

การวางแผนครอบครัวของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร

Family Planning of HIV-Infected Women in Bumrasnaradura

Infectious Disease Institute

ปิยวรรณ ลิ้มปัญญาเลิศ พบ. วุฒิปดฺตรสูตินรีเวช
สถาบันบำราศนราดูร
กรมควบคุมโรค

Piyawan Limpanyalert M.D., Board of OB&GYN
Disease Bamrasnaradura Infectious Institute
Department of Disease Control

บทคัดย่อ

รายงานนี้เป็นการศึกษาถึงการวางแผนครอบครัวของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในสถาบันบำราศนราดูร ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 ธันวาคม 2553 พบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการศึกษา 331 ราย อยู่ในวัยเจริญพันธุ์อายุตั้งแต่ 16-49 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 36.80 ปี ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่อายุก่อนข้่างมาก เมื่อเทียบกับ รายงานทางระบาดวิทยาในสตรีติดเชื้อเอชไอวีทั่วประเทศไทย ร้อยละ 73.9 ของสตรีติดเชื้อเอชไอวี มีคู่นอนประจำ และยังมีเพศสัมพันธ์ปกติ มีการวางแผนครอบครัวร้อยละ 73.8 คุมกำเนิด ร้อยละ 73.9 โดยการใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 93.6 และต้องการมีบุตรร้อยละ 27.4 ดังนั้นผู้ดูแลเรื่องสุขภาพให้แก่สตรีติดเชื้อเอชไอวีควรจะต้องทำ ความเข้าใจผลกระทบต่องสตรีติดเชื้อเอชไอวีวัยเจริญพันธุ์ เรื่องความต้องการมีบุตร และการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จึงมีข้อเสนอแนะให้บุคลากรทางการแพทย์ ควรจะต้องให้คำแนะนำเรื่องการวางแผนครอบครัว เรื่องการคุมกำเนิด การมีบุตรเป็นประจ้ากับกลุ่มสตรีติดเชื้อเอชไอวี และควรจัดเป็นการดูแลชั้นพื้นฐานที่สตรีติดเชื้อเอชไอวีทุกคน ควรได้รับ

Abstract

This report was a study of family planning among women infected with HIV in Bamrasnaradura Infectious Diseases Institute. During October and December 2010, there were 331 cases of women infected with HIV in reproductive age 16-49 years. The average age was 36.80 years old which was older than the age reported by Thai epidemiological study in women infected with HIV. The study found that around 73.9% of this group of women still had sexual partner with regular sexual activity. About 73.8% of the patients were receiving family planning services, and 73.9 % were receiving contraception of which 93.6% using condom. About 27.4 per cent of the patients wanted to have children. In conclusion, it was recommended that medical personnel should provide regularly family planning services for women infected with HIV to prevent unwanted pregnancy or other complication such as vertical transmission of HIV.

ประเด็นสำคัญ

สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ วางแผนครอบครัว HIV-Infected Women, Family Planning, สถาบันบำราศนราดูร

Keywords

Bumrasnaradura Infectious Disease Institute

บทนำ

การวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ยังมีช่องว่างของการให้บริการและเป็นที่ประจักษ์ว่าการคุมกำเนิด และการวางแผนครอบครัวเป็นประเด็นที่อ่อนไหวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽¹⁾ พบว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ มีการตั้งครรภ์ทั้งโดยตั้งใจและไม่ตั้งใจ ข้อมูลจากสถาบันบำราศนราดูร พบว่าระหว่างปี 2550-2552 มีสตรีติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ มาฝากครรภ์ 131 คน โดยทราบผลเลือดก่อนการตั้งครรภ์ 80 คน คิดเป็น ร้อยละ 61 และตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ 71 คน คิดเป็น ร้อยละ 88.45 มีการรายงานในประเทศแอฟริกาใต้ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ 242 คน ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ ร้อยละ 84^(2,3) แต่ในขณะที่กลุ่มประเทศอเมริกาเหนือ ร้อยละ 25-30 ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสต้องการมีบุตร^(4,5) และร้อยละ 50 ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีในสหรัฐอเมริกาตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ⁽⁶⁾ องค์การอนามัยโลกให้กรอบแนวทางในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยให้ความสำคัญที่การวางแผนครอบครัว กรอบแนวทางประกอบด้วย 4 เรื่องที่ต้องดำเนินการ ได้แก่ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือ การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่นและเยาวชนหญิง 2) การป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจหรือไม่พร้อมของกลุ่มหญิงติดเชื้อเอชไอวี 3) การป้องกันในกลุ่มหญิงมีครรภ์ติดเชื้อไม่ให้แพร่เชื้อสู่ทารก (PMTCT) 4) การดูแลมารดา และครอบครัวต่อเนื่อง (PMTCT plus)^(7,8) ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการดำเนินการ PMTCT สามารถลดการแพร่เชื้อสู่ทารกได้เฉลี่ยประมาณปีละ 1,100-1,200 คน เป็นที่ประจักษ์ว่าการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัวเป็นประเด็นที่อ่อนไหวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์⁽¹⁾ การพัฒนาระบบวางแผนครอบครัวที่ดีและมีประสิทธิภาพ น่าจะมีส่วนช่วยควบคุมการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี และเพิ่มคุณภาพชีวิตที่ดีให้กับผู้ติดเชื้อเอชไอวี แต่อย่างไรก็ตามข้อมูลเกี่ยวกับสถานการณ์การวางแผนครอบครัวและ

ปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนครอบครัวในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวียังมีน้อยและต้องการการศึกษาเพิ่มเติมการศึกษานี้มีวัตถุประสงค์เพื่อรายงานสถานการณ์การวางแผนครอบครัวในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีในสถาบันบำราศนราดูร เพื่อเป็นแนวทางในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต่อไป

วัสดุและวิธีการศึกษา

การศึกษาเชิงพรรณนาแบบตัดขวาง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการสัมภาษณ์และตอบแบบสอบถาม สตรีสัญชาติไทยที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ทุกรายที่มีอายุระหว่าง 15-49 ปี ที่มารตรวจที่คลินิกสูติ-นรีเวช สถาบันบำราศนราดูร ในช่วงระหว่างวันที่ 1 ตุลาคม 2553 ถึง 30 ธันวาคม 2553 และยินยอมเข้าร่วมการศึกษา การศึกษาครั้งนี้ไม่รวมสตรีติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่ได้รับการผ่าตัดมดลูกออก ตัดรังไข่ออกทั้ง 2 ข้าง และสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่มีสภาวะรังไข่ล้มเหลวก่อนกำหนด การศึกษานี้ผ่านการพิจารณาโดยคณะกรรมการจริยธรรมสถาบันบำราศนราดูร และกรมควบคุมโรค

