

## การศึกษาสถานการณ์การเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ในสถานบริการสุขภาพ อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

The Study of the situation discrimination against people with HIV and AIDS in health care facilities at Charoen Sin District, Sakon Nakhon Province.

ดวงฤดี วรชิติน พย.บ.

Duangruedee Worachin, (B.N.S)

โรงพยาบาลเจริญศิลป์ อำเภอเจริญศิลป์

Charoen Sin Hospital, Charoen Sin District.

จังหวัดสกลนคร

Sakon Nakhon Province.

(Received: 16 January 2024, Revised 10 February 2024, Accepted: 14 February 2024)

### บทคัดย่อ

ปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัติกับผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ ส่งผลกระทบต่อการใช้บริการบริการที่ไม่เป็นธรรม การศึกษาเชิงพรรณนาแบบภาคตัดขวางนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพ เขตอำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพ จำนวน 154 ราย ที่ได้มาจากการสุ่มอย่างมีระบบ เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) แบบสอบถามทัศนคติต่อการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ 2) แบบสัมภาษณ์ข้อคิดเห็นในการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติพรรณนา และวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis)

ผลการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลใจเมื่อต้องเจาะเลือดให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในระดับมาก (Mean = 49.35) มีความกังวลใจเมื่อต้องทำแผลอยู่ในระดับปานกลาง (Mean = 48.05) มีความกังวลใจที่ต้องสัมผัสร่างกาย เสื้อผ้า เหยียง หรือสิ่งของเครื่องใช้ (Mean = 63.64) และรู้สึกไม่สบายใจทุกครั้งที่จะต้องให้บริการ เพราะเชื่อว่าความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ มากขึ้น และมีความรู้สึกไม่เต็มใจต่อการให้บริการอยู่ในระดับน้อยที่สุด (Mean = 79.87) จะเห็นว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีแนวความคิดการปฏิบัติกับผู้ป่วยเอดส์ไปในทิศทางเดียวกัน คือ มีความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากให้บริการสุขภาพ ทั้งการสัมผัสร่างกายหรือสิ่งของผู้ป่วยเอดส์ การทำแผล และการเจาะเลือด เป็นต้น นอกจากนี้กลุ่มตัวอย่างยังเสนอแนะให้มีระบบ One Stop Service เพื่อเป็นมาตรฐานของสถานบริการสุขภาพในการให้บริการแก่ผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวไป

**คำสำคัญ:** การเลือกปฏิบัติ, ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์, ผู้ให้บริการสุขภาพ

**ติดต่อผู้พิมพ์:** ดวงฤดี วรชิติน **อีเมล:** ddworachin@gmail.com

## Abstract

Problems of stigma and discrimination against patients infected with HIV or AIDS Affects receiving unfair services. This cross-sectional descriptive study aimed to survey the situation of stigma and discrimination against people with HIV and AIDS in health care facilities at Charoen Sin District Hospital, Sakon Nakhon Province The sample group consisted of 154 service providers in health care facilities that were obtained through systematic random sampling. The tools used to collect data consisted of 1) a questionnaire on attitudes towards providing services to people living with HIV and AIDS, 2) an interview form with opinions on the treatment of people living with HIV and AIDS. Data were analyzed using descriptive statistics and content analyze.

The results found that the sample group had a high level of anxiety when drawing blood for HIV or AIDS patients (Mean = 49.35), and a moderate level of anxiety dressing wounds (Mean = 48.05) and anxiety about touching the body, clothes, bed, or appliances (Mean = 63.64) and feel uncomfortable every time having to provide services. Because it is believed that the risk of infection is greater, and had the lowest level of unwillingness to provide services (Mean = 79.87)

It can be seen that most of the sample group has the same concept of treating AIDS patients, that is, they are afraid of contracting HIV from providing health services. including touching the body or things of an AIDS patient, dressing wounds, and drawing blood, etc In addition, the sample group also recommended that there be a One Stop Service system as a standard for health service facilities to provide services to this group of patients.

**Keywords:** discrimination, People infected with HIV or AIDS patients, health care provider

**Corresponding author:** Duangruedee Worachin **E-mail:** ddworachin@gmail.com

## บทนำ

โรคเอดส์ ถือเป็นโรคที่เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญของหลายประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทยด้วย โรคเอดส์มิใช่เป็นปัญหาแค่เพียงการระบาดและการเจ็บป่วยจากโรคเท่านั้น แต่ยังมี ความเกี่ยวข้องกับปัญหาทางสังคม การรังเกียจกีดกัน การเลือกปฏิบัติที่ไม่เป็นธรรมและการละเมิดสิทธิมนุษยชน ทั้งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้เกี่ยวข้องอื่น ๆ จากรายงานขององค์การอนามัยโลกในปี พ.ศ. 2563 พบว่า ทั่วโลกมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 37.7 ล้านคน โดยเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ประมาณ 1.5 ล้านคน และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสียชีวิตประมาณ 680,000 คน และในปีเดียวกันก็มีการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิตอยู่ในประเทศไทย ว่าจะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 501,105 คน เป็นเพศชาย จำนวน 283,340 คน เพศหญิง จำนวน 217,765 คน โดย

เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ จำนวน 6,628 คน และผู้เสียชีวิตจากเอดส์อีก 12,115 คน มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ที่เกิดจากการใช้สารเสพติด ร้อยละ 3 จากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ป้องกัน ร้อยละ 97<sup>(1)</sup> และจากสถิติทางระบาดวิทยาของโรคเอดส์ พบว่า ปัจจุบันประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและยังมีชีวิตอยู่จำนวน 440,000 คน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ประมาณ 5,500 คน โดยแบ่งเป็นกลุ่มชายรักชาย ร้อยละ 31.5 กลุ่มคู่นอนต่าง (คู่อุยกินคู่ประจำ) ร้อยละ 46.0 กลุ่มฉีดยาเสพติด ร้อยละ 3.9 กลุ่มให้บริการทางเพศและลูกค้าย ร้อยละ 12.4<sup>(3)</sup> เป็นต้น

และประเทศไทยได้กำหนดยุทธศาสตร์แห่งชาติในการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี พ.ศ. 2573 โดยคำนึงถึงหลักการสิทธิมนุษยชนและความเสมอภาคระหว่างเพศใน 3 ประเด็น คือ 1) ลดการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ให้เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย 2) ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และ 3) ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากเอชไอวีและเพศภาวะลง ร้อยละ 90<sup>(2)</sup> และสืบเนื่องจากประเด็นที่ 3 ในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ภาครัฐได้จัดทำแผนยุทธศาสตร์ยุติปัญหาเอดส์ฯ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางขององค์การอนามัยโลก ที่ได้กำหนดให้ทุกวันที่ 1 มีนาคมของทุกปีเป็นวันรณรงค์สากลเพื่อยุติการเลือกปฏิบัติหรือ Zero Discrimination Day<sup>(3)</sup> เพื่อเป็นการเน้นย้ำให้ประชาชนตระหนักถึงประเด็นด้านสิทธิมนุษยชน ศักดิ์ศรี และความเป็นมนุษย์อย่างเท่าเทียมกัน โดยในประเทศไทยมีการดำเนินงานของโครงการในชื่อ “สานพลัง ยุติการตีตราและเลือกปฏิบัติ (Thailand Partnership for Zero Discrimination)” ดำเนินงานโดยกรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับภาคีเครือข่าย เริ่มโครงการเมื่อวันที่ 1 มีนาคม พ.ศ. 2562 ตั้งเป้าประสงค์ในการลดการตีตรา ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีให้เหลือไม่เกิน ร้อยละ 5.8<sup>(4)</sup>

