

ตราบาปจากโรคเอดส์ ตัวอย่างความเจ็บป่วยทางสังคม

Stigma of HIV: Social Illness

บทความวิชาการ

มัตติกา ใจจันทร์* พรนภา คำพราว**

Mattika Chaichan, R.N., M.N.S.*

Pornnapa Kampraw, R.N., M.S.N.**

บทคัดย่อ

ตราบาปเป็นความรู้สึกว่ามีบาปติดตัว ตราบาปสามารถเกิดขึ้นได้ภายในจิตใจของทุกคน แม้จะไม่สามารถปรากฏให้มองเห็นได้จากภายนอกแต่ผู้มีตราบาปเองก็รู้สึกถึงความอับอายข้างในจิตใจของตนเอง ซึ่งระดับของการรับรู้ตราบาปขึ้นอยู่กับประเภทและระดับการรับรู้ตราบาปของบุคคลนั้น ตราบาปจากโรคเอดส์เป็นตัวอย่างของความเจ็บป่วยทางสังคมที่ชัดเจนอย่างหนึ่งที่เกิดขึ้นจากตัวผู้ติดเชื้อเองและสังคมเป็นผู้สร้างขึ้น ซึ่งผลการศึกษาทั้งในประเทศและต่างประเทศพบว่า การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสตลอดจนถึงการติดตามและการให้คำแนะนำด้านสุขภาพต่าง ๆ พยาบาลเป็นบุคลากรที่สำคัญซึ่งจะสามารถช่วยค้นหาและควบคุมปัจจัยการเพิ่มหรือลดระดับการรับรู้ตราบาปเพื่อสร้างแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเข้ารับคำแนะนำและการรักษาตามระบบ ซึ่งจะส่งผลในการลดอัตราการตายและการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์แห่งชาติ

คำสำคัญ : ตราบาป, การรับรู้ตราบาป, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

Abstract

Stigma is a feeling as a sin, it appearable in mind of everyone although invisible but who had stigma will painful, shame and suffering. HIV-person stigma is an evidence social illness constructed by HIV-person and society. Perceived stigma related to receive health service such as anti-retroviral therapy (ART), follow up and health counseling. Nurse is a most important person for finding, controlling level of perceived stigma and then building protocol for promote HIV-person come to health care system referring to reduce mortality rate and prevent new infection under National policy.

Keywords: Stigma of HIV, Social Illness

Corresponding Author: *อาจารย์พยาบาล สาขาการพยาบาลอนามัยชุมชนและจิตเวช คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยอีสเทิร์นเอเซีย

E-mail: mattika@eau.ac.th

**ร.อ.หญิง, อาจารย์พยาบาลภาควิชาการพยาบาลเบื้องต้น กองการศึกษา วิทยาลัยพยาบาลกองทัพบก

ตราบาป

Stigma หรือ Stigmatization เมื่อแปลเป็นภาษาไทยมีการใช้อยู่หลายคำ ได้แก่ ตราบาป (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542; Suksatit, 2004) การตีตรา (ศรีอำภา ส่องรอบ, 2551; ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย, 2555 และ Yothaprasert, 2005) ซึ่งในที่นี้จะขอใช้คำว่า ตราบาป

ตราบาป หมายถึง บาปติดตัวหรือความรู้สึกว่าเป็นบาปซึ่งฝังอยู่ในจิตใจตลอดไป (พจนานุกรมฉบับราชบัณฑิตยสถาน, 2542) ตราบาป (Stigma) คือสิ่งที่สังคมสร้างขึ้น ซึ่งหมายถึงการที่บุคคลถูกสังคมมองว่ามีความผิดปกติ มีความแตกต่างมีลักษณะที่เบี่ยงเบนไปจากคนอื่น ๆ ในสังคม หรือมองว่าผู้ที่มีตราบาปนั้นไม่ใช่คนโดยสมบูรณ์ ซึ่งลักษณะที่ผิดปกตินี้จะถูกประทับไว้กับตัวของบุคคลที่ถูกสังคมตีตรา ส่งผลให้สังคมมองบุคคลผู้นั้นราวกับว่าเป็นทาสหรือเป็นผู้ที่มีความผิดทางอาญา (Goffman, 1963)

