บทความวิจัย

ปัจจัยคัดสรรที่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

จิตรกานต์ ภักดี [1]
วันทนา มณีศรีวงศ์กูล [2]
วรรณา สนองเดช [3]

บทคัดย่อ

การศึกษาครั้งนี้เป็น Descriptive correlational study เพื่อหาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างมีจำนวน 189 คน เก็บข้อมูลด้วยแบบสอบถามจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาที่วินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนาและไคสแควร์ ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีซีดีโฟร์ 2-1,200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มัธยฐาน 180 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ พบว่า อายุ การรับรู้ภาวะสุขภาพ อุปสรรคส่วนบุคคลในประเด็นเรื่องกลัวการเจาะเลือด อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือด และสถานบริการในประเด็นเรื่องไม่ทราบสิทธิการรักษา/การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และไม่มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้น ผู้ให้บริการสุขภาพควรเพิ่มช่องทางและรูปแบบการประชาสัมพันธ์ เพื่อให้ข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ การรักษาด้วยยาต้านไวรัส สิทธิการรักษา ตลอดจนส่งเสริมให้ประชาชนที่รับรู้ความเสี่ยงของตนเองเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้เร็วขึ้นและลดการแพร่เชื้อเอชไอวี

คำสำคัญ: ระดับซีดีโฟร์/ การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี/ การรับรู้ภาวะสุขภาพ/ การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี/ อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

---

[1] นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล

[2] รองศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลรามาธิบดี Corresponding Author, e-mail: wantana.lim@mahidol.ac.th

[3] ผู้ช่วยศาสตราจารย์ สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพชุมชน โรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล กรุงเทพมหานคร

วันที่รับ 4 เมษายน 2565 วันที่แก้ไขบทความ 14 ตุลาคม 2565 วันที่ตอบรับ 27 ธันวาคม 2565

Research article

Selected Factors Related to the CD4 Counts in Persons Firstly Diagnosed with HIV Infection

Jittakarn Pakdee [1]
Wantana Maneesriwongul [2]
Wanna Sanongdej [3]

Abstract

This descriptive correlational study was conducted to describe selected factors that related to CD4 counts and examined relationships between selected factors and CD4 counts among persons who were firstly diagnosed with HIV infection. A sample of 189 people. Data were collected using a set of questionnaires. Responding to a questionnaire recalling their own experiences from the time when they were firstly diagnosed with HIV infection. The data were analyzed using descriptive statistics and the Chi-square test. The results demonstrated that the CD4 count in persons firstly diagnosed with HIV infection ranged from 2-1,200 cells/mm^3 and a median of 180 cells/mm^3. This study revealed that age, perceived health status, barriers to access to HIV testing in terms of fear to have blood drawn, not knowing their health service coverage of treatment and HIV testing, and not having telephone counseling for HIV testing were significantly related to the CD4 counts in persons firstly diagnosed with HIV infection. Therefore, health care providers should have multiple communication channels and provide information to the public about HIV testing and diagnosis, antiretroviral therapy (ART) and healthcare schemes and encouraging the people who perceived HIV risk to have an early access to HIV testing service and know the HIV status. These will help people living with HIV increasing their access to ART and reduce the spread of HIV transmission.

Keywords: CD4 counts/ HIV testing/ perceived health status/ perceived risk of HIV/ barriers to access to HIV testing

[1] Master's student, Master of Nursing Science Program (Community Nurse Practitioner Program), Ramathibodi School of Nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

[2] Associate Professor, Ramathibodi School of Nursing, Community Nurse Practitioner, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, Corresponding author, e-mail: wantana.lim@mahidol.ac.th

[3] Assistant Professor , Ramathibodi School of Nursing, Community Nurse Practitioner, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University Bangkok

