

ความรู้และทัศนคติในการวางแผนครอบครัวของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

สถาบันบำราศนราดูร

Knowledge and Attitudes of Family Planning among Women Infected with HIV/AIDS in Bumrasnaradura Infectious Disease Institute

ปิยวรรณ ลิ้มป้--าเลิศ พบ. วุฒิบัตรสูตินรีเวช

Piyawan Limpanyalert M.D., Board of OB&GYN

สถาบันบำราศนราดูร

Disease Bamrasnaradura Infectious Institute

กรมควบคุมโรค

Department of Disease Control

บทคัดย่อ

การศึกษานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความรู้และทัศนคติในการวางแผนครอบครัวของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยเก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถามสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ทุกราย อายุระหว่าง 15 ถึง 49 ที่มาตรวจคลินิกสูติ-นรีเวช สถาบันบำราศนราดูร ช่วงระหว่างเดือนตุลาคม 2553 ถึง ธันวาคม 2553 ผลการศึกษาพบว่ากลุ่มที่มีความรู้ดีมีเพียง ร้อยละ 6.3 ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.3 และควรปรับปรุงคือได้คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50 มีจำนวนมากถึง ร้อยละ 57.4 โดยแหล่งความรู้ที่ได้รับส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.9 ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ วิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนครอบครัวของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีกับปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติและสภาวะจิตใจ พบว่าความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ทำให้ลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ทัศนคติเรื่องสามีทราบผลเลือดว่าติดเชื้อเอชไอวีจะเห็นใจและช่วยกันหาทางออก ทัศนคติเรื่องการทำหมันทำให้ไม่แข็งแรง ทัศนคติเรื่องบุตรที่เกิดจากผู้ติดเชื้อจะเติบโตเหมือนคนปกติ สภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัวของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) ดังนั้นการสนับสนุนและพัฒนาระบบการวางแผนครอบครัว คลินิกวางแผนครอบครัว ตลอดจนการให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว เป็นสิ่งที่จำเป็นสำหรับสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและคู่ของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย เพื่อให้สามารถวางแผนครอบครัวให้ได้ถูกต้องและดียิ่งขึ้น

Abstract

This study demonstrated knowledge and attitudes of family planning among women infected with HIV / AIDS. The data were collected by interviews HIV-infected women in reproductive ages, 15-49 years old, who attended Obstetrics - Gynecology clinic, Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. The study was conducted during October 2010 - December 2010. The study found that 6.3% of the patients had good knowledge, 36.3% had medium knowledge and 57.4% of the patients (score less than 50 percent) should be improved their knowledge. Most of the knowledge was obtained from medical personnel (79.9%). The study found the following factors was increased patients' family planning practice; knowing that oral antiviral drug consistently can reduce the rate of infection from mother to child, positive attitude about the sterilization, positive attitude that their children can live as normal people, their state of anxiety and depression, with statistical significance ($p < 0.05$). Family planning clinics would support and development of family planning to a better family planning in this group of patients.

ประเด็นสำคัญ-

การวางแผนครอบครัว สตรีติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์
สถาบันบำราศนราดูร

Keywords

*Family Planning, Women Infected with HIV / AIDS
Bumrasnaradura Infectious Disease Institute*

บทนำ

การวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญ-และจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ยังมีช่องว่างของการให้บริการและเป็นที่ประจักษ์ว่าการคุมกำเนิด และการวางแผนครอบครัวเป็นประเด็นที่อ่อนไหวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽¹⁾ โดยพบว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีการตั้งครรภ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ข้อมูลจากสถาบันบำราศนราดูร พบว่าระหว่าง ปี 2550-2552 มีสตรีติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มาฝากครรภ์ 131 คน โดยทราบผลเลือดก่อนการตั้งครรภ์ 80 คน คิดเป็น ร้อยละ 61 และตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ 71 คน คิดเป็นร้อยละ 88.45 มีการรายงานในประเทศแอฟริกาใต้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ 242 คน ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 84^(2,3) แต่ในขณะที่กลุ่มประเทศอเมริกาเหนือ ร้อยละ 25-30 ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับการบำบัดด้วยยาต้านไวรัสต้องการมีบุตร^(4,5) และร้อยละ 50 ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีในสหรัฐอเมริกา ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ⁽⁶⁾ ซึ่งมีปัจจัยหลายอย่างเกี่ยวข้องกับข้อมูลจากหนังสือผู้ติดเชื้อ HIV กับการวางแผนครอบครัวจากกรมอนามัย ประเทศไทย⁽⁷⁾ กล่าวว่า ปัจจัยที่มีผลกระทบต่อการตัดสินใจคุมกำเนิดของผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือ 1. สุขภาพและคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อและบุตร 2. การเข้าถึงยาต้านไวรัส 3. ความกลัวต่อการถูกเปิดเผยผลเลือด กลัวต่อการถูกปฏิบัติจากคนรอบตัว การตกงาน 4. ความรู้ทัศนคติ ความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิด ที่เกี่ยวข้องกับประเพณี ศาสนา วัฒนธรรม 5. การแบ่งเพศ และความขัดแย้ง

การวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญ-และจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ยังมีปัญหาและอุปสรรคของการให้บริการ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติของหญิงติดเชื้อเอชไอวีในวัยเจริญพันธุ์ การศึกษานี้

