

อนาคตของการจัดบริการวางแผนครอบครัว สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในไทย

นันทา อ่วมกุล

พรสิณี อมรวิเศษชัย

สำนักที่ปรึกษา กรมอนามัย

บทคัดย่อ

การวางแผนครอบครัวเป็นเรื่องสำคัญและจำเป็นสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ แต่ยังมีช่องว่างของการให้บริการโดยพบว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจมากขึ้น จึงศึกษาโดยใช้วิธีการวิจัยแบบ mixed method และเชิงพรรณนา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการวางแผนครอบครัว ทศนคติ และความต้องการของผู้ให้บริการ ผู้รับบริการและผู้เกี่ยวข้อง ตลอดจนเพื่อพัฒนากรอบแนวทางการให้บริการวางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติดเชื้อ เก็บข้อมูลเชิงปริมาณ ใช้แบบสอบถาม 5 ชุด และเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพโดยกระบวนการจัดการความรู้ ใน 8 จังหวัด ซึ่งสุ่มจากทั่วประเทศด้วยวิธีการสุ่มแบบแบ่งชั้นภูมิในระดับภาคและแบบง่ายในระดับจังหวัด ในเดือนมิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2551 พบว่า โรงพยาบาล ทุกแห่งให้บริการวางแผนครอบครัวโดยไม่เสียค่าบริการ มีการส่งผู้ติดเชื้อจากคลินิกยาด่านไวรัสไปรับบริการวางแผนครอบครัวร้อยละ 45.8 ส่วนคลินิกวางแผนครอบครัวมีผู้รับบริการเป็นผู้ติดเชื้อเพียงร้อยละ 0.4 หนึ่งในสี่ของผู้ให้บริการของคลินิกวางแผนครอบครัวและคลินิกยาด่านไวรัสรู้สึกว่าจะไม่พร้อมในการให้บริการคุมกำเนิดเพราะไม่มีความรู้เรื่องเอดส์ หรือวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อด้านไวรัสสูตรต่างๆ อย่างไรก็ตามผู้ให้บริการทุกคนเต็มใจที่จะให้บริการหากมีความรู้ที่ถูกต้อง ส่วนใหญ่ผู้ติดเชื้อต้องการชะลอการตั้งครรภ์ แต่ไม่มีวิธีป้องกันที่เหมาะสมกับตนเอง และรู้สึกสบายใจกว่าที่จะพูดคุยปรึกษาเบื้องต้นกับผู้ติดเชื้อด้วยกัน ประสพการณ์การให้บริการที่ผ่านมาพบว่าทัศนคติเชิงบวกต่อผู้ติดเชื้อ และการวางแผนครอบครัวของผู้ให้บริการและผู้ติดเชื้อเป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จที่สำคัญ และแสดงให้เห็นด้วยว่าคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อจะมีมากขึ้นด้วยการคุมกำเนิดที่มีประสิทธิภาพโดยสมัครใจ ซึ่งเป็นผลมาจากการปฏิบัติงานของผู้ให้บริการที่มีความรู้และทักษะ ร่วมกับแกนนำที่ผ่านการอบรมอย่างดี

คำสำคัญ: การวางแผนครอบครัว, ยาต้านไวรัส, ผู้ติดเชื้อเอชไอวี

บทนำ

องค์การอนามัยโลกให้กรอบแนวทางในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก^(1,2) โดยให้ความสำคัญที่การวางแผนครอบครัว กรอบแนวทางประกอบด้วย 4 เรื่อง ที่ต้องดำเนินการ ได้แก่ 1) การป้องกันระดับปฐมภูมิ คือการป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มวัยรุ่น

และเยาวชนหญิง 2) การป้องกันการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจหรือไม่พร้อมของกลุ่มหญิงติดเชื้อเอชไอวี 3) การป้องกันในกลุ่มหญิงมีครรภ์ติดเชื้อ ไม่ให้แพร่เชื้อไปสู่ทารกโดยให้ยาต้านไวรัส การคลอดที่ปลอดภัย การให้การปรึกษาและการสนับสนุนอาหารปลอดภัยเอชไอวี แก่ทารก (Prevention of Mother-to-Child Trans-

mission-PMTCT) และ 4) การดูแลมารดาและครอบครัวต่อเนื่อง (PMTCT plus)

ประเทศไทยประสบความสำเร็จในการดำเนินการ PMTCT สามารถลดการแพร่เชื้อสู่ทารกได้เฉลี่ยประมาณปีละ 1,100-1,200 คน⁽³⁾ และเริ่มดำเนินการ PMTCT plus มาตั้งแต่ปี 2545 แม้ว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงมีครรภ์ลดลงโดยลำดับ ปี 2550 เป็นร้อยละ 0.76⁽⁴⁾ ก็ตาม แต่จากการสังเกตพบว่าผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวี ที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมมีจำนวนเพิ่มมากขึ้น การศึกษาใน 14 ประเทศพบว่า การผนวกงานวางแผนครอบครัวเข้ากับ PMTCT ช่วยลดจำนวนการเจ็บป่วย การตายของทารกและลดการตั้งครภ์ที่ไม่พร้อมลงมาก⁽⁵⁾ ดังนั้นกรมอนามัยจึงเห็นความจำเป็นที่จะดำเนินการ เรื่องที่ 2 คือการป้องกันการตั้งครภ์ที่ไม่พร้อมของผู้ติดเชื้อ เป็นที่ประจักษ์ว่าการคุมกำเนิดและการวางแผนครอบครัวเป็นประเด็นอ่อนไหวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ จึงได้ศึกษาความพร้อมและความต้องการของผู้ให้และผู้รับบริการตลอดจนผู้มีส่วนได้ส่วนเสีย และวางแผนร่วมกันบนพื้นฐานข้อมูลที่เป็นจริงซึ่งจะเป็นเส้นทางความร่วมมือสู่เป้าหมายเดียวกัน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาสถานการณ์การให้บริการวางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ และความต้องการของผู้ให้และผู้รับบริการ เพื่อพัฒนากรอบแนวทางในการเพิ่มการเข้าถึงบริการวางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษาเชิงพรรณนาทั้งในเชิงปริมาณ และเชิงคุณภาพโดยใช้กระบวนการจัดการความรู้⁽⁶⁾ ดำเนินการในเดือน มิถุนายน-กรกฎาคม พ.ศ. 2551 ดังตารางที่ 1

การวิเคราะห์

การวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ นำข้อมูลทั้งสองส่วนมาประจุมาร่วมกับ ผู้เชี่ยวชาญ ผู้

ปฏิบัติงานภาครัฐ และผู้ปฏิบัติงานองค์กรเอกชนที่ทำงานด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และเอดส์ และแกนนำชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ศูนย์องค์รวมเพื่อวิเคราะห์และสังเคราะห์เป็นกรอบแนวทางการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์/วางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติดเชื้อ

ผลการศึกษา

ผลการรวบรวมข้อมูลจากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ 118 คน แกนนำชมรมผู้ติดเชื้อ 72 คน ผู้อำนวยการโรงพยาบาลหรือผู้แทน 24 คน ผู้ให้บริการที่คลินิกวางแผนครอบครัว 71 คน และผู้ให้บริการ/ผู้ให้การศึกษาที่คลินิกต้านไวรัส 66 คน มีดังนี้

