

ผลการใช้โปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลอากาสนวน จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2562

Received: 15/10/2019, Accepted: 28/10/2019

นาวา ผานะวงศ์*

Abstract

The Results of Stigma and Discrimination Against HIV Infected People Reduction Program in Akatamnauy Hospital, Sakon Nakhon Province, 2019

Nava Phanawong*

*Akatamnauy Hospital, Sakon Nakhon Province, Ministry of Public Health, Thailand

The objectives of this research were to study situation, methods of solving problems, and to apply the solutions to reduce the stigma and discrimination related to HIV. The study was conducted during March - December 2019 and divided into 3 phases. Phase 1 aimed to study stigma and discrimination related to HIV-infected persons among 205 service-related staff and 124 HIV-infected persons attending ARV clinic at Akatamnauy hospital. Data collection instrument was a questionnaire developed by the Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Data were collected using smart phones or other electronic devices. Analysis of data was performed using frequency and percentages through the Redcap program. Phase 2 studied how to solve stigma and discrimination by using a training workshop program to promote health service facility without a stigma and discrimination related to HIV among 205 staff. Phase 3 was an intervention comprising of activities derived from session 4 and 5 of the training workshop and was implemented to improve services.

This report is an interim result of the study comprising of phase 1, 2 and planning and early implementation of phase 3. Results of Phase 1 showed that 61.64% of hospital staff concerned about being infected with HIV from service provision, 87.86% had negative attitude, 66.14% observed more protection than usual in other staff while providing services, and 20.51% observed others' discrimination practice during service. Among the HIV-infected people who received services in ARV clinic during the past 12 months, proportion of them reported facing with the following events which related to their HIV-infected status (events could occur at the hospital or any other health facility), 22.58% experienced discrimination while receiving service, 37.10% decided not go to hospital or health facility due to self-stigma, 17.21% had been exposed to disclosure of their confidentiality, and 7.56% had been stigmatized and discriminated with subject related to pregnancy and reproductive health. Results from Phase 2 and phase 3 of the study indicated that implementation of the health promotion program without stigma and discrimination in the health care service unit for training of staff had make participants felt that if the same situation happens to them they would not be satisfied and feel devalued. Such phenomenon might affect service provider and organization might be subjected to complaints. Therefore it is necessary for the hospital to develop joint solutions. Policy to reduce stigma and discriminate should be communicated. Complicated issues should be managed using guidelines and agreements which were

developed together. Such guidelines and agreement should be raised up as an agenda for the leading team meeting to discuss and come up with consensus and direct to implementation. As for the issues that need budget for implementation in the long term, it was proposed for budget in the action plan of 2020 fiscal year.

Keywords: Reducing stigma and discrimination against people with HIV

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา วิธีการแก้ไขปัญหาและนำวิธีการแก้ไขปัญหามาใช้ในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี การดำเนินการวิจัยดำเนินการในช่วง มีนาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2562 แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 สำรวจข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) โดยการศึกษาสภาพปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการ จำนวน 205 คน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในคลินิก ARV โรงพยาบาลอากาศอานวย จำนวน 124 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Smart Phone หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น วิเคราะห์ความถี่และร้อยละ ผ่านโปรแกรม Redcap ระยะที่ 2 ศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหาลดการตีตราและเลือกปฏิบัติโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการในโรงพยาบาลอากาศอานวย จำนวน 205 คน ระยะที่ 3 นำไปใช้ในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยนำผลจากกิจกรรมที่ 4-5 ไปปรับปรุงงานสู่การปฏิบัติ

การนำเสนอรายงานฉบับนี้ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยในระยะที่ 1, 2, การวางแผนและการดำเนินงานช่วงต้นในระยะที่ 3 ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า เจ้าหน้าที่ที่มีสัดส่วนผู้ที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ ร้อยละ 61.64 สัดส่วนผู้ที่มีความคิดเชิงลบ ร้อยละ 87.86 สัดส่วนการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการ ร้อยละ 66.14 และสัดส่วนการสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการ ร้อยละ 20.51 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในคลินิก ARV ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จากข้อคำถามที่ว่าเมื่อเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านเพราะว่าท่านเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (เกิดขึ้นที่สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลใดก็ตาม) พบว่า สัดส่วนการเคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติ ระหว่างการรับบริการ ร้อยละ 22.58 สัดส่วนการเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง ร้อยละ 37.10 สัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เคยถูกเปิดเผยสถานภาพความลับ ร้อยละ 17.21 สัดส่วนเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 7.56 ผลการศึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3 พบว่า จากการนำโปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในหน่วยบริการมาใช้ในการอบรมเจ้าหน้าที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าถ้าเหตุการณ์เกิดกับตนเองคงไม่พึงพอใจและรู้สึกด้อยค่า อาจมีผลกระทบต่อผู้ให้บริการ และองค์กรอาจถูกร้องเรียน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความร่วมมือกัน จัดให้มีการสื่อสารนโยบายในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ จัดการแก้ไขปัญหายุ่่งยากโดยมีแนวทางและข้อตกลงร่วมกัน นำเข้าสู่การประชุมของที่มีนำคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อลงมติรับรองออกแนวทางปฏิบัติ ส่วนประเด็นที่ต้องใช้งบประมาณในการแก้ไขระยะยาวได้บรรจุในแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2563

คำสำคัญ: ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บทนำ

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ได้กำหนดวิสัยทัศน์ คือ “การร่วมยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ที่คำนึงถึงหลักการสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคระหว่างเพศ” มีเป้าหมาย 3 ประเด็นคือ 1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย 2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และ 3) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลง ร้อยละ 90⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม ในหน่วยบริการสุขภาพของประเทศไทยยังคงมีอุปสรรคที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการให้การแก้ไขปัญหาเอดส์ประสบผลสำเร็จ อุปสรรคดังกล่าวได้แก่ ปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งได้ส่งผลกระทบในด้านลบต่อการเข้ารับการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสถานการติดเชื้อเอชไอวี การแสวงหาการดูแลรักษา การเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการคงอยู่ในระบบการรักษา นอกจากนี้ ปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติยังมีผลเสียต่อการเข้าถึงกลุ่มผู้ที่มีความเปราะบางหรือความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมักจะถูกตีตราซ้ำซ้อน เนื่องจากมีสถานะอื่น ๆ ด้วย เช่น มีความหลากหลายทางเพศ หรือใช้สารเสพติด เป็นต้น งานวิจัยของ อภิญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์ และคณะ⁽²⁾ พบว่าหากต้องการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ตามเป้าหมาย จำเป็นต้องลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นรากเหง้า (Root Cause) ของปัญหาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งถือเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญต่อการจัดการและการยุติปัญหาเอดส์ อีกส่วนหนึ่งของปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ คือเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากงานวิจัยของ สุรัตน์ดา มอโทะและดวงใจ นุ่นสวัสดิ์⁽³⁾ พบว่า ระบบการบริการยังไม่เป็น One Stop Service ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่กล้ามาตรวจอาย เกิดความกดดัน ความเครียด จึงหลบซ่อน ปกปิดอยู่ในชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการไม่ครอบคลุมสภาพปัญหาของผู้ป่วยและไม่ต่อเนื่องถึงระดับชุมชน ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงตัวผู้ติดเชื้อ ๆ รายใหม่ ไม่แน่ใจที่จะเปิดเผยตัวในชุมชนของตน ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้าน ต้องหลบซ่อนในการกินยา ทำให้การกินยาขาดความต่อเนื่องไม่ตรงเวลา เกิดการดื้อยาและมีการแทรกซ้อนจนต้องเปลี่ยนสูตรยาที่สูงขึ้น และพบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน จะเห็นว่าแม้จะเป็นที่รับรู้ว่าคุณติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หากได้รับยาต้านไวรัสจะสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนทั่วไป แต่สังคมไทยยังคงหวาดกลัวด้วยอคติที่ยังแฝงฝัง “การตีตรา – เลือกปฏิบัติ”

โรงพยาบาลอากาศอำนวยเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป และมีการเปิดบริการคลินิกให้ยาต้านไวรัส (ARV) มาเป็นเวลานาน จากข้อมูลสรุปผลงานเอดส์ยาเสพติดและจิตเวชประจำปี 2561⁽⁴⁾ พบว่ายังคงมีผู้ป่วยรายใหม่ ที่มีค่า $CD4 < 100 \text{ cell/mm}^3$ ขณะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสอยู่ในเกณฑ์ที่สูง ในระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2560 คิดเป็นร้อยละ 33.33, 56.52 และ 35.29 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์กำหนดไว้คือ $< 30\%$ นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ก่อนรับยาต้านไวรัส ในระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2560 คิดเป็นร้อยละ 0.47, 1.34 และ 1.25 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2558 - 2559 พบว่ามีกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)

และเยาวชนที่ตรวจพบว่าติดเชื้อโดยไม่มีพ่อ-แม่ รับทราบผล ปีละ 2 คน ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา เกิดความรู้สึกมีมลทิน เป็นตราบาปภายในจิตใจ และมี MSM 1 คู่ ขอย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น เพราะกลัวการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อต่อคน ในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่มาจากบ้านเดียวกัน เนื่องจากกลัวผู้อื่นและสังคมรังเกียจ ดังนั้นโรงพยาบาล อากาศอำนวย จึงจัดทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลการใช้ โปรแกรมลดการติดยาและการเลือกปฏิบัติกับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลอากาศอำนวย ปี พ.ศ. 2562 ขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการติดยาและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหาลดการติดยาและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. เพื่อนำวิธีการแก้ไขปัญหามาใช้ในการลดการติดยาและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตการศึกษา

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 1) เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลอากาศอำนวยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ 2) ผู้รับบริการในคลินิก ARV โรงพยาบาล อากาศอำนวย ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือน มีนาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2562

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้รับการพิจารณา เห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN 2019-002

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยจำแนกการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาการติดยา และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1. ขั้นตอนการ ผู้วิจัย เสนอผู้บริหารและ ประชุมทีมวิจัย ทีมวิจัยศึกษาโปรแกรมการลดการติดยา และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและ ชี้แจงขั้นตอนการวิจัยจนเข้าใจ และกำหนดบทบาท หน้าที่ทีมวิจัย มอบหมายหน้าที่ให้บุคคลในทีมวิจัย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการ จำนวน 275 คน ผู้วิจัยคัดเลือกเจ้าหน้าที่ ที่ให้บริการสุขภาพหรือให้การดูแลรักษาเอชไอวี ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสนับสนุน ด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ จำนวน 205 คน เข้าสู่การศึกษาวิจัย

2.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในคลินิก ARV โรงพยาบาลอากาศอำนวย จำนวน 212 คน ผู้วิจัยได้คัดเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร คำนวณขนาดตัวอย่างตามงานวิจัยของศูนย์อำนวยการ บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ. 2560) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 124 คน สุ่มตัวอย่าง ตามความน่าจะเป็นโดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธี จับสลากแบบคืนที่

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของกรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข ในการสำรวจการติดยาและการเลือก ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ในสถานบริการสุขภาพ จัดเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้รับ บริการคลินิกยาต้านไวรัส ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้ Smart Phone หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น
ในขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหาการตีตรา
และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ใช้การวิเคราะห์ความถี่ร้อยละและค่าเฉลี่ย
ผ่านโปรแกรม Redcap ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 2 การศึกษาวิธีการแก้ไขปัญห
การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหการตีตรา
และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้
โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจาก
การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁵⁾
โดยผู้วิจัยได้เข้าร่วมในการอบรมพัฒนาศักยภาพ
บุคลากรเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการในสถาน
บริการสุขภาพเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ
ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ผู้วิจัยได้นำ
หลักสูตรดังกล่าวมาจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่
เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการใน
โรงพยาบาลอากาศอานวย จำนวน 205 คน โดยแบ่งเป็น
4 รุ่น รุ่นละ 50 - 52 คน รายละเอียดของการอบรม
เชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่
กิจกรรมที่ 1 “ใช่! เรากำลังตีตราและเราต้องเปลี่ยน”
กิจกรรมที่ 2 “เกมส์คำหยา” กิจกรรมที่ 3
“Universal Precaution” (UP) กิจกรรมที่ 4
การเฝ้าระวังการตีตราและเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาล
และ กิจกรรมที่ 5 แนวปฏิบัติหรือแนวทางแก้ไข

ระยะที่ 3 การดำเนินการลดการตีตราและ
เลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1. ขั้นเตรียมการนำโปรแกรมไปใช้ ประกอบ
ด้วยการประชุมชี้แจงทีมวิจัยจนบุคลากรในทีมวิจัย
มีความเข้าใจในแนวทางการดำเนินการลดการตีตรา
และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ และร่วมกัน

กำหนดบทบาทหน้าที่และกิจกรรมให้ทีมวิจัย
เตรียมดำเนินการ

2. ขั้นนำโปรแกรมไปใช้โดยกำหนดตาราง
ดำเนินการร่วมกัน

3. ขั้นนำผลการสังเกต การซักถาม
แผนปฏิบัติการที่ได้จากกิจกรรมที่ 4-5 ในการอบรม
เชิงปฏิบัติการ และนำไปปรับปรุงงานสู่การปฏิบัติ