เป็นการศึกษาถึงความรู้ ความเข้าใจ และทัศนคติต่อการวางแผนครอบครัว และศึกษาปัจจัยดังกล่าวว่า มีผลต่อการวางแผนครอบครัวในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูรหรือไม่ เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม สตรีชาวไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ทุกวัย อายุระหว่าง 15-49 ปี ที่มาตรวจที่คลินิกสูติ-นรีเวช สถาบันบำราศนราดูร ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 ธันวาคม 2553 และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา จำนวน 331 ราย การศึกษานี้ ไม่รวมสตรีติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการทำหมันถาวร ผ่าตัดมดลูกออก และหรือตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง และสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่มีสภาวะรังไข่ล้มเหลวก่อนกำหนด การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมสถาบันบำราศนราดูร และกรมควบคุมโรค

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 331 ราย อายุตั้งแต่ 16-49 ปี อายุเฉลี่ย 36.8 ปี ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 55.3 เกือบครึ่งการศึกษาอยู่ระดับมัธยม 1-6 ร้อยละ 49.2 รองลงมา การศึกษาต่ำกว่า หรือเท่ากับ ประถม 6 ปวส.และปริ-าตรขึ้นไป ตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัวหรือค้าขาย ร้อยละ 31.2 และอาชีพราชการและรัฐวิสาหกิจน้อยที่สุด ร้อยละ 5.8 มากกว่าร้อยละ 80 มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า หรือเท่ากับ 25,000 บาท มีเพียงร้อยละ 5.4 ที่มีรายได้ครอบครัว มากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มี

ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 93.1 และผู้ดูแลเป็นผู้ดูแล และมีเพียงร้อยละ 2.4 ที่ผู้ดูแลเป็นเจ้าของพื้นที่ที่ครอบครัวตัวเองสูงถึง ร้อยละ 67.1 รองลงมา มีสามี บ้านพักฉุกเฉิน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตาม ภูมิภาค ศาสนา ระดับการศึกษาสูงสุด อาชีพ รายได้ และผู้ดูแล

ข้อมูลพื้นฐาน	จำนวน	ร้อยละ
ภูมิภาค (n=329)		
กรุงเทพ	96	29.2
ปริมณฑล	51	15.5
ต่างจังหวัด	182	55.3
ศาสนา (n=331)		
พุทธ	320	96.7
คริสต์	6	1.8
อิสลาม	5	1.5
ระดับการศึกษาสูงสุด (n=331)		
ต่ำกว่าหรือเท่ากับ ป. 6	85	25.7
เทียบเท่า ม.1-ม.6	163	49.2
ปวส.และปรี--าตรีขึ้นไป	83	25.1
อาชีพปัจจุบัน (n=330)		
ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ	19	5.8
พนักงานบริษัท	78	23.6
ธุรกิจส่วนตัว/ค้าขาย	103	31.2
เกษตรกร/รับจ้างทั่วไป	63	19.1
นักเรียน/นักศึกษา/แม่บ้าน/ว่างงาน	67	20.3
รายได้(บาท) (n=331)		
<10,000	151	45.6
10,000-25,000	133	40.2
25,001-50,000	29	8.8
>50,000	18	5.4
ผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย (n=331)		
ไม่มี	23	6.9
มี	308	93.1
ผู้ดูแล* (n=331)		
สามี	162	48.9
ครอบครัวตนเอง	222	67.1
ครอบครัวสามี	27	8.2
เพื่อน	16	4.8
บ้านพักฉุกเฉิน	8	2.4

*ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

ความรู้ของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับควรปรับปรุง ร้อยละ 57.4 (คะแนนน้อยกว่าร้อยละ 50) รองลงมา ความรู้ระดับปานกลาง ร้อยละ 36.3 (คะแนน ร้อยละ 50 ขึ้นไป) และความรู้ระดับดีเพียงร้อยละ 6.3 (คะแนนมากกว่า หรือ

เท่ากับ ร้อยละ 80) สตรีติดเชื้อเอชไอวีมีความรู้ดีในเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย คือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และเป็นหนึ่งในวิธีคุมกำเนิด รวมถึงความรู้เรื่องความหมายของการวางแผนครอบครัวว่าเป็นการวางแผนการมีบุตร หรือ ไม่มีบุตรตามความพอใจ ให้เหมาะสมกับสถานะเศรษฐกิจ สังคม สิ่งแวดล้อมของแต่ละครอบครัว

สำหรับเรื่องที่มีความรู้ได้น้อย ได้แก่ เรื่องเกี่ยวกับการคุมกำเนิดร่วมด้วยวิธีอื่นๆ วิธีการเกี่ยวกับการมีบุตรอย่างปลอดภัย การใช้ห่วงอนามัยกับสตรีติดเชื้อเอชไอวี การล้างน้ำเชื้ออสุจิในฝ่ายชายที่ติดเชื้อ และความรู้เรื่องยาเม็ด ยาฉีด ยาฝัง คุมกำเนิด กับประสิทธิภาพของยาต้านไวรัส เอชไอวี ตามลำดับ (ตารางที่ 2 และ 3)

ตารางที่ 2 ร้อยละของระดับความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี

ระดับความรู้	จำนวน	ร้อยละ
ดี (คะแนน 16-20)	21	6.3
ปานกลาง(คะแนน 10-15)	120	36.3
ควรปรับปรุง(คะแนน 0-9)	190	57.4

ตารางที่ 3 ร้อยละของความรู้เกี่ยวกับการคุมกำเนิดของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี

