

ปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดขอนแก่น

Factor related to HIV testing of men who have sex
with men (MSM) in Khon Kaen province

นายวิศรุต แวงไทย ส.ม. (วิทยาการระบาด)
เลิศชัย เจริญธัญญรักษ์ ป.ด. (วิทยาการระบาด)

Witsarut Wangthai M.P.H. (Epidemiology)
Lertchai Charemtanyarak Ph.D (Epidemiology)

คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น

Faculty of Public Health, Khon Kaen University

Received: May 1, 2019

Revised: July 15, 2019

Accepted: July 29, 2019

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบ Case-control อัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1:1 มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น จากการคำนวณขนาดตัวอย่างได้กลุ่มตัวอย่างเท่ากับ 184 คน แบ่งเป็นกลุ่มศึกษาที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกในปี พ.ศ. 2560 และกลุ่มควบคุมเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่เคยตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนในชีวิต เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามที่ตอบผ่านการสแกนรหัสคิวอาร์ (QR code line) วิเคราะห์ความสัมพันธ์ด้วย Multiple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์ด้วยค่า Adjusted odds ratio (OR_{adj}) และช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับร้อยละ 95 (95% CI)

ผลการศึกษาพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ อาชีพราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐ ($OR_{adj} = 6.54$, 95% CI: 1.57-27.20) การเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ($OR_{adj} = 24.79$, 95% CI: 4.28-143.30) การรับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถรู้ผลได้ภายในวันเดียว ($OR_{adj} = 22.78$, 95% CI: 7.07-73.40) การได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ($OR_{adj} = 3.41$, 95% CI: 1.00-11.62) การจัดบริการเชิงรุก (การจัดบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีนอกสถานที่) โดยกลุ่มแกนนำ MSM ($OR_{adj} = 8.84$, 95% CI: 2.86-27.33)

จากการศึกษาในครั้งนี้แสดงให้เห็นว่า การมีความเสี่ยงหรือการรับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดขอนแก่น ไม่ได้เป็นปัจจัยที่มีน้ำหนักมากพอที่จะส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการ แต่การปรับบริการที่สอดคล้องต่อความต้องการ เช่น การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบรู้ผลภายในวันเดียว การจัดบริการเชิงรุกตรวจการติดเชื้อเอชไอวีนอกสถานบริการ โดยการจัดกิจกรรมของกลุ่มแกนนำชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในแต่ละอำเภอ ที่ดึงดูดความสนใจ และเกิดการรวมตัวของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลับเป็นปัจจัยที่ทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายตัดสินใจเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า

คำสำคัญ: ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย การตรวจเลือดแบบทราบผลภายในวันเดียว บริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเชิงรุกในชุมชน

Abstract

This case-control study aimed at investigating factors related to undergoing HIV testing among men who have sex with men (referred to as MSM) in Khon Kaen Province. The sample groups included 184 males, divided into a study group and a control group at a 1:1 ratio. The study group consisted of those MSM, who first underwent the HIV test in 2017; whereas, the control group consisted of those MSM, who had never undergone the HIV test before. The data collection was carried out with an online questionnaire available on the QR-code Line mobile application. Later, the multiple conditional logistic regression was employed for data analysis. The relationship between factors were measured by the adjusted odds ratio (OR_{adj}) with a confidence level of 95%.

The analysis revealed that there are many factors that influence the decision to undergo HIV testing among MSM with a statistical significance of 0.05. These related factors included being a government employee or working in the public sector ($OR_{adj}=6.54$, 95% CI: 1.57–27.20); having a medical history of STD's ($OR_{adj}=24.79$, 95% CI: 4.28–143.30); learning about the same-day result service ($OR_{adj}=22.78$, 95% CI: 7.07–73.40); receiving counseling from public healthcare personnel ($OR_{adj}=3.41$, 95% CI: 1.00–11.62); and the Mobile Voluntary Counseling and Testing (Mobile VCT) requested by the MSM mainstays ($OR_{adj}=8.84$, 95% CI: 2.86–27.33).

The findings indicated that an awareness of the risk of exposure to HIV via MSM in Khon Kaen Province seemed to be an insignificant factor in affecting their decisions to take an HIV test offered at the healthcare centers. Conversely, with respect to gathering MSM individuals, an adjustment of healthcare services, which are particularly concerned with HIV testing, such as the same-day result service, Mobile Voluntary Counseling and Testing (Mobile VCT), and the proactivity and encouragement of the MSM community mainstays in each district, were the most important factors, which had greatly influenced MSM to undergo HIV testing.

Keywords: Men Who Have Sex With Men (MSM), Same Day Result, Mobile VCT

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ นับเป็นปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ต้องได้รับการควบคุมอย่างเร่งด่วนทั่วโลก ตั้งแต่มีการพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกในปี 2524 ที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศสหรัฐอเมริกา จนในปัจจุบันพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกจำนวน 36.7 ล้านคน เสียชีวิตจากโรคเอดส์จำนวน 1.1 ล้านคน และคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 2.1 ล้านคน (1.8–2.4 ล้านคน)⁽¹⁾ ภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกพบว่า ส่วนใหญ่มีการติดเชื้อในเพศชายที่มีอายุ 25 ปีขึ้นไปร้อยละ 39.0 เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 30.0 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมจำนวน 5.1 ล้านคน

และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเพียง 2.0 ล้านคน⁽¹⁾ ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และมีการแพร่ระบาดอย่างรุนแรงจนมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 427,332 คน เป็นเพศชายจำนวน 249,025 คน คิดเป็นร้อยละ 58.27 อายุที่พบว่าการติดเชื้อคือ 15 ปีขึ้นไป จำนวน 424,111 คน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มีจำนวนประมาณ 6,268 คนเฉลี่ยมีการติดเชื้อเอชไอวีวันละ 17 คน ในจำนวนนั้นเสียชีวิตจากโรคเอดส์จำนวน 15,776 คน เฉลี่ยมีผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตวันละ 43 คน⁽²⁾ อย่างไรก็ตามในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังมีแนวโน้มพบผู้ติดเชื้อสูงที่สุด

และเพิ่มขึ้นทุกปี การคาดประมาณในปี พ.ศ. 2558 ระบุจำนวนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทยว่ามีประมาณ 571,000 คน คิดเป็นสัดส่วนเท่ากับ ร้อยละ 3.3 ของประชากรชายวัยผู้ใหญ่ อายุ 15-59 ปี และมีอัตราการความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีจากร้อยละ 8.1 ในปี 2553 เป็นร้อยละ 9.2⁽³⁾ และมีเพียงร้อยละ 31 เคยตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและทราบผลการตรวจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา⁽⁴⁾

จังหวัดขอนแก่น จัดให้มีบริการการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเชิงรุกนอกสถานบริการทั้งในเวลาและนอกเวลาราชการ โดยอาศัยแกนนำชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ทำงานด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์โดยเฉพาะ แต่ก็ยังพบว่าในปี 2560 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสม จำนวน 15,028 คน เสียชีวิตจากโรคเอดส์จำนวน 3,214 คน และคาดว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 535 คน จังหวัดขอนแก่นมีประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายประมาณ 14,618 คน แต่กลับพบว่าเพียงร้อยละ 52.07 เท่านั้นที่เคยผ่านการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และในจำนวนนี้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 471 คน คิดเป็นร้อยละ 6.18 ซึ่งอัตราการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีที่ต่ำ แต่อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีที่สูงนี้ อาจส่งผลกระทบต่อภาระของเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในวงกว้างและรวดเร็ว อีกทั้งมีอัตราการใช้จ่ายยาอนามัยต่ำเพียงแค่ร้อยละ 57.50 เท่านั้น⁽⁵⁾

วัตถุประสงค์การวิจัย

เพื่อหาปัจจัยที่ส่งผลต่อการเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น

นิยามศัพท์เฉพาะ

1. ศูนย์บริการชุมชน (Drop in center: DIC) หมายถึง สถานที่ให้บริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ตั้งอยู่ในชุมชนที่มีความสะดวก ปลอดภัย และง่ายต่อการเข้าถึงบริการ

2. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หมายถึง เพศชายที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย (Men Who Have Sex with Men คำย่อ MSM)

3. กลุ่ม M-Reach หมายถึง กลุ่มแกนนำชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ทำงานโดยเฉพาะในเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ ที่ผ่านการอบรมวิชาการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์การให้คำปรึกษาทุกปี

4. การตรวจเลือดแบบทราบผลภายในวันเดียว (Same day result) หมายถึง การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี และรายงานผลให้ผู้รับบริการทราบผลได้ภายในวันที่มารับบริการ

วิธีดำเนินการวิจัย

1. รูปแบบการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบย้อนหลัง (Case-control study) อัตราส่วนระหว่างกลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมเท่ากับ 1:1

2. ประชากรที่ศึกษาและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ศึกษาในครั้งนี้คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่น ที่มีอายุ 15 ปีขึ้นไป การกำหนดขนาดตัวอย่างขั้นต่ำ พิจารณาจากการศึกษาแบบ case-control study (Schlesselman, 1982)

$$n/\text{group} = \frac{[Z_{\alpha}\sqrt{2pq} + Z_{\beta}\sqrt{p_1q_1 + p_0q_0}]^2}{(p_1 - p_0)^2}$$

จากนั้นทำการปรับค่าขนาดตัวอย่างขั้นสุดท้ายตามวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลด้วย Multiple logistic regression ตามที่ Hsieh et al. (1998) ได้ขนาดตัวอย่างทั้งหมด จำนวน 184 คน

1) เกณฑ์การคัดเข้า (Inclusion criteria)

- กลุ่มศึกษา (Case) หมายถึง เพศชายอายุ 15 ปีขึ้นไป ที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศชายที่ได้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกในปี พ.ศ. 2560

- กลุ่มควบคุม (Control) หมายถึง เพศชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับเพศชาย ที่ไม่เคยตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนในชีวิต อาศัยอยู่ในจังหวัดขอนแก่น

2) เกณฑ์การคัดออก (Exclusion criteria)

ไม่ประสงค์เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ และไม่อยู่ในพื้นที่หรือเสียชีวิตในขณะทำการศึกษา

3) วิธีการเลือกตัวอย่างศึกษา

การเลือกกลุ่มตัวอย่างของกลุ่มศึกษา (Case group) และกลุ่มเปรียบเทียบ (Control group) ใช้วิธีการสุ่มแบบอาศัยความน่าจะเป็นแบบมีระบบ (Systematic random sampling)

3. เครื่องมือในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ใช้แบบสอบถามจำนวน 4 หมวด ได้แก่ ข้อมูลส่วนบุคคล ปัจจัยด้านการปฏิบัติตัว ปัจจัยด้านการรับรู้ และปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ รวมทั้งสิ้น 23 ข้อ โดยกรอกข้อมูลผ่านโทรศัพท์มือถือ จากการสแกน QR Code เพื่อป้องกันและลดอคติที่อาจเกิดขึ้นได้ ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ความถูกต้องและพิจารณาความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน

4. การเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตทำการวิจัยต่อคณะกรรมการการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยยึดหลักเกณฑ์ตามคำประกาศเฮลซิงกิ (Declaration of Helsinki) และแนวทางการปฏิบัติการวิจัยทางคลินิก (ICH GCP) เลขที่ HE612195 เมื่อวันที่ 20 ส.ค.61

2) ผู้วิจัยขอหนังสือจากคณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่นถึงนายแพทย์สาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น เพื่อขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูล

3) คัดเลือกผู้ช่วยนักวิจัย (Research Assistant) ที่มีคุณสมบัติตามต้องการคือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ทำงานด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์

4) เก็บรวบรวมข้อมูล โดยผู้ช่วยนักวิจัยเป็นผู้ชี้แจงวัตถุประสงค์ หากกลุ่มเป้าหมายยินดีเข้าร่วมการศึกษา ผู้ช่วยนักวิจัยจะส่ง QR Code Line ให้กลุ่มตัวอย่างสแกนด้วยโทรศัพท์มือถือ แล้วตอบแบบสอบถามแบบออนไลน์

5) ตรวจสอบความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูล

5. การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรม STATA Version 10.1 ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยขอนแก่น โดยกำหนดนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ดังนี้

1. วิเคราะห์หาอัตราความชุกและข้อมูลลักษณะทั่วไปของประชากร ด้วยสถิติเชิงพรรณนา นำเสนอด้วยความถี่และร้อยละ และนำเสนอค่ามัธยฐานคู่กับค่าต่ำสุดค่าสูงสุดในกรณีที่ข้อมูลมีการแจกแจงแบบไม่ปกติ

2. วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

1) ใช้สถิติ Simple logistic regression นำเสนอขนาดความสัมพันธ์โดยใช้ Crude odds ratio พร้อมช่วงความเชื่อมั่นที่ระดับ 95% (95%CI)

2) วิเคราะห์ตัวแปรแบบพหุ โดยใช้สถิติ Multiple logistic regression analysis และนำเสนอค่า Adjusted odds ratio และ 95% CI วิเคราะห์หาโมเดลเริ่มต้นโดยควบคุมตัวแปรทั้งหมดที่มีอิทธิพลต่อผลการศึกษา และตัวแปรที่ผลการวิเคราะห์แบบตัวแปรเดียวที่ค่า $p\text{-value} < 0.25$ โดยจะคงตัวแปรที่ผลจากการทบทวนวรรณกรรม ระบุว่าเป็นตัวแปรที่สำคัญในการศึกษา กรณีตัวแปรต่อเนื่อง ก่อนนำเข้าโมเดล (Linear relationship) จะมีการพิจารณา Multicollinearity และการพิจารณา Interaction effect ก่อนเสมอ จากนั้นวิเคราะห์หาโมเดลที่ดีที่สุด ด้วยวิธีคัดออกทีละตัวแปร (Backward elimination) โดยพิจารณาจาก Likelihood ratio test ระหว่างสองโมเดลคือโมเดลที่มีตัวแปรทั้งหมดกับโมเดลที่ตัดตัวแปรนั้นๆออก แล้วนำมาทำการประเมิน Goodness-of-fit measure ในโมเดลสุดท้ายด้วย Hosmer-Lemeshow Goodness-of-fit test

ผลการวิจัย

ปัจจัยด้านบุคคล กลุ่มศึกษา คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกในปี พ.ศ. 2560 ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่ มีอายุต่ำกว่าหรือเท่ากับ 24 ปี ร้อยละ 46.7 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 26 ปี (อายุต่ำสุด 15 ปี: อายุสูงสุด 48 ปี) มีสถานภาพโสด

ร้อยละ 70.7 อัตรลักษณ์ทางเพศเป็นเกย์รับ ร้อยละ 33.7 รายได้ต่อเดือนน้อยกว่า 10,000 บาท ร้อยละ 47.8 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 12,000 บาท (ต่ำสุด 1,000 บาท: สูงสุด 32,000 บาท) ปัจจุบันอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น ร้อยละ 69.6 ประกอบอาชีพลูกจ้างหรือพนักงานของรัฐ และประกอบธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 19.6 กลุ่มควบคุม คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่เคยตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนในชีวิต ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่ มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 ปี ร้อยละ 52.2 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 25 ปี (อายุต่ำสุด 15 ปี: อายุสูงสุด 52 ปี) มีสถานภาพโสด ร้อยละ 69.6 อัตรลักษณ์ทางเพศเป็นเกย์รุก และเกย์รับ ร้อยละ 28.3 รายได้ต่อเดือนอยู่ระหว่าง 10,000-20,000 บาท ร้อยละ 50.0 ค่ามัธยฐานเท่ากับ 12,000 บาท (ต่ำสุด 1,500 บาท: สูงสุด 30,000 บาท) ปัจจุบันอาศัยอยู่ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น ร้อยละ 62.0 และประกอบอาชีพประกอบธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย ร้อยละ 22.8 (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1)

