นิพนธ์ต้นฉบับ Original Article

การลดการตีตราตนเองในผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพต้นแบบ

Self-stigma reduction among people living with HIV in model healthcare facilities

นิอร อริโยทัย[1*]
ชื่นจิต ชาญจิตร[2]
[1]กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค
[2]โรงพยาบาลขุขันธ์ จังหวัดศรีสะเกษ

Niorn Ariyothai[1*]
Chuenjit Chanjit[2]
[1]Division of AIDS and STIs, Department of Disease Control
[2]Khukhan Hospital, Sisaket Province

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

DOI: 10.14456/taj.2026.8

Received: April 22, 2025 Revised: January 1, 2026 Accepted: January 15, 2026

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม เพื่อศึกษาผลของกิจกรรมลดการตีตราตนเอง ความคิดอัตโนมัติด้านลบ ผลกระทบการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติการเผชิญปัญหา การค้นหาพลังสนับสนุน และการคิดต่อตนเองเชิงบวกของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ในสถานบริการสุขภาพต้นแบบ 11 แห่ง ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 กลุ่มตัวอย่าง 508 ราย รวบรวมข้อมูลจากโปรแกรมสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี สรุปผลการนิเทศและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และ paired t-test และข้อมูลเชิงคุณภาพด้วยการจำแนกประเภท ตีความ และสรุปประเด็นสำคัญ ผลการศึกษาพบว่า หลังเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มตัวอย่างมีการตีตราตนเองลดลงเหลือร้อยละ 25.4 และมีคุณค่าในตนเองระดับสูงมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.8 เป็น 61.8 โดยคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมมีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<0.05$) กระบวนการดังกล่าวช่วยเสริมความรู้ ความเข้าใจ ทัศนคติเกี่ยวกับที่มา ปัจจัยที่ก่อให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ส่งเสริมการมองตนเองเชิงบวก มีทักษะการเผชิญปัญหาเชิงสร้างสรรค์ และใช้พลังสนับสนุนจากตนเองและสังคมได้อย่างเหมาะสม ดังนั้น สถานบริการสุขภาพควรประเมินระดับการตีตราตนเองของผู้รับบริการ และดำเนินกิจกรรมลดการตีตราอย่างต่อเนื่อง โดยสามารถบูรณาการกับงานประจำ เช่น การให้คำปรึกษารายเดี่ยว/กลุ่ม การเยี่ยมบ้าน ภายใต้มาตรการคุ้มครองความลับผู้ป่วย บูรณาการกับงานสุขภาพจิตและสุขภาพสังคม พร้อมส่งเสริมการให้ความรู้และปรับทัศนคติแก่ชุมชน เพื่ออยู่ร่วมกันโดยปราศจากการเลือกปฏิบัติ

Abstract

This retrospective pre-post intervention study examined the effects of a self-stigma reduction intervention among people living with HIV (PLHIV) in 11 model healthcare facilities between 2022 and 2024. The study examined outcomes related to stigma and discrimination, negative automatic thoughts, coping strategies, social support and positive self-perception. Data from 508 participants were collected using the HIV Stigma and Discrimination Survey among PLHIV, and qualitative data were drawn from supervisory reports and

learning exchange activities conducted by the Division of AIDS and STIs. Quantitative data were analyzed using frequency, percentage, mean, standard deviation, and the paired t-test, while qualitative data were analyzed through categorization, interpretation, and thematic synthesis. The results showed that, after participating in the activities, the prevalence of self-stigma decreased to 25.4%. The proportion of participants reporting a very high level of self-worth increased from 26.8% to 61.8%. Mean scores before and after the intervention showed statistically significant differences ($p<0.05$). The intervention enhanced participants' knowledge, understanding, and attitudes toward the causes and contributing factors of stigma and discrimination. It also promoted positive self-perception, constructive problem-solving skills, and the appropriate use of personal and social support. Therefore, healthcare facilities should regularly assess self-stigma levels among PLHIV and continuously implement stigma-reduction activities integrated into routine services, such as individual or group counseling and home visits while maintaining patient confidentiality. These activities should be aligned with mental health and social care programs, alongside community education initiatives to improve attitudes and foster inclusive, non-discriminatory environments for people living with HIV.

คำสำคัญ
การลดตีตราตนเอง; การตีตราและเลือกปฏิบัติ; สถานบริการสุขภาพ; ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี

Keywords:
self-stigma reduction; stigma and discrimination; healthcare facilities; people living with HIV

บทนำ

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2560-2573 มีเป้าประสงค์หลัก คือ ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย ลดการเสียชีวิตในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะไม่เกินร้อยละ 10[1] จากข้อมูลสำนักงานสถิติแห่งชาติ ในการสำรวจทัศนคติของประชาชน อายุ 15-49 ปี ที่มีต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2562 และ 2565 พบว่า คนไทยยังมีทัศนคติเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.7 เป็น 27.9 ตามลำดับ[2] และจากการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติอันเนื่องจากเอชไอวี ในสถานบริการสุขภาพของพื้นที่จังหวัดเฝ้าระวังทุก 2 ปี โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ในปี พ.ศ. 2560, 2562, 2564 และ 2566 พบว่า ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีเคยตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลเนื่องจากตีตราตนเองเพิ่มขึ้นร้อยละ 34.9, 36.1, 49.6 และ 52.0 ตามลำดับ[2] ในขณะที่ผลสำรวจโรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 ในปี 2560 พบว่า ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีเคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างมารับบริการ ร้อยละ 15.0 และมีการตีตราตนเอง ร้อยละ 34.8 ในจำนวนนี้เคยตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลเนื่องจากรู้สึกผิดและอายที่ติดเชื้อเอชไอวี คิดเป็นร้อยละ 30.0 และ 15.2[3] นอกจากนี้ การศึกษาของโรงพยาบาลบางแห่ง พบว่า ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีมีการตีตราตนเองสูงถึงร้อยละ 57.0 ทำให้ไม่อยากมารับบริการสุขภาพเพราะกลัวคนอื่นจะรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 15.3[4] และร้อยละ 64.7 หลีกเลี่ยงที่จะไปสถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน เนื่องจากกลัวการถูกเปิดเผยข้อมูลสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตน และผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีอายและกลัวเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการจ้องมองหรือนินทาตนเอง โดยส่วนใหญ่ ร้อยละ 30 ถูกตีตราจากเจ้าหน้าที่แนะนำว่าไม่ให้มีบุตรเพราะติดเชื้อเอชไอวี[5]

การตีตราตนเองในผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับการถูกสังคมตีตราและเลือกปฏิบัติ

โดยผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีบุคคลนั้นรับรู้ว่าตนเองถูกคนรอบข้างมองและมีปฏิกิริยาในทางลบกับตนเอง ทำให้เกิดการตีตราตนเองขึ้น และมักส่งผลกระทบต่อพฤติกรรมที่แสดงออกของบุคคลนั้นในการใช้ชีวิต ทำให้หลบเลี่ยงการเผชิญหน้ากับคนในสังคม แยกตัว เกิดความเครียด ซึมเศร้า ท้อแท้ ไม่มีเป้าหมายในการดำเนินชีวิต ไม่รับการรักษาหรือกินยาไม่ต่อเนื่อง ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตทั้งต่อตนเองและครอบครัว หรือบางรายทำให้เกิดความคิดอยากตาย หรือเกิดพฤติกรรมทำร้ายตนเองขึ้นได้ เกิดเป็นกระบวนการของความคิดความรู้สึกด้านลบภายในตนเอง[6] ดังนั้น การดำเนินงานลดการตีตราตนเอง (self-stigma reduction program, SRP) บุคลากรสาธารณสุขจึงจำเป็นต้องเข้าใจเพื่อทำงานกับภายในตัวของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ทั้งนี้แนวทางการดำเนินงานการลดการตีตราตนเองเริ่มดำเนินงานอย่างเป็นรูปธรรมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2565 เป็นต้นมา โดยในระยะแรกของการดำเนินงานระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 กรมควบคุมโรคร่วมกับสถานบริการสุขภาพต้นแบบทั้งหมด 11 แห่ง ได้เริ่มนำร่องบูรณาการจัดกิจกรรมลดการตีตราตนเองในผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีเข้าเป็นส่วนหนึ่งในงานประจำ โดยดำเนินงานตามคู่มือการดำเนินงานลดการตีตราตนเองของผู้รับบริการในสถานบริการสุขภาพฉบับปรับปรุงล่าสุดของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข[7] ซึ่งเป็นความร่วมมือและผ่านการศึกษาวิจัยของทีมผู้เชี่ยวชาญของกรมควบคุมโรค ร่วมกับมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะพยาบาลศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และมูลนิธิ-ศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ โดยเป็นชุดกิจกรรมกลุ่มเน้นการมีส่วนร่วมของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ให้เข้าใจที่มาของสังคมตีตราและเลือกปฏิบัติ ผลกระทบความคิดอัตโนมัติเชิงลบ เรียนรู้การปรับเปลี่ยนความคิด ความรู้สึกและพฤติกรรมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างถูกต้องเหมาะสม รู้จักการเผชิญปัญหา เห็นคุณค่าในตนเอง มีความคิดเชิงบวก และหาแหล่งสนับสนุนช่วยเหลือเพื่อปรับเปลี่ยนชุดความคิด พฤติกรรม โดยเฉพาะการดูแลสุขภาพ การเข้ารับบริการรักษา และส่งเสริมวินัยการกินยาอย่างต่อเนื่อง เพื่อสามารถกดไวรัสได้ต่ำที่สุดหรือไม่สามารถตรวจวัดได้ รวมทั้งสามารถปรับตัวอยู่ในชุมชนได้ ดังนั้น ผู้วิจัยซึ่งมีบทบาทกำหนดนโยบายพัฒนาแนวทาง นิเทศ กำกับติดตาม และเร่งรัดการขยายงานการลดการตีตราตนเองในสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศ จึงสนใจศึกษาผลการจัดกิจกรรมลดการตีตราตนเองในผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพต้นแบบ เพื่อเป็นแนวทางให้กับสถานบริการสุขภาพอื่น ๆ ต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังเปรียบเทียบก่อนและหลังการดำเนินกิจกรรม (retrospective pre-post intervention study) เพื่อศึกษาผลการจัดกิจกรรมลดการตีตราตนเองในผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี รวบรวมข้อมูลจากฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ของกองโรคเอดส์และ-โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ที่ได้รับรายงานเข้ามาในโปรแกรมสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีก่อน (pre-test) และหลังดำเนินกิจกรรม (post-test) จากสถานบริการสุขภาพ 11 แห่ง ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 รวมทั้งศึกษาการจัดกิจกรรมลดการตีตราตนเอง จากผลการนิเทศและการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสถานบริการสุขภาพของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ซึ่งแหล่งข้อมูลทั้งหมด ไม่มีการระบุชื่อ นามสกุล และที่อยู่ของผู้รับบริการ รวมทั้งไม่ได้มีการสืบค้นประวัติจากแฟ้มผู้ป่วย

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่รับบริการในสถานบริการ-สุขภาพต้นแบบ 11 แห่ง ซึ่งถูกรายงานในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์โปรแกรมสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีของกองโรคเอดส์และ-โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ระหว่างปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 1,159 ราย

กลุ่มตัวอย่าง คัดเลือกแบบเฉพาะเจาะจง (purposive sampling) คือ ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่มีผลประเมินการตีตราตนเอง (16-32 คะแนน) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

ตามเกณฑ์คู่มือฯ ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[7] จำนวน 827 ราย ในจำนวนนี้มีข้อมูลครบถ้วนตามเกณฑ์คัดเข้า จำนวน 508 ราย จากการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างต้องใช้อย่างน้อย 417 ราย เพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างร้อยละ 15 เผื่อข้อมูลไม่ครบถ้วน จะได้กลุ่มตัวอย่างอย่างน้อย 500 ราย เนื่องจากเป็นการวิจัยเชิงย้อนหลังที่ใช้ข้อมูลทุติยภูมิจากฐานข้อมูลที่มีอยู่แล้ว และเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความน่าเชื่อถือทางสถิติของการวิเคราะห์ (statistical power) ผู้วิจัยจึงตัดสินใจใช้กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเข้า จำนวนทั้งสิ้น 508 ราย

1) เกณฑ์การคัดเข้า คือ เป็นผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่รับบริการในคลินิกยาต้านไวรัส โดย (1) เป็นผู้ที่มีอายุ 18 ปีขึ้นไป (2) มีข้อมูลการประเมินการตีตราตนเองและการมีคุณค่าในตนเองก่อน และหลังเข้าร่วมกิจกรรมลดการตีตราตนเองอย่างครบถ้วน และ (3) มีข้อมูลอื่น ๆ ที่ต้องการศึกษาครบถ้วนตามแบบบันทึกข้อมูล

2) เกณฑ์การคัดออก คือ ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่มีข้อมูลไม่ครบถ้วน และไม่สามารถตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลได้

ขั้นตอนการศึกษา

1) คัดเลือกผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่มีการตีตราตนเอง (16-32 คะแนน) ก่อนเข้าร่วมกิจกรรมจากโปรแกรมสำรวจฯ

2) รวบรวม ข้อมูลทั่วไป การเปิดเผยผลเลือด การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ และผลการมีคุณค่าตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรม

3) รวบรวมผลการตีตราตนเองและการมีคุณค่าตนเองหลังเข้าร่วมกิจกรรม

4) รวบรวม วิเคราะห์บันทึกประเด็นเชิงคุณภาพในการจัดกิจกรรมลดการตีตราตนเองของสถานบริการสุขภาพต้นแบบ จากรายงานผลการนิเทศติดตามและการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

เครื่องมือและการเก็บรวบรวมข้อมูล

1) ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลจากโปรแกรมสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ดังนี้ (1) ข้อมูลทั่วไป ประกอบด้วย เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา อาชีพ ระยะเวลาทราบผลเลือด และระยะเวลารับประทานยาต้านไวรัส (2) การเปิดเผยผลเลือด และการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ (3) ผลประเมินการตีตราตนเองก่อนและหลังทำกิจกรรมกลุ่ม (Thai self-stigma scale, TSSS) จำนวน 8 ข้อ ตามเกณฑ์คู่มือฯ ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์[7] มีตัวเลือก 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง (1 คะแนน) ไม่เห็นด้วย (2 คะแนน) เห็นด้วย (3 คะแนน) และเห็นด้วยอย่างยิ่ง (4 คะแนน) ด้วยข้อคำถามเป็นเชิงลบทั้ง 8 ข้อ ดังนั้น ถ้าผู้ใดตอบเห็นด้วยทุกข้อ (จะได้คะแนนขั้นต่ำ 16 คะแนน) หรือตอบเห็นด้วยอย่างยิ่งทุกข้อ (จะได้คะแนนสูงสุด 32 คะแนน) ดังนั้น การแปลผลจึงกำหนดเกณฑ์เป็นกลุ่มที่ไม่ตีตราตนเอง (8-15 คะแนน) และกลุ่มที่ตีตราตนเอง (16-32 คะแนน) และ (4) ผลประเมินการมีคุณค่าตนเองก่อนและหลังทำกิจกรรมกลุ่ม จำนวน 10 ข้อ มีตัวเลือก 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคย (1 คะแนน) นาน ๆ ครั้ง (2 คะแนน) บ่อย ๆ (3 คะแนน) และตลอดเวลา (4 คะแนน) การแปลผลดังนี้ ระดับต่ำมาก (10-14 คะแนน) ต่ำ (15-24 คะแนน) สูง (25-34 คะแนน) และระดับสูงมาก (35-40 คะแนน)

