

สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติจากเอชไอวีในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560

The Stigma and Discrimination with Homan Immundeficiency Virus in Health Region 9, 2017

กัลยาณี จันธิมา,* ศิวะยุทธ สิงห์ปुरु** และ บุญสวย ชัยสถิตกุล***

Kalyanee Junthima, Siwayut Singpu and Boonsuay Chi Sathitkun

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 จังหวัดนครราชสีมา

The Office of Disease Prevention and Control 9 Nakhon Ratchasima

*Correspondence to: E-mail: kul4080@yahoo.com

**สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

***สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชัยภูมิ

(Article submitted: July 22, 2019; Final version accepted: March 24, 2020)

บทคัดย่อ

การตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพมีผลต่อการเข้าสู่ระบบบริการและภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยจึงศึกษาสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับ เอชไอวี ในเขตสุขภาพที่ 9 นาร่อง 2 จังหวัด คือ นครราชสีมา และชัยภูมิ

วิธีการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ จำนวน 642 คน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ จำนวน 648 คน เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม ในเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีตำแหน่งเป็นพยาบาลมากที่สุด (ร้อยละ 36.9) เคยสังเกตพบเหตุการณ์ที่เจ้าหน้าที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ ร้อยละ 39.7 ให้บริการด้วยคุณภาพด้อยกว่าผู้อื่น ร้อยละ 7.8 ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเพศชาย ร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 42.8 ปี ทราบว่าตนเอง ติดเชื้อมา 9.1 ปี เคยหลีกเลี่ยงการไปรักษาในโรงพยาบาลหรือไปล่าช้า ร้อยละ 13.1 ตอบว่าเคยถูกละเมิดสิทธิ เช่น บังคับตรวจเอชไอวีก่อนผ่าตัด ร้อยละ 11.8 หรือผลเลือดเปิดเผยจากการทำเครื่องหมายว่าติดเชื้อในแฟ้มประวัติ ร้อยละ 6.6

การตีตราและเลือกปฏิบัติผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการเขตสุขภาพที่ 9 ยังคงมีทัศนคติตีตรา ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 62 ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่บริการช้า ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม อาจทำให้เสียชีวิตหรือนำไปสู่การแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในเขตสุขภาพที่ 9 จึงควรมีการจัดกิจกรรมเพื่อให้เกิดระบบบริการสุขภาพ โดยการจัดอบรมให้ความรู้เรื่องการติดเชื้อเอชไอวีให้กับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้อง ทบทวนหลักการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อตามหลักสากล (Universal Precaution) และหลักสูตรการให้บริการที่เป็นมิตร

Abstract

Stigma and discrimination in health system rapidly effected health service system and health status of the people living with HIV. The researchers studied the stigma and discrimination that related HIV at health region 9 by specific province namely; Nakhon Ratchasima and Chaiyaphum. The study was designed as cross-sectional study. The participants included 642 infected HIV cases who received health service, and 648 health care providers were recruited. Data collection was conducted from May to June 2017. Descriptive statistic including frequency and percentage were applied for data analysis. The results found that most of health care providers were nurse about 36.9%. And those worried to infect HIV from the patients (39.7%). About 7.8% of the patients received quality of service less than others. Fifty percent of HIV patients who were male with a mean age 42.8 years infected HIV for about 9.1 years. The patients avoided

to go to hospital and delayed treatment. The patients reported that had been violated approximately 13.1% such as the patients were forced to have an HIV test before surgery about 11.8%. In addition, the results of HIV test were exposed in medical records 6.6%. In conclusion, stigma and discrimination with the people living with HIV at health region 9 were found approximately 62%, there were affected delay treatment among the patients. The patients were not received appropriate treatment, it might transmit to others. Therefore, to reduce the stigma and discrimination among the patients at health region 9, health service system should be conducted. Health care providers who were responsibility about HIV should be trained. Universal precaution and friendly service courses should be reviewed for disease control.