คำถาม	ถูก	ไม่ถูก
1. กรณีสตรีติดเชื้อตั้งครรถ์มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก	77.6	22.4
2. ปัจจุบันสามารถป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้	62.2	37.8
3. ยาดานไวรัสบางชนิดมีผลต่อความผิดปกติของทารกในครรภ์	38.7	61.3
4. ระดับ CD4 และ Viral load มีผลต่อการติดเชื้อจากแม่ไปสู่ลูก	52.9	47.1
5. สตรีติดเชื้อสามารถมีบุตรได้	58.1	42
6. การรับประทานยาดานไวรัสสม่ำเสมอทำให้ลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก	57.1	42.9
7. การล้างเชื้ออสุจิสามารถทำได้ในคู่สมรสที่ฝ่ายชายเป็นผู้ติดเชื้อฝ่ายเดียว	15.7	84.3
8. การคุมกำเนิดคือการป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ	65	35
9. การใช้ถุงยางอนามัยคือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ	96.1	3.9
10. การใช้ถุงยางอนามัยคือหนึ่งในวิธีการคุมกำเนิด	96.1	3.9
11. การใช้ถุงยางอนามัยเพียงอย่างเดียวไม่เพียงพอสำหรับการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และ คุมกำเนิด	51.7	48.3
12. ยาเม็ดคุมกำเนิดมีผลต่อประสิทธิภาพของยาดานไวรัสเอชไอวี	17.5	82.5
13. ยาฉีดคุมกำเนิดไม่มีผลต่อประสิทธิภาพของยาดานไวรัสเอชไอวี	18.7	81.3
14. ยาฝังคุมกำเนิดไม่มีผลต่อประสิทธิภาพของยาดานไวรัสเอชไอวี	18.4	81.6
15. ในสตรีติดเชื้อเอชไอวี ถ้าใช้ถุงยางอนามัยแล้วยังจำเป็นต้องคุมกำเนิดวิธีอื่นร่วมด้วย	45.6	54.4
16. สตรีติดเชื้อเอชไอวีสามารถใช้การคุมกำเนิดโดยวิธีห่วงอนามัย	15.7	84.3
17. การวางแผนครอบครัวคือการวางแผนการมีหรือไม่มีบุตรตามความพอใจให้เหมาะสมกับสถานะเศรษฐกิจ สังคมสิ่งแวดล้อมของแต่ละครอบครัว	84	16
18. คู่สมรสที่สามีและภรรยาติดเชื้อทั้งคู่ยังมีสิทธิในการมีบุตร	47.1	52.9
19. สตรีติดเชื้อเอชไอวีที่ตั้งครรภ์ไม่จำเป็นต้องคลอดด้วยวิธีผ่าท้องคลอดทุกราย	36.9	63.5
20. วิธีการฉีดน้ำเชื้อคู่สมรสสามารถทำได้เองภายใต้คำแนะนำของผู้เชี่ยวชาญ-	23.9	76.1

เมื่อสอบถามสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการศึกษาถึงแหล่งที่มาของความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด พบว่าส่วนใหญ่

79.9 ได้จากบุคลากรทางการแพทย์ และได้รับความรู้จากหนังสือ และสื่อโทรทัศน์เป็นลำดับรองลงมา รายละเอียด ดังตารางที่ 4

ตารางที่ 4 ร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตาม แหล่งที่มาความรู้

การคุมกำเนิด	จำนวน	ร้อยละ
แหล่งที่มาความรู้เรื่องคุมกำเนิด*		
หนังสือ	125	38.3
อินเทอร์เน็ต	49	14.9
โทรทัศน์	118	35.9
วิทยุ	27	8.2
เพื่อน	11	3.3
ครอบครัว	20	6.1
บุคลากรทางการแพทย์	262	79.9
อื่นๆ		

*เลือกคำตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

จากการสอบถามทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว พบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีเห็นด้วย เรื่องควรบอกผลเลือดกับคู่สมรสเพื่อแสดงความบริสุทธิ์ใจ เรื่องถ้าสามีทราบผลเลือดว่าติดเชื้อเอชไอวีจะเห็นใจและช่วยกันหาทางออก เรื่องทารกที่เกิดจากแม่หรือพ่อที่ติดเชื้อมีโอกาสเติบโตทั้งร่างกาย และสติปัญญาเหมือนคนทั่วไป สตรีติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิในการมีครอบครัวและมีบุตรเหมือนกับคนทั่วไป และเรื่องใน

อนาคตโรคเอชไอวีจะรักษาหาย ตามลำดับ สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ที่ไม่เห็นด้วย ในเรื่องการคุมกำเนิด เป็นการฝ่าฝืนธรรมชาติ ขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณี เรื่องการคุมกำเนิดจะทำให้สุขภาพของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีแย่ลง การคุมกำเนิดทำให้ความรู้สึกละเลยทางเพศลดลง การทำหมันมีผลทำให้ไม่แข็งแรงทำงานหนักไม่ได้ตามลำดับ(ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละของทัศนคติของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามระดับความพึงพอใจ

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ*					Mean SD		แปลผล ความพึงพอใจ
	5	4	3	2	1			
1. สตรีติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิเสรีภาพ ในการตั้งครรภ์	27.0	14.1	19.9	9.2	29.8	3.0	1.6	ปานกลาง
2. การทำแท้งในสตรีติดเชื้อ เอชไอวีเป็นเรื่องที่เหมาะสม	18.7	13.8	18.1	15.0	34.4	2.7	1.5	ปานกลาง
3. สตรีติดเชื้อเอชไอวี มีสิทธิในการมีครอบครัวและมีบุตรเหมือนกับคนทั่วไป	42.9	18.7	19.3	8.0	11.0	3.8	1.4	มาก
4. การเปิดเผยผลเลือดจะทำให้เกิดปัญหา ในครอบครัว	32.4	17.9	17.9	7.7	24.1	3.3	1.6	ปานกลาง
5. ถ้าเคยมีลูกติดเชื้อเอชไอวีลูกคนต่อไป ก็ต้องติดเชื้อเหมือนกัน	17.2	16	16.7	15.1	34.3	2.7	1.5	ปานกลาง
6. การมีลูกของสตรีติดเชื้อเอชไอวีจะทำให้ครอบครัวและ สังคมยอมรับมากขึ้น	14.1	9.5	23.6	18.7	34	2.5	1.4	ปานกลาง
7. ถ้าดูแลตัวเองดีกินยาต้านไวรัสจะไม่ต้องติดเชื้อเอชไอวี	41.5	20.9	16.6	6.2	14.8	3.7	1.4	มาก
8. การมีบุตรจะทำให้สตรีติดเชื้อเอชไอวี มีสุขภาพที่แย่ลง	19.9	14.6	26.7	16.8	22.0	2.9	1.4	ปานกลาง
9. กลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับการยอมรับจากสังคมมากยิ่งขึ้น	25.8	12.7	25.5	15.2	20.8	3.1	1.5	ปานกลาง
10. ควรบอกผลเลือดกับคู่สมรสเพื่อแสดงความบริสุทธิ์ใจ	67.6	11.4	11.7	3.7	5.6	4.3	1.2	มาก
11. ถ้าสามีทราบผลเลือดว่าติดเชื้อเอชไอวีจะเห็นใจและช่วยกันหาทางออก	57.7	11.7	17.6	4.6	8.3	4.1	1.3	มาก
12. การคุมกำเนิดเป็นการฝ่าฝืนธรรมชาติขัดต่อขนบธรรมเนียมประเพณี	4.1	5.4	11.7	11.4	67.5	1.7	1.1	น้อย
13. การคุมกำเนิดจะทำให้สุขภาพของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีแย่ลง	5.3	5.0	12.5	13.7	63.6	1.8	1.2	น้อย

(ต่อ) ตารางที่ 5 ร้อยละของทัศนคติของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามระดับความพึงพอใจ

ข้อความ	ระดับความพึงพอใจ*					Mean SD		แปลผล ความพึงพอใจ
	5	4	3	2	1			
14. การทำหมันมีผลทำให้ไม่แข็งแรงทำงานหนักไม่ได้	9.3	7.4	22.2	13.6	47.5	2.2	1.3	น้อย
15. การฉีดยาคุมทำให้อ้วนหรือเป็นสิวเป็นฝ้า	14.7	15.0	28.1	13.8	28.4	2.7	1.4	ปานกลาง
16. การฝังยาคุมทำให้อ้วนหรือเป็นสิวเป็นฝ้า	10.4	13.5	29.9	16	30.2	2.6	1.3	ปานกลาง
17. การกินยาคุมกำเนิดทำให้หมดลูกแห้ง	18.0	12.7	29.7	14.9	24.7	2.8	1.4	ปานกลาง
18. การคุมกำเนิดทำให้ความรู้สึทางเพศลดลง	9.0	5.3	23.0	18.3	44.4	2.2	1.3	น้อย
19. ในอนาคตโรคเอชไอวีจะรักษาหาย	40.9	18.8	20.3	8.0	12.0	3.7	1.4	มาก
20.ทารกที่เกิดจากแม่หรือพ่อที่ติดเชื้อมีโอกาสเติบโตทั้งร่างกายและสติปัญญาเหมือนคนทั่วไป	50.8	18.3	16.1	6.2	8.7	4.0	1.3	มาก

*ระดับความคิดเห็น คะแนน 1 =ไม่เห็นด้วย 2 =ค่อนข้างไม่เห็นด้วย 3 = เห็นด้วยปานกลาง 4 =ค่อนข้างเห็นด้วย 5 =เห็นด้วยอย่างยิ่ง

การวิเคราะห์ความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนครอบครัวของสตรีติดเชื้อเอชไอวีกับปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติและสภาวะจิตใจ พบว่าความรู้ เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอทำให้ลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ทัศนคติเรื่องสามีทราบบผลเลือดว่าติดเชื้อเอชไอวีจะเห็นใจ และช่วยกันหาทางออก

ทัศนคติเรื่องการทำหมันทำให้ไม่แข็งแรง ทัศนคติเรื่องบุตรที่เกิดจากผู้ติดเชื้อจะเติบโตเหมือนคนปกติ สภาวะวิตกกังวลและภาวะซึมเศร้า มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัวของสตรีติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < 0.05$) (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนครอบครัวของสตรีติดเชื้อเอชไอวีกับปัจจัยด้านความรู้ ทัศนคติและสภาวะจิตใจ

ความรู้ ทัศนคติ สภาวะจิตใจ	จำนวน	วางแผน N (%)	ไม่วางแผน N (%)	Chi-square
ความรู้เรื่องยาต้านกับการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก				
ไม่รู้	127	98(77.2)	29(22.8)	4.069*
รู้	167	144(86.2)	23(13.8)	
ทัศนคติเรื่องสามีทราบบผลเลือดจะเห็นใจช่วยกันหาทางออก				
ไม่เห็นด้วย	53	23(69.7)	10(30.3)	3.779*
เห็นด้วย	23	213(83.5)	42(16.5)	
ทัศนคติเรื่องการทำหมันทำให้ไม่แข็งแรง				
ไม่เห็นด้วย	174	150(86.2)	24(13.8)	5.227*
เห็นด้วย	115	87(75.7)	28(24.3)	
ทัศนคติเรื่องบุตรที่เกิดจากผู้ติดเชื้อจะเติบโตเหมือนคนปกติ				
ไม่เห็นด้วย	39	27(69.2)	12(30.8)	4.928*
เห็นด้วย	249	209(83.9)	40(16.1)	
ภาวะวิตกกังวล				
ไม่มี	246	208(84.6)	38(15.4)	5.193*
มี	48	34(70.8)	14(29.2)	
ภาวะซึมเศร้า				
ไม่มี	282	236(83.7)	46(16.3)	8.972**
มี	12	6(50)	6(50)	

