



ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับยาป้องกันการติดเชื้อ
ก่อนการสัมผัสเชื้อ ในภาคเหนือ ประเทศไทย

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH SEXUAL TRANSMITTED
INFECTION AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN USING
PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS IN NORTHERN THAILAND

ภาณุพงศ์ นันชัย

สาธารณสุขศาสตร์มหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2568

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับยาป้องกันการติดเชื้อ
ก่อนการสัมผัสเชื้อ ในภาคเหนือ ประเทศไทย

PREVALENCE AND FACTORS ASSOCIATED WITH SEXUAL TRANSMITTED
INFECTION AMONG MEN WHO HAVE SEX WITH MEN USING
PRE-EXPOSURE PROPHYLAXIS IN NORTHERN THAILAND

ภาณุพงศ์ นันชัย

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษา
ตามหลักสูตรปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต
สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

สำนักวิชาวิทยาศาสตร์สุขภาพ

มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

2568

©ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง



หน้าอนุมัติวิทยานิพนธ์
มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง

ปริญญาสาธาณสุขศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการจัดการสุขภาพชายแดน

วิทยานิพนธ์เรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสเชื้อ ใน
ภาคเหนือ ประเทศไทย

Prevalence and Factors Associated with Sexual Transmitted Infection
among Men Who have Sex with Men Using Pre-exposure Prophylaxis
in Northern Thailand

ผู้ประพันธ์ ภาณุพงศ์ นันทชัย

คณะกรรมการสอบ

ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภัทรพล มากมี	ประธานกรรมการ
อาจารย์ ดร.สิรินันท์ สุวรรณภรณ์	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน	กรรมการ
ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.พิชญ์รักษ์ กันทวี	กรรมการ

อาจารย์ที่ปรึกษา

.....อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก
(อาจารย์ ดร.สิรินันท์ สุวรรณภรณ์)

.....อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน)

คณบดี

.....
(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.วิภพ สุทธานะ)

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยขอขอบพระคุณอาจารย์ ดร.สิรินันท์ สุวรรณภรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาหลัก และผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภมรศรี อินทร์ชน อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ที่กรุณาให้คำปรึกษา แนะนำแนวทางที่ถูกต้อง ตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องต่าง ๆ ด้วยความละเอียดรอบคอบและเอาใจใส่อย่างดียิ่ง ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งเป็นอย่างยิ่ง จึงขอกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ โอกาสนี้

ขอขอบพระคุณคณะผู้บริหารและเจ้าหน้าที่คลินิกเอ็มพลัส จังหวัดเชียงรายทุกท่าน ที่ให้ความร่วมมือและกรุณาเสียสละให้ข้อมูลอันเป็นประโยชน์ต่อการจัดทำวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ รวมถึงขอขอบพระคุณกลุ่มตัวอย่างที่เสียสละเวลาในการตอบแบบสอบถามเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาในครั้งนี้

ขอขอบพระคุณคณาจารย์ทุกท่านที่ได้ประสิทธิ์ประสาทวิชาความรู้ในสาขาวิชาต่าง ๆ อันเป็นรากฐานสำคัญที่ทำให้การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้ประสบความสำเร็จ และขอขอบพระคุณเจ้าหน้าที่สำนักวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ที่ได้มีส่วนช่วยเหลือและอำนวยความสะดวกตลอดระยะเวลาการศึกษา

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวงที่สนับสนุนงบประมาณในการดำเนินการวิจัยในครั้งนี้ จนทำให้การศึกษาค้นคว้าสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

นอกจากนี้ ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ผู้เป็นเบื้องหลังแห่งความสำเร็จ รวมถึงเพื่อนร่วมสาขาวิชาที่คอยให้คำแนะนำและช่วยเหลือด้วยดีเสมอมา

สุดท้ายนี้ คุณค่าและคุณประโยชน์อันพึงมีจากวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ ผู้วิจัยขอมอบเป็นกตัญญู กตเวทิต์แด่บุพการี บุรพจารย์ และผู้มีพระคุณทุกท่าน ที่ได้หล่อหลอมและสนับสนุนให้ผู้วิจัยเป็นผู้มีการศึกษาและประสบความสำเร็จมาจนถึงปัจจุบัน

ภาณุพงศ์ นันชัย

ชื่อเรื่องวิทยานิพนธ์	ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสเชื้อ ในภาคเหนือ ประเทศไทย
ผู้ประพันธ์	ภาณุพงศ์ นันทชัย
หลักสูตร	สาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต (การจัดการสุขภาพชายแดน)
อาจารย์ที่ปรึกษา	อาจารย์ ดร.สิรินันท์ สุวรรณภรณ์
อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม	ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร.ภรตศรี อินทร์ชน

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional Analytical Study) นี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อระบุความชุกและวิเคราะห์ปัจจัยเชิงพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ที่เข้าถึงบริการยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) ในพื้นที่จังหวัดเชียงราย กลุ่มตัวอย่างคือกลุ่ม MSM จำนวน 278 คน คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) เก็บรวบรวมข้อมูลผ่านแบบสอบถามพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและ Multiple Logistic Regression เพื่อหาค่าอัตราส่วนอุบัติการณ์ปรับค่า (Adjusted Odds Ratio: AOR)

ผลการศึกษาพบว่า ความชุกของการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มตัวอย่างสูงถึงร้อยละ 11.51 ซึ่งเป็นอุบัติการณ์ที่สูงอย่างมีนัยสำคัญในกลุ่มผู้ใช้ยา PrEP ผลการวิเคราะห์ด้วย Logistic Regression เผยให้เห็นปัจจัยพยากรณ์ความเสี่ยงที่สำคัญ ได้แก่ พฤติกรรมการลดทอนการป้องกันตนเอง (Risk Compensation) ในกลุ่มที่เพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยเนื่องจากความเชื่อมั่นในประสิทธิภาพของยา PrEP หรือการมีคู่นอนประจำ ซึ่งมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงถึง 9.93 เท่า (AOR=9.93, 95%CI:1.05-93.71) สอดคล้องกับพฤติกรรมการใช้สารเสพติดร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์ (Chemsex) ที่เพิ่มโอกาสการติดเชื้ออย่างรุนแรงถึง 9.38 เท่า (AOR=9.38, 95%CI:1.34-65.73) นอกจากนี้ยังพบความสัมพันธ์กับปัจจัยด้านความเชื่อทางศาสนา (คริสต์และอิสลาม) ในขณะที่การมีทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกันโรคเป็นปัจจัยปกป้องที่มีประสิทธิภาพสูงสุดในการลดความเสี่ยง (AOR=0.05, 95%CI:0.01-0.29)

ข้อสรุปทางการวิจัยชี้ให้เห็นอย่างชัดเจนว่า การใช้ยา PrEP เพียงอย่างเดียวโดยปราศจากการใช้ถุงยางอนามัยนำไปสู่อุบัติการณ์ซิฟิลิสที่เพิ่มสูงขึ้น หน่วยงานด้านสาธารณสุขจึงควรยกระดับ

มาตรการป้องกันแบบผสมผสาน (Combination Prevention) โดยมุ่งเน้นการปรับทัศนคติการป้องกันตนเอง การจัดการพฤติกรรมเสี่ยงในกลุ่ม Chemsex และการเพิ่มความถี่ในการตรวจคัดกรองเชิงรุกเพื่อควบคุมการแพร่ระบาดอย่างเป็นระบบ

คำสำคัญ: ซิฟิลิส, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย, Pre-exposure Prophylaxis (PrEP)



Thesis Title	Prevalence and Factors Associated with Sexual Transmitted Infection among Men Who have Sex with Men Using Pre-exposure Prophylaxis in Northern Thailand
Author	Panupong Nunchai
Degree	Master of Public Health (Border Health Management)
Advisor	Sirinan Suwannaporn, Ph. D.
Co-Advisor	Assistant Professor Pamornsri Inchon, Ph. D.

ABSTRACT

This cross-sectional analytical study aimed to determine the prevalence and analyze the predictive factors associated with syphilis infection among men who have sex with men (MSM) accessing Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) services in Chiang Rai Province. A total of 278 MSM were selected through purposive sampling. Data were collected using structured behavioral questionnaires integrated with laboratory-confirmed results. Statistical analysis included descriptive statistics and multiple logistic regression to identify Adjusted Odds Ratios (AOR).

The results revealed that the prevalence of syphilis infection among the participants was as high as 11.51%, representing a significantly high incidence within the PrEP-using population. Multiple logistic regression analysis identified critical predictors of infection, primarily attributed to risk compensation behaviors. Participants who engaged in condomless intercourse due to perceived PrEP efficacy or having a regular partner were 9.93 times more likely to be infected (AOR = 9.93, 95% CI: 1.05–93.71). Furthermore, sexualized drug use (Chemsex) significantly escalated infection risk by 9.38 times (AOR = 9.38, 95% CI: 1.34–65.73). Religious affiliation (Christianity and Islam) was also found to be significantly associated with infection. Conversely, a positive attitude toward sexually transmitted infection (STI) prevention emerged as the most effective protective factor (AOR = 0.05, 95% CI: 0.01–0.29).

In conclusion, the findings explicitly demonstrate that reliance on PrEP alone without concomitant condom use contributes to the elevated incidence of syphilis. Public health authorities should enhance combination prevention strategies, focusing on cognitive-behavioral interventions to modify risk perceptions, addressing Chemsex-related risks, and increasing the frequency of proactive syphilis screening to systematically control the epidemic among high-risk populations.

Keywords: Syphilis, Men Who have Sex with Men, Pre-exposure Prophylaxis (PrEP)

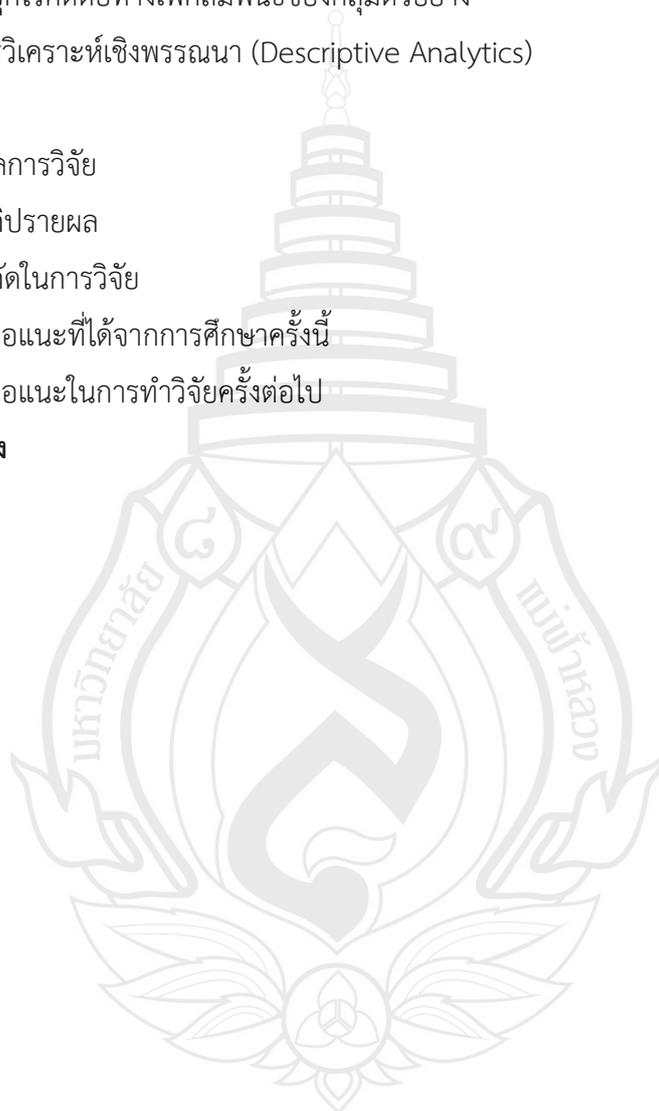


สารบัญ

บทที่	หน้า
1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวิจัย	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย	3
1.3 ความสำคัญของการวิจัย	3
1.4 สมมติฐานของการวิจัย	3
1.5 ขอบเขตของการวิจัย	3
1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ	4
1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย	5
2 การทบทวนวรรณกรรม	7
2.1 สถานการณ์การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	7
2.2 เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus)	9
2.3 ซิฟิลิส (Syphilis)	16
2.4 ไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C)	18
2.5 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	20
2.6 พฤติกรรม ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	21
2.7 ยา PrEP และการบริการให้คำปรึกษาการรับยา PrEP	21
2.8 ทฤษฎีความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม	22
2.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	23
3 ระเบียบวิธีวิจัย	27
3.1 รูปแบบในการวิจัย	27
3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย	28
3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง	29
3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล	32
3.5 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	33

สารบัญ

บทที่	หน้า
4 ผลการศึกษา	34
4.1 ความชุกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง	34
4.2 ผลการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analytics)	35
5 บทสรุป	57
5.1 สรุปผลการวิจัย	57
5.2 การอภิปรายผล	58
5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย	60
5.4 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้	61
5.5 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป	61
รายการอ้างอิง	62
ภาคผนวก	70



สารบัญตาราง

ตาราง	หน้า
4.1 จำนวน ร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พ ในจังหวัดเชียงราย (n = 278 คน)	35
4.2 จำนวน ร้อยละข้อมูลความรู้การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่ มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พในจังหวัดเชียงราย (n = 278 คน)	38
4.3 จำนวน ร้อยละข้อมูลทัศนคติการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่ มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พในจังหวัดเชียงราย (n = 278 คน)	40
4.4 จำนวน ร้อยละข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่ม ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พในจังหวัดเชียงราย (n = 278 คน)	44
4.5 คะแนนข้อมูลความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พในจังหวัด เชียงราย (n = 278 คน)	47
4.6 การทดสอบความสัมพันธ์ วิเคราะห์ตัวแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พใน จังหวัดเชียงราย (n = 278 คน)	49

สารบัญภาพ

ภาพ

หน้า

1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

6



บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหาวิจัย

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections; STIs) นับเป็นหนึ่งในปัญหาสาธารณสุขสำคัญที่ส่งผลกระทบต่อประชากรทั่วโลก โดยเกิดจากการสัมผัสหรือการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ทวารหนัก หรือช่องปากกับผู้ที่มีการติดเชื้อ (World Health Organization [WHO], 2022) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีความสำคัญเชิงระบาดวิทยา ได้แก่ ซิฟิลิส (Syphilis), หนองในแท้ (Gonorrhoea), หนองในเทียม (Chlamydia trachomatis) และแผลริมอ่อน (Chancroid) ซึ่งหากไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษาอย่างถูกต้องอาจนำไปสู่ภาวะแทรกซ้อนรุนแรง เช่น ภาวะมีบุตรยาก การติดเชื้อในกระแสเลือด และการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2023) ในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา แนวโน้มการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในหลายประเทศทั่วโลกมีการเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคซิฟิลิสซึ่งกลับมาระบาดอีกครั้ง (re-emerging disease) สะท้อนถึงช่องว่างของมาตรการป้องกันและความเสี่ยงด้านพฤติกรรมทางเพศที่ยังคงดำเนินอยู่ในหลายกลุ่มประชากร (WHO, 2022; CDC, 2023)

รายงานจาก CDC (2023) พบว่า อุบัติการณ์ของซิฟิลิสและซิฟิลิสแต่กำเนิด (Congenital syphilis) ในสหรัฐอเมริกาเพิ่มสูงขึ้นกว่า 200% ภายในระยะเวลา 5 ปี ขณะที่งานวิจัยหลายฉบับชี้ว่าการเพิ่มขึ้นของพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย การลดการใช้ถุงยางอนามัย และการเพิ่มขึ้นของการใช้สารเสพติดร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์มีส่วนสำคัญต่อการแพร่ระบาดของดังกล่าว (Lopez et al., 2022; Traeger et al., 2019) แนวโน้มเช่นเดียวกันนี้พบในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ รวมถึงประเทศไทย ซึ่งเป็นหนึ่งในประเทศที่ STIs โดยเฉพาะซิฟิลิสเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วง 5-8 ปีที่ผ่านมา (The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2022)

สถานการณ์ในประเทศไทยชี้ให้เห็นว่า โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญของระบบสาธารณสุข จากข้อมูลศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวี ประเทศไทย (2566) พบว่า ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่กว่า 520,000 คน และมีผู้ติดเชื้อรายใหม่มากกว่า 6,000 คนต่อปี โดยกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men; MSM) เป็นกลุ่มที่มีอัตราการติดเชื้อสูงที่สุด นอกจากนี้ รายงานสถิติสุขภาพคนไทยปี 2566 ระบุว่า ผู้ป่วยซิฟิลิสเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในช่วงวัยรุ่นและวัยทำงาน สะท้อนให้เห็นถึงการเข้าถึงการป้องกันที่ยังไม่ครอบคลุม การใช้

อุปกรณ์ป้องกันโรคที่ไม่สม่ำเสมอ และความไม่ต่อเนื่องในการตรวจคัดกรอง (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

หนึ่งในมาตรการสำคัญด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีคือการใช้ยา PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis) ซึ่งมีประสิทธิภาพสูงในการลดความเสี่ยงของการติดเชื้อสำหรับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง เช่น MSM ผู้ที่มีคู่นอนหลายคน หรือผู้ที่ประกอบอาชีพบริการทางเพศ (Grant et al., 2018) งานวิจัยหลายฉบับระบุว่า การใช้ยา PrEP อย่างถูกต้องสามารถลดความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่า 90% แต่ยา PrEP ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น เช่น ซิฟิลิส หนองในแท้ หรือคลามิเดียได้ ส่งผลให้กลุ่มผู้ใช้ยา PrEP ยังมีความเสี่ยงต่อการติด STIs อยู่ (Traeger et al., 2019) ปรากฏการณ์นี้เรียกว่า “risk compensation” หมายถึง การปรับพฤติกรรมทางเพศให้เสี่ยงมากขึ้นเพราะเชื่อว่าตนได้รับการป้องกันเอชไอวีจากยา PrEP แล้ว (Holt et al., 2016)

จังหวัดเชียงรายเป็นพื้นที่ที่มีการให้บริการ PrEP เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงหลายปีที่ผ่านมา โดยเฉพาะในกลุ่ม MSM ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่เข้าถึงบริการด้านการป้องกันเอชไอวีมากที่สุดในพื้นที่ อย่างไรก็ตาม รายงานจากระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ (AIDS Surveillance System) (2566) ระบุว่า จังหวัดเชียงรายยังคงพบอัตราการติดเชื้อ *Treponema pallidum* ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคซิฟิลิสในระดับสูง และยังคงพบการติด STIs ร่วมในกลุ่มผู้ใช้ยา PrEP โดยเฉพาะซิฟิลิสมากกว่าโรคอื่น สะท้อนถึงความจำเป็นในการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัย การตรวจคัดกรองสม่ำเสมอ และองค์ความรู้เกี่ยวกับ STIs ในกลุ่มเป้าหมาย เพื่อใช้เป็นข้อมูลสำหรับวางแผน มาตรการป้องกันและควบคุมโรคอย่างมีประสิทธิภาพ

ด้วยเหตุนี้ การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะโรคซิฟิลิส ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับประทานยา PrEP ในจังหวัดเชียงราย จึงมีความสำคัญทั้งในเชิงนโยบายและด้านปฏิบัติการ ผลลัพธ์ของการวิจัยสามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการพัฒนารูปแบบการให้บริการ การจัดทำโปรแกรมให้ความรู้ การส่งเสริมพฤติกรรมใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ตลอดจนการวางแผนระบบติดตามเฝ้าระวังโรคที่เหมาะสมกับบริบทพื้นที่ ซึ่งจะส่งผลให้สามารถลดอุบัติการณ์ของโรคซิฟิลิสและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มเสี่ยงได้อย่างยั่งยืน และเป็นข้อมูลสนับสนุนการกำหนดนโยบายสาธารณสุขในระดับจังหวัดและประเทศในอนาคต (UNAIDS, 2022; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2566)

1.2 วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1.2.1 เพื่อหาความชุกของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

1.2.2 เพื่อหาความสัมพันธ์ปัจจัยการป้องกันการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับการติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่รับประทานยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี จังหวัดเชียงราย

1.3 ความสำคัญของการวิจัย

จากการศึกษาจะได้ทราบถึงพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเชียงราย เพื่อค้นหาปัญหาการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และสะท้อนข้อมูลให้กับหน่วยงานที่เกี่ยวข้องเพื่อลดการติดเชื้อ

1.4 สมมติฐานของการวิจัย

1.4.1 ปัจจัยสถานะทางสังคม และเศรษฐกิจมีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดเชียงราย

1.4.2 ปัจจัยด้านความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดเชียงราย

1.4.3 ปัจจัยการเข้าถึงบริการการรับยา PrEP มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดเชียงราย

1.5 ขอบเขตของการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้จะทำการศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดเชียงราย โดยเป็นกลุ่มที่รับยา PrEP เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แต่ทั้งนี้การศึกษาได้สนใจประเด็นการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่นที่อาจเกิดขึ้นได้กับกลุ่มเป้าหมาย โดยจะทำการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

1.6 นิยามศัพท์เฉพาะ

1.6.1 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections; STIs) หมายถึง ซิฟิลิส (Syphilis) หมายถึง โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เกิดจากเชื้อ *Treponema pallidum* สามารถเกิดได้ทั้งในผู้ใหญ่และเด็ก (กรณีซิฟิลิสแต่กำเนิด) มีระยะการติดเชื้อหลายระยะ ได้แก่ ระยะแรก (Primary), ระยะที่สอง (Secondary), ระยะที่ซ่อนเร้น (Latent) และระยะลุกลาม (Tertiary) การวินิจฉัยมักทำได้โดยตรวจเลือดด้วยวิธี RPR หรือ TPHA (CDC, 2023)

1.6.2 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men; MSM) หมายถึง กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ไม่จำเป็นต้องระบุอัตลักษณ์ทางเพศหรือสถานภาพทางเพศ โดยเน้นพฤติกรรมทางเพศเป็นหลัก กลุ่มนี้จัดเป็นประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและ STIs อื่นเนื่องมาจากพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การมีคู่นอนหลายคน หรือไม่ใช้ถุงยางอนามัย (UNAIDS, 2022)

1.6.3 ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (Pre-Exposure Prophylaxis; PrEP) หมายถึง ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่รับประทานโดยบุคคลที่ ผลเลือดเป็นลบต่อเอชไอวี แต่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ โดยรับประทานตามขนาดและระยะเวลาที่กำหนดเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี แม้ว่าจะช่วยลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่า 90% แต่ PrEP ไม่สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น เช่น ซิฟิลิส หนองใน หรือคลามิเดียได้ (Grant et al., 2018; Traeger et al., 2019)

1.6.4 พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STIs Prevention Behavior) หมายถึง พฤติกรรมหรือการกระทำของบุคคลที่สามารถลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ STIs ได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ การตรวจคัดกรอง STIs อย่างต่อเนื่อง การลดจำนวนคู่นอน การหลีกเลี่ยงการใช้สารเสพติดร่วมเพศ (Holt et al., 2016; Traeger et al., 2019)

1.6.5 พฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ (Sexual Risk Behaviors) หมายถึง การปฏิบัติหรือพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและ STIs ได้แก่ การมีคู่นอนหลายคน การไม่ใช้ถุงยางอนามัย ในทุกครั้งของการมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติดร่วมเพศ (Chemsex) เช่น popper, methamphetamine การมีเพศสัมพันธ์แบบรับหรือรุกโดยไม่ป้องกัน (CDC, 2023)

1.6.6 การติดเชื้อซิฟิลิส (Syphilis Infection) หมายถึง การตรวจพบเชื้อ *Treponema pallidum* ในร่างกายโดยใช้การตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น RPR, VDRL หรือ TPHA รวมถึงการวินิจฉัยทางคลินิกในกรณีที่มีแผลหรืออาการของโรคซิฟิลิส (CDC, 2023)

1.6.7 ปัจจัยส่วนบุคคล คือ ปัจจัยเกิดจากลักษณะบุคคลของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่อาจมีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ช่วงอายุ บทบาทหน้าที่ทาง

