

การตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย



วิทยานิพนธ์นี้เป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

สาขาวิชาการวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

ปีการศึกษา 2562

ลิขสิทธิ์ของจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

Stigmatization of HIV-Infected Pregnant teens in Thailand



A Dissertation Submitted in Partial Fulfillment of the Requirements  
for the Degree of Doctor of Philosophy in Health Research and Management

Department of Preventive and Social Medicine

FACULTY OF MEDICINE

Chulalongkorn University

Academic Year 2019

Copyright of Chulalongkorn University

หัวข้อวิทยานิพนธ์	การตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย
โดย	นางศุภลักษณ์ พลพิทักษ์
สาขาวิชา	การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก	ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล
อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม	ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ้มเรื่องวงษ์ ดร.ธนะภูมิ รัตนานพวงศ์

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย อนุมัติให้บัณฑิตวิทยาลัยเป็นส่วนหนึ่งของการศึกษาตามหลักสูตรปริญญาวิทยาศาสตรดุษฎีบัณฑิต

.....	คณบดีคณะแพทยศาสตร์
(ศาสตราจารย์ นายแพทย์สุทธิพงษ์ วัชรสินธุ)	
คณะกรรมการสอบวิทยานิพนธ์	ประธานกรรมการ
.....	
(ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี)	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก
.....	
(ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล)	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
.....	
(ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ้มเรื่องวงษ์)	อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์ร่วม
.....	
(ดร.ธนะภูมิ รัตนานพวงศ์)	กรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงฉันทวีร์ ภูชนกิจ)	กรรมการ
.....	
(รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร)	กรรมการภายนอกมหาวิทยาลัย
.....	
(รองศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์)	

ศุภลักษณ์ พลพิทักษ์ : การตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย. ( Stigmatization of HIV-Infected Pregnant teens in Thailand) อ.ที่ปรึกษาหลัก : ศ. ดร.นพ.นรินทร์ ทิรฤทธิกุล, อ.ที่ปรึกษาร่วม : ศ. พญ.ชุตินา หุ่มเรื่องวงษ์,ดร.ธนะภูมิ รัตนานพวงศ์

การวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาการตีตราระหว่าง หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีวัยรุ่นและวัยรุ่นอื่น และปัจจัยที่มีผลต่อการตีตราในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบผสม (Mixed-method) มี 2 ระยะ คือ ระยะที่ 1 เป็นการวิจัยแบบตัดขวาง (cross-sectional study) ทำการเก็บข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์อายุ 15 ปี ขึ้นไป ที่ติดเชื้อเอชไอวีหรือหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ลูกอายุไม่เกิน 5 ขวบ ใช้แบบสอบถาม 5 ส่วน คือ ข้อมูลส่วนบุคคล ประวัติการมีเพศสัมพันธ์และการตีตรา ประวัติการติดเชื้อเอชไอวี การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี 40 ข้อ และแบบสอบถามเผชิญ 36 ข้อ ทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้ Multiple linear regression ระยะที่ 2 เป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก 16 คน เป็นกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 5 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีวัยรุ่นอื่นจำนวน 11 คน

การศึกษาระยะที่ 1 ประชากรที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 222 คน เป็นวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 68 คน และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 154 คน ผลการศึกษาพบว่าอายุเฉลี่ยของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 18.44 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.57) อายุเฉลี่ยของวัยรุ่นอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 29.95 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.15) อายุเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.001$ ) ข้อมูลการตีตราในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีพบว่า ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนการตีดราน้อยกว่าในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.024$ ) และพบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนการตีตรา ได้แก่ อายุตอนตั้งครรภ์ แหล่งที่มาของรายได้ การฝากครรภ์ ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี และการเปิดเผยผลเลือด การศึกษาระยะที่ 2 ทำการศึกษาโดยสัมภาษณ์เชิงลึก 16 คน ผลการศึกษาพบว่าข้อมูลสอดคล้องกับข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม

วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการตีดราน้อยกว่าหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคนในครอบครัวทำให้ก้าวผ่านปัญหาไปได้ ส่วนในวัยรุ่นอื่นจะกังวลการเปิดเผยผลเลือด กลัวสามีหรือคนในครอบครัวรับไม่ได้ ทำให้ไม่กล้าที่จะเปิดเผยผลเลือดให้คนอื่นรับรู้

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

สาขาวิชา การวิจัยและการจัดการด้านสุขภาพ  
ปีการศึกษา 2562

ลายมือชื่อนิสิต .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาหลัก .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....  
ลายมือชื่อ อ.ที่ปรึกษาร่วม .....

# # 5774762830 : MAJOR HEALTH RESEARCH AND MANAGEMENT

KEYWORD: HIV-infected pregnant teens, HIV-infected adult pregnant women, stigma

Supalak Phonphithak : Stigmatization of HIV-Infected Pregnant teens in Thailand. Advisor: Prof. Dr. NARIN HIRANSUTHIKUL, Ph.D. Co-advisor: Prof. Dr. CHUTIMA ROOMRUANGWONG, THANAPOOM RATTANANUPONG, Ph.D.

This research is to study the stigma between Pregnant women with HIV, adolescents and other ages and factors associate with stigma in pregnant women with HIV in Thailand

This study was conducted into two phases using the mixed-method research. Phase 1 is a cross-sectional study. Data were collected from pregnant women aged 15 years and older with HIV or postpartum women with HIV who had children up to 5 years of age using a 5-part questionnaire. Such as demographic data, pregnancy information, HIV information, forty questions assessed the stigmatization of HIV and thirty-six questions assessed the participant's coping mechanism. Data analysis by multiple linear regression. In phase 2, additional information was collected by doing an in-depth interview were done in 16 participants, five of them were HIV-infected teen pregnant and 11 were HIV-infected adult pregnant women.

A total of 222 participants were enrolled into the study. There were 154 HIV-infected adult pregnant women and 68 HIV-infected pregnant adolescents. The mean age of HIV-infected pregnant adolescents was 18.44 years (SD 1.57). The mean age of HIV-infected adult pregnant women was 29.95 years (SD 6.15). There was a significant age difference between the two groups (P-value < 0.001). However, the HIV stigma score of the HIV-infected pregnant adolescents was much lower compared to HIV-infected adult pregnant women. Importantly, stigma score was significantly (P-value = 0.024). In-depth interviews were done in 16 participants. The result showed that the data was consistent with the data obtained from the questionnaire.

The HIV stigma score among HIV-infected pregnant adolescents were lower compared to HIV-infected adult pregnant women. We found that family support was crucial in reducing HIV stigma.

Field of Study:	Health Research and Management	Student's Signature .....
Academic Year:	2019	Advisor's Signature .....
		Co-advisor's Signature .....
		Co-advisor's Signature .....

## กิตติกรรมประกาศ

ขอกราบขอบพระคุณผู้ที่มีส่วนร่วมทุกท่านที่มีส่วนร่วมให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงมา ด้วยดี ผู้ที่สำคัญที่สุดที่ทำให้วิทยานิพนธ์สำเร็จได้คือศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์นรินทร์ หิรัญสุทธิกุล อาจารย์ที่ปรึกษาวิทยานิพนธ์หลัก ที่ให้ความเมตตาและช่วยสละเวลาในการให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอด ระยะเวลาในการทำวิทยานิพนธ์ ศาสตราจารย์ แพทย์หญิงชุติมา หุ่่มเรื่องวงษ์ อาจารย์ที่ปรึกษา วิทยานิพนธ์ร่วม ที่คอยช่วยเหลือให้คำแนะนำตลอด และ ดร.ธนะภูมิ รัตนานุกพงศ์ ที่ให้คำปรึกษาแนะนำ ตลอดในการทำวิทยานิพนธ์

ขอบพระคุณ ศาสตราจารย์ ดร.นายแพทย์วิโรจน์ เจียมจรัสรังษี ประธานสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงศิริลักษณ์ ศุภปีติพร กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ รองศาสตราจารย์ แพทย์หญิงธัญวีร์ ภูชนะกิจ กรรมการสอบวิทยานิพนธ์ และยังคงคอยช่วยเหลือแนะนำในการเก็บข้อมูล และรอง ศาสตราจารย์ ดร.เพ็ญจันทร์ ประดับมุข เซอร์เรอร์ กรรมการภายนอกสอบวิทยานิพนธ์

ขอขอบคุณ ศาสตราจารย์ ดร.แพทย์หญิงจินตนารงค์ อนันต์วรินทร์ และ HIV-NAT ที่สนับสนุน และให้โอกาสในการศึกษาต่อ ขอขอบคุณเพื่อนร่วมงาน

ทุกท่านโดยเฉพาะในแผนกพยาบาล HIV-NAT ขอขอบคุณทุกท่านที่ช่วยเหลือในการเก็บ ข้อมูล และช่วยให้วิทยานิพนธ์ฉบับนี้สำเร็จลุล่วงด้วยดี

ขอขอบพระคุณพ่อแม่ และครอบครัว ที่คอยช่วยเหลือ สนับสนุน ให้กำลังในการเรียน และ ช่วยเหลือสนับสนุนในด้านต่างๆ จนสามารถทำให้ก้าวผ่านปัญหาและอุปสรรคต่างๆมาได้ จนสำเร็จลุล่วง ด้วยดี

ขอขอบคุณผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน ที่สละเวลาในการเข้าร่วมโครงการวิจัย ในการตอบ แบบถาม และการสัมภาษณ์ จนทำให้งานวิจัยสำเร็จลุล่วงด้วยดี

สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้สนับสนุนทุนวิจัยสำหรับโครงการวิจัยนี้ คือ ทุน 90 ปี จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย กองทุนรัชดาภิเษกสมโภช

ศุภลักษณ์ พลพิทักษ์

## สารบัญ

	หน้า
บทคัดย่อภาษาไทย.....ค	ค
บทคัดย่อภาษาอังกฤษ.....ง	ง
กิตติกรรมประกาศ.....จ	จ
สารบัญ.....ฉ	ฉ
สารบัญตาราง.....ฉ	ฉ
สารบัญรูปภาพ.....ฉ	ฉ
บทที่ 1.....1	1
บทนำ.....1	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา.....1	1
1.2 คำถามงานวิจัย (Research Question).....3	3
1.2.1 คำถามหลัก.....3	3
1.2.2 คำถามรอง.....3	3
1.3 สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis).....4	4
1.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective).....4	4
1.4.1 วัตถุประสงค์การวิจัยระยะที่ 1.....4	4
1.4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยระยะที่ 2.....5	5
1.5 ขอบเขตงานวิจัย.....5	5
1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย.....5	5
1.7 ข้อจำกัดของงานวิจัย.....6	6
1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ.....6	6
1.9 กรอบแนวคิด (Conceptual Framework).....7	7

บทที่ 2 .....	8
ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง .....	8
2.1 การตีตรา (Stigma).....	9
2.1.1 แนวคิดการตีตรา .....	9
2.1.2 ผลกระทบจากการถูกตีตรา <sup>(46)</sup> .....	11
2.2 วัยรุ่น (Teenage) <sup>(47)</sup> .....	12
2.2.1 การเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่น.....	12
2.3 โรคเชซไอวี/เอดส์.....	15
2.3.1 สถานการณ์โรคเชซไอวีในปัจจุบัน.....	15
2.4 การตั้งครรภ์ .....	17
2.4.1 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น.....	17
2.4.2 การตั้งครรภ์ในหญิงวัยอื่นที่ติดเชื้อเชซไอวี.....	17
2.5 การเผชิญปัญหาและการเผชิญความเครียด <sup>(53, 54)</sup> .....	18
2.5.1 ความหมายของการเผชิญปัญหาและการเผชิญความเครียด.....	18
2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง.....	20
สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม.....	22
บทที่ 3 .....	23
วิธีดำเนินการวิจัย.....	23
3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	23
3.1.1 ประชากรเป้าหมาย (Target population) .....	23
3.1.2 ประชากรตัวอย่าง (Sample population).....	23
3.1.3 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size).....	24
3.2 ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology).....	25
3.2.1 การวิจัยระยะที่ 1 .....	25



3.2.1.1 การเข้าถึงอาสาสมัคร.....	25
3.2.1.2 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology) .....	26
3.2.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	28
3.2.2 การวิจัยระยะที่ 2 .....	30
3.2.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง .....	30
3.2.2.2 การเข้าถึงอาสาสมัคร.....	31
3.2.2.3 ประชากรตัวอย่าง .....	31
3.2.2.4 วิธีดำเนินการวิจัย.....	31
3.2.2.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย .....	33
3.3 ข้อตระหนักในการดำเนินการวิจัย.....	33
3.4 การรวบรวมข้อมูล (Data Collection).....	34
3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis).....	35
3.5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1.....	35
3.5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 2.....	36
3.5.2.1 การตรวจสอบความถูกต้อง (validity) และ ความเชื่อถือได้ (reliability) .....	36
3.5.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูล .....	37
3.6 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical Consideration).....	38
บทที่ 4 .....	40
ผลการศึกษา .....	40
4.1 ผลการวิจัยระยะที่ 1 .....	40
4.1.1 ลักษณะทั่วไปของประชากร .....	40
4.1.2 การตีตราจากการติดเชื้เอชไอวี .....	48
4.1.3 การจัดการปัญหา .....	52
4.1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตีตรา .....	53

4.1.5 ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาและการตีตรา .....	56
4.2 ผลการวิจัยส่วนที่ 2.....	57
4.2.1 ข้อมูลประชากร .....	57
4.2.2 ประสบการณ์การตีตรา การติดเชื้อเอชไอวี .....	60
4.2.2.1 วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	60
4.2.2.2 หญิงวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	62
4.2.3 การจัดการปัญหา .....	68
4.2.3.1 วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	68
4.2.3.2 หญิงวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	69
4.2.4 วิธีการจัดการปัญหา .....	70
บทที่ 5 .....	72
สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ .....	72
5.1 สรุปผลการวิจัย .....	72
5.1.1 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1.....	72
5.1.2 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2.....	76
5.2 อภิปรายผล .....	78
5.2.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง.....	78
5.2.2 การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี .....	79
5.2.2.1 การตีตราส่วนบุคคล (Self stigma).....	81
5.2.2.2 ความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยผลเลือด (Disclosures concern).....	82
5.2.2.3 ภาพลักษณ์ตนเองในแง่ลบ (Negative self image).....	82
5.2.2.4 ความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติจากสังคม (Social stigma).....	83
5.2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตีตรา .....	84
5.2.4 การตีตราและการจัดการปัญหา .....	84

5.3 ข้อจำกัดในงานวิจัย.....	85
5.4 จุดแข็งของงานวิจัย.....	86
5.5 ข้อเสนอแนะ.....	86
5.5.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย.....	86
5.5.2 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย.....	87
บรรณานุกรม.....	89
ภาคผนวก.....	100
ประวัติผู้เขียน.....	129



## สารบัญตาราง

ตารางที่ 1	ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น .....	41
ตารางที่ 2	ข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น.....	43
ตารางที่ 3	สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น .....	47
ตารางที่ 4	คะแนนการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น .....	49
ตารางที่ 5	ระดับความรุนแรงของคะแนนการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น .....	49
ตารางที่ 6	คะแนนการตีตราจากสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น .....	50
ตารางที่ 7	คะแนนการตีตราสถานการณ์ตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น .....	51
ตารางที่ 8	คะแนนการตีตราสถานที่เก็บข้อมูลในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น .....	51
ตารางที่ 9	คะแนนการจัดการปัญหาในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น ๆ .....	52
ตารางที่ 10	ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนการตีตรา.....	54
ตารางที่ 11	ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาและการตีตรา.....	57
ตารางที่ 12	แสดงข้อมูลประชากรวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี.....	58
ตารางที่ 13	แสดงข้อมูลประชากรวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี .....	58
ตารางที่ 14	สรุปแนวคิดการตีตราในวัยรุ่นเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น .....	77
ตารางที่ 15	สรุปการจัดการปัญหาในวัยรุ่นเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น.....	77

## สารบัญรูปภาพ

รูปภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด (Conceptual Framework).....	7
รูปภาพที่ 2 ข้อมูลการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. 2561 .....	16
รูปภาพที่ 3 สรุปรูปการตีตราในวัยรุ่นต้นตั้งครรภ์ .....	22
รูปภาพที่ 4 การตีตราในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี .....	22



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
**CHULALONGKORN UNIVERSITY**

## บทที่ 1

### บทนำ

#### 1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

วัยรุ่นเป็นวัยที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งทางร่างกาย อารมณ์และสังคม เพื่อการปรับตัวเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ จึงเรียกว่าเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเป็นวัยที่อยากรู้ อยากลอง และเพื่อนจะเข้ามามีอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิตมากขึ้น ในด้านร่างกายวัยรุ่นจะเป็นวัยที่มีการเจริญเติบโต และมีพัฒนาการทางเพศ ก่อให้เกิดความรู้สึกทางเพศมากขึ้นจึงเป็นวัยที่ก่อให้เกิดปัญหาทางเพศได้มากโดยเฉพาะปัญหาการตั้งครรภ์ ในปี ค.ศ. 2014 สหรัฐอเมริกา มีอัตราการเกิดมีชีวิโนแม่วัยรุ่นที่อายุ 10-19 ปี 24.2 รายต่อประชากรในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คนต่อปี<sup>(1, 2)</sup> ประเทศไทยนั้นมีสถิติของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นเป็นอันดับ 1 ของเอเชีย และอันดับ 2 ของโลก<sup>(3)</sup> ในรอบ 10 ปีที่ผ่านมาพบว่าวัยรุ่นที่มีอายุ 15-19 ปี มีอัตราการเกิดมีชีพออยู่ที่ 48.9 รายต่อประชากรหญิงในกลุ่มอายุเดียวกัน 1,000 คน จากรายงานสถิติสาธารณสุขไทยประจำปีพบว่าอัตราการคลอดของมารดาอายุ 15-19 ปี ในรอบ 10 ปี เพิ่มขึ้นจาก 31.1 ต่อประชากรหญิง 1,000 คน เป็น 53.8 รายต่อประชากรหญิง 1,000 คน ในปี พ.ศ. 2555 ซึ่งเป็นอัตราการเพิ่มขึ้นถึงกว่าร้อยละ 70 โดยปัญหาของการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นคือการมีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร จากข้อมูลในปี พ.ศ. 2552 พบว่าอายุเฉลี่ยในการมีเพศสัมพันธ์ของวัยรุ่นคือ 13-15 ปี และสถานที่ในการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกคือที่บ้านเพื่อนหรือบ้านตนเอง นอกจากนี้ยังพบว่ามีการใช้ถุงยางอนามัยในการมีเพศสัมพันธ์โดยเฉลี่ยเพียงแค่ร้อยละ 20 เท่านั้น<sup>(4)</sup> ซึ่งผลกระทบจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นมีทั้งผลกระทบที่ตัววัยรุ่นตั้งครรภ์เอง ทำให้ต้องหยุดเรียน เนื่องจากไม่สามารถไปเรียนปกติได้ อีกทั้งยังถูกสังคมตีตราเรื่องท้องในวัยเรียน ส่งผลให้เกิดความอับอายทั้งตนเองและครอบครัวไม่กล้าเปิดเผยให้คนอื่นได้รับรู้ และผลกระทบกับทารกในครรภ์ที่คลอดออกมา พบว่าจำนวนเด็กกำพร้าที่ถูกทิ้งไว้มีจำนวนเพิ่มสูงขึ้น ข้อมูลในปี พ.ศ. 2554 พบว่ามีเด็กกำพร้าจำนวน 88,730 คน ที่ถูกทิ้งไว้ตามโรงพยาบาล สถานเลี้ยงเด็กกำพร้าและที่สาธารณะ ซึ่งสาเหตุหลักมาจากแม่ที่อยู่ในวัยเรียนและไม่สามารถเลี้ยงลูกได้<sup>(1)</sup> ปัญหาด้านสุขภาพในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์พบว่ามีความเสี่ยงสูงถึงร้อยละ 43<sup>(5)</sup> และติดโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์สูงถึงร้อยละ 23<sup>(6)</sup> ซึ่งสาเหตุหลักมาจากขาดความรู้เรื่องการมีเพศสัมพันธ์<sup>(7)</sup> จึงส่งผลให้มีการติดโรคที่เป็นโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์เพิ่มมากขึ้น<sup>(8)</sup> ปัจจุบันสถิติการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นนั้นเพิ่มสูงขึ้น โดยพบว่าอัตราป่วยในกลุ่มวัยรุ่นที่อายุ 15-19 ปี เพศหญิงมีอัตราป่วยเฉลี่ยสูงกว่าเพศชายเป็นสัดส่วนเท่ากับ 2:1 และในหญิงตั้งครรภ์พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีที่ร้อยละ 0.6 แต่ในปัจจุบันยาต้านไวรัสได้เข้ามาลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกลงได้มาก ซึ่งกระทรวงสาธารณสุขพยายามที่จะรณรงค์ในการช่วยเหลือให้เด็กได้รับยาต้านไวรัสเร็วที่สุดเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แต่ใน

ขณะเดียวกันก็ยังพบว่ายังมีหญิงตั้งครรภ์กลุ่มหนึ่งที่ไม่กล้าไปฝากครรภ์เนื่องจากกลัวการถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์ จึงส่งผลให้เข้าไม่ถึงยาต้านไวรัส และทำให้ลูกที่เกิดมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีสูงถึงร้อยละ 15-45 ซึ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลและรับประทานยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์สามารถลดการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ถึงต่ำกว่าร้อยละ 2<sup>(9)</sup> หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องเผชิญปัญหาหลายด้านทั้งความกังวลเกี่ยวกับตนเองและความกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ โดยเฉพาะผู้ที่ไม่ได้แต่งงานและอยู่ในช่วงวัยรุ่นจะมีความรู้สึกกังวล และวิตกกังวลมากกว่าผู้ที่แต่งงานแล้ว โดยเฉพาะในเรื่องการเปิดเผยผลเลือด<sup>(10)</sup> เนื่องจากการตั้งครรภ์ทำให้การใช้ชีวิตในแบบของการเป็นวัยรุ่นได้สิ้นสุดลง และมีการตอบโต้ต่อการตั้งครรภ์ที่เกิดขึ้นด้วยการมีปฏิกิริยาทางอารมณ์เชิงลบและส่งผลกระทบต่อารดูแลทารกด้วย<sup>(11)</sup>

เนื่องจากโรคเอดส์เป็นโรคที่มีการตีตราสูง<sup>(12)</sup> พบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากคนในสังคม มากกว่าร้อยละ 50 โดยเฉพาะในผู้หญิงซึ่งจะถูกตีตราจากสังคมมากกว่าผู้ชาย<sup>(13)</sup> ซึ่งการตีตราจากสังคมหรือแม้กระทั่งจากบุคลากรทางการแพทย์ยังส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ไม่กล้าที่จะไปฝากครรภ์ โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เปิดเผยผลเลือดต่อสามี<sup>(14, 15)</sup> ในวัยรุ่นตั้งครรภ์จะได้รับผลกระทบจากการถูกตีตราทั้งในด้านการเรียน เกิดปัญหาท้องในวัยเรียน ถูกมองว่าซิงสุกก่อนห้าม และยังทำให้เกิดความอับอายต่อครอบครัว<sup>(11, 16)</sup> และนำไปสู่การยุติการตั้งครรภ์ ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะถูกตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีด้วย โดยผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีส่งผลให้วัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่กล้าเปิดเผยผลเลือด ไม่ไปฝากครรภ์ กลัวถูกรังเกียจจากสังคม<sup>(17)</sup> ความกลัวจากการตีตราทำให้หญิงตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงการเปิดเผยผลเลือด เพื่อเป็นการปกป้องตัวเองในการลดการกีดกันจากสังคม<sup>(18)</sup> ดังนั้นในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงเปรียบเสมือนถูกตีตราซ้ำซ้อนทั้งถูกตีตราจากการตั้งครรภ์และถูกตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี การศึกษาในมารดาที่มีประสบการณ์การติดเชื้อเอชไอวีและด้านจิตสังคม ใน Ontario ศึกษาในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดในระยะแรก พบว่าแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีนอกจากต้องดูแลตนเองแล้วยังมีความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยผลเลือด การติดเชื้อของทารก และยังกังวลเกี่ยวกับผลกระทบด้านลบของลูกที่เกิดกับแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี และผลกระทบด้านการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ทำให้สูญเสียอัตลักษณ์ส่วนบุคคล และถูกแปลกแยกจากสังคม การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับจิตใจในเรื่องภาวะซึมเศร้า ขาดการช่วยเหลือจากสังคม ความเป็นตัวตนลดลง และมีปัญหาทางด้านจิตใจเพิ่มขึ้น<sup>(19)</sup> ซึ่งปัจจัยที่สัมพันธ์กับการถูกตีตรา 3 ประเด็นใหญ่ คือ ความเครียดจัดการชีวิตแย่ง ปัญหาคุณภาพชีวิตแย่งจากสุขภาพ และขาดการช่วยเหลือจากสังคม<sup>(19, 20)</sup> โดยเฉพาะด้านการจัดการปัญหาพบว่าเป็นปัจจัยที่มีผลต่อการตีตรา ในการศึกษาของ Zhiwen Xiao และคณะ ค.ศ. 2017 พบว่าการตีตรามีความสัมพันธ์กับการจัดการปัญหาคือ คนที่มีการตีตราสูงจะมีการเผชิญปัญหาแบบหลบเลี่ยง หลีกหนีปัญหาและจะ

พยายามเผชิญหน้ากับปัญหาให้น้อยที่สุด<sup>(20)</sup> ซึ่งผลกระทบทางด้านลบที่เกี่ยวข้องกับการถูกตีตราอีกด้านหนึ่ง คือความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส<sup>(21-26)</sup> และการไม่มาตรวจตามนัด<sup>(17, 27-31)</sup>

นอกจากนี้แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีต้องรับภาระที่ต้องดูแลลูกเพื่อให้ได้รับการรักษาโดยเร็วเพื่อลดโอกาสเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ยังต้องดูแลตนเองเพื่อให้มีสุขภาพที่แข็งแรงเพื่อจะได้มีชีวิตในการดูแลลูก แต่ในขณะที่เดียวกันเขาเหล่านี้ก็จะถูกตั้งคำถามจากสังคม ว่าทำไมไม่ให้ลูกกินนมแม่ ทำไมลูกต้องกินยา และจะมีอีกหลายคำถามเข้ามาในชีวิต ซึ่งถ้าไม่ได้บอกให้คนในครอบครัวรู้ถึงสถานะการติดเชื้อเอชไอวี<sup>(32)</sup> คนกลุ่มนี้กังวลมากที่ต้องปกปิดการติดเชื้อ เพราะกลัวถูกตีตราจากสังคม กลัวสังคมรังเกียจ การดูแลรักษาตนเองและลูกจึงเป็นแบบปกปิดเพื่อไม่ให้สังคมและครอบครัวรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี ต้องแอบป้อนยาลูกหรือแม้กระทั่งต้องปกปิดเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้เกิดความไม่สม่ำเสมอในการมาตรวจตามนัด ไม่มาฝากครรภ์ ไม่รับประทานยาต้านไวรัส ความเครียดหรืออาจจะให้เกิดภาวะซึมเศร้าได้<sup>(33-37)</sup> จึงทำให้ลูกที่คลอดมามีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวี หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง<sup>(38-41)</sup> ในขณะเดียวกันในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี นอกจากต้องเผชิญกับการถูกตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีแล้วยังถูกตีตราจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อม และตั้งครรภ์ในวัยเรียนอีกด้วย ส่งผลให้ครอบครัวอับอายและต้องปกปิดการตั้งครรภ์ของลูกตนเอง

ประสบการณ์จากการตีตราเป็นสิ่งที่สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาในสังคมไทยของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ส่งผลต่อการดูแลตนเองและการดูแลลูกเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก<sup>(42-44)</sup> ลดการติดเชื้อรายใหม่ เนื่องจากการศึกษาการตีตราในหญิงตั้งครรภ์ยังมีน้อย โดยเฉพาะวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี การวิจัยนี้จึงต้องการศึกษาถึงการตีตรา ปัจจัยที่มีผลต่อการตีตรา และการจัดการปัญหาในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นประโยชน์ในการวางแผนป้องกันและดูแลรักษาต่อไปในอนาคต

## 1.2 คำถามงานวิจัย (Research Question)

### 1.2.1 คำถามหลัก

เพื่อเปรียบเทียบการตีตราระหว่างวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีกับหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย

### 1.2.2 คำถามรอง

1. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อการตีตราในวัยรุ่นไทยที่ตั้งครรภ์และติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย



2. ปัจจัยใดบ้างที่มีความสัมพันธ์ต่อการติตราในหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

3. การเผชิญปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี เปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยเป็นอย่างไร

4. ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาและการติตราวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีวัยอื่นในประเทศไทยเป็นอย่างไร

### 1.3 สมมติฐานการวิจัย (Hypothesis)

การติตราจากการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน

### 1.4 วัตถุประสงค์ของการวิจัย (Objective)

#### 1.4.1 วัตถุประสงค์การวิจัยระยะที่ 1

##### วัตถุประสงค์ทั่วไป

เพื่อศึกษาคะแนนการติตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย

##### วัตถุประสงค์รอง

1. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย
2. เพื่อศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อการติตราในหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย
3. เพื่อศึกษาการเผชิญปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีวัยอื่น ในประเทศไทย
4. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาและการติตราวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีวัยอื่นในประเทศไทย

#### 1.4.2 วัตถุประสงค์การวิจัยระยะที่ 2

##### วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาประสบการณ์การถูกตีตรา และการจัดการปัญหาในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยเป็นอย่างไร

#### 1.5 ขอบเขตงานวิจัย

การศึกษานี้ใช้ข้อมูลของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยทำการเก็บข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี การเก็บข้อมูลระยะที่ 1 ทำการสอบถามย้อนหลังถึงช่วงเวลาระหว่างการตั้งครรภ์เนื่องจากอาจมีบางรายที่ไม่สามารถถามในระหว่างตั้งครรภ์ได้ เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นไปในแนวทางเดียวกันผู้วิจัยข้อมูลจากการตั้งครรภ์ล่าสุด รวมถึงบางรายที่มีการแท้ง ทำแท้ง หรือลูกเสียชีวิต โดยจะเก็บข้อมูลหลังจากที่ทราบว่าตั้งครรภ์หรือหลังคลอด ในกลุ่มวัยรุ่นจะอ้างอิงจากอายุที่ตั้งครรภ์ตั้งแต่ 15 ปี ถึงน้อยกว่า 20 ปี ซึ่งอายุมารดาตั้งครรภ์มากกว่า 20 ปี จะเป็นกลุ่มเปรียบเทียบ โดยจะทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามให้อาสาสมัครเป็นผู้ตอบ และผู้วิจัยเป็นผู้ให้คำอธิบายหากอาสาสมัครมีข้อสงสัยในคำถามนั้น การเก็บข้อมูลระยะที่ 2 จะเป็นการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยจะทำการสัมภาษณ์ส่วนบุคคลซึ่งจะทำการขออนุญาตอาสาสมัครก่อนการสัมภาษณ์ หากคำถามใดที่อึดอัดและอาสาสมัครไม่สะดวกที่จะตอบคำถามในข้อใด อาสาสมัครสามารถที่จะขอข้ามไปได้ การตอบคำถามจะเป็นไปโดยความสมัครใจของอาสาสมัครเอง ซึ่งจะไม่มีผลต่อการดูแลรักษาอาสาสมัครแต่อย่างใด โดยการเก็บข้อมูลในระยะที่ 2 จะเก็บข้อมูลในหญิงหลังคลอดเพื่อลดความเสี่ยงและความเครียดที่อาจจะกระทบกับการตั้งครรภ์ ในขณะที่สัมภาษณ์เชิงลึก

#### 1.6 คำจำกัดความที่ใช้ในงานวิจัย

**วัยรุ่น (Teenager)** องค์การอนามัยโลกได้ให้ความหมายไว้ว่า หมายถึง ผู้ที่มีอายุ 13 -19 ปี ซึ่งหมายถึงกำลังมีการเจริญเติบโต

**การตีตรา (Stigmatization)** หมายถึง การรับรู้ของบุคคลที่ถูกลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ เมื่อเกิดการตีตราขึ้น ซึ่งวัดจากมาตรวัดของแบบสอบถาม 4 ส่วนคือ การตีตราส่วนบุคคล ความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยผลเลือด ภาพลักษณ์ด้านลบของตนเอง และความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติต่อบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี

### **วัยรุ่นตั้งครรภ์/หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี (Teens Pregnant Woman with HIV)**

หมายถึง วัยรุ่นหญิงที่มีอายุระหว่าง 15 ถึง 20 ปี ที่ตรวจพบว่ามีการตั้งครรภ์และได้รับการตรวจเลือด Anti HIV ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งรวมถึงผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีก่อนการตั้งครรภ์และระหว่างการตั้งครรภ์

### **หญิงตั้งครรภ์/หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี (Pregnant Woman with HIV)**

หมายถึง หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีที่อายุมากกว่า 20 ปี ที่ตรวจพบว่ามีการตั้งครรภ์ และได้รับการตรวจเลือด Anti HIV ที่ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี

### **การจัดการปัญหา (Coping)**

หมายถึง กระบวนการในการจัดการปัญหาของบุคคล ซึ่งวัดจากแบบสอบถามรูปแบบการเผชิญปัญหา 3 แบบ คือ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับปัญหา การเผชิญปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญปัญหาแบบหลีกเลี่ยงปัญหา

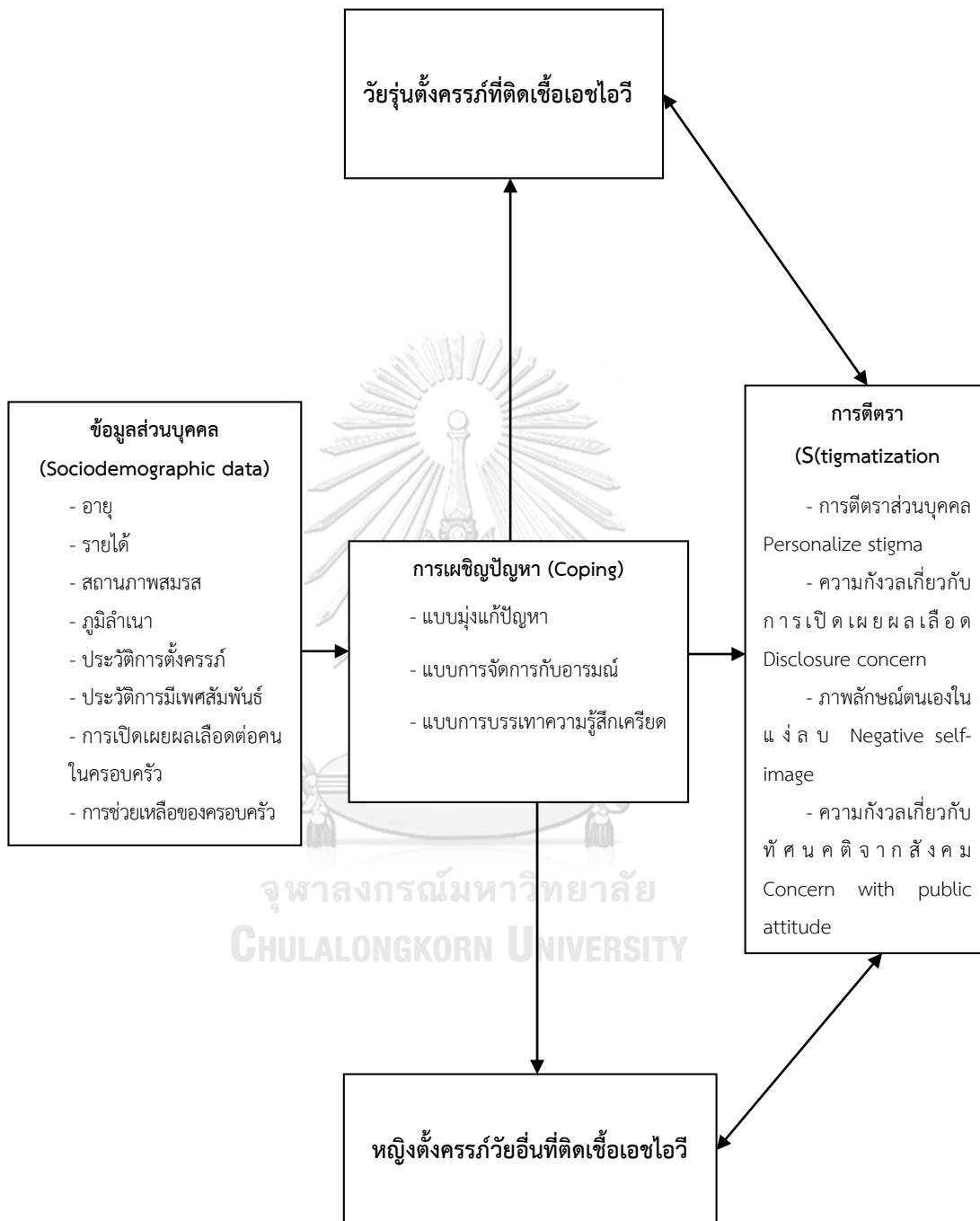
## **1.7 ข้อจำกัดของงานวิจัย**

1. การศึกษานี้เป็นการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงส่งผลให้การเก็บข้อมูลใช้ระยะเวลานาน เนื่องจากจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อปีมีน้อย โดยเฉพาะในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี การศึกษาวิจัยนี้จึงได้มีการเก็บข้อมูลในกลุ่มหลังคลอดด้วยโดยสอบถามข้อมูลย้อนหลังในขณะตั้งครรภ์
2. การศึกษานี้มีการสอบถามข้อมูลในอดีต เก็บข้อมูลในหญิงหลังคลอดที่สอบถามไปถึงข้อมูลขณะตั้งครรภ์ จึงอาจมี Recall bias ได้

## **1.8 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ**

1. ข้อมูลที่ได้สามารถใช้เป็นข้อมูลพื้นฐานของการตีตราในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นและวัยอื่น ๆ สำหรับประเทศไทยได้
2. สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนลดการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี
3. สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อไปในอนาคต

### 1.9 กรอบแนวคิด (Conceptual Framework)



รูปภาพที่ 1 แสดงกรอบแนวคิด (Conceptual Framework)

## บทที่ 2

### ทบทวนวรรณกรรมและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ทำการศึกษาเปรียบเทียบการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี กับหญิงวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยการใช้แบบสอบถามที่สอบถามถึงการตีตราและการจัดการปัญหา ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผู้วิจัยได้ศึกษาค้นคว้าองค์ความรู้ แนวคิด ทฤษฎีและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องในประเด็น ดังต่อไปนี้

#### 2.1 การตีตรา (Stigma)

##### 2.1.1 แนวคิดการตีตรา

##### 2.1.2 ผลกระทบจากการถูกตีตรา

#### 2.2 วัยรุ่น (Teenage)

##### 2.2.1 การเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่น

##### 2.2.1.1 การเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกาย

##### 2.2.1.2 พัฒนาการทางอารมณ์

##### 2.2.1.3 พัฒนาการทางสังคม

##### 2.2.1.4 พัฒนาการทางด้านสติปัญญา

#### 2.3 โรคเอดส์

##### 2.3.1 สถานการณ์โรคเอดส์ในปัจจุบัน

#### 2.4 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

##### 2.4.1 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

##### 2.4.2 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี

##### 2.4.3 การตั้งครรภ์ในหญิงวัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวี

#### 2.5 การเผชิญปัญหา

##### 2.5.1 ความหมายของการเผชิญปัญหา

#### 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

## 2.1 การตีตรา (Stigma)

การตีตรา เป็นปรากฏการณ์ที่เกิดขึ้นจากการมีปฏิสัมพันธ์ของคนในสังคม และความจริงทางสังคม การตีตราเปรียบเสมือนกระจกที่สะท้อนให้เห็นถึงสังคมวัฒนธรรม โดยชี้ให้เห็นว่า การตีตราเป็นการควบคุมทางสังคม และลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ Goffman (1963) ได้อธิบายเรื่องการตีตรากับอัตลักษณ์ทางสังคมว่ามีความสัมพันธ์กันอย่างไร ซึ่งเมื่อเกิดการตีตราขึ้น บุคคลจะถูกลดทอนความน่าเชื่อถือลง โดยอัตลักษณ์ส่วนบุคคลจะมีการเปลี่ยนผ่าน (Passing) อย่างไรก็ตาม เนื่องจากมนุษย์เรามีการรับรู้ การตีความที่แตกต่างกัน จึงส่งผลต่อการเปลี่ยนผ่านจากการตีตราในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความแตกต่างกันไป ขึ้นอยู่กับอัตลักษณ์ทางสังคม (Social identity) จะช่วยให้เรามองเห็นกระบวนการตีตรา (Stigmatization) อัตลักษณ์ส่วนบุคคลจะช่วยให้เราพบทบทวนกระบวนการในการตีตราและอัตลักษณ์ในตัวตน (Ego identity) ช่วยให้เราเรียนรู้ว่าบุคคลรู้สึกอย่างไรกับการถูกตีตรา มีการจัดการอย่างไร<sup>(45)</sup>

### 2.1.1 แนวคิดการตีตรา

การตีตรา (Stigma) มีรากศัพท์มาจากภาษากรีก หมายถึง บุคคลที่มีร่างกายผิดปกติจากผู้อื่น และทำผิดศีลธรรม เช่น อาชญากร ทาส คนขายชาติหรือทรยศ เป็นต้น ส่วนศาสนาคริสต์จะมีความหมายสองลักษณะคือลักษณะแรกเป็นลักษณะของบุคคลที่มีผิวพรรณไม่สวยงามและลักษณะที่สองหมายถึงผู้ที่มีร่างกายพิการ ต่อมาในปัจจุบันความหมายของการตีตรา ได้ถูกนำมาใช้ในการลดทอนคุณค่ามากขึ้น เช่น การตั้งครุฑในวัยรุ่น การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี

กระบวนการตีตรา (Stigmatization) เกิดขึ้นภายใต้สภาพจิตใจของผู้ที่ถูกตีตรา เหมือนมีชีวิตที่ถูกกักขัง หน่วงเหนี่ยว ไร้อิสระภาพ บุคคลที่ถูกตีตรามักถูกปฏิบัติเหมือนไม่ใช่คน การเลือกปฏิบัติ (Discrimination) มีหลายวิธีและส่งผลต่อการดำรงชีวิตของผู้ที่ถูกตีตราทำให้ชีวิตมีการเปลี่ยนแปลงไปในทางที่แย่ลง การตีตราเป็นแนวคิดที่ใช้ในการทำให้บุคคลดูด้อยค่าลง บางครั้งเหมือนเป็นปรปักษ์กับคนในสังคม คำว่า “ตีตรา” จึงเป็นการจินตนาการและอุปมาบุคคลนั้นๆ ว่าไม่สามารถใช้ชีวิตอย่างที่สังคมต้องการหรืออย่างที่บุคคลทั่วไปปฏิบัติได้ กลายเป็นบุคคลที่สัมผัสไม่ได้ มองว่าเป็นคนแปลก เป็นคนไม่ดี สำส่อนทางเพศ และได้รับการดูถูก กระบวนการตีตราจึงเป็นผลมาจากการเปรียบเทียบทางสังคม แต่ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับบริบทแวดล้อมอื่นๆ ด้วย เช่น สังคมวัฒนธรรม สภาพภูมิประเทศ ในสหรัฐอเมริกาเป็นสังคมที่ยึดถือเรื่องมาตรฐานค่อนข้างมาก สิ่งนี้ได้ส่งผลต่อการประกอบสร้างตัวตน เช่น ในผู้พิการที่มองกระจก จะรู้สึกว่าบุคคลที่เห็นในกระจกไม่ใช่ตนเอง เป็นบุคคลแปลกหน้ารู้สึกเจ็บปวดน่ารังเกียจ ทำให้ความเป็นตัวตนถูกลดทอนลง ความรุนแรงของการถูกตีตราขึ้นอยู่กับคนในสังคมมองว่ามีความแตกต่างมากหรือมีลักษณะที่คนส่วนใหญ่ไม่พึงปรารถนาการติดเชื้อเอช