Key Words: Stigma, Discrimination, Provider, People living with HIV/AIDS

บทนำ

การตีตรา (Stigma) เป็นปรากฏการณ์ทางจิตวิทยา เกิดจากอคติและความเชื่อดั้งเดิมของคนจำนวนหนึ่งที่มีทัศนคติเชิงลบร่วมกันต่อกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างออกไปจากตนเอง อาจนำไปสู่การปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมต่อผู้ที่ถูกตีตรา เรียกว่า การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) หมายถึง การกระทำหรืองดเว้นกระทำการใด ๆ ที่มีลักษณะของการกีดกัน แบ่งแยก หน่วงเหนี่ยวหรือการจำกัดสิทธิของบุคคล การตีตราและการเลือกปฏิบัติถือเป็นการละเมิดหลักสิทธิมนุษยชน ความเสมอภาคและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์^(1,2,3) ปัจจุบันการตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับสุขภาพที่สำคัญที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีทำให้ผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่ยอมเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อ เนื่องจากคาดการณ์ไปล่วงหน้าว่าหากทราบว่าตนเองติดเชื้ออาจจะถูกรังเกียจและถูกกีดกันจากสังคม ผู้ติดเชื้อเมื่อไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ จะไม่ได้รับการดูแลรักษาและไม่ได้รับการองค์ความรู้เพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรม จึงยังคงมีโอกาสถ่ายทอดเชื้อให้ผู้อื่น สำหรับผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อแล้ว การรับรู้ว่ามี การตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเหล่านี้ไม่เข้ารับการดูแลรักษาที่สถานพยาบาล เนื่องจากเกรงว่าผลเลือดของตนเองจะถูกเปิดเผยให้ผู้อื่นทราบ นอกจากนั้นการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อในสถานพยาบาลยังทำให้เกิดความไม่พึงพอใจ บริการ ความทุกข์ใจ คุณภาพชีวิตที่ลดลงและการไม่มารับการรักษาต่อเนื่อง ซึ่งอาจส่งผลให้มีการเจ็บป่วยหรือเสียชีวิตได้อีกด้วย^(1,2,3) การตีตราและการเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นในแทบทุกส่วนของสังคม มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54) เกิดขึ้นในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านสุขภาพถือเป็นปัญหาสำคัญที่ขัดขวางประสิทธิภาพการแก้ไขปัญหาด้านเอชไอวี ทำให้การเข้ารับการรักษารวมไปถึงการคงอยู่ในกระบวนการรักษาและการรับยาอย่างต่อเนื่องน้อยลง⁽⁴⁾

ผลการประเมินแผนเอดส์ชาติ พบว่า การป้องกันและคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์เป็นส่วนที่ต้องปรับปรุงและพัฒนา โดยเฉพาะอย่างยิ่งระบบการติดตามสถานการณ์เพื่อการดูแลและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ถึงแม้จะมีความพยายามอย่างมากในการที่ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในประเทศไทย แต่ที่ผ่านมายังไม่มีหลักฐานเชิงประจักษ์ที่เพียงพอในเรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก โดยเฉพาะอย่างยิ่งข้อมูลในระดับเขต ยังไม่มีแนวทางที่เป็นความร่วมมือกันในการติดตามความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหาอย่างเป็นระบบและต่อเนื่อง ดังนั้น การประเมินผลการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีจึงเป็นเรื่องสำคัญที่จะนำไปใช้ในการติดตามสถานการณ์อย่างต่อเนื่องและประเมินผลในระดับเขต ข้อมูลที่ได้มาจะช่วยในการกำหนดนโยบายและรูปแบบการทำงานจากระดับพื้นที่ขึ้นไป เพื่อให้สามารถสะท้อนปัญหาในระดับพื้นที่ได้ชัดเจน ทั้งนี้ ข้อมูลระดับเขตรวบรวมขึ้นเพื่อติดตามความก้าวหน้าของตัวชี้วัดหลัก ที่ระบุอยู่ในแผนพัฒนาระบบข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการติดตามประเมินผลระดับประเทศปี พ.ศ. 2555-2559⁽⁵⁾ ซึ่งการติดตามและประเมินผลที่ได้รับการปรับปรุงทั้งในระดับพื้นที่และระดับประเทศจะเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาแผนงาน โครงการ และนโยบายเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย โดยการใช้อนุมัติจากข้อมูลด้านยุทธศาสตร์ใหม่ ๆ เรื่อง การตีตรา และการเลือกปฏิบัติ ที่เหมาะสม และทันต่อเหตุการณ์

วัตถุประสงค์

เพื่อสำรวจและติดตามสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ เอชไอวีในเขตสุขภาพที่ 9

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง เก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข 2 จังหวัด ได้แก่ นครราชสีมาและชัยภูมิ ระยะเวลาเก็บข้อมูลเดือนพฤษภาคม ถึง มิถุนายน 2560

ประชากรที่ศึกษา

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการ: โรงพยาบาลของรัฐบาลทุกแห่งในจังหวัดนครราชสีมา และ ชัยภูมิ เป็นรพ. ที่มีคลินิก ยาต้านไวรัสเอชไอวี และยินดีเข้าร่วมโครงการฯ โดยความสมัครใจ