Goffman (1963) ได้จำแนกประเภทของตราบาปไว้ 3 ประเภท ดังนี้

1. ตราบาปที่เกิดจากลักษณะทางกายภาพ หมายถึงลักษณะทางกายภาพที่แตกต่างไปจากบรรทัดฐานปกติ ลักษณะทางกายภาพที่ไม่สมบูรณ์ เช่น โรคเรื้อรังต่าง ๆ ทำให้เกิดความพิการกับตัวผู้ป่วย เป็นต้น ตราบาปลักษณะนี้สามารถเปลี่ยนแปลงได้ตามการรับรู้ของผู้ป่วยเองหรือการรับรู้ของบุคคลอื่น ๆ

2. ตราบาปที่เกิดจากบุคลิกที่ต่างพร้อย หมายถึงลักษณะบุคลิกที่ผิดปกติหรือเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานของสังคม เช่น ผู้ติดสุราเรื้อรัง ผู้ติดสารเสพติด ผู้ป่วยโรคจิต ผู้ป่วยจากโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ และผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ เป็นต้น

3. ตราบาปที่เกิดจากเผ่าพันธุ์หรืออคติ ตราบาปชนิดนี้จะเกิดขึ้นเมื่อกลุ่มบุคคลเปรียบเทียบกับพบว่ากลุ่มอื่นบกพร่องในบรรทัดฐานที่กลุ่มของตนเองสร้างขึ้น เช่น เกิดขึ้นเมื่อกลุ่มบุคคลทราบถึงเชื้อชาติหรือเผ่าพันธุ์ เป็นต้น

ตราบาปจากโรคเอดส์ความเจ็บป่วยทางสังคม

ตราบาปจากโรคเอดส์เป็นตัวอย่างของความเจ็บป่วยทางสังคมที่เห็นได้อย่างชัดเจน (Herek et al., 2003) ตราบาปอาจเกิดจากการที่บุคคลนั้นเป็นบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีจริง ๆ หรืออาจหมายถึงบุคคลที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นที่รับรู้กันทั่วโลกแล้วว่าบุคคลที่มีความเสี่ยง ได้แก่

ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชายด้วยกัน ผู้ที่ติดยาเสพติดชนิดฉีดและผู้ชายบริการทางเพศ ซึ่งบุคคลเหล่านี้ได้ถูกสังคมตีตราบาปไว้อย่างรุนแรงแล้ว และหากได้รับการติดเชื้อเอชไอวี บุคคลเหล่านี้ก็จะได้รับตราบาปเพิ่มขึ้นเป็นทวีคูณ ในทางกลับกันบุคคลที่อาศัยอยู่กับผู้ป่วยโรคเอดส์หรือผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีก็จะถูกสังคมตีตราบาปด้วยเช่นกันโดยไม่สนใจว่าบุคคลนั้นติดเชื้อหรือไม่ หรือได้รับเชื้อมาอย่างไร (Busza, 1999; Tan, & Brown, 1994) แม้ตราบาปนั้นจะไม่สามารถปรากฏให้มองเห็นได้จากภายนอกก็ตาม แต่ผู้ที่มีตราบาปเองก็จะรู้สึกถึงความอับอายข้างในจิตใจของตนเอง ดังนั้นการรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้น หมายถึงการลดคุณค่าของตนเองหรือรู้สึกว่าตนเองไม่ดีเท่ากับบุคคลอื่น ความรู้สึกนี้จะมีความสัมพันธ์กับความกลัวในการได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ (Scambler, 2004 อ้างใน Stuenkel, & Wong, 2012)

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถรับรู้ได้ถึงตราบาปดังกล่าว ซึ่งเรียกว่า การรับรู้ตราบาปภายในตัวเอง (Berger, Ferrans & Lashley, 2001) แม้ตราบาปนั้นจะไม่สามารถปรากฏให้มองเห็นได้จากภายนอกก็ตาม แต่ผู้ที่มีตราบาปเองก็จะรู้สึกถึงความอับอายภายในจิตใจของตนเอง ดังนั้น การรับรู้ตราบาปที่เกิดขึ้นทำให้เกิดการลดคุณค่าของตนเองหรือรู้สึกว่าตนเองไม่ดีเท่ากับบุคคลอื่น ความรู้สึกนี้จะมีสัมพันธ์กับความกลัวในการได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ หรือการถูกตีตราบาปจากผู้อื่น (Scambler, 2004 อ้างใน Stuenkel & Wong, 2012)