ไอวีก็เป็นอีกโรคหนึ่งที่ถูกสังคมตีตรา เนื่องจากสังคมได้ให้ความหมายของโรคเอดส์ คือ โรคของคนไม่ดี ติดยาเสพติด สำส่อนทางเพศ ทำให้ผู้ถูกตีตรารู้สึกด้อยในสังคมและเกิดการแปลกแยกจากสังคม ในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ก็จะถูกสังคมประณามว่าใจง่าย ใจแตก มีเพศสัมพันธ์ในวัยเรียน ส่งผลให้วัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกตีตราจากสังคมเป็นสองเท่า ทั้งจากการติดเชื้อเอชไอวีและจากการตั้งครรภ์

บุคคลที่ถูกตีตรา แบ่งออกเป็น 3 ประเภท ดังนี้

1. บุคคลที่มีร่างกายผิดปกติ
2. บุคคลที่มีร่างกายต่างปร้อยหรือมีมลทิน เช่น อ่อนแอ มีร่างกายพิการ คนคุก ติดสารเสพติด กลุ่มรักร่วมเพศ หญิงค้าประเวณี ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ เป็นต้น

3. บุคคลที่มีชาติพันธุ์ ศาสนาที่ถูกตีตรา

การตีตราจึงเป็นการประกอบสร้างทางสังคม ที่สร้างโดยกลุ่มคนในสังคมและวัฒนธรรม ที่กลุ่มคนเหล่านั้นอาศัยอยู่ทำให้มีการจัดแบ่งบุคคลที่มีลักษณะแตกต่างออกไป และลดทอนความน่าเชื่อถือของบุคคลนั้น ส่งผลให้ผู้ที่ถูกตีตราต้องสูญเสียโอกาสทางสังคมไป เช่น ในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะถูกลดทอนคุณค่าโดยจะถูกมองว่า ชิงสุกก่อนหาม มีเพศสัมพันธ์ก่อนวัยอันควร เป็นผลให้ครอบครัวญาติพี่น้องต้องอับอายเนื่องจากท้องในวัยเรียน และต้องออกจากโรงเรียนกลางคัน ทำให้ได้รับการศึกษาน้อย เมื่อมีลูกก็ไม่สามารถที่จะประกอบอาชีพที่ดีเพื่อเลี้ยงดูได้ ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตของเด็กที่เกิดมาด้วย โดยเฉพาะในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีข้อจำกัดในการสมัครงานหรือเปลี่ยนงานเนื่องจากในบางบริษัทหรือบางอาชีพที่ต้องการมีการตรวจร่างกายและตรวจเชื้อเอชไอวีก่อนเข้าทำงาน ทำให้ไม่มีโอกาสทำงานที่ต้องการบางอย่างได้ ถึงแม้จะมีความสามารถในการปฏิบัติงานก็ตาม กระบวนการตีตราจึงเปรียบเสมือนเครื่องมือที่ลดทอนอำนาจทางสังคม ให้บุคคลไม่สามารถที่จะเปิดเผยตัวตนและใช้ชีวิตในสังคมอย่างปกติได้

แนวคิดเกี่ยวกับการตีตรานั้น เป็นแนวคิดของ Goffman (1963) ที่เป็นผู้คิดริเริ่ม พบว่า การตีตรา คือ สถานการณ์ที่เกิดขึ้นที่เป็นการทำลายอัตลักษณ์ของอีกบุคคลหนึ่ง การทำให้ผู้อื่นเกิดความเสื่อมเสีย ซึ่ง Goffman ได้กล่าวไว้ว่านั้น อาจะหมายรวมถึง ความพิการทางด้านร่างกาย การมีตำหนิ การมีมลทิน<sup>(45)</sup> ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ นั้นสามารถได้รับผลกระทบที่เกิดขึ้นจากการตีตราได้หลากหลายและได้ทุกรูปแบบ ไม่นานมานี้ การตีตราจากเอชไอวีนั้นได้ถูกนำมาสร้างเป็นกรอบแนวคิดที่จำเพาะเจาะจงมากยิ่งขึ้นและได้ให้คำนิยามว่า เป็นความมื่อคติ การลดค่า การทำให้เสื่อมเสียและการแบ่งแยก เป็นสิ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ได้รับผลกระทบโดยตรงต่อการรับรู้

บุคคลที่ถูกตีตรา (Stigma) จะไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่นได้อย่างเดิม ไม่มีการตอบสนองจากบุคคลอื่น แยกตนเองออกจากสังคม เกิดความรู้สึกหวาดระแวง เศร้า ไม่เป็นมิตร ความรู้สึกที่เกิดขึ้นเป็นการตระหนักรู้ถึงความด้อยค่าใน หมายความว่า บุคคลไม่สามารถจัดความรู้สึกไม่ปลอดภัยออกไปได้ ซึ่งเป็นความรู้สึกเรื้อรังที่เกิดขึ้น ความรู้สึกที่เกิดขึ้นนี้ แสดงให้เห็นถึง ความรู้สึกถึงการอยู่ในภาวะที่ไม่ปลอดภัยเมื่อมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ทำให้ระบบตัวตนล้มเหลว รู้สึกว่าตนเองด้อยค่า ไม่มีคุณค่าในตนเอง ไม่สามารถมีปฏิสัมพันธ์กับคนอื่นได้ กลัว กังวลอยู่ตลอดเวลาว่าคนอื่นจะรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี แล้วรังเกียจ ไม่อยากอยู่ใกล้ ไม่อยากคบค้าสมาคมด้วย บุคคลที่ถูกตีตรามักเผชิญกับเหตุการณ์ที่หลากหลาย ทำให้ต้องเผชิญกับเหตุการณ์ด้วยความหวาดกลัวหรือบางคนอาจแสดงพฤติกรรมที่ไม่เป็นมิตรออกมา ส่งผลให้ผู้ที่ถูกตีตราต้องมีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมเพื่อปรับตัวกับสถานการณ์ที่ต้องเผชิญ

### 2.1.2 ผลกระทบจากการถูกตีตรา<sup>(46)</sup>

การตีตรา (stigma) ส่งผลต่อการดำเนินชีวิตในผู้ที่มีประสบการณ์การตีตรา ดังนั้น Barbara Berger และคณะ (2001) จึงได้พัฒนาเครื่องมือที่ใช้ในการวัดตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีจากประสบการณ์การถูกตีตรา ทำการศึกษาโดยการทำแบบสำรวจข้อมูลในสหรัฐอเมริกา แล้วทำการเก็บข้อมูลแบบสอบถาม 318 ข้อ ทำการวิเคราะห์ปัจจัย (Factor analysis) ได้ 4 ด้าน คือ

1. การตีตราส่วนบุคคล (Personalize stigma) คือ การรับรู้ส่วนบุคคลผ่านประสบการณ์การติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับอิทธิพลจากสังคม เศรษฐกิจ และปัจจัยทางด้านสุขภาพในการรับรู้การตีตรา
2. ความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยผลเลือด (Disclosures concern) ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความเครียดและความวิตกกังวลในการเปิดเผยผลเลือดของบุคคลที่รับทราบสถานะของการติดเชื้อเอชไอวี
3. ภาพลักษณ์ในตนเองด้านลบ (Negative self-image) โดยผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะถูกลดทอนคุณค่าในตัวเอง มองตนเองในด้านลบ
4. ความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติต่อการติดเชื้อเอชไอวีของสังคม (Concern with public attitude)



## 2.2 วัยรุ่น (Teenage)<sup>(47)</sup>

วัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในช่วงอายุ 10-19 ปี นับว่าเป็นช่วงวัยที่มีความสำคัญมากอีกวัยหนึ่งของมนุษย์ จนอาจกล่าวได้ว่าเป็นวัยหัวเลี้ยวต่อของชีวิต เนื่องจากเป็นวัยที่เกิดการเปลี่ยนแปลง พัฒนาการในทุกด้านไม่ว่าจะเป็นร่างกาย อารมณ์ สังคม และสติปัญญา เพื่อเปลี่ยนแปลงจากความเป็นเด็กไปสู่วัยผู้ใหญ่ การเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นโดยเฉพาะทางร่างกายทำให้เด็กวัยนี้ต้องเกิดการปรับตัวให้สอดคล้องกับสิ่งใหม่ๆ ถ้าเด็กสามารถปรับตัวได้ดี ปัญหาที่เกิดขึ้นในช่วงวัยรุ่นก็จะลดน้อยลง ถ้าปรับตัวไม่ได้ก็จะทำให้เกิดปัญหาด้านอื่นตามมา ซึ่งจะส่งผลกระทบต่อพัฒนาการในวัยผู้ใหญ่ได้

แบ่งวัยรุ่นออกเป็น 3 ช่วง คือ

วัยแรกรุ่น คือ ช่วงอายุ 10 – 14 ปี เป็นช่วงที่มีการเปลี่ยนแปลงของร่างกายทุกระบบ ความคิดจะหมกมุ่น กังวลกับการเปลี่ยนแปลงนี้ ส่งผลกระทบต่อจิตใจทำให้อารมณ์หงุดหงิดและแปรปรวนง่าย

วัยรุ่นตอนกลาง อายุ 14 – 16 ปี เป็นช่วงที่วัยรุ่นยอมรับสภาพร่างกายที่มีการเปลี่ยนแปลง เป็นหนุ่มเป็นสาวได้แล้ว และมุ่งค้นหาเอกลักษณ์ของตัวเอง พัฒนาความเป็นตัวของตัวเองและพยายามที่จะเอาชนะความรู้สึกแบบเด็กๆ ที่ผูกพันและอยากพึ่งพาพ่อแม่

วัยรุ่นตอนปลาย คือ ช่วงวัย 16 – 19 ปี จะเป็นช่วงที่สภาพร่างกายเปลี่ยนแปลงเติบโตสมบูรณ์เต็มที่ ตัดสินใจในเรื่องของอนาคตของตัวเองโดยมองเห็นความสามารถที่จะพัฒนาต่อเพื่อสร้างอาชีพที่เหมาะสม บรรลุนิติภาวะในเชิงกฎหมาย

### 2.2.1 การเปลี่ยนแปลงในวัยรุ่น

#### 2.2.1.1 การเจริญเติบโตและพัฒนาการด้านร่างกาย

วัยรุ่นจะมีการเปลี่ยนแปลงทางร่างกายอย่างมากในช่วงแรก เติบโตอย่างรวดเร็วและเห็นลักษณะเฉพาะของเพศตนเองชัดเจนขึ้น เด็กแต่ละคนเจริญเติบโตต่างกัน บางคนเติบโตสม่ำเสมอ บางคนโตเร็วในช่วงแรกหรือหลายคนที่คุณเป็นเด็กนานกว่าคนอื่นแล้วมาโตอย่างรวดเร็วภายหลัง

สาเหตุที่ทำให้แต่ละคนย่างเข้าสู่วัยรุ่นแตกต่างกันมาจาก

1. ความแตกต่างทางเพศ ซึ่งผู้หญิงจะเป็นเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าผู้ชายประมาณ 2 ปี
2. เชื้อชาติ กรรมพันธุ์ เด็กที่มีพ่อแม่เป็นหนุ่มสาวช้าก็จะเข้าสู่วัยรุ่นช้ากว่าเพื่อนๆ
3. สภาพสังคม เศรษฐกิจ วัฒนธรรม พบว่าเด็กในเมืองเข้าสู่วัยรุ่นเร็วกว่าเด็กในชนบท
4. ลักษณะอาหาร การออกกำลังกาย พบว่า ถ้าได้อาหารที่เหมาะสมร่วมกับการออกกำลังกายจะมีร่างกายที่เติบโตได้เต็มที่

มีการเปลี่ยนแปลงทั้งส่วนสูง น้ำหนัก รูปร่าง สัดส่วนของร่างกาย รวมทั้งการทำงานของระบบอวัยวะภายในเกือบทุกส่วน ทุกคนจะกินอาหารเก่งขึ้น นอนง่ายขึ้น ร่างกายเติบโตไม่ค่อยได้ สัดส่วนในระยะแรกส่งผลทำให้ดูแปลกๆ ไม่คล้ายเพื่อน ทำให้เจ้าตัวไม่ค่อยพอใจต่อการเปลี่ยนแปลงนี้เท่าไรและส่งผลกระทบต่ออารมณ์จิตใจได้ โหล่และสะโพกกว้างขึ้น ผู้หญิงจะสูงขึ้นเร็วกว่าผู้ชายในระยะแรก และไปหยุดสูงหลังจากมีประจำเดือนได้ 2 ปี ขณะที่ผู้ชายเริ่มสูงช้ากว่าและสูงได้ไปจนอายุประมาณ 18 ปี มีการสะสมไขมันมากที่บริเวณสะโพกและต้นขาในผู้หญิง เห็นกล้ามเนื้อแข็งแรงขึ้น โดยเฉพาะในผู้ชายเป็นเหตุให้ผู้ชายมีพลังกำลังเหนือกว่าผู้หญิง รูปร่างเปลี่ยนแปลง ดังจุมูกเป็นสัน กระดูกกล่องเสียงโตขึ้นชัดในผู้ชายส่งผลให้เสียงแตก ห้าว ทุ้มขึ้น ต่อมาไขมันทำงานเพิ่มขึ้นเป็นที่มาของสิวและกลิ่นตัว จากการที่ฮอร์โมนเพศถูกผลิตสูงขึ้น ส่งผลทำให้อวัยวะเพศทั้งในและนอกร่างกายมีการเปลี่ยนแปลงชัดเจน เริ่มมีประจำเดือน และหน้าอกในผู้หญิง ลูกอัณฑะเติบโตและทำงานเต็มที่ จึงสามารถพบภาวะฝันเปียกได้ มีขนขึ้นตามอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย ช่วงนี้วัยรุ่นจะใช้เวลาสังเกตความเปลี่ยนแปลงในตนเองและสำรวจตนเองได้ถือว่าเป็นเรื่องปกติ เป็นขั้นตอนการเรียนรู้ทำความเข้าใจความคุ้นเคยกับร่างกายของตนเอง

#### 2.2.1.2 พัฒนาการทางอารมณ์

พัฒนาการทางด้านอารมณ์ของวัยรุ่นจะเป็นผลมาจากพัฒนาการในวัยเด็กตอนปลาย ประกอบกับเกิดการเปลี่ยนแปลงทางร่างกาย จึงพบว่าวัยรุ่นมักจะมีการแสดงออกอย่างเปิดเผยและมีความรู้สึกค่อนข้างรุนแรงแปรปรวนง่าย เช่น บางครั้งรู้สึกมีความสุข บางครั้งรู้สึกหดหู่ บางครั้งโอบอ้อมอารี บางครั้งกลับเห็นแก่ตัวแบบเด็ก ไม่ค่อยยอมใครง่ายๆ จึงมีความขัดแย้งกับผู้ใหญ่อยู่เสมอ ปัญหาทางอารมณ์อีกประการหนึ่งสำหรับวัยรุ่นคือมักจะเกิดความขัดแย้งในใจอยู่เสมอ เช่น บางครั้งอยากเป็นผู้ใหญ่จะได้ทำตามใจตนเอง แต่บางครั้งอยากจะเป็นเด็ก ที่มีคนเอาใจใส่ดูแล ซึ่งในช่วงวัยรุ่นนี้จะเริ่มสนใจในเพศตรงข้าม และเริ่มมีความรู้สึกทางเพศ ทำให้อยากรู้ อยากลองสิ่งใหม่ๆ โดยเฉพาะเมื่อมีสิ่งช่วยจากสื่อออนไลน์ต่างๆ ส่งผลให้เด็กวัยรุ่นเกิดการเรียนรู้รวดเร็วขึ้น

#### 2.2.1.3 พัฒนาการทางสังคม

วัยรุ่นเป็นวัยที่ต้องเผชิญความคาดหวังจากผู้ใหญ่ เนื่องจากเริ่มมีการเปลี่ยนแปลงตนเองจากที่ต้องพึ่งพาอาศัยพ่อแม่ไปเป็นพึ่งพาอาศัยตนเองแบบผู้ใหญ่ เริ่มรู้จักรับผิดชอบต่อตัวเอง ทำให้วัยรุ่นต้องเกิดการปรับตัวอย่างมากโดยเฉพาะต่อสังคม วัยรุ่นจะพยายามค้นหาตนเอง สร้างทัศนคติและคุณค่าแห่งชีวิต ภายใต้นี้จะเริ่มห่างจากพ่อแม่แต่จะมีความสัมพันธ์กันอย่างใกล้ชิดกับเพื่อนรุ่นราวคราวเดียวกัน การพยายามค้นหาตัวเอง อีริก เอช. อีริกสัน (Erik H. Erikson) เรียกว่าขั้นของการรู้จักตนเองกับไม่รู้จักตนเอง ซึ่งเป็นพัฒนาการทางสังคมของเด็กวัยรุ่นที่พยายามจะค้นหาความสามารถที่แท้จริงในตนเองเพื่อสร้างเป้าหมายชีวิตในอนาคต ซึ่งถือเป็นระยะวิกฤต ของการจะรู้จักตนเองที่

แท้จริงหรือไม่ ซึ่งวัยรุ่นต้องการความเป็นอิสระในการเรียนรู้ตนเอง เลือกเป้าหมายในชีวิต เลือกอาชีพ และเลือกเพศตรงข้ามที่สนใจเอง โดยไม่ต้องการการคัดค้านจากผู้อื่น

#### 2.2.1.4 พัฒนาการทางด้านสติปัญญา<sup>(48)</sup>

ในวัยนี้จะพบว่าเป็นวัยที่มีพัฒนาการทางด้านสติปัญญาเกิดขึ้นอย่างรวดเร็วและมีความก้าวหน้าจนใกล้เคียงวัยผู้ใหญ่ แต่แตกต่างกันที่ความสุขุมรอบคอบและประสบการณ์ เพียงแต่เรียกพัฒนาการทางสติปัญญาในระยนี้ว่าขั้นคิดอย่างมีเหตุผลมีผลเชิงนามธรรม ซึ่งเป็นขั้นสูงที่สุด โดยวัยรุ่นจะสามารถคิดแก้ปัญหาได้อย่างเป็นระบบ มีความคิดในการใช้เหตุผลในการแก้ปัญหาเพื่อเป็นพื้นฐานในการเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ต่อไป

#### ทฤษฎีพัฒนาการทางความคิด (Cognitive Theories)

เพียเจต์ กล่าวว่า การเรียนรู้ของเด็กเป็นกระบวนการที่เกิดจากการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางที่เรียกว่า โครงสร้างทางสติปัญญา (Schema) ซึ่งได้ให้คำนิยามว่า เป็นวิธีการที่มนุษย์รับรู้ เข้าใจ และคิดถึงเกี่ยวกับโลกที่เขาอยู่ พัฒนาการด้านความคิด คือการที่บุคคลเกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด ที่ดีขึ้นตามลำดับขั้นและเกิดขึ้นอย่างต่อเนื่องตลอดเวลา โดยจะต้องมีการปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม จึงจะเกิดการพัฒนาดังนั้นพัฒนาการด้านความคิดของมนุษย์จะเกิดขึ้นไม่ได้ถ้ามีบุคคลหรือสิ่งแวดล้อม อย่างใดอย่างหนึ่งเพียงอย่างเดียว เมื่อบุคคลมีปฏิสัมพันธ์กับสิ่งแวดล้อม จะเกิดแนวโน้มตามธรรมชาติ ซึ่งเป็นแนวโน้มที่เกิดกับสิ่งมีชีวิตทั้งหลาย นั่นคือการจัดระบบ (Organization) การปรับตัว (Adaptation) และแนวโน้มดังกล่าวก็จะนำไปสู่พัฒนาการทางความคิดนั่นเอง

การเรียนรู้ของเด็กเป็นกระบวนการที่เกิดจากการทำงานของระบบประสาทส่วนกลางที่เรียกว่า โครงสร้างทางสติปัญญา (Schema) ซึ่งเขาให้นิยามว่า เป็นวิธีการที่มนุษย์รับรู้ เข้าใจ และคิดถึงเกี่ยวกับโลกที่เขาอยู่ ซึ่งเป็นวิธีการที่เด็กจะเริ่มต้นความสัมพันธ์ระหว่าง ตัวเขาเองกับโลกภายนอก เพียเจต์เชื่อว่า คนทุกคนเกิดมาพร้อมด้วยกระบวนการคิดอันเป็นสากล เพียเจต์ได้กล่าวว่า โครงสร้างทางสติปัญญาหรือการทำงานของระบบประสาทในส่วนที่เกี่ยวข้องกับการคิดสามารถเปลี่ยนแปลงได้ และกระบวนการที่การทำงานของระบบประสาทนี้เกิดเปลี่ยนแปลงไป ที่เรียกว่า ปฏิบัติการ (Operate) สิ่งที่เป็นองค์ประกอบสำคัญสำหรับกระบวนการคิด Functional Invariant ที่สำคัญมี 2 อย่างด้วยกัน คือ การขยายโครงสร้าง (Assimilation) คือการที่บุคคลได้รับประสบการณ์หรือได้รับรู้สิ่งใหม่เข้ามาในสมอง และการปรับเข้าสู่โครงสร้าง (Accommodation) คือการที่โครงสร้างทางสติปัญญามีอิทธิพลต่อการแปลความ ประสบการณ์ที่ได้รับให้เข้ากับความเป็นจริงของโลกภายนอกกระบวนการทั้งสองประการนี้ เมื่อเกิดการปรับขยายโครงสร้างโดยการรับรู้ประสบการณ์และการปรับประสบการณ์เข้าสู่โครงสร้างแล้ว ก็จะสร้างโครงสร้างทางสติปัญญาขึ้นมาใหม่ และขยาย

โครงสร้างให้กว้างออกไป เพื่อบ่งชี้จะเน้นกระบวนการทำงานภายในตัวมากกว่าสิ่งเร้าที่มากกระตุ้น สิ่ง  
ที่มากกระตุ้นนั้น ควรจะอยู่ในระดับที่วุฒิภาวะของเด็กจะสามารถเข้าถึง โดยที่กระบวนการทั้ง 2 ที่  
กล่าวมาแล้วจะทำงานร่วมกันตลอดเวลา เพื่อช่วยรักษาความสมดุล (Equilibrium) และผลจากการ  
ทำงานของกระบวนการดังกล่าวจะเกิดเป็นโครงสร้าง (Schema) ขึ้นในสมอง โครงสร้างต่างๆ จะ  
พัฒนาขึ้นตามระดับอายุ และประสบการณ์ในชีวิต<sup>(49)</sup>

ดังนั้นในวัยรุ่น จึงมีประสบการณ์และการรับรู้ของโรคเอชไอวี/เอดส์ แตกต่างจากบุคคลที่อยู่ใน  
ในวัยอื่น เนื่องจากเมื่อวัยรุ่นทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี วัยรุ่นจะรับรู้แล้วว่าโรคเอชไอวีเอดส์ คือ/  
อะไร ติดต่อทางไหน และต้องปฏิบัติตัวอย่างไร ซึ่งข้อมูลที่ได้ก็จะมาจากคำแนะนำของบุคลากรทาง  
การแพทย์แตกต่างจากประสบการณ์การรับรู้โรคเอชไอวีเอดส์ ในวัยผู้ใหญ่ซึ่งรับรู้ภาพของคนติดเชื้อ/  
2 เชื้อในอดีต คือเป็นโรคของคนสำส่อนและมีแผลพุพองตามร่างกาย จึงทำให้ประสบการณ์ที่ได้รับทั้ง  
วัย แตกต่างกันไป

### 2.3 โรคเอชไอวี/เอดส์

โรคเอชไอวี/เอดส์ เป็นกลุ่มอาการของโรค ที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human  
immunodeficiency virus (HIV) ที่จะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว ซึ่งเป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค  
ทำให้ภูมิคุ้มกันบกพร่อง ติดเชื้อโรคอื่นๆ ได้ง่ายขึ้น เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ  
หรือเป็นมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ อาการจะรุนแรง และเป็นสาเหตุสำคัญของการ  
เสียชีวิต โดยในช่วงที่รับเชื้อเข้าสู่ร่างกายจะยังไม่มีอาการป่วย เพราะร่างกายยังมีภูมิคุ้มกันที่ยัง  
ควบคุม หรือจัดการกับเชื้อโรคที่เข้าสู่ร่างกายได้ เรียกว่า เป็น **ผู้ติดเชื้อ** จนกระทั่งเมื่อเริ่มมีขาด้าน  
ไวรัสเข้ามาควบคุมปริมาณเชื้อในร่างกาย ทำให้สามารถกดปริมาณเชื้อไวรัสไม่ให้แพร่กระจายไปได้  
ส่งผลให้ภูมิคุ้มกันของผู้ติดเชื้อสูงขึ้นมีอายุที่ยืนยาวขึ้น โรคติดเชื้อฉวยโอกาสต่างๆ ลดลง ดังนั้นผู้ที่  
ได้รับประทานยาต้านไวรัสจึงมีอายุที่ยืนยาวขึ้นและคุณภาพชีวิตดีขึ้น<sup>(50)</sup>

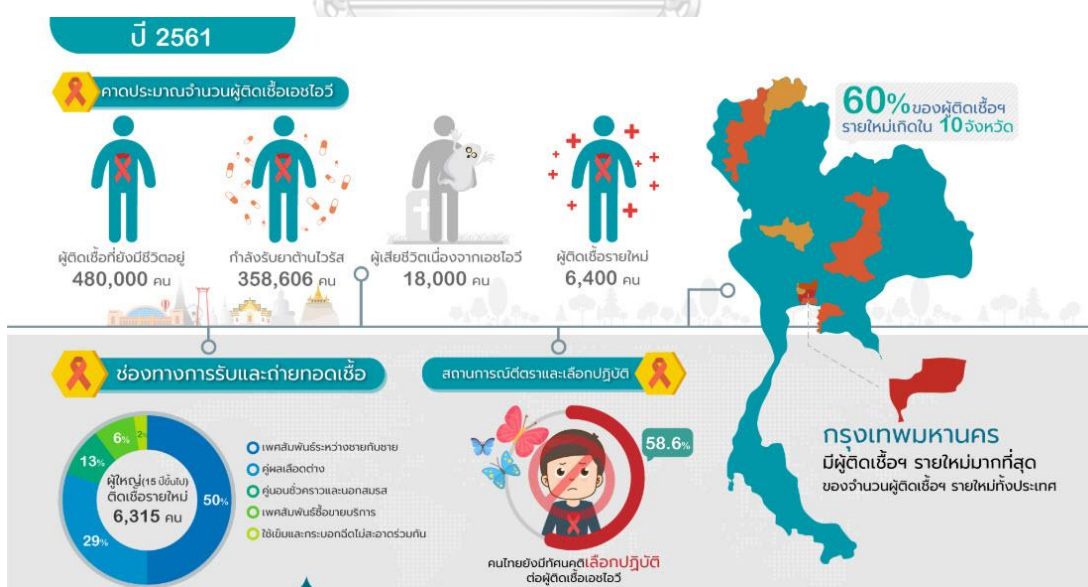
#### 2.3.1 สถานการณ์โรคเอชไอวีในปัจจุบัน

สถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558<sup>(51)</sup>

การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในประเทศไทยเกิดขึ้นในประชาชนวัยแรงงานซึ่งเป็นทรัพยากร  
หลักใน การพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมของประเทศ ประมาณร้อยละ 85 ของผู้ป่วยโรคเอดส์ มีอายุ  
ระหว่าง 15-45 ปี ซึ่งเป็นวัยแรงงาน และเพศหญิงมีสัดส่วนใกล้เคียงกับชายมากขึ้น อัตราส่วน 1.5:1  
ภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อให้เกิดการสูญเสียความสามารถทำงานทั้งทางร่างกาย  
และจิตใจ ที่สำคัญคือการสูญเสีย ชีวิตก่อนวัยอันควร จากการคาดประมาณโดยคณะนักวิชาการของ  
ประเทศไทย ปี พ.ศ. 2558 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนสะสม 1,526,028 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีราย  
ใหม่ ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 6,759 คน

จากข้อมูลภายใต้ระบบประกันสุขภาพแห่งชาติ ณ สิ้นเดือนกันยายน พ.ศ. 2558 มีผู้รับบริการปรึกษาเพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีสะสม จำนวน 708,034 ราย ผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวนสะสม 481,241 ราย ผู้ป่วยที่กินยาต้านไวรัสเอชไอวีภายใต้ระบบหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ จำนวนสะสม 355,123 ราย มีผู้ป่วยที่รับยาใหม่จำนวนเพิ่มขึ้นจากปี พ.ศ. 2557 จำนวน 33,837 ราย จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีปี พ.ศ. 2558 ในประชากรกลุ่มต่างๆ พบความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 0.5 ความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มโลหิตบริจาคร้อยละ 0.2 ความชุกของการติดเชื้อกลุ่มพนักงานบริการตรง ร้อยละ 1.1 พนักงานบริการแฝงร้อยละ 0.8 และความชุกของการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มชายที่มาตรวจกามโรคร้อยละ 3.1 จากการเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับพฤติกรรมทางเพศ กลุ่มประชากรที่ได้รับผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวี ในปี พ.ศ. 2557 โดยเน้นกลุ่มที่สำคัญคือกลุ่มประชากรที่มีอายุระหว่าง 15-24 ปี<sup>(52)</sup>

ผลกระทบประการสำคัญที่เกิดจากพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศของวัยรุ่น นอกจากติดเชื้อติดต่อทางเพศสัมพันธ์และเอดส์ คือ การตั้งครรภ์ ซึ่งจากสถิติในปี พ.ศ. 2554 พบว่าวัยรุ่นหญิงของไทยอายุ 10-19 ปี คลอดบุตรจำนวน 131,400 คน ส่วนหนึ่งเกิดจากมีความเข้าใจผิดเกี่ยวกับการร่วมเพศ คิดว่าการร่วมเพศครั้งเดียวแล้วจะไม่ตั้งครรภ์ และคิดว่าการใช้ถุงยางอนามัยจะขัดขวางความรู้สึกทางเพศ โดยร้อยละ 80 เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม ทำให้วัยรุ่นตัดสินใจยุติการตั้งครรภ์หรือทำแท้ง ซึ่งเป็นวิธีการที่ไม่ปลอดภัย เสี่ยงอันตรายและอาจเสียชีวิตได้ และยังพบอีกว่าจำนวนวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีมีเพิ่มขึ้นด้วย<sup>(3)</sup>



รูปภาพที่ 2 ข้อมูลการคาดการณ์จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีในปี พ2561 .ศ.

ที่มา: www.hfocus.org

ข้อมูลจากการคาดการณ์จำนวนผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. 2561 คาดว่ามีจำนวนผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีสะสม 480,000 คน กำลังได้รับยาต้านไวรัส 358,606 คน และเป็นผู้ติดเชื้อรายใหม่ 6,400 คน โดยช่องทางการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังเป็นการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์มากที่สุด โดยกลุ่มผู้ที่ติดเชื้อรายใหม่พบมากที่สุดในกรุงเทพมหานคร สัดส่วนผู้ที่ติดเชื้อรายใหม่ยังอยู่ในกลุ่มที่อายุมากกว่า 15 ปี พบว่าจำนวนผู้ที่ติดเชื้อรายปีมีจำนวนลดลงเรื่อยๆ เนื่องจากการเข้าถึงยาต้านไวรัสและการรณรงค์การป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์ แต่คนไทยยังมีทัศนคติต่อเชื้อเอชไอวีในการตีตราและเลือกปฏิบัติยังสูงอยู่ถึงร้อยละ 58.6 โดยประเทศไทยได้ตั้งเป้าหมายในการยุติเอดส์ในปี พ.ศ. 2573 ซึ่งเป็นการลดผู้ป่วยรายใหม่ ลดการเสียชีวิต และลดการตีตราเลือกปฏิบัติในผู้ป่วยเอชไอวี<sup>(52)</sup>

## 2.4 การตั้งครรภ์

### 2.4.1 การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

ดังนั้นในวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จึงมีการเปลี่ยนแปลงทางกายและอารมณ์ทั้งจากการเปลี่ยนแปลงจากวัยเด็กเข้าสู่ผู้ใหญ่และการเปลี่ยนแปลงเพื่อเตรียมความพร้อมทั้งทางร่างกายและอารมณ์ในการที่จะเป็นแม่คน จึงเป็นการยากในการปรับตัวสำหรับวัยรุ่นที่ยังไม่มีวุฒิภาวะด้านอารมณ์ที่เหมาะสม เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ขึ้น จึงกลายเป็นปัญหาของสังคมเนื่องจากวัยรุ่นยังเป็นวัยที่ต้องพึ่งพิงผู้ใหญ่ไม่สามารถที่จะประกอบอาชีพหาเลี้ยงตนเองได้ อีกทั้งยังรับภาระในการเลี้ยงดูลูก หากไม่ได้รับการดูแลที่ดีก็จะส่งผลถึงอนาคตของประเทศต่อไป

การที่วัยรุ่นตั้งครรภ์ซึ่งหมายถึงช่วงวัย 10 – 19 ได้ส่งผลกระทบต่อตัววัยรุ่น ครอบครัว สังคม และเศรษฐกิจ ไม่ว่าจะเป็นเรื่องสุขภาพของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ เด็กที่เกิดจากแม่อายุน้อยมีโอกาสที่จะมีน้ำหนักน้อยหรือต่ำกว่า 2,500 กรัม ความเครียดของครอบครัว ฐานะทางเศรษฐกิจ รวมถึงค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่รัฐต้องจัดทำให้ การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นต้องไม่เริ่มต้นจากการมองว่าวัยรุ่นเป็นปัญหา เนื่องจากวัยรุ่นตั้งครรภ์ไม่ได้เกิดจากความไม่พร้อมเสมอไป แต่การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นหลายครั้งที่เกิดจากความตั้งใจในการตั้งครรภ์ และเลี้ยงดูบุตร ดังนั้นจึงควรต้องคุ้มครองด้านอื่นคู่กันไปด้วย นอกเหนือจากอายุเพียงอย่างเดียว

### 2.4.2 การตั้งครรภ์ในหญิงวัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากประชาชนที่ติดเชื้อในประเทศไทย ทุกคนมีสิทธิที่จะเข้าถึงการรักษาและได้รับยาต้านไวรัสฟรี การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องทำให้สามารถกดปริมาณเชื้อไวรัสในร่างกายได้เหลือน้อยมาก น้อยกว่า 50 ก๊อปปี้ เมื่อยาต้านไวรัสทำให้ร่างกายกดปริมาณไวรัสได้เหลือน้อยที่สุดส่งผลให้ร่างกายของผู้ติดเชื้อเอชไอวีแข็งแรงขึ้นและสามารถตั้งครรภ์ได้ โอกาสที่จะแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูกก็ลดลง แต่ยังมีหญิงตั้งครรภ์อีกกลุ่มหนึ่งที่เพิ่งทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีขณะมาฝากครรภ์ จาก

ข้อมูลสถิติผู้ติดเชื้อรายใหม่ในปี พ.ศ. 2561 พบว่าอัตราการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์มีร้อยละ 0.6 การตั้งครรภ์ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งที่ทราบการติดเชื้อเอชไอวีก่อนการตั้งครรภ์ และหลังตั้งครรภ์ เก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั่วประเทศ พบว่าในปี พ.ศ. 2562 มีผู้หญิงตั้งครรภ์มารับบริการในระยะตั้งครรภ์ทั้งหมด 2,047 คน ระยะคลอด 3,105 คน ซึ่งมีลูกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี 3,260 คน ข้อมูลจาก สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ)

## 2.5 การเผชิญปัญหาและการเผชิญความเครียด<sup>(53, 54)</sup>

### 2.5.1 ความหมายของการเผชิญปัญหาและการเผชิญความเครียด

การเผชิญปัญหามักมาพร้อมกันกับทฤษฎีความเครียด ซึ่งในบางครั้งอธิบายเป็นทฤษฎีเดียวกัน เนื่องจากความเครียดและการเผชิญปัญหาเป็นสิ่งที่เกี่ยวเนื่องกัน ในชีวิตประจำวันบุคคลจะต้องเผชิญปัญหาต่างๆในชีวิตมากมายและสภาวะกดดันต่างๆ อย่างหลีกเลี่ยงไม่ได้ ทำให้บุคคลรู้สึกกดดัน เกิดปัญหาคับข้องขึ้นในใจ ส่งผลให้เกิดการเปลี่ยนแปลงความคิด อารมณ์และพฤติกรรมที่แสดงออกมาเพื่อเผชิญกับปัญหานั้นๆ เป็นการรักษาสมดุลภาพของจิตใจและร่างกายให้ปรับสู่สภาวะปกติ กระบวนการนี้เรียกว่าการเผชิญความเครียด

การเผชิญความเครียด เป็นความพยายามทั้งการกระทำและความนึกคิดที่จะจัดการกับความเครียด จะออกมาในรูปของพฤติกรรม ซึ่งมีความสัมพันธ์กับความรู้สึก นึกคิด จิตใจ และอารมณ์ของแต่ละบุคคลในขณะนั้น เมื่อสถานการณ์เปลี่ยนแปลงก็จะมีผลทำให้บุคคลนั้นเกิดการเปลี่ยนแปลงทางความรู้สึกนึกคิด ออกมาในรูปแบบพฤติกรรม ลาซารัสและโพล์คแมน (Lazarus & Folkman, 1984) ได้กล่าวถึงการจัดการความเครียดไว้ 2 ด้าน อ้างในเบญจรัตน์ ชิวพูนผล คือ

1. การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotional Focus Coping) คือกระบวนการที่ใช้วิธีการตอบสนองปัญหาหรือสถานการณ์ โดยการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญใช้กระบวนการทางความคิด การปรับสภาวะอารมณ์ ความรู้สึก หรือการใช้กลไกทางจิต (Defensive Reappraisal) เช่น การหลีกเลี่ยง การปฏิเสธ การลดความสำคัญของปัญหา การเบี่ยงเบนความคิด ความสนใจ กาคิดในแง่ดี การหาแหล่งสนับสนุนทางอารมณ์จากผู้อื่น เป็นต้น ซึ่งการเผชิญปัญหาแบบนี้เป็นการช่วยลดหรือบรรเทาความรู้สึกเท่านั้นแต่ปัญหายังคงอยู่ เนื่องจากไม่ได้รับการแก้ไข

2. การมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem Focus Coping) คือ การที่บุคคลใช้วิธีการตอบสนองปัญหา สถานการณ์หรือการเปลี่ยนแปลงที่เผชิญอยู่โดยใช้กลวิธีในการแก้ปัญหาที่เกิดขึ้น ด้วยเทคนิคเหล่านี้ คือ ทำความเข้าใจว่าปัญหาคืออะไร เพื่อหาทางแก้ปัญหา ตัดสินใจเลือกทางแก้ไข โดยคำนึงถึงประโยชน์และความคุ้มค่า วิธีการเผชิญปัญหานี้มุ่งที่สิ่งแวดล้อม อุปสรรค ทรัพยากร และวิธีการดำเนินงานที่ช่วยให้เกิดการเรียนรู้และพัฒนาพฤติกรรมใหม่

ในการเผชิญความเครียดนั้น บุคคลจะใช้ทั้งการมุ่งจัดการปัญหาและมุ่งจัดการกับอารมณ์ควบคู่กันไป แต่จะใช้วิธีการใดมากกว่านั้นขึ้นอยู่กับความยากง่ายของปัญหาที่เผชิญ นั่นคือบุคคลจะใช้วิธีการมุ่งจัดการกับปัญหามากกว่าในสถานการณ์ที่รับรู้ว่าจะสามารถจัดการกับปัญหาได้และในทางตรงกันข้ามจะเลือกใช้วิธีมุ่งจัดการกับอารมณ์มากกว่า ดังนั้นในการเผชิญปัญหาของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องเผชิญปัญหาทั้งจากการตั้งครรภ์ไม่พร้อมและการติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งวัยรุ่นต้องมีการเผชิญปัญหาและปรับตัวเพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมให้ได้ ซึ่งการเผชิญปัญหาและการปรับตัวของแต่ละคนจะแตกต่างกันออกไปขึ้นอยู่กับบริบทของตนเองและการสนับสนุนจากคนในครอบครัว

เนื่องจากการเผชิญความเครียดเป็นการจัดการกับเหตุการณ์ที่ถูกประเมินว่าเป็นความเครียดซึ่งพฤติกรรมในการเผชิญความเครียดนั้นเป็นความรู้สึกนึกคิดหรือเป็นการกระทำที่แสดงออกมา ดังนั้นจึงได้มีผู้พัฒนาเครื่องมือที่วัดความรู้สึกนึกคิดและการกระทำ เพื่อประเมินพฤติกรรมการเผชิญความเครียด โดย Jarowiec ได้รวบรวมพฤติกรรมการเผชิญความเครียดที่บุคคลใช้ ซึ่งเป็นการผสมผสานระหว่างการมุ่งแก้ปัญหาที่เกิดขึ้นกับการควบคุมความรู้สึกและอารมณ์ของตนเอง และได้พัฒนาเครื่องมือวัดการเผชิญความเครียดและแบ่งการเผชิญความเครียดออกเป็น 3 ด้าน<sup>(55)</sup>

1. ด้านการมุ่งแก้ปัญหา (Confrontive) เป็นวิธีการที่มุ่งควบคุมปัญหา หรือเหตุการณ์ที่ก่อให้เกิดความเครียดให้เป็นไปในแนวทางที่ดีขึ้น โดยใช้วิธีการต่างๆ ในการคิดแก้ปัญหา ซึ่งอาจใช้วิธีการเปลี่ยนแนวคิดหรือพฤติกรรมของตนเอง หรือการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อมที่กำลังเผชิญปัญหาอยู่ เพื่อให้จัดการกับปัญหานั้นได้

2. ด้านการจัดการกับอารมณ์ (Emotive) เป็นวิธีการที่มุ่งแก้ไขหรือควบคุมเหตุการณ์ หรือควบคุมความรู้สึก อารมณ์ของตนเองในความไม่สบายใจ ความทุกข์ต่างๆ โดยการแสดงความรู้สึกหรือการระบายอารมณ์โดยที่ปัญหาไม่เปลี่ยนแปลง

3. ด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด (Palliative) เป็นวิธีการที่ใช้ในการควบคุมเหตุการณ์ หรือการแก้ปัญหาทางอ้อมโดยการเปลี่ยนแปลงการรับรู้ปัญหา ในขณะที่เหตุการณ์หรือปัญหานั้นไม่เปลี่ยนแปลง



## 2.6 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาของศศิรินทร์ พันธุ์สุวรรณ (2556) ได้ศึกษาถึงประสบการณ์หลังตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานในภาคเหนือตอนบนโดยทำการสัมภาษณ์เชิงลึก อาสาสมัครจำนวน 17 ราย มีอายุระหว่าง 15 ถึง 18 ปี เป็นหญิงครรภ์แรก อายุครรภ์ระหว่าง 32 ถึง 36 สัปดาห์ พบว่า วัยรุ่นที่ตั้งครรภ์จะรู้สึกหมดคุณค่าในตนเอง สูญเสียความมีศักดิ์ศรีในตนเองและถูกลดคุณค่าลงเนื่องจากในสังคมไทยยังให้ความสำคัญกับพรหมจรรย์ วัยรุ่นเหล่านี้จึงรู้สึกว่าคุณค่าของตนเองลดลง อีกทั้งต้องหยุดจากการเรียน ถูกตัดขาดจากเพื่อน ชีวิตในวัยรุ่นได้สิ้นสุดลงเพราะต้องดูแลลูกที่จะเกิดมา และครอบครัวยังอับอายที่มีลูกสาวซิงสุกก่อนห้าม และท้องในวัยเรียน<sup>(11)</sup>

