

การวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่

Situational Analysis of HIV Infection Screening Among Men Who Have Sex with Men, Chiang Mai Province

พชณี สมุทราลัย พย.ม*	Patchanee Samutarlai	M.N.S.
วราภรณ์ บุญเชียง ส.ต.	Waraporn Boonchieng	P.H.
ประพิมพ์ พุทธิรักษ์กุล พย.ด.	Prapim Buddhirakkul	Ph.D.

*สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

**คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

บทคัดย่อ

การคัดกรองโรค เป็นการค้นหาโรคในระยะเริ่มแรก ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างทันท่วงที เป็นการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นและลดอัตราการเสียชีวิตจากโรคได้ การศึกษาครั้งนี้เป็นการวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่ โดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์หาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมสุขภาพของ กรีน และ กรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) ได้แก่ 1) ปัจจัยนำ (Predisposing factors) 2) ปัจจัยเอื้อ (Enabling factors) และ 3) ปัจจัยเสริมแรง (Reinforcing factors) รวบรวมข้อมูลด้วยวิธีเชิงคุณภาพในเดือนธันวาคม 2556 ถึง กุมภาพันธ์ 2557 จากกลุ่มตัวอย่างรวม 16 ราย เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป วิเคราะห์ข้อมูลโดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และส่วนที่ 2 แบบสัมภาษณ์รายบุคคลวิเคราะห์ข้อมูลโดยจัดหมวดหมู่ข้อมูลและสรุปประเด็นสำคัญ ผลการศึกษาพบว่า 1) ปัจจัยนำ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เรื่องโรคเอดส์และการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีจากทางสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ และจากการศึกษาในสถานศึกษาในเรื่องทั่วไป เช่น สาเหตุการเกิดโรค การติดต่อ เป็นต้น 2) ปัจจัยเอื้อ พบว่าโรงพยาบาลใหญ่จะมีวัสดุอุปกรณ์และสถานที่เหมาะสม ตั้งอยู่ไม่ไกล สามารถเดินทางมาได้สะดวก แต่มีที่จอดรถไม่เพียงพอ และพบว่าสถานที่ตรวจบางแห่งยังมี อุปกรณ์ในการตรวจไม่เพียงพอ และการจัดสถานที่ยังไม่มีความเป็นส่วนตัว ขาดการประชาสัมพันธ์ให้ทราบถึงสถานที่ตรวจคัดกรอง มีการเปิดให้บริการเฉพาะในเวลาราชการ ส่วนราคาพบว่ามีทั้งเสียค่าใช้จ่ายโดยการเสียค่าใช้จ่ายจะเสียประมาณ 500-600 บาท ซึ่งมีความเหมาะสมสำหรับผู้มีรายได้ แต่ยังแพงไปสำหรับผู้ที่มีรายได้น้อยและสามารถใช้สิทธิต่างๆในการตรวจคัดกรองได้ ส่วนขั้นตอนการให้บริการตรวจ พบว่ามีการให้คำปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจ แต่บางแห่งไม่มีการให้คำปรึกษา และรอผลการตรวจนาน 3) ปัจจัยเสริมแรง พบว่ามีการเสริมแรงจาก 3 กลุ่ม ได้แก่ เพื่อน ครอบครัว และบุคลากรทางด้านสุขภาพจากผลการศึกษา จึงควรเพิ่มประเด็นการพัฒนากระบวนการบริการทางการแพทย์ในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในประเด็นดังต่อไปนี้ 1) ควรเพิ่มการเข้าถึงกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อสามารถให้องค์ความรู้ที่เฉพาะเจาะจงในเรื่องโรคเอดส์และการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี 2) พัฒนาระบบการเข้าถึงบริการตรวจคัดกรองในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายให้ครอบคลุม เช่น การประชาสัมพันธ์ทุกช่องทางเฉพาะกลุ่ม การจัดระบบการให้บริการคำปรึกษาก่อนและหลังการตรวจคัดกรอง,การเพิ่มบริการตรวจคัดกรองในวันหยุด

และนอกเวลาราชการ 3) ส่งเสริมให้กลุ่มเพื่อนและครอบครัวมีทัศนคติที่ดีและสนับสนุน โน้มน้าวให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเข้ารับบริการตรวจคัดกรอง และกลุ่มบุคลากรต้องให้ความสำคัญกับการเก็บรักษาความลับ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีต่อกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งจะส่งเสริมให้เกิดการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มากขึ้นและเหมาะสมต่อไป

คำสำคัญ: การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

Abstract

Screening of disease is to find the disease in the initial stages. This allows patients to be treated in a timely manner, prevent the spread of the disease to others, and reduce mortality rate of the disease. This study was to analyze the situation of screening for HIV infection among men who have sex with men in Chiang Mai Province by using the concept to analyze the factors that affect the health behaviors of Green and Kreuter (1999) including: 1) predisposing factors, 2) enabling factors, and 3) reinforcing factors. Data were collected by using qualitative method from December 2013 to February 2014. The 16 samples were recruited in this study. Structure questionnaires were used as a tool, it is consisted of two parts: the first part was a general information that descriptive analysis was applied, frequency, percentage, mean and standard deviation for etc. The second part was individual interview, this part a data were analyzed by classifying and summarizing key points. The study results found that: 1) Predisposing factors: it is found that the study samples gained knowledge about AIDS and screening for HIV infection from electronic publications and from school education such as cause of disease, contact of disease, however, more knowledge about AIDS and screening specifically for men who have sex with men (MSM) were still needed. 2) Enabling factors: it is found that big hospitals have appropriate materials, equipment, facilities and are easy to be accessed yet there was not enough parking area. On the other hand, some hospitals did not have enough medical devices, lack of privacy and did not provide information specifically about screening place, as well as service was provided only during office hours. The cost of screening was approximately 500-600 baht which was affordable for people with a moderate income, yet it is too expensive for people with low income. Pre and post counseling was provided during the screening procedures in some hospitals only, and it was a long waiting time for the test results. 3) Reinforcing factors: it is found that there were some reinforcement from three groups including friends, family and health personnel. From the study results, nursing services for screening HIV infection among MSM should be developed as follows: 1) increase access to MSM group, in order to provide them enough knowledge about AIDS and screening for HIV infection, 2) develop a system to