2) ข้อมูลเชิงคุณภาพ จากบันทึกสรุปผลการนิเทศและการประชุมแลกเปลี่ยนเรียนรู้กับสถานบริการสุขภาพของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นการสรุปผลการจัดกิจกรรมลดการตีตราตนเอง ทั้ง 3 กิจกรรมในผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีในภาพรวม และการจัดกิจกรรมรูปแบบอื่น

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่ ข้อมูลทั่วไป การเปิดเผยผลเลือด การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ การตีตราตนเอง และการมีคุณค่าตนเอง ด้วยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน pair t-test และวิเคราะห์ข้อมูล

เชิงคุณภาพ โดยนำเสนอสรุปผลภาพรวมการทำกิจกรรมกลุ่มลดการตีตราตนเองด้วยการจำแนกประเภท วิเคราะห์แบบอุปนัย ตีความหมาย สร้างข้อสรุป อธิบายปรากฏการณ์ ที่เกิดขึ้น และยกตัวอย่าง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

การศึกษานี้เป็นการศึกษาข้อมูลย้อนหลังจากฐานข้อมูลที่ไม่มีการระบุตัวตนของผู้รับบริการ โดยผู้วิจัยเก็บรักษาความลับและความเป็นส่วนตัวของข้อมูลตามหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ถูกจัดเก็บด้วยรหัสผ่านและเข้าถึงได้เฉพาะผู้วิจัยเท่านั้น ผลการศึกษานำเสนอในภาพรวมโดยไม่สามารถระบุตัวบุคคลได้ ทั้งนี้ การวิจัยได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยในมนุษย์ สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข (EC 046-2568) ลงวันที่ 17 ธันวาคม 2568

ผลการศึกษา

1. ลักษณะกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่าง 508 คน เป็นเพศชาย ร้อยละ 55.3 อายุ 41-50 ปี ร้อยละ 34.4 (Mean = 45.2, SD = 11.1, Min = 18, Max = 77) มีสถานภาพ สมรสคู่ ร้อยละ 43.3 จบการศึกษาระดับประถมศึกษา ร้อยละ 51.2 รับจ้างทั่วไป/ลูกจ้างแรงงาน ร้อยละ 42.3 ระยะเวลาทราบผลเลือดมากกว่าหรือเท่ากับ 10 ปี ร้อยละ 51.8 (Mean = 10.0, SD = 6.8, Min = 0.1, Max = 47) รับประทานยาต้านไวรัส น้อยกว่า 10 ปี ร้อยละ 51.8 (Mean = 9.4, SD = 6.4, Min = 0.1, Max = 47) ได้เปิดเผยผลเลือดกับคนรัก เพื่อน ครอบครัว และคนในชุมชน ร้อยละ 76.6 เคยถูกเจ้าหน้าที่ตีตราและเลือกปฏิบัติ ได้แก่ ขณะรับบริการ ร้อยละ 6.5 ถูกเปิดเผยผลเลือดโดยไม่ยินยอม ร้อยละ 4.1 รวมทั้งแนะนำไม่ให้มีบุตรและมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 13.8

2. การประเมินการตีตราตนเอง และความมีคุณค่าในตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมลดการตีตราตนเอง

หลังเข้าร่วมกิจกรรมลดการตีตราตนเอง กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีมีการตีตราตนเองลดลงจาก ร้อยละ 100.0 เหลือร้อยละ 25.4 โดยกลุ่มผู้มีคุณค่าตนเองระดับสูงมากเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 26.8 เป็น 61.8 กลุ่มผู้มีคุณค่าตนเองระดับต่ำลดลงเหลือเพียงร้อยละ 2.8 และไม่พบผู้ที่มีคุณค่าตนเองระดับต่ำมาก ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละการประเมินการตีตราตนเอง และความมีคุณค่าตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วม กิจกรรมลดการตีตราตนเอง (n=508)

การประเมิน	จำนวนก่อนเข้ากิจกรรม (ร้อยละ)	จำนวนหลังเข้ากิจกรรม (ร้อยละ)
การตีตราตนเอง		
ตีตราตนเอง	508 (100.0)	129 (25.4)
ไม่ตีตราตนเอง	0 (0.00)	379 (74.6)
การประเมินคุณค่าตนเอง		
ต่ำมาก	0 (0.0)	0 (0.0)
ต่ำ	53 (10.4)	14 (2.8)
สูง	319 (62.8)	180 (35.4)
สูงมาก	136 (26.8)	314 (61.8)

เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรมลดการตีตราตนเอง พบว่า กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีมีการตีตราตนเองลดลง และมีคุณค่าตนเองเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p<0.05$ ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 เปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการตีตราตนเองและความมีคุณค่าตนเอง ก่อนและหลังเข้าร่วมกิจกรรม ลดการตีตราตนเอง (n=508)

การประเมิน	คะแนนก่อนเข้าร่วม		คะแนนหลังเข้าร่วม		df	t	P
	Mean	SD	Mean	SD			
การตีตราตนเอง	19.89	4.00	12.14	5.33	507	29.32	<0.0001*
ความมีคุณค่าตนเอง	30.11	5.41	35.24	5.07	507	-18.05	<0.0001*

*p<0.05

3. ผลศึกษาการจัดกิจกรรมลดการตีตราตนเองในผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพต้นแบบในภาพรวม

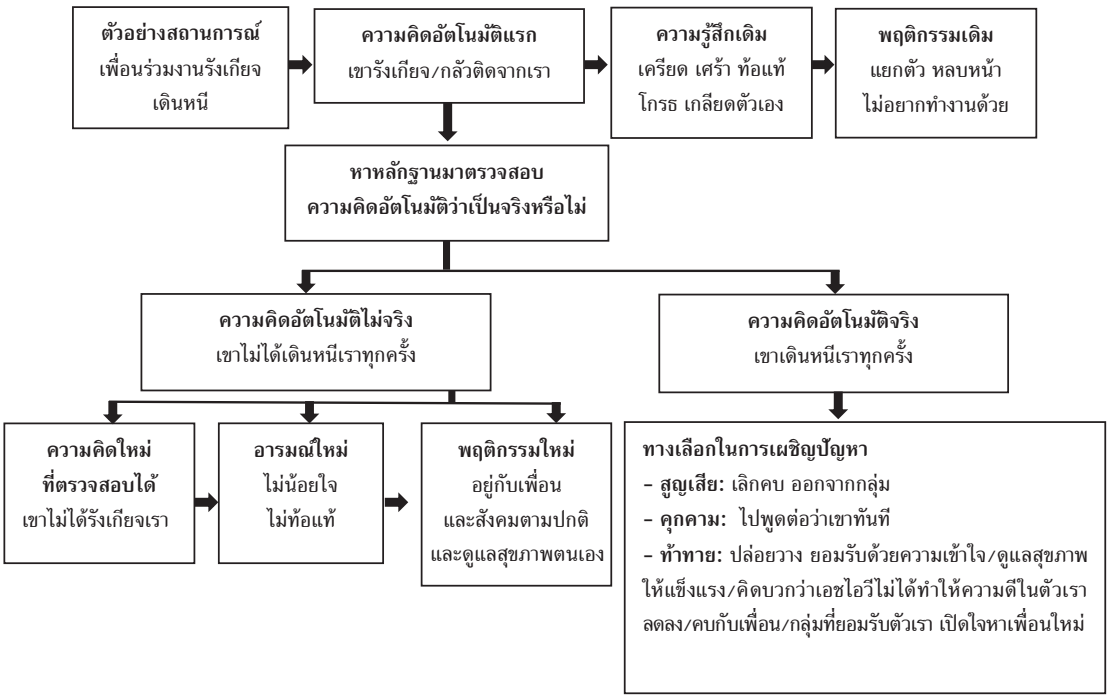
กิจกรรมที่ 1 คำเรียก ที่มาผลกระทบการตีตราและเลือกปฏิบัติ และความคิดอัตโนมัติด้านลบ พบว่า มีความสัมพันธ์กับสังคมเหมารวมเชื่อมโยงว่าการติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากพฤติกรรมไม่เหมาะสม หรือผิดศีลธรรม นำไปสู่การถูกสังคมตีตราและเลือกปฏิบัติในรูปแบบต่าง ๆ โดยผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีมีประสบการณ์ที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นลบ ถูกตีตราและเลือกปฏิบัติทั้งจากคำเรียกและพฤติกรรม และได้รับผลกระทบทั้งต่อตนเองและครอบครัว ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 คำเรียก ที่มาผลกระทบการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี

ประเด็น	สรุปรวม
ความคิดกับคำว่าเอชไอวี/เอดส์	ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีบางคนคิดว่าเกิดจากเวรกรรม ส่วนใหญ่มองว่าเป็นโรคน่ารังเกียจ เป็นแล้วรักษาไม่หาย เสียชีวิตเร็ว และไม่มีอนาคต
สังคมมองผู้ติดเชื้อเอชไอวี	มุมมองของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีรู้สึกว่า สังคมยังรังเกียจ มองเป็นคนไม่ดี บางคนแสดงออกถึงการรังเกียจหรือดูถูก สังคมมีทั้งกลัว หลีกหนี สงสาร และเห็นใจ
ความคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อของตน	เริ่มแรกเสียใจ ตกใจ สงสารครอบครัว กลัวญาติพี่น้องรังเกียจ คิดว่าเป็นความผิดพลาด กังวลการใช้ชีวิตในอนาคต กลัวคนรู้ อาย รับไม่ได้ คิดมาก ร้องไห้เป็นเดือน เสียใจ ปลง ทำใจอยู่ห่างคนอื่น และบางคนไม่กล้าให้เพื่อนพามาหาหมอ
เหตุการณ์หลังจากติดเชื้อเอชไอวี เช่น การตีตราตนเอง/การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากครอบครัว ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ รวมทั้งการถูกเรียกด้วยคำพูดที่ไม่ดี	- ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีมีการตีตราตนเอง ได้แก่ ปิดบังรังเกียจตนเอง ร้องไห้ ไม่สบายใจ ถูกเรียกว่าเอดส์ ถ้าเปลี่ยนคำเรียกเป็นเอชไอวีรู้สึกดีขึ้น ใช้ชีวิตลำบาก บางคนเคยคิดฆ่าตัวตาย - ที่ผ่านมาผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติจากครอบครัว ได้แก่ ครอบครัวปฏิเสธ แยกกันอยู่ หรือมีปฏิสัมพันธ์น้อยลง ไม่กล้าบอกผลเลือดกับภรรยา - ส่วนใหญ่ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติจากชุมชน ได้แก่ บางคนพบว่าบุตรและครอบครัวโดนล้อ/ถูกนินทา ถูกเรียกด้วยคำพูดที่ไม่ดี ด้อยค่า ไม่เท่าคนอื่น สายตาที่มองไม่เป็นมิตร ท่าทางรังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้ ไม่กล้ากินอาหารที่ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีทำ ไม่ร่วมรับประทานอาหารด้วย/ถูกกีดกันไม่ให้ทำกิจกรรมของชุมชน เช่น การเข้าวัดทำบุญ - ส่วนใหญ่ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติจากสถานบริการสุขภาพ ได้แก่ ถูกจัดคิวรับบริการถอนฟันลำดับสุดท้าย เจ้าหน้าที่บางคนแสดงท่าทางกลัว หรือรังเกียจ - ในขณะที่ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีส่วนหนึ่งปรับตัว ทำใจได้ ทำงานได้ ไปรับยาตามนัด ญาติและครอบครัวดีให้กำลังใจและไม่รังเกียจ
มีความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์/เอชไอวี และการรักษา	ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีทราบว่ามียารักษาได้ ไม่ตาย ทราบว่าต้องรับประทานยาตรงเวลาและต่อเนื่องเพื่อกดไวรัส เพิ่มภูมิคุ้มกัน ดูแลสุขภาพของตนเองให้แข็งแรง สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์

ความคิดอัตโนมัติเชิงลบ และการจัดการความคิดอัตโนมัติที่ไม่สมเหตุสมผล ที่ส่งผลต่อความรู้สึกและพฤติกรรม พบว่า การตีตราตนเองเป็นปฏิกิริยาสัมพันธ์กับการตีตราและเลือกปฏิบัติจากสังคม ทำงานผ่านกลไกทางความคิด ความรู้สึก การรับรู้และยอมรับการตำหนิและการปฏิเสธของสังคม โดยมีความคิดอัตโนมัติเชิงลบว่าคนรอบข้าง หรือสังคมรังเกียจเนื่องจากเอชไอวี ทำให้เศร้า โกรธ และพฤติกรรมแยกตัว หลบหน้าต่อบุคคลและสังคมนั้น ๆ ในการศึกษานี้ขอยกตัวอย่างสถานการณ์เพื่อนร่วมงานรังเกียจ ดังภาพที่ 1

ภาพที่ 1 ความคิดอัตโนมัติเชิงลบ ความรู้สึก พฤติกรรมและการจัดการความคิดอัตโนมัติที่ไม่สมเหตุสมผลของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี



กิจกรรมที่ 2 การแก้ไขและทางเลือกเผชิญปัญหา การค้นหาพลังสนับสนุน การตัดสินใจและแนวทางปฏิบัติของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี พบว่า การตัดสินใจเลือกการเผชิญแต่ละปัญหา มีทั้งแบบสูญเสีย คุกคาม และท้าทาย เช่น เลือกที่จะไม่บอกผลเลือดกับภรรยา เลือกที่จะมารับบริการต่อเนื่องแม้จะกลัวเจอคนรู้จัก เลิกติดต่อกับเพื่อนที่รังเกียจ คบกับเพื่อนหรือกลุ่มที่ยอมรับตัวเรา หรือเปิดใจหาเพื่อนใหม่ ยอมให้เขานินทาโดยคิดบวก ปล่อยวาง และเลือกที่จะทักท้วงเมื่อเห็นการตีตราและเลือกปฏิบัติจากผู้อื่น ดังตัวอย่างสถานการณ์ในตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ตัวอย่างสถานการณ์ การแก้ไขและทางเลือกเผชิญปัญหา การค้นหาพลังสนับสนุน การตัดสินใจและแนวทางปฏิบัติของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี

สถานการณ์/ประเด็น	ทางเลือกในการเผชิญปัญหา	ข้อดี	ข้อเสีย	ประเมินความเป็นไปได้	แหล่งพลังสนับสนุน	สรุปการตัดสินใจและแนวทางปฏิบัติของกลุ่ม
1. ไม่กล้าบอกผลเลือดกับภรรยา	1. ยืนยันไม่บอกผลเลือด (เผชิญปัญหาแบบสูญเสีย)	ไม่ต้องทะเลาะกัน	- ภรรยาอาจเสียใจเมื่อทราบทีหลัง - ตัวเองกังวลใจ กลัวโดนถามว่าทำไมต้องใส่ถุงยางอนามัย	ทำได้ทันทีด้วยตนเอง	- ความพร้อมของร่างกาย แข็งแรง - ดูแลสุขภาพตามหลัก U = U (undetectable = untransmittable) (ควบคุมไวรัสได้ต่ำกว่า 50 copies/ml จนไม่สามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ โดยกินยาตรงเวลา และสม่ำเสมอ)	1. เลือกที่จะไม่บอก 2. ดูแลสุขภาพตามหลัก U = U 3. ใช้ชีวิตประจำวันตามปกติ นอนที่สวนเพื่อเลี้ยงวัว ทำให้ลดการมานอนที่บ้านภรรยา 4. ผู้ติดเชื้อฯขอให้เจ้าหน้าที่ส่งเสริมให้ภรรยามาตรวจเลือดผ่านโครงการต่างๆ เช่น ตรวจเลือดเพื่อคัดกรองเอชไอวีแบบเคลื่อนที่ (VCT Mobile)
	2. บอกผลเลือด (เผชิญปัญหาแบบท้าทาย)	- สบายใจ - ไม่ต้องหลบซ่อน - ภรรยาจะได้รับเข้าสู่การดูแลสุขภาพ	- อาจต้องหย่าร้าง ทำให้ไม่มีที่อยู่เพราะมาอาศัยภรรยา ไม่มีลูกด้วยกัน	ทำได้ทันทีด้วยตนเอง	- มองตนเองเชิงบวก - ความรู้และความสามารถในการจัดการปัญหา	
2. กลัวคนรู้ อาย เมื่อเจอคนรู้จักถามว่า ทำไมถึงมาโรงพยาบาล เนื่องจากดูร่างกายแข็งแรงดี	1. ไม่มารับบริการต่อเนื่อง (เผชิญปัญหาแบบสูญเสีย)	- ไม่ต้องตอบคำถามคนอื่น - ไม่อาย	- ขาดยา/กินยาไม่ต่อเนื่อง - มีโรคแทรกซ้อน - ไม่มีกำลังใจ ยอมแพ้รอวันเสียชีวิต	ทำได้ทันทีด้วยตนเอง	ประเมินว่าร่างกายตนเองยังแข็งแรง	1. เลือกที่จะมารับบริการต่อเนื่อง 2. ถ้ามีคนถามแบบเดิม เลือกที่จะไม่ใส่ใจหรือเพียงยิ้มทักทาย ไม่จำเป็นต้องอธิบาย
	2. มารับบริการต่อเนื่อง (เผชิญปัญหาแบบท้าทาย)	- ได้พบแพทย์ รับยา ร่างกายดีขึ้น - รู้ผลเลือด ปรับปรุงตนเอง - ได้แนะนำคนอื่น - ทำงานได้ปกติ มีรายได้	อึดอัดใจ อาจเจอคำถามแบบเดิมๆ	ทำได้ทันทีด้วยตนเอง	- ให้กำลังใจตนเอง - รักตนเอง - มองตนเองเชิงบวก - ความสามารถในการปรับตัว	
3. เพื่อนร่วมงานรังเกียจเดินหนี	1. เลิกติดต่อ (เผชิญปัญหาแบบสูญเสีย)	สบายใจ	เสียเพื่อนเก่าไป	ทำได้ทันทีด้วยตนเอง	- มองตนเองเชิงบวก ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง - คบกับเพื่อน/กลุ่มที่ยอมรับตัวเรา	1. เลิกติดต่อกับเพื่อนที่รังเกียจ 2. คบกับเพื่อน/กลุ่มที่ยอมรับตัวเรา 3. เปิดใจหาเพื่อนใหม่
	2. เป็นเพื่อนต่อไป (เผชิญปัญหาแบบคุกคาม)	ดูเหมือนยังมีเพื่อน	- อึดอัดใจ - สัมพันธภาพห่างออกไป	ทำได้ทันทีด้วยตนเอง	- ให้กำลังใจตนเอง - รักตนเอง - ความสามารถในการปรับตัว	
	3. ดูแลสุขภาพให้แข็งแรง/คบกับเพื่อน/กลุ่มที่ยอมรับตัวเรา เปิดใจหาเพื่อนใหม่ (เผชิญปัญหาแบบท้าทาย)	- สบายใจ - สุขภาพแข็งแรง - คิดบวก	เพื่อนยังรังเกียจ	ทำได้ทันทีด้วยตนเอง	- ปล่อยวาง ยอมรับด้วยความเข้าใจ - มองตนเองเชิงบวก ส่งเสริมความมีคุณค่าในตนเอง (เอชไอวีไม่ได้ทำให้ความดีในตัวเราลดลง) - เพื่อน/กลุ่มที่ยอมรับตัวเรา	

ตารางที่ 4 ตัวอย่างสถานการณ์ การแก้ไขและทางเลือกเผชิญปัญหา การค้นหาพลังสนับสนุน การตัดสินใจและแนวทางปฏิบัติของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี (ต่อ)

สถานการณ์/ประเด็น	ทางเลือกในการเผชิญปัญหา	ข้อดี	ข้อเสีย	ประเมินความเป็นไปได้	แหล่งพลังสนับสนุน	สรุปการตัดสินใจและแนวทางปฏิบัติของกลุ่ม
4. แกนนำกลุ่มผู้ติดเชื้อโมโห เห็นเจ้าหน้าที่เทศบาลแห่งหนึ่ง เตรียมของเยี่ยมผู้ป่วย/ผู้ด้อยโอกาส และเขียนป้ายติดที่กระเช้าเยี่ยมว่า “นาย (ชื่อ สกุล) ผู้ป่วยเอดส์”	1. ทักท้วงทันที (เผชิญปัญหาแบบท้าทาย)	- พิทักษ์สิทธิให้สมาชิก - ป้องกันการทำซ้ำๆ - สร้างความเข้าใจ	- อาจมีความขัดแย้ง - ประจานตนเอง	ทำได้ทันทีด้วยตนเอง	- จากตนเอง แรงจูงใจมีความสำคัญในการเสริมสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลง - เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องช่องทางการติดต่อเอชไอวี และการไม่ตีตราเลือกปฏิบัติ	ทักท้วงทันที โดยใช้ความรู้และความสามารถในการจัดการปัญหา และใช้ทักษะสื่อสาร
	2. ปล่อยไป ทำใจ ไม่โต้ตอบ (เผชิญปัญหาแบบท้าทาย)	- ไม่มีเหตุการณ์ทะเลาะ/เสียงดัง	- คนที่ได้รับถูกเปิดเผยข้อมูลโดยที่เจ้าตัวไม่ยินยอม - สมาชิกอาจได้รับผลกระทบหลายคน	ทำได้ทันทีด้วยตนเอง	- จากตนเองความสามารถในการปรับตัว	
5. โกรธคน นินทา พูดลับหลังว่ามีพฤติกรรมไม่ดี จึงติดเชื้อเอชไอวี	1. สอบถาม สร้างความเข้าใจด้วยท่าทางที่เป็นมิตร (เผชิญปัญหาแบบท้าทาย)	- เขาอาจจะหยุดนินทา - ทำความเข้าใจกัน	- เขาอาจจะต่อว่ากลับ - เขาอาจจะยังนินทาเหมือนเดิม	- ทำได้ทันทีด้วยตนเอง - ทำได้ แต่อาจขอความช่วยเหลือจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขให้ความรู้แก่ชุมชน	- จากตนเอง แรงจูงใจมีความสำคัญในการเสริมสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลง - คู่กรณีเป็นคนเปิดใจ รับฟังเหตุผล - เจ้าหน้าที่ให้ความรู้เรื่องช่องทางการติดต่อเอชไอวี และการไม่ตีตราเลือกปฏิบัติ	1. สอบถาม สร้างความเข้าใจด้วยท่าทางที่เป็นมิตร 2. ปล่อยวาง คิดบวก เขานินทาเราได้ แต่เขาดึงความดีในตัวเราไม่ได้
	2. ไปพูดต่อว่าเขาทันที (เผชิญปัญหาแบบคุกคาม)	- เขาอาจจะหยุดนินทา - เราสะใจ	- เขาจะตอบแรงกว่าเรา (ต่อต้าน) - อาจหยุดไปเลย - ทำให้โมโห - ทำร้ายกัน	ทำได้ทันทีด้วยตนเอง	- จากตนเองใช้แรงจูงใจ มีความ สำคัญในการเสริมสร้างให้เกิดการเปลี่ยนแปลง - คู่กรณีเป็นคนเปิดใจ รับฟังเหตุผล	
	3. ทำใจ ยอมให้เขานินทาเข้าใจผิด (เผชิญปัญหาแบบสูญเสีย)	ไม่ทะเลาะกัน	- อึดอัดใจ จะโดนนินทาไปตลอด	ทำได้ทันที ด้วยตนเอง	- จากตนเองต้องปล่อยวาง คิดดี คิดบวก - ใช้ความรู้ ความเชื่อ สติ ความสามารถในการจัดการปัญหา	
	4. ปล่อยวาง คิดบวก เขานินทาเราได้ แต่เขาดึงความดีในตัวเราไม่ได้ (เผชิญปัญหาแบบท้าทาย)	- สบายใจ - ไม่ทะเลาะกัน	จะถูกนินทาตลอดไป	ทำได้ทันที ด้วยตนเอง	- ใช้หลักธรรมะ - จากตนเองต้องปล่อยวาง คิดดี คิดบวก - ใช้ความรู้ ความเชื่อ สติ ความสามารถในการจัดการปัญหา	