ผลการศึกษา

ผลการศึกษา พบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 331 ราย อายุตั้งแต่ 16-49 ปี อายุเฉลี่ย 36.80 ปี ส่วนใหญ่มีภูมิลำเนาอยู่ต่างจังหวัด ร้อยละ 55.3 เกือบครึ่งการศึกษาอยู่ระดับมัธยม 1-6 (ร้อยละ 49.2) รองลงมา การศึกษต่ำกว่าหรือเท่ากับ ประถม 6 ปวส. และปริญญาตรีขึ้นไปตามลำดับ ส่วนใหญ่มีอาชีพธุรกิจส่วนตัว หรือค้าขาย ร้อยละ 31.2 และอาชีพข้าราชการ และรัฐวิสาหกิจน้อยที่สุด ร้อยละ 5.8 มากกว่า ร้อยละ 80 มีรายได้ครอบครัวน้อยกว่า หรือเท่ากับ 25,000 บาท มีเพียงร้อยละ 5.4 ที่มีรายได้ครอบครัว มากกว่า 50,000 บาทต่อเดือน ส่วนใหญ่มีผู้ดูแลเมื่อเจ็บป่วย ร้อยละ 93.1 และผู้ดูแลเป็นครอบครัวตัวเอง สูงถึงร้อยละ 67.1 รองลงมา มีสามีเป็นผู้ดูแล และมีเพียงร้อยละ 2.4 ที่ผู้ดูแลเป็นเจ้าหน้าที่บ้านพักฉุกเฉิน (ตารางที่ 1)

ตารางที่ 1 ข้อมูลพื้นฐานของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตาม ภูมิภาค อาสาสมัคร 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.และปริญญาตรีขึ้นไป	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

จากการศึกษาสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและการรักษาพบว่าเหตุผลส่วนใหญ่ในการตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวีคือมีอาการเจ็บป่วย ร้อยละ 35.9 รองลงมา ก่อนแต่งงาน และตั้งครรภ์ ร้อยละ 29.5 และส่วนใหญ่ทราบว่าตนเองติดเชื้อมานานกว่า 5 ปี ร้อยละ 74 ผู้ที่ทราบว่าตนเอง

ติดเชื้อเอชไอวีนานที่สุดนานถึง 25.78 ปี เฉลี่ย 8.45 ปี สตรีที่ติดเชื้อส่วนใหญ่จึงได้รับการตรวจ CD4 และ VL ร้อยละ 95.5 และร้อยละ 89.1 ตามลำดับ ส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มสุขภาพดีมีค่า CD4 มากกว่าหรือเท่ากับ 350 สูงถึงร้อยละ 65.3 ค่า VL น้อยกว่าเท่ากับ 40 ร้อยละ

85.2 ซึ่งเป็นกลุ่มที่ได้รับประทานยาต้านไวรัสสูงถึง ประสิทธิภาพสูงถึง ร้อยละ 93.2 (ไม่ลืมทานยา ร้อยละ 93.5 และรับประทานยาต้านไวรัสได้อย่างมี ทานยาตรงเวลาทานยาสม่ำเสมอ) (ตารางที่ 2)

ตารางที่ 2 ร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและการรักษา จำแนกตามเหตุผลในการตรวจพบเชื้อเอชไอวี, ระยะเวลาที่ทราบ ว่าติดเชื้อเอชไอวี, การตรวจ CD4, ค่า CD4, การตรวจ VL

ข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวี	จำนวน	ร้อยละ
เหตุผลในการตรวจพบเชื้อเอชไอวี (n=312)		
มีอาการเจ็บป่วย	112	35.9
คู่นอนติดเชื้อ	61	19.6
คู่นอนมีอาการนำสงสัย	26	7.4
ก่อนแต่งงาน/ตั้งครรภ์มีบุตร	92	29.5
ตรวจสุขภาพ	21	6.7
ระยะเวลาที่ทราบติดเชื้อเอชไอวีจนปัจจุบัน (ปี) (n=331)		
< 1	21	6.3
1-5	65	19.6
5-10	118	35.6
>10	127	38.4
การตรวจ CD4 (n=331)		
เคยตรวจ	316	95.5
ไม่เคยตรวจ	15	4.5
ค่า CD4 (cell/mm ³) (n=285)		
< 350	99	34.7
≥350	186	65.3
การตรวจ VL (copies/ml) (n=305)		
เคยตรวจ	271	89.1
ไม่เคยตรวจ	34	11.1
ค่า VL (n=244)		
≤ 40	205	85.2
> 40	39	14.8
การรับประทานยาต้านไวรัส (n=324)		
รับประทานยาต้านไวรัส	303	93.5
ไม่รับประทานยาต้านไวรัส	21	6.5
การเข้าถึงยาต้านไวรัส (n=310)		
ดี	289	93.2
ไม่ดี	21	6.8

ผลการศึกษาด้านภาพด้านคูในปัจจุบันพบว่าส่วนใหญ่สตรีติดเชื้อเอชไอวี มีคู่สมรสหรือคู่นอนประจำ ร้อยละ 73.9 ซึ่งคู่นอนส่วนใหญ่จะเป็นคนไทย ร้อยละ 96.2 คู่สมรสหรือคู่นอนประจำปัจจุบันเกือบครึ่ง ไม่เคยมีบุตร โดยมีเพียงร้อยละ 27.2 เท่านั้นที่มีบุตรกับสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่เหลือเคยมีบุตรแล้ว

กับคนอื่น สตรีติดเชื้อเอชไอวีเปิดเผยผลเลือดกับคู่สมรสหรือคู่นอนประจำสูงถึงร้อยละ 88.4 พบว่า คู่สมรสหรือคู่นอนประจำมีการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี เพียง ร้อยละ 77.5 และผลการตรวจว่าติดเชื้อ ร้อยละ 56.4 กลุ่มที่ไม่ตรวจเลือดหรือไม่ทราบผลเลือด แต่คิดว่าคู่นอนไม่ติดเชื้อสูงถึง ร้อยละ 62.5

นอกจากนี้ พบสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่มีคู่นอนชั่วคราว ต้องการมีคู่เพิ่มร้อยละ 9.1 และยังมีอีกร้อยละ 16.4 ร้อยละ 15 เมื่อสอบถามถึงความต้องการมีคู่เพิ่ม พบว่า ที่ยังไม่แน่ใจ (ตารางที่ 3)

ตารางที่ 3 ร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตามสถานภาพด้านคูปัจจุบัน

