

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

การยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร

กัณทกานต์ นิลสุ่ม วท.ม. (สาธารณสุขศาสตร์)*

ยุวณัฐ สัตยสมบุรณ์ วท.ด. (เวชศาสตร์ชุมชน)*

วิริณิธี กิตติพิชัย วท.ด. (การวิจัยพฤติกรรมศาสตร์ประยุกต์)**

* ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาอนามัยครอบครัว คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

บทคัดย่อ การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินการยอมรับวิธีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร ตัวอย่างเป็นชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครอย่างน้อย 1 เดือน จำนวน 180 คน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถาม ผลการวิจัย พบว่า ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 82.8 ยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองในระดับสูง ร้อยละ 91.7 มีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับต่ำ ร้อยละ 40.0 โดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และทัศนคติต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี จึงมีข้อเสนอแนะว่า ผู้บริหารควรมีการนำนโยบายการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง มาใช้เป็นมาตรการเพิ่มการเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในอนาคตของประเทศไทย เพื่อให้ผู้ที่ติดเชื้อได้รับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง และเข้าถึงการรักษาตั้งแต่ระยะแรกๆ ของการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายโดยหวังว่าการเพิ่มการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจะช่วยให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และมีประสิทธิผลดีในการรักษา

คำสำคัญ: การยอมรับ, เอชไอวี, เอดส์, การตรวจด้วยตนเอง, ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย

บทนำ

การคาดประมาณการแพร่ระบาดของเอชไอวีประเทศไทยในปี พ.ศ.2559 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 445,476 คน และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,176 คน ในจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย 1,828 คน คิดเป็นร้อยละ 30.0⁽¹⁾ ในปี พ.ศ. 2559 กรุงเทพมหานครคาดประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน 78,608 คน เป็นผู้ติดเชื้อ

รายใหม่จำนวน 2,291 คน ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย 1,163 คน⁽²⁾ จะเห็นว่ากลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ของประเทศไทย มากกว่าร้อยละ 50.0 อาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร จากจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ กรุงเทพมหานครเห็นความสำคัญของปัญหาและมีการดำเนินงานป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์ในพื้นที่กรุงเทพมหานครในทุกกลุ่มประชากร โดยเฉพาะกลุ่มประ-

ชากรที่มีความเสี่ยงสูง ที่ผ่านมาการดำเนินงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ประสบผลสำเร็จในระดับหนึ่ง โดยมีกิจกรรมการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ เช่น การรณรงค์ในรูปแบบต่างๆ การอบรมให้ความรู้ มีศูนย์บริการที่เป็นมิตรเพื่อเพิ่มการเข้าถึงสำหรับผู้รับบริการ ส่งเสริมให้มีการเข้าถึงบริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดแบบสมัครใจ (voluntary HIV counseling and testing - VCT) และการดำเนินงานแบบผู้ให้บริการเป็นผู้ริเริ่มหรือชักชวน (provider initiated HIV counseling and testing - PICT) สนับสนุนถุงยางอนามัย และมีการจัดบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้เข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็ว การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ และผู้ได้รับผลกระทบ⁽³⁾

ปัจจุบันกรุงเทพมหานครได้ดำเนินงานตามนโยบายการยุติปัญหาเอดส์ตามโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ มุ่งสู่การยุติปัญหาเอดส์ Fast-track (ending AIDS) ภายในปี พ.ศ. 2573 ภายใต้กรอบการดำเนินงาน 95:95:95 (95 test : 95 treat : 95 viral suppression) หมายถึง (1) ร้อยละ 95.0 ของผู้ติดเชื้อทราบผลการติดเชื้อของตนเอง (2) ร้อยละ 95.0 ของผู้ติดเชื้อเข้าถึงการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างเป็นระบบ (3) ร้อยละ 95.0 ของผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสสามารถกดไวรัสถึงระดับที่วัดไม่ได้เป็นเวลานาน⁽⁴⁾ มาตรการดังกล่าวจะประสบผลสำเร็จได้ จะต้องเริ่มจากการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องรู้สถานะติดเชื้อของตนเอง เมื่อพบผลเลือดบวกจะได้เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาอย่างรวดเร็ว แต่ในปัจจุบันพบว่าการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงยังมีจำนวนน้อยเมื่อเทียบกับขนาดของกลุ่มประชากรแต่ละกลุ่ม การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองจึงเป็นกลยุทธ์ที่สำคัญที่จะช่วยเพิ่มการเข้าถึงและเพิ่มความถี่ของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจากการศึกษาส่วนใหญ่ระบุว่า ประเทศที่มีรายได้สูง ประชากรกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายให้การยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองเนื่องจากมีความสะดวก มีความเป็นส่วนตัว ดังนั้น การตรวจหา

การติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองจึงเป็นอีกหนึ่งทางเลือกที่อาจได้รับการพิจารณานำมาเป็นมาตรการเพิ่มการเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อในอนาคตของประเทศไทย เพื่อให้ผู้ที่ติดเชื้อได้รับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง และเข้าถึงการรักษาตั้งแต่ระยะแรกๆ ของการได้รับเชื้อเข้าสู่ร่างกาย โดยหวังว่าการเพิ่มการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีจะช่วยให้ได้รับการรักษาที่รวดเร็ว และมีประสิทธิภาพดีในการรักษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในพื้นที่กรุงเทพมหานคร

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินระดับการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ผลที่ได้จากการศึกษาจะใช้เป็นข้อมูลในการประเมินการยอมรับวิธีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองแบบใช้ช่องปาก และเป็นข้อมูลเบื้องต้นสำหรับผู้บริหาร ผู้ปฏิบัติงานด้านเอดส์ในการหาแนวทางส่งเสริมให้กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง เพื่อเพิ่มการเข้าถึง เพิ่มความถี่ในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ลดการแพร่กระจายเชื้อ และลดอัตราการเสียชีวิต

วิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ประชากรและกลุ่มตัวอย่างในการวิจัย คือ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายพักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานคร มีอายุ 18 ปี ขึ้นไป ปัจจุบันอาศัยในกรุงเทพมหานคร มีระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน คำนวณขนาดตัวอย่างใช้สูตรคำนวณกลุ่มตัวอย่างแบบไม่ทราบจำนวนประชากรของ Cochran⁽⁵⁾ ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่สามารถเป็นตัวแทนของประชากร อย่างน้อย 141 คน เนื่องจากในการศึกษานี้เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามและตอบด้วยความสมัครใจหรืออาจได้รับแบบสอบถามคืน ไม่ครบหรือแบบสอบถามไม่สมบูรณ์ ผู้วิจัยจึงเพิ่มการ

เก็บข้อมูลอีก ร้อยละ 25.0 จึงเก็บข้อมูล 176 คน และเพื่อให้แบ่งขนาดตัวอย่างได้ง่ายใน 4 เขตพื้นที่ศึกษา จึงกำหนดขนาดตัวอย่างเป็น 180 คน ใช้การสุ่มตัวอย่างแบบ Two-stage sampling ขั้นตอนที่ 1 การสุ่มเขต: สุ่มเขตพื้นที่ศึกษาจำนวน 4 เขต จากทั้งหมด 50 เขตพื้นที่ในกรุงเทพมหานคร โดยใช้การสุ่มอย่างง่ายด้วยวิธีการจับสลากแบบไม่แทนที่ และขั้นตอนที่ 2 การสุ่มตัวอย่างจากเขตพื้นที่ศึกษา: กำหนดจำนวนตัวอย่างในแต่ละเขตพื้นที่ 45 ตัวอย่าง เพื่อให้ได้ตัวอย่างจำนวน 180 คน โดยเก็บข้อมูลจากชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ไปใช้บริการในสถานบริการ 3 แห่ง ได้แก่ (1) ผับ (2) ชานชา และ (3) สถานที่ออกกำลังกายในสวนสาธารณะ กำหนดขนาดตัวอย่างในสถานที่วิจัยตามโควตาของขนาดตัวอย่าง ผู้เข้าร่วมวิจัยจะได้รับค่าจ้างเข้าร่วมโครงการวิจัย และต้องลงนามในเอกสารยินยอมตนเข้าร่วมโครงการวิจัย เก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงสิงหาคม พ.ศ. 2559

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสอบถาม ประกอบด้วย 5 ส่วน ตรวจสอบความเที่ยงตรงของเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน และทดสอบค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์แอลฟาของ Cronbach⁽⁶⁾ กำหนดความเชื่อมั่นของแบบสอบถามที่ยอมรับได้ เท่ากับ 0.7 ขึ้นไป⁽⁷⁾