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาในรายงานฉบับนี้
เป็นการนำเสนอผลการดำเนินงานวิจัยที่ได้ดำเนินการ
แล้วเสร็จในระยะที่ 1, 2 การวางแผนและการดำเนิน
งานช่วงต้นในระยะที่ 3 ซึ่งดำเนินการจนถึงเดือน
กันยายน พ.ศ. 2562 หลังจากนั้นจะได้มีการประเมิน
ผลโครงการวิจัยในภาพรวมเมื่อโครงการเสร็จ
สมบูรณ์ ผลการศึกษาในแต่ละระยะมีดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาการตีตรา
และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ผลการศึกษา โดยการสำรวจในประชากร
กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีดังนี้

กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องก
การให้บริการในโรงพยาบาลอากาศอานวย

ผลการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน (Baseline
Survey) พบว่า สัดส่วนของเจ้าหน้าที่ที่กังวลว่าจะ
ติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์ในข้อใดข้อหนึ่ง มีจำนวน 98 ราย
(ร้อยละ 61.64) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 159 ราย
ในด้านทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า
มีสัดส่วนผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์ในข้อใดข้อหนึ่ง จำนวน 181 ราย
(ร้อยละ 87.86) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 206 ราย
สัดส่วนของเจ้าหน้าที่ที่มีการป้องกันตัวเองมากกว่า

ปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในข้อใดข้อหนึ่ง จำนวน 84 ราย (ร้อยละ 66.14) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 127 ราย สำหรับการสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีสัดส่วนเจ้าหน้าที่ผู้สังเกตเห็น (ในข้อใดข้อหนึ่ง) การเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 20.51) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 156 ราย

กลุ่มที่ 2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในคลินิก ARV โรงพยาบาลอากาศอำนวย

ผลการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Survey) พบว่า จากหมวดคำถามดัชนีชี้วัดรวมผลการติดตามและเลือกปฏิบัติ โดยใช้แบบสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี กำหนดกรอบเวลาในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ก่อนการตอบแบบสอบถาม ว่ามีเหตุการณ์ต่อไปนี้อยู่กับผู้ที่ติดเชื้อที่ตอบแบบสอบถาม โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เหตุการณ์นั้นอาจเกิดขึ้นที่สถานบริการสุขภาพ หรือโรงพยาบาลใดก็ตาม ดังนี้ 1) การมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ตอบแบบสอบถามว่ามีประสบการณ์ดังกล่าว จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 22.58) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 124 ราย 2) การเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการติดตามตนเอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ตอบแบบสอบถามว่ามีประสบการณ์ดังกล่าว จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 37.10) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 124 ราย 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เคยถูกเปิดเผยสถานภาพ

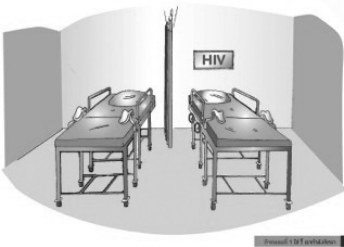
ความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ตอบแบบสอบถามว่ามีประสบการณ์ดังกล่าว จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 17.21) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 122 ราย และ 4) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ มีผู้ตอบแบบสอบถามว่ามีประสบการณ์ดังกล่าว จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 7.56) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 119 ราย

ระยะที่ 2 การศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁴⁾ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จำนวน 205 คน โดยแบ่งเป็น 4 รุ่น ในแต่ละรุ่น ผู้เข้ารับการอบรมเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ และมีผล ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “ใช่! เรากำลังตีตราและเราต้องเปลี่ยน”

1.1 กิจกรรมอภิปรายภาพ จากรูปภาพ ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันอภิปราย เสนอความเห็น ว่าผู้รับบริการแสดงออกหรือรู้สึกอย่างไร การกระทำต่าง ๆ นั้นเกิดขึ้นมาจากสาเหตุอะไร หรือทำไม ผู้ให้บริการสุขภาพจึงกระทำเช่นนั้น ๆ ผู้เข้ารับการอบรมจะร่วมกันให้ความเห็นโดยการเสนอสาเหตุและนำรูปภาพวางลงในตำแหน่งที่ตรงกับความเห็น จะสังเกตเห็นบางรูปภาพมีการจับวางลงในหลายตำแหน่ง และบางรูปภาพมีการให้ความเห็นต่างกันไป รวมถึงบอกว่าสามารถวางได้หลายตำแหน่ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: ผลจากการอภิปรายภาพจากรูปภาพในกิจกรรมที่ 1 และความเห็นเกี่ยวกับสาเหตุ การกระทำ และรูปแบบของการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Stigma & Discrimination; S&D) การอบรมเชิงปฏิบัติการ แก่เจ้าหน้าที่ โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีโรงพยาบาลอากาศอำนวย มีนาคม - กันยายน พ.ศ. 2562

รูปภาพ/ทำไมจึงกระทำแบบนี้	เห็นการกระทำอะไรที่เป็นการตีตราจากภาพ/ รูปแบบ S&D เป็นแบบใด
	<u>คำอธิบายภาพ</u> พยาบาลที่นั่งโต๊ะบอกให้ผู้รับบริการรอคิวสุดท้าย ส่วนผู้รับบริการพยายามชี้แจงว่าเธอมาคนแรกของคิว <u>รูปแบบ S&D</u> เป็นการเลือกปฏิบัติ (การจัดคิวสุดท้าย)
กักขังการติดเชื้อเอชไอวี	
	<u>คำอธิบายภาพ</u> มีเตียงสองเตียง โดยเตียงหนึ่งมีติดป้าย เอชไอวีไว้บนหัวเตียงส่วนอีกเตียงไม่มี <u>รูปแบบ S&D</u> เป็นการแบ่งแยกเลือกปฏิบัติ
กักขังการติดเชื้อเอชไอวีและ/ หรือสิ่งแวดล้อม	

ตารางที่ 1: ผลจากการอภิปรายภาพจากรูปภาพในกิจกรรมที่ 1 และความเห็นเกี่ยวกับสาเหตุ การกระทำ และรูปแบบของการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Stigma & Discrimination; S&D) การอบรมเชิงปฏิบัติการ แก่เจ้าหน้าที่ โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีโรงพยาบาลอากาศอานวย มีนาคม - กันยายน พ.ศ. 2562 (ต่อ)