facilitate the access to screening services among MSM which cover through every channels special for MSM group, provide pre and post counseling, provide screening services on weekends and beyond office hours 3) promote friends and family to motivate MSM to access screening. The health personnel need practice regarding keeping rigorous confidentiality and have a good relationship with a group of the MSM which will contribute to increase in the rates of screening for HIV infection among MSM.

Key words: HIV Infection Screening, Men Who Have Sex with Men

บทนำ

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงเป็นปัญหาทางสาธารณสุขที่สำคัญของทุกประเทศทั่วโลกโดยเฉพาะอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายนั้นจัดอยู่ในระดับสูง ซึ่งมีรายงานสถิติการติดเชื้อทั่วโลกร้อยละ 16.5 ในประเทศไทยข้อมูลการศึกษาในกรุงเทพมหานครพบความชุกถึงร้อยละ 31 (Cogan, 2012) ซึ่งถือเป็นตัวเลขที่สูงมากเมื่อเทียบกับความชุกร้อยละ 1.4 ในประชากรทั่วไปของประเทศไทย (Van Griensven et al., 2009) ในจังหวัดเชียงใหม่ซึ่งเป็นจังหวัดที่มีขนาดใหญ่และเป็นจังหวัดท่องเที่ยวที่สำคัญของภาคเหนือ พบว่ามีการแพร่กระจายของโรคเอดส์ในระดับสูงมาตลอด และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นโดยความชุกอยู่ที่ร้อยละ 15.3 ในปีพ.ศ. 2548 เป็น 16.9 ในปีพ.ศ. 2550 ซึ่งพบความชุกสูงสุดของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอายุ 23-28 ปีถึงร้อยละ 29.2 (กิริติกันต์ กลัดสวัสดิ์ และคณะ, 2554)

จากสภาวะการณดังกล่าวทำให้คณะกรรมการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์แห่งชาติได้จัดทำ “แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์อย่างทั่วถึงและครอบคลุมแห่งชาติ พ.ศ. 2550-2554” เช่นเดียวกับยุทธศาสตร์การป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์ จังหวัดเชียงใหม่ ปีพ.ศ. 2555-2559 ซึ่งจัดทำกลยุทธ์ให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของระดับประเทศ โดยเฉพาะการดำเนินงานด้านนโยบายเร่งรัดการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขได้ประกาศให้กลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยง

ที่ต้องเฝ้าระวังติดตามอย่างใกล้ชิด (ชุมศักดิ์ พุกษาพงศ์, 2555) โดยการจัดบริการการเข้าถึงการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้กลุ่มเสี่ยงได้เข้าสู่กระบวนการวินิจฉัยและการดูแลรักษา ทำให้ทราบสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองตั้งแต่ระยะแรกและเข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างรวดเร็วทุกคน เป็นการป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นด้วย (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์, 2554) แต่จากข้อมูลงานวิจัยในช่วงปีพ.ศ. 2551-2552 ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจำนวน 17,166 คน พบว่ามีเพียงร้อยละ 19.4 ที่เคยตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากปัญหาด้านงบประมาณ ขาดกฎหมาย และการเข้าถึงกลุ่มเป้าหมาย (คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์, 2554)

การวิเคราะห์สถานการณ์เป็นวิธีที่จะช่วยให้ทราบถึงความสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกันขององค์ประกอบของปัญหานั้น (ราตรี โชติกพงษ์, 2552) และยังเป็นการศึกษาหาสาเหตุ ลักษณะของสถานการณ์ เพื่อให้ได้แนวทางในการแก้ไขปัญหามาจากการรับรู้ของผู้ให้ข้อมูลที่มีประสบการณ์ตรง หรือมีส่วนเกี่ยวข้องในสถานการณ์นั้นๆ (สุจิรา บรรจง, 2552) และจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่าแนวคิด PRECEDE-PROCEED model ของ กรีน และ กรูเตอร์ (Green & Kreuter, 1999) เป็นกรอบแนวคิด ซึ่งมีทั้งหมด 9 ขั้นตอนโดยเป็นการวิเคราะห์พฤติกรรมสุขภาพของบุคคลซึ่งมีสาเหตุมาจากปัจจัยหลายปัจจัยและการดำเนินงานเพื่อเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนั้นจึงต้องวิเคราะห์สาเหตุของพฤติกรรมเสีย