ข้อมูลผู้ติดเชื้อเอชไอวี

สถานภาพสมรสและการติดเชื้อ ผู้ติดเชื้ออายุ 18-59 ปี เกือบทั้งหมดอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เป็นผู้หญิง ร้อยละ 69.5 ผู้ติดเชื้อ 2 ใน 5 มีสถานภาพสมรสคู่ โดย 1 ใน 4 นั้น คู่ของตนไม่ติดเชื้อเกือบครึ่งหนึ่ง (47%) ติดเชื้อทั้งคู่ และอีกเกิน 1 ใน 4 ไม่ทราบว่าคู่ของตนติดเชื้อหรือไม่

การเปิดเผยผลเลือด เจ้าหน้าที่สาธารณสุขเป็นกลุ่มที่ทราบผลการติดเชื้อสูงสุด (74.6%) รองลงมาคือแกนนำชมรมผู้ติดเชื้อ (66.9%) พ่อแม่ของตน (63.1%) และญาติของตนเอง (62.3%) เกือบครึ่งหนึ่งของผู้ติดเชื้อ (44.7%) เท่านั้นที่เปิดเผยผลเลือดกับคู่ของตน และประมาณ 2 ใน 5 ที่พ่อแม่หรือญาติของคู่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี

การเป็นสมาชิกชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี และการเข้าร่วมกิจกรรม ผู้ติดเชื้อร้อยละ 85.4 เป็นสมาชิกชมรม แต่มีเพียงร้อยละ 33.3 เท่านั้นที่ไปร่วมกิจกรรมอย่างสม่ำเสมอ ผู้ติดเชื้อเห็นว่าการจัดกิจกรรมของแกนนำช่วยแบ่งเบาภาระงานของเจ้าหน้าที่และเข้าใจผู้ติดเชื้อด้วยกัน สำหรับผู้ไม่ร่วมกิจกรรมเพราะคิดว่าไม่มีประโยชน์กับตนหรือต้องรีบกลับไปทำงาน หากมีกิจกรรมระหว่างรอพบแพทย์และเป็นกิจกรรมที่เป็น

อนาคตของการจัดบริการวางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ในไทย

ตารางที่ 1 วิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การศึกษา	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ
ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง	ผู้อำนวยการโรงพยาบาล ผู้ให้บริการที่คลินิกวางแผนครอบครัว ผู้ให้บริการ/ผู้ให้การศึกษาที่คลินิกด้านไวรัส หรือ แผนกผู้ป่วยนอก แกนนำชมรมผู้ติดเชื้อ ผู้ติดเชื้อ	ผู้ให้บริการที่คลินิกฝากครรภ์ คลินิกวางแผน ครอบครัว คลินิกยาต้านไวรัส พี่เลี้ยงชมรมผู้ติด- เชื้อ แกนนำชมรมผู้ติดเชื้อ และเจ้าหน้าที่องค์กร เอกชนที่ทำงานด้านเอดส์
วิธีการสุ่มตัวอย่าง	- stratified random sampling แบ่งเป็น 4 ภาค (เหนือ กลาง ตะวันออกเฉียงเหนือ และใต้) - เลือกจังหวัดภาคละ 2 จังหวัดโดยวิธี simple random sam- pling ภาคเหนือ ได้แก่ พิชญ์โลกและเชียงใหม่ ภาคกลาง ได้แก่ สระบุรีและจันทบุรี ภาคตะวันออกเฉียงเหนือ ได้แก่ บุรีรัมย์และยโสธร ภาคใต้ ได้แก่ ประจวบคีรีขันธ์และกระบี่ - แต่ละจังหวัดเลือก รพศ / รพท 1 แห่ง สุ่มเลือก รพช 1 แห่งที่มีชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือศูนย์องค์รวมที่เข้มแข็ง และสุ่มเลือก รพช อีก 1 แห่ง ที่ชมรมผู้ติดเชื้อหรือ ศูนย์องค์รวมเพิ่งเริ่มดำเนินการหรือยังไม่มี - แต่ละพื้นที่ที่สุ่มได้เลือกกลุ่มตัวอย่างดังนี้ 1. ผู้อำนวยการหรือผู้ที่ผู้อำนวยการมอบหมายแห่งละ 1 คน 2. เจ้าหน้าที่ที่ให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ การ วางแผนครอบครัวทุกคนในคลินิกหรือแผนกวางแผน ครอบครัว/อนามัยการเจริญพันธุ์/ส่งเสริมสุขภาพ 3. ผู้ให้การศึกษาที่ให้บริการผู้ติดเชื้อ โรงพยาบาลละ 2 - 3 คน 4. ประธานหรือแกนนำชมรมผู้ติดเชื้อที่มีหน้าที่เกี่ยวข้อง ในการพูดคุย เป็นที่ปรึกษา ให้บริการผู้ติดเชื้อ ชมรมละ 2 - 3 คน 5. หญิงและชายติดเชื้อที่มารับบริการที่โรงพยาบาล ทั้งที่ กำลังกินยาต้านไวรัสหรือยังไม่กิน โรงพยาบาลละ 5 คน	แบบเจาะจง โดยเป็น “คุณกิจ” ผู้ปฏิบัติงาน เกี่ยวข้องกับผู้ติดเชื้อ จากจังหวัดต่างๆ ทั่วประเทศ ได้แก่ 1. ผู้ให้การศึกษา/ผู้ให้บริการจากคลินิกวางแผน ครอบครัว คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอดและ คลินิกยาต้านไวรัสจำนวน 20 คน ซึ่งมีผล งานความสำเร็จในการให้บริการวางแผน ครอบครัว 2. พี่เลี้ยงชมรมผู้ติดเชื้อ เอชไอวี จำนวน 20 คน ซึ่งมีผลงานความสำเร็จในการสนับสนุนการ วางแผนครอบครัว 3. กลุ่มแกนนำผู้ติดเชื้อ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ติดเชื้อ จำนวน 20 คน
เครื่องมือ	แบบสอบถามปลายเปิดจำนวน 5 ชุด สำหรับแต่ละกลุ่ม เป้าหมายแบบสอบถาม พัฒนาโดย นักวิชาการ ผู้ปฏิบัติ งานที่เกี่ยวข้อง จากกรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรม สุขภาพจิต ศูนย์ความร่วมมือ ไทย-สหรัฐอเมริกาด้าน สาธารณสุข หน่วยงานเอกชนที่มีประสบการณ์การ ทำงานด้านโรคเอดส์โดยเฉพาะที่เกี่ยวข้อง กับอนามัย การเจริญพันธุ์และผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น เครือข่ายผู้ติด เชื้อภาคเหนือ มูลนิธิรักไทย เป็นต้น - แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ 1 เป็นเรื่องการให้บริการ ของโรงพยาบาล - แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ 2 เป็นเรื่องความรู้ความคิด เห็นและการปฏิบัติ	- ข้อกำหนดที่ใช้ในการเล่าประสบการณ์ความ สำเร็จ - บอร์ดและกระดาษ flip chart และปากกาสำหรับ “คุณลิขิต” บันทึกเรื่องเล่าและผลการสกัดความรู้ที่ทุกคนเห็น - อุปกรณ์สำหรับบันทึกเสียง

