

บทที่ 1

บทนำ

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

ปัจจุบันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลก จากรายงานสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีของโครงการโรคเอดส์แห่งสหประชาชาติและองค์การอนามัยโลกพบว่า ทั่วโลกมีจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่องจาก 29.0 ล้านคนในปี พ.ศ. 2544 เป็น 34 ล้านคนในปี พ.ศ.2555 และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จำนวน 2.5 ล้านคนทั่วโลก มีผู้เสียชีวิตด้วยโรคที่เกี่ยวข้องกับเอดส์จำนวน 1.7 ล้านคน (Joint United Nations Programme on HIV/AIDS [UNAIDS], 2012); World Health Organization [WHO], 2012) ในประเทศไทยซึ่งมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นอันดับ 2 ของทวีปเอเชียรองจากประเทศจีน (UNAIDS, 2012) ได้มีรายงานข้อมูลสถานการณ์โรคเอดส์ตั้งแต่ พ.ศ. 2552-2554 มีผู้ป่วยเอดส์จำนวน 359,807 372,202 และ 370,474 ราย ตามลำดับ มีผู้ป่วยเอดส์เสียชีวิตจำนวน 96,067 98,589 และ 97,952 ราย ตามลำดับ และจากการคาดประมาณโดยทีมนักวิชาการของประเทศไทย ตั้งแต่ พ.ศ. 2527 จนถึงเดือนกันยายน 2555 มียอดผู้ป่วยสะสมทั้งสิ้น 276,947 ราย ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 1.2 ล้านคนที่ไม่มีอาการ โดยการแพร่ระบาดพบมากในประชาชนวัยแรงงานซึ่งมีอายุระหว่าง 15-45 ปี ถึงประมาณร้อยละ 85 และมีปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีจากเพศสัมพันธ์ถึงร้อยละ 85 (สำนักโรคบาติทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555)

รายงานผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการตั้งแต่ปี พ.ศ. 2531-30 กันยายน 2555 ของจังหวัดเชียงใหม่เป็นอันดับ 2 ของภาคเหนือรองจากจังหวัดเชียงราย โดยพบว่ามีผู้ป่วยเอดส์สะสมจำนวน 23,715 ราย และเสียชีวิต 5,496 ราย อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 2.1:1 (งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2555) โดยปัจจุบันข้อมูลจากสำนักโรคบาติทยา กรมควบคุมโรค ณ วันที่ 31 มีนาคม 2554 พบว่าจังหวัดเชียงใหม่มีอัตราป่วยเอดส์ต่อประชากรแสนคน ตั้งแต่ พ.ศ. 2550-2553 ลดลงจาก 39.08 เป็น 6.06 ต่อประชากรแสนคน (สำนักโรคบาติทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2555) โดยพบว่ามีแนวโน้มลดลงกว่าปีที่ผ่านมาและแม้ว่าแนวโน้มการเกิดอัตราป่วยเอดส์จะลดลงเนื่องจากการดูแลรักษาทั่วถึงมากขึ้น มีการรณรงค์ประชาสัมพันธ์ให้ความรู้ ความเข้าใจ และสร้างความตระหนักในการป้องกันเอดส์ให้กับประชาชน

ทั่วไป และกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยง เป็นมาตรการที่ช่วยนำไปสู่ความสำเร็จในการควบคุมการระบาดของโรคเอดส์ของรัฐบาลไทยในอดีต (ประพันธ์ ภาณุภาค, ม.ป.ป.) อย่างไรก็ตามในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ยังถือเป็นกลุ่มเสี่ยงกลุ่มใหญ่ต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

อุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้นจัดอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีรายงานสถิติการติดเชื้อทั่วโลกร้อยละ 16.5 ในประเทศไทยข้อมูลการศึกษาในกรุงเทพมหานครพบความชุกถึงร้อยละ 31 (Cogan, 2012) โดยการเพิ่มขึ้นของอุบัติการณ์ในประเทศไทยพบความชุกร้อยละ 17.3 ในปี 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 28.3 ในปีพ.ศ. 2548 และ 30.8 ในปีพ.ศ. 2550 ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่สูงมากเมื่อเทียบกับความชุกร้อยละ 1.4 ในประชากรทั่วไปของประเทศไทย (Van Griensven et al., 2009) เช่นเดียวกับข้อมูลจากคลินิกนิรนาม สภากาชาดไทย พบว่าการติดเชื้อรายใหม่มีอัตราที่เพิ่มสูงขึ้น โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีอายุน้อย โดยพบอุบัติการณ์ร้อยละ 4.1 ในปีพ.ศ. 2546 เพิ่มขึ้นเป็น 6.4 ในปี 2548 และ 7.7 ในปีพ.ศ. 2550 โดยปีพ.ศ. 2546 ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานครติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 18 เพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 27 ในปี 2548 และเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 32 ในปีพ.ศ. 2550 (ประพันธ์ ภาณุภาค, ม.ป.ป.) และในจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่และเป็นจังหวัดท่องเที่ยวที่สำคัญของภาคเหนือ พบว่ามีการแพร่กระจายของโรคเอดส์ในระดับสูงมาตลอด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นเช่นเดียวกับกรุงเทพมหานคร โดยความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีของอยู่ที่ร้อยละ 15.3 ในปีพ.ศ. 2548 เป็น 16.9 ในปีพ.ศ. 2550 ซึ่งพบความชุกสูงสุดของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอายุ 23-28 ปีถึงร้อยละ 29.2 (กิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ และคณะ, 2554)

การติดเชื้อเอชไอวีนั้น เป็นที่ทราบกันดีว่า มีผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม (วิลาวัดย์ เสนารัตน์, ประยงค์ ลี้มตระกูล, ธนารักษ์ สุวรรณประพิศ, ชมนาด พจนามาตร์, และ ดาราวรรณ ต๊ะปิ่นตา, 2542) โดยผลกระทบต่อร่างกายเมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดูแลร่างกายให้แข็งแรงและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดำเนินโรคก็จะไม่ปรากฏอาการของเอดส์ในระยะเวลายาวนานกว่า 10 ปี แต่ถ้าหากบุคคลนั้นไม่ได้ดูแลตนเองหรือมีปัจจัยเสริมต่อการดำเนินโรค เช่น ไม่มีการป้องกันการรับเชื้อเพิ่มจากการมีเพศสัมพันธ์ มีการดื่มสุรา สูบบุหรี่ ร่างกายก็จะทรุดโทรมและแสดงอาการเอดส์โดยเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสตามอาการของโรคระยะต่างๆ (Centers for Disease Control and Prevention [CDC], 2010) ผลกระทบด้านอารมณ์ ที่พบมากคือความ โกรธ ความรู้สึกกับขังใจ ความซึมเศร้า ดำหนดตัวเอง บางคนคิดฆ่าตัวตาย และความรู้สึกผิดเป็นต้น โดยผลกระทบที่เกิดขึ้นกับจิตใจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่คิดต่อสู้กับภาวะการติดเชื้อเอชไอวีและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมยิ่งขึ้น (วิจิตร ศรีสุพรรณ, วิลาวัดย์ เสนารัตน์, วิลาวัดย์ พิเชียรเสถียร, และ อะเคื้อ อุนหนเลขกะ, 2537)

การเจ็บป่วยทางร่างกายที่ทำให้ร่างกายอ่อนแอลง เกิดโรคแทรกซ้อนมากขึ้น ยังส่งผลกระทบต่อด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคลและกระทบต่อชีวิตของสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ดูแล ทั้งในด้านโครงสร้างของสถาบันครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวอ่อนแอไม่สามารถพึ่งตนเองได้ และส่งผลกระทบต่อชุมชน ทั้งด้านวัฒนธรรมชุมชนทำให้เกิดการรังเกียจ แบ่งแยกสังคมและขาดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน ด้านพลังชุมชนขาดความร่วมมือในการจัดกิจกรรมการพัฒนาชุมชน รวมทั้งภาพพจน์ของชุมชนเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพและการลงทุนในชุมชน (สุปราณี แก้วเพชร, 2541) ผลกระทบด้านเศรษฐกิจสังคมและประเทศชาติ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน เมื่อเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ทำให้ตกงานเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ถูกรังเกียจจากสังคม ทำให้ขาดรายได้ รัฐบาลต้องเข้ามารับผิดชอบโดยการให้สังคมสงเคราะห์ ทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจ โดยล่าสุด ปี พ.ศ. 2555 รัฐบาลได้อนุมัติงบประมาณเพื่อดูแลและจัดหาและเวชภัณฑ์เพื่อรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ถึง 2,940,055,000 บาท (สำนักเลขาธิการคณะรัฐมนตรี, ม.ป.ป.)

