การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษา: สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

โดย

ชินดนัย วัฒนะ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตาม
หลักสูตรศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม
คณะอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม

บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2566

STIGMA AND DISCRIMINATION AGAINST PEOPLE LIVING WITH HIV
A CASE STUDY: A HOSPITAL IN KHON KAEN PROVINCE

BY

CHINDANAI WATTHANA

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

A THESIS SUBMITED IN PARTIAL FULFILLMENT

OF THE REQUIREMENTS FOR

THE DEGREE OF MASTER OF ARTS

IN CRIMINOLOGY AND JUSTICE ADMINISTRATION

FACULTY OF CRIMINOLOGY AND JUSTICE ADMINISTRATION

GRADUATE SCHOOL, RANGSIT UNIVERSITY

ACADEMIC YEAR 2023

วิทยานิพนธ์เรื่อง

การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษา:
สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

โดย
ชินดนัย วัฒนะ

ได้รับการพิจารณาให้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตร
ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม

มหาวิทยาลัยรังสิต
ปีการศึกษา 2566

ศ.ดร.ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธ์
ประธานกรรมการสอบ

รศ.ดร.ธรรมวิทย์ เทอดอุดมธรรม
กรรมการ

ดร.พรรษพร สุวรรณากาศ
กรรมการ

ผศ.ดร.อารณีย์ วิวัฒนาภรณ์
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษา

ผศ.ดร.นวภัทร ณรงค์ศักดิ์
กรรมการและอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม

บัณฑิตวิทยาลัยรับรองแล้ว

(ผศ.ร.ต. หญิง ดร.วรรณี ศุขสาตร)
คณบดีบัณฑิตวิทยาลัย
9 พฤษภาคม 2567

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

Thesis entitled

STIGMA AND DISCRIMINATION AGAINST PEOPLE LIVING WITH HIV

A CASE STUDY: A HOSPITAL IN KHON KAEN PROVINCE

by

CHINDANAI WATTHANA

was submitted in partial fulfillment of the requirements
for the degree of Master of Arts in Criminology and Justice Administration

Rangsit University
Academic Year 2023

-- --

Prof. Sakchai Lertpanichpun, LL.D.
Examination Committee Chairperson

Assoc.Prof. Thamavit Terdudomtham, Ph.D.
Member

-- --

Phatsaporn Suwannakart, Ph.D.
Member

Asst.Prof. Aranee Vivatthanaporn, Ph.D.
Member and Advisor

Asst.Prof. Navapat Narongsak, Ph.D.
Member and Co-Advisor

Approved by Graduate School

(Asst.Prof.Plt.Off. Vannee Sooksatra, D.Eng.)
Dean of Graduate School
May 9, 2024

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

กิตติกรรมประกาศ

วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี เนื่องจากได้รับความอนุเคราะห์จากท่านอาจารย์ที่ปรึกษา ผศ.ดร.อารณีย์ วิวัฒนาภรณ์ และอาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ผศ.ดร.นวภัทร ณรงค์ศักดิ์ ที่ท่านได้ให้ความกรุณาเสียสละเวลาอันมีค่าของท่าน ให้คำแนะนำเป็นอย่างดีมาโดยตลอด และให้ข้อคิดต่าง ๆ อันเป็นประโยชน์อย่างยิ่งในการทำวิจัยครั้งนี้ อีกทั้งยังช่วยแก้ปัญหาต่าง ๆ ที่เกิดขึ้นระหว่างดำเนินงานวิจัย ตรวจสอบแก้ไขข้อบกพร่องด้วยความเอาใจใส่ ซึ่งผู้วิจัยซาบซึ้งในความกรุณาของท่านอาจารย์ทั้งสองท่านและกราบขอบพระคุณเป็นอย่างสูงไว้ ณ ที่นี้ด้วย

ขอขอบพระคุณมหาวิทยาลัยรังสิตและคณาจารย์ทุกท่านที่ประสิทธิประสาทวิชาความรู้ทางวิชาการและขอกราบพระคุณ ศ.ดร.ศักดิ์ชัย เลิศพานิชพันธ์, รศ.ดร.ธรรมวิทย์ เทอดอุดมธรรม และ ดร.พรรษพร สุวรรณากาศ ประธานและกรรมการสอบวิทยานิพนธ์ ที่ท่านได้กรุณาให้คำปรึกษา รวมทั้งให้ข้อเสนอแนะในการปรับปรุงวิทยานิพนธ์ฉบับนี้ให้มีความถูกต้องสมบูรณ์ยิ่งขึ้น ตลอดจนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องทุกท่านในคณะอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม มหาวิทยาลัยรังสิต ที่ให้ความอนุเคราะห์ประสานงานต่าง ๆ ให้สำเร็จลุล่วงได้เป็นอย่างดี

สุดท้ายนี้ขอขอบพระคุณบิดามารดา และครอบครัวอันเป็นที่รัก และเพื่อน ๆ กัลยาณมิตรที่คอยสนับสนุนในการศึกษา ความรักและความปรารถนาดีและยังคอยช่วยเหลือ คอยให้กำลังใจแก่ผู้วิจัยเสมอมา จนทำให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงไปได้ด้วยดี

คุณค่าและประโยชน์ของการศึกษาครั้งนี้ ผู้วิจัยขอมอบให้แก่ทุกท่านที่มีส่วนร่วมในการศึกษาครั้งนี้

ชินดนัย วัฒนะ
ผู้วิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

6305375 : ชินดนัย วัฒนะ

ชื่อวิทยานิพนธ์ : การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษา: สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น

หลักสูตร : ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม

อาจารย์ที่ปรึกษา : ผศ.ดร.อารณีย์ วิวัฒนาภรณ์

อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม : ผศ.ดร.นวภัทร ณรงค์ศักดิ์

บทคัดย่อ

การวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ 1) ศึกษาสภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) ศึกษาสาเหตุที่ทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และ 3) ศึกษาแนวทางที่ลดการตีตรา ลดการเลือกปฏิบัติ และให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิเหมือนกับบุคคลทั่วไปและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกตีตราจากสังคมกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ โดยใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยคือ แบบสัมภาษณ์เชิงลึก โดยทำการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 15 คน ผู้ให้บริการในสถานพยาบาล 5 คน องค์กรพัฒนาเอกชนด้านเอชไอวี 2 คน นักจิตวิทยาการปรึกษา 1 คน และนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน 1 คน รวมทั้งหมด 24 คน

ผลการวิจัยพบว่า 1) สภาพปัญหาที่เกิดการจากตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ ปัญหาทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปัญหาด้านพฤติกรรมเมื่อผู้อื่นทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวี ปัญหาด้านการทำงานและการจ้างงาน ปัญหาสิทธิและสวัสดิการที่ไม่เท่าเทียม 2) สาเหตุที่ทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือ ด้านเจตคติ ค่านิยมและความเชื่อ ด้านความรู้ในด้านเอชไอวี โรคเอดส์ และด้านสื่อต่าง ๆ 3) แนวทางที่ลดการตีตรา ลดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกตีตราจากสังคมกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ ได้แก่ การสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชน การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเท่าเทียมและเป็นมิตร นโยบายการให้สวัสดิการที่เทียมเทียมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี การส่งเสริมภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี

(วิทยานิพนธ์มีจำนวนทั้งสิ้น 144 หน้า)

คำสำคัญ: การตีตรา, การเลือกปฏิบัติ, เอชไอวี, โรคเอดส์

ลายมือชื่อนักศึกษา .... ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษา ....

ลายมือชื่ออาจารย์ที่ปรึกษาร่วม ....

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

6305375 : Chindanai Watthana

Thesis Title : Stigma and Discrimination Against People Living with HIV A Case Study: A Hospital in Khon Kaen Province

Program : Mater of Arts in Criminology and Justice Administration

Thesis Advisor : Asst.Prof. Aranee Vivatthanaporn, Ph.D.

Thesis Co-Advisor : Asst.Prof. Navapat Narongsak, Ph.D.

Abstract

The objectives of this study were 1) to study the problems caused by stigma and discrimination against people living with HIV, 2) to study the causes of stigma and discrimination against people living with HIV, and 3) to study for the guideline to reducing stigma and discrimination, allowing people live with HIV to have the same rights as the general citizen, and to help people who have been stigmatized by society to return to living normal lives. Using qualitative research approach, the research instrument was an in-depth interview with 15 people living with HIV, 5 health care providers, 2 HIV NGOs, 1 counseling psychologist, and 1 human rights academic, totaling of 24 participants.

The finding showed that 1) problems arising from stigma and discrimination against people living with HIV included the problem of negative attitudes towards people living with HIV, the behavioral problems when others know they were infected with HIV, the problem of work and employment, and the problems of unequal rights and welfare. 2) The causes of stigma and discrimination against people living with HIV consisted of attitudes, values, beliefs, and knowledge about HIV and AIDS, and various media. 3) The guideline to reduce stigma and discrimination against people living with HIV comprised raising public awareness, providing equal and friendly services to people living with HIV, policy of providing artificial welfare to people living with HIV, promoting civil society participation in reducing stigma and discrimination against people living with HIV, and protecting the rights of people living with HIV.

(Total 144 pages)

Keywords: Stigma, Discrimination, HIV, AIDS

Student's Signature …... Thesis Advisor's Signature ....

Thesis Co-Advisor's Signature ....

สารบัญ

		หน้า
กิตติกรรมประกาศ		**ก**
บทคัดย่อภาษาไทย		**ข**
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ		**ค**
สารบัญ		**ง**
สารบัญรูป		**ช**
บทที่ 1	**บทนำ**	**1**
	1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
	1.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย	11
	1.3 คำถามการวิจัย	12
	1.4 ขอบเขตการวิจัย	12
	1.5 นิยามศัพท์	14
	1.6 ประโยชน์ที่จะได้รับ	14
บทที่ 2	**ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง**	**15**
	2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์	15
	2.2 แนวคิดทฤษฎีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี	21
	2.3 ทฤษฎีการลงโทษแก้แค้นเพื่อการทดแทน (Retributive Theory)	28
	2.4 แนวคิดทฤษฎีความยุติธรรมทางสุขภาพ	32
	2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน	33
	2.6 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์	39
	2.7 ปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในต่างประเทศ	43
	2.8 พระราชบัญญัติขจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล (กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี)	46
	2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง	48

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญ (ต่อ)

		หน้า
บทที่ 3	**ระเบียบวิธีวิจัย**	**61**
	3.1 วิธีการศึกษา	61
	3.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant)	62
	3.3 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ	63
	3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล	63
	3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล	64
	3.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ	64
	3.7 การวิเคราะห์ข้อมูล	64
	3.8 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล	65
บทที่ 4	**ผลการศึกษาและอภิปรายผล**	**67**
	4.1 ผลการศึกษาส่วนที่ 1	67
	4.2 ผลการศึกษาส่วนที่ 2	79
	4.3 ผลการศึกษาส่วนที่ 3	86
	4.4 อภิปรายผล	97
บทที่ 5	**สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ**	**113**
	5.1 สรุปผลการวิจัย	113
	5.2 ข้อเสนอแนะ	122
บรรณานุกรม		**127**

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญ (ต่อ)

หน้า

ภาคผนวก **137**

ภาคผนวก ก เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย 138

ภาคผนวก ข เอกสารด้านจริยธรรมวิจัยในคน 141

ประวัติผู้วิจัย **144**

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สารบัญรูป

รูปที่		หน้า
1.1	แผนภูมิแสดง ร้อยละของการรู้สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2558 - พ.ศ.2563	2
1.2	แผนภูมิแสดงจำนวนประมาณการผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในจังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 - 2565	10
1.3	แผนภูมิแสดงการติดเชื้อเอชไอวี โดยจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2560 - พ.ศ.2564	11
2.1	แผนภูมิที่ผู้วิจัยได้คิดขึ้นมาเองจากแนวคิดทฤษฎีการตีตรา (Stigma) ของกอฟแมน	24
2.2	แผนภูมิที่ผู้วิจัยได้คิดขึ้นมาเองจากแนวคิดทฤษฎีการตีตรา (Labeling Theory) ของลิงค์และฟรานซีส	25
2.3	แผนภูมิแสดงการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุ 15 – 49 ปี ในเอเชียและแปซิฟิก ปี พ.ศ. 2563	43
2.4	แผนภูมิแสดงการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุ 15 - 49 ปี ในแถบทะเลแคริบเบียน ปี พ.ศ. 2563	44
2.5	แผนภูมิแสดงการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุ 15-49 ปี ในทวีปตะวันออกกลาง แอฟริกาเหนือ และละตินอเมริกา ปี พ.ศ. 2563	44
2.6	แผนภูมิแสดงทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งตามภูมิภาค ปี 2564	46

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 1

บทนำ

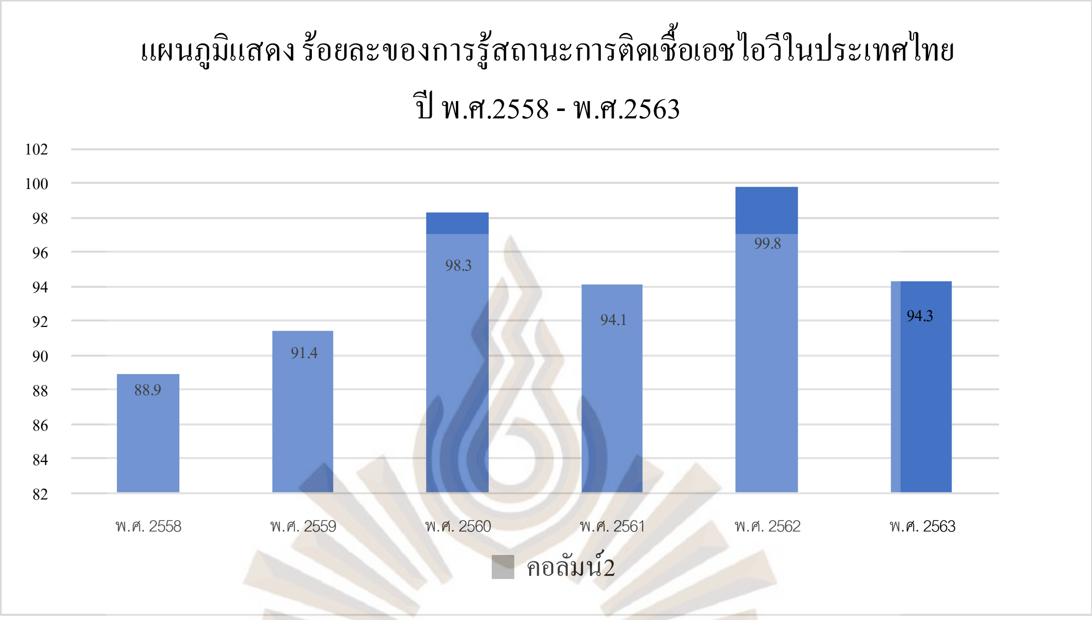
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ (AIDS : Acquired Immune Deficiency Syndrome) ซึ่งเกิดจากเชื้อเอชไอวี (HIV : Human Immunodeficiency Virus) และเป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญระดับโลก เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายได้และมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นเรื่อย ๆ มีผู้คนเจ็บป่วยและล้มตายเป็นจำนวนมากจากการติดเชื้อเอชไอวี สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีได้มีการอุบัติขึ้นครั้งแรกในประเทศคองโก ทวีปแอฟริกา เมื่อ พ.ศ. 2521 และต่อมาได้แพร่กระจายเข้าไปในประเทศสหรัฐอเมริกาเมื่อ พ.ศ. 2524 หลังจากนั้นเชื้อเอชไอวีได้แพร่ไปยังประเทศต่าง ๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และร้อยละ 90 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในประเทศที่กำลังพัฒนา (Word Health Organization, 2010) จากสถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีนับตั้งแต่มีการระบาดมา ล่าสุดจำนวน 77.3 ล้านคน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 35.4 ล้านคนเสียชีวิตนับตั้งแต่มีการระบาดและมีจำนวน 36.9 ล้านคนติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่ ในปี พ.ศ. 2560 และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในปี พ.ศ. 2560 อีกจำนวน 1.8 ล้านคน สำหรับในประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อมากกว่า 1 ล้านคนในเวลา 35 ปี และมีผู้ติดเชื้อประมาณ 600,000 คน เสียชีวิต และมีผู้ติดเชื้อใหม่ประมาณ 6,000 คนต่อปี โดยเฉลี่ยวันละ 17 คน คิดเป็นร้อยละ 0.3 ของการติดเชื้อเอชไอวีทั้งโลก (วงการแพทย์, 2563)

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย จากการรายงานของศูนย์รวบรวมข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทยประจำปี พ.ศ. 2563 พบว่า มีผู้ที่ติดเชื้อรายใหม่จำนวน 6,600 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีชีวิตอยู่จำนวน 500,000 คน ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่กำลังรับยาต้านไวรัสจำนวน 394,598 ราย และมีผู้ที่เสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 12,000 คน โดยจะจำแนกช่องทางการรับและถ่ายทอดเชื้อดังนี้ การมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับชาย ร้อยละ 63 (4,171 คน) การมีคู่นอนผลเลือดต่าง ร้อยละ 22 (1,440 คน) การที่มีคู่นอนชั่วคราวและนอกสมรส ร้อยละ 10 (665 คน) การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน ร้อยละ 3 (209 คน) และการซื้อบริการทางเพศ ร้อยละ 2 (89 คน) และในปี พ.ศ. 2563 ประเทศไทยยังคงมีการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ประเทศไทยอยู่ถึง ร้อยละ 48.6 (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีและระบบข้อมูล, 2564)



รูปที่ 1.1 แผนภูมิแสดง ร้อยละของการรู้สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี
ในประเทศไทย ปี พ.ศ.2558 - พ.ศ.2563

ที่มา : กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์
กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีและระบบข้อมูล, 2564

จากแผนภูมิข้างต้นแสดงให้ทราบถึงร้อยละที่บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองตั้งแต่ปี พ.ศ.2558 - พ.ศ.2563 ดังนี้ ปี พ.ศ. 2558 ร้อยละของการรับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 88.9 ปี พ.ศ. 2559 ร้อยละของการรับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 91.4 ปี พ.ศ. 2560 ร้อยละของการรับรู้สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 98.3 ปี พ.ศ. 2561 ร้อยละ ของการรับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 94.1 ปี พ.ศ. 2562 ร้อยละของการรับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 99.8 และ ปี พ.ศ. 2563 ร้อยละของการรับรู้สถานะการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 94.3 ตามลำดับ

สถานการณ์ในประเทศไทยพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. 2564 จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด 520,000 คน และคาดว่าพบผู้ติดเชื้อรายใหม่ราว 6,500 คนต่อประชากรทั้งหมด ซึ่งพบการติดเชื้อเอชไอวีที่สูงขึ้นในปีที่ผ่านมา ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเยาวชนที่มีอายุตั้งแต่ 15-24 ปี รัฐบาลได้

เล็งเห็นว่าเยาวชนที่มีความเสี่ยงที่จะติดโรคทางเพศสัมพันธ์ที่มีแนวโน้มสูงขึ้นอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคซิฟิลิสและหนองในที่สูงขึ้นสำหรับกลุ่มอายุ 15-24 ปี ซึ่งผู้ป่วยโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์มีโอกาสการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าผู้ที่ไม่ได้ป่วยถึง 5-9 เท่า สำหรับในปีงบประมาณ 2566 สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) จึงได้เตรียมงบประมาณไว้สำหรับงานเอชไอวี/เอดส์ จำนวน 3,978 ล้านบาท เพื่อเป็นค่าใช้จ่ายสำหรับผู้มีสิทธิหลักประกันสุขภาพแห่งชาติหรือประชาชนกลุ่มเฉพาะตามที่คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติกำหนด ครอบคลุมบริการการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การตรวจชันสูตรทางห้องปฏิบัติการ การตรวจคัดกรองและการตรวจยืนยันไวรัสตับอักเสบซี ซึ่งประเทศไทยมีเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ เพื่อควบคุมการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีภายในปี 2573 ซึ่งกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับศูนย์ความร่วมมือไทย – สหรัฐด้านสาธารณสุข (Workpoint Today, 2022) ซึ่งมีเป้าหมายและมาตรการต่าง ๆ สอดคล้องกับพันธสัญญาสหประชาชาติที่ประเทศไทยได้ให้ความเห็นชอบทั้งเป้าหมายของการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals, SDG) และปฏิญญาการเมืองด้านเอชไอวีในการประชุมระดับสูงสหประชาชาติ (Political Declaration on HIV 2016) ที่จะหยุดยั้งการระบาดของเอชไอวีไม่ให้เป็นปัญหาสาธารณสุข (กรมควบคุมโรค, 2559) โดยแผนดังกล่าวจะกำหนดเป็นการดำเนินการ 6 ยุทธศาสตร์ ดังนี้

ยุทธศาสตร์ที่ 1 มุ่งมั่นและเร่งรัดจัดชุดบริการที่มีประสิทธิผลสูงและรอบด้านให้ครอบคลุมพื้นที่และตัวอย่างที่อยู่ในภาวะเสี่ยงและมีโอกาสรับและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูง

ยุทธศาสตร์ที่ 2 ยกระดับคุณภาพและบูรณาการการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิมให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ

ยุทธศาสตร์ที่ 3 พัฒนาและเร่งรัดการรักษา ดูแลและช่วยเหลือทางสังคม ให้มีคุณภาพรอบด้านและยั่งยืน

ยุทธศาสตร์ที่ 4 ปรับภาพลักษณ์ ความเข้าใจ เสริมสร้างความเข้มแข็งระดับบุคคล ครอบครัวชุมชน รวมทั้งกลไกการคุ้มครองสิทธิ เพื่อลดการรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวเนื่องกับเอชไอวีและเพศภาวะ

ยุทธศาสตร์ที่ 5 เพิ่มความร่วมรับผิดชอบ การลงทุน และประสิทธิภาพการจัดการในทุกภาคส่วนทั้งระดับนานาชาติ ระดับประเทศ ระดับจังหวัด และระดับพื้นที่

ยุทธศาสตร์ที่ 6 ส่งเสริมและพัฒนาการเข้าถึงและการใช้ประโยชน์ข้อมูลเชิงยุทธศาสตร์และการวิจัยที่รอบด้านและมีประสิทธิภาพ

และเพื่อให้สอดคล้องกับยุทธศาสตร์ของประเทศไทย 20 ปี และพันธะกรณีระดับนานาชาติทั้งมีเป้าหมายการพัฒนาที่ยั่งยืน (Sustainable Development Goals) ปี ค.ศ. 2030 ของสหประชาชาติ และตามปฏิญญาการเมืองด้านเอชไอวี (Political Declaration on HIV) ในการประชุมระดับสูงสหประชาชาติที่กรุงนิวยอร์ค สหรัฐอเมริกา เมื่อเดือน มิถุนายน 2559 ที่ว่ายุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ฉบับนี้ จึงเป็นยุทธศาสตร์ที่มีระยะยาวจนถึงปีเป้าหมายความสำเร็จคือ พ.ศ. 2573โดยอยู่ในหลักการของการสร้างความเป็นธรรม สามารถลดความเหลื่อมล้ำในสังคม เคารพต่อคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์มีความละเอียดอ่อนต่อเพศภาวะ และการมีส่วนร่วมรับผิดชอบของทุกภาคส่วน โดยแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ได้กำหนดเป้าหมายและหลักการพื้นฐาน โดยมีเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์กำหนดให้ต้องบรรลุภายในปีพ.ศ. 2573 มี 3 ประการ คือ ไม่ติด ไม่ตาย ไม่ตีตรา ดังนี้

1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย
2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย
3) ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวี และเพศภาวะลง ร้อยละ 90

ซึ่งหลักการพื้นฐานดังกล่าวควรมี (1) การสร้างความเป็นธรรม ลดความเหลื่อมล้ำ และไม่มีประชากรใดถูกละเลย (2) การเคารพ ปกป้อง คุ้มครอง สิทธิมนุษยชน และความเสมอภาคทางเพศ และ (3) การเป็นเจ้าของและร่วมรับผิดชอบของภาคีเครือข่ายทั้งภาครัฐ ภาคประชาสังคม และภาคเอกชน

นอกจากนี้ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้มีการกล่าวถึง 4 ปัจจัยสำคัญ ที่ทำให้ประเทศไทยประสบผลสำเร็จ “การยุติติดเชื้อ HIV แม่สู่ลูก อัตราต่ำกว่าร้อยละ 2 เป็นประเทศที่ 2 ของโลก” ทั้งจากโครงสร้างพื้นฐานระบบสาธารณสุขที่มีการวิจัยต่อเนื่องและจริงจัง การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า และกลไกขับเคลื่อนโดยภาคประชาสังคม แถมสะท้อนความคุ้มค่าการลงทุนสุขภาพของประเทศ เดินหน้าระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า เพิ่มคุณภาพชีวิตประชาชนในประเทศ ทั้งนี้เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์แห่งประเทศไทย ได้มีกล่าวถึงความสำเร็จของประเทศไทยที่ได้รับเกียรติบัตรจากองค์การอนามัยโลกรับรองเป็นประเทศที่ 2 ของโลก และเป็นประเทศแรกในเอเชีย ในการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกต่ำกว่าร้อยละ 2 ว่า ความสำเร็จที่เกิดขึ้นในครั้งนี้มาจากผลดำเนินการ 4 เรื่องสำคัญ คือ (สำนักข่าวออนไลน์ Hfocus, 2559)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

1) การวางโครงสร้างพื้นฐานระบบสาธารณสุขของประเทศ ต้องยอมรับว่าประเทศไทยมีการจัดโครงสร้างพื้นฐานด้านที่ดี มีหน่วยบริการกระจายอยู่ทั่วประเทศ ทั้งในระดับจังหวัด อำเภอ และตำบล ซึ่งทำให้ประชาชนสามารถเข้ารับบริการได้

2) การทำวิจัยการให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกโดยสภากาชาดไทย มีการทดลองทางคลินิกและทำงานในเชิงปฏิบัติการอย่างจริงจังเพื่อผลักดันเรื่องนี้

3) การมีระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าที่รองรับค่าใช้จ่ายด้านการรักษาพยาบาล ทำให้ประชาชนเข้าถึงการรักษาอย่างครอบคลุมและทั่วถึง ตั้งแต่ปี 2545 จนถึงปัจจุบัน รวมถึงกรณีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เกิดการดูแลตั้งแต่การตั้งครรภ์ ระหว่างคลอด และหลังคลอดแล้วทั้งแม่และเด็ก โดยเฉพาะการเข้าถึงยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ทั้งนี้ในอดีตยาต้านไวรัสเอชไอวีมีราคาแพงมาก แต่ระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้าส่งผลให้เกิดกลไกที่ทำให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีราคาถูกลงกว่า 10 เท่า โดยร่วมมือกับองค์การเภสัชกรรมในการผลิตยาสามัญเพื่อให้ผู้ป่วยเข้าถึง รวมทั้งมีการจัดตั้งกองทุนเอดส์เพื่อดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเฉพาะที่ดำเนินการมาจนถึงปัจจุบัน

4) กลไกภาคประชาสังคม ที่มีบทบาทสำคัญของการขับเคลื่อนนโยบายต่างๆ จนสำเร็จ ทั้งนโยบายหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า การบรรจุสิทธิประโยชน์ยาต้านไวรัสเอชไอวีในระบบหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า รวมถึงการคุ้มครองสิทธิหญิงติดเชื้อที่ตั้งครรภ์

การตีตรา (Stigma) ถือเป็นปรากฏการณ์ทางจิตวิทยา ที่เกิดจากสังคมส่วนหนึ่งมีอคติและเกิดจากความเชื่อดั้งเดิมของผู้คนกลุ่มหนึ่งที่มีลักษณะทัศนคติเชิงลบต่อบุคคลหรือกลุ่มคนที่แตกต่างไปจากตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้ที่ถูกตีตราเรียกว่าการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ซึ่งหมายถึงการกระทำใด ๆ ที่มีลักษณะแบ่งแยก กีดกัน หรือจำกัดสิทธิเสรีภาพไปจากตนเอง การตีตราและการเลือกปฏิบัติมักถือว่าเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้วย (Katz, 2013 อ้างถึงใน กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ, และบุญสวย ชัยสถิตกุล, 2560) ปัจจุบันการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับปัญหาสุขภาพที่สำคัญ โดยเฉพาะอย่างยิ่งกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ จะทำให้ผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีบางรายไม่กล้าเข้าพบแพทย์เพื่อที่จะตรวจหาเชื้อเอชไอวี เนื่องมาจากว่าการคาดการณ์เองไปล่วงหน้าว่าหากตนได้รับเชื้อเอชไอวี จะถูกผู้คนในสังคมรังเกียจและอาจถูกกีดกันจากบุคคลรอบข้างได้ และหากตนเองไม่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีก็จะไม่ได้รับการรักษาอย่างถูกวิธี และจะมีโอกาสที่จะไปแพร่เชื้อนี้ให้แก่ผู้อื่นได้ และสำหรับผู้ที่ทราบแล้วว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ก็จะทำให้เขาเหล่านั้นไม่อยากไปรับการรักษา เนื่องจากกลัวผลเลือดของตนเองถูกเปิดเผย อาจจะถูกนินทาจากเจ้าหน้าที่ และนอกจากนั้นการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อในสถานพยาบาลนั้นก็อาจจะทำให้เกิดความไม่พึงพอใจบริการต่อเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน และทำให้เกิด

ความทุกข์หรือไม่สบายใจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะทำให้มีคุณภาพชีวิตลดลงและไม่ได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่อง อาจจะส่งผลให้มีการเจ็บป่วยที่รุนแรงหรือเสียชีวิตได้ การตีตราและการเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นในแทบทุกส่วนของสังคม ในประเทศไทยของเรายังคงมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ที่ร้อยละ 48.6 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ออนไลน์, 2563) แสดงให้เห็นว่า ปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติ มักจะนำไปสู่ความมีอคติและมีการแบ่งแยกของสังคม ซึ่งเห็นจากการแสดงความหวาดกลัว รังเกียจเดียดฉันท์ การปฏิเสธ ไม่ยอมรับ กีดกัน ต่อต้าน ลิดรอนสิทธิประโยชน์ ขัดต่อหลักสิทธิมนุษยชนและโอกาสในการรับบริการด้านต่าง ๆ จากสังคม หรือจากบุคคลรอบข้าง จากคนภายในครอบครัว เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านสุขภาพหรือแม้แต่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

อย่างไรก็ตาม จากการศึกษากลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า การตีตราเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ส่งผลต่อการเข้ารับการตรวจวินิจฉัยและเข้าถึงการรักษาการติดเชื้อเอชไอวี รวมไปถึงวินัยในการรับประทานยาต้านไวรัสตลอดจนการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวี (Arnold, Rebchook, & Kegeles, 2014) และจากรายงานของ The Joint United Nations Program on HIV and AIDS (UNAID) ปี พ.ศ. 2564 พบว่า ยังมี 36 ประเทศ จาก 58 ประเทศ ที่ UNAIDS ได้ทำการสำรวจ ยังมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่มากกว่าร้อยละ 50 (UNAIDS, 2021)

สำหรับประเทศไทยนั้นในปี 2560 พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและหญิงข้ามเพศเคยมีประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติในสถานศึกษา สถานที่ทำงาน ภายในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา โดยพบร้อยละ 12.8 และ 18.9 ตามลำดับ กลุ่มชายมีเพศสัมพันธ์กับชาย และการตีตราตนเอง ในกลุ่มพนักงานบริการหญิงสูงที่สุดคือ ร้อยละ 52.2 รองลงมาคือกลุ่มหญิงข้ามเพศ ร้อยละ 22.1 ขณะที่กลุ่ม ชายมีเพศสัมพันธ์กับชายและพนักงานบริการชายอยู่ที่ ร้อยละ 19.4 กับ 19.9 ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค, 2562)

ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Earnshaw and Kalichman (2013) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะถูกเลือกปฏิบัติทั้งในที่ทำงาน สถานศึกษา สถานที่ทางศาสนา และสถานบริการสุขภาพ อาจรวมไปถึงการปฏิเสธจากครอบครัวและเพื่อนฝูง

จากการทบทวนวรรณกรรมของ Lowther, Selman, Harding, & Higginson (2014) พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความวิตกกังวลกับการตีตรา เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทราบถึงผลการตรวจหาเชื้อเอช

ไอวีว่าตนเองติดเชื้อครั้งแรกจะเกิดความช็อก อาการแพนิค ตกใจ กลัว หวาดหวั่น เกิดการตีตรา ละอายใจ วิตกกังวล ซึมเศร้า ความรู้สึกในการเห็นคุณค่าในตัวเองลดลง ความรู้สึกโดดเดี่ยว ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เพียงแต่ต้องเผชิญกับการมีชีวิตอยู่กับโรคเท่านั้น แต่ยังต้องเผชิญกับการตีตราและเลือกปฏิบัติด้วย

จากกรณีดังกล่าวข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นปัญหาของสังคมไม่จบไม่สิ้น ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ที่ถูกตีตราจะเกิดความน้อยใจ ทำร้ายตนเองจนเสียชีวิต โดยมีรายละเอียดจากข่าวทั้งในประเทศและต่างประเทศ ดังนี้

กรณีที่ 1 : การสังหาร 2 บาทหลวงในประเทศโคลัมเบีย

…เหตุเกิดเมื่อวันที่ 27 มกราคม ค.ศ. 2011 เจ้าหน้าที่ตำรวจของประเทศโคลัมเบีย ได้ปิดคดีที่มือปืนฆาตกรรม 2 บาทหลวง คือ บาทหลวงราฟาเอล เรอาติกา และบาทหลวงริชาร์ด ปิฟฟาโนริชาร์ด ปิฟฟาโน ถูกยิงเสียชีวิตคารถบริเวณตอนใต้ของเมืองโบโกตา โดยตำรวจสรุปว่า คดีนี้เป็นการฆ่าตัวตายของ 2 บาทหลวง โดยพวกเขาเป็นคนจ้างมือปืนให้มาสังหารตนเอง หลังจากพบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งคนร้ายได้สารภาพว่าได้รับเงินในการฆาตกรรมครั้งนี้เป็นเงิน 8,500 ดอลลาร์สหรัฐฯ (ราว 2.6 แสนบาท)… (ผู้จัดการออนไลน์, 2555)

กรณีที่ 2 : การฆ่าตัวตายของสามีภรรยาในจังหวัดสุราษฎร์ธานี

…นายสมชายและนางสาวน้ำผึ้ง (นามสมมติ) เหตุเกิดเมื่อวันที่ 9 มิถุนายน พ.ศ. 2558 หลังจากทั้งคู่ได้มีการไปตรวจสุขภาพที่โรงพยาบาลสุราษฎร์ธานี ซึ่งแพทย์ได้แจ้งผลการตรวจเลือดให้ทราบว่าบุคคลทั้งสองมีเชื้อเอชไอวี จึงทำให้ทั้งคู่เกิดความน้อยใจ เกิดการตีตราตนเอง จึงได้ทำการฆ่าตัวตายโดยการกินน้ำหวานผสมยาฆ่าแมลงในบ้านพักของตนเอง โดยก่อนตายได้เขียนจดหมายสั่งเสียถึงญาติพี่น้องว่าทั้งสองคนต้องการจากโลกนี้ไปอย่างสงบและญาติพี่น้องไม่มีส่วนรู้เห็นเกี่ยวกับการตายในครั้งของพวกเขา… (ไทยรัฐออนไลน์, 2558)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

กรณีที่ 3 : การฆ่าตัวตายของชายวัย 51 ปี ในจังหวัดชลบุรี

…นายจงรัก อายุ 51 ปี เหตุเกิดเมื่อวันที่ 11 ธันวาคม พ.ศ. 2561 หลังจากที่ตนเองได้ไปรับยาเอชไอวีตามนัดที่โรงพยาบาลและไปรักษาโรคอื่นร่วมด้วย แต่ไม่ได้ยาจึงทำให้เกิดความน้อยใจ เกิดการตีตราตนเองขึ้น จึงได้ทำการฆ่าตัวตายโดยการผูกคอตายอยู่ภายในบ้านพักของตนเอง โดยก่อนฆ่าตัวตายได้พูดตัดพ้อว่า “ไปหาหมอก็ได้แต่ยาพารามากิน รู้อย่างนี้ไปนอนรอความตายที่บ้านยังดีกว่า… (สนุกออนไลน์, 2561)

กรณีที่ 4 : การฆ่าตัวตายของชายวัย 30 ปี ในจังหวัดสงขลา

…นายจักรกฤษณ์ อายุ 30 ปี เหตุเกิดเมื่อวันที่ 27 มีนาคม พ.ศ. 2562 ได้ผูกคอตายหน้ากุฏิเจ้าอาวาส จากการสอบสวนเบื้องต้นทราบว่า สาเหตุที่นายจักรกฤษณ์คิดสั้นมาจากอาการป่วยด้วยโรคเอดส์ และมีอาการเครียด ซึ่งระยะหลังนายจักรกฤษณ์มีอาการทรุดจนทำงานไม่ไหว โดยก่อนเสียชีวิตได้ซื้อโลงศพให้กับตัวเองเตรียมไว้พร้อมแล้ว และชุดที่สวมใส่ขณะที่ผูกคอเสียชีวิตนั้น เป็นชุดที่ชอบใส่เหมือนกับตอนที่เขายังมีชีวิตอยู่เหมือนต้องการที่จะจากไปอย่างมีความสุข… (ผู้จัดการออนไลน์, 2562)

กรณีที่ 5 : หญิงไทยติดเชื้อเอชไอวีและป่วยโควิด 19 ไม่ได้รับการรักษา

…นางสาวอังกอร์ (นามสมมติ) เหตุเกิดเมื่อวันที่ 28 เมษายน พ.ศ. 2564 โลกโซเชียลมีเดียได้กระจายข่าวขอความช่วยเหลือให้ผู้หญิงคนหนึ่งที่มีอายุ 48 ปี ติดเชื้อโควิด 19 ซึ่งมีอาการหนักมาก ไม่มีแรง ลิ้นไม่ได้รับรส จมูกไม่ได้กลิ่น และติดเชื้อเอชไอวีความดันสูงและโรคหัวใจไม่ได้รับการรักษาจากสถานพยาบาลเนื่องจากแจ้งว่าเตียงเต็มให้กักตัวอยู่ที่บ้าน ตัดพ้อต่อตนเองว่าอยากตาย ไม่อยากมีชีวิตอยู่… (อมรินทร์ออนไลน์, 2564)

จากกรณีข่าวดังกล่าวข้างต้นจะเห็นได้ว่า การถูกตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี จะนำไปสู่อาชญากรรมไร้เหยื่อนั้นคือ การฆ่าตัวตาย การกินยาพิษ หรือการผูกคอตาย หรือแม้กระทั่งการถูกโดดเดี่ยว เป็นต้น ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงแง่ลบในสังคมเป็นอย่างมาก ทำให้เกิดเป็นตราบาปติดตัวต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทำให้เกิดความเวทนาต่อญาติพี่น้องหรือผู้พบเห็นเหตุการณ์

สำหรับด้านสิทธิมนุษยชนมักจะพบเห็นได้ในข้อร้องเรียนต่าง ๆ จากการรับเรื่องร้องเรียนของคณะกรรมการสิทธิมนุษยชน เมื่อ พ.ศ. 2562 พบข้อร้องเรียนดังนี้ (มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์, 2562)

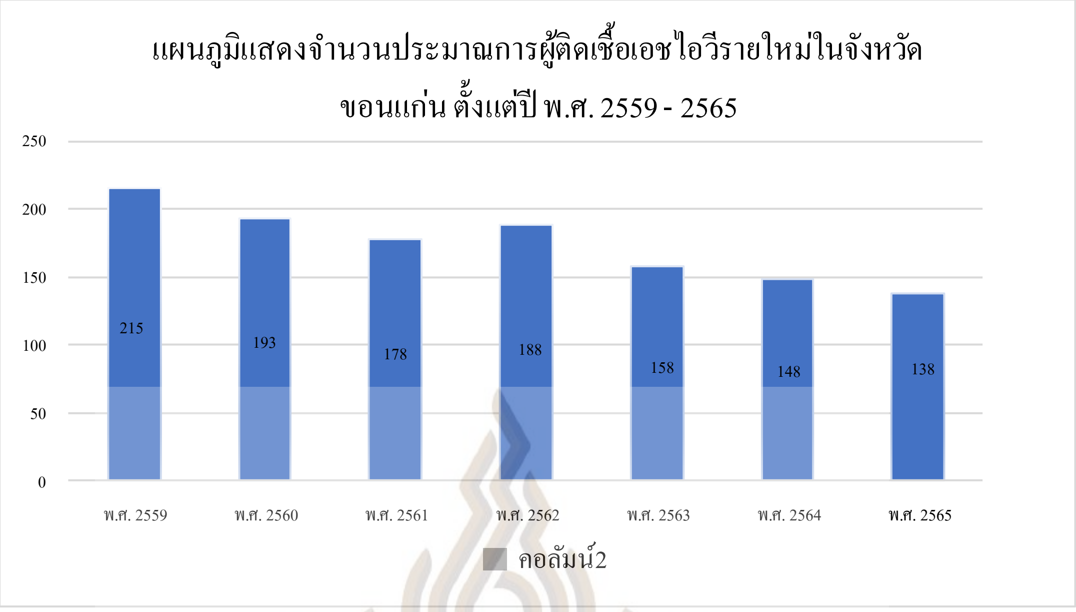
กรณีที่ 1 : กรณีกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร ถูกปฏิเสธการเข้าถึงสวัสดิการของกองทุนหมู่บ้านอำเภอเจริญศิลป์ มีมติเมื่อวันที่ 26 ธันวาคม พ.ศ. 2561 ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์ เป็นผู้ที่มีลักษณะต้องห้ามในการเข้ารับเป็นสมาชิก ตามระเบียบข้อบังคับชมรมฌาปนกิจสงเคราะห์ เครือข่ายกองทุนหมู่บ้าน อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

กรณีที่ 2 : การออกใบรับรองผลการตรวจเลือกทหารกองเกินเข้ารับราชการทหารกองประจำการ (แบบ สด.43) ระบุว่าติดเชื้อเอชไอวีส่งผลต่อการดำเนิน

กรณีที่ 3 : สถานประกอบการกำหนดให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในการตรวจสุขภาพประจำปี

จากกรณีดังกล่าวทั้งหมดข้างต้นสะท้อนให้เห็นว่า นอกจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะถูกตีตราแล้วยังถูกเลือกปฏิบัติด้านสิทธิมนุษยชนด้วย ซึ่งในประเทศไทยยังพบไม่มากนักแต่พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการหลีกเลี่ยงหรือมาไม่ตรงตามวันเวลานัดหมาย เนื่องจากอยู่ใกล้สถานที่ทำงานเพราะกลัวว่าเพื่อนร่วมงานจะพบเห็นตนเอง อีกทั้งมีการตีตราตนเองเพราะรู้สึกผิดว่าตนเองติดเชื้อ รู้สึกอายและกลัวเจ้าหน้าที่จะนินทาตนเอง (ลานทิพย์ เหราบัตย์, อภิญญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์, ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช และยศภัทร เสาภาคลิมป์กุล, 2559) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาที่ประเทศจีน ในมณฑลเหอหนาน พบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีการรับรู้ว่าถูกตีตราในระดับปานกลาง (Li & Sheng, 2014) และการสำรวจในประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า ร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีประสบการณ์การที่ถูกเลือกปฏิบัติ 1 ใน 5 สูญเสียที่อยู่หรืออาชีพ และ 1 ใน 3 รับรู้ว่าตนเองสกปรก รู้สึกละอายและรู้สึกผิด

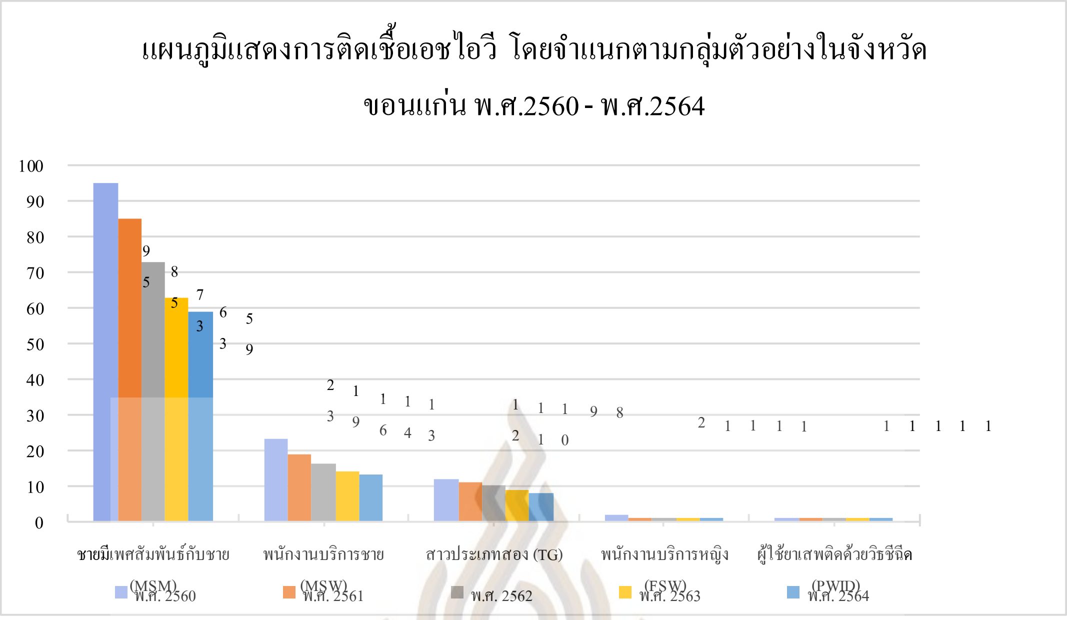
ในปี พ.ศ.2562 พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 60 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั้งหมดใน 15 จังหวัด ดังนี้ กรุงเทพมหานคร 1,110 ราย ชลบุรี 426 ราย นนทบุรี 200 ราย ขอนแก่น 188 ราย เชียงใหม่ 179 ราย สมุทรปราการ 156 ราย ปทุมธานี 160 ราย นครราชสีมา 150 ราย เชียงราย 117 ราย พิษณุโลก 114 ราย นครสวรรค์ 100 ราย บุรีรัมย์ 91 ราย มหาสารคาม 82 ราย อุดรธานี 68 ราย และลพบุรี 72 ราย ซึ่งในเขตภาคตะวันออกเฉียงเหนือ จังหวัดขอนแก่นพบผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงถึง 188 ราย ซึ่งเป็นอันดับหนึ่งของภาคตะวันออกเฉียงเหนือ หรืออันดับสี่ของประเทศไทยรองจากกรุงเทพมหานคร ชลบุรี และนนทบุรี ตามลำดับ (กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีและระบบข้อมูล, 2564)



รูปที่ 1.2 แผนภูมิแสดงจำนวนประมาณการผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ในจังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2559 - 2565

ที่มา: สุมาลี ง่อนชัย, ฐิติพงษ์ ยิ่งยง, สุปิยา จันทรมณี, นิรมล ปัญสุวรรณ, วัชรพล สีนอ, และภานุพิชญ์ เที่ยงธรรม, 2561

จากแผนภูมิข้างต้นแสดงให้เห็นว่าการติดเชื้อเอชไอวียังคงระบาดมากในพื้นที่ของจังหวัดขอนแก่น ซึ่งจะเห็นได้ดังนี้ ในปี พ.ศ. 2559 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 215 คน ปี พ.ศ. 2560 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 193 คน ปี พ.ศ. 2561 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 178 คน ปี พ.ศ. 2562 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 168 คน ปี พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 158 คน ปี พ.ศ. 2564 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 148 คน และ ปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 138 คน ตามลำดับ



รูปที่ 1.3 แผนภูมิแสดงการติดเชื้อเอชไอวี โดยจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างในจังหวัดขอนแก่น พ.ศ.2560 - พ.ศ.2564

ที่มา: กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีและระบบข้อมูล, 2564

จากแผนภูมิข้างต้นแสดงให้เห็นว่า การติดเชื้อเอชไอวี โดยจำแนกตามกลุ่มตัวอย่างหลักในจังหวัดขอนแก่นพบว่า ในปี พ.ศ. 2560 จนถึง พ.ศ. 2564 แนวโน้มการระบาดของเชื้อเอชไอวีจะลดลงแต่ลดลงไม่มากแต่ก็ยังพบการตีตราและเลือกปฏิบัติอยู่ในสังคมปัจจุบัน

ด้วยเหตุนี้เองทำให้ผู้วิจัยจึงสนใจศึกษาสภาพปัญหาและสาเหตุที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนศึกษาแนวทางที่เหมาะสมต่อการลดการตีตราและลดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อแก้ไขปัญหาด้านความเหลื่อมล้ำด้านสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ต่อไป ตลอดจนเพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีใช้ชีวิตได้อย่างปกติสุขเหมือนบุคคลทั่วไปในสังคมทั้งทางสุขภาพร่างกาย จิตใจ และสังคม

1.2 วัตถุประสงค์ในการวิจัย

1.2.1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.2.2 เพื่อศึกษาสาเหตุที่ทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.2.3 เพื่อศึกษาแนวทางที่ลดการตีตรา ลดการเลือกปฏิบัติ และให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิเหมือนกับบุคคลทั่วไปและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกตีตราจากสังคมกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

1.3 คำถามการวิจัย

1.3.1 สภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างไร

1.3.2 สาเหตุที่ทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างไร

1.3.3 แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างไรเพื่อลดการตีตรา ลดการเลือกปฏิบัติและสิทธิมนุษยชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ควรได้รับเป็นอย่างไร

1.4 ขอบเขตการวิจัย

1.4.1 ขอบเขตด้านเนื้อหา

การวิจัยเรื่อง การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษา: สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น นี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประเภทศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study) โดยการวิจัยนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ให้บริการในสถานพยาบาล องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ที่ทำงานด้านเอชไอวี นักจิตวิทยาการปรึกษาและนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน โดยศึกษาสภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี สาเหตุที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และศึกษาแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1.4.2 ขอบเขตผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การวิจัยเรื่อง การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษา: สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น โดยสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น จำนวน 24 คน โดยแบ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15 คน และผู้ให้บริการในสถานพยาบาล จำนวน 5 คน องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ด้านเอชไอวี จำนวน 2 คน นักจิตวิทยาการปรึกษา จำนวน 1 คน และนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน จำนวน 1 คน ดังนี้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

1.4.2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่อยู่ในช่วงอายุ 18-50 ปี

1) สัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชายจำนวน 5 คน

2) สัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงจำนวน 5 คน

3) สัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่หลากหลายทางเพศจำนวน 5 คน

1.4.2.2 ผู้ให้บริการในสถานพยาบาล

1) สัมภาษณ์พยาบาลให้คำปรึกษาประจำคลินิกจำนวน 3 คนที่มีประสบการณ์การให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวีมากกว่า 10 ปี

2) สัมภาษณ์นักวิชาการสาธารณสุขให้คำปรึกษาประจำคลินิกจำนวน 2 คน ที่มีประสบการณ์การให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวีมากกว่า 10 ปี

1.4.2.3 องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ด้านเอชไอวี

1) สัมภาษณ์นักวิชาการ NGO ที่ดูแลด้านเอชไอวีโดยเฉพาะ จำนวน 2 คน ที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ติดเอชไอวีมากกว่า 10 ปี

2) สัมภาษณ์นักจิตวิทยาการปรึกษา ที่ดูแลด้านเอชไอวีโดยเฉพาะ จำนวน 1 คน ที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 5 ปี

1.4.2.4 องค์กรด้านสิทธิมนุษยชน

1) สัมภาษณ์นักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน จำนวน 1 คน ที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสิทธิมนุษยชนมากกว่า 10 ปี

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

1.4.3 ขอบเขตระยะเวลา

ระยะเวลาในการทำวิจัยเรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับสิทธิมนุษยชนในผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะใช้ระยะเวลาทั้งสิ้น 8 เดือน ตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ.2566 – เดือนกันยายน พ.ศ.2566 ภายหลังการขอจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์เสร็จเรียบร้อยแล้ว

1.4.4 ขอบเขตด้านพื้นที่

ศึกษาพื้นที่จังหวัดขอนแก่น เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูงที่สุดในภาคตะวันออกเฉียงเหนือ

1.5 นิยามศัพท์

การตีตรา (Stigma) หมายถึง การกระทำใด ๆ ที่ทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเสื่อมเสียชื่อเสียง ทำให้เกิดความอับอาย และนำไปสู่การปฏิบัติที่แสดงถึงการรังเกียจ กีดกัน ทั้งทางสายตา คำพูดการกระทำ

การเลือกปฏิบัติ หมายถึง การปฏิบัติที่แตกต่าง การกีดกัน การจำกัด หรือความพึงพอใจที่ไม่เท่ากัน ต่อคน กลุ่มคนที่เหมือนกันและที่ไม่เหมือนกัน รวมไปถึงการปฏิบัติที่เหมือนกันแต่ส่งผลให้เกิดความเสียเปรียบต่อบางกลุ่มด้วย ซึ่งการปฏิบัติเหล่านี้เป็นพฤติกรรมที่เป็นอุปสรรคต่อหลักการความเท่าเทียมของมนุษย์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่ได้รับการตรวจหาเอชไอวีในร่างกายและได้รับการยืนยันผลการตรวจจากแพทย์ผู้ทำการรักษาแล้วว่าติดเชื้อเอชไอวี ทั้งที่เปิดเผยตนเองและไม่เปิดเผยตนเอง

สถานพยาบาล หมายถึง สถานพยาบาลที่ได้รับอนุญาตจากกระทรวงสาธารณสุขให้มีการจัดตั้งและดำเนินการการ โดยจัดให้มีการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ซึ่งดำรงไว้ซึ่งสิทธิและความลับของผู้เข้ารับบริการ

1.6 ประโยชน์ที่จะได้รับ

1.6.1 ทำให้ทราบถึงสภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี
1.6.2 ทำให้ทราบถึงสาเหตุที่ทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี
1.6.3 ทำให้ทราบถึงแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 2

ทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง

การวิจัยเรื่อง การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษาสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น โดยผู้วิจัยได้ทบทวนแนวคิดและทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเรื่องที่ศึกษา โดยมีรายละเอียดดังนี้

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

2.2 แนวคิดทฤษฎีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2.3 แนวคิดทฤษฎีการลงโทษเพื่อแก้แค้นทดแทน

2.4 แนวคิดทฤษฎีความยุติธรรมทางสุขภาพ

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพประชาชน

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

2.7 ปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในต่างประเทศ

2.8 พระราชบัญญัติขจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล (กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี)

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.1 แนวคิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

2.1.1 ความรู้ทั่วไปเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคเอดส์

โรคติดเชื้อเอชไอวี (HIV, Human Immunodeficiency Virus) คือ โรคจากการที่ร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ (AIDS, Acquired Immunol Deficiency Syndrome หรือ Acquired Immune Deficiency Syndrome) ซึ่งแต่ละคำมีความหมายดังนี้ (กนกวรรณ สาธุอยู่ศิริกุล, ฐิรชัย หงส์ยันตรชัย และปวิธ สิริเกียรติกุล, 2562)

A = Acquired คือ เกิดขึ้นภายหลัง ไม่ได้เป็นมาแต่กำเนิดหรือสืบทอดทางกรรมพันธุ์

I = Immune คือ ระบบภูมิต้านทานหรือระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย

