HIV CARE CONTINUUM
& BEYOND

พันธมิตร:

การเปลี่ยนแปลงในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และต่อจากนี้: ยุคใหม่ในเอเชีย

เอกสารฉบับนี้ได้ทำการตรวจสอบข้อมูลจาก 6 พื้นที่ในเอเชียเพื่อยุติการแพร่เชื้อ พัฒนาเรื่องการดูแลและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ

NX-TH-HVX-LBND-230001
January 2023

หน่วยทุน:

Getting ahead of HIV together

คำนำ 3

บทสรุปย่อ 4

บทนำ: HIV Care Continuum & Beyond ในเอเชีย 6

ส่วนที่ 1
การอภิปราย: ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและผู้นำชุมชน 7

ส่วนที่ 2
การอภิปราย: ความท้าทายและข้อค้นพบระดับภูมิภาค 9
การตีตราและการเลือกปฏิบัติ 9
การป้องกัน: ยาเพร็พ (PrEP) 10
การป้องกัน: U=U 10
การตรวจ การวินิจฉัย และการรักษา 10
คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี 11

ส่วนที่ 3
คำแนะนำและแนวทางแก้ไข 12

ส่วนที่ 4
ภาคผนวก: พื้นที่ในท้องถิ่น – ความท้าทายและข้อค้นพบ 20

อภิธานศัพท์ 33

คณะกรรมการอำนวยการประวัติโดยย่อ 36

เนื้อหาในเอกสารนี้ครอบคลุมเฉพาะหกเขตการปกครองในเอเชียเท่านั้น ได้แก่ จีน เขตบริหารพิเศษฮ่องกง สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน และไทย ซึ่งเป็นเขตการปกครองที่มีรายได้ปานกลางถึงสูง และไม่ใช่ข้อมูลของทั่วทั้งภูมิภาคเอเชีย

คำนำ

เอเชียถึงจุดที่สำคัญที่ต้องพัฒนาต่อในการพยายามที่จะยุติเชื้อเอชไอวีที่เป็นข้อกังวลทางด้านสาธารณสุข

แม้ว่าเอเชียจะเป็นหนึ่งในศูนย์กลางของการแพร่ระบาดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก เมื่อพูดถึงกลุ่มประชากรหลัก อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเอเชียกำลังลดลง แต่เรายังคงต้องจัดลำดับความสำคัญของการป้องกันเอชไอวีและเพิ่มความพยายามที่มีอยู่เป็นสองเท่าเพื่อรักษาความก้าวหน้าที่เรากำลังทำอยู่

สถานการณ์เข้าขั้นวิกฤติขึ้น เมื่อสถานโควิด-19 ได้เบี่ยงเบนความสนใจและทรัพยากร รวมถึงบริการที่นำโดยชุมชนออกจากโครงการป้องกันและรักษาเอชไอวีและเอดส์ไป ซึ่งจำนวนผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ยังคงเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง ทำให้เกิดความกังวลต่อระบบการดูแลผู้สูงอายุ การขาดแคลนด้านการป้องกันและการรักษา และการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและ/หรือผู้ที่มาจากกลุ่มประชากรหลักนั้นมีอยู่อย่างแพร่หลายในแวดวงสังคม สถานพยาบาล และกลไกเชิงโครงสร้าง คุณภาพชีวิตทางจิตใจ ร่างกาย และสังคมของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและจากกลุ่มประชากรหลักจึงเป็นเรื่องที่น่ากังวลทั้งในระดับผู้ป่วยรายบุคคลและในระดับความสามารถทั้งระบบ

สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี (IHRI), TREAT Asia/amfAR – มูลนิธิเพื่อการวิจัยเอดส์, องค์กรลูร์ดไต้หวัน, Love4One และ องค์กรความรักและความหวังไต้หวัน ถูกก่อตั้งและให้ทุนสนับสนุนโดย ViiV Healthcare และด้วยความร่วมมือกับมูลนิธิ APCOM

โครงการ HIV Care Continuum & Beyond ริเริ่มก่อตั้งขึ้นเมื่อปลายปี พ.ศ. 2564 โครงการไม่เพียงเผชิญหน้ากับความท้าทายในดินแดนเอเชียที่คนส่วนใหญ่มีรายได้ปานกลาง แต่ยังสร้างความสำเร็จของภูมิภาคร่วมกันอีกด้วย

ดินแดนในเอเชียหลายแห่งยังคงเพิ่มขีดความสามารถที่ได้รับทุนสนับสนุนในประเทศด้านนวัตกรรมการป้องกันและการรักษา การส่งเสริม U=U (ตรวจไม่พบเท่ากับไม่แพร่เชื้อ) และบริการที่นำโดยชุมชน และในยุคใหม่นี้ HIVCCB ต้องการจุดประกายให้เกิดการแลกเปลี่ยนความคิดเห็นที่มีความหมายระหว่างองค์กรชั้นนำในเอเชียและองค์กรด้านการดูแลเอชไอวี และผลักดันให้ยุติปัญหาเอชไอวีที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขภายในปี 2573 ปัจจุบัน HIVCCB ประกอบด้วยคณะกรรมการขับเคลื่อน 12 คน ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวีจาก 6 พื้นที่ในเอเชียส่วนใหญ่พึ่งพา แหล่งข้อมูลในประเทศเพื่อเป็นทุนในความช่วยเหลือด้านเอชไอวี ผู้เชี่ยวชาญมาจากชุมชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก รวมถึงนักวิจัยจากจีน เขตบริหารพิเศษฮ่องกง ไต้หวัน ไทย สิงคโปร์ และเกาหลีใต้ ซึ่งล้วนประสบกับความท้าทายและประสบความสำเร็จในความก้าวหน้าครั้งใหญ่ในการป้องกันและ เป้าหมายการรักษา

เอกสารฉบับนี้แสดงถึงการทำงานร่วมหลายเดือนโดยคณะกรรมการขับเคลื่อนเพื่อคลี่คลายความซับซ้อน การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องใน 6 พื้นที่ เป็นการตรวจสอบที่สำคัญว่าพื้นที่เหล่านี้ดำเนินการอย่างไรในด้านการป้องกัน การทดสอบ การวินิจฉัยและการรักษา การตีตราและการเลือกปฏิบัติ และคุณภาพชีวิต โดยเน้นที่การเสริมพลังชุมชนและการบริการที่นำโดยชุมชน เอกสารฉบับนี้ยังสนับสนุนบทบาทพิเศษขององค์กรในชุมชนที่มีส่วนร่วมอย่างต่อต่อเนื่องในการดูแล รวมถึงการพัฒนาและนำเสนอการดำเนินวิธีการแบบตัวต่อตัวและดิจิทัลที่เป็นนวัตกรรมใหม่

สามปีที่ผ่านมาได้พิสูจน์ให้เห็นแล้วว่าด้วยวิธีการร่วมกัน วิกฤตการณ์ด้านสุขภาพทั่วโลกสามารถเอาชนะได้ด้วยการแลกเปลี่ยนความเชี่ยวชาญที่มีในแต่ละ ฝ่าย ความหมายของ HIVCCB ไม่เพียงแค่เรียกร้องให้ทุกภูมิภาคในเอเชียกลับมามีสภาวะด้านสาธารณสุขตามปกติ แต่ยังเป็นเวทีสำหรับผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพของเอเชีย องค์กรชุมชน และผู้กำหนดนโยบายเพื่อแบ่งปันแนวทางแก้ไขที่สามารถช่วยให้เดินหน้าร่วมกันเพื่อยุติการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีได้

ประธานร่วมของโครงการ HIV Care Continuum & Beyond

มิทไนท์ พูนเกษตรวัฒนา
ผู้อำนวยการบริการมูลนิธิ APCOM

นิตยา ภานุภาค
ผู้อำนวยการบริการ สถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี

บทสรุปย่อ

แม้จะผ่านไปสี่ทศวรรษแล้ว เอชไอวียังคงเป็นปัญหาฉุกเฉินด้านสาธารณสุขของโลก มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 1.5 ล้านคนทั่วโลกในปี 2564 และ 260,000 ราย ในแถบเอเชียแปซิฟิกเพียงแถบเดียว[1] เอชไอวีไม่เพียงแต่สามารถก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพที่ร้ายแรงและถึงขั้นเสียชีวิต แต่ยังส่งผลกระทบอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อซึ่งต้องได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลเอาใจใส่ตลอดชีวิตอีกด้วย

อย่างไรก็ตาม เราเห็นความก้าวหน้าของทางเลือกต่างๆ ทั้งด้านการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ วิธีการทดสอบและการวินิจฉัยที่เกิดขึ้นใหม่ การเสริมสร้างความเข้มแข็งของระบบสุขภาพ และความพร้อมในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส (ART) ที่แพร่หลายมากขึ้น[2] สิ่งเหล่านี้ล้วนมีส่วนทำให้อัตราการแพร่เชื้อลดลง การดำเนินการที่นำโดยชุมชน ของกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ เช่นเดียวกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้กระตุ้นให้เกิดความก้าวหน้าดังกล่าวด้วยเช่นกัน

ด้วยกับการป้องกันและการรักษาที่มีประสิทธิภาพ ขณะนี้เราสามารถคาดหวังอายุขัยที่ใกล้เคียงกับคนปกติและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผสมผสานกับการค้นพบทางวิทยาศาสตร์ที่ปฏิวัติวงการนั้นก็คือตรวจไม่พบเชื้อ = ไม่แพร่เชื้อ(ยู=ยู) – ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ตรวจไม่พบปริมาณไวรัส ไม่สามารถแพร่เชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์ – โอกาสในการยุติการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และการป้องกัน/การตีตราตนเอง (และการตีตราจากสังคม) กลายเป็นสิ่งที่ทำได้มากขึ้น

เอเชียประสบความสำเร็จเร็วที่สุดในการตอบสนองต่อการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และมีความก้าวหน้าอย่างมีนัยสำคัญตั้งแต่อัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่พุ่งสูงสุดในช่วงปลายปี พ.ศ. 2533 และต้นปี พ.ศ. 2543[3] อย่างไรก็ตาม การตอบสนองต่อไวรัสนั้นไม่สอดคล้องกันในทุกพื้นที่และยังคงเป็นความท้าทายที่ยากลำบากอยู่[4]

การตอบสนองที่ต่างกันในแต่ละพื้นที่นั้นได้ขัดขวางความก้าวหน้าในการปรับปรุงคุณภาพชีวิตโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและขัดขวางการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดโดยโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติเอชไอวี/เอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS)

ไม่นานมานี้ การระบาดใหญ่ของโควิด-19 ได้ใช้เวลาและทรัพยากรบุคคลจำนวนมากจากแผนกโรคติดเชื้อทั่วโลก ส่งผลให้บริการด้านเอชไอวีต้องหยุดชะงัก และต้องใช้เวลาในการฟื้นตัวกลับสู่ภาวะก่อนเกิดการระบาดของโรคโควิด-19 การวิจัยทั่วทั้งฮ่องกง **สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน และไทย** พบว่า 36% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ 57.5% ของประชากรหลักประสบปัญหาการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลหรือคลินิกในช่วงการระบาดโควิด-19[5]

โครงการ HIV Care Continuum & Beyond ก่อตั้งและให้ทุนสนับสนุนโดย ViiV Healthcare และด้วยความร่วมมือกับมูลนิธิ APCOM สถาบันวิจัยและนวัตกรรมเอชไอวี (IHRI) มูลนิธิ TREAT Asia/amfAR มูลนิธิเพื่อการวิจัยโรคเอดส์ สมาคม Lourdes และ Love4One ได้นำ

ผู้มีส่วนร่วมที่สำคัญจากทั่วเอเชียมารวมกันเพื่อเสริมกำลังต่อสู้กับเชื้อเอชไอวี

ความคิดริเริ่มนี้ประกอบด้วยคณะกรรมการอำนวยการของผู้เชี่ยวชาญจาก 6 ภูมิภาคในเอเชีย รวมถึงนักวิชาการด้านเอชไอวี บุคลากรทางการแพทย์ องค์กรชุมชน และผู้สนับสนุนผู้ป่วยในจีน ฮ่องกง สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน และไทย ภูมิภาคเหล่านี้ล้วนเป็นแถบที่มีรายได้ปานกลางถึงสูง ส่วนใหญ่อาศัยกลยุทธ์และเงินทุนภายในประเทศ เพื่อต่อสู้กับการระบาดของเอชไอวีซึ่งอยู่ในกลุ่มประชากรหลัก และต้องเผชิญกับความท้าทายหลายประการ—ล่าสุดและกดดันที่สุดก็คือผลกระทบของวิกฤตการณ์ทางสังคมและเศรษฐกิจที่เกิดจากการระบาดหนักของโควิด-19 ในการจัดบริการ หรือ การให้บริการ บริการด้านเอชไอวีและโปรแกรมที่ยั่งยืน[6]

HIV Care Continuum & Beyond เป็นการเปิดโอกาสสำหรับชุมชนเอชไอวีทั่วเอเชียที่จะมาร่วมกันแบ่งปัน กำหนดนโยบาย และความคิดริเริ่มที่สำคัญเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามโครงการร่วมเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS Fast Track AIDS Targets) เป้าหมายเหล่านี้ถูกเน้นมากขึ้นเพื่อขจัด “อุปสรรคทางสังคมและกฎหมายต่อการให้บริการ และในการเชื่อมโยงหรือบูรณาการการให้บริการด้านเอชไอวีกับบริการอื่น ๆ ที่จำเป็นสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี และชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการรักษาสุขภาพและการสร้างชีวิตที่ยั่งยืน”[6] พวกเขายังจัดการกับความท้าทายที่ไม่เกี่ยวกับทางด้านคลินิก เช่น การตีตรา การเลือกปฏิบัติ และคุณภาพชีวิต

คนจากทุกหนแห่งมาเข้าร่วม โดยมีความคิดริเริ่มที่มุ่งเน้นถึงความสำคัญของเอชไอวีทางด้านสาธารณสุขในเอเชีย การสร้างสภาพแวดล้อมเชิงบวกเพื่อขจัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติสำหรับประชากรหลักและผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน และสร้างความต่อเนื่องในการดูแลโดยเน้นประชาชนเป็นหลักเป็นจุดศูนย์กลาง

จากการทบทวนวรรณกรรมในหลายภาษา การปรึกษาหารือกันอย่างกว้างขวางกับชุมชนคนติดเชื้อเอชไอวีในเอเชีย และการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญด้าน เอชไอวีท่านอื่น ๆ คณะกรรมการกำกับดูแลได้ระบุประเด็นท้าทายทั้งสี่ประการที่สำคัญต่อการยุติโรคเอดส์ในเอเชียในฐานะภัยคุกคามด้านสาธารณสุข:

- การตีตราและการเลือกปฏิบัติ
- การป้องกันเอชไอวี
- การตรวจ วินิจฉัย และการรักษาเอชไอวี
- คุณภาพชีวิต

ภายใต้ความท้าทายทั้งสี่ประการ คณะกรรมการอำนวยการได้พัฒนาข้อเสนอแนะ 14 ข้อ รวมถึงประเด็นท้าทายบางประเด็นที่เกี่ยวเนื่อง (Cross—cutting Challenge) คณะกรรมการยังได้เสนอกรณีศึกษาที่เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์อีกจำนวนหนึ่ง เพื่อช่วยให้หลายภูมิภาคในเอเชียระบุแนวทางแก้ไขที่ปฏิบัติได้จริงสำหรับการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในชุมชนของตน คำแนะนำโดยละเอียดแสดงอยู่ในส่วนที่ 3 ของเอกสารนี้

การตีตราและการเลือกปฏิบัติ

การตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นอุปสรรคหลักในการป้องกัน การตรวจ และการปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คณะกรรมการดำเนินการได้เสนอข้อเสนอแนะที่มุ่งสร้างและให้ความสำคัญของความคิดริเริ่มที่ท้าทายหรือลดการตีตรา และจัดการกับการลดปัญหาจากความเป็นอาชญากรรม

การป้องกันเอชไอวี

เนื่องจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นแหล่งสำคัญของการแพร่เชื้อเอชไอวีในภูมิภาคส่วนใหญ่ คณะกรรมการอำนวยการจึงแนะนำให้ดำเนินการอย่างจริงจังมากขึ้นในการให้บริการที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลาง และมีประสิทธิภาพในการป้องกันเอชไอวี ซึ่งรวมถึงการใช้ยาเพร็พ (PrEP) การใช้ยาเป๊ป (PEP) ถุงยางอนามัย เจลหล่อลื่น และการให้บริการเพื่อลดอันตราย

การตรวจ การวินิจฉัย และการรักษา

คณะกรรมการอำนวยการได้แนะนำหลาย ๆ ภูมิภาคให้ดำเนินนโยบายที่ก้าวข้ามอุปสรรคในการตรวจ การวินิจฉัย และการรักษา ความท้าทายที่กดดันที่สุดคือการปรับปรุงการวินิจฉัยเชื้อเอชไอวีโดยการเข้าถึงทางเลือกในการตรวจที่หลากหลายยิ่งขึ้น รวมถึงการตรวจด้วยตัวเอง การเข้าถึงการดูแลที่ดียิ่งขึ้น และการเริ่มรักษาโดยเร็วที่สุด

คุณภาพชีวิต

การวิจัยระดับภูมิภาคได้มุ่งเน้นไปที่ผลลัพธ์ทางคลินิกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นส่วนใหญ่ และให้ความสำคัญกับคุณภาพชีวิตน้อย แม้ว่าจะมีเครื่องมือวัดก็ตาม คณะกรรมการดำเนินการได้เสนอข้อเสนอแนะให้เพิ่มการติดตามและวัดผลด้านคุณภาพชีวิต

หวังว่าผู้ถือผลประโยชน์ร่วมทั้งหมด—รวมถึงผู้กำหนดนโยบาย บุคลากรทางการแพทย์ บริษัทยา หรือ บริษัทเวชภัณฑ์ ผู้นำชุมชน และชุมชนคนติดเชื้อเอชไอวีขนาดใหญ่— พิจารณาองค์กรวิจัยที่ครอบคลุมถึงชุมชนที่ทำการวิจัยเชิงคุณภาพ และมีคำแนะนำที่ครอบคลุมระบุไว้ในเอกสารฉบับนี้ ซึ่งเป็นแหล่งข้อมูลที่จะเอาชนะความท้าทายในการดูแลอย่างต่อเนื่องและความก้าวหน้าในการยุติโรคเอดส์ที่เป็นปัญหาด้านสาธารณสุขในเอเชียร่วมกัน

บทนำ: HIV Care Continuum & Beyond ในเอเชีย

เกือบ 38 ล้านคนทั่วโลกติดเชื้อเอชไอวี และอีก 25.4 ล้านคนอยู่ระหว่างการรักษาตัว (67%)[1] ในเอเชียมีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 5.8 ล้านคน รองจากแอฟริกาใต้

สะฮารา ที่เป็นภูมิภาคที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากที่สุด โดยมีถึง 3.7 ล้านคนที่เข้ารับการรักษา (64%)[4]

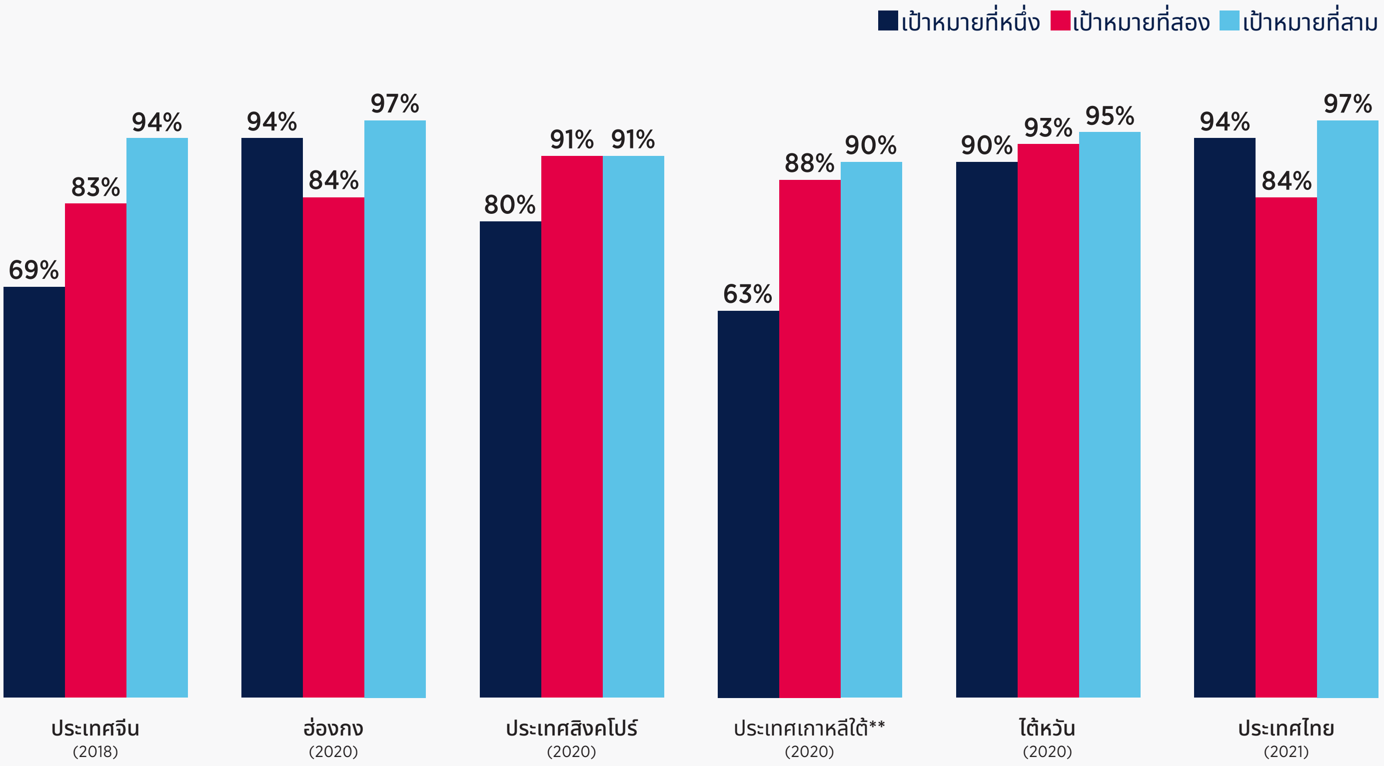
ในปี พ.ศ. 2562 มากกว่าหนึ่งในสี่ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมดในเอเชียและแถบแปซิฟิกอยู่ในกลุ่มคนหนุ่มสาวอายุ 15 ถึง 24 ปี โดยชายหนุ่มที่เป็นเกย์และชายอื่นๆที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายโดยคิดเป็น 52% ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมดในหมู่คนหนุ่มสาว7 คาดว่ามากกว่า 99% ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในหมู่คนหนุ่มสาวอยู่ในกลุ่มประชากรหลักและคู่เพศสัมพันธ์ของพวกเขา[7]

มุ่งสู่การยุติการแพร่ระบาดของเอชไอวีภายในปี พ.ศ. 2573 โครงการร่วมเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) กำหนดเป้าหมายการรักษาแบบเร่งด่วน (Fast Track) ที่ 95-95-95 ซึ่งหมายถึง 95% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบสถานะของตนภายในปี พ.ศ. 2568 อีก 95% ของผู้ที่ทราบสถานะอยู่ระหว่างการรักษา และอีก 95% ของผู้ที่รักษาตรวจไม่พบเชื้อไวรัส[6,8]

เป้าหมายของโครงการร่วมเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ยังไม่บรรลุผลในวงกว้างทั่วเอเชีย แม้ว่าผลลัพธ์ของแต่ละพื้นที่จะแตกต่างกัน[4] รูปที่ 1 แสดงให้เห็นว่าพื้นที่สำคัญหลายแห่งในโครงการ HIV Care Continuum & Beyond ทำงานได้เป็นอย่างดีในเป้าหมายที่สาม นั่นคือ การตรวจไม่พบไวรัส ในขณะที่ประสบความสำเร็จน้อยมากในเป้าหมายที่หนึ่งและสอง นั่นก็คือการทราบสถานะ และเริ่มต้นเข้ารับการรักษา[4,9,10,11,12,13,14] การเพิ่มอัตราการวินิจฉัย การตรวจหาเชื้อ เอชไอวีในระยะเริ่มต้น และการเข้าถึงการดูแลยังคงเป็นความท้าทายสำหรับหลายพื้นที่ ตัวอย่างเช่น ผู้เชี่ยวชาญที่ได้สัมภาษณ์ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ HIV Care Continuum and Beyond ตั้งข้อสังเกตว่าการวินิจฉัยมีแนวโน้มที่จะบรรลุผลในระยะหลังโดยมีจำนวนเซลล์ซีดี4 (CD4 cell) น้อยกว่า 200 cells/mm[3]*

สาเหตุของการไม่บรรลุเป้าหมายแรกในการวินิจฉัย (90 เป้าหมายแรก) คือความซับซ้อนในหลายพื้นที่สำคัญ ๆ รวมถึงการตีตรา การเลือกปฏิบัติ และการกำหนดความผิดทางกฎหมายต่อประชากรหลัก กฎหมายเฉพาะสำหรับเชื้อเอชไอวีที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลายเป็นอาชญากร การขาดการทดสอบโดยไม่ระบุชื่อและ/หรือการทดสอบเอชไอวีด้วยตนเอง และการขาดความรู้และมีทัศนคติเชิงลบในกลุ่มประชากรหลักต่อการตรวจ

รูปที่ 1:สถานะกลุ่มเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ เอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) โดย HIV Care Continuum & Beyond จากภูมิภาคต่าง ๆ



*การวินิจฉัยในขั้นสุดท้ายได้เพิ่มขึ้นระหว่างกระบวนการสัมภาษณ์ผู้เชี่ยวชาญ HIV Care Continuum & Beyond ผู้เชี่ยวชาญทางด้านเอชไอวีสามคนได้ให้ความสนใจในสิงคโปร์และภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกเป็นพิเศษเพื่อยกระดับการวินิจฉัยในขั้นสุดท้ายให้เป็นที่ชัดเจนในหลายอาณาเขต

**ข้อมูล '95' ครั้งที่ 2 เอ่ยถึงข้อมูลในปี 2558 ที่ได้จากตัวอย่างของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้ลงทะเบียนกับสำนักงานสาธารณสุขประกันภัยแห่งชาติเกาหลี ข้อมูล '95' ครั้งที่ 3 เอ่ยถึงข้อมูลในปี 2562 ที่ได้จากตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารักษาที่โรงพยาบาลเกาหลีใต้ 17 แห่ง

ส่วนที่ 1

การอภิปราย: ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพและผู้นำชุมชน

ในเดือนกันยายน พ.ศ. 2565 ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวีจากจีน ฮ่องกง สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวัน ไทย และภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกจำนวน 33 คน มารวมตัวกันเพื่อทบทวนประเด็นสำคัญและข้อเสนอแนะเกี่ยวกับโครงการ HIV Care Continuum & Beyond

ผู้ดำเนินรายการจำนวน 12 คนได้ชี้แนะผ่านการอภิปรายออนไลน์เกี่ยวกับผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพและผู้นำชุมชน ซึ่งได้แบ่งปันประสบการณ์และอภิปรายถึงความท้าทายที่ต้องเผชิญกับความต่อเนื่องในการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในเอเชีย ผู้เข้าร่วมกล่าวถึงประเด็นสำคัญทั้งสี่ของโครงการ HIV Care Continuum & Beyond นั่นก็คือ: **การตีตราและการเลือกปฏิบัติ การป้องกัน การทดสอบ การวินิจฉัย และการรักษา** และ**คุณภาพชีวิต** งานนี้เป็นการอภิปรายที่มีคุณค่าและเป็นการแบ่งปันความคิดเห็นจากหลากหลายภูมิภาคหลัก และได้รับการยกย่องอย่างกว้างขวางจากผู้เข้าร่วมประชุม

ประเด็นสำคัญที่เกิดขึ้นจากการประชุมเชิงปฏิบัติการ HIV Care Continuum & Beyond คือต้องการให้ความสำคัญกับ U=U มากขึ้นเพื่อเป็นพื้นฐานในการป้องกันที่มีประสิทธิภาพ และต้องการใช้สื่อทางสังคมและสื่อแบบดั้งเดิมที่สร้างสรรค์มากขึ้นในทุกภูมิภาคเพื่อดึงดูดคนหนุ่มสาว ประชากรหลักและประชาชนทั่วไป ประเด็นต่อไปนี้ได้รับการหยิบยกและได้รับการพิจารณาในการร่างบทความนี้

การตีตราและการเลือกปฏิบัติ ผู้เข้าร่วมสังเกตเห็นการแก้ไขกฎหมายที่มีแนวโน้มว่าจะเกิดขึ้นมาเมื่อเร็วๆ นี้ และมีแนวโน้มว่าจะมีผลในหลายพื้นที่ ซึ่งในอดีตมีส่วนทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ อย่างไรก็ตาม ยังเห็นพ้องต้องกันว่าการตีตราและการเลือกปฏิบัติยังคงฝังรากลึกลงในวัฒนธรรมของเอเชีย และควรได้รับการแก้ไขในระดับดังกล่าว ดังนั้น ชุมชนผู้เชี่ยวชาญจึงเล็งเห็นถึงความสำคัญของโซเชียลมีเดียและช่องทางที่เกี่ยวข้องกับวัฒนธรรม สนับสนุนให้ผู้คนที่ติดเชื้อเอชไอวีแบ่งปันเรื่องราว และรณรงค์เพื่อให้ความรู้ สร้างความตระหนักรู้ และให้ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีว่าเป็นภาวะเรื้อรังแต่รักษาได้

การป้องกัน กลุ่มอภิปรายได้ย้ำถึงความสำคัญของการตรวจหาเชื้อด้วยตัวเองว่าเป็นโอกาสสำคัญในการเข้าถึงยาเพร็พ (PrEP) และความตระหนักรู้ในกลุ่มประชากรหลัก พวกเขายังเน้นย้ำว่าการใช้ยาเสพติดขณะมีเพศสัมพันธ์เป็นตัวขับเคลื่อนหลักของการแพร่เชื้อเอชไอวี แต่ยังขาดการการให้ความรู้กับคนหนุ่มสาวที่อยู่ในความเสี่ยง กลุ่มผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพเห็นพ้องกันว่าพวกเขามีหน้าที่สำคัญในการส่งเสริมและดำเนินการเกี่ยวกับยาเพร็พ (PrEP) แต่มีข้อกังวลเป็นวงกว้างสำหรับความสามารถของระบบงานด้านสุขภาพ