จากสถานการณ์ดังกล่าวทำให้หน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชนและชุมชนได้ตระหนักและแสวงหาแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกัน โดยคณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติได้จัดทำ “แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างทั่วถึงและครอบคลุมแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554” เพื่อบูรณาการงานเอดส์สู่ทุกภาคส่วนให้มีส่วนร่วมวางแผนในการแก้ไขปัญหาเอดส์อย่างจริงจังและทุกยุทธศาสตร์มีเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นองค์กรความร่วมมือ (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2550) และในการจัดทำกลยุทธ์การป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ซึ่งบรรจุไว้ในแผนยุทธศาสตร์ฯเอดส์ชาติ พ.ศ. 2555-2559 ได้กำหนดวิสัยทัศน์สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ 3 ประการ (Getting to Zero) ประกอบด้วย 1) เป้าหมายไม่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 2) เป้าหมายไม่มีการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และ 3) เป้าหมายไม่มีการตีตราและเลือกปฏิบัติเช่นเดียวกับยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ ปีพ.ศ. 2555-พ.ศ. 2559 ซึ่งได้ให้ความสำคัญกับการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคเอดส์และจัดทำกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของระดับประเทศ โดยเฉพาะการดำเนินงานด้านนโยบายเร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มเป้าหมายที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายซึ่ง กระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศมาตรการในการดำเนินงานโดยจัดให้กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิด (ชุมศักดิ์ พงษ์พานิช, 2555) โดยการจัดบริการการเข้าถึงการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อการวินิจฉัยโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ให้เร็วขึ้น (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2554) ซึ่งจะมีส่วนช่วยให้กลุ่มเป้าหมายดังกล่าวได้เข้าถึงระบบบริการทางการแพทย์และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

จากการดำเนินงานข้อมูลจากระบบติดตามของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เข้าถึงระบบบริการล่าช้า โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 63 และร้อยละ 57 ที่ เข้ามารับบริการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในปีงบประมาณ พ.ศ. 2553 และ 2554 เป็นผู้มีอาการหรือมี ระดับ CD 4 น้อยกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม. ในส่วนของเป้าหมายลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ครั้งหนึ่ง ในปี 2554 พบว่ายังไม่สามารถลดลงได้ตามเป้าหมาย และเป้าหมายการเข้าถึงบริการป้องกัน เช่น การ ตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มประชากรที่มีภาวะเสี่ยงสูง ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มพนักงานบริการหญิง กลุ่มพนักงานบริการชาย และกลุ่มผู้ขายเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มประชากร ข้ามชาติและกลุ่มเยาวชน ยังคงจำกัด เนื่องจากปัญหาด้านงบประมาณ ข้อกฎหมาย และการเข้าถึง กลุ่มเป้าหมาย (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2554) ดังการศึกษา ของ ชนิดดา ลี นุงษ์ พันธุ์ (2554) ที่พบว่าอุปสรรคด้านเวลาในการให้บริการการตรวจคัดกรองการติดเชื้อ เอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีการจัดตั้งเป็นคลินิกเกือบครบทุกจังหวัด แต่ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากเปิดบริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมอย่างแท้จริงในการดูแลรักษา โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นการป้องกันด่านแรกของการติดเชื้อเอชไอวี (ชนิดดา ลี นุงษ์ พันธุ์, 2554) โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงที่ต้องเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิด (ชุมศักดิ์ พุกษาพงศ์, 2555) โดยทั้ง ภาครัฐบาล และเอกชนรวมถึงในชุมชนต่างพยายามที่จะลดการ ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มนี้ โดยเฉพาะมาตรการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีโดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ซึ่งเป็นส่วนของเป้าหมายลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่และมีส่วนสำคัญในกระบวนการวินิจฉัยและ การดูแลรักษาซึ่งจะเป็นจุดเริ่มต้นในการนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่กระบวนการบริการทางการแพทย์ (ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย, 2553) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ทราบสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองตั้งแต่ระยะแรกและเข้าสู่ ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็วทุกคน เป็นการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นด้วย (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์, 2554)