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคล และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเป็นคำถามปลายปิดให้เลือกตอบเป็นคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ จำนวน 17 ข้อ

ส่วนที่ 2 แบบสอบถามการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ลักษณะคำถามส่วนนี้จะมีคำตอบให้เลือกประมาณค่า 5 ระดับ เป็นคำถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบ “เห็นด้วยมากที่สุด” “เห็นด้วยมาก” “เห็นด้วยปานกลาง” “เห็นด้วยน้อย” “เห็นด้วยน้อยที่สุด” จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 3 แบบสอบถามความรู้ เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะคำถามจะมีคำตอบให้เลือกตอบระหว่าง “ใช่” “ไม่ใช่” และ “ไม่แน่ใจ” จำนวน 15 ข้อ

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามทัศนคติที่มีต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะคำถามส่วนนี้จะมีคำตอบให้เลือกประมาณค่า 5 ระดับ มีข้อความทั้งเชิงบวกและเชิงลบ เป็นคำถามปลายปิดแบบให้เลือกตอบ “เห็นด้วยมากที่สุด” “เห็นด้วยมาก” “เห็นด้วยปานกลาง” “เห็นด้วยน้อย” “เห็นด้วยน้อยที่สุด” จำนวน 11 ข้อ

ส่วนที่ 5 ความคิดเห็นต่อการนำมาใช้จริงในประเทศไทย ส่วนนี้มีข้อความจำนวน 6 ข้อ เป็นคำถามปลายปิด 3 ข้อ และคำถามปลายเปิดให้เติมข้อความ 3 ข้อ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัชฌิม และค่าพิสัยระหว่างควอร์ไทล์ และสถิติเชิงอนุมาน การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่น้อยกว่า 0.05 ($p < 0.05$)

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรมการวิจัย โครงการวิจัยนี้ผ่านการพิจารณาเห็นชอบโดยสอดคล้องกับคำประกาศเฮลซิงกิ จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล ตามเอกสารรับรองเลขที่ MUPH 2016-050

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเป็นเพศชาย ส่วนใหญ่อายุระหว่าง 20-29 ปี เกือบร้อยละ 50.0 อาศัยในกรุงเทพมหานครมาเป็นเวลาน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 32.2 มีอาชีพ เป็นพนักงาน/ลูกจ้างบริษัท ร้อยละ 40.0 รายได้ต่อเดือนระหว่าง 10,001-20,000 บาท ส่วนใหญ่ ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง 30 บาท) ร้อยละ 47.8 ส่วนใหญ่จัดตัวเองอยู่ในกลุ่มรักเพศเดียวกัน ร้อยละ 67.8 ดังตารางที่ 1

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า ส่วนใหญ่มีเพศสัมพันธ์เมื่อ 1-2 สัปดาห์ที่ผ่านมา ร้อยละ 50.0 พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=180)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)		
≤19	25	13.9
20-29	113	62.8
30-39	31	17.2
≥40	11	6.1
Median = 24 Q1 = 21 Q3 = 28.75 Min = 18 Max = 58		
ระยะเวลาที่อาศัยในกรุงเทพฯ (ปี)		
≤5	89	49.4
6-10	31	17.2
11-15	5	2.8
≥16	55	30.6
Median=6, Q1=2.4, Q3=19.4, Min=1, Max=58		
ระดับการศึกษาสูงสุด		
ไม่ได้เรียน	2	1.1
ประถมศึกษา	1	0.6
มัธยมศึกษา	45	25.0
อนุปริญญา/ปวส.	35	19.4
ปริญญาตรี	58	32.2
ปริญญาโท/เอก	5	2.8
กำลังเรียน (ไม่ระบุ)	34	18.9
อาชีพ (ปัจจุบัน)		
ไม่ได้ทำงาน (นักเรียน/นักศึกษาและผู้ว่างงาน)	75	41.7
พนักงาน/ลูกจ้างบริษัท	72	40.0
ค้าขาย/รับจ้างทั่วไป	21	11.7
เจ้าของกิจการ/ธุรกิจส่วนตัว	10	5.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	2	1.1
รายได้* (เฉลี่ยบาทต่อเดือน)		
ไม่มีรายได้	33	18.3
4,000-10,000	52	28.9
10,001-20,000	70	38.9
≥20,000	25	13.9
Median=13,500, Q1=10,000, Q3=20,000, Min=4,000, Max=70,000		
สิทธิเบิกจ่ายค่ารักษาพยาบาล		
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	86	47.8
สิทธิประกันสังคม	62	34.5
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	6	3.3
จ่ายเงินเอง	26	14.4

