

## บทความวิชาการ

## การวิเคราะห์มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี

### A Concept Analysis of HIV-Related Stigma

Received: Jun 6, 2020  
Revised: Aug 18, 2020  
Accepted: Aug 24, 2020

ณัฐวรรณ คำแสน Ph.D. (Natawan Khumsaen, Ph.D.)<sup>1</sup>  
สุพรรณณี เปี้ยวนาลาว พย.ม. (Supanee Peawnalaw, M.N.S.)<sup>2</sup>  
จินตนา เพชรเมณี วท.ม. (Jintana Pechmanee, MSc.)<sup>3</sup>  
จิตติมา ดวงแก้ว พย.ม. (Jittima Duangkaew, M.N.S.)<sup>4</sup>

#### บทคัดย่อ

มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) มีความสำคัญในการดูแลและการวิจัยทางการแพทย์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี มโนทัศน์นี้เป็นมโนทัศน์ที่น่าสนใจ แต่ยังขาดความชัดเจนในวรรณกรรม โดยเฉพาะปรากฏการณ์ทางการแพทย์ผู้ติดเชื้อเอชไอวี วัตถุประสงค์ของบทความฉบับนี้ต้องการวิเคราะห์มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ได้คำจำกัดความที่ชัดเจน คุณลักษณะของมโนทัศน์ คำศัพท์และขอบเขตของมโนทัศน์ที่ชัดเจน โดยใช้ขั้นตอนการวิเคราะห์มโนทัศน์ของ Walker และ Avant ซึ่งประกอบด้วย 8 ขั้นตอน ได้แก่ การเลือกมโนทัศน์ การกำหนดวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์มโนทัศน์ การระบุการใช้มโนทัศน์ที่สามารถค้นหาได้ การกำหนดคุณลักษณะของมโนทัศน์ การระบุกรณีตัวอย่าง การระบุกรณีศึกษา การระบุสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้น และการกำหนดสิ่งที่จะวัด ตามลำดับ

ผลจากการวิเคราะห์มโนทัศน์ได้คำจำกัดความของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และทัศนคติด้านลบของบุคคลอื่น ๆ ที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยอาจจะเป็นอคติที่เกิดขึ้นพร้อมกับการประทุษร้ายบุคคลว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่เชื่อได้ว่าสังคมไม่ยอมรับ โดยมีคุณลักษณะที่กำหนดของมโนทัศน์ คือ 1) ทัศนคติที่ไม่ดีจากผู้อื่น 2) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง 3) ประสบการณ์ส่วนตัวที่ไม่น่าพึงพอใจ 4) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมด้านลบ และ 5) การเลือกปฏิบัติ

สรุป การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นมโนทัศน์ที่เป็นผลลัพธ์ทางลบของการพยาบาล ควรมีการนำไปใช้เป็นแนวทางการประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลและใช้ในการพัฒนาเครื่องมือเพื่อการวัดผลลัพธ์ของการศึกษาวิจัยหรือพัฒนาทฤษฎีต่อไป

**คำสำคัญ:** เอชไอวี, การตีตรา, การวิเคราะห์มโนทัศน์

<sup>1</sup> Corresponding author พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

Email: natawan@snc.ac.th

<sup>2,3</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี

<sup>2</sup>Email: suphanee@snc.ac.th <sup>3</sup> Email: Jintana@snc.ac.th

<sup>4</sup> พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการสอน) วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนี สุพรรณบุรี Email: jittimar@snc.ac.th

Boromarajonani College of Nursing, Suphanburi, Faculty of nursing, Praboromarajchanok Institute, Thailand

## Abstract

HIV-Related Stigma has been important in nursing care and nursing research in people living with HIV (PLWH) and it is interesting concept, however, it is ambiguous in the phenomenon of HIV nursing. This paper aimed to analyze the concept of a HIV-related stigma and to clarify the meaning, define the attributes, and explain a term and the scope of the concept. The method used in the analysis was based on Walker and Avant's concept analysis which consisted of 8 important steps including selection of a concept of interest, determine the aims or purposes of analysis, identify all uses of the concept, determine the defining attributes, identify a model case, identify borderline, related, and contrary cases, identify antecedents and consequences, and define empirical referents, respectively.

Results of the concept analysis of HIV-related stigma are the following. HIV-related stigma was defined as negative feelings, beliefs, and attitudes towards people living with HIV. It is the prejudice that comes with labeling an individual as part of a group that is believed to be socially unacceptable. The defining attributes were 1) Unfavorable attitude from an individual or group; 2) Feeling devalued; 3) Unpleasant personal experience; 4) Perceived negative social norms; and 5) Discrimination.

In conclusion, HIV-related stigma is a concept related to negative nursing outcomes. Hence, it should be utilized as a guide of assessing quality of nursing care and to develop measurements for the nursing research and nursing theory in the future.

**Keywords:** HIV, stigma, concept analysis

## บทนำ

การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-related stigma) เป็นประเด็นที่สำคัญมากในการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี การตีตราที่เกี่ยวข้องกับเอชไอวีมักจะเกิดขึ้นโดยตรงกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะกลุ่มที่มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เช่น ชายรักชาย สาวประเภทสองหรือหญิงข้ามเพศ และพนักงานบริการทางเพศ การตีตราจะเกิดขึ้นเมื่อบุคคลอื่นปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างไปจากเดิม ซึ่งการตีตราจะส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความเครียด หรือแม้กระทั่งรู้สึกกลัวและแปลกแยกจากสังคม<sup>1</sup> การตีตราอาจเกิดขึ้นจากบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้าง (externalized stigma) หรือเกิดจากตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอง (internalized or self-stigma) ก็เป็นไปได้ ส่วนใหญ่การตีตราผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากบุคคลรอบข้างมักเกิดจากการที่บุคคลรอบข้างนั้นกลัวว่าตนเองจะติดเชื้อเอชไอวีจาก

ผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ และการอยู่ห่างจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นจะทำให้ตนเองปลอดภัย ในทางกลับกัน การถูกตีตราจากบุคคลอื่นที่อยู่รอบข้างทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้นเกิดความกลัว ส่งผลให้ตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีปฏิบัติตัวแตกต่างและแยกตัวจากคนอื่นได้เช่นกัน<sup>2</sup> การตีตราที่เกิดจากตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีเองนั้นเป็นการตีตราตนเอง ต้องการแยกตัวจากสังคมโดยไม่ต้องการพบปะผู้คน เนื่องจากรู้สึกกลัวว่าจะโดนตีตรา รวมทั้งเกิดจากความรู้สึกผิดบาปหรือละอายจากการมีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกาย ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่เข้าสู่ระบบการรักษาด้วยยาต้านไวรัส<sup>3</sup> ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะสามารถปรับตัวได้แม้ว่าจะเกิดการตีตราจากบุคคลอื่นรอบข้าง หากมีความเชื่อมั่นในตนเองและเชื่อมั่นในสิ่งที่อยู่รอบข้างที่ตนเองเข้าไปมีส่วนเกี่ยวข้อง เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกตีตราจากสังคมจะทำให้เกิดการเลือกปฏิบัติหรือถูกกีดกันจากสังคมนั้น และอาจถูกละเมิดสิทธิ

