



กรมควบคุมโรค
กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วารสาร

ISSN 2651-0987

โรคเอดส์

<http://e-library-aidssti.ddc.moph.go.th/home>

ปีที่ 31 ฉบับที่ 3 ตั้งแต่เดือนมิถุนายน 2562 - กันยายน 2562

- บทบรรณาธิการวารสารโรคเอดส์
- การสื่อสารที่ส่งผลต่อการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์:
ภาพตัวแทน และความหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ
- อัตราความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
ในกลุ่มเยาวชน จังหวัดยโสธร
- ผลการใช้โปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติ
กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลอากาศอำนวย
จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2562
- ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี
กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง



กรมควบคุมโรค
Department of Disease Control

วารสารโรคเอดส์

ปีที่ ๓๓ ฉบับที่ ๓ พ.ศ. ๒๕๖๒

สารบัญ

	หน้า
บทบรรณาธิการวารสารโรคเอดส์	101
การสื่อสารที่ส่งผลต่อการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: ภาพตัวแทน และความหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ ณัฐวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์	103
อัตราความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเยาวชน จังหวัดยโสธร ธนอม นามวงศ์, สุกัญญา คำพัฒน์, ปัญชาน์ ปรัชญคุปต์	116
ผลการใช้โปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2562 นาวา มานะวงศ์	125
ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง รัตติยา สองทิศ	142

Thai AIDS Journal
Volume 31, Number 3, 2019

	Page
Editorial Board	101
 The Stigmatized Communication Towards HIV/AIDS Patients: Representation and Its Meaning in the Quality of Life of Infected Persons <i>Nuttawat Tangpatomwong</i>	 103
 Prevalence Rate and Factors Associated with Sexually Transmitted Infections (STIs) among Adolescent, Yasothon, Thailand <i>Thanom Namwong, Sukanya Khampat, Pincha Pratchayakhup</i>	 116
 The Results of Stigma and Discrimination Against HIV Infected People Reduction Program in Akatamnauy Hospital, Sakon Nakhon Province, 2019 <i>Nava Phanawong</i>	 125
 Factors Associated with HIV Prevention Behavior among MEN WHO HAVE SEX WITH MEN in Trang Province <i>Rattiya Songtid</i>	 142

วารสารโรคเอดส์

วารสารโรคเอดส์ เป็นวารสารทางวิชาการ จัดพิมพ์เผยแพร่โดยกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วัตถุประสงค์

เพื่อส่งเสริมให้ผู้ปฏิบัติงาน บุคลากรทางด้านสาธารณสุข และนักวิจัยได้มีโอกาสเผยแพร่ผลงานวิชาการและองค์ความรู้ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อันเป็นแหล่งค้นคว้า อ้างอิงทางวิชาการต่อไป ซึ่งเนื้อหาบทความ/ผลงานวิจัย ที่ลงพิมพ์นำเสนอข้อมูลข่าวสาร วิทยาการความก้าวหน้าทางการแพทย์สาธารณสุข และส่งเสริมสนับสนุนองค์ความรู้ให้กับบุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข ให้สามารถนำไปประยุกต์ใช้ในการบริการประชาชน ในการป้องกันและแก้ไขปัญหาดังกล่าวและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้เกิดประโยชน์สูงสุด

บรรณาธิการ	นายแพทย์สมบัติ แทนประเสริฐสุข	กรมควบคุมโรค
กองบรรณาธิการ	นายแพทย์ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงอังคณา เจริญวัฒนาโชคชัย	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์สุเมธ อังครธรณี	กรมควบคุมโรค
	นายแพทย์วีรวัฒน์ มโนสุทธิ	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงวลัยรัตน์ ไชยฟู	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงรศพร กิตติเยวมาลย์	กรมควบคุมโรค
	แพทย์หญิงมณฑิณี วสันติอุปโภคการ	กรมควบคุมโรค
	นางสาวทองกร ยันรังษี	กรมควบคุมโรค
	นางสาวปาริชาติ จันทร์จรัส	กรมควบคุมโรค
	ดร.สิริพรรณ แสงอรุณ	กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์
	นายแพทย์วิวัฒน์ วิจารณ์พิทยากร	คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล
	นายแพทย์พลวัฒน์ คงสีล	คณะแพทยศาสตร์วชิรพยาบาล มหาวิทยาลัยนวมินทราธิราช
	รศ.ดร.สุคนธา คงสีล	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	รศ.ดร.มนิรัตน์ ธีระวิวัฒน์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหิดล
	ดร.ดุสิตา พึ่งสำราญ	สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล
	ผศ.ดร.เพ็ญพักตร์ อุทิศ	คณะพยาบาลศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
	แพทย์หญิงเอกจิตรา สุขกุล	นักวิชาการอิสระ
	ผศ.พญ.พัชกรวิมล ศุภลักษณ์ศึกษากร	สำนักวิชาการแพทย์ศาสตร์ มหาวิทยาลัยเทคโนโลยีสุรนารี
	ผศ.ดร.สิริมา มงคลสัมฤทธิ์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์
	ผศ.ดร.รณภูมิ สามีคศิริการมย์	คณะสาธารณสุขศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์

ผู้จัดการ นายแพทย์ศรายุทธ อุตตมางคพงศ์ ผู้อำนวยการกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

สำนักงานผู้จัดการ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข
อาคาร 2 ตึกกรมควบคุมโรค ชั้น 4 เลขที่ 88/21 ม.4 ซ.บาราคนราดูร ถ.ติวานนท์ ต.ตลาดขวัญ
อ.เมือง จ.นนทบุรี 11000
โทรศัพท์/โทรสาร 0 2590 3289, 3291

ผู้ออกแบบปก นายบุญยะฤทธิ์ มาบกลาง

ผู้ประสานงาน นางสาวผกามาศ แต่งคุหา โทร. 0 2590 3289, 3291 โทรศัพท์มือถือ 08 1788 3573
E-mail: aidsstijournal@gmail.com

วารสารอิเล็กทรอนิกส์ E-Journal สืบค้นได้ที่ aidssti.ddc.moph.go.th และสืบค้นต่อที่ E-library
<https://www.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal>

กำหนดออก ปีละ 3 ครั้ง หรือราย 4 เดือน: ตุลาคม - มกราคม, กุมภาพันธ์ - พฤษภาคม, มิถุนายน - กันยายน

พิมพ์ที่ สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนดดีไซน์

คำแนะนำสำหรับผู้เขียน

วารสารโรคเอดส์ยินดีรับเรื่องรับบทความวิชาการหรือ รายงานผลการวิจัยที่เกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทาง เพศสัมพันธ์และโรคไวรัสตับอักเสบ ตลอดจนผลงานที่เกี่ยวข้อง โดยเรื่องที่ส่งมาจะต้องไม่เคยตีพิมพ์ในวารสารฉบับอื่นมาก่อน และวิชาที่มีความสัมพันธ์กัน เพื่อลงพิมพ์ โดยสนับสนุนให้ บทความเป็นภาษาไทยและมีบทคัดย่อเป็นภาษาอังกฤษ

ข้อความและข้อคิดเห็นต่าง ๆ เป็นของผู้เขียนบทความนั้น ๆ ไม่ใช่ความเห็นของคณะกรรมการหรือของวารสารโรคเอดส์

หลักเกณฑ์และคำแนะนำสำหรับส่งเรื่องลงพิมพ์

1. บทความที่ส่งลงพิมพ์

นิพนธ์ต้นฉบับ ควรเขียนลำดับเป็นข้อ ๆ ได้แก่ บทคัดย่อ บทนำสั้น ๆ (เหตุผลที่ทำการศึกษารวมทั้งวัตถุประสงค์) วัสดุ (หรือผู้ป่วย) และวิธีการ ผล วิจารณ์ผล สรุป กิตติกรรม ประกาศ และเอกสารอ้างอิง ความยาวของเรื่องไม่เกิน 12 หน้าพิมพ์ บนมุมขวาของกระดาษใส่เลขหน้ากำกับทุกหน้า

รายงานผลการปฏิบัติงาน ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ วิธีการดำเนินงาน ผลการดำเนินงาน วิจารณ์ กิตติกรรม ประกาศ และเอกสารอ้างอิง

บทความพินิจ ควรเป็นบทความที่ให้ความรู้ใหม่ รวบรวม สิ่งที่ตรวจพบใหม่ หรือเรื่องที่น่าสนใจ ที่ผู้อ่านนำไปประยุกต์ ได้หรือเป็นบทความวิเคราะห์สถานการณ์โรคต่าง ๆ ประกอบด้วย บทคัดย่อ บทนำ ความรู้หรือข้อมูลเกี่ยวกับ เรื่องที่นำมาเขียน วิจารณ์ หรือวิเคราะห์สรุป เอกสารอ้างอิง ที่ค่อนข้างทันสมัย

ย่อเอกสาร อาจย่อบทความภาษาต่างประเทศหรือภาษาไทย ที่ตีพิมพ์ไม่เกิน 2 ปี

2. การเตรียมบทความเพื่อลงพิมพ์

ชื่อเรื่อง ควรสั้นได้ใจความและตรงกับวัตถุประสงค์และเนื้อเรื่อง ชื่อเรื่องควรมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

ชื่อผู้เขียน ให้มีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ (ไม่ใช่คำย่อ) พร้อมทั้งอิกซายต่อท้ายชื่อ และสังกัดหน่วยงานทั้งภาษาไทย และภาษาอังกฤษ

เนื้อเรื่อง ควรใช้ภาษาที่ง่าย สั้น กระชับ และชัดเจน เพื่อประหยัดหน้ากระดาษ เวลาของผู้อ่านแล้วผู้เขียน ถ้าใช้คำย่อ ต้องบอกคำเต็มไว้ครั้งแรกก่อน เอกสารอ้างอิงควรมีทุกบทความ ยกเว้นบางกรณีเท่านั้น

บทคัดย่อ คือการย่อเนื้อหาสำคัญ ไม่อธิบายยาว ไม่วิจารณ์ละเอียด เอาแต่เนื้อหาที่จำเป็นเท่านั้น ระบุตัวเลขทางสถิติ ที่สำคัญใช้ภาษารัดกุม เป็นประโยคสมบูรณ์ความยาวไม่เกิน 1 หน้ากระดาษ ในการเขียนบทคัดย่อ มีส่วนประกอบดังนี้ ชื่อผู้แต่ง ชื่อเรื่อง วัตถุประสงค์ วิธีการ ผล บทสรุปและ วิจารณ์ (อย่างย่อ) ต้องไม่มีบัญชีรายชื่อเอกสารอ้างอิงอยู่ใน บทคัดย่อ โดยบทคัดย่อต้องมีทั้งภาษาไทยและภาษาอังกฤษ

บทนำ อธิบายความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา ที่ทำการวิจัยศึกษาค้นคว้าของผู้ที่เกี่ยวข้องและวัตถุประสงค์ ของการวิจัย

วัสดุและวิธีการศึกษา อธิบายวิธีการดำเนินการวิจัย โดยกล่าวถึงแหล่งที่มาของข้อมูลวิธีการรวบรวม ข้อมูลวิธีการ เลือกกลุ่มตัวอย่างและการใช้เครื่องมือช่วยในการวิจัยตลอด จนวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลหรือใช้หลักสถิติมาประยุกต์

ผลการศึกษา อธิบายสิ่งที่ได้จากการวิจัยโดยเสนอหลักฐาน และข้อมูลอย่างเป็นระเบียบพร้อมทั้งแปลความหมายของ ผลที่ค้นพบหรือวิเคราะห์

วิจารณ์ ควรเขียนอธิบายผลการวิจัยว่าเป็นไปตาม วัตถุประสงค์ที่ตั้งไว้หรือไม่เพียงใด และควรอ้างอิงถึง ทฤษฎี หรือผลการศึกษาของผู้ที่เกี่ยวข้องประกอบด้วย

สรุป (ถ้ามี) ควรเขียนสรุปเกี่ยวกับการวิจัย (ให้ตรงประเด็น) และข้อเสนอแนะที่นำผลการไปใช้ หรือประโยชน์สำหรับการ วิจัยครั้งต่อไป

เอกสารอ้างอิง

- 1) ผู้เขียนต้องรับผิดชอบในความถูกต้องของเอกสารอ้างอิง การอ้างอิงเอกสารใช้ระบบ Vancouver
- 2) การอ้างอิงเอกสารใดให้ใช้เครื่องหมายเชิงอรรถเป็น หมายเลขโดยใช้หมายเลข 1 สำหรับเอกสารอ้างอิงอันดับ แรกและเรียงต่อตามลำดับแต่ถ้าต้องการอ้างอิงซ้ำให้ใช้ หมายเลขเดิม
- 3) เอกสารอ้างอิงหากเป็นวารสารภาษาอังกฤษให้ใช้ชื่อย่อ วารสารตามหนังสือ Index Medicus การใช้เอกสาร อ้างอิง ไม่ถูกต้อง จะทำให้เรื่องที่เกิดความล่าช้าในการพิมพ์ เพราะต้องมีการติดต่อผู้เขียนเพื่อขอข้อมูลเพิ่มเติมครบตาม หลักเกณฑ์

3. รูปแบบการเขียนวารสาร (โปรดสังเกตเครื่องหมายวรรคตอนในทุกตัวอย่าง)

3.1 การอ้างอิงเอกสาร

ก. ภาษาอังกฤษ

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อเรื่อง. ชื่อวารสารปีที่พิมพ์; เล่มที่ของวารสาร (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้ายในกรณีที่ผู้แต่งเกิน 6 คนให้ใส่ชื่อผู้แต่ง 6 คนแรกแล้วตามด้วย et al.

ตัวอย่าง

- 1) Fischl MA, Dickinson GM, Scott GB. Evaluation of Heterosexual partners, children and household contacts of adults with AIDS. JAMA 1987; 257:640-4.
- 2) Kane RA, Kane RL. Effect of genetic testing for risk of Alzheimer's disease. N Engl J Med 2009; 361:298-9.
- 3) Mitchell SL, Teno JM, Kiely DK, Shaffer ML, Jones RN, Prigerson HG, et al. The clinical course of advanced dementia. N Engl J Med 2009; 361:1529-38.

ข. ภาษาไทย

ใช้เช่นเดียวกับภาษาอังกฤษแต่ชื่อผู้แต่งให้เขียนตัวเต็มตามด้วยนามสกุลและใช้ชื่อวารสารเป็นตัวเต็ม

ตัวอย่าง

- 1) ชีระ งามสุด, นิวัติ มนต์วิสุต, สุรศักดิ์ สัมปัตตะวนิช. อุบัติการณ์โรคเรื้อรังระยะแรก โดยการศึกษาจุลพยาธิวิทยาคลินิกจากวงต่างของผิวหนังผู้ป่วยที่สงสัยเป็นโรคเรื้อรัง 589 ราย. วารสารโรคติดต่อ 2527; 10:101-2.
- 2) จิราภรณ์ จันทร์จร. การใช้โปรแกรม EndNote: จัดการเอกสารอ้างอิงทางการแพทย์. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2551; 52:241-53.
- 3) ทรงกลด เอี่ยมจตุรภัทร, สุพินดา แสงพานิชย์, เพ็ญทรัพย์ อธิประดิษฐ์. การเปรียบเทียบผลการตอบสนองทางผิวหนังด้วยวิธีสัปดาห์หนึ่งกับวิธี skin endpoint titration ในผู้ป่วยที่แพ้ไผ่ฝุ่นหรือแมลงสาบ. จุฬาลงกรณ์เวชสาร 2545; 46:649-57.
- 4) จริญา เลิศอรชยมณี, เอมอร รักขมณี, อนุพันธ์ ดันตวงศ์, กรณา บุญสุข, อิงพร นิลประดับ, พุฒทิพรณิ วรภิโรคาพร, และคณะ. ความเสี่ยงและประสิทธิภาพของการผ่าตัดต่อมลูกหมาก. จดหมายเหตุทางแพทย์ 2545; 85:1288-95.

3.2 การอ้างอิงหนังสือหรือตำรา แบ่งเป็น 2 ลักษณะ

ก. การอ้างอิงทั้งหมด

ลำดับที่. ชื่อผู้แต่ง (สกุลอักษรย่อของชื่อ). ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์ (edition). เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์.

ตัวอย่าง

- 1) Toman K. Tuberculosis case-finding and chemo-therapy. Geneva: World Health Organization; 1979.
- 2) Meinert CL. Clinical trials: design, conduct, and analysis. 2nd ed. Oxford: Oxford University Press; 2012.
- 3) Katz MH. Evaluating clinical and public health interventions: a practical guide to study design and statistics. Cambridge: Cambridge University Press; 2010.
- 4) Lawrence RA. Breastfeeding: a guide for the medical profession. 4th ed. St. Louis (MO): Mosby; 2009.
- 5) สมภพ เรื่องตระกูล. อาการปวด: โรคทางจิตเวชและการรักษา. กรุงเทพฯ: คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล; 2550.
- 6) พลภัทร ไรจันนครินทร์. โรคเลือดออกง่ายและหลอดเลือดอุดตันในเขตร้อน. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2553.
- 7) จันทรเพ็ญ สุวรรณ, อภิญา เพียรพิจารณา, รัตนภรณ์ ศิริวัฒน์ชัยพร. แนวคิดพื้นฐาน ทฤษฎีและกระบวนการพยาบาล. พิมพ์ครั้งที่ 6. กรุงเทพฯ: โครงการสวัสดิการ สถาบันพระบรมราชชนก; 2553.

ข. การอ้างอิงบทหนังสือที่มีผู้เขียนเฉพาะบทและบรรณาธิการของหนังสือ (Chapter in a book)

ลำดับที่. ชื่อผู้เขียน. ชื่อบท. ใน: (ชื่อบรรณาธิการ), บรรณาธิการ. ชื่อหนังสือ. ครั้งที่พิมพ์. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

- 1) ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ. การดื้อยาของเชื้อมาลาเรีย. ใน: ศรีชัย หล่ออารีย์สุวรรณ, ดนัยบุญนาค, ตระหนักจิต หาริณสูตร, บรรณาธิการ. ตำราอายุรศาสตร์เขตร้อน. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: รวมทรงศิลป์; 2533. หน้า 115-20.
- 2) รุจิเรศ ธนรักษ์. การพยาบาลผู้ป่วยในระยะก่อนและหลังผ่าตัด. ใน: สุปรานี เสนาดีสัย, วรรณภา ประไพพานิช, บรรณาธิการ. การพยาบาลพื้นฐาน แนวคิดและการปฏิบัติ. พิมพ์ครั้งที่ 12. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฑาทอง; 2551. หน้า 677-97.

3) วิทยา เลิศวิริยะกุล. การให้ยาระงับความรู้สึกผู้สูงอายุ. ใน: วิรัตน์ วศินวงศ์, ธวัช ขาญขุณยานนท์, ศศิกานต์ นิยมานรัชต์, ธิดา เอื้อกฤดาธิการ, บรรณาธิการ. วิสัญญีวิทยาคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 2. สงขลา: ชานเมืองการพิมพ์; 2555. หน้า 247-70.

4) วราลักษณ์ ยมะสมิต. อาการคลื่นไส้อาเจียนในหญิงตั้งครรภ์. ใน: วรพงศ์ ภู่งศ์, บรรณาธิการ. การดูแลปัญหาที่พบบ่อยทางสูติศาสตร์. กรุงเทพฯ: ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย; 2555. หน้า 7-16.

5) ปิยวรรณ เชียงไกรเวช. การบาดเจ็บในหญิงตั้งครรภ์. ใน: ปิยวรรณ เชียงไกรเวช, มณฑิรา ตันทนุช, นครชัย เพื่อนปฐม, บรรณาธิการ. การบาดเจ็บในเด็ก. สงขลา: คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2556. หน้า 247-57.

6) เกียรติศักดิ์ จิระแพทย์. การให้สารน้ำและเกลือแร่. ใน: มนตรี ตูจันทา, วินัย สุวดี, อรุณ วงษ์จิราษฎ์, ประอร ขวลิตอรรัง, พิภาพ จิรภิญโญ, บรรณาธิการ. กุมารเวชศาสตร์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพฯ: เรือนแก้วการพิมพ์; 2540. หน้า 424-78

7) Hamera J. Performance ethnography. In: Lincoln YS, Denzin NK, editors. Strategies of qualitative inquiry. Thousand Oaks (CA): Sage; 2013. p. 205-31.

8) Fisher MJ, Rheingold SR. Oncologic emergencies. In: Poplack DG, Pizzo PA, editors. Principles and practice of pediatric oncology. 6th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011. p. 1125-51.

9) Zierler RE, Summer DS. Arterial physiology. In: Cronenwett JL, Johnston KW, editors. Rutherford's vascular surgery. Vol 1. 7th ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010. p. 131-49.

10) Esclamado R, Cummings CW. Management of the impaired airway in adults. In: Cummings CW, Fredrickson JM, Harker LA, Krause CJ, Schuller DE, editors. Otolaryngology - head and neck surgery. 2nd ed. St. Louis, MO: Mosby Year Book; 1993. p. 2001-19.

3.3 เอกสารอ้างอิงที่เป็นหนังสือประกอบการประชุมหรือรายงานการประชุม (Conference proceeding)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ. ชื่อเรื่อง. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม. เมืองที่พิมพ์: สำนักพิมพ์; ปีพิมพ์.

ตัวอย่าง

1) Kimura J, Shibasaki H, editors. Recent advances in clinical neurophysiology. Proceedings of the 10th International Congress of EMG and Clinical Neurophysiology; 1995 Oct 15-19; Kyoto, Japan. Amsterdam: Elsevier; 1996.

3.4 การอ้างอิงบทความที่นำเสนอในการประชุมหรือสรุปผลการประชุม (Conference paper)

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้เขียน. ชื่อเรื่อง. ใน/In: ชื่อบรรณาธิการ, บรรณาธิการ/editor. ชื่อการประชุม; วันเดือนปีที่ประชุม; สถานที่จัดประชุม, เมืองที่ประชุม. เมืองที่พิมพ์: ปีที่พิมพ์. หน้า/p. หน้าแรก-หน้าสุดท้าย.

ตัวอย่าง

1) สุขเกษม โฆษิตเศรษฐ, รัตนา เตียทิพย์. การหาโปรตีนในปัสสาวะที่บ่งชี้โรคไตด้วยวิธีโปรตีนโนมิคส์. ใน: ขจร ลักษณะขยปกรณ์, บรรณาธิการ. ประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ประจำปี 2552 Changes: new trends in medicine; วันที่ 14-17 กรกฎาคม 2552; ณ ห้องประชุมแพทย์โดม 2 คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์ ศูนย์รังสิต. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2552. หน้า 23-40.

2) ฐิติมา สุนทรสัจ. การทำนายและการป้องกัน การคลอดก่อนกำหนด. ใน: ประชุมวิชาการคณะแพทยศาสตร์ ครั้งที่ 30 Tracks and trends in healthcare; 6-8 สิงหาคม 2557; ณ อาคารเรียนรวมและหอสมุด คณะแพทย ศาสตร์ มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. สงขลา; 2557. หน้า 73-7.

3) Bengtsson S, Solheim BG.. Enforcement of data protection, privacy and security in medical informatics. In: Lun KC, Degoulet P, Piemme TE, Rienhoff O, editors. MEDINFO 92. Proceedings of the 7th World Congress on Medical Informatics; 1992 Sep 6-10; Geneva, Switzerland. Amsterdam: North-Holland; 1992. p. 1561-5.

4) Christensen S, Oppacher F. An analysis of Koza's computational effort statistic for genetic programming. In: Foster JA, Lutton E, Miller J, Ryan

C, Tettamanzi AG, editors. Genetic programming. EuroGP 2002: Proceedings of the 5th European Conference on Genetic Programming; 2002 Apr 3-5; Kinsdale, Ireland. Berlin: Springer; 2002. p. 182-9

3.5 เอกสารอ้างอิงที่เป็นวิทยานิพนธ์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้พิมพ์. เรื่อง [ประเภท/ระดับปริญญา]. เมืองที่พิมพ์:มหาวิทยาลัย; ปีที่ได้รับปริญญา. จำนวนหน้า.

ตัวอย่าง

1) เอี่ยมเดือน ไชยหาญ. ลักษณะเครือข่ายชุมชนเพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเสพติดในชุมชน (วิทยานิพนธ์ปริญญาสังคมสงเคราะห์ศาสตรมหาบัณฑิต). กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์; 2542. 80 หน้า.

3.6 การอ้างอิงเอกสารอิเล็กทรอนิกส์

ก. วารสารอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อบทความ. ชื่อวารสาร [ประเภทของสื่อ]. ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปีเดือนวันที่]; เล่มที่ (volume): หน้าแรก-หน้าสุดท้าย. เข้าถึงได้จาก/ Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1) Alavi-Naini R, Moghtaderi A, Metanat M, Mohammadi M, Zabetian M. Factors associated with mortality in Tuberculosis patients. J Res Med Sci [Internet]. 2013 [cited 2013 Nov 5]; 18:52-5. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3719227/>

2) Annas GJ. Resurrection of a stem-cell funding barrier--Dickey-Wicker in court. N Engl J Med [Internet]. 2010 [cited 2011 Jun 15]; 363:1687-9. Available from: <http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMp1010466>

3) สุภามาศ ผาติประจักษ์, สมจิต หนูเจริญกุล, นพวรรณ เปียเชื้อ. ปัจจัยทำนายความสามารถในการดูแลตนเองและคุณภาพชีวิตในผู้ป่วยเบาหวานชนิดที่ 2. ราชบัณฑิตยสาร [อินเทอร์เน็ต]. 2557 [เข้าถึงเมื่อ 15 ต.ค. 2557]; 20:97-110. เข้าถึงได้จาก: <http://www.tci-thaijo.org/index.php/RNJ/article/view/19200>

4) Dogan S, Abbasi SS, Theodore N, Horn E, Rekeate HL, Sonntag VK. Pediatric subaxial cervical spine injuries: origins management, and outcome in 51 patients. Neurosurg Focus [Internet].

2006 [cited 2014 Sep 15]; 20:E1. Available from: <http://thejns.org/doi/pdf/10.3171/foc.2006.20.2.2>

5) Leedham SJ. Measuring stem cell dynamics in the human colon-where there's a wiggle, there's a way. J Pathol [Internet]. 2014 [cited 2014 Sep 17]. Available from: <http://onlinelibrary.com/doi/10.1002/path.4422/pdf>

ข. หนังสือหรือบทความอิเล็กทรอนิกส์

ลำดับที่อ้างอิง. ชื่อผู้แต่ง. ชื่อเรื่อง [ประเภทของสื่อ]. เมืองที่พิมพ์. สำนักพิมพ์; ปีที่พิมพ์ [สืบค้นเมื่อ/cited ปีเดือนวันที่]. จำนวนหน้า. แหล่งข้อมูล/Available from: <http://.....>

ตัวอย่าง

1) ขนิษฐา กาญจนรังษินนท์. การสร้างเครือข่ายเพื่อการพัฒนา [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 13 ต.ค. 2555]. แหล่งข้อมูล: <http://www.northphc.org>

2) ศุภศิลป์ สุนทรามา. ผลของวิตามินดีต่อการเกิด การป้องกันและการรักษาโรคกระดูกพรุน [อินเทอร์เน็ต]. ขอนแก่น: กลุ่มศึกษาวิจัยโรคกระดูกพรุน คณะแพทยศาสตร์ มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2557 [เข้าถึงเมื่อ 8 ก.ย. 2557]. เข้าถึงได้จาก: http://www.osteokku.com/osteokku_o/ebook/vitamins.html

3) Barrett KE. Gastrointestinal physiology [Internet]. 2nd ed. New York: McGraw-Hill; 2014 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.accessmedicine.mhmedical.com>

4) Lester SC. Manual of surgical pathology [Internet]. 3rd ed. Philadelphia: Saunders Elsevier; 2010 [cited 2014 Oct 24]. Available from: <http://www.clinicalkey.com>

5) Merlis M, Gould D, Mahato B. Rising out-of-pocket spending for medical care: a growing strain on family budgets [Internet]. New York: Commonwealth Fund; 2006 Feb [cited 2006 Oct 2]. 23 p. Available from: http://www.cmwf.org/user_doc/Merlis_risingoopspending_887.pdf

4.การส่งต้นฉบับ

4.1 รูปแบบไฟล์ต้นฉบับอิเล็กทรอนิกส์ ขนาด A4 แบบอักษร TH SarabunPSK ส่วนหัวข้อ ขนาด 16 pt. ส่วนเนื้อหา ขนาด 14 pt.

4.2 กราฟ/ตารางแสดงผล แสดงข้อชัดเจน (ตัวหนา) มีการซ้ำหัวตารางแสดงผล ในกรณีที่ตารางแสดงผลต้องขึ้นหน้าถัดไป

4.3 รูปภาพประกอบ มีความละเอียด คมชัด สามารถรับขยายได้

4.4 การส่งเอกสารอิเล็กทรอนิกส์ไฟล์มาที่กองบรรณาธิการ E-mail : aidsstijournal@gmail.com หรือผ่านระบบเว็บไซต์ <https://www.tci-thaijo.org/index.php/ThaiAIDSJournal>

5. การรับเรื่องต้นฉบับ

5.1 เรื่องที่รับไว้กองบรรณาธิการจะแจ้งตอบรับให้ผู้เขียนทราบ และส่งให้ reviewer 3 ท่าน ร่วมพิจารณา

5.2 เรื่องที่ไม่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการจะแจ้งให้ทราบแต่จะไม่ส่งต้นฉบับคืน

5.3 เรื่องที่ได้รับพิจารณาลงพิมพ์กองบรรณาธิการจะส่งเล่มวารสารให้ผู้เขียนจำนวน 20 เล่ม

ความรับผิดชอบ

บทความที่ลงพิมพ์ในวารสารโรคเอดส์ ถือว่าเป็นผลงานทางวิชาการหรือการวิจัย และวิเคราะห์ ตลอดจนเป็นความเห็นส่วนตัวของผู้เขียนไม่ใช่ความเห็นของกรมควบคุมโรคหรือกองบรรณาธิการแต่ประการใดผู้เขียนจำต้องรับผิดชอบต่อบทความของตน

พิมพ์ที่

สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์

161/477-478 ซอยเจริญสุขนิทวงศ์ 27

ถนนเจริญสุขนิทวงศ์ บางขุนศรี

เขตบางกอกน้อย กรุงเทพฯ 10700

แบบฟอร์มการส่งต้นฉบับเพื่อพิจารณาผลงานลงวารสารโรคเอดส์ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

วันที่ เดือน พ.ศ.

