

บทที่ 2

เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

โรคเอดส์มีสถานภาพเป็น “โรคติดต่อ” ที่ยังไม่สามารถจะรักษาให้หายได้และมีความรุนแรงถึงชีวิต กล่าวคือ เป็นโรคที่ลึกลับน่ากลัว ไม่มีวิธีการรักษาให้หายและผู้ป่วยต้องตายด้วยโรค โรคเอดส์มีผลกระทบต่อสังคมเพราะเป็นโรคที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมของมนุษย์ สังคมมีการตีตรา ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วยเหตุผลที่หลากหลายกัน เช่น ความกลัวในการติดเชื้อเอชไอวี ความรังเกียจในอาการของผู้ป่วยเอดส์ ในส่วนของการติดต่อเกิดจากการสัมผัสกับ เลือด น้ำอสุจิ น้ำลาย เสมหะ น้ำนม น้ำตา ปัสสาวะ และอุจจาระของผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีในร่างกาย การสัมผัสกับ สิ่งดังกล่าวโดยผ่านพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีคือ การมีความสัมพันธ์ทางเพศโดยเฉพาะผู้ที่มีความสัมพันธ์กับเพศเดียวกัน ผู้ที่มีคู่นอนหลายคน เสรีทางเพศทั้งชายและหญิงและผู้ที่ตั้งครรภ์ติดยาเสพติดชนิดฉีดที่ใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน การรับรู้ของบุคคลทั่วไปในสถานภาพจริงทางด้านร่างกายของผู้ป่วยเมื่อมีอาการของโรคเอดส์คือ สภาพร่างกายที่ซูบผอม มีเชื้อราในช่องปาก ผิวหนังเต็มไปด้วยตุ่มและแผลพุพอง ถ้ามองถึงลักษณะทางสังคมจะพบว่า กลุ่มเสี่ยงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นกลุ่มคนที่จัดว่า เป็นผู้ที่ไม่ได้อยู่ในสังคมของคนปกติธรรมดา เป็นกลุ่มคนที่สังคมจัดว่าเป็นผู้มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม ดังนั้นโรคเอดส์จึงถูกให้ความหมายทางสังคมว่าเป็นโรคของคนที่ไม่ประพฤติผิดศีลธรรม ล้าสอนทางเพศหรือมีความผิดปกติทางเพศ เป็นโรคของคนไม่ดี คนเลว ภาพพจน์ของตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงถูกตอกย้ำเป็นทวีคูณ

การศึกษาตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้รวบรวมแนวคิด ทฤษฎี และงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง เพื่อประโยชน์ในการประมวลแนวความคิดและกำหนดกรอบแนวคิดในการศึกษานี้ การนำเสนอแบ่งออกเป็น 3 หัวข้อ ตามลำดับดังต่อไปนี้

- 1) ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์
- 2) แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับตราบาป
- 3) ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ที่เป็นตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ และ
- 4) กรอบความคิดการศึกษา

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

2.1.1 ความหมายของโรคเอดส์

โรคเอดส์ (AIDS = Acquired Immune Deficiency Syndrome)

ประพันธ์ ภาณุภาค (2531, หน้า 3-4) ได้ให้ความหมายเกี่ยวกับโรคเอดส์ไว้ว่า คือกลุ่มอาการที่เป็นผลมาจากภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือกลไกต่อต้านเชื้อโรคของร่างกายถูกทำลายโดยเชื้อไวรัสชนิดหนึ่ง ทำให้ภูมิคุ้มกันลดน้อยลงหรือไม่มีเลยร่างกายจึงติดเชื้อโรคชนิดต่างๆได้ง่าย แม้กระทั่งเชื้อโรคที่พบทั่วไปในธรรมชาติและไม่ทำอันตรายต่อคนปกติแต่จะเป็นอันตรายสำหรับผู้ติดเชื้อที่มีระบบภูมิคุ้มกันลดน้อยลง

2.1.2 สาเหตุและการแพร่กระจายของโรคเอดส์

เนื่องมาจากเชื้อไวรัสที่ชื่อว่าเอชไอวี (Human Immunodeficiency virus, HIV) ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเชื้อเอชไอวีจะอยู่ในโลหิต น้ำ หรือของเหลวที่ออกจากร่างกายของผู้ติดเชื้อ เช่น น้ำอสุจิ น้ำในช่องคลอด น้ำลาย น้ำตา น้ำนม น้ำเหลือง ปัสสาวะ เสมหะ โดยที่เชื้อเอชไอวีจะติดต่อจากผู้ที่มีเชื้อไปยังผู้สัมผัสโดยวิธีต่าง ๆ ได้แก่ ทางเพศสัมพันธ์ ทางกระแสเลือด และจากมารดาสู่ทารก

2.1.3 ระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวี

ระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวีคือ ระยะเวลาที่ตรวจเลือดและพบว่ามีการติดเชื้อเอชไอวีในเลือด เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายแล้วไม่ได้แสดงอาการออกทันที สามารถแฝงอยู่ในร่างกายของบุคคลนั้นขึ้นอยู่กับสภาพร่างกายของบุคคลนั้นๆ ระยะเวลาในการฟักตัวนานเท่าใดยังไม่แน่นอนโดยทั่วไปแล้ว ระยะเวลาฟักตัวของเชื้อโรคตั้งแต่เชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจนเกิดโรคในผู้ใหญ่ใช้เวลานาน 2-15 ปี (กระทรวงสาธารณสุข, 2532) เมื่อเวลาผ่านไปเชื้อเอชไอวีที่เข้าสู่ร่างกายมีการแบ่งตัวมากมายส่งผลทำให้ภูมิต้านทานในร่างกายลดลง อาการของโรคเอดส์ปรากฏ ทำให้ภาพลักษณ์ของร่างกายเปลี่ยนไปในทางที่เลวลง ทำให้ผู้ป่วยหมดหวัง ท้อแท้ไม่มีกำลังใจที่จะต่อสู้ ระยะเวลาในการฟักตัวคือช่วงเวลาตั้งแต่เริ่มรับเชื้อเอชไอวีและตรวจพบผลเลือดบวกพบว่าร้อยละ 30 จะปรากฏอาการของโรคเอดส์โดยเฉลี่ยประมาณ 5 ปี และบางรายอาจไม่พบอาการใดๆเลย โดยที่มีเชื้อเอชไอวีอยู่ในร่างกายได้ตลอดชีวิต โรคเอดส์แบ่งออกเป็น 3 ระยะดังนี้ ระยะที่หนึ่ง ระยะไม่ปรากฏอาการ (asymptomatic stage) ผู้ติดเชื้อจะมีสุขภาพแข็งแรงเหมือนคนปกติ ไม่มีอาการผิดปกติทางร่างกาย ตรวจพบ HIV-Ab หลังรับเชื้อไปแล้วประมาณ 6 สัปดาห์ขึ้นไป ระยะนี้

สามารถแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่นได้ ระยะที่สอง ระยะปรากฏอาการ (symptomatic HIV infection) เดิมเรียกว่าระยะมีอาการสัมพันธ์กับเอดส์ (AIDS related complex หรือ ARC) ในระยะนี้ตรวจพบ HIV-Ab และมีอาการของโรค หรือกลุ่มอาการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับภาวะภูมิคุ้มกัน เช่น การมีเชื้อราในปากและลำคอ ต่อม้ำเหลืองโตนานกว่า 1 เดือนอย่างน้อย 2 แห่ง ไม่นับบริเวณขาหนีบ เป็นริ้วหรือจุดบริเวณผิวหนังกว้างกว่า 1 dermatome ไอเรื้อรัง นานกว่า 2 เดือน ตลอดจนมีอาการเรื้อรังอื่น ๆ นานเกิน 1 เดือนโดยที่ไม่ทราบสาเหตุ เช่น มีไข้ ท้องเดิน ผื่นที่บริเวณผิวหนัง ซีด น้ำหนักลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวเดิม นอกจากนี้ยังมีอาการสับสน จิตเสื่อม ซึม ชัก ไม่รู้สึกตัวได้ ระยะที่สาม ระยะเป็นเอดส์ หรือเดิมคือระยะเอดส์เต็มขั้น (Full blown AIDS) ระยะนี้ ภูมิคุ้มกันจะถูกทำลายลงมาก ทำให้เกิดการติดเชื้อจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสหลายชนิด ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับ การติดเชื้อชนิดใดที่ส่วนใดของร่างกาย เช่น โรคปอดบวมจากเชื้อโรคฉวยโอกาส ทำให้เกิดโรคปอดบวม จะมีไข้ ไอ หอบ เชื้อราของหลอดอาหารและหลอดลม จะมีอาการเจ็บคอ กลืนอาหารลำบาก หรือ เชื้อรา เกิดโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ จะมีอาการปวดศีรษะ คอแข็ง เป็นต้น

2.1.4 การแบ่งระยะในการดำเนินโรคเอดส์

การแบ่งระยะเวลาในการดำเนินโรคในทางเป็นจริงของการเกิดโรคไม่ได้พัฒนาตามระยะต่างๆที่ได้แบ่งไว้ตามขั้นตอนดังกล่าว บางคนไม่แสดงจากระยะที่ 1 เป็นระยะที่ 2 และ 3 แต่แสดงอาการระยะเอดส์เต็มขั้นเลย

ระยะต่างๆของการดำเนินโรคถ้าใช้เกณฑ์แบ่งตามลักษณะทางคลินิก ตามที่ศูนย์ควบคุมโรคติดต่อของสหรัฐอเมริกาประกาศใช้เมื่อ 1 มกราคม 2536 มีดังนี้ คือใช้ลักษณะทางคลินิก แบ่งผู้ป่วยออกเป็น 3 กลุ่ม คือ กลุ่มเอ กลุ่มบี กลุ่มซี (Castro et al, 1992, p.1-5)

2.1.4.1 กลุ่มเอ (asymptomatic HIV) คือ ผู้ป่วยที่อยู่ในระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี แบ่งออกเป็น 3 ลักษณะดังนี้ 1) มีการติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังไม่มีอาการ 2) มีต่อมน้ำเหลืองโตทั่วตัว (Persistent Generalized Lymphadenoma) 3) มีการติดเชื้อเอชไอวีแบบเฉียบพลัน (Acute Retroviral Syndrome) หรือ Acute Mononucleosis like Syndrome คือ มีอาการไข้ มีผื่นตามตัว ต่อม้ำเหลืองโต เจ็บคอ อูจาระร่วง ปวดศีรษะ อ่อนเพลีย ไม่มีแรง ระยะนี้การตรวจนับเม็ดเลือด $CD_4^1 > 500 \text{ Cell/mm}^3$

2.1.4.2 กลุ่มบี (symptomatic HIV) คือ กลุ่มผู้ป่วยที่อยู่ในระยะซึ่ง การตรวจนับเม็ดเลือดขาว CD_4^1 อยู่ระหว่าง $200-499 \text{ Cell/mm}^3$ เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีอาการหรือโรคที่ไม่ได้จัดอยู่ในกลุ่มซี และมีภาวะโรคอย่างหนึ่งอย่างใดดังนี้คือ อาการหรือโรคเกิดจากการติดเชื้อโรค

เอดส์หรือมีเหตุจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง และภาวะดังกล่าวมีการดำเนินโรคซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อของโรคเอดส์หรือต้องได้รับการรักษา ตัวอย่างของภาวะดังกล่าวนี้ ได้แก่

- 1) เนื้องอกที่ประกอบด้วยหลอดเลือดหรือหลอดน้ำเหลืองมากมายตามร่างกาย (Bacillary Angiomatosis)
- 2) ฝ้าขาวในช่องปากจากเชื้อราแคนดิดา
- 3) โรคติดเชื้อราแคนดิดา ที่ช่องคลอด ซึ่งเป็นแบบเรื้อรังหรือกลับเป็นซ้ำบ่อยๆ หรือไม่ค่อยตอบสนองต่อการรักษา
- 4) มะเร็งปากมดลูกระยะ in situ หรือมีเซลล์ผิดปกติที่ปากมดลูก (Cervical Dysplasia)
- 5) ไข้สูงกว่า 38.5 องศาเซลเซียส หรืออุจจาระร่วงนานกว่า 1 เดือน
- 6) ฝ้าขาวในช่องปาก (Hairy Leukoplakia)
- 7) งูสวัดที่เกิดขึ้นอย่างน้อย 2 ครั้ง หรือมากกว่า 1 พื้นที่ของผิวหนัง
- 8) Idiopathic Thrombocytopenic Purpura
- 9) Listeriosis
- 10) อัมพาตครึ่งซีก โดยเฉพาอย่างยิ่งมีภาวะแทรกซ้อน คือ ฝีที่ท่อนำไข่หรือท่อน้ำไข
- 11) เส้นประสาทส่วนปลายผิดปกติ (Peripheral Neuropathy)

หมายเหตุ ถ้าลักษณะผู้ป่วยสามารถจัดให้อยู่ในกลุ่มเอหรือกลุ่มบีก็ได้ ให้จัดอยู่ในกลุ่มบี

2.1.4.3 กลุ่มซี (Full Blown) ระยะเวลาการตรวจนับเลือด CD_4^+ ต่ำกว่า 200 Cell/mm^3 เป็นระยะที่ผู้ป่วยที่มีภาวะหรือโรคต่างๆที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น ดังต่อไปนี้

- 1) โรคติดเชื้อราแคนดิดา ที่หลอดลม หรือเนื้อปอด หรือที่หลอดอาหาร
- 2) โรคติดเชื้อรา Cryptococcus นอกปอด เช่นที่ระบบสมอง และไขสันหลัง หรือแพร่กระจายทั่วตัว
- 3) โรคติดเชื้อรา Histoplasmosis ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่างๆ

CD_4^+ หมายถึง การตรวจวัดภูมิคุ้มกัน ตรวจหาระดับเม็ดเลือดขาวชนิดลิมโฟไซต์ โดยเฉพาะเซลล์ซีดีสี่ ที่ถือว่าเป็นเซลล์เป้าหมายที่สำคัญที่เชื้อเอชไอวีเข้าไปเจริญเติบโตและแบ่งตัวทำลายเซลล์ มีหน่วยวัดเป็นเซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร (กระทรวงสาธารณสุข, แนวทางปฏิบัติงาน โครงการพัฒนาระบบและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย, 2544, หน้า 35-36)

4) โรคติดเชื้อรา *Coccidioidomycosis* ชนิดแพร่กระจายของอวัยวะต่างๆนอกเหนือจากปอดหรือต่อมน้ำเหลืองที่คอ หรือข้อปวด

5) *Cryptosporidiosis* และมีอาการเรื้อรังนานมากกว่า 1 เดือน

6) *Isosporiasis* เรื้อรังของลำไส้และมีอาการเรื้อรังนานมากกว่า 1 เดือน

7) ปอดอักเสบจากเชื้อ *Pneumocystis carinii*

8) โรคติดเชื้อโปรโตซัว *Toxoplasmosis* ของเนื้อสมอง

9) ความผิดปกติของสมองจากเชื้อโรคเอดส์ (HIV encephalopathy) เรียกว่า HIV dementia, AIDS dementia หรือ subacute encephalitis จากเชื้อ HIV

10) กลุ่มอาการ Wasting จากเชื้อโรคเอดส์ (HIV wasting syndrome)

11) โรคติดเชื้อ *Cytomegalovirus* ที่เกิดที่อวัยวะต่างๆ เช่นที่จอตาทำให้ตาบอด (*Cytomegalovirus retinitis*)

12) โรคติดเชื้อ *Cytomegalovirus* ของอวัยวะใดอวัยวะหนึ่งนอกเหนือจาก ตับม้าม และต่อมน้ำเหลือง

13) โรคติดเชื้อ *Herpes simplex* ที่ทำให้เกิดแผลเรื้อรังนานกว่า 1 เดือน

14) ปอดอักเสบที่กลับเป็นซ้ำ *Pneumonia recurrent (bacteria)* มากกว่า 1 ครั้งใน 1 ปี

15) *Septicemia* จากเชื้อ *Salmonella* ที่กลับเป็นซ้ำ

16) *Progressive multifocal leukoencephalopathy*

17) วัณโรคที่ปอดหรือนอกปอด *Mycobacterium tuberculosis, Pulmonary or extrapulmonary*

18) *Mycobacterium, other species or unidentified species, disseminated or extrapulmonary* โรคติดเชื้อที่เกิดนอกปอด หรือชนิดแพร่กระจาย

19) โรคติดเชื้อ *Mycobacterium avium complex* หรือ *M.kansasii*

20) มะเร็งหลอดเลือดและผิวหนัง (*Kaposi's sarcoma*)

21) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (*Lymphoma*) ชนิด *Burkitt's tumor* (or equivalent term)

22) มะเร็งต่อมน้ำเหลือง (*Lymphoma*) ชนิด *Immunoblastic*

23) *Lymphoma* ชนิด ปฐมภูมิที่สมอง (primary in brain)

