

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเชียงใหม่ ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ครอบคลุมหัวข้อ ดังนี้

1. โรคเอดส์และสถานการณ์โรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี
3. สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
4. การวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี

โรคเอดส์

ความหมายของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์มักมีความเข้าใจผิดว่าเป็นสิ่งเดียวกัน แต่โดยความหมายแล้วมีความแตกต่างกัน ซึ่งการติดเชื้อเอชไอวีคือการที่ร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย แต่โรคเอดส์นั้นเป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ดังการให้ความหมายต่อไปนี้

การติดเชื้อเอชไอวี หมายถึงการที่บุคคลได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus [HIV]) ซึ่งเป็น RNA virus ที่อยู่ในตระกูล Retroviridae เมื่อเข้าสู่ร่างกาย จะไปมีผลต่อระบบภูมิคุ้มกันทำให้ผู้ที่ได้รับเชื้อร่างกายอ่อนแอและไม่สามารถต่อสู้กับการติดเชื้อโรคนชนิดอื่นได้และตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี หรือส่วนประกอบของเชื้อเอชไอวีในเลือดของบุคคลนั้น (WHO, 2008)

โรคเอดส์ (AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็นกลุ่มอาการของโรคจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ที่เข้าไปเจริญอยู่ในเม็ดเลือดขาวที่มีชื่อว่า CD4 lymphocyte และทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดนี้ จนในที่สุดทำให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง เป็นผลทำให้เกิดมะเร็งบางชนิด และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (opportunistic infection) ซึ่งเป็นการติดเชื้อรุนแรงจากเชื้อโรคต่างๆทั้งที่เป็นชนิดที่ก่อโรคใน

คนปกติทั่วไป และชนิดที่ปกติไม่ทำอันตรายต่อคนที่มิภูมิคุ้มกันแข็งแรง (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551)

การที่บุคคลจะได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายสามารถกระทำได้หลายวิธีตามลักษณะการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีต่อไปนี้

การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี

เชื้อไวรัสเอชไอวีพบได้ในของเหลวและสิ่งคัดหลั่งต่างๆ ของร่างกาย เช่น เลือด น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด น้ำนม น้ำตา น้ำลาย และสิ่งคัดหลั่งอื่นๆ ของร่างกายที่มีส่วนประกอบของเลือด (CDC, 2010) วิธีการแพร่กระจายเชื้อไวรัสเอชไอวี ก็คือการนำเชื้อที่อยู่ในของเหลว หรือสิ่งคัดหลั่งต่างๆ ของร่างกายผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายคนที่ปกตินั่นเอง

การแพร่กระจายเชื้อหรือการติดต่อของเชื้อเอชไอวี มี 3 ทาง (CDC, 2010; WHO, 2012) คือ

1. การแพร่เชื้อทางเพศสัมพันธ์ (sexual transmission) เชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถแพร่เชื้อได้ทางเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย หรือระหว่างชายกับหญิง และเกิดได้กับทุกช่องทางของการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ว่าจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างอวัยวะเพศของผู้ชายกับทวารหนักของผู้ชายหรือทวารหนักของผู้หญิง ระหว่างอวัยวะเพศของผู้ชายกับช่องคลอดของผู้หญิง และการมีเพศสัมพันธ์โดยการใช้ปาก (oral sex) โดยเยื่อเมือกของทั้งช่องคลอดและทวารหนักจะมีตัวรับ (receptor) ที่ทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าไปเกาะได้โดยง่าย ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนัก (anal intercourse) จะมีมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด เนื่องจากเนื้อเยื่อของไส้ตรง (rectum) มีความบาง ฉีกขาดได้ง่ายในระหว่างมีเพศสัมพันธ์ อีกทั้งไส้ตรงและลำไส้ใหญ่มีพื้นที่มากกว่าช่องคลอดจึงทำให้เชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าไปทำให้เกิดการติดเชื้อมากกว่า (The Foundation for AIDS Research, 2006; CDC, 2010) นอกจากนี้ยังมีหลักฐานยืนยันว่าในช่องทวารหนัก มีภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติน้อยกว่าในช่องคลอด โอกาสเกิดการติดเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักจึงมีมากกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางช่องคลอด ส่วนการมีเพศสัมพันธ์โดยการใช้ปากพบว่าโอกาสการติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักและทางช่องคลอดมาก (CDC, 2010)

2. การแพร่เชื้อจากทางเลือด (blood transmission) โดยวิธีการต่อไปนี้

- 2.1 การรับเลือดหรือผลิตภัณฑ์จากเลือดที่มีเชื้อเอชไอวี

การได้รับเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีเข้าไป 1 ยูนิท จะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีถึงร้อยละ 100 (มัทนา หาญนิชย์, 2535) ในปัจจุบันประเทศไทยพบอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากวิธีนี้น้อยลง เพราะ

เลือดทุกยูนิตได้รับการตรวจ anti-HIV ก่อนให้กับผู้ป่วย และมีการตรวจ p24 antigen ด้วย ก็ยังเป็นการคัดกรองเลือดที่ติดเชื้อออกไปมากยิ่งขึ้น

2.2 การใช้กระบอกและเข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น

การใช้กระบอกฉีดยาและเข็มฉีดยาร่วมกับของผู้อื่นโดยทำความสะอาดเข็มและกระบอกฉีดยาไม่ดี มีเลือดของคนอื่นปะปนเข้าไปด้วย โอกาสที่จะติดเชื้อเอชไอวีมีประมาณ 0.1-1% ต่อการใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้อื่น 1 ครั้ง จึงเป็นสาเหตุสำคัญของการแพร่ระบาดของโรคนี้ในกลุ่มผู้ติดยาเสพติด (มัทนา หาญวนิชย์, 2535) สำหรับประเทศไทยพบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดแบบฉีดสูงถึงร้อยละ 50 โดยพบว่า 1 ใน 4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เกิดจากการฉีดยาเสพติดโดยใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน (สำนักงานโครงการพัฒนาแห่งสหประชาชาติ, 2547)

2.3 การถูกของมีคมที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีที่ตำหรือบาด

การถูกของมีคมที่อาจมีเชื้อเอชไอวีที่ตำหรือบาดนั้นมักเกิดในกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ โดยโอกาสเกิดการติดเชื้อเอชไอวีจากการถูกเข็มที่ตำ มีน้อยกว่าร้อยละ 1 (CDC, 2010)

2.4 การใช้ของมีคมร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

การติดเชื้อเอชไอวีจากการใช้ของมีคมร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นไม่พบว่ามีรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสกับเลือดหรือสารคัดหลั่งโดยตรง (CDC, 2010)

2.5 การปลูกถ่ายอวัยวะที่ได้รับบริจาคจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การปลูกถ่ายอวัยวะที่ได้รับบริจาคจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น การปลูกถ่ายไต ปลูกถ่ายไขกระดูก กระเจกตา ผิวหนัง เป็นต้น นอกจากนี้การผสมเทียม โดยการรับเชื้ออสุจิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีได้เช่นกัน เพราะอวัยวะหรือเซลล์ดังกล่าวไม่สามารถทำให้ปราศจากเชื้อก่อนการปลูกถ่ายได้ (Eastlund, 1995) อีกทั้งก่อนปลูกถ่ายอวัยวะผู้ป่วยจะได้รับยากดภูมิคุ้มกันเพื่อป้องกันการปฏิเสธอวัยวะ จึงทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อได้ง่ายขึ้น

3. การแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก (perinatal transmission)

การแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก มีการรายงานการติดเชื้อเอชไอวีจำนวนน้อยกว่ามารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ถ่ายทอดสู่ทารกช่วงก่อนหรือระหว่างการคลอด หรือหลังการคลอดโดยการผ่านทางน้ำนม หรือจากการที่มารดาป้อนอาหารทางปากแก่ทารก (CDC, 2010)

เมื่อบุคคลได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีผ่านการแพร่กระจายเชื้อด้วยวิธีต่างๆข้างต้นแล้ว เชื้อไวรัสเอชไอวีย่อมก่อให้เกิดอาการและอาการแสดงของโรคต่างๆตามมา ตามระยะการติดเชื้อของโรค ดังนี้

ระยะการติดเชื้อเอชไอวี

ระยะพักตัวของโรคติดเชื้อทั่วไป คือช่วงเวลานับตั้งแต่สัมผัสได้รับเชื้อจนแสดงอาการโรค แต่การติดเชื้อเอชไอวีต่างจากโรคติดเชื้อส่วนใหญ่ แบ่งระยะการติดเชื้อเอชไอวีได้เป็น 3 ระยะ (สมชาย แสงกิจพร, 2550) คือ

1. การติดเชื้อระยะแรก (Primary หรือ Acute infection) อาการป่วยจะรุนแรงต่างกัน ในสหรัฐอเมริกาและยุโรปผู้ติดเชื้อร้อยละ 50-70 แสดงอาการคล้ายโรค infectious mononucleosis คือมีไข้ อ่อนเพลีย เจ็บคอ ต่อม้ำเหลืองโต ผู้ติดเชื้อในเอเชียและแอฟริกาเกือบทั้งหมดไม่แสดงอาการ หรืออาจพบอาการเจ็บป่วยเล็กน้อย เช่น อาการคล้ายหวัด ท้องเดิน

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรก มีโอกาสแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้มาก เนื่องจากไวรัสเพิ่มจำนวนอย่างรวดเร็วปริมาณมาก และเข้าสู่กระแสเลือดแพร่กระจายไปยังอวัยวะทั่วร่างกาย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะแรกที่ยังตรวจไม่พบแอนติบอดีส่วนใหญ่พบจำนวน plasma HIV-1 RNA สูง 10⁶-10⁸ copies/ml เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะตอบสนองต่อการติดเชื้ออย่างรุนแรง สามารถควบคุมให้ไวรัสลดจำนวนลงเร็ว และอยู่ในระดับต่ำคงที่ระหว่าง 10³-10⁵ copies/ml ระดับของไวรัสที่ลดลงถึงจุดคงที่นี้เรียกว่า virus set point ซึ่งพบว่าในรายที่ระบบภูมิคุ้มกันตอบสนองได้ดี โดยเฉพาะการทำงานของ virus specific CD8 T-cell ในระยะแรก จะมีระดับ virus set point ต่ำ การดำเนินของโรคจะช้ากว่าผู้ที่มี virus set point สูง

2. ระยะไม่แสดงอาการ (Asymptomatic phase หรือ Clinical latency)

ระยะนี้แม้จะไม่แสดงอาการป่วย แต่เชื้อไวรัสยังคงเพิ่มจำนวนตลอดเวลา จำนวน CD4 T-cell ลดจำนวนลงต่อเนื่อง โดยทั่วไปจะลดลงราว 30-70 เซลล์/ปี ถ้าปริมาณไวรัส (plasma HIV-1 RNA หรือ viral load) เพิ่มขึ้น และจำนวน CD4 T-cell ลดลงจะเป็นเครื่องบ่งชี้ (Marker) ที่บ่งถึงการดำเนินของโรคที่รุนแรงขึ้น จำเป็นต้องเริ่มต้นรักษา และเมื่อให้ยาต้านไวรัสแล้วต้องติดตามว่า viral load ลดลงและ CD4 T-cell เพิ่มขึ้น จึงจะบอกได้ว่า ยาที่ใช้เหมาะสม เชื้อไวรัสไม่ื้อยา