ตารางที่ 1 (ต่อ) วิธีการศึกษาเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ

การศึกษา	เชิงปริมาณ	เชิงคุณภาพ
วิธีการเก็บข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ 3 เป็นเรื่องความรู้ ความคิดเห็นและการปฏิบัติ - แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ 4 เป็นเรื่องชมรมและกิจกรรมของชมรม หน้าทีในชมรมความรู้ค่านวางแผนครอบครัว และความเห็นเรื่องการตั้งครรภ์ - แบบสอบถามกลุ่มตัวอย่างที่ 5 เป็นเรื่องข้อมูลทั่วไปการเปิดเผยผลเลือด การเป็นสมาชิกชมรม และการเข้าร่วมกิจกรรม - เครื่องมือได้รับการทดสอบความเข้าใจและความตรงในเนื้อหา กับกลุ่มตัวอย่างที่ไม่ได้อยู่ในการศึกษาวิจัยนี้ และนำมาปรับแก้ <p>กลุ่มตัวอย่างที่เป็นบุคลากรสาธารณสุขที่ให้บริการจะตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ส่วนกลุ่มอื่นๆ จะใช้วิธีสัมภาษณ์ผู้สัมภาษณ์ คือ เจ้าหน้าที่ที่ผ่านการอบรมวิธีสัมภาษณ์แล้ว จาก ศูนย์อนามัยที่ 2, 3, 4, 5, 7, 9, 10 และ 11 กรมอนามัย</p>	<p>ใช้เทคนิคการเล่าเรื่อง (story telling) การแลกเปลี่ยนเรียนรู้ เพื่อให้ได้ความรู้ซ่อนเร้นในแต่ละคนตามวิธีการจัดการความรู้ของสำนักสนับสนุนการจัดการความรู้เพื่อสังคม โดยแบ่ง “คุณกิจ” ตามบทบาท เป็น 6 กลุ่ม ๆ ละ 10 คน ให้ทุกคนเล่าเรื่อง “ความสำเร็จในการทำให้ผู้ติดเชื้อรับบริการวางแผนครอบครัว/คุมกำเนิด” ทั้งนี้แต่ละกลุ่มจะมี “คุณอำนวย” หรือ “group facilitator” ที่มีความรู้และทักษะเป็นผู้ดำเนินการสร้างบรรยากาศที่เอื้อให้ “คุณกิจ” แต่ละคนเล่าเรื่อง</p> <p>การเล่าเรื่องให้เล่าเพียงประเด็นเดียวต่อหนึ่งเรื่อง และเล่าสั้นๆ เล่าตามความเป็นจริง ไม่ได้ใจใส่ลีเล่าให้เห็นตัวคนหรือตัวละคร เห็นพฤติกรรมหรือการกระทำ เห็นความคิดหรือความเชื่อที่อยู่เบื้องหลัง เล่าให้เห็นชีวิตและความสัมพันธ์ที่มีอยู่ในเรื่อง เห็นสภาพแวดล้อมหรือบริบทของเรื่อง ให้สมาชิกกลุ่มซักถามเพื่อความกระจ่างชัด มี “คุณลิขิต” ทำหน้าที่บันทึกเรื่องเล่าบน flip chart ให้ได้เห็นร่วมกัน และแก้ไขตกแต่งได้ง่าย</p>
การวิเคราะห์ข้อมูล	<ul style="list-style-type: none"> - ใช้สถิติเชิงพรรณนา - ข้อมูลทั่วไปของผู้ติดเชื้อและการเปิดเผยผลเลือด - ข้อมูลทั่วไปของชมรมผู้ติดเชื้อ บทบาทของแกนนำความรู้และทัศนคติเกี่ยวกับการวางแผนครอบครัว - การให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์รวมทั้งการบริการวางแผนครอบครัวของโรงพยาบาล - ความรู้และทัศนคติของผู้ให้บริการ - การส่งต่อระหว่างคลินิกต่างๆภายในโรงพยาบาล 	<ul style="list-style-type: none"> - เมื่อเล่าจบแต่ละเรื่องให้ทุกคนช่วยกันสกัดความรู้เป็นปัจจัยสู่ความสำเร็จ และบันทึกไว้เมื่อเล่าเรื่องครบทุกคนแล้ว “คุณอำนวย” จะให้ทุกคนช่วยกันวิเคราะห์สรุปปัจจัยเป็นชุดเดียวเป็นแก่นความรู้ มีตัวแทนนำเสนอเพื่อแลกเปลี่ยนกับกลุ่มอื่นๆ - คณะผู้วิจัยนำเรื่องเล่าทั้งหมดและปัจจัยสู่ความสำเร็จของทุกกลุ่มมาวิเคราะห์สถานการณ์ที่พบ ความต้องการของผู้ติดเชื้อ แนวคิด ปัญหาที่ประสบ วิธีการที่ใช้ สิ่งที่จะต้องทำ

ประโยชน์ก็อยากเข้าร่วม อย่างไรก็ตามมีบางส่วนที่ไม่อยากรับการดูแลผ่านแกนนำเพราะเกรงว่าความลับของตนจะถูกเปิดเผย

ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี และแกนนำ

สถานที่ตั้งและกิจกรรม ชมรมทั้งหมดอยู่ที่โรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมกลุ่มเดือนละครั้ง จะจัดในวันที่สมาชิกมารับยาต้านไวรัส กิจกรรมส่วนใหญ่คือ การพบปะพูดคุยให้กำลังใจและการให้ความรู้ ร้อยละ 86.1 และ 83.3 ตามลำดับ และร้อยละ 33.3 มีกิจกรรมหารายได้

บทบาทหน้าที่ของแกนนำ แกนนำเป็นผู้หญิง 2 ใน 3 มีอายุ 23-49 ปี โดยส่วนใหญ่ (61.2%) อายุ 30-39 ปี แกนนำจะให้ความรู้เรื่องสุขภาพ เรื่องยาต้านไวรัสและเยี่ยมบ้าน มีร้อยละ 56.9 ที่เคยให้ความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว และร้อยละ 5.6 ที่ช่วยจ่ายยาต้านไวรัส

แกนนำกับบทบาทด้านการวางแผนครอบครัว ในปัจจุบันแกนนำแนะนำเพื่อนผู้ติดเชื้อให้คุมกำเนิดวิธีต่างๆตามลำดับดังนี้ ถุงยางอนามัย (56.9%) หมันหญิง (51.4%) ยาฉีดคุมกำเนิด (18.1%) และยาฝังคุมกำเนิด (16.7%) วิธีคุมกำเนิดอื่นๆได้แก่ ห่วงอนามัย หมันชาย และยาเม็ดคุมกำเนิด ไม่ค่อยได้แนะนำ (4.2-5.6%) แกนนำส่วนใหญ่ต้องการมีความรู้ที่ถูกต้องและรู้เพิ่มขึ้นอยากให้เพื่อน ๆ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี รู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์ที่ถูกต้อง และหากแกนนำมีความรู้ก็ยินดีและเต็มใจเป็นสื่อกลางบอกกับเพื่อนๆผู้ติดเชื้อที่ตนรู้จัก เพราะคิดว่าการที่เพื่อนผู้ติดเชื้อมีลูกไม่เป็นผลดีต่อผู้ติดเชื้อและลูกที่เกิดมา เนื่องจากไม่แน่ใจว่าเมื่อใดจะเกิดการดื้อยา ซึ่งอาจทำให้ร่างกายอ่อนแอได้

บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์/วางแผนครอบครัวและความพร้อมในการให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ของโรงพยาบาล

บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์/วางแผนครอบครัว ทุกโรงพยาบาลมีบริการอนามัยแม่และเด็กและวางแผนครอบครัว ส่วนใหญ่ให้บริการผู้ติดเชื้อ

และไม่ติดเชื้อที่จุดบริการเดียวกันไม่ถึงครึ่งหนึ่งของโรงพยาบาล (45.8%) ที่มีระบบการส่งต่อผู้ติดเชื้อจากคลินิกยาต้านไวรัสไปรับบริการวางแผนครอบครัว ส่วนคลินิกวางแผนครอบครัวทราบว่ามีการให้บริการเป็นผู้ติดเชื้อเพียงร้อยละ 0.4 การตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนหรือไม่ตั้งใจเป็นผู้ติดเชื้อประมาณร้อยละ 10.6 ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ตั้งครรภ์ครั้งที่สาม มีแนวโน้มเพิ่มขึ้น

ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของผู้ให้บริการที่คลินิกอนามัยการเจริญพันธุ์ ผู้ให้บริการเกือบทั้งหมดเป็นผู้หญิง โดย 4 ใน 5 อายุ 35 ปี หรือมากกว่าร้อยละ 69 ทำงานที่คลินิกอนามัยการเจริญพันธุ์มาเป็นเวลาตั้งแต่ 5 ปีขึ้นไป และร้อยละ 68.3 เป็นพยาบาลวิชาชีพ ส่วนใหญ่ (90.1%) เคยได้รับข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่เชื้อเอชไอวี ร้อยละ 78.9 เคยให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ซึ่งส่วนใหญ่เป็นเรื่องอนามัยแม่และเด็ก แต่มีร้อยละ 21.1 ที่ไม่พร้อมให้บริการโดยให้เหตุผลว่ามีความรู้เรื่องเอดส์ไม่เพียงพอ ไม่มีความรู้ด้านความเกี่ยวข้องของเอดส์กับอนามัยการเจริญพันธุ์ และยาที่รักษาเกรงว่าจะเกิดความผิดพลาด ส่วนทัศนคติต่อการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ส่วนใหญ่ (90.2%) ยินดีให้บริการถ้ามีความรู้พอ ร้อยละ 77.5 เห็นว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ไม่ควรตั้งครรภ์ ร้อยละ 24.0 เห็นด้วยว่าตั้งครรภ์ได้หากได้รับการประเมินความพร้อมแล้วผ่านทุกด้าน

ความรู้ ทักษะและการปฏิบัติของผู้ให้บริการที่คลินิกยาต้านไวรัส ผู้ให้บริการเกือบทั้งหมดเป็นผู้หญิง โดย 4 ใน 5 อายุ 35 ปี หรือมากกว่า ทั้งนี้ร้อยละ 70.7 มีประสบการณ์ในการให้การปรึกษามาแล้ว 5 ปี หรือมากกว่า ร้อยละ 68.2 ไม่เคยได้รับการอบรมเกี่ยวกับอนามัยการเจริญพันธุ์ แต่มีประสบการณ์การให้ข้อมูล แนะนำ และหรือให้การปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมในการตั้งครรภ์ซึ่งส่วนใหญ่ (71.2%) เป็นด้านสุขภาพจิต สำหรับการเตรียมความพร้อมของสุขภาพกายนั้นพบว่าประมาณ ร้อยละ 40-50 ได้ให้บริการตรวจสุขภาพ และการตรวจ CD4 ประมาณครึ่ง

หนึ่งของผู้ตอบแบบสอบถามให้การปรึกษาด้านความพร้อมทางเศรษฐกิจและภาวะความรับผิดชอบต่อสมาชิกในครอบครัว นอกจากนี้มีการให้การปรึกษาเพื่อเตรียมความพร้อมด้านสังคมด้วย ด้านการคุมกำเนิดนั้นวิธีคุมกำเนิดที่แนะนำคือยาฉีดคุมกำเนิด (57.6%) หมันหญิง (45.5%) และถุงยางอนามัย (43.9%) ส่วนใหญ่ยังไม่ได้ดำเนินการเรื่องการคัดกรองความเหมาะสมในการคุมกำเนิด หรือการส่งต่อไปรับบริการด้านวางแผนครอบครัว มีบางแห่งให้บริการเอง ผู้ให้บริการส่วนใหญ่เข้าใจสิทธิการตั้งครรภ์และการมีบุตรของผู้ติดเชื้อ แต่ยังไม่รู้ถึงผลกระทบต่อสุขภาพของผู้ติดเชื้อและบุตร 3 ใน 5 ของผู้ให้บริการระบุว่าผู้ชายมีอิทธิพลต่อการมีบุตร การให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์นั้นเห็นด้วยในหลักการและยินดีให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์ร่วมไปด้วย อย่างไรก็ตาม ควรมีการทบทวนวิธีคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในแต่ละระยะของโรค บางโรงพยาบาลมีจำนวนผู้รับบริการมากเกรงว่าไม่สามารถทำได้ ทั้งนี้ร้อยละ 27 ที่ไม่พร้อมให้บริการเพราะความรู้ไม่เพียงพอ

ผลการศึกษาเชิงคุณภาพ

ผู้ให้การปรึกษาและพี่เลี้ยงชมรมผู้ติดเชื้อที่มาร่วมเล่าประสบการณ์ความสำเร็จ ปฏิบัติงานมาแล้วมากกว่า 10 ปี

