

การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10

Stigma and Discrimination Related to HIV in the Health Services Area 10, Thailand

วันทนีย์ ธารณธนบุณย์*

Wanthanee Tharnthanaboon

พัชฌมณ เจริญนาวิ

Patchamon Charoenavee

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ ๑๐ จังหวัดอุบลราชธานี

The Office of Disease Prevention and Control,

Region 10 Ubon Ratchathani

*Corresponding author e-mail: wanthaneedpc7@gmail.com

DOI: 10.14456/taj.2023.2

Received: October 6, 2022 Revised: March 7, 2023 Accepted: March 12, 2023

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวข้องกับเอชไอวี เก็บข้อมูลโดยการสุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ 985 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 872 คน จากโรงพยาบาลทุกแห่ง ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 คือ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ประเด็นการตีตราและเลือกปฏิบัติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข วิเคราะห์ผลโดยการนำเข้าระบบเก็บข้อมูลในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Research Electronic Data Capture: REDCap) และวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์อัตราส่วนความเสี่ยง (odds ratio) การศึกษา พบว่า กลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ มีทัศนคติเชิงลบ ร้อยละ 83.39 โดยคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความรับผิดชอบ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 54.94 ไม่เห็นด้วยว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการ ร้อยละ 51.78 กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ การเจาะเลือดและการทำแผล ร้อยละ 50.66 และรู้สึกลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 35.17 ในด้านพฤติกรรมการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่า มีการป้องกันตัวเองในช่วงการให้บริการเกินความจำเป็น ร้อยละ 57.17 และสังเกตเห็นพฤติกรรมเลือกปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อ ร้อยละ 26.91 โดยสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการ ร้อยละ 23.05 ด้านทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการรับบริการสุขภาพ พบว่า เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.02 มีการตีตราตนเอง ร้อยละ 34.86 และพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลเนื่องจากรู้สึกผิด และอายุที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 30.04 และ 15.25 เมื่อเปรียบเทียบการตีตราและเลือกปฏิบัติระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพสายวิชาชีพกับสายสนับสนุน พบว่า สายวิชาชีพมีความเต็มใจที่จะให้บริการแก่กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า (OR=0.54; 95%CI 0.36-0.79) และมีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการต้องสัมผัสเสื้อผ้าของใช้มากกว่า (OR=1.74; 95%CI 1.24-2.44) แต่การป้องกันตัวเองโดยสวมถุงมือสองชั้นน้อยกว่าผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพสายสนับสนุน (OR=2.87; 95%CI 1.90-4.33) เปรียบเทียบประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเมื่อมารับบริการสุขภาพ พบว่า กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ

มากกว่าประชากรกลุ่มทั่วไป (OR=2.08; 95%CI 1.15-3.77) และเมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี 10 ปีขึ้นไปกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่า 10 ปี พบว่า ผู้ติดเชื้อ 10 ปีขึ้นไปเคยถูกเลือกปฏิบัติมากกว่า (OR=1.79; 95%CI 1.07-3.02) และได้รับคำแนะนำให้งดการมีลูกมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่า 10 ปี (OR=1.45; 95%CI 1.07-1.98) ข้อเสนอแนะ สถานบริการสุขภาพในพื้นที่ควรจัดทำแนวทางและจัดบริการที่ช่วยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในหน่วยงานที่เกิดจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เน้นให้ผู้ให้บริการปลอดภัย เกิดความเห็นใจ เข้าใจและเต็มใจให้บริการ เคารพสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

This research aimed to study stigma and discrimination related to HIV. Samples were recruited by sampling method among 958 health care providers and 872 people living with HIV from all hospitals in Health Service Area 10, including Ubon Ratchathani, Sisaket, Yasothon, Amnat Charoen and Mukdahan during March-June, 2017. Data collection tools included a self-administered questionnaire and an interview form about stigma and discrimination developed by Department of Disease Control, Ministry of Public Health. The results were analyzed by the REDCap-data import tool and statistically analyzing by odds ratio and correlation. The study found that 83.39% of healthcare providers had at least one negative attitude towards people living with HIV, such as believing they were irresponsible or exhibiting inappropriate behavior (54.94). More specifically, 51.78% disagreed with HIV-positive women who wanted to have children, while 50.66% were worried about exposing themselves to HIV while providing care. Additionally, 35.17% felt awkward working with HIV-positive staff or personnel. Discrimination was also prevalent, with 57.17% of healthcare providers overprotecting themselves during service delivery and 26.91% demonstrating at least one discriminatory behavior, such as being reluctant to serve certain key populations (23.05). Among people living with HIV, 15.02% reported experiencing discrimination while receiving health services. Self-stigmatization was also common, with 34.86% of respondents feeling ashamed of their status and 30.04% deciding to avoid hospital visits due to feelings of guilt. Embarrassment was also a factor, with 15.25% of respondents feeling ashamed of their HIV-positive status. The study also found that healthcare professionals were more willing to provide care services to key populations than non-professionals (OR=0.54; 95%CI 0.36-0.79) and were more concerned about HIV transmission through contact with clients' personal items (OR=1.74; 95%CI 1.24-2.44), but less likely to use double gloves for self-protection (OR=2.87; 95%CI 1.90-4.33). Moreover, primary populations were more likely to experience stigma and discrimination in healthcare settings than the general population (OR=2.08; 95%CI 1.15-3.77). Those who had known about their HIV-positive status for more than 10 years were also more likely to experience discrimination than those who had known for less than 10 years (OR=1.79; 95%CI 1.07-3.02). Lastly, those who had been stigmatized and advised by healthcare providers to abstain from having children were significantly higher in the group of people who had known about their HIV-positive status for more than 10 years (OR=1.45; 95%CI 1.07-1.98). Recommendations: Health care facilities should establish a standardized approach to providing quality services

that prioritize the confidentiality of healthcare providers while also being friendly, secure, compassionate, and respectful of human rights and dignity of clients. Such an approach would encourage clients to receive health-care services continuously, leading to a reduction in new HIV cases and contributing to the goal of ending AIDS by 2030.

คำสำคัญ

การตีตราและเลือกปฏิบัติ, สถานบริการ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

Keywords

stigma and discrimination, health care settings, HIV/AIDS patients

บทนำ

เมื่อปี พ.ศ. 2527 ประเทศไทยได้ตรวจพบผู้ป่วยเอดส์รายแรก หลังจากนั้นจำนวนผู้ป่วยเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี เริ่มเพิ่มมากยิ่งขึ้นในปี พ.ศ.2559 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ประมาณ 449,309 คน มีผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ 12,863 คน และติดเชื้อฯ รายใหม่ 6,471 คน การติดเชื้อฯ รายใหม่ส่วนใหญ่เกิดในกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ซึ่งคาดว่าอีก 5 ปีข้างหน้า การติดเชื้อฯ รายใหม่ในกลุ่มนี้จะมีสัดส่วนเกินครึ่งของการติดเชื้อฯ รายใหม่ทั้งหมด⁽¹⁾ สถานการณ์การแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในระยะแรก สังคมมีความตระหนกและหวาดกลัว เนื่องจากคนในสังคมยังขาดความรู้ ความเข้าใจ และข้อเท็จจริงเกี่ยวกับโรคที่เกิดจากเชื้อเอชไอวี ซึ่งการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เกิดขึ้นในหลายๆ ส่วนของสังคม โดยการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพที่เกิดขึ้นกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ผู้ที่ถูกสงสัยว่าเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือกลุ่มเฉพาะที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีนั้นมิได้หลายลักษณะ อาจเกิดขึ้นจริงหรืออาจเกิดจากการคาดคะเนอันเนื่องมาจากความกลัว ซึ่งส่งผลให้ไม่กล้าที่จะไปใช้บริการสุขภาพที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน ไม่ไปเข้ารับการรักษาเชื้อเอชไอวี หรือไม่ไปรับบริการด้านสุขภาพที่จำเป็นเมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีแล้ว และอาจหลีกเลี่ยงการเข้ารับการรักษาเพราะไม่กล้าเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง ทำให้พวกเขาไม่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีหรือไม่ได้รับการดูแลรักษา

