

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

# ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายชาติพันธุ์ที่ขายบริการทางเพศ ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย

สุทธิภัทร แก้วเทพ วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)

ธวัชชัย อภิเดชกุล ส.ด. (ระบาดวิทยา)

วิภพ สุทธนะ วท.ด. (วิทยาศาสตร์ชีวการแพทย์)

กรกช จันทร์เสวีวิทยา ปร.ด. (เภสัชศาสตร์)

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง จังหวัดเชียงราย

วันรับ:	7 พ.ย. 2561
วันแก้ไข:	12 มิ.ย. 2563
วันตอบรับ:	22 มิ.ย. 2563

**บทคัดย่อ** โรคเอดส์ยังเป็นปัญหาสำคัญทางด้านสาธารณสุขและการแพทย์ในประเทศไทยเนื่องจากมีจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะในกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี วัตถุประสงค์การศึกษาเพื่อประเมินความชุกและปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ในจังหวัดเชียงใหม่ การศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ กลุ่มตัวอย่างถูกสุ่มแบบกลุ่ม โดยเลือกชายขายบริการทางเพศที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและมีประวัติมีเพศสัมพันธ์กับชาย จากแหล่งสถานบริการทางเพศตามเขตพื้นที่ต่างๆ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จากจำนวน 11 แห่ง ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2560 การเก็บข้อมูลใช้แบบสอบถามที่ผ่านการพัฒนาคุณภาพแล้ว และการตรวจตัวอย่างเลือด การประเมินความสัมพันธ์ของตัวแปรใช้สถิติ Chi-square และ Logistic regression ที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ Alpha 0.05 ผลการศึกษาพบว่า มีกลุ่มตัวอย่าง 250 คน เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ไทยใหญ่ ร้อยละ 55.60 อายุ 19-24 ปี ร้อยละ 58.0 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 95.20 อัตราความชุกการติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 3.60 พฤติกรรมการสวมถุงยางอนามัยมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่ากลุ่มที่สวมถุงยางอนามัย กับลูกค้ำเป็นบางครั้งมีโอกาสดูดเชื้อเอดส์มากกว่ากลุ่มที่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง 15.64 เท่า ( $OR_{adj} = 15.46, 95\%CI = 1.79-133.58$ ) การส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งในการให้บริการของกลุ่มชายขายบริการทางเพศในกลุ่มเยาวชนชาติพันธุ์ มีความสำคัญในการจัดการปัญหาโรคเอดส์ในประชากรกลุ่มนี้

**คำสำคัญ:** ชายขายบริการทางเพศ; ชนชาติพันธุ์; การติดเชื้อเอชไอวี; เอดส์; การเข้าถึงบริการสุขภาพ

## บทนำ

โรคเอดส์เป็นปัญหาสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อสุขภาพและเศรษฐกิจสังคม เนื่องจากการเพิ่มจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นจำนวนมากในทุกประเทศทั่วโลก โดยเฉพาะประเทศในแถบทวีปแอฟริกา

และทวีปเอเชีย<sup>(1)</sup> การระบาดของโรคเอดส์นอกจากมีผลต่อสุขภาพและชีวิตแล้ว ยังทำให้มีผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจด้วย<sup>(2)</sup> ซึ่งเกิดจากการสูญเสียของทรัพยากรมนุษย์ เสียชีวิตจากการติดเชื้อ ส่วนความสูญเสียของเศรษฐกิจ พบมีความสูญเสียค่าใช้จ่ายและงบประมาณ

ต่างๆ เป็นจำนวนมาก โดยเฉพาะค่าใช้จ่ายด้านการดูแลรักษาพยาบาล ทั้งในกลุ่มผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยผ่านระบบสุขภาพต่างๆ ของประเทศ<sup>(3,4)</sup> ดังนั้น โรคเอดส์จึงไม่ใช่ปัญหาเฉพาะทางการแพทย์และสาธารณสุขเท่านั้น แต่ยังเป็นปัญหาทางสังคมอื่นๆ ด้วย รวมถึงปัญหาจากรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมและการละเมิดสิทธิมนุษยชนต่อผู้ติดเชื้อและผู้ได้รับผลกระทบอื่นๆ โดยเฉพาะในกลุ่มเป้าหมายบางกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี<sup>(5)</sup>

ในปี ค.ศ. 2016 โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ รายงานจำนวนผู้ติดเชื้อทั่วโลกสะสม 36.70 ล้าน เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.8 ล้านคน และมีผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 1 ล้านคน โดยมีผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสแล้วประมาณ 19.50 ล้านคนเท่านั้น<sup>(6)</sup> และจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ ผู้ป่วยเอดส์และผู้เสียชีวิต โดยใช้แบบจำลองทางคณิตศาสตร์ เมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2559 พบว่า ประเทศไทยมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ประมาณ 6,268 คน แยกเป็นเพศหญิง 1,845 คน เพศชาย 4,423 คน ช่องทางการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในผู้ใหญ่ ร้อยละ 90.00 เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน แบ่งเป็นกลุ่มชายรักชาย ร้อยละ 50.00 จากการมีเพศสัมพันธ์ในคูที่ไม่ทราบว่าเป็นคูชายรักชาย ร้อยละ 25.00 จากการมีเพศสัมพันธ์ในการซื้อขายบริการทางเพศ ร้อยละ 10.00<sup>(7)</sup>

กลุ่มชายรักชายเป็นประชากรชายกลุ่มหนึ่งที่มีรสนิยมทางเพศที่ชอบและมีเพศสัมพันธ์กับคนเพศเดียวกัน โดยมีปัจจัยอื่นๆ ที่ส่งเสริมให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้น เช่น จำนวนคู่นอน<sup>(6)</sup> รูปแบบการมีเพศสัมพันธ์<sup>(8)</sup> การใช้สารเสพติด<sup>(9)</sup> และการดื่มแอลกอฮอล์<sup>(10)</sup>

ในกลุ่มชายรักชายดังกล่าว บางส่วนได้ประกอบอาชีพเป็นผู้ให้บริการทางเพศด้วย โดยพบมากในพื้นที่ที่เป็นแหล่งท่องเที่ยว เช่น กรุงเทพมหานคร ชลบุรี ภูเก็ต เชียงใหม่ เชียงราย เป็นต้น ซึ่งพื้นที่เหล่านี้มีจำนวนนักท่องเที่ยวทั้งชาวไทยและชาวต่างชาติเป็นจำนวนมากและส่วนหนึ่งของนักท่องเที่ยวมีรสนิยมในการซื้อบริการทางเพศในกลุ่มชายขายบริการทางเพศด้วย<sup>(11)</sup> ทำให้พบ

จำนวนผู้ขายชายบริการทางเพศเพิ่มจำนวนมากขึ้น โดยเฉพาะในเขตพื้นที่ชายแดน เช่น จังหวัดเชียงใหม่ โดยส่วนใหญ่ของผู้ที่เข้ามาประกอบอาชีพชายขายบริการทางเพศในพื้นที่นี้เป็น กลุ่มประชากรพม่าและชนกลุ่มน้อย<sup>(12)</sup> ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความไม่เท่าเทียมทางการศึกษา การประกอบอาชีพ รวมถึงแรงผลักดันอื่นๆ ทำให้ก้าวเข้ามาประกอบอาชีพชายขายบริการทางเพศ<sup>(12)</sup>