D = Deficiency คือ ความบกพร่อง การขาดไปหรือเสื่อมไป

S = Syndrome คือ กลุ่มอาการคือ มีอาการหลาย ๆ อย่างไม่เฉพาะที่ระบบใดระบบหนึ่ง

ทั่วโลกเริ่มรู้จักการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) หรือโรคเอดส์ประมาณปี ค.ศ. 1981 ทั้งนี้การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีพบได้ในทุกอายุ ตั้งแต่ทารกในครรภ์ไปจนถึงผู้สูงอายุ ซึ่งในปลายปี ค.ศ. 2009 ประมาณว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกทั้งหมดประมาณ 33.3 ล้านคน และเสียชีวิตจากโรคที่เกี่ยวเนื่องกับการติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงประมาณ 1.8 ล้านคน โดยโรคจากติดเชื้อเอชไอวีพบได้ทั่วโลกเป็นโรคระบาดและเป็นโรคติดต่อร้ายแรง ซึ่งพบได้มากที่สุดในประเทศแถบแอฟริกาเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV ย่อมาจากคำว่า Human Immunodeficiency Virus) เป็นเชื้อไวรัสชนิดหนึ่งที่จัดอยู่ในกลุ่มรีโทรไวรัส (Retrovirus) และอยู่ในตระกูลเลนติไวรัส (Lentivirus Family) เชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถแบ่งออกเป็น 2 ชนิดตามลักษณะทางพันธุกรรม ได้แก่ เอชไอวี-1 (HIV-1) และเอชไอวี-2 (HIV-2) ทั้งสองชนิดสามารถทำให้เกิดการติดเชื้อในมนุษย์ได้ โดยเอชไอวี-1 พบมากกว่าและจะพบในผู้ป่วยในทวีปยุโรป สหรัฐอเมริกา ส่วนกลางของทวีปแอฟริกาและระบาดทั่วโลก ในขณะที่เอชไอวี-2 จะพบในผู้ป่วยของประเทศอินเดีย และแอฟริกาตะวันตกเป็นส่วนใหญ่ ส่วนอาการและการดำเนินโรคของเชื้อทั้งสองชนิดคล้ายคลึงกัน รูปร่างของไวรัสเอชไอวีเป็นรูปร่างกลม แกนกลางเป็นรูปกรวยล้อมรอบด้วยชั้นไขมันบาง ๆ ภายในแกนกลางของเชื้อมีโปรตีนชื่อ p24 ซึ่งเป็นโปรตีนชนิดที่กระตุ้นให้ระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์สร้างภูมิคุ้มกันต้านทาน หรือ แอนติบอดี้ (Antibody) ต่อไวรัสนี้ ซึ่งแอนติบอดี้ตัวนี้ แพทย์ใช้ในการตรวจวินิจฉัยผู้ป่วยว่าติดเชื้อนี้หรือไม่ นอกจากนั้นยังประกอบด้วยเอ็นไซม์อีก 3 ชนิดที่ใช้ในการเจริญเติบโตของไวรัสนี้ คือ โปรตีเอส (Pro-tease) รีเวิสทรานสคริปเตส (Reverse Transcription) และอินตีเกรส (Integrate) เปลือกนอกสุดของไวรัสเป็นโมเลกุลของโปรตีนกับคาร์โบไฮเดรตรวมกัน (Glycoprotein) ชื่อ gp41 และ gp120 ซึ่งใช้ในการเข้าไปในเซลล์ที่เป็นเป้าหมายของไวรัสชนิดนี้ เซลล์ที่เป็นเป้าหมายหลักของไวรัสเอชไอวีคือเม็ดเลือดขาวลิมโฟซัยท์ (Lymphocyte) ชนิด ทีเซลล์ (T-cell) ที่มีซีดี 4 เป็นบวกที่บริเวณผิวนอกของเซลล์ (CD 4 positive T-cell, สารเกี่ยวข้องกับภูมิคุ้มกันต้านทานโรค) ซึ่งเซลล์นี้มีบทบาทสำคัญมากในการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันต้านทานโรค

2.1.2 สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี

2.1.2.1 การมีเพศสัมพันธ์

ปัจจุบันการแพร่เชื้อเอชไอวีที่สำคัญที่สุดคือ การมีเพศสัมพันธ์กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่มีการป้องกัน และเป็นช่องทางการติดเชื้อเอชไอวีที่พบมากที่สุดของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด

การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่มีการป้องกันอย่างถูกต้อง ไม่ว่าจะเป็นการมีเพศสัมพันธ์ระหว่างชายกับหญิง ชายกับชาย หรือหญิงกับหญิง ก็มีโอกาสเกิดการติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยมีปัจจัยที่ทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มมากขึ้นคือ การที่บริเวณอวัยวะมีแผลเปิดอยู่ในปาก

2.1.2.2 การสัมผัสกับสารคัดหลั่งที่มีเชื้อ

1) การรับเลือด หรือผลิตภัณฑ์เลือดที่สัมผัสเลือดที่มีเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย โดยการถ่ายเลือด หรือการผ่าตัดเปลี่ยนรับอวัยวะจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปัจจุบันการติดเชื้อทางนี้มีน้อย เพราะมีการตรวจเอชไอวีในเลือดที่รับบริจาคทุกยูนิตก่อนที่จะให้ผู้รับเลือด

2) การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้เนื่องจากมีเลือดตกค้างอยู่ พบมากที่สุดในกลุ่มผู้เสพยาเสพติดและคนกลุ่มนี้ยังสามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีผ่านทางเพศสัมพันธ์ได้อีกด้วย

2.1.2.3 การติดต่อจากแม่สู่ลูก

ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี หากตั้งครรภ์และไม่ได้รับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อก่อนระยะคลอด ระหว่างคลอดหรือหลังคลอด จะทำให้สามารถถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีไปยังลูกได้ และทารกอาจจะติดเชื้อเอชไอวีสูงขึ้นเมื่อกินนมแม่

2.1.3 ลักษณะอาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จะมีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายที่แตกต่างกันไป ทั้งนี้จะขึ้นอยู่กับจำนวนของเชื้อและระดับภูมิต้านทานของร่างกาย ดังนั้นโรคนี้จึงสามารถแบ่งออกเป็น 3 ระยะ ดังนี้ (กนกวรรณ สาธุอยู่ศิริกุล และคณะ, 2562)

2.1.3.1 การติดเชื้อระยะแรก (Primary or Acute HIV Infection) การติดเชื้อระยะแรกเป็นระยะที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวีอย่างเฉียบพลัน ซึ่งมักจะไม่รุนแรงอาการต่าง ๆ มักเกิดขึ้นหลังการติดเชื้อเอชไอวีใหม่ ๆ ซึ่งโดยเฉลี่ยประมาณ 2 - 4 สัปดาห์ (พบรายงานตั้งแต่ 6 วัน ถึง 6 สัปดาห์) ผู้ป่วยจะแสดงอาการของการติดเชื้อครั้งแรก ซึ่งเหมือน อาการของไข้หวัด มีต่อมน้ำเหลืองทั่วไปโต มีผื่นขึ้นตามตัวแต่ไม่คัน และจะมีอุจจาระร่วงเฉียบพลันหรืออาการคล้ายเยื่อหุ้มสมองอักเสบแบบไร้เชื้อ (Aseptic Meningitis) ซึ่งอาการเหล่านี้จะหายไปภายใน 2 สัปดาห์การตรวจหาแอนติบอดี้ (Antibody) ต่อเชื้อจะได้ผลลบ แต่ถ้าตรวจ Viral Load ในกระแสเลือดจะพบเชื้อ

เอชไอวีอยู่ในปริมาณสูงโดยอาจพบมากกว่า 1,000,000 copies/ml เนื่องจากเชื้อเอชไอวีมีการ แบ่งตัวและแพร่กระจายไปทั่วร่างกายอย่างรวดเร็ว รวมทั้งต่อมน้ำเหลือง ในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่าร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะแสดงอาการเหล่านี้ ในขณะเดียวกันร่างกายก็จะมีการตอบสนองต่อการติดเชื้อเอชไอวีโดยการสร้างเม็ดเลือดขาวชนิด Cell Determinant 8 (CD 8) ซึ่งจะทำให้ปริมาณของเชื้อไวรัสเอชไอวีในกระแสเลือดลดลง

2.1.3.2 ระยะที่ไม่แสดงอาการ (Clinical Latent Period) ระยะที่ไม่แสดงอาการเป็นระยะที่ผู้ป่วยจะไม่แสดงอาการผิดปกติใด ๆ ของการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งในระยะเวลาจะยาวหรือสั้นแตกต่างกันในแต่ละบุคคลโดยเฉลี่ยประมาณ 10 ปีอย่างไรก็ตามในระยะนี้เชื้อเอชไอวียังมีการแบ่งตัวอย่างต่อเนื่องในระบบน้ำเหลืองของร่างกายและค่อย ๆ ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายไปเรื่อย ๆ ทั้งที่ปริมาณของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดลดลง เมื่อเชื้อเอชไอวีแบ่งตัวอย่างต่อเนื่องจะทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งแสดงให้เห็นโดยปริมาณเม็ดเลือดขาวชนิดหนึ่งที่มีหน้าที่ควบคุมและต่อสู้กับเชื้อโรค (CD 4) ทั้งในกระแสเลือดและ Gut-associated Lymphoid Tissue (GALT) จะค่อย ๆ ลดลงจนถึงจุดหนึ่งร่างกายก็จะแสดงอาการของการติดเชื้อเอชไอวีและหรือการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งจะเข้าสู่ระยะที่ 3

2.1.3.3 ระยะที่แสดงอาการของโรคเนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Clinical Immunodeficiency or HIV Disease or AIDS) ระยะที่แสดงอาการโรคเนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่องเป็นระยะที่ผู้ป่วยมีระบบภูมิคุ้มกันลดต่ำลง แสดงโดยปริมาณ CD 4 ลดลง ผู้ป่วยจะมีอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเอชไอวี โรคติดเชื้อฉวยโอกาสและหรือโรคมะเร็งและอาจเสียชีวิตในที่สุดถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

2.1.4 ปัจจัยที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวี

2.1.4.1 ปริมาณไวรัส (Virus Titer) ถ้าสิ่งที่ไปสัมผัสนั้นมีปริมาณไวรัสมากโอกาส ที่จะติดต่อมีมาก ถ้าสิ่งที่ไปสัมผัสนั้นมีปริมาณไวรัสน้อยโอกาสติดต่อก็จะมีน้อยโดยทั่วไปปริมาณไวรัสจะมีมากที่สุดในเลือด รองลงมาได้แก่น้ำอสุจิ น้ำหล่อลื่นจากช่องคลอด ซึ่งน้ำลาย น้ำตา ปัสสาวะ และน้ำนม จะมีปริมาณเชื้อที่น้อยลง

2.1.4.2 การมีบาดแผล (Trauma) ตามปกติผิวหนังที่ไม่มีบาดแผลของคนทั่วไปจะไม่ยอมให้เชื้อโรคใด ๆ ผ่านเข้าสู่ร่างกายได้ รวมทั้งเชื้อโรคเอชไอวีด้วย ดังนั้นการไปสัมผัสกับผิวหนังธรรมดาจึงไม่มีโอกาสติดเชื้อเลย ยกเว้นแต่ว่าในปาก ในตา เยื่อบุในช่องคลอด อาจมีบาดแผลหรือ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

รอยแยกเล็กน้อยที่มองไม่เห็นได้ จึงต้องระมัดระวังอย่าให้สิ่งต่าง ๆ ที่กล่าวมาแล้ว เข้าปากเข้าตา หรือสัมผัสกับเยื่อบุช่องคลอดด้วย

2.1.4.3 การติดเชื้ออื่น ๆ (Secondary Infection) เป็นเชื้อโรคอื่น เช่นแผลริมอ่อน แผลริมแข็ง เริม หรือเป็นแผลที่อวัยวะเพศ จะทำให้เม็ดเลือดขาวไปออออยู่ที่แผลเป็นจำนวนมาก พร้อมที่จะรับเชื้อได้ โดยง่ายเป็นหนทางให้เชื้อเอชไอวีเข้าสู่แผลเหล่านั้นได้ง่ายขึ้นทำให้มีโอกาส ติดโรคได้ง่ายขึ้น

2.1.4.4 พื้นผิวที่สัมผัสกับเชื้อ (Epithelial Receptors) หมายถึงว่าเซลล์ที่ไปสัมผัสกับเชื้อ จะต้องมีพื้นผิว (Receptors) ที่สามารถรับเชื้อเข้าสู่เซลล์นั้นได้ เช่น เซลล์เม็ดเลือดขาวซึ่งมี Receptors มากก็จะมีโอกาสติดมาก

2.1.4.5 ความบ่อยหรือถี่ของการสัมผัส (Intensity of Exposure) เช่น การไปมีเพศสัมพันธ์ หรือใช้เข็มฉีดยาร่วมกับผู้มีเชื้อเอชไอวี ถ้ากระทำหลายครั้งก็ย่อมมีโอกาสติดเชื้อมากกว่าผู้ที่กระทำเพียงครั้งเดียว

2.1.4.6 ระยะที่เข้าไปสัมผัสเชื้อ (Phase of Infection) หมายถึง หากผู้ที่เข้าไปสัมผัสกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปกระทำในขณะที่ร่างกายกำลังเจ็บป่วยหรือไม่แข็งแรงจากโรคภัยไข้เจ็บอื่น ๆ เช่น กำลังเป็นไข้หวัดใหญ่อยู่ก็จะมีโอกาสติดเชื้อได้ง่ายกว่าผู้ที่สุขภาพแข็งแรง

2.1.5 ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์

การติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์เป็นโรคที่ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้และในปัจจุบันก็ยังไม่มีวัคซีนป้องกัน เมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อจะเกิดการทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายโดยตรงส่งผลให้ผู้ป่วยสุขภาพอ่อนแอ และจะติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย นอกจากนี้ยังส่งผลกระทบด้านจิตใจ ครอบครัว สังคมและ เศรษฐกิจ ดังนี้ (ลานทิพย์ เหราบัตย์ และคณะ, 2559)

2.1.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วย ในระยะแรกที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายไข้หวัด ต่อมน้ำเหลืองโต ผื่นขึ้นตามตัว และมีอุจจาระร่วงเฉียบพลัน ในระยะที่ยังไม่ปรากฏอาการ สุขภาพร่างกายของผู้ป่วยยังแข็งแรงอยู่อาจไม่ส่งผลกระทบใด ๆ กับผู้ป่วยจนกระทั่งเชื้อเอชไอวีมีการทำลายภูมิคุ้มกันไปมากแล้ว ผู้ป่วยจะมีอาการไข้น้ำหนักลด ท้องเดินเรื้อรัง เชื้อราในช่องปาก งูสวัด เริมในช่องปาก หรืออวัยวะเพศ ผื่นคันตามแขนขา และลำตัว ในระยะสุดท้ายเป็นระยะที่เป็นโรค

เอดส์เต็มขั้น เป็นระยะที่ภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียไปมาก ผู้ป่วยจะมีการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายและอาจเสียชีวิตในที่สุดถ้าไม่ได้รับการรักษาที่ถูกต้อง

2.1.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

ผลกระทบทางด้านจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีรูปแบบของปฏิกิริยาตอบสนองและมีวิธีการเผชิญปัญหาสรุปได้เป็น 4 ระยะ ดังนี้

1) ระยะที่ 1 มีภาวะวิกฤติทางอารมณ์เกิดขึ้นเมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่มักจะมีปฏิกิริยาดังนี้ ตกใจ ตกตะลึง ใจหาย ไม่เชื่อ สับสน มึนงง หวาดวิตก โกรธ เสียใจ เกิดอาการแพนิค ไม่สามารถยอมรับได้ ตัดสินใจไม่ถูก ไม่รู้ว่าจะทำอย่างไร กลัวคนรอบข้างรู้ กลัวถูกออกจากงาน หวาดระแวง มีความรู้สึกสูญเสียและสูญสิ้นทุกอย่างในชีวิต รวมทั้งมีความรู้สึกกลัวตายและเกิดภาวะซึมเศร้า

2) ระยะที่ 2 มีการปรับสภาพจิตอารมณ์โดยพยายามหาวิธีการหรือเหตุผลอธิบายกับตนเองเพื่อบรรเทาสภาวะบีบคั้นทางอารมณ์

3) ระยะที่ 3 มีการจัดการและปรับพฤติกรรมตนเอง ได้แก่ ปกปิดการติดเชื้อเอชไอวีเป็นกลวิธีที่พบบ่อยและพบมากที่สุดในระยะแรกของการรับรู้การติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยสภาพการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อมีความจำเป็นหรือในสถานการณ์ที่ไม่อาจหลีกเลี่ยงได้ ยอมรับรักษาสุขภาพให้แข็งแรงละเว้นพฤติกรรมเสี่ยงจัดระบบความสัมพันธ์ทางสังคมกับกลุ่มเพื่อน แสวงหาข้อมูลความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับสภาวะของตนเอง ปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิต เฝ้าระวังและสังเกตอาการผิดปกติจากโรคและการรักษา แสวงหาความช่วยเหลือบริการด้านสุขภาพจากแหล่งต่าง ๆ สร้างความหวังและความหมายใหม่ให้กับชีวิต

4) ระยะที่ 4 การมีชีวิตอยู่กับโรคเอดส์เป็นระยะที่เริ่มมีอาการเจ็บป่วยเรื้อรัง อาการเริ่มทรุดลงเรื่อย ๆ เป็นปัญหาความเจ็บป่วยทำให้ต้องแยกตนเองออกจากสังคม ความสัมพันธ์ทางสังคมถูกตัดไป มีปัญหาในการทำงานและเกิดปัญหาทางเศรษฐกิจจึงทำให้ผู้ป่วยเอดส์หรือผู้ติดเชื้อคิดฆ่าตัวตายเพื่อให้พ้นความทุกข์ทรมาน

2.1.5.3 ผลกระทบด้านครอบครัว

ผลกระทบต่อครอบครัว ทำให้ครอบครัวเกิดภาวะอับอายและสูญเสียชื่อเสียงจากการมีสมาชิกป่วยด้วยโรคที่สังคมรังเกียจ ทำให้สัมพันธภาพของครอบครัวเสียไป โดยภรรยาหรือสามีเกิดความไม่ไว้วางใจกัน เกรงกลัวว่าจะได้เลี้ยงดูบุตรตามลำพัง และทำให้มีการหย่าร้างสูง นอกจากนี้การเจ็บป่วยบ่อยครั้งจำเป็นต้องมีการดูแลรักษา ผู้ป่วยจึงต้องขาดงานหรือหยุดงาน

บ่อยครั้ง เป็นสาเหตุให้ถูกออกจากงาน ครอบครัวจึงขาดรายได้ จึงทำให้รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและค่ารักษาพยาบาล หากเกิดการเสียชีวิตของผู้นำครอบครัว ทำให้ขาดผู้หารายได้หลัก ส่งผลกระทบโดยตรงต่อสวัสดิภาพของครอบครัว

2.1.5.4 ผลกระทบด้านสังคม วัฒนธรรม และเศรษฐกิจ

ผลกระทบต่อสังคมนั้น การแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นปัญหาที่คุกคาม สุขภาพของคนในชุมชน คนจำนวนมากในสังคมตกอยู่ในสถานะที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อและแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี เนื่องจากมีการเปลี่ยนแปลงลักษณะทางสังคมและวัฒนธรรม สถาบันครอบครัว มักจะเกิดความแตกแยกทางสังคม ทำให้วัฒนธรรมเกิดความเสื่อมถอย ประเทศชาติสูญเสียกำลังคน ครอบครัวสูญเสียผู้นำ ปัญหาเด็กกำพร้าในสังคม ทำให้ตกเป็นภาระของปู่ย่าตายายหรือผู้ดูแล พัฒนาการทางสังคมมีการเสื่อมถอย นอกจากนี้แล้วการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ยังส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศ เนื่องจากผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ทำงานไม่เต็มศักยภาพการผลิต การว่างงานจากความ เจ็บป่วย การรังเกียจและเลือกปฏิบัติในการจ้างงาน จึงส่งผลกระทบต่อภาพรวมของเศรษฐกิจของประเทศ ทำให้รัฐบาลต้องใช้งบประมาณจำนวนมากในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

สรุปได้ว่า ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีและ โรคเอดส์นั้นจะส่งผลกระทบทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ ครอบครัว และกระทบกับด้านสังคม วัฒนธรรมและเศรษฐกิจด้วย เนื่องมาจากว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็น โรคที่ยังไม่มียารักษาให้หายขาดได้และในปัจจุบันก็ยังไม่มีวัคซีนป้องกันเป็นโรคที่น่ารังเกียจต่อสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในวัยแรงงาน ผู้ป่วยจึงจำเป็นที่จะต้องการดูแลรักษา หากขาดงานหรือหยุดงานบ่อยครั้งอาจเป็นสาเหตุของการถูกออกจากงาน ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจ ตามมาคือครอบครัวจึงขาดรายได้ ทำให้รายได้ไม่เพียงพอต่อการใช้จ่ายในชีวิตประจำวันและค่ารักษาพยาบาล

2.2 แนวคิดทฤษฎีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การตีตรา เกิดขึ้นตั้งแต่มีสังคมมนุษย์และวิวัฒนาการมาอย่างต่อเนื่อง จนกระทั่งราวปี ค.ศ. 1954– 1970 ในช่วงเวลานั้นได้มีการศึกษาเกี่ยวกับอาชญากรรม ความเบี่ยงเบน การควบคุมทางสังคม คำว่า Stigma มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก หมายถึง บุคคลที่มีร่างกายผิดปกติแตกต่างจากผู้อื่นและทำผิดศีลธรรม เช่น อาชญากร คนทรยศ เป็นต้น มีนักทฤษฎีได้พยายามที่ จะแก้ไขและขยาย

แนวคิดขึ้นมาใหม่ แนวคิดการตีตรา (Stigma) จึงได้เกิดขึ้นและถูกนำมาใช้อย่างกว้างขวาง (National Institute of Mental Health [NIMH], 1996) ซึ่งมีแนวคิดพื้นฐานที่สำคัญมาจาก 2 ทฤษฎี ดังนี้

1) ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ทางสังคม (Structural Functional Theory) ซึ่งเป็นการมองภาพรวมของสังคมได้อธิบายให้เห็นถึงว่ากลุ่มสังคมต่าง ๆ จะต้องมีเป้าหมายร่วมกัน สมาชิกแต่ละคนในสังคมนั้นจะปฏิบัติหน้าที่ของตนตามฐานะตำแหน่งทางสังคมที่ตนดำรงอยู่ จะต้องมีกฎข้อบังคับขนบธรรมเนียมประเพณีที่ต้องปฏิบัติตาม มีค่านิยม (Value) ซึ่งหมายถึงพลังจูงใจที่จะ ทำให้คนหรือกลุ่มสังคมตัดสินหรือประเมินว่าสิ่งใดบ้างที่ตนประสงค์หรือไม่ประสงค์ ดีหรือเลว ค่านิยมนั้นเป็นนามธรรมอยู่แล้ว นอกเหนือจากกฎข้อบังคับทางสังคม ซึ่งเปรียบเสมือนเป็นมาตรฐานที่เป็นเครื่องชี้วัดถึงพฤติกรรมทางสังคมว่า สิ่งใดบ้างที่พึงประสงค์และควรแก่การยกย่องชมเชย มาตรฐานนี้เป็นที่ยอมรับของบรรดาสมาชิกในสังคม

2) ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction Theory) เป็นการมองว่าบุคคลเป็นส่วนหนึ่งของสังคมย่อมมีปฏิสัมพันธ์ซึ่งกันและกัน โดยมีสัญลักษณ์เป็นสื่อ ซึ่งการมีปฏิสัมพันธ์ สิ่งสำคัญอยู่ที่การมีและใช้ความหมายร่วมกัน เช่น ในเรื่องของความเจ็บป่วย เกิดการตีตราเป็นเรื่องของการให้ความหมายทางสังคม ต่อลักษณะทางสรีระของผู้ป่วยว่าเป็นภาพพจน์ของร่างกายที่น่ารังเกียจ เป็นต้น

จากทฤษฎีข้างต้นอาจกล่าวได้ว่าการตีตราและการเลือกปฏิบัติเป็นสิ่งที่ด้อยค่าจากสังคม เนื่องจากสังคมได้มีค่านิยม หรือกฎ ระเบียบ ข้อบังคับอยู่ ซึ่งสังคมมองว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ ซึ่งเป็นความแตกต่างของสังคม อาจทำให้สังคมเสื่อมเสียได้ บุคคลในชุมชนจึงเกิดการต่อต้าน ทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีขึ้น

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2.2.1 ความหมายการตีตรา (Stigma)

การวิจัยเรื่อง การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษา: สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น ขอนำเสนอการให้ความหมายของการตีตรา ดังนี้

ทฤษฎีการตีตรา (Stigma) ของกอฟแมน (Goffman, 1963) ซึ่งทฤษฎีนี้ได้มีการกล่าวไว้ว่าการตีตราเป็นการทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเสื่อมเสียชื่อเสียง ทำให้เกิดการตราหน้าในสังคม การตีราที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีโรคเอดส์แล้ว ซึ่งเป็นการตีตราเกี่ยวกับพฤติกรรมของคนจำนวนหนึ่ง ทำให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความเสียหาย เสื่อมเสียชื่อเสียง และทำให้เกิดความอับอาย ซึ่ง

ถือได้ว่าเป็นการตราหน้าทางสังคม ซึ่งกอฟแมนได้อธิบายไว้ว่าการตีตรานี้เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม การตีตราคือ ความแตกต่างด้านลบของสังคมในปัจจุบัน ซึ่งการตีตราที่แตกต่างกันออกไปจากสังคมนั้น จะเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการและจะส่งผลให้บุคคลที่ถูกตีตรานั้นไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม แต่อย่างไรก็ตามคุณลักษณะทางสังคมเพียงอย่างเดียวไม่ใช่เป็นตัวกำหนดการตีตรา แต่ต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้วย ซึ่งการตีตราในที่นี้จะหมายถึงการตีตราต่อบุคคลและการตีตราต่อพฤติกรรมของสังคม โดยผ่านกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมด้วย โดยสังคมนั้น ๆ จะเป็นตัวกำหนดการตีตราหรือการใช้สัญลักษณ์อื่น ๆ ที่ให้ความหมายว่าเป็นการตีตรา ซึ่งกระบวนการการที่มีปฏิสัมพันธ์ระหว่างบุคคลในสังคม จะเป็นตัวกำหนดความแตกต่าง หรือการตีตราบุคคลใดบุคคลหนึ่งออกจากสังคมส่วนใหญ่ ทำให้บุคคลที่ถูกตีตราเหล่านั้นมีตราบาป เกิดความเสื่อมเสียชื่อเสียง เป็นที่น่าอับอายของสังคม หรืออาจเป็นตัวขยะแขยงของสังคม อาจจะทำให้บุคคลนั้นเป็นคนด่างพร้อย หรือเป็นคนมีปมด้อยในสังคมไปเลยก็ได้

การตีตรา ถือเป็นการให้ความหมายทางสังคม หรือเรียกอีกอย่างหนึ่งว่าเป็นการสร้างขึ้นมาโดยสังคมนั้น ๆ ตามอิทธิพลของสังคม ที่ร่วมสร้างความหมายการตีตรานี้ขึ้นมาด้วยกัน ซึ่งในที่นี้จะให้ความหมายต่อร่างกายนั้นด้วย ซึ่งสะท้อนให้เห็นถึงตราบาปที่เกิดขึ้นจากสังคมส่วนใหญ่เป็นคนตัดสินบุคคลที่มีความผิดปกติหรือผิดแปลกไปจากบุคคลทั่วไป หรือแม้กระทั่งพวกคนคุก ติดยา ติดเอดส์ ซึ่งคนเหล่านี้ถือได้ว่าเป็นบุคคลที่ผิดแปลกไปจากบุคคลอื่น ๆ แล้ว ทำให้เขาเหล่านี้หมดความศรัทธาจากบุคคลในสังคม โดยกล่าวหาว่าเป็นคนไม่ดี ทำให้ครอบครัวเสียชื่อเสียง เป็นการกระทำที่ยอมรับไม่ได้ในสังคม

Goffman (1963) ได้มีการแบ่งการตีตราของสังคมออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1) การตีตราความผิดปกติของร่างกาย เช่น ลักษณะของคนที่พิการ ไม่สามารถประกอบอาชีพได้ คนหูหนวก คนเป็นใบ้ พิการแขนขาขาด เท้าแสนปม เป็นต้น ซึ่งบุคคลเหล่านี้มีลักษณะภายนอกที่แตกต่างออกไปจากบุคคลทั่วไปในสังคม ก็จะถูกสังคมตีตราว่าเป็นบุคคลที่น่ารังเกียจ ไม่อยากเข้าใกล้ ดูไม่ดี ไม่น่าคบค้าสมาคมด้วย อีกกรณีหนึ่งเช่นบุคคลที่มีเหงื่อมาก หรือคนมีกลิ่นตัวแรง คนที่มีบาดแผลตามตัว ก็จะถูกมองว่าเป็นคนที่น่ารังเกียจของสังคม เป็นที่น่าอับอายของสังคมในระแวกนั้น ทำให้บุคคลที่อยู่ในระแวกนั้นไม่อยากเข้าใกล้

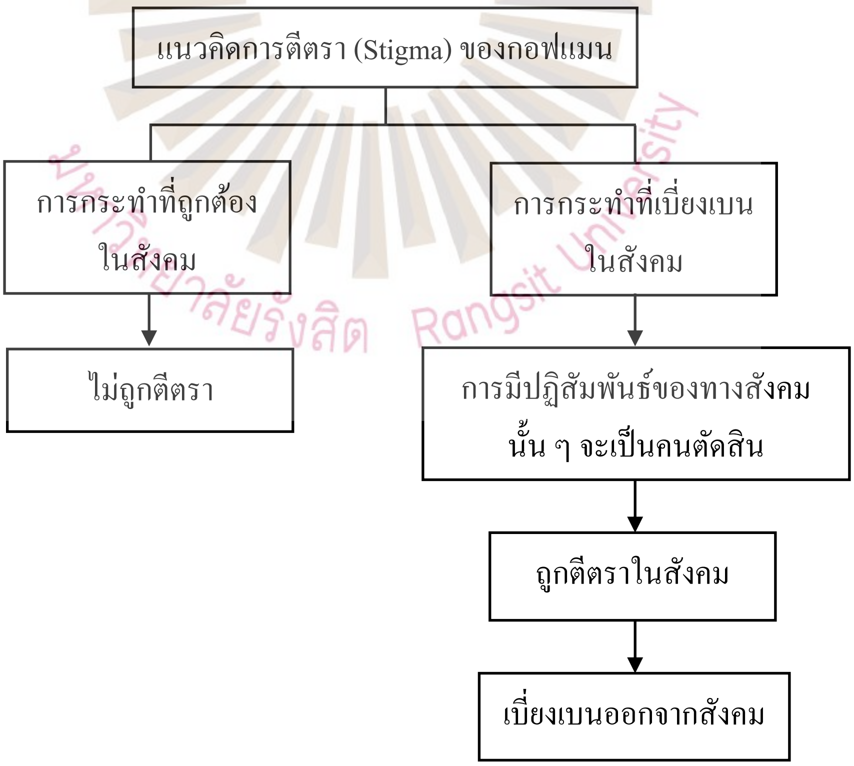
2) การตีตราจากพฤติกรรมที่เป็นตัวกำหนด เช่น คนเป็นโรคเอดส์ ติดเชื้อเอชไอวี เป็นวัณโรค ติดสุรา ติดยาเสพติด หรือผู้ป่วยที่มีอาการทางจิต รักร่วมเพศ บุคคลเหล่านี้มักจะถูกสังคมมองว่ามีตราบาปติดตัวมาจึงมีพฤติกรรมแบบนี้ นอกจากนี้พฤติกรรมของบุคคลเหล่านี้ยัง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

อาจจะเป็นที่ล้อเลียนได้จากบุคคลทั่วไปในสังคม ตัวอย่างเช่นกรณีการติดเชื้อเอชไอวี คนเป็นโรคเอดส์ ก็จะมีความสัมพันธ์กับความสำส่อนทางเพศ เป็นโสเภณี อาจถูกมองได้ว่าเป็นคนที่สกปรก เป็นคนผิดศีลธรรม อีกทั้งการที่ไปแพร่เชื้อเอชไอวีให้แก่บุคคลอื่นที่ไม่ทราบ เมื่อบุคคลนั้นทราบก็จะทำให้เสื่อมเสียมากยิ่งขึ้น

3) การตีตราจากเชื้อชาติ ศาสนา เผ่าพันธุ์ เช่น การตีตราคนกลุ่มน้อย คนกะเหรี่ยง ชนเผ่าที่อยู่ในที่ราบสูง ปัจจุบันยังมีการตีตราในเผ่าพันธุ์นี้อยู่เป็นจำนวนมาก เช่นเผ่ากินคน หรือแม้กระทั่งพวกที่นับถือภูตผีปีศาล เป็นต้น ซึ่งคนส่วนใหญ่เมื่อรับรู้ถึงการแบ่งแยกหรือการตีตราของคนกลุ่มเหล่านี้ ก็จะมีการบอกต่อ ๆ กัน หรือแชร์ทางโซเชียลเน็ตเวิร์ค ทำให้ชนกลุ่มน้อย ชนเผ่ากะเหรี่ยงที่ยังมีอยู่ในประเทศไทยถูกแบ่งแยกหรือถูกกีดกันออกจากคนกลุ่มใหญ่ คนกลุ่มน้อยบางกลุ่มยังไม่มีสิทธิเรียกร้อง ทั้งด้านการศึกษาต่าง ๆ การทำงาน หรือแม้กระทั่งไม่มีสิทธิออกเสียงในประชาธิปไตยด้วย

จากข้อมูลดังกล่าวที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทางผู้วิจัยสามารถถ่ายทอดสรุปเป็นแผนภูมิได้ดังนี้



รูปที่ 2.1 แผนภูมิที่ผู้วิจัยได้คิดขึ้นมาเองจากแนวคิดทฤษฎีการตีตรา (Stigma) ของกอฟแมน

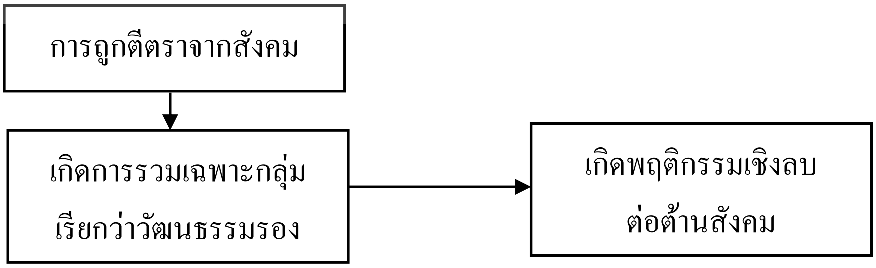
ที่มา: Goffman, 1963

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2.2.2 ทฤษฎีการตีตรา (Labeling Theory) ของลิงค์และฟรานซีส

Link, Mirotznik, & Francis (1991) นักทฤษฎีทั้งสองท่านนี้ได้กล่าวไว้ว่า การที่มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนนั้นไม่ได้เกิดขึ้นมาเอง แต่การเบี่ยงเบนนั้นถูกกำหนดหรือสร้างขึ้นมาจากบุคคลในสังคมและสิ่งที่สำคัญการตีตรานี้จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ที่ถูกเบี่ยงเบนออกจากสังคม ในที่นี้ขอยกตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ จะถูกบุคคลในสังคมกล่าวหาว่าเป็นคนไม่ดี เป็นโสเภณี รักร่วมเพศ และจะทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรมรองหรือเรียกว่าการต่อต้าน หรือปฏิเสธคนที่เป็นโรคเอดส์เกิดขึ้นซึ่งเห็นอยู่ในสังคมไทยปัจจุบัน ซึ่งจะทำให้ผู้ที่ถูกตีตรามีพฤติกรรมโต้ตอบไปในทางลบ เช่น การเหยียด การไม่อยากคบค้าสมาคมด้วย เป็นต้น ทำให้สังคมไปลดคุณค่าความเป็นคนของบุคคลเหล่านั้น ทำให้เขาเหล่านั้นมีสถานภาพที่ต่ำไปกว่าคนปกติทั่ว ๆ ไป แต่ในทำนองเดียวกันคนที่เป็นเอดส์ที่ถูกตราหน้าว่าเป็นตราบาปของสังคม เมื่อเกิดการกำหนดว่าเป็นการตีตรามากขึ้นเรื่อย ๆ เขาก็จะมีวัฒนธรรมในกลุ่มของคนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่แตกต่างออกไปจากสังคมปกติ ทำให้เกิดเป็นสังคมย่อย ๆ ของตนเองขึ้น ซึ่งแตกต่างกันไปจากสังคมใหญ่ ดังนั้นแนวคิดนี้จึงสามารถอธิบายได้ถึงผลของบุคคลที่มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนซึ่งเกิดจากการที่สังคมเป็นตัวกำหนด ทำให้บุคคลนั้นเกิดการเบี่ยงเบนออกจากสังคม เมื่อเกิดเป็นวัฒนธรรมรองมีการรวมกลุ่มของคนที่เบี่ยงเบนกันมากขึ้น ก็จะเกิดเป็นการโต้ตอบเชิงลบหรือการมีวัฒนธรรมรอง เป็นต้น อย่างกรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี คนเป็นโรคเอดส์ เมื่อถูกสังคมตีตราหรือตราหน้าว่าเป็นคนไม่ดี คนเลว ก็จะเกิดการเบี่ยงเบนออกจากสังคม เมื่อออกจากสังคมแล้ว คนกลุ่มนี้มักจะมีปฏิกิริยาที่โต้ตอบสังคมเชิงลบ ซึ่งบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นอาจจะมีอคติกับกลุ่มคนในสังคมของคนที่ติดเชื้อเอชไอวีเอง ทำให้ไปแพร่เชื้อเพิ่มอีก เป็นต้น

จากข้อมูลดังกล่าวที่กล่าวมาแล้วข้างต้น ทางผู้วิจัยสามารถถ่ายทอดสรุปเป็นแผนภูมิได้ ดังนี้



รูปที่ 2.2 แผนภูมิที่ผู้วิจัยได้คิดขึ้นมาเองจากแนวคิดทฤษฎีการตีตรา (Labeling Theory) ของลิงค์และฟรานซีส

ที่มา: Link et al., 1991

2.2.3 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถูกตีตราทางสังคม

การตีตราทางสังคมจะนำไปสู่การถูกมองข้ามหรือการแบ่งแยกบุคคลหรือกลุ่มคนใดออกไปจากคนกลุ่มใหญ่ในสังคม การตีตราทางสังคมมีรายงานในกลุ่มบุคคลหลายกลุ่มในสังคมเห็นว่าพฤติกรรมที่ไม่เป็นไปตามบรรทัดฐานของสังคมหรือพฤติกรรมนั้นเป็นสิ่งที่ผิดแปลกไปจากสังคม เป็นอันตรายต่อสังคม อาทิเช่น ผู้ที่ก่อเหตุอาชญากรรม ผู้ที่มีปัญหาทางจิต ผู้ที่ใช้ยาเสพติด ผู้ที่ป่วยด้วยโรคติดเชื้อร้ายแรง (เช่นโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคเรื้อน วัณโรค หรือโรคพิษสุราเรื้อรัง เป็นต้น) หากแต่กลุ่มบุคคลที่มีการรายงานการถูกตีตราทางสังคมมาอย่างต่อเนื่องส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีการเจ็บป่วย โดยจะมีการตีตราทางสังคมโดยจะมีการตั้งชื่อโรคตามประเทศหรือสถานที่ที่เป็นจุดเริ่มต้นของโรค หรือเรียกตามกลุ่มคน เช่น โรคระบาดกลุ่มรักร่วมเพศในผู้ติดเชื้อไวรัสเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์ และรวมไปถึงการแสดงปฏิกิริยาทางด้านลบของผู้คนในสังคมที่มักจะมีการตำหนิ กล่าวโทษ รังเกียจ เหยียดเชื้อชาติ หรือมักปฏิเสธการอยู่ร่วมกันในสถานที่เดียวกัน ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการถูกตีตราทางสังคม ประกอบไปด้วย 2 ปัจจัยหลักดังนี้

1) ปัจจัยจากบุคคล เป็นปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับความรู้ ความเข้าใจ หรือความเชื่อที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค การขาดความรู้หรือการไม่ตระหนักเกี่ยวกับสิทธิของบุคคลอื่น ทำให้มีการติดตาม คุกคามผู้ที่ติดเชื้อ รวมทั้งความรู้สึกในเชิงลบ เช่น กลัว หวาดระแวง และอคติของคนในสังคม เช่น มองว่าเป็นการเจ็บป่วยที่ร้ายแรงหรือน่ารังเกียจ จึงไม่ควรอยู่ในสถานที่เดียวกัน

2) ปัจจัยสิ่งแวดล้อม ได้แก่ สภาพแวดล้อมในครอบครัว สัมพันธภาพของคนในครอบครัวและชุมชน การสนับสนุนทางสังคม ความถูกต้อง น่าเชื่อถือของข้อมูลข่าวสารผ่านสื่อสาธารณะ รวมไปถึงมาตรการหรือนโยบายของหน่วยงานต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันและควบคุมโรค

2.2.4 การตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสังคมไทย

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ในสังคมไทยนั้น ได้ถูกตีตรา (Stigma) จากบุคคลในสังคมโดยบุคคลทั่วไปอาจจะแสดงท่าทีที่รังเกียจ ทั้งท่าทาง สีหน้า และคำพูด อาจจะกล่าวได้ว่าผู้ที่เป็นโรคเอดส์นี้ เป็นโรคที่น่ากลัว ซึ่งจะให้สังคมยอมรับนั้นยังไม่ได้ซึ่งมักจะเกิดการเลือกปฏิบัติกับบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีตามมาภายหลัง ประกอบกับประเทศไทยที่สังคมส่วนใหญ่เป็นสังคมพุทธ จึงให้การขนานนามผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเป็นโรคเอดส์ว่าเป็นคนไม่ดี เป็นคนที่ผิดศีลธรรม ประพฤติผิดในกาม จึงได้รับเชื้อเอชไอวีนั้นมาเลยทำให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยโรคเอดส์เกิดตราบาปภายในใจ

ลึก ๆ ขึ้นหรือเรียกว่าการตีตรา (Labeling) บางครั้งเขาเหล่านั้นมีตราบาปติดตัว เนื่องมาจากการคิดสั้นฆ่าตัวตาย เพียงเพราะถูกสังคมตำหนิ ถูกไล่ออกจากสังคม ทำให้คนที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีที่ยืนในสังคมจึงเกิดการฆ่าตัวตายขึ้น ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยผลเลือดไปสู่ผู้อื่นส่งผลต่อความกลัวเป็นอย่างมาก

ในการเปิดเผยผลเลือดนั้น เหตุผลในการเปิดเผยหรือไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีนั้นจะแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับการตีตราว่ามีส่วนที่สำคัญต่อการตัดสินใจในการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวี (Parson, VanOra, Missildine, Purcell, & Gomez, 2004) ซึ่งส่วนใหญ่ผู้คนมักจะให้คำนิยามโรคเอดส์เกี่ยวกับความตาย ทำให้กลายเป็นสิ่งที่ความน่ากลัวและคนเป็นโรคเอดส์ควรได้รับการลงโทษ ทำให้ชีวิตมีมลทิน เกิดความอับอายและยิ่งทำให้ความกลัวเพิ่มขึ้น และนอกจากนี้ยังทำให้เกิดการตีตราและกีดกันมีความรุนแรงมากขึ้น (Parker, Oyosi, Kelly, & Fox, 2002) เช่นเดียวกับศึกษาตราบาปจากโรคเอดส์ ตัวอย่างความเจ็บป่วยทางสังคม (มัตติกา ใจจันทร์ และพรนภา คำพราว, 2557) ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าการตีตราตนเองเป็นความรู้สึกว่ามีบาปติดตัว และสามารถเกิดขึ้นได้อยู่ภายในจิตใจของทุกคน แม้จะไม่สามารถปรากฏให้มองเห็นได้จากภายนอกแต่ผู้มีตราบาปเองก็จะรู้สึกถึงความอัปยศข้างในจิตใจของตนเอง ซึ่งระดับการรับรู้ตราบาปขึ้นอยู่กับประเภทและระดับการรับรู้ตราบาปของบุคคล ตราบาปจากโรคเอดส์เป็นตัวอย่างของความเจ็บป่วยทางสังคมที่ชัดเจนอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ติดเชื้อเองและสังคมเป็นผู้สร้างขึ้น ซึ่งการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสตลอดจนถึงการติดตามและการให้คำแนะนำด้านสุขภาพต่าง ๆ สำหรับด้านการเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวี มักจะพบเห็นได้ในสถานพยาบาล เช่น ในขั้นตอนการซักประวัติของเจ้าหน้าที่ ซึ่งจะมีห้องส่วนตัวซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยคนอื่นที่มารับบริการรู้ว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี การสวมถุงมือสองชั้นขณะตรวจร่างกาย สีหน้า กริยา ท่าทางที่ไม่พอใจของเจ้าหน้าที่ขณะปฏิบัติงานอยู่กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมไปถึงการนินทาผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Saki, Kermanshahi, Mohammadi, & Mohraz, 2015)

สำหรับในชุมชนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อาศัยอยู่ด้วย ทำให้ผู้ติดเชื้อสูญเสียงาน สูญเสียความก้าวหน้าในงาน มีทางเลือกประกอบอาชีพน้อย เนื่องจากต้องตรวจเลือดก่อนสมัครงาน (ศิลธรรม เสริมฤทธิรงค์, พจนา ธัญญกิตติกุล, และชุติวัลย์ พลเดช, 2561) และในบางประเทศการเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ให้ประกอบศาสนกิจได้ (Fauk, Ward, Hawke, and Mwanri, 2021) ซึ่งจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญกับการแยกตัวเองออกมาจากสังคม

2.3 ทฤษฎีการลงโทษแก้แค้นเพื่อการทดแทน (Retributive Theory)

การลงโทษเพื่อการแก้แค้นทดแทนนี้ มีมาตั้งแต่สมัยที่ยังเป็นสังคมดั้งเดิมอยู่ซึ่งเราก็ต่างเชื่อกันว่า ผู้ที่มีความผิดมักจะเป็นผู้ที่มีความชั่วร้ายอยู่ในตัวเอง จึงจะต้องมีการลงโทษเพื่อให้สาสมกับความชั่วร้ายที่เขาได้กระทำไว้ สำหรับการลงโทษในสมัยก่อนนั้นก็จะมีดังนี้ เช่น การเฆี่ยนตี ทรมานร่างกายของผู้ที่กระทำผิด ตลอดจนการประหารชีวิตเลยก็มี แต่การลงโทษเพื่อการแก้แค้นทดแทนนี้มักจะมีความสอดคล้องกับความรู้สึกของผู้เสียหาย ผู้ที่กระทำก็ต้องได้รับผลตอบแทนอย่างนั้นเช่นกัน โดยทฤษฎีการแก้แค้นเพื่อการทดแทน (Retributive Theory) นี้ใช้แนวคิดตามหลัก “ตาต่อตา ฟันต่อฟัน” ก็คือเมื่อผู้ที่ปฏิบัติต่อคนอื่นอย่างไรก็จะได้รับผลจากการกระทำเช่นนั้น

มีนักคิดหลายท่านได้ให้คำนิยามเกี่ยวกับทฤษฎีการแก้แค้นเพื่อการทดแทน (Retributive Theory) มีดังนี้

ค้านท์ (Kant) มีความคิดว่า

> ...เหตุผลที่เราจะต้องลงโทษผู้กระทำความผิดก็เพื่อที่เราจะต้องรักษาความยุติธรรมนั้นเอาไว้ ซึ่งความยุติธรรมที่ได้มีการละเมิดนั้นก็จะต้องได้รับการทดแทน แต่ถ้าหากว่าความยุติธรรมและสิทธิของพวกมนุษย์ได้ถูกทำลายลงไปแล้ว ชีวิตของเราก็คงจะไม่มีคุณค่าอะไรหลงเหลืออยู่เลย ดังนั้นเราจึงต้องลงโทษผู้กระทำความผิด ก็เนื่องมาจากเป็นสิ่งที่เขานั้นสมควรที่จะได้รับ... (ณัฐฐ์วัฒน์ สุทธิโยธิน, 2555)

ฮอร์กิน (Hawkins) มีความคิดว่า

> ...เหตุผลที่เราจะต้องลงโทษพวกมนุษย์ให้สาสม ก็เพราะว่าพวกมนุษย์นั้นต้องมีความรับผิดชอบต่อศีลธรรมและการกระทำของพวกเขา การลงโทษของมนุษย์นั้นมีความแตกต่างจากการลงโทษหรือฝึกหัดสัตว์ แตกต่างกันตรงที่เราไม่ได้หวังที่จะให้สัตว์นั้นมารับผิดชอบต่อการกระทำของมัน เราตีสัตว์ก็เพื่อให้มันหวาดกลัว แต่การกระทำ หรือการลงโทษของมนุษย์นั้นเราหวังให้เขารับผิดชอบต่อการกระทำของเขา ทั้งนี้เพราะว่าสัตว์นั้นไม่มีความรับผิดชอบและไม่มีศีลธรรม... (ณัฐฐ์วัฒน์ สุทธิโยธิน, 2555)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สำหรับในกรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ที่เป็นโรคเอดส์อาจจะเกิดความแค้นส่วนตัวบางครั้งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับเชื้อมาจากคู่นอนโดยที่ไม่ได้ตั้งใจ ความจงใจที่คู่นอนไม่ได้บอกเกี่ยวกับผลเลือดเอชไอวี และการไม่ได้ป้องกันโดยการสวมถุงยางอนามัย หรือไม่มีการกินยาเพร๊พ ต่อมาทราบว่าตนเองได้รับเชื้อเอชไอวี เขาจึงมีความคิดที่อยากจะแก้แค้น บางครั้งโดยการใช้เข็มทิ่มตัวเองแล้วนำไปทิ่มให้แก่บุคคลอื่น ๆ ก็ได้ หรือแม้กระทั่งการใช้เข็มทิ่มตัวเองแล้วแล้วทิ้งไปยังสถานที่สาธารณะอาจจะทำให้บุคคลอื่นนั่งทับหรือเดินเหยียบ หรือแม้กระทั่งการมีเพศสัมพันธ์และไม่ป้องกัน ไม่สวมใส่ถุงยางอนามัยกับคู่นอน หรือไม่บอกคู่นอนว่าตนเองได้รับเชื้อ ก็ถือว่าเป็นการจงใจกระทำผิดได้ ซึ่งสังคมส่วนใหญ่ยังรับไม่ได้กับผลการติดเชื้อเอชไอวีอยู่แล้ว

ความรับผิดจากการแพร่เชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

ในประเทศไทยนั้น สำหรับผู้ที่กระทำผิดโดยการแพร่เชื้อเอชไอวีให้แก่บุคคลอื่น กฎหมายไทยเขียนไว้ว่า “บุคคลนั้นจะต้องได้รับโทษทางอาญาต่อเมื่อได้กระทำการอันกฎหมายที่ใช้ในขณะนั้นเป็นความผิดและกำหนดโทษไว้” และ “บุคคลนั้นจะต้องรับผิดในทางอาญาก็ต่อเมื่อได้กระทำโดยเจตนา” ทั้งนี้ในประเทศไทยนั้นยังผิด พ.ร.บ. โรคติดต่อ พ.ศ.2558 ด้วย (ว่องวิช ขวัญพัทลุง, มปป.)