กลุ่มตัวอย่าง ประเภทอาสาสมัคร จำนวนที่เข้าร่วมโครงการฯ มี 2 กลุ่ม ได้แก่

1. ผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรงและผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่มีพนักงานทำความสะอาดและพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย โดยแบบสอบถามตอบด้วยตนเอง 65 ข้อ
2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรับบริการดูแลรักษาในโรงพยาบาลของรัฐ ที่มีอายุมากกว่า 18 ปี โดยใช้แบบสัมภาษณ์ 33 ข้อ

การคำนวณและการสุ่มตัวอย่าง

เพื่อให้ได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดมากพอที่สามารถแสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ หรือ ตรวจวัดการเปลี่ยนแปลงได้ร้อยละ 10 จากระดับความชุกจากการคาดประมาณเดิมขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการสำหรับการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาล การศึกษานำร่องฯ โครงการพัฒนาเครื่องมือเพื่อติดตามเฝ้าระวังการตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ให้บริการสุขภาพ: การศึกษาในหน่วยบริการสุขภาพ ปี พ.ศ. 2557 ผลการศึกษา พบว่า ร้อยละ 65.6 ของบุคลากรมีความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติหน้าที่ประจำวันและจากการติดต่อกับผู้ป่วยที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี คำนวณโดยใช้สูตร ดังนี้⁽⁶⁾

$$n = Z * Z(P(1-P)) / D^2$$

$$Z = 1.96 \text{ (ระดับความเชื่อมั่น 95\%)}$$

$$P = \text{ความชุกของการตีตราและเลือกปฏิบัติจากการคาดคะเน หรือจากการศึกษาอื่น (ร้อยละ 65.6)}$$

$$D = \text{ขอบเขตของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้ (0.5)}$$

ผู้วิจัยได้คำนวณขนาดตัวอย่าง โดยพิจารณาจาก finite population correction factor และได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวนทั้งสิ้น 1,290 ราย แบ่งเป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ จำนวน 648 ราย และผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 642 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

1. แบบสอบถามผู้ปฏิบัติใน รพ. ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่
 - 1.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (8 ข้อ)
 - 1.2 การติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อ โดยมีลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า (Rating Scale) 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่กังวล จนถึงระดับ 4 คะแนน หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์นี้ มีข้อคำถาม 3 ข้อ
 - 1.3 สภาพแวดล้อมของสถานบริการสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่กังวล จนถึงระดับ 4 คะแนน หมายถึง ไม่เคยมีเหตุการณ์นี้ มีข้อคำถาม 5 ข้อ

1.4 นโยบายของสถานบริการสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงระดับ 4 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (มีข้อคำถาม 5 ข้อ)

1.5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ ตั้งแต่ 1 คะแนน หมายถึง เห็นด้วยอย่างยิ่ง จนถึงระดับ 4 คะแนน หมายถึง ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง มีข้อคำถาม 3 ข้อ

1.6 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรหลัก ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเห็น จนถึงระดับ 4 คะแนน หมายถึง เห็นเป็นประจำ มีข้อคำถาม 34 ข้อ

2. แบบสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อ คำถามรวมทั้งสิ้น 27 ข้อ ได้แก่

2.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (คำถามทั่วไป 7 ข้อ และคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศ 2 ข้อ ซึ่งจะอยู่ในส่วนสุดท้ายของแบบสอบถาม เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่ค่อนข้างอ่อนไหวต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่เป็น กลุ่มประชากรหลัก)

2.2 ประสบการณ์การใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพ ลักษณะข้อคำถามแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ ตั้งแต่ 0 คะแนน หมายถึง ไม่เคยเห็น จนถึงระดับ 4 คะแนน หมายถึง เห็นเป็นประจำ (6 ข้อ) การเปิดเผยสถานะและการรักษาความลับของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (3 ข้อ) อนามัยเจริญพันธุ์และการมีบุตร คำถามที่ถามทั้งเพศชายและเพศหญิง (6 ข้อ) และการมีบุตร ถามเฉพาะผู้หญิง (5 ข้อ)

แบบสอบถามพัฒนามาจากศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข เกณฑ์การคัดเลือกอาสาสมัครเข้าร่วมโครงการ

การวิเคราะห์ข้อมูล ใช้สถิติเชิงพรรณนา จัดกลุ่มของคำตอบ การทำ composite index (ตอบใช่ อย่างน้อยหนึ่งข้อในประเด็นนั้น) การแจกแจงความถี่ ร้อยละ