กลุ่มประชากรชายขายบริการทางเพศที่เป็นชาวต่างชาติหรือชนกลุ่มน้อย เมื่อเข้าสู่การประกอบอาชีพนี้แล้ว จะมีอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการสุขภาพ<sup>(13)</sup> เนื่องจากสถานะทางสังคม อาชีพที่ประกอบ คักยภาพการใช้ภาษาไทย รวมถึงสิทธิขั้นพื้นฐานอื่นๆ ที่ไม่มีหรือไม่เท่าเทียมกับประชาชนไทยที่มีบัตรประจำตัวประชาชน<sup>(14)</sup> โดยเฉพาะสิทธิในการป้องกันติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และรวมถึงการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี<sup>(15)</sup> ข้อมูลจากสหประชาชาติ ปี พ.ศ. 2557 พบว่ากลุ่มแรงงานข้ามชาติทั่วโลกมีประมาณ 740 ล้านคน กำลังเผชิญหน้ากับความไม่เท่าเทียมของระบบสุขภาพในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทยด้วย โดยประมาณการที่ 3.70 ล้านคนของแรงงานชาวต่างชาติกำลังเผชิญปัญหาการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี<sup>(16)</sup> แม้ว่าปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทยกำลังขยายความครอบคลุมการดูแลรักษาถึงประชากรกลุ่มนี้ให้มากขึ้น แต่ยังคงพบว่ามีกลุ่มแรงงานข้ามชาติอีกจำนวนมากที่ยังไม่ได้รับการเข้าถึงสิทธิ โดยเฉพาะในกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มีการติดเชื้อเอชไอวีและไม่ได้รับการตรวจหาเชื้อ ส่งผลต่อการติดเชื้อรายใหม่และแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มชายขายบริการทางเพศและกลุ่มประชากรอื่นๆ ตามมา

จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดที่มีนักท่องเที่ยวจำนวนมาก โดยเป็นนักท่องเที่ยวทั้งจากในประเทศและจากต่างประเทศ ในขณะที่จำนวนนักท่องเที่ยวเพิ่มมากขึ้นนั้น ส่งผลให้การเจริญเติบโตทางเศรษฐกิจเพิ่มมากขึ้นรวมถึงอุตสาหกรรมบริการ โดยเฉพาะการบริการทางเพศ การขายบริการทางเพศของผู้ชายจึงเพิ่มจำนวนมากขึ้นและส่วนใหญ่ของผู้ให้บริการทางเพศชายเป็นกลุ่มประชากร

ที่เข้ามาจากประเทศพม่า รวมถึงชนกลุ่มน้อยอื่นๆ ที่อาศัยอยู่ในจังหวัดทางภาคเหนือ อย่างไรก็ตามยังไม่มีการศึกษาที่ชัดเจนถึงขนาดของปัญหาความชุกการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายชายบริการทางเพศเหล่านี้ ดังนั้นในการวิจัยครั้งนี้จึงมุ่งศึกษาขนาดของปัญหาและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายชายบริการทางเพศเหล่านี้ที่จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อสามารถนำข้อมูลเหล่านี้ไปพัฒนาโครงการทางด้านสาธารณสุขโดยเฉพาะการส่งเสริมและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรพิเศษเหล่านี้ให้มีประสิทธิภาพในอนาคต

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และประเมินปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายชายบริการทางเพศในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย

### วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางเชิงวิเคราะห์ เพื่อประเมินความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี และประเมินปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายชายบริการทางเพศ ในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย

#### ประชากรที่ศึกษา

ประชากรที่ใช้ คือ กลุ่มชายชายบริการทางเพศทั้งตรงและแฝง ที่ทำงานในแหล่งสถานบริการเพศตามเขตพื้นที่ต่างๆ ในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ 11 พื้นที่ ประกอบด้วย หัสดีเสวี ท่าแพ บำรุงราษฎร์ อารักษ์ นิมมานเหมินทร์ ช้างคลาน ไชตนา เชียงใหม่แลนด์ เจริญประเทศ ช้างเผือก และสมโภชน์เชียงใหม่ จำนวน 250 คน ระยะเวลาการดำเนินงาน 1 ปี ระหว่าง ปี พ.ศ. 2559-2560

#### กระบวนการเลือกกลุ่มตัวอย่าง

การเลือกตัวอย่างในครั้งนี้ เป็นการสุ่มตัวอย่างแบบกลุ่ม (cluster random sampling) โดยเลือกแหล่งสถานบริการทางเพศตามเขตพื้นที่ต่างๆ ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 11 แห่ง ข้อมูลแหล่งสถานบริการทาง

เพศและรายชื่อชายชายบริการทางเพศได้มาจากการสำรวจแหล่งสถานบริการทางเพศของสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2558 (ข้อมูลนับตั้งแต่เดือน 1 มกราคม - 31 ธันวาคม พ.ศ. 2558) พบว่า ในอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ มีแหล่งบริการทางเพศที่ให้บริการสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จำนวนทั้งหมด 11 พื้นที่ จากการคำนวณกลุ่มตัวอย่าง ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 250 คน จากนั้นทำการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นชายชายบริการทางเพศ จนได้ครบตามที่ต้องการ คุณสมบัติการคัดเลือกเป็นไปตามเกณฑ์คุณสมบัติการคัดเลือก ดังต่อไปนี้

#### เกณฑ์การคัดเลือก

1. กลุ่มชายที่ทำงานในแหล่งบริการทางเพศในเขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่ จำนวน 11 พื้นที่
2. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
3. เคยมีประสบการณ์มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย

#### เกณฑ์การคัดออก

1. ผู้ที่ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้

#### การคำนวณหากลุ่มตัวอย่าง

การคำนวณหาจำนวนกลุ่มตัวอย่างในครั้งนี้ใช้สูตรการคำนวณตัวอย่างของ Krejcie RV & Morgan DW<sup>(17)</sup>

$$n = \frac{Z^2 \alpha_2 NP}{e^2 (N-1) + Z^2 \alpha_2 PQ}$$

จากการคำนวณได้ขนาดกลุ่มตัวอย่าง 228.10 คน ได้เพิ่มกลุ่มตัวอย่างไปอีก ร้อยละ 10.00 เพื่อป้องกันความผิดพลาดที่อาจเกิดขึ้น

#### เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ แบบสอบถาม และการเก็บตัวอย่างเลือด

แบบสอบถาม เป็นแบบสอบถามที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้ ได้ปรับปรุงมาจากแบบสอบถามเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พ.ศ.2557 ของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>(14)</sup> ประกอบด้วย จำนวน 5 ส่วน

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วยข้อความ อายุ เชื้อชาติ สถานภาพสมรส ระดับการศึกษา ระยะเวลาการทำงาน อาชีพหลัก รายได้หลัก และการอาศัยอยู่กับครอบครัว

ส่วนที่ 2 พฤติกรรมทางเพศ ประกอบด้วยข้อความ รสนิยมทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัย ความถี่ของการมีเพศสัมพันธ์ จำนวนคู่นอน

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมการใช้สารเสพติด ประกอบด้วยข้อความ การดื่มแอลกอฮอล์ และการใช้สารเสพติด

ส่วนที่ 4 สภาวะสุขภาพและการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอชไอวี/เอดส์ ประกอบด้วยข้อความ อาการผิดปกติเนื่องจากการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และประวัติการตรวจหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ส่วนที่ 5 การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ประกอบด้วยข้อความ ศักยภาพการใช้ภาษาไทย สถานที่ ช่วงเวลา ความถี่ของการเข้ารับบริการ และสิทธิการรักษา