ระยะไม่ปรากฏอาการนี้แตกต่างกันมากในแต่ละบุคคล บางรายแสดงอาการในเวลา 2 ปี หลังได้รับเชื้อจัดเป็นผู้ที่โรคดำเนินเร็ว (rapid progressor) ส่วนใหญ่ถ้าไม่ได้รับยาต้านไวรัสจะปรากฏอาการในเวลา 8-12 ปี อย่างไรก็ตามพบว่า บางรายติดเชื้อโดยไม่ปรากฏอาการนานเกิน 20 ปี จำนวน CD4 T-cell ไม่ลดลง เรียกว่า ผู้ที่โรคดำเนินช้า (Long Term Non-Progressor, LTNP) ในกลุ่ม LTNP นี้พบว่า บางรายเชื้อไวรัสมีความผิดปกติของยีน บางรายพบว่ามี host genetic polymorphism นอกจากนี้พบว่า ปัจจัยที่มีผลทำให้เกิด activated CD4 T-cell เช่น การติดเชื้ออื่น หรือการได้รับแอนติเจนแปลกปลอมบ่อยๆ จะมีผลกระตุ้นให้ไวรัสเพิ่มจำนวนมากขึ้น

3. ระยะเวลาแสดงอาการโรค เนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Clinical immunodeficiency) ที่เรียกว่า HIV disease หรือ AIDS ดังนั้น ระยะพักตัวของการติดเชื้อเอชไอวีจึงนับตั้งแต่ได้รับเชื้อจนถึงติดเชื้อครั้งแรก เป็นเวลา 1-2 สัปดาห์ อาจมีบางรายที่มีระยะพักตัวนานถึง 6 เดือน ทั้งนี้สุดแต่สายพันธุ์ของเชื้อไวรัส ปริมาณของเชื้อที่ได้รับ วิธีการติดต่อที่เชื้อเข้าสู่ร่างกาย และปัจจัยทางพันธุกรรมของผู้ติดเชื้อ ผู้ป่วยแสดงอาการโรคเนื่องจากการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันเสียไป ส่วนใหญ่แสดงอาการหลังจากจำนวน CD4 T-cell ต่ำกว่า 200 cells/ml ปริมาณไวรัสในพลาสมาเพิ่มสูงกว่า 105 copies/ml ในระยะนี้อาการของโรคเอดส์ที่สำคัญคือ การติดเชื้อจุลชีพฉวยโอกาสและมะเร็งบางชนิด นอกจากนี้พบอาการทางระบบประสาท อาการที่ผิวหนังและระบบอื่นๆ

การติดเชื้อเอชไอวีในระยะแรก และระยะที่ไม่แสดงอาการทำให้เกิดการแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีเนื่องจากผู้ติดเชื้อจะยังไม่ทราบว่าตนเองมีความผิดปกติเกิดขึ้นภายในร่างกายจนกว่าจะได้รับการตรวจหาเชื้อไวรัสเอชไอวี หรือเมื่อเข้าสู่ระยะที่ 3 ที่แสดงอาการของโรคแล้วและมีอาการผิดปกติต่างๆที่ทำให้สงสัยว่าอาจเกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี

อาการและอาการแสดง

ในระยะที่มีอาการป่วยเป็นเอดส์แล้ว จะตรวจพบอาการผิดปกติต่างๆ หลายอย่างกล่าวคือ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551)

ผู้ป่วยมักมีอาการ ไข้ ชูบผอม ต่อม้ำเหลืองโตหลายแห่ง ซีด จุดแดง จ้ำเขียวในช่องปากอาจพบอาการลิ้นหรือช่องปากเป็นฝ้าขาวจากเชื้อราแคนดิดา รอยฝ้าขาวข้างลิ้น (leukoplakia) แผลริมเรื้อรัง แผลแอฟทัส ปากเปื่อย ก้อนเนื้องอก (มะเร็ง) บริเวณผิวหนังอาจพบวงผื่นของโรคเชื้อรา ลูกกลมเป็นบริเวณกว้างและเรื้อรัง ริมฝีปาก หูดข้าวสุก ผื่นหรือตุ่มสีน้ำตาล สีแดงหรือสีม่วง (Kaposi sarcoma) ตุ่มหนองหรือตุ่มคล้ายหูดข้าวสุกกระจายทั่วไปจากเชื้อราเพนิซิลเลียม มาร์เนฟไฟ (Penicillium marneffei) ผิวหนังแห้ง คันเป็นเกล็ดขาว เป็นตุ่มคัน เป็นต้น ในรายที่เป็นปอดอักเสบ จะมีอาการหายใจหอบ หรือในรายที่ติดเชื้อของสมอง จะมีอาการซึม เพ้อ ชัก หมดสติ ถ้าเป็นเยื่อหุ้มสมองอักเสบ จะตรวจพบอาการคอแข็ง

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีเป็นเวลานาน ทำให้ร่างกายของผู้ติดเชื้ออ่อนแอ ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงและเสียไป จนทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายของผู้ติดเชื้อไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคทั่วไป และเกิดภาวะแทรกซ้อน และโรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆตามมา

ภาวะแทรกซ้อน

มักพบในผู้ป่วยเอดส์ที่มีจำนวน CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. โดยภาวะแทรกซ้อนที่สำคัญ ได้แก่ การติดเชื้อฉวยโอกาสซึ่งอาจมีความรุนแรงและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตได้ (สุรเกียรติ์ อาชานานุภาพ, 2551)

โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยได้แก่

1. วัณโรคปอด และวัณโรคนอกปอด ซึ่งมักเป็นรุนแรงและอาจต้องยารักษาวัณโรคหลายชนิด
2. ปอดอักเสบ จากเชื้อรา นิวโมซิสติสซิโรเวซิ(Pneumocystis jiroveci) เรียกว่า ปอดอักเสบจากนิวโมซิสติส (Pneumocystis pneumonia/PCP)
3. เยื่อหุ้มสมองอักเสบ จากเชื้อรา คริปโตค็อกคัส มักพบในผู้ป่วยเอดส์ที่มีจำนวน CD4 ต่ำกว่า 50 เซลล์/ลบ.มม.
4. หลอดอาหารอักเสบจากเชื้อราแคนดิดา(esophageal candidiasis) ทำให้มีอาการกลืนลำบาก เจ็บเวลากลืน เจ็บตรงบริเวณหลังกระดูกสันหลังและมักมีโรคเชื้อราในช่องปากร่วมด้วย
5. ปอดอักเสบ จากเชื้อแบคทีเรียต่างๆ ที่พบในคนปกติทั่วไป แต่มักจะเป็นมากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี
6. โรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่นๆ เช่น จอตาอักเสบจากเชื้อไวรัสไซโตเมกะโล(cytomegalovirus/CMV retinitis) ทำให้สายตามัว อาจรุนแรงถึงตาบอดได้ มักพบในผู้ป่วยที่มี CD4 ต่ำกว่า 50 เซลล์/ลบ.มม. ท้องเดินรุนแรงจากเชื้อซัลโมเนลลา (salmonellosis) ตับอักเสบจากเชื้อไวรัส การติดเชื้อไวรัสเอชพีวีซึ่งอาจทำให้เป็นมะเร็งปากมดลูก การติดเชื้อไวรัสโพลีโอมา (polyomavirus) ที่สมอง ทำให้เกิดความผิดปกติของสมองที่เรียกว่า “Progressive multifocal leukoencephalopathy” และการติดเชื้อรุนแรงชนิดแพร่กระจายทั่วร่างกายจากเชื้อแบคทีเรีย Mycobacterium avium complex (MAC) เชื้อโปรโตซัว Toxoplasma gondii และเชื้อรา Histoplasma capsulatum เป็นต้น
7. มะเร็งที่พบบ่อยได้แก่ มะเร็งของผนังหลอดเลือดที่มีชื่อว่า Kaposi's sarcoma มะเร็งต่อมน้ำเหลืองกลุ่มไม่ไข้ซอดลินส์ มะเร็งปากมดลูก มะเร็งทวารหนัก (ในผู้ป่วยชายที่เป็นชายรักร่วมเพศ)
8. ภาวะแทรกซ้อนทางระบบประสาทและสมองที่พบบ่อย คือ ภาวะ AIDS dementia complex (ADC) ซึ่งเป็นผลของการเปลี่ยนแปลงของเซลล์สมองจากการติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง ทำให้มีอาการ ความจำเสื่อม หลงลืมง่าย สับสน ขาดสมาธิ การทำงานของกล้ามเนื้อผิดปกติ เช่น พูดลำบาก เคลื่อนไหว เชื่องช้า เดินเซ ล้ม แขนขาเป็นอัมพาต พฤติกรรมแปลกไปจากเดิม เช่น ไร้อารมณ์ ซึม กระสับกระส่าย มักพบในผู้ป่วยเอดส์ระยะท้ายๆ ปัจจุบันพบภาวะนี้ได้น้อยลงเนื่องจากการใช้ยาต้านไวรัสรักษา

จากที่กล่าวมาจะเห็นว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่ทำให้มีความเจ็บป่วยได้หลายระบบทั้งจากตัวเชื้อไวรัสเอชไอวีเองและจากการเกิดภาวะแทรกซ้อนที่รุนแรงต่างๆ การป้องกันและการรักษาโรคเอดส์จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่ง

การป้องกันและการรักษา

การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีเป้าหมายให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยปัจจุบันแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553 ได้มีแนวทางการให้บริการด้านการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวมเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมไปถึงการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล การดูแลทางด้านสังคมจิตวิทยา การดูแลทางด้านสังคมเศรษฐกิจและการคุ้มครองสิทธิ โดยมีรายละเอียดดังนี้(ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย, 2553)

1. การติดตามระยะของโรคโดยการตรวจระดับ CD4

โดยการตรวจเลือดหาระดับ CD4 ครั้งแรกหลังจากพบว่าติดเชื้อเอชไอวีและตรวจเลือดติดตามระดับ CD4 ทุก 3-6 เดือนในผู้ติดเชื้อที่ยังไม่ได้รับประทานยาต้านไวรัส

2. การคัดกรองโรคร่วม

ได้แก่ การคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี โดยการตรวจเลือดหา anti-HBc, anti-HBs และ HBsAg ครั้งแรกหลังจากพบว่ามีติดเชื้อเอชไอวี การตรวจคัดกรองไวรัสตับอักเสบบี โดยการตรวจเลือดหา anti-HCV ครั้งแรก หลังจากพบว่ามีติดเชื้อเอชไอวีในผู้ที่มีความเสี่ยงสูง เช่น ผู้ที่มีประวัติติดยาเสพติด และมีประวัติหรือเป็นผู้ต้องขัง

3. การคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

โดยการซักประวัติเสี่ยงทางเพศทุกครั้งที่มาใช้บริการ ซักประวัติอาการโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ให้บริการตรวจวินิจฉัยในผู้ที่พบอาการผิดปกติและให้การรักษาในผู้ที่พบว่าโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทำการตรวจเลือดคัดกรองซิฟิลิส โดยวิธี PCR ในครั้งแรกหลังจากพบว่าติดเชื้อเอชไอวีและตรวจติดตามอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง (แนะนำ 2-4 ครั้งต่อปี)

4. การคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาส

โดยคัดกรองโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่สำคัญ ได้แก่

4.1 วันโรค โดยวิธีการตรวจ CXR ครั้งแรกหลังจากพบว่าติดเชื้อเอชไอวีและซักประวัติอาการวันโรคทุกครั้งที่มาใช้บริการ ให้การวินิจฉัยและดูแลรักษาในผู้ที่พบอาการผิดปกติ

4.2 CMV retinitis โดยการตรวจตาด้วยวิธี indirect ophthalmoscope ปีละ 1 ครั้งในผู้ที่มีระดับ CD4 น้อยกว่า 100 เซลล์/ลบ.มม.

4.3 มะเร็งปากมดลูก โดยวิธี pap smear ครั้งแรกหลังจากพบว่าติดเชื้อเอชไอวีและทุก 6 เดือน ในปีแรกที่มาใช้บริการ หลังจากนั้นตรวจซ้ำปีละ 1 ครั้งในผู้ติดเชื้อเพศหญิงทุกราย

4.4 มะเร็งทวารหนัก โดยวิธี anal pap smear ครั้งแรกหลังจากพบว่าติดเชื้อเอชไอวีและทุก 6 เดือน ในปีแรก หลังจากนั้นตรวจซ้ำทุก 1 ปีในผู้ที่มีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักและผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

5. การส่งเสริมสุขภาพ

โดยการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและอนามัยเจริญพันธุ์เพื่อให้ผู้รับบริการได้รับข้อมูลที่รอบด้านเพียงพอต่อการตัดสินใจในการดำเนินชีวิตทางเพศที่ปลอดภัย และได้รับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ที่เหมาะสมตรงกับความต้องการรวมทั้งทางเลือกของการวางแผนครอบครัวอันจะเป็นการช่วยลดการแพร่ระบาดของโรค ตลอดจนส่งเสริมสุขภาพทางเพศและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อให้ดีขึ้น

6. การรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ใหญ่ที่ไม่เคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน

ในประเทศไทยได้กำหนดเกณฑ์ในการเริ่มยาต้านไวรัสโดยมีหลักในการพิจารณาดังนี้

6.1 โอกาสที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเข้าสู่ระยะเอดส์ขึ้นกับระดับ CD4 และปริมาณ viral load

6.2 สำหรับประเทศไทย การพิจารณาเริ่มยาต้านไวรัส ให้พิจารณาทั้งจากอาการและระดับ CD4 เป็นสำคัญ

6.3 เป้าหมายของการรักษา คือ ลดปริมาณ viral load ให้ต่ำที่สุดและนานที่สุด รวมถึงให้ระดับ CD4 กลับสู่ระดับปกติมากที่สุด ทำให้ผู้ป่วยไม่เสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนต่างๆที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวี (AIDS-related illness)

ก่อนการเริ่มยาต้านไวรัส จะมีการซักประวัติและตรวจคัดกรองต่างๆดังนี้

1. ประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและยาที่ใช้ในการรักษาอยู่

2. ประวัติการเคยได้รับยาต้านไวรัสมาก่อน

3. การตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ CBC, ระดับ CD4, viral load (ถ้าสามารถทำได้) FBS, AST, ALT lipid profile (TC, TG, LDL), HBsAg, anti-HCV, VDRL, urine analysis, CXR, pap smear ในกรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงอายุ หรือกรณีที่วางแผนว่าจะเริ่ม TDF หรือ IDV ควรตรวจ serum creatinine เพื่อคำนวณค่า creatinine clearance ด้วยในกรณีที่จำเป็นต้องใช้ ABC ถ้าทำได้ควรส่งตรวจคัดกรอง HLB-B*5701 เพื่อหลีกเลี่ยงภาวะ hypersensitivity

จากแนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทยจะพบว่า รัฐบาลพยายามจัดการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ครอบคลุมและเป็นองค์รวมทั้งการตรวจคัดกรองต่างๆ การส่งเสริมสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวี การป้องกัน รวมถึงการรักษาตามมาตรฐานสากล เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถดำรงชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดีเช่นเดียวกับการศึกษาของนิคยา ภานุภาค (2554) ที่กล่าวถึงการสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์กลางของคลินิกนิรนามว่าไม่ได้ให้บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีเพียงอย่างเดียว มีการให้บริการแพ็คเกจตรวจสุขภาพ ตรวจคัดกรองมะเร็งปากมดลูกและปากทวารหนัก ตรวจและรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วย เพื่อเป็นการส่งเสริมให้ผู้ที่เข้ารับบริการตรวจสุขภาพตรวจหาเชื้อเอชไอวีมากขึ้น ซึ่งการวินิจฉัย เอชไอวีให้เร็วและการรักษาผู้ติดเชื้อที่เข้าเกณฑ์การรักษาให้เร็ว จะช่วยลดโอกาสเกิดเอดส์และปัญหาสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ การให้ยาต้านไวรัสกับผู้ติดเชื้อเป็นวิธีที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการติดเชื้อใหม่ เพราะการลดจำนวนไวรัสลงให้ต่ำที่สุดในผู้ติดเชื้อจำนวนมากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ จะสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อในสังคมลงได้ แต่แม้ว่าจะมีการจัดบริการการป้องกัน และการดูแลรักษาที่ดีก็ยังคงพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีนั้นส่งผลกระทบต่อทั้งร่างกายและจิตใจหลายประการ

ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี

การติดเชื้อเอชไอวีนั้น ก่อให้เกิดผลกระทบต่อบุคคล ครอบครัว ชุมชน เศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคม (วิลาวัลย์ เสนารัตน์ และคณะ, 2542) ซึ่งผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีสามารถแบ่งออกได้เป็นด้านต่างๆ ดังนี้

ผลกระทบด้านร่างกาย

เมื่อร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวีแล้วผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถดูแลร่างกายให้แข็งแรงอยู่เสมอและไม่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการดำเนินโรคก็จะไม่ปรากฏอาการของเอดส์ในระยะเวลายาวนานกว่า 10 ปี แต่ถ้าหากบุคคลนั้นไม่ได้ดูแลตนเองให้ภาวะสุขภาพสมดุลหรือมีปัจจัยเสริมต่อการดำเนินโรคเช่นไม่มีการป้องกัน ได้รับเชื้อเพิ่มจากการร่วมเพศมีการดื่มสุราสูบบุหรี่ ได้รับสารเคมีที่เป็นพิษร่างกายก็จะทรุดโทรมและแสดงอาการเอดส์ส่งผลให้ความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ลดลงเมื่อติดเชื้อฉวยโอกาสก็จะมีภาวะทุพโภชนาการต่างๆ ตามอาการของโรค (ประพันธ์ ภานุภาค, ม.ป.ป.) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ประณีต ส่วงวัฒนา, ประนอม หนูเพชร, และ พัชรียา ไชยลังกา (2551) ซึ่งพบว่าหากติดตามผู้ติดเชื้อที่ไม่มีอาการตั้งแต่วัยแรกหลังทราบผล จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความตระหนักรู้และรับผิดชอบต่อตนเอง รวมทั้งลดการแพร่ระบาดของเชื้อได้ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การตรวจร่างกายหรือตรวจเลือดอย่างสม่ำเสมอตามนัด เป็นต้น

ผลกระทบด้านอารมณ์

วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ (2537) ได้กล่าวถึงปฏิกิริยาของบุคคล โดยส่วนรวมภายหลังการรับทราบว่าการติดเชื้อเอชไอวีจะมีความใกล้เคียงกับผลกระทบทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมิได้ตลอดเวลาตามสาเหตุและวิธีการเผชิญกับสถานการณ์ของแต่ละบุคคล ผลกระทบทางด้านอารมณ์ที่เกิดขึ้นกับบุคคลเหล่านี้ คือ ความโกรธ ความซึมเศร้าและความรู้สึกผิด

1. **ความโกรธ** สาเหตุของความโกรธในผู้ติดเชื้อเอชไอวีมาจากการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวีการที่บุคคลคิดว่าไม่ยุติธรรมสำหรับเขาที่ติดเชื้อเอชไอวีและความรู้สึกคับข้องใจต่อความรู้สึกว่าตนไม่สามารถควบคุมการเจ็บป่วยของตนเองได้ การแสดงความโกรธออกมามีทั้งแบบเปิดเผยและปิดบังไม่ทำให้ใครรู้เช่น ร้องไห้ ขว้างปาสิ่งของ ทบตีประทุ คำว่าคนอื่นด้วยอารมณ์โกรธเขาจะรู้สึกซึมเศร้าและรู้สึกผิดที่ไม่สามารถควบคุมตนเองได้ บางคนรู้สึกหมดหวังและไม่พบปะเพื่อน รับประทานอาหารมากเกินไปหรือไม่รับประทานอาหาร ตั้งใจรับประทานยาหรือดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์เกินขนาดบางคนกลับไปมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อมากขึ้น

2. **ความซึมเศร้า** เป็นการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวีเช่นเดียวกับความโกรธและตามมาด้วยความรู้สึกที่ไม่มีทางใดที่จะช่วยเขาได้ ภาวะจิตใจตกต่ำ โศกเศร้า มักพบในบุคคลที่เต็มไปด้วยความเจ็บปวด ผู้ที่ตกอยู่ในอารมณ์เศร้านักรู้สึกโดดเดี่ยว คิดว่าตนไม่ได้รับการเหลียวแลจากคนอื่น ไม่สนใจสิ่งแวดล้อม อ่อนเพลีย รู้สึกเหนื่อย รู้สึกห่างเหินจากคนใกล้ชิด เพื่อนบ้าน เพื่อนร่วมงานมีความสงสัยในตัวเอง ต่ำหนีดตัวเอง รู้สึกล้มเหลว บางคนคิดฆ่าตัวตาย อารมณ์เศร้า ไม่เพียงแต่มีผลในระดับจิตใจเท่านั้นยังมีผลต่อร่างกายด้วย โดยพบว่าบุคคลเหล่านี้ไม่สามารถใช้ความคิดได้อย่างกระฉับและรวดเร็วเช่นเคย

3. **ความรู้สึกผิด** ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักตำหนิตนเองต่อพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีและการแพร่เชื้อไปยังบุคคลอื่น ไม่ว่าจะเป็นคนรัก ภรรยา สามี รู้สึกว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการถูกลงโทษจากการที่เขามีพฤติกรรมไม่ดี ความรู้สึกเช่นนี้ทำให้เขาแยกตัวออกจากสังคมและลงโทษตัวเองที่กระทำการสิ่งผิดพลาดในชีวิต ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับจิตใจทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหมดความอดทนไม่คิดต่อสู้กับภาวการณ์ติดเชื้อเอชไอวีและความเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมยิ่งขึ้น