กิจกรรมที่ 3 การคิดต่อตนเองเชิงบวกและคุณค่าในตนเอง พบว่า ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี มองว่าตนเองมีทั้งข้อดีและความสำเร็จและความภาคภูมิใจ คือ (1) ด้านความดีของฉัน ได้แก่ มีความกระตือรือร้น รักสุขภาพ รับยาพบแพทย์ด้วยตนเอง มีวินัย ตรงต่อเวลา มองโลกในแง่ดี เอื้อเฟื้อ ใจดี เข้ากับคนงาน ไม่เลือกงาน ทำงานได้ ช่วยเหลือสังคม เข้ากับสังคมได้ ไม่สร้างความเดือดร้อน ศึกษาและปฏิบัติธรรม ไม่จมกับอดีต อยู่กับปัจจุบัน มีพลังสู้ และ (2) ด้านความสำเร็จและความภาคภูมิใจของฉัน ได้แก่ สุขภาพดีขึ้น เลิกบุหรี่และสุราได้ มีบ้าน รถ ที่ดิน และธุรกิจ ช่วยเหลือสังคม เพื่อนและสังคมยอมรับ ได้รับเลือกเป็นสมาชิกสภาเทศบาล ทำงานมีรายได้ สามารถใช้หนี้ได้ เลี้ยงดูพ่อแม่/ครอบครัว เลี้ยงลูกให้เป็นคนดี ดูแลบุตรจนโต ส่งตัวเองและบุตรเรียนจบปริญญาตรี สำเร็จในหน้าที่การงาน สำหรับกรณีผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่ไม่เปิดเผยตัวหรือไม่สะดวกเข้าร่วมกิจกรรมกลุ่มที่คลินิก พบว่า สถานบริการสุขภาพยังมีการจัดบริการลดการตีตราตนเองในรูปแบบอื่น ได้แก่ การประสานและบูรณาการเยี่ยมบ้าน การให้คำปรึกษารายเดี่ยว การมีคู่ Buddy และการทำกิจกรรมกลุ่มสัมพันธ์ เช่น การประกอบอาหารเพื่อรับประทานร่วมกันกับเจ้าหน้าที่ ทั้งนี้ พบว่า สถานบริการสุขภาพต้นแบบบางแห่งได้จัดทำเป็นโครงการประจำปีอย่างต่อเนื่อง

สรุปภาพรวมกิจกรรมลดการตีตราตนเองส่งผลต่อการเสริมสร้างสุขภาวะจิต พฤติกรรมสุขภาพและการดำเนินชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีในเชิงบวก ดังนี้

1) กิจกรรมมุ่งส่งเสริมให้เข้ากลุ่มกับคนที่เข้าใจและยอมรับตนเอง ส่งเสริมให้คิดเชิงบวก ส่งเสริมแหล่งสนับสนุนทางสังคม และการเสริมสร้างพลังอำนาจของตนเอง ทำให้เกิดความเชื่อมั่น สามารถจัดการกับการตีตราทั้งจากสังคมและภายในตนเองได้อย่างเหมาะสม

2) มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมสุขภาพที่ดีขึ้น ทั้งเรื่องการดูแลสุขภาพตนเอง เป็นผลให้เข้ารับการรักษาและกินยาอย่างต่อเนื่อง และร่วมเป็นแกนนำ ค้นหาผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีรายใหม่หรือรายเก่าที่ขาดความต่อเนื่องในการรักษากลับเข้าสู่การรักษาได้

3) มีผลต่อการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมอื่นๆ ได้ เช่น การมีสัมพันธภาพในครอบครัวและสังคม การควบคุมอารมณ์ การแก้ไขปัญหา และการจัดการความขัดแย้งที่ดีขึ้น สามารถยืดหยุ่นและปรับตัวอยู่กับครอบครัวและชุมชนได้อย่างเข้าใจ

วิจารณ์

การดำเนินกิจกรรมลดการตีตราตนเองของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ต้องอยู่ภายใต้มาตรการคุ้มครองความลับของผู้เข้าร่วมทุกขั้นตอน เนื่องจากเป็นโรคที่มีการตีตราสูง เช่น การไม่เปิดเผยข้อมูลในชุมชน การเก็บข้อมูลแบบไม่ระบุตัวตน เจ้าหน้าที่ต้องสร้างสัมพันธภาพเพื่อให้เกิดความไว้วางใจ เชื่อใจ และเปิดใจ รวมทั้งต้องเชื่อมโยงให้กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีเข้าใจที่มาคำเรียกอันนำไปสู่การตีตราและเลือกปฏิบัติของสังคม ซึ่งเป็นรากเหง้าของสังคมเหมารวม เพื่อให้ผู้อยู่รวมกับเอชไอวีเปลี่ยนมุมมองให้เป็นเชิงบวก โดยใช้พลังงานสนับสนุนทั้งจากตนเองและผู้อื่น เพื่อร่วมกันวางแผนปรับเปลี่ยนวิธีการเผชิญปัญหาจากภาวะคุกคามหรือสูญเสียให้เป็นภาวะท้าทาย นำไปสู่การลดการตีตราตนเอง และสามารถอยู่ร่วมกับสังคมที่ยังมีการตีตราและเลือกปฏิบัติได้อย่างเข้าใจ แต่ไม่ว่าผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีจะตัดสินใจที่จะเผชิญปัญหาแบบใด แม้ว่าเจ้าหน้าที่จะให้ข้อมูลรอบด้านแล้ว ต้องเคารพการตัดสินใจของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีในการเลือกทางแก้ปัญหานั้นๆ

จากการศึกษาครั้งนี้ มีข้อสังเกตว่าการประเมินการตีตราตนเอง มีการจำแนกระดับคะแนนการตีตราตนเองค่อนข้างกว้าง คือ ช่วงคะแนน 16-32 คะแนน ทำให้การคัดเลือกผู้ที่เข้ามาทำกิจกรรม มีตั้งแต่คนที่มีคะแนนการตีตราในระดับน้อยรวมกับคนที่มีการตีตราระดับสูง ส่งผลต่อการทำกิจกรรมกลุ่ม เนื่องจากปัญหาระดับความรุนแรง และความเร่งด่วนของการตีตราตนเองมีความแตกต่างกัน ดังนั้น จึงควรมีการจำแนก กลุ่มย่อยของระดับการตีตราตนเองเพิ่มเป็น 2 ระดับ คือ การตีตราตนเองระดับที่ 1 (16-23 คะแนน) และการตีตราตนเองระดับที่ 2 (24-32 คะแนน) นอกจากนี้ ในคู่มือฯ ไม่ได้

มีการประเมินคุณค่าตนเองตั้งแต่ก่อนทำกิจกรรม แต่ให้ประเมินหลังทำกิจกรรมที่ 3 ทำให้ไม่สามารถเปรียบเทียบผลในส่วนนี้ได้ ดังนั้น ในการดำเนินงานผู้วิจัยจึงปรับให้มีการประเมินคุณค่าตนเองพร้อมกับการตีตราตนเองก่อนเข้าร่วมกิจกรรมด้วย

