

นิพนธ์ต้นฉบับ

Original Article

สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี
และผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2562
Stigma and discrimination among people living with HIV
and health care providers, Health Region 9, 2019

กัลยาณี จันธิมา¹Kulyanee Junthima¹ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ²Siwayut Sriparu²วีรพล จันธิมา³Weerapol Chunthima³¹สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา¹Office of Disease Prevention and Control, Region 9
Nakhon Ratchasima²สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา²Public Health Office of Nakhon Ratchasima Province³มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี³Suranaree University of Technology

DOI: 10.14456/dcj.2022.43

Received: May 2, 2021 | Revised: March 11, 2022 | Accepted: March 11, 2022

บทคัดย่อ

การตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวี และส่งผลต่อการเข้าสู่ระบบบริการและภาวะสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและติดตามสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเอชไอวีหรือเอดส์ ใน 3 จังหวัดของเขตสุขภาพที่ 9 เป็นการวิจัยเชิงพรรณนาเพื่อเปรียบเทียบข้อมูลปี 2560 และ 2562 กลุ่มตัวอย่างประกอบด้วย 1) ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ สุ่มตัวอย่างแบบหลายระดับ จำนวน 648 ราย ในปี 2560 และ 435 ราย ในปี 2562 2) กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 18 ปีขึ้นไปที่มาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ สุ่มตัวอย่างเป็นรายบุคคล จำนวน 642 ราย ในปี 2560 และ 618 ราย ในปี 2562 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา เช่น ความถี่ ร้อยละ ผลการเปรียบเทียบข้อมูลปี 2560 และ 2562 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีไม่แตกต่างกัน ความกลัวว่าจะติดเชื้อในขณะดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นเล็กน้อยจากร้อยละ 56.0 เป็นร้อยละ 57.8 เคยมีทัศนคติตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มจากร้อยละ 78.6 เป็นร้อยละ 80.0 ด้านผู้ติดเชื้อเอชไอวีเคยหลีกเลี่ยงการไปรับบริการ ลดลงจากร้อยละ 13.0 เป็นร้อยละ 7.7 การตีตราตนเองภายในเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.4 เป็นร้อยละ 50.5 การตีตราและเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2562 สูงกว่าข้อมูลที่ศึกษาในปี 2560 การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่เหมาะสม อาจทำให้เสียชีวิตหรือแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่นได้ ดังนั้น ควรขยายพื้นที่การดำเนินงานพัฒนาองค์ประกอบหลักของการตีตราและเลือกปฏิบัติอย่างต่อเนื่องควบคู่กับการฝึกอบรมการพัฒนาคุณภาพการจัดบริการ สามารถนำไปใช้โดยกลุ่มประชากรหลักเพื่อลดการตีตราตนเอง และส่งเสริมสิทธิในการเข้าถึงการป้องกันดูแลรักษาให้มากขึ้น

ติดต่อผู้พิมพ์ : กัลยาณี จันธิมา

อีเมล : kul4080@yahoo.com

Abstract

HIV stigma and discrimination are barriers for people living with HIV (PLHIV) to access into health system and affect their health consequence as well as the attitude of health care providers (HCP). This study aimed to explore the occurrence of HIV stigma and discrimination among HCP and PLHIV in 3 provinces of Health Region 9 by comparing the data between year 2017 and 2019. We applied multilevel sampling to recruit HCP: 648 people in 2017 and 435 people in 2019. By convenience sampling, PLHIV aged 18 years and older currently receiving HIV related services at a health care facility were recruited: 642 people in 2017 and 618 in 2019. Questionnaires were used as data gathering instruments. Mean and frequency were applied in statistical analysis. Comparing data between 2017 and 2019 revealed that HCP reported stigma or discriminatory practices towards PLHIV in their health facility with a slight rise. HCP reported having fear of getting infected with HIV while caring for a client living with HIV with a slightly increase from 56.0% to 57.8%. HCP reported having attitude regarding HIV stigma and discrimination with a slightly increase from 78.6% to 80.0%. PLHIV avoid to access into health service decreased from 13.0% to 7.7%. PLHIV reported experiencing internalized stigma in the past 12 months with an increase from 33.4% to 50.5% statistically significant difference. HCP reported having stigma and discrimination to PLHIV in Health Region 9 in 2019 was higher than those data studied in 2017. PLHIV who haven't received the proper care may result in death or lead to transmit the disease to others. Continuously development of core composite indicators regarding stigma and discrimination, should be implemented comprehensively, along with the training interventions for HCP in health care settings to improve the quality of service delivery. These should help to reduce self-stigma and promote the right to access more prevention and care.