การเก็บตัวอย่างเลือด จำนวน 0.50 มิลลิลิตร เพื่อตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยอาศัยการตรวจตามกระบวนการของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีขั้นตอนดังนี้

ขั้นตอนที่ 1 กลุ่มเป้าหมายที่จะเข้าร่วมงานวิจัยในครั้งนี้ มีการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี และยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย อ่านคำชี้แจงรายละเอียดและลงชื่อในหนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย กรอกข้อมูลโดยใช้รหัส HN แทนชื่อ-นามสกุล

ขั้นตอนที่ 2 เจาะเลือดจากต้นแขนด้านซ้ายหรือขวา จำนวน 0.50 มิลลิลิตร ใส่หลอดปราศจากเชื้อที่มีสารกันเลือดแข็ง Edta หรือ Citrate ผสมตัวอย่างเลือดให้เข้ากับสารกันเลือดแข็งโดยกลับหลอดไปมา

ขั้นตอนที่ 3 เก็บตัวอย่างเลือดที่เป็น Whole Blood บรรจุลงในโคมหรือกระดิกที่มีน้ำแข็ง ที่มีอุณหภูมิ 2-8°C และส่งห้องปฏิบัติการ (พร้อมกรอกรายละเอียดการส่งตัวอย่างตามแบบฟอร์มให้ครบถ้วน)

ขั้นตอนที่ 4 นำตัวอย่างเลือด ส่งศูนย์กามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เขต 1 เชียงใหม่ เพื่อตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีแบบทราบผลในวันเดียว same day result ซึ่งเป็นหลักการตามแนวทางการตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี ระดับชาติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2556-2557 สำหรับการวินิจฉัยการติดเชื้อรายบุคคล ใช้การตรวจหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี แบบ Rapid test โดยชุดตรวจคัดกรองทั้งหมดมีความไวร้อยละ 99.50 และมีความจำเพาะร้อยละ 99.00 ตามลำดับแอนติเจนต่างชนิดกัน

โดยใช้เครื่อง machine based assay หรือ MBA ในการแปลผล เพื่อให้สามารถออกผลการทดสอบได้ภายในเวลาไม่เกิน 1 ชั่วโมง จึงได้นำใช้ชุดทดสอบที่ให้ผลไวมาใช้ในการดำเนินการแทน และแจ้งผลแก่อาสาสมัครรับทราบเป็นรายบุคคลและเป็นความลับ ส่วนผู้ทำการเจาะเลือด คือ นักเทคนิคการแพทย์ จากศูนย์กามโรคและโรคเอดส์ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค เขต 1 เชียงใหม่ กระทรวงสาธารณสุข

#### สถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลแบบสอบถาม ใช้โปรแกรมสำเร็จรูป SPSS Version 20.0 ประมวลผล และจัดทำตารางวิเคราะห์ผลทางสถิติ เพื่อนำเสนอข้อมูลและสรุปผลวิจัย ประกอบด้วย สถิติเชิงพรรณนา และสถิติเชิงอ้างอิง ดังรายละเอียดดังนี้

1. สถิติเชิงพรรณนา วิเคราะห์ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง โดยการหาค่าร้อยละ ความถี่ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

2. สถิติเชิงอ้างอิง ใช้สถิติ T-test, Chi-square test, logistic regression, multiple logistic regression ที่ใช้ในการวิเคราะห์เพื่อหาค่าสัมประสิทธิ์ระหว่างตัวแปรต้นและตัวแปรตามที่ระดับนัยสำคัญทางสถิติ  $\alpha = 0.05$

#### จริยธรรมการวิจัย

ในการศึกษาครั้งนี้ การเข้าร่วมการวิจัยเป็นไปด้วยความสมัครใจของผู้เข้าร่วมการวิจัย เพื่อพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ขึ้นอยู่กับการตัดสินใจและยินยอมเข้าร่วม

## ความซุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายชาติพันธุ์ที่ขายบริการทางเพศในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่

การวิจัย ผู้เข้าร่วมการวิจัยสามารถถอนตัวออกจากการวิจัยได้ทุกเมื่อ โดยไม่ต้องบอกล่วงหน้าและไม่ต้องชี้แจงเหตุผล การไม่เข้าร่วมการวิจัย หรือการถอนตัวออกจากการวิจัยก่อนจะสิ้นสุดกระบวนการ จะไม่ส่งผลเสียใดๆ ต่อผู้เข้าร่วมการวิจัย การปกป้องความลับของผู้เข้าร่วมการวิจัย ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อและนามสกุล หรือข้อมูลอื่นที่อาจสืบค้นไปยังผู้เข้าร่วมการวิจัย ข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมการวิจัยจะไม่ถูกเปิดเผยต่อบุคคลอื่น นอกเหนือจากคณะผู้วิจัย หรือบุคคลอื่นที่มีหน้าที่ตรวจสอบการดำเนินการวิจัย การวิจัยครั้งนี้ มีการใช้หนังสือยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์จากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการศึกษาวิจัยในมนุษย์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เลขที่ REH-59132 ระยะเวลาตั้งแต่วันที่ 30 ธันวาคม พ.ศ. 2559

### ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 250 คน ซึ่งเป็นกลุ่มชายขายบริการทางเพศในเขตพื้นที่ต่าง ๆ จังหวัดเชียงใหม่ พบว่าส่วนใหญ่มีเชื้อชาติ/ชาติพันธุ์ไทยใหญ่ รองลงมาสัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ สถานะภาพสมรสส่วนใหญ่โสด ไม่มีการแต่งงานหรือมีบุตร และรองลงมา คือ มีแฟนแต่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน อายุเฉลี่ย 23.3 ปี หรืออายุระหว่าง 19-24 ปี รองลงมาอายุระหว่าง 25-30 ปี ระดับการศึกษาตั้งแต่ไม่ได้เรียนหนังสือถึงระดับชั้นมัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพที่เคยทำมาก่อนมาประกอบอาชีพขายบริการทางเพศ คือ รับจ้าง/ลูกจ้าง และว่างงาน ระยะเวลาการทำงานส่วนใหญ่มีระยะเวลาทำงานน้อยกว่า 1 ปี รายได้อยู่ระหว่าง 5,001-10,000 บาท/เดือน ช่วงเวลาที่หารายได้มากที่สุด คือ ช่วงเทศกาลปีใหม่ และเทศกาลสงกรานต์ และพบว่าส่วนใหญ่ไม่มีบัตรประจำตัวประชาชนไทย การสื่อสารภาษาไทย

พฤติกรรมทางเพศของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า มีรสนิยมทางเพศเป็นฝ่ายรุก เลือกลูกค้าที่เป็นฝ่ายรับมากกว่า โดยเป็นกลุ่มชายที่สามารถมีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งชายและหญิง ช่วงอายุการเริ่มขายบริการทางเพศ ระหว่าง 17-21 ปี