Received April 4 2022; Revised October 14 2022; Accepted December 27 2022

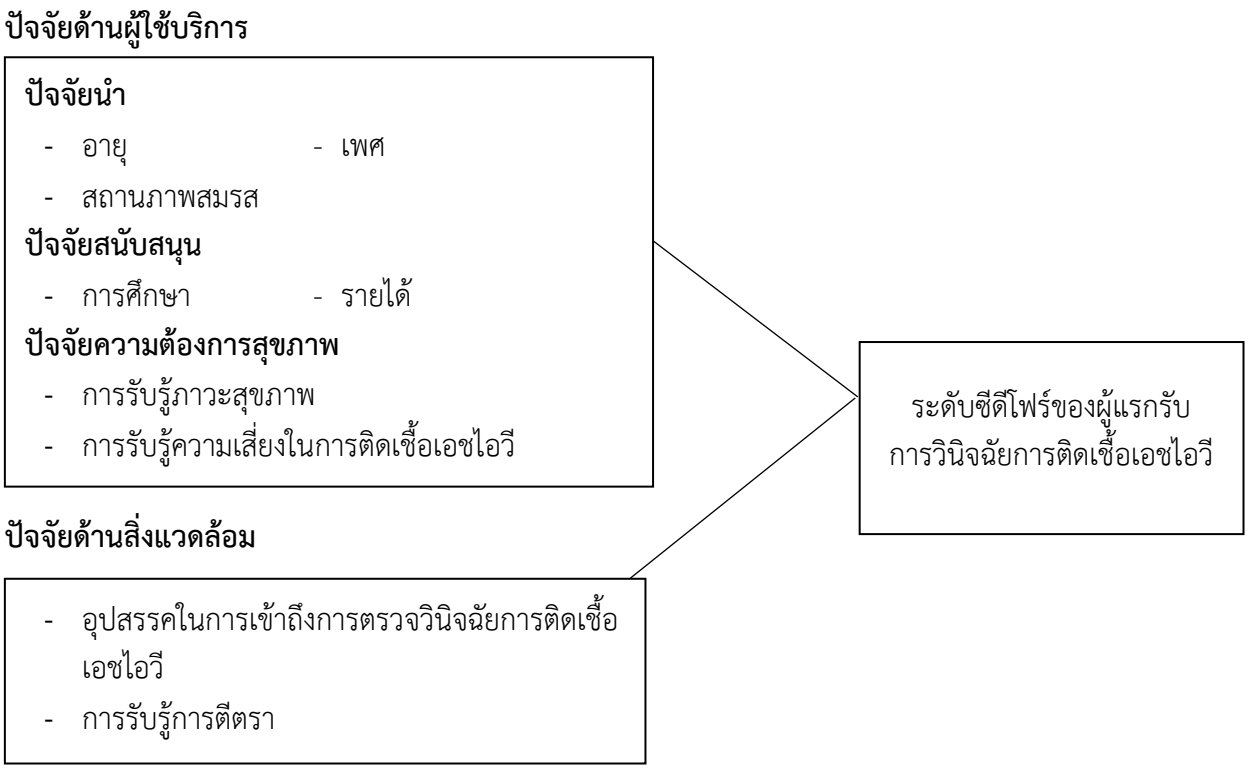
บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ เป็นปัญหาที่สำคัญทางสาธารณสุขระดับโลก ตั้งแต่ปี พ.ศ.2524 จนถึงปัจจุบันมีการแพร่กระจายอย่างกว้างขวางในทุกๆประเทศ จากรายงานของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ (The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS: UNAIDS) รายงานประมาณจำนวนผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกยังคงเพิ่มขึ้นจากปีพ.ศ.2561 จำนวน 36.2 ล้านคน เป็น 37.9 ล้านคน ในปีพ.ศ.2562 ในจำนวนนี้เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่จากปีพ.ศ.2561 ประมาณ 1.7 ล้านคน[1] มียอดรวมเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว 24.5 ล้านคน ประเทศไทยได้ให้ความสำคัญอย่างมากต่อสถานการณ์โรคเอดส์เช่นเดียวกันกับทั่วโลก นับตั้งแต่มีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์รายแรกในประเทศไทยเมื่อปีพ.ศ.2527 จนถึงปัจจุบัน สถิติจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพในปีพ.ศ.2562 รายงานว่าผู้ติดเชื้อที่ยังมีชีวิตอยู่ 547,861 คน เข้ารับการรักษา และรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว 363,190 คนเป็นผู้ติดเชื้อที่ยังไม่เข้าสู่การรักษาด้วยยาต้านไวรัสกว่า 68,437 คน[2] ซึ่งอาจทำให้เสี่ยงต่อการเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ต้องรับการรักษามากขึ้น และมีการแพร่กระจายเชื้อสู่ผู้อื่นได้ ประเทศไทยมีการตั้งเป้าหมายของการดำเนินงานตามนโยบาย 90: 90: 90 ที่สอดรับกับโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติ ที่ 90 แรก คือ 90% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ได้รับการวินิจฉัย 90 ที่สอง คือ 90% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการวินิจฉัยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และ 90 สุดท้าย คือ 90% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสกดไวรัสสำเร็จ ในปีพ.ศ.2562 ประเทศไทยได้ดำเนินงานมาแล้วอยู่ที่ 98% 75% และ 84% ตามลำดับ[2] ถึงแม้การดำเนินงานในบางส่วนจะสามารถบรรลุเป้าหมายแล้ว แต่สิ่งที่สำคัญในการดำเนินงานยุติปัญหาเอดส์คือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่จำเป็นต้องได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี จึงจะสามารถดำเนินสู่ 90 ที่สองและสามได้สำเร็จ และเข้าตรวจวินิจฉัยหาการติดเชื้อเอชไอวีให้เร็วที่สุดเพราะจากรายงานจำนวนผู้ที่เข้ามารับการตรวจเลือดนั้น พบว่า เข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเมื่อระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ต่ำมาก จากรายงานในปีพ.ศ.2555-2557 มีค่ามัธยฐานของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ต่ำ เท่ากับ 98, 109 และ 121 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ตามลำดับ และปีพ.ศ.2560 เท่ากับ 174 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร สอดคล้องกับสถานการณ์ของการเริ่มต้นรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งพบว่า ผู้เข้ารับการรักษามากกว่าครึ่งมีระดับซีดีโฟร์ต่ำหรือน้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร และมีอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแล้ว[3]

ดังนั้นการรับรู้ความเสี่ยงและการตัดสินใจเข้าใช้บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเร็วตั้งแต่เมื่อร่างกายมีระดับภูมิคุ้มกันสูง และเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสได้เร็ว จะช่วยลดปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายและลดอัตราการแพร่กระจายเชื้อได้ช่วยลดโอกาสเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส อัตราการนอนโรงพยาบาล และอัตราการเสียชีวิต ซึ่งจะส่งผลต่อครอบครัว ชุมชน และประเทศชาติต่อไป[2] บทบาทสำคัญประการหนึ่งของพยาบาล คือ การกระตุ้นให้ประชาชนสมัครใจเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น และมาตรวจในช่วงที่ยังมีสุขภาพดี/ระดับซีดีโฟร์ยังสูงอยู่

กรอบแนวคิด

ในการศึกษาครั้งนี้ผู้วิจัยได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีตามแนวคิดแบบจำลองพฤติกรรมในการใช้บริการด้านสุขภาพ Andersen's behavioral model of health services use ของแอนเดอร์เซน[4] กรอบแนวคิดการวิจัยที่ใช้ในการอธิบายพฤติกรรมการเข้าใช้บริการสุขภาพว่าบุคคลจะตัดสินใจใช้บริการสุขภาพหรือไม่ ปัจจัยที่เกี่ยวข้องจะประกอบไปด้วย 1) ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ (ปัจจัยนำ ปัจจัยสนับสนุน ปัจจัยความต้องการด้านสุขภาพ) และ 2) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ดังแสดงในแผนภาพที่ 1



แผนภาพที่ 1 กรอบแนวคิดการวิจัย

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยที่คัดสรรด้านผู้ใช้บริการ (อายุ เพศ การศึกษา รายได้ สถานภาพสมรส การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี) ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม (อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้การตีตรา) กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

วิธีการดำเนินงานวิจัย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรที่เกี่ยวข้องกับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยการตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเมื่อครั้งแรกที่พบการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง

กลุ่มตัวอย่างและการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างคือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รักษา ณ สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จังหวัดนนทบุรี คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) โดยใช้เกณฑ์ได้แก่ อายุ 18 ปีขึ้นไป ได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่ามีการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีภายในระยะเวลาไม่เกิน 2 ปี นับตั้งแต่วันที่เก็บข้อมูล ซึ่งเป็นช่วงระยะเวลาที่สามารถจำ/ระลึกประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเมื่อครั้งแรกที่พบการติดเชื้อเอชไอวีของตนได้[5-6] เข้าเก็บข้อมูลระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนพฤศจิกายน พ.ศ. 2561 คำนวณกลุ่มตัวอย่างได้จำนวน 188 คน โดยใช้โปรแกรม G*Power Analysis[7-8] กำหนดค่าอำนาจการทดสอบ (Power of test) ที่ .80 และระดับความเชื่อมั่น 95% (α=.05) คำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้มากที่สุดคือ 157 คน และปรับเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 20 เพื่อป้องกันการสูญหายหรือไม่ครบถ้วนของข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือในการเก็บรวมรวมข้อมูล ใช้แบบสอบถาม แบ่งเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป ได้แก่ อายุ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ อาชีพ วิธีชำระค่ารักษา สาเหตุการมาตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีเป็นครั้งแรก (เดือน-ปี)

ส่วนที่ 2 แบบบันทึกระดับซีดีโฟร์ใช้การจดบันทึกจากระบบคอมพิวเตอร์ที่เก็บบันทึกการรักษา โดยใช้ค่าตัวเลขระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์เมื่อครั้งแรกเมื่อได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี มีหน่วยเป็น เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร

ส่วนที่ 3 แบบประเมินการรับรู้ก่อนเข้ารับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่

1. แบบประเมินการรับรู้ภาวะสุขภาพก่อนการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้วิจัยใช้การประเมินภาวะสุขภาพของวันทนา มณีศรีวงศ์กูล และคณะ[9] ประกอบด้วยข้อคำถาม 1 ข้อ ถามย้อนเกี่ยวกับอาการผิดปกติก่อนการมาเจาะเลือด โดยประเมินภาวะสุขภาพเป็น แข็งแรงดี/ไม่มีอาการผิดปกติมีค่าคะแนนเท่ากับ 4 คะแนน มีอาการผิดปกติมีค่าคะแนนเท่ากับ 3 คะแนน มีโรคติดเชื้อฉวยโอกาสมีค่าคะแนนเท่ากับ 2 คะแนน และมีอาการผิดปกติร่วมกับมีโรคติดเชื้อฉวยโอกาส มีคะแนนเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนมาก หมายถึงรับรู้ว่ามีสุขภาพดีกว่า

2. แบบประเมินการรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง โดยผู้วิจัยใช้แบบประเมินของวันทนา มณีศรีวงศ์กูล และคณะ[9] มีข้อคำถาม 1 ข้อ ประเมินการรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองก่อนการตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวี ใช้มาตรวัดด้วยสายตา (Visual Analog Scale : VAS) แนวตั้ง มีความยาว 100 มิลลิเมตร ปลายด้านล่างที่ไม่มีความเสี่ยงเลย เท่ากับ 0 คะแนน ปลายของเส้นด้านบนสุด เท่ากับ 100 คะแนน โดยให้กลุ่มตัวอย่างแสดงการรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ด้วยการทำเครื่องหมาย “/” ลงบนเส้นตรงให้ตรงกับความเป็นจริงมากที่สุด คะแนนมากกว่า แสดงว่า มีการรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า

3. แบบประเมินอุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของวันทนา มณีศรีวงศ์กูล และคณะ[9] แบ่งออกเป็น2 ด้าน มีจำนวนข้อคำถามทั้งหมด 11 ข้อ ดังนี้ อุปสรรคส่วนบุคคล จำนวน 5 ข้อ และอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือด และสถานบริการ จำนวน 6 ข้อ ตอบคำถามโดยเลือก 1 คำตอบ “ใช่” หรือ “ไม่ใช่” ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .890 ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ของแบบประเมินในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีลักษณะคล้ายคลึงกับกลุ่มตัวอย่างที่จะทำการศึกษาจำนวน 30 รายได้ค่า Kuder Richardson 20 ของเครื่องมือนี้เท่ากับ .825

4. แบบประเมินการรับรู้การตีตรา ผู้วิจัยใช้เครื่องมือของวันทนา มณีศรีวงศ์กูล และคณะ[9] แบ่งออกเป็น 2 ด้าน มีข้อคำถามทั้งหมด 17 ข้อ ดังนี้

4.1 การรับรู้การตีตราในการเข้าใช้บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (perceived stigma to HIV testing) จำนวน 9 ข้อ

4.2 การรับรู้การตีตราเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (perceived HIV stigma) แบบฉบับสั้น 8 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

4.2.1 ความกังวลที่จะเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง (disclosure concerns) จำนวน 2 ข้อ

4.2.2 ความรู้สึกกังวลต่อทัศนคติของสังคมเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (concern with public attitudes toward people with HIV) จำนวน 2 ข้อ

4.2.3 ความรู้สึกว่าถูกกีดกันจากสังคม (personalized/enacted stigma) จำนวน 2 ข้อ

4.2.4 ความรู้สึกด้านลบต่อภาพลักษณ์ของตนเอง (negative self image) จำนวน 2 ข้อ

การตอบแบบสอบถามโดยการเลือกตอบให้ตรงกับความคิดเห็นมากที่สุด คือ“เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “เห็นด้วย” “ไม่เห็นด้วย”และ “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” ตรวจสอบความตรงของเนื้อหาโดยผู้ทรงคุณวุฒิ 5 ท่าน ได้ค่าดัชนีความตรงตามเนื้อหา (CVI) เท่ากับ .847 ตรวจสอบความเที่ยง (reliability) ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาของครอนบาค (Cronbach's Alpha coefficient) ของเครื่องมือนี้เท่ากับ .923