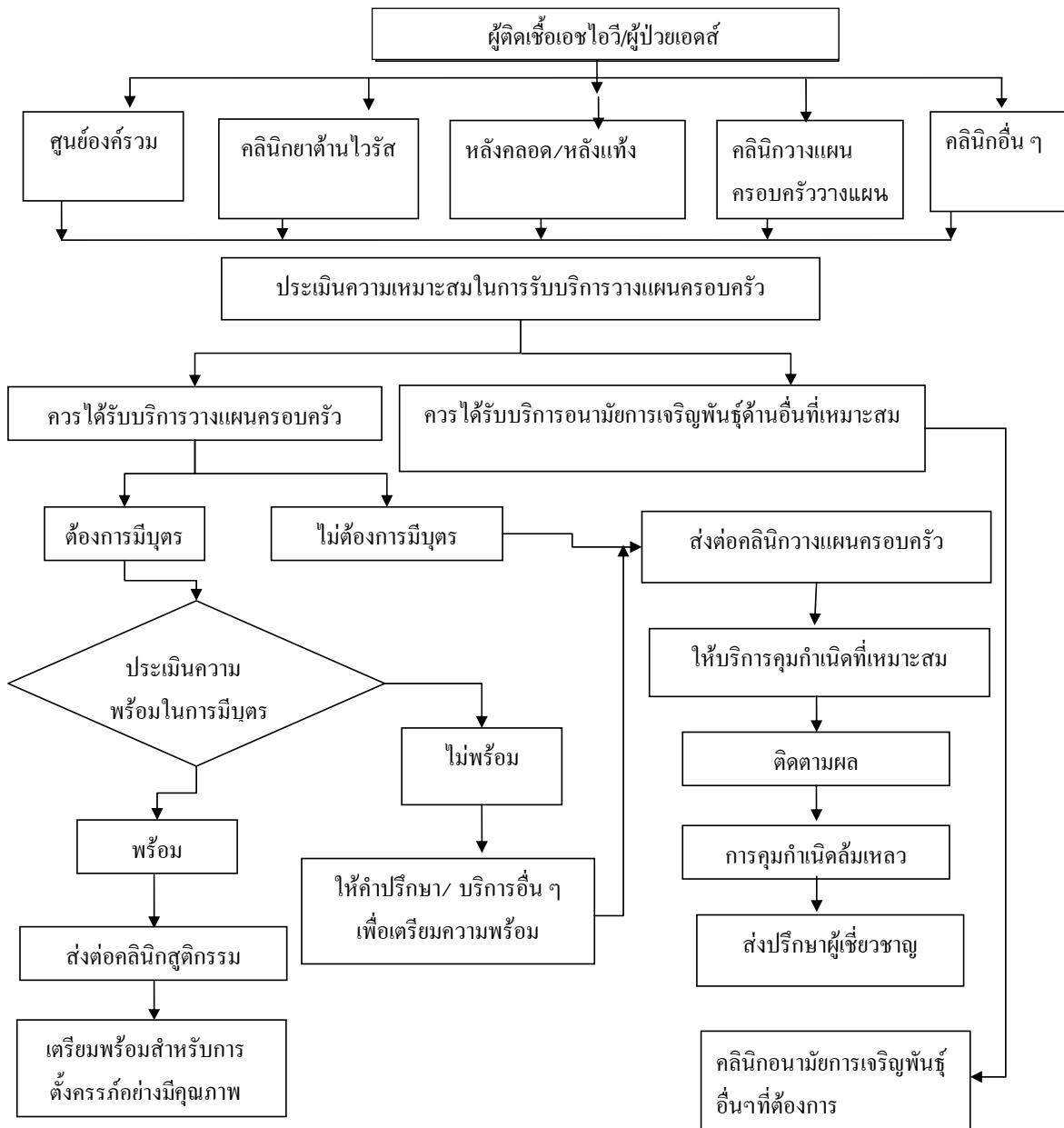
ลักษณะและความต้องการของผู้รับบริการ พบว่ามีสถานการณ์และความต้องการแบ่งได้เป็น 6 กลุ่มได้แก่

1. คู่แต่งงานใหม่ สามีต้องการมีลูกแต่ภรรยาไม่ต้องการมีลูก
2. สามีต้องการมีลูก สามีไม่ติดเชื้อเอชไอวี แต่ภรรยาติดเชื้อ หรือติดเชื้อทั้งคู่
3. ภรรยาต้องการมีลูก สามีติดเชื้อเอชไอวี แต่ภรรยาไม่ติดเชื้อ หรือติดเชื้อทั้งคู่
4. ไม่ต้องการมีลูก แต่ไม่รู้วิธีป้องกัน
5. ไม่ต้องการมีลูก แต่ไม่ได้เปิดเผยผลเลือดให้คู่ทราบ

6. อยากมีลูกทั้งคู่ และคิดว่าตนเองมีความพร้อมที่จะมีลูกแล้ว

ความคิด ความรู้และพฤติกรรมบริการของแกนนำชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽⁷⁾ กลุ่มแกนนำที่เข้ามาช่วยเหลือผู้ติดเชื้อมาทำหน้าที่ด้วยจิตอาสา มีความเข้าใจ เห็นใจ ต้องการช่วยเหลือผู้ติดเชื้อด้วยตนเอง ความรู้และการปฏิบัติได้มาจากประสบการณ์ตรงที่เป็นผู้ติดเชื้อ และการได้รับการอบรมและพัฒนาจากหน่วยราชการ และองค์กรพัฒนาเอกชน โดยได้รับการพัฒนาในเรื่องความรู้เรื่องเอดส์ ยาต้านไวรัส ทักษะการให้การปรึกษา การจัดกิจกรรม การทำกลุ่มและการเขียนโครงการ วิธีการและเทคนิคที่ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี คุมกำเนิดจะใช้ การให้การปรึกษา และกระบวนการกลุ่ม ทั้งกลุ่มใหญ่และกลุ่มเล็ก มีการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีให้ความเป็นมิตรเป็นกันเอง ไม่เคร่งเครียด มีการสาธิตและฝึกปฏิบัติ โดยใช้สื่ออุปกรณ์ประกอบ เช่น ถุงยางอนามัย แบบจำลอง การวางแผนครอบครัว การวาดภาพประเด็นเนื้อหาที่ให้กับผู้ติดเชื้อ ส่วนใหญ่เป็นเรื่อง ความรู้โรคเอดส์ ยาต้านไวรัส เพศศึกษา การสร้างความตระหนักในการคุมกำเนิด การป้องกันการรับและแพร่เชื้อ ทักษะการต่อรองและปฏิเสธ รวมทั้งการใช้กรณีศึกษา และการเยี่ยมบ้าน โดยคำนึงถึงปัจจัยทางสังคม จิตใจ และบริบทต่าง ๆ ที่สอดคล้องกับวิถีชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