เหตุผลที่ขายบริการทางเพศ คือ งานสบายได้เงินง่าย รองลงมาฐานะครอบครัวยากจน บุคคลที่ชักชวน/เชิญชวนให้ขายบริการทางเพศ ได้แก่ เพื่อน มาสมัครด้วยตัวเอง และคนรู้จักแนะนำมา จำนวนลูกค้าที่ให้บริการต่อสัปดาห์น้อยกว่า 5 คน และจำนวนลูกค้าที่ให้บริการต่อเดือน น้อยกว่า 20 คน ประเภทของลูกค้าที่ให้บริการ เป็นชาย (เกย์/สาวประเภทสอง) ทั้งคนไทยและชาวต่างชาติ ส่วนใหญ่มีการสวมถุงยางอนามัยกับลูกค้าประจำ ร้อยละ 91.20 การสวมถุงยางอนามัยกับคนอื่นที่ไม่ใช่ลูกค้า ร้อยละ 68.40 และการสวมถุงยางอนามัยกับแฟนคนรักหรือคู่ที่อยู่กันด้วยกัน ร้อยละ 52.20 การไม่สวมถุงยางอนามัยขณะมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ร้อยละ 54.00 สาเหตุการไม่สวมถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุดเพราะไว้ใจซึ่งกันและกัน หารู้อย่างอนามัยไม่ทัน และคุ้นเคยกับคู่นอน ไม่อยากใช้ นอกจากนี้ยังพบว่ามี การดื่มสุรา/เบียร์ขณะมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 70.00 และประวัติการเคยตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 35.60

พฤติกรรมการใช้สารเสพติด พบว่า ส่วนใหญ่มีการดื่มสุราและเบียร์สูง มีบางคนเคยเสพยาเสพติด เช่น ยาบ้า (แอมเฟตามีน) กัญชา ยาอี และยาไอซ์

ประวัติการตรวจหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าส่วนใหญ่เคยมีประวัติอาการปัสสาวะแสบขัด มีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ มีแผลที่อวัยวะเพศ และการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การเข้าถึงบริการด้านสุขภาพส่วนใหญ่พบว่ารูปแบบการดูแลสุขภาพสถานที่ที่ไปรักษาหลัก ได้แก่ โรงพยาบาล/คลินิกของรัฐบาล โรงพยาบาล/คลินิกของเอกชน ประวัติการซื้อยากินเอง สิทธิการจ่ายค่าบริการตรวจรักษาที่โรงพยาบาล/คลินิก ส่วนใหญ่จะจ่ายเงินเอง และใช้สิทธิบัตรทอง 30 บาท ร้อยละ 24.00 เหตุผลที่ไม่ไปรับการรักษาโรงพยาบาลเพราะรอนาน ระบบซับซ้อน ระยะทางไกล ช่วงเวลาที่สะดวกเข้ารับบริการในโรงพยาบาล คือ ช่วง 08.00-16.00 น. และช่วง 17.00-20.00 น. และไม่มีช่วงเวลาใดเลย ร้อยละ 14.4 ความถี่ในการเข้ารับบริการในโรงพยาบาล ไม่เคยเลย ร้อยละ

84.40 ความพึงพอใจในการรับบริการจากโรงพยาบาล อยู่ในระดับปานกลาง แหล่งข้อมูลข่าวสารด้านสุขภาพ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ เพื่อน แอปพลิเคชัน เช่น เฟสบุ๊ก/ไลน์ และเว็บไซต์

การติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส พบความชุกของการ ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 3.60 (ตารางที่ 1)

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่ารายได้ต่อ เดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท อายุที่เริ่มต้นการขาย บริการทางเพศ อายุที่มากกว่า 19 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ ต่อการติดเชื้อเอชไอวี และความถี่ของการสวมถุงยาง- อนามัยกับลูกค้าประจำ การไม่สวมถุงยางอนามัยหรือสวม บางครั้งกับลูกค้าประจำ มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้

ตารางที่ 1 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส

ผล	จำนวน	ร้อยละ
การติดเชื้อเอชไอวี		
ผลลบ	241	96.40
ผลบวก	9	3.60
การติดเชื้อซิฟิลิส		
ผลลบ	216	86.40
ผลบวก	34	13.60

มากกว่าการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง 15.46 เท่า (ตาราง ที่ 2)

ตารางที่ 2 การวิเคราะห์ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

คุณลักษณะ	ผลบวก		ผลลบ		OR	95%CI	p-value	ORadj	95%CI	p-value
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ						
อายุ (ปี)										
≤18	2	22.2	19	7.9	1	0.06-1.54	0.150		NA	
≥19	7	77.8	222	92.1	0.3					
รายได้ต่อเดือน (บาท)										
≤5,000	1	11.1	1	0.4	1				NA	
5,001 - 10,000	6	66.7	158	65.6	0.04	0.00-0.68	0.026*			
≥10,001	2	22.2	82	34.0	0.02	0.00-0.54	0.019*			
ระดับการศึกษา										
ไม่ได้เรียนหนังสือ	3	33.3	65	27.0	1				NA	
ประถมศึกษา	2	22.2	94	39.0	0.46	0.07-2.84	0.404			
สูงกว่าประถมศึกษา	4	44.4	82	34.0	1.06	0.23-4.89	0.944			
อายุที่เริ่มต้นการขายบริการทางเพศ										
≤18	2	22.2	6	2.5	1				NA	
≥19	7	77.8	235	97.5	0.09	0.01-0.52	0.007*			
เหตุผลที่ขายบริการทางเพศ										
ฐานะครอบครัวยากจน	1	11.1	31	12.9	1				NA	
ไม่มีทางเลือก	3	33.3	21	8.7	4.43	0.43-45.52	0.211			
อื่นๆ	5	55.6	189	78.4	0.83	0.09-7.26	0.859			
การสวมถุงยางอนามัยกับลูกค้าประจำ										
สวมบางครั้ง	2	22.2	226	93.8	1			1	1.79-133.58	0.010*
ไม่สวมเลย	7	77.8	15	6.2	52.73	10.07-276.25	<0.001*	15.46		

หมายเหตุ \* ระดับนัยสำคัญทางสถิติที่  $\alpha=0.05$

NA = ไม่มีข้อมูล

## วิจารณ์

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวางโดยประเมินตัวแปรต้นและตัวแปรตามในเวลาเดียวกัน แยกเป็นประเด็นในการศึกษา โดยมีข้อจำกัดดังนี้

ประเด็นที่ 1 กลุ่มตัวอย่างเป็นกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มีที่อยู่เป็นหลักแหล่ง ส่วนกลุ่มที่มีการขายบริการทางเพศแต่ไม่ได้อาศัยอยู่ในสถานบริการ จึงไม่มีโอกาสเข้าร่วมการวิจัย

ประเด็นที่ 2 อคติจากการไม่สามารถทราบระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่แน่ชัดในของกลุ่มชายขายบริการทางเพศ

ประเด็นที่ 3 อคติจากการจดจำเหตุการณ์ไม่ได้ (recall bias) เนื่องจากการศึกษาเชิงภาคตัดขวางจะเป็นการวัดตัวแปรต้นและตัวแปรตามในเวลาเดียวกัน แต่มีตัวแปรหลายตัว ซึ่งเป็นตัวแปรหรือเหตุการณ์ที่ผ่านมาแล้ว ทำให้บางคนในกลุ่มประชากรศึกษาระลึกเหตุการณ์ไม่ได้ หรือระลึกได้ไม่สมบูรณ์ เป็นต้น อาจส่งผลถึงการวิเคราะห์ข้อมูลและการแปลผลในลำดับต่อมา