ที่เหมาะสม ผลการวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ มักจะส่งผลกระทบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สตรีข้ามเพศ พนักงานบริการ และผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด⁽²⁾ ปัญหาดังกล่าว ล้วนแต่เป็นปัญหาที่ส่งผลกระทบต่อวิถีชีวิต ความเป็นอยู่ คุณภาพชีวิต และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ของผู้ติดเชื้อและผู้ใกล้ชิด⁽³⁾ ในปี พ.ศ. 2558 ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) ได้ติดตามสถานการณ์การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่ายังคงสูงอยู่โดยสังเกตเห็นบุคลากรแสดงการรังเกียจในการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 23.70 ในขณะที่ผู้ติดเชื้อฯ ที่มีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติจากการมารับบริการที่สถานพยาบาลนั้นมีสถานการณ์ดีขึ้นกว่าเดิม แต่ก็ยังพบผู้ติดเชื้อฯ มีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการมารับบริการสุขภาพลดลงเล็กน้อย ร้อยละ 12.10 ประสบการณ์ในการถูกเปิดเผยผลเลือดลดลง ร้อยละ 20.40 และผู้ติดเชื้อฯ ยังมีการตีตราตนเองสูง ร้อยละ 31.41⁽⁴⁾ และจากการเสนอสถานการณ์ตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทย โดยการสำรวจทั่วประเทศในปี พ.ศ. 2560 เขตบริการสุขภาพละ 1 จังหวัด รวม 13 จังหวัด พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ส่วนใหญ่กังวลว่าจะติดเชื้อจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 50.50 มีการ

ป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 56.70 สังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 25.80 มีทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 82.12 ไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือดูแลผู้ที่เป็น หรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูง ในการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 19.20 และรู้สึกอึดอัด ลำบากใจที่จะต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 30.60 นอกจากนี้ ผลสำรวจในผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเคยมีประสบการณ์ ถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 10.17 เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลใกล้บ้านเนื่องจากการตีตราตนเอง ร้อยละ 36.90 เคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อ ร้อยละ 10.30 และเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีลูกและอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 10.45⁽⁵⁾

จากข้อมูลข้างต้น ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพมีทัศนคติเชิงลบกับผู้ป่วยเอดส์ ขณะเดียวกัน ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีการตีตราตนเอง ส่งผลต่อการเข้ารับบริการต่างๆ ที่มีนโยบายให้ยาฟรีทุกสิทธิ และยังมีประสิทธิภาพดีขึ้น ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวีและอัตราการตายสูง ดังนั้น ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10 โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาทัศนคติ พฤติกรรมการเลือกปฏิบัติของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพและผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการรับบริการสุขภาพ ตลอดจนศึกษาหาความสัมพันธ์ระหว่างบุคลากรสายวิชาชีพ กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี และระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวีกับประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติซึ่งข้อมูลที่ได้จะนำมาวางแผนพัฒนาและจัดบริการด้านสุขภาพที่ลดการตีตรา และการเลือกปฏิบัติของสถานบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 ช่วยเพิ่มอัตราการเข้าถึงบริการและเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสมต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม คือ

1) บุคลากรสายวิชาชีพ คือ ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพในคลินิกยาด้านไวรัสที่ให้การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งเจ้าหน้าที่สายสนับสนุน เช่น งานด้านธุรการ พัสดุ ซึ่งไม่มีโอกาสติดต่อหรือพบปะกับผู้รับบริการและญาติโดยตรงในโรงพยาบาลรัฐที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งใน 5 จังหวัด ของพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร การคำนวณกลุ่มตัวอย่างใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มจากรายชื่อของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดของโรงพยาบาล แบ่งขนาดตัวอย่างตามสัดส่วนของจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลเทียบกับจำนวนบุคลากรทั้งจังหวัด โดยใช้สูตรการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจจำนวนบุคลากรทั้งหมดจากโรงพยาบาลทุกแห่งรวมกันของจังหวัดเท่ากับ 2,000 คน ทำการเปรียบเทียบโดยการอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษานำร่องที่ผ่านมาของกรุงเทพฯ และเชียงใหม่ในปี พ.ศ. 2557⁽⁴⁾ รายงานว่า ร้อยละ 65.60 ของบุคลากร กลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติหน้าที่และนำมาประมาณค่าความคลาดเคลื่อน ร้อยละ 10.00 ได้กลุ่มตัวอย่าง คือ 95 คน ต่อจังหวัด และเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างตามค่าผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อการเก็บข้อมูลสำรวจ (design effect) ไว้เท่ากับ 2 จึงได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างการสำรวจเท่ากับ 182 คน และคำนวณสำหรับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ ร้อยละ 10.00 เท่ากับ 202 คน และสุ่มเลือกผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพในคลินิกยาด้านไวรัสทั้งโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน กระจายให้ครอบคลุมทุกจังหวัด โดยวิธีการจับฉลากได้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 958 คน

2) ผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ระหว่างการได้รับบริการดูแลรักษา และมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลรัฐของจังหวัดเป้าหมาย ในช่วง

ที่ทำการศึกษานี้ โดยมีประชากรกลุ่มหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด พนักงานบริการ สตรีข้ามเพศ และแรงงานข้ามชาติ ทั้งผู้ที่กินยาต้านไวรัสแล้วและยังไม่ได้กินยาต้านไวรัส การคัดเลือกอาสาสมัครให้ข้อมูล จะต้องเป็นผู้มีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี มีสติสัมปชัญญะครบถ้วน สามารถตัดสินใจได้ด้วยตัวเอง และมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงดี ไม่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคฉวยโอกาส สามารถตอบแบบสอบถามได้ 10-15 นาที สามารถให้สัมภาษณ์ได้อย่างครบถ้วนทุกข้อคำถามของแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในการสำรวจครั้งนี้ การคำนวณกลุ่มตัวอย่างจะใช้ข้อมูลความชุกของการถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ โดยการอ้างอิงข้อมูลจากการศึกษานำร่องที่ผ่านมาของกรุงเทพฯ และเชียงใหม่ ในปี พ.ศ. 2557⁽⁴⁾ ที่พบว่ามีความชุกของประสบการณ์การถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในสถานบริการสุขภาพ ร้อยละ 30.00 และการคาดคะเนความคาดเคลื่อนอย่างน้อย ร้อยละ 10.00 ได้ขนาดกลุ่มตัวอย่างน้อยที่สุด 81 คนต่อหนึ่งจังหวัด และกำหนดค่าผลกระทบที่อาจมีต่อการคำนวณ โดยกำหนดค่าผลกระทบเท่ากับ 2 จึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดของจังหวัดนี้เท่ากับ 158 คน นำมาคำนวณสำหรับแบบสอบถามที่ไม่สมบูรณ์ร้อยละ 10.00 เท่ากับ 176 คน หลังจากรู้อยู่ในกลุ่มตัวอย่างที่มารับบริการทั้งในโรงพยาบาล ศูนย์ โรงพยาบาลจังหวัด และโรงพยาบาลชุมชน โดยใช้การสุ่มตัวอย่างเดียวกันกับกลุ่มของหน่วยงานผู้รับผิดชอบงานเอดส์แต่ละสถานพยาบาล ในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 ได้แก่ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร ทั้งหมด 827 คน

เครื่องมือที่ใช้ คือ แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข^(5,6) ดังนี้

1) แบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

1.1) ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (8 ข้อ) เป็นแบบตรวจสอบรายการเกี่ยวกับตำแหน่งงานและแผนกที่

ปฏิบัติงาน

1.2) การติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อ คือ ในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพกลัวหรือกังวลว่าจะติดเชื้อจากการให้บริการเพียงใด (3 ข้อ) ลักษณะคำตอบ เป็นมาตราอันดับ (ordinal scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่กังวล กังวลน้อย กังวลปานกลาง กังวลมาก

1.3) สภาพแวดล้อมของสถานบริการสุขภาพ คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะเจ้าหน้าที่ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ (5 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็น ordinal scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่กังวล กังวลน้อย กังวลปานกลาง กังวลมาก

1.4) นโยบายของสถานบริการสุขภาพ คือ กฎ ข้อบังคับระเบียบปฏิบัติในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (5 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็น ordinal scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1.5) ความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ ความคิดเห็นต่อการแพร่เชื้อในการรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ (3 ข้อ) ลักษณะคำตอบ เป็น ordinal scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1.6) ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการ ผู้ใช้สารเสพติด และแรงงานข้ามชาติ (34 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็น ordinal scale 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเห็น เห็นไม่บ่อย เห็นบ้าง เห็นเป็นประจำ

2) แบบสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีคำถามรวมทั้งสิ้น 27 ข้อ ได้แก่

2.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามทั่วไป 7 ข้อ เช่น อายุ การประกันสุขภาพ และการรับยาต้านไวรัส โดยคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศภาวะ 2 ข้อ จะอยู่ในส่วนสุดท้ายของแบบสอบถาม เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่ค่อนข้างอ่อนไหวต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี

2.2 ประสพการณ์การใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสพการณ์การถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ รูปแบบของพฤติกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ (6 ข้อ) การเปิดเผยสถานะและการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือการทำให้แน่ใจได้ว่าข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ (3 ข้อ) อนามัยการเจริญพันธุ์และการมีลูก (ถามทั้งเพศชายและเพศหญิง) (6 ข้อ) และการมีลูก (ถามเฉพาะเพศหญิง) (5 ข้อ) ลักษณะคำตอบ เป็นมาตรฐานอันดับ 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยเห็น เห็นไม่บ่อย เห็นบ้าง เห็นเป็นประจำ