การตรวจ การวินิจฉัย และการรักษา ผู้เชี่ยวชาญหลายคนตั้งข้อสังเกตว่าโควิด-19 ได้ให้บทเรียนที่สำคัญสำหรับการตรวจ Rapid test และการวินิจฉัยออนไลน์ อย่างไรก็ตามการควบคุมคุณภาพที่ดีขึ้นจะกลายเป็นสิ่งที่สำคัญมากขึ้น เนื่องจากมีการตรวจเชื้อด้วยตัวเองมากขึ้นเรื่อย ๆ ในบันทึกเดียวกัน ผู้เชี่ยวชาญของชุมชนเอชไอวียังตั้งข้อสังเกตด้วยว่าการบังคับใช้การรายงานผลการทดสอบ รวมกับการบังคับใช้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในวันเดียวกันอาจขัดขวางการมีส่วนร่วมหรือขัดขวางบุคคลจากการเข้ารับการรักษา กลุ่มอภิปรายยังตั้งข้อสังเกตว่า ยู=ยู เป็น ชัยชนะที่ยิ่งใหญ่สำหรับบุคคลและระบบสาธารณสุข – มีศักยภาพในการลดเวลาจากการวินิจฉัยไปจนถึงการรักษา – และโรงพยาบาลและบุคลากรทางการแพทย์ไม่ควรตีตรา เลือกปฏิบัติ หรือกลัวการแพร่เชื้อเพื่อกีดกันในการดูแลผู้ป่วย

คุณภาพชีวิต กลุ่มอภิปรายสังเกตเห็นความสำคัญของการตรวจสอบเครือข่ายทางสังคมว่าเป็นตัวชี้วัดคุณภาพชีวิตที่สำคัญ เป็นที่ยอมรับกันอย่างท่วมท้นว่าพฤติกรรมทางสังคมมีส่วนสนับสนุนคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความคิดริเริ่มในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมร่วมกันโดยพยายามเปลี่ยนการเล่าเรื่องเกี่ยวกับเอชไอวี และจัดวางให้อยู่ในกลุ่มโรคเรื้อรังที่ไม่ติดต่อ และไม่เป็นอันตรายถึงชีวิต และสามารถรักษาได้ สิ่งนี้จะกระตุ้นให้ผู้คนจำนวนมากขึ้นเข้ารับการตรวจด้วยการรักษาที่เหมาะสมกับแพทย์ของพวกเขา

PHOTO PROVIDED BY CO-CHAIR MIDNIGHT POONKASETWATTANA

ส่วนที่ 2

การอภิปราย: ความท้าทายและข้อค้นพบระดับภูมิภาค

การตีตราและการเลือกปฏิบัติ

เพื่อให้บรรลุเป้าหมายปี 2573 จำเป็นต้องปรับปรุงการเข้าถึงและการลงทุนในการให้บริการ ควบคู่ไปกับความพยายามที่จะจัดการกับการตีตรา การเลือกปฏิบัติ และการกำหนดความผิดตามกฎหมายที่มุ่งเป้าไปยังประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อเอชไอวี ปัญหาเหล่านี้กีดกันไม่ให้ผู้คนเข้าถึงการป้องกัน การตรวจ และบริการด้านการรักษาที่จำเป็น และเพิ่มความเสี่ยงในการได้รับเชื้อและแพร่เชื้อ[4]

การตีตราอาจรวมถึงการตีตราทางสังคม (การตีตราทางทัศนคติโดยสาธารณชน) การตีตราตนเอง (การตีตราภายในใจตนเองซึ่งอาจส่งผลลบต่อตนเอง) หรือการตีตราเชิงโครงสร้าง (นโยบายสถาบัน หรือระดับชาติที่ก่อให้เกิดการตีตราซ้ำๆ หรือทำให้เป็นตราบาปที่ยาวนาน) สิ่งเหล่านี้ส่งผลกระทบต่อผู้คนที่ติดเชื้อเอชไอวีรวมถึงประชากรหลัก เช่น ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย (MSM) หรือชุมชนคนข้ามเพศ ในฮ่องกง การศึกษาพบว่าการตีตราจากสาธารณชนและจากภายในชุมชนเกย์นั้นสามารถปล่อยให้ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีเชื้อเอชไอวีเสี่ยงต่อการรับรู้ตนเองในแง่ลบ การเผชิญปัญหาที่ไม่เหมาะสม และการแยกตัวจากเพื่อนฝูง ซึ่งทั้งหมดนี้มีส่วนทำให้สุขภาพจิตและสุขภาพทางสังคมแย่ลง[15]

การตีตราและการเลือกปฏิบัติดังกล่าวยังมีแพร่หลายในสถานพยาบาลอีกด้วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายงานว่ามีการเลือกปฏิบัติเนื่องจากสถานะด้านเอชไอวีของพวกเขาโดยบุคลากรทางการแพทย์ในหลายพื้นที่หลัก รวมถึงจีน[16]ฮ่องกง[17]เกาหลีใต้[18] ไต้หวัน[19] และไทย[4] มีรายงานการเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงานต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศจีน[20] ฮ่องกง[20] และสิงคโปร์[21]ด้วยเช่นกัน

การตีตราและการเลือกปฏิบัติดังกล่าวที่ยังคงมีอยู่สร้างอุปสรรคต่อการตรวจและวินิจฉัย การปฏิบัติตามการรักษา ตลอดจนพฤติกรรมการเข้าถึงด้านสาธารณสุขอื่น ๆ งานล่าสุดได้เน้นย้ำเป็นพิเศษว่าการตีตรานั้นได้ขัดขวางความพยายามในการให้บริการยาเพร็พ (PrEP) ตลอดจนการพยายามที่จะส่งสารเกี่ยวกับ U=U[22] ดังนั้นจึงจำเป็นต้องมีการวิจัยและการยื่นมือเข้ามาช่วยเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขการตีตราในบริการด้านเอชไอวี

นอกจากนี้ ตามรายงานของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) การยกเลิกความผิดทางกฎหมาย มีความสำคัญต่อการยุติโรคเอดส์ เนื่องจากมีกฎหมายที่ใช้ลงโทษเพื่อขัดขวางการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีและเพิ่มความเสี่ยงของเชื้อเอชไอวี ตัวอย่างเช่น กฎหมายที่กำหนดความผิดทางอาญาด้านการมีเพศ

สัมพันธ์กับเพศเดียวกัน คนข้ามเพศ การติดเชื้อเอชไอวี การไม่เปิดเผยและการแพร่เชื้อ การครอบครองและการใช้ยาเสพติด และงานค้าบริการทางเพศ

การป้องกัน: ยาเพร็พ (PrEP)

จำเป็นอย่างยิ่งที่ทุกคนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเข้าถึงทางเลือกในการป้องกันเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ โดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลาง: ถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่น ยาเพร็พ (PrEP) และยาเป๊ป (PEP) รวมไปถึงการให้บริการเพื่อลดอันตราย ทั่วทั้งภูมิภาคหลัก การแพร่เชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เกิดขึ้นจากการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนั้นวิธีการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีทางเพศสัมพันธ์จึงต้องเป็นประเด็นหลัก บทบาทของถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่นในการลดการแพร่เชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เป็นที่ยอมรับกันเป็นอย่างดี อย่างไรก็ตาม การศึกษาหลายชิ้นชี้ว่าประสิทธิภาพอาจลดลงโดยการใช้อย่างไม่ถูกต้องหรือไม่สม่ำเสมอ ในกลุ่มบุคคลที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี[23,24] แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการความพยายามอย่างต่อเนื่องในการปรับปรุงข้อความเกี่ยวกับการใช้ถุงยางอนามัยและการป้องกันเอชไอวี

ตั้งแต่ปี 2557 องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ยาเพร็พเป็นมาตรการป้องกันเพิ่มเติมที่มีประสิทธิภาพสูงสำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวี[25] อย่างไรก็ตาม การให้บริการยาเพร็พ (PrEP) ในหลายภูมิภาคมักจะล่าช้า แม้ว่าจะได้รับการอนุมัติให้ใช้ และได้รับเงินอุดหนุนจากสวัสดิการด้านสุขภาพแห่งชาติในบางกรณี สิ่งนี้ชี้ให้เห็นว่าค่าใช้จ่ายเป็นอุปสรรคที่สำคัญและอุปสรรคทั่วไปในหลายภูมิภาค[26] อุปสรรคอื่น ๆ ในการรับรู้ถึงการใช้ยาเพร็พ (PrEP) ได้แก่ การตระหนักรู้ ทัศนคติและการยอมรับจากหมู่ประชากรหลัก[21]

ตัวอย่างเช่น ในสิงคโปร์ยาเพร็พ (PrEP) สามารถหาซื้อได้ แต่ไม่ได้รับเงินสนับสนุนจากรายการสั่งซื้อยาของกระทรวงสาธารณสุข ในทางกลับกัน ในนครรัฐ การส่งข้อความเกี่ยวกับการป้องกันเอชไอวีโดยเน้น เกี่ยวกับการหักห้ามใจตนเอง การมีคู่สมรสคนเดียว และการมีเพศสัมพันธ์โดยใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งลดบทบาทของยาเพร็พ (PrEP) ในการต้านการแพร่เชื้อเอชไอวี

ในทางกลับกัน ประเทศไทยได้ทำการนำเสนอทางเลือกในการป้องกันอย่างมีประสิทธิผลให้กับประชากรหลัก มีการใช้ยาเพร็พสูงที่สุดในบรรดาภูมิภาค ต่าง ๆ (18% ของประชากรโดยประมาณ) ยาเพร็พ (PrEP) ได้รับการคุ้มครองโดยโครงการดูแลสุขภาพถ้วนหน้า (Universal Health Coverage) ตั้งแต่เดือนตุลาคม 2562 และการดำเนินการได้รับการสนับสนุนโดยงานบริการด้านเอชไอวีที่ดำเนินการโดยกลุ่มประชากรหลักดังกล่าว[27] อย่างไรก็ตามถือว่ายังไม่อยู่ในระดับที่มากพอ

ความคิดริเริ่มในการลดอันตรายสำหรับผู้ที่ใช้ยาเสพติดหรือผู้ที่เกี่ยวข้องกับการขายบริการทางเพศก็ประสบความสำเร็จเช่นกันในพื้นที่สำคัญ ๆ เช่น โครงการบำบัดด้วยเมทาโดนและการศึกษาเรื่องการใช้เข็มร่วมกัน แม้ว่าการเข้าถึงบริการดังกล่าวยังคงไม่เท่าเทียมกันในภูมิภาคต่าง ๆ สำหรับผู้ที่ใช้เข็มฉีดยา[3] อย่างไรก็ตาม การให้บริการเพื่อลดอันตรายสำหรับกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายสำหรับการใช้ยาเสพติดขณะมีเพศสัมพันธ์ยังคงมีอยู่อย่างจำกัด

การป้องกัน: U=U

ยู=ยู เป็นแนวคิดที่ก้าวล้ำในการป้องกันเอชไอวี[28] จากการวิจัยขั้นสุดท้ายที่ว่าหากปริมาณไวรัสถูกยับยั้งจนตรวจไม่พบ เอชไอวีจะไม่สามารถแพร่เชื้อทางเพศสัมพันธ์ได้ นอกจากนี้ยังเป็นข้อความที่ช่วยปลุกพลังให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงและรักษาเพื่อไม่ให้ตรวจพบเชื้อไวรัสและปรับปรุงคุณภาพชีวิตต่อไป

มีการยอมรับ U=U เป็นวงกว้างโดยผู้กำหนดนโยบายและผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อทั่วทุกพื้นที่ อย่างไรก็ตาม รัฐบาลบางแห่งยังไม่ยอมรับ U=U และการเจรจาอย่างเปิดเผยระหว่างบุคลากรทางการแพทย์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและสาธารณชนในวงกว้างยังคงมีอยู่อย่างจำกัด โดยเฉลี่ยแล้ว มีเพียง 51.3% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเอเชีย (จีน เกาหลีใต้ ญี่ปุ่น และไต้หวัน) รายงานว่าได้พูดคุยเรื่อง U=U กับผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขของตน เทียบกับค่าเฉลี่ยระหว่างประเทศอยู่ที่ 66.5%[29] เกาหลีใต้มีสัดส่วนต่ำสุดอยู่ที่ 38%

การตรวจ การวินิจฉัย และการรักษา

แผนผังการรักษาเอชไอวีได้อธิบายขั้นตอนที่ผู้ป่วยต้องเจอคือการตรวจ การวินิจฉัย การรักษา การรักษา และการยับยั้งไวรัส มีองค์ประกอบที่สำคัญสามประการในกรอบนี้: 1) การปรับปรุงการให้บริการ 2) การเพิ่มการเข้าถึงการตรวจ และ 3) การเชื่อมโยงการตรวจกับการรักษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการยับยั้งไวรัส

โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) Fast Track 2568 เรียกร้องให้มีรูปแบบการตรวจ การวินิจฉัย และการรักษาที่หลากหลายมากขึ้น ผ่านวิธีการที่นำโดยชุมชนที่มีความคล่องตัว[6,8]

หลายพื้นที่ได้แนะนำการตรวจเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง อย่างไรก็ตาม ยังมีความท้าทายในการขยายขอบเขตการตรวจเชื้อด้วยตนเอง ซึ่งรวมถึงค่าใช้จ่ายในการรักษา ความเป็นส่วนตัวของผู้ป่วย และการปกปิดตัวตน และความจำเป็นในการเชื่อมโยงหลังการตรวจกับการดูแลและบริการด้านสาธารณสุขอื่น ๆ[30]

โครงการ HIV Care Continuum & Beyond พบว่าพื้นที่สำคัญหลายแห่งในโครงการนี้ได้เริ่มดำเนินการในตัวชี้วัดที่สำคัญนี้ โดยจัดการปรับปรุงอัตราการวินิจฉัยโดยใช้ชุดตรวจเชื้อเอชไอวีด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งเมื่อแจกจ่ายรวมกับบริการที่นำโดย เพื่อน หรือประชากรหลัก ตัวอย่างในประเทศไทย เช่น บริการที่นำโดยประชากรหลักรวมกับบริการสุขภาพทางเพศและบริการอื่น ๆ นำไปสู่อัตราการทดสอบ

ในผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายและหญิงข้ามเพศ (TGW) เพิ่มขึ้นสองเท่า นอกจากนี้ ในขณะที่พื้นที่หลักทั้ง 6 แห่งมีคำแนะนำระดับชาติสำหรับการรักษาด้านยาต้านรีโทรไวรัสมีหลักฐานว่าแนวทางการรักษาแบบใหม่ เช่น การรักษาด้านยาต้านรีโทรไวรัสในวันเดียวกันสามารถปรับปรุงความต่อเนื่องของการดูแลและการปฏิบัติตามการรักษา[31]

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในช่วงไม่กี่ปีที่ผ่านมา มีการเรียกร้องให้เพิ่มคุณภาพชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายเพิ่มเติมของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS)[32]

อย่างไรก็ตาม ยังมีช่องว่างอีกหลายจุดที่ขัดขวางความพยายามนี้ แม้ว่าโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) จะรับรู้ถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิต แต่ก็มีเครื่องมือที่จำกัดในการกำหนดหรือวัดคุณภาพชีวิต วิธีการวัดคุณภาพชีวิตที่เป็นทางการ รวมถึงเครื่องมือชี้วัดคุณภาพชีวิตขององค์การอนามัยโลก (WHO Measuring Quality of Life Tool)[33] และการวัดการตีตรารวมถึงดัชนีการตีตราคนที่ติดเชื้อเอชไอวี (The People Living with HIV Stigma Index) ความร่วมมือระดับโลกระหว่าง โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ประชาคมระหว่างประเทศของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี (the International Community of Women Living with HIV) และเครือข่ายทั่วโลกของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี (the Global Network of People Living with HIV)[34]

งานวิจัยที่มีอยู่ซึ่งส่วนใหญ่จัดทำโดยชุมชน ชี้ให้เห็นถึงประสบการณ์ของกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความหลากหลาย ความท้าทายที่สำคัญบางประการที่ต้องเผชิญ ได้แก่ ความกังวลเกี่ยวกับอายุ ผลข้างเคียงจากการรักษาเอชไอวี และการจัดการโรคที่ไม่ติดต่อเรื้อรัง

แต่คุณภาพชีวิตนั้นไม่ได้มีเพียงในด้านชีวการแพทย์ และมีหลักฐานที่บ่งชี้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงสูงต่อสุขภาพจิตที่แย่ลง สิ่งเหล่านี้อาจเกิดจากการตีตราในรูปแบบต่าง ๆ ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ[35,36,37,38] และรวมถึงปัจจัยทางสังคมอื่น ๆ เช่น ความเหงา ความเหินห่างทางสังคม การขาดหรือการลดลงของเครือข่ายสังคมเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุมากขึ้น[38,39]

* จากการสัมภาษณ์ของผู้เชี่ยวชาญ

ส่วนที่ 3

คำแนะนำและแนวทางแก้ไข

เพื่อต่อสู้กับเชื้อเอชไอวีทั่วทั้งหกภูมิภาคในเอเชียซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของ HIV Care Continuum & Beyond ผู้กำหนดนโยบาย บริษัทยา หรือ บริษัทเวชภัณฑ์ บุคลากรทางการแพทย์ เครือข่ายชุมชน บริษัทยา หรือ บริษัทเวชภัณฑ์ด้านสาธารณสุขในวงกว้าง และผู้ถือผลประโยชน์ร่วมอื่น ๆ จำเป็นต้องทำงานร่วมกันเพื่อสนับสนุนและปฏิบัติตามคำแนะนำต่อไปนี้

คำแนะนำแบบตัดขวาง

1. เสริมสร้างบริการด้านสาธารณสุขที่นำโดยประชากรหลักและที่นำโดยชุมชน:การสนับสนุนการพัฒนาบริการด้านสาธารณสุขที่นำโดยประชา- กรหลักและการขยายบริการที่นำโดยชุมชนสามารถเอาชนะความท้าทายต่าง ๆ ของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี สิ่งนี้ต้องให้สิทธิ์ในด้านนโยบายด้านสภาพแวดล้อมและการจัดหาทรัพยากร

เสริมพลังให้แก่ชุมชนและกระจายบริการด้านสาธารณสุข

บริการด้านสุขภาพที่นำโดยประชากรหลัก (KPLHS) ได้แสดงให้เห็นว่าเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการลดอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีสำหรับประชากรหลักที่เสี่ยงต่อ การติดเชื้อเอชไอวี[40] ข้อมูลจากโปรแกรมที่น่าเชื่อถือจากบริการและการรณรงค์ด้านการดูแลสาธารณสุขที่นำโดยชุมชนในประเทศไทยเน้นย้ำถึงความสำคัญของ KPLHS ในการตอบสนองต่อเอชไอวี

โครงการความร่วมมือทางชุมชนของหน่วยงานเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศแห่งสหรัฐอเมริกา (ENGAGE) ร่วมกับสถาบันวิจัยและนวัตกรรมเอชไอวี (IHRI) ช่วยเหลือองค์กรที่นำโดยชุมชนในประเทศไทยให้การฝึกอบรมและการรับรองระดับชาติแก่ประชากรหลักภายในกรอบการทำงานของ KPLHS เพื่อให้มั่นใจว่ามีการให้บริการคุณภาพสูงในหมู่ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ชุมชน

องค์กรต่างๆ เช่น มูลนิธิ APCOM ยังเป็นหัวเรือในการรณรงค์ที่นำโดยชุมชนหลายครั้ง (เช่น ซีรีส์ testBKK และ GayOKBangkok) เพื่อให้แน่ใจว่าประชากรหลักทั่วประเทศไทยสามารถเข้าถึงการศึกษาและทรัพยากรด้านการป้องกันเอชไอวี

» สามารถดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่
- IHRI
- ENGAGE
- APCOM
- testBKK
- GayOKBangkok

PHOTO PROVIDED BY CO-CHAIR MIDNIGHT POONKASETWATTANA

2. สร้างมาตรฐานข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน การตรวจ และการรักษา:การกำหนดมาตรฐานการรวบรวมข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการป้องกัน การตรวจ และการรักษาเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและประชากรหลัก เป็นสิ่งจำเป็นในการระบุช่องว่างและแนวทางในการปรับปรุงการจัดบริการ หรือ การให้บริการ การดูแลด้านเอชไอวี

3. ปรับปรุงการรับรู้ข้อมูล U=U:การรับรองสาธารณะโดยผู้กำหนดนโยบายและเจ้าหน้าที่ของรัฐเรื่อง U=U จำเป็นต่อการขับเคลื่อนด้านการรับรู้และการยอมรับในหมู่ผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขและสังคมโดยทั่วไป ผู้ถือผลประโยชน์ร่วมควรทำงานร่วมกันเพื่อให้แน่ใจว่ามีการตรวจปริมาณไวรัส เอชไอวีเพื่อให้สามารถตรวจได้ว่าไม่พบไวรัสในเลือด เพื่อสนับสนุนด้านการสนทนาเรื่อง U=U ระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและบุคลากรทางการแพทย์ การสนทนาเหล่านี้ควรเกิดขึ้นในพื้นที่ปลอดภัยกับบุคคลที่เพิ่งได้รับการวินิจฉัยเช่นเดียวกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อส่งเสริมการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสอย่างต่อเนื่อง และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของพวกเขา

สนับสนุน ยู=ยู เพื่อท้าทายการตีตราเชื้อเอชไอวีและการเลือกปฏิบัติ

เพื่อจัดการกับความท้าทายที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สูงวัย สมาคมลูร์ดแห่งไต้หวันและสมาคมผู้สนับสนุนสิทธิด้านเอชไอวี/เอดส์แห่งไต้หวัน (PRAATW) ได้ร่วมมือกันผลิตภาพยนตร์สั้นเพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องเอชไอวี โดยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามคน

หนังสั้นเรื่องนี้สนับสนุนและสร้างแรงบันดาลใจให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในรักษาจนสามารถยับยั้งไวรัส ปฏิบัติตามแผนการรักษา และดูแลสุขภาพร่างกายและจิตใจของพวกเขา

แต่ละคนในภาพยนตร์เรื่องนี้จะแบ่งปันข้อมูลว่า U=U และการรักษาจนตรวจไม่พบไวรัสด้วยยาต้านที่ช่วยให้พวกเขามีโอกาสมีชีวิตอีกครั้งได้อย่างไร

ภาพยนตร์ออนไลน์มีผู้เข้าชมมากกว่า 27,000 ครั้งภายในสามเดือน และ 56.4% ของผู้ชมดูวิดีโอนานกว่าสามนาที (รวมถึงเนื้อหา U=U) นอกจากนี้วิดีโอยังประสบความสำเร็จในการเข้าถึงผู้ชมจากกลุ่มอายุที่กว้างขึ้น โดย 46% ของผู้ดูอายุระหว่าง 55 - 64 ปี และ 41% มีอายุมากกว่า 65 ปี

» สามารถดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่: HIV Education Short Film

*ข้อมูลจาก Taiwan Lourdes Association

จัดการกับการเลือกปฏิบัติเชิงโครงสร้าง เพื่อให้ความรู้และเปิดเผยแสดงผู้เข้าร่วมต่อประชากรหลัก

ในประเทศไทย เมื่อผู้ให้บริการทางเพศถูกจับ ตำรวจอ้างว่าถุงยางอนามัยเป็นหลักฐานของงานบริการทางเพศ ซึ่งขัดขวางต่อการใช้ถุงยางอนามัย และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การให้ตำรวจท้องที่เข้าใจปัญหาของผู้ให้บริการทางเพศกับองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร (NGO) ในพื้นที่ผ่านการฝึกงานของมูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ (SWING) ช่วยขจัดอุปสรรคในการสื่อสารเหล่านั้น

นักเรียนนายร้อยตำรวจมีความเข้าใจที่ดีขึ้นเกี่ยวกับปัญหาของผู้ให้บริการทางเพศ ส่งเสริมการใช้ถุงยางอนามัย จัดกิจกรรม และสอนภาษาอังกฤษและภาษาไทยที่มูลนิธิเพื่อนพนักงานบริการ SWING

โครงการนี้ได้รับการยอมรับจากสถานีตำรวจทั้งหมด ได้ปรับปรุงการสื่อสารและความร่วมมือระหว่างตำรวจและผู้ให้บริการทางเพศ และส่งเสริมการเคารพซึ่งกันและกัน

พบว่าการรณรงค์เปลี่ยนพฤติกรรมที่มีผลกระทบในการต่อสู้กับปัญหาการเลือกปฏิบัติเชิงโครงสร้างซึ่งไม่ควรพยายามเปลี่ยนทัศนคติอย่างตรงไป ตรงมา ในทางกลับกันการให้ความรู้ และการเปิดเผยผู้เข้าร่วมเป็นความท้าทายต่อโลกแห่งความเป็นจริงของกลุ่มประชากรหลัก ซึ่งมีประสิทธิภาพมากกว่า ทำให้การเปลี่ยนแปลงเกิดขึ้นเองตามธรรมชาติควบคู่ไปกับการสนับสนุน

» ศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่: SWING Police Cadet Internship

การตีตราและการเลือกปฏิบัติ

การตีตรา และการเลือกปฏิบัติเป็นอุปสรรคสำคัญที่สุดในการรักษาเอชไอวี[6] การพัฒนาความคิดริเริ่มที่ท้าทายและลดการตีตรา และจัดการกับความผิดทางอาญาของประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการจัดลำดับความสำคัญ

4. จัดการกับการตีตราเชิงโครงสร้างและการเลือกปฏิบัติ:การกำจัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในเชิงโครงสร้าง และการรับประกันการคุ้มครองทางกฎหมายต่อการเลือกปฏิบัติสำหรับประชากรหลักและผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญ ซึ่งรวมถึงความท้าทาย และการเลือกปฏิบัติในหมู่บุคลากรทางการแพทย์ที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการส่งเสริมแนวคิดของ U=U จำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องตระหนักถึง การใช้ยาเสพติด การแพร่เชื้อ เอชไอวี การไม่เปิดเผยเชื้อเอชไอวี งานบริการทางเพศ และความสัมพันธ์ระหว่างเพศเดียวกันนั้นหากเป็นความผิดทางอาญา จะก่อให้เกิดการตีตรา การเลือกปฏิบัติ ขัดขวางการดำเนินการ และบริการสำหรับประชากรหลัก

5. ปรับปรุงความเข้าใจเกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ:การวิจัยเกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและประชากร หลักควรรวมถึงการวัดทัศนคติทางสังคมเพื่อระบุวิธีปรับปรุงการศึกษาของประชาชน และท้าทายความเข้าใจผิดเกี่ยวกับเอชไอวี ดัชนีการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเครื่องมือวิจัยที่ได้มาตรฐานและนำโดยชุมชน ซึ่งสามารถใช้เพื่อรวบรวมหลักฐานการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักประสบเพื่อนำไปใช้ในการสนับสนุนและ การพัฒนาโปรแกรม

6. ปรับปรุงทัศนคติของสาธารณชนที่มีต่อเอชไอวี:ควรมีการพัฒนาแคมเปญ แนวปฏิบัติระดับประเทศ และโปรแกรมการศึกษาเพื่อปรับปรุงทัศนคติของสาธารณชนที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและความเข้าใจในเอชไอวี ความพยายามในการสร้างชุมชนเพื่อสนับสนุนประชากรหลักไม่ว่าจะทางออนไลน์หรือด้วยตนเอง จะต้องยั่งยืนเพื่อให้แน่ใจว่าชุมชนยังคงมีอำนาจในการจัดการกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ และสนับสนุนการเปลี่ยนแปลง

7. ลดการตีตราด้านการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยเชื้อเอชไอวี: ผู้กำหนดนโยบาย ผู้ให้บริการด้านสุขภาพ และบริษัทยา หรือ บริษัทเวชภัณฑ์ควรใช้เครือข่ายอาชีพเพื่อส่งเสริมความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับเอชไอวีในภาคการดูแลสุขภาพ ท้าทายความเข้าใจผิดหรือทัศนคติเกี่ยวกับการตีตรา ปรับปรุงการใช้ภาษาที่เหมาะสมและละเอียดอ่อน และทำให้แน่ใจว่า U=U รวมอยู่ในโครงการฝึกอบรมทางคลินิกและการริเริ่มโครงการใหม่เช่นกัน

การป้องกันเอชไอวี

ทุกคนที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีควรมีสิทธิ์เข้าถึงทางเลือกในการป้องกันเอชไอวีที่มีประชาชนเป็นศูนย์กลางและมีประสิทธิภาพ ซึ่งรวมถึงยาเพร็พ (PrEP) ยาเป๊ป (PEP) ถุงยางอนามัย เจลหล่อลื่น และบริการลดความอันตราย กลยุทธ์การป้องกันเชื้อเอชไอวีที่ดียังต้องอาศัยการนำส่งและการเข้าถึงการรักษาที่มีประสิทธิผลเป็นอย่างมาก สิ่งนี้ควรได้รับการสนับสนุนโดยเพิ่มความตระหนักด้าน U=U และการยอมรับการรักษาเป็นวิธีการป้องกันที่ถูกต้องตามกฎหมาย ตอนนี้เป็นความรับผิดชอบของทุกพื้นที่ในการขยายขนาดการดำเนินการ

8. ขยายขนาดบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนสัมผัส:การปรับปรุงการเข้าถึงยาเพร็พ (PrEP) ซึ่งเป็นขั้นตอนที่สำคัญและเร่งด่วนในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี และควรดำเนินการตามขั้นตอนต่อไปนี้ควบคู่กันหากเป็นไปได้เพื่อเอาชนะอุปสรรคที่มีอยู่ สิ่งนี้ควรรวมถึง:

a. **การวิจัยเกี่ยวกับประชากรที่อาจได้รับประโยชน์จากยาเพร็พ (PrEP):** จำเป็นต้องมีการวิจัยเพิ่มเติมเพื่อสนับสนุนการนำยาเพร็พ (PrEP) ไปใช้ รวมถึงการประมาณขนาดของประชากรหลักที่อาจได้รับประโยชน์จากยาเพร็พ (PrEP) เช่น ผู้ที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาเสพติดขณะมีเพศสัมพันธ์ การศึกษาความคุ้มทุนเพื่อสนับสนุนเงินทุนของยาเพร็พ (PrEP) และความพึงพอใจในบริการด้านสาธารณสุขของประชากรหลักสำหรับยาเพร็พ (PrEP)

b. **สร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับยาเพร็พ (PrEP):**ความคิดริเริ่มด้านการศึกษาต้องได้รับการพัฒนาเพื่อสร้างความตระหนักเกี่ยวกับประสิทธิผลและการเข้าถึงยาเพร็พ (PrEP) ในกลุ่มประชากรหลัก โดยเน้นเฉพาะในกลุ่มประชากรเสี่ยง เช่น ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ผู้ให้บริการทางเพศ คนข้ามเพศ หรือผู้ที่ใช้เข็มฉีดยาและ/หรือ เสพยา

c. **เพิ่มความครอบคลุมของยาเพร็พ (PrEP):**การสนับสนุนที่มากขึ้นสำหรับการรวมยาเพร็พ (PrEP) ไว้ในโครงการระดมทุนด้านสาธารณสุขแห่งชาติและการกำหนดเป้าหมายสำหรับการใช้ยาเพร็พ (PrEP) ในทุกพื้นที่

d. **สร้างความแตกต่างและลดความซับซ้อนของยาเพร็พ (PrEP):**บริการนำส่งยาเพร็พ (PrEP) นั้นควรมีการลดการพึ่งพาทางการแพทย์ ทำให้ง่ายขึ้น แตกต่าง และทำให้เป็นดิจิทัล สิ่งนี้เกี่ยวข้องกับการนำรูปแบบและแพ็กเการจัดบริการ หรือ การให้บริการ ยาเพร็พ (PrEP) ใหม่มาใช้ซึ่งอำนวยความสะดวกในการดูแลที่เน้นบุคคลและชุมชนเป็นศูนย์กลาง

การให้ข้อมูลเพื่อกำหนดนโยบายตามหลักฐานในยาเพร็พ (PrEP)

ในเดือนกุมภาพันธ์ 2561 เกาหลีใต้อนุมัติยาเพร็พ (PrEP) เพื่อใช้ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี การศึกษาแบบจำลองความคุ้มทุนที่ดำเนินการกับยาเพร็พ (PrEP) พบว่าการใช้ยาเพร็พ (PrEP) สำหรับกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายทั้งหมดจะหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีได้ 75.2% และช่วยให้ได้รับ 37,372 ปีสุขภาวะ (QALY) ในราคา 274,822 ดอลลาร์ต่อปีสุขภาวะ (QALY) ที่เพิ่มขึ้นกว่า 20 ปี

ดังนั้นการเริ่มต้นใช้ยาเพร็พ (PrEP) ในสัดส่วนที่มากขึ้นของกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายในเกาหลีใต้จะป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้มากขึ้น ในขณะที่ต้นทุนต่อปีสุขภาวะ (QALY) เพิ่มขึ้น การมุ่งเน้นยาเพร็พ (PrEP) กับกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีความเสี่ยงสูง และการลดต้นทุนยาเพร็พ (PrEP) จะทำให้ต้นทุนดีขึ้นเป็นประโยชน์อย่างแท้จริง

» สามารถดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่: PrEP cost-effectiveness modeling study

การตรวจ การวินิจฉัยและการรักษา

นโยบายควรเอาชนะอุปสรรคในการตรวจ การวินิจฉัย และการรักษาเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) ในปี

9. การมีทางเลือกในการตรวจเอชไอวีที่หลากหลาย รวมถึงการขยายการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง: การมีจุดเข้าใช้บริการหลายจุดสำหรับการตรวจเอชไอวีมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการตรวจสอบการเข้าถึงและการใช้บริการ ซึ่งสามารถทำได้ผ่านผ่านศูนย์การตรวจตามชุมชน และการตรวจด้วยตัวเอง ควรมีการนำความคิดริเริ่ม รวมถึงแนวทางด้านดิจิทัลมาใช้เพื่อเสริมสร้างการกระจายและการเข้าถึงชุดตรวจด้วยตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับประชากรหลักที่ด้อยโอกาส และผู้ที่ไม่ได้รับการตรวจ หรือไม่ได้ตรวจเป็นประจำ ระบบสาธารณสุขควรให้การเข้าถึงบริการ ให้คำปรึกษาที่กว้างขึ้นเพื่อสนับสนุนผู้ที่ทำการตรวจด้วยตัวเอง สำหรับผู้ที่ตรวจแล้วผลเป็นลบ ควรได้รับการเชื่อมโยงกับการป้องกัน การตรวจ และแหล่งข้อมูลการศึกษา ซึ่งเป็นสิ่งที่มีความสำคัญ

ใช้ประโยชน์จากการดำเนินวิธีการทางดิจิทัลเพื่อเพิ่มการตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง

การให้บริการทางดิจิทัลได้แสดงให้เห็นถึงความเป็นไปได้ในการส่งเสริมการตรวจเอชไอวีและความเชื่อมโยงกับการดูแล โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเอเชียที่ประชากรหลักอาจเผชิญกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านการตรวจตามสถานที่ต่าง ๆ อันเนื่องมาจากการตีตรา

ในฮ่องกง โครงการนำร่องที่พัฒนาขึ้นโดยนักวิจัยร่วมกับความกังวลเรื่องโรคเอดส์ ได้จัดเตรียมชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง (HIVST) ของผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่จัดส่งทางไปรษณีย์ ควบคู่ไปกับการให้คำปรึกษาแบบเรียลไทม์ทางออนไลน์และการเข้าถึงแหล่งข้อมูลออนไลน์ (วีดีโอเกี่ยวกับ HIVST และกระทู้สนทนา ที่มีการตอบรับเชิงบวกของผู้ใช้ HIVST ออนไลน์) พวกเขาพบว่าสิ่งนี้ช่วยเพิ่มความครอบคลุมในการตรวจเอชไอวีในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายในฮ่องกง และผู้เข้าร่วมจำนวนมากพบว่าบริการออนไลน์มีความสำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งสำหรับผู้ที่ต้องการความช่วยเหลือหลังจากผลเลือดเป็นบวก

» สามารถดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่: AIDS Concern

เว็บซีรีส์เพื่อลดการตีตราและส่งเสริมการตรวจหาเอชไอวีและเชื่อมโยงกับการดูแล

พัฒนาโดย Action for AIDS Singapore และ Gayhealth.sg เว็บซีรีส์ 'People like Us' ติดตามชีวิตของเกย์สี่คนในสิงคโปร์ จุดมุ่งหมายคือเพื่อสร้างความตระหนักรู้ และสนับสนุนการตรวจเลือดในหมู่ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายและผู้ชมที่กว้างขึ้น ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ต้องเผชิญ ซีรีส์นี้มีผู้ชมหลายล้านคน โดยซีซั่นที่ 2 ได้รับการเสนอชื่อเข้าชิงรางวัลเอ็มมี อวอร์ดส

การทดลองแบบสุ่มเพื่อประเมินข้อมูลของเว็บซีรีส์พบว่ามีประสิทธิผลในการเพิ่มความตั้งใจในการเข้ารับการตรวจเลือด และการตรวจเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ อย่างสม่ำเสมอ[41] นอกจากนี้ยังมีหลักฐานปานกลางว่าวิดีโอดังกล่าวมีประโยชน์ในการกระตุ้นให้มีการตรวจเลือด แม้ว่าการตรวจเลือดจะถูกขัดขวางจากการล็อกดาวน์ของโรคระบาดโควิด-19

» สามารถดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ People Like Us

10. รับรองบริการเอชไอวีที่ปลอดภัย เป็นความลับ และมีคุณภาพสูง:การรักษาความลับในการพัฒนาบริการเอชไอวีเป็นสิ่งสำคัญในการปรับปรุงการวินิจฉัยและการรักษา บริการดังกล่าวควรปฏิบัติตามแนวทางล่าสุดขององค์การอนามัยโลกในการป้องกัน การวินิจฉัย การรักษา และการดูแลประชากรหลัก เพื่อให้มั่นใจว่าบริการเหล่านี้มีคุณภาพสูงและมีหลักฐานรับรอง

11. ขยายการดำเนินการด้านการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสในวันเดียวกัน:มีการเริ่มต้นใช้การรักษาด้านยาต้านรีโทรไวรัสในวันเดียวกันเพื่อลด ช่องว่างระหว่างการตรวจและการรับการรักษา และควรส่งเสริมในทุกที่ที่เป็นไปได้ ควรทำการวิจัยเรื่องการนำการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสไปใช้ในวันเดียวกันเพื่อเป็นแนวทางในการปรับปรุงการจัดบริการ หรือ การให้บริการ

12. ปรับปรุงการเข้าถึงยาต้านไวรัสชนิดใหม่และรูปแบบการรักษา: เพื่อปรับปรุงผลลัพธ์จากการรักษา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการบำบัดตามแนวทางที่ทันสมัยซึ่งจะช่วยปรับปรุงคุณภาพชีวิตของพวกเขา ในการดำเนินการดังกล่าว จะต้องระบุถึงแผนการเงินช่วยเหลือจากรัฐที่มีประสิทธิผล กฎระเบียบที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ และแนวทางของคลินิกในท้องถิ่น และปัจจัยอื่น ๆ

คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สมควรต้องระบุปัจจัยส่งเสริมและอุปสรรคต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และปรับโปรแกรมการรักษาที่ทำให้ได้ ผลลัพธ์ทางคลินิก สุขภาพจิต และผลลัพธ์ทางสังคมที่เหมาะสม

13. กำหนดแนวความคิดและติดตามคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี: ควรมีการติดตามตรวจสอบคุณภาพชีวิตและปัจจัยกำหนดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอเพื่อให้ข้อมูลประกอบการตัดสินใจที่ดีขึ้นในการปฏิบัติทางคลินิกและอื่น ๆ การดำเนินการนี้ควรเป็นแบบองค์รวมและจัดการกับผลกระทบของการตีตรา ความชราและโรคที่เกิดร่วมกัน ความผาสุกทางจิตใจ สุขภาพทางเพศ และสุขภาพจิต ควบคู่ไปกับปัจจัยกำหนดทางร่างกายและจิตใจอื่น

14. การบูรณาการบริการด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี:
บริการด้านสาธารณสุขที่เน้นบุคคลเป็นศูนย์กลาง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในด้านความผาสุกทางจิตใจ ความชรา และโรคที่ป่วยร่วมกัน ควรบูรณาการเข้ากับบริการด้านเอชไอวีเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยบริการด้านสาธารณสุขที่จัดตามความต้องการของแต่ละบุคคล

การสนับสนุนเพิ่มเติมเพื่อแก้ไขปัญหาคุณภาพชีวิตและความผาสุกทางจิตใจที่ต่ำในหมู่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษามีเอกลักษณ์และแตกต่างไม่เหมือนใครได้ดำเนินการระหว่างปี 2560 ถึง 2563 ในเกาหลีใต้ โดยมีผู้เข้าร่วม อายุ 20 และ30 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวี ตรวจสอบอาการซึมเศร้า ความคิดฆ่าตัวตาย และประสบการณ์เกี่ยวกับข้อความที่แสดงความเกลียดชังต่อเอชไอวีตลอดสามปี[42]

การศึกษานี้สำรวจผู้ตอบแบบสอบถาม 199 คน โดยส่วนใหญ่เป็นเพศชาย (n=187) ผลการศึกษาพบว่าอาการซึมเศร้าในชายที่ติดเชื้อเอชไอวีสูง 52.4% เทียบกับ 14.7% ที่รายงานในประชากรทั่วไป

ในทำนองเดียวกัน ความคิดฆ่าตัวตายก็สูง โดย 59.7% ของผู้ตอบแบบสอบถามชายรายงานว่ามีความคิดฆ่าตัวตาย เมื่อเทียบกับรายงานระดับชาติที่ 2.5% ของผู้ชายในประชากรทั่วไป นอกจากนี้ 35.8% ของผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีรายงานว่ามีแผนฆ่าตัวตายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เทียบกับ 0.8% ของประชากรทั่วไป

การศึกษาแสดงให้เห็นหลักฐานว่ามีสุขภาพจิตตกต่ำ และมีความคิดและความพยายามฆ่าตัวตาย ในคนหนุ่มสาวที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นสูงกว่าคนทั่วไปมากเมื่อเทียบกับประชาชนทั่วไป จำเป็นต้องมีความคิดริเริ่มที่ตรงเป้าหมายมากขึ้นสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดผลกระทบจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติอย่างมีนัยสำคัญ

การใช้ช่องทางดิจิทัลเพื่อปรับปรุงสุขภาพจิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและภาวะซึมเศร้า

'Run4Love' คือการดำเนินการในแอปฯ WeChat ที่นำเสนอหลักสูตรการจัดการความเครียดทางพฤติกรรมและการแจ้งเตือนรายสัปดาห์เกี่ยวกับการออกกำลังกายสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและโรคซึมเศร้า ดำเนินการในการทดลองแบบสุ่มในกวางโจว ประเทศจีน โดยมีผู้เข้าร่วม 300 คนคัดเลือกจากคลินิกผู้ป่วยนอกของโรงพยาบาลที่กำหนดสำหรับการรักษาเอชไอวี

ผู้เข้าร่วมได้รับการตรวจคัดกรองตามมาตราส่วนของ Center for Epidemiologic Studies-Depression (CES-D) (การวัดภาวะซึมเศร้า) ผู้ที่ได้คะแนน 16 ขึ้นไปมีสิทธิ์เข้าร่วม และมอบหมายให้อยู่ทั้งกลุ่มที่ได้รับการดำเนินการหรือกลุ่มควบคุม กลุ่มควบคุมได้รับการดูแลตามมาตรฐานและโบรชัวร์ด้านโภชนาการ

การศึกษาพบว่าภาวะซึมเศร้าลดลงอย่างมีนัยสำคัญหลังการดำเนินการ (จากคะแนน CES-D ที่ 23.9 เป็น 17.7 เทียบกับ 24.3 ถึง 23.8 ที่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญที่ -5.77) ในการติดตามผลเป็นเวลา 6 ถึง 9 เดือน มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติระหว่างกลุ่มที่ได้รับการดำเนินการ และกลุ่มควบคุม

การเรียนรู้ที่สำคัญชี้ให้เห็นว่าการดำเนินการด้านสุขภาพจิตโดยใช้แอปฯ สามารถเป็นทางเลือกในการรักษา สำหรับคนจำนวนมากที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีภาวะซึมเศร้าในสภาพแวดล้อมที่จำกัดด้วยทรัพยากร

» สามารถดูข้อมูลเพิ่มเติมได้ที่ Run4Love

ข้อเสนอแนะของผู้ถือผลประ โยชน์ร่วม	ผู้กำหนดนโยบายและรัฐบาล	บริษัทยา หรือ บริษัทเวชภัณฑ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และผู้นำชุมชน
คำแนะนำแบบตัดขวาง	• สนับสนุนการพัฒนาบริการด้านสาธารณสุขที่นำโดย ประชากรหลัก และการขยายบริการที่นำโดยชุมชนโดยการพัฒนา สภาพแวดล้อมเชิงนโยบาย และทรัพยากรที่เหมาะสม	• ให้การเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุขที่นำโดยประชากรหลัก และขยายบริการที่นำโดยชุมชน ในขณะที่ลดอุปสรรคในการเข้าถึง • การลงทุนในชุมชนเพื่อสร้างสถาบัน และความยั่งยืนมากกว่าการลงทุนตามโครงการ
	• กำหนดและประสานงานการเก็บรวบรวมชุดข้อมูลทั่วไปที่ไม่ระบุชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรหลัก เพื่อปรับปรุงบริการการเข้าถึง และคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	• มีส่วนร่วมในชุดข้อมูลทั่วไปที่ไม่เปิดเผยชื่อของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรหลัก เพื่อปรับปรุงบริการ การเผยแพร่ประชาสัมพันธ์ คุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี • การติดตาม และประเมินผลที่นำโดยชุมชน โดยที่ประชากรหลักและผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้นำในการออกแบบตัวบ่งชี้สำหรับการติดตาม และวิธีการที่จะนำข้อมูลที่ได้มาปรับปรุงการให้บริการและการเปลี่ยนแปลงนโยบาย
	• รับรอง ขับเคลื่อนการรับรู้ และการยอมรับ ยู=ยู • ทำงานร่วมกับผู้ถือผลประโยชน์ร่วมเพื่อให้แน่ใจว่ามี ทรัพยากรเพียงพอ และปฏิบัติตามแนวทางสากลสำหรับการทดสอบปริมาณไวรัสที่มีคุณภาพ เพื่อสนับสนุนความมั่นใจของผู้ประกอบวิชาชีพด้าน สาธารณสุข • กำหนดกลไกการรายงานเพื่อบันทึกผลกระทบของการ ตีตราและการเลือกปฏิบัติในประเทศ	• รับรองแนวคิด ยู=ยู และส่งเสริมให้แพทย์มีบทบาทเป็นผู้นำในการอธิบายเรื่อง ยู=ยู แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และชุมชน • ทำงานร่วมกับผู้ถือผลประโยชน์ร่วมเพื่อให้แน่ใจว่ามีทรัพยากรและ ปฏิบัติตามแนวทางสากลสำหรับการทดสอบปริมาณไวรัสที่มีคุณภาพ และสนับสนุนความมั่นใจของผู้ประกอบวิชาชีพด้านสาธารณสุข • พันธมิตรในบริษัทยา หรือ บริษัทเวชภัณฑ์ เพื่อให้แน่ใจว่าสามารถเข้าถึงการตรวจหา ไวรัสในราคาไม่แพง และสนับสนุนการวิจัยเกี่ยวกับวิธีการนำการตรวจ หาปริมาณไวรัสไปใช้งานอย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น มีส่วนร่วมในการอภิปรายที่ละเอียดอ่อนกับผู้ติดเชื้อและคู่เกี่ยวกับ ยู=ยู ส่งเสริมการเริ่มต้นใช้การรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส และรับการรักษาอย่างต่อเนื่อง
การตีตราและการเลือกปฏิบัติ	• ระบุและขจัดรูปแบบโครงสร้างของการตีตราและ การเลือกปฏิบัติ และรับรองการคุ้มครองทางกฎหมายสำหรับประชากรหลัก และผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี • ให้ทุนและประสานงานด้านการวิจัยเกี่ยวกับการตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรหลัก เพื่อระบุแนวทางในการปรับปรุงการรับรู้ของสาธารณชน และท้าทายความเข้าใจผิด	• ระบุและเรียกร้องการตีตราในชุมชนด้านการดูแลสาธารณสุขที่มีต่อ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี • ยอมรับการกำหนดความผิดตามกฎหมาย (ในด้านต่าง ๆ เช่น การใช้ยาเสพติด การแพร่เชื้อเอชไอวี การไม่เปิดเผยข้อมูลเอชไอวี งานบริการทางเพศ และความสัมพันธ์ระหว่างเพศเดียวกัน) มีส่วนทำให้เกิดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ และขัดขวางการจัดหาการดำเนินวิธีการ และบริการ
	• ทำงานร่วมกับองค์กรชุมชนและสื่อเพื่อพัฒนาแคมเปญที่นำโดยชุมชน แนวปฏิบัติระดับชาติ และโปรแกรมการศึกษาเพื่อปรับปรุงทัศนคติของ สาธารณชนต่อเอชไอวี • จัดหาทรัพยากรเพื่อส่งเสริมผู้นำชุมชน และสมาชิกในการสนับสนุนการยุติการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ • ทำงานร่วมกับหน่วยงานบริษัทยา หรือ บริษัทเวชภัณฑ์การดูแลสุขภาพ (บริษัทยาและเครื่องมือวินิจฉัย) เพื่อปรับปรุงความรู้เรื่องเอชไอวีภายในภาคส่วน	• เป็นผู้นำและประสานงานด้านการวิจัยเกี่ยวกับการตีตรา และการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและประชากรหลัก เพื่อระบุแนวทางในการปรับปรุงการรับรู้ของสาธารณชน และท้าทายความเข้าใจผิด • พัฒนาแคมเปญ มีส่วนร่วมในแนวปฏิบัติระดับชาติ และโปรแกรมการศึกษาเพื่อปรับปรุงทัศนคติของสาธารณชนต่อเอชไอวี • สร้างการสนับสนุนชุมชนในหมู่ประชากรหลัก ไม่ว่าจะทางออนไลน์หรือด้วยตนเอง และเพื่อให้แน่ใจว่าผู้นำชุมชนและสมาชิกจัดการกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ และสนับสนุนการเปลี่ยนแปลงอย่างแข็งขัน

ข้อเสนอแนะของผู้ถือผลประ โยชน์ร่วม	ผู้กำหนดนโยบายและรัฐบาล	บริษัทยา หรือ บริษัทเวชภัณฑ์ ผู้เชี่ยวชาญด้านการดูแลสุขภาพ และผู้นำชุมชน
การตีตราและการเลือกปฏิบัติ	• เพื่อพัฒนาแนวทางระดับชาติเกี่ยวกับ ยู=ยู สำหรับการสื่อสารทางคลินิกตลอดจนหลักสูตรในโปรแกรมและความคิดริเริ่มทางคลินิกและการฝึกอบรม • รับรองการเข้าถึงกลยุทธ์การป้องกันเชื้อเอชไอวีโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางซึ่งรวมถึงการผสมผสานกันของ ยาเพร็พ (PrEP) และยาเป็ป (PEP) ถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่น ยาเพร็พ และการให้บริการเพื่อลดอันตราย	• ใช้ประโยชน์จากเครือข่ายที่มีอยู่เพื่อปรับปรุงความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีในภาคการดูแลสุขภาพและรวม ยู=ยู ไว้ในโปรแกรม และโครงการฝึกอบรมทางคลินิก
การป้องกันเชื้อเอชไอวี	• รับรองการเข้าถึงกลยุทธ์การป้องกันเชื้อเอชไอวีโดยมีประชาชนเป็นศูนย์กลางซึ่งรวมถึงการผสมผสานกันของ ยาเพร็พ (PrEP) และยาเป็ป (PEP) ถุงยางอนามัยและเจลหล่อลื่น ยาเพร็พ และการให้บริการเพื่อลดอันตราย • พัฒนาแนวทางการใช้ยาเพร็พ (PrEP)เพื่อสร้างความตระหนักและส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับยาเพร็พ (PrEP) ในกลุ่มผู้ให้บริการด้านสุขภาพ • ดำเนินการวิจัยเพิ่มเติมเกี่ยวกับกลุ่มประชากรหลักที่อาจได้รับประโยชน์จากยาเพร็พ (PrEP)และความคุ้มค่าจากเงินทุนหรือเงินอุดหนุนของยาเพร็พ (PrEP)	• สร้างความตระหนักในประสิทธิภาพของยาเพร็พ (PrEP) ในกลุ่มประชากรหลักที่อาจได้รับประโยชน์จากมัน • ทำงานร่วมกับผู้กำหนดนโยบายและรัฐบาลเพื่อพัฒนาการแพทย์ ลดความซับซ้อน สร้างความแตกต่าง และทำให้ยาเพร็พ (PrEP) เป็นดิจิทัลต่อไป
การทดสอบ การวินิจฉัย และการรักษา	• กำหนดนโยบายที่เอื้ออำนวย และการกำหนดการปฏิบัติการเพื่อทำให้มีทางเลือกใน การตรวจเอชไอวีที่หลากหลาย (รวมถึงการตรวจในศูนย์ การตรวจโดยหน่วยเคลื่อนที่ การเก็บตัวอย่างสิ่งส่งตรวจด้วยตนเอง และการตรวจด้วยตัวเอง) • การเข้าถึงผลิตภัณฑ์ตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง ถูกขัดขวางโดยปัญหาคอขวดของการจดทะเบียนและ กฎระเบียบ ตลอดจนราคาของผลิตภัณฑ์ดังกล่าวในท้องตลาดที่สูง	• จัดเตรียมตัวเลือกการตรวจเอชไอวีที่หลากหลาย • บริษัทยา หรือ บริษัทเวชภัณฑ์ ลงทุนมากขึ้นในกระบวนการขึ้นทะเบียนที่มีประสิทธิภาพสำหรับผลิตภัณฑ์การวินิจฉัยและการรักษาเอชไอวีใหม่ และทำงานอย่างใกล้ชิดกับชุมชนตามความต้องการ และวิธีการที่สร้างสรรค์ในการนำเสนอผลิตภัณฑ์ให้กับผู้ใช้
	• จัดให้มีสภาพแวดล้อมการกำกับดูแลที่เหมาะสมกับวัตถุประสงค์ที่ส่งเสริม และเปิดใช้งานการให้บริการด้านเอชไอวีที่ปลอดภัย เป็นความลับ และมีหลักฐานประจักษ์ที่มีคุณภาพสูง	• ส่งมอบบริการเอชไอวีที่ปลอดภัย เป็นความลับ และมีหลักฐานประจักษ์ที่มีคุณภาพสูง
	• รวมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในวันเดียวกันในแนวทางระดับชาติสำหรับการรักษาเอชไอวี กองทุนด้านการวิจัย และให้แน่ใจว่ามีบริการต่าง ๆ ด้วย	• สนับสนุนการจัดหายาต้านไวรัสในวันเดียวกัน หากเป็นไปได้ ให้ทำการวิจัยเกี่ยวกับการเริ่มต้นการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในวันเดียวกัน
	• รับรองการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสสมัยใหม่ ผ่านโครงการเงินช่วยเหลือด้านสาธารณสุขหรือการขึ้น ทะเบียนยา	• ส่งเสริมและสร้างความมั่นใจในการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ทันสมัย
คุณภาพชีวิต	• ตรวจสอบปัจจัยที่กำหนดคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ เอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ เพื่อการตัดสินใจที่ดีขึ้นในการปฏิบัติทางคลินิกและอื่น ๆ	• บุคลากรทางการแพทย์ควรคำนึงถึงคุณภาพชีวิต และ มั่นใจว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ให้บริการ-ผู้รับบริการ เป็นไปเพื่อสร้างกำลังใจให้กับผู้ติดเชื้อ
	• บูรณาการบริการด้านสาธารณสุขในวงกว้างสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับสุขภาพจิต สุขภาพทางเพศ อายุ และโรคร่วมอื่น ๆ • ทบทวนการดูแลเบื้องต้นเพื่อให้แน่ใจว่ามีการจัดบริการสาธารณสุขเกี่ยวกับ บุคคลด้วยการดูแลที่เหมาะสม	• บูรณาการบริการด้านสาธารณสุขในวงกว้างสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งเกี่ยวกับสุขภาพจิต สุขภาพทางเพศ อายุ และโรคร่วมอื่น ๆ • ตรวจสอบให้แน่ใจว่าบริการ และข้อมูลด้านสาธารณสุขเบื้องต้นได้รับการปรับแต่งให้เหมาะสมกับความต้องการของชุมชน เข้ากับบริบททางวัฒนธรรม พร้อมการจัดสถานที่ดูแลที่เหมาะสม

ส่วนที่ 4

พื้นที่ในท้องถิ่น: ความท้าทายและการค้นพบ

พื้นที่ต่อไปนี้ให้ข้อมูลสรุปว่าแต่ละพื้นที่ที่เข้าร่วมโครงการ HIV Care Continuum & Beyond ได้ดำเนินการอย่างไรกับเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ เอดส์สหประชาชาติ (UNAIDS): การตีตราและการเลือกปฏิบัติ การป้องกัน การทดสอบ การวินิจฉัย และการรักษาและคุณภาพชีวิต

ประเทศจีน

ประเทศจีนประสบความสำเร็จอย่างมากมายในการต่อต้านตามเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ(UNAIDS) ในมณฑลที่สำคัญ ๆ

ในปี พ.ศ. 2559 60% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในมณฑลซานตงรู้สถานะของตน โดย 42% อยู่ในการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส และในจำนวนนี้ 60% ตรวจไม่พบไวรัส[43] ในขณะเดียวกัน มณฑลยูนนานรายงานว่าพวกเขาบรรลุเป้าหมายเบื้องต้นของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) 90-90-90 โดย 90.1% ทราบสถานะเอชไอวีของพวกเขา 90.5% ได้รับการรักษา และ 96.3% มีการรักษาที่มีประสิทธิภาพ มณฑลยังประกาศตัวเองเป็น "พื้นที่สาธิตการป้องกันเอดส์"[44] การศึกษาล่าสุดในจีนคาดการณ์ว่าภายในปี 2021 ผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 92.6% จะได้รับ ART ในขณะที่อีก 95.4% ของผู้ที่ทดสอบปริมาณไวรัสได้รับการปราบปรามไวรัส[45]

การระบาดใหญ่ของโควิด-19 มีผลกระทบที่แตกต่างกันในทำนองเดียวกันกับการติดเชื้อเอชไอวีและการเสียชีวิต ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับพื้นที่และการหยุดชะงักของการบริการ จากข้อมูลระดับภูมิภาคจากประเทศจีนระหว่างการระบาดใหญ่ การทดสอบเอชไอวีลดลง 59% และการเริ่มต้นการรักษาเอชไอวีลดลง 34% และการใช้ถุงยางอนามัยลดลง 25%[46]

ประเทศจีนมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นอย่างมากในแต่ละปีในช่วงสองทศวรรษที่ผ่านมา[47] และตอนนี้คิดเป็น 3% ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั่วโลก[43] ตั้งแต่เดือนมกราคมถึงตุลาคม 2565 มีผู้ติดเชื้อ 112,000 คนได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมีรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ติดเชื้อจริง 1.045 ล้านคนในประเทศจีน ความชุกชุม <0.075%[47]

อัตราการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องในช่วงที่ผ่านมาโดยแตะ 5.1 รายต่อ 100,000 ในปี พ.ศ. 2562 แต่มีแนวโน้มลดลงเหลือ 4.43 รายต่อ 100,000 ในปี พ.ศ. 2563 เนื่องจากผลกระทบของการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ที่มีต่อการตรวจ และการวินิจฉัย

การแพร่เชื้อผ่านการมีเพศสัมพันธ์ตอนนี้คิดเป็น 90% ของการแพร่เชื้อในจีน[48]และอัตราการติดเชื้อที่เพิ่มขึ้นมากที่สุดคือกลุ่มประชากรหลักรวมถึงผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ความชุกในประชากรหลักนั้นเพิ่มขึ้นจาก 0.9% ในปี 2546 เป็น 6% ในปี พ.ศ. 2563 ซึ่งสูงสุดในปี พ.ศ. 2558 ที่ 8%[49,50] การแพร่เชื้อผ่านผู้ให้บริการทางเพศยังเป็นปัญหาสำคัญในจีน โดย 59.3% ของผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีรายงานว่าพวกเขาติดเชื้อไวรัสจากการซื้อบริการทางเพศ[51]

ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยและการป้องกัน

แม้ว่าการตรวจและวินิจฉัยเอชไอวีฟรีจะมีให้บริการมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 แต่การวินิจฉัยและการเชื่อมโยงในการดูแลผู้ติดเชื้อ ที่ล่าช้ายังคงเป็นความท้าทายในประเทศจีน แม้แต่ในกลุ่มประชากรหลัก เช่น กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย[52] สัดส่วนของผู้ที่มีเซลล์ซีดี 4 (CD4) มากกว่า 350 (บ่งชี้ว่าสุขภาพดีและวินิจฉัยได้เร็วขึ้น) ลดลงจาก 39% ในปี พ.ศ. 2560 เป็น 35% ในปี 2562 ซึ่งบ่งชี้ว่าสุขภาพของผู้คนในการวินิจฉัยครั้งแรกนั้นแย่ลงตามสัดส่วน

มีการถกเถียงกันว่าการเพิ่มการตรวจโดยไม่ระบุชื่อ และไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายอาจเพิ่มให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายในจีน โดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่มาจากกลุ่มที่มีรายได้ต่ำ[53] โครงการนำร่องการตรวจเอชไอวีด้วยตนเองได้ดำเนินการในองค์กรชุมชนแปดแห่งในเจ็ดมณฑลโดยร่วมมือกับ CDC และมีจำหน่ายผ่านร้านขายยาออนไลน์ แต่เงินทุนมีจำกัด และในปัจจุบันยังไม่มีแนวปฏิบัติระดับชาติเกี่ยวกับการตรวจเชื้อด้วยตนเอง[54]

โควิด-19 ขัดขวางความพยายามในการตรวจ และวินิจฉัยเพิ่มเติม โดยตัวอย่างเช่นอัตราการตรวจเอชไอวีในช่วง 3 เดือนแรกของปี พ.ศ. 2563 ลดลง 49% ในมณฑลเจียงซู ประเทศจีน[55]

จากการสำรวจในปี พ.ศ. 2560 พบว่ากลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายมากกว่า 4,500 คนทั่วประเทศ มีเพียง 22.4% เท่านั้นที่เคยได้ยินเกี่ยวกับยาเพร็พ (PrEP) มาก่อน และมีเพียง 26% เท่านั้นที่กล่าวว่าพวกเขาจะใช้ยาเพร็พ (PrEP) หากสามารถเข้าถึงได้มากขึ้น56 อันที่จริง 56.8% ของผู้ตอบแบบสำรวจในปี พ.ศ. 2560 สงสัยในประสิทธิภาพของวิธีการป้องกัน ยาเพร็พ (PrEP) ได้รับการอนุมัติในเดือนสิงหาคม พ.ศ. 2563 โดยฝ่ายบริหารผลิตภัณฑ์ทางการแพทย์แห่งชาติของจีน[47]

ประเด็นสำคัญในการเชื่อมโยงกับการดูแลและการรักษา

มีวิธีการดูแลเอชไอวีที่แตกต่างกันมากมายทั่วประเทศจีน การดูแลและการรักษาเป็นหลักโดยผ่านโรงพยาบาลโรคติดเชื้อ หรือสถานบริการสาธารณสุขชุมชน สิ่งนี้กำลังเปลี่ยนไปสู่รูปแบบของชุมชนซึ่งเกี่ยวข้องกับผู้ถือผลประโยชน์ร่วมในวงกว้าง[57]

อย่างไรก็ตาม มีความท้าทายในการดำเนินการเนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับความไม่ชัดเจนในหน่วยงานที่รับผิดชอบ เงินทุน และการควบคุมคุณภาพ[57]อุปสรรคในการรับการรักษา และวินิจฉัยโรคในศูนย์สุขภาพชุมชน (หน่วยบริการระดับปฐมภูมิของจีน) ได้แก่ ทัศนคติที่ถูกตีตราจากบุคลากรทางการแพทย์ การขาดการฝึกอบรม และความกังวลเกี่ยวกับเงินทุน และค่าตรวจ[16]

การศึกษาอื่น ๆ ชี้ให้เห็นว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายมีความกังวลเกี่ยวกับการรักษาความลับในสภาพแวดล้อมของชุมชน ซึ่งผู้อื่นสามารถเห็นพวกเขาได้เมื่อแสวงหาการรักษาเอชไอวี นอกจากนี้ยังมีรายงานเกี่ยวกับการรักษาความลับในบางสถานการณ์ซึ่งผู้อื่นได้ยินการสนทนาและการให้คำปรึกษา[57]

การรักษาด้วย NHIV ในประเทศจีนนั้นฟรีตั้งแต่ปี พ.ศ. 2546 ผ่านโครงการบำบัดด้วยยาต้านรีโทรไวรัสแห่งชาติโดยไม่เสียค่าใช้จ่าย และตั้งแต่ปี 2559 ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนสามารถเข้ารับการรักษาได้โดยไม่ต้องคำนึงถึงจำนวนเซลล์ซีดี 4 (CD4)[58] รัฐบาลมุ่งมั่นที่จะให้การเข้าถึงยารักษาโรคเอชไอวีอย่างทั่วถึงผ่านการริเริ่มต่าง ๆ เช่น โครงการ "Four Frees and One Care" การให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสฟรี การให้คำปรึกษา และความช่วยเหลือทางเศรษฐกิจแก่ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี[59] [XXX] แนวคิด U=U ได้รับการยอมรับจาก CDC ในประเทศจีน[60] นอกจากนี้ยังมีการพูดคุยของแพทย์ในหัวข้อเปิดเกี่ยวกับ U=U[61]

ประเด็นสำคัญด้านคุณภาพชีวิตและการตีตรา

การขาดการศึกษาเรื่องเพศในจีนซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการอภิปรายอย่างเปิดเผยในเรื่องเพศและสุขภาพทางเพศ อย่างไรก็ตาม ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 เป็นต้นมา เพศศึกษาได้ขยายไปสู่นักเรียนระดับมัธยมต้นและมัธยมปลาย ตลอดจนโครงการนำร่องการป้องกันเอชไอวีในมหาวิทยาลัยต่าง ๆ ซึ่งรวมการศึกษาเรื่องเอชไอวีไว้ในแผนการสอนและการประเมินประจำปี[62]

แม้ว่าจะยกเลิกความผิดทางกฎหมายในปี พ.ศ. 2540 การเลือกปฏิบัติต่อชุมชนเลสเบี้ยน เกย์ ไบเซ็กชวล คนข้ามเพศ และกลุ่มเพศทางเลือก (LGBTQ+) ยังคงมีอยู่มาก การศึกษาคาดการณ์ว่าระหว่าง 70% ถึง 90% ของกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายได้แต่งงานกับผู้หญิงเนื่องจากการกดดันทางสังคม[63] การกำหนดความผิดตามกฎหมายของประชากรหลัก ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ให้บริการทางเพศและผู้ที่ใช้เข็มฉีดยาเสพสารเสพติด ยังคงขัดขวางความพยายามในการมีส่วนร่วมกับพวกเขา[43]

การศึกษาคุณภาพชีวิตระดับชาติของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. 2558 มีประเด็นต่าง ๆ รวมถึงผลข้างเคียงของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส โรคไม่ติดต่อเรื้อรัง และภาพพจน์เชิงลบต่อตนเองในระดับสูงมีความสัมพันธ์กับคุณภาพชีวิตที่ไม่ดี (n=242)[64] ภาพลักษณ์ต่อตนเองในเชิงลบ การเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงาน การสนับสนุนทางสังคมและการสนับสนุนทางนโยบายเป็นปัจจัยสำคัญ ที่เกี่ยวข้องกับการจ้างงานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี[19]

ฮ่องกง

ฮ่องกงมีประสบความสำเร็จในการลดการแพร่เชื้อ และการเสียชีวิตจากเชื้อเอชไอวี และมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาเพิ่มขึ้น65 ฮ่องกงได้กำหนดเป้าหมาย 9 ประการในการป้องกัน การตรวจ การวินิจฉัย และการรักษาเอชไอวี ซึ่งทั้งหมดสอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS)

ช่วงสิ้นปี พ.ศ. 2563 ฮ่องกงมีรายงานความคืบหน้าเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่า 94% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบสถานะเอชไอวีของตน 84% ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และ 97% ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสประสบความสำเร็จในการยับยั้งไวรัส ประชากรกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญสำหรับเอชไอวี ได้แก่ กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย คนข้ามเพศ หญิงขายบริการและลูกค้าของพวกเขา ผู้เสพยาโดยวิธีฉีด และชนกลุ่มน้อย[10]

ในปี พ.ศ. 2563 ผู้ชายชาวจีนส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 20 ถึง 49 ปี การติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีส่วนทำให้เกิดอย่างน้อย 81% ของรายงานทั้งหมด โดย 65.7% ของผู้ติดเชื้อ รายใหม่อยู่ในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย[66] ฮ่องกงมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 9,359 คน ส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30 ถึง 60 ปี และอีก 80% เป็นผู้ชาย[67] ในช่วง 10 ปีที่ผ่านมา มีการติดเชื้อในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอายุน้อยเพิ่มขึ้น[68]

ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยและการป้องกัน

การวินิจฉัยยังคงเป็นความท้าทายสำคัญ โดยอย่างน้อย 6% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ทราบสถานะของตนเอง โดยทั่วไปมีอัตราการตรวจที่ต่ำในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง[69] แต่กำลังพยายามเข้าถึงกลุ่มเหล่านี้อย่างแข็งขัน

การไม่มีการใช้ยาเพร็พ (PrEP) เป็นช่องว่างที่ชัดเจนที่สุดในการแก้ไขปัญหาเอชไอวีในฮ่องกง ยาเพร็พ (PrEP) ยังไม่มีให้บริการผ่านระบบสาธารณสุขของเมืองต่างๆในฮ่องกง อย่างไรก็ตามยังคงมีจำหน่ายส่วนเอกชนในราคาที่ค่อนข้างสูง69 มีการศึกษาก่อนนำไปใช้โดยมหาวิทยาลัยจีนแห่งฮ่องกง เพื่อพัฒนารูปแบบบริการด้านการจัดส่งยาเพร็พ (PrEP) และทดสอบความสามารถในการปฏิบัติงานในสภาพแวดล้อมจริง[70]

มีความต้องการด้านวิธีการป้องกันในฮ่องกงอย่างไม่ต้องสงสัย ในปี พ.ศ. 2563 มีเพียง 9.3% ของกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่ไม่เคยได้ยินชื่อยาเพร็พ (PrEP)[71] ข้อมูลจากองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร NGO AIDS Concern แสดงให้เห็นว่าในปี 2565 15% ของการตรวจหาเชื้อในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ที่บริการของพวกเขาได้ลองใช้ยาเพร็พ (PrEP) อย่างไรก็ตาม อุปสรรคหลักยังคงเป็นการเข้าถึงยา

ข้อมูลที่เก่ากว่าแสดงให้เห็นว่าในปี 2559 กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย 50% ในชุมชน (n=453) รู้จักยาเพร็พ (PrEP) และมีสัดส่วนที่สูงขึ้นไปอีก (78%) ที่เต็มใจจะใช้ยาเพร็พ (PrEP) ถ้าหากมี[72] ในปี 2560 ความตระหนักรู้ ประสบการณ์ และความเต็มใจเกี่ยวกับยาเพร็พ (PrEP) อยู่ที่ 58%, 4% และ 48% ตามลำดับในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายตามการศึกษาในปี 2559 ในขณะเดียวกัน ความตระหนักรู้ ประสบการณ์ และความเต็มใจอยู่ที่ 32%, 2% และ 51% ในชุมชนคนข้ามเพศ (n=4133 ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย และ 104 คนข้ามเพศ)[73]

สมาคมการแพทย์ด้านเอชไอวีแห่งฮ่องกงได้ตีพิมพ์คำแถลงฉันทามติเกี่ยวกับการยอมรับ ยู=ยู ซึ่งเป็นการปูทางสำหรับการสนับสนุน และการศึกษาที่มากขึ้น[74]

บริการในชุมชนมีความสำคัญอย่างยิ่ง และกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายรายงานว่าสถานที่บ่อยที่สุดสำหรับการตรวจเอชไอวีครั้งล่าสุด ได้แก่ องค์กรไม่แสวงหาผลกำไร (74.3%) สิ่งอำนวยความสะดวกจากภาครัฐ (12.7%) และหน่วยงานภาคเอกชน (7.2%)[75] ผู้ให้บริการชุมชนและองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรยังให้บริการตรวจแก่กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย และผู้ให้บริการทางเพศ ตัวอย่าง ได้แก่ บริการตรวจเอชไอวีในโดยหน่วยเคลื่อนที่ การตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง การให้ความรู้ด้านสุขภาพผ่านห้องสนทนาและโซเชียลมีเดียเพื่อเข้าถึงประชากรที่เข้าไม่ถึง[68]

ในปี พ.ศ. 2560 สภาที่ปรึกษาโรคเอดส์แห่งฮ่องกงตระหนักว่ามีการทดสอบที่ไม่เพียงพอในกลุ่มประชากรหลัก รวมถึงกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย คนข้ามเพศ หญิงขายบริการและลูกค้าของพวกเขา ผู้ที่ใช้เข็มฉีดยาเสพสารเสพติด และชนกลุ่มน้อย[68] การสำรวจในปี พ.ศ. 2561 กับกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายพบว่า 83.0% ได้รับ

* ข้อมูลภายในจัดทำโดยองค์กร AIDS Concern

การตรวจหาเชื้อเอชไอวี แต่มีเพียง 64.5% ที่ได้รับการตรวจในช่วง 12 เดือนก่อนหน้า[75]ปัจจุบันมีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเป็นส่วนหนึ่งของการตรวจเลือดเพื่อฝากครรภ์ตามปกติ ในขณะที่มีบริการตรวจแอนติบอดีหาเชื้อเอชไอวีประจำปีที่คลินิกเมทาโดน และผู้ป่วยวัณโรคในศูนย์โรคปอด[68]

กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่แสวงหาการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างจริงจังมักจะมีอายุมากกว่า มีการศึกษาดีกว่า มีรายได้ต่อเดือนสูงกว่า และมีแนวโน้มที่จะระบุตัวเองว่าเป็นเกย์มากกว่า (กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย n=444) ข้อมูลประชากรเหล่านี้สัมพันธ์กับการยอมรับยาเพร็พ (PrEP) ที่เพิ่มสูงขึ้นด้วย[76]

การตรวจหาเชื้อด้วยตัวเองมีให้บริการในฮ่องกง และอาจเป็นวิธีที่เข้าถึงกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้มากที่สุด ชุดตรวจหาเชื้อเอชไอวี (HIVST) สามารถซื้อได้ที่ร้านขายยาหรือทางออนไลน์ในราคา 25 ดอลลาร์สหรัฐฯ หรือแพงกว่านั้น[77]

ในขณะที่การศึกษาในปี 2558 พบว่าอัตราการยอมรับ และการใช้งานชุดตรวจหาเชื้อด้วยตนเองในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายในฮ่องกงอยู่ในระดับที่ต่ำ เนื่องจากความกังวลเกี่ยวกับความถูกต้อง และการขาดข้อมูล[78] การศึกษาล่าสุดชี้ให้เห็นว่าการเสนอชุดตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองพร้อมการให้คำปรึกษาออนไลน์โดยองค์กรในชุมชนจะช่วยปรับปรุงความครอบคลุมในการตรวจ และการตรวจซ้ำในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายชาวจีน[79]

ในการป้องกัน รัฐบาลดำเนินการหลายโปรแกรมในสภาพแวดล้อมที่แตกต่างกัน ซึ่งรวมถึงการเผยแพร่ข้อความเกี่ยวกับการป้องกันเอชไอวีโดยกระทรวงสาธารณสุข และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไร - ผ่านสื่อแบบดั้งเดิม ออนไลน์ และผ่านอินเทอร์เน็ต นอกจากนี้ยังมีการแจกจ่ายถุงยางอนามัย และเจลหล่อลื่นฟรี โดยมีการแจกจ่ายถุงยางอนามัยประมาณ 400,000 ชิ้นในปี พ.ศ. 2563[80] อย่างไรก็ตาม ยังคงมีหลักฐานว่ากลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่อายุน้อยมีแนวโน้มตรวจหาเชื้อเอชไอวีและใช้ถุงยางอนามัยน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกลุ่มอื่นๆ[72]

การใช้สารเสพติดขณะมีเพศสัมพันธ์ หรือการใช้สารกระตุ้นอารมณ์ทางเพศที่มีเพิ่มขึ้น ยังได้ยกให้เป็นอีกหนึ่งปัจจัยส่งเสริมการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายในฮ่องกงอีกด้วย[81]

ประเด็นสำคัญในการเชื่อมโยงกับการดูแลและการรักษา

การศึกษาล่าสุดรายงานว่ามีช่องว่างหลายประการในการให้บริการสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายอายุน้อย และผู้ติดเชื้อเอชไอวีในฮ่องกง การรั่วไหลในการดูแลเอชไอวีมีแนวโน้มแย่ลง หากการตรวจหาเชื้อที่บ้าน หรือการส่งต่อทำโดยผู้แพทย์ทั่วไปที่ไม่คุ้นเคยกับการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกระบวนการส่งต่อ[82] ที่จริงแล้ว กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่อายุน้อยได้รับการดูแลมากขึ้นหากพวกเขาเข้าร่วมองค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไรที่เป็นมิตรกับเกย์เพื่อทำการตรวจหาเชื้อ

สาเหตุอื่น ๆ ที่ทำให้เกิดการรั่วไหลรวมถึงความกังวลด้านสังคม และปัจจัยภายนอก เช่น การตีตรา ความกังวลเรื่องการจ้างงาน และการประกันสุขภาพ82 ช่องว่างต่าง ๆ ในการเชื่อมโยงกับการดูแลก็เกิดขึ้นจากการระบาดของโควิด-19 ในบรรดาผู้ที่แสดงความจำนงค์ในการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวี 22.9% กล่าวว่าพวกเขามีปัญหาปานกลางถึงสูงในการเข้าถึงบริการด้านเอชไอวีในช่วงการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ในขณะที่อีก 33.9% มีความลำบากเล็กน้อยในการเข้าถึงบริการ ตามการศึกษาในปี 2564[83]

ศูนย์เอชไอวีสามแห่งในฮ่องกงจัดการดูแลคนส่วนใหญ่ที่ติดเชื้อเอชไอวีในฮ่องกง[84] ตั้งแต่ปี 2558 บุคคลทุกคนที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสโดยไม่คำนึงถึงระยะของโรค โดยมีเป้าหมายเพื่อให้ตรวจไม่พบปริมาณไวรัสอย่างต่อเนื่อง[67] ในปี 2563 ผู้ติดเชื้อ 97.4% ได้รับการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสที่มีคุณภาพสูง (HAART) ในคลินิกของรัฐทั้งสามแห่ง[67] โดยชาวฮ่องกงจะได้รับเงินสนับสนุนค่ารักษามูลค่าประมาณ 400 – 700 ดอลลาร์ฮ่องกง (50 – 90 ดอลลาร์สหรัฐ)[85]

ประเด็นสำคัญด้านคุณภาพชีวิตและการตีตรา

ผลการศึกษาหลายชิ้นพบว่าทัศนคติ และการตีตราที่ไม่เอื้ออำนวยต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และประชากรหลักยังคงเป็นปัญหาในฮ่องกง

กว่าครึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่รายงานว่ารู้สึกว่าถูกเลือกปฏิบัติในสภาพแวดล้อมต่าง ๆ เช่น ในที่ทำงาน หรือในความสัมพันธ์ทางสังคม[20] ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายหลายคนที่ติดเชื้อเอชไอวียังประสบกับปัญหา 'การตีตราสองเท่า' สำหรับทั้งเรื่องเพศและสถานะเลือดผลบวกของพวกเขา[15]

แต่มันไม่ได้จำกัดอยู่แค่การจัดระเบียบทางสังคมเท่านั้น หญิงขายบริการหลายรายในฮ่องกงรายงานว่าประสบกับปัญหาการตีตราจากผู้ให้บริการด้านสาธารณสุข ขณะแสวงหาการรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์หรือการติดเชื้อ โดยเฉพาะจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุข[17]

ประเทศสิงคโปร์

สิงคโปร์มีความจำนวนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีค่อนข้างต่ำ แต่ผู้ติดเชื้อรายใหม่ส่วนใหญ่ยังคงเกิดขึ้นผ่านการแพร่เชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์[86] ประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและการแพร่เชื้อในสิงคโปร์ ได้แก่ ผู้ชายที่มีรสนิยมทางเพศกับผู้ที่มีเพศสรีระตรงข้าม ที่มีคู่ครองหลายคน และลูกค้าผู้ชายของหญิงขายบริการทางเพศ กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย หญิงขายบริการทางเพศที่ไม่ได้รับการควบคุม (เช่น นอกสถานบริการทางเพศ) ผู้ที่ใช้ยาเสพติด และบุคคลข้ามเพศ[21]

มีอัตราการการติดเชื้อในตัวเมืองเพิ่มขึ้นอย่างมากในช่วงต้นปี 2533 ในหมู่ผู้ชาย ส่วนใหญ่ติดเชื้อมาจากเพศตรงข้าม ก่อนที่จะมีอัตราคงที่ในปี 2542 บริษัทยา หรือ บริษัทเวชภัณฑ์ด้านบริการทางเพศมีการควบคุมอย่างดี และมีการส่งเสริมให้ใช้ถุงยางอนามัยสำหรับผู้ให้บริการทางเพศเป็นองค์ประกอบสำคัญในการลดอัตราการแพร่เชื้อ[87]

ในเดือนธันวาคม 2563 (อิงจากข้อมูลปี 2561) กระทรวงสาธารณสุขของสิงคโปร์ประกาศว่าได้บรรลุเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) สำหรับการรักษา และการยับยั้งไวรัส (ทั้งสิ้น 91%) แต่มีเพียง 80% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะของพวกเขา11 ในปี พ.ศ. 2564 มีรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 250 ราย ในสิงคโปร์ โดยคิดเป็นเพศชายถึง 95% และใน 68% มีอายุ 20 ถึง 49 ปี[86]

ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยและการป้องกัน

จากเป้าหมายของเอชไอวีทั้งหมดที่กำหนดโดยโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) การปรับปรุงอัตราด้านการวินิจฉัยเป็นความท้าทายหลักของสิงคโปร์11 การวินิจฉัยมากกว่าครึ่ง (62%) ที่รายงานในปี 2564 พบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีระยะหลัง เพียง 16% ที่ตรวจพบผ่านการคัดกรองเอชไอวีด้วยตนเอง และ 18% ผ่านการตรวจเอชไอวีเป็นประจำ ในขณะที่ 57% ตรวจพบจากการดูแลรักษาทางการแพทย์

การตรวจเอชไอวีโดยผู้สมัครใจในชายที่มีรสนิยมกับเพศตรงข้าม (HSM; 8%) ในสิงคโปร์นั้นต่ำกว่ามากเมื่อเทียบกับผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย (23%) ผู้เชี่ยวชาญแนะนำว่านี่เป็นเพราะระดับความเสี่ยงในการรับรู้ตนเองที่ต่ำ และการตีตราที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเห็นได้ชัดจากจำนวนการติดเชื้อเอชไอวีระยะหลังที่เพิ่มขึ้นในกลุ่มชายที่มีรสนิยมกับเพศตรงข้าม (HSM) ซึ่งเพิ่มขึ้นจาก 43.2% ในปี 2555 เป็น 65.6% ในปี 2560[21]

ยังคงมีอุปสรรคหลายประการในการตรวจหาเชื้อ มีความจำเป็นต้องให้ความรู้แก่สาธารณชนเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการรักษาเอชไอวี เนื่องจากข้อมูลจากการศึกษาที่ตีพิมพ์แสดงให้เห็นว่าภาคส่วนต่าง ๆ ของชุมชนที่มีความเสี่ยงยังคงคิดว่าเอชไอวีเป็น “โทษประหารชีวิต” ซึ่งอาจขัดขวางการแสวงหาการรักษาในกรณีที่มีการวินิจฉัยเลือดเป็นบวก[30] อุปสรรคทางจิตใจในการตรวจของกลุ่มชายที่มีรสนิยมกับเพศตรงข้าม (HSM) ได้แก่ การตีตราทางสังคมที่มีต่อเอชไอวี ความกลัวที่จะถูกตัดสินโดยครอบครัวและเพื่อนฝูง และการตีตราตนเองที่มีต่อเอชไอวี

ความกลัวต่อการเลือกปฏิบัติจากการตรวจที่มีผลเป็นบวกทำให้ผู้คนไม่อยากเข้ารับการตรวจ โดยชายสูงอายุมองว่าเอชไอวีเป็นโรคที่น่าอับอายและพวกเขายอมตายดีกว่าเผชิญกับการโดนตัดสินจากผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีการขาดความรู้ในการตรวจคัดกรอง หรือการรักษาเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีรสนิยมกับเพศตรงข้าม (HSM) ที่อาจมีความเสี่ยงต่ำ[28]ผู้ชายในสิงคโปร์ยังแสดงความกังวลว่าจะถูกตัดสินโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพสำหรับสถานะเอชไอวีของพวกเขา โดยพวกเขาชอบวิธีการตรวจแบบไม่ระบุชื่อเพื่อหลีกเลี่ยงการพูดกับแพทย์หรือพยาบาลโดยตรง และควบคุมผู้ที่รู้เกี่ยวกับการวินิจฉัยของพวกเขา โดยเฉพาะอย่างยิ่งการรายงานผลการวินิจฉัยเอชไอวีไปยังระบบเฝ้าระวังเอชไอวีแห่งชาติ (National HIV Registry) ที่ได้รับคำสั่งจากกฎหมายโรคติดเชื้อในสิงคโปร์[30]

ในตัวเลือกการตรวจ การตรวจ Rapid test (ได้ผลลัพธ์ภายใน 20 นาที) สามารถใช้ได้[30] เช่นเดียวกับการตรวจแบบไม่ระบุตัวตนใน 10 แห่งทั่วสิงคโปร์[88]ตั้งแต่เดือนสิงหาคม พ.ศ. 2565 โครงการเอชไอวีแห่งชาติ (National HIV Programme) จะเริ่มใช้การตรวจเอชไอวีด้วยตนเองเพื่อเสริมรูปแบบการตรวจที่มีอยู่[86]

กระทรวงสาธารณสุขและคณะกรรมการส่งเสริมสุขภาพ (HPB) เรียกร้องให้บุคคลที่มีพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูงเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในระยะแรกและเป็นประจำ นอกจากการละเว้นเพศสัมพันธ์

* จากการสัมภาษณ์ของผู้เชี่ยวชาญ

ความซื่อสัตย์ การใช้ถุงยางอนามัย และการตรวจหาเชื้อตั้งแต่เนิ่น ๆ แล้ว ยังไม่เน้นวิธีการป้องกัน เช่น ยาเพร็พ (PrEP)
ยาเพร็พ (PrEP) มีจำหน่ายในสิงคโปร์ โดยมีแนวทางระดับชาติสำหรับใบสั่งยา[89] และสามารถรับได้ผ่านผู้ให้บริการทางการแพทย์เฉพาะทางหลายราย (กรมควบคุมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Department of STI Control) หรือ คลินิกดีเอสซี (DSC Clinic) โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งชาติ (National University Hospital) และโรงพยาบาลตันต๊อกเส็ง (Tan Tock Seng Hospital)[90] แต่ความต้องการยาเพร็พ (PrEP) และยาเป็ป (PEP) ในกลุ่มประชากรชายรักชายในท้องถิ่นนั้นยังไม่เพียงพออย่างมากจากแหล่งข้อมูลในปัจจุบันของสิงคโปร์ และการรับยาเพร็พ (PrEP) ที่สถาบันทางการ (DSC, TTSH และ NUH) นั้นมีอัตราที่ต่ำเนื่องจากค่ายาที่สูงและการตระหนักรู้ที่ไม่ดีต่อบริการที่มีอยู่[21]

การศึกษาเมื่อเร็ว ๆ นี้กับกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายชี้ให้เห็นว่ามีความท้าทายที่สำคัญที่ต้องเอาชนะเพื่อปรับปรุงการรับยาในสิงคโปร์ (n=33)[91]อุปสรรครวมถึงค่าใช้จ่าย ความกังวลเกี่ยวกับผลข้างเคียง การรักษาความลับจากบริการ การชดเชยความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นในชุมชน และการตีตราที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้ยาเพร็พ (PrEP) U=U ได้รับการยอมรับจากโครงการเอชไอวีแห่งชาติ และได้รับการสนับสนุนจากคำแถลงการณ์ของกระทรวงสาธารณสุขเมื่อเร็ว ๆ นี้ว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้วตรวจไม่พบปริมาณไวรัสนั้นแทบไม่มีความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไวรัสไปยังคู่นอนของพวกเขา[92]

ประเด็นสำคัญในการเชื่อมโยงกับการดูแลและการรักษา

โควิด-19 ทำให้การเข้าถึงบริการทางการแพทย์และการรักษาพยาบาลของผู้ค้าบริการทางเพศในสิงคโปร์ลดลง[93] มูลนิธิแอ็คชัน ฟอร์ เอดส์ (Action foe AIDS) ระบุว่าโควิด-19 ส่งผลให้การบริการในชุมชนเกิดการหยุดชะงักครั้งใหญ่ รวมถึงการแก้ไขปัญหาเอชไอวี[94]

เมื่อเทียบกับเป้าหมายของโครงการร่วมเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) สิงคโปร์ประสบความสำเร็จอย่างมากในการรักษาเอชไอวี และการยับยั้งไวรัส การรักษาเอชไอวีสามารถเริ่มได้ในวันเดียวกับการวินิจฉัยโดยโรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งชาติเป็นแห่งแรกที่ให้บริการในปี 2563 โดยลดเวลาในการรอตรวจที่คลินิกโรคติดเชื้อลงถึงสี่วัน[95] ศูนย์โรคติดเชื้อแห่งชาติ (NCID) มีบทบาทสำคัญในการให้บริการทางคลินิก การให้คำปรึกษา และการสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวี[92] อย่างไรก็ตาม อุปสรรคในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นรวมถึงค่าใช้จ่ายที่สูงของการรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัส แม้จะได้รับความช่วยเหลือทางการเงิน การถูกตีตราที่เกี่ยวข้องกับการไปสถานบริการด้านเอชไอวี ลำดับความสำคัญในชีวิตด้านอื่น ๆ เช่น งาน และเวลารอที่คลินิกเป็นเวลานาน (n=11 ในปี 2559)[96]