ก่อน เพื่อวางแผนและกำหนดวิธีในการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพ 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 การสนใจ หรือความชอบส่วนบุคคล ซึ่งอาจมีส่วนช่วยสนับสนุนหรือห้ามมิให้เกิดพฤติกรรมสุขภาพ 2) ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) หมายถึง สิ่งที่เป็นแหล่งทรัพยากรที่จำเป็นในการแสดงพฤติกรรม ของบุคคล และความสามารถที่จะใช้แหล่งทรัพยากรต่างๆซึ่งมีส่วนเกี่ยวข้องกับราคา ระยะเวลา (อาหาร ฝนฟ้าอากาศ, สุริยธรรม, สุนัข, สุนัข, ละก้าน, และ ขวัญใจ อำนาจสัจย์ชื่อ, 2554) และ 3) ปัจจัยเสริมแรง (reinforcing factors) ซึ่งหมายถึง ปัจจัยที่แสดงให้เห็นว่าพฤติกรรมสุขภาพนั้นได้รับการสนับสนุนโดยผลของการสนับสนุนของบุคคลหนึ่งอาจมีอิทธิพลในการเสริมแรงแตกต่างจากอีกบุคคลหนึ่ง ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับทัศนคติและพฤติกรรมของบุคคลสำคัญเหล่านั้น เช่น กลุ่มเพื่อน ผู้ปกครอง ครู ผู้นำชุมชน เป็นต้น (จิระศักดิ์ เจริญพันธ์ และ เฉลิมพล ต้นสกุล, 2550) เพื่อให้เข้าใจถึงปัญหาสถานการณ์ที่เกิดขึ้นได้ถูกต้องและเพื่อวางแผนจัดระบบบริการพยาบาล เพื่อลดปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการรับบริการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้อย่างเหมาะสมยิ่งขึ้น

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่ ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง

คำถามการศึกษา

สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่ ตามปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง เป็นอย่างไร

วิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive research) รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์และการสัมภาษณ์รายบุคคลโดยเก็บรวบรวมข้อมูลตั้งแต่เดือนธันวาคม 2556-กุมภาพันธ์ 2557

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ศึกษาในกลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) และใช้เทคนิคแบบลูกโซ่ snowball sampling จำนวน 16 คน แบ่งเป็นกลุ่มละ 8 คน โดยเป็นกลุ่มที่เคยตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่ไม่เคยตรวจการคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ที่ยินดีให้ความร่วมมือในการศึกษา การเข้าร่วมเป็นไปด้วยความสมัครใจ

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา มี 2 ส่วน คือ ส่วนที่ 1 เครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล เป็นแบบสัมภาษณ์ข้อมูลทั่วไปและแนวคำถามการสัมภาษณ์รายบุคคลที่สร้างขึ้นจากการศึกษาเอกสาร ตำรา และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

ส่วนที่ 2 เครื่องมือในการดำเนินการ ประกอบด้วยอุปกรณ์บันทึกเสียง และอุปกรณ์การจดบันทึกข้อมูลจากการสัมภาษณ์

การตรวจสอบคุณภาพของเครื่องมือ

แนวคำถามที่ใช้สัมภาษณ์ได้ผ่านการตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหา (content validity) จากผู้เชี่ยวชาญ

จำนวน 3 ท่านและได้หาค่าความเชื่อมั่นของเครื่องมือ (reliability) โดยการทดลองใช้กับผู้ที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดเคียงกับผู้ที่กำลังจะทำการศึกษา

การรวบรวมข้อมูล

คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ยินดีให้ความร่วมมือแบบ ลูกโซ่ จากสถานที่คัดกรอง ได้แก่ เขตอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่และดำเนินการสัมภาษณ์โดยใช้เวลาประมาณ 1 ชั่วโมง จากนั้นทำการรวบรวมข้อมูล และดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล

การวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายวิเคราะห์โดยใช้การแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน

ส่วนที่ 2 ข้อมูลการสัมภาษณ์รายบุคคล นำข้อมูลที่ได้จากการถอดเทปการสัมภาษณ์รายบุคคลแล้วจัดหมวดหมู่ข้อมูลและสรุปประเด็นสำคัญ

นิยามศัพท์

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง กิจกรรมเพื่อหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการตรวจต่างๆ เช่น การนำเลือด สารน้ำจากช่องปาก น้ำลายหรือสารคัดหลั่งจากร่างกายเพื่อตรวจหาส่วนประกอบของเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือตรวจหาภูมิคุ้มกันของร่างกายต่อเชื้อไวรัสเอชไอวี

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย หมายถึง บุคคลที่เป็นเพศชายแต่กำเนิดและมีเพศสัมพันธ์กับชายทางทวารหนักหรือทางปากกับผู้ชายโดยมีการจัดวิถีทางเพศประกอบด้วยเกย์และกะเทยหรือสาวประเภทสอง เกย์ (บุคคลที่มีการแสดงออกเป็นผู้ชายและมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกันหรือมีเพศสัมพันธ์ทั้งชายและหญิงซึ่งอาจจะเป็นผู้รักหรือคู่นอนชั่วคราว) กะเทยหรือสาวประเภทสอง ซึ่งเป็นการแสดงออกของผู้ชายที่มีการแสดงออกทางเพศหญิง ทั้งที่ไม่ได้แปลงหรือแปลงเพศแล้ว ทั้งที่เคยตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี และไม่เคยตรวจคัด

การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี

การวิเคราะห์สถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การศึกษาเพื่อทำความเข้าใจกับปัญหาที่เกิดขึ้นในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดเชียงใหม่ เพื่อให้ได้ข้อมูลตามกรอบแนวคิดของกรีน และกรูเตอร์ ในขั้นตอนที่ 3 ดังนี้