การพิทักษ์สิทธิ์ของกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการวิจัยการศึกษาการเข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี และการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ภายใต้นโยบายรักษาทันที)[9] ซึ่งได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี (เลขที่โครงการ/รหัส ID-02-61-26ย) ภายหลังจากได้รับการอนุมัติและอนุญาตในการเก็บข้อมูลแล้ว ผู้วิจัยได้ดำเนินการขออนุมัติจากสถาบันบำราศนราดูรพิจารณาการวิจัยในคนด้วย (รหัสโครงการ N009q/61) ผู้วิจัยได้ลงทำการเก็บข้อมูลโดยขอความร่วมมือโดยความสมัครใจของกลุ่มตัวอย่างทุกคน กลุ่มตัวอย่างจะได้รับการชี้แจงรายละเอียดให้ทราบวัตถุประสงค์ ขั้นตอนการเก็บรวบรวมข้อมูล ระยะเวลาในการเก็บข้อมูล รวมถึงการชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงสิทธิในการตอบรับหรือปฏิเสธในการเข้าร่วมการวิจัยในครั้งนี้ ซึ่งไม่มีผลต่อการรักษาและบริการที่กลุ่มตัวอย่างจะได้รับ และหากกลุ่มตัวอย่างรู้สึกลำบากใจหรือต้องการถอนตัวจากการเข้าร่วมวิจัยสามารถบอกเลิกได้โดยการปฏิเสธเข้าร่วมการวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่จำเป็นต้องบอกเหตุผล ข้อมูลต่างๆที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่ระบุชื่อ สกุล ใช้รหัสแทนการใช้ชื่อนามสกุลจริงของกลุ่มตัวอย่าง และมีการเก็บข้อมูลเป็นความลับใช้เฉพาะการวิจัยนี้เท่านั้น และทำลายเอกสารเมื่อการวิจัยเสร็จสิ้น และผลการวิจัยจะถูกนำเสนอในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่าง

วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล

ภายหลังจากที่โครงร่างวิจัยได้รับการรับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี และสถาบันบำราศนราดูรเรียบร้อย ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลด้วยตนเองที่แผนกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูร คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างตามเกณฑ์ที่กำหนดเข้าพบผู้วิจัยในสถานที่ที่จัดเตรียมไว้ ซึ่งเป็นห้องที่มีลักษณะเป็นส่วนตัว แยกเป็นสัดส่วน มีประตูปิดมิดชิด และป้องกันเสียงรบกวนจากภายนอกได้ ผู้วิจัยชี้แจงวัตถุประสงค์พร้อมทั้งชี้แจงสิทธิในการตัดสินใจเข้าร่วมการวิจัยรายละเอียดการพิทักษ์สิทธิ ทั้งนี้หลังจากผู้ที่เข้ามาใช้บริการตอบตกลงเข้าร่วมวิจัยโดยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงลายมือชื่อยินยอมเข้าร่วมการวิจัยในหนังสือยินยอมในการตอบแบบสอบถาม การตอบแบบสอบถามให้กลุ่มตัวอย่างตอบแบบสอบถามจากประสบการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาเมื่อครั้งแรกที่พบการติดเชื้อเอชไอวี ใช้เวลาในการตอบแบบสอบถามประมาณ 30-45 นาที

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป (SPSS version 18.0 for Windows) ในการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถาม โดยใช้ไคสแคว์ (Chi-square) เนื่องจากทำการทดสอบการกระจายแบบไม่เป็นโค้งปกติ จำแนกตัวแปรเป็นนามบัญญัติ (nominal scale) และอันดับมาตรา (ordinal scale) หาความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ การรับรู้ภาวะสุขภาพ การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้การตีตรา และระดับซีดีโฟร์เมื่อพบการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก

ผลการศึกษา

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นเพศชาย ร้อยละ 78.30 อายุระหว่าง 18-66 ปี อายุเฉลี่ย 34.66 ปี (SD=10.41) ประมาณครึ่งหนึ่งสถานภาพโสด ร้อยละ 58.20 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 49.73 ส่วนใหญ่อาชีพข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ร้อยละ 22.22 รายได้ต่อเดือนของกลุ่มตัวอย่างอยู่ที่ 0-300,000 บาท/เดือน มัธยฐาน 17,000 บาท/เดือน (IQR=20,000) มากกว่า 1 ใน 4 เข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกที่สถาบันบำราศนราดูรร้อยละ 29.10 รองลงมาเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อที่โรงพยาบาลเอกชน ร้อยละ 23.81 และคลินิกนิรนาม/สภากาชาด ร้อยละ 16.93 ตามลำดับ ระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์อยู่ระหว่าง 2-1,200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร มัธยฐาน 180 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (IQR=339) ส่วนใหญ่มีระดับซีดีโฟร์น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ร้อยละ 36.51

การรับรู้ภาวะสุขภาพ ส่วนใหญ่ร้อยละ 49.74 พบว่า มีอาการผิดปกติมาก่อนรับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ได้แก่ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ไข้เรื้อรัง ตามลำดับ รองลงมาสุขภาพแข็งแรง/ไม่มีอาการผิดปกติร้อยละ 37.04

การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี คะแนนอยู่ระหว่าง 0-100 คะแนน เฉลี่ย 46.26 คะแนน (SD= 31.89) อยู่ในระดับต่ำ โดยเหตุผลในการเข้ารับการตรวจเพื่อวินิจฉัยหาการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าเหตุผลส่วนใหญ่มาเพราะตนเองมีความเสี่ยงมากถึงร้อยละ 81.48

อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

1. อุปสรรคส่วนบุคคล คะแนนรวมอยู่ระหว่าง 0-5 คะแนน เฉลี่ย 1.39 คะแนน (SD=1.35) อยู่ในระดับต่ำ ส่วนใหญ่ พบว่า ไม่เคยได้รับคำแนะว่าควรจะไปตรวจเลือด ร้อยละ 37.57 รองลงมาคือไม่กล้าซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีจากเจ้าหน้าที่ทางสุขภาพ ร้อยละ 35.45 และกลัวการเจาะเลือด ร้อยละ 25.93

2. อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือดและ สถานบริการ คะแนนอยู่ระหว่าง 0-6 คะแนน เฉลี่ย 1.92 คะแนน (SD=1.74) อยู่ในระดับต่ำส่วนใหญ่ไม่ทราบสิทธิการรักษาและการมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 47.09 รองลงมา คือ สถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ไกลจากบ้าน ร้อยละ 40.74 และสถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ ร้อยละ 31.75

