

การสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ปี พ.ศ. 2561



สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่



การสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในสถานบริการสุขภาพภาครัฐ ปี พ.ศ. 2561

จัดทำโดย

*สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คณะผู้จัดทำ

นางพรทิพย์ เข้มเงิน

ร.ศ.นพ.เกรียงไกร ศรีธวัช

นายจรัญ เชื้อเย็น

นางสาวนันท์วรรณ วงษ์ทิพย์

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

คำนำ

โครงการ “ประเมินและสนับสนุนกลไกระดับเขตในการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ ในพื้นที่เร่งรัดและพื้นที่ที่สนใจ” มีขึ้นเพื่อทราบและติดตามสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวข้องกับเอชไอวีและประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในบริบทของสถานบริการสุขภาพ รายงานฉบับนี้เป็นผลการสำรวจในปี พ.ศ. 2561 ซึ่งเป็นการดำเนินการต่อเนื่องจากการดำเนินการในปี พ.ศ. 2560 โดยในปีนี้มีเป็นการสำรวจตามความสนใจและความสมัครใจของจังหวัด โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากอาสาสมัคร 2 กลุ่มคือ ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ผู้ศึกษาขอขอบคุณ คุณจรรย์ เชื้อเย็น โปรแกรมเมอร์ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ช่วยบริหารจัดการข้อมูล พัฒนาโปรแกรมการเก็บข้อมูล online โปรแกรมติดตามการสำรวจและการแสดงผลการสำรวจ ขอขอบคุณผู้บริหาร และคณะบุคลากรจากหน่วยงานทั้งในส่วนกลาง ได้แก่ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค หน่วยงานระดับเขตได้แก่สำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดที่ทำการสำรวจทั้ง 8 จังหวัด รวมถึงขอขอบคุณอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่มคือ ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพ และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทุกคนที่ได้สละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ต่อการสำรวจครั้งนี้

ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับสมบูรณ์ โครงการ “การสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของรัฐ ปี พ.ศ. 2561” ฉบับนี้ จะมีส่วนช่วยในการนำเสนอภาพของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและข้อมูลสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานพยาบาลทั้งระดับประเทศและระดับจังหวัด และได้นำไปใช้ในการพัฒนาหลักสูตรในการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าวตลอดจนพัฒนาระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องของประเทศอย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต

รศ.นพ.เกรียงไกร ศรีธวัช

พฤษภาคม 2562

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	2
สารบัญ	4
สารบัญตาราง	5
บทที่ 1 บทนำ	6
บทที่ 2 วิธีการศึกษา	9
บทที่ 3 ผลการศึกษา	16
บทที่ 4 อภิปรายผลการศึกษา	28

สารบัญตาราง

	หน้า	
ตารางที่ ๓.๑.๑	จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพที่ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามพื้นที่ ที่ทำการสำรวจและประเภทของบุคลากรสายวิชาชีพด้านการแพทย์	16
ตารางที่ ๓.๑.๒	การกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	17
ตารางที่ ๓.๑.๓	การป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์	17
ตารางที่ ๓.๑.๔	การสังเกตเห็นพฤติกรรมทางเลือกปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงาน ในระหว่างการให้บริการผู้อยู่ ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	18
ตารางที่ ๓.๑.๕	ความรู้สึกอึดอัด/ลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวี	19
ตารางที่ ๓.๑.๖	นโยบายของหน่วยงานเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นด้านเอชไอวี/เอดส์	19
ตารางที่ ๓.๑.๗	ทัศนคติด้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	20
ตารางที่ ๓.๑.๘	การสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการ หรือให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่า เป็นกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	21
ตารางที่ ๓.๒.๑	จำนวนและร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามพื้นที่	22
ตารางที่ ๓.๒.๒	จำนวนและร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตาม ข้อมูลพื้นฐาน	22
ตารางที่ ๓.๒.๓	การหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการช้า ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา	23
ตารางที่ ๓.๒.๔	การเคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจาก เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา	24
ตารางที่ ๓.๒.๕	การเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา	25
ตารางที่ ๓.๒.๖	การเคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา	25
ตารางที่ ๓.๒.๗	ความมั่นใจเกี่ยวกับสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีว่าจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ	26
ตารางที่ ๓.๒.๘	การเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ เพราะการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง ๑๒ เดือนที่ผ่านมา	27

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

มีข้อมูลทางวิชาการระบุตรงกันว่า การตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ (HIV-related stigma and discrimination, HIV-related S&D) เป็นปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาสังคมที่เกิดขึ้นทั่วโลก และเป็นอุปสรรคต่อการยุติปัญหาเอดส์ตามแนวทาง RRTR (Reach&Recruit, Test, Treat, Retain) เนื่องจากการคาดการณ์ว่าจะถูกตีตราและเลือกปฏิบัติหากทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ทำให้หลีกเลี่ยงไม่ต้องการรับความรู้หรือบริการเชิงรุกต่าง ๆ ส่งผลให้การเข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสถานะภาพการติดเชื้อ การรับการรักษาและการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องลดลง เป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การป้องกันและแก้ไขปัญหามาเอดส์ในปัจจุบันยังไม่บรรลุผลสำเร็จเท่าที่ควร นอกจากนี้การตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ยังเป็นการละเมิดสิทธิของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนผู้ได้รับผลกระทบอื่นๆ อีกด้วย

ผลการศึกษาเพื่อประเมินการโต้ตอบต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2550-2554 ชี้ให้เห็นว่าการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ยังคงเป็นเรื่องที่ถูกละเลยและต้องการแก้ไขปรับปรุง นอกจากนี้แม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมการรักษาที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในประเทศไทย โดยเป็นการให้บริการฟรีไม่เสียค่าใช้จ่ายมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 แต่ก็ยังมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จำนวนมาก และระดับ CD4 เฉลี่ยเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษายังต่ำ ซึ่งการตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ถูกมองว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้อัตราการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีต่ำ การเข้าสู่การรักษาเอชไอวีล่าช้า และการคงอยู่ในกระบวนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต่ำ และเพื่อเป็นการแก้ปัญหานี้ ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ฯ เอดส์ชาติ พ.ศ. 2557-2559 มีวิสัยทัศน์ที่มุ่งสู่ 3 ศูนย์ ได้แก่การลดการติดเชื้อรายใหม่ ลดการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ โดยกำหนดให้การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติดำเนินการควบคู่กันไปกับการรณรงค์สร้างกลไกเพื่อการคุ้มครองสิทธิ เป็นมาตรการสำคัญที่บรรจุอยู่ในแผนปฏิบัติงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2560-2562 ด้วยโดยทั้งสามเป้าหมายได้มีการกำหนดกรอบการติดตามการดำเนินงานและตัวชี้วัดไว้แล้ว สำหรับสองเป้าหมายแรกมีการพัฒนาระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่จะช่วยให้ทราบถึงความก้าวหน้าและความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมไว้อย่างครบถ้วนแล้ว อย่างไรก็ตามสำหรับเป้าหมายที่ 3 คือการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติซึ่งเป็นเรื่องใหม่สำหรับประเทศไทยนั้น ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลข้อเสนอแนะที่จะทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวทั้งในระดับประเทศ และพื้นที่ อย่างเป็นระบบ

ระบบข้อมูลข้อสนเทศเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นในการกำหนดนโยบายและวางแผนกลยุทธ์เพื่อลดปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ มีหลายด้าน ได้แก่

- 1) ทักษะคติของประชาชนทั่วไปต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์
- 2) ประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สตรีประภทสอง ผู้ให้บริการทางเพศ ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และแรงงานข้ามชาติ)
- 3) การตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อในชุมชน และ
- 4) การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

โดยการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวข้องเฉพาะข้อ 4 คือ การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพเท่านั้น สำหรับระบบข้อมูลข้อสนเทศ 3 ด้านแรก มีการพัฒนาเครื่องมือและระบบในการจัดเก็บข้อมูลต่างหากซึ่งได้ดำเนินการแล้ว

แม้ว่าการตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ จะสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกที่แต่การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่มีความสำคัญ ส่งผลกระทบรุนแรง และเป็นเป้าหมายแรกๆ ที่ต้องเข้าใจและเข้าไปจัดการป้องกันแก้ไข คือการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากสถานบริการสุขภาพเป็นสถานที่ที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ต้องเข้าไปรับองค์ความรู้และบริการสุขภาพที่จำเป็น ตั้งแต่การรับบริการปรึกษาและตรวจเลือดเพื่อทราบสถานะของการติดเชื้อ ซึ่งในผู้ที่ผลเลือดเป็นลบจะได้รับชุดบริการป้องกันการติดเชื้อแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการแต่ละราย และสำหรับผู้ผลเลือดเป็นบวกจะได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อและการดำเนินโรคและมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ซึ่งจะนำไปสู่การเข้าสู่กระบวนการรักษาต่างๆอย่างทันที่ทั้งที่และรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตาม มีหลักฐานทางวิชาการจำนวนมากที่ระบุว่าการวิตกกังวลล่วงหน้าว่าจะถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติจากสังคมหากทราบผลเลือดว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีเป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้พวกเขาไม่ไปรับบริการที่สถานพยาบาล ตัวอย่างเช่น การศึกษาในประเทศเวเนซุเอล่าพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการชำระบุญอุปสรรคที่สำคัญสองประการที่ทำให้พวกเขาไม่เข้ามารับการวินิจฉัยโรคเกี่ยวข้องในเวลาที่เหมาะสมคือ ความกลัวการถูกตีตราที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและความกลัวการถูกเปิดเผยความลับของผลเลือด การศึกษาในประเทศบอสวานาพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสระบุว่า พวกเขาเข้ารับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีล่าช้าเพราะกลัวการถูกตีตรา และหญิงตั้งครรภ์ในประเทศเคนยาระบุว่า ความรู้สึกกลัวการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี กลัวการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีต่อคนอื่น ๆ (เช่น คู่ครอง) โดยที่เขามิยินยอม และการตีตราอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกัเอชไอวี เป็นเหตุผลที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านั้นหลีกเลี่ยงที่จะไปคลอดบุตรในสถานบริการสุขภาพ

แม้จะมีความตระหนักถึงความสำคัญของการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพและมีการศึกษาเกิดขึ้นอย่างหลากหลายทั่วโลก ซึ่งส่งผลให้มีความก้าวหน้าในการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือและรูปแบบในการทำกิจกรรมหลายอย่างเพื่อลดการตีตราในสถานบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตาม การดำเนินการแก้ไขปัญหานั้นยังเป็นไปอย่างล่าช้า ไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างกว้างขวาง และไม่