มนุษย์ชนด้วย ในหลายประเทศมีการรายงานถึงกรณีของผู้ติดเชื้อ ภูมิคุ้มกันบกพร่องในการรักษาพยาบาลและการทำงาน<sup>4</sup> ส่งผลให้การรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีประสิทธิภาพและไม่บรรลุเป้าหมายในการรักษา และหนึ่งในผลลัพธ์ทางสุขภาพ (Health outcomes) ที่ดีซึ่งคาดหวังได้จากการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีคือการเพิ่มระดับคุณภาพชีวิตที่เกี่ยวกับสุขภาพของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Health-related quality of life: HRQOL)<sup>5</sup> หากไม่มีการติดตามจากการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถจะปรับตัวให้เข้ากับการเจ็บป่วยได้ดี มีการดำเนินชีวิตในสังคมได้ตามปกติและให้ความร่วมมือในการรักษาที่ย่อมส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพแข็งแรง สามารถชะลอการดำเนินของโรคให้ช้าลงและลดอัตราการติดเชื้อฉวยโอกาสลงได้เช่นกัน<sup>6</sup>

ในปัจจุบันการติดตามจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นมโนทัศน์ (concept) ที่ถูกนำมาใช้บ่อยและเป็นประเด็นที่สำคัญเรื่องหนึ่งในการวิจัยเกี่ยวกับเอชไอวีและการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีการนำไปใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประเด็นปัญหาในการถูกเลือกปฏิบัติเมื่อเข้ารับบริการด้านสุขภาพ และเกิดความไม่เท่าเทียมกันทางสังคม ในปัจจุบันพบว่ายังมีการใช้คำว่า การติดตามจากการติดเชื้อเอชไอวี สลับกับคำว่า การประทับตรา (Label) ซึ่งจะเกิดขึ้นเมื่อพฤติกรรมของคนหนึ่งถูกประทับตราว่า “ติดเชื้อเอชไอวี” (HIV infection) จะนำไปสู่การถูกเหมารวม (Stereotype) ในแง่ลบ เช่น นำกลัวดูน่าอันตราย นำไปสู่การถูกปฏิเสธทางสังคม<sup>7</sup> ส่วนคำว่า อคติ (Prejudice) เป็นคำที่ใช้เพื่อบ่งชี้ว่าผู้หนึ่งมีความรู้สึกไม่ดีที่มีอยู่ก่อนและเป็นความรู้สึกด้านลบที่ไม่มีเหตุผลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>8</sup>

การวิเคราะห์มโนทัศน์ (Concept analysis) เป็นกระบวนการที่นักวิจัยและนักทฤษฎีทางการพยาบาลนำมาใช้เพื่อระบุและแยกแยะคุณลักษณะ (Characteristics or attributes) ที่เฉพาะของมโนทัศน์อันมีวัตถุประสงค์เพื่อก่อให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งและถูกต้องมากขึ้นในคุณลักษณะที่สำคัญของมโนทัศน์ และยังช่วยในการตรวจสอบโครงสร้างและหน้าที่ของมโนทัศน์ อันจะเป็นการส่งเสริมให้เกิดการสื่อสารเกี่ยวกับมโนทัศน์นั้น ๆ ได้อย่างชัดเจน นอกจากนี้ผลลัพธ์ที่ได้จากการวิเคราะห์มโนทัศน์ จะทำให้ได้คำนิยามเชิงปฏิบัติการ (Operational definition) ของมโนทัศน์ที่มีความชัดเจนและแม่นยำมากขึ้น การวิเคราะห์มโนทัศน์เป็นสิ่งที่ท้าทายและ

ช่วยให้เกิดความเข้าใจที่ลึกซึ้งซึ่งอย่างมากในปรากฏการณ์ทางการพยาบาลที่อยู่ในความสนใจ นอกจากนี้ Rodgers และคณะได้กล่าวถึงการวิเคราะห์มโนทัศน์ว่าเป็นกลยุทธ์หนึ่งในการพัฒนามโนทัศน์ (Concept development) ทำให้สามารถนำมโนทัศน์ไปใช้ในงานวิจัยหรือการปฏิบัติการพยาบาลในคลินิกได้อย่างถูกต้อง รวมถึงใช้ในการพัฒนาเครื่องมือวิจัยและทดสอบทฤษฎีอย่างเหมาะสม<sup>9</sup>

Walker และ Avant<sup>10</sup> ได้เสนอกรอบแนวคิดเพื่อเป็นแนวทางที่สำคัญในการวิเคราะห์มโนทัศน์ไว้ 8 ขั้นตอนที่มีความเป็นรูปธรรม ชัดเจนเพียงพอ เหมาะสมกับการนำมาใช้และง่ายต่อการนำไปใช้วิเคราะห์มโนทัศน์ทางการพยาบาล ได้แก่ 1) เลือกมโนทัศน์ (Select a concept); 2) กำหนดจุดประสงค์หรือวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ (Determine the aims or purposes of analysis); 3) ระบุการใช้มโนทัศน์ที่สามารถค้นหาได้ (Identify all uses of the concept that you can discover); 4) กำหนดคุณลักษณะของมโนทัศน์ (Determine the defining attributes); 5) ระบุกรณีตัวอย่าง (Identify a model case); 6) ระบุกรณีศึกษาอื่น ๆ ได้แก่ กรณีศึกษาที่มีความกำกวม (Borderline case) กรณีศึกษาสัมพันธ์ (Related case) และกรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม (Contrary case); 7) ระบุสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้น (Identify antecedents and consequences); และ 8) กำหนดสิ่งที่จะวัด (Define empirical referents) ซึ่งทั้ง 8 ขั้นตอนดังกล่าวจะช่วยในการวิเคราะห์มโนทัศน์ที่ต้องการศึกษา และช่วยในการแยกแยะตัวแปรในกรอบแนวคิดของการศึกษาวิจัยให้มีความชัดเจนและน่าเชื่อถือมากขึ้นได้

จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้อง พบว่า ยังมีการศึกษาเกี่ยวกับการติดตามจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการวิเคราะห์มโนทัศน์การติดตามจากการติดเชื้อเอชไอวีจึงยังคงมีความจำเป็นเพื่อให้ได้องค์ความรู้และมุมมองเกี่ยวกับมโนทัศน์นี้ได้อย่างถูกต้องและชัดเจน ในบทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อวิเคราะห์มโนทัศน์การติดตามจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แนวคิดการวิเคราะห์มโนทัศน์ตามวิธีการของ Walker และ Avant<sup>10</sup> 8 ขั้นตอน เพื่อให้เกิดความชัดเจนของคำจำกัดความ คุณลักษณะ และขอบเขตของมโนทัศน์การติดตามจากการติดเชื้อเอชไอวี อันเป็นการพัฒนาองค์ความรู้ในด้านการวิจัย และการปฏิบัติการพยาบาลเพื่อ