ปัจจัยด้านการปฏิบัติตัว กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่เคยผ่านการมีเพศสัมพันธ์ในปี พ.ศ. 2560 มากกว่า 50 คน ร้อยละ 30.4 ค่าเฉลี่ย 16 คน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 10 คน (ต่ำสุด 1 คน : สูงสุด 96 คน) มีคู่เพศสัมพันธ์ที่ยังมีเพศสัมพันธ์กันอยู่เพียง 1 คน ร้อยละ 52.2 ค่าเฉลี่ย 2 คน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 1 คน (ต่ำสุด 1 คน : สูงสุด 15 คน) คู่เพศสัมพันธ์เป็นเพศชายเท่านั้น ร้อยละ 87.0 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เป็นกลุ่ม ร้อยละ 77.2 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับเงินและสิ่งของ ร้อยละ 65.2 และไม่เคยมีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 59.8 กลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ เคยผ่านการมีเพศสัมพันธ์ในปี พ.ศ. 2560 จำนวน 2-5 คน ร้อยละ 32.6 ค่าเฉลี่ย 13 คน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 6 คน (ต่ำสุด 1 คน : สูงสุด 100 คน) มีคู่เพศสัมพันธ์ที่ยังมีเพศสัมพันธ์กันอยู่ในปัจจุบัน 1 คน ร้อยละ 47.8 ค่าเฉลี่ย 2 คน ค่ามัธยฐานเท่ากับ 2 คน (ต่ำสุด 1 คน : สูงสุด 11 คน) คู่เพศสัมพันธ์เป็นเพศชายเท่านั้น ร้อยละ 85.9 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่ม ร้อยละ 78.3 ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับเงินและสิ่งของ ร้อยละ 82.6 และไม่เคยมีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ร้อยละ 95.6 (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1)

ปัจจัยด้านการรับรู้ การรับรู้ของกลุ่มศึกษาพบว่า ส่วนใหญ่ไม่รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ในปี พ.ศ.2560 ที่ผ่านมา และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ร้อยละ 60.9 และ 80.4 ตามลำดับ แต่รับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถรู้ผลได้ภายในวันเดียว ร้อยละ 91.3 การรับรู้ตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจได้ฟรีปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 89.1 รับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจได้ที่โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ร้อยละ 91.3 รับรู้ว่าผลตรวจการติดเชื้อเอชไอวีจะถูกเก็บเป็นความลับ ซึ่งจะรู้เฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาก่อนและหลังเท่านั้น ร้อยละ 95.7 และรับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจได้นอกวันและเวลาราชการ ร้อยละ 81.5 ซึ่งการรับรู้ของกลุ่มควบคุมส่วนใหญ่ที่แตกต่างจากกลุ่มศึกษา คือ ไม่รับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจได้นอกวันและเวลาราชการ ร้อยละ 64.1 ส่วนปัจจัยอื่นจะคล้ายกันคือชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่เคยตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนในชีวิต ข้อมูลที่ได้ส่วนใหญ่ ไม่รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ในปี พ.ศ.2560 ที่ผ่านมา และการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ร้อยละ 68.5 และ 84.8 ตามลำดับ แต่รับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถรู้ผลได้ภายในวันเดียว ร้อยละ 23.9 รับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจได้ฟรีปีละ 2 ครั้ง ร้อยละ 50.0 รับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจได้ที่โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง ร้อยละ 79.4 รับรู้ว่าผลตรวจการติดเชื้อเอชไอวีจะถูกเก็บเป็นความลับ ซึ่งจะรู้เฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาก่อนและหลังเท่านั้น ร้อยละ 61.0 (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1)

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ กลุ่มศึกษาและกลุ่มควบคุมมี 1 ปัจจัยที่คล้ายกัน ได้แก่ การไม่มีหน่วยบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (Drop in center) ในชุมชน ร้อยละ 51.0 และ 82.6 ตามลำดับ ส่วนปัจจัยอื่นมีความแตกต่างกันอย่างชัดเจน ซึ่งกลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ ได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 91.3 ได้พูดคุยกับแกนนำ MSM

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติตัว การรับรู้ และการเข้าถึงบริการ

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา n = 92		กลุ่มควบคุม n = 92	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัจจัยส่วนบุคคลชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย				
อายุ (ปี)				
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ 24	43	46.7	48	52.2
25-34	34	37	32	34.8
35-44	14	15.2	10	10.9
มากกว่าหรือเท่ากับ 45	1	1.1	2	2.1
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	26 (15, 48)		25 (15, 52)	
สถานภาพ				
โสด	65	70.7	64	69.6
มีคู่/คู่เพศสัมพันธ์	27	29.3	28	30.4
อัตลักษณ์ทางเพศ				
เกย์รับ	31	33.7	26	28.3
เป็นทั้งเกย์รุกและรับ	17	18.5	16	17.4
สาวประเภทสอง	17	18.5	13	14.1
ไบเซ็กชวล	16	17.4	11	11.9
เกย์รุก	11	11.9	26	28.3
รายได้ต่อเดือน (บาท)				
น้อยกว่า 10,000	44	47.8	38	41.3
10,000-20,000	43	46.8	46	50.0
มากกว่า 20,000	5	5.4	8	8.7
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	12,000 (1,000: 32,000)		12,000 (1,500: 30,000)	
ที่อยู่อาศัยในปัจจุบัน				
นอกเขตอำเภอเมืองขอนแก่น	28	30.4	35	38.0
ในเขตอำเภอเมืองขอนแก่น	64	69.6	57	62.0
อาชีพ				
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	18	19.6	21	22.8
ลูกจ้างหรือพนักงานของรัฐ	18	19.6	4	4.4
รับจ้าง	16	17.4	17	18.5
นักศึกษา	16	17.4	18	19.6
นักเรียน	12	13.0	12	13.0
ลูกจ้างหรือพนักงานของเอกชน	7	7.6	13	14.1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละด้านปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติตัว การรับรู้ และการเข้าถึงบริการ (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา n = 92		กลุ่มควบคุม n = 92	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ปัจจัยด้านการปฏิบัติตัวชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย				
จำนวนคูเพศสัมพันธ์ในปี พ.ศ. 2560 (คน)				
1	11	12.0	16	17.4
2-5	15	16.3	30	32.6
6-10	21	22.8	15	16.3
11-50	17	18.5	11	12.0
มากกว่า 50	28	30.4	20	21.7
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	10 (1: 96)		6 (1: 100)	
จำนวนคูเพศสัมพันธ์ ที่ยังมีเพศสัมพันธ์ด้วยในปัจจุบัน (คน)				
1	48	52.2	44	47.8
2-5	30	32.6	33	35.9
มากกว่า 5	14	15.2	15	16.3
ค่ามัธยฐาน (ค่าต่ำสุด:ค่าสูงสุด)	1 (0: 15)		2 (0: 11)	
เพศของคูเพศสัมพันธ์ในปี 2560				
ผู้ชายเท่านั้น	80	87.0	79	85.9
ผู้ชายและผู้หญิง	12	13.0	13	14.1
การมีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่ม (Group sex)				
ไม่เคย	71	77.2	72	78.3
เคย	21	22.8	20	21.7
การมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับเงินหรือสิ่งของ				
ไม่เคย	60	65.2	76	82.6
เคย	32	34.8	16	17.4
การเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์				
ไม่ใช่	55	59.8	88	95.6
ใช่	37	40.2	4	4.4
ปัจจัยด้านการรับรู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย				
การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ในปี 2560				
ไม่เสี่ยง	56	60.9	63	68.5
เสี่ยง	36	39.1	29	31.5
การรับรู้ถึงความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด				
ไม่เสี่ยง	74	80.4	78	84.8
เสี่ยง	18	19.6	14	15.2