Correspondence: Kulyanee Junthima

E-mail: kul4080@yahoo.com

คำสำคัญ

การตีตรา, การเลือกปฏิบัติ, เอชไอวี

Keywords

Stigma, Discrimination, HIV

บทนำ

คาดประมาณทิศทางการระบาดของเอชไอวีในประเทศไทย มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ 440,000 คน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 5,500 คน เป็นกลุ่มชายรักชายร้อยละ 31.5 กลุ่มคู่อผลเลือดต่างร้อยละ 46.0 กลุ่มฉีดยาเสพติดร้อยละ 3.9 กลุ่มให้บริการทางเพศและถูกค้าร้อยละ 12.4⁽¹⁾ สำหรับสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติยังคงมีอยู่ในสังคมไทย จากการสำรวจสถานพยาบาลที่ดำเนินการในปี 2558 และ 2560 พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลร้อยละ 23.7 แสดงความรังเกียจและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 26.4 ระบุว่าพวกเขามีประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติในขณะที่รับบริการในโรงพยาบาลที่เข้าร่วม⁽²⁾ ผลสัมฤทธิ์การเข้าถึงบริการรักษาตาม Cascade 90-90-90 ในปี 2562 ของเขตสุขภาพที่ 9 เป็นดังนี้ 90-81-73 กล่าวคือ สามารถบรรลุเป้าหมาย 90 ที่ 1 ผู้ติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยและรู้สถานะการติดเชื้อตนเอง ร้อยละ 90.7 ในขณะที่เป้าหมาย 90 ที่ 2 ผู้ติดเชื้อที่รู้ว่าติดเชื้อแล้วได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ยังคงต่ำเพียงร้อยละ 79.9 ซึ่งเป็นช่องว่างที่ต้องการการพัฒนาเพื่อเพิ่มการเข้าถึงยาต้านไวรัสให้ได้ตามเป้าหมาย ส่วนเป้าหมาย 90

ที่ 3 ผู้ติดเชื้อที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส สามารถกดปริมาณไวรัสในกระแสเลือดได้ ($\leq 1,000$ copies/ml) ร้อยละ 87.5 ด้านการดำเนินงานลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ จากผลการสำรวจในปี 2560 ในเขตสุขภาพที่ 9 ยังพบการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพยังพบการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 39.7 และกลัวการติดเชื้อร้อยละ 56.0 และในกลุ่มผู้ติดเชื้อ มีการตีตราตนเองสูงถึงร้อยละ 33.4 ซึ่งอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อ เข้าสูการรักษาช้าหรือไม่เข้ารับบริการ⁽³⁾ ด้วยเหตุนี้ จึงมีความจำเป็นต้องเร่งรัดจัดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพให้ครอบคลุมทุกพื้นที่ การตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีหรือเอดส์มีผลกระทบต่อร่างกายจิตใจ และส่งผลกระทบทางสังคม ความกลัวการตีตราและเลือกปฏิบัติทำให้คนที่มีความเสี่ยงหรือสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวีไม่กล้ามาตรวจหาเอชไอวี ยังมีผู้ที่ไม่สามารถเข้าถึงระบบยาต้านไวรัส ส่วนหนึ่งเพราะเขาเหล่านั้นไม่รู้ ว่าตนเองเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี การตีตราและการเลือกปฏิบัติจากผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ กลับทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการสุขภาพ⁽⁴⁾ เกิดความล่าช้าในการได้รับยาต้านไวรัส⁽⁵⁾ กลัวสถานบริการเปิดเผยความลับของสถานะการติดเชื้อเอชไอวี⁽⁶⁾ ปรากฏการณ์นี้ทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเอชไอวี แม้สถานการณ์การติดเชื้อรายใหม่และการเข้าถึงการรักษาอาจจะยังไม่เป็นไปตามเป้าหมาย แต่ก็ดีขึ้นตามลำดับ ปัญหาด้านทัศนคติที่ทำให้การตีตราและเลือกปฏิบัติยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ในปี 2573 การติดตามและประเมินผลที่ได้รับการปรับปรุงทั้งในระดับพื้นที่และระดับเขตจะเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาแผนงาน โครงการ และนโยบายเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพ การศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อสำรวจและติดตามสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเอชไอวีหรือเอดส์ในเขตสุขภาพที่ 9 เพื่อใช้ประโยชน์จากข้อมูลด้าน

ยุทธศาสตร์ใหม่ๆ เรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เหมาะสมและทันต่อเหตุการณ์ในการจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายเกี่ยวกับการจัดกิจกรรมดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ รวมถึงการพัฒนาแบบติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์ที่เหมาะสมเพื่อให้สถานบริการคุณภาพเป็นที่ไว้วางใจ บุคลากรมีความสุขในการทำงาน

วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา ณ ช่วงเวลาหนึ่ง เก็บข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มาใช้บริการในสถานบริการสุขภาพ และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ สังกัดกระทรวงสาธารณสุข เก็บข้อมูล 2 ครั้งเพื่อเปรียบเทียบกัน ครั้งที่ 1 เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2560 ที่นครราชสีมา และชัยภูมิ ครั้งที่ 2 เดือนพฤษภาคม-มิถุนายน 2562 ที่นครราชสีมาและบุรีรัมย์

ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

โรงพยาบาลที่เข้าร่วมในโครงการ : โรงพยาบาลของรัฐบาลทุกแห่งในจังหวัดนครราชสีมา ชัยภูมิและบุรีรัมย์ ที่มีคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี และผู้อำนวยการโรงพยาบาลยินดีเข้าร่วมโครงการฯ โดยความสมัครใจ สุ่มตัวอย่างระดับตามขนาดโรงพยาบาลภายในจังหวัด ในปี 2560 จำนวน 48 แห่ง และปี 2562 จำนวน 55 แห่ง

กลุ่มตัวอย่าง มี 2 กลุ่ม แบ่งตัวอย่างออกเป็น 2 กลุ่ม เพื่อติดตามการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากผู้ให้บริการสุขภาพ และเพื่อให้ผู้ให้บริการสุขภาพเข้าใจสถานการณ์และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติได้อย่างทั่วถึง ได้แก่

1. ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ทั้งที่ให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทางตรงและทางอ้อม และกลุ่มพนักงานทำความสะอาด/พนักงานช่วยเหลือผู้ป่วย สุ่มตัวอย่างแบบแบ่งชั้นจากรายชื่อบุคลากรที่ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในทุกแผนกเพื่อตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง

2. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้บริการในโรงพยาบาลของรัฐ มีอายุมากกว่า 18 ปี ได้รับการคัดเลือกจากโรงพยาบาลของรัฐที่มีคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีในจังหวัดที่ศึกษา โดยติดต่อเจ้าหน้าที่คลินิกเพื่อนัดหมายวันเวลา รวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยอธิบายภาพรวมการวิจัยโดยย่อ ขอคำยินยอม และเชิญผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสัมภาษณ์

ขนาดตัวอย่าง

ในปี 2560 สุ่มจังหวัดมาสองจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 คือจังหวัดนครราชสีมา และจังหวัดชัยภูมิ เก็บข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพทุกระดับทุกแห่งโดยกำหนดผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพแห่งละอย่างน้อย 1-15 คน โดยเก็บบุคลากรจากทุกแผนกในโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามสัดส่วนของบุคลากรในแผนกนั้นๆ ได้มาทั้งสิ้นจำนวน 648 ราย สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ เก็บข้อมูลตามจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพตามสัดส่วนแต่ละแห่งอย่างน้อย 1-15 คน ได้มาทั้งสิ้น จำนวน 642 ราย และกลุ่มตัวอย่างสำหรับปี 2562 สุ่มจังหวัดมาสองจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนจังหวัดในเขตสุขภาพที่ 9 คือจังหวัดนครราชสีมาและจังหวัดบุรีรัมย์ เก็บข้อมูลจากสถานบริการสุขภาพทุกระดับทุกแห่งโดยกำหนดผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพแห่งละอย่างน้อย 1-15 คน โดยเก็บบุคลากรจากทุกแผนกในโรงพยาบาลที่ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีตามสัดส่วนของบุคลากรในแผนกนั้นๆ ได้มาทั้งสิ้นจำนวน 435 ราย สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ เก็บข้อมูลตามจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพตามสัดส่วน แต่ละแห่งอย่างน้อย 1-15 คน ได้มาทั้งสิ้นจำนวน 618 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่

แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์เรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติ พัฒนามาจากคำถามของศูนย์บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มีรายละเอียดดังต่อไปนี้

1) แบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ประกอบด้วย 6 ส่วน ได้แก่

1.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล (8 ข้อ) เป็นแบบตรวจสอบรายการเกี่ยวกับตำแหน่งงานและแผนกที่ปฏิบัติงาน

1.2 การติดเชื้อและการป้องกันการติดเชื้อ คือ ในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพกลัวหรือกังวลว่าจะติดเชื้อจากการให้บริการเพียงใด (3 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรอันดับ (Ordinal Scale) 4 ระดับ ได้แก่ ไม่กังวล กังวลน้อย กังวลปานกลาง กังวลมาก