รูปภาพ/ทำไมจึงกระทำแบบนี้	เห็นการกระทำอะไรที่เป็นการตีตราจากภาพ/ รูปแบบ S&D เป็นแบบใด
	<u>คำอธิบายภาพ</u> ผู้ชายสองคน คนแรกบอกให้ผู้ชายคนที่นั่ง เสร้าว่า “ไปโรงพยาบาลมึง เอ็งจะมียาอีกแล้ว” แต่อีกคนตอบว่ากลัวคนอื่นจะรู้ <u>รูปแบบ S&D</u> การตีตราตนเอง
กังวลกลัวการติดเชื้อเอชไอวี และ/หรือ ทัศนคติสังคมในเชิงเหมารวม สรุป ตัดสินตำหนิ	
	<u>คำอธิบายภาพ</u> พยาบาลบอกผู้รับบริการว่ามีเชื้อเอชไอวี และแนะนำให้ทำหมันเพราะสงสารเด็ก (กลัวเด็กติดเชื้อ เอชไอวีจากแม่ กลัวเด็กเป็นกำพร้า) ส่วนผู้รับบริการ มีสีหน้าเศร้า <u>รูปแบบ S&D</u> การไม่เคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการ โดยบอกให้ผู้รับบริการทำหมัน (ผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวี ไม่ควรมีลูก) แต่มีผู้เข้ารับการอบรมหลายคนขอให้ไปวาง ที่ไม่เข้าใจ ไม่ตระหนัก ไม่รู้
ทัศนคติสังคมในเชิงเหมารวม	

จากกิจกรรมที่ 1 ในการวางรูปภาพ ทำให้ผู้เข้าอบรมเห็นการกระทำในแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการใช้สีหน้าท่าทางแสดงการรังเกียจ การใช้คำพูดและการแสดงสีหน้าท่าทาง ซุบซิบ นินทา การเปิดเผยข้อมูล การจัดเป็นคิวสุดท้าย ป้ายข้อความ การปฏิเสธบริการ ฯลฯ การกระทำเหล่านี้เป็นรูปแบบของการตีตรา และทำให้เข้าใจว่า แบบใดเป็น “การตีตรารายนอก” “การตีตราตัวเอง” หรือ “ตีตราซ้ำซ้อน”

1.2. กิจกรรมการชมมิวสิควิดีโอ “เรื่องจริงที่ (อ)ยากบอก”

ก่อนชมมิวสิควิดีโอ ผู้เข้ารับการอบรมได้รับคำถามเพื่อให้ร่วมกันเสนอความคิด คำถามได้แก่ “ถ้าเรามีเชื้อเอชไอวีเราจะบอกใคร” “เรามีคนที่จะบอกว่าเราติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่” พบว่า คำตอบคือจะบอก โดยเฉพาะคนที่ไว้ใจและใกล้ชิด เพราะจะได้ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ หลังจากนั้น ผู้เข้ารับการอบรมได้ชมวิดีโอ จากการสังเกตปฏิกิริยาของผู้เข้า

อบรมระหว่างที่รับชมมิวสิกวิดีโอมีการขูขบิบ ว่าเจอบ่อย ๆ บางคนติดเชื่อแล้วไม่บอกคนอื่น แล้วก็ไปแต่งงาน ถ่ายทอดเชื้อฯ ไปเรื่อย ๆ หลังชมมิวสิกวิดีโอจบ “ผู้หญิงใน MV อยากบอกแฟนว่าติดเชื่อเอชไอวีหรือไม่” และ “เพราะอะไรถึงอยากจะบอก” ผู้เข้ารับการอบรมหลายคนบอกว่า “เห็นใจแต่เห็นผู้หญิงมีการป้องกันที่ดี มีวินัยในการกินยาและป้องกันเพิ่มเติมโดยการใช้ถุงยางอนามัย” หลังชมวิดีโอบางคนสะท้อนความรู้สึกรู้สึกว่า เรามีเหตุผลหลายอย่างที่บอกกันที่ไม่ได้

กิจกรรมที่ 2 “เกมส์ตำหนิ” ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันระดมคำเรียกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ที่คนในสังคมใช้ โดยเขียนบนกระดาษฟลิปชาร์ต พบว่ามีคำพูดที่เสียดแทงหลากหลาย และให้ใส่สีแดงในคำที่คิดว่ารุนแรงที่สุดของแต่ละกลุ่มที่ไม่อยากให้มีการกล่าวขานด้วยคำพูดเหล่านี้ ยกตัวอย่าง

1. ผู้มีเชื้อเอชไอวี คำเรียกที่พบ เช่น ผู้ติดเชื้อคนไข้เอดส์ คนไข้ UP คนไข้ ID HIP คนไข้ฟีนาวาเด็ก NBF คนไข้เลือด+ ห่องเบอร์ 15 กลุ่มตรวจสอบภายใน ARV VIP*** B24 HIV ตัวเชื้อโรค ตัวแพร่เชื้อ Precaution เลือดบวก อีตอก UP ส้าสอน มั่วดอกทอง สามบวก ล้ายอง สังคมรังเกียจ คนของสังคม พวกฮิป สาวชายตัว

2. กลุ่มหลากหลายทางเพศ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และ สาวประเภทสอง คำเรียกที่พบ เช่น กะเทยประเทือง ตูด เก้ง กวาง เกย์ สาวสองเดี่ยว แก๊งนางฟ้า ทอม ดี เลส LB แด่ว ชะนี กะเทยหัวโปก Lady-boy Lady-girl อีตอก หญิง Top-bottom คิง-ควีน อีแอบ คุณแม่นางงามสายเหลือง ตีฉิ่ง บันเพาะเก้ เล่นสวาท เล่นเพื่อน รักต่างเพศ

คนข้ามเพศ เพศที่สาม พวกวิปริตทางเพศ เบี่ยงเบนทางเพศ

3. พนักงานบริการ คำเรียกที่พบ เช่น สาวไซด์ไลน์ เพื่อนคลายเหงา เด็กออฟ เด็กเสีย เด็กปามิตะ เด็กส่งนมลงอ่าง เด็ก X อีคอมเขี้ยว อีคอมแดง นางโลม แม่จ้าง กะหรี่ แม่เล้า สาวเสิร์ฟ สาวโรงเตียม ไก่ตาฟาง ล้ายอง เด็กร้าน

4. แรงงานข้ามชาติ คำเรียกที่พบ เช่น สาวลาว อีลาว อีนางสาวลาวได้นิโกร ฝรั่งเศสกัน อีหล้าสาวคาราโอเกะงามเมือง ต่างด้าวเขมร สาวฝั่งซ้ายสาวฝั่งขวา คนนอก คำแรงงาน สาวญวน โรตีสวนกลุ่มน้อย

5. ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด คำเรียกที่พบ เช่น ซี้ยา ชั่ว เลว ขยะสังคม ไร้สาระ เกเร สังคมรังเกียจ เศษวะ เข้มเกสซ์ น้ำพุ ขอมบี้ มั่วสุ่ม พี่ยา ฉีม่วงเล่นยา มั่วยา ใบมีดโกน เด็กฟู้บ ตีดยา วัดพุทธบาท น้ำพุ เदनรก เด็กดินยา