ความรับผิดจากการแพร่เชื้อเอชไอวีในต่างประเทศ

จากการสำรวจขององค์กรความร่วมมือเกี่ยวกับเอดส์ (UNAIDS) พบว่า มีจำนวน 61 ประเทศ ที่กำหนดให้การแพร่เชื้อเอชไอวีเป็น “อาชญากรรม” มีโทษทางอาญา เห็นได้ว่าในกลุ่มประเทศข้างต้นจะแก้ปัญหาการแพร่เชื้อเอชไอวีผ่านการออกกฎหมายควบคุมและกำกับความประพฤติของการร่วมประเวณีของผู้ติดเชื้อ แต่ทั้งนี้การกระทำที่จะเป็นความผิดจะต้องเกิดจาก “การแพร่เชื้อโดยเจตนา” กล่าวคือ หากผู้ที่ถูกกล่าวอ้างว่ากระทำผิด “ไม่ได้ทราบว่าตนติดเชื้อ” บุคคลดังกล่าวก็จะไม่มีความผิด

> …ในที่นี้ขอยกตัวอย่าง คดีนายเจมส์ ดีฟัลโก ชาวอังกฤษที่เคยรับโทษในความผิดฐานแพร่เชื้อเอดส์ต่อผู้อื่นเมื่อปี พ.ศ. 2548 ด้วยการร่วมประเวณีกับหญิงวัย 82 ปี โดยไม่บอกว่าตนติดเชื้อ หลังจากนั้นในปี พ.ศ. 2557 เขาก็การนัดผ่านเว็ปหาคู่กับหญิงวัย 65 ปี เพื่อมีเพศสัมพันธ์อีก ซึ่งถูกศาลสั่งจำคุกในความผิดเดียวกันเป็นเวลา 4 ปี 9 เดือน แต่เขาก็ถูกปล่อยตัวออกมาก่อนเมื่อปี พ.ศ. 2562 และเขาได้มีการกระทำแบบนี้เป็นครั้งที่ 3 ในเดือน ม.ค.ที่ผ่านมา เขาได้กระทำผิดเรื่อย ๆ ซึ่งในครั้งหลังนี้ผู้กระทำผิดได้สารภาพเองว่าได้

กระทำความผิดอันเป็นอาชญากรรมร้ายแรงผ่านการแพร่เชื้อเอชไอวี ซึ่งผู้พิพากษาในคดีดังกล่าวได้ออกมายืนยันในฐานความผิดดังกล่าวว่า เขาขัดคำสั่งศาลที่ให้เขาต้องบอกคนอื่นว่ามีเชื้อไวรัสเอชไอวีก่อนจะมีเพศสัมพันธ์... (ว่องวิช ขวัญพัทลุง, 2563)

รัฐนิวเซาท์เวลส์ (New South Wales)

บุคคลที่มีเชื้อเอชไอวีสามารถทำงานให้บริการทางเพศได้ การซื้อขายบริการทางเพศในรัฐรัฐนิวเซาท์เวลส์ ไม่มีความผิดกฎหมายทางอาญา สำหรับพนักงานบริการและลูกค้าที่เข้ามาใช้บริหการจะต้องมีอายุไม่ต่ำกว่า 18 ปี สำหรับสถานบริการที่มีการว่าจ้างคนมาทำงานบริการทางเพศได้โดยไม่ผิดกฎหมาย คนที่มีเชื้อเอชไอวีสามารถทำงานบริการทางเพศได้แต่ต้องบอกคู่นอนของตนก่อนจที่จะมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง และคู่นอนของตนเองนั้นจะต้องเต็มใจรับความเสี่ยง สำหรับบทบาทลงโทษสำหรับผู้ที่แพร่เชื้อเอชไอวีด้วยความตั้งใจจะต้องจำคุก

รัฐวิคตอเรีย (Victoria)

กฎหมายายของรัฐวิคตอเรียได้มีการกำหนดให้สถานบริการทางเพศ จะต้องมีใบยืนยันผลการตรวจเลือดเอชไอวีก่อนเข้าทำงาน อีกทั้งคงต้องตรวจสุขภาพเดือนละครั้งในขณะทำงานอยู่ในสถานบริการทางเพศ และจะต้องตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีทุก ๆ 3 เดือน สำหรับคนที่มีเชื้อเอชไอวีจะทำงานในสถานบริการทางเพศไม่ได้เพราะว่าผิดกฎหมายของรัฐวิคตอเรีย อย่างไรก็ตามในกฎหมายได้มีการบอกไว้ว่าต้องบอกคู่นอนก่อนการมีเซ็กส์ทุกครั้ง แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ใดแพร่เชื้อเอชไอวีให้แก่ผู้อื่น ไม่ว่าจะตั้งใจหรือว่าประมาทก็ถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย

รัฐควีนแลนด์ (Queensland)

บุคคลที่มีเชื้อเอชไอวีสามารถทำงานบริการทางเพศได้ แต่สถานบริการทางเพศนั้นต้องได้รับอนุญาตจึงจะถือว่าไม่ผิดกฎหมาย กฎหมายของรัฐควีนแลนด์จะมีการบังคับให้พนักงานบริการทางเพศมีการตรวจสุขภาพทุก ๆ 3 เดือน และยังต้องให้พนักงานบริการทางเพศใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้ง หากไม่ใช้ถุงยางอนามัยจะผิดกฎหมาย สำหรับการแพร่เชื้อเอชไอวีโดยการไม่บอกต่อคู่นอนของตนเองถือว่าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในรัฐควีนแลนด์

รัฐเซาท์ออสเตรเลีย (South Australia)

กฎหมายในรัฐเซาท์ออสเตรเลียไม่ได้มีการกำหนดห้ามบุคคลที่มีเชื้อเอชไอวีเป็นบวกมาทำงานบริการทางเพศ หรือยังไม่ได้มีการกำหนดให้ว่าไม่รับบุคคลที่มีเชื้อเอชไอวีทำงาน อีกทั้งรัฐรัฐ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เซาท์ออสเตรเลียยังไม่มีกฎหมายบังคับใช้ถุงยาง หรือต้องให้ตรวจโรคในสถานบริการทางเพศ และยังไม่มีการจดทะเบียนของบุคคลที่ทำงานในสถานบริการทางเพศ

รัฐแทสมาเนีย (Tasmania)

การซื้อขายบริการทางเพศในรัฐแทสมาเนีย ถือเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย สำหรับการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีทั้งผู้ให้บริการและลูกค้าจะต้องมีมาตรการป้องกันการแพร่ระบาดของโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์โดยการสวมถุงยางอนามัย และหากบุคคลนั้นติดเชื้อเอชไอวีจะต้องบอกคู่นอนก่อนทุกครั้งที่จะมีเพศสัมพันธ์ หากบุคคลนั้นมีการแพร่เชื้อเอชไอวีไม่ว่าจะตั้งใจหรือประมาทถือว่าการกระทำนั้นมีความผิด ยกเว้นว่าคู่นอนนั้นเต็มใจที่จะรับความเสี่ยง

รัฐเวสเทิร์นออสเตรเลีย (Western Australia)

การซื้อขายบริการทางเพศโดยไม่ป้องกัน โดยการสวมถุงยางอนามัย ถือว่าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมาย จะมีค่าปรับ 5,000 ดอลล่าร์

รัฐนอร์ทเธิร์น เทอริทอรี่ (Northern Territory)

ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำงานบริการทางเพศได้ หรือว่าจ้างคนทำงานบริการทางเพศได้โดยไม่ถือว่าเป็นสิ่งที่ผิดกฎหมายในรัฐนี้ และในรัฐนอร์ทเธิร์น เทอริทอรี่ ไม่มีการบังคับให้ต้องมีการบอกคู่นอนว่าตนเองมีเชื้อเอชไอวี แต่หากผู้ใดแพร่เชื้อเอชไอวีให้แก่ผู้อื่นโดยความตั้งใจจะถือว่าเป็นการกระทำที่ผิดกฎหมาย และการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยจะถือว่าบุคคลนั้นมีความตั้งใจที่แพร่เชื้อโรคได้

รัฐออสเตรเลียน แคปปิตอล เทอร์ริทอรี (Australian Capital Territory)

สำหรับกฎหมายในรัฐนี้ระบุไว้ว่า ห้ามผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีหรือโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ชนิดอื่น ๆ ทำงานบริการทางเพศ หรือว่าจ้างคนทำงานบริการทางเพศ แต่ทางรัฐบาลของรัฐนี้ก็ไม่มีการบังคับว่าจะต้องบอกคู่นอนของตนเองว่ามีเชื้อเอชไอวีอยู่ แต่อย่างไรก็ตามหากผู้ใดแพร่เชื้อเอชไอวีให้แก่บุคคลอื่น ๆ ไม่ว่าจะเป็นการตั้งใจหรือไม่ก็ตามอาจจะต้องถูกดำเนินคดีในโทษฐานทำร้ายร่างกายได้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2.4 แนวคิดทฤษฎีความยุติธรรมทางสุขภาพ

จอห์น รอลส์ นักคิดและนักปรัชญาท่านได้นำเสนอหลักของความยุติธรรมคือ ความเป็นธรรม (Justice as Fairness) โดยจอห์น รอลส์ได้มีการไว้มีใจความสำคัญว่า “ความยุติธรรมคือคุณธรรมข้อแรกของสถาบันทางสังคม” โดยกล่าวไว้ดังนี้ (Rawls, 2005)

จุดมุ่งหมายและขอบเขตของทฤษฎีความยุติธรรม

จอห์น รอลส์ ได้เสนอคำถามที่สำคัญไว้ว่า “เราจะหาหลักการสากลมาเป็นเครื่องสร้างความยุติธรรมให้เกิดขึ้นได้” โดยที่หลักของความยุติธรรมนั้นจะต้องเป็นหลักการที่ทุกคนสามารถยอมรับและรับรู้ได้ในสังคมทั่วไป (Rawls, 2005) โดยจุดมุ่งหมายของทฤษฎีความยุติธรรมนี้ได้แก่จุดมุ่งหมายของ จอห์น รอลส์ เสนอทฤษฎีที่เน้นการประนีประนอม สิทธิเสรีภาพ และทำให้เกิดความเสมอภาคกันในสังคมมากที่สุด โดยแบ่งเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1) ธรรมชาติของมนุษย์ (Human Nature)

จอห์น รอลส์ ผู้คิดค้นทฤษฎีความยุติธรรม เชื่อว่าธรรมชาติของมนุษย์นั้นจะมีเหตุผลที่ติดตัวมา กล่าวได้ว่า เขาได้ตั้งสมมติฐานว่าการเกิดขึ้นมาเป็นมนุษย์นั้นไม่ได้เกิดขึ้นมาแบบว่างเปล่า แต่จะมีสิ่งที่ช่วยให้มนุษย์นั้นสามารถคิดตริตรองในเรื่องต่าง ๆ ทั้งในด้านดีและไม่ดีเพื่อให้บรรลุเป้าหมายของตัวเองได้ และจะส่งผลให้มนุษย์ทุกคนมีความเป็นอิสระและเท่าเทียมกันในสังคม โดย จอห์น รอลส์ ได้กล่าวอ้างถึงการที่มนุษย์ที่ดีนั้นจะต้องมีการสำนึกในเหตุผลและความมีเหตุมีผลด้วย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

2) โครงสร้างพื้นฐานทางสังคม (The Basic Structure of Society)

จอห์น รอลส์ ได้ให้ความสำคัญกับตัวของโครงสร้างทางสังคมเป็นอย่างมาก ว่าโครงสร้างทางสังคมเป็นตัวสำคัญในการสร้างความยุติธรรมทางสังคมให้เกิดขึ้นได้ “สังคมนั้นจะต้องมีการจัดระเบียบอย่างดี ไม่ใช่เพียงแค่การออกแบบสิ่งที่ดีให้แก่สมาชิกภายในสังคมเท่านั้น แต่สังคมจะต้องถูกควบคุมและมีการจัดการได้อย่างมีประสิทธิภาพโดยอาศัยแนวคิดในเรื่องของความยุติธรรมอันจะประกอบด้วยกติกาที่ทุกคนยอมรับและทุกคนรู้ว่าคนอื่น ๆ ยอมรับได้” (Rawls, 2005)

3) ความไม่แน่นอน (Contingency)

จอห์น รอลส์ ได้กล่าวไว้ว่า ความไม่แน่นอนตามธรรมชาติและสังคมเหล่านี้ไม่ควรนำมาเป็นตัวกำหนดการจัดสรรสิ่งต่าง ๆ ในสังคมก็เพราะเป็นเรื่องความบังเอิญและไม่มีความเป็น

ธรรม บุคคลทุกคนควรจะเริ่มจากความเท่าเทียมกันหากเริ่มต้นด้วยความไม่เท่าเทียมกันแล้วย่อมจะนำไปสู่ผลที่ไม่เท่าเทียมกันได้ (เกษดา ทองเทพไพโรจน์, 2553) ดังนั้น ความยุติธรรมในฐานะความเป็นธรรมจึงมุ่งหมายที่จะจัดการกับความไม่เท่าเทียมอันเกิดจากความไม่แน่นอนในชีวิตทั้งในมิติความไม่แน่นอนของคุณสมบัติตามธรรมชาติ เช่น พรสวรรค์ ในมิติความไม่แน่นอนของสถานะทางสังคม เช่น การแบ่งชนชั้น หรือแม้กระทั่งการตีตราของสังคม (Lehning, 2009)

2.5 แนวคิดเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน

สิทธิมนุษยชนซึ่งถือกำเนิดมาพร้อมกันกับหลักประกันเพื่อแสดงถึงความปลอดภัยให้กับมนุษย์ทุก ๆ คน สิทธิมนุษยชนซึ่งถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานที่มนุษย์ทุกคนควรได้รับสิทธิซึ่งจะประกอบไปด้วยสิทธิโดยธรรมชาติ (Natural Rights) และสิทธิที่มีกฎหมายรับรอง (Legal Rights) ก็เนื่องมาจากว่ามนุษย์ที่เกิดมาทุกคนล้วนมีคุณค่าและมีวิธีการดำรงชีวิตเป็นของตัวเอง และมีความสามารถที่จะดำรงชีวิตให้อยู่ในสภาพแวดล้อมได้อย่างเหมาะสมกับศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สำหรับด้านสิทธิมนุษยชนที่มีกฎหมายมารับรองนั้นประเทศไทยก็ได้มีการเข้าร่วมรับรองของ “ปฏิญญาสากลว่าด้วยสิทธิมนุษยชน” ขององค์กรระหว่างประเทศที่สมัชชาใหญ่แห่งสหประชาชาติจัดขึ้น ซึ่งบทบัญญัติรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย ได้มีการกำหนดสิทธิมนุษยชนไว้อย่างชัดเจน ก็เพื่อให้ทุกคนได้มีการตระหนักถึงความสำคัญของสิทธิมนุษยชนและเป็นแนวทางปฏิบัติต่อกันในฐานะเพื่อนมนุษย์ได้อย่างเท่าเทียมกัน โดยให้การตระหนักว่าทุกคนมีสิทธิในชีวิต มีสิทธิในการยอมรับนับถือ และมีสิทธิในการดำรงชีวิตเพื่อพัฒนาตนเอง (ณรงค์ เหล่าธีระเชาวน์, 2556)

2.5.1 ความหมายและประเภทของสิทธิและเสรีภาพ

“สิทธิ” ตามความหมายทั่วไปหมายถึง อำนาจที่กฎหมายสามารถรองรับและให้การคุ้มครองแก่บุคคลที่จะเรียกร้องให้บุคคลอื่นกระทำอย่างใดอย่างหนึ่ง สิทธิจึงก่อให้เกิดหน้าที่แก่บุคคลอื่น ๆ ด้วย

“เสรีภาพ” คำนี้คือ อำนาจของบุคคลนั้นในที่นี้จะกำหนดด้วยตัวของตนเองโดยการปราศจากการขู่เข็ญจากบุคคลภายนอก ดังนั้นเสรีภาพจึงหมายถึงอำนาจในการที่จะกำหนดให้ตัวเองโดยอิสระของบุคคลที่จะกระทำการใดหรือไม่กระทำการใดอันเป็นอำนาจที่เหนือตัวเอง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สิทธิและเสรีภาพโดยทั่ว ๆ ไปมักจะใช้ความหมายรวมกัน เช่น เมื่อพูดถึงสิทธิและเสรีภาพตามประมวลกฎหมายแพ่งและพานิชย์ มาตรา 420 ได้กล่าวไว้ว่าสิทธิในชีวิต ร่างกาย อนามัย ทรัพย์สิน และเสรีภาพ และยังได้มีการกล่าวถึงเสรีภาพไว้อีกประการหนึ่งว่า เสรีภาพอาจหมายถึงความสามารถในการเคลื่อนไหวโดยปราศจากการแทรกแซงและขัดขวาง หากมีการจับกุมหรือมีการกักขังหน่วงเหนี่ยวโดยมิชอบก็จะถือว่าเป็นการละเมิดต่อสิทธิและเสรีภาพแล้ว และเป็นที่เข้าใจกันว่าโดยทั่ว ๆ ไปการกระทำที่ละเมิดมาตรา 420 นั้นเป็นการประทุษร้ายต่อสิทธิของบุคคลอื่น จึงถือได้ว่ากฎหมายแพ่งและพาณิชย์เองก็ไม่ได้แยกสิทธิและเสรีภาพออกจากกันอย่างเด็ดขาด ซึ่งสิทธินั้นก็ถือเป็นอำนาจหรือโอกาสที่มีการคุ้มครองว่าถ้าทำไปแล้วไม่ผิด และมีทางเลือกว่าจะทำหรือไม่ก็ได้ ซึ่งถือว่าเป็นประโยชน์ที่ได้รับการรับรองและคุ้มครองโดยทั่วไปแล้วย่อมมาจากกฎหมาย (Legal Rights) ส่วนเสรีภาพ หมายถึงความเป็นอิสระที่จะกระทำการหรือการงดเว้นกระทำการใด ๆ ในที่นี้ขอยกตัวอย่างที่เกี่ยวกับ สิทธิในการเข้าถึงบริการด้านสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สิทธิในการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี สิทธิในการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี สิทธิในการที่จะไม่เปิดเผยผลเลือดต่อสาธารณะชน เป็นต้น (สุรชัย ศรีสารคาม, 2563)

ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ (Human Dignity) หมายถึง จิตใจ สิทธิเฉพาะตัวที่ต้องพึงสงวนไว้ของมนุษย์ทุก ๆ คน และควรรักษาไว้ไม่ให้บุคคลอื่นมาล่วงละเมิดได้ ซึ่งการถูกละเมิดศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จึงจะเป็นสิ่งที่ต้องได้รับการคุ้มครองและได้รับความยุติธรรมจากรัฐ (ฉัตรไชย จันทร์พรายศรี, 2559)

สาเหตุที่มนุษย์ต้องได้รับความคุ้มครองด้านสิทธิมนุษยชน ซึ่งเกิดจาก

1) มนุษย์ทุกคนเกิดมาแล้วล้วนมีสิทธิในตนเอง
2) มนุษย์ทุกคนถือเป็นสัตว์สังคม
3) มนุษย์ทุกคนมีเกียรติที่ได้เกิดมาเป็นมนุษย์
4) มนุษย์ทุกคนเกิดมามีฐานะไม่เท่าเทียมกัน

สำหรับการกำหนดประเภทของหลักสิทธิและเสรีภาพ โดยจะกล่าวถึงการแบ่งสิทธิและเสรีภาพตามแนวความคิดของเยอรมัน โดย Jellineck (n.p. อ้างถึงใน บรรเจิด สิงคะเนติ, 2555) โดยสามารถสรุปได้ 3 ประเภท ดังนี้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

1) สิทธิในเชิงปฏิเสธ (Status Negativus) ซึ่งจะเป็นสิทธิในเชิงปฏิเสธมีลักษณะเป็นสิทธิในการป้องกัน ซึ่งมักจะเป็นสิทธิในการป้องกันเพื่อปกป้องเสรีภาพของตนเอง เช่น เสรีภาพในการแสดงความคิดเห็น เป็นต้น

2) สิทธิในเชิงเรียกร้อง (Status Potivus) ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิในการเรียกร้องให้รัฐดำเนินการ เพื่อประโยชน์ของบุคคลเหล่านั้นเองและสิทธิดังกล่าวจะได้รับการคุ้มครองตามกฎหมาย เช่น สิทธิที่จะใช้สิทธิทางศาล สิทธิในการได้รับการศึกษาขั้นพื้นฐาน สิทธิในการเข้ารับการบริการด้านสาธารณสุข เป็นต้น

3) สิทธิกระทำการ (Status Activus) ถือได้ว่าเป็นสิทธิของบุคคลในการเข้าไปมีส่วนร่วมในการแสดงเจตจำนงทางการเมือง ซึ่งมักออกมาในรูปของ “สิทธิพลเมือง” เช่น สิทธิการเลือกตั้ง เป็นต้น

หากพิจารณาในมุมของการบังคับใช้ อาจจะแบ่งสิทธิออกเป็น 2 ประเภท ได้แก่

1) สิทธิตามกฎหมาย (Legal Rights) หมายถึง สิทธิที่จะสามารถบังคับใช้ให้เป็นไปตามสิทธิได้จริง ซึ่งโดยทั่วไปเกิดจากการที่กฎหมายจะให้การรับรองและคุ้มครองไว้อย่างชัดเจน เช่น สิทธิในการถูกละเมิดในที่นี้ขอยกตัวอย่าง สิทธิในการเข้าถึงบริการรับยาต้านไวรัสของประชาชนกลุ่มเสี่ยงหากมีการละเมิดหรือไม่ได้รับความเป็นธรรมสามารถยื่นคำร้องต่อหน่วยงานที่เกี่ยวข้องได้

2) สิทธิทางจริยธรรม (Moral Rights) หมายถึง สิทธิในอุดมคติ ซึ่งจะเป็นอำนาจอันชอบธรรมของมนุษย์ที่จะพึงมี ที่เกิดมาพร้อมกับความเป็นมนุษย์ตั้งแต่เกิดจนตาย ซึ่งจะเป็นสิ่งที่ขาดสภาพบังคับตามกฎหมายในการบังคับให้เป็นไปตามสิทธิ์ เช่น สิทธิในการปฏิเสธการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าทำงาน สิทธิในการแสดงความคิดเห็น สิทธิในการที่จะได้รับรู้ข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ สิทธิในความเป็นส่วนตัวตลอดจนสิทธิในการเลือกนับถือศาสนา เป็นต้น ซึ่งสิทธิดังกล่าวที่กล่าวมาข้างต้นจะมีความหมายใกล้เคียงกับคำว่า สิทธิมนุษยชน

2.5.2 บทบัญญัติเกี่ยวกับมนุษชน

รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2560 ได้มีบทบัญญัติเกี่ยวกับคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ซึ่งได้มีพระมหากษัตริย์ทรงแต่งตั้งตามคำแนะนำของวุฒิสภา จะประกอบไปด้วย ประธานกรรมการ 1 คน และกรรมการ 11 คน ซึ่งคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนจะมีอำนาจหน้าที่ ดังนี้ (กระทรวงแรงงาน, 2562)

2.5.2.1 เสนอแนะนโยบายและเสนอข้อปรับปรุงทางด้านกฎหมาย กฎ หรือข้อบังคับต่อรัฐสภาและคณะรัฐมนตรีเพื่อส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิมนุษยชน

2.5.2.2 ทำการตรวจสอบและรายงานการกระทำผิด หรือละเลยการกระทำที่เป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชน และทำการเสนอเสนอมาตรการแก้ไขที่เหมาะสมต่อบุคคลนั้น ๆ หรือหน่วยงาน / องค์กรที่ละเลยการกระทำดังกล่าวเพื่อดำเนินการ ในกรณีที่ไม่ดำเนินการแก้ไขตามที่เสนอคณะกรรมการด้านสิทธิมนุษยชนสามารถรายงานต่อรัฐสภาเพื่อดำเนินการต่อไป

2.5.2.3 ส่งเสริมเพื่อให้เกิดความร่วมมือ สามัคคีและมีการประสานงานกันระหว่างหน่วยงานราชการ หน่วยงาน / องค์กรเอกชน และองค์กรอื่น ๆ ในด้านสิทธิมนุษยชน

2.5.2.4 ส่งเสริมการศึกษา การวิจัย และเผยแพร่ความรู้ต่าง ๆ ในด้านสิทธิมนุษยชน รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยพุทธศักราช 2540

2.5.3 แนวคิดการคุ้มครองสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพของประชาชน

สิทธิมนุษยชน มีความหมายถึงสิทธิของมนุษย์ทุกคนที่เกิดมาบนโลกใบนี้ ซึ่งถือว่าเป็นสิทธิที่ติดตัวมาตั้งแต่กำเนิด และหมายรวมถึงที่ได้รับรองไว้เป็นลายลักษณ์อักษรด้วยทั้งที่เป็นรูปกฎหมายภายในประเทศและกฎหมายระหว่างประเทศ สำหรับแนวความคิดในการจัดตั้งสถาบันสิทธิมนุษยชนแห่งชาติในต่างประเทศขึ้นนั้น เพื่อที่จะทำหน้าที่คุ้มสิทธิและเสรีภาพของประชาชน ซึ่งจะเป็นผลสืบเนื่องจากการพัฒนาการในเรื่องของสิทธิมนุษยชน โดยธรรมชาติและลักษณะของมนุษย์ที่ถือเป็นรากฐานของแนวความคิดในด้านสิทธิมนุษยชน ซึ่งได้รับอิทธิพลมาจากแนวความคิดของนักปรัชญาฝั่งตะวันตกตั้งแต่สมัยกรีก โรมัน ตั้งแต่ช่วงศตวรรษที่ 15-17 เป็นต้นมา โดยมีแนวความคิดมาจากนักปรัชญาหลายท่านที่สำคัญ เช่น เพลโต (Plato) อริสโตเติล (Aristotle) จัง จาคส์ รุสโซ (Jean Jacques Rousseau) มองเตสกิเออ (Montesquieu) จอห์น ล็อค (John Locke) โธมัส ฮ้อบส์ (Thomas Hobbes) เป็นต้น ซึ่นนักปรัชญาทั้งหลายที่ได้กล่าวมานี้ได้นำเสนอแนวคิดเกี่ยวกับกฎหมายธรรมชาติและสิทธิตามธรรมชาติของมนุษย์ ที่ไม่อาจสามารถที่จะเปลี่ยนแปลงหรือกระทำการแก้ไขได้ ซึ่งได้แก่ สิทธิในชีวิตเสรีภาพในร่างกาย และสิทธิแห่งความเสมอภาค สืบเนื่องมาจากลักษณธที่เกิดตามธรรมชาติในการดำรงชีวิตของมนุษย์ทุกคนที่จะมีการเรียนรู้และจะมีความสามารถในการที่จะใช้เหตุและผล รู้จักเคารพความเสมอภาคและความอิสระต่อกัน ซึ่งมนุษย์ทุกคนจะรู้ว่าไม่ควรที่จะล่วงละเมิดต่อชีวิต ร่างกาย และเสรีภาพของผู้อื่น มนุษย์จำเป็นที่จะต้องยอมรับในการทำประชาสังคม โดยยอมสละสิทธิและเสรีภาพที่ตนเองมีอยู่โดยไม่จำกัดในสภาพธรรมชาติ และสามารถยอมรับสภาพที่มีสิทธิเสรีภาพโดยมีข้อจำกัดตามกฎหมาย ซึ่งต่อมาได้

กลายเป็นรากฐานของการจำกัดอำนาจรัฐหรือกลุ่มคนใดกลุ่มคนหนึ่ง และจะคุ้มครองสิทธิเสรีภาพที่เกิดจากธรรมชาติของมนุษย์ เพราะความเชื่อที่ว่าเหนืออำนาจสูงสุดของมนุษย์แล้วยังมีธรรมชาติและเหตุผลอยู่ เมื่อสิ่งใดเป็นสิทธิเสรีภาพตามธรรมชาติของมนุษย์อยู่แล้ว ไม่ไม่มีผู้ใดสามารถใช้อำนาจลบล้างได้ และการใช้อำนาจในทางการเมือง การปกครอง จะต้องยืนอยู่บนหลักและเหตุผลตามธรรมชาติ ซึ่งจะไม่ได้อยู่ตามอำเภอใจของบุคคลใดบุคคลหนึ่ง ซึ่งแนวคิดที่เกี่ยวกับสิทธิตามธรรมชาตินี้ ได้พัฒนาไปเป็นแนวความคิดในเรื่องสิทธิมนุษยชน รวมไปถึงการเปลี่ยนแปลงทางเศรษฐกิจ สังคม การเมืองของแต่ละประเทศ จะทำให้เกิดกระบวนการต่อสู้และเรียกร้องกันเกิดขึ้น ซึ่งจะทำให้สิทธิมนุษยชนไม่ได้เป็นเพียงสิทธิขั้นพื้นฐานในการดำรงชีวิตเท่านั้น แต่จะรวมไปถึงสิทธิในการที่จะนับถือศาสนา สิทธิในการรักษาพยาบาลและการสาธารณสุข สิทธิในการปกปิดผลเลือกเอชไอวีและโรคติดเชื้อต่าง ๆ สิทธิในการประกอบอาชีพ สิทธิทางการเมือง เป็นต้น นอกไปจากนี้ยังได้มีการขยายขอบเขตจากสิทธิส่วนบุคคลเป็นสิทธิของกลุ่มบุคคล และจากอิทธิพลของแนวคิดดังกล่าวมา ทำให้มีประเทศต่าง ๆ ได้เริ่มนำแนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนมาบัญญัติขึ้นเป็นลายลักษณ์อักษรเช่น คำประกาศอิสรภาพของอเมริกาในปี ค.ศ.1776 คำประกาศว่าด้วยสิทธิมนุษยชนแลพลเมืองของฝรั่งเศษในปี ค.ศ.1789 และสำหรับในประเทศไทยมีหลักสิทธิมนุษยชนพื้นฐานตามรัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พุทธศักราช 2550 เป็นต้น จนได้มีการพัฒนาเป็นแนวความคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนที่มความชัดเจนเป็นลำดับทั้งในด้านเนื้อหาและมีวิธีป้องกันและคุ้มครองเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชน ซึ่งจะนำไปสู่การจัดตั้งองค์กรที่ทำหน้าที่คุ้มครองและส่งเสริมสิทธิมนุษยชนขึ้นเป็นการเฉพาะที่เรียกว่า สถาบันสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ (National Human Rights Institution) และนอกไปจากจากนี้มีการจัดตั้งองค์กรเฉพาะด้านสำหรับในประเทศไทยได้มีการจัดตั้งองค์กรที่เกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนเช่น องค์กรสิทธิมนุษยชนด้านเอชไอวีและเอดส์ องค์กรด้านสิทธิสตรี องค์กรด้านสิทธิความเสมอภาคทางเพศและสิทธิของกลุ่มผู้มีความหลากหลายทางเพศ องค์กรด้านสิทธิเด็กและครอบครัว องค์กรด้านสิทธิคนพิการ องค์กรด้านการพัฒนาสถานะบุคคล องค์กรด้านสิทธิของกลุ่มชาติพันธุ์ องค์กรด้านสิทธิด้านสุขภาพและการสาธารณสุข องค์กรด้านสิทธิแรงงาน เป็นต้น (สุรชัย เลี้ยงบุญเลิศชัย, 2559)

2.5.4 หลักการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน

หลักการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน ที่ถือว่าเป็นหลักการพื้นฐานที่สำคัญที่สุดของหลักนิติรัฐ หากกล่าวว่าการกระทำของรัฐจะมีการดำเนินการเพื่อให้เกิดความสอดคล้องกับสิทธิของประชาชนตามบทบัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ การแทรกแซงสิทธิและเสรีภาพของบุคคลนั้นรัฐ

สามารถจะกระทำได้เฉพาะเมื่อมีกฎหมายซึ่งผ่านความเห็นชอบจากประชาชนไว้เท่านั้น ทั้งนี้หลักความชอบธรรมของประชาธิปไตยที่ได้มีการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชน มี 3 ข้อดังนี้ คือ

5.4.1 การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพที่เด็ดขาด หมายถึง สิทธิและเสรีภาพ ที่องค์กรของรัฐจะไม่สามารถกระทำการหรือละเมิดสิทธิเสรีภาพนี้ได้ถือเป็นสิทธิเสรีภาพนั้นได้อย่างเด็ดขาด เช่น สิทธิและเสรีภาพของประชาชนทั้งในด้านชีวิตและร่างกาย เสรีภาพในความเชื่อต่าง ๆ และนับถือศาสนาที่นอกเหนือจากศาสนาประจำชาติเป็นต้น

5.4.2 การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพจากการละเมิดของฝ่ายบริหาร ซึ่งจะหมายถึงการดำเนินการจำกัดสิทธิและเสรีภาพของประชาชนที่จะต้องกระทำโดยกฎหมายที่ตราขึ้นโดยความประสงค์ของประชาชนทั้งหลายหรือ ตัวแทนของประชาชนที่อยู่ในรัฐสภาหรือองค์กรที่ใช้อำนาจนิติบัญญัติเท่านั้น เช่น การเวนคืนที่ดินต้อง กระทำโดยการตราพระราชบัญญัติเวนคืนที่ดิน เนื่องจากเป็นการกระทบต่อสิทธิเสรีภาพของประชาชน เป็นต้น

5.4.3 การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพในกรณีที่มีการละเมิดสิทธิ ซึ่งจะเป็นการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนจากรัฐหรือเอกชนเพื่อไม่ให้ถูกละเมิด โดยจะต้องมีการกำหนดโทษไว้หากมีการละเมิดสิทธิเสรีภาพดังกล่าวขึ้นทั้งทางแพ่งและทางอาญา ซึ่งจะต้องมีองค์กรที่ทำหน้าที่วินิจฉัยชี้ขาด คือศาลซึ่งเป็นองค์กรที่ใช้อำนาจตุลาการ ซึ่งก็คือศาลรัฐธรรมนูญ ศาลยุติธรรม ศาลปกครอง และให้การบังคับใช้กฎหมายเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพด้วย

2.5.5 ประเด็นสำคัญเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพและความเสมอภาค

2.5.5.1 หลักการคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์

ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ คือ ความมีคุณค่าที่มีลักษณะเฉพาะและเป็นคุณค่าที่มีความผูกพันอยู่กับความเป็นมนุษย์โดยที่ไม่จำเป็นต้องคำนึงถึง เพศ เชื้อชาติ ศาสนา ของบุคคลนั้น ๆ "ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์" ถือเป็นคุณค่าสูงสุดของรัฐธรรมนูญ เนื่องจากการดำเนินการต่าง ๆ ของรัฐ ซึ่งจะต้องคำนึงถึงคือศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และต้องให้การปกป้องคุ้มครองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วยเหตุเหล่านี้ศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จึงถือว่าเป็นหลักพื้นฐานสำหรับหลักเสรีภาพของบุคคล และหลักความเสมอภาคด้วย

2.5.5.2 หลักการคุ้มครองสิทธิเสรีภาพ

การประกันสิทธิ เสรีภาพขั้นพื้นฐานของประชาชนเกิดขึ้นและตั้งอยู่บนรากฐานของความเป็นนิติรัฐของรัฐนั้น ๆ ซึ่งในรัฐเสรีประชาธิปไตยยอมรับหลักความเป็นธรรมของปัจเจก

บุคคล จะใช้ความเคารพต่อขอบเขตของสิทธิเสรีภาพของปัจเจกบุคคล การแทรกแซงในสิทธิและเสรีภาพ ของบุคคลจะกระทำมิได้เว้นแต่ตามที่บทบัญญัติแห่งกฎหมายกำหนดไว้เท่านั้น ทั้งนี้เพื่อมุ่งหวังให้ เป็นการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของบุคคลให้มีผลในทางปฏิบัติอย่างแท้จริง ทั้งนี้เพื่อเป็นหลักประกันแก่สิทธิและเสรีภาพของบุคคลไม่ให้ถูกละเมิด การจำกัดสิทธิ และเสรีภาพของประชาชน จะต้องมีผลเป็นการบังคับเป็นการทั่วไป และไม่มุ่งหมายใช้กับกรณีใด เป็นการเฉพาะ การกำหนดให้ระบุบทบัญญัติแห่งรัฐธรรมนูญที่ให้อำนาจในการจำกัดสิทธิและเสรีภาพ แต่จะกระทบกระเทือนสาระสำคัญแห่งสิทธิและเสรีภาพนั้นไม่ได้ก็เป็นหลักประกันสิทธิและเสรีภาพของบุคคลไม่ให้ถูกละเมิด และการคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพโดยองค์กรตุลาการ

2.5.5.3 หลักการคุ้มครองความเสมอภาค

หลักความเสมอภาคซึ่งถือเป็นหลักพื้นฐานที่สำคัญของศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ทุกคน มนุษย์จะสามารถดำรงอยู่ได้อย่างมีศักดิ์ศรีหากมนุษย์มีสิทธิและเสรีภาพเท่าเทียมกันกับมนุษย์คนอื่น ๆ ในสังคม ซึ่งหลักความเสมอภาคนี้จะเป็นหลักที่ทำให้ประชาชนทุกคนได้รับการปฏิบัติจากรัฐอย่างเท่าเทียมกัน ซึ่งจะมีความเสมอภาคในทางกฎหมาย เช่น ความเสมอภาคในการเสียภาษี ความเสมอภาคในการรับราชการทหาร ความเสมอภาคในการเลือกตั้ง ความเสมอภาคในการใช้ชีวิต เป็นต้น (ศุภรา ศรีปริวาทิน, 2560)

2.6 แนวคิดเกี่ยวกับสิทธิมนุษยชนในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์จะต้องได้รับการเคารพและปฏิบัติตามสิทธิมนุษยชนโดยมีเกียรติและความเท่าเทียมกับผู้อื่นในสังคม โดยมีมาตรฐานของสิทธิมนุษยชนดังนี้ (สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน, 2562)

2.6.1 สิทธิในความเป็นส่วนตัว

หากจะกล่าวถึงสิทธิความเป็นส่วนตัวของมนุษย์ ทุกคนที่เกิดมาทุกคนย่อมมีสิทธิในการดำรงชีวิตด้วยตัวเอง ต้องได้รับความเคารพและการคุ้มครองสิทธิส่วนบุคคลทุกกรณี โดยสิทธินี้จะครอบคลุมไปถึง สิทธิความเป็นส่วนตัว การดำรงชีวิต ด้านครอบครัว และการดำรงชีวิตในสถานพักอาศัย รวมไปถึงสิทธิด้านสภาพร่างกาย จิตใจ โดยสิทธินี้จะต้องไม่ให้บุคคลอื่นเปิดเผยข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี หากบุคคลใดสมัครใจที่จะตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี เขาต้องได้รับคำปรึกษาทั้งก่อน

และหลังตรวจเลือด และเจ้าหน้าที่ที่รับทราบผลเลือดต้องไม่นำข้อมูลอันเป็นความลับไปเผยแพร่ต่อบุคคลที่สาม รวมไปถึงการเปิดเผยต่อสาธารณะอื่น ๆ ซึ่งข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นเรื่องส่วนตัวและเป็นความลับ หากจะเปิดเผยผลเลือดเอชไอวีต้องได้รับการยินยอมจากเจ้าตัวเสียก่อนถึงจะเปิดเผยได้

2.6.2 สิทธิในการไปไหนมาไหนและความปลอดภัย สิทธิในการย้ายถิ่น

มนุษย์ทุกคนต้องได้รับสิทธิในการไปไหนมาไหนได้อย่างปลอดภัย เช่นสิทธิในการย้ายถิ่นฐาน ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ทุกคนจะมีสิทธิในการต่อต้านการสอดส่อง จับกุม หรือหน่วงเหนี่ยวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และนอกไปจากนี้ยังมีสิทธิในการต่อต้านการจำกัดการย้ายถิ่นฐานทั้งในประเทศและต่างประเทศด้วย ในเหตุผลด้านสุขภาพหรือมีการสงสัยว่าบุคคลนั้นจะมีการติดเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์ หรือเป็นบุคคลกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี และข้อกำหนดที่จะถือว่าเป็นการต่อต้านสิทธิมนุษยชน เช่น มีการแบ่งแยก กักกัน หรือโดดเดี่ยวผู้ติดเชื้อเอชไอวี และรวมไปถึงการบังคับให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปิดเผยผลการติดเชื้อ ในขั้นตอนการออกวีซ่า การขอหนังสือเดินทาง (Passport) หรือการเดินทางเข้าประเทศเป็นต้น

2.6.3 สิทธิในความเป็นอิสระจากการปฏิบัติหรือการลงโทษอย่างไร้มนุษยธรรม

มนุษย์ทุกคนที่เกิดมาในโลกใบนี้ต้องได้รับเกียรติและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ไม่ว่าจะเป็นสถานะทางเพศ อายุ ฐานะทางสังคม หรือแม้กระทั่งรสนิยมทางเพศ สำหรับมาตรการที่จะป้องกันและควบคุมโรคเอดส์จะต้องได้รับความเห็นชอบจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย โดยเฉพาะการกระทำที่ไร้มนุษยธรรมที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชวีเหล่านั้นเสียหาย การถูกสบประมาทหรือการดูถูกเหยียดหยาม การเยาะเย้ยหรือการประจารต่อหน้าผู้อื่น ซึ่งการกระทำเหล่านี้ถือเป็นการกระทำที่ป่าเถื่อน รัฐบาลควรมีนโยบายในป้องกันการกระทำความผิดต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่มีการแบ่งแยกว่าเขาเหล่านั้นติดเชื้ออเอชไอวีหรือคนปกติ ในส่วนของการกักขังหน่วงเหนี่ยวผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือการรักษาผู้ป่วยเอชไอวีที่ไม่ได้มาตฐานนั้นก็ถือว่าเป็นการกระทำที่ไร้มนุษยธรรมเช่นกัน

2.6.4 สิทธิในการทำงาน

การทำงานทุกประเภทนั้น ไม่ว่าจะเป็นคนปกติทั่วไปหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถประกอบอาชีพการทำงานที่ดีได้อย่างมีประสิทธิภาพ ดังนั้นต้องรวมไปถึงสิทธิเสรีภาพในการจ้างงานด้วย แต่

หากมีบริษัทอยู่จำนวนไม่น้อยที่จะมีการตรวจสุขภาพรวมไปถึงให้มีการรตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าทำงาน ทำให้มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่จำนวนไม่น้อยสูญเสียโอกาสที่จะเข้าไปทำงาน อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงทำงานในตำแหน่งที่มั่นคงได้น้อย และรวมไปถึงการถูกกีดกันการใช้ของในสำนักงานร่วมกันกับผู้อื่น ทั้งนี้นายจ้างที่ปฏิบัติหน้าที่ในที่ทำงานควรรักษาความลับของพนักงานที่ติดเชื้อเอชไอวี ตลอดจนไม่ควรแบ่งแยกหรือกีดกันผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกจากพนักงานคนอื่น ๆ

2.6.5 สิทธิในการศึกษา

สำหรับการศึกษาในประเทศไทยนั้นไม่ว่าจะเป็นคนปกติทั่วไปหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นทุกคนควรมีโอกาสเข้าถึงการศึกษา อีกทั้งรัฐบาลควรจัดการด้านการศึกษาอย่างเคร่งครัด ไม่ว่าจะเป็นโรงเรียนรัฐบาลหรือโรงเรียนเอกชน ครูไม่ควรแบ่งแยกผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีออกจากนักเรียนอื่น ๆ และหาผู้ต้องสงสัยว่าจะมีเชื้อเอชไอวีหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยงต่อการติดเชื้อ โรงเรียนไม่มีสิทธิหรือไปตั้งข้อจำกัดใด ๆ ในการเลือกปฏิบัติในการเรียน รวมไปถึงการตัดโอกาสในการศึกษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือแม้กระทั่งการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าศึกษาซึ่งถือว่าเป็นการเหลื่อมล้ำและละเมิดสิทธิของนักเรียน

2.6.6 สิทธิด้านสวัสดิการและการให้บริการทางสังคม

การเข้าถึงสิทธิและสวัดิการในการให้บริการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นการให้บริการทางด้านสาธารณะ ทั้งนี้จะรวมไปถึงการให้บริการทางด้านการแพทย์และการสาธารณสุข ผู้ให้บริการจะต้องให้บริการอย่างเท่าเทียมกันไม่ว่าบุคคลนั้นจะเป็นคนปกติหรือเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ตาม โดยไม่แบ่งชั้นวรรณะ ทั้งนี้ไม่ควรตัดโอกาสหรือสวัสดิการต่าง ๆ ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีออกจากคนทั่วไป รวมไปถึงการให้บริการเป็นมาตรฐานเดียวกันโดยไม่แบ่งแยก

2.6.7 สิทธิในการได้รับการคุ้มครองทางกฎหมายอย่างเท่าเทียมกัน

ทางรัฐบาลจะต้องมีนโยบายในการส่งเสริมด้านสิทธิมนุษยชนให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเคร่งครัด และรัดกุม รวมไปถึงจัดให้มีนโยบายคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพให้เท่าเทียมเหมือนบุคคลทั่วไป รวมถึงจัดให้มีการผลักดันให้นโยบายนั้นให้บรรลุผลตามที่ตั้งเป้าหมายไว้ อีกทั้งยังต้องจัดโครงสร้างในการบริหารงานเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างชัดเจน เพื่อเป็นการปกป้องผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยทั้งนี้หมายถึงการป้องกันและปราบปรามหากมีหน่วยงานใด ๆ ทั้งภาครัฐหรือหน่วยงาน

เอกชนที่กีดกันผู้ติดเชื้อเอชไอวี ขอยกตัวอย่างเช่น การบังคับตรวจเลือดสมัครฌาปนกิจสงเคราะห์ การบังคับตรวจเลือดสมัครตำรวจหรือทหาร การบังคับตรวจเลือดสมัครประกัน การบังคับตรวจเลือดก่อนสมัครงาน เป็นต้น ทั้งนี้ถือเป็นการริดรอนสิทธิสำหรับผู้ที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีหรือติดเชื้อเอชไอวี

2.6.8 สิทธิในการสมรสและการมีครอบครัว

มนุษย์ทุกคนล้วนมีสิทธิในการสมรสและมีครอบครัวเมื่อถึงอายุครบกำหนด ถึงแม้ว่าคนนั้นจะเป็นผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ก็ตาม ตามกฎหมายแล้วไม่ได้มีข้อห้ามว่าไม่ให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีห้ามสมรส อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวียังมีสิทธิต่าง ๆ ในการสร้างครอบครัว ฐานะ และความเป็นอยู่ของคนในครอบครัวด้วย สำหรับการกระทำที่ถือว่าเป็นการฝ่าฝืนสิทธิ คือการบังคับให้สตรีที่ตั้งครรภ์ตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี หรือการบังคับให้สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีทำแท้ง

2.6.9 สิทธิการรับการรักษา

เมื่อบุคคลใดบุคคลหนึ่งนั้นได้รับเชื้อเอชไอวีแล้ว รัฐบาลจะต้องมีหน้าที่จัดสรรงบประมาณและบุคลากรทางการแพทย์ รวมไปถึงยาและเวชภัณฑ์ที่เหมาะสมและมีคุณภาพเพื่อที่จะทำการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมไปถึงสิทธิในการรักษาต่าง ๆ ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีมาตรฐาน รวมไปถึงรัฐบาลจะต้องมีการเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องและชัดเจนต่อสาธารณชนในการให้บริการ รัฐบาลควรมีการส่งเสริมในด้านนโยบายต่าง ๆ อย่างชัดเจน เช่นการออกนโยบายการมีคู่นอนแค่คนเดียว การสวมถุงยางอนามัยเวลามีเพศสัมพันธ์ และรัฐบาลควรจัดหาถุงยางอนามัยให้แก่ประชาชน

2.6.10 สิทธิในการกำหนดชีวิตของตนเองของกลุ่มที่ได้รับผลกระทบ

สำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับผลกระทบ ไม่ว่าจะเป็นพนักงานขายบริการทางเพศ กลุ่มชายรักชาย หรือแม้กระทั่งผู้ที่ใช้ยาเสพติดชนิดฉีด ทั้งนี้ทางรัฐบาลควรจัดส่งเสริมให้บุคคลเหล่านี้ได้มีการตัดสินใจในการกำหนดชีวิตด้วยตัวของเขาเอง และรัฐบาลควรมีการจัดกิจกรรมปรับเปลี่ยนพฤติกรรมด้วยความสมัครใจ เพื่อเพิ่มโอกาสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มีส่วนร่วมและได้มีการตัดสินใจในการกำหนดชีวิตของเขาเอง โดยรัฐบาลควรจะสร้างนโยบาลให้มีกลุ่มช่วยเหลือ จัดตั้งเครือข่ายระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีและให้คำปรึกษาแก่ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี

2.7 ปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในต่างประเทศ

เป็นที่ทราบกันดีว่าการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ ที่ยังไม่มียาตัวไหนรักษาให้หายขาดได้ อีกทั้งยังเป็นโรคที่คร่าชีวิตมนุษย์เพิ่มมากขึ้นเรื่อย ๆ การตีตราและการเลือกปฏิบัติซึ่งมักเกิดจากการที่สังคมหวาดกลัว และยอมรับไม่ได้ หรือการให้ข้อมูลเผยแพร่กระจายข่าวที่ผิดเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ซึ่งทำให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ต้องเผชิญกับการติดเชื้อแล้วยังต้องเผชิญกับการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติของสังคมไปด้วย ซึ่งอาจเกิดความไม่เท่าเทียมกันในสังคมอย่างมากมาย การตีตราและการเลือกปฏิบัติกลายเป็นเรื่องธรรมดาไปแล้วในหลายประเทศทั่วโลก สำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวียังคงมีการเลือกปฏิบัติอยู่ใน 52 ประเทศ จาก 58 ประเทศ และพบว่ามากกว่าร้อยละ 50 มีการตีตราและการเลือกปฏิบัติใน 36 ประเทศจาก 58 ประเทศ (UNAIDS, 2021)

จากการรายงานของ GLOBAL AIDS UPDATE 2021 ในปี 2563 มีการรายงานว่ามีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุ 15 - 49 ปี ในทวีปเอเชียและแปซิฟิก ประเทศตองกา ร้อยละ 90 ประเทศฟิลิปปินส์ ร้อยละ 70 ประเทศอินโดนีเซีย ร้อยละ 69 ประเทศมองโกเลียและประเทศติมอร์ - เลสเต ร้อยละ 65 ประเทศเมียนมาร์ ร้อยละ 64 ประเทศอัฟกานิสถาน ร้อยละ 60 ประเทศคิริบาส ร้อยละ 59 สาธารณรัฐประชาธิปไตยประชาชนลาว ร้อยละ 50 ประเทศบังกลาเทศ ร้อยละ 45 ประเทศปาปัวนิวกินี ร้อยละ 44 ประเทศเนปาล ร้อยละ 35 ประเทศอินเดีย ร้อยละ 34 ประเทศไทยร้อยละ 28 ดังรูป

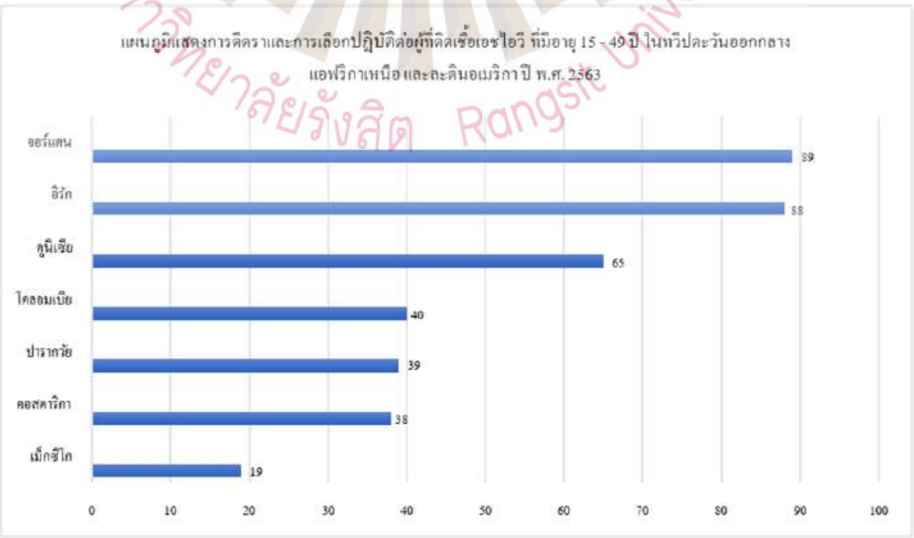
มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

รูปที่ 2.3 แผนภูมิแสดงการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี
ที่มีอายุ 15 – 49 ปี ในเอเชียและแปซิฟิก ปี พ.ศ. 2563
ที่มา: UNAIDS, 2021

ในแถบทะเลแคริบเบียน ประเทศเฮติ ร้อยละ 70 ประเทศซูรินาเม ร้อยละ 68 ประเทศเบลีซ ร้อยละ40 ประเทศคิวบา ร้อยละ 25 ดังรูป

รูปที่ 2.4 แผนภูมิแสดงการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี
ที่มีอายุ 15 - 49 ปี ในแถบทะเลแคริบเบียน ปี พ.ศ. 2563
ที่มา: UNAIDS, 2021

ในทวีปตะวันออกกลางแอฟริกาเหนือ และละตินอเมริกา ประเทศจอร์แดน ร้อยละ 89 ประเทศอิรัก ร้อยละ 88 ประเทศตูนิเซีย ร้อยละ 65 ประเทศโคลอมเบีย ร้อยละ 40 ประเทศปารากวัย ร้อยละ 39 ประเทศคอสตาริกา ร้อยละ 38 ประเทศเม็กซิโก ร้อยละ 19 ตามตาราง

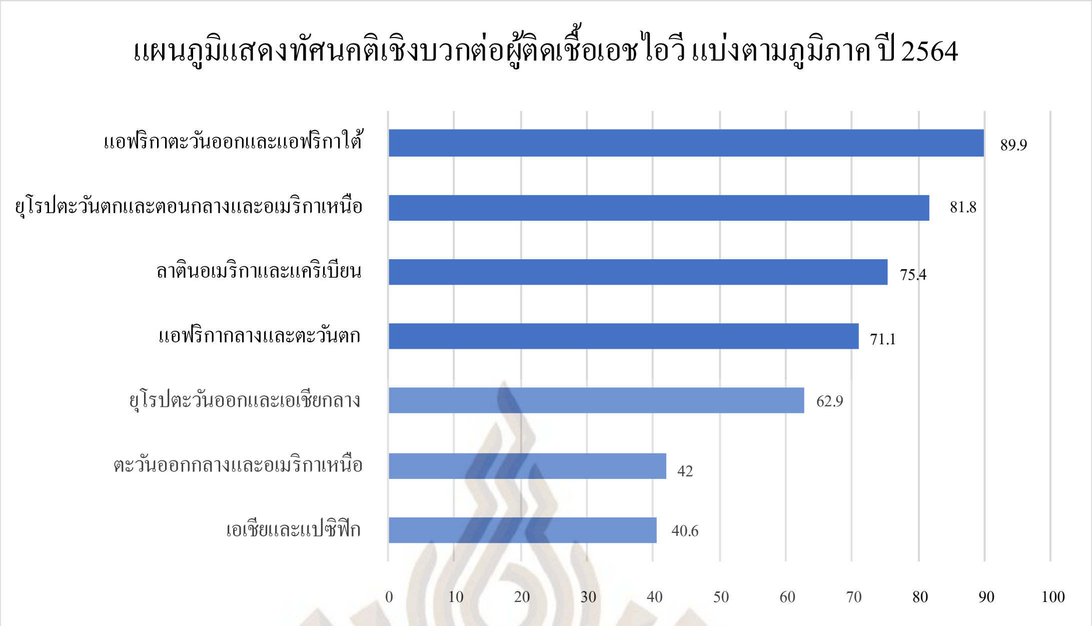


รูปที่ 2.5 แผนภูมิแสดงการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีอายุ 15 - 49 ปี
ในทวีปตะวันออกกลาง แอฟริกาเหนือ และละตินอเมริกา ปี พ.ศ. 2563
ที่มา: UNAIDS, 2021

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ข้อมูลจากรายงานของ International Labour Organization (2021) ที่เผยแพร่เมื่อเดือนพฤศจิกายน ค.ศ. 2021 ซึ่งเป็นความร่วมมือระหว่างองค์การแรงงานระหว่างประเทศ (ILO) และ Gallup International ที่ได้มีการสำรวจความคิดเห็นผู้คนจำนวน 55,902 คน (ผู้หญิง 26,307 คน ผู้ชาย 29,595 คน) ใน 50 ประเทศทั่วโลก โดยรายงานนี้แสดงให้เห็นถึงการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในด้านการทำงาน โดยมีผู้ตอบแบบสอบถามร้อยละ 35.6 ระบุว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ควรได้รับอนุญาตให้ทำงานโดยตรงกับผู้ที่ไม่มีเชื้อเอชไอวี และนอกจากนี้อีกร้อยละ 50.5 ยังสนับสนุนการตรวจเชื้อเอชไอวีภาคบังคับก่อนรับเข้าทำงานอีกด้วย จากผลการสำรวจนี้เผยให้เห็นว่าทัศนคติที่ตีตราและการเลือกปฏิบัตินั้นเกิดจากการขาดความรู้เกี่ยวกับการแพร่เชื้อเอชไอวี ผู้ตอบแบบสอบถามเพียงร้อยละ 39.7 เท่านั้นที่รู้ว่าเชื้อเอชไอวีไม่สามารถส่งผ่านถึงกันด้วยการจูบ และมีเพียงร้อยละ 51.9 เท่านั้นที่รู้ว่าการใช้ห้องน้ำร่วมกันไม่สามารถแพร่เชื้อเอชไอวีได้ (International Labour Organization, 2021)

เมื่อแบ่งตามพื้นที่ พบว่าภูมิภาคที่มีทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุดในที่ทำงาน คือ แอฟริกาตะวันออกและแอฟริกาใต้โดยผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 89.9 ระบุว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับอนุญาตให้ทำงานกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อได้โดยตรง ตามมาด้วยยุโรปตะวันตกและตอนกลางและอเมริกาเหนือร้อยละ 81.8 ลาตินอเมริกาและแคริบเบียน ร้อยละ 75.4 แอฟริกากลางและตะวันตก ร้อยละ 71.1 ยุโรปตะวันออกและเอเชียกลาง ร้อยละ 62.9 ตะวันออกกลางและแอฟริกาเหนือ ร้อยละ 42 ส่วนภูมิภาคที่ระบุว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับอนุญาตให้ทำงานกับผู้ที่ไม่ติดเชื้อได้โดยตรงน้อยที่สุดคือเอเชียและแปซิฟิก (ในแบบสำรวจนี้ประกอบไปด้วยประเทศ กัมพูชา, จีน, อินเดีย, อินโดนีเซีย, เมียนมาร์, ปากีสถาน, ฟิลิปปินส์, ไทย และเวียดนาม) มีเพียง ร้อยละ 40.6 เท่านั้น ซึ่งถือได้ว่าภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกมีความเข้าใจต่ำที่สุดและมีทัศนคติเชิงลบมากที่สุด ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ GLOBAL AIDS UPDATE 2021 ในปี 2563 พบว่ามีการรายงานมีการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในทวีปเอเชียและแปซิฟิกคือประเทศตองกาสูงถึงร้อยละ 90



รูปที่ 2.6 แผนภูมิแสดงทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบ่งตามภูมิภาค ปี 2564

ที่มา : International Labour Organization, 2021

2.8 พระราชบัญญัติขจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล (กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี)

ร่างกฎหมายว่าด้วยการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล จัดทำขึ้นมานี้ก็เพื่อที่จะรับรองว่าทุกคนจะปลอดภัยต่อการถูกเลือกปฏิบัติต่าง ๆ ก็เนื่องมาจากว่าคนทุกคนมักจะมีความหลากหลายทั้งในเรื่องเชื้อชาติ ถิ่นกำเนิดอาศัย เผ่าพันธุ์ ภาษา เพศ เพศวิถี เพศสภาพ อายุ ความพิการ สภาพการแต่งกายหรือแม้ประทั่งสุขภาพ รวมไปถึงการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ สถานะของบุคคลนั้น ๆ รวมไปถึงฐานะทางเศรษฐกิจหรือทางสังคม อาชีพ การทำงาน การศึกษาอบรม อาจจะรวมไปถึงศาสนาและความเชื่อ รวมไปถึงการแสดงออกและความคิดเห็นทางการเมือง ร่างกฎหมายฉบับนี้จัดทำขึ้นมาก็เพื่อกำหนดให้รัฐได้มีบทบาทหน้าที่และเป็นส่วนหนึ่งในการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล ไม่ว่าจะเป็นการกระทำโดยตรงจากหน่วยงานของรัฐเอง องค์กรภาคเอกชน หรือบุคคลใด ๆ โดยเฉพาะอย่างยิ่งที่จะทำให้เกิดหรือส่งผลกระทบต่อตัวของผู้ที่ถูกกระทำ ไม่ว่าจะเป็นการทำงานหรือการประกอบอาชีพต่าง ๆบางครั้งอาจจะเหมารวมไปถึงการเข้าถึงบริการต่าง ๆ การเข้าถึงการศึกษา การรักษาพยาบาลหรือแม้กระทั่งสิทธิสวัสดิการสังคมต่าง ๆ ทั้งนี้ร่างกฎหมายฉบับนี้จะรวมไปถึงเป็นการส่งเสริมและการป้องกันตลอดจนคุ้มครองและช่วยเหลือบุคคลนั้น ๆ ที่ถูกเลือกปฏิบัติ และป้องกันไม่ให้เกิดการปฏิบัติที่ซ้ำขึ้นอีกครั้ง (รัฐสภา, 2565)

ทั้งนี้จะกล่าวว่า รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทยได้มีการบัญญัติและรับรองศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สิทธิ เสรีภาพ รวมไปถึงความเสมอภาคเท่าเทียมของบุคคล และยังได้มีการบัญญัติไว้อย่างชัดเจนว่าคนที่ปฏิบัติอย่างไม่เป็นธรรมต่อบุคคลจะไม่สามารถกระทำได้ โดยได้กล่าวไว้ว่าหลักการที่จะไม่เลือกปฏิบัตินั้นเป็นองค์ประกอบไปด้วยพื้นฐานของการเป็นมนุษย์ มีความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์และจะต้องได้รับสิทธิมนุษยชน แต่ในปัจจุบันในประเทศไทยยังคงพบว่าบุคคลที่มีความแตกต่างและมีความหลากหลายในสังคมไทยจะต้องมีการเผชิญกับปัญหาของการเลือกปฏิบัติ ไม่ว่าจะเป็นปัญหาในด้านการประกอบอาชีพ การเข้าถึงบริการหรือสินค้าต่าง ๆ การเข้าถึงการศึกษา การรักษาพยาบาลและการได้รับสิทธิสวัสดิการสังคมต่าง ๆ เหตุผลที่สำคัญก็คือการที่ประเทศไทยของเรายังขาดกฎหมายหรือยังขาดหลักเกณฑ์ หรือมาตรการและกลไกต่าง ๆ ในการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลที่มีความชัดเจน และอาจจะรวมไปถึงการที่ยังไม่มีองค์กรใด ๆ หรือหน่วยงานใด ๆ ที่มีบทบาทหรือมีภารกิจในการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลอย่างจริงจัง รวมไปถึงยังขาดกลไกที่เอื้อต่อการที่จะให้ประชาชนเข้ามามีส่วนร่วม หรือแม้กระทั่งองค์กรในภาคส่วนต่าง ๆ หรือภาคีเครือข่าย ที่จะเข้ามาร่วมแก้ไขปัญหาการขจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล ตลอดจนยังไม่มีกลไกในการคุ้มครองและให้ความช่วยเหลือหรือเยียวยาบุคคลที่ถูกเลือกปฏิบัติ และป้องกันไม่ให้มีการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลขึ้นซ้ำสองอีก จึงมีความจำเป็นที่จะต้องให้มีกฎหมายกลางที่มารองรับกำหนดหลักเกณฑ์ มาตรการต่าง ๆ รวมไปถึงกลไกต่าง ๆ ในการขัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล

ในพระราชบัญญัติฉบับนี้กล่าวถึงการติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ไว้ว่า เป็นเหตุของความแตกต่าง ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์ เป็นกลุ่มเปราะบางของสังคมไทย โดยการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นจะไม่สามารถกระทำได้ รวมไปถึงกรณีการแบ่งแยก กีดกัน จำกัดสิทธิเสรีภาพหรือสิทธิประโยชน์ใด ๆ เพียงเพราะเหตุของความแตกต่างของบุคคล รวมไปถึงการล่วงเกิน คุกคาม ก่อให้เกิดความรำคาญ อับอาย ที่กล่าวไปในลักษณะล่วงละเมิดในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ก็ไม่สามารถกระทำได้ หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับความเสียหายจากเจ้าหน้าที่ของรัฐหรือภาคเอกชน ก็สามารถไปยื่นคำร้องต่อคณะกรรมการการขจัดเลือกปฏิบัติได้ สำหรับในการพิจาณราไกล่เกลี่ยต่อบุคคลที่ถูกการเลือกปฏิบัตินั้นหากคู่กรณีฝ่ายใดฝ่ายหนึ่งมีความประสงค์เพื่อที่จะให้ทำการไกล่เกลี่ยจะต้องมีคณะกรรมการคุ้มครองและช่วยเหลือบุคคลที่ถูกเลือกปฏิบัติเข้ามาร่วมไกล่เกลี่ยด้วย ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ทุกรายมุ่งหวังที่จะให้เจ้าหน้าที่ในทุกภาคส่วนไม่ว่าจะเป็นเจ้าหน้าที่หน่วยงานภาครัฐหรือเจ้าหน้าที่หน่วยงานเอกชนปฏิบัติกับตนเองให้เหมือนกับบุคคลทั่ว ๆ ไป

2.9 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

2.9.1 งานวิจัยในประเทศ

วันทนีย์ ธารณธนบูลย์ และพัชมน เจริญนาวี (2565) ได้ทำการศึกษา "การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10" โดยการวิจัยนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องกับเชื้อเอชไอวี เก็บข้อมูลโดยการ สุ่มตัวอย่างกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ 985 คน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี 872 คน จากโรงพยาบาลทุกแห่งในพื้นที่เขตบริการสุขภาพที่ 10 คือ จังหวัดอุบลราชธานี จังหวัดศรีสะเกษ จังหวัดยโสธร จังหวัดอำนาจเจริญ และจังหวัดมุกดาหาร ระหว่างเดือนมีนาคมถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 ใช้แบบสอบถามและแบบสัมภาษณ์ประเด็นการตีตราและเลือกปฏิบัติของกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ซึ่งวิเคราะห์ผลโดยการนำเข้าระบบเก็บข้อมูลในฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ (Research Electronic Data Capture: REDCap) และวิเคราะห์เพื่อหาความสัมพันธ์อัตราส่วนความเสี่ยง (Odds Ratio) จากการศึกษาพบว่ากลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพมีทัศนคติเชิงลบ ร้อยละ 83.39 โดยคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความรับผิดชอบมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสมร้อยละ 54.94 ไม่เห็นด้วยว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการร้อยละ 51.78 กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ การเจาะเลือดและการทำแผล ร้อยละ 50.66 และรู้สึกลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 35.17 ในด้านพฤติกรรมการเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่ามีการป้องกันตัวเองในช่วงการให้บริการเกินความจำเป็นร้อยละ 57.17 และสังเกตเห็นพฤติกรรมการเลือกปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อร้อยละ 26.91 โดยสังเกตเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการร้อยละ 23.05 ด้านทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อการรับบริการสุขภาพ พบว่าเคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการสุขภาพเนื่องจากเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 15.02 มีการตีตราตนเองร้อยละ 34.66 และพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลเนื่องจากรู้สึกผิด และอายที่ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 30.04 และ 15.25 เมื่อเปรียบเทียบการตีตราและเลือกปฏิบัติระหว่างกลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพเราะวิชาชีพกับสายสนับสนุน พบว่า สายวิชาชีพมีความเต็มใจที่จะให้บริการแก่กลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า (OR=0.54; 95% CI 0.35-0.79) และมีความกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการต้องสัมผัสเสื้อผ้าของใช้มากกว่า (OR=1.74; 95% CI 1.24-2.44) แต่การป้องกันตัวเองโดยสวมถุงมือสองชั้นนักว่าผู้ปฏิบัติบริการสุขภาพสายสนับสนุน (OR=2.87; 95% CI 1.90-1.33) เปรียบเทียบประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติ เมื่อมารับบริการสุขภาพ พบว่ากลุ่มประชากรหลักที่มีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติมากกว่าประชากร

กลุ่มทั่วไป (OR=2.08; 95% CI 1.15-3.77) และเมื่อเปรียบเทียบประสบการณ์การถูกตีตราและเลือกปฏิบัติระหว่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี 10 ปีขึ้นไปกับผู้ติดเชื้อและไม่ได้แยกว่า 10 ปี พบว่า ผู้ติดเชื้อ 10 ปีขึ้นไป เคยถูกเลือกปฏิบัติมากกว่า (OR=1.79; 95% CI 1.07-3.02) และได้รับคำแนะนำให้งดการมีลูกมากกว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่า 10 ปี (OR=1.45, 95% CI 1.07-1.98) ข้อเสนอแนะสถานบริการสุขภาพในพื้นที่ควรจัดทำแนวทางและจัดบริการที่ช่วยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในหน่วยงานที่เกิดจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน การพัฒนาศักยภาพบุคลากรเพื่อให้มีความรู้และความเข้าใจในเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เน้นให้ผู้ให้บริการปลอดภัย เกิดความเห็นใจ เข้าใจและเต็มใจให้บริการเคารพสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ชัยวัฒน์ ม่วงทอง (2564) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “วาทกรรมการตีตราผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเกย์ในสื่อออนไลน์ประเทศไทยผลกระทบและแนวทางการแก้ปัญหา” โดยเป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ โดยศึกษาแบบผสมผสานจากแหล่งข้อมูลออนไลน์และบุคคล โดยจากการศึกษาผลกระทบพบว่า 1) การมีปฏิสัมพันธ์ต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี พบว่าบุคคลทั่วไปอาจมีการปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์เมื่อทราบว่าอีกฝ่ายหนึ่งเป็นผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และนอกไปจากนี้ยังพบเห็นการเลือกปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์ในบางส่วน 2) การป้องกันตนเองจากเอชไอวีของกลุ่มบุคคลทั่วไป พบว่าบุคคลทั่วไปจะมีการป้องกันตนเองจากเอชไอวีในระดับต่ำ เป็นผลจากทัศนคติเกี่ยวกับเอชไอวี 3) ความรู้สึกเห็นใจต่อตัวผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีบุคคลทั่วไปส่วนใหญ่มักรังเกียจและยากที่จะ เกิดความรู้สึกเห็นใจผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ เนื่องจากยังมีทัศนคติด้านลบต่อเอชไอวี สำหรับแนวทางในการลดการตีตรามีดังนี้ 1)ไม่ใช้คำที่อาจตีตราผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 2)ใช้การสื่อสารเชิงบวก สื่อสารด้วยการใช้มุมมองของอนาคต ตระหนักถึงการใช้ชีวิตอย่าง ยั่งยืนและปลอดภัย ไม่ตีตราซ้ำผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี 3) ตระหนักในความรู้สึกของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ 4) ให้ความสำคัญกับกลุ่มเป้าหมาย วิเคราะห์เชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายที่ต้องการจะสื่อสารทุกครั้ง เพื่อทราบถึงความต้องการและช่องทางที่กลุ่มเป้าหมายนั้นเลือกใช้ 5) สร้างเสริมความรู้เกี่ยวกับเอชไอวี ให้ความรู้ตั้งแต่ในวัยเยาว์

วรรณี จิ๋วปัญญา (2564) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ปัจจัยที่มีผลต่อความกังวลและทัศนคติในการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์” โดยการวิจัยครั้งนี้เป็นการศึกษาเชิงสำรวจ แบบตัดขวาง โดยเครื่องมือที่ใช้ในการทำวิจัย คือ แบบสอบถาม ส่วนตัวอย่างที่ศึกษา คือ ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ โดยมีการคัดเลือกตัวอย่างโดยวิธีสุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยวิธีการจับฉลากรายชื่อจากโรงพยาบาล และเก็บข้อมูลระหว่างวันที่ 1-30 กันยายน พ.ศ. 2562 และทำการ

วิเคราะห์ ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ค่าความถี่ ค่าร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน วิเคราะห์ปัจจัยด้วย การถดถอยพหุคูณ (Multiple Linear Regression) และผลการศึกษาพบว่า ความกังวลและทัศนคติในการตีตรา และเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในสถานบริการสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ ในภาพรวมและทุกด้าน จะอยู่ในระดับปานกลาง และสำหรับความกังวล ด้านการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ด้านสิ่งแวดล้อมในสถานบริการสุขภาพ และด้านนโยบายของหน่วยงาน มีผลต่อทัศนคติในการตีตราและเลือกปฏิบัติ ของผู้ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์ โดยตัวแปร อิสระทั้ง 3 ตัวแปรร่วมกันได้ร้อยละ 63.0 ดังนั้น ผู้บริหารควรจัดให้มีการอบรมเรื่องลดการตีตรา ให้กับผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานใหม่ทุกคน และพัฒนาหลักสูตรเพิ่มเติมในประเด็นความกังวล และทัศนคติ ที่มีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี

กนกวรรณ สาธุอยู่ศิริกุล และคณะ (2562) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อการลดการตีตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา” โดยศึกษาในกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 20 ตัวอย่าง แบบเจาะจง (Purposive Selection) โดยสุ่มเข้ากลุ่มควบคุม จำนวน 10 ตัวอย่าง และกลุ่มทดลอง จำนวน 10 ตัวอย่าง โดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ทดสอบการแจกแจงปกติของคะแนนเฉลี่ยการตีตรา และทดสอบความแตกต่างของคะแนนเฉลี่ย โดยใช้โปรแกรมที่สร้างขึ้นเองที่มีเนื้อหาเกี่ยวกับ การสร้างสัมพันธ์ภาพ ความคิดและพฤติกรรม และความสัมพันธ์ระหว่างความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่เกี่ยวกับการตีตรา การปรับเปลี่ยนความคิดอัตโนมัติ จากผลการวิจัยพบว่าก่อนเข้ารับการบำบัดโดยโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรม มีจำนวนผู้ป่วยจำนวน (M = 52.20, SD = 9.14) แต่หลังจากได้เข้าร่วมโปรแกรมบำบัดแล้วมีคะแนนเฉลี่ยลดลงจำนวน (M = 42.50, SD = 7.06) ซึ่งแตกต่างกันอย่างเห็นได้ชัดซึ่งสามารถสรุปได้ว่าการนำโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้กับผู้ป่วยช่วยให้จำนวนผู้ป่วยลดลงและยังมีความรู้เกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองได้มากยิ่งขึ้น ทำให้เป็นผลดีต่อการดูแลตัวเองได้ และช่วยเพื่อนร่วมโรคด้วยกันได้ ทางผู้วิจัยเสนอว่าควรสนับสนุนให้มีการนำโปรแกรมนี้ขยายไปใช้กับสถานีอนามัยที่อยู่ห่างไกลความเจริญ เพื่อให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ได้รู้จักการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างเป็นสุข และไม่เป็นภาระต่อสังคมด้วย

ณัฏฐวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์ (2562) ได้ทำการศึกษา “การสื่อสารที่ส่งผลต่อการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ : ภาพตัวแทน และเครื่องหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ” โดยได้ศึกษาผ่านการสื่อสารการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ อันเนื่องมาจากการที่มี

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

พฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างไปจากสังคมกระแสหลัก โดยการที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยทำให้การเปิดเผยผลการติดเชื้อมีสภาพเปรียบเสมือนการติดป้ายบนตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยได้มีการสื่อสารผ่านความหมายภาพตัวแทนของโรคเอดส์ที่ถูดจัดสร้างขึ้นมาว่า “สภาพร่างกายที่ซูบผอม ผิวแห้งติดกระดูก ตามตัวมีบาดแผลเปื่อยเต็มไปด้วยน้ำเลือด และหนองไหลเยิ้ม เบ้าตาโบ๋ ผมหลุดร่วง ลมหายใจแผ่วเบา นอนติดเตียง ภายในห้องมีเพียงที่นอน มีพื้นเล็ก ๆ ไว้สำหรับทางเดินเท่านั้น” ซึ่งการติดป้ายโดยการสื่อสารผ่านการตีตราเช่นนี้เป็นการสร้างตราบาป เปลี่ยนจากผู้ติดเชื้อจากบุคคลธรรมดา เป็นบุคคลผิดปกติ ซึ่งการระบายสีให้แก่ความชั่วเหมือนที่เคยทำมาตามหลักทฤษฎีการตีตรา ประกอบด้วยหลักการ 9 ประการ ได้แก่ 1) พฤติกรรมอาชญากรมีความชั่วร้ายอยู่ภายใน 2) นิยามของพฤติกรรมอาชญากรถูกกำหนดโดยผลประโยชน์ของผู้มีอำนาจในสังคม 3) บุคคลกลายเป็นอาชญากรเพราะกระบวนการตีตรา 4) กระบวนการยุติธรรมจัดกลุ่มอาชญากรและกลุ่มที่ไม่ใช่อาชญากรแตกต่างจากข้อมูลโลกความเป็นจริง 5) ผู้ประกอบอาชญากรรมซึ่งถูกจับกุมมีเพียงจำนวนน้อย ส่วนผู้ที่ประกอบอาชญากรรมที่ไม่ถูกจับกุมมีจำนวนมาก และมักกระทำผิดมาแล้วไม่น้อยกว่าพวกแรก 6) การที่บุคคลจะถูกจับกุมหรือไม่ ขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของบุคคลนั้นไม่ใช่ฐานความผิด 7) ความรุนแรงในการลงทัณฑ์ขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของบุคคลเช่นกัน 8)การวินิจฉัยสั่งการของกระบวนการยุติธรรมขึ้นอยู่กับแบบแผนที่ฝังในความคิดของบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการกระทำความผิด และ 9) เมื่อไหร่ก็ตามที่บุคคลถูกตราหน้าจากสังคม ว่าเป็นผู้เบี่ยงเบนบุคคลนั้นจะตกอยู่ในภาวะที่ไม่สามารถกอบกู้ภาพพจน์ของตนในฐานะพลเมืองดีกลับคืนมาได้ เช่นเดียวกันกับการตีราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพราะการที่มีพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างจากสังคมกระแสหลัก ด้วยเหตุการสื่อสารผ่านการตีตรานี้เอง จึงเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกที่ฝังแน่นภายในจิตใจโดยไม่รู้ตัว เป็นความรู้สึกด้านลบที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณ และอาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ฆ่าตัวตายได้ การสื่อสารผ่านวาทกรรมหรือบทสนทนา เพื่อสร้างให้เกิดการจดจำความหมายและภาพตัวแทนของโรคเอดส์ยุคใหม่ ซึ่งภาพตัวแทนของโรคเอดส์ยุคใหม่นี้ครอบคลุมถึงผู้ป่วยเอดส์รุ่นใหม่ที่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ที่ส่งผลแตกต่างระหว่างการแพร่เชื้อ หรือไม่แพร่เชื้อ ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่กินยาต้านไวรัสเป็นประจำโดยไม่ขาดยา จนตรวจหาปริมาณเชื้อไวรัสไม่พบ จะไม่มีโอกาสแพร่เชื้อเลย (Undetectable = Untransmittable, U=U) ถึงแม้จะมีเชื้อเอชไอวีในร่างกายก็ตาม ผู้ติดเชื้อสามารถใช้ชีวิตเหมือนคนปกติทั่ว ๆไป ซึ่งมีคุณค่าและมีความสุขในชีวิตได้เช่นกัน

นาวา ผานะวงค์ (2562) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ผลการใช้โปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร" ปี พ.ศ. 2562 โดยศึกษาในเดือนมีนาคม พ.ศ.2562 ถึงเดือน ธันวาคม พ.ศ.2562 โดยได้สำรวจจากเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเกี่ยวข้องกับการให้บริการ จำนวน 205 คน และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในคลินิก ARV จำนวน 124 คน โดยได้จัดเก็บข้อมูลและวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Smart Phone หรืออุปกรณ์อิเล็กทรอนิกส์อื่น วิเคราะห์ความถี่และร้อยละ ผ่านโปรแกรม Radcap จากการศึกษาพบว่าเจ้าหน้าที่มีสัดส่วนผู้ที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ ร้อยละ 61.64 สัดส่วนผู้ที่มีทัศนคติเชิงลบ ร้อยละ 87.86 สัดส่วนการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการ ร้อยละ 66.14 และสัดส่วนการสังเกตเห็นการเลือกปฏิบัติระหว่างการให้บริการ ร้อยละ 20.51 สำหรับในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับบริการในคลินิก ARV ในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมาพบว่ามีสัดส่วนการเคยมีประสบการณ์เคยถูกเลือกปฏิบัติระหว่างการรับบริการ ร้อยละ 22.58 สัดส่วนการเคยตัดสินใจไม่ไปโรงพยาบาลเนื่องจากการตีตราตนเอง ร้อยละ 37.10 สัดส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่เคยถูกเปิดเผยสถานภาพความลับ ร้อยละ 17.12 สัดส่วนเคยถูกตีตราและเลือกปฏิบัติเกี่ยวกับการมีบุตร ร้อยละ 7.56 และจากการนำโปรแกรมการส่งเสริมสุขภาพปราศจากการตีตราและเลือกปฏิบัติมาใช้ในการอบรมเจ้าหน้าที่ เช่นการซักประวัติผู้ป่วยในที่เปิดเผย และใช้วิธีการที่เปิดเผย เสียงดัง ได้มีการปรับปรุงโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีม่านกั้น และระยะห่างในการพูดคุย ปรับทัศนคติพฤติกรรมบริการ การพูดคุยซักถามระมัดระวังเรื่องน้ำเสียงคำพูด เพิ่มทักษะในการซักประวัติแก่ผู้คัดกรอง การสื่อสารนโยบายในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติก็นับว่ามีความสำคัญเพราะเป็นเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี และ ได้มีการประชุมของทีมนำคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อลงมติรับรองก่อนชี้แจงแนวทางปฏิบัติคือ เช่นการแสดงสัญลักษณ์มีมติแก้ไข เช่นการมีแฟ้มพิเศษ จะมีโน้ตเพิ่มเติมรายบุคคลใช้ในคลินิก แต่ถ้าต้องไปพบแพทย์ในจุดอื่น ๆ กรณีเข้าห้องตรวจให้ผู้ป่วยถือเฉพาะแบบบันทึกผู้ป่วยนอกเข้าพบแพทย์ และการจัดลำดับคิวในการทำหัตถการ การทำทันตกรรมแก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้มีการปรับปรุงโดยจัดบริการตามคิวของผู้ป่วยทั่วไป

ศิลธรรม เสริมฤทธิรงค์ และคณะ (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้เป็นโรคเอดส์" โดยได้ศึกษาโดยการทบทวนวรรณกรรมเจาะจงเลือกเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับโรคเรื้อน / วัณโรค / เอชไอวี และ (ความล่าช้า หรือการตีตรา หรือการรักษา หรือสุขภาพจิต หรือผลกระทบ) ที่ตีพิมพ์หลัง พ.ศ. 2543 หรือ ค.ศ. 2000 หลังจากการสืบค้น พบเอกสารงานวิจัยจำนวน 54 เรื่อง ที่ทำการวิเคราะห์เนื้อหาแล้วพบว่า การตี

ตรามีผลทำให้ผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นโรคเอดส์ รักษาล่าช้า ขาดการรักษา ปกปิดโรค มีปัญหาสุขภาพจิต มีปัญหาชีวิตคู่ และมีปัญหาในการประกอบอาชีพ โดยเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์มีจำนวน 14 เรื่อง ผลการการศึกษาผลกระทบของการตีตราที่มีผลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และต่องานป้องกันควบคุมโรค ในด้านความล่าช้าในการรักษา (Delay in Treatment) พบว่าการตีตราในโรคเอดส์ที่ทำการศึกษาในประเทศไทย เมื่อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีผู้ติดเชื้อร้อยละ 79 ล่าช้าในการรักษาอย่างน้อย 6 เดือน เพราะเห็นว่าตนยังแข็งแรงอยู่ ขาดความรู้เกี่ยวกับโรคและกลัวการตีตรา ผู้ติดเชื้อคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องผิด เป็นบาปและน่ารังเกียจ จึงไม่เปิดเผยตัวเองและรักษาล่าช้าซึ่งคล้ายคลึงกับผลการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่าการคาดการณ์ว่าจะถูกตีตรา มักเป็นอุปสรรคต่อการรักษาของผู้ติดเชื้อ โดยผู้มีภาวะเสี่ยงจะหลีกเลี่ยงการตรวจหาเชื้อเอชไอวี หรือไปรักษาคลินิกเอกชนแทน กลุ่มที่รักษาล่าช้ามักเป็นผู้ชายหรือวัยรุ่น ที่ยังแข็งแรง การกลัวต่อการถูกตีตราเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายรักชายและกลุ่มหญิงแปลงเพศ และการกลัวต่อการตีตราที่มีต่อเอชไอวีและต่อคนรักร่วมเพศ ทำให้กลุ่มชายรักชายไม่กล้าเข้ารับการตรวจเชื้อเอชไอวี ในด้านการขาดการรักษา (Non-Adherence in Treatment) การศึกษาในประเทศไทย พบว่าการที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปกปิดคิดว่าตนเองไม่ดี และทัศนคติลบของชุมชนทำให้ผู้ติดเชื้อไม่อยากไปรับการรักษาอีกต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศที่พบว่า ผู้ติดเชื้อไม่เข้ารับการรักษาต่อเนื่อง เพราะกลัวทัศนคติเชิงลบของชุมชนที่เชื่อมโยงไปว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องประพฤติผิดในกาม มีการศึกษาเรื่องหนึ่งไม่พบความสัมพันธ์ของการตีตรากับการขาดการรักษา ซึ่งอาจเป็นเพราะชุมชนที่ศึกษามีความรู้เกี่ยวเอชไอวี จึงช่วยได้ แต่มีปัจจัยที่สัมพันธ์กับการขาดการรักษา เช่น ขาดแรงสนับสนุนทางสังคม ล้มเหลวในการควบคุมปริมาณเชื้อไวรัส ทั้งนี้ทำให้สม่ำเสมอในการรักษาคือ แรงสนับสนุนจากครอบครัวและสถานบริการและมีบุตรที่ต้องดูแล ในด้านการปกปิดโรคผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะเปิดกับญาติแต่ไม่เปิดเผยกับคู่รัก ด้วยเกรงว่าจะถูกยุติความสัมพันธ์ไม่กล้าเปิดเผยกับเพื่อนร่วมชั้นเรียน เพราะกลัวถูกเพื่อนล้อเลียนและตัดขาด ด้านสุขภาพจิตผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นเอดส์ จากผลการศึกษาในประเทศไทยพบว่า ภาวะซึมเศร้ามีความสัมพันธ์กับการตีตรา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะอยู่แบบหวาดระแวง ด้วยเกรงความลับรั่วไหล ผลการศึกษาในต่างประเทศพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นเอดส์มีภาวะซึมเศร้า ซึ่งสัมพันธ์กับปัจจัยต่าง ๆ เช่นเพศหญิง รายได้ต่ำ ระยะที่ติดเชื้อเอชไอวี ระยะจำหน่ายจากโรงพยาบาลและการรับรู้การตีตรา ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้เป็นเอดส์มีภาวะวิตกกังวลและซึมเศร้า ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับภาวะวิตกกังวล ได้แก่ การรับรู้การตีตรา แรงสนับสนุนทางสังคมต่ำ ติดเชื้อเอชไอวีระยะที่สามและความสม่ำเสมอในการรับบริการต่ำ ปัจจัยที่สัมพันธ์กับภาวะซึมเศร้าคือ การรับรู้การตีตรา การอย่าขาดและการมีวัณโรคร่วมกับเอชไอวี จะมีภาวะเครียดสูง กว่า

การเป็นเอชไอวีอย่างเดียวเนื่องจากผลข้างเคียงของยาและการถูกตีตรา ด้านชีวิตคู่และด้านการประกอบอาชีพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นเอดส์ การศึกษาในประเทศไทยไม่พบผลของการตีตราต่อชีวิตคู่ แต่กระทบต่อชุมชนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อาศัยอยู่ด้วย การตีตราทำให้ผู้ติดเชื้อสูญเสียงาน สูญเสียความก้าวหน้าในงาน มีทางเลือกประกอบอาชีพน้อย เนื่องจากต้องตรวจเลือดก่อนการสมัครงาน

นปภัช เมืองมา และเดชา ลลิตอนันต์พงศ์ (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างประเทศไทยออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์” เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภาการชาดไทย โดยได้ทำแบบสอบถามตั้งแต่เดือนตุลาคม พ.ศ. 2559 ถึง เดือนธันวาคม พ.ศ. 2559 โดยทำการวิเคราะห์ผลโดยไคสแควร์ และสัมประสิทธิ์สหสัมพันธ์เพียรสัน โดยใช้ค่า $P< 0.05$ เพื่อระบุความมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยได้ศึกษาจากกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 130 ราย อายุเฉลี่ย 43 ปี ส่วนใหญ่เป็นเพศชายร้อยละ 69 และเป็นเพศหญิงร้อยละ 31 ส่วนใหญ่มีสถานภาพโสดร้อยละ 47 จากการศึกษาพบว่าในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ ที่มีปริมาณไวรัสต่ำและระดับเม็ดเลือดขาวสูงพบว่าส่วนใหญ่ มีความยืดหยุ่นในระดับสูง และมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นสูงขึ้น ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น การศึกษาในระดับสูงและระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาที่ยาวนานขึ้น

กัลยาณี จันธิมา และคณะ (2560) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติจากเอชไอวีในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2560” โดยได้ศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากการสุ่มกลุ่มตัวอย่าง 2 กลุ่ม คือ กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพ จากโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขจังหวัดนครราชสีมา และชัยภูมิ โดยใช้วิธีการศึกษาการวิจัยเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวาง กลุ่มตัวอย่าง ประกอบด้วย กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการในสถานบริการสุขภาพ จำนวน 642 คน และกลุ่มผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพจำนวน 648 คน ระยะเวลาในการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในเดือนพฤษภาคม พ.ศ. 2560 ถึงเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2560 วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติเชิงพรรณนา ค่าความถี่ ร้อยละ ผลการศึกษาพบว่า ผู้ปฏิบัติงานมีตำแหน่งเป็นพยาบาลมากที่สุด ร้อยละ 36.9 เคยสังเกตพบเหตุการณ์ที่เจ้าหน้าที่กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ ร้อยละ 39.7 ให้บริการด้อยกว่าผู้อื่น ร้อยละ 7.8 ส่วนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชาย ร้อยละ 50 อายุเฉลี่ย 42.8 ปี ทราบว่าตนเองติดเชื้อมาแล้ว 9.1 ปี

เคยหลีกเลี่ยงการไปรักษาในโรงพยาบาลหรือไปล่าช้า ร้อยละ 13.1 ตอบว่าเคยถูกละเมิดสิทธิ เช่น บังคับตรวจ เอชไอวีก่อนการผ่าตัด ร้อยละ 11.8 หรือผลเลือดเปิดเผยจากการทำเครื่องหมายว่าติดเชื้อในแฟ้มประวัติ ร้อยละ 6.6 การตีตราและเลือกปฏิบัติผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการเขตสุขภาพที่ 9 ยังคงมีการตีตรา ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 62 ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าสู่บริการช้า ไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม อาจทำให้เสียชีวิตหรือนำไปสู่การแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้

มัตติกา ใจจันทร์ และพรนภา คำพราว (2557) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ตราบาปจากโรคเอดส์ตัวอย่างความเจ็บป่วยทางสังคม" ซึ่งสรุปได้ว่าตราบาปเป็นความรู้สึกว่ามีบาปติดตัว ตราบาปสามารถเกิดขึ้นได้ภายในจิตใจของทุกคน แม้จะไม่สามารถปรากฏให้มองเห็นได้จากภายนอกแต่ผู้มีตราบาปเองก็จะรู้สึกถึงความอัปยศข้างในจิตใจของตนเอง ซึ่งระดับการรับรู้ตราบาปขึ้นอยู่กับประเภทและระดับการรับรู้ตราบาปของบุคคล ตราบาปจากโรคเอดส์เป็นตัวอย่างของความเจ็บป่วยทางสังคมที่ชัดเจนอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ติดเชื้อเองและสังคมเป็นผู้สร้างขึ้น ซึ่งการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสตลอดจนถึงการติดตามและการให้คำแนะนำด้านสุขภาพต่าง ๆ ซึ่งพยาบาลนับว่าเป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญที่สุดในการขับเคลื่อน ในการดำเนินงานระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ผ่านมาพบว่ายังมีปัจจัยและอุปสรรคที่ความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับยาต้าน ดังนั้นพยาบาลควรทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ได้มากที่สุดและเร่งดำเนินการแก้ไขเพื่อให้เกิดการดูแลได้อย่างครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน และระดับของการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับอุปสรรคการเข้าถึงยาต้านไวรัส ดังนั้นการค้นหาปัจจัยของการลดหรือเพิ่มระดับของการรับรู้ตราบาปจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการดำเนินการควบคุมอุปสรรคในการเข้ารับการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและส่งเสริมการเข้ารับคำแนะนำและการรักษาตามระบบซึ่งจะส่งผลในการลดอัตราการเสียชีวิตได้

2.9.2 งานวิจัยต่างประเทศ

Bala, Azman, & Singh (2022) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ผลกระทบของการตีตราและการเลือกปฏิบัติของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือตอนกลางของประเทศไนจีเรีย" งานวิจัยนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ทำการสัมภาษณ์โดยใช้เทคนิคการสุ่มแบบจำเพาะ โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี 40 คน จากโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในรัฐ Nasarawa โดยผลการวิจัยระบุว่ามีการตีตราและการเลือกปฏิบัติทางเพศและเอชไอวี มีต้นกำเนิดมาจากระบบปิตาธิปไตย การมีภรรยาหลายคน การ

บังคับแต่งงาน การซื้อบริการทางเพศ เป็นการเลือกปฏิบัติ และผลกระทบความไม่เท่าเทียมทางเพศต่อสตรี ซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ว่าเป็นภาระผูกพันในการสมรส สตรีที่ถูกเลือกปฏิบัติมักจะถูก ตีตราทางสังคม เศษฐกิจ การเมือง ศาสนา และวัฒนธรรม สำหรับการตีตราและการเลือกปฏิบัติสำหรับสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะมีแนวคิดในตนเองต่ำ ความนับถือตนเองต่ำ และการขาดการพึ่งพาตนเอง เป็นตราบาปของสังคม เป็นคนอันตราย น่ารังเกียจ ซึ่งจะประสบปัญหาการตีตราต่อเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นในสถานที่ทำงาน การจ้างงาน และการเลือกปฏิบัติภายในประเทศ เช่น อุดมการณ์ทางวัฒนธรรมและศาสนาของประเทศไนจีเรียพบเพิ่มขึ้นมากในปัจจุบัน สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีจะสามารถเรียนในโรงเรียนสอนศาสนา เพื่อรับรู้ภาษาอาหรับผ่านอัลกุรอานแต่ไม่สามารถประกอบศาสนกิจได้ เนื่องจากการปฏิบัติศาสนกิจที่เคร่งงวด

Fauk, Ward, Hawke, & Mwanri (2021) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “มุมมองและประสบการณ์ส่วนตัวที่เกิดจากตีตราและการเลือกปฏิบัติเอชไอวีในเมือง Yogyakarta และ Belu ประเทศอินโดนีเซีย” โดยการศึกษาครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ได้สัมภาษณ์เชิงลึกกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 92 คน (ผู้หญิง 52 คน ผู้ชาย 40 คน) และผู้ให้บริการด้านสุขภาพจำนวน 20 คน (แพทย์ 5 คน พยาบาล 2 คน และที่ปรึกษาซึ่งเป็นพยาบาล 3 คน รวม 2 เมืองเป็น 20 คน) มุมมองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่ได้ประสบปัญหาจากครอบครัวหรือคนรอบข้าง เพื่อนฝูง การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่ Belu ยังคงสูงมากตอนนี้ หากผู้อื่นทราบผลตรวจเอชไอวีของบุคคลนั้น จะถูกตีตราและเลือกปฏิบัติแน่นอน สิ่งที่ผู้อื่นรับรู้คือผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนอันตราย น่ารังเกียจ และเป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ สำหรับการเลือกปฏิบัติแม้กระทั่งเกิดกับคน HIV Positive ที่เสียชีวิตแล้ว ไม่ต้องการกินดื่ม ไม่อยากยืนใกล้ศพ บางคนถึงกับสวมหน้ากาก ไม่เคารพศพ ผู้คนยังหวาดกลัวกับเชื้อเอชไอวีมากการตีตราและการเลือกปฏิบัติของทั้งสองเมืองนี้ยังคงสูงอยู่ หากทราบว่ามีคนติดเชื้อเอชไอวีและผู้คนมักจะหลีกเลี่ยงกับบุคคลทที่ติดเชื้อเอชไอวี มันยากมากสำหรับคนอื่นที่จะอาศัยอยู่ร่วมกับบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี อาจเป็นเพราะพวกเขาอยู่ในภาวะเจ็บป่วยและผู้คนหลีกหนีพวกเขา สำหรับมุมมองของผู้ให้บริการด้านสุขภาพ พบว่าการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นภายในครอบครัวและชุมชนที่อาศัยอยู่ ซึ่งความกลัวต่อเชื้อเอชไอวีจะนำไปสู่การเลือกปฏิบัติ และการตีตราโดยสมาชิกในครอบครัวและคนในชุมชน มักจะหลีกเลี่ยงติดต่อกับบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยระบุว่าเป็นคนอันตรายและแยกของใช้ส่วนส่วนตัวออกจากสมาชิกคนอื่น ๆ ในครอบครัว ซึ่งเป็นตัวอย่างของการตีตราและเลือกปฏิบัติซึ่งสะท้อนความกลัวของครอบครัวและชุมชน

Chrstopher (2020) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "การเปิดเผยการตีตราในกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในเขต Chiredzi ประเทศซิมบับเว" โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพแบบกรณีศึกษา โดยการสัมภาษณ์เชิงลึก คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 22 คน อายุระหว่าง 13-19 ปี เมื่อสอบถามเกี่ยวกับการตีตราเกี่ยวกับสถานะเอชไอวี หากพวกเขาเปิดเผยสถานการณ์ตีตราเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี พวกเขาจะพบกับความยากลำบากและจะประสบปัญหาต่าง ๆ ในการดำรงชีวิตมากมาย เช่น การเลือกปฏิบัติในสถานที่ต่าง ๆ ซื่อถือเป็นความท้าทายเหล่านี้ (โดยเฉพาะวัยรุ่นชาย) จะต้องเผชิญกับปัญหาหลายอย่าง และการไม่เปิดเผยสถานะจะส่งผลต่อคู่นอนของพวกเขาและเสี่ยงที่คู่นอนจะติดเชื้อเอชไอวี จึงจำเป็นต้องการให้มีการสนับสนุนทางสังคม และการไม่เปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีมีส่วนทำให้มีการรับยาและติดตามผลการรักษาที่ยาวนานขึ้น

Nyashanu (2017) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "ความเชื่อและพฤติกรรมการรับรู้การตีตราในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน Black sub-Sahara African (BSSA) ชุมชนในเบอร์มิงแฮม สหราชอาณาจักร" โดยทำการวิจัยเชิงคุณภาพแบบสำรวจ โดยทำการ focus group 5 กลุ่ม และมีการติดตามผลแบบตัวต่อตัวกึ่งโครงสร้าง 15 ครั้งเพื่อรวบรวมข้อมูล ผลปรากฏว่าปรากฏการณ์การตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผลกระทบมาจากสังคม การเมือง และสิทธิส่วนบุคคล ซึ่งบริบทของประเทศเป็นตัวกำหนดบทบาทในการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งความเงียบของบุคคลในสังคมถือเป็นภัยสังคมของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี การถูกตีตราของชุมชน Black sub-Sahara African (BSSA) ถือเป็นบริบทที่แตกต่างในการขัดเกลาสังคม เพื่อให้สอดคล้องกับความคาดหวังของสังคม ซึ่งบุคคลที่อยู่ในชุมชนนี้ ถูกตีตราจากสังคม ซึ่งความอัปยศของการติดเชื้อเอชไอวีถูกสร้างขึ้นควบคู่กันไปกับการลงโทษของสังคม

Kumar et al. (2017) ได้ทำการศึกษาเรื่อง "การตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในเมืองชายฝั่งทางตอนใต้ของประเทศอินเดีย" โดยทำการวิจัยแบบภาคตัดขวาง ได้ทำแบบสอบถามกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 104 ราย ในแบบสอบถามจะสอบถามเกี่ยวกับสถานะส่วนตัวเกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติ โดยใช้แบบทดสอบไคสแควร์โดยผู้ทำแบบสอบถามส่วนใหญ่ร้อยละ 41.3 มีอายุระหว่าง 26-35 ปี การถูกเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานในสถานพยาบาลตีตราร้อยละ 63.5 เมื่อทำการสอบถามเกี่ยวกับการรักษาความลับของสถานะผลการติดเชื้อเอชไอวีจะอยู่ที่ร้อยละ 14.4 หากเปรียบเทียบประสบการณ์การถูกตีตราในเพศชายมากกว่าครึ่งร้อยละ 51.5 มีประสบการณ์การตีตรามากกว่าเพศหญิงร้อยละ 48.2 อีกทั้งผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวียังประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงานด้วย และประสบปัญหาการปฏิเสธการรักษาการรักษาที่ล่าช้าจากสถานพยาบาลเนื่องจากผลเอชไอวีถูกเปิดเผยด้วย

Anika (2016) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การตีตราและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน Pwani University ประเทศเคนยา” โดยทำการสำรวจเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ โดยทำแบบสอบถามจำนวน 196 คน พบว่า การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีจะประสบกับความโดดเดี่ยว การถูกปฏิเสธ ถูกสังคมรังเกียจ และการล่วงละเมิดที่ไม่ใช่ทางกาย สำหรับสิทธิของนักศึกษา พบว่า กิจกรรมถูกละเมิดโดยการถูกแยกตัวออกจากเพื่อน การก่อตัวระหว่างกิจกรรมภาคปฏิบัติ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ของทางมหาวิทยาลัยจัดขึ้น เมื่อแยกออกเป็นข้อการรับรู้การตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการตอบโต้ร้อยละ 74 สำหรับข้อการรับรู้ความทรมานจากการติดเชื้อเอชไอวีมีร้อยละ 90 ของผู้เข้าร่วมมีความเห็นว่า HIV positive ควรแยกออกจากคนหมู่มาก และแพทย์ของมหาวิทยาลัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการการรักษาดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 70 สำหรับด้านการปฏิบัติตัวขณะอยู่ในมหาวิทยาลัยร้อยละ 70 ได้ประสบกับปัญหาการถูกเพื่อนล้อเลียน ยิ่งไปกว่านั้นเมื่อเพื่อนเห็นอยู่ที่คลินิกตรวจสุขภาพของมหาวิทยาลัยก็จะถูกเลือกปฏิบัติมากขึ้น ส่วนสาเหตุที่นักศึกษาไม่เปิดเผยสถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีของตนเองให้เพื่อนทราบได้แก่ ความอับอาย ร้อยละ 40 กลัว ร้อยละ 40 ละเมิดสิทธิ ร้อยละ 20 ตามลำดับ

Doctrow (2016) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ความแตกต่างระหว่างวัฒนธรรมในทัศนคติของการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์” โดยได้ศึกษาความแตกต่างระหว่างนักศึกษาชาวอเมริกาและนักศึกษาต่างชาติ ของมหาวิทยาลัย Western Kentucky ได้ได้ตั้งสมมติฐานว่านักศึกษาต่างชาติจะมีทัศนคติต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่านักศึกษาชาวอเมริกา โดยสมมติฐานนี้เป็นไปตามการคาดการณ์ไว้ คะแนนทัศนคติที่เป็นการตีตราเฉลี่ยของนักศึกษาชาวต่างชาติมีมากขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ ($M = 2.48$, $SD = 0.72$) สำหรับนักศึกษาชาวอเมริกาการตีตราจะอยู่ที่ ($M = 2.24$, $SD = 0.55$), $t(116) = 1.72$, $P<.05$ นอกจากนี้การศึกษานี้ไม่มีความแตกต่างระหว่างทัศนคติของการตีตราระหว่างเพศชายและหญิง และหากพิจารณาเฉพาะนักศึกษาต่างชาติกลุ่มชนชาติเอเชียและตะวันออกกลาง ไม่มีผลกระทบต่อการตีตรา $F(2.30)=.21$, $P>.05$

Saki et al. (2015) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “การตีตราและการเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศอิหร่าน” โดยงานวิจัยชิ้นนี้เป็นงานวิจัยเชิงคุณภาพ ได้ทำการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 18 คน ซึ่งผลการวิจัยสรุปได้ว่าการตีตราและการเลือกปฏิบัติถือเป็นประสบการณ์ที่เจ็บปวดมาก ไม่ว่าจะเป็นผลการตรวจที่ระบุว่าติดเชื้อเอชไอวี สำหรับการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติจากสังคม ถือเป็นความอัปยศอย่างมาก เสื่อมเสียเกียรติ มักจะถูกสังคมตัดสินอย่างผิด ๆ มักจะถูกเหยียดหยามจากสังคม สำหรับการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติในสถานพยาบาลอาจมองว่าเป็นเรื่อง

มารยาท แต่พวกเขาพยายามเพิกเฉยต่อการปฏิบัติของเจ้าหน้าที่เช่น การนินทา การทำท่าทาง สีหน้าของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ สำหรับการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ถือเป็นความอัปยศอย่างมาก ซึ่งมีการระบุว่าเป็นโสเภณี ทำให้เกิดความทุกข์ใจและทรมานมาก ซึ่งสังคมส่วนใหญ่คิดว่าโรคเอดส์เกิดจากการเบี่ยงเบนทางเพศ สังคมมองว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นโสเภณี สำหรับการตีตราตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อถึงเวลาไปรักษาที่สถานพยาบาลจะสวมแว่นกันแดด เพราะรู้สึกละอายใจ สำหรับผู้ให้บริการด้านสุขภาพหมอบางคนปฏิบัติกับเราอย่างไม่สุภาพ ปฏิเสธที่จะมาเยี่ยมไข้ ถือเป็นการลิดรอนสิทธิ การตีตราและการเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในชุมชน พวกเขาต้องเผชิญกับการแยกตัวออกมาจากสมาชิกในครอบครัว หรือแม้กระทั่งแตกแยกทางสังคม ความเหงา ความสิ้นหวัง การถูกปฏิเสธจากคนในครอบครัว ญาติ เพื่อน และชุมชน

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดสรุปได้ว่าการตีตราเกิดขึ้นจากการที่บุคคลกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง แสดงลักษณะที่แตกต่างและเบี่ยงเบนไปจากคนอื่น ๆ ในสังคม ที่ส่งผลทำให้บุคคลเสื่อมเสียชื่อเสียง ไม่น่าไว้ใจ หรือทำให้เกิดความอับอาย ตลอดจนทำให้บุคคลนั้นรู้สึกว่าตัวเองด้อยค่าไปจากสังคม ซึ่งการตีตราเป็นผลลบมาจากคนหรือบรรทัดฐานของสังคม ทำให้เกิดการแบ่งแยกและการลดคุณค่าของบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนทางเพศ เป็นกลุ่มคนที่สังคมตีตราอยู่ก่อนหน้านี้แล้ว และเมื่อคนกกลายเป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี การตีตราก็จะเพิ่มทวีคูณ โดยที่สังคมไม่ได้มองว่าบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นได้รับเชื้อมาได้อย่างไร การตีตรานั้นมีความสัมพันธ์กับการเบี่ยงเบนทางสังคมเนื่องมาจากการเบี่ยงเบนทางสังคมนั้นเกิดขึ้นจากการมีการกระทำหรือพฤติกรรมที่ฝ่าฝืนกฎเกณฑ์หรือพฤติกรรมที่ไม่เป็นไปตามบรรทัดฐานที่สังคมยึดถือปฏิบัติ เช่น เป็นพฤติกรรมที่กระทำผิดน่ารังเกียจ น่าอับอาย เป็นอันตราย เป็นพฤติกรรมที่ไม่เป็นที่ยอมรับของคนในสังคมจนกลายเป็นภัยคุกคามต่อสวัสดิภาพของคนในสังคม จนสังคมไม่สามารถจะอดทนได้ และจะส่งผล ให้ผู้พบเห็นตีความให้ความหมายตัดสินให้คุณค่าและมีปฏิกิริยาตอบโต้ต่อผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน เช่น แสดงความไม่พอใจ โกรธ เกลียด ประณาม ลงโทษ โดยไม่อยากพูดคุย ไม่พบปะ โดดเดี่ยว อาจถูกแบ่งแยกกีดกัน ซึ่งสามารถสรุปได้ว่าบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกกลุ่มคนในสังคม ตีตราว่าเป็นคนที่มีลักษณะแตกต่างและเบี่ยงเบนจากผู้อื่น ทำให้สูญเสียความเป็นตัวเอง อับอาย ตลอดจนรู้สึกว่าคุณค่าในตัวเองลดลง สำหรับการตีตรา (Stigma) นั้นไม่ว่าจะเป็นการทำให้เสื่อมเสียเกียรติ หรือมักจะถูกสังคมตัดสินอย่างผิด ๆ ซึ่งมักจะถูกเหยียดหยามจากสังคมแล้วนั้น ไม่ว่าจะเป็นการกระทำทั้งทางคำพูด การกระทำ หรือแม้กระทั่งทางสายตาที่เหยียดหยาม ทำให้บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์เกิดความน้อยใจ เกิดความวิตกกังวล ทำให้เกิดทัศนคติที่ไม่ดีต่อบุคคลที่ตีตรา ทั้งนี้อาจจะเชื่อมโยง

ไปยังทัศนคติเชิงลบของชุมชนที่บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้นอาศัยอยู่ เนื่องจากชุมชนนั้นขาดความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี คนในชุมชนขาดแรงสนับสนุนทั้งทางครอบครัว ญาติ เพื่อนฝูง จึงทำให้บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่กล้าที่จะเข้าสังคม ทำให้เกิดตราบาป หรือปมด้อยภายในตัวเองเกิดขึ้น เกิดการตีตรา (Labeling) ทำให้บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนออกจากสังคมที่เขาอยู่ ทำให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการต่อต้านทางสังคมขึ้น ทำหลีกเลี่ยง ออกห่าง หรือแยกตัวออกจากสังคม บางครั้งอาจเป็นเพราะสังคมส่วนใหญ่ตัดสินให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนที่ไม่สำคัญในสังคม เป็นเอดส์เป็นแล้วไม่หายต้องตายอย่างเดียว หรือเป็นคำพูดที่ว่าร้ายให้กับบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยรับรู้ว่าเหมือนเป็นตัวทำลายทุกอย่างให้พังทลาย หรือมีการตอกย้ำว่ามีการตีตรา เป็นคนน่ารังเกียจเหมือนเอาสีดำมาป้ายทำให้กลายเป็นคนมีตำหนิ จึงทำให้บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวคิดในตนเองต่ำ ความนับถือตนเองต่ำ และการขาดการพึ่งพาตนเอง จึงเป็นตราบาปของสังคม ผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์จะต้องเผชิญกับปัญหาหลายอย่างไม่ว่าจะเป็นการเลือกปฏิบัติจากคนในครอบครัว สังคมที่ทำงาน เพื่อน และคนรอบข้างแล้ว การเปิดเผยผลเอชไอวีกับคู่รักด้วยก็ยังคงเป็นปัญหาที่สำคัญมากเพราะอาจถูกหย่าร้าง อาจทำให้เกิดเป็นปัญหาสังคมตามมาภายหลังได้ ในบางครั้งการถูกละเมิดโดยการถูกแยกตัวออกจากสังคม ครอบครัว เพื่อนฝูง นั้นถือเป็นความอัปยศอย่างมาก เสื่อมเสียเกียรติ มักจะถูกเหยียดหยามจากสังคม ดังนั้นจึงจำเป็นต้องการให้มีการสนับสนุนทางสังคม ทั้งทางครอบครัวเองต้องมีการสนับสนุน คอยดูแลความเป็นอยู่ของบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้ป่วยเอดส์อย่างใกล้ชิดให้คำแนะนำและคอยเป็นที่ปรึกษา ทางสังคมต้องมีการจัดหางานที่เหมาะสมกับบุคคลเหล่านั้นให้ทำงานได้อย่างมีประสิทธิภาพและไม่ถูกกีดกันจากเพื่อนร่วมงาน ในที่ทำงานไม่มีการดูถูกทั้งทางสายตา คำพูด การกระทำ ที่เป็นแง่ลบให้แก่บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งทางสังคมต้องเป็นที่สนับสนุนหลักในการช่วยเหลือ เช่น การทำกิจกรรมในสังคม การใช้เวลาว่างร่วมกันระหว่างสังคมและบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนภาคสังคมควรจัดให้มีรัฐสวัสดิการแก่บุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวีเพื่อที่จะให้อยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุข อีกทั้งควรให้การคุ้มครองสิทธิให้กับบุคคลที่ได้รับเชื้อเอชไอวีด้วย เพื่อนำไปสู่การมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

บทที่ 3

ระเบียบวิธีวิจัย

การวิจัยเรื่อง การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษาสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประเภทศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study) โดยการวิจัยนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) มีการแบ่งหัวข้อระเบียบวิธีวิจัย ดังนี้

3.1 วิธีการศึกษา
3.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
3.3 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ
3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล
3.6 การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล
3.7 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

3.1 วิธีการศึกษา

การวิจัยเรื่อง การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษา: สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น นี้เป็นการศึกษาวิจัยครั้งนี้เป็นการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) ประเภทศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study) โดยการวิจัยนี้ใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ซึ่งผู้วิจัยมีจุดมุ่งหมายที่จะศึกษาถึงสภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ศึกษาสาเหตุที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และศึกษาแนวทางที่เหมาะสมต่อการลดการตีตราและลดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นอย่างไร ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์ทั้งหมดมี 24 คน ซึ่งแบ่งเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 15 คน คือเพศชายจำนวน 5 คน เพศหญิงจำนวน 5 คน บุคคลที่มีความหลากหลายทางเพศจำนวน 5 คนและผู้ให้บริการในสถานพยาบาลจำนวน 5 คน คือ พยาบาลวิชาชีพ 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข 2 คน องค์กรพัฒนา

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอกชน (NGO) จำนวน 2 คน นักจิตวิทยาการปรึกษา 1 คน และนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน จำนวน 1 คน

3.2 ผู้ให้ข้อมูลสำคัญ (Key Informant)

การวิจัยครั้งนี้ผู้วิจัยทำการศึกษากับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีผู้ให้บริการในสถานพยาบาลและหน่วยงานภายนอก โดยการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) โดยใช้วิธีการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) ซึ่งกลุ่มตัวอย่างที่ในในการวิจัยมีจำนวนทั้งหมด 24 คน โดยระยะเวลาในการสัมภาษณ์ 1.30 ชั่วโมง/คน ดังนี้

3.2.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3.2.1.1 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศชายจำนวน 5 คน อายุ 18-50 ปี
3.2.1.2 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพศหญิงจำนวน 5 คน อายุ 18-50 ปี
3.2.1.3 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลากหลายทางเพศจำนวน 5 คน อายุ 18-50 ปี

3.2.2 ผู้ให้บริการในสถานพยาบาล

3.2.2.1 พยาบาลให้คำปรึกษาจำนวน 3 คน ที่มีประสบการณ์การให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวีมากกว่า 10 ปี

3.2.2.2 นักวิชาการสาธารณสุขให้คำปรึกษาประจำคลินิก จำนวน 2 คน ที่มีประสบการณ์การให้คำปรึกษาผู้ป่วยเอชไอวีมากกว่า 10 ปี

3.2.3 องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ด้านเอชไอวี

3.2.3.1 สัมภาษณ์นักวิชาการ NGO ที่ดูแลด้านเอชไอวีโดยเฉพาะ จำนวน 2 คน ที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ติดเอชไอวีมากกว่า 10 ปี

3.2.3.2 สัมภาษณ์นักจิตวิทยาการปรึกษา ที่ดูแลด้านเอชไอวีโดยเฉพาะ จำนวน 1 คน ที่มีประสบการณ์การทำงานกับผู้ติดเอชไอวีมากกว่า 5 ปี

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

3.2.4 องค์กรด้านสิทธิมนุษยชน

3.2.4.1 สัมภาษณ์นักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน จำนวน 1 คน ที่มีประสบการณ์การทำงานด้านสิทธิมนุษยชนมากกว่า 30 ปี

3.3 การคัดเลือกผู้ให้ข้อมูลสำคัญ

การวิจัยนี้มีการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) ซึ่งการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง (Purposive Sampling) หรือบางครั้งเรียกว่าการสุ่มแบบพิจารณา (Judgment Sampling) ซึ่งเป็นการคัดเลือกตัวอย่างโดยเจ้าหน้าที่จากสถานพยาบาลเป็นคนคัดเลือกให้ โดยผู้ให้ข้อมูลสำคัญนั้นจะต้องติดเชื้อเอชไอวีและเคยถูกตีตรามาก่อน 1 ครั้งขึ้นไป ภายในระยะเวลา 1 ปี จากเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลหรือบุคคลอื่น ๆ ที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลบันทึกไว้ในเวชระเบียนของสถานพยาบาลถึงจะเข้าร่วมโครงการได้ โดยคัดเลือกจากเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลเป็นคนคัดเลือกให้ หลังจากนั้นแบ่งกลุ่มเป็นเพศชาย จำนวน 5 คน เพศหญิง จำนวน 5 คน และบุคคลที่หลากหลายทางเพศ จำนวน 5 คน โดยผู้เข้าร่วมโครงการจะต้องมีอายุระหว่าง 18-50 ปี สำหรับผู้ให้ข้อมูลสำคัญจากผู้ให้บริการในสถานพยาบาลจะสัมภาษณ์พยาบาลให้คำปรึกษาที่ดูแลให้คำปรึกษาประจำคลินิก จำนวน 3 คน และนักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน ที่มีประสบการณ์ให้คำปรึกษาเฉพาะด้านการดูแลรักษาบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่า 10 ปี องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ด้านเอชไอวี จำนวน 2 คน นักจิตวิทยาการปรึกษา จำนวน 1 คนและนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน จำนวน 1 คน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

3.4 เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บข้อมูล

การวิจัยเรื่อง การตีตราและการเลือกปฏิบัติกับสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยครั้งนี้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยการสัมภาษณ์กึ่งสนทนากับกลุ่มเป้าหมาย เพื่อมุ่งหวังที่จะได้คำตอบจากผู้ให้ข้อมูล (Key Informants) เป็นรายบุคคลโดยประเด็นที่ศึกษาดังนี้

คำถามชุดที่ 1 กรณีผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1) ที่ผ่านมามีใครทราบว่าคุณติดเชื้อหรือไม่ กรณีที่ผู้นั้นทราบว่าคุณติดเชื้อเอชไอวีติดเชื้อ บุคคลเหล่านั้นแสดงพฤติกรรมต่อคุณอย่างไร

2) เมื่อคุณเห็นผู้นั้นแสดงพฤติกรรมต่อคุณ คุณรู้สึกอย่างไร

3) คุณทราบหรือไม่ว่าเหตุใดผู้นั้นจึงแสดงพฤติกรรมกับคุณเช่นนั้น

4) คุณเคยถูกละเมิดสิทธิหรือถูกริดรอนสิทธิอย่างไรบ้าง

คำถามชุดที่ 2 กรณีผู้ให้บริการในสถานพยาบาล องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ด้านเอชไอวี นักจิตวิทยาการปรึกษา และนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน

1) สภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างไร

2) สาเหตุที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างไร

3) แนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างไรเพื่อลดการตีตรา ลดการเลือกปฏิบัติและสิทธิมนุษยชนต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ควรได้รับเป็นอย่างไร