จากการทบทวนเอกสาร พบว่า หน่วยบริการสุขภาพในประเทศไทยยังคงมีอุปสรรคที่สำคัญในการยุติปัญหาเอดส์ คือ ผู้ปฏิบัติงานยังคงมีการตีตราและเลือกปฏิบัติ (stigmatization and discrimination: S&D) ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งปัญหาดังกล่าว ซึ่งได้ส่งผลกระทบต่อด้านลบต่อการเข้ารับบริการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี และเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อฯ หลีกเลี่ยงการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การเสาะแสวงหาการเข้าถึงบริการ การเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของตนเอง รวมถึงการคงอยู่ในระบบการรักษาอีกด้วย<sup>(5)</sup> นอกจากนี้ ปัญหาการตีตราและเลือกปฏิบัตินั้น ยังมีผลเสียต่อการเข้าถึงกลุ่มเปราะบาง หรือผู้ที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมักจะถูกตีตราซ้ำซ้อนเนื่องจากมีสถานะอื่น ๆ เช่น มีความหลากหลายทางเพศหรือใช้สารเสพติด เป็นต้น<sup>(6)</sup> ประกอบกับประเทศไทยเป็นหนึ่งใน 11 ประเทศในภูมิภาคเอเชียตะวันออกเฉียงใต้ ที่อยู่ภายใต้การดูแลขององค์การอนามัยโลก เนื่องจากเป็นพื้นที่ที่มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีสูงเป็นอันดับสองของโลก รองจากทวีปแอฟริกา<sup>(7)</sup> จะเห็นว่า ปัญหาเกี่ยวกับการตีตราและการเลือกปฏิบัติ ทั้งการละเมิดสิทธิมนุษยชนและความไม่เท่าเทียมทางเพศ ถือเป็นอุปสรรคสำคัญต่อการจัดการแก้ไขปัญหาด้านเอชไอวี/เอดส์ในภูมิภาคนี้และในการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพนั้น ก็ยังทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์เกิดความหวาดกลัว การเปิดเผยความลับของสถานะการติดเชื้อเอชไอวีจึงหลีกเลี่ยงการเข้ารับบริการ เกิดความล่าช้าในการได้รับยาต้านไวรัส กลัวสถานบริการ<sup>(8)</sup> และส่งผลกระทบต่อทางสังคมทำให้เกิดการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีได้มากขึ้น การลดการตีตราและเลือกปฏิบัติจึงเป็นหนึ่งในเป้าหมายหนึ่งของยุทธศาสตร์ชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2560-2573 จากการสำรวจผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพทั้งหมด 19 จังหวัดทั่วประเทศ โดยสำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (สอวพ.) กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข พบว่า การตีตราและเลือกปฏิบัติยังคงเกิดขึ้น<sup>(9)</sup> และจากการสำรวจการตีตราและเลือกปฏิบัติจาก

บุคลากรโรงพยาบาลของมูลนิธิแคร์แมท พบว่า บุคลากรในโรงพยาบาลยังมีทัศนคติ ตีตราและเลือกปฏิบัติผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ HIV สูงมาก จาก 83% ในปี 2018 และลดลงอย่างมีนัยสำคัญ เหลือ 68% ในปี 2020 แต่ยังคงอยู่ในระดับที่สูง<sup>(10)</sup> จะเห็นว่า ปัญหาด้านทัศนคติที่ทำให้การตีตราและเลือกปฏิบัติ นั้น ยังคงเป็นอุปสรรคสำคัญในการบรรลุเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ของประเทศไทยในปี 2573 ดังนั้น การติดตามและประเมินผลทั้งในระดับพื้นที่ และระดับเขตจะเป็นส่วนสำคัญอย่างยิ่งต่อการพัฒนาแผนงานและนโยบาย เพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพ<sup>(11)</sup>

สถานบริการสุขภาพในเขตอำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร มีทั้งหมด 7 แห่ง ซึ่งแต่ละหน่วยบริการต่างก็มีผู้ป่วยที่เป็นโรคเอดส์เข้ามาใช้บริการจำนวนมาก จากการสำรวจและสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพเขตอำเภอเจริญศิลป์ พบว่า เจ้าหน้าที่บางส่วนมีทัศนคติด้านลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และยังมี ความกลัวที่จะเกิดการติดเชื้อเอชไอวีจากการปฏิบัติงาน ทั้งจากการสัมผัสร่างกายหรือสิ่งของผู้ป่วยเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การทำแผล และการเจาะเลือดให้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จนทำให้เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการต้องใช้วิธีการป้องกันตนเองมากเกินไปจนเกิดความจำเป็น เช่น การสวมถุงมือสองชั้นขณะให้บริการแก่ผู้ป่วย และให้บริการด้วยความไม่เต็มใจ เป็นต้น ด้วยเหตุผลที่กล่าวมาข้างต้น ผู้วิจัยในฐานะพยาบาลวิชาชีพ จึงสนใจที่ศึกษาการดูแลเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพขึ้น ซึ่งนับเป็นความท้าทายที่จะปรับทัศนคติผู้ให้บริการ ทั้งนี้เพื่อหาแนวทางในการช่วยลดผลกระทบจากการตีตราลงได้ ซึ่งการศึกษาครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อ ศึกษาสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในสถานบริการสุขภาพ อำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร

## วัตถุประสงค์และวิธีการศึกษา

การวิจัยครั้งนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) โดยทำการศึกษาเฉพาะช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง (Cross-sectional study) ใช้ระยะเวลาในการดำเนินการศึกษาตั้งแต่เดือนธันวาคม 2566 ถึงกลางเดือนมกราคม 2567 รวมระยะเวลาทั้งสิ้น 6 สัปดาห์

### ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

ประชากร คือ ผู้ให้บริการในสถานบริการสุขภาพในเขตอำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร มีทั้งหมด 7 แห่ง ดังนี้ 1) โรงพยาบาลเจริญศิลป์ 2) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลเหล่า 3) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดงสง่า 4) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนสร้างไพร 5) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลกุดนาขาม 6) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกศิลา 7) โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลหนองแวง จำนวน 260 คน

กำหนดขนาดกลุ่มตัวอย่างโดยใช้โปรแกรม G\*power กำหนดค่าความเชื่อมั่นเท่ากับ 95% ค่าอำนาจการทดสอบเท่ากับ 0.9 ทดสอบแบบสองทาง ขนาดอิทธิพล (effect size) ทบทวนวรรณกรรมจากงานวิจัยที่ศึกษาลักษณะของกลุ่มตัวอย่างที่ใกล้เคียงกับงานวิจัยครั้งนี้<sup>(8)</sup> ได้ค่าขนาดอิทธิพลเท่ากับ 0.26 คำนวณได้กลุ่มตัวอย่าง 147 คน เพื่อป้องกันการไม่สมบูรณ์ของข้อมูลจึงเพิ่มจำนวนกลุ่มตัวอย่างอีกร้อยละ 5 ดังนั้น ได้กลุ่มตัวอย่างจำนวน 154 คน และใช้เป็นกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการศึกษาโดยการตอบแบบสอบถาม

สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ร่วมกับการสุ่มคัดเลือกแบบเจาะจง คือ 1) เป็นเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพในสถานบริการสุขภาพ เขตอำเภอเจริญศิลป์ จังหวัดสกลนคร 2) เพศชายและหญิง มีอายุ 20 – 60 ปี 3) มีประสบการณ์การปฏิบัติงาน 1 ปีขึ้นไป 4) มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคเอดส์อย่างน้อย 2-5 ราย 5) ยินดีเข้าร่วมการศึกษา สำหรับเกณฑ์ในการคัดออกจากการศึกษา (exclusion criteria) คือ อยู่ในระหว่างอบรมหรือลาศึกษาต่อหรือย้ายสถานที่ปฏิบัติงาน และในการคัดเลือกกลุ่มตัวอย่างที่ใช้ในการสัมภาษณ์ได้มาจากการสุ่มในแต่ละสถานบริการทุกแห่ง ดังนี้

1. แบ่งกลุ่มสถานบริการออกเป็น 3 กลุ่ม

- 1) สถานบริการสุขภาพขนาดใหญ่ จำนวน 1 แห่ง
- 2) สถานบริการสุขภาพขนาดกลาง จำนวน 3 แห่ง
- 3) สถานบริการสุขภาพขนาดเล็ก จำนวน 3 แห่ง

2. สุ่มอย่างง่าย (Simple Random Sampling) โดยการจับสลากเพื่อเลือกหน่วยบริการกลุ่มละ 1 แห่ง โดยสถานบริการขนาดใหญ่ คือ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ขนาดกลางคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนสร้างไพร และขนาดเล็กคือ โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกศิลา

3. คัดเลือกกลุ่มตัวอย่างโดยเกณฑ์ในการคัดเลือก (Inclusion criteria) ตามคุณสมบัติที่กำหนด และยินดีเข้าร่วมการศึกษา ได้กลุ่มตัวอย่าง โดยสถานบริการขนาดใหญ่ได้ รพ.เจริญศิลป์ จำนวน 3 คน ขนาดกลางได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลดอนสร้างไพร จำนวน 4 คน และขนาดเล็กได้โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลโคกศิลา จำนวน 3 คน รวมทั้งสิ้น จำนวน 10 คน

### เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลในการวิจัย ประกอบด้วยเนื้อหา 3 ส่วน ดังนี้

1. แบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล จำนวน 8 ข้อ ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การนับถือศาสนา ระดับการศึกษา รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน ประสบการณ์การทำงานในการให้บริการกับผู้ป่วยเอดส์ และจำนวนผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ให้บริการ

2. แบบสอบถามทัศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ จำนวน 10 ข้อ มีลักษณะแบบมาตราส่วน 5 ระดับ คือ เห็นด้วยมากที่สุด เท่ากับ 5 คะแนน เห็นด้วยมากเท่ากับ 4 คะแนน เห็นด้วยปานกลาง เท่ากับ 3 คะแนน เห็นด้วยน้อย เท่ากับ 2 คะแนน และเห็นด้วยน้อยที่สุดเท่ากับ 1 คะแนน คะแนนที่เป็นไปได้สูงสุด คือ 50 คะแนน และคะแนนที่เป็นไปได้ต่ำสุด คือ 10 คะแนน คะแนนที่ได้มากหมายถึง ผู้ให้บริการสุขภาพมีการตีตราและเลือกปฏิบัติผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์สูง การแปลผลข้อมูลโดยพิจารณาตามหลักเกณฑ์ของเบสท์<sup>(12)</sup> และแดเนียล<sup>(13)</sup> แบ่งเป็น 3 ระดับ คือ ระดับสูง 33.02 - 45.00 คะแนน ระดับปานกลาง 21.01 - 33.01 คะแนน และระดับต่ำ 9.00 - 21.00 คะแนน

3. แนวคำถามในการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการสุขภาพเกี่ยวกับความคิดเห็นในการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนเอกสารทางวิชาการและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ในประเด็น “ท่านคิดอย่างไรกับการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์”

## การตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือ

การตรวจสอบคุณภาพของแบบสอบถามการตีตราและเลือกปฏิบัติผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ของผู้ให้บริการสุขภาพ โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ 3 ท่าน ประกอบด้วย 1) อายุรแพทย์ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ 2) อาจารย์พยาบาลผู้เชี่ยวชาญด้านทฤษฎี 3) อาจารย์พยาบาลสาขาการพยาบาลชุมชน วิเคราะห์ค่าความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ 0.80 หลังจากนั้นได้นำแบบสอบถามไปตรวจสอบความเที่ยงในผู้ที่มีคุณสมบัติคล้ายกลุ่มตัวอย่างจำนวน 30 ราย วิเคราะห์หาค่าความเชื่อมั่นโดยใช้สูตรสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค ได้ค่าเท่ากับ 0.98 สำหรับแนวคำถามเพื่อการสัมภาษณ์เก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยให้ผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญทั้ง 3 ท่าน ตรวจสอบความเป็นไปได้ของข้อคำถามปลายเปิด และปรับแก้ตามข้อเสนอแนะของผู้ทรงคุณวุฒิ หลังจากนั้นนำไปทดลองใช้กับผู้ให้ข้อมูล คือ เจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการสุขภาพที่มีลักษณะใกล้เคียงกับกลุ่มตัวอย่าง จำนวน 2 ราย หลังจากนั้นปรับแนวคำถามตามข้อเสนอแนะจากผู้ให้ข้อมูลและผู้ทรงคุณวุฒิ ตรวจสอบอีกครั้งก่อนนำไปใช้เก็บข้อมูลจริง

### ขั้นตอนการดำเนินการศึกษา

1. ภายหลังจากได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยใน ผู้วิจัยหลักนำหนังสือจากผู้อำนวยการ โรงพยาบาลเจริญศิลป์ เสนอต่อผู้บริหารสถานบริการสุขภาพทั้ง 7 แห่ง เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการดำเนินการวิจัยและใช้ข้อมูล พร้อมทั้งชี้แจงรายละเอียดการวิจัย
2. ผู้วิจัยเข้าพบหัวหน้างานและผู้เกี่ยวข้อง เพื่อชี้แจงรายละเอียดการวิจัย พร้อมทั้งอธิบายถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ กลุ่มตัวอย่าง ขั้นตอนการดำเนินการวิจัย
3. ให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบบันทึกข้อมูลส่วนบุคคล และตอบแบบสอบถามทัศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ โดยใช้ระยะเวลาประมาณ 30-45 นาที มีการนัดส่งคืนแบบสอบถามภายใน 1 สัปดาห์ โดยผู้วิจัยไปรับแบบสอบถามคืนด้วยตนเอง
4. ดำเนินการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่างตามแนวคำถาม เพื่อศึกษาความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ ใช้ระยะเวลา 2 ชั่วโมง ตั้งแต่เวลา 9.00 - 11.00 น. โดยผู้วิจัยทำหน้าที่เป็นผู้ดำเนินการสัมภาษณ์ โดยระหว่างการสัมภาษณ์ผู้วิจัยทำการบันทึกภาคสนาม บันทึกเสียงการสนทนา เมื่อทำการสัมภาษณ์เป็นที่เรียบร้อยแล้วผู้วิจัยได้ถอดเสียงการสัมภาษณ์ และสรุปประเด็นสำคัญที่ได้จากการสัมภาษณ์

### การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

วิเคราะห์ข้อมูลด้วยโปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป ดังนี้

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ คะแนนต่ำสุด-สูงสุด ค่าเฉลี่ย และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน
- 2) ข้อมูลทัศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติพรรณนา (descriptive statistic) โดยการแจกแจงความถี่ ร้อยละ
- 3) ข้อมูลเกี่ยวกับความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โดยนำข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มาวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) ด้วยวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพ เพื่อให้สร้างข้อสรุปที่ผ่านการตีความ (interpretative) ในประเด็นดังกล่าว ภายหลังจากนั้นจึงตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูล (trustworthiness)

## การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

งานวิจัยนี้ได้ผ่านการพิจารณาและได้รับการอนุมัติจากคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร เอกสารรับรองเลขที่ SKN REC 2023-080 รหัสโครงการ 077-2566 ลงวันที่ 13 ธันวาคม พ.ศ. 2566 ผู้วิจัยชี้แจงรายละเอียดโครงการวิจัยและแจ้งให้ทราบว่ากลุ่มตัวอย่างมีอิสระในการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย และสามารถถอนตัวจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลที่ได้จากการวิจัย ถูกเก็บเป็นความลับ การเก็บข้อมูลและนำเสนอผลการวิจัยในภาพรวมโดยไม่มีการระบุชื่อ และเมื่อกลุ่มตัวอย่างยินดีเข้าร่วมการวิจัยได้ให้ลงนามเอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมวิจัย ซึ่งในระหว่างเก็บข้อมูลกลุ่มตัวอย่างให้ความร่วมมือตลอดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

## ผลการศึกษา

### 1. ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง ร้อยละ 80.52 และเพศชาย ร้อยละ 19.48 อายุระหว่าง 18-40 ปี มากที่สุด ร้อยละ 63.64 รองลงมาคืออายุ 41-60 ปี ร้อยละ 36.36 สถานภาพคู่มากที่สุด ร้อยละ 64.94 รองลงมาคือสถานภาพโสด ร้อยละ 25.97 นับถือศาสนาพุทธมากที่สุด ร้อยละ 97.40 จบการศึกษาระดับปริญญาตรีมากที่สุด ร้อยละ 50.65 รองลงมาคือระดับประกาศนียบัตร ร้อยละ 42.8 รายได้เฉลี่ย 15,001 – 30,000 บาท/เดือน มากที่สุด ร้อยละ 45.45 รองลงมาคือรายได้ 10,000 – 15,000 บาท/เดือน ร้อยละ 30.52 ประสบการณ์ทำงาน 1-3 ปี มากที่สุด ร้อยละ 29.22 รองลงมาคือ 4-6 ปี ร้อยละ 24.68 ประสบการณ์การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี หรือโรคเอดส์ 6-10 ราย มากที่สุด ร้อยละ 34.42 รองลงมาคือ ประสบการณ์ 1-5 ราย ร้อยละ 27.92 แสดงดังตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 154)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
1. เพศ		
ชาย	30	19.48
หญิง	124	80.52
2. อายุ (ปี)		
18-40	98	63.64
41-60	56	36.36
3. สถานภาพสมรส		
โสด	40	25.97
คู่	100	64.94
หม้าย	6	3.90
หย่า/แยก	8	5.19

(ต่อ)ตารางที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของกลุ่มตัวอย่าง (n = 154)

ข้อมูลส่วนบุคคล	จำนวน (คน)	ร้อยละ
4. การนับถือศาสนา		
พุทธ	150	97.40
คริสต์	1	0.65
อิสลาม	3	1.95
5. ระดับการศึกษา		
อนุปริญญา	66	42.86
ปริญญาตรี	78	50.65
ปริญญาโทหรือสูงกว่า	10	6.49
6. รายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือน (บาท)		
น้อยกว่า 10,000 บาท	12	7.79
10,000 – 15,000	47	30.52
15,001 – 30,000	70	45.45
30,001 – 50,000	22	14.29
50,001 – 100,000	3	1.95
7. ประสบการณ์ในการทำงาน		
น้อยกว่า 1 ปี	30	19.48
1-3 ปี	45	29.22
4-6 ปี	38	24.68
7-10 ปี	32	20.78
มากกว่า 10 ปี	9	5.84
8. จำนวนผู้ป่วยเอดส์ที่เคยให้บริการ		
1-5 ราย	43	27.92
6-10 ราย	53	34.42
11-15 ราย	30	19.48
16-20 ราย	18	11.69
มากกว่า 20 ราย	10	6.49

## 2. ทศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์

ผลการศึกษาทศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เมื่อแยกเป็นรายข้อในข้อดังนี้

1) ข้อที่ทศนคติอยู่ในระดับมากที่สุด คือ กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลใจเมื่อต้องสัมผัสร่างกาย เสื้อผ้า เติง หรือสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ และรู้สึกไม่เต็มใจต่อการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 5.19 รองลงมาคือความรู้สึกไม่สบายใจที่จะให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 3.90 เป็นต้น

2) ข้อที่ทศนคติอยู่ในระดับมาก คือ มีท่านกังวลเมื่อต้องเจาะเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 49.35 รองลงมาคือความกังวลใจเมื่อต้องทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 11.69 เป็นต้น

3) ข้อที่ทศนคติอยู่ในระดับปานกลาง คือ มีความกังวลใจเมื่อต้องทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 64.94 รองลงมาคือมีความคิดว่าคนที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์เป็นเพราะเขามีพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรม/ไม่มีความรับผิดชอบต่อตนเอง คิดเป็นร้อยละ 50 เป็นต้น

4) ข้อที่ทศนคติอยู่ในระดับน้อย คือ ท่านมีความรู้สึกไม่สบายใจที่จะให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 67.53 รองลงมาคือความกังวลใจเมื่อต้องสัมผัสร่างกาย เสื้อผ้า เติง หรือสิ่งของแสดงคิดเป็นร้อยละ 63.64 เป็นต้น

5) ข้อที่ทศนคติอยู่ในระดับน้อยที่สุด คือ รู้สึกไม่สะดวกใจที่จะต้องทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์มากที่สุด คิดเป็นร้อยละ 83.77 รองลงมาคือรู้สึกไม่เต็มใจต่อการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ 79.87 ตามลำดับ ตามตารางที่ 2

ตารางที่ 2 การจำแนกระดับทศนคติของผู้ให้บริการสุขภาพต่อการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ (n=154)