มีความต่อเนื่อง ซึ่งสาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือการขาดเครื่องมือที่สิ้นกระชับและได้มาตรฐานในการสำรวจ สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงานติดตามเฝ้าระวัง สถานการณ์การตีตราในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นไปอย่างเป็นระบบ และสามารถเปรียบเทียบ ข้อมูลกันในแต่ละช่วงเวลาทำการสำรวจ ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบจ.) ได้ร่วมกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และภาคีเครือข่ายการดำเนินงานเรื่องเอดส์ภายในประเทศ ภายใต้การสนับสนุนการ ดำเนินงานจากองค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) และองค์กรด้านเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) จึงได้ทำการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพขึ้นในปี 2557 ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ชุดที่หนึ่งเป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วย ตัวเองที่ใช้สำรวจในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ และชุดที่สองเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้สำรวจในกลุ่มผู้อยู่ ร่วมกับเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เครื่องมือทั้งสองชุดนี้ครอบคลุมประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งจะวัดการตีตราที่เกิดขึ้นจริงในลักษณะต่างๆ รวมทั้งปัจจัยผลักดันให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในสถานบริการสุขภาพ

ต่อมาในปี พ.ศ. 2558 เพื่อเป็นการดำเนินการต่อเนื่องและใช้ประโยชน์แบบสอบถามที่เป็นผลผลิตของ โครงการพัฒนาพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ดังกล่าว ศบจ. ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบในการวางระบบติดตามประเมินผลด้านเอชไอวี/เอดส์ของ ประเทศ จึงได้มีดำริที่จะพัฒนาระบบเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เฉพาะพื้นที่ขึ้น โดยได้ขอความร่วมมือจากนักวิชาการของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และ IHPP ซึ่งมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวข้างต้น มาเป็นผู้ประสาน ดำเนินการและที่ปรึกษาทางวิชาการให้กับโครงการ ซึ่งต่อมาได้มีการเลือกจังหวัดจำนวนทั้งสิ้น 5 จังหวัด ได้แก่ เชียงราย อุดรธานี นครราชสีมา ชลบุรี และสงขลา ให้เป็นตัวแทนแต่ละภูมิภาคของประเทศในการพัฒนา ให้เป็นจังหวัดเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ในระยะยาว โดยทำการสำรวจรอบที่ 1 ใน 5 จังหวัดนี้ในปี 2558 สำหรับการสำรวจรอบที่ 2 ซึ่งดำเนินการในปี พ.ศ. 2560 นอกเหนือจากพื้นที่เฝ้าระวังเดิม 5 จังหวัดแล้ว ได้มีการเพิ่ม พื้นที่จากเขตสุขภาพที่เหลืออีกเขตสุขภาพละหนึ่งจังหวัดจำนวน 7 จังหวัด และได้เชิญกรุงเทพมหานครให้ เข้าร่วมเป็นพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศด้วย จึงทำให้การสำรวจรอบนี้มีทั้งหมด 13 พื้นที่ โดยคาดหวังว่าข้อมูล จากทั้ง 13 พื้นที่ เมื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกันแล้วจะสามารถบอกสถานการณ์และแนวโน้มในภาพรวมประเทศได้ และประเทศมีแผนที่จะทำการสำรวจอย่างต่อเนื่องทุก 2 ปี เพื่อให้เห็นสถานการณ์แนวโน้มของปัญหาการ ตีตราและการเลือกปฏิบัติของประเทศไทยในระยะยาวต่อไป

สำหรับรายงานฉบับนี้ เป็นสรุปผลการสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการ สุขภาพที่ดำเนินการสำรวจในปี 2561 สำหรับจังหวัดที่ไม่ได้เป็นพื้นที่เฝ้าระวัง แต่มีความประสงค์จะทำการ สำรวจเพื่อทราบสถานการณ์ปัญหาในพื้นที่ของตนเอง

1.2 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อทราบสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในระบบบริการสุขภาพ ในพื้นที่เป้าหมายของประเทศ จำนวน 8 จังหวัด
- 2) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพทางวิชาการด้านการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ ให้กับทีมสุขภาพเขตและจังหวัด ทั้งในพื้นที่เป้าหมายและพื้นที่ที่สนใจ

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.3.1 ข้อมูลสถานการณ์ที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถใช้ข้อมูลเบื้องต้นที่ใช้ประกอบในการวางแผนงาน หรือการออกแบบวิธีการเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติได้

1.3.2 ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ผู้รับบริการคลินิกยาด้านไวรัสเอชไอวี และผู้สนใจทั่วไปเกิดความตระหนักในประเด็นปัญหาและผลกระทบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2 วิธีการศึกษา

2.1 ระยะเวลาและกรอบในการดำเนินงาน

ระยะเวลาการดำเนินงาน ระหว่างเดือนมีนาคม – กันยายน พ.ศ.2561 โดยการทำงานประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพทีมพื้นที่ทั้ง 8 จังหวัด ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ของ สคร. และจังหวัด ในการสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ
2. ดำเนินงานสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในพื้นที่ 8 จังหวัด
3. เขียนรายงานสรุปผลการสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในภาพรวม
4. พัฒนาศักยภาพของทีมจังหวัดในการแปลผลและใช้ประโยชน์ข้อมูลของจังหวัดตนเอง เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหา

2.2 พื้นที่ดำเนินการ

ศบจ. กำหนดพื้นที่เฝ้าระวังเกี่ยวกับสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในภาพรวมของประเทศ โดยเลือกจังหวัดที่มีความพร้อม และกระจายอยู่ตามเขตบริการสุขภาพทุกเขต ๆ ละ 1 จังหวัด รวมกรุงเทพมหานคร เป็นพื้นที่เฝ้าระวังทั้งหมดของประเทศไทย 8 จังหวัดได้แก่

- ชัยนาท
- ปทุมธานี
- พระนครศรีอยุธยา
- อ่างทอง
- สิงห์บุรี
- จันทบุรี
- ฉะเชิงเทรา
- กาฬสินธุ์

2.3 ขั้นตอนการดำเนินการ

การดำเนินการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

- จัดประชุมทีมแกนหลัก ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สถาบันรับรองคุณภาพสถานพยาบาล กรมควบคุมโรค (ศบจ. และสำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขต) และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 12 จังหวัดและสำนักอนามัยกรุงเทพมหานคร ประชุมหารือเกี่ยวกับวิธีการสำรวจ

สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติ ในพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศ ในวันที่ 9 มีนาคม 2561 เพื่อวางแผนการดำเนินงานและกำหนดรายละเอียดเนื้อหาตลอดจนเอกสารต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินงาน

- นำผลการประชุมทีมแกนหลัก มากำหนดรายละเอียดด้านต่างๆ ที่จำเป็นในการดำเนินการ ปรับแก้ไขแบบสอบถาม เอกสารชี้แจงโครงการ และแบบแสดงคำยินยอมของอาสาสมัคร และปรับวิธีการจัดสถานที่สัมภาษณ์อาสาสมัครผู้อยู่ร่วมกับเชื้อให้มีความเป็นส่วนตัวเพิ่มขึ้น
- นักวิชาการคอมพิวเตอร์ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทำการพัฒนาระบบเก็บข้อมูล และระบบติดตามการเก็บข้อมูลแบบ online

ขั้นตอนที่ 2 การอบรมทีมพื้นที่

- ดำเนินการจัดการอบรมบุคลากรของทีมจังหวัดทั้ง 8 จังหวัด ทีมวิทยากรกลางประกอบด้วยนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และกรมควบคุมโรค โดยทีมวิทยากรเดินทางไปยังจังหวัดที่จะทำการสำรวจร่วมกับทีมพื้นที่ ในการอบรมบุคลากรของทีมจังหวัด ที่จะเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์อาสาสมัคร

เนื้อหาของการอบรมได้แก่

- ระบบข้อมูลข้อสนเทศด้านเอดส์ของประเทศสำหรับการวางแผนกลยุทธ์ศาสตร์เพื่อการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์
- ความหมายและความสำคัญของการตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีเอดส์
- ระบบข้อมูลต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี
- ระเบียบวิธีในการดำเนินการเก็บรวบรวมข้อมูล
- การควบคุมคุณภาพ
- การจัดการและการใช้ประโยชน์จากข้อมูล
- ประเด็นด้านจริยธรรม

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมจังหวัดที่ผ่านการอบรมแล้ว ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามวิธีการและมาตรฐานของโครงการที่ได้กำหนดไว้ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2561 โดยมีทีมวิทยากรจากส่วนกลางเป็นที่เลี้ยง กำกับดูแลคุณภาพการดำเนินงาน โดยทีมจังหวัดบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมออนไลน์เรียกว่า REDCap

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงาน

ดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการพิจารณาแบบสอบถามที่มีความครบถ้วน clean ข้อมูล จัดการ missing data วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยความถี่ ร้อยละ ทั้งตัวแปรเดิม และตัวแปรที่สร้างขึ้นใหม่ที่รวมข้อมูลจากตัวแปรในกลุ่มเดียวกัน (composite index) เพื่อให้เข้าใจผลการศึกษาในภาพรวมที่กว้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลทั้งในภาพรวม และแยกรายจังหวัด 8 จังหวัด สรุปข้อมูลทั้งหมดในรูปของรายงาน

ขั้นตอนที่ 5 การพัฒนาศักยภาพของทีมจังหวัดในการแปลผลและใช้ประโยชน์ข้อมูล

จัดประชุมทีมส่วนกลาง เพื่อรับทราบผลการสำรวจเบื้องต้น ระดมสมองในการแปลความหมายของผลการสำรวจ โดยมีการเปรียบเทียบกับผลการสำรวจของปี พ.ศ. 2561 กับปี พ.ศ. 2560 และ 2558 และอภิปรายผลการศึกษาร่วมกัน

2.4 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพทุกคนที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในจังหวัดที่เลือกเป็นพื้นที่ศึกษา ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่มีบริการคลินิกยาต้านไวรัสและมีการให้การดูแลรักษาผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ยกเว้น กทม. ทำการสำรวจในสถานพยาบาลสังกัด กทม.) ทั้งนี้ไม่รวมผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยและญาติโดยตรง ได้แก่เจ้าหน้าที่ที่ทำงานสนับสนุน เช่น งานด้านธุรการ พัสดุ ซึ่งไม่มีโอกาสติดต่อหรือพบปะกับผู้รับบริการและญาติโดยตรงเลย ดำเนินการสำรวจทั้ง 8 จังหวัด
2. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ระหว่างการได้รับบริการดูแลรักษา และมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเป้าหมาย (ยกเว้น กทม. ทำการสำรวจในสถานพยาบาลสังกัด กทม.) ในช่วงที่ทำการศึกษาโดยรวมทั้งผู้ที่กินยาต้านไวรัสแล้ว และยังไม่ได้กินยาต้านไวรัส ดำเนินการสำรวจ 6 จังหวัด (ยกเว้นจังหวัดจันทบุรี และฉะเชิงเทรา)

โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ

ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของแต่ละสถานพยาบาลรวบรวมรายชื่อบุคลากรทั้งหมดที่เข้าข่าย ส่งรายชื่อให้สำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานควบคุมโรคเขตเมือง ซึ่งจะร่วมกับนักวิชาการคอมพิวเตอร์ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คำนวณขนาดตัวอย่าง และสุ่มตัวอย่างรายชื่อส่งกลับไปให้สถานพยาบาล วิธีการสุ่มตัวอย่างสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามหลักความน่าจะเป็น (simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มจากรายชื่อของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดของโรงพยาบาล ขนาดตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลเป็นไปตามสัดส่วนของจำนวนบุคลากรของโรงพยาบาลนั้นๆ เมื่อเทียบกับจำนวนบุคลากรทั้งจังหวัด ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการสำหรับการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาลของจังหวัดหนึ่ง จะโดยคำนวณโดยใช้สูตรนี้⁷

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

โดย:

Z = 1.96 (ที่ระดับความเชื่อมั่นที่95%)

P = ความชุกของการติตราและเลือกปฏิบัติจากการคาดคะเนหรือจากการศึกษาอื่น

D = ขอบเขตของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ตัวอย่างการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจ

- สมมติจำนวนบุคลากรทั้งหมดจากโรงพยาบาลทุกแห่งรวมกันของจังหวัด เท่ากับ 2,000 คน
- ร้อยละ 65.6 ของบุคลากรรายงานว่ากลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งเป็นข้อมูลจากการศึกษานำร่องที่ผ่านมาในกรุงเทพฯ และเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2557
- ประมาณค่าความคลาดเคลื่อนของการประเมินระดับการติตราที่ +/-10%

$$n = \frac{1.96^2 \cdot 0.545 (1 - 0.545)}{(10\%)^2}$$

$$n = \frac{.953}{.001} = 95$$

หมายความว่า หากเราสุ่มตัวอย่างจากประชากรขนาดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการ คือ 95 คนต่อจังหวัด แต่เพราะเรามีประชากรที่ขนาดจำกัดในการนำมาสุ่มตัวอย่าง จึงจำเป็นต้องปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างสำหรับประชากรที่ขนาดจำกัด n จะปรับโดยใช้ค่าปัจจัยแก้ไขของประชากรจำกัดจำนวน (finite population correction factor)

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

$$n = \frac{95}{1 + (95 / 2000)} = 91$$

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในอนาคตจะมีการทำการสำรวจการติตราและการเลือกปฏิบัติเป็นช่วงๆ เพื่อติดตามผลการดำเนินงานเพื่อลดการติตราและการเลือกปฏิบัติที่ทำไปแล้วในแต่ละช่วงว่าได้ผลตามที่เรต้องการหรือไม่ ดังนั้นเพื่อให้เราสามารถทำการเปรียบเทียบผลการสำรวจที่ทำในช่วงเวลาต่างๆกันได้อย่างได้มีนัยยะสำคัญทางสถิติ เราจึงจำเป็นต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่พอในแต่ละครั้งที่เราทำการสำรวจจึงต้องเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างตามค่าผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อการสำรวจ (design effect) แต่ครั้งด้วย โดยการสำรวจนี้จะ

กำหนดค่าผลกระทบต่อการสำรวจไว้เท่ากับ 2 ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลการสำรวจนี้กลับการสำรวจครั้งต่อไปได้ ซึ่งเมื่อเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างตามค่าผลกระทบแล้ว จังหวัดนี้ต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจเท่ากับ

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

$$n = 91 * 2 = 182$$

และเมื่อทำการคำนวณเพื่อเพื่อสำหรับแบบสอบถามที่ไม่ถูกต้องไม่สมบูรณ์อีก 10% ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างสุดท้ายของจังหวัดนี้เท่ากับ $182 * 904 = 202$ คน

ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

วิธีการสุ่มตัวอย่างสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ จะมีการพิจารณาข้อมูลของโรงพยาบาลแต่ละแห่งว่า ในหนึ่งเดือนมีคลินิกยาต้านไวรัสกี่วัน แต่ละวันนัดผู้ป่วยกี่ราย จากนั้นคำนวณจำนวนอาสาสมัครที่ต้องเก็บแต่ละวันตามสัดส่วนจากจำนวนอาสาสมัครทั้งหมดของโรงพยาบาลนั้น สำหรับการเลือกอาสาสมัครภายในแต่ละวันจะใช้วิธีสุ่มเลือกอาสาสมัครแบบระบบ (systematic random sampling) จากรายชื่อของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการนัดหมายให้มาในวันนั้น โดยผู้รับผิดชอบงานเอดส์ของแต่ละสถานพยาบาลส่งจำนวนคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี และจำนวนผู้ป่วยที่ทำการนัดหมายล่วงหน้า ในเดือนที่จะทำการสำรวจศึกษาให้กับสำนักงานป้องกันควบคุมโรคและสำนักงานควบคุมโรคเขตเมือง ซึ่งจะร่วมกับนักวิชาการคอมพิวเตอร์ของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ คำนวณขนาดตัวอย่างของแต่ละคลินิก และ sampling interval ส่งกลับไปให้สถานพยาบาล ในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีทั้งเพศหญิงและเพศชาย อายุ 18 ปีขึ้นไป ที่มารับบริการสุขภาพ ณ โรงพยาบาลของรัฐในจังหวัดทั้ง 13 พื้นที่

ขนาดกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่ต้องการสำหรับการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีของจังหวัด คำนวณโดยใช้สูตรนี้

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

โดย

Z = 1.96 (ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%)

P = ระดับความชุกของการตีตราและการเลือกปฏิบัติจากการคาดคะเน หรือจากการศึกษาอื่น

D = ขอบเขตของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ตัวอย่างการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจ

- สมมติจำนวนประชากรผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลทั้งหมดที่เข้าร่วมการสำรวจของจังหวัดแห่งหนึ่ง รวมกันมีทั้งหมด 4,000 ราย
- ระดับความชุกของการติตราและการเลือกปฏิบัติที่เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนผู้เข้าร่วมกับเชื้อฯ จากผลการสำรวจนำร่องที่ผ่านมาในจังหวัดเชียงใหม่และกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 30%
- ประมาณค่าความคลาดเคลื่อนของการประเมินการติตราและการเลือกปฏิบัติไว้ที่ +/- 10%

$$n = \frac{1.96 * 1.96 (0.30(1-0.30))}{(10\%)^2}$$

$$n = \frac{.8067}{.01} = 81$$

ซึ่งการคำนวณข้างบนนี้ เป็นการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ของทั้งจังหวัด ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่เราต้องการในการสำรวจจะมีประมาณ 81 คนต่อหนึ่งจังหวัด แต่อย่างไรก็ตาม เนื่องจากเราทำการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่จำกัดเฉพาะกลุ่มที่เป็นผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีเท่านั้น ดังนั้นเราจำเป็นต้องใช้สูตรในการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างด้วย ซึ่งการปรับขนาดกลุ่มตัวอย่างที่สุ่มมาจากประชากรที่มีขนาดจำกัดนั้นเรียกว่าการปรับกลุ่มตัวอย่างโดยใช้ finite population correction factor โดยใช้สูตรข้างล่างนี้

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

$$n = \frac{81}{1 + (81/4000)} = 79$$

ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่เราต้องการในการสำรวจของจังหวัดนี้ คือ 79 อย่างไรก็ตามเนื่องจากเราต้องการที่วัดระดับการเปลี่ยนแปลงอย่างต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อประเมินว่ากิจกรรมการดำเนินงานเพื่อลดการติตราและการเลือกปฏิบัติที่เราได้ออกแบบและดำเนินการไปแล้วนั้นได้ผลลัพธ์อย่างไรที่เราต้องการหรือไม่ เพื่อให้เราสามารถเปรียบเทียบกับผลการสำรวจที่ทำอย่างต่อเนื่องในครั้งต่อไปได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ซึ่งเราจำเป็นต้องได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากพอในทุกๆ ครั้งที่ทำการสำรวจ เราจึงจำเป็นต้องกำหนดค่าผลกระทบที่อาจมีต่อการคำนวณ (design effect) เอาไว้ด้วย โดยเราจะกำหนดค่าผลกระทบนี้ไว้เท่ากับ 2 เพื่อให้เราสามารถทำการเปรียบเทียบผลการสำรวจในครั้งต่อไปได้ ดังนั้น เราจึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดของจังหวัดนี้เท่ากับ

$$n = n * \text{design effect}$$
$$n = 79 * 2 = 158$$

และเมื่อทำการคำนวณเพื่อเผื่อสำหรับแบบสอบถามที่ไม่ถูกต้องไม่สมบูรณ์อีก 10% ทำให้ได้ขนาดตัวอย่างสุดท้ายของแต่ละจังหวัดเท่ากับ $158 * 904 = 176$ คน เป็นต้น

2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ

การเก็บข้อมูลทำในวันทำการของโรงพยาบาล โดยทีมส่วนกลางประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานของแต่ละโรงพยาบาลให้ช่วยนัดหมายผู้ปฏิบัติงานที่มีรายชื่อถูกสุ่มให้เป็นอาสาสมัครโครงการทุกคน โดยมีวิธีเก็บข้อมูล 2 ลักษณะคือ 1) นัดมารวมกันยังสถานที่นัดหมายพร้อมกัน (เช่น ห้องประชุมที่มีความเป็นสัดส่วน) และ 2) ขอเข้าพบผู้ปฏิบัติงานที่มีรายชื่อถูกสุ่มเป็นรายบุคคล (วิธีที่สองใช้สำหรับผู้ที่วางไม่พร้อมผู้อื่น) จากนั้นเจ้าหน้าที่ของทีมวิจัยซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่เก็บข้อมูลที่ได้รับการฝึกฝนแล้วจะให้ข้อมูลเกี่ยวกับโครงการแก่อาสาสมัคร ซึ่งรวมถึงการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความเสี่ยงและประโยชน์ที่มีต่อผู้เข้าร่วมการศึกษา การเข้าร่วมการศึกษาที่จะเป็นไปโดยความสมัครใจ การอธิบายและทำความเข้าใจในเรื่องการตอบแบบสอบถาม จากนั้นจึงให้อาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมตอบแบบสอบถามด้วยการอ่านและตอบด้วยตนเอง ผ่านระบบออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต

ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

รวบรวมข้อมูล ณ วันที่มีคลินิกยาต้านไวรัส โดยเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลจะเชิญผู้อยู่ร่วมกับเชื้อมาพบเจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ของโครงการ ณ ห้องที่เป็นส่วนตัวที่เตรียมไว้เป็นรายบุคคล เจ้าหน้าที่จะอธิบายข้อมูลเกี่ยวกับโครงการ ซึ่งรวมถึงการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความเสี่ยงและประโยชน์ที่มีต่อผู้เข้าร่วมการศึกษา การเข้าร่วมการศึกษาที่จะเป็นไปโดยความสมัครใจ การอธิบายและทำความเข้าใจในเรื่องการตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้อาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาลงนามในแบบยินยอมเป็นอาสาสมัครในโครงการ และทำการสัมภาษณ์ด้วยวาจา และพนักงานสัมภาษณ์เป็นผู้บันทึกคำตอบผ่านระบบออนไลน์ทางอินเทอร์เน็ต