การศึกษาของศรุตยา รongเลื่อน (2555) ได้ศึกษาถึงการตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่นเก็บข้อมูลจากหน่วยฝากครรภ์ โรงพยาบาลศิริราช จำนวน 73 ราย พบว่า หญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นไม่พร้อมต่อการตั้งครรภ์และไม่ตั้งใจมีบุตรร้อยละ 94.1 และไม่พร้อมต่อการเลี้ยงดูบุตรด้วยตนเองมีความต้องการที่จะยกบุตรให้ผู้อื่นร้อยละ 5.9 และตั้งครรภ์ในขณะที่กำลังศึกษาอยู่ร้อยละ 64.7 ปัญหาด้านร่างกาย ที่พบในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น ได้แก่ การสูบบุหรี่ ต้มเครื่องต้มที่มีส่วนผสมของแอลกอฮอล์ ปัญหาด้านความรู้ ได้แก่ ขาดความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวในขณะที่ตั้งครรภ์ ด้านจิตสังคม ได้แก่ รู้สึกเศร้า หดหู่ ผิดหวัง ไม่มีค่า<sup>(56)</sup>

การศึกษาของ Machunu G. และคณะ (2012) ได้ศึกษาปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในแอฟริกาใต้ เก็บข้อมูลจากการทำแบบสอบถามจำนวน 3,123 ราย เพศหญิงร้อยละ 45.4 เพศชายร้อยละ 54.6 พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นมีหลายปัจจัย ซึ่งแบ่งเป็นปัจจัยภายในตัวบุคคลและปัจจัยแวดล้อม ปัจจัยภายในตัวบุคคลคือต้องการแสดงตัวตนของการเป็นเพศหญิง โดยร้อยละ 55.5 ตั้งครรภ์จากการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเนื่องจากขาดความรู้เรื่องความเสี่ยงของการตั้งครรภ์ ส่วนปัจจัยภายนอกคือความไม่เท่าเทียมกันในเรื่องเพศซึ่งเพศหญิงไม่สามารถต่อรองในการมีเพศสัมพันธ์ได้ นอกจากนี้ยังมีปัจจัยด้านการศึกษา เศรษฐฐานะของครอบครัว ซึ่งวัยรุ่นยังขาดความรู้ความเข้าใจในการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยจึงมีความเสี่ยงของการติดโรคทางเพศสัมพันธ์<sup>(8)</sup>

การศึกษาของ Ramakuelk N.J และคณะ (2016) ได้ศึกษาถึงสาเหตุของการยุติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ศึกษาในชั้นมัธยมปลาย ของประเทศแอฟริกาใต้ พบว่า การยุติการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นนั้นสาเหตุหลักมาจากปัญหาความยากจน ความสัมพันธ์ในครอบครัว การต้องเป็นแม่เลี้ยงเดี่ยว ผลกระทบกับชีวิตในวัยเรียน นอกจากนี้เขายังกล่าวถึงการถูกตีตรา ของคนในครอบครัวและอายุที่เปิดเผยเรื่องการถูกข่มขืนหรือการมีเพศสัมพันธ์กับคนในครอบครัว ซึ่งรวมถึงความกลัวในการตั้งครรภ์ด้วย<sup>(16)</sup>

การศึกษาของ Paudal.V และคณะ (2015) ได้ศึกษาความรู้สึกและการรับรู้ในการอยู่กับเอชไอวีในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการเปิดเผยผลเลือดนั้นเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและยากลำบากมากในการเผชิญปัญหา อีกทั้งยังต้องต่อสู้กับการตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งผู้หญิงได้รับผลกระทบในหลายมิติต่อการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับเอชไอวี ซึ่งพวกเขาผ่านการถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์มาแล้ว แต่สิ่งที่ดีที่สุดในการผ่านประสบการณ์มาคือมีกลุ่มที่ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต<sup>(57)</sup>

การศึกษาของ Simbayi LC และคณะ (2007) ได้ศึกษาประสบการณ์การถูกเลือกปฏิบัติและการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี โดยศึกษาในผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คลินิกเอชไอวีในเมือง Capetown ประเทศแอฟริกาใต้ เป็นชาย 420 คน และหญิง 643 คน ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีถูกเลือกปฏิบัติ ทำให้พวกเขาไม่มีที่อยู่และตกงาน 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกว่าตนเองเป็นคนสกปรก ละอายใจ และรู้สึกผิดเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี และยังพบว่าแรงสนับสนุนทางสังคม การใช้สารเสพติด มีผลต่อภาวะซึมเศร้าในผู้ติดเชื้อเอชไอวี<sup>(58)</sup>

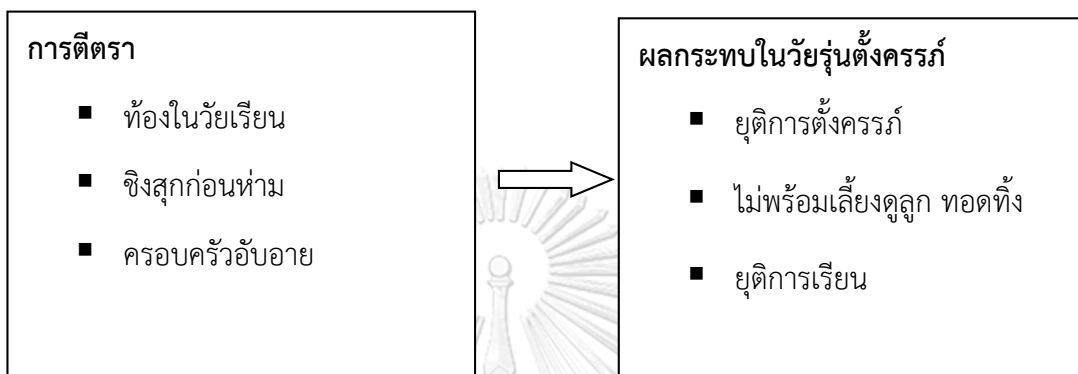
การศึกษาของ Ion.A และคณะ (2017) ศึกษาการตีตราในหญิงตั้งครรภ์และหลังคลอดในแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศแคนาดา โดยศึกษาในแม่ที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและหลังคลอดระยะต้นจำนวน 77 คน พบว่าการตีตรามีความสัมพันธ์กับความเครียด ภาวะซึมเศร้า การแยกตัวออกจากสังคม และการช่วยเหลือจากสังคม โดยการตีตราจะเพิ่มขึ้นในช่วงตั้งครรภ์ไปจนถึงหลังคลอด ไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ<sup>(46)</sup>

การศึกษาของ Salters K และคณะ (2017) ศึกษาความตั้งใจในการตั้งครรภ์ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศแคนาดา โดยศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 1,165 คน พบว่า 1 ใน 4 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้ตั้งใจในการตั้งครรภ์ จึงควรมีการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเป็นระบบในการช่วยเหลือสนับสนุนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี<sup>(59)</sup>

### สรุปจากการทบทวนวรรณกรรม

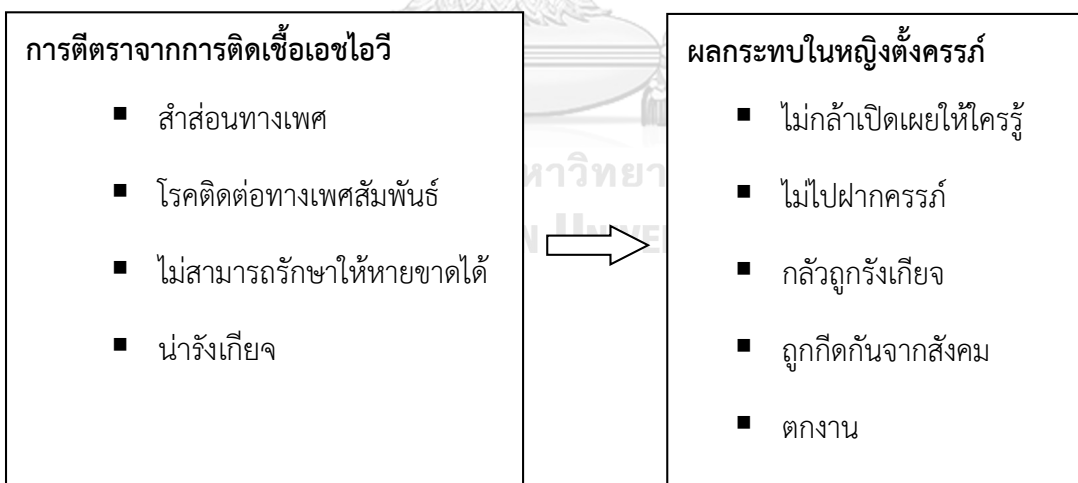
กระบวนการติตรา คือ กระบวนการทางสังคมที่ลดทอนคุณค่าของบุคคลหรือกลุ่มบุคคลลง ทำให้มีความแตกต่างจากบุคคลอื่น ถูกลดสถานภาพ ต้อยค่าในสายตาของสังคม และถูกเลือกปฏิบัติจากสังคม ซึ่งทำให้ผู้ที่ถูกติตราได้รับผลกระทบดังนี้

#### การติตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์



รูปภาพที่ 3 สรุปการติตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์

#### การติตราในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี



รูปภาพที่ 4 การติตราในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

## บทที่ 3

### วิธีดำเนินการวิจัย

เป็นการศึกษาวิจัยแบบ Analytic cross-sectional study ซึ่งรูปแบบการวิจัย ประกอบด้วย 2 ส่วน (Mixed-Method Research) คือ การศึกษาวิจัยเชิงปริมาณ (Quantitative study) และการวิจัยเชิงคุณภาพ (Qualitative study)

#### 3.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

##### 3.1.1 ประชากรเป้าหมาย (Target population)

ประชากรในการศึกษาครั้งนี้ คือ หญิงตั้งครรภ์หรือหญิงหลังคลอดมาไม่เกิน 5 ปีที่ตรวจพบว่ามี การติดเชื้อเอชไอวีในครรภ์นี้ รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้ง ทำแท้ง หรือลูกเสียชีวิตก่อน 5 ปี ในกลุ่มศึกษาคือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงหลังคลอดมาไม่เกิน 5 ปีที่มีอายุขณะตั้งครรภ์ 15 ถึง 20 ปี และในกลุ่มเปรียบเทียบคือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงหลังคลอดมาไม่เกิน 5 ปีที่มีอายุขณะตั้งครรภ์ 20 ปีขึ้นไป โดยทำการเก็บข้อมูลผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทั้งหมดจำนวน 222 คน เก็บมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์หรือศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV-NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลนครปฐม

สถานที่ในการทำวิจัย เป็นการเลือกแบบเจาะจง 2 โรงพยาบาล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลนครปฐม เนื่องจากทั้ง 2 โรงพยาบาล เป็นโรงพยาบาลขนาดใหญ่ที่มีแพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ และทารกที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงมีการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลอื่น ทำให้เป็นตัวแทนของประชากรในการศึกษาได้ ซึ่งจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาฝากครรภ์ประมาณ 40 – 50 คน ต่อปี

##### 3.1.2 ประชากรตัวอย่าง (Sample population)

กลุ่มประชากรตัวอย่าง เก็บข้อมูลที่คลินิกโรคติดเชื้อห้องฝากครรภ์ ภปร ชั้น 8 คลินิกโรคติดเชื้อเด็ก ภปร ชั้น 9 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV-NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลนครปฐม เก็บข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์หรือหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีเกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัคร ดังนี้

### เกณฑ์คัดเข้า (Inclusion Criteria)

1. เพศหญิงอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไปที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่
2. กำลังตั้งครรภ์หรือหรือหลังคลอดมาไม่เกิน 5 ปี

### เกณฑ์คัดออก (Exclusion Criteria)

1. ไม่สามารถสื่อสารภาษาไทยได้
2. ไม่มีผู้ปกครอง/ผู้แทนโดยชอบธรรม ในผู้ที่อายุต่ำกว่า 18 ปี

### 3.1.3 การคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง (Sample size)

หญิงตั้งครรภ์ที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่หรือหรือหลังคลอดมาไม่เกิน 5 ปีที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่ รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้ง ทำแท้ง หรือลูกเสียชีวิต ในกลุ่มศึกษาคือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 15 ถึง 20 ปี และในกลุ่มเปรียบเทียบคือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป โดยกำหนดกลุ่มตัวอย่างเป็น 1:3 กลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์หรือหลังคลอดที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่จำนวน 55 คน กลุ่มวัยอื่นที่ตั้งครรภ์หรือหลังคลอดและสูบบุหรี่จำนวน 167 คน จะทำการเก็บรวบรวมข้อมูลเป็นระยะเวลา 1 ปี โดยมีสูตรในการคำนวณขนาดตัวอย่าง ดังนี้

สูตร Testing two independent mean

$$n_1 = \frac{(z_{1-\frac{\alpha}{2}} + z_{1-\beta})^2 \left[ \sigma_1^2 + \frac{\sigma_2^2}{r} \right]}{\Delta^2}$$

$$r = \frac{n_2}{n_1}, \Delta = \mu_1 - \mu_2$$

$r = 0.33$  อัตราส่วนของหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่ ต่อวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่

$Z_{\alpha/2}$  = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่  $\alpha = 0.05$ ,  $Z(0.975) = 1.96$

$Z_{\beta}$  = ค่ามาตรฐานจากตาราง Z ที่  $\beta = 0.2$ ,  $Z(0.800) = 0.84$

$\mu_1 = 51.3$  (ค่าเฉลี่ยคะแนนในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่) อ้างอิงจากการศึกษาของ Allyson Ion และคณะ (2016)<sup>(46)</sup>

$\sigma_1 = 13.5$  (ค่า SD คะแนนการติตราในกลุ่มวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ยังไม่เคยสูบบุหรี่) อ้างอิงจากการศึกษาของ Allyson Ion และคณะ (2016)<sup>(46)</sup>

$\mu_2 = 56.9$  (ค่าเฉลี่ยคะแนนการติตราในกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี) อ้างอิงจากการศึกษาของ Gary W. Harper และคณะ (2014)<sup>(60)</sup>

$\sigma_2 = 12.6$  (ค่า SD คะแนนการติตราในกลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี) อ้างอิงจากการศึกษาของ Gary W. Harper, และคณะ (2014)<sup>(60)</sup>

กำหนดระดับนัยสำคัญทางสถิติที่ 0.05 อำนาจการทดสอบของการวิจัยนี้ กำหนดที่ 80 เปอร์เซ็นต์

### 3.2 ระเบียบวิธีวิจัย (Research methodology)

วิธีดำเนินการวิจัย แบ่งได้เป็น 2 ระยะ คือ

**ระยะที่ 1** การวิจัยเชิงปริมาณทำการเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามในการรวบรวมข้อมูลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือหญิงหลังคลอดมาไม่เกิน 5 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวี

**ระยะที่ 2** การวิจัยเชิงคุณภาพทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth interviews) ทำการเก็บข้อมูลในหญิงหลังคลอดไม่เกิน 5 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวีและยินยอมให้เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก

โดยมีรายละเอียดของระเบียบวิธีวิจัยแต่ละระยะ ดังปรากฏรายละเอียดดังต่อไปนี้

#### 3.2.1 การวิจัยระยะที่ 1

เป็นการวิจัยโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล เก็บข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือหญิงหลังคลอดมาไม่เกิน 5 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวี การตอบแบบสอบถามจะเป็นไปด้วยความสมัครใจของอาสาสมัคร หากอาสาสมัครรู้สึกอึดอัดใจ หรือไม่สะดวกที่จะตอบคำถามข้อใดสามารถที่จะข้ามข้อคำถามนั้นไปได้ หากไม่เข้าใจในข้อคำถามใดสามารถสอบถามจากผู้วิจัยได้ตลอดเวลา สถานที่ในการเก็บข้อมูล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์หรือศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวินิจฉัยคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV-NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลนครปฐม

##### 3.2.1.1 การเข้าถึงอาสาสมัคร

โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ HIV-NAT

1. คลินิกโรคติดเชื้อห้องฝากครรภ์ ภาปร ชั้น 8 ซึ่งผู้วิจัยร่วมเป็นสูตินรีแพทย์ที่ตรวจหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพียงคนเดียว โดยผู้วิจัยร่วมเป็นผู้ขออนุญาตในการขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

2. คลินิกเด็ก ภาปร ชั้น 9 เก็บข้อมูลจากแม่หลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีที่พาลูกมาตรวจหรือมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยร่วมที่เป็นกุมารแพทย์เป็นผู้ขออนุญาตในการความยินยอมจากมารดาของเด็ก

3. คลินิก HIV-NAT เก็บข้อมูลจากอาสาสมัครที่มาตรวจติดตามการรักษา โดยพยาบาลวิจัยเป็นผู้ขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการ

### วิธีการเข้าถึงอาสาสมัคร รพ.นครปฐม

ที่คลินิกโรคติดเชื้อ ซึ่งผู้วิจัยร่วมเป็นพยาบาลวิชาชีพชำนาญการที่ รพ.นครปฐมและทีมวิจัยที่ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี จะเป็นผู้พิจารณาว่าสามารถเข้าร่วมโครงการได้หรือไม่ หากอาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าสามารถเข้าโครงการได้ ผู้วิจัยร่วมเป็นผู้ขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการหากอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการ ได้ส่งให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามที่โครงการวิจัยกำหนด

#### 3.2.1.2 วิธีดำเนินการวิจัย (Methodology)

1. หลังจากที่ได้โครงการวิจัยได้ผ่านการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ผู้วิจัยได้ทำหนังสือขออนุญาตในการเก็บข้อมูลที่แผนกสูติกรรม แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และที่ศูนย์ประสานความร่วมมือไทยออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV-NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลนครปฐม

2. หลังจากได้รับอนุญาตให้เก็บข้อมูล ผู้วิจัยได้ดำเนินการเก็บข้อมูลดำเนินการเก็บข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงหลังคลอดที่ตรวจพบมีการติดเชื้อเอชไอวีในครรภ์นี้ รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้ง ทำแท้ง หรือลูกเสียชีวิต ในกลุ่มเคสคือกลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 15 ถึงน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี และในกลุ่มเปรียบเทียบคือ กลุ่มหญิงตั้งครรภ์หรือหญิงหลังคลอดที่มีอายุ 20 ปีขึ้นไป

3. ในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ที่ รพ.จุฬาลงกรณ์ แพทย์ผู้วิจัยร่วมที่เป็นสูตินรีแพทย์เป็นผู้พิจารณาว่าสามารถเข้าร่วมโครงการได้หรือไม่ หากอาสาสมัครที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าสามารถเข้าโครงการได้ ผู้วิจัยร่วมเป็นผู้ขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการหากอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการ ได้ส่งให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามที่โครงการวิจัยกำหนดต่อไป

4. ในหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีที่พาลูกมาตรวจติดตามที่ รพ.จุฬาลงกรณ์ แพทย์ผู้วิจัยร่วมที่เป็นกุมารแพทย์ เป็นผู้พิจารณาว่ามารดาเด็กตรวจสามารถเข้าร่วมโครงการได้หรือไม่ หากผ่านเกณฑ์คัดเข้าที่สามารถเข้าร่วมโครงการได้ ผู้วิจัยร่วมเป็นผู้ขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการหากอาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการ ได้ส่งให้ผู้วิจัยดำเนินการเก็บข้อมูลตามที่โครงการวิจัยกำหนดต่อไป

5. ในคลินิก HIV-NAT พยาบาลที่ดูแลโครงการเป็นผู้ขอความยินยอมในการเข้าร่วมโครงการหากพิจารณาแล้วว่าอาสาสมัครสามารถเข้าร่วมโครงการได้

6. ในการขอความยินยอมโดยผู้วิจัยร่วมนั้นอาสาสมัครมีสิทธิในการตัดสินใจในการเข้าร่วมหรือไม่เข้าร่วมโครงการ กรณีที่อาสาสมัครปฏิเสธการร่วมโครงการวิจัยก็ไม่มีผลต่อการดูแลรักษาแต่อย่างใด

7. กระบวนการขอความยินยอมได้อธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการ ข้อดี ข้อเสีย และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ เพื่อเป็นข้อมูล ประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ สถานที่ในการขอความยินยอมต้องมีความเป็นส่วนตัว และ consent by action แสดงความยินยอมด้วยความสมัครใจ ทั้งนี้อาสาสมัครมีสิทธิที่จะปฏิเสธการเข้าร่วมและสามารถออกจากโครงการวิจัยได้ตลอดเวลา โดยไม่มีผลกระทบใดๆ หากอาสาสมัครที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ต้องขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรมด้วย เนื่องจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการเป็นกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลดังกล่าวเป็นความลับส่วนบุคคล เป็นข้อมูลที่มีความอ่อนไหว ดังนั้นจึงต้องขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากผู้แทนโดยชอบธรรมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

8. ในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ผู้วิจัยจัดหาสถานที่ที่เป็นส่วนตัวเป็นส่วนหนึ่งในการขอความยินยอมและตอบแบบสอบถาม โดยผู้วิจัยทำการอธิบายวิธีตอบแบบสอบถามอย่างละเอียด และแจ้งว่าหากข้อคำถามใดไม่สะดวกหรืออึดอัดใจในการตอบสามารถข้ามข้อนั้นไปได้ การไม่ตอบแบบสอบถามไม่มีผลต่อการดูแลรักษาแต่อย่างใด

9. ข้อมูลเกี่ยวกับประวัติการรักษา การรับยาต้านไวรัสและผลการตรวจเลือดที่ผ่านมา ผู้วิจัยทำการสอบถามข้อมูลควบคู่ไปกับการดูแลประวัติของอาสาสมัครของโรงพยาบาล โดยต้องทำการขออนุญาตอาสาสมัครก่อน

10. หลังจากอาสาสมัครตอบแบบสอบถามเสร็จ ผู้วิจัยจะให้คำปรึกษาแก่อาสาสมัครในการดูแลตนเอง และการดูแลลูก

11. ทางคณะผู้วิจัยได้ตระหนักถึงอาสาสมัครเป็นสำคัญหากมีข้อคำถามใดที่อาสาสมัครอึดอัดไม่สบายใจ ในการตอบคำถามก็สามารถข้ามข้อคำถามนั้นไปได้ และทางทีมวิจัยมีผู้เชี่ยวชาญในการด้านดูแลด้านจิตใจที่สามารถให้คำปรึกษาต่อเรื่องได้ ทั้งทีมนักจิตวิทยาและจิตแพทย์ ซึ่งทางทีมวิจัยจะทำการประเมินและติดตามต่อ

12. ผู้วิจัยทำการเก็บรวบรวมข้อมูลหลังจากที่ผ่านการอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน ของคณะแพทยศาสตร์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย และคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนรพ.นครปฐม โดยระยะเวลาในการเก็บข้อมูล 1 ปี หรือจนครบตามจำนวนที่กำหนดไว้



### 3.2.1.3 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยเป็นแบบสอบถาม ซึ่งแบ่งเป็น 5 ส่วน ดังนี้

**ส่วนที่ 1** แบบสอบถามข้อมูลพื้นฐานทั่วไป ประกอบด้วยข้อมูลพื้นฐานทางด้านประชากร เศรษฐกิจ สังคม ความสัมพันธ์ในครอบครัว ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบประกอบด้วยคำถาม ดังต่อไปนี้

1. อายุให้ระบุวัน เดือน ปีเกิด
2. ระดับการศึกษาสูงสุด
3. รายได้
4. สถานภาพสมรส
5. ภูมิลำเนา
6. สถานภาพสมรสของบิดา มารดา
7. สถานภาพสมรส
8. ความสัมพันธ์ในครอบครัว

**ส่วนที่ 2** แบบสอบถามประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประกอบด้วยคำถามการมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก จำนวนคู่นอน การใช้วิธีการคุมกำเนิด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบประกอบด้วยแบบสอบถามดังต่อไปนี้

1. มีเพศสัมพันธ์ครั้งแรกเมื่ออายุเท่าไร
2. ในชีวิตที่ผ่านมามีคู่นอนกี่คน
3. ท่านเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์มีการจัดการกับตนเองอย่างไร
4. ประวัติการตั้งครรภ์
5. ประวัติการคลอดบุตร
6. ผลการตรวจเชื้อเอชไอวีของลูก

**ส่วนที่ 3** แบบสอบถามประวัติการติดเชื้อเอชไอวี การรักษาและการเปิดเผยผลเลือด ลักษณะแบบสอบถามเป็นแบบเลือกตอบประกอบด้วยคำถามดังต่อไปนี้

1. สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี
2. ระยะเวลาในการติดเชื้อเอชไอวี
3. ประวัติการรับยาต้านไวรัส
4. สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับในปัจจุบัน
5. ผลเลือดซีดีสี่ (CD4) และ ปริมาณเชื้อไวรัส (HIV-RNA) ล่าสุด
6. เปิดเผยผลเลือดกับใครบ้าง

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามเรื่องการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี ของ Barbara Berger<sup>(61)</sup> ซึ่งแบบสอบถามฉบับนี้ได้มีการแปลเป็นภาษาไทยโดยศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และได้มีการนำแบบสอบถามไปใช้ในโครงการอื่นๆ ที่ดำเนินการที่ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ซึ่งผู้วิจัยโดยได้ขออนุญาตจากศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย และได้นำแบบสอบถามฉบับภาษาไทยนี้มาปรับใช้ในโครงการวิจัยให้ตรงบริบทของงานวิจัย และนำแบบสอบถามให้ผู้ทรงคุณวุฒิตรวจสอบความตรงของเนื้อหา (Content validity) และนำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยง (Reliability) ในอาสาสมัครกลุ่มนำร่อง (Pilot) และได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.93 แบบสอบถามเป็นมาตรวัดสเกล 4 ระดับโดยผู้ตอบแบบสอบถามจะเลือกข้อที่คิดว่าตรงกับผู้ตอบแบบสอบถามมากที่สุด แบบสอบถามประกอบด้วย 4 ส่วน คือ

- การตีตราส่วนบุคคล
- ความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยผลเลือด
- ภาพลักษณ์ของตนเองด้านลบ
- ความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติต่อบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี

**ส่วนที่ 5** แบบสอบถามวิธีการเผชิญความเครียดใช้คำถาม Coping Scale ของ Jalowiec ซึ่งแปลเป็นภาษาไทยโดยหทัยรัตน์ แสงจันทร์ ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ และเบญจรัตน์ ชิวพูนผล<sup>(55)</sup> ได้นำมาดัดแปลงปรับข้อคำถามให้สอดคล้องกับผู้ป่วยมะเร็งเต้านม ได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับ 0.72 และผู้วิจัยได้นำแบบสอบถามของเบญจรัตน์ ชิวพูนผล มาปรับใช้ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และนำแบบสอบถามไปทดสอบความเที่ยง (Reliability) ในอาสาสมัครกลุ่มนำร่องและได้ค่าสัมประสิทธิ์แอลฟาเท่ากับเท่ากับ 0.90 ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ

คะแนนจริงเป็นคะแนนรวมของแบบวัดการเผชิญความเครียดทั้งหมด มีค่าระหว่าง 36-180 แยกเป็นคะแนนรวมของแต่ละด้าน คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา มีค่าระหว่าง 13 – 65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์ มีค่าระหว่าง 9-45 คะแนน และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด มีค่าระหว่าง 14 – 70 คะแนน ส่วนการแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยรายด้านของทุกด้านโดยอยู่ในช่วง 1 – 5 ถ้าคะแนนรายด้านใดมากแสดงว่า ผู้ป่วยใช้วิธีนั้นในการเผชิญกับความเครียดมาก ในการแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตน์ (2544) อังนิน เบญจรัตน์ ชิวพูนผล ดังนี้

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 – 2.33	ผู้ป่วยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดในระดับน้อย
2.34 – 3.67	ผู้ป่วยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง
3.68 – 5.00	ผู้ป่วยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดในระดับมาก

### 3.2.2 การวิจัยระยะที่ 2

การศึกษาเชิงคุณภาพ (Qualitative study) เนื่องจากทางคณะกรรมการจริยธรรมในคน คณะแพทยศาสตร์ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีความกังวลว่าจะมีผลกระทบต่อจิตใจของอาสาสมัครในระหว่างการสัมภาษณ์ จึงให้เก็บข้อมูลเฉพาะในหญิงหลังคลอด หากอาสาสมัครมีความวิตกกังวล หรือมีความเครียดระหว่างสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะหยุดทำการสัมภาษณ์ทันที และมีการประเมินอาสาสมัครทุกคนก่อนหลังจากเสร็จสิ้นการสัมภาษณ์ หากอาสาสมัครมีความกระทบกระเทือนจิตใจ ได้ส่งต่อไปที่ชมรมเพื่อนวันพุธ เพื่อช่วยเหลือ หรือหากอาสาสมัครยังไม่สบายใจ และมีความวิตกกังวลอยู่จะทำการส่งต่อไปพบแพทย์เพื่อทำการประเมินต่อไป ในการสัมภาษณ์เชิงลึกทำการสัมภาษณ์อาสาสมัครทั้งหมด 16 คน ซึ่งเป็นอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีอาสาสมัคร 1 คน ที่มีความวิตกกังวลเรื่องการทำงานและการเปิดเผยผลเลือดกับหัวหน้างาน ซึ่งทางทีมวิจัยได้ทำการส่งต่อไปให้ชมรมเพื่อนวันพุธ เพื่อให้คำปรึกษาในเรื่องการเปิดเผยผลเลือด และมีการติดตามต่อจนอาสาสมัครสามารถที่จะอยู่ร่วมกับเอชไอวีได้ ในการสัมภาษณ์ทั้ง 16 คน ไม่มีอาสาสมัครที่ส่งพบนักจิตวิทยาเพื่อทำการบำบัดต่อ

#### 3.2.2.1 ประชากรและกลุ่มตัวอย่าง

อาสาสมัครกลุ่มนี้ได้ผ่านการทำแบบสอบถามในระยะที่ 1 และยินยอมเข้าร่วมโครงการในระยะที่ 2 ทำการสัมภาษณ์โดยสอบถามถึงประสบการณ์การติตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี การสัมภาษณ์เชิงลึกจะดำเนินการสัมภาษณ์ในกลุ่มหญิงหลังคลอดเท่านั้นเนื่องจากทางผู้วิจัยได้ตระหนักถึงผลกระทบที่จะเกิดกับอาสาสมัคร เพื่อป้องกันการกระทบกระเทือนจิตใจของอาสาสมัครในขณะตั้งครรภ์ โดยพยายามหลีกเลี่ยงคำถามที่จะส่งผลกระทบต่อจิตใจ รูปแบบการสัมภาษณ์จะสัมภาษณ์ตามข้อคำถามที่ได้กำหนดไว้ โดยคัดเลือกอาสาสมัครจำนวน 16 หรือจนกว่าข้อมูลจะอิ่มตัว ในขณะที่สัมภาษณ์จะขออนุญาตในการบันทึกเทป และจดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้ ซึ่งจะทำให้การใช้ชื่อสมมติในขณะที่สัมภาษณ์ โดยสถานที่ในการสัมภาษณ์เลือกสถานที่ที่อาสาสมัครสะดวก ปลอดภัย รู้สึกเป็นส่วนตัว ซึ่งจะให้อาสาสมัครเป็นผู้เลือกเอง โดยอาสาสมัครทั้ง 16 คน ยินยอมให้สัมภาษณ์ที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ HIV-NAT เนื่องจากไม่ต้องการให้คนอื่นรู้

### 3.2.2.2 การเข้าถึงอาสาสมัคร

วิธีการในการเข้าถึงอาสาสมัคร

1. ที่คลินิกโรคติดเชื้อห้องฝากครรภ์ ภาปร ชั้น 8 ซึ่งผู้วิจัยร่วมเป็นสูตินรีแพทย์ที่ตรวจหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพียงคนเดียว โดยผู้วิจัยร่วมจะเป็นผู้ขออนุญาตในการขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการ

2. คลินิกเด็ก ภาปร ชั้น 9 เก็บข้อมูลจากแม่คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีที่พาบุตรมาตรวจหรือมารับบริการที่แผนกผู้ป่วยนอกกุมารเวชกรรม ผู้วิจัยร่วมที่เป็นกุมารแพทย์จะเป็นผู้ขออนุญาตในการความยินยอมจากมารดาของเด็กหลังจากที่อาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยได้ทำการขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการทั้งระยะที่ 1 และระยะที่ 2 หลังจากทำอาสาสมัครทำแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยอธิบายโครงการวิจัยระยะที่ 2 อีกครั้ง ถึงกระบวนการในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยมีการบันทึกเทปขณะสัมภาษณ์และสถานที่ในการสัมภาษณ์จะเป็นส่วนตัว ขณะสัมภาษณ์หากผู้วิจัยอัดอัด ไม่สบายใจในการตอบคำถามสามารถข้ามคำถามได้ หรือขอยุติการสัมภาษณ์ได้ หากอาสาสมัครยินดีเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยได้ทำการนัดหมาย วัน เวลา และสถานที่ที่อาสาสมัครสะดวกในการให้สัมภาษณ์ โดยนัดเป็นวันเดียวกับวันที่ทำแบบสอบถามซึ่งขึ้นอยู่กับความสะดวกของอาสาสมัครเป็นหลัก

### 3.2.2.3 ประชากรตัวอย่าง

ทำการเก็บข้อมูลในหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีบุตรอายุไม่เกิน 5 ปี ที่ยินยอมให้เก็บข้อมูลในการสัมภาษณ์เชิงลึกสถานที่ในการเก็บข้อมูล คือ โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์หรือศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวินิจฉัยคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV-NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย มีเกณฑ์ในการคัดเลือกอาสาสมัคร คือ อาสาสมัครต้องได้รับการทำแบบสอบถามในระยะที่ 1 ก่อน

### 3.2.2.4 วิธีดำเนินการวิจัย

1. เมื่อผู้วิจัยได้รับรายงานว่ามีอาสาสมัครที่สามารถเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยได้ทำความรู้จักกับอาสาสมัครและสร้างสัมพันธภาพก่อน

2. หลังจากนั้นผู้วิจัยได้แนะนำโครงการอธิบายข้อมูลโครงร่างการวิจัยแก่อาสาสมัครซึ่งอาสาสมัครได้รับการอธิบายเกี่ยวกับโครงการวิจัย วัตถุประสงค์ วิธีดำเนินการวิจัย ข้อปฏิบัติในการเข้าร่วมโครงการ ข้อดี ข้อเสีย และประโยชน์ที่ได้รับจากการเข้าร่วมโครงการ เพื่อเป็นข้อมูลประกอบการตัดสินใจเข้าร่วมโครงการ

3. อาสาสมัครที่สนใจเข้าร่วมโครงการ ผู้วิจัยได้แจ้งอาสาสมัครถึงแนวคำถามการวิจัย และขออนุญาตในการบันทึกเสียงขณะสัมภาษณ์

4. หลังจากที้อาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการและยินยอมให้บันทึกเสียงในขณะสัมภาษณ์ ผู้วิจัยทำการนัดสถานที่สัมภาษณ์กับอาสาสมัคร โดยสถานที่ในการสัมภาษณ์เป็นสถานที่ที่มีความเป็นส่วนตัว โดยอาสาสมัครทั้ง 16 คน ยินยอมให้ทำการสัมภาษณ์ที่ รพ.จุฬาลงกรณ์ และ HIV-NAT ทั้งนี้อาสาสมัครแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยด้วยความสมัครใจ มีสิทธิที่ปฏิเสธการเข้าร่วมและสามารถออกจากกรวิจัยได้ตลอดเวลาโดยไม่มีผลกระทบใดๆ

การขอความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย เมื่ออาสาสมัครยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัย และลงนามโดย Consent by action โดยอาสาสมัครที่อายุน้อยกว่า 18 ปี ได้ดำเนินการขอความยินยอมจากผู้แทนโดยชอบธรรม เนื่องจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการเป็นกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลดังกล่าวเป็นความลับส่วนบุคคล เป็นข้อมูลที่มีความอ่อนไหว ผู้วิจัยสอบถามอาสาสมัครเกี่ยวกับสถานที่และเวลาที่สะดวกในการให้สัมภาษณ์ โดยเลือกสถานที่ที่อาสาสมัครรู้สึกปลอดภัยและสบายใจในการพูดคุย และผู้วิจัยอธิบายถึงวิธีการสัมภาษณ์ และขออนุญาตในการอัดเทประหว่างการสัมภาษณ์ ซึ่งระยะเวลาในการสัมภาษณ์จะใช้เวลา 30 – 45 นาที หรือจนกว่าได้ข้อมูลครบถ้วน ซึ่งหากอาสาสมัครขอยุติการให้ข้อมูล ผู้วิจัยก็ยินยอมในการยุตินั้น โดยไม่มีการถามเหตุผลในการยุติการสัมภาษณ์ ซึ่งขึ้นอยู่กับความสมัครใจของอาสาสมัครเป็นหลัก ซึ่งในการสัมภาษณ์ทั้ง 16 คน ไม่มีใครที่ขอยุติการสัมภาษณ์ในระหว่างที่ทำการสัมภาษณ์ ในระหว่างการสัมภาษณ์จะใช้ชื่อสมมติแทนการใช้ชื่อจริงเพื่อเป็นการปกป้องสิทธิของอาสาสมัคร ในระหว่างการสัมภาษณ์จะมีการสังเกตสิ่งแวดล้อม สีหน้า ท่าทางของอาสาสมัคร และขออนุญาตจดบันทึกสิ่งที่สังเกตได้

ในระหว่างการสัมภาษณ์เชิงลึกไม่พบสิ่งผิดปกติขณะการสัมภาษณ์ หากพบข้อสังเกตขณะทำการสัมภาษณ์ ทางผู้วิจัยจะส่งปรึกษาผู้เชี่ยวชาญและทำการติดตามเพื่อประเมินอาการต่อไป ซึ่งมีอาสาสมัคร 1 ท่านที่ยังกังวลเกี่ยวกับเรื่องการทำงานและการเปิดเผยผลเลือดทางคณะผู้วิจัยจึงได้ส่งต่อให้กับชมรมเพื่อนวันพุธ ซึ่งเป็นกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีการติดตามอย่างต่อเนื่อง หลังจากการสัมภาษณ์สิ้นสุดลง กล่าวขอบคุณอาสาสมัครและขออนุญาตติดต่อไปอีกครั้ง หากมีข้อมูลไม่ครบถ้วน เทปเสียงในการสัมภาษณ์ผู้วิจัยเป็นผู้เก็บไว้ในตู้ที่เป็นส่วนตัว บุคคลอื่นไม่สามารถเข้าถึงได้ และจะทำลายเทปเสียงหลังเสร็จสิ้นงานวิจัย

### 3.2.2.5 เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัยจะเป็นแบบสอบถามปลายเปิด จำนวน 14 ข้อ จะสอบถามในเรื่อง การตั้งครรรค์ การฝากครรรค์ ประวัติการติดเชื้อเอชไอวี การเปิดเผยผลเลือด ประสบการณ์การถูกตีตรา และการจัดการปัญหา ในการตอบคำถามหากมีข้อคำถามใดที่อาสาสมัครรู้สึกอึดอัดในการตอบคำถามสามารถขอข้ามได้ และหากอาสาสมัครไม่สะดวกสัมภาษณ์ต่อสามารถยุติการสัมภาษณ์เมื่อใดก็ได้ขึ้นอยู่กับความสะดวกของอาสาสมัครในการตอบคำถาม โดยไม่มีผลต่อการดูแลรักษาอาสาสมัครในอนาคต

#### ผู้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก

ผู้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึก คือนักวิจัยเป็นผู้ทำการสัมภาษณ์เชิงลึกเอง ซึ่งเป็นผู้ที่ประสบการณ์ในการให้คำปรึกษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมีผู้ผ่านการอบรมในการสัมภาษณ์เชิงลึก โดยจะมีนักจิตวิทยาเป็นที่ปรึกษาในการให้สัมภาษณ์ หากระหว่างสัมภาษณ์หรือหลังสัมภาษณ์อาสาสมัครมีความวิตกกังวลหรือความเครียดต่อการติดเชื้อเอชไอวี

### 3.3 ข้อตระหนักในการดำเนินการวิจัย

ทางผู้วิจัยได้ตระหนักดีว่าอาสาสมัครกลุ่มนี้เป็นกลุ่มที่เปราะบางมาก ทางผู้วิจัยจึงได้เพิ่มความระมัดระวังประเด็นที่จะกระทบกระเทือนจิตใจอาสาสมัคร ในการป้องกันไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่กระทบกระเทือนจิตใจของอาสาสมัคร เพราะฉะนั้นทางทีมผู้วิจัยจึงได้ไปปรับแบบสอบถามเพื่อลดโอกาสที่เกิดผลกระทบกระเทือนต่อจิตใจของอาสาสมัคร อย่างไรก็ตามทางทีมผู้วิจัยก็ได้เฝ้าระวังเพื่อไม่ให้เกิดเหตุการณ์ที่ไม่พึงประสงค์เกิดขึ้นในขณะที่ให้การทำแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ โดยทำการประเมินอาสาสมัครตลอดเวลาที่ให้การสัมภาษณ์ หากอาสาสมัครรู้สึกอึดอัด หรือมีท่าที่ไม่สบาย ทางทีมวิจัยจะดำเนินการหยุดสัมภาษณ์ทันที

ในระหว่างการเข้าร่วมโครงการ ในการทำแบบสอบถามผู้ทำแบบสอบถามจะเป็นพยาบาลวิจัยที่มีประสบการณ์ในการดูแลคนไข้เอชไอวี ซึ่งมีประสบการณ์ในการดูแลอาสาสมัครที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งเด็กวัยรุ่นและผู้ใหญ่มากกว่า 10 ปี และมีประสบการณ์ในการทำงานวิจัยกับวัยรุ่น ซึ่งสามารถให้ข้อมูลในการดูแลตนเอง และให้คำปรึกษาได้และประเมินอาการของอาสาสมัครได้ ซึ่งหลังจากทำแบบสอบถามเสร็จก็ได้สร้างสัมพันธภาพ หากอาสาสมัครต้องการคำปรึกษาหรือขอความช่วยเหลือในด้านใด ต่อไป

หลังการทำแบบสอบถาม และการสัมภาษณ์ ทางทีมวิจัยจะประเมินอาสาสมัคร หากอาสาสมัครมีความวิตกกังวล ทางเราจะมียุติที่เชี่ยวชาญ ซึ่งมีทั้งทีมแพทย์และนักจิตวิทยา ในการดูแล ประคับประคองให้การดูแลในเบื้องต้น และหากประเมินแล้วมีความจำเป็นที่ต้องดูแลติดตามต่อทาง ทีมวิจัยจะเป็นผู้ติดต่อประสานงานส่งต่อให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในการดูแลรักษาต่อไป โดยหลังจากการ สัมภาษณ์ ทางทีมวิจัยทำการโทรศัพท์ติดตามอาสาสมัคร

*รหัสแทนตัวตนของผู้เข้าร่วมโครงการ*

อาสาสมัครได้รับหมายเลขที่เป็นรหัสประจำตัวของโครงการวิจัยนี้ ซึ่งจะไม่สามารถเชื่อมโยง ไปถึงตัวตนของอาสาสมัครได้ และเป็นรหัสประจำตัวที่ใช้ในแบบบันทึกข้อมูลทุกชุดที่ใช้ใน โครงการวิจัยนี้