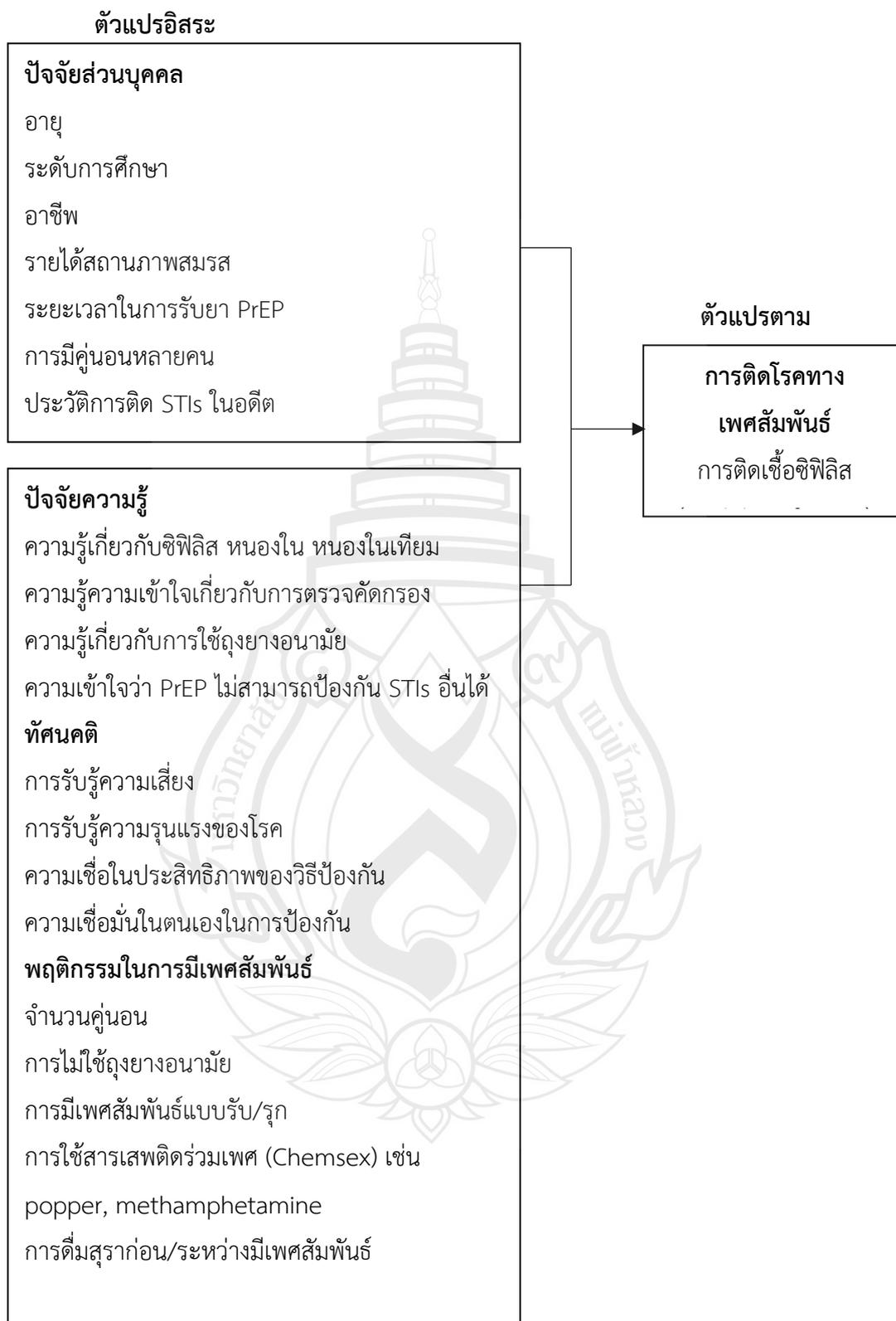
สังคม รายได้ ศาสนา การศึกษา ปัจจัยเสี่ยงสุขภาพ คู่นอน โรคประจำตัว และอื่น ๆ ที่เกิดจากภาวะส่วนบุคคล

1.6.8 การเข้าถึงบริการรับยา PrEP คือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้รับยา PrEP เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการให้คำปรึกษาในการป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น

1.7 กรอบแนวคิดการวิจัย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง ในระหว่างวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 ในกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้รับยา PrEP ในจังหวัดเชียงราย ซึ่งจะหาความสัมพันธ์ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ดังกล่าวกรอบแนวคิดดังนี้





ภาพที่ 1.1 กรอบแนวคิดการวิจัย

บทที่ 2

การทบทวนวรรณกรรม

การวิจัยความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชาย และรับยาเพร็พในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย มีการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องดังต่อไปนี้

1. สถานการณ์การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
2. เอชไอวี
3. ซิฟิลิส
4. ไวรัสตับอักเสบบี
5. กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
6. พฤติกรรม ความเสี่ยง ต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
7. ยา PrEP และการบริการให้คำปรึกษาการรับยา PrEP
8. ทฤษฎีความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม
9. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

โดยรายละเอียดการทบทวนวรรณกรรมในแต่ละหัวข้อมียละเอียดดังนี้

2.1 สถานการณ์การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have sex with men; MSM) เป็นกลุ่มประชากรที่ได้รับการยอมรับว่าเป็นหนึ่งในกลุ่มเสี่ยงสูงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections; STIs) ทั้งในระดับโลกและในประเทศไทย จากข้อมูลขององค์การอนามัยโลกและโครงการเอ็ดส์แห่งสหประชาชาติระบุว่า กลุ่ม MSM มีอัตราการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส หนองใน และคลาไมเดีย สูงกว่าประชากรทั่วไปหลายเท่า เนื่องจากทั้งปัจจัยทางพฤติกรรม เครือข่ายเพศสัมพันธ์ที่ซับซ้อนสูง และความถี่ของการเปลี่ยนคู่นอน (UNAIDS, 2023; WHO, 2022)

ในบริบทของประเทศไทย สถานการณ์โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่ม MSM มีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงทศวรรษที่ผ่านมา งานวิจัยและข้อมูลจากคลินิกเฉพาะทางด้านสุขภาพทาง

เพศ เช่น คลินิกบางรัก คลินิกเทคนิคการแพทย์ชลประทาน และเครือข่ายคลินิก PrEP พบว่า การติดเชื้อ STIs ในกลุ่ม MSM สูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ โดยมีอัตราการติดเชื้อมากกว่า 3–5 เท่าในหลายการศึกษา (Phanuphak et al., 2022)

ซิฟิลิส (Syphilis) เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ยังคงเป็นปัญหาสาธารณสุขระดับโลก โดยเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men; MSM) ซึ่งเป็นประชากรที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อสูงกว่าประชากรทั่วไปอย่างมีนัยสำคัญ งานวิจัยและรายงานเฝ้าระวังในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมาแสดงให้เห็นอย่างชัดเจนว่า อัตราความชุก (prevalence) และอุบัติการณ์ (incidence) ของโรคซิฟิลิสในกลุ่ม MSM มีแนวโน้มเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องทั้งในระดับประเทศและระดับนานาชาติ

ในระดับโลก องค์การอนามัยโลก (WHO) รายงานว่า ความชุกของซิฟิลิสในกลุ่ม MSM อยู่ที่ประมาณ 7–8% ซึ่งสูงกว่าผู้ชายทั่วไปหลายเท่า และถือว่าเป็นระดับที่ “สูงอย่างไม่อาจยอมรับได้” (unacceptably high prevalence) ในหลายประเทศ โดยเฉพาะพื้นที่เมืองใหญ่ที่มีเครือข่ายทางสังคมของ MSM เกิดการติดต่อทางเพศรวดเร็วและทำให้โรคแพร่กระจายได้ง่ายขึ้น (WHO, 2021) การเพิ่มขึ้นของซิฟิลิสในกลุ่ม MSM ยังพบควบคู่กับการเพิ่มขึ้นของ HIV ใหม่ ซึ่งสะท้อนให้เห็นความสัมพันธ์ระหว่าง STIs แบบเป็นแผล (ulcerative STIs) และโอกาสการแพร่เชื้อ HIV

สำหรับประเทศไทย สถานการณ์ซิฟิลิสในกลุ่ม MSM มีแนวโน้มคล้ายคลึงกับระดับโลก โดยมีทั้ง ความชุกสูง และอุบัติการณ์เพิ่มขึ้นในช่วงที่ผ่านมา ข้อมูลจากคลินิกเฉพาะทางในกรุงเทพฯ ช่วงปี 2005–2011 พบว่า ความชุกของซิฟิลิสใน MSM ที่มารับบริการตรวจครั้งแรกอยู่ที่ 9.8% และเมื่อพิจารณาเฉพาะผู้ที่ติดตามตรวจซ้ำพบอัตราการเกิดโรคใหม่ (incidence) ที่ประมาณ 3.6 ต่อ 100 คน-ปี ซึ่งจัดว่าสูง (Conen et al., 2014; CDC, 2013) นอกจากนี้ กลุ่ม MSM ในประเทศไทย โดยเฉพาะในพื้นที่เมือง เช่น กรุงเทพฯ พัทยา และเชียงใหม่ ถูกระบุว่าเป็นกลุ่มที่มีการตรวจพบซิฟิลิสใหม่ในอัตราสูงที่สุดในระบบเฝ้าระวังโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

งานวิจัยในประเทศไทยยังพบว่า MSM ที่อายุน้อย (ต่ำกว่า 30 ปี) เป็นกลุ่มที่มีสัดส่วนการตรวจพบซิฟิลิสสูงที่สุด โดยการศึกษาที่คลินิกกามโรคในกรุงเทพฯ ระบุว่า มากกว่า 60% ของผู้ป่วย MSM ที่ได้รับการวินิจฉัยซิฟิลิสใหม่มีอายุน้อยกว่า 30 ปี (Thanprasertsuk et al., 2023) ซึ่งสะท้อนถึงการเริ่มมีเพศสัมพันธ์ตั้งแต่อายุยังน้อย การไม่สม่ำเสมอของการใช้ถุงยางอนามัย และการมีคู่นอนหลายราย นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่ม MSM ที่ใช้ PrEP มีอัตราการตรวจพบซิฟิลิสสูงขึ้น เมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ใช้ PrEP ซึ่งอาจสัมพันธ์กับพฤติกรรมเปลี่ยนแปลงหลังเริ่มป้องกัน HIV (risk compensation)

2.2 เอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus)

สถานการณ์ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกมีแนวโน้มที่ดีขึ้น จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่มีจำนวนลดลง แต่อีกด้านจำนวนคนที่ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิตอยู่กลับเพิ่มจำนวนขึ้น เนื่องจากเราสามารถลดอัตราการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ด้วยการส่งเสริมการเข้าถึงการรักษาได้รับยาต้านไวรัส (UNAIDS, 2022)

ประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ประมาณ 5 แสนราย จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ต่อปีในประเทศไทยลดลงอย่างมาก ในช่วงก่อนปี พ.ศ. 2548 อย่างไรก็ตาม ในช่วง 15 ปีที่ผ่านมา จำนวนผู้ติดเชื้อแทบไม่ลดลงเพิ่มเติม และในปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ยังอยู่ที่ประมาณ 6,500 คนต่อปี จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ซึ่งไม่ลดลงนี้มีสาเหตุมาจากการแพร่เชื้อเอชไอวีในประเทศที่ยังคงดำเนินอยู่อย่างต่อเนื่อง กลยุทธ์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจึงมีความสำคัญและต้องนำมาใช้เพื่อยุติโรคติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ภายในปี พ.ศ. 2573 ตามเป้าหมายขององค์การอนามัยโลก (ธนา ขอเจริญพร, 2565)

2.2.1 พยาธิสภาพของเชื้อเอชไอวีและการก่อภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

เอชไอวี หรือ Human immunodeficiency virus, HIV เป็น RNA virus จัดอยู่ในกลุ่ม Retroviridae เดิมชื่อ Human Lymphotropic Virus III (HTLV III) เนื่องจากมีความสามารถติดเชื้อสู่เซลล์ T-Lymphocyte โดยเฉพาะ Helper T-Lymphocyte ซึ่งสามารถย้อม Marker บนผิวเซลล์ติด CD4 receptor จึงมักเรียกว่า CD4+ T-lymphocyte ซึ่งทำงานร่วมกับ antigen presenting cells(APCs) และเครือข่ายการตอบสนองทางระบบภูมิคุ้มกัน (Raimondo & Suligoi, 2010)

เอชไอวี อาศัยโมเลกุล gp-120 บนเปลือกนอกเซลล์จับกับ CD4+ receptor บนผิวของ T-lymphocyte และด้วยความช่วยเหลือของ co receptor (CXCR-4 หรือ CCR-5) บนผิว T-lymphocyte ทำให้เกิดการยึดติดที่มั่นคง เกิดกระบวนการ Fusion จากนั้นไวรัสจึงส่ง RNA เข้าสู่ Cytoplasm ผ่านการ transcription โดยใช้ reverse transcriptase enzyme จนได้เป็น double stranded DNA ก่อนเข้าสู่ nucleus ของ T-lymphocyte และเข้าแทรกตัวในสายของ DNA T-lymphocyte โดยอาศัย Integrase enzyme หลังจากแปลงตัวใน T-lymphocyte ไวรัสจะอาศัยกระบวนการ transcription ของ T-lymphocyte ได้เป็น pro-viral DNA และได้รับการพัฒนาองค์ประกอบโปรตีนภายนอกโดยใช้ protease enzyme จนสามารถสร้างและเกิด Viral maturation เป็นไวรัสตัวใหม่จำนวนมาก และกระจายไปยัง CD4+ T-lymphocyte ตัวต่อ ๆ ไป และ CD4+ T-lymphocyte ที่ติดเชื้อแล้วจะถูกทำให้มีค่าชีวิตที่สั้นลงเมื่อโรคดำเนินไป CD4+ T-lymphocyte ที่สร้างใหม่ไม่ทันกับ CD4+ T-lymphocyte ที่ถูกทำลายไปทำให้จำนวนลดลงเรื่อย ๆ

จนถึงระดับหนึ่ง (โดยเฉลี่ยประมาณ 200cells/cu.mm.) จะเริ่มเกิดเชื้อและโรคฉวยโอกาส ยิ่งจำนวน CD4+ T-lymphocyte ลดลงมากเท่าไร โอกาสเกิดเชื้อฉวยโอกาสจากเชื้อแบบแฝง (Latent Infection) อยู่แล้ว หรือเชื้อที่ได้รับเข้ามาใหม่ (Raimondo & Suligoi, 2010)

การแพร่กระจายของไวรัสอย่างต่อเนื่องเข้าสู่ CD4+ หรือ helper T-lymphocyte ทำให้สูญเสีย helper T-lymphocyte ซึ่งทำหน้าที่สำคัญในกระบวนการ cellular immune response ซึ่งจำเป็นต่อการตอบสนองการติดเชื้อโดยเฉพาะเชื้อที่ phagocyte ซึ่งเป็น primary immune response ไม่สามารถกำจัดได้ เมื่อระดับ primary immune response เสียหายไปมากพอ ผู้ป่วยมักจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเหล่านั้นและก่อให้เกิดการเจ็บป่วยและเสียชีวิตได้ (Raimondo & Suligoi, 2010) นอกจากนี้ cellular immune response ยังสำคัญต่อการควบคุมการกำจัดเซลล์ที่กลายเป็นมะเร็ง ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้จึงมีโอกาสเกิดมะเร็งได้สูงขึ้น โดยเฉพาะมะเร็งที่สัมพันธ์กับเชื้อไวรัส เช่น HTLV, EBV, Lymphoma, Human Papilloma Virus, Kaposi's sarcoma เป็นต้น (De Lima et al., 2020)

2.2.2 การดำเนินของโรคมะเร็ง 3 ระยะ ดังต่อไปนี้

1. การติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลัน (Acute HIV Infection)

การติดเชื้อเอชไอวีเฉียบพลันเป็นระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี และโดยทั่วไปจะเกิดขึ้นภายใน 2 ถึง 4 สัปดาห์หลังจากติดเชื้อเอชไอวี ในช่วงเวลานี้ บางคนมีอาการคล้ายไข้หวัด เช่น มีไข้ ปวดศีรษะ และมีผื่นขึ้น ในระยะเฉียบพลันของการติดเชื้อ เอชไอวีจะเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วและแพร่กระจายไปทั่วร่างกาย ไวรัสโจมตีและทำลายเซลล์ CD4 ที่ต่อสู้กับการติดเชื้อ (CD4 T Lymphocyte) ของระบบภูมิคุ้มกัน ในช่วงระยะเฉียบพลันของการติดเชื้อเอชไอวี ระดับของเชื้อเอชไอวีในเลือดจะสูงมาก ซึ่งจะเพิ่มความเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอชไอวีอย่างมากถึง 26 เท่าของระยะแฝง (Hollingsworth et al., 2008) ผู้ป่วยจะได้รับประโยชน์อย่างมากหากได้รับยาต้านไวรัสในระยะนี้

2. การติดเชื้อเอชไอวีในระยะเรื้อรัง (Chronic HIV Infection)

ระยะที่สองของการติดเชื้อเอชไอวีคือการติดเชื้อเอชไอวีเรื้อรัง (เรียกอีกอย่างว่า การติดเชื้อเอชไอวีแบบไม่แสดงอาการหรือระยะแฝง) ในระยะนี้ เชื้อเอชไอวียังคงเพิ่มจำนวนในร่างกายแต่เพิ่มในระดับที่ต่ำมาก ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะนี้อาจไม่มีอาการใด ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี หากไม่ได้รับยาต้านไวรัสการติดเชื้อเอชไอวีเรื้อรังมักจะลุกลามไปสู่โรคเอดส์ใน 10 ปีหรือมากกว่านั้น แต่ในบางรายอาจลุกลามเร็วกว่านั้น ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอาจอยู่ในระยะนี้ได้นานหลายสิบปี แม้ว่าจะยังคงสามารถแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่นได้ในระยะนี้ แต่ผู้ที่รับประทานยาต้านไวรัสอย่างถูกต้องตามที่กำหนดและควบคุมปริมาณไวรัสจนไม่สามารถตรวจหาได้จะไม่มีความเสี่ยงในการแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่นที่ไม่มีเชื้อเอชไอวีผ่านทางกรรมเพศสัมพันธ์

3. โรคเอดส์ (AIDS)

โรคเอดส์เป็นการติดเชื้อเอชไอวีระยะสุดท้ายที่รุนแรงที่สุด เนื่องจากเชื้อเอชไอวีได้ทำลายระบบภูมิคุ้มกันอย่างรุนแรง ร่างกายจึงไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อฉวยโอกาสได้ (โรคติดเชื้อฉวยโอกาส คือ การติดเชื้อและมะเร็งที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ) ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์หากมีจำนวน CD4 น้อยกว่า 200 cells/mm³ หรือมีการติดเชื้อฉวยโอกาสบางอย่างเมื่อผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ ผู้ป่วยจะมีปริมาณไวรัสสูงและสามารถแพร่เชื้อเอชไอวีไปยังผู้อื่นได้อย่าง หากไม่ได้รับการรักษา ผู้ที่เป็นโรคเอดส์มักมีชีวิตรอดอยู่ได้ประมาณ 3 ปี (HIVinfo.NIH, 2021)

2.2.3 การติดต่อของเอชไอวี มีดังต่อไปนี้

เชื้อเอชไอวีสามารถแพร่ได้ทางเลือดหรือสารคัดหลั่งต่าง ๆ ในร่างกาย ทางติดต่อที่สำคัญได้แก่

1. ผ่านทางเพศสัมพันธ์ เป็นทางติดต่อแพร่เชื้อฯ ที่พบบ่อยที่สุด โดยอัตราการติดเชื้อฯ พบร้อยละ 80 ของการติดเชื้อฯ ทั้งหมด อัตราเสี่ยงของการติดเชื้อฯ พบได้สูงในกลุ่มบุรุษรักร่วมเพศ (homosexual)

2. ติดจากมารดาที่มีเชื้อโดยเชื้อไวรัสจากมารดาผ่านมายังทารกโดยเฉพาะอย่างยิ่งในขณะที่มารดามีปริมาณไวรัสสูง ก่อนยุคที่จะมีการใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่าการติดเชื้อฯ จากมารดาสู่ทารกมีอัตราสูงร้อยละ 15-30 โอกาสที่ทารกจะติดเชื้อจากมารดาเกิดขึ้นได้ตลอดระยะเวลาของการตั้งครรภ์ คือ (1) ก่อนคลอด ตั้งแต่อยู่ในครรภ์โดยเชื้อจากเลือดของมารดาผ่านรกสู่ทารก (2) ขณะคลอด ผ่านทางคลอดซึ่งสัมผัสเชื้อในเลือดและสารคัดหลั่งในบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ โดยส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อฯ ในไตรมาสที่สามของการตั้งครรภ์ หรือสัมผัสเชื้อเมื่อมีการแตกของถุงน้ำคร่ำนานเกิน 6 ชั่วโมง หรือเกิดจากหัตถการของบุคลากรทางการแพทย์ในระหว่างคลอดก็ได้ และ (3) หลังคลอด ระยะเลี้ยงดู โดยทารกได้รับเชื้อฯ ที่ปนเปื้อนอยู่ในน้ำนม หรือในเซลล์ macrophages /lymphocytes ซึ่งอยู่ในน้ำนม แต่หลังจากมีการให้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ นี้ในระยะก่อน และระหว่างคลอด และให้กับทารกแรกคลอดอีกระยะเวลาหนึ่ง ร่วมกับการไม่เลี้ยงดูทารกด้วยนมมารดา ทำให้อัตราการติดเชื้อฯ จากมารดาสู่ทารกมีแนวโน้มลดลงเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1

3. ผ่านเข้าทางผิวหนัง การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันเป็นวิธีการแพร่ระบาดที่สำคัญ หรือติดจากการได้รับเลือดหรือปลูกถ่ายอวัยวะบริจาคที่ปนเปื้อนเชื้อฯ รวมทั้งการได้รับเชื้อฯ จากอุบัติเหตุทางการแพทย์ โดยเฉพาะถูกเข็มตำหรือของมีคมบาด (กัลยาณี คุปพัลทรัพย์, 2560)

2.2.4 กระบวนการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี สามารถตรวจหาเชื้อทางห้องปฏิบัติการตามขั้นตอนปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. กระบวนการตรวจหาเชื้อเอชไอวีต้องปฏิบัติตามแนวทาง 5C (WHO, 2015)

- 1) Consent ต้องได้รับการยินยอมจากผู้เข้ารับบริการก่อนการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
- 2) Counselling ผู้รับบริการต้องได้รับการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจหาเชื้อเอชไอวี
- 3) Confidential ผู้รับบริการต้องได้รับการเก็บรักษาความลับการบริการตรวจอย่างเคร่งครัด
- 4) Correct test Result ผลการตรวจมีความถูกต้องและแม่นยำ
- 5) Connection to care การส่งต่อผู้รับบริการที่มีผลเป็นบวกให้เข้าสู่กระบวนการรักษาด้วยยาต้าน เชื้อเอชไอวีโดยเร็ว

2. การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการ

1) การตรวจหาแอนติเจนของเชื้อเอชไอวี (HIV p24 Ag testing) เป็นวิธีการตรวจหาโปรตีนที่จำเพาะของเชื้อเอชไอวี ใช้เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรกที่ยังไม่มี การสร้าง anti-HIV หรือเพิ่งมีการติดเชื้อได้ไม่นานยังไม่สามารถตรวจพบแอนติบอดีได้ และอาจใช้เพื่อ วินิจฉัยทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ ซึ่งช่วยเพิ่มความไวในการตรวจหาการติดเชื้อ ชุดตรวจ HIV p24 Ag อย่างเดียวในปัจจุบันมีความไวเชิงวิเคราะห์ (analytical sensitivity) ในการตรวจจับ HIV p24 Ag ได้ต่ำกว่า 2 IU/ml

2) การตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี (anti-HIV testing) เป็นการ ทดสอบที่นิยมใช้แพร่หลายที่สุด สามารถตรวจพบได้หลังติดเชื้อประมาณ 34 สัปดาห์ ตรวจพบได้ใน เลือดและสารคัดหลั่งอื่นๆโดยมีการตรวจทั้งแบบตรวจกรองเบื้องต้น (initial tests หรือ screening tests) และการตรวจเสริม(supplemental tests)ปัจจุบันวิธีทดสอบส่วนใหญ่ใช้หลักการ sandwich immunoassay โดยอ่านผลการเกิดปฏิกิริยา enzyme substrate, chemiluminescence หรือ fluorescence เป็นวิธีทดสอบที่ใช้กับเครื่องมือทั้งระบบปิด (machine based assay) หรือระบบ เปิด (open system) ที่เป็น microplate เป็นต้น รวมทั้งชุดตรวจแบบรวดเร็ว (rapid test) หรือ แบบง่าย (simple assay)

3) ชุดตรวจแอนติบอดีที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวีและแอนติเจนของเชื้อพร้อมกันใน น้ำยาเดียวกัน เป็นพัฒนาการของน้ำยาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ที่เป็น fourth generation ในชื่อ HIV Ag/Ab combination assay เพื่อตรวจ anti-HIV และ/หรือ HIV p24 Ag ในคราวเดียวกันทำให้ ง่ายต่อการวิเคราะห์ ทั้งนี้เริ่มแรกของชุดน้ำยามีวัตถุประสงค์เพื่อใช้ในงานตรวจกรองเพื่อความ ปลอดภัยในเลือดบริจาค แต่ต่อมาได้มีการนำมาใช้ในงานเพื่อการวินิจฉัยรายบุคคลทำให้ความไวใน การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเพิ่มขึ้น ปัจจุบันชุดตรวจ HIV Ag/Ab combination assay ได้รับความ นิยมแพร่หลายในห้องปฏิบัติการต่าง ๆ มาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2553

4) การตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี หรือ nucleic acid test (NAT) ในปี พ.ศ. 2542 ประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการใช้ชุดตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวีในพลาสมาเพื่อตรวจกรองเลือดบริจาคโดยใช้หลักการ reverse transcription polymerase chain reaction (RT-PCR) ซึ่งสามารถตรวจจับผู้ติดเชื้อได้เร็วกว่าการตรวจหา HIV p24 As เป็นเวลา 5-10 วันและเร็วกว่าการตรวจ anti-HIV ประมาณ 10-15 วัน จึงเป็นวิธีที่มีความไวและความจำเพาะสูงมาก แต่เทคนิควิธีการทดสอบยังมีความซับซ้อนและใช้เวลานานกว่าการตรวจทางภูมิคุ้มกันวิทยาและมีราคาแพง ดังนั้นจึงมีการนำตัวอย่างมารวมกันเป็น pool plasma เพื่อตรวจรวมกัน

การตรวจหาเชื้อเอชไอวีมีข้อควรระวังในการเกิดผลปลอม โดยสาเหตุที่พบบ่อยในการเกิดผลปลอมของการตรวจเอชไอวี (กัลยาณี คุปุลทรัพย์, 2560) ได้แก่

1. สาเหตุที่ทำให้เกิดผลลบปลอม (False Negative)

1) ความผิดพลาดจากสารในร่าง (Biological error) ซึ่งเกิดจากการตรวจในช่วงที่เป็นระยะฟักตัว window period หรือเกิดจากการมีสารบางอย่างในเลือดที่ยับยั้งปฏิกิริยาของชุดตรวจ นอกเหนือจากนั้นยังเกิดจาก Seroreversion ในผู้ป่วยที่ Acute Infection ที่รักษาเร็ว

