

การติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติที่ติดเชื้อซิฟิลิส และมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: การศึกษาในจังหวัดพังงา

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

อภิษฐา รัศมี* จุไรรัตน์ รัตนเลิศนาเว้**

Abstract

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

Apisada Rasmi*, Jurairat Ratanaletnavee**

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

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

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

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

บทคัดย่อ

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

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

คำสำคัญ: ซิฟิลิส, การติดเชื้อเอชไอวี, แรงงานข้ามชาติ, พฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

บทนำ

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

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

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

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

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

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

วิธีการศึกษา

รูปแบบการศึกษา: เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Descriptive Study)

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

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

2. พักอาศัยอยู่ในจังหวัดพังงาไม่น้อยกว่า 6 เดือน

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

4. ยินยอมให้เก็บข้อมูลและสมัครใจยินยอมตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยลงนามในใบยินยอมให้ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี

5. ทราบสถานภาพการติดเชื้อซิฟิลิสจากผลการตรวจสุขภาพในการขอขึ้นทะเบียนประกอบอาชีพในอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา จากสถานบริการที่ขึ้นทะเบียนแรงงาน

การเลือกตัวอย่างในการศึกษา: แรงงานกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 660 คน ที่สมัครใจยินยอมให้เจาะเลือดจากปลายนิ้ว เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

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

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล:

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

2. แบบเก็บข้อมูลทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจเชื้อซิฟิลิสและการติดเชื้อเอชไอวี

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

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

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

ผลการศึกษา

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

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

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

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

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

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

หลายคน และกลุ่มตัวอย่างที่เปลี่ยนคู่นอนใหม่/มีคู่คนใหม่ ตามลำดับ

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

จากการศึกษานี้ พบการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเพศหญิงซึ่งไม่ติดเชื้อซิฟิลิส แต่มีประวัติป่วยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 2 คน โดยหนึ่งในสองอยู่ระหว่างการตั้งครรภ์ซึ่งติดเชื้อเอชไอวีจากสามีที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และมีเพศสัมพันธ์กับสามีโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

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

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

อภิปรายผล

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

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

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

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

สำหรับปัจจัยเสี่ยงที่ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในการศึกษานี้ต่างจากการ

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

มีการบ่งชี้ว่าการระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์/ซิฟิลิส และเอชไอวี เริ่มเข้ามาสู่ในสถาบันครอบครัวของแรงงาน โดยพบแรงงานหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาจากสามี แสดงถึงยังมีแรงงานอีกจำนวนหนึ่งที่ไม่ทราบสถานภาพการติด

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

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

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

ผู้ป่วยทุกรายที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือซิฟิลิส ควรได้รับการตรวจเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนควรได้รับการตรวจคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และซิฟิลิสอย่างสม่ำเสมอ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อาจช่วยเพิ่มการแพร่กระจายของเชื้ออื่น ๆ ซึ่งอาจเป็นผลมาจากการเพิ่มขึ้นของแผล ที่อวัยวะเพศ การตรวจหาและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือซิฟิลิสจึงสามารถช่วยลดการแพร่เชื้อเอชไอวีได้

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

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

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

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

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

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

การเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัย การดูแลรักษา และจัดให้มีกิจกรรมเข้าถึงบริการโดยง่าย โดยอาศัยอาสาสมัครต่างชาติในการพาเข้าถึงกลุ่ม แรงงานข้ามชาติที่เป็นกลุ่มที่เข้าถึงได้ยาก จะช่วย ลดอุบัติการณ์โรคได้เร็วยิ่งขึ้น

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

กิตติกรรมประกาศ

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

เอกสารอ้างอิง

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

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