ส่วนข้อดีในการวิจัยครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถามการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พ.ศ.2557 ของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข<sup>(11)</sup> ทำให้ความเข้าใจและอธิบายรายละเอียดของงานวิจัยให้กลุ่มประชากรศึกษาทราบอย่างมีประสิทธิภาพ และในการวิจัยใช้เกณฑ์การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีใช้กระบวนการตามแนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ปี พ.ศ.2557 ของสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสของกลุ่มตัวอย่าง พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 3.60 ในกลุ่มไม่ใช่คนไทย ชาติพันธุ์ชาวรัฐฉาน ประเทศพม่า หรือชาวไทยใหญ่ ที่เข้ามาอาศัยและทำงานในจังหวัดเชียงใหม่ สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu Z, et al.<sup>(15)</sup> พบอัตราความชุกร้อยละ 4.9 ในกลุ่มที่หย่าร้าง

หรือเลิกอยู่กับคู่นอน และอาศัยอยู่ไม่เป็นหลักแหล่ง พบว่าจำนวนคู่นอนมากกว่า 1 คนขึ้นไป มาจากห้องน้ำสาธารณะหรือชานา มี การซื้อขายบริการทางเพศ และการศึกษาของ Pereira H, et al.<sup>(16)</sup> ที่พบอัตราความชุกร้อยละ 8.4 พบว่ามีการดูยางอนามัยกับคู่นอนไม่สม่ำเสมอ ผ่านทางช่องคลอด ทวารหนัก และทางปาก และการศึกษาของ Verhaegh-Haasnoot A, et al.<sup>(18)</sup> พบอัตราความชุก ร้อยละ 8.0 พบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มแรงงานข้ามชาติที่มีคู่นอนเป็นผู้หญิงและมีการซื้อขายบริการทางเพศร่วมด้วย แต่ต่างจากผลการศึกษาของ Fournet N, et al.<sup>(19)</sup> พบการติดเชื้อเอชไอวีสูงในกลุ่มที่มีอายุระหว่าง 25-34 ปี ในกลุ่มเกย์ไป ส่วนการศึกษาในประเทศไทย ไม่สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Guadamuz TE, et al.<sup>(20)</sup> พบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มคนไทยมากกว่ากลุ่มไม่ใช่คนไทย โดยระบบการเฝ้าระวังโรค-เอดส์ระดับชาติ กระทรวงสาธารณสุข

การติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดในช่วงอายุระหว่าง 19-24 ปี โดยส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชาติพันธุ์ขาดความตระหนักในการป้องกันติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของ Van Griensven F, et al.<sup>(21)</sup> ที่พบการติดเชื้อเอชไอวีมากในกลุ่มที่มีอายุน้อย แต่ไม่สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu Z, et al.<sup>(15)</sup> และการศึกษาของ Spotose T, et al.<sup>(22)</sup> พบว่าชายขายบริการทางเพศมีการติดเชื้อสูง ในช่วงอายุมากกว่า 24 ปี ส่วนการศึกษาของสำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ปี พ.ศ. 2559<sup>(11)</sup> ได้ศึกษาภาพรวมสถานการณ์การระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ. 2559 เปรียบเทียบระหว่างกลุ่มอายุ พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มอายุ 25-59 ปี ได้ตรวจและรู้ผลการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 35.40 สูงกว่ากลุ่มอายุ 15-24 ปี (ร้อยละ 17.40) ผลการศึกษาของ Makmai P<sup>(23)</sup> พบว่าสาเหตุที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่อายุน้อยเข้ารับการตรวจการติดเชื้อมีจำนวนไม่มาก เพราะคิดว่าตนเองมีความเสี่ยงต่ำในการติดเชื้อฯ และผลการศึกษาของ Baral SD, et al.<sup>(24)</sup> มีความเป็นไปได้ที่จะพบการติดเชื้อสูงในกลุ่มเยาวชนอายุ

น้อย เพราะมีโอกาสมีเพศสัมพันธ์มากกว่าและการมี  
เครือข่ายสังคมที่มากกว่า

สถานภาพสมรส พบว่าชายที่มีสถานภาพโสดมีการ  
ติดเชื้อมากที่สุด และรองลงมา คือ ชายที่มีแฟนและอยู่  
ด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu Z, et al.<sup>(15)</sup> และ  
การศึกษาของ Sargin F, et al.<sup>(25)</sup> ที่พบการติดเชื้อเอช-  
ไอวีและซิฟิลิสในกลุ่มชายที่ไม่ได้แต่งงานหรือโสดมีความ  
เกี่ยวข้องกับชายบริการทางเพศ และมีการใช้ถุงยาง  
อนามัยไม่สม่ำเสมอแต่ต่างกับการศึกษาของ Mannava  
P, et al.<sup>(26)</sup>, Vu L, et al.<sup>(27)</sup>, และ Vu VD, et al.<sup>(28)</sup> ที่  
พบการติดเชื้อสูงในกลุ่มชายที่แต่งงานแล้ว มีบุตร มี  
ภรรยาที่อยู่ร่วมกัน

ระดับการศึกษาการไม่ได้เรียนหนังสือ หรือจบใน  
ระดับประถมศึกษา และมัธยมศึกษาตอนต้นมีการติดเชื้อ  
สูง สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Castañeda H<sup>(29)</sup> พบ  
ว่าชายชายบริการทางเพศส่วนใหญ่จบการศึกษาในระดับ  
ชั้นมัธยมศึกษาและการมีระดับความรู้ต่ำ

ระยะเวลาการทำงานน้อยกว่า 1 ปี ระดับรายได้อยู่  
ระหว่าง 5,001-10,000 บาทต่อเดือน และรายได้  
มากกว่า 20,000 บาทต่อเดือน พบการติดเชื้อมากที่สุด  
สอดคล้องกับการศึกษาของ Baral SD, et al.<sup>(24)</sup> และการ  
ศึกษาของ Lorimer K, et al.<sup>(30)</sup> ที่พบว่าระยะเวลาการ  
ทำงานและรายได้เป็นปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี  
เนื่องจากชายชายบริการทางเพศส่วนใหญ่ต้องการรายได้  
การชายบริการทางเพศจึงเป็นอาชีพที่สร้างรายได้ การ  
ศึกษาของ Verhaegh-Haasnoot A, et al.<sup>(18)</sup> และ Deer-  
ing KN, et al.<sup>(31)</sup> รายได้มีความเกี่ยวข้องกับอำนาจใน  
การต่อรองกับลูกค้า ลูกค้าบางคนอาจมีข้อเสนอหรือเสนอ  
รายได้มากกว่าที่ไม่ใช้ถุงยางขณะมีเพศสัมพันธ์ และการ  
ศึกษาของ Masvawure TB, et al.<sup>(32)</sup> และ Minichiello  
V, et al.<sup>(33)</sup> การไม่มีรายได้และความยากจน พบว่า มีผล  
ต่อการติดเชื้อเอชไอวี

พฤติกรรมทางเพศส่วนใหญ่มีรสนิยมทางเพศเป็น  
ฝ่ายรุกมากกว่าฝ่ายรับ มีการเลือกลูกค้าที่เป็นฝ่ายรับ  
เนื่องจากชายส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายแท้ที่สามารถมีเพศ