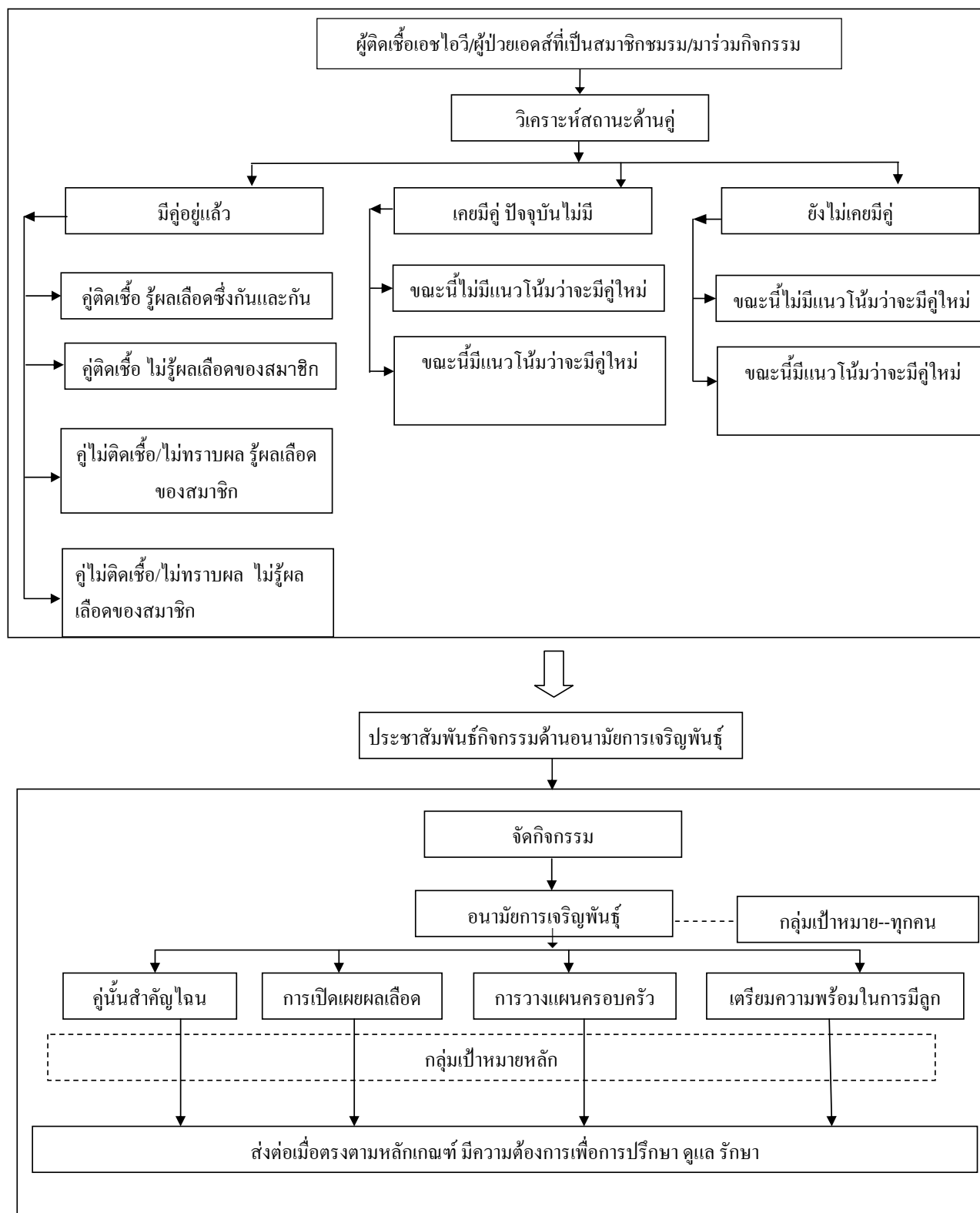
ความคิด ความรู้และพฤติกรรมบริการของผู้ให้บริการ/ผู้ให้การปรึกษา ผู้ให้บริการ/ผู้ให้การปรึกษาทุกคนได้รับความรู้ และพัฒนาศักยภาพทางด้าน การให้การปรึกษา และการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี เป็นอย่างดี จากภาครัฐและองค์กรพัฒนาเอกชน สามารถให้การปรึกษาก่อนและหลังการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี การให้การปรึกษากรณีเปิดเผยผลเลือด (disclosure) โดยมีประสบการณ์ที่หลากหลายแตกต่างกัน เทคนิคและวิธีการที่สามารถทำให้ผู้ติดเชื้อ คุมกำเนิดนั้นจะเป็นการให้การปรึกษารายบุคคล และเป็นคู่ ทั้งนี้ขั้นตอนการให้การปรึกษาที่นำมาใช้จะเน้นการสร้างสัมพันธ์ภาพที่เป็นมิตร การค้นหาปัญหา การพิจารณาทางเลือกและ



รูปที่ 1 ผังรวมการให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี

การให้ข้อมูลอย่างรอบด้าน โดยให้บริการแบบองค์รวม คำนึงสิทธิของผู้รับบริการและปัจจัยทางด้านปัจจัยทางสังคม จิตใจ อย่างไรก็ตามยังมีผู้ให้การศึกษาบางคนยังคงใช้วิธีการอบรมสั่งสอน และชี้แนะอยู่บ้าง ซึ่งบางส่วนสามารถรู้เท่าทันตนเอง และจัดการกับอคติ (bias) ที่เกิดขึ้นได้

กรอบแนวทางในการเพิ่มการเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์/วางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี
 ผลการวิเคราะห์รวมข้อมูลเชิงปริมาณและคุณภาพกับกลุ่มผู้เชี่ยวชาญ ผู้ให้บริการและแกนนำผู้ติดเชื้อ เห็นพ้องกันว่าสิ่งที่ทำให้ผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์เข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์/วางแผน



รูปที่ 2 ฟังการให้บริการที่ชมรมผู้ติดเชื้อเอชไอวี

ครอบครัวที่มีคุณภาพ และมาตรฐานดีขึ้นจะต้องมีการปรับระบบบริการให้มีการส่งต่อและเชื่อมโยงการปฏิบัติงานระหว่างคลินิกต่าง ๆ โดยผู้ให้บริการที่มีความรู้ รวมทั้งจะต้องมีกระบวนการ/ช่องทางสร้างความเข้าใจถึงความสำคัญของการเฝ้าระวัง/วางแผนครอบครัวสำหรับผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์และความเชื่อมั่นว่าเมื่อเข้ามาใช้บริการแล้วผู้ให้บริการจะเปิดใจ เข้าใจความรู้สึก และปัญหาที่เขาเหล่านั้นเผชิญอยู่ จากข้อมูลที่รวบรวมได้พบว่าแกนนำจากชมรมผู้ติดเชื้อ/ศูนย์องค์รวมมีจิตอาสาหากเพิ่มความรู้และทักษะให้ แกนนำจะเป็นผู้ชักจูงเข้ารับบริการอีกช่องทางหนึ่งและเป็นผู้ช่วยที่ดีในการให้บริการด้วย จึงได้พัฒนาแนวทางการให้บริการ⁽⁸⁾ ดังรูปที่ 1 และ 2

วิจารณ์

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่อยู่ในวัยเจริญพันธุ์ และสองในห้าเปิดเผยว่าตนมีคู่ และอีกสามในห้าที่แม้ว่าจะไม่มีคู่แต่ก็มีความเสี่ยงที่จะมีเพศสัมพันธ์ได้ การได้รับยาต้านไวรัสที่ครอบคลุมทั่วถึงมากขึ้นในประเทศไทย และอีกหลาย ๆ ประเทศ ทำให้สุขภาพของทั้งผู้หญิงผู้ชาย เยาวชนดีขึ้น แข็งแรงขึ้น อายุยืนยาวขึ้น บุคคลเหล่านี้จะเริ่มวางแผนอนาคต รวมทั้งคิดเรื่องเพศสัมพันธ์หรือโอกาสในเรื่องมีครอบครัวหรือมีลูก ขณะเดียวกันสังคมมีแนวโน้มที่จะกดดันไม่ประสงค์จะให้คนกลุ่มนี้ขยายขนาดครอบครัว คนกลุ่มนี้ยังต้องเผชิญกับปัญหาเรื่องการเปิดเผยผลเลือด ผลเลือดต่างในคู่ของตน ทรานส์และการเลือกปฏิบัติ⁽⁸⁾ สิ่งที่ต้องประสบในหลายๆ ครั้งคือ บุคลากรทางการแพทย์และสาธารณสุข นายจ้าง สมาชิกครอบครัว อาจมีความเข้าใจผิดและอาจจะเมล็ดลิดิธิดานอนามัยการเจริญพันธุ์ของผู้ติดเชื้อ เป็นเหตุให้ผู้ติดเชื้อไม่กล้ามาขอคำปรึกษาเพื่อให้ได้ข้อมูลที่ถูกต้องในเรื่องการเฝ้าระวัง/วางแผนครอบครัว สำหรับการศึกษานี้พบว่าแกนนำและผู้ให้บริการส่วนใหญ่มีทัศนคติในทิศทางที่จะช่วยเหลือแต่ยังขาดข้อมูลความรู้ที่จะให้บริการที่ดี ในด้านนโยบายและการ

