



คู่มือ การติดตามและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี
ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย

การสำรวจในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ
(Health care provider survey)



คู่มือ การสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติ
ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ในสถานบริการสุขภาพ
“ในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ”
(Health care provider survey)



จัดทำโดย

ทีมศึกษาวิจัยนำร่องเพื่อการพัฒนาคู่มือ

- ▶ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข
 - ดร.นาริรัตน์ ผุดผ่อง
 - ดร.นพ.ภูษิต ประคองสาย
- ▶ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES) และคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
 - ศาสตราจารย์ ดร.สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์
 - รองศาสตราจารย์ นพ.เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์ชัย
 - นางอันธิกา วงศ์ธานี
- ▶ งานควบคุมโรค ไรเคอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่
 - นางชลลิสสา จริยาเลิศศักดิ์
- ▶ กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักงานอนามัย กรุงเทพมหานคร
 - พญ.ปิยธิดา สมุทรประภุต

ทีมผู้เชี่ยวชาญด้านเทคนิค

- ▶ สถาบัน Research Triangle International (RTI)
 - แบรด ออตโต้ (Brad Otto)
 - ดร.อพานา เจน (Aparna Jain)
 - ดร.ลอรา ไนเบลด (Laura Nyblade)
- ▶ ทีมปรับปรุงคู่มือ
 - รองศาสตราจารย์ นพ.เกรียงไกร ศรีธนวิบูลย์ชัย
 - ดร. นาริรัตน์ ผุดผ่อง
 - นพ.ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ
 - นางพรทิพย์ เข็มเงิน
 - เจ้าหน้าที่ สคร. ทุกเขต สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และจังหวัดที่ร่วมดำเนินการ

องค์กรและเครือข่ายที่ให้การสนับสนุน

- ▶ องค์กรเพื่อการพัฒนาระหว่างประเทศของสหรัฐฯ (USAID)
- ▶ องค์กรร่วมมือแก้ไขปัญหาเอดส์ของสหประชาชาติ (UN joint team on AIDS) ได้แก่ UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF และ ILO
- ▶ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ. หรือ National AIDS Management Center : NAMC) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
- ▶ มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (FAR)
- ▶ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย (TNP+)

พิมพ์ครั้งที่ ๓/๒๕๖๐

๔๓๐ เล่ม, มกราคม ๒๕๖๐

สถานที่พิมพ์

ห้างหุ้นส่วนสามัญ อนุรักษ์ เพลท

ผู้เผยแพร่

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ

กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี
โทร. ๐ ๒๕๕๐ ๓๘๒๘ - ๙ โทรสาร ๐ ๒๕๖๕ ๙๑๕๓

Email: namc2010@hotmail.com

www.thailandaids.org

สารบัญ

หน้า

กิตติกรรมประกาศ.....	4
บทที่ 1: ที่มาของการสำรวจ.....	6
วัตถุประสงค์ของการสำรวจและใครคือผู้ใช้คู่มือนี้.....	6
ทำไมจึงต้องมีการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ/ โรงพยาบาล	7
บทที่ 2: วิธีดำเนินการสำรวจ.....	13
1. จัดทำบัญชีรายชื่อสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมการสำรวจ	13
2. การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)	15
3. การคัดเลือกผู้ตอบแบบสอบถามโดยการตอบแบบสอบถาม	20
4. การเก็บข้อมูล	24
5. การฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ภาคสนามในการเก็บข้อมูล	25
ส่วนที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล	28
ส่วนที่ 2: การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ	28
ส่วนที่ 3: สิ่งแวดล้อมในการทำงาน	29
ส่วนที่ 4: นโยบายของสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล	30
ส่วนที่ 5: ความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี	31
ส่วนที่ 6: ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรเฉพาะ/กลุ่มประชากรหลัก.....	31
บทที่ 3: การขอความยินยอมและการรักษาความลับของอาสาสมัคร	33
การขอความยินยอม (Informed consent process)	33
การรักษาความลับของอาสาสมัคร.....	33
การใส่รหัสแบบสอบถาม	34



บทที่ 4: การวิเคราะห์ข้อมูล	36
วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล	36
การสร้างดัชนีชี้วัดรวมของการตีตราและการเลือกปฏิบัติ.....	42
บทที่ 5: การนำเสนอผลการสำรวจ	45
ภาคผนวก.....	49
ภาคผนวก 1: แนวคิดและคำนิยามสำคัญที่เกี่ยวข้อง	50
ภาคผนวก 2: แบบแสดงความยินยอมเข้าร่วมการสำรวจด้วยความสมัครใจ	52
ภาคผนวก 3: แบบสอบถามบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล	54
ภาคผนวก 4: ตัวอย่างกำหนดการอบรมทีมผู้เก็บข้อมูล โดยใช้แบบสอบถาม	58
ภาคผนวก 5: การคำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสำรวจในสถานบริการสุขภาพ	59
/โรงพยาบาลแต่ละแห่ง	



กิตติกรรมประกาศ

เอกสารฉบับนี้ได้รับการพัฒนาขึ้นจากร่างแนวทางเรื่อง “*Measuring the Degree of HIV-related Stigma and Discrimination in Health Facilities and Providers activity*” ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของโครงการ Health Policy Project (HPP)¹ ที่ได้รับการสนับสนุนจาก USAID

ข้อคำถามในแบบสำรวจเพื่อตรวจวัดระดับการตีตราและการเลือกปฏิบัติในคู่มือนี้ เป็นข้อคำถามสำหรับบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล โดยดัดแปลงมาจากข้อคำถามที่ได้รับการพัฒนาขึ้นมาจากโครงการของ HPP ซึ่งเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจที่มีการดำเนินงานอยู่ในหลายประเทศทั่วโลก²

คู่มือนี้ จัดทำขึ้นโดยใช้ข้อมูลและบทเรียนที่ได้จากการศึกษาวิจัยนำร่องเพื่อสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย “โครงการพัฒนาเครื่องมือเพื่อติดตามเฝ้าระวังการตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีเอดส์ในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ให้บริการสุขภาพ” ซึ่งดำเนินการเมื่อปี พ.ศ.2557 โดยสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งเป็นการดำเนินงานที่เกิดจากความร่วมมือของผู้มีส่วนเกี่ยวข้องหลายภาคส่วนทั้งในประเทศและต่างประเทศ โดยผู้มีส่วนเกี่ยวข้องกับคู่มือนี้ประกอบด้วย

- ทีมนักวิจัยจากสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ (RIHES) มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่ และกองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ สำนักอนามัย กรุงเทพมหานคร
- ทีมผู้เชี่ยวชาญผู้ให้คำแนะนำด้านเทคนิคในการพัฒนาเครื่องมือ จากสถาบัน Research Triangle International (RTI)

¹<http://www.healthpolicyproject.com>

²Nyblade, L., A. Jain, M. Benkirane, L. Li, A.-L. Lohiniva, R. McLean, et al., *A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis*. Journal of the International AIDS Society, 2013. 16 (3Suppl 2).



- ทีมผู้สนับสนุน ได้แก่ USAID, UN joint team on AIDS (UNAIDS, UNDP, UNFPA, UNICEF, and ILO) ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบ.จอ.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ (FAR) และเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทย (TNP+)

ผลงานชิ้นนี้จะประสบผลสำเร็จไม่ได้ หากไม่ได้รับความร่วมมือจากบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมในการศึกษาวิจัยนำร่องทั้งสองจังหวัด คณะผู้จัดทำขอขอบพระคุณในความร่วมมือของทุกท่านมา ณ ที่นี้

ในปีงบประมาณ 2560 ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ ได้มีการพัฒนาระบบการสำรวจสถานการณ์ตีตราและเลือกปฏิบัติในภาพรวมระดับประเทศ โดยขยายพื้นที่เฝ้าระวังเป็น 13 จังหวัด และได้มีการปรับปรุงคู่มือฉบับนี้ให้สมบูรณ์มากขึ้น เพื่อใช้ในการดำเนินการในภาพรวมประเทศ

ขอขอบคุณทีมผู้ร่วมดำเนินการ และปรับปรุงคู่มือฉบับนี้ ประกอบด้วย ทีมจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ รองศาสตราจารย์ นพ.เกรียงไกร ศรีธวัชวิบูลย์ คุณจรัญ เชื้อเย็น และสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ ดร. นารีรัตน์ ผุดผ่อง รวมทั้งทีมศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ นำโดย นพ.ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ รวมทั้งผู้รับผิดชอบโครงการ สำนักงานป้องกันควบคุมโรค ที่ 1 – 12 สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตเมือง และจังหวัดที่ได้ร่วมดำเนินโครงการฯ ทุกท่าน





บทที่ 1 : ที่มาของการสำรวจ

วัตถุประสงค์ของการสำรวจและใครคือผู้ใช้คู่มือนี้

คู่มือการสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อใช้เป็นแนวทางสำหรับดำเนินการสำรวจอย่างเป็นมาตรฐานในระดับจังหวัด เพื่อติดตามเฝ้าระวังการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ที่เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพ คู่มือนี้จะอธิบายหลักการและเหตุผลของการตรวจวัดระดับการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล โดยคู่มือนี้จะอธิบายวิธีการดำเนินการสำรวจ และขั้นตอนการปฏิบัติในการดำเนินการสำรวจทั้งหมดอย่างละเอียด

การติดตามเฝ้าระวังการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล จะทำโดยการสำรวจในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล การสำรวจนี้จะช่วยให้กระทรวงสาธารณสุข สำนักงานป้องกันควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ตลอดจนไปถึงผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลต่างๆ มีความเข้าใจมากขึ้นว่า ผู้ให้บริการสุขภาพมีความรู้ ความรู้สึก หรือการรับรู้อย่างไรต่อประเด็นเอชไอวีเอดส์ ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี กลุ่มประชากรหลักหรือประชากรกลุ่มเฉพาะที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี นอกจากนี้ยังช่วยให้เราทราบว่าบุคลากรเหล่านี้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับนโยบายหรือแนวปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ของสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลนั้นๆ อย่างไร

คู่มือนี้ จึงเป็นเครื่องมือสำหรับผู้จัดการโครงการ ผู้จัดการสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ผู้กำหนดนโยบายและบุคคลอื่นๆ ที่มีความสนใจที่จะทำการศึกษา ประเมินสถานการณ์ และดำเนินการเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการทำความเข้าใจทัศนคติและพฤติกรรมของผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ถือเป็นขั้นตอนแรกที่สำคัญอย่างยิ่งในการ



ออกแบบการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล

ผลของการสำรวจในระดับจังหวัดนี้สามารถใช้เป็น:

- ข้อมูลพื้นฐานสำหรับการติดตามการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ในจังหวัดนั้นๆ ว่าได้ผลลัพธ์ตามที่วางแผนไว้หรือไม่
- เครื่องมือในการติดตามวัดระดับของการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ในระดับจังหวัดอย่างต่อเนื่องในระยะยาว

การสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลนี้ ได้รับการออกแบบมาให้ใช้ได้สำหรับบุคลากรทุกกลุ่มที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วย ตั้งแต่บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพโดยตรงแก่ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี (รวมกลุ่มประชากรหลัก ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูง) เช่น แพทย์พยาบาล และเจ้าหน้าที่สาธารณสุขอื่นๆ ที่อยู่ในคลินิกยาต้านไวรัสและคลินิกให้คำปรึกษาที่ให้บริการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเป็นต้น รวมถึงบุคลากรแผนกอื่นๆ เช่น ทันตแพทย์ เภสัชกร เจ้าหน้าที่ธุรการ เจ้าหน้าที่ฝ่ายสนับสนุน หรือแม้กระทั่งพนักงานรักษาความปลอดภัย เหตุผลที่จำเป็นต้องมีการเก็บข้อมูลจากบุคลากรอื่นด้วย ไม่จำกัดเฉพาะแพทย์ พยาบาล หรือบุคลากรที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการด้านเอชไอวีโดยตรงเท่านั้น เนื่องจากผู้รับบริการอาจถูกตีตราหรือถูกเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีเอดส์ได้จากทุกจุดของสถานบริการสุขภาพ ดังนั้นการรวมเอาบุคลากรทุกระดับเข้าไว้ในการสำรวจ ไปจนถึงการรวมพวกเขาไว้ในการทำกิจกรรมเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัตินั้น จะช่วยให้ผู้ให้บริการสุขภาพทุกระดับของสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เข้าใจสถานการณ์และมีส่วนร่วมในการแก้ไขปัญหาเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติได้อย่างทั่วถึง

ทำไมจึงต้องมีการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล

การตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ ปรากฏอยู่ทั่วไปในทุกหน่วยของสังคม ตั้งแต่ชุมชน ครอบครัว สถานที่ทำงาน ไปจนถึงสถานบริการสุขภาพ ซึ่งประสบการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ถูก



สงสัยว่าน่าจะติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งกลุ่มประชากรหลัก หรือกลุ่มเฉพาะที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี อาจทำให้พวกเขาารู้สึกกลัวการมารับบริการสุขภาพ และอาจส่งผลต่อการตัดสินใจเข้ารับบริการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี หรือการบริการตรวจรักษาหรือดูแลสุขภาพอื่นๆ หรือทำให้พวกเขาไม่อยากกลับไปรับการรักษาที่สถานบริการสุขภาพนั้นๆ อีก สิ่งเหล่านี้อาจทำให้พวกเขาทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของเขาช้า ส่งผลให้การได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีหรือบริการสนับสนุนอื่นๆ ที่จำเป็นสำหรับพวกเขา ล่าช้าไปด้วย การตีตราที่เกี่ยวกับเอชไอวีเอ็ดส์จึงส่งผลด้านลบกับคุณภาพของการให้บริการสุขภาพ ดังนั้นการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีเอ็ดส์ในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล จึงถือว่าเป็นส่วนสำคัญที่จะช่วยลดปัญหาและอุปสรรคของการเข้าถึงบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งการได้รับบริการดูแลและรักษาที่เหมาะสม และอาจกล่าวได้ว่า การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพนั้น นอกจากจะเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้านสุขภาพแล้ว ยังอาจส่งผลต่อการเพิ่มการแพร่กระจายของเอชไอวีด้วย

การวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีเอ็ดส์ มักจะเกิดขึ้นโดยตรงกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าจะติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะกลุ่มประชากรหลักหรือกลุ่มเฉพาะที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พนักงานบริการทางเพศ สาวประเภทสอง และผู้ใช้ยาเสพติดด้วยการฉีด^{3 4 5} การตีตราและการเลือกปฏิบัติอาจเกิดขึ้นได้ในหลายลักษณะ เช่นการปฏิเสธไม่ให้เข้ารับการรักษา การส่งต่อพวกเขาไปรับบริการที่อื่นทั้งที่สามารถให้บริการได้เอง การจัดให้พวกเขาได้รับบริการสุขภาพเป็นคนสุดท้าย โดยไม่คำนึงว่าเขามาก่อนหรือมาหลัง การซุบซิบนินทา และ/หรือการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของผู้มารับบริการให้กับครอบครัวหรือเพื่อนร่วมงานของเขาทราบ โดยที่ไม่ได้รับคำยินยอมจากเขา

³ Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V. A., Remien, R. H., Ortiz, D., Szekeres, G., & Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS (London, England)*,22(Suppl. 2), S67.

⁴ Scambler, G., & Paoli, F. (2008). Health work, female sex workers and HIV/AIDS: Global and local dimensions of stigma and deviance as barriers to effective interventions. *Social science & medicine*, 66(8), 1848-1862.

⁵ Fay, H., Baral, S. D., Trapence, G., Motimedi, F., Umar, E., Lipinge, S., ... & Beyrer, C. (2011). Stigma, health care access, and HIV knowledge among men who have sex with men in Malawi, Namibia, and Botswana. *AIDS and Behavior*,15(6), 1088-1097.



ก่อน และการใช้คำพูดหรือถ้อยคำที่ดูถูกพวกเขาในระหว่างที่ให้บริการเป็นต้น ผลการวิจัยที่ผ่านมาจึงแสดงให้เห็นอีกว่า ผู้ป่วยที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือเป็นกลุ่มประชากรหลัก มักจะได้รับบริการที่แตกต่างจากผู้ป่วยคนอื่นๆ ซึ่งทำให้พวกเขา กลายเป็นจุดสังเกตได้ง่ายเมื่ออยู่ในที่สาธารณะของสถานบริการสุขภาพ หรือเมื่ออยู่ต่อหน้าผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพคนอื่นๆ⁶ ตัวอย่างเช่น เมื่อให้บริการกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่น่าสงสัยว่าจะติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้บริการสุขภาพอาจสวมถุงมือสองชั้นเมื่อจะให้บริการ ทั้งที่ไม่มีความจำเป็นต้องสอดใส่อุปกรณ์อะไรเข้าไปในร่างกายของผู้ป่วย (เช่นการวัดอุณหภูมิ การวัดความดัน เป็นต้น) แต่จะไม่ปฏิบัติเช่นนั้นกับผู้ป่วยคนอื่นๆ ซึ่งการสวมถุงมือโดยไม่มีความจำเป็นนี้ สะท้อนให้เห็นถึงความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ให้บริการสุขภาพเอง

นอกจากนี้ บุคลากรที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีนี้ ก็อาจประสบปัญหาถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติได้ด้วยเช่นกัน สถานการณ์เช่นนี้เรียกว่า การตีตราชั้นทุติยภูมิ (secondary stigma) คือผู้ให้บริการสุขภาพอาจถูกตีตราโดยเพื่อนร่วมงาน เพื่อนหรือคนในครอบครัว เนื่องจากพวกเขาต้องทำงานที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการตีตราชั้นทุติยภูมินี้เป็นการตีตราที่ควรจะต้องกำจัดให้หมดสิ้นไป เพราะอาจส่งผลกระทบต่อการจัดการบริการสุขภาพของโรงพยาบาลหรือสถานบริการสุขภาพได้

การสำรวจดัชนีชี้วัดการตีตราผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย (Stigma Index Survey) ซึ่งดำเนินการเมื่อปี พ.ศ.2552 พบว่า การตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นสถานการณ์ที่เกิดขึ้นทั่วไป และปรากฏอยู่ในแทบทุกภาคส่วนของสังคม ตั้งแต่ที่ทำงาน สถานศึกษา ชุมชน และสถานบริการสุขภาพ การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเป็นปัญหาที่มีความเฉพาะและมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อระบบบริการสุขภาพของประเทศไทย และเป็นที่ยอมรับกันโดยทั่วไปว่า การตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอชไอวีเอดส์ในประเทศไทย เนื่องจากส่งผลกระทบต่อทางด้านลบต่อการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี

⁶ Nyblade, L., Stangl, A., Weiss, E., & Ashburn, K. (2009). Combating HIV stigma in health care settings: what works?. Journal of the International AIDS Society, 12(1), 15.



