

การปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตาม
แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

นางสาววราภรณ์ กิ่งแก้ว



บทคัดย่อและแฟ้มข้อมูลฉบับเต็มของวิทยานิพนธ์ตั้งแต่ปีการศึกษา 2554 ที่ให้บริการในคลังปัญญาจุฬาฯ (CUIR)
เป็นแฟ้มข้อมูลของนิสิตเจ้าของวิทยานิพนธ์ ที่ส่งผ่านทางบัณฑิตวิทยาลัย

The abstract and full text of theses from the academic year 2011 in Chulalongkorn University Intellectual Repository (CUIR)
are the thesis authors' files submitted through the University Graduate School.

วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต

สาขาวิชาสุขภาพจิต ภาควิชาจิตเวชศาสตร์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2558

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Refusal and acceptance of antiretroviral therapy and Factors influencing on HIV/AIDS infected Clients regarding to Thailand National Guideline on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2014 - 2017 at the Thai Red Cross AIDS Research Centre

Miss Waraporn Kingkaew



A Thesis Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements
for the Degree of Master of Science Program in Mental Health

Department of Psychiatry

Faculty of Medicine

Chulalongkorn University

Academic Year 2015

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์

การปฏิเสศและการยอมรับการเริ่มยาด้านไวรัสและปัจจัย
ที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผน
ยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัย
โรคเอดส์สภากาชาดไทย

โดย

นางสาววราภรณ์ กิ่งแก้ว

สาขาวิชา

สุขภาพจิต

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์

อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

นายแพทย์ นิพัฒน์ ธีรตกุลพิศาล

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้หัวข้อวิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่ง
ของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต

..... คณบดีคณะแพทยศาสตร์

(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ์)

คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

..... ประธานกรรมการ

(ผู้ช่วยศาสตราจารย์ แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก

(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์)

..... อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม

(นายแพทย์ นิพัฒน์ ธีรตกุลพิศาล)

..... กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย

(แพทย์หญิง นิตยา ภานุภาค พึ่งพาพงศ์)

วารสาร กิ่งแก้ว : การปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย (Refusal and acceptance of antiretroviral therapy and Factors influencing on HIV/AIDS infected Clients regarding to Thailand National Guideline on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2014 - 2017 at the Thai Red Cross AIDS Research Centre) อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์หลัก: รศ. พญ.บุรณี กาญจนถวัลย์, อ.ที่ปริกษาวิทยานิพนธ์ร่วม: นพ. นิพัฒน์ ชีรดกุลพิศาล, 96 หน้า.

เหตุผลของการทำวิจัย: ในปี พ.ศ. 2557 ประเทศไทยมีนโยบายแนะนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ได้เริ่มยาต้านไวรัสทันทีโดยไม่คำนึงถึงระดับซีดีสี่ (CD4) สิ่งที่สำคัญเป็นหัวใจหลักที่ทำให้เกิดวินัยที่ดีและยั่งยืนในการรับประทานยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อคือ การยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัส และความพร้อมในการเข้าสู่กระบวนการรักษา การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้ศึกษาเกี่ยวกับการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาวไทยหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี

วิธีการศึกษา: ในการศึกษาครั้งนี้ใช้แบบสอบถามชนิดอาสาสมัครตอบด้วยตนเอง และการสัมภาษณ์เพื่อเก็บข้อมูลที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ผู้มารับบริการที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับคำแนะนำให้เข้าสู่โครงการวิจัยในช่วงเดือนกรกฎาคม ถึงเดือนธันวาคม 2558 ซึ่งมีการเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ การยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสทันที รวมทั้งปัจจัยที่เกี่ยวข้อง และปัญหาอุปสรรคในการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัส การศึกษาวิจัยในครั้งนี้ใช้สถิติเชิงพรรณนาและใช้สถิติเชิงอนุมาน

ผลการศึกษา: อาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมโครงการจำนวน 216 คน 61% เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 16% เป็นเพศชาย 2% เป็นกลุ่มผู้หญิงข้ามเพศ 6% เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิง และ 15% เป็นเพศหญิง มีช่วงอายุอยู่ระหว่าง Median (IQR) 29 (24-36) ปี ช่วงระดับซีดีสี่ (CD4) median (IQR) 274 (168-396) cells/mm³ พบว่า 72% มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกันในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา และ 7% มีอาการของโรคเอดส์ มีคะแนนเฉลี่ยความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ที่ 12 คะแนนจากคะแนนเต็ม 15 คะแนน Median (IQR) (11-13.5) 85% มีการรับรู้เกี่ยวกับอาการเอดส์ และ 74% รับรู้เกี่ยวกับการติดต่อ ซึ่งทั้งสองอย่างจากการมีวินัยที่ไม่ดีในการรับประทานยาต้านไวรัส สถิติเชิงอนุมานแสดงให้เห็นว่าการศึกษาเท่ากับหรือสูงกว่าระดับปริญญาตรี (Adjusted OR = 0.071 95% CI = 0.008-0.645, p = 0.01) มีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (aOR 7.822, 95%CI 1.374-44.534, p=0.02) และการมีภาระหน้าที่ (Adjusted OR = 0.157 95% CI = 0.032-0.770, p = 0.02) มีความสัมพันธ์ต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สรุปผลการศึกษา: จากการศึกษพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสทันทีหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการมีภาระหน้าที่ที่มีความสัมพันธ์ต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี ดังนั้นเพื่อเป็นการส่งเสริมการตัดสินใจเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีจึงควรแนะนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในสังคมไทยให้เกิดการรับรู้เกี่ยวกับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีสามารถป้องกันการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อและดำรงชีวิตได้ตามปกติ

ภาควิชา จิตเวชศาสตร์

สาขาวิชา สุขภาพจิต

ปีการศึกษา 2558

ลายมือชื่อนิสิต

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาหลัก

ลายมือชื่อ อ.ที่ปริกษาร่วม

5774262330 : MAJOR MENTAL HEALTH

KEYWORDS: ACCEPTANCE OF ARV / HIV-POSITIVE

WARAPORN KINGKAEW: Refusal and acceptance of antiretroviral therapy and Factors influencing on HIV/AIDS infected Clients regarding to Thailand National Guideline on HIV/AIDS Treatment and Prevention 2014 - 2017 at the Thai Red Cross AIDS Research Centre. ADVISOR: ASSOC. PROF. BURANEE KANCHANATAWAN, M.D., CO-ADVISOR: NIPAT TEERATAKULPISARN, M.D., 96 pp.

Background: Thailand started to recommend antiretroviral therapy (ART) immediately after HIV diagnosis, regardless of CD4 count, in 2014. Willingness and readiness of people recently diagnosed with HIV are the key to successful ART initiation and long-term adherence. We studied factors associated with the acceptance of ART among Thai people immediately after their HIV diagnosis.

Methods: Self-administered questionnaire and in-depth interview were used to collect data from clients of the Thai Red Cross Anonymous Clinic which is the largest HIV testing and counseling center in Bangkok. HIV testing clients who received HIV-positive test results were consecutively enrolled during July to December 2015. Demographic data, HIV knowledge, acceptance of immediate ART if offered, incentives and barriers towards ART acceptance were assessed. Binary logistic regression was performed to assess factors related to immediate ART acceptance.

Results: Of 216 HIV-positive participants were enrolled, 61% were men who have sex with men, 16% were heterosexual men, 2% were transgender women, 6% were bisexual men, and 15% were women. Median (IQR) age was 29 (24-36) years, median (IQR) CD4 count was 274 (168-396) cells/mm³, 72% had unprotected sex over the past 6 months, and 7% had HIV-associated symptoms/AIDS-defining illnesses. Median (IQR) HIV knowledge score was 12 out of 15 (11-13.5), 85% were aware of possible adverse health outcomes and 74% knew about resistance development, both as a result of poor ART adherence. 95.4% indicated immediate ART acceptance. Multivariable analysis showed that education equal or higher than bachelor degree increased immediate ART acceptance (aOR 0.071, 95%CI 0.008-0.645, p=0.01). Having STI (aOR 7.822, 95%CI 1.374-44.534, p=0.02) and obligation (aOR 0.157, 95%CI 0.032-0.770, p=0.02) were significantly associated with ART acceptance.

Conclusions: Acceptance of immediate ART after HIV diagnosis was very high among newly diagnosed HIV-positive clients in the Thai Red Cross Anonymous Clinic. Experience of STI and obligation consequences influenced ART acceptance. More efforts are needed to make newly diagnosed clients in Thai community aware of early first-line ART regimens prevented AIDS-defining illnesses and normal livelihood in order to support their decision to start ART.

Department: Psychiatry
Field of Study: Mental Health
Academic Year: 2015

Student's Signature

Advisor's Signature

Co-Advisor's Signature

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จไปได้ด้วยความกรุณาเป็นอย่างสูงจากศาสตราจารย์กิตติคุณนายแพทย์ประพันธ์ ภาณุภาค ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยที่อนุเคราะห์ให้ทำวิจัยในครั้งนี้ รองศาสตราจารย์แพทย์หญิงบุรณี กาญจนถวัลย์ อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก นายแพทย์นิพัฒน์ ชีรดกุลพิศาล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม ที่ให้คำปรึกษา ชี้แนะและความช่วยเหลือในหลายสิ่งหลายอย่างจนกระทั่งวิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ผู้วิจัยรู้สึกซาบซึ้งในความกรุณาและขอกราบขอบพระคุณอาจารย์ทุกท่านเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้

ขอกราบขอบพระคุณ ผู้ช่วยศาสตราจารย์แพทย์หญิงรัศมีน กัลยาศิริ ประธานสอบวิทยานิพนธ์ และแพทย์หญิงนิตยา ภาณุภาค พี่สาวพี่ชาย กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ที่กรุณาให้คำปรึกษาและให้คำแนะนำตลอดจนแก้ไขข้อบกพร่องในการทำวิทยานิพนธ์

ขอกราบขอบพระคุณ คุณสมทรง ชีรดกุลพิศาล หัวหน้าคลินิกนิรนามและเจ้าหน้าที่ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ คุณเดือนดารา ตราชื่นต้อง นักสถิติที่มป้องกันที่ให้คำปรึกษาด้านการวิเคราะห์ข้อมูล ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงานกลุ่มงานป้องกันที่คอยให้ความช่วยเหลือในด้านต่างๆ ขอขอบคุณนายแพทย์วรพจน์ ทรัพย์ศิริสวัสดิ์ และนายแพทย์ธนิสร ผู้พิทักษ์ผลที่ให้ความช่วยเหลือและให้คำปรึกษาในด้านการสืบค้นข้อมูล

ขอขอบคุณสำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.) ที่ได้มอบทุนสนับสนุนการทำวิจัยในครั้งนี้

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ฝ่ายธุรการ ภาควิชาจิตเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยทุกท่าน ที่คอยช่วยเหลือ อำนวยความสะดวก และให้คำแนะนำในทุกๆด้าน ขอขอบคุณเพื่อนๆและรุ่นพี่นิสิตปริญญาโททุกคนที่คอยเป็นกำลังใจและให้ความช่วยเหลือแก่ผู้วิจัยเสมอมา

ขอขอบคุณกลุ่มตัวอย่างทุกท่านที่เข้าร่วมโครงการวิจัยในครั้งนี้และให้ความร่วมมืออนุญาตเก็บข้อมูลในการทำวิจัย

สุดท้ายนี้ขอกราบขอบพระคุณบิดา มารดา ญาติพี่น้อง และคุณนปภัช เมืองมาที่คอยให้ความรัก ความเข้าใจ และให้กำลังใจเสมอมา ตลอดจนให้การสนับสนุนในเรื่องต่างๆจนวิทยานิพนธ์ได้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....	ง
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....	จ
กิตติกรรมประกาศ.....	ฉ
สารบัญ.....	ช
บทที่ 1	2
บทนำ.....	2
ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	2
วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives).....	9
ขอบเขตของการวิจัย.....	9
ตัวแปรที่ศึกษา.....	10
กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework).....	12
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	13
คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definition).....	13
ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับการวิจัย (Expected Benefit and Application).....	14
ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย	15
อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการศึกษาและมาตรการในการแก้ไข.....	16
บทที่ 2	17
เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	17
การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDs infected)	17
การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral Therapy).....	18
งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	19
บทที่ 3	30

วิธีการดำเนินการวิจัย	30
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	30
เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement).....	31
การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)	34
การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)	36
บทที่ 4	37
ผลการวิเคราะห์ข้อมูล	37
ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป.....	38
ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับ การเริ่มยาด้านไวรัสเอชไอวี	42
ส่วนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยา ด้านไวรัสเอชไอวี	57
บทที่ 5	59
สรุปผลการวิจัย.....	60
การอภิปรายผล	64
ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย	67
ข้อจำกัดในการวิจัย.....	68
การนำผลวิจัยไปประยุกต์	68
รายการอ้างอิง	70
ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์	96

สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง	38
ตารางที่ 2	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านชีวภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Mann-Whitney U Test.....	42
ตารางที่ 3	ผลการวิเคราะห์ความชุกของการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test	44
ตารางที่ 4	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Mann-Whitney U Test.....	45
ตารางที่ 5	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้เรื่องเอชไอวีที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Mann-Whitney U Test.....	46
ตารางที่ 6	ผลการวิเคราะห์อาการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test	47
ตารางที่ 7	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test.....	50
ตารางที่ 8	ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test	53
ตารางที่ 9	ผลการวิเคราะห์การรับรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test	55
ตารางที่ 10	แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Multiple Logistic Regression Analysis	57

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ประเทศไทยเป็นประเทศที่สามในโลกรองจากสหรัฐอเมริกา และฝรั่งเศส ที่รัฐบาลมีนโยบายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งยังไม่ปรากฏอาการสามารถได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีฟรีได้ไม่ว่าระดับภูมิคุ้มกันทานในเลือด (ซีดี-4) จะเป็นเท่าไรก็ตาม เพื่อหวังกระตุ้นให้คนไทยที่อาจมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีออกมาตรวจเลือดกันมากขึ้น เมื่อตรวจพบให้มีมาตรการรองรับคือการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสทันทีโดยไม่ต้องรอให้ภูมิคุ้มกันต่ำลงหรือปรากฏอาการป่วยจึงจะเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (ศาสตราจารย์กิตติคุณ นายแพทย์ประพันธ์ ภาณุภาค ผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย⁽¹⁾)

ก่อนหน้านั้นผู้เชี่ยวชาญของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และนักวิชาการจากหลายสถาบันได้ร่วมกันวิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย รวมถึงมาตรการรองรับต่างๆ ได้ข้อสรุปว่า มาตรการที่คุ้มค่าที่สุดคือประชากรกลุ่มเสี่ยงได้รับการตรวจเอชไอวีอย่างน้อยร้อยละ 90 เมื่อตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวีควรเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีทันทีโดยไม่ต้องรอให้ภูมิคุ้มกันต่ำลง ถ้าทำได้เช่นนี้ ประเทศไทยจะสามารถลดผู้ติดเชื้อรายใหม่ในแต่ละปีลงได้ 2 ใน 3 กล่าวคือแทนที่จะมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ปีละ 8,000 คนจะสามารถลดลงมาเหลือเพียงปีละ 2,600 คน (แผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 – 2559 ซึ่งได้รับการเห็นชอบจากที่ประชุมกรรมการเอดส์ชาติ และผ่านการอนุมัติของคณะรัฐมนตรีเมื่อวันที่ 15 ตุลาคม 2557)⁽¹⁾

ปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการส่งเสริมให้เริ่มยาต้านไวรัสเร็วขึ้น^(1, 2) แต่ยังมีผู้ที่ไม่เห็นด้วยกับมาตรการดังกล่าว โดยรองศาสตราจารย์นายแพทย์สมนึก สังฆานุภาพ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กล่าวในงาน 17th Bangkok International Symposium

on HIV Medicine Section The Great Debate Starting ART regardless of CD4 count is feasible in Southeast Asia ระบุว่ามาตรการดังกล่าวยังไม่เหมาะสมกับประเทศในเขตเอเชีย เนื่องจากเป็นประเทศที่กำลังพัฒนา ยังขาดงบประมาณรายได้ในการสนับสนุนค่ายา และพบว่าคนไข้หลายรายยังปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีทันที เนื่องจากมีทัศนคติต่างๆต่อการเริ่มยาต้านไวรัส บางรายมีความเครียดและความวิตกกังวลเพิ่มมากขึ้น อาทิเช่น กังวลที่ต้องทานยาให้ตรงเวลา และกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายต่างๆเป็นต้น นอกจากนี้ความรู้และความเข้าใจของคนทั่วไปที่มีต่อการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวียังไม่เพียงพอในการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ 2557 อีกทั้งมุมมองที่สังคมไทยที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งอาจจะเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และยิ่งไปกว่านั้นคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความวิตกกังวลเรื่องการเก็บรักษาความลับ และหากแพทย์โน้มน้าวให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยที่ไม่ได้มาจากการตัดสินใจของพวกเขาเอง อาจจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกินยาไม่สม่ำเสมอ ไม่ตรงเวลา และทำให้เกิดเชื้อดื้อยาได้ ซึ่งเป็นสาเหตุให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มาตามนัด ขาดนัด ติดต่อหรือตามไม่ได้ และทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเสียชีวิตจากโรคแทรกซ้อนในที่สุด อย่างไรก็ตามในปีต่อมา (กันยายน 2558) องค์การอนามัยโลก (WHO)⁽²⁾ ได้ประกาศแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีล่าสุดคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีในทุกกระดับ CD4

ในส่วนโครงการความร่วมมือของสหประชาชาติเกี่ยวกับโรคเอดส์ (UNAIDS)⁽³⁾ ได้มีการปรึกษาในกระบวนการที่หลากหลายเพื่อสร้างแรงผลักดันที่มีประสิทธิภาพในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น ในปี ค.ศ. 2020 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายต้องทราบสถานะของตนเอง ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสอย่างยั่งยืน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่ได้รับยาต้านไวรัสสามารถควบคุมเชื้อเอชไอวีได้ เมื่อเป้าหมายดังกล่าวนี้ประสบผลสำเร็จอย่างน้อย 73% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ทั่วโลกจะสามารถควบคุมเชื้อเอชไอวีได้สามเท่าของปัจจุบัน ประเมินการควบคุมเชื้อเอชไอวีโดยแบบจำลองนี้ (Modelling) จะบรรลุเป้าหมายในปี ค.ศ. 2020 และจะยุติการระบาดของเชื้อเอชไอวีได้ในปี ค.ศ. 2030 ความท้าทายดังกล่าวจึงทำให้นักวิจัยมีงานวิจัยใหม่ๆ และหลากหลายตามยุคสมัยของสังคมในปัจจุบัน มีการแนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีเร็วที่สุด เพื่อหวังให้เชื้อเอชไอวีในร่างกายสามารถควบคุมได้และลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่น⁽⁴⁾

จากงานวิจัยของ The INSIGHT START Study Group⁽⁵⁾ (February 27, 2016) เรื่อง Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection มีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 4,685 คนโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 มากกว่า 500 cells per cubic millimeter ให้เป็นกลุ่มที่ได้รับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีทันที (ทันทีหลังจากที่ได้รับการแบ่งกลุ่ม) และกลุ่มที่ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัสโดยรอให้ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ลดลงถึง 350 cells per cubic millimeter หรือรอให้มีอาการจากการติดเชื้อเอชไอวี ผลการวิจัยเมื่อติดตามเป็นระยะเวลาเฉลี่ย 3 ปีพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีค่า median HIV viral load เท่ากับ 12,759 copies per milliliter มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 เท่ากับ 651 cells per cubic millimeter และจากผลการวิเคราะห์ข้อมูลจึงได้มีการแนะนำกลุ่มที่ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัสให้เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี นอกจากนี้พบว่าในกลุ่มตัวอย่าง 42 คนจากกลุ่มตัวอย่างที่เริ่มยาต้านไวรัสทันที (1.8%; 0.60 events per 100 person-years) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มตัวอย่าง 96 คนในกลุ่มตัวอย่างที่ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยรอให้ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ลดลงถึง 350 cells per cubic millimeter (4.1%; 1.38 events per 100 person-years) พบอัตราอาการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นอันตราย 0.43 (95% confidence interval [CI], 0.30 to 0.62; $P < 0.001$) และพบอัตราอาการรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยรุนแรงที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 0.28 (95% CI, 0.15 to

0.50; $P < 0.001$) และ 0.61 (95% CI, 0.38 to 0.97; $P = 0.04$) ตามลำดับ ซึ่งมากกว่า 2 ใน 3 (68%) ที่เกิดขึ้นในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 มากกว่า 500 cells per cubic millimeter และมีความเสี่ยงต่อการเจ็บป่วยอยู่ในระดับเกรด 4 ของเหตุการณ์ที่คล้ายคลึงกับเหตุการณ์ในทั้งสองกลุ่ม ดังนั้นจึงได้มีการแนะนำการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 มากกว่า 500 cells per cubic millimeter เนื่องจากมีประโยชน์ดีมากกว่าการรักษาแบบเดิม