2) ความผิดพลาดที่เกิดโดยผู้ปฏิบัติงาน (Human error) ในขณะตรวจทางห้องปฏิบัติการไม่ได้ใส่ตัวอย่างหรือใส่ตัวอย่างน้อยเกินไป เติมน้ำยาตรวจมากเกินไป การเก็บรักษาชุดตรวจไม่ถูกต้องตามคำแนะนำและใช้น้ำยาหมดอายุ

3) ความผิดพลาดที่เกิดจากโรงงานผลิต (Manufacturing error) เกิดจากความผิดพลาดจากโรงงานที่ผลิตชุดตรวจที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของชุดตรวจ

2. สาเหตุที่ทำให้เกิดผลบวกปลอม (False Positive)

1) ความผิดพลาดจากสารในร่าง (Biological error) มี Antibody ที่ไม่จำเพาะเกิดขึ้นในร่างกาย และเกิดปฏิกิริยาข้ามกลุ่มของ Antigen จากคล้ายคลึงกันของโครงสร้างโปรตีนบนผิวเซลล์

2) ความผิดพลาดที่เกิดโดยผู้ปฏิบัติงาน (Human error) ซึ่งเกิดการเก็บรักษาชุดตรวจไม่ถูกต้องตามคำแนะนำของผู้ผลิต และการอ่านผลผิดพลาด ในกรณีที่อ่านผลด้วยสายตา

3) ความผิดพลาดที่เกิดจากโรงงานผลิต (Manufacturing error) เกิดจากความผิดพลาดจากโรงงานที่ผลิตชุดตรวจที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพของชุดตรวจ

2.2.5 หลักการรักษาคัดเชื้อเอชไอวี การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะดำเนินการดังนี้

1. ทำความเข้าใจกับผู้ป่วยเกี่ยวกับเป้าหมายการรักษา ผู้ป่วยมักตั้งเป้าหมายเพื่อต้องการหายขาดจากโรค (Disease cure) แต่การรักษาด้วยยา รวมทั้งวิธีทางภูมิคุ้มกันวิทยาอื่น ๆ ยังไม่สามารถทำให้หายขาดจากการติดเชื้อได้อย่างสมบูรณ์ ดังนั้นเป้าหมายหลักในการรักษาคือการจำกัดจำนวนเชื้อไวรัสในส่วนที่จะก่อให้เกิดความเสียหายมากที่สุด (Virological response) และทำให้ร่างกายฟื้นฟูระบบภูมิคุ้มกันได้แก่ CD4+, T-lymphocyte (CD4 count) ของผู้ป่วยให้มากที่สุด

(Immunological response) กระบวนการคงไว้ซึ่งการตอบสนองเหล่านี้ให้นานที่สุดเพื่อให้ได้ผลรวมที่เรียกว่า Functional cure

2. เลือกใช้ยาต้านไวรัสหลายสูตรร่วมกัน (Combination regimen) เพื่อเสริมฤทธิ์กัน และป้องกันการดื้อยาจนสามารถควบคุมเชื้อไวรัสให้ได้มากที่สุด (Highly active anti-retrovirus therapy, HAART) โดยใช้การตรวจนับจำนวนเชื้อไวรัสในกระแสเลือด (HIV viral load, VL) ระหว่างได้รับยาต้านไวรัสเป็นตัวบ่งชี้ผลของการรักษาเอชไอวี

3. ตั้งเป้าหมายให้ยาจนไม่สามารถตรวจนับเชื้อไวรัสในเลือดได้ (below detection level viremia, Undetectable viremia) ปัจจุบันสูตรยารวมเป็นมาตรฐานที่รับรองให้ใช้สามารถลดจำนวนเชื้อได้ถึงเป้าหมายได้ แต่อาจมีข้อระวังกับการเลือกใช้ยาบางชนิดในกรณีที่ผู้ป่วยมีระดับไวรัสในเลือดสูงมาก ๆ เช่นยา ยา abacavir และ rilpivirine สำหรับผู้ป่วยที่มี HIV RNA > 100,0001 copies/mL ระยะเวลาจากการเริ่มใช้ยาจนถึงเป้าหมาย undetected viral load อาจเริ่มตั้งแต่ 2 สัปดาห์แรกแต่ไม่ควรเกิน 24 สัปดาห์ ซึ่งหากเกินระยะเวลาเป็นข้อบ่งชี้ว่าผู้ป่วยน่าจะมีการดื้อยาที่เลือกใช้ (Primary drug resistance) พบมากในแถบประเทศตะวันตก

4. รักษาการตอบสนองไว้นานที่สุด (Maintain virologic response) การวัดเป็นระยะเวลาการไม่สามารถตรวจนับเชื้อไวรัสในเลือดจากการใช้ยาต้านไวรัสจนกระทั่งกลับมาตรวจพบเชื้อใหม่ (time-to-loss Of virologic response, TLVR) ให้นานที่สุด ซึ่งความล้มเหลวของการลดจำนวนไวรัส (virological failure) มักเกิดจากการดื้อยาของเชื้อไวรัสทั้งจากการดื้อยาตามธรรมชาติโดยไวรัสเอง (natural resistant mutation ซึ่งพบน้อยมาก) กับการดื้อยาจากการที่ระดับยาด้านไวรัสที่ได้ไม่เพียงพอ (acquired resistant mutation) โดยเฉพาะการขาดยา การกินยาเลยเวลาที่กำหนดการมีปฏิกิริยาทางยากับยาหรืออาหารอื่นที่กินร่วม และการได้รับพันธุกรรมดื้อยาจากผู้ติดเชื้อรายอื่น

5. ศึกษาผลข้างเคียงจากยา และวางแผนติดตาม เฝ้าระวัง และจัดการกับผลข้างเคียงจากยาที่ใช้ ประเมินโอกาสเกิดผลข้างเคียงระยะสั้นจนถึงระยะยาว เริ่มจากเลือกสูตรยาที่เหมาะสมที่สุดสำหรับแต่ละบุคคล (หลัก one not fit to all) ให้มีโอกาสเกิดผลข้างเคียงน้อยที่สุด และติดตามผลข้างเคียงแบบทั่ว ๆ ไป ร่วมกับแบบเฉพาะต่อยาและบุคคล (individualized adverse effects) (Dybul et al., 2002)

2.2.6 ยาที่ใช้ในการรักษา หรือยาต้านไวรัสเอชไอวี

ยาด้านไวรัสที่ใช้ในการรักษาแบ่งออกเป็น 6 กลุ่ม (นิรชา อธิปัญญาศิลป์, 2561)

1. Nucleoside/Nucleotide Reverse Transcriptase Inhibitors (NRTIs)

เป็นยากลุ่มแรกที่ได้รับการอนุมัติจาก FDA ยากลุ่มนี้จะไปยับยั้งการสร้าง Enzyme reverse transcriptase ในการเปลี่ยนสารพันธุกรรมชนิด RNA ของไวรัสไปเป็น DNA ยาในกลุ่มนี้มี

7 ชนิดที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้ได้แก่ Abacavir (ABC), Didanosine (ddl), Emtricitabine (FTC), lamivudine (3TC), Stavudine (d4T), Tenofovir (TDF), Zidovudine (AZT)

2. Non-Nucleoside Reverse Transcriptase Inhibitors (NNRTIs)

ยาในกลุ่มนี้จับกับ Enzyme Reverse Transcriptase ทำให้เกิดรูปร่างลักษณะของ Enzyme เปลี่ยนแปลงผิดรูปทำให้ไม่สามารถเปลี่ยน RNA เป็น DNA ได้และการจับ NNRTIs สามารถ polymerase activity ได้ยาในกลุ่มนี้มี 4 ชนิดที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้ได้แก่ Efaviranz (EFV), Etravirine (ETR), Nevirapine (NVP), Rilpivirine (RPV)

3. Protease Inhibitors (PIs)

ยาในกลุ่มนี้จับกับ Enzyme protease ที่สร้างขึ้นมาจากเชื้อเอชไอวี โดอน enzyme ที่สร้างขึ้นมาจากเชื้อเอชไอวี ทำหน้าที่ตัด gag และ gag-polyprotein precursor ทำให้ไวรัสไม่มีความสมบูรณ์ ยาในกลุ่มนี้มี 8 ชนิดที่ได้รับการอนุมัติให้ใช้ได้แก่ Atazanavir (ATV), Darunavir (DRV), Fosamprenavir (FPV), Indinavir (IDV), Nelfinavir (NFV), Ritonavir (RTV), Saquinavir (SQV), Tipranavir (TPV)

4. Integrase Inhibitors

ยาในกลุ่มนี้ยับยั้งการทำงานของ enzyme Integrase ซึ่งไวรัสใช้ enzyme ชนิดนี้ในการผสมสารพันธุกรรมเข้าสู่ DNA ของ Host Infected cells ยาในกลุ่มนี้มี 3 ชนิดที่อนุมัติให้ใช้ได้แก่ Dolutegravir (DTG), Elvitegravir (EVG), Raltegravir (RAL)

5. Fusion Inhibitors.

ยาในกลุ่มนี้ช่วยยับยั้งการหลอมรวมเปลือกของไวรัสเข้าสู่เยื่อหุ้มเซลล์ ยาในกลุ่มนี้มี 1 ชนิดที่ได้รับการอนุมัติได้แก่ Enfuvirtide (T-20)

6. Entry Inhibitors

ยาในกลุ่มนี้ยับยั้งไม่ให้ไวรัสจับกับ receptor บนผิวเซลล์ ยาในกลุ่มนี้มี 1 ชนิดที่ได้รับการอนุมัติได้แก่ maraviroc (MCV)

2.2.7 การป้องกันและการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่มีความเสี่ยงในกรณีต่าง ๆ ควรมีการตรวจเลือดอย่างสม่ำเสมอ ลดพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่น การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การใช้สารเสพติดขณะมีเพศสัมพันธ์ การมีเพศสัมพันธ์ขณะมีเมามา สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ หลีกเลี่ยงการเปลี่ยนคู่นอนที่บ่อยจนเกินไปตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ และรับประทานยาป้องกันการติดเชื้อก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (CDC, 2022a)

2.3 ซิฟิลิส (Syphilis)

จากสถานการณ์ของโรคซิฟิลิสในประเทศไทย ที่มีแนวโน้มสูงเพิ่มขึ้น กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคจึงเห็นความสำคัญของการลดการอัตราการติดเชื้อของโรคซิฟิลิส ซึ่งสอดคล้องกับเป้าหมายในปี ค.ศ. 2030 ขององค์การอนามัยโลก (WHO) ที่ตั้งเป้าหมายลดอุบัติการณ์การติดเชื้อ *Treponema pallidum* ทั่วโลกให้ได้ร้อยละ 90 สำหรับสถานการณ์ของประเทศไทย ตามรายงาน 506 ของ กองระบาดวิทยากรมควบคุมโรค พบอัตราป่วยโรคซิฟิลิสสูงเป็นอันดับสองของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยรองจากอัตราป่วยด้วยโรคหนองใน และอัตราป่วยโรคซิฟิลิสมีแนวโน้มสูงขึ้นโดยในปี พ.ศ. 2562 พบอัตราป่วย 13.2 รายต่อแสนประชากร สูงกว่าปี พ.ศ. 2558 ที่พบอัตราป่วย 5.3 รายต่อแสนประชากร โดยเพิ่มขึ้นมากกว่า 2 เท่าและมีแนวโน้มที่จะเพิ่มจำนวนขึ้นเรื่อย ๆ (ณัฐพล งามจิระธรรม, 2564)

2.3.1 พยาธิสภาพของซิฟิลิส

โรคซิฟิลิสเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย *Treponema pallidum* subsp. *pallidum* ซึ่งเป็น spirochete ที่มีความยาว 6-20 Um เส้นผ่านศูนย์กลาง 0.09-0.18 um มี 8-20 เกลียว มี periplasmic flagella หรือ endoflagella 3 เส้นเคลื่อนที่แบบควงสว่าน (corkscrew) ไปข้างหน้าและหลัง เป็นมูมแหลมหรือมูมป้านเชื่อนี้ชอบความชื้น ตายง่ายในสภาวะแห้ง เป็นเชื้อที่ถ่ายทอดทางกรรมเพศสัมพันธ์และถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารก การติดเชื้อซิฟิลิสสามารถแบ่งออกได้เป็น 4 ระยะโรค (นิสิต คงกริกเกียรติ, 2558) ได้แก่

1. ระยะแฝง เป็นระยะที่ไม่ปรากฏอาการและอาการแสดงของโรค
2. ซิฟิลิสระยะที่ 1 ผู้ป่วยจะมีแผลที่อวัยวะเพศหรือทวารหนัก ลักษณะเป็นแผลขอบแข็งไม่เจ็บเรียกว่า Chancre ในบางรายอาจจะมีต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบโต
3. ซิฟิลิสระยะที่ 2 ผู้ป่วยจะมีอาการมีผื่นตามลำตัว ฝ่ามือและฝ่าเท้าอาจมีผื่น condylomata lata ผื่นในช่องปาก (mucous patch) ผื่นร่วมต่อมน้ำเหลืองที่ขาหนีบและตำแหน่งอื่น ๆ โต
4. ซิฟิลิสระยะที่ 3 ผู้ป่วยจะมี Neurosyphilis cardiovascular syphilis และ benign gummatous syphilis

2.3.2 การตรวจเชื้อซิฟิลิสทางห้องปฏิบัติการ (นิสิต คงกริกเกียรติ, 2558)

การวินิจฉัยซิฟิลิสทำได้โดยการตรวจหาเชื้อ *T. Pallidum* จากแผล chancre ในซิฟิลิสระยะที่ 1 หรือจากผื่น condylomata lata และ mucous patch ในซิฟิลิสระยะที่ 2 โดยใช้การส่องดูด้วยกล้องจุลทรรศน์ Dark field microscope ซึ่งการตรวจพบเชื้อ *T. Pallidum* จากกล้องจุลทรรศน์นี้

ถือว่าเป็น definitive diagnosis หากผู้ป่วยไม่มีแผลหรือผื่นชนิดที่กล่าวมา การวินิจฉัยซิฟิลิส ทำได้ โดยการตรวจเลือดร่วมกับอาการทางคลินิกอื่น ๆ เช่น มีผื่นตามลำตัว มีผื่นตามฝ่ามือฝ่าเท้า เป็นต้น หรือหากผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงใด ๆ แต่สงสัยว่าจะเป็นซิฟิลิส การวินิจฉัยใช้การตรวจเลือดร่วมกับ การซักประวัติพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยซิฟิลิส ต้องใช้ treponemal test หาก treponemal test ให้ผลบวก ให้วินิจฉัยเป็นซิฟิลิส (presumptive diagnosis) ส่วน nontreponemal test ที่ให้ผลบวก ยังไม่สามารถระบุได้ว่าเป็นซิฟิลิส ต้องยืนยันด้วย treponemal test เสมอ

2.3.3 การรักษาซิฟิลิส

แบ่งการรักษาเป็น 2 ระยะ ได้แก่

1. ซิฟิลิสช่วงต้น (Early syphilis) ได้แก่ ซิฟิลิสระยะที่ 1 (primary syphilis) ซิฟิลิสระยะที่ 2 (secondary syphilis) และซิฟิลิสระยะแฝง ไม่เกิน 1 ปี (early latent syphilis) รักษาโดยการให้ยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อ ครั้งเดียว และติดตามและรักษาคู่เพศสัมพันธ์แม้ไม่มีอาการและผลเลือดเป็นลบ

2. ซิฟิลิสช่วงปลาย (Late syphilis) ได้แก่ ซิฟิลิสระยะแฝง เกิน 1 ปี (late latent syphilis) แผลซิฟิลิสระยะที่ 3 (late benign gummatous syphilis) ซิฟิลิสระบบหัวใจและหลอดเลือด (cardiovascular syphilis) (นีสิต คองเกรกเกียรติ, 2558) รักษาโดยการให้ยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ฉีดเข้ากล้ามเนื้อสัปดาห์ละ 1 ครั้ง นาน 3 สัปดาห์ ติดต่อกัน และให้การรักษาคู่เพศสัมพันธ์หากมีผลเลือดผิดปกติ

2.3.4 การป้องกันและการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิส

การใช้ถุงยางอนามัยอย่างถูกต้องทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์สามารถลดความเสี่ยงในการรับหรือให้ซิฟิลิสได้ ถุงยางอนามัยให้การป้องกันเมื่อถุงยางครอบคลุมบริเวณที่ติดเชื้อหรือบริเวณที่มีโอกาสสัมผัส อย่างไรก็ตาม การแพร่ของเชื้อซิฟิลิสสามารถเกิดขึ้นได้กับรอยโรคที่ไม่ได้ปิดด้วยถุงยางอนามัย

วิธีเดียวที่จะหลีกเลี่ยงซิฟิลิสได้อย่างสมบูรณ์คือการไม่มีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ทวารหนัก หรือทางปาก และอีกทางเลือกหนึ่งคือการมีความสัมพันธ์แบบคู่สมรสคนเดียวในระยะยาวกับผู้ที่ไม่มีเชื้อซิฟิลิส (CDC, 2021a)

2.4 ไวรัสตับอักเสบซี (Hepatitis C)

เชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี (Hepatitis C virus, HCV) เป็นสาเหตุสำคัญของผู้ป่วยตับอักเสบที่เกิดขึ้นหลังจากการรับเลือดพบร้อยละ 80 - 90 เนื่องจากในขณะนั้นยังไม่สามารถตรวจ Anti - HCV โดยตรงทางธนาคารเลือดจึงใช้วิธีทางอ้อม (Surrogate test) โดยดูว่าไม่มี Serological markers ของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี คือ ตรวจไม่พบ Anti - HBc และ/หรือ ALT (Alanine transaminase enzyme) ซึ่งเป็นเอนไซม์ของตับมีระดับสูง จะไม่นำเลือดหน่วยนั้นมาใช้กับผู้ป่วย เพราะถือว่าเป็นเลือดที่มีความเสี่ยงในการแพร่เชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี การใช้แนวทางด้วยการทิ้งเลือดที่พบ Anti - HBc และ/หรือ ALT สูงเช่นนี้ พบอัตราเสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี 1 : 500 ต่อมาเมื่อมีการตรวจ Anti - HCV ในเลือดบริจาคทุกหน่วยความเสี่ยงดังกล่าวลดลงเป็น 1 : 100,000 ในปัจจุบันได้เริ่มมีการศึกษาวิจัยให้ตรวจจีโนม (Genome) ของเชื้อไวรัสตับอักเสบ ซี เพื่อลดอุบัติการณ์ของการติดเชื้อในเลือดของผู้บริจาคซึ่งอยู่ในระยะที่ยังไม่สร้างแอนติบอดี (Window period)

ในประเทศไทยพบอัตราความชุกผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังประมาณร้อยละ 0.39 และคาดว่าจะมีผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบซีเรื้อรังประมาณ 356,670 รายทั่วประเทศ พบมากที่สุดในประเทศอายุ 41-50 ปี และมีประชากรกลุ่มเสี่ยงสูงที่สุดในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

2.4.1 การติดต่อของไวรัสตับอักเสบซี

สาเหตุของการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซีมีหลายสาเหตุ ดังต่อไปนี้ บุคคลที่ผ่านการให้เลือดและผลิตภัณฑ์ทุกชนิด โดยเฉพาะได้รับก่อนปี พ.ศ. 2533 จากสภากาชาดไทย โดยการคัดกรองไวรัสตับอักเสบซีเริ่มควบคุมและคัดกรองทั่วประเทศหลังปี พ.ศ. 2535 บางกรณีเกิดจากการการใช้เข็มและอุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน การสัก การเจาะหูโดยให้อุปกรณ์ที่ไม่มีมาตรฐานการพอกไตในผู้ป่วยไตวายเรื้อรังและติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563) หรืออาจจะแบ่งประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะเกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบซี ได้ดังนี้

1. ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
2. ชายรักชาย และพนักงานบริการทางเพศ
3. ผู้ที่มีประวัติใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น
4. ผู้ต้องขังหรือผู้ที่เคยมีประวัติต้องขัง
5. เคยได้รับเลือดหรือได้รับอวัยวะบริจาคก่อนปี 2535
6. ผู้ที่เคยสักผิวหนัง เจาะผิวหนังหรืออวัยวะต่าง ๆ ในสถานประกอบการที่ไม่ใช่

สถานพยาบาล

7. ผู้ที่มีภาวะไตวายเรื้อรังที่จำเป็นต้องได้รับการฟอกไตเป็นประจำ
8. ผู้ที่เป็นคู่สมรสหรือผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ป่วยโรคไวรัสตับอักเสบบี
9. ผู้ที่มีมารดาเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง
10. ผู้ที่เคยได้รับการรักษาจากผู้ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข เช่น ฉีดยา ถอนฟัน หรือหัตถการอื่น ๆ
11. ผู้ที่มีค่าเอนไซม์ของตับผิดปกติ
12. ผู้ที่สัมผัสหรือมีประวัติการสัมผัสเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วยไวรัสตับอักเสบบี

2.4.2 อาการของโรคไวรัสตับอักเสบบี แบ่งได้เป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 ตับอักเสบบีบพอง ตับอักเสบบีบพอง หลังจากไวรัสตับอักเสบบี เข้าสู่ร่างกายแล้วจะทำให้เกิดการอักเสบของตับ แต่ส่วนมากผู้ป่วยจะไม่มีอาการ มีเพียงประมาณร้อยละ 25 - 30 ของผู้ป่วยจะมีอาการตัวเหลือง ตาเหลือง ที่เรียกว่า ดีซ่าน ดังนั้นผู้ป่วยส่วนใหญ่จะไม่ว่าตัวเองเกิดการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แบบเฉียบพลัน

ระยะที่ 2 ตับอักเสบบีเรื้อรัง ผู้ป่วยที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี มากกว่าร้อยละ 80 จะเกิดภาวะตับอักเสบบีเรื้อรัง ซึ่งในระยะแรกผู้ป่วยมักจะไม่มีอาการ จนเมื่อตับถูกทำลายไปมากพอควรหรือมีการอักเสบของตับมาก ผู้ป่วยจะมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร

ระยะที่ 3 ตับแข็ง ในระยะแรก ยังไม่มีอาการหรือความผิดปกติ ผู้ป่วยยังสามารถมีชีวิตทำงานได้ตามปกติเหมือนเดิมจนกระทั่งผู้ป่วยสูญเสียการทำงานของตับมากขึ้นเรื่อย ๆ ก็จะเริ่มมีอาการต่าง ๆ ซึ่งอาการแสดงแบ่งเป็น 2 ระยะ

1. อาการที่เกิดจากการสูญเสียการทำงานของเซลล์ตับ ทำให้การสร้างสารอาหารพลังงาน และการทำลายพิษต่าง ๆ ผิดปกติ อาจพบอาการ ดังนี้ อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ผอมลง ตัว ตาเหลือง ท้องมาน้ำ ขาบวม ผิวดำคล้ำ แห้ง คันโดยไม่มีแผลหรือผื่นมากกว่าเดิม เลือดกำเดาออก เลือดออกตามไรฟัน ผิวหนังซ้ำๆ ง่าย ไวต่อสารพิษต่าง ๆ มากกว่าปกติ และซีมีสับสน

2. อาการที่เกิดจากภาวะตับแข็ง ได้แก่ อาเจียนเป็นเลือด ถ่ายดำ ถ่ายเป็นเลือด เนื่องจากการแตกของหลอดเลือดโป่งพองในหลอดอาหาร (Esophageal varices) ม้ามโต ซีด เกล็ดเลือดต่ำ เม็ดเลือดขาวต่ำ และนำไปสู่การเกิดมะเร็งตับ

2.4.3 การตรวจเชื้อไวรัสตับอักเสบบีทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจทางห้องปฏิบัติการมี 2 ขั้นตอน ดังนี้

1. การตรวจคัดกรอง การตรวจคัดกรองโดยการตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อ HCV (Anti - HCV) มีทั้งชุดตรวจที่ใช้หลักการ ELISA และชุดตรวจรวดเร็ว (Rapid Test) ที่ใช้หลักการ Immunochromatography แต่ที่ นิยมตรวจเป็นการตรวจแอนติบอดี ด้วยวิธี Enzyme

immunoassay (EIA) ซึ่งใช้ชุดการตรวจสำเร็จรูป ถ้าตรวจพบว่าให้ผลบวกจำเป็นต้องตรวจเพื่อยืนยัน การวินิจฉัยว่ามีภาวะติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

2. การตรวจยืนยันการวินิจฉัย การตรวจยืนยันการวินิจฉัยทำได้หลายวิธี เช่น HCV RNA Qualitative หรือ HCV RNA Quantitative หรือ HCV core antigen (cAg)

2.4.4 การรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

การรักษาทางการแพทย์สามารถรักษาการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี แบบเรื้อรังได้โดยผู้ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรังควรได้รับการรักษาด้วยสูตรยา DDA คือ

Sofosbuvir 400 mg/Velpatasvir 100 mg รักษา 12 สัปดาห์

Sofosbuvir 400 mg / Daclatasvir 60 mg รักษา 12 สัปดาห์

Glecaprevir 100 mg / Pibrentasvir 40 mg รักษา 8 สัปดาห์

2.4.5 การป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

วิธีป้องกันการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ทำได้โดย ไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น สวมถุงมือ ถ้าต้องสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง ห้ามใช้มีดโกนหนวด แปรงสีฟันร่วมกัน ห้ามใช้อุปกรณ์ในการสัก ร่วมกัน ผู้รับทำการเจาะสักก็ควรต้องมีอุปกรณ์ บุคลากรที่มีมาตรฐานและรับผิดชอบในการกระทำ ไม่นำอุปกรณ์ที่ใช้แล้วมาใช้กับผู้อื่น และใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2563)