สัมพันธ์ได้ทั้งชายและหญิง บางคนมีคู่นอนที่เป็นผู้หญิง  
โดยการศึกษาพบการติดเชื้อในกลุ่มที่เป็นฝ่ายรุกมากกว่า  
ฝ่ายรับ สอดคล้องกับการศึกษาของ Bayer C, et al.<sup>(34)</sup>  
และการศึกษาของ Wu Z, et al.<sup>(15)</sup> แต่ต่างกับการศึกษา  
ของ Narayanan P, et al.<sup>(35)</sup> ที่พบการติดเชื้อสูงในกลุ่ม  
ที่เป็นฝ่ายรับและการมีคู่นอนหลายคน ส่วนการศึกษาของ  
Sheehy M, et al.<sup>(36)</sup> ที่พบการติดเชื้อสูงในกลุ่มเกย์ไบ  
หรือชายที่มีเพศสัมพันธ์ทั้งชายและหญิง ต่างจากผลการ  
ศึกษาของ Masvawure TB, et al.<sup>(32)</sup> และ Minichiello  
V, et al.<sup>(33)</sup> ที่พบว่าการศึกษาของการมีเพศสัมพันธ์  
มากขึ้นและการมีคู่นอนหลายคนมีความสัมพันธ์กับการ  
ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนการสวมถุงยางอนามัยบางครั้งหรือไม่  
สม่ำเสมอทั้งกับลูกค้า แฟนคนรักหรือคู่อุปถัมภ์ด้วยกัน  
เพราะไว้ใจซึ่งกันและกัน พบการติดเชื้อมากที่สุด  
สอดคล้องกับการศึกษาของ Pereira H, et al.<sup>(16)</sup> ที่พบ  
การติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้ถุงยางอนามัยที่ไม่สม่ำเสมอ  
และการไม่ทราบสถานภาพการติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศ  
สัมพันธ์กับชาย และการศึกษาอื่น ๆ (Minichiello V,  
et al.<sup>(33)</sup>, Van Griensven F, et al.<sup>(21)</sup>, Pereira H,  
et al.<sup>(16)</sup>) ส่วนการศึกษาของ Masvawure TB, et al.<sup>(32)</sup>  
พบว่าชายชายบริการทางเพศที่อยู่ห่างไกลจากตัวเมือง  
และแรงงานข้ามชาติ ยังขาดการได้รับถุงยางอนามัย สาร  
หล่อลื่น และความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/  
เอดส์ยังได้รับการสนับสนุนทางสังคมน้อยและขาดอำนาจ  
การต่อรองในการใช้ถุงยางอนามัยกับลูกค้า ส่วน  
พฤติกรรมการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดการศึกษา  
พบว่าชายชายบริการทางเพศส่วนใหญ่มีการใช้  
แอลกอฮอล์และประวัติเคยใช้สารเสพติด เช่น แอมเฟตา  
มินหรือยาบ้า กัญชา ยาอี ยาไอซ์ สอดคล้องกับการศึกษา  
ของ Minichiello V, et al.<sup>(33)</sup> และการศึกษาของ Yu G,  
et al.<sup>(37)</sup> พบว่าการใช้สารเสพติด การดื่มแอลกอฮอล์ มี  
ความสัมพันธ์กับการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันและ  
การปฏิเสธการใช้ถุงยางอนามัย

การเปรียบเทียบพฤติกรรมทางเพศที่มีผลต่อการติด  
เชื้อเอชไอวี โดยพบว่าปัจจัยที่มีนัยสำคัญทางสถิติ คือ อายุ



ที่เริ่มต้นขายบริการทางเพศ เหตุผลที่ขายบริการทางเพศ ความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับลูกค้าประจำ ความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับคนอื่นที่ไม่ใช่ลูกค้า และความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับแฟนคนรักหรือคู่อายุที่อยู่กับด้วยกัน สอดคล้องกับการศึกษาของ Pereira H, et al.<sup>(16)</sup> อายุของการเริ่มต้นขายบริการทางเพศผู้ที่มีอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 18 ปี พบการติดเชื้อเอชไอวี 2 คน คิดเป็นร้อยละ 22.20 ผู้ที่มีอายุระหว่าง มากกว่าหรือเท่ากับ 19 ปี พบการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 7 คน (ร้อยละ 77.80) สอดคล้องกับการศึกษาของ Wu Z, et al.<sup>(15)</sup> และการศึกษาของ Spotose T<sup>(22)</sup> พบว่า ชายขายบริการทางเพศมีการติดเชื้อสูง ในช่วงอายุมากกว่า 24 ปี ซึ่งไม่สามารถนำมาเปรียบเทียบกันได้เนื่องจากมีความแตกต่างกันด้านเชื้อชาติ สัดส่วนประชากร เหตุผลที่ขายบริการทางเพศ พบว่า เหตุผลทางเศรษฐกิจ พบการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 1 คน คิดเป็นร้อยละ 11.10 เหตุผลไม่มีทางเลือก พบการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 3 คน คิดเป็นร้อยละ 33.30 และเหตุผลอื่นๆ เช่น ชอบสนุก งานสบายได้เงินง่าย พบการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 5 คน คิดเป็นร้อยละ 55.60 ความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับลูกค้าประจำ ความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับคนอื่นที่ไม่ใช่ลูกค้า ความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับแฟนคนรักหรือคู่อายุที่อยู่กับด้วยกัน ผู้ที่สวมถุงยางอนามัยบางครั้ง พบการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ 9 คน คิดเป็นร้อยละ 100.00 สอดคล้องกับการศึกษาของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC)<sup>(5)</sup> ที่พบว่า การไม่สวมถุงยางอนามัย ใช้ถุงยางอนามัย และการใช้ถุงอนามัยไม่สม่ำเสมอกับคู่นอน โดยเฉพาะชายที่มีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งหญิงและชาย ชายที่แต่งงานแล้ว หรือมีระดับการศึกษาต่ำ พบอัตราความชุกสูงในการติดเชื้อเอชไอวี

การวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติก พบว่า รายได้ต่อเดือนระหว่าง 5,000-10,000 บาท อายุที่เริ่มตนการขายบริการทางเพศ อายุที่มากกว่า 19 ปีขึ้นไป มีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี และการไม่สวมถุงยางอนามัยหรือสวมบางครั้งกับลูกค้าประจำ มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี/

เอดส์ เป็น 15.46 เท่า มากกว่ากลุ่มชายบริการทางเพศที่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง สอดคล้องกับการศึกษาของ Pereira H, et al.<sup>(16)</sup> เนื่องจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งหญิงและชายการสวมถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอกับจำนวนคู่นอนรวมถึงการใช้แอลกอฮอล์และสารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์ และประวัติการไม่เคยตรวจโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

### สรุป

การศึกษาครั้งนี้เป็นแบบภาคตัดขวาง มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายขายบริการทางเพศในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย ประชากรศึกษาวิจัยครั้งนี้ คือ กลุ่มประชากรชายขายบริการทางเพศที่ทำงานในเขตพื้นที่แหล่งบริการทางเพศ ในจังหวัดเชียงใหม่ 11 พื้นที่ พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ร้อยละ 3.60 ในกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มีเพศสัมพันธ์ได้ทั้งชายและหญิง โดยส่วนใหญ่มีแฟน/คนรักที่อยู่ด้วยกันและบางคนมีคู่นอนที่เป็นผู้หญิง อายุระหว่าง 19-24 ปี ที่มีรสนิยมทางเพศเป็นฝ่ายรุกมากกว่าฝ่ายรับ ปัจจัยด้านพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ ความถี่ของการสวมถุงยางอนามัยกับลูกค้าประจำพบว่ากลุ่มชายขายบริการทางเพศที่สวมถุงยางอนามัยไม่สม่ำเสมอหรือบางครั้งมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เป็น 15.46 เท่ามากกว่ากลุ่มชายบริการทางเพศที่สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง (95%CI =1.79-133.58)