จากงานวิจัยของ The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group⁽⁶⁾ (July 20, 2015) เรื่อง A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa มีอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการวิจัยจำนวน 2,056 คน (41% มี baseline ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ≥ 500 cells per cubic millimeter) ได้ติดตามจำนวนกลุ่มตัวอย่าง 4,757 คน - ปี ผลการวิจัยจากการติดตามเหตุการณ์ของกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 204 คน (3.8 events per 100 person-years; 95% confidence interval [CI], 3.3 to 4.4) รวมคนที่มี baseline ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 < 500 cells per cubic millimeter จำนวน 68 คน (3.2 events per 100 person-years; 95% CI, 2.4 to 4.0) พบวัณโรคและพบว่ามี การป่วยจากการติดเชื้อแบคทีเรียถึง 42% และ 27% ตามลำดับ ความเสี่ยงในการเสียชีวิตหรือ เหตุการณ์รุนแรงอันเนื่องมาจากการติดเชื้อเอชไอวีต่ำลงเมื่อเริ่มยาต้านไวรัสเร็วขึ้นเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัส (adjusted hazard ratio, 0.56; 95% CI, 0.41 to 0.76; adjusted hazard ratio among patients with a baseline CD ≥ 500 cells per cubic millimeter, 0.56; 95% CI, 0.33 to 0.94) และน้อยกว่ากลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีทันทีคู่กับการให้ยา Isoniazid เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ให้ยา Isoniazid (adjusted hazard ratio, 0.65; 95% CI, 0.48 to 0.88; adjusted hazard ratio among patients with a baseline CD4 ≥ 500 cells per cubic millimeter, 0.61; 95% CI, 0.36 to 1.01) ใน 30 เดือนกลุ่มตัวอย่างมีโอกาสที่จะเกิด adverse

events grade 3 หรือ 4 ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นจึงได้มีการแนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีทันทีคู่กับการให้ยา Isoniazid เป็นเวลา 6 เดือนซึ่งสามารถลดอัตราการป่วยรุนแรงเมื่อเทียบกับกลุ่มที่ยังไม่เริ่มยาต้านไวรัสและไม่ได้ทานยา Isoniazid ในกลุ่มตัวอย่างที่มีระดับภูมิคุ้มกัน CD4 น้อยกว่า 500 cells per cubic millimeter

จากงานวิจัย HPTN 052⁽⁴⁾ (2014 April) เรื่อง Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial มีจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,763 คนซึ่งเป็นคู่ผลเลือดต่าง (serodiscordant heterosexual partner) 886 คนได้รับคำแนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีเร็วที่สุด และ 877 คน ได้รับคำแนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีช้าลง (มีการคัดกลุ่มตัวอย่างออกทั้งสองกลุ่มหลังจากที่มีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง) ในวันที่สุ่มกลุ่มตัวอย่างพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่เริ่มยาต้านไวรัสเร็วมีค่า Median CD4 เท่ากับ 442 (IQR 373–522) cells per cubic millimeter และกลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสช้ามีค่า Median CD4 เท่ากับ 428 (357–522) cells per cubic millimeter ในกลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสล่าช้าได้มีการแนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสเมื่อค่า median CD4 เท่ากับ 230 (IQR 197–249) cells per cubic millimeter และได้บันทึกเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์ในทางคลินิกจำนวน 57 คน กลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสเร็วเมื่อเทียบกับกลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสช้าจำนวน 77 คน (hazard ratio 0.73, 95% CI 0.52–1.03; p=0.074) และได้มีการบันทึกอาการเริ่มต้นของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มตัวอย่างที่เริ่มยาต้านไวรัสเร็ว จำนวน 40 คน เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสช้าจำนวน 61 คน (0.64, 0.43–0.96; p=0.031) ป่วยเป็นวัณโรคจำนวน 17 คน และ 34 คน ตามลำดับ (0.49, 0.28–0.89, p=0.018) และพบว่ามีอาการป่วยที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวีน้อยมาก (12 คนในกลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสเร็ว และ 9 คนในกลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสช้า) จาก

ผลการศึกษาที่หนึ่งและที่สองในจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 498 คน ซึ่งเป็นกลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสเร็ว (incidence 24.9 per 100 person-years, 95% CI 22.5–27.5) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสช้า 585 คน (29.2 per 100 person-years, 26.5–32.1; $p=0.025$) และเสียชีวิตจำนวน 26 คน 11 คน เป็นกลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสเร็ว และ 15 คน เป็นกลุ่มที่เริ่มยาต้านไวรัสช้า จากผลการวิจัยจึงควรแนะนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเร็วที่สุดเพื่อลดโอกาสในการป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อลดโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้กับคู่นอนด้วยเช่นกัน

จากการศึกษาของ PARTNER study Group⁽⁷⁾ (CROI, Boston March 3 to March 6, 2014) เรื่อง HIV transmission risk through condomless sex if the HIV positive partner is on suppressive ART ซึ่งเป็นการศึกษาการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่คู่นอนในกลุ่มคู่ผลเลือดต่าง (heterosexual and homosexual) โดยมีเพศสัมพันธ์ไม่ใส่ถุงยางอนามัยกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เริ่มยาต้านไวรัสและตรวจ HIV viral load undetectable จำนวน 75 ประเทศในยุโรป มีการให้ข้อมูลเรื่องการใส่ถุงยางอนามัย และให้ความรู้เรื่องความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของคนที่มีผลเอชไอวีเป็นลบ และทราบสถานะผลเลือดเอชไอวีบวกของคู่นอน มีการทำแบบประเมินความเสี่ยงทุก 6 เดือน และตรวจเลือด HIV viral load (for +ve partner) และตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (for -ve partner) โดยมีหลักในการคัดกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการคือ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัย ไม่เคยทานยาต้านไวรัสเอชไอวีแบบ post-exposure prophylaxis treatment (PEP) และ pre-exposure prophylaxis treatment (PrEP) มีผลตรวจเลือด HIV viral load undetectable <200 copies (within max past 12 months) มีกลุ่มตัวอย่างเข้าร่วมโครงการทั้งหมด 1,110 คู่ ตั้งแต่วันที่ 1 ธันวาคม 2556 จากการศึกษพบว่า 894 คนไม่พบการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับการไม่ใส่ถุงยางอนามัยในกลุ่มเอชไอวีเป็นลบ ส่วนกลุ่มที่ติดเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัสและมีผลเลือด HIV viral load

undetectable <200 copies อย่างไรก็ตามผลการวิจัยนี้ยังเป็นสิ่งที่ไม่แน่นอนในเรื่องของการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่คู่นอน โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักและเป็นฝ่ายรับ ซึ่งมีการสัมผัสน้ำหลังอสุจิ ดังนั้นจึงมีการติดตามกลุ่มตัวอย่าง MSM (homosexual) ในการศึกษานี้เป็นครั้งที่ 2 โดย PARTNER2 (2014-2017) เพื่อเป็นการประเมินความเสี่ยงที่แม่นยำมากยิ่งขึ้น และเป็นนโยบายการให้ทางเลือกในการใส่ถุงยางอนามัยในแต่ละบุคคล

กล่าวโดยสรุปจากนโยบายการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557-2559⁽¹⁾ และแนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีขององค์การอนามัยโลก (WHO)⁽²⁾ ปี 2558 ได้เป็นไปในทิศทางเดียวกัน คือผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการเริ่มยาต้านไวรัสในทุกระดับภูมิคุ้มกัน CD4 เพื่อลดอัตราการป่วยและโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี⁽⁵⁾ นอกจากนี้การรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ได้ผลจนสามารถควบคุมเชื้อ HIV viral load undetectable จะลดโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่คู่นอนได้ตามผลการวิจัยที่ได้กล่าวในเบื้องต้น⁽⁴⁾ ดังนั้นการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีทันทีหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นประโยชน์ทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี การตัดสินใจด้วยตนเองเพื่อเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีจะทำให้ผู้ติดเชื้อมีวินัยที่ดีในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ไม่ขาดนัด และประสบผลสำเร็จในการรักษาอย่างยั่งยืน

คำถามของการวิจัย (Research Questions)

1. ความชุกของการปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ฉบับปี 2557 – 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยเป็นอย่างไร
2. ความชุกการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ฉบับปี 2557 – 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยเป็นอย่างไร

3. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ฉบับปี 2557 – 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย
4. ปัจจัยใดบ้างที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ฉบับปี 2557 – 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objectives)

1. เพื่อศึกษาถึงความชุกของการปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ฉบับปี 2557 – 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย
2. เพื่อศึกษาถึงความชุกของการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ฉบับปี 2557 – 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย
3. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ฉบับปี 2557 – 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย
4. เพื่อศึกษาถึงปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ฉบับปี 2557 – 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

ขอบเขตของการวิจัย

1. การศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการสำรวจการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยเท่านั้น
2. การศึกษาวิจัยนี้จะศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

3. กลุ่มอาสาสมัครที่เข้าร่วมการศึกษาวิจัยนี้ สามารถเลือกที่จะปรึกษาก่อนตรวจเลือดเอชไอวี หรือไม่ปรึกษาเจ้าหน้าที่ก่อนตรวจเลือดเอชไอวีก็ได้ (Pre test counseling for HIV testing) หลังจากนั้นกลุ่มตัวอย่างจะใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมงในการรอฟังผลตรวจเลือดเอชไอวี ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย
4. ผู้ที่มีผลเลือดเอชไอวีเป็นบวกจะได้รับคำแนะนำให้ตรวจระดับภูมิคุ้มกัน CD4 และใช้เวลาประมาณ 3 วันในการรอผลตรวจ CD4 เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลับมาฟังผล CD4 ผู้ให้คำปรึกษาจะแนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้และพบผู้วิจัยเพื่อเซ็นต์เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยตามลำดับ

ตัวแปรที่ศึกษา

ตัวแปรต้นประกอบด้วย

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคลได้แก่ อายุ สถานภาพสมรส สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี อาชีพ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การศึกษา เพศกำเนิดและสภาวะทางเพศ รายได้ การใช้ถุงยางอนามัย โรคแทรกซ้อน ประวัติโรคประจำตัวทางจิตเวช ศาสนา ประวัติโรคประจำตัวทางกาย และประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
- 2) ปัจจัยด้านชีวภาพได้แก่ ระดับ CD4 การป่วยเป็นโรคเอดส์ อาการของโรคเอดส์ ยาที่กินอยู่ในปัจจุบัน
- 3) ปัจจัยด้านจิตใจได้แก่ ปัจจัยความกังวลในการเริ่มยาต้านไวรัส ประสบการณ์การกินยาต้านไวรัสเอชไอวีฉุกเฉิน ภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ประสบการณ์บุคคลที่รู้จักกินยาต้านไวรัส ปัจจัยความรู้เรื่องยาต้านไวรัส ทางเลือก

รักษาอื่น ความรู้เรื่องโรคเอดส์ การรอตรวจเลือดเอชไอวีอีกครั้งหลังจากกลับไปดูแล
สุขภาพให้แข็งแรง ประสบการณ์การกินยาปฏิชีวนะตามที่แพทย์สั่ง สิทธิการรักษา
ไม่ครอบคลุม ภาระที่ต้องดูแล ยังไม่ได้ปรึกษาบุคคลที่รู้จักหรือบุคคลที่ใกล้ชิด ความ
ลำบากในการเดินทางไปรับยาต้านไวรัสเอชไอวี การเตรียมการและการคิดล่วงหน้า
เกี่ยวกับการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี

ตัวแปรตามประกอบด้วย

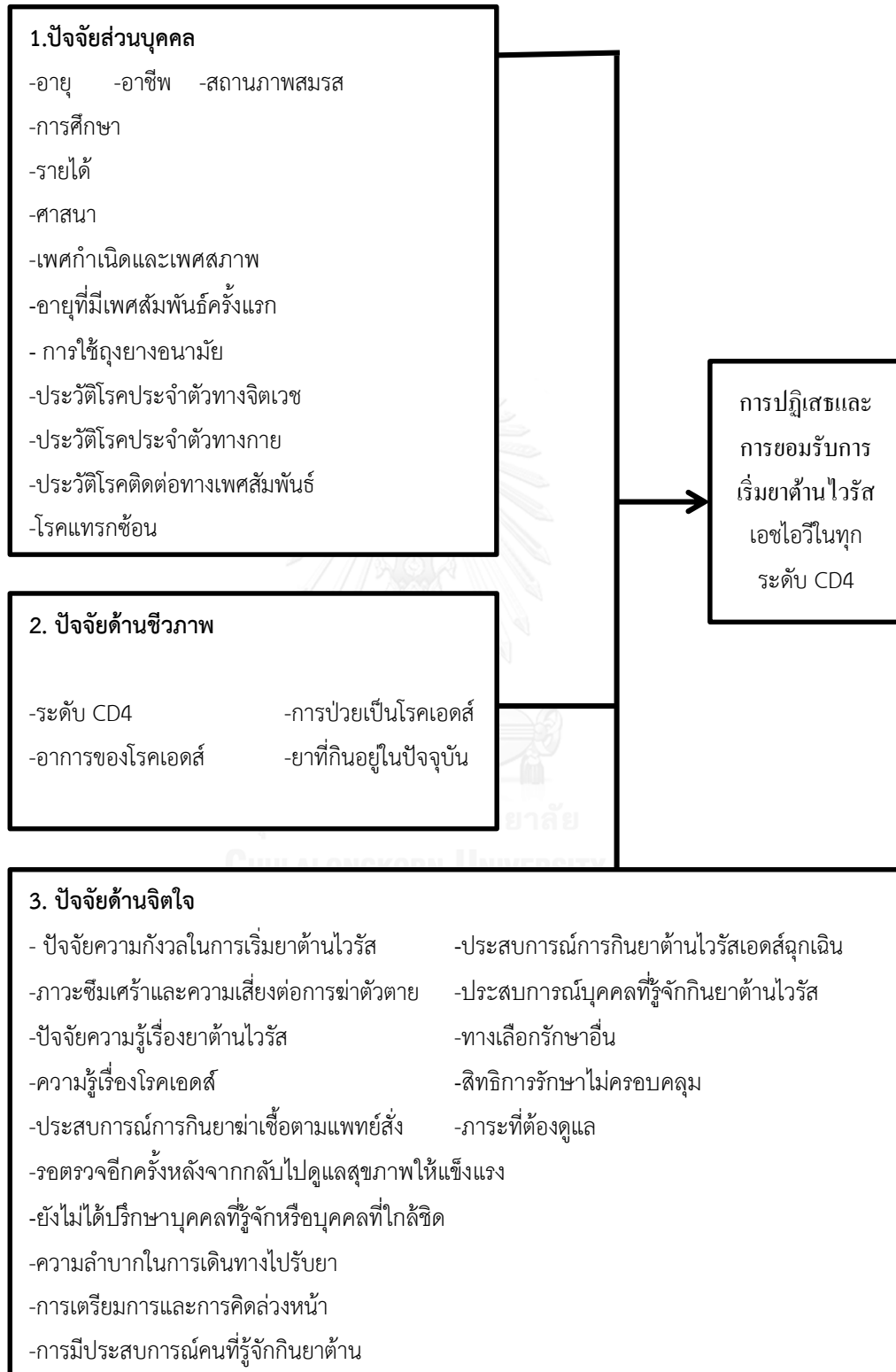
การปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีในทุกระดับ CD4



กรอบแนวคิดในการวิจัย (Conceptual Framework)

1. ตัวแปรอิสระ (Independent variable)

2. ตัวแปรตาม (Dependent variable)



ข้อจำกัดในการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาวไทยที่ทราบผล CD4 ทุกเพศ และอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจเลือด ณ คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

คำจำกัดความที่ใช้ในการวิจัย (Operational Definition)

1. **การปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (Refusal of Antiretroviral Therapy)** หมายถึง การไม่เห็นด้วยที่จะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในวันที่ได้รับการวินิจฉัย และมีผลเลือด CD4 โดยในการศึกษานี้จะมีแบบสอบถามเกี่ยวกับการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี
2. **การยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (Acceptance of Antiretroviral Therapy)** หมายถึง การเห็นด้วยที่จะรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในวันที่ได้รับการวินิจฉัยและมีผลเลือด CD4 โดยในการศึกษานี้จะมีแบบสอบถามเกี่ยวกับการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี
3. **การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDS infected)** หมายถึง การติดเชื้อไวรัสกลุ่ม human immunodeficiency virus/acquired immunodeficiency syndrome ที่สามารถเข้าไปอยู่และทำลายเซลล์ต่างๆในร่างกาย และเซลล์ของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี อันได้แก่เซลล์เม็ดเลือดขาวที่เรียกว่า ที – เซลล์ ชนิดลิมโฟไซต์ ที่มีชื่อว่า CD4 จะถูกโจมตีและทำลาย⁽⁸⁾ ซึ่งการศึกษานี้จะศึกษาในผู้ที่ทราบผลว่าติดเชื้อเอชไอวี หรือที่เรียกว่า HIV positive (ผลเลือดบวก) และทราบผลเลือด CD4 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย⁽¹⁾
4. **การตรวจหาแอนติบอดีและแอนติเจนต่อเชื้อเอชไอวี** คือการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยหลักการที่ใช้ได้แก่ ELISA (enzyme-linked immunosorbent assay) หรือการเกาะกลุ่ม

(agglutination assay) หรือ dot หรือ line immunoassay สำหรับชุดตรวจ rapid test ปัจจุบันมีชุดตรวจที่ตรวจได้ทั้งแอนติเจนและแอนติบอดีต่อเชื้อในชุดตรวจเดียวกันด้วยหลักการ ELISA⁽¹⁾

5. **การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral Therapy)** ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 – 2559 หมายถึง การดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสทุกระดับ CD4 โดยไม่ต้องรอให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีป่วยและแสดงอาการของโรคเอดส์⁽¹⁾ การศึกษานี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับใบส่งต่อตามสิทธิการรักษา และใบแจ้งผลเลือด CD4 จากแพทย์ที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิในการตัดสินใจเองว่าจะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีหรือไม่

ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากการวิจัย (Expected Benefit and Application)

1. เพื่อเป็นข้อมูลสนับสนุนมาตรการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติ ฉบับปี 2557 – 2559
2. เพื่อสนับสนุนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มยาต้านไวรัสทุกราย และลดอัตราการป่วย ลดอัตราการตาย และลดอัตราการแพร่เชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. เพื่อผลิตองค์ความรู้ใหม่ ๆ เกี่ยวกับทัศนคติที่มีต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี
4. เพื่อเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาวิจัยต่อไปในอนาคตด้านการส่งเสริมและสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ตัดสินใจเริ่มยาต้านไวรัสทันทีเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี

ขั้นตอนในการดำเนินการวิจัย

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง โดยมีขั้นตอนดังนี้

1. ศึกษาจากเอกสารโดยศึกษาจากหนังสือ วารสาร งานวิจัย วิทยานิพนธ์ รายงานการประชุม เอกสารราชการ และเอกสารอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ
2. ทำหนังสือขออนุญาตเก็บรวบรวมข้อมูลยื่นต่อผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย และหัวหน้าคลินิกนิรนามเพื่อขอความร่วมมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล
3. เข้าพบหัวหน้าคลินิกนิรนามและเจ้าหน้าที่เพื่อขอความยินยอมในการเก็บข้อมูล
4. ขอความยินยอมจากกลุ่มตัวอย่างโดยผู้วิจัยให้คำอธิบาย ตอบข้อสงสัย และกลุ่มตัวอย่างสามารถตัดสินใจอย่างอิสระในการเข้าร่วมการวิจัยและสามารถออกจากการวิจัยเมื่อใดก็ได้
5. การเก็บรวบรวมข้อมูล
 - ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยตนเอง
 - มีการจัดสถานที่ที่เป็นส่วนตัวเพื่อตอบแบบสอบถามโดยอาสาสมัครและผู้วิจัยจะอยู่ในห้องที่มีความเป็นส่วนตัวเพื่อตอบแบบสอบถามและเมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จแล้วอาสาสมัครจะนำแบบสอบถามคืนแก่ผู้วิจัย ซึ่งไม่สามารถระบุถึงตัวผู้ตอบแบบสอบถามได้
 - ให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถาม 2 ส่วนด้วยตนเอง ได้แก่ แบบสอบถามตอนที่ 1 และแบบสอบถามตอนที่ 3 ประกอบด้วย
 - 1) แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน
 - 2) แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ
 - 3) แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย
 - 4) แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์

5) แบบสอบถามความกังวลเรื่องการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี

6) แบบประเมินความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอ็ดส์

- ข้อมูลในส่วนที่ 2 เป็นแบบสอบถามด้านชีวภาพซึ่งผู้วิจัยจะเป็นผู้สอบถามอาสาสมัครด้วยตนเอง
 - เวลาที่ใช้ในการตอบแบบสอบถามใช้เวลาประมาณ 30 – 35 นาทีขึ้นกับกลุ่มตัวอย่าง ให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี และทราบผลเลือด CD4
6. ผู้วิจัยตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและคำตอบ เพื่อให้ได้ข้อมูลที่สมบูรณ์และนำข้อมูลที่ได้มาคิดคะแนนและวิเคราะห์ต่อไป

อุปสรรคที่อาจเกิดขึ้นระหว่างการวิจัยและมาตรการในการแก้ไข

ข้อมูลบางอย่างที่มีความเป็นส่วนตัวมาก เช่น สภาวะทางเพศ จำนวนคู่นอน การใช้ถุงยางอนามัยและประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อาจไม่ได้รับคำตอบที่ตรงตามจริง เนื่องจากวัฒนธรรมไทยไม่ค่อยยอมรับการเปิดเผยเรื่องทางเพศ และกลุ่มตัวอย่างอาจรู้สึกไม่สะดวกใจหรือเขินอายในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งอาสาสมัครสามารถยกมือเรียกผู้วิจัยมาอธิบายให้กระจ่างได้

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ในการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ได้รวบรวมผลงานวิจัยและแนวคิดทฤษฎีต่างๆที่เกี่ยวข้อง เพื่อนำมาเป็นแนวทางและกรอบแนวคิดในการศึกษาการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย รายละเอียดดังต่อไปนี้

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (HIV/AIDs infected)