ข้อความถาม	ระดับทัศนคติ				
	น้อยที่สุด จำนวน (ร้อยละ)	น้อย จำนวน (ร้อยละ)	ปานกลาง จำนวน (ร้อยละ)	มาก จำนวน (ร้อยละ)	มากที่สุด จำนวน (ร้อยละ)
1. ท่านมีความกังวลใจเมื่อต้องสัมผัสร่างกาย เสื้อผ้า เตียง หรือสิ่งของ เครื่องใช้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	10 (6.49)	98 (63.64)	28 (18.19)	10 (6.49)	8 (5.19)
2. ท่านมีความกังวลใจเมื่อต้องทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	10 (6.49)	24 (15.58)	100 (64.94)	18 (11.69)	2 (1.30)
3. ท่านกังวลเมื่อต้องเจาะเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	8 (5.19)	22 (14.29)	44 (28.57)	76 (49.35)	4 (2.60)
4. ท่านมีความรู้สึกไม่สบายใจที่จะให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	12 (7.80)	104 (67.53)	24 (15.58)	8 (5.19)	6 (3.90)
5. ท่านมองว่าบริการที่ให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เป็นการบริการที่ด้อยคุณภาพ	120 (77.92)	14 (9.09)	10 (6.49)	6 (3.90)	4 (2.60)
6. ท่านรู้สึกไม่สะดวกใจที่จะต้องทำงานร่วมกับเพื่อนร่วมงานที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	129 (83.77)	5 (3.25)	10 (6.49)	6 (3.90)	4 (2.60)
7. เหตุผลที่ท่านไม่ชอบให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เพราะทำให้มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฯ มากขึ้น	78 (50.65)	20 (12.99)	43 (27.92)	6 (3.90)	7 (4.54)
8. ท่านรู้สึกไม่เต็มใจต่อการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์	123 (79.87)	8 (5.19)	10 (6.49)	5 (3.25)	8 (5.19)
9. ท่านมีความคิดว่าคนที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เป็นเพราะเขามีพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรม/ไม่มีความรับผิดชอบต่อตนเอง	36 (23.38)	28 (18.19)	77 (50.00)	6 (3.90)	7 (4.54)
10. ท่านรู้สึกตำหนิตายคนผู้หญิงที่สามีเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมีบุตร	22 (14.29)	44 (28.57)	74 (48.05)	10 (6.49)	4 (2.60)

ข้อความ	ระดับทัศนคติ				
	น้อยที่สุด	น้อย	ปานกลาง	มาก	มากที่สุด
	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)	จำนวน (ร้อยละ)
เพราะจะมองว่าเป็นผู้ที่ขาดความรับผิดชอบ					

### 3. ผลจากการสัมภาษณ์ผู้ให้บริการต่อการบริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ มีดังนี้

3.1 ด้านความคิดเห็นเกี่ยวกับการให้บริการผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ พบประเด็นในแง่มุมต่าง ๆ ดังนี้

1) ผู้ให้บริการสุขภาพ ระบุว่า พวกเขาเคยสังเกตเพื่อนร่วมงานแสดงทัศนคติด้านลบที่เป็นการตีตราหญิงตั้งครรภ์ที่เป็นผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2) ผู้ให้บริการสุขภาพ มีทัศนคติด้านลบต่อผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เช่น มีความเห็นว่า “ผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรมีความละอายใจในตัวเอง” หรือ “ผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากพวกเขามีพฤติกรรมที่ผิดศีลธรรมหรือไม่มีความรับผิดชอบ”

3) ผู้ให้บริการสุขภาพ มีความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากการทำงานประจำ ในโรงพยาบาล ได้แก่ การสัมผัสร่างกายหรือสิ่งของผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ การทำแผล และการเจาะเลือดให้กับผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ผู้ให้บริการส่วนมากให้ความเห็นว่า “ถึงเวลาที่จะเจาะเลือดคนไข้เอชไอวี จะต้องระวังตัวมากไม่ให้สัมผัสเลือด และสัมผัสผิวหนังผู้ป่วยให้น้อยที่สุด จึงต้องรีบทำหัตถการต่าง ๆ อย่างรวดเร็ว” และ โดยส่วนมากเกินร้อยละ 90 ของผู้ให้บริการ เมื่อต้องทำหัตถการกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี จะใช้วิธีการป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่มากเกินความจำเป็น เช่น การสวมถุงมือสองชั้นในเวลาที่พวกเขาต้องให้บริการแก่ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ดังความเห็นของผู้รับบริการกลุ่มหนึ่ง ให้ความเห็นว่า “เมื่อต้องเจาะเลือด ดูดเสมหะ หรือเปลี่ยนถ่ายผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี จะใส่ถุงมือหลาย ๆ ชั้น ใส่เสื้อคลุมพลาสติกหลาย ๆ ครั้ง บางคนก็ใส่แว่นตา ใส่หมวกทุกครั้ง เมื่อต้องทำหัตถการกับผู้ป่วยกลุ่มนี้” นอกจากนี้ผู้วิจัย เคยสังเกตเห็นพฤติกรรมการเลือกปฏิบัติของผู้ปฏิบัติงานในโรงพยาบาลเดียวกัน เช่น เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจที่จะให้การดูแลผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์หรือให้บริการที่ด้อยคุณภาพแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี หรือผู้ป่วยที่อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อเทียบกับผู้ป่วยรายอื่น ๆ

3.2 ด้านข้อเสนอแนะอื่น มีระบบ One Stop Service มีดังนี้

1) ควรเริ่มต้นการอบรมเพื่อลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในกลุ่มเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพโดยเริ่มที่บุคลากรในโรงพยาบาลก่อน โดยอาจทำการฝึกอบรมผู้ที่ทำหน้าที่เป็นครูฝึกอบรม (trainer) โดยเลือกตัวแทนของเจ้าหน้าที่ในระดับกระทรวงสาธารณสุข (ส่วนกลาง) ตัวแทนของกลุ่มผู้อยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มประชากรหลัก โดยทำการอบรมให้กับเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการสุขภาพของจังหวัดเป้าหมายหลัก (priority provinces) ก่อนเป็นลำดับแรก นอกเหนือจากการฝึกอบรม

แล้ว ควรมีการจัดระบบการติดตามเฝ้าระวังสถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติในจังหวัดเป้าหมายหลัก เหล่านั้นด้วย ทั้งนี้ เพื่อให้สามารถวัดระดับการเปลี่ยนแปลงของสถานการณ์ดังกล่าวในแต่ละช่วงเวลา รวมทั้ง เป็นการติดตามประเมินผลความก้าวหน้าของการดำเนินกิจกรรมการลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติในพื้นที่ เหล่านั้นด้วย

2) ควรมีคลินิกเฉพาะโรคและมีบุคลากรที่รับผิดชอบงานรายโรค มีระบบ One Stop Service ซึ่ง จะมีประโยชน์แก่ผู้รับบริการมากกว่า รวมถึงโรงพยาบาลมีระบบพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย และควรมีคนที่ผ่านการอบรมและมีประสบการณ์มาทำหน้าที่ในการดูแล รวมถึงในการให้ความรู้แก่ผู้รับบริการ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ทุกคนควรสื่อสารในแง่บวกกับคนอื่น ๆ และแก่ผู้รับบริการด้วย ซึ่งผู้ที่เข้าอบรมยอมรับจะนำไปปฏิบัติร่วมกัน