3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล

การวิจัยนี้ผู้วิจัยวิเคราะห์ผลการวิจัยโดยการใช้การพรรณนาวิเคราะห์ (Content Analysis) โดยแบ่งการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 3 ส่วนคือ 1) ผู้วิจัยเลือกเฟ้นข้อมูลที่ได้จากเอกสารต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้อง 2) ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์ และนำมาทำสรุปย่อประเด็นที่สำคัญ จัดแบ่งกลุ่มประเด็นและเนื้อหาที่ได้รับมาเพื่อนำมาวิเคราะห์ถึงสภาพปัญหาและสาเหตุที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และแนวทางที่เหมาะสมต่อการลดการตีตราและลดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3) นำข้อมูลที่ได้รับมาจากทั้ง 2 ส่วนข้างต้นมาสังเคราะห์ สรุปรวมกันเพื่อนำไปสรุปผลเพื่อได้ผลการศึกษาถึงสภาพปัญหาและมูลเหตุที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและสามารถหาแนวทางที่เหมาะสมต่อการลดการตีตราและลดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้

3.6 การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การวิจัยครั้งนี้ได้มีการตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัยจาก ผศ.ดร.อารณีย์ วิวัฒนาภรณ์ อาจารย์ที่ปรึกษาโครงการ และ ผศ.ดร.นวภัทร ณรงค์ศักดิ์ อาจารย์ที่ปรึกษาร่วม เพื่อให้ได้แบบสอบถามที่มีคุณภาพ น่าเชื่อถือ สอดคล้องและครอบคลุมประเด็นที่ต้องการที่จะศึกษามากที่สุด

3.7 การตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล

ในการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลจะดำเนินการตรวจสอบข้อมูลแบบสามเส้า (Triangulation) เพื่อพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้มานั้นถูกต้องหรือไม่ โดยมีวิธีการตรวจสอบดังนี้

3.7.1 การตรวจสอบข้อมูลแหล่งบุคคล (ผู้ให้ข้อมูล) ของข้อมูลสามฝ่าย คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี พยาบาลวิชาชีพ และนักวิชาการสาธารณสุข องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ด้านเอชไอวี นักจิตวิทยาการปรึกษาและนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชนที่ได้รับการสัมภาษณ์

3.7.2 การตรวจสอบข้อมูลโดยใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูล ได้แก่ การสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคลจากกลุ่มตัวอย่าง พร้อมทั้งศึกษาเอกสารประกอบต่าง ๆ เช่น ประวัติการเข้ารับการรักษาในแต่ละครั้งของผู้ป่วยว่ามีการมาตามนัดหรือไม่ ประวัติการถูกตีตราที่ได้มีการจดบันทึกรายละเอียดไว้เป็นลายลักษณ์อักษร เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลที่ได้จากแหล่งบุคคลและวิธีการเก็บข้อมูลที่ต่างกัน

3.7.3 การตรวจสอบเชิงทฤษฎี ในการศึกษาวิจัยเรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับสิทธิมนุษยชนในผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อใช้ในการอธิบายถึงสาเหตุของการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ได้แก่ ทฤษฎีการตีตรา (Stigma และ Labeling Theory) ทฤษฎีโครงสร้างและหน้าที่ทางสังคม (Structural Functional Theory) ทฤษฎีปฏิสัมพันธ์เชิงสัญลักษณ์ (Symbolic Interaction Theory)

3.7.4 การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถาม ผู้วิจัยได้ดำเนินการตรวจสอบของแบบสอบถาม โดยการตรวจสอบความสมบูรณ์ (Validity) โดยนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมาเสนออาจารย์ที่ปรึกษาและเสนอเพิ่มเติมเพื่อนำมาแก้ไข เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนถูกต้องของแบบสอบถามตลอดจนความสอดคล้องตรงตามจุดประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้และนำแบบสอบถามที่สร้างขึ้นมานำเสนอต่ออาจารย์ที่ปรึกษาเพื่อตรวจสอบและแก้ไขก่อนเสนอคณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์

3.7.5 ดำเนินการขอรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval) โดยคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต (เอกสารรับรองเลขที่ COA. No. RSUERB2023-028)

3.8 การพิทักษ์สิทธิของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล

โครงการวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณารับรองจริยธรรมการวิจัยเอกสารรับรองเลขที่ COA. No. RSUERB2023-028จากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ก่อนการดำเนินการเก็บข้อมูลโดยได้ชี้แจงวัตถุประสงค์ของโครงการวิจัยให้ผู้ให้ข้อมูลสำคัญทราบว่าในขณะสัมภาษณ์

เชิงลึกหากผู้ให้ข้อมูลไม่สะดวกในการให้ข้อมูล สามารถยุติการสัมภาษณ์ได้ทันที ซึ่งผู้ให้ข้อมูลมีอิสระที่จะไม่ตอบคำถามหรือในเรื่องที่ไม่สะดวกใจ หรือเรื่องที่เป็นความลับของผู้สัมภาษณ์

การรักษาความลับของผู้ถูกวิจัย การนำข้อมูลไปอภิปรายหรือพิมพ์เผยแพร่จะกระทำในภาพรวมและเฉพาะในการเสนอเชิงวิชาการเท่านั้น โดยจะไม่มีการระบุชื่อหรืออัตลักษณ์ส่วนบุคคลที่จะนำไปสู่การรู้จักผู้ให้ข้อมูลได้ ผู้วิจัยขอความร่วมมือในการยินยอมจัดเก็บข้อมูล และการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth Interview) โดยขึ้นอยู่กับความสะดวกของผู้ให้ข้อมูลเป็นสำคัญ ในระหว่างการสัมภาษณ์ หากผู้ให้ข้อมูลเกิดความรู้สึกไม่สะดวกหรือไม่สบายใจที่จะทำการสัมภาษณ์หรือผู้เข้าร่วมมีความกังวลหรือเกรงว่าข้อมูลที่เปิดเผยว่าจะไม่เป็นความลับ ผู้วิจัยสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา โดยจะไม่มีผลกระทบต่อผู้ร่วมวิจัย

การทำลายข้อมูล ผู้วิจัยได้มีการบันทึกข้อมูลต่าง ๆ ลงในแบบบันทึกข้อมูล (Case Record Form) จะใช้รหัสแทนชื่อและข้อมูลส่วนตัวของอาสาสมัครที่เข้าร่วมวิจัย ไม่ระบุวันเดือนปีเกิด หรืออักษรตัวแรกของชื่อ นามสกุลของอาสาสมัคร ผู้วิจัยจะเป็นผู้ที่เข้าถึงข้อมูลดังกล่าวได้เท่านั้นยกเว้นการเปิดเผยต่อคณะกรรมการที่มีหน้าที่ตรวจสอบความถูกต้องของโครงการฯ เช่น คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ เป็นต้น ผู้วิจัยจะจัดเก็บเอกสารต่าง ๆ ของโครงการวิจัย ไว้ในที่ทำงานของผู้วิจัย โดยจะจัดเก็บไว้ในตู้เอกสารที่ปิดล็อกของผู้วิจัยเอง เป็นเวลา 1 ปี หลังจากเสร็จสิ้นโครงการวิจัยแล้ว หลังจากนั้นเอกสารต่าง ๆ จะถูกทำลายด้วยตัวผู้วิจัยเองโดยเครื่องทำลายเอกสาร

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บทที่ 4

ผลการศึกษาและอภิปรายผล

การวิจัยเรื่องการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษาสถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น โดยมีวัตถุประสงค์ของงานวิจัยดังนี้

1) เพื่อศึกษาสภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2) เพื่อศึกษาสาเหตุที่ทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3) เพื่อศึกษาแนวทางที่ลดการตีตรา ลดการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิเหมือนกับบุคคลทั่วไปและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกตีตราจากสังคมกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

โดยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลด้วยการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15 คน (ชาย 5 คน หญิง 5 คน บุคคลหลากหลายทางเพศ 5 คน) พยาบาลให้คำปรึกษา จำนวน 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี จำนวน 2 คน นักจิตวิทยาการปรึกษา จำนวน 1 คน และนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน จำนวน 1 คน รวมผู้ให้ข้อมูลทั้งสิ้น 24 คน โดยการสนทนาสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-depth Interview)

จากการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้ศึกษาได้นำข้อมูลที่ได้มาประมวลผลการศึกษา และนำมาวิเคราะห์ตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย ออกเป็น 4 ส่วน 4.1 สภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4.2 มูลเหตุที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4.3 แนวทางที่ลดการตีตรา ลดการเลือกปฏิบัติ และ 4.4 อภิปรายผล โดยมีรายละเอียดดังต่อไปนี้

4.1 ผลการศึกษาส่วนที่ 1

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 1 เพื่อศึกษาสภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาพบว่าสภาพปัญหาปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติในปัจจุบัน ประกอบไปด้วย 4.1.1 ปัญหาด้านทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4.1.2 ปัญหาด้าน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

พฤติกรรมเมื่อผู้อื่นทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวี 4.1.3 ปัญหาด้านการทำงานและการจ้างงาน 4.1.4 ปัญหาด้านสิทธิและสวัสดิการ โดยขอนำเสนอรายละเอียดของการวิจัย ดังต่อไปนี้

4.1.1 ปัญหาด้านทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในเขตพื้นที่จังหวัดขอนแก่น จะเป็นการที่ถูกบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็นครอบครัว เพื่อนฝูง คนในสังคม ดูถูก เหยียดหยาม ทั้งทางสีหน้า คำพูด การกล่าวร้ายว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนไม่ดี สำส่อน มีจิตที่วิปริต รักร่วมเพศ ไม่พอใจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี การล้อเลียน การบูลี่ บางครั้งอาจเหมารวมไปถึงขั้นอาชีพที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประกอบอาชีพอยู่ บางครั้งการเสพสื่อออนไลน์มากเกินไป จนทำให้เกิดทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จนทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความอับอายบางครั้งเกิดความเครียด เสียใจ น้อยใจ สูญเสียความเป็นตัวเองเกิดการหลีกหนีและการต่อต้านจากสังคมจนทำให้เกิดตราบาปอย่างมากต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ตามคำกล่าวของผู้ให้ข้อมูลสำคัญที่ให้ไว้ ดังนี้

ตัวอย่างที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“มีเฉพาะเพื่อนสนิท 2-3 คนเท่านั้นที่รู้ผลเลือด ตอนแรกที่เล่าเรื่องราวต่าง ๆ เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีให้เพื่อนฟังเขารู้สึกกลัว ทำสีหน้าไม่พอใจคล้าย ๆ กับรังเกียจก็ทำให้ฉันจิตตก แล้วก็คิดมาก ถ้าหากคนอื่นรู้จะไปเป็นไปมากกว่านี้หรอ” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“รู้สึกน้อยใจในตัวเองว่าฉันทำอะไรผิดไป บางทีนอนร้องไห้คนเดียว อยากจะตายให้รู้แล้วรู้รอดไปเลยเขารังเกียจเพราะรู้ว่าเราติดเชื้อเอชไอวี คนมองเป็นเอดส์เป็นคนไม่ดี” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“มีแค่ครอบครัวเท่านั้นที่รู้ แม่ร้องไห้ที่รู้เรื่องราว ก็รู้สึกเครียดและเสียใจแต่ก็ทำอะไรไม่ได้ในเมื่อมันเกิดขึ้นแล้วชีวิตก็ต้องดำเนินต่อไปแม่ก็รู้สึกกลัว” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

“รู้สึกนอยนิดนึงเมื่อเราได้ยินคนใกล้ชิดพูดถึงเรา นินทาเราในระยะประชั้นชิด” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“ตัวเองรู้สึกเสียใจอันดับแรกเลยครับ ท้อ เหมือนไม่มีกำลังใจ” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“มีความวิตกกังวล panic เมื่อตนเองทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีก็ว่าคนอื่นรู้แล้วจะมองว่าเราเป็นคนไม่ดีสำส่อนทางเพศ เป็นพวกที่อันตราย” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“เสียใจ เครียด สูญเสียความมั่นใจในตัวเองเนื่องจากคนอื่นรับไม่ได้กับเราและมีความอคติกับเรา” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“คนอื่น ๆ เขาว่าติดเชื้อมันไม่หาย ตายอย่างเดียว” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“เมื่อรู้ว่าเป็นโรคนี้เราก็รู้สึกโกรธตัวเองแต่ก็แคร์คนที่รักเราดีกว่าเพราะทุกอย่างมันต้องเดินไปข้างหน้า คนอื่นจะรู้สึกอย่างไรมันก็เป็นเรื่องของเขาแล้วเราต้องดูแลตัวเองให้ดีดูแลคนที่เรารัก” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

“เคยเจอครั้งหนึ่งไปงานเลี้ยง ไปเจอเพื่อนที่เราเคยบอกว่าเรามีเชื้อนี้นะเราไม่มีเพื่อนที่จะนั่งโต๊ะด้วยพอเราไปถึงเขากลับไม่ค่อยอยากนั่งโต๊ะกับเรา ไม่อยากจะคุยกันกับเรา พอไปเจออะไรแบบนี้บางทีเราก็เบื่อ ๆ บ้างแต่ก็ต้องสู้” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

“เมื่อคนอื่นรู้ผมรู้สึกเครียดอยู่แต่ไม่เคยคิดที่จะทำร้ายตัวเอง” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

"รู้สึกน้อยอกน้อยใจ ขาดกำลังใจ เมื่อได้ยินคำพูดที่เพื่อน ๆ นินทาว่าเราติดเชื้อเอชไอวี" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

"บอกคนอื่นไปแล้วว่าเราติดเชื้อเอชไอวีแล้วรู้สึกกลัว เสียใจ วิตก อยากอยู่คนเดียว หวาดระแวง กลัวว่าคนอื่นจะเอาเรื่องของเราไปพูดต่อ" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกับข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลได้ให้ข้อมูลไว้ ดังนี้

"ปัจจุบันก็เป็นเจอเพื่อนนินทาว่ามันกลับมาอยู่บ้าน ผอมลง ดำลง ติดเอดส์แน่นอน" (พยาบาลวิชาชีพ 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

"พอป่วยเข้าโรงพยาบาล เข้าโรงบาลอีกแล้ว มีโรคเดียว" (พยาบาลให้คำปรึกษา 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

"คนที่มีเชื้อเอชไอวีให้เซฟหน่อยนะ ระวังหน่อยนะ" (นักวิชาการสาธารณสุข 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

"เป็นโควิดด้วยเป็นเอชไอวีด้วยจะให้พบแพทย์เป็นคิวสุดท้าย" (นักวิชาการสาธารณสุข 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สอดคล้องกันกับที่นักจิตวิทยา นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวีและนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชนที่ได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ปัจจุบันในประเทศไทยยังคงมีทัศนคติที่ไม่ดีต่อคนที่ติดเชื้อเอชไอวีอยู่แต่อาจจะน้อยกว่าในรุ่นก่อน ๆ ที่ผ่านมาเนื่องจากสังคมที่เปิดกว้างมากขึ้น หลาย ๆ คนมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีมากขึ้น สื่อที่ออกมาในตอนนี้ไม่ได้แสดงรูปที่น่ากลัวเหมือนสมัยก่อนที่ว่าติดเชื้อเอชไอวีเป็นโรคเอดส์จะต้องตายนะ ปัจจุบันก็ยังพบปัญหาการตีตราเกิดขึ้นอยู่" (นักจิตวิทยาการปรึกษา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

“มองภาพจำจากอดีตว่าคนที่ป่วยเป็นโรคเอดส์จะเป็นบุคคลที่มีความน่ากลัว ทั้งภาพที่ถูกสื่อออกมา และความเชื่อต่าง ๆ ที่ถูกปลูกฝังกันมาสมัยอดีต ก็ยังมีการส่งผลมาถึงปัจจุบันอยู่” (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี 1,การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

“ผู้คนในสังคมส่วนมากยังมีความเชื่อและความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวีที่ผิด ๆ จึงทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ทำให้เกิดการรังเกียจและเหมารวมว่าไม่ดี และบางครั้งองค์กรก็มีผลกระทบ บางครั้งเราทำงานกับคนที่เป็นเอดส์อย่างนี้ คนอื่นเขาไม่รู้เขาก็มองว่าเขารับเฉพาะคนที่เป็นเอดส์มาทำงาน” (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

“สภาพปัญหาอยู่ในบ้านเราเกือบจะ 40 ปีแล้ว ตั้งแต่ช่วงปี พ.ศ. 2527 สภาพปัญหาจะเกิดจากการรักษา การเสียชีวิตจากเอชไอวีก็เนื่องมาจากนวัตกรรมในการรักษามันไม่ได้ก้าวหน้า คืบหน้าเหมือนในปัจจุบัน มีการเสียชีวิตจากเอชไอวีเยอะ เนื่องจากคนเข้าไม่ถึงการบริการด้านการรักษาเยอะและตายเป็นใบไม้ร่วง ปัจจุบันการรักษาไปไกลมากจนเรามียาต้านไวรัสที่กินทุกวันอย่างต่อเนื่องคนไม่เสียชีวิตจากเอดส์ แต่ว่าถึงจะมีการรักษาที่ก้าวหน้าไปไกลก็ยังพบว่ายังคนที่เสียชีวิตจากเอชไอวีและเข้ามาสู่ขบวนการการรักษาที่ล่าช้าอยู่ ซึ่งเราก็มองว่าปัญหาเหล่านี้มาจากการตีตราและเลือกปฏิบัติ พบว่าคนเหล่านี้ก็ยังมีความกลัวความกังวลก็ฝังอยู่ในสังคมอยู่” (นักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน, การสื่อสารส่วนบุคคล, 9 มิถุนายน 2566)

4.1.2 ปัญหาด้านพฤติกรรมเมื่อผู้อื่นทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวี

สภาพปัญหาด้านพฤติกรรมของคนอื่นเมื่อรับรู้ว่าอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะเป็นการตีตัวออกห่าง ไม่อยากอยู่ใกล้ ไม่อยากเข้าใกล้เพราะกลัวจะติดเชื้อเอชไอวี ไม่อยากคลุกคลี ไม่อยากคบค้าสมาคม ไม่พบปะพูดคุย ไม่ร่วมรับประทานอาหารหรือแม้กระทั่งไม่อยากทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็ยังมีบางส่วนที่คอยโอบกอดและคอยให้กำลังใจผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี

สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ให้ข้อมูล ดังนี้

พฤติกรรมในเชิงลบ

“เมื่อเล่าทุกอย่างให้ฟังเขากลับกลัว เพื่อนไม่คบและเริ่มตีตัวออกห่าง” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“เพื่อนตีตัวออกห่างรู้สึก Fail เสียใจ เครียด ไม่มีเพื่อน” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“แรก ๆ ที่พี่ชายรู้เขาร้องไห้และไม่อยากคุยกับเราแต่พักหลัง ๆ ก็โอเคขึ้น เนื่องจากไม่เข้าใจและเครียดให้เรา” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“แฟนผมไม่มีพฤติกรรมเลยที่รู้ว่าผมติดเชื้อเอชไอวีในช่วงแรก ๆ เขาก็ปกติทุกอย่าง แต่หลังจากที่แฟนไปฝึกงานมา 3 เดือน พอเค้ากลับมาบ้านเขาที่ขอนแก่นโดนแฟนบอกเลิกเนื่องจากผมติดเชื้อเอชไอวี มันก็มีเหตุผล...ไม่รู้ดิพี่ แต่เค้าไม่ได้บอกเลิกมาจากสาเหตุอะไรพวกนี้ โดยใช้เหตุผลอื่นในการบอกเลิก โดยไม่ใช้เหตุผลว่าติดเชื้อเอชไอวีมาเป็นเหตุผลในการบอกเลิกโดยตรง แต่ทุกวันนี้ก็ยังติดต่อกันอยู่เป็นพี่น้องกันผมก็ยังรักเขามากผมรู้สึกเสียใจและน้อยใจ” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“ระยะ 2 ระยะ 3 ระยะท้าย ๆ ที่มีอาการ บางคนเวลากินข้าวด้วยกันเขาไม่อยากกินข้าวด้วยมีการตีตัวออกห่าง ไม่อยากสุงสิง กลัวจะติดโรค” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“เพื่อนตีตัวออกห่างเขาคงรักตัวเองไม่อยากติดโรคจากเรา” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

“บอกเพื่อนแล้วเพื่อนตีตัวออกห่าง เช่นเพื่อนสมัยก่อนตอนเรียนด้วยกันแต่ตอนนี้ก็กลายเป็นเพื่อนในเฟส ที่ไม่ค่อยได้ติดต่อกันมาเป็นเวลานาน เขาก็ไม่อยากติดต่อไม่อยาก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

คบค้าสมาคมด้วยก็รู้สึกเสียใจ และน้อยใจอยู่บ้าง” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

“ญาติพี่น้องออกห่างอันดับแรกเราก็น้อยใจ แต่เราก็ต้องทำใจยอมรับว่าสิ่งที่มันเป็นมันไม่ได้เลวร้ายเหมือนคนเป็นโรคมะเร็ง ผมก็ยังใช้ชีวิตปกติเหมือนคนอื่นเพียงผมแค่กินยาให้ตรงเวลา อย่างพี่น้องทำใส่เรา ญาติ พี่ น้อง ผมก็ปกติไม่ใส่ใจ บางทีเขาอาจจะเสียชีวิตไปก่อนผมก็ได้ ไม่ได้สนใจ แรก ๆ ผมก็อาจจะน้อยใจบ้าง” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)”

พฤติกรรมในเชิงบวก

“รู้แค่เฉพาะวงในเท่านั้นค่ะ คนอื่นก็ไม่รู้ใครรู้ เพราะคิดว่ามันเป็นเรื่องส่วนตัวไม่อยากให้ใครรู้ รู้เฉพาะบุคคลที่สำคัญ เขาก็ไม่ได้อะไรน่ะค่ะ เขาก็อาจมีความกังวลใจอยู่บ้างที่ฉันเป็นโรคนี้ เขาก็แนะนำและให้กำลังใจต้องดูแลสุขภาพนะ เป็นการกอดให้กำลังใจกันซะมากกว่า สู้ๆ นะ เป็นการให้กำลังใจ” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“มีแค่แม่กับเพื่อนที่สนิทกัน 4 คน โดยทั้ง 4 คนนี้ไม่แสดงท่าทางรังเกียจเนื่องจากเป็นบุคคลที่คัดมาแล้ว เราเห็นว่าเป็นคนที่ไว้ แต่ดิฉันก็คิดว่าเขาคงมีความรู้สึกเสียใจอยู่บ้าง แต่เขาก็สามารถรับได้กับข้อมูลพวกนี้ เนื่องจากเขาอยู่กับคนที่มีเชื้อพวกนี้อยู่ เขาจึงรู้ว่าเขาควรที่ปฏิบัติตัวอย่างไร” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“มีแค่เพื่อนกับพี่ชายรู้ ไม่เกิน 4 คน กอดกันและนั่งคุยกันให้กำลังใจกัน” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

“มีแค่เพื่อนไม่เกิน 5 คนเท่านั้นที่รู้ เพื่อนบอกว่าไม่เป็นไร ไม่เปิดเผยถ้าไม่สนิทกันจริง ๆ” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกับข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"บางครั้งมีเพื่อนป่วยมา รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี ก็จะมีการแสดงท่าทีที่ออกห่าง จากที่เดินไปด้วยกัน ชวนไปกินข้าวก็จะชวนแบบผิวเผิน" (พยาบาลให้คำปรึกษา 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

"โดนบอกเลิกหลังจากที่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 1 อาทิตย์ ถึง 1 เดือน เกือบประมาณ 80% ที่บอกเลิกในช่วงแรกอาจจะซื้อใจกัน" (พยาบาลให้คำปรึกษา 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

"เพื่อนและครอบมักจะตีตัวออกห่างก็เพราะว่าความไม่รู้ในโรค ว่าเป็นโรคนี้ต้องปฏิบัติตัวอย่างไรทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความว้าเหว่และอ้างว้างขาดที่ปรึกษาในการดำเนินชีวิตจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดดเดี่ยว บางทีถึงขั้นเก็บกดอาจมีการทำร้ายตัวเองในบางเคส" (นักวิชาการสาธารณสุข 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกันกับที่นักจิตวิทยาการปรึกษา นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวีที่ได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"เมื่อบุคคลที่บ้านรับทราบ หรือเพื่อนรับทราบแน่นอนรับไม่ได้และมักจะมีการตีตัวออกห่างจากผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในคนที่ไม่มีความรู้ด้านเอชไอวี" (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

"บุคคลในครอบครัว ไม่ได้ให้การยอมรับและไม่ได้ให้ความเข้าใจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างแท้จริง เพื่อนฝูงที่สนิทเมื่อทราบว่าเราติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดการรังเกียจ" (นักจิตวิทยาการปรึกษา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

4.1.3 ปัญหาด้านการทำงานและการจ้างงาน

จากสภาพปัญหาด้านการทำงานและการจ้างงานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยปัจจุบันยังมีสถานประกอบการหลายแห่งที่มีการบังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าทำงาน ทั้งนี้รวมไปถึงหน่วยงานภาครัฐ เช่น ตำรวจ ทหาร นักเรียนนายสิบ ที่มีการบังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าทำงาน และมี

ในบางคณะบางมหาวิทยาลัยที่บังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าศึกษา ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนไม่น้อยสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพในการทำงาน

สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เคยไปสมัครงานที่โรงงาน ให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีพอเรามาเป็นโรคแล้วโรงงานไม่รับเขาแจ้งว่าคนติดเชื้อไม่สามารถทำงานร่วมกับคนอื่นได้” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“ไปสมัครงานบริษัทแห่งหนึ่ง แล้วให้มีการตรวจสุขภาพก่อนเริ่มงานให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วย ตอนนั้นรู้สึกกลัวมากไม่ได้ไปตรวจซึ่งผ่านการสัมภาษณ์หมดทุกอย่างแล้วกลัวคนในที่ทำงานรู้ ทำให้สูญเสียงานไป” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“ไม่กล้าไปสมัครงานตามโรงงานก็เพราะว่ากลัวโรงงานเขาให้ตรวจหาเชื้อเอชไอวี แต่ผมก็อยู่ในอาชีพของผม ผมอยู่เหมือนคนอื่นปกติแต่ผมก็คิดว่าความลับไม่มีในโลกแต่ผมก็อยากจะปิดอยู่” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“ขายของในเฟสบุ๊ค เพื่อน ๆ รู้ว่าเราติดเชื้อนี้ด้วยแรก ๆ เราก็ไม่ได้อะไรนะ แต่ยอดขายของก็น้อยลง ก็รู้สึกเครียด มีความกังวล ไม่มีเงิน มีอาชีพให้เราทำน้อย” (ผู้ติดเชื้อบุคคลหลากหลายทางเพศ 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

ดังตัวอย่างที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เขาเป็นคนที่รู้ตัวเองว่ามีเชื้อ เช่นการสมัครงาน (เพราะเป็นคนดูแลเคส) จะมีพาทของการกรอกเอกสารทั้งหมดบันทึกขั้นตอนการตรวจสุขภาพซึ่งเขาเห็นแล้วว่ามีการตรวจหาเชื้อเอชไอวี เขาก็หนีกลับยกเลิกการสมัครงานนั้นทั้งหมดเลย ซึ่งเขาผ่านขั้นตอนที่ 1 จนถึงขั้นตอนที่ 2 ก่อนจะสัมภาษณ์ เขากังวลไปก่อนเลยว่า ถ้าเขาตรวจเจอ ที่ทำงานรู้ เขาต้องไม่รับแน่เลย โดยที่ทำงานเขายังไม่ได้บอกเงื่อนไขเลย เขาตีตราตนเองว่าที่ทำงานต้องไม่รับแน่ ๆ เลย จน

ทำให้เขาต้องยกเลิกการสมัครงานนั้นไป” (พยาบาลวิชาชีพ 1,การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

“พบปัญหาสภาวะซึมเศร้าในช่วงแรกที่รู้ผลตรวจว่าติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ก็จะมีเครียดเข้ามา การวางแผนชีวิต วางแผนว่าจะไปทำงานที่ต่างประเทศ ซึ่งทำให้เขาเครียด ทำให้เขาเอาข้อแม้นี้ไปบอกคนที่จะพาเขาไปทำงานที่ต่างประเทศไม่ได้ เพราะว่าข้อแม้นี้สำคัญที่จะไปทำงานที่ต่างประเทศ มันจะมีผลต่ออาชีพเขา ทำให้ทุกอย่างเครียดไปหมดเลย ยังไม่เคยถึงขั้นที่จะฆ่าตัวตาย แต่จะเจอแค่เครียดและหาทางออกไม่ได้” (พยาบาลวิชาชีพ 2,การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

“เคยเจอเคสชาวต่างชาติฟิลิปปินส์เขามาทำงานที่เมืองไทยมี แล้วไม่มีสิทธิการรักษาในเอกสารมีแค่ Passport ไม่มี Work Permit ไม่ได้อยู่ในเครือข่ายของ Migrant เขาค่อนข้างเครียดและเกิดการตีตราตัวเอง มีผื่นขึ้น มีอาการ เพื่อนที่ทำงานเริ่มทักมีอาการเปลี่ยนแปลง ใช้เวลาค่อนข้างนานไม่มีสิทธิในการรักษา รัฐบาลไม่สนับสนุน” (พยาบาลวิชาชีพ 3,การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกันกับที่นักจิตวิทยาการปรึกษา นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวีและนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชนที่ได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เอชไอวีส่งผลกระทบต่อหน้าที่การงานเพราะบางหน่วยงานของรัฐหรือว่าเอกชนจะไม่ยอมรับและมีการตีตราต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหากเขาได้ทำงาน” (นักจิตวิทยาการปรึกษา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

“คนติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในวัยทำงานมักจะส่งผลกระทบต่อการทำงาน บางครั้งจะทำให้นายจ้าง หรือเพื่อร่วมงานรังเกียจ” (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

“ส่วนใหญ่ในประเทศไทย คนที่กินยาดีตรงเวลาชีวิตก็ดีขึ้นสุขภาพแข็งแรงก็จะเข้าสู่กระบวนการการทำงานแต่ก็สถานการณ์ปัจจุบันที่เจอก็ยังพบว่ามีการเลือกปฏิบัติในที่ทำงาน อย่างเช่น มีเงื่อนไขในการตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าทำงาน หรือในระหว่าง

ทำงานอย่างงี้อะค่ะ เป็นต้น ทั้งในสถานประกอบการเอกชนหรือในสถานที่ทำงานของรัฐ เราก็ยังพบเจอในมิติการทำงานก็ยังพบปัญหาการร้องเรียนอยู่ในปี พ.ศ. 2566 สำหรับมิติในด้านการเรียนการศึกษายังคงพบปัญหาการร้องเรียน อย่างเช่นให้ตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีก่อนการเข้าศึกษาในคณะพยาบาลศาสตร์ในมหาวิทยาลัยบางแห่ง หรือว่าให้เด็กที่ได้รับผลกระทบจากเชื้อเอชไอวี เช่น ลูกของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีพ่อหรือแม่ติดเชื้อเอชไอวีให้หยุดเรียนก่อน เราก็เจอสถานการณ์นี้ในปัจจุบัน ตอนนี้ก็มีปัญหาเรื่องนี้บ่อยส่วนใหญ่จะเป็นการมาร้องเรียนเกี่ยวกับการตรวจเลือดก่อนเข้าทำงานในบริษัทในสถานประกอบการเอกชนต่าง ๆ รวมถึงในวัดบางแห่งก็ให้แสดงผลการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีก่อนที่จะบวชได้ รวมไปตำรวจ ทหารเรือ ทหารอากาศ ที่จะต้องมีเงื่อนไขตรวจเลือดอยู่ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้สึกบั่นทอนชีวิตของตัวเองเนื่องจากการหางานที่ค่อนข้างยากในปัจจุบัน” (นักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน, การสื่อสารส่วนบุคคล, 9 มิถุนายน 2566)

4.1.4 ปัญหาด้านสิทธิและสวัสดิการที่ไม่เท่าเทียม

จากสภาพปัญหาด้านสิทธิและสวัสดิการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่จังหวัดขอนแก่น โดยปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหาด้านสิทธิสวัสดิการการเบิกจ่ายเงินผู้ป่วยเอชไอวีจากทางภาครัฐที่ไม่ทั่วถึง สิทธิการรักษาที่ไม่เท่าเทียม สิทธิในการรับยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) ซึ่งปัจจุบันตั้งแต่เดือนธันวาคม พ.ศ. 2565ทางรัฐบาลได้ปิดกั้นให้เฉพาะสิทธิบัตรทอง เท่านั้น บัตรประกันสังคม บัตรข้าราชการยังไม่สามารถเบิกยาต้านไวรัสนี้ได้ในขณะนี้ สิทธิในการตรวจหาเชื้อเอชไอวี สิทธิในการรับยาต้านเมื่อรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี (ARV) สิทธิในการได้รับการแจกถุงยางอนามัยอย่างทั่วถึง

สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตอนไปโรงพยาบาลเห็นหมอไฮไลท์สีลงบนกระดาษทำให้รู้สึกแตกต่างจากคนอื่น ๆ เครียดและคิดมาก” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“อยากให้ทางรัฐบาลจ่ายยาต้านไวรัส (PrEP) ให้ครบทุกสิทธิ ถ้าให้เฉพาะสิทธิบัตรทองก็ไม่ครอบคลุมทุกสิทธิให้บริการที่ไม่ทั่วถึงแล้วจะแก้ปัญหาเอดส์ได้ตรงไหน” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

“ถ้าให้สิทธิเฉพาะบัตรทองการรักษาก็ไม่ทั่วถึงแล้วจะแก้ปัญหาได้ตรงไหน” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“ถ้าไปโรงพยาบาลเพื่อรับยาต้านไวรัส (Prep) ในบางที่เสียเงิน 2,500-3,000 บาท เช่น โรงพยาบาลเอกชน หรือหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ของรัฐ” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“อยากให้มีจุดบริการที่มากขึ้นเนื่องจากปัจจุบันมีน้อยมาก เนื่องจากต้องไปหาที่โรงพยาบาลรัฐ หรือคลินิกเฉพาะทางเท่านั้น” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“อยากให้รัฐบาลให้ยาต้านไวรัสฟรีในโรงพยาบาลเอกชน” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“อยากให้ทางรัฐบาลใส่ใจเรื่องนี้เนื่องจากสิทธิสวัสดิการขั้นพื้นฐาน” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“อยากให้รัฐบาลสนับสนุนให้มากกว่านี้ ให้คนส่วนมากได้เข้าถึงยาตัวนี้ไม่ใช่ให้เฉพาะคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“อยากให้ทางรัฐบาลสนับสนุนในด้านถุงยางอนามัยไปยังสถานประกอบการ โรงแรม ม่านรูด อาบอบนวด เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลากหลายทางเพศ 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

“อยากให้รัฐบาลออกกฎหมายมาใหม่ให้ครอบคลุมการรักษารับยาต้านไวรัสเอชไอวีทุกสิทธิ” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลากหลายทางเพศ 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

“อยากให้ทางรัฐบาลไปปรึกษาหารือกันให้สิทธิการรักษาให้ครอบคลุมทุกสิทธิเพราะเป็นคนไทยเหมือนกัน” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหลากหลายทางเพศ 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สอดคล้องกับข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"อยากให้ทางรัฐบาลเพิ่มโอกาสในการเข้าถุงยางอนามัยฟรีในชุมชน โดยตั้งเป็นจุดบริการหรือมีตู้บริการถุงยางอนามัยฟรีในสถานที่สาธารณะต่าง ๆ เพื่อทำให้การเข้าถึงได้ง่าย ซึ่งเป็นการป้องกันการติดเชื้อได้ง่ายที่สุด เพิ่มพื้นที่ในการกระจายถุงยางอนามัยเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งควรเร่งให้นโยบายยาต้านไวรัสเอชไอวี (PrEP) ให้ครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาเพื่อจะได้เป็นประโยชน์ของประชาชน" (พยาบาลให้คำปรึกษา 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

"รัฐบาลควรขยายสิทธิการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีให้ครอบคลุมทุกสิทธิเนื่องจากเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของประชาชนทุกคนที่ควรได้รับ" (พยาบาลให้คำปรึกษา 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกันกับที่นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี ที่ได้ให้ข้อมูลดังนี้

"การรณรงค์การป้องกันในการควบคุมเชื้อเอชไอวีก็เป็นสิ่งสำคัญ แต่ที่สำคัญไปกว่านั้นสิทธิในการเข้าถึงบริการของประชาชนก็สำคัญไม่แพ้กัน รัฐบาลควรตระหนักและส่งเสริมในด้านสิทธิและสวัสดิการของผู้ป่วยเอชไอวีในทุกมิติ" (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

4.2 ผลการศึกษาส่วนที่ 2

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 2 เพื่อศึกษาถึงสาเหตุที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งจะประกอบไปด้วย 4.2.1 เจตคติ ค่านิยมและความเชื่อ 4.2.2 ความรู้ในด้านเอชไอวีและโรคเอดส์ 4.2.3 ปัญหาจากสื่อต่าง ๆ โดยขอนำเสนอรายละเอียดของการวิจัย ดังต่อไปนี้

4.2.1 เจตคติ ค่านิยมและความเชื่อในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

เจตคติและความเชื่อในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ปลูกฝังกันมาตั้งแต่ในอดีตว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนไม่ดี มีเพศสัมพันธ์ที่วิปริต ทำให้สังคมไทยในปัจจุบันเกิดความอคติ เกิด

การแบ่งแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ออกจากคนทั่วไปในสังคม ทำให้เขาเหล่านั้นไม่มีที่ยืนในสังคมถ้าหากมีคนอื่นทราบว่าตนเองได้รับเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์ และในด้านค่านิยมทางเพศ โดยคนส่วนใหญ่คิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเป็นหญิงขายบริการเท่านั้น หรือเป็น LGBT หรือสำส่อนทางเพศเท่านั้นถูกจะเป็นโรคนี้ได้ โดยเหมารวมทุกอย่าง ปิดกั้นไม่ให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้มีสิทธิมีเสียงในสังคม

สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ที่สำคัญเลยเขาอาจจะรังเกียจหรือเปล่า ไม่ชอบ ด้วยความที่เขาไม่ชอบโรคนี้อยู่แล้วเขาจึงแสดงปฏิกิริยาสีหน้าอย่างนั้นออกมา สมมติว่าคนนั้นเป็นโรคอะไรฉันรู้แล้วฉันจะไม่ไปยุ่ง ฉันกลัว อะไรแบบนี้ ให้ตีห่าง ไม่พูดคุยกกับคนประเภทนั้นเนื่องจากกลัว พูดง่าย ๆ ก็คือรังเกียจ กลัว สังคมไม่ชอบอยู่แล้ว" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

"รู้สึกใจแป้ว ใจหาย เมื่อมีคนพูดถึงเรา ใครเป็นแบบนี้ ก็ต้องเป็นที่น่ารังเกียจต่อบุคคลอื่น เขาก็เลยทำให้ตีตัวออกห่าง แต่ทุกคนก็ไม่ได้มีความรู้เรื่องเอชไอวี ทำให้เขาเอาทุกอย่างมาพัวพันกันไปหมด ใครเป็นโรคนี้มันก็เป็นที่น่ารังเกียจของบุคคลรอบข้างอยู่แล้ว แต่มันไม่ได้ติดง่าย ๆ บางคนมีอาการ มีตุ่ม ผื่นขึ้น บางคนเวลากินข้าวด้วยกันเขาไม่อยากกินข้าวด้วยเนื่องจากกลัวการติดเชื้อเอชไอวี" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

"คนในครอบครัวเรารู้และอาจปฏิบัติตัวกับเราดีแต่คนข้างนอกมองเราไม่ดี ติดลบ มันก็ทำให้เราแย่ในสายตาคนอื่น บางครั้งอยากจบชีวิตไปเลยด้วยซ้ำ โดยเฉพาะเราเป็นกลุ่ม LGBT เรายิ่งโดนซ้ำเติมหนักในทุก ๆ เรื่อง" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

"คนตามหมู่บ้านเรารุ่น ปู่ ย่า ตา ยาย เขามองโรคนี้ไม่ดีอยู่แล้ว เขาว่าเป็นโรคกะหรี่ โรคของคนสำส่อน โรคของคนขายตัว เขาไม่ได้มาสนใจว่าจะมียารักษาหรือไม่มียามารักษา ถ้าหากเขารู้แล้วเขาตีตราเลย ยิ่งคนอยู่บ้านนอกยิ่งรู้ดีคนในหมู่บ้านนินทากันให้แซดเลยบางทีก็ไม่

รู้ว่าจะเอาหน้าไปไว้ที่ไหน” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

“เวลาตามงานบวชแห่นาค รถแห่ งานหมอลำ เพื่อน ๆ เขาก็ไปเป็นกลุ่มเขาไปได้มาบอกเราก็ว่าเรามีเชื้อ ไม่ค่อยมีคนคบ บางทีไปช่วยงานล้างจานเขาก็บอกว่าไม่เป็นไรไม่ต้องช่วย เคยเห็นคนที่ตายด้วยโรคนี้มาเผาที่เมรุของหมู่บ้านเขาต้องใส่ถุงซิบ 2 ชั้นก่อนเผาดูแล้วมันน่าเวทนาตัวเอง” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกับข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“บางครั้งก็เกิดจากคนในครอบครัว ที่บ้านรู้ว่าติดเชื้อเชไอวี ด่าทอ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดดเดี่ยวจากสังคม ทำให้ขาดแรงสนับสนุนจากคนในครอบครัว” (พยาบาลให้คำปรึกษา 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

“ในสมัยก่อนถ้ารู้ว่าคนนี้เอดส์เดินผ่านโอ่งน้ำกิน เทน้ำทิ้งเลย ถ้ารู้ว่าคนนี้เป็นเอดส์ให้ไล่ออกจากชุมชน ถ้าไม่ไล่ ให้ไปอยู่ท้ายนา หรือท้ายหมู่บ้าน หลังวัด” (พยาบาลให้คำปรึกษา 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

“ครอบครัวและชุมชนเป็นสิ่งสำคัญในการลดการตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หากความเชื่อในสมัยอดีตที่มีการปลูกฝังกันมามันยังมีอยู่ ยังไม่จางลง ผู้ติดเชื้อก็จะอยู่ยากขึ้น” (นักวิชาการสาธารณสุข 1 ,การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกันกับที่นักวิชาการ NGO และนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชนที่ได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะถูกคนรอบข้างตีตราว่าเป็นคนไม่ดี จะทำให้เกิดความเครียดเสี่ยงต่อการฆ่าตัวตายสูง” (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

“คนในชุมชนไม่ยอมรับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ตีตราคนติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนไม่ดี เบี่ยงเบนทางเพศ วิปริศคนในชุมหากรู้แล้วจะพูดดูถูก เหยียดหยามคนที่ติดเชื้อเอชไอวีให้เสื่อมเสีย” (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

“ตลอดช่วงเกือบ 30 กว่าปีที่ทำงาน มันก็จะมีการตีตราจากทางสังคมใช่มั๊ยค่ะ ไม่ว่าจะเป็นการถูก Stigma ไม่ว่าการที่จะมองผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นตัวแพร่เชื้อหรือมองว่าคนที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนไม่ดีเป็นคนสำส่อน ทัศนคตินี้ยังมีในสังคมแล้วมันยังส่งผลกระทบทำให้มีการตีตราตนเองต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมันจะไม่เห็นผลแบบตรวไปตรงมาแบบ 1+1 = 2 แต่มันก็ส่งผลทำให้คนไม่กล้าเข้าไปรับบริการที่โรงพยาบาลค่ะ เพราะว่าทำให้เกิดความกังวลว่าคนอื่นจะรู้สถานะผลเลือดตัวเองมั๊ย รู้สึกว่าไม่มีความมั่นคงในตัวเองก็จะส่งผลให้การกินยาด้วย หรือการมีคุณค่าในตัวเองลดลงไปด้วย...ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในสภาพแวดล้อมของคนในครอบครัวและสังคมเข้าใจก็จะส่งผลถึงความแข็งแรงข้างในในตัวเอง กับอีกคนนึงที่เป็นผู้ติดเชื้อแต่ สภาพสังคมแวดล้อมใกล้ตัว ครอบครัว ไม่มีความเข้าใจก็จะส่งผลต่อความแข็งแรงในจิตใจของเขาที่ลดลงไปด้วยจะมีผลต่อกัน...ปัจจุบันยังไม่มีเคสที่มาปรึกษาในด้านฆ่าตัวตาย แต่จากการทำงานที่ผ่านมาในการจัดกิจกรรมกลุ่มในการลดการตีตราตนเองในผู้ติดเชื้อก็พบว่า คือในสถานการณ์เพื่อน ๆ ในสมาชิกเราก็มีการในช่วงที่พีคมาก ๆ หมายถึงในช่วงชีวิตที่มันแย่มีก็จะมีการตัดสินใจที่จะฆ่าตัวตายหรือคิดที่จะทำร้ายตัวเองอยู่บ้าง ก็มีบ้าง หรือสถานการณ์ที่เราเห็นตอนนี้ก็คือการหลีกหนีสังคมไม่อยากเข้าร่วมในสังคม ไม่อยากเข้าร่วมกิจกรรมในชุมชนสังคม ก็มีผลเหมือนกันก็มีผลมาจาก Social Stigma ด้วยเหมือนกัน” (นักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน, การสื่อสารส่วนบุคคล, 9 มิถุนายน 2566)

4.2.2 ความรู้ความเข้าใจของสังคมในด้านเอชไอวีและโรคเอดส์

ปัจจุบันผู้คนส่วนใหญ่ในสังคมยังมีความรู้เกี่ยวความเข้าใจกับเอชไอวีและโรคเอดส์ที่น้อยอยู่ หากคนในสังคมมีความรู้ที่มากขึ้น การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็จะลดน้อยลง ทั้งนี้ควรจัดให้มีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเชไอวีและเรื่องเพศศึกษา ตั้งแต่ในวัยประถมเพื่อเป็นการปลูกฝังให้เด็กมีความรู้และเมื่อเด็กโตขึ้นจะได้เป็นเกาะสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติได้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"คนอื่นเขาไม่รู้ ไม่ได้ศึกษา ว่าที่มาและวิธีการอยู่ร่วมกัน การปฏิบัติตัว เขาผิดไหม สำหรับส่วนตัวมองว่ามันไม่ผิดมันคุยกันได้ แต่ถ้ารู้แล้วเขาไม่เปิดใจก็ทางใครทางมันเกิดจากทัศนคติและมีความอคติ" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

"เอชไอวี มันไม่ได้ติดง่าย ๆ ถ้าคนมีความรู้ก็จะไม่รังเกียจ" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

"คนสมัยก่อนเขาจะรู้แค่ว่าเอดส์อย่างเดียว ไม่รู้จักเอชไอวี บ้านผมอยู่บ้านนอก ชนบท เขาก็จะตีแค่ว่าเอดส์อย่างเดียว น่ารังเกียจ มีความอคติ ไม่มีความรู้" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

"คนอื่นทั่ว ๆ ไปในสังคมไม่รู้เรื่องราวเกี่ยวกับเอชไอวีที่แท้จริงก็จะเกิดการรังเกียจและการตีตราเกิดขึ้นในสังคมไทยทำให้เกิดความขัดแย้งกันได้หากทุกคนทราบและรับรู้ถึงเอชไอวีก็จะทำให้ทุกคนด้วยกันได้" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกับข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"สาเหตุที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติมาจากความรู้ล้วน ๆ ถ้ามีความรู้เรื่องเอชไอวีเรื่องของการแพร่ระบาด มันก็จะหยุดเรื่องของการตีตราและการเลือกปฏิบัติได้" (พยาบาลให้คำปรึกษา 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

"คนอื่นไม่รู้ถึงข้อมูลว่าที่มา ที่ไปของโรคติดเชื้อเอชไอวีและวิธีการป้องกัน ถ้าเขาทราบเขาก็จะปฏิบัติตัวกับผู้ติดเชื้ออีกแบบ" (พยาบาลให้คำปรึกษา 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

“การอบรมที่จะให้คนเปลี่ยนแปลงทัศนคติด้านเอชไอวีอาจจะต้องทำ 2 ครั้ง หรือ 3 ครั้งเปลี่ยน บางครั้ง 5 ครั้งถึงจะเกิดการเปลี่ยนแปลงหรือบางครั้งอาจทำมากกว่านั้นถึงเกิดการเปลี่ยนแปลง ซึ่งอาจจะต้องใช้เวลามาก ๆ ที่จะทำให้คน ๆ หนึ่งปรับเปลี่ยนทัศนคติหรือวิสัยทัศน์ได้” (พยาบาลให้คำปรึกษา 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

“เกิดจากความไม่รู้ เห็นปุ๊ปพูดเลยและทัศนคติเชิงลบ” (นักวิชาการสาธารณสุข 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

“สำหรับ U=U คนไทยชอบเอาตัวอย่าง ก็คือคนที่ติดเชื้อที่มีเพศสัมพันธ์กับคนที่ไม่ติดเชื้อให้เห็นตัวอย่างจริง ๆ เขาถึงจะเชื่อ ต้องเห็นของจริงถึงจะเชื่อ ถ้าพูดปากเปล่าจะไม่เชื่อ เช่น คนมีชื่อเสียง ให้โชว์ผลตรวจหมดว่าไม่ติด คนไทยชอบ” (นักวิชาการสาธารณสุข 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกันกับที่นักจิตวิทยา นักวิชาการ NGO ที่ได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“เกิดสภาพแวดล้อมในครอบครัว สังคม เพื่อนฝูงที่ไม่มีความรู้ในด้านเอชไอวีเลย จากการสัมภาษณ์น้อง ๆ ที่เข้ามารับบริการน้อง ๆ ไม่รู้เรื่องของเอชไอวีเลยก็จะรู้เรื่องโรคเอดส์แต่ก็ไม่รู้จักข้อมูลเชิงลึกของโรค เช่น เอชไอวีคืออะไร เอดส์คืออะไร มันติดต่อกันได้อย่างไร น้อง ๆ หลายคนยังไม่รู้เลย” (นักจิตวิทยาการปรึกษา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

“โดยส่วนใหญ่คนจะคิดว่าเอชไอวีมันติดง่ายนะแค่จับมือกันก็ติดได้เลย หรือกินข้าวด้วยกัน กินน้ำด้วยกันก็ติดได้เลย อันนี้คือสาเหตุที่ทำให้คนเขาตีตราคนที่ติดเชื้อเอชไอวีไว้แล้ว ด้วยความที่เขาไม่เข้าใจในตัวโรค ถ้าสมมติว่าเขาเข้าใจในตัวโรค ว่าโรคนี้มันติดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ได้ป้องกัน การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน มันก็จะลดการตีตราลงไปบ้าง อยากจะปลูกฝังละให้ชุดความรู้แก่บุคคลทั่วไปให้ทราบว่าเอชไอวีมันไม่ได้ติดง่ายขนาดนั้นนะ ถ้าเขาเข้าใจการตีตราและการเลือกปฏิบัติก็จะลดน้อยลง” (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

4.2.3 สื่อต่าง ๆ

การเสพสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์มากเกิน เช่น ในสื่อทางละครทีวี หรือข่าวในทีวี อินเตอร์เน็ต วิทยุต่าง ๆ หรือสื่อสังคมออนไลน์มากเกินไปทำให้บางครั้งจะทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น เช่น การดูข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี การอ่านหรือคอมเมนต์ภาพหรือสื่อโซเชี่ยลมีเดียเกี่ยวกับผู้ป่วยเอชไอวีในด้านลบ ก็มักจะทำให้เกิดชุดความคิดในด้านลบและเกิดการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้นได้

สอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"วัดพระบาทน้ำพุอาจจะเป็นเหตุผลเดียวกันที่ไม่อยากจะให้ใครเข้าใกล้ผู้ป่วย สื่อมีอิทธิพลในการดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ต่อความคิดของบุคคลอื่นที่มองผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นคนไม่ดี" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

"ผลกระทบทางสื่อฯ ก็มีบ้างแต่อย่างน้อยเราก็รู้แค่ตัวเรา เราก็ดูแลตัวเองให้มีสุขภาพแข็งแรง มีความสุข ทำอย่างไรก็ได้ให้ตัวเองมีความสุข อย่าไปคิดตรงนั้น พยายามบอกตัวเองอย่างน้อยก็มียารักษา พยายามทำข้อปฏิบัติให้เคร่งครัด ทานยาสม่ำเสมอ ไม่คิดมากไปกับสื่อฯ และคอนเท้นต่าง ๆ ที่ทำให้เรารู้สึกดี" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

"การออกข่าวมีส่วนเป็นอย่างมาก เพราะว่าการออกข่าวไม่ได้แยกออกมาเป็นหัวข้อ เขาก็จะตีข่าวว่าเป็นเอดส์อย่างเดียวทำให้อยู่ในสังคมยาก แล้วความหมายของคนที่เป็นเอดส์ก็คือกลัวเลย มันไม่ได้ติดกันง่าย ๆ" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกับข้อมูลที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"สื่อ โซเชี่ยลมีเดียต่าง ๆ สมัยก่อนเป็นการรณรงค์ภาพทำให้คนกลัว ทำให้เกิดด้านลบของคนที่ติดเชื้อจนทำให้มีการปลูกฝังมาถึงปัจจุบัน" (พยาบาลให้คำปรึกษา 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

“คนรุ่นใหม่สาเหตุอาจเกิดจากการล้อเลียน บูลี่ ให้เกิดการตีตรา เช่น โพสในเฟสไม่สบาย นอนโรงพยาบาล เอาอีกแล้วคอมเม้นต์มีการซุปซิป การส่งต่อเป็นไวรอล เป็นการส่งต่อเปรียบเสมือนเรื่องจริงทั้ง ๆ ที่มันไม่ใช่ จั่วมาหรือเปล่า ทั้ง ๆ ที่เป็นเรื่องละเอียดอ่อนเพื่อน ๆ หรือคนสนิทเขาก็ยังเอามานินทาได้” (พยาบาลให้คำปรึกษา 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกันกับที่นักจิตวิทยา และนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชนที่ได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ภาพลักษณ์ที่สื่อออกจากละครทีวี หรือว่าสื่อต่าง ๆ บางช่อง บางรายการ มีการให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีแบบไม่ถูกต้อง ๆ และทำให้เกิดความเชื่อแบบผิด ๆ จึงทำให้เกิดการตีตราและเกิดการรังเกียจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้” (นักจิตวิทยาการปรึกษา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

“มีผลนะคะ ดูตั้งแต่เมื่อก่อนภาพที่โฆษณาหรือสื่อรณรงค์ ถ้าเราจำได้แต่ก่อน ไปในบางพื้นที่ก็จะเห็นอยู่ติดเชื้อเอชไอวี/เป็นเอดส์ เป็นแล้วตายอย่างงี้นะคะ ก็จะส่งผลถึงทางด้านกลัว กังวล การถูกโดดเดี่ยวในสังคม ให้สังคมโดยไม่ได้ให้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริงให้สังคมได้รับทราบ หรือในบางครั้งสื่อที่ได้มีการให้ข้อมูลเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีแล้วเชื่อมโยงกับกลุ่มประชากรที่เปราะบางไปด้วย ก็จะส่งผลให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติ เช่น การเชื่อมโยงเหมารวมผู้ติดเชื้อเอชไอวีไปเชื่อมโยงกับอาชีพบางอาชีพ เช่น พนักงานบริการ ผู้ใช้ยา หรือแรงงานข้ามชาติ พม่า ลาว อินโดนีเซีย ซึ่งมันก็มีส่วนที่ทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นซึ่งมันไม่ใช่ ทำให้เหมารวมว่าพนักงานบริการจะต้องติดเชื้อเอชไอวีเป็นต้นค่ะ มันเกิดจากพฤติกรรมของแต่ละบุคคลไม่ได้เกี่ยวกับอาชีพที่เขาเป็น” (นักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน, การสื่อสารส่วนบุคคล, 9 มิถุนายน 2566)

4.3 ผลการศึกษาส่วนที่ 3

ตามวัตถุประสงค์ข้อที่ 3 เพื่อศึกษาแนวทางที่ลดการตีตรา ลดการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิเหมือนกับบุคคลทั่วไปและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกตีตราจากสังคมกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติประกอบไปด้วย 4.3.1 การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเท่าเทียมและเป็นมิตร 4.3.2 นโยบายการให้สวัสดิการที่เทียมเทียมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4.3.3 การส่งเสริมภาคประชาสังคมให้มี

ส่วนร่วมและการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชน 4.3.4 การคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยขอนำเสนอรายละเอียดของการวิจัย ดังต่อไปนี้

4.3.1 การให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเท่าเทียมและเป็นมิตร