กิจกรรมที่ 3 Universal Precaution; UP เป็นการคืนข้อมูลผลการสำรวจ ตามที่โรงพยาบาลได้เก็บข้อมูลสำรวจการติตราและเลือกปฏิบัติเพื่อดูว่าสถานการณ์นี้ของโรงพยาบาลอาภากรอานวย ดังนี้ 1) สัดส่วนผู้ที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ข้อใดข้อหนึ่ง พบว่ามี ร้อยละ 61.64 และ 2) สัดส่วนผู้ที่มีการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ฯ ในข้อใดข้อหนึ่ง พบว่า มีร้อยละ 66.14

จากการแบ่งกลุ่มดูรูปภาพและชวนพิจารณาความ “เสี่ยง” “ไม่เสี่ยง” “ไม่แน่ใจ” พบว่ามีบางภาพที่สรุปไม่ได้ ยังมีประเด็นถกกันว่า การให้บริการตามรูปภาพทำให้เกิดโอกาสหรือความเสี่ยง

ในการได้รับถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีหรือไม่อย่างไร ผู้ดำเนินกระบวนการอธิบายหลักการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Quantity, Quality, Route; QQR) และหลักการ UP และชวนพิจารณารูปภาพที่ยังมีประเด็นถกกัน พิจารณาความ “เสี่ยง” “ไม่เสี่ยง” โดยอภิปรายตามหลัก UP และหลักการ QQR ทำให้กลุ่มยอมรับการประเมินความเสี่ยงในแต่ละรูปภาพร่วมกันได้ (เป็นการชวนให้วิเคราะห์ความเสี่ยงได้ถูกต้องขึ้น) และเมื่อใช้คำถามแลกเปลี่ยนด้วยภาพพยาบาลที่นั่งโต๊ะหน้าห้องตรวจทันตกรรม บอกให้ผู้รับบริการโรคเอดส์สุดท้าย ส่วนผู้รับบริการพยายามชี้แจงว่าเธอมาคนแรกของคิวผู้เข้ารับการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมสรุปได้ว่า การจัดคิวสุดท้ายไม่ได้ช่วยลดความเสี่ยงของการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เพราะเราปฏิบัติกับคนที่เรารู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี

เท่านั้น แต่ผู้ให้บริการไม่สามารถรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของทุกคนได้ ดังนั้นการป้องกันตามหลัก UP จะช่วยป้องกันการรับและแพร่เชื้อได้อย่างแท้จริง การจัดคิวสุดท้ายยังเป็นรูปแบบหนึ่งของการละเมิดสิทธิของผู้รับบริการด้วย

กิจกรรมที่ 4 การเอ่ยเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 5 แนวปฏิบัติหรือแนวทางการแก้ไข ทั้ง 2 กิจกรรมผู้เข้าร่วมอบรมร่วมกันระดมความเห็น วิเคราะห์รูปแบบการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลและระบุถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการ หน่วยหรือระบบบริการ พร้อมทั้งได้ช่วยกันเสนอแนวปฏิบัติหรือแนวทางการแก้ไข ตามรูปแบบการตีตรา สาเหตุ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2: ผลจากการระดมสมอง ในกิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5 เรื่องรูปแบบการตีตรา สาเหตุ แนวทางแก้ไข และผู้เกี่ยวข้อง การอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่ โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพ ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลอากาศอำนวย มีนาคม - กันยายน พ.ศ. 2562

รูปแบบการตีตรา	สาเหตุ	แนวทางการแก้ไข	ผู้เกี่ยวข้อง
1. การแสดงสัญลักษณ์ด้วยการติดป้ายหน้าห้อง, มีแฟ้มพิเศษหรือการประทับตรา P ในแบบบันทึกผู้ป่วยนอก	สื่อสารในทีมให้ทราบตรงกัน	- การส่งแบบบันทึกผู้ป่วยนอก (OPD) ต้องเป็น จนท. เท่านั้น - ในกรณีเข้าห้องตรวจให้ผู้ป่วยถือแบบบันทึกผู้ป่วยนอกเข้าพบแพทย์เท่านั้น - การทำสัญลักษณ์ ควรให้ผ่านที่ประชุมทีมนำทางคลินิกก่อน และชี้แจงแนวทางปฏิบัติ	- ห้องให้คำปรึกษา - ทีมคลินิกยาด้านไวรัส ARV - ห้องบัตร - หอผู้ป่วยใน

ตารางที่ 2: ผลจากการระดมสมอง ในกิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5 เรื่องรูปแบบการตีตรา สาเหตุ แนวทางแก้ไข และผู้เกี่ยวข้อง การอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่ โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพ ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลอากาศอำนวย มีนาคม - กันยายน พ.ศ. 2562 (ต่อ)

รูปแบบการตีตรา	สาเหตุ	แนวทางการแก้ไข	ผู้เกี่ยวข้อง
2. มีคลินิกบ่งบอกเฉพาะโรค, มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบบรายโรค	- ใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค - มีการรับรู้เฉพาะกลุ่ม	- ระบบ One Stop Service ที่คลินิกแบบเดิมดีแล้วควรให้ข้อมูล/คำแนะนำ แก่ผู้รับบริการ/จนท. จุดอื่น ๆ	- ทีมนำทางคลินิก
3. การชักประวัติผู้ป่วยในที่เปิดเผยและใช้วิธีการที่เปิดเผย	- ข้อจำกัดของสถานที่ - การจัดสิ่งแวดล้อม - ขาดทักษะ/ศิลป์ในการชักประวัติ	1.ในการชักประวัติจัดให้มีระยะห่างพอสมควร และระมัดระวังเรื่องน้ำเสียงคำพูด 2.จัดการอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะเพื่อการให้บริการเฉพาะ ทั้งกรณีทั่วไปและกลุ่มเฉพาะ/เสี่ยง	- ทีมพัฒนาศูนย์บริการ - ทีมคลินิกยาต้านไวรัส ARV - ตัวแทนประจำตึก/จุดบริการ
4. ความไม่ตระหนัก/ไม่รู้	- พฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสมทั้งคำพูด สีหน้า ท่าทาง	- จนท.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ - อบรมจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และพฤติกรรมบริการ	- ทีมพัฒนาศูนย์บริการ - ทีมนำทางคลินิก
	- ขาดความรู้เรื่อง HIV/AIDS - หลักร UP ที่ถูกต้อง	- เพิ่มความรู้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ - เพิ่มความรู้ เรื่อง UP จัดอบรมเรื่องลดการตีตรา ปีละ 1 ครั้ง	- ทีมนำทางคลินิก - ทีมควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2: ผลจากการระดมสมอง ในกิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5 เรื่องรูปแบบการตีตรา สาเหตุ แนวทางแก้ไข และผู้เกี่ยวข้อง การอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่ โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพ ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลอากาศอำนวย มีนาคมน - กันยายน พ.ศ. 2562 (ต่อ)