ผลการศึกษา

การสำรวจสถานการณ์ติตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในเขตสุขภาพที่ 9 เป็นการศึกษาระยะยาว หนึ่ง ช่วงเวลาหนึ่ง เก็บข้อมูลโดยวิธีการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง แบ่งเป็น 2 กลุ่ม ได้แก่ กลุ่มที่ 1 ใช้แบบสอบถามในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในสถานบริการสุขภาพทุกแห่งที่สังกัดกระทรวงสาธารณสุขหรือสถานบริการสุขภาพในหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ เขตสุขภาพที่ 9 ได้แก่ จังหวัดนครราชสีมาและชัยภูมิ กลุ่มที่ 2 ใช้การสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ

ผลการสำรวจผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ในเขตสุขภาพที่ 9

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพที่ตอบแบบสอบถาม

ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 ในจังหวัดนครราชสีมาและชัยภูมิที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 648 ราย พบว่า ร้อยละ 54.4 เป็นบุคลากรระดับวิชาชีพ โดยเป็นพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 36.9 รองลงมา คือ เภสัชกร ร้อยละ 4.8 บุคลากรสนับสนุนบริการสุขภาพ ร้อยละ 23.1 ตำแหน่งผู้ช่วยเหลือคนใช้ ร้อยละ 12.7 เจ้าหน้าที่เวชระเบียน ร้อยละ 3.2 บุคลากรสนับสนุนทั่วไป ร้อยละ 22.2 แยกเป็นพนักงานต้อนรับ ร้อยละ 0.8 รองลงมา คือ พนักงานทำความสะอาดและพนักงานเก็บเงิน ร้อยละ 0.6

ส่วนที่ 2 การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพ

2.1 ความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ผู้ปฏิบัติงานในสถานสุขภาพส่วนใหญ่ มีความกังวลมากกว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการเจาะเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 2.5 จากการทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.4 และจากการสัมผัสเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 0.8 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ระดับความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (n= 648 ราย)

เหตุการณ์ที่ทำให้รู้สึกกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวี	ไม่กังวล	กังวล บ้างเล็กน้อย	กังวล พอสมควร	กังวล มาก	ไม่ตอบ ไม่เคยมี เหตุการณ์
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
หยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	285 (44.0)	130 (20.0)	28 (4.3)	5 (0.8)	200 (30.9)
ทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	178 (27.5)	178 (17.7)	37 (5.7)	9 (1.4)	309 (47.7)
เจาะเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวี	170 (26.2)	170 (17.3)	43 (6.6)	16 (2.5)	307 (47.4)

2.2 การป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ให้บริการสุขภาพ มีการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ สวมถุงมือสองชั้น ร้อยละ 35.8 ใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษ เมื่อต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะไม่ทำเช่นนี้กับคนไข้รายอื่น ๆ ร้อยละ 34.3 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (n= 648 ราย)

เหตุการณ์ที่มักจะทำเมื่อต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ตอบ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
สวมถุงมือสองชั้น	140 (35.8)	232 (21.6)	276 (42.6)
ใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษ เมื่อต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งจะไม่ทำเช่นนี้กับคนไข้รายอื่น ๆ	222 (34.3)	144 (22.2)	282 (43.5)

ตารางที่ 3 การสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (n= 648 ราย)

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเหตุการณ์ที่ประสบ ในสถานพยาบาลแห่งนี้	ไม่เคยเห็น	เห็น บางครั้ง	เห็น บ่อยครั้ง	เห็นเป็นประจำ	ไม่ตอบ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี	458 (70.7)	85 (13.1)	9 (1.4)	9 (1.4)	87 (13.4)
เจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ สงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวีด้วยคุณภาพด้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไป	487 (75.1)	61 (9.4)	5 (0.8)	3 (0.5)	92 (14.2)

ผลการสำรวจผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตสุขภาพที่ 9

ส่วนที่ 1 คุณลักษณะทั่วไปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 9 จำนวน 2 จังหวัด คือ จังหวัดนครราชสีมาและชัยภูมิ ที่เข้าร่วมการสำรวจโดยการสัมภาษณ์ครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 642 ราย พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีอายุโดยเฉลี่ย 42.85 ปี (S.D. = 10.6) จำนวนปีที่ไปรับบริการตามสถานที่ให้บริการโดยเฉลี่ย 7.72 ปี (S.D. = 5.0) และระยะเวลาที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีโดยเฉลี่ย 9.05 ปี (S.D. = 10.6) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ให้สัมภาษณ์ เป็นผู้หญิง ร้อยละ 49.8 ชายรักชาย ร้อยละ 4.4 ส่วนใหญ่มีสิทธิบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง/บัตรสามสิบบาท) ร้อยละ 83.2 ปัจจุบันกำลังรับยาต้านไวรัสอยู่ ร้อยละ 96.3 ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีระหว่างตั้งครรภ์ ร้อยละ 65.7 และไม่เคยตั้งครรภ์หลังจากติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 34.3