ขั้นตอนการดำเนินงาน

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

1) จัดประชุมทีมแกนหลัก ประกอบด้วย นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ประชุมหารือเกี่ยวกับวิธีการสำรวจสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติ เพื่อวางแผนการดำเนินงานและกำหนดรายละเอียดเนื้อหาตลอดจนเอกสารต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินงาน

2) นำผลการประชุมทีมแกนหลัก มากำหนดรายละเอียดด้านต่างๆ ที่จำเป็นในการดำเนินการ ปรับแก้ไขแบบสอบถาม เอกสารชี้แจงโครงการ และแบบแสดงคำยินยอมของอาสาสมัคร และปรับวิธีการจัดสถานที่ สัมภาษณ์อาสาสมัครผู้อยู่ร่วมกับเชื้อให้มีความเป็นส่วนตัวเพิ่มขึ้น

3) นักวิชาการคอมพิวเตอร์ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ พัฒนาระบบเก็บข้อมูล และระบบติดตามการเก็บข้อมูล การนำเข้าระบบเก็บข้อมูลในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Research Electronic Data Capture: REDCap)⁽⁷⁾

ขั้นตอนที่ 2 การอบรมทีมงานในพื้นที่ ดำเนินการจัดการอบรมบุคลากรของทีมงานจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ทีมวิทยากรกลาง ประกอบด้วย นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล และ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี โดยทีมวิทยากรเดินทางไปยังจังหวัดที่จะทำการสำรวจร่วมกับทีมงานในพื้นที่ เพื่ออบรมบุคลากรของทีมงานจังหวัด ที่จะเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์อาสาสมัคร เนื้อหาของการอบรม ได้แก่ ระบบข้อมูล ข้อเสนอแนะด้านเอดส์ของประเทศ สำหรับการวางแผนยุทธศาสตร์เพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ ความหมายและความสำคัญของการติตราและเลือกปฏิบัติ ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ระบบข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการติตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ระเบียบวิธีในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล การควบคุมคุณภาพจัดการ และการใช้ประโยชน์จากข้อมูลประเด็นด้านจริยธรรม

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมงานจังหวัดที่ผ่านการอบรมแล้ว ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามวิธีการและมาตรฐานของโครงการที่ได้กำหนดไว้โดยมีทีมวิทยากรจากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 จังหวัดอุบลราชธานี เป็นผู้จัดเก็บข้อมูลร่วมกับทีมเก็บข้อมูลใน 5 จังหวัด พร้อมกำกับดูแลคุณภาพการดำเนินงาน โดยทีมงานจังหวัดบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมออนไลน์ เรียกว่า REDCap

โดยทีมวิจัย ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลทั้งข้อมูลเชิงปริมาณและข้อมูลเชิงคุณภาพ ใน 2 กลุ่ม ดังนี้

1. กลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพดำเนินการเก็บข้อมูลในวันทำการของโรงพยาบาล โดยทีมงานส่วนกลางประสานงานกับเจ้าหน้าที่ของแต่ละโรงพยาบาล เพื่อนัดหมายผู้ปฏิบัติงานที่เป็นอาสาสมัครโครงการทุกคน โดยมีภาระแจ้งแนวทางการเก็บข้อมูลแก่ผู้ปฏิบัติงาน 2 ลักษณะ คือ 1) นัดมารวมกันยังสถานที่นัดหมายในเวลาปฏิบัติงานพร้อมกันในวันที่มีคลินิกบริการ และรวมกันที่ห้องประชุมที่มีความเป็นสัดส่วน และ 2) ขอเข้าพบผู้ปฏิบัติงานเป็นรายบุคคลหลังการให้บริการแก่ผู้รับบริการเสร็จสิ้นแล้ว จากนั้นเจ้าหน้าที่ของทีมวิจัย ซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่เก็บข้อมูลที่ได้รับการฝึกฝนแล้วจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการแก่อาสาสมัคร ซึ่งรวมถึงการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความเสี่ยงและประโยชน์ที่มีต่อผู้เข้าร่วมการศึกษา การเข้าร่วมการศึกษาที่จะเป็นไป

ด้วยความสมัครใจ การอธิบายและทำความเข้าใจในเรื่อง การตอบแบบสอบถาม จากนั้นจึงให้กลุ่มตัวอย่างตอบ แบบสอบถามด้วยตนเอง โดยมีทีมผู้วิจัยเป็นผู้อธิบาย คำถามในประเด็นที่กลุ่มตัวอย่างมีความสงสัยหรือไม่ เข้าใจ

2. นัดหมายกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวบรวม ข้อมูล ณ วันที่มีคลินิกยาต้านไวรัส โดยเจ้าหน้าที่ ผู้ประสานงานของแต่ละโรงพยาบาลจะเชิญผู้ติดเชื้อ เอชไอวีมาพบเจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ของโครงการ ณ ห้อง ที่เป็นส่วนตัวที่เตรียมไว้เป็นรายบุคคล เจ้าหน้าที่จะ อธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ ซึ่งรวมถึงการชี้แจง วัตถุประสงค์ของการศึกษา ความเสี่ยงและประโยชน์ที่มี ต่อผู้เข้าร่วมการศึกษา การเข้าร่วมการศึกษาที่เป็นไปโดย ความสมัครใจ การอธิบายและทำความเข้าใจในเรื่องการ ตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้อาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วม การศึกษา ลงนามในแบบยินยอมเป็นอาสาสมัครใน โครงการ ทำการสัมภาษณ์ และพนักงานสัมภาษณ์เป็น ผู้บันทึกคำตอบ และนำเข้าโปรแกรมฐานข้อมูลออนไลน์ REDCap

การวิเคราะห์ข้อมูล ข้อมูลในแบบสอบถามจาก ทั้งสองกลุ่มที่ศึกษา คือ ข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานบริการ สุขภาพ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะถูกนำเข้าโปรแกรมฐานข้อมูลออนไลน์ REDCap อย่างอัตโนมัติ⁽⁷⁾ ทันทีที่มีการบันทึกข้อมูลผ่านเครือข่าย อินเทอร์เน็ตโดยไม่มีการใช้แบบสอบถามที่เป็นกระดาษ และไม่มีการส่งแบบสอบถามมาที่ผู้วิจัยแต่อย่างใด การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ใช้การ จัดกลุ่มของคำตอบและแสดงผลเป็นความถี่ ร้อยละ และการคำนวณดัชนีชี้วัดรวม (composite indicators) จำนวนผู้ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อยหนึ่งข้อในชุดคำถาม ที่อยู่ในประเด็นเดียวกัน ทหารด้วยจำนวนที่มีผู้ตอบคำถาม ในข้อนั้นทั้งหมดและวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ สำหรับข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ หาความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นหรือไม่เป็นบุคลากรสายวิชาชีพ กับการตีตราและเลือกปฏิบัติในประเด็นต่างๆ ส่วนของ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างระยะ

เวลาที่ทราบว่าเป็นหรือไม่เป็นกลุ่ม ประชากรหลัก กับการตีตราและเลือกปฏิบัติในประเด็นต่างๆ โดยจะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แสดงโดยค่า odds ratio และระดับค่าความเชื่อมั่นที่ ร้อยละ 95

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะเลือกกลุ่ม ตัวอย่างที่สมัครใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการตามเอกสาร พิทักษ์สิทธิ ที่แจ้งล่วงหน้าเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการ ศึกษา ผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหรือประโยชน์ของการ มีส่วนร่วมของการศึกษา รวมถึงข้อมูลทั้งหมดจะเป็น ความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ และการรักษาความลับข้อมูล กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบรับ ปฏิเสธ หรือมีสิทธิยกเลิกได้ ทีมวิจัยได้ขออนุมัติการรับรองด้านจริยธรรมการวิจัย จากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ (สคม.) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งถือเป็นหน่วยงานหลักใน การรับรองด้านจริยธรรม เพื่อให้โครงการสามารถดำเนินงานศึกษาวิจัยได้ ในวันที่ 1 ธันวาคม พ.ศ. 2556 ถึง 1 ธันวาคม พ.ศ. 2566

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลและเขียน รายงาน ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการพิจารณา แบบสอบถามที่มีความครบถ้วน วิเคราะห์ข้อมูลเชิง พรรณนา โดยความถี่ ร้อยละ ทั้งตัวแปรเดิม และตัวแปร ที่สร้างขึ้นใหม่ ที่รวมข้อมูลจากตัวแปรในกลุ่มเดียวกัน (composite indicators) เพื่อให้เข้าใจผลการศึกษาใน ภาพรวมที่กว้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลทั้งในภาพรวม และ แยกรายจังหวัด 5 จังหวัด สรุปข้อมูลทั้งหมดในรูปแบบ ของรายงาน