Note: Significant level: * $p < 0.05$; ** $p < 0.01$; *** $p < 0.001$

วิจารณ์

การศึกษานี้พบว่าความรู้ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีโดยใช้แบบสอบถาม ประเมินความรู้เรื่องเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด พบว่ากลุ่มที่มีความรู้ดีมีจำนวนน้อยโดยมากกว่าร้อยละ 50 ควรได้รับการปรับปรุง เมื่อมาเชื่อมโยงกับข้อมูลเรื่องความรู้ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่-ได้มาจากบุคลากรทางการแพทย์ถึง ร้อยละ 79.9 ซึ่งอาจเป็นไปได้หลายเหตุผล ทั้งวิธีการให้ความรู้ ความรู้ของผู้ให้ และการรับรู้เข้าใจของผู้รับเกี่ยวกับเรื่องการวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาเรื่องอนาคตของการวางแผนการให้บริการวางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ในประเทศไทย ที่อธิบายเหตุผลในส่วนของความรู้ของผู้ให้ โดยพบว่าแกนนำและผู้ให้บริการซึ่งเป็นบุคลากรทางการแพทย์ที่ให้บริการที่คลินิกอนามัยเจริญ-พันธุ์ และคลินิกยาด้านไวรัสส่วนใหญ่-มีทัศนคติในทิศทางที่จะช่วยเหลือแต่ยังขาดข้อมูลความรู้ที่จะให้บริการที่ดี⁽¹⁾ โดยมี ร้อยละ 21.1 ของผู้ให้บริการที่คลินิกอนามัยเจริญ-พันธุ์ที่ไม่พร้อมให้บริการ โดยให้เหตุผลว่ามีความรู้เรื่องเอดส์ไม่เพียงพอ ไม่มีความรู้เรื่องเอดส์กับอนามัยเจริญ-พันธุ์ และยาที่รักษาเกรงจะเกิดความผิดพลาด⁽¹⁾ ร้อยละ 68.2 ของผู้ให้บริการในคลินิกยาด้านไวรัส ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับอนามัยเจริญ-พันธุ์ ส่วนใหญ่-จึงให้ข้อมูลเกี่ยวกับด้านสุขภาพจิตสุขภาพกายทั่วไป⁽¹⁾ ซึ่งจำเป็นต้องพัฒนาความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัวในสตรีติดเชื้อเอชไอวีให้กับบุคลากรทางการแพทย์ที่ดูแล และให้คำแนะนำกับสตรีติดเชื้อเอชไอวีวัยเจริญ-พันธุ์ ในด้านนโยบายและการสนับสนุนงบประมาณและความรู้ พบว่าการบริการด้านอนามัยทางเพศและอนามัยเจริญ-พันธุ์ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีของรัฐบาลที่มีอัตราการติดเชื้อสูงจัดความสำคัญ-เรื่องนี้ไว้ต่ำ⁽⁸⁾ สำหรับประเทศไทยหากประเมินจากการอบรมแก่ผู้ให้การศึกษา และด้านการพยาบาลและคู่มือ/เอกสารการอบรมแล้ว พบว่าไม่มีการกล่าวถึงการให้คำปรึกษาและด้านการเจริญ-พันธุ์ทั้งหมดเน้นไปที่การรับประทาน

ยาด้านไวรัสและการดูแลสุขภาพทั่วไป หากจะกล่าวถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ ก็จะมีจุดมุ่งหมายด้านการแพร่เชื้อเป็นหลักจึงมีแต่การแนะนำการใช้ถุงยางอนามัย⁽⁹⁻¹¹⁾ ไม่กล่าวถึงสุขภาพทางเพศ การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด⁽⁷⁾ สอดคล้องกับข้อมูลจากการศึกษานี้ เมื่อแยกรายข้อจะพบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการศึกษา มีความรู้สูงสุดเรื่องการใช้ถุงยางอนามัย โดยตอบถูกเรื่องการใช้ถุงยางอนามัยคือการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และถุงยางอนามัยคือหนึ่งในวิธีคุมกำเนิด สูงถึง ร้อยละ 96.1 แต่มีความรู้ในเรื่องการคุมกำเนิดร่วมด้วยวิธีอื่น ๆ และวิธีการมีบุตรอย่างปลอดภัย รวมถึงการคุมกำเนิดด้วยวิธีอื่นกับประสิทธิภาพของยาด้านไวรัส ซึ่งเป็นสิ่งที่สตรีติดเชื้อเอชไอวีควรมีความรู้เพื่อการดูแลอนามัยเจริญ-พันธุ์ของตนเอง ดังนั้นการพัฒนาระบบการให้ข้อมูลเรื่องการวางแผนครอบครัวหรือคลินิกการวางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีควรทำอย่างบูรณาการ ตั้งแต่แนวนโยบายที่จะให้ความสำคัญ-เรื่อง ดังกล่าวระดับประเทศซึ่งส่งผลให้มีทั้งงบประมาณ และพัฒนาองค์ความรู้ให้กับบุคลากรที่ปฏิบัติงานกับกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้มีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงความสำคัญ-เรื่องการวางแผนครอบครัวในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อพัฒนาเป็นส่วนหนึ่งของการให้บริการพื้นฐานสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีเรื่อง อนามัยเจริญ-พันธุ์ การศึกษาที่ประเทศเคนยา และซิมบับเว ก็พบว่าผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการการให้การศึกษาและตรวจเลือดรวมทั้งการวางแผนครอบครัวสะดวกขึ้น เป็นการให้บริการแบบบูรณาการหรือแบบเชื่อมต่อ^(12,13) รวมถึงสนับสนุนแนวคิดของ The Centers for Disease Control and Prevention (CDC) และ The American College of Obstetrics and Gynecology ที่แนะนำให้ส่งเสริมสตรีวัยเจริญ-พันธุ์ทุกรายได้รับคำปรึกษาแนะนำเรื่องการวางแผนก่อนการตั้งครรภ์^(14,15) และสตรีติดเชื้อเอชไอวี ก็จำเป็นต้องได้รับคำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัวและการวางแผนก่อนการตั้งครรภ์ ในการดูแลปกติเป็นประจำทุกอายุ⁽¹⁶⁾