2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

ข้อมูลในแบบสอบถามจากทั้งสองกลุ่มที่ศึกษา คือ ข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะถูกนำเข้าโปรแกรมฐานข้อมูลออนไลน์ REDCap อย่างอัตโนมัติ ทันทีที่มีบันทึกข้อมูล ผ่านเครือข่ายอินเทอร์เน็ต โดยไม่มีการใช้แบบสอบถามที่เป็นกระดาษ และไม่มีการส่งแบบสอบถามมาที่ศูนย์ข้อมูล REDCap จังหวัดเชียงใหม่แต่อย่างใด

การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ใช้การจัดกลุ่มของคำตอบและแสดงผลเป็นความถี่และร้อยละ นอกจากนั้นมีการคำนวณดัชนีชี้วัดรวม composite index (จำนวนผู้ตอบว่า “ใช่” อย่างน้อยหนึ่งข้อในชุดคำถามที่อยู่ในประเด็นเดียวกัน ทหารด้วยจำนวนผู้ตอบทั้งหมดที่เข้าข่ายในข้อคำถามชุดนั้น) สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ สำหรับข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ มีการหาความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นหรือไม่เป็นบุคลากรสายวิชาชีพกับการติตราและเลือกปฏิบัติในประเด็นต่างๆ ส่วนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นหาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อและการเป็นหรือไม่เป็นประชากรกลุ่มหลัก กับการติตราและเลือกปฏิบัติในประเด็นต่างๆ โดยจะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แสดงโดยค่า Odd Ratio และระดับค่าความเชื่อมั่นที่ 95%

บทที่ 3 ผลการศึกษา

3.1 ผลการสำรวจในภาพรวมของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ

การศึกษานี้มีผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพของรัฐใน 8 จังหวัด ร่วมตอบแบบสอบถามทั้งสิ้นจำนวน 1,760 คน อายุเฉลี่ย 39 ปี เป็นเพศหญิง 1,457 คน คิดเป็นร้อยละ 82.8 และเพศชาย 297 คน คิดเป็นร้อยละ 16.9 ในจำนวนนี้เป็นบุคลากรสายวิชาชีพจำนวน 1,080 คน คิดเป็นร้อยละ 61.4 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด เป็นบุคลากรสายสนับสนุนทางคลินิกจำนวน 321 คน คิดเป็นร้อยละ 18.2 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด และเป็นบุคลากรสายสนับสนุนทั่วไปจำนวน 341 คน คิดเป็นร้อยละ 19.4 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด รายละเอียดจำนวนผู้ตอบแบบสอบถามและการกระจายของประเภทบุคลากรที่ตอบแบบสอบถามจำแนกตามพื้นที่ แสดงดังตารางที่ 3.1.1

ตารางที่ 3.1.1 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพที่ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามจังหวัดที่ทำการสำรวจ และประเภทของบุคลากร

เขต	จังหวัด	ประเภทของบุคลากร % (n/N)				รวม
		สายวิชาชีพ	สายสนับสนุน คลินิก	สายสนับสนุน ทั่วไป	อื่นๆ / ไม่ตอบ	
3	ชัยนาท	55.0 (111/202)	17.8 (36/202)	26.2 (53/202)	0.5 (1/202)	202
4	ปทุมธานี	88.0 (124/155)	14.2 (22/155)	4.5 (7/155)	1.3 (2/155)	155
	พระนครศรีอยุธยา	51.6 (111/215)	21.4 (46/215)	27.0 (58/215)	0.0 (0/215)	215
	อ่างทอง	55.6 (110/198)	24.8 (49/198)	19.2 (38/198)	0.5 (1/198)	198
	สิงห์บุรี	72.4 (147/203)	9.9 (20/203)	16.3 (33/203)	1.5 (3/203)	203
6	จันทบุรี	50.5 (103/204)	18.1 (37/204)	29.9 (61/204)	1.5 (3/204)	204
	ฉะเชิงเทรา	60.6 (200/330)	19.4 (64/330)	18.8 (62/330)	0.6 (2/330)	330
7	กาฬสินธุ์	68.8 (174/253)	18.6 (47/253)	11.5 (29/253)	0.8 (2/253)	253
	รวม	61.4 (1,080/1,760)	18.2 (321/1,760)	19.4 (341/1,760)	1.0 (18/1,760)	1,760

ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพที่ตอบแบบสอบถามร้อยละ 31.4 กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีเมื่อต้องหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 45.7 กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวี เมื่อต้องทำแผลให้กับผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ และร้อยละ 54.1 กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีเมื่อต้องเจาะเลือดผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เมื่อคำนวณดัชนีชี้วัดรวม Composite indicator สำหรับประเด็นนี้ พบว่า ประมาณครึ่งหนึ่ง (ร้อยละ 49.2) ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพที่ตอบแบบสอบถาม กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเกิดเหตุการณ์อย่างน้อยหนึ่งข้อข้างต้น โดยผู้ปฏิบัติงานของจังหวัดชัยนาทมีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการต่ำที่สุด และผู้ปฏิบัติงานของจังหวัดจันทบุรีมีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการสูงที่สุด (ตารางที่ 3.1.2)

ตารางที่ 3.1.2 การกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

ความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวี	% (n/N)								รวมเฉลี่ย
	ชัยนาท	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	กาฬสินธุ์	
เมื่อต้องหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	14.3 (19/133)	38.9 (44/113)	35.3 (41/116)	39.5 (47/119)	34.4 (42/122)	38.8 (50/129)	22.6 (44/195)	33.8 (54/160)	31.4 (341/1,087)
เมื่อต้องทำแผลให้กับผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	37.7 (26/69)	53.8 (42/78)	51.6 (32/62)	53.4 (31/58)	40.0 (28/70)	54.1 (40/74)	35.7 (41/115)	46.7 (49/105)	45.8 (289/631)
เมื่อต้องเจาะเลือดผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	45.0 (27/60)	65.9 (56/85)	51.5 (35/68)	62.2 (46/74)	52.4 (44/84)	56.6 (43/76)	47.1 (57/121)	53.5 (61/114)	54.1 (369/682)
เมื่อเกิดเหตุการณ์อย่างน้อยหนึ่งข้อข้างต้น	34.3 (50/146)	61.6 (77/125)	48.8 (42/127)	56.8 (75/132)	52.3 (68/130)	52.6 (72/137)	40.5 (85/210)	52.5 (96/183)	49.2 (585/1,190)

ประมาณหนึ่งในสาม (ร้อยละ 34.8) ของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ สวมถุงมือสองชั้นเมื่อต้องให้บริการผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะไม่ทำเช่นนี้กับผู้ป่วยรายอื่น และร้อยละ 57.9 ใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษเมื่อต้องให้การดูแลผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ โดยจะไม่ทำเช่นนี้กับผู้ป่วยรายอื่น เมื่อคำนวณ Composite indicator สำหรับประเด็นนี้ พบว่าร้อยละ 63.2 ของการปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพป้องกันตัวเองมากกว่าปกติหรือเกินความจำเป็น ในระหว่างการให้บริการผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อข้างต้น โดยผู้ปฏิบัติงานของจังหวัดฉะเชิงเทรามีการป้องกันตัวเองเมื่อต้องให้บริการผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เกินความจำเป็นต่ำที่สุด และผู้ปฏิบัติงานของจังหวัดจันทบุรีมีการป้องกันตัวเองเกินจำเป็นมากที่สุด (ตารางที่ 3.1.3)

ตารางที่ 3.1.3 การป้องกันตัวเองเกินความจำเป็นระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะไม่ทำเช่นนี้กับคนใช้รายอื่น

การป้องกันตัวเองเมื่อต้องให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะไม่ทำเช่นนี้กับคนใช้รายอื่น	% (n/N)								รวมเฉลี่ย
	ชัยนาท	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	กาฬสินธุ์	
สวมถุงมือสองชั้น	36.5 (35/96)	41.4 (36/87)	42.2 (35/83)	36.8 (35/95)	27.5 (28/102)	40.9 (38/93)	26.5 (45/170)	35.3 (53/150)	34.8 (305/876)
ใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษ	56.3 (54/96)	67.8 (59/87)	61.5 (51/83)	53.7 (51/95)	53.9 (55/102)	59.1 (55/93)	48.8 (83/170)	66.0 (99/150)	57.9 (507/876)
ปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อ	61.5 (59/96)	75.9 (66/87)	66.5 (55/83)	60.0 (57/95)	61.4 (62/101)	65.9 (60/91)	52.9 (90/170)	68.5 (102/149)	63.2 (551/872)

สำหรับประเด็นเกี่ยวกับการสังเกตเห็นว่ามีกรเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 17.7 ของผู้ปฏิบัติงานฯ สังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 12.0 สังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ที่ด้อยคุณภาพกว่าผู้ป่วยทั่วไป ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อคำนวณดัชนีชี้วัดรวม (Composite indicator) สำหรับประเด็นนี้ พบว่าร้อยละ 20.8 ของผู้ปฏิบัติงานฯ สังเกตเห็นพฤติกรรมเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของผู้ปฏิบัติงานคนอื่นๆในโรงพยาบาล ในระหว่างการให้บริการในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งข้อ โดยผู้ปฏิบัติงานของจังหวัดฉะเชิงเทราสังเกตเห็นพฤติกรรมเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์น้อยที่สุด และผู้ปฏิบัติงานของจังหวัดปทุมธานีสังเกตเห็นพฤติกรรมเลือกปฏิบัติมากที่สุด (ตารางที่ 3.1.4)

ตารางที่ 3.1.4 การสังเกตเห็นพฤติกรรมกรรมการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของผู้ปฏิบัติงาน ในระหว่างการให้บริการในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

พฤติกรรมที่สังเกตเห็นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	% (n/N)								รวมเฉลี่ย
	ชัยนาท	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	กาฬสินธุ์	
เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	16.8 (25/149)	29.2 (35/124)	11.7 (16/137)	20.5 (31/151)	19.6 (30/153)	15.4 (21/136)	9.2 (23/249)	24.6 (46/187)	17.7 (227/1,282)
เจ้าหน้าที่ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ด้วยคุณภาพกว่าผู้ป่วยทั่วไป	10.1 (15/149)	20.0 (24/120)	10.9 (15/138)	6.7 (10/150)	14.4 (22/153)	14.0 (19/136)	7.3 (18/248)	16.7 (31/186)	12.0 (154/1,280)
สังเกตเห็นอย่างน้อยหนึ่งข้อ	22.2 (33/149)	28.9 (35/121)	15.8 (22/139)	20.5 (31/151)	23.5 (36/153)	19.9 (27/136)	12.5 (21/249)	27.8 (52/187)	20.8 (267/1,285)