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอส์ทุกรายมุ่งหวังที่จะให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติกับตนเองให้เหมือนกันกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ทั่วไป อย่างเช่นผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ไต หัวใจ มะเร็ง ไม่อยากให้ปฏิบัติแบบแบ่งแยกเพียงเพราะเขาเหล่านั้นมีเชื้อเอชไอวี อีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวียังต้องการความรัก ความเอาใจใส่จากผู้ปฏิบัติงานไม่อยากให้ผู้ปฏิบัติงานรังเกียจ ดูถูก และเหยียดหยามอีกด้วย

โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“คุณหมอสั่งให้เจาะเลือดหาเชื้อเอชไอวีพอผลเลือดออกพบว่าติดเชื้อเอชไอวีมีพยาบาลชักสีหน้าใส่ไม่พอใจทำให้ดิฉันรู้สึกน้อยใจและเสียใจ” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“เวลาไปรับยา ไปรับยาในพื้นที่ที่เราอาศัยอยู่เจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลรู้จักเรามองว่าเราเป็นคนไม่ดีเราก็ต้องทำใจ” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“ไปรับยาไม่ตรงนัดเนื่องจากทำงานอยู่แถว ๆ นั้นกลัวคนอื่นรู้” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“พยาบาลเสียงดังใส่ พูดตะคอก และใส่แมส 2 ชั้น สงสัยเขาคงรังเกียจผู้ติดเชื้อเอชไอวี” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“ไปรับยามา 1 ปี เปลี่ยนหมอไป 3 ท่านเนื่องจากหมอแต่ละท่านให้คำปรึกษาดูแล้วเหมือนเหยียดผู้ติดเชื้อเอชไอวี” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

สอดคล้องกับที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ให้มองว่าผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเหมือนคน ๆ หนึ่งทั่วไปในสังคม ให้มองว่าเขามีแค่อาการเจ็บป่วย มีโรคเหมือนโรคประจำตัว เบาหวาน ความดัน ที่ต้องการยาในการควบคุมโรคตัวนี้ไม่ให้แพร่ระบาดไป ให้มองกลุ่มคนที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีว่าเขาเหล่านั้นจะเป็นกำลังขับเคลื่อนประเทศให้มีความเจริญก้าวหน้าไปได้ถ้ามองข้ามเอชไอวีและเอดส์ไป" (พยาบาลให้คำปรึกษา 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

"ปลูกฝังให้เยาวชนหรือว่าคนในสังคมที่เสี่ยงให้หมั่นเข้ามาตรวจหาเชื้อเอชไอวีหากรู้เร็วก็สามารถเข้าสู่กระบสนการการรักษาได้เร็ว" (พยาบาลให้คำปรึกษา 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

"อยากให้หน่วยงานไม่ว่าจะเป็นของรัฐหรือเอกชนให้บริการโดยไม่แบ่งแยกและให้สิทธิเท่าเทียมกัน และถ้าหากผู้รับบริการได้รับการบริการที่ไม่เหมาะสมก็อยากให้มีหน่วยงานที่รับเรื่องร้องเรียน สามารถให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีแสดงความคิดเห็น ปรับปรุง ร้องเรียนได้ เช่น มีกล่องรับเรื่องร้องเรียนต่าง ๆ ไว้จัดบริการ" (พยาบาลให้คำปรึกษา 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

"ให้บริการอย่างเท่าเทียมและคำนึงถึงศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ด้วย" (นักวิชาการสาธารณสุข 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกันกับที่นักวิชาการ NGO ที่ได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"มีกลไกการร้องเรียนต่าง ๆ ให้ผู้รับบริการที่ไม่ได้รับบริการอย่างเท่าเทียมหรือไม่ได้รับความสะดวกสบายสามารถร้องเรียนได้ มาตรา 50 (5) แห่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 กำหนดให้มีหน่วยรับเรื่องร้องเรียนเพื่อให้ประชาชนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวก และเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนได้" (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

4.3.2 นโยบายการให้สวัสดิการที่เทียมเทียมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในด้านการให้นโยบายหรือสวัสดิการที่ไม่เท่าเทียมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี หากเจ้าหน้าที่ภาครัฐเกิดความอคติหรือไม่เป็นธรรมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ก็จะเกิดความเสียหายต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้เขาเหล่านั้นสูญเสียสิทธิ เสรีภาพ ทั้งทางร่างกาย ทางด้านสังคมและการประกอบอาชีพได้ ซึ่งในเดือนธันวาคม 2565 คณะกรรมการหลักประกันสุขภาพแห่งชาติได้มีมติชะลอการจ่ายเงินงบประมาณเพื่อสร้างเสริมสุขภาพและป้องกันโรค (Prevention and Promotion) ในส่วนของประชาชนที่ไม่ใช่สิทธิของบัตรทองออกไปก่อน เช่น สิทธิข้าราชการ สิทธิประกันสังคม ไม่มีสิทธิใช้งบประมาณจากกองทุนนี้ได้ ทำให้พวกเขาเหล่านั้นได้รับผลกระทบต่อด้านสุขภาพเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งอาจจะเกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมาภายหลังได้

โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“อยากให้ทางรัฐบาลจ่ายยาต้านไวรัส (PrEP) ให้ครบทุกสิทธิ ถ้าให้เฉพาะสิทธิบัตรทองก็ไม่ครอบคลุมทุกสิทธิให้บริการที่ไม่ทั่วถึงแล้วจะแก้ปัญหาเอดส์ได้ตรงไหน” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“ถ้าไปโรงพยาบาลเพื่อรับยาต้านไวรัส (Prep) ในบางที่เสียเงิน 2,500-3,000 บาท เช่น โรงพยาบาลเอกชน หรือหน่วยงานอื่นที่ไม่ใช่ของรัฐ” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

“อยากให้มีจุดบริการที่มากขึ้นเนื่องจากปัจจุบันมีน้อยมาก เนื่องจากต้องไปหาที่โรงพยาบาลรัฐ หรือคลินิกเฉพาะทางเท่านั้น” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“อยากให้รัฐบาลให้ยาต้านไวรัสฟรีในโรงพยาบาลเอกชน” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“อยากให้ทางรัฐบาลใส่ใจเรื่องนี้เนื่องจากสิทธิสวัสดิการขั้นพื้นฐาน” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“อยากให้รัฐบาลสนับสนุนให้มากกว่านี้ ให้คนส่วนมากได้เข้าถึงยาตัวนี้ไม่ใช่ให้เฉพาะคนกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“อยากให้ทางรัฐบาลสนับสนุนในด้านถุงยางอนามัยไปยังสถานประกอบการ โรงแรม ม่านรูด อาบอบนวด เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“อยากให้รัฐบาลออกนโยบายมาใหม่ให้ครอบคลุมทุกสิทธิ” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“อยากให้ทางรัฐบาลไปปรึกษาหารือกันให้สิทธิการรักษาให้ครอบคลุมทุกสิทธิเพราะเป็นคนไทยเหมือนกัน” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 5, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกับเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ควรได้รับสิทธิในการรับยาต้านไวรัสเอชไอวี (PrEP) อย่างเท่าเทียมกันทุกคนทุกสิทธิการรักษา และเรื่องของเงินสวัสดิการไม่ควรให้รับกับหน่วยงานท้องถิ่น อยากให้ผ่านบัญชีธนาคารไปเลย” (พยาบาลให้คำปรึกษา 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

“อยากให้รัฐบาลออกข้อกำหนดใหม่ในการรับเงินสวัสดิการเบี้ยยังชีพ 500 บาทต่อเดือน อยากให้กำหนดคุณสมบัติใหม่ให้ได้เท่าเทียมกันทุก ๆ คน ซึ่งคุณสมบัติเดิมคือจะต้อง อยู่ในภูมิลำเนาในเขตองค์กรปกครองท้องถิ่น ถูกทอดทิ้ง ขาดคนเลี้ยงดู หรือไม่สามารถประกอบอาชีพได้ และมีฐานะยากจนน้อยกว่า 20,000 บาทต่อปี จึงจะมีสิทธิได้รับเงินสวัสดิการ” (พยาบาลให้คำปรึกษา 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกันกับที่นักวิชาการ NGO และนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชนที่ได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“ตอนนี้ทางรัฐบาลยัง Support ผู้ที่อยู่กับเชื้อเอชไอวีในเรื่องของเงินสวัสดิการในทุก ๆ เดือน แต่ปัญหามันเกิดอยู่ที่ว่า ข้อมูลตรงนี้ ข้อมูลของคนที่ติดเชื้อเอชไอวีจะส่งผ่านไปยังผู้ใหญ่บ้าน อบต.ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่โอเคในตรงนี้ที่จะเข้าไปรับเงินสวัสดิการ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

กับทางผู้ใหญ่บ้าน ที่อยู่ในหมู่บ้านชุมชนของเขา ถ้าเป็นไปได้อยากจะให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าไปรับในหน่วยบริการที่ทำเงินสวัสดิการของเขาได้โดยตรง โดยไม่ส่งผ่านไปยังผู้ใหญ่บ้านเพราะว่าหากชาวบ้านรู้ก็ยิ่งจะเกิดการตีตราเกิดขึ้น อยากจะให้มีหน่วยงานหรือองค์กรที่เป็นนิรนามเฉพาะของเขา โดยไม่ต้องระบุว่าเป็นเงินสวัสดิการผู้ป่วยเอชไอวี ให้เป็นคนส่งเงินให้เองแน่นอนว่าความลับเป็นสิ่งที่สำคัญมาก ๆ ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่อยากให้ใครรู้ เคสเอชไอวีที่ไม่กล้าไปรับเงินสวัสดิการเพราะกลัวความลับรั่วไหล" (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

"จะแบ่งออกเป็น 2 ส่วน ส่วนแรกคือคนที่ยังไม่รับเชื้อเอชไอวีอยากให้ทางรัฐบาลเร่งดำเนินการออกนโนบายส่งเสริมและสนับสนุนให้บริการยาต้านไวรัสเอชไอวี (PrEP) ก่อนการรับเชื้อทุกสิทธิไม่ควรจำกัดสิทธิที่ให้เฉพาะสิทธิบัตรทอง เพราะสิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการหรือสิทธิอื่น ๆ ก็ควรได้รับสิทธิเช่นเดียวกันรัฐบาลไม่ควรไปละเมิดสิทธิของประชาชนตอนนี้เป็นปัญหามากและพบข้อร้องเรียนจากทางผู้รับบริการเข้ามาเป็นจำนวนมาก ซึ่งทางรัฐบาลได้มีนโยบายจำกัดสิทธิให้เฉพาะสิทธิบัตรทองตั้งแต่เดือนมกราคม พ.ศ. 2566 ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการดำเนินการแก้ไข สำหรับส่วนที่ 2 คนที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีแล้วก็ไม่อยากให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นอยากให้หน่วยงานต่าง ๆ สร้างความตระหนักรู้ในเชื้อเอชไอวีให้มาก ๆ อยากให้ทางรัฐบาลได้ออกนโยบายเพื่อลดการเลือกปฏิบัติแก่ผู้ที่อยู่ร่วมกันกับเชื้อเอไอวี เช่นการยกเลิกการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีในสถานประกอบการต่าง ๆ ไม่ว่าจะเป็นบริษัท ห้างร้าน หรือแม้กระทั่งหน่วยงานของรัฐบาล ตำรวจ ทหาร ที่ยังคงมีการตรวจเลือดก่อนเข้าทำงานอยู่ รวมไปถึงสถานศึกษาหลาย ๆ แห่งที่มีการบังคับตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าเรียน เช่น การเข้าศึกษาของคณะพยาบาลศาสตร์ของมหาวิทยาลัยแห่งหนึ่งที่ยังเป็นข้อร้องเรียนกันอยู่" (นักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน, การสื่อสารส่วนบุคคล, 9 มิถุนายน 2566)

4.3.3 การส่งเสริมภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมและการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชน

การส่งเสริมภาคให้ภาคประชาสังคม ภาคีเครือข่ายภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน เข้ามามีบทบาทส่วนร่วมในการสนับสนุนและส่งเสริมให้สังคมไทยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ามามีบทบาททำงานเชิงรุก ทั้งนี้รวมไปถึงการออกชุมชุนเพื่อทำการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติด

เชื้อเอชไอวี เพื่อทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์อยู่ร่วมกันกับสังคมได้โดยไม่แปลกแยกและเพื่อไม่ก่อให้เกิดอคติหรือเกิดการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้หน่วยงานต่าง ๆจะต้องหาแนวทางเพื่อสร้างแรงจูงใจ หรือมีการจัดการอบรมให้ผู้รับบริการเข้ามาตรวจและรักษาให้ทันท่วงทีเพื่อที่จะยุติปัญหาเอดส์ได้และลดการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ในอนาตต และสำหรับการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชนจากหน่วยงานจากสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หรือแม้กระทั่งหน่วยงาน NGO ที่ดูแลด้านเอชไอวี นักจิตวิทยาที่ให้คำปรึกษา และองค์กรด้านสิทธิมนุษยชนด้านเอชไอวีจะต้องมีการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยจะต้องมีหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่ดูแลด้านเอชไอวีโดยเฉพาะเข้ามาเป็นคนคอยสนับสนุนหน่วยงานในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ เพื่อที่จะได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่ประชาชนได้อย่างถูกต้อง

โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“การให้ภาคประชาสังคมเข้ามามีส่วนร่วมในการลดปัญหาการตีตราถือเป็นสิ่งที่ดี ก็เนื่องจากว่าองค์กรเหล่านี้เป็นองค์กรเฉพาะด้าน มักจะเข้าใจปัญหาผู้ป่วยเอดส์ อีกอย่างคนที่ทำงานนี้พูดง่าย ทำให้เราเข้าใจอะไรได้ง่ายขึ้น มีความรู้ความเข้าใจในโรคนี้มากขึ้น” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“การมีองค์กรอิสระ ไม่ว่าจะเป็นหน่วยงานของรัฐ เอกชน เข้ามาช่วยเสริมด้านเอชไอวีจะช่วยให้คนที่ติดเชื้อกล้าที่จะแสดงออกมากขึ้น” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“ภาคประชาสังคมต่าง ๆ ที่เข้ามาทำงานเกี่ยวกับเอดส์เราต้องขอชื่นชมในความเสียสละของคนทำงานเพราะบางครั้งเขาช่วยเหลือเราอย่างเต็มที่” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“ถ้ามีหน่วยงานหรือองค์กรมาช่วยดูแลผู้ป่วยเอชไอวี และมาคอยให้ความรู้ให้การสนับสนับสนุนทั้งการงานอาชีพต่าง ๆ ก็จะดีมากสำหรับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

“การสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชนถือเป็นสิ่งที่ดีค่ะ เพราะมันจะช่วยปลูกฝังให้เราทราบและรับรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีได้อย่างถูกต้อง” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 3, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

“การสร้างภูมิคุ้มกัน การให้ความรู้และการปลูกฝังเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีควรมีหน่วยงานเฉพาะด้านมาคอยส่งเสริมและสนับสนุน และควรมีการปลูกฝังตั้งแต่ในสมัยที่ยังเป็นวัยรุ่นอยู่เพราะเขาจะได้นำมาปรับใช้ในชีวิตของเขาได้” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

“ควรมีการจัดรณรงค์ หรือทางสื่อออนไลน์ให้ความรู้และสอนเกี่ยวกับเพศศึกษาและโรคต่าง ๆ รวมถึงการตั้งครรภ์ไม่พร้อม ถ้ามีการรณรงค์อย่างจริงจังเอชไอวีก็จะลดลงไปได้” (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

ดังตัวอย่างที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“บางครั้งเราต้องใช้ภาคประชาสังคมเข้ามามีบทบาทมากขึ้นในการส่งเสริมสุขภาพด้านเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ก็เนื่องมาจากว่าเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ การที่มีหน่วยงานเอกชนหรือ NGO เข้ามาช่วยนี้ก็จะช่วยเพิ่มบทบาทให้เขาได้ช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างเต็มที่เปรียบเสมือนคนทำงานคนหนึ่งที่จะต้องช่วยเหลือกันเป็นทีม อย่างเช่นการติดตามเคสที่เป็นเอชไอวีให้เข้ามารักษาตัวในโรงพยาบาล” (พยาบาลให้คำปรึกษา 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

“การมีภาคีเครือข่ายสนับสนุนเป็นสิ่งที่ดีและต้องการให้หลาย ๆ หน่วยงานเอาเป็นแบบอย่างเพราะจะได้สานต่อกันทำให้ผู้ป่วยอยากมีการเข้ามารักษาและลดอคติกับผู้ป่วยได้” (พยาบาลให้คำปรึกษา 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

“สาเหตุที่เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติมักจะเกิดจากความกลัวความไม่รู้ ถ้าเราปลูกฝังให้กับคนในสังคมได้รับรู้ว่าเอชไอวีกับเอดส์ไม่ได้น่ากลัวอย่างที่คิด และยังเป็นโรคที่สามารถมียาที่ควบคุมการแพร่ระบาดของจำนวนเชื้อบวกถึงวิธีการควบคุมโรคเอชไอวีไม่ให้แพร่กระจายไปสู่บุคคลอื่น ทั้งนี้ต้องให้กำลังต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและพาผู้ป่วยที่เป็น

โรคนี้ให้เข้าถึงยาต้านไวรัสได้อย่างทันท่วงทีก็จะยุติปัญหาเอดส์ในประเทศไทยได้” (พยาบาลให้คำปรึกษา 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

“หลาย ๆ หน่วยงานทั้งทางภาครัฐและเอกชนรวมไปถึงโรงเรียนต่าง ๆ เริ่มมีการให้ความรู้กับกลุ่มคนว่าเอชไอวีเป็นอย่างไรติดต่อกันอย่างไร” (พยาบาลให้คำปรึกษา 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

“ให้ความรู้ตั้งแต่วัยเรียน เพื่อจะได้ไม่ก่อให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติขึ้นทั้งนี้ก็เป็นการปลูกฝังให้เด็กและเยาวชนได้มีการตระหนักรู้และเรียนรู้ในเชื้อเอชไอวีว่าความเป็นมาของเชื้อเป็นอย่างไร รวมไปถึงการป้องกัน การปฏิบัติตน และวิธีการรักษาเมื่อเป็นแล้วเพื่อลดความกังวล ความกลัวให้แก่พวกเขาได้” (นักวิชาการสาธารณสุข 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

“รัฐบาลควรส่งเสริมและสนับสนุนในการรับรู้และการป้องกันเอชไอวี โดยการรณรงค์” (นักวิชาการสาธารณสุข 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกันกับที่นักจิตวิทยา นักวิชาการ NGO และนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชนที่ได้ให้ข้อมูล ดังนี้

“บางครั้งเราอาจจะทำงานในหน่วยงานเดียวไม่ได้ยังคงต้องอาศัยภาคีเครือข่าย หรือแกนนำชุมชนในการพัฒนาหรือบางในการส่งต่อข้อมูลข่าวสารเกี่ยวกับเรื่องเอชไอวีในชุมชน การให้องค์กร หรือหน่วยงานต่าง ๆ เข้ามาเกี่ยวข้องหรือมีบทบาทร่วมทำให้การทำงานกับชุมชนได้ง่ายมากขึ้น การสนทนากับผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ทำได้ง่ายขึ้น เขาสามารถไปรับยาหรือไปพบแพทย์ได้ตรงเวลา คนในสังคมก็มีความเข้าใจมากขึ้น” (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

“โรงพยาบาลและหน่วยงานภาครัฐได้มีนโยบายได้มีนโยบายเกี่ยวกับการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มคนที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เช่นห้องที่ให้บริการเอชไอวีก็จะหลีกเลี่ยงการใช้คำพูดที่ไม่ก่อให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลภายนอก หลาย ๆ หน่วยงาน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ได้มีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวี, เอดส์มากขึ้นว่ามีความแตกต่างกันอย่างไร” (นักจิตวิทยาการปรึกษา, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

“ปัจจุบันหลาย ๆ ที่ทั้งในสถานศึกษาสถานประกอบการที่มีวัยรุ่นหรือกลุ่มคนที่มีความเสี่ยงจะมีการรณรงค์เกี่ยวกับเอชไอวี,เอดส์เพิ่มเติมมากขึ้น คิดว่าในอนาคตข้างหน้าทุกคนจะมองปัญหาเอชไอวีและเอดส์เป็นโรคทั่วไปและไม่เกิดการรังเกียจและการตีตราขึ้นในประเทศไทย” (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

“อยากให้คนในครอบครัว สังคม ประเทศ ได้รับรู้ถึงข้อมูลเกี่ยวกับเอชไอวีเอดส์ เข้าใจโรคแล้วเราจะเข้าใจผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี เชื่อว่าทุกคนไม่มีใครอยากจะติด แต่ถ้าเรามีความรู้แน่นอนมันจะลดการตีตรา” (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี 2, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

“ความไม่รู้ไม่ตระหนัก ไม่รู้ข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง สาเหตุที่ทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในปัจจุบัน สาเหตุมาจาก 4 ปัจจัยด้วยกันได้แก่ 1) ความไม่รู้ไม่ตระหนัก อย่างเช่นไม่รู้ไม่มีข้อมูลที่เป็นข้อเท็จจริง เข้าใจว่าประมาณ 30-40 ปีที่แล้ว HIV เป็นแล้วเสียชีวิตจริง พักหลังข้อมูลได้มีการเปลี่ยนไปใหม่ ซึ่งการที่เราไม่มีข้อมูล ที่ไม่เป็นข้อเท็จจริง แล้วก็ข้อมูลไม่เป็นปัจจุบันมันก็จะส่งผลกระทบในหลาย ๆ เรื่อง มักจะส่งผลทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติเกิดขึ้นในสังคมไทย ไม่มีข้อมูลไม่มีองค์ความรู้ก็ไม่สามารถถ่ายทอดความรู้ได้ การไม่ตระหนักหมายถึงการที่เราไม่ตระหนักถึงพฤติกรรมที่เราแสดงออกไปมันจะส่งผลทำให้เกิดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อบุคคลอื่น อย่างเช่น อาจจะไม่เจตนาก็ตาม การเผยแพร่ของสื่อมวลชนต่าง ๆ คือการไม่ตระหนัก 2) ความกลัวความกังวลเนื่องจากบางคนกลัวกังวลว่าติดเชื้อเอชไอวีว่าใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันแล้วจะติดเชื้อเอชไอวี ถ้าในสถานการณ์ปัจจุบันเอชไอวีมันไม่ได้ติดกันง่าย ๆ ก็ยังมีปรกฏการณ์เลือกปฏิบัติจากสังคมหรือแม้กระทั่งในที่ทำงานอยู่ ปัจจัยที่ทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติคนก็ยังมีความกลัวความกังวลอยู่ว่าการอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อจะนำไปสู่การได้รับเชื้อ ซึ่งความกลัวความกังวลมันจะมีน้ำหนักมากกว่าข้อเท็จจริง มันเป็นเชิงความรู้สึกแต่มันก็นำมาสู่ผลกระทบ 3) ทัศนคติด้านลบบางกลุ่ม บางคน ก็มีความรู้ทุกอย่างหมดแต่ก็มีทัศนคติด้านลบที่ยังฝังอยู่ ว่าคนติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนไม่ดี เป็นพนักงานบริการ เป็นกลุ่มหลากหลายทางเพศ อะไรที่ไม่เป็นไปตามบรรทัดฐานของสังคมก็ยังมีทัศนคติ อคติแง่ลบอยู่ ก็จะ

นำไปสู่การเลือกปฏิบัติอยู่เหมือนกัน ปัจจัยสุดท้ายที่เราคิดว่าเป็นสาเหตุก็คือในเรื่องของนโยบาย กฎหมายต่าง ๆ ก็มีส่วนที่จะทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติอยู่ เช่น กฎ กตร. จะต้องตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีอยู่การเข้ารับการเป็นตำรวจ เช่นทางด้านกฎหมาย วิธีคิดของคนที่กำหนดนโยบายออกมา มีอคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็จะออกกฎหมายหรือนโยบายที่เป็นการเลือกปฏิบัติอยู่เหมือนกัน" (นักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน, การสื่อสารส่วนบุคคล, 9 มิถุนายน 2566)

4.3.4 การคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การให้ความคุ้มครองทางด้านสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์นั้น จะถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนควรได้รับ และในทั้งนี้ก็เพื่อเป็นการที่จะเป็นขจัดการตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ได้นั้น ทุกคนจะต้องมีความเคารพในสิทธิมนุษยชนและเคารพเสรีภาพของกันและกัน ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นสิทธิขั้นพื้นฐาน สิทธิการศึกษา สิทธิการจ้างงาน สิทธิในการเข้ารับเข้าถึงบริการด้านสุขาพ และด้านต่าง ๆ ของทางสังคมที่จัดขึ้น ทั้งนี้ทุกคนจะต้องเคารพความเป็นส่วนตัวซึ่งกันและกันและในส่วนของผู้ให้บริการด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรจะต้องมีการรักษาความลับขั้นสูงสุดต่อผู้ป่วย

โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"การปกปิดหรือการรักษาความลับของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานหรือรวมไปถึงการเปิดรับข้อร้องเรียนในโรงพยาบาลในส่วนตรงนี้เจ้าหน้าที่ทำได้ดีแล้ว" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบุคคลหลากหลายทางเพศ 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 6 มิถุนายน 2566)

"การปกป้องสิทธิในการรักษาข้อมูลหรือโรคต่าง ๆ ของคนไข้ถือเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานในการรักษาพยาบาลต้องเจ้าหน้าที่ทุกคนต้องมีจรรยาบรรณ" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหญิง 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 2 มิถุนายน 2566)

"หากเรารู้จักสิทธิของเราและไม่ไปละเมิดสิทธิของคนอื่น ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโรคเอชไอวีหรือแม้กระทั่งในสังคมการทำงานสังคมก็อย่างมีความสุข" (ผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาย 4, การสื่อสารส่วนบุคคล, 5 มิถุนายน 2566)

ดังตัวอย่างที่เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"เราได้การพิทักษ์ข้อมูลสิทธิของผู้เข้ารับบริการ ไม่ว่าจะเป็นผลการตรวจโรค โรคประจำตัว หรือประวัติต่าง ๆ เราจะมีรหัสล็อกไว้ไม่ให้ผู้ที่ไม่เกี่ยวข้องเข้าไปดูได้" (พยาบาลให้คำปรึกษา 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

"เราต้องมีคุณธรรม จริยธรรม และจรรยาบรรณในวิชาชีพเราก่อน เจอหน้าผู้ป่วยก็ทักทายตามปกติไม่มีอคติหรือไม่ตีตราเขาเหล่านั้น ทำทุกอย่างให้เหมือนปกติ พูดคุยปกติ ยิ้มแย้มแจ่มใส ร่าเริง ไม่ควรคิดแทนผู้ติดเชื้อ" (นักวิชาการสาธารณสุข 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 8 มิถุนายน 2566)

สอดคล้องกันกับที่นักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชนที่ได้ให้ข้อมูล ดังนี้

"ในด้านการคุ้มครองสิทธิหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหาต่าง ๆ ในการบริการสามารถร้องทุกข์ได้และหากเกิดปัญหาในสถานที่ต่าง ๆ เช่นการถูกเลือกปฏิบัติในที่ทำงาน โรงเรียน มหาวิทยาลัยเราก็มีหน่วยงานที่คอยสนับสนุนช่วยเหลือน้อง ๆ ให้เขาเข้ามาช่วยเหลือแก้ไขปัญหาต่าง ๆ ได้" (นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี 1, การสื่อสารส่วนบุคคล, 1 มิถุนายน 2566)

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

4.4 อภิปรายผล

จากผลการวิจัยดังกล่าว มีประเด็นอภิปรายผลตามวัตถุประสงค์การวิจัย ดังนี้

4.4.1 สภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1) ปัญหาด้านทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการศึกษาสภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่เกิดจากปัญหาด้านทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ปัญหาว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกบุคคลในครอบครัว บุคคลรอบข้าง เพื่อนฝูง คนในสังคมดูถูก เหยียดหยาม ทั้งนี้อาจจะแสดงออกทั้งทางสีหน้า ท่าทาง หรือแม้แต่การกระทำที่แสดงออกให้เห็น ไม่ว่าจะเป็นการกล่าวร้ายว่าบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนที่ไม่ดี

มีจิตใจที่วิปริต สำส่อน รักร่วมเพศ บางครั้งผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีอาจโดนเพื่อนฝูงหรือคนในสังคมล้อเลียน บูลลี่ และในบางครั้งอาจจะถูกเหมารวมไปยังอาชีพที่เขาเหล่านั้นทำงานอยู่ และบางครั้งการเสพสื่อออนไลน์มากไปทำให้เกิดทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จนบางครั้งทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความอับอาย มีความเครียด เสียใจ น้อยใจ สูญเสียความเป็นตัวของตัวเองทำให้เกิดการหลีกหนีจากสังคมและเกิดการต่อต้านสังคม และทฤษฎีของกอฟแมน (Goffman, 1963) ได้กล่าวไว้ว่า การตีตราเป็นการกระทำที่ทำให้บุคคลใดบุคคลหนึ่งเสื่อมเสียชื่อเสียง มักจะทำให้เกิดการตีตราในสังคม และโดยเฉพาะการตีตราที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีโรคเอดส์แล้วซึ่งเป็นการตีตราเกี่ยวกับพฤติกรรมของคนจำนวนหนึ่ง ที่ทำให้บุคคลเหล่านั้นเกิดความอับอาย ความเสียหาย เสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งถือได้ว่าเป็นการตราหน้าทางสังคม ซึ่งกอฟแมนได้อธิบายไว้ว่าการตีตรานี้เป็นปรากฏการณ์ทางสังคม การตีตราคือความแตกต่างด้านลบของสังคมในปัจจุบัน ซึ่งการตีตราที่แตกต่างกันออกไปจากสังคมนั้น จะเป็นสิ่งที่ไม่ต้องการและจะส่งผลให้บุคคลที่ถูกตีตรานั้นไม่เป็นที่ยอมรับในสังคม แต่อย่างไรก็ตามคุณลักษณะทางสังคมเพียงอย่างเดียวไม่ใช่เป็นตัวกำหนดการตีตรา แต่ยังจะต้องอาศัยการมีปฏิสัมพันธ์ของทางสังคมด้วย และในทั้งนี้ทฤษฎีการตีตราของลิงค์และฟรานซีส (Link & Francis, 1990) ได้กล่าวไว้ว่า การที่มีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนนั้นไม่ได้เกิดขึ้นมาเอง แต่การเบี่ยงเบนนั้นถูกกำหนดหรือสร้างขึ้นมาจากบุคคลในสังคม และสิ่งที่สำคัญการตีตรานี้จะส่งผลกระทบโดยตรงต่อผู้ที่ถูกเบี่ยงเบนออกจากสังคม เช่นตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ จะถูกบุคคลในสังคมกล่าวหาว่าเป็นคนไม่ดี เป็นโสเภณี รักร่วมเพศ เกย์ หรือสำส่อนทางเพศ ก็จะทำให้เกิดเป็นวัฒนธรรมรองหรือเรียกว่าการต่อต้าน ซึ่งจะทำให้ผู้ที่ถูกตีตรามีพฤติกรรมโต้ตอบไปในทางลบ เช่น การเหยียดต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี การไม่อยากคบค้าสมาคมด้วย เป็นต้น และยังทำให้สังคมไปลดคุณค่าความเป็นคนของบุคคลเหล่านั้น ทำให้เขาเหล่านั้นมีสถานภาพที่ต่ำไปกว่าคนปกติทั่ว ๆ ไป และในทำนองเดียวกันคนที่เป็นเอดส์ที่ถูกตราหน้าว่าเป็นตราบาปของสังคม เมื่อเกิดการกำหนดว่าเป็นการตีตรามากขึ้นเรื่อย ๆ เขาก็จะมีวัฒนธรรมในกลุ่มของคนที่ติดเชื้อเอชไอวีที่แตกต่างออกไปจากสังคมปกติ ทำให้เกิดเป็นสังคมย่อย ๆ ของตนเองขึ้น ซึ่งแตกต่างกันไปจากสังคมใหญ่ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้ได้สอดคล้องกับชัยวัฒน์ ม่วงทอง (2564) ที่ศึกษาเรื่อง “วาทกรรมการตีตราผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเกย์ในสื่อออนไลน์ประเทศไทยผลกระทบและแนวทางการแก้ปัญหา” กล่าวว่า ความรู้สึกเห็นใจต่อตัวผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีสำหรับบุคคลทั่วไปส่วนใหญ่มักรังเกียจและยากที่จะเกิดความรู้สึกเห็นใจผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ ก็เนื่องมาจากว่ายังมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และสอดคล้องกับ ศิลธรรม เสริมฤทธิรงค์ และคณะ (2561) ที่ศึกษาเรื่อง “ผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้เป็นโรคเอดส์” กล่าวว่า ทัศนคติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องผิด เป็นบาปและน่ารังเกียจต่อสังคม จึงไม่อยากที่จะเปิดเผยตัวเองและรักษาล่าช้า มักจะเป็นอุปสรรคต่อการรักษาของผู้

ติดเชื้อ โดยผู้มีภาวะเสี่ยงจะหลีกเลี่ยงการตรวจหาเชื้อเอชไอวี หรือไปรักษาคลินิกเอกชนแทน กลุ่มที่รักษาล่าช้ามักเป็นผู้ชายหรือวัยรุ่น ที่ยังแข็งแรง การกลัวต่อการถูกตีตราเป็นปัจจัยสำคัญต่อการตัดสินใจเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีของกลุ่มชายรักชายและกลุ่มหญิงแปลงเพศ และการกลัวต่อการตีตราที่มีต่อเอชไอวีและต่อคนรักร่วมเพศ ทำให้กลุ่มชายรักชายไม่กล้าเข้ารับการตรวจเชื้อเอชไอวี ทัศนคติลบของคนในชุมชนทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่อยากไปรับการรักษาอีกต่อไป ซึ่งสอดคล้องกับการรายงานของ The ILO Global HIV Discrimination in the World of Work Survey (2021) กล่าวว่า ภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิกมีความเข้าใจต่ำที่สุดและมีทัศนคติเชิงลบมากที่สุด

2) ปัญหาด้านพฤติกรรมเมื่อผู้อื่นทราบว่าตนติดเชื้อเอชไอวี

สภาพปัญหาด้านพฤติกรรมของบุคคลอื่นหากรู้ว่าอยู่ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสังคมส่วนใหญ่จะเป็นการตีตัวออกห่าง และ ไม่อยากอยู่ใกล้ ไม่อยากเข้าใกล้ก็เนื่องมากจากว่ากลัวจะติดเชื้อเอชไอวี ไม่อยากคลุกคลี ไม่อยากคบค้าสมาคม ไม่พบปะพูดคุย ไม่ร่วมรับประทานอาหาร หรือแม้กระทั่งไม่อยากทำกิจกรรมร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งปัญหาด้านพฤติกรรมนี้ นักทฤษฎีกอฟแมน (Goffman) ได้กล่าวไว้ว่า การตีตราที่มาจากพฤติกรรมที่เป็นตัวกำหนด เช่น คนเป็นโรคเอดส์ ติดเชื้อเอชไอวี รักร่วมเพศ บุคคลเหล่านี้จะถูกสังคมมองว่าเป็นคนที่มีตราบาปติดตัวถึงมีพฤติกรรมแบบนี้ และมักจะทำให้เป็นที่ล้อเลียนจากคนในสังคมได้ อาจมองว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนที่สกปรก โสเภณี เป็นคนที่ผิดศีลธรรมและการที่แพร่เชื้อเอชไอวีไปให้บุคคลอื่นก็จะเป็นการเสื่อมเสียอย่างมากซึ่งผลการศึกษาครั้งนี้สอดคล้องซึ่งสอดคล้องกันกับวันทนีย์ ธารณธนบูลย์ และพัชมน เจริญนาวี (2565) ที่ศึกษา "การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10" กล่าวว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความรับผิดชอบและชอบมีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม และยังสอดคล้องกับ Saki (2015) ที่ศึกษาเรื่อง "การตีตราและการเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศอิหร่าน" กล่าวว่าพฤติกรรมการถูกตีตราจากสังคมถือเป็นความอัปยศอย่างมาก เสื่อมเสียเกียรติ และมักจะถูกสังคมตัดสินอย่างผิด ๆ มักจะถูกเหยียดหยามจากสังคม และพฤติกรรมการนินทา การทำท่าทาง สีหน้า ของเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีถือว่าเป็นเรื่องของมารยาท อีกทั้งพฤติกรรมที่สังคมส่วนใหญ่คิดว่าโรคเอดส์เกิดจากการเบี่ยงเบนทางเพศ สังคมมองว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นโสเภณี จนต้องถูกปฏิเสธจากคนในครอบครัว ญาติ เพื่อน และชุมชน และสอดคล้องกับ Anika (2016) ที่ศึกษาเรื่อง "การตีตราและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีใน Pwani University ประเทศเคนยา" ได้กล่าวว่า ผู้ที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีมักจะประสบกับความโดดเดี่ยว สำหรับนักศึกษามักจะถูกปฏิเสธ ถูกเพื่อน ๆ ในสังคมมหาวิทยาลัยรังเกียจ และการล่วงละเมิดทางจิตใจ และพบว่าเพื่อน ๆ หรือบุคคลรอบข้างจะมีพฤติกรรมละเมิดโดยการถูกแยกตัว

ออกจากเพื่อนฝูง การก่อตัวระหว่างกิจกรรมภาคปฏิบัติ หรือกิจกรรมต่าง ๆ ของทางมหาวิทยาลัยจัดขึ้น ทั้งนี้ควรแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผล HIV Positive ควรแยกออกจากคนหมู่มากในมหาวิทยาลัย และแพทย์ของมหาวิทยาลัยมีสิทธิที่จะปฏิเสธการการรักษาดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย และสอดคล้องกันกับ Kumar et al. (2017) ที่ศึกษาเรื่อง “การตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในเมืองชายฝั่งทางตอนใต้ของประเทศอินเดีย” กล่าวว่าพฤติกรรมการถูกตีตราในเพศชายจะประสบกับปัญหานี้มากกว่าเพศหญิง และทำให้ที่ติดเชื้อเอชไอวียังประสบปัญหาการเลือกปฏิบัติในสถานที่ทำงานด้วย และประสบปัญหาการปฏิเสธการรักษา การรักษาที่ล่าช้าจากสถานพยาบาลเนื่องจากผลเอชไอวีถูกเปิดเผยด้วยและสอดคล้องกับ ณัฏฐวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์ (2562) กล่าวว่า การถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เอดส์ อันเนื่องมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีพฤติกรรมทางเพศที่แตกต่างไปจากสังคมกระแสหลัก โดยการที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยทำให้การเปิดเผยผลการติดเชื้อมีสภาพเปรียบเสมือนการติดป้ายบนตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยได้มีการสื่อสารผ่านความหมายภาพตัวแทนของโรคเอดส์ที่ถูกจัดสร้างขึ้นมาว่า “สภาพร่างกายที่ซูบผอม ผิวแห้งติดกระดูก ตามตัวมีบาดแผลเปื่อยเต็มไปด้วยน้ำเลือด และหนองไหลเยิ้ม เบ้าตาโบ๋ ผมหลุดร่วง ลมหายใจแผ่วเบา นอนติดเตียง ภายในห้องมีเพียงที่นอน มีพื้นเล็ก ๆ ไว้สำหรับทางเดินเท่านั้น” ซึ่งการติดป้ายโดยการสื่อสารผ่านการตีตราเช่นนี้เป็นการสร้างตราบาปให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเปลี่ยนจากผู้ติดเชื้อจากบุคคลธรรมดา เป็นบุคคลผิดปกติ ซึ่งได้ทำการระบายสีให้แก่ความชั่วเหมือนที่เคยทำมาตามหลักทฤษฎีการตีตรา ซึ่งจะประกอบไปด้วยหลักการ 9 ประการ ได้แก่ 1) พฤติกรรมอาชญากรมีความชั่วร้ายอยู่ภายในตัว 2) นิยามของพฤติกรรมอาชญากรมักจะถูกกำหนดโดยผลประโยชน์ของผู้มีอำนาจของคนในสังคม 3) บุคคลจะกลายเป็นอาชญากรเพราะกระบวนการตีตรา 4) กระบวนการยุติธรรมมักจัดกลุ่มอาชญากรและกลุ่มที่ไม่ใช่อาชญากรแตกต่างจากข้อมูลโลกความเป็นจริง 5) ผู้ประกอบอาชญากรรมซึ่งถูกจับกุมมีเพียงจำนวนน้อย ส่วนผู้ที่ประกอบอาชญากรรมที่ไม่ถูกจับกุมมีจำนวนมาก และมักกระทำผิดมาแล้วไม่น้อยกว่าพวกแรก 6) การที่บุคคลจะถูกจับกุมหรือไม่นั้น ขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของบุคคลนั้นไม่ใช่ฐานความผิด 7) ความรุนแรงในการลงทัณฑ์ขึ้นอยู่กับบุคลิกลักษณะของบุคคลเช่นกัน 8) การวินิจฉัยหรือสั่งการของกระบวนการยุติธรรมขึ้นอยู่กับแบบแผนที่ฝังในความคิดของบุคคลทั่วไปเกี่ยวกับการกระทำความผิด และ 9) เมื่อไหร่ก็ตามที่บุคคลถูกตราหน้าจากสังคมว่าเป็นคนไม่ดีก็ยากที่จะกอบกู้ภาพพจน์กลับคืนมาได้

3) ปัญหาด้านการทำงานและการจ้างงาน

สภาพปัญหาด้านการทำงานและการจ้างงานของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งปัจจุบันยังคงมีสถานประกอบการหลายแห่งได้มีการบังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าทำงาน อีกทั้งรวมไปถึงหน่วยงานภาครัฐ เช่น ตำรวจ ทหาร นักเรียนนายสิบ ที่มีการบังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าทำงาน และยังคงมีในบางคณะบางมหาวิทยาลัยที่บังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าศึกษา ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวนไม่น้อยสูญเสียโอกาสในการประกอบอาชีพในการทำงานได้ ซึ่งชุติวัลย์ พลเดช และคณะ (2561) ได้กล่าวไว้ว่าสำหรับในชุมชนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อาศัยอยู่ด้วย ทำให้ผู้ติดเชื้อสูญเสียงาน สูญเสียความก้าวหน้าในงาน และมีทางเลือกประกอบอาชีพน้อย เนื่องจากต้องตรวจเลือดก่อนสมัครงาน ซึ่งสอดคล้องกับชัยวัฒน์ ม่วงทอง (2564) กล่าวว่าในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี มักจะมีการตีตราส่งผลต่อคู่นอนของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อ เนื่องจากคนในสังคมมักมีทัศนคติว่า คนที่เป็นคู่นอนของผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อก็จะมีเชื้อเอชไอวีด้วยเช่นกันด้านการประกอบอาชีพพบว่า ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อจะมีทางเลือกในการประกอบอาชีพที่น้อยกว่าปกติจากบุคคลทั่วไป เนื่องจากบางบริษัท หรือในบางสายอาชีพมีการบังคับให้ตรวจหาเอชไอวีก่อนเข้าทำงาน Bala et al. (2022) กล่าวว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มักจะสบกับปัญหาการที่ถูกตีตรา ถูกมองว่าตราบาปของสังคม เป็นคนอันตราย น่ารังเกียจ ไม่ว่าจะเป็นในสถานที่ทำงาน การจ้างงาน ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะมีแนวคิดในตนเองต่ำ ความนับถือตนเองต่ำ และการขาดการพึ่งพาตนเอง Srithanaviboonchai et al. (2017) กล่าวว่า การที่ปฏิเสธผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในบางบริษัทเอกชนบางแห่งมีการบังคับตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีทั้งก่อนเข้าทำงานหรือหลังจากรับเข้าทำงาน บางครั้งอาจรวมทั้งอาจปฏิเสธการรับเข้าทำงาน หากพบว่า ผู้สมัครมีผลเลือดเป็นบวก หรือในกรณีที่บางโรงเรียนไม่ยินยอมให้เด็กที่อยู่ร่วมกับเชื้อได้เรียนร่วมห้องกับเด็กปกติคนอื่น และพบในบริษัทประกันชีวิตที่มีการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีก่อนการทำประกันด้วยหากพบว่าผลเลือดเป็นบวกก็จะไม่สามารถทำประกันชีวิตได้

4) ปัญหาด้านสิทธิและสวัสดิการ

สภาพปัญหาด้านสิทธิและสวัสดิการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี สำหรับปัญหาด้านสิทธิสิทธิและสวัสดิการของผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้ยังถือว่าการเบิกจ่ายยาผู้ป่วยเอชไอวีจากทางหน่วยงานรัฐบาลที่ไม่คลอบคลุม รวมไปถึงการรักษาที่ยังไม่เท่าเทียมกัน เช่นการเบิกจ่ายยาต้านไวรัสก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) สิทธิการรักษาต่าง ๆ สิทธิทางด้านส่วนตัว สิทธิการจ้างงาน สิทธิทางด้านการศึกษา สิทธิทางสังคม รวมไปถึงสวัสดิการที่ทางภาครัฐต้องจ่ายให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ในขณะนี้ทางรัฐบาลยังให้ประชาชนยังไม่ทั่วถึงในขณะนี้ และในบางครั้งสิทธิที่ผู้ป่วยเอชไอวีหรือ

ผู้ป่วยเอดส์ได้รับน้อยเกินไปจากทางรัฐบาล และทั้งนี้ผู้ป่วยเอชไอวีจะต้องได้รับสิทธิในการเรียนในสถานศึกษาทั้งของรัฐและเอกชน เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ทราบแน่ชัดว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี จะไม่มีสิทธิในการเข้าศึกษาทั้งจากที่เดิมหรือไม่มีโอกาสในการเรียนต่อที่สูงขึ้น ในด้านสิทธิทางสังคมในปัจจุบันยังคงมีการลิดรอนสิทธิ หรือมีการตั้งข้อจำกัดต่าง ๆ ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น เบี้ยยังชีพ ทุนประกอบอาชีพ ทุนการศึกษา ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ไม่อยากให้สังคมรับรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี และเมื่อเกิดการละเมิดสิทธิขึ้นก็ไม่สามารถที่จะร้องเรียนได้ ในด้านการทำงานควรมีการให้ตรวจสุขภาพประจำปีของสถานประกอบการแต่ละที่ควรให้มีการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีด้วย และหาผลตรวจเลือดเป็นเอชไอวีก็มักจะส่งผลกระทบต่องานที่ทำเช่น การที่จะไม่ถูกเลื่อนตำแหน่ง หรือมีการสับเปลี่ยนโยกย้ายไปตำแหน่งที่ต่ำกว่า การถูกเพื่อนร่วมงานล้อเลียน กลั่นแกล้ง หรือบางสถานประกอบการมีการให้ออกจากงานซึ่งสอดคล้องชุติวัลย์ พลเดช และคณะ (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี /ผู้เป็นโรคเอดส์” พบว่าสิทธิในด้านการประกอบอาชีพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้เป็นเอดส์ การศึกษาในประเทศไทยไม่พบผลของการตีตราต่อชีวิตคู่ แต่กระทบต่อชุมชนที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อาศัยอยู่ด้วย การตีตราทำให้ผู้ติดเชื้อสูญเสียงาน สูญเสียความก้าวหน้าในงาน มีทางเลือกประกอบอาชีพน้อย เนื่องจากต้องตรวจเลือดก่อนการสมัครงาน สิทธิในความเป็นส่วนตัวเพราะเกรงกลัวว่าความลับการเป็นเอชไอวีจะรั่วไหลจากเพื่อน หรือเจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงาน

4.4.2 มูลเหตุที่เกิดจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1) เจตคติ ค่านิยมและความเชื่อ

มูลเหตุด้านเจตคติ ค่านิยมและความเชื่อในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นั้นมีการปลูกฝังกันมาตั้งแต่ในอดีตจนถึงปัจจุบัน จะพบการตีตราว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนไม่ดี มีเพศสัมพันธ์ที่วิปริต ทำให้สังคมไทยในปัจจุบันเกิดความอคติ และทำให้เกิดการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ออกจากคนทั่วไปในสังคม ทำให้บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านั้นไม่มีที่ยืนในสังคมถ้าหากมีคนอื่นทราบว่าตนเองได้รับเชื้อเอชไอวีหรือป่วยเป็นโรคเอดส์หรือติดเชื้อเอชไอวี และในด้านค่านิยมทางเพศ โดยคนส่วนใหญ่คิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเป็นหญิงขายบริการเท่านั้นหรือเป็น LGBTQ+ หรือสำส่อนทางเพศเท่านั้นถูกจะเป็นโรคนี้ได้ โดยเหมารวมทุกอย่าง ปิดกั้นไม่ให้กลุ่มคนเหล่านี้ได้มีสิทธิมีเสียงในสังคม บางครั้งอาจจะเหมารวมไปถึงขั้นอาชีพ อาจเหมารวมว่าคนขายบริการทางเพศ คนใช้สารเสพติด แรงงานข้ามชาติ จะต้องเป็นคนติดเชื้อเอชไอวีหรือในบางครั้งการทำงานในองค์กรด้านเอชไอวี เจ้าหน้าที่ที่ทำงานด้านนี้ก็อาจจะถูกเหมารวมไปด้วยว่าติด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เชื้อเอชไอวีและรับเฉพาะคนที่ติดเชื้อเอชไอวีมาทำงาน ซึ่งการตีตรา (Stigma) ถือเป็นปรากฏการณ์ทางจิตวิทยา ที่เกิดจากการสังคมส่วนหนึ่งมีอคติและเกิดจากความเชื่อดั้งเดิมของผู้คนกลุ่มหนึ่งที่มีลักษณะทัศนคติเชิงลบต่อบุคคลหรือกลุ่มคนที่แตกต่างไปจากตนเอง นำไปสู่การปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมต่อผู้ที่ถูกตีตราเราเรียกว่าการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ซึ่งหมายถึงการกระทำใด ๆ ที่มีลักษณะแบ่งแยก กีดกัน หรือจำกัดสิทธิเสรีภาพไปจากตนเอง การตีตราและการเลือกปฏิบัติมักถือว่าเป็นการละเมิดสิทธิมนุษยชนด้วย ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกันกับณัฏฐวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์ (2562) ที่ศึกษา “การสื่อสารที่ส่งผลต่อการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ : ภาพตัวแทน และเครื่องหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ” พบว่าการสื่อสารการถูกตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ โดยการที่มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยทำให้การเปิดเผยผลการติดเชื้อมีสภาพเปรียบเสมือนการติดป้ายบนตัวของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยได้มีการสื่อสารผ่านความหมายภาพตัวแทนของโรคเอดส์ที่ถูดจัดสร้างขึ้นมาว่า “สภาพร่างกายที่ซูบผอม ผิวแห้งติดกระดูก ตามตัวมีบาดแผลเปื่อยเต็มไปด้วยน้ำเลือด และหนองไหลเยิ้ม เบ้าตาโบ๋ ผมหลุดร่วง ลมหายใจแผ่วเบา นอนติดเตียงภายในห้องมีเพียงที่นอน มีพื้นเล็ก ๆ ไว้สำหรับทางเดินเท่านั้น” ซึ่งการติดป้ายโดยการสื่อสารผ่านการตีตราเช่นนี้เป็นการสร้างตราบาป และยังสอดคล้องกับชุติวัลย์ พลเดช และคณะ (2561) ที่ศึกษาเรื่อง “ผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อนวัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้เป็นโรคเอดส์” พบว่า ผู้ติดเชื้อคิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องที่ผิด เป็นบาปและเป็นที่น่ารังเกียจต่อสังคม มองว่าคนที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนที่ไม่ดี ประพฤติผิดในกาม จึงทำให้คนเหล่านั้นไม่เปิดเผยตัวเองและเข้าสู่กระบวนการรักษาล่าช้า อาจทำให้เสียชีวิตได้เร็วขึ้น ทั้งนี้มุมมองด้านลบของชุมชนทำให้ผู้ติดเชื้อไม่อยากไปรับการรักษาอีกต่อไป ทำให้ขาดแรงสนับสนุนทางครอบครัวและสังคมและมักมีทำให้บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีมักพบกับปัญหาสุขภาพจิตโรคซึมเศร้าตามมาภายหลังได้ ซึ่งผู้มีตราบาปจะรู้สึกถึงความอัปยศข้างในจิตใจของตนเองอยู่เสมอ ทั้งนี้ความเชื่อและการรับในรู้ตราบาปจึงเป็นสิ่งที่สำคัญในการดำเนินการควบคุมอุปสรรคในการเข้ารับการรักษาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี บางครั้งความเชื่อ หรือภาพลักษณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ในสายตาของคนมุสลิมถือว่าเป็นโรคที่เกิดจากการลงโทษของผู้ที่ประพฤติผิดบทบัญญัติทางศาสนาไว้จึงเป็นเช่นนั้น ซึ่งตรงกับแนวคิดของกอฟแมนที่ว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีมลทิน และมีตราบาป และมักพบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนที่มีอคติ คิดว่าตนเองประพฤติไม่ดี และผิดศีลธรรม จึงเป็นที่น่ารังเกียจของบุคคลรอบข้าง และสอดคล้อง Bala et al. (2022) ที่ศึกษาเรื่อง “ผลกระทบของการตีตราและการเลือกปฏิบัติของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีในภาคเหนือตอนกลางของประเทศไนจีเรีย” พบว่า การตีตราและการเลือกปฏิบัติทางเพศและเอชไอวี มีต้นกำเนิดมาจากระบบปิตาธิปไตย (เพศชายเป็นผู้กุมอำนาจหลักและครอบงำบทบาทในด้านผู้นำการเมือง) ซึ่งการที่มีภรรยาหลายคน การบังคับแต่งงาน การซื้อบริการทางเพศ เป็นการเลือกปฏิบัติ

และผลกระทบความไม่เท่าเทียมทางเพศต่อสตรี ซึ่งสามารถพิสูจน์ได้ว่าเป็นภาระผูกพันในการสมรส สตรีที่ถูกเลือกปฏิบัติมักจะถูก ตีตราทางสังคม เศษฐกิจ การเมือง ศาสนา และวัฒนธรรม สำหรับการตีตราและการเลือกปฏิบัติสำหรับสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่จะมีแนวคิดในตนเองต่ำ ความนับถือตนเองต่ำ และการขาดการพึ่งพาตนเอง เป็นตราบาปของสังคม เป็นคนอันตราย น่ารังเกียจ อับอาย เสื่อมเสียชื่อเสียง ซึ่งจะประสบปัญหาการตีตราต่อเอชไอวี ไม่ว่าจะเป็นในสถานที่ทำงาน การจ้างงาน และการเลือกปฏิบัติภายในประเทศ

2) ความรู้ในด้านเอชไอวีและโรคเอดส์

ปัญหาที่สังคมส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวความเข้าใจกับเอชไอวีและโรคเอดส์ที่ยังคงน้อยอยู่ หากคนในสังคมมีความรู้ที่มากขึ้น การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็จะลดน้อยลง ทั้งนี้ควรจัดให้มีความรู้เรื่องโรคติดเชื้อเอชไอวีและเรื่องเพศศึกษา ตั้งแต่ในวัยประถมเพื่อเป็นการปลูกฝังให้เด็กมีความรู้และเมื่อเด็กโตขึ้นจะได้เป็นเกาะสร้างภูมิคุ้มกันเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติได้ บางครั้งผู้ที่มีความรู้เช่นไม่มีความรู้ว่าการถูกแมลงหรือยุงกัดคนที่เป็นเอดส์มากัดไม่สามารถทำให้ติดโรคเอดส์ การที่ว่ายน้ำในสระเดียวกันไม่ทำให้ติดเอดส์ โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์ในปัจจุบันจะมุ่งเน้นว่าวิธีที่มักจะทำให้มีการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์นั้นคือ การมีเพศสัมพันธ์ การสัมผัสเลือด สารคัดหลั่ง การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และแม่สู่ลูก ซึ่งสอดคล้องกับ กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์, สมพาน โคตรธารินทร์ สุกัญญา ฆารสินธุ์ และลำพึง วอนอก (2562) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัจจัยความฉลาดทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเพศชาย ในจังหวัดบึงกาฬ” พบว่า ระดับความฉลาดทางสุขภาพด้านความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคเอดส์ของกลุ่มนักเรียนมัธยมศึกษาตอนปลายเพศชายจังหวัดบึงกาฬพบว่าส่วนใหญ่มีความรู้อยู่ในระดับน้อยโดยจากผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างยังมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับโรคเอดส์เช่นโรคเอดส์เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียชนิดหนึ่งซึ่งมีขนาดเล็กมากมองด้วยตาเปล่าไม่เห็น คนเป็นเอดส์บริจาคอวัยวะให้แก่ผู้อื่นได้หรืออาการเริ่มแรกของโรคเอดส์คืออุจจาระร่วงอย่างเรื้อรังเป็นต้น และยังสอดคล้องกันกับ สิทธิพล บุญมั่น (2562) ที่ศึกษาเรื่อง “การพัฒนาเครื่องมือและประเมินความรอบรู้ด้านสุขภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี” พบว่ากว่าครึ่งมีระดับความรอบรู้ทางด้านสุขภาพที่ต่ำกว่าเกณฑ์ แสดงให้เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีระดับความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์รวมถึงการรับประทานยาต้านไวรัสได้ถูกต้อง ต่อเนื่องและสม่ำเสมออยู่ในเกณฑ์ต่ำซึ่งผู้ติดเชื้อในกลุ่มนี้อาจไม่สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้และจำเป็นอย่างยิ่งที่บุคลากรทางการแพทย์ต้องให้ความรู้หรือเพิ่มทักษะเพื่อให้สามารถดูแลสุขภาพของตนเองได้ และสอดคล้องกับ บำเพ็ญจิต แสงชาติ และคณะ (2561) ที่ศึกษาเรื่องความรู้ “ทัศนคติเกี่ยวกับเอช