จากข้อมูลดังกล่าวสนับสนุนแนวความคิดที่ควรพัฒนาคลินิกวางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีแบบบูรณาการ

เมื่อนำปัจจัยความรู้ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีมาศึกษาความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัว พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ แต่เมื่อนำมาศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการวางแผนครอบครัวกับความรู้แยกเป็นรายข้อ มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่มีความรู้เรื่องการรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ทำให้ลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งในปัจจุบันพบว่าการทานยาต้านไวรัสอย่างมีประสิทธิภาพ และได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ตามแนวทางสามารถลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกลงเหลือเพียง ร้อยละ 1⁽¹⁷⁾ อาจอธิบายได้ว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่วางแผนครอบครัวอาจวางแผนทั้งต้องการมีบุตรหรือไม่ต้องการมีบุตรโดยกลุ่มที่มีความสนใจเรื่องการมีบุตรวางแผนจะตั้งครรถ์จึงศึกษาความรู้เรื่องนี้ หรือเป็นกลุ่มที่เคยตั้งครรถ์ และได้รับความรู้เมื่อตั้งครรถ์และวางแผนครอบครัวแล้วหลังคลอดส่วนความรู้เรื่องอื่นๆเมื่อศึกษาแยกข้อ พบว่าไม่มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

นอกจากนี้ในการศึกษานี้ยังศึกษาข้อมูลเรื่องทัศนคติโดยมีการศึกษา โดยการสอบถามทั้งทัศนคติเชิงบวก และเชิงลบ พบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีเห็นด้วยเรื่องควรบอกผลเลือดกับคู่สมรสเพื่อแสดงความบริสุทธิ์ใจเรื่องถ้าสามีทราบผลเลือดว่าติดเชื้อเอชไอวีจะเห็นใจและช่วยกันหาทางออก เรื่องทารกที่เกิดจากแม่หรือพ่อที่ติดเชื้อมีโอกาสเติบโตทั้งร่างกาย และสติปัญญาเหมือนคนทั่วไป สตรีติดเชื้อเอชไอวีมีสิทธิในการมีครอบครัวและมีบุตร เหมือนกับคนทั่วไป และเรื่องในอนาคตโรคเอชไอวีจะรักษาหาย ซึ่งทัศนคติเหล่านี้มีแนวโน้มว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีมีความต้องการมีชีวิตคู่สมรส ปกติและเปิดเผยรวมถึงต้องการมีบุตรเพิ่มมากขึ้น สอดคล้องกับหลายๆการศึกษาทั่วโลกเกี่ยวกับความต้องการมีบุตรของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นเรื่อยๆ มีการศึกษาในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนา พบว่าสตรี

ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 18-43 ต้องการมีบุตร^(4,5,18,19) เช่นการศึกษาเมื่อปี 2007 ในประเทศแคนาดา และปี 2001 สหรัฐอเมริกาที่พบว่า มีความต้องการมีบุตร ร้อยละ 26 และร้อยละ 29 ตามลำดับ^(4,5) แต่การศึกษาในประเทศแคนาดา ระหว่างปี 2007-2009 พบว่าความต้องการมีบุตรของสตรีติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มสูงขึ้นถึง ร้อยละ 69 และมีความตั้งใจที่จะมีบุตรในอนาคต ร้อยละ 58 จากผู้เข้าร่วมการศึกษาทั้งหมด 490 ราย⁽²⁰⁾ โดยข้อมูลจากคู่มือผู้ติดเชื้อ HIV กับการวางแผนครอบครัวระบุว่า ทัศนคติ และความเชื่อเกี่ยวกับการคุมกำเนิดเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตัดสินใจคุมกำเนิด⁽⁷⁾ เมื่อนำมาศึกษาความสัมพันธ์ทัศนคติกับการวางแผนครอบครัวในรายข้อย่อยพบว่ามีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับทัศนคติเชิงบวกเรื่องมีความเชื่อว่าสามีทราบผลเลือดว่าติดเชื้อเอชไอวีจะเห็นใจและช่วยกันหาทางออกทัศนคติความเชื่อเรื่องทารกที่เกิดจากแม่หรือพ่อที่ติดเชื้อมีโอกาสเติบโตทั้งร่างกาย และสติปัญญาเหมือนคนทั่วไป ซึ่งสอดคล้องกับความหมายของการวางแผนครอบครัวขององค์การอนามัยโลกว่า “การวางแผนครอบครัวเป็นการที่บุคคลและคู่สมรสวางแผน กำหนดจำนวนบุตรที่ต้องการ กำหนดว่าจะมีบุตรเมื่อใด เว้นระยะการมีบุตรนานเท่าไร เพื่อให้บุตรเกิดมามีสุขภาพแข็งแรงสมบูรณ์ คู่สมรสมีความสามารถที่จะเลี้ยงดูให้ความรักความเอาใจใส่อย่างทั่วถึง ให้มีการศึกษาเหมาะสมที่จะมีอาชีพ และเติบโตเป็นพลเมืองดีของประเทศชาติต่อไป โดยใช้วิธีคุมกำเนิดเป็นเครื่องมือให้บรรลุความต้องการ”⁽⁷⁾ ดังนั้นแนวทางการวางแผนครอบครัวสำหรับสตรีติดเชื้อเอชไอวีควรเป็นแนวทางการให้คำแนะนำแบบคู่ซึ่งเพิ่มอัตราการเปิดเผยผลเลือด และการวางแผนครอบครัวอย่างมีประสิทธิภาพ ส่วนทัศนคติเชิงลบที่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติกับการวางแผนครอบครัวคือความเชื่อเรื่องการทำหมันมีผลทำให้ไม่แข็งแรงทำงานหนัก ไม่ได้โดยมีความสัมพันธ์ในทางกลับคือ สตรีที่ไม่เห็นด้วยกับความเชื่อนี้มีมากกว่ากลุ่มเห็นด้วย ซึ่งอาจเป็นผลจากปัจจุบันมีการให้ข้อมูลความรู้

