

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original article

การยอมรับบริการยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร

ณัฐพิพัฒน์ เทียงธรรม วท.ม. (บริหารสาธารณสุข)*

ยุวณัฐ สัตยสมบุรณ์, วท.ด. (เวชศาสตร์ชุมชน)**

สุคนธา คงศีล, Ph.D. (Health economic and policy analysis)**

จุฑาธิป ศีลบุตร, ปร.ด.(คณิตศาสตร์)***

* หลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต (บริหารสาธารณสุข) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

** ภาควิชาบริหารงานสาธารณสุข คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** ภาควิชาชีวสถิติ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

วันรับ:	20 มี.ค. 2566
วันแก้ไข:	15 มิ.ย. 2566
วันตอบรับ:	25 มิ.ย. 2566

บทคัดย่อ

การให้ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี เป็นวิธีการที่มีประสิทธิภาพที่จะช่วยส่งเสริมการยุติปัญหาเอดส์ ในอนาคต การวิจัยแบบภาคตัดขวางนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินอัตราการยอมรับบริการยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (ยาเพรีพ) และหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับบริการยาเพรีพของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men, MSM) ในกรุงเทพมหานคร กลุ่มตัวอย่าง MSM จำนวน 280 คน อายุ 18 ปีขึ้นไป อาศัยในกรุงเทพมหานครมาแล้ว 1 เดือน เก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามแบบให้ตอบด้วยตนเอง ระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน 2564 ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาช ของแบบสอบถามส่วนการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับยาเพรีพ การรับรู้อุปสรรคในการเข้ารับบริการ และปัจจัยด้านสถานบริการ เท่ากับ 0.841, 0.763 และ 0.789 วิเคราะห์ความสัมพันธ์โดยสถิติไคสแควร์ ที่ระดับนัยสำคัญ 0.05 ผลการศึกษา พบว่า การยอมรับบริการยาเพรีพ เท่ากับ ร้อยละ 63.2 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการยอมรับบริการยาเพรีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ได้แก่ อายุ ระยะเวลาพักอาศัยในกรุงเทพมหานคร รายได้ต่อเดือน สิทธิการรักษาพยาบาล การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับยาเพรีพ การรับรู้อุปสรรคในการรับบริการยาเพรีพ และปัจจัยด้านสถานบริการ ข้อเสนอแนะจากผลศึกษานี้ การรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับบริการยาเพรีพ มีความสัมพันธ์กับการยอมรับบริการยาเพรีพ ดังนั้น มาตรการเพิ่มความรู้และการให้ข้อมูลสถานที่บริการยาเพรีพฟรีอย่างทั่วถึงเป็นสิ่งจำเป็นต่อการส่งเสริมการรับบริการยาเพรีพของ MSM

คำสำคัญ: การยอมรับ; ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ; เอชไอวี; ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย; กรุงเทพมหานคร

บทนำ

โรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาสุขภาพระดับโลก ข้อมูลเมื่อสิ้นปี พ.ศ. 2564 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ราว 38.4 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 1.5 ล้าน

คน⁽¹⁾ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก ร้อยละ 85 ที่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเอง⁽¹⁾ แต่ยังมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกร้อยละ 15 ที่ไม่ทราบว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปแล้ว จึงทำให้ยังไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสและ

เป็นสาเหตุของวงจรการมีผู้ติดเชื้อรายใหม่ไม่สิ้นสุด⁽¹⁾ รายงานจาก UNAIDS มีเป้าหมายที่จะลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั่วโลกให้น้อยกว่าห้าแสนคนให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2563 พบว่า ในปี พ.ศ. 2562 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั่วโลก 1.7 ล้านคน⁽²⁾ ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 1.5 ล้านคน⁽¹⁾ ซึ่งยังสูงกว่าเป้าหมายที่วางไว้ถึงสามเท่า แต่ก็ยังมีการแพร่ระบาดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่หยุดยั้งในทุกปี โดยกลุ่มเสี่ยงสูง คือ ผู้หญิงที่มีอายุน้อย ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ที่เสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น ผู้ต้องขังในเรือนจำ ผู้ขายบริการทางเพศและกลุ่มคนข้ามเพศ ซึ่งปัจจุบันนี้โรคเอดส์ยังไม่มีการรักษาให้หายขาดและไม่มีวัคซีนในการป้องกัน โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ร่วมกับนานาประเทศในการหาแนวทางดำเนินงานตามเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ (Getting to Zero) ทั่วโลกให้สำเร็จภายในปี พ.ศ. 2573⁽³⁾

ประเทศไทยได้ดำเนินงานด้านการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์มาอย่างต่อเนื่อง โดยมียุทธศาสตร์ป้องกัน และแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557- 2559⁽⁴⁾ ต่อมามีแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573⁽⁵⁾ มุ่งสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ หรือ Getting to Zero ด้วยเป้าหมาย 3 ประการ คือ (1) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ (2) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่ไม่มีการตายเนื่องจากเอดส์ ให้เหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย จาก 11,882 ราย/ปี (ข้อมูล ณ สิ้นปี พ.ศ. 2562) (3) เพื่อมุ่งสู่เป้าหมายที่ไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะ โดยตั้งเป้าหมายการทำงานเป็นสัดส่วน “95-95-95” คือ ผู้ติดเชื้อที่มีชีวิตอยู่ทราบสถานะการติดเชื้อของตนเองร้อยละ 95.0 ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการวินิจฉัยได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสร้อยละ 95.0 และผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสกดไวรัสสำเร็จร้อยละ 95.0 ซึ่งพบว่า แม้จะยังไม่บรรลุถึงเป้าหมายแต่แนวโน้มเป็นไปในทิศทางที่ดี โดยในปี 2564 ผลงานที่ได้จากเป้าหมายที่ตั้งไว้ทำได้ร้อยละ 94.4, 91.0 และ 97.3 ตามลำดับ⁽⁵⁾ การป้องกันไม่ให้มีผู้ติดเชื้อ