สถานภาพด้านคูปัจจุบัน	จำนวน	ร้อยละ
คูสมรส/คู่นอนประจำ (n=329)		
มี	243	73.9
ไม่มี	86	26.1
สัญชาติเชื้อชาติคูสมรส/คู่นอนประจำ (n=240)		
คนไทย	231	96.2
คนต่างชาติ	9	3.8
การมีบุตรของคูสมรส/คู่นอนประจำ (n=235)		
เคยมีบุตรกับคู่บริการ	64	27.2
เคยมีบุตรกับคนอื่น	55	23.4
ไม่เคยมีบุตร	116	49.4
การเปิดเผยผลเลือดกับคูสมรส/คู่นอนประจำ (n=241)		
เปิดเผย	213	88.4
ไม่เปิดเผย	28	11.6
การตรวจเลือดของคูสมรส/คู่นอนประจำ (n=240)		
ตรวจการติดเชื้อเอชไอวี	186	77.5
ไม่ตรวจการติดเชื้อ	40	16.7
ไม่ทราบว่าตรวจหรือไม่	14	5.8
ผลเลือดของคูสมรส/คู่นอนประจำ (n=204)		
ติดเชื้อ	115	56.4
ไม่ติดเชื้อ	71	34.8
ไม่ทราบผล	18	8.8
กรณีคูสมรส/คู่นอนประจำไม่ตรวจ/ไม่ทราบ เพราะคิดว่า (n=56)		
ติดเชื้อ	21	37.5
ไม่ติดเชื้อ	35	62.5
คู่นอนชั่วคราว** (n=321)		
มี	48	15
ไม่มี	273	85
ความต้องการมีคู่เพิ่ม (n=327)		
ไม่ต้องการ	243	74.5
ต้องการ	30	9.1
ไม่แน่ใจ	54	16.4

การตั้งครรภ์และการมีบุตรของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าร้อยละ 72.4 ไม่ตั้งครรภ์แต่เคยตั้งครรภ์มาก่อน รองลงมา ไม่ตั้งครรภ์และไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน ร้อยละ 18.7 และกำลังตั้งครรภ์ ร้อยละ 8.9 ตามลำดับ ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจสูงถึงร้อยละ 72.4

ส่วนใหญ่เคยมีบุตรแล้ว ร้อยละ 70.3 แต่เป็นการมีบุตรกับคูสมรสปัจจุบันเพียง ร้อยละ 44.6 ส่วนใหญ่มีบุตร 1 คน ร้อยละ 46.4 รองลงมา ไม่เคยมีบุตรเลย เคยมีบุตรแล้ว 2 คน และมากกว่า 2 คน ตามลำดับ พบว่าเคยแท้งบุตร ร้อยละ 42.3 เป็นการแท้งบุตรสูงถึง

ร้อยละ 67.3 ส่วนเหตุผลในการทำแท้งของสตรีติดเชื้อ เป็นอุปสรรคต่อการเรียน/อาชีพ และกลัวเป็นภาระ เอชไอวีสูงสุดคือ กลัวลูกติดเชื้อสูงถึงร้อยละ 48.5 ครอบครัว ตามลำดับ (ตารางที่ 4) รองลงมา เรื่องความไม่พร้อมทางการเงิน ยังไม่แต่งงาน

ตารางที่ 4 ร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตาม การตั้งครรภ์และการมีบุตร

การตั้งครรภ์และการมีบุตร	จำนวน	ร้อยละ
การตั้งครรภ์ (n=326)		
กำลังตั้งครรภ์	29	8.9
ไม่ตั้งครรภ์และไม่เคยตั้งครรภ์มาก่อน	61	18.7
ไม่ตั้งครรภ์แต่เคยตั้งครรภ์มาก่อน	236	72.4
กลุ่มที่กำลังตั้งครรภ์ (n=29)		
ตั้งครรภ์โดยตั้งใจ	8	27.6
ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ	21	72.4
การมีบุตร (n=263)		
เคยมีบุตร	185	70.3
ไม่เคยมีบุตร	78	29.7
การมีบุตรกับคู่สมรสปัจจุบัน (n=267)		
มีบุตร	119	44.6
ไม่มีบุตร	148	55.4
จำนวนบุตรทั้งหมด (n=263)		
ไม่เคยมีบุตรเลย	78	29.7
เคยมีบุตรแล้ว 1 คน	122	46.4
เคยมีบุตรแล้ว 2 คน	56	21.3
เคยมีบุตรแล้วมากกว่า 2 คน	7	2.6
การแท้งบุตร (n=327)		
เคยแท้งบุตร	139	42.3
ไม่เคยแท้งบุตร	188	57.7

ข้อมูลเรื่องการวางแผนครอบครัว พบว่า วางแผนครอบครัวสูงถึงร้อยละ 73.8 และเป็นการ วางแผนต้องการมีบุตร ร้อยละ 27.4 ไม่ต้องการมีบุตร ร้อยละ 72.6 ในกลุ่มที่ต้องการมีบุตร ด้วยเหตุผลคือ ทำให้มีความหวังและกำลังใจในชีวิต การมีบุตรทำให้มี ชีวิตเหมือนคนอื่นปกติ ต้องการมีบุตรเพื่อมีผู้สืบสกุล ต้องการมีบุตรเพิ่มเพื่อกินได้ และมั่นใจว่าลูกจะไม่ติด เชื้อเอชไอวี ตามลำดับ เหตุผลอื่นๆ เช่น แต่งงานใหม่มี ทั้งสามีทราบและไม่ทราบผลเลือด มีทั้งผลเลือดเหมือน

และผลเลือดต่าง ส่วนในกลุ่มที่ไม่ต้องการมีบุตร ด้วย เหตุผลหลักคือ กลัวลูกติดเชื้อ ร้อยละ 70 นอกจากนี้ ยังมีเหตุผล กลัวสุขภาพตนเองไม่สมบูรณ์ อายุมาก มีลูกพอแล้ว และปัญหาค่าใช้จ่ายเศรษฐกิจ ตามลำดับ จะเห็นได้ว่าเมื่อมีการให้ข้อมูลถ้ามีวิธีปลอดภัยลดการ ติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ การตัดสินใจต้องการมีบุตรเพิ่มขึ้น จาก 68 ราย เป็น 119 ราย คิดเป็นร้อยละ 75 และถ้ามี คลินิกวางแผนครอบครัวเฉพาะสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีผู้สนใจเข้าร่วมคลินิก ร้อยละ 56.9 (ตารางที่ 5)

