

Received: 6 Mar 2022, Revised: 11 Apr 2022

Accepted: 18 Apr 2022

## นิพนธ์ต้นฉบับ

## การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร

สมยศ เจริญสุข<sup>1</sup> อุมาวดี เหลาทอง<sup>2\*</sup> ภูเบศร์ แสงสว่าง<sup>2</sup> เนตร หงษ์ไกรเลิศ<sup>3</sup>

### บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study) เพื่อศึกษาการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และหาปัจจัยพยากรณ์การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร กลุ่มตัวอย่าง ได้แก่ ผู้ให้บริการสุขภาพที่ปฏิบัติงานบริการสุขภาพในคลินิกเฉพาะด้านเอชไอวีและแผนกอื่น ๆ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำนวน 283 คน เก็บรวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ ผลการศึกษา พบว่า จิตบริการ แรงจูงใจในการทำงาน ระบบบริการสุขภาพ และการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพโดยรวมมีค่าเฉลี่ยอยู่ในระดับสูง ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ได้แก่ จิตบริการ ระบบบริการสุขภาพ บุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพ และการศึกษาระดับปริญญาตรี โดยสามารถร่วมกันพยากรณ์การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ร้อยละ 58.7 กำหนดสมการถดถอย คือ การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ = (จิตบริการ) 0.175 + (ระบบบริการสุขภาพ) 0.116 - (บุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพ) 1.215 + (การศึกษาระดับปริญญาตรี) 1.056 จากผลการศึกษา ควรส่งเสริมหรือรักษาให้บุคลากรมีจิตบริการและแรงจูงใจในการทำงานในระดับสูงต่อไป รวมทั้งควรส่งเสริมนโยบายและสิ่งแวดล้อมที่เอื้อและสนับสนุนให้เกิดการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างต่อเนื่อง

**คำสำคัญ:** ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

<sup>1</sup> นักศึกษาหลักสูตรวิทยาศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ (วิชาเอกการพัฒนาระบบสุขภาพชุมชน) คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>2</sup> ภาควิชาอนามัยชุมชน คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล

<sup>3</sup> ศูนย์วิจัยเพื่อพัฒนาชุมชน มหาวิทยาลัยสยาม

\* Corresponding author: umawadee.lao@mahidol.ac.th

*Original Article***Non-Stigmatized and Non-Discriminatory Against People Living with HIV/AIDS Services of Healthcare Providers in Community Hospitals, Phichit Province**Somyod Charoensuk<sup>1</sup>, Umawadee Laothong<sup>2\*</sup>, Phubet Saengsawang<sup>2</sup>, Nate Hongkrlert<sup>3</sup>**ABSTRACT**

This cross-sectional analytic study aimed to study non-stigmatized and non-discriminatory services against people living with HIV/AIDS and to determine predictive factors for non-stigmatized and non-discriminatory against people living with HIV/AIDS services of healthcare providers in community hospitals, Phichit province. The sample was 283 healthcare providers who worked at HIV clinics and other departments. Self-administered questionnaires were used for data collection. Descriptive statistics as frequency, percentage, mean and standard derivation and multiple linear regression analysis were applied to analyze the data. The result revealed that service mind, motivation, health service system, healthcare provider's non-stigmatized and non-discriminatory against people living with HIV/AIDS services had overall average score at high level. Factors that could predict non-stigmatized and non-discriminatory services against people living with HIV/AIDS were service mind, health service system, health service of supporting staff, and had bachelor's degree. These factors could combination predict non-stigmatized and non-discriminatory services against people living with HIV/AIDS for 60.3%. The predicted equation from the regression analysis was assigned as follows: non-stigmatized and non-discriminatory services against people living with HIV/AIDS = (service mind) 0.175 + (health service system) 0.116 - (health service of supporting staff) 1.215 + (bachelor's degree) 1.056. Based on the results of this study, community hospitals should be encouraged or maintained personnel to have a high level of service mind and motivation. Moreover, policy and supportive environment should be promoted or developed to facilitate and support services for people living with HIV/AIDS continuously.

**Keywords:** Non-stigma, Non-discriminatory, HIV/AIDS

<sup>1</sup> Master of Science Program in Public Health (Major in Community Health System Development), Faculty of Public Health, Mahidol University

<sup>2</sup> Department of Community Health, Faculty of Public Health, Mahidol University