1.3 สภาพแวดล้อมของสถานบริการสุขภาพ คือ เหตุการณ์ที่เกิดขึ้นขณะเจ้าหน้าที่ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ (5 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรอันดับ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่กังวล กังวลน้อย กังวลปานกลาง กังวลมาก

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

1.5 ความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ คือ ความคิดเห็นต่อการแพร่เชื้อ การรับบริการอนามัยเจริญพันธุ์ (3 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรอันดับ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง ไม่เห็นด้วย เห็นด้วย เห็นด้วยอย่างยิ่ง

1.6 ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรหลัก เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ผู้ขายบริการทางเพศ ผู้ใช้สารเสพติด และแรงงานข้ามชาติ (34 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรอันดับ 4 ระดับ ได้แก่ ไม่เคยเห็น เห็นไม่บ่อย เห็นบ้าง เห็นเป็นประจำ

2) แบบสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีคำถามรวมทั้งสิ้น 27 ข้อ ได้แก่

2.1 ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล ประกอบด้วยคำถามทั่วไป 7 ข้อ เช่น อายุ การประกันสุขภาพและการ

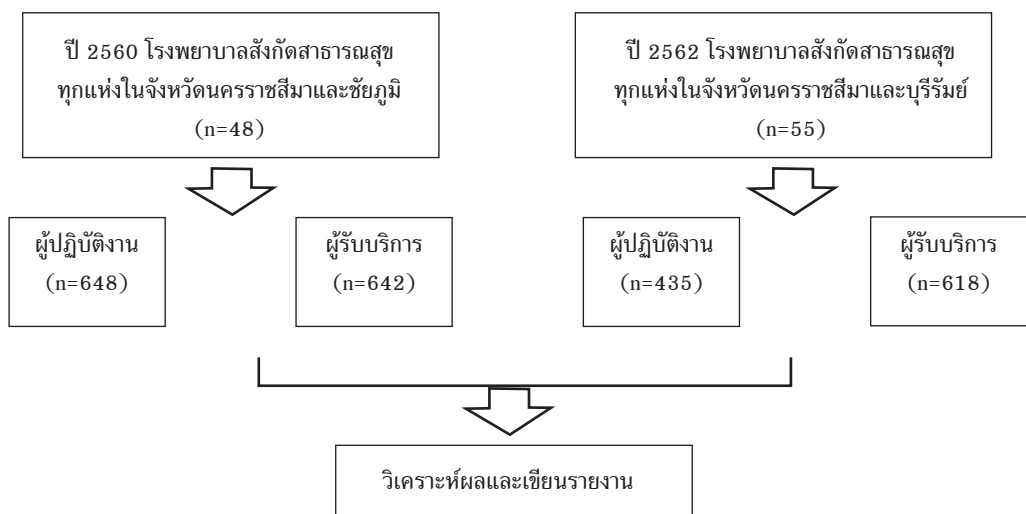
รับยาต้านไวรัส และคำถามเกี่ยวกับเรื่องเพศภาวะ 2 ข้อ ซึ่งจะอยู่ในส่วนสุดท้ายของแบบสอบถาม เนื่องจากเป็นข้อคำถามที่ค่อนข้างอ่อนไหวต่อความรู้สึกของผู้ให้ข้อมูลที่เป็นกลุ่มประชากรหลัก

2.2 ประสบการณ์การใช้บริการที่สถานบริการสุขภาพ เป็นข้อคำถามเกี่ยวกับประสบการณ์การถูกละเมิดสิทธิมนุษยชนในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ รูปแบบของพฤติกรรมที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญ (6 ข้อ) การเปิดเผยสถานะและการรักษาความลับของผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือการทำให้แน่ใจได้ว่าข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ (3 ข้อ) อนามัยเจริญพันธุ์และการมีบุตร คำถามที่ถามทั้งเพศชายและเพศหญิง (6 ข้อ) และการ

มีบุตร (ถามเฉพาะเพศหญิง) (5 ข้อ) ลักษณะคำตอบเป็นมาตรอันดับ 4 ระดับ ตั้งแต่ ไม่เคยเห็น เห็นไม่บ่อย เห็นบ้าง เห็นเป็นประจำ

การวิเคราะห์ข้อมูล

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ทั้งตัวแปรเดิม และตัวแปรที่สร้างขึ้นใหม่ที่รวมข้อมูลจากตัวแปรในกลุ่มเดียวกัน (composite index) เช่น ไม่กังวล และกังวล (รวมคำตอบ กังวลน้อย กังวลปานกลาง กังวลมาก เข้าด้วยกัน) เพื่อให้เข้าใจผลการศึกษาในภาพรวมที่กว้างขึ้น สรุปข้อมูลทั้งหมดในรูปของรายงานการแจกแจงความถี่ ร้อยละ และ Z-test for 2-independent proportions