การศึกษาของ ประณีต ส่องวัฒนา (2554) ได้กล่าวถึงแบบแผนการปรับตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็น 3 ระยะ คือ ระยะที่ 1) มีภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ เป็นปฏิกิริยาที่เกิดขึ้นเมื่อทราบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี ในลักษณะของการตกใจ ช็อค ไม่เชื่อ ไม่ยอมรับ 2) ระยะการปรับสภาพจิตอารมณ์ โดยพยายามหาวิธีการหรือเหตุผลของตนเองให้สามารถปรับอารมณ์ ความรู้สึกนึกคิด ส่วนใหญ่เป็น

การใช้วิธีการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงหรือปฏิเสธมากกว่าการยอมรับ เช่น ไม่พูดถึง ไม่คิดถึง พยายามลืม และระยะที่ 3 การจัดการและปรับพฤติกรรมตนเอง เพื่อการมีชีวิตอยู่กับโรค เป็นระยะของการแก้ปัญหาได้ ใช้วิธีเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหามากขึ้นในลักษณะต่างๆ เช่น การสนใจดูแลสุขภาพตนเอง การปรับแผนการดำเนินชีวิต การแสวงหาความรู้และแหล่งบริการช่วยเหลือด้านสุขภาพ

ผลกระทบด้านความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตระหนักว่าการเจ็บป่วยของตนกระทบต่อชีวิตของสมาชิกในครอบครัวหรือบุคคลที่ดูแลตน เกรงว่าผู้ดูแลจะรู้สึกเหนื่อยหน่ายและไม่สามารถช่วยเหลือเขาได้ในเวลาฉุกเฉิน กลัวว่าคนอื่นจะได้รับเชื้อจากเขา ความกังวลอันเกิดจากปัญหาความทุกข์ทรมานและความรู้สึกต่อภาระรับผิดชอบต่อสิ่งต่างๆ จึงไม่ต้องการให้คนอื่นมารับภาระอันหนักหน่วงใดๆ มีความคิดในทางลบ คือคิดว่าไม่มีวิธีการใดที่สามารถหยุดยั้งการดำเนินโรคได้ จึงไม่ต้องการที่จะให้ใครเข้ามาดูแลช่วยเหลือจะดูแลตัวเองโดยลำพังไม่ต้องการความช่วยเหลือจากผู้อื่น การที่ต้องมีคนคอยอาบน้ำ ทำความสะอาด แต่งตัว ปรงอาหาร ป้อนอาหารให้นั้นทำให้รู้สึกสูญเสียความมีคุณค่าในตนเองและรู้สึกไร้ค่า (วิจิตร ศรีสุพรรณ และคณะ, 2537)

ผลกระทบต่อครอบครัว

เมื่อเกิดความเจ็บป่วยขึ้นกับสมาชิกคนใดคนหนึ่ง ครอบครัวย่อมส่งผลกระทบต่อสมาชิกในครอบครัวคนอื่นๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ จึงทำให้สมาชิกครอบครัวต้องเข้ามารับบทบาทของผู้ดูแลที่จะต้องรับผิดชอบในการให้การดูแลเพื่อตอบสนองความต้องการของผู้ป่วย ครอบครัวทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจ โดยมีเป้าหมายคือ ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตประจำวันอยู่กับโรคเรื้อรังหรือทุพพลภาพนั้นอย่างมีความสุขตามอัตภาพ ซึ่งสมาชิกแต่ละคนในครอบครัวจะมีระดับความรับผิดชอบในบทบาทที่แตกต่างกัน (พวงเพ็ญ ชูณปราง, สุริพร ธนศิลป์, และ สัจจา ทาโต, 2541) เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริมา นามประเสริฐ, คุษฎี आयวัฒน์, และ สุเกสิณี สุภธีระ (2544) ในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นครอบครัวผู้ป่วยเอดส์และชุมชนในจังหวัดขอนแก่นที่ได้รับการเปิดเผยผลเลือดจากผู้ป่วยเอดส์ พบว่าเกือบร้อยละ 50 ของครอบครัวผู้ป่วยเอดส์ให้การสนับสนุนทางสังคมต่อผู้ป่วยเอดส์โดยรวมอยู่ในระดับปานกลางถึงสูง ซึ่งการสนับสนุนของครอบครัวไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของมีความสำคัญและช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถปรับตัวและมีชีวิตอยู่ในสังคมได้โดยพบว่าเป็นใจที่มีผลต่อการยอมรับเกิดจากการได้รับรู้เรื่องโรคเอดส์อย่างถูกต้อง ครอบครัวจึงให้การดูแลให้ความรัก ให้กำลังใจมากขึ้น และสอดคล้องกับการศึกษาของ มานนี่แฮม และคณะ (Moneyham et al., 1998, อ้างใน ประณีต ส่วงวัฒนา (2554) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคม โดยเฉพาะ

จากครอบครัว จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดได้ดี มีภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ลดลงและสามารถปรับตัวได้ โดยพบอีกว่าแรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการปรับตัวแบบมุ่งแก้ปัญหา

ผลกระทบด้านเศรษฐกิจ

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ส่วนใหญ่อยู่ใน ช่วงอายุ 20-59 ปี ซึ่งเป็นวัยทำงาน เมื่อมาป่วยด้วยโรคเอดส์ทำให้ตกงานเนื่องจากภาวะเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ร่างกายอ่อนเพลีย อ่อนล้า ไม่มีแรงทำงานและที่สำคัญยิ่ง คือ ถูกรังเกียจจากสังคมทั้งตนเอง และครอบครัว ทำให้ขาดรายได้ นอกจากนี้ ค่ารักษาที่ต้องใช้ในการรักษาผู้ป่วยที่ต้องเจ็บป่วยเรื้อรัง ทำให้ต้องเสียค่าใช้จ่าย โดยเฉพาะเมื่อไม่มีรายได้จึงไม่สามารถจ่ายค่ารักษาได้ รัฐต้องเข้ามารับผิดชอบโดยการให้สังคมสงเคราะห์แก่ผู้ป่วยทำให้เกิดการสูญเสียทางเศรษฐกิจสูงและเนื่องจากโรคเอดส์ปัจจุบันยังไม่มียารักษาให้หายได้มีแต่ยาชะลอชีวิตผู้ป่วยให้ยืนยาวออกไปได้บ้าง ซึ่งเป็นยาที่มีราคาแพงนอกจากนี้การผู้ป่วยมีโอกาสเป็นโรคอื่นๆได้อีกมากมายจึงต้องเสียค่ารักษาพยาบาลอีกมาก คนที่เคยทำงานได้ก็ไม่ได้ทำงาน คนที่ต้องเสียชีวิตไปก็เป็นการสูญเสียทรัพยากร ทำให้การออมการลงทุนในการสร้างสรรค์ประเทศลดลง (วิทยากร เชียงกูล, 2540)

ผลกระทบต่อชุมชน

ผลกระทบที่เป็นปัญหาต่อชุมชนทั้งในด้าน โครงสร้างของสถาบันครอบครัว ทำให้สมาชิกในครอบครัวอ่อนแอไม่สามารถพึ่งตนเองได้ ด้านวัฒนธรรมชุมชนเกิดการรังเกียจแบ่งแยกสังคมและขาดการช่วยเหลือเกื้อกูลกันในชุมชน ด้านพลังชุมชนเกิดการขาดความร่วมมือในการจัดกิจกรรมการพัฒนาชุมชน และมีประชากรที่ด้อยคุณภาพ รวมทั้งด้านภาพพจน์ของชุมชนเป็นอุปสรรคต่อการประกอบอาชีพและการลงทุนในชุมชน (สุปราณี แก้วเพชร, 2541)

ผลกระทบต่อสังคมและประเทศชาติ

โรคเอดส์ทำให้สูญเสียทรัพยากรบุคคลของชาติเนื่องจากวัยรุ่น และเด็กเป็นมากขึ้นปัจจุบันนี้พบผู้ป่วยเอดส์ที่เป็นเด็กสูงถึงร้อยละ 6 ทำให้กำลังของชาติลดลงอีกทั้งในปัจจุบันนี้เอดส์มีการแพร่ระบาดเข้าสู่ครอบครัวแบบครบวงจรทำให้เกิดปัญหาเด็กกำพร้าเพิ่มขึ้นเด็กที่เป็นกำลังสำคัญกลับต้องเป็นภาระกับครอบครัวและประเทศชาติในส่วนของประชาชน ในชาติจะอยู่อย่างหวาดผวา เสียขวัญ เพราะกลัวผู้ป่วยที่เป็นเอดส์ บางคนไม่กล้าว่ายน้ำในสระบางคนไม่กล้าเข้าห้องน้ำสาธารณะ พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยบางคนก็ถูกรังเกียจบางคนไม่กล้าไปในที่แออัด เช่น ศูนย์การค้า เพราะกลัวคนเอาเข็มฉีดยาไปแทง (วิทยากร เชียงกูล, 2540)

ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีนั้นนอกจากทางด้านร่างกายแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อด้าน อารมณ์ ความสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ครอบครัว เศรษฐกิจ ชุมชน สังคมและประเทศชาติแล้ว ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะมีความวิตกกังวล กลัวเสียชีวิต กลัวสังคมรังเกียจ กลัวถูกทอดทิ้ง กลัวการถูก แยก บางคนอาจทุกข์ทรมานจากอาการทางกาย และจิตสังคม ถึงขั้นคิดฆ่าตัวตาย ดังนั้นในการดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่ใช่การดูแลแต่เฉพาะตัวผู้ป่วยเท่านั้น ยังควรต้องคำนึงถึงผลกระทบต่อ ครอบครัว และบุคคลใกล้ชิด ต่อสังคม และประเทศชาติอีกด้วย

สถานการณ์โรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ความหมายของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

Men who have sex with men หรือ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หรือเรียกสั้นๆว่าชายรักชาย ตาม ความหมายขององค์การอนามัยโลก ระบุไว้ว่า ชายซึ่งมีเพศสัมพันธ์กับชายผู้อื่น โดยไม่ว่าชายผู้นั้นจะ มีลักษณะการแสดงออกทางเพศเป็นเพศชายหรือเพศหญิง หรือมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงด้วยหรือไม่ก็ตาม (WHO, 2008, 2010)