ส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างปกติและมีความสุขต่อไป

## วิธีการวิเคราะห์หมโนทัศน์

ในการวิเคราะห์หมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีนี้ ผู้วิเคราะห์มีการนำเสนอตามแนวคิดการวิเคราะห์หมโนทัศน์ของ Walker และ Avant<sup>10</sup> ใน 8 ขั้นตอน ดังนี้

### ขั้นตอนที่ 1 เลือกหมโนทัศน์ (Select a concept)

ผู้วิเคราะห์เลือกหมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากโรคเอดส์ยังคงถูกตีตราจากสังคมว่าเกิดจากพฤติกรรมสำสอนทางเพศ<sup>11</sup> จนเป็นสาเหตุให้เกิดการตีตราหรือการตีตรา (Stigma) คือ มุมมองของสังคมที่อ้างอิงจากบรรทัดฐานทางสังคม ส่งผลให้บุคคลเกิดการต่อต้านโดยผู้ที่ถูกตีตราจะถูกละเลยจากคนในสังคมว่าเป็นผู้ที่มี “ลักษณะเด่นที่ทำให้เกิดการเสื่อมเสีย” (spoiled identity) เป็นเหตุให้สังคมมองบุคคลว่าเป็นทาสหรือเป็นผู้ที่มีความผิดทางอาญา<sup>12</sup> เป็นความรู้สึกที่ฝังแน่นภายในจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี หากเกิดขึ้นเป็นเวลานานอาจก่อให้เกิดปัญหาสุขภาพจิตและนำไปสู่พฤติกรรมการฆ่าตัวตายได้<sup>13</sup> การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี เป็นความรู้สึกด้านลบที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกลดคุณค่าจากสังคม เกิดความทุกข์ทรมานทั้งด้านจิตใจและจิตวิญญาณ เกิดการต่อต้านจากครอบครัว ชุมชนและสังคมที่ผู้ติดเชื้ออาศัยอยู่ ความรู้สึกมีตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกลัวต่อการถูกเปิดเผยสภาพการติดเชื้อของตนต่อบุคคลอื่น กลัวการเข้ารับยาต้านไวรัส กลัวได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนอื่น ๆ<sup>14</sup> จึงเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการการรักษา<sup>15</sup> เพิ่มความเสี่ยงในการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ส่งผลต่อการป้องกันและควบคุมโรคของระบบบริการสุขภาพ

ในปัจจุบันพบว่า มีการศึกษาและวิเคราะห์หมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีทั้งในประเทศและต่างประเทศ เช่น อินเดีย<sup>16</sup> แต่การวิเคราะห์และแปลความหมายอาจขึ้นกับบริบทที่ต่างกัน และมีการศึกษาวิจัยใหม่ ๆ เกี่ยวกับหมโนทัศน์นี้ในหลากหลายประเด็น ดังนั้น การวิเคราะห์หมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีจากมุมมองและบริบทของวัฒนธรรมไทย จึงยังมีความสำคัญเพื่อทำให้เกิดความเข้าใจอย่างชัดเจนเกี่ยวกับ

กับคุณลักษณะสำคัญของหมโนทัศน์ และเป็นประโยชน์ต่อการพัฒนาแนวทางการลดตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยต่อไป

### ขั้นตอนที่ 2 กำหนดจุดประสงค์หรือวัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์ (Determine the aims or purposes of analysis)

ในการวิเคราะห์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิเคราะห์ได้กำหนดวัตถุประสงค์ที่สะท้อนถึงเป้าหมายและมีความชัดเจน ได้แก่ 1) เพื่อตรวจสอบการพัฒนาและขอบเขตของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี 2) เพื่อทำให้เกิดความชัดเจนในความหมายของหมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี 3) เพื่อการตัดสินใจในการให้คำจำกัดความของหมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี วิพากษ์คุณลักษณะ และการให้กรณีตัวอย่างของต้นแบบกรณีศึกษา กรณีศึกษาที่กำกวมกรณีศึกษาที่สัมพันธ์และกรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม 4) เพื่อระบุแยกสิ่งที่มีมาก่อนและผลที่เกิดขึ้น และ 5) เพื่อนิยามการวัดหรือสิ่งที่จะวัดเชิงประจักษ์ของหมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี

### ขั้นตอนที่ 3 ระบุการใช้หมโนทัศน์ที่สามารถค้นหาได้ (Identify all uses of the concept)

การสืบค้นและการทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับหมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ตั้งแต่ระยะเริ่มแรกโดยใช้วัตถุประสงค์ของการวิเคราะห์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นแนวทางในการทบทวนวรรณกรรม ซึ่งการสืบค้นและการทบทวนวรรณกรรมครอบคลุมทุกวัย เชื้อชาติและลักษณะที่เกี่ยวข้องกับหมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี การสืบค้นพบคำจำกัดความในวรรณกรรมต่าง ๆ นอกจากนี้ ผู้วิเคราะห์ยังพบว่า หมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีถูกนำไปใช้ในการวิจัยโดยนักวิจัยในหลายประเทศทั้งในทวีปอเมริกาเหนือ เช่น ประเทศสหรัฐอเมริกา ทวีปแอฟริกา เช่น สาธารณรัฐแอฟริกาใต้ ทวีปยุโรป เช่น ราชอาณาจักรสวีเดน ทวีปเอเชียตะวันออกเฉียง เช่น สาธารณรัฐประชาชนจีน ทวีปเอเชีย เช่น ประเทศอินเดีย รวมทั้งประเทศไทย โดยประเทศสหรัฐอเมริกาได้มีการนำหมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีไปใช้ในการทบทวนเกี่ยวกับการระบุและการประเมินค่าของแบบวัดในเชิงปริมาณในการประเมินความละเอียดของผู้ติดเชื้อ

