860 (4.7)	1	1
- < 25 ปี	4/33 (12.1)	2.8 (0.9-8.4)	1.0(0.1-8.2)
P-value	-	0.06	1.0
เพศ - ชาย	16/394 (4.1)	1	-
- หญิง	28/499 (5.6)	1.4 (0.7-2.6)	-
P-value	-	0.3	-
มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา			
- มี	29/546 (5.3)	1.1(0.6-2.0)	-
- ไม่มี	15/347 (4.3)	1	-
P-value	-	0.9	-
ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอน			
- ใช้สม่ำเสมอ	13/239 (5.4)	1	-
- ใช้ไม่สม่ำเสมอ	13/165 (7.9)	1.5 (0.7-3.3)	-
P-value	-	0.3	-
จำนวน CD4 , เซลล์/ลบ.มม			
- ≥ 200	24/481 (5.0)	1	-
- < 200	17/314 (5.4)	1.0 (0.6-2.1)	-
P-value	-	0.8	-
การรักษาด้วยยาต้านไวรัส			
- ได้	22/531 (4.1)	1	1
- ไม่ได้	19/295 (6.4)	1.6 (0.8-3.0)	1.6 (0.7-3.8)
P-value	-	0.1	0.3
อาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ²			
หญิง - มี	7/78 (9.0)	1.9 (0.8-4.6)	1.6 (0.6-4.2)
- ไม่มี	21/421 (5.0)	1	1
P-value	-	0.2	0.4
ชาย - มี	4/8 (50.0)	31.2 (7.0-139.7)	-
- ไม่มี	12/386 (3.1)	1	-
P-value	-	<0.01	-
ความผิดปกติทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตรวจพบจากการตรวจร่างกาย ³			
หญิง - มี	4/24 (16.7)	3.3 (1.0-10.2)	4.0 (1.2-12.9)
- ไม่มี	28/485 (5.8)	1	1
P-value	-	0.04	0.02

¹โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใด ๆ หมายถึง การตรวจโดยแพทย์พบ แผลที่อวัยวะเพศ หรือมีผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการการผิดปกติต่อเชื้อต่อไปนี้ เช่น การติดเชื้อหนองในเทียม (chlamydia) หนองใน (gonorrhea) ทริโคโมแนส (trichomoniasis) หรือตรวจพบระดับ VDRL titer ≥ 1:8

² อาการที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ หมายถึง มีอาการใด อาการหนึ่งต่อไปนี้ รอยโรคที่อวัยวะเพศ สิ่งคัดหลั่งผิดปกติทางช่องคลอด หรือปวดท้องน้อยด้านล่างในผู้หญิง; และมีรอยโรคที่ อวัยวะเพศ ปัสสาวะแสบขัด สิ่งคัดหลั่งผิดปกติทางอวัยวะเพศ สิ่งคัดหลั่งผิดปกติทางรูทวาร หรือถุงอั้นทะวมในผู้ชาย

³ ความผิดปกติทางโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตรวจพบจากการ ตรวจร่างกาย หมายถึง การตรวจพบรอยโรคที่ปากมดลูก (cervix) เช่น มีการอักเสบ หนอง ป้ายได้เลือดหรือหนองปน การมีสิ่งคัดหลั่ง ผิดปกติในช่องคลอด หรือการตรวจ bimanual พบมีการปวดบริเวณ ท้องรังไข่หรือเจ็บเวลาเคลื่อนปากมดลูกในผู้หญิง

ตารางที่ 4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลเลือดเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 297 คนที่มารับบริการที่สถาบันบำราศนราดูรให้กับคู่นอนประจำ