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละด้านปัจจัยส่วนบุคคล การปฏิบัติตัว การรับรู้ และการเข้าถึงบริการ (ต่อ)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา n = 92		กลุ่มควบคุม n = 92	
	จำนวน (คน)	ร้อยละ	จำนวน (คน)	ร้อยละ
การรับรู้การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถรู้ผลได้ภายในวันเดียว				
ไม่รู้	8	8.7	70	76.1
รู้	84	91.3	22	23.9
การรับรู้การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจได้ฟรีปีละ 2 ครั้ง				
ไม่รู้	10	10.9	46	50.0
รู้	82	89.1	46	50.0
การรับรู้การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจได้ที่โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่ง				
ไม่รู้	8	8.7	19	20.6
รู้	84	91.3	73	79.4
การรับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีจะถูกเก็บเป็นความลับ รู้เฉพาะเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษา ก่อนและหลังเท่านั้น				
ไม่รู้	4	4.3	35	38.0
รู้	88	95.7	57	61.0
การรับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจได้นอกวันและเวลาราชการ				
ไม่รู้	17	18.5	59	64.1
รู้	75	81.5	33	35.9
ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย				
การได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข				
ไม่ได้	8	8.7	56	60.9
ได้	84	91.3	36	39.1
การมีหน่วยบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (Drop in center) ในชุมชน				
ไม่มี	47	51.0	76	82.6
มี	45	49.0	16	17.4
การได้พูดคุยกับแกนนำ MSM (แกนนำชายรักชายที่รณรงค์ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี) เรื่องการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี				
ไม่ได้	10	10.9	47	51.1
ได้	82	89.1	45	48.9
การจัดบริการเชิงรุก (การจัดบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีนอกสถานที่) โดยกลุ่มแกนนำ MSM				
ไม่มี	11	12.0	62	67.4
มี	81	88.0	30	32.6

เรื่องการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 89.1 และมีการจัดบริการเชิงรุกโดยกลุ่ม MSM ร้อยละ 88.0 ส่วนกลุ่มควบคุม ไม่ได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ร้อยละ 60.9 ไม่ได้พูดคุยกับแกนนำ MSM เรื่องการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 51.1 และไม่มีการจัดบริการเชิงรุกโดยกลุ่ม MSM ร้อยละ 67.4 (รายละเอียดแสดงในตารางที่ 1)

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรต่าง ๆ กับการเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 ได้แก่ ปัจจัยด้านการปฏิบัติตัว จำนวน 2 ปัจจัย คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เคยมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับเงินหรือสิ่งของ (OR = 2.53, 95% CI : 1.27-5.04) และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เคยมีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (OR = 14.80, 95% CI: 4.99-43.80)

ปัจจัยด้านการรับรู้ จำนวน 4 ปัจจัย คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถรู้ผลได้ภายในวันเดียว (OR = 33.40, 95% CI: 14.00-79.67) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจได้ฟรีปะ 2 ครั้ง (OR = 8.20, 95% CI: 3.78-17.76) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับรู้ว่าการตรวจการตรวจการติดเชื้อ เอชไอวีจะถูกเก็บเป็นความลับ (OR = 2.73, 95% CI : 1.12-6.61) และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจได้นอกวันและเวลาราชการ (OR = 7.88, 95% CI: 4.00-15.52)

ปัจจัยด้านการเข้าถึงบริการ จำนวน 4 ปัจจัย คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข (OR = 16.33, 95% CI: 7.06-37.73) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีหน่วยบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (Drop in center) ในชุมชน (OR = 4.54, 95% CI: 2.31-8.94) ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้พูดคุยกับแกนนำ MSM เรื่องการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (OR = 8.56, 95% CI: 3.95-18.55) และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้รับการจัดบริการเชิงรุกโดยกลุ่มแกนนำ MSM (OR = 15.21, 95% CI: 7.07-32.73)

ส่วนปัจจัยอื่นมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ

การวิเคราะห์หัตถดอยพหุลอจิสติก (Multiple logistic-regression) ในโมเดลสุดท้าย มีการควบคุมตัวแปรกวน (Confounder) คืออายุ พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ประกอบอาชีพข้าราชการ ลูกจ้างหรือพนักงานของรัฐ จะเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ยังเป็นนักเรียนหรือนักศึกษา 6.54 เท่า (p-value = 0.0068, 95% CI : 1.57-27.20)