ขั้นตอนที่ 5 การพัฒนาศักยภาพของทีมงาน จังหวัดในการแปลผลและใช้ประโยชน์ข้อมูล จัดประชุม ทีมส่วนกลาง เพื่อรับทราบผลการสำรวจเบื้องต้น ประชุม ระดมสมองในการแปลความหมายของผลการสำรวจ

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกลุ่มตัวอย่าง พบว่า ผู้ให้ บริการสุขภาพเป็นบุคลากรสายวิชาชีพร้อยละ 51.77 สายสนับสนุนทางคลินิก และสายสนับสนุนทั่วไปร้อยละ 22.55 และ 25.68 ตามลำดับ มีอายุเฉลี่ย 39 ปี ส่วนใหญ่

ใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 74.22 ตำแหน่งพยาบาลวิชาชีพ เกษัตริ์กร และแพทย์ร้อยละ 79.84, 11.36 และ 5.44 ตามลำดับ สายสนับสนุนคลินิกเป็นผู้ช่วยเหลือคนไข้ พนักงานแปล และผู้ช่วยพยาบาลร้อยละ 56.02, 13.89, 11.50 ตามลำดับ สายสนับสนุนทั่วไป ได้แก่ พนักงานขับรถ เจ้าหน้าที่ทำความสะอาด และเจ้าหน้าที่เก็บเงินร้อยละ 39.02, 31.70 และ 14.63 ตามลำดับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีอายุเฉลี่ย 43.40 ปี น้อยที่สุด 19 ปี และมากที่สุด 66 ปี เฉลี่ยปีที่มาใช้บริการ 9.40 ปี โดยระยะเวลาเฉลี่ยที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี 10.40 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิงร้อยละ 53.33 มีเพศหญิง เพศชาย และชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 50.17, 36.35 และ 6.08 ตามลำดับ เป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อยกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง (ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สตรีข้ามเพศ พนักงานบริการ

ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และแรงงานข้ามชาติ) ร้อยละ 13.19 ใช้บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้าร้อยละ 84.86 และกำลังรับยาต้านไวรัสอยู่ร้อยละ 99.43

2. ทศนคติของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ปฏิบัติงานกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ ร้อยละ 50.66 โดยกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีเมื่อต้องเจาะเลือด ร้อยละ 48.84 ทำแผล ร้อยละ 46.47 และหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ ร้อยละ 34.43 มีทัศนคติเชิงลบอย่างน้อยหนึ่งข้อ ร้อยละ 83.39 โดยคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความรับผิดชอบ และมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 54.94 และไม่เห็นด้วยว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการ ร้อยละ 51.78 และรู้สึกลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีร้อยละ 35.17 (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ทศนคติของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภาพรวมของเขตบริการสุขภาพที่ 10

ประเด็น	n / N	ร้อยละ
ความกังวลของกลุ่มผู้ให้บริการและผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพอย่างน้อยหนึ่งข้อ	345 / 681	50.66
เจาะเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	189 / 387	48.84
ทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	171 / 368	46.47
หยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	210 / 610	34.43
ทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างน้อยหนึ่ง	798/957	83.39
เห็นด้วยว่าเพราะขาดความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม	523/952	54.94
เห็นด้วยว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการ	495/956	51.78
เห็นด้วยว่าควรมีความรู้สึกละอายต่อสถานะการติดเชื้อของตนเอง	427/953	44.81
เห็นด้วยว่าเขาอาจจะถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้คนอื่น	405/956	42.36
ความรู้สึกลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	337/958	35.17

3. พฤติกรรมการเลือกปฏิบัติของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ พบว่า มีการป้องกันตัวเองมากเกินไป ความจำเป็นในระหว่างให้บริการ ร้อยละ 57.17 โดยใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ เมื่อต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 52.32 และสวมถุงมือสองชั้นเมื่อต้องให้บริการ ร้อยละ 32.19 สังเกตเห็นพฤติกรรมกรรมการเลือกปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อ ร้อยละ 26.91 โดยสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้

บริการร้อยละ 23.05 เจ้าหน้าที่ให้บริการด้วยคุณภาพกว่าผู้ป่วยทั่วไปร้อยละ 15.26 และไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี อย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม ร้อยละ 18.07 ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด พนักงานบริการ สตรีข้ามเพศ และแรงงานข้ามชาติ ร้อยละ 14.20, 13.58, 13.54, 11.14 และ 8.83 ตามลำดับ (ดังตารางที่ 2-4)

ตารางที่ 2 การป้องกันตัวเองระหว่างการใช้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ

การป้องกันตัวเอง ของกลุ่มผู้ปฏิบัติงาน บริการสุขภาพ	ภาพรวม N = 474	จำนวนรายจังหวัด n (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี N=82	ศรีสะเกษ N=105	ยโสธร N=68	อำนาจเจริญ N=139	มุกดาหาร N=80
ใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการ ติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษเมื่อต้องให้ การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี	248 (52.32)	46 (56.09)	48 (45.71)	40 (58.82)	82 (58.99)	32 (40.00)
สวมถุงมือสองชั้นเมื่อให้บริการ	156 (32.91)	31 (37.80)	22 (20.95)	24 (35.29)	52 (37.41)	27 (33.75)
ปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อข้างต้น	271 (57.17)	49 (59.75)	49 (46.67)	42 (61.76)	91 (65.46)	40 (50.00)

ตารางที่ 3 พฤติกรรมการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ

พฤติกรรม	ภาพรวม n / N (ร้อยละ)	จำนวนรายจังหวัด n/N (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร
เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ ร่วมกับเชื้อ	148/642 (23.05)	28/106 (26.42)	25/128 (19.53)	21/136 (15.44)	50/167 (29.94)	24/105 (22.86)
เจ้าหน้าที่ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ หรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อด้วย คุณภาพกว่าผู้ป่วยทั่วไป	98/642 (15.26)	15/106 (14.15)	15/128 (11.72)	15/136 (11.03)	39/167 (23.35)	14/105 (13.33)
สังเกตเห็นอย่างน้อยหนึ่งข้อ	171/639 (26.91)	31/106 (29.25)	25/128 (19.53)	26/135 (19.26)	58/166 (34.94)	28/104 (26.92)

ตารางที่ 4 พฤติกรรมการเลือกปฏิบัติของกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพต่อกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี

ประเภทของ กลุ่มประชากรหลัก	ภาพรวม n / N (ร้อยละ)	จำนวนรายจังหวัด n/N (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร
ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	78/549 (14.20)	13/94 (13.83)	12/93 (12.90)	10/127 (7.87)	32/144 (22.22)	11/91 (12.09)
ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด	66 / 486 (13.58)	16/81 (19.75)	11/94 (11.70)	6/106 (5.66)	22/122 (18.03)	11/83 (13.25)
พนักงานบริการ	26 / 192 (13.54)	5/66 (15.15)	3/31 (9.68)	4/49 (8.16)	12/42 (28.57)	6/37 (16.22)
สตรีข้ามเพศ	74 / 664 (11.14)	13/108 (12.04)	10/131 (7.63)	9/137 (6.57)	33/175 (18.86)	9/113 (7.96)
แรงงานข้ามชาติ	44 / 498 (8.83)	14/98 (14.29)	7/100 (7.00)	4/90 (4.44)	15/131 (11.45)	4/79 (5.06)
การเลือกปฏิบัติต่อประชากรหลัก อย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม	145 / 802 (18.07)	29/141 (20.57)	18/151 (11.92)	17/154 (11.04)	57/224 (25.45)	24/132 (18.18)

4. ทศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการรับบริการสุขภาพ พบว่า ประสิทธิภาพการถูกเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.02 ถูกจัดให้รับบริการเป็นคิวสุดท้ายหรือถูกจัดให้รอนานกว่าผู้ป่วยรายอื่น ๆ ร้อยละ 8.14 ถูกได้รับการดูแลเอาใจใส่น้อยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ร้อยละ 5.96 และถูกผู้ให้บริการปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพหรือปฏิเสธที่จะให้การรักษา ร้อยละ 3.32 และโดยเจ้าหน้าที่บอกให้เขาชุดโรงพยาบาลที่ใส่แล้วไปทิ้งในถังหรือบริเวณที่จัดไว้ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 17.02 ด้านการตีตรา

ตนเองและประเด็นการถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/ โรงพยาบาลเนื่องจากตีตราตนเอง ร้อยละ 34.86 รู้สึกผิด ร้อยละ 30.04 และอายุที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.25 เคยมีการแสดงเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ให้ผู้อื่นทราบ ร้อยละ 19.72 ถูกเปิดเผยแก่ผู้อื่นโดยไม่ยินยอม ร้อยละ 12.39 และเคยถูกเปิดเผยสถานะ ร้อยละ 10.32 ด้านความรู้สึเกี่ยวกับประเด็นการเก็บรักษาเป็นความลับ พบว่า มีความมั่นใจในการรักษาเป็นความลับ ร้อยละ 87.84 และมีประสบการณ์เคยถูกแนะนำว่าไม่ควรมีลูก ร้อยละ 28.78 (ดังตารางที่ 5-8)