สนับสนุนงบประมาณและความรู้ พบว่าการบริการด้านอนามัยทางเพศและอนามัยการเจริญพันธุ์ สำหรับผู้ติดเชื้อของรัฐบาลที่มีอัตราการติดเชื้อสูงจัดความสำคัญในเรื่องนี้ไว้ต่ำ⁽⁹⁾ สำหรับประเทศไทยหากประเมินจากการอบรมแก่ผู้ให้บริการและด้านการพยาบาลและคู่มือ/ เอกสารการอบรมแล้วพบว่า^(10,11,12) ไม่ได้มีการกล่าวถึงการให้การปรึกษาและด้านการเจริญพันธุ์ ทั้งหมดเน้นไปที่การรับประทายต้านไวรัสและการดูแลสุขภาพทั่วไป หากจะกล่าวถึงเรื่องเพศสัมพันธ์ก็จะมีจุดมุ่งหมายด้านการแพร่เชื้อเป็นหลักจึงมีแต่การแนะนำให้ใช้ถุงยางอนามัย⁽¹³⁾ ไม่กล่าวถึงสุขภาพทางเพศ การวางแผนครอบครัวและการคุมกำเนิด ทำให้การศึกษานี้พบว่าผู้ให้บริการส่วนหนึ่งไม่พร้อมจะให้บริการ เมื่อพิจารณางบประมาณส่วนใหญ่ที่ใช้ในเรื่องเอดส์ สำหรับผู้ติดเชื้อจะเป็นเพื่อการรักษาสูงกว่าการป้องกันมาก

โรงพยาบาลทุกแห่งมีบริการวางแผนครอบครัว และคลินิกยาต้านไวรัส มีการส่งต่อรับบริการไม่ถึงครึ่งหนึ่ง ยังไม่มีการประสานหรือเชื่อมต่อการทำงานเพื่อดูแลผู้ป่วยแบบรอบด้านเป็นองค์รวมอย่างครอบคลุมหากมีการเชื่อมโยงการทำงานที่เป็นระบบมากขึ้น จะทำให้การเข้าถึงบริการเพิ่มได้ดังเช่นการศึกษาในประเทศเคนยาและ ซิมบับเว พบว่าทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการ การให้การปรึกษาและตรวจเลือดรวมทั้งการวางแผนครอบครัวสะดวกขึ้น^(14,15) การให้บริการแบบบูรณาการ (integration) หรือแบบเชื่อมต่อ (linkage) ต้องพิจารณาตามบริบทของโรงพยาบาล การเปิดเผยผลเลือด การรักษาความลับ และผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส วิธีคุมกำเนิดที่ใช้และปฏิกริยาระหว่างกันเป็นอีกแง่มุมหนึ่งสำหรับผู้ติดเชื้อกังวลใจทั้งในการศึกษานี้และการศึกษาที่เคปทาวน์⁽¹⁶⁾ ดังนั้นจะต้องมีการกำหนดมาตรฐานบริการ การให้ความรู้ และมีการเฝ้าระวังความเสี่ยงเพื่อให้ผู้รับบริการมั่นใจในบริการ ผู้ให้บริการมีความเต็มใจที่จะให้บริการแล้ว แต่ต้องการความรู้ที่ทันสมัยและทักษะเพื่อการให้บริการอย่างมั่นใจเช่นกัน จึงเป็นหน้าที่ของ

หน่วยงานส่วนกลาง ผู้บริหารและนักวิชาการในพื้นที่ที่จะทำให้ผู้ให้บริการเข้าถึงและพัฒนาสมรรถนะตนเองได้อย่างต่อเนื่อง กรมอนามัยต้องร่วมกับผู้เชี่ยวชาญจัดทำเอกสารความรู้เรื่องการวางแผนครอบครัว/การคุมกำเนิดที่เหมาะสมสำหรับผู้ติดเชื้อที่ใช้ยาต้านไวรัสและความรู้ที่จำเป็นอื่น ๆ และพัฒนาหลักสูตรกลางสำหรับผู้ให้บริการและแกนนำผู้ติดเชื้อ ต้องประสานกับหน่วยงานอื่น เช่น กรมควบคุมโรคและกรมสุขภาพจิต ในการผนวกความรู้เรื่องอนามัยการเจริญพันธุ์และการวางแผนครอบครัวในการอบรมและการจัดทำคู่มือ รวมทั้งต้องประสานกับสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติในการให้สิทธิประโยชน์ที่จะทำให้ผู้ติดเชื้อเข้าถึงบริการอนามัยการเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัวอย่างทั่วถึงมากขึ้น การดำเนินการเหล่านี้จะช่วยลดการติดเชื้อในทารก และช่วยลดการตายของทารกและเด็กต่ำกว่า 5 ปี เพื่อให้ประเทศไทยบรรลุพันธะสัญญาการบรรลุเป้าหมาย สหัสวรรษแห่งการพัฒนา (Millennium Development Goals - MDG 4&5) ใน ค.ศ. 2015 ด้วย และยังช่วยลดค่าใช้จ่ายโครงการ PMTCT และ PMTCT plus

การศึกษานี้ ใช้วิธีการเล่าเรื่องความสำเร็จในการให้บริการ นอกจากจะได้ข้อมูลสถานการณ์ที่ประสบวิธีคิด วิธีทำงาน ปัจจัยสำคัญ ที่จะทำให้สำเร็จแล้ว ผู้ให้ข้อมูลคือผู้มาเล่าเรื่องทั้งหมดได้รับประโยชน์โดยต่างก็ได้เรียนรู้ วิธีคิด วิธีการทำงานของคนอื่น เกิดความรู้สึกมีเพื่อนที่ทำงานอย่างเดียวกัน ที่อยู่ต่างถิ่นกัน สร้างความภาคภูมิใจในตน จึงเป็นทั้งผู้ให้และผู้รับ ซึ่งต่างกับการศึกษาแบบอื่นที่ผู้วิจัยได้ประโยชน์มากกว่า เมื่อเก็บรวบรวมข้อมูล

นอกจากนี้ การให้บริการด้านอนามัยการเจริญพันธุ์และวางแผนครอบครัวยังเป็นเรื่องที่ต้องการงานวิจัยทั้งในด้านคลินิก สังคม เศรษฐศาสตร์สาธารณสุขอีกมากที่ประเทศไทยและทั่วโลกยังต้องดำเนินการศึกษาต่อไป