การเข้ารับบริการดูแลรักษา การกินยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง การคงอยู่ในระบบบริการป้องกัน บริการดูแลรักษา และบริการสนับสนุนอื่นๆ และที่สำคัญอย่างยิ่งคือ การตีตรา และการเลือกปฏิบัติเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงกลุ่มประชากรหลักและประชากรกลุ่มเฉพาะต่างๆ เนื่องจากเป็นกลุ่มคนที่ต้องประสบกับการตีตราที่ซับซ้อนและหลายมิติ (ไม่เฉพาะแต่จากการติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น แต่เป็นเพราะเขาเป็นคนที่อยู่ในกลุ่มประชากรหลักด้วย) รายงานดัชนีชี้วัดการตีตราดังกล่าว พบว่า 20% ของผู้ตอบการสำรวจเคยถูกเลือกปฏิบัติจากผู้ให้บริการสุขภาพเมื่อผู้ให้บริการรู้ว่าเขาเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ประเทศไทยรายงานว่า การตีตราตนเอง (internalized stigma) ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง ซึ่งแสดงออกมาเป็นความรู้สึกพะอาย รู้สึกผิด รู้สึกเห็นคุณค่าในตนเองต่ำลง และด้วยความรู้สึกเหล่านี้ จึงนำไปสู่การหลีกเลี่ยงที่จะเข้ารับบริการที่คลินิกและโรงพยาบาลต่างๆ ถึงแม้จะอยู่ในภาวะที่ต้องการการดูแลทางการแพทย์ก็ตาม

การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ทั้งที่เกิดขึ้นจริง คาดว่าจะเกิด หรือกลัวว่าจะเกิด ล้วนมีผลทำให้การไปใช้บริการสุขภาพต่างๆ ล่าช้า ไม่ว่าจะเป็นการเข้ารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี การเข้ารับบริการดูแลรักษา หรือการคงอยู่ในกระบวนการรักษาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้จะลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ไปจนถึงส่งผลให้เกิดการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นได้ด้วย สถานการณ์หรือปัญหาด้านเอชไอวีเอดส์ของประเทศไทยยังคงกระจุกตัวอยู่ในกลุ่มประชากรหลัก หรือกลุ่มเฉพาะที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย สวประเภทสอง พนักงานบริการ และผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด โดยกลุ่มเฉพาะเหล่านี้มักต้องเผชิญกับการตีตรา การเลือกปฏิบัติ การละเมิดสิทธิมนุษยชน และความไม่เท่าเทียมทางเพศในชุมชนที่อยู่ในระดับสูง ผลการศึกษาของ USAID ในปี 2552 พบว่า ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและสวประเภทสองถูกเลือกปฏิบัติในระดับสูง โดยอยู่ในรูปแบบของการใช้ความรุนแรง ซึ่งจากจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด 86 คน พบว่า ร้อยละ 24 ของชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และร้อยละ 33 ของสวประเภทสอง เคยถูกกระทำความรุนแรงทางร่างกาย และร้อยละ 63 ของชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และร้อยละ 78 ของสว



ประเภทสอง เคยถูกกระทำความรุนแรงทางจิตใจในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา⁷ และเมื่อ สอบถามลึกลงไปพบว่า สำหรับผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีนั้น ประสบการณ์การถูกตีตราและ การถูกเลือกปฏิบัติ ไม่ได้เกิดขึ้นเนื่องจากสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีเพียงอย่างเดียว หากแต่เป็นผลมาจากอัตลักษณ์ทางเพศ (sexual identities) เพศวิถี (sexual orientation) และพฤติกรรมอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น การใช้สารเสพติด หรือการทำงาน เป็นพนักงานบริการ เป็นต้น

รัฐบาลไทยมีความพยายามในการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอช ไอวี และกลุ่มประชากรหลัก โดยเมื่อปี พ.ศ. 2554 ในการประชุม General Assembly High Level Meeting on AIDS ณ กรุงนิวยอร์ก คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการ ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ ได้แสดงเจตนารมณ์ยอมรับการใช้ยุทธศาสตร์มุ่งสู่เป้าหมาย ที่เป็นศูนย์ในระหว่างปี 2554 - 2558 ของ UNAIDS⁸ คือไม่มีการติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีการ ตายจากเอดส์ และไม่มีการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ดังนั้นยุทธศาสตร์การป้องกันและ แก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ.2557 - 2559 จึงได้วางวิสัยทัศน์และเป้าหมายไว้ที่การลด หรือแก้ไขปัญหาและอุปสรรคต่างๆ ที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งขัดขวาง การเข้าถึงบริการด้านการป้องกัน การรักษา การดูแล และให้การสนับสนุนต่างๆ⁹ ทั้งนี้ ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยกรยุทธ์ปัญหาเอดส์ ในปี 2560-2673 ได้กำหนดเป้าหมายการ บรรลุกรยุทธ์ปัญหาเอดส์ ให้ได้ภายในปี 2573 โดยหนึ่งในสามเป้าหมายสำคัญ คือ การ ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยกำหนดตัวชี้วัดและเป้าหมาย คือ การลดการเลือก ปฏิบัติ อันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวี และเพศสภาวะลงจากเดิม ร้อยละ 90

⁷ Screening for Violence Against men who have sex with men and Transgenders: Report on a Pilot Project in Mexico and Thailand, October ๒๐๑๙, Myra Betron, USAID.

⁸ Getting to zero: 2011-2015 strategy. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS), 2010.

⁹ Thailand National AIDS Strategy 2012 – 2016 – draft.



ดังนั้น การสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพนี้ จะช่วยให้ผู้จัดการโครงการ ผู้บริหาร และบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล สามารถติดตามได้ว่า กิจกรรมที่ได้ดำเนินการไปเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัตินั้น ทำให้ลดการตีตราและลดการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลของตนเองได้จริงหรือไม่ ซึ่งจะช่วยลดปัญหาอุปสรรคในการเข้าถึงบริการของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยสมมุติฐานหรือความคาดหวังที่ว่า “หากคนเรามีความสบายใจที่จะเข้ารับการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและรับบริการรักษาเอชไอวีมากขึ้นแล้ว การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีก็ลดน้อยลง และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีก็จะได้รับการดูแลที่ดีขึ้นด้วย”





บทที่ 2 : วิธีดำเนินการสำรวจ

การดำเนินการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ในสถานบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพ เป็นการสำรวจในระดับจังหวัด ซึ่งมีขั้นตอนการปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. จัดทำบัญชีรายชื่อสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ที่จะเข้าร่วมการสำรวจ
2. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง
3. คัดเลือกผู้ตอบแบบสอบถาม
4. เก็บข้อมูล
5. ผูกอบรมเจ้าหน้าที่ภาคสนามในการเก็บข้อมูล
6. บันทึกและตรวจสอบความถูกต้องครบถ้วนของข้อมูล
7. วิเคราะห์ข้อมูล
8. รายงานและนำเสนอผลการสำรวจ

ทั้งนี้ เพื่อให้สะดวกและง่ายต่อการดำเนินการสำรวจ คำอธิบายวิธีการทำงานในแต่ละขั้นตอน และตัวอย่างต่างๆนั้น ได้จัดทำไว้ในรูปแบบของไฟล์อิเล็กทรอนิกส์ ซึ่งเป็นไฟล์ต้นแบบที่สามารถดาวน์โหลดได้จากเว็บไซต์ของ ศบ.จอ. [<http://www.namc.ddc.moph.go.th>]

1. จัดทำบัญชีรายชื่อสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมการสำรวจ

ขั้นตอนแรก เราจะต้องจัดทำบัญชีรายชื่อของสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลที่จะเป็นกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจในจังหวัดของเราไว้ เพื่อให้สามารถเป็นตัวแทนของการรายงานสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในระดับจังหวัดได้ โดยการจัดทำบัญชีรายชื่อจะต้องสอดคล้องกับการกระจายของผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลต่างๆ ในจังหวัด โดยอาจจะทำเป็นบัญชีรายชื่อของโรงพยาบาลทั้งหมดในจังหวัด หรือเฉพาะโรงพยาบาลบางแห่งที่เข้าเกณฑ์ที่กำหนดที่จะให้เข้าร่วมการสำรวจ



เช่นเฉพาะโรงพยาบาลที่มีแผนกให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวีแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือมีการให้บริการตรวจหรือส่งต่อเพื่อตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี หรือมีการดูแลรักษา รวมทั้งให้บริการต่างๆ ที่เกี่ยวกับเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เป็นต้น

ทั้งนี้ มีข้อเสนอแนะว่า การดำเนินการสำรวจควรทำในทุกแผนกหรือทุกหน่วยบริการสุขภาพ ของสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลทุกแห่งในจังหวัด เนื่องจากเราต้องการที่จะลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในหน่วยบริการสุขภาพทุกๆ แผนก (ซึ่งรวมทั้งแผนกที่ไม่ได้ ให้บริการดูแลและรักษาต้านเอชไอวีเอ็ดส์โดยตรงด้วย) อย่างไรก็ตาม ถ้าหากจังหวัดยังไม่พร้อมที่จะดำเนินการในทุกโรงพยาบาล แต่ละจังหวัดอาจมีการจัดลำดับความสำคัญหรือโรงพยาบาลเป้าหมายในการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถาน บริการสุขภาพของจังหวัดตนเองเอาไว้ และอาจจะกำหนดให้มีการสำรวจสถานการณ์ ดังกล่าวในโรงพยาบาลที่เป็นกลุ่มเป้าหมายหลักก่อน ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถติดตาม ประเมินผลการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลเป้าหมาย ของจังหวัดที่กำลังจะดำเนินการหรือได้ดำเนินการไปแล้วได้

บัญชีรายชื่อของโรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมการสำรวจไม่จำเป็นต้องจัดเรียงตามลำดับใดๆ แต่ควรระบุชื่อโรงพยาบาลนั้นๆ ให้ชัดเจน รวมทั้งระบุจำนวนของบุคลากรทางด้าน การแพทย์ กับบุคลากรสนับสนุนด้านอื่นๆ ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ (แต่ต้องเป็นหน่วยงานที่ มีโอกาสปฏิสัมพันธ์กับผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีหรือกลุ่มประชากรหลัก/กลุ่มเฉพาะที่มี โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี) แต่ไม่รวมเจ้าหน้าที่ที่ทำงานสนับสนุนด้านธุรการซึ่งไม่ มีโอกาสติดต่อหรือพบปะกับผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีเลย เนื่องจากเราจะไม่คัดเลือก เจ้าหน้าที่ในกลุ่มนี้ให้มาเป็นผู้ตอบแบบสอบถามของการสำรวจ และในตอนท้ายของบัญชี รายชื่อ ให้สรุปยอดจำนวนผู้ให้บริการสุขภาพทั้งหมดที่มีอยู่ในบัญชีรายชื่อ จากนั้นให้ คำนวณสัดส่วนของผู้ให้บริการสุขภาพแต่ละโรงพยาบาลเมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรทั้ง จังหวัด (คอลัมน์ E) ดังตัวอย่างในตารางที่ 1



ตารางที่ 1 ตัวอย่างการจัดทำบัญชีรายชื่อโรงพยาบาลและจำนวนสัดส่วนของกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจ

	A	B	C	D	E
	ชื่อโรงพยาบาล	บุคลากรทาง การแพทย์	บุคลากรอื่น ๆ ที่ ไม่ใช่ทางการ แพทย์	จำนวน บุคลากร ทั้งหมด	สัดส่วน
1.	โรงพยาบาลจังหวัด A	66	25	91	18%
2.	โรงพยาบาลอำเภอ ก.	37	19	56	11%
3.	โรงพยาบาลอำเภอ ข.	28	11	39	8%
4.	โรงพยาบาลอำเภอ ค.	27	12	39	8%
5.	โรงพยาบาลอำเภอ ง.	35	14	49	10%
6.	โรงพยาบาลอำเภอ จ.	25	9	34	7%
7.	โรงพยาบาลอำเภอ ฉ.	34	13	47	9%
8.	โรงพยาบาลอำเภอ ช.	14	6	20	4%
9.	โรงพยาบาลอำเภอ ซ.	17	7	24	5%
10.	โรงพยาบาลอำเภอ ฅ.	19	5	24	5%
11.	โรงพยาบาลอำเภอ ญ.	29	11	40	8%
12.	โรงพยาบาลอำเภอ ฎ.	27	10	37	7%
	รวม			500	100%

2. กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

การสำรวจนี้ จะรวบรวมข้อมูลจากบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ที่มีการให้บริการสุขภาพหรือให้การดูแลรักษาผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี โดยจะทำการสำรวจในกลุ่มผู้ที่ให้บริการสุขภาพทั้งที่เป็นผู้ให้บริการด้านเอชไอวีเอดส์โดยตรง และที่ไม่ได้ให้บริการด้านเอชไอวีเอดส์โดยตรง สำหรับบุคลากรที่ให้บริการเฉพาะด้านเอชไอวีเอดส์ และมีโอกาสให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมากเป็นพิเศษ ได้แก่บุคลากรในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี คลินิกวัณโรค คลินิกให้คำปรึกษาหรือบริการตรวจเลือดหาเชื้อไวรัสเอชไอวี คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และคลินิกฝากครรภ์ ส่วนบุคลากรที่ไม่ได้ให้บริการด้านเอชไอวีเอดส์โดยตรงได้แก่ ผู้ที่ปฏิบัติงานอยู่ในแผนกอื่นๆ ของโรงพยาบาลที่มีโอกาสพบปะหรือให้บริการอื่นๆ แก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตัวอย่างเช่น แผนกผู้ป่วยใน อายุรศาสตร์



ศัลยกรรม สูตินรีเวช ห้องคลอด ห้องดูแลหลังคลอด ห้องฉุกเฉิน ทันตกรรมและเภสัชกรรม หรือห้องจ่ายยา เป็นต้น

การสำรวจนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อให้ได้ข้อมูลจากผู้ให้บริการด้านต่างๆ ในโรงพยาบาล ทั้งที่ไม่ใช่บริการทางด้านกายภาพด้วย ทั้งนี้เนื่องจากมีผลการศึกษาที่ผ่านมาหลายชิ้นพบว่า ผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมีประสบการณ์การถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติ ทั้งจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ และผู้ให้บริการอื่นๆที่ไม่ใช่ทางการแพทย์¹⁰ ดังนั้นจึงควรทำการตรวจสอบการตีตราที่เกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ โดยการประเมินทัศนคติของผู้ให้บริการอื่นๆ ในโรงพยาบาลที่อาจมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยเป็นครั้งคราวด้วย เช่นเจ้าหน้าที่การเงิน พนักงานต้อนรับ พนักงานทำความสะอาด และบุคลากรประจำหอผู้ป่วย รวมทั้งผู้ให้บริการทางการแพทย์ที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้ป่วยอยู่เป็นประจำ (เช่น แพทย์ พยาบาล บุคลากรในหอปฏิบัติการณ์) ส่วนเจ้าหน้าที่แผนกอื่นๆ เช่นเจ้าหน้าที่ที่ไม่ได้ปฏิบัติงานที่หอผู้ป่วย หรือเจ้าหน้าที่ธุรการ การเงิน บัญชี วิศวกร หรือเจ้าหน้าที่ดูแลระบบของโรงพยาบาล จะไม่รวมอยู่ในกรอบประชากรที่จะถูกเลือกเป็นกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้ การเข้าร่วมการสำรวจของบุคลากรในโรงพยาบาลจะต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ โดยจะทำการเก็บข้อมูลจากบุคลากรของโรงพยาบาลผู้ให้บริการต่างๆ แก่ผู้ป่วยทั้งเพศชายและเพศหญิง ที่มีอายุ 18 ปี ขึ้นไปเท่านั้น

ในการคำนวณหาขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำสำหรับการสำรวจซึ่งเพียงพอกับการรายงานสถานการณ์หรือเป็นตัวแทนของจังหวัดนั้น เราต้องมีการคาดคะเนความชุกของสถานการณ์ที่เราต้องการจะวัด โดยอาจใช้ผลจากการศึกษาที่ผ่านมาในเรื่องเดียวกันนี้ (ถ้ามี) ซึ่งในกรณีนี้คือการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ในสถานบริการสุขภาพ ดังนั้นในการสำรวจนี้เราอาจจะใช้ความชุกของ “ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี” เมื่อต้องให้บริการสุขภาพแก่ผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ได้จากการรายงานของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลมาใช้ในการคำนวณ เพราะเป็นตัวแปรหนึ่งที่แสดงให้เห็นถึงระดับความชุกของการตีตรา นอกจากนี้เราอาจจะใช้ตัวแปรอื่นๆ ได้ เช่น สัดส่วนของบุคลากรที่รายงานว่าเขาสังเกตเห็นการปฏิบัติที่เลือกปฏิบัติให้บริการ หรือสังเกตเห็น

¹⁰Nyblade L, Stangl A, Weiss E, Ashburn K: Combating HIV stigma in health care settings: what works? *Journal of the International AIDS Society* 2009, 12:15.