รายใหม่เป็นเรื่องสำคัญที่ต้องหามาตรการใหม่ๆ มาใช้ อย่างต่อเนื่อง และผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาให้มีปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายในระดับต่ำจนถึงระดับที่ตรวจไม่เจอเชื้อในเลือด หรือ ‘undetectable’ วิธีการที่นำมาใช้ได้ผลดี เช่น การสร้างความตระหนักในกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง โปรแกรมการปรับเปลี่ยนหรือลดพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ การใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ไม่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในผู้ติดยาเสพติด และการกินยาป้องกันฉุกเฉินหลังสัมผัสเชื้อเอชไอวี (ยาเป็บ: post-exposure prophylaxis, PEP) และยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (เพ็พ: pre-exposure prophylaxis)⁽³⁾ เป็นต้น

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (men who have sex with men, MSM) เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรายใหม่มากที่สุดในกรุงเทพมหานคร โดยคาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี พ.ศ. 2565 พบผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อรายใหม่ที่เป็น MSM ประมาณ 81,537 คน⁽⁶⁾ ซึ่งมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ไม่สามารถ ใช้ถุงยางอนามัยได้ทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก บางคนไม่ใช้ถุงยางอนามัยเลย และยังมีคู่นอนมากกว่า 1 คน⁽⁷⁻⁹⁾ ซึ่งสามารถนัดพบคู่นอนหรือเจอกัน โดยบังเอิญตามสถานที่หรือแหล่งรวมตัวเฉพาะของ MSM เช่น สถานบันเทิง ชานา และสวนสาธารณะ⁽¹⁰⁾ ยาเพ็พ เป็นนวัตกรรมทางยาที่มีการศึกษาแล้วว่าได้ผลดี ในปี 2555 สถาบันวิจัยสุขภาพ ประเทศสหรัฐอเมริกา (National Institutes of Health) ได้ศึกษาเกี่ยวกับการจ่ายยาเพ็พ พบว่า ยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี ชื่อการค้า ชื่อ ทรูวาต้า (truvada) มียาสองชนิดคือ เทนอฟโฟเวียร์ ไดโซฟร็อกซิล ฟิวเมอเรท (tenofovir disoproxil fumarate) กับเอมไตรซิทาบิน (emtricitabine) รวมอยู่ในเม็ดเดียวกัน⁽¹¹⁾ มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ถึง ร้อยละ 44⁽¹²⁾ ในกลุ่ม MSM และกลุ่มสาวประเภทสองที่ได้รับยาต่อเนื่องเป็นเวลาหนึ่งเดือน ควบคู่ไปกับการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและการใช้ถุงยางอนามัย⁽¹²⁾ การวิจัยติดตามผลใน

ผู้ที่ใช้ยาเพิร์พของสภากาชาดไทย ติดตามผลในคนที่กินยาเพิร์พ พบว่า การกินยาเพิร์พเป็นประจำทุกวันและมีวินัยในการกินยาให้ตรงเวลาทุกวันร่วมกับการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ สามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้สูงเกือบร้อยละ 100⁽¹³⁾

การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการยอมรับบริการยาเพิร์พ และปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับบริการยาเพิร์พ ในกลุ่ม MSM ในกรุงเทพมหานคร เพื่อนำผลการวิจัยนี้ไปใช้เป็นข้อมูลในการวางแผนงานจัดชุดบริการหรือการจัดกิจกรรมต่าง ๆ ส่งเสริมการใช้บริการยาเพิร์พ ที่มีความเฉพาะตรงกับความต้องการของกลุ่มเป้าหมาย MSM ส่งเสริมให้การดำเนินงานให้เกิดประสิทธิผลและประสิทธิภาพต่อไป

วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์ (analytical research) แบบตัดขวาง (cross-sectional study)

ประชากรในการวิจัย คือ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ในกรุงเทพมหานคร อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่พักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครเป็นระยะเวลาไม่น้อยกว่า 1 เดือน ไม่ทราบจำนวนประชากรที่แน่นอน

กลุ่มตัวอย่าง MSM จำนวน 280 คน คำนวณขนาดตัวอย่างด้วยสูตรแบบไม่ทราบจำนวนประชากรของ Cochran WG⁽¹⁴⁾ ค่าสัดส่วนความเต็มใจในการกินยาเพิร์พใน MSM ร้อยละ 40 จากผลวิจัยของ Wheelock A, et al.⁽¹⁵⁾ ค่า $Z=1.96$ ที่ความเชื่อมั่น 95% ค่าความคลาดเคลื่อน 5% ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 246 คน และเพิ่มข้อมูลอีกร้อยละ 10.0 เพื่อป้องกันการตอบกลับแบบ-สอบถามไม่สมบูรณ์ ได้กลุ่มตัวอย่างเป็น 271 คน กำหนดขนาดตัวอย่างจาก 5 เขต แบบโควตาเขตละ 56 คน จำนวนตัวอย่างจึงเท่ากับ 280 คน โดยในแต่ละเขตใช้การสุ่มอย่างเป็นระบบแบบ two-stage sampling ขั้นที่ 1 การสุ่มเลือกเขตพื้นที่วิจัย ใช้การจับฉลาก รายชื่อเขตจำนวน 5 เขตจาก 30 เขต ในกรุงเทพมหานครที่มีผลการสำรวจสถานบริการและแหล่งรวมตัวของ MSM ขั้นที่ 2

