



กรมควบคุมโรค

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วารสาร

ISSN 2651-0987

โรคเอดส์

<http://e-library-aidssti.ddc.moph.go.th/home>

ปีที่ 31 ฉบับที่ 1 ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2561 - มกราคม 2562

- เชื้อบูตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่
- การติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อซิฟิลิส และมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: การศึกษาในจังหวัดพังงา
- ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดสงขลา
- การเปรียบเทียบผลของการยับยั้งไวรัสในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน เทียบกับกลุ่ม ที่ไม่เข้าร่วมของโรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี
- ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้ เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในพื้นที่ 12 จังหวัด ของประเทศไทย พ.ศ.2557



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารโรคเอดส์

ปีที่ ๓๑ ฉบับที่ ๑ พ.ศ. ๒๕๖๑/๒๕๖๒

สารบัญ

	หน้า
เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ นายหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์	1
การติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อซิฟิลิส และมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: การศึกษาในจังหวัดพังงา อภิษฎา รัศมี, จุไรรัตน์ รัตนเลิศนาวิ	9
ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดสงขลา ภูโมกษ์ อัมพวา	21
การเปรียบเทียบผลของการยับยั้งไวรัสในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเทียบกับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม ของโรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี พรชัย คูวิวัฒน์ชัย, สุรัตน์ดา มอโ	32
ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้ เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในพื้นที่ 12 จังหวัด ของประเทศไทย พ.ศ.2557 สหภาพ พูลเกษร, ถนอม นามวงศ์	40

Thai AIDS Journal
Volume 31, Number 1, 2018/2019

	Page
Gonococcal Conjunctivitis in Adolescents and Adults <i>Chaihan Rungsirisangratana</i>	1
HIV Infection Among Migrant Workers with Syphilis and Risk Behaviors of Sexually Transmitted Diseases: a Study in Phang Nga Province <i>Apisada Rasmi, Jurairat Ratanaalertnavee</i>	9
Knowledge, Understanding and Behavior to Prevent HIV and Sexually Transmitted Diseases among Men Who have Sex with Men in Songkhla Province <i>Phoomokh Ampawa</i>	21
Comparison of HIV Viral Suppression Outcome between Peer Support Group and Non- Peer Support Group in Chaiwan Hospital, Udonthani <i>Pornchai Kuwivattanachai, Suratda Moto</i>	32
Integrated HIV/STI Biological and Behavioral Surveillance among Female Sex Workers Using Handheld Computer in 12 Provinces in Thailand: Results from a Survey in 2014 <i>Sahaphap poonkesorn, Tanom Numvong</i>	40

วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และนักวิจัยได้มีโอกาสนำผลงานวิชาการและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อันเป็นแหล่งค้นคว้า อ้างอิงทางวิชาการต่อไป ซึ่งเนื้อหาบทความ/ผลงานวิจัย ที่ลงพิมพ์นำเสนอข้อมูลข่าวสาร วิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุข และส่งเสริมสนับสนุนองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการประชาชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เกิดประโยชน์สูงสุด

ที่ปรึกษา

ศาสตราจารย์เกียรติคุณนายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ

บรรณาธิการ

นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข กรมควบคุมโรค

กองบรรณาธิการ

นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	กรมควบคุมโรค
แพทย์หญิงอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย	กรมควบคุมโรค
นายแพทย์สุเมธ องค์กรวรรณดี	กรมควบคุมโรค
นายแพทย์วีรวัฒน์ มโนสุทธิ	กรมควบคุมโรค
แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู	กรมควบคุมโรค
แพทย์หญิงรศพร กิตติเยวมาลย์	กรมควบคุมโรค
แพทย์หญิงมณฑิณี วสันติอุโปภาคาร	กรมควบคุมโรค
นางสาวทองกร ยืนรังษี	กรมควบคุมโรค
นางสาวปาริชาติ จันทร์จรัส	กรมควบคุมโรค
ดร.สิริพรรณ แสงอรุณ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
นายแพทย์วิวัฒน์ โรจนพิทยากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
นายแพทย์สุวัฒน์ คงสีล	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
รศ.ดร.สุคนธา คงสีล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
รศ.ดร.มณีนันท์ ชีระวิวัฒน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
ดร.ตุลิตา พึ่งสำราญ	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล	นักวิชาการอิสระ
ผศ.พญ.พัชรวิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร	สำนักวิชาการแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
นายรณภูมิ สามัคคีธรรมย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้จัดการ

นายแพทย์ศรายุทธ อุตตมาภคพงศ์ ผู้อำนวยการสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สำนักงานผู้จัดการ

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4 เลขที่ 88/21 ม.4 ซ.บาราศนราดรุณ ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์/โทรสาร 0 2590 3289, 3291

ผู้ออกแบบปก

นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง

ผู้ประสานงาน

นางสาวผกามาศ แดงคูหา โทร. 0 2590 3289, 3291 โทรศัพท์มือถือ 08 1788 3573
E-mail: aidsstijournal@gmail.com

วารสารอิเล็กทรอนิกส์ E-Journal สืบค้นได้ที่ aidssti.ddc.moph.go.th และสืบค้นต่อที่ E-library

<https://www.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal>

กำหนดออก

ปีละ 3 ครั้ง หรือราย 4 เดือน: ตุลาคม - มกราคม, กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม, มิถุนายน - กันยายน

พิมพ์ที่

สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนดี้ดีไซน์

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคเอดส์ยินดีรับเรื่องรับบทความวิชาการหรือรายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน และวิชาที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อลงพิมพ์ โดยสนับสนุนให้บทความเป็นภาษาไทยและมีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ

ข้อความและข้อคิดเห็นต่างๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้นๆ ไม่ใช่ความเห็นของคณะบรรณาธิการหรือของวารสารโรคเอดส์

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อๆ ได้แก่ บทคัดย่อ บทนำสั้นๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษารวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผล วิเคราะห์ผล สรุป กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์ บนมุมขวาของกระดาษใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิเคราะห์ กิตติกรรมประกาศ และเอกสารอ้างอิง

บทความพื้นวิชา ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวมสิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ได้หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่นำมาเขียน วิเคราะห์ หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิงที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทยที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นได้ใจความและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอักษรรายชื่อ และสังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาที่ง่าย สั้น กระชับ และชัดเจน เพื่อประหยัดหน้ากระดาษ เวลาของผู้อ่านแล้วผู้เขียน ถ้าใช้คำย่อต้องบอกคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมีทุกบทความ ยกเว้นบางกรณีเท่านั้น

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติที่สำคัญใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ ในการเขียนบทคัดย่อ มีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและวิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีปัญหาหรือข้อสงสัยอ้างอิงอยู่ในบทคัดย่อ โดยบทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ของการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูลวิธีการรวบรวม ข้อมูลวิธีการเลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัยตลอดจนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัยโดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

วิจารณ์ ควรเขียนอภิปรายผลการวิจัยว่าเป็นไปตามวัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึง ทฤษฎีหรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่นำผลการไปใช้ หรือประโยชน์สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
- 2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงบรรณเป็นหมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับแรกและเรียงต่อตามลำดับแต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อวารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสาร อ้างอิงไม่ถูกแบบ จะทำให้เรื่องที่เกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตามหลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงวารสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์;เล่มที่ของวารสาร (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้ายในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คนให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

- 1) Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of Heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987;257:640-4.
- 2) Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009;361:298-9.
- 3) Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009;361:1529-38.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษแต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนตัวเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

- 1) ชีระ รามสูตร, นิวัติ มนต์วีรสวัสดิ์, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อรังระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากกวางตัวขาวของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อรัง 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527;10:101-2.
- 2) จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551;52:241-53.
- 3) ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร, สุพินดา แสงพานิชย์, เพ็ญทรัพย์ อีสี่ประดิษฐ์. การเปรียบเทียบผลการตอบสนองทางผิวหนังด้วยวิธีสกัดผิวหนังกับวิธี skin endpoint titration ในผู้ป่วยที่แพ้ไรฝุ่นหรือแมลงสาบ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2545;46:649-57.
- 4) จริญญา เลิศอรชรขมณีนี, เอมอร รักขมณีนี, อนุพันธ์ ตันติวงศ์, กรุณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒทิพรณีนี วรจิโกภาทร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิผลของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุมหาวิทยาลัย 2545;85:1288-95.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

- 1) Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.
- 2) Meinert CL. Clinical trials: design, conduct, and analysis. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- 3) Katz MH. Evaluating clinical and public health interventions: a practical guide to study design and statistics. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
- 4) Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2009.
- 5) สมภพ เรืองตระกูล. อาการปวด: โรคทางจิตเวชและการรักษา. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
- 6) พลภัทร โรจน์นครินทร์. โรคเลือดออกง่ายและหลอดเลือดอุดตันในเขตร้อน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
- 7) จันทร์เพ็ญ สุวรรณ, อภิญา เพียรพิจารณา, รัตนาภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2553.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน; (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

- 1) ศรัชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรัชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัยบุญนาท, ตรีชนกจิตร หรือสินธุ์, บรรณาธิการ. ตำรายาอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงศิลป์; 2533. หน้า 115-20.
- 2) รุจิเรศ ธนุรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด. ใน: สุปราณี เสนาดีสัย, วรรณภา ประไพพานิช, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฑาทอง; 2551. หน้า 677-97.

3) วิทยา เลิศวิริยะกุล. การให้ยาระงับความรู้สึกผู้สูงอายุ. ใน: วิรัตน์ วาสิณวงศ์, ธวัช ขาญขุณยานนท์, ศศิกานต์ นิยมานรชต์, ธิดา เอื้อกฤดาภิการ, บรรณาธิการ. วิทยาลัยพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2555. หน้า 247-70.

4) วราลักษณ์ ยมะสมิต. อาการคลื่นไส้อาเจียนในหญิงตั้งครรภ์. ใน: วรพงศ์ ภู่งศ์, บรรณาธิการ. การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 7-16.

5) ปิยวรรณ เชียงไกรเวช. การบาดเจ็บในหญิงตั้งครรภ์. ใน: ปิยวรรณ เชียงไกรเวช, มณฑิรา ตันพูนช, นครชัย เฟื่อนปฐม, บรรณาธิการ. การบาดเจ็บในเด็ก. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556. หน้า 247-57.

6) เกรียงศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี คุ้มจินดา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฎ์, ประอร ขวลิธธำรง, พิภพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78

7) Hamera J. Performance ethnography. In: Lincoln YS, Denzin NK, editors. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks (CA): Sage; 2013. p. 205-31.

8) Fisher MJ, Rheingold SR. Oncologic emergencies. In: Poplack DG, Pizzo PA, editors. Principles and practice of pediatric oncology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1125-51.

9) Zierler RE, Summer DS. Arterial physiology. In: Cronenwett JL, Johnston KW, editors. Rutherford's vascular surgery. Vol 1. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 131-49.

10) Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology - head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001-19.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1) Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุมหรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1) สุขเกษม ไขษิตเศรษฐ์, รัตนา เตียงทิพย์. การหาโปรตีนในปัสสาวะที่บ่งชี้โรคไตด้วยวิธีโปรตีนโนมิส. ใน: ขจร ลักษณะขยปกรณ์, บรรณาธิการ. ประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปี 2552 Changes: new trends in medicine; วันที่ 14-17 กรกฎาคม 2552; ณ ห้องประชุมแพทย์โดม 2 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552. หน้า 23-40.

2) ฐิติมา สุนทรสัจ. การทำนายและการป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด. ใน: ประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 30 Tracks and trends in healthcare; 6-8 สิงหาคม 2557; ณ อาคารเรียนรวมและหอสมุด คณะแพทย ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา; 2557. หน้า 73-7.

3) Bengtsson S, Solheim BG.. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

4) Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan

C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-9

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

1) เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาโทระดับปริญญาโทวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542. 80 หน้า.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปีเดือนวันที่]; เล่มที่ (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1) Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5];18:52-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

2) Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier—Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15]; 363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

3) สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปียชื่อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชบัณฑิตยสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ตุลาคม 2557];20:97-110. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>

4) Dogan S, Abbasi SS, Theodore N, Horn E, Rekate HL, Sonntag VK. Pediatric subaxial cervical spine injuries: origins management, and outcome in 51 patients. Neurosurg Focus [Internet].

2006 [cited 2014 Sep 15];20:E1. Available from: <http://thejns.org/doi/pdf/10.3171/foc.2006.20.2.2>

5) Leedham SJ. Measuring stem cell dynamics in the human colon-where there's a wiggle, there's a way. J Pathol [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 17]. Available from: <http://onlinelibrary.com/doi/10.1002/path.4422/pdf>

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปีเดือนวันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1) ขนิษฐา กาญจนรังษินนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ต.ค. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>

2) ศุภศิลป์ สุนทรภา. ผลของวิตามินดีต่อการเกิด การป้องกันและการรักษาโรคกระดูกพรุน [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: กลุ่มศึกษาวิจัยโรคกระดูกพรุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 8 กันยายน 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.osteokku.com/osteokku_o/ebook/vitamins.html

3) Barrett KE. Gastrointestinal physiology [Internet]. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2014 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.accessmedicine.mhmedical.com>

4) Lester SC. Manual of surgical pathology [Internet]. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.clinicalkey.com>

5) Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmwf.org/user_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf

4.การส่งต้นฉบับ

4.1 รูปแบบไฟล์ต้นฉบับอิเล็กทรอนิกส์ ขนาด A4 แบบอักษร TH SarabunPSK ส่วนหัวชื่อ ขนาด 16 pt. ส่วนเนื้อหา ขนาด 14 pt.

4.2 กราฟ/ตารางแสดงผล แสดงข้อชัดเจน (ตัวหนา) มีการซ้ำหัวตารางแสดงผล ในกรณีที่ตารางแสดงผลต้องขึ้นหน้าถัดไป

4.3 รูปภาพประกอบ มีความละเอียด คมชัด สามารถปรับขยายได้

4.4 การส่งเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์มาที่กองบรรณาธิการ E-mail : aidsstijournal@gmail.com หรือผ่านระบบเว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal>

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 3 ท่าน ร่วมพิจารณา

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียนจำนวน 20 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารโรคเอดส์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรคหรือกองบรรณาธิการแต่ประการใดผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

พิมพ์ที่

สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์

161/477-478 ซอยจรัญสนิทวงศ์ 27

ถนนจรัญสนิทวงศ์ บางขุนศรี

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาผลงานลงวารสารโรคเอดส์ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง, นางสาว, อื่นๆ.....)
(ชื่อภาษาอังกฤษ).....
2. วุฒิการศึกษา(ภาษาอังกฤษ)
3. สถานที่ทำงาน
ภาษาอังกฤษ (office)
4. สถานภาพผู้เขียน
() นักศึกษา ปริญญา () อาจารย์ สถาบัน.....
() บุคลากรทางการแพทย์ ระบุสายวิชาชีพ.....
() บุคลากรอื่นๆ ระบุ.....
5. ขอส่ง () งานวิจัย () บทความวิชาการ จำนวน.....หน้า
เรื่อง (ภาษาไทย)
(ภาษาอังกฤษ)
6. ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งเล่มวารสารโรคเอดส์ให้ทางไปรษณีย์)
.....
.....รหัสไปรษณีย์
โทร. (มือถือ)..... E-mail:

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณา
ของวารสารเล่มอื่น

ลงนาม

(.....)

วันที่/...../.....



เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน ในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่

Received: 19/11/2018, Accepted: 09/12/2018

ชยาหาญ รุ่งศิริแสงรัตน์*

Abstract

Gonococcal Conjunctivitis in Adolescents and Adults

Chaihan Rungsirisangratana*

*Rajprachasamasai Institute, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Gonococcal conjunctivitis in adolescents and adults is an uncommon extragenital gonococcal infections, the clinical diagnosis may be delayed. Inappropriate and delayed treatments can result in severe ocular complications such as ulcerative keratitis and corneal perforation leading to permanent visual loss or blindness. Prompt diagnosis and effective treatment are essential in the prevention of ophthalmic morbidity. Furthermore, the appropriate treatment is especially important in the current era of increased antibiotic resistance.

Keywords: gonococcal conjunctivitis, extragenital infection, antibiotic resistance

บทคัดย่อ

เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในที่พบในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ เป็นการติดเชื้อหนองในที่อวัยวะอื่นนอกเหนือจากอวัยวะเพศที่พบได้ไม่บ่อยนัก ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับการวินิจฉัยที่ล่าช้า ซึ่งการรักษาที่ไม่เหมาะสมและล่าช้า สามารถทำให้เกิดภาวะแทรกซ้อนทางจักษุที่รุนแรง ได้แก่ กระจกตาอักเสบเป็นแผลเปื่อย และกระจกตาทะลุ นำมาซึ่งการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรหรือตาบอดได้ การวินิจฉัยอย่างทันท่วงทีร่วมกับการรักษาที่มีประสิทธิภาพ เป็นสิ่งสำคัญที่ช่วยป้องกันการเกิดปัญหาความเจ็บป่วยทางจักษุอื่นตามมาได้อีกไปกว่านั้นการรักษาที่เหมาะสมยังมีความสำคัญอย่างยิ่งในยุคปัจจุบันที่มีปัญหาการดื้อยาปฏิชีวนะที่เพิ่มมากขึ้น

คำสำคัญ: เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน, การติดเชื้อบริเวณอื่นนอกเหนือจากอวัยวะเพศ, การดื้อยาปฏิชีวนะ

บทนำ

เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน (Gonococcal Conjunctivitis) สามารถพบได้ในทุกช่วงอายุ ซึ่งในอดีตจะพบเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน เกิดขึ้นกับวัยทารก (Gonococcal Ophthalmia Neonatorum) ได้บ่อยกว่าในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่⁽¹⁾ แต่ในปัจจุบันพบว่าอุบัติการณ์การติดเชื้อในวัยทารกลดลงมาก แต่กลับพบเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในเพิ่มมากขึ้นในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่⁽²⁾ โดยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในที่เกิดขึ้นในวัยทารกนั้น เกิดจากการติดต่อจากมารดา ที่มีการติดเชื้อหนองในสู่ทารกระหว่างการคลอด แต่เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ มักเกิดจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยที่ผู้ป่วยอาจมีหรือไม่มีอาการของการติดเชื้อหนองในที่อวัยวะที่เป็นช่องทางการมีเพศสัมพันธ์ก็ได้ ซึ่งบทความนี้ได้กล่าวถึงระบาดวิทยา สาเหตุและพยาธิสรีรวิทยา อาการและการแสดง การวินิจฉัยและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ตลอดจนการดูแลรักษาผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในที่พบในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ ที่ดูแลผู้ป่วยได้ทบทวนความรู้เกี่ยวกับเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน ซึ่งเป็นปัญหาสำคัญที่ควรได้รับการดูแลรักษาอย่างเหมาะสมและทันทั่วถึง เนื่องจากผู้ป่วยโรคหนองในที่ไม่ได้รับการรักษาสามารถทำให้เกิดอันตรายถึงชีวิตจากการติดเชื้อในกระแสเลือด หรือเกิดเยื่อหุ้มสมองอักเสบได้⁽³⁾ นอกจากนี้ยังสามารถทำให้ผู้ป่วยสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรหรือตาบอดได้

ระบาดวิทยา

จากรายงานการสำรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่สามารถรักษาให้หายได้จากทั่วโลก

ปี พ.ศ. 2555 คาดประมาณว่า ผู้ป่วยใหม่ทั่วโลกที่มีอายุระหว่าง 15 - 49 ปี เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่สามารถรักษาให้หายได้ มีจำนวนประมาณ 357 ล้านคน โดยคาดประมาณว่าเป็นโรคหนองในประมาณ 78 ล้านคน ซึ่งมีจำนวนผู้ป่วยเป็นอันดับ 3 รองจากโรคหนองในเทียม และโรคพยาธิในช่องคลอด⁽⁴⁾ โดยจากระบบรายงานการเฝ้าระวังโรคสำนักโรคระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค ตั้งแต่ พ.ศ. 2556 - 2560 พบว่าจำนวนผู้ป่วยโรคหนองในในประเทศไทยมีแนวโน้มเพิ่มจำนวนมากขึ้น จากปี พ.ศ. 2556 จำนวน 6,753 คน (10.5 ต่อประชากร 100,000 คน) เพิ่มขึ้น 10,463 คน (15.8 ต่อประชากร 100,000 คน) ในปี พ.ศ. 2560⁽⁵⁾ อย่างไรก็ตาม ในประเทศไทยยังไม่เคยมีการทำการศึกษาว่า มีจำนวนผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ อาจเนื่องมาจากจำนวนผู้ป่วยที่มีน้อยหรือไม่มีการรายงานโรคในสาธารณสุขรัฐไอร์แลนด์มีการศึกษาโดย Mc Anena L และคณะ พบว่ามีความชุกของการเกิดเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในในวัยรุ่นและวัยผู้ใหญ่ 0.19 คน ต่อผู้ป่วยโรคหนองใน 1,000 คน⁽²⁾

สาเหตุและพยาธิสรีรวิทยา

เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในเกิดจากการติดเชื้อ *Neisseria Gonorrhoeae* ซึ่งเป็นแบคทีเรียชนิด Gram-Negative Diplococci โดยการติดเชื้อเกิดขึ้นจากการที่เยื่อบุตาสัมผัสโดยตรงกับปัสสาวะ สารคัดหลั่ง หรืออวัยวะต่าง ๆ ที่เป็นช่องทางของการมีเพศสัมพันธ์ ได้แก่ อวัยวะเพศ ทวารหนัก ช่องปาก ที่มีเชื้อหนองในปนเปื้อนอยู่ หรืออาจเป็นการสัมผัสทางอ้อม โดยไม่ได้ติดต่อกับการมีเพศสัมพันธ์โดยตรง แต่มีสารตัวกลางพาเชื้อโรคมา (Fomite Transmission) ซึ่งพบได้น้อยมาก เนื่องจากเชื้อหนองในเมื่ออยู่ภายนอกร่างกายมนุษย์

จะมีชีวิตอยู่ได้เพียงไม่กี่นาที่เท่านั้น เช่น การติดเชื้อจากการนำน้ำปัสสาวะที่ปนเปื้อนเชื้อหนองในมาหยอดตาตามความเชื่อท้องถิ่น เพื่อทำการรักษาโรคตาแดง⁽⁶⁾ หรือมีการเกิดเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในจากการทำงานในห้องปฏิบัติการ⁽⁷⁻⁸⁾ เป็นต้น เมื่อเชื้อหนองในสัมผัสกับเยื่อบุตาจะสามารถเกาะติดกับเซลล์เยื่อเมือก (Mucosal Cell) และสามารถทะลุผ่านเข้าไปอาศัยอยู่ภายในเซลล์ เกิดการแบ่งตัวและกระตุ้นให้เกิดกระบวนการอักเสบภายในเซลล์ตามมาในที่สุด อย่างไรก็ตามมีการศึกษาพบว่าเชื้อหนองในสามารถพัฒนาตัวเองโดยการหลบเลี่ยงและปรับเปลี่ยนกระบวนการตอบสนองของภูมิคุ้มกันของมนุษย์ ได้แก่ สามารถยับยั้งกระบวนการตอบสนองของ T Lymphocyte, B Lymphocyte และ Dendritic Cell และยังพบว่า Macrophage ที่ติดเชื้อหนองในจะไม่สามารถกระตุ้นการตอบสนองของการแบ่งตัวของเซลล์ CD4+ ได้ ซึ่งกระบวนการต่าง ๆ เหล่านี้ทำให้เชื้อหนองในสามารถเกิดการแพร่กระจายไปทั่วร่างกายได้ในที่สุด⁽⁹⁾

อาการและอาการแสดง

เยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในสามารถเกิดอาการได้พร้อมกันทั้งสองตา หรือมีอาการเพียงตาข้างเดียว หรือมีอาการที่ตาข้างใดข้างหนึ่งก่อนแล้วจึงมีอาการที่ตาอีกข้างหนึ่งตามมาได้ โดยผู้ป่วยจะมีอาการตาแดงมาก เปลือกตาบวมปวดตา ตามัวลง มีขี้ตาลักษณะเหมือนหนองไหลออกจากตาตลอดเวลา ระยะพักตัวของการติดเชื้อเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในนับตั้งแต่ได้รับเชื้อที่ดวงตาจนเริ่มเกิดอาการ โดยทั่วไปใช้เวลาประมาณ 3 - 19 วัน⁽¹⁰⁾ และพบว่าในผู้ป่วยที่มีการทอปัสสาวะอักเสบร่วมด้วย ผู้ป่วยจะมีอาการทอปัสสาวะอักเสบนานมาก่อนอาการติดเชื้อที่ดวงตา