การรับรู้การตีตราภาพรวม คะแนนอยู่ระหว่าง 20-66 คะแนน เฉลี่ย 46.64 คะแนน (SD=9.53) อยู่ในระดับปานกลาง

1. การรับรู้การตีตราในการเข้าใช้บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี คะแนนอยู่ระหว่าง 9-36 คะแนน เฉลี่ย 22.88 คะแนน (SD=5.70) อยู่ในระดับปานกลาง

2. ด้านการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี คะแนนอยู่ระหว่าง 9-32 คะแนน เฉลี่ย 23.75 คะแนน (SD=4.97) อยู่ในระดับปานกลาง โดยข้อย่อยด้านความกังวลที่จะเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองมากที่สุด คะแนนระหว่าง 2-8 คะแนน เฉลี่ย 6.72 คะแนน (SD=1.34)

ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยผู้ใช้บริการ พบว่า อายุและการรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=6.020 p<.05; χ^2=30.167 p<.001 ตามลำดับ) ส่วนเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา รายได้ และการรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ปัจจัยสิ่งแวดล้อม พบว่า อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี รายด้านได้แก่ อุปสรรคส่วนบุคคลและอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือดและสถานบริการไม่มีความสัมพันธ์

ทางสถิติกับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเช่นกัน และการรับรู้การตีตรา ไม่มีความสัมพันธ์ทางสถิติกับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (n=189)

ปัจจัยคัดสรร	ระดับซีดีโฟร์ (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)				รวม		χ^2	p-value
	<100		≥100					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อายุ (ปี)							**6.020**	**.049***
< 25	7	20	28	80	35	100		
25-50	57	41.60	80	58.40	137	100		
> 50	5	29.41	12	70.59	17	100		
เพศ							.143	.705
ชาย	53	35.81	95	64.19	148	100		
หญิง	16	39.02	25	60.98	41	100		
สถานภาพสมรส							.002	.961
โสด หม้าย หย่าร้าง	40	36.36	70	63.64	110	100		
คู่	29	36.71	50	63.29	79	100		
การศึกษา							.757	.685
ประถมศึกษา	6	33.33	12	66.67	18	100		
มัธยมศึกษา	20	41.67	28	58.33	48	100		
ปริญญา	43	34.96	80	65.04	123	100		
รายได้ (บาท)							.104	.950
<10,000	14	35.90	25	64.10	39	100		
10,000-19,999	24	38.10	39	61.90	63	100		
≥20,000	31	35.63	56	64.37	87	100		
การรับรู้ภาวะสุขภาพ							**30.167**	**.000****
ไม่มีอาการ	8	11.43	62	88.57	70	100		
มีอาการ	61	51.26	58	48.74	119	100		
การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี							.874	.646
ต่ำ	42	34.15	81	65.85	123	100		
ปานกลาง	14	40.00	21	60.00	35	100		
สูง	13	41.94	18	58.06	31	100		
อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวม							1.481	.477
ต่ำ	5	50.00	5	50.00	10	100		
ปานกลาง	8	44.44	10	55.56	18	100		
สูง	56	34.78	105	65.22	161	100		
อุปสรรคส่วนบุคคล							2.783	.249
ต่ำ	50	33.56	99	66.44	149	100		
ปานกลาง	17	48.57	18	51.43	35	100		
สูง	2	40.00	3	60.00	5	100		
							.722	.697

ตารางที่ 1 ความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรกับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (n=189) (ต่อ)

ปัจจัยคัดสรร	ระดับซีดีโฟร์ (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)				รวม		χ^2	p-value
	<100		≥100					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือดและสถานบริการ								
ต่ำ	56	35.67	101	64.33	157	100		
ปานกลาง	4	33.33	8	66.67	12	100		
สูง	9	45.00	11	55.00	20	100		
การรับรู้การตีตราภาพรวม							.265	.876
ต่ำ	16	36.36	28	63.64	44	100		
ปานกลาง	39	37.86	64	62.14	103	100		
สูง	14	33.33	28	66.67	42	100		

*p<.05 **p<.001

แต่เมื่อวิเคราะห์เจาะลึกรายข้อคำถาม พบว่าอุปสรรคส่วนบุคคล ในประเด็นเรื่องกลัวการเจาะเลือดมีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=6.010 p<.05) อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือดและสถานบริการ ในประเด็นเรื่องไม่ทราบสิทธิการรักษาและการมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และสถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (χ^2=3.880 p<.05; χ^2=5.303 p<.05 ตามลำดับ)

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของอุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีกับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (n=189)

อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี	ระดับซีดีโฟร์ (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)				รวม		χ^2	p-value
	<100		≥100					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
อุปสรรคส่วนบุคคล								
1. ไม่มีค่าใช้จ่าย(เงิน)ในการเดินทางไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี							.664	.415
ไม่ใช่	59	37.82	97	62.18	156	100		
ใช่	10	30.30	23	69.70	33	100		
2. ไม่มีเวลาที่จะไปตรวจเลือด เช่น หยุดงานไม่ได้							2.876	.090
ไม่ใช่	49	33.33	98	66.67	147	100		
ใช่	20	47.62	22	52.38	42	100		
3. ไม่เคยได้รับคำแนะนำว่าควรจะไปตรวจเลือด							1.620	.203

ตารางที่ 2 ความสัมพันธ์ของอุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีกับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (n=189) (ต่อ)

อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี	ระดับซีดีโฟร์ (เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)				รวม		χ^2	p-value
	<100		≥100					
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ		
4. กลัวการเจาะเลือด							6.010	.014*
ไม่ใช่	44	31.43	96	68.57	140	100		
ใช่	25	51.02	24	48.98	49	100		
5. กลัวว่าตนเองจะยอมรับผลการติดเชื้อไม่ได้หากตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวี							2.056	.152
ไม่ใช่	40	32.79	82	67.21	122	100		
ใช่	29	43.28	38	56.72	67	100		
อุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับองค์กรที่ให้บริการ								
1. ไม่ทราบว่าจะตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้ที่ไหน							3.105	.078
ไม่ใช่	46	32.86	94	67.14	140	100		
ใช่	23	46.94	26	53.06	49	100		
2. ไม่ทราบสิทธิการรักษาและการมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี							3.880	.049*
ไม่ใช่	30	30.00	70	70.00	100	100		
ใช่	39	43.82	50	56.18	89	100		
3. สถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่เป็นส่วนตัว/ไม่เป็นสัดส่วน							.154	.695
ไม่ใช่	47	35.60	85	64.40	132	100		
ใช่	22	38.60	35	61.40	57	100		
4. สถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ไกลจากบ้าน							2.260	.133
ไม่ใช่	36	32.14	76	67.86	112	100		
ใช่	33	42.86	44	57.14	77	100		
5. สถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์							5.303	.021*
ไม่ใช่	40	31.01	89	68.99	129	100		
ใช่	29	48.33	31	51.67	60	100		
6. การใช้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีมีขั้นตอนยุ่งยาก/ซับซ้อน							.894	.344
ไม่ใช่	60	37.97	98	62.03	158	100		
ใช่	9	29.03	22	70.97	31	100		