องค์การอนามัยโลก (WHO, 2010) ได้กล่าวถึงชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายว่าเป็นกลุ่มคำที่ใช้ อธิบายพฤติกรรมเฉพาะทางเพศ ซึ่งระบุตามพฤติกรรมที่แสดงออก เช่น ชายที่มีความพึงพอใจทาง เพศกับบุคคลที่มีเพศเดียวกันกับตน (Homosexual) เรียกว่าเกย์ (Gay) โดยมีการจำแนกย่อยตาม พฤติกรรมและบทบาทที่แสดงออกเมื่อมีเพศสัมพันธ์ลงไปอีกว่าเป็น gay queen หรือ gay king ซึ่งคำ ว่า queen จะเป็นคำที่แสดงถึงความเป็นหญิงที่มีบทบาทและความคาดหวังที่ชายแสดงการเป็นฝ่ายรับ และ king จะเป็นคำที่แสดงถึงความเป็นชายบทบาทและความคาดหวังของฝ่ายรุก และชายที่มี พฤติกรรมรักสองเพศ (Bisexual) และชายที่มีพฤติกรรมแต่งตัวและแสดงกิริยาเป็นหญิง เรียกว่า กะเทย (transgender) (WHO, 2010) เช่นเดียวกับ สมฤดี สงวนแก้ว (2546) ให้ความหมาย กะเทยว่า ผู้ ที่มีลักษณะการแต่งกายด้วยเสื้อผ้า และเครื่องประดับของผู้หญิง มีความต้องการที่จะเป็นผู้หญิง มี เอกลักษณ์แห่งเพศเป็นผู้หญิง มีความสัมพันธ์ทางเพศกับชายรักต่างเพศ (Homosexual) แต่ไม่ต้องการ ผ่าตัดแปลงเพศไปเป็นผู้หญิงถาวร (สมฤดี สงวนแก้ว, 2546)

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เป็นประชากรกลุ่มหนึ่งที่มีแม้จะมีจำนวนไม่มากในสังคมแต่ก็ พบได้ในเกือบทุกสังคมและเป็นกลุ่มประชากรที่มีสิทธิและเสรีภาพเช่นเดียวกับประชากรกลุ่มอื่น ลักษณะพฤติกรรมทางเพศที่มีเพศสัมพันธ์กับเพศชายด้วยกันทั้งในลักษณะของคู่รักหรือคู่นอน ชั่วคราว ทำให้สังคมปฏิเสธถึงการมีอยู่ ของคนกลุ่มนี้และทำให้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมักไม่กล้า

ยอมรับหรือเปิดเผยตนเองต่อผู้อื่น ทำให้การเข้าถึงหรือทำความเข้าใจต่อพฤติกรรมของคนกลุ่มนี้มีความซับซ้อนและเข้าถึงได้ยาก

สถานการณ์โรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

ข้อมูลจากกรมควบคุมโรคติดเชื้อของประเทศสหรัฐอเมริกา (CDC) ปีพ.ศ. 2555 พบว่าประมาณร้อยละ 4 ของประชากรชายในประเทศสหรัฐอเมริกานั้นเป็นเกย์ ชายรักสองเพศและชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้เป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในระดับที่สูง โดยมีความเสี่ยงสูงกว่ากลุ่มประชากรชายทั่วไปถึง 44 เท่า และจากการสำรวจในปี พ.ศ. 2553 พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีการติดเชื้อเอชไอวีถึงร้อยละ 52 หรือประมาณ 592,100 รายโดยส่วนมากมีอายุระหว่าง 13-24 ปี จำนวน 8,800 ราย ซึ่งเพิ่มขึ้นจากในปีพ.ศ. 2551 ที่มีจำนวนประมาณ 7,200 รายและเมื่อเปรียบเทียบกับจากปีพ.ศ. 2551 ถึงพ.ศ. 2553 พบว่ามีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 12 (CDC, 2013)

ในประเทศไทย จากการสำรวจการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในปีพ.ศ. 2546-2553 ในพื้นที่กรุงเทพมหานคร พบว่า แนวโน้มความชุกการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้น การเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นเป็นร้อยละ 31.1 โดยพบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีคู่นอนชั่วคราวอยู่ในระดับสูงร้อยละ 75 เมื่อเทียบกับจำนวนชายที่ไม่มีคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 25 ซึ่งบ่งบอกถึงพฤติกรรมที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง และมีพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่อุปถัมภ์และคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 67.6 และมีพฤติกรรมการดื่มเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ร้อยละ 81.7 (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2553) และ โดยการศึกษาของ วิมลศิริ ศรีคันทะ (2553) พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้รับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีผ่านทางสื่อโทรทัศน์และการใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นคว้าหาความรู้ร้อยละ 35.8 และได้รับความรู้จากกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลรอบข้างถึงร้อยละ 60.5 (วิมลศิริ ศรีคันทะ, 2553) และจากการเฝ้าระวังความชุกและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายปี 2553 โดย กิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์ และคณะ (2554) ซึ่งสำรวจความชุกใน 12 จังหวัด ประกอบด้วยจังหวัดกรุงเทพมหานคร ภูเก็ต เชียงใหม่ อุตรธานี พัทลุง ชลบุรี ราชบุรี ปทุมธานี นครราชสีมา ขอนแก่น อุบลราชธานี และสงขลา พบว่า ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ชายขายบริการ และกลุ่มสาวประเภทสองยังคงอยู่ในระดับที่สูงมากในทุกจังหวัดที่ทำการเฝ้าระวัง กลุ่มอายุ 15-22 ปี

นับเป็นกลุ่มอายุที่มีความสำคัญสูงสุดในทั้ง 3 กลุ่มประชากรที่ทำการเฝ้าระวัง นอกจากนี้ยังพบว่า กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอค่อนข้างน้อย มีความชุกของการใช้สารเสพติดค่อนข้างสูง ประชากรกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เคยได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ในสัดส่วนที่ค่อนข้างสูง แต่กลับมีความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน โรคเอดส์ค่อนข้างน้อย (กิริติกานต์ กัลลิตวัสดี และคณะ, 2554)

จากปัญหาการแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ชาย ซึ่งยังคงมี แนวโน้มสูงขึ้น หน่วยงานและเครือข่ายที่ดำเนินงานด้านการป้องกันควบคุม โรคเอดส์และกามโรคใน ประชากรกลุ่มนี้จึงจำเป็นต้องพัฒนายุทธศาสตร์ และแนวทางการดำเนินงานที่เหมาะสม และสามารถให้บริการที่ครอบคลุมหรือเข้าถึงประชากรกลุ่มนี้ได้อย่างทั่วถึง ซึ่งหนึ่งในยุทธศาสตร์ที่มีความ เกี่ยวข้องกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี คือ การสนับสนุนให้มีการตรวจคัดกรองหาการติดเชื้อ เอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อช่วยคัดกรองผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ ให้เข้าสู่ระบบ การรักษาโดยเร็ว และช่วยลดการแพร่กระจายของโรคในกลุ่มนี้ได้

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี

การตรวจคัดกรองโรค (Screening of Disease) (อรพิน กฤษณเกรียงไกร, 2555)

การตรวจคัดกรองโรค (screening) หมายถึง การตรวจคัดกรองโรค หรือความผิดปกติที่ยัง ไม่ปรากฏให้เห็น โดยการตรวจทางห้องปฏิบัติการหรือการทดสอบอื่นๆ ทำให้สามารถแยกผู้ป่วย หรือผู้ที่มีสิ่งผิดปกติในร่างกายได้ โดยอาจทำในประชากรทั้งหมด (mass screening) เลือกทำเฉพาะ ในกลุ่มที่มีอัตราเสี่ยงต่อการเกิดโรคสูง (selective screening) หรือ รวมการทดสอบหลายอันแล้วทำ การตรวจคัดกรองโรคร่วมกัน (multiple screening) ซึ่งจะช่วยให้ทราบว่ากลุ่มประชากรที่กำลังศึกษาอยู่ มีโอกาสป่วยเป็นโรคนั้นมากน้อยเพียงใด ดังนั้น การตรวจคัดกรองโรคจึงช่วยค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก และนำไปสู่การวินิจฉัยโรคโดยเร็วซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาทันที ทำให้ผลการรักษาดีขึ้น ลดอัตราการความพิการ ลดอัตราการตาย และช่วยลดการแพร่กระจายของโรคจากผู้ป่วยโรคติดต่อไปสู่ บุคคลอื่นได้ โดยเฉพาะในโรคเรื้อรังซึ่งมักมีอาการป่วยแบบค่อยเป็นค่อยไป การค้นหาผู้ป่วยใน ระยะแรกเริ่มจึงช่วยให้การรักษามีโอกาสหายมากขึ้น เช่น โรคมะเร็ง โรคหัวใจและหลอดเลือด

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี

การคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี คือ วิธีการตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีได้ภายใน 4-6 สัปดาห์หลังจาก การติดเชื้อ และส่วนใหญ่สามารถตรวจพบได้ภายใน 6 เดือน ซึ่งการวินิจฉัยการติดเชื้อ

เอชไอวี ที่องค์การอนามัยโลก ระบุไว้ ประกอบด้วยข้อใดข้อหนึ่งต่อไปนี้ 1) ตรวจพบแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวี 2) ตรวจพบพี 24 เอชไอวีแอนติเจน (P24 HIV antigen) 3) ตรวจพบนิวคลีอิกแอซิดของเชื้อเอชไอวี (HIV nucleic acid [RNA/DNA]) และ 4) ตรวจพบไวรัสเอชไอวี ระยะที่มีอาการรุนแรงของการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีเรียกว่าระยะที่เกิดโรคเอดส์ ซึ่งอาจใช้ระยะเวลานานถึง 10-15 ปี ในการพัฒนาเข้าสู่ในระยะนี้ โดยในระยะนี้จะมีการระบุได้จากการเกิดโรคมะเร็ง การติดเชื้อ หรือความรุนแรงด้านคลินิกมากขึ้น (WHO, 2012)

ในการศึกษานี้เป็นการศึกษาสถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งรวมถึงกิจกรรมการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจต่างๆ เช่น การนำเลือด สารน้ำจากช่องปาก น้ำลาย หรือสารคัดหลั่งจากร่างกายเพื่อตรวจหาส่วนประกอบของเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือตรวจหาภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อเชื้อไวรัสเอชไอวี และศึกษาสถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีต่างๆ รวมถึงจุดมุ่งหมายของการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และการให้คำปรึกษาในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีด้วย

จุดมุ่งหมายของการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี (สมชาย แสงกิจพร, 2550)

การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเครื่องมือสำคัญที่นำมาใช้ร่วมกับมาตรการอื่นๆ ในการป้องกันและลดการติดเชื้อเอชไอวีในประชากรกลุ่มต่างๆ ที่สำคัญ ได้แก่

1. เพื่อความปลอดภัยของผู้รับบริการ โลกโดยรวมทั้งผลิตภัณฑ์จากเลือด, เซลล์ต้นกำเนิด และอวัยวะปลูกถ่าย
2. ป้องกันการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก และการดูแลรักษาที่เหมาะสมสำหรับมารดาและทารก
3. เพื่อให้ความรู้และคำปรึกษาแนะนำในการลดพฤติกรรมเสี่ยง สำหรับผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ ทั้งในรายที่ไม่มีอาการและมีอาการโรค
4. เพื่อให้ความรู้และแนะนำการปฏิบัติตนในผู้ติดเชื้อที่ยังไม่มีอาการป่วยรุนแรงในการปฏิบัติตนเพื่อรักษาสุขภาพ ชะลอการดำเนิน โรค เปลี่ยนพฤติกรรมที่จะรับเชื้อเพิ่มมาใหม่ และแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น
5. เพื่อติดตามผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ได้รับการรักษาในเวลาที่เหมาะสม ก่อนที่จะปรากฏอาการโรครุนแรง
6. เพื่อให้การรักษาพยาบาลในผู้ติดเชื้อที่มีอาการป่วยด้วยยาต้านไวรัส
7. เพื่อให้การดูแล ป้องกัน พิจารณาการกินยาต้านไวรัสหลังสัมผัสเชื้อเอชไอวี สำหรับบุคลากรทางการแพทย์ที่สัมผัสเชื้อจากการปฏิบัติงาน