ประมาณหนึ่งถึงหลายสัปดาห์⁽¹⁾ แต่อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในนั้นจะมีการผิดปกติจากโรคหนองในอวัยวะอื่น ๆ ที่เป็นช่องทางของการมีเพศสัมพันธ์ร่วมด้วยหรือไม่ก็ได้ โดยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน เป็นการอักเสบของเยื่อบุตาอย่างรุนแรงและเฉียบพลัน และมีการแสดงที่มีลักษณะเฉพาะ ได้แก่ (1) มีเยื่อบุตาแดงและบวมอย่างรุนแรง ในผู้ป่วยบางรายอาจพบว่า มีเลือดออกใต้เยื่อบุตาขาว (Subconjunctival Hemorrhage) ร่วมด้วยได้ (2) มีเปลือกตาบวมแดงอย่างชัดเจน (3) มีขี้ตาเขียวเหลืองหรือขี้ตาเป็นหนองจำนวนมากและไหลออกมาตลอดเวลา (4) กดเจ็บที่ดวงตา (Tenderness of the Globe) และ (5) ส่วนใหญ่พบว่ามียอดน้ำเหลืองที่หน้าไบฮูโตขึ้น กดเจ็บร่วมด้วย⁽²⁾ โดยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในที่ไม่ได้รับการรักษาที่เหมาะสมและทันที่ จะเกิดการติดเชื้อลามเข้าไปที่กระจกตา เกิดกระจกตาอักเสบเป็นแผลเปื่อย (Ulcerative Keratitis) และลุกลาม อย่างรวดเร็วจนเกิดกระจกตาทะลุ (Corneal Perforation) ได้ภายใน 24 ชั่วโมง^(1,11) อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาของ Kawashima M และคณะ ในญี่ปุ่นพบว่า ถึงแม้ผู้ป่วยจะได้รับการวินิจฉัยและรักษาแล้ว ก็ยังสามารถเกิดการติดเชื้อลุกลาม ที่กระจกตาจนทำให้เกิดกระจกตาทะลุได้ โดยการศึกษาพบว่า ระยะเวลา นับตั้งแต่เริ่มเกิดเยื่อบุตาอักเสบจนเกิดกระจกตาทะลุ ใช้ระยะเวลาเฉลี่ยเพียง 11 วัน⁽¹²⁾ นอกจากนี้ยังมีรายงานผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในที่มีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย ของ Lau RK และคณะ พบว่า ผู้ป่วยมีแนวโน้มพบการติดเชื้อที่กระจกตาได้ง่าย และเกิดกระจกตาอักเสบขนาดใหญ่จนเกิดกระจกตาทะลุขนาดใหญ่ได้ง่ายกว่าคนที่ไม่มีระบบภูมิคุ้มกันปกติ⁽¹³⁾ ในกรณีนี้ผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในที่ติดเชื้อไป

กระจกตาด้วย แต่สามารถควบคุมการติดเชื้อให้สงบลงได้ กระจกตาที่เคยมีการอักเสบติดเชื้อสามารถเกิดเป็นแผลเป็นและทำให้ความสามารถในการมองเห็นลดลงได้ สำหรับเยื่อบุตาอักเสบอย่างรุนแรงเมื่อการติดเชื้อสงบลง สามารถเกิดเป็นแผลเป็นและพังผืดตึงรั้งที่เยื่อบุตา อาจมีผลต่อการกลอกตาได้ไม่สุด หรือเกิดอาการตาแห้งตามมาได้⁽¹⁴⁾

การวินิจฉัยและการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในสามารถพบแพทย์ได้สองลักษณะ ได้แก่ (1) ผู้ป่วยมาด้วยอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยตรง กล่าวคือ ผู้ป่วยมีหนองไหลจากปลายท่อปัสสาวะจากอวัยวะเพศ จากทวารหนัก หรือเจ็บคอ มีหนองในช่องคอหอย ร่วมกับการมีอาการเยื่อบุตาอักเสบรุนแรงและเย็บพลัน ซึ่งทำให้การวินิจฉัยไม่ยากนัก สามารถให้การวินิจฉัยและรักษาไปในแนวทางโรคเดียวกันได้ (2) ผู้ป่วยมาด้วยอาการเยื่อบุตาอักเสบเพียงอย่างเดียว โดยไม่มีอาการผิดปกติอื่น ๆ หรือมีความผิดปกติอื่น ๆ ที่อวัยวะเพศ แต่ไม่แจ้งต่อแพทย์ผู้ให้การดูแลรักษา ซึ่งจะทำให้ยากต่อการวินิจฉัยว่าเป็นเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน ดังนั้น สำหรับผู้ป่วยที่มาด้วยอาการ เยื่อบุตาอักเสบรุนแรง แพทย์หรือบุคลากรสาธารณสุขที่ให้การดูแลผู้ป่วยจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยแยกโรค โดยคำนึงถึงเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในก่อนเสมอ ไม่ว่าผู้ป่วยจะมีหรือไม่มีประวัติการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยง และมีหรือไม่มีอาการของโรคหนองในที่อวัยวะที่เป็นช่องทางของการมีเพศสัมพันธ์ก็ตาม นอกจากนี้ ยังจำเป็นต้องซักประวัติ ผู้ป่วยเกี่ยวกับประวัติ การมีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยง และอาการผิดปกติที่อวัยวะเพศหรือช่องทางอื่น ๆ ที่สามารถมีเพศสัมพันธ์ร่วมด้วยเสมอ จึงจะสามารถวินิจฉัยและให้การรักษาเยื่อบุตาอักเสบจากการ

ติดเชื้อหนองในได้อย่างเหมาะสม และลดอัตราการวินิจฉัยล่าช้าจนผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อลามเข้าสู่กระจกตา ซึ่งเสี่ยงต่อการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้ แม้จะได้รับการรักษาที่ถูกต้องและเหมาะสมในภายหลังก็ตาม⁽¹¹⁻¹²⁾ นอกจากนี้ การวินิจฉัยที่ล่าช้า ทำให้ผู้ป่วยอาจได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะอื่น ๆ มาก่อน⁽²⁾ ซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการเกิดปัญหาเชื้อหนองในดื้อยาเพิ่มมากขึ้นได้ โดยมีรายงานผู้ป่วยของ Hegde V และคณะ พบว่าผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในสามารถมีอาการและอาการแสดงได้เหมือนกับการติดเชื้อภายในเบ้าตา (Orbital Cellulitis) ผู้ป่วยจึงได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะชนิดอื่นก่อนที่จะได้รับการวินิจฉัยที่ถูกต้อง จนเกิดการติดเชื้อที่กระจกตา และตรวจพบว่าเป็นเชื้อหนองในชนิดดื้อยา (Beta-Lactamase Producing *Neisseria Gonorrhoeae*)⁽¹⁵⁾ ดังนั้น นอกเหนือจากอาการเยื่อบุตาอักเสบรุนแรงและเย็บพลันแล้ว ผู้ป่วยที่มีอาการเบ้าตาอักเสบเย็บพลันที่มีขีดจำนวนมาก ควรได้รับการวินิจฉัยแยกโรคว่าสาเหตุอาจเกิดจากการติดเชื้อหนองในร่วมด้วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ซักประวัติได้ว่าเคยมีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยงมาก่อน

การยืนยันการวินิจฉัยว่าเป็นการติดเชื้อหนองในที่เยื่อบุตา จำเป็นต้องเก็บสิ่งส่งตรวจจากขี้ตาหรือสารคัดหลั่งจากดวงตา โดยการขูดเยื่อบุตา (Conjunctival Scraping) หรือการป้ายขี้ตาที่เยื่อบุตาไปตรวจ (Conjunctival Swab) ซึ่งการป้ายขี้ตาที่เยื่อบุตาไปตรวจนั้น เป็นวิธีที่นิยมทำมากที่สุดเนื่องจากทำได้ง่าย และไม่ทำให้ผู้ป่วยเจ็บมากนักเมื่อเปรียบเทียบกับวิธีการขูดเยื่อบุตา วิธีการป้ายขี้ตาที่เยื่อบุตาสามารถทำได้โดยการดึงหนังตาล่างของผู้ป่วยลง เพื่อให้หนังตาล่างเผยออกมาจากลูกตา หลังจากนั้นใช้ไม้พันสำลีปลอดเชื้อกวาดลงไปที่ยอดช่องว่างระหว่างเยื่อบุเปลือกตาล่างด้านในกับลูกตา

(Inferior Conjunctival Fornix) โดยกวาดจากหัวตาไปจนถึงหางตา แล้วรีบนำส่งไม้พันสำลีดังกล่าวไปตรวจทางห้องปฏิบัติการด้วยวิธีต่าง ๆ ต่อไปข้อควรระวังในการป้ายขีดที่เยื่อบุตาไปตรวจ คือ ระหว่างทำการกวาดไม้พันสำลี ต้องระวังไม่ให้สัมผัสกับหนังตาด้านนอกและขนตา เพราะอาจทำให้เกิดการปนเปื้อนจุลินทรีย์ประจำถิ่น (Normal Flora) ที่อยู่บริเวณหนังตาและขนตาได้⁽¹⁶⁾

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อตรวจหาหลักฐาน การติดเชื้อหนองในที่เยื่อบุตา ทำได้หลายวิธี ได้แก่

1) การย้อมสีกรัม (Gram staining) เป็นวิธีที่ง่ายและนิยมใช้มากที่สุด ในการตรวจหาเชื้อหนองในที่เยื่อบุตา โดยนำเอาขีดตาของผู้ป่วยมาตรวจโดยการย้อมสีกรัม จะพบแบคทีเรียชนิด Gram-Negative Diplococci อย่างไรก็ดีตาม แนะนำให้ทำการตรวจทางห้องปฏิบัติการวิธีอื่น ๆ ร่วมด้วยเพื่อยืนยันการวินิจฉัย

2) การเพาะเชื้อ เป็นวิธีที่นิยมใช้ควบคู่ไปกับการย้อมสีกรัม โดยจะทำการเพาะเชื้อใน Thayer-Martin Agar และควรเก็บสิ่งส่งตรวจ และป้ายลงจานเพาะเชื้อโดยใช้พลาสติก ลวดเหล็ก หรือ ป้ายที่ทำด้วยแคลเซียมแอลจิเนต (Calcium Alginate Tip) เนื่องจากการใช้วัสดุ เช่น ไม้หรือป้ายไม้พันสำลี อาจเป็นพิษต่อเชื้อหนองในได้⁽¹⁷⁾ นอกจากนี้ จานเพาะเชื้อควรนำส่งภายใต้ภาวะที่มีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูง (CO_2 -Enriched Environment) และเพาะเลี้ยงภายใต้อุณหภูมิ 35 - 37 องศาเซลเซียส ในภาวะที่มีก๊าซคาร์บอนไดออกไซด์สูงเช่นเดียวกัน โดยการเพาะเชื้อนั้น มีข้อได้เปรียบ คือ สามารถตรวจหาการดื้อยาหรือความไวของยาปฏิชีวนะต่อเชื้อได้แต่อย่างไรก็ตาม ข้อเสียเปรียบของการเพาะเชื้อ คือ ต้องใช้เวลาอย่างน้อย 48 ชั่วโมง ในการเพาะเชื้อ จึงจะเริ่มอ่านผลได้ และเชื้อหนองในยังเป็น

แบคทีเรียที่เจริญยาก (Fastidious Bacteria) ทำให้อาจเพาะเชื้อไม่ขึ้นได้ สำหรับความไวในการตรวจหาเชื้อ (Sensitivity) ของการเพาะเชื้ออยู่ระหว่างร้อยละ 75 ถึง 95⁽¹⁷⁾ ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น การเก็บสิ่งส่งตรวจที่เหมาะสม ภาวะแวดล้อมขณะการเพาะ เป็นต้น

3) การตรวจด้วย Nucleic Acid Amplification Test (NAAT) เป็นวิธีการตรวจหาเชื้อหนองใน โดยการนำเอา DNA หรือ RNA ของเชื้อหนองใน ที่เก็บได้จากสารคัดหลั่งของผู้ป่วยมาผ่านกระบวนการทางห้องปฏิบัติการต่าง ๆ ทำให้ได้ DNA หรือ RNA ของเชื้อหนองในจำนวนมาก โดยการตรวจ NAAT มีหลายวิธี ได้แก่ Polymerase Chain Reaction (PCR), Transcription-Mediated Amplification (TMA) หรือ Strand Displacement Amplification (SDA)⁽³⁾ เนื่องจากการตรวจหาเชื้อด้วย NAAT ทำให้สามารถตรวจหาเชื้อหนองในที่มีเพียงแค่ 1 ตัว หรือมีเพียงเล็กน้อยได้ เมื่อเทียบกับการตรวจหาเชื้อด้วยวิธีอื่นที่ต้องอาศัยจำนวนเชื้อหนองในอย่างน้อย 1,000 ตัว⁽¹⁷⁾ ทำให้ความไวของการตรวจหาเชื้อดีกว่าการเพาะเชื้อ ปัจจุบันการตรวจ NAAT จึงแนะนำให้ใช้ในการตรวจหาเชื้อหนองในจากอวัยวะอื่น ๆ นอกจากอวัยวะเพศ (Extragenital Sites) โดยเฉพาะที่ทวารหนัก (Rectum) และช่องคอหอย (Pharynx)⁽¹⁸⁻¹⁹⁾ มีการศึกษาของ Mc Anena L และคณะ ทำการเก็บขีดตาจากผู้ป่วยที่สงสัยว่าเป็นเยื่อบุตาอักเสบจากเชื้อหนองใน แล้วส่งตรวจด้วยวิธี Polymerase Chain Reaction พบว่ามีความไว (Sensitivity) ของการตรวจหาเชื้อหนองในที่เยื่อบุตาประมาณร้อยละ 80⁽²⁾ อย่างไรก็ตาม การเก็บสิ่งส่งตรวจจากอวัยวะอื่น ๆ นอกจากอวัยวะเพศต้องระวังการเกิดผลบวกปลอม (False Positive) จากเชื้อ Neisseria ที่เป็นสายพันธุ์ที่ไม่ก่อโรค ดังนั้น ข้อดีของการตรวจด้วยวิธี NAAT

คือสามารถตรวจหาการติดเชื้อจากเชื้อปริมาณน้อย ๆ ได้ และสามารถตรวจได้ผลอย่างรวดเร็วภายในไม่กี่ ชั่วโมง แต่ข้อด้อย คือ ไม่สามารถตรวจหาการติดเชื้อหรือความไวต่อยาปฏิชีวนะของเชื้อหนองในได้ หรือแยกเชื้อที่เป็นสายพันธุ์ที่ไม่ก่อโรคได้ นอกจากนี้ การตรวจยังมีราคาค่อนข้างสูง เมื่อเปรียบเทียบกับ การการเพาะเชื้อหรือการย้อมสีกรัม⁽³⁾

จากปัญหาความล่าช้าในการวินิจฉัยโรคว่า มีสาเหตุจากเชื้อหนองใน ทำให้ผู้ป่วยได้รับการรักษา ด้วยยาปฏิชีวนะอื่น ๆ ที่ไม่เหมาะสม นำมาซึ่งปัญหา เชื้อหนองในดื้อยาในที่สุด ทำให้ในปี พ.ศ. 2555 องค์การอนามัยโลกได้กล่าวว่า เชื้อหนองในอาจ ไม่สามารถรักษาให้หายได้ เนื่องจากจากปัญหาดื้อยาที่ เพิ่มขึ้น และยังมียา ที่เป็นทางเลือกในการรักษา อย่างจำกัด⁽²⁰⁾ ดังนั้น เมื่อสงสัยว่าผู้ป่วยเกิดโรค จากการติดเชื้อหนองใน หรือทำการตรวจโดยการย้อมสี กรัมนและ/หรือตรวจด้วย NAAT แล้วพบว่า มีการติดเชื้อ หนองใน ผู้ป่วยควรได้รับการเพาะเชื้อทุกราย เพื่อทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วย ได้รับการรักษาที่เหมาะสม และลดความเสี่ยงต่อ การเกิดปัญหาเชื้อดื้อยา

การดูแลรักษา

การรักษาเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อ หนองในนั้น ตามแนวทางของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ปี พ.ศ. 2558 แนะนำให้รักษาด้วยยา Ceftriaxone 1 กรัม ฉีดเข้า กล้ามเนื้อเพียงครั้งเดียว ร่วมกับการรับประทานยา Azithromycin 1 กรัม เพียงครั้งเดียว เพื่อให้ ครอบคลุมการติดเชื้อ *Chlamydia trachomatis* ซึ่งส่วนใหญ่มักพบร่วมกับการติดเชื้อหนองใน และโดยทางทฤษฎีเชื่อว่า การให้ยาปฏิชีวนะสองชนิด ที่ออกฤทธิ์ฆ่าเชื้อโดยกลไกที่แตกต่างกัน จะช่วยเพิ่ม ประสิทธิภาพในการรักษาและช่วยลดโอกาสในการ

เกิดเชื้อดื้อยา กลุ่ม Cephalosporin ลงได้⁽²⁰⁾ โดยผู้ป่วย ที่มีอาการของเยื่อบุตาอักเสบเพียงอย่างเดียว และไม่ใช่ ผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง สามารถให้การรักษา แบบผู้ป่วยนอกได้ แต่ควรนัดผู้ป่วยมาตรวจติดตาม อาการทุกวันจนอาการปกติ เนื่องจากการติดเชื้อ สามารถลามเข้าไปที่กระจกตา เกิดกระจกตา อักเสบเป็นแผลเปื่อยและลุกลามอย่างรวดเร็ว จนเกิดกระจกตาทะลุได้ภายใน 24 ชั่วโมง^(1,10) แต่ใน กรณีที่ผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะตัวอื่น อันเนื่องมาจากผู้ป่วยแพ้ยา Ceftriaxone หรือเชื้อ ดื้อยา Ceftriaxone แนะนำให้รับผู้ป่วยไว้ใน โรงพยาบาลและสังเกตอาการอย่างใกล้ชิด สำหรับ ผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในที่มีการ อักเสบติดเชื้อที่กระจกตาร่วมด้วยนั้น ถือว่าเป็น อาการแสดงที่บ่งบอกว่าผู้ป่วยอาจมีการพยากรณ์โรค ที่ไม่ดีนัก⁽¹⁰⁾ เพราะอาจทำให้ผู้ป่วยมีการสูญเสีย ระดับการมองเห็นในระยะยาว จากกระจกตาเป็น แผลเป็น หรืออาจรุนแรงจนผู้ป่วยต้องได้รับการ ผ่าตัดเปลี่ยนกระจกตาจากการเกิดกระจกตาทะลุได้ ดังนั้น ผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่กระจกตาร่วมด้วย ควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาลทุกราย เพื่อติดตาม การอักเสบติดเชื้อของกระจกตา และเฝ้าระวัง การเกิดกระจกตาทะลุที่อาจเกิดขึ้นได้ นอกจากนี้ ยังพบว่าจากรายงานผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อหนองใน ที่ กระจกตาร่วมด้วย ผู้ป่วยจะได้รับยา Ceftriaxone 1 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละครั้ง นาน 5 วัน⁽¹⁾ หรือ ในรายงานผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่กระจกตาร่วมกับการ ติดเชื้อลามเข้าไปภายในเบ้าตา และยังพบว่าเป็น เชื้อหนองในดื้อยาเพนิซิลลิน ผู้ป่วยได้รับยา Ceftri axone 2 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ วันละครั้ง นาน 10 วัน⁽¹⁵⁾ แสดงว่าผู้ป่วยที่มีการกระจกตาอักเสบหรือ มีการติดเชื้อบริเวณเบ้าตาร่วมด้วย ผู้ป่วยจำเป็นต้อง ได้รับยา Ceftriaxone มากกว่า 1 กรัม ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ โดยระยะเวลาการให้ยา จะพิจารณาให้ยาจนกระทั่ง

ควบคุมการติดเชื้อได้ และผู้ป่วยมีอาการทางคลินิกที่ดีขึ้น นอกจากการใช้ยา Ceftriaxone แล้ว มีรายงานผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อที่กระจกตาาร่วมด้วย โดยให้ยาปฏิชีวนะชนิดอื่นรักษาตามผลการทดสอบความไวต่อยาปฏิชีวนะ เช่น Piperacillin Sodium 4 กรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ หรือใช้ Flomoxef Sodium 2 กรัม ฉีดเข้าเส้นเลือดดำ เป็นต้น⁽¹²⁾

ผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองใน ส่วนใหญ่จะมีขี้ตาคล้ายหนองไหลออกมาตลอดเวลา จึงแนะนำให้ทำการล้างตาด้วยน้ำเกลือปลอดเชื้อบ่อย ๆ เมื่อมีขี้ตาจำนวนมากในตา เพื่อเป็นการลดจำนวนเชื้อหนองในที่อยู่บนผิวตา และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อที่กระจกตา เนื่องจากการล้างตาด้วยน้ำเกลือปลอดเชื้อ สามารถช่วยลดปริมาณเชื้อหนองในที่ผิวกระจกตาลง แต่อย่างไรก็ตาม มีการศึกษาพบว่า การล้างตาด้วยน้ำเกลือปลอดเชื้อและการให้ยาปฏิชีวนะแบบหยอดตา เช่น ยา Chloramphenicol หยอดตาหรือป้ายตา ยา Ofloxacin หยอดตา เป็นต้น เป็นเพียงส่วนเสริมของการรักษาการติดเชื้อหนองในที่ตาเท่านั้น⁽¹⁾ พิจารณาให้การรักษาทตามความเหมาะสม เนื่องจากการรักษาหลักยังคงเป็นการให้ยา Ceftriaxone ฉีดเข้ากล้ามเนื้อร่วมกับ การรับประทานยา Azithromycin

อย่างไรก็ตามผู้ป่วยเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในที่เกิดจากการติดต่อโดยเพศสัมพันธ์ ยังมีความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ได้ เช่น เอดส์ ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบ เป็นต้น ดังนั้นผู้ป่วยทุกรายจำเป็นต้องได้รับการส่งต่อไปที่คลินิกเฉพาะโรค เพื่อตรวจหาความเสี่ยงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ให้คำปรึกษา ตลอดจนติดตามคู่เพศสัมพันธ์มาตรวจรักษาด้วย

สรุป

จากแนวโน้มจำนวนผู้ป่วยโรคหนองในที่เพิ่มมากขึ้น อาจทำให้จำนวนผู้ป่วยเกิดเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในมากขึ้น และทำให้บุคลากรสาธารณสุขที่ดูแลผู้ป่วยมีโอกาสได้ดูแลผู้ป่วยโรคเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในได้บ่อยมากขึ้น การเข้าใจถึงการติดต่อ อาการ อาการแสดง การวินิจฉัยโรค ตลอดจนการรักษาที่เหมาะสม สามารถช่วยให้ผู้ป่วยที่มีเยื่อบุตาอักเสบจากการติดเชื้อหนองในหายเป็นปกติ และสามารถป้องกันการติดเชื้อหนองในลุกลามไปที่กระจกตา ซึ่งอาจนำมาสู่การเกิดกระจกตาทะลุ และทำให้เกิดการสูญเสียการมองเห็นอย่างถาวรได้

เอกสารอ้างอิง

1. Lee JS, Choi HY, Lee JE, Lee SH, Oum BS. Gonococcal keratoconjunctivitis in adults. *Eye (Lond)*. 2002; 16: 646 – 49.
2. Mc Anena L, Knowles SJ, Curry A, Cassidy L. Prevalence of gonococcal conjunctivitis in adults and neonates. *Eye (Lond)*. 2015; 29: 875 - 80.
3. Khalil GG. Clinical manifestations and diagnosis of Neisseria gonorrhoeae infection in adults and adolescents. UpToDate [Internet]; 2018 [updated 2018 Jul 23 cited 2018 Oct 7]. Available from: <https://www.uptodate.com/contents/clinical-manifestations-and-diagnosis-of-neisseria-gonorrhoeae-infection-in-adults-and-adolescents>.
4. Newman L, Rowley J, Vander HS, Wijesooriya NS, Unemo M, Low N, et al. Global estimates of the prevalence and incidence of four curable sexually transmitted infections in 2012 based on systematic review and global reporting. *PLoS One* [Internet]. 2015 [cited 2018 Oct 8]; 10: e0143304. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4672879/>

5. Bureau of Epidemiology MOPH Thailand. National disease surveillance (Report 506): Gonorrhoeae 2013 - 2017 [Internet]; 2017 [cited 2018 Oct 4]. Available from: <http://www.boe.moph.go.th>.
6. Alfonso E, Friedland B, Hupp S, Olsen K, Senikowich K, Sklarv EF, et al. *Neisseria gonorrhoeae* conjunctivitis. An outbreak during an epidemic of acute hemorrhagic conjunctivitis. Journal of the American Medical Association. 1983; 250: 794.
7. Podgore JK, Holmes KK. Ocular gonococcal infection with minimal or no inflammatory response. Journal of the American Medical Association. 1981; 246: 242.
8. Zajdowicz TR, Kerbs SB, Berg SW, Harrison WO. Laboratory acquired gonococcal conjunctivitis. Successful treatment with single dose ceftriaxone. Sexually Transmitted Diseases. 1984; 11: 28.
9. Escobar A, Candia E, Reyes-Cerpa S, Villegas-Valdes B, Neira T, Lopez M, et al. *Neisseria gonorrhoeae* induces a tolerogenic phenotype in macrophages to modulate host immunity. Mediators of Inflammation [Internet] . 2013 [cited 2018 Oct 8]; 2013: 127017. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3800590/>
10. Kestelyn P, Bogaerts J, Stevens AM, Piot P, Meheus A. Treatment of adult gonococcal keratoconjunctivitis with oral norfloxacin. American Journal of Ophthalmology. 1989; 108: 516 – 23.
11. Schwab L, Tizazu T. Destructive epidemic *Neisseria gonorrhoeae* keratoconjunctivitis in African adults. British Journal of Ophthalmology. 1985; 69: 525.
12. Kawashima M, Kawakita T, Den S, Tomita M, Shimazaki J. Surgical management of corneal perforation secondary to gonococcal keratoconjunctivitis. Eye (Lond). 2009; 23: 339 – 44.
13. Lau RK, Goh BT, Estreich S, Cox SN, Levy I. Adult gonococcal keratoconjunctivitis with AIDS. British Journal of Ophthalmology. 1990; 74: 52.
14. Soukiasian SH, Baum J. Bacterial conjunctivitis. in; Krachmer JH, Mannis MJ, Holland EJ, editor. Cornea. 3rd ed. Cincinnati: Elsevier Inc; 2011. p. 521 - 33.
15. Hegde V, Smith G, Choi J, Pagliarini S. A case of gonococcal kerato-conjunctivitis mimicking orbital cellulitis. Acta Ophthalmologica Scandinavica. 2005; 83: 511 – 2.
16. Hoffman J, Ali B, Hoffman A, Sheikh I. Gonococcal conjunctivitis: the importance of good-quality conjunctival swabs. British Journal of General Practice. 2015; 65: 552 - 53.
17. trachomatis and *Neisseria gonorrhoeae* 2014. MMWR Recommendations and Reports. 2014; 63: 1.
18. Barbee LA, Dombrowski JC, Kerani R, Golden MR. Effect of nucleic acid amplification testing on detection of extragenital gonorrhea and chlamydial infections in men who have sex with men sexually transmitted disease clinic patients. Sexually Transmitted Diseases. 2014; 41: 168.
19. Harryman L, Scofield S, Macleod J, Carrington D, Williams OM, Fernandes A, et al. Comparative performance of culture using swabs transported in Amies medium and the Aptima Combo 2 nucleic acid amplification test in detection of *Neisseria gonorrhoeae* from genital and extra-genital sites: a retrospective study. Sexually Transmitted Infections. 2012; 88: 27.
20. Kimberly AW, Gail AB. Sexually Transmitted Diseases Treatment Guidelines. Centers for Disease Control and Prevention [Internet]; 2015 [updated 2015 Jun 5; cited 2018 Sep 27]. Available from: <https://www.cdc.gov/std/tg2015/gonorrhea.htm>.

การติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อซิฟิลิส และมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: การศึกษาในจังหวัดพังงา

Received: 19/11/2018, Accepted: 09/12/2018

อภิษฎา รัศมี* จุไรรัตน์ รัตนเลิศนาเว้**

Abstract

HIV Infection among Migrant Workers with Syphilis and Risk Behaviors of Sexually Transmitted Diseases: a Study in Phang Nga Province

Apisada Rasmi*, Jurairat Ratanaletnavee**

*Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand

**Takuapa Hospital, Phung Nga Province Health Office, Office of the Permanent Secretary, Ministry of Public Health, Thailand

A cross-sectional study aimed to access association between syphilis infection and risk behaviors of sexually transmitted diseases (STDs) among voluntary 660 migrant workers at Takuapa District, Phang Nga province, Thailand. Participants were recruited from work – permit registration and health examination process of which 102 identified syphilis infected cases and randomly chooses 558 non-syphilis subjects were enrolled for data collection and analysis. Study analysis were tested for HIV infection and provided information on the risk behavior of STDs. HIV infection was found with a higher prevalence in syphilis group (5.88 %) than in non-syphilis group (2.33%) (Odd ratio: OR = 2.62, 95% CI: 0.97-7.06; $p = 0.057$). Risk behaviors associated in HIV infection included history of sexually transmitted diseases (STDs) (OR = 81.47, 95% CI: 10.77-616.40; $p < 0.0001$), no condom use (OR = 22.84, 95% CI: 3.03 - 172.43, $p = 0.0024$), partner with STDs (OR = 22.02, 95% CI: 6.32-76.73; $p < 0.0001$), and multiple sex partners (OR = 4.36, 95% CI: 1.43-13.24; $p = 0.0096$). Our finding revealed the association between HIV infection, prevalence of STDs, and unprotected sex. It is recommended to strengthen STDs/HIV preventive measure by advice searching for cases, test and treat both STDs/HIV cases and their partners and encourage condom use every time they have sex.

Keywords: Syphilis, HIV infection, migrant, risk behavior of STDs

บทคัดย่อ

การศึกษากว้างขวางเพื่อหาความสัมพันธ์ของการติดเชื้อซิฟิลิสและพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติ ในอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ในกลุ่มตัวอย่างจำนวน 660 คน ที่สมัครใจตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี และให้ข้อมูลพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ที่มาจดทะเบียนเพื่อขอใบอนุญาตทำงาน และทราบผล การตรวจเชื้อซิฟิลิสจากการตรวจสุขภาพ แบ่งเป็น ผู้ติดเชื้อซิฟิลิส 102 คน และสุ่มเลือกผู้ไม่ติดเชื้อซิฟิลิส 558 คน เป็นกลุ่มเปรียบเทียบ พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อซิฟิลิสตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 5.88) ซึ่งมากกว่า 2.62 เท่า (95% CI: 0.97 - 7.06; $p = 0.057$) เมื่อเทียบกับ กลุ่มที่ไม่ติดเชื้อซิฟิลิสที่ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 2.33) พฤติกรรมเสี่ยงที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี คือ การป่วย/มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Odd Ratio: OR) = 81.47, 95% CI: 10.77 - 616.40; $p < 0.0001$, มีคู่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (OR = 22.02, 95% CI: 6.32 - 76.73; $p < 0.0001$) การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด หรือถุงยางอนามัยแตก/รั่ว

(OR = 22.84, 95% CI: 3.03 - 172.43, $p = 0.0024$) และการมีคู่เพศสัมพันธ์หลายคน (OR = 4.36, 95% CI: 1.43 - 13.24; $p = 0.0096$) ข้อค้นพบสะท้อนให้เห็นความเชื่อมโยงระหว่างความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อเอชไอวี และการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ป้องกัน ดังนั้น ควรเพิ่มมาตรการในการเร่งค้นหา ตรวจวินิจฉัย รักษาผู้ป่วย/คู่สัมผัส และส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติเหล่านี้

คำสำคัญ: ซิฟิลิส, การติดเชื้อเอชไอวี, แรงงานข้ามชาติ, พฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

บทนำ

โรคเอดส์และโรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STDs) ที่เป็นปัญหาทางสาธารณสุขของโลกที่ส่งผลกระทบต่อด้านเศรษฐกิจและสังคม สถานการณ์เอดส์โลกในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 36.7 ล้านคน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1.8 ล้านคน สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 450,000 คน ผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 6,500 คน⁽¹⁾ แม้สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในปัจจุบันจะไม่รุนแรงเมื่อเทียบกับโรคอื่น ๆ แต่ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา นับแต่ปี พ.ศ. 2544 มีรายงานอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสเพิ่มขึ้นในทุกภูมิภาคของโลก⁽²⁻⁴⁾ โดยช่วงปี พ.ศ. 2533 - 2543 เคยพบอัตราป่วยรายใหม่เพียง 2.1 รายต่อแสนประชากร ต่อมาปี พ.ศ. 2559 พบผู้ป่วยโรคซิฟิลิสรายใหม่ 8.7 รายต่อแสนประชากร การติดเชื้อซิฟิลิสพบมากในกลุ่มผู้ชายบริการทางเพศและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย⁽²⁻³⁾ ปัจจัยเสี่ยงเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การมีคู่นอนหลายคน การไม่ใช้ถุงยางอนามัย การใช้สารเสพติด ในปัจจุบันพบอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสในสตรีวัยเจริญพันธุ์มากขึ้นทั่วโลก ทำให้มีรายงานการตรวจพบโรคซิฟิลิสโดยกำเนิดเพิ่มมากขึ้นด้วย⁽⁴⁾ สำหรับประเทศไทยในปี พ.ศ. 2556 พบผู้ป่วยซิฟิลิส 2,369 คน หรือมีอัตราป่วย 3.67 รายต่อแสนประชากร⁽⁵⁾ ต่อมาในปี พ.ศ. 2560 อัตราป่วยเพิ่มเป็น 7.7 รายต่อแสนประชากร⁽⁶⁾ เพิ่มขึ้นประมาณ 2 เท่า และพบว่าการติดเชื้อซิฟิลิสและเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นในแรงงานข้ามชาติที่เข้ามา

ทำงานในประเทศไทย⁽⁷⁻¹²⁾ จากการศึกษาที่โรงพยาบาลราชวิถีในปี พ.ศ. 2555 พบติดเชื้อซิฟิลิสร้อยละ 0.18⁽¹¹⁾ และในการศึกษาที่จังหวัดพังงา ปี พ.ศ. 2559 พบติดเชื้อซิฟิลิสร้อยละ 0.79⁽¹²⁾ จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมเสี่ยงของแรงงานข้ามชาติใน 10 จังหวัดนำร่องที่มีแรงงานข้ามชาติขึ้นทะเบียนทำงานเป็นจำนวนมาก แต่ไม่มีจังหวัดพังงารวมอยู่ด้วยปี พ.ศ. 2555 พบอัตราติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 1 - 2.24 สูงสุดอยู่ที่จังหวัดตราด⁽¹³⁾

ปี พ.ศ. 2559 จังหวัดพังงาสุ่มเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี พบแรงงานข้ามชาติมีการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 2.42⁽¹²⁾ พฤติกรรมเสี่ยงที่สำคัญเกิดจากการป่วยและมีคู่นอนที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะซิฟิลิส การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการหรือไม่ใช้ถุงมือนส ในขณะที่ยังข้อมูลประชากรไทยปี พ.ศ. 2559 กลุ่มทหารเกณฑ์ ผู้บริจาคโลหิตและหญิงตั้งครรภ์พบติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 0.78, 0.10 และ 0.50 ตามลำดับ⁽⁹⁾ และมีรายงานจากหลายการศึกษาพบแรงงานข้ามชาติหญิงที่ตั้งครรภ์ติดเชื้อทั้งเอชไอวีและซิฟิลิส^(7-8, 11-12) การระบาดของโรคซิฟิลิสที่เพิ่มมากขึ้นอาจเป็นสัญญาณบ่งชี้ถึงการระบาดของโรคเอดส์ระลอกใหม่จากแรงงานเหล่านี้ เนื่องจากโรคซิฟิลิสมีความสัมพันธ์ที่เชื่อมโยงกับโรคเอดส์ คือ เป็นสาเหตุของการติดต่อที่สำคัญมาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ วิธีการป้องกัน

การถ่ายทอดการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสเป็นวิธีเดียวกัน โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อซิฟิลิสร่วมด้วย จะแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี มากขึ้น 2 - 9 เท่า ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อซิฟิลิส มีอัตราความชุกต่อการติดเชื้อเอชไอวี สูงกว่าผู้ที่ไม่ติดเชื้อซิฟิลิส นอกจากนี้ผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อซิฟิลิสที่ติดเชื้อเอชไอวี จะมีลักษณะอาการและความรุนแรงของโรคมามากกว่าปกติ และยังทำให้การรักษายากยิ่งขึ้น⁽¹⁴⁻¹⁵⁾ จึงอาจกล่าวได้ว่าการระบาดของโรคเอดส์ทำให้โรคซิฟิลิสเกิดการระบาดซ้ำเนื่องจากอุบัติการณ์และแนวโน้มของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยเฉพาะซิฟิลิสและหนองในใช้เป็นดัชนีชี้วัดประสิทธิผลของการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ จากการที่ประชาคมเศรษฐกิจอาเซียน (Asean Economics Community – AEC) มีการร่วมลงนามในปฏิญญาเป็นประชาคมเดียวกันสมบูรณ์ในปี พ.ศ. 2558 ทำให้มีการเคลื่อนย้ายแรงงานอย่างเสรี จึงมีแรงงานข้ามชาติเข้ามาทำงานในประเทศเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องทุกปี และพบมีการติดเชื้อซิฟิลิสและเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติที่เข้ามาทำงานในประเทศไทย⁽⁸⁻¹²⁾ แรงงานเหล่านี้หากไม่ได้รับการตรวจรักษาอาจเป็นแหล่งแพร่กระจายโรคซิฟิลิส และเชื้อเอชไอวี รวมทั้งโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ มาสู่ประชากรไทยภายในประเทศได้

จังหวัดพังงาเป็นจังหวัดหนึ่งที่เป็นแหล่งท่องเที่ยวทางทะเลติดระดับโลก และเป็นแหล่งอุตสาหกรรมและเกษตรกรรมที่สำคัญของภาคใต้ จึงมีแรงงานข้ามชาติมาทำงานจำนวนมาก แรงงานที่เข้ามาทำงาน ร้อยละ 98 - 99 เป็นสัญชาติเมียนมา สัญชาติลาวและกัมพูชา ร้อยละ 1 - 2 ในอดีตมีรายงานการเฝ้าระวังโรคซิฟิลิสและการติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่แสดงอาการในแรงงานข้ามชาติในอำเภอตะกั่วป่า ปี พ.ศ. 2547 จำนวน 3,384 คน พบติดเชื้อซิฟิลิสและเอชไอวี ร้อยละ 1.04 และ 4.20⁽⁸⁾ ต่อมาในปี พ.ศ. 2557 สุ่มเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติสัญชาติ

เมียนมา จำนวน 350 คน พบติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 2.29⁽¹²⁾ แม้อัตราความชุกที่พบจะลดลง แต่ก็ยังสูงกว่าในประชากรไทยที่ไม่ใช่กลุ่มประชากรหลักมาก แรงงานที่ติดเชื้อเหล่านี้หากไม่ได้รับตรวจคัดกรองและการรักษา ติดตามนำผู้ป่วย/ผู้สัมผัสมาวินิจฉัยดูแลรักษา จะเป็นแหล่งแพร่เชื้อให้แก่ประชากรไทย เนื่องจากขาดข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานดังกล่าวอย่างต่อเนื่อง จากข้อจำกัดด้านงบประมาณ และการตรวจสุขภาพขึ้นทะเบียนแรงงานเพื่อทำงานในประเทศไทยการคัดกรองหาโรคติดต่อ มีเพียงการคัดกรองหาวัณโรค โรคเท้าช้าง โรคซิฟิลิส โรคเรื้อน และโรคมาลาเรีย ซึ่งไม่มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีรวมอยู่ด้วย แต่ในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา มีสัญญาณแนวโน้มว่าอาจจะมีการระบาดของ การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในแรงงานเหล่านี้ จากการพบการติดเชื้อซิฟิลิสในแรงงานข้ามชาติที่ขอขึ้นทะเบียนทำงานในอำเภอตะกั่วป่า ในปี พ.ศ. 2559 ร้อยละ 0.79 เพิ่มขึ้นประมาณ 7 เท่า จากที่พบเพียง ร้อยละ 0.11 ในปี พ.ศ. 2558⁽¹²⁾ ประกอบกับองค์การอนามัยโลกมีเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573⁽¹⁶⁾ จึงต้องการหาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานเหล่านี้เพื่อการป้องกันและควบคุมโรค แต่ด้วยข้อจำกัดในการศึกษาที่ไม่สามารถตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติทุกคนหรือขนาดจำนวนตัวอย่างที่เป็นตัวแทนประชากรแรงงานข้ามชาติของประเทศได้ จึงใช้ความเชื่อมโยงของเชื้อซิฟิลิส เชื้อเอชไอวี และการมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นเครื่องมือในการค้นหาการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในประเทศไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อซิฟิลิสและพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ปี พ.ศ. 2559 - 2560

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study)

ประชากรที่ศึกษา พื้นที่และระยะเวลาที่ศึกษา: ประชากรที่ศึกษา คือ แรงงานข้ามชาติ สัญชาติ ลาว กัมพูชา และเมียนมา ที่ขึ้นทะเบียนประกอบอาชีพในอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ระหว่างปี พ.ศ. 2559 - 2560 จำนวน 13,403 คน ศึกษานำร่องในกลุ่มตัวอย่าง 660 คน โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกผู้จะเข้าร่วมในการศึกษา (Inclusion Criteria) ดังนี้

1. กลุ่มแรงงานข้ามชาติที่จดทะเบียนเพื่อขอรับใบอนุญาตทำงานในอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา และมีอายุระหว่าง 15 - 50 ปี กลุ่มตัวอย่างที่อายุต่ำกว่า 18 ปี ต้องได้รับการยินยอมจากผู้ปกครองร่วมด้วย

2. พักอาศัยอยู่ในจังหวัดพังงาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

3. ประกอบอาชีพ 5 อาชีพ ได้แก่ ประมง/ต่อเนื่องประมง (ประมง) กรรมกรก่อสร้าง (กรรมกร) เกษตรกรรม แรงงานในเมือง/ครัวเรือน (แรงงานครัวเรือน) และพนักงานในโรงงานอุตสาหกรรม

4. ยินยอมให้เก็บข้อมูลและสมัครใจยินยอมตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยลงนามในใบยินยอมให้ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

5. ทราบสถานภาพการติดเชื้อซิฟิลิสจากผลการตรวจสุขภาพในการขอขึ้นทะเบียนประกอบอาชีพในอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา จากสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนแรงงาน

การเลือกตัวอย่างในการศึกษา: แรงงานกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 660 คน ที่สมัครใจยินยอมให้เจาะเลือดจากปลายนิ้ว เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

แบบได้ผลภายในวันเดียว (Same Day Results) เป็นแรงงานจาก 2 กลุ่ม คือ กลุ่มที่ติดเชื้อซิฟิลิส (เลือกทุกรายที่สมัครใจยินยอมตรวจ) และกลุ่มไม่ติดเชื้อซิฟิลิส (คัดเลือกมาประมาณ ร้อยละ 5 ของจำนวนแรงงานของสถานประกอบกิจการแต่ละแห่งตามความสมัครใจ) กลุ่มตัวอย่างทั้ง 660 คน ได้รับการสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล:

1. แบบสอบถามพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วย ข้อมูลทั่วไป เช่น เพศ อายุ สถานภาพการสมรส สัญชาติ อาชีพ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา การป่วยและมีคู่นอนด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย

2. แบบเก็บข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเชื้อซิฟิลิสและการติดเชื้อเอชไอวี

การเก็บรวบรวมข้อมูล: เมื่อทราบผลการตรวจสุขภาพและผลการตรวจหาการติดเชื้อซิฟิลิสแล้ว ทีมผู้วิจัยจะลงภาคสนามดำเนินการเชิงรุก ทีมผู้วิจัยและเจ้าหน้าที่ในพื้นที่ประกอบด้วย ผู้วิจัย นักวิชาการสาธารณสุข เจ้าหน้าที่จากโรงพยาบาลตะกั่วป่า สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ภาคเอกชน อาสาสมัครต่างชาติ ทำหน้าที่ถามและสัมภาษณ์ตามแบบสอบถามกับกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 660 คน จากนั้นเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจยินยอมตรวจจะลงนามในใบยินยอมให้ตรวจเลือดหรือให้การยินยอมด้วยวาจา โดยจะได้รับการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจจากเจ้าหน้าที่ที่ให้คำปรึกษาโครงการวิจัยที่เป็นอาสาสมัครต่างชาติ และ HIV Care Centre

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้: ข้อมูลที่ได้จะถูกตรวจสอบความถูกต้องและบันทึกในคอมพิวเตอร์โดยผู้วิจัยในการวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา (จำนวนและร้อยละ) เพื่อใช้อธิบายคุณลักษณะทั่วไปของประชากรที่ศึกษา ส่วนสถิติเชิงอนุมานการวิเคราะห์ตัวแปรเชิงเดียว (Univariable Analysis) เพื่อนำเสนอค่า Crude Odds Ratio (OR) และ 95% CI ทางสถิติที่ p - value < 0.05

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมวิจัย: การศึกษาครั้งนี้ผู้ศึกษาได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา ข้อมูลที่เก็บได้ถูกบันทึกในระบบคอมพิวเตอร์โดยผู้วิจัยแบบใช้รหัสไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงตัวแรงงานได้ เอกสารในการศึกษาทั้งหมดจะทำลายทันทีเมื่อเสร็จสิ้นโครงการหลังการนำเสนอผลการศึกษาแล้วภายใน 1 ปี กลุ่มตัวอย่างที่ติดโรคซิฟิลิสหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ตรวจพบจะได้รับการรักษาทันทีในสถานบริการที่กลุ่มตัวอย่างขึ้นทะเบียน แรงงานที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการส่งต่อไปยังหน่วยงาน HIV Care Centre ที่กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิ์ในการรักษาหรือตามความต้องการของกลุ่มตัวอย่างโดยมีอาสาสมัครต่างชาติองค์กรเอกชนเป็นผู้ประสานในการส่งตัว ดูแลรักษาติดตามการรักษากับหน่วยบริการตามสิทธิ/ตามที่กลุ่มตัวอย่างต้องการ

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างจำนวน 660 คน เป็นแรงงานสัญชาติเมียนมาทั้งหมด แบ่งเป็นเพศชาย 464 ราย (ร้อยละ 70.30) เพศหญิง 196 ราย (ร้อยละ 29.70) (ตารางที่ 1) พบว่ามีโรคซิฟิลิส 102 ราย (ร้อยละ

15.45) ไม่ติดเชื้อซิฟิลิส 558 คน (ร้อยละ 84.55) และติดเชื้อเอชไอวี 19 ราย (ร้อยละ 2.88) โดยเพศชายติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 3.66 ซึ่งมากกว่าเพศหญิง 3.69 เท่า (95% CI: 0.84 - 16.12, $p = 0.08$) สถานะสมรสและการพาไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 3 รูปแบบ คือ โสด, แยกกันอยู่/ไม่นำคู่มา/หย่า/หม้าย, และสมรส/นำคู่มาด้วย พบว่า มีการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่างที่แยกกันอยู่/ไม่นำคู่มา/หย่า/หม้าย สูงสุด ร้อยละ 4.32 หรือคิดเป็น 3.07 เท่าของกลุ่มตัวอย่างที่สมรสแล้ว/นำคู่มาด้วย (95% CI: 0.75 - 12.48, $p = 0.12$) รองลงมาเป็นกลุ่มตัวอย่างที่โสด ร้อยละ 3.18 หรือคิดเป็น 2.24 เท่า (95% CI: 0.61 - 8.23, $p = 0.23$) เมื่อเทียบกับกลุ่มตัวอย่างที่สมรสแล้ว/นำคู่มาด้วย ช่วงอายุของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ พบว่า มีกลุ่มอายุ 25 - 34 ปี มากที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มอายุ 18 - 24 ปี และกลุ่มอายุ 35 - 50 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.15, 20.30, และ 19.55 ตามลำดับ สำหรับการติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละกลุ่มอายุ พบว่า กลุ่มอายุ 25 - 34 ปี และกลุ่มอายุ 35 - 50 ปี ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่ากลุ่มอายุ 18 - 24 ปี คิดเป็น 1.48 เท่า (95% CI: 0.41 - 5.27, $p = 0.55$) และ 1.04 เท่า (95% CI: 0.21 - 5.25, $p = 0.96$) ตามลำดับ ทั้งนี้ ไม่พบความแตกต่างของการติดเชื้อเอชไอวีในแต่ละช่วงอายุ ($p = 0.46$) อาชีพของกลุ่มตัวอย่างนี้ พบว่า ประกอบอาชีพรับจ้างในกลุ่มก่อสร้างสูงที่สุด รองลงมา คือ ประมง เกษตรกรรม และแรงงานครัวเรือน คิดเป็นร้อยละ 37.88, 33.33, 15.15, และ 7.58 ตามลำดับ โดยกลุ่มประมงพบการติดเชื้อเอชไอวีสูงที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.45 หรือ 2.83 เท่า (95% CI: 0.34 - 22.26, $p = 0.32$) เมื่อเทียบกับกลุ่มแรงงานครัวเรือนซึ่งติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 2.00

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ปี พ.ศ. 2559 - 2560

		จำนวน (ราย)	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ)	OR (95%CI)	p - value
เพศ	ชาย	464 (70.30)	17 (3.66)	3.69 (0.84 - 16.12)	0.08
	หญิง	196 (29.70)	2 ^b (1.02)	1 ^b	
การติดเชื้อ ซิฟิลิส	ติด	102 (15.45)			
	ไม่ติด	558 (84.55)			
สถานะสมรส และการพาคูไป ตรวจหาการติด เชื้อเอชไอวี	โสด	314 (47.58)	10 (3.18)	2.24 (0.61 - 8.23)	0.23
	แยกกันอยู่/ไม่นำคูมา/ หย่า/หม้าย	139 (21.06)	6 (4.32)	3.07 (0.75 - 12.48)	0.12
	สมรส/นำคูมาด้วย	207 (31.36)	3 (1.45)	1 ^b	
อายุ	35 - 50	129 (20.30)	3 (2.33)	1.04 (0.21 - 5.25)	0.96
	25 - 34	397 (60.15)	13 (3.27)	1.48 (0.41 - 5.27)	0.55
	18 - 24 ^a	134 (19.55)	3 (2.24)	1 ^b	
อาชีพ	เกษตรกร	100 (15.15)	0 (0)		
	ประมง	220 (33.33)	12 (5.45)	2.83 (0.34 - 22.26)	0.32
	ก่อสร้าง	250 (37.88)	6 (2.40)	1.20 (0.14 - 10.23)	0.86
	แรงงานครัวเรือน	50 (7.58)	1 (2.00)	1 ^b	

^a = กลุ่มตัวอย่างทั้ง 660 คน ไม่มีผู้ที่มีอายุต่ำกว่า 18 ปี, 1^b = กลุ่มเปรียบเทียบ

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อซิฟิลิสและการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่าง (ตารางที่ 2) พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่ติดเชื้อซิฟิลิสจะสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ติดเชื้อซิฟิลิส 2.62 เท่า (95% CI: 0.97 - 7.06, $p = 0.57$) สำหรับความสัมพันธ์ระหว่างพฤติกรรมเสี่ยงกับการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ป่วย/มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีสูงที่สุด รองลงมา คือ กลุ่มตัวอย่างที่มีพฤติกรรมไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดหรือถุงยางอนามัยแตก/รั่ว กลุ่มตัวอย่างที่มีคู่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มตัวอย่างที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายบริการ กลุ่มตัวอย่างที่มีคู่เพศสัมพันธ์

หลายคน และกลุ่มตัวอย่างที่เปลี่ยนคู่นอนใหม่/มีคู่คนใหม่ ตามลำดับ

อัตราการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้เท่ากับ ร้อยละ 54.10 โดยกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด พบว่า ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 7.47 ซึ่งมากกว่ากลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด 22.84 เท่า (95% CI: 22.84, $p = 0.0024$)