### 3.4 การรวบรวมข้อมูล (Data Collection)

ก่อนทำการเก็บข้อมูลผู้วิจัยได้ทำการขอความยินยอมจากอาสาสมัครและอาสาสมัครลงนาม แสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อนทุกคน ในขณะที่ทำแบบสอบถามผู้วิจัยจะให้อาสาสมัคร ตอบแบบสอบถามด้วยตนเอง ในกรณีที่อาสาสมัครที่ไม่เข้าใจคำถาม ผู้วิจัยเป็นผู้อ่านแบบสอบถาม ให้อาสาสมัครตอบ

#### ขั้นตอนดำเนินการวิจัยระยะที่ 1

1. หลังจากอาสาสมัครทำแบบสอบถามเสร็จผู้วิจัยทำการตรวจสอบความสมบูรณ์ของ แบบสอบถาม หากอาสาสมัครตอบไม่ครบหรือคำตอบยังไม่ชัดเจนผู้วิจัยทำการสอบถามย้อนกลับอีก ครั้งเพื่อความถูกต้องและครบถ้วนของข้อมูล

2. นำข้อมูลที่ได้อัปโหลดข้อมูลในโปรแกรมสำเร็จรูป STATA software version 15.0 (StataCorp. 2017. Stata Statistical Software: Release 15.0 College Station, TX: StataCorp LLC) เพื่อใช้ในการวิเคราะห์ข้อมูล

#### ขั้นตอนดำเนินการวิจัยระยะที่ 2

1. รวบรวมข้อมูลที่ได้อัปโหลดจากการสังเกต พฤติกรรม ท่าทาง การแสดง ของผู้เข้าร่วม โครงการวิจัย และสิ่งแวดล้อม ในขณะสัมภาษณ์

2. ทำการถอดเทปที่ได้จากการสัมภาษณ์ เพื่อตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลและข้อมูลที่ได้ เพียงพอในการวิเคราะห์และข้อมูลอิมมิตัววิจัย

การบันทึกข้อมูลในรูปแบบบันทึกข้อมูลและการสัมภาษณ์กระทำตามมาตรฐาน Good Clinical Practices (GCP) ข้อมูลที่ได้รับการบันทึกต้องตรวจสอบได้กับเอกสารต้นฉบับที่มี เช่น ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ในระหว่างเข้าร่วมโครงการวิจัยจะใช้รหัสประจำตัวของโครงการวิจัยในการอ้างอิงข้อมูลและในการสัมภาษณ์เชิงลึกจะใช้ชื่อสมมติแทนชื่อจริงซึ่งไม่สามารถเชื่อมโยงไปถึงตัวตนของผู้เข้าร่วมโครงการ

### 3.5 การวิเคราะห์ข้อมูล (Data Analysis)

การวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ คือ

#### 3.5.1 การวิเคราะห์ข้อมูลในระยะที่ 1

1. ข้อมูลเชิงปริมาณทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปทางสถิติ STATA software version 15.0 (StataCorp. 2017. Stata Statistical Software: Release 15.0 College Station, TX: StataCorp LLC) ในการคำนวณและวิเคราะห์ค่าสถิติของข้อมูลเชิงปริมาณ ได้แก่

1.1 ข้อมูลพื้นฐานของกลุ่มตัวอย่าง ใช้สถิติเชิงพรรณนา อาทิ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ยและส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานหรือค่ามัธยฐานในการแสดงข้อมูล

1.2 ในการวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีอื่น ในประเทศไทย ข้อมูลคะแนนการตีตราถูกแบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่ การตีตราส่วนบุคคล (Personalize stigma) ความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยผลเลือด (Disclosure concerns) ภาพลักษณ์ตนเองในแง่ลบ (Negative self-image) และความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติจากสังคม (Concern with public attitude) นำเสนอโดยคะแนนค่าเฉลี่ย (mean) และส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (standard deviation)

1.3 ในการวิเคราะห์เพื่อตอบวัตถุประสงค์รองข้อที่ 1 และ 2 ใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple linear regression โดยตัวแปรตามในที่นี้คือการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวี ตัวแปรต้นคือ การศึกษา รายได้ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการติดเชื้อเอชไอวี ผลเลือดลูกและการรักษา ในการวิเคราะห์ได้ทำการควบคุมตัวแปรที่มีผลต่อการวิจัย ในขณะเดียวกันได้พิจารณาอิทธิพลของการดูแลอาสาสมัครที่เข้าร่วมในโครงการ



1.4 ในการวิเคราะห์วัตถุประสงค์รองข้อที่ 3 เพื่อศึกษาการเผชิญปัญหาการตั้งครรภ์ของวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีอื่น ในประเทศไทย ใช้สถิติวิเคราะห์ Multiple linear regression วิเคราะห์ปัจจัยอายุ การศึกษา รายได้ ประวัติการตั้งครรภ์ ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ ประวัติการติดเชื้อเอชไอวี ผลเลือดลูกและการรักษาที่มีผลต่อการจัดการปัญหาในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยในการวิเคราะห์ได้ทำการควบคุมตัวแปรกวนที่มีผลต่อการวิจัย ในขณะเดียวกันได้พิจารณาอิทธิพลของการดูแลอาสาสมัครที่เข้าร่วมในโครงการ

1.5 ในการวิเคราะห์วัตถุประสงค์รองข้อที่ 4 เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาและการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีอื่นในประเทศไทย ใช้สถิติ Fisher's exact test ในการวิเคราะห์ข้อมูล

### 3.5.2 การวิเคราะห์ข้อมูลระยะที่ 2

ข้อมูลเชิงคุณภาพ ผู้วิจัยจะทำการสัมภาษณ์เชิงลึกทีละคนโดยทำการวิเคราะห์รวบรวมข้อมูลตามประเด็นคำถามการวิจัย เพื่อนำมาพิจารณาความครบถ้วน ความสอดคล้องของข้อมูลใช้โดยมีการจดบันทึกสิ่งที่ผู้วิจัยสังเกตได้และมีการอัดเทปบันทึกเสียง หลังจากสัมภาษณ์ 1 – 2 คน จึงทำการถอดเทปการให้สัมภาษณ์เพื่อวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้ การวิเคราะห์ข้อมูลในระหว่างการเก็บข้อมูลนั้นเพื่อให้ได้ข้อค้นพบเบื้องต้น (Finding) นำข้อมูลมาวิเคราะห์กับคำถามการวิจัย แนวคิดทฤษฎีที่ทบทวนมา หลังจากนั้นทำการรวบรวมและสรุปแนวคิดที่ได้จากการตีความตามแนวคิดทฤษฎี จนได้ข้อมูลที่อ้อมตัว ไม่มีข้อมูลเพิ่มเติมหรือแปลกไปจากเดิม หลังจากนั้นจึงทำการวิเคราะห์เพื่อสรุปประเด็นเพื่อตอบคำถามการวิจัย

#### 3.5.2.1 การตรวจสอบความถูกต้อง (validity) และ ความเชื่อถือได้ (reliability)

ผู้วิจัยได้ตระหนักและให้ความสำคัญ กับการศึกษาเพื่อให้ข้อมูลมีความแม่นยำ (validity) และเชื่อถือได้ (reliability) การวิเคราะห์ข้อมูลทางสังคมศาสตร์มีความถูกต้องนั้น กล่าวคือข้อค้นพบของนักวิจัยนั้นมีหลักฐานที่สนับสนุนที่เป็นรูปธรรม ไม่มีหลักฐานหรือเหตุผลอื่นที่เป็นข้อสงสัยในการค้นพบนั้น ซึ่งหมายความว่าหลักฐานที่สนับสนุนข้อค้นพบนั้นต้องมั่นคง เชื่อถือได้ มากกว่าหลักฐานที่สนับสนุนคำอธิบายหรือข้อสรุปอย่างอื่น (Schwandt (2001) อ้างใน ชาย โพธิ์สิตา ,2549)<sup>(62)</sup> การตรวจสอบนี้เพื่อให้ได้ข้อมูลที่มีความถูกต้อง (validity) และน่าเชื่อถือมากที่สุด (reliability) คือถูกต้องตรงตามความเป็นจริงของปรากฏการณ์ที่ค้นพบ และการเปรียบเทียบความถูกต้องภายนอก (external validity) คือ ผลการศึกษา ได้แก่ ข้อค้นพบที่ได้จากการศึกษา ข้อสรุป ข้อเสนอแนะ ซึ่งสามารถนำไปตรวจสอบได้จากการตรวจสอบแบบสามเส้า (Triangulation technique) โดยสรุปได้ 2 วิธี ดังนี้

วิธีที่ 1 ตรวจสอบด้วยวิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี (Methods Triangulation) การใช้วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลหลายวิธี ได้แก่ การสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วม (Non-Participant observation) การสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth-interview) ซึ่งการสังเกตแบบไม่มีส่วนร่วมและการสัมภาษณ์เชิงลึกนั้นร่วมกันนั้นทำให้ได้ข้อมูลที่เที่ยงตรง ใกล้กับความเป็นจริงมากที่สุด นอกจากนี้อาจมีการศึกษาข้อมูลเพิ่มเติมจากประวัติการรักษา หรืออาจสัมภาษณ์จากแพทย์หรือพยาบาลที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาและการให้บริการ เพื่อเป็นการตรวจสอบความถูกต้อง

วิธีที่ 2 ตรวจสอบข้อมูลที่ได้ (Data Triangulation) คือ การพิสูจน์ว่าข้อมูลที่ได้นั้นถูกต้องหรือไม่ โดยทำการตรวจสอบจากแหล่งข้อมูล โดยทำการตรวจสอบแหล่งข้อมูลจาก 3 แหล่ง ได้แก่ บุคคล เวลา และสถานที่ การตรวจสอบบุคคล หมายถึง ถ้าบุคคลผู้ที่ให้ข้อมูลเปลี่ยนไป ข้อมูลเหมือนเดิมหรือไม่ การตรวจสอบแหล่งเวลา หมายถึง การตรวจสอบข้อมูลในช่วงเวลาที่ต่างกัน เพื่อให้ทราบว่าข้อมูลที่ได้รับในช่วงเวลาต่างๆ กัน มีความต่างกันหรือไม่ การตรวจสอบสถานที่ หมายถึง ถ้าข้อมูลที่ให้ต่างสถานที่กัน ข้อมูลที่ได้มีความต่างกันหรือไม่

ก่อนนำแนวคำถามไปใช้กับผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยได้ทำการตรวจสอบคุณภาพของข้อมูลโดยการซักถามจากผู้ให้ข้อมูลพร้อมกับการสังเกต และมีการซักถามข้อมูลอีกครั้งหลังจากสรุปผลการศึกษา เพื่อเป็นการตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูลว่าข้อมูลที่ได้นั้นถูกต้องหรือไม่ แล้วจึงนำมาปรับแก้ไขในรายงานฉบับสมบูรณ์ต่อไป ซึ่งผู้วิจัยได้ทำการซักถามจากบุคลากรทางการแพทย์ที่เกี่ยวข้อง เช่น แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่ในคลินิก เพื่อเป็นการตรวจสอบความเที่ยงตรงของข้อมูล ว่าตรงกันหรือไม่ โดยมีการสังเกตและสอบถามเกี่ยวกับลักษณะการแสดงออก หรือมีทำอย่างไรในการมารับการรักษาที่โรงพยาบาล หรือศูนย์วิจัย เพื่อเป็นการตรวจสอบความสอดคล้องของข้อมูลกับการสัมภาษณ์ว่าตรงกันหรือไม่

### 3.5.2.2 การวิเคราะห์ข้อมูล

ผู้วิจัยใช้การวิเคราะห์และตรวจสอบความสมบูรณ์ของข้อมูลทั้งระหว่างเก็บรวบรวมข้อมูลในภาคสนามและวิเคราะห์หลังภาคสนาม โดยการบันทึกและเรียบเรียงข้อมูลตามประเด็นคำถามการวิจัย เพื่อนำมาพิจารณาความครบถ้วน ความสอดคล้องของข้อมูลประเด็นที่ยังไม่ชัดเจนหรือไม่แน่ใจ จะมีการสอบถามเพิ่มเติมกับผู้ให้ข้อมูลในการเก็บข้อมูลครั้งต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูลในระหว่างการเก็บข้อมูลนั้นเป็นไปเพื่อให้ได้ข้อค้นพบเบื้องต้น (Finding) นำข้อมูลมาวิเคราะห์กับคำถามการวิจัย (Question) และแนวคิดทฤษฎี (Theory) ที่ทบทวนไว้เพื่อเพื่อรวบรวมและสรุปแนวคิดที่ได้จากการตีความตามแนวทฤษฎี ใคร่ครวญ สะท้อนกลับไปกลับมา

และวางแผนในการเก็บข้อมูลต่อไป จนได้ข้อมูลที่อึดตัวเพียงพอ ไม่มีข้อมูลใดๆ เพิ่มขึ้น หรือแปลกไปจากเดิม หลังจากนั้นจึงวิเคราะห์หลังภาคสนาม เพื่อสรุปประเด็นและตอบคำถามการวิจัย

จากการสังเกตและสัมภาษณ์ระดับลึกอย่างเป็นธรรมชาติเพื่อให้เกิดความเข้าใจ การเข้าถึงความรู้สึก การรับรู้ความนึกคิด บทบาทหน้าที่ การกระทำของผู้ให้ข้อมูล ด้วยการตีความอย่างเข้าใจ (Interpretative understanding) ในข้อมูลหรือแหล่งข้อมูลให้สอดคล้องกับความเป็นจริงในบริบทของสังคมและวัฒนธรรมของผู้ให้ข้อมูล ผู้วิจัยนำข้อมูลที่ได้อามาวิเคราะห์ข้อมูลซึ่งดำเนินควบคู่กันไปด้วยในระหว่างการเก็บข้อมูลเป็นกระบวนการที่พยายามค้นหาการตีตราและการจัดการปัญหาของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

### 3.6 ข้อพิจารณาทางจริยธรรม (Ethical Consideration)

การดำเนินงานวิจัยนี้เพื่อให้เป็นไปตามหลักการทำวิจัยตาม The Belmont report ได้แก่ การเคารพในบุคคล หลักผลประโยชน์และหลักยุติธรรม ดังนี้

1. หลักความเคารพในบุคคล (Respect for person) คือ การเข้าร่วมโครงการวิจัยนั้นต้องเป็นไปด้วยความสมัครใจ ไม่มีการบังคับ ข่มขู่ใดๆ ทั้งสิ้น การเข้าร่วมโครงการวิจัยถูกปกปิดไว้เป็นความลับและไม่มีการเปิดเผยชื่อของผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยที่เข้าร่วมโครงการ ก่อนเข้าร่วมโครงการวิจัยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับข้อมูลคำอธิบายเกี่ยวกับโครงการอย่างละเอียด และมีการยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยก่อน เนื่องจากอาสาสมัครที่เข้าร่วมโครงการเป็นกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลดังกล่าวเป็นความลับส่วนบุคคล เป็นข้อมูลที่มีความอ่อนไหว ในวัยรุ่นที่อายุน้อยกว่า 18 ปี จึงต้องได้รับความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยจากผู้แทนโดยชอบธรรมในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

2. หลักการให้ผลประโยชน์ ไม่ก่อให้เกิดอันตราย (Beneficence/non-maleficence) ผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยได้รับทราบผลประโยชน์และความเสี่ยงที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมโครงการวิจัย ในการศึกษาวิจัยนี้มีการสอบถามถึงการตีตราในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยประเด็นเรื่องการตีตราอาจส่งผลกระทบต่อทางจิตใจต่อผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย ซึ่งทางผู้วิจัยได้ตระหนักถึงประเด็นนี้ในระหว่างดำเนินการวิจัย และได้วางมาตรการในการป้องกันโดยได้มีผู้เชี่ยวชาญในการดูแลผู้เข้าร่วมการวิจัยเป็นทีมทั้งแพทย์ พยาบาลและนักสังคมสงเคราะห์ที่มีประสบการณ์ในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี คอยให้คำปรึกษา หากผู้เข้าร่วมการวิจัยที่มีปัญหาด้านจิตใจที่ต้องการการรักษาจากจิตแพทย์ ผู้วิจัยได้อำนวยความสะดวกในการทำนัดและช่วยเหลือในการติดตามการรักษา

3. หลักยุติธรรม (Justice) มีเกณฑ์คัดเข้า คัดออกของโครงการวิจัยอย่างชัดเจน ผู้ที่ผ่านเกณฑ์คัดเข้าจะมีสิทธิ์ได้เข้าร่วมโครงการวิจัยอย่างเท่าเทียมกัน และในงานวิจัยผู้เข้าร่วมโครงการวิจัย มีสิทธิถอนตัวออกจากโครงการวิจัยเมื่อใดก็ได้ โดยที่ไม่มีผลต่อการรักษาตามมาตรฐานที่ควรได้รับ ในโครงการวิจัยนี้ไม่มีอาสาสมัครที่ถอนตัวในระหว่างเข้าร่วมโครงการ



## บทที่ 4

### ผลการศึกษา

การศึกษาการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยอื่น ทำการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ระยะ คือ การเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงปริมาณและเก็บรวบรวมข้อมูลเชิงคุณภาพโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิเคราะห์ข้อมูลแบ่งเป็น 2 ระยะ ดังนี้

#### 4.1 ผลการวิจัยระยะที่ 1

##### 4.1.1 ลักษณะทั่วไปของประชากร

การศึกษานี้ทำเก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลนครปฐม ดำเนินการเก็บข้อมูลหลังจากได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนของทั้ง 2 โรงพยาบาล จำนวนผู้เข้าร่วมการวิจัยจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทยจำนวน 167 คน (ร้อยละ 75.2) จากโรงพยาบาลนครปฐม จำนวน 55 คน (ร้อยละ 24.8) โดยเก็บข้อมูลในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี หรือหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ลูกไม่เกิน 5 ปี ที่สมัครใจเข้าร่วมโครงการ ทำการเก็บข้อมูลตั้งแต่เดือนกุมภาพันธ์ พ.ศ. 2562 ถึง มกราคม พ.ศ. 2563 เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถาม ประชากรที่เข้าร่วมโครงการทั้งหมด 222 คน เป็นหญิงตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 68 คน และหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 154 คน จำนวนขนาดตัวอย่างของกลุ่มวัยรุ่นเก็บข้อมูลได้มากกว่าที่คำนวณขนาดของกลุ่มตัวอย่างไว้ ซึ่งทำให้อำนาจการทดสอบไม่ได้ลดน้อยลง ในการจำแนกจากอายุตอนตั้งครรภ์ โดยเปรียบเทียบกันระหว่างกลุ่มที่อายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี คือกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มที่อายุมากกว่า 20 ปี คือหญิงวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มตัวอย่างประชากรแยกตามสถานที่ในการเก็บข้อมูลตามได้ดังนี้

ผลการศึกษาในตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับระหว่างวัยรุ่นและวัยอื่น อายุเฉลี่ยตอนตั้งครรภ์พบว่า อายุเฉลี่ยของวัยรุ่น 18.44 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 1.57) ปี อายุเฉลี่ยของวัยอื่น 29.95 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 6.15) ปี อายุเฉลี่ยทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.001$ ) การวิเคราะห์รายได้พบว่าโดยส่วนใหญ่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน 95 คน (ร้อยละ 42.8) พบว่ารายได้ของวัยรุ่นแตกต่างจากวัยอื่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.004$ ) แหล่งที่มาของรายได้ส่วนใหญ่มาจากการทำงานของตนเอง 119 คน (ร้อยละ 53.6) เป็นวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 34 คน (ร้อยละ 44.1) หญิงวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 89 คน (ร้อยละ 57.8) โดยพบว่าแหล่งที่มาของรายได้จากพ่อแม่ หรือผู้ปกครอง ในวัยรุ่นมีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 16 คน (ร้อยละ 23.8) หญิงวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 12 คน (ร้อยละ 7.8) แหล่งที่มาของรายได้ของวัยรุ่นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี แตกต่าง

จากหญิงวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value = 0.004) อายุตอนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก ค่ามัธยฐานของอายุ 18 ปี (IQR = 16, 20) เป็นวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ค่ามัธยฐานของอายุ 17 ปี (IQR = 15, 18) หญิงวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ค่ามัธยฐานของอายุ 18 ปี (IQR = 17, 20) ทั้ง 2 กลุ่มมีอายุแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value < 0.001) การคุมกำเนิดพบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยคุมกำเนิด 163 คน (ร้อยละ 73.4) เป็นวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 43 คน (ร้อยละ 63.2) วัยหญิงวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 120 คน (ร้อยละ 77.9) ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value = 0.022) การคุมกำเนิดส่วนใหญ่ใช้วิธีคุมกำเนิดแบบใช้ยาเม็ดหรือยาหรือยาฝังคุมกำเนิด วัยรุ่นตั้งครรภ์ 27 คน ร้อยละ 39.7 หญิงตั้งครรภ์วัยอื่น 84 คน (ร้อยละ 54.2) ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value = 0.042) ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยอื่น

ลักษณะประชากร	อายุ ≤ 20 ปี	อายุ > 20 ปี	P-value <sup>†</sup>
	n=68 (ร้อยละ)	n=154 (ร้อยละ)	
อายุขณะตั้งครรภ์			< 0.001
ค่าเฉลี่ย ± ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน	18.44 ± 1.57	29.95 ± 6.15	
ค่าต่ำสุด - สูงสุด	15 - 20	21 - 44	
ระดับการศึกษาสูงสุด			0.001
ไม่ได้เรียนหนังสือ	6 (8.8)	6 (3.9)	
ประถมศึกษา	11 (16.2)	35 (22.7)	
มัธยมต้น	31 (45.6)	39 (25.3)	
มัธยมปลาย	15 (22.1)	30 (19.5)	
อนุปริญญาหรือ ปวส.	5 (7.4)	14 (9.1)	
ปริญญาตรีขึ้นไป	0 (0.00)	30 (19.2)	
อาชีพ			0.362
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	25 (36.8)	42 (27.3)	
พนักงานประจำ	33 (48.5)	87 (56.5)	
กิจการส่วนตัว	10 (14.7)	25 (16.2)	
รายได้ส่วนตัว (บาท/เดือน)			0.004
≤ 5,000	22 (32.4)	26 (16.9)	
5,001-10,000	27 (39.7)	52 (33.8)	
> 10,000	19 (27.9)	76 (49.4)	

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น (ต่อ)

ลักษณะประชากร	อายุ ≤ 20 ปี	อายุ > 20 ปี	P-value <sup>†</sup>
	n=68 (ร้อยละ)	n=154 (ร้อยละ)	
<b>แหล่งที่มาของรายได้</b>			0.004
การทำงานของตัวเอง	30 (44.1)	89 (57.8)	
พ่อแม่/ผู้ปกครอง	16 (23.5)	12 (7.8)	
คู่ครอง/สามี	22 (32.4)	53 (34.4)	
<b>สถานภาพสมรสบิดามารดา/</b>			0.106
บิดามารดาอยู่ร่วมกัน	11 (16.2)	11 (7.1)	
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	45 (66.2)	124 (80.5)	
บิดามารดาเสียชีวิตทั้งคู่	7 (10.3)	11 (7.1)	
แยกกันอยู่	5 (7.4)	8 (5.2)	
<b>พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์</b>			
<b>อายุตอนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก</b>	17 (15, 18)	18 (17, 20)	<0.001*
<b>(Median (IQR))</b>			
<b>Min-Max</b>	12-20	13-30	
จำนวนคู่นอน (Median (IQR))	2 (2 - 4)	3 (2 - 3)	0.642
<b>การคุมกำเนิด</b>			0.022
ไม่เคย	25 (36.8)	34 (22.1)	
เคย	43 (63.2)	120 (77.9)	
<b>วิธีคุมกำเนิด</b>			
คู่นอนหลังข้างนอก	3 (4.4)	20 (13)	0.058
คู่นอนใช้ถุงยางอนามัย	24 (35.3)	56 (36.4)	0.878
ใช้ยาเม็ดหรือยาฝังคุมกำเนิด	27 (39.7)	84 (54.6)	0.042
อื่นๆ	3 (4.4)	9 (5.8)	0.760

<sup>†</sup>Fisher's exact test

<sup>\*</sup>Wilcoxon rank sum test

ผลการศึกษาข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยอื่น โดยทำการศึกษาเปรียบเทียบข้อมูลการตั้งครรภ์ พบว่า สาเหตุที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คือไม่ได้ป้องกันหรือคุมกำเนิด เป็นวัยรุ่น 46 คน (ร้อยละ 67.7) วัยอื่นๆ 61 คน (ร้อยละ 39.6) สัดส่วนดังกล่าวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.001$ ) ข้อมูลการทำแท้งพบว่าส่วนใหญ่ไม่เคยทำแท้ง 197 คน (ร้อยละ 88.7) เป็นวัยรุ่น 61 คน (ร้อยละ 89.7) วัยอื่นๆ 136 คน (ร้อยละ 88.3) หลังจากที่เราพบว่าตั้งครรภ์แล้วอาสาสมัครส่วนใหญ่ไปฝากครรภ์ มีเพียง 13 คน (ร้อยละ 5.9) ที่ไม่ได้ไปฝากครรภ์ เป็นกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ 5 คน (ร้อยละ 7.4) วัยอื่นๆ 8 คน (ร้อยละ 5.2) ในระหว่างการตั้งครรภ์พบว่าไม่มีอาการแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์ 25 คน (ร้อยละ 11.3) อาการที่พบมากที่สุดคือเลือดออกทางช่องคลอด 10 คน (ร้อยละ 4.5) อายุครรภ์ตอนคลอดพบว่ามีความถี่ที่คลอดก่อนกำหนด 24 คน (ร้อยละ 11.9) เป็นวัยรุ่น 13 คน (ร้อยละ 21.3) วัยอื่น 11 คน (ร้อยละ 7.8) ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.009$ ) เมื่อตรวจเชื้อเอชไอวีในลูก พบว่ามีจำนวนที่ติดเชื้อจากแม่สู่ลูกจำนวน 35 คน (ร้อยละ 17.3) เป็นกลุ่มวัยรุ่น 10 คน (ร้อยละ 16.4) วัยอื่นๆ 25 คน (ร้อยละ 17.7) สถานภาพสมรสไม่ได้จดทะเบียนสมรส 168 คน (ร้อยละ 75.7) เป็นวัยรุ่น 59 คน (ร้อยละ 86.8) วัยอื่นๆ 109 คน (ร้อยละ 70.8) สัดส่วนของสภาพสมรสใน 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.011$ ) โดยสถานภาพสมรสปัจจุบันส่วนใหญ่ยังอยู่ด้วยกัน 170 คน (ร้อยละ 76.6) และความรู้สึกของสามีต่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้ส่วนใหญ่ต้องการมีลูก 158 คน (ร้อยละ 71.5) ดังแสดงในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยอื่น

ลักษณะประชากร	อายุ		P-value <sup>†</sup>
	อายุ ≤ 20 ปี n=68 (ร้อยละ)	อายุ > 20 ปี n=154 (ร้อยละ)	
<b>สาเหตุที่นำไปสู่การตั้งครรภ์</b>			<b>0.001</b>
ต้องการมีลูกไว้สืบสกุล	10 (14.7)	51 (33.1)	
ไม่ได้ป้องกัน/คุมกำเนิด	46 (67.7)	61 (39.6)	
เกิดความผิดพลาดในการคุมกำเนิด	11 (16.2)	41 (26.6)	
ถูกข่มขืน	1 (1.5)	1 (0.7)	
<b>ข้อมูลการทำแท้ง</b>			<b>0.739</b>
ไม่เคยทำ	61 (89.7)	136 (88.3)	
เคยคิดแต่ไม่ได้ทำ	5 (7.4)	15 (9.7)	
เคยทำแต่ไม่สำเร็จ	2 (2.9)	3 (2.0)	



ตารางที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยอื่น (ต่อ)

ลักษณะประชากร	อายุ ≤ 20 ปี	อายุ > 20 ปี	P-value <sup>†</sup>
	n=68 (ร้อยละ)	n=154 (ร้อยละ)	
<b>สาเหตุที่คิดทำแท้ง</b>			
พ่อ แม่ ให้ทำ	1 (1.5)	1 (0.7)	0.520
แฟน/สามี ให้ทำ	1 (1.5)	2 (1.3)	0.919
ต้องการทำเอง	4 (5.9)	14 (9.1)	0.595
อื่นๆ	1 (1.5)	4 (2.6)	>0.999
<b>การฝากครรภ์</b>			0.543
ไม่ได้ฝากครรภ์	5 (7.4)	8 (5.2)	
ฝากครรภ์	63 (92.7)	146 (94.8)	
ฝากครบ	58 (92.1)	133 (91.1)	
ฝากไม่ครบ	5 (7.9)	13 (8.9)	
<b>การฝากครรภ์ครั้งแรก</b>			0.301
ไตรมาสที่หนึ่ง	34 (54.0)	95 (65.1)	
ไตรมาสที่สอง	22 (34.9)	39 (26.7)	
ไตรมาสที่สาม	7 (11.1)	12 (8.2)	
<b>อาการแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์</b>			0.823
ไม่มี	61 (89.7)	136 (88.3)	
มี	7 (10.3)	18 (11.7)	
โรคเบาหวาน	2 (2.9)	2 (1.3)	0.588
โรคความดันโลหิตสูง	1 (1.5)	6 (3.9)	0.679
เลือดออกทางช่องคลอด	3 (4.4)	7 (4.6)	>0.999
แท้งบุตรตายคลอด/ อื่นๆ	1 (1.5)	6 (3.9)	0.520
อื่นๆ	2 (2.9)	2 (1.3)	0.588
<b>วิธีการคลอด</b>			0.252
คลอดทางช่องคลอด	43 (64.2)	83 (53.3)	
ผ่าคลอด	18 (26.8)	59 (38.3)	
ยังไม่คลอด	6 (9.0)	13 (8.4)	
<b>อายุครรภ์ขณะคลอด</b>			0.009
ครบกำหนด (≥ 37 สัปดาห์)	48 (78.7)	130 (92.2)	
ก่อนกำหนด (< 37 สัปดาห์)	13 (21.3)	11 (7.8)	

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น (ต่อ)

ลักษณะประชากร	อายุ ≤ 20 ปี	อายุ > 20 ปี	P-value <sup>†</sup>
	n=68 (ร้อยละ)	n=154 (ร้อยละ)	
<b>น้ำหนักทารกแรกเกิด (กรัม)</b>			0.318
< 2,500 กรัม	13 (22.4)	22 (16.4)	
≥ 2,500 กรัม	45 (77.6)	112 (83.6)	
<b>ผลเลือดลูก</b>			0.267
ติดเชื้อเอชไอวี	10 (16.4)	25 (17.7)	
ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	41 (67.2)	79 (56.0)	
ยังไม่ทราบผล	10 (16.4)	37 (26.2)	
<b>ความพร้อมในการเลี้ยงดูทารก</b>			0.551
มากที่สุด	26 (38.8)	64 (41.6)	
มาก	15 (22.4)	45 (29.2)	
ปานกลาง	20 (29.9)	37 (24)	
น้อย	5 (7.5)	6 (3.9)	
<b>สถานภาพการจดทะเบียนสมรส</b>			0.011
มีการจดทะเบียน	9 (13.2)	45 (29.2)	
ไม่จดทะเบียน	59 (86.8)	109 (70.8)	
<b>การจัดพิธีสมรสตามประเพณี</b>			0.276
มี	18 (26.5)	53 (34.4)	
ไม่มี	50 (73.5)	101 (65.6)	
<b>สถานภาพสมรสปัจจุบัน</b>			0.091
อยู่ด้วยกัน	46 (67.7)	124 (80.5)	
ยังสมรสแต่แยกกันอยู่	12 (17.7)	19 (12.3)	
เลิกกัน/หย่าร้าง	10 (14.7)	11 (7.1)	
<b>สัมพันธ์ภาพกับสามี</b>	n=67	n=154	0.637
ดีมาก	19 (28.4)	45 (29.2)	
ดี	19 (28.4)	44 (28.6)	
ปานกลาง	17 (25.4)	46 (29.9)	
ค่อนข้างไม่ดี	6 (9)	6 (3.9)	
ไม่ดี	6 (9)	13 (8.4)	
หมายเหตุ สามีเสียชีวิต 1 คน			

ตารางที่ 2 ข้อมูลการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น (ต่อ)

ลักษณะประชากร	อายุ ≤ 20 ปี	อายุ > 20 ปี	P-value <sup>†</sup>
	n=68 (ร้อยละ)	n=154 (ร้อยละ)	
ทัศนคติของสามีต่อการมีลูก			0.071
ต้องการมีลูก	45 (67.2)	113 (73.4)	
ไม่ต้องการมีลูกแต่ให้เก็บไว้	14 (20.9)	27 (17.5)	
ไม่ต้องการมีลูกและให้ทำแท้ง	0 (0)	6 (3.9)	
ไม่ยอมรับว่าเป็นพ่อ	3 (4.5)	6 (3.9)	
อื่นๆ ได้แก่ ไม่ได้บอกแฟน ลูกเสียชีวิตแล้ว	5 (7.5)	2 (1.3)	
ยอมรับตามสภาพ ไม่แน่ใจ และไม่ได้ระบุ			

<sup>†</sup> Fisher's exact test

ผลการศึกษาสถานะการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น พบว่า สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของสามีส่วนใหญ่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นสามีของกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 25 คน (ร้อยละ 26.9) หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 46 คน (ร้อยละ 29.9) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.015) จากการสอบถามประวัติเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์พบว่าสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ เป็นกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 39 คน (ร้อยละ 57.4) หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 110 คน (ร้อยละ 71.1) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.001) ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีหลังจากทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี เป็นกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีค่ามัธยฐาน 18 เดือน (IQR = 11.5, 174) หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีค่ามัธยฐาน 30 เดือน (IQR = 12, 108) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.001) การรับยาต้านไวรัสระหว่างการตั้งครรภ์พบว่าส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างการตั้งครรภ์ 205 คน (ร้อยละ 92.8) ปัจจุบันยังมีคนที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสอยู่ 4 คน (ร้อยละ 5.9) เป็นกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.002) ผลเลือดตรวจปริมาณไวรัส HIV RNA มากกว่า 200 copies มี เป็นกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 13 คน (ร้อยละ 24.1) หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 10 คน (ร้อยละ 7.7) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.008) การเปิดเผยผลเลือดส่วนใหญ่เปิดเผยผลเลือดกับพ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง เป็นกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 41 คน (ร้อยละ 60.3) หญิงวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 61 คน (ร้อยละ 39.6) สัดส่วนของการเปิดเผยผลเลือดของทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.004) รายละเอียดตามตารางที่ 3

ตารางที่ 3 สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นนั้ตั้งครรภที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยอื่น

ลักษณะประชากร	อายุ ≤ 20 ปี	อายุ > 20 ปี	P-value <sup>†</sup>
	n=68 (ร้อยละ)	n=154 (ร้อยละ)	
<b>สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของสามี</b>			0.015
ติดเชื้อ	18 (26.9)	46 (29.9)	
ไม่ติดเชื้อ	25 (37.3)	80 (52.0)	
ไม่ทราบ	24 (35.8)	28 (18.2)	
<b>ประวัติการติดเชื้อเอชไอวี</b>			
<b>สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี</b>			0.001
ติดต่อจากแม่สู่ลูก	19 (27.9)	15 (9.7)	
เพศสัมพันธ์	39 (57.4)	110 (71.4)	
การใช้สารเสพติด	2 (2.9)	0 (0)	
อื่นๆ	3 (4.4)	4 (2.6)	
ไม่ทราบ	5 (7.4)	25 (16.2)	
<b>ระยะเวลาการติดเชื้อ (เดือน) (Median (IQR))</b>	18 (11.5, 174)	30 (12, 108)	0.001
<b>การรับยาต้านไวรัสระหว่างตั้งครรภ</b>			>0.999
ได้รับ	63 (92.7)	142 (92.8)	
ไม่ได้รับ	5 (7.4)	11 (7.2)	
<b>การรับยาต้านในปัจจุบัน</b>			0.002
ได้รับ	64 (94.1)	154 (100)	
ไม่ได้รับ	4 (5.9)	0 (0)	
<b>สูตรยาต้านไวรัสที่ได้รับในปัจจุบัน</b>			0.493
TDF/FTC/EFV	40 (62.5)	106 (68.8)	
TDF/FTC/RPV	3 (4.7)	11 (7.1)	
TDF/FTC/LPV/r	8 (12.5)	12 (7.8)	
TDF/FTC/Raltegravir	0 (0)	3 (2.0)	
AZT/3TC/LPV/r	3 (4.7)	8 (5.2)	
Other	10 (15.6)	14 (9.1)	
<b>ผลเลือดล่าสุด CD4 (cell/mm<sup>3</sup>)</b>	n=58	n=136	0.900
CD4 < 500	28 (48.3)	67 (49.3)	
CD4 ≤500	30 (51.7)	69 (50.7)	

ตารางที่ 3 สถานการณ์ติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยอื่น (ต่อ)

ลักษณะประชากร	อายุ ≤ 20 ปี	อายุ > 20 ปี	P-value <sup>†</sup>
	n=68 (ร้อยละ)	n=154 (ร้อยละ)	
<b>ผลเลือดล่าสุด HIV RNA (Copies)</b>	n=54	n=130	0.008
HIV RNA < 50	39 (72.2)	111 (85.4)	
HIV RNA = 50 – 200	2 (3.7)	9 (6.9)	
HIV RNA > 200	13 (24.1)	10 (7.7)	
<b>การเปิดเผยผลเลือด</b>			0.105
ไม่เปิดเผย	6 (8.8)	28 (18.2)	
เปิดเผย	62 (91.2)	126 (81.8)	
<b>เปิดเผยผลเลือดกับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)</b>			
พ่อ แม่ ผู้ปกครอง	41 (60.3)	61 (39.6)	0.004
เพื่อน	6 (8.8)	11 (7.1)	0.785
ญาติ	2 (2.9)	30 (19.5)	0.001
แฟน คู่ชอน	16 (23.5)	31 (20.1)	0.595
คู่สมรส	26 (38.2)	72 (46.7)	0.246
อื่นๆ	0 (0.0)	5 (3.3)	0.327

<sup>†</sup> Fisher's exact test

#### 4.1.2 การติดตามจากการติดเชื้อเอชไอวี

จากการศึกษาพบว่าคะแนนเฉลี่ยรวมการติดตามของวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับ 96.85 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 23.33) เปรียบเทียบกับคะแนนเฉลี่ยของวัยอื่นๆ เท่ากับ 104.63 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 23.02) แยกเป็นคะแนนรายด้าน ดังนี้ คะแนนเฉลี่ยการติดตามส่วนบุคคลในวัยรุ่นเท่ากับ 39.18 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.32) วัยอื่นๆ เท่ากับ 42.78 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.12) คะแนนเฉลี่ยด้านการเปิดเผยผลเลือดในวัยรุ่นเท่ากับ 27.23 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.80) คะแนน วัยอื่นๆ เท่ากับ 28.95 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 5.96) คะแนนเฉลี่ยด้านภาพลักษณ์ของตนเองด้านลบในวัยรุ่นเท่ากับ 30.56 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.72) วัยอื่นๆ เท่ากับ 32.93 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.98) คะแนนเฉลี่ยความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติต่อบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นเท่ากับ 47.85 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.63) วัยอื่นๆ เท่ากับ 52.20 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 12.75) การติดตามมีค่าเฉลี่ยแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value < 0.05) ทั้งคะแนนรวมการติดตามและการติดตามรายด้าน ดังแสดงในตารางที่ 4

**ตารางที่ 4** คะแนนการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น

ลักษณะประชากร	ช่วง คะแนน	อายุ ≤ 20 ปี	อายุ > 20 ปี	P-value †
		n=68 Mean (SD)	n=154 Mean (SD)	
คะแนนรวมการตีตรา	40-160	96.85 (23.33)	104.63 (23.02)	0.024
<b>คะแนนการตีตรารายด้าน</b>				
การตีตราส่วนบุคคล	18-72	39.18 (11.32)	42.78 (11.12)	0.028
การเปิดเผยผลเลือด	10-40	27.23 (5.80)	28.95 (5.96)	0.048
ภาพลักษณ์ของตนเองด้านลบ	13-52	30.56 (7.72)	32.93 (7.98)	0.040
ความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติต่อบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี	20-80	47.85 (12.63)	52.20 (12.75)	0.020

† Unpaired t-test

เมื่อแบ่งระดับความรุนแรงตามคะแนนรวม พบว่าส่วนใหญ่มีคะแนนการตีตราระดับปานกลาง เป็นกลุ่มวัยรุ่น 42 คน (ร้อยละ 61.8) วัยอื่นๆ 92 คน (ร้อยละ 59.7) คะแนนการตีตราระดับรุนแรง เป็นวัยรุ่น 11 คน (ร้อยละ 16.2) วัยอื่นๆ 39 คน (ร้อยละ 25.3) สัดส่วนของระดับความรุนแรงการตีตราทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.204) ดังแสดงในตารางที่ 5

**ตารางที่ 5** ระดับความรุนแรงของคะแนนการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น

Categories of overall stigma	Expected score	อายุ ≥20 ปี n=68 จำนวน (ร้อยละ)	อายุ > 20 ปี n=154 จำนวน (ร้อยละ)	P-value †
ระดับเล็กน้อย	40-80	15 (22.3)	23 (14.9)	0.214
ระดับปานกลาง	81-120	42 (61.8)	92 (59.7)	
ระดับรุนแรง	>120	11 (16.2)	39 (25.3)	

Ref. Assessment of HIV-related stigma and determinants among people living with HIV/AIDS in Abeokuta, Nigeria- A cross-sectional study<sup>(63)</sup>

† Fisher's exact test;

จากการศึกษา คะแนนเฉลี่ยการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกพบว่าการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนเฉลี่ย 88.95 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.82) เมื่อเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น คะแนนการตีตราเท่ากับ 104.07 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 26.34) ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= 0.076) ดังแสดงในตารางที่ 6

**ตารางที่ 6** คะแนนการตีตราจากสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น

สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี	อายุ $\geq 20$ ปี	อายุ $> 20$ ปี	P-value <sup>†</sup>
	n=68	n=154	
	Mean (SD)	Mean (SD)	
ติดเชื้อจากแม่สู่ลูก	88.95 (21.82)	104.07 (26.34)	0.076
ติดจากทางเพศสัมพันธ์	100.44 (23.74)	105.34 (21.75)	0.240
ติดจากทางอื่นๆ	97.9 (23.33)	102.24 (26.46)	0.647

<sup>†</sup> Unpaired t-test

เมื่อวิเคราะห์คะแนนการตีตราตามสถานะการตั้งครรภ์ คะแนนเฉลี่ยการตีตราในกลุ่มที่กำลังตั้งครรภ์มีคะแนน 113.63 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.35) โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 116 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.30) เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอื่นมีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 112.54 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.85) ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันในกลุ่มหญิงหลังคลอดมีคะแนนเฉลี่ยการตีตราในกลุ่มที่กำลังตั้งครรภ์มีคะแนน 101.39 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.15) โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 95.59 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.88) เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอื่น มีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 103.90 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.90) คะแนนเฉลี่ยการตีตราทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.019) ดังแสดงในตารางที่ 7

ตารางที่ 7 คะแนนการตีตราสถานะการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น

ลักษณะประชากร	คะแนนรวม	อายุ ≥20 ปี	อายุ > 20 ปี	P-value †
	N=221	n=67	n=154	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
กำลังตั้งครรภ์	113.63 (21.35)	116.00 (16.30)	112.54 (23.85)	0.753
หลังคลอด	101.39 (23.15)	95.59 (22.88)	103.90 (22.90)	0.019