ปัจจัย	HIV disclosure (n=229)		
	n/N (%)	Unadjusted OR (95% CI)	Adjusted OR (95% CI)
อายุ (ปี)			
- ≥ 35 ปี	113/150 (75.3)	1	-
- < 35 ปี	116/147 (78.9)	1.2 (0.7-2.1)	-
P-value	-	0.5	-
เพศ			
- ชาย	55/86 (64.0)	1	1
- หญิง	174/211 (82.5)	2.7 (1.5-4.7)	2.6 (1.4-4.6)
P-value		<0.01	<0.01
ระดับการศึกษา (เป็นปี)			
- ≥ 9	139/178 (78.1)	1.1 (0.6-1.9)	-
- < 9	90/118 (76.3)	1	-
P-value		0.7	-
ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (เดือน)			
- ≥ 57.4	117/145 (80.7)	1.4 (0.8-2.5)	-
- < 57.4	104/139 (74.8)	1	-
P-value		0.2	-
การรักษาด้วยยาต้านไวรัส			
- ได้	169/210 (79.0)	2.1 (1.1-3.9)	2.2 (1.2-4.2)
- ไม่ได้	42/68 (21.0)	1	1
P-value		0.02	0.01

วิจารณ์

สถาบันบำราศนราดูรมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการรักษาในคลินิกผู้ป่วยนอกจำนวน 7,780 คนต่อปี⁽¹¹⁾ ผู้ป่วยที่เข้าร่วมโครงการครั้งนี้มีจำนวน 894 คน จัดเป็นผู้ป่วยร้อยละ 11.5 ของผู้ป่วยที่มารับบริการทั้งหมดของสถาบัน เนื่องจากการคัดกรองผู้ป่วยเข้าร่วมโครงการนี้มาจากคลินิกที่ต่างกัน ได้แก่ ผู้หญิงคัดกรองมาจากคลินิกสูตินรีเวช ส่วนผู้ชายคัดกรองมาจากคลินิกยาต้านไวรัส คลินิกอายุรกรรม และคลินิกให้คำปรึกษาทำให้มีผลต่อข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยในด้านระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีและร้อยละของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัส กล่าวคือ ผู้ป่วยชายที่คัดกรองจากคลินิกให้คำปรึกษาเป็นผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัยมาไม่นาน และยังไม่ได้เริ่มการรักษา

ด้วยยาต้านไวรัส ดังจะเห็นได้จากระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงประมาณ 5 ปี ในขณะที่ผู้ชายทราบว่าติดเชื้อมาประมาณ 2 ปีครึ่งและผู้หญิงร้อยละ 75 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ในขณะที่ผู้ชายร้อยละ 50 ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพื่อลดปัจจัยเรื่องความลำเอียงดังกล่าว การคำนวณค่า p-value ถึงความแตกต่างระหว่างหญิงชาย จึงมีการนำปัจจัยเรื่องการได้รับยาต้านไวรัสมาคำนวณให้น้ำหนักด้วย หลังจากปรับความแตกต่างโดยการนำปัจจัยเรื่องการได้รับยาต้านไวรัสมาคำนวณด้วยแล้ว ยังพบว่า ผู้ป่วยหญิงที่เข้าร่วมโครงการส่วนใหญ่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเร็วกว่าผู้ป่วยชายเล็กน้อยคือ 30 และ 33 ปีตามลำดับ ซึ่งข้อมูลดังกล่าวมีความแตกต่างจากรายงานในอดีต⁽¹²⁾ ที่รายงานว่าผู้หญิงส่วนใหญ่จะเข้าใช้บริการช้ากว่าผู้ชาย เนื่องจากผู้หญิงบางรายรับเชื้อจากสามีโดยที่ตนเองไม่ได้มี

เพศสัมพันธ์กับคู่นอนอื่นๆ จึงไม่คิดว่าตนเองเป็นกลุ่มเสี่ยง การที่เป็นเช่นนี้สามารถอธิบายได้จากการที่ผู้หญิงส่วนมากที่มารับบริการที่คลินิกสูตินรีเวชที่สถาบันบำราศนราดูร ได้รับการตรวจพบการติดเชื้อเมื่อมารับการฝากครรภ์ และบางรายได้รับการตรวจเลือดหลังทราบว่าสามีติดเชื้อเป็นต้น แสดงให้เห็นความสำคัญของการทำการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงตั้งครรภ์ทุกคน เพื่อทราบถึงการติดเชื้อตั้งแต่ระยะแรกที่ยังไม่มีอาการ