เอชไอวีในหมู่ผู้ให้บริการทางสุขภาพ ซึ่งการศึกษาก่อนหน้านี้แบบประเมินมุ่งเน้นเรื่องการรับรู้หรือทราบในผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>17</sup> ส่วนในประเทศไทยได้มีการนำโมทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีมาศึกษาการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีว่าเป็นอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ<sup>18</sup> นอกจากนี้ได้มีการนำโมทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีมาใช้ในการศึกษาเกี่ยวกับตราบาป ผลกระทบของตราบาปกลยุทธ์ในการจัดการกับตราบาป และการประยุกต์ใช้ทางการแพทย์ เพื่อเป็นแนวทางในการจัดการความรู้สึกรับตราบาปจากการติดเชื้อเอชไอวี<sup>13</sup> การนำเสนอโมทัศน์เกี่ยวกับตราบาปจากโรคเอดส์ ซึ่งเป็นตัวอย่างความเจ็บป่วยทางสังคม มีความสัมพันธ์ต่อการเข้าถึงการรับบริการยาต้านไวรัส ซึ่งการนำเสนอนี้เป็นแนวทางในการค้นหาและควบคุมปัจจัยการเพิ่มหรือลดระดับการรับรู้ตราบาป เพื่อสร้างแนวทางในการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับคำแนะนำและการรักษาตามระบบ<sup>14</sup> จากการศึกษาพบว่ามียุทธศาสตร์การศึกษาที่ได้ศึกษาผลกระทบของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มคนต่าง ๆ ที่ติดเชื้อเอชไอวี เช่น ชายรักชาย ชายสู่หญิง แม่สู่ลูก เป็นต้น แต่แนวคิดของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวียังไม่ชัดเจน<sup>19</sup> โดย Goffman<sup>12</sup> กล่าวว่า การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นคุณลักษณะที่ทำให้เสียชื่อเสียงอย่างมาก จากการทบทวนวรรณกรรมของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นการศึกษาในศาสตร์สาขาวิชาชีพต่าง ๆ ที่เกี่ยวข้องกับการดูแลสุขภาพ พบว่ามีผู้ให้ความหมายของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีที่ต่างกันอย่างออกไป อาทิ<sup>20</sup> ให้ความหมายของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง การลดคุณค่าของคุณค่าหรือรู้สึกว่าคุณค่าไม่เท่าเทียมกับคนอื่น ๆ ความรู้สึกนี้จะมีความสัมพันธ์กับความกลัวในการได้รับการปฏิบัติที่แตกต่างจากคนอื่น นอกจากนี้<sup>17</sup> ให้ความหมายของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง ความรู้สึกด้านลบที่ส่งผลกระทบต่อจิตใจและจิตวิญญาณและฝังแน่นภายในจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ดังนั้นจึงสามารถสรุปคำจำกัดความของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี (Definition of HIV-related stigma) ได้ดังนี้

การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-related stigma) หมายถึง ความรู้สึก ความเชื่อ และทัศนคติด้านลบของบุคคลอื่น ๆ ที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>5</sup> โดยอาจจะเป็นอคติที่เกิดขึ้นพร้อมกับการประทับตราบุคคลว่าเป็นส่วนหนึ่งของกลุ่มที่

เชื่อได้ว่าสังคมไม่ยอมรับ โดยบุคคลในสังคมมีความเชื่อที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีพฤติกรรมทางลบ เช่น การมีคู่นอนหลายคน การขายบริการทางเพศ หรือการใช้สารเสพติดแบบใช้เข็มฉีดยา ทำให้บุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีเสื่อมเสียชื่อเสียง ถูกแบ่งแยกหรือกีดกันออกไปจากสังคมหรือได้รับโอกาสที่ไม่เท่าเทียมในการได้รับบริการด้านสุขภาพ การศึกษา หรือต้องอาศัยในชุมชนที่ไม่น่าอยู่

ในบทความนี้ผู้เขียนต้องการวิเคราะห์มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีเทียบกับมโนทัศน์อคติ (Prejudice) ซึ่งเป็นความรู้สึกด้านลบที่ไม่มีเหตุผลต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์<sup>8</sup>

#### ขั้นตอนที่ 4 กำหนดคุณลักษณะของมโนทัศน์ (Determine the defining attributes)

การกำหนดคุณลักษณะของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยการจัดกลุ่มคุณลักษณะที่บ่งชี้และสัมพันธ์กับมโนทัศน์ เขียนบันทึกคุณลักษณะที่ปรากฏซ้ำ ๆ สำหรับการวินิจฉัยความแตกต่างจากมโนทัศน์อื่น โดยพบว่ามีคุณลักษณะที่สำคัญดังนี้

- 1) **ทัศนคติที่ไม่ดีจากผู้อื่น** (Unfavorable attitude from an individual or group) เป็นความรู้สึกนึกคิดและความเชื่อในลักษณะคัดค้านของบุคคลที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นความอับยศ มีมลทิน<sup>21</sup> จนทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความรู้สึกต่อตนเองในแง่ลบ โดยทัศนคตินี้ไม่สามารถสังเกตได้โดยตรง แต่สามารถคาดเดาได้จากพฤติกรรมและปฏิกิริยาของบุคคลที่แสดงออกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี อันเป็นผลมาจากทัศนคติ เช่น การหลีกเลี่ยงการพบปะ การพุดคุย การนิินทา<sup>22</sup>
- 2) **ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง** (Feeling devalued) การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภาพในการให้คุณค่าต่อตนเองลดลง รู้สึกว่าตนเองไม่เท่าเทียมกับบุคคลอื่น โดยดูจากพฤติกรรมและประสบการณ์จริงของชีวิต<sup>23</sup>

- 3) **ประสบการณ์ส่วนตัวที่ไม่น่าพึงพอใจ** (Unpleasant personal experience) เป็นภาพลักษณ์ของโรคเอดส์ที่ได้รับจากการถูกตีตรา เนื่องจากมีลักษณะอย่างน้อยหนึ่งอย่าง คือ เป็นโรคติดเชื้อที่มีอันตรายรุนแรงถึงชีวิต ทำร้ายสังคม รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากมาตรฐานทางสังคม<sup>24</sup>

4) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมด้านลบ (Perceived negative social norms) เป็นความหมายทางสังคมของโรคเอดส์ ที่ถูกให้ความหมายในเชิงลบโดยนำมาเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต ตอบสนองที่สังคมมีต่อโรคเอดส์ ในลักษณะกลัวและหวาดผวาต่อโรคตลอดจนความรังเกียจรวมทั้งต่อต้าน ไม่อยากให้เข้าใกล้ ไม่อยากให้อยู่ร่วมสังคมด้วย รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวก็ยังถูกรังเกียจด้วย การถูกไล่ออกจากงาน หรือกรณีผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการปฏิเสธ รวมทั้งการดูแลด้วยความรังเกียจจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ขณะเข้ารับการรักษา และการถูกรอครัวทอดทิ้ง<sup>25</sup>

5) การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) การตีตรามีผลต่อบุคคลโดยมีการแบ่งแยก การถูกปฏิเสธในการเข้าไปมีส่วนร่วมหรือการมีส่วนเกี่ยวข้องในกิจกรรมต่างๆ ของครอบครัว และชุมชน สถานะที่ทำงาน สถานศึกษา การเข้าถึงบริการทางการแพทย์ ซึ่งอาจจะเกิดขึ้นในรูปแบบที่ชัดเจนหรือไม่ชัดเจนก็ได้<sup>26</sup>

#### ขั้นตอนที่ 5 ระบุกรณีตัวอย่าง (Identify a model case)

การระบุกรณีศึกษาตัวอย่างของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งเป็นตัวอย่างของการใช้มโนทัศน์ที่แสดงให้เห็นนิยามคุณลักษณะของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยเป็นกรณีสมมติของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ดังข้อความด้านล่างนี้