ภาพที่ 1 การจัดการข้อมูล

การพิทักษ์สิทธิผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยจะเลือกกลุ่มตัวอย่างที่สมัครใจ และยินดีเข้าร่วมโครงการตามเอกสารพิทักษ์สิทธิ์ แจ้งล่วงหน้าเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ในการศึกษาผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นหรือประโยชน์ของการมีส่วนร่วมของการศึกษา รวมถึงข้อมูลทั้งหมดจะเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อและการรักษาความลับข้อมูลกลุ่มตัวอย่างมีสิทธิตอบหรือปฏิเสธได้ หรือมีสิทธิยกเลิกการให้ข้อมูลได้โดย ไม่มีข้อแม้ใดๆ หรือหยุดการสัมภาษณ์ได้ตลอดเวลา

ผลการศึกษา

การติดตามและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ

ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 9 ในปี 2560 จังหวัดนครราชสีมาและชัยภูมิ ที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 648 ราย พบว่าร้อยละ 54.4 เป็นบุคลากรระดับวิชาชีพ โดยเป็นพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 36.9 รองลงมาคือเภสัชกร ร้อยละ 4.8 บุคลากรสนับสนุนบริการสุขภาพ

ร้อยละ 23.1 แยกตำแหน่งเป็นผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย ร้อยละ 12.7 เจ้าหน้าที่เวชระเบียน ร้อยละ 3.2 บุคลากรสนับสนุนทั่วไป ร้อยละ 21.5 แยกเป็นพนักงานต้อนรับ ร้อยละ 0.8 รองลงมาเป็น พนักงานทำความสะอาดและพนักงานเก็บเงิน ร้อยละ 0.6 สำหรับใน ปี 2562 ในจังหวัดนครราชสีมา และบุรีรัมย์ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามครั้งนี้ จำนวนทั้งสิ้น 435 ราย พบว่า ร้อยละ 53.2 เป็นบุคลากรระดับวิชาชีพ บุคลากรสนับสนุน บริการสุขภาพ ร้อยละ 24.7 บุคลากรสนับสนุนทั่วไป ร้อยละ 22.1

ผลสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ มีการวิเคราะห์ตัวชี้วัดหลักสำคัญ 4 ด้านในผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ พบว่ายังมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวี ที่ยังกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ เพิ่มขึ้นเล็กน้อย เช่น ความกลัวว่าจะติดเชื้อในขณะดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มจากร้อยละ 56.0 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 57.8 ในปี 2562 เคยมีทัศนคติตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพิ่มจากร้อยละ 78.6 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 80.0 ในปี 2562 แต่อย่างไรก็ตามเมื่อเปรียบเทียบตัวชี้วัด ดังกล่าวระหว่างปี 2560 และ 2562 พบว่าไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 การตีตราและการเลือกปฏิบัติในผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560 และปี 2562

ตัวชี้วัดหลัก	ร้อยละ					p-value **
	ปี 2560	ปี 2562	Diff	95%CI Diff		
	(n=648)	(n=435)	(%)*	LB	UB	
สังเกตเห็นการตีตรา (การเลือกปฏิบัติ) ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี	39.7	42.7	3.0	-3.0	9.0	0.326
มีความกังวลหรือกลัวติดเชื้อขณะให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี	56.0	57.8	1.8	-4.2	7.8	0.557
ป้องกันการติดเชื้อมากเกินไปจนจำเป็นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี	55.9	56.8	0.9	-5.1	6.9	0.770
มีทัศนคติตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี	78.6	80.0	1.4	-3.5	6.3	0.576

* ปี 2562-ปี 2560, ** 2-tailed by z-test, LB=lower bound, UB=upper bound

การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปี 2560 อายุเฉลี่ยของผู้ให้สัมภาษณ์คือ 42.85 ปี (Min=18, Max=73) เป็นชายร้อยละ 51.8 และระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่ผู้ให้สัมภาษณ์กลุ่มนี้ทราบสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี คือ 9.1 ปี ปี 2562 อายุเฉลี่ยของผู้ให้สัมภาษณ์คือ 40 ปี (Min=18, Max=70) เป็นชายร้อยละ 49.1 และระยะเวลาโดยเฉลี่ยที่อาสาสมัครผู้ให้สัมภาษณ์กลุ่มนี้ทราบสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี คือ 8.5 ปี ผลสำรวจการตีตรา

และการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพพบว่า ผู้รับบริการหลีกเลี่ยงหรือชะลอการไปรับบริการเนื่องจากกลัวการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ลดลงจากร้อยละ 13.0 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 7.7 ในปี 2562 สำหรับการหลีกเลี่ยงหรือชะลอการไปรับบริการเนื่องจากกลัวการตีตราและการเลือกปฏิบัติในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบในปี 2560 ร้อยละ 0.9 แต่ไม่พบในปี 2562 แต่ผู้รับบริการตัดสินใจที่จะไม่ไปสถานพยาบาลเพราะการตีตราตนเองเพิ่มขึ้นจากร้อยละ 33.4 ในปี 2560 เป็นร้อยละ 50.5 ในปี 2562 ดังตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การติดตามและการเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560 และ 2562

ตัวชี้วัดหลัก	ร้อยละ					p-value **
	ปี 2560	ปี 2562	Diff	95%CI Diff		
	(n=642)	(n=618)		LB	UB	
หลีกเลี่ยงหรือชะลอการไปรับบริการเนื่องจากกลัวการตีตราและการเลือกปฏิบัติ	13.0	7.7	-5.3	-8.9	-1.7	0.002
หลีกเลี่ยงหรือชะลอการไปรับบริการเนื่องจากกลัวการตีตราและการเลือกปฏิบัติในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี	0.9	0.0	-0.9	-1.6	-0.2	0.016
ประสบการณ์การถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติในระหว่างรับบริการ	15.7	15.4	-0.3	-4.7	4.1	0.883
ประสบการณ์การถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติในระหว่างรับบริการที่มีการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อเอชไอวี	16.6	17.5	0.9	-3.7	5.5	0.671
ได้รับคำแนะนำ / บังคับให้ยุติการตั้งครรภ์	7.0	6.4	-0.6	-3.6	2.4	0.670
ตัดสินใจที่จะไม่ไปสถานพยาบาลเพราะการตีตราตนเอง	33.4	50.5	17.1	11.2	23.0	0.000

* ปี 2562-ปี 2560, ** 2-tailed by z-test, LB=lower bound, UB=upper bound

วิจารณ์และสรุป

จากการติดตามสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการเอชไอวีหรือเอดส์ในเขตสุขภาพที่ 9 ในปี 2560 และปี 2562 ทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติยังคงมีอยู่ในสังคมในทุกตัวชี้วัดหลักไม่แตกต่างกัน ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการยุติปัญหาเอดส์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพแสดงความกังวลหรือกลัวการติดเชื้อขณะให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี (56.0% เป็น 57.8%) สังเกตเห็นการตีตรา (39.7% เป็น 42.7%) ป้องกันการติดเชื้อมากเกินไปกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี (55.9% เป็น 56.8%) เคยมีทัศนคติตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี (78.6% เป็น 80.0%) จากข้อมูลแสดงว่าเจ้าหน้าที่มีทัศนคติทางลบด้านใดด้านหนึ่งสูง ต้องสร้างความเข้าใจและลงลึกความรู้สึกกับเจ้าหน้าที่ทุกส่วนในการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเขตสุขภาพที่ 9 ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีตัวชี้วัดหลักที่แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติในส่วนที่ลดลงคือหลีกเลี่ยงหรือชะลอการรักษาพยาบาลเพราะกลัวการตีตราหรือการเลือกปฏิบัติ (13.0% เป็น 7.7%) และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเคยหลีกเลี่ยงหรือชะลอการไปรับบริการสุขภาพเนื่องจากกลัวการตีตราหรือการเลือกปฏิบัติ (0.9% เป็น