ไอวี/เอดส์ และการปฏิบัติสุขภาวะทางเพศของนักศึกษามหาวิทยาลัยชั้นปีที่หนึ่ง” พบว่า นักศึกษาชั้นปีที่ 1 ยังขาดการปฏิบัติตนให้ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เกือบทั้งหมดไม่เคยตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และส่วนมากไม่เคยพูดคุยเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีเลย

3) สื่อต่าง ๆ

ปัญหาการเสพสื่อต่าง ๆ ที่มาเกินไปเช่นสื่อทางทีวี เช่นละครทีวี โฆษณา โซเซียลมีเดียเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์มากเกินไปทำให้ บางครั้งจะทำให้เกิดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมากขึ้น เช่นการดูข่าวเกี่ยวกับผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี การอ่านหรือคอมเมนต์ภาพหรือสื่อโซเชี่ยลมีเดียเกี่ยวกับผู้ป่วยเอชไอวีในด้านลบ ก็มักจะทำให้เกิดชุดความคิดในด้านลบและเกิดการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้นได้ ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกันกับชัยวัฒน์ ม่วงทอง (2564) ที่ศึกษาเรื่อง “วาทกรรมการตีตราผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเกย์ในสื่อออนไลน์ประเทศไทยผลกระทบและแนวทางการแก้ปัญหา” พบว่า การสื่อสารที่ผ่านสื่อสังคมออนไลน์จะมีทั้งข้อดีและข้อเสียที่แตกต่างกันออกไป เนื่องจากเป็นสังคมที่กว้าง และเป็นการสื่อสารที่มักมีผู้รับสารได้อย่างรวดเร็ว ซึ่งสังคมออนไลน์มักจะทำให้เกิดความเสี่ยงของการรับ-ส่งข้อมูลที่ผิดพลาดได้ง่าย มักทำให้เกิดการทะเลาะกันระหว่างผู้รับสารและส่งสารซึ่งเฟสบุ๊ก ทวิตเตอร์ และเว็บไซต์พันทิปเป็นสื่อออนไลน์หลักที่ใช้ในการหาข้อมูลของการตีตราของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ซึ่งจะพบว่า คำที่ควรใช้คำหลีกเลี่ยงเช่นเอดส์ ให้ใช้คำว่าเอชไอวีแทน ไม่ใช้คำว่าผู้ป่วยเอดส์ ผู้ป่วยเอชไอวี ผู้ป่วย ให้ใช้คำว่าผู้ที่มีเอชไอวี ผู้อยู่ร่วมกับเอชไอวี ผู้ที่มีผลเลือดเป็นบวกแทน เนื่องจากปัจจุบันสื่ออนไลน์ได้มีบทบาทมากยิ่งขึ้นเนื่องจากปัจจุบันสื่อออนไลน์ได้มีบทบาทมากยิ่งขึ้นเช่นการเสพสื่อ การด่าทอตีตราผู้อยู่ร่วมกับเชื้อในบางครั้งอาจเป็นเชิงเปรียบเทียบ เปรียบเปรยความคิดในด้านลบ ในบางครั้งอาจมีการเชื่อมโยงให้เข้ากับสถานที่ โดยสถานที่ที่พบบ่อยที่สุดก็มักจะเป็นการเชื่อมโยงเชื้อเอชไอวี ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีผนวกเข้ากับวัดพระบาทน้ำพุ ก็เนื่องมาจากว่าวัดพระบาทน้ำพุเป็นสถานที่สำหรับรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี อาจจะเป็นภาพจำที่เกี่ยวกับวัดพระบาทน้ำพุที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยเอดส์ รักษาคนเป็นโรคเอดส์มาอย่างช้านาน ก็มักจะให้ผู้คนส่วนใหญ่จดจำว่าเมื่อเห็นวัดพระบาทน้ำพุ สังคมก็จะเข้าใจว่าเป็นการเชื่อมโยงวัดพระบาทน้ำพุให้เข้ากับเชื้อไวรัสเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ บางครั้งอาจจะถูกเชื่อมโยงมาจากข่าวหรือไม่ก็ละครในโทรทัศน์มักจะประกอบหรือสร้างให้ผู้ป่วยเอดส์เป็นคนที่มีลักษณะซูบผอม หรืออาจเชื่อมโยงไปถึงอาการบกพร่องทางสติปัญญา ก็อาจจะเกิดการตีตราต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีและผู้ที่บกพร่องทางสติปัญญาไปด้วย ทั้งนี้การด่าทอผู้ติดเชื้อเอชไอวีทางสื่อโซเชี่ยลมีเดียก็อาจจะทำให้เกิดความรู้สึกด้อยค่าภายในจิตใจของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีได้ และสอดคล้องกับ กิตติพงษ์

พลทิพย์ (2564) ที่ศึกษา "การเลี่ยงคำและการใช้วิธีคำเลี่ยงในการสื่อสารกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี" พบว่า ในสื่อออนไลน์ Twitter มักจะใช้คำเลี่ยงโดยไม่ใช้คำว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือเอดส์โดยตรง เช่น เชื้อเอชไอวีจะเรียก +, H, H+, H Plus, ไอ้ต้าว H+ เป็นต้น ในขณะที่ผู้ที่รับยาต้านไวรัสเอชไอวีก็จะมีชื่อเรียก เช่น ทีมสามทุ่ม, ทีมสี่ทุ่ม เป็นต้น ยาต้านไอเอชไอวีมักจะเรียกว่าขนม ของหวาน เป็นต้น ซึ่งในมุมมองของผู้วิจัยเองบางครั้งที่เราใช้คำเลี่ยงผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเรียกแทนชื่อต่าง ๆ อาจจะเป็นการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีทางอ้อมได้เช่นกัน

4.4.3 แนวทางที่ลดการตีตรา ลดการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิเหมือนกับบุคคลทั่วไปและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกตีตราจากสังคมกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

1) การบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเท่าเทียมและเป็นมิตร

ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอส์ทุกรายมุ่งหวังที่จะให้เจ้าหน้าที่ทุกคนปฏิบัติกับตนเองให้เหมือนกันกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ ทั่วไป อย่างเช่นผู้ป่วยเบาหวาน ความดัน ไต หัวใจ มะเร็ง ไม่อยากให้ปฏิบัติแบบแบ่งแยกเพียงเพราะเขาเหล่านั้นมีเชื้อเอชไอวีและอีกทั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวียังต้องการความรักความเอาใจใส่จากผู้ปฏิบัติงานไม่อยากให้ผู้ปฏิบัติงานรังเกียจ ดูถูก และเหยียดหยามอีกด้วยซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกันกับนาวา ผานะวงค์ (2562) ที่ศึกษาเรื่อง "ผลการใช้โปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร" พบว่า การส่งเสริมด้านสุขภาพที่ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ นำมาอบรมให้เจ้าหน้าที่เพื่อลดการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้ จากการที่ซักประวัติผู้ป่วยในที่เปิดเผย และใช้วิธีการที่เปิดเผย เสียงดัง ได้มีการปรับปรุงโดยจัดสิ่งแวดล้อมให้มีม่านกั้น และระยะห่างในการพูดคุย ปรับทัศนคติพฤติกรรมบริการของเจ้าหน้าที่ การพูดคุยซักถามระมัดระวังเรื่องน้ำเสียงคำพูด เพิ่มทักษะในการซักประวัติแก่ผู้คัดกรอง การสื่อสารนโยบายในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติก็นับว่ามีความสำคัญเพราะเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จในการพัฒนาดูแลรักษาผู้ป่วยเอชไอวี และได้มีการประชุมของทีมนำคุณภาพของโรงพยาบาล เพื่อลงมติรับรองก่อนชี้แจงแนวทางปฏิบัติคือ เช่นการแสดงสัญลักษณ์มีมติให้แก้ไข เช่น การมีแฟ้มพิเศษ จะมีโน้ตเพิ่มเติมรายบุคคลใช้ในคลินิก แต่ถ้าต้องไปพบแพทย์ในจุดอื่น ๆ กรณีเข้าห้องตรวจให้ผู้ป่วยถือเฉพาะแบบบันทึกเหมือนผู้ป่วยนอกเข้าพบแพทย์ และในการจัดลำดับคิวในการทำหัตถการ การทำทันตกรรมให้แก่กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้มีการปรับปรุงโดยจัดบริการตามคิวของผู้ป่วยทั่วไปเพื่อลดการตีตรา และสอดคล้องกับงานวิจัยของสมยศ เจริญสุข, อุมาวดี เหลาทอง, ภูเบศร์ แสงสว่าง, และเนตร หงส์ไกรเลิศ (2565) ที่ศึกษาเรื่อง "การบริการที่ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพใน

โรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร" พบว่า ผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่จะมีจิตบริการ แรงจูงใจในการทำงานและมีการบริการที่ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้มีการให้บริการโดยมีการคำนึงถึงสิทธิของผู้ป่วยและเคารพความเป็นมนุษยชน รวมไปถึงการให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกรายอย่างเท่าเทียมด้วย โดยยึดหลักจรรยาบรรณวิชาชีพ สำหรับการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์อย่างเป็นมิตรและเลือกปฏิบัติ ซึ่งจะสอดคล้องกับคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ. 2558 ที่กำหนดให้ผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะต้องได้รับการรักษาและในการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ จากผู้ประกอบวิชาชีพด้านสุขภาพโดยที่จะต้องไม่มีการเลือกปฏิบัติที่บัญญัติไว้ในรัฐธรรมนูญ และสอดคล้องกันกับวรรณี จิ๋วปัญญา และคณะ (2564) ที่ศึกษาเรื่อง "ปัจจัยที่มีผลต่อความกังวลและทัศนคติในการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์" พบว่าการที่จะลดการตีตราได้ผู้บริหารควรจัดให้มีการอบรมเรื่องลดการตีตรา ให้กับผู้ให้บริการที่ปฏิบัติงานใหม่ทุกคน และพัฒนาหลักสูตรเพิ่มเติมในประเด็นความกังวล และทัศนคติ ที่มีต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีด้วย

แต่งานวิจัยนี้ไม่สอดคล้องกับงานวิจัยในต่างประเทศของ Kumar et al. (2017) ที่ศึกษาเรื่อง "การตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในเมืองชายฝั่งทางตอนใต้ของประเทศอินเดีย" พบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มักจะประสบกับปัญหาการรักษาที่ล่าช้า หรืออาจถูกปฏิเสธการรักษาเมื่อผลเลือดเอชไอวีถูกปิดเผยเนื่องจากการตีตราจากเจ้าหน้าที่

2) นโยบายการให้สวัสดิการที่เทียมเทียมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ในด้านนโยบายสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี หากผู้บังคับใช้กฎหมายออกกฎหมายที่เกิดความอคติหรือไม่เป็นธรรมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ก็จะเกิดความเสียหายต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นสูญเสียสิทธิ เสรีภาพ ทั้งทางร่างกาย ทางด้านสังคมและการประกอบอาชีพได้ ซึ่งงานวิจัยนี้สอดคล้องกันกับพิเชษฐ พิณทอง และจารุวรรณ บำรุงรักษ์ (2562) ที่ศึกษาเรื่อง "การเข้าถึงนโยบายยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยจากอดีตสู่ยุคดิจิทัล" พบว่านโยบายรัฐบาลปัจจุบันในยุคดิจิตอลซึ่งนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีก็ยังคงมีการดำเนินการมาเรื่อย ๆ มาจนถึง พ.ศ.2557 คณะรัฐบาลได้มีมติให้คนไทยทุกคนสามารถได้รับยาต้านไวรัสฟรีโดยไม่เสียค่าใช้จ่ายในทุกสิทธิการรักษาครอบคลุมตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ซึ่งประกอบไปด้วยสิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้าหรือเรียกว่าสิทธิบัตรทอง สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ โดยจะกำหนดให้ทุกคนสามารถไปตรวจเลือดได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย 2 ครั้ง/ปี ที่โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งทั่วประเทศ สำหรับประเทศไทยได้มีการพัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง จากที่ช่วงแรกของนโยบายการเข้าถึงบริการสาธารณสุขด้วย

การได้รับเงินช่วยเหลือสนับสนุนจากกองทุนโลก ราคายาต้านไวรัสที่มีราคาสูงมากซึ่งเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสาธารณสุขเป็นอย่างมาก ตั้งแต่ปี 2548 เป็นต้นมาถึงปัจจุบัน รัฐบาลได้มีนโยบายกำหนดให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์สามารถที่จะรักษาได้ โดยรัฐบาลจะเป็นผู้ออกค่าใช้จ่ายให้ทั้งหมด ซึ่งทำให้รายจ่ายสาธารณะด้านการป้องกันและแก้ไขปัญหาโรคเอดส์มีแนวโน้มที่สูงขึ้น แต่ผลที่ตามมาก็คือผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีฐานะยากจนก็มีโอกาสในการเข้าถึงการรักษามากขึ้นตามไปด้วยและสอดคล้องกันกับ พิเชษฐ พิณทอง และพลภัทร บุราคม (2563) ที่ศึกษาเรื่อง "พัฒนาการทางนโยบายการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีในประเทศไทยและผลกระของนโยบาย : จากยุคจำกัดการเข้าถึงสู่ยุคการรักษาฟรี" พบว่ารัฐบาลกำหนดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่สามารถเข้ารับยาต้านไวรัสได้ในช่วงแรก ๆ ของการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี ส่วนสำคัญส่วนหนึ่งก็มาจากราคายาต้านไวรัสไอชไอวีที่มีราคาสูงมากและยาต้านไวรัสเอชไอวีพึ่งจะมีการนำเข้ามาในประเทศไทย จึงส่งผลทำให้ประชาชนที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ไม่สามารถเข้าถึงการรักษาได้ และในเวลาต่อมาได้มีการปรับเปลี่ยนนโยบายอย่างต่อเนื่องตั้งแต่ช่วงที่องค์การเภสัชกรรมของไทยสามารถผลิตยาต้านไวรัสเอชไอวีได้เอง ก็ทำให้ราคายามีราคาถูกลงทำให้ประชาชนมีโอกาสในการเข้าถึงยาได้มากขึ้น การใช้ "มาตรการบังคับใช้สิทธิ" (Compulsory Licensing หรือ CL) ก็คือ การบรรจุให้การรักษาโรคเอดส์และการให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีในชุดสิทธิประโยชน์ของหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ต้องเสียค่าใช้จ่ายในทุกสิทธิ์การรักษา ย่อมจะส่งต่อจำนวนของการเข้าถึงการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวีที่เพิ่มมากขึ้นอย่างเห็นได้ชัดเจน และนอกจากนี้ยังส่งผลกระทบต่อการลดจำนวนอัตราการเสียชีวิตอันมาจากโรคเอดส์ลดลงได้อย่างมาก อาจจะกล่าวได้ว่าในยุคที่มีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษา ทำให้ประชาชนที่ยากจนมีข้อจำกัดในการเข้าถึงการรักษาเพราะยาต้านไวรัสที่มีราคาสูงมาก แต่รัฐบาลก็พยายามจัดหางบจากต่างประเทศเพื่อสนับสนุนทางการเงิน ทำให้ขยายโอกาสต่าง ๆ จัดทำเป็นโครงการและนโยบายที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มีการเข้าถึงยาต้านไวรัสได้มากขึ้นและสอดคล้องกันกับ พิเชษฐ พิณทอง และพลภัทร บุราคม (2564) ที่ศึกษา "การวิเคราะห์การกระจายผลประโยชน์ของนโยบายการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสในประเทศไทย" พบว่าการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีของประเทศไทยที่แบ่งออกเป็น 3 สิทธิการรักษาพยาบาล ได้แก่ สิทธิประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) หรือบัตร 30 บาทรักษาทุกโรค สิทธิประกันสังคม และสิทธิข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ซึ่งจะพบว่า คนยากจนหรือใช้สิทธิบัตรทองจะได้รับสิทธิหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า (บัตรทอง) คือ เอื้อประโยชน์ให้แก่คนยากจน (Pro-poor) มากกว่าคนร่ำรวย ซึ่งตรงกันกับกลุ่มเป้าหมายของการที่รัฐจะต้องจ่ายเงินงบประมาณที่รัฐบาลต้องการให้ได้รับบริการสาธารณะหรือบริการทางสังคม ก็คือคนยากจน เพราะสามารถที่จะลดความไม่เท่าเทียมทางรายได้ลงได้ และสอดคล้องกับสุทธิภัทร แก้วเทพ, ธวัชชัย

อภิเดชกุล, วิภพ สุทธนะ และกรกช จันทร์เสรีวิทยา (2563) ที่ศึกษา "ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายชาติพันธุ์ที่ขายบริการทางเพศในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย" พบว่า การดูแลสุขภาพในประเทศไทยจำเป็นที่จะต้องมีขั้นตอนและกระบวนการเพื่อที่จะช่วยในการตรวจหาเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประชากรที่เป็นกลุ่มที่เสี่ยง โดยเฉพาะในกลุ่มชายที่ขายบริการทางเพศที่เป็นกลุ่มแรงงานข้ามชาติในเขตภาคเหนือของไทย อย่างไรก็ตามมาตรการต่าง ๆ ควรจะเพิ่มอย่างเป็นลำดับ ขั้นตอนเพื่อเพิ่มขีดความสามารถในการดูแลประชากรกลุ่มเสี่ยงที่จะแตกต่างกันออกไป ภายใต้แผนยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 และประเด็นอีกอย่างที่มีความสำคัญคือความร่วมมือระหว่างหน่วยงานภาครัฐและภาคเอกชนในพื้นที่ที่มีความสามารถ ซึ่งจำเป็นที่จะต้องบูรณาการแผนการปฏิบัติงานและเผยแพร่ข้อมูลข่าวสารที่เกี่ยวข้องทั้งหมด เพื่อให้บรรลุเป้าหมายในระดับนานาชาติและระดับชาติเพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

3) การส่งเสริมภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมและการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชน

การส่งเสริมภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมถือเป็นสิ่งที่จำเป็นมากในการยุติปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติได้ โดยภาคประประชาสังคมไม่ว่าจะเป็น องค์กรของรัฐ เอกชน หรือหน่วยงานส่วนท้องถิ่นการ ทำงานเชิงรุกรวมไปถึงการที่ส่งเสริมสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องย่อมมีส่วนที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อไอวีสามารถเข้ากับสังคมได้อย่างไม่แปลกแยกไปจากอื่น โดยงานวิจัยนี้สอดคล้องกับจุไรรัตน์ รัตนเลิศนาวี และอภิษฎา รัศมี (2562) ที่ศึกษาเรื่อง "ความชุกและปัจจัยเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีในแรงงานข้ามชาติที่เป็นโรคซิฟิลิสและมีพฤติกรรมเสี่ยงด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: กรณีศึกษาอำเภอตะกั่วป่า จังหวัดพังงา" พบว่าการค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการดำเนินการป้องกันควบคุมโรคแบบตั้งรับอย่างเดียวในโรงพยาบาลหรือสถานบริการของรัฐอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอและมีประสิทธิภาพและมีประสิทธิผลที่จะยุติปัญหาเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ได้ในแรงงานข้ามชาติกลุ่มนี้ ก็เนื่องมาจากแรงงานมีการเคลื่อนย้ายตลอดเวลาและอีกอย่างมีข้อจำกัดและยากที่จะเข้ามาใช้บริการ การร่วมมือกับพื้นที่ทั้งภาคเอกชน ภาครัฐ องค์กรส่วนท้องถิ่น องค์กรเอกชน/อาสาสมัครต่างชาติ สำหรับในการร่วมดำเนินการเชิงรุก เช่น การจัดบริการสุขภาพที่เข้าถึงง่ายและเป็นมิตรและลดการตีตรา มีการให้บริการถุงยางอนามัย การตรวจรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และการตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยไม่คิดมูลค่าหรือคิดในราคาที่ถูก เช่น Mobile Clinic/Mobile Laboratory ตามเวลาที่แรงงานสะดวกและสามารถใช้บริการได้เพื่อเพิ่มโอกาสการเข้าถึงการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ตามนโยบาย RRTTR (Reach–Recruit-Test–Treat–

Retain) ซึ่งประชากรเหล่านี้เป็นประชากรกลุ่มเปราะบาง ควรจะต้องใช้การพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบ และควรการปรับปรุงระบบประกันสุขภาพให้เหมาะสมกับสิทธิประโยชน์ของแรงงานด้วย อีกทั้งควรส่งเสริมสุขภาพของแรงงานและการเข้าถึงบริการด้วย ซึ่งในปัจจุบันยังคงพบพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ถ้าในกลุ่มที่ยังไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวีทำยังจะต้องทำงานนี้อยู่ มีความจำเป็นมากที่จะต้องใช้ถุงยางอนามัยและสารหล่อลื่นอย่างถูกวิธี เพราะหากไม่ป้องกันตัวเอง ก็จะต้องเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ และจะส่งผลให้มีความชุกและอุบัติการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในอัตราที่สูงขึ้น ซึ่งข้อมูลที่ได้จะเป็นประโยชน์ต่อการทำงานและเพื่อที่จะกำหนดหาแนวทาง มาตรการและกิจกรรมด้านการส่งเสริมในการใช้ถุงยางอนามัยในประชากรกลุ่มเสี่ยงอย่างจริงจัง และสร้างแรงจูงใจให้กลุ่มชายรักชายบริการทางเพศเข้ารักการตรวจร่างกายได้อย่างต่อเนื่องทั้งนี้จะต้องมีการส่งเสริมการทำงานร่วมกันกับภาคีเครือข่ายและองค์กรที่เกี่ยวข้องต่าง ๆ ในการลดปัญหานี้

การสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชนจากหน่วยงานจากสถานพยาบาลที่ให้บริการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ หรือแม้กระทั่งหน่วยงาน NGO ที่ดูแลด้านเอชไอวี นักจิตวิทยาที่ให้คำปรึกษา และองค์กรด้านสิทธิมนุษยชนด้านเอชไอวีจะต้องมีการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชนเกี่ยวกับโรคเอดส์ โดยจะต้องมีหน่วยงานหรือองค์กรต่าง ๆ ที่ดูแลด้านเอชไอวีโดยเฉพาะเข้ามาเป็นคนคอยสนับสนุนหน่วยงานในการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ เพื่อที่จะได้ถ่ายทอดองค์ความรู้ให้แก่ประชาชนได้อย่างถูกต้อง ซึ่งผลการศึกษาในครั้งนี้สอดคล้องกันกับ ชัยวัฒน์ ม่วงทอง (2564) ที่ศึกษา "วาทกรรมการตีตราผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเกย์ในสื่อออนไลน์ประเทศไทยผลกระทบและแนวทางการแก้ปัญหา" พบว่า แนวทางที่จะลดการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้จะต้องใช้การสื่อสารเชิงบวก สื่อสารด้วยการใช้มุมมองของอนาคต การตระหนักรู้ถึงการใช้ชีวิตอย่าง ที่ยั่งยืนและปลอดภัย สร้างสรรค์ ไม่ควรตีตราซ้ำผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และทุกคนควรตระหนักในความรู้สึกของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี และสอดคล้องกับผลการวิจัยของกนกวรรณ สาธุอยู่ศิริกุล และคณะ (2562) ที่ศึกษาเรื่อง "ผลของการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อการลดการตีตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ณ โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดฉะเชิงเทรา" พบว่า ถ้านำโปรแกรมบำบัดความคิดและพฤติกรรมมาใช้กับผู้ป่วย จะช่วยให้จำนวนผู้ป่วยลดลงและยังมีความรู้เกี่ยวกับอาการป่วยของตนเองได้มากยิ่งขึ้น และจะทำให้เป็นผลดีต่อการดูแลตัวเองได้ และช่วยเพื่อนร่วมโรคด้วยกัน และการให้ความรู้ความเข้าใจกับผู้ป่วยและญาติ ได้รู้จักการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันได้อย่างเป็นสุข และไม่เป็นภาระต่อสังคมด้วย และสอดคล้องกับผลการวิจัยของชุติวัลย์ พลเดช และคณะ (2561) ที่ศึกษาเรื่อง "ผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี / ผู้เป็นโรคเอดส์" พบว่า หากชุมชนมีความรู้เกี่ยวเอชไอวีก็จะสามารถลดการตีตราได้ ทั้งนี้การเข้ารับ

การรักษาที่สม่ำเสมอคือแรงสนับสนุนจากครอบครัวและผู้ให้บริการจากสถานพยาบาล และสอดคล้องกับผลการวิจัยของนปภัช เมืองมา และเดชา ลลิตอนันต์พงศ์ (2561) ได้ทำการศึกษาเรื่อง “ความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี / เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างประเทศไทยออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์” จากการศึกษาพบว่า ในกลุ่มตัวอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวีวัยผู้ใหญ่ ที่มีปริมาณไวรัสต่ำและระดับเม็ดเลือดขาวสูง พบว่า ส่วนใหญ่มีความยืดหยุ่นในระดับสูง และมีแรงสนับสนุนทางสังคมในระดับปานกลางค่อนไปทางสูง ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้นมีความสัมพันธ์กับความยืดหยุ่นสูงขึ้น ในขณะที่แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับอายุที่มากขึ้น การศึกษาทีในระดับสูงขึ้นและระยะเวลาในการเข้ารับการรักษาที่ยาวนานขึ้น

4) การคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งการคุ้มครองสิทธินั้นถือเป็นสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานสำหรับทุกควรจะได้รับ และเพื่อเป็นการขจัดการเลือกปฏิบัติในทุกรูปแบบเพื่อเป็นการประกันว่าผู้ติดเชื้อและบุคคลที่เสี่ยงที่จะได้รับเชื้อทุกคนจะต้องได้รับ และจะต้องมีความเคารพในสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพ ไม่ว่าจะเป็นทั้งด้านการศึกษา การจ้างงาน การบริการสุขภาพและด้านสังคม ไม่ว่าจะเป็นการป้องกันและรักษาโรค การปกป้องคุ้มครองตามกฎหมาย โดยทั้งนี้จะต้องเคารพความเป็นส่วนตัวและความลับส่วนบุคคลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วย ก็เพื่อลดความรู้สึกเขินอายและการแยกตัวออกจากสังคม ซึ่งงานวิจัยนี้สอดคบ้องกันกับปวิชญา สุภัทรประทีป (2550) ที่ศึกษาเรื่อง “ปัญหากฎหมายเกี่ยวกับการคุ้มครองสิทธิด้านสุขภาพของผู้รับบริการสาธารณสุข” พบว่าพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ก็ยังคงมีมีปัญหาในการเข้ารับบริการสาธารณสุขของประเทศไทยอยู่หลายประการ ทั้งในเรื่องของหลักเกณฑ์ที่ยังไม่แน่นอน การบังคับใช้ในทางปฏิบัติ และรวมไปถึงการตีความบทบัญญัติของกฎหมาย ซึ่งทำให้การบังคับใช้กฎหมายยังไม่ค่อยมีประสิทธิภาพ จึงไม่สามารถคุ้มครองสิทธิผู้เข้ารับบริการด้านสาธารณสุขได้ผลประสบความสำเร็จอย่างเท่าที่ควร ซึ่งการบังคับใช้กฎหมายที่ยังขาดประสิทธิภาพนั้นเกิดจากที่พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 ซึ่งยังมีข้อกฎหมายอยู่หลายประการ ดังนี้ 1) ปัญหาเกี่ยวกับการทำหนังสือยินยอมก่อนการรักษาพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 8 ซึ่งกล่าวไว้ว่าการปฏิบัติหน้าที่ของบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการด้านสาธารณสุขแก่ผู้ที่จะเข้ามารับบริการจะต้องได้รับความยินยอมก่อนถึงจะสามารถให้บริการแก่ผู้ป่วยได้ ในเรื่องนี้อาจพบปัญหาเรื่องที่บุคลากรทางการแพทย์แจ้งให้ผู้รับบริการ และความไม่ชัดเจนของผู้ป่วย จนทำให้ส่งผลกระทบต่อการตัดสินใจผิดพลาดในการเข้ารับบริการสาธารณสุข 2) ปัญหาเกี่ยวกับการรักษาความลับในด้าน

สุขภาพของผู้รับบริการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 7 ซึ่งกล่าวไว้ว่า การคุ้มครองสิทธิที่เป็นความลับ ซึ่งเป็นข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยโดยกำหนดหน้าที่ให้ผู้ให้บริการสาธารณสุขหรือบุคลากรทางการแพทย์ ถือปฏิบัติ ตามหลักการรักษาความลับของผู้ป่วย ซึ่งผู้ใดเปิดเผยโดยที่ผู้ป่วยไม่ยินยอม ซึ่งเป็นเรื่องผิดจริยธรรมทางการแพทย์ เช่นประวัติโรคประจำตัว ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร อาจทำให้เสียเวลาในการซักประวัติส่วนตัวใหม่ทุกครั้งเมื่อผู้ป่วยเปลี่ยนสถานพยาบาลแห่งใหม่ ทั้ง ๆ ที่ปัจจุบันมีเทคโนโลยีที่สามารถช่วยเหลือและสามารถที่จะเข้าถึงข้อมูลด้านสุขภาพของผู้ป่วยได้ ซึ่งในส่วนนี้เป็นปัญหาการคุ้มครองสิทธิผู้ป่วยมากเกินไปจนทำให้เกิดผลเสียต่อตัวผู้ป่วยเอง 3) ปัญหาเกี่ยวกับการทำหนังสือแสดงเจตนาไม่ประสงค์ที่จะเข้ารับบริการสาธารณสุข เพียงเพื่อยืดการตายในวาระสุดท้ายของชีวิตผู้ป่วย พระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ. 2550 มาตรา 12 ซึ่งกล่าวว่า การให้สิทธิผู้ป่วยในการปฏิเสธการรักษาส่งมอบให้บุคลากรทางการแพทย์ เพื่อให้บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติตามหลักการเคารพการตัดสินใจของผู้ป่วย แม้ว่าบทบัญญัตินี้จะให้สิทธิในการตัดสินใจที่ปฏิเสธการรักษาตนอยู่ในวาระสุดท้ายของชีวิต แต่ก็ยังพบปัญหาในเรื่องหลักเกณฑ์ การทำหนังสือปฏิเสธการรักษา ทั้งในเรื่องของอายุที่เหมาะสม ที่ในพระราชบัญญัตินี้ไม่ได้กล่าวถึงอายุที่เหมาะสมในการปฏิเสธการรักษาไว้ บางครั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวียังขาดความรู้ในเรื่องกฎหมายเกี่ยวกับสิทธิและการเลือกปฏิบัติตามกฎหมายของไทย ทั้งนี้ยังคงมีจำนวนมากที่ไม่รู้สิทธิของตนเอง และยอมรับการถูกละเมิดสิทธิ และรวมไปถึงองค์กรภาคประชาสังคมมีทรัพยากรที่จำกัด ถึงแม้จะมีช่องทางในการร้องเรียนต่อองค์กรภาครัฐและองค์กรตามรัฐธรรมนูญ แต่การร้องเรียนก็ทำได้ยาก เช่น คณะกรรมการด้านสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ ที่มีภารกิจที่ครอบคลุมสิทธิมนุษยชนหลายเรื่อง การแก้ปัญหาแต่ละเรื่องจึงจะต้องใช้เวลายาวนาน ควรมีหน่วยงานที่มีบทบาทโดยตรง ให้การดำเนินการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น และสนับสนุนองค์กรภาคประชาสังคมให้มีทรัพยากรในการดำเนินงานให้มากขึ้น ทั้งนี้ก็เพื่อทำงานส่งเสริมและคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างต่อเนื่องและยั่งยืน ทั้งนี้รัฐธรรมนูญแห่งราชอาณาจักรไทย พ.ศ.2560 ได้รับรองและคุ้มครองบุคคลจากการเลือกปฏิบัติ และบางครั้งยังมีปัญหาในเชิงโครงสร้างของระบบกลไกการร้องทุกข์ภายใต้รัฐธรรมนูญที่มีกระบวนการและขั้นตอนที่ซับซ้อนอยู่อาจจะต้องใช้เวลานานเกินความจำเป็น

บทที่ 5

สรุปผลการวิจัย และข้อเสนอแนะ

การวิจัยเรื่อง การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษา: สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น เป็นการศึกษาเฉพาะกรณี (Case Study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษา 1) สภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2) มูลเหตุที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี 3) แนวทางที่ลดการตีตรา ลดการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิเหมือนกับบุคคลทั่วไปและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกตีตราจากสังคมกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ โดยการวิจัยครั้งนี้ใช้ระเบียบวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative Research) โดยการสนทนาสัมภาษณ์เชิงลึกรายบุคคล (In-depth Interview) ระหว่างผู้ศึกษากับผู้ให้ข้อมูลซึ่งผู้ให้ข้อมูลสำคัญประกอบไปด้วย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 15 คน (ชาย 5 คน หญิง 5 คน บุคคลหลากหลายทางเพศ 5 คน) พยาบาลให้คำปรึกษา จำนวน 3 คน นักวิชาการสาธารณสุข จำนวน 2 คน นักวิชาการ NGO ด้านเอชไอวี จำนวน 2 คน นักจิตวิทยาการปรึกษา จำนวน 1 คน และนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน จำนวน 1 คน โดยเครื่องมือที่ใช้เป็นแบบสัมภาษณ์เชิงลึกชนิดมีโครงสร้าง รวมไปถึงการวิเคราะห์เอกสาร วิเคราะห์เนื้อหาของการสัมภาษณ์ จากการสัมภาษณ์ของกลุ่มผู้ให้ข้อมูล สามารถสรุปผลการวิจัยตามวัตถุประสงค์ของการวิจัย มีดังนี้

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

5.1 สรุปผลการวิจัย

5.1.1 สภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

มีข้อค้นพบที่น่าสนใจ แบ่งได้เป็น 4 ปัจจัย ดังนี้

5.1.1.1 ปัญหาด้านทัศนคติดานลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในเขตพื้นที่จังหวัดขอนแก่น ในบางครั้งบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีจะโดนครอบครัว เพื่อนฝูง หรือสังคมดูถูก เหยียดหยาม ถูกประนาม โดนใส่ร้าย ไม่ว่าจะเป็นการกระทำทั้งต่อหน้าและลับหลัง คำพูดว่าร้ายหรือการใส่ร้ายป้ายสี กล่าวหาว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวี

เป็นคนที่ไม่ดี มีจิตใจที่วิริศ ผิดเพศ หรือมีรักร่วมเพศ สำส่อน บางครั้งอาจโดนครอบครัว เพื่อนฝูง หรือผู้คนสังคมไม่พอใจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ว่าจะเป็นการถูกล้อเลียน การถูกบูลี่ในสังคม บางครั้งอาจจะเหมารวมไปจนถึงขั้นอาชีพที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีประกอบอาชีพอยู่ในขณะนั้น และในบางครั้ง การใช้สื่อออนไลน์มากเกินไปหรือเรียกว่าเสพสื่อออนไลน์มากไป ก็มักจะทำให้เกิดทัศนคติด้านลบต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จนบางครั้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะเกิดความเครียด อับอาย เสียใจ น้อยใจ บางครั้งสูญเสียความเป็นตัวของตัวเอง จนทำให้ต้องหลีกหนีและการต่อต้านสังคมจนทำให้เกิดตราบาปต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกเป็นบาป ละอายใจ เมื่อเห็นหน้ากับผู้คนในสังคม บางครั้งทัษนคติด้านลบนี้มักจะส่งผลเสียให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็เนื่องมาจากว่า ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่อยากกล้าที่จะเข้ารับการรักษาที่สถานพยาบาล จนทำให้บางครั้งทำให้เขาเหล่านั้นหันไปรักษาตัวที่คลินิกเอกชนแทน ไม่อยากแม้ที่จะไปรับยาเพราะกลัวคนอื่นเห็น เพราะว่าถูกสังคมตีตราไว้แล้ว อาจจะทำให้เกิดโรคแทรกซ้อน การรักษาที่แย่ลง หรืออาจจะจะเสียชีวิตได้ตามมาภายหลัง

5.1.1.2 ปัญหาด้านพฤติกรรมเมื่อผู้อื่นทราบว่าตนติดเชื้อ

สภาพปัญหาด้านพฤติกรรมเมื่อผู้อื่นทราบว่าอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งส่วนใหญ่มักจะเป็นการตีตัวออกห่าง ไม่อยากคบค้าสมาคมด้วย บางครั้งคนปกติเหล่านั้นไม่อยากอยู่ใกล้ หรือไม่อยากเข้าใกล้กับผู้ป่วยเลย เพราะเกรงว่าจะติดเชื้อเอชไอวีไปด้วย ก็เลยทำให้ไม่อยากคลุกคลี ไม่อยากแม้จะมีการคบค้าสมาคมด้วย ไม่อยากพบปะพูดคุยสังสรรค์ ไม่อยากที่จะร่วมวงรับประทานอาหารหรือแม้กระทั่งไม่ทำกิจกรรมอื่น ๆ ร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี บางครั้งก็ถูกสังคมมองว่าเป็นพวกที่สกปรก หรือเป็นพวกโสเภณี ทำให้โดนล้อเลียนจากบุคคลภายในสังคมได้ บางครั้งอาจโดนเพื่อนฝูงหรือญาติพี่น้องล้อเลียนว่าเป็นคนที่ผิดศีลธรรม ซึ่งการกระทำต่าง ๆ มักจะทำให้เกิดความอัปยศต่อผู้คิดเชื้อเอชไอวี บางครั้งมีการล้อเลียนว่าเป็น โสเภณี จนทำให้พวกเขาเหล่านั้นเสื่อเสียเกียรติ ไม่ว่าจะเป็นกิจกรรมการที่ถูกคนในสังคมนินทา กล่าวร้าย สีหน้า ท่าทาง บางครั้งในเรื่องของมารยาทและพฤติกรรมต่าง ๆที่คนในสังคมแสดงออกมาว่าคนติดเชื้อเอชไอวีเป็นไม่ดี โดนประนามจากคนรอบข้าง ก็ถือว่าเป็นการละเมิดต่อจิตใจต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ อีกทั้งในบางชุมชนมีการแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ให้อยู่ร่วมกับคนในสังคม มีการขับไล่ บางครั้งอาจมองว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นตัวอาชญากร หรือว่าเป็นฆาตรกร โดนผู้คนในสังคมใส่ร้ายป้ายสีให้ แต่ก็ยังมีคนในสังคมส่วนหนึ่งยังคงเอ็นดูผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีที่เป็นลูกหลานหรือบุคคลใกล้ชิด โดยคนในสังคมก็มีการพูดคุย โอบกอด แสดงบทบาทสนทนาทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเหมือนคนทั่ว ๆ ไปในสังคม

5.1.1.3 ปัญหาด้านการทำงานและการจ้างงาน

สภาพปัญหาด้านการทำงานและการถูกจ้างงานของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งในปัจจุบันยังคงมีสถานประกอบการอยู่หลายแห่งยังคงมีการบังคับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าทำงานก่อนทำงาน หรือระหว่างการทำงาน ทั้งนี้มักจะรวมไปถึงหน่วยงานของทางภาครัฐด้วย เช่น ทหาร ตำรวจ นักเรียนนายสิบ ที่มีการบังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าประจำการ ซึ่งเป็นกฎของทางราชการ บางครั้งมีมหาวิทยาลัยในบางคณะที่มีการบังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าศึกษาด้วย ทำให้เกิดการสูญเสียการประกอบอาชีพได้ บางครั้งทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถที่จะเลือกประกอบอาชีพได้น้อย บางครั้งมักจะทำให้ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีขาดตวามก้าวหน้าในการทำงาน สูญเสีบงาน มีทางเลือกในการที่จะประกอบอาชีพได้น้อยก็เนื่องมากจากว่าต้องตรวจเลือดก่อนเข้าทำงาน มีทางเลือกน้อยกว่าคนปกติก็เนื่องมากจากว่าบริษัทหรือหน่วยงานต่าง ๆ ได้มีการบังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนการเริ่มงานหากพบว่าผลเอชไอวีเป็นบวกก็ไม่สามารถที่จะทำงานได้ ถูกปฏิเสธการเข้าทำงานไม่ว่าจะเป็นการจ้างงาน ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักมีแนวความคิดในตัวเองต่ำ ความนับถือตัวเองต่ำ และขาดการพึ่งพาตนเอง และในบางครั้งในโรงเรียนลูกของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีก็ไม่สามารถเข้าเรียนร่วมกันกับคนอื่น ๆ ได้ เพียงเพราะการตีตราแบ่งแยก และยังพบในบริษัทประกันหลายแห่งมีการตรวจหาเชื้อเอชไอวีก่อนการทำประกันด้วย หากพบผลเลือดเป็นบวกก็ไม่สามารถใช้สิทธิประกันได้

5.1.1.4 ปัญหาด้านสิทธิและสวัสดิการ

สภาพปัญหาด้านสิทธิและสวัสดิการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในปัจจุบันพบว่าปัญหาปัจจุบันยังมีปัญหาสิทธิสวัสดิการในการเบิกจ่ายยาผู้ป่วยเอชไอวีที่ยังไม่คลอบคลุม และยังพบปัญหาการรักษาที่ไม่เท่าเทียม เช่นเดียวกันกับการเบิกจ่ายยาต้านไวรัสที่ทานก่อนการสัมผัสเชื้อ (PrEP) สิทธิการรักษา ๆ รวมไปถึงสิทธิส่วนตัว สิทธิการจ้างงาน สิทธิด้านการศึกษา และสิทธิทางสังคม ทั้งนี้ เมื่อกล่าวไปถึงสิทธิทางด้านการศึกษาหากว่ามีการตรวจพบเชื้อเอชไอวี ในบางโรงเรียนก็จะมีการถูกจำกัดสิทธิในการเข้าเรียนหรือเข้าศึกษาต่อ ทำให้ขาดโอกาสในการศึกษา ทางด้านสิทธิทางด้านสังคมพบว่าในปัจจุบันยังคงพบการริดรอนสิทธิผู้ป่วยเอชไอวีอยู่เป็นจำนวนมาก รวมไปถึงการตั้งขีดข้อจำกัดต่าง ๆ ให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น เบี้ยยังชีพ หรือแม้กระทั่งทุนในการประกอบอาชีพ ทุนการศึกษาเป็นต้น ทั้งนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ไม่อยากที่จะให้สังคมรับรู้ว่าตนเองติดเชื้อ เมื่อเกิดเหตุการณ์การละเมิดสิทธิก็ไม่สามารถที่จะร้องเรียนได้ ทางด้านการประกอบอาชีพในสถานประกอบการที่ให้มีการบังคับตรวจหาเชื้อเอชไอวีขณะปฏิบัติงาน และหากพบว่าผลเลือดที่ผิดปกติมีการติดเชื้อเอชไอวี บางครั้งก็อาจจะโดนเพื่อนที่ร่วมงานล้อเลียน ถูกกลั่นแกล้ง หรือไม่มีการไม่ถูก

เลื่อนตำแหน่ง หรือบางครั้งมีการสับเปลี่ยนหรือโยกย้ายให้ไปทำงานในตำแหน่งที่ต่ำกว่า อาจสูญเสียหน้าที่ในการทำงาน เกิดการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้นได้ ในบางครั้งปัญหาด้านสิทธิและสวัสดิการของประเทศไทยของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทุกคนในสังคมควรควรมีการให้โอกาสผู้ติดเชื้อเอชไอวีในความเสมอภาคและเท่าเทียมกัน เพราะว่ามนุษย์ทุกคนควรมีศักดิ์ศรีและคุณค่าของความเป็นมนุษย์ทุกคน

5.1.2 สาเหตุที่เกิดจากการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สามารถสรุปได้เป็น 3 ปัจจัยหลัก ๆ ดังนี้

5.1.2.1 เจตคติ ค่านิยมและความเชื่อในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ในด้านเจตคติ ค่านิยมและความเชื่อที่ปลูกฝังมากันตั้งแต่อดีตจวบจนถึงปัจจุบันเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ที่กล่าวว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนที่ไม่ดี มีความสำส่อนทางเพศ มีเพศสัมพันธ์แบบวิปริศ จนทำให้เกิดค่านิยมที่ผิด ๆ เกิดความอคติแก่ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จนทำให้สังคมเกิดการแบ่งแยก แบ่งชนชั้น แยกป่วยเอชไอวีหรือคนเป็นเอดส์ออกจากสังคมทั่วไป ทำให้บุคคลเหล่านั้นไม่มีที่ยืนในสังคม สำหรับในส่วนของค่านิยมทางเพศของคนที่เป็นเอดส์ หรือติดเชื้อเอชไอวี อาจมองว่าเป็นพวกขายบริการ เป็นพวกรักร่วมเพศ เกย์ กระเทย สาวสอง จนทำให้กลุ่มเหล่านี้ที่มีความเปราะบางถูกปิดกั้นในสังคมจนทำให้ไม่มีที่ยืนในสังคมไทย บางครั้งถูกเหมารวมไปถึงอาชีพหลักที่เขาประกอบอาชีพอยู่ เหมารวมทุกอย่างโดนปิดกั้นว่าเป็นคนไม่ดี เป็นโสเภณีหญิงขายบริการ พวกที่ใช้สารเสพติด หรือแม้กระทั่งพวกแรงงานข้ามชาติ เจตคติส่วนหนึ่งที่ถูกปลูกฝังมาตั้งแต่อดีตคือ คนที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีลักษณะร่างกายที่ผอม อ่อนแรง ซูบผอม บางครั้งอาจจะมีผิวพรรณที่ไม่สวย แห้งติดกระดูก บางครั้งตามตัวผิวหนังมักจะเต็มไปด้วยบาดแผลพุพองบาดแผลที่เปื่อยซึ่งเต็มไปด้วยเลือดมีน้ำหนองไหลออกมาจนปรากฏให้ผู้คนรอบข้างเห็น บางครั้งอาจจะมีผมที่ร่วงหลาย ๆ คนในสังคมมีความเชื่อว่าคนที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือคนที่เป็นเอดส์เป็นคนที่ไม่ดี ประพฤติผิดในกาม ซึ่งเป็นมุมมองด้านลบและมีอคติในสังคมไทย ความเชื่อนี้ได้ถ่ายทอดมาจากรุ่นสู่รุ่น จนทำให้คนที่เป็นเอชไอวีมองตัวเองว่าเป็นคนที่ผิดศีลธรรมจรรยา จนทำให้เป็นที่รังเกียจแก่บุคคลรอบข้าง ทำให้เป้าหมายในการใช้ชีวิตของพวกเขาลดต่ำลงหรือแทบไม่มีอนาคตเลย ก็เนื่องมาจากว่าสังคมได้ตำหนิเขาไว้ ทำให้เกิดมลทินภายในจิตใจเปรียบเสมือนศาลที่คอยตัดสินเขาเหล่านั้นไว้อยู่แล้วว่าเป็นคนบาป จนทำให้เกิดความไม่เทียมกันในสังคม

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

5.1.2.2 เจตคติ ค่านิยมและความเชื่อในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ปัจจุบันผู้คนในสังคมส่วนใหญ่ยังมีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคเอดส์ที่ยังคงน้อยอยู่มาก โดยเฉพาะในวัยรุ่น วัยเจริญพันธุ์ หากเด็กได้มีการเรียนรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์มากขึ้น การตีตราและการเลือกปฏิบัติในสังคมไทยก็จะลดลง บางครั้งภายในโรงเรียนความมีการให้ความรู้ หรือควรมีการจัดอบรมเกี่ยวกับเชื้อเอชไวี โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเพศศึกษา ตั้งแต่ในวัยเยาว์จะได้เกิดภูมิคุ้มกันไม่ก่อให้เกิดการอคติ การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีขึ้นในอนาคต บางครั้งคนในสังคมมีความรู้ หรือมีความรู้ที่ไม่ถูกต้องว่า การที่ว่ายน้ำในสระว่ายน้ำแห่งเดียวกันสามารถติดเอดส์ได้ การที่ถูกแมลงหรือยุงที่กัดคนเป็นโรคเอดส์มากัดเราแล้วจะทำให้เราเกิดโรคเอดส์ ซึ่งเป็นการเข้าใจที่ผิด ๆ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์หรือเชื้อเอชไอวี เราจะต้องมุ่งเน้นว่าการที่จะเกิดโรคเอชไววีได้นั้นต้องมาจากการที่มีเพสสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ไม่สวมใส่ถุงยางอนามัย หรือสัมผัสเลือด สัมผัสสารคัดหลั่ง การที่เสพยาและใช้เข็มอันเดียวกัน และแม่สู่ลูก ซึ่งส่วนนี้ยังเป็นจุดอ่อนของการศึกษาที่เด็ก ๆ ในวัยรุ่นมีความรู้เพียงในระดับหนึ่งเท่านั้นยังไม่ค่อยมีความรู้ที่จะป้องกันตัวเองได้ ยังไม่ทราบรายละเอียดเชิงลึกที่ละเอียดและปลีกย่อยลงไป บางครั้งอาจจะพบว่า เด็กส่วนใหญ่ในวัยรุ่นจะมีเกณฑ์ความรู้เกี่ยวกับด้านสุขภาพที่ค่อนข้างต่ำ การปลูกฝังและการสอนเพิ่มเติมในรายวิชาสุขศึกษาควรมีความจำเป็นเป็นอย่างมากในปัจจุบัน และอีกประเด็นหนึ่งที่ควรปลูกฝังคือด้านทัศนคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรปลูกฝังกันมาตั้งแต่ในระดับเริ่มเข้าศึกษา ควรไม่ทำให้เด็กมีความแปลกแยกต่อผู้ป่วยเอดส์ หรือเพื่อนร่วมชั้นเรียนทั้งนี้ควรสอนวิธีการป้องกันอย่างถูกวิธีให้แก่เยาวชนรวมไปถึงการชี้แนะหรือให้คำแนะนำอย่างถูกวิธีด้วยและควรมีการจัดการเรียนการสอนที่ครอบคลุมมากขึ้น

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

5.1.2.3 สื่อต่าง ๆ

สภาพปัญหาสื่อต่าง ๆ ที่เกี่ยวกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ในปัจจุบันยังคงพบอยู่ในสังคมไทย และในบางครั้งการที่เราเสพสื่อออนไลน์มากจนเกินไปก็จะทำให้เกิดปัญหาการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมากยิ่งขึ้น เช่น การที่เราดูข่าวเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในคอนเท้นต่าง ๆ เช่นในเฟสบุ๊ค ยูทูป หรือทีวี วิทยุ หนังสือพิมพ์ แล้วได้มีการอ่านหรือบางครั้งได้มีการคอมเมนต์ภาพหรือสื่อต่าง ๆ เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเชิงลบหรือทำให้บุคคลเหล่านั้นเสียหาย ก็จะทำให้เราเองเกิดชุดความคิดด้านลบและเกิดการตีตรา มีอคติต่อผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ ซึ่งในบางครั้งสื่อออนไลน์ที่นำเสนอภาพเกี่ยวกับผู้ป่วยเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ก็อาจจะมีทั้งในด้านดีและด้านเสียที่แตกต่างกันออกไป ก็เนื่องมาจากว่าสังคมในปัจจุบันนี้เป็นสังที่เปิดกว้างมากขึ้น ทำให้เป็นการสื่อสารที่มีผู้รับและผู้ส่งสารกันได้อย่างรวดเร็ว ในบางครั้งการส่งสารหากันเกิดความ

ผิดพลาด เข้าใจผิดกันได้ง่าย จนในหลาย ๆ ครั้งในสื่อโซเซียลมีเดียเกิดการทะเลาะเบาะแว้งกัน การสื่อสารของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ในยุคปัจจุบันนี้ในสื่อออนไลน์ บางครั้งอาจจะไม่ใช้คำพูดว่าเอดส์ แต่จะใช้คำอื่น ๆ ที่เลี่ยง เช่น น้อง H น้อง+ ไอ้ต้าว H พวกทีมกิมยาสามทุ่ม พวกกินยาสี่ทุ่ม เป็นต้น ซึ่งก็ยังถือว่าเป็นการตีตราเล็ก ๆ ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อยู่เหมือนกัน หากเราเปรียบเปรยความคิดในด้านลบของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในหลาย ๆ ครั้งก็จะมีการถูกเชื่อมโยงกับสถานที่ซึ่งจะเป็นที่ไหนไม่ได้เลยก็คือวัดพระบาทน้ำพุ ซ่งเป็นสถานที่ที่รับรักษาผู้ป่วยเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ไว้รักษาจนถึงระยะเวลาสุดท้ายของชีวิตเขา บางครั้งก็เชื่อมโยงกับละครทีวี โทรทัศน์มีมีการบ่งชี้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะต้องเป็นคนที่มีร่างก่ายซูบผอม ผอมแห้งแรงน้อย มีผิวหนังที่หยาบกระด้าน มีตุ่มขึ้นตามตัว ทั้งนี้ทำให้สังคมเกิดความอคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี มองว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนไม่ดี สำส่อนเป็นโสเภณี จนทำให้ติดเชื้อเอชไอวี บางครั้งอาจจะทำให้เกิดความน้อยเนื้อต่ำใจต่อผู้ป่วยได้ และในบางครั้งทำให้ผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดการคิดสั้นที่จะฆ่าตัวตายหรือมีอาการทางจิตและประสาทตามมาในภายหลังได้

5.1.3 แนวทางที่ลดการตีตรา ลดการเลือกปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิเหมือนกับบุคคลทั่วไปและผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ถูกตีตราจากสังคมกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

สามารถสรุปได้เป็น 4 ปัจจัยหลัก ๆ ดังนี้

5.1.3.1 การบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเท่าเทียมและเป็นมิตร

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ทุกราย หวังเป็นอย่างยิ่งว่าจะให้บุคลากรที่ปฏิบัติกับตนเองให้เหมือนกันกับบุคคลทั่วไปในสังคม เช่นผู้ป่วยโรคเบาหวาน ความดัน หัวใจ ไต เขาเหล่านี้ไม่อยากให้เจ้าหน้ามีการปฏิบัติที่แบ่งแยกเขาเพียงเพราะเขามีเชื้อเอชไอวี และอีกอย่างผู้ติดเชื้อเอชไอวียังต้องการความรักความเอาใจต่อผู้ประกอบวิชาชีพด้านการแพทย์และสาธารณสุข ไม่อยากให้ผู้ปฏิบัติงานรังเกียจ ดูถูกและเหยียดหยาม ในปัจจุบันในสถานพยาบาลหรือหน่วยงานต่าง ๆ ก็ได้มีการจัดอบรมให้บุคลากร เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานเพื่อลดการตีตรา อคติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยโดยเดิมที่มีจุดซักประวัติที่เปิดเผยก็ได้มีการปรับปรุงสิ่งแวดล้อมมีม่านหรือฉากกั้น รักษาระยะห่างของเจ้าหน้าที่ และมีการปรับทัศนคติและพฤติกรรมการบริการของเจ้าหน้าที่ ให้มีความยิ้มแย้มแจ่มใส ใส่ใจผู้มารับบริการโดยไม่มีการแบ่งแยกและเท่าเทียม ส่วนการพูดคุยหรือการซักถามประวัติสุขภาพก็ต้องมีการระมัดระวังเกี่ยวกับน้ำเสียงหรือคำพูด และมีการส่งเสริมให้เจ้าหน้าที่คัดกรองประวัติไปอบรมความรู้ต่าง ๆ เพื่อไม่ก่อให้เกิดการเลือกปฏิบัติแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เอดส์ โดยการที่บริการให้บริการแก่ผู้ป่วยทุกรายอย่างเป็นมิตรและเท่าเทียมโดยไม่มีการเลือกปฏิบัติจะสอดคล้องกันกับคำประกาศสิทธิและข้อพึงปฏิบัติของผู้ป่วย พ.ศ.2558 ที่มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าผู้ป่วยทุกคนมีสิทธิขั้นพื้นฐานที่จะต้องได้รับการรักษาและการดูแลสุขภาพตามมาตรฐานวิชาชีพจากผู้ประกอบวิชาชีพทางการแพทย์และการสาธารณสุข และเมื่อหากผู้เข้ารับบริการไม่ได้รับการรักษาหรือไม่ได้รับความสะดวกสบายก็จะมีกลไกการร้องเรียน โดยสามารถที่จะร้องเรียนแก่สถานบริการได้ตามมาตรา 50 (5) ซึ่งพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 ได้มีการกำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าต้องให้หน่วยบริการทุกหน่วยมีจุดบริการรับเรื่องร้องเรียน ประชาชนทั่วไปสามารถร้องเรียนได้ตามสะดวก โดยเรื่องที่ร้องเรียนนั้นจะต้องเป็นอิสระจากผู้ร้องเรียน