24) มะเร็งปากมดลูกชนิด *Invasive (Invasive Cervical cancer)*

25) ติดเชื้อ *Penicillium marneffeii*

หมายเหตุ ถ้าผู้ป่วยถูกจัดอยู่ในกลุ่มซีแล้ว จะอยู่ในกลุ่มนี้ตลอดไป

จะเห็นได้ว่าระยะเวลาของการติดเชื้อ ระยะเวลาในการดำเนินโรคตลอดจนการมีอาการของโรคเอดส์ รวมทั้งสภาพร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ สะท้อนถึงสภาพความเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของโรคที่ปรากฏต่อสายตาผู้พบเห็น รวมทั้งผู้เป็นเจ้าของร่างกาย มีความสัมพันธ์ระหว่างภาพที่ปรากฏทางร่างกายกับการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพ การศึกษาชิ้นนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทุกช่วงของระยะเวลาการติดเชื้อคือ ทั้งที่เพิ่งทราบว่าตนเองติดเชื้อจนถึงผู้ที่มีการติดเชื้อที่ยาวนาน เพื่อพิจารณาความแตกต่างของระยะเวลาการติดเชื้อในการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพ โดยคาดหมายว่าผู้ที่มีระยะเวลาการติดเชื้อที่ยาวนานน่าจะส่งผลให้ระดับความรุนแรงของโรคมียากขึ้นและส่งผลกระทบต่อการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพสูงกว่าผู้ที่มีระยะเวลาในการติดเชื้อที่สั้นกว่า ในส่วนของระยะเวลาในการดำเนินโรคจะเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทุกช่วงของระยะในการดำเนินโรค ทั้งผู้ที่มีระยะการดำเนินโรคอยู่ในกลุ่มเอ คือ ระยะไม่ปรากฏอาการ กลุ่มบีคือ ระยะที่มีอาการหรือโรคซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อน จนถึงกลุ่มซีคือ ผู้ที่มีภาวะหรือโรคต่างๆที่บ่งชี้ว่าเป็นเอดส์เต็มขั้น เพื่อพิจารณาความแตกต่างของระดับความรุนแรงของโรคในการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพ โดยคาดหมายว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มบีหรือกลุ่มซีที่มีระดับความรุนแรงของโรคมักน่าจะส่งผลกระทบต่อการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพสูงกว่าผู้ที่อยู่ในกลุ่มเอ ในส่วนการมีอาการของโรคเอดส์จะเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ที่รับรู้ว่าจะตนเองไม่มีอาการของโรคเอดส์ จนถึงผู้ที่รับรู้ว่าจะตนมีจำนวนอาการของโรคเอดส์มาก เพื่อพิจารณาความแตกต่างของระดับการรับรู้ที่น่าจะส่งผลกระทบต่อการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพ โดยคาดหมายว่า ผู้ที่รับรู้ว่าจะตนมีจำนวนอาการของโรคเอดส์มากน่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพสูงกว่าผู้ที่มีจำนวนอาการของโรคเอดส์น้อยกว่าหรือผู้ที่ไม่มีอาการ และในส่วนของสภาพร่างกายในขณะปัจจุบันคือทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ถึงสภาพร่างกายของตนในขณะนั้น ทั้งผู้ที่รับรู้ว่าจะตนมีสภาพร่างกายแข็งแรงดี จนถึงผู้ที่รับรู้ว่าจะตนมีสภาพร่างกายที่อ่อนเพลีย เพื่อพิจารณาความแตกต่างของการรับรู้ในสภาพร่างกายของตนที่ส่งผลกระทบต่อการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพ โดยคาดหมายว่าผู้ที่รับรู้ว่าจะตนมีสภาพร่างกายอ่อนเพลียมากน่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตรรกภาพสูงกว่าผู้ที่รับรู้ว่าจะตนมีสภาพร่างกายแข็งแรงดี

2.1.5 ผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีและการป่วยเป็นโรคเอดส์

โรคเอดส์ส่งผลกระทบต่อภาวะทางร่างกาย จิตใจ สังคมและเศรษฐกิจต่อตัวผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ตลอดจนครอบครัวมีปัญหาหลายหลากเป็นภาระที่สังคมต้องเข้ามา มีส่วนรับผิดชอบและหาแนวทางในการดำเนินการแก้ไขปัญหา เช่น การเจ็บป่วยบ่อยจากอาการของโรคเอดส์ไม่สามารถประกอบอาชีพทำมาหาเลี้ยงครอบครัวได้ การเสียโอกาสของญาติในการหารายได้เนื่องจากต้องใช้เวลาในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควร ส่งผลกระทบต่อบุตรขาดคนดูแลและเสียโอกาสทางการศึกษาตลอดจนผู้สูงอายุขาดคนดูแลแล้วยังที่จะต้องมารับภาระเลี้ยงดูเด็กเล็ก ดังนั้นผู้ติดเชื้อต้องเผชิญกับผลกระทบที่เกิดขึ้นในด้านต่างๆ ก่อให้เกิดการรับรู้ที่เป็นตรรกะในการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรคเอดส์มีผลกระทบในด้านต่างๆไม่ว่าจะเป็นด้านร่างกายจิตใจและสังคมที่มีขนาดความรุนแรงและซับซ้อน (McCann, 1955, p.18-29) ซึ่งสามารถแบ่งออกเป็น 5 ด้าน ดังนี้

2.1.5.1 ผลกระทบด้านร่างกาย ในระยะแรก ไม่มีอาการแสดงที่ชัดเจนมาก อาจพบอาการเช่นเดียวกับการติดเชื้อเฉียบพลันชนิดอื่นๆ เช่น ไข้หวัด เจ็บคอ ไข้ ออกผื่นแดง ซึ่งพบได้ประมาณ ร้อยละ 20 และจะหายไปภายในเวลา 1 สัปดาห์ ระยะต่อมาหากยังมีพฤติกรรมเสี่ยงต่างๆที่กระตุ้นการเจริญเติบโตและการขยายจำนวนของเชื้อเอชไอวีในร่างกาย ก็จะมีการดำเนินของโรคต่างๆได้รวดเร็ว เช่น มีไข้เรื้อรัง ท้องเสียเรื้อรัง เบื่ออาหาร ไอเรื้อรัง น้ำหนักลด อ่อนเพลีย ทำให้ร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์อ่อนแอ มีภูมิคุ้มกันลดลง และเกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสหรือเกิดมะเร็งตามอวัยวะต่างๆตามมา

2.1.5.2 ผลกระทบด้านจิตใจ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะมีปฏิกิริยาทางจิตใจที่ตอบสนองต่อความเครียด อาจรู้สึกผิดหรือโกรธตนเองได้ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นผลจากพฤติกรรมของตนเองในอดีต เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย การใช้ยาเสพติด เป็นพฤติกรรมที่คนในสังคมทั่วไปไม่ยอมรับก็จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์รู้สึกผิดมากยิ่งขึ้น ผู้ป่วยจะเกิดความทุกข์ใจ ลึกลับ หวัง หมกมุ่นค่า วิตกกังวล สับสน อารมณ์แปรปรวนง่าย หงุดหงิด คิดมาก เก็บตัว กลัวบุคคลรอบข้างรู้และรังเกียจ โกรธตนเองและโกรธผู้อื่นที่แพร่กระจายเชื้อเอดส์มาสู่ตน โทษผู้อื่น โทษสังคม เมื่อสภาวะอาการของโรครุนแรงขึ้น มีอาการปรากฏชัดขึ้น จะยิ่งทวีความวิตกกังวลมากขึ้น กลัวที่จะต้องเผชิญกับภาพลักษณ์ของตนที่เปลี่ยนไป บางรายยอมรับไม่ได้ถึงกับคิดทำร้ายตนเอง ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับจิตใจและอารมณ์จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์หมดความอดทน ไม่เข้มแข็งที่จะต่อสู้กับภาวะความเจ็บป่วย ส่งผลให้ร่างกายทรุดโทรมลงไปอีก (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2537)

2.1.5.3 ผลกระทบต่อครอบครัว การเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์นับเป็นภาวะวิกฤตที่ส่งผลกระทบต่อสมาชิกทุกคนในครอบครัวอย่างรุนแรง บุคคลจะรู้สึกสูญเสียที่ไม่อาจประเมินออกมาเป็นคำพูดได้ บุคคลจะต้องสูญเสียหน้าที่การทำงานด้วยข้อจำกัดในเรื่องสุขภาพ ถูกให้ออกจากงานเพราะสังคมรังเกียจ ทำให้สมาชิกครอบครัวต้องเผชิญกับปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและการเงิน สมาชิกครอบครัวจะเกิดความวิตกกังวล มีความทุกข์ โกรธ รังเกียจ ไม่ยอมรับผู้ป่วยเพราะทำให้เสื่อมเสียชื่อเสียงของครอบครัว กลัวติดโรค หากเป็นหัวหน้าครอบครัวบทบาทในการหาเลี้ยงดูครอบครัวก็ต้องสูญเสียไป หากเสียชีวิตบุตรก็จะเป็เด็กกำพร้าไร้ผู้อุปการะเลี้ยงดู

2.1.5.4 ผลกระทบต่อชุมชน เมื่อชุมชนรับรู้ว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จะเกิดความตระหนัก ทำให้มีพฤติกรรมต่อต้าน ไม่ยอมรับ รังเกียจและละทิ้ง ไม่สนใจในการให้ความช่วยเหลือ เกิดความคิดแบ่งแยกกลุ่มระหว่างสังคมคนปกติกับผู้ป่วยโรคเอดส์ขึ้น วิถีชีวิตเปลี่ยนไปจากการมีชีวิตที่สงบสุขสมครสมานสามัคคีจะมีความระมัดระวังเพิ่มมากขึ้น รู้สึกกลัว มีการเปลี่ยนค่านิยมเน้นการมีภรรยาน้อยเพิ่มขึ้นแทนการเที่ยวหญิงบริการ บางรายมีการขอตรวจเลือดคนรักก่อนแต่งงาน (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2537, หน้า 5)

2.1.5.5 ผลกระทบต่อสังคมและเศรษฐกิจ โรคเอดส์เป็นโรคที่สังคมรังเกียจ เพราะเป็นโรคติดต่อและเป็นโรคที่ไม่มีหนทางการรักษาให้หายขาดได้ การที่โรคเอดส์ถูกมองว่าเป็นโรคของคนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือมีความล่าช้าทางเพศนั้นและเมื่อมีอาการป่วยมีสภาพร่างกายที่ซูบผอม ไม่น่าดู มีการเจ็บป่วยบ่อยพบอาการแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ผู้ติดเชื้ออาจถูกไล่ออกจากงาน หรือไม่สมารถที่จะสมัครงานได้ ทำให้มีปัญหาทางเศรษฐกิจตามมาส่งผลกระทบต่อเศรษฐกิจของประเทศชาติในอนาคตได้ เนื่องจากโรคเอดส์มีการแพร่ระบาดสูงในกลุ่มประชากรวัยแรงงาน ซึ่งเป็นจักรกลที่สำคัญในการผลักดันภาวะเศรษฐกิจและความมั่นคงของประเทศ รัฐต้องสูญเสียค่าใช้จ่ายในการดูแลรักษา จัดบริการเพื่อรองรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น บุคลากรทางการแพทย์มีโอกาสเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าบุคคลกลุ่มอื่น ต้องสูญเสียงบประมาณ ในการเผยแพร่ความรู้และการประชาสัมพันธ์ ตลอดจนการศึกษาวิจัยค้นคว้าหาวัคซีนในการป้องกันโรคเอดส์ รวมทั้งมีผลกระทบต่อการท่องเที่ยวซึ่งนำรายได้มาสู่ประเทศอีกด้วย (วิจิตร ศรีสุพรรณและคณะ, 2537)

2.2 แนวคิดที่เกี่ยวข้องกับตราบาป

การทบทวนแนวคิดเกี่ยวกับการตีตรา ในส่วนนี้จะเริ่มจากการทบทวนแนวคิดทฤษฎีทางสังคมเกี่ยวกับการตีตรา 2 แนวคิดด้วยกัน คือ ทฤษฎีการตราหน้า (Labeling Theory) (Bruce G. Link & Francis T. Cullen, 1990) และ แนวคิดการตีตราของเอ็ฟวิง กอฟแมน (Goffman, 1963) ซึ่งแนวคิดทั้งสองนี้อธิบายว่า การตราหน้าเกิดขึ้นได้อย่างไร และสังคมมีอิทธิพลในการสร้างและให้ความหมายแก่พฤติกรรมและบุคคลที่ถูกตราหน้าอย่างไร รวมไปถึงกระบวนการปรับตัวของบุคคลในการตอบสนองต่อการตราหน้าจากสังคม ต่อจากนั้นจะเป็นนำเสนอแนวคิดและงานวิจัยทางสังคมที่เกี่ยวข้องกับร่างกาย โดยพิจารณาร่างกายในฐานะที่เป็นการให้ความหมายจากสังคมนอกเหนือไปจากลักษณะทางชีวภาพ ความเชื่อมโยงระหว่างร่างกาย ลักษณะความเจ็บป่วย อาการที่เป็นผลจากความเจ็บป่วยและการตีตราจากสังคม

2.2.1 ทฤษฎีการตราหน้า (Labeling Theory)

แนวคิดนี้ (Bruce G. Link & Francis T. Cullen, 1990) เชื่อว่าพฤติกรรมเบี่ยงเบนนั้นไม่ได้เกิดขึ้นเอง แต่ถูกนิยามโดยบุคคลอื่นในสังคมและที่สำคัญการตราหน้าจะมีผลทำให้ผู้ที่ถูกตราหน้ามีการกระทำแบบเดียวกับจินตภาพของผู้เบี่ยงเบน (หากบุคคลถูกตราหน้าจากสังคมว่าเป็นคนเสพยาเสพติด บุคคลนั้นก็จะมีบุคลิกลักษณะของผู้เสพยาเสพติดและมีการเสพยาเสพติดต่อไป) และนำไปสู่การเกิดวัฒนธรรมรองและนำไปสู่การ “ปฏิเสธผู้ปฏิเสธ” คือสังคมจะลดค่าของบุคคลผู้ถูกนิยามว่าเบี่ยงเบน ให้มีสถานภาพต่ำกว่าบุคคลทั่วไป ผลก็ทำให้ผู้ถูกตราหน้ามีพฤติกรรมโต้ตอบในทางลบ คือทำแบบเดียวกับที่ถูกตราหน้าซึ่งทำให้ผู้ที่ถูกตราหน้านี้ถูกผลักให้เข้าไปรวมกลุ่มและเกิดสังคมย่อยของตนเองผลของการรวมกันเป็นกลุ่มย่อยนี้ทำให้เกิดการพัฒนาวัฒนธรรม ความเชื่อ การให้คุณค่าต่อสิ่งต่างๆรวมทั้งการกระทำที่ถูกสังคมตราหน้าด้วยนี้ในรูปแบบที่แตกต่างออกไปจากสังคมใหญ่ ดังนั้นแนวคิดนี้จึงอธิบายผลที่บุคคลมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนเกิดจากสังคมนิยาม ทำให้เกิดการแบ่งคนกลุ่มออกจากสังคม คนกลุ่มนี้มีปฏิกิริยาโต้ตอบเชิงลบและกระทำตัวอย่างที่ถูกให้ความหมายโดยสังคม ในกรณีของผู้ติดเชื้อเอชไอวี การที่สังคมตราหน้าบุคคลผู้ติดเชื่อดังกล่าวจึงส่งผลให้บุคคลนั้นถูกผลักให้ออกไปจากสังคม มีการกระทำที่อาจส่งผลให้มีความเสี่ยงต่อการรับเชื้อเพิ่มขึ้น นอกจากนั้นความมีอคติจากสังคมจึงอาจส่งผลทางลบต่อการรับรู้คุณค่าของตนเองในกลุ่มบุคคลผู้ติดเชื้อ

ในขณะที่แนวคิดการตราหน้าแสดงให้เห็นอิทธิพลทางสังคมที่มีต่อการรับรู้คุณค่าตนเองและส่งผลถึงการตอบสนองของบุคคลต่อการถูกตราหน้าจากสังคม พันธุ์ทิพย์ รามสูตร

(2537) ได้เสนอว่าปฏิกริยาของสังคมที่มีต่อบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนสามารถแบ่งออกได้เป็นหลายระดับ ดังนี้

ระดับที่ 1 เป็นการตอบสนองต่อตนเอง (self response) ซึ่งขึ้นอยู่กับว่าบุคคลนั้นมีนิยามต่อสถานการณ์นั้นอย่างไร โดยที่นิยามของเขาจะได้มาจากการอบรมปมนิสัยผ่านกระบวนการสังคมตั้งแต่ตอนเป็นเด็ก และมีการย้ำโดยการปฏิบัติตามกิจวัตรประจำวันในช่วงเวลาต่อมา เช่น บุคคลที่เคยถูกอบรมสั่งสอนมาว่า พฤติกรรมรักร่วมเพศเป็นพฤติกรรมที่ผิด และในชีวิตประจำวันที่ผ่านมา ก็พบเห็นพฤติกรรมรักร่วมเพศเท่านั้นที่ถือว่าเป็นสิ่งที่ถูกต้อง เมื่อเวลาผ่านไปเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ หากเขามีประสบการณ์รักร่วมเพศ เขาก็จะเกิดความรู้สึกร่วมเพศได้ ประพฤติตนออกนอกแนวทางที่ถูกต้องของสังคม ที่ตนเองได้รับการปลูกฝังมา ก็จะมีปฏิกริยาในการตอบสนองต่อตนเองไปในรูปแบบต่างๆ เช่น รู้สึกผิด ประนามตนเอง ดูถูกตนเอง หรือทำลายตนเอง โดยรูปแบบใดรูปแบบหนึ่ง