เอชไอวีเป็นไวรัสกลุ่ม human immunodeficiency virus ที่สามารถเข้าไปอยู่และทำลายเซลล์ต่างๆในร่างกายเซลล์ของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี อันได้แก่ เม็ดโลหิตขาวที่เรียกว่า ที – เซลล์ ชนิดลิมโฟไซท์ที่มีชื่อว่า CD4 จะถูกโจมตีและทำลาย เซลล์เหล่านี้มีบทบาทสำคัญในระบบภูมิคุ้มกันกว่าที่ผู้ได้รับเชื้อจะมีอาการป่วยอย่างจริงจังส่วนมากจะต้องใช้เวลานานแม้จะไม่ได้รับการดูแลโดยการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเพื่อต่อต้านเชื้อเอชไอวีก็ตาม ส่วนใหญ่แล้วจะใช้เวลาประมาณสิบปี ทั้งนี้กระบวนการทั้งหมดของแต่ละคนอาจใช้เวลาไม่เท่ากัน เมื่อระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมลง และจำนวน CD4 ได้ลดลงไปอยู่ในระดับที่ต่ำมาก ร่างกายก็อาจได้รับโรคต่างๆที่มีอันตรายมากได้ เช่น Tuberculosis, Cytomegalovirus, Herpes และ Pneumocystis carinii Pneumonia⁽²⁾ เป็นต้น

เชื้อไวรัสเอชไอวีติดต่อผ่านทาง การสัมผัสของเยื่อเมือกหรือการสัมผัสสารคัดหลั่งซึ่งมีเชื้อเอชไอวี เช่น เลือด น้ำอสุจิ น้ำหล่อลื่นช่องคลอด น้ำหลังก่อนการหลั่งอสุจิ และนมมารดา ติดต่อผ่านทางเพศสัมพันธ์ไม่ว่าจะเป็นทางช่องคลอด ทวารหนัก ช่องปาก การรับเลือด การใช้เข็มฉีดยาที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกขณะตั้งครรภ์ คลอด และให้นม หรือการสัมผัสสารคัดหลั่งต่างๆ⁽²⁾ เป็นต้น

เอ็ดส์ หรือ กลุ่มอาการภูมิคุ้มกันเสื่อม (Acquired Immunodeficiency Syndrome - AIDS) หมายถึงอาการป่วยที่เป็นโรครุนแรงจากโรคแทรกซ้อนต่างๆอย่างใดอย่างหนึ่ง หรือหลายๆโรคพร้อมกัน⁽²⁾

การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral Therapy)

การดูแลรักษาเอชไอวีนั้นประกอบไปด้วย 2 ส่วนใหญ่ๆ คือ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการดูแลด้านอื่นๆ ซึ่งทั้งสองส่วนนี้จำเป็นต้องควบคู่กันไป เพื่อให้เกิดผลดีที่สุดต่อผู้ติดเชื้อ เป้าหมายของการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีคือ เพื่อลดปริมาณเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดให้ต่ำที่สุด (HIV viral load undetectable) และนานที่สุดรวมถึงให้ระดับ CD4 กลับสู่ระดับปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆ ที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (HIV- related illness)⁽²⁾

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำเป็นต้องมีวินัยการกินยา (adherence) ที่ดีมากคือ กินยาอย่างถูกต้อง ครบถ้วน และต่อเนื่องสม่ำเสมอถึงร้อยละ 95 (ART first- line regimen, Thailand National Guildline 2014)⁽¹⁾ ตั้งแต่เริ่มต้นรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี และมีความต่อเนื่องของการกินยานี้ตลอดไป มิฉะนั้นอาจส่งผลให้เกิดการดื้อยา การรักษาล้มเหลว และการแพร่ระบาดของเชื้อดื้อยาในระดับชุมชนและประเทศต่อไป กลายเป็นปัญหาที่ยากในการแก้ไข จึงจำเป็นต้องมีการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกินยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่องอย่างสม่ำเสมอ เช่น ยาต้องกินวันละ 2 ครั้ง ต้องแนะนำให้กินทุกๆ 12 ชั่วโมง หรือยาที่กินวันละ 1 ครั้งต้องแนะนำให้กินทุกๆ 24 ชั่วโมงและให้ตรงเวลาเป็นต้น ทีมรักษาต้องมียอดความรู้ มีความมุ่งมั่นตั้งใจจริง มีระบบการให้บริการที่มีประสิทธิภาพในการช่วยเหลือให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ดูแลผู้ติดเชื้อสามารถสร้างวินัยและปรับวิถีชีวิตให้เหมาะสมสอดคล้องกับการกินยาต้านไวรัสเอชไอวี⁽¹⁾

งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

จากการศึกษาของ พญ.นิตยา ภาณุภาค พึ่งพาพงศ์ และคณะ⁽⁹⁾ (2014) เรื่อง Factors associated with uptake of immediate ART regardless of CD4 count among Thai MSM and TG in the Test and Treat program เป็นการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีทันทีในทุกระดับ CD4 ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสองชาวไทยภายใต้โครงการตรวจเร็วรักษาเร็ว โดยมีกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 810 คน (698 = MSM and 112 = TG) และพบว่าติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 134 คน (16.5%) ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นวัยผู้ใหญ่ ($p=0.045$) และมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ได้แก่ syphilis, gonorrhea, chlamydia มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี และมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน (all $p<0.001$) มีความกังวลถึงผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอชไอวี ($p=0.04$) และพบว่า 117 คนที่ติดเชื้อเอชไอวีและตัดสินใจกลับมารักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี median (IQR) เท่ากับ 4 (1-8) วันหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี มีระดับ CD4 <350 cells per cubic millimeter ใน 50.9% และ <500 ใน 83.6% จากผลการวิจัยพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (OR 0.55, 95%CI 0.32-0.94, $p=0.03$) มีการตัดสินใจเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีทันทีก่อนที่จะทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีในขณะที่มีความกังวลเรื่องผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสลดลง ความตั้งใจก่อน (OR 0.17, 95%CI 0.05 - 0.56, $p=0.0002$) และหลัง (OR 0.07, 95%CI 0.01 - 0.51, $p=0.008$) ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี การติดเชื้อ syphilis (OR 0.15, 95%CI 0.04-0.55, $p=0.0004$) และความตั้งใจในการเริ่มยาต้านไวรัสทันทีหลังจากทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวี (OR 21.73, 95%CI 3.76-125.68, $p=0.003$) เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการตัดสินใจเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี

การศึกษาของ James Zoub และคณะ (2009)⁽¹⁰⁾ ที่ประเทศ Tanzania ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 438 คนโดยใช้แบบสอบถามการสำรวจตัวเองและแจกจ่ายให้ผู้ที่มาที่โบสถ์ทั้งในเขตเมืองและชนบท แบบสำรวจประกอบด้วยคำถามเกี่ยวกับความเชื่อทางศาสนา ความคิดเห็นเกี่ยวกับเอชไอวี ความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอชไอวี ซึ่งตัวแปรเหล่านี้ใช้การวิเคราะห์แบบถดถอยโลจิสติก (Multivariate logistic regression analysis) ได้รับการประเมินว่า ศาสนามีความสัมพันธ์กับการรับรู้เกี่ยวกับเอชไอวี การรักษาเอชไอวี และผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาพบว่าเกือบทั้งหมด (93.7 %) กล่าวว่าพวกเขาจะเริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสถ้าพวกเขากลายเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และพบว่าผู้ตอบแบบสอบถามมีความตั้งใจที่จะเริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งไม่ได้สัมพันธ์กับความเชื่อว่าการสวดมนต์สามารถรักษาเอชไอวีหรือมีปัจจัยทางศาสนาอื่น ๆ การปฏิเสธรักษาด้วยยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์กับการศึกษาและการขาดความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์

การศึกษาของ รุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร⁽¹¹⁾ (2548) ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดชัยนาทคือ การดูแลตนเองด้านจิตสังคมมีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (p-value = 0.002) และสามารถทำนายผลได้ถูกต้อง 16.70%

การศึกษาของ Rosalind Parkes-Ratanshi และคณะ⁽¹²⁾(2010) ใน Sub-Saharan Africa พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเริ่มยาต้านไวรัสล่าช้า คือ รอเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เยี่ยมบ้าน (P = 0.025) สถานการณ์บ้านเมือง (P = 0.028) การย้ายถิ่น (P ≤ 0.001) และกลัวเรื่องผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอชไอวี (P = 0.013) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

การศึกษาของ George Ayala และคณะ⁽¹³⁾(2014) ใน California, USA เรื่อง HIV Treatment Cascades that Leak: Correlates of Drop-off from the HIV Care Continuum among Men who have Sex with Men Worldwide โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ครอบคลุมโปรแกรมในพื้นที่ที่ยังไม่มีการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) การศึกษานี้มีการสำรวจหลายอย่าง ได้แก่ ความสัมพันธ์ที่ลดลงอย่างต่อเนื่องของการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มาศึกษาต่อในต่างประเทศ โดยคำนึงถึงสิทธิการรักษาที่แตกต่างกันในการเข้ารับการรักษา และมีการรวบรวมการวิจัยคือ ศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 6,095 คน โดยใช้ข้อมูลที่เกี่ยวข้องรวบรวมจากการสำรวจออนไลน์ในปี ค.ศ. 2012 ในรูปแบบการรักษาเอชไอวีที่เป็นระบบโดยการรักษาอย่างเกี่ยวเนื่องกันในแต่ละประเด็นที่เป็นตัวแปร จากนั้นได้มีการตรวจสอบความสัมพันธ์ระหว่างผลการดูแลทางคลินิกและปัจจัยทางด้านประชากรศาสตร์ และทางจิตสังคมซึ่งเป็นสมมติฐานของการหาความสัมพันธ์กับการใช้ bivariate และเทคนิคทางสถิติหลายตัวแปร จากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวีนานกว่า 12 เดือน ($n = 632$) 50% ($n = 319$) มี viroload ที่สามารถควบคุมได้ ความสัมพันธ์ของการเริ่มรับประทายต้านไวรัสเอชไอวีและอยู่ในกระบวนการรักษาประกอบด้วย การเข้าถึงการรักษา ความสบายใจจากการได้รับการดูแลจากผู้ให้บริการ และการมีส่วนร่วมในชุมชนของเกย์ การรับรู้เกี่ยวกับการรักเพศเดียวกัน (homophobia) เป็นเชิงลบสัมพันธ์กับการเริ่มยาต้านไวรัสและการอยู่ในกระบวนการรักษา

การศึกษาของ Mutasa-Apollo T, Shiraiishi R W, Takarinda K C, et al.⁽¹⁴⁾ (2014)

เรื่อง Patient retention, clinical outcomes and attrition-associated factors of HIV-infected patients enrolled in Zimbabwe's national antiretroviral therapy programme, 2007–2010. เพื่อพัฒนาระบบการบริการด้านสุขภาพ การติดตามผู้มารับบริการและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการลดลงของการกินยาต้านไวรัสในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีการตรวจสอบข้อมูลของ

ผู้ป่วยย้อนหลังตั้งแต่อายุ ≥ 15 ปี ที่มีการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีตั้งแต่ปี ค.ศ. 2007 ถึง ปี ค.ศ. 2009 จากผลการวิจัยพบว่าผู้ป่วยจำนวน 3,919 คน 64% เป็นเพศหญิงและมีอาการของการติดเชื้อเอชไอวีทางคลินิกของ WHO ในระยะที่ 3 และระยะที่ 4 มีอัตราการเก็บข้อมูลของผู้ป่วยในเดือนที่ 6, 12, 24 และ 36 เดือนโดยคิดเป็น 90.7%, 78.1%, 68.8% และ 64.4% ตามลำดับหลังจากที่ได้มีการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี มีน้ำหนักที่เพิ่มขึ้น 3, 4.5, และ 5.0 kgs ในขณะที่ค่า median CD4 เพิ่มขึ้นในเดือนที่ 6, 12 และ 24 มีค่าเท่ากับ 122, 157, และ 279 cells per cubic millimeter ตามลำดับ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความเสี่ยงที่เพิ่มขึ้นในเพศชายคือ (AHR 1.2; 95% CI, 1.1–1.4) baseline WHO ระยะที่ 4 (AHR 1.7; 95% CI, 1.1–2.6) มีน้ำหนักตัวต่ำกว่าพื้นฐาน (AHR 2.0; 95% CI, 1.4–2.8) การเข้ารับการรักษาจากการอำนวยความสะดวกด้านการดูแลสุขภาพที่สูงขึ้น (AHR 3.5; 95% 1.1–11.2) การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการคงอยู่ในระบบการดูแลของผู้ป่วยเกี่ยวข้องกับระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ที่เพิ่มขึ้นและลักษณะทางคลินิกอื่นๆของผู้ป่วยก็ดีขึ้นตามไปด้วยจากการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี และคล้ายคลึงกับการศึกษาอื่น ๆ ที่มีลักษณะเดียวกันนี้ ปัจจัยที่มีผลต่อการลดลงในการอยู่ในระบบการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้ยังเป็นกระจกสะท้อนส่วนอื่นๆใน sub-Saharan Africa และผลการศึกษาชี้ให้เห็นความจำเป็นในการเสริมสร้างการวินิจฉัยและการรักษาเป็นอันดับแรกเพื่อปรับปรุงผลการรักษา ในขณะที่การกระจายการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีควรจะควบคู่ไปกับการมุ่งเป้าให้ผู้ป่วยคงอยู่ในระบบการรักษา

จากการศึกษาของ Decroo T, Koole O, Remartinez D, et al.⁽¹⁵⁾ เรื่อง Four-year retention and risk factors for attrition among members of community ART groups in Tete, Mozambique. เพื่อศึกษาการคงอยู่ในระบบการรักษาของชุมชนที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวี เพื่อนและการสนับสนุนด้านจิตสังคมสามารถเพิ่มการคงอยู่ในระบบรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีใน Mozambique จากการศึกษพบว่า อัตราการตายและการขาดนัดของกลุ่มตัวอย่างจำนวน 5,729

คน โดยเรียงลำดับ 2.1 และ 0.1 ต่อ 100 คนต่อปี เป็น (97.7%) ในเดือนที่ 12 (96.0%) ในเดือนที่ 24 (93.4%) ในเดือนที่ 36 และ (91.8%) ในเดือนที่ 48ตามลำดับ การคงอยู่ในระบบการรักษาของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีสัมพันธ์กับ immunosuppression ในวันที่เข้าร่วมกลุ่มและเป็นเพศชาย ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีการคงอยู่ในระบบลดลงสัมพันธ์กับการขาดการหมุนเวียนกันเป็นตัวแทนในคลินิก และมีระดับ CD4 ที่ไม่อยู่ในช่วงปกติในกลุ่มสมาชิกที่อยู่ในคลินิกอำเภอชนบทเมื่อเทียบกับคลินิกที่อยู่ในเขตชานเมือง

จากการศึกษาของ Degefa A, Sanders EJ, Mekonnen Y et al.⁽¹⁶⁾ (2003) เรื่อง Knowledge and attitudes towards antiretroviral therapy among factory workers participating in a cohort on HIV and AIDS, Addis Ababa, Ethiopia. การศึกษานี้ศึกษาปัญหาและอุปสรรคที่อาจจะคุกคามต่อการดำเนินการรักษาด้วยโปรแกรมยาต้านไวรัสเอชไอวีให้ประสบผลสำเร็จในประเทศ Ethiopia เมื่อนำบทบัญญัติการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีในกลุ่มคนงานในโรงงานซึ่งเป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้ โดยมีการวัดความรู้และทัศนคติหลายแง่มุมที่มีต่อการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและให้ความรู้เพิ่มเติม การศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างมีความรู้และค่านึงถึงวินัยในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในระดับดี (67.7%) มีความรู้ถึงประโยชน์จากการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง (37.7%) และมีความรู้ถึงสิทธิการเริ่มรักษาอยู่ในระดับที่ต่ำมาก (16.8%) แต่หลังจากที่ได้ให้ความรู้เกี่ยวกับบทบัญญัติในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสความรู้เกี่ยวกับสิทธิการเริ่มรักษาที่ดีขึ้นเล็กน้อย และมีเพียงหนึ่งในสามของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีต่อคุณอน ในการศึกษาได้มีการหารือเกี่ยวกับผลกระทบต่อความสำเร็จในการกินยาต้านไวรัสในหลายแง่มุม เช่น ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัส การสนับสนุนทางสังคม ความยินดีในการกินยาต้านไวรัส การเปิดเผยผลเลือดเอชไอวี serostatus จากผลการศึกษาพบที่มีความจำเป็นอย่างมากในการให้ความรู้แก่กลุ่มตัวอย่างทั้งก่อนและระหว่างการกินยาต้านไวรัส ควรพยายามในการเพิ่มความรู้เกี่ยวกับการกินยาต้าน

ไวรัส โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้ในเกณฑ์การเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส เช่นเดียวกับการให้กำลังใจ การสนับสนุนทางสังคม การเปิดเผยผลเอชไอวีที่เป็น serostatus เป็นปัจจัยที่มีผลกระทบโดยตรงต่อการประสบผลความสำเร็จในโปรแกรมการกินยาต้านไวรัสเอชไอวี

จากการศึกษาของ Murray LK, Semrau K, McCurley E et al.⁽¹⁷⁾ (2009) เรื่อง Barriers to acceptance and adherence of antiretroviral therapy in urban Zambian women: a qualitative study. ใน Sub-Saharan Africa มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 60% ของโลก และประเทศ Zambia อยู่ในภูมิภาคที่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง โปรแกรมการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีได้รับการขยายตัวอย่างรวดเร็ว ในการที่จะประสบผลสำเร็จได้ของโปรแกรมนี้นั้นในระยะยาวขึ้นอยู่กับ การยอมรับและยินดีต่อการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีวินัย การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อ ได้รับข้อมูลเชิงลึกในท้องถิ่นมาเป็นปัจจัยสำคัญที่อาจกระทบต่อการตัดสินใจและการกินยาอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิง ในการศึกษาที่ระบุอุปสรรคบางส่วนที่มีความสอดคล้องกับ ปัจจัยที่อ้างอิงกับวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องที่มีอยู่จากทั้งสองประเทศที่เป็นประเทศที่พัฒนาและกำลังพัฒนา เช่น ผลข้างเคียง ความหิว และตราบาบ ซึ่งปัจจัยอื่นๆนอกจากนี้ยังไม่ได้รับการระบุ นอกจากนี้การมีผลกระทบจากโรคเรื้อรังที่ร้ายแรงก็เป็นปัจจัยหลักในการยอมรับ ในส่วนรูปแบบอื่นๆ ที่เกิดขึ้นจากการศึกษาได้แก่ ความซับซ้อนในการกินยาต้านไวรัส ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล โดยเฉพาะอย่างยิ่งสามีและภรรยาที่มีภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง และขาดข้อมูลที่ถูกต้อง จากผลการวิจัย พบว่าเหตุผลในการปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเกี่ยวกับประเด็นกรอบวัฒนธรรมท้องถิ่น (เช่น อุดมการณ์เจ็บป่วย) สุขภาพจิตและพฤติกรรม (เช่นภาวะซึมเศร้าและหรือความท้าทายระหว่างบุคคล) การตีตราและปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจ (เช่น คุณค่าทางคริสตจักรหรือการแต่งงาน) ของ วัฒนธรรมที่แตกต่างกันมีผลต่อความสามารถและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเพื่อมีชีวิตที่ยืนยาว

ขึ้น

การศึกษาของ Souza PR Jr, Szwarcwald CL & Castilho E A⁽¹⁸⁾ (2007) เรื่อง Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil 2003-2006 เพื่อเป็นการศึกษาลักษณะประชากรชาวบราซิลที่ติดเชื้อเอชไอวีและได้รับข้อมูลการรักษาที่ล่าช้าโดยใช้ข้อมูลจากระบบห้องปฏิบัติการ ได้ศึกษาวิเคราะห์กลุ่มตัวอย่างจำนวน 84,694 คน อายุ 15 ปีหรือมากกว่า โดยวิเคราะห์ระดับ CD4 เริ่มต้นช่วงปี ค.ศ. 2003 และปี ค.ศ. 2006 และคนที่เริ่มยาต้านไวรัสก่อนการตรวจระดับ CD4 (naive) มีการวิเคราะห์ระดับ CD4 ตามเพศ อายุ ภูมิภาค และปี จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี (91%) 56% เป็นเพศชาย 76% ไม่มีอาการติดเชื้อเอชไอวี 50% อาศัยอยู่ในภูมิภาคตะวันออกเฉียงใต้ 20% อาศัยอยู่ในภาคใต้ มีระดับ CD4 เริ่มต้นหนึ่งในสามของกลุ่มตัวอย่าง <200 cells per cubic millimeter เมื่อรวมกับจำนวนคนที่มีอาการติดเชื้อเอชไอวี 41% และต้องเริ่มยาต้านไวรัสทันที มีเพศชาย 47% และ 53% มีอายุ 50 ปีขึ้นไป การเริ่มยาต้านไวรัสในบราซิลมีสัดส่วนที่สูงในกลุ่มที่แสดงอาการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นควรส่งเสริมกลยุทธ์การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทั่วประเทศให้เร็วกว่านี้