นายปวิณ (นามสมมติ) ชายไทยวัย 25 ปี จบการศึกษาระดับอนุปริญญา อาชีพพนักงานโรงแรม นายปวิณเป็นชายรักร่วมเพศที่เพิ่งถูกตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา เมื่อแรกเริ่มที่มีอาการป่วย นายปวิณมีอาการเครียดมากเนื่องจากกังวลว่าเพื่อนร่วมงานจะทราบว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี อาการทางกายของนายปวิณเริ่มปรากฏ เช่น น้ำหนักลดลงมากจนผอมกว่าปกติ ผิวหนังมีสีคล้ำลง ทำให้เพื่อนร่วมงานเริ่มสงสัย ซุบซิบนินทา และพูดจาว่าร้าย กระทั่งเปรียบเปรย ไม่อยากเข้าใกล้เขา ทำให้นายปวิณรู้สึกน้อยใจ รู้สึกว่าชีวิตตนเองไม่มีคุณค่า กอปรกับนายปวิณถูกเพื่อนร่วมงานบางคนล้อเลียนและเหยียดหยามว่าเป็นเกย์เป็นคนผิดเพี้ยน บ่อยครั้งที่เพื่อนร่วมงานไม่ต้องการให้นายปวิณร่วมโต๊ะอาหารด้วยเพราะกลัวว่าจะติดเชื้อเอชไอวีจากการรับประทานอาหารร่วมกัน ส่วนตัวนายปวิณเข้าห้องพักเล็ก ๆ

ใกล้ที่ทำงาน และเมื่อเขาเริ่มมีอาการป่วย เจ้าของห้องเช่าก็บอกเลิกการเช่าด้วยเหตุผลว่าผู้เช่าคนอื่น ๆ จะรังเกียจที่นายปวิณป่วยเป็นโรคเอดส์ทำให้นายปวิณต้องหาห้องเช่าใหม่ และใช้ชีวิตด้วยความกังวลเป็นอย่างมาก

สำหรับกรณีศึกษาตัวอย่างของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี นายปวิณมีคุณลักษณะของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ดังนี้ 1) ทศศคติที่ไม่ดีจากผู้อื่น 2) ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง 3) ประสบการณ์ส่วนตัวที่ไม่น่าพึงพอใจ 4) การรับรู้บรรทัดฐานทางสังคมด้านลบ และ 5) การเลือกปฏิบัติ

#### ขั้นตอนที่ 6 ระบุกรณีศึกษาอื่น ๆ (Identify other cases)

ประกอบด้วย การระบุกรณีศึกษาที่มีความกำกวม (Borderline case) กรณีศึกษาสัมพันธ์ (Related case) และกรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม (Contrary case) สำหรับกรณีศึกษาที่มีความกำกวม (Borderline case) ของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีจะเป็นตัวอย่างที่มีคุณลักษณะของมโนทัศน์บางส่วนแต่ไม่ใช่สมบูรณ์ทั้งหมด ดังข้อความด้านล่างนี้

นายเดชชาติ (นามสมมติ) ชายไทยวัย 30 ปี จบการศึกษาระดับปริญญาตรี นายเดชชาติเป็นชายรักร่วมเพศที่มีอาชีพเป็นโปรแกรมเมอร์ ทำงานบริษัทในกรุงเทพฯ และนโยบายของบริษัทนี้ยอมรับเพศทางเลือกเข้าทำงาน โดยไม่มีการตีตราหรือกีดกัน นายเดชชาติเพิ่งถูกตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ 7 เดือนที่ผ่านมา เมื่อแรกเริ่มที่มีอาการป่วย นายเดชชาติมีอาการเครียดมากเนื่องจากกังวลว่าเพื่อนร่วมงานจะทราบว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี นายเดชชาติเป็นคนเรียบร้อย ไม่ช่างพูดคุย เขาทราบว่าผลเลือดของตนเองที่เป็นบวกอาจจะทำให้เพื่อนร่วมงานรังเกียจ และเขารู้สึกว่าตนเองด้อยคุณค่า มีเพื่อนร่วมงานบางคนสงสัยว่าเขาติดเชื้อเอชไอวีและแสดงท่าทีรังเกียจเขา แต่ส่วนใหญ่ก็ยังปฏิบัติดี พูดคุยดีสม่ำเสมอ มองเขาในแง่ดี และไม่ได้เลือกปฏิบัติกับเขาแตกต่างจากคนอื่น ๆ นายเดชชาติมีประสบการณ์ชีวิตและประสบการณ์การทำงานที่ดีทำให้เขาพึงพอใจกับชีวิตปัจจุบันของตนพอสมควร

สำหรับกรณีศึกษาที่มีความกำกวมของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี นายเดชชาติมี คุณลักษณะของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีบางส่วน แต่ไม่

สมบูรณ์ทุกคุณลักษณะ คือมีทั้งทัศนคติที่ดีและไม่ดีจากผู้อื่น ความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง แต่ยังมีประสบการณ์ส่วนตัวที่ดีและน่าพึงพอใจ ไม่มีบรรทัดฐานทางสังคมด้านลบเกิดขึ้น และไม่มีการเลือกปฏิบัติ

กรณีศึกษาสัมพันธ์ (Related case) เป็นกรณีตัวอย่างที่แสดงถึงมโนทัศน์อื่นที่มีความคล้ายคลึงกับมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี แต่ไม่ได้มีคุณลักษณะทั้งหมดของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิเคราะห์ขอแนะนำเสนอตัวอย่างของมโนทัศน์อคติ (Prejudice) ดังข้อความด้านล่างนี้

นายวันชาติ (นามสมมุติ) ชายไทยวัย 25 ปี จบการศึกษาระดับปริญญา อาชีพช่างแต่งหน้าทำผม สถานภาพโสด อาศัยอยู่ในตัวเมืองใหญ่ นายวันชาติเป็นชายรักร่วมเพศ นายวันชาติเพิ่งถูกตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา แต่เขาไม่ได้มีพฤติกรรมเสี่ยงที่จะแพร่เชื้อเอชไอวี นายวันชาติรับจ้างแต่งหน้าทำผมให้คนทั่วไป ลูกค้ำมีทุกเพศทุกวัย บางคนเมื่อทราบว่าเขาเป็นเพศที่สามก็แสดงท่าทางรังเกียจ บางคนสงสัยว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี จึงไม่จ้างนายวันชาติไปแต่งหน้าให้ด้วยเหตุผลว่ากลัวจะติดเชื้อเอชไอวีจากนายวันชาติ แต่นายวันชาติก็ไม่ได้สนใจและทำงานอาชีพตนเองตามปกติ

จากกรณีศึกษาของนายวันชาตินี้แสดงให้เห็นคุณลักษณะของมโนทัศน์อคติ (Prejudice) ซึ่งคุณลักษณะที่กล่าวมาคล้ายคลึงกับการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี กรณีศึกษานี้คล้ายกับมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็ไม่ใช่มโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี

กรณีศึกษาแบบตรงกันข้าม (Contrary case) สำหรับมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นตัวอย่างที่มีความชัดเจนของการไม่ใช่มโนทัศน์ (Not the concept) ดังข้อความด้านล่างนี้