รูปแบบการตีตรา	สาเหตุ	แนวทางการแก้ไข	ผู้เกี่ยวข้อง
	- การสื่อสารนโยบาย ใน การป้องกันการเลือกปฏิบัติ	- เสนอนโยบาย ในที่ อบรม และสำเนาแจ้ง ให้ทุกจุดที่เกี่ยวข้องรับทราบ - ประสานงานข้อมูล ข่าวสารนำนโยบายเผยแพร่ลงใน Web ของ โรงพยาบาล และจัดทำ ไว้นิติตินในจุดที่สำคัญ	- ทีมนำทางคลินิก - ทีมพัฒนาบุคลากร - ทีมคลินิกยาต้านไวรัส ARV
5. การแยกขยะแยก/ แยกโซน/ของใช้/ เครื่องมือ/เสื้อผ้า/การ กั้นม่าน	- การแยกโรค - ป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อ	- ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วย ยอมรับและเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการให้ บริการของจนท.	- จนท. แผนกผู้ป่วยใน
6. การจัดลำดับคิวในการ ทำหัตถการ การทำ ทันตกรรม แก่ กลุ่มผู้ ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ ป่วยเอดส์	- ป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ - ทำด้วยความเคยชิน ของผู้ให้บริการ	- ทีมทันตกรรม และทีม นำทางคลินิก จัดทำ ระเบียบปฏิบัติ - กำหนดแนวทางและ สื่อสารให้บุคลากร ทราบเพื่อถือปฏิบัติ - ให้สามารถให้ข้อมูล ผู้รับบริการได้	- จนท.แผนกผู้ป่วย นอก - เจ้าหน้าที่ประจำจุด คัดกรอง - ทีมทันตกรรม
7. แยกเก็บบัตรผู้ป่วยนอก ของผู้ติดเชื้อ HIV	- ระดับชั้นการเข้าถึง	- ทบทวนการจัดเก็บ เวชระเบียน	- ห้องบัตร

หมายเหตุ * จนท. หมายถึง เจ้าหน้าที่

** ทีมนำทางคลินิก (Patient care team)

ระยะที่ 3 การดำเนินการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การดำเนินการในระยะนี้ เป็นการนำผลจากการอบรมฯ ไปปฏิบัติ จัดให้มีการสังเกต การซักถาม ผลการดำเนินงาน และนำไปปรับปรุงงานสู่การปฏิบัติ โดยคณะผู้วิจัยนำแผนปฏิบัติการที่ได้จากการอบรมฯ ทุกกิจกรรมไปปรับปรุงงานสู่การปฏิบัติ มีการประชุมของทีมวิจัยร่วมกันพิจารณากำหนดแนวทางนำแผนปฏิบัติการไปดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 สามารถแก้ไขได้ทันที เป็นการดำเนินการในระดับบุคคล ซึ่งได้ทำความเข้าใจร่วมกันกับผู้เข้าอบรมในวันที่จัดอบรม และนำไปปฏิบัติตามแนวทางที่ตกลงร่วมกัน ดังนี้

1.1) การมีคลินิกเฉพาะโรคและมีบุคลากรที่รับผิดชอบงานรายโรค มีระบบ One Stop Service ที่คลินิกแบบเดิมดีแล้ว มีประโยชน์แก่ผู้รับบริการมากกว่า รวมถึงโรงพยาบาลมีระบบพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยมีเหตุผลคือ เป็นโรคที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค จึงต้องให้คนที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์มาทำหน้าที่ในการดูแล รวมถึงในการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ เป็นเรื่องที่มีการรับรู้เฉพาะกลุ่ม จึงมีมติในที่อบรมขอให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้สื่อสารในแง่บวกกับคนอื่น ๆ และ แก่ผู้รับบริการด้วย ซึ่งผู้ที่เข้าอบรมยอมรับจะนำไปปฏิบัติร่วมกัน

1.2) แยกโซน, กันม่าน เพื่อลดการแพร่เชื้อในกรณีที่มีโรคร่วมด้วย เช่น วัณโรค ข้อปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำและอธิบายแก่ผู้ป่วยให้เข้าใจ และยอมรับเกี่ยวกับโรคและการให้บริการของเจ้าหน้าที่

1.3) การแยกขยะ เป็นไปตามหลักการควบคุมโรคติดเชื้อ (Infection Control) โดยให้บทวนและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

1.4) การซักประวัติผู้ป่วยในที่เปิดเผย และใช้วิธีการที่เปิดเผย เสียดัง สาเหตุมาจากข้อจำกัดด้านสถานที่ จึงมีการเสนอให้จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความกัน และระยะห่างในการพูดคุย ปรับทัศนคติพฤติกรรม บริการ การพูดคุยซักถาม ระมัดระวังเรื่องน้ำเสียง คำพูด และเพิ่มทักษะการซักประวัติแก่ผู้คัดกรอง

1.5) เครื่องใช้/เครื่องมือ/เสื้อผ้า จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า ไม่มีการแยกหรือเลือกปฏิบัติ แต่มีบางจุดที่น้องคนงานจัดแยกให้ ได้ทำความเข้าใจให้ปรับเปลี่ยนปฏิบัติตามหลักที่ถูกต้อง คือไม่ต้องแยก

ระดับที่ 2 การแก้ไขที่ยังยากต้องมีแนวทาง และข้อตกลงระดับหน่วยงาน/องค์กร ภายหลังสิ้นสุดการจัดอบรมทุกรุ่นแล้วได้นำเข้าสู่วาระการประชุมของทีมพัฒนาบุคลากร ทีมนำทางคลินิก ทีมควบคุมโรคติดเชื้อ ทีมคลินิกยาต้านไวรัส ARV และ ทีม HIV/AIDS เพื่อลงมติรับรองก่อนชี้แจงแนวทางปฏิบัติ ได้แก่เรื่อง

2.1) การแสดงสัญลักษณ์ มีมติแก้ไขแยกตามประเด็น ดังนี้

- การติดป้ายหน้าห้อง ในกรณีป้ายห้องให้คำปรึกษา ให้คงมีเหมือนเดิม เพราะให้บริการคำปรึกษาหลากหลายโรค จะได้สื่อสารได้กับผู้มารับบริการ

- การประทับตรา P ในแบบบันทึกผู้ป่วย นอกยังมีประโยชน์ใช้เพื่อสื่อสารในทีม เพื่อ 1) การเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม เร็วขึ้น แพทย์ให้ข้อมูลว่า “เคยมีอุบัติการณ์ เป็นผู้ติดเชื้อรายเก่าปฏิเสธ

การรักษาหลายปี กลับมาด้วยอาการเหนื่อย ปวดศีรษะ แต่เมื่อแพทย์เห็นมี ประสิทธิภาพ P ใน OPD ทำให้นึกถึง OI จึง refer แพทย์ที่รพ.สกลนคร วินิจฉัย *Cryptococcosis*” 2) ยาด้านไวรัสที่ใช้บางตัว ต้องได้ระยะมามากขึ้น เมื่อต้องมีการสั่งการรักษา โรคอื่น ๆ จะได้คำนึงถึงในการรักษา กลัวการเกิด อันตรกิริยาระหว่างยา (Drug Interactions)