ส่วนที่ 2 ประสบการณ์การถูกตีตราและการถูกเลือกปฏิบัติ

ช่วง 1 ปีที่ผ่านมา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เคยหลีกเลี่ยง (หรือไปล่าช้า) การไปรับบริการในสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 13 ในกรณีที่ตอบเคยหลีกเลี่ยง สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตีตรา คือ ความกลัว (จำนวน 81 คน) เนื่องจากสถานบริการสุขภาพอยู่ไกลที่ทำงาน กลัวว่าเพื่อนร่วมงานอาจเห็นตนเอง ร้อยละ 14.2 ด้านคุณภาพการให้บริการ (จำนวน 30 คน) เนื่องจากต้องคอยนานกว่าผู้ป่วยคนอื่น ถูกจัดเป็นคิวสุดท้าย ร้อยละ 30 เคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการรับบริการที่นั่นมาก่อน ร้อยละ 36.4 และสาเหตุที่หลีกเลี่ยง ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตีตรา (จำนวน 36 คน) เนื่องจากอยู่ไกลเกินไป เดินทางไม่สะดวก ไม่มีรถไป ร้อยละ 61.1 รายละเอียดดังแสดงในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการช้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ข้อมูลที่ให้	จำนวน (คน)	ร้อยละ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการช้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (n= 642 คน)		
- ไม่เคยเคยหลีกเลี่ยงการไป (หรือไปล่าช้า) รับบริการสุขภาพด้านเอชไอวีหรือ บริการสุขภาพทั่วไปที่ไม่เกี่ยวกับเอชไอวีที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน	558	87.0
- เคยหลีกเลี่ยงการไป (หรือไปล่าช้า) รับบริการสุขภาพด้านเอชไอวีหรือบริการสุขภาพทั่วไปที่ไม่เกี่ยวกับเอชไอวีที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน	84	13.0
สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตีตรา (กรณีที่ตอบเคยหลีกเลี่ยง) กลัวผลเลือดเปิดเผย (n= 84)		
- กลัวว่าจะถูกเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี	81	96.4
- ฉันมีคนรู้จักหรือมีญาติทำงานอยู่ที่นั่น	30	35.7
- อยู่ใกล้ที่ทำงานของฉัน ดังนั้น เพื่อนร่วมงานอาจเห็นฉัน	12	14.2
คุณภาพการให้บริการ (n= 30)		
- บริการไม่เป็นมิตร	5	16.7
- เจ้าหน้าที่พูดจาไม่ดีกับฉันเพราะเป็นผู้ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	7	23.3
- ฉันต้องคอยนานกว่าผู้ป่วยคนอื่น ถูกจัดเป็นคิวสุดท้าย	9	30.0
- เจ้าหน้าที่หลีกเลี่ยงการจับเนื้อตัวฉัน	4	13.3
- เจ้าหน้าที่สวมถุงมือสองชั้นเวลามาให้บริการฉัน	6	20.0
- เจ้าหน้าที่ชอบจ้องมองฉันหรือนินทาฉัน	4	13.3
- ฉันเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการรับบริการที่นั่นมาก่อน	11	36.7
สาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตีตรา (n=36)		
- อยู่ไกลเกินไป เดินทางไม่สะดวก ไม่มีรถไป	24	66.7
- ฉันไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ค่าบริการแพง	5	13.9
- การบริการมีคุณภาพต่ำไม่ว่าจะเป็นการดูแล / การตรวจ / การรักษา/ยาที่ใช้ / การวินิจฉัยโรค / ความรู้ / การปฏิบัติงาน / ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย อันเนื่องมาจาก สถานการณ์ติดเชื้อ / ความรู้สึกไม่เชื่อมั่นในความรู้ทางการแพทย์	7	19.4
- ฉันไม่ได้ป่วยหนัก ไม่จำเป็นต้องรับการรักษา ฉันรักษาตัวเองได้	5	13.9

ตารางที่ 5 จำนวนและร้อยละของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่หลีกเลี่ยงไม่ไปฝากครรภ์หรือไม่ไปรับบริการ PMTCT ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้หญิง)