† Unpaired t-test

เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการตีตราตามสถานที่เก็บข้อมูล พบว่าอาสาสมัครที่เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 104.93 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.80) โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 101.02 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.12) เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอื่น มีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 106.51 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 24.36) ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน อาสาสมัครที่เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลนครปฐม มีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 94.09 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.96) โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 86.85 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.67) เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอื่นมีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 98.23 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.47) ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value= 0.040) ดังแสดงในตารางที่ 8

ตารางที่ 8 คะแนนการตีตราสถานที่เก็บข้อมูลในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยรุ่นอื่น

สถานที่เก็บข้อมูล	คะแนนรวม	อายุ ≥20 ปี	อายุ > 20 ปี	P-value †
	N=221	n=68	n=154	
	Mean (SD)	Mean (SD)	Mean (SD)	
รพ.จุฬาลงกรณ์	104.93 (23.80)	101.02 (22.12)	106.51 (24.36)	0.178
รพ.นครปฐม	94.09 (19.96)	86.85 (23.67)	98.23 (16.47)	0.040

† Unpaired t-test



### 4.1.3 การจัดการปัญหา

การจัดการปัญหาเมื่อเกิดภาวะเครียด โดยแยกการจัดการปัญหาเป็นรายด้านพบว่า การจัดการปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและวัยอื่น ใช้วิธีนี้ในการเผชิญความเครียดระดับปานกลางคะแนน 38.90 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.51) และ 40.10 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 11.40) ตามลำดับ ซึ่งคะแนนทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.354) การจัดการปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและวัยอื่น ใช้วิธีนี้ในการเผชิญความเครียดระดับน้อยคะแนน 19.31 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.31) และ 20.15 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.13) ตามลำดับ คะแนนทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.347) การจัดการปัญหาแบบการบรรเทาความรู้สึกเครียดในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและวัยอื่น ใช้วิธีนี้ในการเผชิญความเครียดระดับปานกลางคะแนน 39.90 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 8.69) และ 41.79 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 9.74) ตามลำดับ คะแนนทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (P-value=0.084) ดังแสดงตารางที่ 9

ตารางที่ 9 คะแนนการจัดการปัญหาในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยอื่น ๆ

ลักษณะประชากร	อายุ $\geq 20$ ปี	อายุ $>20$ ปี	P-value <sup>†</sup>
	n=68	n=154	
	Mean (SD)	Mean (SD)	
<b>วิธีการจัดการปัญหา</b>			
มุ่งแก้ปัญหา	38.90 (11.51)	40.10 (11.40)	0.354
การจัดการกับอารมณ์	19.31 (7.31)	20.15 (7.13)	0.347
การบรรเทาความรู้สึกเครียด	39.90 (8.69)	41.79 (9.74)	0.086

<sup>†</sup> Unpaired t-test

#### 4.1.4 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการตีตรา

จากการวิเคราะห์ปัจจัยที่ผลต่อการตีตราในกลุ่มตัวอย่างโดยวิเคราะห์ข้อมูลแบบ Bivariate หลังจากนั้นทำการเลือกปัจจัยที่มีค่า P-value < 0.25<sup>(64)</sup> มาทำการวิเคราะห์แบบ Multiple linear regression และควบคุมตัวแปร อายุตอนตั้งครรภ์ รายได้ส่วนตัว แหล่งที่มาของรายได้ ระยะเวลาการติดเชื้อ การเปิดเผยผลเลือด การฝากครรภ์ พบว่า เมื่อควบคุมกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี พบว่ากลุ่มอายุมากกว่า 20 ปี มีคะแนนการตีตราเพิ่มขึ้น 6.89 คะแนน (95% CI = 0.23, 13.56) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.043) จากการวิเคราะห์รายได้ส่วนตัวเมื่อควบคุมกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท พบว่า ในกลุ่มที่รายได้น้อยกว่าหรือเท่ากับ 5,000 บาท มีคะแนนการตีตราเพิ่มขึ้น 4.26 คะแนน (95% CI = -4.03, 12.53) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาท ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน (P-value = 0.313) จากการวิเคราะห์แหล่งที่มาของรายได้เมื่อควบคุมกลุ่มที่มีรายได้จากคู่ครองหรือสามี พบว่าคนที่มียาได้จากการทำงานของตนเองมีคะแนนการตีตราเพิ่มขึ้น 10.69 คะแนน (95% CI = 4.22, 17.17) เมื่อเทียบกับรายได้จากการทำงานของสามี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.001) การฝากครรภ์เมื่อควบคุมกลุ่มที่ไม่ได้ฝากครรภ์ พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์มีคะแนนการตีตราเพิ่มขึ้น 13.74 คะแนน (95% CI = 1.05, 26.43) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.034) ระยะเวลาการติดเชื้อเมื่อควบคุมกลุ่มที่มีการติดเชื้อมากกว่า 48 เดือน พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่งทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 เดือน มีคะแนนการตีตราเพิ่มขึ้น 7.42 คะแนน (95% CI = 0.65, 14.19) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ติดเชื้อมากกว่า 48 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.032) และในหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ระหว่าง 24 ถึง 48 เดือน มีคะแนนการตีตราเพิ่มขึ้น 9.75 คะแนน (95% CI = 2.13, 17.36) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ติดเชื้อมากกว่า 120 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.012) ในการเปิดเผยผลเลือดเอชไอวีเมื่อควบคุมกลุ่มที่เปิดเผยผลเลือด พบว่าในกลุ่มที่ไม่เปิดเผยผลเลือดมีคะแนนการตีตราเพิ่มขึ้น 11.17 คะแนน (95% CI = 2.87, 19.47) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เปิดเผยผลเลือด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.009) ดังแสดงในตารางที่ 10

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนการตีตรา

ลักษณะ	Crude mean difference (95% CI)	P-value*	Adjusted mean difference (95% CI)	P-value*
อายุขณะตั้งครรภ์				
อายุ ≤ 20 ปี	Ref.		Ref.	
อายุ > 20 ปี	7.78 (1.14, 14.41)	0.022	6.89 (0.23, 13.56)	0.043
ระดับการศึกษาสูงสุด				
ไม่ได้เรียนหนังสือหรือ	9.44 (-1.27, 20.15)	0.084	NA	
ประถมศึกษา				
มัธยมศึกษา	Ref.		NA	
อนุปริญญาขึ้นไป	7.26 (0.81, 13.70)	0.027	NA	
อาชีพ				
ไม่ได้ประกอบอาชีพ	Ref.		NA	
พนักงานประจำ	7.42 (0.45, 14.39)	0.037	NA	
กิจการส่วนตัว	1.51 (-8.01, 11.04)	0.754	NA	
รายได้ส่วนตัว				
≤ 5,000	-0.56 (-8.70, 7.58)	0.891	4.25 (-4.03, 12.53)	0.313
5,001-10,000	-5.17 (-12.17, 1.83)	0.147	-2.17(-8.93, 4.58)	0.527
> 10,000	Ref.		Ref.	
แหล่งที่มาของรายได้				
การทำงานของตัวเอง	10.96 (4.30, 17.61)	0.001	10.69 (4.22, 17.17)	0.001
พ่อแม่/ผู้ปกครอง	5.09 (-4.91, 15.03)	0.317	5.92 (-4.10, 15.94)	0.245
คู่ครอง/สามี	Ref.		Ref.	
สถานภาพสมรสของบิดา/				
บิดามารดาอยู่ร่วมกัน	0.44 (-9.91, 10.80)	0.933	NA	
บิดาหรือมารดาเสียชีวิต	Ref.		NA	
บิดามารดาเสียชีวิตทั้งคู่	8.97 (-2.36, 20.30)	0.120	NA	
แยกกันอยู่	13.38 (0.23, 26.54)	0.046	NA	
สาเหตุที่นำไปสู่การตั้งครรภ์				
ต้องการมีลูกไว้สืบสกุล	29.53 (-3.34, 62.41)	0.078	NA	
ไม่ได้ป้องกัน/คุมกำเนิด	Ref.		NA	
เกิดความผิดพลาดใน	24.62 (-7.95, 57.17)	0.138	NA	
การคุมกำเนิด				

ตารางที่ 10 ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อคะแนนการตีตรา (ต่อ)

ลักษณะ	Crude mean difference (95% CI)	P-value*	Adjusted mean difference (95% CI)	P-value*
การฝากครรภ์				
ไม่ได้ฝากครรภ์	Ref.		Ref.	
ฝากครรภ์	10.64 (-2.46, 23.74)	0.111	13.74 (1.05, 26.43)	0.034
สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของสามี				
ติดเชื้อ	1.73 (-5.60, 9.06)	0.642	NA	
ไม่ติดเชื้อ	Ref.		NA	
ไม่ทราบ	3.82 (-4.12, 11.66)	0.337	NA	
ระยะเวลาการติดเชื้อ (เดือน)				
ติดเชื้อ ≤ 24 เดือน	6.18 (-0.85, 13.21)	0.085	7.42 (0.65, 14.19)	0.032
ติดเชื้อ 24 - 48 เดือน	9.91 (1.96, 17.85)	0.015	9.75 (2.13, 17.36)	0.012
ติดเชื้อ > 48 เดือน	Ref.		Ref.	
การเปิดเผยผลเลือด				
เปิดเผย	Ref.		Ref.	
ไม่เปิดเผย	11.72 (3.27, 20.17)	0.007	11.17 (2.87, 19.47)	0.009
ผลเลือดต่ำสุด CD4 (cell/mm <sup>3</sup> )				
CD4 < 500	1.40 (-5.26, 8.26)	0.679	NA	
CD4 ≤ 500	Ref.		NA	
ผลเลือดต่ำสุด HIV RNA (Copies)				
HIV RNA < 50	3.33 (-7.03, 13.69)	0.527	NA	
HIV RNA = 50 – 200	Ref.		NA	
HIV RNA > 200	2.40 (-14.56, 19.36)	0.781	NA	

NA=Not Applicable

#### 4.1.5 ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาและการติตรา

ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาและการติตราในวัยรุ่นต้นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาแบ่งตามรายด้านของการแก้ปัญหา 3 ด้าน ได้แก่ การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญปัญหาแบบการบรรเทาความรู้สึกเครียด ดังนี้

ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหากับการติตรา พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาระดับต่ำ มีการติตราระดับรุนแรง 3 คน (ร้อยละ 6.5) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการจัดการปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาระดับสูง มีการติตราระดับรุนแรง 47 คน (ร้อยละ 26.7) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.007$ ) ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์กับการติตรา พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มที่มีการจัดการปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ระดับต่ำ มีการติตราระดับรุนแรง 15 คน (ร้อยละ 10.9) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการจัดการปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ระดับสูง มีการติตราระดับรุนแรง 35 คน (ร้อยละ 41.7) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.001$ ) ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาแบบการบรรเทาความรู้สึกเครียดกับการติตรา พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีการจัดการปัญหาแบบการบรรเทาความรู้สึกเครียดระดับต่ำ มีการติตราระดับรุนแรง 3 คน (ร้อยละ 7.5) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการจัดการปัญหาแบบการบรรเทาความรู้สึกเครียดระดับสูง มีการติตราระดับรุนแรง 47 คน (ร้อยละ 25.8) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.007$ ) ดังตารางที่ 11

ตารางที่ 11 ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาและการตีตรา

การเผชิญปัญหา	การตีตรา			P-value
	การตีตราเล็กน้อย n (ร้อยละ)	การตีตราปานกลาง n (ร้อยละ)	การตีตรารุนแรง n (ร้อยละ)	
<b>การเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา</b>				0.007
การเผชิญปัญหาระดับต่ำ	10 (21.7)	33 (71.7)	3 (6.5)	
การเผชิญปัญหาระดับสูง	28 (15.9)	101 (57.4)	47 (26.7)	
<b>การเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์</b>				< 0.001
การเผชิญปัญหาระดับต่ำ	35 (25.4)	88 (63.8)	15 (10.9)	
การเผชิญปัญหาระดับสูง	3 (3.6)	46 (54.8)	35 (41.7)	
<b>การเผชิญปัญหาแบบบรรเทาความรู้สึกเครียด</b>				0.007
การเผชิญปัญหาระดับต่ำ	12 (30.0)	25 (62.5)	3 (7.5)	
การเผชิญปัญหาระดับสูง	26 (14.3)	109 (59.9)	47 (25.8)	

<sup>†</sup> Fisher's exact test; p-value

## 4.2 ผลการวิจัยส่วนที่ 2

### ผลการวิจัยเชิงคุณภาพ

การศึกษาวินิจฉัยเรื่องการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาประสบการณ์การถูกตีตรา และการจัดการปัญหาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยเป็นอย่างไร ทำการศึกษาโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก (In-depth-Interview) สัมภาษณ์ในหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 16 คน ทำการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวินิจฉัยคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV-NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย สถานที่ในการสัมภาษณ์จะใช้สถานที่ที่เป็นส่วนตัว อาสาสมัครไม่รู้สึกอึดอัดในการให้สัมภาษณ์ ผลการวิเคราะห์ข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์มีดังนี้

#### 4.2.1 ข้อมูลประชากร

การศึกษากการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยอื่น ทำการศึกษาโดยการเก็บข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด 16 คน อายุในช่วงตั้งครรภ์เป็นวัยรุ่น 5 คน และวัยผู้ใหญ่ 11 คน ดังแสดงในตารางที่ 12

ตารางที่ 12 แสดงข้อมูลประชากรวัยรุ่นต้นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ชื่อ สมมุติ	อายุ (ปี)	อายุตอน ตั้งครรภ์ (ปี)	การศึกษา	สถานภาพ สมรส	ผลเลือด สามี	เหตุผลที่ เจาะตรวจ เอชไอวี	ผล เลือด ลูก	การ เปิดเผย ผลเลือด	สาเหตุการ ติดเชื้อ
1. หนุณา	17	16	กำลัง เรียน ปวช ปี 2	แยกทาง กัน	ไม่ทราบ เพราะเล็ก กันก่อน	ฝากครรภ์	ไม่ติด เชื้อ	พ่อ แม่ และตา	เพศสัมพันธ์
2. สัมโอ	16	15	ป.6	อยู่ด้วยกัน	ไม่ติด	ฝากครรภ์	ไม่ติด เชื้อ	สามี พ่อ แม่สามี	ไม่แน่ใจ
3. น้อย	21	18	ม.3	อยู่ด้วยกัน	ติด	ฝากครรภ์	ติด	สามี แม่	เพศสัมพันธ์
4. เฟิร์น	19	15	ป.6	อยู่ด้วยกัน	ไม่ติด	คลอดลูก	ติด	สามี	ไม่แน่ใจ
5. หมวย	20	19	กำลัง เรียนปี 3	แยกทาง กัน	ไม่ทราบ	ตรวจสุขภาพ	ไม่ติด	แม่	เพศสัมพันธ์

กลุ่มตัวอย่างวัยรุ่นมีทั้งหมด 5 คน จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 6 มีจำนวน 2 คน มัธยมศึกษา 2 คน และกำลังศึกษาระดับปริญญาตรี 1 คน สถานภาพสมรสอยู่ด้วยกัน 3 คน แยกทางกัน 2 คน ผลเลือดสามีติดเชื้อเอชไอวี 1 คน ไม่ติดเชื้อเอชไอวี 2 คน ไม่ทราบผลเลือด 2 คน เหตุผลในการตรวจเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ตรวจเพราะตั้งครรภ์ 3 คน ตรวจเลือดหลังจากคลอดลูก 1 คน และตรวจสุขภาพ 1 คน สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ติดมาจากเพศสัมพันธ์ 3 คน และ ไม่แน่ใจ 2 คน การเปิดเผยผลเลือดวัยรุ่นทั้งหมดจะเลือกเปิดเผยกับคนในครอบครัว ผลเลือดลูกส่วนใหญ่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี 3 คน ติดเชื้อเอชไอวี 2 คน ดังแสดงในตารางที่ 13

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลประชากรวัยรุ่นต้นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ชื่อ สมมุติ	อายุ (ปี)	อายุตอน ตั้งครรภ์ (ปี)	การศึกษา	สถานภาพ สมรส	ผลเลือด สามี	เหตุผลที่ เจาะตรวจ เอชไอวี	ผล เลือด ลูก	การ เปิดเผย ผลเลือด	สาเหตุการ ติดเชื้อ
1. ตุ๊กตา	28	27	ปวช.	แยกกันอยู่	ไม่ทราบ เพราะไม่ ยอมตรวจ	ฝากครรภ์ลูก คนที่ 2	ไม่ติด เชื้อ	สามี น้องสาว พ่อ แม่ สามี	เพศสัมพันธ์
2. ฟ้า	24	22	ม.6	อยู่ด้วยกัน	ติด	ฝากครรภ์	ไม่ติด เชื้อ	สามี พ่อ แม่	เพศสัมพันธ์
3. เอ	29	27	ม.6	อยู่ด้วยกัน	ติด	ฝากครรภ์	ติด	สามี	เพศสัมพันธ์
4. สัมเซ็ง	42	41	ม.6	แยกกันอยู่	ติด	ฝากครรภ์	ไม่ ทราบ	สามี พี่ชาย	ไม่แน่ใจ
5. แนน	25	24	ปวส.	แยกทาง กัน	ไม่ทราบ	ฝากครรภ์	ไม่ติด	ไม่บอก ใครเลย	เพศสัมพันธ์
6. น้ำ	24	21	ป.6	แยกกันอยู่	ติด	คลอดลูก	ติด	สามี	เพศสัมพันธ์

ตารางที่ 13 แสดงข้อมูลประชากรวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี (ต่อ)

ชื่อ สมมุติ	อายุ (ปี)	อายุตอน ตั้งครรภ์ (ปี)	การศึกษา	สถานภาพ สมรส	ผลเลือด สามี	เหตุผลที่ เจาะตรวจ เอชไอวี	ผล เลือด ลูก	การ เปิดเผย ผลเลือด	สาเหตุการ ติดเชื้อ
7.ซี	27	25	ป.6	อยู่ด้วยกัน	ติด	ฝากครรภ์	ไม่ติด	สามี พ่อ แม่	เพศสัมพันธ์
8.ส้ม	27	25	ปตรี.	อยู่ด้วยกัน	ไม่ติด	ฝากครรภ์	ไม่ติด	สามี	ไม่แน่ใจ
9.รุ่น	33	32	ปตรี.	แยกทาง กัน	ไม่ติด	ตรวจสุขภาพ	ไม่ติด	สามี	เพศสัมพันธ์
10.แอล	39	36	ม.3	อยู่ด้วยกัน	ไม่ติด	คลอดลูก	ติด	ไม่บอก ใคร	สักลาย
11.อ้อย	33	31	ม.3	อยู่ด้วยกัน	ไม่ติด	ตรวจสุขภาพ	ติด	สามี	เพศสัมพันธ์

กลุ่มตัวอย่างวัยอื่นๆ มีทั้งหมด 11 คน ส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษา 6 คน ระดับสูงกว่ามัธยมปลาย 3 คน ระดับประถมศึกษา 2 คน สถานภาพสมรสส่วนใหญ่อยู่ด้วยกัน 6 คน แยกกันอยู่ 3 คน แยกทางกัน 2 คน ผลตรวจเลือดเอชไอวีของสามีส่วนใหญ่ติดเชื้อเอชไอวี 5 คน ไม่ติดเชื้อเอชไอวี 4 คน ไม่ทราบผลเลือด 2 คน สาเหตุการตรวจเอชไอวีส่วนใหญ่มาจากการฝากครรภ์ 7 คน ตรวจสุขภาพ 2 คน ตรวจหลังคลอด 2 คน สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มาจากการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ 8 คน ไม่ทราบสาเหตุ 2 คน สักลาย 1 คน ผลตรวจเอชไอวีลูกพบว่าไม่ติดเชื้อเอชไอวี 6 คน ติดเชื้อเอชไอวี 4 คน ยังไม่ทราบผล 1 คน การเปิดเผยผลเลือดบอกเฉพาะสามี 5 คนบอกสามีและคนในครอบครัว 4 คน ไม่บอกใครเลย 2 คน



## 4.2.2 ประสบการณ์การตีตรา การติดเชื้อเอชไอวี

### 4.2.2.1 วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

4.2.2.1.1 ความรู้สึกแรกหลังจากทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น มีดังต่อไปนี้

#### สามารถรักษาได้โดยการกินยาไปตลอดชีวิต

ในกลุ่มวัยรุ่นที่อาศัยอยู่กับครอบครัว พวกเขาจะได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนกับครอบครัว ด้วยจึงส่งผลให้กลุ่มวัยรุ่นกล้าที่จะเปิดเผยผลเลือดมากกว่าในวัยอื่น เนื่องจากการรักษาการติดเชื้อเอชไอวีต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองด้วยจึงเป็นการเปิดเผยผลเลือดโดยบุคลากรทางการแพทย์ ซึ่งความเครียด ความกังวลในการเปิดเผยผลเลือดของวัยรุ่นจึงน้อยกว่าวัยอื่น เมื่อทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีกลับรู้สึกไม่ได้ตกใจกลัวจากการติดเชื้อ เพราะเขาเหล่านั้นไม่ทราบว่าเชื้อเอชไอวีคืออะไร แต่ทราบจากการบอกกล่าวของบุคลากรทางการแพทย์ว่าสามารถป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้และรักษาได้โดยการกินตลอดชีวิต ซึ่งแนวความคิดรับรู้ของโรคเอดส์ได้แตกต่างออกไปจากคนรุ่นก่อน

“ครั้งแรกที่รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกเสียใจ ไม่รู้ว่าจะดำเนินชีวิตอย่างไร รู้ว่าเป็นโรคนี้รักษาไม่หาย ต้องกินยาไปตลอดชีวิต และห้ามใช้ของร่วมกับคนอื่น” (หมวย, 20 ปี)

“ทราบผลเลือดครั้งแรกที่คลินิกค่ะ ตอนที่ฝากท้อง เคื่อบอกว่า เราติดเชื้อเอชไอวี ตอนนั้นก็ตกใจกลัว กังวลว่าจะมีผลต่อลูก เพราะไม่รู้ค่ะว่าเอชไอวีคืออะไร แต่หมอบอกว่า มันเป็นเชื้อที่ติดเริ่มต้นมาจากการมีเพศสัมพันธ์ และการเสพยาเสพติดที่ใช้เข็มร่วมกัน”

(ส้มโอ, 16 ปี) CHULALONGKORN UNIVERSITY

“รู้ผลเลือดครั้งแรกตอนคลอดน้อง เพราะไม่รู้ว่าตนเองท้องเลยไม่ได้ไปฝากท้อง พอรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี ก็ไม่รู้ว่ายังงเพราะไม่รู้ว่าโรคนี้คืออะไร หมอบอกให้กินยากี่กิน กินตอน 3 ทุ่มทุกวัน รู้แค่ว่าโรคนี้ติดต่อทางเพศสัมพันธ์” (เฟิร์น, 19 ปี)

#### 4.2.2.1.2 การเปิดเผยผลเลือดในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

##### **เปิดเผยผลเลือดกับสามี และคนในครอบครัว**

ในวัยรุ่นหลังจากที่รู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี คนแรกที่พวกเขาจะนึกถึงคือคนในครอบครัว เด็กวัยรุ่นเลือกที่จะแจ้งให้ครอบครัวรับทราบก่อน เนื่องจากวัยรุ่นส่วนใหญ่ยังไม่ทราบว่าเชื้อเอชไอวีคืออะไร ต้องปฏิบัติตัวอย่างไร และไม่สามารถที่จะตัดสินใจได้เอง ในเรื่องการรักษา การดูแลตนเอง กระทั่งเรื่องลูกในครรภ์ ซึ่งต้องมีผู้ปกครองเข้ามาช่วยเหลือ ทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายและการเลี้ยงดู

“ตอนแรกทีู้ก็รู้สึกแย ไม่รู้จะดำเนินชีวิตยังไง บอกแต่แม่และแฟนใหม่แม่ ดีที่มีแม่อยู่ข้างๆ ทำให้สามารถผ่านเหตุการณ์ต่างๆ มาได้ แม่คือทุกอย่างในชีวิต พอรู้ว่าท้องแม่ก็ไม่เอาออก” (หมวย, 20 ปี)

“ตอนนั้นคุณแม่บอกพร้อมกันเลยกับครอบครัวเพราะว่าครอบครัวพามา เขามีปฏิกิริยาเหมือนกัน เขาก็เศร้าแล้วก็เสียใจ แต่เขาก็ปฏิบัติกับเราเหมือนเดิมไม่ได้ต่างไปจากเดิมเลย แม่เป็นคนที่ย่อยช่วยเลี้ยงลูก แล้วก็มียาย มาช่วยเลี้ยง” (หนูนา, 17 ปี)

#### 4.2.2.1.3 การตีตราจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น

##### **กลัว สับสน**

การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น เป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมพอรู้ว่าตนเองตั้งครรภ์จะมีความรู้สึก กลัว สับสน เนื่องจากบางคนยังอยู่ในวัยเรียน บางคนก็ออกจากโรงเรียนเพราะมีแฟน อยากมาใช้ชีวิตคู่กับแฟนแต่ก็ยังไม่ได้คำนึงถึงเรื่องการคุมกำเนิด เมื่อตั้งครรภ์ขึ้นมาจึงยังไม่พร้อมที่จะดูแล หลังจากทีวัยรุ่นทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ความรู้สึกแรกที่พวกเขาคิด คือ การทำแท้ง ซึ่งแต่ละคนก็จะก้าวผ่านความคิดนี้มาได้ต้องมีครอบครัวมาช่วยสนับสนุนในการใช้ชีวิตในการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม

“พอเรารู้ว่าเราท้องกลัวหลายๆ อย่าง กลัวว่าภาระจะเยอะขึ้น หนูกลัวว่าจะหมดช่วงวัยรุ่น กลัวพ่อแม่เสียใจ กลัวทุกอย่าง แต่พอไปพูดกับท่านตรง ๆ ท่านไม่ได้ว่าอะไร แล้วก็บอกว่าเราต้องรับผิดชอบ เพราะว่าเราทำเกิดมาแล้ว และก็ไม่ได้ให้เราเอาเด็กออก ทั้งครอบครัวของเราและก็ครอบครัวของแฟนก็พูดเหมือนกันคะ ช่วงแรกๆ แฟนก็เปลี่ยนไป แต่พอสักพักก็ดีขึ้นคะ เริ่มทำงานจากรักเพื่อน ก็หันมารักครอบครัวบ้าง” (ส้มโอ, 16 ปี)

“พอรู้ว่าตั้งครรภ์ก็ได้บอกแฟน แฟนก็ปรึกษาครอบครัวเขาค่ะ แล้วครอบครัวแฟนบอกให้เอาเด็กออก แต่เราไม่คิดเอาออกค่ะ เพราะว่าแม่ไม่ให้เอาออกแน่นอน แม่เคยพูดไว้ว่า ถ้าท้องห้ามเอาออก ให้บอกแม่” (หมวย, 20 ปี)

#### 4.2.2.1.4 การตีตราทางสังคม

##### โรคเอดส์ไม่ใช่โรคร้ายแรง

ในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีกลับไม่ได้รู้สึกว่าเป็นโรคที่ร้ายแรง เนื่องจากการรับรู้โรคเอดส์ของคนรุ่นใหม่ในปัจจุบัน การติดเชื้อเอชไอวี คือการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และสามารถรักษาได้โดยการรับประทานยาต้านไวรัส ส่งผลให้ในวัยรุ่นไม่ได้ถูกตีตราหรือถูกรังเกียจจากสังคมเท่ากับคนในวัยอื่น

“ไม่หนักใจเกี่ยวกับโรคนี้เลยคะ เพราะว่า หนูสบายใจที่มีคนรับได้ แค่พอกับแม่แฟนรับได้หนูก็สบายใจ ทั้งพ่อแม่เราก็รับได้ ช่วงแรกๆ หนูก็กลัว เพราะว่า เวลาคบหาดูใจกับใคร เขาก็รับไม่ได้ พอหนูได้มาเปิดใจคุยกัน มันก็ไม่ใช่อะไรที่หนูคิด อย่างกลัวว่าเขาจะไม่รัก เขากลับรักเราเป็นห่วงเรามากกว่าเก่าอีก เขาก็บอกวิธีป้องกันที่ไม่ให้เชื้อเพิ่ม” (ส้มโอ, 16 ปี)

“ตอนแรกมันกลัวไปหมดเลย หมอก็บอกให้เราทำใจดี ๆ เพราะว่าหนูไม่ได้มีเชื้อคนเดียว แฟน หนูก็มีเชื้อ เพราะตอนนั้นเค้าเจาะเลือดหนู แต่ว่ายังไม่ได้บอกผลเลือดกับแฟน แล้วก็เรียกแฟนไปเจาะ หลังจากบอกแฟน แฟนก็ไม่ได้มีปฏิกิริยาอะไร” (น้อย, 21 ปี)

#### 4.2.2.2 หญิงวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

4.2.2.2.1 ความรู้สึกแรกหลังจากทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ในวัยอื่น มีดังต่อไปนี้

##### มีชีวิตจะอยู่ได้ไม่นาน

นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวียังคิดว่าตัวเองจะมีชีวิตอยู่ได้ไม่นาน เนื่องจากมีประสบการณ์ในอดีตที่ทราบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นแล้วต้องตายเท่านั้น ทำให้รู้สึกว่าตนเองแย่ บางคนก็แยกตัวออกจากสังคม เพราะกลัวสังคมรังเกียจรับไม่ได้

“ตอนที่ทราบใหม่ๆ เราก็เครียดนะ มันเหมือนกับว่าตอนนั้นนะทำใจเลยว่าเราจะมีชีวิตอยู่ได้อีกไม่นาน เราจะวางแผนยังไง เราจะให้ลูกเราอยู่ยังไง สงสารลูกมากกว่า ไม่ได้สงสารตัวเอง ทำไมเรามีลูกสงสารเค้า เหมือนเราจะอยู่กับเค้าได้ไม่นาน มันเศร้า แล้วก็ประมาณนั้น” (ส้มแซ่, 42 ปี)

“ครั้งแรกที่รู้ว่าติดเชื้อ ความรู้สึกคือไม่อยากจะสูงส่งกับใคร ไม่อยากจะยุ่งกับใคร กลัวคนอื่นรังเกียจ กลัวเค้ารับไม่ได้” (น้ำ, 24 ปี)

“แรกๆ มันอาจจะเครียด เราอาจจะทำใจไม่ได้ มันรู้สึกเครียดค่ะ ว่าทำไมเราต้องมาเป็นแบบนี้ คือ ทำไมเราต้องมาเป็นแบบนี้ คือก็รับไม่ได้เหมือนกัน เราก็ไปศึกษาแล้วก็อยู่กับมันไปสักพักนึงมันก็รู้สึกว่เราก็เหมือนคนปกติแหละ ช่วงแรกกังวลว่าลูกจะติด กลัวๆ แต่เราก็พยายามทำทุกทาง คือทำตามทีหมอนแนะนำทุกอย่าง” (ส้ม, 27 ปี)

“หลังจากที่รู้ครั้งแรกรู้สึกแย่มากๆ รับไม่ได้นะ ยังไงหนูก็รับไม่ได้ แต่หนูคิดว่า คนที่เป็นแบบนี้เยอะ พอไปหาหมอเราจะรู้ เค้ามาที่นี้เค้าก็ต้องเป็นเหมือนเรา มันก็เยอะ หนูก็เลย ไม่ได้เป็นแค่เราคนเดียว” (ซี, 27 ปี)

“ครั้งแรกที่รู้ว่าติดเชื้อรู้สึก ก็คิดมากนะ บางทีก็อยากจะฆ่าตัวตาย แต่เราก็คิดว่าถ้าเราตายแล้วใครจะดูแลลูกเราก็พยายามไม่เครียดไม่คิด พยาบาลเค้าก็บอกให้คำปรึกษาว่าโรคนี้มันก็เหมือนกับคนเป็นเบาหวาน ความดัน ก็กินยาไป มันก็หายมันก็กลับมาแข็งแรงได้ เจ้าหน้าที่ให้ข้อมูลดีมาก” (แอล, 39 ปี)

“ครั้งแรกที่รู้ผลเลือดก็ช็อคมาก ทำอะไรไม่ถูก แบบความรู้สึกทำอะไรไม่ได้ สันไปหมด แล้วก็เศร้าไปนานเลยคะ ทำใจไม่ได้ ไม่อยากรักษา ไม่อยากอะไรเลย ไม่อยากมีลูกด้วย ตอนนั้นคิดอยากทำแท้ง ไม่อยากเอาไว้” (อ้อย, 33 ปี)

### ตกใจ กลัวมีผลกระทบต่อลูก

คนทั่วไปยังคิดว่าเอชไอวีเป็นเรื่องที่ไกลตัว จึงไม่มีข้อมูลเกี่ยวกับโรคนี้อะไรและยังรู้สึกว่ามีคนที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นคนที่น่ารังเกียจ เพราะโรคนี้นี้เป็นแล้วต้องกินยาไปตลอดชีวิต และไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ความรู้สึกแรกที่รู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีจึงมีความรู้สึกที่แตกต่างกัน บางคนรู้สึกตกใจกลัวมีผลกระทบต่อลูก ในหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบผลเลือดตอนตั้งครรภ์ส่งผลให้ หญิงตั้งครรภ์หลายคนมีความคิดที่จะยุติการตั้งครรภ์ ซึ่งความรู้สึกของหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่น และวัยอื่นไม่แตกต่างกัน เนื่องจากสิ่งที่หญิงตั้งครรภ์กังวลที่สุด คือกลัวลูกจะติดเชื้อเหมือนตัวเอง

“ตอนที่ทราบว่าตั้งครรภ์ตอนนั้นเรียนอยู่ชั้น ปวช. ปีที่ 2 ตอนนั้นแฟนก็ไม่รู้ว่าเราตั้งครรภ์เพราะว่าเล็กกันก่อน มาตรวจเจอที่ รพ. จุฬา เพราะว่าเคยเข้ารับการรักษาเรื่องหูตและเคยผ่าตัดที่นั่นมาก่อน ตอนแรกที่ทราบว่าติดเชื้อก็รู้สึกเสียใจ” (หนูนา, 17 ปี)

“ทราบว่าติดเชื้อตอนตั้งครรภ์ลูกคนที่ 2 ก็รู้สึกแย่นะคะ บอกหมอมว่าจะเอาออกได้มั้ย หมอก็บอกว่ามันไม่ได้มีผลอะไร ตอนคลอดก็แค่ต้องผ่าคลอดแค่นั้นเอง ลูกคนโตไม่ติดค่ะ ตอนนี้อายุ 12 ขวบแล้วค่ะ” (ตุ๊กตา, 28 ปี)

“ทราบว่าติดเชื้อตอนที่ไปฝากครรภ์ อนามัยเป็นคนบอกผลก่อนค่ะ แล้ว รพ. ก็บอกอีกรอบนึง ความรู้สึกตอนแรกที่รู้ ก็รู้สึกตกใจค่ะ กลัว ไม่คิดว่าตัวเองจะเป็น กลัวคนรอบข้างรับไม่ได้ ตอนนั้นมันกลัวไปหมดเลย” (น้อย, 21 ปี)

## จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย CHULALONGKORN UNIVERSITY

### 4.2.2.2.2 การเปิดเผยผลเลือด

#### ไม่เปิดเผยผลเลือดกับใครเลย

หลังจากที่หญิงตั้งครรภ์ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ก็จะมีอาการกลัว กังวล สับสน บางคนไม่กล้าบอกสามี เพราะหากสามีไม่ติดก็จะเกิดความกังวลว่าตนเองติดมาจากใคร<sup>(10, 65, 66)</sup> และอาจจะมีปัญหาครอบครัวตามมาได้ ทำให้ไม่บอกใครเลย

“ตอนนี้ยังไม่ได้ออกผลเลือดใครเลย กลัวบอกแล้วเขาจะรังเกียจเรา รังเกียจลูกเราเลยไม่บอกดีกว่า เก็บไว้เป็นความลับ ถ้าคิดจะบอกก็คงจะบอกกับสามี แต่ตอนนี้ก็ยังไม่ได้อเพราะกลัวเขาจะรับไม่ได้ จะรังเกียจเรา แต่กลัวคนอื่นจะมองว่ารังเกียจ เป็นโรคติดต่ออย่าไปสัมผัสนะ อย่าไปกินช้อนร่วมกันนะ จริงๆ มันไม่ใช่ มันติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ทางเลือดเท่านั้น” (แอล, 39 ปี)

“ไม่ได้บอกผลเลือดใครเลย เพราะเลิกกับสามีก่อนที่จะรู้ว่าตั้งครรภ์ พอตั้งครรภ์ไปฝากครรภ์ถึงทราบว่าจะติดเชื้อเอชไอวี ตอนนั้นก็ไม่ได้ติดต่อกับสามีและไม่ได้บอกใคร ดูแลตัวเองตามที่หมอและเจ้าหน้าที่แนะนำ” (แนน, 25 ปี)

### เปิดเผยผลเลือดกับสามีคนเดียว

บางคนก็เลือกบอกเฉพาะสามีให้เป็นเรื่องของคนในครอบครัว เพราะคิดว่าตนเองไม่ได้มีความเสี่ยงอย่างอื่น ที่เป็นสาเหตุของการติดเชื้อจึงไม่ได้กังวลในการที่จะเปิดเผยผลเลือดกับสามี<sup>(67)</sup> หลังจากที่เปิดเผยแล้วก็ได้รับกำลังใจและการดูแลที่ดีจากสามี หากความสัมพันธ์ในครอบครัวดีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อก็ไม่ได้เปิดเผยผลเลือดให้ผู้อื่นรับทราบอีก

“ตอนแรกที่รู้ผลก็กังวลบ้าง แต่ว่าแฟนก็ให้กำลังใจ บอกว่าไม่เป็นไร หมอก็ให้กำลังใจว่ามันมียาต้านทำให้เด็กไม่ติดถ้าเราทานตั้งแต่เนิ่นๆ มันก็ไม่มีอะไร โอกาสที่จะติดก็คือ 1 เปอร์เซ็นต์แค่นั้นก็ให้กำลังใจ แฟนก็ไปด้วยกันเพราะไปฟังผลด้วยกัน แฟนบอกว่าไม่เป็นไร แล้วก็ให้กำลังใจตลอด บอกว่าไม่ต้องเครียด แรกๆ เราก็เครียด มีร้องไห้บ้าง คือว่าเราหาสาเหตุไม่ได้ว่าเราติดมาจากไหน แฟนก็คิดว่าตัวเองเป็นต้นเหตุรีเปลาที่ติดจากเขารีเปลา เขาก็เลยไปเจาะเลือด” (ส้ม, 27 ปี)

หากความสัมพันธ์ในครอบครัวไม่ดี หรือเกิดจากการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อม การเปิดเผยผลเลือดก็เป็นเหมือนดาบสองคม ที่ทำให้ความสัมพันธ์แย่งไปอีก โดยเฉพาะในกรณีที่บอกผลเลือดสามีแล้วแต่หากสามีมีตรวจแล้วมีผลเลือดที่เป็นลบ<sup>(68-71)</sup> เพราะพวกเขาอาจคิดว่าภรรยาติดมาจากคนอื่นดังเช่นกรณีของวุ้น

“รู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีตอนตั้งครรภ์ พอบอกแฟนแล้วแฟนรับไม่ได้ เขาให้เอาลูกออก แต่เราอยากมีลูก เลยไปฝากครรภ์ แฟนก็ไม่ได้มีปฏิกิริยาอะไร แฟนไปตรวจเลือดแล้วผลเลือดเป็นลบ หลังจากนั้นเราก็ไม่ได้ติดต่อกันเลย มาติดต่อกันตอนที่ลูกหนูคลอดแล้วเขาก็ส่งเอกสารมาเพื่อที่จะให้หนูไปแจ้งคลอด ไปแจ้งเกิด แล้วก็ไม่ได้ติดต่อกันอีก” (วุ้น, 32 ปี)

#### 4.2.2.2.3 การตีตราจากการตั้งครรภ์ในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

##### สับสน กังวลกับทารกในครรภ์

ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีนั้น นอกจากกังวลเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีแล้ว ยังกังวลเกี่ยวกับทารกในครรภ์ด้วย หากตั้งครรภ์ไม่พร้อมด้วยก็จะยิ่งทำให้เกิดความรู้สึกสับสน และกังวลมาก<sup>(57, 59, 70, 72)</sup> ทำให้ประสบการณ์การตีตราแต่ละคนแตกต่างกัน ขึ้นอยู่กับบริบทของครอบครัวเป็นสำคัญ นอกจากนี้แล้วบุคลากรทางการแพทย์ก็มีส่วนสำคัญในการที่จะทำให้หญิงตั้งครรภ์มีประสบการณ์การตีตราในด้านบวกหรือด้านลบ หากความรู้สึกแรกหลังจากที่ทราบผลเลือดเอชไอวี และยังได้รับประสบการณ์การตีตราด้านลบก็จะส่งผลในการดำรงชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ไปในอนาคต ในทางตรงกันข้ามหากหญิงตั้งครรภ์ได้รับประสบการณ์ที่ดี พวกเขาก็จะสามารถก้าวผ่านปัญหาไปได้ และสามารถที่จะปรับตัวให้อยู่ในสังคมได้ต่อไป

“ตอนที่รู้สึกตกใจค่ะ ตอนแรกไม่คิดว่าตัวเองจะตั้งครรภ์เพราะว่าเราก็ก่อนกัน แต่ว่าหลังจากที่มีเพศสัมพันธ์ ฉุกเฉินมันหลุด แล้วเราก็ก็นึกว่าจะท้องค่ะ เลยไม่ได้ป้องกันหรือกินยา แล้วก็มีการผัดปดกับร่างกายตัวเอง ประจำเดือนก็ไม่มา มีนหัว ร่างกายอ่อนเพลีย ก็เลยไปตรวจที่ รพ. เค้าก็บอกว่าตั้งครรภ์ ครั้งแรกที่รู้ว่าตั้งครรภ์ก็ตกใจทำอะไรไม่ถูก ก็โทรมาปรึกษาที่นิรนามชมรมเพื่อนวันพุธเหมือนเดิม ตอนแรกหนูก็มีความคิดว่าจะเอาออกก็เค้าก็บอกว่าเรื่องนี้เราไม่แนะนำนะ อยู่ที่ตัวเราส่วนตัวเรา คิดยังไง แต่หนูก็เลยปรึกษาว่า ถ้าหนูเอาไว้เพราะว่าหนูก็คิดว่าอยากจะมีลูก เค้าก็เลยตัดสินใจให้หนูว่า ลองคุยกับแฟนดู พอคุยไปแล้วมันก็มีแต่ผลเสีย เค้าก็ไม่ค่อยโอเคเท่าไร หลังจากนั้นก็ไปฝากครรภ์ ตอนไปฝากครรภ์ไม่ได้รับคำแนะนำอะไรเลย มีคุณหมอแนะนำให้ไปเอาออก เค้าก็บอกว่ามีที่นี้ แต่เค้าก็บอกว่าแล้วแต่คุณแม่นะ หนูก็บอกว่าหนูตัดสินใจแล้วหนูมาฝากครรภ์ เค้าก็บอกก็แล้วแต่ ทำให้หนูไม่อยากไปโรงพยาบาล” (วัน, 32 ปี)

“ตอนที่ไปฝากครรภ์ พอทางโรงพยาบาลเค้ารู้ว่าเราติดเชื้อเอชไอวี หมอก็มาให้เรา แล้วก็บอกว่า ตัวเองรู้ว่าเป็นอย่างไรปล่อยให้ท้องได้ยังไง ตอนนั้นเราก็ก็นึกอะไรไม่ออก ร้องไห้ แล้วก็เดินหนีออกมาเลย แต่เค้าก็รับฝากครรภ์” (อ้อย, 33 ปี)