ผู้ป่วยร้อยละ 61 ในการศึกษาชั้นยังมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมาซึ่งไม่แตกต่างจากรายงานอื่นๆ ที่มีรายงานตั้งแต่ร้อยละ 42-70⁽¹³⁻¹⁵⁾ และยืนยันรายงานว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมทางเพศไม่แตกต่างจากคนปกติ⁽¹⁶⁾ ในการศึกษาชั้นพบว่ามากกว่า 3 ใน 4 ของผู้ป่วยที่มีเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา มีคู่นอนประจำ และผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยมีคู่นอนชั่วคราวหลายคน เช่นเดียวกับที่มีการรายงานในต่างประเทศ⁽¹⁷⁾ ซึ่งหากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้รับการป้องกันอย่างเหมาะสมแล้ว ผู้ป่วยสามารถถ่ายทอดเชื้อไปยังคู่นอนที่มีผลเลือดเป็นลบ หรือถ่ายทอดเชื้อที่อาจมีการดื้อยาให้กับคู่นอนที่มีผลเลือดเป็นบวกด้วยกันได้จากการศึกษาชั้นพบอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในผู้ป่วยทั้งหญิงและชายเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายกับคู่นอนประจำคิดเป็นร้อยละ 75 ซึ่งสูงกว่ากับคู่นอนชั่วคราวซึ่งใช้ถุงยางอนามัยเพียงร้อยละ 52 ซึ่งผู้ทำการศึกษาคิดว่ามีสาเหตุมาจากผู้ป่วยจำนวน 3 ใน 4 เปิดเผยผลเลือดให้กับคู่นอนประจำแล้ว แต่อาจไม่ได้เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอนชั่วคราว โดยผู้หญิงมีแนวโน้มจะใช้ถุงยางอนามัยมากกว่าผู้ชาย ซึ่งตรงกับการศึกษาที่เคยรายงานในประเทศไทย⁽¹⁸⁾ โดยปัจจัยเสี่ยงของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนประจำที่พบในการศึกษาชั้นคือการที่ไม่ได้เปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน ซึ่งตรงกับการศึกษาที่เคยมีการรายงานในต่างประเทศ⁽¹⁹⁾

ในการศึกษาชั้นพบว่าผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 19 ยังมีการซื้อบริการทางเพศและใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ชายบริการทางเพศเพียงหนึ่งในสี่เท่านั้น

เมื่อเทียบกับข้อมูลในชายทหารเกณฑ์ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีรายงานในการสำรวจในประเทศไทย เมื่อปี ค.ศ. 1996⁽²⁰⁾ พบอัตราการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงขายบริการมากถึงร้อยละ 41 แต่ใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงขายบริการ ร้อยละ 62 จะเห็นได้ว่าผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับผู้ชายบริการทางเพศมาก ซึ่งเป็นสัญญาณเตือนว่าหากไม่มีการป้องกัน จะมีโอกาสสูงที่จะมีเชื้อเอชไอวีที่อาจมีการดื้อยา จากการที่ผู้ป่วยส่วนหนึ่งได้รับยาต้านไวรัสแล้วแพร่เข้าสู่วงจรของผู้ขายบริการทางเพศ และเป็นสาเหตุของการติดเชื้อผู้ป่วยรายใหม่ต่อไป

เป็นที่น่าสนใจว่าในจำนวนผู้ชายที่ตอบคำถามเกี่ยวกับการมีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน มีถึงร้อยละ 25 ที่ให้ประวัติว่ามีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกันในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา แม้ข้อมูลความชุกของชายรักชายในประเทศไทยจะมีจำกัด แต่การที่พบชายรักชายร้อยละ 25 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็จัดว่าสูงเมื่อเทียบกับอัตราความชุกของกลุ่มชายรักชายในการศึกษาของเด็กวัยรุ่นและทหารเกณฑ์ในประเทศไทยที่พบร้อยละ 9-10⁽²⁰⁻²¹⁾ จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยชายรักชายบางราย ยังมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนประจำที่เป็นหญิงด้วย ซึ่งเป็นร้อยละ 4.5 ซึ่งต่ำกว่าที่มีรายงานการสำรวจในประเทศไทยในอดีต⁽²²⁾ ที่พบว่าชายรักชายที่มีเพศสัมพันธ์ทั้งกับหญิงและชาย (bisexual) พบ ร้อยละ 20 เป็นที่ทราบกันดีว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ได้ป้องกันมีความเสี่ยงสูงกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอดในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี⁽²³⁾ จากการศึกษานี้พบผู้ป่วยถึงร้อยละ 60 ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักกับผู้ชาย แม้ตัวเลขผู้ที่ตอบคำถามนี้จะไม่น่ามากนัก แต่ก็แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงนี้และให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงอย่างเหมาะสม โดยประชากรกลุ่มนี้ต้องการการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากกลุ่มนี้มีคู่นอนหลายคน⁽²⁴⁾ และมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนต่ำ^(22,25-27) โดยมีการรายงานว่า การทราบผลเลือดของคู่นอนหรือการคาดการณ์ว่าผลเลือดของคู่นอนตนเองเป็นบวก