สรุป

โรงพยาบาลมีการจัดบริการวางแผนครอบครัวแบบทั่วไปหากปรับระบบภายในให้เชื่อมต่อ/ส่งต่อ/บูรณาการตามบริบทโดยทำงานแบบหุ้นส่วนกับชมรมผู้ติดเชื้อ/ศูนย์องค์รวมจะสามารถบริการวางแผนครอบครัวและบริการอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องได้มีประสิทธิภาพและประสิทธิผลยิ่งขึ้น ผู้ติดเชื้อ แกนนำ ผู้ให้บริการต้องการความรู้เรื่องเอ็ดส์และการคุมกำเนิดเพิ่มขึ้น การศึกษานี้ได้มีการร่วมกันพัฒนาผังการให้บริการเพื่อให้โรงพยาบาลไปทดลองปรับใช้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ อธิปไตยกรมอนามัยที่ได้จัดประกายความคิดและสนับสนุนการศึกษาวิจัยนี้ ขอขอบคุณ นักวิชาการจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการและเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลทั้ง 24 แห่ง ผู้ติดเชื้อเอชไอวี แกนนำชมรมผู้ติดเชื้อของจังหวัดสระบุรี จันทบุรี ประจวบคีรีขันธ์ บุรีรัมย์ ยโสธร พิษณุโลก เชียงใหม่ และกระบี่ ผู้เชี่ยวชาญ นักวิชาการและนักจัดการความรู้จากกรมควบคุมโรค กรมสุขภาพจิต กรมอนามัย ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐอเมริกาด้านสาธารณสุข มูลนิธิรักษไทย มูลนิธิพัฒนาเครือข่ายเอ็ดส์สำนักงานภาคเหนือ เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี ภาคเหนือ และเครือข่ายผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมีส่วนร่วมทำให้การศึกษานี้ประสบความสำเร็จ

เอกสารอ้างอิง

1. Moloney-Kitts M, Fuchs N. Family planning/HIV integration: technical guidance for USAID-supported field programs. Washington, DC: USAID; 2003.
2. Department of HIV/AIDS. Strategic Approaches to the prevention of HIV infection in infants. Geneva: Switzerland; 2003.

3. นริศกัญณ์ กุลฤกษ์. สรุปการดำเนินงานการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกและการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี (เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี: สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย; 2551.
4. ศรีนยา พงศ์พันธ์, สหภาพ พูลเกษตร, วิรัช เกษอุดมทรัพย์, ธนรักษ์ ผลิพัฒน์. สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย พ.ศ. 2550. นนทบุรี: สำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค; 2551
5. USAID. Adding family planning to PMTCT sites increases the benefits of PMTCT. Washington, DC: Bureau for Global Health, USAID; 2003.
6. วิจารณ์ พาณิช. การจัดการความรู้ ฉบับนักปฏิบัติ กรุงเทพมหานคร : ตาตา พับลิเคชั่น; 2548
7. นันทา อ่วมกุล, พรสิณี อมริเชษฐ, ฉัตรลดา กาญจนสุทธิแสง, กัญญนัท สีสันต์. รวมมิตรถิ่นนำอยู่ สุขภาพดี เล่ม 3 ตอน การจัดการความรู้ด้านอนามัยการเจริญพันธุ์ การส่งเสริมการรับบริการคุมกำเนิดในผู้ติดเชื้อเอชไอวี. กรุงเทพมหานคร: สามเจริญพาณิชย์; 2551
8. สำนักที่ปรึกษา. แนวทางการดำเนินงานโครงการพัฒนารูปแบบการให้บริการอนามัยการเจริญพันธุ์สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี. นนทบุรี: กรมอนามัย; 2551
9. Perchal P, Farrell B, Osborne K. Responding to the sexual and reproductive rights of PLHIV [on line] [cited 2008 Nov 14]; Available from: URL: <http://globalhealth.org/reports/text.php?id=252>
10. ดารณี จามจรี, เพียงใจ มีไพฑูรย์, สมหมาย หิรัญนุช, ส่งศรี กิตติรักษ์ตระกูล, สมพร เจริญชัยศรี, ประณีต ส่งวัฒนา และคณะ. การดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์ นนทบุรี : สำนักพยาบาล กรมการแพทย์ : องค์การรับส่งสินค้าและพัสดุภัณฑ์; 2546.
11. วิลโล เสรีสิทธิพิทักษ์, ฐาปนพร สิงห์โกวินท์. คู่มือสำหรับวิทยากรการให้คำปรึกษาเพื่อดูแล ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ที่ได้รับยาต้านไวรัส (เอกสารอัดสำเนา). นนทบุรี : กรมสุขภาพจิต; 2546
12. สัญชัย ชาสมบัติ, ชีวินันท์ เลิศพิริยะสุวัฒน์. แนวทางปฏิบัติงานโครงการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์. นนทบุรี : ชุมชนสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2547
13. Chakrapani V, Newman PA, Dubrow R, Shunmuga M. Reproductive experiences and intentions, and family planning needs of people living with HIV in India. In: Pachauri S, editor. 4th Asia Pacific Conference on Reproductive and Sexual Health and Rights : exploring new frontiers; 29-31 October 2007; Hyderabad, India. India: Roots advertising Service; 2007.
14. 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; (8)36:2
15. 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>
16. Cooper D, Bracken H, Myer L, Zweigenthal V, Harries J. Reproductive intention and choices among HIV-infected individuals in Cape Town, South Africa: lesson for reproductive policy and service provision from a qualitative study. [on line] 2005 [cited 2008 Nov 13]; Available from : URL: http://pdf.Dec.org/pdf_docs/PNADA_521.pdf

Abstract **Future of Family Planning Services among People Living with HIV/AIDS (PLHIV) in Thailand**

Nanta Aumkul, Pornsinee Amornwichet

Bureau of Technical Advisors, Department of Health (DOH), Bangkok

Journal of Health Science 2008; 17:SVI1629-40.

Family planning (FP) is very essential for people living with HIV/AIDS (PLHIV) to prevent unintended pregnancy. However, the increasing number of HIV+ women having unintended pregnancies is an indication of a gap in FP services. Attitudes of health personnel and PLHIV have been analyzed to identify motivators and barriers of FP. The researchers studied the readiness of health personnel toward providing FP services to PLHIV in relevant clinics during June-July 2008. The descriptive study measured attitude toward FP services among PLHIV leaders, clinic counselors, and supervisors of PLHIV groups, employing mixed method of quantitative and qualitative by using 5 sets of questionnaire and knowledge management process. Representing a national scale, 8 provinces were selected by stratified random sampling at a regional level and simple random sampling at a provincial level. The results revealed that every hospital provides FP services to PLHIV without discrimination. Of the total FP caseload of PLHIV, 45.8 percent were referred from the ARV clinics. Among all FP clients, only 0.4 percent were known HIV-infected cases. One-fourth of providers at both reproductive health and ARV clinics felt uncomfortable in providing contraceptive services to PLHIV because of lack of knowledge about HIV/AIDS, drug interactions between ARV and contraceptive methods. All service providers said they were willing to provide services to PLHIV if they had proper knowledge. Most PLHIV in the study said that they would have preferred to delay pregnancy, but lacked adequate knowledge of contraception and felt more comfortable to discuss FP decisions in basic terms with other PLHIV first. Health personnel and PLHIV felt that success is due to having a positive attitude toward PLHIV and FP. Improvement of quality of life of PLHIV can be achieved by promoting voluntary contraception with well trained FP staffs and PLHIV leaders.

Key words: family planning, antiretroviral drugs, people living with HIV/AIDS (PLHIV)