ตารางที่ 5 ร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตาม วางแผนครอบครัว ความต้องการมีบุตร เหตุผลที่ต้องการ/ไม่ต้องการมีบุตร การตัดสินใจมีบุตร และคลินิกวางแผนครอบครัว

การวางแผนครอบครัว	จำนวน	ร้อยละ
วางแผนครอบครัว (n=328)		
วางแผน	242	73.8
ไม่วางแผน	86	26.2
ความต้องการมีบุตร (n=248)		
ต้องการ	68	27.4
ไม่ต้องการ	180	72.6
เหตุผลที่ต้องการมีบุตร*		
มั่นใจว่าลูกจะไม่ติดเชื้อ	15	23.8
สามีไม่ทราบผลเลือด	7	10.8
แต่งงานใหม่สามีผลเลือดเหมือนกัน	5	7.7
แต่งงานใหม่สามีผลเลือดต่าง	8	12.3
ครอบครัวต้องการและทราบผลเลือด	11	16.9
ครอบครัวต้องการ/ไม่ทราบผลเลือด	11	16.9
ต้องการมี/เพิ่มบุตรเพศชาย	4	6.2
ต้องการมี/เพิ่มบุตรเพศหญิง	9	13.8
ต้องการมี/เพิ่มบุตรเพศใดก็ได้	19	29.2
ต้องการผู้สืบสกุล	23	35.4
มีความหวัง/กำลังใจในชีวิต	35	53.8
มีชีวิตเหมือนคนอื่นปกติ	31	47.7
อื่น ๆ	4	6.2
เหตุผลที่ไม่ต้องการมีบุตร *		
กลัวลูกติดเชื้อ	140	70
มีลูกพอแล้ว	41	20.5
ไม่ต้องการมีลูกเลย	27	13.6
อายุเยอะ	44	22.1
กลัวลูกพิการ	21	10.6
ปัญหาค่าใช้จ่ายเศรษฐกิจ	37	18.6
กลัวสุขภาพตนเองไม่สมบูรณ์	68	34.2
สามีไม่ต้องการให้มี	8	4
อื่น ๆ	12	6
ถ้ามีวิธีปลอดภัยลดการติดเชื้อ (n=327)		
ตัดสินใจมีบุตร	119	36.4
ตัดสินใจไม่มีบุตร	208	63.6
คลินิกวางแผนครอบครัว (n=327)		
สนใจเข้าร่วม	186	56.9
ไม่สนใจเข้าร่วม	141	43.1

*ตอบได้มากกว่าหนึ่งข้อ

การคุมกำเนิดของสตรีติดเชื้อเอชไอวี พบว่า มีการคุมกำเนิด ร้อยละ 73.9 วิธีการคุมกำเนิดที่ใช้มากที่สุดคือ การใช้ถุงยางอนามัย ร้อยละ 93.9 โดยจะ ใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ร้อยละ 79.6 แต่เป็นการใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับการคุมกำเนิดวิธีอื่น (Dual technique) เพียงร้อยละ 35.7 ส่วนใหญ่ใช้ ถุงยางอนามัยเพียงอย่างเดียว ร้อยละ 64.3 ด้วยเหตุผล เพราะคิดว่าใช้อย่างเดียวก็พอร้อยละ 66.5 โดยไม่ ทราบว่าต้องใช้ 2 อย่าง และกลัวผลข้างเคียงจากการ

คุมกำเนิด ตามลำดับ แต่กลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัยร่วมกับ วิธีอื่น ด้วยเหตุผลเพื่อการคุมกำเนิดมีประสิทธิภาพสูงสุด ร้อยละ 63.5 ในกลุ่มที่ใช้ถุงยางอนามัย พบว่าไม่ใช้ ถุงยางอนามัยทุกครั้งเมื่อมีเพศสัมพันธ์ ร้อยละ 23.4 ด้วยเหตุผลสูงสุดคือลืม/ฉุกเฉิน ต้องการมีบุตร สามีไม่ ทราบผลเลือด ไม่ต้องการใช้ ไม่อยากใช้ ตามลำดับ อย่างไรก็ตามความรู้เรื่องการคุมกำเนิดของสตรีติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ ร้อยละ 79.9 ได้ความรู้มาจากบุคลากรทางการแพทย์ (ตารางที่ 6)

ตารางที่ 6 ร้อยละของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกตาม การคุมกำเนิด การใช้ถุงยางอนามัย และแหล่งที่มาความรู้

การคุมกำเนิด	จำนวน	ร้อยละ
การคุมกำเนิดในปัจจุบัน (n=326)		
ไม่คุมกำเนิด	85	26.1
คุมกำเนิด	241	73.9
วิธีการคุมกำเนิด*		
ยาเม็ดคุมกำเนิด	15	6.1
ยาฉีดคุมกำเนิด	11	4.5
ยาฝังคุมกำเนิด	6	2.4
ใส่ห่วง	1	0.4
ทำหมันหญิง	45	18.3
ทำหมันชาย	4	1.6
ยาคุมกำเนิดฉุกเฉิน	4	1.6
ถุงยางอนามัย	231	93.9
การหลังขังนอก	6	2.5
การนับวันปลอดภัย	4	1.6
การใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ (n=309)		
ใช้	246	79.6
ไม่ใช้	63	20.4
การใช้ถุงยางอนามัย (n=241)		
ใช้ถุงยางอย่างเดียว	155	64.3
ใช้ถุงยางร่วมกับวิธีอื่น	86	35.7
ความถี่การใช้ถุงยางอนามัย (n=244)		
ใช้ถุงยางทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	187	76.6
ใช้ถุงยางไม่ทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์	57	23.4
เหตุผลที่ใช้ถุงยางอย่างเดียว*		
ไม่ทราบว่าต้องใช้ 2 อย่าง	31	19.3
ค่าใช้จ่ายวิธีอื่นสูง	1	0.6
คิดว่าใช้อย่างเดียวก็พอ	107	66.5
ยุ่งยาก	6	3.7
กลัวผลข้างเคียงจากการคุมกำเนิด	23	14.3
คู่มือให้ใช้วิธีอื่นร่วม	1	0.6
ไม่เปิดเผยผลเลือด	10	6.2
อื่นๆ		
เหตุผลที่ไม่ใช้ถุงยางทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์*		
ต้องการมีบุตร	10	17.9
ไม่ทราบว่าต้องใช้	3	5.4
สามีไม่ทราบผลเลือด	9	16.1
ไม่ต้องการใช้/ไม่ยากใช้	9	16.1
ลืม/ฉุกเฉิน	25	44.6
อื่นๆ		
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