จากการศึกษานี้ พบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงซึ่งไม่ติดเชื้อซิฟิลิส แต่มีประวัติป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 2 คน โดยหนึ่งในสองอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ซึ่งติดเชื้อเอชไอวีจากสามีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีเพศสัมพันธ์กับสามีโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

ตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อซิฟิลิสและพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ปี พ.ศ. 2559 - 2560

การติดเชื้อซิฟิลิส/พฤติกรรมเสี่ยง		จำนวน (ราย)	ติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ)	OR (95% CI)	p - value
ติดเชื้อซิฟิลิส	ใช่	102	6 (5.88)	2.62 (0.97 - 7.06)	0.057
	ไม่ใช่	558	13 (2.33)		
ป่วย/มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ใช่	134	18 (13.43)	81.47 (10.77 - 616.40)	<0.0001
	ไม่ใช่	526	1 (0.19)		
มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายบริการ	ใช่	256	11 (4.30)	2.22 (0.88 - 5.60)	0.09
	ไม่ใช่	404	8 (1.98)		
มีคู่เพศสัมพันธ์หลายคน	ใช่	312	15 (4.81)	4.36 (1.43 - 13.24)	0.0096
	ไม่ใช่	348	4 (1.15)		
เปลี่ยนคู่นอนใหม่/มีคู่คนใหม่	ใช่	87	3 (3.45)	1.24 (0.35 - 4.36)	0.73
	ไม่ใช่	573	16 (2.79)		
มีคู่ป่วยด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	ใช่	141	16 (11.35)	22.02 (6.32 - 76.73)	<0.0001
	ไม่ใช่	519	3 (0.58)		
ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดหรือถุงยางอนามัยแตก/รั่ว		241	18 (7.47)	22.84 (3.03 - 172.43)	0.0024
ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด		284	1 (0.35)		

อภิปรายผล

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างการติดเชื้อซิฟิลิสและพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในแรงงานข้ามชาติ อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ปี พ.ศ. 2559 - 2560

ความสัมพันธ์ของการติดเชื้อซิฟิลิสกับการติดเชื้อเอชไอวีในการศึกษานี้ พบว่า การติดเชื้อซิฟิลิสไม่พบความสัมพันธ์ที่มีนัยสำคัญทางสถิติกับการติดเชื้อเอชไอวี ($OR = 2.62$, 95% CI: 0.97 - 7.06, $p = 0.57$) ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา^(15,21-22,24) อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อซิฟิลิสทั้งหมดในการศึกษานี้มีจำนวนน้อยเกินไป การคัดเลือกตัวอย่างมีข้อจำกัดจากการสมัครใจเข้าร่วมโครงการร่วมด้วย และระยะโรคซิฟิลิสของแรงงานที่ติดเชื้อซิฟิลิส จำนวน 102 ราย ไม่ใช่ซิฟิลิสระยะแรกที่มีแผลในอวัยวะเพศ หรือซิฟิลิสระยะที่ 2 ที่มีผื่นขึ้นตามร่างกาย เป็นซิฟิลิสในระยะหลัง ๆ ที่ติดเชื้อมานานแล้วหรือเป็นซิฟิลิสที่ไม่แสดงอาการ (Asymptomatic Syphilis หรือ Latent Syphilis) และอาจเป็นซิฟิลิสที่เคยรักษาหายมาแล้ว เนื่องจากการมีแผลที่อวัยวะเพศทำให้การติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้นทั้งทางเพศสัมพันธ์และการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก⁽²¹⁾ ดังนั้น อาจทำให้ผลการศึกษานี้มีระดับความสัมพันธ์ต่ำกว่าในการศึกษาที่ผ่านมาที่ศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่เป็น Symptomatic Syphilis (มีแผลที่อวัยวะเพศหรือตามร่างกาย)⁽²¹⁻²⁴⁾ จากการสัมภาษณ์จากแบบสอบถามและการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของแรงงานกลุ่มนี้ จำนวน 134 ราย ที่ป่วย/ มีประวัติป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบเป็นหนองใน 34 ราย หนองในเทียม 30 ราย ซิฟิลิส 6 ราย ($RPR \geq 1:16$) เริ่มที่อวัยวะเพศ 10 ราย แผลริมอ่อน 4 ราย หูดหงอนไก่ 4 ราย กามโรคของต่อมและท่อน้ำเหลือง 2 ราย นอกนั้นเป็นเชื้อราและพยาธิในช่องคลอด ดังนั้นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่น่าจะมีผลในการติดต่อของแรงงานกลุ่มนี้คือ

หนองใน หนองในเทียม เริ่มที่อวัยวะเพศ และซิฟิลิส อย่างไรก็ตาม ความชุกโรคซิฟิลิส (102/13,403 หรือ ร้อยละ 0.76) และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 2.28) ในแรงงานข้ามชาติของการศึกษานี้ พบว่า สูงกว่าประชากรทั่วไปที่ไม่ใช่ประชากรหลักหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงในประเทศไทย⁽¹⁷⁻¹⁸⁾ ที่พบสถานการณ์โรคซิฟิลิสสูงสุดในกลุ่มอายุ 15 - 24 ปีในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2560 เท่ากับ 20.2 รายต่อแสนประชากร ในขณะที่ค่ามัธยฐาน 5 ปีย้อนหลัง เท่ากับ 7.8 รายต่อแสนประชากร⁽¹⁷⁾ ในขณะที่ข้อมูลการเฝ้าระวังการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มประชากรทั่วไปโดยการสำรวจในกลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์ ในปี พ.ศ. 2559 พบค่ามัธยฐานการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.53 เพิ่มขึ้นจากปีที่ผ่านมา (พ.ศ. 2558) ที่พบการติดเชื้อซิฟิลิส ร้อยละ 0.47 โดยกลุ่มอายุที่พบการติดเชื้อสูงสุด ได้แก่ กลุ่มอายุมากกว่า 30 ปี และลำดับครั้งที่ 3 ขึ้นไป ส่วนการติดเชื้อเอชไอวีในชายไทย ใช้ข้อมูลการสำรวจชายที่ได้รับการตรวจคัดเลือกรายการประจำปี ผลลัพธ์ 1 ปี พ.ศ. 2559 พบการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 0.57⁽¹⁷⁾

จากผลการศึกษาการติดเชื้อเอชไอวีกับพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การป่วย/มีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ($OR = 81.47$, 95% CI: 10.77 - 616.40: $p < 0.0001$) การที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายหรือถุงยางอนามัยแตก/รั่ว ($OR = 22.84$, 95% CI: 3.03 - 172.43: $p = 0.0024$) การมีคู่นอนด้วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ($OR = 22.02$, 95% CI: 6.32 - 76.73: $p < 0.0001$) และการมีคู่นอนหลายคน ($OR = 4.36$, 95% CI: 1.43 - 13.27; $p = 0.0096$) เป็นปัจจัยเสี่ยงกับการติดเชื้อเอชไอวีเช่นเดียวกับประชากรไทย⁽¹⁸⁾ และรายงานการสำรวจของ CDC⁽¹⁹⁻²⁰⁾

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ต่างจากการ

ศึกษาที่ผ่านมา ได้แก่ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการ (OR = 2.22, 95% CI: 0.88 - 5.60; $p = 0.09$) และการเปลี่ยนคู่นอนใหม่/มีคู่นอนใหม่ (OR = 1.24, 95% CI: 0.35 - 4.36; $p = 0.73$) เป็นไปได้ว่าการมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการ แรงงานที่ทำงานในอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา มีแรงงานบางกลุ่มที่เป็นแรงงานเคลื่อนย้ายถิ่นเท่านั้นที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการ เช่น แรงงานประมง โดยแรงงานประมงที่หลังจากกลับจากทะเลและขึ้นฝั่ง มักจะมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายบริการในสถานบริการ (ในเขตชุมชนน้ำเค็ม ต.บางม่วง, ท่าเรือคุระบุรี และรอยต่อเขตทับละมุ) ซึ่งหน่วยงานของรัฐและเอกชนมีการตื่นตัวให้ความรู้ จัดหา/บริการถุงยางอนามัยไว้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับผู้ขายบริการสูงกว่าการศึกษาของบังอรและคณะ⁽¹⁸⁾ ที่สำรวจการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ. 2559 ในแรงงานข้ามชาติในกรุงเทพมหานคร พบว่า มีค่ามัธยฐานการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 0.33 แรงงานเคยตรวจเอชไอวีและทราบผลใน 12 เดือนที่ผ่านมาเพียง ร้อยละ 8.84 และค่ามัธยฐาน (Median) ของการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ในครั้งล่าสุดในแรงงานข้ามชาติตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 - 2558 เท่ากับ ร้อยละ 31 ซึ่งต่ำกว่าการศึกษาในครั้งนี้ ที่มีอัตราการใช้ถุงยางเท่ากับร้อยละ 54.10 แต่ที่อยู่ในระดับต่ำ ประกอบกับพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของแรงงานในกลุ่มนี้เมื่อมีคู่ประจำอยู่แล้ว จะมีเพศสัมพันธ์กับคนใกล้ชิดหรือคนคุ้นเคย โดยมีคู่เพศสัมพันธ์หลายคน และไม่นิยมใช้ถุงยางอนามัยกับคู่เพศสัมพันธ์เหล่านี้ (จากแบบสัมภาษณ์เชิงคุณภาพ)

มีการบ่งชี้ว่าการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ซิฟิลิส และเอชไอวี เริ่มเข้ามาสู่ในสถาบันครอบครัวของแรงงาน โดยพบแรงงานหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาจากสามี แสดงถึงยังมีแรงงานอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ทราบสถานภาพการติด

เชื้อเอชไอวีของตนเองและไม่ได้รับการรักษา การติดเชื้อซิฟิลิส/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการมีพฤติกรรมเสี่ยง ด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถใช้เป็นปัจจัยชี้บ่งนำแรงงานเข้าสู่ระบบการค้นหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยพบความชุกของโรคซิฟิลิสและการติดเชื้อเอชไอวีสูงในกลุ่มแรงงานประมงและแรงงานก่อสร้าง แรงงานที่เป็นโรค ไม่ได้อยู่กับคู่สมรส แรงงานเมียนมา เหล่านี้เป็นกลุ่มเป้าหมายในการค้นหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในจังหวัดพังงา การมีนโยบายเร่งรัดการดำเนินงานควบคุมป้องกันโรคโดยการค้นหาเชิงรุก ตรวจวินิจฉัย ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และคู่สัมผัส รมรณรงค์เพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยง และส่งเสริมสนับสนุนการใช้ถุงยางอนามัยให้เพิ่มขึ้น จะทำให้สามารถป้องกันควบคุมโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ

จากการศึกษาครั้งนี้ พบว่า แรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อซิฟิลิสและมีพฤติกรรมเสี่ยงมีการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าแรงงานที่ไม่ติดเชื้อซิฟิลิส สามารถอธิบายได้จากการศึกษา Solomon⁽²¹⁾ และ Reynolds และคณะ⁽²²⁾ ที่พบว่าผู้ที่ป่วยเป็นโรคซิฟิลิสทำให้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ที่ไม่เป็นโรคซิฟิลิส เนื่องจากการมีแผลซิฟิลิสที่อวัยวะเพศหรือทวารหนักทำให้ติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นจากการถ่ายทอดเชื้อผ่านการมีเพศสัมพันธ์และจากการการดูดสาร⁽²³⁾ Solomon และคณะได้รายงานผลการรักษาผู้ป่วยซิฟิลิส จำนวน 2,499 ราย ที่เข้าร่วมการศึกษาการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยการใช้ยา Emtricitabine ร่วมกับ Tenofovir (FTC/TDF) พบอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยซิฟิลิส เท่ากับ 8.00 รายต่อ 100 ประชากรต่อปี ในขณะที่ผู้ที่ไม่ป่วยเป็นโรคซิฟิลิสพบเพียง 2.8 รายต่อ 100 ประชากรต่อปี (Hazard ratio 2.6 : 95% CI: 1.6 - 4.4; $p < 0.001$) นอกจากนี้ จากติดเชื้อร่วมกันจะทำให้เกิดโรคซิฟิลิสรุนแรงและการดำเนินโรคเร็วมากขึ้นทำให้เป็นโรคซิฟิลิสระบบประสาทสูงขึ้น ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ต่ำ แต่ระดับ

ปริมาณไวรัสเอชไอวี (Viral Load) เพิ่มขึ้นและคงอยู่ ปริมาณที่สูงยาวนานขึ้น ผู้ป่วยจึงมีโอกาสดำยทอด เชื้อเอชไอวีได้มากขึ้น⁽²⁴⁾ การได้รับยาต้านไวรัสช่วยลดความรุนแรงของโรคซิฟิลิส โดยไปเพิ่มระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มจำนวน CD4 การรักษาโรคซิฟิลิสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์จะใช้ยาเพนิซิลลินในรูปแบบยาฉีดโดยเป็นมาตรฐานในการรักษาเหมือนคนทั่วไป ซึ่งการรักษาผู้ป่วยจำเป็นต้องปฏิบัติตามคู่มือกับการรักษาผู้ป่วยเพื่อการป้องกันควบคุมโรค เนื่องจากเชื้อซิฟิลิสและเอชไอวีสามารถติดต่อจากคนสู่คน โดยการสัมผัสโดยตรงจากแผลที่อวัยวะเพศ ช่องคลอด ทวารหนัก ริมฝีปากและในช่องปาก ดังนั้นคู่เพศสัมพันธ์ของผู้ป่วยซิฟิลิสโดยเฉพาะในผู้ป่วยซิฟิลิสในระยะที่ 1, 2 และระยะแฝงตอนต้น ๆ ต้องได้รับการตรวจประเมินอาการ การตรวจคัดกรองโรคซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการ การรักษาและติดตามอาการ รวมถึงตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วย ในผู้ที่ไม่เป็นโรคซิฟิลิสแต่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ก็เช่นกัน ควรได้รับการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อการควบคุมการแพร่ระบาดของโรคและเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้รวดเร็วและมีประสิทธิภาพ

ผู้ป่วยทุกรายที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือซิฟิลิส ควรได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และซิฟิลิสอย่างสม่ำเสมอ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อาจช่วยเพิ่มการแพร่กระจายของเชื้ออื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของแผล ที่อวัยวะเพศ การตรวจหาและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือซิฟิลิสจึงสามารถช่วยลดการแพร่เชื้อเอชไอวีได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในแรงงานข้ามชาติที่ทำงานในอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ใน ปี พ.ศ. 2559 - 2560 เป็น

ปัญหาที่พบในกลุ่มแรงงานเมียนมา ซึ่งเป็นแรงงานส่วนใหญ่ (ร้อยละ 98) แรงงานที่เป็นกลุ่มเสี่ยงสูงคือ แรงงานกลุ่มกิจการประมง (ในเขตชุมชนน้ำเค็ม ต.บางม่วง, ท่าเรือกระบี่ และรอยต่อเขตตำบลมะ) และแรงงานก่อสร้าง (ในเขตเขาหลัก) สัญญาณชี้บ่งว่าแรงงานคนใดอาจจะติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ซิฟิลิสที่แพร่โรคได้ คือ การป่วยเป็นโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์หรือมีประวัติป่วยในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา การมีคู่เพศสัมพันธ์ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยโดยมีคู่นอนหลายคน การไม่ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ และการใช้บริการกับผู้ชายบริการทางเพศโดยไม่ป้องกัน แรงงานเหล่านี้ควรได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

การค้นหาผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อ/คู่สัมผัส การดำเนินการป้องกันควบคุมโรคแบบตั้งรับอย่างเดียว ในโรงพยาบาลหรือสถานบริการของรัฐอย่างเดียว อาจไม่เพียงพอ ไม่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลที่จะยุติปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในแรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้ เนื่องจากแรงงานมีการเคลื่อนย้ายตลอดเวลาและมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการ การร่วมมือกับพื้นที่ทั้งภาคเอกชน ภาครัฐ องค์กรส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน/อาสาสมัครต่างชาติ ในการร่วมดำเนินการเชิงรุก เช่น การจัดบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและเป็นมิตร การให้บริการถุงยางอนามัย การตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่าหรือคิดในราคาที่ถูกลง เช่น Mobile Clinic/ Mobile Laboratory ตามเวลาที่แรงงานสะดวกและสามารถใช้บริการได้เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึง ตรวจหา รักษาและคงสถานภาพการไม่ติดเชื้อหรือไม่สามารถแพร่เชื้อได้ตลอดไป ตามนโยบาย RRTTR (Reach-Recruit-Test-Treat-Retain) เป็นการดำเนินการกิจกรรมที่จะเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการยุติปัญหาโรคได้

การให้บริการป้องกันเอชไอวี และดูแลรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสำหรับประชากรแรงงานข้ามชาติ จะต้องพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ รวมถึงผู้ติดตาม เช่น การปรับปรุงระบบประกันสุขภาพให้เหมาะสม กับสิทธิประโยชน์ และรายได้ของแรงงานข้ามชาติ เพราะแรงงานเหล่านี้ช่วยสร้างมูลค่าทางเศรษฐกิจ ให้แก่ประเทศไทย ในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีความ เปราะบางสูง ได้แก่ เยาวชน หญิงตั้งครรภ์ ชาวประมง หญิงบริการข้ามชาติ และชายนักเที่ยว ในพื้นที่ที่มี ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงควรส่งเสริม กิจกรรมที่ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยง ส่งเสริมสุขภาพและการเข้าถึงบริการ

จากผลการศึกษาที่พบอัตราการใช้ถุงยาง อนามัย ในแรงงานเมียนมา โดยเฉพาะกลุ่มประมง ในพื้นที่เขตชุมชนน้ำเค็ม ซึ่งมีแหล่งขายบริการทางเพศ ที่มีทั้งชาวต่างชาติและคนไทยแอบแฝงอยู่ เป็นจำนวนมาก มีอัตราค่อนข้างต่ำ (ร้อยละ 54.10) การสร้างระบบการกระจายและเข้าถึงถุงยางอนามัย ได้โดยง่าย เพื่อเพิ่มอัตราการใช้ถุงยางอนามัยให้สูงขึ้น การค้นหา การให้สุศึกษาในป้องกันการติดเชื้อ ในแรงงานข้ามชาติที่มีคู่เพศสัมพันธ์หลายคนให้ใช้ ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษา และจัดให้มีกิจกรรมเข้าถึงบริการโดยง่าย โดยอาศัยอาสาสมัครต่างชาติในการพาเข้าถึงกลุ่ม แรงงานข้ามชาติที่เป็นกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก จะช่วย ลดอุบัติการณ์โรคได้เร็วยิ่งขึ้น

ในส่วนการบริการเชิงรับ เช่น การตรวจ สุขภาพแรงงานที่ขึ้นทะเบียนทำงาน ควรใช้แบบคัดกรอง ประเมินพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์ หรือพบแรงงานที่เป็นโรคติดต่อทางเพศ สัมพันธ์ ควรแนะนำ/ส่งต่อ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อ เอชไอวีจะเพิ่มโอกาสการค้นหาผู้ติดเชื้อ และนำมาสู่การรักษามากขึ้น ทำให้การยุติปัญหาเอดส์เกิด ประสิทธิภาพ ประสิทธิผล และความคุ้มค่าในการ ดำเนินงานมากยิ่งขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลตะกั่วป่า จังหวัดพังงา สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพังงา สำนักงานแรงงานจังหวัดพังงา เจ้าหน้าที่โครงการ PHAMIT มูลนิธิริษัทไทย อาสาสมัครต่างชาติและ ภาคเอกชน ที่ให้ความช่วยเหลือในเป็นล่ามในการ เก็บข้อมูล ตลอดจนแรงงานข้ามชาติทุกท่านที่ให้ ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. นโยบายการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ปี 2561. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
2. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Syphilis—CDC Fact Sheet (Detailed) [Internet]. [cited: 2017 June 22]. Available from: <http://www.cdc.gov/std/syphilis/stdfact-syphilis-detailed.htm>
3. Centers for Disease Control and Prevention. 2016 Sexually Transmitted Diseases Surveillance [Internet]. [cited: 2017 June 22]. Available from: <https://www.cdc.gov/std/stats16/syphilis.htm>
4. Bowen V, Su J, Torrone E, Kidd S, Weinstock H. Increase in incidence of congenital syphilis—United States, 2012–2014. MMWR Morb Mortal Wkly Rep 2015; 64: 1241 - 5.
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รง.506 ประจำปี 2556. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
6. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานการเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รง.506 ประจำปี 2560. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2561.

7. Richens J. Sexually transmitted infections and HIV among travelers: A review. *Travel Medicine and Infectious Disease*, 2006; 4: 184 - 95.
8. จุไรรัตน์ รัตนเลิศนาวิ, พรเลิศ จิตต์ประทุม, อภิษฎา รัตมี. อุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสและการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานต่างด้าว อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา ในปี 2547. การสัมมนาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 18 (เครือข่ายโรคติดต่อวิทยาทั่วประเทศ); 25 - 27 พ.ค. 2548; โรงแรมมิราเคิลแกรนด์คอนเวนชั่น. กรุงเทพฯ: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2548. หน้า 176 - 177.
9. สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี (HIV sero-surveillance). นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2559
10. สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2559. [สืบค้นเมื่อวันที่ 22 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151126_87903337.
11. อุดม ไกรฤทธิชัย, เดือนเพ็ญ พึ่งพระเกียรติ, กฤษณา อาชายศ, กัญญา บุญทองโท. ความชุกของโรคติดเชื้อในแรงงานต่างด้าวที่มาตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลราชวิถี. *วารสารสาธารณสุข* 2555; 21: 704 - 11
12. อภิษฎา รัตมี, จุไรรัตน์ รัตนเลิศนาวิ. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสในแรงงานข้ามชาติในอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. *ประชุมสรุปผลการศึกษาวิจัย*; วันที่ 20 กรกฎาคม 2561; โรงพยาบาลตะกั่วป่า, อำเภอตะกั่วป่า. พังงา; 2561. หน้า 1 - 12.
13. สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติประเทศไทย พ.ศ. 2555. [อินเทอร์เน็ต]. 2557. [สืบค้นเมื่อวันที่ 22 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: http://www.boe.moph.go.th/aids/Downloads/book/2557/Final_report_migrant_2555.pdf
14. Reynolds SJ, Risbud AR, Shepherd ME, Rompalo Am, Ghate MV, Godbole SV, et al. High rates of syphilis among STI patients are contributing to the spread of HIV-1 in India. *Sex Transm Infect* 2006; 82: 121 - 6.
15. อังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย. สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความเชื่อมโยงของเอดส์กับ STI และปัญหาที่พบจากการลงดำเนินการในพื้นที่. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ วันที่ 22 มิ.ย. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/download/213>.
16. UNAIDS. 2016 - 2021 Strategy. On The Fast-Track to end AIDS [Internet]. [cited: 2017 June 22]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151027_UNAIDS_PCB37_15_18_EN_rev1.pdf
17. สำนักโรคติดต่อ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปสถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
18. บังอร เทพเทียน สุพัตรา ศรีวนิชชากร และประภาพรณ จูเจริญ. การเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีใน 9 กลุ่มประชากรเป้าหมายพื้นที่ กรุงเทพมหานคร. ปี 2558. นครปฐม ; สถาบันพัฒนาสุขภาพ - อาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล, 2558. 131 หน้า
19. CDC. 2017 HIV/AIDS HIV Risk Behaviors. [Internet]. [cited: 2017 July 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/risk/estimates/riskbehaviors.html>.
20. CDC. 2018 HIV Risk and Prevention. [Internet]. [cited: 2017 July 21]. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/risk/index.html>.
21. Solomon MM, Mayer KH, Glidden DV, Liu AY, McMahan VM, Guanira JV, et al. Syphilis predicts HIV incidence among men and transgender women who sex with men in a preexposure prophylaxis trial. *Clin Infect Dis* 2014; 59: 1020 - 6.
22. Reynolds SJ, Risbud AR, Shepherd ME, Rompalo Am, Ghate MV, Godbole SV, et al. High rates of syphilis among STI patients are contributing to the spread of HIV - 1 in India. *Sex Transm Infect* 2006; 82: 121 - 6.
23. Mwapasa V, Rogerson SJ, Kwiek JJ, Wilson PE, Milner D, Molyneux ME, et al. Maternal syphilis infection is associated with increased risk of mother-to-child transmission of HIV in Malawi. *AIDS* 2006; 20: 1869 - 77.
24. Palacios R, Jimenez-Onate F, Aguilar M, Galindo MJ, Rivas P, Ocampo A, et al. Impact of syphilis infection on HIV viral load and CD4 cell counts in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007; 44: 356 - 9.

ความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดสงขลา

Received: 11/01/2019, Accepted: 11/03/2019

ภูมิกซ์ อัมพา *

Abstract

Knowledge, Understanding and Behavior to Prevent HIV and Sexually Transmitted Diseases among Men Who have Sex with Men in Songkhla Province

Phoomokh Ampawa *

*The office of Disease Prevention and Control 12 Songkhla, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.

Objectives: To study men having sex with men on their knowledge and understanding in self-protection behavior from HIV infection and sexually transmitted diseases and to assess change in knowledge and understanding in self-protection behavior from HIV infection and sexually transmitted diseases.

Methods: This study was a survey to assess level of knowledge, understanding and behavior pre and post group intervention. Study target group was purposively selected male study in secondary and vocational schools in Songkhla province. There were 56 students, aged 13 - 20 years, in the study. Study was performed during January - June 2017. Group intervention for the study group included health modification activities. Data were collected via questionnaire pre and post intervention. Analysis was done using descriptive statistics, with t-test to compare change on the level of knowledge and behavior before and after group intervention.