สุ่มสถานที่แหล่งรวมตัวของ MSM 3 ลักษณะ ได้แก่ สถานบันเทิง ชวน่า และสวนสาธารณะ จับฉลากเลือกมาประเภทละ 1 แห่งจาก 3 อันดับแรกที่มีการรวมตัวสูงที่สุดในปี พ.ศ. 2562 จากนั้นทำการสุ่ม MSM ในแต่ละสถานที่ใช้แบบบังเอิญ เก็บข้อมูลกระจายตามวัน การเชิญชวนกลุ่มตัวอย่างด้านหน้าก่อนเข้าสถานที่โดยขออนุญาตจากผู้จัดการสถานบันเทิงและชวน่า สวนสาธารณะ โดยมีเจ้าหน้าที่องค์การพัฒนาเอกชนด้านเอ็ดส์เป็นผู้ประสานงาน

เครื่องมือในการวิจัย ใช้แบบสอบถามแบบให้ตอบด้วยตนเอง ประกอบด้วย 5 ส่วน ได้แก่ (1) คุณลักษณะบุคคล เป็นคำถามแบบปลายปิดให้เลือกคำตอบ และแบบให้เติมคำตอบ จำนวน 6 ข้อ (2) การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับยาเพิร์พ เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 5 ข้อ (3) การรับรู้อุปสรรคในการรับบริการยาเพิร์พ เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 5 ข้อ (4) ปัจจัยด้านสถานบริการยาเพิร์พ เป็นคำถามปลายปิด จำนวน 11 ข้อ และ (5) การยอมรับบริการยาเพิร์พ เป็นคำถามปลายปิด 1 ข้อ เป็นคำถามความตั้งใจใช้บริการยาเพิร์พ เมื่อทราบว่า มีบริการยาเพิร์พให้บริการ สามารถขอรับยาได้หาก MSM ต้องการคำตอบให้เลือกตอบ 3 ตัวเลือก คือ ไม่ใช่แน่นอน ไม่แน่ใจ จะไปใช้บริการแน่นอน แบ่งระดับการยอมรับบริการยาเพิร์พ เป็น 2 ระดับ คือ ยอมรับบริการ หมายถึง จะไปใช้บริการแน่นอน และไม่ยอมรับ หมายถึง ไม่ใช่แน่นอน หรือไม่แน่ใจ คำตอบแบบสอบถามส่วนที่ (2) ส่วนที่ (3) และส่วนที่ (4) เป็นมาตราประมาณค่า 5 ระดับ เรียงจาก 5=เห็นด้วยมากที่สุด จนถึง 1=เห็นด้วยน้อยที่สุด แบ่งระดับตัวแปร ส่วนที่ (2) ส่วนที่ (3) และส่วนที่ (4) เป็น 3 ระดับจากคะแนนรวมคำตอบแบบสอบถามตามเกณฑ์แบ่งระดับความรู้ของ Bloom BS⁽¹⁶⁾ คือ ระดับสูง มีคะแนนร้อยละ 80.0 ขึ้นไป ระดับปานกลาง มีคะแนนร้อยละ 60.0-79.0 ระดับต่ำ มีคะแนนต่ำกว่าร้อยละ 60.0

แบบสอบถามผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาโดยผู้เชี่ยวชาญ 3 ท่าน หาค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหา

(content validity index: CVI) ส่วนที่ 1 – 5 มีค่าเท่ากับ 1.00, 0.97, 1.00, 0.95, และ 1.00 ตามลำดับ ทดลองใช้แบบสอบถามกับ MSM ที่เซตจตุจักรจำนวน 30 คน วิเคราะห์ความเชื่อมั่นโดยใช้สูตร Cronbach's alpha coefficient ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถามส่วนที่ 2=0.841 ส่วนที่ 3=0.763 ส่วนที่ 4=0.789

การรวบรวมข้อมูล โครงการวิจัยนี้ผ่านการรับรองจาก คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล รหัสโครงการ 78/2564 เอกสารรับรองโครงการวิจัยเลขที่ COA. No. MUPH 2021-074 เมื่อวันที่ 23 มิถุนายน 2564 หลังได้รับการรับรองผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูล ดังนี้

1. ขอความอนุเคราะห์กรุงเทพมหานครและผู้จัดการสถานบันเทิงในการเก็บข้อมูล
2. ผู้วิจัยประสานขอความร่วมมือจากองค์การพัฒนาเอกชนด้านเอดส์ ในการขอความอนุเคราะห์ผู้ช่วยวิจัยจำนวน 2 คน ในการช่วยลงพื้นที่เข้าหากลุ่มตัวอย่าง
3. เก็บข้อมูลระหว่างเดือนกรกฎาคมถึงเดือนกันยายน พ.ศ. 2564 ผู้วิจัยชี้แจงผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยวาจาและแจกเอกสารให้อ่านก่อนลงนามยินยอมตนเข้าร่วมการวิจัย
4. ผู้วิจัยแจกและรับแบบสอบถามกลับจากผู้เข้าร่วมวิจัยด้วยตนเองในวันเดียวกันหลังทำแบบสอบถามเสร็จ โดยให้นำแบบสอบถามส่งคืนที่ผู้วิจัย เพื่อนำมาวิเคราะห์ต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล

1. สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน มัธยฐาน และค่าพิสัยระหว่างควอไทล์ เพื่ออธิบายตัวแปร คุณลักษณะส่วนบุคคล การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับยาเพรีฟ การรับรู้อุปสรรคในการรับบริการยาเพรีฟ ปัจจัยด้านสถานบริการยาเพรีฟ และการยอมรับบริการยาเพรีฟ
2. สถิติเชิงอนุมานไค-สแควร์ (Chi-square) เพื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับบริการยาเพรีฟ กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < 0.05$

ผลการศึกษา

1. คุณลักษณะส่วนบุคคล จากกลุ่มตัวอย่าง MSM 280 คน เป็นเพศชายทั้งหมด อายุระหว่าง 30-39 ปีอายุน้อยที่สุด 18 ปี อายุมากที่สุด 57 ปี ระยะเวลาพักอาศัยอยู่ในกรุงเทพมหานครน้อยกว่าหรือเท่ากับ 5 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี ร้อยละ 67.5 ประกอบอาชีพพนักงานประจำบริษัทเอกชน ร้อยละ 42.5 ค่ามัธยฐานของรายได้เฉลี่ย 20,000 บาทต่อเดือน และสิทธิการรักษาพยาบาลมีสิทธิประกันสังคม มากที่สุด ร้อยละ 51.0 ดังตารางที่ 1

2. การยอมรับบริการยาเพรีฟของ MSM ในกรุงเทพมหานคร พบว่า MSM ยอมรับบริการยาเพรีฟ ร้อยละ 63.2 (177 คน) ไม่ยอมรับบริการยาเพรีฟ ร้อยละ 36.8 (103 คน)

3. การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับยาเพรีฟ ของ MSM ในกรุงเทพมหานคร อยู่ในระดับสูง ร้อยละ 69.3 (Mean=21.1, SD=3.6) การรับรู้อุปสรรคในการรับบริการยาเพรีฟของ MSM อยู่ในระดับต่ำ ร้อยละ 37.1 และระดับปานกลาง ร้อยละ 36.8 (Mean=16.0, SD=4.9) และปัจจัยด้านสถานบริการยาเพรีฟ พบว่า MSM มีการรับรู้ในระดับสูง ร้อยละ 45.7 (Mean=43.5, SD=6.8)

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการยอมรับบริการยาเพรีฟของ MSM ในกรุงเทพมหานคร พบว่า

คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการยอมรับบริการยาเพรีฟ ของ MSM ได้แก่ อายุ ($p=0.014$) ระยะเวลาพักอาศัยในกรุงเทพมหานคร ($p=0.004$) รายได้เฉลี่ยต่อเดือน ($p=0.019$) สิทธิการรักษาพยาบาล ($p=0.021$) ดังตารางที่ 2

การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับยาเพรีฟ ($p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคในการรับบริการยาเพรีฟ ($p=0.027$) และปัจจัยด้านสถานบริการยาเพรีฟ ($p < 0.001$) มีความสัมพันธ์ กับการยอมรับบริการยาเพรีฟของ MSM ในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ดังตารางที่ 3

การยอมรับบริการยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวีของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร

ตารางที่ 1 ลักษณะส่วนบุคคล ของMSM ในกรุงเทพมหานคร (n=280)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ	คุณลักษณะส่วนบุคคล	จำนวน	ร้อยละ
อายุ (ปี)			อาชีพ(ปัจจุบัน)		
18-24	36	12.8	พนักงานประจำบริษัทเอกชน	119	42.5
25-34	133	47.5	รับราชการ/รัฐวิสาหกิจ	56	20.0
35 - 44	89	31.8	รับจ้างอิสระ	36	12.9
45 ขึ้นไป	22	7.9	ประกอบธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	36	12.9
Mean=33.2, SD=7.6, Min=18, Max=57			นักศึกษา	20	7.1
ระยะเวลาที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร (ปี)			ไม่ได้ทำงาน (ว่างงาน)	13	4.6
≤5	75	26.8	รายได้เฉลี่ย (บาท/เดือน)		
6-10	68	24.3	≤10,000	44	15.7
11-15	37	13.2	10,001 - 20,000	100	35.7
16-20	28	10.0	20,001 - 30,000	57	20.4
≥21	72	25.7	>30,000	79	28.8
Median=10 (Q1=5.0, Q3=21.8) Min=1 Max=57			Median=20,000 (Q1=15,000, Q3=36,500)		
ระดับการศึกษาสูงสุด			Min=0 Max=150,000		
ต่ำกว่าปริญญาตรี	51	18.2	สิทธิการรักษาพยาบาล		
ปริญญาตรี	189	67.5	หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	72	25.7
ปริญญาโท/เอก	40	14.3	ประกันสังคม	144	51.4
			สวัสดิการข้าราชการ	41	14.7
			ไม่ทราบสิทธิ	23	8.2