<sup>3</sup> Research Center for Community Development, Siam University

\* Corresponding author: umawadee.lao@mahidol.ac.th

## บทนำ

โรคเอดส์ถือเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย เพราะโรคเอดส์มิใช่เป็นปัญหาแค่เพียงการระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเท่านั้น แต่ยังมีผลเกี่ยวเนื่องกับปัญหาทางสังคม การรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรม และการละเมิดสิทธิมนุษยชนทั้งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบอื่นๆ อีกด้วย<sup>1</sup> จากรายงานขององค์การอนามัยโลก พบว่า ในปี พ.ศ. 2563 ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 37.7 ล้านคน เป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 1.5 ล้านคน และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิต ประมาณ 680,000 คน สำหรับประเทศไทยจากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิตอยู่ด้วยแบบจำลองการระบาด ณ เดือนธันวาคม ปี พ.ศ. 2563 คาดประมาณว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 501,105 คน เป็นเพศชาย 283,340 คน เพศหญิง 217,765 คน โดยเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 6,628 คน และผู้เสียชีวิตจากเอดส์ 12,115 คน ซึ่งร้อยละ 3 ของการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่เกิดจากการใช้สารเสพติดที่ไม่ปลอดภัย ส่วนอีก ร้อยละ 97 เกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน โดยยังมีช่องว่างจากการดำเนินงานในหลายประเด็นสำคัญ ได้แก่ การเริ่มยาต้านไวรัสล่าช้า ซึ่งเห็นได้จากค่ามัธยฐาน Cluster of Differentiation 4 (CD4) ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อแรกรับที่ยังคงต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. สูงถึงร้อยละ 50<sup>2</sup> โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะเข้าระบบการดูแลรักษาเมื่อมีอาการป่วยหนัก และยังคงพบจำนวนผู้เสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ สูงถึง 12,115 ราย<sup>3</sup>

การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวีและเพศภาวะ ถือว่าเป็นเป้าหมายหลัก ข้อที่ 3 ในการดำเนินงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทยและทุกประเทศทั่วโลก ซึ่งการตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ยังคงปรากฏอยู่ในทุกภาคส่วนของสังคมตั้งแต่ที่ทำงาน สถานศึกษา และสถานบริการสุขภาพ<sup>4</sup> โดยจะยังมีผลกระทบร้ายแรงหากเกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพ เช่น การปฏิเสธไม่ให้เข้ารับการรักษา การจัดให้ได้รับบริการเป็นลำดับสุดท้าย การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีให้ผู้อื่นทราบโดยไม่ได้รับ

ความยินยอม การใช้คำพูดดูถูกในระหว่างที่ให้บริการ เป็นต้น<sup>5</sup> เพราะถือว่าเป็นอุปสรรคสำคัญในการขัดขวางการเข้าถึงบริการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือกลุ่มเสี่ยง จากรายงานการสำรวจทัศนคติของประชาชนเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเนื่องมาจากเอชไอวี/เอดส์ของประเทศไทยใน ปี 2557 พบว่าประชาชน ร้อยละ 58.6 มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>6</sup> ส่วนสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ พบว่า ในปี 2560 และ 2562 สถานการณ์การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง โดยสังเกตเห็นบุคลากรแสดงการรังเกียจในการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ลดลงจากร้อยละ 27 เป็น ร้อยละ 23.36 ใน 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการมารับบริการสุขภาพลดลง จากร้อยละ 11.11 เป็นร้อยละ 11.06 แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีการตีตราตนเองและไม่ลดลง จากร้อยละ 34.91 เพิ่มขึ้นเป็น ร้อยละ 36.06<sup>7</sup> จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า มีการศึกษาเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นทัศนคติและพฤติกรรมเชิงลบที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในสถานบริการสุขภาพ โดยมีการสำรวจทั้งในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีความกลัวและมีการตีตราตนเอง ทำให้หลีกเลี่ยงที่จะไปรับบริการในสถานบริการสุขภาพ ส่วนผู้ให้บริการสุขภาพยังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งมีความกังวลในขณะให้บริการ ทำให้มีการป้องกันตนเองมากกว่าปกติ สอดคล้องกับการศึกษาของคณะทำงานวิชาการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (2558) ได้ศึกษาเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทยพบว่า เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลป้องกันเกินความจำเป็น ซึ่งเกิดจากการกลัวการติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในระดับสูง<sup>8</sup>

จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ ในปี 2563 ของจังหวัดพิจิตร มีประมาณ 2,737 คน จากการตรวจระดับ CD4 ครั้งแรกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่พบว่า ร้อยละ 53 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ มีระดับ CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม.<sup>2</sup> ซึ่งสะท้อนให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ส่วนใหญ่เข้าสู่ระบบบริการดูแลรักษาช้า ซึ่งอาจ