“ตอนที่ไปฝากครรภ์ หมอทุกโรงพยาบาลก็ช่วยดูแลเราดี ไม่ได้มาแยกอะไรเรา ถ้าไม่สังเกตจริง ๆ คือก็จะไม่รู้ว่ามีอะไรตรงนี้คือตรวจโรคนี้ ก็ช่วยเราได้เยอะ ปิดบังให้เรา แต่หมอก็ถามว่ายินดีไหม ที่จะต้องบอกคนนั้นคนนี้อะไรประมาณนี้ค่ะถามความคิดเห็นเรา เพราะว่า จะช่วยเหลือเราได้ ไม่ได้มาแยก (ซี, 27 ปี)

#### 4.2.2.2.4 การตีตราจากสังคม

##### โรคเอดส์เป็นโรคที่น่ารังเกียจ

โรคเอดส์ยังเป็นโรคที่น่ารังเกียจของสังคม ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบันเนื่องจากคนทั่วไปยังมองว่าเป็นโรคที่น่ารังเกียจ รักษาไม่หาย เป็นโรคของคนสำส่อน โดยเฉพาะภาพในอดีตที่มักจะนำเสนอคนที่เป็โรคเอดส์ที่มีตุ่มหนอง พุพองตามร่างกาย ภาพเหล่านี้ยังสะท้อนให้เห็นในแง่คิด และมุมมองของโรคที่น่ารังเกียจ ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน

“เรามองโรคนี้เป็นโรคที่น่ารังเกียจ แล้วเราคิดว่าคนอื่นเค้ามองโรคนี้เหมือนกับที่เรา มอง หลังจากทีคนอื่นเค้ารู้ว่าเราเป็นโรคนี้เค้ามีปฏิกิริยากับเราเปลี่ยนไป เช่น พ่อแม่แฟน คนใหม่เนี่ยคะ เขารู้ว่าเราเป็น ตอนแรกเขาจะให้เลิกกันแต่ว่าแฟนไม่เลิก เพราะว่าเค้าสงสารลูก แล้วก็แยกออกมาจากบ้านพี่สาวเขา จากที่เคยอยู่ด้วยกันก็แยกออกมา กินข้าวก็แยกกันกิน ไม่ใช่ของร่วมกัน” (น้ำ, 24 ปี)

“ หนูมีแฟนคนแรกแล้วหนูก็ไปอยู่บ้านแฟน แล้วทีนี้ญาติเค้าคุยกัน กับพ่อแม่แฟน ญาติพี่น้อง แต่เค้าไม่รู้ว่าหนูอยู่ข้างนอก เค้าบอกว่า เมียเก่าเค้าไปตรวจเจอโรคนี้ หนูก็คิด ร้อยกว่า 50 เปอร์เซ็นต์หนูต้องเป็นอยู่แล้ว หนูก็ตรวจ หนูก็เจอ แต่ถามว่ามันแย่มากสำหรับเรา เค้าเป็นผู้ชายคนแรกของเราด้วย แล้วเรามาเจอแบบนี้ เรายุ่สึกแย่ แต่ถ้าเราเที่ยว ไปมีผู้ชาย ได้พวกนี้มาเราจะไม่เสียใจขนาดนี้ แต่เค้าคือผู้ชายคนแรกแต่ทำให้เราเป็นแบบนี้ มันเลย ทำให้เราเสียใจแบบบอกไม่ถูกเลย หนูก็สู้นะ เพราะหนูก็มองว่าคนอื่นเค้าก็เป็นเหมือนหนู พอหนูรู้หนูก็กินยา ตรวจ CD4 หมอเค้าก็ดูแลหนูดีนะ แต่หนูว่าดูแลได้มันก็ไม่หาย มันก็ รักษาไม่หายอยู่แล้ว หนูก็ทำใจนะ บางทีย้อนไปมันก็เจ็บใจตัวเอง มันทำให้เรา สู้กับใครไม่ได้เลย ทำงานจะถึงปีเค้าก็ต้องตรวจสุขภาพ เรายังต้องออก เพราะว่าเราตรวจไม่ได้ เรายุ่อยู่แ่ใจ มันทำให้เรามีการงานมันคงไม่ได้เลย ทำๆ ไปถึงปี ตรวจสุขภาพ มันก็ไม่กล้าตรวจ เรายัง ออกมา ” (ซี, 27 ปี)

“กังวลว่าคนอื่นจะรู้ เพราะว่าเวลาที่มีเพื่อนมาเคยบอกแฟนว่าไม่ต้องชวนเค้ามาค้างคืนเพราะเราไม่รู้ว่าเป็นยังไง ถ้าอยากมากินมาที่หิวอะไรแบบเดียวกันก็ได้ ก็กลัวเค้ารู้” (อ้อย, 33 ปี)



“คิดว่าสังคมปัจจุบันก็ยังรังเกียจคนที่ เป็นโรคนี้อยู่ค่ะ เพราะ ในความคิดของหนูก็คง เป็นเพราะว่ายังไม่ทราบว่ามีคนนี้ได้ติดกันง่ายๆ แล้วก็มัน เป็นโรคที่ติดต่อทาง เพศสัมพันธ์ มันก็เลยทำให้มองโรคนี้น่ากลัว เพราะถ้ามองย้อนกลับไปถ้าให้นึกภาพคนที่ เป็นโรคนี้อาจเห็นภาพคนมีแผล ตามตัว ผิวหนังพุพองเน่า เปื่อยอะไรอย่างนั้น” (ตุ๊กตา, 28 ปี)

#### 4.2.3 การจัดการปัญหา

หลังจากทราบผลเลือดว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ทุกคนจะมีการรับรู้และการจัดการปัญหา แตกต่างกันขึ้นอยู่กับบริบททางสังคมในการรับรู้ และสิ่งที่ทำให้เผชิญกับโรคแตกต่างกัน<sup>(20)</sup> ดังนี้

##### 4.2.3.1 วัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

###### ได้รับกำลังใจจากครอบครัว

สิ่งสำคัญที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ก้าวผ่านปัญหาไปได้ คือกำลังใจจากครอบครัว<sup>(57, 66, 71)</sup> หากครอบครัวไม่เข้าใจ หรือบางคนที่ไม่กล้าเปิดเผยกับคนในครอบครัว ก็จะใช้ชีวิตด้วยความหวาดระแวง กลัวคนอื่นจะรู้ผลเลือด ในคนที่เปิดเผยผลเลือดกับคนในครอบครัวก็จะได้รับการช่วยเหลือ ดูแล จากคนในครอบครัว ทั้งในเรื่องการดูแลลูก และการดูแลตนเอง ทำให้มีกำลังใจในการต่อสู้กับอุปสรรค และเผชิญปัญหาต่างๆ ผ่านไปได้ด้วยดี

“กลัวพ่อกับแม่แฟนรับไม่ได้ กลัวมีผลกระทบต่อลูก กลัวทุกอย่าง แต่พ่อบอกพ่อกับแม่แฟนไปตามตรง แฟนก็ปกติ ทำตัวปกติกับหนูทุกอย่าง ไม่ได้รังเกียจเราอย่างที่เราคิด หนูก็เลยทำตัวปกติ” (ส้มโอ, 16 ปี)

“คนในครอบครัวมีส่วนในการช่วยเหลือเยอะมากเลย ทั้งเรื่องการให้กำลังใจ การดูแล สิ่งสำคัญที่คิดว่าผ่านอุปสรรคตรงนั้นไปได้ คือ กำลังใจจากครอบครัวสำคัญที่สุดค่ะ ถ้าไม่มีครอบครัวช่วยเหลือและให้กำลังใจคงไม่มีชีวิตอยู่จนถึงตอนนี้” (หนูนา, 17 ปี)

###### ยอมรับปัญหา

การจัดการปัญหาในวัยรุ่น ในวัยรุ่นเป็นวัยหัวเลี้ยวหัวต่อของชีวิตที่ต้องผ่านเข้าสู่ผู้ใหญ่ พวกเขาต้องมีการปรับตัวหลายอย่างเพื่อเข้าสู่วัยผู้ใหญ่ เมื่อวัยรุ่นเกิดปัญหาการตั้งครรภ์ขึ้นมาซึ่งกระทบต่อการเรียน ทำให้พวกเขาไม่สามารถเรียนต่อได้<sup>(16)</sup> และยังเป็นวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีอีกด้วย สิ่งที่ทำให้วัยรุ่นตั้งครรภ์สามารถที่จะจัดการปัญหาเหล่านี้ได้ คือ การช่วยเหลือจากคนในครอบครัว

“ตอนแรกก็กลัวหลายๆ อย่าง กลัวว่าภาวะจะเยอะขึ้น หนูกลัวว่าจะหมดช่วงวัยรุ่น กลัวพ่อแม่เสียใจ กลัวทุกอย่าง แต่พอไปพูดกับพ่อ แม่ตรงๆ ท่านก็ไม่ได้ว่าอะไร บอกว่าเราต้องรับผิดชอบ เพราะว่าเราทำให้เด็กเกิดมาแล้วไม่ให้เราเอาเด็กออก ทั้งครอบครัวของเรา และก็ครอบครัวของแฟนก็พูดเหมือนกันค่ะ” (ส้มโอ, 16 ปี)

### วางแผนอนาคตเรื่องการเรียน

เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่อยู่ในวัยเรียน เป้าหมายในการดำเนินชีวิตของวัยรุ่นจึงมุ่งเน้นในการเรียน เพื่อจะนำการศึกษาที่ได้มาไว้ใน การประกอบอาชีพในการเลี้ยงดูตนเองและครอบครัว ซึ่งในระหว่างการตั้งครมภ์วัยรุ่นจะอยู่ในความดูแลของผู้ปกครองทั้งในเรื่องค่าใช้จ่ายและการเลี้ยงดูลูก

“ตั้งใจที่จะดูแลส่งเสียให้เขาเรียนไปจนถึงระดับชั้นประถมศึกษาปีที่ 6 แล้วก็คิดว่า จะส่งเขาไปเรียนที่ต่างจังหวัด อยู่กับแม่สายโลมเขาอยู่ที่คลินิกนิรนาม เข้าโครงการนั้น เพราะว่าเราจะส่งลูกเราเรียนจนจบ” (หนูนา, 17 ปี)

“ตอนนี้เป้าหมายหลักของเราที่วางแผนไว้คือ เรียนให้จบก่อนค่ะ เน้นเรียนเป็นหลัก เรียนเสร็จคงทำงาน จะได้มีเงินไว้ดูแลลูก” (หมวย, 20 ปี)

“เป้าหมายอนาคตวางแผนว่าจะทำงานไปเรื่อยๆ ค่ะ เก็บตังค์ก็อยากจะเปิดธุรกิจ เล็กๆ น้อยๆ อย่างก๋วยเตี๋ยว ลูกชิ้นทอดที่น้ำเค็มทำ” (ส้มโอ, 16 ปี)

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

CHULALONGKORN UNIVERSITY 4.2.3.2 หญิงวัยอื่นตั้งครมภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

### ได้รับกำลังใจจากครอบครัว

กำลังใจจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญที่จะทำให้หญิงตั้งครมภ์สามารถต่อสู้กับปัญหาต่างๆ ได้ ในหญิงตั้งครมภ์วัยอื่นเป็นวัยทำงานที่สามารถรับผิดชอบตนเองได้ ไม่ได้พึ่งพิงพ่อแม่ ในคนที่แต่งงาน มีครอบครัวอยู่กับสามี คนแรกที่ทำให้กำลังใจก็คือสามี ที่จะเป็นกำลังใจในการเผชิญปัญหา ส่วนในคนที่ ยังพึ่งพิงการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวอยู่ก็จะเปิดเผยผลเลือดกับพ่อแม่ ด้วยเพื่อให้ได้รับการช่วยเหลือดูแล

“กำลังใจที่สำคัญที่สุดคิดว่าเป็นกำลังใจจากครอบครัวข้าง อย่างแฟนเรา เพราะปกติถ้า บางคนรู้แล้วอาจจะรับไม่ได้ก็ได้เพราะว่าเราเป็นแล้วแฟนไม่ได้เป็น แต่แฟนไม่เคยพูด ไม่เคย

ว่า ไม่เคยอะไร ไม่เคยพูดถึง ช่างมันไม่เป็นอะไร ให้กำลังใจเราตลอดว่าไม่เป็นอะไร ไม่ต้องไปคิดมาก ไม่เห็นจะเป็นอะไรเลย แล้วเราก็ถามว่าไม่กลัวติดเหรอ แฟนบอกไม่กลัว คนเรารักกันไม่จำเป็นต้องกลัว แล้วก็ให้กำลังใจเรา เราก็ทานยาไป แล้วหมอก็บอกว่า ถ้าเราดูแลตัวเอง เราก็สามารถอยู่ได้นานเหมือนคนปกติทั่วไป” (ส้ม, 27 ปี)

“กำลังใจจากพ่อแม่คือสุดๆ เลย เพราะแม่ไม่เคยว่าอะไรเลย มีแต่โทรมาเป็นห่วง ไปตรวจเลือดก็ยัง ไปฝากท้องก็ยัง แล้วตอนที่รู้ว่าเราท้องที่บ้านก็ส่งตั้งค์มาให้ ให้พาหลานไปหาหมอ เพราะว่าบางทีแฟนหนูทำงานคนเดียวหนูก็ไม่ค่อยมีตั้งค์ แก่ก็ส่งตั้งค์มาให้ ทีละพัน สองพัน ให้กำลังใจ พอหนูคลอดเสร็จ พ่อกับแม่ก็มารับหลานไป” (ซี, 27 ปี)

#### 4.2.4 วิธีการจัดการปัญหา

##### ปล่อยวาง ยอมรับการเจ็บป่วย

การจัดการปัญหาในแต่ละคนจะมีวิธีการจัดการปัญหาที่แตกต่างกันไป ทั้งในด้านการจัดการปัญหาแบบการมุ่งแก้ปัญหา การจัดการกับอารมณ์ และการบรรเทาความรู้สึกเครียด ซึ่งการแก้ปัญหาในแต่ละคนก็จะขึ้นอยู่กับบริบทของตนเอง ซึ่งส่วนใหญ่ก็จะพยายามที่จะก้าวผ่านปัญหาให้ได้ เพื่อให้มีผลกระทบต่อครอบครัวน้อยที่สุด

“เวลามีปัญหาก็คุยกับแฟนสองคน ญาติพี่น้องก็ไม่คุย ถึงแฟนไม่ฟังหนูก็ช่างเถอะแต่หนูก็ดูปฏิภิกิริยาของเค้า เป็นอะไรไหม พร้อมรับฟังไหม ปัญหาหลักๆ ก็คือเรื่องลูกเป็นหลัก คือเรื่องของตัวเองไม่ค่อยคิดอะไรแล้วห่วงแต่เรื่องของลูก” (อ้อย, 33 ปี)

“วิธีการจัดการกับความเครียดก็คือปล่อยวาง อย่าไปซีเรียส กินยาตามที่หมอลสั่ง เพราะหมอบอกว่า เดี่ยวนี้ก็พัฒนามีวิจัยเรื่อยๆ อาจจะมีสิทธิหาย แต่ป้องกันตัวเราด้วย ตัวคนอื่นด้วย แล้วก็กินยาด้วย กินยาเนี่ยก็อยู่ได้ตลอดชีวิต เพราะว่าเชื้ชนิดเดียว ไม่ได้กังวล แต่ก็เครียดนะ เราก็ต้องสู้ เพราะเราต้องหาเลี้ยงลูกอีกสองคน พ่อ แม่ เรายัง เราเป็นหัวหน้าครอบครัว เราเป็นพี่คนโตอีก” (แนน, 25 ปี)

##### วางแผนอนาคตเพื่อลูก

เป้าหมายในชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป้าหมายหลักมี 2 อย่าง คือ เป้าหมายของตนเอง คือ พยายามที่จะทำงานเก็บเงินสร้างครอบครัว และอีกเป้าหมายหนึ่งที่สำคัญคือ ลูก

เพราะต้องการให้ลูกได้มีโอกาสได้เรียนสูงๆ เพื่อที่จะสามารถดูแลตนเองได้ เนื่องจากพวกเขาไม่แน่ใจว่าจะมีชีวิตอยู่ดูแลลูกได้อีกนานแค่ไหน จึงต้องการที่จะทำงานเก็บเงินเพื่อที่จะเก็บไว้ดูแลลูกให้ถึงจุดหมายที่ตั้งไว้

“เป้าหมายในชีวิตตอนนี้ คือ คิดว่า อยากให้ลูกมีความสุขมากที่สุด อยากทำงานเก็บเงินให้ลูกได้เรียนสูงๆ มีลูกสองคน อยากให้ลูกได้เรียนสูงๆ” (ส้ม, 27 ปี)

“ตอนนี้คิดถึงเรื่องลูกมากที่สุด อยากมีชีวิตอยู่นานๆ เพื่อจะได้ได้อยู่ดูแลลูก จากที่ไม่กินยาตอนท้อง ทำให้ลูกติดเชื้อ เลยต้องกลับมาดูแลตัวเองให้มีสุขภาพแข็งแรง” (เอ, 29 ปี)



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บทที่ 5

### สรุปผลการวิจัย อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

#### 5.1 สรุปผลการวิจัย

การศึกษาการติตราในวัยรุ่นนั้ตั้งครรรที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับวัยอื่น โดยการเก็บรวบรวมข้อมูล 2 ระยะ คือ การวิจัยระยะที่ 1 การวิจัยเชิงปริมาณเก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามเก็บข้อมูลในหญิงตั้งครรรหรือหลังคลอดไม่เกิน 5 ปี จำนวน 222 คน เป็นกลุ่มวัยรุ่นนั้ตั้งครรรที่ติดเชื้อเอชไอวี 68 คน หญิงวัยอื่นตั้งครรรที่ติดเชื้อเอชไอวี 154 คน เก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ศูนย์ประสานความร่วมมือระหว่างไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV-NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย และโรงพยาบาลนครปฐม การวิจัยระยะที่ 2 การวิจัยเชิงคุณภาพเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกในหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 16 คน ทำการเก็บข้อมูลที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ และ HIV-NAT สรุปผลการวิจัยดังนี้

##### 5.1.1 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 1

1. ลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง เป็นหญิงตั้งครรรที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มาฝากครรร มาติดตามผลเลือดลูก หรือมาติดตามการรักษาเอชไอวี ที่รพ.จุฬาลงกรณ์ ที่ HIV-NAT หรือที่โรงพยาบาลนครปฐม อายุเฉลี่ยของประชากรกลุ่มตัวอย่างตอนตั้งครรร 26.43 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 7.43) อายุเฉลี่ยของวัยรุ่นนั้ตั้งครรรที่ติดเชื้อเอชไอวี 18.44 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 1.57) วัยรุ่นตั้งครรรที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 31 คน (ร้อยละ 45.6) ประกอบอาชีพเป็นพนักงานประจำ 33 คน (ร้อยละ 48.5) รายได้ต่อเดือน 5,001-10,000 บาท 27 คน (ร้อยละ 39.7) แหล่งที่มาของรายได้มาจากการทำงานของตนเอง 30 คน (ร้อยละ 44.1) อายุขณะมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 17 ปี (15 ปี-18 ปี) สาเหตุหลักของการตั้งครรรคือ ไม่ได้ป้องกันหรือคุมกำเนิด 46 คน (ร้อยละ 67.7) เคยมีความคิดทำแท้งแต่ไม่ได้ทำ 5 คน (ร้อยละ 7.4) เคยทำแท้งแต่ไม่สำเร็จ 2 คน (ร้อยละ 2.9) สาเหตุหลักของการคิดทำแท้งคือต้องการทำเอง 4 คน (ร้อยละ 5.9) สถานภาพสมรสปัจจุบันส่วนใหญ่ยังอยู่ด้วยกันกับสามี 46 คน (ร้อยละ 67.7) ความรู้สึกของสามีต่อการมีลูกคือไม่ต้องการมีลูกหรือไม่ยอมรับเป็นพ่อ 22 คน (ร้อยละ 32.9) สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของสามีพบว่าส่วนใหญ่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี 25 คน (ร้อยละ 37.3) และไม่ทราบผลเลือดเอชไอวี 24 คน (ร้อยละ 35.8) วัยรุ่นตั้งครรรส่วนใหญ่ติดเชื้อจากทางเพศสัมพันธ์ 39 คน (ร้อยละ 57.4) รองลงมาคือติดเชื้อจากแม่สู่ลูก 19 คน (ร้อยละ 27.9) วัยรุ่นตั้งครรรไม่ได้รับยาต้านขณะตั้งครรร 5 คน (ร้อยละ 7.4) โดยปัจจุบันไม่ได้รับยาต้าน 4 คน (ร้อยละ 5.9) ผลเลือดล่าสุดมีปริมาณไวรัสโหลดมากกว่า 200 ก๊อปปี้ มี 13 คน (ร้อยละ 24.1)

ส่วนในกลุ่มหญิงวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีอายุเฉลี่ย 29.95 ปี (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 6.15) การศึกษาส่วนใหญ่จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษาตอนต้น 39 คน (ร้อยละ 25.3) จบระดับปริญญาตรีขึ้นไป 30 คน (ร้อยละ 19.2) อาชีพส่วนใหญ่ประกอบอาชีพพนักงานประจำ 87 คน (ร้อยละ 56.5) รายได้ต่อเดือนส่วนใหญ่มากกว่า 10,000 บาท 76 คน (ร้อยละ 49.4) รองลงมาคือมากกว่า 5,001-10,000 บาท 52 คน (ร้อยละ 33.8) แหล่งที่มาของรายได้มาจากการทำงานของตนเอง 89 คน (ร้อยละ 57.8) อายุตอนมีเพศสัมพันธ์ครั้งแรก 18 ปี (17 - 20 ปี) สาเหตุหลักของการตั้งครรภ์คือไม่ได้ป้องกันหรือคุมกำเนิด 61 คน (ร้อยละ 39.6) เคยมีความคิดทำแท้งแต่ไม่ได้ทำ 15 คน (ร้อยละ 9.7) เคยทำแท้งแต่ไม่สำเร็จ 3 คน (ร้อยละ 2.0) สาเหตุหลักของการคิดทำแท้งคือต้องการทำเอง 14 คน (ร้อยละ 2.6) สถานภาพสมรสปัจจุบันส่วนใหญ่ยังอยู่ด้วยกันกับสามี 124 คน (ร้อยละ 80.5) ความรู้สึกของสามีต่อการมีลูกคือไม่ต้องการมีลูกหรือไม่ยอมรับเป็นพ่อ 41 คน (ร้อยละ 26.6) สถานะการติดเชื้อของสามีส่วนใหญ่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี 80 คน (ร้อยละ 52.0) และไม่ทราบผลเลือดเอชไอวี 28 คน (ร้อยละ 18.2) ส่วนใหญ่ติดเชื้อจากเพศสัมพันธ์ 110 คน (ร้อยละ 71.4) ติดเชื้อจากแม่สู่ลูก 15 คน (ร้อยละ 9.7) ไม่ได้รับยาต้านขณะตั้งครรภ์ 11 คน (ร้อยละ 7.2) รับประทานยา 154 คน (ร้อยละ 100) ผลเลือดล่าสุดมีปริมาณไวรัสไหลมากกว่า 200 ก๊อปปี้ มี 10 คน (ร้อยละ 7.7)

2. การติดตามจากการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าคะแนนเฉลี่ยการติดตามรวมในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนน้อยกว่าหญิงวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนเฉลี่ยการติดตามรวม 96.85 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 23.33) คะแนน หญิงวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีคะแนนเฉลี่ย 104.63 (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 23.02) คะแนน โดยคะแนนเฉลี่ยการติดตามของทั้ง 2 กลุ่มอยู่ในระดับปานกลาง (81-120 คะแนน) เมื่อแยกคะแนนเฉลี่ยการติดตามตามรายด้าน พบว่าในวัยรุ่นคะแนนเฉลี่ยการติดตามทั้ง 4 ด้าน ได้แก่ การติดตามส่วนบุคคล การเปิดเผยผลเลือด ภาพลักษณ์ของตนเองด้านลบ และความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติต่อบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี น้อยกว่าวัยอื่น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.05$ )

เมื่อวิเคราะห์คะแนนเฉลี่ยการติดตามตามสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกพบว่าการติดตามในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนเฉลี่ย 88.95 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.82) เมื่อเปรียบเทียบกับวัยอื่น คะแนนการติดตามเท่ากับ 104.07 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 26.34) ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.076$ ) การติดตามตามสถานะการตั้งครรภ์ คะแนนเฉลี่ยการติดตามในกลุ่มที่กำลังตั้งครรภ์มีคะแนน 113.63 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 21.35) โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการติดตาม 116 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.30) เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นมีคะแนนเฉลี่ย

การตีตรา 112.54 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.85) ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน ในกลุ่มหญิง หลังคลอดมีคะแนนเฉลี่ยการตีตราในกลุ่มที่กำลังตั้งครรภ์มีคะแนน 101.39 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.15) โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 95.59 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.88) เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นมีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 103.90 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.90) คะแนนเฉลี่ยการตีตราทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value}=0.019$ ) การตีตราตามสถานที่เก็บข้อมูล พบว่าอาสาสมัครที่เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ มีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 104.93 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.80) โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 101.02 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.12) เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นมีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 106.51 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 24.36) ทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน อาสาสมัครที่เก็บข้อมูลจากโรงพยาบาลนครปฐม มีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 94.09 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 19.96) โดยหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 86.85 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 23.67) เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นมีคะแนนเฉลี่ยการตีตรา 98.23 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 16.47) ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value}= 0.040$ )

3. การจัดการปัญหา ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าเมื่อเกิดภาวะเครียด มีการใช้วิธีการเผชิญปัญหาในด้านต่างๆ ได้แก่ การจัดการปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา การจัดการปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ และการจัดการปัญหาแบบบรรเทาความรู้สึกเครียด ทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน โดยเมื่อแยกการจัดการปัญหาตามรายด้านพบว่า การจัดการปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา ในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และกลุ่มวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีการใช้วิธีนี้แก้ปัญหาอยู่ในระดับปานกลาง คะแนนเฉลี่ย 2.99 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =0.88) คะแนนเฉลี่ย 3.08 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =0.88) ตามลำดับ ซึ่งคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $P\text{-value} = 0.354$ ) ส่วนการจัดการปัญหาแบบมุ่งจัดการกับอารมณ์ ในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ใช้วิธีนี้แก้ปัญหาในระดับต่ำ มีคะแนนเฉลี่ย 2.14 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.81) คะแนนเฉลี่ย 2.24 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน = 0.79) ตามลำดับ โดยคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $P\text{-value} = 0.347$ ) และ การจัดการปัญหาแบบการบรรเทาความรู้สึกเครียดในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และวัยอื่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ใช้วิธีนี้แก้ปัญหาในระดับปานกลาง โดยมี คะแนนเฉลี่ยเท่ากับ 2.85 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =0.62) และ คะแนนเฉลี่ย 2.99 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน =0.69) ตามลำดับ โดยค่าคะแนนเฉลี่ยทั้งสองกลุ่มไม่แตกต่างกัน ( $P\text{-value} = 0.086$ )

4. ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติตรา ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการติตราในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อควบคุมตัวแปร อายุตอนตั้งครรภ์ การศึกษา อาชีพ รายได้ แหล่งที่มาของรายได้ สถานะการติดเชื้อเอชไอวีของสามี ระยะเวลาการติดเชื้อ การเปิดเผยผลเลือด สถานภาพสมรสของบิดา มารดา และสาเหตุการตั้งครรภ์ พบว่าปัจจัยที่มีผลต่อคะแนนการติตรา ได้แก่ อายุตอนตั้งครรภ์ แหล่งที่มาของรายได้ การฝากครรภ์ ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี และการเปิดเผยผลเลือด ซึ่งมีรายละเอียดดังต่อไปนี้ อายุตอนตั้งครรภ์ พบว่ากลุ่มอายุมากกว่า 20 ปี มีคะแนนการติตราเพิ่มขึ้น 6.89 คะแนน (95% CI = 0.23, 13.56) เมื่อเทียบกับกลุ่มอายุน้อยกว่าหรือเท่ากับ 20 ปี ทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.043) จากการวิเคราะห์แหล่งที่มาของรายได้ พบว่าคนที่มียาได้จากการทำงานของตนเองมีคะแนนการติตราเพิ่มขึ้น 10.69 คะแนน (95% CI = 4.22, 17.17) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่มีรายได้จากการทำงานของสามี แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.001) การฝากครรภ์ พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์มีคะแนนการติตราเพิ่มขึ้น 13.74 คะแนน (95% CI = 1.05, 26.43) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.034) ระยะเวลาการติดเชื้อ พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่เพิ่งทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าหรือเท่ากับ 24 เดือน มีคะแนนการติตราเพิ่มขึ้น 7.42 คะแนน (95% CI = 0.65, 14.19) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ติดเชื้อมากกว่า 48 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.032) และในหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีระหว่าง 24 ถึง 48 เดือน มีคะแนนการติตราเพิ่มขึ้น 9.75 คะแนน (95% CI = 2.13, 17.36) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ติดเชื้อมากกว่า 48 เดือน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.012) ในการเปิดเผยผลเลือดเอชไอวี พบว่าในกลุ่มที่ไม่เปิดเผยผลเลือดมีคะแนนการติตราเพิ่มขึ้น 11.17 คะแนน (95% CI = 2.87, 19.47) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่เปิดเผยผลเลือด แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.009)

5. ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาและการติตรา แบ่งได้ดังนี้ ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหากับการติตรา พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาในระดับต่ำ มีการติตราระดับรุนแรง 3 คน (ร้อยละ 6.5) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการจัดการปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหาในระดับสูง มีการติตราระดับรุนแรง 47 คน (ร้อยละ 26.7) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.007)



ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์กับการติตรา พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในกลุ่มที่มีการจัดการปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ระดับต่ำ มีการติตราระดับรุนแรง 15 คน (ร้อยละ 10.9) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการจัดการปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ระดับสูง มีการติตราระดับรุนแรง 35 คน (ร้อยละ 41.7) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} < 0.001$ )

ความสัมพันธ์ของการเผชิญปัญหาแบบการบรรเทาความรู้สึกเครียดกับการติตรา พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มที่มีการจัดการปัญหาแบบการบรรเทาความรู้สึกเครียดระดับต่ำ มีการติตราระดับรุนแรง 3 คน (ร้อยละ 7.5) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่มีการจัดการปัญหาแบบการบรรเทาความรู้สึกเครียดระดับสูง มีการติตราระดับรุนแรง 47 คน (ร้อยละ 25.8) ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value} = 0.007$ )

การติตรากับการเผชิญปัญหาเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กัน จากการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่มีการเผชิญปัญหาทั้งในด้านการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญปัญหาแบบบรรเทาความรู้สึกเครียด ที่มีการเผชิญปัญหาในระดับสูงจะมีการติตราในระดับรุนแรง มากกว่ากลุ่มที่มีการเผชิญปัญหาในระดับต่ำ

### 5.1.2 สรุปผลการวิจัยระยะที่ 2

1. ข้อมูลประชากร เป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มาฝากครรภ์ หรือมาติดตามผลเลือดลูก หรือมาติดตามการรักษา ที่ รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย เก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึกทั้งหมด 16 คน เป็นวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี 5 คน และวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 11 คน

ตารางที่ 14 สรุปแนวความคิดการตีตราในวัยรุ่นเปรียบเทียบกับวัยอื่น

การตีตรา	วัยรุ่น	วัยอื่น
การตีตราส่วนบุคคล (Self stigma)	สามารถรักษาได้โดยการกินยา ไม่ตลอดชีวิต ตกใจ กลัวมีผลกระทบกับลูก	มีชีวิตจะอยู่ได้ไม่นาน ตกใจ กลัวมีผลกระทบกับลูก
ความกังวลเกี่ยวกับการ เปิดเผยผลเลือด (Disclosures concern)	เปิดเผยผลเลือดกับสามี และ คนในครอบครัว	เปิดเผยผลเลือดกับสามีคน เดียว ไม่กล้าเปิดเผยผลเลือดกับคน อื่น
ภาพลักษณ์ตนเองในแง่ลบ (Negative self image)	กลัวแฟนรับไม่ได้	รู้สึกตัวเองต่ำต้อย ไม่กล้าทำงาน คนที่ เป็นโรคนี้ต้องมีแผล พุงพองตามร่างกาย
ความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติ จากสังคม (Social stigma)	กลัวคนอื่นรู้ แล้วถูกรังเกียจ ครอบครัวรับได้ก็สบายใจ	กลัวถูกรังเกียจจากสังคม ไม่กล้าตรวจร่างกายจากการ ทำงาน กลัวสังคมรังเกียจ กลัวถูกเลือกปฏิบัติ

ตารางที่ 15 สรุปการจัดการปัญหาในวัยรุ่นเปรียบเทียบกับวัยอื่น

การจัดการปัญหา	วัยรุ่น	วัยอื่น
การมุ่งจัดการกับอารมณ์ (Emotion Focused Coping)	ยอมรับกับการเป็นโรคที่ต้อง ทานยาไปตลอดชีวิต	ไม่เปิดเผยผลเลือดกับใครเลย ปล่อยวาง ยอมรับการเจ็บป่วย
การมุ่งจัดการกับปัญหา (Problem Focus Coping)	เปิดเผยผลเลือดกับคนใน ครอบครัว เรียนต่อให้จบเพื่อจะได้ทำงาน มีเงินเลี้ยงดูตัวเอง	เปิดเผยผลเลือดกับสามี มุ่งมั่นทำงาน วางแผนอนาคตเพื่อลูก
การหลีกเลี่ยงปัญหา (Non-Productive Coping)	ไม่รับการรักษา	ไม่กล้าทำงานเนื่องจากกลัวการ ตรวจร่างกาย

## 5.2 อภิปรายผล

การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาวิจัยแบบผสม (Mixed-method) โดยทำการศึกษาวิจัยเชิงปริมาณโดยใช้แบบสอบถามในการเก็บข้อมูล และการศึกษาวิจัยเชิงคุณภาพทำการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์เชิงลึก ผลการวิจัยมีความสอดคล้องกัน การวิจัยเชิงคุณภาพทำให้ได้ข้อมูลที่มาสนับสนุนข้อมูลของการวิจัยเชิงปริมาณ ทำให้ข้อมูลมีความน่าเชื่อถือเพิ่มมากขึ้น ดังนี้

### 5.2.1 คุณลักษณะของกลุ่มตัวอย่าง

เนื่องจากการศึกษาเป็นการศึกษาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นกลุ่มเปราะบาง โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเพราะวัยรุ่นเป็นวัยที่เป็นหัวเลี้ยวหัวต่อ เริ่มเป็นตัวของตัวเอง การเข้าถึงวัยรุ่นจึงเป็นสิ่งที่ยากที่จะเข้าถึงข้อมูลที่แท้จริงโดยเฉพาะในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี<sup>(73)</sup> การเข้าถึงประชากรกลุ่มเปราะบางจึงต้องมีทีมที่พร้อมและมีประสบการณ์ในการดูแลกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยการศึกษาวิจัยนี้ได้มีทีมสูตินรีแพทย์ กุมารแพทย์ และนักจิตวิทยาอยู่ในทีมวิจัย หากมีเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ที่อาจส่งผลกระทบต่อจิตใจต่ออาสาสมัคร ก็สามารถให้การช่วยเหลือได้ทันท่วงนี้ นอกจากนี้ยังมีกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อน เช่น ชมรมเพื่อนวันพุธ ที่คอยให้ความช่วยเหลือในการให้คำปรึกษาในกลุ่มอาสาสมัครที่มีความกังวลเบื้องต้นอีกด้วย กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีระยะเวลาการทราบผลเลือดเอชไอวีแตกต่างกัน โดยเฉพาะในกลุ่มที่เพิ่งทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีตอนมาฝากครรภ์ ปัจจุบันผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุยืนยาวขึ้น ซึ่งการเข้าถึงการรักษาและการกินยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอไปตลอดชีวิต ก็เป็นสิ่งจำเป็นในการดูแลตนเองในหญิงตั้งครรภ์ทั้งของวัยรุ่นและวัยอื่น เพื่อให้มีสุขภาพและคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น โดยเฉพาะในวัยรุ่นเป็นวัยที่มีปัญหาในเรื่องวินัยการกินยาต้านไวรัสหากไม่มีครอบครัวคอยช่วยเหลือสนับสนุน<sup>(8, 74)</sup>

ปัจจุบันยาต้านไวรัสได้เข้ามาในระบบประกันสุขภาพของคนไทย ทำให้คนไทยทุกคนสามารถเข้าถึงยาต้านไวรัสได้ ข้อมูลจาก สปสช. (สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ) ปี พ.ศ. 2562 พบว่าผู้ที่ได้รับยาต้านไวรัสมีผลไวรัสโหลดน้อยกว่า 50 ก๊อบปี ร้อยละ 92 ดังนั้นในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงมีอายุยืนยาวขึ้นไม่แตกต่างจากประชากรทั่วไป<sup>(75-79)</sup> ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่ใช่เฉพาะรายใหม่ที่เพิ่งทราบว่าตนติดเชื้อตอนตั้งครรภ์ ในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีระยะเวลายาวนานที่ได้รับยาต้านไวรัสจึงมีอัตราการตั้งครรภ์ที่สูงขึ้น ซึ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่จะตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจสาเหตุที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ส่วนใหญ่คือไม่ได้ป้องกันหรือคุมกำเนิด 107 คน เป็นวัยรุ่น 46 คน (ร้อยละ 67.7) วัยอื่น 61 คน (ร้อยละ 39.6) สัดส่วนดังกล่าวแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P$ -value = 0.001) ข้อมูลเหล่านี้สอดคล้องกับการศึกษาของ Kate Salter และคณะ (2017) พบว่าปัจจัยที่ส่งผลต่อการตั้งครรภ์ ได้แก่ สถานะภาพสมรส ระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวี มีผลต่อการ

ตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจ โดยระยะที่ติดเชื้อเอชไอวีนานขึ้นก็ส่งผลให้เกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ตั้งใจสูงขึ้น เมื่อเกิดการตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตั้งใจขึ้นมากก็จะส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลต่าง ๆ ในหญิงตั้งครรภ์<sup>(59, 80-83)</sup>

## 5.2.2 การตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี

การตีตราเป็นการลดทอนคุณค่าความเป็นมนุษย์ของบุคคลคนหนึ่ง ที่ถูกเลือกปฏิบัติจากบุคคลอื่นเพียงเพราะการเจ็บป่วยทางร่างกายเท่านั้น ซึ่งเขาเหล่านั้นยังต้องการมีชีวิตอยู่ในสังคมเสมือนคนปกติทั่วไป แต่การตีตราทำให้เป็นเสมือนเกราะในการใช้ชีวิตอยู่ในสังคมที่ต้องคอยปกปิดเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ปกปิดเรื่องการกินยา การไปพบแพทย์เพื่อทำการรักษา การตีตราไม่เพียงแต่ส่งผลต่อบุคคลที่ถูกตีตราเท่านั้น ยังส่งผลต่อแนวทางการรักษาเอชไอวีของประเทศด้วย หากผู้ที่ถูกตีตราไม่เข้ารับการรักษาในระบบบริการก็ส่งผลการแพร่เชื้อเอชไอวีสูงขึ้นหากไม่ได้รับยาต้านไวรัส<sup>(27, 84)</sup> และการดูแลรักษาที่ถูกวิธี

ในหญิงตั้งครรภ์ถือเป็นกลุ่มเปราะบาง ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีอารมณ์อ่อนไหวได้ง่ายและไม่สามารถตัดสินใจได้ด้วยตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ หญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้จึงมีความเปราะบางมากเป็นสองเท่า ทั้งในเรื่องการตั้งครรภ์ และการเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวี หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่เหมาะสม ก็จะส่งผลให้เกิดผลกระทบทั้งในหญิงตั้งครรภ์และทารกในครรภ์ด้วย ซึ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับการฝากครรภ์ ในหญิงตั้งครรภ์บางคนถูกตีตราจากบุคลากรทางการแพทย์เนื่องจากเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จึงทำให้ในกลุ่มที่มาฝากครรภ์มีการตีตราสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ ส่งผลให้ไม่อยากจะมาฝากครรภ์ และมาตรวจตามนัด จากการวิเคราะห์ข้อมูล การฝากครรภ์ พบว่าในหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์มีคะแนนการตีตราเพิ่มขึ้น 13.74 คะแนน (95% CI = 1.05, 26.43) เมื่อเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้ฝากครรภ์ ทั้งสองกลุ่มแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value = 0.034) ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกก็สอดคล้องกัน ดังเช่นในกรณีของจูน

“ตอนไปฝากครรภ์ ไม่ได้รับคำแนะนำอะไรเลย มีคุณหมอแนะนำให้ไปเอาเด็กออก แล้วก็แนะนำสถานที่เอาเด็กออก แต่ก็บอกว่าแล้วแต่คุณแม่ละ หนูก็บอกว่าหนูตัดสินใจแล้ว หนูมาฝากครรภ์ หมอก็บอกก็แล้วแต่ ทำให้ทุกครั้งหนูมีความรู้สึก ว่า หนูไม่อยากไปโรงพยาบาล หนูสังเกตด้วยความที่เรามีใจเราอยู่แล้ว เวลาเข้าไปตรวจ เจอหมอ พยาบาล ไม่ค่อยอยากจะทำให้คำแนะนำ เวลาเราอยากจะทำอะไร ก็ไม่ค่อยจะพูดแบบ ถามคำตอบ คำไม่มีคำแนะนำให้ ทั้งๆที่เรามีความเสี่ยงมากกว่าคนอื่น แต่ถ้าไปพบหมอประจำตัวที่เกี่ยวกับโรคนี้ ก็จะทำให้คำแนะนำดี “ (จูน, 32 ปี)

จากการติดตามจากบุคลากรทางการแพทย์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์กลัวการไปฝากครรภ์รวมถึงอาจส่งผลให้ปฏิเสธการรักษา ซึ่งจะมีผลต่อเด็กในครรภ์ได้หากไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้องในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

**การติดตามในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี** จึงเปรียบเสมือนเป็นการติดตาม 2 ชั้น ทั้งจากการติดตามจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่น และการติดตามจากการติดเชื้อเอชไอวี พบว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์จะถูกติดตามจากการตั้งครรภ์ เนื่องจากตั้งครรภ์ในวัยเรียน ตั้งครรภ์ไม่พร้อม ทำให้เกิดความอับอายของคนในครอบครัว เช่นการศึกษาของ ศศินทร์ พันธ์สุวรรณ<sup>(11)</sup> การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นพบว่าสาเหตุการตั้งครรภ์ส่วนใหญ่มาจากไม่ได้ป้องกันหรือไม่ได้คุมกำเนิด มีจำนวน 46 คน (ร้อยละ 67.7) ซึ่งเป็นการตั้งครรภ์ที่ไม่พร้อมและไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์มาก่อน ส่งผลให้มีความคิดให้การทำแท้ง ซึ่งมีถึง 11 คน (ร้อยละ 13.1) ที่มีความคิดในการทำแท้งหลังจากทราบว่าตั้งครรภ์ นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มวัยรุ่นมีการคลอดก่อนกำหนดถึง 13 คน (ร้อยละ 21.3) สามีต้องการมีลูกมี 45 คน (ร้อยละ 67.2) ซึ่งในกลุ่มที่ไม่ต้องการมีลูกมีสูงถึงประมาณร้อยละ 33 จากการศึกษาพบว่า การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นยังเป็นปัญหาอยู่ นอกจากปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นแล้ว ยังต้องเผชิญกับปัญหาจากการติดเชื้อเอชไอวีอีก ในการศึกษาพบว่าในกลุ่มวัยรุ่น ส่วนใหญ่มีสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีจากการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งเป็นเด็กที่เกิดในช่วงที่มีการระบาดของเชื้อเอชไอวีเข้าสู่กลุ่มสตรีแม่บ้าน และส่งผลให้ในการศึกษานี้มีจำนวนวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกจำนวน 19 คน (ร้อยละ 27.9) ในกลุ่มวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ยังพบว่าติดเชื้อและการกินไวรัสสมาเป็นระยะเวลายาวนานยังส่งผลกระทบต่อระบบการทำงานของระบบการคิด การรับรู้อีกด้วย<sup>(85)</sup> เมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการติดตามแบ่งตามสถานที่ในการเก็บข้อมูล คือ รพ.จุฬาลงกรณ์ สภากาชาดไทย และ รพ.นครปฐม พบว่าคะแนนเฉลี่ยการติดตามทั้ง 2 ที่ ไม่แตกต่างกัน และเมื่อทำการเปรียบเทียบคะแนนเฉลี่ยการติดตามในกลุ่มที่กำลังตั้งครรภ์ และหลังคลอด พบว่า คะแนนเฉลี่ยการติดตามในกลุ่มที่กำลังตั้งครรภ์และหลังคลอดในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นมีคะแนนเฉลี่ยการติดตาม 95.59 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.88) เมื่อเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นมีคะแนนเฉลี่ยการติดตาม 103.90 คะแนน (ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน 22.90) คะแนนเฉลี่ยการติดตามทั้ง 2 กลุ่ม แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ (P-value=0.019) เมื่อเปรียบเทียบคะแนนการติดตามสาเหตุจากการติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและวัยอื่น พบว่าทั้ง 2 กลุ่มไม่แตกต่างกัน