การให้บริการที่ด้อยคุณภาพแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลของเขา อย่างไรก็ตาม 2 ตัวหลังนี้มีข้อดีคือ หากบุคลากรมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติมากขึ้น ก็อาจเป็นไปได้ว่า การรายงานความชุกของการเลือกปฏิบัติของบุคลากรต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจากการสังเกตเห็นดังกล่าว อาจจะมีสูงขึ้นได้ ดังนั้นการสำรวจนี้เราจะตั้งสมมุติฐานว่า เมื่อความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ให้บริการสุขภาพลดลง จะส่งผลทำให้การปฏิบัติราชการให้บริการหรือการให้บริการที่ด้อยคุณภาพต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีนั้นลดลงไปด้วย

ดังนั้น จำนวนของบุคลากรในโรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมการสำรวจจะขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ ดังต่อไปนี้

- จำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลที่จะเป็นกรอบประชากรของการสำรวจทั้งหมดรวมกันทั้งจังหวัด
- คาดการความชุกของการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีเอดส์
- ความคลาดเคลื่อนของระดับการตีตราจากการสำรวจ
- กำหนดค่าผลกระทบที่อาจมีต่อการคำนวณ ซึ่งจำเป็นต้องกำหนดไว้เพื่อใช้ในการเปรียบเทียบทางสถิติของผลการสำรวจในแต่ละครั้งที่ได้ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง
- การประมาณการความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด

เมื่อได้จำนวนของบุคลากรทั้งหมดจากบัญชีรายชื่อของโรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมการสำรวจแล้วจากขั้นตอนแรก จากนั้นเราจะคาดคะเนระดับความชุกของการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ โดยใช้ผลจากการศึกษานำร่องในจังหวัดเชียงใหม่และกรุงเทพฯ เมื่อปี พ.ศ. 2557 ซึ่งผลการศึกษานี้พบว่า ร้อยละ 65.6 ของบุคลากรมีความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติหน้าที่ประจำวันและจากการติดต่อกับผู้ป่วยที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี โดยการสำรวจนี้ เราต้องการได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มีขนาดมากพอที่สามารถจะแสดงให้เห็นความเปลี่ยนแปลงอย่างมีนัยยะสำคัญทางสถิติ หรือตรวจวัดการเปลี่ยนแปลงได้ร้อยละ 10 จากระดับความชุกจากการคาดคะเนเดิม



ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการสำหรับการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลของจังหวัดหนึ่ง จะโดยคำนวณโดยใช้สูตรนี้¹¹:

$$n = \frac{Z*Z(P(1-P))}{D^2}$$

โดย:

Z = 1.96 (ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%)

P = ความชุกของการตีตราและเลือกปฏิบัติจากการคาดคะเนหรือจากการศึกษาอื่น

D = ขอบเขตของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างของการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจ การคำนวณได้จากสมมุติฐานต่อไปนี้

- จำนวนบุคลากรทั้งหมดจากโรงพยาบาลทุกแห่งรวมกันของจังหวัด เท่ากับ 500 คน (จากตาราง 1 ด้านบน)
- ร้อยละ 65.6 ของบุคลากรรายงานว่ากลัวการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นข้อมูลจากการศึกษานำร่องที่ผ่านมาในกรุงเทพฯ และเชียงใหม่ปี พ.ศ. 2557
- ประมาณค่าความคลาดเคลื่อนของการประเมินระดับการตีตราที่ +/- 10%

$$n = \frac{1.96 * 1.96(0.656(1-0.656))}{(10\%)^2}$$

$$n = \frac{.8669}{.001} = 87$$

¹¹Kish, Leslie. 1965. Survey Sampling. New York: John Wiley and Sons, Inc.



หมายความว่า หากเราสุ่มตัวอย่างจากประชากรขนาดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการคือ 87 คนต่อจังหวัด แต่เพราะเรามีประชากรที่ขนาดจำกัดมากในการนำมาสุ่มตัวอย่าง (จากบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลเท่านั้น) เราจึงจำเป็นต้องปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสูตรสำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างข้างต้นจะใช้สำหรับกลุ่มประชากรขนาดใหญ่เท่านั้น สำหรับประชากรที่ขนาดจำกัด n จะปรับโดยใช้ค่าปัจจัยแก้ไขของประชากรจำกัดจำนวน (finite population correction factor)

$$n = \frac{n}{1 + (n / \text{Population})}$$

$$n = \frac{87}{1 + (87 / 500)} = 74$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการสำหรับการสำรวจในจังหวัดนี้จึงเท่ากับ 74

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเราจะทำการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นช่วงๆ เพื่อเป็นการติดตามการดำเนินงานหรือการดำเนินกิจกรรมเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่ทำไปแล้วในแต่ละช่วงว่าได้ผลตามที่เรต้องการหรือไม่ ดังนั้นเพื่อให้เราสามารถทำการเปรียบเทียบผลการสำรวจที่ทำในช่วงเวลาต่างๆกันได้อ่างได้มีนัยยะสำคัญทางสถิติ เราจึงจำเป็นต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่พอในแต่ละครั้งที่เราทำการสำรวจ จึงต้องเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างตามค่าผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อการสำรวจ (design effect) แต่ละครั้งด้วย โดยการสำรวจนี้จะกำหนดค่าผลกระทบต่อการสำรวจไว้เท่ากับ 2 ทั้งนี้เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลการสำรวจนี้กับการสำรวจครั้งต่อไปได้ ซึ่งเมื่อเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างตามค่าผลกระทบแล้ว จังหวัดนี้จะต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจเท่ากับ 148 ราย

$$n = n * \text{design effect}$$

$$n = 74 * 2 = 148$$



นอกจากนี้ ยังมีปัจจัยตัวสุดท้ายอีกหนึ่งตัวที่เราต้องนำมาใช้ในการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ทั้งนี้เนื่องจากแบบสอบถามของการสำรวจนี้จะเป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตัวเอง (self-administered) กล่าวคือผู้ตอบแบบสอบถามจะอ่านและเลือกคำตอบในแบบสอบถามที่อยู่ในแผ่นกระดาษหรือในเครื่องแท็บเล็ต ไม่ใช่เป็นการตอบแบบสอบถามโดยมีพนักงานสัมภาษณ์ที่ผ่านการอบรมมาถามพวกเขาที่จะมีโอกาสได้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์กว่า จึงมีความเป็นไปได้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามบางคนอาจจะทำผิดพลาดหรือไม่ได้ตอบคำถามครบทุกข้อ ซึ่งบางครั้งเราอาจตรวจพบข้อผิดพลาดหรือความไม่ครบถ้วนแล้วสามารถแก้ไขได้ แต่บางครั้งก็อาจจะแก้ไขไม่ได้ ดังนั้นเราจึงประมาณการว่าข้อมูลในแบบสอบถามที่ได้จากการสำรวจอาจจะเกิดความคลาดเคลื่อน หรือไม่ครบถ้วนได้ ประมาณร้อยละ 10 ซึ่งเราจะไม่สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้ เหลืออีกร้อยละ 90 เท่านั้นที่จะใช้ในการวิเคราะห์

$$n = \frac{n}{\text{completion rate}}$$

$$n = \frac{148}{90\%} = 164$$

เมื่อปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างตามการประมาณค่าความคลาดเคลื่อนของการสำรวจว่าแบบสอบถามที่ตอบด้วยตัวเองนี้จะใช้ได้ร้อยละ 90 เราจึงต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้น 164 คนในจังหวัดนี้

ตารางสำหรับช่วยคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างได้ออกแบบไว้ให้แล้วบน spreadsheet ของโปรแกรมเอ็กเซล ซึ่งขนาดกลุ่มตัวอย่างจะขึ้นอยู่กับจำนวนบุคลากรของทุกโรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมการสำรวจทั้งหมดรวมกันทั้งจังหวัด และขึ้นอยู่กับค่าตัวแปรอื่นๆ ดังที่ได้อธิบายไว้แล้วข้างต้น ซึ่งค่าตัวแปรเหล่านั้นอาจเปลี่ยนแปลงได้แล้วแต่การกำหนดของทีมสำรวจ

3. การสุ่มเลือกผู้ตอบแบบสอบถาม

ขั้นตอนแรกของการสุ่มเลือกผู้ตอบแบบสอบถามคือ เราต้องรู้จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่เราต้องการจากแต่ละโรงพยาบาลที่จะเข้าร่วมการสำรวจก่อน โดยจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามจากแต่ละโรงพยาบาลนั้น จะคำนวณจากสัดส่วนของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในจังหวัดนั้นๆ (คอลัมน์ E ในตาราง 1 ข้างบน) เพื่อที่จะหา



จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ต้องการในแต่ละโรงพยาบาล ให้เพิ่มคอลัมน์ไปในตาราง บัญชีรายชื่อโรงพยาบาลด้านบน (คอลัมน์ F) แล้วนำจำนวนกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่ต้องการสำหรับจังหวัด คูณด้วยสัดส่วนของบุคลากรในแต่ละโรงพยาบาลที่คำนวณไว้ใน ขั้นตอนแรก จากตัวอย่างในตาราง โรงพยาบาลจังหวัดมีสัดส่วนบุคลากร 18% (จาก คอลัมน์ E) ขนาดกลุ่มตัวอย่างทั้งหมดที่จังหวัดนี้ต้องการคือ 164 (ผลจากการคำนวณ กลุ่มตัวอย่างที่อธิบายไปแล้วข้างต้น) ดังนั้น จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ต้องการสำหรับ โรงพยาบาลจังหวัดคือ 29 ราย (164 x 18%) ซึ่งจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ต้องการ สำหรับโรงพยาบาลในจังหวัดนี้ได้จากคอลัมน์ F ในตารางที่ 2 ข้างล่างนี้

ขั้นตอนที่สอง เราจะทำการคัดเลือกผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งวิธีที่ดีที่สุดคือ เราต้องสุ่มเลือกจากบุคลากรทุกคนในโรงพยาบาล (ที่ปฏิบัติงานในแผนกต่างๆที่เราจะทำการสำรวจ) และการที่จะทำเช่นนี้ได้ เราจะต้องมีรายชื่อของบุคลากรทั้งหมด โดยจัดหมวดหมู่ตามแผนกหรือการทำงานของเข จากนั้นทีมสำรวจก็ทำการสุ่มเลือกผู้ตอบแบบสอบถามจากบัญชีรายชื่อนี้

ตัวอย่างเช่น ในตารางที่ 2 ด้านล่างนี้ โรงพยาบาลอำเภอ ก. มีจำนวนบุคลากรทั้งหมด 56 คน ดังนั้น จำนวนของผู้ตอบแบบสอบถามที่ต้องการจากโรงพยาบาลอำเภอ ก. คือ 18 คน เริ่มต้นโดยการให้บุคลากร 18 คนแรกที่ถูกสุ่มเลือกจากบัญชีรายชื่อทำการตอบแบบสอบถาม หากมีใครคนใดคนหนึ่งปฏิเสธที่จะให้ข้อมูลหรือไม่ได้มาทำงานในวันที่ทำการสำรวจ ก็ให้ขอคนถัดไปที่อยู่ในรายชื่อของคนที่ถูกสุ่มเลือกตอบแบบสอบถามแทน

ตารางที่ 2 ตัวอย่างรายชื่อโรงพยาบาลและจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามของแต่ละโรงพยาบาล

	A	B	C	D	E	F
ชื่อโรงพยาบาล		บุคลากร ทาง การแพทย์	บุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ ทางการแพทย์	จำนวน บุคลากร ทั้งหมด	สัดส่วน	จำนวนผู้ตอบ แบบสอบถาม (กลุ่มเป้าหมาย)
1.	โรงพยาบาลจังหวัด A	66	25	91	18%	30
2.	โรงพยาบาลอำเภอ ก.	37	19	56	11%	18
3.	โรงพยาบาลอำเภอ ข.	28	11	39	8%	13
4.	โรงพยาบาลอำเภอ ค.	27	12	39	8%	13
5.	โรงพยาบาลอำเภอ ง.	35	14	49	10%	16



	A	B	C	D	E	F
ชื่อโรงพยาบาล	บุคลากร ทาง การแพทย์	บุคลากรอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ ทางการแพทย์	จำนวน บุคลากร ทั้งหมด	สัดส่วน	จำนวนผู้ตอบ แบบสอบถาม (กลุ่มเป้าหมาย)	
6.	โรงพยาบาลอำเภอ จ.	25	9	34	7%	11
7.	โรงพยาบาลอำเภอ ฉ.	34	13	47	9%	15
8.	โรงพยาบาลอำเภอ ช.	14	6	20	4%	7
9.	โรงพยาบาลอำเภอ ซ.	17	7	24	5%	8
10.	โรงพยาบาลอำเภอ ฅ.	19	5	24	5%	8
11.	โรงพยาบาลอำเภอ ญ.	29	11	40	8%	13
12.	โรงพยาบาลอำเภอ ฎ.	27	10	37	7%	11
	รวม			500		164

การทำรายชื่อสุ่มสามารถทำได้ง่าย ๆ บนโปรแกรมเอ็กซ์เซลตามตัวอย่างในตารางที่ 3 ข้างล่างนี้ โดยให้ทำรายชื่อบุคลากรไว้ในคอลัมน์ B และใส่ข้อมูลของแผนกหรือโรงพยาบาลของแต่ละคนในคอลัมน์ C สำหรับคอลัมน์ D ให้สั่งโปรแกรมเอ็กซ์เซลสร้างตัวเลขสุ่มโดยพิมพ์ “=rand()” แล้วกด Enter จากนั้นใช้เมาส์ลากเลือกเซลล์ดังกล่าวบริเวณมุมของเซลล์ กดค้างไว้แล้วลากลงมาจนครอบคลุมรายชื่อของบุคลากรทุกคน โปรแกรมเอ็กซ์เซลจะสร้างตัวเลขสุ่มสำหรับบุคลากรแต่ละคนให้ แต่เนื่องจากโปรแกรมเอ็กซ์เซลจะทำการอัปเดตตัวเลขโดยอัตโนมัติทุกครั้งที่เราเปลี่ยนหรือแก้ไขอะไรก็ตามในแผ่นงาน ดังนั้นหลังจากที่เราสร้างตัวเลขสุ่มสำหรับบุคลากรทุกคนในคอลัมน์ D แล้วเราจะต้องทำการ “fix” ตัวเลขนั้นๆ ไว้ด้วยเพื่อจะได้ไม่มีการเปลี่ยนแปลงใดๆ วิธี “fix” ให้เลือกทุกเซลล์ในคอลัมน์ D แล้ว “copy” จากนั้นใน drop down menu ให้เลือก “paste special” แล้วเลือก “paste value”

ต่อไปให้เรียงรายชื่อตามตัวเลขสุ่มที่คำนวณได้จากน้อยไปมาก วิธีทำให้เลือกเซลล์ให้ครอบคลุมทั้งคอลัมน์ B, C และ D แล้วจากเมนูเอ็กซ์เซล ให้เลือก “Data” จากนั้นเลือก “Sort” แล้วเลือก “Sort by” โดยเลือก sort by column D ถึงตอนนี้รายชื่อทั้งหมดได้ถูกจัดเรียงโดยสุ่มตามหลักความน่าจะเป็นแล้ว เราจึงสามารถเชิญผู้มีรายชื่อ 18 คนแรก ในลิสต์รายชื่อที่ตอบแบบสอบถามสำหรับการสำรวจได้ และหากใครในรายชื่อที่ถูกสุ่มได้ไม่



มาทำงานหรือปฏิเสธที่จะร่วมการศึกษา ก็ให้หาคนทดแทนโดยใช้ผู้ที่มีรายชื่อถัดไป (ดูตัวอย่างจากตารางที่ 3 ข้างล่างนี้)

ตารางที่ 3 ตัวอย่างการสุ่มเลือกบุคลากรของโรงพยาบาลให้เป็นผู้ตอบแบบสอบถาม

A	B ชื่อ	C แผนก	D ค่าที่สุ่ม	E เลือก
1	ชื่อ 27	C	0.015193869	เลือก
2	ชื่อ 31	C	0.017361745	เลือก
3	ชื่อ 33	C	0.034439948	เลือก
4	ชื่อ 20	C	0.037312705	เลือก
5	ชื่อ 29	C	0.040677983	ปฏิเสธ
6	ชื่อ 2	A	0.070483621	เลือก
7	ชื่อ 28	C	0.075466802	เลือก
8	ชื่อ 16	B	0.093013422	เลือก
9	ชื่อ 24	C	0.1334559	เลือก
10	ชื่อ 4	A	0.151083657	เลือก
11	ชื่อ 11	B	0.235807278	เลือก
12	ชื่อ 41	D	0.238781509	เลือก
13	ชื่อ 39	D	0.242125575	ไม่มา
14	ชื่อ 6	A	0.252422776	เลือก
15	ชื่อ 34	C	0.252864004	เลือก
16	ชื่อ 12	B	0.254150897	เลือก
17	ชื่อ 40	D	0.27263361	เลือก
18	ชื่อ 37	D	0.295321367	เลือก
19	ชื่อ 47	E	0.316299093	แทน #5
20	ชื่อ 5	A	0.329718369	แทน #13
21	ชื่อ 55	E	0.343821999	ไม่
22	ชื่อ 18	C	0.368064871	ไม่
23	ชื่อ 36	C	0.37109605	ไม่
24	ชื่อ 26	C	0.378949851	ไม่
25	ชื่อ 9	B	0.408951235	ไม่