ก่อให้เกิดผลกระทบต่อด้านลบโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง เพราะอาจทำให้เกิดการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสและเสียชีวิตในที่สุด เป็นไปได้ว่าการตีตราและเลือกปฏิบัติส่งผลกระทบต่อคุณภาพของบริการสุขภาพที่จัดให้กับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี และยังส่งผลต่อการกีดกันผู้มารับบริการจากการได้รับบริการสุขภาพด้านต่าง ๆ อย่างเต็มคุณค่า รวมทั้งความกลัวการถูกรังเกียจกีดกัน ยังส่งผลให้ผู้รู้ว่ตนเองมีเชื้อเอชไอวีไม่กล้าไปเข้ารับบริการสุขภาพ เนื่องจากความวิตกกังวลกลัวว่าจะถูกเปิดเผยสถานะการติดเชื้อ<sup>2</sup> ดังนั้น การศึกษาครั้งนี้จึงมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล จิตบริการ แรงจูงใจในการทำงาน ระบบบริการสุขภาพ และการบริการที่ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และหาปัจจัยพยากรณ์การบริการที่ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร ซึ่งผู้ให้บริการสุขภาพถือว่าเป็นต้นแบบที่ดีของการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมต่าง ๆ ที่จะช่วยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ อันจะเป็นส่วนหนึ่งที่จะช่วยให้ประเทศไทยสามารถบรรลุเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ต่อไป

## วิธีการดำเนินการวิจัย

### รูปแบบงานวิจัย

การวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงวิเคราะห์แบบภาคตัดขวาง (Cross-sectional analytic study)

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้เป็นผู้ที่ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำนวน 1,542 คน<sup>9</sup> กลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษา คือ ผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำนวน 283 คน คำนวณขนาดตัวอย่าง กรณีทราบขนาดของประชากรโดยใช้สูตรของเครซีและมอร์แกน<sup>10</sup> สุ่มตัวอย่างโดยใช้ทฤษฎีความน่าจะเป็น ด้วยวิธีการสุ่มแบบชั้นภูมิ โดยจำแนกผู้ให้บริการสุขภาพ ตามรายชื่อโรงพยาบาลชุมชนทั้ง 11 แห่ง แล้วจึงคำนวณกลุ่มตัวอย่างแต่ละโรงพยาบาลตามสัดส่วนจำนวนผู้

ให้บริการสุขภาพทั้งบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่บุคลากรทางการแพทย์ จากนั้นในแต่ละโรงพยาบาลทำการสุ่มตัวอย่างแบบง่ายโดยวิธีตารางเลขสุ่ม

## เครื่องมือการวิจัยและการเก็บรวบรวม

### ข้อมูล

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษาครั้งนี้ เป็นแบบสอบถาม แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ได้แก่

ส่วนที่ 1 ปัจจัยส่วนบุคคล เป็นข้อคำถามให้เลือกตอบ จำนวน 8 ข้อ

ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตบริการ ซึ่งดัดแปลงแบบสอบถามของมนต์จรัส วัชรสิงห์<sup>11</sup> จำนวน 34 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน แปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของเบสท์<sup>12</sup> และแดเนียล<sup>13</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง 124.68 – 170.00 คะแนน ระดับปานกลาง 79.34 – 124.67 คะแนน และระดับต่ำ 34.00 – 79.33คะแนน

ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการทำงาน ซึ่งดัดแปลงแบบสอบถามของมนต์จรัส วัชรสิงห์<sup>11</sup> จำนวน 25 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน แปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของเบสท์<sup>12</sup> และแดเนียล<sup>13</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง 91.68 – 125.00 คะแนน ระดับปานกลาง 58.34 – 91.67 คะแนน และระดับต่ำ 25.00 – 58.33คะแนน

ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ ซึ่งดัดแปลงแบบสอบถามจากแบบสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ<sup>4</sup> และการสอบถาม

ผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคเดลฟาย จำนวน 26 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน แปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของเบสท์<sup>12</sup> และแดเนียล<sup>13</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง 95.36 – 130.00 คะแนน ระดับปานกลาง 60.68 – 95.35 คะแนน และระดับต่ำ 26.00 – 60.67 คะแนน

ส่วนที่ 5 การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งพัฒนามาจากการสอบถามผู้เชี่ยวชาญด้วยเทคนิคเดลฟาย จำนวน 9 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมาก เท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุด เท่ากับ 1 คะแนน แปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของเบสท์<sup>12</sup> และแดเนียล<sup>13</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง 33.02 – 45.00 คะแนน ระดับปานกลาง 21.01 – 33.01 คะแนน และระดับต่ำ 9.00 – 21.00 คะแนน

วิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหาอยู่ระหว่าง 0.67 - 1.00 และวิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ผลดังนี้ ภาพรวมของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.980 ส่วนที่ 2 ปัจจัยด้านจิตบริการ เท่ากับ 0.906 ส่วนที่ 3 ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการทำงาน เท่ากับ 0.962 ส่วนที่ 4 ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ เท่ากับ 0.956 และส่วนที่ 5 การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เท่ากับ 0.951

### การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูปทางสถิติ (Statistical Package for Social Sciences: SPSS) เวอร์ชัน 18 โดยวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนาด้วยค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย และค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และวิเคราะห์หาปัจจัยพยากรณ์ในการ

ทำนายการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ด้วยการวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณ (Multiple Linear Regression Analysis) แบบขั้นตอน (Stepwise)

### ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การวิจัยครั้งนี้ได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ COA. No. MUPH 2019-085 วันที่รับรอง 21 มิถุนายน 2562