เมื่อสอบถามความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ พบว่า ร้อยละ 30.5 มีความรู้สึกอึดอัด/ลำบากใจ ที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ข้อ โดยผู้ปฏิบัติงานของจังหวัดฉะเชิงเทรามีความรู้สึกอึดอัดลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้อเอชไอวีน้อยที่สุด และผู้ปฏิบัติงานของจังหวัดกาฬสินธุ์มีความรู้สึกอึดอัดลำบากใจมากที่สุด (ตารางที่ 3.1.5)

ตารางที่ 3.1.5 ความรู้สึกอึดอัด/ลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

	% (n/N)								รวมเฉลี่ย
	ชัยนาท	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	กาฬสินธุ์	
มีความรู้สึกอึดอัด/ลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	28.0 (56/200)	36.4 (55/151)	20.9 (45/215)	29.8 (59/198)	32.2 (65/202)	35.8 (73/204)	22.9 (75/327)	42.3 (107/253)	30.5 (534/1,749)

ในด้านนโยบายของหน่วยงานที่เกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นด้านเอชไอวี/เอดส์ พบว่าร้อยละ 90.0 ของผู้ปฏิบัติงานฯ เห็นด้วยว่าสถานพยาบาลของพวกเขา มีอุปกรณ์หรือเครื่องใช้เพียงพอที่จะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 70.9 เห็นด้วยว่าสถานพยาบาลของพวกเขาไม่มีการบังคับให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยที่ผู้รับบริการไม่รู้หรือไม่ยินยอม ร้อยละ 65.6 เห็นด้วยว่าตนเองอาจจะมีปัญหาในการปฏิบัติงานหากมีพฤติกรรมเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ แต่มีเพียงร้อยละ 49.6 ที่เห็นด้วยว่าสถานพยาบาลที่ตนเองปฏิบัติหน้าที่อยู่ มีระเบียบวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการป้องกันการเลือกปฏิบัติ (ตารางที่ 3.1.6)

ตารางที่ 3.1.6 ความคิดเห็นของผู้ปฏิบัติงานต่อนโยบายของหน่วยงานของตนเองเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นด้านเอชไอวี/เอดส์

เห็นด้วยว่า	% (n/N)								รวมเฉลี่ย
	ชัยนาท	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	จันทบุรี	ฉะเชิงเทรา	กาฬสินธุ์	
สถานพยาบาลแห่งนี้ไม่มีการบังคับให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยที่ผู้รับบริการไม่รู้หรือไม่ยินยอม	69.0 (138/200)	63.8 (97/152)	68.4 (147/215)	70.7 (140/198)	71.1 (143/201)	67.5 (137/203)	80.2 (263/328)	69.6 (174/250)	70.9 (1,239/1,747)
ตนเองอาจจะมีปัญหาหากเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	73.0 (146/200)	52.6 (80/152)	65.4 (140/214)	66.7 (132/198)	70.3 (142/202)	61.9 (125/202)	70.8 (233/329)	59.2 (148/250)	65.6 (1,146/1,746)
สถานพยาบาลมีอุปกรณ์หรือเครื่องใช้เพียงพอที่จะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	91.0 (182/200)	82.9 (126/152)	88.8 (190/214)	93.9 (186/198)	91.1 (184/202)	89.2 (181/203)	91.7 (300/327)	89.2 (223/250)	90.0 (1,572/1,746)
สถานพยาบาลแห่งนี้มีระเบียบวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการป้องกันการเลือกปฏิบัติ	49.5 (100/202)	47.7 (74/155)	44.7 (96/215)	48.9 (96/198)	43.4 (88/203)	45.6 (93/204)	57.0 (188/330)	54.6 (138/253)	49.6 (873/1,760)

หมายเหตุ เป็นความคิดเห็นตามการรับรู้ของเขาซึ่งอาจไม่ใช่สิ่งที่เป็นอยู่จริงของหน่วยงาน

ในประเด็นที่เกี่ยวกับทัศนคติเชิงลบต่อผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่า ร้อยละ 58.9 ของผู้ปฏิบัติงานฯ ไม่เห็นด้วยที่ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการ ร้อยละ 53.4 เห็นด้วยว่า คนที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเพราะเขาขาดความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 46.4 เห็นด้วยว่า ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีควรมีความรู้สึกละอายต่อสถานะการติดเชื้อของตัวเอง และร้อยละ 45.3 เห็นด้วยว่า ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ ไม่สนใจว่าเขาอาจจะแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีให้คนอื่น เมื่อคำนวณดัชนีชี้วัดรวม (Composite index) สำหรับประเด็นนี้ พบว่า ร้อยละ 86.6 ของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพที่ตอบแบบสอบถาม มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ข้างต้นอย่างน้อยหนึ่งข้อ เมื่อพิจารณารายจังหวัดพบว่าเจ้าหน้าที่ของทุกจังหวัดมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ใกล้เคียงกัน (ตารางที่ 3.1.7)

ตารางที่ 3.1.7 ทัศนคติเชิงลบต่อผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เห็นด้วยว่า	% (n/N)								รวมเฉลี่ย
	ชัยนาท	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	จันทบุรี	ฉะเชิง- เทรา	กาฬสินธุ์	
ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ ไม่สนใจว่าเขาอาจจะแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีให้คนอื่น	45.0 (90/200)	46.1 (71/154)	50.2 (106/211)	46.7 (105/197)	44.1 (89/202)	41.4 (84/203)	44.2 (145/328)	45.2 (114/252)	45.3 (791/1,747)
ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีควรมีความรู้สึกละอายต่อสถานะการติดเชื้อของตัวเอง	51.0 (102/200)	48.0 (73/152)	46.3 (99/214)	46.0 (91/198)	41.6 (84/202)	48.0 (98/204)	45.6 (149/327)	45.6 (115/252)	46.4 (811/1,749)
คนเราจะติดเชื้อเอชไอวีได้เพราะขาดความรับผิดชอบต่อและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม	56.5 (113/200)	50.3 (76/151)	53.6 (113/211)	51.5 (102/198)	55.0 (111/202)	54.9 (112/204)	52.4 (172/328)	52.6 (132/251)	53.4 (931/1,745)
ไม่เห็นด้วยว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการ	69.0 (138/200)	59.5 (91/153)	52.1 (112/215)	62.6 (124/198)	62.9 (127/202)	66.2 (135/204)	57.8 (190/329)	52.4 (132/252)	58.9 (1,033/1,753)
มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์อย่างน้อยหนึ่งข้อ	90.0 (180/200)	83.9 (130/155)	84.7 (182/215)	89.4 (177/198)	89.1 (180/202)	86.8 (177/204)	84.2 (277/329)	85.7 (216/252)	86.6 (1,519/1,755)

เมื่อสอบถามเกี่ยวกับคุณภาพบริการในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลของเขาไม่เต็มใจที่จะให้บริการ หรือให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ แรงงานข้ามชาติ ผู้ใช้ยาเสพติด ผู้ชายบริการทางเพศ เกย์ และสาวประเภทสอง ร้อยละ 12.2, 11.3, 8.5, 6.6 และ 5.9 ตามลำดับ และเมื่อคำนวณ Composite index สำหรับประเด็นนี้ พบว่า ร้อยละ 17.8 ของผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือไม่เต็มใจให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือที่เขาคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม โดยผู้ปฏิบัติงานของจังหวัดสิงห์บุรีสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลัก น้อยที่สุด และผู้ปฏิบัติงานของจังหวัดจันทบุรีสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่เลือกปฏิบัติกับผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักมากที่สุด (ตารางที่ 3.1.8)

ตารางที่ 3.1.8 การสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือไม่เต็มใจให้การดูแลแก่ผู้ป่วยที่เป็น/คิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

กลุ่มผู้รับบริการ	จังหวัด								รวมเฉลี่ย
	ชัยนาท	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	จันทบุรี	ฉะเชิง- เทรา	กาฬสินธุ์	
เกย์	3.7 (5/146)	7.6 (7/92)	3.4 (4/117)	10.7 (12/112)	5.3 (6/114)	9.3 (10/107)	4.3 (9/208)	9.6 (16/167)	6.6 (69/1,051)
สาวประเภทสอง	8.9 (13/146)	12.0 (11/92)	4.7 (6/129)	5.1 (6/118)	7.6 (10/132)	7.3 (8/110)	2.7 (6/221)	4.1 (8/195)	5.9 (68/1,143)
ผู้ชายบริการทาง เพศ	7.4 (2/27)	22.2 (6/27)	6.8 (4/59)	14.3 (4/28)	8.9 (4/45)	4.7 (2/43)	2.7 (3/113)	17.4 (8/46)	8.5 (33/388)
ผู้ใช้ยาเสพติด	5.5 (6/110)	20.9 (18/86)	7.5 (11/147)	9.4 (11/117)	9.3 (11/118)	17.0 (17/100)	6.7 (16/238)	19.3 (33/171)	11.3 (123/1,087)
แรงงานข้ามชาติ	6.9 (11/159)	31.0 (40/129)	7.5 (13/147)	7.9 (12/152)	6.3 (10/159)	25.0 (42/168)	10.8 (31/286)	6.3 (10/158)	12.2 (169/1,385)
สังเกตเห็นการ เลือกปฏิบัติต่อ ประชากรหลัก อย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม	12.4 (22/177)	30.9 (43/139)	11.7 (22/188)	15.3 (26/170)	12.0 (21/175)	29.8 (53/178)	22.9 (75/327)	19.4 (43/222)	17.8 (275/1,547)

3.2 ผลการสำรวจในภาพรวมของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การศึกษานี้ เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่รับบริการในสถานพยาบาลสุขภาพของรัฐในพื้นที่เฝ้าระวัง 6 จังหวัด จำนวนทั้งสิ้น 1,660 ราย รายละเอียดจำนวนผู้ตอบแบบสอบถาม และจำนวน/ร้อยละของประชากรหลักจำแนกตามพื้นที่ แสดงดังตารางที่ 3.2.1

ตารางที่ 3.2.1 จำนวนและร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามพื้นที่

เขต	จังหวัด	จำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมด (ราย)	ร้อยละ
3	ชัยนาท	292	17.6
4	ปทุมธานี	165	9.9
	พระนครศรีอยุธยา	309	18.6
	อ่างทอง	298	18.0
	สิงห์บุรี	286	17.2
7	กาฬสินธุ์	310	18.7
	รวม	1,660	100.0

โดยทั่วไป อายุเฉลี่ยของผู้เข้าร่วมกับเชื้อฯที่เข้าร่วมตอบแบบสอบถามโดยการสัมภาษณ์ในโครงการนี้คือ 43.8 ปี ในด้านอัตลักษณ์ทางเพศ พบว่า เป็นชายรักต่างเพศร้อยละ 36.9 หญิงรักต่างเพศร้อยละ 42.7 และชายมีเพศสัมพันธ์กับชายร้อยละ 7.9 และในด้านการเป็นประชากรหลักลักษณะอื่นๆ พบว่า เป็นผู้ขายเสพติดร้อยละ 1.4 เป็นพนักงานบริการทางเพศร้อยละ 0.8 และเป็นแรงงานข้ามชาติร้อยละ 0.3 ในเรื่องของสิทธิประกันสุขภาพ พบว่า พวกเขาใช้สิทธิ์ระบบประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุดร้อยละ 69.8 และเกือบทั้งหมดคือร้อยละ 97.0 กำลังรับประทานยาต้านไวรัส ดังรายละเอียดแสดงในตารางที่ 3.2.2