วิจารณ์

การศึกษาในงานวิจัยนี้ พบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่เข้าร่วมการศึกษา 331 ราย อยู่ในวัยเจริญพันธุ์อายุตั้งแต่ 16-49 ปี โดยมีอายุเฉลี่ย 36.80 ปี ซึ่งอยู่ในกลุ่มที่อายุก่อนวัยมากเมื่อเทียบกับรายงานทางระบาดวิทยา พบว่า อายุเฉลี่ยของสตรีติดเชื้อเอชไอวีทั่วประเทศไทย อายุประมาณ 30-34 ปี⁽⁹⁾ สตรีติดเชื้อเอชไอวีในการศึกษานี้ส่วนใหญ่ติดเชื้อมากกว่า 5 ปี สูงถึงร้อยละ 74 และมีการดูแลตัวเองดี สุขภาพดี ระดับ CD4 >350 ร้อยละ 65.3 ค่า viral load น้อยกว่า 40 สูงถึง ร้อยละ 85.2 รับประทานยาต้านไวรัสร้อยละ 93.5 อย่างมีประสิทธิภาพ ร้อยละ 93.2 ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลจากแนวทางการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับผู้ติดเชื้อพบว่า การได้รับยาต้านไวรัสที่ครอบคลุม ทั้งถึงมากขึ้นในประเทศไทย ทำให้สุขภาพของทั้งผู้หญิง ผู้ชายแข็งแรงขึ้น อายุยืนยาวขึ้น ซึ่งบุคคลเหล่านี้จะเริ่มวางแผนอนาคต^(1,10) รวมถึงคิดเรื่องเพศสัมพันธ์หรือโอกาสในเรื่องมีครอบครัวหรือมีลูก

ด้วยเหตุที่การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่วินิจฉัยได้ในวัยเจริญพันธุ์ สตรีติดเชื้อเอชไอวีจึงยังมีเพศสัมพันธ์และต้องมีการวางแผนครอบครัว⁽¹¹⁻¹⁴⁾ จากการศึกษาพบว่าร้อยละ 73.9 ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีมีคู่นอนประจำ และยังมีเพศสัมพันธ์ปกติ รวมถึงมีคู่วัยราวร้อยละ 15 และยังต้องการมีคู่อีกเพิ่มร้อยละ 9.1 สอดคล้องกับการศึกษาทั้งในประเทศพัฒนาแล้วและกำลังพัฒนาพบว่า 2 - 4 คน ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีทุก 5 คน ยังมีเพศสัมพันธ์ปกติ⁽¹⁵⁻²⁰⁾ โดยการศึกษาเรื่องพฤติกรรมทางเพศของสตรีติดเชื้อเอชไอวีในแคนาดา ก็ยืนยันว่า ร้อยละ 70 ยังมีเพศสัมพันธ์ตามปกติ⁽²¹⁾ การศึกษาที่เคนยาศึกษาในสตรีติดเชื้อเอชไอวี 179 คน ยังมีเพศสัมพันธ์ปกติ ประมาณร้อยละ 70 ในกลุ่มที่ได้รับยาต้านไวรัส ระหว่าง 18 ถึง 24 เดือน⁽²²⁾ ในการศึกษาที่บราซิล ศึกษาในสตรีติดเชื้อเอชไอวี 103 คนรับประทานยาต้านไวรัสมา 24 เดือน จะมีเพศสัมพันธ์ปกติ ร้อยละ 78⁽²³⁾

การศึกษานี้พบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ

55.4 ไม่มีบุตรกับคู่อุปถัมภ์ ในขณะที่ร้อยละ 29.7 ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีในการศึกษานี้ไม่เคยมีบุตรเลย เมื่อสอบถามเฉพาะกลุ่มที่วางแผนครอบครัวและวางแผนว่าจะมีบุตรพบว่า ต้องการมีบุตรร้อยละ 27.4 สอดคล้องกับข้อมูลที่สำคัญในประเทศที่พัฒนาแล้ว และกำลังพัฒนาพบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 18-43 ต้องการมีบุตรในอนาคต^(4,5,24,25) โดยร้อยละ 25 ถึง 30 ของสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่รับยาต้านไวรัส ในกลุ่มประเทศอเมริกาเหนือต้องการมีบุตร^(4,5) และเหตุผลส่วนใหญ่คือต้องการผู้สืบสกุล แต่จากการศึกษานี้พบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีต้องการมีบุตรโดยมีเหตุผลเพื่อเป็นความหวังและกำลังใจในชีวิตเป็นอันดับหนึ่ง และเพื่อมีชีวิตเหมือนคนอื่นปกติ และมีผู้สืบสกุล เป็นลำดับถัดมา อาจเป็นเพราะว่าปัจจุบันสตรีติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มที่ศึกษาเป็นกลุ่มที่ได้รับการรักษามานาน และปัจจุบันอยู่ในสังคมที่ต้องการให้ผู้อื่นยอมรับในเรื่องของความต้องการมีบุตรของสตรีติดเชื้อเอชไอวี ในทางตรงกันข้ามพบว่าครึ่งหนึ่งของสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่ตั้งครรภ์ในประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ⁽⁶⁾ ซึ่งน้อยกว่าการศึกษานี้ที่พบว่าในกลุ่มสตรีที่ตั้งครรภ์ เป็นการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจสูงถึง ร้อยละ 72.4 สะท้อนถึงปัญหาเรื่องการวางแผนครอบครัวที่ยังมีอยู่ทั้งที่สตรีติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดของการศึกษานี้เป็นสตรีติดเชื้อที่อยู่ในระบบการดูแลของโรงพยาบาลอยู่แล้ว แต่อย่างไรก็ตาม การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจของการศึกษานี้ยังน้อยกว่าสามการศึกษาในประเทศแอฟริกาใต้ ซึ่งพบว่า ในหญิงตั้งครรภ์ 242 คนตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจสูงถึงร้อยละ 84^(2,3)

โดยข้อมูลจากการศึกษานี้พบว่า เมื่อมีการให้ความรู้เกี่ยวกับเรื่องการตั้งครรภ์ในสตรีติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกพบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีวางแผนต้องการมีบุตรเพิ่มขึ้นจาก 68 คน เป็น 119 คน คิดเป็นร้อยละ 36.4 ซึ่งเพิ่มขึ้นจากเดิมถึงร้อยละ 75 รวมถึงเมื่อมีคลินิกวางแผนครอบครัวโดยเฉพาะสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี มีผู้สนใจเข้าร่วมคลินิก ร้อยละ 56.9 สอดคล้องกับแนวความคิดที่สนับสนุน

