

รายงานการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ ในระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เฝ้าระวังระดับประเทศ ปี 2558

Stigma and Discrimination In Health Care Setting in Thailand 2015



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control



ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รายงานการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ ในระบบบริการสุขภาพในพื้นที่เฝ้าระวังระดับประเทศ ปี 2558

Stigma and Discrimination In Health Care Setting in Thailand 2015



ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค
สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

ทีมผู้ศึกษา

สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่

รศ.นพ.เกรียงไกร ศรีธวัชวิบูลย์ (ผู้ศึกษาหลักคนที่ 1)

นายจรัญ เชื้อเย็น

นางมนต์จันทร์ วิชาจารย์

นางสาวสุรณี ทานเคหาสน์

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข

ดร.นาริรัตน์ ผุดผ่อง (ผู้ศึกษาหลักคนที่ 2)

ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ

นางพรทิพย์ เข้มเงิน

ทีมจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน

นางเพ็ญศิริ ศรีจันทร์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

นางเพชรลีสี แดงสกุล

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

นางสาวเอื้องอุมา โยธาวิจิตร

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดอุดรธานี

นางกิงกาญจน์ จงใจหาญ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

นางสาวปิยธิดา ภูตาไชย

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

นางสาวกุลธิดา วงศ์แก้ว

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น

ทีมจังหวัดภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง

นางสาวบุญช่วย นาสูงเนิน

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

นางพิชชาภักดิ์ ไพฑูรย์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

นายธีรพล สิงห์ปูลู

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา

นางสาวธัญวดี ฐัรอรบ

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 9 นครราชสีมา

ทีมจังหวัดภาคเหนือ

นายธงชัย ตั้งจิตต์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

นางเยาวลักษณ์ ไชยานนท์

สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงราย

นางสาวสุภาวดี พงษ์ประภาส

โรงพยาบาลเชียงรายประชานุเคราะห์

นางสาวจุฬารัตน์ สิงห์แป

โรงพยาบาลเชียงรายพาน

นางมัทนา แอร์แบร์

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่

นางสาวพรรณชนัญ โปฏก

สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 1 เชียงใหม่



ทีมจังหวัดภาคกลาง

นายณพล มิติภัทร	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
นางปัทมาภักดิ์ ชาศิโย	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดชลบุรี
นางสาวภัทธรินี เป้าบุญปรุง	เครือข่ายสายชลจังหวัดชลบุรี
นายรักษริน มีมัน	มูลนิธิเฟิร์ลเอสบัคแห่งประเทศไทย
นางสาวอภิญญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี
นางสาวประไพพัศ วิวัฒน์วานิช	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี
นายยศภัทร เสาวภาคสัมปกุล	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 ชลบุรี

ทีมจังหวัดภาคใต้

นางทัศนีย์ พงศ์ไพบุลย์	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
นายเจริญสุข ชะโนวรรณะ	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
นายศักดิ์ณรงค์ สอนคง	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
นางประทีป สระมุณี	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
นางกาญจณีย์ สุวรรณโล	สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสงขลา
นางนิมอรงค์ ไทยเจริญ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา
นางสาวณัฐพร ฉั่วอรุณ	สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 12 สงขลา

จัดพิมพ์โดย กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข

ISBN 978-616-11-3840-0

พิมพ์ครั้งที่ 1

สถานที่พิมพ์ บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด
ที่อยู่ 15 ซอยเจริญสุขนิทวงศ์ 78 แขวงบางอ้อ
เขตบางพลัด กรุงเทพฯ 10700
Email : ncconcept2014@gmail.com
โทรศัพท์ 0 2880 0191
โทรสาร 0 2880 0191

คำนำ

โครงการ “สำรวจสถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติภาพรวมระดับประเทศ และระดับจังหวัด” นี้ ดำเนินขึ้นโดยดำริของศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบถึง สถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ และประชากรหลักที่เสี่ยง ต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในบริบทของสถานบริการสุขภาพของรัฐ และเพื่อสร้างระบบติดตามเฝ้าระวัง สถานการณ์ประเด็นปัญหาดังกล่าวของประเทศไทย การติตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวข้องกับ เอชไอวี/เอดส์ ที่เกี่ยวข้องกับสถานบริการสุขภาพถือเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญ เนื่องจากเป็นสาเหตุ ที่ทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีไม่กล้ามารับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ ผู้ติดเชื้อไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ ไม่เข้าสู่ระบบบริการรวมถึงการได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้ยังคง มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้ผู้อื่นต่อไปเรื่อยๆ นอกจากนั้นการติตราและการเลือกปฏิบัติยังถือเป็น การละเมิดสิทธิมนุษยชนและลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อผู้ป่วยและผู้เกี่ยวข้องด้วย

การศึกษาครั้ง มีจังหวัดที่เข้าร่วมเป็นพื้นที่ดำเนินการทั้งสิ้น จำนวน 5 จังหวัด โดยเป็นจังหวัด ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 จังหวัด เนื่องจากเป็นภาคที่มีประชากรมากกว่าภาคอื่นๆ ประกอบด้วย จังหวัดที่เป็นตัวแทนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน 1 จังหวัด และตัวแทนภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ตอนล่าง 1 จังหวัด นอกจากนั้นเป็นจังหวัดตัวแทน ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ภาคละ 1 จังหวัด การเก็บรวบรวมข้อมูล เก็บจากอาสาสมัคร 2 กลุ่มคือ ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ และผู้อยู่ร่วมกับ เชื้อเอชไอวี แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ที่ใช้ในโครงการนี้เป็นผลผลิตจากโครงการพัฒนาเครื่องมือ และวิธีการเพื่อสำรวจการติตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวเนื่องกับ เอชไอวี/เอดส์ ในสถานบริการ สุขภาพของประเทศไทย ซึ่งดำเนินการที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่

ผู้ศึกษาหวังเป็นอย่างยิ่งว่า รายงานฉบับสมบูรณ์ของโครงการ “สำรวจสถานการณ์การติตรา และเลือกปฏิบัติภาพรวมระดับประเทศ และระดับจังหวัด” ฉบับนี้ จะมีส่วนช่วยในการนำเสนอ ให้เห็นภาพของการพัฒนาระบบเฝ้าระวังและข้อมูลสถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติประเด็น เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานพยาบาลทั้งระดับประเทศและระดับจังหวัดของประเทศไทย และสามารถ นำไปใช้ในการพัฒนาแนวทางตลอดจนกิจกรรมการป้องกันแก้ไขปัญหาดังกล่าว และพัฒนาระบบข้อมูล ที่เกี่ยวข้องของประเทศอย่างยั่งยืนต่อไปในอนาคต

ทีมผู้ศึกษา
กุมภาพันธ์ 2559

กิตติกรรมประกาศ

ทีมผู้ศึกษาขอขอบคุณศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ ที่ดำริให้มีการดำเนินการโครงการและได้ให้การสนับสนุนงบประมาณสำหรับการศึกษาครั้งนี้ ขอขอบคุณผู้บริหารและบุคลากรของทีมศึกษาระดับจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ประกอบด้วยสำนักงานป้องกันควบคุมโรคทั้ง 5 แห่ง สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 แห่ง และภาคีเครือข่ายการดำเนินงานด้านเอดส์ภายในจังหวัดต่างๆ ที่ร่วมกันช่วยประสานงาน ทำการสำรวจ และบันทึกข้อมูลผลสำรวจครั้งนี้ ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทุกแห่งที่เข้าร่วมในการศึกษาและได้ช่วยประสานงานในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณอาสาสมัครผู้ให้ข้อมูลทั้งสองกลุ่ม ได้แก่ ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพ และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ทุกคนที่ได้กรุณาสละเวลาอันมีค่าในการให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์ และท้ายที่สุดขอขอบพระคุณศาสตราจารย์นายแพทย์สุวัฒน์ จริยาเลิศศักดิ์ ผู้อำนวยการสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ที่ได้กรุณาอนุญาตให้ทำการศึกษานี้และเป็นที่ปรึกษาให้กับทีมด้วยดีเสมอมา

ทีมผู้ศึกษา
กุมภาพันธ์ 2559

สารบัญ

คำนำ	III
กิตติกรรมประกาศ	IV
สารบัญ	VI
สารบัญตาราง	VII
บทสรุปสำหรับผู้บริหาร	1
บทที่ 1 บทนำ	5
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ	5
1.2 วัตถุประสงค์	7
1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	8
บทที่ 2 วิธีการศึกษา	9
2.1 ระยะเวลาและกรอบในการดำเนินงาน	9
2.2 พื้นที่ดำเนินการ	9
2.3 ขั้นตอนการดำเนินการ	9
2.4 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	11
2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล	14
2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้	15
บทที่ 3 ผลการศึกษา	17
3.1 ผลการสำรวจในผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ	17
3.2 ผลการสำรวจในผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	25
บทที่ 4 อภิปรายและสรุปผลการศึกษา	37
4.1 ผลการนำเครื่องมือและรูปแบบการสำรวจฯ มาใช้งานจริง	37
4.2 ผลการสำรวจสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ	38
4.3 ข้อจำกัดของการศึกษา	42
4.4 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ	42
ภาคผนวก	45
ภาคผนวก 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ	45
ภาคผนวก 2 แบบสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี	49
ภาคผนวก 3 โปรแกรม REDCap ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล	55
ภาคผนวก 4 ตาราง เปรียบเทียบผลการสำรวจที่สำคัญระหว่างการใช้ชุดข้อมูลทั้งหมด กับชุดข้อมูลที่ไม่มีข้อมูลของจังหวัด NE2	59
ภาคผนวก 5 การประมาณการสถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการ สุขภาพระดับประเทศ ปี พ.ศ. 2559	61
เอกสารอ้างอิง	65

สารบัญตาราง

ตารางที่ 3.1.1 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพที่ตอบแบบสอบถาม จำแนกตาม จังหวัดและการเป็นบุคลากรสายวิชาชีพด้านการแพทย์	17
ตารางที่ 3.1.2 การกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวี จากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	18
ตารางที่ 3.1.3 การป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	19
ตารางที่ 3.1.4 การสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวีและ ผู้ป่วยเอดส์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	
ตารางที่ 3.1.5 ความรู้สึกอึดอัด/ลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	20
ตารางที่ 3.1.6 นโยบายของหน่วยงานเกี่ยวกับการติตราและเลือกปฏิบัติประเด็นด้านเอชไอวี/เอดส์	21
ตารางที่ 3.1.7 ทักษะการติดต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	22
ตารางที่ 3.1.8 ทักษะเกี่ยวกับการทำหมันในผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	23
ตารางที่ 3.1.9 การสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการ หรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่า เป็นกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	23
ตารางที่ 3.1.10 ความสัมพันธ์ระหว่างการติตราและเลือกปฏิบัติด้านต่างๆ กับการเป็นหรือไม่ เป็นบุคลากรสายวิชาชีพ	25
ตารางที่ 3.2.1 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐาน ต่างๆและจังหวัด	26
ตารางที่ 3.2.2 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการ สุขภาพ หรือไปรับบริการช้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	27
ตารางที่ 3.2.3 การเคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	28
ตารางที่ 3.2.4 การเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการติตรา ตนเอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	30
ตารางที่ 3.2.5 การเคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	31
ตารางที่ 3.2.6 ความมั่นใจเกี่ยวกับสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีว่าจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ	32
ตารางที่ 3.2.7 การเคยถูกติตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ เพราะการติดเชื้อเอชไอวี	33
ตารางที่ 3.2.8 ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นหรือไม่เป็นประชากรกลุ่มหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีกับการติตราและเลือกปฏิบัติด้านต่างๆ	34
ตารางที่ 3.2.9 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีกับการติตราและเลือก ปฏิบัติด้านต่างๆ	35
ตาราง เปรียบเทียบผลการสำรวจที่สำคัญระหว่างการใช้ชุดข้อมูลทั้งหมดกับชุดข้อมูลที่ไม่มี ข้อมูลของจังหวัด NE2	59

บทสรุปสำหรับผู้บริหาร

บทนำ

การติตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ถือเป็นสาเหตุสำคัญสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวในปัจจุบันยังไม่บรรลุผลสำเร็จเนื่องจากเป็นสาเหตุที่ส่งผลให้อัตราการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีต่ำ การเข้าสู่การรักษาเอชไอวีล่าช้า และการคงอยู่ในกระบวนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต่ำ ดังนั้นประเทศไทยจึงได้กำหนดยุทธศาสตร์ฯ เอดส์ชาติ พ.ศ. 2557-2559 ให้การลดการติตราและการเลือกปฏิบัติดำเนินการควบคู่กันไปกับการรณรงค์สร้างกลไกเพื่อการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ซึ่งถือเป็นมาตรการสำคัญที่บรรจุอยู่ในแผนปฏิบัติงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ของประเทศ

แม้ว่าการติตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกที่ แต่การติตราและการเลือกปฏิบัติที่มีความสำคัญ คือการติตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากสถานบริการสุขภาพเป็นสถานที่ที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ต้องเข้าไปรับบริการสุขภาพที่จำเป็น อย่างไรก็ตามการดำเนินการแก้ไขปัญหายังเป็นไปอย่างล่าช้า สาเหตุสำคัญคือการขาดเครื่องมือที่ได้มาตรฐานในการสำรวจสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง ดังนั้น ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบจอ.) จึงได้ร่วมกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ และภาคีเครือข่ายการดำเนินงานเรื่องเอดส์ภายในประเทศ พัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพขึ้นในปี พ.ศ.2557 ซึ่งประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ชุดหนึ่งใช้สำรวจในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ และชุดที่สองใช้สำรวจในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ/ผู้ป่วยเอดส์

ในการพัฒนาระบบเฝ้าระวังสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ศบจอ. ได้เลือกจังหวัดจำนวนทั้งสิ้น 5 จังหวัดที่มีความพร้อมในการสำรวจ และสามารถเป็นตัวแทนแต่ละภูมิภาคของประเทศ มาเป็นเป้าหมายในการสำรวจ เพื่อพัฒนาให้เป็นจังหวัดเฝ้าระวังที่จะพัฒนาระบบและดำเนินการสำรวจสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในระยะยาวต่อไป โดยได้ขอความร่วมมือจากนักวิชาการของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ มาเป็นผู้ประสานดำเนินการและที่ปรึกษาทางวิชาการให้กับโครงการ ทำหน้าที่ช่วยพัฒนาศักยภาพทีมจังหวัดให้สามารถดำเนินการสำรวจได้อย่างถูกต้องได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม จึงเป็นที่มาของการศึกษานี้ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) สร้างเครือข่ายระบบเฝ้าระวังเรื่องสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ 2) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพทางวิชาการด้านการติตราและการเลือกปฏิบัติ ให้กับเจ้าหน้าที่ระดับพื้นที่ (เขตและจังหวัด) และ 3) เพื่อทราบข้อมูลพื้นฐานของสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติระดับประเทศ และระดับจังหวัด

วิธีการศึกษา

พื้นที่ศึกษา 5 จังหวัด กระจายอยู่ตามภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ โดยอยู่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 จังหวัด (ภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน 1 จังหวัด และภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง 1 จังหวัด) ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ภาคละ 1 จังหวัด การเตรียมการมีการประชุมชี้แจงและอบรมผู้ปฏิบัติงาน

ของทีมจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ที่จะเป็นผู้รวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์อาสาสมัคร ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ มี 2กลุ่ม คือ 1) ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในแต่ละจังหวัดที่มีบริการคลินิกยาต้านไวรัสและเกี่ยวข้องโดยตรงกับการให้บริการ และ 2) ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

การคำนวณขนาดตัวอย่างเพื่อบอกสถานการณ์ระดับจังหวัด จำนวนตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาล คิดตามสัดส่วนเมื่อเทียบกับจำนวนเจ้าหน้าที่ และจำนวนผู้ป่วยของทั้งจังหวัด การคัดเลือกตัวอย่างเป็นแบบใช้หลักความน่าจะเป็น อาสาสมัครที่เป็นผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ (โรงพยาบาล) ตอบแบบสอบถามด้วยการอ่านและตอบด้วยตนเอง ส่วนอาสาสมัครที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อฯ/ผู้ป่วยเอดส์ใช้วิธีสัมภาษณ์โดยเมื่อได้ข้อมูลในแบบสอบถามแล้ว ทีมจังหวัดบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมออนไลน์เรียกว่า REDCap

การวิเคราะห์ข้อมูลเป็นการวิเคราะห์เชิงพรรณนา ใช้การจัดกลุ่มของคำตอบ การทำ composite index (จำนวนผู้ตอบว่าใช่อย่างน้อยหนึ่งข้อใน domain นั้น หารด้วยจำนวนผู้ตอบคำถามที่เข้าข่ายในข้อนั้น) การแจกแจงความถี่ ร้อยละสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์ ในส่วนข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นหรือไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพกับการติดเชื้อและเลือกปฏิบัติ และในส่วนข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อ และการเป็นหรือไม่เป็นประชากรกลุ่มหลักกับประสบการณ์การถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติ

ผลการศึกษา

ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 71.3 กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 57.2 ป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 23.8 พบเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 12.6 รู้สึกอึดอัดลำบากใจที่จะต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 85.4 มีทัศนคติต่อต้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และร้อยละ 14.5 สังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา เมื่อเปรียบเทียบกับระหว่างผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพ และผู้ปฏิบัติงานกลุ่มอื่นๆ แล้ว พบว่า ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ กังวลว่าตัวเองจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากกว่า (OR = 1.86; 95%CI 1.30-2.67) ป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากกว่า (OR = 1.83; 95%CI 1.36-2.46) และมีทัศนคติด้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากกว่า (OR = 2.20; 95%CI 1.45-3.36) ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าร้อยละ 8.4 เคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 32.1 เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลเนื่องจากการตีตราตนเองในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 30.5 เคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และนอกจากนี้ ร้อยละ 14.8 เคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ โดยพบว่า เมื่อพิจารณาในช่วง 12 เดือน

ที่ผ่านมาผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อ มาแล้วน้อยกว่า 10 ปี เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพเนื่องจากการตีตราตนเอง มากกว่า (OR = 1.61; 95%CI 1.20-2.14) เคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์มากกว่า (OR = 2.00; 95%CI 1.23-3.25) เมื่อเปรียบเทียบกับผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อมาแล้วนานตั้งแต่ 10 ปีขึ้นไปอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

ข้อจำกัดของการศึกษา

1. การสำรวจนี้เป็นการค้นหาความเห็นหรือการรับรู้ส่วนบุคคลที่การตีตราหรือระบบสถานการณ์ของการตีตราและการเลือกปฏิบัติต้องเป็นไปด้วยความระมัดระวัง ทั้งนี้อาจเป็นไปได้ว่ามีอคติในการตอบแบบสอบถามที่ไม่ต้องการให้เกิดผลกระทบแก่ตนเองและสถานบริการสุขภาพของผู้ปฏิบัติงานและผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ ในระดับหนึ่งที่เราเรียกว่าอคติจากให้คำตอบตามความคาดหวังของสังคม (social desirability bias) อย่างไรก็ตามในระหว่างการเก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ชี้แจงทำความเข้าใจผู้เก็บข้อมูลเพื่อให้การยืนยันในการรักษาความลับแก่อาสาสมัคร จึงอาจกล่าวได้ว่าอคติดังกล่าวได้ถูกทำให้ลดน้อยลงแล้วในการศึกษา

2. การถามประสบการณ์ที่ผ่านมาอาจเกิดอคติในเรื่องของความจำ (recall bias) อย่างไรก็ตามข้อคำถามในการศึกษานี้เป็นการถามอดีตในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเป็นส่วนใหญ่ ซึ่งทีมวิจัยได้พิจารณาแล้วว่าไม่ใช่ข้อผิดพลาดที่นานจนเกินไปที่คนจะจำไม่ได้ อคตินี้จึงไม่น่าจะมีผลกระทบต่อภาพรวมของการศึกษา

3. สถานการณ์และระดับของการตีตราและเลือกปฏิบัติอาจจะเป็นบริบทที่จำเพาะเจาะจงในสถานบริการภาครัฐของประเทศไทยเท่านั้นจึงไม่สามารถนำไปใช้สรุปปัญหาเช่นเดียวกันนี้ในพื้นที่อื่นๆได้ (limitation of generalizability)

สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

การศึกษานี้เป็นการนำเครื่องมือและวิธีการสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ที่ได้รับการพัฒนามาแล้วจากโครงการนำร่องใน 2 จังหวัดมาใช้งานจริงเป็นครั้งแรก โดยครั้งนี้เป็นการสำรวจในจังหวัด 5 จังหวัด ที่เป็นตัวแทนของแต่ละภูมิภาคซึ่งจะถูกพัฒนาให้เป็นพื้นที่เฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยในระยะยาวต่อไปซึ่งผลสำเร็จของการศึกษานี้แสดงให้เห็นว่าเครื่องมือและวิธีการดำเนินการที่ได้รับการพัฒนามาแล้วดังกล่าวข้างต้น สามารถนำมาใช้เพื่อการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในระดับจังหวัดของประเทศไทยได้จริงและการศึกษานี้ยืนยันได้ว่าการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยมีอยู่จริง โดยพิจารณาจากการที่มีอาสาสมัครผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลจำนวนหนึ่งตอบคำถามในลักษณะของการมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และแจ้งว่าพบเห็นการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในสถานพยาบาลซึ่งสอดคล้องกับการมีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตอบว่าเคยถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติในสถานพยาบาลสุขภาพ เมื่อประกอบกันจึงเป็นหลักฐานสำคัญของการมีอยู่จริงของปัญหานี้ในสถานพยาบาลของรัฐในประเทศไทย นอกจากนี้ การศึกษานี้มีข้อเสนอแนะ ดังต่อไปนี้

1. ประเด็นการติตราและเลือกปฏิบัติสำคัญที่ควรได้รับการเอาใจใส่และพัฒนาการดำเนินการเพื่อลดหรือกำจัดให้หมดไปในสถานบริการที่สำคัญ 3 อันดับแรก จากการศึกษาได้แก่ทัศนคติติตราการกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติหน้าที่ และการป้องกันตนเองมากกว่าปกติเมื่อต้องให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตาม ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุเชิงลึกของปัญหาเพื่อสามารถออกแบบการดำเนินการลดการติตราได้อย่างเหมาะสมมากยิ่งขึ้น

2. ในการสำรวจครั้งต่อไปควรชี้แจงให้จังหวัดและสถานพยาบาลเข้าใจว่า สามารถเพิ่มขนาดตัวอย่างในการเก็บข้อมูลของแต่ละสถานพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนสถานการณ์ของแต่ละโรงพยาบาลได้

3. ควรมีการปรับข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานสุขภาพในหมวดนโยบาย ให้มีความชัดเจนขึ้นจังหวัดควรศึกษาทำความเข้าใจผลการสำรวจของจังหวัดตัวเองเพิ่มเติมโดยละเอียด เพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาที่จำเพาะเจาะจงในพื้นที่ของตนเอง

4. ควรมีการพัฒนาศักยภาพของทีมจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด และให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทุกจังหวัดเป็นพื้นที่เฝ้าระวังได้อย่างต่อเนื่อง อันจะนำมาซึ่งชุดข้อมูลที่บอกถึงเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาตลอดจนความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหาในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ต่อไป

บทที่ 1 บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญ

มีข้อมูลทางวิชาการระบุตรงกันว่า การตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ (HIV-related stigma and discrimination, HIV-related S&D) เป็นปรากฏการณ์ทางจิตวิทยาสังคมที่เกิดขึ้นทั่วโลก และเป็นอุปสรรคต่อการเข้าถึงบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสถานะภาพการติดเชื้อ การรับการรักษาและการกินยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง (Katz et al. 2013; Kalichman and Simbayi 2003; Macquarrie et al. 2009; Mahajan et al. 2008; Nyblade et al. 2003; Pulerwitz et al. 2008; Smith and Morrison 2006) ถือเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้การป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ในปัจจุบันยังไม่บรรลุผลสำเร็จ นอกจากนี้การตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ยังเป็นการละเมิดสิทธิของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนผู้ได้รับผลกระทบอื่นๆ เช่น ครอบครัวของผู้อยู่ร่วมกับเชื้ออีกด้วย