2.5 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

กลุ่มชายรักชายประกอบด้วยกลุ่มที่หลากหลายในแง่ของพฤติกรรม อัตลักษณ์ และความ ต้องการด้านการดูแลสุขภาพ คำว่า “ชายรักชาย” มักใช้ในทางการแพทย์เพื่ออ้างถึงพฤติกรรมทาง เพศเพียงอย่างเดียว โดยไม่คำนึงถึงรสนิยมทางเพศ เช่น บุคคลอาจจะระบุว่าเป็นรักต่างเพศแต่ยังคงจัด อยู่ในกลุ่มชายรักชาย รสนิยมทางเพศไม่ขึ้นกับอัตลักษณ์ทางเพศ การจัดประเภทของกลุ่มชายรักชาย อาจแตกต่างกันไปในการรวมชายและหญิงข้ามเพศโดยพิจารณาจากเพศโดยกำเนิด เช่น รวมสตรีข้าม เพศ หรืออัตลักษณ์ทางเพศปัจจุบัน เช่น รวมชายข้ามเพศ ดังนั้นควรได้รับรสนิยมทางเพศและ อัตลักษณ์ทางเพศของบุคคลและค่อนอนของพวกเขาในระหว่างการเข้ารับการตรวจสุขภาพ กลุ่มชาย รักชายอาจมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เนื่องจากเครือข่าย ทางเพศหรือปัจจัยทางพฤติกรรมหรือทางชีววิทยา ซึ่งรวมถึงจำนวนค่อนอน การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใช้ ถุงยางอนามัย การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก หรือการใช้สารเสพติดปัจจัยเหล่านี้ รวมทั้งเครือข่าย

ทางเพศหรือความชุกของโรคในชุมชนที่สูงขึ้น สามารถเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชายเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มอื่น ๆ (CDC, 2021b)

2.6 พฤติกรรม ความเสี่ยงต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

การเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ติดต่อผ่านทางกรรมมีเพศสัมพันธ์ โดยไม่ใช่ถุงยางอนามัยกับผู้ที่มีการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงการมีเพศสัมพันธ์ทางปาก ทวารหนัก และช่องคลอด ตลอดจนการสัมผัสทางผิวหนังกับอวัยวะเพศ แม้ว่าถุงยางอนามัยจะมีประสิทธิภาพ แต่เชื้อ Human papillomavirus: HPV และ Herpes simplex virus : HSV สามารถแพร่กระจายโดยการสัมผัสกับบริเวณรอบ ๆ อวัยวะเพศ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางอย่าง เช่น เอชไอวี หนองในเทียม และหนองในเทียมแพร่กระจายผ่านทางของเหลวในร่างกาย เช่น น้ำอสุจิ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ รวมทั้งเอชไอวี และไวรัสตับอักเสบบีก็แพร่กระจายผ่านทางเลือดเช่นกัน โรคเริ่มที่อวัยวะเพศ ซิฟิลิส และ HPV มักแพร่กระจายผ่านการสัมผัสแบบเนื้อต่อผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ (CDC, 2023) พฤติกรรมเสี่ยงที่มีความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เกิดจากมีการเปลี่ยนคู่นอนหลายคน เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น คู่ครองเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร่วมเพศกับคนที่ไม่มีถุงยาง สุ่มสุราหรือใช้ยาเสพติดก่อนร่วมเพศ เนื่องจากจะทำให้มีการร่วมเพศที่เสี่ยงต่อการติดโรค ร่วมเพศกับผู้ติดเชื้อ และไม่สวมถุงยางขณะร่วมเพศ

2.7 ยา PrEP และการบริการให้คำปรึกษาการรับยา PrEP

ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี หรือ Pre Exposure Prophylaxis (PrEP) เมื่อวันที่ 16 กรกฎาคม พ.ศ. 2555 FDA ได้อนุมัติการใช้ยา emtricitabine/tenofovir disoproxil fumarate (FTC/TDF) ในปริมาณคงที่วันละครั้ง เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ไม่ติดเชื้อที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (Blumenthal & Haubrich, 2013) ในประเทศไทยได้แนะนำให้ใช้ PrEP มาตั้งแต่ปี 2557 ได้แก่ Tenofovir disoproxil fumarate (TDF) ขนาด 300 mg และ Emtricitabine (FTC) ขนาด 200 mg ซึ่งรวมอยู่ในเม็ดเดียวกัน ยา PrEP สามารถช่วยป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้สูงมากกว่าร้อยละ 90 สถานการณ์การเข้าถึงยา PrEP ในประเทศไทย สปสช. บรรจุยา PrEP ในสิทธิประโยชน์แก่ประชาชนไทยในปีงบประมาณ 2653 จำนวน 2,000 ราย และเพิ่มจำนวน

ขึ้นเป็น 3,000 รายในปี 2564 มีหน่วยบริการสมัครเข้าร่วมทั้งสิ้น 156 แห่ง ใน 56 จังหวัดโดยเป็นการจัดการบริการโดยความร่วมมือระหว่างองค์กรชุมชนและโรงพยาบาลในหลายจังหวัด ผลการดำเนินงานในปี 2553 ที่ผ่านมามีภาพรวมของประเทศไทยมีผู้รับบริการยา PrEP ทั้งสิ้น 11,925 ราย (Ruxrungtham et al., 2022) ซึ่งยาที่ใช้เป็นสูตรหลักในการรับประทาน ได้แก่ TDF 300 mg/ FTC 200 mg, TDF 300 mg/ 3TC 300 mg หรือ TAF 25 mg/FTC 200 mg แต่ยกเว้นการใช้ของเพศหญิงโดยกำเนิด การพิจารณาผู้ที่มีความเหมาะสมกับการกิน PrEP จะพิจารณากลุ่มผู้ที่เหมาะสมกับการรับประทาน คือ ผู้รับบริการที่มีความสุขและอุปนิสัยของการติดเชื้อเอชไอวีสูง ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) บุคคลข้ามเพศ ชายหรือหญิงที่ทำงานบริการ ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด เป็นต้น รูปแบบการรับประทานยาจะทำการรับประทานทุกวัน (Daily PrEP) รับประทานยาวันละ 1 เม็ดไปตลอดในช่วงที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี หรือรับประทานเฉพาะช่วง (OnDemand PrEP) TDF/FTC จำนวน 2 เม็ดในช่วง 2-24 ชั่วโมงก่อนการมีเพศสัมพันธ์และกินต่อเนื่องวันละ 1 เม็ดไปจนถึง 2 วันหลังมีเพศสัมพันธ์ครั้งสุดท้าย เป็นวิธีที่เหมาะสมกับผู้ที่ไม่บ่อยนัก และเป็นความเสี่ยงที่วางแผนได้

2.8 ทฤษฎีความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรม

ทฤษฎีว่าด้วยความรู้ ทักษะคติและการปฏิบัติ (KAP Theory) KAP นั้นย่อมาจากอักษรภาษาอังกฤษตัวแรกของ ความรู้ (Knowledge) ทักษะคติ (Attitude) และการปฏิบัติ (Practice) การศึกษาเกี่ยวกับ KAP โดยมากเป็นการศึกษาด้วยแบบสอบถาม (Questionnaire) ว่าด้วยความรู้ ทักษะคติและการปฏิบัติ องค์การอนามัยโลก (WHO) กล่าวว่าแบบสำรวจ KAP คือ การศึกษาที่เป็นตัวแทนของประชากรเฉพาะกลุ่มหนึ่ง ๆ เพื่อรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับ ความรู้ ความเชื่อ และสิ่งที่พวกเขาได้กระทำในประเด็นใดประเด็นหนึ่ง (WHO, 2008)

แบบสอบถาม KAP ได้มีการนำไปใช้ศึกษา ความรู้ ทักษะคติและการปฏิบัติในหลากหลายวัตถุประสงค์ เช่น องค์การอนามัยโลกใช้ข้อมูลจากแบบสอบถาม KAP เพื่อช่วยในการวางแผนดำเนินงาน และประเมินการดำเนินงานด้านโรค หรือการสำรวจความรู้ด้านสุขอนามัยในประเทศ ด้อยพัฒนาว่าประเทศเหล่านั้นมี ความรู้ ทักษะคติและการปฏิบัติอยู่ในระดับใด ผลจากการสำรวจ KAP ช่วยให้เราไปถึงช่องว่างของความรู้ ความเชื่อหรือทักษะคติในทางวัฒนธรรม และแบบแผนการปฏิบัติที่เอื้อต่อการทำความเข้าใจ การกระทำและการเข้าถึงปัญหา (สุรพงษ์ โสธนะเสถียร, 2563)

การนำ KAP มาใช้ศึกษาเรื่องที่เกี่ยวข้องกับปัญหาทางเพศสัมพันธ์ Knowledge (K) จะเป็นคำถามเกี่ยวกับความรู้และความรอบรู้ในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความรู้ในการดูแล

ตนเองหลังสัมผัสเชื้อ ความรู้เกี่ยวกับตัวโรค Attitude (A) เป็นการวัดทัศนคติต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ความคิดต่อโรคและพฤติกรรมต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกัน Practice (P) คือ การวัดการปฏิบัติตัวเรื่องการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พฤติกรรมทางเพศและความเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ต่าง ๆ เช่น การใช้ Chemsex การมีคู่นอนหลายคน การนัดพบผ่าน Application เป็นต้น

2.9 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า มีหลายปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยแบ่งเป็น 3 กลุ่มปัจจัยส่วนบุคคล กลุ่มปัจจัยความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์ กลุ่มปัจจัยการเข้าถึงการรับบริการยา PrEP ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

1) อายุ มีการศึกษามายายทั้งพบและไม่พบความสัมพันธ์กับการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่มีแนวโน้มผู้ติดเชื้อซิฟิลิสในประเทศไทยในกลุ่มวัยรุ่นอายุ 15-24 ปีมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปัญจรัตน์ ไส้สุวรรณชาติ และคณะ (2563) ซึ่งศึกษาการป้องกันการติดเชื้อ HIV ในกลุ่มเยาวชนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายพบว่า อายุต่ำที่สุด คือ 18 ปี และสูงที่สุด คือ 24 ปี และการศึกษาของสินีนานู ชาวตระการ และคณะ (2561) พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอายุเฉลี่ย 24 ปี จากการศึกษาอายุที่มีการติดโรคติดต่อมากที่สุดจะอยู่ในช่วงของเยาวชนซึ่งมีความอยากรู้อยากลองมากกว่าช่วงอายุอื่น ๆ เนื่องจากเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงของฮอร์โมนเพศ

2) รายได้ จากการศึกษาไม่พบข้อมูลที่อ้างถึงรายได้มีผลต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของรัตติยา สองทิศ (2562) พบว่า รายได้ไม่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดตรังและการศึกษาของสุทธิภัทร แก้วเทพ และคณะ (2564) ศึกษาในกลุ่มชายชาติพันธุ์ที่ขายบริการในจังหวัดเชียงใหม่ ไม่พบว่ารายได้มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเนื่องจากรายได้สูงหรือรายได้ต่ำไม่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3) การศึกษา จากการศึกษาของศุภดิษฐ์พบว่าการศึกษาจากกลุ่มตัวอย่าง 1,671 รายการศึกษาไม่มีผลต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งต่างจากผลการศึกษาของพรนารา ธิเชียว และเกสรา ไชยล้อม (2566) ที่ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อซิฟิลิสพบว่า ระดับการศึกษามีผลต่อการติดเชื้ออย่างมีนัยสำคัญที่ระดับ 0.05 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษา Sun et al. (2023) ศึกษาในกลุ่ม

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศจีนพบว่าการศึกษาที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่ลดลง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ My et al. (2016) จากการศึกษาพบว่า ผู้ที่มีการศึกษาต่ำและการศึกษาปานกลางมีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี

4. ศาสนา จากการศึกษาพบว่าศาสนาไม่มีความสัมพันธ์ต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์แต่มีการแนะนำของ Walensky et al. (2021) เนื่องจากผิวหนังในของหนังหุ้มปลายมีเซลล์แลงเกอร์ฮานส์ (Langerhans' cells) ที่มีตัวรับเชื้อเอชไอวี เซลล์เหล่านี้จะเป็นจุดหลักของไวรัสเข้าสู่องคชาตของชายที่ไม่ได้ขลิบ (circumcision) (Szabo & Short, 2000) ซึ่งคล้อยกับการศึกษาของ Prodger and Kaul (2017) การขลิบจะช่วยลดการกระตุ้นภูมิคุ้มกันที่อวัยวะเพศและเปลี่ยนแปลงไมโครไบโอมที่อวัยวะเพศ

5. อาชีพ จากการศึกษาอาชีพไม่มีความสัมพันธ์ต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพรนารา ธิเชียว และเกสรดา ไชยล้อม (2566) และการศึกษาของ จุไรรัตน์ รัตนเลิศนาวิ และและอภิษฐา รัศมี (2562) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ My et al. (2016) เนื่องจากไม่ว่าจะประกอบอาชีพอะไรก็สามารถติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้หากไม่ป้องกัน

2. ปัจจัยความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันการมีเพศสัมพันธ์

จากการศึกษาส่วนใหญ่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไม่ทราบสถานะหรือผลเลือดของกลุ่มคนซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของของปัญรัตน์ ไส้สุวรรณชาติ และคณะ (2563) จากการศึกษาพบว่ากลุ่ม MSM ไม่ทราบผลเลือดหรือประวัติการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่ม ร้อยละ 73.30 ซึ่งขัดแย้งกับการศึกษาของรัตติยา สองทิศ (2562) พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีไม่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อ เนื่องจากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่ได้รับการอบรมในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาบ้างและยังมีความรู้ในการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและการศึกษาของภูโมภัก อัมพวา และคณะ (2565) ที่ศึกษาในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดสงขลาพบว่า กลุ่มที่ศึกษามีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในระดับสูงและคะแนนด้านพฤติกรรมทางเพศของกลุ่มที่ศึกษาในการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับสูงและมีการศึกษาของ Doody et al. (2023) ซึ่งศึกษาในกลุ่มของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 821 ราย พบว่า ผู้ที่รับประทานยา PrEP มีการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 186 ราย ซึ่งเป็นโรคหนองในเทียม 57.3% การวินิจฉัยโรคหนองใน 48.8% และการวินิจฉัยโรคซิฟิลิส 45.8% แสดงให้เห็นถึงการขาดความตระหนักในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

3. การเข้าถึงการรับบริการยา PrEP

ปัจจุบันผู้รับบริการกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสามารถเข้ารับบริการยา PrEP ได้สะดวกโดยสามารถเลือกรับบริการยา PrEP ที่สถานบริการตามสิทธิ หรือมูลนิธิ องค์กรเอกชนต่าง ๆ

เช่น mPlus ฟ้ำสี่รุ้ง เป็นต้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Sun et al. (2022) ที่ได้ศึกษาความสมัครใจในการใช้ยา PrEP ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายโดยศึกษาจากงานวิจัยที่ได้ตีพิมพ์ 156 บทความ สรุปได้ว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความเต็มใจในการใช้ยา PrEP มากขึ้น และการให้บริการยา PrEP มีหลากหลายรูปแบบแต่ที่นิยม คือ แบบรับประทานทุกวัน (Daily PrEP) รับประทานวันละ 1 เม็ดซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Torres et al. (2023) ศึกษาการความพึงพอใจต่อการให้บริการ PrEP ในกลุ่มละตินอเมริกา ได้แก่ บราซิล แม็กซิโก และเปรู ซึ่งผลการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความพึงพอใจต่อการให้บริการยา PrEP แบบ Daily PrEP มากกว่ารูปแบบอื่น ๆ และจากการศึกษาพบว่า การรับประทานยา PrEP ต่อเนื่องเป็นประจำทุกวันสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ในระดับที่สูง (Mizushima et al., 2022)

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังการสัมผัสเชื้อ หรือ PEP เป็นการให้ยาต้านเอชไอวีในผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีภายหลังมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ซึ่งแบ่งได้เป็น 2 ประเภท คือ ประเภทที่หนึ่ง ความเสี่ยงที่เกี่ยวข้องกับงานประจำที่ทำ เช่น การถูกของมีคมที่สัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตำ หรือบาด หรือการสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่ง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีผ่านทางเยื่อหรือบาดแผลของบุคลากรทางการแพทย์ และประเภทที่สอง ความเสี่ยงที่ไม่เกี่ยวข้องกับงานประจำที่ทำ เช่น การสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการถูกข่มขืน การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัย หรือเกิดอุบัติเหตุถุงยางอนามัยฉีกขาดหรือหลุด เป็นต้น การให้ยาต้านไวรัสแบบ PEP นี้พิจารณาตามความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ระยะเวลาติดเชื้อและการได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ชนิด ปริมาณ และระยะเวลาการสัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งที่ติดเชื้อ ความรุนแรงของการบาดเจ็บของเนื้อเยื่อที่สัมผัสเลือด หรือสารคัดหลั่งที่ติดเชื้อ และระยะเวลาตั้งแต่มีความเสี่ยงจนกระทั่งถึงตอนที่มาขอรับ PEP ก่อนการให้ PEP จะต้องประเมินสถานะการติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อและภูมิคุ้มกันต่อไวรัสตับอักเสบบีและซี การติดเชื้อซิฟิลิส ความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด การทำงานของไตและตับ และการตั้งครรภ์ในสตรี และถ้าเป็นไปได้ ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ไวรัสตับอักเสบบีและซี และซิฟิลิสในบุคคลที่ผู้ขอรับบริการ PEP ไปสัมผัสมา ภายหลังการประเมินผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับยา PEP ซึ่งเป็นยาต้านไวรัส 3 ชนิด รับประทานนาน 28 วัน โดยสูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับคำแนะนำให้ใช้เป็นสูตรหลักในแนวทางปฏิบัติของประเทศไทย 5 ได้แก่ TDF/FTC (300 มิลลิกรัม/ 200 มิลลิกรัม) หรือ TDF 300 มิลลิกรัมกับ lamivudine (3TC) 300 มิลลิกรัม วันละครั้ง ให้ร่วมกับยาตัวที่สาม คือ rilpivirine (RPV) 25 มิลลิกรัม วันละครั้ง หรือ atazanavir/ritonavir (ATV/r) 300/100 มิลลิกรัม วันละครั้ง หรือ lopinavir/ritonavir (LPV/r) 400/100 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง หรือ 800/200 มิลลิกรัม วันละครั้ง หรือ darunavir/ritonavir (DRV/r) 800/100 มิลลิกรัม วันละครั้ง ภายหลังเริ่มยา PEP ต้องมีการติดตามผลข้างเคียง และความสม่ำเสมอในการรับประทานยาของผู้ที่รับบริการ ตรวจติดตามการ

ติดเชื้อเอชไอวีที่ 1 เดือน และ 3 เดือนหลังการสัมผัสเชื้อ และให้คำปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงในการแพร่ หรือรับเชื้อเอชไอวีเข้ามาใหม่ในระยะเวลา 3 เดือนหลังสัมผัสเชื้อ (Khawcharoenporn et al., 2016)

4. ปัจจัยทางพฤติกรรมทางเพศของชายที่เพศสัมพันธ์กับชาย

1) คู่นอน จากการศึกษพบว่าคู่นอนหลายคนเป็นพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์ดังการศึกษาของ Luo et al. (2015) พบว่า ผู้ที่มีจำนวนคู่นอนมากกว่า 10 คนมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี/ซิฟิลิสมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ อย่างมีนัยสำคัญที่ $P=0.046$ ซึ่งสอดคล้องกับผลการศึกษาของ Park et al. (2021) การมีคู่นอนมากกว่า 3 คนขึ้นไปจะเสี่ยงต่อการติดเชื้อซิฟิลิสมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ และการศึกษาของ Jansen et al. (2020) พบว่า การที่มีคู่นอน 5 คนขึ้นไปมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น เนื่องจากไม่ทราบสถานะหรือผลเลือดของคู่นอนใหม่

2) การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดจากการศึกษาพบว่า การดื่มสุราและการใช้สารเสพติดมีผลต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์เนื่องจากจะทำให้สติและการยับยั้งชั่งใจลดลงซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอรรวรรณ จุลวงษ์ (2556) ซึ่งศึกษาในกลุ่มของพลทหารพบว่า การดื่มสุราและการใช้สารเสพติด เป็นตัวกระตุ้นให้พลทหารกองประจำการ มีพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อ HIV เนื่องจาก สิ่งเหล่านี้ส่งเสริมการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหลายประเภท อาทิ หญิงขายบริการ แฟนและหญิงที่เพิ่งรู้จักเป็นต้น โดยไม่เพียงแต่จะกระตุ้นให้เกิดความต้องการทางเพศและจำนวนครั้งของการมีเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นแต่ยังทำให้ขาดความยับยั้งชั่งใจในการคำนึงถึงการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัยในการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์การใช้สารหล่อลื่นต่าง ๆ ที่ไม่เหมาะสมเพื่อหวังผลเพียงเพื่อความสนุกสนาน ไร้ใจ และความคึกคะนอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Maxwell et al. (2019) ที่ศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดหรือ Chemsex ในกลุ่มของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในโดยมีแนวโน้มว่าการใช้สารเสพติดจะทำให้มีการใช้ถุงยางอนามัยลดลงซึ่งจะส่งผลให้ง่ายต่อการติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการศึกษาของ Blomquist et al. (2020) พบว่า กลุ่มชายรักชายที่มีส่วนร่วมใน Chemsex มีโอกาสสูงที่จะติดเชื้อ HIV เนื่องจากผู้เข้าร่วม Chemsex ยังมีโอกาสสูงที่จะมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับคู่นอนที่มีสถานะเอชไอวีที่แตกต่างกันหรือไม่ทราบสถานะ

3) จากการศึกษาบทบาททางเพศของ CDC (2023) พบว่า ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ฝ่ายรับ) มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (ฝ่ายรุก) เนื่องจาก rectum's lining มีความบางและง่ายต่อการเกิดแผลฉีกขาดขณะมีเพศสัมพันธ์จึงเป็นทางเข้าของเชื้อเอชไอวี

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพิร์พในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพิร์พ และหาปัจจัยสัมพันธ์ในการเกิดโรคดังกล่าว มีรายละเอียดระเบียบวิธีวิจัย ดังต่อไปนี้

1. รูปแบบในการวิจัย
2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย
3. เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์กลุ่มตัวอย่าง
4. วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล
5. วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 รูปแบบในการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยรูปแบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional study) เพื่อศึกษากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และได้รับยาเพิร์พ ในคลินิกเอ็มพลัส จังหวัดเชียงราย ซึ่งเป็นองค์กรภาคประชาสังคมที่มีบทบาทและเชี่ยวชาญในด้านป้องกันเอชไอวี (HIV) และเอดส์ (AIDS) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์รวมถึงด้านสุขภาพทางเพศและสิทธิทางเพศในกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ โดยการวิจัยจะดำเนินการหาความชุกของการเกิดโรคติดต่อสัมพันธ์ และหาปัจจัยสัมพันธ์ในการเกิดโรคในระหว่างช่วงวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567 ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2567 โดยใช้แบบสอบถามหาความชุกและปัจจัยสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพิร์พในจังหวัดเชียงราย

3.2 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย

3.2.1 ประชากร ที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ ได้แก่ กลุ่มประชากรกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการรับยาเสพติด ในคลินิกเอ็มพลัส จังหวัดเชียงราย โดยมีอายุตั้งแต่ 15 ปี ขึ้นไป โดยอิงจากจำนวนประชากรที่เข้ารับบริการปี 2565 จำนวนทั้งสิ้น 571 คน

3.2.2 กลุ่มตัวอย่าง ในการศึกษาครั้งนี้จะคัดเลือกกลุ่มประชากรกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ลงทะเบียนเข้ารับบริการรับยาเสพติด ในคลินิกเอ็มพลัส จังหวัดเชียงราย ในระหว่างช่วงวันที่ 1 เมษายน พ.ศ. 2567 ถึง 31 กันยายน พ.ศ. 2567 จำนวนกลุ่มตัวอย่างคำนวณจากสูตรที่อิงจากการทราบจำนวนประชากร (บุญชม ศรีสะอาด, 2535) ซึ่งมีการคำนวณดังต่อไปนี้

$$\begin{aligned}
 N &= \frac{P(1-P)}{\frac{e^2 + P(1-P)}{Z^2 N}} \\
 &= \frac{0.5(1-0.5)}{\frac{0.05^2 + 0.5(1-0.5)}{3.841 \cdot 571}} \\
 &= \frac{0.5(0.5)}{\frac{0.0025 + 0.5(0.5)}{3.841 \cdot 571}} \\
 &= \frac{0.25}{\frac{0.0025 + 0.25}{3.841 \cdot 571}} \\
 &= \frac{0.25}{0.00065 + 0.00044} \\
 &= \frac{0.25}{0.00109} \\
 N &= 229.36
 \end{aligned}$$

โดย N คือ จำนวนประชากรที่ศึกษา = 571

e คือ ความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ไม่เกิน (%) = 0.05

Z² คือ ระดับความเชื่อมั่น (%) (ค่าไคสแควร์) = 3.841

P คือ สัดส่วนของลักษณะที่สนใจในประชากร = 0.5

ก คือ ขนาดของกลุ่มตัวอย่าง

จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ คำนวณได้ 229 คน ผู้วิจัยทำการเพิ่มกลุ่มตัวอย่าง ร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายของข้อมูล ดังนั้นการศึกษานี้จึงมีกลุ่มตัวอย่างรวมทั้งหมด 275 คน