การวางแผนครอบครัวเพื่อการเตรียมตัวที่ดีในการช่วยให้สตรีติดเชื้อเอชไอวีสามารถตัดสินใจ เรื่องเพศสัมพันธ์ และการวางแผนครอบครัว⁽²⁶⁾

จากการศึกษานี้พบว่าสตรีติดเชื้อเอชไอวีมีการวางแผนครอบครัวค่อนข้างสูงถึงร้อยละ 73.8 ซึ่งอาจเป็นเนื่องจากสตรีกลุ่มนี้ได้รับการดูแลรักษาต่อเนื่องจากสถาบันโรคติดเชื้อที่มีการดูแลสตรีติดเชื้ออย่างครบกระบวนการโดยสหสาขาวิชาชีพโดยตรงมานานเฉลี่ย แต่ละคน 8.45 ปี และพบว่าเคยมีบุตรมาแล้วสูงถึงร้อยละ 70.3 ซึ่งโรงพยาบาลมักจะมีการให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวกับสตรีติดเชื้อเอชไอวีตอนหลังคลอดเสมอ แต่การตัดสินใจเรื่องการคุมกำเนิดหรือไม่ขึ้นอยู่กับหลายปัจจัย เช่น ข้อมูลการศึกษาเรื่องการคุมกำเนิดหลังคลอดทันทีในสตรีติดเชื้อเอชไอวีที่จังหวัดเชียงใหม่จำนวน 776 ราย ที่ได้รับข้อมูลเรื่องการคุมกำเนิดทุกราย แต่มีเพียงร้อยละ 39 ที่ยอมรับการคุมกำเนิดทันทีหลังคลอด⁽²⁷⁾ เหมือนการศึกษาใน Rwanda พบว่าการให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวในสตรีติดเชื้อเอชไอวีสามารถให้ได้สูงถึงร้อยละ 92 ในสตรีหลังคลอด แต่อย่างไรก็ตาม มีเพียงร้อยละ 54 ของผู้ที่ได้รับความรู้แล้วเลือกใช้วิธีการคุมกำเนิดวิธีต่าง ๆ⁽²⁸⁾ จะเห็นได้ว่าการให้ข้อมูลและความรู้กับสตรีหลังคลอดเอชไอวีอาจเรื่องการวางแผนครอบครัวในขณะหลังคลอดเพียงอย่างเดียวอาจไม่เพียงพอสำหรับสตรีติดเชื้อเอชไอวี จึงสนับสนุนให้การแนะนำและให้ข้อมูล ความรู้ เรื่องการวางแผนครอบครัว และความ ต้องการมีบุตรเป็นการดูแลขั้นพื้นฐานของสตรีติดเชื้อเอชไอวี ที่ควรได้รับอย่างสม่ำเสมอ⁽²⁹⁾ แต่จากการศึกษาการวางแผนครอบครัวในสตรีติดเชื้อเอชไอวีของโรงพยาบาลทั่วไปในประเทศไทย พบว่ามีการส่งผู้ติดเชื้อจากคลินิกยาต้านไวรัสไปรับบริการวางแผนครอบครัวเพียงร้อยละ 45.8⁽¹⁾ และจากการศึกษาในชุมชนเวียงพบว่า ยังมีสตรีติดเชื้อเอชไอวีจำนวนมากที่ต้องการวางแผนครอบครัว แต่ไม่สามารถเข้าถึงบริการได้ ทั้งที่การวางแผนครอบครัวเป็นความต้องการที่แท้จริงของสตรีติดเชื้อเอชไอวี^(30, 31) สอดคล้องกับการศึกษา

ที่อุกันดา พบว่า 3 ใน 4 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีเพศสัมพันธ์ ไม่ใช้ถุงยางอนามัย และการคุมกำเนิดวิธีใด ๆ ทั้ง ๆ ที่ไม่ต้องการมีบุตร^(2, 3) และมีหลายปัจจัยที่สตรีติดเชื้อเอชไอวีเหมือนกับสตรีทั่วไปที่ได้รับความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัวน้อย หรือได้รับข้อมูลเรื่องการคุมกำเนิดแบบผิด ๆ รวมถึงการมีข้อจำกัดในการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัว^(32, 33) จากการศึกษานี้พบว่า สตรีติดเชื้อเอชไอวีคุมกำเนิดร้อยละ 73.9 โดยวิธีใช้ถุงยางอนามัยสูงสุดร้อยละ 93.3 แต่เป็นการใช้ถุงยางอนามัย เพียงอย่างเดียวถึงร้อยละ 64.3 ด้วยเหตุผลสูงสุด คือคิดว่าใช้อย่างเดียวก็พอ ซึ่งไม่สอดคล้องกับคำแนะนำวิธีการคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี คือการคุมกำเนิดโดยใช้ถุงยางอนามัย ร่วมกับการคุมกำเนิดวิธีอื่น⁽³⁴⁾ ซึ่งจากการศึกษานี้พบว่าความรู้เรื่องดังกล่าวร้อยละ 79.9 ได้จากบุคลากรทางการแพทย์ จึงควรมีการพัฒนาความรู้ความเข้าใจ และความตระหนักของบุคลากรผู้ให้บริการและพัฒนากระบวนการวางแผนครอบครัว ให้กับสตรีติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบ เพื่อลดปัญหาการแพร่กระจายเชื้อและการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ รวมถึงสร้างความรู้ความเข้าใจที่ดีในเรื่องการวางแผนครอบครัวแก่สตรีติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ซึ่งการวางแผนครอบครัวที่ดีจะสามารถสร้างความเข้าใจ และการตัดสินใจมีบุตรได้อย่างถูกต้อง และปลอดภัยให้แก่สตรีติดเชื้อเอชไอวีวัยเจริญพันธุ์

สรุป

ผู้ติดเชื้อเอชไอวีปัจจุบัน ส่วนใหญ่ในประเทศไทย อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ ร้อยละ 89.41 และแนวโน้มการเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์มีแนวโน้มลดลงกว่าในอดีต เนื่องจากการรักษาผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาว และมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น⁽⁹⁾ จากการที่ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ การวางแผนครอบครัว การคุมกำเนิดการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จึงเป็นเรื่องสำคัญ รวมถึงปัจจุบันพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความต้องการมีบุตรเพิ่มมากขึ้น จากการศึกษาพบว่า การวางแผนครอบครัวในสตรีติดเชื้อเอชไอวียังไม่ครอบคลุมในสตรีติดเชื้อ ดังนั้นผู้ดูแล