1. ข้าพเจ้า (นาย,นาง, นางสาว, อื่นๆ.....)
(ชื่อภาษาอังกฤษ).....
2. วุฒิการศึกษา(ภาษาอังกฤษ)
3. สถานที่ทำงาน
ภาษาอังกฤษ (office)
4. สถานภาพผู้เขียน
() นักศึกษา ปริญญา () อาจารย์ สถาบัน.....
() บุคลากรทางการแพทย์ ระบุสายวิชาชีพ.....
() บุคลากรอื่นๆ ระบุ.....
5. ขอส่ง () งานวิจัย () บทความวิชาการ จำนวน.....หน้า
เรื่อง (ภาษาไทย)
(ภาษาอังกฤษ)
6. ที่อยู่ (เพื่อจัดส่งเอกสารให้ทางไปรษณีย์)
.....
.....รหัสไปรษณีย์
โทร. (มือถือ)..... E-mail:

ข้าพเจ้าขอรับรองว่าบทความนี้ยังไม่เคยลงตีพิมพ์ในวารสารใดมาก่อน และไม่อยู่ระหว่างการพิจารณา
ของวารสารเล่มอื่น

ลงนาม

(.....)

วันที่/...../.....



บทบรรณาธิการวารสารโรคเอดส์



เดือนมิถุนายน พ.ศ. 2532 วารสารโรคเอดส์ฉบับปฐมฤกษ์ ได้ถูกจัดทำขึ้นและเผยแพร่สู่สายตาของแวดวงคนทำงานสาธารณสุขและประชาชน โดยมี ศาสตราจารย์ นายแพทย์ประเสริฐ ทองเจริญ (ตำแหน่งทางวิชาการในขณะนั้น) เป็นบรรณาธิการ

การออกวารสารโรคเอดส์เป็นแนวคิดและความมุ่งมั่นของอาจารย์ประเสริฐ ทองเจริญ ที่มองว่าประเทศไทยควรจัดทำวารสารเกี่ยวกับโรคเอดส์เพื่อรวบรวมและเผยแพร่องค์ความรู้ให้กว้างขวางเป็นประโยชน์ต่อผู้ปฏิบัติงานและผู้สนใจได้ติดตามความก้าวหน้าเกี่ยวกับสถานการณ์และมาตรการป้องกันควบคุมโรค เป็นเวทีกลางแลกเปลี่ยนข้อมูลและข้อคิดเห็นเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยท่านได้ทุ่มเทแรงกายและแรงใจผลักดันให้วารสารโรคเอดส์ให้ได้มาตรฐาน และท่านกรุณารับเป็นบรรณาธิการวารสารมาต่อเนื่องยาวนานถึง 30 ปี

ในบทท้ายเล่มของวารสารโรคเอดส์ฉบับแรก อาจารย์ประเสริฐ ทองเจริญ ได้บันทึกบทบรรณาธิการไว้ว่า “... ถ้าหากยังค้นคว้าวิจัยหายาที่ทรงประสิทธิภาพไม่สำเร็จในอีก 5 ปีข้างหน้า ประชาชนนับล้านคนในโลกนี้จะต้องป่วยด้วยโรคเอดส์ นอกจากจะถึงแก่กรรมแล้วยังเป็นภาระเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่หนักมากทีเดียว ในประเทศไทยเรา แม้ว่าจำนวนผู้ป่วยที่ได้รับรายงานจะยังมีไม่มาก แต่อัตราการติดเชื้อในกลุ่มเสี่ยงได้ทวีความรุนแรงมากขึ้นอย่างรวดเร็ว จากจำนวนเพียงสิบเพิ่มขึ้นเป็นหมื่นภายในระหว่างไม่กี่ปี มาตรการที่สำคัญในการป้องกันและควบคุมโรคประการหนึ่งก็คือการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องอันจะนำไปสู่การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของกลุ่มเสี่ยงให้สามารถป้องกันตัวเองมิให้ติดเชื้อ กระทรวงสาธารณสุข โดยคณะอนุกรรมการวิชาการโรคเอดส์ได้เล็งเห็นความสำคัญในการให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องอย่างต่อเนื่อง จึงได้พิจารณาดำเนินการออกวารสารโรคเอดส์นี้ โดยมุ่งหวังจะใช้เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ข้อมูลข่าวสารและแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็น

ต่าง ๆ ซึ่งจะเป็นปัจจัยช่วยเสริมในการป้องกันและควบคุมโรคเอดส์มิให้แพร่กระจายลุกลามออกไปอย่างไม่มีขอบเขต...”

ถ้อยคำที่อาจารย์ประเสริฐ ทองเจริญ ได้บันทึกไว้ข้างต้น ได้แสดงให้เห็นถึงวิจรรย์ญาณ การมองการณ์ไกล การอุทิศตน ด้วยจิตใจที่ก่อปรด้วยความเมตตา ความกรุณา และความเสียสละอย่างใหญ่หลวง ของท่าน ที่มุ่งมั่นจะเป็นส่วนสำคัญส่วนหนึ่งในการช่วยให้ประชาชนคนไทยปลอดภัยจากการติดเชื้อ และผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ก็จะได้รับ การดูแลรักษาอย่างดีที่สุด ด้วยการจัดทำวารสารโรคเอดส์ ซึ่งเป็นวารสารวิชาการ ทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขที่มุ่งเน้นเนื้อหาด้านเอดส์เป็นการเฉพาะเพียงฉบับเดียวในประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่องยาวนาน เป็นแหล่งส่งสมองค์ความรู้ที่สำคัญอย่างยิ่งของแวดวงวิชาการ ด้านเอชไอวีและโรคเอดส์ ของประเทศ จนมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการพัฒนามาตรการและกลวิธีในการป้องกันควบคุมตลอดจน การรักษาโรคเอดส์ จนประสบผลสำเร็จมาจนถึงปัจจุบัน

เมื่อวันที่ 9 กรกฎาคม พ.ศ. 2562 อาจารย์ประเสริฐ ทองเจริญ ผู้เป็นที่เคารพรักยิ่งของนักวิชาการ ที่ทำงานด้านเอดส์ และในสาขาอื่น ๆ จำนวนมากมาย ได้จากพวกเราไปแล้วด้วยอาการสงบ ทิ้งไว้ซึ่งผลงาน มากมายนานัปการ ขอให้พวกเราจดจำท่านในฐานะปูชนียบุคคล ผู้ดำรงตนด้วยความดีงาม มุ่งมั่นสร้างสรรค์ ผลงานทางวิชาการด้วยความจริงใจเพื่อประโยชน์สุขของประชาชน เป็นแบบอย่างในการดำรงชีวิตให้กับพวกเราและอนุชนรุ่นหลังสืบไป

คณะบรรณาธิการและทีมงานผู้จัดทำวารสารโรคเอดส์ ขอแสดงความเจตน์จำนงแน่วแน่ที่จะสืบสานปณิธาน ของอาจารย์ประเสริฐ ทองเจริญ ผู้ริเริ่มวารสารโรคเอดส์ให้วารสารโรคเอดส์ในยุคปัจจุบันและที่จะดำเนินการ ต่อไป เป็นสื่อกลางในการเผยแพร่ความรู้ ข้อมูล ข่าวสาร และแลกเปลี่ยนข้อคิดเห็นต่าง ๆ เพื่อช่วยเสริมให้ งานยุติปัญหาเอดส์ประสบผลสำเร็จโดยเร็ว

ท้ายที่สุด ขออนุญาตประชาสัมพันธ์ให้ทราบทั่วกันว่า นับตั้งแต่ปีงบประมาณ พ.ศ. 2563 เป็นต้นไป วารสารโรคเอดส์จะปรับปรุงโฉมใหม่ ด้วยการออกเป็นวารสารอิเล็กทรอนิกส์ โดยผู้สนใจจะส่งบทความ รายงานทางวิชาการต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคไวรัสตับอักเสบบี และ ซี ตลอดจน ประเด็นปัจจัยทางวิชาการที่เกี่ยวข้อง ยังคงส่งผลงานเพื่อพิจารณาตีพิมพ์ได้ตามปกติ โดย กองบรรณาธิการในรุ่นปัจจุบัน ยังคงยึดมั่นในเจตนารมณ์ของอาจารย์ประเสริฐ ทองเจริญ ตามที่ท่านได้จารึกไว้ในบรรณาธิการบันทึกท้ายเล่มของวารสารโรคเอดส์ฉบับแรกว่า “... หวังว่าวารสารโรคเอดส์อาจจะอำนวย ประโยชน์แก่ท่านผู้อ่านเป็นอย่างมาก ผมขอขอบคุณอย่างสูงต่อผู้สนับสนุนทุกท่านที่ได้ส่งบทความมาลงพิมพ์ ในฉบับปฐมฤกษ์นี้”

การสื่อสารที่ส่งผลต่อการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: ภาพตัวแทน และความหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ

Received: 09/09/2019, Accepted: 09/10/2019

ณัฐวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์*

Abstract

The Stigmatized Communication Towards HIV/AIDS Patients: Representation and Its Meaning in the Quality of Life of Infected Persons

Nuttawat Tangpatomwong*

*Wat Umong [Suan Buddha Dhamma], Muang, Chaing Mai, Thailand

Stigmatized communication and discrimination directed towards HIV/AIDS patients as having sexual behavior deviant from the norm as well as the discourse of unprotected sexual intercourse which leads to virus infection is a label that put on them. This labelling has become a stigmatized communication branding them as sinful and turns them from normal to abnormal beings. This kind of stigmatized communication violates the human rights of HIV patients. These abusive expressions turned into unconscious feelings which are embedded in the minds of HIV patients. The negative feelings, unknowingly implanted, affect the mind and spirit of the HIV patients which later can lead to suicidal behaviour. Communication through discourse or dialogue creates a meaningful perspective and can create new representations for HIV infected patients. The new representation includes: the new perspective of AIDS patients, on receiving antiretrovirals between transmissible and non-transmissible patients. Patients with strict adherence to antiretroviral drugs have an undetectable viral in the body, therefor have no chance in the spread of the virus (Undetectable = Untransmittable, U=U). Despite being infected with the virus, the patient lives like normal people and can lead a happy and meaningful life.

Keywords: quality of life, meaningful, representation, stigma, HIV, AIDS, communication

บทคัดย่อ

การสื่อสารผ่านการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อันเนื่องมาจากการมีพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างไปจากสังคมกระแสหลัก โดยการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยทำให้เกิดผลของการตีตราที่มีลักษณะเหมือนการตีป้ายบนตัวของผู้ติดเชื้อ การตีตราโดยการสื่อสารผ่านการตีตราเช่นนี้เป็นการสร้างตราภาพ เปลี่ยนผู้ติดเชื้อจากบุคคลปกติธรรมดา เป็นบุคคลผิดปกติ การสื่อสารผ่านการตีตรา จึงเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเกิดความรู้สึกที่ฝังแน่นภายในจิตใจโดยไม่รู้ตัว เป็นความรู้สึกด้านลบที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณ และอาจนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้ การสื่อสารผ่านวาทกรรมหรือบทสนทนา เพื่อสร้างให้เกิดการจดจำความหมายและภาพตัวแทนของโรคเอดส์ยุคใหม่ ซึ่งภาพตัวแทนของโรคเอดส์ยุคใหม่นี้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยเอดส์รุ่นใหม่ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ที่ส่งผลแตกต่างระหว่างการแพร่ หรือไม่แพร่เชื้อ ผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสเป็นประจำโดยไม่ขาดยา จนตรวจปริมาณไวรัสไม่พบ จะไม่มีโอกาสแพร่เชื้อเลย (Undetectable = Untransmittable, U=U) ถึงแม้จะมีเชื้อเอชไอวีในร่างกายก็ตาม ผู้ติดเชื้อสามารถใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่ว ๆ ไป ซึ่งมีคุณค่าและมีความสุขในชีวิตได้เช่นกัน

คำสำคัญ: คุณภาพชีวิต, ความหมาย, ภาพตัวแทน, การตีตรา, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี, ผู้ป่วยเอดส์, การสื่อสาร

บทนำ

แม้ว่าในปัจจุบันจะได้มีการค้นคว้าวิจัยเพื่อผลิตยาต้านไวรัสเอชไอวี สำหรับใช้รักษาโรคเอดส์ ได้จนประสบผลสำเร็จ ส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพแข็งแรง มีชีวิตยืนยาว และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเปรียบเทียบว่ายาต้านไวรัสเอชไอวี เป็นเสมือนสิ่งมหัศจรรย์ในชีวิต ทำให้ผู้ติดเชื้อ ผ่านเส้นตายของชีวิตมาได้⁽¹⁾ แต่การสื่อสารเรื่องโรคเอดส์ในช่วงที่ผ่านมา ได้ทำให้เกิดภาพซึ่งถูกจัดสร้างขึ้น เป็นการจดจำความหมายของโรคเอดส์ในลักษณะหนึ่ง และยังไม่ได้ถูกปรับเปลี่ยนให้เป็นการสื่อสารผ่านความหมายภาพตัวแทนของโรคเอดส์ขึ้นมาใหม่ แม้ว่าการสื่อสารผ่านภาพผู้ป่วยเอดส์ที่เคยพบเห็นในอดีต จะพบได้น้อยลงไปแล้วในปัจจุบันก็ตาม

ผลจากการสื่อสารในระยะที่ผ่านมาทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ยังคงถูกตีตราจากสังคมภายนอกกว่าเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมสำส่อนทางเพศ จนเป็นเหตุให้เกิดการติดเชื้อตามมาจนป่วยเป็นโรคเอดส์ หากมองภาพย้อนกลับไปที่เมื่อ 2 - 3 ทศวรรษที่ผ่านมา การสื่อสารเพื่อให้นิยาม ความหมาย และภาพตัวแทนของโรคดังกล่าวนั้น เป็นการสื่อสารผ่านภาพตัวแทนและความหมาย ที่ถูกสื่อสารถ่ายทอดออกไปสู่สาธารณชน ที่เน้นถึงการต่อสู้ของผู้ป่วยเอดส์ต่อสภาวะการคุกคาม ของโรค ที่ยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาดได้ เป็นเสมือนการสื่อสารผ่านภาพสะท้อนที่ถูกสร้างขึ้นมาเพื่อให้เกิดการจดจำโรคเอดส์ได้อย่างน่าสะพรึงกลัว เพื่อให้ทุกคนล้วนเกิดภาพจำที่ต้องการให้จดจำอย่างไม่รู้ลืม และเข้าใจความหมายของโรคเอดส์ได้อย่างรวดเร็วที่สุด ว่าถ้าใครได้รับเชื้อหรือติดเชื้อมาแล้ว บุคคลผู้นั้นได้แต่รอการเสียชีวิตจากโรคเอดส์แทบทั้งสิ้น ผู้ที่ติดเชื้อมาแล้วจะไม่สามารถหลีกเลี่ยงจากความตายไปได้ อย่างแน่นอน

ความจำเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ การคิด และการใช้ภาษา มีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ การเข้าใจเรื่องความจำช่วยให้เราสามารถเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของผู้บริโภคได้ดียิ่งขึ้น⁽²⁾ การสื่อสารผ่านการเข้าใจเรื่องความจำจากสิ่งนี้ ส่งผลกระทบต่อจิตใจผู้ป่วยให้เกิดความรู้สึกว่า “มีมลทินประทับเป็นการตีตราภายในจิตใจยากที่จะลบเลือนออกไป” ทำให้มีการหลีกเลี่ยงจากสังคม แยกตัว ซึมเศร้า รู้สึกสูญเสียพลังอำนาจ อันส่งผลให้เกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ซึ่งการตีตรามีความเกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อ การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศเกิดขึ้นในประชาชนวัยแรงงาน ถือเป็นประชากรหลักในการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคเอดส์ มีอายุระหว่าง 15 - 45 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงาน และเพศหญิง มีสัดส่วนใกล้เคียงกับชายมากขึ้น อัตราส่วน 1.5:1 ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรังของโรค ฯ ก่อให้เกิดการสูญเสียสมรรถภาพในการทำงานทั้งทางร่างกายและจิตใจที่สำคัญคือ การสูญเสียชีวิตก่อนวัยอันควร จากการคาดประมาณโดยทีมนักวิชาการของประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 มีผู้ติดเชื้อจำนวนสะสม 1,526,028 ราย ผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 6,759 คน⁽³⁾

การศึกษาในต่างประเทศที่มีการระบาดของเชื้อเอชไอวีรุนแรง พบว่า มีอัตราการฆ่าตัวตายของผู้ติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 38.60 และมีการเจ็บป่วยทางจิตภายหลังจากการได้รับวินิจฉัยว่า ติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 29.6⁽⁴⁾ แม้ในประเทศไทยจะไม่พบอัตราการฆ่าตัวตายในผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงขนาดประเทศเหล่านั้น แต่ก็มีการศึกษาวิจัยที่พบ “ผู้ป่วยเอดส์มีการปกปิดผลเลือด ไม่กล้าเปิดเผยสภาพ

การติดเชื่อต่อคนในครอบครัว หรือบุคคลอื่น เนื่องจากกลัวผู้อื่นและสังคมรังเกียจ” โดยพบว่า ผู้ติดเชื้อได้สะท้อนการสื่อสารผ่านภาพที่ถูกสร้างขึ้น มา เพื่อให้เกิดการจดจำความหมายภาพตัวแทน ของโรคเอดส์ให้รับรู้ได้ เช่นกล่าวว่า “กลัวคนอื่นรู้ว่าตนติดเชื้อมากกว่ากลัวตายเสียอีก” อีกรายกล่าวว่า “ทุกซีไอมาก กลัวแม่เสียใจที่รู้ว่าตนติดเชื้อเอชไอวี” และอีกรายกล่าวว่า “ไม่อยากพบปะใคร ไม่อยาก ร่วมงานชุมชน กลัวคนอื่นรู้แล้วเขาจะรังเกียจ” เป็นต้น⁽⁵⁾ ถ้อยคำเหล่านี้เป็นเพียงบางส่วนที่ได้จากการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเท่านั้น ข้อมูลข้างต้นได้สะท้อนปัญหาและความสำคัญของความรู้สึก การถูกตีตราของผู้ติดเชื้อ เป็นผลกระทบต่อนักติดเชื้อ โดยตรง ซึ่งต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

บทความวิชาการชิ้นนี้ ผู้เขียนจึงได้นำเสนอ เกี่ยวกับแนวคิดและทฤษฎีการสื่อสารผ่านการตีตรา แนวคิดและทฤษฎีเรื่องภาพตัวแทน และแนวคิด เรื่องการจดจำความหมาย ซึ่งทั้งหมดนี้มีความเกี่ยวข้องกับการสื่อสารผ่านการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติ ต่อบุคคลติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งส่งผลต่อการเป็น ภาพตัวแทนและความหมายของคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ รวมทั้งได้เสนอแนะแนวทางปฏิบัติเพื่อปรับเปลี่ยน การสื่อสารเพื่อสนองตอบความต้องการทางด้าน จิตใจและจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อให้เกิดขึ้นได้อย่าง มีประสิทธิภาพ เป็นการสร้างให้เกิดการจดจำและ ภาพตัวแทนของโรคเอดส์ยุคใหม่

แนวคิดและทฤษฎีการตีตรา หรือทฤษฎี การระบายสีให้แฉความชั่วร้าย (Dramatization of evil)

แฟรงค์ เทนเนบาม (Frank Tannenbaum) เป็นคนแรกที่ริเริ่มใช้คำว่า การระบายสีให้แฉ ความชั่วร้ายเพื่อใช้อธิบายพฤติกรรมอาชญากรรม และ พฤติกรรมเบี่ยงเบน ซึ่งประโยคดังกล่าวนี้

มีความหมายตรงกับ “ทฤษฎีการตีตรา (Label Theory)” แกนของทฤษฎีนี้ อยู่ที่ขั้นตอนสุดท้าย ของกระบวนการตีตรา แทนเนบามชี้ว่า ทางออกของ ปัญหาการตีตรา คือ เราจะต้องปฏิเสธการระบายสี ให้แฉความชั่วเหมือนที่เคยทำมา โดยกระบวนการ ยุติธรรม จะต้องใช้ความพยายามรณรงค์เรื่อง การเลิกระบายสีให้แฉความชั่ว โดยการใช้โปรแกรม การปรับเปลี่ยนแบบต่าง ๆ ⁽⁶⁾ ในปัจจุบันโรคเอดส์ นับได้ว่า เป็นโรคเรื้อรังชนิดหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อผู้ป่วย ในทุกมิติ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ อีกทั้งการสื่อสารผ่านภาพสะท้อนที่ถูกสร้างขึ้น มา เพื่อให้เกิดการจดจำความหมายภาพตัวแทนของ โรคเอดส์ก็ยังไม่ได้รับการสื่อสารผ่านการถูกสร้างขึ้น ใหม่ เพื่อลบเลือนภาพเก่าที่เปลี่ยนแปลงไป จึงส่งผล ให้ผู้ติดเชื้อยังคงได้รับผลกระทบจากมิติด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ ที่นับได้ว่าเป็นมิติที่ส่งผลกระทบ อย่างมาก เนื่องจากผู้ป่วยส่วนใหญ่มองว่า เป็นโรค ร้ายแรงยังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ หวาดกลัวต่อความตาย การถูกมองจากสังคมว่าเป็น ผู้เลวทราม ประพฤติผิดศีลธรรม มีพฤติกรรมส่อสัน ทางเพศ อันเป็นสาเหตุให้เกิดการติดเชื้อตามมา⁽⁷⁾

ทฤษฎีการตีตรา ของโฮเวิร์ด เบคเคอร์ (Howard Saul Becker) นักสังคมวิทยา ผู้มีส่วนก่อตั้ง ทฤษฎีการตีตรา ในปี ค.ศ. 1963 ได้ให้ความเห็นว่ การเบี่ยงเบนไม่เกี่ยวกับคุณภาพของพฤติกรรม แต่เกี่ยวข้องกับผลจากปฏิกิริยาตอบโต้ทางสังคม ดังนั้นเบคเคอร์ จึงจัดกลุ่มความสัมพันธ์ระหว่าง พฤติกรรมและปฏิกิริยาตอบโต้ทางสังคม เบคเคอร์ เห็นว่าบุคคลทุกคนในสังคมไม่ว่าในเวลาใด ก็อาจ ถูกตีตราว่าเป็นผู้เบี่ยงเบนได้ เบคเคอร์อธิบายว่า กลุ่มทางสังคมเป็นตัวการสำคัญในการสร้าง พฤติกรรมเบี่ยงเบน โดยการสร้างกฎเกณฑ์ขึ้นมา เป็นผลทำให้ผู้ที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์นั้น ต้องกลายเป็น ผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน⁽⁸⁾ ซึ่งการสื่อสารเพื่อสร้าง

ความหมายภาพตัวแทน จึงถือเป็นความจำเป็นพื้นฐานที่ต้องเร่งเสริมสร้างการเรียนรู้ทางความคิด และการใช้ภาษาที่มีส่วนในการกำหนดพฤติกรรมของมนุษย์ การเข้าใจเรื่องความจำช่วยให้เรา สามารถเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของโรคเอดส์ได้ดีขึ้น โดยการสื่อสารผ่านความหมายภาพตัวแทนของโรคเอดส์ที่ได้ถูกจัดสร้างขึ้นมาน่าว่า “สภาพร่างกายอันผ่ายผอม ผิวหนังแห้งตึงกระดุก ตามตัวมีบาดแผลเปื่อยเต็มไปด้วยน้ำเลือด และหนองไหลเยิ้ม เบ้าตาลึกโบ๋ ผมหงุดร่วง ลมหายใจแผ่วเบา นอนบนเตียงเรียงรายภายในห้องที่เต็มไปด้วยเตียงนอนที่มีเพียงพื้นที่เล็ก ๆ ไว้สำหรับเป็นทางเดินเท่านั้น”⁽⁹⁾ ภาพเหล่านี้สามารถพบเห็นได้โดยทั่วไปและเป็นภาพที่สะท้อนใจต่อผู้ที่พบเห็นเป็นอย่างมาก วัดพระบาทนพบุรีศรีพระอารามหลวงของคนที่เห็นได้โดยทั่วไปและเป็นที่รู้จักของคนทั่วไป สถานที่แห่งนี้เปรียบเสมือนสถานดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบประคับประคองในระยะสุดท้ายของชีวิต การสื่อสารความหมายภาพตัวแทนของโรคเอดส์ยังคงถูกจัดสร้างให้เป็นภาพที่พบเห็นได้โดยทั่วไปในเกือบทุกแห่ง เพราะในช่วงระยะเวลาดังกล่าวนั้น เกิดวิกฤติการณ์ระบาดอย่างหนักของโรคเอดส์ทั่วโลก รวมทั้งประเทศไทยด้วยผู้ป่วยหลายรายไร้ญาติขาดมิตรที่คอยให้การดูแล บางรายถูกปล่อยทิ้งไว้ในโรงพยาบาล ญาติจะมารับตัวกลับก็ต่อเมื่อผู้ป่วยสิ้นลมลงไปแล้ว เป็นภาพที่น่าสยดสยองยิ่งนัก⁽¹⁰⁾

การระบายสีให้แก่ความซ้ำเหมือนที่เคยทำมาตามหลักการทางทฤษฎีการตีตรา ประกอบด้วยหลักการ 9 ประการ ได้แก่ 1) พฤติกรรมอาชญากรมีความชั่วร้ายอยู่ภายใน 2) นิยามของพฤติกรรมอาชญากรถูกกำหนดโดยผลประโยชน์ของผู้มีอำนาจในสังคม 3) บุคคลกลายเป็นอาชญากร เพราะกระบวนกรตีตรา 4) กระบวนกรยุติธรรมจัดกลุ่มอาชญากร และกลุ่มที่ไม่ใช่อาชญากรแตกต่างจากข้อมูลในโลกความจริง 5) ผู้ประกอบอาชญากรรม

ซึ่งถูกจับกุมมีเพียงจำนวนน้อย ส่วนผู้ที่ประกอบอาชญากรรม ซึ่งไม่ถูกจับกุมมีจำนวนมาก และมักกระทำผิดมาแล้วไม่น้อยกว่าพวกแรก 6) การที่บุคคลจะถูกจับกุมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของบุคคลนั้น ไม่ใช่ฐานความผิด 7) ความรุนแรงในการลงทัณฑ์ ขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของบุคคลเช่นกัน 8) การวินิจฉัยสั่งการของกระบวนกรยุติธรรมขึ้นอยู่กับแบบแผนที่ฝังในความคิดของบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการกระทำความผิด และ 9) เมื่อใดก็ตามที่บุคคลถูกตราหน้าจากสังคม ว่าเป็นผู้เปี่ยงเบน บุคคลนั้นจะตกอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถกอบกู้ภาพพจน์ของตนในฐานะพลเมืองดีกลับคืนมา เฉกเช่นเดียวกับการระบายสีตีตราผ่านเงื่อนไขของการสื่อสารผ่านการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ เพราะการมีพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างจากสังคมกระแสหลัก และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ทำให้ติดเชื้อ การตีตราเปรียบเสมือนการติดป้ายบอกให้รู้ว่า บุคคลนี้มีลักษณะอย่างใดอย่างหนึ่งในแง่ลบ ทำให้บุคคลที่ถูกตีตรา เปลี่ยนจากบุคคลปกติธรรมดากลายเป็นบุคคลผิดปกติ เป็นคนที่ไม่บริสุทธิ์ต่างพร้อย มีรอยมลทิน ไร้คุณค่า ที่แตกต่างไปจากบุคคลอื่น ๆ จึงกล่าวได้ว่าเป็นการตีตรานั้น ส่งผลให้เกิดการเลือกปฏิบัติซึ่งการเลือกปฏิบัติเปรียบเสมือนหรือเท่ากับเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนโดยไม่รู้ตัว⁽⁸⁾

การสื่อสารผ่านเรื่องของการตีตรา ยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงที่เพียงพอ คือ เมื่อมากกว่า 10 ปีที่แล้ว การสื่อสารเรื่องเกี่ยวกับเอดส์เป็นเรื่องคู่กัน ซึ่งก็เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจริง แต่หากพิจารณาในทัศนะที่กว้างขึ้น ก็ต้องเห็นข้อเท็จจริงที่ว่า มีกลุ่มบุคคลประเภทอื่น ๆ ที่สัมผัสและมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ด้วยอีกหลายกลุ่ม ไม่ใช่มีเพียงกลุ่มกลุ่มชายรักชาย (เกย์/Men having Sex with Men: MSM) แล้วก็นำเฉพาะเรื่องบุคคลที่เป็นกลุ่มชายรักชายไปโยงกับเอดส์ ไปมองว่ากลุ่ม