- มีแฟ้มพิเศษ จะมีโน้ตเพิ่มเติมราย บุคคลใช้ในคลินิก ซึ่งจัดอยู่เป็นสัดส่วนแยกจาก จุดอื่นอยู่แล้ว แต่ถ้าต้องไปพบแพทย์ในจุดอื่น ๆ กรณี เข้าห้องตรวจให้ผู้ป่วยถือเฉพาะแบบบันทึกผู้ป่วย นอกเข้าพบแพทย์เท่านั้น

2.2) การนำส่งตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกต้องเป็น เจ้าหน้าที่ประจำจากคลินิกให้คำปรึกษาเท่านั้น

2.3) การจัดเก็บแยกตู้แบบบันทึกผู้ป่วยนอก ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของห้องบัตร มีการแสดงความคิดเห็นว่าเป็นการตีตรา ห้องบัตร และทีมนำทางคลินิกจึงมีมติให้เก็บรวมเรียงตาม ลำดับเลขที่โรงพยาบาล (Hospital Number; HN) ของผู้ป่วยทั่วไป และเมื่อครบ 3 เดือน ให้มีการประเมินผลอีกครั้งว่าผลจะเป็นอย่างไร แล้วค่อย ปรับแก้ตามบริบท

2.4) การส่งตรวจ HIV เดิมมีการออก Code ก่อนส่ง ทำให้อาจเกิดปัญหาการระบุตัวบุคคล ผิดพลาด และไม่ผ่านมาตรฐานของงานห้องปฏิบัติการ จึงให้ปรับเป็นส่งโดยไม่ใช้ Code แต่ให้เขียนชื่อ สกุล HN หรือพิมพ์ใบส่งตรวจจากระบบคอมพิวเตอร์ นำส่งห้องปฏิบัติการ แต่การออกผลให้รับผลโดย เจ้าหน้าที่หรือดูในระบบ โดยมีชั้นความลับระบุคนที่ดูผลได้ คือพยาบาลห้องให้คำปรึกษา หัวหน้าตึก ผู้ป่วยใน หัวหน้าห้องผู้ป่วยนอก, ห้องฉุกเฉิน และ แพทย์

ระดับที่ 3 สามารถแก้ไขได้แต่ต้องใช้ งบประมาณในการแก้ไขระยะยาว จัดทำในแผน ปีงบประมาณ 2563 คือ

3.1) ความไม่ตระหนัก/ไม่รู้ มีในเรื่อง พฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม นอกจากให้แก้ไข ในระดับบุคคลในทันที ยังมีการนำสู่การจัดทำแผน อบรมจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วย พฤติกรรม บริการ ฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับ คนไข้ โดยทีมพัฒนาศูนย์บริการ เป็นหน่วยดำเนินการ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ

3.2) ข้อมูลความรู้ยุคใหม่ในเรื่อง HIV/AIDS ด้านการดูแลและองค์ความรู้ใหม่ ๆ

3.3) ทีมนำทางคลินิก ทีมคลินิกยาด้านไวรัส ARV และทีม HIV/AIDS กำหนดในแผนพัฒนา คุณภาพบริการ โดยใช้งบประมาณพัฒนาคุณภาพ บริการ ขอรับการสนับสนุนจาก สปสช. เขต 8 อุตรดิตถ์

3.4) ความกังวลกลัวการติดเชื้อเอชไอวี ขณะให้บริการแก่กลุ่มประชากรหลักและผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากความไม่เข้าใจในหลัก UP ที่ถูกต้องทีมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลจัด บูรณาการร่วมกับทีมนำทางคลินิกและทีมคลินิก ยาด้านไวรัส ARV และทีม HIV/AIDS กำหนดในแผน พัฒนาคุณภาพบริการ

3.5) การสื่อสารนโยบายในการลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ 1) นำเสนอ นโยบายลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่ประกาศ ณ วันที่ 28 มีนาคม 2561 ในวันอบรมให้ทุกคน รับทราบ 2) สำเนานโยบายดังกล่าวให้ทุกจุด ที่เกี่ยวข้อง 3) จัดทำไวนิลติดในบริเวณที่สำคัญ จำนวน 3 ป้ายคือ ที่หน้าห้องให้คำปรึกษา หน้าแผนกผู้ป่วยนอก และ ชั้น 2 ตึกหลวงปู่ผ่าน ฯ

และ 4) ประสานศูนย์ข้อมูลข่าวสารนโยบายเผยแพร่ใน Web site ของ โรงพยาบาลอาภากรทศานว

3.6) การจัดลำดับคิวในการทำหัตถการ การทำหัตถกรรมแก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เดิม มีการจัดลำดับคิวเป็นช่วงบ่ายของวันและลำดับท้าย ทีมหัตถกรรมได้มีการปรับโดยเลิกการจัดลำดับคิวแบบเดิม เป็นจัดบริการตามคิวของผู้ป่วยทั่วไปและยึดหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ หากเป็นรายที่มีการทำหัตถการที่จะมีการฟุ้งกระจายของเลือด น้ำเหลืองออกมา จะเป็นลำดับท้ายก่อนเปิดบริการของภาคเช้าหรือบ่าย จะให้มีเวลาพักห้องสักระยะ ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะดูผลการตรวจปริมาณไวรัส (Viral Load; VL) ครึ่งสุดท้าย ถ้าเป็นช่วงที่พบ VL มาก ๆ อาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยาต้านไวรัสให้คุมเชื้อดีก่อน หากหัตถการนั้นไม่เร่งด่วน แต่ถ้าเร่งด่วนก็ให้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าเจ้าหน้าที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวี จากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โดยมีสัดส่วนมากถึง ร้อยละ 61.64 มีสัดส่วนที่ทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 87.86 และมีสัดส่วนการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 66.14 ซึ่งอยู่ในสัดส่วนที่สูงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอภิญาเปี่ยมวัฒนาทรัพย์ และคณะ⁽²⁾ ที่พบว่า บุคลากรมีความกังวลมากกว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการเจาะเลือดผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 8.07 จากการทำแผลให้กับผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 7.49 จากการหยิบจับเสื้อผ้าหรือ

ข้าวของเครื่องใช้ของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.92 มีการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี ได้แก่ สวมถุงมือสองชั้น ร้อยละ 53.80 ใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษเมื่อต้องให้การดูแลผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะไม่ทำเช่นนั้นกับคนไข้รายอื่นๆ ร้อยละ 43.92 เคยเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการหรือให้บริการด้วยคุณภาพด้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 25.1 แสดงให้เห็นถึงปัจจัยการตีตราและเลือกปฏิบัติอาจมาจากความกลัวการติดเชื้อฯ ทัศนคติแสดงว่ามีโอกาสเกิดรูปแบบการตีตราและการเลือกปฏิบัติขึ้นในสถานบริการ