ตารางที่ 2 คุณลักษณะส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการยอมรับบริการยาเพร็พของMSM ในกรุงเทพมหานคร (n=280)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การยอมรับบริการยาเพร็พ						Chi-square	df	p-value
	ยอมรับ		ไม่ยอมรับ		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
อายุ (ปี)							10.6	3	0.014*
18 - 24	31	86.1	5	13.9	36	100.0			
25 - 34	79	59.4	54	40.6	133	100.0			
35 - 44	56	62.9	33	37.1	89	100.0			
45 ขึ้นไป	11	50.0	11	50.0	22	100.0			
ระยะเวลาที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร (ปี)							15.2	4	0.004*
1 - 5	53	70.7	22	29.3	75	100.0			
6 - 10	46	67.6	22	32.4	68	100.0			
11 - 15	13	35.1	24	64.9	37	100.0			
16 - 20	19	67.9	9	32.1	28	100.0			
21 ขึ้นไป	46	63.9	26	36.1	72	100.0			

Acceptability of Using Pre-Exposure Prophylaxis HIV Medication Service among Men Who Have Sex with Men

ตารางที่ 2 คุณลักษณะส่วนบุคคลที่สัมพันธ์กับการยอมรับบริการยาเพิร์พของMSM ในกรุงเทพมหานคร (n=280) (ต่อ)

คุณลักษณะส่วนบุคคล	การยอมรับบริการยาเพิร์พ						Chi-square	df	p-value
	ยอมรับ		ไม่ยอมรับ		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
รายได้เฉลี่ยต่อเดือน (บาท)							5.5	1	0.019*
≤20,000	101	70.1	43	29.9	144	100.0			
20,001 ขึ้นไป	76	55.9	60	44.1	136	100.0			
	Mean=28,664 SD=21,762.79 ต่ำสุด 0 – มากสุด 150,000								
สิทธิการรักษาพยาบาล (n=257, missing=23)							7.7	2	0.021*
ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	55	76.4	17	23.6	72	100.0			
ประกันสังคม	84	58.3	60	41.7	144	100.0			
ข้าราชการ	23	56.1	18	43.9	41	100.0			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

ตารางที่ 3 ความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับยาเพิร์พ การรับรู้อุปสรรคในการรับบริการยาเพิร์พ และปัจจัยด้านสถานบริการยาเพิร์พ กับการยอมรับบริการยาเพิร์พของMSM ในกรุงเทพมหานคร(n=280)

ปัจจัย	การยอมรับบริการยาเพิร์พ						Chi-square	df	p-value
	ยอมรับ		ไม่ยอมรับ		รวม				
	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ	จำนวน	ร้อยละ			
การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับยาเพิร์พ							29.9	1	<0.001*
ระดับสูง	143	73.7	51	26.3	194	100.0			
ระดับปานกลาง-ต่ำ	34	39.5	52	60.5	86	100.0			
การรับรู้อุปสรรคในการรับบริการยาเพิร์พ							7.2	2	0.027*
ระดับสูง	52	71.2	21	28.8	73	100.0			
ระดับปานกลาง	20	46.5	23	53.5	43	100.0			
ระดับต่ำ	105	64.0	59	36.0	164	100.0			
ปัจจัยด้านสถานบริการยาเพิร์พ							32.6	2	<0.001*
ระดับสูง	101	78.9	27	21.1	128	100.0			
ระดับปานกลาง	61	57.0	46	43.0	107	100.0			
ระดับต่ำ	15	33.3	30	66.7	45	100.0			

* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

วิจารณ์

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการยอมรับบริการยาเพิร์พ ของ MSM ในกรุงเทพมหานคร พบว่า อัตราการยอมรับบริการยาเพิร์พของ MSM เท่ากับร้อยละ 63.2 โดย MSM กลุ่มตัวอย่างได้รับข้อมูลเกี่ยวกับยา-

เพิร์พก่อนตอบคำถาม การยอมรับนี้เป็นกระบวนการยอมรับในขั้นตอนการรับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ของยาเพิร์พ และประเมินแล้วว่าจะเกิดประโยชน์แก่ตัวเอง ทำให้เกิดความสนใจจะไปใช้บริการยาเพิร์พ ผลวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาในประเทศ Benin จาก MSM