ตารางที่ 1 คุณลักษณะส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n=180) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
กลุ่มเพศทางเลือก		
รักต่างเพศ (ชอบเพศตรงข้าม)	13	7.2
รักสองเพศ (ชอบทั้งสองเพศ)	29	16.1
รักเพศเดียวกัน	122	67.8
สาวประเภทสอง	16	8.9

* รายได้คิดเฉพาะผู้มีรายได้เท่านั้น ไม่รวมผู้ไม่มีรายได้ 33 คน และผู้ที่มีรายได้สูงมาก 2 คน (120,000=1 คน, 150,000=1 คน)

(ในช่วง 3 เดือน) ที่ผ่านมา ส่วนใหญ่ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักเพียงบางครั้ง ร้อยละ 47.2 การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุด พบว่า ส่วนใหญ่รายงานว่าใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 66.7 ประสบการณ์ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และรู้ผล ร้อยละ 55.5 ประสบการณ์การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบใช้ช่องของเหลวในช่องปาก ส่วนใหญ่ไม่เคยตรวจ ร้อยละ 83.9 ดังตารางที่ 2

การยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองโดยใช้วิธีการตรวจแบบใช้ช่องของเหลวในช่องปาก พบว่ากลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ส่วนใหญ่มีการยอมรับการ

ตารางที่ 2 พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี (n=180)

พฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	จำนวน	ร้อยละ
การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก ใน 3 เดือนที่ผ่านมา (n=163)		
ใช้ทุกครั้ง	69	42.4
ใช้บางครั้ง	77	47.2
ไม่ได้ใช้เลย	17	10.4
การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งล่าสุด		
ใช้	120	66.7
ไม่ใช้	60	33.3
เคยตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี		
เคย	115	63.9
ไม่เคย	65	36.1
การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและรับทราบผล (ใน 1 ปีที่ผ่านมา)		
เคยตรวจและรู้ผล	100	55.5
เคยตรวจ แต่ไม่รู้ผล	3	1.7
ไม่ได้ตรวจ แต่เคยทราบผลมาแล้ว	12	6.7
ไม่ได้ตรวจและไม่เคยทราบผลเลย	65	36.1
การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี แบบใช้ช่องของเหลวในช่องปาก		
เคย	29	16.1
ไม่เคย	151	83.9

ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 82.8 ร้อยละ 28.3 มีความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 40.0 มีความรู้ในระดับต่ำ ทศนคติต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวม พบว่า กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่มีทัศนคติอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 91.7 ดังตารางที่ 3

เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างคุณลักษณะส่วนบุคคล ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ทศนคติต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง โดยใช้การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นอย่างง่าย (simple linear regression analysis) กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และทัศนคติต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกรุงเทพมหานครได้แก่ การใช้ถุงยางอนามัยใน 3 เดือนที่ผ่านมา และการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีใน 1 ปีที่ผ่านมา ($p>0.05$) ดังตารางที่ 4

วิจารณ์

การวิจัยนี้ศึกษาการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองแบบใช้ช่องปาก โดยการยอมรับนี้เป็นกระบวนการยอมรับในขั้นของการรับรู้ ข้อมูลที่ทำให้เกิดความสนใจ คิดว่าเป็นสิ่งที่มีประโยชน์ ประเมินค่าว่ามีข้อดีกับตนเอง และตั้งใจอยากใช้ชุดตรวจ

ตารางที่ 3 ระดับการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และทัศนคติต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี (n=180)