ความท้าทายด้านค่าใช้จ่าย อาจคลี่คลายไปเมื่อเร็ว ๆ นี้ในปี 2562 เนื่องจากการรักษาเอชไอวีได้รับเงินอุดหนุนผ่านรายการยามาตรฐานและกองทุนช่วยเหลือด้านยา[97]

ประเด็นสำคัญด้านคุณภาพชีวิตและการตีตรา

การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นความท้าทายที่สำคัญในสิงคโปร์[98] การวิจัยชี้ให้เห็นถึงความกลัวของกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่จะถูกตัดสินหรือเลือกปฏิบัติโดยผู้เชี่ยวชาญด้านสาธารณสุข การถูกเฝ้าระวังจากรัฐหรือการถูกพบเห็นโดยเพื่อน เพื่อนร่วมงาน หรือสมาชิกในครอบครัว ขณะเข้ารับการรักษาเอชไอวี หรือไปยังสถานพยาบาลด้านเพศซึ่งถูกมองว่าเป็น "พื้นที่สำหรับเกย์" หรือสำหรับผู้ที่มีส่วนร่วมในการมีเพศสัมพันธ์ที่มีความเสี่ยง[99]

การตีตราตนเองเป็นปัจจัยที่ส่งผลเสียต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากความรู้สึกละอาย และความรู้สึกผิดที่ว่ามีเชื้อเอชไอวียังคงรุนแรงในหมู่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสิงคโปร์[100] ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกว่าเอชไอวีถูกแยกออกจากโรคเจ็บป่วยอื่น ๆ และดูเหมือนจะถูกปฏิเสธว่าเป็นภาวะทางการแพทย์เรื้อรังตามปกติ[100]

โดยยอมรับว่ามีการตีตรา รัฐบาลและพันธมิตรในชุมชนได้เพิ่มความพยายามในการลดการตีตราผ่านละครโทรทัศน์ และโครงการให้ความรู้ในสถานที่ทำงาน ตลอดจนการจัดนิทรรศการท่องเที่ยวเชิงประสบการณ์เพื่อเข้าถึงสาธารณชนในวงกว้าง[98] แม้จะมีความพยายามเหล่านี้ ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับการ ตีตราเชิงโครงสร้างยังคงมีอยู่

ซึ่งรวมถึงประเด็นการกำหนดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความผิดผ่านกฎหมายโรคติดเชื้อ (สำหรับการไม่เปิดเผยความเสี่ยงต่อคู่นอน การบริจาคเลือดที่ติดเชื้อเอชไอวี) ตลอดจนกฎหมายที่อยู่ระหว่างการพิจารณาซึ่งในอดีตเป็นกฎหมายที่มีความผิดเกี่ยวกับความสัมพันธ์ทางเพศระหว่างผู้ชาย[101] นี่หมายความว่าแม้ว่ากลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายจะเป็นประชากรหลัก แต่ก็มีการวิจัยค่อนข้างน้อยในหมู่เกย์ ไบเซ็กชวล และคนที่ไม่ระบุเพศ ซึ่งอาจเกิดจากการที่ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายเป็นอาชญากรที่สร้างทัศนคติเชิงลบในสังคม[99]

แม้ว่าการขายบริการทางเพศจะเป็นเรื่องถูกกฎหมาย แต่กิจกรรมอื่น ๆ ทั้งหมด เช่น การโฆษณาบริการทางเพศ การเปิดสถานบริการทางเพศ และการได้รับเงินจากผู้ให้บริการทางเพศนั้น ทำให้งานบริการทางเพศผิดกฎหมาย และขัดขวางความพยายามในการป้องกันเอชไอวี[102] ปัญหาเชิงโครงสร้างอื่น ๆ ได้แก่ การจำกัดการจ้างงานสำหรับชาวต่างชาติที่ติดเชื้อเอชไอวี การแจ้งเตือนที่จำเป็นของหน่วยงานสำหรับเรื่องติดเชื้อเอชไอวี และการขาดกฎหมายต่อต้านการเลือกปฏิบัติในที่ทำงานเพื่อคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่ม LGBTQ[21]

ในแง่ของคุณภาพชีวิต ปัญหาหลายประการเป็นอุปสรรคในการแก้ไขปัญหาของผู้สูงอายุที่ติดเชื้อเอชไอวีในสิงคโปร์103 ประการแรก หลักฐานแสดงให้เห็นว่าการฝึกอบรมที่ดีขึ้นสำหรับบุคลากรทางการแพทย์จะช่วยตอบสนองความต้องการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประการที่สอง กลุ่มนี้มักถูกมองข้ามเนื่องจากการป้องกันเอชไอวี และการสนับสนุนจากชุมชนสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยปกติมุ่งเป้าไปที่กลุ่มประชากรที่อายุน้อยกว่า ประการที่สาม ผู้สูงอายุที่ติดเชื้อ เอชไอวีอาจเผชิญกับการตีตราที่มีลักษณะเฉพาะ แต่ก็ยังไม่เป็นที่เข้าใจกันดีในบริบทท้องถิ่น[103]

โครงการเอชไอวีแห่งชาติของสิงคโปร์ (Singapore's National HIV Programme) มุ่งมั่นที่จะทำมากกว่าการยืดอายุชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และดำเนินการประกันคุณภาพชีวิต ซึ่งหมายถึงการท้าทายการตีตรา และการเลือกปฏิบัติที่ยังคงส่งผลกระทบต่อสุขภาพ และความเป็นอยู่ที่ดีของบุคคล และประชากรหลัก[92] ซึ่งรวมถึงการยอมรับ และการสื่อสารเรื่อง U=U

ประเทศเกาหลีใต้

ในปี 2563 ได้รับแจ้งว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์รายใหม่จำนวน 1,016 ราย ลดลง 16.9% จากปีก่อนหน้านี้[104] ในจำนวนนั้น 92% เป็นผู้ชาย โดยมีความชุกชุมสูงสุดในกลุ่มคนรุ่นใหม่: 33.8% ในวัย 20 ปี 29.8% ในวัย 30 ปี104 ส่วนใหญ่ 71.9% ของเคสที่ได้รับแจ้งถูกตรวจพบที่โรงพยาบาลและสถาบันทางการแพทย์ ในแง่ของการแพร่เชื้อ พบว่า 99.75% ของเคสผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกรายงานว่าติดต่อผ่านการมีเพศสัมพันธ์[104] ในหมู่ผู้ชาย 58.3% ของการแพร่เชื้อรายงานว่าอยู่ในกลุ่มชายรักชาย[104]

ในเดือนพฤศจิกายน 2562 กระทรวงสาธารณสุข และสวัสดิการ และ KCDC (ปัจจุบันคือ KDCA) ได้พัฒนามาตรการป้องกัน และจัดการโรคเอดส์ให้สอดคล้องกับเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำให้ “การติดเชื้อใหม่เป็นศูนย์ ความตายเป็นศูนย์ การเลือกปฏิบัติเป็นศูนย์”[105] ความตั้งใจของพวกเขาคือการเข้าถึง 90% สำหรับทุกเป้าหมายภายในปี 2563 และ 95% ภายในปี 2573

ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยและการป้องกัน

เพื่อปรับปรุงการตรวจ มีการจัดสรรงบประมาณสำหรับเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มขึ้นจาก 15.1 พันล้านวอน (11 ล้านดอลลาร์สหรัฐ) ในปี 2564 เป็น 16.5 พันล้านวอน (14 ล้านดอลลาร์สหรัฐ) ในปี 2565 (เพิ่มขึ้น 9.1%)[106] ค่าใช้จ่ายเพิ่มเติมคาดว่าจะใช้เพื่อเพิ่มจำนวนสถาบันทางการแพทย์ที่ให้คำปรึกษาสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีจาก 26 แห่งเป็น 28 แห่ง และเพื่อจัดหาชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง 10,000 ชุดให้กับประชากรหลัก

เกาหลีให้บริการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีฟรีสำหรับผู้อยู่อาศัยรวมถึงกลุ่มเสี่ยง[104] การตรวจคัดกรองยังเป็นส่วนหนึ่งของการดูแลก่อนการทำคลอดของสตรี และสตรีมีเปอร์เซ็นต์การตรวจหาเชื้อเอชไอวีสูงที่สุดในเกาหลี104 แม้จะมีความพยายามทั้งหมดเหล่านี้ แต่พบว่ามีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงขึ้นในการตรวจแบบไม่ระบุชื่อ การตรวจโดยสมัครใจ และการตรวจคนต่างชาติ[104]

การแนะนำการตรวจวินิจฉัยด้วย Rapid test โดยศูนย์บริการสาธารณสุขตั้งแต่ปี 2557 มีส่วนทำให้จำนวนการตรวจที่ไม่ระบุชื่อเพิ่มขึ้น105 ด้วยความกลัวว่าจะถูกตีตราด้านเอชไอวี ผู้คนจึงเลือกที่จะรับการตรวจโดยไม่เปิดเผยตัวตน ซึ่งให้ผลลัพธ์ที่รวดเร็วโดยไม่เปิดเผยตัวตน[105] มาตรการป้องกันและจัดการโรคเอดส์ (The AIDS Prevention and Management Measures) ซึ่งเผยแพร่ในปี 2562 มีเป้าหมายเพื่อเสริมสร้างการวินิจฉัย และการรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ โดยลดระยะเวลาที่แนะนำสำหรับการตรวจหลังสัมผัสเชื้อเอชไอวีจาก 12 สัปดาห์เป็น 4 สัปดาห์ หากผลเป็นลบ ตรวจซ้ำอีกครั้งใน 6 ถึง 12 สัปดาห์และปรับปรุงความพร้อมของการตรวจเอชไอวีที่ศูนย์บริการสาธารณสุข105การตรวจเอชไอวีด้วยตนเองมีมาตั้งแต่ปี 2558[107]

ในแง่ของการป้องกัน การตระหนักรู้ และการศึกษาเป็นประเด็นสำคัญในเกาหลี การศึกษาเกี่ยวกับเอชไอวีในหมู่เยาวชนเป็นไปอย่างล่าช้า (นักเรียนมัธยมต้นและมัธยมปลาย)[108] แต่กำลังพยายามส่งเสริมการรับรู้เรื่องเอชไอวีให้คนกลุ่มนี้ในเกาหลี[108]

ยาเพร็พ (PrEP) สำหรับป้องกันเอชไอวีมีวางจำหน่ายในเกาหลีในปี 2561 หลังจากที่สมาคมโรคเอดส์แห่งเกาหลีตีพิมพ์แนวทางการใช้ยาเพร็พในปี 2560[109] การวิจัยได้ปรากฏขึ้นตั้งแต่นั้นมา โดยชี้ให้เห็นว่าการเริ่มใช้ยาเพร็พ (PrEP) ในผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีความเสี่ยงสูงในเกาหลีสามารถป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีได้ถึง 78% ของผู้แพร่เชื้อเอชไอวีทั้งหมด[110]

ข้อมูลเกี่ยวกับการรับและการนำไปใช้นั้นหายาก แต่มีอุปสรรคหลายประการที่ทำให้การรับข้อมูลนั้นล่าช้า ประการแรก ค่าใช้จ่ายของยาเพร็พ (PrEP) มีความสำคัญ และการประกันสุขภาพแห่งชาติสำหรับ ยาเพร็พ (PrEP) นั้นจำกัดเฉพาะคู่เพศสัมพันธ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อไม่อยู่ในประกัน ค่ายาเพร็พจะมีค่าใช้จ่ายประมาณ 480 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือน[110] ประการที่สอง จากการศึกษาพบว่าบุคลากรทางการแพทย์และผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายส่วนใหญ่ในเกาหลีใต้ไม่รู้จักยาเพร็พ (PrEP)[111] และประการที่สาม การขาดความคุ้มครองของประกันสุขภาพและความรู้เกี่ยวกับยาเพร็พ (PrEP) เป็นอุปสรรคสำคัญในการเข้าถึง111 การวิเคราะห์ที่คุ้มค่าใช้จ่ายของยาเพร็พ (PrEP) สำหรับการป้องกันเอชไอวีในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายในเกาหลีใต้ พบว่าการใช้ยาเพร็พ (PrEP) กับกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่มีความเสี่ยงสูงจะคุ้มทุน แต่ถ้าจะเสนอให้กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายทั้งหมดในเกาหลีใต้จะไม่คุ้มทุน[110]

ประเด็นสำคัญในการเชื่อมโยงกับการดูแลและการรักษา

ตามแนวทางการจัดการเอชไอวี/เอดส์ พ.ศ. 2564 รัฐบาลเกาหลีวางแผนที่จะให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ จัดการฝึกอบรมด้านการศึกษาสำหรับกลุ่มเสี่ยงและสาธารณชน เสริมสร้างการฝึกอบรมสำหรับผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์ ดำเนินการศูนย์การศึกษาออนไลน์ ยกระดับการควบคุมคุณภาพสำหรับการตรวจ และเพิ่มการรับรู้ผ่านกิจกรรมภาครัฐและเอกชนร่วมกัน[112]

การวิจัยชี้ให้เห็นว่ามีความเชื่อมั่นต่ำในระบบการดูแลด้านสาธารณสุขสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและการตีตราเชิงโครงสร้างบางรูปแบบยังคงอยู่37การศึกษาดัชนีการตีตราของเอชไอวีดำเนินการตั้งแต่ปี 2559-2560 ซึ่งสำรวจ [104] คนที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้ข้อค้นพบที่น่าตกใจจำนวนหนึ่ง: ประมาณ 30% จะหลีกเลี่ยงการไปคลินิกเมื่อจำเป็น มีเพียง 27% เท่านั้นที่แน่ใจว่าบันทึกทางการแพทย์ของพวกเขาจะถูกเก็บเป็นความลับ 54% ไม่แน่ใจ และ 19% แน่ใจว่าบันทึกของพวกเขาไม่เป็นความลับ และ17% รายงานว่าผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขของพวกเขาได้บอกคนอื่นเกี่ยวกับสถานะเอชไอวีโดยไม่ได้รับความยินยอม

ในส่วนการรักษาเอชไอวีนั้น ประกันสุขภาพแห่งชาติครอบคลุมค่าใช้จ่าย 90% และงบประมาณของรัฐบาลกลาง หรือรัฐบาลท้องถิ่นครอบคลุม 10%[113]ในเดือนกันยายน 2564 มีการเพิ่มยาอีก 3 ชนิดลงในประกันสุขภาพแห่งชาติ[114] เพื่อส่งเสริมสภาพแวดล้อมทางการแพทย์ที่ปลอดภัย และไม่เลือกปฏิบัติสำหรับทั้งบุคลากรทางการแพทย์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี KDCA ได้เผยแพร่แนวทางทางคลินิกสำหรับการจัดการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเดือนธันวาคม 2563[112] มาตรการป้องกันและจัดการโรคเอดส์ที่เผยแพร่ในปี 2562 ยังเสนอวิธีการที่หลากหลายในการเสริมสร้างการวินิจฉัย และการรักษาตั้งแต่เนิ่น ๆ[105]

ประเด็นสำคัญด้านคุณภาพชีวิตและการตีตรา

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเกาหลีมักถูกตีตราและมีข้อความเชิงลบต่อพวกเขา37จากรายงานเรื่องดัชนีการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS HIV Stigma Index) พบว่ามากกว่าหนึ่งในสามของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (36.5%) มีความคิดที่จะฆ่าตัวตาย[37] มีเพียง 13.5% ของผู้ตอบแบบสอบถามกล่าวว่าพวกเขาไม่ตีตราตนเองเรื่องสถานะเอชไอวีของพวกเขา การตำหนิตนเอง ความรู้สึกผิด และความภาคภูมิใจในตนเองที่ต่ำเป็นความรู้สึกร่วมกันในหมู่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี[37] การสนับสนุนทางสังคมมีผลในเชิงบวกอย่างมีนัยสำคัญต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี และต่อความหวังของพวกเขา[115] การศึกษาที่โดดเด่นในปี 2563 โดยการสำรวจความคิดเห็นของบุคคลที่ทำงานกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าผู้ที่มีอาการดังกล่าวประสบ “กำแพงแห่งการกีดกันและอคติ” เมื่อหางานทำ[116]

ในขณะเดียวกัน ยังไม่มีความพยายามทั่วประเทศในการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ โดยไม่มีการรณรงค์เรื่องเอชไอวีระดับชาติสำหรับประชากรทั่วไปตั้งแต่ปี 2547 การขาดการสนับสนุนนี้มีส่วนทำให้เกิดข้อมูลด้านลบ และการสื่อสารที่เลือกปฏิบัติ ซึ่งส่งผลกระทบอย่างลึกซึ้งต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี[37]

การตีตราทางสังคมเกี่ยวกับเอชไอวีทำให้ชาวเกาหลีใต้ไม่แสวงหาการตรวจและรักษาเอชไอวี การตีตรายังเชื่อมโยงกับอัตราการฆ่าตัวตายที่สูงเกินสัดส่วนในหมู่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเกาหลี[117] นอกจากนี้ เอชไอวีและเอดส์ยังสัมพันธ์กับคำเชิงลบ เช่น โรคที่รักษาไม่หาย โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รักร่วมเพศ และความตาย

มีรายงานว่าการตีตราโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์เป็นสิ่งที่ยากจะหายไป การสำรวจแบบตัดขวางระบุปัจจัยที่มีส่วนทำให้เกิดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีโดยผู้เชี่ยวชาญทางการแพทย์ (ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 57 คน ผู้ปฏิบัติงานที่พยาบาลโรคติดเชื้อ 24 คน)17สิ่งเหล่านี้รวมถึงอคติ ความกลัวต่อการติดเชื้อ และการขาดความรู้ คนอื่น ๆ ยังได้รายงานว่ารัฐบาลไม่ได้ปกป้องผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีจากการเลือกปฏิบัติ และโรงพยาบาลมักปฏิเสธผู้ติดเชื้อเอชไอวี[117]

การสำรวจในปี 2559 ที่สำรวจประสบการณ์ด้านการเลือกปฏิบัติในสถานพยาบาลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า 26.4% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีประสบการณ์ที่ถูกยกเลิกหรือปฏิเสธการผ่าตัดตามกำหนดหลังจากเปิดเผยสถานะของพวกเขา 76.2% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีกล่าวว่าพวกเขาพบว่า ยากที่จะเปิดเผยสถานะเอชไอวีของพวกเขาเมื่อไปสถานพยาบาลสำหรับเงื่อนไขอื่น ๆ และมีเพียง 29.9% เท่านั้นที่ขอความช่วยเหลือหลังจากประสบกับปัญหาการเลือกปฏิบัติทางการแพทย์[118]

มีการตีตราเป็นสองเท่าสำหรับกลุ่มประชากรหลัก เช่น กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวี และกีดกันไม่ให้ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายเข้าถึงบริการด้านสาธารณสุข การเป็นเกย์มักถูกมองว่าเป็นสิ่งต้องห้ามในเกาหลีใต้ และเกือบทั้งหมดของผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายที่ถูกสัมภาษณ์ในการศึกษาในปี 2562 พวกเขาได้ซ่อนอัตลักษณ์ทางเพศของตนจากครอบครัวและสังคม119สิ่งนี้ทำให้การเข้าถึงประชากรกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายเป็นความท้าทายที่สำคัญ[119]

หลักฐานทั้งหมดนี้ชี้ให้เห็นว่าเกาหลีใต้จำเป็นต้องมีความพยายาม เช่น การศึกษา และการรณรงค์ ในการบรรเทา และลดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติ และปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี[120]

การแพร่เชื้อเอชไอวีถือเป็นความผิดทางอาญาตามกฎหมายการป้องกันโรคเอดส์ (AIDS Prevention Act)[117]ขาดการคุ้มครองทางกฎหมายจากการเลือกปฏิบัติสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งทำให้เกิดการโจมตีกลุ่มประชากรหลักที่ถูกตีตรา เช่น ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายและผู้ที่ไม่รักชาติ[117] การศึกษาอันหนึ่งพบว่า 79.6% ของผู้ตอบแบบสอบถามจากประชากรทั่วไปรู้สึกว่ามีโอกาสติดเชื้อเอดส์ต่ำ ผู้ตอบแบบสอบถามมากกว่า 30% รายงานว่าการตรวจหาเชื้อเอชไอวีไม่จำเป็น หากพวกเขาติดเชื้อ ความตั้งใจที่จะรักษาสูงถึง 75%[120]ในประชากรทั่วไปน้อยกว่า

* ใช้คำว่า “โรคเอดส์” มากกว่า “เอชไอวี” ในการสำรวจ

20% เต็มใจที่จะแจ้งให้ผู้อื่นทราบหากพวกเขาได้รับการวินิจฉัย[120]

กระทรวงยุติธรรมของเกาหลียกเลิกการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเพื่อขอวีซ่าในเดือนกรกฎาคม 2560[121] อย่างไรก็ตาม สิ่งนี้ถูกมองว่าเป็นวิธีแก้ปัญหาบางส่วน เนื่องจากหน่วยงานท้องถิ่น และนายจ้างแต่ละรายยังคงสามารถบังคับคนงานให้เข้ารับการตรวจไม่ว่าจะด้วยการบีบบังคับ หรือโดยการตรวจคนงานโดยที่พวกเขาไม่รู้ตัว มีความพยายามด้านอื่น ๆ อย่างต่อเนื่องในการเพิ่มการศึกษา และรณรงค์เกี่ยวกับเอชไอวีสำหรับประชากรทั่วไป และกลุ่มเป้าหมายเฉพาะ[105]และออกกฎหมายที่ห้ามการเลือกปฏิบัติที่อาจเป็นอันตรายต่อสถานะเอชไอวีและรสนิยมทางเพศ อย่างไรก็ตาม การผลักดันจากกลุ่มอนุรักษ์นิยมทำให้กระบวนการนี้ช้าลง[122]

ไต้หวัน

มีรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายแรกในไต้หวันในปี พ.ศ. 2527 ในปี 2561 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 37,917 ราย รวมถึง 17,902 รายที่ติดเชื้อเอชไอวีระยะท้าย123 ผู้ที่มีอายุ 25 - 34 ปีคิดเป็น 815 หรือ 46% ของการติดเชื้อใหม่ที่ได้รับการวินิจฉัยในปี 2562 มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ กลุ่มที่ใหญ่เป็นอันดับสองคือกลุ่มอายุ 15 ถึง 24 โดยมี 374 หรือ 21% ของทุกเคส[124]

ไต้หวันมีผู้ติดเชื้อเพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่องจนกระทั่งปี 2548 เมื่อตัวเลขเพิ่มขึ้นอย่างมาก โดยส่วนใหญ่เกิดจากผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด รัฐบาลได้ให้ทุนทำโครงการลดอันตราย ส่งผลให้ชะลอการเพิ่มขึ้นของการติดเชื้อใหม่[124]การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ลดลงจาก 18.2% ในปี 2548 เป็น 0.3% ในปี 2553

ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อของไต้หวัน (CDC) ปรับปรุงแนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปี 2558 เพื่อแนะนำให้ใช้สูตรยาเม็ดเดียวเป็นยาต้าน รีโทรไวรัสทางเลือกแรก ทำให้มีการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และความทนทานต่อยาดีขึ้นอย่างเห็นได้ชัด ในปี 2559 ได้มีการส่งเสริมกลยุทธ์การเริ่มต้นรักษาด้วยยาต้านรีโทรไวรัสอย่างรวดเร็วในการวินิจฉัยเอชไอวีโดยไม่คำนึงถึงจำนวนซีดี 4 (CD4) ไต้หวันแนะนำยาเพร็พ (PrEP) เป็นกลยุทธ์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในปี 2559 และใช้ยาเพร็พ (PrEP) ในปี 2560 นโยบายและการดำเนินการทั้งหมดเหล่านี้นำไปสู่การลดการติดเชื้อรายใหม่ประจำปีลง 12-21% เป็นเวลา 4 ปีติดต่อกันตั้งแต่ปี 2561 ถึง 2564 จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง 50% จาก 2,508 รายในปี 2560 เป็น 1,246 รายในปี 2564

สัดส่วนที่สูงของการติดเชื้อเอชไอวีเกิดขึ้นในกลุ่มประชากรผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายของไต้หวัน (83% ของเคส) โดยมีการติดต่อทางเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้ามคิดเป็น 12% ของเคสทั้งหมด ไต้หวันบรรลุเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ(UNAIDS) แล้ว ซึ่งรวมถึง 95% สำหรับการยับยั้งเชื้อไวรัส[13]

ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยและการป้องกัน

การให้คำปรึกษา และการตรวจเอชไอวีโดยสมัครใจแบบไม่เปิดเผยชื่อ (aVCT) สำหรับประชากรหลักเริ่มดำเนินการในไต้หวันในปี 2540 แต่อัตราการตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงท้ายของประชากรที่มีเพศสัมพันธ์ยังคงไม่เปลี่ยนแปลงตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2543

การศึกษาที่ประเมินผลกระทบ และการยอมรับการตรวจเอชไอวีโดยสมัครใจแบบไม่เปิดเผยชื่อ (aVCT) ในผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ตั้งแต่ปี 2558 - 2562 (22,665 ราย) พบว่ามีเพียงหนึ่งในสี่ของผู้เข้าร่วมที่อยู่ถึงขั้นตอนสุดท้ายของการตรวจเอชไอวีโดยสมัครใจแบบไม่เปิดเผยชื่อ (aVCT)[125]

อุปสรรคในการตรวจ ได้แก่ การตีตราที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ความกลัวเรื่องการเลือกปฏิบัติ ความกลัวการหยุดชะงักของความสัมพันธ์ทางสังคมและทางเพศ ความไม่ไว้วางใจทางการแพทย์ การกลัวการตกงาน การตีตราที่เกี่ยวข้องกับการรักร่วมเพศ (โดยเฉพาะในสังคมจีน) อุปสรรคด้านโครงสร้าง (เวลาที่ใช้รอในสถานพยาบาล ความกังวลเกี่ยวกับการรักษาความลับ)

ชุดตรวจเอชไอวีด้วยตนเองมีจำหน่ายทั่วไปในไต้หวัน ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อของไต้หวัน (CDC) เปิดตัวโครงการในปี 2561 เพื่อแจกจ่ายชุดตรวจเลือดสำหรับตรวจเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองที่องค์กรไม่แสวงหาผลกำไรหรือสถานีอนามัย และชุดตรวจเชื้อเอชไอวีในช่องปากผ่านบริการจ่ายแล้วไปรับที่ร้านสะดวกซื้อในเครือ และเครื่องจำหน่ายอัตโนมัติที่ศูนย์สุขภาพ LGBT สถานีสุขภาพ และห้องซาวน่าเกย์ ผู้ใช้จ่ายเงิน 6 ดอลลาร์สหรัฐเพื่อรับชุดอุปกรณ์ และรับเงินคืนเต็มจำนวนหลังจากบันทึกผลการตรวจทางออนไลน์[123] มีสถานที่ทั้งหมด 425 แห่ง และตู้จำหน่ายอัตโนมัติ 28 เครื่อง ณ ปี 2563 มีชุดตรวจด้วยตัวเองผ่านการซื้อทางออนไลน์ และไปรับที่ร้านสะดวกซื้อ จนถึงปัจจุบันมีผู้ใช้ชุดตรวจด้วยตัวเองจำนวน 54,090 คน[124]

ในปี 2562 ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อของไต้หวัน (CDC) ใช้แอปฯหาคู่ที่เป็นที่นิยมในหมู่ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายเพื่อเข้าถึงกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง บุคลากรที่ได้รับการฝึกอบรมในการให้คำปรึกษาด้านการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีได้จัดส่งชุดอุปกรณ์ดังกล่าวไปยังสถานที่ที่กำหนด เช่น ร้านสะดวกซื้อที่ห่างไกลจากที่ทำงานหรือที่อยู่อาศัยของผู้ยื่นคำร้อง และคัดเลือกบุคคลจำนวนมากขึ้นเพื่อให้ความช่วยเหลือในบริการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีในชุมชนของพวก

เขาเอง[123]
นอกจากนี้ยังมีจุดตรวจในสถาบันดูแลสุขภาพอีกด้วย ในปี 2562 ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อของไต้หวัน (CDC) ทำงานร่วมกับโรงพยาบาล 12 แห่งในไต้หวันเพื่อให้บริการตรวจเชื้อเอชไอวีอย่างรวดเร็วโดยไม่ระบุชื่อแบบ "ครบวงจร" โดยให้ผลการตรวจภายใน 30 นาทีสำหรับผู้ที่มีผลตรวจเลือดเป็นบวก ใช้เวลาน้อยกว่าหนึ่งชั่วโมงในการดำเนินการทั้งหมด ทำให้ผู้ที่มีผลตรวจเลือดเป็นบวกสามารถรายงานและรับการรักษาโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ[124]

ในแง่ของการป้องกัน ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อของไต้หวัน (CDC) ได้เปิดตัวโครงการลดอันตรายนำร่องในปี 2549[126]โยบายดังกล่าวส่งผลให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลงอย่างมากในผู้ใช้เสพสารเสพติดด้วยวิธีการฉีด ในช่วง 4 ปี ซึ่งรวมถึงการให้ความรู้และการตรวจคัดกรอง โปรแกรมการใช้เข็มฉีดยา และการบำบัดรักษาผู้ติดสารโอปิออยด์ โรงพยาบาลในไต้หวันได้ดำเนินโครงการการพยาบาลแบบองค์รวมสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี[127] และความร่วมมือที่เข้มแข็งระหว่างรัฐบาล และองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรช่วยรับรองการขยายการตรวจในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง[123]

ยาเพร็พ (PrEP) ได้รับการอนุมัติให้ใช้ในไต้หวันในเดือนมกราคม 2560 แต่ถึงแม้อัตราการติดเชื้อเอผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ใหม่จะคงที่ อัตราการรับยาก็ยังคงต่ำอยู่[128]ในการสำรวจกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายในปี 2561 (n=176) พบว่าน้อยกว่า 50% รู้จักยาเพร็พ (PrEP) อย่างไรก็ตามเมื่อมีการอธิบายให้พวกเขาทราบ 72.2% ระบุว่าพวกเขายอมรับยาเพร็พ (PrEP)[129] ในการสำรวจคู่รักที่มีสถานะเอชไอวีแตกต่างกัน (เพศที่ชอบเพศตรงข้าม ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ผู้ที่เสพสารเสพติดด้วยวิธีการฉีด n=112) 46.2% รู้จักยาเพร็พ (PrEP) แต่มีเพียง 33% เท่านั้นที่ยินดีรับยา คู่รักผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายมีความรู้ และเต็มใจที่จะใช้ยาเพร็พ (PrEP) มากที่สุด[130]