0%) ได้รับคำแนะนำหรือบีบบังคับให้ยุติการตั้งครรภ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (7.0% เป็น 6.4%) ยังมีความเสี่ยงต่อการเลือกปฏิบัติที่เกิดจากทัศนคติและความเข้าใจที่ยังไม่ถูกต้องบางเรื่อง ทำให้เป็นกลุ่มเปราะบางด้านสุขภาพไม่กล้าเข้ารับการวินิจฉัยและรักษาโรคและอาจเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นสอดคล้องกับข้อมูลในปี พ.ศ. 2559 พบว่าผู้ที่ถูกวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 56 มี CD4 น้อยกว่า 200 เซลล์/ไมโครลิตร ซึ่งเป็นระดับที่ต่ำกว่าปกติและอันตรายต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁷⁾ และร้อยละ 13 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้หลีกเลี่ยงหรือไปรับบริการสุขภาพล่าช้า⁽⁸⁾ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประสบกับการเปิดเผยข้อมูลสภาพการติดเชื้อเอชไอวี (16.6% เป็น 17.5%) ตัดสินใจที่จะไม่ไปสถานพยาบาลเพราะการตีตราตนเอง (33.4% เป็น 50.5%) สอดคล้องกับการรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยมีการตีตราตนเองในระดับสูง ซึ่งแสดงออกมาทางความรู้สึก ละอายใจ รู้สึกผิด และรู้สึกว่าตนเองด้อยค่าด้วยเหตุผลเหล่านี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากจึงได้หลีกเลี่ยงไม่ไปใช้บริการสุขภาพที่คลินิกหรือโรงพยาบาลถึงแม้จะมีความจำเป็นก็ตาม⁽⁹⁾ ถึงแม้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลีกเลี่ยงหรือชะลอการรักษาพยาบาลเพราะกลัวการตีตราหรือการเลือกปฏิบัติลดลง (13.0% เป็น 7.7%) แต่ครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อเอชไอวีตัดสินใจที่จะไม่ไป

สถานพยาบาลเพราะการตีตราตนเอง การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ทั้งที่เกิดขึ้นจริงและจากการรับรู้ ล้วนเป็นอุปสรรคหรือชะลอเวลาที่คนจะเข้าสู่บริการตรวจหาเชื้อเอชไอวีและการดูแลรักษา ไปจนถึงการรับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งนำไปสู่การบั่นทอนคุณภาพชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมทั้งทำให้เกิดการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นด้วย ส่งผลต่อความพยายามที่จะกำจัดโรคให้หมดไป โดยเฉพาะในกลุ่มคนเสี่ยง เช่น กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย กลุ่มคู่มือเล็ดต่าง กลุ่มฉีดยาเสพติด กลุ่มให้บริการทางเพศ และลูกค้า รวมทั้งคนที่เข้าไม่ถึงบริการสาธารณสุขจากข้อจำกัดของการดูแลรักษา ความไม่เท่าเทียมในสิทธิในระบบสุขภาพ เช่น การได้รับยาต้านไวรัสยังไม่ครอบคลุมผู้ป่วยทุกคนที่ต้องได้รับ เป็นต้น⁽¹⁰⁾ เพื่อลดการตีตราตนเองควรเพิ่มกิจกรรมพัฒนาคุณภาพบริการในรูปแบบที่เน้นผู้รับบริการเป็นศูนย์กลางมีส่วนสนับสนุนให้การให้บริการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติลงได้การมีระบบพี่เลี้ยงอาสาสมัครแกนนำจะทำให้บริการด้านการให้ความรู้ คำปรึกษาในการ ดูแลตนเองและระบบการติดตามชัดเจนมากขึ้น

การค้นพบนี้แสดงให้เห็นว่า มีความจำเป็นอย่างยิ่งที่จะต้องมีการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและลดการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในการยุติการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ โดยเริ่มที่สถานบริการสุขภาพของรัฐก่อน ทำให้เรื่องของเอดส์เป็นเรื่องธรรมดา คนทำงานต้องปรับกิจกรรมการดำเนินงานให้เหมาะสมกับบริบทในแต่ละพื้นที่เพื่อสามารถยุติปัญหาเอดส์ได้ การตรวจสอบการตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นประจำในผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพและผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นเครื่องมือสำคัญในการให้หลักฐานที่สามารถดำเนินการได้สำหรับการตัดสินใจวางแผนดำเนินงานในสถานบริการสุขภาพ เพราะเป็นหน่วยงานที่ให้บริการใกล้ชิดผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อจะเป็นตัวอย่างที่ดีในการให้บริการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติจะเกิดผลดีต่อผู้รับบริการ และยังเกิดผลดีต่อคนทำงาน

เพื่อให้สามารถทำงานได้อย่างสุขใจ ไม่มีข้อกัฏวการร้องเรียนเรื่องการละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ จุดเริ่มต้นที่ดีในการดำเนินการเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติของประเทศไทย คือ การอบรมการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ (ทั้งที่เป็นผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการทางการแพทย์หรือคลินิก และผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้ให้บริการทางการแพทย์หรือคลินิก) และควรรวมทั้งผู้ปฏิบัติงานที่ให้บริการเกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์โดยตรง และไม่ได้ให้บริการเกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์โดยตรงด้วย นอกเหนือจากการฝึกอบรมแล้ว ควรมีการจัดระบบการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในทุกจังหวัด ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถวัดระดับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ดังกล่าวในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้งเป็นการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรมการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในพื้นที่เหล่านั้นด้วย

ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดที่สำคัญคือ เป็นการเปรียบเทียบข้อมูลระหว่างปี มีข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นจากการใช้เทคนิคการสุ่มตัวอย่างอาสาสมัครที่ตอบเป็นตัวแทนของเขตสุขภาพที่ 9 เป็นอาสาสมัครกลุ่มเดียวกันคือจังหวัดนครราชสีมา ในปี 2560 เพิ่มอาสาสมัครในจังหวัดชัยภูมิและปี 2562 เพิ่มอาสาสมัครในจังหวัดบุรีรัมย์ และเนื่องจากทั้งสองจังหวัดเป็นจังหวัดที่สนใจดำเนินการเอง ทำให้การสนับสนุนในด้านวิชาการและงบประมาณไม่เข้มข้นเท่ากับจังหวัดเฝ้าระวัง ซึ่งอาจส่งผลต่อคุณภาพของข้อมูลได้ ส่งผลให้บางตัวชี้วัดไม่มีการเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยสำคัญระหว่างปี 2560-2562

ข้อเสนอแนะ

1. ควรใช้หลักสูตรลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพที่พัฒนาไว้แล้วตามความพร้อมและมีการติดตามประเมินผลต่อเนื่องสม่ำเสมอจากทีมวิทยากรระดับเขต/จังหวัด ซึ่งผ่านการอบรมเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติในหลักสูตร 10 กิจกรรมอย่างเต็มรูปแบบ

2. ดำเนินงานลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติสำหรับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทุกระดับ

3. จัดสภาพแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพและคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวีให้มีความเป็นมิตร พัฒนาระบบรักษาความลับของผู้มารับบริการ

4. ขยายสถานบริการสุขภาพที่นำโดยกลุ่มประชากรหลักให้เป็นหน่วยบริการที่ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในชุมชน

5. เสริมศักยภาพโปรแกรมเพื่อลดการตีตราตนเองในกลุ่มติดเชื้อมีติตราตนเอง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่สาธารณสุขและอาสาสมัครผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลที่เข้าร่วมในจังหวัดนครราชสีมา และบุรีรัมย์ ขอขอบคุณ คุณธัญญาชาติสุภาพ ที่ให้ความช่วยเหลือในระหว่างการศึกษา ขอขอบคุณ พญ.สุสิทธิ์ จิระพงษา ที่ให้ข้อเสนอแนะสำหรับการเขียนรายงาน

เอกสารอ้างอิง

1. National AIDS Management Center (NAMC), Ministry of Public Health (TH). Stigma and discrimination among health care providers, people living with HIV and key populations in Thailand: Extrapolation process for national estimates. 2016.
2. Thailand National AIDS Committee. Thailand National Operational Plan Accelerating Ending AIDS, 2015–2019 [Internet] 2014. [cited 2020 Mar 27]. Available from: http://www.aidsdatahub.org/sites/default/files/Publication/Thailand_National_Operational_Plan_Accelerating_Ending_AIDS_2015-2019.pdf
3. Junthima K, Sringsparu S, Chaisathikul B. The stigma and discrimination with HIV in Health

provider board region 9, 2017. DPC9 J. 2020;26(2):13–24. (in Thai)

4. Kalichman SC, Simbayi LC. HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counseling and testing in a black township in Cape Town, South Africa. *Sex Transm Infect.* 2003; 79(6):442–447.
5. MacQuarrie K, Eckhaus T, Nyblade L. HIV-related stigma and discrimination: A summary of recent literature. Geneva: UNAIDS; 2009.
6. Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K. Combating HIV stigma in health care settings: what works? *J Int AIDS Soc.* 2009;12:15.
7. UNAIDS. Global AIDS Monitoring Report Indicators for monitoring. United Nations Political Declaration on HIV and AIDS [Internet] 2017. [cited 2020 Mar 27]. Available from: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/biobehavioral-hiv-survey/en/>
8. UNAIDS. Stigma and discrimination among health care providers, people living with HIV and key populations in Thailand: Extrapolation process for national estimates [Internet] 2016. [cited 2020 Mar 27]. Available from: https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/Report/S_D/3_UNAIDS_RP_S_D_1stRound_Extrapolation_Final_a5.pdf
9. UNAIDS. Relationships of HIV and STD declines in Thailand, a synthesis of existing studies. Geneva: UNAIDS; 1998.
10. Postma MJ, Tolley K, Leidl RM, Downs AM, Beck EJ, Tamarin AM, et al. Hospital care for persons with AIDS in the European Union. *Health Policy.* 1997;41(2):157–76.