จากการศึกษานี้เก็บข้อมูลโดยใช้แบบสอบถามของ Barbalar 40 ข้อ พบว่าคะแนนการตีตราในวัยรุ่นมีคะแนนการตีดรำน้อยกว่าวัยอื่น นอกจากนี้เมื่อแยกคะแนนการตีตราเป็นรายด้านยังพบว่าคะแนนการตีตราของวัยรุ่น น้อยกว่าคะแนนการตีตราของวัยอื่นทั้ง 4 ด้าน ซึ่งข้อมูลจากการสัมภาษณ์ได้มาช่วยในการสนับสนุนข้อมูลที่ได้จากแบบสอบถาม และเป็นไปในแนวทางเดียวกันตรงข้ามกับการศึกษาของ Zhen Li และคณะ (2018) ทำการศึกษาการตีตราในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีในเขตชนบทประเทศจีน พบว่า ในคนที่อายุน้อยกว่าจะมีคะแนนการตีตราสูงกว่าเมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่อายุมากกว่า แต่จากการศึกษานี้พบว่าในกลุ่มที่มีคะแนนการตีดรำน้อยกว่าจะได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวและสังคมมากกว่า แต่มีสิ่งทีสอดคล้องกับการศึกษานี้คือในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นเป็นกลุ่มที่ได้รับการดูแลช่วยเหลือจากครอบครัวมากกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่วัยรุ่น

เมื่อทำการวิเคราะห์ข้อมูลจากแบบสอบถามการตีตราทั้ง 40 ข้อ เพื่อดูความถี่ในการตอบแบบสอบถามในแต่ละข้อเปรียบเทียบในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่เชื้อเอชไอวีและวัยอื่น พบว่า การตอบแบบสอบถามของทั้ง 2 กลุ่มแตกต่างกัน 2 ข้อ คือ ข้อ 3 ความคิด มุมมองเกี่ยวกับเอชไอวีของคนรอบข้างทำให้ฉันรู้สึกแย่ ในกลุ่มวัยอื่นมีคะแนนมากกว่าวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value}=0.040$ ) และข้อ 19 ตั้งแต่ฉันทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ฉันกังวลว่าจะถูกรังเกียจจากสังคม ซึ่งในกลุ่มวัยอื่นมีคะแนนมากกว่าวัยรุ่นอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $P\text{-value}=0.049$ ) ซึ่งจากข้อมูลที่ได้ทำให้สะท้อนให้เห็นว่าในกลุ่มวัยอื่นมีความสนใจต่อการคิดหรือตัดสินของคนรอบข้างและสังคม มากกว่าในวัยรุ่น จึงทำให้มีการตีตรามากกว่าในวัยรุ่น นอกจากนี้ประสบการณ์ในอดีตที่ผ่านมาส่งผลให้การตีตราจากวัยรุ่นน้อยกว่าวัยอื่น เนื่องจากวัยรุ่นไม่ได้สนใจบริบทของสังคมจากพฤติกรรมของวัยรุ่นที่สนใจตัวเองเป็นหลัก และยังไม่ได้มีการวางแผนหรือมองภาพในอนาคตจึงไม่ได้กังวลต่อการตีตราจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับทฤษฎีของเพียเจต์

### 5.2.2.1 การตีตราส่วนบุคคล (Self stigma)

การรับรู้ผลเลือดเอชไอวีเป็นบวกในขณะที่ตั้งครรภ์เป็นประสบการณ์ที่น่าวิตกสำหรับผู้หญิง ในการเผชิญกับความวิตกกังวล ความเครียด ที่ต้องรับมือกับการตั้งครรภ์กลัวการแพร่เชื้อไปสู่ทารกในครรภ์ การเปิดเผยผลเลือด สถานการณ์ที่ต้องรับมือกับการตั้งครรภ์ การตัดสินใจที่จะเริ่มการรักษาเอชไอวีไปตลอดชีวิตทำให้พวกเขามีความเสี่ยงต่อหลายอารมณ์หลายอย่าง<sup>(70)</sup> โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่น<sup>(86)</sup> ซึ่งการเปิดเผยผลเลือดโดยเฉพาะอย่างยิ่งกับสามี เป็นความเครียดที่สำคัญยิ่งเพราะผู้หญิงมักจะเผชิญความเครียดทั้งในเรื่องการเปิดเผยผลเลือดเอชไอวีและเรื่องการตั้งครรภ์<sup>(87-92)</sup> ซึ่งจากการศึกษาพบว่าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ไม่ได้เปิดเผยผลเลือดกับใครเลยมีจำนวน 28 คน (ร้อยละ 18.2) ในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เปิดเผยผลเลือดกับใครเลยมีจำนวน 8 คน (ร้อยละ 8.8) ดังนั้นจึงมีหญิงตั้งครรภ์จำนวนหนึ่งที่ไม่กล้าเปิดเผยผลเลือดกับสามีเนื่องจาก ความกลัวและความกังวลของการ

สูญเสียการสนับสนุนจากคู่ครองของพวกเขาถูกกล่าวหาว่านอกใจ หรือมีความสัมพันธ์กับบุคคลอื่นที่จะส่งผลให้เกิดความรุนแรงในครอบครัว กล่าวไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนทั้งในเรื่องการช่วยเหลือเรื่องการเงินสำหรับตนเองและลูก<sup>(86)</sup> สอดคล้องกับการศึกษาของ Paudal.V<sup>(57)</sup> ที่พบว่า การเปิดเผยผลเลือดเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและยากลำบากมากในการเผชิญปัญหาเนื่องจากต้องต่อสู้กับการตีตราและเลือกปฏิบัติ แต่สิ่งที่ทำให้พวกเขาก้าวผ่านประสบการณ์ชีวิตที่เลวร้ายมาได้คือมีกลุ่มที่คอยช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต

#### 5.2.2.2 ความกังวลเกี่ยวกับการเปิดเผยผลเลือด (Disclosures concern)

การตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนการตีดรำน้อยกว่าวัยรุ่นอื่น เนื่องจากวัยรุ่นเป็นวัยที่มีผู้ปกครองดูแล การดูแลรักษาเอชไอวีต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองจึงทำให้วัยรุ่นมีการเปิดเผยผลเลือดกับผู้ปกครองมากกว่าวัยรุ่นอื่น นอกจากนี้ในการศึกษานี้ในวัยรุ่นต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองก่อนเข้าร่วมโครงการข้อมูลที่ได้ในวัยรุ่นจึงเปิดเผยผลเลือดกับผู้ปกครอง ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของการศึกษาของ โชคชัย รังควิทย์ และคณะ (2010)<sup>(73)</sup> ทำการศึกษาการเปิดเผยผลเลือดในวัยรุ่นไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีอายุ 16-25 ปี พบว่าวัยรุ่นหญิงจะมีการเปิดเผยผลเลือดกับครอบครัว ร้อยละ 90 เมื่อเทียบกับวัยรุ่นชาย ร้อยละ 62.1<sup>(93)</sup>

ในขณะเดียวกันในหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอื่น สามารถตัดสินใจเรื่องการรักษาได้เองโดยไม่ต้องรอการตัดสินใจจากผู้ปกครอง ดังนั้นในหญิงวัยรุ่นอื่นจะเกิดความกังวลเรื่องการเปิดเผยผลเลือดกับสามีมากกว่าวัยรุ่น โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีผลเลือดต่าง หากไม่ได้มีการเปิดเผยผลเลือดกับสามีก็จะทำให้เกิดการตีตราสูงขึ้น ดังเช่นในการศึกษาของของ Roman Shrestha และคณะ (2019)<sup>(67)</sup> พบว่าปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ในการเปิดเผยผลเลือดในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี คือ การตีตรา และมีคู่นอนหลายคน ซึ่งผู้ที่อาศัยอยู่กับครอบครัวหรือเพื่อนจะมีการตีดร่าตนเองสูงและส่งผลให้ไม่กล้าเปิดเผยผลเลือดต่อคนในครอบครัว โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ทราบผลเลือดสามี กลุ่มนี้พบว่าที่ไม่ทราบผลเลือดสามีเนื่องมาจากสถานะภาพสมรสไม่ได้ไปด้วยกัน

#### 5.2.2.3 ภาพลักษณ์ตนเองในแง่ลบ (Negative self image)

จากการศึกษาพบว่า การตีตราด้านภาพลักษณ์ตนเองในแง่ลบ ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนการตีดรำน้อยกว่าในวัยรุ่นอื่น ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกได้สนับสนุนการข้อมูลการตีดร่า ซึ่งในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะถูกลดทอนคุณค่าในตนเอง มองว่าตนเองด้อยต่ำ มีมลทิน และมองว่าคนที่เป็นโรคนี้นี้เป็นแล้วต้องตาย จึงทำให้พยายามที่จะหลีกเลี่ยงตนเองออกจากสังคม ไม่กล้าทำงาน เนื่องจากต้องตรวจร่างกายก่อนเข้าทำงานและกลัวว่าคนอื่นจะรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งในปัจจุบันสังคมไทยยังมีการตรวจเลือดก่อนเข้าทำงาน รวมทั้งการตรวจเอชไอวีด้วย

ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงถูกเลือกปฏิบัติจากสังคมโดยที่ในคนกลุ่มนี้ไม่กล้าที่จะเรียกร้องสิทธิของตนเอง เนื่องจากไม่กล้าที่จะเปิดเผยผลเลือดต่อคนในสังคม อย่างเช่นกรณี

“รู้สึกเหนื่อยกับการทำงานที่แบบต้องระแวงเวลามีตรวจสุขภาพประจำปี เรากังวลกลัวว่าจะมีตรวจเชื้อตัวนี้ด้วย เช่น เดือนหน้าจะตรวจสุขภาพแล้วนะ ทำให้เราต้องหางานใหม่ นับหนึ่งใหม่ ทำงานไม่ถึงปีก็ต้องออก มันเหนื่อย หนักก็เลยไม่อยากทำงาน ไม่อยากให้คนอื่นรู้ผลเลือด” (ซี, 25 ปี)

สอดคล้องกับการศึกษาของ Paudel.V และคณะ (2015) ศึกษาความรู้สึกรู้สึกและการรับรู้ในการอยู่กับเอชไอวีในผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการเปิดเผยผลเลือดนั้นเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและยากลำบากมากในการเผชิญปัญหา อีกทั้งยังต้องต่อสู้กับการตีตราและเลือกปฏิบัติ ซึ่งผู้หญิงได้รับผลกระทบในหลายมิติต่อการดูแลสุขภาพที่เกี่ยวกับเอชไอวี ซึ่งพวกเขาผ่านการถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติจากบุคลากรทางการแพทย์มาแล้ว แต่สิ่งที่ดีที่สุดในการผ่านประสบการณ์มาคือมีกลุ่มที่ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต<sup>(57)</sup>

#### 5.2.2.4 ความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติจากสังคม (Social stigma)

การตีตราด้านความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติจากสังคม พบว่าในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีคะแนนการตีดรำน้อยกว่าในวัยอื่น ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการสัมภาษณ์เชิงลึกได้สนับสนุนการข้อมูลการตีดรำนี โดยในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเมื่อทราบว่าตนเองตั้งครรภ์ก็จะเกิดความกังวลต่างๆ ตามมามากมาย โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เปิดเผยผลเลือดกับสามี หรือแม้กระทั่งคนที่เพิ่งทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีตอนตั้งครรภ์ จึงส่งผลให้เกิดความวิตกกังวลไม่กล้าที่จะเปิดเผยตนเองในสังคม โดยเฉพาะในวัยอื่นที่ต้องเข้าสู่สังคมวัยทำงาน จะมีความวิตกกังวลในเรื่องภาพลักษณ์เนื่องจากกลัวจะมีผลกระทบกับเรื่องงาน ไม่กล้าเจาะเลือดตรวจร่างกายเข้าทำงาน หรือกลัวมีผลกับตรวจร่างกายประจำปี ทำให้ต้องย้ายงานบ่อย เพราะกลัวว่าตรวจร่างกายแล้วจะรู้ผลเลือด และเพื่อนร่วมงานรังเกียจ เนื่องจากมองว่าคนที่เป็นโรคนี้ต้องมีแผลพุพองตามร่างกาย เป็นที่น่ารังเกียจของสังคม สอดคล้องกับการศึกษาของ Simbayi LC. และคณะ (2007) ศึกษาในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการที่คลินิกเอชไอวีในเมือง Capetown ผลการศึกษาพบว่าร้อยละ 40 ของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกเลือกปฏิบัติ ทำให้พวกเขาไม่มีที่อยู่และตกงาน 1 ใน 3 ของผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกว่าคุณภาพชีวิตต่ำกว่าคนอื่น และรู้สึกผิดเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี



### 5.2.3 ปัจจัยที่ส่งผลต่อการตีตรา

ปัจจัยที่มีผลต่อการตีตรา นอกจากอายุที่มีผลต่อการตีตราแล้ว ยังมีปัจจัยอื่นที่เกี่ยวข้องคือ รายได้ และแหล่งที่มาของรายได้ ในคนที่มีรายได้น้อยมีคะแนนการตีตรามากกว่า เนื่องมาจากปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ที่ส่งผลต่อการประกอบอาชีพ จึงไม่สามารถทำงานหารายได้ได้<sup>(94, 95)</sup> นอกจากนี้ในหญิงตั้งครรภ์ที่มีรายได้จากการทำงานของตนเองมีคะแนนการตีตรามากกว่ากลุ่มที่มีรายได้จากการทำงานของสามี เนื่องจากกลุ่มที่ต้องทำงานหาเลี้ยงตนเองต้องเผชิญภาวะกดดันจากที่ทำงาน เพราะต้องคอยปกปิดผลเลือดไม่ให้ที่ทำงานรู้ เพราะกลัวถูกรังเกียจและเลือกปฏิบัติ และกลัวว่าจะตกงานหากนายจ้างรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะกลุ่มที่มีรายได้น้อยกว่า 10,000 บาทต่อเดือน จะมีการตีตรามากกว่ากลุ่มที่มีรายได้มากกว่า 10,000 บาทต่อเดือน นอกจากนี้ยังพบว่าในกลุ่มที่มาฝากครรภ์มีคะแนนการตีตราสูงกว่ากลุ่มที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ เนื่องจากกลุ่มที่มาฝากครรภ์เป็นกลุ่มที่ต้องเปิดเผยผลเลือด ทั้งต้องเปิดเผยกับบุคลากรทางการแพทย์ และคนในครอบครัว ดังนั้นการตัดสินใจที่จะเปิดเผยผลเลือดนี้จึงเป็นการยากที่จะก้าวผ่านไปได้ นอกจากนี้ในบางคนยังต้องเผชิญกับการตีตราจากบุคลากรทางการแพทย์อีก<sup>(96-99)</sup> จึงส่งผลให้ผู้ที่มาฝากครรภ์มีคะแนนการตีตราสูงกว่าคนที่ไม่ได้มาฝากครรภ์ และกลุ่มที่เพิ่งทราบตนเองติดเชื้อเอชไอวี 24 ถึง 48 เดือน มีคะแนนการตีตราสูงกว่าคนที่ติดเชื้อมากกว่า 48 เดือน ผลกระทบจากการตีตรายังส่งผลถึงคุณภาพชีวิต ความเครียด ความกังวล ภาวะทางด้านสุขภาพอีกด้วย<sup>(100)</sup>

### 5.2.4 การตีตราและการจัดการปัญหา

การตีตรากับการเผชิญปัญหาเป็นสิ่งที่มีความสัมพันธ์กัน จากการศึกษาพบว่าในกลุ่มที่มีการเผชิญปัญหาทั้งในด้านการเผชิญปัญหาแบบมุ่งแก้ปัญหา การเผชิญปัญหาแบบการจัดการกับอารมณ์ และการเผชิญปัญหาแบบบรรเทาความรู้สึกเครียด ที่มีการเผชิญปัญหาในระดับสูงจะมีการตีตราในระดับรุนแรง มากกว่ากลุ่มที่มีการเผชิญปัญหาในระดับต่ำ จากการศึกษาไม่สามารถระบุความสัมพันธ์ของการตีตรา และการเผชิญปัญหาได้ ว่าอะไรเป็นเหตุ อะไรเป็นผล เนื่องจากการศึกษาแบบ Cross-sectional study ซึ่งการตีตราอาจจะเกิดขึ้นก่อน แล้วจึงมีการจัดการปัญหา หรือ เมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีมีการจัดการปัญหาก่อน แล้วจึงมีการตีตรา โดยไม่สามารถระบุในการศึกษาวิจัยนี้ได้ ซึ่งข้อมูลที่ได้จากการศึกษาพบว่าวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์มีคะแนนการตีตราน้อยกว่าวัยรุ่นอื่น และเมื่อแยกคะแนนการตีตราเป็นรายได้อีกก็พบว่าคะแนนการตีตราในวัยรุ่นน้อยกว่าคะแนนการตีตราในวัยรุ่นอื่น ทั้ง 4 ด้าน

จากการศึกษานี้ทำให้เห็นว่าการติตราในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้ขึ้นอยู่กับอายุเพียงอย่างเดียว แต่มีปัจจัยแวดล้อมอื่นๆ ร่วมด้วย เช่น แหล่งที่มาของรายได้ ระยะเวลาการติดเชื้อ สิ่งสำคัญ นอกจากนี้คือการช่วยเหลือจากครอบครัว หรือคนรอบข้าง จึงเป็นสิ่งจำเป็นมากที่จะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถก้าวผ่านประสบการณ์การติตราได้ และลดการเกิดภาวะซึมเศร้าในหญิงตั้งครรภ์และหญิงหลังคลอดได้ ดังนั้นในการจัดการปัญหาเพื่อก้าวผ่านการติตรานี้ หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะไม่สามารถที่จะก้าวผ่านปัญหาไปได้หากไม่ได้รับการช่วยเหลือสนับสนุนจากคนในครอบครัว หรือจากกลุ่มที่ช่วยเหลือจากสังคม ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ Paudel.V และคณะ (2015) ซึ่งพบว่าการเปิดเผยผลเลือดนั้นเป็นเรื่องที่ละเอียดอ่อนและลำบากมากในการเผชิญปัญหา แต่สิ่งที่ดีที่สุดในการก้าวผ่านประสบการณ์มาได้คือมีกลุ่มที่ช่วยเหลือในการดำเนินชีวิต ในศึกษานี้ กลุ่มวัยรุ่นเป็นกลุ่มที่เข้าถึงการรักษาที่ได้เปิดเผยผลเลือดกับผู้ปกครองหรือคนในครอบครัวแล้ว จึงมีผู้ปกครองและคนในครอบครัวที่คอยช่วยเหลือสนับสนุนในการฝากครรภ์และการเลี้ยงดูบุตร รวมถึงเรื่องการดูแลตนเองในการติดเชื้อเอชไอวี จึงส่งผลให้คะแนนการติตราในวัยรุ่นต่ำกว่าคะแนนการติตราในวัยอื่น<sup>(57)</sup> วัยรุ่นยังเป็นวัยที่มีพัฒนาทางด้านความคิดและแก้ปัญหายังไม่พัฒนายังไม่เท่าผู้ใหญ่ การมองปัญหา จัดการกับปัญหา ความสนใจต่ออนาคต หรือมุมมองของสังคมต่อตัวเอง ยังน้อยกว่าวัยผู้ใหญ่จึงส่งผลให้คะแนนการติตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีน้อยกว่าวัยอื่น

ส่วนในหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นๆ พบว่ามีการเปิดเผยผลเลือดกับคนในครอบครัวน้อยกว่าบุคคลอื่น ซึ่งในหญิงวัยอื่นที่อยู่ในวัยทำงานสามารถรับผิดชอบดูแลตนเองได้ และไม่ได้อาศัยอยู่กับพ่อแม่/ผู้ปกครอง คนแรกที่หญิงตั้งครรภ์จะเปิดเผยผลเลือดจึงเป็นสามีมากกว่าที่จะเปิดเผยให้พ่อแม่/ผู้ปกครอง รับทราบ ซึ่งก็มีหลายปัจจัยที่หญิงตั้งครรภ์หลายคนไม่กล้าที่จะเปิดเผยผลเลือดต่อสามี ในกลุ่มนี้ก็จะส่งผลให้เกิดการติตราเพิ่มสูงขึ้น

### 5.3 ข้อจำกัดในงานวิจัย

1. การวิจัยนี้เป็นการเก็บข้อมูลแบบสอบถามการติตรา ซึ่งสอบถามถึงการติตราในอดีต จึงอาจมี Recall bias ได้เนื่องจากเป็นการสอบถามในช่วงระยะเวลาหนึ่ง
2. การศึกษานี้เป็นการศึกษาแบบ cross-sectional study ข้อมูลการติตราและการจัดการปัญหาที่ได้จากงานวิจัยเป็นข้อมูลที่ได้ในช่วงระยะเวลาหนึ่ง จึงไม่สามารถบอกได้ว่าการติตราและการจัดการปัญหา สิ่งไหนเกิดก่อนกัน เมื่อเกิดการติตราแล้วจัดการปัญหา หรือจัดการปัญหาก่อนเกิดการติตรา ขาด temporal association
3. กลุ่มวัยรุ่นที่เข้าร่วมการวิจัยเป็นกลุ่มวัยรุ่นที่มีการติดเชื้อเอชไอวีจากติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ และติดเชื้อจากแม่สู่ลูก จึงทำให้กลุ่มการติตราในวัยรุ่นแตกต่างจากการติตราในวัยผู้ใหญ่ ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์

4. กลุ่มวัยรุ่นที่เข้าร่วมโครงการเป็นกลุ่มที่เข้าถึงการรักษา และผู้ปกครองรับทราบผลการติดเชื้อเอชไอวี จึงทำให้ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มวัยรุ่นนี้มีการติดรำน้อยกว่าในวัยอื่น เนื่องจากวัยรุ่นกลุ่มนี้ได้มีการเปิดเผยผลเลือดกับผู้ปกครองแล้ว

#### 5.4 จุดแข็งของงานวิจัย

1. กลุ่มวัยที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นกลุ่มเปราะบางที่เข้าถึงได้ยาก ทำให้การศึกษาในกลุ่มวัยรุ่นยังมีข้อมูลน้อย โดยเฉพาะในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลที่ได้จากการศึกษานี้จึงเป็นข้อมูลที่เพิ่มเติมจากข้อมูลจากงานวิจัยอื่นๆ ที่เคยศึกษามา
2. การศึกษานี้ทำการเก็บข้อมูลจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระยะเวลาการติดเชื้อเอชไอวีแตกต่างกัน
3. การศึกษาวิจัยนี้เป็นการศึกษาแบบ Mixed method ทำให้ได้ข้อมูลจากการสัมภาษณ์เชิงลึกที่มาช่วยสนับสนุนงานวิจัยเชิงปริมาณให้มีความน่าเชื่อถือมากยิ่งขึ้น ซึ่งผลการวิจัยที่ได้ก็เป็นไปในทิศทางเดียวกัน

#### 5.5 ข้อเสนอแนะ

การติตราในการติดเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้เกิดการเลือกปฏิบัติ ทั้งจากการรับบริการทางการแพทย์ การเข้ารับบริการต่างๆ รวมถึงการรับเข้าทำงาน จึงส่งผลต่อคุณภาพชีวิต และการดำเนินชีวิตในสังคมของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ หากไม่ได้รับการแก้ไข จะส่งผลให้เกิดปัญหาต่อทารกในครรภ์ และทารกที่เกิดมาก็จะไม่ได้รับการดูแลรักษาที่ถูกต้อง และเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก หากแม่ไม่ได้รับการรักษาหรือฝากครรภ์ ซึ่งจากข้อมูลที่ได้จากงานวิจัยพบว่า ในหญิงตั้งครรภ์ที่ไปฝากครรภ์มีการติตราสูงกว่ากลุ่มไม่ได้ไปฝากครรภ์ ข้อมูลนี้สะท้อนให้เห็นว่าการเปิดเผยผลเลือดต่อบุคคลอื่น หรือแม้กระทั่งการเปิดเผยผลเลือดต่อบุคลากรทางการแพทย์ มีผลกระทบต่อ การติตราในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงมีข้อเสนอแนะของงานวิจัย ดังนี้

##### 5.5.1 ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1. ข้อมูลในการเข้ารับการรักษาในระบบบริการทางการแพทย์ ควรเป็นความลับซึ่งถือเป็นข้อมูลส่วนบุคคลที่บุคคลอื่นที่ไม่ใช่คนที่ดูแลคนไข้สามารถเข้าถึงข้อมูลได้
2. ควรมีการสร้างความรู้ความเข้าใจ ในบุคลากรทางการแพทย์ สำหรับผู้ที่ไม่ได้ดูแลผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวีโดยตรง เพื่อให้มีความรู้ ความเข้าใจในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อลดการติตราและเลือกปฏิบัติ ในคนไข้กุ่มนี้ เนื่องจากบุคลากรที่ไม่ได้ดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ โดยตรงจะขาดความรู้ความเข้าใจในเรื่องโรค จึงทำให้เกิดการติตราและเลือกปฏิบัติ

3. รมรงค์ให้มีการลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในสังคม โดยเฉพาะในเรื่องการทำงาน ไม่ควรมีการกีดกันการกรงานจากการติดเชื้อโดยการยกเลิกการตรวจเอชไอวีก่อนเข้าทำงาน หรือการตรวจร่างกายประจำปี

4. ควรมีการจัดกลุ่มเพื่อนช่วยเพื่อนในกลุ่มผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เพื่อช่วยลดช่องว่างการตีตราและทำความเข้าใจในการติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะในกลุ่มที่ไม่ได้เปิดเผยผลเลือดต่อคนในครอบครัวได้รับทราบ คนกลุ่มนี้จะกังวลเกี่ยวกับโรค และกลัวการถูกตีตราจากสังคม ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งบางคนพึงทราบผลการติดเชื้อจากการฝากครรภ์ หากความสัมพันธ์กับสามีหรือในครอบครัวไม่ดี คนกลุ่มนี้จะไม่กล้าที่จะเปิดเผยผลเลือดกับสามี และจะเกิดความกังวลทั้งเรื่องการเปิดเผยผลเลือดและความกังวลเกี่ยวกับลูก หากมีคนกลุ่มเดียวกันที่เผชิญปัญหาเหมือนกัน และก้าวผ่านปัญหาไปได้ จะทำให้เข้าถึงความรู้สึกและสามารถที่จะช่วยเหลือด้านจิตใจได้ดีกว่ากลุ่มอื่น

5. ควรมีการรณรงค์เพื่อลดการตีตราและเลือกปฏิบัติ ในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ในเชิงนโยบาย และลงพื้นที่ในการให้ข้อมูลอย่างจริงจังทั้งในระดับโรงเรียน และระดับท้องถิ่น ซึ่งในท้องถิ่นที่ห่างไกลยังคงมองว่าโรคเอดส์เป็นโรคที่น่ากลัวและน่ารังเกียจอยู่ เพื่อบรรลุเป้าหมาย Ending AIDS ในปี ค.ศ. 2030 ที่จะยุติการติดเชื้อเอชไอวีในคนใช้รายใหม่ คนที่เข้ารับการรักษาไวรัส น้อยกว่า 50 copies และลดการตีตรา เลือกปฏิบัติในผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

### 5.5.2 ข้อเสนอแนะจากงานวิจัย

1. เนื่องจากงานวิจัยนี้เป็นการวิจัยแบบ Cross-sectional study ข้อมูลที่ได้เป็นข้อมูลในช่วงระยะเวลาหนึ่ง ซึ่งอาจมีหลายตัวแปรที่มีส่วนเกี่ยวข้องกับการตีตรา จึงควรมีการประเมินหลายๆ ด้านพร้อมกันเพื่อดูความสัมพันธ์ของการตีตรา

2. ข้อมูลที่ได้จากงานวิจัย ทำให้ทราบถึงปัจจัยที่มีผลต่อการตีตรา และปัจจัยที่มีผลต่อการเผชิญปัญหาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งการช่วยเหลือสนับสนุนจากครอบครัวเป็นสิ่งสำคัญต่อการเปิดเผยผลเลือด และการการเผชิญปัญหาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ทำให้สามารถก้าวผ่านปัญหาต่างๆ ไปได้ ดังนั้น จึงควรทำการวิจัยถึงบทบาทของครอบครัวต่อการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ เปรียบเทียบกันในวัยรุ่นและวัยอื่น

3. ข้อมูลวัยรุ่นที่ได้จากงานวิจัยเป็นข้อมูลวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่เข้าสู่ระบบบริการทางการแพทย์ ได้รับการรักษาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกตามระบบการให้บริการของประเทศไทย และเนื่องจากในกลุ่มอายุน้อยกว่า 18 ปี ต้องได้รับความยินยอมจากผู้ปกครองจึงได้เปิดเผยผลเลือดกับผู้ปกครองแล้ว จึงทำให้การติดตามในวัยรุ่นกลุ่มนี้น้อยกว่าในวัยอื่น ในงานวิจัยครั้งต่อไปจึงควรศึกษาในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มอื่น เพื่อจะได้ข้อมูลที่หลากหลายมากขึ้น

4. ควรมีงานวิจัยที่เปรียบเทียบในกลุ่มวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เปรียบเทียบกับวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อศึกษาเรื่องการติดตาม และการจัดการปัญหาทั้งสองกลุ่มเปรียบเทียบกัน เพื่อป้องกันการเกิดปัญหาท้องไม่พร้อม และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกต่อไปในอนาคต



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## บรรณานุกรม

1. Center for Disease Control and Prevention. Reproductive health: Teen pregnancy [Internet]. 2016 [cited 2017 Aug 17]. Available from: <https://www.cdc.gov/teenpregnancy/index.htm>.
2. Romero L, Pazol K, Warner L, Cox S, Kroelinger C, Besera G. Reduced disparities in birth rates among teens aged 15–19 Years—United States, 2006–2007 and 2013–2014. MMWR. 2016; 65 (16): 409-414.
3. ศรีเพ็ญ ดันติเวสส และคณะ. สถานการณ์การตั้งครรภ์ในวัยรุ่นในประเทศไทย 2556. Adolescent Pregnancy Thailand. 2556.
4. UNICEF Thailand. Analysis of adolescent pregnancy in Thailand [Internet]. 2015 [cited 2018 Aug 17]. [Available from: [https://www.unicef.org/thailand/160614\\_SAAP\\_in\\_Thailand\\_report\\_EN.pdf](https://www.unicef.org/thailand/160614_SAAP_in_Thailand_report_EN.pdf) 2015 [
5. Uthaipaisanwong A, Rungruxsirivorn T, Roomruangwong C, Taechakraichana N, Chaithongwongwatthana S. Associated factors of prenatal depression among teenage pregnant women at King Chulalongkorn Memorial Hospital. J Med Assoc Thai. 2015;98(5):437-43.
6. Asavapiriyant S, Chaovarindr U, Kaoien S, Chotigeat U, Kovavisarach E. Prevalence of sexually transmitted infection in teenage pregnancy in Rajavithi Hospital, Thailand. J Med Assoc Thai. 2016;99 Suppl 2:S153-60.
7. Ayoola AB, Nettleman M, Brewer J. Reasons for unprotected intercourse in adult women. J Womens Health (Larchmt). 2007;16(3):302-10.
8. McHunu G, Peltzer K, Tutshana B, Seutlwadi L. Adolescent pregnancy and associated factors in South African youth. Afr Health Sci. 2012;12(4):426-34.
9. World Health Organization. HIV/AIDS Mother-to-child transmission of HIV [Internet]. 2017 [cited 2018 Jan 15]. Available from: <http://www.who.int/hiv/topics/mtct/en/>.
10. Ahn JV, Bailey H, Malyuta R, Volokha A, Thorne C. Factors associated with non-

disclosure of HIV status in a cohort of childbearing HIV-positive women in Ukraine. *AIDS Behav.* 2016;20(1):174-83.

11. ศศินันท์ พันธุ์สุวรรณ, พัชรินทร์ สัจจวาลย์, อิชยา มอญแสง, ไชยบาล พ. ประสบการณ์หลังตั้งครรภ์วัยรุ่นที่ไม่ได้แต่งงานในภาคเหนือตอนบน. *วารสารพยาบาลสงขลานครินทร์.* 2556;33(3):18 - 36.

12. Mahajan AP, Sayles JN, Patel VA, Remien RH, Sawires SR, Ortiz DJ, et al. Stigma in the HIV/AIDS epidemic: a review of the literature and recommendations for the way forward. *Aids.* 2008;22 Suppl 2(Suppl 2):S67-79.

13. Pannetier J, Lelievre E, Le Coeur S. HIV-related stigma experiences: Understanding gender disparities in Thailand. *AIDS Care.* 2016;28(2):170-8.

14. Rogers AJ, Achiro L, Bukusi EA, Hatcher AM, Kwena Z, Musoke PL, et al. Couple interdependence impacts HIV-related health behaviours among pregnant couples in southwestern Kenya: a qualitative analysis. *J Int AIDS Soc.* 2016;19(1):21224.

15. Etowa J, Hannan J, Babatunde S, Etowa EB, Mkandawire P, Phillips JC. HIV-Related Stigma Among Black Mothers in Two North American and One African Cities. *J Racial Ethn Health Disparities.* 2020.

16. Ramakuela NJ, Lebesse TR, Maputle SM, Mulaudzi L. Views of teenagers on termination of pregnancy at Muyexe high school in Mopani District, Limpopo Province, South Africa. *Afr J Prim Health Care Fam Med.* 2016;8(2):e1-6.

17. Schechter J, Bakor AB, Kone A, Robinson J, Lue K, Senturia K. Exploring loss to follow-up among women living with HIV in Prevention of Mother to Child Transmission programmes in Côte d'Ivoire. *Glob Public Health.* 2014;9(10):1139-51.

18. Monteiro S, Villela W, Soares P, Pinho A, Fraga L. 'Protective' silence surrounding AIDS: Reasons and implications of non-disclosure among pregnant women living with HIV in Rio de Janeiro (Brazil). *Glob Public Health.* 2018;13(1):51-64.

19. Li L, Lee SJ, Thammawijaya P, Jiraphongsa C, Rotheram-Borus MJ. Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. *AIDS Care.* 2009;21(8):1007-13.

20. Xiao Z, Li X, Qiao S, Zhou Y, Shen Z. Coping, social support, stigma, and gender difference among people living with HIV in Guangxi, China. *Psychol Health Med*. 2017;1-12.
21. Gill MM, Umutoni A, Hoffman HJ, Ndatimana D, Ndayisaba GF, Kibitenga S, et al. Understanding Antiretroviral Treatment Adherence Among HIV-Positive Women at Four Postpartum Time Intervals: Qualitative Results from the Kabeho Study in Rwanda. *AIDS Patient Care STDS*. 2017;31(4):153-66.
22. Dlamini PS, Wantland D, Makoae LN, Chirwa M, Kohi TW, Greeff M, et al. HIV stigma and missed medications in HIV-positive people in five African countries. *AIDS Patient Care STDS*. 2009;23(5):377-87.
23. Makoae LN, Portillo CJ, Uys LR, Dlamini PS, Greeff M, Chirwa M, et al. The impact of taking or not taking ARVs on HIV stigma as reported by persons living with HIV infection in five African countries. *AIDS Care*. 2009;21(11):1357-62.
24. Peltzer K, Ramlagan S. Perceived stigma among patients receiving antiretroviral therapy: a prospective study in KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS Care*. 2011;23(1):60-8.
25. Kamal S, Nulty P, Bugnon O, Cavassini M, Schneider MP. Content analysis of antiretroviral adherence enhancing interview reports. *Patient Educ Couns*. 2018;101(9):1676-82.
26. Nurfalah F, Yona S, Waluyo A. The relationship between HIV stigma and adherence to antiretroviral (ARV) drug therapy among women with HIV in Lampung, Indonesia. *Enferm Clin*. 2019;29 Suppl 2:234-7.
27. Mpinganjira S, Tchereni T, Gunda A, Mwapasa V. Factors associated with loss-to-follow-up of HIV-positive mothers and their infants enrolled in HIV care clinic: A qualitative study. *BMC Public Health*. 2020;20(1):298.
28. Evangeli M, Newell ML, Richter L, McGrath N. The association between self-reported stigma and loss-to-follow up in treatment eligible HIV positive adults in rural Kwazulu-Natal, South Africa. *PLoS One*. 2014;9(2):e88235.
29. Wolf HT, Halpern-Felsher BL, Bukusi EA, Agot KE, Cohen CR, Auerswald CL. "It is



all about the fear of being discriminated [against]...the person suffering from HIV will not be accepted": a qualitative study exploring the reasons for loss to follow-up among HIV-positive youth in Kisumu, Kenya. *BMC Public Health*. 2014;14:1154.

30. da Silva M, Blevins M, Wester CW, Manjolo J, José E, Gonzalez LC, et al. Patient loss to follow-up before antiretroviral therapy initiation in rural Mozambique. *AIDS Behav*. 2015;19(4):666-78.

31. Adelekan B, Andrew N, Nta I, Gomwalk A, Ndembi N, Mensah C, et al. Social barriers in accessing care by clients who returned to HIV care after transient loss to follow-up. *AIDS Res Ther*. 2019;16(1):17.

32. Hunter-Adams J, Zerbe A, Philips T, Rini Z, Myer L, Petro G, et al. The dimensionality of disclosure of HIV status amongst post-partum women in Cape Town, South Africa. *Afr J AIDS Res*. 2017;16(2):101-7.

33. Turan B, Stringer KL, Onono M, Bukusi EA, Weiser SD, Cohen CR, et al. Linkage to HIV care, postpartum depression, and HIV-related stigma in newly diagnosed pregnant women living with HIV in Kenya: a longitudinal observational study. *BMC Pregnancy Childbirth*. 2014;14:400.

34. Odeny BM, Pfeiffer J, Farquhar C, Igonya EK, Gatuguta A, Kagwaini F, et al. The Stigma of Exclusive Breastfeeding Among Both HIV-Positive and HIV-Negative Women in Nairobi, Kenya. *Breastfeed Med*. 2016;11(5):252-8.

35. Brittain K, Mellins CA, Phillips T, Zerbe A, Abrams EJ, Myer L, et al. Social Support, Stigma and Antenatal Depression Among HIV-Infected Pregnant Women in South Africa. *AIDS Behav*. 2017;21(1):274-82.

36. Mamba HT, Hlongwana KW. Deterrents to Immediate Antiretroviral Therapy Initiation by Pregnant Women Living with HIV in Hhohho Region, Swaziland. *Afr J Reprod Health*. 2018;22(4):72-80.

37. Hershov RB, Zimba CC, Mweemba O, Chibwe KF, Phanga T, Dunda W, et al. Perspectives on HIV partner notification, partner HIV self-testing and partner home-based HIV testing by pregnant and postpartum women in antenatal settings: a

qualitative analysis in Malawi and Zambia. *J Int AIDS Soc.* 2019;22 Suppl 3(Suppl Suppl 3):e25293.

38. Volmink J, Marais B. HIV: mother-to-child transmission. *BMJ Clin Evid.* 2008;2008.
39. Alemu YM, Habtewold TD, Alemu SM. Mother's knowledge on prevention of mother-to-child transmission of HIV, Ethiopia: A cross sectional study. *PLoS One.* 2018;13(9):e0203043.
40. Mintsu-Ndong A, Ndong-Ella C, Boussougou RK, Busugu LM, Mba A, Agwambouet FA, et al. Mother-to-child HIV-transmission prevention programs in a sub-Saharan African setting: The Gabonese experience. *Int J STD AIDS.* 2018;29(3):221-6.
41. Campos Coelho AV, Campos Coelho HF, Arraes LC, Crovella S. HIV-1 mother-to-child transmission in Brazil (1994-2016): a time series modeling. *Braz J Infect Dis.* 2019;23(4):218-23.
42. Balisanga H, Mutagoma M, Remera E, Kayitesi C, Kayirangwa E, Dee J, et al. HIV surveillance in Rwanda: readiness assessment to transition from antenatal care-based to prevention of mother-to-child transmission program-based HIV surveillance. *Int J Infect Dis.* 2016;52:62-7.
43. Bonawitz R, Sambambi K, Vickery M, Hamomba L, Hammond E, Duncan J, et al. Identifying Gaps in Prevention of Mother to Child Transmission of HIV: A Case Series of HIV-positive Infants in Zambia. *Pediatr Infect Dis J.* 2016;35(7):772-6.
44. Etoori D, Kerschberger B, Staderini N, Ndlangamandla M, Nhlabatsi B, Jobanputra K, et al. Challenges and successes in the implementation of option B+ to prevent mother-to-child transmission of HIV in southern Swaziland. *BMC Public Health.* 2018;18(1):374.
45. Goffman E. *Stigma.* Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall; 1964.
46. Ion A, Wagner AC, Greene S, Loutfy MR. HIV-related stigma in pregnancy and early postpartum of mothers living with HIV in Ontario, Canada. *AIDS Care.* 2017;29(2):137-44.
47. บุญฤทธิ สุขรัตน์. การตั้งครรภ์ในวัยรุ่น : นโยบาย แนวทางการดำเนินงาน และติดตาม

- ประเมินผล. พิมพ์ครั้งที่ 2. นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข; 2557.
48. เต็มศักดิ์ คทวนิช. จิตวิทยาทั่วไป. กรุงเทพมหานคร: ซีเอ็ดยูเคชั่น; 2546.
  49. นุชลี อุปภัย. จิตวิทยาการศึกษา. กรุงเทพฯ: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2558.
  50. Liping M, Peng X, Haijiang L, Lahong J, Fan L. Quality of Life of People Living with HIV/AIDS: A Cross-Sectional Study in Zhejiang Province, China. PLoS One. 2015;10(8):e0135705.
  51. สำนักกระบาดวิทยา กรมควบคุมโรค. สรุปลสถานการณ์ผู้ป่วยเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2559 [เข้าถึงเมื่อ 17 สิงหาคม 2562]. เข้าถึงได้จาก: [https://www.m-society.go.th/ewt\\_news.php?nid=16152](https://www.m-society.go.th/ewt_news.php?nid=16152).
  52. สุขภาพคนไทย. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยวัณโรค. 2562.
  53. Richard S. Lazarus SF. Stress, Appraisal and Coping. 1984.
  54. Folkman S. Stress: Appraisal and Coping. In: Gellman MD, Turner JR, editors. Encyclopedia of Behavioral Medicine. New York, NY: Springer New York; 2013. p. 1913-5.
  55. เบญจรัตน์ ชีวพูนผล. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล ความกลัวต่อปฏิกิริยาตอบสนองจากบุคคลสำคัญ การเผชิญความเครียด การสนับสนุนทางสังคม และภาพลักษณ์ของผู้ป่วยมะเร็งเต้านมหลังผ่าตัด [วิทยานิพนธ์พยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต]. กรุงเทพมหานคร: จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2547.
  56. ศรุตยา รongเลื่อน. การตั้งครรภ์ไม่พึงประสงค์ในวัยรุ่น: การสำรวจปัญหาและความต้องการ การสนับสนุนในการรักษาพยาบาล. วารสารพยาบาลศิริราช. 2555;3 (2 ):14-28.
  57. Paudel V, Baral KP. Women living with HIV/AIDS (WLHA), battling stigma, discrimination and denial and the role of support groups as a coping strategy: a review of literature. Reprod Health. 2015;12:53.
  58. Simbayi LC, Kalichman S, Strebel A, Cloete A, Henda N, Mqeketo A. Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. Soc Sci Med. 2007;64(9):1823-31.
  59. Salters K, Loutfy M, de Pokomandy A, Money D, Pick N, Wang L, et al. Pregnancy incidence and intention after HIV diagnosis among women living with HIV in Canada.