1. ปัจจัยนำ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับความรู้อันตรายโรคเอดส์ และความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่
2. ปัจจัยเอื้อ เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับการพยากรณ์การเปิดให้บริการ ระยะทาง ราคา ขั้นตอนและวิธีการในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่
3. ปัจจัยเสริมแรง เป็นสิ่งที่เกี่ยวข้องกับอิทธิพลและการสนับสนุนเพื่อการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีจากกลุ่มเพื่อน/ครอบครัว หรือกลุ่มบุคลากรทางด้านสุขภาพแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่

ข้อจำกัดของงานวิจัย

เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างของการศึกษาเป็น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ที่มีทั้งเปิดเผยและไม่เปิดเผยตัวเอง ทำให้การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างและการได้ข้อมูลค่อนข้างยาก ข้อมูลที่ได้จากการศึกษาจึงเป็นข้อมูลที่เฉพาะเจาะจงสำหรับชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายกลุ่มนี้เท่านั้น

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า กลุ่มตัวอย่าง มีอายุมากที่สุด 41 ปีอายุน้อยที่สุด 20 ปี อายุเฉลี่ย 25.38 ปีโดยอยู่ในกลุ่มอายุ 20-30 ปีมากที่สุด ร้อยละ 81.25 รองลงมาคือในกลุ่มอายุ 31-40 ปี ร้อยละ 12.5 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสด ร้อยละ 93.75 มีการจัดวิถีทางเพศของตนเองอยู่ในประเภทรักร่วมเพศ (เกย์) มากที่สุดร้อยละ 81.25 และทุกคนได้รับการศึกษา โดยส่วนใหญ่ศึกษาระดับปริญญาตรีร้อยละ 50.0 และ

ทุกคนนับถือศาสนาพุทธ ส่วนใหญ่ไม่ได้ประกอบอาชีพ ร้อยละ 43.75 โดยระบุว่ากำลังศึกษาอยู่ระดับมหาวิทยาลัย และมีรายได้เฉลี่ยต่ำกว่า 5,000 บาท ร้อยละ 31.25 มีลักษณะการอยู่อาศัยคนเดียว ร้อยละ 37.5 ใช้สิทธิการรักษาพยาบาลโดยใช้สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า(บัตรทอง) ร้อยละ 50.0 และเคยตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี โดยเคยตรวจจากสถานพยาบาลของรัฐบาลมากที่สุด ร้อยละ 87.5 ระยะเวลาในการตรวจล่าสุดส่วนมากมากกว่า 1 ปีที่ผ่านมา ร้อยละ 75 โดยระบุระยะเวลาที่ตรวจมากกว่า 1 ปี มีตั้งแต่ 1-7 ปี ส่วนใหญ่มีพฤติกรรมดื่มแอลกอฮอล์ในช่วง 3 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 56.25 โดยระบุการดื่มตั้งแต่ดื่มตามโอกาสประมาณเดือนละครั้ง ถึงมากที่สุด 3-4 ครั้งต่อเดือน และพบว่ากลุ่มตัวอย่างจำนวน 6 คนมีเพศสัมพันธ์โดยทั้ง 6 คนมีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชาย โดยมี 1 คนที่ไม่มีเพศสัมพันธ์กับคู่นอนชั่วคราว และทั้ง 6 คนมีการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนชาย ร้อยละ 66.67 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนชั่วคราว ร้อยละ 80

ส่วนที่ 2 ข้อมูลจากการสัมภาษณ์รายบุคคลเกี่ยวกับสถานการณ์การตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่

1. ปัจจัยนำ(predisposing factors) ประกอบด้วย ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์และความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้

1.1 ความรู้เรื่องโรคเอดส์ พบว่ามีความรู้จากสิ่งพิมพ์อิเล็กทรอนิกส์ และจากการศึกษาในสถานศึกษาว่าเกิดจากเชื้อไวรัส ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง จนเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และแพร่กระจายเชื้อได้ 3 ทางหลัก คือ 1) ทางเลือด 2) ทางเพศสัมพันธ์ และ 3) ทางแม่สู่ลูก แต่ยังมีบางส่วนมีความรู้ว่าสามารถติดได้จากการใช้ของใช้หรือการรับประทานอาหารร่วมกัน

1.2 ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี พบว่ามีความรู้ว่าเป็นการตรวจเมื่อบุคคลมีภาวะเสี่ยง เช่นมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ใช้ถุงยางอนามัย โดนเข็มทิ่มตำ มีวัตถุประสงค์ คือ 1) เพื่อให้ทราบสถานะการติดเชื้อ 2) เพื่อการปฏิบัติตัวให้ถูกต้อง เหมาะสม เช่น การเข้ารับการรักษา การป้องกันการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่น การ

บอกผลและการปรับตัวกับครอบครัวหรือสังคม หากพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี และหากไม่ติดเชื้อเอชไอวี ก็จะได้ป้องกันหรือลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อและตรวจซ้ำ 3) เพื่อการทำวิจัย 4) เพื่อให้ทราบจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี 5) เพื่อการวิเคราะห์และวางแผนทางยุทธศาสตร์ในการควบคุมป้องกันและรักษาโรค

2. ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) ประกอบด้วย ด้านทรัพยากร เช่นสถานที่ วัสดุ อุปกรณ์ในการ ระยะเวลาการเปิดให้บริการ ระยะทาง ราคา (ค่าใช้จ่ายในการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี) และขั้นตอนการให้บริการตรวจ พบว่า