8. เพื่อทราบข้อมูลทางระบาดวิทยาและขอบเขตของปัญหาในประชากรกลุ่มต่างๆเป็นการศึกษาวิจัยเพื่อคุณผลในภาพรวมไม่จำเป็นต้องระบุบุคคล

9. การศึกษาวิจัยในรูปแบบอื่นๆ ได้แก่ การศึกษาติดตามกลุ่มบุคคลในระยะยาว (cohort) การศึกษาแบบตัดขวาง (cross sectional study) การศึกษาทดลองวัคซีน และผลของการใช้วิธีต่างๆในการป้องกันโรค

การศึกษาของ ประณีต ส่วงวัฒนา (2554) ที่มีเป้าหมายการพยาบาลในระยะที่ผู้รับบริการยังไม่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีและมีเป้าหมายให้มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง โดยผู้ให้บริการที่ไม่มี การติดเชื้อจะ ได้มีความตระหนักในการป้องกันและใช้ชีวิตอย่างปลอดภัยจากการติดเชื้อโดยการยินยอม ตรวจเลือดและเพื่อให้มีความรู้ ความตระหนัก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย

จุดมุ่งหมายของการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีต่าง ๆ นั้น เป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้ได้รับ ข้อมูลอันจะนำไปสู่การวางแผนการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือประชากรกลุ่มเสี่ยงต่างๆ ตามแนวทางการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเหมาะสมต่อไป

แนวทางการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553 มีแนวทางการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเชื้อเอชไอวีว่าเป็น กระบวนการที่ต้องมีการให้การปรึกษาเพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีและจำเป็นต้องกระทำโดย กระบวนการสมัครใจของผู้รับบริการ (voluntary Counseling and Testing) และให้มีการลงนามใน หนังสือยินยอมแสดงความยินยอมทุกครั้ง ยกเว้นกรณีการให้บริการในรูปแบบ “นิรนาม” โดยมีการให้ คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเสมอทุกครั้ง (Pre-test/post-test counseling) สำหรับการให้การปรึกษาก่อนการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี สามารถกระทำเป็น กลุ่มได้ (group counseling) ส่วนการให้การปรึกษาหลังการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ไม่สามารถกระทำ แบบเป็นกลุ่มได้ ให้ทำแบบบุคคล (individual counseling) การให้การปรึกษาและตรวจการติดเชื้อ เอชไอวี โดยผู้ให้บริการเป็นผู้เริ่มต้นกระบวนการ (Provider-Initiated and Counseling: PITC) เป็น กระบวนการที่องค์การอนามัยโลกและ โครงการเอดส์แห่งสหประชาชาติสนับสนุนให้หน่วยงานที่มี ความพร้อมดำเนินการได้ โดยผู้รับบริการสามารถปฏิเสธการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีใน สถานพยาบาลได้ (opt-out technique) การแจ้งผลการตรวจให้แจ้งแก่ผู้รับบริการตรวจเป็นส่วนตัว เท่านั้น โดยผ่านกระบวนการให้การปรึกษาหลังทราบผลการตรวจ ทั้งนี้ไม่ควรแจ้งผลการตรวจทาง

โทรศัพท์ หรือแจ้งทางสื่ออื่นๆ หรือแจ้งผ่านผู้อื่น การรักษาความลับให้ระมัดระวังและรักษาความลับของผู้รับบริการตัวอย่างเคร่งครัด และไม่แจ้งผลการตรวจให้ผู้อื่นทราบ เว้นแต่จะต้องปฏิบัติหน้าที่ตามกฎหมายซึ่งพยาบาลผู้กระทำการให้คำปรึกษาควรเป็นผู้ที่ได้รับการอบรมและมีความเชี่ยวชาญเกี่ยวกับการให้คำปรึกษา เช่นเดียวกับ การศึกษาของ เกร์เบิร์ท และคณะ (Gerbert et al., 1999) ที่พบว่าเมื่อผู้ให้คำปรึกษามีทักษะ ความเชี่ยวชาญ สามารถประคับประคองด้านจิตใจหลังตรวจเลือด รวมถึงสร้างสัมพันธภาพที่ดีระหว่างผู้ให้และผู้รับบริการก็จะสามารถนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของผู้รับบริการได้

แนวปฏิบัติทั่วไปของการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายบุคคล (ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย, 2553)

1. การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีต้องเป็นการตรวจโดยสมัครใจและได้รับการยินยอมจากผู้รับบริการ
2. สถานบริการที่ให้บริการต้องมีมาตรการในการป้องกันการเปิดเผยความลับของผู้รับบริการ
3. สถานบริการต้องมีการให้คำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจทุกครั้ง

การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีมีความสำคัญต่อสุขภาพของประชาชน ชุมชน และประเทศ หน่วยงานที่ให้บริการควรดำเนินการให้เกิดความสะดวกเท่าที่จะทำได้แก่ผู้รับบริการ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อให้รู้สถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี การป้องกัน และได้รับการดูแลรักษาตั้งแต่ระยะเริ่มต้น เช่นเดียวกับการศึกษาของ ลูอิส (Lewis, 2002, อ้างใน ประณีต ส่งวัฒนา, 2554) ที่กล่าวว่าหากทราบว่าตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวีและได้รับข้อมูลและคำปรึกษาที่เหมาะสมแล้ว จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและมีพฤติกรรมป้องกันมากขึ้น ดังนั้นการให้บริการควรจัดให้สามารถเข้าถึงได้ง่าย โดยอาจเป็นแบบนิรนามเพื่อหลีกเลี่ยงการเปิดเผยความลับของผู้รับบริการ และต้องกระทำโดยใช้วิธีการทางห้องปฏิบัติการที่ได้มาตรฐานและชุดตรวจที่ใช้ต้องผ่านการรับรองจากสำนักงานคณะกรรมการอาหารและยา

ผู้ที่ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีตามแนวปฏิบัติทั่วไปของการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่

1. ผู้ที่มีอาการหรืออาการแสดงที่เข้าได้กับการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์
2. ผู้ที่มีหรือเคยมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน ได้แก่ เพศสัมพันธ์ระหว่างชาย-ชาย, หญิง-หญิง หรือชาย-หญิง
3. ผู้ป่วยวัณโรค

4. ผู้ติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
5. ผู้ใช้สารเสพติดด้วยการฉีดเข้าเส้นและใช้เข็มร่วมกัน
6. หญิงตั้งครรภ์และสามี
7. ทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี
8. บุคลากรทางการแพทย์ที่เกิดอุบัติเหตุที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี
9. ผู้ถูกกล่าวหาและผู้ถูกละเมิดทางเพศ
10. ผู้ที่ต้องการตรวจเลือดก่อนแต่งงาน หรือผู้ที่วางแผนจะมีบุตร

ผู้ที่ควร ได้รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำ

1. ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง หรือมากกว่า หากพบว่ายังไม่ติดเชื้อเอชไอวี
2. บุคคลที่มีโอกาสเสี่ยง หากตรวจไม่พบการติดเชื้อภายใน 3 เดือน เนื่องจากอาจอยู่ในระยะแฝง (Window period) แนะนำให้ตรวจซ้ำ ภายในสองสัปดาห์ และ/หรือ 3 เดือน เพื่อตรวจหา antibody ที่เพิ่งเกิดขึ้น (seroconversion)
3. บุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเป็นการเฝ้าติดตามสถานภาพการติดเชื้อ

จากการศึกษาสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2553 ของ สำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข (2553) ได้ระบุกลุ่มประชากรเป้าหมาย 8 กลุ่มที่มีการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีได้แก่กลุ่ม

1. ผู้ใช้ยาเสพติดประเภทฉีดเข้าเส้น
2. กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศทางตรงและทางเพศแฝง
3. กลุ่มชายที่มาตรวจกามโรค
4. กลุ่มชายขายบริการทางเพศ
5. กลุ่มชาวประมง
6. กลุ่มแรงงานต่างชาติ
7. กลุ่มหญิงที่มาฝากครรภ์
8. กลุ่มโลหิตบริจาค

ในกลุ่มที่มีการเฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยงที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในประชากร 4 กลุ่ม คือ

1. กลุ่มนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 2, 5 และนักเรียนระดับอาชีวศึกษา ซึ่งมีแนวโน้มของการเคยมีเพศสัมพันธ์ที่เพิ่มขึ้น และมีแนวโน้มของการใช้ถุงยางอนามัยลดลง

2. กลุ่มพนักงานชายและหญิงในสถานประกอบการ
3. กลุ่มทหารกองประจำการ
4. กลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ

บุคคลผู้มีความเสี่ยงตามหลักเกณฑ์ของผู้ที่ควรได้รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีทั้งในกลุ่มที่ต้องเฝ้าระวังและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีตามแนวปฏิบัตินี้ควรได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีตามมาตรฐานของการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อให้ได้ผลการตรวจที่ถูกต้องแม่นยำ และเหมาะสม โดยวิธีการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ใช้ในปัจจุบันนั้นมีหลายวิธี และมีความเหมาะสมในแต่ละระยะการติดเชื้อที่แตกต่างกัน

เทคนิคการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีทางห้องปฏิบัติการ (สมชาย แสงกิจพร, 2550)

วิธีการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ในห้องปฏิบัติการทั่วไป ได้แก่

1. การตรวจหาแอนติบอดีหลังการติดเชื้อ (anti-HIV testing)
2. การตรวจหาแอนติเจน (p-24 antigen testing)
3. การตรวจหากรดนิวคลีอิก (nucleic acid test, NAT)

การตรวจหาแอนติบอดี

แอนติบอดีจำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี-1 ตรวจพบหลังติดเชื้อประมาณ 3-6 สัปดาห์ แอนติบอดีที่เกิดขึ้นเป็นแอนติบอดีต่อโปรตีนของไวรัสทั้งส่วนที่เป็นโครงสร้างและโปรตีนอื่น ระยะแรกจะพบแอนติบอดีจำเพาะชนิด IgM นำมาก่อนแอนติบอดีจำเพาะชนิด IgG ราว 5 วัน และจะพบอยู่ได้นาน แอนติบอดีนี้พบในเลือดส่วนพลาสมาและพบในสารคัดหลั่งอื่นๆ สามารถตรวจพบได้ในสารน้ำในช่องปาก, น้ำลายและปัสสาวะ การตรวจแอนติบอดีในน้ำจากช่องปาก (oral fluid) มีความไวและความจำเพาะใกล้เคียงกับผลการตรวจซีรัมและพลาสมา การตรวจจากน้ำลายและปัสสาวะอาจมีสารอื่นปนเปื้อนและมีปัจจัยที่ทำให้เกิดความแปรปรวน ต้องมีการควบคุมคุณภาพและแปลผลด้วยความระมัดระวัง

ในทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี แอนติบอดีชนิด IgM จากมารดาผ่านรก ตรวจพบแอนติบอดีจากมารดาในทารกได้จนอายุ 9-18 เดือน เมื่อทารกอายุ 18 เดือน แอนติบอดีจากมารดาหมดไป ถ้าตรวจไม่พบแอนติบอดีบอกได้ว่าทารกไม่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา แต่ถ้าอายุ 18 เดือนแล้วยังพบแอนติบอดีอยู่แสดงว่าทารกติดเชื้อเอชไอวี

เทคนิคการตรวจหาแอนติบอดี แบ่งเป็นวิธีตรวจกรอง (screening test) และวิธีตรวจยืนยัน (confirmatory test) วิธีตรวจกรองหาแอนติบอดี ได้แก่ ELISA, gelatin particle agglutination, dot หรือ line immunoassay และ immunochromatography วิธีตรวจยืนยัน เคยใช้วิธี western blot หรือ immunofluorescence แต่เนื่องจากขณะนี้วิธีตรวจกรองที่มีหลักการและแอนติเจนจำเพาะต่าง ๆ กัน การยืนยันเมื่อการตรวจกรองวิธีแรกให้ผลบวก (initial reactive) จึงแนะนำให้ทำซ้ำโดยวิธีเดิม ถ้าได้ผลบวกเมื่อทำซ้ำ (repeatedly reactive) ยืนยันผลบวกในการตรวจพบ anti-HIV โดยทดสอบกับน้ำยาชุดตรวจกรองที่มีหลักการต่างกันรวมทั้งหมด 3 วิธี ถ้าได้ผลบวกตรงกันจึงรายงานผลบวก

วิธี western blot มีราคาแพง และใช้หลักการ indirect ELISA มีความไวต่ำกว่าชุดน้ำยาตรวจกรองรุ่นที่สามและรุ่นที่สี่ ในรายที่เพิ่งตรวจพบแอนติบอดีผลการตรวจ western blot มักให้ผลไม่ชัดเจน (indeterminate)

การตรวจแอนติเจน

เป็นการตรวจ HIV p24 Ag ใช้วินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในระยะที่ยังตรวจไม่พบแอนติบอดีจำเพาะ และใช้วินิจฉัยทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกคลอดส่วนใหญ่มักตรวจไม่พบ HIV p24 Ag เนื่องจากแอนติบอดีจำเพาะจากมารดาซึ่งผ่านข้ามรกจับกับแอนติเจนเป็น immune complex ดังนั้นจึงควรทำการทดสอบ โดยนำซีรัมของทารกผสมกับกรด(acid treatment) หรือผ่านความร้อน (heat denature) เพื่อให้แอนติเจนและแอนติบอดีแยกออกจากกันก่อน (immune complex dissociation) แล้วจึงนำมาทดสอบหา p24Ag ด้วยวิธี ELISA ซึ่งใช้หลักการ indirect EIA เช่นเดียวกับการตรวจหา anti-HIV ทำโดยตรง anti-HIV ที่เป็น monoclonal antibody จำเพาะต่อ p24 บน solid phase ใส่ซีรัมที่ต้องการตรวจหาแอนติเจนลงทำปฏิกิริยา อบไว้ระยะหนึ่ง ล้างส่วนที่ไม่ทำปฏิกิริยาออก และใส่ anti HIV ที่บีคณาด้วยเอนไซม์ ล้างส่วนที่ไม่ทำปฏิกิริยาออก เติม chromogenic substrate ดูการเปลี่ยนสีแสดงผลปฏิกิริยา

การตรวจหากรดนิวคลีอิก

เทคนิคการตรวจขยายกรดนิวคลีอิก (Nucleic Acid amplification Test, NAT) เป็นวิธีที่ไวกว่าวิธีตรวจหาแอนติเจน ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถตรวจหา proviral DNA ที่อยู่ในเซลล์และ HIV-1 RNA ที่อยู่ในอนุภาคไวรัสอิสระตรวจพบได้ในพลาสมาและสารคัดหลั่ง

จุดมุ่งหมายในการใช้วิธี NAT ในการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี คือ

1. ตรวจวินิจฉัยผู้ติดเชื้อในระยะ window period ที่ยังตรวจไม่พบแอนติเจนและแอนติบอดี

2. ตรวจวินิจฉัยทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี สามารถบ่งบอกภาวะการติดเชื้อได้ไวกว่าวิธีอื่น ให้การวินิจฉัยได้ว่าทารกติดเชื้อเมื่ออายุ 2-4 เดือน การตรวจ p-24 antigen มักไม่พบในทารกติดเชื้อที่ไม่แสดงอาการ, มีปริมาณไวรัสต่ำกว่า 104 copies/ml การตรวจ anti-HIV ต้องรอจนแยกแอนติบอดีจากแม่หมดไป
3. ตรวจหา (qualitative) และวัดปริมาณ (quantitative) ของไวรัสอิสระในพลาสมา (viral load หรือ viral burden)
4. ตรวจการติดเชื้อในรายที่ผลการตรวจแอนติบอดีไม่ชัดเจน ให้ผลไม่ตรงกันเมื่อทดสอบด้วยน้ำยาที่มีหลักการต่างกัน นำไปสู่การศึกษาวิจัยเชื้อที่มีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางพันธุกรรม หรือเชื้อ subtype ใหม่
5. วินิจฉัยแยกการติดเชื้อ HIV-1, HIV-2, HIV-1 group ต่างๆ และ subtypes
6. สืบสวนทางระบาดวิทยาหาต้นตอการระบาด โดยเปรียบเทียบการเรียงลำดับของนิวคลีโอไทด์
7. ทดสอบภาวะเชื้อคือยาต้านไวรัส
8. ติดตามวิวัฒนาการของเชื้อ เพื่อพัฒนาวัคซีน และวัคซีนน้ำยาตรวจวินิจฉัย

ในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำได้หลายวิธี โดยวิธีที่ประเทศไทยกำหนดเป็นมาตรฐานในการตรวจนั้น มี 3 วิธีคือ 1) การตรวจหาแอนติบอดีหลังการติดเชื้อ (anti-HIV testing) 2) การตรวจหาแอนติเจน (p-24 antigen testing) และ 3) การตรวจหากรดนิวคลีอิก (nucleic acid test, NAT) โดยมีข้อกำหนดแนวทางการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีและการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจเชื้อเอชไอวี (Pre-test/post-test counseling) ซึ่งเป็นกระบวนการที่ต้องมีความสมัครใจของผู้รับบริการ (voluntary Counseling and Testing) และมีการลงนามในหนังสือแสดงความยินยอมเป็นสำคัญ โดยเมื่อตรวจการติดเชื้อเอชไอวีแล้วจะมีการแจ้งผลการตรวจแก่ผู้รับบริการตรวจเป็นส่วนตัวเท่านั้น และเน้นเรื่องการรักษาความลับอย่างเคร่งครัด

สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

จากการสำรวจของสำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร พบว่าการเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีระดับสูงขึ้น จากร้อยละ 43.8 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 55.0 ในปี พ.ศ. 2553 เช่นเดียวกับในกลุ่มชายขายบริการทางเพศที่มีการเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูงขึ้น จากร้อยละ 55.1 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 77.4 ในปี พ.ศ. 2553 และในกลุ่มสาวประเภทสอง มีการเข้ารับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีในระดับที่สูงขึ้นเช่นกัน โดยจากเดิมร้อยละ 47.0 ในปี พ.ศ. 2548 เป็นร้อยละ 86.1 ในปี พ.ศ. 2553 ซึ่งทำให้เห็นว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเหล่านี้มีความใส่ใจในการดูแลตนเองด้วยวิธีการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีต่อตนเองและผู้อื่น ซึ่งเป็นการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้อีกวิธีหนึ่ง เนื่องจากผู้ที่ทราบผลตรวจและได้รับการปรึกษาสามารถเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีลดลงได้ (สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร, 2553)

ในจังหวัดเชียงใหม่ จากการสำรวจของ กิรติกานต์ กลัดสวัสดิ์ และคณะ ในปีพ.ศ. 2553 พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในจังหวัดเชียงใหม่มีความชุกสูงสุดของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอายุ 23-28 ปีถึงร้อยละ 29.2 และมีรายงานว่าเคยตรวจการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มสูงขึ้นจากในปีพ.ศ. 2548 ที่มีอัตราการตรวจร้อยละ 46.8 เป็นร้อยละ 51.0 ในปีพ.ศ. 2553 แต่กลับพบว่าแม้จะเคยได้รับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในสัดส่วนที่สูง กลับมีระดับความรู้เกี่ยวกับการป้องกันปัญหาเอดส์ที่ต่ำมาก (วัดจากข้อคำถามด้านความรู้เกี่ยวกับการป้องกัน โรคเอดส์ของ UNGASS) (กิรติกานต์ กลัดสวัสดิ์ และคณะ, 2554)

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายแม้จะมีอัตราที่สูงขึ้น แต่ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ยังไม่มีแนวโน้มลดลงแม้จะมีการดำเนินงานป้องกันและควบคุม โรคเอดส์โดยการให้บริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็ยังพบว่ามีอุปสรรคในการดำเนินงาน ทั้งจากการที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไม่มีการเปิดเผยตนเอง ทำให้การบริการเข้าถึงได้ไม่เฉพาะเจาะจง เวลาในการให้บริการการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ยังไม่ครอบคลุม เนื่องจากเปิดบริการอย่างน้อยสัปดาห์ละ 1 วัน ซึ่งอาจไม่ครอบคลุมอย่างแท้จริงในการดูแลรักษา (ชนิดดา ดิษฐาศัพพันธ์, 2554) หรือการไม่ไว้วางใจในการปกปิดผลการตรวจเลือดของเจ้าหน้าที่รวมถึงไม่ทราบว่ามีแหล่งให้บริการที่สามารถไปรับบริการได้ (เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ, 2552) ส่วนเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการเข้ารับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

การวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี

ความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์

จากการทบทวนวรรณกรรมในเรื่องความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ มีผู้ให้ความหมายไว้หลากหลาย เช่น

การวิเคราะห์สถานการณ์ตามแนวคิดของโดนาบิเดียน (Donabedian, 2003) คือ คุณภาพของปัจจัยทั้งสองด้าน โดยด้านแรก เริ่มตั้งแต่ด้านวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีในการดูแลผู้ป่วยและอีกด้านคือ วิทยาศาสตร์ที่เกี่ยวกับการปฏิบัติกับผู้ป่วยตามความเป็นจริง ผลลัพธ์มาจากลักษณะที่มาจากส่วนประกอบของงานที่ทำ กิจกรรมที่ต้องติดตามคือ การตรวจบันทึกตามระบบงานที่มีหรือสถานการณ์ที่เกี่ยวกับคุณภาพที่เกิดจากการดูแล ซึ่งประกอบด้วย 3 องค์ประกอบคือ โครงสร้าง กระบวนการ และผลลัพธ์