ค่าใช้จ่ายของยาเพร็พ (PrEP) เป็นอุปสรรคสำคัญต่อการเข้าถึงยาเพร็พ (PrEP) สำหรับกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายในไต้หวัน โดยประมาณ 77% ของกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายไม่สามารถหรือไม่เต็มใจที่จะจ่ายเงิน 340 ดอลลาร์สหรัฐต่อเดือนสำหรับแบรนด์ Truvada131 ตั้งแต่เดือนกันยายน 2561 ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรคติดต่อของไต้หวัน (CDC) ได้ส่งเสริมการคัดกรองเอชไอวี และการใช้ยาเพร็พ (PrEP) ในเชิงรุก และทำงานร่วมกับโรงงาน 38 แห่งใน 18 เมืองและมณฑลเพื่อให้คู่สมรสหรือคู่ครองของผู้ติดเชื้อ และบุคคลที่มีความเสี่ยงสูงเข้าถึงยาเพร็พ (PrEP) ได้อย่างกว้างขวางยิ่งขึ้น

เช่นเดียวกับพื้นที่อื่น ๆ ในบทความนี้ หลักฐานบ่งชี้ว่าการระบาดใหญ่ของโควิด-19 ทำให้จำนวนการตรวจในโรงพยาบาลในไต้หวันลดลง ที่โรงพยาบาลมหาวิทยาลัยแห่งชาติไต้หวัน จำนวนการตรวจเอชไอวีลดลง 25% ในปี 2563 เนื่องจากการระบาดใหญ่ของโควิด-19[132]

ในด้านความเป็นส่วนตัว ข้อกำหนดใหม่ในการสแกนบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติเพื่อวัตถุประสงค์ในการติดตามผู้สัมผัสเชื้อโควิด-19 ยังเปิดเผยบันทึกการใช้ยาเอชไอวีต่อผู้ให้บริการด้านสาธารณสุขอีกด้วย[132] ในช่วงการระบาดใหญ่ของโควิด-19 บริการด้านเอชไอวีไม่ได้รับผลกระทบอย่างรุนแรง แต่ยังคงพบอุปสรรคในเรื่องการเข้าถึง ประชากรหลักประสบปัญหาเรื่องการหยุดชะงัก ซึ่งทำให้ความถี่ในการตรวจ และการใช้ยาป้องกันลดลง

ประเด็นสำคัญในการเชื่อมโยงกับการดูแลและการรักษา

มีรายงานล่าสุดเกี่ยวกับการปรับปรุงที่สำคัญในการเข้าถึงการดูแล และรักษาเอชไอวีในไต้หวัน[13,133] การศึกษาย้อนหลังในไต้หวันเกี่ยวกับคนที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 3,655 คนรายงานว่าสัดส่วนโดยรวมของการเริ่มต้นการรักษาเอชไอวีแบบผสมผสานในระยะท้ายลดลงจาก 49.1% ในปี พ.ศ. 2555 เป็น 29.0% ในปี พ.ศ. 2559 ปัจจัยเสี่ยงบางประการสำหรับการเริ่มการรักษาที่ล่าช้า ได้แก่ กรณีที่ผู้สูงอายุมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี โดยมีเพศสัมพันธ์กับเพศตรงข้าม ปัจจัยที่เป็นไปได้หลายประการยังรวมถึงข้อมูลด้านสุขภาพทางเพศที่มีเป้าหมายไปยังผู้สูงอายุมีจำกัด การตระหนักรู้ที่ไม่ดีเกี่ยวกับความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวี และความล้มเหลวของแพทย์ในการพิจารณาความเป็นไปได้ของการติดเชื้อเอชไอวี

U=U ได้รับการยอมรับอย่างกว้างขวาง และสนับสนุนโดยกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการ องค์กรที่ไม่แสวงหาผลกำไร สมาคมการแพทย์ไต้หวัน สมาคมโรคเอดส์ไต้หวัน และสถาบันทางการแพทย์ของรัฐ[134] กระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการได้เปิดตัวแคมเปญด้านสาธารณสุขในปี พ.ศ. 2562 เพื่อสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับ U=U โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อเปลี่ยนทัศนคติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี โดยมีการแถลงข่าว และฉายภาพยนตร์สั้นเพื่อการศึกษา[135]

ประเด็นสำคัญด้านคุณภาพชีวิตและการตีตรา

การสำรวจในปี พ.ศ. 2560 จากสมาคมผู้สนับสนุนสิทธิด้านเอชไอวี/เอดส์แห่งไต้หวัน (n=842 คนที่ติดเชื้อเอชไอวี) พบว่า 12% ของผู้ตอบแบบสอบถามรายงานว่ามีการละเมิดสิทธิ์ แต่ 86% ไม่ได้ดำเนินการใด ๆ[19] ในการศึกษาเดียวกันนี้ นักวิจัยพบว่าสาเหตุหลักสามประการของการตีตราเอชไอวีในหมู่ผู้ตอบแบบสอบถาม ได้แก่ ความกลัวต่อการติดเชื้อเอชไอวี ความเข้าใจผิดของสาธารณชนว่าเชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อได้ผ่านการติดต่อในชีวิตประจำวัน และความไม่เต็มใจของสาธารณชนที่จะให้เวลากับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 7.3% ของผู้ตอบแบบสอบถามต้องเผชิญกับการปฏิเสธที่สถานพยาบาลหลังจากเปิดเผยสถานะเอชไอวีของตน 10.6% ของผู้ตอบแบบสอบถามถูกเปิดเผยสถานะเอชไอวีจากบุคลากรทางการแพทย์โดยปราศจากความยินยอม และกว่า 60% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงความไม่ไว้วางใจในความเป็นส่วนตัวทางการแพทย์ซึ่งอาจขัดขวางการปฏิบัติตามการรักษา และทำให้ภาวะสุขภาพแย่ลง

ด้านคุณภาพชีวิต จากการศึกษาโดยสมาคมเมืองลูร์ดแห่งไต้หวัน (Taiwan Lourdes Association) ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. 2562 พบว่า 17.4% ของผู้ตอบแบบสอบถามได้รับผลข้างเคียงจากยาต้านเอชไอวี ลดลงจาก 50% ในปี 2552[136]

ในบรรดาผู้ตอบแบบสอบถามที่ติดเชื้อเอชไอวี 40% ยังกังวลเกี่ยวกับความชรา และกังวลว่าจะได้รับการดูแลในวัยชราหรือไม่ มากกว่า 76% กังวลว่าสถานะเอชไอวีจะทำให้สถาบันดูแลสุขภาพปฏิเสธพวกเขา ในขณะเดียวกันมหาวิทยาลัยแห่งชาติไต้หวันพบว่าคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเทียบกับประชากรทั่วไปในแง่ของความผาสุกทางร่างกาย และความเป็นอิสระ แต่ความทุกข์ทางด้านจิตใจก็สูงขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ พวกเขาแนะนำให้ปรับปรุงบริการสุขภาพจิตสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี[137]

แผนขจัดปัญหาเอชไอวี/เอดส์ของรัฐบาลไต้หวันในปี พ.ศ. 2573 (ระยะที่ 1) ซึ่งมีผลตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 ถึงปี พ.ศ. 2569 หวังที่จะลดจำนวนและการเกิดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และปรับปรุงการจัดอันดับระหว่างประเทศของไต้หวันต่อเป้าหมายด้านเอชไอวีของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS)[138]

เป้าหมายหลักคือการลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในแต่ละปีให้เหลือ 1,200 คนภายในปี พ.ศ. 2569 และ 1,000 คนภายในปี พ.ศ. 2573 นอกจากนี้ยังกำหนดตัวบ่งชี้ประสิทธิภาพในการป้องกันผ่านยาเพร็พ (PrEP) ความทันเวลาของการตรวจคัดกรอง และวินิจฉัย และการบรรลุเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS)

ประเทศไทย

ประเทศไทยมีความชุกชุมของเชื้อเอชไอวีมากที่สุดในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก คิดเป็น 9% ของประชากรทั้งหมดในภูมิภาคที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตาม ปัญหาเหล่านี้กำลังลดลงเนื่องจากโครงการป้องกันเอชไอวีในพื้นที่[139] ประเทศไทยเริ่มขยายการใช้ยาเพร็พ (PrEP) ในปี พ.ศ. 2558 เพื่อให้ผู้ที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสามารถเข้าถึงได้ทั่วประเทศ[140] ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 470,000 คน[141]

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการบรรลุเป้าหมายของโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) รวมถึง 90% ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบสถานะเอชไอวีของตน 90% ของผู้ที่ได้รับการวินิจฉัยที่ได้รับการรักษา[4,142] และ 95% ของผู้ที่ยับยั้งเชื้อไวรัส ประชากรหลัก ได้แก่ กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย หญิงขายบริการและลูกค้าของพวกเขา ผู้หญิงข้ามเพศ (TGW) ผู้ที่ใช้สารเสพติดด้วยวิธีการฉีด ผู้อพยพ และผู้ต้องขัง[143] คนหนุ่มสาวมีความเสี่ยงเป็นพิเศษเช่นกัน โดยเกือบครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อรายใหม่อยู่ในกลุ่มคนอายุ 15 ถึง 24 ปีในปี 2561 3ระหว่างปี 2553 ถึง 2561 การเสียชีวิตจากโรคเอดส์ลดลงหนึ่งในสาม (32%) และการติดเชื้อรายใหม่ลดลง 59%[3]

ประเด็นสำคัญในการวินิจฉัยและการป้องกัน

อัตราการตรวจหาเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายและหญิงข้ามเพศมีอัตราที่ต่ำกว่าในกลุ่มประชากรหลักอื่น ๆ[144,145] มีการรับรู้ที่แตกต่างกันระหว่างการรับรู้ตนเอง และความเสี่ยงที่แท้จริงของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรเหล่านี้ ซึ่งอาจส่งผลต่อการรับการตรวจและการเข้ารับบริการด้านเอชไอวี[145] ประมาณ 45% ของประชากรทั่วไปในจังหวัดนนทบุรี (n=962) รายงานว่าได้รับการตรวจเอชไอวี ในขณะที่ 48.3% (n=1032) ระบุว่ามีความตั้งใจที่จะตรวจหาเชื้อเอชไอวี

เหตุผลที่พบบ่อยที่สุดของการตรวจก็คือต้องมีการตรวจสุขภาพเป็นประจำ และการดูแลสุขภาพขณะตั้งครรภ์ ในขณะที่เหตุผลหลักที่ไม่ทำการตรวจก็คือการรับรู้ว่าไม่มีความเสี่ยงหรือมีความเสี่ยงต่ำ[146]

แนวทางใหม่ที่มีศักยภาพได้รับการประเมินในการศึกษาเพื่อเพิ่มการตรวจ/การตรวจซ้ำในกลุ่มประชากรที่แตกต่างกัน ซึ่งรวมถึงศูนย์ให้คำปรึกษา และศูนย์ตรวจเอชไอวีแบบเคลื่อนที่โดยสมัครใจสำหรับประชากรกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายและผู้หญิงข้ามเพศ[147]การตรวจเอชไอวีด้วยตนเอง[148,149] การให้คำปรึกษาโดยใช้คอมพิวเตอร์ช่วยก่อนทำการตรวจเอชไอวี[150]และระบบเตือนให้เพิ่มการตรวจเอชไอวีซ้ำสำหรับผู้ที่มีผลวินิจฉัยเป็นลบแต่มีความ เสี่ยงสูง[150]การตรวจเอชไอวีด้วยวิธี Rapid test โดยผู้ให้บริการที่ได้รับการฝึกอบรม ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการบริการด้านสาธารณสุขที่นำโดยประชากรมีศักยภาพมหาศาลในการเพิ่มการป้องกัน และรักษาเอชไอวีในกลุ่มประชากรหลัก[151]

การใช้ยาเพร็พ (PrEP) ในประเทศไทยสูงเป็นอันดับสามในเอเชียแปซิฟิก รองจากเวียดนามและออสเตรเลีย อย่างไรก็ตาม การดำเนินการนั้นล่าช้า และมีเพียง 22% ของกลุ่มเป้าหมายที่ใช้ยาเพร็พ (PrEP) รูปแบบที่ประสบความสำเร็จในการส่งมอบยาเพร็พ (PrEP) ในการให้บริการด้านสาธารณสุขที่นำโดยประชากรหลักของประเทศไทยได้รับการพัฒนาโดยความร่วมมือระหว่างประชากรหลัก และบุคลากรทางการแพทย์ ประมาณ 80% ของผู้ใช้ยาเพร็พ (PrEP) ในปัจจุบันได้รับบริการจากผู้ให้บริการ(ที่ไม่ใช่บุคลากรทางกาพแพทย์)ในคลินิกที่นำโดยประชากรเป็นหลัก

กระทรวงสาธารณสุขรับรองความร่วมมือนี้อย่างถูกกฎหมาย และปูทางสำหรับการลงทุนภายในประเทศในการสร้างขีดความสามารถ และการจัดหาเงินทุนของบริการด้านสาธารณสุขที่นำโดยประชากรหลัก[27] มีการใช้กลยุทธ์ที่เป็นนวัตกรรมเพื่อส่งเสริมการใช้ยาเพร็พ (PrEP) อย่างต่อเนื่อง[152] ซึ่งมีอุปสรรคที่แตกต่างกันไปตามกลุ่มประชากรหลัก เช่น กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย ผู้ที่ใช้เข็มฉีดยา และหญิงข้ามเพศ[153, 154, 155, 156, 157]

การดำเนินการด้านยาเพร็พ (PrEP) ที่ประสบความสำเร็จในประเทศไทยอาจมาจากโครงการหลักหลายโครงการ ตัวอย่างเช่น โครงการเพร็พพระองค์โสมฯ (Princess PrEP) เป็นโครงการแรกที่ประสบความสำเร็จในการจัดบริการ หรือ การให้บริการยาเพร็พ (PrEP) ไปยังประชากรหลัก (กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย และหญิงข้ามเพศ)[158] ซึ่งได้แสดงให้เห็นถึงความจำเป็นในการคงไว้ซึ่งการสนับสนุนของ กลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย กลุ่มหญิงข้ามเพศที่อายุน้อย และผู้ที่มีการศึกษาน้อยในประเทศไทย[158]

หญิงข้ามเพศมีอัตราการคงอยู่ในการเข้ารับการตรวจที่ต่ำกว่ากลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย[158]ในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย และหญิงข้ามเพศที่รับรู้ว่าตนเองมีความเสี่ยงปานกลางถึงสูงที่จะติดเชื้อเอชไอวีมีการคงอยู่ที่ต่ำ[158] บริการด้านยาเพร็พ (PrEPที่นำโดยประชากรหลัก พบว่า การรับรู้ว่าไม่มีความเสี่ยง หรือมีความเสี่ยงต่ำเป็นอุปสรรคสำคัญในการยอมรับยาเพร็พ (PrEP) ในกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย และหญิงข้ามเพศที่ตรงตามเกณฑ์คุณสมบัติยาเพร็พ (PrEP) (4413 ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย, 583 หญิงข้ามเพศ)[28]

ประเด็นสำคัญในการเชื่อมโยงกับการดูแลและการรักษา

โรงพยาบาลในประเทศไทยจ่ายยาต้านไวรัสในปริมาณสำหรับสามถึงหกเดือนเพื่อป้องกันไม่ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดยา และเพื่อลดความจำเป็นในการเข้าถึงระบบสาธารณสุขอย่างสม่ำเสมอ – โดยเฉพาะในช่วงเวลาที่มีความต้องการสูง[159]

แต่จากการศึกษาอันหนึ่งในปี 2561 ยังคงมีอุปสรรคในการเริ่มต้น และคงไว้ซึ่งการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และรักษาเอชไอวีสำหรับกลุ่มผู้ชาย และหญิงข้ามเพศ (n=40) ยกตัวอย่างเช่น ความกังวลด้านบริการ และการขาดความเป็นส่วนตัว และการรักษาความลับ ความกังวลเกี่ยวกับประโยชน์ในการรักษา การรับยาต่อเนื่องและผลข้างเคียง การเข้าถึงยา การตีตราและการเลือกปฏิบัติ และการรอบรู้ด้านสุขภาพทั่วไป[160]

ในทางกลับกัน ปัจจัยอำนวยความสะดวกในการเริ่มต้นการรักษา และการคงไว้ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การสื่อสารระหว่างผู้ให้บริการกับผู้ติดเชื้อที่ดี ความรู้ด้านการรักษาที่สูง การส่งต่อเพื่อไปรับบริการด้านการรักษา การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับการเปิดเผยสถานะเอชไอวี และการดำเนินการที่มีประสิทธิภาพเพื่อลดการตีตรา[160]

ประเทศไทยมีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งแรกเกี่ยวกับประสิทธิภาพของ ยู=ยู – HPTN 052[161] และ Opposites Attract[162] ในเดือนกุมภาพันธ์ 2563 กระทรวงสาธารณสุขของประเทศไทย (ร่วมกับโครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) และองค์การอนามัยโลก (WHO)) รับรอง ยู=ยู โดยตระหนักว่าการยอมรับแนวคิดของบุคลากรทางการแพทย์ ชุมชน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งสำคัญ อย่างไรก็ตาม กรณีนี้ยังคงไม่เป็นเช่นนั้นในสถานพยาบาลหลายแห่ง[22]

ประเทศไทยมีอุปสรรคหลายประการที่อาจขัดขวางผลลัพธ์ด้านสาธารณสุขในการส่งผ่านข้อความเกี่ยวกับ ยู=ยู คนหนุ่มสาวจากกลุ่มประชากรหลักมีปัญหาในการเข้าถึง และใช้ยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งอาจเกิดจากความสัมพันธ์ที่ตึงเครียดกับบิดามารดา และผู้ดูแล ปัญหาที่เกี่ยวข้องกับยาต้านไวรัส เช่น ภาระยา และความกลัวที่จะเปิดเผยสถานะเอชไอวีต่อคู่ครอง และคนอื่น[163] ๆ การดื้อยาต้านเอชไอวีก็เพิ่มขึ้นเช่นกัน[164]

เงินทุนสนับสนุนด้านเอชไอวีจากผู้บริจาคระหว่างประเทศลดลงโดยเฉพาะจากกองทุนโลก (Global Fund) ทรัพยากรภายในประเทศคิดเป็นสัดส่วนมากกว่า 85% ของการตอบสนองต่อเอชไอวีของประเทศไทย โดยเงินทุนในประเทศส่วนใหญ่ใช้จ่ายไปกับการรักษา และดูแลเอชไอวี และใช้น้อยกว่าในด้านอื่น ๆ เช่น การป้องกันเอชไอวี และด้านการคุ้มครองทางสังคม[165]

ประเด็นสำคัญด้านคุณภาพชีวิตและการตีตรา

การวิจัยแสดงให้เห็นว่าการตีตราที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวียังคงแพร่หลายในประเทศไทย[3] ใน 10 คนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่สำรวจในปี 2560 รายงานว่าประสบปัญหาการตีตรา และการเลือกปฏิบัติในสถานพยาบาล และ 1 ใน 3 รายงานว่าหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลเนื่องจากการตีตราตนเอง[3]

วัยรุ่นไทยและคนวัยหนุ่มสาวที่ติดเชื้อเอชไอวี (n=23) รายงานว่ากลัวการตีตรา และผลกระทบด้านลบจากการเปิดเผย โดยความกลัวต่อการเปิดเผยนี้ส่งผลในทางลบต่อการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การกลัวการตีตราเป็นเรื่องที่ต้องคำนึงในชีวิตประจำวัน และประสบการณ์การตีตราเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีมีมากมายในโรงเรียน ที่ทำงานภายในชุมชนของพวกเขา และในความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล[166, 167] พฤติกรรมของบุคลากรทางการแพทย์ และระยะเวลาการมาพบแพทย์เป็นปัจจัยที่สำคัญที่สุดที่ส่งผลต่อความเต็มใจของกลุ่มผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายให้มาคลินิก หลายคนต่อสู้กับการตีตราตนเองและการเปิดเผยต่อสังคม[38]

ในช่วงการระบาดโควิด-19 มีการตั้งจุดตรวจในพื้นที่หมู่บ้านต่าง ๆ เพื่อลดการแพร่กระจายของโควิด-19 แต่จากนั้นก็ถูกใช้เพื่อตรวจหายาเสพติด เข็มฉีดยา และกระบอกฉีดยา สิ่งนี้เป็นอุปสรรคสำหรับผู้เสพยาในการเข้าถึงบริการลดอันตราย เช่น การแลกเปลี่ยนเข็ม[168] ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีความกังวลเกี่ยวกับการติดเชื้อโควิด-19 โดยมองว่าตนเองมีภูมิคุ้มกันบกพร่อง และอ่อนแอ พวกเขายังกังวลด้วยว่าจะนำไปสู่การเปิดเผยสถานะเอชไอวี การตกงาน และความท้าทายในการย้ายถิ่นฐาน และการกลับมาเข้ารับการดูแลด้านเอชไอวี[169]

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการบูรณาการการตอบสนองต่อการตีตรา และการเลือกปฏิบัติในการตอบสนองต่อเอชไอวีในระดับชาติ[170] การพัฒนามาตรการด้านการตีตรา และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเชื้อเอชไอวี และการรวมเข้ากับกรอบการติดตาม และประเมินผลเอชไอวีแห่งชาติ ส่งผลให้มีการรวบรวมข้อมูลอย่างสม่ำเสมอเพื่อติดตามการตีตรา และการเลือกปฏิบัติในสถานพยาบาล ประชากรหลัก และประชากรทั่วไป[170]

อภิธานศัพท์

AIDS	โรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง
APCOM	พันธมิตรเอเชียแปซิฟิกด้านสุขภาพทางเพศของผู้ชาย
ART	การรักษาด้านยาต้านรีโทรไวรัส
aVCT	การให้คำปรึกษา และการตรวจเอชไอวีด้วยความสมัครใจโดยไม่ระบุชื่อ
จำนวนซีดี 4	จำนวนเซลล์ซีดี 4 (CD4) ในเลือด เป็นการวัดว่าระบบภูมิคุ้มกันแข็งแรงเพียงใด
CDC	ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค
Chemsex	การใช้ยาเสพติดเพื่อเพิ่มสมรรถภาพทางเพศ มักเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมทางเพศที่มีความเสี่ยงสูง
การดื้อยา	เชื้อเอชไอวีเริ่มดื้อต่อการรักษา
HAART	การรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่ออกฤทธิ์สูง
HCP	ผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพ
HIV	ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องในร่างกายมนุษย์
HIVST	การตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยตนเองเป็นชุดตรวจที่บ้านซึ่งให้ผลลัพธ์ภายใน 15 ถึง 20 นาที
HSM	ชายที่มีรสนิยมทางเพศกับเพศสรีระตรงข้ามที่มีความเสี่ยงสูง
IHRI	สถาบันวิจัยและนวัตกรรมเอชไอวี
KPLHS	ประชากรหลักเป็นผู้นำบริการด้านสุขภาพ
LGBTQ+	เลสเบี้ยน เกย์ ไบเซ็กชวล คนข้ามเพศ เพศทางเลือก และอื่น ๆ
MSM	ผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย
PEP (เป๊ป)	ยาป้องกันโรคหลังสัมผัสความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอวี
PrEP (เพร็พ)	ยาป้องกันโรคก่อนสัมผัสความเสี่ยงที่จะติดเชื้อเอชไอว
PLHIV	ผู้ติดเชื้อเอชไอวี
QoL	คุณภาพชีวิต
คู่รักผลเลือดต่าง	คู่รักที่มีสถานะทางเอชไอวีต่างกัน
STI	โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
SWING	พนักงานให้บริการในเครือมูลนิธิ
TGW	หญิงข้ามเพศ
U=U	ตรวจไม่พบ = ไม่แพร่เชื้อ
UNAIDS	โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติ
ตรวจไม่พบ	ระดับปริมาณไวรัสเอชไอวีที่ต่ำกว่าขีดจำกัดล่างของการตรวจในห้องปฏิบัติการ (เช่น น้อยกว่า 20 ชุด/มิลลิลิตร)
VL	ปริมาณไวรัส
การยับยั้งไวรัส	การลดปริมาณเชื้อเอชไอวีในร่างกายให้อยู่ในระดับที่ต่ำมาก กล่าวคือให้มีเชื้อเอชไอวีน้อยกว่า 200 ชุดต่อมิลลิลิตร
WHO	องค์การอนามัยโลก

คณะกรรมการอำนวยการ ประวัติโดยย่อ

ด้านล่างนี้จะเป็นอัตชีวประวัติโดยย่อของสมาชิกคณะกรรมการอำนวยการแต่ละคน คณะกรรมการอำนวยการประกอบไปด้วยบุคคลผู้เป็นตัวแทนผู้มีส่วนร่วมสำคัญใน HIV Care Continuum ทั้งนี้รวมถึงผู้ติดเชื้อเอชไอวี นักวิจัยชั้นนำ ผู้วางนโยบายองค์กรและกลุ่มชุมชนในจีน ฮ่องกง สิงคโปร์ เกาหลีใต้ ไต้หวันและไทย

ประธาน

ดร. นิตยา ภานุภาค | ท้องถิ่น

ดร. นิตยา ภานุภาค เป็นผู้อำนวยการบริหารสถาบันเพื่อการวิจัยและนวัตกรรมด้านเอชไอวี (IHRI) ซึ่งเป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรทางการแพทย์ก้าวหน้าและการดำเนินงานวิจัยด้านเอชไอวีและสุขภาพด้านอื่นๆ ในกรุงเทพฯ ประเทศไทย ในบทบาทนี้ เธอได้ทำงานอย่างแข็งขันร่วมกับชุมชนและภาครัฐเพื่อเพิ่มการเข้าถึงการตรวจ ป้องกันและรักษาเอชไอวีในประเทศ

ดร. ภานุภาค มีความสนใจในการบริการสุขภาพที่นำโดยกลุ่มประชากรหลัก (KPLHS) เป็นอย่างมาก และล่าสุดนี้กำลังดำเนินการจัดตั้งการรับรองคุณภาพระดับประเทศและระบบการเงินในประเทศเพื่อความยั่งยืนของ KPLHS

ดร. ภานุภาค สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกด้านการแพทย์จากมหาวิทยาลัยแห่งอัมสเตอร์ดัมและได้ตีพิมพ์บทความวิชาการ เธอยังให้การสนับสนุนวารสารสมาคมโรคเอดส์นานาชาติในฐานะรองบรรณาธิการ อีกทั้งยังให้การสนับสนุนงานวิจัยเพื่อการศึกษาสิ่งต่างๆ อย่างต่อเนื่องในฐานะนักวิจัยหลัก

มิดไนท์ พูนเกษตรวัฒนา | ท้องถิ่น

มิดไนท์ พูนเกษตรวัฒนา ผู้อำนวยการของมูลนิธิ APCOM เป็นองค์กรไม่แสวงหาผลกำไรที่เป็นตัวแทนและทำงานร่วมกับเครือข่ายบุคคลและองค์กรชุมชนใน 35 ประเทศในเอเชียและแปซิฟิก

APCOM ตั้งอยู่ในกรุงเทพฯ เขาทำงานเกี่ยวกับความร่วมมือในหลายภาคส่วนทั้งภาครัฐบาล ผู้บริจาค สหประชาชาติ เสริมสร้างความร่วมมือตลอดจน องค์กรทางสังคมและประชาชนเพื่อพัฒนาสิทธิของ SOGIESC และบรรเทาเอชไอวีในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก

พูนเกษตรวัฒนายังเป็นสมาชิกคณะกรรมการที่ปรึกษาหลายแห่งทั้งองค์การอนามัยโลก กลุ่มความร่วมมือและแนวทางการพัฒนา PrEP สำหรับบริการตรวจเอชไอวี และกลุ่มสมาชิกที่ปรึกษาระดับภูมิภาคของ ASHM บน BBVs สุขภาพทางเพศ และ COVID-19

สมาชิกคณะกรรมการอำนวยการ

ดร. ไช่ เหว่ยผิง | จีน

ดร. ไช่ เหว่ยผิง เป็นหัวหน้าผู้เชี่ยวชาญของศูนย์โรคติดต่อ โรงพยาบาลประชาชนกว่างโจวแห่งที่แปดแห่งมหาวิทยาลัยการแพทย์กว่างโจวและเป็นตัวแทนในสภาประชาชาติที่ 13 ดร. ไช่ยังเป็นประธานคณะกรรมการวิชาชีพโรคตับและเอชไอวีของสมาคมโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของจีน เป็นผู้เชี่ยวชาญกลุ่มการรักษาโรคเอดส์ของสำนักงานคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ เป็นหัวหน้ากลุ่มผู้เชี่ยวชาญภายใต้ศูนย์วินิจฉัยโรคเอดส์และควบคุมคุณภาพการรักษากว่างตง

นอกจากนี้เขายังเป็นผู้นำของสำนักวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีภายใต้ “แผนห้า-ปี ครั้งที่ 11” “แผนห้า-ปี ครั้งที่ 12” และ “แผนห้า-ปี ครั้งที่ 13” ดร. ไช่ยังได้ตีพิมพ์เอกสารทางวิทยาศาสตร์มากกว่า 50 ฉบับ และเป็นประธานในการการตรวจสอบผลลัพธ์การศึกษาทางคลินิกและพันธุกรรมของ HIV-HCV และการติดเชื้อ

แอนดริว ชิดจี | ฮ่องกง

แอนดริว ชิดจี เป็นหัวหน้าฝ่ายบริหารของ AIDS Concern ฮ่องกง ซึ่งเขาเป็นผู้นำมาตลอด 8 ปีที่ผ่านมา นอกจากนี้เขายังเป็นสมาชิกกลุ่มที่ปรึกษาระดับภูมิภาคของมูลนิธิอิควลเอเชีย

AIDS Concern ฮ่องกง เป็นองค์กรการกุศลที่ให้บริการแก่ชุมชนที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด โดยรวมถึงการให้การศึกษา บริการตรวจสอบและสนับสนุนเอชไอวี แอนดริวได้ทำงานในโครงการ HIV self-testing การให้ยา PrEP และบริการตรวจเช็ค STI ที่ AIDS Concern เขาได้ทำงานร่วมมือกับหลายหน่วยงานรวมถึงองค์กรภาครัฐ ชุมชนและองค์กรพัฒนาเอกชนอื่นๆ เพื่อเสริมสร้างความแข็งแกร่งต่อการตอบสนองทางเอชไอวี นอกจากนี้เขายังได้ทำงานในโครงการพัฒนาสังคมเกี่ยวกับสุขภาพของ LGBT