3.2.3 การสุ่มกลุ่มตัวอย่าง การศึกษาครั้งนี้ใช้การสุ่มกลุ่มตัวอย่างรูปแบบเจาะจง (Purposive sampling) โดยมีเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกดังนี้

เกณฑ์การคัดเลือก

1. เป็นเพศทางเลือกกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. เคยมีเพศสัมพันธ์กับชายทางทวารหรือทางปาก
3. อายุมากกว่า 20 ปีขึ้นไป
4. สามารถอ่านเขียน เข้าใจภาษาไทยได้ มีสติสัมปชัญญะสมบูรณ์
5. ยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย

เกณฑ์การคัดออก

1. เป็นผู้ป่วย หรือมีภาวะด้านสุขภาพจิต
2. ผู้บริการของคลินิกที่ดูแลกลุ่มตัวอย่างให้ความเห็นในการคัดออก

3.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย และการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง

3.3.1 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในการวิจัยครั้งนี้เป็นการใช้แบบสอบถามที่มีลักษณะคำถามปลายปิด โดยมีข้อความ 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ส่วนที่ 2 ความรู้ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนที่ 3 พฤติกรรมทางเพศของชายที่เพศสัมพันธ์กับชาย และส่วนที่ 4 ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัยการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ รายละเอียดเครื่องมือแบบสอบถาม แบ่งเป็นดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ อายุ สถานภาพ เศรษฐฐานะ การศึกษา อาชีพ ศาสนา พฤติกรรมเสี่ยงด้านสุขภาพ ประวัติการรับบริการรับยาเพร็พ (PrEP-PEP) และ PEP (Post-Exposure Prophylaxis) ประวัติอาการการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และประวัติการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 12 ข้อ

ส่วนที่ 2 เครื่องมือสำหรับการประเมินความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่

1. ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการป้องกัน โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 17 ข้อ เป็นการ เลือกตอบ 2 ตัวเลือก คือ ใช่ และไม่ใช่ ซึ่งคะแนนของการแปรผลคือ ตอบถูกได้ 1 คะแนน และตอบผิดได้ 0 คะแนน การแบ่งกลุ่มของผลคะแนนสามารถแบ่งได้ตามก่อนการใช้เครื่องมือในส่วนนี้จะดำเนินการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นด้วยสถิติของ Kuder-Richardson (KR-20) ซึ่งต้องมีค่า 0.70 ขึ้นไป การกำหนดคะแนนเฉลี่ยของความรู้แบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยมีการประยุกต์จากหลักการประเมินของ Bloom (1971) ที่กำหนดเกณฑ์ความรู้น้อยที่ต่ำกว่า ร้อยละ 60 ของคะแนนเต็ม

ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 ขึ้นไป

ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

2. ทักษะเกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 15 ข้อ เป็นแบบมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 5 ระดับ คือ เห็นด้วยอย่างยิ่ง เห็นด้วย กลาง ๆ ไม่เห็นด้วย และไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ซึ่งเป็นคำถามทัศนคติทั้งเชิงบวกและเชิงลบ คำถามเชิงบวก มีจำนวน 3 ข้อ ได้แก่ 2.19, 2.24, และ 2.25 การดำเนินการวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือจะดำเนินการทดสอบค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ในค่าที่มากกว่า 0.8 ขึ้นไป

การแปรผลในแต่ละข้อคำถาม มีดังต่อไปนี้

คำถามเชิงบวก

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 5 คะแนน

เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน

กลาง ๆ เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เห็น เท่ากับ 1 คะแนน

คำถามเชิงลบ

เห็นด้วยอย่างยิ่ง เท่ากับ 1 คะแนน

เห็นด้วย เท่ากับ 2 คะแนน

กลาง ๆ เท่ากับ 3 คะแนน

ไม่เห็นด้วย เท่ากับ 4 คะแนน

ไม่เห็น เท่ากับ 5 คะแนน

การกำหนดระดับของทัศนคติแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยมีการประยุกต์จากหลักการประเมินของ Bloom (1971) ระดับสูง หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

ระดับกลาง หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 ขึ้นไป

ระดับต่ำ หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

3. พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 15 ข้อ เป็นลักษณะมาตราส่วนประเมินค่า (Rating Scale) 3 ระดับ ได้แก่ เป็นประจำ บางครั้ง ไม่เคยเลย การวิเคราะห์ความเชื่อมั่นของเครื่องมือจะดำเนินการหาค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค (Cronbach's alpha coefficient) ที่มากกว่า 0.8 ข้อคำถามจะมีการถามทั้งเชิงบวกและเชิงลบ คำถามเชิงบวก มีจำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 2.41, 2.42, 2.43, 2.46, และ 2.47

การแปรผลการปฏิบัติตนในแต่ละข้อคำถาม มีดังต่อไปนี้

คำถามเชิงบวก

เป็นประจำ เท่ากับ 3 คะแนน

บางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เคยเลย เท่ากับ 1 คะแนน

คำถามเชิงลบ

เป็นประจำ เท่ากับ 1 คะแนน

บางครั้ง เท่ากับ 2 คะแนน

ไม่เคยเลย เท่ากับ 3 คะแนน

การกำหนดระดับของพฤติกรรมแบ่งออกเป็น 3 ระดับ โดยมีการประยุกต์จากหลักการประเมินของ Bloom (1971) พฤติกรรมระดับป้องกัน หมายถึง ได้คะแนนตั้งแต่ร้อยละ 80 ขึ้นไป

พฤติกรรมระดับทั่วไป หมายถึง ได้คะแนนระหว่างร้อยละ 60-79 ขึ้นไป

พฤติกรรมระดับเสี่ยง หมายถึง ได้คะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60

ส่วนที่ 3 พฤติกรรมทางเพศของชายที่เพศสัมพันธ์กับชาย เป็นข้อคำถามที่สอบถามจำนวนคู่นอน พฤติกรรมทางเพศสัมพันธ์ วิธีการมีเพศสัมพันธ์ ที่เป็นปัจจัยเสี่ยงทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 9 ข้อ

ส่วนที่ 4 ผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัยการติดเชื้อโรคทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ ผลตรวจเอชไอวี (HIV test) ผลตรวจซิฟิลิส (Syphilis) และผลตรวจไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis C) โดยบันทึกจากการตรวจทางห้องปฏิบัติการของคลินิกบริการ ผลการตรวจจะทำการอ่านผล 2 ค่า ได้แก่ ได้พบการติดเชื้อ Positive และไม่พบการติดเชื้อ Negative

1. การหาค่าความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม จะดำเนินการให้ผู้เชี่ยวชาญตรวจสอบแบบสอบถามการวิจัยจำนวน 3 ท่าน เพื่อหาความเที่ยงตรงของแบบสอบถาม หรือค่าสอดคล้องระหว่างข้อคำถามกับวัตถุประสงค์ หรือเนื้อหา (IOC: Index of item objective congruence) ซึ่งข้อคำถามแต่ละข้อ ต้องมีค่า IOC ตั้งแต่ 0.50-1.00

2. การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเสนอโครงร่างวิทยานิพนธ์ และเครื่องมือการวิจัยต่อคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ มหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง เพื่อประเมินความเสี่ยงในการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะพิทักษ์สิทธิผู้เข้าร่วมการวิจัยในวันเก็บข้อมูล

โดยการแนะนำตัวชี้แจงวัตถุประสงค์ขั้นตอนให้กลุ่มตัวอย่างหรือผู้ให้ข้อมูลทราบ อธิบายการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอความร่วมมือกับกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมการวิจัยที่ขึ้นอยู่กับความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างเป็นสำคัญ กลุ่มตัวอย่างสามารถ ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัยหรือถอนตัวจากการศึกษานี้ได้ทุกเมื่อ โดยไม่มีผลกระทบต่อกรรับบริการในคลินิกเอ็มพลัส ข้อมูลทั้งหมดจะถูกเก็บไว้เป็นความลับโดยที่ไม่ต้องใส่ชื่อและนามสกุลจริงแต่ใช้รหัสแทนแบบสัณฐาน และแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้ในซองกระดาษอย่างมิดชิด ในส่วนที่บันทึกในคอมพิวเตอร์ในตู้คนใช้เฉพาะส่วนตัวซึ่งมีรหัสในการเข้าถึงข้อมูลและจะทำลายข้อมูลหลังจากการวิจัยสำเร็จการศึกษาและผลการวิจัยการเผยแพร่แล้วหากกลุ่มตัวอย่างมีข้อสงสัยประการใดผู้วิจัยเปิดโอกาสให้ซักถาม และตอบได้รับข้อสงสัยได้ตลอดระยะเวลาการวิจัยในส่วนของกรเสนอข้อมูลในรายงานการวิจัย ผู้วิจัยจะนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด ไม่มีการระบุถึงผู้ตอบแบบสัณฐานคนใดคนหนึ่งเป็นการเฉพาะเจาะจงและนำผลที่ได้มาใช้ประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีให้ความร่วมมือในการวิจัยแล้วผู้วิจัยจะให้กลุ่มตัวอย่างลงนามในใบยินยอมเข้าร่วมการวิจัยจากนั้นจึงดำเนินการวิจัยตามขั้นตอน

3.4 วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

3.4.1 ผู้วิจัยทำหนังสือขออนุญาตเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูลในคลินิกเอ็มพลัส ในครั้งนี้จะมีการขอความอนุเคราะห์ให้ผู้บริการทางคลินิกช่วยเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งก่อนการเก็บข้อมูลจริง จะมีการอธิบายและชี้แจง รูปแบบวิธีวิจัยกับผู้บริการทางคลินิก รวมทั้งมีการจำลองเก็บข้อมูลก่อนการดำเนินการจริง

3.4.2 ผู้วิจัยดำเนินการในกลุ่มตัวอย่าง โดยสอบถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย อธิบายรูปแบบวิธีวิจัย และการพิทักษ์สิทธิ์ผู้เข้าร่วมวิจัย จากนั้นจึงให้ผู้เข้าร่วมวิจัยลงนามยินยอมการเข้าร่วมวิจัย

3.4.3 ทำการสอบถามข้อมูลกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ส่วน และผู้วิจัยหรือทีมผู้วิจัยจะดำเนินการบันทึกข้อมูลส่วนที่ 3 จากผลทางห้องปฏิบัติการของคลินิก

3.4.4 ตรวจสอบข้อมูล และการดำเนินการทำความสะอาดข้อมูล หรือการทำข้อมูลให้สมบูรณ์ เพื่อเตรียมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล และแปลผลข้อมูลทางสถิติ

3.4.5 วิเคราะห์ทางสถิติ และแปลผลข้อมูล เพื่อทดสอบสมมติฐานของการวิจัย

3.5 วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลในการวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยได้ทำการทำความสะอาดข้อมูล หรือการทำข้อมูลให้สมบูรณ์ และลงรหัสข้อมูลก่อนวิเคราะห์ข้อมูลและประมวลผลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป SPSS เวอร์ชัน 20 โดยภายใต้ลิขสิทธิ์ของมหาวิทยาลัยแม่ฟ้าหลวง ข้อมูลกำหนดค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 0.05 ผู้วิจัยใช้เครื่องมือทางสถิติในการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ ข้อมูลพื้นฐานทั่วไป และการเปรียบเทียบทดสอบสมมติฐานของการวิจัย ดังต่อไปนี้

3.5.1 สถิติเชิงพรรณนา (Descriptive Statistic) ได้แก่ การวิเคราะห์ข้อมูลทั่วไป ด้านอายุ เศรษฐฐานะ ของกลุ่มตัวอย่าง โดยใช้ ค่าสูงสุด ต่ำสุด ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

3.5.2 สถิติเชิงวิเคราะห์ (Analytical Statistic) ได้แก่ การวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่าง ปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยเสี่ยง และพฤติกรรมป้องกันการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยจะใช้การวิเคราะห์สถิติวิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกส์ (Logistic Regression)

3.5.3 การคำนวณหาความชุก หรือการวัดขนาดของโรค ของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณจากข้อมูลที่ผู้วิจัยพบการเกิดโรคในขณะศึกษา ซึ่งเป็น อัตราของผู้ที่เกิดโรคต่อจำนวนประชากรทั้งหมด

บทที่ 4

ผลการศึกษา

การศึกษาวิจัย เรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพรีฟในจังหวัดเชียงราย ประเทศไทย เพื่อหาความชุกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพรีฟ และหาปัจจัยสัมพันธ์ในการเกิดโรคดังกล่าว จำนวนกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีทั้งหมด 278 คน ผลการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้นำมาประมวลผลวิเคราะห์ให้สอดคล้องตามวัตถุประสงค์ ดังนี้

1. ความชุกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง
2. ผลการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (descriptive analytics) ได้แก่
 - 1) ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง
 - 2) ข้อมูลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
 - 3) ข้อมูลด้านพฤติกรรมทางเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในช่วง 12 เดือนที่

ผ่านมา

- 4) ข้อมูลผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัยการติดโรคทางเพศสัมพันธ์
3. การทดสอบความสัมพันธ์ วิเคราะห์การถดถอย โลจิสติกส์ (Logistic Regression) ของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพรีฟ

4.1 ความชุกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่าง

คำนวณจากจำนวนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในช่วงปี 2567 ทั้งหมดที่เข้ารับยาเพรีฟ และเสี่ยงต่อโรค จำนวนของผู้ที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในการศึกษาครั้งนี้ คือ 32 คน และจำนวนกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทั้งหมด จำนวน 278 คน พบว่า ความชุกของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มนี้ คือ 11.51 ต่อหนึ่งร้อยประชากร

ผลการวิเคราะห์การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ได้ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล และมีผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามตารางการนำเสนอข้อมูลและการพรรณนาข้อมูลดังรายละเอียด ดังนี้

4.2 ผลการวิเคราะห์เชิงพรรณนา (Descriptive Analytics)

4.2.1 ข้อมูลทั่วไปเกี่ยวกับกลุ่มตัวอย่าง

ตารางที่ 4.1 จำนวน ร้อยละข้อมูลทั่วไปของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พใน จังหวัดเชียงราย (n = 278 คน)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
15 - 25	203	73
26 - 35	59	21.2
36 - 45	13	4.7
46 - 55	3	1.1
Mean = 23.80, S.D. = 6.61, Min = 15, Max = 55		
สถานภาพ		
โสด ไม่เคยมีแฟน	76	27.3
โสด เคยมีแฟน เลิกกันแล้ว	112	40.3
โสด มีความสัมพันธ์แบบคืนเดียว (One Night Stand)	10	3.6
มีแฟน อยู่ด้วยกัน	45	16.2
มีแฟน ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	35	12.6
ระดับการศึกษา		
ประถมศึกษา	5	1.8
มัธยมศึกษาตอนต้น	11	4.0
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	69	24.8
อนุปริญญา หรือ ปวส.	22	7.9
ปริญญาตรีขึ้นไป	171	61.5
ศาสนา		
พุทธ	262	94.2
คริสต์	9	3.2
อิสลาม	7	2.5
อื่น ๆ		

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
อาชีพ		
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	18	6.5
นักเรียน นักศึกษา	147	52.9
ลูกจ้าง พนักงานราชการ ข้าราชการ	37	13.3
พนักงานบริษัทเอกชน	43	15.5
เกษตรกร	1	0.4
ค้าขาย	8	2.9
อาชีพอิสระ	22	7.9
อื่น ๆ	2	0.7
รายได้ต่อเดือน		
0-10,000 บาท	173	62.2
10,001-20,000 บาท	75	27
20,002-30,000 บาท	14	5
30,001-40,000 บาท	7	2.5
40,001-50,000บาท	9	3.2
การสูบบุหรี่		
สูบบุหรี่	44	15.8
ไม่สูบบุหรี่	234	84.2
การดื่มแอลกอฮอล์		
ดื่ม	215	77.3
ไม่ดื่ม	63	22.7
ประวัติการรับยาเพร็พ (PrEP)		
เคย	76	27.3
ไม่เคย	202	72.7
ประวัติการรับยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี PEP (Post-Exposure Prophylaxis)		
เคย	38	13.7
ไม่เคย	229	82.4

ตารางที่ 4.1 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่แน่ใจ	8	2.9
ไม่รู้จัก	3	1.1
ประวัติการมีอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
เคย	11	4
ไม่เคย	225	91.7
ไม่แน่ใจ	12	4.3
เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประเภทใดประเภทหนึ่ง		
เคย	14	5.0
ไม่เคย	251	90.3
ไม่แน่ใจ	13	4.7

ตารางที่ 4.1 แสดงข้อมูลประชากรศาสตร์ของกลุ่มผู้เข้าร่วมการศึกษา ซึ่งมีจำนวนทั้งสิ้น 278 คน โดย กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 15 – 25 ปี คิดเป็นร้อยละ 73.0 โดยมีค่าเฉลี่ยอายุอยู่ที่ 23.80 ปี สถานภาพ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด เคยมีแฟน เลิกกันแล้ว คิดเป็นร้อยละ 40.3 รองลงมาคือโสด ไม่เคยมีแฟน คิดเป็นร้อยละ 27.3 ระดับการศึกษาของผู้เข้าร่วมการศึกษามีระดับการศึกษาปริญญาตรีขึ้นไป คิดเป็นร้อยละ 61.5 รองลงมาคือมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. คิดเป็นร้อยละ 24.8 ศาสนา ส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ คิดเป็นร้อยละ 94.2 และในการประกอบอาชีพ ส่วนใหญ่ออาชีพลัก เป็นนักเรียน นักศึกษา คิดเป็นร้อยละ 52.9 รองลงมาคือพนักงานบริษัทเอกชน คิดเป็นร้อยละ 15.5 รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในช่วง 0–10,000 บาท คิดเป็นร้อยละ 62.2

ด้านพฤติกรรมสุขภาพและการป้องกันพบว่าส่วนใหญ่ไม่สูบบุหรี่ คิดเป็นร้อยละ 84.2 แต่มีการดื่มแอลกอฮอล์ คิดเป็นร้อยละ 77.3 ประวัติการรับยาเพร็พ (PrEP) และ PEP โดยส่วนใหญ่ไม่เคยรับยาทั้งสอง คิดเป็นร้อยละ 72.7 และ ร้อยละ 82.4 ตามลำดับ

ด้านประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ส่วนใหญ่ไม่เคยมีอาการผิดปกติ คิดเป็นร้อยละ 91.7 และส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย คิดเป็นร้อยละ 90.3

4.2.2 ข้อมูลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

การวัดระดับความรู้และทัศนคติของผู้เข้าร่วมเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยพบว่าผู้เข้าร่วมมีความรู้ในระดับดีถึงระดับดีมาก คะแนนความรู้ของกลุ่มศึกษามีคะแนนเฉลี่ยอยู่ที่ 8.5 จากคะแนนเต็ม 10 (SD = 1.2) แสดงถึงความเข้าใจลึกซึ้งซึ่งเกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คะแนนทัศนคติต่อการใช้ถุงยางอนามัย มีทัศนคติในเชิงบวก มีคะแนนเฉลี่ย 4.2 จาก 5 คะแนน ต่อการใช้ถุงยางอนามัย แต่มีเพียงร้อยละ 40 ของผู้เข้าร่วมใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ดังตารางที่ 4.2 – 4.5

ตารางที่ 4.2 จำนวน ร้อยละ ข้อมูลความรู้การป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพ็พในจังหวัดเชียงราย (n = 278 คน)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อโรคได้มากกว่า 1 ชนิด		
ใช่	256	92.1
ไม่ใช่	22	7.9
2. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถติดต่อผ่านทางมึเพศสัมพันธ์เท่านั้น		
ใช่	68	24.5
ไม่ใช่	210	75.5
3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่สามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกได้		
ใช่	83	29.9
ไม่ใช่	195	70.1
4. เชื้อเอชไอวีไม่สามารถติดต่อกันผ่านการถูกยุงกัดได้		
ใช่	168	60.4
ไม่ใช่	110	70.1
5. การจูบในขณะที่ปากมีแผลเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
ใช่	219	78.8
ไม่ใช่	59	21.2
6. โรคเอดส์สามารถรักษาให้หายขาดได้		
ใช่	84	30.2
ไม่ใช่	194	69.8

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
7. การติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำให้ป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ง่าย		
ใช่	253	91.0
ไม่ใช่	25	9.0
8. โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้		
ใช่	74	26.6
ไม่ใช่	204	73.4
9. โรคแผลริมอ่อนจะมีลักษณะแผลที่อวัยวะเพศคล้ายกับโรคซิฟิลิส		
ใช่	213	76.6
ไม่ใช่	65	23.4
10. การมีเพศสัมพันธ์ทางปากไม่เสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
ใช่	79	28.4
ไม่ใช่	199	71.6
11. การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักไม่เสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
ใช่	42	15.1
ไม่ใช่	236	84.9
12. การแปรงฟันก่อนการมีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือการจูบป้องกันการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้		
ใช่	69	24.8
ไม่ใช่	209	75.2
13. สามารถใช้โลชั่นทาผิว วาสลีน หรือน้ำมันบำรุงผิวร่วมกับการสวมถุงยางอนามัยแทนการใช้สารหล่อลื่นได้		
ใช่	75	27.0
ไม่ใช่	203	73.0
14. การใช้น้ำลายเป็นตัวช่วยในการหล่อลื่นไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
ใช่	77	27.7
ไม่ใช่	201	72.3

ตารางที่ 4.2 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
15. ผู้ที่ไม่มีอาการผิดปกติทางร่างกายให้เห็นชัดคือผู้ที่ไม่ติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
ใช่	72	25.9
ไม่ใช่	206	74.1
16. การตรวจเลือดเป็นวิธีการค้นหาเชื้อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมที่สุด		
ใช่	245	88.1
ไม่ใช่	33	11.9
17. การตรวจเลือดสามารถค้นหาเชื้อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ทันที		
ใช่	162	58.3
ไม่ใช่	116	41.7

ตารางที่ 4.3 จำนวน ร้อยละข้อมูลทัศนคติการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พในจังหวัดเชียงราย (n = 278 คน)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเพียงแค่วางถุงยางไม่ทำให้ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	55	19.8
เห็นด้วย	55	19.8
กลาง ๆ	40	14.4
ไม่เห็นด้วย	58	20.9
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	70	25.2
2. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่ส่งผลรุนแรงต่อร่างกายและจิตใจ		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	55	19.8
เห็นด้วย	86	30.9
กลาง ๆ	57	20.5

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
ไม่เห็นด้วย	47	16.9
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	33	11.9
3. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่สามารถรักษาให้หายได้		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	28	10.1
เห็นด้วย	54	19.4
กลาง ๆ	106	38.1
ไม่เห็นด้วย	61	21.9
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	29	10.4
4. ถ้ำร่างกายเกิดความผิดปกติ เช่น มีตุ่มหรือผื่นขึ้น ปัสสาวะแสบขัด มีแผลขึ้นที่อวัยวะเพศ แคไปซื้อยามารับประทานก็หายไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	19	6.80
เห็นด้วย	37	13.3
กลาง ๆ	47	16.9
ไม่เห็นด้วย	89	32.0
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	86	30.9
5. การใช้ถุงยางอนามัยแสดงถึงความไม่ไว้ใจคู่อีกหรือคู่นอน		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	23	8.3
เห็นด้วย	37	13.3
กลาง ๆ	50	18.0
ไม่เห็นด้วย	77	27.7
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	91	32.7
6. การใช้ถุงยางอนามัยทำให้มีความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	9	3.2
เห็นด้วย	43	15.5
กลาง ๆ	107	38.5
ไม่เห็นด้วย	82	29.5
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	37	13.3

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
7. การซื้อถุงยางอนามัยหรือขอรับถุงยางอนามัยตามสถานบริการ สุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่น่าอาย		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	117	42.1
เห็นด้วย	78	28.1
กลาง ๆ	49	17.6
ไม่เห็นด้วย	23	8.3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	11	4.0
8. โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ทุกคนควรตระหนักใส่ใจใน การป้องกันไม่ใช่เรื่องเฉพาะตัว		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	145	52.2
เห็นด้วย	67	24.1
กลาง ๆ	49	17.6
ไม่เห็นด้วย	16	5.8
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	1	0.4
9. การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยครั้งหรือมีคู่นอนหลายคนเป็นเรื่องปกติ		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	11	4.0
เห็นด้วย	27	9.7
กลาง ๆ	126	45.3
ไม่เห็นด้วย	70	25.2
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	44	15.8
10. การมีเพศสัมพันธ์ทางปากไม่ทำให้ติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	12	4.3
เห็นด้วย	23	8.3
กลาง ๆ	88	31.7
ไม่เห็นด้วย	82	29.5
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	73	26.3

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
11. การตรวจเลือดด้วยการบริจาคเลือดเป็นวิธีการที่ดีกว่าการไปตรวจเลือดโดยตรง		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	26	9.4
เห็นด้วย	24	8.6
กลาง ๆ	87	31.3
ไม่เห็นด้วย	69	24.8
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	72	25.9
12. น้ำลายเป็นสิ่งที่ควรใช้ร่วมกับการสวมถุงยางอนามัยแทนการใช้สารหล่อลื่น		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	9	3.2
เห็นด้วย	30	10.8
กลาง ๆ	64	23.0
ไม่เห็นด้วย	80	28.8
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	95	34.2
13. ผู้ที่ติดเชื้อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะต้องมีอาการหรือความผิดปกติที่สังเกตได้ชัดเจนเท่านั้น		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	15	5.4
เห็นด้วย	31	11.2
กลาง ๆ	88	31.7
ไม่เห็นด้วย	90	32.4
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	54	19.4
14. การล้างอวัยวะเพศหรือทวารหนักก่อนการมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้แน่นอน		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	12	4.3
เห็นด้วย	38	13.7
กลาง ๆ	83	29.9
ไม่เห็นด้วย	73	26.3
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	72	25.9