การรับรู้ตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การรับรู้ตราบาป หมายถึงความรู้สึกภายในจิตใจของผู้ที่มีตราบาป (Berger, Ferrans, & Lashley, 2001) นักสังคมวิทยาและนักจิตวิทยาได้พยายามสร้างแนวคิดระหว่างความรู้สึกอับอายในตราบาป (Felt stigma) และการถูกแบ่งแยก (Enacted stigma) จากแนวคิดของ Goffman (1963) ความรู้สึกอับอาย (Felt stigma) คือ การรับรู้ตราบาปซึ่งหมายถึงการลดคุณค่าของตนเองหรือรู้สึกว่าตนเองไม่ดีเท่ากับบุคคลอื่น ความรู้สึกอับอาย (Felt stigma) และการแบ่งแยก (Enacted stigma)

Berger, Ferrans & Lashley (2001) ได้แบ่งการรับรู้ตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ออกเป็น 4 ด้าน ได้แก่ 1. ความกังวลที่จะเปิดเผยสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง (Disclosure concerns) 2. ความกังวลต่อทัศนคติของคนในสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ (Concern

with public attitudes about people with HIV) 3. ความรู้สึกว่าถูกกีดกันจากสังคม (Personalized/Enacted stigma) และ 4. ความรู้สึกด้านลบต่อตนเอง (Negative self-image) ผู้ที่มีการรับรู้ตราบาป (Perceived stigma) จะรู้สึกว่าเป็นคนไม่ดีเท่าเทียมกับบุคคลอื่น ความกลัวการถูกตีตราบาปจากสังคม กลัวการถูกเลือกปฏิบัติ (Scambler, 2004 อ้างใน Stuenkel, & Wong, 2012) การศึกษาเชิงคุณภาพในประเทศไทยที่พบว่า อุปสรรคในด้านตราบาปจากสังคม ได้แก่ กลัวถูกสังคมรังเกียจ จึงไม่กล้ารับประทานยาต่อหน้าผู้อื่นและกลัวผู้อื่นสงสัยจึงไม่กล้าลางานไปรับยาหรือไปตรวจตามนัด (ดวงหทัย สุทธิชม, 2554; ชุณณิ เอี่ยมมงคล, 2554; สุนธรา คงศีล และคณะ, 2552) สอดคล้องกับการศึกษาต่างประเทศ ที่พบว่า ระดับของการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ในทางบวกต่อความทุกข์ในจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ได้แก่ การถูกตำหนิจากเพื่อน การถูกแนะนำจากครอบครัวให้ปกปิดสถานะการหลีกหนีของคนในครอบครัว ความรู้สึกอึดอัดในสัมพันธภาพ คำพูดที่มีความเมตตาเกินจริง หรือความไม่แยแส และสัมพันธภาพที่ไม่ดีจากหน่วยงานด้านสุขภาพ (Stutterheim et al., 2007) ดังนั้นการรับรู้ตราบาปและความกลัวผลกระทบของตราบาปจึงส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความกังวลต่อการที่จะเปิดเผยสถานะ และบางรายเลือกที่จะปกปิดสถานะการติดเชื้อของตนเอง การปกปิดดังกล่าวส่งผลให้ขาดการสนับสนุนทั้งจากครอบครัวและสังคม และไม่สามารถเข้าถึงบริการด้านสุขภาพ (Ekstrand, 2006; Reif, Golin, & Smith, 2005; Valverde et al., 2006) นอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสบการณ์ไม่ดีเกี่ยวกับตราบาปจะส่งผลให้ขาดการมาตรวจตามนัดและขาดความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาได้ ในที่สุด (Vanable, Carey, Blair, & Littlewood, 2006)

พยาบาลและแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์แห่งชาติ

ปัจจุบัน UNAIDS (2012) ได้ให้ความสำคัญกับการลดตราบาปและการเลือกปฏิบัติ (Zero Stigma and Discrimination) เนื่องจากการลดตราบาปและการเลือกปฏิบัติสามารถนำไปสู่แนวทางในการลดอัตราการเกิดผู้ป่วยรายใหม่หรือลดการแพร่กระจายเชื้อ (Zero New Infection) และการเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อจากโรคเอดส์ (Zero Death) และในประเทศไทย คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ได้ให้ความสำคัญกับการควบคุมจำนวนผู้

ติดเชื้อรายใหม่ การเสียชีวิตของผู้ป่วยเอดส์ และการลดตราบาปและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์เช่นเดียวกัน โดยได้กำหนดเป็นแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559 โดยได้กำหนดเป้าหมาย ดังนี้ จำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ลดลง 2 ใน 3 การเสียชีวิตเนื่องจากโรคเอดส์ลดลงมากกว่าร้อยละ 50 และการถูกเลือกปฏิบัติหรือการละเมิดสิทธิของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลงมากกว่าร้อยละ 50