จากผลการศึกษานี้ พบว่า ภายหลังเข้าร่วมกิจกรรมลดการตีตราตนเอง กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีมีการตีตราตนเองลดลง ซึ่งสอดคล้องกับจิรัฐติกาล สุตวณิชย์ และนาวา ผานะวงศ์[8,9] พบว่า การตีตราตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เช่นเดียวกับ สุนิศา สุขตระกูล และเพ็ญพักตร์ อุทิศ[10] พบว่า ผู้ใช้สารเสพติด หลังเข้าร่วมโปรแกรม มีการตีตราตนเองลดลงอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ และสุนิศา สุขตระกูล ปวันปรัชญ์ พละมาตย์ และไพลิน ดวงมาลา[11] พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ใช้สารเสพติดจาก 3 โรงพยาบาลมีคะแนนการตีตราตนเองลดลงภายหลังที่เข้าร่วมโปรแกรมนี้ เป็นผลให้เข้ารับการรักษาและกินยาอย่างต่อเนื่อง จนสามารถกดไวรัสได้สำเร็จ

การศึกษานี้ยังพบว่า กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่ตีตราตนเอง ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมได้ทุกคน เนื่องจากต้องกลับไปทำงานที่ต่างจังหวัด หรือลางานมาร่วมกิจกรรมไม่ได้ บางคนที่มีการตีตราตนเองสูง แต่ไม่ต้องการเปิดเผยตัวและไม่พร้อมทำกลุ่มร่วมกัน จึงควรพิจารณาจัดรูปแบบทำกิจกรรมให้หลากหลาย เหมาะสมกับระดับการตีตราตนเอง และระดับการมีคุณค่าตนเอง เพื่อง่ายต่อการจัดการ เช่น การให้คำปรึกษารายเดี่ยวที่คลินิกหรือทางโทรศัพท์ และการเยี่ยมบ้าน เป็นต้น โดยเน้นการปรับทัศนคติที่ด้อยค่าตนเองจากการตอบแบบประเมิน อีกทั้งเพื่อประโยชน์สำหรับผู้รับบริการควรปรับระบบให้บริการ โดยมีการประเมินการตีตราตนเองในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีทุกรายและทุกครั้งที่มารับยาต้านไวรัส เพื่อเป็นการเฝ้าระวัง ป้องกัน และติดตามสถานการณ์การตีตราตนเอง ซึ่งสามารถเกิดได้ทุกช่วงเวลา เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาสุขภาพจิต อาจนำไปสู่การทำร้ายตนเอง และส่งผลกระทบต่อการรักษา ซึ่งต้องมีการทำงานร่วมกันกับสหวิชาชีพอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้สามารถลดภาระงานของเจ้าหน้าที่โดยบูรณาการกับงานประจำของโรงพยาบาลตามแนวทางการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ รวมทั้งควรให้ความรู้ปรับทัศนคติชุมชนและสังคมรอบข้างควบคู่กันไปด้วย เพื่อสามารถอยู่ร่วมกันได้โดยปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ

จากการติดตามประเมินผลหลังทำกิจกรรมครบแล้ว พบว่า มีการเปลี่ยนแปลงในระดับบุคคล คือ (1) กลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีสามารถนำทักษะไปปรับใช้ในชีวิตประจำวัน มีการปรับเปลี่ยนทั้งความคิด ทัศนคติในการกล่าวโทษหรือการด้อยค่าตนเอง รู้ทันและจัดการความคิดลบล่วงหน้าอย่างสมเหตุสมผล เปลี่ยนมุมมองต่อตนเองและผู้อื่นเป็นเชิงบวกมากขึ้น เน้นการใช้แรงสนับสนุนจากตนเองเป็นหลัก เพื่อเลือกทางเลือกการแก้ปัญหาได้อย่างเหมาะสม และ (2) ทีมเจ้าหน้าที่เกิดการเรียนรู้ มีความเข้าใจ มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้รับบริการเพิ่มขึ้น นำไปสู่การปรับพฤติกรรมบริการที่เป็นมิตรมากขึ้น นอกจากนี้ มีการเปลี่ยนแปลงเชิงระบบ โดยทีมผู้บริหารโรงพยาบาลสนับสนุนให้ความรู้แก่เจ้าหน้าที่อย่างต่อเนื่อง ส่งเสริมการจัดกิจกรรมลดการตีตราตนเองโดยปรับเวลาให้เหมาะสมกับบริบทและความสะดวกของผู้รับบริการ และบูรณาการเป็นส่วนหนึ่งของแนวทางการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติของโรงพยาบาล ซึ่งเป็นประโยชน์แก่ผู้รับบริการ โดยช่วยเพิ่มการเข้าถึงบริการและส่งเสริมให้เข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่องมากขึ้น และเป็นแนวทางต้นแบบให้กับสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศ

จากผลการศึกษาอื่น พบว่า การเข้าร่วมกิจกรรมของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ส่งผลต่อความคิดและพฤติกรรมใหม่ ได้แก่ การศึกษาของจิราภรณ์ ชูวงศ์[12] ที่ใช้กลยุทธ์การเสริมสร้างพลังอำนาจทั้งผู้ป่วย พี่เลี้ยง การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายชุมชน เพื่อช่วยส่งเสริมให้ผู้ป่วยวัณโรคมีทัศนคติที่ดี มีกำลังใจ และมีความตระหนักถึงความสำคัญในการกินยาอย่างต่อเนื่องจนครบตามแผนการรักษา สมาชิกบอกว่าที่ทำได้เพราะ

มีแหล่งพลังสนับสนุน ได้แก่ ให้กำลังใจตนเอง รักตนเอง มองตนเองเชิงบวก และมีความสามารถในการปรับตัว ในขณะที่พิทักษ์ สุพรรโณภาพ[13] ได้ศึกษาการคิดเชิงบวกตัวแปรในการพัฒนาชีวิต พบว่า การคิดเชิงบวกนี้จะช่วยให้บุคคลเกิดความเข้าใจและมองสถานการณ์ที่เกิดขึ้นตามความเป็นจริง มีกำลังใจที่จะต่อสู้กับอุปสรรคต่าง ๆ ไม่ยอมให้ความล้มเหลวเข้ามาทำลายชีวิต สามารถเปลี่ยนวิกฤตในชีวิตให้เป็นโอกาส พยายามหาหนทางแก้ปัญหาและเอาชนะอุปสรรคต่าง ๆ จนประสบผลสำเร็จ และเป็นคนที่มีความสุขในชีวิตได้ การศึกษาในต่างประเทศโดย Yassin และคณะ[14] สอดคล้องกับ Chambers และคณะ[15] รวมทั้ง Nyashanu และคณะ[16] พบว่า การตีตราและความรู้สึกตราบาปมีอิทธิพลต่อการดูแลสุขภาพ ความสม่ำเสมอในการรักษาและสุขภาพโดยรวม และความเป็นอยู่ที่ดีของผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ผลการศึกษาเน้นให้เห็นว่า การตีตราโดยสังคมและการตีตราที่รับรู้ได้ในชุมชน คือ ปัจจัยหลักที่ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้น ควรสนับสนุนสถานบริการสุขภาพจัดบริการโดยปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ และพัฒนากิจกรรมลดการตีตราตนเองในสถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และควรขยายผลในระดับชุมชนด้วย