หรือลบ มีความสำคัญอย่างมากต่อพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มชายรักชายในต่างประเทศโดยมีแนวโน้มว่าประชากรกลุ่มนี้มักจะเสาะหาคู่ก่อนที่มีสถานะการติดเชื้อเช่นเดียวกับตนเอง⁽²⁸⁻²⁹⁾ และมักยอมเปิดเผยผลเลือดให้กับคู่ก่อนที่ทราบผลเลือดแล้ว⁽²⁶⁾ ดังนั้นการประเมินสถานะการติดเชื้อและชนิดของคู่ก่อน และการช่วยให้คนกลุ่มนี้เปิดเผยผลเลือดต่อคู่ก่อนจึงเป็นส่วนสำคัญในการปรับเปลี่ยนเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในประชากรกลุ่มนี้ได้^(26,28)

ในการศึกษานี้ พบว่าเพียงครึ่งหนึ่งของคู่ก่อนประจำเคยได้รับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ซึ่งจัดว่ายังต่ำ โดยร้อยละ 44 ไม่ทราบผลเลือดของคู่ก่อนประจำและร้อยละ 21 คู่ก่อนประจำมีผลเลือดเป็นลบ ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในอดีตที่มีรายงานในประเทศไทยว่าอัตราการมีผลเลือดไม่ตรงกันของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ก่อน (HIV discordance rate) พบมากถึงร้อยละ 30-53^(18, 30) สาเหตุหนึ่งอาจเป็นเพราะผู้ป่วยอีกร้อยละ 44 ยังไม่ทราบผลเลือด แม้จะมีรายงานในต่างประเทศที่พบว่าผู้ป่วยที่ทราบว่าคู่ก่อนตนมีผลเลือดเป็นลบมีแนวโน้มที่จะมีความรับผิดชอบ โดยการใส่ถุงยางอนามัยมากขึ้น⁽³¹⁾ แต่การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่คาดว่าคู่ก่อนตนเองมีผลเลือดเป็นลบหรือไม่ทราบผลเลือดของคู่ก่อนมีแนวโน้มที่จะมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันมากขึ้น ชี้ให้เห็นว่าควรมีการปลูกฝังความรับผิดชอบของผู้ป่วยต่อคู่ก่อนและสังคมให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มากขึ้น

จากการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงสูงต่อการมีเพศสัมพันธ์อย่างไม่ปลอดภัยกับคู่ก่อนที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีหรือคู่ก่อนที่ไม่ทราบผลเลือด ซึ่งต่างจากการศึกษาที่รายงานว่าเมื่อผู้ป่วยได้ยาต้านไวรัสมีสุขภาพดีขึ้น จะมีพฤติกรรมเสี่ยงมากขึ้น⁽⁵⁻⁶⁾ ผู้ทำการศึกษาคิดว่าสาเหตุที่เป็นเช่นนี้ เพราะในระบบบริการปกติผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัส จะได้รับการติดตามทุก 1-2 เดือน ในแต่ละครั้งที่มารับบริการที่คลินิกจะมีการให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสและการรับเชื้อดื้อยาเพิ่ม

หากมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีความรู้ถึงข้อดีข้อเสียในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย และการดูแลสุขภาพที่ดี และสามารถลดพฤติกรรมเสี่ยงได้ซึ่ง พบว่าเป็นไปในทิศทางเดียวกันกับการรายงานในต่างประเทศ⁽³²⁻³³⁾ ในขณะที่กลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสซึ่งมักจะยังมีสุขภาพที่ดีอยู่ จึงได้รับการติดตามอาการเพื่อเจาะตรวจระดับ CD4 และได้รับคำปรึกษาทุก 6 เดือนเท่านั้น นอกจากนี้กลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสในการศึกษานี้มักจะเปิดเผยผลเลือดกับคู่ก่อน ทำให้ไม่สามารถพูดคุยกับคู่ก่อนในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยได้

แม้จะมีข้อแนะนำในการตรวจคัดกรองหนองในเทียมในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายในการมารับการรักษาครั้งแรก⁽¹⁾ แต่อัตราความชุกของการติดเชื้อหนองในและหนองในเทียมในการศึกษานี้พบเพียงร้อยละ 1 เท่านั้น ซึ่งพบว่าไม่สูงเมื่อเทียบกับการศึกษาอื่นในต่างประเทศที่มีรายงานว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะพบมากขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี^(28, 34) นอกจากนี้ยังต่ำเมื่อเทียบกับการศึกษาในประเทศไทยที่มีรายงานในกลุ่มหญิงขายบริการและหญิงที่มาที่คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เคยมีรายงาน⁽¹⁴⁾ ดังนั้นจึงไม่น่าจะมีความคุ้มทุนในการคัดกรองโรคในผู้ป่วยทุกรายโดยวิธี PCR ซึ่งมีราคาสูง ส่วนการติดเชื้อพยาธิทริโคโมแนสก็พบความชุกเพียงร้อยละ 2.6 ในหญิงเท่านั้น แม้จะมีรายงานว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถพบได้ทั้งหญิงและชายที่ไม่มีอาการ⁽³⁵⁾ อย่างไรก็ตามการศึกษานี้พบว่าปัจจัยที่สัมพันธ์กับการพบโรคติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในชายคือประวัติที่เข้าได้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนในหญิงมักจะไม่มีอาการ แต่จะคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้จากการตรวจภายในหรือตรวจร่างกายที่ผิดปกติ ในขณะที่การศึกษาในผู้หญิงที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีในต่างประเทศพบว่าอาการจะช่วยให้เพิ่มโอกาสในการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้มากขึ้น⁽³⁶⁾ จากผลที่พบนี้ยืนยันความสำคัญของการคัดกรองประวัติอาการที่ผิดปกติที่เข้าได้กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในคนไข้เอชไอวี โดยเฉพาะในผู้ชาย ส่วนในผู้หญิงควรได้รับการตรวจภายในเพื่อคัด

กรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นระยะๆ เนื่องจากถ้าตรวจพบความผิดปกติและให้การรักษาลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีได้^(10,37) ซึ่งสามารถทำร่วมกับการตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูก ซึ่งควรทำอย่างน้อยปีละครั้ง⁽³⁸⁾ ซึ่งพบว่าผู้ป่วยส่วนใหญ่ยังไม่ได้รับการคัดกรองมะเร็งปากมดลูกตามข้อแนะนำแม้ในต่างประเทศก็ตาม⁽³⁹⁾

สำหรับการตรวจคัดกรองซิฟิลิส โดยการตรวจระดับ VDRL ในเลือดในการศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยโดยเฉพาะผู้ป่วยชายที่ยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศโดยไม่ป้องกัน ร่วมกับการตรวจพบผล VDRL เป็นบวกถึงร้อยละ 8 ซึ่งเป็นสิ่งที่น่าพิจารณาว่าในผู้ป่วยที่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศอยู่ควรได้รับการคัดกรอง VDRL อย่างต่อเนื่องเป็นประจำทุกปี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมอย่างทันท่วงที⁽¹⁾