ชายรักชายมั่ว สำนวน ซึ่งจริง ๆ แล้วทุกเพศก็มี และมองว่าเรื่องมีพฤติกรรมมั่วทางเพศกับเอดส์เป็นเรื่องเดียวกัน ทั้ง ๆ ที่จริง ๆ แล้วเป็นคนละเรื่อง แต่ก็ยังพูดเรื่องเดิมอย่างนี้⁽¹¹⁾ ปัญหาที่เกิดขึ้นเช่นนี้เป็นไปลักษณะเดียวกับการที่บุคคลหรือกลุ่มคนที่สังคมไม่สนใจ ไม่ต้องการรับรู้ ถูกมองข้าม ถูกทำให้เป็นคนที่ไม่ไ้ค่า ถูกทำให้มีชีวิตอยู่ตามชายขอบของพื้นที่ต่าง ๆ เช่น พื้นที่ทางภูมิศาสตร์ พื้นที่สังคม พื้นที่ทางความคิด และถูกปฏิเสธ กีดกัน แบ่งแยกออกจากสังคมกระแสหลัก

ทำให้คนเหล่านี้ขาดโอกาส ขาดความรู้ ขาดอำนาจ ในการต่อรอง ไม่ได้รับความเป็นธรรม ไม่สามารถเข้าถึง ทรัพยากร ไม่สามารถเข้าถึงบริการสวัสดิการต่าง ๆ ตามสิทธิขั้นพื้นฐานที่ควรจะได้รับแต่กลับถูกมองเป็น ตัวปัญหา เช่น ชาวเขา ชนกลุ่มน้อย ผู้หญิงขายบริการ คนพิการ กลุ่มคนรักเพศเดียวกันกลุ่มผู้ติดเชื้อ⁽¹¹⁾ ตัวอย่างของภาษาและวิธีคิดที่มีนัยเชิงอคติในกลุ่ม ของการสื่อสารผ่านการตีตรา⁽¹¹⁾ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: กลุ่มของการสื่อสารผ่านการตีตรา และภาษาและวิธีคิดที่มีนัยเชิงอคติ

กลุ่มของการสื่อสาร ผ่านการตีตรา	ภาษาและวิธีคิดที่มีนัยเชิงอคติ
ตนเอง และกลุ่ม	ผิดปกติ ผิดเพศ พวกชอบไม่ป่าเดียวกัน เสือใบ ตูตเด็ก ตูตแก่ แก้ง กวาง กระเทยควาย สาวเสียบ
ครอบครัว	ลูกผิดปกติ ทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของวงศ์ตระกูล สร้างความอับอาย ขยายหน้าให้กับพ่อแม่ เพราะว่าตนเองเลี้ยงลูกได้ไม่ดี
สังคม ชุมชน	เช็กซ์จัด สำนวน มักมากในกาม วิปริตทางเพศ ชอบความรุนแรง เสี่ยงชาติเกิด ตัวตลก ตัวประหลาด
สถาบันการศึกษา	เบี่ยงเบนทางเพศ พฤติกรรมไม่เหมาะสม ผิดกฎระเบียบ เป็นเด็ก ก้าวร้าวรุนแรง ครอบครัวแตกแยก
สถาบันศาสนา	ผิดศีลธรรม มีเวรกรรม หรือบาปกรรมที่ต้องชดใช้ ห้ามบวช
บุคลากรทางการแพทย์	โรคจิต จิตวิปริต/ผิดปกติ เพี้ยน โรคประสาท วิกฤตจิต ป่วย มั่ว ตัวแพร่เชื้อ กลุ่มเสี่ยง

ปัจจุบันสังคมยังคงคิดว่า โรคเอดส์เป็นเรื่องอันตราย เป็นโรคที่น่ากลัว และสังคมก็มีการสื่อสาร ผ่านตีตราว่าโรคเอดส์เป็นโรคของเกย์สำหรับประเทศไทย ในช่วงแรก ๆ ของการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ได้ สร้างภาพลบให้กับกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men having Sex with Men: MSM) อย่างมาก เพราะสังคมเชื่อว่าเอดส์ เป็นโรคที่กลุ่มชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชายสร้างขึ้น เพราะความสำนึนทางเพศ

และการสื่อสารผ่านภาพที่ถูกจัดสร้างให้เกิดการจดจำ ความหมายของโรคเอดส์ไม่ได้ถูกปรับเปลี่ยน การสื่อสารผ่านภาพหรือความหมายภาพตัวแทน ของโรคเอดส์ขึ้นมาใหม่จากภาพเดิม 1) ที่นำเสนอ ผลที่เกิดขึ้นโดยเน้นความกลัวแบบเกินจริง 2) เชื่อมโยง ความกลัวกับสาเหตุการเกิดโรค และ 3) กระตุ้น ความวิตกกังวลใจจนยอมรับและฝังข้อมูลนั้น

การสื่อสารผ่านการตีตรา เป็นกระบวนการทางสังคมที่ลดคุณค่าของบุคคล หรือกลุ่มบุคคล ด้วยการเริ่มจำแนกว่ามีความแตกต่างกัน เชื่อมโยงสัมพันธ์กับผลกระทบเชิงลบ เริ่มแรก “เรา” กับ “เขา” ลดสถานภาพ ทำให้เกิดความด้อยค่าในสายตาของสังคม อันเป็นผลเชื่อมโยงมาสู่การเลือกปฏิบัติ การปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียมหรือไม่เป็นธรรมต่อปัจเจกบุคคลหรือกลุ่มบุคคลจากสถานภาพการติดเชื้อ หรือการมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกับผู้ที่ติดเชื้อ สถานภาพทางเศรษฐกิจสังคม เพศและเชื้อชาติ เพศวิถี เพศสภาพ เป็นต้น

การปฏิบัติที่เป็นผลมาจากการสื่อสารผ่านการตีตรา เช่น นินทา แยกตัวหรือหลีกเลี่ยง ปฏิเสธคำทักทาย ไม่สนใจ ไม่พูดด้วย ไม่รับฟัง อันส่งผลต่อการเลือกปฏิบัติ เช่น การปฏิบัติที่ไม่เท่าเทียม ไม่เป็นธรรม ยกเลิกการจ้างงาน ปฏิเสธที่จะให้การรักษาสุขภาพ ไล่ออกจากบ้าน หรือจากการเป็นสมาชิกหมู่บ้าน/ชุมชน โดยอาจมีการแสดงออกและรูปแบบของการสื่อสารผ่านการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ เช่น ปฏิเสธการให้บริการ หรือให้บริการที่ด้อยกว่าคนอื่น ตั้งเงื่อนไขการให้บริการในรูปแบบต่าง ๆ ให้กลับบ้านเร็วกว่าที่ควร ตรวจสอบโดยไม่ได้รับการยินยอมเปิดเผยความลับส่วนตัว พูดและแสดงออกว่ารังเกียจ ปกป้องกันตัวเองเกินความจำเป็นในงานการให้บริการ ส่งต่อไปรับการรักษาที่อื่นโดยไม่มีเหตุผลอันควร บังคับการรักษาให้รับการรักษาที่ไม่ยินยอม เป็นต้น⁽¹²⁾ ประสบการณ์การสื่อสารผ่านการตีตราต่อผู้ติดเชื้อที่ค้นพบ คือ การสื่อสารผ่านการถูกตีตรา และเลือกปฏิบัติจากกลุ่มอื่น เช่น ถูกปฏิเสธการรักษาพยาบาล ให้บริการเป็นครั้งสุดท้ายและจัดให้อยู่คนเดียว ได้รับการดูแลเอาใจใส่น้อยกว่าผู้ป่วยรายอื่น ๆ ถูกละเมิดสิทธิของผู้รับบริการ สมาชิกในครอบครัวแสดงท่าทีไม่ยอมรับ เช่น ไม่สนใจ ไม่พูดด้วย หรือพูดจาประชดประชัน

พูดจาเหน็บแนม ดุด่า หรือนินทา ในสถานศึกษาหรือที่ทำงาน เคยถูกปฏิเสธการรับเข้าเรียน หรือถูกให้ออกจากการเรียน เคยถูกปฏิเสธการจ้างงาน หรือถูกให้ (ไล่ออก) ออกจากงาน และการสื่อสารผ่านการตีตรา และเลือกปฏิบัติจากตนเอง เช่น รู้สึกอายที่ตนเองติดเชื้อ ฯ กลัวการถูกจ้องมอง นินทาจากเจ้าหน้าที่ รู้สึกผิดที่ติดเชื้อ ฯ กังวลว่าคนอื่นจะรู้สถานภาพตนเอง⁽¹³⁾

การแก้ไขปัญหาลดการสื่อสารผ่านการตีตรา และเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ ประกอบด้วย

- 1) ยอมรับและเข้าใจความหลากหลายทางเพศ ในสังคมไทย ไม่ควรมีอคติต่อกลุ่มคนที่มีความหลากหลายทางเพศ การยอมรับจากครอบครัว โรงเรียน ชุมชน สังคม และเจ้าหน้าที่ภาครัฐ ไม่ให้ตีตราและเลือกปฏิบัติในเรื่องเกี่ยวกับเพศวิถี และเพศสภาพ
- 2) ลดอคติของผู้ให้บริการทางการแพทย์ต่อกลุ่มต่าง ๆ ตามเพศวิถีและเพศสภาพ
- 3) การสร้างความเข้าใจเรื่องสิทธิต่าง ๆ ให้กับคนกลุ่มต่าง ๆ เช่น เรื่องสิทธิมนุษยชนขั้นพื้นฐาน โดยเฉพาะสิทธิเสรีภาพในการตัดสินใจเกี่ยวกับเพศ บทบาทและความพึงพอใจทางเพศ ต้องได้รับการปฏิบัติอย่างเสมอภาคและเท่าเทียมกัน โดยปราศจากความรุนแรง การแบ่งแยก การตีตรา และเลือกปฏิบัติ
- 4) การสร้างระบบการให้บริการที่เป็นมิตรและครบวงจร
- 5) การปรับปรุงนโยบายและปรับแก้การใช้กฎหมายที่เป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ ที่ขัดต่อการลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ และป้องกันการแพร่เชื้อ ฯ
- 6) เน้นความร่วมมือจากหน่วยงานภาคส่วนต่าง ๆ เข้ามาร่วมกันแก้ไขปัญหา ส่งเสริมการพัฒนาระบบเครือข่ายทำงานร่วมกันระหว่างหน่วยงานภาครัฐ ภาคเอกชน ภาคประชาสังคม และภาคประชาชน
- 7) สร้างความเข้าใจและรณรงค์ให้สังคมไทย เห็นถึงความสำคัญของการตรวจหาเชื้อ ให้เหมือนกับการตรวจเช็คสุขภาพประจำปี
- 8) การสร้างความต่อเนื่อง

ในการทำงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และการสร้างความเข้าใจทางสังคมและวัฒนธรรมว่า ชายรักชาย มิใช่ตัวปัญหาสังคม เพื่อลดการสื่อสาร ผ่านการตีตราจากสังคม และทำให้คนในสังคมไทย เคารพสิทธิในความเป็นมนุษย์ของทุกคนโดยไม่มีการเลือกเพศ⁽¹⁴⁾

แนวคิดและทฤษฎีเรื่องภาพตัวแทน

การสื่อสารผ่านแนวความคิดเรื่องภาพตัวแทน (Representation) ฮอลล์ (Hall)⁽¹⁴⁾ กล่าวว่า ภาษาเป็นสิ่งที่หนึ่งที่สามารถบอกได้ถึงความหมายของสิ่งต่าง ๆ สามารถจะเป็นตัวกำหนด และจัดการความประพจน์ และการปฏิบัติการต่าง ๆ ความหมายของภาษา จะช่วยในการตั้งกฎ บรรทัดฐาน และขนบธรรมเนียมต่าง ๆ ที่สั่งการและควบคุมชีวิตคนในสังคม นอกจากนี้ Hall ยังมองว่าแนวความคิดเรื่องภาพตัวแทนมีการทำงานคล้ายกับระบบการทำงานของภาษา เพราะภาพตัวแทน เป็นผลผลิตทางความหมายของระบบความคิดในจิตใจของมนุษย์ ผ่านการทำงานของภาษา โดยการเชื่อมโยงระหว่างระบบความคิดกับภาษา ซึ่งอำนวยความสะดวกสามารถอ้างอิงถึงโลกแห่งความจริงของวัตถุ ผู้คน และเหตุการณ์ต่าง ๆ รวมถึงโลกแห่งจินตนาการที่มีแต่วัตถุ ผู้คนและเหตุการณ์ที่ปรุงแต่งขึ้น Hall เสนอวิธีการศึกษาการนำเสนอภาพแทนในเชิงการสร้างความหมาย (Constructionist Approach) ซึ่งตั้งอยู่บนความเชื่อพื้นฐานที่ว่า การนำเสนอภาพแทนนั้น ไม่ได้เป็นกระบวนการที่โปร่งใส หรือเป็นเพียงการถ่ายทอดสิ่งรอบข้างโดยตรง โดยไม่ได้มีการบิดเบือน หากแต่เป็นกระบวนการที่แอบแฝงการผลิตความหมาย กล่าวคือ ในขณะที่สิ่งรอบข้างไม่ได้มีความหมายในตัวของมันเอง หากแต่นักเขียนหรือผู้ที่นำเสนอภาพแทนนั้นใส่ความหมายลงไปในกระบวนการนำเสนอ จากแง่มุมดังกล่าว ผู้เขียนหรือ

ผู้นำเสนอนั้นมีความสำคัญอย่างมาก เนื่องจากเป็นผู้กำหนดกรอบและให้ความหมายกับสิ่งรอบข้างที่ไม่ได้มีความหมายในตัวของมันเอง

การสื่อสารผ่านภาพตัวแทนการตีตราผู้ติดเชื้อสะท้อนถึงข้อค้นพบที่ว่า ถ้อยคำหรือคำพูดที่ผู้ติดเชื้อสะท้อนการสื่อสารถึงความรู้สึกของตีตราตนเอง เช่น “กลัวคนอื่นรู้” “กลัวคนอื่นรังเกียจ” “เป็นโรคของคนบาป” “เป็นเวรกรรมของตน” “กลัวคนอื่นรู้มากกว่ากลัวตายเสียอีก” “ผิดเพศแล้วยังติดเอดส์อีก” (การแสดงพฤติกรรมหลบซ่อน แอบกินยาต้านไวรัส แสวงหาคำพูดมาแก้ตัวในเรื่องของสภาพร่างกายที่เปลี่ยนแปลงไป เป็นต้น) โดยพฤติกรรมที่ผู้ติดเชื้อ ๆ แสดงออกหากเกิดความรู้สึกว่าตนเองถูกตีตราไว้ได้แก่ ซึมเศร้า น้ำตาคลอ แยกตัว เหม่อลอย บางรายอาจมีพฤติกรรมทำร้ายตัวเอง ทำลายข้าวของ หรือมีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย (มีชีวิตรอดต่อไปแล้วจะมีโอกาสหรืออนาคตที่ดีหรือไม่ขึ้นอยู่กับที่จะต้องมาอดทนกับการกินยาทุก ๆ วัน ถ้าตายไปคงจะได้หมดปัญหาทุก ๆ อย่าง เป็นต้น)⁽¹⁵⁾ ตลอดจนการสื่อสารผ่านภาพตัวแทนการตีตรา ผู้ติดเชื้อยังสะท้อนถึงผลกระทบต่าง ๆ ที่ตามมา เช่น 1) คนไทยยังมีความกลัวรังเกียจ กีดกันผู้ติดเชื้อ (ไม่แสดงอาการ) และในผู้ป่วยเอดส์ (แสดงอาการป่วยแล้ว) 2) การบังคับให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทั้งก่อนเข้าเรียน ก่อนบวช และก่อนสมัครงาน 3) ผู้ติดเชื้อมีแนวโน้มที่จะไม่บอกคนในครอบครัวว่าตนเองติดเชื้อหรือป่วยเพิ่มมากขึ้น และอีกทั้งการสื่อสารผ่านภาพตัวแทนการตีตราผู้ติดเชื้อที่ยังขาดการสร้างความเข้าใจที่มีต่อการได้รับสิทธิในการรักษา เช่น 1) คนไทยส่วนมาก ไม่รู้ว่าทุกคนมีสิทธิได้รับการตรวจเอชไอวี/เอดส์ฟรี ปีละ 2 ครั้ง และ 2) คนไทยส่วนมากไม่รู้ว่าเมื่อติดเชื้อแล้วทุกคนมีสิทธิจะได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฟรี เป็นต้น

การสื่อสารผ่านวาทกรรม หรือบทสนทนา เพื่อสร้างให้เกิดการจดจำความหมายภาพตัวแทนของโรคเอดส์ขึ้นมานั้น ผู้ให้การดูแลผู้ติดเชื้อต้องมีทักษะในการให้คำปรึกษา เพราะการให้คำปรึกษาเป็นการเตรียมตัวผู้ป่วยเพื่อให้มีความพร้อมตั้งแต่การรับทราบ การเปิดเผยผลเลือด หรือสภาพการติดเชื้อต่อบุคคลในครอบครัว ตลอดจนการเข้าสู่กระบวนการรักษา และการติดตามผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องนั้น ทุกกระบวนการต้องอาศัยเทคนิคการให้คำปรึกษาทั้งสิ้น เพราะหากเกิดความรู้สึกลัวถูกตีตราเกิดขึ้น ย่อมนำไปสู่ความทุกข์ด้านจิตใจและจิตวิญญาณ ทำให้ผู้ป่วยมีภาวะซึมเศร้า มีพฤติกรรมฆ่าตัวตาย เกิดการเจ็บป่วยทางจิต และปฏิเสธการรักษาตามมาได้ ซึ่งการให้คำปรึกษาที่ดีนั้นย่อมส่งผลถึงการลดการตีตราของตนเองลง และลดตราบาปต่อตนเองลงของผู้ติดเชื้อ และช่วยเพิ่มความสนใจ ในแผนการรักษา มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส อันส่งผลต่อภาวะสุขภาพ และคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

แนวทางในการสร้างการสื่อสารเพื่อให้เกิดการจดจำความหมายภาพตัวแทนของโรคเอดส์ในรูปแบบใหม่ เพื่อเป็นการปูพื้นฐานไปสู่การสื่อสารผ่านการจดจำของสาธารณชนในยุคปัจจุบัน คือการสื่อสารผ่านภาพแทนของการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี การลดละ/เลิกพฤติกรรมเสี่ยง หรือป้องกันเสริมด้วยยาเพร็พ (PrEP) และยาเป๊ป (PEP) ในเรื่องของคนเฝ้าระวังที่สามารถมีชีวิตปกติ มีชีวิตได้เหมือนคนทั่วไป หากเข้าสู่กระบวนการรักษา สุขภาพจะดีเหมือนคนปกติทั่ว ๆ ไป เรื่องการให้ความรู้เกี่ยวกับยาเพร็พ (PrEP) และยาเป๊ป (PEP) เป็นต้น ตลอดจนมุ่งเน้นไปสู่กระบวนการสื่อสารสุขภาพ อันเป็นกระบวนการแลกเปลี่ยนสารสนเทศสุขภาพเพื่อประโยชน์ในการส่งเสริมสุขภาพ ซึ่งเกี่ยวข้องกับความรู้ การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟูสุขภาพ

เพื่อให้สุขภาพของคนในสังคมมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น และเป็นเครื่องมือที่ทรงอิทธิพลต่อการสร้างการรับรู้หรือเปลี่ยนแปลงทัศนคติเชิงบวกด้านสุขภาพที่สำคัญกระบวนการนี้ จะสามารถเสริมสร้างความร่วมมือในการดูแลสุขภาพของคนในสังคมให้อยู่ร่วมกันได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกระบวนการสร้างความรู้ความเข้าใจที่ตรงกันของผู้ส่งสารต่อผู้รับสารเพื่อเสริมสร้างทัศนคติที่ดีต่อคนเฝ้าระวัง หากกินยาต้านไวรัส จนมีปริมาณไวรัสในเลือดลดลงจนต่ำกว่า 40 copies/ml จะไม่แพร่เชื้อ 100 % เรียกระดับการตรวจไม่พบไวรัสว่า Undetectable ซึ่งมีความหมายเท่ากับการไม่แพร่เชื้อ หรือ Untransmittable สามารถเรียกขานเป็นตัวย่อว่า U = U หรือ ไม่เจอเท่ากับไม่แพร่ นั่นคือ ผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสเป็นอย่างดี จนตรวจไม่เจอเชื้อไวรัสในเลือดแล้วจะไม่แพร่เชื้อให้กับใครได้ มินัยหมายความว่า “ไม่เจอเท่ากับไม่แพร่” วลีนี้ได้ถูกหยิบยกขึ้นมาเป็นสโลแกนสำคัญในการประชุมวิชาการเอดส์โลกเมื่อปี ค.ศ. 2018

การสร้างการสื่อสารผ่านการจดจำหรือภาพตัวแทนขึ้นมาใหม่ว่า การรับยาต้านไวรัสเอชไอวีสำหรับคนที่ติดเชื้อ และเริ่มการรักษาด้วยยาต้าน ๆ อย่างถูกต้อง ตรวจไม่เจอ คน ๆ นั้นจะไม่แพร่เชื้อให้ใครได้อีก ซึ่งก่อนหน้านี้พบว่า การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นการป้องกันที่ดีที่สุด ที่เรียกว่า “Treatment is (the best) Prevention” และสอดคล้องกับที่หลายประเทศทั่วโลก ที่ออกกฎหมายว่าผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัส ๆ จนตรวจไม่เจอไวรัสในเลือดสามารถมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ใส่ถุงยางอนามัยก็ได้โดยไม่ผิดกฎหมายอีกต่อไป ถ้าคู่นอนของเขาได้รับทราบและยินยอม ที่ผ่านมาแพทย์มักจะแนะนำผู้ติดเชื้อให้สวมถุงยางอนามัยทุกครั้ง เวลามีเพศสัมพันธ์กับสามีหรือภรรยา ทั้งที่ติดเชื้อและไม่ติดเชื้อก็ตาม⁽¹⁵⁾ แต่ทั้งนี้ต้องมั่นใจว่าคนไข้กินยาต่อเนื่องตรงเวลา

ถ้าขาดยา ก็ควรถือไว้ก่อนว่าไม่ปลอดภัยแล้ว เมื่อผู้ติดเชื้อได้รับการรักษาถูกต้อง นอกจากจะแข็งแรง และมีอายุยืนยาวเหมือนกับคนอื่นทั่วไปแล้ว ยังไม่เป็นอันตรายกับใคร สังคมจึงไม่รังเกียจ ผู้ติดเชื้อ ไม่กีดกันผู้ติดเชื้อไม่ให้เข้าทำงาน สำคัญของแนวคิดนี้แตกต่างจากแนวคิดเดิม ในการส่งเสริมให้เกิดการป้องกันในกลุ่มผู้ติดเชื้อ คือ ใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ได้ และต้องใช้ “เพร็พ (PrEP)” ด้วย ซึ่งเป็นวิธีป้องกันเสริมที่ได้ผลเกือบร้อยเปอร์เซ็นต์ อีกวิธีหนึ่งสำหรับผู้ที่ไม่ติดเชื้อ แต่ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอยู่

สรุปว่า แนวทางการสื่อสารผ่านการลด การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อโดยการสื่อสาร ผ่านวาทกรรมหรือบทสนทนา เพื่อสร้างให้เกิด การสื่อสารผ่านการจดจำความหมายภาพตัวแทนของ โรคเอดส์ยุคใหม่ ได้ว่าคนที่ตรวจเลือดแล้วตรวจอีก ไม่พบว่าติดเชื้อ ไม่ว่าจะเป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ กับชาย สาวประเภทสอง หรือกลุ่มที่เกี่ยวกับเพศวิถี และเพศสภาพที่แตกต่าง จะต้องไม่ถูกสังคมตีตรา ว่าเป็นกลุ่มเสี่ยงอยู่อีกต่อไป และปรากฏการณ์ ที่กลุ่มบุคคลเหล่านี้ถูกห้ามบริจาคโลหิต ห้ามเข้า รับราชการทหาร ห้ามเข้าทำงานในบริษัทใหญ่ ๆ ห้ามบวชพระ เป็นต้น จะต้องได้รับการทบทวน ผู้ที่ยังไม่ติดเชื้อ แต่เป็นเกย์ เป็นสาวประเภทสอง เป็นผู้ค้ากาม หรือกลุ่มที่เกี่ยวกับ เพศวิถี และเพศสภาพ ที่แตกต่าง ซึ่งในอดีตจะต้องถูกตีตราสงสัยไว้ก่อน รวมถึงผู้ที่มีผลเลือดบวกควรได้รับการส่งเสริมให้เป็น ผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสเป็นอย่างดี และไม่มีโอกาส แพร่เชื้อเลย กลุ่มบุคคลเหล่านี้ต้องมีสภาพเหมือน และได้รับการปฏิบัติเช่นเดียวกับคนปกติทั่ว ๆ ไป

แนวคิดเรื่องการจดจำความหมาย

การสื่อสารผ่านการจดจำความหมาย (Semantic Memory) ความจำเป็นพื้นฐานของการเรียนรู้ การคิด และการใช้ภาษา มีส่วนในการกำหนด

พฤติกรรมของมนุษย์ การเข้าใจเรื่องความจำ ช่วยให้เราสามารถเข้าใจเกี่ยวกับพฤติกรรมของ ผู้บริโภคได้ดียิ่งขึ้น⁽¹⁶⁾ ในวัยเด็กนั้น มนุษย์อาจจำ ความหมายของสิ่งต่าง ๆ ได้ประมาณ 20,000 – 40,000 คำ⁽¹⁶⁾ การจดจำความหมาย คือ ความรู้พื้นฐาน ที่เป็นข้อเท็จจริงเกี่ยวกับสิ่งต่าง ๆ ในโลกที่อยู่ใน ความทรงจำของมนุษย์ โดยเป็นสิ่งที่เกือบจะไม่มี การลืมจากความทรงจำ การจดจำความหมายนี้เป็น ส่วนหนึ่งของความจำระยะยาวที่ถูกจัดเก็บในสมอง ของผู้บริโภค⁽¹⁷⁾ โดยมีแนวคิดหนึ่งที่ใช้อธิบายการจดจำ ความหมาย คือ แนวคิดเรื่องเครือข่ายความทรงจำนั้น กล่าวถึงการที่ข้อมูลหลาย ๆ เรื่องเกี่ยวกับสิ่ง ๆ หนึ่งถูกจัดเก็บในความทรงจำ ในรูปแบบของ ความเชื่อมโยงกันในลักษณะคล้ายตาข่าย และการเชื่อมโยงนี้ เกิดเป็นความหมายของสิ่ง ๆ นั้น ขึ้นมาในความคิดของมนุษย์

พฤติกรรมของมนุษย์ในการเข้าใจ เรื่องความจำ ผ่านกระบวนการขัดเกลาทางสังคม เป็นกระบวนการที่ยาวนานตลอดชีวิต โดยมีแนวโน้ม ในการที่จะมีความเชื่อ ค่านิยม มิติในการมองปัญหา ความรู้บรรทัดฐานทางสังคม และพฤติกรรมตาม ที่ สังคมนั้น ๆ ต้องการ ซึ่งเป็นสิ่งที่แสดงหรือถ่ายทอด ความคิด ความรู้สึก ความต้องการ ในการนำแนวคิด เรื่องการจดจำความหมายมาใช้ในการสื่อสารที่เกี่ยวกับ ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวี ต้องกำหนดวัตถุประสงค์ ของการสื่อสารผ่านผู้รับสาร ดังนี้ 1) ต้องใช้ข้อมูล ทางแพทย์ที่ถูกต้องแต่ภาษาต้องสั้น/ง่าย กระชับ 2) ต้องสื่อสารด้วยถ้อยคำที่ชัดเจน เริ่มจากสาเหตุ/ ปัจจัยเสี่ยง/แนวโน้ม/การรักษา/การป้องกัน/ผลที่เกิดขึ้น และ 3) ต้องเลือกช่องทางให้สอดคล้องกับกลุ่มเป้าหมาย มากที่สุด⁽¹⁸⁾ ซึ่งการสื่อสารผ่านการจดจำความหมาย ของผู้ติดเชื้อ ในอดีตอาจเกิดขึ้นมาจากการขาดความรู้ เกี่ยวกับโรค การดำเนินของโรค แนวทางการรักษา และการดำเนินชีวิต ในอนาคต เพื่อให้สอดคล้องกับ โรคที่เป็นอยู่ เป็นต้น