นายรินรดา (นามสมมุติ) หญิงข้ามเพศวัย 28 ปี จบการศึกษาระดับอนุปริญญา อาชีพนักแสดง คาบาเร่ต์ นายรินรดาเพิ่งถูกตรวจวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีเมื่อ 6 เดือนที่ผ่านมา เมื่อแรกเริ่มที่มีอาการป่วยนายรินรดา มีอาการเครียดมากเนื่องจากกังวลว่าจะทำงานไม่ได้และกลัวว่าเพื่อนร่วมงานจะรังเกียจถ้าหากทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี นายรินรดาดูแล

สุขภาพตนเองเป็นอย่างดี รับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์ และออกกำลังกายเป็นประจำ ทำให้ความผิดปกติที่เป็นอาการทางกายเกิดขึ้นน้อยมาก แม้ว่าเพื่อนสนิทที่ร่วมงานกันบางคนจะทราบว่าเขาติดเชื้อเอชไอวี แต่ก็ไม่ได้พูดจาว่ำร้ายหรือดูแคลน แต่ให้กำลังใจเขาเสมอมา นายรินรดาไม่ได้รู้สึกว่าคุณค่าของตัวเองไร้คุณค่า เขามีใจที่ได้ให้ความสุขและความบันเทิงกับลูกค้ำที่ไปชมคาบาเร่ต์ และในสังคมที่เขาอยู่ เพื่อนร่วมงานก็ต่างยอมรับความเป็นเพศที่สาม นายรินรดาสามารถทำงานกับทุกคนได้ ไม่มีผู้ใดปฏิเสธเขาเนื่องจากเขาเป็นนักแสดงที่เด่นและร้องเพลงเก่งมาก เขาจึงใช้ชีวิตด้วยความสุขและดูแลสุขภาพตนเองเป็นอย่างดี

สำหรับกรณีศึกษาแบบตรงกันข้ามนี้ นายรินรดาไม่มีคุณลักษณะใด ๆ ของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีเลยจึงจัดว่าเป็นกรณีที่ตรงกันข้ามกับมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี

### ขั้นตอนที่ 7 การระบุสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้น (Identify antecedents and consequences)

สิ่งที่มาก่อนของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี จะเป็นประเด็นหรือเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นมาก่อน ๆ ที่จะมีการเกิดขึ้นของประเด็นมโนทัศน์ คือ การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสิ่งที่มาก่อน ได้แก่ การเจ็บป่วยเรื้อรัง การขาดความตระหนัก ความไม่ร่วมมือในการรักษา ปัจจัยเสี่ยงในวิถีชีวิต การรับรู้ความเท่าเทียมและความไม่เท่าเทียมทางสังคม ค่านึงถึงภาพลักษณ์ของตนเอง ปัญหาสุขภาพส่วนบุคคล เป็นต้น ส่วนผลที่เกิดขึ้นจากการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ด้านอารมณ์ ได้แก่ การถูกทอดทิ้ง การถูกดูหมิ่น และการขาดความเคารพนับถือ ด้านสังคม ได้แก่ การถูกเลือกปฏิบัติ การสูญเสียการจ้างงานหรือที่อยู่อาศัย ด้านสัมพันธ์ระหว่างบุคคล ได้แก่ การหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทางสังคม การปิดบังความลับของตนเองต่อครอบครัว ด้านบริการสุขภาพ ได้แก่ การเข้าถึงบริการการรักษา การดูแลล่าช้า และด้านความรุนแรง ได้แก่ ความรุนแรงด้านร่างกายและคำพูด สามารถแสดงความสัมพันธ์การระบุสิ่งที่มาก่อนและผลที่เกิดขึ้นตามแผนภูมิที่ 1

### สิ่งที่มาก่อน (Antecedents)

- การเจ็บป่วยเรื้อรัง (Chronic illness)<sup>12</sup>
- การรับรู้ความเท่าเทียมและความไม่เท่าเทียมทางสังคม (Perception of equality & social inequality)<sup>35,36</sup>
- คำนึงถึงภาพลักษณ์ของตนเอง (Self-image)<sup>33</sup>
- ปัญหาสุขภาพส่วนบุคคล<sup>37</sup>  
(Individual with health problems)
- ความรู้สึกของการถูกปฏิเสธ<sup>37</sup>  
(Feelings of rejection)
- ความรู้สึกละอายและถูกตำหนิ<sup>37</sup>  
(Shame and blame)
- อคติ (Prejudice)<sup>35,36</sup>
- ความรู้สึกกลัวว่าผู้อื่นจะล่วงรู้สถานภาพการติดเชื้อ

### การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV-Related Stigma)

### ผลที่เกิดขึ้น (Consequences)

#### ด้านอารมณ์<sup>38</sup>

- การถูกทอดทิ้ง การถูกดูหมิ่น และการขาดความเคารพนับถือ (Disregard and disrespect)
- ความกลัว (Fear)
- ความวิตกกังวล (Anxiety)
- ความรู้สึกสิ้นหวัง (A sense of desperation)
- ความรู้สึกผิด (Guilt)

#### ด้านสังคม<sup>38</sup>

- การสูญเสียการจ้างงานหรือที่อยู่อาศัย (Losing their employment or housing)
- การเสื่อมเสียชื่อเสียง (Having a poor reputation)
- ภาระครอบครัว (Family burden)

#### ด้านสัมพันธภาพระหว่างบุคคล<sup>38</sup>

- การหลีกเลี่ยงความสัมพันธ์ทางสังคม (Avoid social relationships)
- การปิดบังความลับของตนเองต่อครอบครัว (Spend energy in hiding the secret to family)
- การย้ายถิ่นที่อยู่อาศัย (Move to another area)
- การแยกตัวออกจากสังคม (Social

#### ด้านบริการสุขภาพ

- ไม่เข้ารับบริการการรักษา<sup>37</sup>  
(Accession of healthcare services)
- การดูแลล่าช้า (Delaying care)<sup>15</sup>
- การไม่ให้ความร่วมมือในการรักษา  
(Poor treatment adherence)<sup>15</sup>

#### ด้านความรุนแรง

- ความรุนแรงด้านร่างกาย<sup>13</sup>และคำพูด<sup>15</sup>  
(Risk for physical violence and/or verbal abuse)

## ขั้นตอนที่ 8 การกำหนดสิ่งที่วัด (Define empirical referents)

การกำหนดสิ่งที่วัดของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี เป็นการกำหนดการวัดสำหรับคุณลักษณะที่ให้ไว้ เพื่อแสดงการเกิดขึ้นของมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี จากการศึกษาในต่างประเทศ พบแบบวัดดังนี้