จากผลการศึกษาครั้งนี้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกครั้งที่มารับการรักษาที่คลินิกผู้ป่วยนอกเอชไอวี และให้ข้อมูลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม อย่างไรก็ตามการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยส่วนใหญ่เน้นในเรื่องการให้ยาต้านไวรัสผลข้างเคียงของยาและการกินยาอย่างสม่ำเสมอ การให้บริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ได้มีข้อแนะนำที่ชัดเจนให้ตรวจคัดกรองเป็นประจำทุกปี⁽⁴⁰⁾ มีเพียงการตรวจ VDRL เพื่อคัดกรองซิฟิลิสเท่านั้น และมักจะทำเฉพาะครั้งแรกที่วินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่ได้ตรวจทุกปี เช่นเดียวกับการให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง ส่วนมากจะทำเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยครั้งแรก ผู้ป่วยบางรายไม่ได้รับคำปรึกษาอย่างต่อเนื่องทุกครั้งที่มารับบริการที่คลินิก เนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยที่มาก จำนวนบุคลากร และเวลาที่จำกัดทำให้ผู้ป่วยยังคงมีพฤติกรรมเสี่ยงในการแพร่กระจายของเชื้อไปสู่บุคคลอื่นโดยกลุ่มที่เป็นกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในผู้ป่วยชายมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศมากกว่าผู้ป่วยหญิง และผู้ชายจำนวนไม่น้อยที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ได้

มีการประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้านอื่นที่อาจพบร่วม เช่นการใช้สารเสพติด⁽⁴¹⁾ การดื่มเหล้า⁽⁴²⁻⁴³⁾ ซึ่งมีรายงานพบว่าเป็นสาเหตุที่กระตุ้นให้เกิดการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกันมากขึ้น นอกจากนี้การให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง การเปิดเผยผลเลือดกับคู่นอน พาคู่นอนมาตรวจเลือด และการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคอย่างถูกต้องเป็นสิ่งสำคัญที่ผู้ป่วยควรได้รับอย่างต่อเนื่องแม้จะยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสก็ตาม

เอกสารอ้างอิง

- 1) CDC. Incorporating HIV prevention into the medical care of persons living with HIV. Recommendations of CDC, the Health Resources and Services Administration, the National Institutes of Health, and the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. MMWR 2003; 52: 1-24.
- 2) กราฟแสดงจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับยา ARV ในโครงการ NAPHA ณ เดือนกันยายน 2549 ในยาต้านไวรัสเอดส์: การดำเนินงานโครงการ NAPHA. Available at <http://www.aidssthai.org/arrv03.html> (Access Jan 17, 07)
- 3) Joint United Nations Program on HIV/AIDS (UNAIDS) and World Health Organization (WHO). AIDS epidemic update: Dec. 2006, Geneva, UNAIDS, WHO, Dec. 2006
- 4) Castilla J, Del Romero J, Hernando V, Marinovich B, Garcia S, Rodriguez C. Effectiveness of highly active antiretroviral therapy in reducing heterosexual transmission of HIV. J Acquir Immune Defic Syndr. 2005; 40: 96-101.
- 5) Gremy I, Beltzer N. HIV risk and condom use in the adult heterosexual population in France between 1992 and 2001: return to the starting point AIDS. 2004; 18(5): 805-9.