ผลลัพธ์สำคัญจากผลการศึกษานี้สะท้อนให้เห็นว่า การตีตราตนเองมีความสัมพันธ์กับการถูกสังคม ตีตราและเลือกปฏิบัติ ข้อจำกัดของระบบบริการสุขภาพในการดูแลด้านจิตสังคมร่วมกับการดูแลรักษาอย่างเป็นระบบ รวมทั้งระบบบริการที่ไม่เอื้อต่อการมีอำนาจต่อรองหรือทางเลือกของผู้ป่วยในการเข้าร่วมกิจกรรมการรักษาต่าง ๆ หรือการรับรู้ถึงอำนาจที่ไม่เท่าเทียมระหว่างผู้ให้บริการกับผู้รับบริการ การได้รับประสบการณ์เชิงลบในระบบบริการ เช่น การถูกตั้งคำถามเชิงตัดสิน การเปิดเผยสถานะของผู้ป่วย พฤติกรรมบริการที่ไม่เท่าเทียม และจากโครงสร้างและวัฒนธรรมองค์กรในสถานบริการ เช่น การจัดคิวบริการลำดับสุดท้าย เหล่านี้สนับสนุนและตอกย้ำให้การตีตราตนเองคงอยู่ ส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าในตนเอง และพฤติกรรมการเข้ารับบริการอย่างต่อเนื่อง ในบริบทประเทศไทย ผลลัพธ์นี้ชี้ให้เห็นความจำเป็นของการบูรณาการมาตรการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติและเร่งรัดขยายการดำเนินงาน 3x4 package[6] ในทุกระดับของระบบบริการ และทุกสังกัดทั้งภาครัฐและภาคเอกชน โดยมุ่งเน้นการดำเนินงานใน 3 ระดับ ครอบคลุมเจ้าหน้าที่ โครงสร้าง และการเชื่อมต่อชุมชน เพื่อลด 4 ปัจจัยที่เอื้อให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ได้แก่ ความไม่ตระหนักรู้ความกลัวติดเชื้อเอชไอวี สังคมเหมารวม และสภาพแวดล้อม โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพเจ้าหน้าที่ร่วมกับการปรับโครงสร้างบริการเชิงนโยบายต่าง ๆ เพื่อสร้างสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยและเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ พร้อมทั้งส่งเสริมการทำงานแบบมีส่วนร่วมกับชุมชน อันจะช่วยลดการตีตราทางสังคมและนำไปสู่การลดการตีตราตนเองได้อย่างมีประสิทธิผลและยั่งยืน

ข้อเสนอแนะ

1. ต้องดำเนินกิจกรรมภายใต้มาตรการคุ้มครองความลับของผู้เข้าร่วม เนื่องจากเป็นโรคที่มีการตีตราสูง เช่น การไม่เปิดเผยข้อมูลในชุมชน การเก็บข้อมูลแบบไม่ระบุตัวตน โดยคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์
2. ควรประเมินตีตราตนเองและความมีคุณค่าในตนเองควบคู่กันในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีทุกคน ทั้งรายใหม่และรายเก่าทุกครั้งที่มารับยาต้านไวรัส เพื่อป้องกันปัญหาสุขภาพจิต และผลกระทบต่อการรักษา
3. สามารถบูรณาการเข้ากับงานประจำ โดยปรับรูปแบบระยะเวลากิจกรรม ให้เหมาะสมสำหรับกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีที่มีการตีตราตนเอง แต่ไม่สามารถเข้าร่วมกิจกรรมลดการตีตราตนเองได้ หรือไม่เปิดเผยตัวไม่พร้อมเข้ากลุ่ม เช่น การจัดกิจกรรมเฉพาะบุคคลคลินิกให้คำปรึกษา หรือการเยี่ยมบ้าน
4. ควรจำแนกกลุ่มย่อยระดับการตีตราตนเองเพิ่มเป็น 2 ระดับ คือ การตีตราตนเองระดับที่ 1 (16-23 คะแนน) และการตีตราตนเองระดับที่ 2 (24-32 คะแนน) เพื่อง่ายต่อการจัดกิจกรรมให้เหมาะสมกับระดับความรุนแรงและความเร่งด่วนของการตีตราตนเองที่ต่างกัน
5. ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนากิจกรรมลดการตีตราตนเองในสถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และอาจ

ขยายผลในระดับชุมชน พร้อมบูรณาการกับงานสุขภาพจิตและสังคม

6. ข้อเสนอแนะทำวิจัยต่อไป ควรศึกษาการใช้กิจกรรมลดการตีตราตนเองในกลุ่มผู้รับบริการที่มีการตีตราซ้ำซ้อน เช่น มีการใช้สารเสพติด หรือมีภาวะซึมเศร้าร่วมด้วย

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้อำนวยการและทีมกองโรคเอดส์-และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค ทีมผู้บริหาร เจ้าหน้าที่คลินิกยาต้านไวรัส และกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวีของสถานบริการสุขภาพต้นแบบ คุณนาวา ผานะวงค์ ข้าราชการบำนาญโรงพยาบาล-อากาศอำนวย ผู้ประสานงานสำนักงานป้องกันควบคุมโรคระดับเขตและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ภายใต้โครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเนื่องจากเอชไอวี ในสถานบริการสุขภาพที่สนับสนุนและให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์จนสำเร็จด้วยดี เพื่อเป็นแนวทางให้กับสถานบริการสุขภาพทั่วประเทศและนานาชาติ

เอกสารอ้างอิง

1. National AIDS Committee. Thailand AIDS action plan 2023-2026. Nonthaburi: NC-Concept; 2023. (in Thai)
2. Division of AIDS and STIs. HIV INFO HUB: stigma and discrimination [Internet]. 2023 [cited 2023 Mar 17]. Available from: https://hivhub.ddc.moph.go.th/officer/epidemic.php (in Thai)
3. Tharnthanaboon W. Stigma and discrimination related to HIV in the Health Services Area 10, Thailand. Thai AIDS Journal. 2019;35(1):14-32. (in Thai)
4. Phanaworng N. The results of stigma and discrimination against HIV-infected people reduction program in Akat Amnauy Hospital, Sakonnakhon Province, 2019. Thai AIDS Journal. 2019;31(3):125-41. (in Thai)
5. Namkaew B, Nawsuwan K. Experience of stigmatization of people with HIV and good practice among people with HIV to reduce self-stigma when coming to the hospital. Journal of Boromarajonani College of Nursing, Surin. 2021;11(2):17-31. (in Thai)
6. Division of AIDS and STIs. Participatory course to create understanding and reduce stigma and discrimination related to HIV/AIDS with associated tuberculosis and populations at risk of HIV infection in health care facilities. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs; 2024. (in Thai)
7. Division of AIDS and STIs. Manual for reducing self-stigmatization of clients in health facilities. Nonthaburi: Division of AIDS and STIs; 2022. (in Thai)
8. Suttawanit J, Ariyothai N, Phanaworng N. Effects of a self-stigma reduction program among people living with HIV in Akat Amnuay Hospital, Sakon Nakhon Province. Thai AIDS Journal. 2023;35(3):127-39. (in Thai)
9. Suttawanit J, Phanaworng N. The results of using stigma reduction programs of HIV infected people in Akat Amnauy Hospital, Sakon Nakhon Province. Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol. 2023;12(3):1-7.
10. Suktrakul S, Uthis P. The effects of self-stigma program in drugs used persons. Journal of the Royal Thai Army Nurses. 2018;19(Suppl): 364-72. (in Thai)
11. Suktrakul S, Palamat P, Duangmala P. Assessment of project activities to reduce self-stigma among people living with HIV and substance abuse. Bangkok: Bookplus; 2020. (in Thai)
12. Choowong J. Strategies for reduction of stigma in people with new smear-positive pulmonary

tuberculosis patients in Trang Province. Journal of Research and Innovation. 2019;1:257-66. (in Thai)

13. Supannopaph P. Positive thinking: life development variable. Veridian E-Journal, Silpakorn University [Internet]. 2018 [cited 2022 Sep 7];11(3): 1958-78. Available from: https://he02.tci-thai-jo.org/index.php/Veridian-E-Journal/article/view/158967/115020 (in Thai)
14. Yassin Z, Erasmus C, Frantz J. A model to understand HIV-related stigma and the psychosocial well-being of children orphaned by AIDS: a theory generative approach. SAHARA J [Internet]. 2021 [cited 2021 Oct 15];18(1)131-48. Available from: https://doi.org/10.1080/17290376.2021.1989023
15. Chambers LA, Rueda S, Baker DN, Wilson MG, Deutsch R, Raeifar E, et al. Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. BMC Public Health [Internet]. 2015 [cited 2022 Sep 3];15: 848. Available from: https://doi.org/10.1186/s12889-015-2197-0
16. Nyashanu M, Mushonga FTE, Dada SO, Ekpenyong MS. Examining the impact of HIV-related stigma in people living with HIV: a systematic literature review. International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology. 2024; 13(10):2875-85.