ข้อมูลที่ให้	จำนวน	ร้อยละ
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่หลีกเลี่ยงไม่ไปฝากครรภ์หรือไม่ไปรับบริการ PMTCT ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (ผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้หญิง) (n= 108)		
- หลีกเลี่ยงไม่ไปฝากครรภ์หรือไม่ไปรับบริการ PMTCT	1	0.9
- ไม่เคยหลีกเลี่ยง	107	99.1
สาเหตุเกี่ยวข้องกับการตีตรา (กรณีที่ตอบเคยหลีกเลี่ยง) กลัวผลเลือดเปิดเผย		
กลัวว่าจะถูกเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี (n= 43)	30	69.8
- ฉันมีคนที่รู้จักหรือมีญาติทำงานอยู่ที่นั่น	7	16.3
- อยู่ใกล้ที่ทำงานของฉัน ดังนั้น เพื่อนร่วมงานอาจเห็นฉัน	3	7.0
- กลัวคนจะเห็นว่าฉันไปรับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PMCT) แล้วเขาจะรู้ว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี	2	4.7
คุณภาพการให้บริการ (n= 17)		
บริการไม่เป็นมิตร	1	5.9
- เจ้าหน้าที่พูดจาไม่ดีกับฉันเพราะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี	5	29.4
- ฉันต้องคอยนานกว่าผู้ป่วยคนอื่น ถูกจัดเป็นคิวสุดท้าย	1	5.9
- เจ้าหน้าที่หลีกเลี่ยงการจับเนื้อต้องตัวฉัน	2	11.8
- เจ้าหน้าที่สวมถุงมือสองชั้นเวลามาให้บริการฉัน	2	11.8
- เจ้าหน้าที่ชอบจ้องมองฉันหรือนินทาฉัน	0	0
- ฉันเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการรับบริการที่นั่นมาก่อน	6	35.3
สาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตีตรา (n= 18)		
- อยู่ไกลเกินไป เดินทางไม่สะดวก ไม่มีรถไป ฉันไม่มีบัตรประกันสุขภาพ	11	61.1
- ค่าบริการแพง	1	5.6
- การบริการมีคุณภาพต่ำ ไม่ว่าจะเป็นการดูแล / การตรวจ / ยาที่ใช้ / การวินิจฉัยโรค / ความรู้ / การปฏิบัติงาน / ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องเอชไอวี	4	22.2
- ปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วยอันเนื่องมาจาก สถานการณ์ติดเชื้อ/ความรู้สึกไม่เชื่อมั่นในความรู้ทางการแพทย์	2	11.0

ตารางที่ 6 การเคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านเพราะท่านเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ (เกิดขึ้นที่สถานบริการสุขภาพ / โรงพยาบาลใด ๆ ก็ตาม)	เคย	ไม่เคย	ไม่ตอบ	ไม่ทราบ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
ถูกผู้ให้บริการปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพ หรือปฏิเสธที่จะให้การรักษา	14 (2.1)	622 (96.9)	1 (0.2)	5 (0.8)
ถูกจัดให้รับบริการเป็นคิวสุดท้าย หรือถูกจัดให้นานกว่าผู้ป่วยรายอื่น ๆ	50 (7.8)	586 (91.3)	0 (0)	60 (9.9)
ได้รับการดูแลแยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ	37 (5.9)	597 (93.0)	3 (0.2)	5 (0.9)
เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบอกให้ท่านออกจากโรงพยาบาลที่ท่านใส่แล้วไปทิ้งในถังหรือบริเวณที่จัดไว้ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น	25 (10.6)	210 (89.4)	200 (31.2)	207 (32.2)

ส่วนที่ 3 การตีตราตนเอง

ตารางที่ 7 การเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ / โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (n = 642 คน)

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ / โรงพยาบาล เนื่องจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ	ไม่ตอบ
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
รู้สึกอายที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี	101 (15.7)	534 (83.2)	1 (0.2)	6 (0.9)
รู้สึกกลัวว่าจะถูกเจ้าหน้าที่ให้บริการสุขภาพจ้องมองหรือนินทา	65 (10.1)	571 (88.9)	1 (0.2)	5 (0.8)
รู้สึกผิดที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี	212 (33.0)	421 (65.6)	2 (0.3)	7 (1.1)