จำนวน 400 คน พบว่า อัตราการยอมรับยาเพิร์พแบบกินทุกวัน ร้อยละ 69.2⁽¹⁷⁾ แต่ไม่สอดคล้องกับการวิจัยในกรุงเทพมหานครที่ผ่านมา อัตราการยอมรับยาเพิร์พใน MSM อายุ 18-24 ปี ในวิจัยนี้สูงถึงร้อยละ 86.1 สูงกว่าการวิจัยของ Auemaneekul N, et al.⁽¹⁸⁾ วิจัย ปี 2562 ในกลุ่มวัยรุ่น MSM และหญิงข้ามเพศ (transgender women) อายุ 18-24 ปี ในกรุงเทพมหานคร จำนวน 310 คน พบว่า ร้อยละ 30.6 มีความตั้งใจที่จะกินยาเพิร์พทุกวัน ที่พบว่าแตกต่างกันนี้เนื่องมาจากการใช้คำถามที่ต่างกันโดยในการวิจัยของ Auemaneekul N, et al.⁽¹⁸⁾ ถามความตั้งใจที่จะกินยาเพิร์พ ตามความถี่ 4 คำตอบ คือ ไม่กินเลย กินทุกวัน กิน 1-3 วันต่อสัปดาห์ และกิน 4-6 วันต่อสัปดาห์ แบ่งความตั้งใจกินยาเพิร์พทุกวัน เป็นกลุ่มที่ตั้งใจ และกลุ่มอื่นๆ เป็นกลุ่มไม่ตั้งใจ ส่วนคำถามในวิจัยนี้ถามเพื่อวัดการยอมรับบริการยาเพิร์พ คือ “หากไม่ได้กินยาเพิร์พอยู่ท่านจะไปรับบริการเพื่อกินยาเพิร์พหรือไม่” คำตอบแบ่ง 2 ระดับ ยอมรับบริการยาเพิร์พ คือ “ไปแน่นอน” ส่วนไม่ยอมรับบริการยาเพิร์พ คือ “ไม่แน่ใจ” และ “ไม่ไปแน่นอน” ผลการศึกษาแสดงให้เห็นว่า MSM ในกรุงเทพมหานคร มีความสนใจที่จะใช้บริการยาเพิร์พ เพิ่มมากขึ้นกว่าในช่วงเวลาที่ผ่านมา ทั้งนี้เนื่องมาจากในพื้นที่กรุงเทพมหานครมีการประชาสัมพันธ์เกี่ยวกับยาเพิร์พใน MSM แพร่หลายอย่างต่อเนื่อง มีการขยายการจ่ายยาในโรงพยาบาลและหน่วยบริการสาธารณสุขของกรุงเทพมหานครเพิ่มมากขึ้น การที่ผลการศึกษาในครั้งนี้พบอัตราการยอมรับที่สูงหรือต่ำกว่าการศึกษาที่ผ่านมาทั้งผลการศึกษาในประเทศไทยและจากต่างประเทศ เนื่องมาจากบริบทของการรณรงค์ใช้บริการยาเพิร์พแต่ละประเทศที่แตกต่างกัน มีการนำยาเพิร์พมาใช้ในระยะเวลาที่แตกต่างกัน

คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ กับการยอมรับบริการยาเพิร์พของ MSM ในกรุงเทพมหานคร เป็นไปตามสมมติฐานที่ตั้งไว้ อธิบายได้ว่า ผู้ที่มีอายุ 18-24 ปี มีอัตราการยอมรับบริการยาเพิร์พมากกว่ากลุ่มอายุอื่นเนื่องมาจากกลุ่มที่มีอายุน้อยมี

การใช้เทคโนโลยีที่ทันสมัยทำให้สามารถค้นหาข้อมูลเกี่ยวกับยาเพิร์พได้สะดวกทำให้รับรู้ข้อมูลเกี่ยวกับยาเพิร์พได้มากกว่า ระยะเวลาที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร 1-5 ปี มีอัตราการยอมรับบริการยาเพิร์พมากกว่ากลุ่มที่อาศัยในกรุงเทพมหานครนานขึ้นเนื่องจากกลุ่มที่อาศัยในกรุงเทพมหานคร 1-5 ปี เป็นกลุ่มที่มีอายุน้อย MSM ที่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาทมีอัตราการยอมรับบริการยาเพิร์พมากกว่ากลุ่มที่มีรายได้สูงกว่า 20,000 บาท เนื่องจากการรับรู้บริการยาเพิร์พว่ามีบริการที่ไม่ต้องจ่ายค่ายาเป็นที่สนใจของ MSM ที่มีรายได้น้อยกว่า 20,000 บาทมากกว่าผู้มีรายได้สูง และ MSM ที่มีสิทธิรักษาพยาบาลหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า มีอัตราการยอมรับบริการยาเพิร์พสูงกว่าในกลุ่ม MSM ที่มีสิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ เนื่องจากผู้ใช้สิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าเป็นกลุ่ม MSM ที่มีอายุน้อย

การรับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับยาเพิร์พ ($p < 0.001$) การรับรู้อุปสรรคในการรับบริการยาเพิร์พ ($p = 0.027$) และปัจจัยด้านสถานบริการยาเพิร์พ ($p < 0.001$) มีความสัมพันธ์กับการยอมรับบริการยาเพิร์พของ MSM ในกรุงเทพมหานคร อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ อธิบายได้ว่า MSM ที่รับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับยาเพิร์พระดับสูงมีอัตราการยอมรับบริการยาเพิร์พสูงกว่า MSM ที่รับรู้ประโยชน์เกี่ยวกับยาเพิร์พในระดับปานกลาง และระดับต่ำ MSM ที่รับรู้อุปสรรคในการรับบริการยาเพิร์พระดับสูงมีอัตราการยอมรับบริการยาเพิร์พสูงกว่า MSM ที่รับรู้อุปสรรคในการรับบริการยาเพิร์พ ในระดับปานกลางและระดับต่ำ ปัจจัยด้านสถานบริการยาเพิร์พ MSM ที่รับรู้ปัจจัยด้านสถานบริการยาเพิร์พ ระดับสูง มีอัตราการยอมรับบริการยาเพิร์พสูงกว่า MSM ที่รับรู้ปัจจัยด้านสถานบริการยาเพิร์พในระดับปานกลางและระดับต่ำ โดย MSM รับรู้ระดับมากถึงมากที่สุดว่ายาเพิร์พช่วยลดโอกาสเสี่ยงในการรับเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ได้ การรับรู้อุปสรรคในการรับบริการยาเพิร์พ อยู่ในระดับปานกลางถึงระดับต่ำ โดยมีการรับรู้อุปสรรคระดับต่ำในทุกเรื่อง ได้แก่ ความไม่แน่ใจ ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ไม่รู้จักสถาน-