ระดับคะแนน	จำนวน	ร้อยละ
การยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง		
ระดับสูง (48-75 คะแนน)	149	82.8
ระดับปานกลาง (36-47 คะแนน)	31	17.2
Mean=60.4, SD=10.4, Min=36, Max=75		
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี		
ระดับสูง (12-15 คะแนน)	51	28.3
ระดับปานกลาง (9-11 คะแนน)	57	31.7
ระดับต่ำ (0-8 คะแนน)	72	40.0
Mean=9.1, SD=3.8, Min=0, Max=15		
ทัศนคติต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี		
ระดับดี (35-55 คะแนน)	165	91.7
ระดับปานกลาง (26-34 คะแนน)	15	8.3
Mean=46.3, SD= 6.7, Min=31, Max=55		

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ กับการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (n=180)

ตัวแปร	ค่าคงที่	B	S.E. (b)	p-value ^a
อายุ	54.795	0.217	0.106	0.041*
ระดับการศึกษา [#]	59.829	1.726	1.631	0.291
อาชีพ [#]	59.400	1.771	1.578	0.263
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน	58.465	0.223	0.104	0.003*
ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี	56.064	0.481	0.205	0.020*
ทัศนคติต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	38.085	0.483	0.111	<0.001**
การใช้ถุงยางอนามัยใน 3 เดือนที่ผ่านมา [#]	61.149	0.112	1.602	0.944
ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีใน 1 ปีที่ผ่านมา [#]	60.338	0.167	1.577	0.916

หมายเหตุ a = Simple linear regression analysis *p-value <0.05 **p-value <0.001

= dummy variables: ระดับการศึกษา 1 = ระดับปริญญาตรีขึ้นไป, 0 = ระดับต่ำกว่าปริญญาตรี

อาชีพ 1 = ประกอบอาชีพ, 0 = ไม่ได้ประกอบอาชีพ/นักเรียน/นักศึกษา

การใช้ถุงยางอนามัยใน 3 เดือนที่ผ่านมา 1 = ใช้ทุกครั้ง, 0 = ไม่ได้ใช้ทุกครั้ง

ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีใน 1 ปีที่ผ่านมา 1 = ได้ตรวจ, 0 = ไม่ได้ตรวจ

หาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง แบบใช้ช่องปาก ซึ่งผลการศึกษาพบว่า กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร มีอัตราการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองแบบใช้ช่องปากอยู่ในระดับสูงร้อยละ 82.8 โดยกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เห็นด้วยมากและมากที่สุด กับข้อดีของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี แบบใช้ช่องปากในช่องปากที่มีความเป็นส่วนตัว และไม่ต้องเปิดเผยผลให้คนอื่นรู้ หากมีการให้ทดลองใช้จะสมัครใจทดลองใช้ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และมีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทุกปีในผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อัตราการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในการศึกษานี้สูง สอดคล้องกับผลการวิจัยในหลายประเทศที่ศึกษาด้วยวิธีสำรวจการยอมรับตามการรับรู้ต่อวิธีการตรวจแบบใช้ช่องปาก และความตั้งใจนำไปใช้ในอนาคต โดยผู้วิจัยไม่ได้ให้กลุ่มตัวอย่างทำการตรวจจริง

จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายส่วนใหญ่ยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองในระดับสูง ได้แก่ การวิจัยในประเทศบราซิล Lippman SA และคณะ⁽⁸⁾ พบว่า กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองแบบใช้ช่องปาก ร้อยละ 89.8 การวิจัยของ Lee VJ และคณะ⁽⁹⁾ สำรวจความยอมรับและความเป็นไปได้ของการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยชุดตรวจแบบรู้ผลเร็วในประเทศสิงคโปร์จากกลุ่มผู้มารับการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่า ร้อยละ 89.0 มีความต้องการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองเพราะมีความเป็นส่วนตัวและร้อยละ 90.0 พบว่าชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีพร้อมคำแนะนำใช้งานง่ายซึ่งไม่สอดคล้องกับงานวิจัยที่พบว่า อัตราการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองแบบใช้ช่องปากในช่องปากของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายที่ต่ำกว่าร้อยละ 80.0 ได้แก่การวิจัยที่ศึกษาการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองแบบใช้ช่องปากในช่องปากในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศ

สหรัฐอเมริกา Carballo-Diequez A และคณะ⁽¹⁰⁾ พบว่า มีอัตราการยอมรับ ร้อยละ 74.0 และ Osmond DH และคณะ⁽¹¹⁾ พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีอัตราการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง ร้อยละ 67.0 และการวิจัยในประเทศออสเตรเลีย Chen MY, et al.⁽¹²⁾ พบว่า มีการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแบบใช้ช่อง-เหลวในช่องปาก ร้อยละ 63.0 โดยกลุ่มตัวอย่างคิดว่า จะใช้ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง

การที่ผลการวิจัยในครั้งนี้พบอัตราการยอมรับสูงหรือต่ำกว่าการวิจัยที่ผ่านมาในต่างประเทศอาจเนื่องมาจากการเผยแพร่ความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับ วิธีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองมีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ หรือนโยบายในการนำชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองแบบใช้ช่องเหลวในช่องปากมาเผยแพร่และจำหน่ายในแต่ละประเทศมีความแตกต่างกัน เช่น ในประเทศไทย ปัจจุบันยังไม่มี การอนุมัติจากสำนักงานอาหารและยาให้จำหน่าย แต่มีนโยบายสามารถตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ฟรีปีละ 2 ครั้งในสถาน-พยาบาลของรัฐ ประเทศสหรัฐอเมริกา องค์การอาหาร-และยาได้อนุมัติให้ใช้ชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง และมีวางจำหน่ายตั้งแต่ ค.ศ. 2012 (พ.ศ. 2555) ส่วนในประเทศเคนยารัฐบาลมีนโยบายสนับสนุน ให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและการให้คำปรึกษา ข้อมูลเกี่ยวกับผลการตรวจเอชไอวีแก่ประชาชน รวมถึง การให้คำปรึกษาการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองชนิดรู้ผลเร็ว⁽¹³⁾ นอกจากนี้อาจเนื่องมาจากเครื่องมือ ในการประเมินหรือการวัดการยอมรับที่แตกต่างกัน

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรอิสระ และตัวแปรตาม พบว่า คุณลักษณะส่วนบุคคล ได้แก่ อายุ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน มีความสัมพันธ์กับการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายซึ่งสอดคล้องกับสมมติฐานที่ตั้งไว้ ทั้งนี้ อาจเนื่องมาจากอายุที่เพิ่มขึ้นทำให้มีประสบการณ์มากขึ้น และจากการวิเคราะห์พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับรายได้ คนอายุมากขึ้นมีรายได้มากขึ้นจึงอาจส่งผลให้มีการยอมรับ

การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองเพิ่มขึ้น และ รายได้อาจเป็นปัจจัยที่สนับสนุนการตัดสินใจว่าสนใจจะซื้อชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองมาใช้ใน อนาคตหรือไม่ เพราะปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายให้ ประชาชนสามารถใช้บริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอช-ไอวีได้ฟรีปีละสองครั้งอยู่แล้ว จึงเป็นทางเลือกของผู้ที่ รับรู้ว่าตนเองมีรายได้น้อยหรือยังไม่ได้ทำงาน ทำให้มีการ ยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองแบบใช้ ช่องเหลวในช่องปากระดับต่ำกว่าผู้มีรายได้ที่สูงกว่า และ เนื่องจากในปัจจุบันชุดตรวจยังไม่มียุทธศาสตร์ให้จำหน่าย จริงอย่างแพร่หลายในประเทศไทย ยังไม่ทราบว่าจะชุดตรวจ จะมีราคาเท่าไร และสอดคล้องกับแนวคิดของ Rogers EM⁽¹⁴⁾ ที่เชื่อว่า ความรู้เป็นสิ่งที่เกิดในขั้นของความสนใจ ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของกระบวนการยอมรับสถานภาพทาง เศรษฐกิจและสังคม เช่น อายุ ระดับการศึกษา รายได้ ฯลฯ มีผลทำให้เกิดความแตกต่าง ในการยอมรับต่อนวัตกรรม ลักษณะบุคลิกภาพของบุคคล ได้แก่ ทัศนคติ ค่านิยม ความเชื่อมั่นเป็นสิ่งที่มียุทธศาสตร์ก่อนการเผยแพร่ นวัตกรรมที่เชื่อว่ามีผลทำให้เกิดความแตกต่างของการยอมรับ นวัตกรรม และสอดคล้องกับแนวคิดของ Milton CR⁽¹⁵⁾ ที่กล่าวว่าทัศนคติเป็นการจัดระเบียบของความ เชื่อที่มีต่อสิ่งหนึ่งสิ่งใดหรือสถานการณ์ใดสถานการณ์ หนึ่ง ผลของความเชื่อนี้จะเป็นตัวกำหนดแนวโน้มของ บุคคลที่จะนำไปสู่ปฏิกิริยาตอบสนองในลักษณะที่ชอบ หรือไม่ชอบสอดคล้องกับการศึกษาของ Koutentakis K และคณะ⁽¹⁶⁾ ที่พบว่า การได้รับความรู้เกี่ยวกับการตรวจ หาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศสเปนมีอิทธิพลต่อการตัดสินใจใช้ ชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง และกลุ่มชายมี เพศสัมพันธ์กับชายที่มีอายุมากกว่า 34 ปี จะตัดสินใจใช้ ชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง และจะใช้ ทดสอบในปีหน้ามากกว่าผู้ที่อายุน้อย