*สามารถเพิ่มเซลล์และทำต่อไปได้จนได้จำนวนครบตามที่ต้องการ



เพื่อเป็นการรักษาความลับ บัญชีรายชื่อที่มีการจัดเรียงลำดับนี้ควรเก็บไว้ที่ที่มสำรวจเพื่อใช้ในการสุ่มเลือกผู้ตอบแบบสอบถามเท่านั้น เราไม่ควรเปิดเผยบัญชีรายชื่อที่ทำการสุ่มนี้ให้กับบุคลากรคนอื่นหรือฝ่ายบริหาร สำหรับแบบสอบถามจะไม่มีการบันทึกชื่อหรือมีการระบุรหัสอะไรที่จะสามารถเชื่อมโยงกลับไปถึงผู้ตอบแบบสอบถามตามบัญชีรายชื่อได้ และจะต้องจัดเก็บไว้ในที่เก็บเอกสารที่มิดชิด หรือทำลายเอกสารเมื่อสิ้นสุดการสำรวจ

4. การเก็บข้อมูล

การเก็บรวบรวมข้อมูล ใช้วิธีให้บุคลากรที่มีชื่อถูกสุ่ม อ่านและตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ซึ่งอาจทำได้ 2 ลักษณะคือ

- 1) ใช้แบบสอบถามที่พิมพ์ลงในกระดาษ และ
- 2) ให้อาสาสมัครตอบแบบสอบถามโดยใช้ smart phone หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น online ผ่านทาง internet

การเก็บรวบรวมข้อมูลแบบ online มีข้อดีคือ ไม่ต้องกังวลเรื่องการสูญหายของข้อมูล ระบบจะจัดการเรื่องการข้าม (skip) ข้อคำถามให้ถูกต้องตามคำตอบของอาสาสมัครเสมอ ลดภาระในการบันทึก (คีย์) ข้อมูลจากแบบสอบถามลงในโปรแกรมคอมพิวเตอร์ และกำจัดโอกาสการเกิดความผิดพลาดระหว่างการบันทึกข้อมูล อย่างไรก็ตามการเก็บข้อมูลผ่านระบบ online อาสาสมัครทุกคนต้องมีอุปกรณ์สื่อสารที่เชื่อมต่อ internet สถานที่เก็บข้อมูลต้องมีสัญญาณเครือข่ายโทรศัพท์มือถือหรือสัญญาณ internet ที่ดี ต้องมีการกำหนดรหัสแบบสอบถามสำหรับอาสาสมัครแต่ละคนที่ไม่ซ้ำกัน และมีระบบตรวจสอบการเตรียมโปรแกรมสำหรับเก็บข้อมูล online ไว้ล่วงหน้า และเนื่องจากแต่ละรอบของการสำรวจอาจมีระบบสนับสนุนหรือข้อตกลงเรื่องวิธีการเก็บรวบรวมที่แตกต่างกันไป จึงขอให้ผู้ดำเนินการสำรวจปฏิบัติตามข้อตกลงและรายละเอียดของการเก็บข้อมูลสำหรับรอบการสำรวจนั้น ๆ

การเก็บข้อมูลโดยทั่วไปจะใช้เวลาไม่นาน คือประมาณ 1-2 วัน ต่อหนึ่งโรงพยาบาล ยกเว้นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีขนาดตัวอย่างมากซึ่งอาจต้องใช้เวลา นานกว่านั้น วิธีการที่แนะนำคือ ให้นำบุคลากรที่มีรายชื่อถูกสุ่มเป็นกลุ่ม มายังห้องที่จัดเตรียมไว้ อาจเป็นห้องประชุมของโรงพยาบาลหรือสถานที่อื่นที่มีความเหมาะสม เมื่อบุคลากรมาถึงห้อง



ที่เตรียมไว้ เราควรให้ข้อมูลเกี่ยวกับการสำรวจ วัตถุประสงค์ของการสำรวจ การนำข้อมูลไปใช้ประโยชน์ ระยะเวลาที่จะใช้ในการตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะใช้เวลาประมาณ 15-20 นาทีเท่านั้น และอธิบายกระบวนการรักษาความลับทั้งหมด จากนั้นให้ขอความยินยอมจากผู้ตอบแบบสอบถามก่อน หากตกลงใจที่จะเข้าร่วมการสำรวจ การนัดหมายอาสาสมัครแต่ละกลุ่ม ไม่ควรเกินครั้งละ 20 คน เพื่อให้สามารถชี้แจงและตอบคำถามได้อย่างทั่วถึง และสามารถจัดที่นั่งระหว่างการตอบแบบสอบถามให้ห่างกันพอสมควร เพื่อให้มีความเป็นส่วนตัว และไม่สามารถมองเห็นคำตอบของผู้อื่น

เนื่องจากโรงพยาบาลมีผู้ป่วยมารับบริการจำนวนมาก บุคลากรที่มีรายชื่อถูกสุ่มอาจไม่สามารถเข้าร่วมการสำรวจได้พร้อมกันทุกคนในเวลาที่กำหนดไว้ ดังนั้นการจัดห้องเฉพาะสำหรับตอบแบบสอบถาม จะช่วยให้บุคลากรสามารถเข้าร่วมในการสำรวจได้สะดวก เมื่อว่างจากการทำงาน เราอาจจัดอาหารว่าง และ/หรืออาหารกลางวันให้สำหรับบุคลากรที่เข้าร่วมการสำรวจด้วยก็ได้ นอกจากนี้ เราอาจมีสิ่งตอบแทนเล็กๆ น้อยๆ ให้กับบุคลากรที่เข้าร่วมการสำรวจ โดยอาจจะให้เป็นของขวัญหรือของที่ระลึกเพื่อเป็นการตอบแทนที่บุคลากรเหล่านั้นได้เสียสละเวลาในการมาช่วยตอบแบบสอบถามของการสำรวจ

ควรให้บุคลากรตอบแบบสอบถาม ณ สถานที่ที่จัดไว้ให้ และให้ตอบให้เสร็จเรียบร้อยในครั้งเดียว กรณีใช้แบบสอบถามที่พิมพ์ลงบนกระดาษ ไม่ควรให้นำแบบสอบถามออกไปตอบที่อื่นหรือทำต่ออีกในภายหลัง และเพื่อให้แน่ใจว่ามีการปฏิบัติตามขั้นตอนเหล่านี้ อย่างถูกต้อง เราควรวางแผนให้มีคณะทำงานของทีมสำรวจอย่างน้อย 1-2 คน อยู่ในห้องสำหรับตอบแบบสอบถามตลอดเวลาการเก็บข้อมูล

5. ฝึกรวมเจ้าหน้าที่ภาคสนามในการเก็บข้อมูล

ในระหว่างการเก็บข้อมูล ควรมีเจ้าหน้าที่ภาคสนามคอยช่วยเหลือตอบข้อสงสัยของผู้ตอบแบบสอบถามซึ่งอาจเกิดขึ้นในระหว่างกระบวนการขอความยินยอม หรือในระหว่างการกรอกแบบสอบถาม นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ภาคสนามยังจะต้องทำหน้าที่เฝ้าระวังหรือควบคุมคุณภาพของกระบวนการสำรวจทั้งหมดอีกด้วย

เจ้าหน้าที่ภาคสนามควรได้รับการฝึกรวมเพื่อให้สามารถควบคุมกระบวนการเก็บข้อมูลทั้งหมด ดังนั้นเนื้อหาของกรอบรมจึงต้องประกอบด้วย การให้ข้อมูลโครงการ การขอ



ความยินยอมจากอาสาสมัคร การรักษาความลับ การเก็บรักษาข้อมูล และที่สำคัญเป็นอย่างยิ่งคือ การอธิบายให้เจ้าหน้าที่ภาคสนามเข้าใจเนื้อหาของแบบสอบถามทั้งหมด ในส่วนถัดไปของเอกสารนี้จะมีเนื้อหาของการอบรมทั้งเรื่องเนื้อหาของแบบสอบถามและการขอความยินยอม ในระหว่างการฝึกอบรม เจ้าหน้าที่ภาคสนามควรได้ทดลองฝึกตอบแบบสอบถามด้วยตัวเอง พุดคุยเกี่ยวกับประเด็นต่างๆ ในแบบสอบถามที่อาจมีความสับสน และควรมีการชี้แจงเพื่อทำความเข้าใจความหมายของข้อความต่าง ๆ ด้วย ซึ่งตัวอย่างกำหนดการสำหรับการจัดอบรมผู้เก็บข้อมูลจะอยู่ใน ภาคผนวก 5

การสำรวจนี้ได้รับการออกแบบมาเพื่อศึกษาสาเหตุของการตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ โดยมีประเด็นสำคัญที่จะเก็บข้อมูลจากผู้ให้บริการสุขภาพเพื่อใช้ในการศึกษาดังนี้

1. ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี
2. การป้องกันตนเองเกินสมควร
3. นโยบายและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยกระตุ้น/อุปสรรคของการตีตราและการเลือกปฏิบัติในองค์กร
4. ทักษะติดต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
5. การเลือกปฏิบัติที่เป็นประสบการณ์ตรงของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล
6. ความคิดเห็นเกี่ยวกับกลุ่มประชากรหลักหรือผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลเหล่านี้ได้มีการจัดหมวดหมู่ให้อยู่ในแบบสอบถามทั้งหมด 4 ส่วน ดังแสดงในตารางที่ 4



ตาราง 4 แบบสอบถามและหมวดของข้อความ

ส่วน	หมวดหมู่	จำนวนข้อความ
ข้อมูลพื้นฐาน	ข้อมูลส่วนบุคคล และงานในหน้าที่	4 คำถาม (ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ตำแหน่งงานปัจจุบัน งานปัจจุบันเกี่ยวข้องกับ เอชไอวี/เอดส์โดยตรงหรือไม่)
ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการตี ตราและการเลือกปฏิบัติ	ความกลัว	3 คำถาม
	นโยบายและ สิ่งแวดล้อมใน สถานบริการ สุขภาพ/ โรงพยาบาล	5 คำถาม
การตีตราที่มีการปฏิบัติ จริง	ทัศนคติต่อผู้อยู่ ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	5 คำถาม
	พฤติกรรม เลือกปฏิบัติที่ สังเกตเห็น	1 คำถาม
ความคิดเห็นเกี่ยวกับ กลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย เกย์ สาวประเภทสอง พนักงานบริการ ผู้ใช้ยา เสพติดด้วยวิธีฉีด และ กลุ่มเข้าถึงยาก : แรงงาน ข้ามชาติ	พฤติกรรม เลือกปฏิบัติที่เกิด จากความกลัว	1 คำถาม
	การตีตรา/การเลือก ปฏิบัติที่สังเกตเห็น	5 คำถาม
รวม		24 คำถาม



ต่อไปนี้เป็นคำอธิบายของข้อคำถามในแต่ละส่วนในแต่ละหมวดหมู่ ทั้งนี้เพื่อให้เกิดความเข้าใจอย่างถูกต้องและตรงกันในทีมสำรวจทุกคน จะเป็นการอธิบายเหตุผลของการถามคำถามในแต่ละข้อ และชี้ให้เห็นว่าคำถามเหล่านั้นจะนำไปสู่ความเข้าใจในเรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติในจังหวัด และ/หรือสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลได้อย่างไร

ส่วนที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

ส่วนนี้ประกอบด้วยคำถามข้อที่ 1-4

ข้อ 1 ถึงข้อ 4 ถามเกี่ยวกับข้อมูลพื้นฐานของบุคลากรผู้ให้ข้อมูลได้แก่ อายุ เพศ ตำแหน่งหน้าที่หรือการทำงาน ณ ปัจจุบันของผู้ตอบแบบสอบถามในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลนั้นๆ และงานในปัจจุบันเกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์โดยตรงหรือไม่

ส่วนที่ 2: การควบคุมและป้องกันการติดเชื้อ

ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี – คำถามข้อที่ 5 - 7

ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี มักเกิดจากความไม่เข้าใจและความกังวลต่อการติดเชื้อเอชไอวีของบุคลากรในขณะปฏิบัติหน้าที่ของเขาในโรงพยาบาล ความกลัวจะทำให้เกิดพฤติกรรมในการเลือกปฏิบัติได้ เช่นการแยกตัวผู้ป่วยที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือการปฏิเสธการให้บริการแก่ผู้ป่วยที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ถ้าเรามีความเข้าใจเกี่ยวกับความกลัวที่เฉพาะเจาะจงเช่นนี้ของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล จะช่วยให้เราสามารถพัฒนาโครงการ/แผนงานเพื่อจัดการแก้ไขปัญหาการแพร่ระบาดของเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพมากขึ้น

ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจะอยู่ในคำถามข้อที่ 5 - 7 ของแบบสอบถาม ซึ่งจะมีคำถามคัดกรองก่อนว่า ผู้ตอบเคยทำกิจกรรมนี้หรือไม่ โดยคำถามเรื่องความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี จะถามเฉพาะบุคลากรที่การปฏิบัติหน้าที่ของตนเกี่ยวข้องกับคำถามที่ถามเท่านั้น (ดูกรอบ Analysis Tips เพื่อทำความเข้าใจแนวทางการวิเคราะห์ข้อมูล)



การใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีความจำเป็นกับผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวี – คำถามข้อ 8

การที่บุคลากรใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มากเกินไปหรือไม่มีความจำเป็น เมื่อให้การดูแลหรือให้บริการแก่ผู้ป่วยที่เป็นผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล เป็นการแสดงออกอย่างชัดเจนถึงความกลัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีในการปฏิบัติงานในหน้าที่ตามปกติของเขา รูปแบบของพฤติกรรมการแสดงออกเหล่านี้ ได้แก่การหลีกเลี่ยงการสัมผัสร่างกาย การสวมถุงมืออย่างสองชั้น เป็นต้น การใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่มากเกินไปหรือไม่มีความจำเป็นอาจจะถูกสังเกตเห็นได้ชัดเจนโดยคนอื่นๆ ในโรงพยาบาล (ผู้ป่วยและบุคลากรคนอื่นๆ) และอาจจะกลายเป็นการเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วยโดยปราศจากความยินยอมของเจ้าตัว

ส่วนที่ 3: สิ่งแวดล้อมในการทำงาน

พฤติกรรมกรรมการเลือกปฏิบัติที่สังเกตเห็น – คำถามข้อที่ 9 (2 ข้อย่อย)

คำถามในเรื่องพฤติกรรมกรรมการเลือกปฏิบัติที่สังเกตเห็นนี้ จะไม่ใช่คำถามที่ถามบุคลากรโดยตรง ว่าตัวเขาเองเคยมีพฤติกรรมการตีตรา/การเลือกปฏิบัติบางอย่างหรือไม่ เนื่องจากงานวิจัยที่ผ่านมาพบว่า บุคลากรมักจะรู้ว่าพฤติกรรมแบบใดที่ยอมรับได้และแบบใดที่ยอมรับไม่ได้ ดังนั้นจึงมีแนวโน้มที่จะตอบคำถามที่สังคมยอมรับได้มากกว่า ไม่ว่าบุคลากรนั้นจะเคยหรือไม่เคยมีพฤติกรรมเช่นนั้นก็ตาม ดังนั้นคำถามนี้จึงใช้วิธีการถามว่า บุคลากรเคยสังเกตเห็นพฤติกรรมกรรมการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลที่เขาทำงานอยู่ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ คำตอบนี้เป็นตัวชี้วัดสำคัญที่จะวัดระดับพฤติกรรมการตีตราที่เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล

ทัศนคติต่อบุคลากรที่เป็นผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวี – คำถามข้อที่ 10

สาเหตุที่สำคัญของการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวีเอ็ดส์ในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล คือทัศนคติและความคิดเห็นของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ที่มีต่อผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวี ซึ่งในข้อนี้เราจะถามว่า บุคลากรรู้สึกสะอวก



ใจที่จะทำงานกับเพื่อนร่วมงาน (ไม่ว่าจะเป็นบุคลากรหรืออาสาสมัครในชุมชนที่อาจเป็นไปได้ว่าเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี) ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

ส่วนที่ 4: นโยบายของโรงพยาบาล

นโยบายและสิ่งแวดล้อมที่เป็นปัจจัยกระตุ้น/อุปสรรคของการตีตราและการเลือกปฏิบัติในองค์กร

– คำถามข้อที่ 11 - 14

คำถามในส่วนนี้จะเป็นการเก็บข้อมูลเกี่ยวกับปัจจัยระดับองค์กรที่อาจช่วยลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีเอ็ดส์ และช่วยสนับสนุนให้บุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลสามารถให้บริการที่ปลอดภัยหรือมีคุณภาพแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลักได้ สาเหตุของการตีตราในระดับองค์กรยังรวมถึงการที่สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลไม่มีนโยบายและแนวทางปฏิบัติเกี่ยวกับการดูแลรักษาผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก และไม่มีแนวทางการป้องกันความเสี่ยงจากการติดเชื้อเอชไอวีให้กับบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล อย่างไรก็ตาม ถึงแม้สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลจะมีแนวทางนโยบายในลักษณะนี้ แต่การตีตราก็ยังอาจเกิดขึ้นได้ หากนโยบายและแนวทางปฏิบัติเหล่านี้ไม่มีการบังคับใช้ สาเหตุสำคัญของการตีตราอาจมาจากการขาดความรู้และไม่ได้รับการอบรมที่เพียงพอในเรื่องนโยบายและมาตรฐานต่างๆ เช่น มาตรการป้องกันการติดเชื้อแบบครอบจักรวาล (Universal Precaution) รวมถึงการสนับสนุนและการกำกับดูแลสภาพแวดล้อมทางกายภาพโดยทั่วไปของโรงพยาบาล ซึ่งอาจส่งผลให้เกิดการตีตราได้ เช่น การตีตป้ายสัญลักษณ์ที่แสดงว่าเป็นหอผู้ป่วยหรือคลินิกเฉพาะสำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเท่านั้น เป็นต้น

ส่วนที่ 5: ความคิดเห็นเกี่ยวกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

ทัศนคติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี– คำถามข้อที่ 15-19

ดังที่ได้กล่าวไปแล้วว่า ทัศนคติและความคิดเห็นของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลที่มีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี จะมีความสำคัญอย่างยิ่งเพราะจะส่งผลต่อ



วิธีการที่บุคลากรจะปฏิสัมพันธ์กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอาจจะติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นจึงต้องมีการวัดระดับความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและต่อกลุ่มประชากรหลัก ทั้งนี้เนื่องจากทัศนคติ (attitudes) และการให้คุณค่า (values) เหล่านี้อาจส่งผลต่อวิธีการที่บุคลากรจะปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งโดยรู้ตัวและโดยไม่รู้ตัว ซึ่งอาจส่งผลต่อทางเลือกหรือคำแนะนำที่เขายกให้กับผู้ป่วย และอาจส่งผลต่อช่วงเวลาที่คุณคนทั่วไปหรือบุคคลที่มีความเสี่ยงจะได้รับการแนะนำให้ตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี คำถามถูกกำหนดมาเพื่อทำความเข้าใจเกี่ยวกับความคิดเห็นของบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (คำถามข้อที่ 15 - 18) และต่อหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (คำถามข้อที่ 19)

ส่วนที่ 6: ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี /กลุ่มประชากรหลัก

พฤติกรรมกรรมการเลือกปฏิบัติที่สังเกตเห็น – คำถามข้อที่ 20 - 24

ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ที่เป็นกลุ่มประชากรหลัก มักจะเป็นผู้ที่ถูกตีตราและถูกมองในแง่ลบเนื่องจากเพศวิถีที่แท้จริงของพวกเขา หรือเพศวิถีในแบบที่สังคมเชื่อว่าพวกเขาเป็น หรือพฤติกรรมที่ทำให้คนกลุ่มคนเหล่านี้มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนอื่น คำถามในส่วนนี้จะถามเกี่ยวกับพฤติกรรมกรรมการเลือกปฏิบัติที่สังเกตเห็นว่าเกิดขึ้นกับคนกลุ่มนี้ หรือคนที่บุคลากรเชื่อว่าเขาเป็นกลุ่มประชากรหลัก สำหรับบุคลากรบางคน ความเชื่อทางศาสนาและภูมิหลังทางวัฒนธรรมบางอย่างอาจส่งผลให้มีความคิดในเชิงลบต่อกลุ่มประชากรหลักมากกว่าคนอื่น แต่อย่างไรก็ตามบุคลากรเหล่านี้อาจจะยังสามารถปฏิบัติหน้าที่ตามวิชาชีพและให้บริการที่มีคุณภาพเป็นที่ยอมรับให้แก่ผู้ที่พวกเขาเชื่อว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักได้ และถึงแม้ว่าการเปลี่ยนความคิดเห็นหรือทัศนคติเกี่ยวกับเรื่องศีลธรรมบางอย่างอาจเป็นเรื่องที่เป็นไปได้ยาก แต่การพยายามไม่ทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบเกิดขึ้นต่อไปก็เป็นเรื่องที่สำคัญมากที่ต้องช่วยกัน





บทที่ 3 : การขอความยินยอมและการ รักษาความลับของอาสาสมัคร

การขอความยินยอม (Informed consent)

กระบวนการขอความยินยอมจากอาสาสมัคร ถือเป็นกระบวนการที่รับรองความมีจริยธรรมของการสำรวจ การขอความยินยอม คือการแจ้งให้ผู้ตอบแบบสอบถามรับทราบเกี่ยวกับวัตถุประสงค์ของการวิจัย ผลกระทบด้านลบหรือประโยชน์ที่อาจเกิดขึ้นกับพวกเขาจากการเข้าร่วมการสำรวจนี้ (ซึ่งในเข้าร่วมการสำรวจนี้จะมีประโยชน์มาก หรือมีผลกระทบด้านลบเกิดขึ้นน้อยที่สุด) การไม่เปิดเผยตัวตนและการรักษาความลับของผู้ตอบแบบสอบถามจะมีการจัดการอย่างเป็นระบบและคงไว้ตลอดการสำรวจ การให้โอกาสแก่ผู้ตอบแบบสอบถามในการตัดสินใจด้วยความสมัครใจของตนเองว่าจะเข้าร่วมในการสำรวจนี้หรือไม่ และการรับรองว่าการเข้าร่วมหรือการปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมในการสำรวจนี้จะไม่ส่งผลกระทบต่อสถานภาพการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถาม เอกสารชี้แจงโครงการควรระบุให้เขาทราบด้วยว่า ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถปฏิเสธที่จะตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่ง หรือยุติการตอบแบบสอบถามเมื่อใดก็ได้ และต้องแนะนำให้ผู้ตอบแบบสอบถามซักถามข้อข้องใจเกี่ยวกับคำอธิบายต่างๆ ได้ จากเจ้าหน้าที่ภาคสนามที่อยู่ในห้องที่ใช้เก็บข้อมูล

หลังจากให้ข้อมูลในเอกสารชี้แจงโครงการแล้ว เจ้าหน้าที่ที่ทีมสำรวจสอบถามว่ามีรายชื่อถูกสุ่มสำรวจแต่ละคนยินดีที่จะเข้าร่วมการสำรวจครั้งนี้หรือไม่ และเนื่องจากการสำรวจนี้ไม่ใช่การทำวิจัย เป็นเพียงการเก็บรวบรวมข้อมูลของระบบเฝ้าระวังปกติของประเทศเท่านั้น การตอบรับเป็นอาสาสมัครด้วยวาจา โดยไม่ต้องมีการลงนามในใบยินยอม ถือว่าเพียงพอแล้ว

หลังจากที่เขาตอบแบบสอบถามครบถ้วนแล้ว กรณีที่เป็นการตอบแบบสอบถามลงบนกระดาษ เจ้าหน้าที่ที่ทีมสำรวจควรแจ้งให้ผู้ตอบแบบสอบถามนำแบบสอบถามใส่ในซอง ปิด



ผื่น และยื่นให้กับเจ้าหน้าที่ภาคสนามเพื่อใส่รหัสแบบสอบถาม ซึ่งขั้นตอนนี้ทำเพื่อเป็นการรักษาความลับและปิดบังตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถามนั่นเอง

การรักษาความลับของอาสาสมัคร

เพื่อเป็นการรักษาความลับและปิดบังตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม การสำรวจนี้จะไม่มีการบันทึกชื่อหรือข้อมูลที่เป็นการบ่งชี้ตัวบุคคลใดๆ ทั้งสิ้นลงในแบบสอบถามที่จะสามารถเชื่อมโยงแบบสอบถามที่เขาเป็นคนตอบกับตัวผู้ตอบ เจ้าหน้าที่ที่มสำรวจควรเน้นย้ำข้อมูลส่วนนี้แก่อาสาสมัคร เพื่อให้อาสาสมัครเกิดความสบายใจและให้ข้อมูลตรงตามความคิดเห็นที่แท้จริงของตนเอง

การใส่รหัสแบบสอบถาม

แบบสอบถามจะไม่มีข้อความที่ระบุตัวตนของผู้ตอบแบบสอบถาม แต่จะมีข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคลที่เป็นข้อมูลด้านประชากรอยู่เท่านั้น (เช่น อายุ เพศ) แต่อย่างไรก็ตาม จำเป็นจะต้องมีการกำหนดรหัสให้กับตัวแบบสอบถามเพื่อให้สามารถเชื่อมโยงกันกับข้อมูลที่จับบันทึกลงในระบบฐานข้อมูล (โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูล) การใส่รหัสให้ตรงกันจะช่วยให้ทีมสำรวจสามารถตรวจสอบผิดพลาดหรือความสับสนของข้อมูลจากแบบสอบถามต้นฉบับได้ ซึ่งอาจตรวจพบในระหว่างที่ทำการตรวจสอบหรือวิเคราะห์ข้อมูล โดยเจ้าหน้าที่ภาคสนามจะกำหนดรหัสแบบง่าย ๆ ให้กับแบบสอบถามแต่ละชุดที่ผู้ตอบแบบสอบถามกรอกเรียบร้อยแล้ว ดังนั้นทีมสำรวจของแต่ละจังหวัดอาจกำหนดรหัสแบบสอบถามโดยทำตามตัวอย่างการใส่รหัสผู้ตอบแบบสอบถามข้างล่างนี้

กำหนดรหัสผู้ตอบแบบสอบถาม

รหัสของผู้ตอบแบบสอบถามประกอบไปด้วยตัวเลข 7 หลัก คือ:

- ตัวเลข 2 ลำดับแรก แทนชื่อจังหวัด ตามรหัสแทนชื่อจังหวัดของกระทรวงมหาดไทย (เช่น 10=กรุงเทพฯ 37=อำนาจเจริญ 15=อ่างทอง และ 50=เชียงใหม่ เป็นต้น)
- ตัวเลขลำดับที่ 3 และ 4 แทนชื่อโรงพยาบาลที่ทำการสำรวจทั้งหมดในจังหวัดนั้นๆ (เนื่องจากเรามีบัญชีรายชื่อโรงพยาบาลทั้งหมดที่จะเข้าร่วมการสำรวจแล้ว จึงสามารถตั้งรหัสเฉพาะสำหรับทุกแห่งได้)



- ตัวเลขที่ 5 ถึง 7 แทนรหัสประจำตัวของผู้ตอบแบบสอบถาม ซึ่งจะขึ้นต้นด้วย 001 และนับต่อไปจนครบจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดที่เข้าร่วมในการสำรวจของโรงพยาบาลแห่งนั้น

3	7	0	5	0	1	7
---	---	---	---	---	---	---

จากรหัสในตัวอย่างข้างต้นนี้ เราจะเห็นว่า แบบสอบถามนี้เก็บมาจากจังหวัดอำนาจเจริญ เป็นโรงพยาบาลหมายเลข 5 ของจังหวัด และรหัสประจำตัวผู้ตอบแบบสอบถามคนนี้ คือ ลำดับที่ 17





บทที่ 4 : การวิเคราะห์ข้อมูล

วัตถุประสงค์โดยทั่วไปของการวิเคราะห์ข้อมูล คือเพื่อให้เกิดความเข้าใจสถานการณ์ปัจจุบันของการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล วัตถุประสงค์เฉพาะคือเพื่อให้เข้าใจปัจจัยที่ผลักดันให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลที่เข้าร่วมการสำรวจ และเข้าใจรูปแบบของการตีตราในบริบทต่างๆ ที่เกิดขึ้นเนื่องจากทัศนคติของบุคลากรโรงพยาบาลที่มีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

การวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสำรวจเรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในกลุ่มผู้ให้บริการสุขภาพนี้ จะต้องทำโดยผู้ที่ผ่านการอบรมหรือมีความรู้ด้านการวิจัยและการวิเคราะห์ข้อมูล คู่มือนี้จะอธิบายขั้นตอนและวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลของการสำรวจเท่านั้น โดยจะไม่อธิบายรายละเอียดวิธีการใช้โปรแกรมสำเร็จรูปที่มักจะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะนี้แต่อย่างใด

โปรแกรมสำเร็จรูปที่มักจะใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูลลักษณะนี้ได้แก่ SPSS[®], SAS[®], STATA[®], Epi Data และ Epi Info โดยแต่ละโปรแกรมจะสามารถใช้ทำการวิเคราะห์ข้อมูลที่ต้องการได้เหมือนกัน เพียงแต่ใช้คำสั่งหรือ syntax ที่แตกต่างกันในการวิเคราะห์ โปรแกรมที่ช่วยในการสร้างกราฟได้เช่นเอ็กซ์เซล ก็อาจช่วยได้ในการเตรียมการนำเสนอข้อมูลโดยใช้กราฟหรือรูปภาพที่เข้าใจง่ายและดูสบายตากว่าได้ด้วย

วิธีการวิเคราะห์ข้อมูล

ก่อนที่จะทำการวิเคราะห์ข้อมูล เราควรทำการตรวจสอบข้อมูลโดยการดูการกระจายความถี่ (frequency distribution) ของตัวแปรทุกตัวก่อน วิธีการนี้จะช่วยให้เราแก้ไขข้อผิดพลาดของข้อมูล รวมทั้งตรวจสอบข้อมูลที่ขาดหายไป (missing data) และข้อมูลคำตอบ “ไม่เข้าข่าย” (non-applicable) ที่ต้องมีการจัดการในการวิเคราะห์ข้อมูลขั้นต่อไป



สำหรับขั้นตอนแรกวิธีการวิเคราะห์ข้อมูล คือการตรวจสอบการกระจายความถี่โดยทั่วไปของตัวแปรที่จะใช้วัดระดับการตีตราและการเลือกปฏิบัติทุกตัว รวมทั้งปัจจัยสนับสนุนที่เราเก็บข้อมูลได้จากกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจ โดยในการตรวจสอบความถี่ของแต่ละตัวแปร เราอาจทำง่าย ๆ โดยเปลี่ยนคำตอบของตัวแปรที่เราวัดแบบสเกลให้เป็นคำตอบเป็นคู่ (dichotomous) เพื่อให้เห็นภาพรวมของสถานการณ์นั้น ๆ การทำคำตอบเป็นคู่ หมายถึงการจัดกลุ่มคำตอบใหม่ (recode) ให้เป็นสองชุดเท่านั้น คือ ให้ได้ชุดคำตอบเชิงบวก (positive response) ที่จะนำมาเปรียบเทียบกับชุดคำตอบเชิงลบ (negative response) ได้ (ดูตัวอย่างด้านล่าง)

นอกจากนี้ สำหรับตัวแปรที่เป็นเรื่องแนวคิดทั่วไป เช่นความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี พฤติกรรมการตีตราที่สังเกตเห็น พฤติกรรมที่เกิดจากความกลัว และทัศนคติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ตัวแปรเหล่านี้เราอาจจะสร้างตัวแปรใหม่ขึ้นมาจากการจัดกลุ่มคำตอบที่คล้ายกันเข้าด้วยกัน เพื่อให้ได้ตัวแปรที่เป็นดัชนีชี้วัดรวมของทัศนคติหรือพฤติกรรมเหล่านั้นได้

หลังจากตรวจสอบการกระจายความถี่ของตัวแปรแล้ว ขั้นตอนที่สองของการวิเคราะห์ข้อมูลคือ การพยายามทำความเข้าใจว่าอะไรหรือใคร ที่มีผลต่อพฤติกรรมหรือทัศนคติต่าง ๆ เหล่านั้น วิธีการวิเคราะห์คือ การแบ่งรายละเอียดหรือจำแนกข้อมูลเพื่อดูรูปแบบพฤติกรรมหรือทัศนคติเหล่านั้นตามสิ่งที่เราสนใจ เป็นการดูแนวโน้มและรูปแบบการกระจายของข้อมูลตามสิ่งที่เราจำแนก ตัวอย่างเช่นเราจำแนกข้อมูลออกตามประเภทการทำงานของผู้ตอบแบบสอบถามเพื่อตรวจสอบว่า บุคลากรในกลุ่มงานประเภทใดมีแนวโน้มที่จะมีพฤติกรรมและทัศนคติบางอย่างเหล่านั้นมากกว่ากัน นอกจากนี้เราอาจจะตรวจสอบเพื่อดูว่าทัศนคติและพฤติกรรมนั้นมีความแตกต่างกันไปตามระดับของภาระงานที่บุคลากรแต่ละคนมีอยู่ หรือเกี่ยวกับการที่บุคลากรทำงานเกี่ยวข้องกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีโดยตรงหรือไม่ เป็นต้น

ตัวอย่างต่อไปนี้จะแสดงให้เห็นการวิเคราะห์ตัวแปร 3 ตัว
ตัวอย่างการวิเคราะห์: ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี



ในแบบสอบถาม มีคำถาม 3 ข้อที่เป็นการตรวจวัดระดับความกลัวของการติดเชื้อเอชไอวี ในบุคลากรของโรงพยาบาล เราจะเริ่มต้นการวิเคราะห์ด้วยการตรวจดูการกระจายความถี่ของตัวแปรเรื่องความกลัวทั้ง 3 ตัวแปรนี้ก่อน โดยประเมินจากระดับความกังวลที่ผู้ตอบแบบสอบถามระบุมาในแบบสอบถาม ซึ่งทำได้โดยการดูความถี่ของแต่ละตัวแปร ผลการวิเคราะห์ความถี่ตั้งแสดงในตารางแจกแจงความถี่ - ตาราง A

ตาราง A ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ประเทศ X

	ระดับความกังวลที่ระบุโดยผู้ตอบแบบสอบถาม (%)				ไม่ตอบ
	ไม่กังวลเลย	กังวลเล็กน้อย	กังวล	กังวลมาก	
รู้สึกกังวลเมื่อต้องสัมผัสเสื้อผ้า เครื่องนอนหรือสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี	293	144	62	22	12
รู้สึกกังวลเมื่อต้องทำแผลให้ผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี	136	150	130	88	8
กังวลเมื่อต้องเจาะเลือดให้กับผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี	155	186	85	79	16

ขั้นตอนที่สอง เราจะทำการวิเคราะห์ต่อด้วยการทำคำตอบตัวแปรแต่ละตัวให้เป็นคู่ (dichotomize) โดยให้เหลือคำตอบเพียง 2 ลักษณะเท่านั้น คือ กังวล กับ ไม่กังวล (เช่น กังวล=1 และ ไม่กังวล=0) โดยเราจะตัดผู้ที่ไม่ตอบ (missing) ออกไป และจัดกลุ่มระดับของความกังวล (กังวลเล็กน้อย กังวล และกังวลมาก) ให้เหลือเพียงกลุ่มเดียว คือ “กังวล” และคำตอบ “ไม่กังวล” ให้เป็นอีกหนึ่งกลุ่ม การจัดให้คำตอบเป็นตัวแปรคู่ (dichotomous variable) แบบนี้จะช่วยให้เราวัดระดับของความกังวลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างได้ เช่น เมื่อแบ่งกลุ่มแล้ว ตอนนี้เราสามารถรายงานร้อยละของผู้ตอบแบบสอบถามที่ระบุว่า มีความกังวลเมื่อต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวีในลักษณะต่างๆได้