การศึกษาของ Wringe A, Roura M, Urassa M et al.⁽¹⁹⁾(2009) เรื่อง Doubts, denial and divine intervention: understanding delayed attendance and poor retention rates at a HIV treatment programme in rural Tanzania. การเข้ารับการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่สม่ำเสมอหรือล่าช้าจะทำให้เกิดการรักษาที่ไม่ได้ผล การศึกษานี้เป็นการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการมาตามนัดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตชนบททางตะวันตกเฉียงเหนือของประเทศ Tanzania 42 คน ได้มีการสัมภาษณ์เชิงลึก และ 4 กลุ่มสนทนาที่ได้รับการส่งต่อเพื่อเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีในคลินิกที่อยู่ใกล้เคียง ได้มีการสัมภาษณ์เชิงลึกในเจ้าหน้าที่ที่ดูแลหรือส่งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการสำรวจเกี่ยวกับ Belied Model ที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อทางด้านสุขภาพ การรับรู้ถึงอุปสรรคและประโยชน์ที่เกี่ยวข้องกับการมาตามนัดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ การรับรู้ต่ออาการติดเชื้อเอชไอวีเป็น

ปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการมาตามนัด โดยเฉพาะเพราะกลุ่มที่ปฏิเสธหรือยอมรับสถานะการติดเชื้อเอชไอวีและการดำเนินโรคของการติดเชื้อเอชไอวี การปฏิเสธสถานะการติดเชื้อเอชไอวีมักจะเกี่ยวข้องกับการมีแพทย์ทางเลือกและอาจเกิดขึ้นก่อน ระหว่าง หรือหลังจากเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส การรับรู้เกี่ยวกับอาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นผลต่อการมาตามนัดมักจะเกี่ยวข้องกับการทางร่างกาย ปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการมาตามนัดที่เกิดขึ้นบ่อยๆ ได้แก่ ระบบการให้บริการทางด้านสุขภาพ และในขณะที่ผลประโยชน์ทางด้านร่างกายและทางสังคมมีผลต่อการมาตามนัดของผู้ติดเชื้อ ความมั่นใจในตนเองเกี่ยวกับการมาตามนัดอย่างสม่ำเสมอเกี่ยวข้องกับความหวังของผู้ติดเชื้อและการสนับสนุนจากครอบครัว จากการศึกษาี้แสดงให้เห็นว่ามีปัจจัยหลายอย่างที่มีผลต่อการมาตามนัดของผู้ติดเชื้อ รวมทั้งการให้ความรู้ การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนทั้งในคลินิกและชุมชน จากปัจจัยเหล่านี้ทำให้รับรู้ความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาพร้อมกับอาการติดเชื้อเอชไอวีทางด้านร่างกาย และ ความเชื่อที่ถ่วงถ่วงต่อสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี การกระจายการให้บริการในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในเขตชนบทควรจะต้องเป็นความสำคัญในการแก้ไขให้เกิดความสมดุลระหว่างการรับรู้อุปสรรคและผลประโยชน์ในการเข้าสู่โปรแกรมการรักษาเอชไอวี

การศึกษาของ Wohl AR, Galvan FH, Myers HF, Garland (20)W, George S, Witt M, Cadden J, Operskalski E, Jordan W, Carpio F, Lee ML.⁽²⁰⁾ เรื่อง Do social support, stress, disclosure and stigma influence retention in HIV care for Latino and African American men who have sex with men and women? จากการตรวจสอบงานวิจัยที่เกี่ยวกับการสนับสนุนทางสังคม ความเครียด การตีตรา และการเปิดเผยสถานะผลเลือดเอชไอวีเกี่ยวข้องกับการเข้ารับการดูแลอย่างต่อเนื่องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาว African Americans และชาว Latinos กลุ่มตัวอย่างจำนวน 398 คน เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิง ได้ทำนายปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการดูแลคือการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีให้มากขึ้น (OR = 1.5 ; 95% CI : 1.1 , 1.9) ใน

กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างที่เปิดเผยสถานะ (n = 334) เป็นเพศหญิง (OR = 1.8, 95% CI: 1.1, 3.1) และได้รับการเปิดเผยสถานะมากขึ้นในกลุ่มผู้ติดเชื้อ (OR = 1.5, 95% CI: 1.1, 1.9) เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการคงอยู่ในระบบการรักษา และความเครียดต่างๆที่มีผลต่อการคงอยู่ในระบบการรักษา (OR = 1.2; 95% CI: 1.1, 1.3) สำหรับชาว African American ที่เป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี และการถูกตีตราเป็นผลต่อการคงอยู่ในระบบการรักษา อย่างยั่งยืน (OR = 0.9; 95% CI: 0.8, 0.9) สำหรับชาว Latino ที่เป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย การเข้าไปแทรกแซงเรื่องการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดเชื้อเดียวกันอาจจะเป็นผลให้การคงอยู่ในระบบการรักษาอย่างต่อเนื่องโดยการให้คำปรึกษาเพื่อลดการตีตรา

การศึกษาของ George Ayala, Keletso Makofane, Glenn-Milo Santos, Jack Beck, Tri D. Do, Pato Hebert, Patrick A. Wilson, Thomas Pyun, and Sonya Arreola.⁽²¹⁾ เรื่อง Access to Basic HIV-Related Services and PrEP Acceptability among Men Who Have sex with Men Worldwide: Barriers, Facilitators, and Implications for Combination Prevention. กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีจำนวนติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นจากทั่วโลก กลยุทธ์การป้องกันการระบาดของเอชไอวีในกลุ่มนี้คือการเข้าถึงการป้องกันที่มีประสิทธิภาพและง่ายต่อการเข้าถึง ในการศึกษาที่ศึกษากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (n = 3,748) จาก 145 ประเทศ ในเดือนเมษายนถึงเดือนสิงหาคม ค.ศ. 2012 โดยการศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับยา pre-exposure prophylaxis (PrEP) และการใช้ถุงยางอนามัย เจลหล่อลื่น การตรวจเลือดเอชไอวี และการรักษาเอชไอวี จากการวิจัยพบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่น 35% และ 22% ตามลำดับ เข้าถึงการตรวจเอชไอวี 35% ของผู้ตอบแบบสอบถามไม่ติดเชื้อเอชไอวี 43% ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี และได้รับรายงานว่าเข้าถึงการรักษา นอกจากนี้ความหวั่นวิตกในเรื่องการรักเพศเดียวกัน (homophobia) และการถูกตีตราจากผู้ให้บริการเกี่ยวข้องกับการเข้ารับบริการลดลงอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ในทางตรงกันข้ามการมีส่วนร่วมในชุมชน การติดต่อระหว่างชุมชนเกย์ และการบริการด้วยความสะดวกสบายเป็นผลต่อการเพิ่มการเข้ารับบริการมากขึ้น การยอมรับยา PrEP สัมพันธ์กับการตีตราลดลงเมื่อกินยา PrEP การมีความรู้เล็กน้อยเกี่ยวกับยา PrEP เกี่ยวข้องกับการถูกตีตราที่มากขึ้น และเคยมีประสบการณ์รุนแรงในการมีอัตลักษณ์ทางเพศชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

การศึกษาของ Arreola S, Santos GM, Beck J, Sundararaj M, Wilson PA, Hebert P, Makofane K, Do TD, Ayala G.⁽²²⁾ เรื่อง Sexual stigma, criminalization, investment, and access to HIV services among men who have sex with men worldwide. การศึกษานี้สำรวจความสัมพันธ์ระหว่างการเข้ารับการตรวจเอชไอวี (1) ระดับการรับรู้การถูกตีตราเรื่องเพศ (2) การได้รับการตีตราอย่างรุนแรงจากคนในประเทศ และ (3) การลงทุนในประเทศต่อการตรวจเลือดเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย จากกลุ่มตัวอย่าง 3,340 คน ทำแบบประเมินออนไลน์การเข้าถึงการตรวจเอชไอวี การเข้าถึงการใช้ถุงยางอนามัยลดลง เจลหล่อลื่น การตรวจเอชไอวีที่เกี่ยวข้องกับการรับรู้การถูกตีตราเรื่องเพศ นโยบายการรักเพศเดียวกัน การลงทุนตรวจเอชไอวีในกลุ่มคนรักเพศเดียวกัน การเข้าถึงการรักษาเอชไอวีเกี่ยวข้องกับการถูกตีตราและความรุนแรงทางเพศ ความรุนแรงเรื่องเพศและค่าใช้จ่ายตรวจเอชไอวีน้อยลงเกี่ยวข้องกับการรับรู้ถึงการถูกตีตราที่มากขึ้น ดังนั้นความพยายามที่จะป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายรักชายควรจะควบคู่ไปกับการลดการการถูกตีตรา ปิดเรื่องนโยบายรุนแรงเรื่องการรักเพศเดียวกัน และเพิ่มการลงทุนเกี่ยวกับการให้บริการตรวจเอชไอวีในกลุ่มชายรักชายที่เฉพาะเจาะจง

การศึกษาของ Pyun T, Santos GM, Arreola S, Do T, Hebert P, Beck J, Makofane K, Wilson PA, Ayala G.⁽²³⁾ เรื่อง internalized homophobia and reduced HIV testing among men who have sex with men in China แม้ว่าก่อนหน้านี้จะมีการศึกษาเกี่ยวกับปัญหาอุปสรรคและความสะดวกในการตรวจเอชไอวีของกลุ่มชายรักชายในประเทศจีน แต่มีการศึกษาเพียงเล็กน้อย

เท่านั้นเกี่ยวกับปัจจัยทางสังคม รวมทั้งความหวั่นกลัวจากภายนอกต่อเรื่องความรักเพศเดียวกัน (homophobia) และความหวั่นกลัวจากภายในต่อเรื่องความรักเพศเดียวกัน (internalized homophobia) การศึกษาในครั้งนี้ใช้ข้อมูลจากการสำรวจออนไลน์จากทั่วโลกในการกำหนดความสัมพันธ์ของการตรวจเอชไอวีเป็นส่วนหนึ่งของ subanalysis ในกลุ่มชายรักชายชาวจีน การจำกัดอายุ ความรู้เรื่องเอชไอวี จำนวนคู่นอน และตัวแปรอื่นๆ ได้มีการทดสอบเพื่อหาความสัมพันธ์กับการตรวจเอชไอวีกับความหวั่นกลัวต่ำจากภายในต่อเรื่องความรักเพศเดียวกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าการถูกตีตราเกี่ยวกับบรรณนิยมทางเพศเป็นอุปสรรคต่อการตรวจเอชไอวี และการเข้ารับบริการทางการแพทย์อื่นๆ จากงานวิจัย 2012 Global Men's Health and Rights Study Findings from the 2012 Global Men's Health and Rights Study (GMHR) In early 2012, the Global Forum on MSM & HIV (MSMGF) conducted the second biennial Global Men's Health and Rights study (GMHR) เกี่ยวกับการเข้าถึงการป้องกันและการรักษาเอชไอวีของกลุ่มชายรักชาย ประกอบด้วยการสำรวจออนไลน์และแบบกลุ่มสนทนา พบว่า A) อุปสรรคและการอำนวยความสะดวกมีผลต่อการเข้าถึงการตรวจเอชไอวีในกลุ่มชายรักชาย และ B) สถานที่ในการตรวจเอชไอวีควรรองรับเรื่องสุขภาพทางเพศของกลุ่มชายรักชายทั่วโลก

บทที่ 3

วิธีการดำเนินการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงปริมาณแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional Descriptive Study) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและทราบผล CD4 ที่ได้รับคำแนะนำให้เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีแล้ว ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยคำนวณกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร
$$n = \frac{Z^2 \alpha / 2pq}{d^2}$$

ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95% ความคลาดเคลื่อนในการสุ่มตัวอย่าง 0.05 ดังต่อไปนี้

n = ขนาดตัวอย่าง

$Z_{\alpha/2}$ = 1.96

P = ความชุกของการตัดสินใจเริ่มยาทันทีในผู้ที่ติดเชื้อ มีค่าเท่ากับ 0.83

(อ้างอิงจากโครงการการวิจัยนำร่องตรวจเร็วรักษาทันที)⁽⁵⁾

q = $1-p$ = 0.17

d = acceptable error = 0.05

$$n = (1.96)^2(0.83)(0.17) / (0.05)^2$$

$$n = 216 \text{ คน}$$

เพราะฉะนั้นจะมีอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการทั้งสิ้นเท่ากับ 216 คน และไม่มีการสุ่มตัวอย่าง เนื่องจากใช้ประชากรทั้งหมดที่เข้าเกณฑ์การศึกษา (Inclusion criteria and Exclusion criteria)

Inclusion criteria

1. เป็นผู้ที่มารับบริการตรวจเอชไอวี ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย
2. มีผลเลือดเอชไอวีเป็นบวกและมีผล CD4 ในวันที่เข้าโครงการ
3. อายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป
4. สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้

Exclusion criteria

1. ไม่ใช่คนไทย
2. ไม่สามารถตัดสินใจด้วยตนเองได้
3. ไม่ให้ความร่วมมือในการเก็บข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย (Measurement)

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยในครั้งนี้ เป็นแบบสอบถามชนิดตอบเองและผู้วิจัยสัมภาษณ์ อาสาสมัคร แบบสอบถามแบ่งออกเป็น 3 ส่วน ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน (แบบสอบถามที่อาสาสมัครทำด้วยตนเอง) ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านชีวภาพ (แบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์อาสาสมัครด้วยตนเอง) และส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ (แบบสอบถามที่อาสาสมัครทำด้วยตนเอง) ดังรายละเอียดดังต่อไปนี้

แบบสอบถามชนิดตอบเอง ประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน (แบบสอบถามที่อาสาสมัครทำด้วยตนเอง)

ประกอบด้วย แบบสอบถามข้อมูลบุคคลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศกำเนิด สภาวะทางเพศ สถานภาพสมรส วุฒิการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ อายุที่มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก การใช้ถุงยางอนามัย รายได้ โรคแทรกซ้อนขณะที่ติดเชื้อเอชไอวี โรคประจำตัวทางกาย โรคประจำตัวทางจิตเวช และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี การเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ การปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ (แบบสอบถามที่อาสาสมัครทำด้วยตนเอง)

แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 3 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ

ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานที่เกี่ยวข้องโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ประสบการณ์การกินยาฆ่าเชื้อ ภาระหน้าที่ เคยกินยาต้านไวรัสเอชไอวีฉุกเฉิน การเตรียมการและคิดล่วงหน้า ประสบการณ์คนที่รู้จักกินยาด้าน ทางเลือกรักษาอื่น สิทธิการรักษา ไม่ครอบคลุม ความลำบากในการเดินทางไปรับยา ยังไม่ได้ปรึกษาบุคคลที่รู้จักหรือบุคคลใกล้ชิด รอตรวจเอชไอวีอีกครั้งหลังจากกลับไปดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ปัจจัยที่กังวลในการเริ่มยาต้านไวรัส และปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องยาด้านไวรัส

ตอนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-9

Manote Lotrakul⁽²⁴⁾ ได้ทดสอบค่าความตรงของเนื้อหา (Content Validity) และตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือกับกลุ่มตัวอย่าง 924 ราย และ 279 รายเป็นแบบสัมภาษณ์ ได้ค่าสัมประสิทธิ์ครอนบาชแอลฟา (Cronbach's alpha coefficient) เท่ากับ 0.79 ได้รับอนุญาตให้ใช้แบบสอบถามแล้ว

แบบสอบถามประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยคำตอบที่ได้จะนำมาให้คะแนนแต่ละข้อเป็น 0-3 คะแนนแล้วนำคะแนนของทุกข้อมารวมกัน ซึ่งแบ่งภาวะซึมเศร้าเป็น 5 ระดับดังนี้

- 0-4 คะแนน ไม่มีอาการ
- 5-8 คะแนน อาการเล็กน้อย ไม่ถึงขั้น major depression
- 9-14 คะแนน Major depression, mild หรือ dysthymia
- 15-19 คะแนน Major depression, moderate
- 20- คะแนน Major depression, severe

PHQ-9 นั้นนิยมใช้ในรูปแบบของแบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า โดยจากการศึกษาในผู้ป่วยไทย พบว่าผู้ที่มีคะแนนรวมตั้งแต่ 9 ขึ้นไปถือว่าเป็นโรคซึมเศร้า (sensitivity = 0.84, specificity = 0.77)

นอกจากนี้ PHQ-9 ยังอาจใช้ในการบอกความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าได้

ตอนที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์

พิกุลพรรณ พลศิลป์⁽²⁵⁾ นำแบบสอบถามไปทดลองใช้กับผู้ต้องขังเรือนจำกลางชลบุรี ในแดนฟื้นฟูและแก้ไขบำบัดยาเสพติด จำนวน 30 คน แล้วหาความเที่ยงของแบบสอบถามโดยวิธีการวัดความสอดคล้องภายใน (internal consistency method) ของคอเรนบาค (Cronbach's alpha) วิเคราะห์หาค่าสัมประสิทธิ์ความเที่ยงหรือค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของแบบสอบถามวัดความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีได้ค่า .85

แบบสอบถามนี้เป็นคำถามเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ดังนี้ สาเหตุของการติดเชื้อจำนวน 1 ข้อ (1) การติดต่อจำนวน 4 ข้อ (4, 5, 6, 8) ปัจจัยเสี่ยงจำนวน 3 ข้อ (9, 10, 11) การรักษาจำนวน 2 ข้อ (12, 13) การป้องกันจำนวน 2 ข้อ (7, 14) อาการแสดงจากการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 2 ข้อ (2, 3) โดยมีลักษณะคำถามที่มีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือถูก ผิด และไม่ทราบมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ตอบถูก	ให้คะแนน	1
ตอบผิด/ไม่ทราบ	ให้คะแนน	0

เกณฑ์ในการจัดระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย โดยอิงเกณฑ์ดังนี้

สูง มากกว่า	80%	คือ	12 – 15	คะแนน
ปานกลาง	60% - 80%	คือ	9 – 11	คะแนน
ต่ำ น้อยกว่า	60%	คือ	น้อยกว่า 9	คะแนน

แบบสอบถามชนิดผู้วิจัยสัมภาษณ์อาสาสมัคร ประกอบด้วย

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านชีวภาพ (แบบสอบถามส่วนนี้ผู้วิจัยจะเป็นผู้สัมภาษณ์อาสาสมัครด้วยตนเอง) ดังต่อไปนี้

แบบสอบถามปัจจัยด้านชีวภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง โดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถามจำนวน 4 ข้อ ได้แก่ (1) ระดับ CD4 (2) อาการแสดงของโรคเอดส์ (3) การป่วยเป็นโรคเอดส์ และ (4) ยาที่ทานประจำ

การเก็บรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

การวิจัยในครั้งนี้ผู้วิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการเรียนผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยทางวาจาก่อนในเบื้องต้น และได้ทำหนังสือเรียนผู้อำนวยการศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยและหัวหน้าคลินิกนิรนามเพื่อขออนุญาตดำเนินการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับการอนุญาตจากผู้อำนวยการศูนย์วิจัยฯและหัวหน้าคลินิกนิรนามแล้วผู้วิจัยได้ประสานกับผู้ให้คำปรึกษาของ

คลินิกนิรนามและเจ้าหน้าที่คลินิกนิรนามเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 216 ชุด และมีความเชื่อมั่นว่าแบบสอบถามทุกฉบับสามารถนำมาวิเคราะห์ข้อมูลได้ทุกชุดเนื่องจากผู้วิจัยได้ตรวจสอบแบบสอบถามด้วยตนเองพร้อมทั้งให้คำแนะนำและคำปรึกษาต่างๆ พร้อมทั้งส่งต่อตามสิทธิการรักษาของอาสาสมัครทุกราย หากอาสาสมัครที่ยังไม่พร้อมที่จะไปเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีตามสิทธิการรักษา อาสาสมัครสามารถที่จะเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ที่คลินิกนิรนาม ทั้งนี้อาสาสมัครต้องยินยอมรับผิดชอบค่าใช้จ่ายต่างๆด้วยตนเอง

เมื่อผู้ให้คำปรึกษาแจ้งผลเลือดเอชไอวีบวก (HIV- positive) แก่ผู้รับบริการและให้คำปรึกษาในการดูแลตนเองพร้อมกับให้คำปรึกษาในทางการรักษาแล้ว ผู้รับบริการจะได้รับคำแนะนำการตรวจเลือด CD4 ต่อไป และจะใช้ระยะเวลาในการรอผลเลือด CD4 เป็นเวลา 3 วันผู้ให้คำปรึกษาจะแจ้งผู้รับบริการว่าในครั้งหน้า (อีก 3 วัน) ผู้ให้คำปรึกษาจะนัดผู้รับบริการ (อาสาสมัคร) มาพบผู้วิจัยเพื่อเซ็นต์ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ ทำแบบสอบถาม สัมภาษณ์ ให้คำปรึกษา และรับใบส่งต่อตามสิทธิการรักษา หากผู้รับบริการท่านใดไม่สะดวกพบผู้วิจัย ผู้รับบริการสามารถรับผลเลือด CD4 และใบส่งต่อการรักษากับผู้ให้คำปรึกษาท่านเดิมได้ ทั้งนี้ในกรณีที่ผู้รับบริการไม่มาตามนัด จะมีเจ้าหน้าที่คลินิกนิรนามติดตามเพื่อให้ผู้รับบริการได้เข้าถึงการรักษาต่อไป

เมื่ออาสาสมัครมาพบผู้วิจัยตามนัด ผู้วิจัยจะปฏิบัติต่อผู้มารับบริการตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (respect for person) โดยการให้อาสาสมัครรับทราบข้อมูลในการทำวิจัย ได้ซักถามข้อสงสัยต่างๆ อาสาสมัครสามารถตัดสินใจได้อย่างอิสระในการที่จะเข้าร่วมโครงการวิจัย อาสาสมัครสามารถออกจากการศึกษาเมื่อใดก็ได้ และผู้วิจัยให้อาสาสมัครลงนามในใบยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร (Written consent)