Results: It was showed that average age of the subjects was 16.13 years old. They had a high level of knowledge on HIV and sexually transmitted diseases. The score increased from 84.0 percent to 91.6 percent and report to use a condom every time when having sex increased from 85.7 percent to 100.0 percent. When comparing the average scores, it was found that level of knowledge and understanding on self-protection behavior are significant statistical increased after participated in group intervention.

Summary: Health behavior modification activities for men having sex with men is a process that can increase knowledge and understanding on HIV infection and sexually transmitted diseases prevention including condom use behavior.

Keywords: knowledge and behavior to prevent HIV and sexually transmitted diseases, men who have sex with men (MSM)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์: เพื่อศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายว่ามีความรู้ ความเข้าใจ ในพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีการปรับเปลี่ยนความรู้ ความเข้าใจ และพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากน้อยเพียงใด

วิธีการศึกษา: การศึกษาเชิงสำรวจและวัดผลเปรียบเทียบก่อน หลังเข้าร่วมกิจกรรม กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ศึกษา กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่กำลังศึกษาในระดับมัธยมศึกษาตอนปลายสายสามัญ และสายอาชีวศึกษา อายุ 13 – 20 ปี ในจังหวัดสงขลา จำนวน 56 คน แบบเจาะจง ระหว่างเดือน มกราคม – มิถุนายน 2560 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามก่อนและหลังจากให้ความรู้ทำกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย วิเคราะห์โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา และเปรียบเทียบความแตกต่างระดับความรู้และพฤติกรรมของกลุ่มศึกษาโดยใช้ t - test

ผลการศึกษา: ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ศึกษามีอายุเฉลี่ย 16.13 ปี กลุ่มศึกษามีคะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูง เพิ่มขึ้นจากเดิมร้อยละ 84.0 เป็น ร้อยละ 91.6 และคะแนนด้านพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มศึกษาในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์เพิ่มจากเดิม ร้อยละ 85.7 เป็นร้อยละ 100.0 เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยพบว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนพฤติกรรมการป้องกันตนเอง เพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุป กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นกระบวนการที่สามารถเพิ่มความรู้ความเข้าใจการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงทำให้มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้น

บทนำ

สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทยจากการคาดการณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปี พ.ศ.2558 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 438,100 คน ในขณะที่มีผู้มารับบริการตรวจและพบว่าเป็นผู้มีเชื้อเอชไอวีจำนวน 390,792 คน⁽¹⁾ แสดงว่ายังมีผู้ที่ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของตน และยังไม่ได้รับการตรวจอีกประมาณไม่ต่ำกว่า 47,000 คน ซึ่งขาดโอกาสในการได้รับบริการดูแลรักษา และป้องกันทั้งของตนเองและคู่ ทำให้มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โดยไม่รู้ตัวอีกมาก ในพื้นที่ภาคใต้ตอนล่างเขต 12 มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมตั้งแต่ ปี พ.ศ. 2556 - มีนาคม 2561 จำนวน 29,807 คน เมื่อจำแนกเป็นจังหวัดสงขลา มีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี 9,037 คน⁽²⁾ นอกจากนี้ เมื่อพิจารณาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก ปี พ.ศ.2559 พบว่า ค่ามัธยฐานของแต่ละกลุ่ม คือ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 9.2 ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ร้อยละ 20.5 และพนักงานบริการหญิง ร้อยละ 1.0⁽³⁾

การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอายุต่ำกว่า 15 ปีพบ ร้อยละ 20.6 และอายุ 15 - 19 ปี พบมากถึงร้อยละ 51.4 โดยการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกไม่ใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ

50.0 การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนใน 3 เดือนที่ผ่านมา ใช้ถุงยางอนามัยสม่ำเสมอทุกครั้ง ร้อยละ 57.5 แสดงให้เห็นว่า ในการมีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนี้เริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกตั้งแต่อายุน้อย อัตราการใช้ถุงยางที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกยังต่ำอยู่ และยังพบข้อมูลว่า กลุ่มดังกล่าวมีการเปลี่ยนคู่นอนหลายคน⁽⁴⁾

ในพื้นที่จังหวัดสงขลา มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สูงอันดับต้นของพื้นที่เขต 12 โดยการศึกษาที่ผ่านมา กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงเพราะยังมีพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อในระดับต่ำ ผู้ศึกษาจึงสนใจทำการศึกษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อค้นหาถึงพฤติกรรมการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และใช้กระบวนการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยผลการศึกษาในครั้งนี้จะสามารถนำไปเป็นข้อมูลกับหน่วยงานหรือองค์กรเข้าใจกับสถานการณ์ปัจจุบัน และนำผลการศึกษาไปใช้ในพื้นที่รับผิดชอบเพื่อที่จะลดการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ว่ามีความรู้ความเข้าใจในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ภายหลังการเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมมากน้อยเพียงใด

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา

การวิจัยเชิงสำรวจ แบบตัดขวาง (Cross – Sectional Descriptive Studies) และศึกษาเปรียบเทียบระดับความรู้ ความเข้าใจ ในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่ม

กลุ่มเป้าหมายและพื้นที่ศึกษา

นักเรียนชายระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย สายสามัญ และนักเรียนชายสายอาชีวศึกษา อายุ 13 – 20 ปี ในจังหวัดสงขลา ที่มีพฤติกรรมแบบชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และสมัครใจเข้าร่วมโครงการจำนวน 56 คน โดยการคัดเลือกแบบเจาะจง

ระยะเวลาการศึกษา: เดือน มกราคม – มิถุนายน 2560

รูปแบบการจัดกิจกรรม

1. ประเมินความรู้และพฤติกรรมเกี่ยวกับโรคเอดส์
2. บรรยายให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. บรรยายทักษะชีวิตที่จำเป็นเพื่อการป้องกันเอดส์และฝึกปฏิบัติ (ทักษะปฏิเสธ ทักษะต่อรอง ทักษะการโน้มน้าวใจ)
4. แบ่งกลุ่มฐานความรู้/ทักษะ 3 ฐาน
 - ฐานที่ 1 การประเมินความเสี่ยงต่อ

การติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ฐานที่ 2 สาธิตและฝึกปฏิบัติการใช้ถุงยางอนามัย

ฐานที่ 3 การรับบริการปรึกษาและการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวี และการเข้าสู่บริการตรวจหาการติดเชื้อ

โดยกลุ่มที่ผู้ร่วมศึกษาได้เข้าร่วมกิจกรรมฐานความรู้ทั้ง 3 ฐาน

วิธีการเก็บข้อมูล

1. ประสานงานและขอความร่วมมือสถานศึกษา อำเภอเมือง จังหวัดสงขลา
2. ดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 1 ด้วยแบบสอบถามโดยประยุกต์ใช้แบบสอบถามจากสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
3. เก็บข้อมูลความรู้และพฤติกรรมกลุ่มเป้าหมายที่เข้าร่วมกิจกรรม โดยใช้กระบวนการของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
4. จัดกิจกรรมและประเมินความเสี่ยงของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรม (การเจาะเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ)
5. ดำเนินการเก็บข้อมูลครั้งที่ 2 เพื่อวัดการเปลี่ยนแปลงของความรู้และพฤติกรรมของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายหลังเข้าร่วมโครงการฯ โดยใช้แบบสอบถามเดิม
6. วิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม สรุปผลการดำเนินงาน

ตัวแปรที่ใช้ในการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ การรับรู้ความเป็นชายรักชายของครอบครัว
2. ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ความรู้ความเข้าใจเพื่อประเมินความเสี่ยง การรับรู้

ความสามารถของตนเองในการป้องกัน แรงจูงใจในการป้องกัน ทักษะการติดต่ออย่างอนามัย การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร

3. พฤติกรรมทางเพศ ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัย การตรวจหาเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ผลการศึกษาโดยใช้ค่าสถิติ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และเปรียบเทียบความแตกต่างในระดับความรู้ และพฤติกรรมก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มศึกษาโดยใช้ t - test และคำนวณหาความแตกต่างทางสถิติที่ระดับ $P\text{-val} < 0.05$

ผลการศึกษา

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรม มีอายุ ตั้งแต่ 13 – 20 ปี อายุเฉลี่ย 16.13 ปี ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.22 สำหรับข้อความถามคนในครอบครัวมีความรู้สึกต่อความเป็นชายรักชายของคุณอย่างไร ส่วนใหญ่ตอบ รับได้ ร้อยละ 50.0 ความเห็นกลาง ๆ ร้อยละ 35.7 และต่อต้าน ร้อยละ 14.3

ส่วนที่ 2 ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1. ความรู้ความเข้าใจเพื่อประเมินความเสี่ยง ประกอบด้วยข้อความถาม 2 ส่วน ได้แก่

1.1 ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ มีทั้งหมด 6 ข้อคำถาม ประกอบด้วย

1.1.1 การมีคู่นอนหลายคน มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 91.1 ครั้งที่ 2 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 93.8

1.1.2 คนที่มีสุขภาพดี หล่อ อาจมีเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 73.2 ครั้งที่ 2 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 95.8

1.1.3 การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติด มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ครั้งที่ 1 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 83.9 ครั้งที่ 2 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 89.6

1.1.4 การไม่ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 91.1 ครั้งที่ 2 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 89.6

1.1.5 ยุงกัดไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 1 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 55.4 ครั้งที่ 2 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 62.5

1.1.6 วาสลิน เบป๊ออย โลชั่น สามารถใช้เป็นสารหล่อลื่น ร่วมกับถุงยางอนามัยได้ ครั้งที่ 1 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 64.3 ครั้งที่ 2 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 72.9 (ตารางที่ 1)

สรุป กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนน ความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 อยู่ในระดับสูง (67 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 84 ครั้งที่ 2 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.6

ตารางที่ 1: ร้อยละ ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากการสอบถาม (ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2)

ข้อ	ข้อความ	ครั้งที่	ครั้งที่
		1	2
1	การมีคู่นอนหลายคน มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	91.1	93.8
2	คนที่ดูมีสุขภาพดี หล่อ อาจมีเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	73.2	95.8
3	การดื่มสุราหรือสิ่งเสพติด มีโอกาสเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย	83.9	89.6
4	การไม่ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	91.1	89.6
5	ยุงกัดไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี	55.4	62.5
6	วาสลีน เบบี้ออย โลชั่น สามารถใช้เป็นสารหล่อลื่นร่วมกับถุงยางอนามัยได้	64.3	72.9

1.2 การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันมีข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ดังนี้

1.2.1 การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ เป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 98.2 ครั้งที่ 2 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 95.8

1.2.2 การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียวก็สามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ ครั้งที่ 1 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 80.4 ครั้งที่ 2 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 95.8

1.2.3 สารหล่อลื่น ช่วยลดโอกาสที่ถุงยางอนามัยแตกได้ ครั้งที่ 1 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 82.1 ครั้งที่ 2 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 89.6

1.2.4 ถ้าควบคุมตนเองให้ใช้ถุงยางอนามัยได้ เมื่อเจอคนที่ถูกใจ ถูกสเปค จะทำให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 94.6 ครั้งที่ 2 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 91.7

1.2.5 การตรวจหาเชื้อเอชไอวี ทำให้คุณหายกังวล และยังสามารถวางแผนการใช้ชีวิตได้ ครั้งที่ 1 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 92.9 ครั้งที่ 2 ตอบถูกต้อง ร้อยละ 97.8 (ตารางที่ 2)

สรุป กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีคะแนนการรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน ครั้งที่ 1 อยู่ในระดับสูง (67 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 87.5 ครั้งที่ 2 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 93.8

ตารางที่ 2 : ร้อยละ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน จากการสอบถาม ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ข้อ	ข้อความ	ครั้งที่	ครั้งที่
		1	2
1	การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ เป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	98.2	95.8

ตารางที่ 2: ร้อยละ การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน จากการสอบถาม ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 (ต่อ)

ข้อ	ข้อความ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
2	การไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์เพียงครั้งเดียว ก็สามารถติดเชื้อเอชไอวีได้	80.4	95.8
3	สารหล่อลื่น ช่วยลดโอกาสที่ถุงยางแตกได้	82.1	89.6
4	ถ้าควบคุมตนเองให้ใช้ถุงยางอนามัยได้ เมื่อเจอคนที่ถูกใจ ถูกสเปค จะทำให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี/โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	94.6	91.7
5	การตรวจเอชไอวี ทำให้คุณหายกังวล และยังสามารถวางแผนการใช้ชีวิตได้	92.9	97.8

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน ข้อคำถามทั้งหมด 5 ข้อ ดังนี้

2.1 คุณสามารถใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 48.2 ครั้งที่ 2 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 68.8

2.2 คุณสามารถบอกให้คู่อายใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ครั้งที่ 1 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 41.1 ครั้งที่ 2 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 62.5

2.3 คุณจะไม่มีเพศสัมพันธ์ถ้าไม่มีถุงยางอนามัย ครั้งที่ 1 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 41.1 ครั้งที่ 2 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 54.2

2.4 ถ้าคุณมีพฤติกรรมเสี่ยงคุณจะไปตรวจหาเชื้อเอชไอวี ครั้งที่ 1 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 50.0 ครั้งที่ 2 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 79.2

2.5 คุณสามารถบอกให้คู่ไปตรวจเอชไอวี ครั้งที่ 1 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 42.9 ครั้งที่ 2 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 75.0 (ตารางที่ 3)

สรุป กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนการรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน ครั้งที่ 1 อยู่ในระดับสูง (67 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 62.5 ครั้งที่ 2 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 87.5

ตารางที่ 3: ร้อยละ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน (ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2)

ข้อ	ข้อความ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
1	คุณสามารถใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	48.2	68.8
2	คุณสามารถบอกให้คู่อายใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	41.1	62.5
3	คุณจะไม่มีเพศสัมพันธ์ถ้าไม่มีถุงยางอนามัย	41.1	54.2
4	ถ้าคุณมีพฤติกรรมเสี่ยงคุณจะไปตรวจหาเชื้อเอชไอวี	50.0	79.2
5	คุณสามารถบอกให้คู่ไปตรวจหาเชื้อเอชไอวี	42.9	75.0

3. แรงจูงใจในการป้องกัน

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายตอบแบบสอบถามเรื่องแรงจูงใจ ดังนี้

3.1 คนที่มีอิทธิพลต่อการใช้ถุงยางอนามัยอันดับหนึ่ง คือ คนรัก อันดับสอง คือ คู่เพศสัมพันธ์ และ อันดับสาม คือ เพื่อน

3.2 คนที่มีอิทธิพลต่อการไปตรวจหาเชื้อเอชไอวี อันดับหนึ่ง คือ คนรัก อันดับสอง คือ คู่เพศสัมพันธ์ และ อันดับสาม คือ พ่อแม่ - พี่น้อง

3.3 เหตุผลที่ทำให้คุณมุ่งมั่นในการใช้ถุงยางอนามัย ส่วนใหญ่เพื่อสุขภาพ รองลงมาได้แก่ คุณภาพชีวิต และ อนาคต

4. ทศนคติต่อถุงยางอนามัย ประกอบด้วย 7 ข้อคำถาม โดยกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายตอบแบบสอบถามเรื่องทศนคติต่อถุงยางอนามัย ดังนี้

4.1 คนพกถุงยางอนามัยเป็นคนรอบคอบ ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 78.6 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 83.3

4.2 การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยถือว่าประมาท ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 67.9 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 85.4

4.3 การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยช่วยลดความกังวลได้ ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 67.9 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 77.1

4.4 การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งช่วยป้องกันโรคได้ ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 71.4 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 87.5

4.5 ฉันคิดว่าคนพกถุงยางอนามัยเป็นคนรอบคอบ ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 78.6 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 75.0

4.6 การใช้ถุงยางอนามัยเป็นการแสดงความรักความห่วงใยต่อตนเองและคู่ ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 71.4 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 75.0

4.7 ถุงยางอนามัยเป็นอุปกรณ์สุขอนามัยเพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะทางเพศ ครั้งที่ 1 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 82.1 ครั้งที่ 2 เห็นด้วยมากที่สุด ร้อยละ 83.3 (ตารางที่ 4)

สรุป กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรม มีคะแนนทัศนคติทางบวกต่อถุงยางอนามัย ครั้งที่ 1 อยู่ในระดับสูง (67.0 คะแนนขึ้นไป) ร้อยละ 94.6 ครั้งที่ 2 อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 98.0

ตารางที่ 4 : ร้อยละของทัศนคติต่อถุงยางอนามัยจากการสอบถามครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2

ข้อ	ข้อความ	ครั้งที่ 1	ครั้งที่ 2
		1	2
1.	คนพกถุงยางอนามัยเป็นคนรอบคอบ	78.6	83.3
2.	การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยถือว่าประมาท	67.9	85.4
3.	การมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัยช่วยลดความกังวลได้	67.9	77.1
4.	การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งช่วยป้องกันโรคได้	71.4	87.5
5.	ฉันคิดว่าคนพกถุงยางอนามัยเป็นคนรอบคอบ	78.6	75.0
6.	การใช้ถุงยางอนามัยเป็นการแสดงความรักความห่วงใยต่อตนเองและคู่	71.4	75.0
7.	ถุงยางอนามัยเป็นอุปกรณ์สุขอนามัยเพื่อความปลอดภัยและสุขภาวะทางเพศ	82.1	83.3

5. การเปิดรับข้อมูลข่าวสาร

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายตอบแบบสอบถามเรื่องการเปิดรับข้อมูลข่าวสาร ตามข้อคำถามดังนี้ คุณได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จากสื่อใดบ้าง ผู้ตอบแบบสอบถาม ตอบ ส่วนใหญ่ได้จากอินเทอร์เน็ต รองลงมา ได้แก่ โทรทัศน์ ผู้ทำงานด้านสุขภาพ น้อยที่สุด ได้แก่ วิทยุ หนังสือพิมพ์และนิตยสารทั่วไป

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมทางเพศ

3.1 การมีเพศสัมพันธ์ครั้งที่ 1 เมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้ายใช้ถุงยางอนามัยหรือไม่ ส่วนใหญ่ตอบใช้ ร้อยละ 90.0 ครั้งที่ 2 ตอบใช้ ร้อยละ 100.0

3.2 ข้อคำถามถามว่า ในรอบ 3 เดือนที่ผ่านมา จำนวนครั้งที่มีการมีเพศสัมพันธ์ ผลการตอบแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 ตอบว่าตั้งแต่ 1 – 6 ครั้ง เฉลี่ยมีเพศสัมพันธ์ 1 ครั้ง มากที่สุด ร้อยละ 60.0 โดยใช้ถุงยางอนามัย และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง ที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 85.7 ครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่ตอบ 1 ครั้ง และใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้ง ร้อยละ 100.0

3.3 ข้อคำถามถามว่า คุณคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ ผลการตอบแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 ส่วนใหญ่ตอบไม่เสี่ยงเลย ร้อยละ 87.5 เสี่ยงปานกลางร้อยละ 12.5 เสี่ยงมาก ไม่มีเลย ครั้งที่ 2 ส่วนใหญ่ตอบไม่เสี่ยงเลย ร้อยละ 92.2

3.4 ข้อคำถามถามว่า คุณเคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ ผลการตอบแบบสอบถาม ครั้งที่ 1 ส่วนใหญ่ตอบเคย ร้อยละ 89.3

3.5 ข้อคำถามถามว่า คุณเคยติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ ครั้งที่ 1 และครั้งที่ 2 ตอบไม่เคย ร้อยละ 100.0

สรุป จากการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 1 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีพฤติกรรมป้องกันการตนเองโดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 85.71 ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม และผลจากการตอบแบบสอบถามครั้งที่ 2 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีพฤติกรรมป้องกันการตนเองโดยการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 100.0

การแนะนำเกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา คุณได้นำข้อมูลจากการเข้าร่วมอบรมไปบอกหรือแนะนำเพื่อนในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่ ตอบเคย ร้อยละ 94.1 ประเด็นที่บอกหรือแนะนำเพื่อน (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ) ได้แก่ การหลีกเลี่ยงในการมีเพศสัมพันธ์เมื่อไม่มีถุงยางอนามัย ร้อยละ 82.35 รองลงมา คือ การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 80.39 และความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 70.58

จากการวิเคราะห์ระดับความรู้และพฤติกรรมของกลุ่มนักเรียนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีก่อนและหลังการเข้าร่วมกิจกรรมแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในประเด็น ดังนี้

1. ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 4.23 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.973 หลังเข้าร่วมกิจกรรม มีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 5.04 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.898 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - \text{val} = 0.000$)

2. การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 3.92 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.217 หลังเข้าร่วม

กิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 4.42 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.069 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - \text{val} = 0.024$)

3. พฤติกรรมการป้องกันตนเอง โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 0.39 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.562 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 0.64 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.483 มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - \text{val} = 0.001$) (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 : แสดงผลการเปรียบเทียบความรู้และพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม

ความรู้และพฤติกรรม	ก่อน		หลัง		t – test	P-val
	N=56		N=54			
	$\bar{X}$	S.D.	$\bar{X}$	S.D.		
1.ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	4.23	0.973	5.04	0.898	-3.872	.000*
2.การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน	4.52	0.684	4.71	0.582	-1.645	0.107
3.การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน	3.92	1.217	4.42	1.069	-2.329	0.024*
4.ทัศนคติต่อถุงยางอนามัย	6.54	1.031	6.73	0.844	-0.976	0.334
5.พฤติกรรมกรรมการป้องกันตนเอง	0.39	0.562	0.64	0.483	-3.644	0.001*

ส่วนประเด็นที่การเปลี่ยนแปลงไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่

1. การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกัน โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 4.52 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.684 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 4.71 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.582 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - \text{val} = 0.107$)

2. ทัศนคติต่อถุงยางอนามัย โดยก่อนเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ย 6.54 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.031 หลังเข้าร่วมกิจกรรมมีค่าเฉลี่ยเพิ่มขึ้น เป็น 6.73 ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 0.844 ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($P - \text{val} = 0.334$)

อภิปรายผลการศึกษา

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรมมีอายุตั้งแต่ 13 – 20 ปี อายุเฉลี่ย 16.13 ปี คนในครอบครัวประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 50) มีความรู้สึกรับได้ต่อความเป็นชายรักชายของกลุ่มที่ศึกษา คะแนนความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีคะแนนอยู่ในระดับสูง (67.0 คะแนน ขึ้นไป) เพิ่มขึ้นจากก่อนร่วมกิจกรรมร้อยละ 84.0 เป็นร้อยละ 91.6 ในช่วงหลังร่วมกิจกรรม ร้อยละ 85.7 ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายตอบแบบสอบถามว่า ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มี

เพศสัมพันธ์ หลังเข้าร่วมกิจกรรมตอบแบบสอบถามว่า ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 100.0

ผลจากการศึกษาครั้งนี้ ได้ชี้ให้เห็นว่า สัดส่วนของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับสูงทั้งก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมากกว่าการศึกษาที่ผ่านมา เช่น การศึกษาของจิรภัทร หลงกุลและสุพรรณิพรรณเทศ⁽⁴⁾ พบว่าความรู้ในการใช้ถุงยางอนามัยและความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 52 และการศึกษาของรุ่งรัตน์ ศรีสุรีย์เวศน์⁵ พบว่าพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 51 และร้อยละ 35 กับคู่นอนประจำ

กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เข้าร่วมกิจกรรม ตอบคำถาม ถ้าคุณมีพฤติกรรมเสี่ยงคุณจะไปตรวจหาเชื้อเอชไอวี ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 50.0 ครั้งที่ 1 และเพิ่มขึ้นหลังเข้าร่วมกิจกรรม โดยครั้งที่ 2 ตอบมั่นใจมากที่สุด ร้อยละ 79.2 จากข้อมูลที่พบว่า มีระดับความรู้เพิ่มขึ้นและตอบข้อคำถาม ด้านพฤติกรรมได้ดีขึ้น แสดงให้เห็นว่า กิจกรรมการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นกระบวนการที่สามารถเพิ่มความรู้ ความเข้าใจการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมถึงทำให้มีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเพิ่มขึ้นในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่เข้าร่วมกิจกรรม การมีความรู้ความเข้าใจการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่งผลให้ตระหนักถึงความเสี่ยงของตน และเพิ่มการเข้าตรวจรับการเจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวี

ทำให้รู้สถานะของตนได้ และการมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางเพิ่มขึ้นจะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สามารถสรุปผลจากการศึกษาได้ว่า ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การรับรู้ความสามารถของตนเองในการป้องกัน และพฤติกรรมกำหนัดป้องกันตนเอง มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการจัดกิจกรรมให้ความรู้และทักษะการใช้ถุงยางอนามัยให้แก่เยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในสถานศึกษาอย่างต่อเนื่อง และครอบคลุมในพื้นที่ที่มีปัญหาของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

2. ควรมีกระบวนการสร้างแรงจูงใจและทัศนคติที่ดีต่อถุงยางอนามัย รวมทั้งส่งเสริมทักษะการปฏิเสธ หากมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษานี้สำเร็จได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบคุณ ดร.นายแพทย์สุวิช ธรรมปาโล ผู้อำนวยการสำนักงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อที่ 12 จังหวัดสงขลา กรมควบคุมโรค ที่ได้ให้คำแนะนำขอขอบคุณนางวาสนา ยกสกุล นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ และเจ้าหน้าที่กลุ่มสื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ ที่ช่วยเหลือในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สรุปรายงานเฝ้าระวังทางระบาดวิทยา ประจำปี 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [สืบค้นเมื่อวันที่ 7 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/Annual/AESR2015/aesr2558/Part%201/06/aids.pdf>
2. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. การประชุมเชิงปฏิบัติการการพัฒนาการใช้ข้อมูลระดับพื้นที่ในการติดตามและวางแผนปฏิบัติการเฝ้าระวังโรคเอดส์. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/60>
3. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. อบรมพัฒนาศักยภาพแก่บุคลากรเพื่อจัดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง. [อินเทอร์เน็ต]. 2561 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/view/60?page=3>
4. จีรภัทร หลงกุล และสุพรรณิ พรหมเทศ. การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดขอนแก่น. [อินเทอร์เน็ต]. 2555 [สืบค้นเมื่อวันที่ 10 ต.ค. 2561]. แหล่งข้อมูล: <https://www.tci-thaijo.org/index.php/kkujphr/article/download/118162/90669/>
5. รุ่งรัตน์ ศรีสุริยเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. ความสัมพันธ์ระหว่างการสื่อสารเรื่องเพศและพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนไทยชายรักชายจังหวัดชลบุรี. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 [สืบค้นเมื่อวันที่ 25 ต.ค. 2561]; 2: 62 - 75. เข้าถึงได้จาก: https://www.kmutt.ac.th/jif/public_html/article_detail.php?ArticleID=208309

การเปรียบเทียบผลของการยับยั้งไวรัส ในการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัส ระหว่างกลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อนเทียบกับ กลุ่มที่ไม่เข้าร่วมของโรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี

Received: 15/03/2019, Accepted: 23/03/2019

พรชัย คูวิวัฒนชัย*, สุรัตดา มอโท*

Abstract

Comparison of HIV Viral Suppression Outcome between Peer Support Group and Non- Peer Support Group in Chaiwan Hospital, Udonthani

Pornchai Kuwivattanachai*, Suratda Moto*

*Chaiwan Hospital, Udonthani, Thailand

Background and objective: Peer support intervention has been recommended as an adjunct to antiretroviral therapy, but the evaluation of this intervention was limited in Thailand. The aim of this study was to compare viral suppression rate between Peer Support Group (PSG) and non-PSG.