## ผลการวิจัย

### ปัจจัยส่วนบุคคล

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นเพศหญิง ร้อยละ 81.6 อายุ อยู่ระหว่าง 24 – 37 ปี ร้อยละ 48.4 สถานภาพสมรสคู่ ร้อยละ 58.7 นับถือศาสนาพุทธ ร้อยละ 99.6 ระดับการศึกษาปริญญาตรี ร้อยละ 66.1 ตำแหน่งที่ปฏิบัติบุคลากรวิชาชีพ/สาธารณสุข เป็นพยาบาล ร้อยละ 31.1 ส่วนบุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพ เป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ร้อยละ 8.8 ลักษณะงานที่ปฏิบัติเกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านเอชไอวี/เอดส์โดยตรงที่คลินิกด้านไวรัส ร้อยละ 8.5 ส่วนบริการสุขภาพอื่น ๆ ได้แก่ หอผู้ป่วยใน ร้อยละ 15.2 รองลงมา คือ หอผู้ป่วยนอก ร้อยละ 10.2 ระยะเวลาที่ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลระหว่าง 10 – 19 ปี ร้อยละ 45.2

### ปัจจัยด้านจิตบริการ

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มีจิตบริการในระดับสูง ร้อยละ 85.9 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 14.1 ดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามระดับจิตบริการโดยภาพรวม

| ระดับจิตบริการ                                    | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------|-------|--------|
| 1. จิตบริการในระดับสูง (124.68 – 170.00 คะแนน)    | 243   | 85.9   |
| 2. จิตบริการในระดับปานกลาง (79.34 – 124.67 คะแนน) | 40    | 14.1   |
| Max = 170 Min = 93 Mean = 139.82 S.D. = 15.16     |       |        |

**ปัจจัยด้านแรงจูงใจในการทำงาน** ได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 38.5 และระดับต่ำ ร้อยละ 1.1 ดังตารางที่ 2  
 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการทำงานในระดับสูง ร้อยละ 60.4 รองลงมา

ตารางที่ 2 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามระดับแรงจูงใจในการทำงานโดยภาพรวม

| ระดับแรงจูงใจในการทำงาน                                   | จำนวน | ร้อยละ |
|-----------------------------------------------------------|-------|--------|
| 1. แรงจูงใจในการทำงานในระดับสูง (91.68 – 125.00 คะแนน)    | 171   | 60.4   |
| 2. แรงจูงใจในการทำงานในระดับปานกลาง (58.34 – 91.67 คะแนน) | 109   | 38.5   |
| 3. แรงจูงใจในการทำงานในระดับต่ำ (25.00 – 58.33 คะแนน)     | 3     | 1.1    |
| Max = 125 Min = 49 Mean = 94.88 S.D. = 14.69              |       |        |

**ปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพ** ไม่ดี ต่ำ และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในภาพรวมอยู่ในระดับสูง ร้อยละ 75.6 รองลงมา ได้แก่ ระดับปานกลาง ร้อยละ 24.0 และระดับต่ำ ร้อยละ 0.4 ดังตารางที่ 3  
 กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มีการรับรู้เกี่ยวกับระบบบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อการให้บริการที่

ตารางที่ 3 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามระดับปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพที่ส่งผลต่อการให้บริการที่ไม่ดี ต่ำ และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยภาพรวม

| ระดับระบบบริการสุขภาพ                                               | จำนวน | ร้อยละ |
|---------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| 1. มีปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพในระดับสูง (95.36 – 130.00 คะแนน)    | 214   | 75.6   |
| 2. มีปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพในระดับปานกลาง (60.68 – 95.35 คะแนน) | 68    | 24.0   |
| 3. มีปัจจัยด้านระบบบริการสุขภาพในระดับต่ำ (26.00 – 60.67 คะแนน)     | 1     | 0.4    |
| Max = 130 Min = 57 Mean = 103.85 S.D. = 13.95                       |       |        |

การบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติ  
ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์  
ระดับสูง ร้อยละ 89.8 รองลงมา คือ ระดับปานกลาง ร้อยละ 10.2 ดังตารางที่ 4

กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มีการ  
บริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ใน

ตารางที่ 4 จำนวนและร้อยละของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร จำแนกตามระดับการ  
บริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์โดยภาพรวม

| ระดับการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์                                         | จำนวน | ร้อยละ |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|--------|
| 1. มีการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์<br>ในระดับสูง (33.02 – 45.00 คะแนน)     | 254   | 89.8   |
| 2. มีการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์<br>ในระดับปานกลาง (21.01 – 33.01 คะแนน) | 29    | 10.2   |
| Max = 45 Min = 25 Mean = 39.37 S.D. = 5.27                                                                  |       |        |

การวิเคราะห์การถดถอยเชิงเส้นพหุคูณปัจจัยที่  
ส่งผลต่อการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติด  
เชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของผู้ให้บริการสุขภาพ ใน  
โรงพยาบาลชุมชน