เมื่อพิจารณาผลการตีตราและเลือกปฏิบัติจากแบบสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านเพราะว่าท่านเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (เกิดขึ้นที่สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลใดก็ตาม) พบว่า จากสัดส่วนการสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 20.51 สัดส่วนการเคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 22.58 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของตัวนิฮาพิซาหะยิวาเงะ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการตีตราทางสังคม: กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมในจังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาวิจัย พบว่า การปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นไปในลักษณะของการหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์และสัมผัสตัวผู้ติดเชื้อและพูดถึงผู้ติดเชื้อในเชิงกล่าวโทษนินทาที่เชื่อมโยงไปกับพฤติกรรมเบี่ยงเบนซึ่งขัดต่อหลักคำสอนทางศาสนา ระดับการให้ความใกล้ชิดและการรักษาสถานภาพความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อขึ้นอยู่กับสถานะ

ความสัมพันธ์และสาเหตุของการติดเชื้อเป็นหลัก สัดส่วนการเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเองร้อยละ 37.10 สัดส่วนการเคยถูกเปิดเผยสถานภาพความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 17.21 และสัดส่วนเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 7.56

จากการนำโปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในหน่วยบริการ มาใช้ในการอบรมเจ้าหน้าที่จากกิจกรรมที่ 1-3 ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่า ถ้าเหตุการณ์เกิดกับตนเองคงไม่พึงพอใจและรู้สึกด้อยค่า อาจมีผลกระทบต่อผู้ให้บริการ และองค์กร อาจถูกร้องเรียน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความเห็นร่วมกัน เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ เช่น การชักประวัติผู้ป่วยในที่เปิดเผยและใช้วิธีการที่เปิดเผย เสียงดัง ได้มีการปรับปรุงโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความกัน และระยะห่างในการพูดคุย ปรับทัศนคติพฤติกรรมบริการ การพูดคุยซักถามระมัดระวังเรื่องน้ำเสียงคำพูด และเพิ่มทักษะการชักประวัติแก่ผู้คัดกรอง การสื่อสารนโยบายในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติกันว่ามีความสำคัญ เพราะปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คือ เรื่องของนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนริลักษณ์ สุวรรณโนบล และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ นโยบายระดับกระทรวง และระดับโรงพยาบาลที่ชัดเจน การทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเชิงบวก ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดี มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ดี และได้มาตรฐาน มีการสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจและความมีคุณค่า

ของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ดังนั้น จึงให้สำเนา นโยบาย โรงพยาบาลอากาศอำนวยในเรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้ทุกจุดที่เกี่ยวข้องจัดทำไวนิลติดในบริเวณที่สำคัญ และ ประสานศูนย์ข้อมูลข่าวสารนโยบายเผยแพร่ใน Web site ของโรงพยาบาลอากาศอำนวย และได้นำเสนอเป็นการทบทวนในวันอบรมทุกระดับให้ทุกคนรับทราบ ส่วนปัญหาการแก้ไขที่ยังต้องมีแนวทางและข้อตกลงระดับหน่วยงาน/องค์กรได้นำเข้าสู่การประชุมของทีมงานคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อลงมติรับรองก่อนชี้แจงแนวทางปฏิบัติคือ เช่น การแสดงสัญลักษณ์มีมติแก้ไข เช่น การมีแฟ้มพิเศษ จะมีโน้ตเพิ่มเติมรายบุคคลใช้ในคลินิก แต่ถ้าต้องไปพบแพทย์ในจุดอื่น ๆ กรณีเข้าห้องตรวจให้ผู้ป่วยถือเฉพาะแบบบันทึกผู้ป่วยนอกเข้าพบแพทย์และการจัดลำดับคิวในการทำหัตถการ การทำหัตถกรรมแก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้มีการปรับโดยจัดบริการตามคิวของผู้ป่วยทั่วไป และยึดหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนประเด็นที่แก้ไขที่ต้องใช้งบประมาณในการแก้ไขระยะยาว ได้บรรจุในแผนปีงบประมาณ 2563 คือ อบรมจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พฤติกรรมบริการ อบรมฟื้นฟูความรู้ยุคใหม่ในเรื่อง HIV/AIDS อบรมหลัก UP ที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ได้แก่ ควรมีการจัดกระบวนการซ้ำเป็นระยะเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มบุคลากร และ องค์กรควรมีการสื่อสารนโยบายให้เกิดคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยโปรแกรมที่การลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติในชุมชนจะได้เชื่อมโยงกับสถานบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กอพ.) ที่จัดการอบรมหลักสูตร “การส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตรา และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์” แก่ทีมวิทยากรหลัก จำนวน 3 คน และได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรมในครั้งนี้เป็นเงิน จำนวน 10,000 บาท

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล อากาศอำนวย ที่นำคุณภาพและทีมวิทยากร โรงพยาบาลอากาศอำนวยทุกท่านที่ช่วยเหลือ การศึกษาวิจัยนี้ตลอดช่วงระยะเวลาการดำเนินการ ศึกษาวิจัยจนสำเร็จด้วยดี

ขอขอบคุณ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อากาศอำนวยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทุกท่าน ที่ร่วมตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมและ ขอขอบคุณผู้รับบริการในคลินิก ARV โรงพยาบาล อากาศอำนวย ที่ร่วมตอบแบบสอบถามให้ข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหายาเอดส์. กรุงเทพฯ: บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด; 2560.
2. อภิญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์, ยศภัทร เสาวภาคลิมปกุล, ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช, คณะ Matrix SAIL. สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2558. [อินเทอร์เน็ต]. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี; 2558. [สืบค้นเมื่อ 3 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://223.27.246.196/aca/attachments/article/58/stigmatize.pdf>.
3. สุรัตน์ดา มอโห, ดวงใจ นุ่นสวัสดิ์. การพัฒนาคลินิก HIV คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลไชยวาน ปี 2555. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 6 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: 203.157.168.41/fish_roop/web/r2r/index.php?aa=4&bc=1&id_vigai=.
4. โรงพยาบาลอากาศอำนวย. สรุปผลงานเอดส์ ยาเสพติดและจิตเวชประจำปี 2561. เอกสารเย็บเล่ม; 2561.
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. คู่มือการจัดการอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตรา และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; 2561.
6. นิยาพิชา หะยิวาละ. ทศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการตีตราทางสังคม: กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมในจังหวัดปัตตานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
7. นริลักษณ์ สุวรรณโนบล, ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, รัชดาภรณ์ ใจอ้าย. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วารสารพยาบาลทหารบก 2529; 1: 70-78.