ตารางที่ 3.2.2 จำนวนและร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน

ลักษณะของผู้ตอบแบบสอบถาม	n/N	%
อายุเฉลี่ย (ปี)	43.8 (15 – 80)	
อัตลักษณ์ทางเพศ		
- ชายรักต่างเพศ	613	36.9
- หญิงรักต่างเพศ	708	42.7
- ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	131	7.9
- สาวประเภทสอง	54	3.3
- มีเพศสัมพันธ์กับทั้งชายและหญิง	62	3.7
- เลสเบียน	4	0.2
การเป็นกลุ่มประชากรหลักอื่น ๆ		
- พนักงานบริการทางเพศ	14	0.8
- ผู้ใช้ยาเสพติด	23	1.4
- แรงงานข้ามชาติ	5	0.3
ประเภทของการประกันสุขภาพ		
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	1,158	69.8
- ประกันสังคม	423	25.5
- สวัสดิการข้าราชการ	42	2.5
- ประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ	5	0.3
- อื่น ๆ	16	1.0
- ไม่มีประกันสุขภาพ	6	0.4
- ไม่ตอบ	10	0.6
การรับยาต้านไวรัส		
- ปัจจุบันกำลังรับยาอยู่	1,610	97.0
- เคยรับ แต่เลิกไปแล้ว	11	0.7
- ยังไม่เคยรับยา	20	1.2
- ไม่ตอบ	19	1.1

ผู้รับบริการที่ร่วมให้ข้อมูลว่าเคยหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการช้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาจากทุกสาเหตุจำนวนทั้งสิ้น 149 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 9.0 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ซึ่งในจำนวนนี้ 65 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 3.9 ของผู้ร่วมให้ข้อมูลทั้งหมดให้เหตุผลว่า หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยผู้รับบริการของจังหวัดพระนครศรีอยุธยารายงานว่าเคย

หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการซ้ำ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตีตราน้อยที่สุด และผู้รับบริการของจังหวัดอ่างทองรายงานว่าเคยหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการซ้ำ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตีตรามากที่สุด (ตารางที่ 3.2.3)

ตารางที่ 3.2.3 การหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการซ้ำ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

เคยหลีกเลี่ยงไม่ไปรับ บริการสุขภาพหรือไป รับบริการซ้ำ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	จังหวัด						รวมเฉลี่ย
	ชัยนาท	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	กาฬสินธุ์	
ทุกสาเหตุ	5.1 (15/292)	10.3 (17/165)	5.8 (18/309)	13.4 (40/298)	9.1 (26/286)	10.7 (33/310)	9.0 (149/1,660)
สาเหตุเกี่ยวข้องกับ การตีตรา	2.7 (9/292)	5.5 (9/165)	1.9 (6/309)	9.4 (28/298)	1.8 (5/286)	2.9 (9/310)	3.9 (65/1,660)

เมื่อสอบถามเกี่ยวกับประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 4.5 เคยถูกได้รับการดูแลเอาใจใส่แยกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นๆ โดยร้อยละ 4.2 เคยถูกจัดให้รับบริการเป็นคิวสุดท้ายหรือถูกจัดให้รอนานกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ และร้อยละ 1.8 เคยถูกผู้ให้บริการปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพหรือปฏิเสธที่จะให้การรักษา และเมื่อสอบถามผู้ที่เคยนอนโรงพยาบาลในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 12.5 เคยถูกเจ้าหน้าที่บอกให้เขาชุดโรงพยาบาลที่ใส่แล้วไปทิ้งในถังหรือบริเวณที่จัดไว้ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ พบว่า เมื่อคำนวณ Composite index สำหรับประเด็นนี้ พบว่าร้อยละ 9.0 ของผู้รับบริการให้ข้อมูลว่าเคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อยหนึ่งข้อ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้รับบริการของจังหวัดกาฬสินธุ์รายงานว่าเคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างน้อยหนึ่งข้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา น้อยที่สุด ส่วนผู้รับบริการของจังหวัดปทุมธานี รายงานว่าเคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างน้อยหนึ่งข้อมากที่สุด (ตารางที่ 3.2.4)

ตารางที่ 3.2.4 การเคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติ	% (n/N)						รวมเฉลี่ย5
	ชัยนาท	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	กาฬสินธุ์	
เคยถูกผู้ให้บริการปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพ หรือปฏิเสธที่จะให้การรักษา	1.0 (3/292)	1.8 (3/165)	2.3 (7/309)	0.7 (2/298)	3.2 (9/286)	1.6 (5/310)	1.8 (29/1,660)
เคยถูกจัดให้รับบริการเป็นคิวสุดท้าย หรือถูกจัดให้รอนานกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ	2.7 (8/292)	7.9 (13/165)	4.2 (13/309)	4.4 (13/298)	4.6 (13/286)	3.2 (10/310)	4.2 (70/1,660)
เคยถูกได้รับการดูแลเอาใจใส่แย่งกว่าเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นๆ	3.8 (11/292)	8.5 (14/165)	4.5 (14/309)	3.7 (11/298)	5.6 (16/286)	2.6 (8/310)	4.5 (74/1,660)
เจ้าหน้าที่บอกให้เอาชุดโรงพยาบาลที่ใส่แล้วไปทิ้งในถังหรือบริเวณที่จัดไว้ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ถามเฉพาะผู้ที่เคยนอน รพ. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา)	15.0 (6/40)	35.7 (5/14)	15.6 (5/32)	18.0 (9/50)	4.9 (2/41)	4.8 (3/63)	12.5 (30/240)
เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างน้อยหนึ่งข้อ	7.5 (22/292)	17.8 (27/152)	8.4 (26/308)	8.8 (26/295)	9.1 (26/286)	6.5 (20/310)	9.0 (147/1,643)

ในประเด็นเกี่ยวกับการตีตราตนเองของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี พบว่า ร้อยละ 29.0 ของผู้ตอบแบบสอบถามรู้สึกผิดที่ตนเองติดเชื้อเอชไอวี และร้อยละ 18.4 รู้สึกอายที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวีจนเป็นสาเหตุให้ไม่ไปสถานบริการสุขภาพ เมื่อคำนวณ Composite index สำหรับประเด็นนี้ พบว่า ร้อยละ 33.4 ของผู้รับบริการ เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลเนื่องจากการ “ตีตราตนเอง” อย่างน้อยหนึ่งข้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้รับบริการของจังหวัดชัยนาทรายงานว่าเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากรู้สึกตีตราตนเองอย่างน้อยหนึ่งข้อน้อยที่สุด และผู้รับบริการของจังหวัดปทุมธานีเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากรู้สึกตีตราตนเองอย่างน้อยหนึ่งข้อมากที่สุด (ตารางที่ 3.2.5)

ตารางที่ 3.2.5 การเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากตีตราตนเอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ความรู้สึกตีตราตนเอง	จังหวัด						รวมเฉลี่ย
	ชัยนาท	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	กาฬสินธุ์	
เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากรู้สึกอายที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี	12.0 (35/292)	22.4 (37/165)	13.9 (43/309)	22.5 (67/298)	19.6 (56/286)	21.6 (67/310)	18.4 (305/1,660)
เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากรู้สึกผิดที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี	12.0 (35/292)	38.8 (64/165)	24.0 (74/309)	35.2 (105/298)	29.7 (85/286)	38.4 (119/310)	29.0 (482/1,660)
เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากรู้สึกตีตราตนเองอย่างน้อยหนึ่งข้อ	16.4 (48/292)	48.0 (73/152)	27.0 (83/307)	40.7 (120/295)	33.2 (95/286)	41.9 (130/310)	33.4 (549/1,642)

เมื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับการรักษาความลับของผู้ป่วยโดยสถานบริการสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ร้อยละ 7.5 ของผู้รับบริการรายงานว่าเคยถูกเปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้อื่น โดยเขาไม่ยินยอม และร้อยละ 4.8 เคยถูกทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ไว้ให้เห็นอย่างชัดเจนบนแฟ้มประวัติ ทำให้ผู้อื่นทราบว่าเขาดูติดเชื้อเอชไอวี เมื่อคำนวณเป็น composite index พบว่า ร้อยละ 10.9 มีความคิดว่าตนเคยถูกเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อยหนึ่งข้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้รับบริการของจังหวัดชัยนาทรายงานว่าเคยถูกเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อยหนึ่งข้อน้อยที่สุด และผู้รับบริการของจังหวัดปทุมธานีรายงานว่าเคยถูกเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อยหนึ่งข้อน้อยมากที่สุด (ตารางที่ 3.2.6)

ตารางที่ 3.2.6 การเคยถูกเปิดเผยความลับหรือสถานะการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ลักษณะของการเปิดเผย สถานะ	% (n/N)						รวมเฉลี่ย
	ชัยนาท	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	กาฬสินธุ์	
เคยถูกเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีโดยบอกแก่ผู้อื่นโดยไม่ได้รับการยินยอม	3.1 (9/292)	13.9 (23/165)	6.5 (20/309)	7.7 (23/298)	8.0 (23/286)	8.7 (27/310)	7.5 (125/1,660)
เคยถูกทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ไว้ให้เห็นอย่างชัดเจนบนแฟ้มประวัติ ทำให้ผู้อื่นทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี	2.4 (7/292)	12.7 (21/165)	2.3 (7/309)	4.0 (12/298)	6.3 (18/286)	4.5 (14/310)	4.8 (79/1,660)
เคยถูกเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีอย่างน้อยหนึ่งข้อ	5.5 (16/292)	22.0 (33/150)	7.8 (24/308)	11.2 (33/296)	12.6 (36/285)	11.9 (37/310)	10.9 (179/1,641)

เมื่อถูกสอบถามเกี่ยวกับความมั่นใจว่าสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของเขาจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับเพียงใด ร้อยละ 75.0 ของผู้รับบริการที่ร่วมให้ข้อมูล ยังมีความมั่นใจว่าสถานภาพการติดเชื้อของพวกเขาถูกเก็บเป็นความลับอย่างแน่นอน ร้อยละ 20.8 รู้สึกไม่มั่นใจ และร้อยละ 2.6 รู้สึกไม่เป็นความลับเลย (ตารางที่ 3.2.7)

ตารางที่ 3.2.7 สัดส่วนของผู้รับบริการที่มีความมั่นใจเกี่ยวกับสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีว่าจะถูกเก็บเป็นความลับ