5.1.3.2 นโยบายการให้สวัสดิการที่เทียมเทียมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ด้านการออกนโยบายสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ถ้าหากผู้บังคับใช้กฎหมายออกนโยบายเพื่อที่จะบังคับใช้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความอคติไม่เป็นธรรม ก็จะเกิดส่วนเสียหายเป็นวงกว้างในสังคมเป็นส่วนใหญ่ และในบางครั้งอาจจะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์สูญเสียสิทธิ เสรีภาพ บางครั้งอาจก่อให้เกิดการเสียชีวิตตามมาภายหลังได้ ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นการเสียหายทั้งทางร่างกาย สังคม และอาชีพ โดยผู้วิจัยสามารถสรุปได้คือการเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวี ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ มีนโยบายมาเรื่อย ๆ ตั้งแต่ในสมัยอดีต และต่อมา พ.ศ. 2557 คณะรัฐมนตรีได้มีมติเพิ่มเติมเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีไว้ว่า ให้คนไทยทุกคนรับยาต้านไวรัสฟรีโดยที่ไม่เสียค่าใช้จ่าย ซึ่งจะครอบคลุมทุกสิทธิการรักษาตามหลักประกันสุขภาพแห่งชาติทั้งหมด ซึ่งจะประกอบไปด้วยสิทธิบัตรทอง 30 บาท สิทธิประกันสังคม สิทธิข้าราชการและรัฐวิสาหกิจ โดยทางรัฐบาลได้มีการกำหนดให้ประชาชนคนไทยทุกคนสามารถไปรับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวีได้โดยไม่เสียค่าใช้จ่าย จำนวน 2 ครั้ง/ปี ที่โรงพยาบาลของรัฐทุกแห่งทั่วประเทศ และหากมีการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีก็สามารถที่จะเข้ารับการรักษาและรับยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ที่โรงพยาบาลของรัฐบาล ซึ่งในประเทศไทยก็มีระบบการที่จะเข้าถึงยาต้านไวรัสเอชไอวีมาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในระยะแรก ๆ ของนโยบาลยาต้านไวรัสเอชไอวีฟรีที่ทำให้คนไทยสามารถเข้าถึงการบริการทางด้านสาธารณสุขได้ โดยทางฝ่ายรัฐบาลไทยได้รับเงินสนับสนุนช่วยเหลือจากเงินงบประมาณกองทุนโลกจากประเทศสหรัฐอเมริกา ในระยะแรกเริ่มตั้งแต่มีการติดเชื้อเอชไอวียาต้านไวรัสก็มีราคาที่ค่อนข้างที่จะสูงและเป็นตัวยาที่นำเข้าจากต่างประเทศ ซึ่งถือว่าเป็นปัญหาและอุปสรรคเป็นอย่างมากในการเข้าถึงบริการสาธารณสุข ตั้งแต่ในปี พ.ศ.2548 เป็นต้นมาทางคณะรัฐบาลได้มีการออกงบประมาณจ่ายเงินค่ารักษาพยาบาลทั้งหมดให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย ซึ่งทำให้เกิดรายจ่ายในการจ่ายเงินค่ายา ค่ารักษาพยาบาลต่าง ๆ ก็จะส่งผลดีคือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยากจนก็

มีโอกาสในการเข้าถึงยารักษาไปด้วย แต่ในบางรัฐบาลก็ยังคงพบปัญหาในด้านนโยบายเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่แก้ไขปัญหาในการเข้าถึงบริการยาไม่ทันท่วงที เนื่องจากว่ารัฐบาลต้องการที่จัดหางบจากต่างประเทศเข้ามาเพื่อสนับสนุนทางการเงิน และขยายโอกาสทางด้านต่าง ๆให้แก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และต้องนำมาจัดทำเป็นโครงการและนโยบายต่าง ๆ เช่นเดียวกันกับรัฐบาลปี พ.ศ.2565 เมื่อปลายเดือนธันวาคมได้มีนโยบายหยุดจ่ายยารับประทานก่อนการสัมผัสเชื้อเอชไอวี (PrEP) ให้แก่บุคคลที่ไปยังไม่สัมผัสเชื้อ ทำให้มีคนจำนวนมากเสี่ยงที่จะเกิดเชื้อเอชไอวีขึ้นและรัฐบาลได้มีการจำกัดสิทธิให้เฉพาะสิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติหรือบัตรทอง 30 บาทเท่านั้นที่สามารถเข้าถึงยา PrEP ได้จนต่อมาเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ.2566 ทางรัฐบาลได้มีมติให้จ่ายยา PrEP ได้ตามปกติทุกสิทธิการรักษาได้แก่สิทธิการรักษาบัตรประกันสุขภาพแห่งชาติหรือบัตรทอง 30 บาท บัตรประกันสังคม และบัตรข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ ทำให้ประชาชนที่จะเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกยินดีอย่างยิ่ง อย่างไรก็ตามการเพิ่มขีดความสามารถในด้านนโยบายให้บรรลุวัตถุประสงค์ของผู้ป่วยเอชไอวีและเอดส์ยังคงต้องการให้ทั้งภาครัฐ ภาคเอกชน และภาคประชาสังคมหารือเพื่อหาแนวทางในการวางนโยบายร่วมกัน

5.1.3.3 การส่งเสริมภาคประชาสังคมให้มีส่วนร่วมและการสร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชน

ในการแก้ไขยุติปัญหาเอดส์มีความจำเป็นมากที่จะให้ภาคประชาสังคม ภาคีเครือข่าย ภาครัฐ ท้องถิ่น เอกชน เข้ามามีส่วนร่วมในการสนับสนุนเสริมให้สังคมไทยลดการตีตราและเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้การเข้ามามีบทบาททำงานเชิงรุกกันเป็นทีม และรวมไปถึงการออกชุมชุนเพื่อทำการส่งเสริมคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์อยู่ร่วมกันกับสังคมได้โดยไม่แปลกแยก และเพื่อไม่ก่อให้เกิดอคติหรือบูลี่แก่พวกเขาเหล่านั้น ทั้งนี้การทำงานร่วมกันกับองค์กรภาคประชาสังคมต่าง ๆ เช่น การจัดบริการสุขภาพอย่างเป็นมิตรเท่าเทียมไม่ตีตราไม่แบ่งแยก มีการบริการถุงยางอนามัย มีการให้คำปรึกษามีการให้องค์ความรู้ด้านเอชไอวีและเอดส์ มีการขยายความรู้ไปยังพื้นที่ที่ห่างไกลเช่นตะเข็บชายแดน หรือพื้นที่ทุรกันดาน คนชายขอบ คนขายบริการหรือแม้กระทั่งแรงงานข้ามชาติก็ควรจะมีองค์กรภาคประชาสังคมหรืออาสาสมัครลงไปทำงานร่วมกันด้วยอย่างจริงจัง ซึ่งกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีนี้ถือว่าเป็นกลุ่มเปราะบางทางสังคม การพัฒนาระบบสุขภาพทั้งระบบเพื่อช่วยเหลือแก้ไขปัญหาเพื่อลดการตีตราจึงเป็นสิ่งสำคัญมากที่ทุกฝ่ายจะต้องเข้ามามีบทบาทหน้าที่ที่ชัดเจน ทั้งนี้หน่วยงาน ตัวแทนของหน่วยงานต่าง ๆ รวมไปถึงอาสาสมัครจะต้องมีการจัดหาแนวทางและกิจกรรมต่าง ๆ เพื่อสร้างแรงจูงใจให้ผู้รับบริการเข้ามาตรวจและรักษาให้ทันท่วงทีเพื่อที่จะยุติปัญหาเอดส์ได้และลดการตีตราต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ใน

อนาคตตามมาภายหลัง และการที่สร้างความตระหนักรู้ให้แก่ประชาชนทั่วไปให้รับทราบข้อมูลข่าวสารต่าง ๆ เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี ผู้ติดเชื้อเอชเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ จากเจ้าหน้าหน้าที่ภายในสถานพยาบาล พยาบาล แพทย์ หรือหน่วยงานด้าน NGO ที่จะต้องเข้าสร้างความตระหนักรู้เรื่องนี้ให้แก่เยาวชน บางครั้งอาจจะต้องเริ่มมาจากคนภายในครอบครัว สังคม ที่พบเห็นภายในข่าวก็จะต้องมาคอนชี้แนะ และส่งเสริมให้เยาวชนมีความรู้ที่ถูกต้อง รวมไปถึงการฝึกอบรมเจ้าหน้าที่ให้มีความรู้ความชำนาญในด้านเอชไอวี และลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ เจ้าหน้าที่ภายในองค์กรต่าง ๆ ที่เข้ามาถ่ายทอดความรู้ให้แก่ประชาชนจะต้องมีองค์ความรู้ที่ถูกต้อง การให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี ก็เพื่อลดความอคติลดการตีตราและเลือดปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ ไม่ก่อให้เกิดปัญหาภายในสังคมมาภายหลัง ทั้งนี้การสร้างความตระหนักรู้เกี่ยวกับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เราควรมีการตระหนักรู้ที่ยั่งยืน ปลอดภัยต่อโรคเอดส์ และมีความก้าวหน้าและยั่งยืนภายในสังคมไทย ทั้งนี้การสร้างความตระหนักรู้นี้ก็จะส่งผลดีต่อผู้ที่อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยที่มีความตระหนักรู้สูง อาการเจ็บป่วยจากโรคเอดส์ก็จะดีขึ้น คุณภาพชีวิตก็ดีขึ้น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เครียดและไม่พยายามฆ่าตัวตายหรือทำร้ายตัวเองหรือหลีกหนีสังคม ไม่โดดเดี่ยวจากสังคม ทั้งนี้การสร้างความตระหนักรู้ได้นั้นสิ่งสำคัญที่สุดก็คือครอบครัว คนใกล้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี เราต้องมีแรงสนับสนุนและคอยผลักดันเพื่อลดการตีตราที่จะเกิดขึ้นในสังคมไทย

5.1.3.4 การคุ้มครองสิทธิผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การให้ความคุ้มครองทางด้านสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์นั้น จะถือว่าเป็นสิทธิมนุษยชนและเสรีภาพขั้นพื้นฐานที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนควรได้รับ ทั้งนี้ก็เพื่อเป็นการที่จะขจัดการตีตราและการเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้นั้น คนทุกคนจะต้องมีความเคารพในสิทธิมนุษยชนและเคารพเสรีภาพของกันและกัน ทั้งนี้ไม่ว่าจะเป็นการศึกษา การจ้างงาน การเข้ารับเข้าถึงบริการด้านสุขาพ และด้านต่าง ๆของทางสังคมที่จัดขึ้น เพื่อให้ทุกคนจะต้องปฏิบัติและเคารพความเป็นส่วนตัวซึ่งกันและกันและในส่วนของผู้ให้บริการด้านสุขภาพต่าง ๆ ที่ทำงานร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรจะต้องมีการรักษาความลับขั้นสูงสุดต่อผู้ป่วย ทั้งนี้ในสถานพยาบาลจะมีหนังสือยินยอมก่อนการรักษาพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 8 ก่อนเข้ารับบริการจะต้องมีการเซ็นต์เอกสารยินยอมก่อนทุกครั้ง ในด้านการรักษาความลับในด้านสุขภาพของผู้รับบริการตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 7 ซึ่งคุ้มครองสิทธิที่ถือว่าเป็นความลับของคนไข้ เช่นความลับในโรคประจำตัว ความลับในการแพ้ยาหรือแพ้อาหาร ซึ่งจะต้องขออนุญาตจากผู้มารับบริการก่อนทุกครั้งหากผู้รับบริการไม่แจ้ง เจ้าหน้าที่ที่ปฏิบัติงานอยู่ก็ไม่สามารถล่วงรู้ได้เลย ทั้งนี้หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ประสงค์ที่จะเข้ารับบริการเช่นการนอนโรงพยาบาลก็จะมีหนังสือแสดง

เจตนาไม่ประสงค์ที่จะเข้ารับบริการสาธารณสุข ตามพระราชบัญญัติสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2550 มาตรา 12 ที่จะให้ผู้รับบริการปฏิเสธการรักษาของแพทย์และบุคลากรทางการแพทย์ด้วย ทั้งนี้บุคลากรทางการแพทย์จะต้องเคารพการตัดสินใจของผู้รับบริการ และหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการบริการที่ไม่ปลอดภัย ไม่ได้รับความใส่ใจจากเจ้าหน้าที่ก็สามารถให้ผู้ป่วยเอชไอวีมาร้องทุกข์หรือร้องเรียนได้ ตามพระราชบัญญัติหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ พ.ศ.2545 มาตรา 50 (5) ที่กล่าวไว้ว่าประชาชนทุกคนสามารถเสนอเรื่องร้องเรียนได้โดยสะดวก และเรื่องที่ร้องเรียนเป็นอิสระจากผู้ถูกร้องเรียนได้ อีกทั้งสนับสนุนการคุ้มครองสิทธิในการประกอบอาชีพผู้ติดเชื้อเอชไอวีในภาคประชาสังคม ทั้งนี้เพื่อเป็นการที่จะส่งเสริมมาตรการคุ้มครองสิทธิหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับความเป็นความเป็นธรรมต่าง ๆ ก็สามารถแจ้งได้ที่สายด่วนผู้ใช้แรงงาน 1546 สำนักงานอัยการสูงสุด มูลนิธิเข้าถึงเอดส์ 1663 มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ (ประเทศไทย) สภาทนายความ เพื่อแก้ไขปัญหาและข้อร้องเรียนต่าง ๆ เกี่ยวกับการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้เพื่อช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

5.2 ข้อเสนอแนะ

5.2.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1) รัฐบาลควรจัดทำนโยบายวางแผนงานเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการอย่างเป็นรูปธรรม ทั้งนโยบายการรักษาพยาบาลของผู้ติดเชื้อเอชไอวี นโยบายการศึกษา นโยบายเกี่ยวกับการทำงาน นโยบายการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมไปถึงนโยบายการคุ้มครองสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ได้รับผลกระทบต่าง ๆ ทั้งนี้ต้องรวมไปถึงนโยบายที่เกี่ยวกับการแพร่เชื้อเอชไอวีให้แก่ผู้อื่นโดยเจตนาควรมีกฎหมายและมีข้อกำหนดออกมาให้การรองรับชัดเจนและออกกฎหมายคุ้มครองทุกฝ่ายโดยเร่งด่วน

2) ควรมีการบูรณาการวางนโยบายและกฎหมายเกี่ยวกับเอชไอวีและโรคเอดส์อย่างเป็นรูปธรรมมากยิ่งขึ้น เนื่องจากว่าปัจจุบันปัญหาที่เกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาทางสังคมอยู่มาก ไม่ว่าจะเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำร้ายร่างกายตนเอง คิดสั้นฆ่าตัวตาย นายจ้างปฏิเสธการจ้างงาน การโดนสังคมตีตรา บูลี่ ไม่ให้เกียรติ หรือแม้กระทั่งในปัจจุบันผู้ติดเชื้อเอชไอวีแพร่เชื้อให้กับอีกคนหนึ่งโดยเจตนา ทั้งนี้ควรมีนโยบาย กฎหมายที่รองรับอย่างชัดเจน โดยจะต้องเขียนเป็นข้อกำหนดไว้อย่างชัดเจนว่าหน่วยงานในการทำงานใช้นโยบายใดบ้าง กฎหมายฉบับที่เท่าไหร่บ้าง ซึ่งในหน่วยงานหนึ่งอาจจะนำนโยบายหรือกฎหมายหลายฉบับมาใช้ควบคู่กันไป

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

3) รัฐบาลจะต้องมีการติดตามและประเมินผลในภาพรวมจากคณะกรรมการขจัดการเลือกปฏิบัติ ดังนี้

ระดับครอบครัว

หน่วยงานภาครัฐต่าง ๆ มีการจัดอบรมให้แก่ครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยเอดส์ ให้คำแนะนำในด้านการใช้ชีวิต สนับสนุนเป็นพลังเสริมในด้านจิตใจของครอบครัวเพราะครอบครัวจะเป็นจุดเริ่มต้นในการคอยให้กำลังใจ ซัพพอร์ตผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ระดับชุมชน

ผู้นำชุมชน กำนัน ผู้ใหญ่บ้าน อบต. จะต้องมีการอบรมในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์ได้ และอีกทั้งยังจะต้องมีการให้คำแนะนำต่าง ๆ ได้ มีการประกาศเสียงตามสายให้ความรู้ในด้านเอชไอวี อย่างต่อเนื่องเพื่อเป็นการตระหนักรู้ให้แก่ประชาชน อีกทั้งยังจะต้องให้ความรู้ ให้คำแนะนำ ทั้งด้านการตรวจเพื่อหาเชื้อเอชไอวี อีกทั้งยังจะต้องให้คำแนะนำสถานพยาบาลที่เหมาะสมและถูกต้องด้วย หน่วยงานภาคชุมชนจะต้องมีการนำเสนอข้อมูลภาพรวมเกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีของชุมชนในทุกเดือน หรือทุกไตรมาส แก่นายอำเภอหรือตัวแทนเพื่อเป็นการประสานงานส่งต่อให้แก่หน่วยงานรัฐบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ระดับสังคม

สังคม หน่วยงาน สถานประกอบการ ห้างร้านต่าง ๆ จะต้องมีนโยบายการจัดทำแผนขจัดการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในองค์กรของตนเอง มีการจัดทำอย่างเป็นรูปธรรม อย่างชัดเจน มีการประชุมร่วมกันภาคีเครือข่ายต่าง ๆ เพื่อหนุนเสริมในด้านกรอบอัตรากำลังในด้านภาระงาน (กรณีสถานประกอบการ) มีการจัดอบรมให้ความรู้แก่พนักงาน ไม่มีการจับตรวจหาเชื้อเอชไอวี และไม่ตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีอีกทั้งหน่วยงาน ห้างร้านต่าง ๆ จะต้องมีการนำส่งผลงานการลดการตีตราให้แก่ฝ่ายรัฐบาลให้รับทราบด้วย

5.2.2 ข้อเสนอแนะเชิงปฏิบัติงาน

1) รัฐบาลควรกำหนดบทบาทหน้าที่ของแต่ละกระทรวงที่ทำงานด้านเอชไอวีให้มีความชัดเจนมากขึ้น ดังนี้

กระทรวงสาธารณสุข

ควรจัดให้มีหน่วยบริการที่เพียงพอ อีกทั้งยังจะต้องจัดหาบุคลากรที่มีความชำนาญในด้านที่เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ามาดูแลในสถานบริการสาธารณสุข เช่น แพทย์ จิตแพทย์ นักเทคนิคการแพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา เภสัชกร เข้ามามีบทบาทและมีส่วนร่วมมากขึ้น

ในการยุติเอดส์ พร้อมทั้งให้บริการในห้องให้คำปรึกษาที่มิดชิด นอกจากนี้ควรจัดสรรงบประมาณในการจัดซื้อชุดตรวจเพื่อหาเชื้อเอชไอวีและยาต้านไวรัสให้เพียงพอต่อความต้องการของผู้มารับบริการตลอดจนการมีการอบรมเจ้าหน้าที่หัวข้อการปฏิบัติตนต่อผู้ป่วยเอชไอวีอย่างเคร่งครัด

กระทรวงศึกษาธิการ

ควรมีการจัดทำหลักสูตรให้ความรู้ด้านสุขศึกษาตั้งแต่วัยประถม ทั้งนี้เพื่อให้ความรู้เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์ การปฏิบัติตนร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้โดยที่ไม่แบ่งแยกตีตราและใน สำหรับเด็กมัธยมควรเพิ่มความรู้ในด้านการติดต่อถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์และควรทำให้ผู้เรียนเข้าใจโรคเอดส์อย่างถ่องแท้และควรพัฒนาให้เด็กวัยนี้รุ่นเข้าถึงสถานบริการได้อย่างถูกต้องและปลอดภัย

กรมสวัสดิการและคุ้มครองแรงงาน

ควรมีการสนับสนุนให้สถานประกอบการรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าไปทำงานและจะต้องมีการจ้างงานอย่างถูกต้องตามกฎหมายแรงงานกำหนด เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีกำลังใจในการทำงาน อีกทั้งทำให้ผู้ติดเชื้อเหมือนกันกับบุคคลทั่วไปในสังคม ควรจัดทำนโยบายภายในองค์กร บริษัท ห้างร้านต่าง ๆ ไม่กีดกันผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพราะผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็เหมือนกับบุคคลอื่นทั่วไปหากสังคมหรือสถานประกอบการมีการยอมรับ เขาเหล่านั้นก็จะมีความสุขในการทำงานและทำงานได้อย่างมีความสุข

กระทรวงดิจิทัลเพื่อเศรษฐกิจและสังคม

ควรจะต้องมีการนำเสนอข่าวเกี่ยวกับเอชไอวีในเชิงบวกไม่ตีตราไม่ก่อให้เกิดอคติแตกแยกของคนในสังคมและให้เกียรติแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และควรให้ข้อมูลในเชิงสร้างสรรค์มีการให้เกียรติซึ่งกันและกัน ไม่กลั่นแกล้งหรือรังแกผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ใช้คำพูดที่รุนแรงที่เหมือนเป็นการดูหมิ่น เหยียดหยามกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งผู้ดำเนินรายการหรือผู้ประกาศข่าวไม่ควรบูลลี่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี อีกทั้งการนำเสนอข่าวควรนำเสนอในเชิงให้ข้อคิดเชิงบวกแก่ประชาชนอีกทั้งควรมีการให้คำแนะนำในด้านการแพร่เชื้อ การรักษาต่าง ๆ ได้เป็นอย่างดี

ศูนย์ดำรงธรรมกระทรวงมหาดไทย

ศูนย์ดำรงธรรมกระทรวงมหาดไทยจะต้องมีการจัดทำช่องทางให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงการร้องเรียนได้อย่างสะดวกและต้องมีการจัดทำ Infographic ในการร้องเรียนเกี่ยวกับผู้ติด

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

เชื้อที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมขึ้น อีกทั้งจะต้องมีการจัดทำสื่อต่าง ๆ ในด้านเอชไอวี โรคเอดส์ให้ประชาชนเข้าใจและมีการแจกจ่ายได้อย่างถั่วถึงทั้งรูปแบบ online หรือจัดทำเป็นหนังสือคู่มือแจกให้แก่ประชาชน

สำนักงานคณะกรรมการสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ

ควรจัดประชุมหารือกับทุกภาคส่วนและจัดทำแผนนโยบายเพื่อที่จะคุ้มครองผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ถูกหลักสากลมากขึ้น และมีการจัดทำสถิติการร้องเรียนในด้านการติดเชื้อเอชไอวีผู้ป่วยเอดส์ อีกทั้งจะต้องมีการประสานงานในหน่วยงานต่าง ๆ ทั้งหน่วยงานภาครัฐ เอกชน สถานประกอบการในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้อย่างรวดเร็ว

สภาทนายความ

สภาทนายความควรให้ความช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีกรณีไม่ได้รับความเป็นธรรม จะต้องมีหน้าที่ในการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่ได้รับความเป็นธรรมในสังคมโดยที่ไม่หวังผลตอบแทน

2) ทุกภาคส่วนจะต้องมีการทำงานกับแบบเชื่อมโยงประสานงานกันอย่างรวดเร็วและทันท่วงทีให้ทันกับสถานการณ์เพื่อส่งเสริมให้ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีอยู่ร่วมกันกับสังคมได้อย่างมีความสุขไม่ตีตราไม่แบ่งแยกออกจากสังคม จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่โดดเดี่ยวจากสังคม หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับความเป็นธรรมจากสังคมก็จะต้องมีการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อนั้นอย่างเต็มความสามารถทั้งนี้อาจรวมไปถึงให้รัฐจัดหางานให้อย่างเป็นระบบเพื่อที่จะไม่ก่อให้เกิดปัญหาทางสังคมตามมาภายหลังได้

3) การสร้างภาคีเครือข่ายทางสังคมที่เข้มแข็งเกี่ยวกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยจะต้องมีอาสาสมัครหรือวิทยากรเข้ามาให้ความรู้เกี่ยวกับการลดการตีตราทางสังคม และการเลือกปฏิบัติเป็นประจำอย่างสม่ำเสมอ ทั้งนี้อาจจะต้องคอยช่วยเหลือครอบครัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เกี่ยวข้องคอยซัพพอร์ตจิตใจทั้งนี้ควรมีจิตแพทย์เข้าไปมีบทบาทมากยิ่งขึ้นด้วยเพื่อเป็นแรงผลักดันให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้มีความคิดบวกในเชิงสร้างสรรค์ ไม่ทำให้เกิดอคติต่อตนเองไม่ทำร้ายร่างกายตนเองหรือหลีกหนีสังคม

4) ผู้สื่อข่าวในที่รายงานข่าวในรายการทีวีหรือสื่อสังคมออนไลน์ควรลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกันกับเชื้อเอชไอวี ออกข่าวเกี่ยวกับเอชไอวีอย่างเป็นกลางและสร้างสรรค์โดยไม่ออกข่าวที่บิดเบือนไปจากความจริง ไม่บูลี่หรือกลั่นแกล้งผู้ติดเชื้อเอชไอวีในการ

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

นำเสนอข่าวโดยเฉพาะการนำเสนอข่าวที่เป็นออกอากาศสดผู้รายงานข่าวจะต้องใช้คำพูดที่ไม่ดูถูกเหยียดหยามผู้ติดเชื้อเอชไอวี

5) ต้องมีการสร้างองค์ความรู้และการรณรงค์เกี่ยวกับเชื้อเอชไอวีและเอดส์ได้อย่างชัดเจนและถูกต้องเกี่ยวกับตัวโรค ระยะเวลาในการติดต่อ เมื่อติดเชื้อแล้วจะไปรักษาที่ไหน อย่างไร รวมไปถึงการลดการตีตราในกลุ่มเป้าหมายที่เปราะบางเช่นกลุ่มเกย์ สาวประเภทสอง หญิงชายขายบริการ จะต้องมีการรณรงค์อย่างจริงจัง เช่นงานเทศกาลไพรด์ Pride Month LGBTQ Pride Parades ที่จัดแสดงขบวนพาเหรดจะต้องมีการจัดให้ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ การลดการตีตราจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยซึ่งปัจจุบันยังพบเห็นได้น้อยที่มีการรณรงค์ไปพร้อมกัน วันเอดส์โลกอาจจะต้องมีการรณรงค์ให้หน่วยงานต่าง ๆ ของทางภาครัฐและเอกชนเข้ามามีบทบาทมากยิ่งขึ้นโดยเฉพาะสถานประกอบการให้มีการจัดเวทีเสวนาขึ้นเพื่อเพิ่มโอกาสในการหางานแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

5.2.3 ข้อเสนอแนะในการทำวิจัยครั้งต่อไป

ผู้วิจัยมีข้อเสนอแนะสำหรับการทำวิจัยครั้งต่อไป ดังนี้

1) ศึกษาสภาพปัญหากฎหมายขจัดการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวี

2) ศึกษาสภาพปัญหาการดำเนินงานตามพระราชบัญญัติขจัดการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวกับเอชไอวี

3) ศึกษารูปแบบการส่งเสริมเด็กและเยาวชนให้มีความตระหนักรู้เรื่องเอชไอวี

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม

กนกวรรณ สาธุอยู่ศิริกุล, ฐิรชัย หงส์ยันตรชัย, และปวิธ สิริเกียรติกุล. (2562). ผลการบำบัดความคิดและพฤติกรรมที่มีต่อการลดการตีตราในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ในโรงพยาบาลบ้านโพธิ์ จังหวัดฉะเชิงเทรา. *วารสารรัชต์ภาคย์ (มนุษยศาสตร์และสังคมศาสตร์), 13*(31), 171-178.

กรมควบคุมโรค. (2559). *Factsheet วันเอดส์โลก 1 ธันวาคม 2559 : ตรวจเร็ว รักษาเร็ว ยุติเอดส์*. สืบค้นจาก https://odpc7.ddc.moph.go.th/upload_files/20161121131625.pdf

กฤชกันทร สุวรรณพันธุ์, สมพาน โคตรธารินทร์ สุกัญญา ฆารสินธุ์ และลำพึง วอนอก. (2562). ปัจจัยความฉลาดทางสุขภาพที่มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อโรคเอดส์ของนักเรียนระดับมัธยมศึกษาตอนปลายเพศชายในจังหวัดบึงกาฬ. *วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 7 ขอนแก่น, 26*(2), 71-82.

กระทรวงแรงงาน. (2562). *แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติฉบับที่ 4 (พ.ศ.2562-2565)*. สืบค้นจาก https://asdd.mol.go.th/wp-content/uploads/sites/11/2020/11/แผนสิทธิมนุษยชนแห่งชาติ-ฉบับที่-4-พ.ศ.-2562-2565.pdf

กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค กองโรคเอดส์และ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กลุ่มพัฒนาเทคโนโลยีและระบบข้อมูล. (2564). *สถานการณ์เอชไอวีประเทศไทย ปี 2564*. สืบค้นจาก https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/RRTTR/Factsheet_HIV_2564_TH_V2.pdf

กระทรวงสาธารณสุข กรมควบคุมโรค. (2562). *รายงานประจำปี พ.ศ. 2562 กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์*. สืบค้นจาก https://odpc7.ddc.moph.go.th/upload_files/20161121131625.pdf

กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ, และบุญสวย ชัยสถิตกุล. (2560). สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติจากเอชไอวีในเขตสุขภาพที่ 9. *วารสารวิชาการ สคร.9, 26*(1), 13-24.

เกษดา ทองเทพไพโรจน์. (2553). *การวิเคราะห์เปรียบเทียบมโนทัศน์เรื่องความยุติธรรมของจอห์น รอลส์กับพระพุทธศาสนา* (Unpublished Master’s thesis). มหาวิทยาลัยธรรมศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. (2560). *ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์*. กรุงเทพฯ: บริษัทเอ็นซี คอนเซปต์ จำกัด.

จิราพร จิระสถิตย์. (2560). *การรับรู้การตีตราจากสังคมและปัจจัยบางประการที่มีอิทธิพลต่อความว้าเหว่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี* (Unpublished Master’s thesis). มหาวิทยาลัยขอนแก่น, ขอนแก่น.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม (ต่อ)

ฉัตรไชย จันทร์พรายศรี. (2559). *หลักสิทธิมนุษยชน*. กรุงเทพฯ: สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ.

ชัยวัฒน์ ม่วงทอง. (2564). *วาทกรรมการตีตราผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีเกย์ในสื่อออนไลน์ประเทศไทย ผลกระทบ และแนวทางการแก้ปัญหา* (Unpublished Master's thesis). สถาบันบัณฑิตพัฒนบริหารศาสตร์, กรุงเทพมหานคร.

ณรงค์ เหล่าธีระเชาวน์. (2556). *รายงานวิจัยเรื่อง สิทธิมนุษยชน*. กรุงเทพฯ:วิทยาลัยรัฐธรรมนูญ สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ.

ณัฏฐวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์.(2562). การสื่อสารที่ส่งผลต่อการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์:ภาพตัวแทน และความหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ. *วารสารโรคเอดส์, 31*(3), 103-115.

ณัฐฐ์วัฒน์ สุทธิโยธิน. (2555). *กฎหมายอาญาและอาชญาวิทยาชั้นสูง ทฤษฎีการลงโทษ หน่วยที่ 6 สาขาวิชานิติศาสตร์*. กรุงเทพฯ: มหาวิทยาลัยสุโขทัยธรรมาธิราช.

ไทยรัฐออนไลน์. (2558, 10 มิถุนายน). *สุดเศร้า! ผัวเมียติดโรคร้าย กินยาตายคู่กันบนที่นอน*. สืบค้นจาก https://www.thairath.co.th/news/local/504068

นปภัช เมืองมา, และเดชา ลลิตอนันต์พงศ์. (2561). ความยืดหยุ่นและแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ณ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทยแลนด์-ออสเตรเลีย-เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยทางคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย. *Chulalongkorn Medical Journal, 62*(6), 947-963.

นาวา ผานะวงค์. (2562). ผลการใช้โปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2562. *วารสารโรคเอดส์, 31*(3), 87-90.

นิฮาฟีซา หะยีวาเงาะ.(2554). *ทัศนคติเกี่ยวกับโรคเอดส์และการตีตราทางสังคม: กรณีศึกษาชุมชนมุสลิมในจังหวัดปัตตานี* (Unpublished Master's thesis). จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, กรุงเทพมหานคร.

บรรเจิด สิงคะเนติ. (2555). *หลักพื้นฐานเกี่ยวกับสิทธิเสรีภาพและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์* (พิมพ์ครั้งที่ 4). กรุงเทพฯ: วิญญูชน.

บำเพ็ญจิต แสงชาติ, พรนิภา หาญละคร, ภพ โกศลารักษ์, จุฬาภรณ์ โสตะ, จิตภินันท์ ศรีจักรโคตร, เพลินจันทร์ เชษฐ์โชติศักดิ์, . . . และพนมไพร สิทธิวงษา (2561). ความรู้ “ทัศนคติเกี่ยวกับเอชไอวี/เอดส์ และการปฏิบัติสุขภาวะทางเพศของนักศึกษามหาวิทยาลัยชั้นปีที่หนึ่ง. *ศรีนครินทร์เวชสาร, 33*(1), 49-55.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม (ต่อ)

ผู้จัดการออนไลน์. (2555, 15 กุมภาพันธ์). *โคลอมเบียสลด! สองบาทหลวงเกย์จ้างมือปืนฆ่าตัวเองหลังพบติด HIV*. สืบค้นจาก https://mgronline.com/around/detail/9550000021120

ผู้จัดการออนไลน์. (2562, 27 มีนาคม). *สลด! เด็กวัดเครียดป่วยโรคร้าย ผูกคอตายหน้ากุฏิเจ้าอาวาสวัดดังหาดใหญ่*. สืบค้นจาก https://mgronline.com/south/detail/9620000030428

มัตติกา ใจจันทร์, และพรนภา คำพราว. (2557). ตราบาปจากโรคเอดส์ ตัวอย่างความเจ็บป่วยทางสังคม. *วารสารพยาบาลทหารบก, 15*(3), 170-173.

มูลนิธิศูนย์คุ้มครองสิทธิด้านเอดส์. (2562). *ฐานข้อมูลการละเมิด 2562*. สืบค้นจาก https://www.aidsrightsthailand.com/

รัฐสภา. (2565). *ร่างพระราชบัญญัติขจัดการเลือกปฏิบัติต่อบุคคล พ.ศ. ....* สืบค้นจาก https://www.parliament.go.th/section77/manage/files/file_20220131132448_3_185.pdf

ลานทิพย์ เหราบัตย์, อภิญญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์, ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช, และยศภัทร เสาวภาลิมป์กุล. (2559). สถานการณ์ตีตราและเลือกปฏิบัติผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีในสถานพยาบาล เขตสุขภาพที่ 6 ปี 2558. *วารสารโรคเอดส์, 6*(1), 36-45.

วงการแพทย์. (2563). *ราชวิทยาลัยอายุรแพทย์ฯ ร่วมกับสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทยเผย “ความก้าวหน้าการรักษา HIV ในปัจจุบัน”*. สืบค้นจาก https://www.wongkarnpat.com/viewpat.php?id=2778

วรรณี จิ๋วปัญญา. (2564). ปัจจัยที่มีผลต่อความกังวลและทัศนคติในการตีตราและเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพจังหวัดนครสวรรค์. *วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัด นครสวรรค์, 15*(1) 30-40.

ว่องวิช ขวัญพัทลุง. (2563, 21 กุมภาพันธ์). กฎหมายไทยกับการแพร่เชื้อเอชไอวี. *Bangkokbiznews*. สืบค้นจาก https://www.bangkokbiznews.com/blogs/columnist/124432

วันทนีย์ ธารณธนบูลย์, และพัชมณ เจริญนาวี. (2566). การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10. *วารสารโรคเอดส์, 35*(1), 14-32.

วิทยา บาริศรี. (2562). *กทม. บูรณาการหน่วยงานเฝ้าระวังเชื้อเอชไอวี พร้อมเพิ่มประสิทธิภาพการติดตามผลด้วยเทคโนโลยีสารสนเทศ*. สืบค้นจาก http://www.prbangkok.com/.../MDY1cDBzNnM0NHIyb3Ezc3E2NnEy...

บรรณานุกรม (ต่อ)

ศิลธรรม เสริมฤทธิรงค์, พจนา ธัญญกิตติกุล, และชุติวัลย์ พลเดช. (2561). การทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ : ผลของการตีตราต่อผู้เป็นโรคเรื้อน วัณโรค และผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผู้เป็นโรคเอดส์. *วารสารควบคุมโรค, 44*(1), 19-29.

ศุภรา ศรีปริวาทิน. (2560). *แนวคิดและหลักการของสิทธิมนุษยชน*. สืบค้นจาก https://policetraining9.com/index.php?option=com_attachments&task=download&id=279

สนุกออนไลน์. (2561, 11 ธันวาคม). *หนุ่มใหญ่มีเมีย 5 เพิ่งรู้ติดเชื้อ HIV เกิดน้อยใจ รพ. ผูกคอตายประชด*. สืบค้นจาก https://www.sanook.com/news/7606814/

สมยศ เจริญสุข, อุมาวดี เหลาทอง, ภูเบศร์ แสงสว่าง, และเนตร หงส์ไกรเลิศ. (2565). การบริการที่ไม่ตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพในโรงพยาบาลชุมชน จังหวัดพิจิตร. *วารสารวิชาการสาธารณสุขชุมชน, 8*(4), 24-34.

สำนักข่าวออนไลน์ Hfocus. (2559, 9 มิถุนายน). *เผย 4 ปัจจัย ส่งไทยประสบผลสำเร็จ "ยุติ HIV จากแม่สู่ลูก เป็นประเทศที่ 2 ของโลก"*. สืบค้นจาก https://www.hfocus.org/content/2016/06/12265

สำนักงานอัยการสูงสุด สำนักงานคุ้มครองสิทธิและช่วยเหลือทางกฎหมายแก่ประชาชน. (2562). *การคุ้มครองสิทธิประชาชนเกี่ยวกับเอดส์*. สืบค้นจาก https://crs.ddc.moph.go.th/crisis/public/contents/Crisis.pdf

สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. (2559). *คู่มือการดำเนินงานเพื่อส่งเสริมสถานบริการสุขภาพที่ปราศจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์*. กรุงเทพฯ: เจ. เอส. การพิมพ์.

สุทธิภัทร แก้วเทพ, ธวัชชัย อภิเดชกุล, วิภพ สุทธนะ และกรกช จันทร์เสรีวิทยา. (2564). ความชุกและปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายชาติพันธุ์ที่ขายบริการทางเพศในพื้นที่จังหวัดเชียงใหม่ ประเทศไทย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข, 30*(3), 393-405.

สุมาลี ง่อนชัย, ฐิติพงษ์ ยิ่งยง, สุปิยา จันทรมณี, นิรมล ปัญสุวรรณ, วัชรพล สีนอ, และภานุพิชญ์ เที่ยงธรรม. (2561). *การคาดประมาณสถานการณ์การแพร่ระบาดของ HIV/AIDS ในประชากรที่มีอายุ ตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ในจังหวัดขอนแก่น ตั้งแต่ พ.ศ. 2560-2573 เพื่อการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์*. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์.

สุรชัย เลี้ยงบุญเลิศชัย. (2559). *การคุ้มครองสิทธิและเสรีภาพของประชาชนด้านการเข้าถึง*. กรุงเทพฯ: สำนักงานศาลรัฐธรรมนูญ.

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม (ต่อ)

สุรชัย ศรีสารคาม. (2563). *บทความเกี่ยวกับหลักสิทธิมนุษยชน, ศาลรัฐธรรมนูญ*. สืบค้น 7 มีนาคม 2564, จาก https://www.constitutionalcourt.or.th/occ_web/ewt_dl_link.php?nid=1394

อมรินทร์ออนไลน์. (2564, 29 เมษายน). สาวป่วยHIVร่ำไห้ติดโควิด-19พ้อชีวิตรอเตียงสุดทรมาน เหมือนต้องตายซ้ำสอง [Video file]. สืบค้นจาก https://www.youtube.com/watch?v=tqIz9Ywi0EU

Adetokunboh, O. O., & Oluwasanu, M. (2016). Eliminating mother-to-child transmission of the human immunodeficiency virus in sub-Saharan Africa: The journey so far and what remains to be done. *Journal of Infection and Public Health, 9*(4), 396–407. doi.org/10.1016/j.jiph.2015.06.010

Akin-Odanye, E. O. (2018). Prevalence and management of child sexual abuse cases presented at Nigerian hospitals: A systematic review. *Journal of Health and Social Sciences, 3*(2), 109–124. https://doi.org/10.19204/2018/prvl2

Anika, A. (2016). Stigma and Discrimination- HIV and Aids Context: (A Case Study of University Community). *International Journal of Scientific and Research Publications, 6*(8), 178-186.

Arnold, E. A., Rebchook, G. M., & Kegeles, S. M. (2014). 'Triply cursed': Racism, homophobia, and HIV-related stigma are barriers to regular HIV testing, treatment adherence and disclosure among Black young gay men. *Culture, Health & Sexuality, 16*(6), 710-722. doi:10.1080/13691058.2014.905706

Ashaba S, Kaida A, Coleman JN, Burns BF, Dunkley E, Kasey ON, et al. (2017). Psychosocial challenges facing women living with HIV during the perinatal period in rural Uganda. *PLOS ONE, 12*(5), e0176256. doi: 10.1371/journal.pone.0176256

Bala, N. A., Azman, A., & Singh, P. S. J. (2022) The impact of gender discrimination and HIV stigma on women living in North Central Nigeria. *Cogent Social Sciences, 8*(1), 1-16. Retrieved from https://www.tandfonline.com/doi/pdf/10.1080/23311886.2022.2027612

บรรณานุกรม (ต่อ)

Chrstopher, J. (2020). *Adolescents living with HIV and AIDS in Chiredzi district, Zimbabwe: experiences of disclosure, stigma, sexuality and social support to treatment adherence* (Master's thesis, University of KwaZulu-Natal). Retrieved from https://www.academia.edu/99852112/Adolescents_living_with_HIV_and_AIDS_in_Chiredzi_district_Zimbabwe_experiences_of_disclosure_stigma_sexuality_and_social_support_to_treatment_adherence?uc-g-sw=58618035

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Sells, M., (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 33*(6), 1312-1318.

Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Sells, M., (2007). Self-stigma in people with mental illness. *Schizophrenia Bulletin, 33*(6), 1312-1318.

Daniel, W. W. (1995). *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences* (6th ed.). New York: John Wiley & Sons.

Doctrow, J. (2016). *Stigmatization fo HIV/AIDS: A Cross-Cultural Analysis* (Master's thesis). Retrieved from https://digitalcommons.wku.edu/stu_hon_theses/622

Earnshaw, V. A., & Kalichman, S. C. (2013). Stigma experienced by people living with HIV/AIDS. In P. Liamputtong (Ed.), *Stigma, discrimination and living with HIV/AIDS: A cross-cultural perspective* (pp. 23–38). Springer Science + Business Media. https://doi.org/10.1007/978-94-007-6324-1_2

Eshetu, D. A., Woldeyohannes, S. M., Kebede, M. A., Techane, G. N., Gizachew, K. D., Tegegne, M. T., & Misganaw, B. T. (2015). Prevalence of Depression and Associated Factors among HIV/ AIDS Patients Attending ART Clinic at Debrebirhan Referral Hospital, North Showa, Amhara Region, Ethiopia. *Clinical Psychiatry, 1*(1). doi:10.21767/2471-9854.100003.

Fauk, N. K., Ward, P. R., Hawke, K., & Mwanri, L. (2021). Cultural and religious determinants of HIV transmission: A qualitative study with people living with HIV in Belu and Yogyakarta, Indonesia. *PLoS One, 16*(11), e0257906. doi:10.1371/journal.pone.0257906

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม (ต่อ)

Fauk, N. K., Ward, P. R., Hawke, K., and Mwanri, L. (2021). HIV Stigma and Discrimination: Perspectives and Personal Experiences of Healthcare Providers in Yogyakarta and Belu, Indonesia. *Frontiers in Medcine, 8,* 1-11. doi:10.3389/fmed.2021.625787

Fredericksen, R., Edwards, T., & Crane, H. M. (2015) Patient and provider priorities of self-reported domains in HIV clinical care. *AIDS Care, 27*(10), 1255-64. doi:10.1080/09540121.2015.1050983

Goffman, E. (1963). *Stigma: Note on the management of spoiled identify*. Englewood cliffs: N.J. Prentice Hall.

Hassan, M., Awosan, K. J., Panti, A. A., Nasir, S., Tunau, K., Umar, A. G., . . . Sulaiman, B. (2016). Prevalence and pattern of sexual assault in usmanu danfodiyo university teaching hospital, Sokoto, Nigeria. *Pan African Medical Journal, 24*(332), 1–8. https://doi.org/10. 11604/pamj.2016.24.332.9462

International Labour Organization. (2021). *The ILO Global HIV Discrimination in the World of Work survey*. Retrieved from https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---ed_protect/---protrav/---ilo_aids/documents/publication/wcms_830267.pdf

Ivanova, O., Rai, M., & Kemigisha, E. (2018). A systematic review of sexual and reproductive health knowledge, experiences and access to services among refugee, migrant and displaced girls and young women in Africa. *International Journal of Environmental Research and Public Health, 15*(1583), 1–12. https:// doi.org/10.3390/ijerph15081583

Kumar, N., Unnikrishnan, B., Thapar, R., Mithra, P., Kulkarni, V., Holla, R., . . . Kumar, A. (2017). Stigmatization and Discrimination toward People Living with HIV/AIDS in a Coastal City of South India. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC), 16*(3), 226-232. doi:10.1177/2325957415569309

Lehning, P. B. (2009). *John Rawls: An Introduction*. New York: Cambridge University Press.

Li, Z., & Sheng, Y. (2014). Comparative analysis of perceived stigma between HIV positive MSM and paid blood donors. *Chinese Journal of AIDS & STD., 12*(20), 948–949.

บรรณานุกรม (ต่อ)

Link, B. G., and Francis, T. Cn. (1990). The Labeling Theory of Mental Disorder: A Review of the Evidence. In J. Greenley, ed., *Mental Illness in Social Context* (pp. 75-106). Greenwich, CT: JAI Press.

Link, B. G., Mirotznik, J., & Francis, T. C. (1991). The Effectiveness of Stigma Coping Orientations: Can Negative Consequences of Mental Illness Labeling be Avoided? *Journal of Health and Social Behavior, 32*(3), 302-320. https://doi.org/10.2307/2136810

Lowther, K., Selman, L., Harding, R., & Higginson, I. J. (2014). Experience of persistent psychological symptoms and perceived stigma among people with HIV on antiretroviral therapy (ART): A systematic review. *International Journal of Nursing Students, 51*(8), 1171–1189. https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.01.015

Mensah, E. O. (2020). When you open your legs, you eat: The discourse of transactional sex among female youth in Nigeria. *Sexuality and Culture, 24*(24), 543–560. https://doi.org/10.1007/s12119-019- 09648-w

Mohan, K. P., Peungposop N, Junprasert T. State of the art behavioral science research: a review of the publications in the international journal of behavioral science. *Journal of Behavioral Science, 11*(1), 1-18.

Morgan, H. (2022). Conducting a qualitative document analysis. *The Qualitative Report, 27*(1), 64-77.

National Institute of Mental Health (NIMH). (1996). *Mission*. Retrieved from https://www.nih.gov/about-nih/what-we-do/nih-almanac/national-institute-mental-health-nimh

Nguyen, T. A., Oosterhoff, P., Ngoc, Y. P., Wright, P., & Hardon, A. (2009). Self-help groups can improve utilization of postnatal care by HIV-infected mothers. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 20*, 141–52. doi:10.1016/j.jana.2008.10.006

Nyashanu, M. (2017). *Beliefs and Perceptions in the construction of HIV stigma and sexual health seeking behaviour among Black sub-Sahara African (BSSA) communities in Birmingham, UK.* (Doctoral dissertation, University of Wolverhampton). Retrieved from https://wlv.openrepository.com/bitstream/handle/2436/621154/Nyashanu%20PhD%20Thesis.pdf?sequence=1&isAllowed=y

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

บรรณานุกรม (ต่อ)

Parker, W., Oyosi, S., Kelly, K., & Fox, S. (2002). *Out on the Streets: HIV/AIDS and Public Transport Commuters in SA*. Pretoria, South Africa: Department of Health.

Parsons, J. T., VanOra, J., Missildine, W., Purcell, D. W., & Gómez, C. A. (2004). Positive and Negative Consequences of HIV Disclosure Among Seropositive Injection Drug Users. *AIDS Education and Prevention, 16*(5), 459–475. https://doi.org/10.1521/aeap.16.5.459.48741

Rawizza, H. E., Chang, C. A., Chaplin, B., Ahmed, I. A., Meloni, S. T., Oyebode, T., Banigbe, B., S. Sagay, A., F. Adewole, I., Okonkwo, P., J. Kanki, P., & PEPFAR Team, T. A. (2017). Loss to follow-up within the prevention of mother-to-child transmission care cascade in a large ART program in Nigeria. *Current HIV Research, 13*(3), 201–209. https://doi.org/10.2174/ 1570162X1303150506183256

Rawls, J. (2005). *Political Liberalism: Expanded Edition*. New York: Columbia University Press.

Saki, M., Kermanshahi, S. M. K., Mohammadi, E., & Mohraz, M. (2015). Perception of patients with HIV/AIDS from stigma and discrimination. *Iranian Red Crescent Medical Journal, 17*(6), 1-7.

Sianturi, E. I., Perwitasari, D. A., Islam, A., & Taxis, K. (2019). The association between ethnicity, stigma, beliefs about medicines and adherence in people living with HIV in a rural area in Indonesia. *BMC Public Health, 19*, 55. doi:10.1186/s12889-019-6392-2

Srithanaviboonchai, K., Chariyalertsak, S., Assanangkornchai, S., Kessomboon, P., Putwatana, P., Taneepanichskul, S., & Aekplakorn, W. (2017). Stigmatizing attitudes toward people living with HIV among general adult Thai population: Results from the 5th Thai National Health Examination Survey (NHES). *PLoS One, 12*(11), 1-14. doi:10.1371/journal.pone.0187231

Stoltz, P. G. (1997). *Adversity quotient: Turning obstacles into opportunity*. New York: John Wiley & Sons.

The ILO Global HIV Discrimination in the World of Work survey. (2021). *GALLUP 2021(1)82-87*. Retrieved from https://www.ilo.org/global/publications/books/WCMS_830267/lang--en/index.htm

บรรณานุกรม (ต่อ)

The Joint United Nations Programme on HIV and AIDS (UNAIDS). (2021). *2021 UNAIDS Global AIDS Update — Confronting inequalities — Lessons for pandemic responses from 40 years of AIDS*. Retrieved from https://www.unaids.org/en/resources/documents/2021/2021-global-aids-update

Workpoint Today. (2022, 12 September). *เปิดข้อมูลปี 65 พบเยาวชนติดเอดส์เพิ่ม 6,500 คน*. Retrieved from https://workpointtoday.com/bkk-hiv/

World Health Organization. (2010). *WHO Recommendations on the Diagnosis of HIV Infection in Infants and Children*. Geneva: Researcher.

Zarei, N., & Joulaei, H. (2018). The Impact of perceived stigma, quality of life, and spiritual beliefs on suicidal ideations among HIV-positive patients. *AIDS Research and Treatment, 2018*(1), 1–7. https://doi. org/10.1155/2018/6120127

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ก

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

แบบสัมภาษณ์
สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1) ที่ผ่านมามีใครทราบว่าคุณติดเชื้อหรือไม่ กรณีที่ผู้นั้นทราบว่าคุณติดเชื้อเอชไอวีติดเชื้อ บุคคลเหล่านั้นแสดงพฤติกรรมต่อคุณอย่างไร

2) เมื่อคุณเห็นผู้นั้นแสดงพฤติกรรมต่อคุณ คุณรู้สึกอย่างไร

3) คุณทราบหรือไม่ว่าเหตุใดผู้นั้นจึงแสดงพฤติกรรมกับคุณเช่นนั้น

4) คุณเคยถูกละเมิดสิทธิหรือถูกลิดรอนสิทธิอย่างไรบ้าง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

แบบสัมภาษณ์

คำถามสำหรับผู้ให้บริการในสถานพยาบาล องค์กรพัฒนาเอกชน (NGO) ด้านเอชไอวี นักจิตวิทยาการปรึกษาและนักวิชาการด้านสิทธิมนุษยชน

1) ท่านคิดว่าสภาพปัญหาที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอะไรบ้าง

2) ท่านคิดว่าสาเหตุที่เกิดจากการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอะไรบ้าง

3) ท่านคิดว่าแนวทางปฏิบัติที่เหมาะสมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอะไรบ้าง

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ภาคผนวก ข

เอกสารด้านจริยธรรมวิจัยในคน

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

COA. No. RSUERB2023-076

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน RSU-ERB RSU ETHICS REVIEW BOARD

เอกสารรับรองโครงการวิจัย (Certificate of Approval)

โดย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

เอกสารรับรองเลขที่	:	COA. No. RSUERB2023-076
ชื่อโครงการวิจัย	:	การตีตราและการเลือกปฏิบัติกับสิทธิมนุษยชนของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ณ สถานพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดขอนแก่น STIGMA AND DISCRIMINATION AGAINT HUMAN RIGHT AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV AT THE INFIRMARY IN KHON KAEN PROVINCE
หัวหน้าโครงการวิจัย	:	นายขินดนัย วัฒนะ
หน่วยงานที่สังกัด	:	คณะอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม มหาวิทยาลัยรังสิต
วิธีทบทวน	:	พิจารณาจริยธรรมการวิจัยในคนแบบเต็มคณะ (Full Board Review)
เอกสารที่รับรอง	:	1. แบบเสนอโครงการวิจัย 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. แบบสอบถาม/แบบสัมภาษณ์

วันที่รับรอง : 23 พฤษภาคม 2566

วันที่หมดอายุ : 23 พฤษภาคม 2568

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต ได้พิจารณาและมีมติรับรองเอกสาร **ดังที่ระบุ** ไว้ข้างต้น โดยยึดหลักจริยธรรม Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline **และ** International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ลงนาม ....

(รองศาสตราจารย์ ดร. ปานันท์ คงญิจนภูมิ)

ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน มหาวิทยาลัยรังสิต

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน สำนักงานจริยธรรมการวิจัย ห้อง 504, ชั้น 5, อาคารอาทิตย์ อุไรรัตน์ (ตึก 1), มหาวิทยาลัยรังสิต

โทร. 0-2791-5728 Email: rsuethics@rsu.ac.th

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

COA. No. RSUERB2023-076

RSU-ERB

RSU ETHICS REVIEW BOARD

Certificate of Approval
By
Ethics Review Board of Rangsit University

COA. No.	COA. No. RSUERB2023-076
Protocol Title	STIGMA AND DISCRIMINATION AGAINT HUMAN RIGHT AMONG PEOPLE LIVING WITH HIV AT THE INFIRMARY IN KHON KAEN PROVINCE
Principle Investigator	MR.CHINDANAI WATTHANA
Affiliation	Faculty of Criminology and Justice Administration, Rangsit University
How to review	Full Board Review
Approval includes	1. Project proposal 2. Information sheet 3. Informed consent form 4. Data collection form/Program or Activity plan

Date of Approval:	23 May 2023
Date of Expiration:	23 May 2025

The prior mentioned documents have been reviewed and approved by Ethics Review Board of Rangsit University based Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline and International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice or ICH-GCP

Signature..

(Associate Professor Dr. Panan Kanchanaphum)

Chairman, Ethics Review Board for Human Research

Ethics Review Board of Rangsit University, 5th floor, Arthit Ourairat Building (Bldg.1) Rangsit University

Tel. 0-2791-5728 Email: rsuethics@rsu.ac.th

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University

ประวัติผู้วิจัย

ชื่อ	ชินดนัย วัฒนะ
วัน เดือน ปีเกิด	5 ตุลาคม 2531
สถานที่เกิด	จังหวัดนครราชสีมา ประเทศไทย
ประวัติการศึกษา	มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาวิทยาศาสตรบัณฑิต สาขาวิชาเทคนิคการแพทย์, 2554 มหาวิทยาลัยรังสิต ปริญญาศิลปศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาอาชญาวิทยาและการบริหารงานยุติธรรม, 2566
ที่อยู่ปัจจุบัน	488/146 ซอย 2/7 ถนน 30 กันยา ตำบลในเมือง อำเภอเมือง จังหวัดนครราชสีมา

มหาวิทยาลัยรังสิต Rangsit University