**ตาราง B: ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มบุคลากรในสถานบริการสุขภาพโรงพยาบาล
ประเทศ X**

	ไม่กังวล	กังวล
กังวลเมื่อต้องสัมผัสเสื้อผ้า เครื่อง นอนหรือสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วย ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	293 / 521 = 56.2%	(144+62+22) / 521 = 43.8%
กังวลเมื่อต้องทำแผลให้ผู้ป่วย ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	136 / 504 = 27.0%	(150+130+88) / 504 = 73.0%
กังวลเมื่อต้องเจาะเลือดให้กับผู้ป่วย ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	155 / 505 = 30.7%	(186+85+79) / 505 = 69.3%

ขั้นตอนต่อไป เราอาจสร้างตัวแปรเพื่อเป็นดัชนีชี้วัดระดับความกังวลในภาพรวมของกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว โดยการรวมตัวแปรทั้ง 3 ตัวให้เป็นตัวเดียว ซึ่งทำได้โดยการสร้างตัวแปรแต่ละตัวให้เป็นตัวแปรคู่ (dichotomous variable) ที่มีคำตอบเพียง “กังวล” กับ “ไม่กังวล” เช่น กังวล=1 และไม่กังวล=0 ก่อน (หากยังไม่ได้ทำตามขั้นตอนที่ได้อธิบายไปก่อนหน้านี้)

จากนั้น ให้สร้างตัวแปรใหม่ชื่อ “รู้สึกกลัวแบบใดก็ตามอย่างน้อยหนึ่งแบบ (any fear)” ซึ่งจะได้มาจากคำตอบของตัวแปรคู่ทั้งสามตัวที่สร้างขึ้นไว้ โดยกำหนดว่า หากตอบว่า กังวล เพียงข้อใดข้อหนึ่งใน 3 ข้อนั้น ก็จะนับว่า “กังวล” ในตัวแปรใหม่นี้ ด้วยวิธีการที่เราจัดกลุ่มคนที่มีความกลัวในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง กับคนที่ไม่มี ความกลัวในเรื่องใดๆ เลย เช่นนี้ จะช่วยให้เราสามารถวัดระดับความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีในภาพรวมได้ และสามารถรายงานร้อยละของผู้ที่ระบุว่ามีความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีในรูปแบบใดรูปแบบหนึ่งได้

**ตาราง C: ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/
โรงพยาบาล ประเทศ X**

จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดที่เข้าข่าย (#)	568*
ผู้ที่มีความกลัวในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (# / %)	437 (76.9%)

*ตัวหาร (N) ไม่รวมผู้ที่ไม่ตอบทั้ง 3 ข้อ



เพื่อทำความเข้าใจกับปัจจัยที่ทำให้บุคลากรเหล่านั้นเกิดความกลัว เราจะทำการแบ่งรายละเอียดหรือจำแนกข้อมูลตามตัวแปรที่เราสนใจ โดยในขั้นตอนแรก เราจะ cross tabulate ตัวแปรเกี่ยวกับความกลัวทั้ง 3 ตัว เพื่อดูรูปแบบ (pattern) ของการคำตอบ ตัวอย่างเช่น เราอาจจะประเมินได้ว่าคนๆ เดียวกันจะระบุว่ามีความกังวลในทั้ง 3 ข้อหรือไม่ หากพบว่ามีรูปแบบการตอบแบบนี้ เราก็อาจจะทำการวิเคราะห์ย่อยลงไปอีกสำหรับกลุ่มนี้เพื่อให้เข้าใจองค์ประกอบ (composition) ของกลุ่มนี้มากขึ้น เช่นเดียวกันเราอาจทำการแบ่งกลุ่มความกลัวโดย cross tabulate กับตัวแปรอื่นๆ ได้ด้วย เช่นถ้า cross tabulate ความกลัว กับตัวแปรอื่น เช่น ประเภทของงานที่ทำ หรือการติดต่อพบปะกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อโดยตรง ซึ่งการทำเช่นนี้เราก็จะสามารถประเมินได้ว่า บุคลากรในประเภทงานแบบไหนที่มีแนวโน้มที่จะแสดงความกลัวหรือมีพฤติกรรม การตีตรามากกว่ากัน เป็นต้น

ตาราง D ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ประเทศ X

ลักษณะความกลัว	ประเภทของบุคลากร			
	บุคลากรระดับวิชาชีพ	บุคลากร สหับสนุนที่ไม่ใช่ระดับวิชาชีพ	ไม่ระบุ	รวม
จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมดที่เข้าข่าย (#)	428	128	12	568
ผู้ที่มีความกลัวในเรื่องใดเรื่องหนึ่ง (#/ %)	324 (75.7%)	107 (83.6%)	6 (50.0%)	437 (76.9%)

หากมีข้อมูลเพียงพอที่จะทำได้ แนะนำให้ทำการจัดกลุ่มตัวแปรประเภทของงานที่ทำตามตัวอย่างต่อไปนี้ในการวิเคราะห์ ซึ่งเป็นการจัดกลุ่มที่ใช้ปริมาณงานที่ต้องติดต่อกับผู้ป่วยและโอกาสที่ต้องสัมผัสของเหลวต่างๆ จากร่างกายผู้ป่วย¹² เช่น

1 = การแพทย์ มีโอกาสสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งต่างๆ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล ทันตแพทย์ เจ้าหน้าที่เทคนิคการแพทย์

¹² Stigma And Discrimination In Health Care Facilities: Final MERG-Approved Indicators. Health Policy Project, 2014.



2 = ไม่ใช้การแพทย์ มีโอกาสสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งต่างๆ ได้แก่ พนักงานทำความสะอาด เจ้าหน้าที่ประจำหอผู้ป่วย

3 = การแพทย์ ไม่มีโอกาสสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งต่างๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการทั่วไป เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา

4 = ไม่ใช้การแพทย์ ไม่มีโอกาสสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่งต่างๆ ได้แก่ เจ้าหน้าที่ธุรการ พนักงานรักษาความปลอดภัย

ในลักษณะเดียวกัน เราสามารถ cross tabulate “ความกลัว” กับตัวแปรเกี่ยวกับการได้รับการอบรมเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติ และกับตัวแปรที่ระบุว่าโรงพยาบาลนั้นมีการกำหนดขั้นตอนปฏิบัติเพื่อลดความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อด้วยหรือไม่ ทั้งนี้เพื่อดูความแตกต่างในระดับความกลัวของบุคลากรภายใต้ตัวแปรทั้งสองนี้

วิธีการวิเคราะห์ในลักษณะเดียวกันนี้สามารถใช้ได้กับประเด็นสำคัญของการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่างๆ ดังต่อไปนี้

1. ปัจจัยกระตุ้น (Drivers)

- a. ความกลัวติดเชื้อเอชไอวี
- b. ทักษะติดต่อผู้ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
- c. นโยบายและสิ่งแวดล้อมของโรงพยาบาล

2. การตีตราที่มีการปฏิบัติจริง (Enacted stigma)

- a. การตีตราที่สังเกตเห็น
- b. การใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อที่ไม่มีความจำเป็นกับผู้ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
- c. การตีตราขั้นทุติยภูมิ
- d. ความคิดเห็นเกี่ยวกับกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

การวิเคราะห์สุดท้ายควรเป็นการสร้างตารางที่อธิบายปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เพื่อดูว่าการตีตรานำไปสู่การกระทำที่เลือกปฏิบัติได้อย่างไร และทัศนคติของบุคลากรที่แสดงออกต่อผู้ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างไร



1. ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีของบุคลากร
2. การรายงานว่ามีการใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีความจำเป็นเมื่อต้องให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
3. พฤติกรรมการตีตราของบุคลากรคนอื่นๆ ในโรงพยาบาลที่เขาสังเกตเห็นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- 4.ทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อเพื่อนร่วมงานที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
5. ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อนโยบายของโรงพยาบาล
6. ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อผู้ป่วยที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
7. พฤติกรรมของบุคลากรคนอื่นๆ ในโรงพยาบาลต่อกลุ่มประชากรเฉพาะที่เขาสังเกตเห็นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

การสร้างดัชนีชี้วัดรวมของการตีตราและเลือกปฏิบัติ

การนำเสนอผลการวิเคราะห์ว่าบุคลากรมีความรู้สึกกลัวอย่างน้อยแบบใดแบบหนึ่งใน 3 แบบ ดังที่อธิบายไปแล้วข้างต้นนั้น คือการสร้าง “ดัชนีชี้วัดรวม (composite index)” ของความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มบุคลากรของสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ซึ่งดัชนีชี้วัดรวมนี้ได้รับการแนะนำจากคณะทำงานวิชาการกำหนดตัวชี้วัดของการตีตราและการเลือกปฏิบัติในระดับโลกว่า ควรจะใช้เป็นตัวชี้วัด (indicator) ของสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในเรื่องของความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มบุคลากรของสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล

ดังนั้น ในการติดตามการเปลี่ยนแปลงระดับการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในแต่ละช่วงเวลานั้น การคำนวณหาดัชนีชี้วัดรวมของแต่ละชุดคำถามจึงมีประโยชน์มาก ซึ่งจะใช้วิธีการวิเคราะห์และการนำเสนอในลักษณะเดียวกันกับตัวอย่างที่แสดงไว้ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลเรื่อง “ความกลัวต่อการติดเชื้อเอชไอวี” ข้างต้น



ตารางด้านล่างนี้ แสดงชุดคำถามที่ควรนำมาใช้ในการคำนวณดัชนีชี้วัดรวมของแต่ละหมวดคำถาม เพื่อใช้ในการติดตามระดับการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในช่วงเวลาต่างๆ

หมวดคำถาม ของดัชนีชี้วัดรวม*	ตัวตั้ง (Numerator)	ตัวหาร (Denominator)
1. ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวี คำถามข้อ 5, 6 และ 7	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่แสดงความกังวลในข้อใดข้อหนึ่งจาก 3 ข้อนี้ (กังวล = หมายถึง ตอบว่า กังวลเล็กน้อย กังวล และกังวลมาก รวมกัน)	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามอย่างน้อย 1 ข้อ
2. วิธีการป้องกันการติดเชื้อที่ไม่มี ความจำเป็นเมื่อให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี คำถามข้อ 8.1 และ 8.2	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่รายงานว่ามีการใช้วิธีการป้องกันข้อใดข้อหนึ่งใน 2 ข้อนี้ (ตอบว่า “ใช่” ในข้อใดข้อหนึ่ง)	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามอย่างน้อย 1 ข้อ
3. พฤติกรรมการเลือกปฏิบัติโดยบุคลากรคนอื่น ๆ ที่เขาสังเกตเห็นได้ คำถามข้อ 9.1 และ 9.2	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ระบุว่าเคยสังเกตเห็นพฤติกรรมเชิงลบในข้อใดข้อหนึ่งของชุดคำถามนี้ (เคยสังเกตเห็น = หมายถึง ตอบว่า เห็นหนึ่งหรือสองครั้ง/เห็นหลายครั้ง/ เห็นเป็นประจำ รวมกัน)	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามอย่างน้อย 1 ข้อ
4. ทศนคติของบุคลากรที่มีต่อเพื่อนร่วมงานที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี คำถามข้อ 10	จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามที่ตอบว่า คำถามข้อ 8 ว่า “อี๊ดอ๊ดเล็กน้อย” “อี๊ดอ๊ดพอสมควร” และ “อี๊ดอ๊ดมาก” รวมกัน	จำนวนผู้ตอบคำถามข้อนี้



หมวดคำถาม ของดัชนีชี้วัดรวม*	ตัวตั้ง (Numerator)	ตัวหาร (Denominator)
<p>5. ทศนคติ/ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี</p> <p>คำถามข้อ 15, 16, 17, 18, และ 19</p>	<p>จำนวนคนที่ตอบ “เห็นด้วย” กับคำถาม 15 - 18 ข้อใดข้อหนึ่ง และ “ไม่เห็นด้วย” กับคำถามข้อ 19.</p> <p>(เห็นด้วย = ตอบว่า เห็นด้วยอย่างยิ่ง/ เห็นด้วย รวมกัน และ ไม่เห็นด้วย = ตอบว่า ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง / ไม่เห็นด้วย รวมกัน)</p>	<p>จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามอย่างน้อย 1 ข้อ</p>
<p>6. พฤติกรรมของบุคลากรต่อกลุ่มประชากรหลักที่เขาสังเกตเห็นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา</p> <p>(คำถามข้อ 20 - 24)</p> <p>หมายเหตุ: ดัชนีชี้วัดรวมควรวิเคราะห์แยกกันสำหรับแต่ละกลุ่มประชากร</p>	<p>จำนวนผู้ที่เคยสังเกตเห็นพฤติกรรมไม่เต็มใจให้บริการแก่กลุ่มประชากรหลัก</p> <p>(เคยสังเกตเห็น = ตอบว่า เห็นบางครั้ง/ เห็นบ่อยครั้ง/ เห็นเป็นประจำ รวมกัน)</p>	<p>จำนวนผู้ตอบแบบสอบถามอย่างน้อย 1 ข้อ</p>

*หมวดคำถาม 1, 2, 3, และ 5 ได้รับการแนะนำจากคณะทำงานวิชาการกำหนดตัวชี้วัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในระดับโลก





บทที่ 5: การนำเสนอผลการสำรวจ

วัตถุประสงค์ของการสำรวจสถานการณ์การติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติ คือเพื่อให้ผู้จัดการโครงการและผู้บริหารสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล และบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล สามารถติดตามว่าการดำเนินงานหรือการทำกิจกรรมเพื่อลดการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติที่ผ่านมาได้ส่งผลให้เกิดการลดการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลมากน้อยเพียงใด อย่างไรก็ตามการติดตามและการเลือกปฏิบัติถือเป็นอุปสรรคสำคัญที่ขัดขวางการเข้าถึงบริการของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือผู้ที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ผลการสำรวจจึงควรมีการนำเสนอแบบเป็นขั้นเป็นตอนเพื่อแสดงหลักฐานเชิงประจักษ์ของการลดระดับการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติในช่วงเวลาต่างๆ ได้

ดังที่ได้มีตัวอย่างการนำเสนอในรูปแบบของตารางเพื่อให้เข้าใจสถานการณ์การติดเชื้อและคำอธิบายแล้วในบทที่ 4 (การวิเคราะห์ข้อมูล) การนำเสนอในรูปแบบตารางพร้อมคำอธิบาย อาจถือได้ว่าเพียงพอแล้วสำหรับการอธิบายสถานการณ์การติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติที่เป็นข้อมูลฐาน (baseline) สำหรับสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ในจังหวัดหนึ่งๆ อย่างไรก็ตามเมื่อผ่านไปช่วงเวลาหนึ่ง เราอาจจำเป็นต้องแสดงให้เห็นแนวโน้มการเปลี่ยนแปลงของปัจจัยกระตุ้นให้เกิดการติดเชื้อและพฤติกรรมเลือกปฏิบัติด้วย

ตัวอย่างในบทที่ผ่านมา ในการอธิบายตัวแปรเรื่องความกลัวในส่วนของวิเคราะห์ข้อมูลนั้น เราสามารถนำมาสร้างตารางในลักษณะเดียวกันได้โดยให้มีการกำหนดช่วงเวลาไว้ด้วย เพื่อแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงในช่วงเวลาต่างๆ ที่การสำรวจนี้ได้จัดทำขึ้น ดังตัวอย่างที่แสดงในตาราง E (หน้าถัดไป) จะแสดงให้เห็นการลดลงอย่างเห็นได้ชัดของระดับความกลัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มบุคลากรสุขภาพ แต่จำนวนของบุคลากรที่ระบุว่ามีความกลัวนี้ก็ยังไม่ได้ลดลงจนเป็นศูนย์ดังเป้าหมายของประเทศที่ตั้งไว้ให้เกิดขึ้นภายในปี พ.ศ. 2560

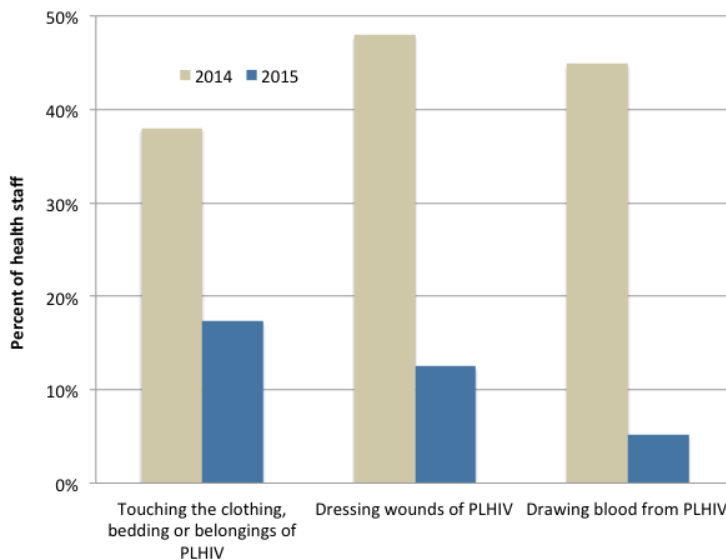


ตาราง E ความถี่การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล
จังหวัด X ปีพ.ศ. 2557 – 2558

	2557	2558
กังวลเมื่อต้องสัมผัสเสื้อผ้า เครื่องนอนหรือสิ่งของ เครื่องใช้ของผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี	38.0%	17.4%
กังวลเมื่อต้องทำแผลให้ผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี	48.0%	12.5%
กังวลเมื่อต้องเจาะเลือดให้กับผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี	44.9%	5.2%

ข้อมูลชุดเดียวกันนี้สามารถนำเสนอได้ในรูปแบบของกราฟด้วยเช่นกัน ดังแสดงตัวอย่าง
ในรูป A