เรื่องสุขภาพ ให้แก่สตรีติดเชื้อเอชไอวี ควรจะต้องทำความเข้าใจผลกระทบต่อสตรีติดเชื้อเอชไอวี วัยเจริญพันธุ์เรื่องความต้องการมีบุตร การตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ จึงมีข้อเสนอแนะให้บุคลากรทางการแพทย์ ควรจะต้องให้คำแนะนำ เรื่องการวางแผนครอบครัว เรื่องการคุมกำเนิดการมีบุตร เป็นประจำกับกลุ่มสตรีติดเชื้อเอชไอวี และควรจัดเป็นการดูแลขั้นพื้นฐานที่สตรีติดเชื้อเอชไอวีทุกคนควรได้รับ⁽²⁹⁾ ควรสนับสนุนให้มีการพัฒนาคลินิกวางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติดเชื้ออย่างเป็นระบบให้กับผู้ติดเชื้อที่มีคู่ทุกรายเพื่อประโยชน์ทั้งการป้องกันและตอบสนองความต้องการมีบุตร รวมถึงการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ โดยควรมีการศึกษาเพิ่มเติมถึงปัจจัยที่มีผลต่อการวางแผนครอบครัวของสตรีติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาคลินิกในการวางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่เหมาะสมต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. นันทา อ่วมกุลม. พรสิณี อมรวิเชษฐ์. 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. Moloney-Kitts M, Fuchs N. Family planning/HIV integration: technical guidance for USAID-supported field programs. Washington, DC: USAID; 2003.
8. Department of HIV/AIDs. Strategic approaches to the prevention of HIV infection in infants. Geneva: Switzerland; 2003.
9. AIDSThai. วิเคราะห์สถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทย พ.ศ. 2553. นนทบุรี: สำนักโรคเอดส์ วัณโรค และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค: 2553.
10. สำนักที่ปรึกษา. แนวทางการดำเนินโครงการพัฒนารูปแบบ การให้บริการอนามัยเจริญพันธุ์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2551.
11. Allen S, Meinzen-derr J, Kautzman M, Zulu I, Trask S, Fideli U, Musonda R, Kasolo F, Gao F, and Haworth A. Sexual behavior of HIV discordant couples after HIV counseling and testing. *AIDS*. 2003; 17(5): 733-40.
12. De Bruyn M, Njoko M, Odhiambo D, and Paxton S. HIV/AIDS, pregnancy and abortion-related care: A preliminary inquiry. Chapel Hill, North Carolina, Ipas, Dec. 2002.
13. Nebie Y, Meda N, Leroy V, Mandelbrot L, Yaro S, Sombie I, Cartoux M, Tiendrebeogo S, Dao B, Ouangre A, Nacro B, Fao P, Ky-zerbo O, Van de perre P, and Dabis F. Sexual and repro-

- ductive life of women informed of their HIV seropositivity: A prospective cohort study in Burkina Faso. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2001; 28(4): 367-72.
14. Saada M, Le Chenadec J, Berrebi A, Bongain A, Delfraissy JF, Mayaux MJ, and Meyer L. Pregnancy and progression to AIDS: Results of the French prospective cohorts. SEROGEST and SEROCO Study Groups. *AIDS*. 2000 ; 14(15): 2355-60.
15. De Vincenzi I, Jadand C, Couturier E, Brunet JB, Gallais H, Gastaut JA, Goujard C, Deveau C, and Meyer L. Pregnancy and contraception in a French cohort of HIV-infected women. SEROCO Study Group. *AIDS*.1997 ; 11(3): 333-8.
16. Desgrees Du Lou A, Msellati P, Viho I, Yao A, Yapi D, Kassi P, Welffens-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. Hankins C, Tran T, and Lapointe N. Sexual behavior and pregnancy outcome in HIV-infected women. Canadian Women's HIV Study Group. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*.1998; 18(5): 479-87.
18. Mitchell HS. and Stephens E. Contraception choice for HIV positive women. *Sexually Transmitted Infections*. 2004; 80(3): 167-73.
19. Murphy D, Lynch M, Desmond N, and Mulcahy FM. Contraceptive practices in HIV seropositive females in Ireland. *International Journal of STD and AIDS*.1993; 4(2): 107-9.
20. Wilson TE, Massad LS, Riester KA, Barkan S, Richardson J, Young M, Gurtman A, and Greenblatt R. Sexual, contraceptive, and drug use behaviors of women with HIV and those at high risk for infection: Results from the Women's Interagency HIV Study. *AIDS*. 1999; 13(5): 591-8.
21. Hankins C, Tran T, Lapointe N. Sexual behavior and pregnancy outcome in HIV-infected women. Canadian s HIV Study Group. *J Acquir Immune Defec Syndr Hum Retrovirol*. 1998; 18: 479-87.
22. Sarna A, Luchters S, Munyao P, Okal J, Shikely K, Mandaliya K, and Rutenberg N. Fertility preferences and family planning experiences among ART clients in Mombasa, Kenya. *Proceedings of the International Conference on Actions to Strengthen Linkages between Sexual and Reproductive Health and HIV/AIDS*; 2007. 4-7.
23. Barroso PF, Schechter M, Cerbino-Neto J, Almeida MH, Littleton M, and Harrison LH. Sexual activity after initiation of antiretroviral therapy in Brazil. *Proceedings of the XIV International AIDS Conference, Barcelona, Spain*; 2002. 7-12.
24. 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.
25. 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.
26. Population Reports. Family planning choices for women with HIV. JOHNS HOPKINS BLOOMBERG School of public health. Series L, Number 15 Issues in World Health; 2007. 1-23.
27. โพลีรัฐ วิวัฒน์วงศ์วนา, ยุวพา วิวัฒน์วงศ์วนา. การคุมกำเนิดหลังคลอดทันทีในผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเอดส์จังหวัดเชียงราย. *วารสารวิชาการสาธารณสุข* 2537; 2: 98-103.
28. Rwanda Ministry of Health. Evaluation of access to and utilization of prevention of mother-to-child transmission (PMTCT) services of HIV in Rwanda. Kigali, TRAC, ICAP, EGPAF; 2007.
29. Aaron EZ, Criniti SM. Preconception Health Care for HIV-infected Women. 2007; 15(4): 137-41.
30. Hatzell T. and R EB. Final report: Assessment of how family planning and HIV services can be integrated in Zimbabwe. Durham, North Carolina, Family Health International; 2006. (Unpublished)
31. Central Statistical Office (CSO) [ZIMBABWE] and Macro International Inc. Zimbabwe Demographic and Health Survey, 2005-06. Calverton, Maryland, CSO and Macro International Inc. 2007.
32. Campbell M, Sahin-Hodoglugil NN, and Potts M. Barriers to fertility regulation: A review of the literature. *Studies in Family Planning*. 2006; 37(2): 87-98.
33. De Bruyn M, Njoko M, Odhiambo D, and Paxton S. HIV/AIDS, pregnancy and abortion-related care: A preliminary inquiry. Chapel Hill, North Carolina, Ipas. 2002.
34. Berer M. Dual protection: More Needed than practice or understood. *Reproductive Health Matters* 2006; 14(28): 162-170.