- 1) The Stigma Scale ฉบับย่อ 12 ข้อ โดยพัฒนาขึ้นมาเพื่อใช้ประเมินการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ติดเชื้อตั้งแต่วัยรุ่นถึงวัยผู้ใหญ่<sup>27</sup> ซึ่งแบบวัดฉบับย่อนี้ทดลองใช้กับกลุ่มวัยรุ่นไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุระหว่าง 16-25 ปีแล้วพบว่ามีความเหมาะสมที่จะนำไปใช้ได้จริง
- 2) แบบวัดตราบาภายในของผู้ป่วยเอดส์ 6 ข้อ (the HIV-Internalized Stigma Scale) พัฒนาโดย Hernansaiz-Garrido และ Alonso-Tapia<sup>28</sup> เป็นแบบวัดที่ใช้ประเมินตราบาภายในของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ แบบวัดนี้ได้รับการพัฒนาให้มีความกระชับและมีการทดสอบประสิทธิภาพของเครื่องมือเป็นอย่างดีแล้วก่อนการนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างที่เป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
- 3) The Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS) เป็นแบบวัดจำนวน 30 ข้อ ที่ใช้ในการประเมินการตีตราจากผู้ให้บริการทางการแพทย์ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์<sup>29</sup> แบบประเมินนี้ถูกพัฒนาขึ้นมาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพโดยการทำสนทนากลุ่มกับกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์เกี่ยวกับประสบการณ์การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีรวมถึงความรู้สึกของพวกเขาต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี แบบวัดนี้ได้รับการยอมรับและถูกนำไปใช้อย่างแพร่หลายในประเทศสหรัฐอเมริกา
- 4) แบบวัดตราบาสำหรับผู้ป่วยเด็กและวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV Stigma Scale for Children-8: HSSC-8) ดัดแปลงมาจากแบบประเมินการตีตราสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีในวัยผู้ใหญ่ซึ่งพัฒนาขึ้นโดย Reinius และคณะ<sup>27</sup> สามารถใช้ประเมินในผู้ป่วยเด็กติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วยด้านการเปิดเผยความรู้สึก การมองตนเองในด้านลบ และทัศนคติของบุคคลอื่นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้มีการทดลองใช้ในในกลุ่มเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุระหว่าง 8-18 ปี<sup>30</sup>
- 5) Stigmatizing Attitude Towards PLWH<sup>31</sup> แบบประเมินนี้มีจำนวน 6 ข้อ สามารถนำไปใช้เป็นเครื่องมือวัดทัศนคติของผู้ให้บริการทางการแพทย์ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ได้ดี และเป็นแบบประเมินที่ได้รับการยอมรับว่า

ได้มาตรฐานและนำไปใช้ได้จริง 6) HIV Stigma and Discrimination Scale เป็นแบบประเมินทัศนคติต่อการตีตรา นโยบายการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ในสถานบริการทางสุขภาพ<sup>32</sup> แบบประเมินนี้ได้ผ่านการทดลองใช้เพื่อหาค่าความตรงและความเที่ยงกับกลุ่มผู้ให้บริการทางการแพทย์ต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และได้รับการยอมรับว่าสามารถนำไปใช้ได้จริงสำหรับการศึกษาในประเทศไทย พบว่ามีแบบวัด HIV Stigma and Stigma Scale<sup>33</sup> ซึ่งมีข้อคำถาม 12 ข้อ และแบบวัดการตีตราสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นเครื่องมือที่พัฒนาโดยใช้กระบวนการวิจัยเชิงคุณภาพในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีชาวไทย<sup>34</sup> โดยแบบวัดทั้งสองชุดนี้ได้ถูกนำไปใช้อย่างกว้างขวางในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย

## การประยุกต์ใช้ทางการพยาบาล

การวิเคราะห์มโนทัศน์ครั้งนี้ก่อให้เกิดความเข้าใจที่ชัดเจนในความหมาย คุณลักษณะสำคัญและคุณลักษณะย่อยของการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งสามารถนำองค์ความรู้ที่ได้ไปใช้เป็นแนวทางในการวิจัยทางการพยาบาลและช่วยปรับเปลี่ยนความเชื่อและการรับรู้ของผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างเกี่ยวกับการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยการให้คำปรึกษาเพื่อลดการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี หากผู้ป่วยและบุคคลรอบข้างที่เกี่ยวข้องให้ความเข้าใจ และร่วมมือกันในการส่งเสริมให้ผู้ป่วยได้มีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ รวมถึงการใช้ชีวิตในสังคมที่อาศัยร่วมกัน การส่งเสริมผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถจัดการและรับมือกับการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีได้นั้นจะมีผลดีต่อสุขภาพ และพัฒนาคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้ นอกจากนี้เจ้าหน้าที่ในกลุ่มที่ให้บริการสุขภาพ เช่น แพทย์ พยาบาล ก็นับว่ามีบทบาทที่สำคัญในการช่วยลดการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งทัศนคติของเจ้าหน้าที่และการเลือกปฏิบัติในสถานบริการทางสุขภาพที่ดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ล้วนส่งผลทำให้การไปใช้บริการสุขภาพต่าง ๆ ล่าช้า ไม่ว่าจะเป็นการเข้ารับบริการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อเอชไอวี การเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส หรือการคงอยู่ในกระบวนการรักษาและการรับยาอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสิ่งเหล่านี้อาจจะลดทอนคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลงและส่งผลให้เกิดการติดเชื้อรายใหม่เพิ่มขึ้นได้ด้วย

## สรุป

การวิเคราะห์หมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยใช้แนวคิดของ Walker และ Avant<sup>10</sup> เป็นกระบวนการตรวจสอบองค์ประกอบพื้นฐานของหมโนทัศน์ ช่วยทำให้หมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีความคลุมเครือ สับสน เกิดความชัดเจนขึ้น ผลจากการวิเคราะห์ตามแนวคิดดังกล่าว

ได้คำจำกัดความของหมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี และได้คุณลักษณะของหมโนทัศน์การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีที่ชัดเจน ซึ่งจะมีประโยชน์ในการวัดผลลัพธ์ของการดูแลสุขภาพผู้ติดเชื้อเอชไอวีและการพยาบาลผู้ติดเชื้อ เอชไอวี และมีประโยชน์ในการนำไปใช้ในการพัฒนาเครื่องมือในการศึกษาวิจัยหรือพัฒนาทฤษฎีทางการพยาบาลต่อไป