2.1 ด้านทรัพยากร พบว่าหากเป็นโรงพยาบาลใหญ่จะมีวัสดุ อุปกรณ์ ที่เพียงพอ มีสถานที่เหมาะสม แต่ที่จอยอดไม่เพียงพอ แต่บางแห่งยังมีวัสดุ อุปกรณ์ไม่เพียงพอ การจัดวางไม่เป็นระเบียบ สถานที่ไม่มิดชิด ไม่เป็นส่วนตัว และบางแห่งยังไม่ประชาสัมพันธ์ให้เป็นที่ยอมรับ และคิดว่าควรมีการแยกห้องตรวจจากการตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไป เนื่องจาก อาจเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส เช่น วัณโรคได้ แต่บางส่วนเห็นว่าไม่ควรแยกออกมาเพื่อไม่ให้ดูแตกต่างว่ามาตรวจการติดเชื้อเอชไอวี

2.2 ด้านราคา พบว่าหากใช้สิทธิสุขภาพได้ เช่นสิทธิประกันสังคม สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือสิทธินักศึกษา จะไม่เสียค่าใช้จ่าย แต่หากตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนจะเสียค่าใช้จ่ายมาก แต่ทราบผลเร็ว โดยเสียค่าใช้จ่ายประมาณ 500-600 บาท ซึ่งราคาที่แพง อาจเป็นอุปสรรคต่อความต้องการตรวจได้ แต่หากมีความจำเป็นหรือต้องการตรวจแล้วก็จะยอมเสียค่าใช้จ่าย และคิดว่าหากมีบริการตรวจฟรีก็จะเป็นสิ่งจูงใจมากขึ้น ด้านระยะทางพบว่าสามารถเดินทางมายังสถานที่ตรวจได้สะดวก เนื่องจากอยู่ในเขตตัวเมือง และเข้าถึงสถานบริการง่าย ช่วงเวลาพบแพทย์ยังไม่เหมาะสม และจำกัดเนื่องจากให้บริการเฉพาะเวลาราชการเท่านั้น เนื่องจากส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงาน และต้องการเวลาในการปรึกษากับเจ้าหน้าที่มากขึ้น

2.3 ด้านการเอื้ออำนวยความสะดวกเกี่ยวกับขั้นตอนการให้บริการ พบว่าควรมีการให้คำปรึกษา ก่อน

การตรวจ และหลังการตรวจ เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจ ที่ถูกต้อง คลายความวิตกกังวล และเตรียมตัวได้อย่างเหมาะสม มีการรักษาความลับ การลงชื่อในเอกสารยินยอม และพูดคุยเฉพาะกับผู้เกี่ยวข้อง และให้ความเป็นส่วนตัว ซึ่งขั้นตอนการตรวจบางแห่งยังมีขั้นตอนเหมือน การตรวจเลือดธรรมดา และต้องรอผลการตรวจนาน จึงควรมีการให้บริการแบบจุดเดียวที่เรียกว่า one stop service เพื่อความสะดวก

3. ปัจจัยเสริมแรง (reinforcing factors) จากกลุ่มบุคคลสำคัญ 3 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มเพื่อน ครอบครัวและบุคลากรทางด้านสุขภาพ พบว่า

3.1 กลุ่มเพื่อน พบว่ามีความใกล้ชิด สนับสนุน และพูดคุยปรึกษากันง่าย มีการเสริมแรงทางบวกโดยการให้กำลังใจ หวานล้น สบับสนุนให้ไปตรวจ หรือการได้เห็นตัวอย่างจากเพื่อนชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคอื่นที่อาจเกี่ยวข้องกับการติดเชื้อเอชไอวี และการที่เพื่อนแสดงความจริงใจว่าไม่รังเกียจแม้ผลการตรวจอาจจะเป็นบวกก็ตาม แต่อาจมีการเสริมแรงทางลบ ทำให้ไม่กล้าไปตรวจ หรือไม่กล้าพูดคุยเกี่ยวกับผลการตรวจหากพบว่าเพื่อนมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ติดเชื้อ หรือรู้สึกต่อต้านหากทราบว่าผลการติดเชื้อเป็นบวก

3.2 ครอบครัว พบว่าหากสมาชิกในครอบครัวมีความสนิทสนมกันจะเป็นปัจจัยเสริมแรงทำให้มีการตรวจคัดกรองเพิ่มขึ้นเนื่องจากสมาชิกในครอบครัวจะเป็นห่วงและคอยสนับสนุน ให้กำลังใจ หากพบว่าปัจจัยเสี่ยงจะแนะนำการตรวจเพื่อการวางแผนดูแลรักษา แต่บางครอบครัวอาจไม่ยอมรับการเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและไม่มีการพูดคุยกันเกี่ยวกับความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือการตรวจคัดกรองการเนื่องจากคิดว่าเป็นประเด็นที่ไม่ควรมีการพูดคุยในครอบครัว อาจทำให้เกิดเป็นตราบาปและเป็นปัจจัยเสริมแรงทางลบให้ไม่กล้าไปตรวจ

3.3 บุคลากรทางด้านสุขภาพ พบว่าเป็นกลุ่มที่ประชาสัมพันธ์ ให้ความรู้ คำแนะนำเรื่องการตรวจคัดกรอง ให้บริการตรวจคัดกรอง แต่อยู่ไกลตัว เพราะหากไม่เจ็บป่วยก็จะไม่ไปโรงพยาบาล จึงทำให้ไม่ทราบเกี่ยว