ตารางที่ 5 ประสิทธิภาพเคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ประสิทธิภาพ เคยถูกเลือกปฏิบัติ	ภาพรวม	จำแนกรายจังหวัด n/N (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร
เคยถูกผู้ให้บริการปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพ หรือปฏิเสธที่จะให้การรักษา	29/872 (3.32)	5/174 (2.87)	6/175 (3.42)	6/176 (3.41)	4/174 (2.30)	8/173 (4.62)
เคยถูกจัดให้รับบริการเป็นคิวสุดท้ายหรือถูกจัดให้รอนานกว่าผู้ป่วยรายอื่น ๆ	71/872 (8.14)	9/174 (5.17)	21/175 (12.00)	13/176 (7.39)	13/174 (7.47)	15/173 (8.67)
เคยถูกได้รับการดูแลเอาใจใส่แยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ	52/872 (5.96)	14/174 (8.05)	9/175 (5.14)	6/176 (3.41)	11/174 (6.32)	12/173 (6.94)
เจ้าหน้าที่บอกให้เขาชุดโรงพยาบาลที่ใส่แล้วไปทิ้งในถังหรือบริเวณที่จัดไว้ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี(ถามเฉพาะผู้ที่เคยนอน รพ. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา)	32/188 (17.02)	1/27 (3.70)	10/41 (24.39)	1/28 (3.57)	10/42 (23.81)	10/50 (20.00)
เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่อง จากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อยหนึ่งข้อ	131/872 (15.02)	25/174 (14.37)	36/175 (20.57)	17/176 (9.66)	24/174 (13.79)	29/173 (16.76)

ตารางที่ 6 การตีตราตนเองและประเด็นการถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อมารับบริการในสถานบริการสุขภาพ ภาพรวมของเขตบริการสุขภาพที่ 10

ประสบการณ์และความรู้สึก	ภาพรวม	จำนวนรายจังหวัด n/N (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร
ตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/ โรงพยาบาลเนื่องจากตีตราตนเอง	304/872 (34.86)	55/174 (31.61)	50/175 (28.57)	53/176 (30.11)	68/174 (39.14)	19/173 (10.98)
รู้สึกอายที่ติดเชื้อเอชไอวี	133/872 (15.25)	27/174 (15.52)	17/175 (9.71)	26/176 (17.77)	28/174 (26.26)	35/173 (20.23)
รู้สึกผิดที่ติดเชื้อเอชไอวี	262/872 (30.04)	49/174 (28.16)	44/175 (25.14)	38/176 (21.59)	62/174 (35.63)	69/173 (39.65)
ถูกเปิดเผยสถานะ	90/872 (10.32)	16/174 (9.19)	21/175 (12.00)	10/176 (5.68)	24/174 (13.79)	19/173 (10.98)
บอกผู้อื่นโดยไม่ยินยอม	108/872 (12.39)	26/174 (14.94)	22/175 (12.57)	22/176 (12.50)	13/174 (7.47)	25/173 (14.45)
ทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์	172/872 (19.72)	21/174 (12.07)	39/175 (22.29)	30/176 (17.05)	41/174 (23.56)	41/173 (23.69)

ตารางที่ 7 สัดส่วนของผู้รับบริการที่มีความมั่นใจเกี่ยวกับสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีถูกเก็บเป็นความลับ

สัดส่วนของผู้รับบริการ ที่มีความมั่นใจต่อ การรักษาความลับ	ภาพรวม N= 872	จำนวนรายจังหวัด n/N (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี N= 174	ศรีสะเกษ N=175	ยโสธร N=176	อำนาจเจริญ N=174	มุกดาหาร N=173
มั่นใจเป็นความลับแน่นอน	766 (87.84)	144 (82.76)	150 (85.71)	155 (88.07)	164 (94.25)	153 (88.44)
รู้สึกไม่มั่นใจ	103 (11.81)	30 (17.24)	24 (13.71)	21 (11.93)	8 (4.59)	20 (11.56)
รู้สึกไม่เป็นความลับ	3 (0.35)	0 (0.00)	1 (0.58)	0 (0.00)	2 (1.16)	0 (0.00)

ตารางที่ 8 ประสบการณ์การเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับการมีลูกและอนามัยการเจริญพันธุ์

ประสบการณ์	ภาพรวม	จำนวนรายจังหวัด n/N (ร้อยละ)				
		อุบลราชธานี	ศรีสะเกษ	ยโสธร	อำนาจเจริญ	มุกดาหาร
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย”	113/859 (13.15)	19/173 (10.98)	16/175 (9.14)	34/173 (19.65)	20/172 (11.63)	24/166 (14.46)
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีลูกเลย”	230/799 (28.78)	42/160 (26.25)	57/160 (35.63)	46/150 (30.68)	43/170 (25.29)	42/159 (26.42)
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพตั้งเงื่อนไข ว่า“จะรับยาต้านไวรัสก็ต่อเมื่อคุณ กำเนิดหรือทำหมันเท่านั้น”	32/779 (4.10)	10/157 (6.54)	7/152 (4.61)	3/144 (2.08)	4/168 (2.34)	8/158 (5.06)
เคยถูกแนะนำหรือบังคับให้ยุติการ ตั้งครรภ์	39/634 (6.15)	6/120 (5.00)	9/116 (7.76)	5/106 (4.72)	5/142 (3.52)	14/150 (9.33)
เคยถูกแนะนำหรือตั้งเงื่อนไขอย่าง น้อยหนึ่งข้อ	75/865 (8.67)	14/174 (8.05)	10/174 (5.74)	13/175 (7.43)	21/172 (12.21)	17/170 (10.00)

5. การเปรียบเทียบระหว่างการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับการเป็นบุคลากรสายวิชาชีพ เมื่อเปรียบเทียบบุคลากรสายวิชาชีพกับบุคลากรอื่น ๆ พบว่า บุคลากรสายวิชาชีพเต็มใจที่จะให้บริการหรือให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า (OR=0.54; 95%CI 0.36-0.79) และกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการต้องหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้มากกว่า (OR=1.74; 95%CI 1.24-2.44) แต่การป้องกันตัวเองในการสวมถุงมือสองชั้นเมื่อให้บริการน้อยกว่า (OR=2.87; 95%CI 1.90-4.33) และเมื่อเปรียบเทียบระหว่างกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีกับกลุ่มประชากรทั่วไป พบกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีมีประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพมากกว่า (OR=2.08; 95%CI 1.15-3.77) และเมื่อเปรียบเทียบการตีตราและเลือกปฏิบัติระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่า 10 ปี พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปเคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพมากกว่า (OR=1.79; 95%CI 1.07-3.02) และได้รับคำแนะนำว่าอย่ามีลูกมากกว่า (OR=1.45; 95%CI 1.07-1.98) (ตารางที่ 9)

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบระหว่างเป็นบุคลากรสายวิชาชีพ กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวีกับประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ

การตีตราและเลือกปฏิบัติ	n/N	%	OR 95%CI	p-value
การเป็นบุคลากรสายวิชาชีพ				
กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้ติดเชื้อหรือผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์				
- บุคลากรอื่น ๆ	101/241	29.30	1	0.002*
- บุคลากรสายวิชาชีพ	108/368	41.90	1.74 (1.24-2.44)	
กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อหรือผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์				
- บุคลากรอื่น ๆ	15/39	28.50	1	0.224
- บุคลากรสายวิชาชีพ	174/347	50.10	0.62(0.32-1.23)	
กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการเจาะเลือดผู้ติดเชื้อหรือผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์				
- บุคลากรอื่น ๆ	15/39	28.50	1	0.224
- บุคลากรสายวิชาชีพ	174/347	50.10	0.62(0.32-1.23)	
การป้องกันตัวเองมากกว่าปกติในการให้บริการ โดยการสวมถุงมือสองชั้น				
- บุคลากรอื่น ๆ	72/144	50.00	1	0.000*
- บุคลากรสายวิชาชีพ	84/325	25.80	2.87 (1.90-4.33)	
การป้องกันตัวเองมากกว่าปกติในการให้บริการ โดยใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ				
- บุคลากรอื่น ๆ	82/146	56.2	1	0.267
- บุคลากรสายวิชาชีพ	164/327	50.20	1.27 (0.86-1.89)	
สังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการกลุ่มประชากรหลัก				
- บุคลากรอื่น ๆ	47/274	17.2	1	0.002*
- บุคลากรสายวิชาชีพ	101/363	27.8	0.54 (0.36-0.79)	
การเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี				
หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการซ้ำสาเหตุเกี่ยวข้องกับการตีตรา				
- ประชากรทั่วไป	86/754	11.00	1	0.069
- ประชากรกลุ่มหลัก	20/115	7.60	1.70 (0.99-2.90)	