- starting point. *AIDS* 2004; 18(5): 805-9.
- 6) Diamond C, Richardson JL, Milan J, et al. Use of and Adherence to antiretroviral therapy is associated with decreased sexual risk behavior in HIV clinic patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*. 2004; 39: 211-218.
- 7) Boily MC, Godin G, Hogben M, Sherr L, Bastos FI. The impact of the transmission dynamics of the HIV/AIDS epidemic on sexual behaviour: a new hypothesis to explain recent increases in risk taking-behaviour among men who have sex with men. *Med Hypotheses*. 2005; 65(2): 215-26.
- 8) Tun W, Gange SJ, Vlahov D, Strathdee SA, Celentano DD. Increase in sexual risk behavior associated with immunologic response to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected injection drug users. *Clin Infect Dis* 2004; 38(8): 1167-74. Epub 2004. Apr 5.
- 9) Cohen MS. Sexually transmitted diseases enhance HIV transmission: no longer a hypothesis. *Lancet* 1998; 351(suppl III): 5-7
- 10) Rothenberg RB, Wasserheit JN, St Louis ME, Douglas JM. The effect of treating sexually transmitted diseases on the transmission of HIV in dually infected persons: a clinic-based estimate. *Ad Hoc STD/HIV Transmission Group. Sex Transm Dis*. 2000; 27(7): 411-6.
- 11) บำราศ OPD cases
- 12) Brannstrom J, Akerlund B, Arneborn M, Blaxhult A, Giesecke J. Patients unaware of their HIV infection until AIDS diagnosis in Sweden 1996-2002--a remaining problem in the highly active antiretroviral therapy era. *Int J STD AIDS* 2005; 16: 702-6.
- 13) Nakayiwa S, Abang B, Packel L, et al. Desire for children and pregnancy risk behavior among HIV-infected men and women in Uganda. *AIDS Behav* 2006; 10(4 Suppl): S95-104.
- 14) Sirivongrangsorn P, Bollen LJ, Chaovavanich A, et al. Sexually transmitted infection services as a component of HIV care: findings of a demonstration project among HIV-infected women in Thailand. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 41(5): 671-4.
- 15) Dave SS, Stephenson J, Mercey DE, Panahmand N, Jungmann E. Sexual behaviour, condom use, and disclosure of HIV status in HIV infected heterosexual individuals attending an inner London HIV clinic. *Sex Transm Infect* 2006; 82(2): 117-20.
- 16) Bova C, Durante A. Sexual functioning among HIV-infected women. *AIDS Patient Care STDS*. 2003; 17: 75-83.
- 17) Aidala AA, Lee G, Garbers S, Chiasson MA. Sexual behaviors and sexual risk in a prospective cohort of HIV-positive men and women in New York City, 1994-2002: implications for prevention. *AIDS Educ Prev*. 2006; 18: 12-32.
- 18) Bennetts A, Shaffer N, Phophong P, et al. Differences in sexual behaviour between HIV-infected pregnant women and their husbands in Bangkok, Thailand. *AIDS Care* 1999; 11(6): 649-61.
- 19) Sturdevant MS, Belzer M, Weissman G, Friedman LB, Sarr M, Muenz LR; Adolescent Medicine HIV/AIDS Research Network. The relationship of unsafe sexual behaviour and the characteristics of sexual partners of HIV infected and HIV uninfected adolescent females. *J Adolesc Health*. 2001; 29 (3suppl): 64-71.
- 20) Kitsiripornchai S, Markowitz LE, Ungchusak

- K, et al. Sexual behavior of young men in Thailand: regional differences and evidence of behavior change. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol.* 1998; 18(3): 282-8.
- 21) Griensven FV, Supawitkul S, Kilmarx P, et al. Rapid Assessment of Sexual Behavior, Drug Use, Human Immunodeficiency Virus, and Sexually Transmitted Diseases in Northern Thai Youth Using Audio-Computer-Assisted Self-Interviewing and Noninvasive Specimen Collection. *Pediatrics.* 2001; 108: 13
- 22) Mansergh G, Naorat S, Jommaroeng R, et al. Inconsistent condom use with steady and casual partners and associated factors among sexually-active men who have sex with men in Bangkok, Thailand. *AIDS Behav* 2006; 10(6): 743-51.
- 23) Vittinghoff E, Douglas J, Judson F, McKirnan D, MacQueen K, Buchbinder SP. Per-contact risk of human immunodeficiency virus transmission between male sexual partners. *Am J Epidemiol.* 1999; 150(3): 306-11.
- 24) Weinhardt LS, Kelly JA, Brondino MJ, et al. HIV transmission risk behavior among men and women living with HIV in 4 cities in the United States. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2004; 36: 1057-66.
- 25) Brewer DD, Gloden MR, Handsfield HH. Unsafe sexual behavior and correlates of risk in a probability sample of men who have sex with men in the era of highly active antiretroviral therapy. *Sex Transm Dis.* 2006; 33: 250-5.
- 26) Semple SJ, Zians J, Grant I, Patterson TL. Sexual risk behavior of HIV-positive methamphetamine-using men who have sex with men: the role of partner serostatus and partner type. *Arch Sex Behav.* 2006; 35: 461-71.
- 27) CDC. High risk sexual behavior by HIV-positive men who have sex with men-16 sites, United States, 2000-2002. *MMWR.* 2004; 53: 891-4.
- 28) Truong HH, Kellogg T, Klausner JD, et al. Increases in sexually transmitted infections and sexual risk behaviour without a concurrent increase in HIV incidence among men who have sex with men in San Francisco: a suggestion of HIV serosorting. *Sex Transm Infect.* 2006; 82: 461-6.
- 29) Xia Q, Molitor F, Osmond DH, et al. Knowledge of sexual partner's HIV serostatus and serosorting practices in a California population-based sample of men who have sex with men. *AIDS.* 2006; 20: 2081-9
- 30) de Boer MA, Celentano DD, Tovanabutra S, Rugsapao S, Nelson KE, Suriyanon V. Reliability of self-reported sexual behavior in human immunodeficiency virus (HIV) concordant and discordant heterosexual couples in northern Thailand. *Am J Epidemiol.* 1998; 147(12): 1153-61.
- 31) Hong DS, Glodstein RB, Rotheram-Borus MJ, et al. Perceived partner serostatus, attribution of responsibility for prevention of HIV transmission, and sexual risk behavior with "MAIN" partner among adults living with HIV. *AIDS Educ Prev.* 2006; 18: 150-62.
- 32) Bunnell R, Ekwaru JP, Solberg P, et al. Changes in sexual behavior and risk of HIV transmission after antiretroviral therapy and prevention interventions in rural Uganda. *AIDS.* 2006; 20: 85-92.
- 33) Crepaz N, Hart TA, Marks G. Highly active