ผลการศึกษาเพื่อประเมินการโต้ตอบต่อปัญหาเอดส์ของประเทศไทย พ.ศ. 2550-2554 ชี้ให้เห็นว่าการคุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ยังคงเป็นเรื่องที่ถูกกล่และต้องการแก้ไขปรับปรุง (สุพัตรา ศรีวนิชชากร และคณะ 2554) นอกจากนั้นแม้ว่าประเทศไทยจะมีระบบหลักประกันสุขภาพที่ครอบคลุมการรักษาที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในประเทศไทย โดยเป็นการให้บริการฟรีไม่เสียค่าใช้จ่ายมาตั้งแต่ปี พ.ศ. 2544 แต่ก็ยังมีผู้เสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จำนวนมาก และระดับ CD4 เหลือเมื่อเริ่มเข้ารับการรักษา ยังต่ำ (IHPP 2556) ซึ่งการตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ถูกมองว่าเป็นสาเหตุสำคัญที่ส่งผลให้อัตราการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีต่ำ การเข้าสู่การรักษาเอชไอวีล่าช้า และการคงอยู่ในกระบวนการรักษาด้วยยาต้านไวรัสต่ำ และเพื่อเป็นการแก้ปัญหา ประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์ฯ เอดส์ชาติ พ.ศ. 2557-2559 มีวิสัยทัศน์ที่มุ่งสู่ 3 ศูนย์ ได้แก่ การลดการติดเชื้อรายใหม่ ลดการเสียชีวิตเนื่องจากเอดส์ และลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ โดยกำหนดให้การลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติดำเนินการควบคู่กันไปกับการรณรงค์สร้างกลไกเพื่อการคุ้มครองสิทธิ เป็นมาตรการสำคัญที่บรรจุอยู่ในแผนปฏิบัติงานเพื่อยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในปี พ.ศ. 2558 ด้วยโดยทั้งสามเป้าหมายได้มีการกำหนดกรอบการติดตามการดำเนินงานและตัวชี้วัดไว้แล้ว สำหรับสองเป้าหมายแรก มีการพัฒนาระบบข้อมูลที่เกี่ยวข้องที่จะช่วยให้ทราบถึงความก้าวหน้าและความสำเร็จในการดำเนินกิจกรรมไว้อย่างครบถ้วนแล้ว อย่างไรก็ตามสำหรับเป้าหมายที่ 3 คือการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นเรื่องที่ยากใหม่สำหรับประเทศไทยนั้น ยังไม่มีการรวบรวมข้อมูลข้อเสนอแนะที่จะทำให้ทราบถึงสถานการณ์ปัญหาดังกล่าวทั้งในระดับประเทศ และพื้นที่ อย่างเป็นระบบ

ระบบข้อมูลข้อเสนอแนะเพื่อให้ได้มาซึ่งข้อมูลที่เป็นใช้ในการกำหนดนโยบายและวางแผนกลยุทธ์เพื่อลดปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ มีหลายด้าน ได้แก่

- 1) ทศนคติของประชาชนทั่วไปต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

- 2) ประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติของประชากรกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย สาวประเภทสอง ผู้ให้บริการทางเพศ ผู้ขายยาเสพติดชนิดฉีด และแรงงานข้ามชาติ)
- 3) การตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อในชุมชน และ
- 4) การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

โดยการศึกษาครั้งนี้เกี่ยวข้องกับเฉพาะข้อ 4 คือการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เท่านั้น สำหรับระบบข้อมูลข้อเสนอแนะ 3 ด้านแรกมีการพัฒนาเครื่องมือและระบบในการจัดเก็บข้อมูลต่างหาก ซึ่งได้ดำเนินการแล้ว

แม้ว่าการตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ จะสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกที่ แต่การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่มีความสำคัญ ส่งผลกระทบรุนแรง และเป็นเป้าหมายแรกๆ ที่ต้องเข้าใจ และเข้าไปจัดการป้องกันแก้ไข คือการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในสถานบริการสุขภาพ เนื่องจากสถานบริการสุขภาพเป็นสถานที่ที่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์และผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ต้องเข้าไปรับองค์ความรู้และบริการสุขภาพที่จำเป็น ตั้งแต่การรับบริการปรึกษาและตรวจเลือดเพื่อทราบสถานะของการติดเชื้อ ซึ่งในผู้ที่ผลเลือดเป็นลบจะได้รับชุดบริการป้องกันการติดเชื้อแบบองค์รวมที่สอดคล้องกับบริบทของผู้รับบริการแต่ละราย และสำหรับผู้ผลเลือดเป็นบวกจะได้รับข้อมูลด้านสุขภาพที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อและการดำเนินโรคและมีความเข้าใจอย่างลึกซึ้ง ซึ่งจะนำไปสู่การรับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง อย่างไรก็ตามมีหลักฐานทางวิชาการจำนวนมากที่ระบุว่า การวิตกกังวลล่วงหน้าว่าจะถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติจากสังคมหากทราบผลเลือดว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี เป็นเหตุผลสำคัญที่ทำให้ไปรับบริการที่สถานพยาบาลตัวอย่าง เช่น การศึกษาในประเทศเวเนซุเอล่าพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการซ้ำ ระบุอุปสรรคที่สำคัญสองประการที่ทำให้พวกเขาไม่เข้ามารับการวินิจฉัยโรคเกี่ยวข้องในเวลาที่เหมาะสมคือ ความกลัวการถูกตีตราที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและความกลัวการถูกเปิดเผยความลับของผลเลือด (Bonjour et al. 2008) การศึกษาในประเทศบอสวานาพบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ป่วยที่รับยาต้านไวรัสระบุว่า พวกเขาเข้ารับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีล่าช้าเพราะกลัวการถูกตีตรา (Wolfe et al. 2008) และหญิงตั้งครรภ์ในประเทศเคนยาระบุว่า ความรู้สึกกลัวการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวี กลัวการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีต่อคนอื่นๆ (เช่น คู่ครอง) โดยที่เขาไม่ยินยอม และการตีตราอื่นๆ ที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี เป็นเหตุผลที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้หลีกเลี่ยงที่จะไปคลอดบุตรในสถานบริการสุขภาพ (Turan et al. 2008) เป็นต้น

แม้จะมีความตระหนักถึงความสำคัญของการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพและมีการศึกษาอย่างหลากหลาย (Letamo 2005; Mahendra et al. 2007; Nyblade et al. 2005; Nyblade et al. 2009; Reis et al. 2005) ซึ่งส่งผลให้มีความก้าวหน้าในการพัฒนาและทดสอบเครื่องมือและรูปแบบในการทำกิจกรรมหลายอย่างเพื่อลดการตีตราในสถานบริการสุขภาพ อย่างไรก็ตามการดำเนินการแก้ไขปัญหายังเป็นไปอย่างล่าช้า ยังไม่สามารถดำเนินงานได้อย่างกว้างขวาง และยังไม่ต่อเนื่องสาเหตุสำคัญประการหนึ่งคือการขาดเครื่องมือที่สนับสนุนและได้มาตรฐานในการสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ เพื่อให้การดำเนินงาน

ติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์การติดยาในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทยเป็นไปอย่างเป็นระบบ และสามารถเปรียบเทียบข้อมูลกันได้แต่ละช่วงเวลาที่ทำการศึกษา ศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (ศบจอ.) ได้ร่วมกับสำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP) สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ภาควิชาการดำเนินงานเรื่องเอดส์ภายในประเทศ ภายใต้การสนับสนุนการดำเนินงานจากองค์กรแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) และองค์กรด้านเอดส์แห่งสหประชาชาติ (UNAIDS) จึงได้ทำการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การติดยาและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพขึ้นในปี พ.ศ. 2557 ซึ่งเครื่องมือดังกล่าวประกอบด้วยแบบสอบถาม 2 ชุด ชุดที่หนึ่งเป็นแบบสอบถามแบบตอบด้วยตัวเองที่ใช้สำรวจในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพ และชุดที่สองเป็นแบบสัมภาษณ์ที่ใช้สำรวจในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ เครื่องมือทั้งสองชุดนี้ครอบคลุมประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการติดยาและการเลือกปฏิบัติซึ่งจะวัดการติดยาที่เกิดขึ้นจริงในลักษณะต่างๆ รวมทั้งปัจจัยผลักดันให้เกิดการติดยาและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

เพื่อเป็นการดำเนินการต่อเนื่องและใช้ประโยชน์แบบสอบถามที่เป็นผลผลิตของโครงการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การติดยาและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ศบจอ. ในฐานะหน่วยงานที่รับผิดชอบในการวางระบบติดตามประเมินผลด้านเอชไอวี/เอดส์ของประเทศ จึงได้มีดำริที่จะพัฒนาระบบเฝ้าระวังสถานการณ์การติดยาและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพเฉพาะพื้นที่ขึ้น ซึ่งจะเป็นการนำเครื่องมือสำรวจสถานการณ์ดังกล่าวข้างต้นมาใช้ประโยชน์จริง โดยได้เลือกจังหวัดจำนวนทั้งสิ้น 5 จังหวัดที่สามารถเป็นตัวแทนแต่ละภูมิภาคของประเทศและมีความพร้อม มาเป็นเป้าหมายในการพัฒนาให้เป็นจังหวัดเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ ที่จะพัฒนาระบบและดำเนินการสำรวจสถานการณ์การติดยาและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในระยะยาว โดยคาดหวังว่าข้อมูลจากทั้ง 5 จังหวัดเมื่อนำมาวิเคราะห์ร่วมกันแล้วจะสามารถบอกสถานการณ์และแนวโน้มในภาพรวมประเทศได้ โดยการดำเนินการ ศบจอ. ได้ขอความร่วมมือจากนักวิชาการของสถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ซึ่งมีส่วนร่วมในการพัฒนาเครื่องมือดังกล่าวข้างต้น มาเป็นผู้ประสานดำเนินการและที่ปรึกษาทางวิชาการให้กับโครงการ ทำหน้าที่ช่วยพัฒนาศักยภาพทีมจังหวัด ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่จากสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ดูแลรับผิดชอบจังหวัดทั้ง 5 รวมถึงทีมผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพของจังหวัด ให้สามารถดำเนินการสำรวจได้อย่างถูกต้องตามหลักวิชาการ ได้ข้อมูลที่มีคุณภาพ และสามารถนำข้อมูลที่ได้จากการสำรวจของพื้นที่ตนเองไปใช้ประโยชน์ได้อย่างเหมาะสม

1.2 วัตถุประสงค์

- 1) เพื่อสร้างเครือข่ายระบบเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่เรื่องสถานการณ์การติดยาและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย
- 2) เพื่อเสริมสร้างศักยภาพทางวิชาการด้านการติดยาและการเลือกปฏิบัติ ให้กับเจ้าหน้าที่ สคร. ในการสนับสนุนการดำเนินงานสำรวจในระดับจังหวัด
- 3) เพื่อทราบข้อมูลพื้นฐานของสถานการณ์การติดยาและการเลือกปฏิบัติระดับประเทศ และระดับจังหวัด

1.3 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

1.3.1 ข้อมูลสถานการณ์ที่ได้จากการศึกษานี้ สามารถใช้ข้อมูลเบื้องต้นที่ใช้ประกอบในการวางแผนงาน หรือการออกแบบวิธีการ (intervention) เพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติได้

1.3.2 ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ ผู้รับบริการคลินิก ARV และผู้สนใจทั่วไปเกิดความตระหนักในประเด็นปัญหาและผลกระทบต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพมากยิ่งขึ้น

บทที่ 2 วิธีการศึกษา

2.1 ระยะเวลาและกรอบในการดำเนินงาน

ระยะเวลาการดำเนินงาน ระหว่างเดือนมีนาคม–กันยายน พ.ศ. 2558 โดยการทำงานประกอบด้วย 4 องค์ประกอบหลัก ดังนี้

1. พัฒนาศักยภาพทีมจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ซึ่งประกอบด้วยเจ้าหน้าที่ของ สคร. และจังหวัด ในการสำรวจสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ
2. ดำเนินงานสำรวจสถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติในพื้นที่เฝ้าระวัง 5 จังหวัด
3. เขียนรายงานสรุปผลการสำรวจสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในภาพรวมของประเทศ
4. พัฒนาศักยภาพของทีมจังหวัดในการแปลผลและใช้ประโยชน์ข้อมูลของจังหวัดตนเอง เพื่อนำไปสู่การใช้ประโยชน์ในการวางแผนแก้ไขปัญหา

2.2 พื้นที่ดำเนินการ

ศบจอ. กำหนดจังหวัดที่เป็นพื้นที่ศึกษาและจะเป็นพื้นที่เฝ้าระวังเกี่ยวกับสถานการณ์การติตรา และการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในภาพรวมของประเทศ โดยเลือกจังหวัดที่มีความพร้อม และกระจายอยู่ตามภูมิภาคต่างๆ ของประเทศ จำนวน 5 จังหวัด เป็นจังหวัดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2 จังหวัด เนื่องจากเป็นภาคที่มีประชากรมาก (จังหวัดที่เป็นตัวแทนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน 1 จังหวัด ตัวแทนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง 1 จังหวัด) ภาคเหนือ ภาคกลาง และภาคใต้ ภาคละ 1 จังหวัด

เพื่อไม่เป็นระบุชื่อจังหวัดและรักษาความลับของพื้นที่ รายงานฉบับนี้ขอใช้ชื่อย่อสำหรับแทนชื่อจังหวัดต่างๆ ที่เป็นพื้นที่สำรวจดังนี้

- จังหวัดที่เป็นตัวแทนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนบน ใช้ชื่อย่อว่า จังหวัด NE1
- จังหวัด ตัวแทนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่างใช้ชื่อย่อว่า จังหวัด NE2
- ภาคเหนือ ใช้ชื่อย่อว่า จังหวัด N
- ภาคกลาง ใช้ชื่อย่อว่า จังหวัด C
- ภาคใต้ ใช้ชื่อย่อว่า จังหวัด S

2.3 ขั้นตอนการดำเนินการ

การดำเนินการประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ดังนี้คือ

ขั้นตอนที่ 1 ขั้นเตรียมการ

- จัดประชุมทีมแกนหลัก ซึ่งประกอบด้วยนักวิชาการจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ โครงการโรคเอดส์ แห่งสหประชาชาติสำนักงานประเทศไทย สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ

กรมควบคุมโรค (สบจอ. สำนักงานป้องกันควบคุมโรคเขตที่เกี่ยวข้อง) และเจ้าหน้าที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด เมื่อวันที่ 27- 28 เม.ย. 2558 เพื่อวางแผนการดำเนินงาน และกำหนดรายละเอียดเนื้อหาตลอดจนเอกสารต่างๆ ที่จำเป็นต้องใช้ในการดำเนินงาน

- หัวหน้าโครงการฯ ได้นำผลการประชุมทีมแกนหลัก มากำหนดรายละเอียดด้านต่างๆ ที่จำเป็นในการดำเนินการ และได้ยื่นขอจริยธรรมวิจัยกลางต่อคณะกรรมการพิทักษ์สิทธิสวัสดิภาพ และป้องกันอันตรายในการวิจัยกับมนุษย์สถาบันวิจัยวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ แล้วในเดือน พ.ค.2558 ผลการพิจารณา กรรมการเห็นชอบให้ดำเนินการได้ภายหลังจากปรับแก้ไขแบบสอบถาม เอกสารชี้แจงโครงการ และแบบแสดงคำยินยอมของอาสาสมัครเล็กน้อย และให้ปรับวิธีการจัดสถานที่สัมภาษณ์อาสาสมัครอยู่ร่วมกับเชื้อให้มีความเป็นส่วนตัวเพิ่มขึ้น

ขั้นตอนที่ 2 การอบรมทีมพื้นที่

- ดำเนินการจัดการอบรมผู้ปฏิบัติงานของทีมจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด ทีมวิทยากรกลางประกอบด้วย นักวิชาการจากมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ และกรมควบคุมโรค โดยทีมวิทยากรเดินทางไปยังจังหวัดที่จะทำการสำรวจร่วมกับทีมพื้นที่ในการอบรมผู้ปฏิบัติงานของทีมจังหวัด ที่จะเป็นผู้ดำเนินการรวบรวมข้อมูลและสัมภาษณ์อาสาสมัครตามกำหนดการดังต่อไปนี้

- จังหวัด C เมื่อวันที่ 7 พ.ค. 2558
- จังหวัด S เมื่อวันที่ 20 พ.ค. 2558
- จังหวัด NE1 เมื่อวันที่ 23 มิ.ย. 2558
- จังหวัด N เมื่อวันที่ 17 ก.ค. 2558
- จังหวัด NE2 เมื่อวันที่ 28 ก.ค. 2558

เนื้อหาของอบรมได้แก่

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

ขั้นตอนที่ 3 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ทีมจังหวัดที่ผ่านการอบรมแล้ว ดำเนินการรวบรวมข้อมูลตามวิธีการและมาตรฐานของโครงการที่ได้กำหนดไว้ระหว่างเดือนมิถุนายนถึงเดือนกันยายน 2558 โดยมีทีมวิทยากรจากส่วนกลางเป็นพี่เลี้ยงกำกับดูแลคุณภาพการดำเนินงาน เมื่อได้ข้อมูลในแบบสอบถามมาแล้ว ทีมจังหวัดบันทึกข้อมูลลงในโปรแกรมออนไลน์เรียกว่า REDCap

ขั้นตอนที่ 4 การวิเคราะห์ข้อมูลและเขียนรายงาน

หัวหน้าโครงการ ร่วมกับทีมส่วนการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการพิจารณาแบบสอบถามที่มีความครบถ้วน clean ข้อมูล จัดการ missing data วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยความถี่ ร้อยละ ทั้งตัวแปรเดิม และตัวแปรที่สร้างขึ้นใหม่ที่รวมข้อมูลจากตัวแปรในกลุ่มเดียวกัน เพื่อให้เข้าใจผลการศึกษา ในภาพรวมที่กว้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลทั้งในภาพรวม และแยกรายจังหวัด 5 จังหวัด สรุปข้อมูลทั้งหมด ในรูปของรายงาน

ขั้นตอนที่ 5 การพัฒนาศักยภาพของทีมจังหวัดในการแปลผลและใช้ประโยชน์ข้อมูล

หัวหน้าโครงการ ร่วมกับทีมส่วนการดำเนินการวิเคราะห์ข้อมูล โดยการพิจารณาแบบสอบถามที่มีความครบถ้วน clean ข้อมูล จัดการ missing data วิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา โดยความถี่ ร้อยละ ทั้งตัวแปรเดิม และตัวแปรที่สร้างขึ้นใหม่ที่รวมข้อมูลจากตัวแปรในกลุ่มเดียวกัน เพื่อให้เข้าใจผลการศึกษา ในภาพรวมที่กว้างขึ้น วิเคราะห์ข้อมูลทั้งในภาพรวม และแยกรายจังหวัด 5 จังหวัด สรุปข้อมูลทั้งหมด ในรูปของรายงาน

2.4 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากรของการศึกษาในครั้งนี้ มี 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพทุกคนที่ทำงานในโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขทุกแห่งในแต่ละจังหวัดที่มีบริการคลินิกยาต้านไวรัสและมีการให้การดูแลรักษา ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ทั้งนี้ไม่รวมผู้ปฏิบัติงานที่ไม่ได้มีหน้าที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยและญาติโดยตรง ได้แก่ เจ้าหน้าที่ที่ทำงานสนับสนุน เช่น งานด้านธุรการ พัสดุ ซึ่งไม่มีโอกาสติดต่อหรือพบปะกับผู้รับบริการและญาติโดยตรงเลย
2. ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่อยู่ระหว่างการได้รับการดูแลรักษา และมารับบริการสุขภาพในโรงพยาบาลของรัฐที่สังกัดสำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุขในจังหวัดเป้าหมาย ในช่วงที่ทำการศึกษาโดยรวมทั้งผู้ที่กินยาต้านไวรัสแล้ว และยังไม่ได้กินยาต้านไวรัส

โดยมีรายละเอียด ดังต่อไปนี้

ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ

ศึกษาในทั้งผู้หญิงและผู้ชายทุกกลุ่มอายุ เก็บข้อมูลในผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ 2 กลุ่ม คือ

1. ผู้ที่ให้บริการสุขภาพแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์โดยตรง ได้แก่ ผู้ที่ปฏิบัติงานในคลินิกยาต้านไวรัสเอชไอวี คลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ คลินิกวัณโรค และคลินิกให้คำปรึกษาก่อนการตรวจหาเชื้อในกระแสเลือด
2. ผู้ที่ไม่ได้เป็นผู้ให้บริการสุขภาพแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงโดยตรง ได้แก่ ผู้ที่ปฏิบัติงานในแผนกอื่นๆ ในสถานพยาบาล เช่น หอผู้ป่วยใน แผนกอายุรกรรม แผนกฝากครรภ์ แผนกสูติรีเวช แผนกทันตกรรม หอผู้ป่วยหนักแผนกเภสัชกรรม พนักงานเก็บเงิน พนักงานต้อนรับ พนักงานทำความสะอาด และพนักงานช่วยเหลือผู้ป่วยประจำหอผู้ป่วย และอื่นๆ เป็นต้น

ขนาดกลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการสำหรับการสำรวจการติดยาและการเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาล
ของจังหวัดหนึ่ง จะโดยคำนวณโดยใช้สูตรนี้⁷

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

โดย :

Z = 1.96 (ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%)

P = ความชุกของการติดยาและเลือกปฏิบัติจากการคาดคะเนหรือจากการศึกษาอื่น

D = ขอบเขตของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจ

- สมมติจำนวนผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดจากโรงพยาบาลทุกแห่งรวมกันของจังหวัด เท่ากับ 2,000 คน
- ร้อยละ 65.6 ของผู้ปฏิบัติงานรายงานว่ากลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติหน้าที่ ซึ่งเป็น
ข้อมูลจากการศึกษานำร่องที่ผ่านมาในกรุงเทพฯ และเชียงใหม่ ปี พ.ศ. 2557
- ประเมินค่าความคลาดเคลื่อนของการประเมินระดับการติดยาที่ +/-10%

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

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

หมายความว่า หากเราสุ่มตัวอย่างจากประชากรขนาดใหญ่ กลุ่มตัวอย่างขั้นต่ำที่ต้องการ คือ 95 คน
ต่อจังหวัด แต่เพราะเรามีประชากรที่ขนาดจำกัดในการนำมาสุ่มตัวอย่าง จึงจำเป็นต้องปรับขนาด
กลุ่มตัวอย่างสำหรับประชากรที่ขนาดจำกัด n จะปรับโดยใช้ค่าปัจจัยแก้ไขของประชากรจำกัดจำนวน
(finite population correction factor)

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

$$n = 95 = 91$$

อย่างไรก็ตาม เนื่องจากในอนาคตจะมีการทำการสำรวจการติดยาและการเลือกปฏิบัติเป็นช่วงๆ เพื่อติดตาม
ผลการดำเนินงานเพื่อลดการติดยาและการเลือกปฏิบัติที่ทำไปแล้วในแต่ละช่วงว่าได้ผลตามที่เรต้องการ
หรือไม่ ดังนั้นเพื่อให้เราสามารถทำการเปรียบเทียบผลการสำรวจที่ทำในช่วงเวลาต่างๆ กันได้อย่าง
มีนัยยะสำคัญทางสถิติ เราจึงจำเป็นต้องมีขนาดกลุ่มตัวอย่างที่ใหญ่พอในแต่ละครั้งที่เราทำการสำรวจ
จึงต้องเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างตามค่าผลกระทบที่อาจเกิดขึ้นต่อการสำรวจ (design effect) แต่ละครั้งด้วย
โดยการสำรวจนี้จะกำหนดค่าผลกระทบต่อการสำรวจไว้เท่ากับ 2 ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถเปรียบเทียบผลการ
สำรวจนี้กับการสำรวจครั้งต่อไปได้ ซึ่งเมื่อเพิ่มขนาดกลุ่มตัวอย่างตามค่าผลกระทบแล้ว จังหวัดนี้
จะต้องการขนาดกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจเท่ากับ