ระดับที่ 2 เป็นการตอบสนองต่อการคาดการณ์ (anticipated response) ซึ่งมีพื้นฐานมาจากข้อมูลข่าวสารที่บุคคลนั้นได้รับจากประสบการณ์ในอดีตเกี่ยวกับการจัดการของสังคมต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือผลจากการมีพฤติกรรมเบี่ยงเบน สิ่งเหล่านี้เป็นพื้นฐานที่บุคคลนั้นเคยได้รู้ ได้ยิน ได้เห็นมา สังคมจะมีปฏิกริยาตอบสนองอย่างไรกับกลุ่มบุคคลที่เบี่ยงเบนไปจากบรรทัดฐานหรือฝืนระเบียบเขาก็จะตอบสนองไปในทำนองนั้นเช่น สังคมส่วนรวมมีปฏิกริยาต่อพฤติกรรมรักร่วมเพศในทัศนะที่ว่า "เป็นโรค" สมควรที่ต้องได้รับการรักษา เขาก็จะหาทางรักษาเป็นต้น

ระดับที่ 3 การตอบสนองตามการรับรู้ (Perceived response) ซึ่งเกี่ยวข้องกับการให้ความหมายต่อพฤติกรรมโดยบุคคลอื่น บุคคลจะประเมินการตอบสนองของบุคคลอื่นต่อพฤติกรรมต่างๆผ่านสัญลักษณ์ที่ใช้ร่วมกัน และเข้าใจความหมายตรงกันในกระบวนการปฏิสัมพันธ์ที่มีต่อกันในสังคมตลอดมา การตอบสนองการรับรู้ เป็นผลจากการที่บุคคลมีการคาดการณ์ต่อไป (projecction) ด้วยว่าถ้าหากเป็นตนเองจะมีการตอบสนองอย่างไร ทั้งในระดับต่อตัวเอง (self response) และต่อการคาดการณ์ (anticipated response) เช่น กรณีผู้ที่มีพฤติกรรมฝืนระเบียบที่ไม่ใช่ตนเองเป็นบุคคลอื่น หรือกลุ่มบุคคลที่มีพฤติกรรมรักร่วมเพศ บุคคลเหล่านี้อาจคาดการณ์ว่าคนอื่นคงจะไม่ยอมรับตนก็จะแปลความกริยาทำทางของคนอื่นๆ ที่แสดงต่อตนไปในทางปฏิเสธในการตอบสนองทั้ง 3 ระดับ ที่กล่าวมาข้างต้น เป็นการตอบสนองของบุคคลโดยประเมินในลักษณะจิตวิสัย (subjective evaluation)

ระดับที่ 4 การตอบสนองเชิงภาวะวิสัย (objective response) เป็นปฏิกิริยาตอบสนองต่อพฤติกรรมเบี่ยงเบน ซึ่งอาจเกิดขึ้นทั้งในสถานการณ์ปฐมภูมิและทุติยภูมิ (primary and secondary setting) ดังนี้

1) ปฏิกิริยาจากบุคคลภายในวงใกล้ชิด เช่น ครอบครัว ญาติพี่น้อง เพื่อนฝูง เพื่อนบ้าน หรือชุมชนเล็กๆ

2) ปฏิกิริยาจากกลุ่มนอกรวงออกไปไม่ใกล้ชิด เช่น จากสาธารณชน

ระดับที่ 5 การตอบสนองในระดับองค์กรหรือสถาบัน ซึ่งเป็นปฏิกิริยาที่แสดงต่อผู้ฝ่าฝืนหรือมีพฤติกรรมเบี่ยงเบนอย่างเป็นทางการ จากหน่วยงานองค์กรที่ทำหน้าที่ควบคุมทางสังคมต่างๆ เช่น ตำรวจ ศาล ผู้คุมประพฤติ สถานพินิจ สถานคุ้มครอง โรงพยาบาลปัญญาอ่อน บ้านพักฟื้น โรงพยาบาลจิตเวช ทัณฑสถาน เป็นต้น

การตอบสนองจากสังคมที่กล่าวมา ทั้ง 5 ระดับ จะเป็นการประทับตราหรือปิดป้ายสำหรับบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบน หรือฝ่าฝืนระเบียบจนพฤติกรรมที่เกิดขึ้นนั้น เป็นพฤติกรรม ที่สังคมมอบให้แก่บุคคลเหล่านั้นโดยกระบวนการตราหน้า (labeling process) บุคคลจะเกิดสถานภาพใหม่ที่สถานภาพเก่า เมื่อบุคคลได้ถูกจัดว่า เป็นคนฝ่าฝืนระเบียบตามสถานภาพหลักที่ได้มาบุคคลก็จะเริ่มแสดงตัวเองตามสถานภาพที่ถูกจัดให้เรียกว่าการแสดงตัวโดยสำนึกของตัวเอง (self-conscious identification) ในการแสดงโดยสำนึกของตัวเองนี้จะทำให้บุคคลมีพฤติกรรมหวาดระแวง (paranoid) อ่อนไหวต่อสิ่งต่างๆรอบตัว ไม่ว่าจะเป็นคำพูด สัญญาณ หรือกริยาท่าทางของคนอื่นๆง่ายขึ้น โดยเฉพาะระดับ 1 ถึง 3 เป็นการอธิบายกระบวนการปรับตัวที่บุคคลมีพฤติกรรมเป็นไปตามสังคมต้องการ

2.2.2 แนวคิดการตีตราของกอฟแมนและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับตราบาป

ในขณะที่แนวคิดการตราหน้าได้อธิบายปฏิกิริยาของสังคมและบุคคลแวดล้อมที่ส่งผลต่อการรับรู้คุณค่าของตนเอง และมีผลให้ผู้ที่ถูกตราหน้ามีพฤติกรรมสอดคล้องไปกับการตราหน้า เอฟวิง กอฟแมนได้เสนอแนวคิดว่าคุณค่าที่ถูกสังคมตราหน้าอาจมีการตอบสนองและมีพฤติกรรมที่หลากหลายและอาจไม่สอดคล้องไปกับการตราหน้าของสังคมก็ได้ ในงานเขียนเรื่อง Stigma : Notes on the Management of Spoiled Identity (Goffman, 1963) กอฟแมน ได้เสนอว่าตราบาปเป็นปรากฏการณ์ทางสังคม ตราบาปคือคุณลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ลักษณะแตกต่างจากคนทั่วไป เป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ ซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมอย่างไรก็ตามคุณลักษณะทางด้านสังคมหรือความแตกต่างทางกายภาพ

ดังกล่าวไม่ได้เป็นสาเหตุเพียงพอที่จะกำหนดคุณสมบัติที่ไม่พึงประสงค์ของสังคม แต่คุณสมบัติดังกล่าวถูกกำหนด โดยอาศัยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมเป็นเครื่องมือในการให้ความหมาย การตราหน้าจึงเป็นการให้ความหมายต่อบุคคลและพฤติกรรมโดยสังคม ผ่านกระบวนการปฏิสัมพันธ์และสัมพันธ์กับแนวคิดของสังคมในการให้คุณค่าสิ่งต่างๆ และการให้หรือใช้สัญลักษณ์แทนความหมายและคุณค่านั้นๆ กอฟแมนเห็นว่า โดยกระบวนการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของบุคคลที่ส่งผลในการกำหนดความแตกต่างในคุณลักษณะทางสังคมของบุคคล ให้กลายเป็นคุณลักษณะที่เป็นอย่างเดียวกันกับตราบาป คุณสมบัติที่ไม่พึงประสงค์นี้รวมถึงบุคคลที่เลวร้าย อันตราย หรืออ่อนแอ กอฟแมนให้ความหมายตราบาปครอบคลุมถึง ลักษณะซึ่งทำให้บุคคลเปลี่ยนจาก "บุคคลปกติธรรมดา" กลายเป็นบุคคลที่ไม่บริสุทธิ์ เป็นบุคคลที่ไม่มีคุณค่า ไม่น่าคบหา มีรอยมลทินต่างพร้อย มีรอยบาป หรือประพฤตินิดด้วย

กอฟแมนอธิบายว่า ตราบาป เป็นการให้ความหมายทางสังคม หรืออีกนัยหนึ่งเป็นการสร้างโดยสังคม อิทธิพลของสังคมในการสร้างความหมายนี้ได้รวมไปถึงการให้ความหมายต่อร่างกายบุคคลด้วย กอฟแมนเสนอว่าร่างกายของคนเปรียบเสมือนร่างกายทางสังคม สะท้อนให้เห็นกระบวนการใช้สัญลักษณ์ โดยเริ่มต้นจากสมัยกรีก ตราบาปถือเป็นการเกี่ยวพันกับเครื่องหมายที่ปรากฏขึ้นบนร่างกาย อันเนื่องมาจากการกระทำบางสิ่งบางอย่างผิดไปจากปกติ และกระทำผิดในบทบัญญัติทางศาสนาโดยเครื่องหมายนั้นได้ทำลายตัวบุคคลโดยการแสดงหรือประกาศให้ผู้อื่นรู้ว่า บุคคลนั้นเป็นดังเช่น ทาส อาชญากร เป็นบุคคลที่เพื่อนมนุษย์ไม่ต้องการคบหาซึ่งเป็นการทำให้บุคคลนั้นเสื่อมเสียหมดศรัทธาจากบุคคลอื่น ต้องการขับไล่ไปให้พ้น หรือเป็นบุคคลที่แปลกไปจากบุคคลทั่วไปในสังคม ในปัจจุบันตราบาปได้กล่าวรวมถึงประเด็นสิ่งที่ปรากฏทางร่างกาย คือ ความรู้สึกที่ทำให้เสื่อมเสีย พฤติกรรมที่เป็นเครื่องหมายการกระทำ เช่น การกระทำที่ไม่เป็นที่ยอมรับหรือเป็นผู้ที่ด้อยกว่าผู้อื่น ตราบาปจะเกิดขึ้น เมื่อเป็นเรื่องระหว่างบุคคลที่คาดหวังบุคคลอื่น (visual social identity) ซึ่งบุคคลอาจไม่คาดคิดว่าตัวเองได้คาดหวังบุคคลอื่นก็ได้ แต่ในทางปฏิบัติจริงที่บุคคลมีต่อบุคคลอื่น (actual social identity) บุคคลนั้นจะนำไปเชื่อมโยงกับสิ่งที่ตัวเองคาดหวัง โดยที่ไม่เคยคิดล่วงหน้ามาก่อนว่าตนเองเคยคาดหวังไว้ แต่แท้จริงแล้วตนเองเคยคาดหวังไว้ ซึ่งความรู้สึกที่เป็นตราบาปจะเกิดขึ้น เมื่อมีความขัดแย้งระหว่างสิ่งที่คาดหวังและสิ่งที่ปฏิบัติจริง

2.2.2.1 ลักษณะของตราบาป กอฟแมน (Goffman, 1963, p.14) ได้แบ่งตราบาป ออกเป็น 3 ลักษณะ ดังนี้

1) เป็นลักษณะที่เกิดขึ้นกับร่างกาย เช่น ความพิการ ซึ่งลดความสามารถในการปฏิบัติหน้าที่ หรือการทำกิจกรรมทางสังคม

2) เป็นความเสียหายของแต่ละบุคคล ได้แก่ คนที่มีความผิดปกติทางจิต คนติดคุก คนติดยา คนรักร่วมเพศ คนว่างงาน คนที่พยายามฆ่าตัวตาย และบุคคลที่มีความขัดแย้งทางการเมืองที่สังคมอาศัยอยู่หรือเป็นคนที่กบฏทางการเมือง

3) เป็นเรื่องที่เกี่ยวข้องกับเชื้อชาติ ศาสนา ได้แก่ ชนกลุ่มน้อย เช่นดั่งกรณีที่ชาวฮิวถูกกล่าวหาว่าเป็นบ่อเกิดของการเกิดกาฬโรค ที่มีการระบาดในศตวรรษที่ 14

2.2.2.2 แบบแผนการปรับตัวของบุคคล เอ็ฟวิง กอฟแมน (Goffman, 1963, p.126) ศึกษาแบบแผนการปรับตัวของบุคคลที่ได้รับการประทับตราจากสังคม คนที่ถูกประทับตราไม่ว่าจะมีความแตกต่างทางกายภาพ หรือทางสังคม นิยามจัดว่าแตกต่าง ซึ่งจะมีกระบวนการปรับตัวของบุคคล อาจทำได้หลายรูปแบบดังนี้

1) hiding their illness เป็นลักษณะที่บุคคลปิดบังซ่อนเร้นความเจ็บป่วย ความพิการที่ถูกตีตราจากสังคม นอกจากนี้บุคคลอาจมีการพยายามแก้ไขส่วนที่เป็นต้นเหตุให้สังคมตราหน้าได้ เช่น การทำศัลยกรรมตกแต่ง

2) covering การเบี่ยงเบนความสนใจ

3) disclosing การเปิดเผยตัวเองเพื่อขอความเห็นใจ หรือขอรับความช่วยเหลือ เช่น ผู้ป่วยเอดส์ที่เปิดเผยตัวเองเพื่อขอรับความช่วยเหลือด้านเศรษฐกิจ ดังตัวอย่างในเรื่องเบียร์ยังชีพหรือกองทุนสนับสนุนการประกอบอาชีพ

4) deviance disavowal การปฏิเสธไม่ยอมรับว่าเป็นพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน บอกว่าสิ่งที่ตนเป็นนั้นไม่ได้ทำให้ตนเองแตกต่างจากผู้อื่น เช่นการลงปกนิตยสาร ตนเองก็ทำตามบรรทัดฐานของสังคม

5) challenging หรือ resist social norms ไม่ยอมรับว่าตนถูกตีตราและในทางกลับกันตนเองก็ตีตราคนอื่น ๆ ในสังคมว่า โง่ ไม่มีศีลธรรม

2.2.2.3 ผลของการตีตรา การตีตรามีผลต่อบุคคลโดยการกีดกันและการแบ่งแยก (discrimination) ว่าบุคคลนั้นไม่เท่ากับคนปกติอื่น ผลของการถูกแบ่งแยกและลดค่าของบุคคลทำให้เกิด

1) การลดโอกาสในการดำเนินชีวิตปกติในสังคม

2) มีผลต่อการรับรู้ของตนเองของผู้ที่ถูกตีตรา เช่น รู้สึกอับอายเกลียดตนเองและตีตราประนามตนเอง

จะเห็นได้ว่าความแตกต่างระหว่างแนวคิดของกอฟแมนกับทฤษฎีการตราหน้า พบว่า กอฟแมนได้ให้โอกาสผู้ที่ถูกตีตรา นั้นได้มีการต่อต้าน ปรับตัว การตีตราที่ได้รับการประทับจากสังคม สำหรับทฤษฎีการตราหน้านั้นไม่ได้เปิดโอกาสนี้ให้คนปรับตัว ทฤษฎีนี้อธิบายว่าคนที่ถูกปฏิเสธก็จะกระทำตามความคาดหวังของผู้ที่ตีตรา และก็ทำให้ผู้ที่ถูกตีตรา นั้นเป็นเช่นนั้นตลอดไป

2.2.3 แนวคิดและงานวิจัยที่สนับสนุนแนวคิดของกอฟแมน

2.2.3.1 แนวคิดการตีตราในลักษณะที่เป็นการให้ความหมายทางสังคม เป็นสิ่งที่ถูกสร้างขึ้นในสังคม ได้ถูกนำเสนอโดย เบคเกอร์และอาโนลด์ (Becker & Arnold, 1986, p.42) ในขณะที่ตราบาปในความคิดของกอฟแมนจะเน้นที่ กระบวนการปรับตัวของบุคคลผู้ที่ถูกตีตรา เบคเกอร์และอาโนลด์ ได้เน้นความสำคัญวัฒนธรรม สังคม การเมืองและบริบททางประวัติศาสตร์ ในกระบวนการสร้างและให้ความหมายต่อการตีตรา การตีตราเป็นเรื่องของกระบวนการก่อร่างทางวัฒนธรรมและสังคม (Stigma as a social and cultural construct) ของลักษณะของผู้ป่วยซึ่งถูกสร้างขึ้นและถูกสะท้อนภาพพจน์ในเรื่องความน่ารังเกียจของร่างกายผู้ป่วย (Becker & Arnold, 1986, p.42)