โดยประโยชน์จากการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ระยะแรกนี้ ประพันธ์ ภาณุภาค (2553) ได้กล่าวไว้ว่า หากมีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ในขณะที่ยังไม่ป่วย แล้วรักษาด้วย ยาต้านไวรัสเอดส์โดยเร็ว มีความสำคัญมากในการที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดี มีสุขภาพที่ดี และมีอายุยืนยาวเหมือนกับคนที่ไม่ติดเชื้อทั่วไป จากหลักฐานที่มีอยู่ในขณะนี้ คาดการณ์ได้ว่าถ้า ปัจจุบันตรวจพบว่าติดเชื้อขณะที่มีอายุ 25 ปี โดยยังไม่มียา ผู้ติดเชื้อนั้นจะสามารถมีอายุยืนยาวไป ได้ถึงอายุ 75 ปี ถ้าได้รับการดูแลรักษาอย่างดี ซึ่งการกินยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้เชื้อเอชไอวีใน ร่างกายลดลงจนถึงระดับที่ตรวจไม่พบด้วยชุดทดสอบในปัจจุบันที่สามารถวัดปริมาณเชื้อไวรัสใน เลือดได้จนถึงระดับต่ำสุดคือ 40 copies/ml. เมื่อเชื้อเอชไอวีลดต่ำลงมาก ภูมิคุ้มกันของร่างกายหรือ

CD4 ก็จะสูงขึ้นเพราะไม่ถูกเชื้อเอชไอวีทำลาย ผู้ติดเชื้อก็จะไม่เจ็บป่วยจากโรคแทรกซ้อน และมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับการศึกษาของ ประคณิต ส่งวัฒนา (2554) ที่กล่าวถึงการจัดการที่เน้นการให้การปรึกษาเชิงป้องกันควบคู่ไปกับแผนการดูแลมากขึ้น โดยบูรณาการเข้ากับการบริการ ณ คลินิกทั่วไป และการพัฒนาระบบบริการดังกล่าวควบคู่กับการรณรงค์ตรวจเลือด เพื่อค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวี รายใหม่ซึ่งเป็นกลยุทธ์ที่มีความสำคัญต่อการวางแผนดูแล และช่วยลดการแพร่กระจายเชื้อในอนาคต แต่จากข้อมูลงานวิจัยในช่วงปี พ.ศ. 2551-2552 ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 17,166 คน พบว่ามีเพียงร้อยละ 19.4 ที่เคยตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายยังพบว่ามีจำนวนน้อย แม้จะทราบถึงประโยชน์ของการตรวจคัดกรอง ตั้งแต่ระยะแรกกว่าเป็นสิ่งที่ดีและสำคัญต่อการดูแลตนเอง

จากปัญหาที่เกิดขึ้น การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นวิธีการหนึ่งที่จะช่วยให้ทราบถึงความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันขององค์ประกอบของปัญหานั้น (ราตรี โชติกพงษ์, 2552) และยังเป็นการศึกษาหาสาเหตุ ลักษณะของสถานการณ์ เพื่อให้ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหาตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้นๆ (สุจิตรา บรรจง, 2552) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิด PRECEDE-PROCEED model ของ กรีน และ กรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) เป็นกรอบแนวคิดซึ่งมีทั้งหมด 9 ขั้นตอน โดยเป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัยและการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจึงต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสียก่อน เพื่อวางแผนและกำหนดวิธีการในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยวิเคราะห์เริ่มจากผล (Outcome) ที่ต้องการ คือ คุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์และพิจารณาย้อนกลับไปหาต้นเหตุหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา ซึ่งการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ที่ต้องอาศัยการตัดสินใจจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้เลือกใช้แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลของ กรีน และ กรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ในขั้นตอนที่ 3 ซึ่งเป็นการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพเพื่อนำมาเป็นข้อมูลในการวางแผนการให้บริการสุขภาพ ซึ่ง กรีน และ กรูเตอร์ ได้แบ่งปัจจัยที่เกี่ยวข้องออกเป็น 3 กลุ่ม ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) หมายถึง ปัจจัยที่เป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ในลักษณะของความรู้ การจูงใจ หรือความชอบส่วนบุคคล ซึ่งอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือห้ามมิให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม ของบุคคล และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับระยะเวลา (อากาศ ฝน วัฒนา, สุรินทร กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น, และ ขวัญใจ อำนางค์ยศย์ชื่อ,