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

$$n = 91 * 2 = 182$$

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

วิธีการสุ่มตัวอย่างสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ ใช้วิธีสุ่มตัวอย่างอย่างง่ายตามหลักความน่าจะเป็น (simple random sampling) โดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สุ่มจากรายชื่อของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดของโรงพยาบาล ขนาดตัวอย่างของแต่ละโรงพยาบาลเป็นไปตามสัดส่วนของจำนวนผู้ปฏิบัติงานของโรงพยาบาลนั้นๆ เมื่อเทียบกับจำนวนผู้ปฏิบัติงานทั้งจังหวัด

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

โดย :

Z = 1.96 (ที่ระดับความเชื่อมั่นที่ 95%)

P = ระดับความชุกของการติดยาและการเลือกปฏิบัติจากการคาดคะเน หรือจากการศึกษาอื่น

D = ขอบเขตของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้

ตัวอย่าง การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่างของการสำรวจ

- สมมติจำนวนประชากรผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มารับบริการสุขภาพที่โรงพยาบาลทั้งหมดที่เข้าร่วมการสำรวจของจังหวัดแห่งหนึ่ง รวมกันมีทั้งหมด 4,000 ราย
- ระดับความชุกของการติดยาและการเลือกปฏิบัติที่เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนผู้เข้าร่วมกับเชื้อฯ จากผลการสำรวจนาร่องที่ผ่านมาในจังหวัดเชียงใหม่และกรุงเทพมหานคร เท่ากับ 30%
- ประมาณค่าความคลาดเคลื่อนของการประเมินการติดยาและการเลือกปฏิบัติไว้ที่ +/-10%

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

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

ซึ่งการคำนวณข้างบนนี้ เป็นการสุ่มตัวอย่างจากกลุ่มประชากรที่มีขนาดใหญ่ของทั้งจังหวัด ดังนั้น จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดที่เราต้องการในการสำรวจจะมีประมาณ 81 คน ต่อหนึ่งจังหวัด แต่อย่างไรก็ตามเนื่องจากเราทำการสุ่มตัวอย่างจากประชากรที่จำกัดเฉพาะกลุ่มที่เป็นผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีเท่านั้น 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 อย่างไรก็ตามเนื่องจากเราต้องการที่วัดระดับการเปลี่ยนแปลงนี้อย่างต่อเนื่องในระยะยาวเพื่อประเมินว่ากิจกรรมการดำเนินงานเพื่อลดการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติที่เราได้ออกแบบและดำเนินการไปแล้วนั้นได้ผลลัพธ์อย่างที่เราต้องการหรือไม่เพื่อให้เราสามารถเปรียบเทียบกับผลการสำรวจที่ทำอย่างต่อเนื่องในครั้งต่อไปได้อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ซึ่งเราจำเป็นต้องได้จำนวนกลุ่มตัวอย่างที่มากพอในทุกๆ ครั้งที่ทำการสำรวจ เราจึงจำเป็นต้องกำหนดค่าผลกระทบที่อาจมีต่อการคำนวณ (design effect) เอาไว้ด้วย โดยเราจะกำหนดค่าผลกระทบนี้ไว้เท่ากับ 2 เพื่อให้เราสามารถทำการเปรียบเทียบผลการสำรวจในครั้งต่อไปได้ ดังนั้น เราจึงได้ขนาดของกลุ่มตัวอย่างที่น้อยที่สุดของจังหวัดนี้เท่ากับ

$$\begin{aligned} n &= n * \text{design effect} \\ n &= 79 * 2 = 158 \end{aligned}$$

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

วิธีการสุ่มตัวอย่างสำหรับผู้ให้บริการสุขภาพ จะมีการพิจารณาข้อมูลของโรงพยาบาลแต่ละแห่งว่าในหนึ่งเดือนมีคลินิกยาต้านไวรัสกี่วัน แต่ละวันนัดผู้ป่วยกี่ราย จากนั้นคำนวณจำนวนอาสาสมัครที่ต้องเก็บแต่ละวันตามสัดส่วนจากจำนวนอาสาสมัครทั้งหมดของโรงพยาบาลนั้น สำหรับการเลือกอาสาสมัครภายในแต่ละวันจะใช้วิธีสุ่มเลือกอาสาสมัครแบบ systematic random sampling จากรายชื่อของผู้ป่วยทั้งหมดที่ได้รับการนัดหมายให้มาในวันนั้น

2.5 การเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ

การเก็บข้อมูลทำในวันทำการของโรงพยาบาล โดยทีมวิจัยประสานงานกับเจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลให้ช่วยนัดหมายผู้ปฏิบัติงานที่มีรายชื่อถูกสุ่มให้เป็นอาสาสมัครโครงการทุกคน โดยมีวิธีเก็บข้อมูล 2 ลักษณะคือ 1) นัดมารวมกันยังสถานที่นัดหมายพร้อมกัน (เช่น ห้องประชุมที่มีความเป็นสัดส่วน) และ 2) ขอเข้าพบผู้ปฏิบัติงานที่มีรายชื่อถูกสุ่มเป็นรายบุคคล (วิธีที่สองใช้สำหรับผู้ที่ไม่พร้อมผู้อื่น) จากนั้นเจ้าหน้าที่ของทีมวิจัยซึ่งเป็นผู้ทำหน้าที่เก็บข้อมูลที่ได้รับการฝึกฝนแล้วจากจะอธิบายโครงการเกี่ยวกับโครงการซึ่งรวมถึงการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความเสี่ยงและประโยชน์ที่มีต่อผู้เข้าร่วมการศึกษา การเข้าร่วมการศึกษาที่จะเป็นไปโดยความสมัครใจ การอธิบายและทำความเข้าใจในเรื่องการตอบแบบสอบถาม จากนั้นจึงให้อาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาลงนามในแบบยินยอมเป็นอาสาสมัครในโครงการ และตอบแบบสอบถามด้วยการอ่านและตอบด้วยตนเอง โดยอาจตอบในกระดาษจังหวัด NE2 ไม่สามารถเข้าเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลศูนย์ เนื่องจากการขอจริยธรรมวิจัยใช้เวลานาน ด้วยการศึกษานี้มีระยะเวลาที่จำกัดจึงมีความจำเป็นต้องคัด รพ. แห่งนั้นออกจากการศึกษานี้ไปก่อน

ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

วิธีรวบรวมข้อมูลมี 2 รูปแบบ คือ 1) ณ วันที่มีคลินิกยาต้านไวรัส และ 2) นัดหมายผู้รับบริการที่มีรายชื่อถูกสุ่มมาจากบ้าน (วิธีนี้ส่วนใหญ่ใช้กับโรงพยาบาลที่ดูแลผู้ป่วยจำนวนน้อยและมีโควตาอาสาสมัครน้อย

ซึ่งทำให้ไม่คุ้มค่าหากต้องเข้าเก็บข้อมูลวันที่มีคลินิกยาต้านไวรัสหลายครั้ง) เจ้าหน้าที่ผู้ประสานงานวิจัยของแต่ละโรงพยาบาลจะเชิญผู้เข้าร่วมกับเชื้อมาพบเจ้าหน้าที่สัมภาษณ์ของโครงการ ณ ห้องที่เป็นส่วนตัวที่เตรียมไว้ที่ละราย เจ้าหน้าที่จะอธิบายเกี่ยวกับโครงการ ซึ่งรวมถึงการชี้แจงวัตถุประสงค์ของการศึกษา ความเสี่ยงและประโยชน์ที่มีต่อผู้เข้าร่วมการศึกษา การเข้าร่วมการศึกษาที่เป็นไปโดยความสมัครใจ การอธิบายและทำความเข้าใจในเรื่องการตอบแบบสอบถาม จากนั้นให้อาสาสมัครที่ยินดีเข้าร่วมการศึกษาลงนามในแบบยินยอมเป็นอาสาสมัครในโครงการ และทำการสัมภาษณ์ด้วยวาจา

2.6 การวิเคราะห์ข้อมูล และสถิติที่ใช้

ข้อมูลในแบบสอบถามทั้งสองส่วน คือของผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ และข้อมูลจากการสัมภาษณ์ผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ จะถูกนำเข้าโปรแกรมฐานข้อมูลออนไลน์ REDCap โดยทีมวิจัยของจังหวัด โดยไม่จำเป็นต้องส่งตัวแบบสอบถามมาที่จังหวัดเชียงใหม่

การวิเคราะห์เพื่อประเมินสถานการณ์การติดยาและเลือกปฏิบัติ และการทำความเข้าใจเกี่ยวกับประสบการณ์ของผู้เข้าร่วมกับเชื้อฯ สำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงพรรณนา ใช้การจัดกลุ่มของคำตอบ การทำ composite index (จำนวนผู้ตอบว่าใช่อย่างน้อยหนึ่งข้อใน domain นั้น หาคด้วยจำนวนผู้ตอบทั้งหมดที่เข้าข่ายในข้อคำถามชุดนั้น) การแจกแจงความถี่ และร้อยละสำหรับการวิเคราะห์ข้อมูลเพื่อหาความสัมพันธ์สำหรับข้อมูลของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ เป็นการหาความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นหรือไม่เป็นผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพกับการติดยาและเลือกปฏิบัติสำหรับข้อมูลของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้่วยเอดส์ เป็นหาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ทราบว่าเป็นติดเชื้อ และการเป็นหรือไม่เป็นประชากรกลุ่มหลักกับการถูกติดยาและถูกเลือกปฏิบัตินั้นจะเป็นการวิเคราะห์ความสัมพันธ์แสดงโดย Odd Ratio และ 95% confidence interval เป็นระดับความเชื่อมั่นของการศึกษานี้

บทที่ 3 ผลการศึกษา

3.1 ผลการสำรวจในผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ

มีผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพตอบแบบสอบถามทั้งสิ้น 1,021 คน เป็นของจังหวัด N 201 คน C 208 คน NE2 189 คน S 236 คน และ NE1 187 คน เป็นผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ ทันตแพทย์ เภสัชกร พยาบาล และนักเทคนิคการแพทย์ จำนวนรวม 621 คน คิดเป็นร้อยละ 60.8 ของผู้ตอบแบบสอบถามทั้งหมด ที่เหลือเป็นผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ จำนวน 400 คน คิดเป็นร้อยละ 39.2 (ตารางที่ 3.1.1)

ตารางที่ 3.1.1 จำนวนและร้อยละของผู้ปฏิบัติงานสุขภาพที่ตอบแบบสอบถาม จำแนกตามจังหวัด และการเป็นผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพด้านการแพทย์

กลุ่มผู้ปฏิบัติงาน	N	C	NE2	S	NE1	รวมเฉลี่ย
ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพ n (%)	106 (52.7)	124 (59.6)	98 (51.9)	149 (63.1)	144 (77.0)	621 (60.8)
ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ n (%)	95 (47.3)	84 (40.4)	91 (48.1)	87 (36.9)	43 (23.0)	400 (39.2)
รวม	201	208	189	236	187	1,021

โดยรวมแล้ว พบว่า ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 63.5 มีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการเจาะเลือด ร้อยละ 61.0 กังวลว่าจะติดเชื้อจากการทำแผล และร้อยละ 34.8 มีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการหยิบจับข้าวของเครื่องใช้ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตามลำดับ และผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 71.4 มีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการดังกล่าวอย่างน้อยหนึ่งข้อข้างต้นโดยเมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัดแล้ว พบว่า ผู้ปฏิบัติงานของจังหวัด S มีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการมากที่สุดร้อยละ 80.3 รองลงมาได้แก่ NE1 ร้อยละ 73.0 C ร้อยละ 69.4 NE2 ร้อยละ 67.6 และ N ร้อยละ 65.1ตามลำดับ (ตารางที่ 3.1.2)

ตารางที่ 3.1.2 การกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

	N (N=201)	C (N=208)	NE2 (N=189)	S (N=236)	NE1 (N=187)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้ที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวี เมื่อต้องหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	23.7	27.2	34.6	44.2	43.1	34.8
- จำนวนผู้ที่กังวล/ผู้ที่เข้าข่าย	45/190	49/180	63/182	95/215	75/174	327/941
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	2	0	0	0	1	3
- จำนวนผู้ไม่เข้าข่าย	11	28	7	21	13	80

	N (N=201)	C (N=208)	NE2 (N=189)	S (N=236)	NE1 (N=187)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้ที่กังวลว่าจะติดเชื้อ เอชไอวี เมื่อต้องทำแผลให้กับ ผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	57.8	57.0	59.1	68.1	62.3	61.0
- จำนวนผู้ที่กังวล/ผู้ที่เข้าช่วย	96/166	98/172	94/159	126/185	96/154	510/836
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	1	0	0	1	1	3
- จำนวนผู้ไม่เข้าช่วย	35	36	30	51	33	185
ร้อยละของผู้ที่กังวลว่าจะติดเชื้อ เอชไอวีเมื่อต้องเจาะเลือดผู้ป่วยร่วมกับ เชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	56.0	64.7	57.2	69.0	69.7	63.5
- จำนวนผู้ที่กังวล/ผู้ที่เข้าช่วย	89/159	112/173	87/152	127/184	106/152	521/820
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	0	0	0	1	0	1
- จำนวนผู้ไม่เข้าช่วย	42	35	37	52	35	201
ร้อยละของผู้ที่กังวลว่าจะติดเชื้อ เอชไอวีเมื่อเกิดเหตุการณ์ข้อใด ข้อหนึ่งข้างต้น	65.1	69.4	67.6	80.3	73.0	71.4
- จำนวนผู้ที่กังวล/ผู้ที่เข้าช่วย	99/152	111/160	100/148	143/178	108/148	561/786

ในภาพรวม พบว่า ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 53.4 ใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อมากกว่าปกติ และร้อยละ 35.5 ใส่ถุงมือสองชั้น เมื่อต้องให้บริการผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ โดยจะไม่ปฏิบัติในลักษณะนั้นๆ หากให้บริการกับผู้ป่วยอื่น ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 57.4 เคยใช้วิธีการป้องกันมากกว่าปกติในลักษณะดังกล่าวอย่างน้อยหนึ่งข้อ เมื่อต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยเมื่อพิจารณาเป็นรายจังหวัด พบว่าผู้ปฏิบัติงานของจังหวัด S ใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อมากกว่าปกติมากที่สุดร้อยละ 65.9 รองลงมา ได้แก่ NE1 ร้อยละ 60.1 NE2 ร้อยละ 55.8 N ร้อยละ 55.3 และ C ร้อยละ 48.4 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.1.3)

ตารางที่ 3.1.3 การป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

	N (N=201)	C (N=208)	NE2 (N=189)	S (N=236)	NE1 (N=187)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้ที่สวมถุงมือสองชั้น ระหว่างการให้บริการผู้ป่วยร่วมกับ เชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	35.3	28.1	33.1	39.6	41.1	35.5
- จำนวนผู้ที่ปฏิบัติ/ผู้ที่เข้าช่วย	59/167	45/160	55/166	72/182	65/158	296/833
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	1	0	0	0	0	1
- จำนวนผู้ไม่เข้าช่วย	34	48	23	54	29	188

	N (N=201)	C (N=208)	NE2 (N=189)	S (N=236)	NE1 (N=187)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้ที่ใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษเมื่อต้องให้การดูแลผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะไม่ทำเช่นนั้นกับผู้ป่วยรายอื่นๆ	48.2	41.4	50.6	55.6	55.2	50.1
- จำนวนผู้ปฏิบัติ/ผู้ที่เข้าข่าย	81/168	67/162	87/172	110/198	87/163	432/863
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	1	0	0	2	0	3
- จำนวนผู้ไม่เข้าข่าย	33	46	17	38	24	158
ร้อยละของผู้ที่ปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อ	55.3	48.4	55.8	65.9	60.1	57.4
- จำนวนผู้ที่ปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อ/ผู้ที่เข้าข่าย	89/161	75/155	91/163	118/179	95/158	468/816

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 18.2 รายงานว่า เคยพบเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ขณะที่ร้อยละ 16.4 เคยเห็นเจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยคุณภาพดีกว่าผู้ป่วยอื่น โดยมีร้อยละ 23.8 ที่เคยเห็นเหตุการณ์ในลักษณะใดลักษณะหนึ่ง เมื่อพิจารณารายจังหวัดแล้ว พบว่า โดยผู้ปฏิบัติงานของจังหวัด C สังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด ร้อยละ 30.3 รองลงมา ได้แก่ NE1 ร้อยละ 29.9 NE2 ร้อยละ 23.8 S ร้อยละ 19.1 และ N ร้อยละ 16.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.1.4)

ตารางที่ 3.1.4 การสังเกตเห็นพฤติกรรมเลือกปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงาน ในระหว่างการให้บริการผู้ป่วยร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา

	N (N=201)	C (N=208)	NE2 (N=189)	S (N=236)	NE1 (N=187)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่สังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้ป่วยร่วมกับเชื้อหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	11.9	25.0	18.0	15.3	21.4	18.2
- จำนวนผู้ที่สังเกตเห็น/อาสาสมัครทั้งหมด	24/201	52/208	34/189	36/236	40/187	186/1,021
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	3	0	0	0	0	3
ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่สังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ให้บริการผู้ป่วยร่วมกับเชื้อหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ด้วยคุณภาพ ต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	11.9	19.2	15.3	13.1	23.0	16.4

	N (N=201)	C (N=208)	NE2 (N=189)	S (N=236)	NE1 (N=187)	รวมเฉลี่ย
- จำนวนผู้ที่สังเกตเห็น/อาสาสมัครทั้งหมด	24/201	40/208	29/189	31/236	43/187	167/1,021
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	5	1	0	3	0	9
ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่สังเกตเห็นอย่างน้อยหนึ่งข้อ	16.9	30.3	23.8	19.1	29.9	23.8
- จำนวนผู้ที่สังเกตเห็นอย่างน้อยหนึ่งข้อ/อาสาสมัครทั้งหมด	34/201	63/208	45/189	45/236	56/187	243/1,021

โดยรวมแล้ว ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 12.6 ตอบว่ารู้สึกอึดอัดลำบากใจหากต้องทำงานกับผู้ร่วมงานที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยพบว่า ผู้ปฏิบัติงานของจังหวัด C รู้สึกอึดอัดลำบากใจหากต้องทำงานกับผู้ร่วมงานที่ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด ร้อยละ 16.8 รองลงมา ได้แก่ NE1 ร้อยละ 16.6 S ร้อยละ 14.4 NE2 ร้อยละ 11.6 และ N ร้อยละ 3.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.1.5)

ตารางที่ 3.1.5 ความรู้สึกอึดอัด/ลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

	N (N=201)	C (N=208)	NE2 (N=189)	S (N=236)	NE1 (N=187)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้ปฏิบัติงานที่มีความรู้สึกอึดอัด/ลำบากใจ ที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	3.5	16.8	11.6	14.4	16.6	12.6
- จำนวนผู้ที่มีความรู้สึกอึดอัดลำบากใจ/อาสาสมัครทั้งหมด	7/201	35/208	22/189	34/236	31/187	129/1021
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	3	0	2	4	0	9

เมื่อสอบถามความคิดเห็นเกี่ยวกับนโยบายที่เกี่ยวกับการติดเชื้อและการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของสถานบริการสุขภาพที่ตนเองปฏิบัติหน้าที่อยู่ พบว่า ร้อยละ 76.3 ตอบว่าสถานพยาบาลแห่งนี้ไม่มีการบังคับให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยที่ผู้รับบริการไม่รู้หรือไม่ยินยอม ร้อยละ 61.5 คิดว่าอาจมีปัญหากับตนเองหากตนเองเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่กับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 92.8 คิดว่าสถานพยาบาลมีอุปกรณ์หรือเครื่องใช้ที่จะลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีที่เพียงพอ ร้อยละ 49.2 เห็นว่าสถานพยาบาลมีระเบียบวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการป้องกันการเลือกปฏิบัติ (ตารางที่ 3.1.6)

ตารางที่ 3.1.6 นโยบายของหน่วยงานเกี่ยวกับการติตราและเลือกปฏิบัติประเด็นด้านเชื้อเอชไอวี/เอดส์

	N (N=201)	C (N=208)	NE2 (N=189)	S (N=236)	NE1 (N=187)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้ที่ตอบว่า “ใช่” เมื่อถามว่า สถานพยาบาลแห่งนี้ไม่มีการบังคับ ให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี โดยที่ผู้รับบริการไม่รู้หรือไม่ยินยอม	71.1	76.4	76.2	79.7	77.5	76.3
- จำนวนผู้ที่ตอบว่า “ใช่”/อาสาสมัคร ทั้งหมด	143/201	159/208	144/189	188/236	145/187	779/1,021
- จำนวนผู้ที่ตอบว่า “ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ”	24	6	16	24	23	93
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	6	0	1	2	1	10
ร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยว่าตนเอง อาจจะมีปัญหาหากเลือกปฏิบัติ ต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือ ผู้ป่วยเอดส์	58.7	60.6	66.7	60.2	62.0	61.5
- จำนวนผู้ที่เห็นด้วย/อาสาสมัคร ทั้งหมด	118/201	126/208	126/189	142/236	116/187	628/1,021
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	1	1	0	0	0	2
ร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยว่า สถานพยาบาลมีอุปกรณ์หรือเครื่องใช้ เพียงพอที่จะลดความเสี่ยง	90.0	95.2	96.3	86.9	96.8	92.8
- จำนวนผู้ที่เห็นด้วย/อาสาสมัคร ทั้งหมด	181/201	198/208	182/189	205/236	181/187	947/1,021
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	1	0	0	0	0	1
ร้อยละของผู้ที่ตอบว่า “มี” เมื่อถามว่า สถานพยาบาลแห่งนี้มีระเบียบวิธี ปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการ ป้องกันการเลือกปฏิบัติหรือไม่	46.8	42.3	49.7	51.7	55.6	49.2
- จำนวนผู้ที่ตอบว่า “มี”/อาสาสมัคร ทั้งหมด	94/201	88/208	94/189	122/236	104/187	502/1,021
- จำนวนผู้ที่ตอบว่า “ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ”	57	84	68	78	46	333
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	2	0	0	0	0	2

เมื่อสอบถามผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับความคิดเห็นของเขาต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 57.7 คิดว่าคนเราติดเชื้อเอชไอวีได้เพราะขาดความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 54.8 คิดว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ควรมีลูกอีก ร้อยละ 33.7 คิดว่าผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ ไม่สนใจว่าเขาอาจจะแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีให้คนอื่นได้ และร้อยละ 33.0 คิดว่าผู้อยู่ร่วมกับ

เชื้อเอชไอวีควรมีความรู้สึกละอายต่อสถานะการติดเชื้อฯ ของตัวเอง ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 85.4 ที่มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างน้อยหนึ่งประเด็นโดยเมื่อพิจารณารายจังหวัด พบว่า ผู้ปฏิบัติงานของจังหวัด NE1 มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อย่างน้อยหนึ่งประเด็นมากที่สุด ร้อยละ 87.7 รองลงมาได้แก่ NE2 ร้อยละ 86.2 N ร้อยละ 86.1 S ร้อยละ 85.6 และ C ร้อยละ 81.7 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.1.7)