สุรศักดิ์ สุนทร (2551) กล่าวว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ (situation analysis) หมายถึง การศึกษาภาพรวมของบางสิ่งบางอย่างที่สนใจ ที่เกิดขึ้นในระยะเวลาใดๆ สถานที่ใดๆ หรือการสืบสวนสถานการณ์เล็กๆที่เป็นส่วนของสถานการณ์ที่จะศึกษาเพื่ออธิบายภาพรวมในระยะเวลาใดเวลาหนึ่งในสถานการณ์ใดสถานการณ์หนึ่ง

ราตรี โชติกพงษ์ (2552) กล่าวว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ หมายถึง การศึกษาปัญหาเชิงลึกในหน่วยงานหรือสถานที่หนึ่ง ณ ช่วงเวลาหนึ่ง เพื่อศึกษาองค์ประกอบของปัญหานั้น ว่ามีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกันอย่างไร โดยเป็นการอธิบายปัญหาในภาพรวม เพื่อหาความจริง หรือข้อสรุปที่จะนำไปสู่การตัดสินใจแก้ปัญหาในสถานการณ์นั้นๆเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการ

การวิเคราะห์สถานการณ์ทางคลินิก (clinical situational analysis) หมายถึง การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์หรือปัญหา (ในอดีตและปัจจุบัน) เกี่ยวกับระบบบริการสำหรับผู้ป่วยเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรค เพื่อให้ทราบถึงจุดแข็ง จุดอ่อน ผลสำเร็จและโอกาสในการพัฒนา โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์ปัญหา หรือความแปรปรวน (variance) ของระบบบริการอย่างรอบด้าน ก่อนที่จะมีการตัดสินใจดำเนินการอย่างใดอย่างหนึ่งลงไป ไม่ว่าจะเป็นการปรับปรุงนโยบาย การดำเนินการ สร้างแนวปฏิบัติ หรือการนำแนวปฏิบัติมาใช้ (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2553)

สุจิรา บรรจง (2555) กล่าวว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ (situational analysis) เป็นการศึกษาภาพการณ์ที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาใด สถานที่ใดที่หนึ่ง โดยศึกษาหาสาเหตุ ลักษณะของสถานการณ์

แนวทางในการแก้ไขปัญหาตามการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้นๆ เพื่อนำไปสู่การหาข้อสรุปหรือประเมินตัดสินใจในเรื่องนั้นต่อไป

จากความหมายของการวิเคราะห์สถานการณ์ สามารถสรุปได้ว่า การวิเคราะห์สถานการณ์ (Situational Analysis) เป็นการศึกษาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับปัญหาที่เกิดขึ้นเฉพาะกลุ่มหรือเฉพาะโรคที่เกิดขึ้นจริงในช่วงเวลาใดๆหรือสถานที่ใดๆเพื่อทำความเข้าใจกับสถานการณ์หรือปัญหานั้นก่อนการหาข้อสรุปหรือตัดสินใจดำเนินการอย่างใดลงไปเพื่อให้ได้ผลลัพธ์ที่ต้องการในการแก้ปัญหา

ในการศึกษาครั้งนี้การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นการศึกษาองค์ประกอบของปัญหาที่เกิดขึ้นจากการที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงมีพฤติกรรมการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีน้อย และทำให้เกิดการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มนี้มาก โดยพฤติกรรมการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ที่ต้องอาศัยการตัดสินใจจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งผู้ศึกษาได้เลือกใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ กรีน และ กรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ซึ่งมีทั้งหมด 9 ขั้นตอน โดยเป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัย และการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมก่อน เพื่อวางแผนและกำหนดวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยวิเคราะห์เริ่มจากผล (Outcome) ที่ต้องการ คือ คุณภาพชีวิตที่พึงประสงค์และพิจารณาย้อนกลับไปหาต้นเหตุหรือปัจจัยที่เป็นสาเหตุของปัญหา ซึ่งการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ที่ต้องอาศัยการตัดสินใจจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้เลือกใช้แนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลของ กรีน และ กรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ในขั้นตอนที่ 3 ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) ซึ่งเป็นพื้นฐานและก่อให้เกิดแรงจูงใจในการแสดงพฤติกรรม ซึ่งได้มาจากประสบการณ์ในการเรียนรู้ ในลักษณะของความรู้ การจูงใจ หรือความชอบส่วนบุคคล ซึ่งอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือห้ามมิให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ โดยในการศึกษานี้จะศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่องโรคเอดส์ และความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) เป็นปัจจัยเกี่ยวกับสิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม ของบุคคล และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับ ระยะเวลา ระยะเวลา การเปิดให้บริการ ระยะเวลา ราคา ขั้นตอนและวิธีการในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และ 3) ปัจจัยเสริมแรง (reinforcing factors) ซึ่งศึกษาถึงปัจจัยที่มีอิทธิพลในการ

เสริมแรง ตามทัศนคติและพฤติกรรมของกลุ่มเพื่อน และครอบครัว โดยในการศึกษานี้จะศึกษาเกี่ยวกับ อิทธิพลและการสนับสนุนเพื่อการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีจากกลุ่มเพื่อน/ครอบครัว และ กลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพ โดยจากการทบทวนเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้องพบว่า การรวบรวมข้อมูล สำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์ มีหลายวิธี เช่น วิธีการสัมภาษณ์รายบุคคล (Individual interviews) การสัมภาษณ์รายกลุ่ม (Group interviews) การสังเกต (Observation) การใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) การสนทนากลุ่ม (Focus group) ซึ่งแต่ละวิธีมีข้อดีและข้อจำกัดที่แตกต่างกัน โดยผู้ศึกษาขอกล่าว เฉพาะวิธีการที่เลือกใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการศึกษาคั้งนี้ คือ การสัมภาษณ์รายบุคคล (Individual interviews)

วิธีการรวบรวมข้อมูลสำหรับการวิเคราะห์สถานการณ์

ในการศึกษาคั้งนี้ผู้วิจัยเลือกใช้วิธีการสัมภาษณ์เป็นรายบุคคล (individual interview) คือ สัมภาษณ์ผู้ให้สัมภาษณ์ในเวลาเดียวกันทีละคน ซักถามจนเป็นที่พอใจ แล้วจึงสัมภาษณ์คนอื่นต่อไป โดยการสัมภาษณ์แบบนี้ผู้สัมภาษณ์กับผู้ให้สัมภาษณ์มีความเป็นอิสระและความเป็นส่วนตัวมาก (บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ, 2540)

การสัมภาษณ์ (Interview) เป็นการพูดคุยหรือสนทนาระหว่างคนสองคน หรือมากกว่า ซึ่งเป็น การพูดคุยสองทาง ไม่ใช่ฝ่ายหนึ่งถามและอีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้ตอบเท่านั้น การสัมภาษณ์จึงเป็นเครื่องมือ ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพที่มีคุณประโยชน์สูงชนิดหนึ่ง (เบญญา ยอดดำเนิน-เอ็ดดิกซ์, 2552) ซึ่งการสัมภาษณ์นี้ต้องการให้ผู้ถูกสัมภาษณ์แสดงความคิดเห็น ให้คำอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับ ความสำคัญของเรื่องและเหตุการณ์ ตลอดจนความเชื่อในความหมายต่างๆ ในหลากหลายแง่มุม (นิศา ชูโต, 2551) จึงทำให้วิธีการสัมภาษณ์นี้เป็นวิธีการเก็บข้อมูลที่ใช้กันอย่างกว้างขวางในงานวิจัย เชิงคุณภาพ (ศิริพร จิรวัดน์กุล, 2553) โดยในการสัมภาษณ์ส่วนใหญ่นิยมใช้แบบบันทึกการสัมภาษณ์ เครื่องบันทึกภาพ/เสียง เป็นเครื่องมือบันทึกผลการสัมภาษณ์ (เกียรติสุดา ศรีสุข, 2549) ประเภทของ การสัมภาษณ์มีประเภทและลักษณะแตกต่างกัน ตามจุดมุ่งหมาย ธรรมชาติและขอบเขตของการ สัมภาษณ์ การสัมภาษณ์ที่สำคัญและพบทั่วไปอาจแบ่งเป็นประเภทต่างๆ ดังนี้ 1) การสัมภาษณ์ รายบุคคลกับเป็นกลุ่ม (individual and group interview) 2) การสัมภาษณ์แบบพนักงานสัมภาษณ์คน เดียวหรือพนักงานสัมภาษณ์หลายคน (single and panel of interviews) 3) การสัมภาษณ์อย่างเป็นทางการหรือแบบมีโครงสร้างคำถาม (structured or formal Interviews) และการสัมภาษณ์แบบไม่ เป็นทางการ (informal interview) หรือแบบไม่มีโครงสร้างคำถาม (unstructured or formal interviews) (เกียรติสุดา ศรีสุข, 2549; บุญใจ ศรีสถิตนรากร, 2550; บุญธรรม กิจปริดาบริสุทธิ, 2540)

การศึกษาครั้งนี้ ใช้การเก็บรวบรวมข้อมูลจากการสัมภาษณ์ โดยกำหนดประเด็นที่ต้องการเก็บรวบรวมข้อมูลจากปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่

กรอบแนวคิดในการศึกษา

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีทำให้บุคคลเกิดภาวะวิกฤติแห่งชีวิต ส่งผลกระทบต่อไม่เพียงด้านร่างกายและจิตใจเท่านั้น แต่ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ สังคมและประเทศชาติอีกด้วย และจากการที่บุคคลที่มีการติดเชื้อเอชไอวีเป็นสิ่งที่ไม่ได้รับการยอมรับจากสังคมทำให้การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นการป้องกันด่านแรกและเป็นสิ่งที่จะนำผู้ป่วยเข้าสู่ระบบการดูแลรักษายังไม่ได้รับความสนใจจากคนทั่วไป โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายซึ่งเป็นกลุ่มเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่ยังพบว่ามีอัตราการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในระดับที่ต่ำ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดเชียงใหม่ โดยพฤติกรรมตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเป็นหนึ่งในพฤติกรรมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพ ที่ต้องอาศัยการตัดสินใจจากปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมสุขภาพของบุคคล ดังนั้นผู้ศึกษาจึงได้เลือกใช้นาแนวคิดเกี่ยวกับการวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยด้านต่างๆ ที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพทั้งที่เป็นปัจจัยภายในตัวบุคคล และปัจจัยภายนอกตัวบุคคลของ กรีน และ ครูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ในขั้นตอนที่ 3 ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (predisposing factors) โดยศึกษาเกี่ยวกับความรู้เรื่อง โรคเอดส์ และความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) โดยศึกษาเกี่ยวกับทรัพยากรที่จำเป็นในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาการเปิดให้บริการ ระยะเวลาทางราคา ขั้นตอนและวิธีการในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและ 3) ปัจจัยเสริมแรง (reinforcing factors) ซึ่งศึกษาเกี่ยวกับอิทธิพลและการสนับสนุนเพื่อการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีจากกลุ่มเพื่อน/ครอบครัว และกลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพเพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้ถูกต้องและผลของการศึกษาจะเป็นข้อมูลพื้นฐานในการวางแผนจัดระบบบริการพยาบาล เพื่อลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรับบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น