2.2.3.2 แนวคิดการตีตราในลักษณะที่สังคม ให้ความหมายทางสัญลักษณ์ แก่ร่างกายผู้ป่วยว่าเป็นสิ่งสกปรกและภัยอันตราย ทั้งนี้อยู่บนพื้นฐานของสมมติฐานของโรคที่ว่า โรคเอดส์ เป็นโรคติดต่อจากของเหลวที่ออกจากร่างกายผู้ป่วย โดยเฉพาะเลือด และน้ำอสุจิของผู้ป่วย เป็นหนทางที่เชื้อโรคเอดส์เข้าสู่ร่างกาย ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องของความสัมพันธ์ทางเพศ ซึ่งถูกทางสังคมให้ความหมายทางสัญลักษณ์ว่า เป็นเรื่องของความสกปรก เนื่องจากภาพพจน์ที่คนไทยได้รับส่วนใหญ่มักจะเชื่อมโยงการติดโรคเอดส์ไปสัมพันธ์กับความสำส่อนทางเพศ หรือความผิดปกติทางเพศ เป็นโรคของเกย์ ดังที่มิเชล แควม (Quam, 1990, p.38) ได้วิเคราะห์ว่า ช่องคลอดของสตรีถือเป็นทางผ่านของประจำเดือน อวัยวะเพศชายถือเป็นทางผ่านของปัสสาวะและน้ำอสุจิ ส่วนทวารหนัก (ในกรณีรักร่วมเพศ) ถือเป็นทางผ่านของอุจจาระซึ่งอวัยวะทั้งหมดนี้เป็นเรื่องของ การส่งผ่านสิ่งสกปรก โดยทางช่องคลอด อวัยวะเพศชายและทางทวารหนัก แนวคิดดังกล่าวสามารถนำมาเชื่อมโยงในสังคมไทย ในการไม่ยอมรับซึ่งถือว่าโรคเอดส์เป็นโรคของพฤติกรรมทางเพศผิดปกติ ผู้ที่มีความสำส่อนทางเพศ โรคของคนสกปรก ประพฤติผิดศีลธรรม และความเข้าใจของสังคมในภาพพจน์ที่ว่าเลือดและน้ำอสุจิอันเป็นของเหลวที่ออกมาจากร่างกายผู้ป่วยนั้น เป็นที่มาของการแพร่เชื้อโรคเอดส์ ยิ่งเป็นการตอกย้ำลักษณะของโรคเอดส์ ในภาพพจน์ของโรคแห่งความสกปรกแปดเปื้อน

2.2.3.3 แนวคิดการตีตราโรคเอดส์กับการเกิดตราบาป ในเรื่องของการให้ความหมายทางสังคมและวัฒนธรรมต่อลักษณะทางสรีระร่างกายของผู้ป่วย (พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2536, หน้า10) ว่าเป็นภาพพจน์ของร่างกายที่น่ารังเกียจ โดยใช้แนวความคิดเกี่ยวกับ "ร่างกาย" เป็นองค์วิเคราะห์ในฐานะความเป็นจริงที่ปรากฏอยู่ โดยมองร่างกายของผู้ป่วยเป็นร่างกายทางสังคม (social body) ตราบาปมาจากทัศนคติทางสังคม (social attitude) โดยผ่านไปทางการสื่อสาร ทางครอบครัวและศาสนา เช่น เด็กได้รับการอบรมสั่งสอนจากบิดามารดาทำให้เกิดเป็นทัศนคติ ทางลบต่อสิ่งหนึ่งและจะเกิดการสั่งสมประสบการณ์นั้น กลายเป็นความรู้สึกต่อบุคคลนั้นว่าเป็นผู้ที่มีตราบาป กล่าวคือ การมองถึงลักษณะทางสังคมของผู้ป่วยโรคเอดส์ ส่วนใหญ่จะพบได้ว่า กลุ่มเสี่ยงของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์เป็นกลุ่มของผู้ติดยาและชายรักร่วมเพศ ซึ่งไม่ได้อยู่ในกลุ่มสังคมของคนปกติธรรมดา แต่เป็นกลุ่มคนที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและเป็นกลุ่มคนที่ไม่เป็นที่ยอมรับของสังคมอยู่แล้ว ภาพพจน์ของตราบาปจึงถูกตอกย้ำเป็นทวิคูณ (double stigma) ดังนั้นผู้ป่วยโรคเอดส์จึงถูกมองว่า เป็นโรคของคนที่มีพฤติกรรมที่ประพฤตินิดีศีลธรรม คนที่มีพฤติกรรมล่าส่อนทางเพศ หรือผิดปกติทางเพศ เป็นคนไม่ดี คนเลวมิใช่เป็นโรคของคนทั่วไป (พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2536, หน้า 16)

2.2.3.4 แนวคิดการใช้ร่างกายเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ แชนเปอริวอิธซ์และ ล็อก (Scheper-Hughes and Lock, 1987, p.18-19) กล่าวถึงความสำคัญในการใช้ร่างกายเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ห่อหุ้มของมนุษย์และผลผลิตของห่อหุ้ม ได้แก่ เลือด น้ำนม น้ำตา น้ำอสุจิ สามารถใช้เป็นแผนที่แห่งความเข้าใจโดยใช้เป็นตัวแทนของธรรมชาติ สิ่งนอกเหนือธรรมชาติ ตลอดจนความสัมพันธ์ทางสังคมและกายภาพดังที่แมรี ดักลาส (Douglas, 1973, p.93) กล่าวว่าร่างกายเป็นสัญลักษณ์ทางธรรมชาติที่บรรจุไว้ด้วยแหล่งที่มาของอุปมาอุปไมย (metaphor) มากมาย การก่อร่างทางวัฒนธรรม (cultural construct) ของ และ ที่ เกี่ยวกับร่างกาย เป็นประโยชน์ต่อการคงอยู่ของทัศนคติต่างๆของสังคม และความสัมพันธ์ทางสังคม ดังนั้นการมองว่า ร่างกายทางกายภาพของผู้ป่วยเปรียบเสมือนร่างกายทางสังคม สะท้อนให้เห็นกระบวนการใช้สัญลักษณ์โดยร่างกายเป็นสื่อในการแสดงออกและเป็นหน่วยในการวิเคราะห์ ดังเช่น นิทแฮม ได้ชี้ให้เห็นถึงความหมายทางสัญลักษณ์ของมือซ้ายและมือขวา มือซ้ายมีความหมายทางสัญลักษณ์เท่ากับความต่ำต้อย ความมืด ความสกปรก และสตรี ในทางตรงกันข้ามมือขวามีความหมายทางสัญลักษณ์ถึงลักษณะที่เป็นการใช้ร่างกาย เป็นกลไกในการให้ความชอบธรรมต่อค่านิยมและข้อกำหนดทางสังคม เช่น ลักษณะตามธรรมชาติในความเหนือกว่าของผู้ชายเมื่อเปรียบเทียบกับผู้หญิง (Scheper-Hughes and Lock, 1987, p.19)

2.2.3.5 แนวคิดการมองโรคที่เป็นตราบาป ชูซาน ซอนแทก (Sontag,1988, p.5-6) กล่าวว่า โรคใดๆที่ถูกมองว่าเป็นโรคที่ลึกลับและก่อให้เกิดความกลัวขึ้นมาทันทีที่ได้พบเห็น จะได้รับการมองว่าเป็นโรคติดต่อ การที่ต้องติดต่อสัมพันธ์กับผู้ป่วยในโรคดังกล่าวเปรียบเสมือน ความชั่วร้าย การลวงล้า การฝ่าฝืนข้อห้าม (taboo)

2.2.3.6 แนวคิดการมองโรคที่เป็นตราบาปในโรคเรื้อนและโรคเอดส์ ทิมพวัลย์ บุญมงคล (2536, หน้า 6-17) ได้ให้ความหมายของ ตราบาปในโรคเรื้อนและโรคเอดส์ ดังนี้ ในความหมายของโรคเรื้อน หรือ ซ้ำชุด โรคสังคมรังเกียจ การตีตราของผู้ป่วยโรคเรื้อนใน สังคมไทยนั้น กล่าวว่า ผู้ป่วยที่มีความพิการเห็นได้ชัดมักจะตีตราตนเอง มีความวิตกกังวล มีความ ภาวภูมิใจในตนเองต่ำ และพยายามหลีกเลี่ยงจากสังคม และรู้สึกว่าเป็นที่รังเกียจของสังคม ทั้งนี้เนื่องจากการได้ยินผู้อื่นเล่าให้ตนฟังถึงความรังเกียจของเพื่อนบ้านบางคน หรือจากการ เห็นความรังเกียจของเพื่อนบ้านในผู้ป่วยคนอื่น โรคเรื้อนเป็นโรคสังคมรังเกียจ ดังนั้นผู้ป่วยที่มีความ พิการจึงมองตนเองว่าเป็น ผู้ไม่สะอาด ไม่บริสุทธิ์ สกปรกแปดเปื้อน และมีบาปหนา คนไทย มักให้คุณค่าสูงกับความสะอาดของร่างกาย โดยนำไปสัมพันธ์กับกลิ่นหอม การให้สัญลักษณ์ว่า โรคเรื้อนเป็นโรคแห่งความสกปรก ในเรื่องของเหลวที่ออกจากร่างกาย (เลือดและหนอง) สีของ สภาพผิวหนัง และกลิ่นจากร่างกาย ซึ่งสภาพต่างๆเหล่านี้สัมพันธ์กับลักษณะของคนยากจนส่วนใหญ่ แนวความคิดในการวิเคราะห์ร่างกายทางกายภาพของผู้ป่วยในฐานะที่เป็นร่างกายทางสังคม โดยร่างกายของผู้ป่วยที่ได้รับการมองจากชุมชนว่าเป็นบุคคลที่มาจากชนชั้นยากจนและสกปรก ทักษะของชุมชนต่อร่างกายผู้ป่วยสะท้อนให้เห็นถึงค่านิยมของสังคมต่อคนยากจนว่า เปรียบ เปรียบเสมือนกลุ่มที่ไม่ควรเข้าร่วมในสังคมส่วนใหญ่ ความหมายสังคมของโรคเรื้อนไม่ได้ถูกกำหนดโดย ลักษณะทางชีวภาพของโรค แต่ถูกกำหนดจากการปฏิกิริยาทางสังคมที่มีต่อโรคซึ่งได้รับอิทธิพล จาก โครงสร้างทางสังคมและวัฒนธรรมของชุมชน

จากแนวคิดการตีตราที่กล่าวมาแล้วสามารถสรุปประเด็นสำคัญและความ หมายขององค์ประกอบของโรคเอดส์ ได้ดังนี้

1) ความหมายทางสังคมของโรคเอดส์ ถูกให้ความหมายของการติด ต่อของโรคในเชิงลบต่อผู้ป่วยเอดส์ และนำมาเชื่อมโยงกับวิถีชีวิต (life style) จนได้ให้ความหมาย ว่า เป็นโรคของเกย์ (gay disease) ที่สอดคล้องต่อการค้นพบโรคครั้งแรก ในปี ค.ศ.1981 คือ "GRID" ซึ่งมาจาก Gay-Related Immune Deficiency (Casner, 1986, p.204 อ้างใน เปี่ยมปิติ ช่างสาร, 2534, หน้า17) ปฏิสัมพันธ์ที่เกิดขึ้นต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ความรัง เกียจ ความอคติที่ขาดเหตุผล แสดงถึงสังคมได้ให้ความหมายของโรคเอดส์เชื่อมโยงต่อพฤติกรรม

เสี่ยงโดยสัมพันธ์กับพฤติกรรมเบี่ยงเบน ในประเด็นของตราบาปเพราะการเบี่ยงเบนเกิดขึ้นจากการกระทำผิดกฎ (rule) และบรรทัดฐานของสังคม (norm) หากบุคคลมีพฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากกฎและบรรทัดฐานของสังคมย่อมเกิดการตีตราจากสังคมที่ทำให้เกิดตราบาปในบุคคลนั้น การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยในระยะแรกชายนักเที่ยวรับเชื้อจากหญิงบริการ โรคเอดส์จึงได้รับสมญานามว่าโรคโสเภณี (prostitute disease) (World aids, 1989, p.9) ต่อมาแพร่ระบาดในกลุ่มที่มีพฤติกรรมเสี่ยงและสอดคล้องต่อการแพร่เชื้อ เช่นกลุ่มผู้ติดยาเสพติด ผู้ให้บริการทางเพศ

2) องค์ประกอบของโรคที่ได้รับการตีตรา โรคที่ได้รับการตีตราจะประกอบด้วย ลักษณะอย่างน้อยหนึ่งอย่างดังต่อไปนี้ เป็นโรคที่มีการติดต่อ มีอันตราย ทำร้ายสังคม รวมทั้งมีความสัมพันธ์กับกลุ่มที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากสังคม หรือมีความพิการหรือเสียโฉมอันเนื่องมาจากการเป็นโรค (Benett 1987, p.533) ได้แก่ โรคเรื้อน โรคเท้าช้าง โรคเอดส์ โดยโรคเรื้อนถูกมองว่าเป็นผลร่วมของความเจ็บป่วยที่หนักอึ้งซึ่งทำให้บุคคลที่เป็นโรคต้องสูญเสียสภาพทางจิตใจหรือสูญเสียสภาพทางกาย จะเห็นได้ว่าโรคภัยไข้เจ็บได้เข้ามามีส่วนร่วมในการตีตรา โรคเรื้อนถูกมองในสองสถานะคือ ความพิการ (deformity) และปฏิกิริยาจากสังคม (social reaction) เป็นความเจ็บป่วยที่หนักอึ้ง เป็นโรคที่สูญเสียสภาพทางจิตใจหรือสูญเสียสภาพทางร่างกาย ในการตีตราโรคเท้าช้างพบว่า มีความเกี่ยวข้องกับระยะอาการของโรค กล่าวคือ ในระยะอาการของโรคยังไม่แสดงอาการให้เห็นชัดถึงความผิดปกติยังไม่น่ารังเกียจหรือน่าอับอายก็จะมีตราประทับในตัวผู้ป่วย หากอาการปรากฏให้เห็นถึงความผิดปกติก็จะเริ่มมีการตีตราโดยจะตีตรามากหรือน้อยตามอาการที่เกิดขึ้นเมื่อไหร่มีอาการเด่นชัดก็ถูกตีตรามากผู้ป่วยก็จะเริ่มเก็บตัว (บุญผา ดำรงกิตติกุล, 2533, หน้า 69-72) การถูกตีตราของผู้ป่วยทั้งโรคเรื้อนและโรคเท้าช้างจะได้รับเมื่อมีลักษณะทางกายภาพที่บุคคลอื่นมองดูแล้วรู้สึกรังเกียจ ส่วนผู้ป่วยก็รู้สึกอับอายเสื่อมเสียและด้อยคุณค่า สำหรับภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น การตีตราเกิดขึ้นเนื่องจากเป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงถึงชีวิต และผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการเป็นโรคเอดส์ได้แก่ ผู้ที่พฤติกรรมรักร่วมเพศ ผู้ติดยาเสพติด กลุ่มโสเภณี ซึ่งกลุ่มคนเหล่านี้เป็นผู้ที่พฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากสังคมของคนปกติ สำหรับภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วยเอดส์นั้น อาการของโรคส่งผลทำลายต่อผิวหนัง ตา เส้นประสาท อวัยวะภายในและเนื้อเยื่อหากไม่ได้รับการรักษา จะส่งผลให้เกิดความพิการและสภาพทางร่างกายไม่เป็นที่น่าดูของบุคคลทั่วไป โดยสิ่งที่เกิดขึ้นกับตัวผู้ป่วยสามารถมองได้จากภายนอก ลักษณะของโรคเอดส์ที่ได้รับการตีตรา อันเนื่องมาจากเป็นโรคติดต่อที่มีความรุนแรงถึงเสียชีวิตและไม่มีทางรักษาให้หายได้ เป็นโรคที่เกิดจากการมีพฤติกรรมที่เสี่ยงของบุคคลที่ถูกจัดว่ามี

พฤติกรรมที่เบี่ยงเบนไปจากสังคมของคนปกติทั่วไป ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จึงได้รับผลกระทบทั้งปัญหาด้านสุขภาพทางด้านร่างกายและจิตใจ