การสื่อสารผ่านการจดจำความหมาย ต่อคุณภาพชีวิตที่มีเหลือของผู้ติดเชื้อด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเสริมแรงทางบวก และการให้กำลังใจ วิธีการเหล่านี้ สามารถลดความรู้สึกในการตีตราและสร้างตราบาปของผู้ติดเชื้อได้⁽¹⁹⁾ ผู้ป่วยจะเกิดกำลังใจในการค้นหาสภาพปัญหา ตระหนักและเข้าใจปัญหาที่แท้จริงของตน มีการลงมือปฏิบัติเพื่อให้บรรลุเป้าหมาย และการคงไว้ซึ่งการมีพฤติกรรมที่ดี นอกจากนี้ยังเป็นการส่งเสริมให้เกิดความต่อเนื่องในการรับประทานยาต้านไวรัส ฯ ทั้งนี้การเสริมแรงเป็นระยะ จะเป็นตัวกระตุ้นให้ผู้ติดเชื้อมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยามากขึ้น การใช้เทคนิคการสื่อสารผ่านการปรับเปลี่ยนแนวคิดและพฤติกรรม พบว่า กระบวนการนี้จะช่วยให้ผู้ติดเชื้อค้นหาความคิดด้านลบ การตรวจสอบความคิดเชิงลบตามความเป็นจริง การปรับเปลี่ยนแนวคิดต่อปัญหา และค้นหาแนวทางแก้ปัญหา ความรู้สึกในการตีตรา และสร้างตราบาปได้ด้วยตนเอง แนวคิดนี้ถูกนำมาใช้กับผู้ติดเชื้อ สามารถลดความวิตกกังวลและความซึมเศร้าของผู้ติดเชื้อ ได้อย่างยาวนาน นอกจากนี้ยังป้องกันการเกิดเป็นซ้ำ และเพิ่มคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยด้วย⁽¹⁹⁾ ตลอดจนการขาดความรู้ นอกจากจะทำให้ผู้ป่วยวิตกกังวลและหวาดกลัวแล้ว ยังสัมพันธ์กับความรู้สึกไม่แน่นอน ความท้อแท้ต่อการดำเนินชีวิต และความรู้สึกสูญเสียพลังอำนาจอีกด้วย สิ่งนี้เหล่านี้เป็นสาเหตุให้เกิดความเจ็บป่วย ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ ทำให้การดำเนินของโรครุนแรงขึ้น การให้ความรู้นั้นมีผลการศึกษายืนยันผลที่แน่ชัดว่า ต้องกระทำควบคู่ไปกับการให้คำปรึกษา ทั้งนี้ควรให้ความรู้ภายหลังจากที่ผู้ป่วยปรับสภาพจิตใจได้ดีขึ้นแล้ว การให้ความรู้เป็นแกนหลักของการดูแลผู้ติดเชื้อ นอกจากจะช่วยลดความรู้สึกในการ ตีตรา และสร้างตราบาปแล้วยังช่วยเสริมสร้างสมรรถนะผู้ป่วยต่อการปรับตัวการดูแลภาวะสุขภาพของตน โดยเฉพาะด้านการ

รับประทานยาต้านไวรัส อันจะส่งผลให้สุขภาพร่างกายแข็งแรง คุณภาพชีวิตที่ดีและการมีชีวิตยืนยาวในอนาคตต่อไป

จากแนวคิดและทฤษฎีต่าง ๆ ข้างต้นสามารถนำมาประมวลเป็นแนวทางปฏิบัติ เพื่อปรับเปลี่ยนการสื่อสารให้เป็นการสื่อสารผ่านวาทกรรมหรือบทสนทนา เพื่อสร้างให้เกิดการจดจำความหมายและภาพตัวแทนของโรคเอดส์ยุคใหม่ โดยมีแนวทางดังนี้

การสื่อสารในระดับระหว่างบุคคล (Inter-Personal Level) โดยการใช้กลุ่มเพื่อนหรือครอบครัว มีส่วนร่วมในการดูแล นับว่าเป็นแหล่งเสริมสร้างกำลังใจที่ดีสำหรับผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะในรายที่มีการเปิดเผยสภาพตนเองต่อสมาชิกในครอบครัว จะได้รับความรัก ความเอาใจใส่ตลอดจนการสนับสนุนทางด้านอารมณ์และจิตใจเป็นอย่างดี กำลังใจจากครอบครัวและกลุ่มเพื่อนที่เจ็บป่วยด้วยโรคเดียวกัน จะช่วยลดความรู้สึกในการตีตรา และสร้างตราบาปได้⁽²⁰⁾ นอกจากนี้การดูแลและการสื่อสารโดยสหสาขาวิชาชีพจะช่วยบรรเทาความรู้สึกมีการตีตรา และสร้างตราบาป ทั้งนี้ความรู้สึกมีการตีตรา และการสร้างตราบาปสามารถเกิดขึ้นได้ในทุกระยะของการเจ็บป่วย มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะซึมเศร้า และนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตาย การดูแลโดยทีมสหสาขาวิชาชีพช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส การมีสุขภาพกาย จิต และการมีคุณภาพชีวิตที่ดี และผู้รับบริการมีความพึงพอใจ⁽²¹⁾

การสื่อสารในระดับองค์กรหรือสถาบัน (Organizational /Institutional Level) นโยบายการยึดผู้ป่วยเป็นศูนย์กลางการดูแล เป็นผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแล คำนึงถึงความเป็นบุคคลและสิทธิของผู้ป่วยมากขึ้น มีระบบบริการผู้ติดเชื้อแบบเบ็ดเสร็จ จุดเดียว หรือการมีคลินิกพิเศษเฉพาะโรคทำให้ผู้ติดเชื้อไม่ต้องปะปนกับผู้รับบริการรายอื่น⁽²²⁾

การสื่อสารในระดับชุมชน (Community Level) การรณรงค์ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ แก่คนในชุมชนหลายช่องทาง ได้แก่ วิทยุ โทรทัศน์ อินเทอร์เน็ต เป็นต้น ทำให้คนในชุมชน มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค ๑ มากขึ้น ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อสามารถอยู่ร่วมกับคนในชุมชนได้ดีกว่าในอดีต ช่วยลดความรู้สึกกลัวต่อการถูกเปิดเผยสภาพ การติดเชื้อของตนต่อบุคคลอื่น ชุมชนมีบทบาท สำคัญในการดูแลผู้ติดเชื้อ โดยมีส่วนสำคัญที่ช่วยให้เกิด ผลลัพธ์ที่ดีทั้งด้านความมั่นคงในชีวิต การหา เลี้ยงชีพ การใช้ชีวิตในชุมชนได้อย่างปกติสุข การเข้าถึงระบบบริการสุขภาพ การดูแลรักษา อย่างต่อเนื่อง ลดอาการเจ็บป่วยด้วยโรคติดเชื้อ ฉวยโอกาสต่าง ๆ ⁽²³⁾

การสื่อสารในระดับรัฐบาลหรือโครงสร้าง (Government/Structure Level) กระทรวง สาธารณสุข ควรกำหนดนโยบายและแนวทาง การดูแลผู้ติดเชื้อ ๑ อย่างมีประสิทธิภาพ ให้สถานบริการ ทุกแห่ง มีระบบการให้คำปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อม ผู้ป่วยตั้งแต่ก่อนรับทราบผล ภายหลังทราบ ผลเลือด รวมถึงการรักษาและการติดตามอาการ อย่างต่อเนื่อง ทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับการประคับ ประคองด้านจิตใจและจิตวิญญาณ มีความสม่ำเสมอ ในการรับประทานยาต้านไวรัสผู้ป่วยมีสุขภาพกาย และจิต คุณภาพชีวิตที่ดี และพึงพอใจในระบบ บริการ ⁽²⁴⁾

สรุป

การสื่อสารผ่านการถูกตีตราและการเลือก ปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อ ๑ เพราะการมีพฤติกรรมทางเพศ ที่แตกต่างจากสังคมกระแสหลัก และการมีเพศ สัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยทำให้เกิดเชื้อ ๑ เปรียบเสมือน การตีตราบอกให้รู้ว่า บุคคลนี้มีลักษณะบางอย่าง ใด อย่างหนึ่งในแง่ลบ ทำให้บุคคลที่ถูกตีตราเปลี่ยนจาก

บุคคลปกติธรรมดากลายเป็นบุคคลผิดปกติ การสื่อสารผ่านการตีตรา/สร้างตราบาปนั้น ส่งผล ให้เกิดการเลือกปฏิบัติ ซึ่งการเลือกปฏิบัติเปรียบ เสมือนหรือเท่ากับเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน โดยไม่รู้ตัว เป็นความรู้สึกที่ฝังแน่นภายในจิตใจของ ผู้ติดเชื้อเป็นความรู้สึกด้านลบ ที่ส่งผลกระทบต่ อจิตใจและจิตวิญญาณ หากเกิดขึ้นเป็นเวลานาน ก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิต และนำไปสู่พฤติกรรม การฆ่าตัวตายได้ การสื่อสารผ่านวาทกรรม หรือบทสนทนา เพื่อสร้างให้เกิดการจดจำความหมายภาพตัวแทน ของโรคเอดส์ ในอดีตส่งผลกระทบต่อบุคคล ในทุกระดับ ทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว ชุมชน และระบบ บริการสุขภาพ การเลือกใช้การสื่อสารผ่านวาทกรรม เพื่อสร้างให้เกิดการจดจำความหมายภาพตัวแทน ของโรคเอดส์ยุคใหม่ การรับยาต้านไวรัสต่างจากคน เลือดบวก ผู้ติดเชื้อที่กินยาต้านไวรัสเป็นอย่างดีไม่มี โอกาสแพร่เชื้อเลย มีสภาพเหมือนคนปกติทั่ว ๆ ไป การสื่อสารผ่านการจดจำความหมายของผู้ติดเชื้อ ต้องใช้ข้อมูลทางการแพทย์ที่ถูกต้อง แต่ภาษา ต้องสั้นเข้าใจง่าย กระชับ ต้องชัดเจนเริ่มจากสาเหตุ ปัจจัยเสี่ยง แนวโน้ม วิธีการรักษา การป้องกัน และผล ที่เกิดขึ้น และต้องเลือกช่องทางให้สอดคล้องกับ กลุ่มเป้าหมายมากที่สุด และเชื่อมโยงการสื่อสารผ่าน การจดจำความหมายต่อคุณภาพชีวิตที่มีเหลือของ ผู้ติดเชื้อด้วยการเสริมสร้างพลังอำนาจ การเสริมแรง ทางบวก และการให้กำลังใจ วิธีการเหล่านี้สามารถลด ความรู้สึกในการถูกตีตราและสร้างตราบาปของผู้ติดเชื้อ ทำให้ผู้ติดเชื้อได้รับการประคับประคองด้านจิตใจ และจิตวิญญาณ มีความสม่ำเสมอในการรับประทาน ยาต้านไวรัส ผู้ป่วยมีสุขภาพกายและจิตมีคุณภาพ ชีวิตที่ดี และพึงพอใจในบริการที่ได้รับอย่างมี ประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ที่เป็นคนเลือดบวกเกิดความรู้สึก มีคุณค่าและมีความสุขในชีวิตได้ในชีวิตเช่นเดียวกับ บุคคลอื่น ๆ ในสังคม

เอกสารอ้างอิง

1. เพลินจันทร์ เชษฐโชติศักดิ์. ARV miracle of life. วารสารอายุรศาสตร์อีสาน 2554; 10: 48-51.
2. วุฒิชัย บุญยณฤธิ์. นิยามการจดจำความหมาย. ราชบุรี: โรงพยาบาลวัดเพลง; ม.ป.ป..
3. ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ. สรุปสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2558, หน้า 51.
4. Ulasi CI, Preko PO, Baidoo JA, Baryard B, Ehiri JE, Jolly CM, et al. HIV/AIDS-related stigma in Kumasi, Ghana, Health & Place 2009; 15: 255-62.
5. เพ็ญศรี วงษ์พม. トラบาบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2545.
6. Frank Tannenbaum. The Making of a Convict Criminologist. The Prison Journal, vol. 91, 2: 2011. pp. 177-197.
7. Mannheimer S, Friedland G, Matts J, Child C, Chesney M. The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus–Infected persons in clinical trials. Clinical Infection Disease. 2002; 34: 1115-21.
8. Tibbetts Stephen G, Hemmens Craig. Criminological Theory. Los Angeles: Sage Publications Inc; 2010.
9. ยุทธชัย ไชยสิทธิ์. พฤติกรรมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวี ตั้งแต่ 10 ปี ขึ้นไป. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2553. หน้า บทคัดย่อ.
10. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย, สมาคมโรคติดเชื้อในเด็ก. แนวทางการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549/2550. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์สหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2550, หน้า 25-26
11. นิพนธ์ ดาราวุฒิมาประกรณ์. การติตรา....ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกระบวนการดำเนินงานแก้ไขปัญหาเอดส์. กรุงเทพมหานคร: สถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล; 2555. หน้า 25-27.
12. คณะทำงานวิชาการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การติตราและเลือกปฏิบัติ. การติตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทย. กองควบคุมโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพฯ และสถาบันวิทยาศาสตร์สุขภาพ มหาวิทยาลัยเชียงใหม่: 2558. หน้า บทคัดย่อ.
13. โสภณ เมฆธน, ภาณุมาศ ญาณเวทย์สกุล และจารุณี ศิริพันธ์. ผลสำรวจพบคนไทยยังรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี แรงแก้ไข ป้องกันติตรา-เลือกปฏิบัติ. นนทบุรี: กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2558. หน้า 55.
14. Hall, ed. Representation: Cultural representations and signifying practices. London: Sage; 1997, pp. 217-218.
15. ประพันธ์ ภาณุภาค. การเดินทางของ “พีท คนเลือดบวก” คนจริง 2018 ประกาศติตราเพื่อทางออก. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อวันที่ 6 ต.ค. 2018]. แหล่งข้อมูล: <https://medhubnews.com/ดูบทความ-24765>.
16. Matlin A. Word pronunciation and comprehension in Alzheimer’s disease: The breakdown of semantic knowledge. Boston, Brain and Language; 1994, pp. 279.
17. พรทิพย์ ลีลาอนันตกุล. ผลการสอนอย่างมีแบบแผนและการใช้กลุ่มประคับประคองต่อการเพิ่มความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยที่ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2546. หน้า บทคัดย่อ.
18. Brown L, Macintyre K, Trujillo L, Interventions to reduce HIV/AIDS stigma: What have we learned?. AIDS Education and Prevention 2003; 15: 49-69.
19. สุวรรณ บญะสิพรรณ, เจียมจิต แสงสุวรรณ, กัลยาณี ศิริพาณิชย์ศกุนต์, ยุทธชัย ไชยสิทธิ์, ลัดดา พลพทุธา, มณีวรรณ ดวงมาลา. ประสิทธิภาพของการประยุกต์ใช้โมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนของผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ณ โรงพยาบาลศิคราม. วารสารวิชาการสำนักงานควบคุมโรคที่ 5 จังหวัดนครราชสีมา 2556; 19: 1-15.
20. Sengupta, S., Banks, B., Jonas, D., Miles, M. S., & Smith, G. C. HIV interventions to reduce HIV/AIDS stigma: A systematic review. AIDS and behavior, (2011).15(6), 1075-1087. DOI: 10.1007/s10461-010-9847-0
21. รัชนิกร ไชยสิน. ผลของการเสริมสร้างพลังอำนาจต่อความมีวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสและพฤติกรรมเสี่ยงในเยาวชนที่ติดเชื้อเอชไอวี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยเชียงใหม่; 2554, หน้า บทคัดย่อ.

- 22.พรนิภา หาญละคร, สมใจ รัตนมณี, ประกอบ ชันทอง. ผลของกลุ่มบำบัดแบบปรับเปลี่ยนความคิดและพฤติกรรมร่วมกับการฝึกสมาธิ ต่อความซึมเศร้าและคุณภาพชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2556; 31: 132-41.
- 23.อรัญ ศรีทองธรรม. กระบวนการทุนทางสังคม : นวัตกรรมในการดูแลผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอดส์ในชุมชน. วารสารพัฒนบริหารศาสตร์; 2553; 50: 101-14.
- 24.ธีระ ฤทธิรอด, เจียมจิต แสงสุวรรณ, ภัทระ แสนไชยสุริยา, วงศา เลหาศิริวงศ์, สุวรรณ บัญยะสิทธิ์พรณ, ดวงมล เอกลักษณ์นันท์ และคณะ. การประเมินโมเดลการสร้างเสริมสมรรถนะแห่งตนในผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอดส์. วารสารสมาคมพยาบาลฯ สาขาภาคตะวันออกเฉียงเหนือ 2554; 29: 63-72.
-

อัตราความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเยาวชน จังหวัดยโสธร

Received: 06/10/2019, Accepted: 16/10/2019

ธนอม นามวงศ์*, สุกัญญา คำพัฒน์*, ปิณชาน์ ปรัชญคุปต์*

Abstract

Prevalence Rate and Factors Associated with Sexually Transmitted Infections (STIs) among Adolescent, Yasothon, Thailand

Thanom Namwong*, Sukanya Khampat*, Pincha prachayakhup*

*Yasothon Provincial Health Office, Ministry of Public Health, Thailand

This study aimed to assess prevalence rate and to identify factors associated with sexually transmitted infections (STIs) among adolescent in Yasothon province. The cross-sectional study included 1,223 adolescents, aged 15 - 17 years old. Data were collected using a smart phone device during June – July 2019. The results from the study subjects showed that, 31.8% have ever had sex and 45.3% always used condom during one year prior to the study. The STIs prevalence was 6.3% (95%CI; 5.0 to 7.8). An unconditional multiple logistic regression reveals that factors associated with STIs include “ever had sex with lover during one year prior to the study” (adjusted OR 2.2, 95%CI; 1.2 to 4.0), “ever had sex with sex worker during one year prior to the study” (adjusted OR 6.7, 95%CI; 2.9 to 15.3) and “perception of HIV risk” (adjusted OR 2.0, 95% CI; 1.2 to 3.2). Health staff should use the finding from this study to develop messages that focus for the campaign to continuously promote access to condom and condom-used among adolescent.

Keywords: STIs, Adolescent, Yasothon

บทคัดย่อ

งานวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในกลุ่มเยาวชน เป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง จำนวนตัวอย่าง 1,223 คน อายุ 15-17 ปี จัดเก็บข้อมูลโดยใช้สมาร์ตโฟนระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2562 ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มเยาวชนในการศึกษามีประวัติเคยมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 31.8 ใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 45.3 มีอาการที่บ่งชี้ว่าเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 6.3 (95%CI; 5.0-7.8) ผลจากการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุกลุ่ม พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ (1) เคยมีเพศสัมพันธ์กับแฟนในรอบปีที่ผ่านมา (adjusted OR 2.2, 95%CI; 1.2-4.0) (2) เคยมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศ (adjusted OR 6.7, 95% CI; 2.9-15.3) และ (3) การรับรู้ความเสี่ยงว่าตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี (adjusted OR 2.0, 95%CI; 1.2-3.2) ผลการศึกษาส่งท้อนว่า อัตราความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในเยาวชนอยู่ในระดับสูง ในขณะที่การใช้ถุงยางอนามัยยังอยู่ในระดับต่ำ บุคลากรที่เกี่ยวข้องควรนำข้อมูลที่ได้จากการศึกษามากำหนดเป็นประเด็นรณรงค์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัยและการใช้ถุงยางอนามัยอย่างต่อเนื่อง

คำสำคัญ: โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์, เยาวชน, ยโสธร

บทนำ

โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections; STIs) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญในวัยรุ่นไทย สำหรับสถานการณ์ในประเทศไทยในส่วนของโรคหนองใน ข้อมูลจากการเฝ้าระวังโรคของกองระบาดวิทยา ได้แสดงให้เห็นว่า ในปี พ.ศ. 2561 มีรายงานผู้ป่วยจำนวน 9,999 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 15.28 ต่อแสนประชากร อัตราส่วนเพศชายต่อเพศหญิง 1:0.18 กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 60.26 และในปี พ.ศ. 2562 ข้อมูล ณ วันที่ 30 กันยายน 2562 (9 เดือน) พบผู้ป่วยโรคหนองในแล้วจำนวน 7,075 ราย คิดเป็นอัตราป่วย 10.65 ต่อแสนประชากร กลุ่มอายุที่พบมากที่สุด คือ 15-24 ปี คิดเป็นร้อยละ 63.87⁽¹⁾ สถานการณ์โรคหนองในจังหวัดยโสธร จากระบบเฝ้าระวังโรค กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร จากปี พ.ศ. 2557-2561 พบอัตราป่วยต่อแสนประชากร เท่ากับ 10.0, 13.7, 14.4, 20.0 และ 21.1 ตามลำดับ⁽²⁾ จากข้อมูลดังกล่าว สะท้อนว่าปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์จังหวัดยโสธรมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นสูงกว่าอัตราป่วยในระดับประเทศ และอยู่ในระดับที่น่าเป็นห่วงโดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น หากปล่อยทิ้งไว้อาจส่งผลกระทบต่อการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในอนาคต ซึ่งจะเป็นอุปสรรคในการดำเนินงานเพื่อให้บรรลุเป้าหมายตามแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ ว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) พ.ศ. 2560 - 2573⁽³⁾ สำหรับช่องทางหลักในการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เป็นช่องทางเดียวกัน คือ จากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีคู่นอนหลายคน และไม่สวมถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ความแตกต่างของกลุ่มโรคทั้งสองต่างกันที่โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์นั้นหลายโรคแสดงอาการค่อนข้างรวดเร็ว และมีอาการเด่นชัดกว่า

การติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษาค้นคว้านี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในวัยรุ่น พื้นที่จังหวัดยโสธร ได้แก่ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 (ม.5) และนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพ ปีที่ 2 (ปวช.2) ซึ่งเป็นกลุ่มเป้าหมายที่สำคัญในการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ของกองระบาดวิทยา ผลจากการศึกษานี้จะเป็นข้อมูลที่สำคัญสำหรับบุคลากรสาธารณสุขและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อใช้ประกอบการวางแผนดำเนินงานแก้ไขปัญหาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และแผนยุติปัญหาเอดส์ทั้งในระดับพื้นที่ และระดับชาติ ทั้งนี้ในการศึกษานี้ใช้สมาร์ตโฟนในการเก็บรวบรวมข้อมูล การใช้สมาร์ตโฟนมีลักษณะคล้ายคลึงกับการตอบแบบสอบถามที่เป็นกระดาษ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข^(4, 5)

วิธีการศึกษา

รูปแบบการวิจัยเป็นการศึกษาแบบภาคตัดขวาง (Cross-Sectional Study) กลุ่มตัวอย่าง คือ นักเรียนชั้นมัธยมศึกษาชั้นปีที่ 5 (ม.5) และนักศึกษาประกาศนียบัตรวิชาชีพปีที่ 2 (ปวช.2) จังหวัดยโสธร สํารวจข้อมูลด้วยแบบสอบถามมาตรฐานโดยใช้สมาร์ตโฟนจากกองระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ดำเนินการเก็บข้อมูล ระหว่างเดือนมิถุนายน - กรกฎาคม ปี พ.ศ. 2562

ขั้นตอนดำเนินการศึกษา มีดังนี้

1. แบบสอบถาม

กองระบาดวิทยาได้พัฒนาโปรแกรมที่สามารถใช้สมาร์ตโฟนเพื่อใช้ในการเก็บข้อมูลการตอบคำถามเกี่ยวกับพฤติกรรมโดยใช้สมาร์ตโฟน

มีลักษณะคล้ายคลึงกับการตอบแบบสอบถามที่เป็นกระดาษ ซึ่งมีข้อดีคือ กรณีที่ข้อความที่เป็นเรื่องที่ไม่จำเป็นต้องตอบคำถามทุกข้อ โปรแกรมจะข้ามข้อความที่ไม่เกี่ยวข้องได้อย่างแม่นยำ นอกจากนี้ยังช่วยให้ความมั่นใจกับผู้ตอบคำถามเรื่องการรักษาความลับ เนื่องจากข้อความจะปรากฏขึ้นบนหน้าจอครั้งละ 1 ข้อ เมื่อตอบข้อความนั้น ๆ เสร็จสิ้นแล้วข้อความคำถามข้อถัดไปจะปรากฏขึ้นมาแทนที่^(4, 5) แบบสอบถามมีอยู่ทั้งหมด 9 ส่วน มีข้อความ 98 ข้อ ในเพศชาย และ 92 ข้อ ในเพศหญิง แบบสอบถามนี้ถูกพัฒนาขึ้นในปี พ.ศ. 2559 และโปรแกรมในสมาร์ตโฟนที่ใช้เก็บข้อมูลเป็นเวอร์ชัน 2 (V 2.0.0)

2. การสำรวจ/เก็บรวบรวมข้อมูล/การกำหนดขนาดตัวอย่าง

การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาใช้การสุ่มอย่างง่าย โดยการสุ่มห้องเรียนทั้งหมดในจังหวัดยโสธร หากสุ่มได้ห้องเรียนใดจะทำการเก็บข้อมูลทั้งหมดในห้องเรียนนั้นทั้งเพศชายและเพศหญิง การเก็บข้อมูลเริ่มจากประสานงานกับโรงเรียนเพื่อดำเนินการเก็บข้อมูล และการจัดเตรียมสถานที่สำหรับการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลครั้งละห้อง และจัดให้นักเรียนชายและนักเรียนหญิงนั่งแยกกัน โดยนั่งห่างกันพอสมควร (จัดห้องที่ใช้ในการเก็บข้อมูลในลักษณะเดียวกับการจัดห้องสอบ) เพื่อป้องกันไม่ให้นักเรียนแอบมองการตอบคำถามของเพื่อน เจ้าหน้าที่เก็บข้อมูลของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเป็นผู้แนะนำความเป็นมาของระบบเฝ้าระวัง วิธีการตอบแบบสอบถาม และอธิบายนิยามศัพท์ที่สำคัญให้นักเรียนทราบก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูล และปล่อยให้ นักเรียนตอบแบบสอบถามตามลำพัง ในระหว่างการตอบแบบสอบถาม นักเรียนสามารถสอบถามประเด็นข้อสงสัยเกี่ยวกับคำถามได้ และเมื่อนักเรียนตอบแบบสอบถามเสร็จเรียบร้อยแล้ว

นักเรียนจะยกมือเรียกเจ้าหน้าที่เก็บข้อมูล เพื่อให้เจ้าหน้าที่ได้ตรวจความครบถ้วนของการตอบแบบสอบถามและเก็บสมาร์ตโฟนกลับคืน

ขนาดตัวอย่างสำหรับการเฝ้าระวังที่เหมาะสมเพื่อใช้ในการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีระดับจังหวัดนั้น กองระบาดวิทยาแนะนำให้ใช้ขนาดตัวอย่าง กลุ่มละ 350 ตัวอย่าง ซึ่งสามารถคำนวณได้จากสูตร^(4, 6)

$$n = (Z^2PQ/d^2)$$

โดย

ค่า Z คือ ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่ระดับ Type I Error ที่ α เมื่อ $\alpha = 0.05$ ค่า Z จะเท่ากับ 1.96

ค่า P คือ สัดส่วนที่คาดว่าจะพบ ในประชากร ในที่นี้ หมายถึง อัตราความชุกของพฤติกรรมสุขภาพที่สำคัญของประชากรในแต่ละพื้นที่ (กำหนดที่ร้อยละ 50 หรือ 0.5)

ค่า Q คือ $1 - P$

ค่า d คือ ช่วงกว้างของความคลาดเคลื่อนที่ยอมรับได้โดยมีหน่วยการวัดเดียวกับค่า P (กำหนดค่าที่ 0.05)

3. การวิเคราะห์ข้อมูล

3.1 ก่อนการวิเคราะห์ข้อมูลจะโอนถ่ายข้อมูลจากเครื่องสมาร์ตโฟนเข้าสู่เครื่องคอมพิวเตอร์ด้วยโปรแกรม Microsoft Access 2003⁽⁴⁾ หลังจากนั้นทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูล หากคนที่ตอบคำถามกรอกข้อมูลไม่สมบูรณ์หรือไม่ครบถ้วน จะทำการคัดออกจากการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่ามีจำนวนคนที่ตอบคำถามไม่สมบูรณ์มีอยู่ 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.6

3.2 ข้อมูลลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง และข้อมูลพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

วิเคราะห์และนำเสนอโดย จำนวน ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน ค่ากลาง ค่าต่ำสุด และค่าสูงสุด

3.3 การหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ด้วยการวิเคราะห์ถดถอยโลจิสติกพหุกลุ่ม (Unconditional multiple logistic regression) นำเสนอค่า Odds Ratio (OR) และ Adjusted Odds Ratio (Adjusted OR) และช่วงความเชื่อมั่น 95% (95%CI)

โดยนิยามตัวแปรที่ใช้ในการศึกษาดังนี้

ตัวแปรอิสระ คือ พฤติกรรมเสี่ยงหรือพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

ตัวแปรตาม คือ มีอาการ (ป่วย-ไม่ป่วย) ที่เข้าข่ายสงสัยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในรอบปีที่ผ่านมาข้อใดข้อหนึ่ง ได้แก่ มีอาการปัสสาวะแสบขัด, มีหนองไหลที่ผิดปกติไหลออกจากอวัยวะเพศ, มีหนองไหลออกจากอวัยวะเพศ, มีหนองไหลออกจากทวารหนัก, มีแผลที่อวัยวะเพศ, มีแผลที่ทวารหนัก, มีตุ่มหรือก้อนหรือหูดที่อวัยวะเพศหรือทวารหนัก

ขั้นตอนการวิเคราะห์ข้อมูล เริ่มจากหาความสัมพันธ์เบื้องต้น (Crude Analysis) ระหว่างตัวแปรตาม ได้แก่ อาการ (ป่วย-ไม่ป่วย) ที่เข้าข่ายสงสัยเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กับตัวแปรอิสระ (ปัจจัยต่าง ๆ) ทีละคู่ (Bivariate Analysis) พิจารณาความสัมพันธ์โดยนำตัวแปรที่มีค่า $p\text{-value} < 0.25^{(7)}$ เข้าสู่การวิเคราะห์แบบหลายตัวแปร (Multivariate Analysis) ด้วยเทคนิค Unconditional multiple logistic regression การ fit model ด้วยเทคนิค Backward Selection โดยจะคงเฉพาะตัวแปรที่มีนัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) ไว้ใน final model

การวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติที่น่าเสนอข้างต้น โดยใช้โปรแกรม Epi Info V 3.5.4