บริการยาเพรีฟ และความไม่ปลอดภัยของยาเพรีฟ ส่วนอุปสรรค ความกังวลเรื่องค่าใช้จ่ายและการรักษาต่ำ อธิบายได้ว่าแม้ MSM กลุ่มที่รับรู้อุปสรรคระดับสูงแต่ก็เป็นผู้ที่รับรู้ประโยชน์ของยาเพรีฟ ระดับสูงด้วยถึงร้อยละ 87.7 เมื่อได้รับข้อมูลว่ามีสถานบริการที่ไม่ต้องเสียค่ายา และยาเพรีฟเป็นยาที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ผลดี ทำให้มีอัตราการยอมรับบริการยาเพรีฟในระดับสูงกว่ากลุ่มที่มีการรับรู้อุปสรรคในการรับบริการยาเพรีฟในระดับต่ำถึงปานกลาง ปัจจัยด้านสถานบริการยาเพรีฟ พบว่า MSM รับรู้สูงว่ามีสถานบริการยาเพรีฟที่ไม่ต้องจ่ายค่ายา ร้อยละ 86.4 รับรู้ว่า ในกรุงเทพมหานครมีสถานบริการยาเพรีฟทั้งภาครัฐและเอกชน ร้อยละ 80.3 มีอัตราการยอมรับบริการยาเพรีฟในระดับสูงกว่ากลุ่มที่รับรู้ปัจจัยด้านสถานบริการยาเพรีฟระดับปานกลางและระดับต่ำ แสดงให้เห็นว่า การรับรู้ปัจจัยด้านสถานบริการยาเพรีฟ มีความสำคัญต่อการตัดสินใจยอมรับการใช้บริการยาเพรีฟ

ผลวิจัยสอดคล้องกับการศึกษาของปณิณพัฒน์ ลาวลัยตระกูล⁽¹⁷⁾ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของยาเพรีฟมีความสัมพันธ์กับการยอมรับยาเพรีฟ สอดคล้องกับผลวิจัยของ Ahouada C, et al⁽¹⁷⁾ พบว่า MSM ยินดีที่จะใช้บริการยาเพรีฟหากไม่ต้องมีค่าใช้จ่ายในการรับบริการหรือว่ามียาเพรีฟฟรีและปัจจัยด้านสถานบริการยาเพรีฟมีความสัมพันธ์กับการยอมรับบริการยาเพรีฟ

ข้อจำกัดของการวิจัย

การวิจัยนี้เก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง ผลการวิจัยที่พบความสัมพันธ์กันไม่สามารถบอกถึงสาเหตุที่แน่นอนได้

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะด้านบริหาร

ผู้บริหารกระทรวงสาธารณสุข และกรุงเทพมหานคร ที่รับผิดชอบงานป้องกันควบคุมโรคเอดส์ สามารถนำข้อมูลไปใช้พิจารณาเพื่อตัดสินใจในการกำหนดนโยบายระดับประเทศเกี่ยวกับการจัดบริการยาเพรีฟ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงบริการยาเพรีฟ ในกลุ่ม MSM ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง ให้สามารถเข้าถึงข่าวสารและ

บริการให้ครอบคลุมมากขึ้นโดยเฉพาะในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ที่มีพื้นที่หรือแหล่งรวมตัวเฉพาะกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นจำนวนมาก ผลการวิจัยนี้พบว่าเมื่อ MSM ได้รับข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับยาเพรีฟเพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจ จะยอมรับบริการยาเพรีฟหากมีบริการยาเพรีฟที่ไม่มีค่าใช้จ่าย

2. ข้อเสนอแนะสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านเอดส์

ผู้ปฏิบัติงานด้านเอดส์ควรมาตรการสื่อสารข้อมูลบริการยาเพรีฟ ให้ MSM เข้าถึงได้สะดวก เพื่อเพิ่มการรับรู้ประโยชน์ของยาเพรีฟ อันจะช่วยส่งเสริมการยอมรับบริการยาเพรีฟเพิ่มขึ้นและทำให้ MSM ไปรับบริการยาเพรีฟเพิ่มขึ้น

3. ข้อเสนอแนะในการวิจัยครั้งต่อไป

ครั้งต่อไปควรทำการวิจัยแบบติดตามไปข้างหน้า หลังจากที่มีการปรับปรุงรูปแบบบริการและการประชาสัมพันธ์ให้เหมาะสมกับ MSM มากขึ้น และติดตามการเข้ารับบริการของกลุ่มเป้าหมายและประเมินการยอมรับบริการยาเพรีฟ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้มีส่วนร่วมในการอำนวยความสะดวกในพื้นที่เก็บข้อมูลทุกท่าน เจ้าหน้าที่องค์การภาคประชาสังคมด้านเอดส์ กลุ่ม MSM ผู้ร่วมตอบแบบสอบถาม และผู้มีส่วนเกี่ยวข้องทุกท่านในการทำวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. World Health Organization. Key facts HIV [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 4]. Available from: <https://cdn.who.int/media/docs/default-source>
2. UNAIDS. UNAIDS data 2020 [Internet]. 2020 [cited 2023 Jan 4]. Available from: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_aids-data-book-en.pdf
3. กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. แผนยุทธศาสตร์ยุติปัญหา