2.2.3.7 งานวิจัยที่สนับสนุนในแนวคิดโรคเอดส์เป็นโรคที่ถูกตีตรา

ปฏิกิริยาตอบสนองที่สังคมมีต่อโรคเอดส์ ในลักษณะกลัวและหวาดผวาต่อโรคตลอดจนความรังเกียจรวมทั้งต่อต้านผู้ป่วยทำให้โรคเอดส์กลายเป็นโรคที่มีตราบาป และผู้ป่วยเอดส์กลายเป็นผู้ที่ถูกสังคมรังเกียจ หวาดกลัว ไม่อยากเข้าใกล้ ไม่อยากให้อยู่ร่วมในสังคมด้วย ในยุคแรกๆดั่งกรณีผู้ป่วยถูกประกาศรวมทั้งเปิดเผยตนเองว่าเป็นผู้ที่ติดเชื้อจากการรับเลือดเนื่องจากการเข้ารับการรักษา ผู้ติดเชื้อได้ถูกไล่ออกจากที่พักถึง 32 ครั้งในช่วง 3 ปีที่ผ่านมา ก่อนที่จะเสียชีวิตก็ยังคงถูกไล่ออกจากงานนับครั้งไม่ถ้วน รวมทั้งสมาชิกในครอบครัวยังถูกรังเกียจไปต่างๆนานา (เดลินิวส์ 26 มกราคม 2534 อ้างใน เปี่ยมปิติ ช่างสาร) กรณีของเด็กชายที่พ่อแม่เสียชีวิตเนื่องจากโรคเอดส์ เด็กชายผู้นี้ไม่สามารถที่จะมาโรงเรียนได้เนื่องจากถูกกล่าวหาว่าจะนำเชื้อโรคเอดส์มาติดผู้อื่นและถูกชาวบ้านตั้งข้อรังเกียจเรียกเด็กว่า "ไอ้ตัวเอดส์" ไม่ยอมขายของให้ ทางโรงเรียนต้องแก้ปัญหาโดยจัดการเรียนการสอนให้ที่บ้าน (เดลินิวส์ 8 มิถุนายน 2533 อ้างใน เปี่ยมปิติ ช่างสาร) ผู้ป่วยโรคเอดส์และครอบครัวได้รับการรังเกียจจากสังคมรอบข้างอย่างรุนแรง ทั้งการถูกไล่ออกจากงาน การถูกไล่ออกจากบ้านเช่า เด็กเล็กได้รับการปฏิเสธจากเพื่อนในโรงเรียน (พีรยา จารุทรัพย์, 2539) หรือในกรณีผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการปฏิเสธรวมทั้งการดูแลด้วยความรังเกียจจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลขณะเข้ารับการรักษา (เพ็ญจันทร์ ประดับมุข, 2536) และพบว่าภายหลังที่ผู้ป่วยแจ้งให้ครอบครัวทราบว่าเธอเป็นโรคเอดส์ ระหว่างที่เจ็บป่วยเธอได้รับการรังเกียจจากพี่ของสามีเป็นอย่างมาก ถูกจับแยกให้อยู่ต่างหาก ไม่ให้กินอาหารร่วมสำรับเดียวกัน ลูกสาวถูกห้ามไม่ให้เข้าใกล้แม่และในที่สุดเธอถูกปล่อยให้เสียชีวิตตามลำพัง (เสาวภา พรศิริพงษ์ และคณะ, 2537) ดังเช่นการศึกษาวิจัยของเพ็ญจันทร์ ประดับมุข (2537) พบว่าหลังจากที่สามีของผู้ป่วยทราบว่าเธอติดเชื้อเอดส์ เขาทอดทิ้งเธอไว้ที่โรงพยาบาล ไม่มาเยี่ยมเธออีกเลยและได้รับการรังเกียจจากญาติพี่น้อง การศึกษาของพิบูล นันทชัยพันธ์ (2539) พบว่ามารดาผู้ป่วยรายหนึ่งถูกชาวบ้านรังเกียจไม่ให้นำเสื้อผ้าของลูกและตนเองไปซักที่บ่อน้ำสาธารณะ ทำให้ผู้เป็นแม่ต้องย้ายไปซักที่คลองเล็กๆที่ไหลผ่านหมู่บ้านต่อมาชาวบ้านมาบอกว่า กลัวน้ำจากการซักผ้าจะไหลไปสู่ที่ดินทำกินของเขา มารดาผู้ป่วยจึงต้องแก้ไข้ปัญหาโดยการไปอาบน้ำมาจากบ่อซึ่งอยู่ห่างจากบ้านประมาณ 1 กิโลเมตรมาซักผ้าที่บ้าน พบว่าผู้ป่วยถูกปฏิเสธการเข้าร่วมกลุ่มอย่างไม่มีเยื่อใยโดยไม่ยอมให้ร่วมวงเหล้าด้วย เพื่อนฝูงตีตัวออกห่าง

แม้ในปัจจุบันสังคมจะยอมรับผู้ติดเชื้อมากขึ้น ผู้ติดเชื้อสามารถเข้าร่วมกิจการงาน บุญหรืองานเลี้ยงของชุมชนได้มากขึ้นแต่ในสวนลึกๆ ยังมีการแบ่งแยกและเลือกปฏิบัติต่อผู้ป่วย อยู่ เช่น พยายามหลีกเลี่ยงไม่ให้ผู้ป่วยเข้าไปช่วยทำงานเกี่ยวกับการเตรียมอาหาร ให้เลี้ยงไปทำใน หน้าที่อื่น เช่น การดูแลการจัดดอกไม้หรือดูแลทางด้านความสะอาด เป็นต้น (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2537) แม้แต่บุคลากรทางการแพทย์พบว่าพยาบาลมีความคิดเห็นว่า ผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นผู้ที่มี อันตรายต่อผู้อื่นสูงถึงร้อยละ 52.9 และควรแยกให้อยู่โรงพยาบาลเฉพาะร้อยละ 62.4 สมควรได้ รับการกักกันเพื่อไม่ให้แพร่เชื้อให้ผู้อื่นร้อยละ 53.7 และเต็มใจสนทนากับผู้ป่วยโดยไม่ต้องสัมผัส กับผู้ป่วยโดยตรง ร้อยละ 46.2 (เปี่ยมปิิติ ช่างสาร, 2534) ในประเทศสหรัฐอเมริกาผู้ป่วยถูกตีตรา และถูกกีดกันให้ออกไปจากสังคม เด็กที่พ่อแม่ติดเชื้อเอชไอวีและเป็นผู้ป่วยเอดส์ต้องถูกออกจาก โรงเรียน ผู้ป่วยเอดส์ถูกออกจากงาน บ้านของผู้ป่วยถูกเผา ไม่มีผู้มาใช้บริการที่สระว่ายน้ำที่มีข่าว ว่ามีผู้ป่วยเอดส์มาใช้บริการ (Feldman, 1990 อ้างใน พิมพวัลย์ บุญมงคล, 2536, หน้า 15) เช่นเดียวกับลาแยร์ และกิน (Laryea&Gien, 1993) ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาในผู้ป่วยเอดส์ 22 คน พบว่า 11 คนได้รับการดูแลที่ดีจากครอบครัวและอีก 11 คน ถูกครอบครัวรังเกียจ โดย แสดงความเย็นชา หมางเมิน ไม่สนใจและต้องการให้ผู้ป่วยเอดส์ออกจากบ้าน ทำให้ต้องเสียลูก และภรรยา ญาติพี่น้องปฏิเสธไม่ให้ร่วมดื่มน้ำในบ้าน แม้ว่าในปัจจุบันสื่อมวลชนต่างๆ ทั้งภาครัฐ และองค์กรเอกชน จะช่วยกันให้ความรู้เพื่อแก้ไขทัศนคติของสังคมให้มีความเห็นอกเห็นใจเมตตา สงสารผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์และลดความกลัวและความวิตกกังวลต่อโรคเอดส์ สังคมมี ความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยเอดส์มากขึ้น แต่สังคมอีกส่วนหนึ่งก็ยังคงมีความรังเกียจ ไม่อยากเข้า ใกล้ผู้ติดเชื้อโดยไม่จำเป็นเนื่องจากประชาชนยังฝังใจกับข่าวด้านลบของโรคเอดส์อยู่ (ลดาวัลย์ อุ้นประเสริฐพงศ์, 2540, หน้า 104)

ดังนั้นจะเห็นว่าปฏิกิริยาตอบสนองที่ต่อต้านอย่างรุนแรงของสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์นั้น เชื่อมโยงถึงการให้ความหมายทางสัญลักษณ์ของสังคมต่อร่างกายของผู้ ป่วยในฐานะเป็นร่างกายทางสรีระและร่างกายทางสังคม ความรังเกียจ เหยียดหยามไม่ยอมรับผู้ ป่วยให้อยู่ร่วมในสังคมด้วย ไม่ใช่เป็นเรื่องของความหวาดกลัวเชื้อไวรัสเอดส์ที่นำไปสู่การเป็นโรค เอดส์ แต่เป็นปฏิกิริยาตอบสนองในความหมายเชิงซ้อน (double meanings) ต่อโรคเอดส์ เช่นเป็น โรคแห่งความสกปรกแปรเดเบียน โรคของคนที่มีศีลธรรม เป็นโรคของคนไม่ดีคนเลวและโรคที่มี ภัยอันตรายต่อสังคม

แม้ว่าปัจจุบันมีการสร้างความเข้าใจ สงสารเห็นใจผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ มากขึ้นแต่มีรายงานการศึกษาของเปี่ยมปิิติ ช่างสาร (2534) เกี่ยวกับการตีตราของผู้ป่วยโรคเอดส์

ของพยาบาล จำนวน 561 คนโดยทำการศึกษาในกลุ่มพยาบาลจากโรงพยาบาลทั่วไป 1 แห่งและโรงพยาบาลเฉพาะโรค 2 แห่ง กล่าวคือรับเฉพาะผู้ป่วยติดยาเสพติดและอีกแห่งหนึ่งรับรักษาโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ทำการศึกษาใน 3 ประเด็น คือสเกลประเมินความมีอคติ (prejudicial scale) สเกลประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction scale) และสเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคล (evaluation scale) พบว่าในทัศนคติของพยาบาลในด้านความมีอคติ พบว่าร้อยละ 52.9 เห็นด้วยกับผู้ที่ติดเชื้อโรคเอดส์มีอันตรายต่อผู้อื่น และร้อยละ 62.4 ควรจะแยกผู้ป่วยออกจากสังคมให้อยู่โรงพยาบาลเฉพาะ และร้อยละ 53.7 มีความเห็นว่าผู้ป่วยโรคเอดส์สมควรได้รับการกักขังเพื่อไม่ให้แพร่เชื้อให้ผู้อื่นในด้านประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมพบว่า ร้อยละ 46.2 พยาบาลมีความเห็นด้วยมากและเต็มใจที่จะสนทนาและคำแนะนำแก่ผู้ป่วยโดยไม่ต้องสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรง สำหรับด้านการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลพบว่าได้มีการนำบุคคลไปสัมผัสกับพฤติกรรมเบี่ยงเบนของผู้ติดเชื้อ กล่าวคือ กลุ่มหญิงบริการ กลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มชายที่ติดเชื้อเอดส์จากหญิงบริการและผู้ติดยาเสพติดคือกลุ่มผู้ที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนเมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวีก็ได้รับการประเมินไปในทางลบ ในทางตรงข้ามผู้ที่เป็นบุคคลทั่วไปในสังคม คือกลุ่มบุคลากรทางการแพทย์ แม่บ้านที่ติดเชื้อเอดส์จากสามีเมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการประเมินไปในทางค่อนข้างดี ซึ่งงานวิจัยนี้สอดคล้องกับการศึกษาในต่างประเทศ

จากการศึกษาของเคลลี และคณะ (Kelley et al., 1988 cited in Siminoff 1991, p.264) พบว่าพยาบาลจำนวน 116 คน มีทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยโรคเอดส์มีความรู้สึกที่ไม่ดีต่อกลุ่มรักร่วมเพศที่มีส่วนทำให้เกิดระบาดของโรคเอดส์ นอกจากนี้วิลลีและแอกคลิน (Willey & Acklin, 1988 cited in Siminoff, 1991, p.264) พบว่า ร้อยละ 54 ของเจ้าหน้าที่ที่มสุขภาพ มีความเห็นว่า ควรปฏิเสธการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีเช่นเดียวกับเพลกและคณะ (Pleck et al., 1988 cited in Siminoff 1991, p.264) ร้อยละ 42 ของพยาบาลมีความเห็นว่าเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาลไม่ต้องการดูแลผู้ป่วยเอดส์ และจากการศึกษาในประเทศแคนาดาพบว่า ร้อยละ 90 ของพยาบาลในทัศนคติทางลบต่อผู้ป่วยเอดส์พบว่าเขาควรจะมีสิทธิที่จะปฏิเสธการดูแลผู้ป่วยโรคเอดส์อีกด้วย (Kerr & Horocks, 1990 cited in Siminoff 1991, p.264)

การศึกษาของเจฟเฟอร์และคณะ (Jeffery et al., 1987, p.789) ได้ทำการศึกษาการตีตราผู้ป่วยโรคเอดส์ของแพทย์ โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อทราบความรู้สึกที่เป็นอคติต่อผู้ป่วยโรคเอดส์และผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมเป็นเกย์โดยสุ่มตัวอย่างจากแพทย์ประจำบ้านจาก 3 รัฐของประเทศสหรัฐอเมริกา โดยแบบสอบถามแบ่งออกเป็น 4 แบบ ซึ่งมีความเหมือนกันในดับบทความเพียงแต่เปลี่ยนโรคและพฤติกรรมทางเพศ อันประกอบไปด้วยโรคเอดส์และพฤติกรรมรักร่วมเพศ โรคเอดส์และ

การมีพฤติกรรมรักต่างเพศ โรคกลัวคี้เมียและพฤติกรรมรักร่วมเพศ และโรคกลัวคี้เมียและพฤติกรรมรักต่างเพศ และใช้มาตรวัดการตีตราผู้ป่วยที่ประกอบด้วย สเกลประเมินความมีอคติ (prejudicial scale) สเกลประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction scale) และสเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคล (evaluation scale) ผลการศึกษาพบว่า สเกลประเมินความมีอคติพบว่าแพทย์มีทัศนคติที่ไม่ดีต่อผู้ป่วยโรคเอดส์ผู้ป่วยต้องรับผิดชอบต่อการเจ็บป่วยของตนเอง ควรได้รับความควบคุมที่เหมาะสม ในขณะที่ผู้ป่วยกลัวคี้เมียควรได้รับความเห็นอกเห็นใจมากกว่า สำหรับสเกลประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม พบว่าผู้ป่วยกลัวคี้เมียได้รับการยอมรับในเรื่องความเต็มใจที่จะสนทนา ความเต็มใจไปงานสังสรรค์และในการร่วมรับประทานอาหารด้วย ความเต็มใจในการทำงานสถานที่เดียวกันรวมถึงความเต็มใจต่อสัญญาเช่าบ้าน ตลอดจนความเต็มใจให้เด็กไปเยี่ยมบ้านผู้ป่วยมากกว่าผู้ป่วยโรคเอดส์ สเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลพบว่ากลุ่มผู้ป่วยโรคเอดส์ได้รับการยอมรับน้อยกว่าผู้ป่วยกลัวคี้เมีย

นอกจากนี้การศึกษาของซาดา อรุณรัตน์ (2533, หน้า 107) ได้ทำการศึกษาความขัดแย้งระหว่างบทบาทการปฏิบัติกรพยาบาล กับบทบาทการป้องกันตนเองของพยาบาลที่มีต่อผู้ป่วยที่สงสัยว่าจะมีการติดเชื้อเอดส์โดยการสัมภาษณ์ลึกและสัมภาษณ์กลุ่ม พบว่าพยาบาลแผนกฉุกเฉินมีการประเมินภาพลักษณ์ของผู้ป่วยที่ปรากฏต่อสายตาศาพยาบาลตามลักษณะของการตีตราทางสังคมเกี่ยวกับลักษณะของผู้ป่วยหรือผู้ติดเชื้อเอดส์ว่าให้ความหมายว่า เป็นลักษณะของกลุ่มเสี่ยงต่างๆ เช่น ลักษณะผอม ท่าทางหลุกหลิก หน้าตามีพิรุณ ซึ่งเป็นลักษณะของผู้ติดยาเสพติดหรือการแต่งกายที่ไม่เหมาะสมกับเพศ เช่น การใส่ตุ้มหูหรือสร้อยข้อมือในเพศชาย การทาสีเล็บ รวมทั้งผู้มีการกระทำทางคล้ายผู้หญิง นอกจากนี้ยังพบว่าการประเมินลักษณะที่ด้อยค่าของผู้ป่วยรวมถึงความสกปรกของร่างกาย การแต่งกาย หรือความด้อยทางการศึกษา

จากการศึกษาของแกสกินและบราวน์ (Gasgin & Brown, 1992, p.118) ทำการศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 ราย พบว่าทุกรายมีประสบการณ์ที่ได้รับการรังเกียจจากเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพ ผู้ป่วยเอดส์มีความรู้สึกว่าคุณค่าการทางการแพทย์ละเลย ไม่เอาใจใส่ กลัวการติดเชื้อ มีผู้ป่วยรายหนึ่งเล่าว่า เมื่อเขาแจ้งให้แพทย์ว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวี แพทย์รีบดึงมือกลับทันทีในขณะที่ตรวจร่างกายเขาอยู่ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของพิบูล นันทชัยพันธ์ (2539, หน้า 139) ได้รายงานถึงความรู้สึกจากผู้ป่วยเอดส์รายหนึ่งดังคำบอกเล่าที่ว่า "ผมปวดหัวมาก..ร้องครวญครางตลอด..หมอกับพยาบาลยื่นตรวจคนไข้อยู่ใกล้ๆตั้งหลายคน..แต่ไม่มีใครหันมามองผมเลย.."