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เคยมีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่เคยมีประวัติการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 24.79 เท่า (p-value = <0.0001, 95% CI : 4.28-143.30)

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถรู้ผลได้ภายในวันเดียว จะรับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่รู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถรู้ผลได้ภายในวันเดียว 22.78 เท่า (p-value = <0.0001, 95% CI : 7.07-73.40)

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3.41 เท่า (p-value = 0.0436, 95% CI : 1.00-11.62)

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้รับการจัดบริการเชิงรุกโดยกลุ่มแกนนำ MSM จะเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ได้รับการจัดบริการเชิงรุก (การจัดบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีนอกสถานที่) โดยกลุ่มแกนนำ MSM 8.84 เท่า (p-value = 0.0001, 95% CI : 2.86-27.33) ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์แบบตัวแปรเชิงซ้อน (Multivariable analysis)

ปัจจัย	กลุ่มศึกษา (ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี) n = 92		Crude OR	Adjusted OR (95% CI)	p-value
	จำนวน	ร้อยละ			
อาชีพ					0.0068
นักเรียน, นักศึกษา	28	30.4	1	-	
ข้าราชการ, ลูกจ้างหรือพนักงานของรัฐ	22	23.9	2.14	6.54 (1.57-27.20)	
การเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					<0.0001
ไม่เคย	55	59.8	1	-	
เคย	37	40.2	14.80	24.79 (4.28-143.30)	
การรับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถรู้ผลได้ภายในวันเดียว					<0.0001
ไม่รู้	8	8.7	1	-	
รู้	84	91.3	33.40	22.78 (7.07-73.40)	
การได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข					0.0436
ไม่ได้	8	8.7	1	-	
ได้	84	91.3	16.33	3.41 (1.00-11.62)	
การจัดบริการเชิงรุก(การจัดบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีนอกสถานที่) โดยกลุ่มแกนนำ MSM					0.0001
ไม่มี	11	12.0	1	-	
มี	81	88.0	15.21	8.84 (2.86-27.33)	

อภิปรายผล

จากการวิเคราะห์ถดถอยพหุโลจิสติก (Multiple Logistic Regression) สามารถอภิปรายผลการวิจัยในส่วนของการผลการศึกษาซึ่งมีรายละเอียดดังนี้

1. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอาชีพข้าราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐ จะเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอาชีพนักเรียนหรือนักศึกษา 6.54 เท่า (p-value = 0.0068, 95% CI : 1.57-27.20) ซึ่งผลการศึกษานี้ สอดคล้อง

กับการศึกษาผู้ชายชาวเวียดนามอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่มีอาชีพนักเรียนจะไม่เข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเทียบกับอาชีพอื่น 1.18 เท่า (95% CI : 1.09-3.24)⁽⁶⁾ อาจเนื่องจากนักเรียนนักศึกษาเป็นกลุ่มที่มีอายุน้อย ขาดความรู้และการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จึงทำให้ไม่ตระหนัก และไม่รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี การมีชายที่มี

เพศสัมพันธ์กับชายมาเกี่ยวพันมากเท่าไร ยิ่งทำให้รู้สึกเป็นที่ยึดเกาะของผู้อื่น การมีเพศสัมพันธ์คือการแสดงออกถึงความรักและความพึงพอใจกันในขณะนั้น ไม่คบหรือหยุดอยู่ที่บุคคลใดบุคคลหนึ่ง และยังมีความเข้าใจแบบเดิมอยู่ว่า ผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี หากจะเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีต้องขอความยินยอมจากผู้ปกครองก่อน ซึ่งปัจจุบันไม่จำเป็นต้องขออนุญาตผู้ปกครอง ถ้าผู้ที่มาขอตรวจเข้าใจเรื่องการติดเชื้อ และความหมายของการตรวจเลือดเป็นอย่างดี

2. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 24.79 เท่า (95% CI : 4.28-143.30) สอดคล้องกับการศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไปในจังหวัดขอนแก่น พบว่า การเคยติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะนำไปสู่การเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี มากกว่าผู้ที่ไม่เคยติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2.70 เท่า (95% CI : 1.16-3.83)⁽⁷⁾ การศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองในกรุงลิมา ประเทศเปรู พบว่า การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะเลือกที่จะเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย 1.15 เท่า (95% CI : 1.07-1.24)⁽⁸⁾ และการศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงสูงในประเทศกัมพูชา พบว่า การได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา จะตัดสินใจเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ที่ไม่ได้รับการวินิจฉัย 3.19 เท่า (95% CI : 1.02-9.24)⁽⁹⁾ อาจเนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส หนองใน เริ่มที่อวัยวะเพศ และหูดหงอนไก่ เป็นโรคที่มีระยะการฟักตัวของโรคสั้นกว่าเอชไอวี/เอดส์มาก ทำให้มีอาการและอาการแสดงของโรคปรากฏในระยะเวลานั้น ทำให้ผู้ที่มีอาการรู้สึก กังวลใจ ประกอบกับอาการของโรคที่ทำให้รู้สึกเจ็บปวด ทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายต้องเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาล และการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะต้องเข้าสู่ระบบการรักษาของ

โรงพยาบาล ซึ่งระหว่างการรักษาได้พูดคุยกับผู้ให้คำปรึกษาหรือบุคลากรสาธารณสุขอยู่แล้ว ในเรื่องความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกัน และความเสี่ยงที่ว่า ผู้ที่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนทั่วไป

3. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถรู้ผลได้ภายในวันเดียว จะเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่รู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถรู้ผลได้ภายในวันเดียว 22.78 เท่า (p-value <0.0001, 95% CI : 7.07-73.40) อาจเนื่องจากการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบรู้ผลได้ภายในวันเดียว (Same Day Result) นั้น สามารถนั่งรอฟังผลได้เลยภายใน 2-3 ชั่วโมง จากเดิมต้องนัดกลับมาฟังผลใหม่ 3-5 วัน ซึ่งจะลดความวิตกกังวลเกี่ยวกับผลเลือด การคาดเดาผลเลือดที่ไม่ตรงกับผลจริง นอกจากนี้ยังเป็นคลินิกที่ให้บริการเฉพาะจุดเดียวเบ็ดเสร็จ (One stop service) จะช่วยลดการเขินอาย ลดขั้นตอนการส่งต่อ ปกปิดตัวตน และการตรวจเลือดแบบนี้ยังลดจำนวนทีมผู้ให้บริการและผู้ให้คำปรึกษาเหลือเพียงคนเดียว นั้นหมายความว่าผลเลือดจะรู้เพียงผู้มารับบริการและผู้ให้คำปรึกษาแค่ 2 คน ทำให้ผู้มารับบริการเชื่อมั่นในการเก็บความลับ นอกจากนี้การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถรู้ผลได้ภายในวันเดียว ยังเป็นการป้องกันการไม่มาฟังผลเลือดตามนัด ซึ่งหากผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมีผลเป็นบวก ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ยังไม่รู้ตัว เพราะยังไม่ทราบผลเลือด อาจจะไปมีเพศสัมพันธ์และแพร่เชื้อเอชไอวีต่อให้แก่คู่เพศสัมพันธ์

4. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จะเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาหรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุข 3.41 เท่า (p-value : 0.0436, 95% CI : 1.00-11.62) สอดคล้องกับการศึกษาการศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายชาวต่างชาติ ในประเทศสวีเดน พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการทดสอบเอชไอวี ได้แก่ การได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขเกี่ยวกับการป้องกัน

เอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา 4.6 เท่า (95% CI : 1.28-9.29)⁽¹⁰⁾ การศึกษาผู้ที่แต่งงานแล้ว หรืออยู่ร่วมกันที่มีอายุ 18-49 ปี ในประเทศอูกันดา พบว่า ที่ได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาจะเข้ารับการตรวจเอชไอวีมากกว่าผู้ที่ไม่ได้พูดคุย 5.43⁽¹¹⁾ เนื่องจากเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษามีความเชี่ยวชาญในด้านให้คำปรึกษา นำความรู้เรื่องโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์มาพูดในภาษาที่สามารถเข้าใจง่าย สร้างบรรยากาศที่เป็นมิตรต่อผู้มารับบริการ รับฟังอย่างเข้าใจ ทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยอมเปิดใจและนำไปสู่การประเมินโอกาสต่อการติดเชื้อเอชไอวี

5. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้รับการจัดบริการเชิงรุก โดยกลุ่มแกนนำ MSM จะเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไม่ได้รับการจัดบริการเชิงรุกโดยกลุ่มแกนนำ MSM 8.84 เท่า (p -value=0.0001, 95% CI : 2.86-27.33) สอดคล้องกับการศึกษาชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศแคนาดา พบว่า ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การเข้าถึงระบบบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในชุมชนสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 3.37 เท่า (95% CI : 1.57-7.24)⁽¹²⁾ การจัดบริการเชิงรุกรอกสถานบริการที่เข้าไปทำในชุมชน โดยอาศัยแกนนำชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) จึงเป็นการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมายอย่างแท้จริง การเข้ามาทำกิจกรรมกับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่ เช่น การจัดแข่งขันวอลเลย์บอล การจัดหมอลำ ทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเกิดความสนใจ และเข้าร่วมจำนวนมาก ระหว่างกิจกรรมจะมีการสอดแทรกความรู้ และตรวจการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง

ข้อสรุปการวิจัย

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดขอนแก่น ส่วนใหญ่ไม่ได้รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ใน 1 ปีที่ผ่านมา แม้จำนวนคู่เพศสัมพันธ์จะมีมากกว่า 50 คน คำมัธฐานเท่ากับ 10 คน (ต่ำสุด 1 คน : สูงสุด 96 คน) ในกลุ่มศึกษา และ 2-5 คน คำมัธฐานเท่ากับ 6 คน (ต่ำสุด 1 คน : สูงสุด

100 คน) ในกลุ่มควบคุม จึงทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ไม่เข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เพราะไม่คิดว่าตนเองมีความเสี่ยงหรืออาจได้รับเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ครั้งนั้นๆ

แต่การศึกษาในครั้งนี้พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอาชีพ ข้าราชการ พนักงานหรือลูกจ้างของรัฐ ($OR_{adj} = 6.54$, 95% CI: 1.57-27.20) และชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ($OR_{adj} = 24.79$, 95% CI: 4.28-143.30) เข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น

นอกจากนี้การจัดบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีที่สอดคล้องต่อความต้องการ กลับทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ยินดีเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ ซึ่งได้แก่การให้บริการเชิงรุกรอกพื้นที่โดยอาศัยแกนนำ MSM ในการเข้าถึงชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ($OR_{adj} = 8.84$, 95% CI: 2.86-27.33) การได้พูดคุยกับเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา ($OR_{adj} = 3.41$, 95% CI: 1.00-11.62) และการรับรู้ว่าการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสามารถรู้ผลภายในวันเดียว ($OR_{adj} = 22.78$, 95% CI: 7.07-73.40) ซึ่งมีข้อดีคือลดความวิตกกังวลจากการรอฟังผลเลือด และผู้ที่ผลเลือดบวกสามารถนำเข้าสู่ระบบการรักษาได้ทันที อันจะนำไปสู่การลดผู้ป่วยเอชไอวีรายใหม่ จากการไม่กลับมาฟังผลเลือดของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีผลเลือดบวก แล้วไปแพร่เชื้อเอชไอวีต่อ เนื่องจากไม่รู้สถานะผลเลือดของตนเอง