Methods: A retrospective cohort study of adults receiving ART between July 2013 and June 2018 in Chaiwan Hospital was performed. Viral suppression were compared by intention to treat between 2 groups, using Log-binomial regression for multivariable analysis to calculate adjusted odds ratios.

Results: There were 33 patients in PSG and 20 in non-PSG. The loss to follow-up rate was 3.0 % in PSG versus 15.0% in non-PSG. After 5 years, viral suppression between PSG and non-PSG was not a statistically significant difference. (adjusted OR, 2.73 ; 95% confidence interval , 0.42 to 18.01)

Conclusions: The difference in viral load suppression over five years between PSG and non-PSG did not reach statistical significance due to a small number of subjects. Further scale-up of study in Thailand should be considered.

Keywords: HIV, intervention, Antiretroviral therapy, viral suppression, peer support

บทคัดย่อ

หลักการและวัตถุประสงค์: การใช้วิธีการรักษาแบบผู้ป่วยมีส่วนร่วมเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นวิธีที่ WHO แนะนำ แต่ยังคงขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ในบริบทของประเทศไทย วัตถุประสงค์การศึกษานี้เพื่อเปรียบเทียบผลของการ ยับยั้งไวรัสเอชไอวีของกลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group, PSG) เทียบกับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (non-PSG)

วิธีการศึกษา: เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Cohort Study เก็บข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วย ยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลไขว่ขวาน ตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2561 จำนวน 53 ราย ใช้การวิเคราะห์แบบ Intention To Treat เปรียบเทียบการยับยั้งไวรัสของทั้งสองกลุ่มด้วย Log-Binomial Regression เป็นค่า Adjusted Odds Ratio ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ = 0.05

ผลการศึกษา: กลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) จำนวน 33 ราย และกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (non-PSG) จำนวน 22 ราย ในระยะเวลา 5 ปี พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อนมีผลการยับยั้งไวรัสด้วยยาต้านไวรัส ได้ 2.73 เท่า เทียบกับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR, 2.73; 95% Confidence Interval, 0.42 to 18.01)

สรุป: ผลการยับยั้งไวรัสเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสของกลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) เทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วม (non-PSG) แตกต่างอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มตัวอย่าง ที่มากขึ้นเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศไทย

คำสำคัญ: เอชไอวี, ยาต้านไวรัส, การยับยั้งไวรัส, เพื่อนช่วยเพื่อน

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปี พ.ศ. 2560 มีประมาณ 300,000 คน หรือคิดเป็นร้อยละ 72 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วประเทศ⁽¹⁾ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2545 ประเทศไทยได้มีนโยบายในการรักษาโดยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบครอบคลุมทั่วประเทศ และมีการปรับเกณฑ์ในการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปี พ.ศ. 2553 จากระดับปริมาณ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลบ.มม. เป็นต่ำกว่า 350 เซลล์ต่อลบ.มม.⁽²⁾ จากนั้นได้มีการปรับเกณฑ์ในปี พ.ศ. 2557 เป็นการเริ่มยาต้านไวรัสในทุกะดับปริมาณ CD4 หากผู้ป่วยมีความพร้อมที่จะกินยาอย่างสม่ำเสมอ⁽³⁾ ผลการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในภาพรวมของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560 พบว่าอัตราการยับยั้งไวรัส เอชไอวี อยู่ที่ประมาณร้อยละ 84⁽⁴⁾ ซึ่งห่างจากเป้าหมายทางนโยบายที่กำหนดไม่ต่ำกว่าร้อยละ 95 ภายใน ปี พ.ศ. 2573⁽⁵⁾ การเสริมวิธีต่าง ๆ ในการรักษาจึงเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย

การใช้วิธีการรักษาร่วมเพื่อเพิ่มประสิทธิผลของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีหลายรูปแบบตามคำแนะนำในแนวทางรักษาของ WHO⁽⁶⁾ อาทิ การใช้อุปกรณ์ เตือนการกินยา, การกำกับการกินยา (DOT), การบำบัดทางความคิดและพฤติกรรม (Cognitive Behavioral Therapy) ซึ่งรูปแบบที่ใช้ในเวชปฏิบัติของประเทศไทยเป็นแบบกลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมในลักษณะกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group; PSG)

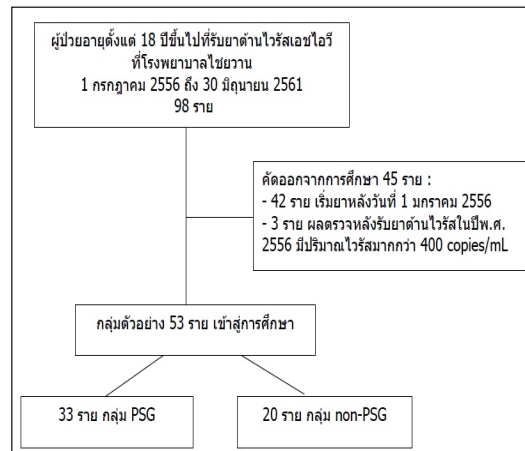
จากการศึกษาวิเคราะห์ห่อภิมาณ (Meta - Analysis) ของวิธีเสริมการรักษาในลักษณะกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน แสดงถึงประสิทธิผลต่อการยับยั้งไวรัสเอชไอวีที่เหนือกว่าการรักษาที่ไม่ได้เสริมอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Odds Ratio, 1.34; 95% Confidence Interval, 0.67 to 2.67) เนื่องจากมีการศึกษาจำนวนจำกัด⁽⁷⁾ รวมถึงการขาดหลักฐานเชิงประจักษ์ของการศึกษาในบริบทของประเทศไทย ด้วยเหตุนี้การศึกษานี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อเปรียบเทียบผลของการยับยั้งไวรัสเอชไอวีของกลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) เทียบกับกลุ่มที่

ไม่เข้าร่วม (Non-PSG) เพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศไทย

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาแบบ Retrospective Cohort Study ในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี ที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ในช่วงเวลาตั้งแต่ 1 กรกฎาคม พ.ศ. 2556 ถึง 30 มิถุนายน พ.ศ. 2561 โดยมีเกณฑ์คัดออก คือ ผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสติดต่อกันน้อยกว่า 6 เดือน ก่อนช่วงเวลาการศึกษา และผู้ป่วยที่มีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดหลังรักษาด้วยยาต้านไวรัสมากกว่า 400 copies/mL จากผลตรวจเลือดในปี พ.ศ. 2556 เนื่องจากการมีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดมากอยู่แล้วทั้งที่กินยาต้านไวรัส จะไม่สามารถประเมินผลในการรักษาเสริมได้ (รูปที่ 1)

เก็บข้อมูลดำเนินการจากแหล่งข้อมูล คือ เวชระเบียนและโปรแกรมระบบสารสนเทศการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์แห่งชาติ (National Aids Program Plus) ได้แก่ เพศ อายุ น้ำหนัก ส่วนสูง สถานภาพสมรส อาชีพ โรคประจำตัว ระดับขั้นของการติดเชื้อเอชไอวี ตาม WHO ระดับปริมาณ CD4 สูตรยาที่ได้รับการรักษาและผลการตรวจวัดปริมาณไวรัสในเลือด โดยการรวบรวมข้อมูลใช้การเข้ารหัสให้ไม่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้นอกจากผู้วิจัยเท่านั้น



รูปที่ 1: แสดงแผนภูมิการศึกษา

คลินิกรักษาด้วยยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลไชยวานดำเนินงานโดยพยาบาลเป็นหลัก แพทย์ตรวจรักษาในผู้ป่วยรายใหม่และรับปรึกษา กรณีพบปัญหาหรือในรายที่ซับซ้อน ผู้ป่วยรายใหม่ที่ได้รับการประเมินว่ามีความพร้อมในการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอจะได้รับคำแนะนำเรื่องการใช้จ่าย

พยาบาลประจำคลินิก ให้ผู้ป่วยเลือกที่จะเข้ากลุ่มรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) ตามความสมัครใจ ดังนั้นกลุ่มรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) จึงไม่ได้มีการเริ่มเข้ากลุ่มที่พร้อมกัน แต่จะเป็นการทยอยรับสมาชิกกลุ่ม การนัดติดตามการรักษาของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) และกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (non-PSG) จะนัดแยกกัน โดยแพทย์และพยาบาลที่ดูแลรักษาชุดเดิม และนัดติดตามการรักษาทุก 1 - 2 เดือน ผู้ป่วยของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) จะมาติดตามการรักษาในวันเดียวกัน และเข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) ไปเรื่อยๆ จนกว่าจะไม่พร้อมมาเข้ากลุ่มหรือขาดการติดตามรักษา กลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) จะได้รับการเสริมการดูแลรักษาเพิ่มเติมจากการดูแลรักษาปกติ อันประกอบด้วยกิจกรรมดังนี้

- การจัดกิจกรรมพบกลุ่มทุกครั้งทันตติดตามการรักษา และในโอกาสพิเศษต่าง ๆ เช่น งานปีใหม่

- กลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมกับพยาบาลผู้ดูแลเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพและเสริมการดูแลสุขภาพ เช่น ช่วยทบทวนความรู้ความเข้าใจของผู้ติดเชื้อรายใหม่ que เริ่มต้นกินยาต้านไวรัส แลกเปลี่ยนประสบการณ์ในการแก้ไขปัญหาในดูแลสุขภาพ โดยอยู่ในการกำกับของพยาบาลผู้ดูแลคลินิก

- กลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการจัดการภาวะเครียดจากการเจ็บป่วย การใช้ชีวิตและการประกอบอาชีพมีการร่วมแรงในงานภาคเกษตรกรรม

- ด้านสังคม มีการสร้างเครือข่ายการดูแลในชุมชนแบ่งย่อยตามระดับตำบล ติดตามเยี่ยมบ้านโดยใช้รูปแบบหมุนเวียนเยี่ยมบ้านตำบลละ 1 ครั้งในแต่ละเดือน ประธานกลุ่มจะร่วมกับตัวแทนแต่ละตำบลออกเยี่ยมบ้านในตำบลที่กำหนด โดยเลือกบ้านของสมาชิกกลุ่มตาม que ประสานงานกับพยาบาลผู้ดูแลว่ามีข้อพัฒนาในการเข้าไปเยี่ยมบ้าน อาทิ การกินยาไม่สม่ำเสมอ จากนั้นจะจัดทำบันทึกในการเยี่ยมบ้านส่งให้พยาบาลผู้ดูแลต่อไป นอกจากนี้ประธานกลุ่มยังมีหน้าที่ในการประสานงานหน่วยงานระดับจังหวัดเพื่อช่วยเหลือสมาชิกของกลุ่มในการขอรับเงินช่วยเหลือ เป็นต้น

ผู้ป่วยที่รับรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งที่เข้ากลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) และที่ไม่เข้าร่วม (non-PSG) จะได้รับการตรวจปริมาณไวรัสในเลือดปีละ 1 ครั้ง โดยส่งเลือดตรวจที่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 จังหวัดขอนแก่น

คำนิยามที่ใช้ในการศึกษา

1. กลุ่มผู้ป่วยมีส่วนร่วมในลักษณะกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (Peer Support Group; PSG) หมายถึงกลุ่มผู้ป่วยที่เกิดจากการรวมกันของสมาชิกในกลุ่มที่มีสถานการณ์เดียวกัน เพื่อช่วยเหลือซึ่งกันและกันอย่างสมัครใจ โดยมีการรับฟังแลกเปลี่ยนเรียนรู้

ทางประสบการณ์ สภาวะทางจิตใจและอารมณ์ ผลจากความสัมพันธ์ก่อให้เกิดเป็นความไว้นื้อเชื่อใจ และสร้างเสริมพลังในการช่วยสมาชิกในกลุ่มผ่านปัญหาและอุปสรรคที่เผชิญด้วยความท้าทายจากการปรับแนวคิดและพฤติกรรม⁽⁷⁾

2. การยับยั้งไวรัส (Viral Suppression) หมายถึง ผลการตรวจไวรัสในกระแสเลือดมีปริมาณน้อยกว่า 400 copies/mL หลังรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งเป็นค่าที่ใช้ในการศึกษาส่วนใหญ่ของประเทศที่มีรายได้ปานกลางค่อนข้างต่ำ (Low- and Middle-Income Countries)⁽⁸⁻⁹⁾

3. การขาดการติดตามรักษา (Loss To Follow Up) หมายถึง การไม่มารับการรักษาหลังจากการรักษาครั้งสุดท้ายตั้งแต่ 3 เดือนขึ้นไปในช่วงเวลาที่ทำการศึกษา

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data analysis)

- การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ได้แก่ มัธยฐาน พิสัย ควอไทล์ และค่าร้อยละ ใช้ Mann-Whitney U Test, Fisher's Exact Test ในการวิเคราะห์เพื่อเปรียบเทียบลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่ม

- ใช้การวิเคราะห์แบบ Intention To Treat เปรียบเทียบการการยับยั้งไวรัสของกลุ่มทั้งสองด้วย Log - Binomial Regression เพื่อควบคุมอิทธิพลของตัวแปรกวน เป็นค่า Adjusted Odds Ratio กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $\alpha = 0.05$

การศึกษานี้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี เลขที่: HE 6113

ผลการศึกษา

จากกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดจำนวน 53 ราย แบ่งเป็นกลุ่มรับการรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) จำนวน 33 ราย และกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (non-PSG) จำนวน 20 ราย ข้อมูลลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่ม

ที่มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ คือ
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้ยาต้านไวรัส

กลุ่มการรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG)
จำนวน 33 ราย พบการขาดติดตามการรักษา 1 ราย

(ร้อยละ 3.0) กลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (Non-PSG) จำนวน
20 ราย พบการขาดติดตามการรักษา 3 ราย (ร้อยละ
15.0) ไม่พบการขอยออกจากกลุ่มการรักษาแบบ
เพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) ในช่วงเวลาที่ศึกษา (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 : ลักษณะทั่วไปของผู้ป่วย

	PSG (n=33)	non- PSG (n=20)	p value
เพศ, n (%)			
ชาย	12 (36.4)	12 (60.0)	0.15
อายุ, ปี (median, IQR)	40.8 (36.4-47.4)	38.8 (36.4-40.9)	0.13
สถานภาพสมรส, n (%)			0.73
โสด	11 (33.3)	7 (35.0)	
สมรส	21 (63.6)	13 (65.0)	
หย่า	1 (3.0)	0 (0)	
อาชีพ, n (%)			0.05
รับจ้าง	2 (6.1)	5 (25.0)	
เกษตรกร	31 (93.9)	14 (70.0)	
นักบวช	0 (0)	1 (5.0)	
BMI, kg/m ² (median, IQR)	21.1 (19.2-24.1)	22.2 (20.1-25.3)	0.37
ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้ยาต้านไวรัส, ปี (median, IQR)	6.3 (5.2-7.7)	2.4 (1.4-3.7)	<0.001
ปริมาณ CD4 เมื่อเริ่มยาต้านไวรัส, cells/ μ L (median, IQR)	83 (9.0-128.5)	44 (12.8-91.0)	0.49
ระดับขั้นของการติดเชื้อ HIV เมื่อเริ่มยาต้านไวรัสตาม WHO, n (%)			0.11
I/II	10 (30.3)	4 (20.0)	
III	17 (51.5)	7 (35.0)	
IV	6 (18.2)	9 (45.0)	
โรคร่วม, n (%)			0.07
เบาหวาน	2 (6.1)	1 (5.0)	
ความดันโลหิตสูง	1 (3.0)	1 (5.0)	
ไวรัสตับบี	0 (0)	1 (5.0)	
ไวรัสตับซี	1 (3.0)	2 (10.0)	
สูตรยาที่ได้รับ, n (%)			0.42
d4T+3TC+NVP	2 (6.1)	1 (5.0)	
d4T/3TC/EFV	3 (9.1)	1 (5.0)	
AZT/3TC/NVP	23 (69.7)	12 (60.0)	
AZT+3TC+EFV	0 (0)	1 (5.0)	
AZT+ddI+LPVr	1 (3.0)	0 (0)	
AZT+TDF+LPVr	1 (3.0)	1 (5.0)	
TDF+3TC+NVP	2 (6.1)	0 (0)	
TDF+3TC+EFV	1 (3.0)	3 (15.0)	
d4T+TDF+LPVr	0 (0)	1 (5.0)	

ตารางที่ 2 : เปรียบเทียบการยับยั้งไวรัสเอชไอวี ของกลุ่มรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน และกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม

Year	PSG (n=33) n (%)	non-PSG (n=20) n (%)	Adjusted OR† (95% CI)
1	33 (100)	19 (95)	2.06 (0.01, 28.56)
2	33 (100)	18 (90)	1.79 (0.01, 26.31)
3	33 (100)	17 (85)	3.21 (0.01, 32.99)
4	32 (96.97)	17 (85)	5.65 (0.55, 58.52)
5	31 (93.94)	17 (85)	2.73 (0.42, 18.01)

†ควบคุมปัจจัยเกี่ยวกับอายุ, ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้ยาต้านไวรัส, ปริมาณ CD4 เมื่อเริ่มยาต้านไวรัสและระดับ
 ขั้นของการติดเชื้อเอชไอวี

ผลจากการศึกษาที่ระยะเวลา 5 ปี พบว่ากลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) สามารถยับยั้งไวรัส ได้เป็น 2.73 เท่า เทียบกับกลุ่มที่ไม่เข้าร่วม (Non-PSG) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ (Adjusted OR, 2.73; 95% Confidence Interval, 0.42 To 18.01) (ตารางที่ 2)

วิจารณ์

ผลการยับยั้งไวรัสเอชไอวีของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) เทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วม (non - PSG) ไม่แตกต่างกันอาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีขนาดน้อยเกินไป ซึ่งจากค่าความกว้างของช่วงความเชื่อมั่นจะเห็นว่าแนวโน้มของกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนสามารถยับยั้งไวรัสเอชไอวีได้ดีกว่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วม ลักษณะทั่วไปของทั้งสองกลุ่มที่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ คือ ระยะเวลาตั้งแต่เริ่มใช้ยาต้านไวรัส โดยกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) มีการใช้ยาต้านไวรัส มาเฉลี่ย 6.3 ปี ก่อนการศึกษา ขณะที่กลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วม (non - PSG) มีการใช้ยาต้านไวรัสมาเฉลี่ย 2.4 ปี ($p < 0.001$) ซึ่งเป็นปัจจัยที่อาจส่งผลกระทบต่อการยับยั้งไวรัสจากการร่วมกิจกรรมกลุ่มมาระยะหนึ่งแล้วก่อนช่วงเวลาที่เรา

การศึกษาของกลุ่มรับการรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) ทั้งนี้มีการศึกษาที่พบว่า การเริ่มยาต้านไวรัสในระยะหลัง (Later Calendar Year) มีการยับยั้งไวรัสเอชไอวีได้ดีกว่า⁽¹⁰⁻¹¹⁾ ซึ่งอาจเนื่องจากการที่ยารุ่นใหม่มีประสิทธิภาพมากกว่าและผลข้างเคียงที่น้อยกว่า

สำหรับสาเหตุของการขาดติดตามการรักษา มาจากการเปลี่ยนสถานที่ในการประกอบอาชีพไปยังภาคอื่นของประเทศ ทั้งนี้ผู้ป่วยที่การขาดติดตามการรักษาตามนิยามของการศึกษาของทั้งสองกลุ่มไม่มีรายใดเสียชีวิตและกลับเข้ารับการรักษา เมื่อมาทำงานที่ภูมิลำเนาเดิม และได้รับการตรวจปริมาณไวรัสในกระแสเลือดซึ่งมีผลที่มากกว่า 400 copies/mL ทุกราย

ข้อแตกต่างของการศึกษาก่อนหน้า คือ สูตรยาที่มีความแตกต่างกันและไม่ได้เป็นยาชนิดเม็ดรวม (Fixed - Dose Combinations) ซึ่งเป็นปัจจัยที่ส่งผลต่อการรักษา^(12 - 13) นอกจากนี้ข้อแตกต่างทางวัฒนธรรมของแต่ละประเทศ เช่น การเปิดเผยตัวของผู้ป่วยและบริบทของสังคมในชุมชน รวมไปถึงรูปแบบการจัดการความมีส่วนร่วมของผู้ป่วยที่แตกต่างกันไปในแต่ละการศึกษา

จุดเด่นของการศึกษาค้างนี้ คือ การมีระยะเวลาที่ทำการศึกษา 5 ปี ซึ่งเป็นระยะเวลาที่นานกว่าการศึกษาที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ที่กำหนดระยะเวลาที่ทำการศึกษาไม่เกิน 52 สัปดาห์⁽⁷⁾ ซึ่งอาจไม่ตรงพบผลการศึกษาที่แสดงถึงความไม่ยั่งยืนของการยับยั้งไวรัสเอชไอวีที่ระยะเวลาเกินกว่า 2 ปี⁽¹⁴⁻¹⁵⁾

ข้อจำกัดของการศึกษานี้ คือ การมีอคติที่เกิดจากการเลือกตัวอย่างตามรูปแบบการศึกษา (Selection Bias) การรายงานผลการตรวจไวรัสในกระแสเลือด หากมีปริมาณน้อยกว่า 50 copies/mL จะรายงานเป็นไม่สามารถตรวจพบ (Undetectable) ซึ่งจะพบในรายงานผลส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 จึงเป็นข้อจำกัดในการวิเคราะห์ผลปริมาณไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดหากต้องการเปรียบเทียบผลของการรักษาอย่างละเอียด นอกจากนี้ยังต้องคำนึงถึงการขาดการตรวจการดื้อยาต้านไวรัสก่อนการรับการรักษา เนื่องจากเป็นการตรวจที่มีราคาสูงและยังไม่เป็นมาตรฐานในเวชปฏิบัติของประเทศไทย การขาดการวิเคราะห์ความสม่ำเสมอของการกินยา (Adherence) เนื่องจากข้อมูลบางส่วนในเวชระเบียนสูญหาย และการมีกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เพียงพอในการทำการวิเคราะห์เพื่อตอบปัญหาการวิจัยได้อย่างชัดเจน

การศึกษาค้างถัดไปควรมีกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้น และเป็นแบบ Prospective Cohort Study โดยอาจเป็นการศึกษาแบบสหสถาบัน (Multicenter Trial) ในการศึกษาที่มีกลุ่มตัวอย่างของโรงพยาบาล

ขนาดเล็กกรรมกัน เนื่องจากโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนผู้ป่วยสะสมเพิ่มมากขึ้นทุกปี มักไม่สามารถทำกลุ่มรับการรักษาแบบผู้ป่วยมีส่วนร่วมได้ เพราะมีต้นทุนการบริหารจัดการและต้องใช้เวลามากในแต่ละครั้งที่ผู้ป่วยมาติดตามการรักษา หรือเป็นการศึกษาเชิงทดลอง เพื่อแก้ไขอคติที่เกิดจากการเลือกกลุ่มตัวอย่าง และขจัดตัวแปรกวนซึ่งจะทำให้ได้ผลในเชิงประจักษ์ที่ชัดเจน นอกจากนี้ควรทำการศึกษาในเชิงเศรษฐศาสตร์สาธารณสุขเพื่อวิเคราะห์ความคุ้มค่าในการตัดสินใจเสริมวิธีการรักษา

สรุป

ผลการยับยั้งไวรัสเอชไอวีด้วยยาต้านไวรัสของกลุ่มที่เข้าร่วมรักษาแบบเพื่อนช่วยเพื่อน (PSG) เทียบกับกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่เข้าร่วม (non - PSG) แตกต่างกันอย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างน้อยเกินไป ควรมีการศึกษาเพิ่มเติมโดยมีกลุ่มตัวอย่างที่มากขึ้นเพื่อให้ได้หลักฐานเชิงประจักษ์ในการดูแลรักษาผู้ป่วยในประเทศไทย

กิตติกรรมประกาศ

คณะผู้วิจัยขอขอบคุณแพทย์หญิงปิยรัตน์ โรจน์สง่า โรงพยาบาลศูนย์อุดรธานี ในการวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติ และคุณดวงใจ นุ่นสวัสดิ์ ในการบริหารจัดการดูแลผู้ป่วยในคลินิกโรคด้วยยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลไชยวาน จังหวัดอุดรธานี โดยการศึกษาครั้งนี้ได้รับทุนสนับสนุนจากบริษัทฯ

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization and UNAIDS [Internet]. Geneva: Q&A on HIV/AIDS estimates ; 2017 [cited 2019 Mar14]. Available from: <http://www.unaids.org/en/regionscountries/countries/thailand>
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2553. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2553.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2557.
4. ข่าวสารเพื่อสื่อมวลชน [Internet] กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สัปดาห์วันเอดส์โลกประจำปี 2561 เน้น “ตรวจเร็ว รักษาเร็ว ยุติเอดส์”; [เข้าถึงเมื่อวันที่ 14 มีนาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: <https://ddc.moph.go.th/th/site/newsview/view/1861>
5. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The Gap Report Geneva, Switzerland: UNAIDS; 2014. [cited 2019 Mar14]. Available from: http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaids-publication/2014/UNAIDS_Gap_report_en.pdf.
6. World Health Organization [Internet]. Geneva: Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection; 2015 [cited 2019 Mar14]. Available from: <https://www.who.int/hiv/pub/arv/arv2015-service-delivery-factsheet/en/>
7. Mead S, Hilton D, Curtis L. Peer Support: A theoretical perspective. *Psychiatric Rehabilitation Journal*. 2001;25(2):134-41.
8. Kanter S, Park JJ, Chan K, et al. Use of peers to improve adherence to antiretroviral therapy: a global network meta-analysis. *J Int AIDS Soc* 2016; 19(1): 21141.
9. McMahon JH, Elliott JH, Bertagnolio S, Kubiak R, Jordan MR. Viral suppression after 12 months of antiretroviral therapy in low- and middle-income countries: A systematic review. *Bull World Health Organ*. 2013;91(5):377-85.
10. Delaunay C, Ghosn J, Lacombe JM. Significant reduction in HIV virologic failure during a 15-year period in a setting with free healthcare access. *Clin Infect Dis*. 2015;60:463-472.
11. O'Connor J., et al., Durability of viral suppression with first-line antiretroviral therapy in patients with HIV in the UK: an observational cohort study. *Lancet HIV*, 2017. 4(7): p. e295-e302.
12. Aldir I, Horta A, Serrado M. Single-tablet regimens in HIV: does it really make a difference? *Curr Med Res Opin* 2014; 30:89-97.
13. Nachega JB, Parienti JJ, Uthman OA, Gross R, Dowdy DW, Sax PE et al. Lower pill burden and once-daily antiretroviral treatment regimens for HIV infection: A meta-analysis of randomized controlled trials. *Clin Infect Dis* 2014; 58(9): 1297-1307.
14. Chang LW, Kagaayi J, Nakigozi G, et al. Effect of peer health workers on AIDS care in Rakai, Uganda: a cluster-randomized trial. *PLoS One* 2010; 5: e10923.
15. Taiwo BO, Idoko JA, Welty LJ, et al. Assessing the virologic and adherence benefits of patient-selected HIV treatment partners in a resource-limited setting. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2010; 54: 85-92.

ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในพื้นที่ 12 จังหวัด ของประเทศไทย พ.ศ.2557

Received:22/11/2018, Accepted: 16/06/2019

สหภาพ พูลเกษร* ธนอม นามวงศ์**

Abstract

Integrated HIV/STI Biological and Behavioral Surveillance among Female Sex Workers Using Handheld Computer in 12 Provinces in Thailand: Results from a Survey in 2014

Sahaphap poonkesorn* Tanom Numvong**

*Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, **Yasothon Provincial Health Office

Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control has developed an integrated HIV/sexually transmitted infection (STI) biological and behavioral surveillance (IBBS) among female sex workers (FSW) in order to collect information which can explain the relationship between HIV and sexually transmitted infections with behaviors in a more comprehensive way. The first survey was performed in 12 provinces in 2010. The second survey was repeated in 2013, using handheld computer to collect behavior data. This report aims to describe the results of the second survey.

FSW in the survey were 15-49 years old. Blood and urine samples were collected to test for HIV infection and sexually transmitted infection including *Neisseria gonorrhea* and *Chlamydia trachomatis*. Subjects responded to self-administered questionnaire using handheld computer. There were 3,254 FSWs participated in the survey. Of these, 1,103 (33.9%) were direct FSW and 2,151 (66.1%) were indirect FSW. The average age was 28.7 ± 9 years old. Aggregated rates of HIV, *Neisseria gonorrhea* and *Chlamydia trachomatis* infection were 1.9, 4.2 and 18.1% respectively. For behavior data, 58.5% of FSW knew and used to receive distributed condoms and 88.8% had experience of HIV testing during the last one year before survey. 92.1% reported using condom in their last sex act. Data on condom used in every sex act during the past month was 95.2% with regular customer; 97.0 with periodic customer; 75.9% with other men and 27.3% with husband or boyfriend.

The results of the survey showed lowering trend of HIV infection in FSW comparing to the 2010 results while in *Neisseria gonorrhea* and *Chlamydia trachomatis* infections, the trends had been highly

increased. This increasing trend may be the effect from low rates of condom used with other men and husband or boyfriend. It is recommended that the STI control program must be strengthened in this group of population in order to get a better outcome in controlling the diseases.

Keywords: Surveillance system, HIV infection rate, Sexually transmitted infection rate, behavior related to HIV infection, Female sex worker

บทคัดย่อ

สำนักโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พร้อม ๆ กับพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สามารถอธิบายสถานการณ์การระบาดของเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยวิเคราะห์ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมต่าง ๆ ได้ดียิ่งขึ้น โดยได้ดำเนินการสำรวจใน 12 จังหวัด เป็นครั้งแรกในปี พ.ศ. 2553 และต่อมาได้สำรวจซ้ำอีกในปี พ.ศ. 2557 โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือเป็นเครื่องมือในการจัดเก็บข้อมูล ด้านพฤติกรรม รายงานฉบับนี้เป็นผลการนำเสนองานวิจัยครั้งที่ 2 ในปี พ.ศ. 2557

พนักงานบริการหญิงในพื้นที่สำรวจมีอายุระหว่าง 15-49 ปี จัดเก็บตัวอย่างเลือดเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เก็บตัวอย่างปัสสาวะเพื่อตรวจหาการติดเชื้อโรคหนองใน (*Neisseria gonorrhea*) และโรคหนองในเทียม (*Chlamydia trachomatis*) และตอบแบบสอบถาม โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือด้วยตนเอง ผลการสำรวจพบว่า มีพนักงานบริการหญิงเข้าร่วมในการสำรวจ 3,254 คน เป็นพนักงานบริการหญิงตรง 1,103 คน (ร้อยละ 33.9) พนักงานบริการหญิงแฝง 2,151 คน (ร้อยละ 66.1) อายุเฉลี่ย 28.7 ± 9 ปี อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวม เท่ากับ ร้อยละ 1.9 การติดเชื้อโรคหนองใน ร้อยละ 4.2 และ โรคหนองในเทียม เท่ากับ ร้อยละ 18.1 ผลการสำรวจในด้านพฤติกรรม พบว่า พนักงานบริการหญิง ร้อยละ 58.5 ทราบและเคยได้รับแจกถุงยางอนามัยในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 88.8 ประสบการณ์การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 92.1 มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย โดยมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้งในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา กับลูกค้าประจำ ร้อยละ 95.2 กับลูกค้าจร ร้อยละ 97.0 กับชายอื่น ร้อยละ 75.9 และกับสามีหรือคนรัก ร้อยละ 27.3

ผลการเฝ้าระวังได้ชี้ให้เห็นว่า อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิง มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับการสำรวจ ในปี พ.ศ. 2553 ส่วนอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน และโรคหนองในเทียม กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมาก ซึ่งอาจเกิดขึ้นจากการที่มีการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่เพศสัมพันธ์ที่เป็นชายอื่น หรือ สามีหรือคนรัก ในระดับต่ำกว่าที่ควรจะเป็น ถือเป็นเรื่องเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรกลุ่มนี้ให้ได้ผลมากขึ้นต่อไป

คำสำคัญ: ระบบเฝ้าระวัง, อัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวี, อัตราความชุกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี, พนักงานบริการหญิง

บทนำ

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการจัดการกับปัญหาเอดส์ได้เป็นอย่างดีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2533⁽¹⁾ จนถึงปัจจุบัน รวมถึงได้พัฒนาระบบการเฝ้าระวังเพื่อติดตามกลุ่มประชากรสำคัญที่เกี่ยวข้องกับการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี ผลจากการเฝ้าระวังได้ถูกนำมาใช้วิเคราะห์แนวโน้มของอุบัติการณ์ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รายใหม่ และอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิง⁽²⁾ และได้แสดงให้เห็นถึงแนวโน้มที่ลดลงของทั้งอุบัติการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

และอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิง เป็นเครื่องมือที่สำคัญที่ใช้ในการติดตามการระบาดของเชื้อเอชไอวีของประเทศ โดยเริ่มมีการดำเนินงานเฝ้าระวังครั้งแรกในเดือนมิถุนายน ปี พ.ศ. 2532 ใน 14 จังหวัด และได้ขยายดำเนินการทั่วประเทศ (76 จังหวัด) ในปีถัดมา การดำเนินงานเฝ้าระวังดังกล่าวนี้เป็นลักษณะการดำเนินงานสำรวจแบบภาคตัดขวางอย่างต่อเนื่อง ใช้วิธีการสุ่มสถานบริการทางเพศ แบบเป็นกลุ่ม

ถึงแม้ว่าผลการเฝ้าระวังแสดงถึงการประสบความสำเร็จในการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์⁽³⁾ แต่เมื่อพิจารณาผลการเฝ้าระวังในระยะหลัง และการสำรวจอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่า ลักษณะระบาดวิทยาของเชื้อเอชไอวีอยู่ในสภาพที่น่ากังวล เนื่องจากพบแนวโน้มด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่มขึ้น⁽⁴⁾

ด้วยเหตุดังกล่าว สำนักระบาดวิทยา จึงได้พัฒนาระบบเฝ้าระวังภายใต้หลักการของการเฝ้าระวังแนวใหม่ หรือ The second generation HIV surveillance^(5,6) โดยได้เฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Integrated Biological and Behavioral Surveillance - IBBS) ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศหญิง (พนักงานบริการหญิง) ที่มีสถานที่ทำงานที่ชัดเจน (Venue-based) ใน 12 จังหวัดขึ้นในปี พ.ศ. 2553 แบ่งกลุ่มพนักงานบริการหญิงเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการหญิงตรง (ให้บริการทางเพศเป็นหลักเพียงอย่างเดียว) และกลุ่มพนักงานบริการหญิงแฝง (ให้บริการอื่น ๆ ร่วมกับบริการทางเพศ) โดยสำรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจากการตรวจเลือด ตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากการตรวจปัสสาวะ และศึกษาพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีจากการสอบถามโดยใช้แบบสอบถาม

ผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2553⁽⁷⁾ พบว่าอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคหนองใน (Neisseria gonorrhea) ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงตรง เท่ากับ ร้อยละ 2.4 และอัตราความชุกของโรคหนองในเทียม (Chlamydia trachomatis) เท่ากับ ร้อยละ 9.2 ส่วนในกลุ่มพนักงานบริการหญิงแฝง อัตราความชุกของโรคหนองใน เท่ากับ ร้อยละ 2.4 และอัตราความชุกของ

โรคหนองในเทียม เท่ากับ ร้อยละ 11.1 รายงานฉบับนี้เป็นการรายงานผลการเฝ้าระวัง IBBS ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง ในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งได้มีการนำเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือมาใช้ในการเก็บข้อมูลในแบบสอบถามร่วมด้วย

วัตถุประสงค์

การเฝ้าระวังครั้งนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อ

1. เพื่อวัดอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคหนองใน และโรคหนองในเทียม ในประชากรกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่มีสถานที่ทำงานที่ชัดเจน
2. เพื่อวัดพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในประชากรกลุ่มพนักงานบริการหญิง
3. เพื่อศึกษาข้อมูลด้านประชากรกลุ่มพนักงานบริการหญิง (FSW Venue-based)

วิธีการเฝ้าระวัง

การเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่มีสถานที่ทำงานที่ชัดเจน⁽⁸⁾ ดำเนินการในพื้นที่โดยสุ่มเลือกจังหวัดให้มีการกระจายพื้นที่ศึกษาอย่างทั่วถึงในเขตสาธารณสุข การสุ่มเลือกจังหวัดดำเนินการโดยวิธี Simple Random Sampling จาก 12 เขต (ตามการแบ่งเขตสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2547) เขตละ 1 จังหวัด รวม 12 จังหวัด ดังนี้ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ปทุมธานี ราชบุรี บุรีรัมย์ อุดรธานี ศรีสะเกษ นครสวรรค์ พิษณุโลก เชียงราย ภูเก็ต สงขลา การเฝ้าระวังเป็นการสำรวจโดยบูรณาการสำรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี โดยวิธีการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี การเก็บปัสสาวะ

เพื่อตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และตอบแบบสอบถามพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การตอบแบบสอบถามได้ประยุกต์ใช้วิธี การเก็บข้อมูล โดยเครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ

การเลือกตัวอย่างในการสำรวจ แบ่งเป็น 3 กรณี ใช้วิธีการสุ่มตัวอย่างที่เหมือนกัน แต่คำนวณแยกระหว่างพนักงานบริการหญิงตรง และพนักงานบริการหญิงแฝง

กรณีที่ 1 จังหวัดมีขนาดตัวอย่างน้อยกว่าจำนวนตัวอย่างที่คำนวณได้ ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลเฝ้าระวังในพนักงานบริการหญิง ทุกคน โดยไม่ต้องทำการสุ่ม

กรณีที่ 2 หากในจังหวัดไม่มีอำเภอใดที่มีจำนวนพนักงานบริการหญิงตรงและพนักงานบริการหญิงแฝงมากกว่าจำนวน ขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ให้ดำเนินการเก็บข้อมูลในอำเภอที่มีจำนวนพนักงานบริการหญิงมากที่สุดก่อน แล้วจึงเลือกอำเภออื่นๆ เพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลเพิ่มเติม จนกว่าจะได้จำนวนตัวอย่างครบตามขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

ในการคัดเลือกอำเภออื่นมาเพื่อการเฝ้าระวัง ให้จังหวัดคัดเลือกอำเภอที่มีปัญหาของการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงมากที่สุด เพื่อทำการเฝ้าระวังก่อน ในกรณีที่ต้องทำการสุ่มเลือกสถานบริการในอำเภอใดๆ ให้ใช้วิธีการเลือกตัวอย่างโดยยึดตามแนวทางของกรณีที่ 1 และ กรณีที่ 2

กรณีที่ 3 จังหวัดมีพนักงานบริการหญิงในอำเภอใดอำเภอหนึ่ง มากกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้ ให้ดำเนินการดังนี้

- 1) ให้เลือกทำการเฝ้าระวังในอำเภอที่มีจำนวนพนักงานบริการหญิงมากที่สุดเพียงอำเภอเดียว
- 2) ให้จัดทำบัญชีรายชื่อสถานบริการทั้งหมด

ที่มีอยู่อำเภอที่จะทำการเฝ้าระวังจำแนกตามประเภทสถานบริการ (ตรงและแฝง) พร้อมทั้งระบุจำนวนพนักงานบริการหญิงที่ทำงานอยู่ในสถานบริการแต่ละแห่ง

3) ทำสลากรสำหรับใช้ในการสุ่มตัวอย่าง เพื่อคัดเลือกสถานบริการ โดยเขียนชื่อสถานบริการลงในกระดาษ 1 ใบต่อ 1 สถานบริการ แล้วให้นำสลากรรายชื่อสถานบริการทั้งหมด ไปใส่ในกล่อง โดยให้แยกสลากรเป็น 2 กล่อง สถานบริการตรง 1 กล่อง และสถานบริการแฝง 1 กล่อง

4) จับสลากรดังกล่าวขึ้นมาครั้งละ 1 ใบ พร้อมทั้งจดจำนวนพนักงานบริการหญิงในสถานบริการที่ถูกเลือกไว้ ให้ทำการสุ่มเลือกสถานบริการต่อไป จนกระทั่งเลือกสถานบริการที่มีจำนวนรวมของพนักงานบริการหญิงตรง และพนักงานบริการหญิงแฝงได้ไม่น้อยกว่าขนาดตัวอย่างที่คำนวณได้

5) ดำเนินการเก็บข้อมูลจากพนักงานบริการหญิงทุกรายที่ทำงานอยู่ในสถานบริการที่สุ่มเลือกได้

เครื่องมือที่ใช้ในการเฝ้าระวัง

ในการสำรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ใช้การเก็บตัวอย่างเลือด การหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใช้การเก็บตัวอย่างปัสสาวะ และข้อมูลด้านพฤติกรรม ใช้แบบสอบถามพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี⁽⁹⁾ ซึ่งการสอบถามใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ให้พนักงานบริการหญิงเป็นผู้ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง จำแนกตามสัญชาติของกลุ่มประชากรที่เฝ้าระวัง ข้อมูลที่รวบรวมจากแบบสอบถามแบ่งเป็น 8 ส่วน ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป พฤติกรรมทางเพศ ไม่เจาะจงประเภทคู่นอน พฤติกรรมทางเพศการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอน ประเภทต่าง ๆ พฤติกรรมการใช้สารเสพติดและแอลกอฮอล์ การป่วยและการเข้าถึงบริการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การเข้าถึง

บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ความครอบคลุม
ของบริการเอชไอวี/เอดส์ และความรู้ ทัศนคติเกี่ยวกับ
โรคเอดส์ และการประเมินความเสี่ยง

การวิเคราะห์ข้อมูลและการนำเสนอข้อมูล

เริ่มจากนำข้อมูลจากแบบสอบถามพฤติกรรม
ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี มาตรวจสอบความ
ครบถ้วนของแบบสอบถาม และบันทึกข้อมูลลง
ในโปรแกรมสำเร็จรูปแล้วทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยนำ
ข้อมูลที่รวบรวมได้มาเรียบเรียงให้เห็นลักษณะ
ของสถิติของข้อมูลตามตัวแปรต่าง ๆ ตามแบบ
การวิเคราะห์ซึ่งใช้สถิติเชิงพรรณนา พร้อมทั้งนำเสนอ
ข้อมูลอัตราความชุกการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ในภาพรวม เป็นตัวแทนการนำเสนอ

ผลการเฝ้าระวัง

1. ลักษณะด้านประชากรของตัวอย่าง

ประชากรกลุ่มพนักงานบริการหญิงที่อยู่ใน
ข่ายการเฝ้าระวังครั้งนี้มี 3,254 คน จำแนกเป็น
พนักงานบริการหญิงตรง 1,103 คน (ร้อยละ 33.9)
พนักงานบริการหญิงแฝง 2,151 คน (ร้อยละ 66.1)
อายุเฉลี่ย 28.7 ปี อยู่ในกลุ่มอายุ 20-24 ปี เป็น
สัดส่วนสูงสุด ร้อยละ 28.7 และกลุ่มอายุ 25-29 ปี
ร้อยละ 22.5 ภูมิลำเนาเดิม ร้อยละ 80.5 เป็นคนไทย
ที่อาศัยอยู่ในประเทศไทย พบพนักงานบริการหญิง
ร้อยละ 1.5 มีสถานะเป็นนักเรียน/นักศึกษา
สำหรับสถานะการศึกษา พบ ร้อยละ 89.0 เคยเรียน
หนังสือ การศึกษาสูงสุดของผู้ที่เรียนหนังสือ พบสูงสุด
ร้อยละ 39.5 เรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น ร้อยละ 3.1
จบปริญญาตรี และ ร้อยละ 0.1 จบสูงกว่าปริญญาตรี
(ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 : ข้อมูลลักษณะด้านประชากร กลุ่มพนักงานบริการหญิง จำแนกเป็นพนักงานบริการหญิงตรงและแฝง
ปี พ.ศ. 2557

ตัวแปรด้านประชากร	พนักงานบริการตรง (N = 1,103)		พนักงานบริการแฝง (N = 2,151)		รวม (N = 3,254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)						
Mean (SD)	29.3	(9.34)	27.8	(7.9)	28.7	(9.0)
Median (min-max)	29	(15-60)	26	(15-60)	27	(15-60)
กลุ่มอายุ (ปี)						
15 – 19	168	15.3	206	9.6	374	11.5
20 – 24	304	27.6	630	29.3	939	28.7
25 – 29	204	18.5	529	24.6	733	22.5
30 – 34	136	12.4	280	13.0	416	12.8
35 – 39	117	10.6	252	11.7	369	11.3
40 – 44	69	6.3	125	5.8	194	6.0
45 ขึ้นไป	103	9.4	129	6.0	323	7.1

ตารางที่ 1 : ข้อมูลลักษณะด้านประชากร กลุ่มพนักงานบริการหญิง จำแนกเป็นพนักงานบริการหญิงตรงและแฝง ปี พ.ศ. 2557 (ต่อ)

ตัวแปรด้านประชากร	พนักงานบริการตรง (N = 1,103)		พนักงานบริการแฝง (N = 2,151)		รวม (N = 3,254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิลำเนาเดิม						
• ไทย	894	81.3	1,722	80.1	2,616	80.5
• ไทยชนกลุ่มน้อย	160	14.5	152	7.1	312	9.6
• เมียนมา	33	3.0	91	4.2	124	3.8
• ลาว	7	0.6	177	8.2	184	5.7
• กัมพูชา	5	0.5	8	0.4	13	0.4
• อื่นๆ	1	0.1	1	0.01	2	0.1
สถานะเป็นนักเรียน/นักศึกษา						
• เป็น	24	2.2	24	1.1	48	1.5
• ไม่เป็น	1,079	97.8	2,127	98.9	3,206	98.5
สถานะการศึกษา						
• เคยเรียน	974	88.6	1,922	89.4	2,896	89.0
• ไม่เคยเรียน	129	11.7	229	10.6	358	11.0
การศึกษาสูงสุดของผู้ที่เรียน	n=1103		n=2,151		N =3,254	
• ประถมศึกษา	250	22.7	520	24.2	770	23.7
• มัธยมศึกษา	386	35.0	736	34.2	1122	34.5
• มัธยมปลาย	214	19.4	514	23.9	728	22.4
• อนุปริญญาขึ้นไป	50	4.5	80	3.7	130	4.0
• ปริญญาตรี	44	4.0	45	2.1	89	2.7
• สูงกว่าปริญญาตรี	1	0.1	2	0.1	3	0.1
• ไม่ตอบ	158	14.3	254	11.8	412	12.7

พนักงานบริการหญิง กลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 5,000 – 10,000 บาทต่อเดือน เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนสูงสุดในระหว่างกลุ่มพนักงานบริการหญิงด้วยกัน คิดเป็น ร้อยละ 40.9 รองลงมา เป็นกลุ่มที่มีรายได้ระหว่าง 10,000 – 20,000 บาท ร้อยละ 31.1

อายุเฉลี่ยที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน คือ 24 ปี ส่วนระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน (วัน) เท่ากับ 730 วัน (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 : ข้อมูลรายได้ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน และระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน กลุ่มพนักงานบริการหญิง ปี พ.ศ. 2557

ตัวแปร	พนักงานบริการตรง		พนักงานบริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
รายได้						
น้อยกว่า 5,000 บาท	88	8.0	123	5.8	211	6.6
5,000 – 10,000 บาท	641	58.6	877	41.3	1,518	47.2
10,000 – 20,000 บาท	259	23.7	740	34.9	999	31.1
20,000 – 30,000 บาท	69	6.3	250	11.8	319	9.9
มากกว่า 30,000 บาท	37	3.4	131	6.2	168	5.2
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกโดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน (ปี)						
Mean (SD)	23.9 (7.3)		24.2 (6.4)		24.1 (7.4)	
Median (min-max)	22 (13-56)		23 (10-56)		22 (10-56)	
ระยะเวลาที่มีเพศสัมพันธ์โดยได้รับเงินหรือสิ่งของเป็นค่าตอบแทน (วัน)						
Mean (SD)	1,133.1 (1,529.5)		1,210 (1,589.5)		1,184.5 (1,569.6)	
Median (min-max)	730 (30-10,585)		730 (30-14,235)		730 (30-14,235)	

2. อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี โรคหนองใน และโรคหนองในเทียม

ผลการสำรวจอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคหนองใน และโรคหนองในเทียม ในกลุ่มพนักงานบริการหญิง พบว่า อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมของทั้งสองกลุ่ม รวมทุกจังหวัด (Aggregated rate) เท่ากับ ร้อยละ 1.9 อัตราความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน เท่ากับ ร้อยละ 4.2 และ อัตราความชุกของการติดเชื้อโรคหนองในเทียม เท่ากับ ร้อยละ 18.1 (ตารางที่ 3)

สำหรับอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี โดยคำนวณเป็นค่าเฉลี่ยมาตรฐานระหว่างจังหวัดต่าง ๆ ในภาพรวมของกลุ่มพนักงานหญิงทั้งสองกลุ่ม