***p<.05**

อภิปรายผลการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ พบว่า ค่าระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีมัธยฐาน 180 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร โดยส่วนใหญ่มีระดับเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิดซีดีโฟร์ น้อยกว่า 100 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ซึ่งเป็นระดับซีดีโฟร์ที่อยู่ในระยะที่มีอาการผิดปกติและเป็นระยะที่ปรากฏอาการของโรคติดเชื้อฉวยโอกาส สอดคล้องกับรายงานปี พ.ศ.2556-2558 ของกลุ่มติดตามและประเมินผลระดับชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รายงานค่ามัธยฐานระดับซีดีโฟร์ของผู้เข้ามาเริ่มรับยาต้านไวรัสรายใหม่ยังต่ำ (98, 109 และ 121 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร)[3] เนื่องมาจากการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้า[10-11]

ปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ ได้แก่ อายุมีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กลุ่มตัวอย่างมีอายุระหว่าง 18-66 ปี เฉลี่ย 34.66 ปี ผลการศึกษานี้คล้ายคลึงกันกับการศึกษาในต่างประเทศ[12-17] พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี มีมากกว่าครึ่งเป็นผู้ที่มีอายุมากกว่า 30 ปี มีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้าและมีระดับซีดีโฟร์น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร[11,18] แต่จากรายงานสถานการณ์เอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ. 2560 พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่วนใหญ่อายุอยู่ระหว่าง 15-45 ปี[19] แสดงให้เห็นว่าบางช่วงอายุของกลุ่มผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวียังเข้าถึงการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีได้น้อย ถึงแม้นโยบายประเทศไทยปีพ.ศ. 2557 มีปรับการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอายุต่ำกว่า 18 ปี สามารถเข้ารับการตรวจเลือดได้โดยไม่จำเป็นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครอง[20] และกลุ่มที่สามารถเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้ก็ยังมีระดับซีดีโฟร์ที่ต่ำอยู่ ส่วนปัจจัยด้านผู้ใช้บริการ เพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างมีการเข้าถึงการใช้บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเท่าเทียมกันไม่มีข้อจำกัด สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทยรายงานว่ามีสัดส่วนของเพศชายและเพศหญิงในการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีใกล้เคียงกัน[14-15,21-23] และประเทศไทยมีการปรับนโยบายที่เอื้อต่อการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีที่มากขึ้น กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีการศึกษาระดับปริญญาตรี และมีรายได้เฉลี่ย 26,987.72 บาท ซึ่งเป็นระดับที่ค่อนข้างสูงมากจึงทำให้ไม่มีความสัมพันธ์ระหว่างเพศ สถานภาพสมรส การศึกษา และรายได้ กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้ภาวะสุขภาพมีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ[24] พบว่า ปัจจัยทำนายที่ทำให้ตัดสินใจเข้าใช้บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี คือ ภาวะสุขภาพ ผู้ที่มีการรับรู้ว่าภาวะสุขภาพของตนแย่จะเข้าใช้บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น[5,11,25] ผู้ที่รู้สึกว่าสุขภาพดีไม่รู้สึกว่าตนเองป่วยหรือมีอาการผิดปกติจะไม่มาตรวจ[24] การศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ภาวะสุขภาพของตนเองไม่ดีหรือมีอาการผิดปกติ ได้แก่ น้ำหนักลด อ่อนเพลีย และ ไข้เรื้อรัง หรือมีการติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ วัณโรค ปอดบวม และการติดเชื้อราในหลอดอาหาร หลอดลมหรือปอด มีเพียงร้อยละ 37.04 เท่านั้นที่มีสุขภาพดีหรือไม่มีอาการผิดปกติ แสดงให้เห็นว่าผู้ที่มีสุขภาพไม่ดีหรือมีอาการผิดปกติจะเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมีระดับซีดีโฟร์เริ่มต่ำลงแล้ว

การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีสอดคล้องกับการศึกษาก่อนนี้[17,25] อาจเนื่องมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษานี้มีการรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ และคิดว่าตนเองไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง ซึ่งอาจไม่ได้คำนึงถึงพฤติกรรมเสี่ยงของคู่ จึงทำให้การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองต่ำกว่าความเป็นจริงได้ จากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องสัมพันธ์กับการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้าคือ การไม่ทราบว่าตนเอง

มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี[5,13,15,23-24,26] และจากรายงานสถานการณ์เอชไอวีในประเทศไทย พ.ศ.2560 พบว่า ผู้ที่พบการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ร้อยละ 90 มาจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน และร้อยละ 50 จากการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย[27] ทำให้การศึกษาครั้งนี้ พบว่า การรับรู้ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อม ได้แก่ อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี คะแนนด้านอุปสรรคส่วนบุคคลในการเข้าถึงบริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ แต่กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ พบว่า ไม่เคยได้รับคำแนะนำว่าควรไปตรวจเลือด รองลงมาคือไม่กล้าซักถามข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีจากบุคลากรสุขภาพ กลัวการเจาะเลือด ไม่มีเวลาที่จะไปตรวจเลือด เช่น หยุดงานไม่ได้ และไม่มีเงินในการเดินทางไปตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาก่อนนี้[5,12,15,25] และคะแนนด้านอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือดและสถานบริการอยู่ในระดับต่ำ แต่ พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบสิทธิการรักษา และการมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี รองลงมาสถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ไกลจากบ้าน สถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์ สถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่เป็นส่วนตัว /ไม่เป็นสัดส่วน สอดคล้องกับผลการศึกษาก่อนนี้[5,21,24-25] วิเคราะห์ความสัมพันธ์อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีภาพรวมไม่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งต่างจากการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า อุปสรรคในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี[15] แต่เมื่อแยกวิเคราะห์อุปสรรคส่วนบุคคลรายข้อ พบว่า ความกลัวการเจาะเลือดมีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อาจเพราะผู้ที่เข้ารับการตรวจเลือดจะถูกเจาะเลือดโดยทำให้เกิดการบาดเจ็บต่อร่างกาย และมีผลต่อด้านจิตใจ เกิดความกลัว และกังวล ซึ่งมีผลอย่างมากต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการเจาะตรวจเลือด และอุปสรรคที่เกี่ยวข้องกับบริการตรวจเลือดและสถานบริการ ได้แก่ การไม่ทราบสิทธิการรักษา/การมาตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี และสถานที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ มีความสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศไทย[15,23] และมีความสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ[5,26,28-29] โดยสาเหตุที่เข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้า ได้แก่ กังวลเกี่ยวกับค่าใช้จ่ายในการเข้าตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี[25] เนื่องมาจากการไม่ทราบสิทธิในการเข้ารับการตรวจเลือด[12]

การรับรู้การตีตรา แบ่งเป็น 2 ด้านใหญ่ ได้แก่ ด้านการรับรู้การตีตราในการเข้าใช้บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า การรับรู้การตีตราในภาพรวมอยู่ในระดับปานกลาง เช่นเดียวกับด้านการรับรู้การตีตราในการเข้าใช้บริการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี และด้านการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลางเช่นกัน โดยส่วนใหญ่กลัวเรื่องที่จะได้รับผลกระทบหากผลการตรวจเลือดออกมาเป็นผลบวก เช่น โดนรังเกียจ รองลงมากลัวเรื่องผู้อื่นเห็นและคิดว่าตนเองมีพฤติกรรมไม่ดี/เสี่ยง ด้านการรับรู้การตีตราเกี่ยวกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่รับรู้การตีตราด้านความกังวลที่จะเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง รองลงมาด้านความรู้สึกกังวลต่อทัศนคติของสังคมเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้สึกว่าถูกกีดกันจากสังคม และด้านความรู้สึกด้านลบต่อภาพลักษณ์ของตนเอง คล้ายคลึงกับการศึกษาในประเทศไทย[1,5,26,30] เมื่อวิเคราะห์ความสัมพันธ์การรับรู้การตีตราไม่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี อาจเนื่องจากการศึกษาครั้งนี้ได้ทำการศึกษาในกลุ่มตัวอย่างที่มีการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสแล้ว ทำให้

มีการปรับตัวยอมรับสภาพและรับรู้การตีตราลดลงกว่าเมื่อได้รับการวินิจฉัยแรก ๆ เป็นผลให้การรับรู้การตีตราไม่มีความสัมพันธ์กับระดับซีดีโฟร์ของผู้แรกรับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้ สอดคล้องกับการศึกษาก่อนนี้ พบว่า การรับรู้การตีตราเกี่ยวกับผู้ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ของผู้ที่ติดเชื้อแล้วไม่มีความสัมพันธ์กับการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ[29] แต่จากหลาย ๆ การศึกษายัง พบว่า การรับรู้การตีตราของผู้ที่มีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีล่าช้า[5,13,15-17] การศึกษาการรับรู้การตีตรายังคงเป็นประเด็นที่ควรให้ความสำคัญ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ในประเทศไทยยังเป็นเรื่องที่เปราะบาง ด้วยเหตุผลจากวัฒนธรรม จารีตที่ยังคงมีการตีตราในกลุ่มคนเหล่านี้อยู่

ข้อเสนอแนะ

ด้านการวิจัย

1. ควรมีการศึกษาในกลุ่มที่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีไม่เกิน 1 ปี จะทำให้ความคลาดเคลื่อนในการย้อนคิดเพื่อตอบคำถามลดลง

2. ควรมีการศึกษาในโรงพยาบาลระดับทุติยภูมิและตติยภูมิ เพื่อศึกษาเปรียบเทียบความแตกต่างระดับซีดีโฟร์ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกในสถานพยาบาลระดับต่างกัน

ด้านการปฏิบัติการพยาบาล

ควรพัฒนาช่องทางการสื่อสารเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีให้มากขึ้น โดยมีบริการให้คำปรึกษาทางโทรศัพท์เกี่ยวกับข้อมูลในการเข้าถึงการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งควรมีการให้ข้อมูลเพิ่มเติมที่ครอบคลุมถึงเรื่องโรค การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี และสิทธิรักษา เป็นต้น การส่งเสริมให้ประชาชนทั่วไปสามารถเข้าถึงการขอคำปรึกษาและเข้ามารับการตรวจเลือดได้อย่างสะดวก ช่วยให้ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง และสามารถเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเร็วขึ้นตลอดจนลดการแพร่กระจายเชื้อได้

กิตติกรรมประกาศ

วิจัยฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของโครงการที่ได้ทุนสนับสนุนการวิจัยจากโรงเรียนพยาบาลรามาธิบดี คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี ผู้วิจัยขอขอบคุณผู้ป่วยทุกท่านที่เข้าร่วมในการวิจัยครั้งนี้ และขอบคุณบุคลากรแผนกอายุรกรรม สถาบันบำราศนราดูรที่ให้ความร่วมมือและอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูลงานวิจัยนี้จนสำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. UNAIDS DATA 2019. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. [Internet]. 2019 [cited 20 Jun 19]; Available from https://www.unaids.org/ sites/ default/ files/media_asset/2019-UNAIDS-data_en.pdf
2. National health security office. HIV Prevention service follow-up workshop 2019. [Internet]. 2019 [cited 2019 May 12]; Available from https://www.hfocus.org/content/ 2019/05/17198
3. Bureau of AIDS Tuberculosis and STDs Department of disease control. Report on progress of Thailand in ending the AIDS problem 2018. Nonthaburi: NC Concept Co., Ltd; 2018. (in Thai)
4. Andersen RM. Revisiting the behavioral model and access to medical care: does it matter?. Journal of health and social behavior. 1995 Mar 1:1-0.
5. Carrizosa CM, Blumberg EJ, Hovell MF, Martinez-Donate AP, Garcia-Gonzalez G, Lozada R, Kelley NJ, Hofstetter CR, Sipan CL. Determinants and prevalence of late HIV testing in Tijuana, Mexico. AIDS patient care and STDs. 2010 May 1;24(5):333-40.