ข้อเสนอแนะในการนำไปปฏิบัติ

1. โรงเรียนควรจะมีการสอดแทรกเรื่องเพศ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการป้องกันเข้าไปในชั่วโมงการเรียนการสอนด้วย เพราะเรื่องเพศเป็นเรื่องที่คุยให้เกิดความตระหนักได้ในเชิงป้องกัน ซึ่งเป็นการปลูกฝังเรื่องเพศที่ถูกต้อตั้งแต่ต้น แม้จบแล้วไปประกอบอาชีพอะไรก็ตาม

2. โรงพยาบาลชุมชนควรจะมีการก่อตั้งกลุ่มกลุ่มแกนนำชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ช่วยกิจกรรมด้านการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ที่เป็นคนใน

พื้นที่ตนเอง

3. โรงพยาบาลชุมชนควรมีการจัดบริการเชิงรุก โดยอาศัยแกนนำ MSM ในการการจัดกิจกรรมหรือไปตามกิจกรรมที่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้ความสนใจและมารวมตัวกันจำนวนมาก เพื่อเป็นการเชื่อมบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีสู่ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่แท้จริง

4. โรงพยาบาลชุมชนควรจะมีเปิดบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีนอกวันและเวลาราชการ และเปิดบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลภายในวันเดียว

5. โรงพยาบาลชุมชนควรให้คำปรึกษาและตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มาปรึกษาหรือตรวจพบโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ ทุกราย

ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการทำวิจัยที่เก็บข้อมูลชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเฉพาะอำเภอที่มีการจัดบริการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลภายในวันเดียว เพื่อนำมาวิเคราะห์ว่ายังมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติอยู่หรือไม่ หากตัดอำเภอที่ไม่มีการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลภายในวันเดียวออก

2. ควรมีการเพิ่มตัวแปรเรื่องการรับประทานยา PEP (Post-exposure prophylaxis) และยา PrEP (Pre-exposure prophylaxis) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เนื่องจากยา PrEP เป็นยาที่รับประทานก่อนมีเพศสัมพันธ์จะสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ถึงร้อยละ 92 ซึ่งชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับประทานยาดังกล่าวอาจคิดว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง และไม่จำเป็นต้องตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

3. การทำวิจัยครั้งต่อไปควรมีการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างเพิ่มขึ้น เนื่องจากค่า 95%CI ที่ได้จากทุกตัวแปรค่อนข้างกว้าง นั้นอาจแสดงถึงกลุ่มตัวอย่างไม่เพียงพอ

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จสมบูรณ์ได้ด้วยดีเนื่องจากได้รับความช่วยเหลือจากคณะอาจารย์ที่ปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ ที่ให้คำปรึกษา จนวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เสร็จลุล่วงไปด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS]. Global report: UNAIDS global aids update 2016. Geneva: UNAIDS; 2016.
2. สำนักกระบวนวิทยา. สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังระบบโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค; 2560.
3. Integrated Biologic and Behavioral Surveillance and Sentinel surveillance [IBBS]. Thailand: Key facts on HIV 2016 [online]. 2016 [cited 2018, Jan 9]. Available from: <https://www.aidsdata-hub.org/Country-Profiles/Thailand>
4. สำนักกระบวนวิทยา. สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2557. นนทบุรี: กลุ่มพัฒนาระบบเฝ้าระวังระบบโรคเอดส์ กรมควบคุมโรค; 2557.
5. จิรภัทร หลงกุล. การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่น [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2555.
6. Garcia MC, Duong QL, Mercer LE, Meyer SB, Ward PR. Never testing for HIV among men who have sex with men in Viet Nam: Results from an Internet-based cross-sectional survey. BMC Public Health 2013; 13: 1236.

7. จิรภัทร หลงกุล. การเข้ารับบริการรับบริการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรดุษฎีบัณฑิต]. ขอนแก่น: บัณฑิตวิทยาลัยมหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2558.
8. Lee SW, Deiss RG, Segura ER, Clark JL, Lake JE, Konda KA, et al. A cross-sectional study of low HIV testing frequency and high-risk behaviour among men who have sex with men and transgender women in Lima, Peru. *BMC Public Health* 2015; 15: 408.
9. Yi S, Tuot S, Chhoun P, Brody C, Pal K, Oum S. Factors associated with recent HIV testing among high-risk men who have sex with men: A cross-sectional study in Cambodia. *BMC Public Health* 2015; 15: 743.
10. Strömdahl S, Liljeros F, Thorson AE, Persson KI, Forsberg BC. HIV testing and prevention among foreign-born Men Who have Sex with Men: An online survey from Sweden. *BMC Public Health* 2017; 17(1): 139.
11. Sekandi JN, Sempeera H, List J, Mugerwa MA, Asiimwe S, Yin X, et al. High acceptance of home-based HIV counseling and testing in an urban community setting in Uganda. *BMC Public Health* 2011; 11: 730.
12. Park JN, Papworth E, Billong SC, Elat JB, Kassegne S, Grosso A, et al. Correlates of prior HIV testing among men who have sex with men in Cameroon: A cross-sectional analysis. *BMC Public Health* 2014; 14: 1220.