## References

1. Yang JP, Simoni JM, Dorsey S, Lin Z, Sun M, Bao M, et al. Reducing distress and promoting resilience: a preliminary trial of a CBT skills intervention among recently HIV-diagnosed MSM in China. *AIDS Care* 2018;30(sup5):S39-S48.
2. Ajong AB, Njotang PN, Nghoniji NE, Essi MJ, Yakum MN, Agbor VN, et al. Quantification and factors associated with HIV-related stigma among persons living with HIV/AIDS on antiretroviral therapy at the HIV-day care unit of the Bamenda Regional Hospital, North West Region of Cameroon. *Global Health* 2018;14(1)56:1-7.
3. Rice WS, Crockett KB, Mugavero MJ, Raper JL, Atkins GC, Turan B. Association between internalized HIV-related stigma and HIV care visit adherence. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2017;76(5):482-7.
4. Smit PJ, Brady M, Carter M, Fernandes R, Lamore L, Meulbroek M, et al. HIV-related stigma within communities of gay men: a literature review. *AIDS Care* 2012;24(4):405-12.
5. Khumsaen N, Aoup-Por W, Thammachak P. Factors influencing quality of life among people living with HIV (PLWH) in Suphanburi province, Thailand. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2012;23(1):63-72.
6. Holtz C, Sowell R, VanBrackle L, Velasquez G, Hernandez-Alonso V. A quantitative study of factors influencing quality of life in rural Mexican women diagnosed with HIV. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2014;25(6):555-67.
7. Dubov A, Galbo P, Altice FL, Fraenkel L. Stigma and shame experiences by MSM who take PrEP for HIV prevention: a qualitative study. *Am J Mens Health* 2018;12(6):1843-54.
8. Scambler G. Health-related stigma. *Social Health Illn* 2009;31(3):441-55.
9. Rodgers BL, Jacelon CS, Knafel KA. Concept analysis and the advance of nursing knowledge: state of the science. *J Nurs Scholarsh* 2018;50(4):451-9.
10. Walker LO, Avant KC. *Strategies for theory construction in nursing*. 6. Pearson Prentice Hall; Upper Saddle River, NJ: 2019.
11. Wu F, Zhang A, Babbitt A, Ma Q, Eyal N, Pan X, et al. Overcoming HIV stigma? A qualitative analysis of HIV cure research and stigma among men who have sex with men living with HIV. *Arch Sex Behav* 2018;47(7):2061-9.

12. Goffman, Erving. Stigma: note on the management of spoiled identity. New York: Simon and Schuster; 1963.
13. Chaityasit Y, Piboonrunroj P. Stigmatization: nursing application to reduce effects for HIV/AIDS patients. Journal of Nursing Division 2013;40(3):114-25. (in Thai)
14. Chaichan M, Kampraw P. Stigma of HIV: social illness. Journal of the royal Thai Army Nurses. 2014;15(3):170-3. (in Thai).
15. Alexandra Marshall S, Brewington KM, Kathryn Allison M, Haynes TF, Zaller ND. Measuring HIV-related stigma among healthcare providers: a systematic review. AIDS Care. 2017;29(11): 1337-45.
16. Bharat S. A systematic review of HIV/AIDS-related stigma and discrimination in India: current understanding and future needs. SAHARA J 2011;8(3):138-49.
17. Sengupta S, Banks B, Jonas D, Miles MS, Smith GC. HIV interventions to reduce HIV/AIDS stigma: a systematic review. AIDS Behav. 2011;15(6):1075-87.
18. Churcher S. Stigma related to HIV and AIDS as a barrier to accessing health care in Thailand: a review of recent literature. WHO South East Asia J Public Health 2013;2(1):12-22.
19. Florom-Smith AL, De Santis JP. Exploring the concept of HIV-related stigma. Nurs Forum 2012;47(3):153-65.
20. Stuenkel DL, Wong VK. Stigma. In: Lubkin IM, Larsen PD, editors. Chronic illness impact and intervention. Burlington: Jones & Bartlett Learning; 2012. p. 47-74.
21. Scambler G. Epilepsy. London: Tavistock Press; 1989.
22. Zarei N, Joulaei H, Darabi E, Fararouei M. Stigmatized attitude of healthcare providers: a barrier for delivering health services to HIV positive patients. Int J Community Based Nurs Midwifery 2015;3(4):292-300.
23. Thapa S, Hannes K, Cargo M, Buve A, Peters S, Dauphin S, et al. Stigma reduction in relation to HIV test uptake in low-and middle-income countries: a realist review. BMC Public Health. 2018 Nov 20;18(1):1277.
24. Kimera E, Vindevogel S, Reynaert D, Justice KM, Rubaihayo J, De Maeyer J, et al. Experiences and effects of HIV-related stigma among youth living with HIV/AIDS in Western Uganda: A photovoice study. PLoS ONE 2020;15(4):1-21.
25. Yeo TED, Chu TH. Social-cultural factors of HIV-related stigma among the Chinese general population in Hong Kong. AIDS Care. 2017;29(10):1255-9.
26. Fatoki B. Understanding the causes and effects of stigma and discrimination in the lives of HIV people living with HIV/AIDS: qualitative study. J AIDS Clin Res. 2016;7(12): 1-6.
27. Reinius M, Wettergren L, Wiklander M, Svedhem V, Ekström AM, Eriksson LE. Development of a 12-item short version of the HIV stigma scale. Health Qual Life Outcomes. 2017;15(1):115

28. Hernansaiz-Garrido H, Alonso-Tapia J. Internalized HIV stigma and disclosure concerns: development and validation of two scales in Spanish-speaking populations. *AIDS Behav.* 2017 Jan;21(1):93-105.
29. Wagner AC, Hart TA, McShane KE, Margolese S, Girard TA. Health care provider attitudes and beliefs about people living with HIV: initial validation of the Health Care Provider HIV/AIDS Stigma Scale (HPASS). *AIDS Behav.* 2014;18(12):2397-408.
30. Wiklander M, Rydström LL, Ygge BM, Navér L, Wettergren L, Eriksson LE. Psychometric properties of a short version of the HIV stigma scale, adapted for children with HIV infection. *Health Qual Life Outcomes* 2013;14(11):195.
31. Nyblade L, Jain A, Benkirane M, Li L, Lohiniva AL, McLean R, et al. A brief, standardized tool for measuring HIV-related stigma among health facility staff: results of field testing in China, Dominica, Egypt, Kenya, Puerto Rico and St. Christopher & Nevis. *J Int AIDS Soc* 2013;16 (3 Suppl 2): 18718.
32. Stringer KL, Turan B, McCormick L, Durojaiye M, Nyblade L, Kempf MC, et al. HIV-related stigma among healthcare providers in the Deep South. *AIDS Behav* 2016; 20(1):115-25.
33. Rongkavilit C, Wright K, Chen X, Naar-King S, Chuenyam T, Phanuphak P. HIV stigma, disclosure and psychosocial distress among Thai youth living with HIV. *Int J STD AIDS* 2010;21(2):126-32.
34. Fongkaew W, Viseskul N, Suksatit B, Settheekul S, Chontawan R, Grimes RM, et al. Verifying quantitative stigma and medication adherence scales using qualitative methods among Thai youth living with HIV/AIDS. *J Int Assoc Provid AIDS Care* 2014;13(1):69-77.
35. Maluwa M, Aggleton P, Parker R. HIV and AIDS-related stigma, discrimination and human rights. *Health and Human Rights* 2002;6:1-18.
36. Parker R, Aggleton P. HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Soc Sci Med* 2003;57(1):13-24.
37. Hatzenbuehler ML, Phelan JC, Link BG. Stigma as a fundamental cause of population health inequalities. *Am J Public Health* 2013;103(5):813-21.
38. Park S, Park KD. Family stigma: a concept analysis. *Asian Nursing Research* 2014;8(3): 165-171.