ตารางที่ 3.1.7 ทัศนคติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

	N (N=201)	C (N=208)	NE2 (N=189)	S (N=236)	NE1 (N=187)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้ที่เห็นว่า ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ ไม่สนใจว่า เขาอาจจะแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีให้คนอื่นได้	29.4	35.1	34.9	35.2	33.7	33.7
- จำนวนผู้ที่เห็นด้วย/อาสาศรัศรัยทั้งหมด	59/201	73/208	66/189	83/236	63/187	344/1,021
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	3	0	1	0	0	4
ร้อยละของผู้ที่เห็นว่า ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีควรมีความรู้สึกละอายต่อสถานะการติดเชื้อฯ ของตัวเอง	30.3	35.6	37.0	31.4	31.0	33.0
- จำนวนผู้ที่เห็นด้วย/อาสาศรัศรัยทั้งหมด	61/201	74/208	70/189	74/236	58/187	337/1,021
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	2	0	1	0	0	3
ร้อยละของผู้ที่เห็นว่า คนเราจะติดเชื้อเอชไอวีได้เพราะขาดความรับผิดชอบและมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม	58.7	53.4	57.1	61.4	57.2	57.7
- จำนวนผู้ที่เห็นด้วย/อาสาศรัศรัยทั้งหมด	118/201	111/208	108/189	145/236	107/187	589/1,021
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	2	0	1	3	1	7
ร้อยละของผู้ที่ไม่เห็นด้วยว่า ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการ	50.2	53.8	58.2	55.9	56.1	54.8
- จำนวนผู้ที่ไม่เห็นด้วย/อาสาศรัศรัยทั้งหมด	101/201	112/208	110/189	132/236	105/187	560/1,021
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	10	0	1	1	2	14
ร้อยละของผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ข้อใดข้อหนึ่ง	86.1	81.7	86.2	85.6	87.7	85.4
- จำนวนผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบอย่างน้อยหนึ่งข้อ/อาสาศรัศรัยทั้งหมด	173/201	170/208	163/189	202/236	164/187	872/1,021

โดยรวมแล้ว บุคลากรร้อยละ 34.0 คิดว่าผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวีควรได้รับการทำหมันแม้ว่าเธอจะต้องการหรือไม่ก็ตามโดยพบว่า ผู้ปฏิบัติงานของจังหวัด S คิดว่าผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวีควรได้รับการทำหมันแม้ว่าเธอจะต้องการหรือไม่ก็ตามมากที่สุด ร้อยละ 42.4 รองลงมา ได้แก่ C ร้อยละ 35.6 NE1 ร้อยละ 31.0 NE2 ร้อยละ 30.2 และ N ร้อยละ 28.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.1.8)

ตารางที่ 3.1.8 ทศนคติเกี่ยวกับการทำหมันในผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

	N (N=201)	C (N=208)	NE2 (N=189)	S (N=236)	NE1 (N=187)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้ที่เห็นด้วยว่าผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีควรได้รับการทำหมันแม้ว่าเธอจะต้องการหรือไม่ก็ตาม	28.9	35.6	30.2	42.4	31.0	34.0
- จำนวนผู้ที่เห็นด้วย/อาสาสมัครทั้งหมด	58/201	74/208	57/189	100/236	58/187	344/1,021
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	8	0	1	1	0	10

เมื่อสอบถามผู้ปฏิบัติงานเกี่ยวกับประสบการณ์ของเขาในการพบเห็น เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลเดียวกัน แสดงท่าทีไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พวกเขาสังเกตเห็นว่า ผู้ชายเสพติดถูกเจ้าหน้าที่แสดงท่าทีไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือให้การดูแลมากที่สุด ร้อยละ 10.1 รองลงมาได้แก่แรงงานข้ามชาติ ร้อยละ 9.4 พนักงานบริการทางเพศ ร้อยละ 5.5 สาวประเภทสอง ร้อยละ 5.1 และเกย์ ร้อยละ 4.6 ตามลำดับ นอกจากนี้ พบว่า ผู้ปฏิบัติงาน ร้อยละ 14.5 เคยพบเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งกลุ่มโดยผู้ปฏิบัติงานของจังหวัด S เคยพบเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อย่างน้อยหนึ่งกลุ่มมากที่สุด ร้อยละ 22.0 รองลงมา ได้แก่ C ร้อยละ 18.8 NE1 ร้อยละ 13.9 NE2 ร้อยละ 10.6 และ N ร้อยละ 5.5 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.1.9)

ตารางที่ 3.1.9 การสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการ หรือให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

ร้อยละของการสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการ หรือให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	N (N=201)	C (N=208)	NE2 (N=189)	S (N=236)	NE1 (N=187)	รวมเฉลี่ย
เกย์	2.0	5.8	1.6	6.8	6.4	4.6
- จำนวนผู้ที่สังเกตเห็นการปฏิบัติ / อาสาสมัครทั้งหมด	4/201	12/208	3/189	16/236	12/187	47/1,021
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	0	0	0	0	1	1

	N (N=201)	C (N=208)	NE2 (N=189)	S (N=236)	NE1 (N=187)	รวมเฉลี่ย
สาวประเภทสอง	2.0	5.3	1.6	8.5	7.5	5.1
- จำนวนผู้ที่สังเกตเห็นการปฏิบัติ/ อาสามัครทั้งหมด	4/201	11/208	3/189	20/236	14/187	52/1,021
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	1	0	0	0	0	1
พนักงานบริการทางเพศ	1.5	6.2	4.2	6.8	8.6	5.5
- จำนวนผู้ที่สังเกตเห็นการปฏิบัติ/ อาสามัครทั้งหมด	3/201	13/208	8/189	16/236	16/187	56/1,021
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	1	0	1	0	0	2
ผู้ขายยาเสพติด	3.5	13.0	6.3	15.3	11.2	10.1
- จำนวนผู้ที่สังเกตเห็นการปฏิบัติ/ อาสามัครทั้งหมด	7/201	27/208	12/189	36/236	21/187	103/1,021
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	2	0	0	2	2	6
แรงงานข้ามชาติ	3.0	17.8	3.2	14.8	6.4	9.4
- จำนวนผู้ที่สังเกตเห็นการปฏิบัติ/ อาสามัครทั้งหมด	6/201	37/208	6/189	35/236	12/187	96/1,021
- จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	4	0	2	3	0	9
ร้อยละของการสังเกตเห็นข้อใดข้อหนึ่ง	5.5	18.8	10.6	22.0	13.9	14.5
- จำนวนผู้ที่สังเกตเห็นการปฏิบัติ อย่างน้อยหนึ่งกลุ่ม/อาสามัครทั้งหมด	11/201	39/208	20/189	52/236	26/187	148/1,021

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างการติตราและเลือกปฏิบัติด้านต่างๆ กับการเป็นหรือไม่เป็น
ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพพบว่าผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ ที่ไม่ได้เป็นสายวิชาชีพ กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการ
ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากกว่า (OR = 1.86; 95%CI 1.30-2.67) ป้องกันตัวเอง
มากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากกว่า (OR = 1.83; 95%CI
1.36-2.46) และมีทัศนคติด้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากกว่า (OR = 2.20; 95%CI
1.45-3.36) ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ส่วนการเคยพบเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจ
ให้บริการหรือให้บริการด้วยคุณภาพแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ การรับรู้เกี่ยวกับนโยบาย
ของหน่วยงานเรื่องการป้องกันการติตราและเลือกปฏิบัติ และทัศนคติด้านลบต่อกลุ่มประชากรหลัก
ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีของทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (ตารางที่ 3.1.10)

ตารางที่ 3.1.10 ความสัมพันธ์ระหว่างการติตราและเลือกปฏิบัติด้านต่างๆ กับการเป็นหรือไม่เป็น ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพ

การติตราและเลือกปฏิบัติด้านต่างๆ	n/N	%	OR 95%CI	p value
การกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์				
- ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพ	369/545	67.7	1	0.001*
- ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ	191/240	79.6	1.86 (1.30-2.67)*	
การป้องกันตัวเองเกินสมควรระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์				
- ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพ	272/522	52.1	1	<0.001**
- ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ	195/293	66.6	1.83 (1.36-2.46)*	
เคยพบเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการหรือให้บริการด้วยคุณภาพแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์				
- ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพ	150/615	24.4	1	0.742
- ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ	93/396	23.5	0.95 (0.71-1.28)	
เห็นด้วยว่าหน่วยงานไม่มีนโยบาย (อย่างน้อยหนึ่งข้อ)				
- ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพ	466/615	75.8	1	0.998
- ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ	297/392	75.8	1.00 (0.74-1.34)	
ทัศนคติด้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์				
- ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพ	504/603	83.6	1	<0.001**
- ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ	359/391	91.8	2.20 (1.45-3.36)*	
ทัศนคติด้านลบต่อกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี				
- ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพ	93/611	15.2	1	0.549
- ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ	54/390	13.8	0.90 (0.62-1.29)	

*มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .05$ และ ** มีนัยสำคัญทางสถิติ $p < .001$

3.2 ผลการสำรวจในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ในการศึกษาครั้งนี้มีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ร่วมให้ข้อมูลทั้งสิ้น 901 ราย อายุเฉลี่ย 40.7 ปี ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมาแล้วเฉลี่ยนาน 8.0 ปี และร้อยละ 96.0 กำลังกินยาต้านไวรัสอยู่ มีผู้ให้ข้อมูลจากจังหวัด S 193 ราย C และ NE2 จังหวัดละ 178 ราย NE1 และ N จังหวัดละ 176 ราย ในจำนวนผู้ให้ข้อมูลทั้งหมดนี้ เป็นหญิงรักต่างเพศ ร้อยละ 53.2 ชายรักต่างเพศ ร้อยละ 35.3 ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย ร้อยละ 7.3 สาวประเภทสอง ร้อยละ 3.1 พนักงานบริการทางเพศ ร้อยละ 1.4 ผู้ที่มีเพศสัมพันธ์กับทั้งสองเพศ ร้อยละ 1.2 ผู้ใช้ยาเสพติด ร้อยละ 0.3 และแรงงานข้ามชาติ ร้อยละ 0.2 ตามลำดับในแง่ของการประกันสุขภาพ ผู้ให้ข้อมูลมีบัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้ามากที่สุด ร้อยละ 76.5 รองลงมา ได้แก่ ประกันสังคม ร้อยละ 19.9 และสวัสดิการข้าราชการ ร้อยละ 2.4 (ตารางที่ 3.2.1)

ตารางที่ 3.2.1 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จำแนกตามข้อมูลพื้นฐานต่างๆ และจังหวัด

	N (n=176)	C (n=178)	NE2 (n=178)	S (n=193)	NE1 (n=176)	รวม (901) เฉลี่ย
อายุเฉลี่ย (ปี)	41.9	41.7	41.7	39.9	38.5	40.7
เพศภาวะ						
- ชาย รักต่างเพศ	39.7	33.0	32.5	41.4	29.0	35.3
- หญิง รักต่างเพศ	50.6	55.1	57.9	48.2	54.5	53.2
- ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย	5.7	6.2	5.6	7.8	11.4	7.3
- สาวประเภทสอง	1.1	3.4	3.4	2.6	5.1	3.1
- ชายมีเพศสัมพันธ์กับทั้งชายและหญิง	1.7	0.6	0.6	0	0	0.6
- หญิงมีเพศสัมพันธ์กับทั้งชายและหญิง	1.1	1.7	0	0	0	0.6
- เลสเบี้ยน	0	0	0	0	0	0
การเป็นกลุ่มประชากรหลักอื่นๆ						
- พนักงานบริการทางเพศ	0	3.4	2.8	0.5	0.6	1.4
- ผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด	0	0.6	0.6	0.5	0	0.3
- แรงงานข้ามชาติ	0	1.1	0	0	0	0.2
ประเภทของการประกันสุขภาพ						
- ประกันสุขภาพถ้วนหน้า	80.7	67.4	85.8	64.9	84.7	76.5
- ประกันสังคม	15.8	27.0	11.4	32.4	11.9	19.9
-สวัสดิการข้าราชการ	1.2	3.4	1.7	2.1	3.5	2.4
- ประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ	0	0.6	0	0	0	0.1
- อื่น ๆ	1.8	1.1	0.5	0.5	0	0.9
- ไม่มีประกันสุขภาพ	0.6	0.6	0	0	0	0.2
ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี มาแล้วนานกี่ปี (เฉลี่ย)	10.0	7.0	9.0	6.6	7.3	8.0
การรับยาต้านไวรัส						
- ปัจจุบันกำลังรับยาอยู่	98.3	93.8	99.4	93.2	95.5	96.0
- เคยรับ แต่เลิกไปแล้ว	0.6	1.1	0	0	0	0.3
- ยังไม่เคยรับยา	1.1	5.1	0.6	6.8	4.5	3.7

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 9.7 หลีกเลียงไม่ไปรับบริการสุขภาพ หรือไปรับบริการช้า โดยร้อยละ 55.7 ให้เหตุผลว่ากลัวผลเลือดถูกเปิดเผย ร้อยละ 29.6 ของสตรีที่ให้ข้อมูลเคยทราบว่าตนเองติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ ในจำนวนนี้ร้อยละ 10.2 เคยหลีกเลียงการไปฝากครรภ์หรือหลีกเลียงการไปรับบริการ PMTCT โดยร้อยละ 68.0 มีสาเหตุมาจากการกลัวผลเลือดถูกเปิดเผย (ตารางที่ 3.2.2)

ตารางที่ 3.2.2 ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการช้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

	N (n=176)	C (n=178)	NE2 (n=178)	S (n=193)	NE1 (n=176)	รวมเฉลี่ย
เคยหลีกเลี่ยงการไป (หรือไปล่าช้า) รับบริการสุขภาพด้านเอชไอวี หรือ บริการสุขภาพทั่วไปที่ไม่เกี่ยวกับ เอชไอวี ที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน	4.7	10.7	12.4	9.9	11.4	9.7
- สาเหตุเกี่ยวข้องกับการตีตรา- กลัวผลเลือดเปิดเผย	56.4	7.7	57.5	66.7	57.5	55.2
- สาเหตุเกี่ยวข้องกับการตีตรา- คุณภาพบริการ	12.8	0	12.5	9.1	2.5	8.5
- สาเหตุไม่เกี่ยวข้องกับการตีตรา	30.8	92.3	30.0	24.2	40.0	36.4
เคยทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีระหว่าง ตั้งครรภ์	31.8	14.3	34.3	32.1	36.5	29.6
หลีกเลี่ยงไม่ไปฝากครรภ์หรือไม่ไปรับ บริการ PMTCT	10.7	35.7	5.4	6.1	8.6	10.2
- สาเหตุเกี่ยวข้องกับการตีตรา- กลัวผลเลือดเปิดเผย	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	68.0
- สาเหตุเกี่ยวข้องกับการตีตรา- คุณภาพบริการ	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	16.0
- สาเหตุไม่เกี่ยวข้องกับการตีตรา	n/a	n/a	n/a	n/a	n/a	16.0

ร้อยละ 5.9 ของผู้ให้ข้อมูลบอกว่าเคยถูกจัดให้รับบริการเป็นคิวสุดท้ายหรือถูกจัดให้รอนานกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ ร้อยละ 4.3 บอกว่าเคยได้รับการดูแลเอาใจใส่ด้อยกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ และร้อยละ 1.0 บอกว่าเคยถูกผู้ให้บริการปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพหรือปฏิเสธที่จะให้การรักษา เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 8.5 เคยมีประสบการณ์ดังกล่าวอย่างน้อยหนึ่งอย่างในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้รับบริการของจังหวัด NE2 เคยถูกเลือกปฏิบัติในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาอย่างน้อยหนึ่งกรณีมากที่สุด คือ ร้อยละ 11.2 รองลงมาได้แก่ NE1 ร้อยละ 11.0 S ร้อยละ 7.1 C ร้อยละ 6.8 และ N ร้อยละ 6.5 ตามลำดับ สำหรับผู้ที่เคยนอนโรงพยาบาลในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 15.1 บอกว่าเคยมีเจ้าหน้าที่ให้เอาชุดโรงพยาบาลที่ใส่แล้วไปทิ้งในถังหรือบริเวณที่จัดไว้ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยผู้รับบริการของจังหวัด NE1 และ NE2 เคยมีเจ้าหน้าที่ให้เอาชุดโรงพยาบาลที่ใส่แล้วไปทิ้งในถังหรือบริเวณที่จัดไว้ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มากที่สุดเท่ากันที่ร้อยละ 21.1 รองลงมาได้แก่ C ร้อยละ 17.6 N ร้อยละ 4.2 และ S ร้อยละ 4.0 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.2.3)

ตารางที่ 3.2.3 การเคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

	N (n=176)	C (n=178)	NE2 (n=178)	S (n=193)	NE1 (n=176)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีประสบการณ์เคยถูกผู้ให้บริการปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพ หรือปฏิเสธที่จะให้การรักษานี้เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	1.8	0.6	1.2	0	1.7	1.0
- จำนวนผู้เคยถูกตีตรา/ผู้ที่เข้าข่ายทั้งหมด	3/170	1/178	2/174	0/189	3/176	9/887
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	1	0	0	0	0	1
- จำนวนผู้ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	6	0	4	4	0	14
ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีประสบการณ์เคยถูกจัดให้บริการเป็นควิซสุดท้ายหรือถูกจัดให้รอนานกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	4.1	4.5	7.3	4.8	8.7	5.9
- จำนวนผู้เคยถูกตีตรา/ผู้ที่เข้าข่ายทั้งหมด	7/173	8/177	13/178	9/187	15/173	52/888
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	1	0	1	0	0	2
- จำนวนผู้ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	3	1	0	6	3	13
ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีประสบการณ์เคยถูกได้รับการดูแลเอาใจใส่แยกว่เมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นๆ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	4.1	1.7	6.4	3.2	6.3	4.3
- จำนวนผู้เคยถูกตีตรา/ผู้ที่เข้าข่ายทั้งหมด	7/173	3/176	11/173	6/186	11/175	38/883
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	1	0	0	1	0	2
- จำนวนผู้ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	3	2	5	7	1	18

	N (n=176)	C (n=178)	NE2 (n=178)	S (n=193)	NE1 (n=176)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่มีประสบการณ์ เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับ บริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อ เอชไอวี อย่างน้อยข้อใดข้อหนึ่ง - จำนวนผู้เคยถูกเลือกปฏิบัติอย่างน้อย หนึ่งข้อ/ผู้ที่เข้าข่ายทั้งหมด	6.5 11/168	6.8 12/176	11.2 19/170	7.1 13/184	11.0 19/173	8.5 74/871
เจ้าหน้าที่ให้เอาชุดโรงพยาบาลที่ใส่ แล้วไปทิ้งในถังหรือบริเวณที่จัดไว้ให้ เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวี (ถามเฉพาะผู้ ที่นอน รพ.) - จำนวนผู้เคยถูกเลือกปฏิบัติ/ผู้ที่ เข้าข่ายทั้งหมด - จำนวนผู้ไม่ทราบ/ไม่สามารถตอบได้	4.2 1/24 0	17.6 6/34 5	21.1 8/38 3	4.0 1/25 1	21.1 8/38 4	15.1 24/159 13

ในด้านการตีตราตนเองในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 24.9 เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพเนื่องจากรู้สึกผิดที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 11.9 เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพเนื่องจากรู้สึกอายที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี และร้อยละ 6.9 เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพเนื่องจากรู้สึกกลัวว่าจะถูกเจ้าหน้าที่ให้บริการสุขภาพจ้องมองหรือนินทาและพบว่า ผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 30.4 เคยกระทำความผิดบางอย่างอย่างน้อยหนึ่งอย่างในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้รับบริการของจังหวัด C เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพเนื่องจากการตีตราตนเองอย่างน้อยหนึ่งข้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด ร้อยละ 44.4 รองลงมา ได้แก่ NE1 ร้อยละ 36.4 NE2 ร้อยละ 28.1 S ร้อยละ 28.0 และ N ร้อยละ 15.3 ตามลำดับ

ร้อยละ 12.3 ของผู้รับบริการที่ให้ข้อมูลเคยเว้นหรือเลื่อนเวลากินยาต้านไวรัสเอชไอวี เพราะกลัวว่าคนอื่นจะสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวีโดยผู้รับบริการของจังหวัด S เคยเว้นหรือเลื่อนเวลากินยาต้านไวรัสเอชไอวี เพราะกลัวว่าคนอื่นจะสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด ร้อยละ 8.8 รองลงมา ได้แก่ NE1 ร้อยละ 8.0 C ร้อยละ 7.9 NE2 ร้อยละ 6.7 และ N ร้อยละ 2.8 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.2.4)

ตารางที่ 3.2.4 การเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

	N (n=176)	C (n=178)	NE2 (n=178)	S (n=193)	NE1 (n=176)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่เคยตัดสินใจไม่ไป สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากรู้สึกอายที่ตัวเองติดเชื้อ เอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	6.3	15.2	8.4	13.0	16.5	11.9
- จำนวนผู้ตีตราตนเอง/จำนวน อาสาสมัครทั้งหมด	11/176	27/178	15/178	25/193	29/176	107/901
- จำนวนผู้ตอบว่าไม่ทราบ	2	0	3	13	2	20
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	3	0	0	1	0	4
ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่เคยตัดสินใจไม่ไป สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากรู้สึกกลัวว่าจะถูกเจ้าหน้าที่ ผู้ให้บริการสุขภาพจ้องมองหรือนินทา ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	2.8	7.9	6.7	8.8	8.0	6.9
- จำนวนผู้ตีตราตนเอง/จำนวน อาสาสมัครทั้งหมด	5/176	14/178	12/178	17/193	14/176	62/901
- จำนวนผู้ตอบว่าไม่ทราบ	2	0	5	11	6	24
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	5	0	0	2	0	7
ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่เคยตัดสินใจไม่ไป สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากรู้สึกผิดที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	13.1	34.8	21.9	23.3	31.3	24.9
- จำนวนผู้ตีตราตนเอง/จำนวน อาสาสมัครทั้งหมด	23/176	62/178	39/178	45/193	55/176	224/901
- จำนวนผู้ตอบว่าไม่ทราบ	2	0	8	7	4	21
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	8	0	0	6	0	14
ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ที่เคยตัดสินใจไม่ไป สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเองอย่างน้อย หนึ่งข้อ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	15.3	44.4	28.1	28.0	36.4	30.4
- จำนวนผู้ตีตราตนเองอย่างน้อย หนึ่งข้อ/จำนวนอาสาสมัครทั้งหมด	27/176	79/178	50/178	54/193	64/176	274/901

	N (n=176)	C (n=178)	NE2 (n=178)	S (n=193)	NE1 (n=176)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เคยเว้นหรือเลื่อนเวลากินยาต้านไวรัสเอชไอวี เพราะกลัวว่าคนอื่นจะสงสัยว่าติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	6.8	12.4	7.3	9.3	26.2	12.3
- จำนวนผู้ที่เคยเว้นหรือเลื่อนเวลา กินยา/จำนวนอาสาสมัครที่เริ่มยา แล้วทั้งหมด	12/176	21/169	13/177	17/182	44/168	107/872
- จำนวนผู้ที่ยังไม่เริ่มยา	0	9	1	11	8	29
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	5	0	0	5	0	10

เมื่อถามประสบการณ์ว่าเขาเคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีระหว่างการมารับบริการสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาหรือไม่ พบว่า ร้อยละ 13.2 บอกว่าเคยถูกให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนการรักษาหรือการผ่าตัด ร้อยละ 9.2 บอกว่ามีการทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีไว้ให้เห็นอย่างชัดเจนบนแฟ้มประวัติ และร้อยละ 7.0 บอกว่าเคยถูกเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้อื่นโดยตนเองไม่ได้ให้การยินยอม ร้อยละ 25.1 ของผู้ให้ข้อมูลบอกว่าเคยมีเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างน้อยหนึ่งอย่างเกิดกับตนเองในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยผู้รับบริการของจังหวัด NE1 บอกว่าเคยมีเหตุการณ์ดังกล่าวอย่างน้อยหนึ่งอย่างเกิดกับตนเองในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด ร้อยละ 42.6 รองลงมาได้แก่ NE2 ร้อยละ 27.5 N ร้อยละ 19.8 C ร้อยละ 18.0 และ S ร้อยละ 17.9 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.2.5)

ตารางที่ 3.2.5 การเคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา

	N (n=176)	C (n=178)	NE2 (n=178)	S (n=193)	NE1 (n=176)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้ที่เคยถูกให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนการรักษาหรือการผ่าตัด	8.5	9.6	14.6	10.4	23.3	13.2
- จำนวนผู้เคยถูกให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนการรักษาหรือการผ่าตัด/จำนวนอาสาสมัครทั้งหมด	15/176	17/178	26/178	20/193	41/176	119/901
- จำนวนผู้ตอบว่าไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	12	0	2	22	2	38
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	2	0	0	0	0	2
ร้อยละของผู้ที่เคยถูกเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้อื่นโดยไม่ได้รับการยินยอม	5.7	5.6	8.4	7.8	7.4	7.0