เรื่องการทำหมัน เพิ่มมากขึ้น ซึ่งเป็นหนึ่งในการคุมกำเนิดเพื่อวางแผนครอบครัว ส่วนทัศนคติที่เกี่ยวกับประเพณีศาสนา วัฒนธรรมตามคัมภีร์ผู้ติดเชื้อ HIV กับการวางแผน ครอบครัว⁽⁷⁾ ซึ่งได้มีการสอบถามในการศึกษาครั้งนี้ เช่นเดียวกัน พบว่าไม่มีความสัมพันธ์อย่างมีนัยสำคัญ-ทางสถิติกับการวางแผนครอบครัว

มีการศึกษาความสัมพันธ์ของสภาวะทางจิตใจของสตรีติดเชื้อเอชไอวีกับการวางแผนครอบครัว พบว่าทั้งสภาวะวิตกกังวล และภาวะซึมเศร้า ต่างก็มีความสัมพันธ์กับการวางแผนครอบครัวอย่างมีนัยสำคัญ-ทางสถิติ ซึ่งโดยปกติการดูแลสตรีติดเชื้อเอชไอวี จะเป็นการดูแลแบบองค์รวมทั้งร่างกายและจิตใจ กรณีที่สภาวะทางจิตใจเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนครอบครัว จึงจำเป็นที่จะต้องดูแลสภาวะดังกล่าวก่อนที่จะให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว ข้อมูลจากการศึกษานี้จึงสนับสนุน เรื่องการพัฒนา ระบบการวางแผนครอบครัว ซึ่งความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวเป็นสิ่งที่จำเป็นโดยควรพัฒนาเป็นคลินิกที่สตรีติดเชื้อเอชไอวีและคู่ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีทุกรายที่ได้รับการประเมินสภาวะทางจิตใจ และให้การรักษาแล้ว ควรเข้ามารับคำแนะนำ เป็นพื้นฐานเมื่อติดตามต่อเนื่องเมื่อมาตรวจรักษาเรื่องเอชไอวีอยู่เป็นประจำ โดยจะต้องเป็นคลินิกที่มีบุคลากร ที่มีความรู้ ทัศนคติที่ดี และมีเวลาที่จะให้คำแนะนำและรายละเอียด ถ้าสามารถพัฒนาได้น่าจะเป็นส่วนหนึ่งที่จะทำให้กรอบแนวทางการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูกในส่วนการป้องกัน การตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจหรือไม่พร้อมของสตรีติดเชื้อเอชไอวีประสบความสำเร็จตามกรอบแนวทางขององค์การอนามัยโลกได้⁽²¹⁾

สรุป

จากการศึกษานี้พบว่า สตรีติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่-ต้องปรับปรุงความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว และการคุมกำเนิด โดยแหล่งความรู้ส่วนใหญ่-ได้รับจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงส่งผลกระทบต่อพัฒนาเรื่องความรู้ความเข้าใจและทัศนคติที่ดีในการให้ความรู้เรื่องดังกล่าวซึ่งเป็นพื้นฐาน

ด้านอนามัยเจริญพันธุ์ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงทัศนคติของสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่มีความสัมพันธ์กับการวางแผน ครอบครัวคือการเปิดเผยผลเลือดและการเห็นใจช่วยเหลือกันของคู่สมรส รวมถึงความมั่นใจในการมีบุตรที่ปลอดภัย จึงควรบูรณาการเป็นคลินิกวางแผนครอบครัวสำหรับคู่ติดเชื้อเอชไอวีที่ให้ทั้งความรู้ คำแนะนำ และรับฟัง ความต้องการและความคิดโดยบุคลากรที่ได้รับการพัฒนามาเฉพาะเรื่องโดยตรง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณกรมควบคุมโรค ที่สนับสนุนงบประมาณในการทำวิจัยจากโครงการสร้างผู้เชี่ยวชาญด้านระบาดวิทยาและควบคุมป้องกันโรคโดย ระบบพี่เลี้ยง ปี 2553 รุ่นที่ 1 ขอบพระคุณ นพ. ปรีชา ตันธนาธิป ผู้อำนวยการสถาบันบำราศนราดูร และเจ้าหน้าที่งานยุติกรรมสถาบันบำราศนราดูร ที่อนุเคราะห์สถานที่และช่วยดำเนินการเก็บข้อมูลสำหรับงานวิจัย ขอบพระคุณ ดร.นายแพทย์สุทัศน์ โชตนะพันธ์ แพทย์หญิงธาริณี แม้นชนะ และดร.สุกัญญา จงถาวรสถิตย์ ที่ได้กรุณาเสียสละเวลา ให้คำปรึกษาและแนะนำ ตลอดการวิจัย