60.2 ส่วนใหญ่สุนัขมีอายุ 2-3 ปี (ก่อนดำเนินการ ค่าเฉลี่ยจำนวนสุนัขต่อหลังเท่ากับ 1.95 ตัวค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.44 พิสัย = 1-10 หลังดำเนินการเฉลี่ยจำนวนสุนัขต่อหลังเท่ากับ 1.70 ตัว ค่าเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.03 พิสัย = 1-6) ก่อนและหลังดำเนินการเลี้ยงปล่อยตามธรรมชาติร้อยละ 91.4 88.8 ทั้งก่อนและหลังดำเนินการส่วนใหญ่ไม่คุมกำเนิด สุนัขร้อยละ 85.4 และ 87.2 ตามลำดับ การให้วัคซีนสุนัข หลังดำเนินการให้วัคซีนทุกปีร้อยละ 76.3 ไม่เคยให้วัคซีนร้อยละ 13.5 ซึ่งดีกว่าก่อนดำเนินการให้วัคซีนร้อยละ 65.0 ไม่เคยให้วัคซีนร้อยละ 16.4 โดยเฉพาะการให้วัคซีนปี 2552 สูงถึงร้อยละ 76.3 ถ้าไม่นับรวมสุนัขอายุน้อยกว่า 2 เดือน ร้อยละ 4.2 การให้วัคซีนสุนัขสูงถึงร้อยละ 79.6 การให้วัคซีนสุนัขทั้งก่อนและหลังดำเนินการ แตกต่างอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.01$) สำหรับเหตุผลที่ไม่นำสุนัขไปฉีดวัคซีน ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า จับสุนัขไม่ได้/จับยาก/สุนัขไม่อยู่ ไม่ทราบว่าต้องฉีดวัคซีนเมื่อไร และคอยบริการฉีดวัคซีนจากอาสาสมัคร (ตารางที่ 2)

3. ระดับความรับผิดชอบในการเลี้ยงสุนัข

ระดับความรับผิดชอบในการเลี้ยงสุนัขของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการรณรงค์พบว่า ส่วนใหญ่อยู่ในระดับเห็นด้วยร้อยละ 45.0 และ 52.0 ระดับกลางร้อยละ 53.3 และ 47.8 เปรียบเทียบคะแนนความรับผิดชอบ ในการเลี้ยงสุนัขก่อนและหลังดำเนินการได้ค่าคะแนนเฉลี่ย 29.99 และ 31.0 ซึ่งทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.01$) ตามข้อมูลตารางที่ 3

4. ความรู้ความเข้าใจเรื่องโรคพิษสุนัขบ้า และความตระหนักต่อโรคพิษสุนัขบ้า

ความรู้ความเข้าใจโรคพิษสุนัขบ้าของกลุ่มตัวอย่างก่อนและหลังดำเนินการ ส่วนใหญ่มีความรู้ในระดับต่ำร้อยละ 91.0 และ 70.6 ระดับพอใช้ร้อยละ 8.6 และ 20.5 ระดับดีร้อยละ 0.4 และ 8.8 ตามลำดับ

ก่อนและหลังดำเนินการได้คะแนนเฉลี่ย 9.74 และ 11.05 จากคะแนนเต็ม 23 คะแนน คะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p\text{-value} < 0.01$) ในด้านความตระหนักโรคพิษสุนัขบ้าก่อนและหลังดำเนินการอยู่ในระดับเห็นด้วย ร้อยละ 39.0 และ 37.3 ส่วนใหญ่อยู่ในระดับกลางร้อยละ 59.7 และ 62.1 ตามลำดับ เมื่อเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยก่อนและหลังดำเนินการ ร้อยละ 43.81 และ 44.03 ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน

5. การให้วัคซีนในสุนัขและการรับบริการหลังถูกสุนัขกัด

หลังดำเนินการครบครัวของกลุ่มตัวอย่างประชากรในปี 2552 ถูกสุนัขกัดร้อยละ 11.1 (ตั้งแต่อดีตถึงปี 2551 ครอบครัวยกตัวอย่างเคยถูกสุนัขกัด ร้อยละ 42.0) มีการติดตามสุนัขครบ 10 วันสุนัขยังมีชีวิตร้อยละ 62.3 ไม่ได้ติดตามดูอาการสุนัขร้อยละ 24.5 การติดตามดูอาการสุนัขทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน การทำความสะอาดแผลหลังถูกกัด หลังดำเนินการทำความสะอาดแผล ล้างด้วยน้ำสบู่หลายครั้งร้อยละ 43.4 ล้างด้วยน้ำสบู่และใส่ยาฆ่าเชื้อร้อยละ 32.1 ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.01$)

การฉีดวัคซีนป้องกันหลังถูกสุนัขกัด พบว่าหลังดำเนินการฉีดวัคซีนครบ 5 เข็ม ร้อยละ 47.2 ฉีดวัคซีน 1 - 3 เข็มแพทย์ให้หยุด ร้อยละ 26.5 ไม่ไปฉีดวัคซีนร้อยละ 13.2 ซึ่งดีกว่าก่อนดำเนินการ แสดงว่าหลังดำเนินการผู้ถูกสุนัขกัดไปพบแพทย์ ร้อยละ 86.8 ซึ่งมากกว่าก่อนดำเนินการหลังถูกกัดไปพบแพทย์ ร้อยละ 74.0 การไปพบแพทย์ก่อนและหลังดำเนินการแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = 0.02$) เหตุผลไม่ฉีดวัคซีนป้องกันหลังถูกสุนัขกัด เนื่องจากสุนัขได้รับการฉีดวัคซีนร้อยละ 57.1 สุนัขเลี้ยงเองคิดว่าไม่เป็นอะไร ร้อยละ 14.3 สุนัขไม่ตาย เมื่อติดตาม 10 วัน ร้อยละ 14.3 ถูกกัดเป็นแผลเล็กน้อยร้อยละ 14.3 ส่วนเหตุผลตามความเชื่อเดิมที่มีการรักษาตามพื้นบ้าน/แผนโบราณไม่มีเลย แสดงว่าความเชื่อเดิมในการรักษาอาจจะหมดไปจากชุมชน ดังข้อมูลในตารางที่ 4