ตารางที่ 4.3 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
15. การตรวจเลือดพร้อมคู่นอนเป็นสิ่งที่ไม่เหมาะสมเพราะเป็นการแสดงถึงการไม่ไวใจอีกฝ่าย		
เห็นด้วยอย่างยิ่ง	20	7.2
เห็นด้วย	19	6.8
กลาง ๆ	74	26.6
ไม่เห็นด้วย	66	23.7
ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง	99	35.6

ตารางที่ 4.4 จำนวน ร้อยละข้อมูลพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พในจังหวัดเชียงราย (n = 278 คน)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
1. การสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือทวารหนัก		
เป็นประจำ	129	46.4
บางครั้ง	108	38.8
ไม่เคยเลย	41	14.7
2. เข้ารับบริการการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
เป็นประจำ	157	56.5
บางครั้ง	98	35.3
ไม่เคยเลย	23	8.3
3. เข้ารับบริการตรวจเลือดพร้อมคู่นอนหรือคู่อีกของท่าน		
เป็นประจำ	87	31.3
บางครั้ง	89	32.0
ไม่เคยเลย	102	36.7

ตารางที่ 4.4 (ต่อ)

ข้อมูล	จำนวน	ร้อยละ
4. พกถุงยางอนามัยติดตัวเมื่อออกไปสถานบันเทิงหรือสถานที่อื่น ๆ ที่มีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์		
เป็นประจำ	134	48.2
บางครั้ง	92	33.1
ไม่เคยเลย	52	18.7
5. ตรวจสอบวันหมดอายุ/ความสมบูรณ์ของถุงยางอนามัยก่อนใช้		
เป็นประจำ	163	58.6
บางครั้ง	78	28.1
ไม่เคยเลย	37	13.3
6. ทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะเพศก่อนการมีเพศสัมพันธ์		
เป็นประจำ	218	78.4
บางครั้ง	40	14.4
ไม่เคยเลย	20	7.2
7. เก็บรักษาถุงยางอนามัยในที่มืดซิดและห่างไกลความร้อน		
เป็นประจำ	190	68.3
บางครั้ง	63	22.7
ไม่เคยเลย	25	9.0
8. ไปขอรับถุงยางอนามัยที่สถานบริการสุขภาพหรือซื้อถุงยาง อนามัยจากร้านค้าทั่วไป		
เป็นประจำ	146	52.5
บางครั้ง	96	34.5
ไม่เคยเลย	36	12.9
9. ใช้สื่อออนไลน์สืบค้นหรือรับชมเกี่ยวกับเนื้อหาทางเพศ เช่น คลิป โป๊ รูปโป๊ เป็นต้น		
เป็นประจำ	113	40.6
บางครั้ง	114	51.8
ไม่เคยเลย	21	7.6

ตารางที่ 4.5 คะแนนข้อมูลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของ
กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพรีฟในจังหวัดเชียงราย (n = 278 คน)

ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรม	จำนวน	ร้อยละ
ความรู้		
ระดับความรู้น้อย	63	22.7
ระดับความรู้ปานกลาง	114	41.3
ระดับความรู้ดีมาก	100	36.0
Mean	12.195	
S.D.	2.672	
Min	4	
Max	17	
ทักษะ		
ระดับทักษะต่ำ	92	33.1
ระดับทักษะปานกลาง	140	50.4
ระดับทักษะดีมาก	46	16.5
Mean	36.635	
S.D.	9.109	
Min	17	
Max	60	
พฤติกรรมการป้องกัน		
ระดับพฤติกรรมต่ำ	149	53.6
ระดับพฤติกรรมปานกลาง	122	43.9
ระดับพฤติกรรมดีมาก	7	2.5
Mean	24.52	
S.D.	4.576	
Min	15	
Max	37	

ระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากตารางที่ 4.2 พบว่า กลุ่มตัวอย่างโดยภาพรวมมีระดับความรู้เกี่ยวกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับค่อนข้างดี โดยสามารถตอบคำถามได้ถูกต้องในประเด็นพื้นฐานและประเด็นสำคัญทางระบาดวิทยา เช่น รูปแบบการติดต่อ ความเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์ทางปากและทางทวารหนัก และความสำคัญของการตรวจคัดกรองทางห้องปฏิบัติการอย่างไรก็ตาม ยังพบประเด็นของความรู้ที่คลาดเคลื่อนหรือไม่ครบถ้วน โดยเฉพาะความเข้าใจเกี่ยวกับระยะฟักตัวของเชื้อและช่วงเวลาที่เหมาะสมในการตรวจวินิจฉัย รวมถึงความเข้าใจเกี่ยวกับการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์บางชนิด ซึ่งอาจนำไปสู่การประเมินความเสี่ยงต่ำกว่าความเป็นจริง

ผลการวิเคราะห์ทัศนคติจากตารางที่ 4.3 แสดงให้เห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีทัศนคติในเชิงบวกต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยตระหนักว่าโรครดังกล่าวเป็นปัญหาสาธารณสุขที่มีผลกระทบต่อทั้งในระดับบุคคลและระดับสังคมอย่างไรก็ตาม ยังพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวนหนึ่งมีทัศนคติที่คลุมเครือหรือเป็นกลางต่อพฤติกรรมเสี่ยงบางประการ เช่น การมีเพศสัมพันธ์ทางปาก และการเปลี่ยนคู่นอนหลายคน ซึ่งสะท้อนถึงการรับรู้ความเสี่ยงที่ยังไม่ชัดเจน และอาจเป็นอุปสรรคต่อการตัดสินใจใช้มาตรการป้องกันอย่างสม่ำเสมอ

จากตารางที่ 4.4 พบว่า พฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มตัวอย่างอยู่ในระดับปานกลางถึงค่อนข้างต่ำ โดยมีเพียงส่วนน้อยที่สวมถุงยางอนามัยเป็นประจำก่อนการมีเพศสัมพันธ์แม้ว่าส่วนใหญ่จะเคยเข้ารับบริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ แต่ยังคงพบพฤติกรรมที่เพิ่มความเสี่ยงอย่างมีนัยสำคัญ ได้แก่ การดื่มแอลกอฮอล์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ การใช้สารเสพติดร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์ และการไม่เตรียมถุงยางอนามัยล่วงหน้า ซึ่งสะท้อนถึงช่องว่างระหว่างความรู้และการปฏิบัติจริง

ผลการวิเคราะห์ระดับคะแนนรวมจากตารางที่ 4.5 พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในระดับความรู้ปานกลางถึงดีมาก ขณะที่ทัศนคติส่วนใหญ่อยู่ในระดับปานกลาง และพฤติกรรมการป้องกันมากกว่าครึ่งหนึ่งอยู่ในระดับต่ำผลดังกล่าวสะท้อนให้เห็นถึงปรากฏการณ์ “knowledge-behavior gap” กล่าวคือ แม้กลุ่มตัวอย่างจะมีความรู้และทัศนคติในระดับที่น่าพอใจ แต่ยังไม่สามารถแปรเปลี่ยนไปสู่การปฏิบัติพฤติกรรมการป้องกันอย่างมีประสิทธิภาพได้อย่างสม่ำเสมอ

ตารางที่ 4.6 การทดสอบความสัมพันธ์ วิเคราะห์ตัวแปรของปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พในจังหวัดเชียงราย (n = 278 คน)

ปัจจัย	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		Unadjusted analysis		Adjusted analysis	
	เป็น n (ร้อยละ)	ไม่เป็น n (ร้อยละ)	OR (95% CI)	p-Value	OR _{MH} (95% CI)	p-Value
อายุ						
≤19	8 (11.4)	62 (88.6)	1.00			
20-29	16 (10.0)	144 (90.0)	0.86 (0.35-2.11)	0.745		
≥30	8 (16.7)	40 (83.3)	1.55 (0.54-4.46)	0.471		
สถานภาพ						
โสด ไม่เคยมีแฟน	11 (14.5)	65 (85.5)	1.00			
โสด เคยมีแฟน เลิกกันแล้ว	8 (7.1)	104 (92.9)	0.46 (0.17-1.19)	0.108		
โสด มีความสัมพันธ์แบบคู่ นอนคืนเดียว (One Night Stand)	1.0 (10.0)	9 (90.0)	0.66 (0.08-5.71)	0.730		
มีแฟน อยู่ด้วยกัน	8 (17.8)	37 (82.2)	1.28 (0.47-3.46)	0.630		
มีแฟน ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	4 (11.4)	31 (88.6)	0.76 (0.23-2.59)	0.664		
ระดับการศึกษา						
ประถมศึกษา	2 (40.0)	3 (60.0)	1.00		1.00	
มัธยมศึกษาตอนต้น	2 (18.2)	9 (81.8)	0.33 (0.03-3.52)	0.361	12.15 (0.30-487.42)	0.185
มัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช.	4 (5.8)	65 (94.2)	0.09 (0.01-0.72)	0.023*	12.32 (2.17-69.90)	0.005*
อนุปริญญา หรือ ปวส.	5 (22.7)	17 (77.3)	0.44 (0.06-3.42)	0.434	7.06 (0.20-252.05)	0.284
ปริญญาตรีขึ้นไป	19 (11.1)	152 (88.9)	0.19 (0.03-1.19)	0.076	3.85 (0.15-98.77)	0.416
ศาสนา						
พุทธ	24 (9.2)	238 (90.8)	1.00		1.00	
คริสต์	4 (44.4)	5 (55.56)	7.93 (2.00-31.54)	0.003*	12.32 (2.17-69.90)	0.005*
อิสลาม	4 (57.1)	3 (42.9)	13.22 (2.79-62.59)	0.001*	24.15 (2.92-199.43)	0.003*
อาชีพ						
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	2 (11.1)	16 (88.9)	1.00			
นักเรียน นักศึกษา	11 (7.5)	136 (92.5)	0.65 (1.32-3.18)	0.592		
ลูกจ้าง พนักงานราชการ ข้าราชการ	10 (27.0)	27 (73.0)	2.96 (0.58-15.26)	0.194		
พนักงานบริษัทเอกชน	6 (14.0)	37 (86.0)	1.30 (0.24-7.13)	0.765		

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัย	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		Unadjusted analysis		Adjusted analysis	
	เป็น n (ร้อยละ)	ไม่เป็น n (ร้อยละ)	OR (95% CI)	p-Value	OR _{MH} (95% CI)	p-Value
อื่น ๆ	3 (9.1)	30 (90.9)	0.80 (0.12-5.29)	0.817		
รายได้ต่อเดือน						
<10,000 บาท	15 (11.0)	121 (89.0)	1.00			
10,000-19,999บาท	8 (8.4)	87 (91.6)	0.74 (0.30-1.83)	0.516		
20,000-29,999บาท	4 (21.1)	15 (78.9)	2.15 (0.63-7.33)	0.221		
30,000-39,999บาท	3 (21.4)	11 (78.6)	2.20 (0.55-8.79)	0.264		
>40,000	2 (14.3)	12 (85.7)	1.34 (0.27-6.59)	0.751		
การสูบบุหรี่						
สูบบุหรี่	5 (11.4)	39 (88.6)	0.98 (0.36-2.71)	0.973		
ไม่สูบบุหรี่	27 (11.5)	207 (88.5)	1.00			
การดื่มแอลกอฮอล์						
ดื่ม	22 (10.2)	193 (89.9)	0.60 (0.27-1.35)	0.221		
ไม่ดื่ม	10 (15.9)	53 (84.1)	1.00			
ประวัติการรับยาเพร็พ (PrEP)						
เคย	14 (18.4)	62 (81.6)	2.31 (1.08-4.91)	0.030*	0.92 (0.32-2.65)	0.878
ไม่เคย	18 (8.9)	184 (91.1)	1.00		1.00	
ประวัติการรับยา PEP						
เคย	12 (31.6)	26 (68.4)	5.08 (2.23-11.56)	<0.001*	3.56 (0.53-9.28)	0.925
ไม่เคย,ไม่แน่ใจ	20 (8.3)	220 (91.7)	1.00		1.00	
ประวัติการรับยา PEP						
0	20 (8.3)	221 (91.7)	0.09 (0.02-0.39)	0.001*	0.05 (0.01-1.68)	0.836
1-2	8 (27.6)	21 (72.4)	0.38 (0.08-1.90)	0.239	0.26 (0.05-2.15)	0.901
>2	4 (50.0)	4 (50.0)	1.00		1.00	
ประวัติการมีอาการผิดปกติที่ เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์						
เคย	6 (54.5)	5 (45.5)	1.00		1.00	
ไม่เคย	23 (9.0)	232 (91.0)	0.08 (0.02-0.29)	<0.001*	0.04 (0.01-1.39)	0.326
ไม่แน่ใจ	3 (25.0)	9 (75.0)	0.28 (0.05-1.62)	0.155	0.13 (0.09-2.03)	0.562

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัย	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		Unadjusted analysis		Adjusted analysis	
	เป็น n (ร้อยละ)	ไม่เป็น n (ร้อยละ)	OR (95% CI)	p-Value	OR _{MH} (95% CI)	p- Value
มีประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์						
เคย	11 (78.6)	3 (21.4)	1.00		1.00	
ไม่เคย,ไม่แน่ใจ	21 (8.0)	243 (92.0)	0.02 (0.01-0.09)	<0.001*	0.05 (0.01-1.21)	0.149
เคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็น โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประเภทใดประเภทหนึ่ง						
เคย	10 (76.9)	3 (23.1)	36.82 (9.43-143.74)	<0.001*	18.26 (0.56-126.72)	0.267
ไม่เคย	22 (8.3)	243 (91.7)	1.00		1.00	
ความรู้						
ระดับความรู้น้อย	5 (8.2)	56 (91.8)	1.00			
ระดับความรู้ปานกลาง	14 (12.0)	103 (88.0)	1.52 (0.52-4.45)	0.352		
ระดับความรู้ดีมาก	13 (13.0)	87 (87.0)	1.67 (0.57-4.95)	0.352		
ทัศนคติ						
ระดับทัศนคติต่ำ	10 (19.6)	41 (80.4)	1.00		1.00	
ระดับทัศนคติปานกลาง	18 (12.1)	131 (87.9)	0.56 (0.24-1.32)	0.185	0.34 (0.12-0.92)	0.033*
ระดับทัศนคติดีมาก	4 (5.1)	74 (94.9)	0.22 (0.07-0.75)	0.016*	0.11 (0.02-0.54)	0.007*
พฤติกรรมกรรมการป้องกัน						
ระดับพฤติกรรมต่ำ	12 (18.5)	53 (81.5)	1.00		1.00	
ระดับพฤติกรรมปานกลาง	17 (12.4)	120 (87.6)	0.63 (0.28-1.40)	0.255	0.46 (0.17-1.25)	0.128
ระดับพฤติกรรมดีมาก	3 (3.9)	73 (96.1)	0.18 (0.05-0.68)	0.011*	0.27 (0.06-1.18)	0.081
บทบาททางเพศกับแฟนหรือคู่ออน						
รุกเท่านั้น	5 (8.9)	51 (91.1)	0.44 (0.16-1.23)	0.119	0.16 (0.04-0.64)	0.009*
รับเท่านั้น	4 (4.2)	91 (95.8)	0.20 (0.07-0.60)	0.004*	0.15 (0.04-0.56)	0.005*
ได้ทั้งรุกและรับ	23 (18.1)	104 (81.9)	1.00		1.00	

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัย	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		Unadjusted analysis		Adjusted analysis	
	เป็น n (ร้อยละ)	ไม่เป็น n (ร้อยละ)	OR (95% CI)	p-Value	OR _{MH} (95% CI)	p- Value
ระยะเวลาของการมีเพศสัมพันธ์						
ทางปากหรือทางทวารหนักครั้ง						
ล่าสุด						
1 วันที่ผ่านมา	9 (31.0)	20(69.0)	5.55 (1.35-22.85)	0.018*	4.99 (0.81-30.61)	0.082
1 สัปดาห์ที่ผ่านมา	18 (22.2)	63(77.8)	3.52 (0.97-12.77)	0.055	1.91 (0.34-10.76)	0.462
1 เดือนที่ผ่านมา	2 (1.6)	126(98.4)	0.20 (0.03-1.22)	0.080	0.10 (0.01-0.81)	0.031*
1 ปีที่ผ่านมา	3 (7.5)	37(92.5)	1.00		1.00	
จำนวนคู่นอนในการมีเพศสัมพันธ์						
0-1	11 (6.9)	148(93.1)	1.00		1.00	
2-4	16 (16.8)	79(83.2)	2.73 (1.21-6.16)	0.016*	1.91 (0.72-5.08)	0.196
>4	5 (20.8)	19(79.2)	3.54 (1.11-11.30)	0.033*	1.59 (0.42-6.01)	0.495
ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์						
ทุกวัน	4 (33.3)	8(66.7)	1.00		1.00	
1-2 ครั้งต่อสัปดาห์	14 (17.5)	66(82.5)	0.42 (0.11-1.61)	0.207	0.43 (0.08-2.34)	0.328
1-2 ครั้งต่อเดือน	11(8.1)	125(91.9)	0.18 (0.05-0.68)	0.012*	0.24 (0.04-1.39)	0.112
มากกว่า 5 ครั้งต่อเดือน	1 (5.9)	16(94.1)	0.13 (0.01-1.31)	0.083	0.16 (0.01-2.36)	0.181
เฉลี่ยปีละ 1-2 ครั้ง	2 (6.1)	31(93.9)	0.13 (0.02-0.84)	0.032*	0.43 (0.03-5.54)	0.515
วิธีในการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน/ คนรัก						
ไม่มีแฟน/คนรัก	5 (7.8)	59(92.2)	1.00		1.00	
รุก	3 (7.1)	39(92.9)	0.91 (0.21-4.02)	0.890	0.95 (0.14-6.55)	0.955
รับ	3 (5.4)	53(94.6)	0.67 (0.15-2.93)	0.593	1.31 (0.21-8.28)	0.771
รุก,รับ	2 (12.5)	14(87.5)	1.69 (0.30-9.61)	0.556	0.62 (0.04-10.26)	0.739

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัย	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		Unadjusted analysis		Adjusted analysis	
	เป็น n (ร้อยละ)	ไม่เป็น n (ร้อยละ)	OR (95% CI)	p-Value	OR _{MH} (95% CI)	p- Value
เพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก	1 (9.1)	10(90.9)	1.18 (0.12- 11.19)	0.885	2.37 (0.17-33.82)	0.524
รุก,เพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก	1 (12.5)	7(87.5)	1.69 (0.17- 16.57)	0.654	5.38 (0.16-186.95)	0.353
รับ,เพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก	1 (3.7)	26(96.3)	0.45 (0.05-4.08)	0.481	2.45 (0.11-57.57)	0.577
รุก,รับ,เพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก	13 (36.1)	23(63.9)	6.67 (2.14- 20.2082)	0.001*	5.36 (1.44-19.97)	0.012*
รุก,เพศสัมพันธ์ทางอวัยวะเพศหญิง	3 (16.7)	15 (83.3)	2.36 (0.51- 11.00)	0.274	3.04 (0.38-24.41)	0.295
วิธีการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว						
ไม่มีคู่นอนชั่วคราว	2 (3.1)	63 (96.9)	1.00		1.00	
รุก	7 (15.6)	38 (84.4)	5.80 (1.15-29.39)	0.034*	8.43 (1.29-54.94)	0.026*
รับ	1 (2.9)	34 (97.1)	0.93 (0.08-10.59)	0.951	1.16 (0.09-15.78)	0.911
รุก,รับ	2 (16.7)	10 (83.3)	6.30 (0.80-49.95)	0.081	10.08 (0.45-225.44)	0.145
เพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก	2 (12.5)	14 (87.5)	4.50 (0.58-34.74)	0.149	3.60 (0.34-38.15)	0.288
รุก,เพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก	1 (12.5)	7 (87.5)	4.50 (0.36-56.17)	0.243	1.63 (0.05-53.27)	0.785
รับ,เพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก	1 (3.2)	30 (96.8)	1.05 (0.09-12.04)	0.969	0.68 (0.03-16.39)	0.814
รุก,รับ,เพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก	14 (26.9)	38 (73.1)	11.61 (2.50-53.88)	0.002*	5.55 (0.82-37.44)	0.079
รุก,รับ,เพศสัมพันธ์ทางอวัยวะเพศหญิง,เพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก	2 (14.3)	12 (85.7)	5.25 (0.67-40.98)	0.114	4.82 (0.42-55.83)	0.208
เหตุผลในการไม่ใช้ถุงยางอนามัย						
ใช้ทุกครั้ง	6 (4.1)	139 (95.9)	1.00		1.00	
ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์	17 (19.5)	70 (80.5)	5.63 (2.12-14.90)	0.001*	6.20 (1.97-19.51)	0.002*
ไม่ได้เตรียม,ไม่ได้พก	5 (16.1)	26 (83.9)	4.46 (1.27-15.68)	0.020*	3.59 (0.80-16.06)	0.094

ตารางที่ 4.6 (ต่อ)

ปัจจัย	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		Unadjusted analysis		Adjusted analysis	
	เป็น n (ร้อยละ)	ไม่เป็น n (ร้อยละ)	OR (95% CI)	p-Value	OR _{MH} (95% CI)	p- Value
ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์และ ไม่ได้เตรียม,ไม่ได้พก	1 (20.0)	4 (80.0)	5.79 (0.56-60.05)	0.141	3.43 (0.18-67.26)	0.416
คู่นอนประจำ,กินยา PrEP	3 (30.0)	7 (70)	9.93 (2.05-48.21)	0.004*	3.37 (0.49-23.09)	0.216
ช่องทางในการได้มาซึ่งถุงยาง อนามัย						
ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ	17 (10.8)	141 (89.2)	1.00			
ซื้อจากร้านขายยา	4 (12.9)	27 (87.1)	1.23 (0.38-3.94)	0.729		
ขอรับจากสถานพยาบาล	4 (10.5)	34 (89.5)	0.98 (0.31-3.09)	0.967		
ขอรับจากคลินิกพิเศษ	7 (13.7)	44 (86.3)	1.32 (0.51-3.39)	0.564		
การใช้สารหล่อลื่นร่วมกับ ถุงยางอนามัย						
ไม่ใช้สารหล่อลื่นในขณะที่ใช้ ถุงยางอนามัย	3 (18.8)	13 (81.2)	1.00			
ใช้เจลหล่อลื่น	27 (10.8)	224 (89.2)	0.52 (0.14-1.95)	0.334		
ใช้โลชั่น วาสลีน,น้ำมันบำรุง ผิว,ใช้น้ำลาย	2 (18.2)	9 (81.1)	0.96 (0.13-6.98)	0.970		
ช่องทางที่ใช้ในการแสวงหาคู่ หรือพื้นที่ที่ใช้ในการพบปะเพื่อ หาคู่เพศสัมพันธ์						
อินเทอร์เน็ต โซเชียลมีเดีย	10 (10.08)	83 (89.2)	0.58 (0.24-1.40)	0.221		
เพื่อนแนะนำ	2 (7.4)	25 (92.6)	0.38 (0.08-1.82)	0.226		
แอปพลิเคชันหาคู่	5 (8.1)	57 (91.9)	0.42 (0.14-1.25)	0.118		
พบตามสถานบันเทิงเฉพาะ	2 (9.5)	19 (90.5)	0.50 (0.10-2.43)	0.391		
มากกว่า 1 ตัวเลือก	13 (17.3)	62 (82.7)	1.00			
การใช้สารเสพติดร่วมกับการมี เพศสัมพันธ์ (Chemsex - ไฮ นัวแซ็ง บิน)						
ใช้	5 (62.5)	3 (37.5)	15.00 (3.40-66.26)	<0.001*	7.31 (0.97-55.3)	0.054
ไม่ใช้	27 (10.0)	243 (90.0)	1.00		1.00	
การใช้ Popper ร่วมกับการมี เพศสัมพันธ์						
ใช้	3 (25.0)	39 (75.0)	3.63 (1.66-7.95)	0.001*	1.40 (0.45-4.35)	0.557
ไม่ใช้	19 (8.4)	207 (91.6)	1.00		1.00	

จากการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและรับยาเพริฟในจังหวัดเชียงราย ดังตารางที่ 4.6 พบว่า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ ระดับการศึกษา กลุ่มที่มีการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. มีความเสี่ยงที่จะเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา ($OR = 0.09$, $p = 0.023$) และ ($ORMH = 12.32$, $p = 0.005$) ศาสนา ในกลุ่มที่นับถือศาสนาคริสต์มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 7.93 เท่าอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่นับถือศาสนาพุทธ ($p = 0.003$) และการวิเคราะห์แบบปรับค่าถึง 12.32 เท่า ($p = 0.005$) เช่นเดียวกับกลุ่มที่นับถือศาสนาอิสลามมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้น 13.22 เท่า ($p = 0.001$) อย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่นับถือศาสนาพุทธเช่นกัน และการวิเคราะห์แบบปรับค่าเพิ่มขึ้นถึง 24.15 เท่า ($p = 0.003$)

ด้านพฤติกรรมและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ทักษะคิดของการป้องกันโรคในกลุ่มที่มีทัศนคติระดับดีมาก มีความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์ ($OR = 0.22$, $p = 0.016$) และ ($ORMH = 0.11$, $p = 0.007$) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีทัศนคติต่อการป้องกันโรคระดับต่ำ กลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับดีมาก มีความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีพฤติกรรมระดับต่ำ ($OR = 0.18$, $p = 0.011$)