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลลักษณะทั่วไปของตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 1,223 คน เป็นนักเรียน ม.5 จำนวน 568 คน (ร้อยละ 46.4) ปวช. 2 จำนวน 578 คน (ร้อยละ 53.6) เพศชาย 612 คน (ร้อยละ 50.0) เพศหญิง 611 คน (ร้อยละ 50.0) ส่วนใหญ่พักอยู่กับบิดาและมารดา ร้อยละ 65.9

2. พฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี

ด้านประสบการณ์ทางเพศ กลุ่มตัวอย่างเคยมีเพศสัมพันธ์แล้ว ร้อยละ 31.8 (ร้อยละ 36.8 ในเพศชาย และร้อยละ 26.7 ในเพศหญิง) อายุต่ำที่สุดของการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก คือ 11 ปี ร้อยละ 0.8 โดยในเพศชายเคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชายด้วยกันในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 5.1 ด้านพฤติกรรมการป้องกัน มีการใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ร้อยละ 77.5 สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งกับคู่นอนในรอบปีที่ผ่านมา ร้อยละ 45.3 และสวมถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด ร้อยละ 69.0 ส่วนสาเหตุที่ไม่สวมถุงยางอนามัยครั้งล่าสุด ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าหาถุงยางอนามัยไม่ทัน ร้อยละ 25.4 รองลงมา คือ ว่างซึ่งกันและกัน ร้อยละ 15.5 ส่วนที่ให้เหตุผลว่าใช้แล้วความสับสน ร้อยละ 15.5 ด้านแหล่งที่มาของถุงยางอนามัยส่วนใหญ่ได้มาจากร้านขายยา ร้อยละ 29.1 รองลงมา คือ ร้านสะดวกซื้อ และห้างสรรพสินค้า ร้อยละ 22.3 และ 16.6 ตามลำดับ ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวีและเอดส์ พบว่า นักเรียนตอบคำถามมาตรฐานถูกหมดทั้ง 5 ข้อ ร้อยละ 18.7 โดยข้อคำถามที่ตอบถูกน้อยที่สุด คือ “คนติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ได้จากการถูกยุงกัด” ซึ่งตอบถูกเพียงร้อยละ 27.0 กลุ่มศึกษาเคยได้รับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์และหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 66.0 ด้านการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ตอบว่าไม่มีความเสี่ยง ร้อยละ 66.9

มีความเสี่ยงเล็กน้อยถึงเสี่ยงมาก ร้อยละ 33.1 นอกจากนี้ กลุ่มตัวอย่างเคยดื่มเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ร้อยละ 70.5

3. อัตราความชุกของการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการเข้าถึงการตรวจเอชไอวี/เอดส์

พบว่า กลุ่มตัวอย่างให้ประวัติว่าเคยมีอาการที่บ่งชี้ว่า เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 77 คน คิดเป็นร้อยละ 6.3 (95%CI; 5.0 to 7.8) เมื่อมีอาการแล้วส่วนใหญ่ไปรักษาที่โรงพยาบาลของรัฐ ร้อยละ 46.7 รักษาด้วยตัวเอง ร้อยละ 13.0 และปล่อยไว้โดยไม่ทำอะไรเลย ร้อยละ 25.0 ส่วนการเข้าถึงการตรวจเอชไอวีในรอบปี พบว่า เคยตรวจเอชไอวี ร้อยละ 11.7

4. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์

จากผลการวิเคราะห์หาความสัมพันธ์เบื้องต้น พบปัจจัยที่อาจจะสัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จำนวน 5 ปัจจัย ได้แก่ เคยมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักในรอบปีที่ผ่านมา, เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายในรอบปีที่ผ่านมา, เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายอื่นในรอบปีที่ผ่านมา, เคยมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศ และการรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ดังตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (Crude Analysis) ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยเทคนิค Logistic Regression ในกลุ่มเยาวชน จังหวัดยโสธร มิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2562

ปัจจัย/พฤติกรรมเสี่ยง	N (1,223)	เป็นโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ n (%)	Crude OR (95% CI)	p-value
เพศ				0.079
หญิง	611	31 (5.1)	1	
ชาย	612	46 (7.5)	1.5 (0.9-2.4)	
ระดับการศึกษา				
ม.5	568	29 (5.1)	1	0.111
ปวช.	655	48 (7.3)	1.5 (0.8-2.4)	
เคยมีเพศสัมพันธ์กับแฟนหรือคนรักในรอบปีที่ผ่านมา				<0.001
ไม่เคย	1,086	56 (5.2)	1	
เคย	137	21 (15.3)	3.3 (1.9-5.7)	
เคยมีเพศสัมพันธ์กับผู้ขายในรอบปีที่ผ่านมา				<0.001
ไม่เคย	1,192	67 (5.6)	1	

ตารางที่ 1: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เบื้องต้น (Crude Analysis) ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยเทคนิค Logistic Regression ในกลุ่มเยาวชน จังหวัดยโสธร มิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2562 (ต่อ)

ปัจจัย/พฤติกรรมเสี่ยง	N (1,223)	เป็นโรคติดต่อ ทางเพศสัมพันธ์ n (%)	Crude OR (95% CI)	p-value
เคย	31	10 (32.3)	8.0 (3.6-17.7)	<0.001
เคยมีเพศสัมพันธ์กับหญิงหรือชายอื่น ในรอบปีที่ผ่านมา				
ไม่เคย	1143	63 (5.5)	1	
เคย	80	14 (17.5)	3.6 (1.9-6.8)	<0.001
เคยมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศ (เช่น พนักงานบริการทางเพศโดยตรง นักร้อง เด็กเสิร์ฟ นักเรียนหรือนักศึกษา ที่บริการทางเพศเพื่อหารายได้เสริม)				
ไม่เคย	1,190	65 (5.5)	1	
เคย	33	12 (36.4)	9.8 (4.7-21.0)	0.182
ความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์				
ตอบถูกทั้ง 5 ข้อ	229	10 (4.4)	1	
ตอบไม่ถูกต้องอย่างน้อย 1 ข้อ	994	67 (6.7)	1.6 (0.8-3.1)	0.002
การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์				
ไม่เสี่ยง	813	39 (4.8)	1	
เสี่ยง	410	38 (9.3)	2.0 (1.3-3.2)	0.383
เคยดื่มแอลกอฮอล์ในรอบปีที่ผ่านมา				
ไม่ดื่ม	454	25 (5.5)	1	
ดื่ม	769	52 (6.8)	1.2 (0.8-2.0)	

เมื่อนำไปวิเคราะห์เพื่อหาปัจจัยเสี่ยง โดยการคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่น ด้วยเทคนิค Unconditional multiple logistic regression พบปัจจัยที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ 3 ปัจจัย ได้แก่ เคยมีเพศสัมพันธ์กับแฟนในรอบปีที่ผ่านมา

(adjusted OR 2.2, 95% CI; 1.2-4.0) เคยมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศ (adjusted OR 6.7, 95% CI; 2.9-15.3) และการรับรู้ความเสียหายตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (adjusted OR 2.0, 95% CI; 1.2-3.2) (ดังตารางที่ 2)

ตารางที่ 2: ผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์เมื่อคำนึงถึงอิทธิพลของปัจจัยอื่น ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ด้วยเทคนิค Unconditional multiple logistic regression* ในกลุ่มเยาวชน จังหวัดยโสธร มิถุนายน - กรกฎาคม พ.ศ. 2562

ปัจจัย/พฤติกรรม	Crude OR	Adj OR	95% CI	p-value
- เคยมีเพศสัมพันธ์กับแฟนในรอบปีที่ผ่านมา	3.3	2.2	1.2-4.0	0.012
- เคยมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศ	9.8	6.7	2.9-15.3	<0.001
- การรับรู้ความเสียหายตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี	2.0	2.0	1.2-3.2	0.006

*Adjust all variables in table

สรุปและอภิปรายผล

ในการศึกษานี้ ได้มีการนำสมาร์ตโฟนมาใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ซึ่งมีลักษณะคล้ายคลึงกับการตอบแบบสอบถามที่เป็นกระดาษ อีกทั้ง ช่วยให้ ความมั่นใจกับผู้ตอบคำถามเรื่องการรักษาความลับ นอกจากนี้ ในด้านข้อคำถาม ผู้ตอบแบบสอบถามสามารถข้ามข้อคำถามที่ไม่เกี่ยวข้องหรือไม่มีส่วนจะต้องตอบข้อคำถามนั้นได้อย่างแม่นยำ และในการตอบข้อคำถามบางข้อ มีเงื่อนไขเชื่อมโยงระหว่างกัน การตอบในโปรแกรม ที่อยู่ในสมาร์ตโฟน จะทำให้ข้อมูลมีความถูกต้องมากกว่า ข้อมูลที่รวบรวมได้จึงมีคุณภาพดีกว่า การเก็บข้อมูลโดยแบบสอบถามที่เป็นกระดาษ ทั้งในด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และมีความแม่นยำในการสรุปและแปลผลการศึกษา^(4, 8)

จากผลการศึกษาสะท้อนให้เห็นว่าอัตรา ความชุกของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่ม เยาวชนในสถานศึกษาอยู่ในระดับที่สูง เมื่อเปรียบเทียบกับผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อ

เอชไอวีในกลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559⁽⁸⁾ ส่วนการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์น้อย ซึ่งสาเหตุที่สำคัญคือ การไม่ได้เตรียมไว้หรือหาไม่ทันและการไว้วางใจซึ่งกันและกัน นอกจากนี้การเข้าถึงการรับบริการในสถานพยาบาลของรัฐในเยาวชนที่มีอาการของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อยู่ในระดับต่ำ จากข้อมูลดังกล่าว อาจส่งผลต่อสถานการณ์การแพร่ระบาดของเอชไอวี และเอดส์ในอนาคต จนอาจส่งผลเป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายที่กำหนดไว้ในแผนยุทธศาสตร์ ยุติปัญหาเอดส์ (Ending AIDS) พ.ศ. 2560 – 2573⁽³⁾ ได้ ซึ่งโรคติดต่อทางสัมพันธ์กับเอชไอวีมีช่องทางการติดต่อเดียวกัน คือ ส่วนใหญ่ติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้มีการป้องกัน เยาวชนที่มีเพศสัมพันธ์กับแฟนด้วยและ มีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศ ซึ่งอาจเป็นพนักงานบริการทางเพศโดยตรง นักร้อง เด็กเสิร์ฟ นักเรียนหรือนักศึกษาที่ขายบริการทางเพศเพื่อหารายได้เสริม ถือได้ว่า

เยาวชนกลุ่มนี้เป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญในวงจรการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเชื้อเอชไอวี ปัจจัยที่ส่งผลโดยตรงต่อการแพร่ของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเชื้อเอชไอวี ได้แก่ พฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยที่ยังอยู่ในระดับต่ำ^(5, 8, 9) เยาวชนที่รับรู้ความเสี่ยงว่าตนเองเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี มีอัตราความชุกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่าคนที่รับรู้ความเสี่ยงว่าตนเองไม่เสี่ยง ซึ่งเยาวชนที่รับรู้ความเสี่ยงมักจะเป็นผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ทำให้มีโอกาสที่จะติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มคนที่รับรู้ความเสี่ยงว่าตนเองไม่มีความเสี่ยง ข้อมูลจากการประเมินการรับรู้ความเสี่ยงนี้ สามารถนำมาใช้วางแผนเพื่อปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มเยาวชนได้⁽¹⁰⁾ ซึ่งหน่วยงานสาธารณสุขและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น หน่วยงานที่เป็นสถานศึกษาควรมีการรณรงค์เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัย และการใช้ถุงยางอนามัยอย่างต่อเนื่องโดยเฉพาะกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษา

จุดเด่นและข้อจำกัดของการศึกษารังนี้

จุดเด่นของการศึกษารังนี้คือการใช้สมาร์ตโฟนในการเก็บรวบรวมข้อมูล ทำให้ข้อมูลมีคุณภาพสูงทั้งในด้านความถูกต้อง ครบถ้วน และมีความแม่นยำในการสรุปและแปลผล ส่วนข้อจำกัดของการศึกษารังนี้คือ ทำการศึกษาในกลุ่มเยาวชนในสถานศึกษาจังหวัดแห่งหนึ่งภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ซึ่งอาจมีบริบททางสังคมและวัฒนธรรมที่แตกต่างจากพื้นที่อื่น ดังนั้นหากมีการนำผลการศึกษาไปใช้ในกลุ่มอื่นหรือในพื้นที่อื่นจึงควรระมัดระวังในการประยุกต์ใช้ผลจากการศึกษารังนี้

ข้อเสนอแนะจากการวิจัย

1) บุคลากรด้านสาธารณสุขหรือเจ้าหน้าที่ผู้เกี่ยวข้องสามารถนำข้อมูลการเกิดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ไปทำนายโอกาสในการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในอนาคต และใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่ได้จากการศึกษารังนี้ ในการวางแผนการดำเนินงานเพื่อเฝ้าระวังโรค เฝ้าระวังพฤติกรรมเสี่ยง ตลอดจนใช้ในการดำเนินมาตรการ เพื่อป้องกันควบคุมโรค และประเมินผลการดำเนินงานในพื้นที่ได้

2) เยาวชนบางส่วนที่เคยมีเพศสัมพันธ์กับพนักงานบริการทางเพศ เช่น พนักงานบริการทางเพศโดยตรง นักร้อง เด็กเสิร์ฟ นักเรียนหรือนักศึกษาที่บริการทางเพศเพื่อหารายได้เสริม ยังเป็นกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญในวงจรการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นการดำเนินงานตามมาตรการถุงยางอนามัย 100 เปอร์เซ็นต์ยังคงต้องมีการดำเนินการต่อไปอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในกลุ่มพนักงานบริการทางเพศ

3) การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ ซึ่งมีปัจจัยหลายประการที่เกี่ยวข้อง การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเสี่ยงจึงควรมีการส่งเสริมในด้านอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องควบคู่กันไป เช่น การให้สุขศึกษา การส่งเสริมการเข้าถึงถุงยางอนามัย การเน้นให้กลุ่มเสี่ยงรับรู้ถึง ความเสี่ยงของตนเอง การจัดให้มีระบบบริการด้านสาธารณสุขที่เป็นมิตรเพื่อให้กลุ่มเสี่ยงเข้าถึงการตรวจรักษา ตลอดจนการส่งเสริมให้กลุ่มเยาวชนเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง

4) เนื่องจากพฤติกรรมที่เกี่ยวข้องกับเรื่องเพศและบริบทต่าง ๆ ในกลุ่มเยาวชนมีความแตกต่างกันไปในเยาวชนแต่ละกลุ่ม และในแต่ละภูมิภาค จึงควรมีการศึกษาเพิ่มเติมในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นเยาวชนนอกสถานศึกษา รวมทั้งในพื้นที่อื่น ๆ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณผู้บริหารและครูอาจารย์
ในสถานศึกษาต่าง ๆ ที่ให้ความร่วมมือ และอำนวยความสะดวกในการเก็บข้อมูล ขอขอบคุณ
กองระบาดวิทยาที่สนับสนุนเครื่องสาร์ทโฟนและ

โปรแกรมในการเก็บรวบรวมข้อมูล และขอขอบคุณ
นางสาวนริศรา อาริรักษ์ นักวิชาการสาธารณสุข
ชำนาญการ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร
ที่ช่วยให้ข้อเสนอแนะในการศึกษาวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. กองระบาดวิทยา รายงานการเฝ้าระวังโรค. สถานการณ์โรคหนองใน [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2562 [สืบค้นเมื่อ 2 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/boedb/surdata/index.php>
2. กลุ่มงานควบคุมโรคติดต่อ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. ผลการดำเนินงานเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ จังหวัดยโสธร รอบ 1/2562. เสนอที่สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร เมื่อวันที่ 6 มีนาคม 2562 (เอกสารไม่ตีพิมพ์เผยแพร่)
3. กองโรคเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2562 [สืบค้นเมื่อ 4 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://aidssti.ddc.moph.go.th/contents/download/2005>
4. ธนรักษ์ พลพัฒน์, สุเปีย จันทรมณี, สุรัสวดี ธีโนศวรรยวงศ์กูร, กิรติกันต์ กลัดสวัสดิ์, สุภาภรณ์ จิยะพันธ์, ธีรรัตน์ เขมมะสิริ และคณะ. แนวทางการเฝ้าระวังพฤติกรรมสุขภาพกลุ่มนักเรียนที่ใช้สาร์ทโฟน ตุลาคม 2559 (ฉบับแก้ไขปรับปรุง), พิมพ์ครั้งที่ 2, นนทบุรี: อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์: 2559.
5. เฉวตสร นามวาท และสุเปีย จันทรมณี. ผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย พ.ศ. 2554. นนทบุรี: สำนักงานระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข; 2554.
6. Cochran, W.G. Sampling Techniques. 3rd Edition, John Wiley & Sons, New York; 1977.
7. Hosmer DW, Lemeshow S. Applied logistic regression. 2nd ed. New York: John Wiley & Sons; 2000.
8. สุเปีย จันทรมณี และจิตติพงษ์ ยิ่งยง. รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มนักเรียน ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2559. [อินเทอร์เน็ต]. นนทบุรี; 2562 [สืบค้นเมื่อ 2 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://www.boe.moph.go.th/aids/Downloads/book/2560/รายงานผลการเฝ้าระวังพฤติกรรมที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี.pdf>
9. ไพโรจน์ จันทรมณี และสุเปีย จันทรมณี. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี และพฤติกรรมเสี่ยง ที่สัมพันธ์กับโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ในกลุ่มสาวประเภทสอง ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2557. รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์. 2559; 47: 33-41.
10. ถนอม นามวงศ์. การรับรู้ความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีกับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย. วารสารโรคเอดส์. 2561; 30(3): 147-153.

ผลการใช้โปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลอากาสนวน จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2562

Received: 15/10/2019, Accepted: 28/10/2019

นาวา ผานะวงศ์*

Abstract

The Results of Stigma and Discrimination Against HIV Infected People Reduction Program in Akatamnauy Hospital, Sakon Nakhon Province, 2019

Nava Phanawong*

*Akatamnauy Hospital, Sakon Nakhon Province, Ministry of Public Health, Thailand

The objectives of this research were to study situation, methods of solving problems, and to apply the solutions to reduce the stigma and discrimination related to HIV. The study was conducted during March - December 2019 and divided into 3 phases. Phase 1 aimed to study stigma and discrimination related to HIV-infected persons among 205 service-related staff and 124 HIV-infected persons attending ARV clinic at Akatamnauy hospital. Data collection instrument was a questionnaire developed by the Department of Disease Control, Ministry of Public Health. Data were collected using smart phones or other electronic devices. Analysis of data was performed using frequency and percentages through the Redcap program. Phase 2 studied how to solve stigma and discrimination by using a training workshop program to promote health service facility without a stigma and discrimination related to HIV among 205 staff. Phase 3 was an intervention comprising of activities derived from session 4 and 5 of the training workshop and was implemented to improve services.

This report is an interim result of the study comprising of phase 1, 2 and planning and early implementation of phase 3. Results of Phase 1 showed that 61.64% of hospital staff concerned about being infected with HIV from service provision, 87.86% had negative attitude, 66.14% observed more protection than usual in other staff while providing services, and 20.51% observed others' discrimination practice during service. Among the HIV-infected people who received services in ARV clinic during the past 12 months, proportion of them reported facing with the following events which related to their HIV-infected status (events could occur at the hospital or any other health facility), 22.58% experienced discrimination while receiving service, 37.10% decided not go to hospital or health facility due to self-stigma, 17.21% had been exposed to disclosure of their confidentiality, and 7.56% had been stigmatized and discriminated with subject related to pregnancy and reproductive health. Results from Phase 2 and phase 3 of the study indicated that implementation of the health promotion program without stigma and discrimination in the health care service unit for training of staff had make participants felt that if the same situation happens to them they would not be satisfied and feel devalued. Such phenomenon might affect service provider and organization might be subjected to complaints. Therefore it is necessary for the hospital to develop joint solutions. Policy to reduce stigma and discriminate should be communicated. Complicated issues should be managed using guidelines and agreements which were

developed together. Such guidelines and agreement should be raised up as an agenda for the leading team meeting to discuss and come up with consensus and direct to implementation. As for the issues that need budget for implementation in the long term, it was proposed for budget in the action plan of 2020 fiscal year.

Keywords: Reducing stigma and discrimination against people with HIV

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสภาพปัญหา วิธีการแก้ไขปัญหาและนำวิธีการแก้ไขปัญหามาใช้ในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี การดำเนินการวิจัยดำเนินการในช่วง มีนาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2562 แบ่งเป็น 3 ระยะ ระยะที่ 1 สำรวจข้อมูลพื้นฐาน (Baseline) โดยการศึกษาสภาพปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ด้วยการสำรวจในกลุ่มตัวอย่างเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการ จำนวน 205 คน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในคลินิก ARV โรงพยาบาลอากาศอานวย จำนวน 124 คน เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นแบบสอบถามของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข จัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Smart Phone หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น วิเคราะห์ความถี่และร้อยละ ผ่านโปรแกรม Redcap ระยะที่ 2 ศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหาลดการตีตราและเลือกปฏิบัติโดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการในโรงพยาบาลอากาศอานวย จำนวน 205 คน ระยะที่ 3 นำไปใช้ในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยนำผลจากกิจกรรมที่ 4-5 ไปปรับปรุงงานสู่การปฏิบัติ

การนำเสนอรายงานฉบับนี้ เป็นการนำเสนอผลการวิจัยในระยะที่ 1, 2, การวางแผนและการดำเนินงานช่วงต้นในระยะที่ 3 ผลการวิจัยระยะที่ 1 พบว่า เจ้าหน้าที่มีสัดส่วนผู้ที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ ร้อยละ 61.64 สัดส่วนผู้ที่มีความคิดเชิงลบ ร้อยละ 87.86 สัดส่วนการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการ ร้อยละ 66.14 และสัดส่วนการสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการ ร้อยละ 20.51 ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในคลินิก ARV ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จากข้อคำถามที่ว่าเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านเพราะว่าท่านเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (เกิดขึ้นที่สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลใดก็ตาม) พบว่า สัดส่วนการเคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติ ระหว่างการรับบริการ ร้อยละ 22.58 สัดส่วนการเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเอง ร้อยละ 37.10 สัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เคยถูกเปิดเผยสถานภาพความลับ ร้อยละ 17.21 สัดส่วนเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 7.56 ผลการศึกษาระยะที่ 2 และระยะที่ 3 พบว่า จากการนำโปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในหน่วยบริการมาใช้ในการอบรมเจ้าหน้าที่ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่าถ้าเหตุการณ์เกิดกับตนเองคงไม่พึงพอใจและรู้สึกด้อยค่า อาจมีผลกระทบต่อผู้ให้บริการ และองค์กรอาจถูกร้องเรียน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีความร่วมมือกัน จัดให้มีการสื่อสารนโยบายในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ จัดการแก้ไขปัญหายุ่่งยากโดยมีแนวทางและข้อตกลงร่วมกัน นำเข้าสู่การประชุมของที่มีนำคุณภาพโรงพยาบาลเพื่อลงมติรับรองออกแนวทางปฏิบัติ ส่วนประเด็นที่ต้องใช้งบประมาณในการแก้ไขระยะยาวได้บรรจุในแผนปฏิบัติการ ปีงบประมาณ 2563

คำสำคัญ: ลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บทนำ

ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ได้กำหนดวิสัยทัศน์ คือ “การร่วมยุติปัญหาเอดส์ภายในปี พ.ศ. 2573 ที่คำนึงถึงหลักการสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคระหว่างเพศ” มีเป้าหมาย 3 ประเด็นคือ 1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย 2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และ 3) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลง ร้อยละ 90⁽¹⁾ อย่างไรก็ตาม ในหน่วยบริการสุขภาพของประเทศไทยยังคงมีอุปสรรคที่สำคัญอย่างยิ่งต่อการจัดการให้การแก้ไขปัญหาเอดส์ประสบผลสำเร็จ อุปสรรคดังกล่าวได้แก่ ปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อ การเข้ารับ การตรวจเลือด การติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสถานการติดเชื้อเอชไอวี การแสวงหาการรักษา การเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส และการคงอยู่ในระบบการรักษา นอกจากนี้ ปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติยังมีผลเสียต่อการเข้าถึงกลุ่มผู้ที่มีความเปราะบางหรือความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมักจะถูกตีตราซ้ำซ้อน เนื่องจากมีสถานะอื่น ๆ ด้วย เช่น มีความหลากหลายทางเพศ หรือใช้สารเสพติด เป็นต้น งานวิจัยของ อภิญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์ และคณะ⁽²⁾ พบว่าหากต้องการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ตามเป้าหมาย จำเป็นต้องลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งเป็นรากเหง้า (Root Cause) ของปัญหาในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งถือเป็นปัญหาและอุปสรรคสำคัญต่อการจัดการและการยุติปัญหาเอดส์ อีกส่วนหนึ่งของปัญหาที่เป็นอุปสรรคต่อการบรรลุเป้าหมายยุติปัญหาเอดส์ คือเรื่องการจัดสภาพแวดล้อมที่ปลอดภัยสำหรับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี

จากงานวิจัยของ สุรัตน์ดา มอโทะและดวงใจ นุ่นสวัสดิ์⁽³⁾ พบว่า ระบบการบริการยังไม่เป็น One Stop Service ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่กล้ามาตรวจอาย เกิดความกดดัน ความเครียด จึงหลบซ่อน ปกปิดอยู่ในชุมชน และเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานให้บริการไม่ครอบคลุมสภาพปัญหาของผู้ป่วยและไม่ต่อเนื่องถึงระดับชุมชน ส่งผลให้ครอบครัวของผู้ป่วย/ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงตัวผู้ติดเชื้อ ๆ รายใหม่ ไม่แน่ใจที่จะเปิดเผยตัวในชุมชนของตน ทำให้ขาดความรู้ความเข้าใจในการดูแลสุขภาพของตนเองที่บ้าน ต้องหลบซ่อนในการกินยา ทำให้การกินยาขาดความต่อเนื่องไม่ตรงเวลา เกิดการตี้อยาและมีการแทรกซ้อนจนต้องเปลี่ยนสูตรยาที่สูงขึ้น และพบโรคติดเชื้อฉวยโอกาสแทรกซ้อน จะเห็นว่าแม้จะเป็นที่รับรู้ว่าคุณติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์หากได้รับยาต้านไวรัสจะสามารถใช้ชีวิตได้เหมือนคนทั่วไป แต่สังคมไทยยังคงหวาดกลัวด้วยอคติที่ยังแฝงฝัง “การตีตรา – เลือกปฏิบัติ”

โรงพยาบาลอากาศอำนวยเป็นโรงพยาบาลของรัฐที่ให้บริการด้านสุขภาพแก่ประชาชนทั่วไป และมีการเปิดบริการคลินิกให้ยาต้านไวรัส (ARV) มาเป็นเวลานาน จากข้อมูลสรุปผลงานเอดส์ยาเสพติดและจิตเวชประจำปี 2561⁽⁴⁾ พบว่ายังคงมีผู้ป่วยรายใหม่ ที่มีค่า $CD4 < 100 \text{ cell/mm}^3$ ขณะเริ่มรักษาด้วยยาต้านไวรัสอยู่ในเกณฑ์ที่สูง ในระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2560 คิดเป็นร้อยละ 33.33, 56.52 และ 35.29 ตามลำดับ ซึ่งสูงกว่าเกณฑ์กำหนดไว้คือ $< 30\%$ นอกจากนี้ ยังพบว่าอัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ก่อนรับยาต้านไวรัส ในระหว่างปี พ.ศ. 2558 - 2560 คิดเป็นร้อยละ 0.47, 1.34 และ 1.25 ตามลำดับ และในปี พ.ศ. 2558 - 2559 พบว่ามีกลุ่มประชากรชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM)

และเยาวชนที่ตรวจพบว่าติดเชื้อโดยไม่มีพ่อ-แม่ รับทราบผล ปีละ 2 คน ผู้ป่วยปฏิเสธการรักษา เกิดความรู้สึกมีมลทิน เป็นตราบาปภายในจิตใจ และมี MSM 1 คู่ ขอย้ายไปรักษาที่โรงพยาบาลอื่น เพราะกลัวการเปิดเผยสภาพการติดเชื้อต่อคน ในครอบครัวหรือบุคคลอื่นที่มาจากบ้านเดียวกัน เนื่องจากกลัวผู้อื่นและสังคมรังเกียจ ดังนั้นโรงพยาบาล อากาศอำนวย จึงจัดทำการศึกษาวิจัยเรื่องผลการใช้ โปรแกรมลดการติดยาและการเลือกปฏิบัติกับ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลอากาศอำนวย ปี พ.ศ. 2562 ขึ้น

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาสภาพปัญหาการติดยาและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหาลดการติดยาและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
3. เพื่อนำวิธีการแก้ไขปัญหามาใช้ในการลดการติดยาและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ขอบเขตการศึกษา

ประชากร ในการศึกษาครั้งนี้ คือ 1) เจ้าหน้าที่ โรงพยาบาลอากาศอำนวยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการ 2) ผู้รับบริการในคลินิก ARV โรงพยาบาล อากาศอำนวย ระยะเวลาในการศึกษาตั้งแต่เดือน มีนาคม - ธันวาคม พ.ศ. 2562