2. การเก็บรักษาความลับของอาสาสมัครโดยไม่มี Identifier ในแบบบันทึกข้อมูลที่จะระบุถึงตัวอาสาสมัคร หลักการให้ประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/Non-maleficence) การตอบคำถามในการวิจัยครั้งนี้ไม่มีผลใดๆ ต่อการเข้ารับบริการทางการแพทย์ รวมทั้งการนำเสนอผลการวิจัยจะเป็นไปในภาพรวมเสมอ

3. หลักความยุติธรรม (Justice) คือ มีเกณฑ์การคัดเลือกและคัดออกอย่างชัดเจน มีการกระจายความเสี่ยงและผลประโยชน์อย่างเท่าเทียมกันใช้ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลทั้งสิ้น 6 เดือน ตั้งแต่เดือนกรกฎาคม 2558 ถึงเดือนธันวาคม 2558

การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

ผู้วิจัยใช้โปรแกรม SPSS version 19.0 (Statistical Package for Social Science) ในการวิเคราะห์ข้อมูลทางสถิติดังนี้

1. ใช้สถิติพรรณนา เพื่ออธิบายลักษณะทั่วไปของกลุ่มตัวอย่างที่ทำการศึกษา ได้แก่ ค่าเฉลี่ย ร้อยละ ความถี่ ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
2. ใช้สถิติเชิงอนุมาน เพื่อสรุปผลของประชากร และดูความสัมพันธ์ของการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. ใช้ Multivariate Analysis เพื่อหาปัจจัยทำนายของการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บทที่ 4

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยในครั้งนี้เป็นการศึกษาความชุกของการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัส และปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกของการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีและปัจจัยที่เกี่ยวข้อง โดยมีจำนวนแบบสอบถามที่นำมาวิเคราะห์ ข้อมูลทั้งสิ้น 216 ชุด มีระยะเวลาในการเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ. 2558

ผู้วิจัยขอเสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลตามลำดับดังนี้

ส่วนที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ค่าเฉลี่ย Mean (SD), Median (IQR) ร้อยละ (Percentage) และความถี่ (Frequency) โดยใช้สถิติพรรณนา (Descriptive Statistic)

ส่วนที่ 2 แสดงผลการวิเคราะห์ความชุกของการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัส เอชไอวี และหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านชีวภาพและปัจจัยด้านจิตสังคมกับการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย โดยใช้สถิติ Univariate Analysis

ส่วนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัส เอชไอวี โดยใช้สถิติ Multiple Logistic Regression

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไป

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง

ปัจจัย (N = 216)	Mean \pm SD หรือ N (%)
อายุ (ปี)	29 (8.92)
- IQR = 24-36	
เพศกำเนิด	
- หญิง	34 (15.74)
- ชาย	182 (84.26)
เพศสภาพ	
- กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	133 (61)
- กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิง	34 (16)
- กลุ่มผู้หญิงข้ามเพศ	4 (2)
- กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิง	13 (6)
- กลุ่มหญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย	32 (15)
สถานภาพสมรส	
- โสด	127 (58.80)
- คู่อยู่ด้วยกัน	63 (29.17)
- คู่ไม่ได้อยู่ด้วยกัน	21 (9.72)
- หย่าร้าง	5 (2.31)
วุฒิการศึกษาสูงสุด	
- ไม่ได้รับการศึกษา	8 (3.70)
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	93 (43.06)
- ปริญญาตรี	101 (46.76)
- สูงกว่าปริญญาตรี	14 (6.48)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ปัจจัย (N = 216)	Mean \pm SD หรือ N (%)
ศาสนา	
- พุทธ	206 (95.37)
- คริสต์	4 (1.85)
- อิสลาม	6 (2.78)
อาชีพ	
- ไม่ได้ประกอบอาชีพ	12 (5.56)
- นักเรียน/นักศึกษา	39 (18.06)
- รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	11 (5.09)
- ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/อิสระ	37 (17.13)
- ลูกจ้าง/พนักงาน/รับจ้างทั่วไป	109 (50.46)
- ขายบริการทางเพศ	4 (1.85)
- อื่น ๆ	4 (1.85)
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)	23,625.65 (27,045.13)
- IQR = 13,000-25,000	
อายุที่มีเพศสัมพันธ์ในครั้งแรก (ปี)	18 (3.22)
- IQR = 16-20	
การใช้ถุงยางอนามัยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา	
- ทุกครั้ง	60 (27.78)
- บางครั้ง	117 (54.17)
- ไม่ใช้ถุงยางอนามัย	39 (18.06)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง (ต่อ)

ปัจจัย (N = 216)	Mean ± SD หรือ N (%)
ณ ปัจจุบันมีโรคแทรกซ้อน	
- ไม่มี	201 (93.06)
- มี	15 (6.94)
เคยมีประวัติหรือเป็นโรคทางจิตเวช	
- ไม่มี	212 (98.15)
- มี	4 (1.85)
เคยมีประวัติการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวทางกาย	
- ไม่มีโรคประจำตัว	172 (79.63)
- มีโรคประจำตัว 1 โรค	34 (15.74)
- มีโรคประจำตัว 2 โรค	6 (2.78)
- มีโรคประจำตัว 3 โรค	2 (0.93)
- ไม่ทราบชื่อโรคประจำตัว	2 (0.93)
1 ปีที่ผ่านมาเคยมีประวัติหรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	
- ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์	176 (81.48)
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 1 โรค	38 (17.59)
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 2 โรค	1 (0.46)
- โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 3 โรค	1 (0.46)
ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี	
- เพศสัมพันธ์	214 (99.07)
- ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน	2 (0.93)
จะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี	
- ใช่	206 (95.37)
- ไม่ใช่	10 (4.63)

จากตารางที่ 1 แสดงให้เห็นว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุเฉลี่ย 30 ปีเป็นเพศชายมากกว่า เพศหญิงคิดเป็นร้อยละ 84.26 และ 15.74 ตามลำดับ โดยมีเพศสภาพส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 62 รองลงมาคือกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงร้อยละ 16 และกลุ่มหญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 15 กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงร้อยละ 6 และกลุ่มผู้หญิงข้ามเพศร้อยละ 2 ตามลำดับ กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 46.76 ประกอบอาชีพลูกจ้าง พนักงาน รับจ้างทั่วไปร้อยละ 50.46 โดยมีรายได้เฉลี่ย 15,000 บาทต่อเดือน และการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีความชุกในการตัดสินใจเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีคิดเป็นร้อยละ 95.37 มีเพียงร้อยละ 4.63 ที่ปฏิเสธการรักษาด้วยการเริ่มยาต้านไวรัส ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างส่วนน้อยมีโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวีคิดเป็นร้อยละ 6.94 เคยมีประวัติโรคทางจิตเวชร้อยละ 1.85 มีโรคประจำตัวทางกายร้อยละ 20.38

ในการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างเริ่มมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ 18 ปี และมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์และการใช้สารเสพติดชนิดฉีดคิดเป็นร้อยละ 99.07 และร้อยละ 0.93 ตามลำดับ จากการสำรวจพบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีสูงเนื่องจากมีเพศสัมพันธ์โดยการใช้ถุงยางอนามัยเป็นบางครั้ง ทุกครั้ง และไม่ใช้เลยคิดเป็นร้อยละ 54.17 ร้อยละ 27.78 และร้อยละ 18.06 ตามลำดับ

ส่วนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความชุกและปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการ เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านชีวภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและ
การยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Mann-Whitney U
Test

ปัจจัย	การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี		p-value
	N = 216		
	ปฏิเสธ N =10 N (%)	ยอมรับ N =206 N (%)	
เพศ			>0.99
- ชาย	7 (70)	175 (84.95)	
- หญิง	3 (30)	31 (15.05)	
การศึกษา			0.01***
- ไม่ได้ศึกษา	1 (10)	7 (3.40)	
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	8 (80)	85 (41.26)	
- ปริญญาตรี	1 (10)	100 (48.54)	
- สูงกว่าปริญญาตรี	0 (0)	14 (6.80)	
โรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี			0.15*
(OI)	2 (20)	13 (6.31)	
- มี	8 (80)	193 (93.69)	
- ไม่มี			
เคยมีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช			>0.99
- มี	0 (0)	4 (1.94)	
- ไม่มี	10 (100)	202 (98.06)	
มีโรคประจำตัวทางกาย			0.70
- ไม่มี	9 (90)	163 (79.13)	
- มี 1 โรค	1 (10)	33 (16.02)	
- มี 2 โรค	0 (0)	6 (2.91)	
- มี 3 โรค	0 (0)	2 (0.97)	
- ไม่ทราบ	0 (0)	2 (0.97)	

*P≤0.2, ***P≤0.05

ตารางที่ 2 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านชีวภาพที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Mann-Whitney U Test (ต่อ)

ปัจจัย	การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี		p-value
	N = 216		
	ปฏิเสธ N =10 N (%)	ยอมรับ N =206 N (%)	
1 ปีที่ผ่านมาเคยมีประวัติ โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ (STI)			0.09*
- ไม่มี	6 (60)	170 (82.52)	
- มี 1 โรค	3 (30.00)	35 (16.99)	
- มี 2 โรค	0 (0)	1 (0.49)	
- มี 3 โรค	1 (10.00)	0 (0)	
CD4 count (cell/mm ³)			0.18*
- < 350	3 (30)	122 (59.22)	
- 350-500	4 (40)	55 (26.70)	
- >500	3 (30)	29 (14.08)	

*P≤0.2

จากตารางที่ 2 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลและปัจจัยด้านชีวภาพ กับการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี พบว่าร้อยละ 6.31 ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีและมีโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 98.06 ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีและไม่มีโรคทางจิตเวช ร้อยละ 79.13 ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีและไม่มีโรคประจำตัวทางกาย พบว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) คิดเป็นร้อยละ 82.52 และมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (STI) คิดเป็นร้อยละ 16.99 และพบว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมีระดับ CD4 < 350 cell/mm³ คิดเป็นร้อยละ 59.22

ตารางที่ 3 ผลการวิเคราะห์ความชุกของการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test

ความชุก	กลุ่มตัวอย่าง N = 216	
	ปฏิเสธ N =10 N (%)	ยอมรับ N =206 N (%)
การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี	10 (4.63)	206 (95.37)

ตารางที่ 3 ความชุกของการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีคิดเป็นร้อยละ 95.37 และความชุกของการปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีคิดเป็นร้อยละ 4.63



ตารางที่ 4 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านภาวะซึมเศร้าที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับ
การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Mann-Whitney U Test

ปัจจัย	การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี		p-value
	N = 216		
	ปฏิเสธ N =10 N (%)	ยอมรับ N =206 N (%)	
แบบประเมินภาวะซึมเศร้า PHQ-9 (คะแนน)			0.21
- ไม่มีอาการ (0-4)	4 (40)	70 (33.98)	
- มีอาการเล็กน้อยไม่ถึงขั้น mild (5-8)	5 (50)	69 (33.50)	
- Mild (9-14)	1 (10)	45 (21.84)	
- Moderate (15-19)	0 (0)	10 (4.85)	
- Severe (20+)	0 (0)	12 (5.83)	

จากตารางที่ 4 พบว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมีอาการซึมเศร้าน้อยละ 66.01 แบ่งเป็นมีอาการซึมเศร้าเล็กน้อยไม่ถึงขั้น mild ร้อยละ 33.50 ระดับ Mild ร้อยละ 21.84 ระดับ Moderate ร้อยละ 4.85 และระดับ Severe ร้อยละ 5.83 ตามลำดับ

ตารางที่ 5 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความรู้เรื่องเอชไอวีที่มีความสัมพันธ์ต่อปฏิเสธและการยอมรับ
การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test และ Mann-Whitney U Test

ปัจจัย	การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี		p-value
	N = 216		
	ปฏิเสธ N =10 N (%)	ยอมรับ N =206 N (%)	
แบบประเมินความรู้เรื่องเอชไอวี/เอดส์			0.84
- Low	2 (20)	14 (6.80)	
- Moderate	4 (40)	99 (48.06)	
- High	4 (40)	93 (45.15)	

จากตารางที่ 5 พบว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมีความรู้เรื่องเอชไอวีในระดับ moderate คิดเป็นร้อยละ 48.06 รองลงมาคือในระดับ High คิดเป็นร้อยละ 45.15 และในระดับ Low คิดเป็นร้อยละ 6.80 ตามลำดับ

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์อาการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test

ปัจจัย	การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี		p-value
	N = 216		
	ปฏิเสธ N =10 N (%)	ยอมรับ N =206 N (%)	
ใน 3 เดือนที่ผ่านมามีอาการแสดงของเอชไอวี (HIV-related illnesses)**			0.53
- ไม่มี	5 (50)	124 (60.19)	
- มี	5 (50)	82 (39.81)	
น้ำหนักลด (หญิงเกิน 5 กก. , ชายเกิน 7 กก.)	1 (0.46)	29 (13.43)	
เชื้อราในปาก	2 (0.93)	17 (7.87)	
ฝ้าขาวที่ข้างลิ้น	0 (0)	24 (11.11)	
งูสวัด	3 (1.39)	9 (4.17)	
ตุ่มคันที่แขน ขา และลำตัว	1 (0.46)	14 (6.48)	
ไข้เรื้อรัง นานกว่า 1 เดือน	2 (0.93)	32 (14.81)	
อุจจาระร่วงเรื้อรัง นานกว่า 1 เดือน	1 (0.46)	26 (12.04)	
ต่อมน้ำเหลืองโต	0 (0)	8 (3.70)	

** ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

ตารางที่ 6 ผลการวิเคราะห์อาการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test (ต่อ)

ปัจจัย	การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี		p-value
	N = 216		
	ปฏิเสธ N =10 N (%)	ยอมรับ N =206 N (%)	
ใน 3 เดือนที่ผ่านมามีอาการป่วยเป็นโรคเอดส์ (AIDS-defining illnesses)**	8 (80)	188 (91.26)	0.23
- ไม่มี	2 (20)	(8.74)	
- มี			
เชื้อราที่เยื่อหุ้มสมอง	0 (0)	0 (0)	
วัณโรค	0 (0)	2 (0.97)	
ปอดอักเสบ	2 (20)	14 (6.80)	
จอประสาทตา	0 (0)	1 (0.49%)	
อื่น ๆ (ไอเรื้อรัง > 1 สัปดาห์)	0 (0)	1 (0.49%)	
มียาที่ต่อต้านประจำ**			
- ไม่มี	8 (80)	160 (77.67)	
- มี	2 (20)	46 (22.33)	
ยาโรคประจำตัว	1 (10)	16 (7.77)	
สมุนไพร วิตามิน	1 (10)	29 (14.08)	
ยาเพื่อความงาม	0 (0)	13 (6.31)	
ยาคุมกำเนิด	0 (0)	1 (0.49)	

** ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ

จากตารางที่ 6 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างอาการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีกับการ
ปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการ
ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีเมื่อมีอาการเจ็บป่วย (HIV-related illnesses) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่
ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัส เช่น กลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัส (14.81% of 39.81%) มีไข้เรื้อรัง
มากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ (0.93 of 50%) กลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (13.43% of
39.81%) มีน้ำหนักลดมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ (0.93% of 50%) กลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอช
ไอวี (12.04% of 39.81%) มีอุจจาระร่วงเรื้อรังมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ (0.46% of 50%) กลุ่มที่
ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (11.11% of 39.81%) มีฝ้าขาวที่ข้างลิ้นมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ
(0% of 50%) กลุ่มที่ยอมรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (6.48% of 39.81%) มีตุ่มคันตามแขนขาและลำตัว
มากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ (0.46% of 50%) กลุ่มที่ยอมรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (4.17% of 39.81%) มี
งูสวัดมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ (1.39% of 50%) กลุ่มที่ยอมรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (3.70% of 39.81%)
มีต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ (0% of 50%) ตามลำดับ

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test

ปัจจัย	การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี		p-value
	N = 216		
	ปฏิเสธ N =10 N (%)	ยอมรับ N =206 N (%)	
มีประสบการณ์การกินยาฆ่าเชื้อ (antibiotic)สม่ำเสมอครบตามแพทย์สั่ง			0.21
- ใช่	3 (30)	106 (51.46)	
- ไม่ใช่	7 (70)	100 (48.54)	
มีภาระที่ต้องดูแล เช่น ต้องดูแลลูก ต้องดูแลพ่อแม่			0.13*
- ใช่	5 (50)	157 (76.21)	
- ไม่ใช่	5 (50)	49 (23.79)	
เคยกินยาต้านไวรัสเอชไอวีฉุกเฉิน			>0.99
- เคย	0 (0)	4 (1.94)	
- ไม่เคย	10 (100)	202 (98.06)	
ได้เตรียมการและได้คิดล่วงหน้าเรื่อง การกินยาต้านไวรัสเอชไอวี			>0.99
- ใช่	7 (70)	140 (67.96)	
- ไม่ใช่	3 (30)	66 (32.04)	
มีประสบการณ์คนที่รู้จักกินยาต้านไวรัสเอชไอวี			0.72
- ใช่	2 (20)	58 (28.16)	
- ไม่ใช่	8 (80)	148 (71.84)	

*P≤0.2

ตารางที่ 7 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านจิตสังคมที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test (ต่อ)

ปัจจัย	การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี		p-value
	N = 216		
	ปฏิเสธ N =10 N (%)	ยอมรับ N =206 N (%)	
มีทางเลือกรักษาอื่น			>0.99
- ใช่	0 (0)	9 (4.37)	
- ไม่ใช่	10 (100)	197 (95.63)	
สิทธิการรักษา			>0.99
- บัตรทอง (สปสช)	5 (50)	92 (44.66)	
- ประกันสังคม	5 (50)	95 (46.12)	
- ประกันสุขภาพ	0 (0)	4 (1.94)	
- สิทธิข้าราชการ	0 (0)	5 (2.43)	
- จ่ายเอง	0 (0)	10 (4.85)	
มีความลำบากในการเดินทางไปรับยา ต้านไวรัสเอชไอวี			0.62
- ใช่	2 (20)	26 (12.62)	
- ไม่ใช่	8 (80)	180 (87.38%)	
ยังไม่ได้ปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเรื่องการ กินยาต้านไวรัสเอชไอวี			0.32
- ใช่	2 (20)	80 (38.83)	
- ไม่ใช่	8 (80)	126 (61.17)	

จากตารางที่ 7 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธและการยอมรับ การเริ่มยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสมีภาระต่างๆที่ต้องดูแล มากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 76.21 และ ร้อยละ 50 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนี้ได้เตรียมการและได้คิดล่วงหน้าเกี่ยวกับการเริ่มกินยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยกลุ่มที่ปฏิเสธคิดเป็นร้อยละ 70 และกลุ่มที่ยอมรับร้อยละ 67.96 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้ปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการกินยาต้านไวรัส กลุ่มที่ปฏิเสธร้อยละ 80 และกลุ่มที่ยอมรับร้อยละ 61.17 ตามลำดับ



ตารางที่ 8 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยด้านความวิตกกังวลที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับ
การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test

ปัจจัย	การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี		p-value
	N = 216		
	ปฏิเสธ N =10 N (%)	ยอมรับ N =206 N (%)	
กังวลเรื่องผลข้างเคียงของยาต้าน ไวรัสเอชไอวี			0.31
- ใช่	5 (50)	139 (67.48)	
- ไม่ใช่	5 (50)	67 (32.52)	
กังวลว่าถ้าเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี อาจจะถูกสังคมตีตราและเลือกปฏิบัติ			0.18*
- ใช่	4 (40)	133 (64.56)	
- ไม่ใช่	6 (60)	73 (35.44)	
กังวลเรื่องการติดเชื้อไวรัสเอชไอและ มักจะตำหนิว่าตนเองเป็นคนไม่ดี			0.33
- ใช่	3 (30)	103 (50)	
- ไม่ใช่	7 (70)	103 (50)	
กังวลว่าถ้าเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัส เอชไอวีจะมีคนอื่นทราบว่าเป็นผู้ติด เชื้อเอชไอวี			0.18*
- ใช่	5 (50)	145 (70)	
- ไม่ใช่	5 (50)	61 (29.61)	
กังวลว่าครอบครัวจะรังเกียจ			0.20*
- ใช่	3 (30)	111 (53.88)	
- ไม่ใช่	7 (70)	95 (46.12)	

*P≤0.2

จากตารางที่ 8 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยที่กังวลในการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีกับการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีกังวลเรื่องการถูกสังคมตีตราและเลือกปฏิบัติมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 64.56 และร้อยละ 40 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสไม่ตีตราตนเองเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี (ตำหนิตนเอง) มากกว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 50 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสกังวลเรื่องความลับ (กังวลว่าคนอื่นจะทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากการเริ่มยาต้านไวรัส) มากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 50 ตามลำดับ



ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การรับรู้เรื่องยาด้านไวรัสเอชไอวีที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาด้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test

ปัจจัย	การเริ่มยาด้านไวรัสเอชไอวี		p-value
	N = 216		
	ปฏิเสธ N =10 N (%)	ยอมรับ N =206 N (%)	
การรับประทานยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งจะทำให้มีอาการแย่ลงได้			0.22
- ทราบ	6 (60)	165 (80.10)	
- ไม่ทราบ	4 (40)	41 (19.90)	
การรับประทานยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่งจะทำให้มีอาการแย่ลงได้			0.12*
- ทราบ	6 (60)	166 (80.58)	
- ไม่ทราบ	4 (40)	40 (19.42)	
การรับประทานยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ เช่นผลข้างเคียงทางไตผลข้างเคียงทางตับ โลหิตจางและผื่นแพ้ยาได้			0.19*
- ทราบ	4 (40)	128 (62.14)	
- ไม่ทราบ	6 (60)	78 (37.86)	
การรับประทานยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้			0.02*
- ทราบ	4 (40)	157 (76.21)	
- ไม่ทราบ	6 (60)	49 (23.79)	