### ข้อเสนอแนะ

#### สำหรับกลุ่มตัวอย่าง

ในกลุ่มชายขายบริการทางเพศ ที่ไม่ใช่คนไทยหรือกลุ่มแรงงานข้ามชาติ ควรได้การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เทียบเท่าคนไทย เพื่อทราบสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองและได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระยะเริ่มแรก เพื่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี/เอดส์ไปยังผู้อื่น และการได้รับความรู้และการเข้าถึง

อุปกรณ์การป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่น เพื่อสร้างความตระหนักในการสวมถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ

#### สำหรับเจ้าของสถานประกอบการ

เจ้าของสถานประกอบการ ควรมีส่วนร่วมในการดูแลรับผิดชอบ ให้คำแนะนำในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ กับกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มเยาวชนอายุต่ำกว่า 18 ปี ให้ได้รับความรู้ สวัสดิการตระหนักในการดูแลรักษาตัวเอง และให้ความร่วมมือกับเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ประสานหน่วยงานให้เข้ามาดูแลรักษา และส่งต่อการรับบริการทางด้านสุขภาพ

#### สำหรับเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

เจ้าหน้าที่สาธารณสุข ควรมีระบบการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างต่อเนื่อง เพิ่มช่องทางในการเฝ้าระวังจากระบบเดิม โดยอาศัยเจ้าหน้าที่หรือ องค์กรอิสระหรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง และให้สุขศึกษาเพื่อนำไปใช้ในทางสาธารณสุขที่มีประสิทธิภาพ เพื่อลดความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายขายบริการทางเพศ

#### สำหรับผู้กำหนดนโยบาย

ผู้วิจัยเห็นว่าระบบการดูแลสุขภาพในประเทศไทยจำเป็นต้องมีขั้นตอนและกระบวนการเพื่อช่วยในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง โดยเฉพาะกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติในภาคเหนือของประเทศไทย อย่างไรก็ตามมาตรการต่างๆ ควรจะเพิ่มอย่างเป็นลำดับขั้นตอนเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงที่แตกต่างกัน ภายใต้แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573<sup>(4)</sup> ประเด็นสำคัญอีกอย่างหนึ่งคือความร่วมมือระหว่างหน่วยงานด้านสุขภาพทั้งภาครัฐบาลและภาคเอกชนในพื้นที่ที่มีความจำเป็นที่จะต้องบูรณาการแผนปฏิบัติงานและเผยแพร่

ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด ให้บรรลุเป้าหมายในระดับนานาชาติและระดับชาติเพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่และขจัดปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ให้หมดไป

#### สำหรับการวิจัยครั้งต่อไป

การวิจัยครั้งต่อไปในรูปแบบ prospective cohort study โดยการศึกษาเชิงลึกเพื่อศึกษาเกี่ยวกับชายขายบริการทางเพศในแต่ละพื้นที่ พฤติกรรมและปัจจัยเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นๆ รวมถึงความครอบคลุมการเข้าถึงการเข้าถึงยาต้านไวรัส การตรวจหาการติดเชื้อ และการบริการด้านสุขภาพในกลุ่มแรงงานข้ามชาติ

### กิตติกรรมประกาศ

การวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงโดยได้รับทุนอุดหนุนการทำกิจกรรมส่งเสริมและสนับสนุนการทำวิจัยประเภททุนบัณฑิตศึกษาจากสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ประจำปี 2560 และขอขอบคุณกลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ ให้ข้อมูลในการพัฒนางานวิจัย และขอขอบคุณเจ้าหน้าที่จากมูลนิธิเอ็มพลัส เชียงใหม่ ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูลวิจัย และขอขอบคุณสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่ สำหรับอนุเคราะห์สนับสนุนถุงยางอนามัย สำหรับแจกให้กับกลุ่มประชากรศึกษา รวมถึงกลุ่มประชากรศึกษาทุกท่านที่ให้ความร่วมมือ มีส่วนร่วมในการเก็บตัวอย่างเลือด และตอบแบบสอบถามวิจัย

### เอกสารอ้างอิง

1. Beyrer C, Karim, QA. The changing epidemiology of HIV in 2013. *Current Opinion in HIV and AIDS* 2013; 8(4):306-10.
2. Perelman J, Alves J, Miranda AC, Mateus C, Mansinho K, Antunes F, et al. Direct treatment costs of HIV/AIDS in Portugal. *Revista de Saude Publica* 2013;47(5):865-72.
3. Boubouchairopoulou N, Athanasakis K, Chini M, Mangafas N, Lazanas MK, Kyriopoulos JE. Estimation of the

- direct cost of HIV-infected patients in Greece on an annual basis. *Value in Health Regional Issues* 2014;4:82-86.
4. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: เอ็นซีคอนเซ็ปต์; 2560.
  5. Centers of Disease Control and Prevention. HIV risk among persons who exchange sex for money or nonmonetary items [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 26]. Available from: <http://www.cdc.gov/hiv/group/sex-workers.html>
  6. Cai R, Zhao J, Cai W, Chen L, Richardus JH, de Vlas SJ, et al. Determinants of recent HIV testing among male sex workers and other men who have sex with men in Shenzhen, China: a cross-sectional study. *BMC infectious diseases* 2014;14(S2):19.
  7. Giang LM, Clatts MC, Goldsamt LA, Yu G. High rates of oral STIs among male sex workers in Vietnam. *Sex Transm Infect* 2014;90(7):528.
  8. Clatts MC, Goldsamt LA, Giang LM, Yu G. Sexual practices, partner concurrency and high rates of sexually transmissible infections among male sex workers in three cities in Vietnam. *Sexual Health* 2015;12(1):39-47.
  9. Duan C, Wei L, Cai Y, Chen L, Yang Z, Tan W, et al. Recreational drug use and risk of HIV infection among men who have sex with men: A cross-sectional study in Shenzhen, China. *Drug & Alcohol Dependence* 2017; 181:30-36.
  10. Mitchell JW, Horvath KJ. Factors associated with regular HIV testing among a sample of US MSM with HIV-negative main partners. *Journal of acquired immune deficiency syndromes* 2013;64(4):417-23.
  11. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2559. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2559.
  12. Decaney N. Between HIV and “male sex workers” identity: young Shan men and the presentation of enviable life in Chiang Mai. *International Conference on Burma/Myanmar Studies* [Internet]. 2015 [cited 2016 Apr 26]. Available from: [http://www.burmalibrary.org/docs21/Health/Nikos-Dacanay-2015-Between\\_HIV\\_and\\_%27Male\\_Sex\\_Workers%](http://www.burmalibrary.org/docs21/Health/Nikos-Dacanay-2015-Between_HIV_and_%27Male_Sex_Workers%27)
  13. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในพื้นที่ 5 จังหวัด ประเทศไทย. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค; 2559.
  14. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2557. กรุงเทพมหานคร: ชุมชมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557.
  15. Wu Z, Xu J, Liu E, Mao Y, Xiao Y, Sun X, et al. HIV and syphilis prevalence among men who have sex with men: a cross-sectional survey of 61 cities in China. *Clinical Infectious Diseases* 2013;57(2):298-309.
  16. Pereira H, Gonçalves I, Borges I, Cerqueira N, Saraiva ME. Male sex workers in Lisbon, Portugal: a pilot study of demographics, sexual behavior, and HIV prevalence. *Journal of AIDS and Clinical Research* 2014;5(9):342.
  17. Krejcie RV, Morgan DW. Determining sample size for research activities. *Educational and Psychological Measurement* 1970;30(3):607-10.
  18. Verhaegh-Haasnoot A, Dukers-Muijers NH, Hoebe CJ. High burden of STI and HIV in male sex workers working as internet escorts for men in an observational study: a hidden key population compared with female sex workers and other men who have sex with men. *BMC infectious diseases* 2015;15(1):291.
  19. Fournet N, Koedijk FDH, van Leeuwen AP, van Rooijen MS, van der Sande MAB, van Veen MG. Young male sex workers are at high risk for sexually transmitted infections, a cross-sectional study from Dutch STI clinics, the Netherlands, 2006-2012. *BMC infectious diseases* 2015;16(1):63.
  20. Guadamuz TE, Friedman MS, Marshal MP, Herrick AL, Lim SH, Wei C, et al. Health, sexual health, and syndemics: toward a better approach to STI and HIV preventive interventions for men who have sex with men (MSM) in the United States. In: Aral SO, Fenton KA,