- antiretroviral therapy and sexual risk behavior: a meta-analytic review. *JAMA*. 2004; 292(2): 224-36.
- 34) Gunn RA, Eldred SL, Mathews C. Sexually transmitted disease clinical preventive services for HIV-infected patients. *Sex Transm Dis*. 2001; 28: 455-456.
- 35) Peterman TA, Tian LH, Metcalf CA, et al. High incidence of new sexually transmitted infections in the year following a sexually transmitted infection: a case for rescreening. *Ann Intern Med*. 2006; 145(8): 564-72.
- 36) Kharsany AB, Mashego M, Mdlotshwa M, Frohlich J, Karim QA. Direct questioning of genital symptoms: increasing opportunities for identifying and treatment of sexually transmitted infections in primary health-care settings. *Afr J Reprod Health*. 2006; 10: 105-12.
- 37) Mayaud P, McCormick D. Interventions against sexually transmitted infections (STI) to prevent HIV infection. *Br Med Bull*. 2001; 58: 129-53.
- 38) Chalermchokcharoenkit A, Sirimai K, Chaisilwattana P. High prevalence of cervical squamous cell abnormalities among HIV-infected women with immunological AIDS-defining illnesses. *J Obstet Gynaecol Res*. 2006; 32(3): 324-9.
- 39) Keiser O, Martinez de Tejada B, Wunder D, et al. Frequency of gynecologic follow-up and cervical cancer screening in the Swiss HIV cohort study. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006. 15; 43(5): 550-5.
- 40) สัญชัย ชาสมบัติ ชีวนันท์ เลิศพิริยสุวัฒน์ พรทิพย์ ยุกตานนท์ กระทรวงสาธารณสุข ในแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เด็กและผู้ใหญ่ในประเทศไทย ปี พ. ศ.2547 (ฉบับปรับปรุงครั้งที่ 8) : โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย หน้า 138-140
- 41) Folch C, Marks G, Esteve A, Zaragoza K, Munoz R, Casabona J. Factors associated with unprotected sexual intercourse with steady male, casual male and female partners among men who have sex with men in Barcelona, Spain. *AIDS Educ Prev*. 2006; 18: 222-42
- 42) Raj A, Cheng DM, Levison R, Meli S, Samet JH. Sex trade, sexual risk, and nondisclosure of HIV serostatus: findings from HIV-infected persons with a history of alcohol problems. *AIDS behave*. 2006; 10: 149-57.
- 43) Stein M, Herman DS, Trisvan E, Pirraglia P, Engler P, Anderson BJ. Alcohol use and sexual risk behavior among human immunodeficiency virus-positive persons. *Alcohol Clin Exp Res*. 2005; 29: 837-43