	N (n=176)	C (n=178)	NE2 (n=178)	S (n=193)	NE1 (n=176)	รวมเฉลี่ย
- จำนวนผู้เคยถูกเปิดเผยสถานะ การติดเชื้อเอชไอวีแก่ผู้อื่นโดย ไม่ได้รับการยินยอม/จำนวน อาสาสมัครทั้งหมด	10/176	10/178	15/178	15/193	13/176	63/901
- จำนวนผู้ตอบว่าไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	7	0	4	13	12	36
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	2	0	0	0	0	2
ร้อยละของผู้ที่เคยถูกทำเครื่องหมาย หรือสัญลักษณ์ไว้ให้เห็นอย่างชัดเจน บนแฟ้มประวัติ	10.2	5.6	9.6	2.6	18.8	9.2
- จำนวนผู้เคยถูกทำเครื่องหมาย หรือสัญลักษณ์ไว้ให้เห็นอย่างชัดเจน บนแฟ้มประวัติ/จำนวนอาสาสมัคร ทั้งหมด	18/176	10/178	5/198	33/176	83/901	83/901
- จำนวนผู้ตอบว่าไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ	25	32	21	31	20	129
- จำนวนผู้ไม่ตอบ	4	0	0	3	0	7
ร้อยละของผู้เคยถูกเปิดเผยสถานภาพ หรือความลับอย่างน้อยหนึ่งข้อ	19.8	18.0	27.5	17.9	42.6	25.1
- จำนวนผู้เคยถูกเปิดเผยสถานภาพ หรือความลับอย่างน้อยหนึ่งข้อ/ จำนวนอาสาสมัครทั้งหมด	35/176	32/178	49/178	35/193	75/176	226/901

เมื่อถูกถามว่าเรามีความมั่นใจว่าสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีเป็นความลับมากน้อยเพียงใด ร้อยละ 72.3 ตอบว่ามั่นใจว่าผลเลือดของตนเองจะถูกเก็บเป็นความลับอย่างแน่นอน ร้อยละ 24.5 ไม่มั่นใจ และร้อยละ 3.3 รู้สึกว่าไม่เป็นความลับเลย (ตารางที่ 3.2.6)

ตารางที่ 3.2.6 ความมั่นใจเกี่ยวกับสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีว่าจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ

ระดับความมั่นใจว่าสถานภาพ การติดเชื้อเอชไอวีจะถูกเก็บรักษา เป็นความลับ	N (n=176)	C (n=178)	NE2 (n=178)	S (n=193)	NE1 (n=176)	รวมเฉลี่ย
ร้อยละของผู้ที่มั่นใจว่าเป็นความลับ อย่างแน่นอน	72.3	74.2	80.8	67.4	67.0	72.3
ร้อยละของผู้ที่รู้สึกไม่มั่นใจ	23.1	21.3	18.1	27.8	31.8	24.5
ร้อยละของผู้ที่รู้สึกไม่เป็นความลับเลย	4.6	4.5	1.1	4.8	1.1	3.3
จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	3	0	1	6	0	10

เมื่อถูกถามว่าในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเขาเคยถูกเจ้าหน้าที่แนะนำหรือบังคับหรือตั้งเงื่อนไขเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยเจริญพันธุ์หรือไม่ ร้อยละ 8.8 ระบุว่าเคยถูกแนะนำว่า “อย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย” ร้อยละ 7.9 เคยถูกแนะนำว่า “อย่ามีลูกเลย” ร้อยละ 2.3 เคยถูก “แนะนำหรือบังคับให้ยุติการตั้งครรภ์” และร้อยละ 0.9 เคยถูกตั้งเงื่อนไขว่า “จะได้รับการยาต้านไวรัส ก็ต่อเมื่อคุมกำเนิดหรือทำหมันเท่านั้น” และพบว่า มีผู้ให้ข้อมูลร้อยละ 12.6 เคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติในประเด็นนี้อย่างน้อยหนึ่งอย่าง โดยผู้รับบริการของจังหวัด 5 เคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติโดยถูกตั้งเงื่อนไขเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยเจริญพันธุ์ อย่างน้อยหนึ่งอย่างในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมามากที่สุด ร้อยละ 17.9 รองลงมาได้แก่ NE1 ร้อยละ 17.7 NE2 ร้อยละ 13.0 C ร้อยละ 9.7 และ N ร้อยละ 7.3 ตามลำดับ (ตารางที่ 3.2.7)

ตารางที่ 3.2.7 การเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์เพราะการติดเชื้อเอชไอวี

	N (n=176)	C (n=178)	NE2 (n=178)	S (n=193)	NE1 (n=176)	รวมเฉลี่ย
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย”						
- ร้อยละของผู้ที่เคยถูกแนะนำในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	2.3	5.6	6.8	16.8	12.3	8.8
- ร้อยละของผู้ที่เคยถูกแนะนำเมื่อ นานเกิน 12 เดือน	5.2	10.7	11.9	14.1	17.5	11.9
จำนวนผู้ที่ตอบไม่ได้/ไม่เกี่ยวข้อง	0	0	1	9	5	15
จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	2	0	0	0	0	2
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีลูกเลย”						
- ร้อยละของผู้ที่เคยถูกแนะนำในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	4.2	4.5	8.2	12.5	9.8	7.9
- ร้อยละของผู้ที่เคยถูกแนะนำเมื่อ นานเกิน 12 เดือน	7.7	20.5	28.2	29.5	24.3	22.1
จำนวนผู้ที่ตอบไม่ได้/ไม่เกี่ยวข้อง	7	2	8	17	3	36
จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	1	0	0	0	0	2
เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพตั้งเงื่อนไขว่า “จะได้รับการยาต้านไวรัสก็ต่อเมื่อ คุมกำเนิดหรือทำหมันเท่านั้น”						
- ร้อยละของผู้ที่เคยถูกแนะนำในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	0	0.6	2.3	1.7	0	0.9
- ร้อยละของผู้ที่เคยถูกแนะนำเมื่อ นานเกิน 12 เดือน	1.2	2.8	4.1	3.5	1.8	2.7
จำนวนผู้ที่ตอบไม่ได้/ไม่เกี่ยวข้อง	2	1	6	19	6	34
จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	2	0	0	1	0	3

	N (n=176)	C (n=178)	NE2 (n=178)	S (n=193)	NE1 (n=176)	รวมเฉลี่ย
เคยถูกแนะนำหรือบังคับให้ยุติ การตั้งครรภ์						
- ร้อยละของผู้ที่เคยถูกแนะนำ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	2.6	0	4.8	2.7	1.0	2.3
- ร้อยละของผู้ที่เคยถูกแนะนำเมื่อ นานเกิน 12 เดือน	3.3	2.3	9.0	13.6	1.0	6.1
จำนวนผู้ที่ตอบไม่ได้/ไม่เกี่ยวข้อง	22	1	12	41	7	84
จำนวนผู้ที่ไม่ตอบ	2	0	0	5	69	76
เคยถูกแนะนำหรือตั้งเงื่อนไข อย่างน้อยหนึ่งข้อ						
- ร้อยละของผู้ที่เคยถูกแนะนำอย่างน้อย หนึ่งข้อในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	7.3	9.7	13.0	17.9	17.7	12.6
- ร้อยละของผู้ที่เคยถูกแนะนำเมื่อ นานเกิน 12 เดือน	15.2	27.8	32.1	34.3	26.0	27.2

เมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์การถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติระหว่างผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ไม่มีสถานะเป็นกลุ่มประชากรหลัก กับ กลุ่มที่มีสถานะเป็นกลุ่มประชากรหลักด้วย ไม่พบความแตกต่างของการมีประสบการณ์การถูกตีตราและการถูกเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาแต่อย่างใด ซึ่งได้แก่ การตัดสินใจหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับ บริการช้า การมีประสบการณ์เคยถูกตีตราระหว่างรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี การเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลเนื่องจากการตีตราตนเอง การเคยถูกเปิดเผย สถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และการเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตร และอนามัยการเจริญพันธุ์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา (ตารางที่ 3.2.8)

ตารางที่ 3.2.8 ความสัมพันธ์ระหว่างการเป็นหรือไม่เป็นประชากรกลุ่มหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เอชไอวีกับการตีตราและเลือกปฏิบัติด้านต่างๆ

การตีตราและเลือกปฏิบัติด้านต่างๆ	n/N	%	OR 95%CI	p value
หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพ หรือไปรับบริการช้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
- ประชากรกลุ่มหลัก	13/101	12.9	1	0.246
- ประชากรทั่วไป	74/800	9.2	1.45 (0.77-2.72)	
มีประสบการณ์เคยถูกตีตราระหว่างรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
- ประชากรกลุ่มหลัก	6/95	6.3	1	0.436
- ประชากรทั่วไป	67/773	8.7	0.71 (0.30-1.69)	
เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
- ประชากรกลุ่มหลัก	40/90	44.4	1	0.098
- ประชากรทั่วไป	270/759	35.6	1.45 (0.93-2.25)	

การติดยาและเลือกปฏิบัติด้านต่างๆ	n/N	%	OR 95%CI	p value
เคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดยาเสพติดในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
- ประชากรกลุ่มหลัก	30/100	30.0	1	0.226
- ประชากรทั่วไป	194/794	24.4	1.33 (0.84-2.09)	
เคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
- ประชากรกลุ่มหลัก	12/76	15.8	1	0.368
- ประชากรทั่วไป	79/649	12.2	1.35 (0.70-2.62)	

เมื่อวิเคราะห์หาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อมาแล้วกับประสบการณ์การที่เกี่ยวเนื่องกับการติดยาและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อมาแล้วน้อยกว่า 10 ปี เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มากกว่า (OR = 1.61; 95%CI 1.20-2.14) เคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มากกว่า (OR = 2.00; 95%CI 1.23-3.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อมาแล้วนานตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป สำหรับการหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการซ้ำการมีประสบการณ์เคยถูกตีตราหรือระหว่างรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดยาเสพติด และเคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดยาเสพติด ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่าทั้งสองกลุ่มมีประสบการณ์ไม่ต่างกัน (ตารางที่ 3.2.9)

ตารางที่ 3.2.9 ความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อมาแล้วกับการติดยาและเลือกปฏิบัติด้านต่างๆ

การติดยาและเลือกปฏิบัติด้านต่างๆ	n/N	%	OR 95%CI	p value
หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพ หรือไปรับบริการซ้ำ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
- < 10 ปี	52/535	9.7	1	0.938
- ≥ 10 ปี	35/366	9.6	1.02 (0.65-1.60)	
มีประสบการณ์เคยถูกตีตราหรือระหว่างรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดยาเสพติด ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
- < 10 ปี	43/513	8.4	1	0.971
- ≥ 10 ปี	30/355	8.5	0.99 (0.61-1.61)	
เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
- < 10 ปี	203/495	41.0	1.61 (1.20-2.14)*	0.001*
- ≥ 10 ปี	107/354	30.2	1	
เคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดยาเสพติด ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
- < 10 ปี	142/529	26.8	1	0.138
- ≥ 10 ปี	82/365	22.5	1.27 (0.93-1.73)	
เคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา				
- < 10 ปี	66/427	15.5	2.00 (1.23-3.25)*	0.005*
- ≥ 10 ปี	25/298	8.4	1	

บทที่ 4 อภิปรายและสรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาและดำเนินการต่อยอดจากโครงการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการเพื่อสำรวจการติตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งดำเนินการสำรavnาร่องที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่ โดยเป็นการนำเครื่องมือ (แบบสอบถาม) ตลอดจนรูปแบบและวิธีการสำรวจ ที่พัฒนาขึ้นโดยโครงการดังกล่าวมาใช้งานจริงในจังหวัดที่ได้รับการเลือกให้เป็นพื้นที่เฝ้าระวังสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ในระยะยาว โดยผลการศึกษาประกอบด้วยสองส่วนคือ 1) ผลการนำเครื่องมือและรูปแบบการสำรวจมาใช้ ซึ่งรวมถึงปัญหาอุปสรรค ความสำเร็จ และข้อสังเกตต่างๆ และ 2) ผลสำรวจสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพซึ่งจะเป็นข้อมูลฐานสำหรับใช้เปรียบเทียบกับผลสำรวจในอนาคต

4.1 ผลการนำเครื่องมือและรูปแบบการสำรวจ มาใช้งานจริง

การศึกษานี้ เป็นการศึกษาและดำเนินการต่อยอดจากโครงการพัฒนาเครื่องมือและวิธีการเพื่อสำรวจการติตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งดำเนินการที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่ โดยเป็นการนำเครื่องมือ (แบบสอบถาม) ตลอดจนรูปแบบโครงการศึกษานี้ ถือเป็นครั้งแรกที่มีการนำเครื่องมือสำรวจ (แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์) และขั้นตอนกระบวนการ ที่ได้รับการพัฒนาขึ้นจากโครงการดังกล่าวมาใช้จริงในการพัฒนาพื้นที่เฝ้าระวังของประเทศ ซึ่งผลสำเร็จของการศึกษานี้ เป็นการแสดงให้เห็นว่าเครื่องมือและวิธีการดำเนินการดังกล่าว สามารถนำมาใช้ได้จริงแม้จะมีปัญหาอุปสรรคอยู่บ้าง

รูปแบบของการสำรวจ

ในด้านรูปแบบและขั้นตอนกระบวนการในการสำรวจพบว่า การสำรวจในผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพมีความสำคัญอยู่ที่การได้มาซึ่งรายชื่อของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดของโรงพยาบาลเพื่อนำมาเป็นการรอบในการสุ่มให้ได้รายชื่อของผู้ที่จะเป็นตัวแทนในการให้ข้อมูล ความยากอยู่ที่เราไม่สามารถใช้รายชื่อของผู้ปฏิบัติงานทั้งหมดของโรงพยาบาลได้ แต่ต้องตัดรายชื่อของผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยและญาติออกก่อน ขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความพยายามค่อนข้างมากจากทีมสำรวจของจังหวัด เนื่องจากต้องคัดรายชื่อผู้เกี่ยวข้องออกด้วยมือ ไม่สามารถใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์ช่วย ซึ่งสำหรับสถานพยาบาลขนาดใหญ่ยังต้องใช้เวลาและแรงงานมากเนื่องรายชื่อผู้ปฏิบัติงานใน รพ. มีจำนวนมาก

อุปสรรคสำคัญอีกประการหนึ่ง คือการเข้าทำการสำรวจในสถานพยาบาลขนาดใหญ่ ได้แก่ โรงพยาบาลศูนย์และโรงพยาบาลทั่วไปของจังหวัด ความยากลำบากเริ่มตั้งแต่การประสานงานเพื่อให้เกิดความร่วมมือ เนื่องจากมีการแบ่งฝ่ายภายในโรงพยาบาลออกเป็นแผนกต่างๆ หลายแผนกมาก การต้องขอพิจารณาด้านจริยธรรมจากคณะกรรมการจริยธรรมวิจัยของโรงพยาบาลต่างหากจากการขอพิจารณาที่ส่วนกลาง การที่เมื่อคำนวณขนาดตัวอย่างของผู้ปฏิบัติงานและผู้ป่วยออกมา จะพบจำนวนตัวอย่างทั้งสองกลุ่มจะตกอยู่ที่โรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไปในสัดส่วนค่อนข้างมาก ทำให้มีปริมาณงาน ณ โรงพยาบาลเหล่านี้มาก ต้องวางแผนเข้าเก็บข้อมูลหลายครั้ง หากทีมสำรวจต้องการเก็บข้อมูลให้เสร็จ

เร็วขึ้นก็จำเป็นต้องจัดเตรียมสถานที่ตอบแบบสอบถามของผู้ปฏิบัติงาน และสถานที่สัมภาษณ์ผู้รับบริการเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่โรงพยาบาลจะมีข้อจำกัดจากการดำเนินงานจริงพบปัญหาความล่าช้าในการรวบรวมข้อมูลรายชื่อ และการส่งรายชื่อไม่ตรงกับการปฏิบัติหน้าที่จริง ต้องมีการตรวจสอบซ้ำ

สำหรับรูปแบบการสุ่มเลือกกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งออกแบบโดยวิธีการสุ่ม ทำการสุ่มจากผู้ป่วยที่มารับบริการ ณ คลินิกเอชไอวี ในวันที่ต้องเดินทางมาตามการนัดหมายเดิมอยู่แล้ว ซึ่งเป็นการออกแบบที่คำนึงถึงความสะดวกของอาสาสมัครนั้น พบว่าใช้ได้กับโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีจำนวนตัวอย่างมาก แต่ไม่เหมาะสำหรับโรงพยาบาลขนาดเล็กที่มีขนาดตัวอย่างน้อย เนื่องจากหากดำเนินการตามแผนที่ออกแบบไว้ ผู้ป่วยที่ถูกสุ่มจะถูกกระจายออกเป็นหลายวัน ขณะที่แต่ละวันอาจมีอาสาสมัครเป็น 1-2 คนเท่านั้น ซึ่งไม่คุ้มค่าในการออกสำรวจสำหรับทีมเก็บข้อมูล ในทางปฏิบัติทีมเก็บข้อมูลจึงใช้วิธีนัดหมายผู้ป่วยทุกรายที่ถูกสุ่มให้เดินทางมาจากบ้านเพื่อมารับการสัมภาษณ์โดยตรงพร้อมกันในวันเดียวกันแทน

เครื่องมือที่ใช้ในการสำรวจ

ในส่วนของแบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์นั้น สำหรับแบบสอบถามสำหรับผู้ปฏิบัติงาน พบว่าความยาวของแบบสอบถามมีความเหมาะสม กล่าวคือเจ้าหน้าที่ใช้เวลาตอบไม่นานนัก ส่วนใหญ่ไม่เกิน 10 นาที ซึ่งเป็นเรื่องดีสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพที่งานยุ่งและไม่ค่อยมีเวลา ข้อคำถามส่วนใหญ่เข้าใจได้และสามารถตอบได้ง่าย อย่างไรก็ตามอาสาสมัครบางคนมีข้อสงสัยและอาจเข้าใจผิดกับคำว่า “ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี” โดยบางคนเข้าใจว่าหมายถึง ผู้ที่เป็นญาติพี่น้อง หรือคนที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะทำให้ความเข้าใจในตัวแบบสอบถามคลาดเคลื่อนไปอย่างมาก ผู้ศึกษาเห็นว่าสำหรับการสำรวจในลักษณะนี้ ควรอนุโลมให้ใช้คำว่า “ผู้ติดเชื้อ” แทน เพื่อความเข้าใจที่ตรงกัน คำถามข้อที่อาสาสมัครอ่านแล้วมีความเข้าใจไม่ตรงกัน คือคำถามในหมวดนโยบายของสถานพยาบาลที่ถามความเห็น “สถานพยาบาลแห่งนี้ ไม่มีการบังคับให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยที่ผู้รับบริการไม่รู้หรือไม่ยินยอม” ซึ่งอันที่จริงมีวัตถุประสงค์ของการถาม คือ ต้องการรับรู้ (perceived awareness) เกี่ยวกับนโยบายและการปฏิบัติเรื่องนี้ แต่บางคนเข้าใจเป็นว่าคำถามนี้ถามว่าเห็นด้วยหรือไม่เห็นด้วยกับนโยบายข้อนี้ ขณะที่บางคนเข้าใจเป็นการถามข้อเท็จจริงเกี่ยวกับการปฏิบัติ ซึ่งไม่ตรงกับความต้องการทราบข้อมูลดั้งเดิมที่แท้จริง ในอนาคตจึงควรมีการปรับเปลี่ยนถ้อยคำที่ใช้ให้ชัดเจนขึ้น

สำหรับแบบสัมภาษณ์ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ อาสาสมัครเข้าใจข้อคำถามและตัวเลือกตอบส่วนใหญ่เป็นอย่างดี ข้อที่อาจมีปัญหาบ้างได้แก่ข้อที่ถามเกี่ยวกับการตีตราตนเอง ที่หากจะตอบว่า “เคย” ต้องครบ 3 องค์ประกอบคือ 1) ต้องรู้ตีตราตนเองในเรื่องนั้นๆ และ 2) การตีตราตนเองนั้นนำไปสู่การเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ และ 3) ต้องเกิดขึ้นภายใน 12 เดือน ซึ่งจะเห็นได้ว่าค่อนข้างซับซ้อน และผู้ตอบต้องเข้าใจตัวคำถามอย่างแท้จริง จึงจะสามารถตอบได้ตรงตามวัตถุประสงค์ของข้อคำถาม ดังนั้น การซักซ้อมทำความเข้าใจหรือการฝึกอบรมผู้เก็บข้อมูลจึงมีความสำคัญมาก

4.2 ผลการสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

การที่มีอาสาสมัครผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลจำนวนหนึ่งตอบคำถามในลักษณะของการมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และแจ้งว่าพบเห็นการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในสถานพยาบาล ซึ่งสอดคล้องกับการมีผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ตอบว่าเคยถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติในสถานพยาบาลสุขภาพ เมื่อประกอบกันจึงเป็นหลักฐานสำคัญของการมีอยู่จริงของปัญหานี้ในสถานพยาบาลของรัฐในประเทศไทย และสามารถนำไปเป็นข้อมูลสำหรับการรณรงค์เชิงนโยบาย ตลอดจนวางแผนแก้ไขปัญหานี้ในภาพรวมและเฉพาะเรื่องต่อไป

เมื่อเปรียบเทียบร้อยละของคำตอบของอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มจากจังหวัดต่างๆ ต่อข้อคำถามทั้งที่เป็นรายข้อและเมื่อทำเป็น composite index แยกตาม domain ต่างๆ ของการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานพยาบาล จะเห็นว่าส่วนใหญ่สัดส่วนของคำตอบจะใกล้เคียงกัน แสดงให้เห็นว่าสถานการณ์ปัญหาของจังหวัดต่างๆ แม้อยู่ต่างภูมิภาคกัน แต่ความรุนแรงของปัญหาใกล้เคียงกัน นอกจากนี้ยังแสดงถึงกระบวนการเก็บข้อมูลและเครื่องมือที่ใช้คือตัวแบบสอบถามมีความเที่ยงตรงหมายถึงรูปแบบวิธีการรวบรวมข้อมูลน่าจะมีความคล้ายคลึงกัน และผู้ตอบของทุกจังหวัดเข้าใจตัวคำถามและตัวเลือกตอบไปเหมือนกัน

อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณาผลการศึกษารายจังหวัด จะเห็นว่าจังหวัดตัวแทนภาคเหนือ (จังหวัด N) มีสัดส่วนของคำตอบต่อคำถามต่างๆ เชิงลบน้อยกว่า ซึ่งแสดงถึงการมีระดับของการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่ำกว่าจังหวัดตัวแทนภาคอื่นๆ ในเกือบทุก domain ที่ประเมิน ขณะที่จังหวัดอื่นๆ สลับอันดับกันไปมา ไม่มีความแน่นอน ซึ่งอาจอธิบายได้ว่า ภาคเหนือเป็นภูมิภาคที่ได้รับผลกระทบจากปัญหาเอดส์ในอดีตมายาวนานก่อน และเคยมีประสบการณ์ที่รุนแรงกว่าพื้นที่ส่วนอื่นๆ ของประเทศ นอกจากนี้เป็นไปได้ว่าทั้งผู้ให้บริการและผู้ป่วยในจังหวัดนี้ส่วนใหญ่ มักมีญาติพี่น้อง ผู้ร่วมงาน และคนรู้จัก ที่ป่วยและเสียชีวิตจากเอดส์ ทำให้พวกเขามีความเข้าใจเรื่องโรคเอดส์ ค่อนข้างดี และมีทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อดีกว่าพื้นที่อื่น