*P≤0.2

ตารางที่ 9 ผลการวิเคราะห์การรับรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Fisher's exact test (ต่อ)

ปัจจัย	การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี		p-value
	N = 216		
	ปฏิเสธ N =10	ยอมรับ N =206	
	N (%)	N (%)	
การรับประทานยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่งจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้			0.06*
- ทราบ	5 (50)	159 (77.18)	
- ไม่ทราบ	5 (50)	47 (22.82)	
รับประทานยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีไม่สม่ำเสมอจะทำให้การรักษาไม่ได้ผล และเกิดการดื้อยาได้			0.04*
- ทราบ	6 (60)	177 (85.92)	
- ไม่ทราบ	4 (40)	29 (14.08)	

*P≤0.2

จากตารางที่ 9 แสดงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวีกับการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่าง พบว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมีการรับรู้เกี่ยวกับวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ด้านการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน (ร้อยละ 76.21) มากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (ร้อยละ 40) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.02$ และพบว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมีการรับรู้เกี่ยวกับวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ด้านการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอจะทำให้การรักษาไม่ได้ผล และเกิดการดื้อยามากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p = 0.04$ คิดเป็นร้อยละ 85.92 และร้อยละ 60 ตามลำดับ

ส่วนที่ 3 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่สัมพันธ์กับการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี

ตารางที่ 10 แสดงผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายที่ที่มีความสัมพันธ์ต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยใช้สถิติ Multiple Logistic Regression Analysis

ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี	Adjusted OR	95% CI	p value
เพศกำเนิด			
- หญิง	1		
- ชาย	0.168	0.027-1.055	0.05***
การศึกษาเท่ากับหรือสูงกว่าปริญญาตรี			
- ต่ำกว่าปริญญาตรี	1		
- เท่ากับหรือสูงกว่าปริญญาตรี	0.071	0.008-0.645	0.01***
1 ปีที่ผ่านมาเคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์			
- ไม่เคย	1		
- เคย	7.822	1.374-44.534	0.02***
ใน 3 เดือนที่ผ่านมามีอาการป่วยเป็นโรคเอดส์			
- ไม่มี	1		
- มี	6.422	0.878-46.984	0.06
ภาวะที่ดื้อดูแล			
- ไม่มี	1		
- มี	0.157	0.032-0.770	0.02***
ภาวะซึมเศร้า			
- ไม่มี	1		
- มีระดับ mild, moderate และ severe	0.132	0.013-1.311	0.08

*** $P \leq 0.05$

จากตารางที่ 10 เมื่อนำตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี มาทำการวิเคราะห์ต่อด้วยวิธี Logistic Regression พบว่ามี 6 ปัจจัยที่สามารถทำนายการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย 1) เพศ (Adjusted OR = 0.168 95% CI = 0.027-1.055, p = 0.05) พบว่าเพศชายมีการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าเพศหญิง 2) การศึกษา (Adjusted OR = 0.071 95% CI = 0.008-0.645, p = 0.01) กลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาเท่ากับหรือสูงกว่าปริญญาตรีมีการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 3) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Adjusted OR = 7.822 95% CI = 1.374-44.534, p = 0.06) กลุ่มตัวอย่างที่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใน 1 ปีที่ผ่านมา เช่น หนองในแท้ หนองในเทียมและ ซิฟิลิสมีการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4) มีอาการป่วยเป็นโรคเอดส์ (Adjusted OR = 6.422 95% CI = 0.878-46.984, p = 0.06) กลุ่มตัวอย่างที่มีอาการป่วยเป็นโรคเอดส์ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ 5) ภาวะที่ต้องดูแล (Adjusted OR = 0.157 95% CI = 0.032-0.770, p = 0.02) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะที่ต้องดูแล เช่น ต้องดูแลลูก ต้องดูแลพ่อแม่มีการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะ 6) ภาวะซึ่มเศร้า (Adjusted OR = 0.132 95% CI = 0.013-1.311, p = 0.08) กลุ่มตัวอย่างที่มีภาวะซึ่มเศร้า ในระดับ mild, moderate และ severe มีการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่ไม่มีภาวะซึ่มเศร้า

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความชุกการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

การศึกษานี้เป็นแบบพรรณนา ณ จุดเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross sectional Descriptive Study) มีประชากรกลุ่มตัวอย่างจำนวน 216 คน ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและมีผลเลือด CD4 ทั้งหมด ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยได้จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องและการขออนุญาตจากเจ้าของเครื่องมือ เครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสอบถามชนิดตอบด้วยตนเองและผู้วิจัยสัมภาษณ์อาสาสมัคร ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2558 ถึงเดือนธันวาคม พ.ศ. 2558 ได้แบบสอบถามกลับมาครบทั้งหมด 216 ชุดและได้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อนำเสนอผลการวิจัยมี 3 ตอนดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความชุกและความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3 ด้านประกอบด้วย ด้านปัจจัยส่วนบุคคล ด้านปัจจัยชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตใจ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

สรุปผลการวิจัย

จากการศึกษาวิจัยเรื่องการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย สามารถสรุปผลได้ดังนี้

ตอนที่ 1 ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานของประชากรกลุ่มตัวอย่าง

จากการศึกษากลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 216 คนพบว่า 62% เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย 16% เป็นเพศชาย 2% เป็นกลุ่มผู้หญิงข้ามเพศ 6% เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิง และ 15% เป็นเพศหญิงมีช่วงอายุ Median (IQR) = 29 (24-36) ปี 53.24% จบการศึกษาระดับปริญญาตรีและสูงกว่าปริญญาตรี 46.76% จบการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นับถือศาสนาพุทธ อิสลาม และคริสต์ คิดเป็น 95.37%, 2.78% และ 1.85% ตามลำดับ 50.46% ประกอบอาชีพลูกจ้าง/พนักงาน/รับจ้างทั่วไปโดยมีรายได้ต่อเดือน Median (IQR) = 15,000 (13,000-25,000) บาทมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก Median (IQR) = 18 (16-20) ปีมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมาโดยการป้องกันเป็นบางครั้ง 54.17% ป้องกันทุกครั้ง 27.78% และไม่ได้ป้องกัน 18.06% ไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 81.48% ไม่มีประวัติเป็นโรคทางจิตเวช 98.15% ไม่มีประวัติโรคประจำตัว 79.63% ตัดสินใจยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี 95.37% และปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี 4.63%

ตอนที่ 2 ผลการวิเคราะห์ความชุกและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี

พบว่าความชุกของการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี 206 คน (95.37%) และความชุกของการปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี 10 คน (4.63%) โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีคิดเป็นร้อยละ 82.52 และร้อยละ 60 ตามลำดับ กลุ่มที่ปฏิเสธยาต้านไวรัสเอชไอวีมีระดับ CD4 ตั้งแต่ 350 cells per cubic millimeter ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 70 และ CD4 น้อยกว่า 350 cells per cubic millimeter คิดเป็นร้อยละ 30 เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมีระดับ CD4 ตั้งแต่ 350 cells per cubic millimeter ขึ้นไปคิดเป็นร้อยละ 40.78 และ CD4 น้อยกว่า 350 cells per cubic millimeter คิดเป็นร้อยละ 59.22 นอกจากนี้พบว่าทั้งสองกลุ่มมีระดับความรู้เรื่องเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลางและสูงใกล้เคียงกัน

กลุ่มตัวอย่างที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-related illnesses) เช่น กลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัส (14.81% of 39.81%) มีไข้เรื้อรังมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ (0.93% of 50%) กลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (13.43% of 39.81%) มีน้ำหนักลดมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ (0.93% of 50%) กลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (12.04% of 39.81%) มีอาการระว่งเรื้อรังมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ (0.46% of 50%) กลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (11.11% of 39.81%) มีผื่นผิวหนังที่ขังลื่นมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ (0% of 50%) กลุ่มที่ยอมรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (6.48% of 39.81%) มีตุ่มคันตามแขนขาและลำตัวมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ (0.46% of 50%) กลุ่มที่ยอมรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (4.17% of 39.81%) มีงูสวัดมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ (1.39% of 50%) กลุ่มที่ยอมรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (3.70% of 39.81%) มีต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธ (0% of 50%) ตามลำดับ

พบว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมีภาวะต่างๆที่ต้องดูแลมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีคิดเป็นร้อยละ 76.21 และ ร้อยละ 50 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มนี้ได้เตรียมการและได้คิดล่วงหน้าเกี่ยวกับการยอมรับร้อยละ 67.96 และการปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีร้อยละ 70 นอกจากนี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างทั้งสองกลุ่มได้ปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเกี่ยวกับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีโดยกลุ่มที่ปฏิเสธร้อยละ 80 และกลุ่มที่ยอมรับร้อยละ 61.17 ตามลำดับ

พบว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีกังวลเรื่องการถูกสังคมตีตราและเลือกปฏิบัติมากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 64.56 และร้อยละ 40 ตามลำดับ ในขณะที่กลุ่มที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสไม่ตีตราตนเองเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี (ตำหนิตนเอง) มากกว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 50 ตามลำดับ นอกจากนี้พบว่ากลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสกังวลเรื่องความลับ (กังวลว่าคนอื่นจะทราบว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากการเริ่มยาต้านไวรัส) มากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัส คิดเป็นร้อยละ 70 และร้อยละ 50 ตามลำดับ

กลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมีการรับรู้เกี่ยวกับวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีหากรับประทานยาไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน (ร้อยละ 76.21) มากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (ร้อยละ 40) ที่ $p = 0.02$ และกลุ่มที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมีการรับรู้เกี่ยวกับวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีหากรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีไม่สม่ำเสมอจะทำให้การรักษาไม่ได้ผลและเกิดการดื้อยามากกว่ากลุ่มที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีที่ $p = 0.04$ คิดเป็นร้อยละ 85.92 และร้อยละ 60 ตามลำดับ

ตอนที่ 3 ผลการวิเคราะห์ปัจจัยทำนายการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี

เมื่อนำตัวแปรที่มีความเกี่ยวข้องกับการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมาทำการวิเคราะห์ด้วยวิธี Logistic Regression พบว่ามี 6 ปัจจัยที่สามารถทำนายการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ประกอบด้วย 1) เพศ (Adjusted OR = 0.168 95% CI = 0.027-1.055, $p = 0.05$) พบว่าเพศชายเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าเพศหญิง 2) การศึกษา (Adjusted OR = 0.071 95% CI = 0.008-0.645, $p = 0.01$) การศึกษาในระดับเท่ากับหรือสูงกว่าปริญญาตรีมีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีน้อยกว่าการศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี 3) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Adjusted OR = 7.822 95% CI = 1.374-44.534, $p = 0.06$) การเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ใน 1 ปีที่ผ่านมา เช่น หนองในแท้ หนองในเทียมและ ซิฟิลิสมีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าการที่ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 4) มีอาการป่วยเป็นโรคเอดส์ (Adjusted OR = 6.422 95% CI = 0.878-46.984, $p = 0.06$) การมีอาการป่วยเป็นโรคเอดส์ใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าการที่ไม่ป่วยเป็นโรคเอดส์ 5) ภาวะที่ต้องดูแล (Adjusted OR = 0.157 95% CI = 0.032-0.770, $p = 0.02$) การมีภาวะที่ต้องดูแล เช่น ต้องดูแลลูก ต้องดูแลพ่อแม่มีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าการที่ไม่มีภาวะ 6) ภาวะซึมเศร้า (Adjusted OR = 0.132 95% CI = 0.013-1.311, $p = 0.08$) ภาวะซึมเศร้าในระดับ mild, moderate และ severe มีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าการที่ไม่มีภาวะซึมเศร้า

การอภิปรายผล

การศึกษาวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยได้ค้นพบประเด็นที่ควรนำมาอภิปรายดังนี้

1. ในการศึกษาข้อมูลทั่วไปพบว่า กลุ่มตัวอย่างที่ตอบแบบสอบถามส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Homosexual men or Men who have Sex with Men) มีช่วงอายุ 24-36 ปี ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด และจบการศึกษาระดับปริญญาตรี ประกอบอาชีพลูกจ้าง พนักงาน และรับจ้างทั่วไป และส่วนใหญ่ตัดสินใจเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี สอดคล้องกับการสำรวจผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยปี ค.ศ. 2011 ของ UNAIDS พบว่าความชุกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 30 และมีช่วงอายุระหว่าง 15-49 ปี⁽³⁾ และสอดคล้องกับรายงานของกรมควบคุมโรคในปี 2557 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 7,324 คน เกือบร้อยละ 50 เป็นกลุ่มชายรักชายและสาวประเภทสอง

2. จากการศึกษาความชุกของการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีและปัจจัยที่มีผลต่อการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยในด้านปัจจัยส่วนบุคคล ปัจจัยด้านชีวภาพ และปัจจัยด้านจิตใจ รวม 3 ด้าน โดยรวมมีระดับ CD4 ค่อนข้างสูงและยังไม่ป่วย มีความรู้เรื่องโรคเอดส์อยู่ในระดับปานกลาง ผู้วิจัยจึงขออภิปรายเป็นรายด้านดังนี้

2.1 ความชุก จากการศึกษาพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ 95.37% ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี และมีเพียง 4.63% ที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี อย่างไรก็ตามผู้ที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีอาจจะกลับมาเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ในอนาคตสอดคล้องกับนโยบายแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557-2559 และสอดคล้องกับการศึกษาของแพทย์หญิงนิตยา ภาณุภาค พึ่งพาพงศ์และคณะ⁽⁹⁾ ได้ศึกษาปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีในกลุ่มชายที่มี

เพศสัมพันธ์กับชายและสาวประเภทสอง พบว่ามีผู้ที่ตัดสินใจเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีทั้งหมด 117 คน จากจำนวน 134 คน และสอดคล้องกับการศึกษาของ James Zoub และคณะ⁹ ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 438 คน พบว่า 93.7% ตอบว่าจะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีหากเขากลายเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.2 ปัจจัยส่วนบุคคล

พบว่าเพศชายมีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าเพศหญิง (Adjusted OR = 0.168 95% CI = 0.027-1.055, p = 0.05) สอดคล้องกับรายงานความก้าวหน้าของ UNAIDS 2012-2016 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นเพศชาย และ 44% เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย⁽³⁾ และสอดคล้องกับการศึกษาของ Souza PR Jr, Szwacwald CL & Castilho E A⁽¹⁸⁾ ได้ศึกษากลุ่มตัวอย่างจำนวน 84,694 คน ในประเทศ Brazil 2003-2006 พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี (91%) 56% เป็นเพศชาย และต่างจากการศึกษาของ Mutasa-Apollo T, Shiraishi R W, Takarinda K C, et al.⁽¹⁴⁾ ได้ศึกษาย้อนหลังในปี ค.ศ. 2007-2010 ในประเทศ Zimbabwe จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3,919 คนพบว่า 64% เป็นเพศหญิง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากลักษณะประชากร สังคม และภาวะเศรษฐกิจที่แตกต่างกัน

พบว่าการศึกษาต่ำกว่าระดับปริญญาตรี (Adjusted OR = 0.071 95% CI = 0.008-0.645, p = 0.01) มีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการศึกษาเท่าๆกัน หรือสูงกว่าระดับปริญญาตรี ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Murray LK, Semrau K, McCurley E et al. 2009⁽¹⁷⁾ ศึกษาใน Sub-Saharan Africa ประเทศ Zambia เป็นการศึกษาเชิงคุณภาพพบว่าผลกระทบจากโรคเอดส์ที่ร้ายแรงเป็นปัจจัยหลักในการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี ทั้งนี้อาจเนื่องมาจาก Sub-Saharan Africa ยังมีการให้บริการด้านการแพทย์ยังไม่ทั่วถึง ประชากรส่วนใหญ่จึงเกิดโรคเอดส์ที่ร้ายแรงกว่าประเทศไทย

นอกจากนี้พบว่าการมีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Adjusted OR = 7.822 95% CI = 1.374-44.534, p = 0.06) ใน 1 ปีที่ผ่านมา เช่น หนองในแท้ หนองในเทียมและซิฟิลิสมีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่ากลุ่มที่ไม่เคยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สอดคล้องกับการศึกษาของ แพทย์หญิงนิตยา ภาณุภาค พึ่งพาพงศ์และคณะ⁽⁹⁾ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (OR 0.55, 95%CI 0.32-0.94, P=0.03) มีการตัดสินใจเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีทันที

2.3 ปัจจัยด้านชีวภาพ

พบว่าการมีอาการป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีใน 3 เดือนที่ผ่านมา มีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (Adjusted OR = 6.422 95% CI = 0.878-46.984, p = 0.06) มากกว่ากลุ่มตัวอย่างที่ไม่ป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับการศึกษาของ Souza PR Jr, Szwarcwald CL & Castilho E A⁽¹⁸⁾ 2007 ประเทศ Brazil จากกลุ่มตัวอย่างจำนวน 84,694 คน มีอาการป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีและมีระดับ CD4 <200 cells per cubic millimeter เป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี และสอดคล้องกับการศึกษาของ Wringe A, Roura M, Urassa M et al⁽¹⁹⁾ 2009 ประเทศ Tanzania เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพและจากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่าการรับรู้ต่ออาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัจจัยที่สำคัญที่มีผลต่อการมาตามนัดในการรักษา และสอดคล้องกับการศึกษาของ Mutasa-Apollo T, Shiraiishi R W, Takarinda K C ,et al.⁽¹⁴⁾ 2007-2010 ในประเทศ Zimbabwe พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (64%) มีอาการป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีในทางคลินิกของ WHO ระยะเวลาที่ 3 และระยะที่ 4

2.4 ปัจจัยด้านจิตใจ

จากการศึกษาพบว่าการมีภาระที่ต้องดูแล เช่น ต้องดูแลลูก ต้องดูแลพ่อแม่ (Adjusted OR = 0.157 95% CI = 0.032-0.770, p = 0.02) มีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีมากกว่าการที่ไม่มีภาระที่ต้องดูแล สอดคล้องกับการศึกษาของรุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร⁽¹¹⁾ พ.ศ.2548 พบว่า

ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการยาต้านไวรัสเอชไอวีของผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือ การต้องดูแลตัวเอง $p = 0.002$ ซึ่งต่างจากการศึกษาของ Rosalind Pakes-Ratanshi และคณะ⁽¹²⁾ 2011 ใน Sub-Saharan Africa พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีล่าช้า คือ รอเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เยี่ยมบ้าน ($p=0.028$) การย้ายถิ่น ($p \leq 0.001$) และกลัวเรื่องผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอชไอวี ($p=0.013$)

และพบว่าการมีภาวะซึมเศร้ามีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี (Adjusted OR = 0.132 95% CI = 0.013-1.311, $p = 0.08$) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Murray LK, Semrau K, McCurley E et al.⁽¹⁷⁾ 2009 ที่ประเทศ Zambia พบว่าการมีภาวะซึมเศร้า สิ้นหวัง การตีตราและปัจจัยที่สร้างแรงจูงใจมีผลต่อการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี

ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

- 1) เนื่องจากการวิจัยในครั้งนี้มีการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเพียงอย่างเดียว เพื่อให้ได้ผลวิจัยที่ครอบคลุมทุกด้านควรมีการเก็บข้อมูลแบบสัมภาษณ์เชิงลึกด้วยเช่นกัน
- 2) เนื่องจากศึกษาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการนัดกลับมาพบผู้วิจัยเพื่อรับผลเลือดและเข้าสู่กระบวนการรักษา ดังนั้นควรมีการบันทึกในแบบสอบถามเกี่ยวกับจำนวนวันที่กลุ่มตัวอย่างกลับมาพบผู้วิจัยหลังจากได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีซึ่งอาจจะเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการยอมรับยาต้านเอชไอวี
- 3) ควรมีการเก็บข้อมูลตั้งแต่ก่อนการตรวจเลือดเอชไอวี (pre-counseling) เพื่อเปรียบเทียบจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อจำกัดในการวิจัย

ผู้วิจัยศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาวไทยที่ทราบผลเลือด CD4 ทุกเพศ และอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับการตรวจเลือดเอชไอวี ณ คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

การนำผลวิจัยไปประยุกต์

จากผลการศึกษาวินิจฉัยเรื่องการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยอมรับและตัดสินใจเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี โดยเกี่ยวข้องกับหลายปัจจัย ประกอบด้วย ปัจจัยส่วนบุคคล ได้แก่ เพศและประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยด้านชีวภาพ ได้แก่ การป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวี และปัจจัยด้านจิตใจ ได้แก่ ภาวะซึมเศร้าและภาระที่ต้องดูแล ผู้วิจัยจึงขอสรุปการนำผลวิจัยไปประยุกต์ดังนี้

- 1) ควรให้คำแนะนำเรื่องการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีในผู้ติดเชื้อที่เป็นเพศหญิงมากขึ้นเพื่อเพิ่มการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี จากการศึกษาของ Degafa A, Sadere EJ, Mekonnen Y et al.⁽¹⁶⁾ 2003 ในประเทศ Ethiopia พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้และคำนึงถึงวินัยในการกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่ในระดับดี (67.7%) และควรแนะนำเรื่องเกณฑ์การเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี เช่นเดียวกับการให้กำลังใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นผลโดยตรงต่อการประสบผลสำเร็จในโปรแกรมการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี
- 2) ควรส่งเสริมผู้ที่ยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีให้เกิดการเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องและตลอดไป จากการศึกษาของ George Ayala และคณะ⁽¹³⁾ 2014 ในประเทศ USA รัฐ California ได้ศึกษาในกลุ่มชายรักชาย (Men Who have Sex with Men) จำนวน 6,095 คน พบว่าความสัมพันธ์ของการเริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่องและคงอยู่ในระบบการรักษาประกอบด้วย การเข้าถึงการรักษา ความสบายใจที่ได้รับจากผู้ให้บริการ การมีส่วนร่วมใน

การทำกิจกรรมในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และความกังวลเรื่องถูกตีตราจากการรักเพศเดียวกันลดลง (homophobia) เป็นต้น

- 3) ควรส่งเสริมให้ผู้ที่ยอมรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ทำกิจกรรมร่วมกันเพื่อส่งเสริมการคงอยู่ในระบบการรักษา จากการศึกษาของ Decroo T, Koole O, Remartinez D, et al.⁽¹⁵⁾ 2014 ในประเทศ Mozambique พบว่าการสนับสนุนด้านจิตสังคมโดยการเปลี่ยนกันเป็นตัวแทนในคลินิกสามารถเพิ่มการคงอยู่ในระบบการรักษาได้
- 4) ควรติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ปฏิเสธการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เข้าสู่กระบวนการรักษาโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันอาการเจ็บป่วยหรือภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอชไอวี และป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปสู่คู่นอน จากการศึกษาของ START⁽⁵⁾ และ TEMPRANO⁽⁶⁾ ซึ่งเป็นการศึกษาวิจัยเพื่อพัฒนาและกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีทุกราย นอกจากนี้องการอนามัยโลก (WHO) 2015⁽²⁾ แนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีทุกรายโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มีระดับ CD4 \leq 350 cells per cubic millimeter อย่างไรก็ตามมีหลายการศึกษาที่ทำนายว่าหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เริ่มรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีทุกรายหลังจากที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเร็วที่สุดจะสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากรายแรกไปสู่รายใหม่ได้ 1 case ต่อ 1,000 คน ในช่วงระยะเวลา 10 ปี
- 5) ในการวิจัยในครั้งนี้ทำให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีมีการยอมรับและตัดสินใจเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีเกือบทั้งหมด และสอดคล้องกับนโยบาย 90-90-90 An ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic, Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS)⁽³⁾ เพื่อยุติปัญหาโรคเอดส์ในปี ค.ศ. 2020 ดังนั้นจึงควรแนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาวไทยทุกรายได้เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวีเร็วที่สุดตามนโยบายการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย⁽¹⁾ 2557 และ WHO⁽²⁾ 2558

รายการอ้างอิง


1. เกียรติ รัชกรรุ่งธรรม, เพลินจันทร์ เศษฐไชติศักดิ์, ศิริลักษณ์ อนันต์ณัฐศิริ, และคณะ. แนวทางการตรวจรักษา และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2557. สุขเมธ, editor. กรุงเทพมหานคร: ชุมชนสหกรณ์การเกษตร แห่งประเทศไทย; 2557.
2. WHO. Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV. WHO, editor. Geneva, Switzerland 2015.
3. UNAIDS. 90-90-90: an ambitious treatment target to help end the AIDS epidemic. UNAIDS, editor. Geneva, Switzerland 2014.
4. Grinsztejn B, Hosseinipour MC, Ribaud HJ, et al. Effects of early versus delayed initiation of antiretroviral treatment on clinical outcomes of HIV-1 infection: results from the phase 3 HPTN 052 randomised controlled trial. *Lancet Infect Dis.* 2014;14(4):264.
5. INSIGHT START Study Group. Initiation of antiretroviral therapy in early asymptomatic HIV infection. *N Engl J Med* 2015;373:795–807.
6. The TEMPRANO ANRS 12136 Study Group. A Trial of Early Antiretrovirals and Isoniazid Preventive Therapy in Africa. *N Engl J Med* 2015;373:808-22.
7. Rodger A, et al. HIV transmission risk through condomless sex if HIV+ partner on suppressive ART. 21st Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections; 2014; Boston, USA.
8. ประพันธ์ ภานุภาค. ประเทศไทยเป็นประเทศที่สามในโลก. THAILAND'S LEADING MEDICAL JOURNAL. 2557.
9. Phanuphak N, et al, editors. Factors associated with uptake of immediate ART regardless of CD4 count among Thai MSM and TG in the Test and Treat program. 20th International AIDS Conference, Abstract WEPE431; 2014; Melbourne, Australia.
10. James Zou, Yvonne Yamanaka, Muze John, Melissa Watt, et al. Religion and HIV in Tanzania: influence of religious beliefs on HIV stigma, disclosure and treatment attitudes. *BMC Public Health* 2009. 2009;9:75.
11. รุ่งฤทัย มวลประสิทธิ์พร. ปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการยาต้านไวรัสเอดส์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ จังหวัดชัยนาท. *วารสารควบคุมโรค* 2548;31:259-65.
12. Rosalind Parkes-Ratanshi, Leonard Bufumbo BN-W, Jonathan Levin, Heiner Grosskurth. Barriers to starting ART and how they can be overcome: individual and operational factors associated with early and late start of treatment. *Tropical Medicine and International Health.* 2010;15(1347–1356).
13. George Ayala, Keletso Makofane, Glenn-Milo Santos, Sonya Arreola. HIV Treatment Cascades that Leak: Correlates of Drop-off from the HIV Care Continuum among Men who have Sex with Men Worldwide. *AIDS and Clinical Research* 2014;5:8.

14. Mutasa-Apollo T, Shiraishi R W, Takarinda K C, et al. Patient retention, clinical outcomes and attrition-associated factors of HIV-infected patients enrolled in Zimbabwe's national antiretroviral therapy programme, 2007–2010. *PLOS ONE*. 2014;19:514–21.
15. Tom Decroo, Olivier Koole, Daniel Remartinez, Natacha dos Santos, al. e. Four-year retention and risk factors for attrition among members of community ART groups in Tete, Mozambique. *A European journal*. 2014;19:514–21.
16. Degefa A, Sanders EJ, Mekonnen Y, et al. MTe. Knowledge and attitudes towards antiretroviral therapy among factory workers participating in a cohort on HIV and AIDS, Addis Ababa, Ethiopia. *Ethiopian Medical Journal* 2003;41:75–87.
17. Murray LK, Semrau K, McCurley E , et al. Barriers to acceptance and adherence of antiretroviral therapy in urban Zambian women. *AIDS Care* 2009;21:78–86.
18. Souza-Jr, PRB, Szwarcwald CL, EA. C. Delay in introducing antiretroviral therapy in patients infected by HIV in Brazil, 2003-2006. *Clinics*. 2007;62(5):579-84.
19. Wringe A, Roura M, Urassa M, Busza J, et al. denial and divine intervention: understanding delayed attendance and poor retention rates at a HIV treatment programme in rural Tanzania. *AIDS care* 2019;21(5):632-7.
20. Wohl AR, Galvan FH, Myers HF, Garland W, al. e. Do social support, stress, disclosure and stigma influence retention in HIV care for Latino and African American men who have sex with men and women? *AIDS Behavior* 2011;15(6):1098-110.
21. George Ayala, Keletso Makofane, Glenn-Milo Santos, Jack Beck et al. Access to Basic HIV-Related Services and PrEP Acceptability among Men Who Have sex with Men Worldwide: Barriers, Facilitators, and Implications for Combination Prevention. *Journal of Sexually Transmitted Diseases*. 2013;Volume 2013 (2013).
22. Arreola S, Santos GM, Beck J, Sundararaj M, et al. Sexual stigma, criminalization, investment, and access to HIV services among men who have sex with men worldwide. *AIDS Behavior* 2015;19(2):227-34.
23. Pyun T, Santos GM, Arreola S, al DTe. Internalized homophobia and reduced HIV testing among men who have sex with men in China. *Asia Pac J Public Health* 2014;26(2):118-2
24. Manote Lotrakul, Sutida Sumrithe, Ratana Saipanish. Reliability and validity of the Thai version of the PHQ-9. *BMC Psychiatry* 2008;8:46.
25. พิภูลพรรณ พลศิลป์. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ และพฤติกรรมรักร่วมเพศของผู้ต้องขังชายเรือนจำกลางชลบุรี: มหาวิทยาลัยบูรพา; 2549.



ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
CHULALONGKORN UNIVERSITY

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ชื่อโครงการวิจัย การปฏิบัติและการยอมรับการเริ่มยาด้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย

ผู้ทำวิจัย


ชื่อ นางสาววารภรณ์ กิ่งแก้ว
ที่อยู่ 104 ถนนราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทรศัพท์ 081-785-7588
โทรสาร + (662) 253 0998
อีเมล waraporn_G@trcarc.org

เรียน ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

ท่านได้รับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้รับบริการที่คลินิกนิรนาม ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วนเพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆเพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้ทำวิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่าน หากท่านตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมโครงการวิจัยขอให้ท่านลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมของโครงการวิจัยนี้ ท่านจะใช้เวลาในการทำแบบสอบถามโดยประมาณ 30 -35 นาที และท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดๆที่ท่านไม่ต้องการตอบ

เหตุผลและความเป็นมา

ประเทศไทยเป็นประเทศที่สามในโลกรองจากสหรัฐอเมริกา และฝรั่งเศส ที่รัฐบาลมีนโยบายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งยังไม่ปรากฏอาการสามารถได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ฟรีได้ไม่ว่าระดับภูมิคุ้มกันในเลือด (ซีดี-4) จะเป็นเท่าไรก็ตาม เพื่อหวังกระตุ้นให้คนไทยที่อาจมีโอกาเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีออกมาตรวจเลือดกันมากขึ้น เมื่อตรวจพบให้มีมาตรการรองรับคือ การเริ่มรับประทานยาต้านไวรัส

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ทันทีโดยไม่ต้องรอให้ภูมิต้านทานต่ำลงหรือปรากฏอาการป่วยจึงจะเริ่มยาต้านไวรัสเอดส์ ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยเพื่อนำไปสู่แนวทางในการพัฒนาองค์ความรู้ในสาขาสุขภาพจิตและงานวิจัยโรคเอดส์ต่อไป

แหล่งทุน สำนักงานคณะกรรมการวิจัยแห่งชาติ (วช.)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาถึงการปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทยจำนวนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย จำนวน 216 คน


วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

หากท่านตกลงเข้าร่วมโครงการวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ท่านซึ่งท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินด้วยตนเองแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน ดังต่อไปนี้

แบบสอบถามข้อมูลบุคคลทั่วไป ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 15 ข้อ ได้แก่ อายุ เพศสภาพ สภาวะทางเพศ สถานภาพสมรส จำวุฒิกการศึกษา ศาสนา อาชีพ รายได้ การมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ การใช้ถุงยางอนามัย รายได้ โรคแทรกซ้อนขณะที่ติดเชื้อเอชไอวี โรคประจำตัวทางกาย โรคประจำตัวทางจิตเวช และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้ติดเชื้อการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านชีวภาพ ดังต่อไปนี้

แบบสอบถามปัจจัยด้านชีวภาพ ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง จำนวน 4 ข้อได้แก่ระดับ CD4 count อาการแสดงของโรคเอดส์ การป่วยเป็นโรคเอดส์ และยาที่ทานประจำ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ

แบบสอบถามชุดนี้ ประกอบด้วย 3 ตอน ดังต่อไปนี้

ตอนที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ


ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากงานที่เกี่ยวข้องโดยทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง ประกอบด้วยข้อคำถาม จำนวน 12 ข้อ ได้แก่ ประสบการณ์การกินยาฆ่าเชื้อ ภาระหน้าที่ เคยกินยาด้านไวรัสเอดส์ฉุกเฉิน การเตรียมการและคิดล่วงหน้า ประสบการณ์คนที่รู้จักกินยาด้าน ทางเลือกรักษาอื่น สิทธิการรักษาไม่ครอบคลุม ความลำบากในการเดินทางไปรับยา ยังไม่ได้ปรึกษาบุคคลที่รู้จักหรือบุคคลใกล้ชิด รอตรวจอีกครั้งหลังจากกลับไปดูแลสุขภาพให้แข็งแรง ปัจจัยที่ก่อกวนในการเริ่มยาด้านไวรัส และปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องยาด้านไวรัส

ตอนที่ 2 แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9)

แบบคัดกรองภาวะซึมเศร้า PHQ-9 (Patient Health Questionnaire-9) ประกอบด้วยคำถาม 9 ข้อ โดยคำตอบที่ได้จะนำมาให้คะแนนแต่ละข้อเป็น 0-3 คะแนน

ตอนที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์

เป็นคำถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 15 ข้อ ดังนี้ สาเหตุของการเกิดโรค จำนวน 1 ข้อ (1) การติดต่อ จำนวน 4 ข้อ (4, 5, 6, 8) ปัจจัยเสี่ยง จำนวน 3 ข้อ (9, 10, 11) การรักษา จำนวน 2 ข้อ (12, 13) การป้องกัน 2 ข้อ (7, 14) อาการแสดงของโรค จำนวน 2 ข้อ (2, 3) โดยมีลักษณะคำถาม ที่มีตัวเลือก 3 ตัวเลือก คือถูก ผิด และไม่ทราบ

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้มีความเสี่ยงเพียงเล็กน้อย คือ อาจจะทำให้ท่านเสียเวลาหรือไม่สะดวกระหว่างที่ท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

ประโยชน์ที่ท่านอาจได้รับ

ท่านอาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากโครงการวิจัยนี้ และท่านจะได้รับการปรึกษาเรื่องโรคเอดส์และการกินยาต้าน การตรวจคัดกรองประเมินภาวะซึมเศร้าและความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

หากพบว่าท่านมีความวิตกกังวลอย่างมากหรือซึมเศร้าและมีความเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย ท่านจะถูกส่งต่อเพื่อปรึกษาจิตแพทย์ (อาจารย์ที่ปรึกษาหรือจิตแพทย์ท่านอื่น) และหรือ เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคเอดส์เพื่อการดูแลที่เหมาะสม นอกจากนี้ ถ้าท่านปฏิเสธการเริ่มยาต้าน ท่านสามารถกลับมาขอรับบริการเพื่อขอเริ่มยาที่หลังได้ และผลการรักษาที่ได้จะเป็นประโยชน์ในการนำไปสู่แนวทางในการให้ข้อมูลการเริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559


ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย

ขอให้ท่านปฏิบัติดังต่อไปนี้

- ขอให้ท่านให้ข้อมูลทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบัน แก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้ท่านแจ้งผู้ทำวิจัยทราบถึงความผิดปกติที่เกิดขึ้นระหว่างที่ท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

หากท่านพบอันตรายเกิดจากการทำวิจัยท่านจะได้รับการรักษาอย่างเหมาะสมทันที ผู้วิจัยยินดีจะรับผิดชอบค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลของท่าน และการลงนามในเอกสารให้ความยินยอมไม่ได้หมายความว่าท่านได้สละสิทธิ์ทางกฎหมายตามปกติที่ท่านพึงมี

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---

ในกรณีที่ท่านได้รับอันตรายใดๆ หรือต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้วิจัยได้ตลอด 24 ชั่วโมงที่หมายเลขโทรศัพท์ 081-785-7588

การเข้าร่วมและสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้วสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา

การปกป้องรักษาข้อมูลความลับของอาสาสมัคร


ข้อมูลต่างๆที่มีชื่ออาสาสมัคร ได้แก่ใบยินยอมเข้าร่วมโครงการ และแบบสอบถามจะถูกเก็บไว้ในตู้ปิดล็อก มีเฉพาะผู้วิจัยและคณะกรรมการจริยธรรมจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัยที่จะเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้

ข้อมูลนี้อาจจะไปสู่การเปิดเผยตัวท่าน ผู้ทำวิจัย คือ นางสาววราภรณ์ กิ่งแก้ว จะทำการปกปิดและไม่เปิดเผยแก่สาธารณชนและผู้วิจัยสามารถจะให้ข้อมูลทางคลินิกของท่านแก่แพทย์ผู้รักษาท่านได้ เพื่อประโยชน์ในการดูแลทางการแพทย์ของท่านเอง

ข้อมูลในโครงการวิจัยนี้จะถูกเก็บเป็นความลับไว้เท่าที่กฎหมายที่เกี่ยวข้องได้อนุญาตไว้ และจะไม่มี การส่งให้ผู้ใดโดยไม่ได้รับความยินยอมจากท่านก่อน ยกเว้นแต่ที่ระบุไว้ข้างต้น

ตามวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัย ท่านต้องยินยอมที่จะให้มีการตีพิมพ์ผลการศึกษาหรือแบ่งปันผลการศึกษาแก่ผู้อื่นที่สนใจ (เช่น นักวิทยาศาสตร์ในประเทศ หรือของรัฐ) หากไม่ได้มีการระบุตัวตนของท่าน ผู้วิจัยจะใช้รหัสแทนชื่อของท่านในบันทึกทางการแพทย์ของโครงการวิจัยนี้ โดยจะมีเพียงผู้วิจัยที่ทราบรหัสนี้และรหัสจะถูกเก็บไว้ในที่ที่มีการปิดล็อกไว้ หากท่านยกเลิกการให้สิทธิดังกล่าว ท่านสามารถแจ้งหรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้คำยินยอม โดยส่งไปที่นางสาววราภรณ์ กิ่งแก้ว 104 ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย (คลินิกนิรนาม) ถนนราชดำริ เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330

ในกรณีที่ไมเข้าร่วมงานวิจัย ท่านจะมีโอกาสได้รับการรักษาทางการแพทย์ตามปกติเช่นเดิม โดยไม่ได้เสียสิทธิ์ใดๆ

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย (Information sheet for research participant)</p>
--	---


หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของท่านอาจนำไปใช้เพื่อประเมิน

ผลการวิจัย และท่านไม่สามารถกลับเข้ามาร่วมโครงการครั้งนี้ได้อีก ทั้งนี้เนื่องจากข้อมูลของท่านที่จำเป็นสำหรับการใช้เพื่อการวิจัยไม่ได้ถูกบันทึก

สิทธิของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่ท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ท่านจะมีสิทธิดังต่อไปนี้

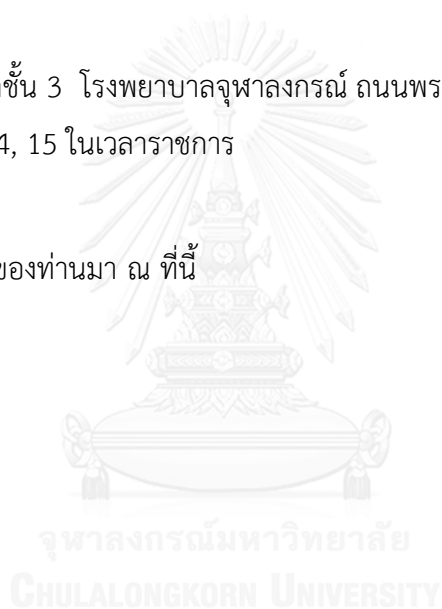
1. ท่านจะได้รับทราบถึงลักษณะและวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. ท่านจะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการของการวิจัย
3. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงและความไม่สบายที่จะได้รับการวิจัย
4. ท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับการวิจัย
5. ท่านจะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
6. ท่านจะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้น
7. ท่านจะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
8. ท่านจะได้โอกาสในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้ โดยปราศจากการใช้อิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง


 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Consent Form)</p>
--	---

หากท่านไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย ท่านสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ตึกอำนวยการ 3 ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330
โทร 0-2256-4493 ต่อ 14, 15 ในเวลาราชการ

ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Consent Form)</p>
--	--

การวิจัยเรื่อง การปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาด้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อ
เอชไอวี/เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรค
เอดส์สภากาชาดไทย

วันที่ให้คำยินยอม วันที่.....เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้านาง/นางสาว/นาย.....

ที่อยู่.....