สัดส่วนของผู้รับบริการที่มีความมั่นใจต่อการรักษาความลับ	% (n/N)						รวมเฉลี่ย
	ชัยนาท	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	กาฬสินธุ์	
มั่นใจว่าเป็นความลับอย่างแน่นอน	76.7 (224/292)	60.0 (99/165)	88.4 (273/309)	78.5 (234/298)	69.6 (199/286)	69.4 (215/310)	75.0 (1,244/1,660)
รู้สึกไม่มั่นใจ	21.6 (63/292)	26.1 (43/165)	9.7 (30/309)	17.1 (51/298)	26.2 (75/286)	27.1 (84/310)	20.8 (346/1,660)
รู้สึกไม่เป็นความลับเลย	1.7 (5/292)	3.0 (5/165)	1.0 (3/309)	3.0 (9/298)	3.5 (10/286)	3.6 (11/310)	2.6 (43/1,660)

ในส่วนของการประเมินการติตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่า ผู้ร่วมให้ข้อมูลร้อยละ 7.1 ให้ข้อมูลว่าเคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย” ร้อยละ 8.3 เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีลูกเลย” ร้อยละ 3.7 เคยถูกแนะนำหรือบังคับให้ยุติการตั้งครรภ์ และร้อยละ 3.5 เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพตั้งเงื่อนไขว่า “จะได้รับยาต้านไวรัสก็ต่อเมื่อคุมกำเนิดหรือทำหมันเท่านั้น” เมื่อคำนวณเป็น composite index พบว่าร้อยละ 12.0 เคยถูกติตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยเหตุการณ์เกิดขึ้นในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ซึ่งพบอย่างน้อยหนึ่งข้อ โดยผู้รับบริการของจังหวัดกาฬสินธุ์ รายงานว่าเคยถูกเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา น้อยที่สุด ส่วนผู้รับบริการของจังหวัดปทุมธานี รายงานว่าเคยถูกเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุด (ตารางที่ 3.2.8)

ตารางที่ 3.2.8 ประสิทธิภาพการเคยถูกติตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ประสบการณ์ที่เกิดขึ้น	% (n/N)						รวมเฉลี่ย
	ชัยนาท	ปทุมธานี	อยุธยา	อ่างทอง	สิงห์บุรี	กาฬสินธุ์	
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย”	12.6 (35/277)	8.0 (12/151)	8.0 (20/250)	5.6 (16/284)	5.2 (14/271)	3.7 (11/296)	7.1 (108/1,529)
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีลูกเลย”	15.6 (39/250)	8.8 (13/148)	7.8 (20/257)	5.7 (15/262)	6.6 (17/259)	5.9 (17/287)	8.3 (121/1,463)
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพตั้งเงื่อนไขว่า “จะได้รับยาต้านไวรัสก็ต่อเมื่อคุมกำเนิดหรือทำหมันเท่านั้น”	9.6 (26/270)	3.3 (5/151)	3.0 (8/263)	2.9 (8/275)	0.0 (0/265)	1.8 (5/285)	3.5 (52/1,509)
เคยถูกแนะนำหรือบังคับให้ยุติการตั้งครรภ์	11.3 (25/221)	2.7 (4/147)	4.3 (11/256)	0.9 (2/220)	2.5 (6/237)	0.8 (2/264)	3.7 (50/1,345)
เคยถูกแนะนำหรือตั้งเงื่อนไขอย่างน้อยหนึ่งข้อ	17.0 (48/283)	14.9 (21/141)	13.4 (37/276)	9.6 (28/293)	10.3 (29/280)	8.4 (26/308)	12.0 (189/1,581)

บทที่ 4 อภิปรายผลการศึกษา

การสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพภาครัฐในพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศ พ.ศ. 2561 นี้ เป็นการสำรวจในจังหวัดที่สมัครใจจะทำการสำรวจด้วยตนเอง การขยายพื้นที่เฝ้าระวังนี้ จะช่วยให้ข้อมูลที่ได้เป็นตัวแทนที่ดีที่จะบอกสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในระดับประเทศได้ดียิ่งขึ้น ทั้งนี้ เครื่องมือที่ใช้ได้แก่ แบบสอบถามทั้งสองชุด (ผู้ปฏิบัติงาน และผู้ใช้บริการหรือผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี) รูปแบบและวิธีการสำรวจที่ใช้ในการสำรวจครั้งนี้คล้ายคลึงที่ใช้ในการสำรวจครั้งก่อน มีการเปลี่ยนแปลงเพียงเล็กน้อยในส่วนของแบบสอบถามคือ มีการเพิ่มคำถามคัดกรองในบางประเด็นเพื่อถามคำถามเฉพาะกับผู้ที่เกี่ยวข้องกับประเด็นนั้นๆ เท่านั้น และการสำรวจครั้งนี้ได้มีการนำเทคโนโลยีการบันทึกข้อมูลผ่านเครือข่าย internet มาใช้ เพื่ออำนวยความสะดวกเพิ่มขึ้นในการเก็บข้อมูล รวมทั้งเกิดความสะดวกและรวดเร็วในการวิเคราะห์ผล และในการเปรียบเทียบผลการสำรวจครั้งนี้กับการสำรวจครั้งก่อน

เมื่อพิจารณาผลการสำรวจในลักษณะของดัชนีชี้วัดรวม หรือ composite index ของพื้นที่เฝ้าระวังต่างๆ จะเห็นว่าระดับการตีตราและเลือกปฏิบัติจะใกล้เคียงกันเป็นส่วนใหญ่ แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ของปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติของจังหวัดต่างๆ แม้อยู่ต่างภูมิภาคกัน แต่ความรุนแรงและลักษณะของปัญหาค่อนข้างใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ ยังแสดงถึงกระบวนการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้น่าจะมีความเที่ยงตรงและเชื่อถือได้ และผู้ร่วมให้ข้อมูลมีความเข้าใจตัวคำถามและตัวเลือกตอบเหมือนๆ กัน

4.1 ผลการสำรวจในผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ

การกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ (Fear of infection)

การที่เจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในสถานพยาบาลมีความรู้สึกกลัวและกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติหน้าที่ปกติในการทำงานประจำวัน เป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์แตกต่างจากผู้ป่วยอื่นทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ เช่นการป้องกันตนเองมากกว่าปกติหรือหลีกเลี่ยงที่จะให้บริการดูแลรักษาต่างๆที่มีความจำเป็น จากผลการสำรวจครั้งนี้ พบว่าผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 31.4 กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีเมื่อต้องหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 45.8 กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวี เมื่อต้องทำแผลให้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ และร้อยละ 54.1 กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีเมื่อต้องเจาะเลือดผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ และร้อยละ 49.2 หรือประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถามยังกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากปฏิบัติหน้าที่ จะเห็นว่าสัดส่วนของความรู้สึกกังวลสูงขึ้นเพื่อต้องทำหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นซึ่งก็สมเหตุผล การที่บุคลากรสายวิชาชีพมีความกังวลมากกว่ากลุ่มอื่นสะท้อนว่าหัตถการที่เจ้าหน้าที่กลุ่มนี้ทำมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่า อย่างไรก็ตามข้อมูลเหล่านี้แสดงให้เห็นโอกาสในการให้ความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้อง และให้การสนับสนุนต่างๆ ที่จำเป็นแก่บุคลากรเพื่อลดความกังวลนี้

นโยบายของหน่วยงานเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นด้านเอชไอวี/เอดส์

นโยบายของสถานพยาบาลเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติประเด็นด้านเอชไอวี/เอดส์ มีความสำคัญต่อการป้องกันปัญหาการเลือกปฏิบัติต่อผู้รับบริการที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ การที่ผู้ให้ข้อมูลถึงร้อยละ 90.0 เห็นด้วยว่าสถานพยาบาลมีอุปกรณ์หรือเครื่องใช้เพียงพอที่จะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 70.9 เห็นด้วยว่าสถานพยาบาลที่ตนเองปฏิบัติหน้าที่ไม่มีการบังคับให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยที่ผู้รับบริการไม่รู้หรือไม่ยินยอม และร้อยละ 65.6 เห็นด้วยว่าตนเองอาจจะมีปัญหาหากเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เป็นผลการสำรวจที่ใกล้เคียงกันกับผลการสำรวจของจังหวัดเฝ้าระวังเมื่อปี 2558 และปี 2560 และแสดงให้เห็นว่าสถานพยาบาลของรัฐในประเทศไทย มีแนวนโยบายและสภาพแวดล้อมในการปฏิบัติหน้าที่ที่สอดคล้องกับการป้องกันปัญหานี้อยู่แล้วระดับหนึ่ง อย่างไรก็ตามจากการสำรวจพบว่าร้อยละ 49.6 ของผู้ตอบแบบสอบถามเข้าใจว่าสถานพยาบาลที่ตนเองปฏิบัติหน้าที่อยู่มีระเบียบวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการป้องกันการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทั้งๆ ที่ในความเป็นจริงแล้วน่าจะยังไม่มีเอกสารที่เป็นนโยบายเฉพาะเจาะจงต่อคนกลุ่มนี้ในประเทศไทย จึงอาจเป็นการแสดงให้เห็นว่าบุคลากรไม่เข้าใจตัวคำถาม หรืออาจคิดว่าเอกสารลักษณะอื่นๆ เช่น สิทธิผู้ป่วย ซึ่งเป็นเรื่องทั่วไป ที่ไม่เฉพาะเจาะจงต่อประเด็นเรื่องเอชไอวี/เอดส์ เข้าข่ายที่จะนำมาตอบว่าเป็นเอกสารที่ต้องการถาม จึงจำเป็นต้องหาข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมว่า ผู้ที่ตอบว่ามีเอกสารนี้ในโรงพยาบาลเข้าใจว่าเป็นเอกสารใด

ทัศนคติด้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (Negative attitude towards PLHIV and high risk population groups)

ทัศนคติของผู้ปฏิบัติสุขภาพต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ส่งผลโดยตรงต่อการปฏิบัติบริการแก่ผู้รับบริการที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผลการสำรวจแสดงให้เห็นว่ามากกว่า 80% ของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพในพื้นที่ศึกษา ยังคงมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างน้อยหนึ่งข้อ ทัศนคติและความคิดเห็นเป็นสิ่งที่ฝังลึกอยู่ในจิตใจและมีที่มาหลากหลาย จำเป็นต้องใช้เทคนิคและกระบวนการที่เหมาะสมจึงจะได้ผลในการปรับเปลี่ยนทัศนคติดังกล่าว สัดส่วนของเจ้าหน้าที่ที่ตอบว่าสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือไม่เต็มใจที่จะให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักในการศึกษานี้ พบว่าไม่สูงมากนัก แสดงว่าปัญหานี้มีไม่มากนัก ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพในประเทศไทยส่วนใหญ่ยังคงมีจริยธรรมในการปฏิบัติงานในเกณฑ์ที่ดี อย่างไรก็ตาม อาจเป็นไปได้ว่าโดยพื้นฐานของประชากรที่นับถือศาสนาพุทธอาจมีความเกรงกลัวในเรื่องการทำบาป หรือเป็นไปได้ว่ากลัวมีความผิดทางกฎหมายหรือการฟ้องร้องต่างๆ เนื่องจากโดยทั่วไปในปัจจุบันนี้ การร้องเรียนต่างๆ ที่เกี่ยวกับการแพทย์และสาธารณสุขมีแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นเรื่อยๆ ดังนั้น จึงยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องมีการเฝ้าระวังและให้ความรู้ตลอดจนสร้างเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ปฏิบัติงานอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ เป็นที่น่าสังเกตว่า การที่สัดส่วนของการสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการ หรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดและกลุ่มแรงงานข้ามชาติสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ สะท้อนให้เห็นถึงปรากฏการณ์การถูกตีตราซ้ำซ้อนของ