6. Shen ZW, Dai SY, Ye DQ. Intention to undergo HIV testing and associated factors among women in one high–HIV prevalence city. International journal of nursing practice. 2017 Jun;23(3):e12533.
7. Buchner A, Erdfelder E, Faul F,. GPOWER: A general power analysis program. Behavior research methods, instruments, & computers. 1996 Mar;28(1):1-1.
8. Orathai P, Phumonsakun S. Power analysis and sample size estimation using G*power program. [thesis]. Bangkok: Thammasat University; 2013. (in Thai)
9. Maneesriwongul W, Sa-nongdej W, Ponboobpha A, Pakdee J. A study of access to HIV-testing and access to antiretroviral therapy (under new policy providing treatment regardless of CD4 count) [dissertation]. N.p.; 2020
10. AIDSinfo. Epidemiological Status. U. N. A. I. D. S. [Internet]. 2016 [cited 2018 Jun 15]; Available from http://aidsinfo. unaids. org/.
11. Girardi E, Aloisi MS, Arici C, Pezzotti P, Serraino D, Balzano R, Vigevani G, Alberici F, Ursitti M, D'Alessandro M, Monforte AD. Delayed presentation and late testing for HIV: demographic and behavioral risk factors in a multicenter study in Italy. JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes. 2004 Aug 1;36(4):951-9.
12. Deblonde J, De Koker P, Hamers FF, Fontaine J, Luchters S, Temmerman M. Barriers to HIV testing in Europe: a systematic review. European journal of public health. 2010 Aug 1;20(4):422-32.
13. Leta TH, Sandøy IF, Fylkesnes K. Factors affecting voluntary HIV counselling and testing among men in Ethiopia: a cross-sectional survey. BMC Public Health. 2012 Dec;12(1):1-2.
14. Musumari PM, Chamchan C. Correlates of HIV testing experience among migrant workers from Myanmar residing in Thailand: a secondary data analysis. PloS one. 2016 May 3;11(5):e0154669.
15. Thepthien B, Srivanichakorn S, Apipornchaikul K, Subhaluksuksakorn P. Factors contributing to the voluntary counseling and HIV testing for persons at risk of HIV infection in Thailand [thesis]. Nakhon Pathom: Mahidol University; 2015. (in Thai)
16. Wimonsate W, Naorat S, Varangrat A, Phanuphak P, Kanggarnrua K, McNicholl J, Akarasewi P, van Griensven F. Factors associated with HIV testing history and returning for HIV test results among men who have sex with men in Thailand. AIDS and Behavior. 2011 May;15(4):693-701.
17. Wright PB, Borders TF, Booth BM, Han X, Stewart KE. Perceived need for HIV testing among rural and urban African American cocaine users. InAddiction Science & Clinical Practice 2015 Dec (Vol. 10, No. 1, pp. 1-2). BioMed Central.
18. Thanawuth N, Chongsuvivatwong V. Late HIV diagnosis and delay in CD4 count measurement among HIV-infected patients in Southern Thailand. AIDS care. 2008 Jan 1;20(1):43-50.

19. Bureau of AIDS Tuberculosis and STDs Department of disease control. Report on the results of the Bureau of AIDS and Tuberculosis and sexually transmitted diseases 2017. Nonthaburi:J.S.printing; 2017. (in Thai)
20. Bureau of AIDS Tuberculosis and STDs Department of disease control. Guidelines for the treatment and prevention of HIV infection in Thailand 2017. Nonthaburi: Agricultural Cooperative Society of Thailand printing house 2017; 33-137. (in Thai)
21. Chaichan M, Maneesriwongul W, Visudtibhan PJ. Relationships of personal characteristics, barriers to access to care, and perceived stigma to medication adherence among people living with HIV [thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2013. (in Thai)
22. Khaokaew P. Selected factors associated with metabolic syndrome in persons living with HIV/AIDS receiving antiretroviral therapy [thesis]. Bangkok: Mahidol University; 2017. (in Thai)
23. Wiwattanacheewin K, Sindhu S, Teitelman A, Maneesriwongul W, Viwatwongkasem C. Predictors of intention to use HIV testing service among sexually experienced youth in Thailand. AIDS Education and Prevention. 2015 Apr;27(2):139-52.
24. Ma W, Detels R, Feng Y, Wu Z, Shen L, Li Y, Li Z, Chen F, Wang A, Liu T. Acceptance of and barriers to voluntary HIV counselling and testing among adults in Guizhou province, China. AIDS (London, England). 2007 Dec;21(Suppl 8):S129.
25. Shrestha R. Determinants of voluntary HIV counseling and testing (VCT) uptake among men who have sex with men (MSM) in Nepal (Master's thesis, The University of Bergen).
26. Salt J, Davidson KM, Harvey J. Factors affecting GUM clinic attenders decisions and intentions to seek HIV testing. Irish journal of psychological medicine. 2001 Jun;18(2):54-60.
27. Bureau of Epidemiology. Situation of AIDS in Thailand 2014.[Internet]. 2014 [cited 2017 Dec 10]; Available from https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=13373
28. Gyarmathy VA, Rácz J, Neaigus A, Ujhelyi E. The urgent need for HIV and hepatitis prevention in drug treatment programs in Hungary. AIDS education and prevention. 2004 Jun 1;16(3):276-87.
29. Reif S, Golin CE, Smith SR. Barriers to accessing HIV/AIDS care in North Carolina: rural and urban differences. AIDS care. 2005 Jul 1;17(5):558-65.
30. Mikolajczak J, Hospers HJ, Kok G. Reasons for not taking an HIV-test among untested men who have sex with men: an Internet study. AIDS and Behavior. 2006 Jul;10(4):431-5.