พยาบาลนับว่าเป็นบุคลากรสุขภาพที่สำคัญในการขับเคลื่อน ซึ่งสำหรับการดำเนินงานระบบบริการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในประเทศไทยนั้น ที่ผ่านมาได้พบแล้วว่ายังมีปัจจัยและอุปสรรคที่มีความสัมพันธ์กับความต่อเนื่องสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส ดังนั้นพยาบาลควรทำความเข้าใจกับสภาพปัญหาและผลกระทบที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ให้ได้มากที่สุดและเร่งดำเนินการแก้ไขเพื่อให้เกิดการดูแลรักษาได้อย่างครอบคลุมทั้งในระดับบุคคล ครอบครัวและชุมชน ซึ่งจะนำไปสู่ความสำเร็จและบรรลุวัตถุประสงค์ตามเป้าหมายของแผนยุทธศาสตร์แห่งชาติ จากผลการศึกษาของ มัตติกา ใจจันทร์ (2556) พบว่า ระดับของการรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์ในเชิงบวกกับอุปสรรคในการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัส ดังนั้นการค้นหาคำปัจจัยของการลดหรือเพิ่มระดับของการรับรู้ตราบาปจึงเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินการควบคุมอุปสรรคในการเข้ารับการรักษาของผู้ติดเชื้อไวรัสและส่งเสริมการเข้ารับคำแนะนำและการรักษาตามระบบ ซึ่งจะส่งผลในการลดอัตราการตายและการป้องกันการติดเชื้อรายใหม่ตามแผนยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2555 - 2559

เอกสารอ้างอิง

- ชุณณิ เอี่ยมมงคล. (2554). *ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.
- ดวงหทัย สุทธิชม. (2554). *ปัญหาและอุปสรรคที่ทำให้วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมมารับประทานยาต้านไวรัสไม่ต่อเนื่องและไม่สม่ำเสมอ*. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต. บัณฑิตวิทยาลัย มหาวิทยาลัยมหิดล.

- ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย. (2555). *สรุปประเด็นสำคัญในการเสวนาเอดส์ ครั้งที่ 1-4, 9 มกราคม 2555. กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข. กรุงเทพฯ : สภากาชาดไทย.*
- Berger, B.E., Ferrans, C.E., & Lashley, F.R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma Scale. *Nursing and Health*, (24), 518-529.
- Busza, J. (1999). *Literature review: Challenging HIV-related stigma and discrimination in Southeast Asia: Past successes and future priorities.* Office of Health and Nutrition.U.S.
- Ekstrand, M. (2006). *How does stigma affect HIV prevention and treatment?. AIDS Research Institute University of California San Francisco.*
- Goffman, E. (1963). *Stigma: note on the management of spoiled identity.* New Jersey: Prentice-Hall.
- Herek, M., Capitanio, P., & Widaman, F. (2002). Stigma, social risk, and health policy: Public attitudes toward HIV surveillance policies and the social construction of illness. *Health Psychology*, 22(5) : 533-540.
- Reif, S., Golin, C.E., & Smith S. R. (2005). Barriers to accessing HIV/AIDS care in North Carolina: Rural and urban differences. *AIDS Care*, 17(5) : 558-565.
- Stuenkel, D.L., & Wong, V.K. (2012). Stigma. In I.M. Lubkin, & P.D. Larsen (Eds.), *Chronic illness impact and intervention* (pp. 47-74). Burlington: Jones & Bartlett Learning.
- Stutterheim, S.E., Pryor, J.B., Bos, A.E.R., Hoogendijk, R., Muris, P., & Schaalma, H.P. (2007). *HIV-related stigma and psychological distress: the harmful effects of specific stigma manifestations in various social settings.* Department of Work and Social Psychology. Maastricht University. Netherlands.
- Suksatit, B. (2004). *Stigma perception and health promoting self-care ability of young adults with HIV/AIDS.* Graduate Studies Mahidol University.
- Valverde, E.E., Valverde, D.W., Mahoney, P.A., Loughlin, A.M., Rio, C.D., Metsch, L., & Gardner., L.I. (2006). System and patient barriers to appropriate HIV care for disadvantaged populations: The HIV medical care provider perspective. *Association of Nurses in AIDS Care*, 17(3) : 18-28.
- Vanable, A., Carey, P., Blair, C., & Littlewood A. (2006). Impact of HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior*, 10(5) : 473-482.