กับการประชาสัมพันธ์ และกลุ่มบุคลากรควรให้ความสำคัญคือการเก็บรักษาความลับและการปกปิดข้อมูลส่วนบุคคล โดยเก็บรักษาข้อมูลเกี่ยวกับการตรวจให้มิดชิด ควรหลีกเลี่ยงการใช้คำพูด หรือคำศัพท์ต่างๆ ที่จะสื่อให้ผู้อื่นทราบเกี่ยวกับการตรวจ และการให้คำปรึกษาโดยการให้ข้อมูลเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีทั้งก่อนและหลังการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงการมีทัศนคติ และมีมนุษยสัมพันธ์ที่ดีในการให้บริการแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อให้ไม่เครียด รู้สึกเป็นกันเองและอยากมารับบริการตรวจมากขึ้น

ข้อเสนอแนะอื่นๆ พบว่า ควรมีการดำเนินการในเชิงรุกให้มากขึ้น ด้วยวิธีการต่าง ๆ เช่น การให้สิ่งของจูงใจ การใช้บุคคลที่มีชื่อเสียง เพิ่มการให้ความรู้ที่เฉพาะเกี่ยวกับโรคและการติดต่อ การรักษาและคำแนะนำเมื่อพบว่าการติดเชื้อเอชไอวี สิทธิในการตรวจ สถานที่ให้บริการตรวจ การให้คำปรึกษาเบื้องต้นทางโทรศัพท์ และการเปลี่ยนแปลงทัศนคติต่อกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายและผู้ติดเชื้อเอชไอวี และไม่มีการจำกัดสิทธิที่พึงมีของผู้ตรวจ เช่นสิทธิในการเข้าทำงาน หรือการเดินทางไปต่างประเทศ และปรับทัศนคติในการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีให้เป็นเรื่องปกติ เมื่อทราบผลแล้วก็สามารถใช้ชีวิตได้อย่างปกติ โดยการใช้คำพูดที่สื่อถึงการดูแลสุขภาพ เช่นการมาพบหมอ มาตรวจสุขภาพ มากกว่าการเจาะจงว่าตรวจการติดเชื้อเอชไอวี หรือสอดแทรกโปรแกรมการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในการตรวจสุขภาพประจำปี เพื่อชักจูงให้คนสนใจมาตรวจกันมากขึ้น

การอภิปรายผล

การอภิปรายผล ตาม ปัจจัยนำ ปัจจัยเอื้อ และปัจจัยเสริมแรง ดังนี้

1. ปัจจัยนำ (predisposing factors) อภิปรายได้ว่ากลุ่มตัวอย่างมีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์เนื่องจากส่วนใหญ่ร้อยละ 50 ได้รับการศึกษาระดับปริญญาตรี และกำลังศึกษาอยู่ถึงร้อยละ 43.75 และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลศิริ ศรีคันทะ (2553) ที่พบว่ากลุ่มชายที่

มีเพศสัมพันธ์กับชาย ได้รับความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีผ่านทางสื่อโทรทัศน์และการใช้อินเทอร์เน็ตในการค้นคว้าหาความรู้ถึงร้อยละ 35.8

ความรู้เกี่ยวกับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีพบว่า

1.1 ความรู้เกี่ยวกับวิธีการตรวจคัดกรองและวัตถุประสงค์ของการตรวจ สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดูเอดส์แห่งชาติ (Getting to zero) และสอดคล้องกับจุดมุ่งหมายของการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีของ สมชาย แสงกิจพร (2550)

1.2 ความรู้เกี่ยวกับกลุ่มคนที่ควรเข้ารับการตรวจคัดกรองพบว่า สอดคล้องกับข้อมูลจากสำนักอนามัยเกี่ยวกับการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่กรุงเทพมหานครปี 2553 ที่พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง

2. ปัจจัยเอื้อ (enabling factors) พบว่า

2.1 ด้านการเอื้ออำนวยความสะดวกเกี่ยวกับแหล่งทรัพยากร ขัดแย้งกับหลักการให้บริการที่เหมาะสมตามมาตรฐานของแนวปฏิบัติทั่วไปของการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายบุคคลของ ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย (2553) ที่ระบุว่า 1) การตรวจการติดเชื้อเอชไอวีต้องเป็นการตรวจโดยสมัครใจและได้รับการยินยอมจากผู้รับบริการ 2) สถานบริการที่ให้บริการต้องมีมาตรการในการป้องกันการเปิดเผยความลับของผู้รับบริการและ 3) สถานบริการต้องมีการให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจทุกครั้ง และควรมีที่จอดรถให้เพียงพอ โดยควรมีการแยกห้องตรวจจากการตรวจผู้ป่วยนอกทั่วไป เนื่องจากอาจเกิดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสเช่น วัณโรคจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

2.2 ปัจจัยเอื้อด้านราคา ระยะทาง และระยะเวลาการเปิดให้บริการตรวจ พบว่าสอดคล้องกับแนวปฏิบัติทั่วไปของการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีเป็นรายบุคคลของ ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย (2553) ที่ให้กลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการ

ตรวจวินิจฉัยฟรีอย่างน้อย ปีละ 2 ครั้ง หรือมากกว่า และในบุคคลที่มีความเสี่ยง ควรได้รับการตรวจอย่างน้อยปีละ 1 ครั้ง เพื่อเฝ้าติดตามสถานภาพการติดเชื้อ เพื่อเป็นการส่งเสริมการรู้สถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีและเข้าสู่การดูแลรักษาเร็วขึ้น