ตารางที่ 9 การเปรียบเทียบระหว่างเป็นบุคลากรสายวิชาชีพ กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวีกับประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ (ต่อ)

การตีตราและเลือกปฏิบัติ	n/N	%	OR 95%CI	p-value
เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี				
- ประชากรทั่วไป	55/755	7.30	1	0.023*
- ประชากรกลุ่มหลัก	16/114	14.00	2.08 (1.15-3.77)	
เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง				
- ประชากรทั่วไป	65/757	8.60	1	0.051
- ประชากรกลุ่มหลัก	17/115	14.80	1.847 (1.04-3.28)	
เคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี				
- ประชากรทั่วไป	92/754	12.20	1	0.714
- ประชากรกลุ่มหลัก	16/115	13.90	1.163 (0.66-2.06)	
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่ายามีเพศสัมพันธ์อีกเลย				
- ประชากรทั่วไป	86/757	11.40	1	0.366
- ประชากรกลุ่มหลัก	17/115	14.80	1.35 (0.77-2.37)	
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่ายามีลูกเลย				
- ประชากรทั่วไป	204/755	27.00	1	0.376nn
- ประชากรกลุ่มหลัก	26/115nn	22.30nn	0.79 (0.49-1.26)nn	
ระยะเวลาที่ติดเชื้อเอชไอวี				
หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพ หรือไปรับบริการช้า สาเหตุเกี่ยวข้องกับการตีตรา				
- < 10 ปี	51/387	13.20	1	0.354
- ≥ 10 ปี	50/460	10.90	0.80 (0.53-1.22)	
เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี				
- < 10 ปี	23/386	6.00	1	0.034*
- ≥ 10 ปี	47/460	10.20	1.79 (1.07-3.02)	
เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง				
- < 10 ปี	32/387	8.30	1	
- ≥ 10 ปี	49/462	10.60	1.32 (0.83-2.10)	0.300
เคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
- < 10 ปี	47/387	12.10	1	0.837
- ≥ 10 ปี	59/459	12.90	1.07 (0.71-1.61)	
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่ายามีเพศสัมพันธ์อีกเลย				
- < 10 ปี	39/387	10.10	1	0.138
- ≥ 10 ปี	63/462	13.60	1.41 (0.92-2.15)	
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่ายามีลูกเลย				
- < 10 ปี	88/385	22.90	1	0.022*
- ≥ 10 ปี	139/462	30.10	1.45 (1.07-1.98)	

วิจารณ์

สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเอชไอวีหรือเอดส์ในเขตบริการสุขภาพที่ 10 ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติยังคงมีอยู่ในสังคมในทุกตัวชี้วัดหลักไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการยุติปัญหาเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้สึกกลัวและกังวลจากการปฏิบัติหน้าที่ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ปฏิบัติงานกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการโดยเฉพาะเมื่อต้องเจาะเลือดและทำแผล ความรู้สึกกลัวและกังวลจากการปฏิบัติหน้าที่ปกติในการทำงานประจำวัน เป็นสาเหตุที่ส่งผลการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดความแตกต่างจากผู้ป่วยอื่นทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ซึ่งสัดส่วนของความรู้สึกกังวลสูงขึ้นเมื่อต้องทำหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นซึ่งก็สมเหตุผล โดยเฉพาะการที่บุคลากรสายวิชาชีพมีความกังวลมากกว่ากลุ่มอื่น สะท้อนว่าหัตถการที่เจ้าหน้าที่กลุ่มนี้ทำมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่า ถึงแม้บุคลากรสายวิชาชีพจะเต็มใจให้บริการมากกว่าบุคลากรทั่วไป แต่การป้องกันตนเองจะต่ำกว่าผู้ปฏิบัติงานในสายสนับสนุนทางคลินิกและสายสนับสนุนทั่วไป แสดงให้เห็นโอกาสในการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และให้การสนับสนุนต่างๆ ที่จำเป็นแก่บุคลากรเพื่อลดความกังวล โดยทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเชิงลบอย่างน้อยหนึ่งข้อ สูงถึงร้อยละ 83.39 มากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 54.94) คิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความรับผิดชอบ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมและไม่เห็นด้วยที่ผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีมีลูก ซึ่งทัศนคติและความคิดเห็นเป็นสิ่งที่ฝังลึกอยู่ในจิตใจ ส่งผลต่อการแสดงออกของผู้ปฏิบัติงาน และจากการศึกษานี้ก็พบว่า เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการหรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะที่เป็นกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด และพนักงานบริการสูงกว่ากลุ่มอื่น ๆ สะท้อนให้เห็นถึงการถูกตีตราซ้ำซ้อนในประชากรหลักเหล่านี้ที่เป็นกลุ่มที่สังคมมองว่าแปลกแยก อีกทั้งยัง

ถูกมองว่าเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี⁽²⁾ เนื่องจากที่ผ่านมา การติดเชื้อเอชไอวีเริ่มแรกที่พบมาจากกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และพนักงานบริการ ถือเป็นกลุ่มประชากรที่มีพฤติกรรมที่มีโอกาสเสี่ยงในการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านช่องทางการติดต่อของเชื้อเอชไอวีที่เสี่ยงสูง เช่น การถ่ายถอดผ่านทางเลือด และทางเพศสัมพันธ์ทั้งทางถาวรหนักและช่องคลอด ซึ่งการแก้ไขปัญหามีความซับซ้อนมากขึ้นเช่นกัน ไม่ว่าจะเป็นเรื่องการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่ปลอดภัยโดยการสวนล้างยางอนามัย ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ การไม่เปลี่ยนคู่นอนหรือการมีคู่นอนหลายคน และการบำบัดการเสพติดยา เป็นต้องซึ่งปัญหาที่กล่าวมาจำเป็นต้องเริ่มแก้ไขตั้งแต่เรื่องทัศนคติ ด้านลบต่อเอดส์ และทัศนคติด้านลบต่อการเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งถูกมองควบคู่กัน ดังนั้น การเฝ้าระวัง การให้ความรู้ และการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ปฏิบัติงาน ยังเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนต้องใช้เทคนิควิธีการ และกระบวนการที่เหมาะสม จึงจะได้ผลในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ สอดคล้องกับการศึกษาของนปภัช เมืองมา และเดชา ลลิตนันท์พงค์⁽⁹⁾ การเสริมสร้างความยืดหยุ่นแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในสถานพยาบาล เพื่อเสริมสร้างความยืดหยุ่น ที่เล็งผลถึงคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและลดแรงขับด้านลบจากการตีตรา การเลือกปฏิบัติ สอดคล้องกับนโยบายของหน่วยงานด้านเอชไอวีที่ต้องการแก้ไขปัญหการตีตราและเลือกปฏิบัติโดยปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับระดับความยืดหยุ่น ได้แก่ แรงสนับสนุนทางสังคม (สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน=0.25, $P<0.01$) และจากการศึกษานี้ ทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อเพื่อนร่วมงานที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี พบ 1 ใน 3 ของผู้ปฏิบัติมีความรู้สึกลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี สะท้อนถึงความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งๆ ที่น่าจะมีความรู้เรื่องการติดเชื้อฯ และการป้องกันมากกว่าประชาชนทั่วไป และยังสะท้อนถึงการมีทัศนคติเชิงลบที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้วยกันอีกด้วย

จึงส่งผลต่อการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยมากกว่าครึ่งหนึ่งยังป้องกันตัวเองมากกว่าปกติหรือเกินความจำเป็น และเกิดการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี เจ้าหน้าที่ที่ไม่เต็มใจให้บริการเกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งมักจะได้รับการปฏิบัติจากผู้ให้บริการสุขภาพที่แตกต่างจากบุคคลอื่น เจ้าหน้าที่ที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สิ่งเหล่านี้ สะท้อนถึงความวิตกกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติหน้าที่สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิ จิวัณญา⁽¹⁰⁾ ที่พบว่าความกังวลและทัศนคติในการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการผู้เข้าร่วมกับ เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ ในภาพรวมและทุกด้านอยู่ในระดับปานกลาง และความกังวลด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ด้านสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพและด้านนโยบายของหน่วยงานมีผลต่อทัศนคติในการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ ซึ่งแสดงว่า เจ้าหน้าที่ที่มีทัศนคติทางลบด้านใดด้านหนึ่งสูง จำเป็นต้องสร้างความเข้าใจและลงลึกด้านความรู้สึกกับเจ้าหน้าที่ทุกคน ในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตบริการสุขภาพที่ 10 จัดให้มีการอบรมเรื่องลดการตีตราให้กับผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานใหม่ทุกคน และพัฒนาหลักสูตรเพิ่มเติมในประเด็นความกังวลและทัศนคติที่มีต่อผู้เข้าร่วมกับเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ ผ่านระบบออนไลน์ รวมทั้งติดตามประเมินผลทุกปี ส่วนประเด็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะเห็นว่า 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีการตีตราตนเองเพราะรู้สึกผิดและรู้สึกอายที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งเคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ การหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการช้า เนื่องจากการกลัวการถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติจากการรับบริการในสถานพยาบาลสุขภาพ ถือเป็นผลจากปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่อาจนำไปสู่การเจ็บป่วยและ

เสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ รวมถึงถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้ผู้อื่นที่สามารถป้องกันได้ ต้องปรับตัว ยอมรับสถานการณ์ติดเชื้อฯ และให้ความสำคัญกับการเข้ามารับบริการสุขภาพเมื่อเกิดปัญหา หรือมีความจำเป็นต้องอาศัยความกล้าและการสนับสนุนจากคนในครอบครัว ชุมชน ตลอดจนผู้ให้บริการ ซึ่งหากสอบถามจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มช่กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้ อาจเป็นไปได้ว่าสัดส่วนของการเคยหลีกเลี่ยงไม่มารับบริการจะสูงกว่าที่พบในการศึกษานี้ ดังนั้น ถึงแม้ปัญหาในประเด็นนี้จะมีสัดส่วนไม่มาก เมื่อเทียบกับประเด็นอื่น แต่ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องติดตามและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งการตีตราตนเองส่งผลทำให้มีการตัดสินใจไม่ไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ สอดคล้องกับการรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีการตีตราตนเองในระดับสูงซึ่งแสดงออกมาทางความรู้สึก ละเอียดใจ รู้สึกผิด และรู้สึกว่าตนเองด้อยค่าด้วยเหตุผลเหล่านี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากจึงได้หลีกเลี่ยงไม่ไปใช้บริการสุขภาพที่คลินิกหรือโรงพยาบาล สาเหตุไม่ได้เกิดจากผู้ให้บริการสุขภาพหรือสถานพยาบาลเพียงอย่างเดียว แต่ยังมีปัญหาภายในที่เป็นความคิดความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี อาจเกิดจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ยังคงมีการตีตราผู้ติดเชื้ออยู่⁽⁸⁾ ดังนั้นในการแก้ไขปัญหา นอกจากการปรับความคิดของผู้ติดเชื้อเองแล้ว ยังต้องแก้ไขที่ทัศนคติของสังคมในภาพรวมด้วย ซึ่งการตีตราไม่ใช่เฉพาะในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น แต่ยังเกิดกับโรคที่ส่งผลต่อภาพลักษณ์ของผู้ป่วย การติดต่อและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนการรับรู้ของสังคมที่ได้รับข้อมูลที่เกินจริง จนสร้างความตื่นตระหนกให้กับประชาชน อาทิ การตีตราต่อโรคเรื้อรังและวัณโรคในบุคลากรสาธารณสุข⁽¹¹⁾ อีกทั้งการหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือรับบริการช้า เมื่อพิจารณาสาเหตุที่นำไปสู่การตีตราทางสังคม มีทั้งปัจจัยภายในบุคคล และปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ (1) การมีความรู้ ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องและไม่เพียงพอ (2) ความกลัวและความกังวล โดยเฉพาะการกลัวว่าจะติดเชื้อ (3) ทัศนคติเชิงลบที่มีต่อผู้ติดเชื้อ โดยมองว่าขาดความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมที่

ไม่เหมาะสม (4) การแบ่งแยกโซนผู้ที่เข้ารับการรักษา และ (5) การนำเสนอข้อมูลแบบชี้นำ ซึ่งเป็นข้อมูลที่ไม่สมบูรณ์ นำเสนอข้อมูลด้วยข้อความหรือถ้อยคำที่ชักจูงให้คนในสังคมเกิดความตระหนัก⁽⁶⁾ จะสังเกตได้ว่าการถูกตีตราที่สามารถรับรู้ได้หรือถูกตีตราผ่านประสบการณ์ของผู้อื่น ส่งผลต่อพฤติกรรมสุขภาพและผลกระทบในกลุ่มบุคคลข้ามเพศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในประเด็นเกี่ยวกับการดูแลรักษาต้านเอชไอวี ทั้งทางวาจา ทางจิตใจ และทางกายภาพ นอกจากนี้ การตีตราตนเองและการตีตรากันเองภายในชุมชนบุคคลข้ามเพศนั้น ก็พบได้มาก ผู้ปฏิบัติงานควรทำความเข้าใจให้มากขึ้นเกี่ยวกับวิถีชีวิต วัฒนธรรม และสังคมของบุคคลกลุ่มนี้ เพื่อเข้าใจและลดการตีตราในการบริการ⁽³⁾

การศึกษานี้แสดงให้เห็นว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมี การดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและลดการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการยุติการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ โดยเริ่มที่สถานบริการสุขภาพ ทำให้เรื่องของเอดส์เป็นเรื่องธรรมดา คนทำงานต้องปรับกิจกรรมการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่ เพื่อสามารถยุติปัญหาเอดส์ได้ การตรวจสอบการตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นประจำในผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงควรให้การสนับสนุนให้บุคคลได้รับความรู้และประสบการณ์ หรือการฝึกอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการป้องกันตนเองอย่างเหมาะสมเพิ่มมากขึ้น อย่างสม่ำเสมอ และควรลดความกังวลโดยมีมาตรการทำความเข้าใจและเก็บข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์อีกทั้งควรจัดให้มีการอบรมเรื่องลดการตีตราให้กับผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานใหม่ทุกคน และพัฒนาหลักสูตรเพิ่มเติมในประเด็นความกังวล และทัศนคติที่มีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ผ่านระบบออนไลน์รวมทั้งติดตามประเมินผลทุกปีปัจจุบันประเทศไทยมีคู่มือการดำเนินงาน เพื่อการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตรา และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์⁽¹²⁾ และหลักสูตรสำหรับอบรมบุคลากร เพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีการตี

ตราตนเอง ถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับ ส่งผลต่อปัญหาเรื่องความเชื่อมั่นในกระบวนการรักษาความลับ ซึ่งถือเป็นปัญหาเชิงเทคนิค เมื่อเทียบกับเรื่องอื่นที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับทัศนคติ จึงน่าจะเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ง่ายกว่าโดยทีมผู้ปฏิบัติงานสามารถดำเนินงานหรือออกแบบสถานที่ทำงาน ให้มีความเหมาะสม โดยเฉพาะในประเด็นการทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์เพื่อส่งต่อผู้ป่วยภายในหน่วยงาน และจากการศึกษานี้ พบว่าการเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติโดยเฉพาะการมีลูกยังคงมีอยู่ถึงแม้จะน้อยมากถ้าเทียบกับเรื่องทัศนคติ แต่ถือเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน⁽⁸⁾ ถือเป็นเรื่องร้ายแรงและผิดจรรยาบรรณวิชาชีพ จึงจำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างยิ่ง

ข้อเสนอแนะ

1) สร้างความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องและป้องกันการตีตราในสถานบริการสุขภาพ ด้วยการอบรมแบบมีส่วนร่วมสำหรับบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ (stigma reduction participatory training modules) ซึ่งเป็นหลักสูตรของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และร่วมกันจัดทำแนวปฏิบัติเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

2) ควรมีการดำเนินงานที่สร้างขยายการเรียนรู้เรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติออกไปให้กว้างขวางมากขึ้น เช่น การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้ความรู้และความเข้าใจในเรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติด้วยหลักสูตร reduction for health staff ด้วยกิจกรรมการเรียนรู้หลักสูตร 10 กิจกรรมตามแนวทางการดำเนินงานเพื่อสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ เช่น โปรแกรมลดการตีตราของกรมควบคุมโรค (3x4 package)

3) ควรมีการเพิ่มช่องทางการสื่อสารสาธารณะ “normalize HIV” เพื่อให้ประชาชนรับทราบข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์และถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เช่น การจัดทำสื่อความรู้ สื่อวีดิทัศน์ สื่อวิทยุ เป็นต้น

4) ไม่ควรมีการแบ่งแยกโซนผู้ที่เข้ารับการรักษาหรือการกำหนดพื้นที่ในการกักตัวของผู้ที่เป็

กลุ่มเสี่ยง ซึ่งทำให้บุคคลอื่นเห็นแล้วทราบว่ามีผู้ที่อยู่ในสถานทีนั้น ๆ เป็นผู้ติดเชื้อหรือสงสัยว่าติดเชื้อทำให้มีการจ้องจับผิด และเปรียบเทียบการให้บริการตามมา เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะถูกผู้รับบริการคนอื่นถามว่าทำไมจึงมารับบริการห้องนี้ การมีสัญลักษณ์บนเอกสาร เป็นต้น