ได้รายละเอียดจากเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่แนบมาฉบับ

วันที่.....และข้าพเจ้ายินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยโดยสมัครใจ

ข้าพเจ้าได้รับสำเนาเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยที่ข้าพเจ้าได้ลงนาม
และ วันที่พร้อมด้วยเอกสารข้อมูลสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย ทั้งนี้ก่อนที่จะลงนามในใบ
ยินยอมให้ทำการวิจัยนี้ข้าพเจ้าได้รับคำอธิบายจากผู้วิจัยถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ระยะเวลาของ
การทำวิจัย วิธีการวิจัย อันตรายหรืออาการที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัย รวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้น
จากการวิจัย และแนวทางรักษาโดยวิธีอื่นอย่างละเอียด ข้าพเจ้ามีเวลาและโอกาสเพียงพอในการ
ซักถามข้อสงสัยจนมีความเข้าใจอย่างดีแล้ว โดยผู้วิจัยได้ตอบคำถามต่างๆ ด้วยความเต็มใจไม่ปิดบัง
ซ่อนเร้นจนข้าพเจ้าพอใจ

ข้าพเจ้ารับทราบจากผู้วิจัยว่าหากเกิดอันตรายใดๆ จากการวิจัยดังกล่าว ผู้เข้าร่วมวิจัยจะ
ได้รับการรักษาพยาบาลโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย

ข้าพเจ้ามีสิทธิที่จะบอกเลิกเข้าร่วมในโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยไม่จำเป็นต้องแจ้งเหตุผล
และการบอกเลิกการเข้าร่วมการวิจัยนี้ จะไม่มีผลต่อการรักษาโรคหรือสิทธิอื่นๆ ที่ข้าพเจ้าจะพึง
ได้รับต่อไป


 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Consent Form)</p>
--	---

ผู้วิจัยรับรองว่าจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าเป็นความลับ และจะเปิดเผยได้เฉพาะเมื่อได้รับการยินยอมจากข้าพเจ้าเท่านั้น บุคคลอื่นในนามของผู้สนับสนุนการวิจัย คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน ทั้งนี้จะต้องกระทำไปเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น

ผู้วิจัยรับรองว่าจะไม่มีการเก็บข้อมูลใดๆ ของผู้เข้าร่วมวิจัยเพิ่มเติม หลังจากที่ข้าพเจ้าขอยกเลิกการเข้าร่วมโครงการวิจัยและต้องการให้ทำลายเอกสารและ/หรือ ตัวอย่างที่ใช้ตรวจสอบทั้งหมดที่สามารถสืบค้นถึงตัวข้าพเจ้าได้

ข้าพเจ้าเข้าใจว่า ข้าพเจ้ามีสิทธิ์ที่จะตรวจสอบหรือแก้ไขข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าและสามารถยกเลิกการให้สิทธิในการใช้ข้อมูลส่วนตัวของข้าพเจ้าได้ โดยต้องแจ้งให้ผู้วิจัยรับทราบ

ข้าพเจ้าได้ตระหนักว่าข้อมูลในการวิจัยรวมถึงข้อมูลทางการแพทย์ของข้าพเจ้าที่ไม่มีการเปิดเผยชื่อจะผ่านกระบวนการต่างๆ เช่น การเก็บข้อมูล การบันทึกข้อมูลในแบบบันทึกและในคอมพิวเตอร์ การตรวจสอบการวิเคราะห์ และการรายงานข้อมูลเพื่อวัตถุประสงค์ทางวิชาการเท่านั้น

 <p>คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย</p>	<p>เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย (Information Consent Form)</p>
--	--

ข้าพเจ้าได้อ่านข้อความข้างต้นและมีความเข้าใจดีทุกประการแล้ว ยินดีเข้าร่วมในการวิจัยด้วยความเต็มใจ จึงได้ลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมนี้

.....ลงนามผู้ให้ความยินยอม

(.....) ชื่อผู้ยินยอมตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

ข้าพเจ้าได้อธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย วิธีการวิจัย ความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการวิจัยรวมทั้งประโยชน์ที่จะเกิดขึ้นจากการวิจัยอย่างละเอียด ข้าพเจ้าได้ทราบและมีความเข้าใจดีแล้ว พร้อมลงนามในเอกสารแสดงความยินยอมด้วยความเต็มใจ

.....ลงนามผู้ทำวิจัย

(.....) ชื่อผู้ทำวิจัย ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

.....ลงนามพยาน

(.....) ชื่อพยาน ตัวบรรจง

วันที่เดือน.....พ.ศ.....

แบบสอบถามการวิจัย

เรื่อง การปฏิเสธและการยอมรับการเริ่มยาต้านไวรัสและปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 เอดส์ ตามแผนยุทธศาสตร์เอดส์ชาติฉบับปี 2557 - 2559 ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย
 ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐาน (สำหรับอาสาสมัคร)

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริงหรือทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับ
 ท่านมากที่สุด

1.อายุ.....ปี

2. เพศสภาพ (เพศกำเนิด)

หญิง (1)

ชาย (2)

2.1 พฤติกรรมทางเพศใน 6 เดือนที่ผ่านมา (สภาวะทางเพศ)

หญิง Homosexual (หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิง) (1)

Heterosexual (หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย) (2)

Bisexual (หญิงที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิงและชาย) (3)

ชาย Homosexual (ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย) (4)

Heterosexual (ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับหญิง) (5)

Bisexual (ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิง) (6)

สาวประเภทสอง Transgender (7)

3. สถานภาพสมรส

โสด (1) คู่ อยู่ด้วยกัน (2)

คู่ ไม่ได้อยู่ด้วยกัน (3) หม้าย (คู่สมรสเสียชีวิต) (4)

หย่าร้าง (5) อื่น ๆ (6) โปรดระบุ.....

4. วุฒิการศึกษาสูงสุด

ไม่ได้รับการศึกษา ⁽¹⁾ ต่ำกว่าปริญญาตรี ⁽²⁾ ปริญญาตรี ⁽³⁾

สูงกว่าปริญญาตรี ⁽⁴⁾

5. ศาสนา

พุทธ ⁽¹⁾ คริสต์ ⁽²⁾ อิสลาม ⁽³⁾ อื่น ๆ ⁽⁴⁾ โปรดระบุ.....

6. อาชีพ

ไม่ได้ประกอบอาชีพ ⁽¹⁾ นักเรียน/นักศึกษา ⁽²⁾

รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ ⁽³⁾ ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย/อิสระ ⁽⁴⁾

ลูกจ้าง/พนักงาน/รับจ้างทั่วไป ⁽⁵⁾ ขายบริการทางเพศ ⁽⁶⁾

อื่น ๆ ⁽⁷⁾ โปรดระบุ.....

7. รายได้เฉลี่ยต่อเดือน โปรดระบุ..... บาท

8. ท่านมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกอายุ.....ปี

9. การใช้ถุงยางอนามัยในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา

ทุกครั้ง ⁽¹⁾ บางครั้ง ⁽²⁾ ไม่ใช้เลย ⁽³⁾

10. ณ ปัจจุบันท่านมีโรคแทรกซ้อนหรือไม่ (AIDS- related illness วินิจฉัยโดยแพทย์)

ไม่มี ⁽¹⁾ มี ⁽²⁾ มี โปรดระบุ.....

11. ท่านเคยมีประวัติหรือเป็นโรคทางจิตเวชหรือไม่

ไม่มี ⁽¹⁾ มี ⁽²⁾ มี โปรดระบุ.....

12. ท่านเคยมีประวัติการเจ็บป่วยหรือมีโรคประจำตัวทางกายหรือไม่

ไม่มี ⁽¹⁾ มี ⁽²⁾ มี โปรดระบุ.....

13. 1 ปีที่ผ่านมาท่านเคยมีประวัติหรือเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือไม่

ไม่มี ⁽¹⁾ มี ⁽²⁾ มี โปรดระบุ.....

14. ปัจจัยเสี่ยงที่ท่านคาดว่าทำให้ท่านติดเชื้อเอชไอวี/ เอดส์

เพศสัมพันธ์ ⁽¹⁾ ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ⁽²⁾

จากการได้รับเลือด ⁽³⁾ จากแม่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ⁽⁴⁾

อื่น ๆ ⁽⁵⁾ โปรดระบุ.....

15. ท่านจะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี/ เอดส์หรือไม่

ไม่ใช่ ⁽¹⁾ ใช่ ⁽²⁾



ส่วนที่ 2 แบบสอบถามปัจจัยด้านชีวภาพ (สำหรับผู้วิจัย)

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. ระดับ CD4 ณ ปัจจุบัน..... cell/cu.mm

2. ใน 3 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการแสดงของโรคเอดส์

ไม่มี ⁽¹⁾ มี ⁽²⁾ โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

น้ำหนักลด (หญิงเกิน 5 กก. , ชายเกิน 7 กก.) ⁽³⁾ เชื้อราในปาก ⁽⁴⁾

ฝ้าขาวที่ข้างลิ้น ⁽⁵⁾ งูสวัด ⁽⁶⁾

ตุ่มคันที่แขน ขา และลำตัว ⁽⁷⁾ ไข้เรื้อรังนานกว่า 1 เดือน ⁽⁸⁾

อุจจาระร่วงเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน ⁽⁹⁾

ต่อมน้ำเหลืองโต ⁽¹⁰⁾

อื่น ๆ ⁽¹¹⁾ โปรดระบุ.....

3. ใน 3 เดือนที่ผ่านมาท่านมีอาการป่วยเป็นโรคเอดส์

ไม่มี ⁽¹⁾ มี ⁽²⁾ โปรดระบุ (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)

เชื้อราที่เยื่อหุ้มสมอง ⁽³⁾ วัณโรค ⁽⁴⁾ ปอดอักเสบ ⁽⁵⁾

จอประสาทตาอักเสบ ⁽⁶⁾ อื่น ๆ ⁽⁷⁾ โปรดระบุ.....

4. ท่านมียาที่ต้องทานประจำหรือไม่

ไม่มี ⁽¹⁾ มี ⁽²⁾ โปรดระบุ.....

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามปัจจัยด้านจิตใจ (สำหรับอาสาสมัคร)

ตอนที่ 1

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1.ท่านมีประสบการณ์การกินยาฆ่าเชื้อสม่ำเสมอครบตามแพทย์สั่ง

ไม่ใช่ (1) ใช่ (2)

2.ท่านมีภาระที่ต้องดูแล เช่น ต้องดูแลลูก ต้องดูแลพ่อแม่

ไม่ใช่ (1) ใช่ (2)

3.ท่านเคยกินยาต้านไวรัสเอชไอวี / เอดส์ฉุกเฉิน

ไม่ใช่ (1) ใช่ (2)

4.ท่านได้เตรียมการและได้คิดล่วงหน้าเรื่องการกินยาต้านไวรัสเอชไอวี / เอดส์

ไม่ใช่ (1) ใช่ (2)

5.ท่านมีประสบการณ์คนที่ท่านรู้จักกินยาต้านไวรัสเอชไอวี /เอดส์

ไม่มี (1) มี (2)

6.ท่านมีทางเลือกรักษาอื่น

ไม่มี (1) มี (2) มี โปรดระบุ.....

7.ท่านมีสิทธิการรักษาและการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี /เอดส์

สิทธิบัตรทอง (1) ประกันสังคม (2) ประกันสุขภาพ (3)

ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (4)

จ่ายเอง ⁽⁵⁾ อื่น ๆ ⁽⁶⁾ โปรดระบุ.....

8. ท่านมีความลำบากในการเดินทางไปรับยาต้านไวรัสเอชไอวี / เอดส์

ไม่มี ⁽¹⁾ มี ⁽²⁾ โปรดระบุ.....

9. ท่านยังไม่ได้ปรึกษาบุคคลใกล้ชิดเรื่องการกินยาต้านไวรัสเอชไอวี / เอดส์

ไม่ใช่ ⁽¹⁾ ใช่ ⁽²⁾

10. ท่านยังไม่เริ่มยาต้านไวรัสเอชไอวี/เอดส์และจะรอตรวจเลือดเอชไอวี/เอดส์อีกครั้งหลังจาก

กลับไปดูแลสุขภาพให้แข็งแรงขึ้น

ไม่ใช่ ⁽¹⁾ ใช่ ⁽²⁾

11. ปัจจัยที่กังวลในการเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี /เอดส์

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับท่านมากที่สุด

11.1. ท่านมีความกังวลเรื่องผลข้างเคียงของยาต้านไวรัสเอชไอวี /เอดส์

ไม่ใช่ ⁽¹⁾ ใช่ ⁽²⁾

11.2. ท่านกังวลว่าถ้าท่านเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี /เอดส์ ท่านอาจจะถูกสังคมตีตรา

(โรงเรียน มหาวิทยาลัย สถานที่ทำงาน สถานพยาบาล) และมีการเลือกปฏิบัติกับท่านได้

ไม่ใช่ ⁽¹⁾ ใช่ ⁽²⁾

11.3. ท่านมีความกังวลเรื่องการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี /เอดส์ และมักจะตำหนิตนเองว่าเป็นคนไม่ดี

ไม่ใช่ ⁽¹⁾ ใช่ ⁽²⁾

11.4. ท่านกังวลว่าถ้าท่านเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี /เอดส์แล้วจะมีคนอื่นทราบว่าท่านเป็นผู้

ติดเชื้อไม่ใช่ ⁽¹⁾ ใช่ ⁽²⁾

11.5. ท่านกังวลว่าสมาชิกในครอบครัว (แม้เพียงหนึ่งคน) จะแสดงท่าทีรังเกียจ เช่น ไม่สนใจ ไม่พูดด้วย หรือพูดจาประชดประชัน ตำหนิ ดุด่า หรือนินทาท่าน หากทราบว่าท่านกินยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี/ เอ็ดส์

ไม่ใช่ (1) ใช่ (2)

12. ปัจจัยที่เกี่ยวกับความรู้เรื่องยาต้านไวรัสเอชไอวี /เอ็ดส์

คำชี้แจง โปรดเติมข้อความลงในช่องว่างให้ตรงกับความเป็นจริง หรือทำเครื่องหมาย ✓ ที่ตรงกับท่านมากที่สุด

12.1. การรับประทานยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี / เอ็ดส์ไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งจะทำให้อาการของท่านแย่ลงได้

ไม่ทราบ (1) ทราบ (2)

12.2. การรับประทานยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี / เอ็ดส์ไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่ง จะทำให้อาการของท่านแย่ลงได้

ไม่ทราบ (1) ทราบ (2)

12.3. การรับประทานยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี / เอ็ดส์สามารถทำให้เกิดผลข้างเคียงได้ เช่น ผลข้างเคียงทางไต ผลข้างเคียงทางตับ โลหิตจาง และผื่นแพ้ยาได้

ไม่ทราบ (1) ทราบ (2)

12.4. การรับประทานยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี / เอ็ดส์ไม่ครบตามจำนวนที่แพทย์สั่งจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อนได้

ไม่ทราบ (1) ทราบ (2)

12.5.การรับประทานยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ไม่ตรงเวลาที่แพทย์สั่งจะทำให้เกิดโรคแทรก

ซ้อนได้

ไม่ทราบ (1)

ทราบ (2)

12.6.ถ้าท่านรับประทานยารักษาโรคติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ไม่สม่ำเสมอจะทำให้การรักษาไม่ได้ผล

และเกิดการดื้อยาได้

ไม่ทราบ (1)

ทราบ (2)



ตอนที่ 2 แบบสอบถามสุขภาพผู้ป่วย PHQ-9

คำชี้แจง ในช่วง 2 สัปดาห์ ที่ผ่านมา ท่านมีอาการดังต่อไปนี้บ่อยแค่ไหน (ทำเครื่องหมาย “√”

ในช่องที่ตรงกับคำตอบของท่าน)

	ไม่เลย	มีบาง วัน ไม่ บ่อย	มี ค่อนข้าง บ่อย	มีเกือบ ทุก วัน
1. เบื่อทำอะไรๆ ก็ไม่เพลิดเพลิน				
2. ไม่สบายใจ ซึมเศร้า หรือท้อแท้				
3. หลับยากหรือหลับๆตื่นๆ หรือหลับมากเกินไป				
4. เหนื่อยง่ายหรือไม่ค่อยมีแรง				
5. เบื่ออาหารหรือกินมากเกินไป				
6. รู้สึกไม่ดีกับตัวเอง-คิดว่าตัวเองล้มเหลว หรือเป็นคนทำให้ตัวเองหรือครอบครัวผิดหวัง				
7. สมาธิไม่ดีเวลาทำอะไร เช่น ดูโทรทัศน์ ฟังวิทยุ หรือทำงานที่ต้องใช้ความตั้งใจ				
8. พูดหรือทำอะไรซ้ำจนคนอื่นมองเห็น หรือ กระสับกระส่ายจนท่านอยู่ไม่นิ่งเหมือนเคย				
9. คิดทำร้ายตนเอง หรือคิดว่าถ้าตายๆ ไปเสียคงจะดี				

ถ้าท่านตอบว่ามีอาการไม่ว่าในข้อใดก็ตาม อาการนั้นๆ ทำให้ท่านมีปัญหาในการทำงาน การดูแลสิ่งต่างๆ ในบ้าน หรือการเข้ากับผู้อื่น หรือไม่

ไม่มีปัญหาเลย	มีปัญหาบ้าง	มีปัญหามาก	มีปัญหามากที่สุด

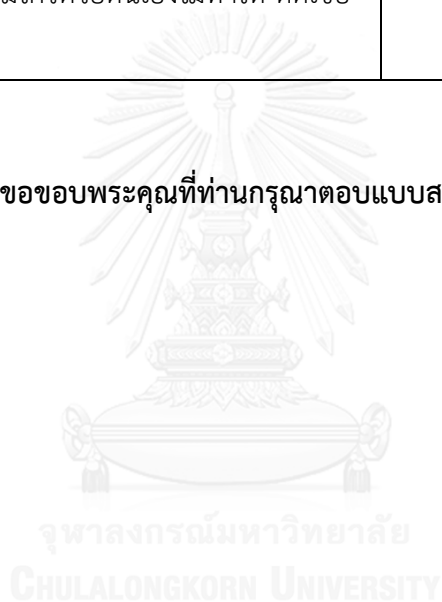
ตอนที่ 3 แบบประเมินความรู้เรื่องโรคเอดส์

คำชี้แจง โปรดอ่านข้อความต่อไปนี้แล้วตัดสินใจว่าข้อความดังกล่าวถูกหรือผิดตามความรู้ที่ท่านเคย
 ได้รับมาโดยทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องนั้นๆ ในกรณีที่ไม่เคยทราบหรือไม่แน่ใจโปรดอย่าเดา หรือหา
 คำตอบโดยการถามจากผู้อื่น ให้ทำเครื่องหมาย ✓ ลงในช่องไม่ทราบ

ข้อที่	คำถาม	ถูก	ผิด	ไม่ ทราบ	สำหรับ ผู้วิจัย
1.	โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัสเข้าไปทำลาย ภูมิคุ้มกันของร่างกายให้หมดสภาพ				
2.	ผู้มีอาการต่อมน้ำเหลืองโตและลิ้นอักเสบทุกคน คือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี				
3.	ผู้มีเลือดบวกเอดส์ แสดงว่าผู้นั้นติดเชื้อเอชไอวี				
4.	การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันที่ติดเชื้อ เอชไอวีทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้				
5.	การโอบกอดผู้ป่วยโรคเอดส์ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี ได้				
6.	การอยู่อาศัยและการทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอช ไอวีไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี				
7.	การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยกันโดยไม่สวมถุงยางอนามัยอาจทำให้ได้รับ เชื้อเพิ่มหรือได้รับเชื้อที่กลายพันธุ์ได้				
8.	ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ยังไม่ได้แสดงอาการ สามารถแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่นได้				
9.	บุคคลที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนบ่อยหรือมีคู นอนหลายคนเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี				
10.	ผู้ที่ขายบริการทางเพศมีโอกาสสูงมากที่จะติด เชื้อเอชไอวี				

11.	การสักร่างกายโดยใช้อุปกรณ์ที่ไม่สะอาดและไม่ปลอดภัยร่วมกับบุคคลอื่นอาจทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้				
12.	ปัจจุบันการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยวัคซีนยังไม่ได้ผล				
13.	ปัจจุบันมียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้แล้ว				
14.	การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกรวิธีและยังไม่หมดอายุป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้				
15.	การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองไม่ทำให้ ติดเชื้อเอชไอวี				

ขอขอบพระคุณที่ท่านกรุณาตอบแบบสอบถามนี้



เฉลยแบบสอบถามความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

ข้อที่	คำถาม	ถูก	ผิด
1.	โรคเอดส์เกิดจากเชื้อไวรัสเข้าไปทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายให้หมดสภาพ	✓	
2.	ผู้มีอาการต่อมน้ำเหลืองโตและลิ้นอักเสบทุกคนคือผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี		✓
3.	ผู้มีเลือดบวกเอดส์ แสดงว่าผู้นั้นติดเชื้อเอชไอวี	✓	
4.	การมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันที่ติดเชื้อเอชไอวีทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้	✓	
5.	การโอบกอดผู้ป่วยโรคเอดส์ทำให้ติดเชื้อเอชไอวีได้		✓
6.	การอยู่อาศัยและการทำงานร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี	✓	
7.	การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วยกันโดยไม่สวมถุงยางอนามัยอาจทำให้ได้รับเชื้อเพิ่มหรือได้รับเชื้อที่กลายพันธุ์ได้	✓	
8.	ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ยังไม่ได้แสดงอาการสามารถแพร่เชื้อเอชไอวีไปสู่ผู้อื่นได้	✓	
9.	บุคคลที่มีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนบ่อยหรือมีคู่นอนหลายคนเป็นผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	✓	
10.	ผู้ที่ขายบริการทางเพศมีโอกาสสูงมากที่จะติดเชื้อเอชไอวี	✓	
11.	การสักร่างกายโดยใช้อุปกรณ์ที่ไม่สะอาดและไม่ปลอดภัยร่วมกับบุคคลอื่นอาจทำให้ ติดเชื้อเอชไอวีได้	✓	
12.	ปัจจุบันการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยวัคซีนยังไม่ได้ผล	✓	
13.	ปัจจุบันมียารักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้แล้ว		✓
14.	การใช้ถุงยางอนามัยที่ถูกริธีและยังไม่หมดอายุป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้	✓	
15.	การสำเร็จความใคร่ด้วยตนเองไม่ทำให้ติดเชื้อเอชไอวี	✓	

เกณฑ์ในการจัดระดับความรู้เรื่องโรคเอดส์ ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์

สภากาชาดไทย โดยอิงเกณฑ์ดังนี้

สูง มากกว่า	80%	คือ	12 - 15	คะแนน
ปานกลาง	60% - 80%	คือ	9 - 11	คะแนน
ต่ำ น้อยกว่า	60%	คือ	น้อยกว่า 9	คะแนน



ประวัติผู้เขียนวิทยานิพนธ์

ชื่อ	นางสาววรภรณ์ กิ่งแก้ว
วัน/เดือน/ปี/เกิด	22 มีนาคม 2532 จังหวัดอุบลราชธานี ปัจจุบันอายุ 27 ปี
พ.ศ. 2554	สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาตรี คณะพยาบาลศาสตร์ หลักสูตรนานาชาติ มหาวิทยาลัยอัสสัมชัญ
พ.ศ. 2554	ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ วอร์ดผู้ป่วยอินเทอร์สำหรับ โรงพยาบาลกรุงเทพฯ
พ.ศ. 2556 - ปัจจุบัน	ทำงานในตำแหน่งพยาบาลวิจัยศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย และเข้าศึกษาต่อในระดับปริญญาวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาสุขภาพจิต ภาควิชาจิต เวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย เมื่อปีการศึกษา 2557