3) การชักประวัติผู้ป่วยในที่เปิดเผยและใช้วิธีการที่เปิดเผย เสียงดัง สาเหตุมาจากข้อจำกัดด้านสถานที่ จึงมีการเสนอให้จัดสิ่งแวดล้อมให้มีความกันและระยะห่างในการพูดคุย ปรับทัศนคติพฤติกรรมบริการ การพูดคุยซักถาม รมณ์ระวังเรื่องน้ำเสียง คำพูด และเพิ่มทักษะการชักประวัติแก่ผู้คัดกรอง

4) การแสดงสัญลักษณ์ การติดป้ายหน้าห้อง ในกรณีป้ายห้องให้คำปรึกษา ให้คงมีเหมือนเดิม เพราะให้บริการคำปรึกษาหลากหลายโรค จะได้สื่อสารได้กับผู้รับบริการ และควรมีแฟ้มพิเศษ จะมีโน้ตเพิ่มเติมรายบุคคลใช้ในคลินิก ซึ่งจัดอยู่เป็นสัดส่วนแยกจากจุดอื่นอยู่แล้ว แต่ถ้าต้องไปพบแพทย์ในจุดอื่น ๆ กรณีเข้าห้องตรวจให้ผู้ป่วยถือเฉพาะแบบบันทึกผู้ป่วยนอกเข้าพบแพทย์เท่านั้น

5) การนำส่งตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกต้องเป็นเจ้าหน้าที่ประจำจากคลินิกให้คำปรึกษาเท่านั้น

6) การส่งตรวจ HIV เดิมมีการออก Code ก่อนส่ง ทำให้อาจเกิดปัญหาการระบุตัวบุคคลผิดพลาด และไม่ผ่านมาตรฐานของงานห้องปฏิบัติการจึงให้ปรับเป็นส่งโดยไม่ใช้ Code แต่ให้เขียนชื่อ สกุล HN หรือ พิมพ์ใบส่งตรวจจากระบบคอมพิวเตอร์นำส่งห้องปฏิบัติการ แต่การแสดงผลให้รับผลโดยเจ้าหน้าที่หรือดูในระบบ โดยมีชั้นความลับระบุคนที่ดูผลได้ คือพยาบาลห้องให้คำปรึกษา หัวหน้าตึกผู้ป่วยใน หัวหน้าห้องผู้ป่วยนอก ห้องฉุกเฉิน และแพทย์

7) ความไม่ตระหนัก หรือไม่รู้ มีในเรื่องพฤติกรรมบริการที่ไม่เหมาะสม นอกจากให้แก้ไขในระดับบุคคลในทันที ยังมีการนำสู่การจัดทำแผนอบรมจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พฤติกรรมบริการ ฝึกทักษะการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนไข้ โดยทีมพัฒนาบุคลากร เป็นหน่วยดำเนินการเพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ

8) ควรจัดอบรม การลดความกังวล หรือความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีขณะให้บริการแก่กลุ่มประชากรหลักและผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ จากความไม่เข้าใจในหลัก UP ที่ถูกต้อง ทีมควบคุมโรคติดเชื้อในโรงพยาบาลจัดบูรณาการร่วมกับทีมนำทางคลินิก และทีมคลินิกยาต้านไวรัส ARV และทีม HIV/AIDS กำหนดในแผนพัฒนาคุณภาพบริการ

## วิจารณ์

จากการศึกษา พบว่า กลุ่มตัวอย่างมีความกังวลใจเมื่อต้องทำแผลให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ อยู่ในเกณฑ์ที่สูงมากกว่าประเด็นอื่น ๆ เนื่องจากการปฏิบัติงานในการให้บริการผู้ป่วยกลุ่มดังกล่าวนี้ บุคลากรผู้ปฏิบัติงานยอมรับประวัติการเจ็บป่วยของรับบริการทุกคน โดยเฉพาะผู้ป่วยโรคเอดส์นั้นจะต้องขึ้นทะเบียนประวัติ เพื่อจ่ายยาต้านไวรัส รวมทั้งมีการติดตามประเมินอย่างต่อเนื่อง เพราะเป็นโรคติดต่อไปยังผู้อื่นได้ ดังนั้นเมื่อให้บริการโดยเฉพาะอย่างยิ่งการทำหัตถการอย่างเช่น การทำแผล ซึ่งการบริการดังกล่าวจะต้องมีโอกาสสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยโดยตรง ย่อมมีความหวาดระแวงที่จะเกิดการพลาดหลังจากการใช้เครื่องมือทางการแพทย์ จนทำให้ผู้ปฏิบัติงานติดเชื้อจากผู้ป่วยได้โดยตรง ดังนั้นผู้ให้บริการจึงหวาดระแวง และอาจจะทำไปโดยหน้าที่ที่ตนเองไม่เต็มใจในการให้บริการ รวมทั้งการสัมผัสสิ่งของเครื่องใช้ของผู้ป่วยด้วย จึงทำให้ผู้ให้บริการสุขภาพยังมีทัศนคติเชิงลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จนเกิดวิตก ความกังวลในขณะที่ให้บริการ ทำให้มีการป้องกันตนเองมากกว่าปกติ ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของอภิญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์ และคณะ(2558)<sup>(14)</sup> ที่พบว่า บุคลากร มีความกังวลมากกว่าจะติดเชื้อเอชไอวี จากการให้บริการเจาะเลือดผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 8.07 จากการทำแผลให้กับผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ เอชไอวีร้อยละ 7.49 จากการหยิบจับเสื้อผ้าหรือข้าวของเครื่องใช้ของผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.92 จนมีการป้องกันตัวเองมากกว่าปกติระหว่างการให้บริการผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวี ได้แก่ สวมถุงมือ สองชั้นร้อยละ 53.80 ใช้วิธีการป้องกันและควบคุม การติดเชื้อเพิ่มมากขึ้นเป็นพิเศษเมื่อต้องให้การดูแล ผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีซึ่งจะไม่ทำเช่นนั้นกับคนไข้ รายอื่น ๆ ร้อยละ 43.92 เคยเห็นเจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจ ให้บริการหรือให้บริการด้วยคุณภาพด้อยกว่าผู้ป่วยทั่วไปในช่วง 12 เดือนที่ผ่านมา ร้อยละ 25.1 แสดงให้เห็นถึงปัจจัยการตีตราและเลือกปฏิบัติ อาจมาจากความกลัวการติดเชื้อฯ ทัศนคติแสดงว่า มีโอกาสเกิดรูปแบบการตีตราและการเลือกปฏิบัติขึ้นในสถานบริการ เช่นเดียวกับการศึกษาของวันทนี ธารณธนบุลย์ และพัชฌมณ เจริญนาว (2566)<sup>(15)</sup> ที่พบว่า กลุ่มผู้ปฏิบัติงานบริการสุขภาพ มีทัศนคติเชิงลบ ร้อยละ 83.39 โดยคิดว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีขาดความรับผิดชอบ มีพฤติกรรมที่ไม่เหมาะสม ร้อยละ 54.94 ไม่เห็นด้วยว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถมีลูกได้ถ้าต้องการ ร้อยละ 51.78 กังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ การเจาะเลือดและการทำแผล ร้อยละ 50.66 และรู้สึกลำบากใจที่จะทำงานร่วมกับเจ้าหน้าที่หรือบุคลากรที่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 35.17 ในด้านพฤติกรรม การเลือกปฏิบัติของผู้ให้บริการสุขภาพ พบว่ามีการป้องกันตัวเองในช่วงการให้บริการเกินความจำเป็น ร้อยละ 57.17 และสังเกตเห็นพฤติกรรมเลือกปฏิบัติอย่างน้อยหนึ่งข้อ ร้อยละ 26.91 โดยสังเกตเห็นว่า เจ้าหน้าที่ไม่เต็มใจให้บริการ ร้อยละ 23.05 และการศึกษาของคณะทำงานวิชาการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ (2558)<sup>(16)</sup> ได้ศึกษาเรื่องการตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทย พบว่า เจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาลป้องกันเกินความจำเป็น ซึ่งเกิดจากการกลัวการติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในระดับสูง และกลุ่มตัวอย่างจะยิ่งกังวลใจมากขึ้นเมื่อต้องเจาะเลือดผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ เป็นสิ่งที่ผู้ปฏิบัติงานมีความกังวล และกลัวมากเป็นพิเศษ เพราะสิ่งคัดหลั่งอาจกระเด็นเข้าตา เข้าจมูกได้ สอดคล้องกับการศึกษาการตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10 ที่พบว่า ผู้ปฏิบัติงานกังวลว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการให้บริการ การเจาะเลือดและการทำแผล ร้อยละ 50.66<sup>(17)</sup> แสดงให้เห็นว่าความรู้สึกลัวและกังวลจากการปฏิบัติหน้าที่