ข้อพิจารณาด้านจริยธรรม

การศึกษานี้ผู้วิจัยได้รับการพิจารณา เห็นชอบจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรม การวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN 2019-002

วัสดุและวิธีการศึกษา

การวิจัยนี้เป็นการวิจัยเชิงปฏิบัติการ (Action Research) ผู้วิจัยจำแนกการวิจัยเป็น 3 ระยะ ดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาการติดยา และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1. ขั้นตอนการ ผู้วิจัย เสนอผู้บริหารและ ประชุมทีมวิจัย ทีมวิจัยศึกษาโปรแกรมการลดการติดยา และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีและ ชี้แจงขั้นตอนการวิจัยจนเข้าใจ และกำหนดบทบาท หน้าที่ทีมวิจัย มอบหมายหน้าที่ให้บุคคลในทีมวิจัย

2. ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

2.1 เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการ จำนวน 275 คน ผู้วิจัยคัดเลือกเจ้าหน้าที่ ที่ให้บริการสุขภาพหรือให้การดูแลรักษาเอชไอวี ทั้งบุคลากรทางการแพทย์และบุคลากรสนับสนุน ด้านอื่น ๆ ที่ไม่ใช่ทางการแพทย์ จำนวน 205 คน เข้าสู่การศึกษาวิจัย

2.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในคลินิก ARV โรงพยาบาลอากาศอำนวย จำนวน 212 คน ผู้วิจัยได้คัดเลือกขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้สูตร คำนวณขนาดตัวอย่างตามงานวิจัยของศูนย์อำนวยการ บริหารจัดการปัญหาเอดส์แห่งชาติ (พ.ศ. 2560) ได้กลุ่มตัวอย่าง จำนวน 124 คน สุ่มตัวอย่าง ตามความน่าจะเป็นโดยสุ่มตัวอย่างแบบง่าย ด้วยวิธี จับสลากแบบคืนที่

2.3 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยใช้แบบสอบถามของกรมควบคุมโรค กระทรวง สาธารณสุข ในการสำรวจการติดยาและการเลือก ปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี ในสถานบริการสุขภาพ จัดเก็บข้อมูลจากเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการและผู้รับ บริการคลินิกด้านไวรัส ที่เป็นกลุ่มตัวอย่าง

โดยใช้ Smart Phone หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น
ในขั้นตอนการวิเคราะห์สภาพปัญหาการตีตรา
และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ใช้การวิเคราะห์ความถี่ร้อยละและค่าเฉลี่ย
ผ่านโปรแกรม Redcap ของกองโรคเอดส์และโรคติดต่อ
ทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข

ระยะที่ 2 การศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหาคือ
การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหาคือการตีตรา
และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้
โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจาก
การตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁵⁾
โดยผู้วิจัยได้เข้าร่วมในการอบรมพัฒนาศักยภาพ
บุคลากรเรื่องการพัฒนาคุณภาพบริการในสถาน
บริการสุขภาพเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ
ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ผู้วิจัยได้นำ
หลักสูตรดังกล่าวมาจัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่
เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการใน
โรงพยาบาลอากาศอานวย จำนวน 205 คน โดยแบ่งเป็น
4 รุ่น รุ่นละ 50 - 52 คน รายละเอียดของการอบรม
เชิงปฏิบัติการประกอบด้วย 5 กิจกรรม ได้แก่
กิจกรรมที่ 1 “ใช่! เรากำลังตีตราและเราต้องเปลี่ยน”
กิจกรรมที่ 2 “เกมส์คำหยาบ” กิจกรรมที่ 3
“Universal Precaution” (UP) กิจกรรมที่ 4
การเฝ้าระวังการตีตราและเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาล
และ กิจกรรมที่ 5 แนวปฏิบัติหรือแนวทางแก้ไข

ระยะที่ 3 การดำเนินการลดการตีตราและ
เลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1. ขั้นเตรียมการนำโปรแกรมไปใช้ ประกอบด้วย
การประชุมชี้แจงทีมวิจัยจนบุคลากรในทีมวิจัย
มีความเข้าใจในแนวทางการดำเนินการลดการตีตรา
และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ และร่วมกัน

กำหนดบทบาทหน้าที่และกิจกรรมให้ทีมวิจัย
เตรียมดำเนินการ

2. ขั้นนำโปรแกรมไปใช้โดยกำหนดตาราง
ดำเนินการร่วมกัน

3. ขั้นนำผลการสังเกต การซักถาม
แผนปฏิบัติการที่ได้จากกิจกรรมที่ 4-5 ในการอบรม
เชิงปฏิบัติการ และนำไปปรับปรุงงานสู่การปฏิบัติ

ผลการศึกษา

การนำเสนอผลการศึกษาในรายงานฉบับนี้
เป็นการนำเสนอผลการดำเนินงานวิจัยที่ได้ดำเนินการ
แล้วเสร็จในระยะที่ 1, 2 การวางแผนและการดำเนิน
งานช่วงต้นในระยะที่ 3 ซึ่งดำเนินการจนถึงเดือน
กันยายน พ.ศ. 2562 หลังจากนั้นจะได้มีการประเมิน
ผลโครงการวิจัยในภาพรวมเมื่อโครงการเสร็จ
สมบูรณ์ ผลการศึกษาในแต่ละระยะมีดังนี้

ระยะที่ 1 การศึกษาสภาพปัญหาการตีตรา
และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ผลการศึกษา โดยการสำรวจในประชากร
กลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม มีดังนี้

กลุ่มที่ 1 เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการ
ให้บริการในโรงพยาบาลอากาศอานวย

ผลการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน (Baseline
Survey) พบว่า สัดส่วนของเจ้าหน้าที่ที่กังวลว่าจะ
ติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์ในข้อใดข้อหนึ่ง มีจำนวน 98 ราย
(ร้อยละ 61.64) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 159 ราย
ในด้านทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ พบว่า
มีสัดส่วนผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/
ผู้ป่วยเอดส์ในข้อใดข้อหนึ่ง จำนวน 181 ราย
(ร้อยละ 87.86) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 206 ราย
สัดส่วนของเจ้าหน้าที่ที่มีการป้องกันตัวเองมากกว่า

ปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในข้อใดข้อหนึ่ง จำนวน 84 ราย (ร้อยละ 66.14) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 127 ราย สำหรับการสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา พบว่ามีสัดส่วนเจ้าหน้าที่ผู้สังเกตเห็น (ในข้อใดข้อหนึ่ง) การเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา จำนวน 32 ราย (ร้อยละ 20.51) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 156 ราย

กลุ่มที่ 2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในคลินิก ARV โรงพยาบาลอากาศอำนวย

ผลการสำรวจข้อมูลพื้นฐาน (Baseline Survey) พบว่า จากหมวดคำถามดัชนีชี้วัดรวมผลการติดตามและเลือกปฏิบัติ โดยใช้แบบสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวี กำหนดกรอบเวลาในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ก่อนการตอบแบบสอบถาม ว่ามีเหตุการณ์ต่อไปนี้อยู่กับผู้ที่ติดเชื้อที่ตอบแบบสอบถาม โดยเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นนั้น มีส่วนเกี่ยวข้องกับการที่ผู้ตอบแบบสอบถามเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี เหตุการณ์นั้นอาจเกิดขึ้นที่สถานบริการสุขภาพ หรือโรงพยาบาลใดก็ตาม ดังนี้ 1) การมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ตอบแบบสอบถามว่ามีประสบการณ์ดังกล่าว จำนวน 28 ราย (ร้อยละ 22.58) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 124 ราย 2) การเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการติดตามตนเอง ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ตอบแบบสอบถามว่ามีประสบการณ์ดังกล่าว จำนวน 46 ราย (ร้อยละ 37.10) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 124 ราย 3) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เคยถูกเปิดเผยสถานภาพ

ความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีผู้ตอบแบบสอบถามว่ามีประสบการณ์ดังกล่าว จำนวน 21 ราย (ร้อยละ 17.21) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 122 ราย และ 4) ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ มีผู้ตอบแบบสอบถามว่ามีประสบการณ์ดังกล่าว จำนวน 9 ราย (ร้อยละ 7.56) จากผู้ตอบแบบสอบถาม 119 ราย

ระยะที่ 2 การศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ศึกษาวิธีการแก้ไขปัญหการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁴⁾ จัดอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการผู้ป่วยในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จำนวน 205 คน โดยแบ่งเป็น 4 รุ่น ในแต่ละรุ่น ผู้เข้ารับการอบรมเข้าร่วมกิจกรรมต่าง ๆ และมีผล ดังนี้

กิจกรรมที่ 1 “ใช่! เรากำลังตีตราและเราต้องเปลี่ยน”

1.1 กิจกรรมอภิปรายภาพ จากรูปภาพผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันอภิปราย เสนอความเห็น ว่าผู้รับบริการแสดงออกหรือรู้สึกอย่างไร การกระทำต่าง ๆ นั้นเกิดขึ้นมาจากสาเหตุอะไร หรือทำไม ผู้ให้บริการสุขภาพจึงกระทำเช่นนั้น ๆ ผู้เข้ารับการอบรมจะร่วมกันให้ความเห็นโดยการเสนอสาเหตุและนำรูปภาพวางลงในตำแหน่งที่ตรงกับความเห็นจะสังเกตเห็นบางรูปภาพมีการจับวางลงในหลายตำแหน่ง และบางรูปภาพมีการให้ความเห็นต่างกันไป รวมถึงบอกว่าสามารถวางได้หลายตำแหน่ง (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: ผลจากการอภิปรายภาพจากรูปภาพในกิจกรรมที่ 1 และความเห็นเกี่ยวกับสาเหตุ การกระทำ และรูปแบบของการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Stigma & Discrimination; S&D) การอบรมเชิงปฏิบัติการ แก่เจ้าหน้าที่ โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีโรงพยาบาลอากาศอำนวย มีนาคม - กันยายน พ.ศ. 2562

รูปภาพ/ทำไมจึงกระทำแบบนี้	เห็นการกระทำอะไรที่เป็นการตีตราจากภาพ/ รูปแบบ S&D เป็นแบบใด
	<u>คำอธิบายภาพ</u> พยาบาลที่นั่งโต๊ะบอกให้ผู้รับบริการรอคิวสุดท้าย ส่วนผู้รับบริการพยายามชี้แจงว่าเธอมาคนแรกของคิว <u>รูปแบบ S&D</u> เป็นการเลือกปฏิบัติ (การจัดคิวสุดท้าย)
กังวลกลัวการติดเชื้อเอชไอวี	
	<u>คำอธิบายภาพ</u> มีเตียงสองเตียง โดยเตียงหนึ่งมีติดป้าย เอชไอวีไว้บนหัวเตียงส่วนอีกเตียงไม่มี <u>รูปแบบ S&D</u> เป็นการแบ่งแยกเลือกปฏิบัติ
กังวลกลัวการติดเชื้อเอชไอวีและ/หรือสิ่งแฉะล้น	

ตารางที่ 1: ผลจากการอภิปรายภาพจากรูปภาพในกิจกรรมที่ 1 และความเห็นเกี่ยวกับสาเหตุ การกระทำ และรูปแบบของการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Stigma & Discrimination; S&D) การอบรมเชิงปฏิบัติการ แก่เจ้าหน้าที่ โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ เอชไอวีโรงพยาบาลอาภากราคำอำนวย มีนาคม - กันยายน พ.ศ. 2562 (ต่อ)

รูปภาพ/ทำไมจึงกระทำแบบนี้	เห็นการกระทำอะไรที่เป็นการตีตราจากภาพ/ รูปแบบ S&D เป็นแบบใด
	<u>คำอธิบายภาพ</u> ผู้ชายสองคน คนแรกบอกให้ผู้ชายคนที่นั่ง เสร้าว่า “ไปโรงพยาบาลมึง เอ็งจะมีชีวิตแล้ว” แต่อีกคนตอบว่ากลัวคนอื่นจะรู้ <u>รูปแบบ S&D</u> การตีตราตนเอง
กังวลกลัวการติดเชื้อเอชไอวี และ/หรือ ทัศนคติสังคมในเชิงเหมารวม สรุป ตัดสินตำหนิ	
	<u>คำอธิบายภาพ</u> พยาบาลบอกผู้รับบริการว่ามีเชื้อเอชไอวี และแนะนำให้ทำหมันเพราะสงสารเด็ก (กลัวเด็กติดเชื้อ เอชไอวีจากแม่ กลัวเด็กเป็นกำพร้า) ส่วนผู้รับบริการ มีสีหน้าเศร้า <u>รูปแบบ S&D</u> การไม่เคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการ โดยบอกให้ผู้รับบริการทำหมัน (ผู้หญิงที่มีเชื้อเอชไอวี ไม่ควรมีลูก) แต่มีผู้เข้ารับการอบรมหลายคนขอให้ไปวาง ที่ไม่เข้าใจ ไม่ตระหนัก ไม่รู้
ทัศนคติสังคมในเชิงเหมารวม	

จากกิจกรรมที่ 1 ในการวางรูปภาพ ทำให้ผู้เข้าอบรมเห็นการกระทำในแบบต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการใช้สีหน้าท่าทางแสดงการรังเกียจ การใช้คำพูดและการแสดงสีหน้าท่าทาง ซุบซิบ นินทา การเปิดเผยข้อมูล การจัดเป็นคิวสุดท้าย ป้ายข้อความ การปฏิเสธบริการ ฯลฯ การกระทำเหล่านี้เป็นรูปแบบของการตีตรา และทำให้เข้าใจว่า แบบใดเป็น “การตีตรารายนอก” “การตีตราตัวเอง” หรือ “ตีตราข้ามช้อน”

1.2. กิจกรรมการชมมิวสิควิดีโอ “เรื่องจริงที่ (อ)ยากบอก”

ก่อนชมมิวสิควิดีโอ ผู้เข้ารับการอบรมได้รับคำถามเพื่อให้ร่วมกันเสนอความคิด คำถามได้แก่ “ถ้าเรามีเชื้อเอชไอวีเราจะบอกใคร” “เรามีคนที่จะบอกว่าเราติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่” พบว่า คำตอบคือจะบอก โดยเฉพาะคนที่ไว้ใจและใกล้ชิด เพราะจะได้ป้องกันการถ่ายทอดเชื้อฯ หลังจากนั้น ผู้เข้ารับการอบรมได้ชมมิวสิควิดีโอ จากการสังเกตปฏิกิริยาของผู้เข้า

อบรมระหว่างที่รับชมมิวสิกวิดีโอมีการขูขบิบ ว่าเจอบ่อย ๆ บางคนติดเชื่อแล้วไม่บอกคนอื่น แล้วก็ไปแต่งงาน ถ่ายทอดเชื้อฯ ไปเรื่อย ๆ หลังชมมิวสิกวิดีโอจบ “ผู้หญิงใน MV อยากบอกแฟนว่าติดเชื่อเอชไอวีหรือไม่” และ “เพราะอะไรถึงอยากจะบอก” ผู้เข้ารับการอบรมหลายคนบอกว่า “เห็นใจแต่เห็นผู้หญิงมีการป้องกันที่ดี มีวินัยในการกินยาและป้องกันเพิ่มเติมโดยการใช้ถุงยางอนามัย” หลังชมวิดีโอบางคนสะท้อนความรู้สึกรู้สึกว่า เรามีเหตุผลหลายอย่างที่บอกกันที่ไม่ได้

กิจกรรมที่ 2 “เกมส์ตำหนิ” ผู้เข้ารับการอบรมร่วมกันระดมคำเรียกกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและกลุ่มประชากรหลัก ที่คนในสังคมใช้ โดยเขียนบนกระดาษฟลิปชาร์ต พบว่ามีคำพูดที่เสียดแทงหลากหลาย และให้ใส่สีแดงในคำที่คิดว่ารุนแรงที่สุดของแต่ละกลุ่มที่ไม่อยากให้มีการกล่าวขานด้วยคำพูดเหล่านี้ ยกตัวอย่าง

1. ผู้มีเชื้อเอชไอวี คำเรียกที่พบ เช่น ผู้ติดเชื้อคนไข้เอดส์ คนไข้ UP คนไข้ ID HIP คนไข้ฟีนาวาเด็ก NBF คนไข้เลือด+ ห้องเบอร์ 15 กลุ่มตรวจสอบภายใน ARV VIP*** B24 HIV ตัวเชื้อโรค ตัวแพร่เชื้อ Precaution เลือดบวก อีตอก UP ส้าสอน มั่วดอกทอง สามบวก ล้ายอง สังคมรังเกียจ คนของสังคม พวกฮิป สาวชายตัว

2. กลุ่มหลากหลายทางเพศ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และ สาวประเภทสอง คำเรียกที่พบ เช่น กะเทยประเทือง ตูด เก้ง กวาง เกย์ สาวสองเต๋อย แก๊งนางฟ้า ทอม ดี เลส LB แต่ว ชะนี กะเทยหัวโปก Lady-boy Lady-girl อีตอก หญิง Top-bottom คิง-ควีน อีแอบ คุณแม่นางงามสายเหลือง ตีฉิ่ง บันเตาะเก้ เล่นสวาท เล่นเพื่อน รักต่างเพศ

คนข้ามเพศ เพศที่สาม พวกวิปริตทางเพศ เบี่ยงเบนทางเพศ

3. พนักงานบริการ คำเรียกที่พบ เช่น สาวไซด์ไลน์ เพื่อนคลายเหงา เด็กออฟ เด็กเสีย เด็กปามิตะ เด็กส่งนมลงอ่าง เด็ก X อีคอมเขี้ยว อีคอมแดง นางโลม แม่จ้าง กะหรี่ แม่เล้า สาวเสิร์ฟ สาวโรงเต๋ยม ไก่ตาฟาง ล้ายอง เด็กร้าน

4. แรงงานข้ามชาติ คำเรียกที่พบ เช่น สาวลาว อีลาว อีนางสาวลาวได้นิโกร ฝรั่งเศสกัน อีหล้าสาวคาราโอเกะงามเมือง ต่างด้าวเขมร สาวฝั่งซ้ายสาวฝั่งขวา คนนอก คำแรงงาน สาวญวน โรตีสวนกลุ่มน้อย

5. ผู้ใช้สารเสพติดชนิดฉีด คำเรียกที่พบ เช่น ซี้ยา ชั่ว เลว ขยะสังคม ไร้สาระ เกเร สังคมรังเกียจ เศษวะ เข้มเกสซ์ น้ำพุ ขอมบี้ มั่วสุ่ม พี่ยา ฉีม่วงเล่นยา มั่วยา ใบมีดโกน เด็กฟู้ปู ติดยา วัดพุทธบาท น้ำพุ เदनรก เด็กดินยา

กิจกรรมที่ 3 Universal Precaution; UP เป็นการคืนข้อมูลผลการสำรวจ ตามที่โรงพยาบาลได้เก็บข้อมูลสำรวจการติตราและเลือกปฏิบัติเพื่อดูว่าสถานการณ์นี้ของโรงพยาบาลอาภากรอานวย ดังนี้ 1) สัดส่วนผู้ที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ข้อใดข้อหนึ่ง พบว่ามี ร้อยละ 61.64 และ 2) สัดส่วนผู้ที่มีการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี ฯ ในข้อใดข้อหนึ่ง พบว่า มีร้อยละ 66.14

จากการแบ่งกลุ่มดูรูปภาพและชวนพิจารณาความ “เสี่ยง” “ไม่เสี่ยง” “ไม่แน่ใจ” พบว่ามีบางภาพที่สรุปไม่ได้ ยังมีประเด็นถกกันว่าควรให้บริการตามรูปภาพทำให้เกิดโอกาสหรือความเสี่ยง

ในการได้รับถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีหรือไม่อย่างไร ผู้ดำเนินกระบวนการอธิบายหลักการประเมินความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ (Quantity, Quality, Route; QQR) และหลักการ UP และชวนพิจารณารูปภาพที่ยังมีประเด็นถกกัน พิจารณาความ “เสี่ยง” “ไม่เสี่ยง” โดยอภิปรายตามหลัก UP และหลักการ QQR ทำให้กลุ่มยอมรับการประเมินความเสี่ยงในแต่ละรูปภาพร่วมกันได้ (เป็นการชวนให้วิเคราะห์ความเสี่ยงได้ถูกต้องขึ้น) และเมื่อใช้คำถามแลกเปลี่ยนด้วยภาพพยาบาลที่นั่งโต๊ะหน้าห้องตรวจทันตกรรม บอกให้ผู้รับบริการรอคิวสุดท้าย ส่วนผู้รับบริการพยายามชี้แจงว่าเธอมาคนแรกของคิวผู้เข้ารับการอบรม ผู้เข้ารับการอบรมสรุปได้ว่า การจัดคิวสุดท้ายไม่ได้ช่วยลดความเสี่ยงของการรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เพราะเราปฏิบัติกับคนที่เรารู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี

เท่านั้น แต่ผู้ให้บริการไม่สามารถรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของทุกคนได้ ดังนั้นการป้องกันตามหลัก UP จะช่วยป้องกันการรับและแพร่เชื้อได้อย่างแท้จริง การจัดคิวสุดท้ายยังเป็นรูปแบบหนึ่งของการละเมิดสิทธิของผู้รับบริการด้วย

กิจกรรมที่ 4 การเอ่ยเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติในโรงพยาบาล

กิจกรรมที่ 5 แนวปฏิบัติหรือแนวทางการแก้ไข ทั้ง 2 กิจกรรมผู้เข้าร่วมอบรมร่วมกันระดมความเห็น วิเคราะห์รูปแบบการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นในโรงพยาบาลและระบุถึงผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้รับบริการ/ผู้ให้บริการ หน่วยหรือระบบบริการ พร้อมทั้งได้ช่วยกันเสนอแนวปฏิบัติหรือแนวทางการแก้ไข ตามรูปแบบการตีตรา สาเหตุ (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2: ผลจากการระดมสมอง ในกิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5 เรื่องรูปแบบการตีตรา สาเหตุ แนวทางแก้ไข และผู้เกี่ยวข้อง การอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่ โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลอากาศอำนวย มีนาคม - กันยายน พ.ศ. 2562

รูปแบบการตีตรา	สาเหตุ	แนวทางการแก้ไข	ผู้เกี่ยวข้อง
1. การแสดงสัญลักษณ์ด้วยการติดป้ายหน้าห้อง, มีแฟ้มพิเศษหรือการประทับตรา P ในแบบบันทึกผู้ป่วยนอก	สื่อสารในทีมให้ทราบตรงกัน	- การส่งแบบบันทึกผู้ป่วยนอก (OPD) ต้องเป็น จนท. เท่านั้น - ในกรณีเข้าห้องตรวจให้ผู้ป่วยถือแบบบันทึกผู้ป่วยนอกเข้าพบแพทย์เท่านั้น - การทำสัญลักษณ์ ควรให้ผ่านที่ประชุมทีมนำทางคลินิกก่อน และชี้แจงแนวทางปฏิบัติ	- ห้องให้คำปรึกษา - ทีมคลินิกยาต้านไวรัส ARV - ห้องบัตร - หอผู้ป่วยใน

ตารางที่ 2: ผลจากการระดมสมอง ในกิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5 เรื่องรูปแบบการตีตรา สาเหตุ แนวทางแก้ไข และผู้เกี่ยวข้อง การอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่ โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพ ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลอากาศอำนวย มีนาคม - กันยายน พ.ศ. 2562 (ต่อ)

รูปแบบการตีตรา	สาเหตุ	แนวทางการแก้ไข	ผู้เกี่ยวข้อง
2. มีคลินิกบ่งบอกเฉพาะโรค, มีเจ้าหน้าที่รับผิดชอบรายโรค	- ใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค - มีการรับรู้เฉพาะกลุ่ม	- ระบบ One Stop Service ที่คลินิกแบบเดิมดีแล้วควรให้ข้อมูล/คำแนะนำ แก่ผู้รับบริการ/จนท. จุดอื่น ๆ	- ทีมนำทางคลินิก
3. การชักประวัติผู้ป่วยในที่เปิดเผยและใช้วิธีการที่เปิดเผย	- ข้อจำกัดของสถานที่ - การจัดสิ่งแวดล้อม - ขาดทักษะ/ศิลป์ในการชักประวัติ	1. ในการชักประวัติจัดให้มีระยะห่างพอสมควร และระมัดระวังเรื่องน้ำเสียงคำพูด 2. จัดการอบรมเพื่อเพิ่มสมรรถนะเพื่อการให้บริการเฉพาะ ทั้งกรณีทั่วไปและกลุ่มเฉพาะ/เสี่ยง	- ทีมพัฒนาศูนย์บริการ - ทีมคลินิกยาต้านไวรัส ARV - ตัวแทนประจำตึก/จุดบริการ
4. ความไม่ตระหนัก/ไม่รู้	- พฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสมทั้งคำพูด สีหน้า ท่าทาง	- จนท.ปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ - อบรมจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และพฤติกรรมบริการ	- ทีมพัฒนาศูนย์บริการ - ทีมนำทางคลินิก
	- ขาดความรู้เรื่อง HIV/AIDS - หลักร UP ที่ถูกต้อง	- เพิ่มความรู้การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ - เพิ่มความรู้ เรื่อง UP จัดอบรมเรื่องลดการตีตรา ปีละ 1 ครั้ง	- ทีมนำทางคลินิก - ทีมควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล

ตารางที่ 2: ผลจากการระดมสมอง ในกิจกรรมที่ 4 และกิจกรรมที่ 5 เรื่องรูปแบบการตีตรา สาเหตุ แนวทางแก้ไข และผู้เกี่ยวข้อง การอบรมเชิงปฏิบัติการแก่เจ้าหน้าที่ โปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพ ปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โรงพยาบาลอากาศอำนวย มีนาคมน - กันยายน พ.ศ. 2562 (ต่อ)

รูปแบบการตีตรา	สาเหตุ	แนวทางการแก้ไข	ผู้เกี่ยวข้อง
	- การสื่อสารนโยบาย ใน การป้องกันการเลือกปฏิบัติ	- เสนอนโยบาย ในที่ อบรม และสำเนาแจ้ง ให้ทุกจุดที่เกี่ยวข้องรับทราบ - ประสานงานข้อมูล ข่าวสารนำนโยบายเผยแพร่ลงใน Web ของ โรงพยาบาล และจัดทำ ไลน์ลิตในจุดที่สำคัญ	- ทีมนำทางคลินิก - ทีมพัฒนาบุคลากร - ทีมคลินิกยาต้านไวรัส ARV
5. การแยกขยะแยก/ แยกโซน/ของใช้/ เครื่องมือ/เสื้อผ้า/การ กั้นม่าน	- การแยกโรค - ป้องกันการแพร่ กระจายเชื้อ	- ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วย ยอมรับและเข้าใจเกี่ยวกับโรคและการให้บริการของจนท.	- จนท. แผนกผู้ป่วยใน
6. การจัดลำดับคิวในการ ทำหัตถการ การทำ ทันตกรรม แก่ กลุ่มผู้ ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ ป่วยเอดส์	- ป้องกันการ แพร่กระจายเชื้อ - ทำด้วยความเคยชิน ของผู้ให้บริการ	- ทีมทันตกรรม และทีม นำทางคลินิก จัดทำ ระเบียบปฏิบัติ - กำหนดแนวทางและ สื่อสารให้บุคลากร ทราบเพื่อถือปฏิบัติ - ให้สามารถให้ข้อมูล ผู้รับบริการได้	- จนท.แผนกผู้ป่วย นอก - เจ้าหน้าที่ประจำจุด คัดกรอง - ทีมทันตกรรม
7. แยกเก็บบัตรผู้ป่วยนอก ของผู้ติดเชื้อ HIV	- ระดับชั้นการเข้าถึง	- ทบทวนการจัดเก็บ เวชระเบียน	- ห้องบัตร

หมายเหตุ * จนท. หมายถึง เจ้าหน้าที่

** ทีมนำทางคลินิก (Patient care team)

ระยะที่ 3 การดำเนินการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การดำเนินการในระยะนี้ เป็นการนำผลจากการอบรมฯ ไปปฏิบัติ จัดให้มีการสังเกต การซักถาม ผลการดำเนินงาน และนำไปปรับปรุงงานสู่การปฏิบัติ โดยคณะผู้วิจัยนำแผนปฏิบัติการที่ได้จากการอบรมฯ ทุกกิจกรรมไปปรับปรุงงานสู่การปฏิบัติ มีการประชุมของทีมวิจัยร่วมกันพิจารณากำหนดแนวทางนำแผนปฏิบัติการไปดำเนินการ แบ่งเป็น 3 ระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 สามารถแก้ไขได้ทันที เป็นการดำเนินการในระดับบุคคล ซึ่งได้ทำความเข้าใจร่วมกันกับผู้เข้าอบรมในวันที่จัดอบรม และนำไปปฏิบัติตามแนวทางที่ตกลงร่วมกัน ดังนี้

1.1) การมีคลินิกเฉพาะโรคและมีบุคลากรที่รับผิดชอบงานรายโรค มีระบบ One Stop Service ที่คลินิกแบบเดิมดีแล้ว มีประโยชน์แก่ผู้รับบริการมากกว่า รวมถึงโรงพยาบาลมีระบบพิทักษ์สิทธิผู้ป่วยเป็นอย่างดี โดยมีเหตุผลคือ เป็นโรคที่ต้องใช้ความเชี่ยวชาญเฉพาะโรค จึงต้องให้คนที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์มาทำหน้าที่ในการดูแล รวมถึงในการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ เป็นเรื่องที่มีการรับรู้เฉพาะกลุ่ม จึงมีมติในที่อบรมขอให้เจ้าหน้าที่ทุกคนได้สื่อสารในแง่บวกกับคนอื่น ๆ และ แก่ผู้รับบริการด้วย ซึ่งผู้ที่เข้าอบรมยอมรับจะนำไปปฏิบัติร่วมกัน