อภิปรายผลการวิจัยและข้อเสนอแนะ

จากผลการสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560 ภาพรวมพบว่า สถานการณ์ถูกเลือกปฏิบัติสูง ร้อยละ 62 มีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี มากกว่าครึ่งของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพใช้วิธีการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดย 1 ใน 5 (ร้อยละ 23) เคยสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จึงควรเริ่มดำเนินการในสถานบริการสุขภาพ เพราะเป็นหน่วยงานที่ให้บริการใกล้ชิดผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อจะเป็นตัวอย่างที่ดีในการให้บริการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติฯ ไม่ได้เกิดผลดีต่อผู้รับบริการอย่างเดียวแต่ยังเกิดผลดีต่อคนทำงานเพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างสุขใจไม่มีข้อกังวลการร้องเรียน เรื่อง การละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพของเขตสุขภาพที่ 9 มีทัศนคติทางลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และให้บริการด้อยกว่าผู้อื่นร้อยละ 7.8 อาจเป็นสิ่งที่ผลักดันที่จะนำไปสู่พฤติกรรมการตีตราและเลือกปฏิบัติได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการที่โรงพยาบาล ด้วยเหตุผลกลัวการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากบุคลากร อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางส่วนมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการถูกละเมิดสิทธิแม้จะมีสัดส่วนไม่มาก สอดคล้องกับการศึกษาของ Wolfe และคณะในปี 2008 ในประเทศบอสวานาที่พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัส ระบุว่า พวกเขาเข้ารับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีล่าช้าเพราะกลัวการถูกตีตรา⁽⁷⁾ และ Turan และคณะในปี 2008 ที่ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ในประเทศเคนยา ระบุว่า ความรู้สึกกลัวการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี ก่อให้เกิดการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีต่อคนอื่น ๆ เช่น คู่ครองโดยที่เขาไม่ยินยอม และการตีตราอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี เป็นเหตุผลที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้หลีกเลี่ยงที่จะไปคลอดบุตรในสถานบริการสุขภาพเป็นต้น⁽⁸⁾ การตีตรา (Stigma) ผู้ป่วยให้เป็นบุคคลที่น่ารังเกียจของครอบครัว ชุมชน และคนรัก ทำให้พวกเขาบางส่วนถูกเลือกปฏิบัติจนไม่สามารถใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้ตามปกติ เพราะกลัวถูกรังเกียจ ทำให้ต้องปิดเป็นความลับ เพราะสังคมมักมีความคิดว่าผู้ติดเชื้อเป็นคนไม่ดี เช่น เป็นหญิงบริการ ดิฉันเสพติด ทำให้ผู้ติดเชื้อไม่เข้าสู่การรักษา หรือไม่ยอมมาตรวจ และยังแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นได้โดยไม่รู้ตัว เนื่องจากผู้ติดเชื้อจะดูแข็งแรงดีได้จนเกือบ 10 ปีก่อนจะเริ่มป่วย โดยระหว่างนั้นสามารถแพร่เชื้อไปได้มากมาย คนทั่วไปกลัวเกินกว่าเหตุว่าคนที่ติดเชื้อจะแพร่เชื้อจากการอยู่ร่วมกันในชีวิตประจำวัน การมีภาพเก่า ๆ ติดตาจำว่าคนที่ติดเชื้อจะมีรูปลักษณะน่าเวทนา หรือกลัวว่าผู้ติดเชื้อจะเป็นภาระแก่ครอบครัวหรือบริษัท ความเข้าใจและความใจกว้างของสังคมเท่านั้นที่จะทำให้การตีตราและการแบ่งแยกหมดไป ซึ่งเป็นตัวสำคัญที่สุดที่จะทำให้คนกล้าตรวจเอชไอวีกันมากขึ้น และจะทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าสู่ระบบการดูแลรักษามากขึ้นและรวดเร็วขึ้น ส่งผลให้ผู้เสียชีวิตจากเอดส์ลดลง และลดการแพร่เชื้อกรรมควบคุมโรคเอดส์ผลสำรวจการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในสังคมไทย พบว่า ปี 2558 คนไทยร้อยละ 20.7 รังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เพิ่มขึ้นจากปี 2557 ซึ่งมีอยู่เพียงร้อยละ 11.5 คน ประชาชนไทยยังมีความกลัวรังเกียจและกีดกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีถึงร้อยละ 48.9 ซึ่งสูงกว่าผลสำรวจเมื่อปี 2557 ถึง 14.2% สะท้อนปัญหาตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวียังคงมีอยู่ ซึ่งอาจจะมาจากความไม่รู้หรือไม่มีข้อมูล⁽⁹⁾

ข้อจำกัดของการศึกษา

การเลือกจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนเป็นการเลือกตามความพร้อมและความสมัครใจไม่ได้สุ่มเลือก อาจทำให้ผลการศึกษามิเป็นตัวแทนของเขต จำนวนจังหวัดเพียง 2 จังหวัด อาจเป็นขนาดตัวอย่างที่น้อยเกินไปที่จะบอกสถานการณ์ของเขต และผลการสำรวจแต่ละข้อที่นำเสนอในรายงานนี้เป็นเพียงการหาค่าเฉลี่ยอย่างง่ายตามสัดส่วนของอาสาสมัครแต่ละประเภทของแต่ละจังหวัด จากจำนวนผู้ตอบทั้งหมด ยังไม่ได้ทำการถ่วงน้ำหนักตามประชากรทั้งสองกลุ่มตามจำนวนผู้ปฏิบัติงานสุขภาพและผู้ติดเชื้อเอชไอวีของแต่ละจังหวัด