4.2.1 ผลการสำรวจในผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ

การกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ

โดยรวม (ถัวเฉลี่ยข้อใดข้อหนึ่ง) พบว่า ผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 71.4 ยังมีความกังวลกลัวว่าจะติดเชื้อจากการปฏิบัติงานปกติ อย่างไรก็ตามเมื่อพิจารณารายข้อแล้วพบว่า ผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพถึงร้อยละ 34.8 ยังมีความกังวลเมื่อต้องหยิบจับเสื้อผ้าของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ แม้ว่าการจะต้องเสื้อผ้าขาวของเครื่องใช้จะไม่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเลยหรือน้อยมาก เฉพาะกรณีผ้าเปื้อนเลือดใหม่ๆ ข้อมูลนี้จึงเป็นเครื่องชี้ถึงการยังขาดความรู้พื้นฐานเกี่ยวกับการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสำหรับการกังวลว่าจะติดเชื้อจากการทำแผลและเจาะเลือดผู้ป่วยนั้น อาจมีองค์ประกอบของสาเหตุอื่นเพิ่มขึ้น เช่น การขาดทักษะหัตถการทางการแพทย์ที่จะสร้างความมั่นใจว่าจะไม่เกิดอุบัติเหตุจากการทำงาน

ผู้ปฏิบัติงานมากกว่าครึ่ง (ร้อยละ 53.4) ใช้วิธีการป้องกันการติดเชื้อมากกว่าปกติเมื่อต้องให้บริการผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ เช่นเดียวกันกับข้างต้นว่า พฤติกรรมเช่นนี้เป็นการแสดงให้เห็นถึงการขาดองค์ความรู้ นอกจากนั้นยังสะท้อนให้เห็นถึงระบบควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาลที่ยังมีการเลือกปฏิบัติเฉพาะต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และนอกจากนี้อาจแสดงถึงทัศนคติเชิงลบของเจ้าหน้าที่ต่อผู้ป่วยด้วยโรคนี้

สภาพแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพที่เกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ

ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ปฏิบัติงานถึงร้อยละ 23.8 เคยพบเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ หรือเคยเห็นเจ้าหน้าที่ให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ด้วยคุณภาพกว่าผู้ป่วยอื่น ซึ่งการไม่ถามการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่เองแต่เลี่ยงไปถามการพบเห็นการเลือกปฏิบัติในสถานพยาบาลแล้วยังมีผู้ตอบว่าพบเห็นอยู่ แสดงว่าเหตุการณ์เหล่านี้ น่าจะเกิดขึ้นจริงและเชื่อถือได้ ดังนั้น จึงควรสร้างความเข้าใจกับเจ้าหน้าที่เพื่อให้การบริการสุขภาพแก่ผู้ติดเชื้ออย่างมีคุณภาพให้ได้ตามมาตรฐานการรักษาพยาบาลที่เขาควรจะได้รับเช่นเดียวกับผู้ป่วยรายอื่นๆ

นโยบายของหน่วยงาน

คำถามเกี่ยวกับนโยบายไม่บังคับตรวจเลือดยังมีความกำกวม ไม่ชัดเจน และเข้าใจไปได้หลายลักษณะ ดังที่ได้กล่าวไปแล้วก่อนหน้านี้ การสำรวจครั้งถัดไปจึงควรปรับถ้อยคำในคำถาม และตัวเลือกตอบให้ชัดเจนให้เป็นการถามการรับรู้ (perception) ของผู้ตอบ ตามวัตถุประสงค์เดิมของตัวคำถาม ส่วนการมีหรือไม่มีนโยบายที่แท้จริงควรมีวิธีการวัดแบบอื่น ผู้ปฏิบัติงานส่วนน้อย (น้อยกว่า 10%) ที่ตอบว่าอุปกรณ์ หรือเครื่องมือในการลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อไม่เพียงพอ ถือว่าเป็นคำตอบเกี่ยวกับคำถามเชิงนโยบายที่แสดงถึงปัญหาน้อยที่สุดเมื่อเทียบกับเรื่องอื่น อย่างไรก็ตามอาจมีประโยชน์หากทางจังหวัดสุลึงลงไปในรายละเอียดว่าผู้ปฏิบัติงานจากโรงพยาบาลไหนตอบว่ามีปัญหานี้ หากความถี่แม้ว่าจะน้อยแต่ผู้ตอบมาจากสถานพยาบาลเดียวกันทั้งหมด ก็อาจมีปัญหารื่องนี้จริงเฉพาะสถานพยาบาลแห่งนั้น

ประมาณครึ่งหนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถามสถานพยาบาลแห่งนี้มีระเบียบวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการป้องกันการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อฯ ทั้งๆ ที่ในความเป็นจริงแล้วน่าจะยังไม่มีเอกสารที่เป็นนโยบายเฉพาะเจาะจงต่อคนกลุ่มนี้ในประเทศไทย แต่จะมีการปกป้องสิทธิผู้ป่วยทุกรายโดยทั่วไป ดังนั้น อาจเป็นการแสดงให้เห็นว่าผู้ปฏิบัติงานไม่เข้าใจตัวคำถาม หรือเอาการมีอยู่จริงของเอกสารลักษณะอื่นๆ เช่น สิทธิผู้ป่วยซึ่งเป็นเรื่องทั่วๆ ไป ไม่เฉพาะเจาะจงต่อประเด็นเรื่องเอชไอวี/เอดส์มาตอบว่าเป็นเอกสารที่ต้องการถาม จึงจำเป็นต้องหาข้อมูลเชิงลึกเพิ่มเติมว่า ผู้ที่ตอบว่ามีเอกสารนี้ในโรงพยาบาลเข้าใจว่าเป็นเอกสารใด

ทัศนคติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และกลุ่มประชากรหลักๆ

ทัศนคติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ เป็นหนึ่งในสาเหตุที่สำคัญที่สุดที่นำไปสู่การมีพฤติกรรมเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย การที่สัดส่วนของผู้ที่ยังมีความคิดในลักษณะนี้สูงมาก (ในภาพรวม 5 จังหวัด มี composite index = 85.4%) ในผู้ตอบในการสำรวจนี้ แสดงถึงปัญหาที่ยังมีความรุนแรง ทั้งที่ประเทศไทยมีประสบการณ์ต่อสู้กับโรคเอดส์มาอย่างยาวนาน ดังนั้นอาจเป็นไปได้ว่าวิธีดำเนินการลดและแก้ไขปัญหาเอดส์ที่ผ่านมายังไม่สามารถเปลี่ยนแปลงทัศนคติที่ฝังแน่นของคนไทยได้ และเรามีความต้องการกิจกรรมแก้ไขปัญหามากมายและมีประสิทธิภาพ ที่จะสามารถปรับทัศนคติของบุคลากรให้มีความเข้าใจที่ถูกต้องและส่งเสริมให้มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์มากขึ้นโดยเริ่มที่สถานบริการสุขภาพก่อนขยายขอบเขตต่อไป

ทัศนคติของเจ้าหน้าที่ต่อกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมีความสำคัญเนื่องจากคนเหล่านี้เป็นกลุ่มเป้าหมายสำคัญของการป้องกันแก้ไขปัญหาเอดส์ การที่สัดส่วนของการสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการ หรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีดและกลุ่มแรงงานข้ามชาติสูงกว่ากลุ่มอื่นๆ สะท้อนให้เห็นถึงปรากฏการณ์การถูกตีตราของประชากรหลักเหล่านี้ ซึ่งการแก้ไขต้องแก้ทั้งเรื่องทัศนคติด้านลบต่อเอดส์และทัศนคติด้านลบต่อการเป็นประชากรหลัก

4.2.2 ผลการสำรวจในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

การหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการช้า

การหลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพหรือไปรับบริการช้าเนื่องจากการกลัวการถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติจากการรับบริการในสถานพยาบาลสุขภาพ เป็นผลลัพธ์สำคัญของปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่นำไปสู่การเจ็บป่วยและเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อ รวมถึงการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีให้ผู้อื่น ที่สามารถป้องกันได้การที่มีผู้ร่วมให้ข้อมูลเพียงร้อยละ 9.6 ที่เคยหลีกเลี่ยงในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา อาจดูเหมือนเป็นสัดส่วนที่น้อย แต่ต้องไม่ลืมว่าอาสาสมัครในการสำรวจนี้เป็นผู้ที่กำลังมารับบริการอยู่แล้ว และมีประวัติการติดเชื้อมายาวนานพอสมควร (เฉลี่ย 8 ปี) จึงน่าจะเป็นกลุ่มที่ปรับตัว ยอมรับสถานะ และให้ความสำคัญกับการเข้ามาใช้บริการสุขภาพเมื่อเกิดปัญหาหรือมีความจำเป็นถ้าหากสอบถามจากผู้ติดเชื้อฯ ทั่วไปอาจเป็นไปได้ว่าสัดส่วนของการเคยหลีกเลี่ยงไม่มารับบริการจะสูงกว่าที่พบในการศึกษานี้

การเคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ

การรายงานโดยผู้รับบริการที่ร่วมให้ข้อมูลในโครงการนี้ว่าเคยมีประสบการณ์ถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ (8.5%) เป็นหลักฐานเชิงประจักษ์ว่าปัญหานี้มีจริงเกิดขึ้นจริงและมีผู้ได้รับผลกระทบจริง เป็นข้อมูลที่สามารถนำไปใช้แจ้งให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้ทราบระหว่างการประชุม สัมมนา เพื่อให้ตระหนักถึงสภาพปัญหา รวมถึงใช้เป็นข้อมูลนำเข้าสู่ระหว่างการฝึกอบรมเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานพยาบาล

การตีตราตนเอง

ปัญหาการตีตราตนเองของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จนเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล (30.4%) เป็นปัญหาที่มีลักษณะเฉพาะแตกต่างจากปัญหาอื่นๆ ในการสำรวจนี้ เนื่องจากสาเหตุไม่ได้เกิดจากตัวผู้ให้บริการหรือสถานพยาบาล แต่เป็นปัญหาที่ความคิดความรู้สึกของผู้ป่วยเอง ที่เกิดจากสภาพแวดล้อมทางสังคมที่ยังมีการตีตราผู้ติดเชื้ออยู่ การแก้ไขปัญหาจึงต้องแก้ไขที่ทัศนคติของสังคมในภาพรวม

การเคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับ

การศึกษานี้พบว่า ผู้ติดเชื้อไม่มั่นใจในการกระบวนการรักษาความลับ (27.8%) ซึ่งหากผู้รับบริการมีความไม่มั่นใจว่าผลเลือดของตนเองจะถูกเก็บรักษาเป็นความลับ อาจทำให้ไม่ยอมมารับบริการในครั้งต่อไป ปัญหาเรื่องนี้เป็นปัญหาเชิงเทคนิคเมื่อเทียบกับเรื่องอื่นที่เป็นเรื่องเกี่ยวกับทัศนคติ จึงน่าจะเป็นปัญหาที่สามารถแก้ไขได้ง่ายกว่า โดยทีมผู้ปฏิบัติงานสามารถออกแบบการทำงาน

ที่เหมาะสม ที่สามารถให้การดูแลส่งต่อผู้ป่วยภายในหน่วยงานได้ ในขณะที่ยังคงสามารถรักษาความลับของผู้รับบริการ

การเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์

การเลือกปฏิบัติในหมวดนี้ บางข้อไม่เพียงเป็นการเลือกปฏิบัติด้านเอชไอวีเอดส์เท่านั้น แต่เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้วยซึ่งถือว่าร้ายแรงกว่า เช่น การบังคับให้ทำแท้ง เป็นต้น การมีผู้ให้ข้อมูลจำนวนหนึ่งตอบว่ายังถูกตีตราและถูกเลือกปฏิบัติในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา แสดงให้เห็นว่าปัญหานี้ยังกำลังเกิดขึ้นอยู่ ไม่ใช่ปัญหาที่เกิดขึ้นในอดีตเท่านั้น

4.3 ข้อจำกัดของการศึกษา

limitation of generalizability การเลือกจังหวัดเพื่อเป็นตัวแทนภูมิภาคต่างๆ เป็นการเลือกตามความพร้อมและความสมัครใจ ไม่ได้สุ่มเลือก ซึ่งอาจทำให้ผลการศึกษามิเป็นตัวแทนที่ของภูมิภาคจำนวนจังหวัดเพียง 5 จังหวัด อาจเป็นขนาดตัวอย่างที่น้อยเกินไปที่จะบอกสถานการณ์ของทั้งประเทศ และผลการสำรวจแต่ละข้อที่นำเสนอในรายงานนี้เป็นเพียงการหาค่าเฉลี่ยอย่างง่ายตามสัดส่วนของอาสาสมัครแต่ละประเภทของแต่ละจังหวัดจากจำนวนผู้ตอบทั้งหมด ยังไม่ได้ทำการถ่วงน้ำหนักตามประชากรทั้งสองกลุ่ม ตามจำนวนผู้ปฏิบัติงานสุขภาพ และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของแต่ละภาค

วิธีการเก็บข้อมูลที่หลากหลายและมีความแตกต่างในบางกรณีการที่จังหวัดตัวแทนภาคตะวันออกเฉียงเหนือตอนล่าง (จังหวัด NE2) ไม่สามารถเข้าไปเก็บข้อมูลในโรงพยาบาลศูนย์ของจังหวัดนั้น ส่งผลกระทบต่อรูปแบบการศึกษาในภาพรวมเนื่องจาก ลักษณะของหน่วยงานและการให้บริการมีความจำเพาะแตกต่างจากโรงพยาบาลชุมชนค่อนข้างมาก นอกจากนั้นอาสาสมัครทั้งสองกลุ่มของโรงพยาบาลทั่วไป/โรงพยาบาลศูนย์ ของอีก 4 จังหวัดที่สามารถเข้าไปเก็บข้อมูลได้ก็ค่อนข้างสูงมาก ทำให้อาจเป็นการไม่เหมาะสมที่จะรวมข้อมูลของจังหวัด NE2 เข้ากับชุดข้อมูลของอีก 4 จังหวัด เนื่องจากลักษณะของอาสาสมัครมีความแตกต่างกัน อย่างไรก็ตามเมื่อวิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบระหว่างชุดข้อมูลทั้ง 5 จังหวัด และชุดข้อมูลเฉพาะ 4 จังหวัด ที่หักข้อมูลของจังหวัด NE2 ออกไปแล้ว พบว่าผลการศึกษาในทุก domain ที่สำคัญ ไม่มีความแตกต่างกัน (ภาคผนวก 4) จึงถือว่าเป็นเหตุผลสมควรที่จะรวมข้อมูลทั้ง 5 จังหวัด

social desirability bias เนื่องจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานพยาบาลเป็นประเด็นเชิงลบ ผู้ตอบทั้งผู้ปฏิบัติงานสุขภาพและผู้ติดเชื้อเอชไอวี อาจตอบตอบคำถามไม่ตรงตามความจริง สำหรับผู้ปฏิบัติงานมีแนวโน้มที่อาจจะตอบต่ำกว่าความเป็นจริง ส่วนผู้รับบริการอาจเป็นไปได้ทั้งสองทิศทาง อย่างไรก็ตามผู้ศึกษาได้ออกแบบกระบวนการที่มีการอธิบายชี้แจงให้อาสาสมัครทุกคนเข้าใจถึงความสำคัญของการศึกษานี้ และการรักษาความลับของผู้ให้ข้อมูลแล้ว

4.4 สรุปผลการศึกษาและข้อเสนอแนะ

4.4.1 สรุปผลการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการนำเครื่องมือและวิธีการเพื่อสำรวจการตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวเนื่องกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพของประเทศไทย ซึ่งดำเนินการที่กรุงเทพมหานครและจังหวัดเชียงใหม่ มาใช้งานจริงในจังหวัด 5 จังหวัด ที่เป็นตัวแทนของแต่ละภูมิภาคซึ่งจะเป็นพื้นที่ผิวดำวังสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ

ของประเทศไทยในระยะยาวเครื่องมือและรูปแบบการสำรวจที่ออกแบบไว้ ในภาพรวมสามารถนำมาใช้ได้จริง โดยมีปัญหาอุปสรรคเล็กน้อย

การสำรวจสถานการณ์การติตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพทำในประชากร 2 กลุ่ม คือผู้ปฏิบัติงาน และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ผลการศึกษาพบว่าผู้ปฏิบัติงานร้อยละ 71.3 การกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 57.2 ป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ร้อยละ 23.8 พบเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 12.6 รู้สึกอึดอัดลำบากใจที่จะต้องทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 85.4 มีทัศนคติต่อต้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และร้อยละ 14.5 สังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการหรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่มประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ผู้ปฏิบัติงานอื่นๆ กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากกว่า (OR = 1.86; 95%CI 1.30-2.67) ป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากกว่า (OR = 1.83; 95%CI 1.36-2.46) และมีทัศนคติด้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์มากกว่า (OR = 2.20; 95%CI 1.45-3.36) ผู้ปฏิบัติงานสายวิชาชีพ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

สำหรับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ พบว่าร้อยละ 8.4 เคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 32.1 เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลเนื่องจากการติตราตนเองในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 30.5 เคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา และร้อยละ 14.8 เคยถูกติตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อมาแล้วน้อยกว่า 10 ปี เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลเนื่องจากการติตราตนเอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มากกว่า (OR = 1.61; 95%CI 1.20-2.14) เคยถูกติตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มากกว่า (OR = 2.00; 95%CI 1.23-3.25) อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติเมื่อเทียบกับผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อมาแล้วนานตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป

4.4.2 ข้อเสนอแนะ

ในอนาคตเมื่อจะทำการสำรวจรอบต่อไป รวมถึงสำหรับจังหวัดใหม่อื่นๆ ที่ต้องการทราบสถานการณ์ของตนเอง ควรชี้แจงให้จังหวัดและสถานพยาบาลเข้าใจว่า สามารถเพิ่มขนาดตัวอย่างในการเก็บข้อมูลของแต่ละสถานพยาบาลเพื่อให้ได้ข้อมูลที่สะท้อนสถานการณ์ของแต่ละโรงพยาบาล โดยใช้ข้อมูลที่เก็บมาใน 2 ลักษณะคือ ข้อมูลทั้งหมดของแต่ละสถานพยาบาลใช้บอกสถานการณ์ระดับแต่ละโรงพยาบาล จากนั้นให้สุ่มเลือกข้อมูลเฉพาะบางส่วนตามจำนวนสัดส่วนที่เป็นตัวแทนของจังหวัด ส่งให้จังหวัด

ควรมีการปรับข้อคำถามในแบบสอบถาม โดยเฉพาะอย่างยิ่งแบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานสุขภาพ ในหมวดนโยบาย ให้มีความชัดเจนขึ้นให้เป็นการถามการรับรู้ของผู้ตอบ ตามวัตถุประสงค์เดิมของตัวคำถาม

จังหวัดควรศึกษาทำความเข้าใจผลการสำรวจของจังหวัดตัวเองเพิ่มเติมโดยละเอียด และหากเป็นไปได้ควรทำการศึกษาเชิงคุณภาพเพิ่มเติม เพื่อหาสาเหตุเชิงลึกของปัญหาที่เฉพาะเจาะจงของจังหวัด องค์ความรู้ที่ได้จะสามารถนำไปออกแบบกิจกรรมแก้ไขปัญหามีความเฉพาะเจาะจงกับพื้นที่

ควรมีการพัฒนาศักยภาพของทีมจังหวัดทั้ง 5 จังหวัด และให้การสนับสนุนทั้งทางด้านการเงินและด้านเทคนิคอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้ทุกจังหวัดเป็นพื้นที่เฝ้าระวัง และสามารถดำเนินการสำรวจปัญหาการดีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวข้องกับเอชไอวีเอดส์ในสถานพยาบาลได้อย่างต่อเนื่อง อันจะนำมาซึ่งชุดข้อมูลที่บอกถึงความเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ปัญหาตลอดจนความก้าวหน้าในการแก้ไขปัญหาในระดับประเทศ และระดับพื้นที่ต่อไป

ภาคผนวก

ภาคผนวก 1 แบบสอบถามสำหรับผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพ

แบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล

รหัส.....

แบบสอบถามผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล

วันที่ตอบแบบสอบถาม: ___ / ___ / 2015

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลพื้นฐานส่วนบุคคล

1. ตำแหน่งงานของท่านในปัจจุบันคือ (ระบุเพียงข้อเดียว)

- | | |
|--|---|
| ☐ 1. แพทย์ | ☐ 11. ผู้ช่วยทันตแพทย์ |
| ☐ 2. ทันตแพทย์ | ☐ 12. เจ้าหน้าที่เวชระเบียน |
| ☐ 3. เภสัชกร | ☐ 13. พนักงานเปล |
| ☐ 4. พยาบาล | ☐ 14. ผู้ช่วยเหลือผู้ป่วย |
| ☐ 5. นักเทคนิคการแพทย์ห้องปฏิบัติการ | ☐ 15. เจ้าหน้าที่ให้สุศึกษา |
| ☐ 6. ผู้ช่วยพยาบาล | ☐ 16. เจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษา |
| ☐ 7. พนักงานเก็บเงิน | ☐ 17. พนักงานทำความสะอาด |
| ☐ 8. พนักงานต้อนรับ | ☐ 18. เจ้าหน้าที่ศูนย์องค์กรรวม/จิตอาสา/แกนนำผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี |
| ☐ 9. เจ้าหน้าที่สังคมสงเคราะห์ | ☐ 19. อื่นๆ (โปรดระบุ)..... |
| ☐ 10. พนักงานเสิร์ฟอาหารให้ผู้ป่วย | |

ส่วนที่ 2 : การป้องกันและควบคุมการติดเชื้อในฐานะผู้ให้บริการสุขภาพ

2. เมื่อมีเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่าน ท่านรู้สึกกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีมากน้อยเพียงใด

เหตุการณ์	ไม่กังวล	กังวลบ้างเล็กน้อย	กังวลพอสมควร	กังวลมาก	ไม่เคยมีเหตุการณ์นี้
2.1 หยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	☐ 0.	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.	☐ 4.
2.2 ทำแผลให้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	☐ 0.	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.	☐ 4.
2.3 เจาะเลือดผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	☐ 0.	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.	☐ 4.

3. ท่านมักจะทำสิ่งต่อไปนี้ เมื่อต้องให้การดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

เหตุการณ์	ใช่	ไม่ใช่	ไม่เคยมีเหตุการณ์นี้
3.1 สวมถุงมือสองชั้น	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.
3.2 ใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษเมื่อต้องให้การดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งจะไม่ทำเช่นนั้นกับผู้ป่วยรายอื่นๆ	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.

ส่วนที่ 3 : สิ่งแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพ

4. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านประสบเหตุการณ์ต่อไปนี้ในสถานพยาบาลแห่งนี้ บ่อยครั้งเพียงใด

ข้อความ	ไม่เคยเห็น	เห็น บางครั้ง	เห็น บ่อยครั้ง	เห็น เป็นประจำ
4.1 เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการแก่ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่า อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.	☐ 4.
4.2 เจ้าหน้าที่ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อหรือผู้ที่ถูกสงสัยว่าอยู่ร่วมกับ เชื้อเอชไอวี ด้วยคุณภาพ ต่ำกว่าผู้ป่วยทั่วไป	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.	☐ 4.

5. ผู้ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลแห่งนี้มีความรู้สึกอึดอัด/ลำบากใจ ที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือผู้ปฏิบัติงานที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

- ☐ 1. ไม่อึดอัด ☐ 2. อึดอัดเล็กน้อย ☐ 3. อึดอัด ☐ 4. อึดอัดมาก

ส่วนที่ 4 : นโยบายของหน่วยงาน

6. สถานพยาบาลแห่งนี้ ไม่มีการบังคับ ให้มีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยที่ผู้รับบริการไม่รู้หรือไม่ยินยอม

- ☐ 1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ 2. เห็นด้วย ☐ 3. ไม่เห็นด้วย ☐ 4. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

7. สถานพยาบาลแห่งนี้ ท่านอาจจะมีปัญหา (หรือได้รับผลกระทบต่อการทำงาน) หากท่าน เลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

- ☐ 1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ 2. เห็นด้วย ☐ 3. ไม่เห็นด้วย ☐ 4. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

8. สถานพยาบาลแห่งนี้มีอุปกรณ์หรือเครื่องใช้เพียงพอที่จะลดความเสี่ยงของท่านต่อการติดเชื้อเอชไอวี

- ☐ 1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ 2. เห็นด้วย ☐ 3. ไม่เห็นด้วย ☐ 4. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

9. สถานพยาบาลแห่งนี้มีระเบียบวิธีปฏิบัติที่เป็นลายลักษณ์อักษรในการป้องกันการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

- ☐ 1. มี ☐ 2. ไม่มี ☐ 3. ไม่ทราบหรือไม่แน่ใจ

ส่วนที่ 5 : ความคิดเห็นต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

10. ท่านมีความคิดเห็นอย่างไรกับประโยคต่อไปนี้

ข้อความ	เห็นด้วย อย่างยิ่ง	เห็น ด้วย	ไม่ เห็นด้วย	ไม่เห็นด้วย อย่างยิ่ง
10.1 ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ ไม่สนใจว่าเขาอาจจะ แพร่กระจายเชื้อเอชไอวีให้คนอื่นได้	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.	☐ 4.
10.2 ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีควรมีความรู้สึกละอายต่อสถานะการ ติดเชื้อของตัวเอง	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.	☐ 4.
10.3 คนเราจะติดเชื้อเอชไอวีได้เพราะขาดความรับผิดชอบและมี พฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.	☐ 4.
10.4 ผู้หญิงที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีควรได้รับการทำหมันแม้ว่าเธอ จะต้องการหรือไม่ก็ตาม	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.	☐ 4.

11. ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ ถ้าต้องการ

- ☐ 1. เห็นด้วยอย่างยิ่ง ☐ 2. เห็นด้วย ☐ 3. ไม่เห็นด้วย ☐ 4. ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง

12. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้บริการ หรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นบุคคลกลุ่มเหล่านี้หรือไม่

	กลุ่ม	ไม่เคยเห็น	หนึ่งหรือสองครั้ง	เห็นบ่อยครั้ง	เห็นเป็นประจำ
12.1	เกย์	☐ 0.	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.
12.2	สาวประเภทสอง	☐ 0.	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.
12.3	พนักงานบริการทางเพศ	☐ 0.	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.
12.4	ผู้ติดยาเสพติด	☐ 0.	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.
12.5	แรงงานข้ามชาติ	☐ 0.	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.

13. ตั้งแต่ท่านเริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่ง หรือหน้าที่ที่ท่านรับผิดชอบอยู่ ณ ปัจจุบันนี้ ท่านเคยได้รับการอบรมเรื่องการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติหรือไม่

- ☐ 1. เคย ☐ 2. ไม่เคย ☐ 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

หมายเหตุ : คำถามข้อที่ 14 ข้างล่าง จะใช้ในกรณีที่มีการดำเนินกิจกรรม (มี intervention) แล้ว และมีการประเมินหลังการให้ intervention จะใช้ข้อความในข้อ 14 นี้แทนข้อ 13 เดิม

14. [ประเมินหลังมี Intervention] :

14.1 ตั้งแต่ท่านเริ่มปฏิบัติงานในตำแหน่ง หรือหน้าที่ที่ท่านรับผิดชอบอยู่ ณ ปัจจุบันนี้ ท่านเคยได้รับการอบรมเรื่องการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติหรือไม่

- ☐ 1. เคย ☐ 2. ไม่เคย ☐ 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

14.2 ท่านเคยเข้ารับการอบรมในเรื่อง [ชื่อการอบรมเพื่อลดการตีตราและเรื่องปฏิบัติ] หรือไม่

- ☐ 1. เคย ☐ 2. ไม่เคย ☐ 3. ไม่ทราบ/ไม่แน่ใจ

ภาคผนวก 2 แบบสัมภาษณ์ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

รหัส.....

แบบสัมภาษณ์ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	
วันที่สัมภาษณ์ : _____ ชื่อผู้สัมภาษณ์ : _____	
สถานที่เก็บข้อมูล :	
☐ 1. โรงพยาบาลในสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ☐ 2. โรงพยาบาลในสังกัดกรุงเทพมหานคร ☐ 3. เครือข่ายพนักงานบริการทางเพศ ☐ 4. เครือข่ายสาวประเภทสอง ☐ 5. เครือข่ายผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี	☐ 6. โรงพยาบาลเอกชน ☐ 7. เครือข่ายชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ☐ 8. เครือข่ายผู้ใช้สารเสพติดด้วยวิธีฉีด ☐ 9. เครือข่ายผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี (ซึ่งไม่ได้ขึ้นอยู่กับ รพ. ใดๆ) ☐ 10. โรงพยาบาลในสังกัดอื่น/เครือข่ายอื่น (โปรดระบุ).....
โปรดถามว่าผู้ให้สัมภาษณ์เคยได้รับการสัมภาษณ์มาก่อนหรือไม่ (ในช่วง 1-2 เดือนที่ผ่านมา) ซึ่งเป็นการสัมภาษณ์ในเรื่องเดียวกันนี้เกี่ยวกับการติดยาและการเลือกปฏิบัติถ้าเคยให้ยุติการสัมภาษณ์	
☐ 1. เคย → ยุติการสัมภาษณ์ ☐ 2. ไม่เคย → ให้เซ็นใบยินยอมรับการสัมภาษณ์ด้วยความสมัครใจ	

ส่วนที่ 1 : ข้อมูลทั่วไปส่วนบุคคล

- ปัจจุบันท่านอายุ _____ ปี
- ปัจจุบันท่านใช้บัตรประกันสุขภาพแบบใดอยู่

☐ 1. บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง/บัตรสามสิบบาท)	☐ 4. บัตรประกันสุขภาพแรงงานข้ามชาติ
☐ 2. บัตรประกันสังคม	☐ 5. ไม่มีบัตรประกันสุขภาพใดๆ
☐ 3. บัตรสวัสดิการข้าราชการ	☐ 6. บัตรอื่นๆ โปรดระบุ
- ท่านมารับบริการสุขภาพ (จะด้วยเหตุผลใดๆ ก็ตาม จะเกี่ยวข้องหรือไม่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีก็ได้) ที่สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลแห่งนี้ มานานเท่าใด

(ถ้าอย่างน้อย 1 ปีหรือมากกว่า ให้ระบุจำนวนปีไปรับบริการ)	จำนวน _____ ปี
(ถ้าน้อยกว่า 1 ปี ให้ระบุจำนวนเดือนไปรับบริการ)	จำนวน _____ เดือน
(ถ้าน้อยกว่า 1 เดือน ให้ระบุจำนวนวันที่ไปรับบริการ)	จำนวน _____ วัน

5. ปัจจุบันนี้ ท่านรับยาต้านไวรัสเอชไอวีอยู่หรือไม่

6. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยหลีกเลี่ยงที่จะไม่ไป (หรือไปล่าช้า) รับบริการสุขภาพด้านเอชไอวี หรือบริการสุขภาพทั่วไป ที่ไม่เกี่ยวกับเอชไอวี ที่สถานบริการสุขภาพใกล้บ้าน (เช่น คลินิก ศูนย์บริการสาธารณสุข หน่วยบริการปฐมภูมิ หรือโรงพยาบาล) ไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือของเอกชน) หรือไม่

- 6.1 ถ้าท่านเคยหลีกเลี่ยง อะไรคือสาเหตุที่ทำให้ท่านหลีกเลี่ยงไม่ไปสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านของท่าน
(เลือกคำตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

(ผู้สัมภาษณ์ : ไม่ต้องอ่านคำตอบให้อาสาสมัครฟัง แต่ให้พยายามเลือกคำตอบจากตัวเลือกที่เห็นว่าใกล้เคียงกับที่เขาตอบมากที่สุด แล้วถามซ้ำด้วยว่า “มีสาเหตุอื่นอีกหรือไม่”)

○ 1. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตีตรา – ความกลัว	○ 2. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับการตีตรา – คุณภาพการให้บริการ	○ 3. สาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการตีตรา
○ 1.1 กลัวว่าจะถูกเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี ○ 1.2 ฉันมีคนที่รู้จักหรือมีญาติทำงานอยู่ที่นี่ ○ 1.3 อยู่ใกล้ที่ทำงานของฉัน ดังนั้นเพื่อนร่วมงานอาจเห็นฉัน	○ 2.1 บริการไม่เป็นมิตร ○ 2.1.1 เจ้าหน้าที่พูดจาไม่ดีกับฉันเพราะฉันเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ○ 2.1.2 ฉันต้องคอยนานกว่าผู้ป่วยอื่น/ถูกจัดเป็นคิวสุดท้าย ○ 2.1.3 เจ้าหน้าที่หลักเลียงการจับเนื้อต้องตัวฉัน ○ 2.1.4 เจ้าหน้าที่สวมถุงมือ 2 ชั้นเวลามาให้บริการฉัน ○ 2.1.5 เจ้าหน้าที่ชอบจ้องมองฉันหรือนินทาฉัน	○ 3.1 อยู่ไกลเกินไป เดินทางไม่สะดวก ไม่มีรถไป ○ 3.2 ฉันไม่มีบัตรประกันสุขภาพ ค่าบริการแพง ○ 3.3 การบริการมีคุณภาพต่ำ ไม่ว่าจะเป็นการดูแล/การตรวจ/การรักษา/ยาที่ใช้/การวินิจฉัยโรค/ความรู้/การปฏิบัติงาน/ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องป้องกันระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย อันเนื่องมาจากการติดเชื้อ/ความรู้สึกไม่เชื่อมั่นในความรู้ทางการแพทย์

○ 1. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับ การติดเชื้อ – ความกลัว	○ 2. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับ การติดเชื้อ – คุณภาพการให้บริการ	○ 3. สาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ
	○ 2.2 ฉันเคยมีประสบการณ์ ที่ไม่ดีในการรับบริการที่นั่นมาก่อน	○ 3.4 ฉันไม่ได้ป่วยหนัก ไม่จำเป็นต้องรับการรักษาค้นรักษาตัวเองได้

7. [ถามเฉพาะผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เป็นผู้หญิง] ท่านเคยตั้งครร์หลังจากทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีแล้ว หรือพบว่าติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างที่ตั้งครร์อยู่หรือไม่

1. เคย ○ 2. ไม่เคยตั้งครร์ หลังจากติดเชื้อเอชไอวี → ข้ามไปข้อ 8

7.1 ท่านเคยหลีกเลี่ยงไม่ไป (หรือไปแต่ไปช้า) รับบริการฝากครร์ หรือไม่ไปรับบริการเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PMTCT) หรือไม่

1. เคยหลีกเลี่ยง ○ 2. ไม่เคยหลีกเลี่ยง → ข้ามไปข้อ 8

7.2 ถ้าท่านเคยหลีกเลี่ยง อะไรคือสาเหตุที่ทำให้ท่านหลีกเลี่ยงไม่ไปสถานบริการสุขภาพใกล้บ้านของท่าน (เลือกคำตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ)

(ผู้สัมภาษณ์ : ไม่ต้องอ่านคำตอบให้อาสาสมัครฟัง แต่ให้พยายามเลือกคำตอบจากตัวเลือกที่เห็นว่าใกล้เคียงกับที่เขาคำตอบมากที่สุด แล้วถามซ้ำด้วยว่า “มีสาเหตุอื่นอีกหรือไม่”)

○ 1. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับ การติดเชื้อ – ความกลัว	○ 2. สาเหตุที่เกี่ยวข้องกับ การติดเชื้อ – คุณภาพการให้บริการ	○ 3. สาเหตุที่ไม่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ
○ 1.1 กลัวว่าจะถูกเปิดเผยสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวี ○ 1.2 ฉันมีใครรู้จักหรือมีญาติทำงานอยู่ที่นั่น ○ 1.3 อยู่ใกล้ที่ทำงาน/บ้านของฉัน ดังนั้นเพื่อนร่วมงาน/คนในครอบครัวอาจเห็นฉัน ○ 1.4 กลัวคนจะเห็นว่าฉันไปรับบริการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PMCT) แล้วเขาจะรู้ว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี	○ 2.1 บริการไม่เป็นมิตร ○ 2.1.1 เจ้าหน้าที่พูดจาไม่ดีกับฉันเพราะฉันเป็นผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี ○ 2.1.2 ฉันต้องคอยนานกว่าผู้ป่วยอื่น/ถูกจัดเป็นคิวสุดท้าย ○ 2.1.3 เจ้าหน้าที่ที่หลีกเลี่ยงการจับเนื้อต้องตัวฉัน ○ 2.1.4 เจ้าหน้าที่ที่สวมถุงมือ 2 ชั้นเวลามาให้บริการฉัน ○ 2.1.5 เจ้าหน้าที่ที่ขบถจ้องมองฉันหรือนินทาฉัน ○ 2.2 ฉันเคยมีประสบการณ์ที่ไม่ดีในการรับบริการที่นั่นมาก่อน ○ 2.3 ฉันกลัวว่าเจ้าหน้าที่ที่นั่นจะมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้เข้าร่วมเชื้อเอชไอวี	○ 3.1 อยู่ไกลเกินไป เดินทางไม่สะดวก ไม่มีรถไป ○ 3.2 ฉันไม่มีบัตรประกันสุขภาพค่าบริการแพง ○ 3.3 การบริการมีคุณภาพต่ำ ไม่ว่าจะเป็นการดูแล/การตรวจ/การรักษา/ยาที่ใช้/การวินิจฉัยโรค/ความรู้/การปฏิบัติงาน/ประสบการณ์ของเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับเรื่องปฏิสัมพันธ์ระหว่างเจ้าหน้าที่กับผู้ป่วย อันเนื่องมาจากสถานะการติดเชื้อ/ความรู้สึกไม่เชื่อมั่นในความรู้ทางการแพทย์ ○ ไม่ต้องการเปลี่ยนสถานบริการหรือไม่ต้องการลงทะเบียนรับบริการที่สถานบริการแห่งใหม่

8. ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านเพราะว่าท่านเป็นผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือไม่ (เกิดขึ้นที่สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลใดๆ ก็ตาม)

สถานการณ์	เคย	ไม่เคย	ไม่ทราบ/ ไม่สามารถ ตอบได้
8.1 ถูกผู้ให้บริการปฏิเสธที่จะให้บริการสุขภาพ หรือปฏิเสธที่จะให้การรักษา	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.
8.2 ถูกจัดให้บริการเป็นคิวสุดท้าย หรือถูกจัดให้รอนานกว่าผู้ป่วยรายอื่นๆ	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.
8.3 ได้รับการดูแลเอาใจใส่แยกว่เมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่นๆ	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.
8.4 ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยนอนพักรักษาตัวในโรงพยาบาลหรือไม่	☐ 1. ↓ ไปข้อ 8.5	☐ 2. ↓ ข้ามไปข้อ 9	☐ 3. ↓ ข้ามไปข้อ 9
8.5 เจ้าหน้าที่โรงพยาบาลบอกให้ท่านออกจากโรงพยาบาลที่ท่านใส่แล้วไปทิ้งในถังหรือบริเวณที่จัดไว้ให้เฉพาะผู้ติดเชื้อเอชไอวีเท่านั้น	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.

9. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ท่านเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากสาเหตุต่อไปนี้หรือไม่

สถานการณ์	ใช่	ไม่ใช่	ไม่ทราบ
9.1 รู้สึกอายที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.
9.2 รู้สึกกลัวว่าจะถูกเจ้าหน้าที่ให้บริการสุขภาพจ้องมองหรือนินทา	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.
9.3 รู้สึกผิดที่ตัวเองติดเชื้อเอชไอวี	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.

10. ในช่วง 12 เดือน ที่ผ่านมา ท่านเคยเว้น (ข้ามไปไม่กิน) หรือเลื่อนเวลากินยาต้านไวรัสเอชไอวี เพราะกลัวว่าคนอื่นจะสงสัยว่าท่านติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

☐ 1. เคย ☐ 2. ไม่เคย ☐ 3. ยังไม่ได้เริ่มการรักษาโดยการใช้อยาต้านไวรัสเอชไอวี

ส่วนที่ 3 : การเปิดเผยสถานภาพและความลับของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี

11. ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาท่านเคยถูกผู้ให้บริการสุขภาพ ณ สถานบริการสุขภาพหรือโรงพยาบาลใดก็ตาม ปฏิบัติต่อท่านดังต่อไปนี้ หรือ

สถานการณ์	เคย	ไม่เคย	ไม่ทราบ/ ไม่แน่ใจ
11.1 ให้ท่านตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนที่จะได้รับการรักษาหรือได้รับการผ่าตัด	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.
11.2 เปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของท่านแก่ผู้อื่น (สามี/ภรรยาของท่าน ญาติพี่น้อง หรือคนอื่นๆ) โดยที่ไม่ได้รับการยินยอมจากท่าน	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.
11.3 ทำเครื่องหมายหรือสัญลักษณ์ไว้ให้เห็นอย่างชัดเจนบนแฟ้มประวัติการรักษาของท่านทำให้ผู้อื่นทราบว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี	☐ 1.	☐ 2.	☐ 3.

12. ท่านมีความมั่นใจว่าประวัติการรักษาซึ่งเกี่ยวข้องกับสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของท่านจะเป็นความลับ มากน้อยแค่ไหน
(ผู้ให้สัมภาษณ์:อ่านคำตอบข้างล่างนี้ให้ผู้ให้สัมภาษณ์ฟัง เพื่อให้เขาเลือกคำตอบของเขาเอง)

- ☐ 1. ฉันมั่นใจว่าประวัติการรักษาของฉันจะถูกเก็บไว้เป็นความลับอย่างแน่นอน
- ☐ 2. ฉันไม่มั่นใจว่าประวัติการรักษาของฉันจะเป็นความลับ
- ☐ 3. ฉันรู้สึกว่าการรักษาของฉันไม่เป็นความลับเลย

ส่วนที่ 4 : การมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์

นับตั้งแต่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี เคยมีเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านหรือไม่

(ผู้สัมภาษณ์ : ถามคำถามข้างล่างนี้โดยไม่ต้องคำนึงถึงเพศของผู้ให้สัมภาษณ์ – สามารถตอบได้ทุกเพศ)

13. เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำท่านว่า “อย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย” เพราะท่านติดเชื้อเอชไอวี

- ☐ 1. เคย ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- ☐ 2. เคย แต่นานมากกว่า 12 เดือน
- ☐ 3. ไม่เคย
- ☐ 4. ตอบไม่ได้/ ไม่เกี่ยวกับท่าน

14. เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำท่านว่า “อย่ามีลูกเลย” เพราะท่านติดเชื้อเอชไอวี

- ☐ 1. เคย ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- ☐ 2. เคย แต่นานมากกว่า 12 เดือน
- ☐ 3. ไม่เคย
- ☐ 4. ตอบไม่ได้/ ไม่เกี่ยวกับท่าน

15. เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพตั้งเงื่อนไขกับท่านว่า “ท่านจะได้รับยาต้านไวรัส ก็ต่อเมื่อท่านคุมกำเนิดหรือทำหมันเท่านั้น”

- ☐ 1. เคย ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา
- ☐ 2. เคย แต่นานมากกว่า 12 เดือน
- ☐ 3. ไม่เคย
- ☐ 4. ตอบไม่ได้/ ไม่เกี่ยวกับท่าน

16. ท่าน หรือคู่ครองของท่าน (ถ้าผู้ให้สัมภาษณ์เป็นผู้ชาย) เคยถูกแนะนำหรือบังคับให้ยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของท่านหรือของคู่ครองของท่าน หรือไม่

- ☐ 1. เคย ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ☐ 2. เคย แต่นานมากกว่า 12 เดือน
- ☐ 3. ไม่เคย ☐ 4. ตอบไม่ได้/ ไม่เกี่ยวกับท่าน

*ผู้สัมภาษณ์ : ตรวจสอบความครบถ้วนสมบูรณ์ของคำตอบ ก่อนที่จะไปส่วนสุดท้ายของแบบสัมภาษณ์ (ส่วนที่ 5 หน้าถัดไป)

ส่วนที่ 5 : เพศ และความหลากหลายทางเพศ

ผู้สัมภาษณ์อ่านข้อความนี้ให้อาสาสมัครฟัง :

“คำถามสุดท้ายนี้เป็นคำถามที่ค่อนข้างอ่อนไหวต่อความรู้สึก ทีมผู้สำรวจขอความร่วมมือท่านตอบคำถามนี้ เนื่องจากคำถามมีความสำคัญและเป็นประโยชน์อย่างยิ่งต่อการปรับปรุงการบริการสุขภาพ เพื่อให้บริการที่เป็นมิตรและเท่าเทียมกันกับทุกคน อย่างไรก็ตาม การตอบคำถามนี้เป็นไปด้วยความสมัครใจของท่าน ดังนั้น ท่านสามารถเลือกที่จะตอบหรือไม่ตอบก็ได้ และท่านสามารถเลือกที่จะให้เราอ่านคำถามนี้ให้ท่านฟัง หรือท่านจะอ่านคำถามนี้แล้วตอบคำถามด้วยตัวท่านเองก็ได้”

(ผู้สัมภาษณ์ : เช็กคำตอบตามที่ผู้ให้สัมภาษณ์เลือก)

- ☐ 1. ให้ผู้สัมภาษณ์อ่านให้ฟัง
- ☐ 2. ฉันจะอ่านคำถามนี้ด้วยตนเอง (ยื่นแบบให้ผู้ให้สัมภาษณ์อ่านและตอบด้วยตนเอง แล้วให้เขาพับแล้วหย่อนแบบสัมภาษณ์ลงในกล่องที่เตรียมไว้)

17. ท่านคิดว่าท่านอยู่ในกลุ่มใดต่อไปนี้ (สามารถเลือกได้มากกว่าหนึ่งข้อ):

- ☐ 1. ผู้ชาย
- ☐ 2. ผู้หญิง
- ☐ 3. สาวประเภทสอง
- ☐ 4. ชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย/เกย์
- ☐ 5. เลสเบี้ยน
- ☐ 6. ผู้มีเพศสัมพันธ์ทั้งกับผู้หญิงและกับผู้ชาย
- ☐ 7. พนักงานบริการ (ทางเพศ)
- ☐ 8. ผู้ขายเสฟติด
- ☐ 9. แรงงานข้ามชาติ

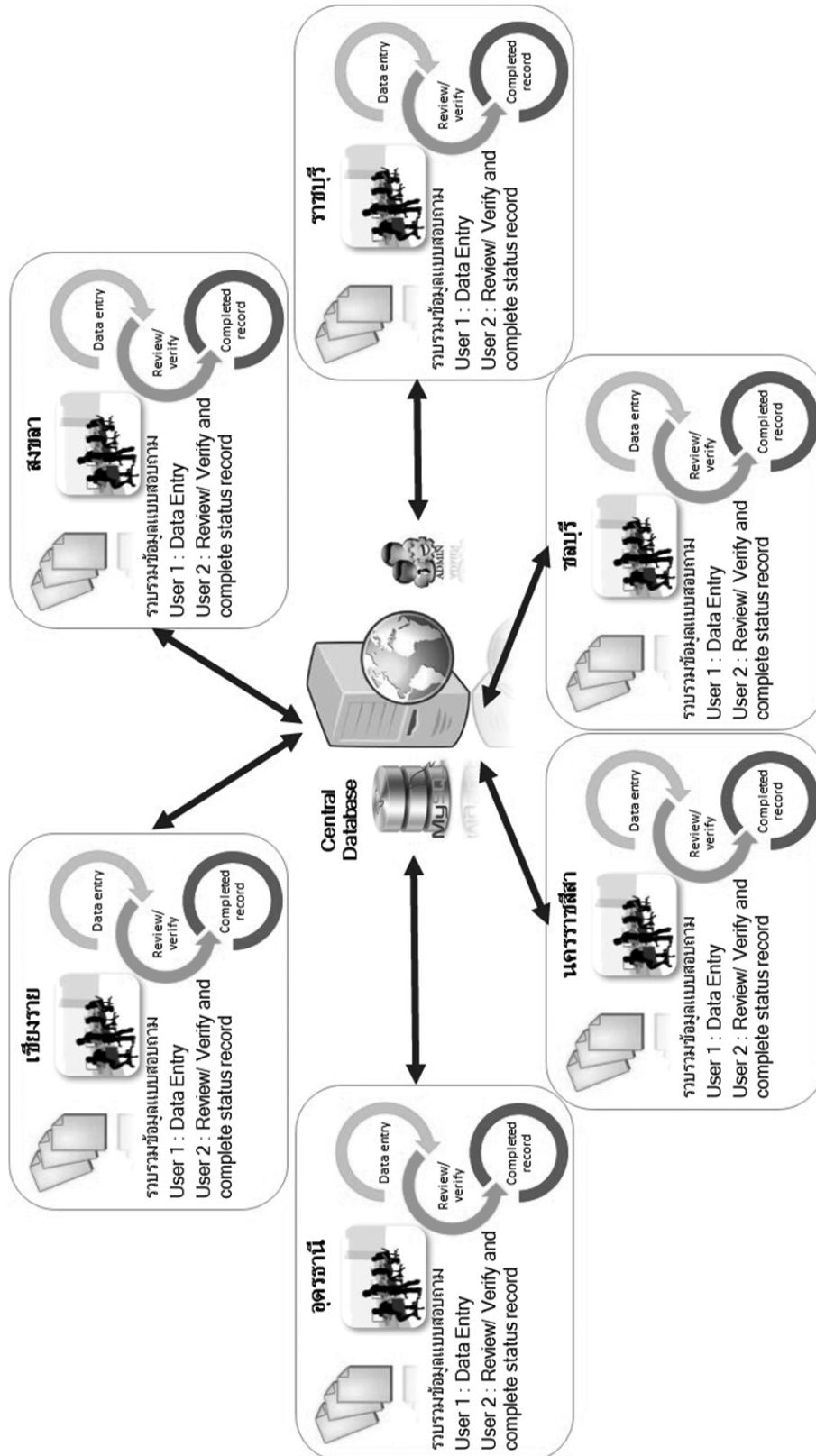
ภาคผนวก 3 โปรแกรม REDCap ที่ใช้ในการบันทึกข้อมูล