2.3 ปัจจัยเอื้อด้านขั้นตอนการให้บริการ สอดคล้องกับแนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553 และสอดคล้องกับ ลูอิส (Lewis, 2002, อ้างใน ประณีต ส่งวัฒนา, 2554) ที่กล่าวว่าหากทราบว่าเป็นตนเองมีการติดเชื้อเอชไอวีและได้รับข้อมูลและคำปรึกษาที่เหมาะสมแล้ว จะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงและมีพฤติกรรมการป้องกันที่เหมาะสมมากขึ้น (ประณีต ส่งวัฒนา, 2554)

3. ปัจจัยเสริมแรง (reinforcing factors) พบว่า

3.1 กลุ่มเพื่อน มีความสอดคล้องกับการศึกษาของ วิมลศิริ ศรีคณชะ (2553) ที่พบว่ากลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายได้รับความรู้จากกลุ่มเพื่อนหรือบุคคลรอบข้างถึงร้อยละ 60.5 แต่ก็อาจมีเพื่อนบางกลุ่มที่อาจต่อต้านหากทราบผลการติดเชื้อว่าเป็นบวก ทำให้เกิดอิทธิพลทางลบทำให้ไม่กล้าไปตรวจ หรือไม่กล้าพูดคุยเกี่ยวกับผลการตรวจกับเพื่อน

3.2 ครอบครัว สอดคล้องกับการศึกษาของ มั่นนิแฮม และคณะ (Moneyham et al., 1998 อ้างใน ประณีต ส่งวัฒนา (2554) ที่พบว่า การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมโดยเฉพาะจากครอบครัว จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปรับตัวต่อสถานการณ์ความเครียดได้ดี มีภาวะบีบคั้นทางอารมณ์ลดลงและสามารถปรับตัวได้ เช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริมา นามประเสริฐ และคณะ (2544) ที่พบว่า การสนับสนุนของครอบครัวไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสารและด้านวัตถุสิ่งของมีความสำคัญและช่วยให้ผู้ติดเชื้อสามารถปรับตัวและมีชีวิตอยู่ในสังคมได้

3.3 บุคลากรทางด้านสุขภาพ สอดคล้องกับการศึกษา เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ (2552) ที่พบว่าเมื่อศึกษากลุ่มตัวอย่างที่ไม่มีความตั้งใจจะตรวจเลือดก่อนแต่งงานให้เหตุผลว่า พิจารณาจากลักษณะการปฏิบัติงานของเจ้าหน้าที่และไม่ไว้วางใจในการเก็บรักษาความลับ

ของเจ้าหน้าที่หากพบความผิดปกติของผลเลือด และเช่นเดียวกับการศึกษาของ ศิริลักษณ์ ศิริดำรง (อ้างใน เบญจพร พงศ์อำไพ และคณะ, 2552) ที่พบว่า กลุ่มตัวอย่างคิดว่าอุปสรรคที่มีผลต่อการตรวจเลือดคือไม่ไว้วางใจในการปกปิดผลการตรวจเลือดของเจ้าหน้าที่ และการให้บริการจากเจ้าหน้าที่

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้ ตามปัจจัยที่ศึกษาดังนี้

1. ปัจจัยนำ ควรส่งเสริมให้มีการเพิ่มความรู้เรื่องการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีและให้เฉพาะเจาะจง เหมาะสมแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. ปัจจัยเอื้อ ควรจัดให้มีการเอื้ออำนวยความสะดวกทั้งการจัดให้มีวัสดุ อุปกรณ์ที่ใช้สำหรับการตรวจคัดกรองให้เพียงพอ จัดสถานที่ตรวจคัดกรองให้มืดซิด มีบรรยากาศเหมาะสม มีสถานที่จอดรถเพียงพอ มีการประชาสัมพันธ์สถานบริการให้เป็นที่รู้จัก มีการจัดเก็บข้อมูลความลับของผู้รับบริการ การให้บริการแบบนิรนาม และควรมีรูปแบบการให้บริการแบบ one stop service ที่สามารถบอกผลการตรวจให้แก่ผู้รับบริการได้ภายในวันเดียว (same day result) หรือเพิ่มบริการตรวจในช่วงเวลาพิเศษ เช่น ในวันหยุดเสาร์-อาทิตย์ หรือนอกเวลาราชการ

3. ปัจจัยเสริมแรง ควรส่งเสริมให้มีการชักชวนการตรวจคัดกรองจากกลุ่มเพื่อน และครอบครัวที่มีทัศนคติที่ดีต่อการตรวจคัดกรองรวมถึง ในกลุ่มบุคลากรผู้ให้คำปรึกษา ควรเน้นเรื่องการรักษาความลับและการมีทัศนคติที่ดีต่อการให้บริการแก่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และส่งเสริมให้มีการดำเนินงานในกลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อในชุมชน

ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัยครั้งต่อไป

1. ควรมีการพัฒนาแบบการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
2. ควรมีการพัฒนาระบบบริการสุขภาพในชุมชนสำหรับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย
3. ควรมีการศึกษาวิจัยเชิงลึกเกี่ยวกับปัจจัยที่มีผลต่อการไม่มารับการตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญทุกท่านที่ได้ตรวจสอบความตรงเชิงเนื้อหาของเครื่องมือ ขอขอบคุณคณาจารย์จากกลุ่มวิชาการพยาบาลสาธารณสุข คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และกลุ่มตัวอย่างชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่ที่ได้ให้ความร่วมมือในการศึกษาเป็นอย่างดี ทำให้การวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