เท่ากับ ร้อยละ 1.2 (พิสัย 0-5.7) จำแนกเป็นกลุ่มพนักงานบริการหญิงตรงร้อยละ 1.6 (พิสัย 0-4.6) และกลุ่มพนักงานบริการหญิงแฝง ร้อยละ 1.1 (พิสัย 0-6.5) ค่าเฉลี่ยมาตรฐานของการติดเชื้อโรคหนองใน ในภาพรวมระหว่างจังหวัดต่างๆ เท่ากับ ร้อยละ 4.15 (พิสัย 1.4-6.4) จำแนกเป็นกลุ่มพนักงานบริการหญิงตรง ร้อยละ 4.9 (พิสัย 0-7.3) และกลุ่มพนักงานบริการหญิงแฝง ร้อยละ 4.2 (พิสัย 0-8.3) และค่าเฉลี่ยมาตรฐานของการติดเชื้อโรคหนองในเทียม ในภาพรวมระหว่างจังหวัดต่าง ๆ เท่ากับ ร้อยละ 18.6 (พิสัย 9.4-25.4) จำแนกเป็นกลุ่มพนักงานบริการหญิงตรง ร้อยละ 17.7 (พิสัย 9.6-29.1) และกลุ่มพนักงานบริการหญิงแฝง ร้อยละ 20 (พิสัย 6-29.1)

ตารางที่ 3 : อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี โรคหนองใน และโรคหนองในเทียม กลุ่มพนักงานบริการหญิง ปี พ.ศ. 2557

กลุ่มพนักงาน บริการหญิง	การติดเชื้อเอชไอวี		โรคหนองใน		โรคหนองในเทียม	
	ติดเชื้อ/ตรวจ	ร้อยละ	ติดเชื้อ/ตรวจ	ร้อยละ	ติดเชื้อ/ตรวจ	ร้อยละ
ตรง	19/1,103	1.7	50/1,103	4.5	200/1,103	18.1
แฝง	44/2,151	2.0	86/2,145	4.0	388/2,145	18.1
รวม	63/3,254	1.9	136/3,248	4.2	588/3,248	18.1

3. การเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของพนักงานบริการหญิง

ผลจากการสอบถามพนักงานบริการหญิงพบว่า ในช่วง 1 ปี ที่ผ่านมา พนักงานบริการหญิง

ทราบสถานที่ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 81.9 เคยได้รับการแจกถุงยางอนามัย ร้อยละ 65.6 และเคยรู้ทราบเรื่องถุงยางอนามัยและได้รับการแจกถุงยางอนามัยร้อยละ 58.5 (ตารางที่ 4)

ตารางที่ 4 : ข้อมูลการเข้าบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา กลุ่มพนักงานบริการหญิง ปีพ.ศ. 2557

การตรวจเลือด	พนักงานบริการตรง		พนักงานบริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ทราบสถานที่ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี						
• ทราบ	965	87.6	1687	78.9	2,652	81.9
• ไม่ทราบ	136	12.4	451	21.1	587	18.1
การได้รับแจกถุงยางอนามัย						
• ได้รับ	790	71.7	1343	62.4	2,133	65.6
• ไม่ได้รับ	312	28.3	809	37.6	1,121	34.4
ทราบและได้รับแจกถุงยางอนามัย	715	64.9	1,189	55.3	1,905	58.5

ประสบการณ์การตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 1 ปีที่ผ่านมา พนักงานบริการหญิงตรง เคยได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและทราบผล ร้อยละ 91 (802/881) และในกลุ่มพนักงานบริการหญิงแฝง เคยได้รับการตรวจและทราบผล ร้อยละ 88.8 (1,135/1,301) และในภาพรวม ร้อยละ 88.8 (1,937/2,182)

4. พฤติกรรมทางเพศของพนักงานบริการหญิง

การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดของพนักงานบริการหญิงตรง พบว่า มีการใช้ ร้อยละ 90.0 (985/1,094) ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงแฝง ร้อยละ 93.1 (1,996/2,144) ภาพรวม มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด ร้อยละ 92.1 (2,981/3,238)

จำนวนคูเพศสัมพันธ์ของพนักงานบริการหญิง ในภาพรวม แต่ละประเภทของคูเพศสัมพันธ์ ในแต่ละช่วงเวลามีดังนี้ ประเภทลูกค้าประจำเฉลี่ย ใน 1 เดือนที่ผ่านมา เท่ากับ 7.1 ± 13.2 ราย ลูกค้าชาจรใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา เท่ากับ 7.1 ± 9.5 ราย ชายอื่นใน 12 เดือนที่ผ่านมา เท่ากับ 4.8 ± 7.3 ราย สำหรับสามีหรือคนรัก พบว่า พนักงานบริการหญิง มีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคนรัก ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 41.1 (1,338/3254) ในภาพรวมมีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงเวลาที่ผ่านมาของพนักงานบริการหญิง ในภาพรวม ในกลุ่มก่อนแต่ละประเภท มีการใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้งกับลูกค้าประจำ ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา

ร้อยละ 92.1 (1,974/2,074) กับลูกค้าชาจร ในช่วง 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 97 (1,900/1,959) กับชายอื่น ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 75.9 (287/378) กับสามีหรือคนรัก ร้อยละ 78.6 (1,338/1,703) (ตารางที่ 5)

สำหรับสาเหตุที่มีเพศสัมพันธ์ที่ใช้ถุงยางอนามัยบางครั้ง หรือไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยที่พบได้บ่อย ตามการตอบแบบสอบถามของพนักงานบริการหญิง ในภาพรวม ในทุกประเภทของคูเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ว่างซึ่งกันและกัน คูเพศสัมพันธ์ปฏิเสธไม่ยอมใช้ สำหรับสาเหตุอื่น ๆ ที่พบรองลงมา ได้แก่ หาถุงยางอนามัยไม่ทัน ขนาดถุงยางอนามัยเล็กหรือใหญ่เกินไป คูเพศสัมพันธ์หลังภายนอก เป็นต้น

ตารางที่ 5 : จำนวนคูเพศสัมพันธ์ และ การใช้ถุงยางอนามัยกับ ลูกค้าประจำ ลูกค้าชาจร ชายอื่น และ สามีหรือคนรัก ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ของกลุ่มพนักงานบริการหญิง ปี พ.ศ. 2557

ประวัติพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์	พนักงาน บริการตรง		พนักงาน บริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ลูกค้าประจำ						
- เฉลี่ยใน 1 เดือนที่ผ่านมา [Mean(sd)]	6.0 (11.7)		7.6 (13.9)		7.1 (13.2)	
- การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา						
• ใช้ทุกครั้ง	634	96.5	1,340	94.6	1974	95.2
• ใช้บางครั้ง	18	2.7	65	4.6	83	4.0
• ไม่เคยใช้	5	0.8	12	0.8	17	0.8
ลูกค้าชาจร						
- เฉลี่ยใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา [Mean(sd)]	6.4 (9.3)		7.5 (9.6)		7.1 (9.5)	
- การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา						
• ใช้ทุกครั้ง	583	97.8	1317	96.6	1,900	97.0
• ใช้บางครั้ง	11	1.8	41	3.0	52	2.7
• ไม่เคยใช้	2	0.3	2	0.3	7	0.4

ตารางที่ 5 : จำนวนคู่เพศสัมพันธ์ และ การใช้ถุงยางอนามัยกับ ลูกค้าประจำ ลูกค้าชาจร ชายอื่น และ สามีหรือคนรัก ในช่วงเวลาที่ผ่านมา ของกลุ่มพนักงานบริการหญิง ปี พ.ศ. 2557 (ต่อ)

ประวัติพฤติกรรม การมีเพศสัมพันธ์	พนักงาน บริการตรง		พนักงาน บริการแฝง		รวม	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
ชายอื่น						
- เฉลี่ยใน 12 เดือนที่ผ่านมา [Mean(sd)]	3.8 (6.6)		5.3 (7.6)		4.8 (7.3)	
- การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา						
• ใช้ทุกครั้ง	85	71.4	202	78.0	287	75.9
• ใช้บางครั้ง	16	13.4	36	13.9	52	13.8
• ไม่เคยใช้	18	15.1	21	8.1	39	10.3
สามีหรือคนรัก						
- การมีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือคนรักใน 12 เดือน						
• มี	489	44.3	849	59.5	1,338	41.1
• ไม่มี	121	11.0	240	11.3	365	11.2
• ไม่มีสามีหรือคนรัก	493	44.7	1,058	49.2	1,551	47.7
- การใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา						
• ใช้ทุกครั้ง	111	25.1	221	28.6	332	27.3
• ใช้บางครั้ง	63	14.3	138	17.9	201	16.6
• ไม่เคยใช้	268	60.6	413	53.5	681	56.1

5. การใช้สารเสพติดของพนักงานบริการหญิง

มีพนักงานบริการหญิงตอบแบบสอบถาม เรื่องการใช้ สารเสพติด จำนวน 1,611 ราย จำแนก เป็นพนักงานบริการหญิงตรง 563 ราย และแฝง 1,048 ราย พนักงานบริการหญิงแต่ละรายอาจ รายงานว่าใช้สารเสพติดมากกว่า 1 ประเภท พบว่า ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พนักงานบริการหญิงในภาพรวมมีการใช้สารเสพติดประเภทหลัก เปียร์ ไลน์ ร้อยละ 92.3 (1,487/1,611) รองลงไปได้แก่ บุหรี่ ยาเส้น พบในสัดส่วน ร้อยละ 30.4 (490/1,611) ส่วนยาบ้า

และยาไอซ์ พบในสัดส่วนเท่ากัน ร้อยละ 3.4 (55/1,611) มีรายงานการกินยาแก้ไอเป็นประจำ ร้อยละ 0.7 (12/1,611) การกระจายของการใช้ สารเสพติด แต่ละประเภทในกลุ่มพนักงานบริการ หญิงตรง และแฝงใกล้เคียงกัน สำหรับการใช้อาหาร เสพติดชนิดฉีด ในช่วง 1 เดือนที่ผ่านมา พบมีผู้ตอบ ในข้อนี้เพียง 3 ราย ได้แก่ กลุ่มพนักงานบริการ หญิงตรง 1 ราย ในกลุ่มยาไอซ์ และ พนักงานบริการ หญิงแฝง ใช้นาย้า 1 ราย และ อื่น ๆ อีก 1 ราย

6. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพของพนักงานบริการ

พนักงานบริการหญิงในภาพรวมเคยมีการตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 55.3 (1,792/3,240) จำแนกเป็นกลุ่มพนักงานบริการหญิงตรง ร้อยละ 66.7 (735/1,102) และกลุ่มแฝง ร้อยละ 49.4 (1,057/2,138) และในภาพรวมมีอาการเข้าได้กับการป่วยเป็นกามโรค ร้อยละ 9.7 (316/3,254) จำแนกเป็นกลุ่มพนักงานบริการหญิงตรง ร้อยละ 12.7 (140/1,104) กลุ่มแฝง ร้อยละ 8.2 (176/2,152)

ลักษณะของอาการป่วยในพนักงานบริการหญิงรายงาน ที่พบได้บ่อย 3 อันดับแรก จากจำนวนที่รายงานว่ามีอาการป่วยเข้าได้กับการป่วยเป็นกามโรค ได้แก่ มีของเหลว/หนอง ที่ผิดปกติไหลออกจากอวัยวะเพศ [กลุ่มพนักงานบริการหญิงตรง ร้อยละ 25 (35 ราย); แฝง ร้อยละ 21 (37 ราย)] ปัสสาวะแสบขัด และแผลที่อวัยวะเพศ พบในสัดส่วนเท่ากัน [กลุ่มพนักงานบริการหญิงตรง ร้อยละ 21.4 (30 ราย); แฝง ร้อยละ 6.8 (12 ราย)] รองลงไปในกลุ่มพนักงานบริการหญิงตรง ได้แก่ มีตุ่ม/ก้อน/หูดที่อวัยวะเพศ ร้อยละ 13.6 (19 ราย) มีแผลที่ทวารหนัก และมีตุ่ม/ก้อน/หูดที่ ทวารหนัก เท่ากัน ร้อยละ 4.3 (อาการละ 6 ราย) หนองไหลออกจากอวัยวะเพศ ร้อยละ 2.9 (4 ราย) และอื่น ๆ ร้อยละ 10 (14 ราย) ส่วนกลุ่มพนักงานบริการหญิงแฝง ได้แก่ มีตุ่ม/ก้อน/หูดที่อวัยวะเพศ ร้อยละ 5.1 (9 ราย) หนองไหลออกจากอวัยวะเพศ ร้อยละ 2.3 (4 ราย) มีตุ่ม/ก้อน/

หูดที่ทวารหนัก ร้อยละ 1.7 (3 ราย) แผลที่ทวารหนัก ร้อยละ 1.1 (2 ราย) หนองไหลออกจากทวารหนัก ร้อยละ 0.6 (1 ราย) และอื่น ๆ ร้อยละ 19.3 (34 ราย) โดยมีพนักงานบริการหญิงส่วนหนึ่งที่ไม่ตอบคำถามเกี่ยวกับลักษณะของอาการป่วย และมีบางรายที่รายงานลักษณะของอาการมากกว่า 1 อาการ

ในกลุ่มที่มีอาการป่วยเข้าได้กับการป่วยเป็นกามโรค พบว่า การรักษาเมื่อมีอาการครั้งล่าสุด พนักงานบริการหญิงตรง รักษาด้วยการไปโรงพยาบาล/คลินิกทั่วไปของรัฐ ร้อยละ 39.3 (55 ราย) ซื้อยากินเอง ร้อยละ 31.4 (44 ราย) ไปคลินิกกามโรคของรัฐ ร้อยละ 10 (14 ราย) ไปคลินิกทั่วไปของเอกชน ร้อยละ 9.3 (13 ราย) ไปคลินิกกามโรคของเอกชน ร้อยละ 2.9 (4 ราย) และร้อยละ 7.1 (10 ราย) ปล่อยให้ไม่ทำอะไรเลย ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงแฝง พบว่า ซื้อยากินเองมากที่สุด ร้อยละ 39.2 (69 ราย) ไปโรงพยาบาล/คลินิกทั่วไปของรัฐ ร้อยละ 31.3 (55 ราย) ไปคลินิกทั่วไปของเอกชน ร้อยละ 12.5 (22 ราย) ไปคลินิกกามโรคของรัฐ ร้อยละ 3.4 (6 ราย) ไปคลินิกกามโรคของเอกชน ร้อยละ 2.8 (5 ราย) โดยมีกลุ่มที่ปล่อยให้ไม่ทำอะไรเลย ร้อยละ 10.8 (19 ราย)

7. ความรู้และความตระหนักเรื่องโรคเอดส์ ของพนักงานบริการหญิง

พนักงานบริการหญิงในภาพรวมสามารถตอบข้อคำถามเกี่ยวกับความรู้และความตระหนักเรื่องโรคเอดส์ จำนวน 5 ข้อ ได้อย่างถูกต้องครบทุกข้อได้ร้อยละ 42.3 (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 : ผลการตอบแบบสอบถามความรู้และความตระหนักเรื่องโรคเอดส์ได้ถูกต้อง กลุ่มพนักงานบริการหญิง ปี พ.ศ. 2557

ข้อความ	พนักงาน บริการหญิงตรง (N= 1,103)		พนักงาน บริการหญิงแฝง (N=2,145)		รวม (N=3,254)	
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ
- การมีคู่นอนเพียงคนเดียว เป็นวิธีหนึ่งที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้	937	85.4	1,927	90.1	2,864	88.5
- การใช้ถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้	1,058	96.6	2,037	95.3	3,095	95.8
- คนที่มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงดีอาจจะเป็นคนที่มิติดเชื้อเอชไอวีได้	912	83.4	1,861	87.1	2,773	85.8
- ยุงเป็นพาหะนำเชื้อเอชไอวี มาสู่คนได้	863	78.9	1,744	81.6	2,607	80.7
- การกินอาหารร่วมกับ ผู้ติดเชื้อเอดส์ทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้	916	83.1	1,843	85.6	2,759	84.8
- ตอบถูกต้องครบทั้ง 5 ข้อ	577	52.4	1,299	60.4	1,378	42.3

ในประเด็นที่เกี่ยวกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของพนักงานบริการหญิง พบว่าพนักงานบริการหญิงตรง 1,103 ราย และ แฝง 2,151 ราย ที่ตอบข้อคำถามนี้ โดยรายงานว่ามีอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการให้บริการรักษาโรคทั่วไป ร้อยละ 7 (77 ราย) ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงตรง และร้อยละ 4.6 (98 ราย) ในกลุ่มแฝง อุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 5.9 (65 ราย) ในกลุ่มตรง และร้อยละ 4.6 (98 ราย) ในกลุ่มแฝง และอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 3.3 (36 ราย) ในกลุ่มตรง และ ร้อยละ 1 (22 ราย) ในกลุ่มแฝง

วิจารณ์ผล

ผลจากการเฝ้าระวังครั้งนี้พบว่า อัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการหญิงตรง และแฝง เท่ากับ ร้อยละ 1.6 และ 1.1 ตามลำดับ มีแนวโน้มลดลงเมื่อเทียบกับการสำรวจในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งเท่ากับร้อยละ 2.4 และ 1.9 ตามลำดับ⁽⁷⁾ ส่วนอัตราความชุกของการติดเชื้อโรคหนองใน และโรคหนองในเทียม กลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยในการสำรวจครั้งนี้ พบอัตราการติดเชื้อมีมาตรฐานของการติดเชื้อโรคหนองในเท่ากับ ร้อยละ 4.9 และ 4.2 ตามลำดับ เทียบกับการสำรวจในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งเท่ากับ ร้อยละ 2.4 ในทั้งสองกลุ่ม และโรคหนองในเทียม การสำรวจครั้งนี้พบ ร้อยละ 17.7

และ 20.6 เปรียบเทียบกับการสำรวจในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งพบเท่ากับ 9.2 และ 11.1 ตามลำดับ ข้อมูลนี้สอดคล้องกับลักษณะอาการที่พนักงานบริการหญิงได้แจ้งไว้ในการตอบแบบสอบถาม และแสดงให้เห็นถึงขนาดของปัญหาการแพร่ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มมากขึ้นอย่างมากในช่วงเวลาดังกล่าว และจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องเร่งรัดการบริการป้องกันควบคุมการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้เข้มแข็งเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่อง กำหนดเป้าหมายและมาตรการการดำเนินงานที่มีประสิทธิภาพและประสิทธิผล รวมทั้งจัดให้มีการประเมินผลการดำเนินงานป้องกันควบคุมการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างจริงจังโดยเร่งด่วน

ในการพัฒนาแนวทางการบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แก่พนักงานบริการหญิงนี้ ผู้เกี่ยวข้องในแผนงานควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทั้งในส่วนกลาง และในระดับเขตและจังหวัด ควรจะนำข้อมูลที่ได้จากการเฝ้าระวังมาประกอบข้อมูลพื้นฐานในการพิจารณาออกแบบมาตรการและแนวทางที่เหมาะสมด้วย เช่น ประเด็นปัญหา การเข้าถึงการตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ยังอยู่ในระดับต่ำ ประเด็นปัญหาพฤติกรรม การดูแลรักษาเมื่อป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยส่วนใหญ่มักไปซื้อยากินเอง ซึ่งอาจทำให้การรักษาไม่ถูกวิธีหรือไม่หายขาด และมีโอกาสแพร่เชื้อไปให้คู่เพศสัมพันธ์ต่อไป ตลอดจนด้านความรู้และความตระหนักเกี่ยวกับโรคเอดส์ตามตัวชี้วัดของ UNGASS ซึ่งพนักงานบริการหญิงทั้งตรงและแฝง ยังมีความรู้ค่อนข้างต่ำ

ด้านพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์ พบว่าพนักงานบริการหญิงมีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยอยู่ในระดับสูงกับคู่เพศสัมพันธ์ที่เป็นลูกค้าประจำและ

ลูกค้าชาจร แต่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยกับคู่เพศสัมพันธ์ที่เป็นชายอื่น หรือ สามีหรือคนรัก ยังอยู่ในระดับต่ำ (ต่ำกว่าร้อยละ 80) ปัจจัยการไม่ใช้ถุงยางอนามัยให้มากเพียงพอนี้อาจเป็นคำอธิบายได้ส่วนหนึ่งถึงการเพิ่มขึ้นของอัตราการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงนี้ ซึ่งสาเหตุสำคัญของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยสาเหตุหนึ่งมาจากความไว้วางใจในคู่เพศสัมพันธ์ดังกล่าว โดยเห็นว่าไม่ใช่กลุ่มเสี่ยง คือ ไม่ใช่ลูกค้า และเห็นว่าไม่จำเป็นต้องใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งความคิดนี้น่าจะไม่ถูกต้อง เนื่องจากทั้งพนักงานบริการหญิงเอง และคู่เพศสัมพันธ์ที่เป็นชายอื่น ๆ หรือ สามีหรือคนรัก ต่างก็มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งสองฝ่าย ดังนั้น ในการให้ความรู้แก่พนักงานบริการหญิง จึงควรนำข้อมูลความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย แจกแก่พนักงานบริการหญิงให้ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่เพศสัมพันธ์ทุกกลุ่มด้วย

แม้ว่า การเฝ้าระวังครั้งนี้จะให้ข้อมูลที่หลากหลาย และครอบคลุมปัจจัยด้านการติดเชื้อ พฤติกรรมเสี่ยง และการเข้าถึงบริการ ได้เป็นอย่างดี แต่ข้อมูลที่ได้มานี้ อาจจะยังไม่เพียงพอสำหรับการอธิบายปรากฏการณ์ที่พบว่า ได้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ขึ้น ทั้ง ๆ ที่อัตราการใช้ถุงยางอนามัยก็อยู่ในระดับสูงพอสมควร ดังนั้น จึงควรจะได้มีการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับพฤติกรรม และช่องทางการแพร่และการติดต่อของเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ตลอดจนบริการที่เกี่ยวข้องเพิ่มมากขึ้นต่อไป เช่น ในประเด็นที่เกี่ยวกับการติดเชื้อโดยไม่แสดงอาการ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่จำเพาะมากขึ้น และใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานสำหรับการออกแบบมาตรการการควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่แม่นยำเพิ่มขึ้น

สรุปผลและข้อเสนอแนะ

ผลจากการเฝ้าระวังในครั้งนี้ได้ชี้ให้เห็นว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มพนักงานบริการ และตรงมีแนวโน้มลดลง ส่วนอัตราการติดเชื้อโรคหนองใน และหนองในเทียมมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ทำให้กลุ่มพนักงานบริการมีโอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นในอนาคต รวมทั้งเป็นความเสี่ยงที่จะเชื่อมโยงให้เกิดปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นได้ ทั้งในกลุ่มพนักงานบริการหญิงเอง และในประชากรกลุ่มอื่น จึงถือเป็นเรื่องเร่งด่วนที่จะต้องดำเนินการป้องกัน ควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ได้ผลมากขึ้นต่อไป นอกจากนี้ข้อมูลอื่น ๆ ที่ได้จากการเฝ้าระวัง ก็ยังคงเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนางานยุติปัญหา เอดส์ และการควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระยะต่อไป สำหรับข้อเสนอแนะที่สำคัญได้แก่ การเร่งรัดและเสริมความเข้มแข็งให้กับแผนงานป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การจัดการบริการด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้ครอบคลุม การส่งเสริมและให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อย่างต่อเนื่องแก่พนักงานบริการหญิงให้เกิดความตระหนักในการมีพฤติกรรม

ทางเพศที่ปลอดภัย โดยเฉพาะการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่เพศสัมพันธ์ทุกกลุ่ม ตลอดจนความจำเป็นในการศึกษาวิจัยเพิ่มเติมเพื่อให้เกิดความเข้าใจเกี่ยวกับการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศและคู่เพศสัมพันธ์เพื่อให้ได้ความรู้ที่จำเพาะและชัดเจนมากขึ้นในการป้องกันควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่แม่นยำมากขึ้น

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขระดับ จังหวัด และเครือข่ายหน่วยงานองค์กรสาธารณสุข ประโยชน์ที่ดำเนินงานด้านเอดส์ในพนักงานบริการหญิง ที่ช่วยในการดำเนินงานเก็บข้อมูล ทั้ง 12 จังหวัด ได้แก่ จังหวัดกรุงเทพมหานคร ลพบุรี ตราด ราชบุรี บุรีรัมย์ อุดรธานี ศรีสะเกษ นครสวรรค์ พิษณุโลก เชียงราย ภูเก็ต สงขลา รวมถึงพนักงานบริการหญิง ทั้งพนักงานตรงและแฝงที่กรุณาตอบแบบสอบถาม เพื่อเป็นข้อมูลในการวางแผนงานป้องกันในกลุ่มพนักงานของประเทศไทย

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS, UNICEF and WHO. Epidemiological Fact Sheets on HIV/AIDS and Sexually Transmitted Infections–Thailand, 2004 update. Geneva, Switzerland and New York, USA
2. WHO South–East Asia Regional Office and Ministry of Public Health, Thailand. External Review of the Health Sector Response to HIV/AIDS in Thailand, 2005. Bangkok, Thailand
3. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. Report on the global AIDS epidemic, 2006. Geneva, Switzerland
4. Report of AIDS situation in Thailand, 2006. Bureau of Epidemiology, Disease Control department, Ministry of Public Health, 2006
5. Heckathorn DD. Respondent driven sampling: A new approach to the study of hidden populations. Social Problems 1997; 44: 174–199
6. Heckathorn DD. Respondent–Driven Sampling II: Deriving Valid Population Estimates from Chain–Referral Samples of Hidden Populations. Social Problems 2002; 49: 11–34

7. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้เครื่องคอมพิวเตอร์มือถือ ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงในพื้นที่ 12 จังหวัด ของประเทศไทย พ.ศ. 2553, สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, หน้า 17
 8. Guidelines for repeated behavioral survey in populations at risk of HIV, Funded by The United States Agency for International Development (USAID) through the IMPACT Project Implemented by Family Health International, The formula for calculating sample sizes, p.47–53, 2003
 9. แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549/2550. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย, หน้า 15–17
-