รูป A ร้อยละของบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความกลัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อต้องให้
การดูแลผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวีในการปฏิบัติงานประจำวัน ปีพ.ศ. 2557 – 2558



เช่นเดียวกัน ข้อมูลที่มีการแจกแจงตามประเภทของบุคลากร ก็สามารถนำเสนอโดยให้มี
ช่วงเวลาดำหนดไว้ เพื่อแสดงให้เห็นการเปลี่ยนแปลงที่พบในผลการสำรวจแต่ละรอบด้วย
ตาราง F แสดงตัวอย่างการนำเสนอผลการสำรวจที่ทำขึ้นในปี พ.ศ. 2557 พ.ศ. 2558 และ
พ.ศ. 2559

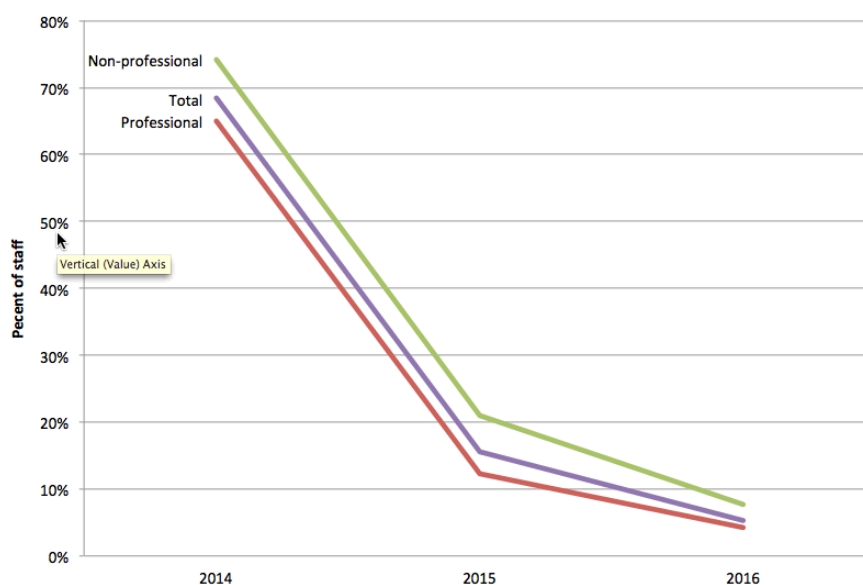


ตาราง F ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล
จังหวัด X

ประเภทของบุคลากร	รายงานว่าการติดเชื้อเอชไอวี		
	2557	2558	2559
บุคลากรระดับวิชาชีพ (n / %)	226 / 65.0%	235 / 12.3%	287 / 4.2 %
บุคลากรที่ไม่ใช่ระดับวิชาชีพ (n / %)	128 / 74.2%	132 / 21.0%	143 / 7.7%
ไม่ระบุ (n / %)	4 / 100%	0 / 0 %	0 / 0 %
รวม (n / %)	358 / 68.4%	367 / 15.5%	430 / 5.3%

การลดระดับลงของความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจะเห็นได้ชัดเจนมากขึ้น หากนำเสนอผล
ในรูปแบบของกราฟ ดังแสดงในรูป B ด้านล่าง

รูป B ร้อยละของบุคลากรด้านสุขภาพที่มีความกลัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อต้องให้
การดูแลผู้ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในการปฏิบัติงานประจำวัน ปีพ.ศ. 2557 – 2558



ดังที่ได้อธิบายไปแล้วในส่วนของ การวิเคราะห์ข้อมูลข้างต้น ผลของการสำรวจสถานการณ์
การตีตราและการเลือกปฏิบัติ 1 ครั้ง หรือหลายๆ ครั้งต่อเนื่องกัน ควรมีการรายงานและ
นำเสนอโดยมีตารางและ/หรือกราฟ ที่แสดงประเด็นที่สำคัญในการสำรวจต่างๆ ดังต่อไปนี้



1. ความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีของบุคลากร
2. การรายงานว่ามีการใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่มีความจำเป็นเมื่อต้องให้บริการแก่ผู้ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
3. พฤติกรรมการตีตราของบุคลากรคนอื่นๆ ในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลที่ผู้ตอบแบบสอบถามสังเกตเห็นในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา
- 4.ทัศนคติของบุคลากรที่มีต่อเพื่อนร่วมงานที่เป็นผู้ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
5. ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อนโยบายของโรงพยาบาล
6. ความคิดเห็นของบุคลากรที่มีต่อผู้ร่วมกับเชื้อเอชไอวี
7. พฤติกรรมของบุคลากรคนอื่นๆ ในโรงพยาบาลต่อกลุ่มประชากรหลักที่สังเกตเห็นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา







ภาคผนวก

ภาคผนวก 1: แนวคิดและคำนิยามสำคัญ

ภาคผนวก 2: เอกสารชี้แจงโครงการ

ภาคผนวก 3: แบบสอบถามบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล

ภาคผนวก 4: ตัวอย่างกำหนดการอบรมที่ผู้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

ภาคผนวก 5: การคำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสำรวจในสถานบริการสุขภาพ/

โรงพยาบาลแต่ละแห่ง

ภาคผนวก 1: แนวคิดและคำนิยามสำคัญ ที่เกี่ยวข้อง

การตีตรา (Stigma): คือกระบวนการทางสังคมที่ไปลดคุณค่าของบุคคล โดยเริ่มจากการทำเครื่องหมายหรือทำสัญลักษณ์ที่แสดงให้เห็นถึงความแตกต่างของบุคคลนั้น ซึ่งอาจนำไปสู่การหลีกเลี่ยง ออกห่าง หรือแยกตัวบุคคลเหล่านั้น และอาจไปจบลงด้วยลักษณะของการเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมต่อพวกเขา

การตีตราที่คาดว่าจะเกิด (Anticipated stigma): คือการคิดขึ้นมาเอง หรือความรู้สึกกลัวต่อทัศนคติหรือท่าทีของคนอื่นในสังคม (เช่น ครอบครัว ชุมชน ผู้ให้บริการสุขภาพ) ถ้าหากพวกเขาทราบถึงสถานะของตนเอง เช่น สถานะการติดเชื้อเอชไอวี หรือพฤติกรรมอื่นๆ ที่อาจถูกตีตรา (เช่นการใช้สารเสพติด)

ประสบการณ์การถูกตีตรา (Experienced stigma): คือรูปแบบของพฤติกรรมตีตราหรือการเลือกปฏิบัติ ซึ่งไม่ใช่สิ่งที่ปฏิบัติได้ตามกฎหมาย เป็นสิ่งที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือคนอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี เช่น สมาชิกในครอบครัว หรือผู้ให้บริการสุขภาพต้องเผชิญ

การตีตราขั้นทุติยภูมิ (Secondary stigma): คือการตีตราที่เกิดขึ้นกับคนที่เกี่ยวข้องกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (เช่น ครอบครัว คู่ครอง เพื่อน หรือผู้ให้บริการสุขภาพ)

การตีตราตนเอง (Internalized stigma): คือการยอมรับตัวเองว่า การตีตราที่เกิดจากภายนอก หรือการตัดสินของสังคมว่าตนมี “สถานะที่ต่ำกว่า” นั้น เป็นเรื่องจริงและถูกต้องแล้ว สะท้อนถึงการลดความภูมิใจในตัวเอง หรือเห็นว่าตัวเองด้อยค่า ประนามตัวเอง และแยกตัวเนื่องจากรู้สึกที่ตัวเองแตกต่างจากคนอื่น

การตีตราซ้ำซ้อน (Compound/Layered/Double stigma): คือการตีตราที่เกิดจากหลายเงื่อนไขในบุคคลเดียวกัน เช่น ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วย (หรือสาวประเภทสอง หรือแรงงานข้ามชาติ หรือพนักงานบริการหรือผู้ใช้ยาเสพติดด้วยการฉีดยา เป็นต้น) ถูกตีตราไม่เฉพาะจากสถานะการติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น แต่เป็นเพราะคนอื่นๆ นั้นมีสถานะอื่นด้วย

การตีตราที่สังเกตเห็น (Observed stigma): คือรูปแบบของการตีตราที่เห็นได้จากการสังเกต เช่น การที่บุคลากรในห้องปฏิบัติการ (ห้องแล็บ) สังเกตเห็นว่า พยาบาลมีการซุบซิบนินทาสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของผู้ป่วย

การเลือกปฏิบัติ (Discrimination): คือการปฏิบัติที่เกิดตามมาจากความคิดหรือทัศนคติตีตรา เช่น ดูแลผู้ป่วยแบบไม่เท่าเทียม หรือไม่ยุติธรรม เมื่อทราบความจริงหรือคิดหรือคาดเดาเอาเองเกี่ยวกับสถานะหรือข้อมูลของคนอื่น (เช่น สถานะการติดเชื้อเอชไอวี หรือการที่คนอื่นๆ นั้นมีความเกี่ยวข้องกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี) การเลือกปฏิบัติมักจะเป็นการกระทำที่สามารถฟ้องร้องหรือเอาผิดทางกฎหมายได้



กลุ่มประชากรหลัก (Key populations): หมายถึงกลุ่มประชากรเฉพาะที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) ผู้ใช้ยาเสพติดด้วยวิธีฉีด (PWID) พนักงานบริการ (SW) สาวประเภทสอง (TG) ซึ่งล้วนแต่ได้รับผลกระทบด้านลบจากการติดเชื้อเอชไอวี

การรักษาความลับ (Confidential): คือการทำให้แน่ใจได้ว่าข้อมูลจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ ไม่มีการแบ่งปันหรือรับรู้โดยบุคคลอื่น มาตรการที่ช่วยในการรักษาความลับได้แก่ การใช้รหัสแทนชื่อในแบบสำรวจ การไม่เก็บหรือไม่บันทึกข้อมูลที่อาจนำไปสู่การเชื่อมโยงถึงตัว (หรือระบุตัวตน) ของผู้ตอบแบบสำรวจได้ และการเก็บข้อมูลทั้งหมดไว้ในที่เก็บที่ได้รับการป้องกันการเข้าถึงโดยใช้กุญแจหรือรหัส (password) ทำให้คนที่ไม่มีส่วนเกี่ยวข้องไม่สามารถเข้าถึงข้อมูลเหล่านี้ได้ การรักษาความลับมีความเกี่ยวข้องกับความรู้สึกเชื่อถือหรือเชื่อมั่นได้ว่า หากเราบอกเรื่องราวบางอย่างที่เป็นส่วนตัวหรือเป็นความลับแก่ใครแล้ว คนๆ นั้นจะไม่บอกข้อมูลนั้นของเราให้กับคนอื่นรู้ โดยไม่ได้รับการอนุญาตหรือความยินยอมจากเราก่อน

การให้ความยินยอม (Consent): คือการอนุญาตหรือตกลงที่จะเข้าร่วมให้ข้อมูล หรือยินยอมที่จะใช้ข้อมูลแก่การสำรวจ โดยแบ่งออกเป็น 2 ลักษณะคือ การให้ความยินยอมเป็นลายลักษณ์อักษร หมายถึงการให้คำยินยอมที่มีการลงนามกำกับ และการให้ความยินยอมด้วยวาจา หมายถึงการอนุญาตด้วยการบอกกล่าวเป็นคำพูด

การให้ความยินยอมด้วยความสมัครใจ (Informed consent): คือ การอนุญาตหรือตกลงโดยสมัครใจ หลังจากได้รับข้อมูลอย่างครบถ้วนแล้วว่าจะเกิดอะไรขึ้นได้บ้าง (เช่น ความเสี่ยงหรือประโยชน์ที่จะได้รับ) ตัวอย่างเช่น หากใครสักคนตัดสินใจว่าต้องการจะตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี คนๆ นั้นควรจะต้องได้รับข้อมูลอย่างรอบด้านทั้งด้านบวกและด้านลบ ที่เขาเข้าใจได้เกี่ยวกับการตรวจเลือดจากผู้ให้คำปรึกษา ซึ่งหลังจากได้ข้อมูลเหล่านั้นแล้ว เขาจึงสามารถตัดสินใจด้วยตัวเองที่จะยินยอม (หรือไม่ยินยอม) ที่จะทำการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ลักษณะเช่นนี้จึงจะเรียกว่าเป็นการให้คำยินยอมด้วยความสมัครใจเมื่อรับทราบข้อมูลครบถ้วน

เช่นเดียวกัน หากท่านเป็นพนักงานสัมภาษณ์ที่รับผิดชอบในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสัมภาษณ์นี้ ท่านจะต้องอธิบายให้ผู้ที่จะมาให้สัมภาษณ์ได้เข้าใจในสิ่งที่เกิดขึ้นทั้งหมดอย่างครบถ้วนทั้งด้านบวกและด้านลบ หากเขาเข้ามามีส่วนร่วมในการตอบแบบสัมภาษณ์นี้ จากนั้นจึงขอให้คนๆ นั้น ตัดสินใจและบอกกับท่านด้วยตัวของเขาเองว่า จะยินยอมเข้าร่วมในการสำรวจนี้หรือไม่ ผู้ที่จะมาตอบแบบสัมภาษณ์ก็ต้องระบุว่า เขาได้รับข้อมูลครบถ้วน และการเข้าร่วมในการสำรวจนี้ถือว่าเป็นไปโดยความสมัครใจของเขาเอง



ภาคผนวก 2: เอกสารชี้แจงโครงการ (ตัวอย่าง)

1) ข้อมูลพื้นฐานของโครงการฯ

- ชื่อโครงการ: การสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพของรัฐ ในพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศไทย
- หน่วยงานผู้ดำเนินการโครงการ: ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค ร่วมกับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด

2) ความเป็นมาและวัตถุประสงค์ของโครงการ

การตีตราเป็นปรากฏการณ์ที่คนจำนวนหนึ่งมีทัศนคติเชิงลบร่วมกันต่อกลุ่มบุคคลที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างออกไปจากตนเอง การตีตราอาจนำไปสู่การปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมต่อผู้ที่ถูกตีตราเรียกว่าการเลือกปฏิบัติ การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานพยาบาลเป็นปัญหาสำคัญ เนื่องจากส่งผลต่อสภาพจิตใจของผู้รับบริการ พฤติกรรมสุขภาพของผู้ที่เกี่ยวข้อง และการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์

โครงการฯ นี้ เป็นการสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ ที่เกิดขึ้น ณ สถานบริการสุขภาพ โดยรวบรวมความคิดเห็นตลอดจนประสบการณ์ของผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพและผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่ใช้บริการสุขภาพ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อได้มาซึ่งข้อมูลการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระบบบริการสุขภาพของประเทศ ซึ่งจะนำไปใช้ในการออกแบบกิจกรรมโครงการเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาต่อไป

3) เพราะเหตุใดท่านจึงได้รับเชิญให้เข้าร่วมโครงการ

ท่านถูกเชิญให้เข้าร่วมโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐที่ให้บริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และถูกสุ่มให้เป็นตัวแทนของสถานพยาบาลแห่งนี้ในการให้ข้อมูลที่เกี่ยวข้อง

4) ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับจากโครงการ

ท่านจะยังไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากการเข้าร่วมงานวิจัยนี้ในขณะนี้ แต่อาจได้ประโยชน์จากการปรับปรุงบริการสุขภาพที่จะช่วยให้การตีตราและเลือกปฏิบัติน้อยลงในอนาคต



5) สถานที่และจำนวนผู้เข้าร่วมให้ข้อมูลในการสำรวจครั้งนี้

โครงการฯ นี้ เก็บรวบรวมข้อมูลใน 2 กลุ่ม คือผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ ใน 12 จังหวัดที่เป็นตัวแทนเขตบริการสุขภาพ และกรุงเทพมหานคร รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้นประมาณ 4,000 คน

6) หากท่านเข้าร่วมโครงการฯ ครั้งนี้ท่านจะต้องปฏิบัติอย่างไรบ้าง

หากท่านตกลงยินดีเข้าร่วมโครงการฯ นี้ ท่านจะตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในประเด็นที่เกี่ยวกับความกังวลต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการทำงาน การใช้เครื่องป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างการปฏิบัติงาน ประสบการณ์ในการพบเห็นการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาล นโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวข้องกับเรื่องนี้ และความคิดเห็นต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและประชากรกลุ่มต่างๆ ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี

7) ระยะเวลาที่ใช้ในการร่วมโครงการฯ

ระยะเวลาทั้งสิ้นที่ท่านต้องใช้ในการร่วมโครงการฯ นี้คือประมาณ 20 นาที

8) ความเสี่ยงต่ออันตรายหรือความไม่สบายที่อาจได้รับจากการเข้าร่วมโครงการฯ และวิธีการป้องกัน/แก้ไขที่ผู้ดำเนินการสำรวจเตรียมไว้หากมีเหตุการณ์ดังกล่าวเกิดขึ้น

เนื่องจากท่านต้องให้ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี นโยบายของหน่วยงาน และการพบเห็นการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาลแห่งนี้ ซึ่งเป็นการให้ข้อมูลด้านลบ จึงอาจทำให้ท่านรู้สึกไม่สบายใจได้ หรือในแบบสอบถามอาจมีข้อความที่ท่านไม่อยากจะตอบ ท่านสามารถข้ามคำถามข้อนั้นได้ อย่างไรก็ตามจะไม่มี การบันทึกชื่อของท่านในแบบสอบถามที่ท่านตอบ ข้อมูลทุกอย่างจะไม่สามารถเชื่อมโยงมายังตัวท่าน และจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ

9) ค่าใช้จ่ายและค่าตอบแทนของผู้เข้าร่วมโครงการฯ

ผู้เข้าร่วมโครงการฯ ไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายใดๆ และจะไม่ได้รับค่าตอบแทนใดๆ

10) การนำข้อมูลที่ได้จากโครงการฯ นี้ไปใช้ประโยชน์

ผลการสำรวจจะเผยแพร่เฉพาะภาพรวมในระดับจังหวัด และระดับประเทศ เพื่อประโยชน์ในเชิงวิชาการเท่านั้น



ภาคผนวก 3: แบบสอบถามบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล

รหัส.....