5) ควรสนับสนุนอุปกรณ์หรือเครื่องใช้ในสถานบริการสุขภาพ เพื่อลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอุปกรณ์ที่เจาะเลือด ชุดทำแผล ตลอดจนถุงยางอนามัยหรืออุปกรณ์ที่สัมผัสที่ปลอดภัยให้เพียงพอกับการทำงาน

6) การสื่อสารข้อมูลและความรู้ที่เป็นจริง ทั้งมุมที่มีผลกระทบเชิงบวกและมุมที่มีผลกระทบเชิงลบ หลีกเลี่ยงการนำเสนอข้อมูลด้วยข้อความหรือถ้อยคำที่ชักจูงให้คนในสังคมเกิดความตระหนกมากเกินไป และการให้ข้อมูลที่อาจจะทำให้เกิดการตีตราเกิดขึ้นด้วยความไม่ตั้งใจ เช่น การแสดงแผนภาพที่ระบายสีตามระดับความเสี่ยงของการติดเชื้อ ซึ่งการนำเสนอในมุมนี้อาจเป็นประโยชน์ในการเฝ้าระวังการระบาดของโรค แต่ในอีกมุมหนึ่งก็ทำให้เกิดการตีตราว่าประชาชนที่อยู่ในพื้นที่สีแดงนั้น เป็นผู้ที่มีความเสี่ยง อาจนำมาซึ่งการถูกปฏิเสธการให้บริการ การไม่รับเข้าศึกษาในโรงเรียน เป็นต้น จนเกิดเป็นการตีตราทางสังคมขึ้น

ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. เนื่องจากยังไม่เคยมีการเก็บข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติมาก่อน ดังนั้น ผลการศึกษานี้จึงสามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานในการออกแบบกิจกรรมเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพที่เหมาะสมกับบริบทของเขตบริการสุขภาพที่ 10

2. ควรผลักดันให้โรงพยาบาลในเขตบริการสุขภาพที่ 10 เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เพื่อช่วยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดจากบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ

3. จัดกระบวนการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติโดยเชื่อมต่อกับกระบวนการคุณภาพ และเชื่อมกับการรับเรื่องร้องเรียนการคุ้มครองสิทธิในระดับเขตสุขภาพ

(hospital accreditation system) โดยผลักดันให้มีการนำหลักเกณฑ์ มาตรการและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการจัดการข้อร้องเรียนกรณีการละเมิดสิทธิมนุษยชนของกรมควบคุมโรคมาใช้ในโรงพยาบาล ผ่านเจ้าหน้าที่นักสังคมสงเคราะห์หรือบุคลากรที่ได้รับมอบหมายของโรงพยาบาลเป็นผู้รับผิดชอบ

4. การพัฒนาระบบข้อมูลสารสนเทศ การละเมิดสิทธิในระดับเขตสุขภาพ

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยในอนาคต

1. เครื่องมือที่ใช้สำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพนำมาปรับใช้ตามบริบทของพื้นที่ได้ โดยเนื้อหาที่ครอบคลุมประเด็นสำคัญต่างๆ ที่เกี่ยวกับปัจจัยผลักดันที่ก่อให้เกิดการตีตรา (stigma drivers) รวมถึงการตีตราที่มีการปฏิบัติจริง (enacted stigma) สามารถนำไปใช้ติดตามเฝ้าระวังการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในช่วงเวลาต่างๆ กัน ในสถานบริการสุขภาพของแต่ละพื้นที่ได้

2. ข้อมูลที่ได้จากการศึกษารุ่นนี้ สามารถนำไปใช้ออกแบบกิจกรรมดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งจำเป็นต้องมีการเน้นย้ำหรือชี้ให้เห็นถึงปัญหาของความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี และการมีทัศนคติด้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มีอยู่ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ซึ่งมักจะถูกมองว่าเป็นต้นแบบที่คนในชุมชนจะปฏิบัติตาม ไม่ว่าจะเป็นที่ทัศนคติหรือพฤติกรรมของเจ้าหน้าที่

3. ควรเริ่มต้นการอบรมเรื่องลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลก่อน โดยฝึกอบรมผู้ที่ทำหน้าที่เป็นครูฝึกอบรม (trainer) โดยเลือกตัวแทน ของเจ้าหน้าที่ในระดับกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) ตัวแทนของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากร หลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี โดยอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพของจังหวัดเป้าหมายหลัก (priority provinces) ก่อนเป็นลำดับแรก

4. นอกจากการฝึกอบรมควรมีการจัดระบบการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในจังหวัดเป้าหมายหลักเหล่านั้นด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถวัดระดับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ดังกล่าวในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้ง เป็นการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรมการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในพื้นที่เหล่านั้นด้วย

กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10 สำเร็จได้ด้วยความช่วยเหลือจากท่านผู้อำนวยการและคณะกรรมการบริหารที่มอบนโยบาย อีกทั้ง สนับสนุนงบประมาณ ให้คำปรึกษา แนะนำและข้อเสนอที่เป็นประโยชน์ในการดำเนินงาน ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐและผู้รับบริการ ที่มีส่วนร่วมในการให้ข้อมูลและทุกท่านที่มีส่วนเกี่ยวข้องขอจงดุษณีครั้งนี้สำเร็จลุล่วง

เอกสารอ้างอิง

1. Futhakun S, Vasantiupakakorn M, Khemngern P, KhonSue N. Report on the results of the Bureau of AIDS and Tuberculosis and sexually transmitted diseases in 2017. Nonthaburi: J. S. Printing House Pimping; 2017. (in Thai)
2. Fongkaew K, de Lind van Wiljngaarden JW. Stories of stigma: exploring stigma and discrimination against Thai transgender people while accessing health care and in other settings [Internet]. Bangkok: United Nations Development Programme Thailand; 2020 [cited 2021 Oct 28]. Available from: https://www.undp.org/sites/g/files/zskgke326/files/migration/th/UNDP_TH-Stories-of-Stigma_Thai.pdf (in Thai)
3. Poonyakanok T, Tuicomepee A. Stigma in context of professional psychological help seeking. J Ment

- Health Thai. 2011;19(1):66-74. (in Thai)
4. Department of Disease Control, International Health Policy Development Agency (IHPP). Ministry of Public Health. Pilot research report Development of tools and methods to explore branding and discrimination, HIV/AIDS issues in healthcare settings in Thailand. Nonthaburi: Graphic Systems; 2014. (in Thai)
 5. Department of Disease Control, International Health Policy Development Agency (IHPP). Ministry of Public Health. A guide for assessing the stigma and discrimination against people living with HIV in health care facilities. Nonthaburi: Six One Jade; 2015. (in Thai)
 6. Department of Disease Control, National AIDS Management Center (NAMC) and International Health Policy Development Agency (IHPP). Ministry of Public Health. A guide for survey stigma and discrimination against people living with HIV in health care providers. 3rd Ed. Nonthaburi: Samoi Nuttapon Plate Co., Ltd; 2017. (in Thai)
 7. Research Institute for Health Sciences Chiang Mai University, Research Electronic Data Capture (REDCap) REDCap Consortium, The REDCap consortium: Building an international community of software partners. Available from: <https://www.project-redcap.org>
 8. Khemngern P, Srithanavibulchai K, Cheuyen C, Wongtip N. The 2018 survey of stigma and selection of public health services. Bangkok: Bureau of AIDS, Tuberculosis and Sexually Transmitted Diseases. Nonthaburi: Institute of Public Health Sciences; 2018. (in Thai)
 9. Muangma N, Lalitananpong D. Flexibility and social support for HIV/AIDS at the Thailand-

- Australia–Netherlands Cooperation Center for research studies AIDS Clinic Thai Red Cross Society. AIDS Research Center [Internet]. 2019 [cited 2021 Oct 28];62(6):947–63. Available from: http://clmjournal.org/_fileupload/journal/453-2-5.pdf.(in Thai)
10. Jiewpanya W. Factors that affect create concerns, affect the attitude, stigma and discrimination to healthcare provider who lived with HIV patients in Nakorn Sawan health Care Service Center. *Journal of Disease and Health Risk DPC* 3. 2021;15(1) :30–40 (in Thai)
11. Sermrittirong S, Thanyakittikul P, Poldej C. Public health personnel perception of stigma against patients with leprosy and tuberculosis, Chaiyaphum Province. *Dis Control J.* 2017;43(3): 30–42. (in Thai)
12. Ongwandi S. A manual of operations for promoting health facilities free of stigma and discrimination related to HIV/AIDS. Nonthaburi: J.S. Printing; 2016. (in Thai)