ดร. ชอย จุน ยง | เกาหลีใต้

ดร. ชอย จุน ยง ศาสตราจารย์แห่งวิทยาลัยแพทยศาสตร์มหาวิทยาลัยยอนเซ และอดีตหัวหน้าแผนกโรคติดเชื้อที่โรงพยาบาลเซเวอแรนซ์ ประเทศเกาหลีใต้ เขาเป็นสมาชิกคณะกรรมการของพันธมิตรเพื่อเอาชนะโรคเอดส์แห่งเกาหลี และ สมาคมโรคเอดส์เกาหลี และเป็นนักวิจัยหลักแห่งฐานข้อมูลสังเกตการณ์เอชไอวีแห่งเครือข่ายทรีตเอเชีย (TREAT Asia)

ดร. ชอย เป็นนักวิจัยชั้นนำทางด้านโรคติดเชื้อผู้ได้ดำเนินการทดลองทางการแพทย์เกี่ยวกับเอชไอวีหลายครั้ง โดยหัวข้อล่าสุดคือ “การทดลองทางการแพทย์ระยะที่ 3 แบบสุ่มในผู้ติดเชื้อ HIV-1 ที่มีประวัติการรักษาอย่างหนัก โดยประเมินฤทธิ์ต้านไวรัสของยาต้านไวรัสของยาอิสลาทราเวียร์ (ISL), โดราวิรีน (DOR) และ โดราวิรีน/อิสลาทราเวียร์ (DOR/ISL)” ในปี 2563 ดร. Choi ได้ตีพิมพ์วารสารที่ผ่านการตรวจทานโดยผู้เชี่ยวชาญมากกว่า 100 ฉบับ ซึ่งรวมถึงการศึกษาเกี่ยวกับความแพร่หลายและปัจจัยเสี่ยงของโรคทางระบบประสาทที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและวัณโรคในผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาวเกาหลี โดยผลงานก็ได้ถูกนำมาพัฒนากลยุทธ์ในการป้องกันและรักษาโรคร่วมในผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ดร. ชู เซ็น เช, พอล | ไต้หวัน

ดร. พอล ชู เป็นเลขาธิการสมาคมลูร์ดแห่งไต้หวันและผู้อำนวยการสมาคมเพื่อนและครอบครัวบำบัดจีน (ACFT) สมาคมลูร์ดแห่งไต้หวันมีเป้าหมายเพื่อปรับปรุงคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) และให้บริการช่วยเหลือระดับชุมชนเพื่อเติมเต็มชีวิตแก่พวกเขา
ดร.ชู สนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเต็มที่และมีส่วนร่วมในหลากหลายโครงการ รวมถึงการชี้แนะนักสังคมสงเคราะห์ และการจัดเวิร์คช็อปสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยง เขาได้รับรางวัลมากมายจากผลงานของเขาในช่วงหลายปีที่ผ่านมา ดร. Hsu สำเร็จการศึกษาระดับปริญญาเอกด้านสังคมสงเคราะห์จากมหาวิทยาลัยตงไห่ และยังเป็นผู้ช่วยศาสตราจารย์นอกเวลาที่มหาวิทยาลัยแห่งนี้ตั้งแต่ปี 2559

สมาชิกคณะกรรมการอำนวยการ

ดร. ลิน ชี ซุน | ไต้หวัน

ดร. ลิน ชี ซุน เป็นแพทย์ประจำและศาสตราจารย์แห่งโรงพยาบาลทหารผ่านศึกเกาสง เมืองเกาสง ไต้หวัน และเป็นสมาชิกสภาและอดีตประธานสมาคมโรคเอดส์แห่งไต้หวัน ซึ่งเป็นหัวใจสำคัญในการสนับสนุนรัฐบาลดำเนินมาตราการควบคุมและป้องกันเอชไอวี รวมถึงการส่งเสริมความรู้เอชไอวี นอกจากนี้ เขายังทำหน้าที่เป็นที่ปรึกษาให้แก่คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ของกระทรวงสาธารณสุขและสวัสดิการไต้หวัน และเป็นสมาชิกสมาคมโรคติดเชื้อแห่งไต้หวัน ซึ่งดำเนินการแลกเปลี่ยนข้อมูลการตรวจโรคและข้อมูลทางการแพทย์ของโรคระบาดต่างๆ

ดร. ลิน สำเร็จปริญญาแพทยศาสตรบัณฑิตจากศูนย์การแพทย์ป้องกันแห่งประเทศไทเป และสำเร็จปริญญาเอกจากสถาบันการแพทย์ของมหาวิทยาลัยแห่งชาติหยางหมิง เขาสำเร็จการฝึกอบรมเฉพาะทางด้านโรคติดเชื้อจากโรงพยาบาลทหารผ่านศึกที่ไทเปและเกาสงในไต้หวัน เขาได้รับทุนวิจัยจากศูนย์วิจัยเอดส์ Aaron Diamond แห่งมหาวิทยาลัย Rockefeller ที่นิวยอร์ก

สหรัฐอเมริกา โดยเขาสนใจหัวข้อวิจัยเกี่ยวกับระบาดวิทยาระดับโมเลกุลของการติดเชื้อพร้อมกันระหว่างเอชไอวีและไวรัสตับอักเสบ การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแบบผสมผสาน และจุลชีววิทยาทางการแพทย์ เขาได้ตีพิมพ์มากกว่า 150 บทความในหลากหลายวารสาร

กวาง ซอ ปาร์ก | เกาหลีใต้

กวาง ซอ ปาร์ก เป็นตัวแทนของ Love4one ซึ่งเป็นกลุ่มสนับสนุนผู้ป่วยเพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวี (PLHIV) โดยปรับปรุงคุณภาพชีวิตและความเป็นอยู่โดยทั่วไป

ปาร์กได้สนับสนุนเรื่อง HIV มานานกว่า 20 ปี เขาเข้าร่วมสมาคมป้องกันโรคเอดส์เกาหลี (สาขากรุงโซล) ในปี 2542 และล่าสุดได้ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการศูนย์ให้คำปรึกษาโรคเอดส์ นอกจากนี้ เขายังเป็นกรรมการที่ปรึกษาพิเศษที่ศูนย์ช่วยเหลือเยาวชน LGBTQ ในภาวะวิกฤติ Dding Dong และมีส่วนร่วมอย่างแข็งขันในการเรียนการสอนออนไลน์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ กิจกรรมสานสัมพันธ์เครือข่ายของกลุ่มนักเคลื่อนไหวด้านสิทธิมนุษยชน HIV/AIDS

ดร. แอนเนตต์ ซอน | ท้องถิ่น

ดร. แอนเนตต์ ซอน ดำรงตำแหน่งผู้อำนวยการเครือข่ายทรีตเอเชีย (TREAT Asia) และรองประธานมูลนิธิ amfAR ซึ่งเป็นมูลนิธิเพื่อการวิจัยโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย เธอกำกับดูแลการดำเนินงานการวิจัย การศึกษาและการฝึกอบรม และ กิจกรรมสนับสนุนชุมชนและนโยบายของ TREAT Asia ผ่านเครือข่ายประเทศในเอเชียแปซิฟิกที่เข้ารวมกว่า 13 ประเทศ
เธอเป็นหนึ่งในประธานร่วมของ คณะกรรมการที่ปรึกษาการตรวจสอบระดับโลก (Global Validation Advisory Committee หรือ GVAC) แห่งองค์การอนามัยโลก (WHO) ซึ่งตรวจสอบการยุติการถ่ายทอดเชื้อ HIV ซิฟิลิส และไวรัสตับอักเสบบีจากแม่สู่ลูก และเป็นหนึ่งในบรรณาธิการอำนวยการร่วมของฐานข้อมูลระบาดวิทยาระหว่างประเทศเพื่อประเมินโรคเอดส์ (International Epidemiology Databases to Evaluate AIDS หรือ IeDEA) แห่งกลุ่มวิจัยเอชไอวีระดับโลก

สมาชิกคณะกรรมการอำนวยการ

ดร. หวัง จือ เฟิง | จีน

ดร. หวัง จือ เฟิง เป็นศาสตราจารย์และรองผู้อำนวยการฝ่ายนโยบายและการจัดการด้านสุขภาพของมหาวิทยาลัยปักกิ่ง เขาได้ร่วมทำงานในโครงการสุขภาพสำคัญมากกว่า 40 โครงการ รวมถึง โครงการเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากคณะกรรมการสุขภาพแห่งชาติ สาธารณรัฐประชาชนจีน วิทยาศาสตร์ธรรมชาติแห่งชาติของจีน และกองทุนโลกเพื่อต่อสู้กับโรคเอดส์ วัณโรค และมาลาเรีย

ดร. หวังเป็นรองประธานคณะกรรมการสุขภาพฉุกเฉินชุดที่ 2 ของสมาคมเวชศาสตร์ป้องกันแห่งจีน เป็นสมาชิกของคณะกรรมการทางเทคนิคกำหนดมาตรฐานสุขภาพการกักตัวแห่งชาติ เป็นรองประธานคณะกรรมการทางเทคนิคมาตรฐานสาธารณสุขปักกิ่ง รองประธานคณะทำงานด้านสาธารณสุขฉุกเฉินแห่งแรกของการจัดการเหตุฉุกเฉินประเทศจีน และเป็นรองประธานคณะกรรมการผู้เชี่ยวชาญด้านการจัดการแอพพลิเคชั่นข้อมูลขนาดใหญ่เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของสมาคมโรงพยาบาลของจีน

เขายังเป็นสมาชิกคณะบรรณาธิการในวารสารอีกหลายฉบับและยังตีพิมพ์เอกสารวิชาการมากกว่า 200 ฉบับ

ดร. หว่อง เฉิน ซอง | สิงคโปร์

ดร. หว่อง เฉิน ซอง เป็นแพทย์ที่ปรึกษาโรคติดเชื้อที่ศูนย์โรคติดเชื้อแห่งชาติ National Centre for Infectious Diseases หรือ NCID) และโรงพยาบาย Tan Tock Seng เขาผ่านการฝึกอบรมทางการแพทย์ที่โรงเรียนแพทย์ Yong Loo Lin แห่งมหาวิทยาลัยแห่งชาติ และหนึ่งในราชวิทยาลัยแพทย์แห่งสหราชอาณาจักร นอกจากนี้ เขายังเป็นนักวิจัยระดับ Fellowship ของสถาบันแพทยศาสตร์แห่งสิงคโปร์ (การแพทย์หมวดโรคติดเชื้อ)

ดร. หว่องเป็นรองผู้อำนวยการโครงการเอชไอวีแห่งชาติ และผู้อำนวยการโครงการเอชไอวีแห่งศูนย์โรคติดเชื้อแห่งชาติ เขามีบทบาทในการดูแลและงานวิจัยทางการแพทย์เกี่ยวกับโรคเอชไอวีอย่างแข็งขัน โดยสนใจด้านปัจจัยกำหนดพฤติกรรมทางสังคมของเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การป้องกันเอชไอวีก่อนสัมผัส (PrEP) นวัตกรรมช่วยเหลือการจัดบริการ หรือ การให้บริการการให้บริการเกี่ยวกับเอชไอวี เช่น การแพทย์ทางไกล และ เอชไอวีในวัยชราและโรคร่วม นอกจากนี้ เขายังเป็นอาจารย์การแพทย์ประจำที่โรงเรียนแพทย์ Yong Loo Lin และโรงเรียนแพทย์ Lee Kong Chian รวมถึงเป็นรองผู้อำนวยการหลักสูตรแพทย์ประจำบ้านอายุรศาสตร์ ของกลุ่มการดูแลสุขภาพแห่งชาติ

ดร. เบนจามิน ยง | ท้องถิ่น

ดร. เบนจามิน ยง เป็นหัวหน้าผู้อำนวยการด้านการแพทย์ระดับโลก ของหน่วยงานดูแลสุขภาพ ViiV โดยเขาทำการสนับสนุนการศึกษาทางการแพทย์ การวิจัยทางการแพทย์ และการริเริ่มงานสาธารณสุขทั่วโลก ดร. ยง ดำรงตำแหน่งรองประธานอาวุโสและหัวหน้าเจ้าหน้าที่การแพทย์ของสมาคมผู้ให้บริการดูแลโรคเอดส์ระหว่างประเทศในระหว่างปี 2555 ถึง 2561 โดยเขาได้กำกับดูแลโครงการเสริมสร้างศักยภาพและช่วยประสานงาน UN และ WHO ในการดำเนินนโยบายที่อาศัยหลักฐานเชิงประจักษ์

เขาเป็นหนึ่งในอดีตผู้ตรวจสอบหลักร่วมในการศึกษาผู้ป่วยนอกเอชไอวีของ CDC อดีตผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์ในเอเชียกลางในหน่วยงาน Health Connections International ซึ่งเป็นองค์การนอกภาครัฐจากเนเธอร์แลนด์ และยังเป็นแพทย์และนักวิจัยทางการแพทย์ในโคโลราโดเป็นเวลาหลายปีอีกด้วย ดร.ยงสำเร็จการศึกษาแพทยศาสตรบัณฑิตและปริญญาเอกสาขาชีวเคมีและอณูชีววิทยาที่มหาวิทยาลัยโคโลราโด สำเร็จการศึกษาระดับบัณฑิตศึกษาสาขาอายุรศาสตร์และโรคติดเชื้อที่ศูนย์วิทยาศาสตร์สุขภาพมหาวิทยาลัยโคโลราโดในเดนเวอร์ และได้เขียนบทความวิทยาศาสตร์ที่ผ่านการตรวจสอบโดยผู้ทรงคุณวุฒิมากกว่า 100 เรื่อง

1. UNAIDS. (2022). Fact Sheet 2022. Retrieved September 22, 2022 from https://www.unaids.org/sites/ default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_en.pdf
2. World Health Organization. (2022). Final global health sector strategies on respectively, HIV, viral hepatitis and sexually transmitted infections, 2022-2030. Retrieved September 22, 2022 from https://www.who.int/teams/ global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/strategies/global-health- sector-strategies/developing-ghss-2022-2030
3. UNAIDS. (2019). UNAIDS Data 2019. Retrieved September 22, 2022 from https:// www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2019-UNAIDS- data_en.pdf
4. UNAIDS. (2021). UNAIDS Data 2021. Retrieved September 22, 2022 from https://www.unaids. org/sites/default/files/media_asset/JC3032_AIDS_Data_ book_2021_En.pdf
5. Hung, C. C., Wong, T., Singh, S., Kim, Y., & Choi, J. Y. (2021). Impact of COVID-19 pandemic on HIV care delivery and access in Asia. International Journal of Antimicrobial Agents, 58, 21004180.
6. UNAIDS. (2022). 2025 AIDS Targets. Retrieved September 22, 2022 from https://aidstargets2025.unaids.org/
7. UNAIDS. (2021). Young key populations from Asia and the Pacific claiming their space at the 2021 High-Level Meeting on AIDS. Retrieved September 22, 2022 from https://www.unaids.org/ en/resources/presscentre/featurestories/2021/une/20210611_ young-key-populations-asia-pacific
8. UNAIDS. (2015). Understanding Fast Track: Ending the AIDS Epidemic by 2030. Retrieved September 22, 2022 from https://www.unaids.org/sites/default/files/ media_asset/201506_JC2743_Understanding_FastTrack_en.pdf
9. International Association of Providers of AIDS Care. (2019). Select Countries and Cities Report 90-90-90 Progress in Mexico City. Retrieved September 2022 from https://www.iapac.org/2019/08/14/90-90-90-targets-hiv-mexico-city/
10. Hong Kong Advisory Council on AIDS. (2022). Recommended HIV/AIDS Strategies for Hong Kong (2022-2027) Consultation Document (Draft of Strategies) Retrieved September 22, 2022 from https://www.gov.hk/en/residents/government/publication/ consultation/docs/2022/Public-Consultation-on-the- Recommended-HIV-AIDS-Strategies.pdf
11. Goh, T. (2020). Singapore surpasses UN goals of HIV treatment and suppression but still lags behind in diagnosis. The Straits Times. Retrieved September 22, 2022 from https://www.straitstimes.com/ une pore/health/ une pore-surpasses-un-goals-of-treatment-suppression-for-hiv-but-still-lags-behind
12. Lee, E., Kim, J., Lee, J. Y., & Bang, J. H. (2020). Estimation of the Number of HIV Infections and Time to Diagnosis in the Korea. Journal of Korean Medical Science, 35(6), e41
13. Choi, J. Y. (2020). The HIV Care Cascade in Korea: Status of UNAIDS 90-90-90 Targets. Journal of Korean Medical Science, 35(6), e55
14. Hung, C. C. (2021). Opinion: Lessons learnt from the evolutions of HIV treatment. Retrieved September 22, 2022 from https://www. Devex.com/news/sponsored/opinion-lessons-learnt-from-the- evolutions-of-hiv-treatment-99009
15. Chan, R. C., & Mak, W. W. (2019). Cognitive, regulatory, and interpersonal mechanisms of HIV stigma on the mental and social health of men who have sex with men living with HIV. American Journal of Men's Health, 13(5), 1557988319873778.
16. Ong, J. J., Peng, M. H., Wong, W. W., Lo, Y. R., Kidd, M. R., Roland, M., ... & Jiang, S. F. (2019). Opportunities and barriers for providing HIV testing through community health centers in mainland China: a nationwide cross-sectional survey. BMC Infectious Diseases, 19(1), 1-9.
17. Ma, H., & Loke, A. Y. (2019). A qualitative study into female sex workers' experience of stigma in the health care setting in Hong Kong. International Journal for Equity in Health, 18(1), 1-14.D
18. Lee, H., Kim, D., Na, Y., Kwon, M., Yoon, H., Lee, W., & Woo, S. (2019). Factors associated with HIV/AIDS-related stigma and discrimination by medical professionals in Korea: A survey of infectious disease specialists in Korea. Nigerian Journal of Clinical Practice, 22(5), 675-675.
19. Persons with HIV/AIDS Rights Advocacy Association of Taiwan. (2018). Press Conference on Taiwan Aids Stigma and Discrimination Investigation. Retrieved September 22, 2022 from https://praatw.org/news/905
20. Rao, D., Angell, B., Lam, C., & Corrigan, P. (2008). Stigma in the workplace: employer attitudes about people with HIV in Beijing, Hong Kong, and Chicago. Social science & medicine, 67(10), 1541-1549.
21. Action for AIDS Singapore. (2019). Community Blueprint to End HIV & AIDS. Retrieved September 22, 2022 from https://afa.org.sg/wp-content/uploads/2022/03/Community-Blueprint_ID_20_Nov_Public_Web.pdf
22. Phanuphak, N., Ramautarsing, R., Chinbunchorn, T., Janamnuaysook, R., Pengnonyang, S., Termvanich, K., Chanlearn, P., Linjongrat, D., Janyam, S., & Phanuphak, P. (2020, 2020/10/01). Implementing a Status-Neutral Approach to HIV in the Asia-Pacific. Current HIV/AIDS Reports, 17(5), 422-430. https://doi.org/10.1007/s11904-020-00516-z
23. Jiang, H., Chen, X., Li, J., Tan, Z., Cheng, W., & Yang, Y. (2019). Predictors of condom use behavior among men who have sex with men in China using a modified information-motivation-behavioral skills (IMB) model. BMC Public Health, 19(1), 1-12.
24. O'Connor, S. Y., Tangmunkongvorakul, A., Srithanaviboonchai, K., Sripan, P., Banwell, C., & Kelly, M. (2022). Association

between Sociodemographic Factors and Condom Use among Migrant Sex Workers in Chiang Mai, Northern Thailand. International Journal of Environmental Research and Public Health, 19(16), 9830.
25. World Health Organization. (2022). Pre-exposure prophylaxis. Retrieved September 22, 2022 from https://www.who.int/ teams/ global-hiv-hepatitis-and-stis-programmes/hiv/ prevention/pre- exposure-prophylaxis
26. Lee, S. S., Kwan, T. H., Wong, N. S., Lee, K. C., Chan, D. P., Lam, T. T., & Lui, G. C. (2019). Piloting a partially self-financed mode of human immunodeficiency virus pre-exposure prophylaxis delivery for men who have sex with men in Hong Kong. Hong Kong Medical Journal, 25(5), 382.
27. Ramautarsing, R. A., Meksena, R., Sungsing, T., Chinbunchorn, T., Sangprasert, T., Fungfoosri, O., ... & Phanuphak, N. (2020). Evaluation of a pre-exposure prophylaxis programme for men who have sex with men and transgender women in Thailand: learning through the HIV prevention cascade lens. Journal of the International AIDS Society, 23, e25540.
28. Bavinton, B. R., Pinto, A. N., Phanuphak, N., Grinsztejn, B., Prestage, G. P., Zablotska-Manos, I. B., ... & Orth, D. (2018). Viral suppression and HIV transmission in serodiscordant male couples: an international, prospective, observational, cohort study. The Lancet HIV, 5(8), e438-e447.
29. Okoli, C., Van de Velde, N., Richman, B., Allan, B., Castellanos, E., Young, B., ... & de Los Rios, P. (2021). Undetectable equals untransmittable (U= U): awareness and associations with health outcomes among people living with HIV in 25 countries. Sexually Transmitted Infections, 97(1), 18-26.
30. Tan, Y. R., Kaur, N., Ye, A. J., Zhang, Y., Lim, J. X. Z., Tan, R. K. J.,... & Yap, P. (2021). Perceptions of an HIV self-testing intervention and its potential role in addressing the barriers to HIV testing among at-risk heterosexual men: a qualitative analysis. Sexually Transmitted Infections, 97(7), 514-520.
31. Seekaew, P., Phanuphak, N., Teeratakulpisarn, N., Amatavete, S., Lujintanon, S., Teeratakulpisarn, S., ... & Phanuphak, P. (2021). Same-day antiretroviral therapy initiation hub model at the Thai Red Cross Anonymous Clinic in Bangkok, Thailand: an observational cohort study. Journal of the International AIDS Society, 24(12), e25869.
32. UNAIDS. (2020). HIV Outcomes Beyond Viral Suppression. UNAIDS' Focus Group Discussion Final Report. Retrieved September 22, 2022 from https://www. unaids.org/sites/ default/files/68.%20HIV%20Outcomes%20 Europe%20-%20 the%204th%2090%20quality%20of%20life%20-%206%20 October%202020.pdf
33. World Health Organization. (2022). Measuring Quality of Life. Retrieved September 22, 2022 from https://www.who.int/tools/whoqol
34. Global Network of People Living with HIV. (2022). The People Living with HIV Stigma Index. Retrieved September 22, 2022 from https://www.stigmaindex.org/
35. Mo, P. K., & Ng, C. T. (2017). Stigmatization among people living with HIV in Hong Kong: a qualitative study. Health Expectations, 20(5), 943-951.
36. Lin, Y. C., Dhaliwal, J. S., Kong, A. Z. H., Chan, L. G., & Tan, P. L. L. (2017). HIV-related stigma as perceived by HIV-positive individuals in Singapore. HIV & AIDS Review. International Journal of HIV-Related Problems, 16(3), 176-182.
37. Korean Network for People Living with HIV/AIDS. (2017). Unknown Lives: Initial Findings from the People Living with HIV Stigma Index in South Korea 2016-2017. Retrieved September 22, 2022 from https://www.unaids.org/en/resources/ presscentre/featurestories/20 uneune/20170622_korea
38. Aurpibul, L., Pradsarakee, C., Chairat, S., Chaiwarith, R., & Tanmunkongvorakul, A. (2020). Health behaviors of young men who have sex with men living with HIV and their perspective on HIV services in a Tertiary Care Hospital in Chiang Mai, Thailand. Retrieved September 22, 2022 from https://www.abstract-archive.org/Abstract/Share/80884
39. Yu, C. H., Huang, C. Y., Ko, N. Y., Tung, H. H., Huang, H. M., & Cheng, S. F. (2021). The lived experiences of stigmatization in the process of HIV status disclosure among people living with HIV in Taiwan. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(10), 5089.
40. Ayala, G., Sprague, L., van der Merwe, L. L.-A., Thomas, R. M., Chang, J., Arreola, S., Davis, S. L. M., Taslim, A., Mienies, K., Nilo, A., Mworeko, L., Hikuam, F., de Leon Moreno, C. G., & Izazola-Licea, J. A. (2021). Peer- and community-led responses to HIV: A scoping review. PLoS One, 16(12), e0260555. https://doi. org/10.1371/journal.pone.0260555
41. Tan, R. K. J., Koh, W. L., Le, D., Banerjee, S., Chio, M. T.-W., Chan, R. K. W., Wong, C. M., Tai, B. C., Wong, M. L., Cook, A. R., Chen, M. I. C., & Wong, C. S. (2022, 2022/5/6). Effect of a Popular Web Drama Video Series on HIV and Other Sexually Transmitted Infection Testing Among Gay, Bisexual, and Other Men Who Have Sex With Men in Singapore: Community-Based, Pragmatic, Randomized Controlled Trial. Journal of Medical Internet Research, 24(5), e31401. https://doi.org/10.2196/31401
42. Love4One. (2018). HIV/AIDS에 대한 20~30대 HIV 감염인의 인식조사 연구 보고서. Retrieved November 11, 2021 from https:// love4one.com/%EC%9C%A0%EC%9A%A9%ED%95%9C-%EC%A 0%95%EB%B3%B4/%EC%97%90%EC%9D%B4%EC%A6%88%E C%9E%90%EB%A3%8C/?uid=241&mod=document&pageid=1
43. NAM Aids Map. (2016). China has a long way to go before it achieves 90-90-90 targets. https://www.aidsmap.com/news/

may-2016/china-has-long-way-go-it-achieves-90-90-90-targets

44. Huaxia. (2020, November 30, 2020). Xinhua Headlines: China achieves UN targets in key anti-AIDS battleground. Xinhua News. Retrieved September 22, 2022 from http://www.xinhuanet.com/english/2020-11/30/c_139553819.htm
45. Gan, X., Zhao, D., Zhao, Y., Ma Y., Wu, Y., Dou Z. (2022). Analysis of the progress of antiretrovial treatment for HIV/AIDS in China from 2003 to 2021. Chinese Journals of AIDS & STD, 28(6), 642-646.
46. Booton, R. D., Fu, G., MacGregor, L., Li, J., Ong, J. J., Tucker, J. D., ... & Mitchell, K. M. (2021). The impact of disruptions due to COVID-19 on HIV transmission and control among men who have sex with men in China. Journal of the International AIDS Society, 24(4), e25697.
47. Xu, J. J., Han, M. J., Jiang, Y. J., Ding, H. B., Li, X., Han, X. X., ... & Shang, H. (2021). Prevention and control of HIV/AIDS in China: lessons from the past three decades. Chinese Medical Journal, 134(23), 2799-2809.
48. Wang, L., Qin, Q. Q., Ding, Z. W., Cai, C., Guo, W., Li, D. M., ... & Cui, Y. (2017). Current situation of AIDS epidemic in China. Chinese Journal of AIDS & STD, 23(4), 330-3.
49. Ye. M., & Giri, M. (2018). Prevalence and correlates of HIV infection among men who have sex with men: a multi-provincial cross-sectional study in the southwest of China. HIV/AIDS - Research and Palliative Care, 10, 167 - 175.
50. Wang, L., Wang, L., Norris, J.L., Li, D., Guo, W., Ding, Z., & Wang, N. (2012). HIV prevalence and influencing factors analysis of sentinel surveillance among men who have sex with men in China, 2003-2011. Chinese Medical Journal, 125(11), 1857-1861.
51. Shen, T., & Csete, J. (2017). HIV, sex work, and law enforcement in China. Health and Human Rights, 19(2), 133.
52. Zou, H., Meng, X., Lu, Y., Wang, Z., Jia, T., Yin, H., Luo, Z., Ding, Y., Chen, W., Huang, S., Zheng, H., Yang, B., Grulich, A., & The T2T Study. (2018). Delayed HIV testing among men who have sex with men in China is common: Findings from the T2T study. Retrieved September 22, 2022 from https://www.abstract-archive.org/ Abstract/Share/79178
53. Pan, S. W., Durvasula, M., Liu, C., Fu, H., Ong, J., Wei, C., Tang, W., & Tucker, J. (2017). HIV testing preferences among men who have sex with men in China: a discrete choice experiment from a nationwide sample. Retrieved September 22, 2022 from https://www. abstract-archive.org/Abstract/Share/75419
54. Tang, W., & Wu, D. (2018). Opportunities and challenges for HIV self-testing in China. The Lancet HIV, 5(11), e611-e612.
55. Han, J., Bouey, J. Z., Wang, L., Mi, G., Chen, Z., He, Y., ... & Zhang, F. (2019). PrEP uptake preferences among men who have sex with men in China: results from a National Internet Survey. Journal of the International AIDS Society, 22(2), e25242
56. Shi, L., Tang, W., Hu, H., Qiu, T., Marley, G., Liu, X., ... & Fu, G. (2021). The impact of COVID-19 pandemic on HIV care continuum in Jiangsu, China. BMC Infectious Diseases, 21(1), 1-9.
57. Li, C., Barrington, C., Jiang, H., Lei, G., Golin, C. E., Fisher, E. B., & Muessig, K. E. (2020). Challenges for accessing and maintaining good quality of HIV care among men who have sex with men living with HIV in China: a qualitative study with key stakeholders. AIDS Care, 32(sup2), 119–126. https://doi.org/10.10 80/09540121.2020.1739210
58. Zhang, F., & Ma, Y. (2019). Progress and challenges in China's free art programme. The Lancet HIV, 6(1), e8-e9.
59. Wu, Z., Chen, J., Scott, S. R., & McGoogan, J. M. (2019). History of the HIV epidemic in China. Current HIV/AIDS Reports, 16(6), 458-466.
60. 说. (2018, November 23, 2018). 持续检测不到HIV病毒=没有传染性 中国疾控中心首度表态支持南方都市报. Retrieved September 22, 2022 from https://www.sohu.com/a/277384561_161795
61. 夏安. (2018). 关于U=U（持续检测不到病毒=没有传染性）. 2022. Retrieved September 22, 2022 from https://zhuanlan.zhihu.com/p/48143621?ivk_sa=1024320u
62. UNESCO. (2018). 中国初级中学性教育实施状https://unesdoc.unesco.org/ark:/48223/pf0000266006
63. Chow, E. P., Wilson, D. P., & Zhang, L. (2011). What is the potential for bisexual men in China to act as a bridge of HIV transmission to the female population? Behavioural evidence from a systematic review and meta-analysis. BMC Infectious Diseases, 11(1), 1-
64. Chen, D., Wang, M., Duan, L., Chen, X., Zhang, Q., & Li, X. (2022). Quality of life among older Chinese people living with HIV/AIDS: a cross-sectional study in Hunan. Transactions of The Royal Society of Tropical Medicine and Hygiene, 116(3), 213-221.
65. Hong Kong Centre for Health Protection. (2021). Factsheet: HIV/ AIDS Situation in Hong Kong [2021]. Retrieved September 23, 2022 from https://www.aids.gov.hk/english/surveillance/sur_report/ hiv_fc2021e.pdf
66. Hong Kong Centre for Health Protection. (2020). Factsheet: HIV/ AIDS Situation in Hong Kong [2020]. Retrieved September 23, 2022 from https://www.aids.gov.hk/english/surveillance/sur_report/ hiv_fc2020e.pdf
67. Community Forum on AIDS (CFA) Secretariat. (2021). Factsheet: An overview of HIV/AIDS situation of People living with HIV (PLHIV) in Hong Kong for Community Stakeholders' Consultation Meeting (CCM) 2021. Retrieved September 22,2022 from https://www. aca.gov.hk/english/strategies/pdf/plhiv.pdf
68. Hong Kong Advisory Council on AIDS. (2017). Recommended HIV/AIDS Strategies for Hong Kong (2017-2021). Retrieved September 22, 2022 https://www. aca.gov.hk/english/strategies/pdf/strategies17-21.pdf
69. Pulse Clinic. (2022). PrEP in Hong Kong. Retrieved November