บทบาททางเพศกับแฟนหรือคู่นอน พบว่า กลุ่มที่เป็นรุกเท่านั้น และกลุ่มที่เป็นรับเท่านั้น มีความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่เป็นได้ทั้งรุกและรับ 0.16 เท่า ($p = 0.009$) และ 0.15 เท่า ($p = 0.005$) ตามลำดับ กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ 1-2 ครั้งต่อเดือน และกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์เฉลี่ยปีละ 1-2 ครั้ง มีความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ทุกวัน $OR = 0.18$, $p = 0.012$ และ $OR = 0.13$, $p = 0.032$ ตามลำดับ กลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์แบบรุก รับ และใช้ปากร่วมกัน มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 6.67 เท่า ($p = 0.001$) และการวิเคราะห์แบบปรับค่ายังคงเสี่ยงถึง 5.36 เท่า ($p = 0.012$) พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัย พบว่า กลุ่มที่ให้เหตุผลว่าไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์ ($OR = 5.63$, $p = 0.001$) และ ($ORMH = 6.20$, $p = 0.002$) กลุ่มที่ให้เหตุผลว่าไม่ได้เตรียม หรือไม่ได้พก ($OR = 4.46$, $p = 0.020$) มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ

กลุ่มที่ให้เหตุผลว่าเป็นคู่นอนประจำ และกินยา PrEP มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นต่อการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 9.93 เท่า ($p = 0.004$) และการใช้สารเสพติดร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์ (Chemsex) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ใช้ มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์ 15.00 เท่า ($p < 0.001$) การใช้ Popper ร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นเกิดโรคอย่างมีนัยสำคัญ 3.63 เท่า ($p = 0.001$)

ด้านประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ประวัติการรับยาเพรีพ (PrEP) กลุ่มที่เคยรับยาเพรีพ มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยใช้ 2.31 เท่า ที่ $p = 0.030$ และประวัติการรับยา PEP มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดโรค 5.08 เท่า ที่ $p < 0.001$ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยรับยา ประวัติการมีอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยมีอาการผิดปกติ มีความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญ ($OR = 0.08, p < 0.001$) ผู้ที่มีประวัติเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคย หรือไม่แน่ใจ มีความเสี่ยงลดลงอย่างมีนัยสำคัญในการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ($OR = 0.02, p < 0.001$) แต่ผลของการเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประเภทใดประเภทหนึ่ง มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่เคยได้รับการวินิจฉัย ($OR = 36.82, p < 0.001$)

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในค่าอัตราส่วนออดส์ แต่ไม่คงที่การวิเคราะห์แบบปรับค่า ได้แก่ ระยะเวลาของการมีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือทางทวารหนักครั้งล่าสุด เมื่อเทียบกับ 1 ปีที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือทางทวารหนักใน 1 วันที่ผ่านมา มีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญต่อการเกิดโรค ($OR = 5.55, p = 0.018$) จำนวนคูในการมีเพศสัมพันธ์ในจำนวนมาก เมื่อเทียบกับคนไม่มี หรือมีเพียงคนเดียวมีความเสี่ยงเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญในการติดโรค ได้แก่ 2-4 คู่ มีโอกาสเสี่ยงเกิดขึ้นมากกว่า 2.73 เท่า ($p = 0.016$) และจำนวนคูมากกว่า 4 คน มีโอกาสเสี่ยงเกิดขึ้นมากกว่า 3.54 ($p = 0.033$)

บทที่ 5

บทสรุป

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาระยะวิเคราะห์แบบตัดขวาง (Cross sectional analytical study) มีวัตถุประสงค์เพื่อหาความชุกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พ และหาปัจจัยสัมพันธ์ในการเกิดโรคดังกล่าว การศึกษาพบว่าความชุกของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคซิฟิลิส คือ 5.60 และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดโรค ได้แก่ ศาสนา ประวัติการรับบริการรับยาเพร็พ (PrEP-PEP) และ PEP ประวัติการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ก่อนหน้า ทศนคติต่อโรค และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศบางปัจจัย ได้แก่ บทบาททางเพศ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งล่าสุด การไม่ใช้ถุงยางอนามัย และการใช้ยาเสพติดบางประเภทร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์

5.1 สรุปผลการวิจัย

ความชุกของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ โรคซิฟิลิสของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พในพื้นที่จังหวัดเชียงราย ประจำปี 2567 ได้แก่ โรคซิฟิลิส คือ 11.51 ต่อหนึ่งร้อยประชากร

ความสัมพันธ์ระหว่างการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พ ได้แก่ ศาสนา พบว่า กลุ่มศึกษาที่นับถือศาสนาคริสต์ และอิสลามมีโอกาสเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธ 12.32 และ 24.15 เท่าตามลำดับ ในการหาความสัมพันธ์อัตราส่วนออดส์เพียงอย่างเดียวพบว่า ผู้ที่มีประวัติการรับบริการรับยาเพร็พ (PrEP-PEP) และ PEP มีโอกาสติดต่อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2.31 และ 5.08 เท่าตามลำดับ โดยเกิดกับผู้ที่มีการประวัติรับซ้ำหลายครั้ง และผู้ที่เคยมีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือมีอาการผิดปกติของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จะเกิดมากกว่าผู้ที่ไม่เคยมีประวัติโรค 0.02 เท่า โดยเฉพาะการเกิดซ้ำในซิฟิลิสและหนองในเทียม ปัจจัยที่แสดงความสัมพันธ์อื่นในการหาความสัมพันธ์อัตราส่วนออดส์ยังพบว่า พฤติกรรมการป้องกันที่ดีมีโอกาสเสี่ยงน้อยกว่า 0.63 เท่า จำนวนคู่นอนมีส่วนร่วมสัมพันธ์ในจำนวนมากกว่า 1 คนขึ้นไป มีกาสเกิดโรค 2.73 เท่าเมื่อเทียบกับมีคู่นอนน้อยกว่าหรือเท่ากับ 1 คน ในเหตุผลของการไม่ใช้ถุงยางอนามัยพบเหตุผลของผู้ที่ไม่ได้มีการวางแผนที่จะมีเพศสัมพันธ์ ไม่ได้เตรียมถุงยางอนามัย และมีคู่นอนประจำรวมที่รับบริการรับยาเพร็พ (PrEP-PEP) มีโอกาสเกิดโรค

มากกว่า 5.63, 4.46, และ 9.93 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ การใช้สารเสพติดบางประเภท ได้แก่ ยาไอซ์ และป๊อปปเปอร์ ในขณะที่มีเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่า 15 เท่า และ 3.63 เท่าเมื่อเทียบกับผู้ที่ไม่ได้ใช้ยา ในปัจจัยสัมพันธ์อัตราส่วนสัมพันธ์ที่ปรับค่าพบว่า ทักษะคติของการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ผู้ที่มีทัศนคติดีจะเกิดโรคน้อยกว่า 0.11 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบต่อการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยบทบาททางเพศมีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคโดยเฉพาะบทบาทรุกและรับมีโอกาสการเกิดโรคน้อยกว่า 0.15 - 0.16 เท่า เมื่อเทียบกับคนที่มีบทบาททางเพศหลืนไหลคือได้ทั้งบทบาทรุกและรับในคนคนเดียวกัน และกิจกรรมเพศสัมพันธ์ในแต่ละครั้งส่วนใหญ่จะเกิดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคในบทบาททางเพศที่เป็นฝ่ายรุก และมีเพศสัมพันธ์ทางปากของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

5.2 การอภิปรายผล

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และรับยาเพร็พ ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบปัจจัยที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติทั้งในการวิเคราะห์ ดังนี้ ปัจจัยด้านสังคมและประชากร ได้แก่ ศาสนา พบว่า ศาสนามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทั้งก่อนและหลังการปรับค่า โดยกลุ่มที่นับถือศาสนาคริสต์มีโอกาสเกิดสูงกว่าผู้ที่นับถือศาสนาพุทธถึง 12.32 เท่า ($OR_{MH} (95\% CI) = 12.32 (2.17-69.90), p = 0.005$) และกลุ่มที่นับถือศาสนาอิสลามมีโอกาสสูงกว่าถึง 24.15 เท่า ($OR_{MH} (95\% CI) = 24.15 (2.92-199.43), p = 0.003$) ซึ่งบ่งชี้ว่ากลุ่มศาสนาเหล่านี้เป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องการการแทรกแซงทางสุขภาพที่คำนึงถึงบริบททางวัฒนธรรมและศาสนาเป็นพิเศษ เช่นเดียวกับการศึกษาของ Forrester et al. (2020) ที่พบว่า กลุ่มชาติพันธุ์และวัฒนธรรมบางกลุ่มเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพทางเพศมากกว่ากลุ่มประชากรทั่วไป ผลลัพธ์นี้ค่อนข้างโดดเด่นและแตกต่างจากการศึกษาอื่น ๆ ส่วนใหญ่ ซึ่งมักจะมุ่งเน้นไปที่ตัวแปรทางพฤติกรรมหรือเศรษฐกิจมากกว่า อย่างไรก็ตาม ความแตกต่างนี้อาจสะท้อนถึงอุปสรรคทางวัฒนธรรมและศาสนาในการเข้าถึงข้อมูลสุขภาพ การเปิดเผยตัวตน หรือการใช้บริการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเฉพาะเหล่านี้ (Hughes et al., 2020) ดังนั้น หน่วยงานสาธารณสุขจึงควรพิจารณาออกแบบโปรแกรมสุขภาพที่คำนึงถึงบริบททางศาสนาและวัฒนธรรมเพื่อลดช่องว่างในการเข้าถึงบริการ ระดับการศึกษา การศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนปลาย หรือ ปวช. มีโอกาสเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงกว่าผู้ที่มีการศึกษาระดับประถมศึกษา

อย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์แบบปรับค่า โดยมีอัตราส่วนออดส์ที่ปรับค่า (OR_{MH}) เท่ากับ 12.32 ($p = 0.005$) โดยการศึกษาของ (CDC, 2019) ก็ได้ระบุว่า ระดับการศึกษาสามารถเป็นตัวบ่งชี้ทางอ้อมของรูปแบบพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างกันในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ปัจจัยด้านประวัติการรับยาเพร็พ (PrEP-PEP) และ PEP และอาการผิดปกติของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในการวิเคราะห์แบบไม่ปรับค่า ผู้ที่มีประวัติการรับยา PEP มีโอกาสเกิดโรคสูงกว่าผู้ที่ไม่เคย หรือไม่แน่ใจถึง 5.08 เท่า (OR (95% CI) = 5.08 (1.08-4.91), $p < 0.001$) อย่างไรก็ตาม เมื่อมีการปรับค่า ปัจจัยนี้ไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้ที่พบว่าผู้ที่รับ PEP มักเป็นกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงอยู่แล้ว จึงมีโอกาสติดเชื้อสูงกว่า แม้จะได้รับยาป้องกันก็ตาม (โรงพยาบาลสมิติเวช, 2567; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564) ประวัติเคยเป็นโรคโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ผู้ที่ไม่เคยมีประวัติมีโอกาสเกิดโรคต่ำกว่าผู้ที่เคยมีประวัติอย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์แบบไม่ปรับค่า (OR (95% CI) = 0.02 (0.01-0.09), $p < 0.001$) ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยก่อนหน้านี้หลายฉบับที่ยืนยันว่าประวัติการติดเชื้อเป็นปัจจัยทำนายที่สำคัญที่สุดของการติดเชื้อซ้ำ (CDC, 2019; กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2564)

ปัจจัยด้านทัศนคติและพฤติกรรมการป้องกัน และทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันโรคมมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญกับการลดความเสี่ยงของการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยผู้ที่มีทัศนคติดีมีโอกาสเกิดน้อยกว่าผู้ที่มีทัศนคติต่ำอย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์แบบปรับค่าถึง 0.11 เท่า (OR_{MH} (95% CI) = 0.11 (0.02-0.54), $p = 0.007$) ผลการวิจัยนี้สอดคล้องกับทฤษฎีพฤติกรรมสุขภาพที่ระบุว่าทัศนคติเชิงบวกเป็นปัจจัยสำคัญที่นำไปสู่พฤติกรรมการป้องกันที่ดี (European Centre for Disease Prevention and Control [ECDC], 2016; Greenwald et al., 2022)

บทบาททางเพศ เมื่อเทียบกับบทบาทที่หลืนไหลทางเพศ ที่เป็นผู้ได้ทั้งรุกและรับ บทบาทรุกเท่านั้นมีโอกาสเกิดโรคต่ำกว่าถึง 0.16 เท่า (OR_{MH} (95% CI) = 0.16 (0.04-0.64), $p = 0.009$) และบทบาทรับเท่านั้นมีโอกาสเกิดโรคต่ำกว่า 0.15 เท่า (OR_{MH} (95% CI) = 0.15 (0.04-0.56), $p = 0.005$) ปัจจัยด้านพฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์อื่น พบว่า การมีเพศสัมพันธ์ทางอวัยวะเพศ รวมทั้งทางปากและทวารหนัก กับแฟนหรือคนรัก และการมีเพศสัมพันธ์แบบกลุ่ม ในบทบาทรุก รับ และมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก มีโอกาสเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีแฟน หรือคนรักอย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์แบบปรับค่าถึง 5.36 เท่า (OR_{MH} 95% CI) = 5.36 (1.44-19.97), $p = 0.012$) เช่นเดียวกับการศึกษาของ Greenwald et al. (2022) ที่พบว่า กิจกรรมทางเพศบางประเภท เช่น group sex และ double penetration มีความชุกสูงในกลุ่ม MSM ที่รับ PrEP และมีความสัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น วิธีในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว การมีบทบาทรุกเท่านั้นกับคู่นอนชั่วคราว มีโอกาสเกิดโรคสูงกว่ากลุ่มที่ไม่มีคู่นอนชั่วคราวอย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์แบบปรับค่าถึง 8.43 เท่า (OR_{MH} (95% CI) = 8.43 (1.29-54.94), $p = 0.026$) ซึ่ง

สอดคล้องกับแนวคิดที่ว่าจำนวนคู่นอนที่เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะคู่นอนชั่วคราว มีความสัมพันธ์กับความเสี่ยงโรคที่เพิ่มขึ้น (Lachowsky et al., 2015)

กลุ่มศึกษาส่วนใหญ่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยเพราะ “ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์” ซึ่งทำให้มีโอกาสเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่าผู้ที่ใช้ทุกครั้งอย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์แบบปรับค่าถึง 6.20 เท่า ($OR_{MH} (95\% CI) = 6.20 (1.97-19.51), p = 0.002$) ผลนี้ยืนยันว่าการไม่เตรียมพร้อมหรือการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้อิงแผน (spontaneous sex) เป็นช่องว่างสำคัญในการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Gafos et al., 2022)

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับสารเสพติด การใช้สารเสพติดร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์ (Chemsex) กลุ่มนี้มีโอกาสเกิดโรคสูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์แบบไม่ปรับค่าถึง 15.00 เท่า ($OR (95\% CI) = 15.00 (3.40-66.26), p < 0.001$) และยังคงมีแนวโน้มสูงในแบบปรับค่า ($OR_{MH} (95\% CI) = 7.31 (0.45-4.35), p = 0.054$) การใช้ Popper ร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์: การใช้ป๊อปเปอร์มีโอกาสเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สูงกว่าผู้ที่ไม่ใช้อย่างมีนัยสำคัญในการวิเคราะห์แบบไม่ปรับค่าถึง 3.63 เท่า ($OR (95\% CI) = 3.63 (1.66-7.95), p = 0.001$) ผลลัพธ์นี้สอดคล้องกับงานวิจัยระดับนานาชาติที่เน้นย้ำถึงความเชื่อมโยงที่ชัดเจนระหว่างการใช้สารเสพติด โดยเฉพาะอย่างยิ่ง Chemsex กับการเพิ่มความเสี่ยงของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทุกประเภท เนื่องจากการลดความยับยั้งชั่งใจและการลดการใช้ถุงยางอนามัย (Flores Anato et al., 2022; Greenwald et al., 2022)

ผลการวิเคราะห์แสดงให้เห็นว่า ศาสนา ทักษะคิดที่ดี ประวัติการมีอาการผิดปกติ การใช้สารเสพติด เหตุผลในการไม่ใช้ถุงยางอนามัย และรูปแบบการมีเพศสัมพันธ์ มีความสัมพันธ์กับการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมีนัยสำคัญ ประเด็นดังกล่าวควรได้รับการพิจารณาเป็นพิเศษในการออกแบบมาตรการป้องกันและควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มนี้ โดยเฉพาะกลุ่มที่รับบริการรับยา PrEP สืบไป

5.3 ข้อจำกัดในการวิจัย

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาในกลุ่มศึกษาเฉพาะ จึงต้องมีการวางแผนการเข้าถึงกลุ่มตัวอย่าง และการเก็บข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงและเหมาะสม ซึ่งต้องใช้เวลาในการเก็บข้อมูลเพื่อให้ครอบคลุมกับกลุ่มศึกษาที่เป็นตัวแทนของการศึกษา โดยผู้วิจัยได้ทำการเก็บข้อมูลในการกำกับดูแลภายใต้ผู้เชี่ยวชาญ และผู้ที่มีประสบการณ์กับกลุ่มศึกษาอย่างแท้จริง

5.4 ข้อเสนอแนะที่ได้จากการศึกษาครั้งนี้

5.4.1 การศึกษาครั้งนี้พบว่าทัศนคติต่อการป้องกันโรคจะเกิดโรคน้อย จึงควรมีการรณรงค์ และให้ความรู้เพื่อสร้างทัศนคติเชิงบวกเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ โดยใช้กลยุทธ์ที่เข้าถึงกลุ่มเป้าหมายได้ง่ายและน่าสนใจ

5.4.2 ควรเพิ่มความระมัดระวังในกลุ่มผู้รับ PrEP/PEP ชั่ว เนื่องจากผู้ที่มีประวัติการรับบริการ มีโอกาสติดโรคสูงกว่า ควรมีการติดตาม ตรวจสอบคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างสม่ำเสมอ และให้คำปรึกษาเชิงลึกเกี่ยวกับพฤติกรรมเสี่ยงเป็นรายบุคคล โดยเฉพาะในกลุ่มที่รับยาซ้ำหลายครั้ง

5.4.3 จัดการพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ควรมีการให้ความรู้ถึงความเสี่ยงของการมีหลายคู่นอน และส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอในทุกคู่ ความเสี่ยงในการใช้สารเสพติดกับพฤติกรรมทางเพศ ควรมีการบูรณาการการตรวจคัดกรองและให้คำปรึกษาด้านการใช้สารเสพติดควบคู่ไปกับผู้รับบริการ PrEP/PEP และควรมีการให้ความรู้เฉพาะทางสำหรับบทบาททางเพศ

5.5 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

5.5.1 ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) เพื่อทำความเข้าใจเชิงลึก เพื่อศึกษาพฤติกรรมการใช้สารเสพติดและการมีเพศสัมพันธ์ (Chemsex) และทำความเข้าใจถึงแรงจูงใจ วิธีการ และบริบททางสังคมของการใช้สารเสพติดขณะมีเพศสัมพันธ์ เพื่อออกแบบโปรแกรมการแทรกแซงที่เฉพาะเจาะจง ศึกษาอุปสรรคในการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ทำความเข้าใจถึงสาเหตุที่แท้จริงของผู้ที่ไม่ใช้ถุงยางอนามัยในสถานการณ์ที่ไม่ได้วางแผน หรือกับคู่นอนประจำ แม้จะรับ PrEP แล้วก็ตาม รวมถึงทัศนคติเชิงลบต่อการป้องกันโรค เพื่อให้สามารถพัฒนาสื่อและกลยุทธ์การสื่อสารที่ตรงจุด

5.5.2 ควรมีการศึกษา และพัฒนาโปรแกรมการแทรกแซงเฉพาะกลุ่ม ออกแบบและทดลองใช้โปรแกรมการให้คำปรึกษา การแทรกแซงพฤติกรรมที่เน้นกลุ่มเสี่ยงสูงโดยเฉพาะ กลุ่มผู้รับ PrEP/PEP ชั่ว กลุ่มที่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มาก่อน กลุ่มที่มีคู่นอนหลายคน กลุ่มที่ใช้สารเสพติดในขณะมีเพศสัมพันธ์ พัฒนากลยุทธ์เพื่อปรับทัศนคติเชิงบวกต่อการป้องกัน และวัดผลลัพธ์ของการแทรกแซงต่อการลดอัตราความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

รายการอ้างอิง

- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2563). *แนวทางการกำจัดโรคไวรัสตับอักเสบบี ประเทศไทย*.
<https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1032520200721094236.pdf>
- กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. (2564). *ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564 (แนวทางการใช้ยา PrEP)*. https://www.prepthai.net/Paper/PrEP_Guidelines.pdf
- กัลยาณี คุณพลทรัพย์. (2560). *คู่มือการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับเทคนิคการแพทย์*.
<http://www.mtc.or.th/>
- จุไรรัตน์ รัตนเลิศนาวิ และอภิษฐา รัศมี. (2562). ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีใน
 แรงงานข้ามชาติที่เป็นโรคซิฟิลิสและมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์:
 กรณีศึกษา อำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา. *วารสารวิชาการแพทย์เขต 11*, 33(1), 45–58.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/Reg11MedJ/article/view/188276/132096>
- ณัฐพล งามจิรธรรม. (2564). *คู่มือการตรวจวินิจฉัยและติดตามการรักษาโรคซิฟิลิสทาง
 ห้องปฏิบัติการ*. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- ธนา ขอเจริญพร. (2565). *กลยุทธ์สำหรับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี*.
<https://cimjournal.com/confer-update/preventive-for-hiv-infection/>
- นิรชา อธิปัญญาศิลป์. (2561). การตรวจหาเชื้อเอชไอวีต่อยาด้านไวรัสและความสำคัญของ
 ฐานข้อมูลที่ใช้ในการวิเคราะห์ผล. *เวชบันทึกศิริราช*, 11(2), 118–124.
- นิสิต คงกรีกเกียรติ. (2558). *แนวทางการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์*. กรมควบคุมโรค
 กระทรวงสาธารณสุข.
- บุญชม ศรีสะอาด. (2535). *การวิจัยเบื้องต้น* (พิมพ์ครั้งที่ 5). สุวีริยาสาส์น.
- ปัญญารัตน์ ไส้สุวรรณชาติ, นฤมล เอี่ยมณีกุล และอาภาพร เผ่าวัฒนา. (2563). ปัจจัยทำนาย
 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อ HIV ของเยาวชนกลุ่มชายรักชายในเขตกรุงเทพมหานคร.
วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล, 36(2), 177–189.
- พรนารา ธิเชียว และเกสรดา ไชยล้อม. (2566). *ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อซิฟิลิสในกลุ่มชายที่มี
 เพศสัมพันธ์กับชาย ในคลินิกพิเศษกามโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่*.
<https://he02.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal/article/view/260355/179135>

- ภูโมกษ์ อัทธา, มณฑิรา แสงรุ่งเรือง, และเกษร บัวทอง. (2565). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตกรุงเทพมหานครและปริมณฑล. *วารสารวิจัยทางวิทยาศาสตร์สุขภาพ*, 16(2), 1-12.
- ระบบเฝ้าระวังโรคเอดส์ (AIDS Surveillance System). (2566). *สถานการณ์โรคซิฟิลิสและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในจังหวัดเชียงราย*. <http://aidsboe.moph.go.th/>
- รัตติยา สองทิศ. (2562). ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง. *วารสารโรคเอดส์*, 31(3), 142-153.
- โรงพยาบาลสมิติเวช. (2567). *PrEP ป้องกันเชื้อ HIV ได้หรือไม่ แตกต่างจาก PEP อย่างไร?*. <https://samitivejchinateown.com/th/article/sexual-health/prep-and-pep>
- สุทธิภัทร แก้วเทพ, ธวัชชัย อภิเดชกุล, วิภพ สุทชนะ และกรกช จันทรเสวีวิทยา. (2564). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ เอชไอวี ในกลุ่มชายชาติพันธุ์ที่ขายบริการทางเพศในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข*, 30(3), 393-405.
- สุนีนานู ชาวตระการ, ศิริลักษณ์ ไชยชูช่วย, และสุพรรณษา แซ่ตั้ง. (2561). ความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในเขตพื้นที่กรุงเทพมหานคร. *วารสารโรคเอดส์*, 31(2), 75-86.
- สุรพงษ์ โสธนะเสถียร. (2563). *ทฤษฎีการสื่อสาร* (พิมพ์ครั้งที่ 4). ระเบียบทอง.
- อรรวรรณ จุลวงษ์. (2556). การสำรวจพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของพลทหารกองประจำการแห่งหนึ่งในกองทัพบก. *วารสารพยาบาลทหารบก*, 14(3), 142-150.
- Blomquist, P. B., Mohammed, H., Mikhail, A., Weatherburn, P., Reid, D., Wayal, S., Hughes, G., & Mercer, C. H. (2020). Characteristics and sexual health service use of MSM engaging in chemsex: results from a large online survey in England. *Sex Transm Infect*, 96, 590-595. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2019-054345>
- Bloom, B. S. (1971). *Handbook on formative and summative evaluation of student learning*. McGraw-Hill.
- Blumenthal, J., & Haubrich, R. (2013). Pre-exposure prophylaxis for HIV infection: How antiretroviral pharmacology helps to monitor and improve adherence. In *Expert Opinion on Pharmacotherapy* (Vol. 14, Issue 13, pp. 1777-1785). <https://doi.org/10.1517/14656566.2013.812072>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2013). *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2012*. U.S. Department of Health and Human Services.

- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2019). *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2019*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2021a). *Detailed STD Facts - Syphilis*. Sexually Transmitted Diseases (STDs).
<https://www.cdc.gov/std/syphilis/stdfact-syphilis-detailed.htm#>
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2021b). *Men Who Have Sex with Men (MSM). Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines*.
<https://www.cdc.gov/std/treatment-guidelines/msm.htm>
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2022a). *Protect Yourself During Sex*. CDC. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-prevention/protect-yourself-during-sex.html>
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2022b). *Ways HIV Can Be Transmitted*. CDC. <https://www.cdc.gov/hiv/basics/hiv-transmission/ways-people-get-hiv.html>
- Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2023a). *Gay Men and STDs | Sexually Transmitted Diseases: CDC. STD Facts – What Gay, Bisexual and Other Men Who Have Sex with Men Need to Know About Sexually Transmitted*. <https://www.cdc.gov/std/life-stages-populations/stdfact-msm.htm>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2023b). *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2022*. U.S. Department of Health and Human Services.
- Conen, A., Wang, S. A., Sukkaiyanont, B., Ahrens, N., Phanuphak, N., Teeraratkul, A., . . . Siraprasiri, T. (2014). Syphilis in men who have sex with men, Bangkok, Thailand, 2005–2011. *Sexually Transmitted Diseases*, 41(10), 619-623.
- De Lima, M., Sakhdari, A., Shindiapina, P., Baiocchi, R. A., Ahmed, E. H., Mozhenkova, A., & Abebe, T. (2020). Immunology of EBV-Related Lymphoproliferative Disease in HIV-Positive Individuals. *Frontiers in Oncology*, 10, 1723.
<https://doi.org/10.3389/fonc.2020.01723>

- Doody, J., Ramkumar, A., & Okonsukwa, J.-M. (2023). P071 HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) and bacterial STIs among Men who have sex with men (MSM) in Worcestershire: a quality improvement project. *Sexually Transmitted Infections*, 99(Suppl 1), A56–A57. <https://doi.org/10.1136/SEXTRANS-BASHH-2023.110>
- Dybul, M., Fauci, A. S., Bartlett, J. G., Kaplan, J. E., & Pau, A. K. (2002). Guidelines for using antiretroviral agents among HIV-infected adults and adolescents: The panel on clinical practices for treatment of HIV. *Annals of Internal Medicine*, 137(5 II), 381–433. https://doi.org/10.7326/0003-4819-137-5_PART_2-200209031-00001/ASSET/IMAGES/LARGE/1FF1.JPEG
- European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). (2016). *Communication strategies for the prevention of HIV, STI and hepatitis among MSM in Europe (Technical Document)*. ECDC.
- Flores Anato, J. L., Panagiotoglou, D., Greenwald, Z. R., Blanchette, M., Trottier, C., Vaziri, M., . . . Maheu-Giroux, M. (2022). Chemsex and incidence of sexually transmitted infections among Canadian pre-exposure prophylaxis (PrEP) users in the l'Actuel PrEP Cohort (2013–2020). *Sexually Transmitted Infections*, 98(8), 549–556.
- Forrester, C. J., Grey, J. A., Singh, S., & Torrone, E. A. (2020). Increase in gonorrhoea and syphilis among men who have sex with men — United States, 2015–2018. *Morbidity and Mortality Weekly Report (MMWR)*, 69(45), 1661–1666. <https://doi.org/10.15585/mmwr.mm6945a1>
- Gafos, M., Wayal, S., Bourne, A., McCormack, S., & Gill, O. N. (2022). Sexually transmitted infections and sexual behavior among gay and bisexual men using HIV pre-exposure prophylaxis: A mixed-methods study. *Sexually Transmitted Infections*, 98(2), 112–118. <https://doi.org/10.1136/sextrans-2021-055106>
- Grant, R. M., Lama, J. R., Anderson, P. L., McMahan, V., Liu, A. Y., Vargas, L., . . . Glidden, D. V. (2018). Preexposure chemoprophylaxis for HIV prevention in men who have sex with men. *New England Journal of Medicine*, 363(27), 2587–2599.

- Greenwald, Z. R., Beauchemin, M., Longpré, D., Benomar, K., Lavoie, S., & Thomas, R. (2022). Chemsex Practices in PrEP: Beyond Addiction and Risk Toward a Healthy Sex Life—Baseline Experiences from a Hospital-Based PrEP Program in Barcelona, Spain. *AIDS and Behavior*, *26*(12), 4055–4062.
- HIVinfo.NIH. (2021). *The Stages of HIV Infection | NIH*. Understanding HIV. <https://hivinfo.nih.gov/understanding-hiv/fact-sheets/stages-hiv-infection>
- Hollingsworth, T. D., Anderson, R. M., & Fraser, C. (2008). HIV-1 Transmission, by Stage of Infection. *The Journal of Infectious Diseases*, *198*(5), 687–693. <https://doi.org/10.1086/590501>
- Holt, M., Lea, T., Mao, L., Kolstee, J., Zablotska, I., Prestage, G., . . . de Wit, J. (2016). Risk compensation? Trends in unprotected anal intercourse among gay and bisexual men in Australia. *The Lancet HIV*, *3*(12), e574-e575.
- Hughes, A. J., Saxton, P. J., Dickins, J. D., & Milhausen, R. R. (2020). Cultural and religious barriers to HIV/STI testing among men who have sex with men: A systematic review. *International Journal of STD & AIDS*, *31*(12), 1148–1157.
- Jansen, K., Steffen, G., Potthoff, A., Schuppe, A.-K., Beer, D., Jessen, H., . . . Tiemann, C. (2020). STI in times of PrEP: high prevalence of chlamydia, gonorrhea, and mycoplasma at different anatomic sites in men who have sex with men in Germany. *BMC Infectious Diseases*, 1–14. <https://doi.org/10.1186/s12879-020-4831-4>
- Khawcharoenporn, T., Chunloy, K., & Apisarnthanarak, A. (2016). Uptake of HIV testing and counseling, risk perception and linkage to HIV care among Thai university students. *BMC Public Health*, *16*(1). <https://doi.org/10.1186/S12889-016-3274-8>
- Lachowsky, N. J., Saxton, P. J., Hughes, A. J., Dickson, N. P., Summerlee, A. J., & Milhausen, R. R. (2015). Younger gay and bisexual men's condom use with main regular sexual partner in New Zealand. *AIDS Education and Prevention*, *27*(3), 257–274.
- Lopez, L. de la P., Grey, J. A., Singh, S., & Torrone, E. A. (2022). Trends in syphilis and gonorrhea among men who have sex with men - United States, 2015–2020. *Sexually Transmitted Diseases*, *49*(8), 550-556.

- Luo, Y., Stephenson, R., & Sullivan, P. S. (2015). Factors associated with condomless anal intercourse among men who have sex with men in China. *AIDS and Behavior*, *19*(11), 2034-2045.
- Maxwell, S., Shahmanesh, M., & Gafos, M. (2019). Chemsex behaviours among men who have sex with men: A systematic review of the literature. *International Journal of Drug Policy*, 74–89. <https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2018.11.014>
- Mizushima, D., Takano, M., Ando, N., Uemura, H., Yanagawa, Y., Aoki, T., Watanabe, K., Ishizuka, N., & Oka, S. (2022). A four-year observation of HIV and sexually transmitted infections among men who have sex with men before and during pre-exposure prophylaxis in Tokyo. *Journal of Infection and Chemotherapy*, *28*(6), 762–766. <https://doi.org/10.1016/J.JIAC.2022.02.013>
- My, T., Le, D., Lee, P. C., Stewart, D. E., Long, T. N., & Nguyen Quoc, C. (2016). What are the risk factors for HIV in men who have sex with men in Ho Chi Minh City, Vietnam?-A cross-sectional study. *BMC Public Health*, 1–10. <https://doi.org/10.1186/s12889-016-3088-8>
- Park, H., Lee, S. H., & Kim, J. H. (2021). Trends and risk factors for syphilis among men who have sex with men: A longitudinal study. *International Journal of Infectious Diseases*, *105*, 214-220.
- Phanuphak, N. (2022). *Reports on STI prevalence among MSM in Thailand networks*. Springer Nature.
- Prodger, J. L., & Kaul, R. (2017). The biology of how circumcision reduces HIV susceptibility: Broader implications for the prevention field. In *AIDS Research and Therapy* (Vol. 14, Issue 1). BioMed Central Ltd. <https://doi.org/10.1186/s12981-017-0167-6>
- Raimondo, M., & Suligoj, B. (2010). HIV virology and pathogenetic mechanisms of infection: a brief overview. *Ann Ist Super Sanità*, *46*(1), 5–14.

- Ruxrungtham, K., Chokephaibulkit, K., Chetchotisakd, P., Chariyalertsak, S., Kiertburanakul, S., Putacharoen, O., . . . Nookhai, S. (2022). Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022. In *Thailand National Guidelines on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2021/2022*. (Vol. 1). Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control. https://www.neoscreen.go.th/images/pdf/HIV-AIDS-Guideline-2564_2565.pdf
- Sun, Y., Lu, H., Ye, J., Li, D., & Li, G. (2023). Awareness and use of HIV pre-exposure prophylaxis and factors associated with awareness among MSM in Beijing, China. *Scientific Reports*, *13*(1). <https://doi.org/10.1038/s41598-023-27485-8>
- Sun, Z., Gu, Q., Dai, Y., Zou, H., Agins, B., Chen, Q., . . . Jiang, H. (2022). Increasing awareness of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) and willingness to use HIV PrEP among men who have sex with men: a systematic review and meta-analysis of global data. *Journal of the International AIDS Society*, *25*(3). <https://doi.org/10.1002/JIA2.25883/FULL>
- Szabo, R., & Short, R. V. (2000). Education and debate How does male circumcision protect against HIV infection? *BMJ*, *320*, 1594–1592.
- Thanprasertsuk, J. (2023). *Syphilis trends among young MSM in Bangkok clinics*. NIH. The Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). (2022). *Factsheet 2022*. UNAIDS.
- Torres, T. S., Nascimento, A. R., Coelho, L. E., Konda, K. A., Vega-Ramirez, E. H., Eloorreaga, O. A., . . . Grinsztejn, B. (2023). Preferences for PrEP modalities among gay, bisexual, and other men who have sex with men from Brazil, Mexico, and Peru: a cross-sectional study. *Therapeutic Advances in Infectious Disease*, *10*. <https://doi.org/10.1177/20499361231153548/FORMAT/EPUB>
- Traeger, M. W., Cornelisse, V. J., Asselin, J., Price, B., Roth, N. J., Willcox, J., . . . Wright, E. J. (2019). Association of HIV preexposure prophylaxis with incidence of sexually transmitted infections among gay and bisexual men. *JAMA*, *321*(14), 1380-1390.

- Walensky, R. P., Jernigan, D. B., Bunnell, R., Layden, J., Kent, C. K., Gottardy, A. J., Leahy, M. A., Martinroe, J. C., Spriggs, S. R., Yang, T., Doan, Q. M., King, P. H., Starr, T. M., Yang, M., Jones, T. F., Matthew Boulton, C. L., Carolyn Brooks, M., Jay Butler, M. C., Caine, V. A., . . . Sanchez, J. N. (2021). *Morbidity and Mortality Weekly Report Sexually Transmitted Infections Treatment Guidelines*. 2021 Centers for Disease Control and Prevention MMWR Editorial and Production Staff (Serials) MMWR Editorial Board.
- World Health Organization (WHO). (2008). *Advocacy, communication and social mobilization for TB control*. WHO.
- World Health Organization (WHO). (2015). *Consolidated guidelines on HIV testing services. 5Cs: Consent, Confidentiality, Counselling, Correct Results and Connection; 2015 - PAHO/WHO*. Pan American Health Organization. <https://www.paho.org/en/documents/consolidated-guidelines-hiv-testing-services-5cs-consent-confidentiality-counselling>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Syphilis among men who have sex with men: A global update*. World Health Organization.
- World Health Organization (WHO). (2022). *Global health sector strategies on, respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections for the period 2022-2030*. World Health Organization.

ภาคผนวก

เอกสารรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย

รหัสแบบสอบถาม □□□



แบบสอบถาม

เรื่อง ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์
กับชาย และรับยาเพิร์พในภาคเหนือ ประเทศไทย

คำชี้แจง

1. แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 ส่วน ดังต่อไปนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคล (ตอบโดยผู้เข้าร่วมวิจัย)	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ ทักษะคติ และพฤติกรรมกรรมการป้องกันโรคฯ (ตอบโดยผู้เข้าร่วมวิจัย)	จำนวน 47 ข้อ
ส่วนที่ 3 ข้อมูลพฤติกรรมพฤติกรรมทางเพศ (ตอบโดยผู้เข้าร่วมวิจัย)	จำนวน 12 ข้อ
ส่วนที่ 4 ข้อมูลผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัยการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์	จำนวน 3 ข้อ
 2. โปรดอ่านคำชี้แจงในการตอบคำถามแต่ละส่วนให้ครบถ้วน
 3. คณะผู้วิจัยขอเรียนว่า ข้อมูลที่ได้จะไม่มีการเผยแพร่ต่อท่านแต่อย่างใด โดยผู้วิจัยจะนำไปวิเคราะห์ในภาพรวมตามระเบียบวิธีวิจัย เพื่อตอบวัตถุประสงค์ของงานวิจัย จึงใคร่ขอกรุณาท่านตอบแบบสอบถามให้ครบถ้วนทุกข้อความตามความจริง
- คณะผู้วิจัยหวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะได้รับความอนุเคราะห์จากท่านจึงขอขอบพระคุณในความ
ร่วมมือตอบแบบสอบถามมา ณ โอกาสนี้

คณะผู้วิจัย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลส่วนบุคคล

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

1.1 อายุปี

1.2 สถานภาพ

- โสด ไม่เคยมีแฟน โสด เคยมีแฟน เลิกกันแล้ว
 โสด มีความสัมพันธ์แบบคืนเดียว (One Night Stand)
 มีแฟน อยู่ด้วยกัน มีแฟน ไม่ได้อยู่ด้วยกัน

1.3 ระดับการศึกษา

- ประถมศึกษา มัธยมศึกษาตอนต้น มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.
 อนุปริญญา/ปวส. ปริญญาตรีขึ้นไป

1.4 ศาสนา

- พุทธ คริสต์ อิสลาม อื่น ๆ

ระบุ.....

1.5 อาชีพ

- ไม่ได้ประกอบอาชีพ นักเรียน นักศึกษา ลูกจ้าง พนักงานราชการ ข้าราชการ
 พนักงานบริษัทเอกชน เกษตรกร ค้าขาย
 อาชีพอิสระ อื่น ๆ ระบุ.....

1.6 รายได้.....บาท/เดือน

1.7 การสูบบุหรี่

- สูบบุหรี่ ไม่สูบบุหรี่

1.8 การดื่มแอลกอฮอล์

- ดื่ม ไม่ดื่ม

1.9 ท่านเคยมารับยาเพรีพ (PrEP) ก่อนหน้านี้หรือไม่

- เคย ไม่เคย

1.10 ท่านเคยมารับยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี PEP (Post-Exposure Prophylaxis) ก่อนหน้านี้หรือไม่

- เคย จำนวน.....ครั้ง ไม่เคย
 ไม่แน่ใจ ไม่รู้จัก

1.11 ท่านเคยมีอาการผิดปกติที่เกี่ยวข้องกับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

เคย ไม่เคย ไม่แน่ใจ

1.12 ท่านเคยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ประเภทใดประเภทหนึ่ง

เคย โปรดระบุ..... ไม่เคย ไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 2 ข้อมูลความรู้ ทักษะ และพฤติกรรมการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ความรู้เกี่ยวกับโรคและวิธีการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง ที่ท่านคิดว่าถูกต้องที่สุด

คำถาม	ใช่	ไม่ใช่
2.1 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อโรคได้มากกว่า 1 ชนิด		
2.2 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สามารถติดต่อผ่านทางกรรมมีเพศสัมพันธ์เท่านั้น		
2.3 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่สามารถติดต่อจากแม่สู่ลูกได้		
2.4 เชื้อเอชไอวีไม่สามารถติดต่อกันผ่านการถูกยุงกัดได้		
2.5 การจูบในขณะที่ปากมีแผลเสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
2.6 โรคเอดส์สามารถรักษาให้หายขาดได้		
2.7 การติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำให้ป่วยด้วยโรคแทรกซ้อนอื่นๆ ได้ง่าย		
2.8 โรคซิฟิลิสเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้		
2.9 โรคแผลริมอ่อนจะมีลักษณะแผลที่อวัยวะเพศคล้ายกับโรคซิฟิลิส		
2.10 การมีเพศสัมพันธ์ทางปากไม่เสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
2.11 การมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักไม่เสี่ยงต่อการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
2.12 การแปรงฟันก่อนการมีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือการจูบป้องกันการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้		
2.13 สามารถใช้โลชั่นทาผิว วาสลีน หรือน้ำมันบำรุงผิวร่วมกับการสวมถุงยางอนามัยแทนการใช้สารหล่อลื่นได้		
2.14 การใช้น้ำลายเป็นตัวช่วยในการหล่อลื่นไม่ทำให้เกิดความเสี่ยงในการติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์		
2.15 ผู้ที่ไม่มีอาการผิดปกติทางร่างกายให้เห็นชัดคือผู้ที่ไม่ติดเชื้อมีเพศสัมพันธ์		
2.16 การตรวจเลือดเป็นวิธีการค้นหาเชื้อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่เหมาะสมที่สุด		
2.17 การตรวจเลือดสามารถค้นหาเชื้อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หลังจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ทันที		

ทัศนคติการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง โปรดใส่เครื่องหมาย (v) ลงในช่อง ที่ตรงกับความคิดเห็นของท่าน

รายการ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	กลาง ๆ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
2.18 การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันเพียงแค่ว่าครั้งเดียวไม่ทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้					
2.19 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่ร้ายแรงถึงขั้นเสียชีวิต แต่ส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ *					
2.20 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไม่สามารถรักษาให้หายได้					
2.21 ถ้ำร่างกายเกิดความผิดปกติ เช่น มีตุ่มหรือผื่นขึ้น ปัสสาวะแสบขัด มีแผลขึ้นที่อวัยวะเพศ แคไปซื้อยามารับประทานก็หายไม่จำเป็นต้องไปพบแพทย์					
2.22 การใช้ถุงยางอนามัยแสดงถึงความไม่ไว้ใจคู่รักหรือคู่นอน					
2.23 การใช้ถุงยางอนามัยทำให้มีความสุขในการมีเพศสัมพันธ์ลดลง					
2.24 การซื้อถุงยางอนามัยหรือขอรับถุงยางอนามัยตามสถานบริการสุขภาพเป็นสิ่งที่ไม่น่าอาย*					
2.25 โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นเรื่องที่ทุกคนควรตระหนักใส่ใจในการป้องกันไม่ใช่เรื่องเฉพาะตัว*					
2.26 การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยครั้งหรือมีคู่นอนหลายคนเป็นเรื่องปกติ					
2.27 การมีเพศสัมพันธ์ทางปากไม่ทำให้เกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์					

รายการ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	กลาง ๆ	ไม่ เห็น ด้วย	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง
2.28 การตรวจเลือดด้วยการบริจาคเลือดเป็น วิธีการที่ดีกว่าการไปตรวจเลือดโดยตรง					
2.29 น้ำลายเป็นสิ่งที่ควรใช้ร่วมกับการสวม ถุงยางอนามัยแทนการใช้สารหล่อลื่น					
2.30 ผู้ที่ติดเชื้อของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จะต้องมีอาการหรือความผิดปกติที่สังเกตได้ ชัดเจนเท่านั้น					
2.31 การล้างอวัยวะเพศหรือทวารหนักก่อน การมีเพศสัมพันธ์สามารถป้องกันโรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ได้แน่นอน					
2.32 การตรวจเลือดพร้อมคู่นอนเป็นสิ่งที่ไม่ เหมาะสมเพราะเป็นการแสดงถึงการไม่ไวใจอีก ฝ่าย					

*คำถามเชิงบวก

พฤติกรรมป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำชี้แจง : โปรดใส่เครื่องหมาย (✓) ลงในช่อง ให้ตรงกับกรปฏิบัติของท่านมากที่สุด

การปฏิบัติ	เป็นประจำ	บางครั้ง	ไม่เคยเลย
2.33 มีการสวมถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือทวารหนัก			
2.34 เข้ารับบริการการตรวจเลือดเพื่อคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
2.35 เข้ารับบริการตรวจเลือดพร้อมคู่นอนหรือคูรัักของท่าน			
2.36 พกถุงยางอนามัยติดตัวเมื่อออกไปสถานบันเทิงหรือสถานที่อื่นๆที่มีความเสี่ยงต่อการมีเพศสัมพันธ์			
2.37 ตรวจสอบวันหมดอายุ/ความสมบูรณ์ของถุงยางอนามัยก่อนใช้			
2.38 ทำความสะอาดร่างกายและอวัยวะเพศก่อนการมีเพศสัมพันธ์			
2.39 เก็บรักษาถุงยางอนามัยในที่มืดซิดและห่างไกลความร้อน			
2.40 ไปขอรับถุงยางอนามัยที่สถานบริการสุขภาพหรือซื้อถุงยางอนามัยจากร้านค้าทั่วไป			
2.41 ใช้สื่อออนไลน์สืบค้นหรือรับชมเกี่ยวกับเนื้อหาทางเพศ เช่น คลิปโป๊ รูปโป๊ เป็นต้น*			
2.42 ตี๋มเครื่องตี๋มที่มีแอลกอฮอล์ก่อนการมีเพศสัมพันธ์*			
2.43 มีเพศสัมพันธ์หลังจากการใช้สารเสพติดสารมึนเมา*			
2.44 สอบถามหรือขอคำแนะนำในการป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากบุคลากรทางการแพทย์หรือผู้เชี่ยวชาญ			
2.45 สอบถามหรือขอคำแนะนำในการป้องกันการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จากบุคคลใกล้ชิด เช่น เพื่อนสนิท คู่นอน คูรััก บุคคลในครอบครัว เป็นต้น			
2.46 การมีเพศสัมพันธ์เพื่อแลกกับเงินทองหรือสิ่งของ*			
2.47 การใช้กระบอกฉีดยาหรือเข็มฉีดยาเสพติดร่วมกับผู้อื่น*			

*คำถามเชิงลบ

ส่วนที่ 3 ข้อมูลด้านพฤติกรรมทางเพศของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
 คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่อง หรือเติมข้อความลงในช่องว่างหน้าข้อความที่ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด

3.1 บทบาททางเพศกับแฟนหรือคู่นอนของท่านเป็นอย่างไร

รุกเท่านั้น รับเท่านั้น ได้ทั้งรุกและรับ ไม่เคยมีเพศสัมพันธ์

3.2 ระยะเวลาของการมีเพศสัมพันธ์ทางปากหรือทางทวารหนักครั้งล่าสุด

1 วันที่ผ่านมา 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา 1 เดือนที่ผ่านมา 1 ปีที่ผ่านมา

3.3 จำนวนคู่นอนในการมีเพศสัมพันธ์.....คน

3.4 ความถี่ในการมีเพศสัมพันธ์

ทุกวัน 1-2 ครั้งต่อสัปดาห์ 1-2 ครั้งต่อเดือน มากกว่า 5 ครั้งต่อเดือน
 เฉลี่ยปีละ 1-2 ครั้ง อื่น ๆ ระบุ.....

3.5 วิธีในการมีเพศสัมพันธ์กับแฟน/คนรัก (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ไม่มีแฟน/คนรัก เพศสัมพันธ์ทางอวัยวะเพศ (รุก) เพศสัมพันธ์ทางอวัยวะเพศหญิง
 เพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก เพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (รับ)

3.6 วิธีในการมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ไม่มีคู่นอนชั่วคราว เพศสัมพันธ์ทางอวัยวะเพศ (รุก) เพศสัมพันธ์ทางอวัยวะเพศหญิง
 เพศสัมพันธ์โดยใช้ปาก เพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (รับ)

3.7 เหตุผลในการไม่ใช้ถุงยางอนามัยก่อนมีเพศสัมพันธ์ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

ใช้ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ไม่คิดว่าจะมีเพศสัมพันธ์
 ไม่ได้เตรียม ไม่ได้พก อื่น ๆ
 ระบุ.....

3.8 ช่องทางในการได้มาซึ่งถุงยางอนามัย

ซื้อจากร้านสะดวกซื้อ ซื้อจากร้านขายยา
 ขอรับจากสถานพยาบาล ขอรับจากคลินิกพิเศษ

3.9 การใช้สารหล่อลื่นร่วมกับถุงยางอนามัย

ไม่ใช้สารหล่อลื่นในขณะที่ใช้ถุงยางอนามัย ใช้เจลหล่อลื่น
 ใช้โลชั่น วาสลีน หรือน้ำมันบำรุงผิว ใช้น้ำลาย
 อื่น ๆ ระบุ.....

3.10 ช่องทางที่ใช้ในการแสวงหาคู่หรือพื้นที่ที่ใช้ในการพบปะเพื่อหาคู่เพศสัมพันธ์

- อินเทอร์เน็ต โซเชียลมีเดีย เพื่อนแนะนำ
 แอปพลิเคชันหาคู่ พบตามสถานบันเทิงเฉพาะ พบตามนอกสถานที่ (outdoor)

3.11 ท่านใช้สารเสพติดร่วมกับการมีเพศสัมพันธ์หรือไม่ (Chemsex ไฮ น้ำแข็ง บิน)

- ใช่ ไม่ใช่

3.12 ท่านใช้ป๊อปเปอร์ (Popper)ร่วมกับมีเพศสัมพันธ์หรือไม่

- ใช่ ไม่ใช่

ส่วนที่ 4 ข้อมูลผลตรวจเลือดทางห้องปฏิบัติการในการวินิจฉัยการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

4.1 ผลการตรวจเชื้อเอชไอวี Positive Negative Inconclusive

4.2 ผลการตรวจเชื้อซิฟิลิส Positive Reactive Negative Non-Reactive

4.3 ผลการตรวจเชื้อไวรัสตับเอชบีซี Positive Negative

ขอขอบคุณในการตอบคำถาม