- กิริติกานต์ กลัดสวัสดิ์, เกรียงไกร ยอดเรือน, สัญญา กิตติสุนทรโรภาส, สุติ จารุพันธ์, เฉวตสร นามวาท, และ ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. (2554). ผลการเฝ้าระวังความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีและพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ปี 2553. สืบค้นจาก http://www.gfaiadsboe.com/Downloads/book/2554/IBBS_MSM_2553_Mar%202011.pdf
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. (2550). แผนปฏิบัติการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดอย่างทั่วถึงและครอบคลุมแห่งชาติ พ.ศ.2550-2554. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.
- คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติด. (2554). ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหายาเสพติดแห่งชาติ พ.ศ.2555-2559. นนทบุรี: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข.

- จีระศักดิ์ เจริญพันธ์, และ เฉลิมพล ต้นสกุล. (2550). พฤติกรรมสุขภาพ (พิมพ์ครั้งที่ 6). มหาสารคาม: คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม.
- ชุมศักดิ์ พุกกาพพงษ์. (บรรณาธิการ). (2555). สู้ส่งคมปลอดเอดส์. เมดิคอลไทม์, 13(311).
- นิตยา ภานุภาค. (2554). ประเด็นสำคัญในการเสวนาครั้งที่ 1: สู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Getting to zero): ชายรักชายใน กทม. กัมกับการสู่เป้าหมายที่เป็นศูนย์ (Test & Treat in Bangkok MSM). สืบค้นจาก <http://www.redcross.or.th/article/15421>
- เบญจพร พงศ์อำไพ, ประณีต ส่งวัฒนา, และ อุมาพร ปุญญโสพรรณ. (2552). ปัจจัยทำนายความตั้งใจของคู่สมรสหญิงตั้งครรภ์ในการมาใช้บริการตรวจคัดกรองเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี. วารสารสภากาชาดไทย, 24(4), 70-82.
- ประพันธ์ ภานุภาค. (2553ก). แนวทางการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ระดับชาติ ปี พ.ศ. 2553. ศูนย์พัฒนาระบบบริการยาต้านไวรัสสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย.
- ประพันธ์ ภานุภาค. (ม.ป.ป.). การรณรงค์ป้องกันเอดส์ในประเทศไทย. ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. สืบค้นจาก <http://www.trcarc.org/images/Journal/Article5.pdf>
- ราตรี โชติคพงษ์. (2552). การดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังที่มีภาวะซึมเศร้าที่มารับบริการในโรงพยาบาลโกรกพระ จังหวัดนครสวรรค์ (การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลสุขภาพจิตและจิตเวช). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- วิมลศิริ ศรีคันทะ. (2553). ผลของการสอนบนเว็บต่อความรู้และการปฏิบัติในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลด้านการควบคุมการติดเชื้อ). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สมชาย แสงกิจพร. (บรรณาธิการ). (2550). แนวทางการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี คู่มือสำหรับห้องปฏิบัติการ (พิมพ์ครั้งที่ 2). กรุงเทพฯ: บริษัทการพิมพ์.
- สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร. (2553). ผลการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่กรุงเทพมหานคร ปี 2553. กรุงเทพฯ: นิเวศรสมาคมการพิมพ์ (ประเทศไทย).
- สุจิตรา บรรจง. (2555). การวิเคราะห์สถานการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของแกนนำผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอบาง จังหวัดพะเยา (การค้นคว้าแบบอิสระพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลเวชปฏิบัติชุมชน). บัณฑิตวิทยาลัย, มหาวิทยาลัยเชียงใหม่.
- สุธิดา อินทรเพชร, ชมนาด พงนามาตร์, และ นงเยาว์ เกษตรภิบาล. (2551). การพัฒนารูปแบบการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารการพยาบาล, 23(4), 72-84.
- อาภาพร เผ่าวัฒนา, สุรินทร์ กลัมพากร, สุนีย์ ละกำป็น, และ ขวัญใจ อำนาสัตย์เชื้อ. (2554). การสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรคในชุมชน:การประยุกต์แนวคิดและทฤษฎีสู่การปฏิบัติ. กรุงเทพฯ: สำนักงานกองทุนสนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ.
- Cogan, M. S. (2012). UNDP Thailand holds training to draft national guidelines for HIV prevention. Retrieved from <http://www.th.undp.org/content/thailand/en/home/presscenter/articles/2012/05/01/undp-thailand-holds-training-to-draft-national-guidelines-for-hiv-prevention/>

- Green, L. W., & Kreuter, M.W. (1999). Health promotion planning: An educational and ecological approach (3rd ed.). *Mountain view*, California: Mayfield.
- Van Griensven, F., Varangrat, A., Wimonasate, W., Tanpradech, S., Kladsawad, K., Chemnasiri, T., . . . Plipat, T. (2009). Trends in HIV prevalence, estimated HIV incidence, and risk behavior among men who have sex with men in Bangkok, Thailand, 2003-2007. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 53(2), 237-239.
- Van Griensven, F. (2011). Factors associated with HIV testing history and returning for HIV test results among men who have sex with men in Thailand. *AIDS and Behavior*, 15(4), 693-701. doi:10.1007/s10461-010-9755-3