การศึกษาของ Addis Z และคณะ⁽¹⁷⁾ พบว่า ความรู้ ของนักศึกษามหาวิทยาลัยในภาคตะวันตกเฉียงเหนือ ของเอธิโอเปียมีความสัมพันธ์ต่อการให้คำปรึกษาและ

การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยสมัครใจ แต่ผลการวิจัยนี้พบว่า ระดับการศึกษา อาชีพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยใน 3 เดือนที่ผ่านมา และประสบการณ์ตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีใน 1 ปีที่ผ่านมา (ได้ตรวจ/ไม่ได้ตรวจ) ไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการยอมรับในการวิจัยนี้ข้อความสอบถามสอบถามการรับรู้ ความสนใจ และความคิดเห็นว่ามีประโยชน์ของวิธีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นวิธีใหม่ยังมีไม่แพร่หลายในประเทศไทย ระดับการศึกษา อาชีพ และพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบันจึงไม่มีอิทธิพลเพียงพอให้พบความสัมพันธ์กับการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองของกลุ่มตัวอย่าง

ข้อจำกัดของการศึกษา

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง ผลการวิจัยที่พบความสัมพันธ์กันไม่สามารถบอกถึงสาเหตุที่แน่นอนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุขสามารถนำข้อมูลนี้ไปพิจารณาใช้ตัดสินใจหากจะกำหนดเป็นนโยบายระดับประเทศเกี่ยวกับการนำชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองแบบใช้ของเหลวในช่องปากมาใช้เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อเอชไอวี ส่งเสริมการรับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของประชาชน และในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ให้มีความครอบคลุมโดยเฉพาะพื้นที่กรุงเทพมหานคร

2. ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไปควรทำการวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า โดยการนำชุดตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีแจกให้กับกลุ่มตัวอย่างนำไปใช้จริง และติดตามผลเพื่อประเมินการยอมรับและการใช้ทดสอบจริง

รวมทั้งทำการศึกษาปัจจัยด้านอื่น ๆ ที่อาจมีผลต่อการยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง เช่น การสนับสนุนทางสังคม การสื่อสารข้อมูล สุขภาพในชุมชน ความต้องการทราบผลตรวจ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกในพื้นที่เก็บข้อมูลทุกท่าน เจ้าหน้าที่องค์กรพัฒนาเอกชน-ด้านเอ็ดส์ กลุ่มผู้เข้าร่วมตอบแบบสอบถาม และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. HIV Situation Analysis Working Group Department of Disease Control, Ministry of Public Health, Thailand. Projection & estimation of Thailand HIV epidemics 2015-2030. AIDS epidemic model. Nonthaburi: Department of Disease Control, 2016.
2. กลุ่มงานแผนงานและระบบข้อมูล กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. การคาดประมาณสถานการณ์การแพร่ระบาดของ HIV/AIDS ในกรุงเทพมหานครตั้งแต่ปี พ.ศ.2559-2573 เพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร; 2559.
3. กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. แผนป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ กรุงเทพมหานคร ฉบับที่ 5 (พ.ศ.2555-2559). กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร; 2555.
4. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. UNAIDS reports that reaching fast-track targets will avert nearly 28 million new HIV infections and end the AIDS epidemic as a global health threat by 2030 - a press release. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2014.
5. Cochran WG. Practical nonparametric statistics. New York: John Wiley; 1997.
6. Cronbach LJ. Essentials of psychological testing. New York: Harper & Row; 1970.
7. Nunnally JC. Psychometric theory. 3rd ed. New York:

- McGraw-Hill; 1994.
8. Lippman SA, Perisse Andre RS, Veloso VG, Sullivan PS, Buchbinder S, Sineath RC, et al. Acceptability of self-conducted home-based HIV testing among men who have sex with men in Brazil: data from an on-line survey. *Journal NIH Public Access* 2014;30:724-34.
 9. Lee VJ, Tan SC, Earnest A, Seong PS, Tan HH, Leo YS. User Acceptability and Feasibility of Self - Testing With HIV Rapid Tests. *Epidermiology and Social Science. Journal of Epidemiology And Social Science* 2007;45:449-53.
 10. Carballo-Dieguez A, Frasca T, Dolezal C, Balan I. Will Gay and Bisexually Active Men at High Risk of Infection Use Over the Counter Rapid HIV Test to Screen Sexual Partners? *Journal NIH Public Access* 2012;49:379-87.
 11. Osmond DH, Catania J, Pollack L, Canchola J, Jaffe D, MacKellar D, et al. Obtaining HIV test results with a home collection test kit in a community telephone sample. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2000;24:363-68.
 12. Chen MY, Bilardi JE, LeeD, Cummings R, Bush M, Fairley CK. Australian men who have sex with men prefer rapid oral HIV testing over conventional blood testing for HIV. *Int J STD AIDS* 2010;21:428-30.
 13. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. A short technical update on self - testing for HIV.UNAIDS [Internet]. 2014 [cited 2015 Sep 20]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2603_self-testing_en_0.pdf
 14. Rogers EM. *Diffusion of Innovation*. New York: The Free Press; 1968.
 15. Milton CR. *Human behavior in organization: three levels of behavior*. New Jersey: Prentice-Hall Inc; 1981.
 16. Koutentakis K, Rosales-Statkus ME, Hoyos J, Fernandez-Balbuena S, Ruiz M, Agusti C, et al. Knowledge and use of unauthorized HIV self-test kits among men who have sex with men in Spain, following approval of an over-the-counter self-test in the U.S: a cross-sectional study. *Journal BMC Public Health [Internet]*. 2016 [cited 2017 Jan 28];16:532. doi: 10.1186/s12889-016-3204-9. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4939036/pdf/12889_2016_Article_3204.pdf
 17. Addis Z, Yalew A, Shiferaw Y, Alemu A, Birhan W, Mathewose B, et al. Knowledge, attitude and practice towards voluntary counseling and testing among university students in North West Ethiopia: a cross sectional suudy. *Journal BMC Public Health [Internet]*. 2016 [cited 2017 Jan 28];13:714. doi: 10.1186/1471-2458-13-714. Available from: <https://bmcpublikealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-714>

Abstract: Acceptability of Using HIV Self-Testing among Men Who Have Sex with Men in Bangkok, Thailand

Kantakarn Nilsum, M.Sc. (Public Health)*; Youwanuch Sattayasomboon, Ph.D. (Community Medicine)*; Wirin Kittipichai, Ph.D. (Applied Behavioral Science Research)**

** Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University; ** Department of Family Health, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand*

Journal of Health Science 2018;27:819-29.

The objective of this study was to assess acceptability of self-testing of HIV among men who have sex with men (MSM) and factors associated with the acceptability in Bangkok, Thailand. The participants were 18 years old and older men who had sex with men at the study location and had lived in Bangkok for at least one month. A total of 180 subjects were recruited. The data was collected by using questionnaires; and were analyzed by descriptive statistics (percentage, mean, standard deviation, median, and interquartile range) and inferential statistics using simple linear regression analysis. The results showed that majority of participants (82.8%) accepted HIV self-testing at high level; 91.7% had good attitude toward HIV prevention and HIV testing; and 40.0% of them had low level of knowledge related HIV prevention. Using simple linear regression, it showed that age, monthly income, knowledge related HIV prevention and the attitude were significantly associated with the acceptability of self-testing of HIV ($p < 0.05$). In conclusion, HIV self-testing was highly acceptable and might be feasible to promote the approach for MSM. Policy makers should adopt the policy on self-testing of HIV as a measure to increase access to HIV testing in Thailand, which will increase the number of people living with HIV who know their HIV status and receive early ARV treatment.

Key words: acceptability, HIV, AIDS, self-testing, men who have sex with men