ปัจจัยที่สามารถพยากรณ์การบริการที่ไม่ดีตราและ  
เลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ของกลุ่มตัวอย่างผู้  
ให้บริการสุขภาพ ได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05  
ได้แก่ จิตบริการ ระบบบริการสุขภาพ บุคลากรสาย

สนับสนุนการบริการสุขภาพ และการศึกษาระดับปริญญาตรี  
โดยตัวแปรทั้งหมดสามารถร่วมกันพยากรณ์การบริการที่ไม่ดี  
ตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้ร้อยละ 58.7  
( $R^2=0.587$ ) โดยสามารถเขียนเป็นสมการถดถอย คือ การ  
บริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ =  
(จิตบริการ) 0.175 + (ระบบบริการสุขภาพ) 0.116 - (บุคลากร  
สายสนับสนุนการบริการสุขภาพ) 1.215 + (การศึกษาระดับ  
ปริญญาตรี) 1.056 ดังตารางที่ 5

ตารางที่ 5 น้ำหนักความสำคัญของตัวแปรพยากรณ์ รายปัจจัยที่ส่งผลต่อการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอ  
วี/เอดส์ ของผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร

| ตัวแปรพยากรณ์                                                                    | B      | S.E.  | Beta   | t      | p-value |
|----------------------------------------------------------------------------------|--------|-------|--------|--------|---------|
| Constant                                                                         | 2.338  | 2.003 |        | 1.167  | 0.244   |
| จิตบริการ                                                                        | 0.175  | 0.016 | 0.505  | 10.769 | <.001*  |
| ระบบบริการสุขภาพ                                                                 | 0.116  | 0.018 | 0.308  | 6.540  | <.001*  |
| บุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพ<br>(บุคลากรวิชาชีพ/สาธารณสุข เป็นกลุ่มอ้างอิง) | -1.215 | 0.542 | -0.096 | -2.243 | 0.026*  |
| การศึกษาระดับปริญญาตรี<br>(การศึกษาต่ำกว่าปริญญาตรี เป็นกลุ่มอ้างอิง)            | 1.056  | 0.472 | 0.095  | 2.238  | 0.026*  |

$R = 0.766$   $R^2 = 0.587$   $S.E._{est} = 3.408$   $F = 98.920$  Sig of  $F = <.0001$

\* มีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05

## สรุปและอภิปรายผลการวิจัย

จากการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่มีจิตบริการ แรงจูงใจในการทำงาน ระบบบริการสุขภาพ และการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยรวมอยู่ในระดับสูง อาจเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างมีการให้บริการโดยคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและเคารพความเป็นมนุษย์ชน รวมถึงการให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมกันบนพื้นฐานของจรรยาบรรณวิชาชีพ การให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างเป็นมิตรและไม่เลือกปฏิบัติ ซึ่งสอดคล้องตามคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ. 2558 ที่กำหนดให้ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะได้รับการรักษาพยาบาลและการดูแลด้านสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติตามที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ<sup>14</sup> และสอดคล้องกับหลักการพื้นฐานของสิทธิมนุษยชนที่ทุกคนมีคุณค่าเท่าเทียมกัน การปฏิบัติต่อคนอื่น ๆ นั้นต้องเสมอกันในฐานะของความเป็นมนุษย์ โดยเฉพาะสิทธิมนุษยชนที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ซึ่งเป็นที่ยอมรับในทางสากล เช่น สิทธิในการได้รับข้อมูลข่าวสารเรื่องเอดส์ เพื่อให้สามารถป้องกันตัวเองให้ปลอดภัยจากเอดส์ได้ สิทธิที่จะได้รับอุปกรณ์การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่สอดคล้องเหมาะสมกับวิถีชีวิต เช่น ถุงยางอนามัย เข็มและอุปกรณ์ที่สะอาด สิทธิในการรับการรักษาและดูแล สิทธิด้านสวัสดิการและได้รับการทางสังคม เป็นต้น<sup>15</sup> ในการศึกษาครั้งนี้กลุ่มตัวอย่างมีทัศนคติที่ดีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มีความรู้ในงานที่ให้บริการและความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อไม่สามารถให้ข้อมูลแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ จะแนะนำให้ไปติดต่อสอบถามเจ้าหน้าที่หรือหน่วยงานที่เกี่ยวข้องโดยตรง มีความสัมพันธ์ที่ดีกับเพื่อนร่วมงาน ทำให้สามารถปฏิบัติงานร่วมกันด้วยความรักและความเข้าใจที่ดีต่อกันส่งผลให้กระบวนการทำงานเป็นไปอย่างราบรื่น และผลงานมีคุณภาพเป็นที่พึงพอใจของผู้บังคับบัญชา ผู้ร่วมงาน