ข้อเสนอแนะ

1. พัฒนาศักยภาพบุคลากร เรื่อง มาตรฐานบริการเพื่อการเข้าถึงบริการดูแลรักษาและลดการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จัดกิจกรรมเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในรายแผนกเน้นแผนกที่เจ้าหน้าที่มีความรู้สึกกังวลสูงในการให้บริการ เช่น ห้องคลอด ห้องผ่าตัด จัดอบรมหลักสูตรการให้บริการที่เป็นมิตร และจัดกระบวนการเสริมสร้างคุณค่าในตนเองให้กับผู้ติดเชื้อในกลุ่มเฉพาะที่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีสูง เช่น ชายมีสัมพันธ์กับชายสาวประเภทสอง พนักงานบริการและผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มเฉพาะเหล่านี้มักต้องเผชิญกับการตีตรา การเลือกปฏิบัติ การละเมิดสิทธิมนุษยชน และความไม่เท่าเทียมทางเพศในชุมชนสูง

2. ควรสร้างความเข้าใจเรื่องเอชไอวีและเอดส์เพื่อเปลี่ยนการรับรู้ใหม่โดยการสื่อสารผ่านสาธารณะและผ่านหน่วยงานต่างๆ ที่เกี่ยวข้อง

3. จังหวัดและอำเภอควรศึกษาทำความเข้าใจผลการสำรวจของตนเองเพิ่มเติมโดยละเอียด และหากเป็นไปได้ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพื่อหาสาเหตุเชิงลึกของปัญหาที่เฉพาะเจาะจงของพื้นที่ ความรู้ที่ได้สามารถนำไปออกแบบกิจกรรมแก้ไขปัญหามีความเฉพาะเจาะจงกับพื้นที่

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ รศ.นพ. เกรียงไกร ศรีธนวิญชัย อาจารย์จรัญ เชื้อเย็น คุณพรทิพย์ เข็มเงิน และเจ้าหน้าที่จากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดชัยภูมิ เจ้าหน้าที่งานเอดส์ทุกโรงพยาบาลและอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีในจังหวัดนครราชสีมาและชัยภูมิ

เอกสารอ้างอิง

1. Katz, Ingrid, Annemarie Ryu, Afachukwu Onuegbu, Christina Psaros, Sheri Weiser, David Weiser, and Alexander Tsai. 2013. "Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis." *Journal of the International AIDS Society* 16 (3 Suppl 2): 18640. doi.10.7448/IAS.16.3.18640
2. Kalichman, S.C., and L.C. Simbayi. 2003. "HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa." *Sexually transmitted infections* 79(6): 442-447.
3. MacQuarrie, Kerry, Traci Eckhaus, and Laura Nyblade. 2009. "HIV-related stigma and discrimination: A summary of recent literature." Geneva, Switzerland: UNAIDS.
4. Nyblade, L., Stangl, A., Weiss, E., & Ashburn, K. (2009). Combating HIV stigma in health care settings: what works. *Journal of the International AIDS Society*, 12(1), 15.
5. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. 2555. "แผนงานด้านข้อมูลยุทธศาสตร์และการติดตามและประเมินผลโครงการเอชไอวี/เอดส์ ปี พ.ศ. 2555-2559".
6. Kish, Leslie. 1965. *Survey Sampling*. New York: John Wiley and Sons, Inc.
7. Wolfe, William R., Sheri D. Weiser, Karen Leiter, Wayne T. Steward, Fiona Percy-de Korte, Nthabiseng Phaladze, Vincent Lacopino, and Michel Heisler. 2008. "The impact of universal access to antiretroviral therapy on HIV stigma in Botswana." *American Journal of Public Health* 98(10): 1865-1871.

8. Turan JM, Miller S, Bukusi EA, Sande J, Cohen CR. 2008. "HIV/AIDS and maternity care in Kenya: how fears of stigma and discrimination affect uptake and provision of labor and delivery services." *AIDS Care* 20(8):938-45.
9. ศูนย์บริการจัดการแก้ไขปัญหาเอดส์ชาติ (สบจอ.). 2557. "แผนการดำเนินงานเพื่อการยุติปัญหาเอดส์ในระยะ 5 ปีของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558-2562."