ประชากรหลักเหล่านี้ (ทั้งจากการติดเชื้อฯ และการเป็นประชากรกลุ่มเสี่ยง) ซึ่งการแก้ไขปัญหามีความซับซ้อนมากขึ้นเช่นกัน นั่นคือ ต้องแก้ไขทั้งเรื่องทัศนคติด้านลบต่อเอ็ดส์ และทัศนคติด้านลบต่อการเป็นประชากรหลักควบคู่กันไป

การป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการใช้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์ (Use of unnecessary precautions)

ประมาณ 1 ใน 3 (ร้อยละ 31.4) ของผู้ปฏิบัติในพื้นที่ศึกษาครั้งนี้ สวมถุงมือสองชั้นเมื่อต้องให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์ ซึ่งจะไม่ทำเช่นนี้กับคนใช้รายอื่น และมากกว่ากึ่งหนึ่งคือร้อยละ 57.9 ใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นพิเศษหรือมากกว่าความจำเป็น เมื่อต้องให้การดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอ็ดส์ซึ่งจะไม่ทำเช่นนี้กับคนใช้รายอื่น และโดยรวม ดัชนีบ่งชี้เรื่องการป้องกันตนเองมากเกินไปสูงถึงร้อยละ 63.2 (ปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อ) ข้อมูลดังกล่าวสูงกว่าผลการสำรวจในพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศในปี 2558 และ 2560 และสะท้อนถึงความวิตกกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติหน้านี้ จึงควรให้การสนับสนุนให้บุคคลได้รับความรู้ ประสบการณ์ หรือการฝึกอบรมเฉพาะทางเกี่ยวกับการป้องกันตนเองอย่างเหมาะสมเพิ่มมากขึ้นอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ

ความรู้สึกอึดอัด/ลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (Attitude towards co-workers with HIV positive)

ในการศึกษานี้ ร้อยละ 30.5 ของผู้ปฏิบัติงาน มีความรู้สึกอึดอัดลำบากใจที่ต้องทำงานร่วมกับผู้ร่วมงานที่ติดเชื้อเอชไอวี สะท้อนถึงการขาดองค์ความรู้ที่ถูกต้องเกี่ยวกับการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ทั้งๆ ที่ความรู้เรื่องการติดเชื้อฯ รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อฯ ควรเป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพควรมีความรู้ความเข้าใจที่ถูกต้องมากกว่าประชาชนทั่วไป และนอกจากนี้ ยังสะท้อนถึงการมีทัศนคติเชิงลบที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้ปฏิบัติงานด้วยกันอีกด้วย อย่างไรก็ตามก็อาจเป็นไปได้ว่าผู้ตอบว่ามีความรู้สึกอึดอัดลำบากใจอาจไม่ใช่เพราะทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ได้ แต่อาจเป็นเพราะไม่รู้ว่าจะคิด พูด หรือปฏิบัติต่อเพื่อนร่วมงานที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างไร

4.2 ผลการสำรวจในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอ็ดส์

การหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการช้า

การหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการช้าเนื่องจากการกลัวการถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติจากการรับบริการในสถานพยาบาลสุขภาพ เป็นผลลัพธ์สำคัญของปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ รวมถึงการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีให้ผู้อื่น ที่สามารถป้องกันได้ การที่มีผู้ร่วมให้ข้อมูลเพียงร้อยละ 3.9 ที่รายงานว่าจะหลีกเลี่ยงการไปรับบริการสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาด้วยสาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตีตราที่อาจดูเหมือนเป็นสัดส่วนที่น้อย แต่ต้องไม่ลืมว่าอาสาสมัครในการ

สำรวจนี้เป็นผู้ที่กำลังมารับบริการอยู่แล้ว และมีประวัติการติดเชื้อ มายาวนานพอสมควร จึงน่าจะเป็นกลุ่มที่ปรับตัวยอมรับสถานะการติดเชื้อ และให้ความสำคัญกับการเข้ามาใช้บริการสุขภาพเมื่อเกิดปัญหาหรือมีความจำเป็น ซึ่งหากสอบถามจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วไป อาจเป็นไปได้ว่าสัดส่วนของการเคยหลีกเลี่ยงไม่มารับบริการจะสูงกว่าที่พบในการศึกษานี้ ดังนั้นถึงแม้ปัญหาในประเด็นนี้จะมีสัดส่วนไม่มากเมื่อเทียบกับประเด็นอื่น ก็ยังคงมีความจำเป็นที่จะต้องติดตามและแก้ไขปัญหาอย่างต่อเนื่องต่อไป

การเคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ

การรายงานโดยผู้รับบริการที่ร่วมให้ข้อมูลในโครงการนี้ว่าเคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาซึ่งถือเป็นข้อมูลจากผลการสำรวจในฝั่งของผู้รับบริการที่สำคัญที่สุดถึงร้อยละ 9.0 เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าปัญหานี้มีอยู่จริง เกิดขึ้นจริง และมีผู้ได้รับผลกระทบจริง เป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้แจ้งให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้ทราบระหว่างการประชุม สัมมนา เพื่อให้ตระหนักถึงสภาพปัญหา รวมถึงใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสู่ระหว่างการฝึกอบรมเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานพยาบาล ข้อมูลที่น่าสนใจคือมีผู้ที่เคยเป็นผู้ป่วยในถึงร้อยละ 12.5 ที่รายงานว่าเคยถูกเจ้าหน้าที่ให้เอาชุดโรงพยาบาลที่ใส่แล้วไปทิ้งในถังหรือบริเวณที่จัดไว้ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งถือว่าค่อนข้างสูง จึงควรมีการหาข้อมูลเพิ่มเติมเพื่อตรวจสอบว่าเป็นสิ่งที่เกิดขึ้นจริงหรือไม่ และมีสาเหตุเชิงลึกมาจากอะไรบ้าง เพื่อสามารถดำเนินการแก้ไขปัญหาได้อย่างตรงจุดและมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

การตีตราตนเอง

ดัชนีรวมของประเด็นนี้สูงถึงหนึ่งในสาม (ร้อยละ 33.4) โดยผู้รับบริการเหล่านั้นรายงานว่า การมีความคิดเชิงลบต่อตนเอง (การตีตราตนเอง) ส่งผลถึงขั้นทำให้พวกเขาตัดสินใจไม่ไปรับบริการที่สถานบริการสุขภาพ เป็นปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากปัญหาอื่นๆ ในการสำรวจนี้ เนื่องจากสาเหตุไม่ได้เกิดจากผู้ให้บริการสุขภาพหรือสถานพยาบาล แต่เป็นปัญหาภายในที่เป็นความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยเอง ซึ่งอาจเกิดจากเกิดจากสภาพแวดล้อมทางสังคมไทยโดยทั่วไป ที่ยังคงมีการตีตราผู้ติดเชื้ออยู่ การแก้ไขปัญหาที่นอกจากการปรับความคิดของผู้ติดเชื้อเองแล้ว ยังต้องแก้ไขทัศนคติของสังคมในภาพรวมด้วย ปัจจุบันประเทศไทยมีหลักสูตรสำหรับอบรมบุคลากรสุขภาพเพื่อที่จะสามารถให้การช่วยเหลือผู้รับบริการที่มีการตีตราตนเองแล้ว

การเคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับ

การสำรวจครั้งนี้พบว่า ผู้รับบริการไม่มั่นใจในการกระบวนการรักษาความลับถึงประมาณหนึ่งในสี่ (ร้อยละ 23.4) ซึ่งหากผู้รับบริการมีความไม่มั่นใจว่าผลเลือดของตนเองจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ อาจทำให้ไม่ยอมมารับบริการ ปัญหาเรื่องความเชื่อมั่นต่อกระบวนการรักษาความลับนี้ กล่าวได้ว่าเป็นปัญหาเชิงเทคนิคเมื่อเทียบกับเรื่องอื่นที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับทัศนคติ จึงน่าจะเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ง่ายกว่า

โดยทีมผู้ปฏิบัติงานสามารถออกแบบการทำงานที่เหมาะสม ที่สามารถให้การดูแลส่งต่อผู้ป่วยภายในหน่วยงาน ได้ ในขณะที่ยังคงสามารถรักษาความลับของผู้รับบริการ

การเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์

การเลือกปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในหมวดนี้ บางข้อไม่เป็นเพียงการเลือกปฏิบัติด้านเอชไอวี เอดส์เท่านั้น แต่เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้วย ซึ่งถือว่าร้ายแรงกว่า เช่น “การบังคับให้ทำแท้ง” ซึ่งมีผู้ตอบว่าเคยถูกแนะนำร้อยละ 3.7 การมีผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งตอบว่ายังถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าปัญหานี้ยังกำลังเกิดขึ้นอยู่ ไม่ใช่ปัญหาที่เกิดขึ้นในอดีตเท่านั้น จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องได้รับการแก้ไข และถึงแม้ว่าสัดส่วนอาจจะน้อย แต่มีความสำคัญมากเพราะว่าผู้ที่เข้าข่ายที่จะตอบคำถามในประเด็นนี้ได้ นั้นมีจำนวนน้อยเช่นกัน

4.4 ข้อจำกัดของการศึกษา

ข้อจำกัดที่สำคัญคือ การที่มี 2 จังหวัด ไม่ได้เก็บรวบรวมข้อมูลในส่วนของผู้รับบริการ ทำให้ไม่มีข้อมูลในส่วนนี้มาสอบทานกับผลการสำรวจในฝั่งผู้ให้บริการ และเนื่องจากเป็นจังหวัดที่สนใจดำเนินการเอง ทำให้การสนับสนุนในด้านวิชาการและงบประมาณไม่เข้มข้นเท่ากับจังหวัดเฝ้าระวัง ซึ่งอาจส่งผลกระทบต่อคุณภาพของข้อมูลได้



กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
ถนนติวานนท์ อำเภอเมือง จังหวัดนนทบุรี 11000
Division of AIDS and STIs
Department of Disease Control
Tiwanon Road Mung Nonthaburi 11000
Tel: 0 2590 2528-9, Fax: 0 2965 9153