และผู้รับบริการ นอกจากนี้ โรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิจิตรมีแนวทางหรือคู่มือมาตรฐานการปฏิบัติงานที่ชัดเจน รวมทั้งการมีระบบรักษาความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งในระบบคอมพิวเตอร์ และเวชระเบียน ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของนพดล ไพบูลสิน (2560) ที่ทำการศึกษากการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ให้บริการและผู้อยู่ร่วมกับเชื้อในเขตภาคใต้ตอนล่าง โดยพบว่า สถานการณ์ การตีตราในระบบบริการมีแนวโน้มลดลง<sup>16</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของศิริญา พลแพงขวา และคณะ (2564) ที่พบว่า พฤติกรรมจิตบริการของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี อยู่ในระดับสูง<sup>17</sup> สอดคล้องกับศึกษาของเพ็ญพิชชา ล้วนดี และเยาวลักษณ์ อ่ำรำไพ (2558) ซึ่งพบว่า พยาบาลวิชาชีพโรงพยาบาลบ้านแพ้ว มีระดับคะแนนเฉลี่ยของแรงจูงใจในการปฏิบัติงานอยู่ในระดับมาก<sup>18</sup> และสอดคล้องกับการศึกษาของ Laura Nyblade และคณะ (2009) พบว่าการออกแบบกิจกรรมเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีควรมุ่งเน้นไปที่ระดับบุคคล สิ่งแวดล้อม และนโยบาย<sup>5</sup>

ปัจจัยที่สามารถร่วมกันพยากรณ์การบริการที่ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของกลุ่มตัวอย่างผู้ให้บริการสุขภาพ ได้แก่ จิตบริการ ระบบบริการสุขภาพ บุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพ และการศึกษาาระดับปริญญาตรี อธิบายได้ว่า เมื่อผู้ให้บริการสุขภาพมีจิตบริการที่ดี จะแสดงออกผ่านพฤติกรรมการบริการที่เหมาะสม เช่น การให้บริการด้วยใบหน้ายิ้มแย้ม สายตาที่เป็นมิตร และคำพูดที่สุภาพ ทำให้เกิดการให้บริการที่ดีแก่ผู้รับบริการทุกรายอย่างเสมอภาคและเท่าเทียม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของมนต์จรัส วัชรสิงห์ และคณะ (2558) ที่พบว่า จิตบริการด้านการมีสติในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ด้านการมีความรู้ในงานที่ให้บริการ และด้านการมีทัศนคติที่ดี สามารถพยากรณ์ประสิทธิภาพการให้บริการของพยาบาลได้<sup>19</sup>

ระบบบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อาจเป็นเพราะสภาวะแวดล้อมในหน่วยงานเป็นปัจจัยหลักที่ขับเคลื่อนให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ หากสามารถจัดการแก้ไขสภาวะแวดล้อมดังกล่าวได้ จึงช่วยหนุนเสริมให้เกิดการเปลี่ยนแปลงระดับบุคคล เนื่องจากบุคคลอยู่ภายใต้สภาวะแวดล้อมขององค์กรที่ส่งผลต่อการกระทำหรือการแสดงออกทางพฤติกรรมบริการของบุคคลในองค์กรด้วย<sup>20</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของวรรณิ จิวปัญญา (2564) ที่พบว่า ด้านสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพและด้านนโยบายของหน่วยงาน มีผลต่อทัศนคติในการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพ จังหวัดนครสวรรค์<sup>21</sup>

บุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพมีความสัมพันธ์ทางลบกับการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งนี้เนื่องจากบุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพ มีหน้าที่สนับสนุนและอำนวยความสะดวกให้แก่บุคลากรสายวิชาชีพ/สาธารณสุข แม้ว่าจะมีส่วนช่วยให้เกิดความคล่องตัวในขั้นตอนการปฏิบัติงาน แต่บุคลากรสายสนับสนุนการบริการสุขภาพมีลักษณะการทำงานตามหน้าที่ และตามขั้นตอนที่ถูกกำหนดไว้แล้วโดยไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้<sup>22</sup> กอรกับบุคลากรสายวิชาชีพ/สาธารณสุขส่วนใหญ่ปฏิบัติงานโดยมีใบประกอบวิชาชีพรองรับ หากฝ่าฝืนอาจได้รับโทษตามที่องค์กรวิชาชีพแต่ละองค์กรกำหนดไว้ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Harapan Harapan และคณะ (2013) ที่พบว่า ตำแหน่งที่ปฏิบัติงานมีความสัมพันธ์กับการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพ เมืองบันดาอะเจห์ ประเทศอินโดนีเซีย<sup>23</sup>

การศึกษาระดับปริญญาตรีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เนื่องจากการศึกษาระดับปริญญาตรีมุ่งเน้นที่จะสร้างให้บัณฑิตมีความรู้และทักษะในสาขา