- Lipshutz JA, editors. The new public health and STD/HIV prevention. New York: Springer; 2013. p. 251–72.
21. Van Griensven F, Thienkrua W, McNicholl J, Wimonasate W, Chaikummao S, Chonwattana W, et al. Evidence of an explosive epidemic of HIV infection in a cohort of men who have sex with men in Thailand. *AIDS* 2013; 27(5):825–32.
22. Spoto T. Vulnerability of male commercial sex workers to HIV/AIDS. *HIV & AIDS Review* 2013;12(1): 1–3.
23. Makmai P. Effectiveness of an HIV/AIDS prevention program for male sex workers in Chiang Mai province [Doctoral dissertation]. Chiang Mai: Chiang Mai University, 2012.
24. Baral SD, Grosso A, Holland C, Papworth E. The epidemiology of HIV among men who have sex with men in countries with generalized HIV epidemics. *Current Opinion in HIV and AIDS* 2014;9(2):156–67.
25. Sargin F, Yildiz D, Aydin OA, Mete B, Gunduz A, Karaosmanoglu HK, et al. Changes in HIV demographic patterns in a low prevalence population: no evidence of a shift towards men who have sex with men. *International Journal of Infectious Diseases* 2016;48:52–6.
26. Mannava P, Geibel S, King'ola N, Temmerman M, Luchters S. Male sex workers who sell sex to men also engage in anal intercourse with women: evidence from Mombasa, Kenya. *PLoS One* 2013;8(1):e52547.
27. Vu L, Andrinopoulos K, Tun W, Adebajo S. High levels of unprotected anal intercourse and never testing for HIV among men who have sex with men in Nigeria: evidence from a cross-sectional survey for the need for innovative approaches to HIV prevention. *Sex Transm Infect* 2013; 89(8):659–65.
28. Vu VD, Le GM, Nguyen SM, Clatts MC, Goldsamt LA. High Prevalence of Gonorrhoea and HPV Among Male Sex Workers in Three Cities of Vietnam: Challenges in Addressing HIV Epidemic Among MSM Populations. *Sex Transm Infect* 2013;89(Suppl 1):A182.
29. Castañeda H. Structural vulnerability and access to medical care among migrant street-based male sex workers in Germany. *Social Science & Medicine* 2013;84:94–101.
30. Lorimer K, Kidd L, Lawrence M, McPherson K, Cayless S, Cornish F. Systematic review of reviews of behavioral HIV prevention interventions among men who have sex with men. *AIDS Care* 2013;25(2):133–50.
31. Deering KN, Lyons T, Feng CX, Nosyk B, Strathdee SA, Montaner JS, et al. Client demands for unsafe sex: the socio-economic risk environment for HIV among street and off-street sex workers. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes* 2013;63(4):522–31.
32. Masvawure TB, Mantell JE, Tocco JU, Gichangi P, Restar A, Chabeda SV, et al. Intentional and unintentional condom breakage and slippage in the sexual interactions of female and male sex workers and clients in Mombasa, Kenya. *AIDS Behav* 2011;22(2):637–48.
33. Minichiello V, Scott J, Callander D. New pleasures and old dangers: reinventing male sex work. *Journal of Sex Research* 2013;50(3–4):263–75.
34. Beyrer C, Crago AL, Bekker LG, Butler J, Shannon K, Kerrigan D, et al. W. An action agenda for HIV and sex workers. *Lancet* 2015;385(9964):287–301.
35. Narayanan P, Das A, Morineau G, Prabhakar P, Deshpande GR, Gangakhedkar R, et al. An exploration of elevated HIV and STI risk among male sex workers from India. *BMC Public Health* 2013;13(1):1059.
36. Sheehy M, Tun W, Vu L, Adebajo S, Obianwu O, Karlyn A. High levels of bisexual behavior and factors associated with bisexual behavior among men having sex with men (MSM) in Nigeria. *AIDS care* 2014;26(1):116–22.
37. Yu G, Clatts MC, Goldsamt LA, Giang LM. Substance use among male sex workers in Vietnam: prevalence, onset, and interactions with sexual risk. *International Journal of Drug Policy* 2015; 26(5):516–21.

**Abstract: Prevalence and Factors Associated with HIV Infection Among Ethnic Minority Male Sex Worker in Chiang Mai Province, Thailand**

Sutthiphat Kaewtep, M.Sc. (Public Health); Tawatchai Apidechkul, (Dr.P.H. (Epidemiology); Wipob Suttana, Ph.D. (Biomedical Science); Korakot Chansareewittaya, Ph.D. (Pharmacy)

\* Thai CaseMix Centre; \*\* Central Office for Healthcare Information; \*\*\* Health Information Standards and P School of Health Science, Mae Fah Luang University, Thailand  
*Journal of Health Science 2021;30(3):393-405.*

Acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) is still a major public health and medicine problems particularly in Thailand. A number of new infected cases have increased particularly among men who have sex with men (MSW). This study aimed to assess the prevalence and to determine factors associated with HIV infection among the ethnic minority male sex workers in Chiang Mai Province. An analytic cross-sectional study was conducted. A cluster random sampling method was used to select the samples who worked as male sex workers, aged  $\geq 18$  years, and had experienced in sexual intercourse with men from 11 sites in Muang district, Chiang Mai province, between 2016 and 2017. A validated questionnaire and blood specimen were used for data collection. Chi-square and logistic regression were used for detection the associations between variables at the significant level of  $\alpha=0.05$ . Altogether 250 participants were recruited into the study. As for the finding, 55.60% of the samples were Shan, 58.00% were aged 19-24 years, and 95.20% were Buddhist. The overall prevalence of HIV infection was 3.60%. In the multivariate analysis, condom use was found to be statistically associated with the prevalence of HIV infection ( $OR_{adj} = 15.64$ ; 95%CI=1.79-133.58). Encouraging young ethnic minority male sex workers to regularly use condom with their clients is very significant to address HIV/AIDS problems in these populations.

**Keywords:** male sex worker; ethnic minority; HIV; AIDS; access to health care service