วันที่ตอบแบบสอบถาม: ____ / ____ / ____

ส่วนที่ 1: ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

1. ปัจจุบันท่านอายุ.....ปี
2. เพศของท่านคือ
 1. ชาย 2. หญิง
3. ตำแหน่งงานของท่านในปัจจุบันคือ (โปรดระบุเพียงข้อเดียว)

<input type="checkbox"/> 1. แพทย์	<input type="checkbox"/> 11. ผู้ช่วยทันตแพทย์
<input type="checkbox"/> 2. ทันตแพทย์	<input type="checkbox"/> 12. เจ้าหน้าที่เวชระเบียน
<input type="checkbox"/> 3. เภสัชกร	<input type="checkbox"/> 13. พนักงานเปล
<input type="checkbox"/> 4. พยาบาล	<input type="checkbox"/> 14. ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย
<input type="checkbox"/> 5. นักเทคนิคการแพทย์ห้องปฏิบัติการ	<input type="checkbox"/> 15. เจ้าหน้าที่ให้สุขศึกษา
<input type="checkbox"/> 6. ผู้ช่วยพยาบาล	<input type="checkbox"/> 16. เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา
<input type="checkbox"/> 7. พนักงานเก็บเงิน	<input type="checkbox"/> 17. พนักงานทำความสะอาด
<input type="checkbox"/> 8. พนักงานต้อนรับ	<input type="checkbox"/> 18. เจ้าหน้าที่ศูนย์องค์กรวม/จิตอาสา/แกนนำผู้เข้าร่วมกับ เชื้อเอชไอวี
<input type="checkbox"/> 9. เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์	<input type="checkbox"/> 19. อื่นๆ (โปรดระบุ).....
<input type="checkbox"/> 10. พนักงานเสิร์ฟอาหารให้ผู้ป่วย	
4. งานของท่านในปัจจุบัน เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์โดยตรงหรือไม่?
 1. เกี่ยวข้องโดยตรง (โปรดเลือกงานของท่านด้านล่าง, เลือกได้หลายข้อ)

<input type="checkbox"/> 1. ผู้ให้คำปรึกษาเรื่องโรคเอดส์
<input type="checkbox"/> 2. คลินิกยาต้านไวรัส
<input type="checkbox"/> 3. คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
<input type="checkbox"/> 4. คลินิกฝากครรภ์
<input type="checkbox"/> 5. คลินิกวัณโรค
2. ไม่เกี่ยวข้องโดยตรง



ส่วนที่ 2: การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพ

5. เมื่อมีเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่าน ท่านรู้สึกกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด

เหตุการณ์	ไม่กังวล	กังวลบ้างเล็กน้อย	กังวลพอสมควร	กังวลมาก	ไม่เคยทำกิจกรรมนี้
5.1 หยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 99
5.2 ทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 99
5.3 เจาะเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 99

6. ท่านมักจะทำสิ่งต่อไปนี้ เมื่อต้องให้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

เหตุการณ์	ใช่	ไม่ใช่	ไม่เคยดูแลผู้ติดเชื้อ/ไม่เกี่ยวข้อง
6.1 สวมถุงมือสองชั้น	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 99
6.2 ใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษ ซึ่งจะไม่ทำเช่นนี้กับผู้ป่วยรายอื่นๆ	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 99

ส่วนที่ 3: สิ่งแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพ

7. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเห็นเหตุการณ์ต่อไปนี้ในสถานพยาบาลแห่งนี้ บ่อยครั้งเพียงใด

เหตุการณ์	ไม่เคยเห็น	เห็นบางครั้ง	เห็นบ่อยครั้ง	เห็นเป็นประจำ
7.1 เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
7.2 เจ้าหน้าที่ให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ด้วยคุณภาพที่ต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

8. ในความคิดเห็นของท่าน บุคลากรในสถานพยาบาลแห่งนี้มีความรู้สึกอึดอัด/ลำบากใจ ที่จะทำงานร่วมกับบุคลากรที่ติดเชื้อเอชไอวี มากน้อยเพียงใด

1 ไม่อึดอัด 2 อึดอัดเล็กน้อย 3 อึดอัด 4 อึดอัดมาก



ส่วนที่ 4: นโยบายของหน่วยงาน

9. สถานพยาบาลแห่งนี้ไม่ยอมรับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยที่ผู้รับบริการไม่รู้หรือไม่ยินยอม
- 1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 เห็นด้วย 3 ไม่เห็นด้วย 4 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
10. ท่านอาจจะมีปัญหาหรือได้รับผลกระทบต่อการทำงาน (เช่น ถูกตำหนิ หรือถูกกล่าวหาว่าตักเตือน) หากท่านเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์
- 1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 เห็นด้วย 3 ไม่เห็นด้วย 4 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
11. สถานพยาบาลแห่งนี้มีอุปกรณ์หรือเครื่องใช้เพียงพอที่จะลดความเสี่ยงของท่านต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติหน้าที่
- 1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 เห็นด้วย 3 ไม่เห็นด้วย 4 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง
12. สถานพยาบาลแห่งนี้มีระเบียบวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษร ในการป้องกันการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์
- 1 มี 0 ไม่มี 99 ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 5: ความคิดเห็นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

13. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับประโยคต่อไปนี้

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็นด้วย	ไม่เห็น ด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
13.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ ไม่สนใจว่าเขาอาจจะแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีให้คนอื่นได้	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีความรู้สึกอายต่อสถานะการติดเชื้อของตัวเอง	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13.3 คนเราติดเชื้อเอชไอวีเพราะขาดความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4
13.4 ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการทำหมันแม้ว่าเธอจะต้องการหรือไม่ก็ตาม	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3	<input type="checkbox"/> 4

14. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับประโยคต่อไปนี้ "ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ ถ้าต้องการ"

1 เห็นด้วยอย่างยิ่ง 2 เห็นด้วย 3 ไม่เห็นด้วย 4 ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง



ส่วนที่ 6: ประเด็นที่เกี่ยวข้องกับประชากรที่ได้รับผลกระทบ โดยไม่คำนึงถึงสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี

15. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือดูแล ผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็น บุคคลกลุ่มเหล่านี้หรือไม่

กลุ่ม	ไม่เคยเห็น	เห็นหนึ่งหรือสองครั้ง	เห็นบ่อยครั้ง	เห็นเป็นประจำ
15.1 เกย์	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.2 สาวประเภทสอง	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.3 พนักงานบริการทางเพศ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.4 ผู้ใช้ยาเสพติด	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3
15.5 แรงงานข้ามชาติ	<input type="checkbox"/> 0	<input type="checkbox"/> 1	<input type="checkbox"/> 2	<input type="checkbox"/> 3

16. ตั้งแต่ท่านเริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่งหรือหน้าที่ที่ท่านรับผิดชอบอยู่ ณ ปัจจุบันนี้ ท่านเคยได้รับการอบรมเรื่องการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติหรือไม่

1 เคย 0 ไม่เคย 99 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

หมายเหตุ : คำถามข้อที่ 17 ข้างล่าง จะใช้ในกรณีที่มีการดำเนินกิจกรรม (มีintervention) แล้ว และมีการประเมินหลัง การให้ intervention จะใช้ข้อคำถามในข้อ 17 นี้แทนข้อ 16 เดิม

17. [ประเมินหลังมี Intervention]:

17.1 ตั้งแต่ท่านเริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่งหรือหน้าที่ที่ท่านรับผิดชอบอยู่ ณ ปัจจุบันนี้ ท่านเคยได้รับการอบรม เรื่องการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติหรือไม่

1 เคย 0 ไม่เคย 99 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

17.2 ท่านเคยเข้ารับการอบรมในเรื่อง [ชื่อการอบรมเพื่อลดการตีตราและเรื่องปฏิบัติ] หรือไม่

1 เคย 0 ไม่เคย 99 ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ



ภาคผนวก 4: ตัวอย่างกำหนดการอบรมที่ผู้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม

เวลา	กิจกรรม	หมายเหตุ
8.30 น.	เปิดประชุม กล่าวต้อนรับ แนะนำ ทบทวนวัตถุประสงค์และกำหนดการอบรม และชี้แจงการบริหารจัดการทั้งหมด	
9.00 น.	สิทธิมนุษยชนและบริการสุขภาพ แนวคิดและค่านิยมที่สำคัญเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ การตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับเอชไอวี	ตัวแทนจากกลุ่มองค์กรชุมชน
10.00 น.	พัก	
10.30 น.	การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวี: ตรวจสอบทัศนคติและความเชื่อ	ตัวแทนจากกลุ่มองค์กรชุมชน
11:30 น.	การขอคำยินยอม การรักษาความลับ และการออกรหัสแบบสอบถาม	
12.00 น.	การสุ่มตัวอย่าง และการสุ่มเลือกผู้ตอบแบบสอบถาม	
12.30 น.	พักรับประทานอาหารกลางวัน	
13.30 น.	แนะนำแบบสอบถามแบบตอบด้วยตัวเองสำหรับการสำรวจสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล	ภาพรวม และแนะนำเป็นส่วนๆ
14.00 น.	ผู้รับการอบรมทดลองตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง	
14.30 น.	พัก	
15.00 น.	อภิปราย และทบทวนแบบสอบถาม (ถาม-ตอบ)	
16.00 น.	สรุปเรื่องกระบวนการขอคำยินยอมและการออกรหัสกำหนดการเก็บข้อมูล	
16.30 น.	การมอบหมายงานและขั้นต่อไป ถาม-ตอบ สรุป	ตัวแทนกลุ่มสรุป
17.00 น.	ปิดการอบรม	



ภาคผนวก 5: การคำนวณกลุ่มตัวอย่างสำหรับการสำรวจในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลแต่ละแห่ง

จะเห็นว่า คู่มือนี้ให้แนวทางในการดำเนินการสำรวจเพื่อติดตามสถานการณ์ด้านการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลในระดับจังหวัด โดยให้แนวทางในการสุ่มตัวอย่างจากสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลทุกแห่งรวมกัน เพื่อให้เป็นตัวแทนของสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในระดับจังหวัดได้ อย่างไรก็ตามแต่ละสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลสามารถทำการสำรวจบุคลากรในโรงพยาบาลของตนเองได้ เพื่อใช้เป็นข้อมูลในการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติภายในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลของตนเองโดยเฉพาะ หรือติดตามผลการดำเนินงานเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติของหน่วยงานตนเองได้ โดยใช้วิธีการคำนวณกลุ่มตัวอย่างที่คล้ายคลึงกับการสำรวจในระดับจังหวัดได้ โดยมีวิธีการดังนี้

จำนวนบุคลากรในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลหนึ่งแห่งที่จะดำเนินการสำรวจสถานการณ์เป็นการเฉพาะของตนเอง จะขึ้นอยู่กับปัจจัยดังต่อไปนี้

- จำนวนบุคลากรทั้งหมดในโรงพยาบาล
- ระดับความชุกของสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเชื้อเอชไอวีเอดส์จากการคาดคะเน (ข้อมูลจากการสำรวจที่ผ่านมา)
- ความคลาดเคลื่อนของระดับการตีตราและการเลือกปฏิบัติจากการสำรวจ
- การประมาณการความถูกต้องสมบูรณ์ของข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถามทั้งหมด

อันดับแรก เราต้องมีจำนวนบุคลากรทั้งหมดโรงพยาบาลแห่งนั้นเพื่อใช้ในการคำนวณ สมมุติว่ามีบุคลากรทางการแพทย์และไม่ใช่ทางการแพทย์ในโรงพยาบาลนั้น รวมทั้งหมด 100 คน จากนั้นเราจะใช้ระดับความชุกของสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเชื้อเอชไอวีเอดส์ จากผลการสำรวจนัร่องที่ผ่านมาในจังหวัดกรุงเทพฯ และเชียงใหม่ เมื่อปี พ.ศ. 2557 มาใช้ในการคำนวณ ซึ่งจากการศึกษานั้น พบว่าบุคลากรบริการสุขภาพแสดงออกถึงความกลัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีในการปฏิบัติงานปกติและจากการสัมผัสกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีอยู่ที่ระดับความชุก 65.6% และการสำรวจนี้เราต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างที่มากพอที่จะวัดระดับความเปลี่ยนแปลงที่มีนัยยะสำคัญทางสถิติ 10% จากระดับสถานการณ์ด้านการตีตราที่คาดประมาณไว้

ดังนั้น ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการสำหรับการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลแห่งนั้น จะคำนวณโดยใช้สูตรต่อไปนี้:

$$n = \frac{Z^2 P(1-P)}{D^2}$$



โดย:

$$Z = 1.96 \text{ (ค่าความเชื่อมั่นที่ระดับ 95\%)}$$

$P =$ ระดับความซุกของสถานการณ์จากการคาดคะเน (ผลการวิจัยที่ผ่านมา)

$$D = .5 * \text{ค่าความเชื่อมั่น (ค่าความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้)}$$

ต่อไปนี้เป็นตัวอย่างวิธีการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง โดยการคำนวณจะใช้สมมุติฐานต่อไปนี้:

- จำนวนบุคลากรในโรงพยาบาลนี้มีทั้งหมด 100 คน
- ระดับความซุกของความกลัวต่อการติดเชื้อเอชไอวีของบุคลากรบริการสุขภาพคิดเป็น 65.6% จากการสำรวจนาร่องสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่ผ่านมาในโรงพยาบาลในจังหวัดกรุงเทพฯ และเชียงใหม่ปีพ.ศ. 2557
- ประมาณค่าความคลาดเคลื่อนของการประเมินสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติไว้ที่ +/- 10%

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 1.96(0.656(1-0.656))}{(10\%)^2}$$

$$n = \frac{.8669}{.001} = 87$$

หากเราสุ่มตัวอย่างจากประชากรขนาดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการ คือ 87 คน สำหรับโรงพยาบาลนี้ แต่เพราะเรามีประชากรที่ขนาดจำกัดมาก ๆ ในการนำมาสุ่มตัวอย่าง (มีบุคลากรทั้งหมดในหนึ่งโรงพยาบาลเพียง 100 คนเท่านั้น) เราจึงจำเป็นต้องปรับขนาดกลุ่มตัวอย่าง ซึ่งสูตรสำหรับการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างข้างต้นจะใช้สำหรับกลุ่มประชากรขนาดใหญ่เท่านั้น สำหรับประชากรที่ขนาดจำกัด n จะปรับโดยใช้ค่าปัจจัยแก้ไขของประชากรจำกัดจำนวน (finite population correction factor) ดังนี้:

$$n = \frac{n}{1 + (n / \text{Population})}$$

$$n = \frac{87}{1 + (87 / 100)} = 46$$

ดังนั้น กลุ่มตัวอย่างที่ต้องการสำหรับโรงพยาบาลนี้จึงเท่ากับ 46 คน



นอกจากนี้ เรายังจะต้องมีการปรับค่าบางอย่างอีกเป็นครั้งสุดท้าย เนื่องจากแบบสอบถามจะเป็นการตอบด้วยตัวเอง กล่าวคือ ผู้ตอบแบบสอบถามจะอ่านและเลือกคำตอบในแบบสอบถามในรูปแบบกระดาษหรือในเครื่องแท็บเล็ต ดังนั้น จึงมีความเป็นไปได้ว่าผู้ตอบแบบสอบถามบางคนอาจจะมีข้อผิดพลาดหรือไม่ได้ตอบครบทุกข้อคำถาม ซึ่งบางครั้งเราอาจตรวจพบข้อผิดพลาดหรือความไม่ครบถ้วนแล้วทำการแก้ไขได้ แต่บางครั้งก็อาจจะทำไม่ได้ ดังนั้น เราจึงควรตั้งสมมุติฐานหรือประมาณการนี้ไว้ว่า แบบสอบถามที่ได้จากการสำรวจนี้อาจจะเกิดความผิดพลาดหรือไม่ครบถ้วนได้ร้อยละ 10 ที่ไม่สามารถนำมาใช้วิเคราะห์ข้อมูลได้ เหลืออีกร้อยละ 90 ที่จะใช้ในการวิเคราะห์

$$n = \frac{n}{\text{completion rate}}$$

$$n = \frac{46}{90\%} = 51$$

เมื่อตั้งสมมุติฐานไว้แล้วว่า แบบสอบถามที่ตอบด้วยตัวเองนี้จะใช้ได้ร้อยละ 90 เราจึงต้องการกลุ่มตัวอย่างทั้งสิ้นอย่างน้อย 51 คนที่จะรับเข้าร่วมในการสำรวจของโรงพยาบาลนี้ ดังนั้น เพื่อให้แน่ใจว่าเราจะเก็บข้อมูลได้เพียงพอ สำหรับการสำรวจในโรงพยาบาลนี้ เราจึงควรทำการเก็บข้อมูลจากบุคลากรของโรงพยาบาลนี้ทั้งหมด 55-60 คน

สำหรับกระบวนการคัดเลือกผู้ตอบแบบสอบถามในแต่ละสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล ใช้วิธีเดียวกับที่อธิบายไว้ใน ส่วนที่ 3 ของบทที่ 2 และหากการสำรวจของสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลนี้ในครั้งนี้นำพร้อมกันไปโดยเป็นส่วนหนึ่งของการสำรวจของทั้งจังหวัด ให้ตัดข้อมูลเฉพาะของบุคลากรที่มีรายชื่อถูกสุ่มเป็นลำดับแรกๆ เท่ากับจำนวนขนาดตัวอย่างของโรงพยาบาล นำส่งให้จังหวัดเพื่อนำไปรวมกับข้อมูลของโรงพยาบาลอื่นๆ วิเคราะห์ภาพรวมของทั้งจังหวัด