เฉพาะที่จะนำไปสู่การปฏิบัติงานอย่างมืออาชีพ สอดคล้องกับมาตรฐานคุณวุฒิระดับปริญญาตรี สาขาพยาบาลศาสตร์ที่ต้องการคุณลักษณะบัณฑิตที่พึงประสงค์ คือ เป็นบัณฑิตที่มีคุณธรรมจริยธรรม มีเมตตา เอื้ออาทร ดูแลผู้รับบริการด้วยจิตบริการ เคารพในศักดิ์ศรีของความเป็นมนุษย์ และมีความรับผิดชอบหน้าที่<sup>24</sup> โดยในการเรียนการสอนจะมีการสอดแทรกเนื้อหาเกี่ยวกับการดูแลผู้รับบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ทั้งภาคทฤษฎีและภาคปฏิบัติ<sup>25</sup> ซึ่งพยาบาลวิชาชีพถือว่าเป็นบุคลากรที่มีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงานให้บริการดูแลสุขภาพที่เชื่อมโยงทุกมิติ และสามารถส่งเสริมให้ประชาชนมีความรู้ ทัศนคติ และพฤติกรรมสุขภาพที่ถูกต้อง<sup>26</sup> สอดคล้องกับแนวคิดของเพนเดอร์ ที่กล่าวว่า ปัจจัยส่วนบุคคลทั้งด้านชีววิทยา ด้านจิตวิทยา ด้านสังคมและวัฒนธรรม เป็นองค์ประกอบหนึ่งในการคาดหมายพฤติกรรมของบุคคล<sup>27</sup>

#### ข้อเสนอแนะจากผลการวิจัย

1. โรงพยาบาลชุมชนที่บุคลากรมีจิตบริการและแรงจูงใจในการทำงานโดยภาพรวมและรายด้านในระดับสูงอยู่แล้ว ควรส่งเสริมหรือรักษาสภาพให้บุคลากรยังคงมีจิตบริการและแรงจูงใจในการทำงานในระดับสูงต่อไป รวมทั้งควรกระตุ้นหรือเสริมสร้างให้ครบทุกด้าน อันจะเป็นประโยชน์ต่อทั้งตัวผู้ให้บริการเอง ผู้รับบริการ และหน่วยงาน รวมถึงส่งผลต่อประสิทธิภาพในการให้บริการที่เพิ่มขึ้นต่อไป

2. โรงพยาบาลชุมชนควรจัดระบบบริการสุขภาพ ทั้งด้านนโยบายและสภาพแวดล้อมที่เอื้อให้เกิดการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ อย่างต่อเนื่อง

#### ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ควรมีการศึกษาการบริการที่ไม่ดีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพ ในโรงพยาบาลชุมชน เปรียบปริมาณผสมผสานกับเชิงคุณภาพ รวมถึงศึกษามุมมองจากผู้รับบริการร่วมด้วย

## กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณเครือข่ายการทำงานด้านเอชไอวี/เอดส์จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร และโรงพยาบาลชุมชนในจังหวัดพิจิตร ทั้ง 11 แห่ง ที่ให้ความอนุเคราะห์ในการดำเนินการเก็บข้อมูลจนสำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี ขอขอบพระคุณผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร ทุกท่านที่เสียสละเวลาในการเข้าร่วมวิจัย

## เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไข ปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหา เอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์; 2560.
2. HIV INFO HUB ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวี ของประเทศไทย. การดำเนินงานระดับพื้นที่ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/dashboard/national.php>
3. HIV INFO HUB ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวี ของประเทศไทย. คาดประมาณ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
4. กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค ศูนย์อำนวยการ บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ. คู่มือการติดตามและ เลือกรูปแบบที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ ของประเทศไทย การสำรวจในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ (Health care provider survey). พิมพ์ครั้งที่ 3. กรุงเทพฯ: วัณโรค เพลท; 2560.
5. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what work ?. Journal of the International AIDS Society 2009; 12(15): 1-7.
6. HIV INFO HUB ศูนย์รวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวี ของประเทศไทย. เอกสารเผยแพร่ [อินเทอร์เน็ต]. 2564 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://hivhub.ddc.moph.go.th/report.php>
7. กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สิ่งพิมพ์ : คู่มือ/หนังสือ รายงานประจำปี พ.ศ.2562 [อินเทอร์เน็ต]. 2562 [เข้าถึงเมื่อ 30 กันยายน 2564]. เข้าถึงได้จาก: [https://ddc.moph.go.th/das/journal\\_detail.php?publish=11502](https://ddc.moph.go.th/das/journal_detail.php?publish=11502)
8. คณะทำงานวิชาการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจ สถานการณ์การติดตามและเลือกรูปแบบ. การติดตามและ เลือกรูปแบบในประเทศไทย [เอกสารประกอบการ ประชุม]. 2558.
9. สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดพิจิตร. สรุปข้อมูลบุคลากร ทุกหน่วยงาน [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 15 มิถุนายน 2562]. เข้าถึงได้จาก: <http://www.ppho.go.th/mis-new/index.php>
10. ธีรวิทย์ เอกะกุล. ระเบียบวิธีวิจัยทางพฤติกรรมศาสตร์ และสังคมศาสตร์. อุบลราชธานี: สถาบันราชภัฏ อุบลราชธานี; 2543.
11. มนต์จรัส วัชรสิงห์. จิตบริการและแรงจูงใจในการทำงาน ที่พยากรณ์ประสิทธิภาพการให้บริการของพยาบาล [วิทยานิพนธ์ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีพระเจ้าเกล้าพระนครเหนือ; 2556.
12. Best JW. Research in education. 3 rd ed. Engle Clift. NJ: Prentice-Hall; 1977.
13. Daniel WW. Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences. 6 th ed. New York: John Wiley & Sons; 1995.
14. แพทยสภา. คำประกาศ "สิทธิ" และ "ข้อพึงปฏิบัติ" ของ ผู้ป่วย ฉบับใหม่ ออกโดย 6 สมาชิวิชาชีพ