2554) และ 3) ปัจจัยเสริมแรง (reinforcing factors) ซึ่งหมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรม สุขภาพนั้น ได้รับการสนับสนุน โดยผลของการสนับสนุนของบุคคลหนึ่งอาจมีอิทธิพลในการ เสริมแรงแตกต่างจากอีกบุคคลหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลสำคัญเหล่านั้น เช่น กลุ่มเพื่อน ผู้ปกครอง ครู ผู้นำชุมชน เป็นต้น (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ต้นสกุล, 2550)

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับปัจจัยของการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีใน กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้นพบว่า ในส่วนของปัจจัยนำที่มีความชัดเจนคือ ปัจจัยด้านความรู้ โดยจากการศึกษาของ วิภาส วิมลเศรษฐ และคณะ (Wimonsate et al., 2011) พบว่า การขาดความรู้ เกี่ยวกับโรคเอดส์และการรักษา เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เช่นเดียวกับการศึกษาของ สุธิดา อินทรเพชร, ชมนาด พงนามาตร์, และ นงเยาว์ เกษตร์ภิบาล (2551) ซึ่งพบว่าปัจจัยที่ควรส่งเสริมเพื่อให้มีรูปแบบในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คือปัจจัยด้านการสร้างเสริมความรู้ความเข้าใจ รวมถึงการ จัดบริการที่เข้าถึงได้ง่ายและเฉพาะเจาะจงกับกลุ่มเป้าหมาย ร่วมกับการให้ความรู้และข้อมูลข่าวสาร ตามช่องทางต่างๆ (สุธิดา อินทรเพชร และคณะ, 2551) และจากการสำรวจของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร ในปี พ.ศ. 2553 โดยการทดสอบความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชาย พบว่าความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และการป้องกันโรคเอดส์อยู่ในระดับค่อนข้างน้อย คือร้อยละ 30.0 โดยวัดจากความรู้ของ UNGASS (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2553) และการ ทบทวนวรรณกรรมในส่วนของปัจจัยเนื่องจากการศึกษาของ เบญจพร พงศ์อำไพ, ประณีต ส่งวัฒนา, และ อุมพร ปุณฺณโสพรรณ (2552) พบว่าเมื่อศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความตั้งใจจะตรวจเลือดก่อน แต่งงานให้เหตุผลว่า ไม่ต้องการตรวจเลือดก่อนแต่งงานเพราะพิจารณาจากลักษณะการปฏิบัติงาน ของเจ้าหน้าที่และไม่ไว้วางใจในการเก็บรักษาความลับของเจ้าหน้าที่หากพบความผิดปกติของผล เลือด เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ศิริดำรง (อ้างใน เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ, 2552) ที่ พบว่า ปัจจัยเอื้อที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างคิดว่าเป็นอุปสรรคที่มีผลต่อการตรวจเลือดคือความไม่ไว้วางใจ ในการปกปิดผลการตรวจเลือดของเจ้าหน้าที่และยังพบอีกว่ากลุ่มตัวอย่างร้อยละ 49.1 ไม่ทราบว่ามี แหล่งให้บริการที่สามารถไปรับบริการได้ (เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ, 2552) และสอดคล้องกับ การศึกษาของ ชนัดดา ลีнувค์พันธ์ (2554) ที่พบว่าอุปสรรคของปัจจัยเอื้อด้านเวลาในการให้บริการ การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ที่มีการจัดตั้งเป็นคลินิกเกือบครบ ทุกจังหวัดแต่ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากคลินิกเปิดบริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน ซึ่งอาจไม่ ครอบคลุมอย่างแท้จริงในการดูแลรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นการป้องกันด่านแรกของการ ติดเชื้อเอชไอวี (ชนัดดา ลีнувค์พันธ์, 2554) ส่วนปัจจัยเสริมแรงนั้น การศึกษาของ เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ (2552) ที่พบว่า การคล้อยตามกลุ่มอ้างอิงเช่น เพื่อน หรือครอบครัว มีอิทธิพลต่อความตั้งใจ

ในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี โดยทั้งสามปัจจัยนี้มีความสัมพันธ์และเกี่ยวข้องกับการแสดงพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล

บทบาทของพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชนที่มีบทบาทหน้าที่ในการให้ความรู้ การควบคุมกำกับดูแล ติดตามในกลุ่มที่มีปัญหาซับซ้อน การเป็นที่ปรึกษา การสร้างเสริมพลังอำนาจ และการมีส่วนร่วมในการดำเนินงานในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี และที่สำคัญคือการดำเนินการคัดกรองกลุ่มประชาชนทั่วไปและกลุ่มเสี่ยงในชุมชนที่อาจมีการติดเชื้อเอชไอวีอยู่แล้ว ได้รับความรู้และป้องกันการส่งต่อเชื้อให้ผู้อื่นและเข้าสู่กระบวนการรักษาตั้งแต่ระยะแรก ดังนั้นจึงทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่ ตามปัจจัย 3 ประการ ในขั้นตอนที่ 3 จากกรอบแนวคิดของกรีนและกรูเตอร์เพื่อให้เข้าใจถึงปัญหา สถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องและเพื่อวางแผนจัดระบบบริการพยาบาล เพื่อลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรับบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่ ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง

คำถามการศึกษา

สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่ ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง เป็นอย่างไร

ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดเชียงใหม่ รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์รายบุคคล โดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2556-กุมภาพันธ์ 2557

นิยามศัพท์

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง กิจกรรมเพื่อหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจต่างๆ เช่น การนำเลือด สารน้ำจากช่องปาก น้ำลายหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายเพื่อตรวจหาส่วนประกอบของเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือตรวจหาภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อเชื้อไวรัสเอชไอวี

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หมายถึง บุคคลที่เป็นเพศชายแต่กำเนิดและมีเพศสัมพันธ์กับชายทางทวารหนักหรือทางปากกับผู้ชายโดยมีการจัดวิถีทางเพศประกอบด้วยเกย์และกะเทยหรือสาวประเภทสอง เกย์ (บุคคลที่มีการแสดงออกเป็นผู้ชายและมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกัน หรือมีเพศสัมพันธ์ทั้งชายและหญิงซึ่งอาจจะเป็นผู้รักหรือคู่นอนชั่วคราว) กะเทยหรือสาวประเภทสอง ซึ่งเป็นการแสดงออกของผู้ชายที่มีการแสดงออกทางเพศหญิง ทั้งที่ไม่ได้แปลงหรือแปลงเพศแล้ว ทั้งที่ เคยตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และไม่เคยตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี

การวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามกรอบแนวคิดของกรีนและกรูเตอร์ในขั้นตอนที่ 3 ดังนี้

1. ปัจจัยนำ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ และความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่
2. ปัจจัยเอื้อ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับทรัพยากรที่จำเป็นในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการเปิดให้บริการ ระยะทาง ราคา ขั้นตอนและวิธีการในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่
3. ปัจจัยเสริมแรง เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลและการสนับสนุนเพื่อการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีจากกลุ่มเพื่อน/ครอบครัว หรือกลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาเป็น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีทั้งเปิดเผยและไม่เปิดเผยตัวเอง ทำให้การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างและการได้ข้อมูลค่อนข้างยาก ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจึงเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มนี้เท่านั้น