1.2) แยกโซน, กันม่าน เพื่อลดการแพร่เชื้อในกรณีที่มีโรคร่วมด้วย เช่น วัณโรค ข้อปฏิบัติให้เจ้าหน้าที่ให้คำแนะนำและอธิบายแก่ผู้ป่วยให้เข้าใจ และยอมรับเกี่ยวกับโรคและการให้บริการของเจ้าหน้าที่

1.3) การแยกขยะ เป็นไปตามหลักการควบคุมโรคติดเชื้อ (Infection Control) โดยให้บทวนและปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด

1.4) การซักประวัติผู้ป่วยในที่เปิดเผย และใช้วิธีการที่เปิดเผย เสียงดง สาเหตุมาจากข้อจำกัดด้านสถานที่ จึงมีการเสนอให้จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความกัน และระยะห่างในการพูดคุย ปรับทัศนคติพฤติกรรม บริการ การพูดคุยซักถาม ระมัดระวังเรื่องน้ำเสียง คำพูด และเพิ่มทักษะการซักประวัติแก่ผู้คัดกรอง

1.5) เครื่องใช้/เครื่องมือ/เสื้อผ้า จากการสอบถามข้อมูลเพิ่มเติม พบว่า ไม่มีการแยกหรือเลือกปฏิบัติ แต่มีบางจุดที่น้องคนงานจัดแยกให้ ได้ทำความเข้าใจให้ปรับเปลี่ยนปฏิบัติตามหลักที่ถูกต้อง คือไม่ต้องแยก

ระดับที่ 2 การแก้ไขที่ยังยากต้องมีแนวทาง และข้อตกลงระดับหน่วยงาน/องค์กร ภายหลังสิ้นสุดการจัดอบรมทุกรุ่นแล้วได้นำเข้าสู่วาระการประชุมของทีมพัฒนาบุคลากร ทีมนำทางคลินิก ทีมควบคุมโรคติดเชื้อ ทีมคลินิกยาต้านไวรัส ARV และ ทีม HIV/AIDS เพื่อลงมติรับรองก่อนชี้แจงแนวทางปฏิบัติ ได้แก่เรื่อง

2.1) การแสดงสัญลักษณ์ มีมติแก้ไขแยกตามประเด็น ดังนี้

- การติดป้ายหน้าห้อง ในกรณีป้ายห้องให้คำปรึกษา ให้คงมีเหมือนเดิม เพราะให้บริการคำปรึกษาหลากหลายโรค จะได้สื่อสารได้กับผู้มารับบริการ

- การประทับตรา P ในแบบบันทึกผู้ป่วย นอกยังมีประโยชน์ใช้เพื่อสื่อสารในทีม เพื่อ 1) การเข้าถึงการรักษาที่เหมาะสม เร็วขึ้น แพทย์ให้ข้อมูลว่า “เคยมีพฤติกรรม เป็นผู้ติดเชื้อรายเก่าปฏิเสธ

การรักษาหลายปี กลับมาด้วยอาการเหนื่อย ปวดศีรษะ แต่เมื่อแพทย์เห็นมี ประสิทธิภาพ P ใน OPD ทำให้นึกถึง OI จึง refer แพทย์ที่รพ.สกลนคร วินิจฉัย *Cryptococcosis*” 2) ยาด้านไวรัสที่ใช้บางตัว ต้องได้ระยะมามากขึ้น เมื่อต้องมีการสั่งการรักษา โรคอื่น ๆ จะได้คำนึงถึงในการรักษา กลัวการเกิด อันตรกิริยาระหว่างยา (Drug Interactions)

- มีแฟ้มพิเศษ จะมีโน้ตเพิ่มเติมราย บุคคลใช้ในคลินิก ซึ่งจัดอยู่เป็นสัดส่วนแยกจาก จุดอื่นอยู่แล้ว แต่ถ้าต้องไปพบแพทย์ในจุดอื่น ๆ กรณี เข้าห้องตรวจให้ผู้ป่วยถือเฉพาะแบบบันทึกผู้ป่วย นอกเข้าพบแพทย์เท่านั้น

2.2) การนำส่งตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกต้องเป็น เจ้าหน้าที่ประจำจากคลินิกให้คำปรึกษาเท่านั้น

2.3) การจัดเก็บแยกตู้แบบบันทึกผู้ป่วยนอก ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ของห้องบัตร มีการแสดงความคิดเห็นว่าเป็นการตีตรา ห้องบัตร และทีมนำทางคลินิกจึงมีมติให้เก็บรวมเรียงตาม ลำดับเลขที่โรงพยาบาล (Hospital Number; HN) ของผู้ป่วยทั่วไป และเมื่อครบ 3 เดือน ให้มีการประเมินผลอีกครั้งว่าผลจะเป็นอย่างไร แล้วค่อย ปรับแก้ตามบริบท

2.4) การส่งตรวจ HIV เดิมมีการออก Code ก่อนส่ง ทำให้อาจเกิดปัญหาการระบุตัวบุคคล ผิดพลาด และไม่ผ่านมาตรฐานของงานห้องปฏิบัติการ จึงให้ปรับเป็นส่งโดยไม่ใช้ Code แต่ให้เขียนชื่อ สกุล HN หรือพิมพ์ใบส่งตรวจจากระบบคอมพิวเตอร์ นำส่งห้องปฏิบัติการ แต่การออกผลให้รับผลโดย เจ้าหน้าที่หรือดูในระบบ โดยมีชั้นความลับระบุคนที่ดูผลได้ คือพยาบาลห้องให้คำปรึกษา หัวหน้าตึก ผู้ป่วยใน หัวหน้าห้องผู้ป่วยนอก, ห้องฉุกเฉิน และ แพทย์

ระดับที่ 3 สามารถแก้ไขได้แต่ต้องใช้ งบประมาณในการแก้ไขระยะยาว จัดทำในแผน ปีงบประมาณ 2563 คือ

3.1) ความไม่ตระหนัก/ไม่รู้ มีในเรื่อง พฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม นอกจากให้แก้ไข ในระดับบุคคลในทันที ยังมีการนำสู่การจัดทำแผน อบรมจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พฤติกรรม บริการ ฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับ คนไข้ โดยทีมพัฒนาศูนย์บริการ เป็นหน่วยดำเนินการ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ

3.2) ข้อมูลความรู้ยุคใหม่ในเรื่อง HIV/AIDS ด้านการดูแลและองค์ความรู้ใหม่ ๆ

3.3) ทีมนำทางคลินิก ทีมคลินิกยาด้านไวรัส ARV และทีม HIV/AIDS กำหนดในแผนพัฒนา คุณภาพบริการ โดยใช้งบประมาณพัฒนาคุณภาพ บริการ ขอรับการสนับสนุนจาก สปสช. เขต 8 อุตรดิตถ์

3.4) ความกังวลกลัวการติดเชื้อเอชไอวี ขณะให้บริการแก่กลุ่มประชากรหลักและผู้ติดเชื้อ เอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากความไม่เข้าใจในหลัก UP ที่ถูกต้องทีมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลจัด บูรณาการร่วมกับทีมนำทางคลินิกและทีมคลินิก ยาด้านไวรัส ARV และทีม HIV/AIDS กำหนดในแผน พัฒนาคุณภาพบริการ

3.5) การสื่อสารนโยบายในการลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติมีแนวทางปฏิบัติ ดังนี้ 1) นำเสนอ นโยบายลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่ประกาศ ณ วันที่ 28 มีนาคม 2561 ในวันอบรมให้ทุกคน รับทราบ 2) สำเนานโยบายดังกล่าวให้ทุกจุด ที่เกี่ยวข้อง 3) จัดทำไวนิลติดในบริเวณที่สำคัญ จำนวน 3 ป้ายคือ ที่หน้าห้องให้คำปรึกษา หน้าแผนกผู้ป่วยนอก และ ชั้น 2 ตึกหลวงปู่ผ่าน ฯ

และ 4) ประสานศูนย์ข้อมูลข่าวสารนโยบายเผยแพร่ใน Web site ของ โรงพยาบาลอาภากรทอนว

3.6) การจัดลำดับคิวในการทำหัตถการ การทำหัตถกรรมแก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เดิม มีการจัดลำดับคิวเป็นช่วงบ่ายของวันและลำดับท้าย ทีมหัตถกรรมได้มีการปรับโดยเลิกการจัดลำดับคิวแบบเดิม เป็นจัดบริการตามคิวของผู้ป่วยทั่วไปและยึดหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ หากเป็นรายที่มีการทำหัตถการที่จะมีการฟุ้งกระจายของเลือด น้ำเหลืองออกมา จะเป็นลำดับท้ายก่อนเปิดบริการของภาคเช้าหรือบ่าย จะให้มีเวลาพักห้องสักระยะ ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะดูผลการตรวจปริมาณไวรัส (Viral Load; VL) ครั้งสุดท้าย ถ้าเป็นช่วงที่พบ VL มาก ๆ อาจเกิดการแพร่กระจายเชื้อได้ง่าย จะส่งเสริมให้ผู้ป่วยกินยาต้านไวรัสให้คุมเชื้อดีก่อน หากหัตถการนั้นไม่เร่งด่วน แต่ถ้าเร่งด่วนก็ให้พิจารณาเป็นราย ๆ ไป

การอภิปรายผล

การศึกษาครั้งนี้ พบว่าเจ้าหน้าที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวี จากการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์โดยมีสัดส่วนมากถึง ร้อยละ 61.64 มีสัดส่วนทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 87.86 และมีสัดส่วนการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 66.14 ซึ่งอยู่ในสัดส่วนที่สูงซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของอภิญาเปียมวัฒนาทรัพย์ และคณะ⁽²⁾ ที่พบว่า บุคลากรมีความกังวลมากกว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการเจาะเลือดผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 8.07 จากการทำแผลให้กับผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 7.49 จากการหยิบจับเสื้อผ้าหรือ

ข้าวของเครื่องใช้ของผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.92 มีการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี ได้แก่ สวมถุงมือสองชั้น ร้อยละ 53.80 ใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษเมื่อต้องให้การดูแลผู้เข้าร่วมกับเชื้อเอชไอวี ซึ่งจะไม่ทำเช่นนั้นกับคนไข้รายอื่นๆ ร้อยละ 43.92 เคยเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการหรือให้บริการด้วยคุณภาพด้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 25.1 แสดงให้เห็นถึงปัจจัยการตีตราและเลือกปฏิบัติ อาจมาจากความกลัวการติดเชื้อฯ ทัศนคติแสดงว่ามีโอกาสเกิดรูปแบบการตีตราและการเลือกปฏิบัติขึ้นในสถานบริการ

เมื่อพิจารณาผลการตีตราและเลือกปฏิบัติจากแบบสอบถามผู้ติดเชื้อเอชไอวีในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา มีเหตุการณ์ต่อไปนี้เกิดขึ้นกับท่านเพราะว่าท่านเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี (เกิดขึ้นที่สถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลใดก็ตาม) พบว่า จากสัดส่วนการสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 20.51 สัดส่วนการเคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 22.58 ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของตัวนิฮิฟิซาหะยิวาเงะ⁽⁶⁾ ได้ศึกษาทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการตีตราทางสังคม: กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมในจังหวัดปัตตานี ผลการศึกษาวิจัย พบว่า การปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นไปในลักษณะของการหลีกเลี่ยงการมีปฏิสัมพันธ์และสัมผัสตัวผู้ติดเชื้อและพูดถึงผู้ติดเชื้อในเชิงกล่าวโทษนินทาที่เชื่อมโยงไปกับพฤติกรรมเบี่ยงเบนซึ่งขัดต่อหลักคำสอนทางศาสนา ระดับการให้ความใกล้ชิดและการรักษาสถานภาพความสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อขึ้นอยู่กับสถานะ

ความสัมพันธ์และสาเหตุของการติดเชื้อเป็นหลัก สัดส่วนการเคยตัดสินใจไม่ไปสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาล เนื่องจากการตีตราตนเองร้อยละ 37.10 สัดส่วนการเคยถูกเปิดเผยสถานภาพความลับเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 17.21 และสัดส่วนเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตรและอนามัยการเจริญพันธุ์ ร้อยละ 7.56

จากการนำโปรแกรมการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติในหน่วยบริการ มาใช้ในการอบรมเจ้าหน้าที่จากกิจกรรมที่ 1-3 ทำให้กลุ่มตัวอย่างเกิดความรู้สึกว่า ถ้าเหตุการณ์เกิดกับตนเองคงไม่พึงพอใจและรู้สึกด้อยค่า อาจมีผลกระทบต่อผู้ให้บริการ และองค์กร อาจถูกร้องเรียน จึงมีความจำเป็นที่จะต้องมีแนวทางแก้ไขร่วมกัน เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ เช่น การชักประวัติผู้ป่วยในที่เปิดเผยและใช้วิธีการที่เปิดเผย เสียงดัง ได้มีการปรับปรุงโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีความกัน และระยะห่างในการพูดคุย ปรับทัศนคติพฤติกรรมบริการ การพูดคุยซักถามระมัดระวังเรื่องน้ำเสียงคำพูด และเพิ่มทักษะการชักประวัติแก่ผู้คัดกรอง การสื่อสารนโยบายในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติกันว่ามีความสำคัญ เพราะปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ คือ เรื่องของนโยบาย ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของนริลักษณ์ สุวรรณโนบล และคณะ⁽⁷⁾ พบว่า ปัจจัยแห่งความสำเร็จ ได้แก่ นโยบายระดับกระทรวง และระดับโรงพยาบาลที่ชัดเจน การทำงานเป็นทีมที่เข้มแข็ง ผู้ปฏิบัติงานมีทัศนคติเชิงบวก ทีมสหสาขาวิชาชีพที่ดี มีกระบวนการดูแลผู้ป่วยที่ดี และได้มาตรฐาน มีการสร้างเครือข่ายการแลกเปลี่ยนเรียนรู้ รวมทั้งการสร้างแรงจูงใจและความมีคุณค่า

ของบุคลากรที่ปฏิบัติงาน ดังนั้น จึงให้สำเนา นโยบาย โรงพยาบาลอากาศอำนวยในเรื่องการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ให้ทุกจุดที่เกี่ยวข้องจัดทำไวนิลติดในบริเวณที่สำคัญ และ ประสานศูนย์ข้อมูลข่าวสารนโยบายเผยแพร่ใน Web site ของโรงพยาบาลอากาศอำนวย และได้นำเสนอเป็นการทบทวนในวันอบรมทุกรอบให้ทุกคนรับทราบ ส่วนปัญหาการแก้ไขที่ยังต้องมีแนวทางและข้อตกลงระดับหน่วยงาน/องค์กรได้นำเข้าสู่การประชุมของทีมงานคุณภาพโรงพยาบาล เพื่อลงมติรับรองก่อนชี้แจงแนวทางปฏิบัติคือ เช่น การแสดงสัญลักษณ์มีมติแก้ไข เช่น การมีแฟ้มพิเศษ จะมีโน้ตเพิ่มเติมรายบุคคลใช้ในคลินิก แต่ถ้าต้องไปพบแพทย์ในจุดอื่น ๆ กรณีเข้าห้องตรวจให้ผู้ป่วยถือเฉพาะแบบบันทึกผู้ป่วยนอกเข้าพบแพทย์และการจัดลำดับคิวในการทำหัตถการ การทำหัตถกรรมแก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้มีการปรับโดยจัดบริการตามคิวของผู้ป่วยทั่วไป และยึดหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ส่วนประเด็นที่แก้ไขที่ต้องใช้งบประมาณในการแก้ไขระยะยาว ได้บรรจุในแผนปีงบประมาณ 2563 คือ อบรมจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พฤติกรรมบริการ อบรมฟื้นฟูความรู้ยุคใหม่ในเรื่อง HIV/AIDS อบรมหลัก UP ที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ได้แก่ ควรมีการจัดกระบวนการซ้ำเป็นระยะเพื่อปรับเปลี่ยนทัศนคติการตีตราและเลือกปฏิบัติในกลุ่มบุคลากร และ องค์กรควรมีการสื่อสารนโยบายให้เกิดคุณภาพบริการอย่างต่อเนื่อง

สำหรับข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป ควรมีการวิจัยโปรแกรมที่การลดการตีตรา และเลือกปฏิบัติในชุมชนจะได้เชื่อมโยงกับสถานบริการ

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (กอพ.) ที่จัดการอบรมหลักสูตร “การส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตรา และการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์” แก่ทีมวิทยากรหลัก จำนวน 3 คน และได้สนับสนุนงบประมาณในการจัดอบรมในครั้งนี้เป็นเงิน จำนวน 10,000 บาท

ขอขอบคุณ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล อากาศอำนวย ที่นำคุณภาพและทีมวิทยากร โรงพยาบาลอากาศอำนวยทุกท่านที่ช่วยเหลือ การศึกษาวิจัยนี้ตลอดช่วงระยะเวลาการดำเนินการ ศึกษาวิจัยจนสำเร็จด้วยดี

ขอขอบคุณ คณะเจ้าหน้าที่โรงพยาบาล อากาศอำนวยที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการทุกท่าน ที่ร่วมตอบแบบสอบถามและเข้าร่วมกิจกรรมและ ขอขอบคุณผู้รับบริการในคลินิก ARV โรงพยาบาล อากาศอำนวย ที่ร่วมตอบแบบสอบถามให้ข้อมูล ที่เป็นประโยชน์ต่อการวิจัยครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหายาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหายาเอดส์. กรุงเทพฯ: บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด; 2560.
2. อภิญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์, ยศภัทร เสาวภาคลิมปกุล, ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช, คณะ Matrix SAIL. สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพ ในพื้นที่เขตสุขภาพที่ 11 ปีงบประมาณ 2558. [อินเทอร์เน็ต]. ชลบุรี: สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 6 จังหวัดชลบุรี; 2558. [สืบค้นเมื่อ 3 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: <http://223.27.246.196/aca/attachments/article/58/stigmatize.pdf>.
3. สุรัตน์ดา มอโห, ดวงใจ นุ่นสวัสดิ์. การพัฒนาคลินิก HIV คลินิกพิเศษ โรงพยาบาลไชยวาน ปี 2555. [อินเทอร์เน็ต]. [สืบค้นเมื่อ 6 ต.ค. 2562]. แหล่งข้อมูล: 203.157.168.41/fish_roop/web/r2r/index.php?aa=4&bc=1&id_vigai=.
4. โรงพยาบาลอากาศอำนวย. สรุปผลงานเอดส์ ยาเสพติดและจิตเวชประจำปี 2561. เอกสารเย็บเล่ม; 2561.
5. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. คู่มือการจัดอบรมหลักสูตรการส่งเสริมสถานบริการสุขภาพปราศจากการตีตรา และเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์; 2561.
6. นิยาพิชา หะยิวาละ. ทศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการตีตราทางสังคม: กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมในจังหวัดปัตตานี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2554.
7. นริลักษณ์ สุวรรณโนบล, ศรีเกียรติ อนันต์สวัสดิ์, รัชดาภรณ์ ใจอ้าย. ปัจจัยแห่งความสำเร็จและอุปสรรคในการพัฒนาระบบการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์. วารสารพยาบาลทหารบก 2529; 1: 70-78.

ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง

Received: 21/10/2019, Accepted: 13/11/2019

รัตติยา สองทิศ*

Abstract

Factors Associated with HIV Prevention Behavior among MEN WHO HAVE SEX WITH MEN in Trang Province

Rattiya Songtid*

*Trang Provincial Public Health Office, Ministry of Public Health, Thailand

This research was a descriptive study designed to identify factors associated with HIV prevention behavior among men who have sex with men (MSM) in Trang Province. One hundred and twenty-seven subjects were recruited as the sample. The data was collected in June 2018. The Pearson product moment correlation coefficient analysis was used to identify the associated factors of HIV prevention behavior.

The results showed that majority of the respondents (59.1%) were aged 18-32 years, giving the average age 37 years old, The average income was 13,807.09 Baht. The study, on health beliefs. Indicated the followings 76.4% perceived benefits in preventing infection with HIV at high level perceived barriers to prevent infection with HIV, high-level perceived risk of infection with HIV at moderate level 52.8% perceived severity of infection with HIV, low and. preventive behaviors moderate level. The study on factors related to HIV prevention behaviors revealed that personal factors including age and income were, not related to HIV prevention behaviors. correlation coefficients (r) were equal to -0.165, ($p = 0.064$). and -0.133, ($p = 0.135$), respectively. For studied factors related to health beliefs was found to significantly associated with HIV prevention behavior ($r=0.191$, $p=0.032$) Majority of the subjects (76.4%) had perceived benefit score on HIV prevention at high level. The lowest mean score on the item of perceived benefit on HIV prevention was observed to be taking preventive HIV medication before engaging in unsafe sexual intercourse can prevent HIV infection.

In the program on behavior modification to further reduce new HIV infections among MSM in Trang Province, stakeholders should promote MSM to be aware of the perceived benefits of infection prevention, such as promoting access to preventive HIV medication before having unsafe sexual intercourse.

Keywords: HIV Prevention, Men Who Have Sex With Men

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา (Descriptive study) เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง กลุ่มตัวอย่าง คือ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง จำนวน 127 คน เก็บรวบรวมข้อมูลในเดือนมิถุนายน 2561 การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ใช้สถิติสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียร์สัน

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 18 - 32 ปี (ร้อยละ 59.1) อายุเฉลี่ย 37 ปี รายได้เฉลี่ยต่อเดือน 13,807.09 บาท ผลการศึกษาความเชื่อด้านสุขภาพ พบว่าการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง การรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับสูง การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง การรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำ และพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับ ปานกลาง การศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ และ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) เท่ากับ -0.165 , ($p=0.064$) และ -0.133 ($p=0.135$) ตามลำดับ ส่วนปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพเกี่ยวกับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r=0.191$, ($p=0.032$) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 76.4) มีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง โดยที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ด้านการรับประทานยาป้องกันโรคเอดส์ ก่อนมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้

การดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง ให้ความสำคัญเรื่องรายใหม่ ผู้มีส่วนเกี่ยวข้องควรส่งเสริมให้มีความสำคัญกับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อด้านต่าง ๆ เพิ่มขึ้น เช่น การส่งเสริมการเข้าถึงยาป้องกันก่อนมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

คำสำคัญ: การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี, ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

บทนำ

จากการคาดประมาณโดยคณะทำงาน การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ใช้ทางคณิตศาสตร์ พบว่า เมื่อสิ้นปี พ.ศ.2559 ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 427,332 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี พ.ศ.2559 มีจำนวน ประมาณ 6,268 คน เฉลี่ยวันละ 17 คน⁽¹⁾

ประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ จำนวน 439,610 คนเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ จำนวน 5,529 คน ช่วงระยะเวลา 5 ปีที่ผ่านมา พบว่า สัดส่วนผู้ติดเชื้อรายใหม่วัยผู้ใหญ่ (อายุ 15 ปีขึ้นไป) ร้อยละ 45 เป็นกลุ่มประชากรหลัก ได้แก่ ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) หญิงข้ามเพศ (TG) พนักงานบริการชาย (MSW) พนักงานบริการหญิง (FSW) รวมถึงผู้ขายยาชนิดฉีด (PWID) หากพิจารณาตามช่องทางการติดเชื้อ พบว่า ช่องทางการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อที่มากที่สุด คือ เพศสัมพันธ์ระหว่างชาย กับชาย ร้อยละ 41.8⁽²⁾ และพบอัตราการติดเชื้อในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายในกรุงเทพมหานคร ร้อยละ 17 ในปี พ.ศ.2546 ซึ่งเพิ่มเป็นร้อยละ 30 ในปี 2550⁽³⁾ ข้อมูลจากการสำรวจเฝ้าระวังพฤติกรรม

ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี (Integrated Biological and Behavioral Surveillance; IBBS) ของสำนักระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข และข้อมูลจากการสำรวจของศูนย์ความร่วมมือด้านสาธารณสุขไทย-สหรัฐ พบว่า สถานการณ์แพร่ระบาดของติดเชื้อของชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 17.3 ในปี พ.ศ. 2546 เป็นร้อยละ 30.7 ในปี พ.ศ. 2550 สาเหตุที่เชื้อ HIV แพร่ระบาดได้ง่ายในกลุ่ม MSM/TG คือ การมีวิถีทางเพศที่อิสระ ขาดความรู้เรื่องโรคเอดส์ การไม่ตระหนักถึงการป้องกัน มีการใช้สารเสพติดกันอย่างแพร่หลาย และ ชายรักชายบางคนมีคู่นอนเป็นผู้หญิง⁽⁴⁾

สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์ของจังหวัดตรัง พบมีรายงานผู้ป่วยรายแรกและเสียชีวิต เป็นผู้ป่วยที่เป็นกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และจำนวนผู้ป่วยนับตั้งแต่ พ.ศ. 2533 จนถึงวันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2561 มีรายงานผู้ป่วย สะสม 4,758 ราย เสียชีวิตแล้ว 1,677 ราย (ร้อยละ 35.25) ยังคงมีชีวิตอยู่ 3,081 ราย ผู้ป่วยเหล่านี้มีปัจจัยเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ 3,753 ราย (ร้อยละ 78.9) ปัจจัยเสี่ยงจากการใช้ยาเสพติดชนิดฉีด 329 ราย

(ร้อยละ 6.7) ติดเชื้อจากมารดา 169 ราย (ร้อยละ 3.6) อื่น ๆ 6 ราย (ร้อยละ 0.1) และไม่ทราบปัจจัยเสี่ยง 501 ราย (ร้อยละ 10.5)⁽⁵⁾ และยังพบว่า จังหวัดตรังเป็นหนึ่งใน 31 จังหวัดที่พบการติดเชื้อรายใหม่สูงในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายสอดคลองกับข้อมูลจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (National AIDS Program; ข้อมูล ณ วันที่ 7 ตุลาคม พ.ศ. 2561) พบว่า มีการติดเชื้อรายใหม่ในปี 2561 จำนวน 29 ราย 5 นอกจากนี้ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเป็นกลุ่มที่ยังเข้าไม่ถึงข้อมูลข่าวสาร ความรู้ เรื่องโรคเอดส์ และอุปกรณ์การป้องกันตัว⁽⁶⁾ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะศึกษาถึงปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง เพื่อนำผลการศึกษาที่ได้ในครั้งนี้ไปใช้เป็นแนวทางในการวางแผนงานและการดำเนินงานป้องกันและแก้ปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีการติดเชื้อสูงของจังหวัดตรังต่อไป

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

1. เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล ความเชื่อ ด้านสุขภาพ และพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง

สมมุติฐาน

1. คุณลักษณะส่วนบุคคลมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง
2. ความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง

วิธีการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ เป็นการศึกษาเชิงพรรณนา กลุ่มตัวอย่างเป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในจังหวัดตรัง ที่เข้าร่วมโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (งบประมาณจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพเขต 12 สงขลา) ในพื้นที่รับผิดชอบของโรงพยาบาล ในจังหวัดตรัง 5 แห่ง จำนวน 127 คน ด้วยวิธีการสุ่มอย่างเป็นระบบ (Systematic Random Sampling) ดำเนินการศึกษาและจัดเก็บข้อมูลในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2561

การศึกษาครั้งนี้ได้ใช้แบบสอบถาม (Questionnaire) เป็นเครื่องมือในการเก็บรวบรวมข้อมูล โดยแบ่งแบบสอบถามเป็น 3 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1: แบบสอบถามข้อมูลทั่วไป หรือ ข้อมูลคุณลักษณะส่วนบุคคลลักษณะของแบบสอบถามเป็นแบบให้ผู้ตอบแบบสอบถามใส่เครื่องหมาย ✓ ลงในช่องว่าง () หรือเติมข้อความ (.....) ลงในช่องว่างที่ตรงกับข้อมูลทั่วไปของผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด มีลักษณะคำถาม เป็นปลายปิดแบบเลือกตอบ จำนวน 10 ข้อประกอบด้วย อายุ นับถือศาสนา ระดับการศึกษา อาชีพ รายได้เฉลี่ยต่อเดือน สถานภาพการมีคู่ ประวัติเคยได้รับบริการให้คำปรึกษา การตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ประวัติการเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการใช้ถุงยางอนามัย

ส่วนที่ 2: แบบสอบถามข้อมูลความเชื่อด้านสุขภาพต่อการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 31 ข้อ ดังนี้

2.1 ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 ข้อ คำถามเป็นข้อความเชิงบวก (Positive content) 8 ข้อ ได้แก่ ข้อ 1, 2, 3, 4, 5 และ 8 ข้อความเชิงลบ (Negative content) 2 ข้อ ได้แก่ ข้อ 6 และ 7

2.2 ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี 7 ข้อ คำถาม ข้อความเชิงลบ (Negative content) 8 ข้อ

2.3 ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 ข้อ คำถามข้อความเชิงบวก (Positive Content) 8 ข้อ

2.4 ความเชื่อด้านสุขภาพ ด้านการรับรู้ ต่ออุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 8 ข้อ คำถามข้อความเชิงลบ (Negative Content) ทั้ง 8 ข้อ

ซึ่งลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Likert Scale) มีมาตรวัด 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์ ในการแบ่งระดับ เกณฑ์การให้คะแนน ดังนี้