- ประกาศ ณ วันที่ 12 สิงหาคม 2558 [อินเทอร์เน็ต]. 2558 [เข้าถึงเมื่อ 17 ตุลาคม 2564]. เข้าถึงได้จาก: <https://tmc.or.th/index.php/News/News-and-Activities/157>
15. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. แนวทางการดำเนินงานองค์กร “ดูแล ห่วงใย ใส่ใจป้องกันเอดส์ในที่ทำงาน”. กรุงเทพฯ:เจ. เอส. การพิมพ์; 2560.
  16. นพดล ไพบูลสิน, นิมนอนงค์ ไทยเจริญ, ณัฐพร ฉั่วอรุณ. การศึกษาการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ให้บริการและกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อในเขตภาคใต้ตอนล่าง. วารสารโรคเอดส์ 2560; 29(2): 85-95.
  17. ศิรญา พลแพงขวา, กิตติพร เนาว์สุวรรณ, อัจฉรา คามะทิตย์, นกศพร เทวะเศกสรรค์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมจิตบริการของพยาบาลวิชาชีพในโรงพยาบาลสมเด็จพระยุพราชบ้านดุง อำเภอบ้านดุง จังหวัดอุดรธานี. วารสารสาธารณสุขและวิทยาศาสตร์สุขภาพ 2564; 4(1): 16-26.
  18. เพ็ญพิชชา ล้วนดี, เขียวลักษณ์ อ่ำรำไพ. แรงจูงใจและความพึงพอใจในการปฏิบัติงานของพยาบาลวิชาชีพ โรงพยาบาลบ้านแพ้ว (องค์การมหาชน). วารสารก่อการณ์ 2558; 22(1): 48-59.
  19. มนต์จรัส วัชรสิงห์, เบญจวรรณ บุญยะประพันธ์, สุนทรี ศักดิ์ศรี. จิตบริการและแรงจูงใจในการทำงานที่พยากรณ์ประสิทธิภาพการให้บริการของพยาบาล. วารสารวิชาการศิลป ศาสตร์ประยุกต์ 2558; 8(2): 115-31.
  20. สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. คู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์. กรุงเทพฯ:เจ. เอส. การพิมพ์; 2559.
  21. วรณิ จิวปัญญา. ปัจจัยที่มีผลต่อความกังวลและทัศนคติในการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัด นครสวรรค์ 2564; 15(1): 30-40.
  22. ชมพู เนินหาด, เพ็ญภา พิสัยพันธุ์, ดารารรณ รองเมือง. จิตบริการสู่งานเป็นเลิศ: บทบาทบุคลากรสายสนับสนุน Service Mind to Work Excellence: Role of Supportive Staffs. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี 2563; 3(2): 33-45.
  23. Harapan H, Feramuhawan S, Kumiawan H, Anwar S, Andalas M, Hossain MB. HIV-related stigma and discrimination: a study of health care workers in Banda Aceh, Indonesia. Medical Journal of Indonesia 2013; 22: 22-9.
  24. พัชรพรรณ ชูเลิศ, บุญตา สุขวดี, มนัสชนกข์ กุลพานิชย์. การพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์กับนักศึกษาพยาบาล Generation Z. วารสารการพยาบาลการสาธารณสุขและการศึกษา 2560; 18(2): 28-35.
  25. ศักดิ์มงคล เชื้อทอง, ทศนีย์ เกริกกุลธร. การพัฒนาจิตบริการด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ สำหรับนักศึกษาพยาบาล. วารสารการพยาบาลและการศึกษา 2560; 11(4): 1-13.
  26. อติญาณ ศรีเกษตริน, อัจฉราวดี ศรียศศักดิ์, รุ่งนภา จันทรา, สุทธนันท์ กัลละ, ปริญญ์ จิตอร่าม, สุภาเพ็ญ ปาณะวัฒน์พิสุทธิ. การศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างแรงจูงใจในการเรียนกับทัศนคติการท างานร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพของนักศึกษาพยาบาล วิทยาลัยพยาบาลพระจอมเกล้า จังหวัดเพชรบุรี. วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน 2562; 5(3): 37-48.