ปกติในการทำงานประจำวัน เป็นสาเหตุที่ส่งผลต่อการปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>(18)</sup> ทำให้เกิดความแตกต่างจากผู้ป่วยอื่นทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ<sup>(19)</sup> ซึ่งสัดส่วนของความรู้สึกกังวลสูงขึ้นเมื่อต้องทำหัตถการที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มขึ้นซึ่งก็สมเหตุสมผล โดยเฉพาะการที่บุคลากรสาขาวิชาชีพมีความกังวลมากกว่ากลุ่มอื่นสะท้อนว่าหัตถการที่เจ้าหน้าที่กลุ่มนี้ทำมีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีสูงกว่า<sup>(19, 20)</sup> และอีกประเด็นที่แสดงถึงการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ชัดเจนคือ กลุ่มตัวอย่างรู้สึกกำหนดิเทียบผู้หญิงที่สามีเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมีบุตร เพราะจะมองว่าเป็นผู้ที่ขาดความรับผิดชอบ สอดคล้องกับการศึกษาของบุณรณภา นามแก้ว และกิตติพร เนาวีสุวรรณ (2564)<sup>(21)</sup> ที่พบว่า การตีตราจากผู้ให้บริการสุขภาพ คือ มีผู้ให้บริการสุขภาพส่วนใหญ่แนะนำผู้ป่วยเอดส์ว่า “อย่ามีลูกเลย” เพราะติดเชื้อเอชไอวี ถึงร้อยละ 30 รองลงมาคือ เคยมีผู้ให้บริการสุขภาพแนะนำว่า “อย่ามีเพศสัมพันธ์อีกเลย” เพราะติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 27 และผู้ป่วยหรือคูครอง เคยถูกแนะนำหรือ บังคับให้ยุติการตั้งครรภ์ เนื่องจากสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองหรือคูครอง ร้อยละ 23 เป็นต้น

จากการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง พบว่า ส่วนใหญ่มีแนวคิดการปฏิบัติกับผู้ป่วยเอดส์ไปในทิศทางเดียวกัน คือ มีความกลัวการติดเชื้อเอชไอวีจากผู้ให้บริการสุขภาพ ทั้งการสัมผัสร่างกายหรือสิ่งของผู้ป่วยเอดส์ การทำแผล และการเจาะเลือด และยังเสนอแนะแนวทางเพื่อลดการเลือกปฏิบัติโดย เสนอให้มีการจัดตั้งคลินิกเฉพาะโรคและมีบุคลากรที่รับผิดชอบงานรายโรค มีระบบ One Stop Service มีการซักประวัติผู้ป่วยที่มีมานานแล้วและระยะห่างในการพูดคุย และมีการแสดงสัญลักษณ์ การติดป้ายหน้าห้อง ในกรณีป้ายห้องให้คำปรึกษา ให้คงมีเหมือนเดิม เพราะให้บริการคำปรึกษาหลากหลายโรค จะได้สื่อสารได้กับผู้มารับบริการ และในการนำส่งตรวจที่แผนกผู้ป่วยนอกต้องเป็นเจ้าหน้าที่ประจำจากคลินิกให้คำปรึกษาเท่านั้น 5) การส่งตรวจ HIV ให้ปรับเป็นส่งโดยไม่ใช้ Code แต่ให้เขียนชื่อ สกุล HN หรือพิมพ์ใบส่งตรวจจากระบบคอมพิวเตอร์นำส่งห้องปฏิบัติการ แต่การออกผลให้รับผลโดยเจ้าหน้าที่หรือดูในระบบ ในส่วนของพฤติกรรมบริการให้บริการที่ไม่เหมาะสมนั้น เสนอแนะให้แก้ไขในระดับบุคคลในทันที ยังมีการนำสู่การจัดทำแผนอบรมจริยธรรมและการพิทักษ์สิทธิผู้ป่วย พฤติกรรมบริการ ผักตบชားการสื่อสารระหว่างเจ้าหน้าที่กับคนไข้ โดยทีมพัฒนาบุคลากร เป็นหน่วยดำเนินการ เพื่อให้เกิดการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมบริการ อย่างไรก็ตามการแก้ไขปัญหาทุกอย่างจะต้องเริ่มจากกลุ่มตัวอย่าง ต่อได้รับการฝึกอบรม สร้างความรู้ ความเข้าใจ เพื่อลดความกังวลลง สอดคล้องกับการศึกษา Pearce LA, et all (2020)<sup>(22)</sup> & Shi C, Cleofas JV. (2022)<sup>(23)</sup> ที่พบว่า การให้ความรู้และการสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องแก่ผู้ปฏิบัติงานยังเป็นสิ่งที่ต้องดำเนินการอย่างต่อเนื่อง ตลอดจนต้องใช้เทคนิควิธีการและกระบวนการที่เหมาะสม จึงจะได้ผลในการปรับเปลี่ยนทัศนคติ

จะเห็นว่าถ้าหากลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีในสถานบริการสุขภาพ/โรงพยาบาลได้ จะช่วยลดปัญหาและอุปสรรคของการเข้าถึงบริการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งบริการดูแลและรักษาที่เหมาะสม หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความสบายใจที่จะเข้ารับการรักษาเพื่อหาเชื้อเอชไอวี และรับบริการรักษาเอชไอวีมากขึ้น การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีก็ลดน้อยลง และผู้อยู่ร่วมกับเชื้อเอชไอวีก็จะมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

## ข้อเสนอแนะ

1. ควรผลักดันให้บุคลากรในสถานบริการสุขภาพต่าง ๆ เข้าร่วมโครงการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพต่อไป เพื่อเป็นประโยชน์ต่อการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่เกิดจากเจ้าหน้าที่ผู้ปฏิบัติงาน