ระดับ	ค่าคะแนน คำถามเชิง บวก	ค่าคะแนน คำถามเชิง ลบ
	(Positive State- ment)	(Negative State- ment)
เห็นด้วยมากที่สุด	5	1
เห็นด้วยมาก	4	2
เห็นด้วยปานกลาง	3	3
เห็นด้วยน้อย	2	4
ไม่เห็นด้วย	1	5

การแปลผลคะแนนความคิดเห็น แปลผล โดยการจัดเป็น 3 ระดับ คือ ดังนี้ สูง ปานกลาง ต่ำ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผล และอธิบายตัวแปร ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1977)⁽⁷⁾

$$\text{พิสัยของช่วงคะแนน} = \frac{(\text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด}) / (\text{จำนวนช่วงชั้น})}{\text{จำนวนช่วงชั้น}} = 5 - 1$$

$$= \frac{1.33 / (3)}{3}$$

ดังนั้น จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยยึดตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

มีระดับปฏิบัติอยู่ในระดับสูง หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 3.67 - 5.00

มีระดับปฏิบัติอยู่ในระดับปานกลาง หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 2.34 - 3.66

มีระดับปฏิบัติอยู่ในระดับต่ำ หมายถึง ช่วงคะแนนเฉลี่ย 1.00 - 2.33

ส่วนที่ 3: แบบสอบถามพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยคำถาม จำนวน 13 ข้อ

คำถามข้อความเชิงบวก (Positive content) จำนวน 6 ข้อ ได้แก่ข้อ 1, 2, 3, 6, 12 และ 13 ข้อความเชิงลบ (Negative Content) 7 ข้อ ได้แก่ข้อ 4, 5, 7, 8, 9, 10, 11

ลักษณะข้อคำถามเป็นแบบมาตรประมาณค่า (Likert Scale) มีมาตรวัด 5 ระดับ และการแปลค่าคะแนนใช้เกณฑ์ค่าเฉลี่ยตามทฤษฎีของ Best ดังนี้
คะแนนเฉลี่ย 1.00 - 1.49 หมายถึง ไม่เคยปฏิบัติ

คะแนนเฉลี่ย 1.50 - 2.49 หมายถึง ปฏิบัติน้อย
คะแนนเฉลี่ย 2.50 - 3.49 หมายถึง ปฏิบัติปานกลาง

คะแนนเฉลี่ย 3.50 - 4.49 หมายถึง ปฏิบัติมาก
คะแนนเฉลี่ย 4.50 - 5.00 หมายถึง ปฏิบัติมากที่สุด

การแปลผลคะแนนการปฏิบัติ แปลผล โดยการจัดเป็น 3ระดับ ระดับสูง ปานกลาง และต่ำ ซึ่งได้จากการแบ่งช่วงคะแนนเฉลี่ยเพื่อแปลผลและอธิบายตัวแปร ใช้เกณฑ์ของเบส (Best, 1977)⁽⁷⁾

$$\begin{aligned} \text{พิสัยของช่วงคะแนน} &= \text{คะแนนสูงสุด} - \text{คะแนนต่ำสุด} = 48 - 8 \\ &= 40 \\ &\div 3 \\ &= 13.33 \end{aligned}$$

ดังนั้น จึงกำหนดเกณฑ์การแปลผลโดยยึดตามเกณฑ์ช่วงคะแนนเฉลี่ย ดังนี้

ระดับการปฏิบัติ	ช่วงคะแนนเฉลี่ย
สูง	30 - 40
ปานกลาง	19 - 29
ต่ำ	30 - 40

การบอกระดับหรือขนาดความสัมพันธ์ ใช้ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ หากค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์มีค่าเข้าใกล้ -1 หรือ 1 แสดงถึงการมีความสัมพันธ์กันในระดับสัมพันธ์มาก สำหรับการพิจารณาค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ว่าปัจจัยที่วิเคราะห์มีความสัมพันธ์ระหว่างกันหรือไม่พิจารณาจากค่านัยสำคัญทางสถิติ ($p\text{-value} < 0.05$) (Him-
kle D.E.)⁽⁸⁾

การตรวจสอบความถูกต้องของเครื่องมือมี 2 ขั้นตอน คือ ขั้นตอนที่ 1 การตรวจสอบความตรงของเนื้อหาขอความอนุเคราะห์จากผู้เชี่ยวชาญจำนวน 3 ท่าน เป็นผู้ตรวจสอบความตรงของเนื้อหา ขั้นตอนที่ 2 เป็นการหาค่า ความเชื่อมั่น โดยนำแบบสอบถามที่พัฒนาขึ้นแล้วไปทดลองใช้กับกลุ่มที่มีลักษณะทั่วไปใกล้เคียงกัน กับกลุ่มเป้าหมายที่สุดได้แก่ กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อำเภอย่านตาขาว จำนวน 30 คน แล้วนำข้อมูลที่จัดเก็บไปหาความเที่ยง (Reliability) โดยใช้สัมประสิทธิ์แอลฟา ครอนบัค ได้ค่าความเชื่อมั่นของแบบสอบถาม เท่ากับ 0.882

การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติ ในการวิเคราะห์ข้อมูลดังนี้ สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ($\bar{X}$) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานค่าสูงสุด

ค่าต่ำสุด และสถิติอนุมานวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคุณลักษณะส่วนบุคคลและความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในการวิเคราะห์ หาความสัมพันธ์ดังกล่าวใช้สถิติวิเคราะห์สัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ของเพียร์สัน (Pearson's Product Moment correlation coefficient)

การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มที่จะศึกษา

1. การศึกษาในครั้งนี้เริ่มดำเนินการหลังจากที่ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมของวิทยาลัยการสาธารณสุขสิรินธรจังหวัดตรัง
2. ผู้ที่เข้าร่วมการศึกษาหรือกลุ่มตัวอย่างสามารถถอนจากการศึกษาได้ทุกเมื่อ จะไม่มีการบังคับ
3. การเก็บรวบรวมข้อมูล นักวิจัยเก็บรวบรวมข้อมูลภายหลังจากที่กลุ่มตัวอย่างได้รับการอธิบายรายละเอียดเกี่ยวกับการศึกษา และลงนามยินยอมแล้ว
4. ในการศึกษาครั้งนี้ไม่ปรากฏชื่อ - สกุล ที่อยู่ของกลุ่มตัวอย่าง ในการที่จะสืบหาตัวตนของกลุ่มตัวอย่างได้ กลุ่มตัวอย่างจะถูกปกปิดข้อมูลส่วนตัวโดยจะใช้ตัวเลขหรือรหัสเป็นตัวแทน
5. การวิเคราะห์ข้อมูลวิเคราะห์ข้อมูลในภาพรวมเท่านั้น จะไม่มีการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นรายบุคคลเพื่อ ป้องกันสิทธิส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

ผลการศึกษา

กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายจังหวัดตรังที่เป็นกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาส่วนใหญ่ มีอายุระหว่าง 18-32 ปี (ร้อยละ 59.1) รองลงมาคือ อายุระหว่าง 33-46 ปี (ร้อยละ 34.6) อายุเฉลี่ยเท่ากับ 37 ปี ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9.068 รายได้เฉลี่ยต่อเดือนเท่ากับ 13,807.09 บาท ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 9,446.812 สถานภาพการมีคู่ พบว่า

ไม่มีคู่ ร้อยละ 40.20 มีคู่ประจำ ร้อยละ 35.40 และมีคู่แต่ไม่ประจำร้อยละ 24.40 มีประวัติเคยได้รับบริการให้คำปรึกษา ร้อยละ 68.50 ไม่เคย ร้อยละ 31.50 ไม่เคยมีประวัติเป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 85.80 เคย ร้อยละ 14.20 และการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ทางทวารหนักครั้งแรก ร้อยละ 79.50 และไม่ใช่ ร้อยละ 20.50

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเป้าหมาย ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ในระดับสูง คือ การใช้ถุงยางอนามัย ทุกครั้งในการมีเพศสัมพันธ์ลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 4.59$) รองลงมาคือ การมีคู่นอนเพียงคนเดียวที่เป็นผู้ไม่มีเชื้อเอชไอวีลดโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 4.46$) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีระดับการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี น้อยที่สุดคือการใช้สารเสพติดก่อนมีเพศสัมพันธ์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ ไม่ปลอดภัย ($\bar{X} = 1.99$) และพบว่ามากกว่าครึ่งหนึ่งของกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 53.5) มีค่าคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ร้อยละ 44.9 มีค่าคะแนนอยู่ในระดับสูง และร้อยละ 1.6 อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 2.433 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52841

ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเป้าหมาย ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีการรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้คะแนนสูงสุด คือ เมื่อมีอาการของโรคเอดส์จะทำให้ประสิทธิภาพการทำงานลดลง ($\bar{X} = 2.32$) รองลงมา คือ การติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคร้ายแรงเป็นแล้วไม่มีทางรักษาให้หายขาดได้ ($\bar{X} = 2.28$) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีระดับการรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวี น้อยที่สุด คือ การติดเชื้อ

เอชไอวีทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำลงและเกิดโรคแทรกซ้อนได้ง่าย ($\bar{X} = 1.78$) และพบว่า เกินครึ่งหนึ่งของผู้เข้าร่วมการวิจัย (ร้อยละ 52.8) มีค่าคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับต่ำในขณะที่ร้อยละ 23.6 อยู่ในระดับปานกลางและร้อยละ 3.1 อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 1.3762 และค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.52 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเป้าหมาย ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้คะแนนสูงสุด คือ การใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ทางทวารทุกครั้ง จะทำให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวี ($\bar{X} = 4.51$) รองลงมา คือ การตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีเป็นการป้องกันโรคเอดส์ได้ ($\bar{X} = 4.48$) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี น้อยที่สุด คือ การรับประทานยาป้องกันโรคเอดส์ก่อนมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ได้ ($\bar{X} = 3.62$) และพบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 76.4) มีค่าคะแนนความเชื่อด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับสูงในขณะที่ ร้อยละ 22.8 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 0.8 อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 2.75 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.44 ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพในการรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มเป้าหมาย ข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ได้คะแนนสูงสุด คือ การใช้ถุงยางอนามัย เป็นเรื่องยุ่งยาก/เสียเวลา ($\bar{X} = 4.34$) รองลงมา คือ การใช้ถุงยางอนามัยทำให้ไม่สนุก ($\bar{X} = 4.20$) ส่วนข้อคำถามที่กลุ่มศึกษามีการรับรู้ต่ออุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี น้อยที่สุด คือ

ไม่สามารถปฏิเสธ หรือโน้มน้าวให้คู่ใช้ถุงยางอนามัย เมื่อมีเพศสัมพันธ์ได้ ($\bar{X} = 4.05$) และพบว่า ส่วนใหญ่ของกลุ่มศึกษา (ร้อยละ 76.4) มีค่าคะแนนความเชื่อในการรับรู้อุปสรรคในการเข้าถึง การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อยู่ในระดับสูง ในขณะที่ร้อยละ 17.3 อยู่ในระดับปานกลาง และร้อยละ 6.3 อยู่ในระดับต่ำ ค่าคะแนนเฉลี่ยในภาพรวมเท่ากับ 2.70 ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.58 ระดับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่า ส่วนใหญ่ (ร้อยละ 81.10) อยู่ในระดับปานกลาง ในขณะที่ ร้อยละ 18.9 อยู่ในระดับสูงและพบว่าค่าคะแนนระดับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีค่าเฉลี่ยเท่ากับ 2.18 และ ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐานเท่ากับ 0.39 ในการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล และ ปัจจัย ความเชื่อด้านสุขภาพกับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรังโดยใช้สถิติวิเคราะห์สหสัมพันธ์ พบว่า ปัจจัยส่วนบุคคล คือ อายุ และ รายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมี

นัยสำคัญทางสถิติ โดยพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ (r) ของปัจจัยอายุ เท่ากับ -0.165 ($p=0.064$) และค่า r ของปัจจัยรายได้ เท่ากับ -0.133 ($p=0.135$) ตามลำดับ ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพด้านการรับรู้ประโยชน์ ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.032$, $p < 0.05$) ปัจจัยความเชื่อ ด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยง และการรับรู้ ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์ กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ เท่ากับ 0.059 ($p = 0.507$) และ เท่ากับ -0.109 ($p = 0.221$) ตามลำดับ และปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ ในด้านการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($r = 0.095$, $p = 0.287$) ดังผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัย ที่ศึกษา กับปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1: ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง มิถุนายน พ.ศ. 2561

ปัจจัยที่ศึกษา	ระดับความสัมพันธ์กับ พฤติกรรม การป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี		การแปลผล
	r^*	P - value	
อายุ	-0.165	0.064	ไม่มีความสัมพันธ์
รายได้	-0.133	0.135	ไม่มีความสัมพันธ์

ตารางที่ 1: ผลการวิเคราะห์ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์ ระหว่างปัจจัยที่ศึกษากับพฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง มิถุนายน พ.ศ. 2561 (ต่อ)

ปัจจัยที่ศึกษา	ระดับความสัมพันธ์กับ พฤติกรรมการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี		การแปลผล
ปัจจัยความเชื่อด้านสุขภาพ			
1. การรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี	0.059	0.507	ไม่มีความสัมพันธ์
2. การรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวี	-0.109	0.221	ไม่มีความสัมพันธ์
3. การรับรู้ประโยชน์ในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี	0.191	0.032 (<0.05)	มีความสัมพันธ์ทางบวกใน ระดับต่ำ
4. การรับรู้อุปสรรคในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี	0.095	0.287	ไม่มีความสัมพันธ์

หมายเหตุ * r คือ ค่าสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์

อภิปราย

จากผลการวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยต่าง ๆ ได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล และความเชื่อด้านสุขภาพในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง มีประเด็นพิจารณา ดังนี้

1. ปัจจัยส่วนบุคคล

อายุ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ผลการศึกษาครั้งนี้แตกต่างกับผลการศึกษาของ ปรีชา สร้อยสน และคณะ⁽⁹⁾ ซึ่งศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายเรือนจำ เขต 2 พบว่า อายุ มีความสัมพันธ์เชิงบวกกับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ และแตกต่างกับผลการศึกษาของศรัณย์ พิมพทอง⁽¹⁰⁾ เรื่องปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

พบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่อายุนกว่ามีพฤติกรรม ป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มอื่น ทั้งนี้ความแตกต่างที่พบ อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ เป็นผู้ที่เกี่ยวข้องโครงการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอยู่แล้วทำให้ได้รับความรู้ในเรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีและมีโอกาสในการเข้าถึงข้อมูล ข่าวสาร และมีช่องทางในการเข้าถึงสื่อและอุปกรณ์การป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีในระดับที่ใกล้เคียงกัน

รายได้ พบว่า ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อของชาย ที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในกลุ่มศึกษาที่เป็นผู้เข้าร่วมโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอยู่แล้ว และยังทำให้เข้าถึงอุปกรณ์ป้องกัน เช่น ถุงยางอนามัย สารหล่อลื่น ได้โดยไม่จำเป็นต้องจ่ายรายได้เข้ามา

เกี่ยวข้องกับมากนัก ทำให้ปัจจัยรายได้ของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ไม่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี อย่างไรก็ตาม ผลจากการศึกษานี้ มีความแตกต่างกับผลการศึกษาของนันทิดา ศรีจันทร์ และคณะ⁽¹¹⁾ เรื่องปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่พบว่า รายได้เป็นปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย และแตกต่างจากผลการศึกษาของ ศรีณย์ พิมพ์ทอง⁽¹⁰⁾ เรื่อง ปัจจัยทางจิตสังคม ที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย พบว่าชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่มีรายได้ปานกลางมีพฤติกรรมป้องกันโรคเอดส์ขณะมีเพศสัมพันธ์มากกว่ากลุ่มอื่น ๆ

2. ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มตัวอย่างที่ตอบคำถามในครั้งนี้ ส่วนใหญ่เป็นผู้เข้าร่วมโครงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอยู่แล้ว⁽⁶⁾ และได้ผ่านการอบรมที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งมีความรู้ในการประเมินความเสี่ยงด้วยตนเองทำให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย มีความเข้าใจเรื่องความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างดี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา สร้อยสน และคณะ⁽⁶⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายเรือนจำ เขต 2 พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการเป็นโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ และแตกต่างกับการศึกษาของกรรณิการ์ มังกรโทัย⁽¹²⁾ ศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมป้องกันการ ติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สำนักงาน

คณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดนนทบุรี พบว่า การรับรู้โอกาสเสี่ยงของการติดเชื้อโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.01

3. ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีความรู้เรื่องอาการ ความรุนแรงของโรค และปัจจุบันมีนโยบายในการให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทุกรายสามารถเริ่มยาต้านไวรัสได้ทุกระดับ CD4 ซึ่งก่อนหน้านี้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต้องมีค่า CD4 < 350 cells/mm³ จึงจะสามารถเริ่มยาต้านไวรัสได้ ทำให้ในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทุกราย สามารถเข้ารับการรักษา และรับยาต้านไวรัสได้ทุกกรณี ทำให้ไม่พบผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงในชุมชน ซึ่งอาจส่งผลให้กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายไม่รับรู้ถึง ความรุนแรงของการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของปรีชา สร้อยสน และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายเรือนจำ เขต 2 พบว่า การรับรู้ความรุนแรงของการเป็นโรคเอดส์ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมป้องกันการโรคเอดส์

4. ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี มีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ที่ระดับ 0.05 ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากการที่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายที่ตอบคำถามส่วนใหญ่มีความรู้เรื่องประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และสามารถเชื่อมโยงไปสู่พฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ เช่น รับรู้

ว่าการใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ จะทำให้ปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ ประกอบกับปัจจุบันนี้ มีช่องทางในการเข้าถึงข้อมูล การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ที่สะดวก รวดเร็ว และ ทันสมัย เช่น สื่อออนไลน์ ต่าง ๆ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสร้อย อนุสรณ์ธีรกุล⁽¹³⁾ ศึกษา เรื่องการรับรู้และพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ ของ ชายไทยในหมู่บ้าน จังหวัดขอนแก่น พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา สร้อยสน และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรม การป้องกัน โรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายเรือนจำ เขต 2 พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันโรคเอดส์ มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ และสอดคล้องกับการศึกษาของ วิภาพร เตชะสรรพ⁽¹⁴⁾ ศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในสามี หญิงตั้งครรภ์ พบว่า การรับรู้ประโยชน์ของการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี และสอดคล้องกับการศึกษาของ พรพรรณธัญ โปฏ⁽¹⁵⁾ พบว่า การรับรู้ความสามารถ ของตนเองในการใช้อุปกรณ์ป้องกันถุงยางอนามัย มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี การเข้าถึงข้อมูลบริการและอุปกรณ์ป้องกัน มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน การติดเชื้อ เอชไอวี

5. ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ทั้งนี้อาจเป็นผลมาจากกลุ่มชายที่มี เพศสัมพันธ์กับชายมีความรู้ว่าการใช้ถุงยางอนามัย เป็นวิธีการที่ดีที่สุดในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี

ถึงแม้จะรับรู้ว่าการใช้ถุงยางอนามัยเป็นเรื่องยุ่งยาก เสียเวลา ทำให้ไม่สนุก และทำให้ความรู้สึกทางเพศ ลดลง แต่กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ก็ยัง ตระหนักในการใช้ถุงยางอนามัย ในการป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ ปรีชา สร้อยสน และคณะ⁽⁹⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อ พฤติกรรมในการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชาย เรือนจำ เขต 2 พบว่า การรับรู้อุปสรรคต่อ การป้องกันโรคเอดส์ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรม การป้องกันโรคเอดส์ และแตกต่างจากการศึกษา ของหริสร ทวีพัฒนา⁽¹⁶⁾ ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มี ความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวี กรณีศึกษานักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชน แห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร ปริญญาศิลปศาสตร มหาบัณฑิต (พัฒนาสังคม) สาขาพัฒนาสังคม โครงการ สหวิทยาการ ระดับบัณฑิตศึกษา พบว่า นักศึกษา ส่วนใหญ่มีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ โดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง แต่มีการรับรู้อุปสรรค ของการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์มีความสัมพันธ์ ทางลบกับพฤติกรรมในการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ และแตกต่างจากการศึกษาของวิภาพร เตชะสรรพ⁽¹⁴⁾ ศึกษาเรื่องความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรม การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในสามี หญิงตั้งครรภ์ พบว่า ในการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อ เอชไอวีมีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวี

ข้อเสนอแนะ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการวิจัยไปใช้ได้แก่

1. จากผลการศึกษา พบว่า อายุ และรายได้ ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมในการป้องกัน การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ดังนั้น หน่วยงานที่ดำเนินงานในด้านการป้องกันการ ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย

เช่น งานควบคุมป้องกันโรคเอดส์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ควรมีแนวทางในการดำเนินงานให้ความรู้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายทุกกลุ่มอายุที่มีโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่ต้องคำนึงถึงรายได้

2. จากผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ดังนั้นหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง หรือรับผิดชอบในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลในพื้นที่ รวมทั้ง องค์กรปกครองส่วนท้องถิ่นต้องให้ความสำคัญในการส่งเสริมความรู้เรื่องประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยจัดทำเป็นนโยบายของหน่วยงาน และจัดทำแผนงาน/โครงการ พร้อมทั้งสนับสนุนงบประมาณในการดำเนินงานให้ความรู้เรื่องการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งข้อที่ได้คะแนนเฉลี่ยน้อยที่สุด คือ การรับรู้ประโยชน์ด้านการรับประทายาป้องกันโรคเอดส์ ก่อนมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยสามารถป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีได้ ดังนั้น การที่จะดำเนินงานปรับเปลี่ยนพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรังให้ประสบความสำเร็จสามารถลดการติดเชื้อรายใหม่ได้เพิ่มมากขึ้น ควรเน้นให้ความสำคัญกับการรับรู้ประโยชน์ในการป้องกันการติดเชื้อ เช่น การส่งเสริมการเข้าถึงยาป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีก่อนมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย

3. จากผลการศึกษา พบว่า ความเชื่อด้านสุขภาพในด้านการรับรู้โอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี การรับรู้ความรุนแรงในการติดเชื้อเอชไอวี และการรับรู้อุปสรรคในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ไม่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์ ดังนั้น หน่วยงาน

ที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เช่น สำนักงานสาธารณสุขจังหวัด สำนักงานสาธารณสุขอำเภอ และ โรงพยาบาลในพื้นที่ รวมทั้งองค์กรปกครองส่วนท้องถิ่น ควรมีแนวทางในการดำเนินงานด้านอื่น ๆ ในการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพิ่มเติม เช่น เพิ่มความตระหนักในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี โดยการสร้างทัศนคติที่ดีในการใช้ถุงยางอนามัย ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี และการใช้โปรแกรมส่งเสริมสุขภาพ หรือ การออกแบบกิจกรรมที่เหมาะสมกับวิถีชีวิต และบริบทของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เพื่อให้มีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกต้อง

ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยต่อไป ได้แก่

1. ควรมีการศึกษา ปัจจัยส่วนบุคคลในประเด็นเกี่ยวกับ บทบาททางเพศของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย คือ ฝ่ายกระทำ ฝ่ายถูกกระทำ หรือแบบผสมทั้ง 2 บทบาท เพราะบทบาททางเพศที่แตกต่างกัน อาจจะมีพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีที่ต่างกัน

2. ควรมีการศึกษาในกลุ่มเยาวชนที่เป็นชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย เนื่องจากสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ พบว่า ผู้ติดเชื้อรายใหม่มีอายุน้อยลง และจากสถานการณ์การติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในระดับประเทศ และจังหวัดตรัง พบว่า กลุ่มที่มีการติดเชื้อสูงที่สุด คือ กลุ่มเยาวชน (อายุ 14-25 ปี) ซึ่งการติดเชื้อโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้นเป็นสัญญาณหนึ่งที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้น ในอนาคต

3. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพเกี่ยวกับวิถีทางเพศ ซึ่งในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายมีบริบทในการใช้ชีวิตที่หลากหลาย และมีความละเอียดอ่อนในเรื่องเพศวิถีเพื่อนำไปสู่การวางแผนการจัดรูปแบบการส่งเสริมพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายเพื่อลดจำนวนการติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ในการศึกษาวิจัยเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดตรัง สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาและความช่วยเหลือจากบุคคลต่าง ๆ จำนวนมาก ในการให้คำแนะนำ แก้ไข และให้ข้อเสนอแนะในการจัดทำการศึกษาอิสระตั้งแต่ต้นจนสำเร็จด้วยความเรียบร้อย ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่

ผู้รับผิดชอบงานป้องกันโรคเอดส์ ของโรงพยาบาลทั้ง 5 โรงพยาบาล ในจังหวัดตรัง ทุกท่านที่ให้ความช่วยเหลือในการเก็บแบบสอบถามจนทำให้การทำวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี ขอขอบคุณกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย ในเขตรับผิดชอบของโรงพยาบาล 5 โรงพยาบาล ในจังหวัดตรัง ที่ยินดีเข้าร่วมการวิจัยเป็นกลุ่มตัวอย่าง และให้ความร่วมมือในการให้ข้อมูลในการศึกษาในครั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. คณะทำงานการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี. สถานการณ์เอชไอวีและเอดส์ พ.ศ. 2559 [อินเทอร์เน็ต]. (สืบค้นเมื่อ วันที่ 19 มี.ค. 2561). แหล่งข้อมูล <http://aidssti.ddc.moph.go.th/report/view>.
2. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แผนงานวิจัยด้านการป้องกัน ควบคุมโรคและภัยสุขภาพ พ.ศ. 2562-2564. กรุงเทพฯ; 2562.
3. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการให้บริการเพื่อเฝ้าระวังด้านไวรัสในทุกกระดบ CD4. กรุงเทพฯ:สำนักงานพระพุทธศาสนาแห่งชาติ ; 2557.
4. สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์การติดประเทศไทย พ.ศ. 2560. นนทบุรี ; 2561.
5. ศาสตราจารย์ จรัสโชค. สถานการณ์โรคเอดส์ จังหวัดตรัง ปี 2561. ใน: ประชุมคณะกรรมการขับเคลื่อนกลไก การประสานงานป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์และวัณโรค ปี 2561; ณ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดตรัง. ตรัง; 2561. หน้า 3 - 4.
6. สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. มาตรฐานศูนย์บริการชุมชน. พิมพ์ครั้งที่ 1. สมุทรสาคร. บริษัท บอริ่ง พู ปี พบลิชซึ่ง จำกัด ; 2558.
7. Best JW. Research in education.3 ed1977.
8. Himkile, D.E, William,W. and Stephen G.J. Applied Statistics for the Behavior Sciences. 4thed. New York : Houghton Mifflin, 1998.
9. ปรีชา สร้อยสน, รุ่งรัตน์ ศรีสุริยะเวศน์, พรนภา หอมสินธุ์. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของผู้ต้องขังชายเรือนจำ เขต 2 [วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต] กรุงเทพฯ ฯ มหาวิทยาลัยบูรพา; 2554. 5 หน้า.
10. ศรีณีย์ พิมพ์ทอง. ปัจจัยทางจิตสังคมที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ในชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย [วิทยานิพนธ์ปริญญาดุขศึกษบัณฑิตพัฒนาลังคมและการจัดการสิ่งแวดล้อม]. กรุงเทพฯ ฯ สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์; 2554. 6 หน้า.
11. นันทิดา ศรีจันทร์, สายหยุด มูลเพชร, สามารถ ใจเตี้ย. ปัจจัยทำนายพฤติกรรมการใช้ถุงยางอนามัยของกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายอำเภอเมือง จังหวัดเชียงใหม่. [วิทยานิพนธ์ปริญญาสาธารณสุขศาสตรมหาบัณฑิต]. เชียงใหม่: มหาวิทยาลัยราชภัฏเชียงใหม่; 2560. 17 หน้า.
12. กรรณิการ์ มังกรไทย. ปัจจัยที่มีผลต่อพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ ของนักเรียนชั้นมัธยมศึกษาตอนปลาย สำนักงานคณะกรรมการศึกษาขั้นพื้นฐาน จังหวัดนนทบุรี. [วิทยานิพนธ์ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิตด้านพัฒนาลังคม]. กรุงเทพฯ ฯ มหาวิทยาลัยเกษตรศาสตร์; 2548.
13. สร้อย อนุสรณ์ธีรกุล. การรับรู้และพฤติกรรมการป้องกันโรคเอดส์ของชายไทยในหมู่บ้าน จังหวัดขอนแก่น. [วิทยานิพนธ์]. ขอนแก่น: มหาวิทยาลัยขอนแก่น; 2549.
14. วิภาพร เตชะสรรพต. ความเชื่อด้านสุขภาพและพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในสามีหญิงตั้งครรภ์. [วิทยานิพนธ์ศึกษาศาสตรมหาบัณฑิต]; 2556.
15. พรรณธนัฐ โปฏก. ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อพฤติกรรมการส่งเสริมสุขภาพทางเพศและการป้องกันโรคเอดส์ในกลุ่มชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย จังหวัดเชียงใหม่. วารสารโรคเอดส์. 2559; 28(1).
16. หริสร ทวีพัฒนา. ศึกษาเรื่องปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ กรณีศึกษานักศึกษามหาวิทยาลัยเอกชนแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร. วารสารสังคมศาสตร์และมนุษยศาสตร์. 2552; ฉบับที่1: 131-145.

TENO-EM