2.2.4 การวัดการรับรู้ที่เป็นตราบาปโดยการถูกตีตรา

จากการทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่ผ่านมาชี้ให้เห็นว่า การตีตราของบุคคลจะแสดงออกในประเด็นปฏิกิริยาทางสังคมต่อผู้ถูกตีตราและส่งผลถึงการประเมินคุณค่าของบุคคลผู้ถูกตีตรา ดังนั้นในการวัดการตีตราในทัศนะของผู้ถูกตีตราจะวัดได้จาก 4 ประเด็นคือ สเกลประเมินความมีอคติ (prejudicial scale) สเกลประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction scale) สเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคล (evaluation scale) ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีต่อตนเอง และสเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลที่บุคคลอื่นมีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (interpersonnal evaluation scale) ดังรายละเอียดต่อไปนี้

1) สเกลประเมินความมีอคติ (prejudicial scale) คำว่า อคติ มาจากภาษาลาตินว่า *prejudicium* มีความหมายว่าคำตัดสินที่ตั้งอยู่บนระสบบการณ์และการตัดสินใจมาก่อน ในคำอธิบายของภาษาอังกฤษในความหมายว่า เป็นรูปแบบการตัดสินก่อนที่จะตรวจสอบหรือพิจารณา การตัดสินอย่างปราศจากการไตร่ตรองและในที่สุดก็กลายเป็นความหมายว่า การแสดงถึงอารมณ์ที่ชอบหรือไม่ชอบโดยปราศจากการตัดสินใจ (Allport, 1985, p.6-7) อคติก็มีลักษณะดังทัศนคติและเกี่ยวข้องกับองค์ประกอบ 3 ด้านที่เหมือนกับทัศนคติ (Sear, et al., 1988, p. 415-417) ได้แก่หนึ่งคือองค์ประกอบทางปัญญา (cognitive component) สามารถนำคำว่า ภาพพจน์มาใช้ตัดสินคำว่า คุณลักษณะ หรือ คุณสมบัติ บางอย่างเมื่อมาสรุปรวมเกี่ยวกับบุคคลหรือบุคคลหนึ่งบุคคลใด สองคือองค์ประกอบทางอารมณ์ (affective component) สามารถนำคำว่า อคติ มาใช้ในความรู้สึก ดี-ไม่ดี ชอบ-ไม่ชอบ หรือความคิดที่ว่าบุคคลใดบุคคลหนึ่ง อยู่ในกลุ่มตัวเองหรือนอกกลุ่มตัวเองและสามคือองค์ประกอบทางพฤติกรรม (behavior component) สามารถนำคำว่า การแบ่งพรรคแบ่งพวกมาใช้ในการแสดงความร่วมมือในการตอบสนองต่อทัศนคติหรืออคตินั้น

จะเห็นได้ว่า เมื่อแบ่งความมีอคติที่เกี่ยวข้องกับโรคเอดส์ จะแบ่งออกเป็น 3 องค์ประกอบ ดังรายละเอียดที่กล่าวมาแล้ว สำหรับกอฟแมนตราบาปคือ คุณลักษณะหรือความแตกต่างที่ไม่พึงประสงค์ของบุคคล ลักษณะแตกต่างจากคนทั่วไป เป็นสิ่งที่ไม่ต้องการ ซึ่งส่งผลให้บุคคลไม่เป็นที่ยอมรับของสังคม โดยความหมายของโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีจึง ได้รับการตัดสินจากบุคคลทั่วไป เมื่อนำเอาคุณลักษณะหรือคุณสมบัติ ในความหมายของบุคคลที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนจากสังคมของคนปกติ นอกจากนี้การตีตรามีผลต่อบุคคลโดยการกีดกันและการแบ่งแยก (discrimination) ว่าบุคคลนั้นไม่เท่ากับคนปกติอื่นตามแนวคิดของกอฟแมน ดังนั้นในการศึกษาชิ้นนี้ปฏิกิริยาจากสังคมในด้านความมีอคติ ทำการวัดในการรับรู้ของผู้ติดเชื้อจากการแสดงออกทางอารมณ์ต่อตัวโรคเอดส์และผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ความรู้สึกรังเกียจและความ

พยายามที่จะกีดกันผู้ป่วยออกจากสังคม และความไม่เข้าใจของคนรอบข้างต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ตลอดจนโรคเอดส์ สเกลของการวัดจึงวัดความรู้สึกและการแสดงพฤติกรรมต่างๆในเชิงมือคุดิหรือไม่มีมือคุดิของปรากฏการณ์ที่เป็นตราบาปทั้งผู้ที่ไม่เคยรู้สึกเลยหรือไม่เคยพบเลยจนถึงผู้ที่เคยรู้สึกและมีการพบอยู่เป็นประจำ

2) สเกลประเมินการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม (social interaction scale) Albrecht และคณะ (อ้างใน เปี่ยมปิติ ช่างสาร, 2534, หน้า 11) ได้ทำการสำรวจใน 2 ประเด็น ประเด็นแรกคือการรับรู้ความเชื่อที่แตกต่างกันและประเด็นที่สองคือเหตุผลที่ปัจเจกบุคคลเหล่านั้นที่จะสร้างระยะห่างทางสังคมระหว่างตัวพวกเขาเองกับคนที่ถูกตีตราหรือคนที่มีตราบาปซึ่งผลจากการสำรวจนี้ได้สนับสนุนทฤษฎีของ กอฟแมนที่ว่า ความเชื่อและการรับรู้เกี่ยวกับตราบาปเหล่านี้มีผลรุนแรงต่อ การดำเนินปฏิสัมพันธ์ของบุคคล การปฏิเสธการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ที่ถูกรับรู้ว่าเป็นคนต่างจากคนธรรมดา พบว่าคนที่ถูกตีตรามิใช่เป็นเพียงกลุ่มคนที่แตกต่างจากคนธรรมดาเท่านั้น ยิ่งไปกว่านั้นพวกเขารับรู้ว่ามีระดับของลักษณะของความรังเกียจหลายลักษณะ โดยระดับเหล่านี้สะท้อนความห่างของสังคมด้วย ซึ่งเป็นเหมือนตัวชี้ระดับความห่างทางสังคมระหว่างคนที่ถูกตีตรา กับคนอื่นๆ ดังตัวอย่างในสหรัฐอเมริกา คนที่ถูกตีตราว่าเป็นคนเบี่ยงเบนจากสังคมนั้นดูเหมือนจะเป็นคนที่ไม่น่ายินดี ด้วยเหตุนี้การถูกตีตราหรือตราบาปในเรื่องพฤติกรรมเบี่ยงเบนจึงคงระยะห่างทางสังคม (social distance) มากกว่าการถูกตีตราเพราะความด้อยทางกายภาพ (Preecha Upayokin, 1991, p.192-193) ดังนั้นในการศึกษาชั้นนี้เหตุการณ์ที่ทำให้เกิดตราบาปในด้านการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ทำการวัดในการรับรู้ของผู้ติดเชื้อที่ตนถูกปฏิเสธในการเข้าไปมีส่วนร่วมในเรื่องที่เกี่ยวข้องกับการดำเนินชีวิตประจำวัน สเกลของการวัดจึงเป็นการวัดการรับรู้ถึงเหตุการณ์ที่เป็นตราบาปจากการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์กับคนรอบข้างทั้งผู้ที่ไม่เคยพบเหตุการณ์ที่เป็นตราบาปนี้เลยจนถึง ผู้ที่มีการพบอยู่เป็นประจำ

3) สเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคล ที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีต่อตนเอง (interpersonal -evaluation scale) ในแง่การตัดสินใจของสังคมและความนิยมของสังคมซึ่งเอพิวี่ กอฟแมนอธิบายว่า การตีตรามีผลต่อบุคคล โดยการกีดกันและการแบ่งแยก (discrimination) ว่าบุคคลนั้นไม่เท่ากับคนปกติอื่นมีผลต่อการรับรู้ของตนเองของผู้ที่ถูกตีตรา เช่น รู้สึกอับอาย เกลียดตนเองและตีตราประนามตนเองซึ่งจากการศึกษาของ Frank H. Walkey (อ้างใน เปี่ยมปิติ ช่างสาร, 2534, หน้า 15) ในเรื่องทัศนคติต่อโรคเอดส์การศึกษาวิเคราะห์เปรียบเทียบภาพพจน์ที่ใหม่และเป็นเชิงลบศึกษาจากนักศึกษามหาวิทยาลัยนิวยอร์ก 312 คน ได้มีการสร้างเป็นมาตรวัดโดยอาศัยการจำแนกความหมายของคำ เป็นคุณลักษณะทางบวกและทางลบคู่กัน

พบว่าภาพพจน์ของโรคเอดส์ ได้แก่ เครียด (tense) ละเอียดอ่อน (delicate) อันตราย (dangerous) อ่อนแอ (weak) สลับซับซ้อน (complicated) ไร้ค่า (worthless) โง่ (foolish) ไม่สามารถทำนาย (unpredictable) ช้า (slow) และสกปรก (dirty) ซึ่งในการจัดสรรคำ และภาพพจน์ในการมองผู้ป่วยโรคเอดส์ได้มีความเชื่อมโยงกับความสัมพันธ์ในหลายๆด้าน มิใช่เป็นการมองเอดส์เพียงแค่โรคที่มีการติดเชื้อทางการแพทย์เท่านั้น ยังเชื่อมโยงต่อกลุ่มคน ความรู้สึกที่แสดงออกต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ รวมถึงพฤติกรรมที่นำมาสู่การติดเชื้อ อาจกล่าวได้ว่า บุคคลมีภาพที่จะให้คุณค่าส่วนบุคคลต่อผู้ป่วยเอดส์อยู่แล้ว เป็นการมองลักษณะของบุคคลในการตีตราผู้ป่วยเอดส์ ในการศึกษาขั้นนี้ เป็นการวัดความรู้สึกนึกคิดในทัศนะของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่จะให้คุณค่าตนเองอย่างไร จากงานวิจัยชิ้นที่ผ่านมาประกอบกับการพูดคุยเชิงลึกกับกลุ่มเป้าหมายในพื้นที่ ในการศึกษาขั้นนี้จึงได้สเกลของการวัดเป็นคำคุณศัพท์หรือวลีซึ่งจะเป็นคำที่มีความหมายต่อความรู้สึกในการให้คุณค่ากับตนเอง เป็นคุณลักษณะทางบวกและทางลบคู่กันจำนวน 12 คู่ ได้แก่ นำสงสาร-นำสมน้ำหน้า, โชคดี-โชคร้าย, เป็นโรคที่สังคมยอมรับ-เป็นโรคที่น่ารังเกียจของสังคม, รู้จักระมัดระวังตนเอง-ประมาทในการใช้ชีวิต, มีคุณค่า-ไร้คุณค่า, ไม่มีผลร้าย-น่ากลัว, ไม่เป็นภาระให้ผู้อื่น-เป็นภาระให้ผู้อื่น, ไม่มีอันตราย-นำอันตราย, นายกย่อง-นายเหยียดหยาม, เสียสละ-เห็นแก่ตัว, ควรให้อภัย-ไม่น่าให้อภัย, ฉลาด-โง่ ทำการวัดในการรับรู้ของผู้ติดเชื้อที่ตนมีภาพและให้คุณค่ากับตนเอง สเกลในการวัดจะมีทั้งผู้ที่ไม่เคยรู้สึกเลยจนถึงผู้ที่เคยรู้สึกอยู่เป็นประจำ

4) สเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลที่บุคคลอื่นมีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ (interpersonnal evaluation scale) มีความหมายเช่นเดียวกับการประเมินคุณค่าที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีต่อตนเอง แต่เป็นการเชื่อมโยงการรับรู้เป็นการวัดความรู้สึกนึกคิดที่รับรู้จากบุคคลอื่นจะให้คุณค่าตนเองอย่างไร ในการศึกษาขั้นนี้จึงได้สเกลของการวัดเป็นคำคุณศัพท์หรือวลีซึ่งจะเป็นคำที่มีความหมายต่อความรู้สึกในการให้คุณค่ากับตนเอง เป็นคุณลักษณะทางบวกและทางลบคู่กันจำนวน 12 คู่ เช่นเดียวกับสเกลการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีต่อตนเอง แต่เป็นการรับรู้ในแง่การตัดสินใจของสังคมและความนิยมของสังคม จากผลของการตีตรากับความรู้สึกที่คนรอบข้างมีต่อตนเองที่ได้สัมผัส ซึ่งสเกลในการวัดจะมีทั้งผู้ที่ไม่เคยรู้สึกเลยจนถึงผู้ที่เคยรู้สึกอยู่เป็นประจำ

แนวคิดการตีตราที่มีผลต่อการรับรู้ตนเองของผู้ที่ถูกตีตรา ปัจจุบันเป็นยุคที่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ยังคงเผชิญกับปัญหาการถูกตีตราจากสังคมอยู่เสมอ แม้ว่าสื่อมวลชนต่างๆพยายามออกข่าวเพื่อเป็นการแก้ไขทัศนคติของสังคม ให้มีความเห็นอกเห็นใจเมตตาและสงสารผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์,

2540, หน้า 38) พยายามให้ความรู้เรื่องโรคเอดส์ที่ถูกต้อง เพื่อลดความกลัวและวิตกกังวลต่อการติดเชื้อ แต่สังคมก็ยังมี การตีตราผู้ติดเชื้ออยู่เพราะว่าโรคเอดส์มีความสัมพันธ์กับพฤติกรรมที่สังคมไม่ยอมรับ เช่น พฤติกรรมรักร่วมเพศ พฤติกรรมติดยาเสพติด การถูกตีตราทางสังคมของผู้ป่วยโรคเอดส์ก่อให้เกิดตราบาปแก่ผู้ถูกประทับตรา ซึ่งเป็นการทำลายความสุข ทำลายอนาคตรวมทั้งทำลายคุณค่าและศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ สร้างความรู้สึกว่าตนเองทำให้ผู้อื่นเดือดร้อน อีกทั้งมิได้มีผลกระทบต่อผู้ป่วยเท่านั้น ยังมีผลกระทบต่อครอบครัวผู้ป่วยด้วย (เปี่ยมปิติ ช่างสาร, 2534, หน้า 12) แม้ว่าปัจจุบันสังคมมีความเข้าใจและเห็นใจผู้ป่วยมากขึ้น แต่ส่วนใหญ่ในสวนลึกๆนั้นก็ยังมี ความรังเกียจไม่ยอมเข้าใกล้ผู้ติดเชื้อโดยไม่จำเป็น เนื่องจากยังฝังใจกับข่าวด้านลบของโรคเอดส์อยู่ (พรชัย พงศ์สงวนสิน, 2537, หน้า 30)

2.3 ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการรับรู้ที่เป็นตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ผลจากการตีตราทางสังคม ที่ทำให้เกิดตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ใน ส่วนของปฏิกิริยาต่างๆที่ผู้ป่วยได้รับจากการมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลรอบข้างในสังคม มี 4 ประเด็น คือ ความมีอคติ การมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคม การประเมินคุณค่าส่วนบุคคลที่ผู้ติดเชื้อมีต่อตนเอง และการประเมินคุณค่าส่วนบุคคลที่บุคคลอื่นมีต่อผู้ติดเชื้อ โดยตัวผู้ติดเชื้อจะได้รับจากบุคคลรอบข้างไม่ว่าจะเป็นจากคนในครอบครัวหรือเพื่อนบ้านชุมชนตลอดจนบุคลากรทางการแพทย์ พบว่า ปัจจัยที่น่าจะเกี่ยวข้องกับการถูกประทับตราน่าจะเป็นปัจจัยพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์

ปัจจัยพื้นฐานของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ประกอบด้วย ปัจจัยลักษณะทางประชากรและสังคม ได้แก่ เพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา และฐานะทางเศรษฐกิจ ปัจจัยสภาพความเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของโรค ได้แก่ สภาพความเจ็บป่วยทางร่างกาย ระยะเวลาของการติดเชื้อ ระยะเวลาในการดำเนินโรค การมีอาการของโรคเอดส์ การรับรู้สภาพร่างกายในขณะปัจจุบัน ปัจจัยการรับรู้ถึงแหล่งที่นำเชื้อมาให้ตนเองและการเคยมีพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี รวมทั้งปัจจัยการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและบทบาทในชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีน่าจะมีผลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งในสวนของปัจจัยสภาพความเจ็บป่วยและระดับความรุนแรงของโรคที่น่าจะส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ที่เป็นตราบาปได้กล่าวไว้ข้างต้นแล้ว