เอกสารอ้างอิง

1. นันทา อ่วมกุลม. พรสิณี อมริเชษฐ. อนาคตของการจัดบริการวางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในไทย. วารสารวิชาการสาธารณสุข 2551; 17(6):1629-39.
2. Rochat TJ, Richter LM, Doll HA, Buthelezi NP, Tomkins A, and Stein A. Depression among pregnant rural South African women undergoing HIV testing. Journal of the American Medical Association. 2006; 295(12): 1376-78.
3. Nakayiwa S, Abang B, Packel L, Lifshay J, Purcell DW, King R, Ezati E, Mermin J, Coutinho A, and Bunnell R. Desire for children and pregnancy risk behavior among HIV-infected

- men and women in Uganda. *AIDS and Behavior*. 2006; 10(Suppl. 4): S 95-104.
4. Chen JL, Philips KA, Kanouse DE, Collins RL, Miu A. Fertility desires and intention of HIV-positive men and women. *Fam Plann Perspect*. 2001; 33: 144-52.
5. Ogilvie G, Palepu A, Remple VP, et al. Fertility intentions of women of reproductive age living with HIV British Columbia, Canada. *AIDS*. 2007; 21: s83-s88.
6. Finer LB, Henshaw SK. Disparities in rates of unintended pregnancy in the United States. 1994 and 2001. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*. 2006; 38: 90-6.
7. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. ผู้ติดเชื้อ HIV กับการวางแผนครอบครัว. พิมพ์ครั้งที่ 1. สำนักงานกิจการรณรงค์การส่งเสริมสุขภาพผ่านสื่อ; 2551: 18.
8. Perchal P, Farrell B, Osborne K. Responding to the sexual and reproductive rights of PLHIV [cited 2008 Nov 14]; Available from: URL: <http://globalhealth.org/reports/text.php3?id=252>
9. ดารณี จามจุรี, เพียงใจ มีไพฑูรย์, สมหมาย หิรัญ, สังศรี กิตติรักษ์ตระกูล, สมพร เจริญชัยศรี, ประณีต สังวัฒนา และคณะ. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ในทพบุรี : สำนักพยาบาลกรมการแพทย์: องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
10. วิไล เสรีสิทธิพิทักษ์, ฐานพร สิงห์โกวินท์. คู่มือสำหรับวิทยากรการให้คำปรึกษาเพื่อดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส(เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี: กรมสุขภาพจิต; 2546.
11. ส-ชัย ชาสมบัติ, ชื่นนันท เลิศพิริยะสุวัฒน์. แนวทางปฏิบัติงาน โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. นนทบุรี:ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547.
12. Liambila W, Kibaru J, Warren C, Gathitu M, Mullick S. Feasibility, acceptability, effect and cost of integrating counseling and testing for HIV within family planning service in Kenya. *Population council, Frontier in reproductive health, The Pop report*. 2008; 36(8): 2.
13. USAID, Family Health International. Zimbabwean HIV counselor offer family planning advice. *Family health Research* [on line 2007] [cited 2008 Nov 13]; Available from: URL: <http://search.fhi/cgi-bin/MsmGo.exe> 25
14. Centers for Disease Control and Prevention. Recommendations to improve preconception health and health care-United States. [cited 2007 February 26]. Available from: [http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1 .htm](http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5506a1.htm)
15. American College of Obstetricians and Gynecologists. ACOG Committee Opinion number 313. September 2005. The importance of preconception care in the continuum of women's health. *Ostet Gynecol* 2005; 106(3): 665-6.
16. Desgrees Du Lou A, Msellati P, Viho I, Yao A, Yapi D, Kassi P, Wellfens-Ekra C, Mandelbrot L, and Dabis F. Contraceptive use, protected sexual intercourse and incidence of pregnancies among African HIV-infected women. *DITRAME ANRS 049 Project, Abidjan 1995-2000. International Journal of STD and AIDS* 2002; 13(7): 462-46.
17. Perinatal HIV Guidelines Working Group (2009) Public Health Service Task Force Recommendations for Use of Antiretroviral Drugs in Pregnant-1-Infected Women for Maternal Health and Interventions to Reduce Perinatal HIV-1 Trans-

- mission in the United States. National Institute of Health. Available from: <http://aidsinfo.nih.gov/contentfiles/PerinatalGL>. Accessed 2009 April 30. 30
18. Padian NS, Shiboski SC, Glass SO, and Vittinghoff E. Heterosexual transmission of human immunodeficiency virus (HIV) in northern California: Results from a ten-year study. *American Journal of Epidemiology*. 1997; 146(4): 350-7.
19. Stanwood NL, Cohn SE, Heiser JR, and Pugliese M. Contraception and fertility plans in a cohort of HIV-positive women in care. *Contraception*. 2007; 75(4): 294-98.
20. Loutfy MR, Hart TA, Mohammed SS, Edward DS, et al. Fertility desires and intentions of HIV-positive women of reproductive age in Ontario, Canada: A Cross-Section Study: Available from: <http://www.plosone.org/article/info:doi%2F10.1371%2Fjournal.pone.0007925>
21. Moloney-Kitts M, Fuchs N. Family planning/HIV integration: technical guidance for USAID-supported field programs. Washington, DC: USAID; 2003.