- เอตส์ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พ.ศ. 2560-2573. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร; 2560.
4. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอตส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557-2559. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2555.
 5. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอตส์ พ.ศ. 2560-2573. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2560.
 6. สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่กรุงเทพมหานครปี 2565. กรุงเทพมหานคร: สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร; 2565.
 7. กัณฑ์กานต์ นิลสุ่ม, ยუნุช สัตยสมบุรณ์, วิริณธ์ กิตติพิชัย. การยอมรับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองของกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกรุงเทพมหานคร. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2561;27:819-29
 8. นัทธวิทย์ สุรักษ์. ปัจจัยทำนายความสม่ำเสมอในการใช้ถุงยางอนามัยของนักศึกษาชายรักชายในสถาบันอุดมศึกษาจังหวัดชลบุรี. วารสารพยาบาล 2561;3:84-100.
 9. กิตติ พุฒิกานนท์. ปัจจัยการใช้และไม่ใช้ถุงยางอนามัยของนักเรียนวัยรุ่นชายเขต 9 จังหวัดพิษณุโลก. วารสารอนามัยครอบครัว 2557;22(3):43-53.
 10. สถาบันวิจัยสุขภาพ. การจ่ายยาต้านไวรัส [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <http://www.adamslove.org/thailand/b.php?cid>
 11. สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี. การเปลี่ยนจากเพิร์พสูตรเดิมไปใช้เพิร์พสูตรใหม่สำหรับบางคนอาจไม่จำเป็น [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [สืบค้นเมื่อ 4 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://ihri.org/th/การเปลี่ยนจากเพิร์พสูตร/>
 12. National Institute of Allergy and Infectious Disease. Pre-exposure prophylaxis (PrEP) to reduce HIV risk [Internet]. 2022 [cited 2023 Jan 4]. Available from: <https://www.niaid.nih.gov/diseases-conditions/pre-exposure-prophylaxis-prep>
 13. ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. เพิร์พ (เพิร์พ), เป็ป (PEP) คืออะไร [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 10 ม.ค. 2565]. แหล่งข้อมูล: <https://th.trcarc.org/เพิร์พ-prep-เป็ป-pep-คืออะไร/>
 14. Cochran WG. Practical nonparametric statistics. New York: John Wiley; 1997.
 15. Wheelock A, Eisingerich AB, Ananworanich J, Gomez GB, Hallett TB, Dybul MR, et al. Are Thai MSM willing to take PrEP for HIV prevention? An analysis of attitudes, preferences and acceptance. PLoS ONE 2013; 8(1):e54288.
 16. Bloom BS. Taxonomy of educational objectives, the classification of educational goals – handbook i: cognitive domain. New York: David McKay; 1956.
 17. Ahouada C, Diabate S, Mondor M, Hessou S, Guédou FA, Béhanzin L, et al. Acceptability of pre-exposure prophylaxis for HIV prevention: facilitators, barriers and impact on sexual risk behaviors among men who have sex with men in Benin. BMC Public Health 2020;20: 1267.
 18. Auemaneekul N, Lertpruek S, Satitvipawee P, Tuah N A. Pre-exposure prophylaxis uptake for HIV infection prevention among young men who have sex with men and transgender women in Bangkok, Thailand. Journals of Health Research 2021;35(5):434-43.
 19. ปันณพัฒน์ ลาวลัยตระกูล. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อความสนใจในการใช้ยาป้องกันก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในประเทศไทย. วารสารระบบบริการปฐมภูมิและเวชศาสตร์ครอบครัว 2563;3(1): 46-56.

Abstract: Acceptability of Using Pre-Exposure Prophylaxis HIV Medication Service among Men Who Have Sex with Men, Bangkok Metropolis

Natphiphat Thiengtham, M.Sc. (Public Health Administration)*; Youwanuch Sattayasomboon, Ph.D.; Sukhontha Kongsin, Ph.D.**; Jutatip Sillabutra, Ph.D.*****

** Master of Science Program (Public Health administration), Faculty of Public Health, Mahidol University Bangkok; ** Department of Public Health Administration, Faculty of Public Health, Mahidol University;*

**** Department of Biostatistics, Faculty of Public Health, Mahidol University, Thailand*

Journal of Health Science 2023;32(Suppl 2):S241-S250.

Getting pre-exposure prophylaxis HIV medication was an effective strategy supporting to reach the ending of AIDS in the future. This cross-sectional study aimed at assessing rate of acceptability of using pre-exposure prophylaxis HIV medication (PrEP) services and identifying factors associated with the acceptability among men who have sex with men (MSM) in Bangkok. The 280 MSM were randomly selected. They were aged 18 years or older, living in Bangkok at least one month. The data were collected by a self-administration questionnaire during July to September 2021. The Cronbach's alpha coefficient of the questionnaire for perceived benefits of Prep, perceived obstacles of using the service and service facility factor equaled 0.841, 0.763 and 0.789, respectively. Chi-square was used to identify factors associated acceptability with the PrEP service, at a significant level 0.05. The results revealed that, 63.2% decided to use PrEP service, the factors associated with PrEP service acceptability were age, length of stay in Bangkok, monthly income, medical right, perceived benefits of PrEP, perceived obstacles of using the service and service facilities factor. Thus, perceived PrEP services information was associated with the acceptability of PrEP service. Therefore, interventions for increasing knowledge and the place of PrEP free services are necessary to promote the service.

Keywords: acceptability; pre-exposure prophylaxis HIV medication; men who have sex with men; Bangkok