2.3.1 เพศ

ในสังคมไทยในปัจจุบัน ผู้ชายที่แต่งงานแล้วแสดงบทบาทการเป็นบิดามากกว่าในอดีตที่ผ่านมา เพศชายเริ่มเข้ามามีบทบาทในการเลี้ยงดู อบรมสั่งสอนบุตร มีส่วนในการรับภาระการดูแลเอาใจใส่ในเรื่องการเรียน ทั้งนี้อาจเป็นเพราะมีการเปลี่ยนแปลงบทบาทของเพศหญิงที่ต้องการเท่าเทียมเพศชาย มีการศึกษาสูงขึ้น (พงศ์สุดา รัตนา มาศ, 2533, หน้า 17) และสังคมได้คาดหวังให้บิดาเป็นผู้วางระเบียบวินัยและตัดสินใจในปัญหาที่เกิดขึ้นในครอบครัว (จรรยา สุวรรณทัต, 2532, หน้า 3) นอกจากนี้เพศชายจะมีบทบาทของบิดาแล้วก็ยังมีบทบาทสามีที่ต้องซื่อสัตย์ต่อภรรยา รักใคร่ภรรยา อุปการะเลี้ยงดูเอาใจใส่ ยกย่องให้เกียรติ ปกป้องคุ้มครองตลอดจนให้ความสุขทางเพศ หากเพศชายเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและป่วยเอดส์ อาจเป็นอุปสรรคที่ไม่สามารถเชื่ออำนวยการปฏิบัติหน้าที่เหล่านี้ได้เต็มที่ ดังนั้น เพศน่าจะส่งผลต่อตราบาปด้วย ชายที่ติดเชื้อเอชไอวีกล่าวถึงความรู้สึกในบทบาทสามี รู้สึกผิดที่ตัวเองนำเชื้อมามาให้ภรรยา ในบทบาทบิดาจะห่างเหินบุตรเพราะกลัวบุตรจะติดเชื้อจากตนและกลัวบุตรอายุที่มีบิดาเป็นเอดส์ (สมพร สันติประสิทธิ์กุล, 2541, หน้า 96) ดังนั้น ความแตกต่างทางเพศน่าจะส่งผลต่อตราบาปด้วย ในเพศหญิงนั้นเป็นเพศที่รักสวยรักงามและไวต่อความรู้สึก ซึ่งจะทนไม่ได้กับอาการของโรคเอดส์ ที่มีตุ่ม มีผื่นขึ้นตามผิวหนัง ซึ่งจะรู้สึกว่าตนเองสูญเสียภาพลักษณ์ที่ดี ผู้ป่วยมักจะปกปิดและซ่อนเร้นอาการเหล่านั้นไว้มิให้ผู้อื่นเห็น หรือเก็บตัวอยู่ในบ้านไม่ออกไปสังสรรค์กับผู้อื่น กลัวผู้คนจะซุบซิบนินทา (ทวีทอง หงษ์วิวัฒน์, 2536, หน้า ก) สอดคล้องกับการศึกษาในช่วงเวลาต่อมาพบว่าเพศหญิงมีวิธีคิดต่อการเจ็บป่วยที่ส่งผลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาปคือ หญิงผู้ป่วยเอดส์ที่มีอาการเจ็บป่วย และอาการรุนแรงก่อนสามี ในขณะที่สามียังสุขภาพแข็งแรงดีอยู่โดยเธอไม่ยอมออกจากบ้านมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพราะอายเพื่อนบ้านที่มีอาการก่อนสามีโดยเธอให้เหตุผลว่า ชาวบ้านเชื่อกันว่าเอดส์จะรุนแรงและเกิดขึ้นกับผู้ที่ได้รับเชื้อมาก่อน ซึ่งน่าจะเป็นเพศชายที่เป็นสามี ดังนั้นหญิงใดมีอาการก่อนสามีมักเป็นที่สงสัยกันว่าเป็นผู้ติดเชื้อก่อนและนำเอาเชื้อมาติดสามีและถูกมองว่าล่าสอนทางเพศไปด้วย (พิกุล นันทชัยพันธ์, 2539, หน้า 142) นอกจากนี้ยังพบว่าส่วนใหญ่ของหญิงที่ติดเชื้อคือหญิงขายบริการทางเพศเป็นอาชีพที่สังคมให้ค่าในเชิงลบอยู่แล้วแม้ว่าเพศหญิงไม่ได้เป็นหญิงขายบริการ เมื่อมาติดเชื้อเอชไอวีจะถูกสังคมซุบซิบนินทาว่าเป็นผู้ประพฤติผิดศีลธรรมและประพฤติล่าสอน

จะเห็นได้ว่างานวิจัยหลายชิ้น ได้แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างเพศกับตราบาป อย่างไรก็ตามงานวิจัยที่ผ่านมา ไม่อาจสรุปถึงความแตกต่างในเชิงมากน้อยของการถูกตีตราจากสังคมระหว่างเพศชายและเพศหญิง หากแต่่างานวิจัยเหล่านั้นมักจะทำในกลุ่มตัวอย่าง

เฉพาะเพศใดเพศหนึ่ง และพบว่าแต่ละเพศนั้นมีกระบวนการรับรู้ตราบาปอย่างไร การศึกษาชิ้นนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งเพศชายและหญิง เพื่อพิจารณาความแตกต่างของเพศในการรับรู้ตราบาป โดยคาดหมายว่าเพศหญิงน่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปมากกว่าเพศชาย

2.3.2 อายุ

อายุ มีความสัมพันธ์โดยตรงกับพัฒนาการและระดับวุฒิภาวะ เมื่อคนอายุมากขึ้น ระดับวุฒิภาวะจะมีระดับสูงขึ้นตามวัย ประสบการณ์มากขึ้นความคิดอ่านและการมองปัญหาชัดเจนถูกต้องตามความเป็นจริงมากขึ้น บุคลิกภาพทั้งด้านความคิดและการกระทำจะปรับเปลี่ยนตามวัย แต่การเปลี่ยนแปลงอาจเกิดขึ้นได้ทั้งในทางลบและทางบวก ขึ้นอยู่กับประสบการณ์และการเรียนรู้ของบุคคลดังกล่าว (ทัศนาศ นุญทอง, 2529, หน้า 190)

จะเห็นได้ว่ามีความสัมพันธ์ระหว่างอายุกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป หากแต่ว่าไม่ได้ชี้ชัดว่าเป็นกลุ่มอายุช่วงใด เพียงแต่บอกว่าเมื่อคนอายุมากขึ้น ระดับวุฒิภาวะจะมีระดับสูงขึ้นตามวัย การศึกษาชิ้นนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทุกกลุ่มอายุ เพื่อพิจารณาความแตกต่างของกลุ่มอายุในการรับรู้ที่เป็นตราบาปมีกระบวนการรับรู้ตราบาปอย่างไร โดยคาดหมายว่าผู้ที่มีอายุน่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูงกว่าผู้ที่มีอายุน้อยกว่า เนื่องจากสังคมคาดหวังว่าผู้ที่มีอายุมากจะต้องทำตามบรรทัดฐานของสังคม เมื่อมีการเบี่ยงเบนของพฤติกรรมก็น่าจะถูกตีตราในดีกรีที่สูงกว่า

2.3.3 สถานภาพสมรส

สาเหตุสำคัญในการติดเชื้อเอชไอวี คือการมีเพศสัมพันธ์ การมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสม อาจนำไปสู่การติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยเฉพาะในกลุ่มคนโสด ในสังคมไทยยังไม่ยอมรับในเรื่องเสรีทางเพศและการศึกษาของ ลดาวัลย์ สนวนงาม (2536, หน้า 167) ในผู้ป่วยชายที่มารับบริการที่ศูนย์กามโรคและโรคเอดส์ในกรุงเทพมหานครพบว่าผู้ที่มีสถานภาพสมรสจะยอมเปิดเผยสภาพการติดเชื้อร้อยละ 64.7 ในขณะที่คนโสดยอมเปิดเผยการติดเชื้อร้อยละ 52.9 ดังนั้น สถานภาพสมรสน่าจะมีความสัมพันธ์กับตราบาปในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ด้วย โดยกลุ่มที่มีสถานภาพโสด น่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปมากกว่ากลุ่มที่สมรสแล้ว

จะเห็นได้ว่างานวิจัยที่ผ่านมาได้แสดงถึงความสัมพันธ์ ระหว่างสถานภาพสมรสกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป หากแต่ว่างานวิจัยที่กล่าวมานั้นกระทำในกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ที่เป็นโสดและมีคู่ การศึกษาชิ้นนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ที่เป็นโสด มีคู่

เป็นหมายหรือมีการหย่าร้างและผู้ที่แยกกันอยู่กับคู่สมรส เพื่อพิจารณาความแตกต่างของสถานภาพสมรสในการรับรู้ที่เป็นตราบาป โดยคาดหมายว่าผู้ที่มีสถานภาพโสด น่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูงกว่าผู้ที่มีคู่ หรือ ผู้ที่เป็นหมาย หย่าร้างและแยกกันอยู่กับคู่สมรส

2.3.4 การศึกษา

การศึกษาเป็นปัจจัยที่ช่วยให้บุคคลมีความสามารถเข้าใจเหตุการณ์ต่างๆได้ตามความเป็นจริงบุคคลที่การศึกษาดีย่อมมีโอกาสในการทำงานที่ดี การศึกษาทำให้บุคคลมีสติปัญญา ทำความเข้าใจกับข้อมูลข่าวสารได้ดีสามารถเรียนรู้โรคและแบบแผนการรักษา (Jalowice & Power, 1981, p.10 -15) ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534, หน้า 8) การศึกษามีความสัมพันธ์ทางบวกกับพฤติกรรมการป้องกันการติดเชื้อโรคเอดส์ของกลุ่มวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร แต่ขัดแย้งกับการศึกษาของลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์ (2540, หน้า 120 - 123) ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์จากโรงพยาบาลบำราศนราดูรพบว่า โดยภาพรวม ระดับการศึกษามีอิทธิพลโดยตรงต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ และการรับรู้ที่เป็นตราบาปมีอิทธิพลโดยตรงทางลบต่อการปรับตัวทางด้านบทบาทหน้าที่ เมื่อพิจารณาแล้วผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการรับรู้ข้อมูลรับรู้และเข้าใจในทักษะการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อเช่นโรคเอดส์ ในสังคมที่ให้ภาพและค่าของโรคเอดส์เป็นโรคที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและล่าสอนทางเพศ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

จะเห็นได้ว่างานวิจัยดังกล่าวได้แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการศึกษากับการรับรู้ที่เป็นตราบาป หากแต่ว่างานวิจัยเหล่านั้นมักจะกระทำในกลุ่มตัวอย่างที่เป็นลักษณะเฉพาะของกลุ่มแต่ไม่ได้ชี้ชัดว่าระดับการศึกษาใดบ้าง การศึกษาชั้นนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ ผู้ที่เรียนจบชั้นประถม จนถึงผู้ที่จบระดับปริญญาตรี เพื่อพิจารณาความแตกต่างของระดับการศึกษาในการรับรู้ที่เป็นตราบาป โดยคาดหมายว่าผู้ที่มีการศึกษาสูงจะมีทักษะในการรับรู้ข้อมูล รับรู้และเข้าใจในทักษะการป้องกันตนเองจากโรคติดต่อเช่นโรคเอดส์ได้เป็นอย่างดี ในมุมมองของสังคมที่ให้ภาพและค่าของโรคเอดส์เป็นโรคที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนและล่าสอนทางเพศ ผู้ที่มีระดับการศึกษาสูงน่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำกว่าหรือผู้ที่ไม่ได้เรียนหนังสือ

2.3.5 ฐานะทางเศรษฐกิจ

ฐานะทางเศรษฐกิจหรือรายได้ของครอบครัว ในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่มีรายได้พอเพียงจะสามารถสนองตอบความจำเป็นด้านพื้นฐานของชีวิต เป็นปัจจัยเอื้อให้บุคคลสามารถใช้แหล่งประโยชน์ต่างๆจากสังคม เพื่อจัดการกับความเครียดที่เกิดขึ้น ช่วยส่งเสริมให้บุคคลแสดงออกถึงคุณค่าของสิ่งที่ตนเองกระทำอยู่และมีความตั้งใจจริง ในการกระทำเพื่อควบคุมสถานการณ์ที่ตัวเองกำลังเผชิญอยู่ให้เป็นที่ไปตามเป้าหมายที่วางไว้ เช่นการตั้งเป้าหมายว่า จะพยายามรักษาสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ รับประทานอาหารที่เป็นประโยชน์หรือวิตามินบำรุงร่างกาย ออกกำลังกายสม่ำเสมอหรือทำสมาธิ (ลดาวัลย์ อุ่นประเสริฐพงศ์, 2541, หน้า 53) ผู้ป่วยที่มีเศรษฐกิจดีย่อมมีความสามารถในการจัดกระทำในสิ่งที่ตั้งเป้าหมายได้คล่องตัว ส่วนผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ ย่อมพบกับอุปสรรคในการแสวงหาอาหารที่ดีมีประโยชน์มารับประทานหรือวิตามินบำรุงร่างกายมารับประทาน เพราะข้อจำกัดในการใช้จ่ายหรืออาจมีเวลาไม่พอในการที่จะไปทำสมาธิ หรือออกกำลังกายเพื่อสุขภาพจะเห็นได้ว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมจะส่งผลต่อการถูกตีตราโดยผ่านความสามารถในการดูแลตนเอง ไม่ให้ปรากฏอาการ จะเห็นได้ว่างานวิจัยดังกล่าวได้แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างฐานะทางเศรษฐกิจกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป และพบว่าผู้ที่มีปัจจัยเอื้อในการส่งเสริมสุขภาพและตั้งเป้าหมายว่า จะพยายามรักษาสุขภาพตนเองให้แข็งแรงอยู่เสมอ มีกระบวนการรับรู้ตราบาปอย่างไร การศึกษาชิ้นนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ที่มีฐานะยากจนที่มีรายได้เฉลี่ยต่อเดือนของครอบครัวน้อยกว่า 2,500 บาท จนถึงผู้ที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท เพื่อพิจารณาความแตกต่างของฐานะทางเศรษฐกิจในการรับรู้ที่เป็นตราบาป โดยคาดหมายว่า ผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจดีน่าจะมีผลต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาปน้อยกว่าผู้ที่มีฐานะทางเศรษฐกิจต่ำ

2.3.6 แหล่งที่นำเชื้อเอชไอวีมาให้ตนเอง

การรับรู้ถึงแหล่งที่นำเชื้อเอชไอวีมาให้ตนเองเป็นการรับรู้ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ถึงบุคคลหรือช่องทางที่ทำให้ตนเกิดการติดเชื้อเอชไอวี ในการติดเชื้อเอชไอวีที่ตนรับรู้ว่าเป็นจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรส พบว่ามีการศึกษาหลายๆชิ้นและในทุกภาคพบตรงกันว่าชายไทยโดยส่วนใหญ่จะมีเพศสัมพันธ์กับโสเภณีก่อนแต่งงานเพื่อจะเรียนรู้ประสบการณ์ทางเพศ (ปิ่นททัย ศุภเมธาพรและคณะ, 2537 อ้างในพิมพ์วัลย์ บุญมงคล, 2541, หน้า 45) รวมทั้งการมีเพศสัมพันธ์กับหญิงทั่วไปที่ไม่ใช่ภรรยาตัวเองโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย พบว่าชายเริ่มมีความสัมพันธ์ทางเพศกับหญิงทั่วไปมากขึ้นและมักไม่ใช้ถุงยางอนามัยกับหญิงเหล่านี้ (คณะผู้เชี่ยวชาญด้านประชากร, 2538, หน้า 7) มีการศึกษาหลายๆชิ้นที่รายงานตรงกันว่า การใช้ถุงยางอนามัยจะใช้

มากกับหญิงบริการทางเพศแบบโดยตรง จะลดการใช้ถุงยางอนามัยลงเมื่อใช้กับหญิงบริการแบบแอบแฝง อัตราการใช้จะลดลงไปอีกเมื่อคุณอนไม่ใช้หญิงบริการและมีการใช้ถุงยางกับภรรยาบ่อยมาก (ชาย โพลีตาและคณะ, 2537, หน้า 54 : Thongthai, 1986, p.103 Havanon et al., 1992) สำหรับการมีเพศสัมพันธ์และการสื่อสารเรื่องเพศระหว่างสามีและภรรยา โดยหญิงไทยส่วนใหญ่ที่แต่งงานแล้ว โดยเฉพาะในเศรษฐกิจฐานที่ต่ำหรือค่อนข้างต่ำ มักจะมองเรื่องเพศ เป็นเรื่อง สกปรก และผู้หญิงที่ดีไม่ควรแสดงความพึงพอใจต่อเรื่องเพศ นอกจากนั้นยังคิดว่าไม่สมควรที่จะพูดคุยเรื่องเพศกับสามี หญิงที่แต่งงานแล้วส่วนใหญ่ โดยเฉพาะกลุ่มที่มีเศรษฐกิจฐานต่ำ จึงมักไม่เคยพูดคุยสื่อสารในเรื่องเพศหรือการปรับปรุงเรื่องเพศสัมพันธ์กับสามีแต่อย่างใด (Tangchonlatip and Ford, 1991 p.126-127)