2. ควรสร้างวิทยากรระดับจังหวัด และระดับพื้นที่ในการจัดอบรมหลักสูตรฯ เพื่อลดต้นทุนที่เกิดขึ้นจากการใช้วิทยากรจากส่วนกลางในกรณีที่สถานบริการมีงบประมาณที่จำกัด

### ข้อเสนอแนะสำหรับการศึกษาค้างต่อไป

การศึกษาค้างต่อไป ควรศึกษาการสร้างแนวปฏิบัติหรือรูปแบบการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติที่มีทั้งกลุ่มควบคุมและกลุ่มทดลอง หรืออาจศึกษาวิจัยเกี่ยวกับการวิจัยและพัฒนาแนวทางการดูแลผู้ป่วยเพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ

## กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาค้างฉบับนี้ สำเร็จลุล่วงได้ด้วยความรู้และความช่วยเหลือจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสกลนคร และหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล โรงพยาบาลเจริญศิลป์ ที่กรุณาให้คำปรึกษาและชี้แนะแนวทางการจัดทำโครงการวิจัยตลอดมา อีกทั้งขอบพระคุณผู้ทรงคุณวุฒิที่ตรวจสอบคุณภาพเครื่องมือวิจัย และให้ข้อเสนอแนะในการปรับแก้ไขที่เป็นประโยชน์

## เอกสารอ้างอิง

1. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหา เอดส์ พ.ศ. 2560 – 2573. กรุงเทพฯ: เอ็นซี คอนเซ็ปต์. 2560.
2. Harris J, & Thaiprayoon S. Common factors in HIV/AIDS prevention success: lessons from Thailand. BMC health services research 2022; 22(1): 1487.
3. UNAIDS. Zero Discrimination Day [อินเทอร์เน็ต]. 2566 [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://www.unaids.org/en/resources/camp>
4. กรมควบคุมโรค. แนวคิดการรณรงค์วันยุติการเลือกปฏิบัติ 1 มีนาคม วันยุติการเลือกปฏิบัติ “สานพลัง ยุติการเลือกปฏิบัติ (Thailand Partnership for Zero Discrimination)”. 2562. กรุงเทพมหานคร
5. Andersson GZ, Reinius M, Eriksson LE, Svedhem V, Esfahani FM, Deuba K, et al. Stigma reduction interventions in people living with HIV to improve health-related quality of life. The lancet. HIV 2020; 7(2): e129–e140.
6. Yuvaraj A, Mahendra VS, Chakrapani V, Yunihastuti E, Santella AJ, Ranauta A, et al. HIV and stigma in the healthcare setting. Oral Diseases 2020; 26(1): 103-111.

7. Abdulai MA, Mevissen FE, Kramer A, Boitelet Z, Asante KP, Owusu-Agyei S, et al. A qualitative analysis of factors influencing healthcare providers' behavior toward persons living with HIV in Ghana. *International Journal of Africa Nursing Sciences* 2023; 18: 100532.
8. กัลยาณี จันธิมา, ศิวะยุทธ สิงห์ปรุ และวีรพล จันธิมา. สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ปฏิบัติงานด้านสุขภาพในเขตสุขภาพที่ 9 ปี 2562. *วารสารควบคุมโรค* 2565; 48(3): 505-513.
9. โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (HITAP). ลดการตีตราและเลือกปฏิบัติในสถานบริการสุขภาพมีต้นทุนเท่าใด. *โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ*. 2562; 7(57).
10. มูลนิธิแคร์เมท. สถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติต่อผู้อยู่ร่วมกับเชื้อ HIV[อินเทอร์เน็ต]. 2565 [เข้าถึงเมื่อ 18 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <https://www.caremat.org>.
11. นาวา ผานะวงศ์. ผลการใช้โปรแกรมลดการตีตราและการเลือกปฏิบัติกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลอากาศอำนวย จังหวัดสกลนคร ปี พ.ศ. 2562. *วารสารโรคเอดส์* 2562; 31(3): 125-141.
12. Best JW. *Research in education*. 3 rd ed. Engle Clift. NJ: Prentice-Hall. 1977.
13. Daniel WW. *Biostatistics: A foundation for analysis in the health sciences*. 6 th ed. New York: John Wiley & Sons. 1955.
14. อภิญญา เปี่ยมวัฒนาทรัพย์, ยศภัทร เสาวภาคภูมิกุล, ประไพพิศ วิวัฒน์วานิช, คณะ Matrix SAIL. สถานการณ์การตีตราและการเลือกปฏิบัติประเด็นเกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ในสถานบริการสุขภาพในพื้นที่เขตสุขภาพที่ [อินเทอร์เน็ต]. 2558. [เข้าถึงเมื่อ 17 มกราคม 2567]. เข้าถึงได้จาก <http://223.27.246.196/aca/attachments/article/58/stigmatize.pdf>
15. วันทนีย์ ธารณชนบุลย์ และพัชฌม เจริญนาวิ. การตีตราและการเลือกปฏิบัติที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวี/เอดส์ เขตบริการสุขภาพที่ 10. *วารสารโรคเอดส์* 2566; 35(1): 14-32.
16. คณะทำงานวิชาการพัฒนาเครื่องมือการสำรวจสถานการณ์การตีตราและเลือกปฏิบัติ. *การตีตราและเลือกปฏิบัติในประเทศไทย* [เอกสารประกอบการประชุม]. 2558.
17. Harris J, Thaiprayoon S. Common factors in HIV/AIDS prevention success: lessons from Thailand. *BMC Health Services Research* 2022; 22(1): 1487.
18. Lalhruaimawii I, Danturulu MV, Rai S, Chandrashekar UK, Radhakrishnan R. Determinants of stigma faced by people living with Human Immunodeficiency Virus: A narrative review from past and present scenario in India. *Clinical Epidemiology and Global Health* 2022; 1: 101117.
19. Iott BE, Loveluck J, Benton A, Golson L, Kahle E, Lam J, et al. The impact of stigma on HIV testing decisions for gay, bisexual, queer and other men who have sex with men: a qualitative study. *BMC Public Health* 2022; 22(1): 1-7.

20. ณัฐวิวัฒน์ ตั้งปฐมวงศ์. การสื่อสารที่ส่งผลต่อการตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: ภาพตัวแทน และความหมายต่อคุณภาพชีวิตผู้ติดเชื้อ. วารสารโรคเอดส์ 2562; 31(3):103-115.
21. บุณรภา นามแก้ว และกิตติพร เนาวสุวรรณ. ประสบการณ์การถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและวิถีปฏิบัติตัวที่ดีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อลดการตีตราตนเองเมื่อมารับบริการที่โรงพยาบาล. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีสุนทร 2564: 11(2): 17-31.
22. Pearce LA, Homyra F, Dale LM, Moallef S, Barker B, Norton A, Hayashi K, Nosyk B. Non-disclosure of drug use in outpatient health care settings: Findings from a prospective cohort study in Vancouver, Canada. International Journal of Drug Policy 2020; 84: 102873.
23. Shi C, Cleofas JV. Professional commitment and willingness to care for people living with HIV among undergraduate nursing students: The mediating role of empathy. Nurse Education Today 2022; 119: 105610.