REDCap (Research Electronic Data Capture) เครื่องมือที่ใช้สำหรับรวบรวมและจัดการข้อมูล การสำรวจการติดยาและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพในกลุ่ม ผู้ให้บริการสุขภาพและในกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

รายละเอียดและคุณสมบัติของ REDCap :

1. Centralized Database รองรับการทำงานแบบหลายไซต์ (Multi-site Access) ในพื้นที่คือ 5 จังหวัด ได้แก่ N, NE1, NE2, C และ S โดยแต่ละไซต์จะถูกกำหนดสิทธิในการจัดการเฉพาะข้อมูลของตนเองได้เท่านั้น โดยระบบจะมีเครื่องคอมพิวเตอร์แม่ข่าย (computer sever) ที่ถูกติดตั้งไว้ที่ส่วนกลาง (central database) ที่ทำหน้าที่คอยให้บริการสำหรับกลุ่มผู้ใช้งานทั้ง 5 จังหวัด ทำให้บริหารจัดการง่ายทั้งต่อผู้ดูแลระบบและกลุ่มผู้ใช้งาน มีระบบสำรองข้อมูล (แบบอัตโนมัติ) และสามารถกู้คืนข้อมูลได้ง่าย
2. A Secure Web-Based Application เป็นเครื่องมือสำหรับใช้เป็นโปรแกรมคอมพิวเตอร์ที่ทำงานผ่านเว็บเบราว์เซอร์ เช่น Internet explorer, Google Chrome, Firefox, Safari เป็นต้น ซึ่งต้องอาศัยการเชื่อมต่อทางอินเทอร์เน็ต โดยเก็บรวบรวมและจัดการข้อมูลแบบออนไลน์ ทำให้สามารถจัดการข้อมูลได้แบบ real time ทำให้มีประสิทธิภาพสูงในการช่วยรวบรวมข้อมูลและจัดการข้อมูล มีระบบจัดการความปลอดภัยในการเข้าถึงข้อมูล
3. Audit trails (logging) ระบบสามารถติดตาม/เรียกดูรายละเอียดของเหตุการณ์ต่างๆที่เกิดขึ้นนับตั้งแต่ผู้ใช้ได้ล็อกอินเข้าไปใช้งาน การเข้าไปเพิ่ม/แก้ไขข้อมูล โดยจะแสดงรายละเอียดซึ่งสามารถเลือกดู (filter) ตามความต้องการได้
4. Data Dictionary Codebook สามารถเรียกดูรายละเอียดของ ชื่อ รายละเอียด และประเภทของตัวแปรในระบบได้
5. Data Exports/Reports/Stats ผู้ใช้สามารถดูข้อมูล composite index ได้หรือสามารถเลือกดูข้อมูล frequency ของแต่ละตัวแปรตามที่สนใจในรูปแบบกราฟต่างๆ ได้ หรือสามารถส่งออกข้อมูล (data export) ออกไปเพื่อนำไปใช้ ได้หลากหลายรูปแบบ เช่น CSVfile (raw data, label data), syntax file สำหรับ SPSS, Stata, SAS, R เป็นต้น

Work flow :



ข้อดีของระบบ :

1. สำหรับผู้ดูแลระบบสามารถจัดการข้อมูลได้สะดวก สามารถควบคุมได้ในจุดเดียว
2. สำหรับกลุ่มผู้ใช้งาน จะช่วยทำให้ผู้ใช้งานมีการใช้งานได้สะดวกมากยิ่งขึ้น ไม่ต้องเสียเวลาในการติดตั้งโปรแกรม/ระบบสามารถวางแผนการทำงานได้ในรูปแบบของตัวเอง
3. ลดค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพในการทำงานมากยิ่งขึ้น

ภาคผนวก 4

ตาราง เปรียบเทียบผลการสำรวจที่สำคัญระหว่างการใช้ชุดข้อมูลทั้งหมดกับชุดข้อมูลที่ไม่มีข้อมูลของจังหวัด NE2

	ข้อมูล ทั้งหมด	ไม่รวมข้อมูล ของจังหวัด NE2	p value
ผู้ปฏิบัติงานสุขภาพ			
ร้อยละของผู้ที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวี	71.4	72.3	0.71
ร้อยละของผู้ที่ป้องกันตนเองเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษ เมื่อต้องให้การดูแลผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยเอดส์	57.4	57.7	0.88
ร้อยละของผู้ที่สังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	23.8	23.8	1.00
ร้อยละของผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	85.4	85.2	0.91
ร้อยละของการสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้ บริการ หรือดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นกลุ่ม ประชากรหลักที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	14.5	15.4	0.59
ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์			
ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับ บริการสุขภาพ	8.4	7.8	0.70
ร้อยละของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง	30.4	31.0	0.80
ร้อยละของผู้เคยถูกเปิดเผยสถานภาพหรือความลับ เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี	25.1	24.5	0.78
ร้อยละของการเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับ การมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์	12.6	12.4	0.33

ภาคผนวก 5

การประมาณการ

สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพระดับประเทศ

ปี พ.ศ. 2559 (National Estimation of S&D situations in health care settings, 2016)

คณะทำงานระดับประเทศนำโดยศูนย์อำนวยการบริหารจัดการปัญหาเอชไอวีแห่งชาติ ทีมนักวิชาการในประเทศ และผู้เชี่ยวชาญจากต่างประเทศ ได้นำข้อมูลสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพทั้งหมดที่มี ณ ปี พ.ศ. 2559 มาพิจารณาร่วมกัน และดำเนินการรวบรวมการทางสถิติเพื่อให้ได้มาซึ่งค่าประมาณการระดับประเทศ (National Estimates)

ข้อมูลที่น่ามาใช้ในการประกอบการทำการประมาณการครั้งนี้ได้จากผลการศึกษาของการสำรวจ 3 แบบ ซึ่งใช้เครื่องมือและมีวิธีการสำรวจคล้ายคลึงกัน ได้แก่ข้อมูลจาก

1. การสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของกรุงเทพมหานคร และจังหวัดเชียงใหม่ ดำเนินการในปี พ.ศ. 2557
2. ระบบเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพ 5 จังหวัด (ข้อมูลของรายงานฉบับนี้) ดำเนินการในปี พ.ศ. 2557
3. การสำรวจสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพของจังหวัดที่ประสงค์ดำเนินการเอง (อาสาสมัคร) จำนวน 12 ดำเนินการในปี พ.ศ. 2558-2559

ขั้นตอนการหาค่าประมาณการระดับประเทศ

การหาค่าประมาณการระดับประเทศสำหรับการสำรวจในผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ

ขั้นตอนที่ 1 พิจารณาความเข้ากันได้และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

ข้อมูลจากทั้ง 3 ส่วน ถูกนำมาพิจารณา โดยข้อมูลของโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ชลบุรี อุดรธานี นครราชสีมา สงขลา และกรุงเทพมหานครถูกตัดออก เนื่องจากไม่มีการสำรวจในโรงพยาบาลเอกชนของจังหวัดอื่นๆ ที่เหลือ เพื่อให้ข้อมูลเหลือเฉพาะจากสถานบริการสุขภาพภาครัฐเท่านั้นเหมือนกันในทุกจังหวัด จากนั้นมีการพิจารณาค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของผลการสำรวจในตัวชี้วัดต่างๆ เพื่อดูว่ามีค่าที่ผิดปกติไปจากที่ควรจะเป็นหรือไม่ ในขั้นตอนนี้พบว่าข้อมูลของจังหวัดหนึ่งใน 12 จังหวัดที่ดำเนินการด้วยตนเอง มีค่าผิดปกติ 7 ค่าจากทั้งหมด 9 ค่า และจากการสืบถามพบว่า มีปัญหาในกระบวนการเก็บข้อมูล ทำให้ไม่นำข้อมูลของจังหวัดนี้มาใช้ เหลือข้อมูลจากจังหวัดที่ประสงค์ดำเนินการเองใช้การประมาณการ 11 จังหวัด

ขั้นตอนที่ 2 แบ่งจังหวัดที่มีการสำรวจเป็นกลุ่มๆ ตามจำนวนผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ

แบ่งจังหวัดทั้ง 18 จังหวัดที่มีผลสำรวจเป็นกลุ่มๆ จำนวน 3 กลุ่ม ตามจำนวนผู้ปฏิบัติงานสุขภาพในจังหวัดนั้น ดังนี้คือ

- 1) จังหวัดขนาดใหญ่ จำนวนผู้ปฏิบัติงานตั้งแต่ 3,500 คน ขึ้นไป (มีข้อมูล 7 จังหวัด)
- 2) จังหวัดขนาดกลาง จำนวนผู้ปฏิบัติงาน 2,500 - 3,500 คน (มีข้อมูล 6 จังหวัด) และ
- 3) จังหวัดขนาดเล็ก จำนวนผู้ปฏิบัติงานน้อยกว่า 2,500 คน (มีข้อมูล 5 จังหวัด)

ยกเว้น กรุงเทพมหานคร แยกไปต่างหาก

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณค่าเฉลี่ยของผลการสำรวจในตัวชี้วัดต่างๆ แยกตามกลุ่มจังหวัด

คำนวณค่าเฉลี่ยของผลการสำรวจในตัวชี้วัดต่างๆ จากผลการสำรวจของแต่ละกลุ่มจังหวัด ทั้ง 3 กลุ่ม ซึ่งไม่พบค่าเฉลี่ยที่สูงหรือต่ำกว่าปกติ (outliers)

ขั้นตอนที่ 4 จัดจังหวัดที่เหลือเป็นกลุ่มๆ (stratification)

แบ่งจังหวัดที่เหลือที่ไม่มีผลสำรวจเป็นกลุ่มๆ จำนวน 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ที่ใช้ในขั้นตอนที่ 2 จากนั้น เติมรายชื่อจังหวัดเหล่านี้ และจำนวนผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพของจังหวัด ลงไปให้อยู่ในกลุ่มเดียวกัน กับจังหวัดที่มีผลสำรวจและมีจำนวนผู้ปฏิบัติงานระดับเดียวกัน

ขั้นตอนที่ 5 เติมข้อมูลให้ครบทุกจังหวัด (imputation)

เติมข้อมูลที่ป็นค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดแต่ละตัวของจังหวัดที่มีข้อมูลลงในช่องข้อมูลของจังหวัดที่ไม่มีผลสำรวจและอยู่ในจังหวัดที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน สำหรับจังหวัดที่มีผลสำรวจของตนเองใช้ค่าตัวชี้วัดจริง ไม่ใช่ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 6 ถ่วงน้ำหนักข้อมูล (weighting)

คำนวณค่าถ่วงน้ำหนักของข้อมูลแต่ละจังหวัดตามจำนวนผู้ปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 7 คำนวณค่าประมาณการขั้นสุดท้าย

คำนวณค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดแต่ละตัวที่ถ่วงน้ำหนักด้วยจำนวนผู้ปฏิบัติหน้าที่ของแต่ละจังหวัด ซึ่งถือเป็นผลการประมาณการขั้นสุดท้าย จากนั้นหาช่วงความเป็นไปได้ของข้อมูล (probability bound) โดยใช้ค่าจริงที่มีค่าน้อยสุดเป็นค่าความเป็นไปได้ขั้นต่ำ (lower probability bound) และค่าจริงที่มีค่าสูงสุดเป็นค่าความเป็นไปได้ของข้อมูลขั้นสูง (upper probability bound) และหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

การหาค่าประมาณการระดับประเทศสำหรับการสำรวจในผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ขั้นตอนที่ 1 พิจารณาความเข้ากันได้และความน่าเชื่อถือของข้อมูล

เพื่อให้ข้อมูลเหลือเฉพาะจากสถานบริการสุขภาพภาครัฐเท่านั้นเหมือนๆ กันในทุกจังหวัดข้อมูล ผู้รับบริการโรงพยาบาลเอกชนในจังหวัดเชียงใหม่ และกรุงเทพมหานครถูกตัดออก เนื่องจากไม่มีการสำรวจ ในจังหวัดอื่นๆ จากนั้นมีการพิจารณาค่าสูงสุดและค่าต่ำสุดของผลการสำรวจในตัวชี้วัดต่างๆ เพื่อดูว่ามีค่า ที่ผิดแปลกไปจากที่ควรจะเป็นหรือไม่ ในขั้นตอนนี้พบว่าข้อมูลของจังหวัดที่ข้อมูลของผู้ปฏิบัติหน้าที่ ถูกตัดออกไปก็พบมีความผิดปกติเช่นเดียวกัน จึงไม่นำข้อมูลในส่วนของผู้รับบริการของจังหวัดนี้มาใช้

ขั้นตอนที่ 2 แบ่งจังหวัดที่มีการสำรวจเป็นกลุ่มๆ ตามจำนวนผู้รับบริการ

แบ่งจังหวัดทั้ง 18 จังหวัด ที่มีผลสำรวจเป็นกลุ่มๆ จำนวน 4 กลุ่ม ตามจำนวนผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการสุขภาพ ณ สถานพยาบาลในจังหวัดนั้น ดังนี้คือ

- 1) จังหวัดขนาดใหญ่ จำนวนผู้รับบริการมากกว่า 10,000 ราย (มีข้อมูล 5 จังหวัด)
- 2) จังหวัดขนาดกลาง จำนวนผู้รับบริการ 5,000 – 10,000 ราย (มีข้อมูล 4 จังหวัด) และ
- 3) จังหวัดขนาดเล็ก จำนวนผู้รับบริการน้อยกว่า 5,000 ราย (มีข้อมูล 8 จังหวัด)

ยกเว้น กรุงเทพมหานคร แยกไปต่างหาก

ขั้นตอนที่ 3 คำนวณหาค่าเฉลี่ยของผลการสำรวจในตัวชี้วัดต่างๆ แยกตามกลุ่มจังหวัด

คำนวณหาค่าเฉลี่ยของผลการสำรวจในตัวชี้วัดต่างๆ จากผลการสำรวจของแต่ละกลุ่มจังหวัดทั้ง 3 กลุ่ม ซึ่งไม่พบค่าเฉลี่ยที่สูงหรือต่ำกว่าปกติ (outliers)

ขั้นตอนที่ 4 จัดจังหวัดที่เหลือเป็นกลุ่มๆ (stratification)

แบ่งจังหวัดที่เหลือที่ไม่มีผลสำรวจเป็นกลุ่มๆ จำนวน 3 กลุ่ม ตามเกณฑ์ที่ใช้ในขั้นตอนที่ 2 จากนั้นเติมรายชื่อจังหวัดเหล่านี้ และจำนวนผู้รับบริการของจังหวัด ลงไปให้อยู่ในกลุ่มเดียวกันกับจังหวัดที่มีผลการสำรวจและมีจำนวนผู้รับบริการระดับเดียวกัน

ขั้นตอนที่ 5 เติมข้อมูลให้ครบทุกจังหวัด (imputation)

เติมข้อมูลที่เป็นค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดแต่ละตัวของจังหวัดที่มีข้อมูลลงในช่องข้อมูลของจังหวัดที่ไม่มีผลสำรวจและอยู่ในจังหวัดที่อยู่ในกลุ่มเดียวกัน สำหรับจังหวัดที่มีผลสำรวจของตนเองใช้ค่าตัวชี้วัดจริงไม่ใช่ค่าเฉลี่ยของกลุ่ม

ขั้นตอนที่ 6 ถ่วงน้ำหนักข้อมูล (weighting)

คำนวณหาค่าถ่วงน้ำหนักของข้อมูลแต่ละจังหวัดตามจำนวนผู้ปฏิบัติงาน

ขั้นตอนที่ 7 คำนวณหาค่าประมาณการขั้นสุดท้าย

คำนวณหาค่าเฉลี่ยของตัวชี้วัดแต่ละตัวที่ถ่วงน้ำหนักด้วยจำนวนผู้รับบริการของแต่ละจังหวัด ซึ่งถือเป็นผลการประมาณการขั้นสุดท้าย จากนั้นหาช่วงความเป็นไปได้ของข้อมูล (probability bound) โดยใช้ค่าจริงที่มีค่าน้อยสุดเป็นค่าความเป็นไปได้ขั้นต่ำ (lower probability bound) และค่าจริงที่มีค่าสูงสุดเป็นค่าความเป็นไปได้ของข้อมูลขั้นสูง (upper probability bound) และหาค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

ผลการประมาณการระดับประเทศของการสำรวจในผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ

ตัวชี้วัด	ค่าประมาณการ % (ช่วงความเป็นไปได้ ของข้อมูล), SD
การสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	23.7 (9.7, 34.9), 3.9
การสังเกตเห็นผู้ปฏิบัติงานไม่เต็มใจให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	4.2 (1.4, 7.8), 1.3
การสังเกตเห็นผู้ปฏิบัติงานไม่เต็มใจให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นสาวประเภทสอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	4.2 (1.3, 8.6), 1.3
การสังเกตเห็นผู้ปฏิบัติงานไม่เต็มใจให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นพนักงานบริการทางเพศ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	4.8 (1.0, 10.8), 1.6
การสังเกตเห็นผู้ปฏิบัติงานไม่เต็มใจให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นผู้ขายเสฟติค ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	7.9 (3.6, 15.5), 2.3
การสังเกตเห็นผู้ปฏิบัติงานไม่เต็มใจให้การดูแลผู้ป่วยที่เป็นหรือคิดว่าเป็นแรงงานข้ามชาติ ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	12.2 (3.1, 20.4), 6.2
กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	60.9 (31.9, 90.7), 11.4
ป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	53.1 (43.2, 65.7), 3.9
มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์	84.5 (71.3, 92.8), 3.8
หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพ หรือไปรับบริการช้า ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาเนื่องจากกังวลว่าจะถูกเลือกปฏิบัติ	13.0 (5.2, 26.1), 7.9
หลีกเลี่ยงไม่ไปรับบริการสุขภาพ หรือไปรับบริการช้า ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเนื่องจากกังวลว่าจะถูกเลือกปฏิบัติ	12.0 (0.1, 33.3), 7.0
มีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพ เนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	12.1 (4.4, 23.8), 8.1
เคยถูกเปิดเผยสถานภาพและความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	24.5 (3.9, 39.4), 11.8
เคยถูกแนะนำหรือบังคับให้ยุติการตั้งครรภ์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	5.0 (0.1, 9.1), 3.9
เคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา	31.4 (10.7, 44.4), 7.2

เอกสารอ้างอิง

สุพัตราศรีวณิชชากร, บังอรเทพเทียน, ปรีนดาตาสี, ดุชนิศาณิ, ภูษิตประคองสาย, มณีรัตน์เลย์ตัน, และกมลาริพัชนี. 2554. “การประเมินผลนโยบายประเทศและการบริหารจัดการแผนงานการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ของประเทศ (Evaluation the National AIDS Response in Thailand)” สถาบันพัฒนาสุขภาพอาเซียน มหาวิทยาลัยมหิดล ประเทศไทย.

สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ (IHPP). 2013. “การวิเคราะห์ข้อมูลการให้บริการผู้ติดเชื้อ / ผู้ป่วยเอดส์ของประเทศไทย (National AIDS Program (NAP)” National Health Security Office of Thailand.

Kalichman, S.C., and L.C. Simbayi. 2003. “HIV testing attitudes, AIDS stigma, and voluntary HIV counselling and testing in a black township in Cape Town, South Africa.” *Sexually transmitted infections* 79(6): 442-447.

Katz, Ingrid, Annemarie Ryu, Afiachukwu Onuegbu, Christina Psaros, Sheri Weiser, David Weiser, and Alexander Tsai. 2013. “Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis.” *Journal of the International AIDS Society* 16 (3 Suppl 2): 18640. doi:10.7448/IAS.16.3.18640

Letamo, Gobopamang. 2005. “The discriminatory attitudes of health workers against people living with HIV.” *PLoS Medicine* 2(8): e261.

MacQuarrie, Kerry, Traci Eckhaus, and Laura Nyblade. 2009. “HIV-related stigma and discrimination: A summary of recent literature.” Geneva, Switzerland: UNAIDS.

Mahendra, V.S., L. Gilborn, S. Bharat, R. Mudoi, I. Gupta, B. George, L. Samson, C. Daly, and J. Pulerwitz. 2007. “Understanding and measuring AIDS-related settings: A developing country perspective.” *SAHARA J* 4(2): 616-625. Nyblade, Laura, Rohini Pande, Sanyukta, Mathur, Kerry

MacQuarrie, Ross Kidd, Hailom Banteyerga, Aklilu Kidanu, Gad Kilonzo, Jessie Mbwambo, and Virginia Bond. 2003. “Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia” International Center for Research on Women: Washington, DC.

Nyblade, Laura, Rohini Pande, Sanyukta, Mathur, Kerry MacQuarrie, Ross Kidd, Hailom Banteyerga, Aklilu Kidanu, Gad Kilonzo, Jessie Mbwambo, and Virginia Bond. 2003. “Disentangling HIV and AIDS stigma in Ethiopia, Tanzania and Zambia” International Center for Research on Women: Washington, DC.

Nyblade, Laura, Kerry MacQuarrie, Fausta Phillip, Gideon Kwesigabo, Jessie Mbwambo, and John Ndega. 2005. “Working report measuring HIV stigma: results of a field test in Tanzania.” Washington, DC: Synergy

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): 12-15. doi: 10.1186/1758-2652-12-15

Pulerwitz, J., A.P. Michaelis, S.A. Lippman, M. Chinaglia, and J. Diaz. 2008. "HIV-related stigma, service utilization, and status disclosure among truck drivers crossing the Southern borders in Brazil." *AIDS* 20(7): 764-770. doi: 10.1080/09540120701506796

Reis, Chen, Michele Heisler, Lynn L. Amowitz, R. Scott Moreland, Jerome O. Mafeni, Chukwuemeka Anyamele, and Vincent Iacopino. 2005. "Discriminatory attitudes and practices by health workers toward patients with HIV/AIDS in Nigeria." *PLoS Medicine* 2(8): e246. DOI: 10.1371/journal.pmed. 0020246

Smith, R.A. and D. Morrison. 2006. "The impact of stigma, experience, and group referent on HIV risk assessments and HIV testing intentions in Namibia." *Social Science & Medicine* 63(10): 2649-2660.

Turan JM, Miller S, Bukusi EA, Sande J, Cohen CB. 2008. "HIV/AIDS and maternity care in Kenya: how fears of stigma and discrimination affect uptake and provision of labor and delivery services." *AIDS Care* 20(8):938-45. doi: 10.1080/09540120701767224.

Wolfe, William R., Sheri D. Weiser, Karen Leiter, Wayne T. Steward, Fiona Percy-de Korte, Nthabiseng Phaladze, Vincent Iacopino, and Michel Heisler. 2008. "The impact of universal access to antiretroviral therapy on HIV stigma in Botswana." *American Journal of Public Health* 98(10): 1865-1871.