16, 2022 from https://www.pulse-clinic.com/prep-in-hong-kong
70. Lee, S. (2021). HIV Pre-exposure Prophylaxis Implementation Hong Kong Study. Retrieved September 22, 2022 from https://clinicaltrials.gov/ct2/show/NCT04367688
71. Hong Kong Centre for Health Protection. (2021). Factsheet: HARiS - HIV and AIDS Response Indicator Survey 2020 for Men who have Sex with Men. Retrieved September 22, 2022 from https://www.aids.gov.hk/english/surveillance/sur_report/oth_rep2021_ msm_e.pdf
72. Kwan, T. H., & Lee, S. S. (2019). Bridging awareness and acceptance of pre-exposure prophylaxis among men who have sex with men and the need for targeting chemsex and HIV testing: cross-sectional survey. JMIR Public Health and Surveillance, 5(3), e13083.
73. Wong, N. S., Kwan, T. H., Lee, K. C. K., & Lee, S. S. (2020). Pre-exposure prophylaxis cascade among HIV negative men who have sex with men and transgender women in Hong Kong: A territory- wide community-based cross-section study. Retrieved September 22, 2022 from https://www.abstract-archive.org/Abstract/Share/80569
74. Hong Kong Society for HIV Medicine. (2021). About HKSHM. Retrieved September 22, 2022 from https://hivmed.hk/about_message.php
75. Hong Kong Centre for Health Protection. (2019). Factsheet: HARiS - HIV and AIDS Response Indicator Survey 2018 for Men who have Sex with Men. Retrieved September 22, 2022 from https://www.chp.gov.hk/files/pdf/oth_rep2019_msm_e.pdf
76. Kwan, T. H., & Lee, S. S. (2018). Predictors of HIV testing and their influence on PrEP acceptance in men who have sex with men: a cross-sectional study. AIDS and Behavior, 22(4), 1150-1157.
77. AIDS Hotline Website. (2022). HIV Self-Testing. Retrieved September 22, 2022 from https://www.27802211.com/en/knowing_selftest.html
78. Wong, H. T. H., Tam, H. Y., Chan, D. P. C., & Lee, S. S. (2015). Usage and acceptability of HIV self-testing in men who have sex with men in Hong Kong. AIDS and Behavior, 19(3), 505-515.
79. Chan, P. S., Chidgey, A., Lau, J., Ip, M., Lau, J., & Wang, Z. (2021). Effectiveness of a Novel HIV Self-Testing Service with Online Real- Time Counseling Support (HIVST-Online) in Increasing HIV Testing Rate and Repeated HIV Testing among Men Who Have Sex with Men in Hong Kong: Results of a Pilot Implementation Project. International journal of environmental research and public health, 18(2), 729. https://doi.org/10.3390/ijerph18020729
80. Hong Kong Advisory Council on AIDS. (2021). Number of free government-funded male condom and lubricant distributed per at-risk group. Retrieved September 22, 2022 from https://www.aca.gov.hk/english/strategies/pdf/annex2.pdf
81. Kong, T. S., & Laidler, K. J. (2020). The paradox for chem-fun and gay men: a neoliberal analysis of drugs and HIV/AIDS policies in Hong Kong. Journal of Psychoactive Drugs, 52(1), 77-85.
82. Tong, T. F., Ho, S. P. Y., Chan, K. W., & Lai, T. K. H. (2018). Exploring factors affecting the linkage to care of HIV positive young men who have sex with men in Hong Kong using focus group interview. Retrieved September 22, 2022 from https://www.abstract-archive.org/Abstract/Share/76974
83. Suen, Y. T., Chan, R. C., & Wong, E. M. Y. (2021). An exploratory study of factors associated with difficulties in accessing HIV services during the COVID-19 pandemic among Chinese gay and bisexual men in Hong Kong. International Journal of Infectious Diseases, 106, 358-362.
84. Virtual AIDS Office of Hong Kong. (2022). HIV Medicine and Care. Retrieved September 22, 2022 from https://www.aids.gov.hk/ english/hivmedcare/main.html
85. AIDS Concern. (2022). Treatment. Retrieved September 22 from https://aidsconcern.org.hk/en/help-and-support/people-living- with-hiv/treatment/#1516891866349-4582c6f9-3af1a204-ae36
86. Ministry of Health Singapore. (2022). Update on the HIV/AIDS situation in Singapore 2021 (June 2022). Retrieved August 12 from https://www.moh.gov.sg/resources-statistics/infectious-disease-statistics/hiv-stats/update-on-the-hiv-aids-situation-in-singapore-2021-(june-2022)
87. Cutter, J. L., Lim, W. Y., Ang, L. W., Tun, Y., James, L., & Chew, S. K. (2004). HIV in Singapore--past, present, and future. AIDS Education and Prevention, 16(Supplement A), 110.
88. Healthhub. (2022). HIV and AIDS. Retrieved November 11, 2022 from https://www.healthhub.sg/a-z/diseases-and-conditions/18/topics_hiv_aids
89. National Centre for Infectious Diseases. (2022). NHIVP Guidance Documents. Retrieved September 22, 2022 from https://www.ncid.sg/About-NCID/OurDepartments/Pages/NHIVP-Guidance-Documents.aspx
90. PrEP Map. (2022). Singapore. Retrieved September 22, 2022 from https://www.prepmap.org/prep_status_by_country#singapore
91. Wong, C. S., Kumar, P. A., Wong, C. M., Choong, B. C., Lim, O. Z., Chan, Y. Y., ... & Chen, M. I. (2019). Acceptability of HIV pre-exposure prophylaxis (PrEP) and opinions on PrEP service delivery among men who have sex with men in Singapore: a qualitative study. AIDS Education and Prevention, 31(2), 152-162.
92. National Centre for Infectious Diseases. (2022). Ending HIV (and it's stigma) in Singapore - the ambitious goal of the National HIV Programme. Retrieved September 22, 2022

from https://www.ncid.sg/Health-Professionals/Articles/Pages/Ending-HIV-(and-it%27s-stigma)-in-Singapore---the-ambitious-goal-of-the-National-HIV-Programme.aspx

93. Tan, R. K. J., Ho, V., Sherqueshaa, S., Dee, W., Lim, J. M., Lo, J. J.-M., Teo, A. K. J., O'Hara, C. A., Ong, C., Ching, A. H., & Wong, M. L. (2021). The Impact of the Coronavirus Disease (COVID-19) on the Health and Social Needs of Sex Workers in Singapore. Archives of Sexual Behavior. https://doi.org/10.1007/s10508- 021-01951-8
94. Action for AIDS Singapore. (2021). Annual Report & Statement 2020. Retrieved September 22, 2022 from https://afa.org.sg/wp-content/uploads/2022/03/2020_AfA-Singapore-Annual-Report-2020.pdf
95. Chong, C. (2020, November 8, 2020). HIV patients can now start treatment on day of first appointment. The Straits Times. Retrieved September 22, 2022 from https://www.straitstimes.com/singapore/hiv-patients-can-now- start-treatment-on-day-of-first-appointment
96. Chan, Y. Y., Ho, L. P., Ibrahim, M. A., Wong, C. S., & Wong, C. M. (2017). Barriers and facilitators to retention in HIV care and treatment among patients on antiretroviral therapy at the Communicable Disease Centre in Singapore. Retrieved September 22, 2022 from https://www.abstract-archive.org/Abstract/Share/75458
97. Lim, J. (2020, September 5, 2020). After years of lobbying, antiretroviral drugs used for HIV treatment now subsidised by MOH. Today Online. Retrieved September 22, 2022 https://www.todayonline.com/singapore/after-years-lobbying-antiretroviral-drugs-used-hiv-treatment-now-subsidised-moh
98. Global AIDS Response Progress Reporting (GARPR) 2017 - Country Progress Report Singapore. Retrieved September 22, 2022 from https://www.unaids.org/sites/default/files/country/documents/SGP_2018_countryreport.pdf
99. Tan, R. K. J., Kaur, N., Kumar, P. A., Tay, E., Leong, A., Chen, M. I. C., & Wong, C. S. (2019). Clinics as spaces of costly disclosure: HIV/STI testing and anticipated stigma among gay, bisexual and queer men. Culture, Health & Sexuality, 1-14. https://doi.org/10.1 080/13691058.2019.1596313
100. Ho, L. P., & Goh, E. C. (2017). How HIV patients construct liveable identities in a shame based culture: the case of Singapore. International Journal of Qualitative Studies on Health and Well-being, 12(1), 1333899.
101. Government of Singapore Infectious Disease Act, (2003).
102. The Project X. (2022). Frequently Asked Questions. Retrieved September 22, 2022 from https://theprojectx.org/faq/
103. Ng, D. H., Beh, D. L., Sutjipto, S., Archuleta, S., & Wong, C. S. (2019). The Greying Pandemic: Implications of Ageing Human Immunodeficiency Virus-Positive Population in Singapore. Annals of the Academy of Medicine, Singapore, 48(12), 393- 395.
104. Korea Disease Control and Prevention Agency. (2020). Publication material (surveillance annual report). Retrieved September 22, 2022 from https://www.kdca.go.kr/npt/biz/npp/portal/nppPblctDtaView.do?pblctDtaSeAt=1&pblctDtaSn=2431
105. Ministry of Health and Welfare (2019). Eradicating AIDS, one step ahead of prevention, detection, and treatment. Retrieved November 16, 2022 from http://www.mohw.go.kr/react/al/sal0301vw.jsp?PAR_MENU_ID=04&MENU_ID=0403&CONT_SEQ=351678
106. Korea Disease Control and Prevention Agency. (2021). Korea Centers for Disease Control and Prevention (KCDC) 2022 budget plan 5,136.2 billion won. Retrieved September 22, 2022 from https://www.korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156468675#pressReleasehttps://m. korea.kr/news/pressReleaseView.do?newsId=156468675
107. Kee, M. K., Yoo, M., Seong, J., Choi, J. Y., Han, M. G., Lee, J. S., ... & Kang, C. (2019). Influence of anonymous HIV testing on national HIV surveillance in the Republic of Korea (2000 to 2015): a retrospective analysis. BMC Public Health, 19(1), 1-9.
108. Korean Association of Family and Health. (2021). 2020 Youth HIV/AIDS Awareness Survey Report. Retrieved September 22, 2022 from https://kafah.webiz.kr/36/?q=YToxOntzOjEyOiJrZXl3b3JkX3R5cGUiO3M6MzoiYWxsIjt9&bmode=view&idx=7198571&t=board
109. Korean Society for AIDS (2017). Summary of Guidelines for the Use of Pre-Exposure Prophylaxis for HIV in Korea. Infection & Chemotherapy, 49(3), 243–246. https://doi.org/10.3947/ic.2017.49.3.243
110. Choi, H., Suh, J., Lee, W., Kim, J. H., Kim, J. H., Seong, H., Ahn, J. Y., Jeong, S. J., Ku, N. S., Park, Y. S., Yeom, J. S., Kim, C., Kwon, H. D., Smith, D. M., Lee, J., & Choi, J. Y. (2020). Cost-effectiveness analysis of pre-exposure prophylaxis for the prevention of HIV in men who have sex with men in South Korea: a mathematical modelling study. Scientific Reports, 10(1), 14609. https://doi.org/10.1038/s41598-020-71565-y
111. Chang, H. H., Kim, S. W., Jung, H., Lee, S. A., Park, H. K., Kim, S., Lee, J. M., & Choi, J. Y. (2018). Awareness and Acceptance of HIV Pre-exposure Prophylaxis among Medical Personnel and Men Who Have Sex with Men in Korea. Journal of Korean Medical Science, 33(12), e91. https://doi.org/10.3346/jkms.2018.33.e91
112. Korea Disease Control and Prevention Agency. (2021). 2021 HIV/AIDS Management Guidelines. Retrieved September 22, 2022 from https://www.kdca.go.kr/board/board.es?mid=a20507020000&bid=0019&act=view&list_no=711623
113. Korea Prevention Of Acquired Immunodeficiency Syndrome Act, (2018). Retrieved September 22, 2022 from https://elaw.

klri.re.kr/kor_service/lawView.do?hseq=50747&lang=ENG
114. Korean Ministry of Health and Welfare. (2021). Held the 21st Health Insurance Policy Review Committee in 2021 (9.28). Retrieved September 22, 2022 from https://www.korea.kr/news/ pressReleaseView.do?newsId=156472925
115. Kim, I. O., & Shin, S. H. (2016). Influences of Social Support and Social Stigma on Quality of Life of HIV Infected People: Mediating Effect of Hope. The Journal of the Korea Contents Association, 16(8), 247-256.
116. 박형원, & 박태정. (2020). HIV/AIDS 분야 종사자의 경험을 통해 본 감염인의 삶에서 일의 의미에 대한 연구. 인문연구, (90), 249-280.
117. Kuusisto, S.-P. (2018). Government policies fuel South Korea's HIV epidemic. Retrieved September 22, 2022 from https:// www. eastasiaforum.org/2018/02/17/government-policies-fuel-south- koreas-hiv-epidemic/
118. National Human Rights Commission of Korea. (2016). 감염인 (HIV/AIDS) 의료차별 실태조사. Retrieved September 22, 2022 from https://library.humanrights.go.kr/ search/media/img/CAT000000040179?metsno= 000000001023&fileid =M000000001023_FILE000001
119. Anand, T., & Nitpolprasert, C. (2019). A culturally sensitive online communication strategy to reach men who have sex with men (MSM) for HIV/STI prevention and testing in South Korea. Retrieved September 22, 2022 from https://www. abstractarchive.org/Abstract/Share/79375
120. Korea Disease Control and Prevention Agency. (2021). Research on knowledge, attitudes, beliefs and behaviors on AIDS Retrieved September 22, 2022 from https://www.kdca.go.kr/contents.es?mid=a20301070804
121. Keralis, J. M. (2017). At the nexus: How HIV-related immigration policies affect foreign nationals and citizens in South Korea. Health and Human Rights, 19(2), 123.
122. Jung, D.-M. (2020, July 15, 2020). Anti-discrimination law back on table at National Assembly. The Korea Times. Retrieved September 22, 2022 from https://www.koreatimes.co.kr/www/nation/2020/07/356_292216.html
123. Taiwan Centers for Disease Control. (2022). CDC 2021 Annual Report. Retrieved September 22, 2022 from https://www.cdc.gov.tw/File/Get/Q2C1iZ4kuO05_igvKDg2KQ
124. Taiwan Centers for Disease Control. (2020). CDC 2020 Annual Report. Retrieved September 22, 2022 from https://www.cdc.gov.tw/En/File/Get/VzxSlitRN9UWzV7N9z6bNA
125. Lee, C. Y., Wu, P. H., Tsai, J. J., Chen, T. C., Chang, K., & Lu, P. L. (2020). Cascade analysis of anonymous voluntary HIV counseling and testing among patients with HIV infection in Taiwan. AIDS Patient Care and STDs, 34(7), 303-315.
126. Taiwan Centers for Disease Control. (2007). Integrated study of drug abuse,HIV/AIDS and harm reduction program. Retrieved September 22, 2022 from https://www.cdc.gov.tw/En/Professional/ProgramResultInfo/
127. Taiwan Lourdes Association. (2019). (2019論壇實錄) 分論壇二：感染者醫療與照護. Retrieved September 22, 2022 from https://www.lourdes.org.tw/OnePage_List.aspx?tid=329&id=596
128. PrEP Watch. (2022). Country Overview: Taiwan. Retrieved September 22, 2022 from https://www.prepwatch.org/countries/taiwan/
129. Chuang, D. M., & Newman, P. A. (2018). Pre-exposure prophylaxis (PrEP) awareness and acceptability among men who have sex with men in Taiwan. AIDS Education and Prevention, 30(6), 490-501.
130. Ko, N. Y., Wu, H. J., Strong, C., Li, C. W., Ku, W. W., & Hsu, S. T. (2018). Differences in awareness of and willingness to use pre-exposure prophylaxis and anticipated condom use among serodiscordant couples in Taiwan. AIDS care, 30(10), 1306-1310.
131. Chu, Y.-H., Yaemim, N., Phiphatkhunarnon, P., Charoen, A., Pumpradit, W., Tan, V. W., Huang, P., Huang, P.-C., Jan, F.-M., Hickson, F., & Ku, S. W.-W. (2018). Bridging the gap in accessing PrEP in Asia: Experience in the provider-assisted PrEP access (PrEP-PAPA) model in Taiwan. Retrieved September 22, 2022 from https://programme.aids2018.org/Abstract/Abstract/11082
132. Good Doctor Web. (2021). Taiwan's AIDS War "Pandemic" series of reports---AIDS prevention and control under the epidemic. Retrieved September 22, 2022 from https://gooddoctorweb.com/post/988
133. Lin, K. Y., Cheng, C. Y., Li, C. W., Yang, C. J., Tsai, M. S., Liu, C. E., ... & Taiwan HIV Study Group. (2017). Trends and outcomes of late initiation of combination antiretroviral therapy driven by late presentation among HIV-positive Taiwanese patients in the era of treatment scale-up. PLoS One, 12(6), e0179870.
134. Persons with HIV/AIDS Rights Advocacy Association of Taiwan. (2020). "Article 21 of the AIDS Ordinance" Public Policy Online Participation Platform Proposal Government Agency Reply. Retrieved November 11 from https://praatw.org/news/2040
135. 陳清芳. (2019, November 25, 2019). 測不到病毒即無傳染力 愛滋感染者自然懷孕生產[影]. CNA Taiwan. Retrieved September 22, 2022 from https://www.cna.com.tw/news/firstnews/201911250192.aspx
136. Taiwan Lourdes Association. (2020). 2019年台灣地區愛滋感 染者生活現況調查報告. Retrieved September 22, 2022 from https:// www.lourdes.org.tw/OnePage_List.aspx?tid=297&id=3799
137. Shih, C., Feng, M., Wu, H., Wang, L., Lu, P., Lin, C., & Pan, S.

(2021). Missing Pieces of Quality of Life in PWH: Psychological and Mental Health. Retrieved November 11 from https://academicmedicaleducation.com/meeting/apacc-2021/e-poster/missing-pieces-quality-life-pwh-psychological-and-mental-health

138. Taiwan Ministry of Health and Welfare. (2021). Ending AIDS by 2030: Phase 1 Plan. Retrieved September 22, 2022 from https://www.cdc.gov.tw/File/ Get/8GbdoTI8KM0XEd0pLRoZyg

139. Manosuthi, W., Charoenpong, L., & Santiwarangkana, C. (2021). A retrospective study of survival and risk factors for mortality among people living with HIV who received antiretroviral treatment in a resource-limited setting. AIDS Research and Therapy, 18(1), 71. https://doi.org/10.1186/s12981-021-00397-1

140. PEPFAR. (2018). Pre-Exposure Prophylaxis (PrEP) Pilot Studies in Thailand: An HIV Prevention Intervention for Key Populations. Retrieved September 22, 2022 from https://www.pepfarsolutions.org/key- populations/2018/1/13/pre-exposure-prophylaxis-prep-pilot-studies- in-thailand-an-hiv-prevention-intervention-for-key-populations

141. American International Health Alliance. (2022). Thailand. Retrieved September 22, 2022 from https://www.aiha.com/ourstory/ our-footprint/thailand/

142. UNAIDS Asia Pacific. (2020). Press Release: UNAIDS Report On The Global AIDS Epidemic Shows That 2020 Targets Will Not Be Met In Asia and The Pacific; Key Populations Continue To Be Left Behind And COVID-19 REisks Blowing HIV Progress Way Off Course. Retrieved September 22, 2022 from https://unaids-ap.org/2020/07/07/press-release- unaids-report-on-the-global-aids-epidemic-shows-that-2020-targets- will-not-be-met-in-asia-and-the-pacific-key-populations-continue-to-be-left-behind-and-covid-19-risks-blowing-hiv-prog/

143. HIV and AIDS Data Hub for Asia-Pacific. (2014). Thailand National Operational Plan Accelerating Ending AIDS 2015-2019. Retrieved September 22, 2022 from https://www.aidsdatahub.org/resource/thailand-national- operational-plan-accelerating-ending-aids-2015-2019

144. Wasantioopapokakorn, M., Manopaiboon, C., Phoorisri, T., Sukkul, A., Lertpiriyasuwat, C., Ongwandee, S., ... & Martin, M. (2018). Implementation and assessment of a model to increase HIV testing among men who have sex with men and transgender women in Thailand, 2011–2016. AIDS Care, 30(10), 1239-1245.

145. Seekaew, P., Pengnonyang, S., Jantarapakde, J., Meksena, R., Sungsing, T., Lujintanon, S., ... & Phanuphak, N. (2019). Discordance between self-perceived and actual risk of HIV infection among men who have sex with men and transgender women in Thailand: a cross-sectional assessment. Journal of the International AIDS Society, 22(12), e25430.

146. Musumari, P. M., Techasrivichien, T., Srithanaviboonchai, K., Tangmunkongvorakul, A., Ono-Kihara, M., & Kihara, M. (2020). Factors associated with HIV testing and intention to test for HIV among the general population of Nonthaburi Province, Thailand. PloS one, 15(8), e0237393.

147. Nanthaprut, P., Manojai, N., Chanlearn, P., Mattawanon, N., Chiawkhun, P., Homkham, N., & Traisathit, P. (2021). Comparison of HIV-positive incidence among transgender women and men who have sex with men at stand-alone and mobile voluntary counseling and testing facilities in Chiang Mai Province, Thailand. AIDS Patient Care and STDs, 35(4), 116-125.

148. Shafik, N., Deeb, S., Srithanaviboonchai, K., Ayood, P., Malasao, R., Siviroj, P., ... & Wood, M. M. (2021). Awareness and attitudes toward HIV self-testing in Northern Thailand. International Journal of Environmental Research and Public Health, 18(3), 852.

149. Phanuphak, N., Jantarapakde, J., Himmad, L., Sungsing, T., Meksena, R., Phomthong, S., ... & Phanuphak, P. (2020). Linkages to HIV confirmatory testing and antiretroviral therapy after online, supervised, HIV self-testing among Thai men who have sex with men and transgender women. Journal of the International AIDS Society, 23(1), e25448.

150. Salvadori, N., Decker, L., Ngo-Giang-Huong, N., Mary, J. Y., Chevret, S., Arunothong, S., ... & Jourdain, G. (2020). Impact of counseling methods on HIV retesting uptake in at-risk individuals: a randomized controlled study. AIDS and Behavior, 24(5), 1505-1516.

151. Wongkanya, R., Pankam, T., Wolf, S., Pattanachaiwit, S., Jantarapakde, J., Pengnongyang, S., ... & Phanuphak, N. (2018). HIV rapid diagnostic testing by lay providers in a key population-led health service programme in Thailand. Journal of Virus Eradication, 4(1), 12-15.

152. Songtaweesin, W. N., Kawichai, S., Phanuphak, N., Cressey, T. R., Wongharn, P., Saisaengjan, C., ... & Pondet, C. (2020). Youth- friendly services and a mobile phone application to promote adherence to pre-exposure prophylaxis among adolescent men who have sex with men and transgender women at-risk for HIV in Thailand: a randomized control trial. Journal of the International AIDS Society, 23, e25564.

153. Chemnasiri, T., Varangrat, A., Amico, K. R., Chitwarakorn, A., Dye, B. J., Grant, R. M., ... & HPTN 067/ADAPT Study Team. (2019). Facilitators and barriers affecting PrEP adherence among Thai men who have sex with men (MSM) in the HPTN 067/ADAPT Study. AIDS Care. Retrieved September 22, 2022 from https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/31159584/

154. Martin, M., Vanichseni, S., Suntharasamai, P., Sangkum, U., Mock, P. A., Chaipung, B., ... & Bangkok Tenofovir Study Group.

(2017). Factors associated with the uptake of and adherence to HIV pre-exposure prophylaxis in people who have injected drugs: an observational, open-label extension of the Bangkok Tenofovir Study. The Lancet HIV, 4(2), e59-e66.
155. Seekaew, P., Nguyen, E., Sungsing, T., Jantarapakde, J., Pengnonyang, S., Trachunthong, D., … & Phanuphak, N. (2019). Correlates of nonadherence to key population-led HIV pre-exposure prophylaxis services among Thai men who have sex with men and transgender women. BMC Public Health, 19(1), 1-11.
156. Pattanasin, S., Cadwell, B. L., Smith, D. K., Sukwicha, W., Mock, P. A., Wimonsate, W., … & Thigpen, M. C. (2020). Estimating the impact of HIV combination prevention in men who have sex with men, the Bangkok MSM Cohort Study, Thailand. International Journal of STD & AIDS, 31(7), 637-641.
157. Srimanus, P., Janamnuaysook, R., Samitpol, K., Termvanich, K., Uttayananon, J., Rongram, N., Mills, S., Vannakit, R., Phanuphak, P., Ramautarsing, R., & Phanuphak, N. (2020). Low awareness and uptake of PrEP among Thai transgender women: A pre- assessment before the launch of a transgender women-specific PrEP campaign. Retrieved September 22, 2022 from https://www. abstract-archive.org/Abstract/Share/80657
158. Phanuphak, N., Sungsing, T., Jantarapakde, J., Pengnonyang, S., Trachunthong, D., Mingkwanrungruang, P., Sirisakyot, W., Phiayura, P., Seekaew, P., Panpet, P., Meekrua, P., Praweprai, N., Suwan, F., Sangtong, S., Brutrat, P., Wongsri, T., Na Nakorn, P. R., Mills, S., Avery, M., Vannakit, R., … Phanuphak, P. (2018). Princess PrEP program: the first key population-led model to deliver pre-exposure prophylaxis to key populations by key populations in Thailand. Sexual Health, 15(6), 542–555. https://doi.org/10.1071/SH18065
159. UNAIDS. (2020). Thai hospitals to provide three- to six-month supplies of antiretroviral therapy. Retrieved September 22, 2022 from https://www.unaids.org/en/resources/presscentre/featurestories/2020/march/20200325_thailand
160. Saenyakul, P., Gregory, C., Sirisup, K., Avery, M., & Vannakit, R. (2018). Barriers and facilitators to improve antiretroviral therapy initiation among men who have sex with men and transgender women in Thailand. Retrieved September 22, 2022 from https://www. abstract-archive.org/Abstract/Share/78071
161. Cohen, M. S., Chen, Y. Q., McCauley, M., Gamble, T., Hosseinipour, M. C., Kumarasamy, N., … & Fleming, T. R. (2016). Antiretroviral therapy for the prevention of HIV-1 transmission. New England Journal of Medicine, 375(9), 830-839.
162. Bavinton, B. R., Jin, F., Prestage, G., Zablotska, I., Koelsch, K. K., Phanuphak, N., … & Grulich, A. E. (2014). The Opposites Attract Study of viral load, HIV treatment and HIV transmission in serodiscordant homosexual male couples: design and methods. BMC Public Health, 14(1), 1-8.
163. Udomkhamsuk, W., Fongkaew, W., Grimes, D. E., Viseskul, N., & Kasatpibal, N. (2014). Barriers to HIV treatment adherence among Thai youth living with HIV/AIDS: A qualitative study. Pacific Rim International Journal of Nursing Research, 18(3), 203-215.
164. Thanprasertsuk, S., Phokhasawad, K., Teeraratkul, A., Chasombat, S., Pattarapayoon, N., Saeng-Aroon, S., … & Lertpiriyasuwat, C. (2018). HIV drug resistance among pre-treatment cases in thailand: four rounds of surveys during 2006-2013. Outbreak, Surveillance and Investigation Reports, 11(1), 6.
165. Soe, K. M., Hauck, K., Jiamton, S., & Kongsin, S. (2022). The cost of community outreach HIV interventions: a case study in Thailand. BMC Public Health, 22(1), 1-11.
166. Srithanaviboonchai, K., Chariyalertsak, S., Nontarak, J., Assanangkornchai, S., Kessomboon, P., Putwatana, P., … & Aekplakorn, W. (2017). Stigmatizing attitudes toward people living with HIV among general adult Thai population: Results from the 5th Thai National Health Examination Survey (NHES). PLoS One, 12(11), e0187231.
167. Mathew, R. S., Boonsuk, P., Dandu, M., & Sohn, A. H. (2020). Experiences with stigma and discrimination among adolescents and young adults living with HIV in Bangkok, Thailand. AIDS care, 32(4), 530-535.
168. Harm Reduction International. (2020). The impact of COVID-19 on harm reduction in seven Asian countries. Retrieved September 22, 2022 from https://www.hri. global/files/2020/12/07/HRI-COVID-Report.pdf
169. Nitpolprasert, C., Anand, T., Phanuphak, N., Reiss, P., Ananworanich, J., & Peay, H. L. (2022). A qualitative study of the impact of coronavirus disease (COVID-19) on psychological and financial wellbeing and engagement in care among men who have sex with men living with HIV in Thailand. HIV Medicine, 23(3), 227-236.
170. Siraprapasiri, T., Srithanaviboonchai, K., Chantcharas, P., Suwanphatthana, N., Ongwandee, S., Khemngern, P., … & Nyblade, L. (2020). Integration and scale-up of efforts to measure and reduce HIV-related stigma: the experience of Thailand. AIDS, 34, S103-S114.

HIV CARE CONTINUUM
& BEYOND

SUPPORTED BY:

GSK × ViiV Healthcare

Getting ahead of HIV together