จะเห็นได้ว่างานวิจัยหลายชิ้นได้แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ถึงแหล่งที่นำเชื้อเอชไอวีมาให้ตนเองกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป หากแต่่างานวิจัยเหล่านั้นมักจะกระทำในกลุ่มตัวอย่างเฉพาะกลุ่มใดกลุ่มหนึ่งมิได้ชี้ชัดว่าแต่ละกลุ่มมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปอย่างไร การศึกษาชิ้นนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ที่รับรู้ว่าคุณเองติดเชื้อมาจากคู่สมรส จนถึงผู้ที่รับรู้ว่าคุณติดเชื้อมาจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือช่องทางอื่นๆที่ทำให้เกิดการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อพิจารณาความแตกต่างของการรับรู้ถึงแหล่งที่นำเชื้อเอชไอวีมาให้ตนเองส่งผลกระทบต่อ การรับรู้ที่เป็นตราบาป โดยคาดหมายว่าผู้ที่มีการรับรู้ถึงแหล่งที่นำเชื้อเอชไอวีมาให้ตนเองจากบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คู่สมรสหรือสาเหตุอื่นน่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูงกว่า ผู้ที่มีการรับรู้ถึงแหล่งที่นำเชื้อเอชไอวีมาให้ตนเองที่มาจากคู่สมรส

2.3.7 พฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี

ปัจจัยที่สนับสนุนให้มีพฤติกรรมเสี่ยงหรือเป็นลักษณะของพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ กลุ่มผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น โดยการแลกเปลี่ยนเข็มฉีดยาที่ไม่ได้ทำความสะอาดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เสพยาด้วยกัน การมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยกับผู้ติดเชื้อ การใช้อุปกรณ์ในการฉีดยา อันได้แก่ เข็มและกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี กล่าวคือ พบว่าผู้เสพยาเสพติดมักรวมกันเป็นกลุ่มเล็กๆที่มีจำนวนสมาชิกเพียง 2-3 คน ที่มีความไว้วางใจกันเท่านั้น (สุพัทธ์ วาณิชเสณีและคณะ, 2534, หน้า 77) ซึ่งจะนำไปสู่การใช้อุปกรณ์ฉีดยาร่วมกัน นอกจากนี้ผู้เสพยาเสพติดชนิดฉีดจะมีพฤติกรรมไม่พกพาอุปกรณ์การฉีดยาเนื่องจากกลัวว่าจะถูกตำรวจสงสัย เมื่อมีอาการอยากยาและถ้าขณะนั้นไม่มีอุปกรณ์ฉีดยาก็จะใช้อุปกรณ์ของผู้อื่น หากผู้เสพยาไม่เคยฉีดยาเข้าเส้นให้กับตนเองมาก่อนจะมีเพื่อนที่ร่วมเสพยาเป็นผู้ฉีดให้ ซึ่งจะเป็นการใช้ อุปกรณ์ของคนอื่นไปโดยอัตโนมัติ (วิชัย โปษยะจินดา, 2534, หน้า 188) อันเป็นรูปแบบความ

สัมพันธ์ทางสังคมและพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายรักร่วมเพศหมายถึงชายที่มีความสัมพันธ์ทางเพศกับชายด้วยกันเองเพียงอย่างเดียวหรือชายที่มีความสัมพันธ์ทางเพศได้ทั้งชายและหญิงคือชอบทั้งสองเพศ และกลุ่มที่ไม่ได้มีความรู้สึกที่จะชอบชายด้วยกันแต่มีความสัมพันธ์กับเพศชายเนื่องจากมีอาชีพขายบริการทางเพศพฤติกรรมทางเพศในกลุ่มชายรักร่วมเพศมักมีคู่นอนหลายคนเปลี่ยนคู่นอนสูง (พีรยา จารุทรัพย์, 2539, หน้า 168) มีเพศสัมพันธ์กับชายขายบริการหรือหญิงขายบริการทางเพศ (Sittitrai et al., 1992b, p.10) และไม่ใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์ สำหรับกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศ ได้แก่ หญิงที่ทำงานในสถานบริการโดยตรงซึ่งเรียกว่า หญิงอาชีพพิเศษ จะให้บริการแก่ชายที่เข้าไปเที่ยวในสถานบริการนั้นๆ พฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ในกลุ่มหญิงขายบริการเกิดจากการมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัยโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งจะแตกต่างกันไปตามพื้นที่ เช่นที่ นครราชสีมาการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 21.0 ในขณะที่เชียงใหม่มีการใช้ถุงยางอนามัยถึงร้อยละ 85.0 (ภัลลสร ลิมานนท์และคณะ, 2538, หน้า 3)

จะเห็นได้ว่างานวิจัยหลายชิ้นได้แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการเคยมีพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป หากแต่่างานวิจัยเหล่านั้นมักจะกระทำในกลุ่มตัวอย่างเฉพาะผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงกลุ่มใดกลุ่มหนึ่ง การศึกษาชิ้นนี้ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่างทั้งผู้ที่รับรู้ว่าคุณไม่เคยมีจนถึงผู้ที่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อพิจารณาค่าความแตกต่างของการรับรู้ในการเคยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการรับรู้ที่เป็นตราบาป โดยคาดหมายว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณเคยมีพฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีน่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูงกว่าผู้ที่รับรู้ว่าคุณไม่เคยมีพฤติกรรมเสี่ยง

2.3.8 การมีส่วนร่วมในกิจกรรมและบทบาทในชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเครือข่ายทางสังคม อาจกล่าวได้ว่าเป็นเครือข่ายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นสื่อกลาง ทำให้บุคคลมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นๆ และได้รับการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากบุคคลในกลุ่มสังคม (Jeger & Slotnick, 1982, p.319-320) หรืออีกนัยหนึ่ง โครงสร้างเครือข่ายทางสังคมเป็นการติดต่อกันของบุคคลในสังคม ซึ่งประกอบด้วย

- 1) ขนาดของกลุ่มสังคมหมายถึงจำนวนคนในกลุ่มซึ่งมีความสัมพันธ์กัน
- 2) ลักษณะของความสัมพันธ์ หมายถึง ความผูกพันซึ่งกันและกันของสมาชิก

ในกลุ่มสังคมแบ่งออกเป็น 2 รูปแบบคือ

รูปแบบที่ 1 ลักษณะของบุคคลที่ผูกพันด้วย หมายถึงคุณสมบัติเฉพาะบุคคลซึ่งสัมพันธ์กันเป็นกลุ่มเครือข่ายที่ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความสัมพันธ์กันทางชีวภาพและตาม

กฎหมาย สมาชิกในกลุ่มนี้จะใช้เวลาร่วมกันมาก มีชนิดของกิจกรรมและปฏิสัมพันธ์หลายชนิด อาจมีความถี่ในการติดต่อสูง มีการแลกเปลี่ยนข่าวสารซึ่งกันและกัน และกลุ่มที่ไม่ใช่เครือข่าย หมายถึง บุคคลที่คนเรามีสิทธิ์ในการเลือกคบด้วยเหตุผลส่วนตัว เช่น เพื่อน เพื่อนบ้าน คนข้างเคียงที่ต้องพบปฏิสัมพันธ์กันบ่อยๆ หรือมีความสนใจร่วมกันมีค่านิยมร่วมกัน กลุ่มเพื่อนเหล่านี้ส่วนใหญ่จะเป็นผู้ที่มีอายุ เพศ และระดับการดำเนินชีวิตคล้ายคลึงกัน

รูปแบบที่ 2 คุณภาพของความสัมพันธ์ แบ่งออกเป็น ความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้น คือความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดสนิทสนมต่อกัน และความสัมพันธ์ที่ไม่แน่นแฟ้น คือความสัมพันธ์อันผิวเผินไม่ลึกซึ้งซึ่งระหว่างบุคคล เป็นความสัมพันธ์ที่พบได้ในเมืองมากกว่าชีวิตชนบท เป็นการติดต่อกันด้วยธุระการงาน เพื่อผลประโยชน์ระยะสั้นเฉพาะหน้า ถึงแม้ความสัมพันธ์ที่ใกล้ชิดที่สุดควรเป็นบุคคลในครอบครัว แต่ลักษณะการเปลี่ยนแปลงทางสังคมทำให้เกิดความเหินห่างกันได้ตามความจำเป็นของลักษณะงานอาชีพ การศึกษา หรือค่านิยมส่วนบุคคลทำให้บุคคลไม่มีความหวังหรือผูกพันกับบุคคลอื่นได้อย่างลึกซึ้งและมักจะให้ความสนใจตามประโยชน์ที่จะได้รับเฉพาะหน้าเป็นส่วนใหญ่ (บรรลุ ศิริพานิช, 2528, หน้า 16)

3) ระยะเวลาที่ใช้ในการติดต่อกันแสดงให้เห็นถึงความมั่นคงต่อกัน หากบุคคลมีความสัมพันธ์ต่อกันอย่างแน่นแฟ้นคบหากันเป็นเวลานานก็จะได้รับการสนับสนุนซึ่งกันและกันมากขึ้น

4) ความถี่ในการติดต่อกัน ความถี่ในการติดต่อจะแสดงให้เห็นความมั่นคงของกลุ่มนั้นๆบุคคลที่พบกันบ่อยทำให้ได้มีโอกาสแลกเปลี่ยนสิ่งของหรือบริการและได้รับการตอบสนองทางด้านอารมณ์และขณะเดียวกันพบกันอย่างสม่ำเสมอคงไว้ซึ่งสัมพันธภาพที่ดี (Mac Elveen, 1978, p.326)

5) วิธีที่ใช้ในการติดต่อกัน หรือการติดต่อสื่อสารเป็นขบวนการที่ต่อเนื่องซึ่งเป็นความต้องการของมนุษย์ การพบเพื่อพูดคุยกันทำให้ผู้สนทนาเข้าใจกันมากขึ้น นอกจากน้ำเสียงและคำพูดแล้วยังมีโอกาสเห็นพฤติกรรมอื่นๆ (สุวณีย์ เกียวกิ่งแก้ว, 2527, หน้า 68) การติดต่อระหว่างบุคคลจะนำไปสู่สัมพันธภาพทางสังคม

ในกิจกรรมของชมรมผู้ติดเชื้อที่โรงพยาบาลแม่จันนั้น เป็นโครงสร้างเครือข่ายทางสังคมที่มีการติดต่อกันของบุคคล ได้แก่ มีขนาดของกลุ่มสังคมคือ จำนวนสมาชิกในกลุ่มมีความสัมพันธ์และมีความผูกพันซึ่งกันและกัน สมาชิกในกลุ่มมีกิจกรรมและปฏิสัมพันธ์กันอย่างน้อยเดือนละหนึ่งครั้งในวันพบกลุ่ม ในสมาชิกกลุ่มโดยเฉพาะกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อมีการติดต่อตลอดจนการแลกเปลี่ยนข้อมูลข่าวสารระหว่างกลุ่มแกนนำด้วยกันในความถี่สูง ในการพบกลุ่ม

ระหว่างสมาชิกด้วยกันในแต่ละเดือนนั้น มีกิจกรรมเป็นขบวนการที่ต่อเนื่อง ซึ่งเป็นความต้องการของมนุษย์ในการพบปะเพื่อพูดคุยกันโดยเฉพาะเป็นกลุ่มที่มีความรู้สึกบางอย่างร่วมกันอย่างน้อยก็เป็นผู้ที่ประสบชะตาชีวิตที่คล้ายคลึงกัน ซึ่งในแต่ละวิธีของกิจกรรมกลุ่มจะมีความเชื่อมโยงสอดคล้องเกี่ยวข้องสัมพันธ์กัน เพื่อการนำไปสู่การมีความหวังและพลังใจที่เข้มแข็งในการดำเนินชีวิตอยู่ต่อไป โดยมีรูปแบบในความสัมพันธ์ที่แน่นแฟ้นและยาวนานรวมถึงความถี่ในการติดต่อกันมีการพบกลุ่มทุกครั้งเป็นสิ่งที่ส่งผลถึงความมั่นคงของกลุ่มทางสังคม

ในรายละเอียดของกิจกรรมจะมีการแนะนำจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและกลุ่มแกนนำในเรื่องการปฏิบัติตัวเมื่อรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลตนเอง ให้มีสุขภาพที่ดีรวมทั้งการปรับวิถีชีวิตในการมีชีวิตรอยู่อย่างมีคุณค่าของผู้ติดเชื้อ เป็นการลดความรู้สึกที่เป็นตราบาปและส่งเสริมการดำรงชีวิตให้อยู่อย่างปกติสุข มีการพูดคุยปรึกษาหารือในระหว่างกลุ่มเพื่อนผู้ติดเชื้อในการช่วยเหลือในด้านกำลังใจและการสร้างความหวังในการมีชีวิตรอยู่ มีการผสมผสานในการให้ความรู้ด้านการปฏิบัติตัวในการดูแลสุขภาพ มีการตรวจเช็คสุขภาพทุกเดือน มีการออกกำลังกายที่เหมาะสมและการฝึกสมาธิจิตควบคู่ไปด้วยโดยมีองค์กรสงฆ์เข้ามามีส่วนร่วมกับกลุ่มเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลและกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อ เพื่อปรับความรู้สึกนึกคิดให้อยู่ในภาวะสมดุล จิตสงบไม่ฟุ้งซ่านและขัดส่าย โดยเฉพาะกลุ่มแกนนำของผู้ติดเชื้อจะเป็นการเพิ่มความรู้สึกการมีคุณค่าให้กับตนเองที่ได้ช่วยเหลือ ให้คำแนะนำตลอดจนเป็นที่ปรึกษาแก่เพื่อนสมาชิกผู้ติดเชื้อด้วยกัน รวมทั้งการเข้ามาทำงานในฐานะผู้ประสานงาน มีส่วนร่วมกับองค์กรของภาครัฐและเอกชนสร้างความภาคภูมิใจมีคุณค่าและความหมายในตัวเองอย่างมากมายมหาศาล เป็นการลดความรู้สึกที่เป็นตราบาปในข้อที่ว่าเป็นผู้ที่ประพฤติน่าเกลียดและประพฤติน่าเกลียดผิดศีลธรรมไม่เป็นที่ต้องการรวมทั้งไม่เป็นที่ยอมรับของบุคคลอื่นโดยเฉพาะภาพในการรับรู้ของความรู้สึกนึกคิดในความหมายให้ค่าที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีต่อตนเอง

จะเห็นได้ว่าที่กล่าวมาข้างต้นได้แสดงถึงความสัมพันธ์ระหว่างการมีส่วนร่วมในกิจกรรมและบทบาทในชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีกับการรับรู้ที่เป็นตราบาป หากแต่ไม่ได้แสดงถึงความชัดเจนในแต่ละกลุ่มที่ส่งผลกระทบต่อรับรู้ที่เป็นตราบาป ในการศึกษาครั้งนี้ ในส่วนการมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรม ได้ดำเนินการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัวอย่าง ทั้งผู้ที่ไม่เคยร่วมกิจกรรมของชมรมจนถึงผู้ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมนานๆครั้งหรือแทบทุกเดือน เพื่อพิจารณาความแตกต่างของการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ส่งผลกระทบต่อรับรู้ที่เป็นตราบาป โดยคาดหมายว่าผู้ที่ไม่เคยเข้าร่วมในกิจกรรมของชมรมน่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปสูงกว่าผู้ที่เคยเข้าร่วมกิจกรรมของชมรมแทบทุกเดือน สำหรับบทบาทในชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีนั้น จะทำการเก็บข้อมูลในกลุ่มตัว

อย่างทั้งผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรม จนถึงผู้ที่เป็นสมาชิกของชมรมและผู้ที่อยู่ในฐานะกลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อ เพื่อพิจารณาความแตกต่างของบทบาทในชมรมผู้ติดเชื้อที่มีผลกระทบต่อความรู้ที่เป็นตราบาป โดยคาดหมายว่าผู้ที่มีบทบาทในฐานะกลุ่มแกนนำหรือสมาชิกของชมรม น่าจะมีการรับรู้ที่เป็นตราบาปต่ำกว่าผู้ที่ไม่ได้เป็นสมาชิกของชมรมผู้ติดเชื้อ

2.4 กรอบความคิดในการศึกษา

การศึกษาครั้งนี้ต้องการทำความเข้าใจถึงตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในส่วนของผู้ติดเชื้อ ในความรู้สึคนึกคิดซึ่งเป็นทัศนะของผู้ติดเชื้อในปฏิกิริยาที่ได้รับจากครอบครัว ชุมชนและทีมสุขภาพ และเพื่อศึกษาเปรียบเทียบตราบาปของการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ที่มีความแตกต่างกันด้านเพศ อายุ สถานภาพสมรส การศึกษา ฐานะทางเศรษฐกิจ ระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวี ระยะเวลาในการดำเนินโรคเอดส์ การมีอาการของโรคเอดส์ การรับรู้สภาพร่างกายในปัจจุบัน แหล่งที่นำเชื้อเอชไอวีมาให้ตนเอง พฤติกรรมเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวี การมีส่วนร่วมในกิจกรรมของชมรม และบทบาทในชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี และเพื่อศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างระยะเวลาของการติดเชื้อเอชไอวีตลอดจนการมีอาการของโรคเอดส์กับตราบาปของผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ดังมีกรอบความคิดการศึกษาดังแผนภาพที่ 1

แผนภาพที่ 1 กรอบความคิดในการศึกษา