PLoS One. 2017;12(7):e0180524.

60. Harper GW, Lemos D, Hosek SG. Stigma Reduction in Adolescents and Young Adults Newly Diagnosed with HIV: Findings from the Project ACCEPT Intervention. *AIDS Patient Care STDS*. 2014;28(10):543-54.

61. Berger BE, Ferrans CE, Lashley FR. Measuring stigma in people with HIV: psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in nursing & health*. 2001;24(6):518-29.

62. ชาย โพธิ์สิตา. ศาสตร์และศิลป์แห่งการวิจัยเชิงคุณภาพ2549. 454 หน้า; 24 ชม p.

63. Oke OO, Akinboro AO, Olanrewaju FO, Oke OA, Omololu AS. Assessment of HIV-related stigma and determinants among people living with HIV/AIDS in Abeokuta, Nigeria: A cross-sectional study. *SAGE Open Med*. 2019;7:2050312119869109.

64. Hamer DW, Lameshow S. Applied logistic regression. New York: Wiley-Interscience Publication; 1989.

65. Olley BO, Ogunde MJ, Oso PO, Ishola A. HIV-related stigma and self-disclosure: the mediating and moderating role of anticipated discrimination among people living with HIV/AIDS in Akure Nigeria. *AIDS Care*. 2016;28(6):726-30.

66. Maman S, van Rooyen H, Groves AK. HIV status disclosure to families for social support in South Africa (NIMH Project Accept/HPTN 043). *AIDS Care*. 2014;26(2):226-32.

67. Shrestha R, Altice FL, Sibilio B, Copenhaver MM. HIV Sero-Status Non-disclosure Among HIV-Infected Opioid-Dependent Individuals: The Roles of HIV-Related Stigma, Risk Behavior, and Social Support. *J Community Health*. 2019;44(1):112-20.

68. Sendo EG, Cherie A, Erku TA. Disclosure experience to partner and its effect on intention to utilize prevention of mother to child transmission service among HIV positive pregnant women attending antenatal care in Addis Ababa, Ethiopia. *BMC Public Health*. 2013;13:765.

69. Madiba S, Letsoalo R. HIV disclosure to partners and family among women enrolled in prevention of mother to child transmission of HIV program: implications for infant feeding in poor resourced communities in South Africa. *Glob J Health Sci*.

2013;5(4):1-13.

70. Kotzé M, Visser M, Makin J, Sikkema K, Forsyth B. Psychosocial variables associated with coping of HIV-positive women diagnosed during pregnancy. *AIDS Behav.* 2013;17(2):498-507.

71. Morikawa M, Okada T, Ando M, Aleksic B, Kunimoto S, Nakamura Y, et al. Relationship between social support during pregnancy and postpartum depressive state: a prospective cohort study. *Sci Rep.* 2015;5:10520.

72. Baugher AR, Beer L, Fagan JL, Mattson CL, Freedman M, Skarbinski J, et al. Prevalence of Internalized HIV-Related Stigma Among HIV-Infected Adults in Care, United States, 2011-2013. *AIDS Behav.* 2017;21(9):2600-8.

73. Rongkavilit C, Wright K, Chen X, Naar-King S, Chuenyam T, Phanuphak P. HIV stigma, disclosure and psychosocial distress among Thai youth living with HIV. *Int J STD AIDS.* 2010;21(2):126-32.

74. Prasitsuebsai W, Sethaputra C, Lumbiganon P, Hansudewechakul R, Chokephaibulkit K, Truong KH, et al. Adherence to antiretroviral therapy, stigma and behavioral risk factors in HIV-infected adolescents in Asia. *AIDS Care.* 2018;30(6):727-33.

75. Global, regional, and national life expectancy, all-cause mortality, and cause-specific mortality for 249 causes of death, 1980-2015: a systematic analysis for the Global Burden of Disease Study 2015. *Lancet.* 2016;388(10053):1459-544.

76. Wandeler G, Johnson LF, Egger M. Trends in life expectancy of HIV-positive adults on antiretroviral therapy across the globe: comparisons with general population. *Curr Opin HIV AIDS.* 2016;11(5):492-500.

77. Gueler A, Moser A, Calmy A, Günthard HF, Bernasconi E, Furrer H, et al. Life expectancy in HIV-positive persons in Switzerland: matched comparison with general population. *Aids.* 2017;31(3):427-36.

78. Teeraananchai S, Kerr SJ, Amin J, Ruxrungtham K, Law MG. Life expectancy of HIV-positive people after starting combination antiretroviral therapy: a meta-analysis. *HIV Med.* 2017;18(4):256-66.

79. Foreman KJ, Marquez N, Dolgert A, Fukutaki K, Fullman N, McGaughey M, et al. Forecasting life expectancy, years of life lost, and all-cause and cause-specific mortality for 250 causes of death: reference and alternative scenarios for 2016-40 for 195 countries and territories. *Lancet*. 2018;392(10159):2052-90.
80. Ross A, Van der Paal L, Lubega R, Mayanja BN, Shafer LA, Whitworth J. HIV-1 disease progression and fertility: the incidence of recognized pregnancy and pregnancy outcome in Uganda. *Aids*. 2004;18(5):799-804.
81. Suryavanshi N, Erande A, Pisal H, Shankar AV, Bhosale RA, Bollinger RC, et al. Repeated pregnancy among women with known HIV status in Pune, India. *AIDS Care*. 2008;20(9):1111-8.
82. Patel M, Tedaldi E, Armon C, Nesheim S, Lampe M, Palella F, Jr., et al. HIV RNA Suppression during and after Pregnancy among Women in the HIV Outpatient Study, 1996 to 2015. *J Int Assoc Provid AIDS Care*. 2018;17:2325957417752259.
83. Tweya H, Feldacker C, Guga S, Phiri S. Contraceptive use and pregnancy rates among women receiving antiretroviral therapy in Malawi: a retrospective cohort study. *Reprod Health*. 2018;15(1):25.
84. Buchberg MK, Fletcher FE, Vidrine DJ, Levison J, Peters MY, Hardwicke R, et al. A Mixed-Methods Approach to Understanding Barriers to Postpartum Retention in Care Among Low-Income, HIV-Infected Women. *AIDS Patient Care STDS*. 2015;29(3):126-32.
85. Nichols SL, Bethel J, Garvie PA, Patton DE, Thornton S, Kapogiannis BG, et al. Neurocognitive functioning in antiretroviral therapy-naïve youth with behaviorally acquired human immunodeficiency virus. *J Adolesc Health*. 2013;53(6):763-71.
86. Madiba S, Putsoane M. Testing Positive and Disclosing in Pregnancy: A Phenomenological Study of the Experiences of Adolescents and Young Women in Maseru, Lesotho. *AIDS Res Treat*. 2020;2020:6126210.
87. Rhodes CM, Cu-Uvin S, Rana AI. Pregnancy Desire, Partner Serodiscordance, and Partner HIV Disclosure among Reproductive Age HIV-Infected Women in an Urban Clinic. *Infect Dis Obstet Gynecol*. 2016;2016:8048457.

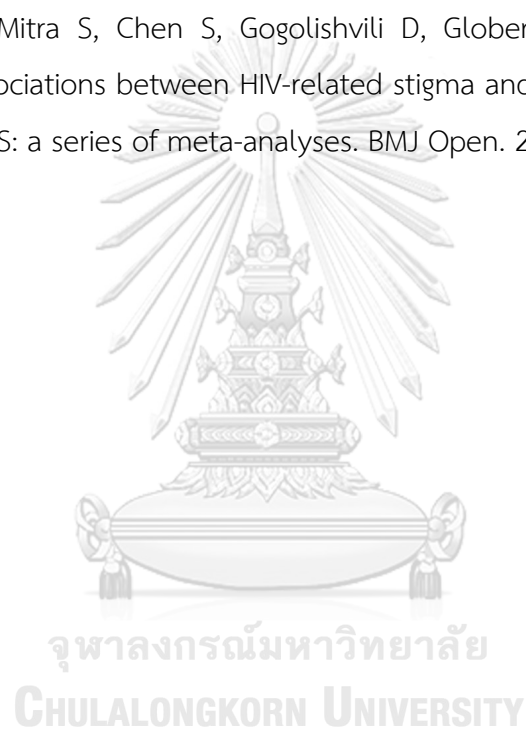
88. Hampanda KM, Rael CT. HIV Status Disclosure Among Postpartum Women in Zambia with Varied Intimate Partner Violence Experiences. *AIDS Behav.* 2018;22(5):1652-61.
89. Ramlagan S, Matseke G, Rodriguez VJ, Jones DL, Peltzer K, Ruiter RAC, et al. Determinants of disclosure and non-disclosure of HIV-positive status, by pregnant women in rural South Africa. *Sahara j.* 2018;15(1):155-63.
90. Watt MH, Knippler ET, Knettel BA, Sikkema KJ, Ciya N, Myer L, et al. HIV Disclosure Among Pregnant Women Initiating ART in Cape Town, South Africa: Qualitative Perspectives During the Pregnancy and Postpartum Periods. *AIDS Behav.* 2018;22(12):3945-56.
91. Brittain K, Mellins CA, Remien RH, Phillips T, Zerbe A, Abrams EJ, et al. HIV-status disclosure and depression in the context of unintended pregnancy among South African women. *Glob Public Health.* 2019;14(8):1087-97.
92. Brittain K, Mellins CA, Remien RH, Phillips TK, Zerbe A, Abrams EJ, et al. Impact of HIV-Status Disclosure on HIV Viral Load in Pregnant and Postpartum Women on Antiretroviral Therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2019;81(4):379-86.
93. Mburu G, Hodgson I, Kalibala S, Haamujompa C, Cataldo F, Lowenthal ED, et al. Adolescent HIV disclosure in Zambia: barriers, facilitators and outcomes. *J Int AIDS Soc.* 2014;17(1):18866.
94. Katz IT, Ryu AE, Onuegbu AG, Psaros C, Weiser SD, Bangsberg DR, et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *J Int AIDS Soc.* 2013;16(3 Suppl 2):18640.
95. Wagener MN, van Opstal SEM, Miedema HS, van Gorp ECM, Roelofs P. Work-related stigma and disclosure: A daily challenge for people living with HIV. *Work.* 2017;58(4):537-48.
96. Mundt S, Briggs S. HIV-related stigma and discrimination in the New Zealand healthcare setting: a mixed-methods study. *Sex Health.* 2016;13(6):582-8.
97. Alexandra Marshall S, Brewington KM, Kathryn Allison M, Haynes TF, Zaller ND.

Measuring HIV-related stigma among healthcare providers: a systematic review. *AIDS Care*. 2017;29(11):1337-45.

98. Geter A, Herron AR, Sutton MY. HIV-Related Stigma by Healthcare Providers in the United States: A Systematic Review. *AIDS Patient Care STDS*. 2018;32(10):418-24.

99. Feyissa GT, Lockwood C, Woldie M, Munn Z. Reducing HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings: A systematic review of quantitative evidence. *PLoS One*. 2019;14(1):e0211298.

100. Rueda S, Mitra S, Chen S, Gogolishvili D, Globerman J, Chambers L, et al. Examining the associations between HIV-related stigma and health outcomes in people living with HIV/AIDS: a series of meta-analyses. *BMJ Open*. 2016;6(7):e011453.







# ภาคผนวก

จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY

## แบบสอบถาม

## เรื่อง การศึกษาการติตรา ในวัยรุ่นต้นครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย

**คำชี้แจง** แบบสอบถามชุดนี้จัดทำขึ้นเพื่อศึกษาการติตรา ในการตั้งครรภ์วัยรุ่นไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ของนิสิตปริญญาเอก ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ซึ่งข้อมูลที่ได้นี้จะถูกเก็บไว้เป็นความลับ เมื่อตอบแบบสอบถามเสร็จให้นำแบบสอบถามใส่ซองปิดผนึกที่จัดเตรียมไว้ให้ ขอขอบคุณท่านที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดีในการตอบแบบสอบถามครั้งนี้

**หมายเหตุ** ท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งหรือยุติการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้

**แบบสอบถามชุดนี้แบ่งออกเป็น 5 ส่วน ดังนี้**

- |           |  |
|-----------|--|
| ส่วนที่ 1 | ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม                                    |
| ส่วนที่ 2 | ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์                              |
| ส่วนที่ 3 | คำถามเกี่ยวกับประวัติการติดเชื้อเอชไอวี การรักษาและการเปิดเผยผลเลือด |
| ส่วนที่ 4 | แบบสอบถามเรื่องการติตราจากการติดเชื้อเอชไอวี                         |
| ส่วนที่ 5 | แบบสอบถามการเผชิญปัญหา   |

**ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม**

**คำชี้แจง** หากเป็นคำถามแบบเลือกตอบโปรดทำเครื่องหมายกากบาท (x) ลงภายในช่อง  เพียงคำตอบเดียว หากเป็นคำถามแบบเลือกได้หลายคำตอบโปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงภายในช่อง  ที่ตรงกับท่าน

หากเป็นคำถามปลายเปิดโปรดเติมคำตอบที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุดลงในช่องว่าง

- ปัจจุบันท่านอายุ \_\_\_\_\_ ปี
- ระดับการศึกษาสูงสุดที่ท่านได้รับ
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้เรียนหนังสือ (1)	<input type="checkbox"/> กำลังศึกษาในระดับชั้น..... (2)
<input type="checkbox"/> ประถมศึกษา (3)	<input type="checkbox"/> มัธยมต้น (4)
<input type="checkbox"/> มัธยมปลาย/ปวช. หรือเทียบเท่า (5)	<input type="checkbox"/> อนุปริญญาหรือปวส. (6)
<input type="checkbox"/> ปริญญาตรี (7)	<input type="checkbox"/> สูงกว่าปริญญาตรี (8)
- ปัจจุบันท่านประกอบอาชีพ
 

<input type="checkbox"/> ไม่ได้ประกอบอาชีพ (1)	<input type="checkbox"/> ยังเป็นนักเรียน/นักศึกษา (4)	
<input type="checkbox"/> รับจ้างทั่วไป (2)	<input type="checkbox"/> กิจการส่วนตัว (5)	<input type="checkbox"/> ข้าราชการ/รัฐวิสาหกิจ (6)
<input type="checkbox"/> พนักงานบริษัทเอกชน (3)	<input type="checkbox"/> อื่น ๆ โปรดระบุ.....(7)	
- รายได้ส่วนตัว.....บาทต่อเดือน
- แหล่งที่มาของรายได้
 

<input type="checkbox"/> จากการทำงานของตนเอง (1)	<input type="checkbox"/> พ่อแม่/ผู้ปกครอง (2)
<input type="checkbox"/> คู่ครอง/สามี รายได้.....บาท/เดือน (3)	<input type="checkbox"/> อื่นๆ โปรดระบุ..... (4)

## 6. สถานภาพสมรสของบิดา/มารดา

- บิดามารดาอยู่ร่วมกัน (1)       บิดาเสียชีวิต (2)       มารดาเสียชีวิต (3)  
 บิดามารดาเสียชีวิตทั้งคู่ (4)       ยังสมรสแต่อยู่คนละที่ (5)       แยกกันอยู่/หย่าร้าง (6)

## 7. ปัจจุบันท่านอาศัยอยู่กับ

- บิดาและมารดา (1)       คู่รัก/สามี (2)       ญาติพี่น้อง (3)  
 บิดาหรือมารดาคนใดคนหนึ่ง (4)       อยู่คนเดียว (5)       อื่นๆ โปรดระบุ..... (6)

8. ที่อยู่ปัจจุบัน  กรุงเทพมหานครหรือปริมณฑล (1)       ต่างจังหวัด โปรดระบุจังหวัด..... (2)

## ส่วนที่ 2 ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์

**คำชี้แจง** หากเป็นคำถามแบบเลือกตอบ โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงภายในช่อง  เพียงคำตอบเดียว  
 หากเป็นคำถามแบบเลือกได้หลายคำตอบ โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงภายในช่อง  ที่ตรงกับท่าน

## พฤติกรรมการมีเพศสัมพันธ์

1. ท่านเคยมีเพศสัมพันธ์**ครั้งแรก**ตอนอายุ.....(ปี)
2. ในชีวิตที่ผ่านมาท่านมีคู่นอนทั้งหมด.....คน (คู่นอน คือ คู่ที่เคยมีเพศสัมพันธ์กัน)
3. ในชีวิตที่ผ่านมาท่านเคยใช้วิธีคุมกำเนิดวิธีใดบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)
- ไม่เคยคุมกำเนิด (ข้ามไปข้อ 4) (1)       เคยใช้ (ตอบข้อ 3.1) (2)
- 3.1 คุมกำเนิดโดยวิธี
- คู่นอนหลั่งข้างนอก (1)       คู่นอนใช้ถุงยางอนามัย (2)  
 ใช้ยาเม็ดคุมกำเนิดหรือยาฝังคุมกำเนิด (3)       อื่นๆ โปรดระบุ..... (4)

## ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์และการคลอดบุตร (ครรภ์ล่าสุด)

4. อายุของท่านตอนทราบว่าตั้งครรภ์.....ปี
5. สาเหตุที่นำไปสู่การตั้งครรภ์ของท่าน
- ต้องการมีบุตรไว้สืบสกุล (1)       ไม่ได้ป้องกัน/คุมกำเนิด (2)  
 ต้องการผูกมัดให้ฝ่ายชายรับผิดชอบ (3)       เกิดความผิดพลาดในการคุมกำเนิด (4)  
 ไม่มีความรู้ในการป้องกัน/คุมกำเนิด (5)       ถูกข่มขืน (6)  
 อื่นๆ โปรดระบุ..... (7)
6. ท่านได้เคยพยายามทำแท้งในครรภ์นี้หรือไม่
- ไม่เคย (ข้ามไปข้อ 7) (1)       เคยคิดแต่ไม่ได้ทำ เพราะ..... (2)  
 เคยทำแต่ไม่สำเร็จ จำนวน.....ครั้ง โดยวิธี..... (3)

6.1 สาเหตุที่คิดทำแท้ง เพราะ (ตอบได้หลายข้อ)

- พ่อ/แม่ ให้ทำ (1)       ญาติๆ ให้ทำ (2)       แฟน/สามี ให้ทำ (3)  
 เป็นความต้องการของตนเอง (4)       อื่น ๆ..... (5)

7. ในครรภ์นี้ท่านได้ฝากครรภ์หรือไม่

- ไม่ได้ฝาก เหตุผล.....(ข้ามไปข้อ 9) (1)  
 ฝากครรภ์ (2)  
 7.1  ฝากครบ       ฝากไม่ครบ

8. ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์

- ไตรมาสที่ 1 (อายุครรภ์ 1-3 เดือน) (1)  
 ไตรมาสที่ 2 (อายุครรภ์ 4-6 เดือน) (2)  
 ไตรมาสที่ 3 (อายุครรภ์ 7-9 เดือน) (3)

9. ท่านมีอาการแทรกซ้อนระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่

- ไม่มี (ข้ามไปตอบข้อ 10) (1)  
 มี (ตอบข้อ 9.1) (2)

9.1 มีโปรตีนในปัสสาวะ

- ความดันโลหิตสูง (1)  
 เบาหวาน (2)  
 เลือดออกทางช่องคลอด (3)  
 แท้งบุตร/ตายคลอด.....(ข้ามไปข้อ 15) (4)  
 อื่นๆ โปรตีนในปัสสาวะ.....(5)

10. ท่านคลอดโดยวิธี  คลอดเองทางช่องคลอด (1)       ผ่าคลอดทางหน้าท้อง (2)

11. อายุครรภ์ตอนคลอด

- ครบกำหนด(1)  
 ก่อนกำหนด(2) อายุครรภ์.....สัปดาห์

12. น้ำหนักทารกแรกคลอด.....กรัม

13. ผลเลือดลูกปัจจุบัน

- ติดเชื้อเอชไอวี (1)  
 ไม่ติดเชื้อเอชไอวี (2)  
 ไม่ทราบ (3)

14. ท่านมีความพร้อมในการเลี้ยงดูบุตร

- มากที่สุด(1)       มาก (2)       ปานกลาง (3)  
 น้อย (4)       ไม่มีความพร้อมเลย (5)

## 15. สถานภาพสมรสปัจจุบันของท่าน

15.1 ท่านได้จดทะเบียนสมรสหรือไม่

 จดทะเบียน (1) ไม่ได้จดทะเบียน (2)

15.2 ท่านได้จัดพิธีสมรสตามประเพณี ทางศาสนาของท่านหรือไม่

 จัดพิธีสมรส (1) ไม่ได้จัดพิธีสมรส (2)

15.3 สถานภาพสมรสของท่านและบิดาของทารกในปัจจุบันเป็นอย่างไร

 ยังอยู่ด้วยกัน (1) แยกกันอยู่ (2) เลิกกัน/หย่าร้าง (3)

## 16. สัมพันธภาพของท่านและสามีในปัจจุบัน

 ดีมาก (1) ดี (2) ปานกลาง (3) ค่อนข้างไม่ดี (4) ไม่ดี (5)

## 17. ความรู้สึกของสามีต่อการมีลูก

 ต้องการมีลูก(1) ไม่ต้องการมีลูกแต่ให้เก็บไว้ (2) ไม่ต้องการมีลูกและให้ทำแท้ง (3) ไม่ยอมรับว่าเป็นพ่อ (4) อื่นๆ ระบุ..... (5)

## 18. สามีของท่านติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

 ติด (1) ไม่ติด (2) ไม่ทราบ (3)

## ส่วนที่ 3

คำถามเกี่ยวกับประวัติการติดเชื้อเอชไอวี การรักษาและการเปิดเผยผลเลือด

คำชี้แจง โปรดทำเครื่องหมายกากบาท (x) ลงภายในช่อง  ที่ตรงกับท่านมากที่สุด

1. ท่านติดเชื้อเอชไอวีจากทางใด

 ติดจากแม่สู่ลูก (ข้ามไปข้อ 3) (1) เพศสัมพันธ์ (2) การใช้สารเสพติด (3) การได้รับเลือด (4) อื่นๆ โปรดระบุ.....(5) ไม่ทราบ (6)

2. ท่านทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีมานาน.....เดือน/ปี

3. ท่านได้รับยาต้านไวรัสระหว่างตั้งครรภ์หรือไม่

 ได้รับ (1) ไม่ได้รับ (2)

4. ปัจจุบันท่านได้รับยาต้านไวรัสหรือไม่

 ได้รับ (1) ไม่ได้รับ (ข้ามไปข้อ 6) (2)

5. สูตรยาต้านไวรัสที่ท่านได้รับในปัจจุบัน.....

6. ผลเลือดล่าสุด

CD4.....วันที่ตรวจ..... (ว/ด/ปป)

Viral load.....วันที่ตรวจ..... (ว/ด/ปป)

7. ท่านเปิดเผยข้อมูลผลเลือดการติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่

- เปิดเผยกับใครบ้าง (ตอบได้มากกว่า 1 ข้อ)(ตอบข้อ 7.1) (1)  
 ไม่เปิดเผย (ข้ามไปส่วนที่ 4) (2)

7.1 เปิดเผยกับใครบ้าง

- พ่อ แม่ หรือผู้ปกครอง (1)                       เพื่อน (2)  
ญาติ (3)     แฟนหรือคู่นอน (4)  
 คู่สมรส (5)     อื่นๆ โปรดระบุ 6).....

**ส่วนที่ 4** แบบสอบถามเรื่องการติดตามจากการติดเชื้อเอชไอวี

**คำชี้แจง** ข้อความต่อไปนี้เป็นเรื่องเกี่ยวกับความรู้สึกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีต่อตนเอง กรุณาทำเครื่องหมายกากบาท (X) ลงในช่อง “ไม่เห็นด้วยอย่างยิ่ง” “ไม่เห็นด้วย” “เห็นด้วย” หรือ “เห็นด้วยอย่างยิ่ง” เพื่อแสดงความเห็นของท่าน

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	เห็นด้วย (3)	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (4)
1. ไม่มีใครทราบว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี				
2. ฉันรู้สึกไม่ดีที่ฉันติดเชื้อเอชไอวี				
3. ความคิด มุมมองเกี่ยวกับเอชไอวีของคนรอบข้าง ทำให้ฉันรู้สึกแย่				
4. เป็นการยากที่ฉันจะบอกใครสักคนว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี				
5. มีหลายคนตลกงานเมื่อนายจ้างรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี				
6. ฉันต้องพยายามอย่างมากเพื่อปกปิดการติดเชื้อเอชไอวีให้เป็นความลับ				
7. ฉันรู้สึกที่ตัวเองต่ำต้อยเพราะฉันติดเชื้อเอชไอวี				
8. ฉันไม่รู้สึกอายที่ติดเชื้อเอชไอวี				
9. คนที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกมองว่าน่ารังเกียจ				
10. คนทั่วไปมองว่าผู้ที่มีเชื้อเอชไอวีเป็นคนสกปรก				
11. เมื่อมีใครทราบว่าฉันติดเชื้อเอชไอวีฉันรู้สึกไม่สบายใจที่จะพบปะพวกเขา				
12. การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ฉันรู้สึกไม่สะอาด				

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	เห็นด้วย (3)	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (4)
13. ตั้งแต่ฉันรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีฉันรู้สึกโดดเดี่ยวและแยกตัวออกจากสังคม				
14. คนส่วนใหญ่มองว่าคนที่ติดเชื้อเอชไอวีน่ารังเกียจ				
15. การมีเชื้อเอชไอวีทำให้ฉันรู้สึกว่าตนเองเป็นคนไม่ดี				
16. ฉันเข้าใจว่าทำไมคนอื่นจึง <u>ไม่</u> ต้องการเป็นเพื่อนกับฉัน เพราะฉันติดเชื้อเอชไอวี				
17. ฉันระแวงมากที่จะบอกใครว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี				
18. บางคนรู้ว่าฉันติดเชื้อเอชไอวีเริ่มทำตัวเหินห่าง				
19. ตั้งแต่ฉันทราบว่าตนเองติดเชื้อ ฉันกังวลว่าจะถูกรังเกียจจากสังคม				
20. คนส่วนใหญ่รู้สึก <u>ไม่</u> สบายใจเมื่อต้องใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี				
21. ฉันรู้สึก <u>ไม่</u> ต้องเก็บเรื่องการติดเชื้อเอชไอวีเป็นความลับ				
22. ฉันกังวลที่คนอื่นจะมองในแง่ลบเมื่อรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี				
23. ฉันรับ <u>ไม่</u> ได้ที่ตนเองติดเชื้อเอชไอวี				
24. ฉันรู้สึกแสบกับท่าทีของผู้อื่นเมื่อทราบว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี				
25. ฉันกังวลว่าผู้ที่รู้ว่าฉันติดเชื้อจะนำข้อมูลไปบอกคนอื่นต่อ				
26. ฉันรู้สึกเสียใจและคิดผิดที่เปิดเผยผลเลือดให้คนอื่นทราบ				
27. ฉันคิดว่าว่าที่ผ่านมามี <u>ไม่</u> ควรเปิดเผยผลเลือดแก่คนอื่น				
28. บางคน <u>ไม่</u> กล้าแตะเนื้อต้องตัวฉันเมื่อรู้ว่าฉันติดเชื้อเอชไอวี				
29. เพื่อนและคนใกล้ชิดเลิกติดต่อกับฉันเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี				
30. ฉันติดเชื้อเอชไอวีเพราะฉันทำตัวตัวเอง				

ข้อความ	ไม่เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (1)	ไม่เห็น ด้วย (2)	เห็นด้วย (3)	เห็น ด้วย อย่างยิ่ง (4)
31. การติดเชื่อเอชไอวีมีผลต่อการที่คนอื่นจะคบค้าสมาคมกับฉัน				
32. คนส่วนใหญ่ไม่ต้องการให้ลูกหลานใกล้ชิดฉันเมื่อทราบว่าฉันติดเชื่อเอชไอวี				
33. คนส่วนใหญ่ตีตัวออกห่างจากเมื่อรู้ว่าฉันติดเชื่อเอชไอวี				
34. บางคนแสดงตีตัวออกห่างจากฉันเพราะฉันติดเชื่อเอชไอวี				
35. ฉันเลิกคบบางคนเพราะทำที่ที่เขาแสดงออก เมื่อรู้ว่าฉันติดเชื่อเอชไอวี				
36. ฉันเคยเสียเพื่อน เพราะฉันบอกเขาว่าติดเชื่อเอชไอวี				
37. ฉันบอกคนที่ใกล้ชิดให้เก็บเรื่องที่ฉันติดเชื่อเอชไอวีเป็นความลับ				
38. การติดเชื่อเอชไอวีมีผลต่อการที่คนอื่นจะ <u>ไม่</u> ชอบฉัน				
39. การติดเชื่อเอชไอวีมีผลต่อการที่คนอื่น <u>ไม่</u> อยากเป็นเพื่อนกับฉัน				
40. บางคนมองหาแต่ข้อเสียในตัวฉันหลังจากที่รู้ว่าท่านติดเชื่อเอชไอวี				



### ส่วนที่ 5 แบบสอบถามเกี่ยวกับการเผชิญปัญหา

**คำชี้แจง** เมื่อท่านพบกับสภาพเหตุการณ์ที่ยุ่งยากและเป็นปัญหาชีวิต เป็นสถานการณ์ที่ทำให้เกิดความเครียด ท่านย่อมมีวิธีการมากมายหลายวิธีในการโต้ตอบต่อความเครียด ข้อคำถามต่อไปนี้ถามเกี่ยวกับสิ่งที่ท่านทำและรู้สึกเมื่อท่านประสบกับเหตุการณ์ดังกล่าวขอให้ท่านอ่านข้อความทีละข้อ แล้วเลือกคำตอบที่ **ตรงกับตัวท่านมากที่สุด** กรุณาใส่เครื่องหมายกากบาท (x) ลงในช่อง ตามลำดับความมากน้อยที่ตรงกับตัวท่านมากที่สุด

ไม่ได้ใช้	หมายถึง	ท่านไม่ได้ใช้วิธีการนั้นเลย
นานๆครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นเป็นครั้งคราว หรือนานๆครั้ง
เป็นบางครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นเป็นบางครั้ง
บ่อยครั้ง	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นบ่อยครั้ง
ตลอดเวลาหรือเป็นประจำ	หมายถึง	ท่านใช้วิธีการนั้นตลอดเวลาหรือเป็นประจำเวลาที่รู้สึกเครียด

วิธีการเผชิญความเครียด	ระดับของการปฏิบัติ				
	ไม่ได้ใช้ (1)	นานๆ ครั้ง (2)	เป็น บางครั้ง (3)	บ่อยครั้ง (4)	ตลอดเวลา หรือเป็น ประจำ (5)
1. พยายามเปลี่ยนแปลงสิ่งที่เกิดขึ้น					
2. เตรียมใจรับกับสิ่งร้ายแรงที่อาจเกิดขึ้น					
3. ค้นหาวิธีจัดการกับการรักษาโรค					
4. ตั้งเป้าหมายในการแก้ปัญหา					
5. แยกแยะปัญหาออกเป็นส่วนๆ					
6. นำประสบการณ์การรักษาคู่อื่นมาใช้					
7. แสวงหาความช่วยเหลือ					
8. พูดคุยปรึกษากับคนที่ติดเชื่อ					
9. ค้นหาความสำคัญของการเจ็บป่วย					
10. ค้นหาข้อมูลที่เกี่ยวข้อง					
11. คิดหาทางออกหลายๆ วิธี					
12. ลองใช้วิธีการต่างๆ					
13. ทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงมากขึ้น					
14. กังวลใจ					
15. ปล่อยให้คนอื่นช่วยจัดการปัญหา					
16. ใช้เวลาอยู่กับคนเดียวเงียบๆ					
17. พยายามคิดถึงเรื่องอื่นๆ					
18. หงุดหงิดกระวนกระวาย					
19. ต่อหน้าคนอื่นแสร้งทำว่าไม่สำคัญ					

วิธีการเผชิญความเครียด	ระดับของการปฏิบัติ				
	ไม่ได้ใช้ (1)	นานๆ ครั้ง (2)	เป็น บางครั้ง (3)	บ่อยครั้ง (4)	ตลอดเวลา หรือเป็น ประจำ (5)
20. ฉุนเฉียวตีโพยตีพาย					
21. โทษผู้อื่น					
22. ระบายอารมณ์กับคนอื่นหรือ สิ่งของ					
23. พยายามทำใจยอมรับการเป็นโรค					
24. มีความหวัง					
25. สวดมนต์ไหว้พระ					
26. มองผลกระทบของการเป็นโรคนี					
27. หาอะไรทำเพื่อไม่ให้ว่าง					
28. ไม่คิดกังวลเชื่อว่าปัญหาจะ คลี่คลาย					
29. คิดว่าเป็นเรื่องของโชคชะตา					
30. ลดความคาดหวัง					
31. นอนแล้วคิดว่าตื่นขึ้น อะไรๆ จะดีขึ้น					
32. ถอยหนีจากปัญหาที่ทำให้เครียด					
33. คิดเพื่อฝันในสิ่งที่ไม่เป็น					
34. รับประทานอาหาร					
35. เลิกคิดหาทางรักษา					
36. ไม่ทำอะไรเลย					

ข้อเสนอแนะ

.....

.....

.....

.....

.....

ขอบพระคุณ

### แนวคำถามแบบสัมภาษณ์เชิงลึก

หมายเหตุ ท่านมีสิทธิ์ไม่ตอบคำถามข้อใดข้อหนึ่งหรือยุติการเข้าร่วมโครงการเมื่อใดก็ได้

#### ข้อมูลทั่วไป

1. ข้อมูลทางด้านประชากร (ข้อมูลบางส่วนสามารถอ้างอิงจากแบบสอบถามโดยไม่ต้องถามซ้ำได้)

- นามสมมติ
- อายุ
- ระดับการศึกษา
- รายได้
- สถานภาพสมรส

2. สถานะทางสุขภาพ

- ประวัติการติดเชื้อเอชไอวี ท่านรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่เมื่อใด รู้มานานแค่ไหน (ทำไม่ถึงไป) (ตรวจ
- ประวัติการรักษาเอชไอวี ปัจจุบันท่านรับการรักษาหรือไม่ ผลการรักษาล่าสุดเป็นอย่างไร ท่าน) รับประทานยาต้านไวรัสหรือไม่และรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอหรือไม่
- ปัจจุบันท่านรับการรักษาอยู่หรือไม่ อะไรบ้างที่เป็นอุปสรรคในการรับประทานยาต้านไวรัส

3. ข้อมูลเกี่ยวกับการตั้งครรภ์

- การตั้งครรภ์ในครั้งนี้ได้มีการวางแผนหรือไม่ และสามีของท่านมีส่วนร่วมในการวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งนี้หรือไม่ อย่างไร
- คนในครอบครัวรู้สึกอย่างไรบ้างเมื่อทราบว่าท่านตั้งครรภ์
- หากไม่ได้ฝากครรภ์เพราะเหตุใด
- ท่านมีการวางแผนในการเลี้ยงลูกอย่างไร
- ผลเลือดลูกของท่านเป็นอย่างไร
- ใครมีบ้างที่มีส่วนร่วมในการดูแลลูก

#### ข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับคำถามการวิจัย

4. การรับรู้ประสบการณ์การถูกตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี การตั้งครรภ์ และการตีตราจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวี

- ท่านดูแลตนเองอย่างไรเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี
- ท่านได้เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีกับใครบ้าง เพราะเหตุใด
- ท่านได้ฝากครรภ์ที่โรงพยาบาลหรือไม่
- ท่านได้รับการดูแลฝากครรภ์อย่างไร

- มีสิ่งที่ทำให้ท่านรู้สึกอึดอัดลำบากใจต่อการไปฝากครรภ์ไหม
- ท่านรู้สึกอย่างไรในการเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี
- บุคลากรทางการแพทย์ปฏิบัติต่อท่านอย่างไร
- สามีหรือคู่นอนของท่านติดเชื้อเอชไอวีหรือไม่ และความสัมพันธ์กับสามีเป็นอย่างไร
- ท่านรู้สึกอย่างไรต่อการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ในการเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี
- ท่านคิดว่าวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี กับหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวี เขามีชีวิตหรือได้รับการปฏิบัติจากสังคมเหมือนกันหรือแตกต่างกัน เพราะอะไร

#### 5. การจัดการปัญหาในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นอย่างไร

- ท่านได้บอกสามีหรือไม่ว่าท่านติดเชื้อเอชไอวี เพราะเหตุใด
- การตั้งครรภ์ครั้งนี้ท่านมีความกังวลอะไรไหม
- หากมีความกังวลทำไมจึงรู้สึกเช่นนั้น และท่านจัดการกับความกังวลนั้นอย่างไร
- ท่านให้ลูกกินนมแม่ไหม เพราะอะไร
- หากไม่ให้ลูกกินนมแม่ ท่านบอกคนอื่นว่าอย่างไร และท่านรู้สึกอย่างไร
- สุขภาพลูกของท่านเป็นอย่างไร
- ท่านกังวลอะไรกับตัวลูกบ้าง และจัดการอย่างไร
- ท่านรู้สึกอย่างไรเมื่อต้องอยู่ในสังคมร่วมกับผู้อื่น มีอะไรที่กังวลไหม
- ท่านต้องการใครที่ช่วยในการจัดการปัญหาบ้าง เพราะอะไร

### การคิดคะแนนแบบสอบถาม

**แบบสอบถามส่วนที่ 4** แบบสอบถามเรื่องการตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 40 ข้อ

วิธีการคำนวณคะแนนความกังวลของการถูกตีตราของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

1) คำตอบของคำถามแต่ละข้อมีค่าคะแนนดังต่อไปนี้:

ไม่เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	1
ไม่เห็นด้วย	ให้คะแนนเท่ากับ	2
เห็นด้วย	ให้คะแนนเท่ากับ	3
เห็นด้วยอย่างมาก	ให้คะแนนเท่ากับ	4

หากผู้ทำแบบสอบถามไม่สามารถสรุปคำตอบได้ชัดเจนเช่นคำตอบของผู้ทำแบบสอบถามอาจจะอยู่ในช่วงระหว่าง “ไม่เห็นด้วยอย่างมาก (1)” กับ “เห็นด้วย (2)” ผู้ทำแบบสอบถามสามารถเลือกใส่ตัวเลขซึ่งเป็นค่าที่อยู่ระหว่างค่าของสองคำตอบเช่น 1.5

2) คำถามสองข้อที่ต้องกลับการให้คะแนนคือข้อที่ 8 และข้อที่ 21

3) หลังจากได้กลับการให้คะแนนของสองข้อดังกล่าวการคำนวณคะแนนสามารถทำได้โดยการรวมค่าคะแนนหลักและค่าคะแนนย่อยของคำถามแต่ละข้อเข้าด้วยกัน คะแนนย่อยจะอยู่ริมขวาของคำถามในแต่ละข้อ โดยที่ผู้ออกแบบสอบถามสามารถตัดออกไปจากแบบสอบถามได้ก่อนนำไปใช้ มีคำถาม 16 ข้อที่อาจต้องใช้คะแนนย่อยมากกว่า 1 ตัว ซึ่งแสดงให้เห็นถึงปัจจัยร่วมที่เป็นพื้นฐานของคะแนนย่อยนั้น ๆ

4) ระยะเวลาขอบเขตของคะแนนขึ้นอยู่กับค่าคะแนน โดยคะแนนรวมของความกังวลทั่วไปจากการติดเชื้อจะอยู่ที่ระหว่าง 40 ถึง 160 (1 x 40 คะแนน ถึง 4 x 40 คะแนน) ส่วนผลรวมคะแนนย่อยจะแบ่งเป็น

**การตีตราส่วนบุคคล** (personalized stigma subscale) คะแนนอยู่ระหว่าง 18 ถึง 72 ได้แก่ ข้อ 13, 16, 18, 24, 26, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40

**ความกังวลต่อการเปิดเผยผลเลือด** (disclosure subscale) คะแนนอยู่ระหว่าง 10 ถึง 40 ได้แก่ ข้อ 1, 4, 6, 11, 17, 19, 21, 22, 25, 37,

**ภาพลักษณ์ของตนเองด้านลบ** (negative self-image subscale) คะแนนอยู่ระหว่าง 13 ถึง 52 ได้แก่ ข้อ 2,3,6,7,8,11,12,13,15,23,27,38,39

**ความกังวลเกี่ยวกับทัศนคติต่อบุคคลที่ติดเชื้อเอชไอวี** (public attitude subscale) คะแนนอยู่ระหว่าง 20 ถึง 80 ได้แก่ ข้อ 4, 5, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 19, 20, 22, 27, 28, 30, 32, 33, 34, 38, 39, 40

คะแนนของผู้ตอบแบบสอบถามยิ่งสูงแสดงว่ามีการตีตรามากตามคะแนนที่สูง ในแต่ละด้าน

**แบบสอบถามส่วนที่ 5** แบบสอบถามการเผชิญปัญหา ใช้วิธีการเผชิญความเครียดในแบบสอบถาม

ประกอบด้วยข้อคำถาม 36 ข้อ ข้อคำถามแบ่งออกเป็น 3 ด้าน คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา ประกอบด้วยข้อคำถาม 13 ข้อ ด้านการจัดการกับอารมณ์ประกอบด้วยข้อคำถาม 9 ข้อ และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด ประกอบด้วยข้อคำถาม 14 ข้อ

แบบสอบถามใช้ Likert Scale 5 ระดับ โดยมีเกณฑ์การให้คะแนนดังนี้

ไม่ได้ใช้	ให้คะแนน	1
ใช้นานๆ ครั้ง	ให้คะแนน	2
ใช้เป็นบางครั้ง	ให้คะแนน	3
ใช้บ่อยๆ	ให้คะแนน	4
ใช้ตลอดหรือเป็นประจำ	ให้คะแนน	5

คะแนนจริงเป็นคะแนนรวมของแบบวัดการเผชิญความเครียดทั้งหมด มีค่าระหว่าง 36-180 แยกเป็นคะแนนรวมของแต่ละด้าน คือ ด้านการมุ่งแก้ปัญหา มีค่าระหว่าง 13-65 คะแนน ด้านการจัดการกับอารมณ์ มีค่าระหว่าง 9-45 คะแนน และด้านการบรรเทาความรู้สึกเครียด มีค่าระหว่าง 14-70 คะแนน ส่วนการแปลผลใช้ค่าเฉลี่ยรายด้านของทุกด้านโดยอยู่ในช่วง 1-5 ถ้าคะแนนรายด้านใดมากแสดงว่า ผู้ป่วยใช้วิธีนั้นในการเผชิญกับความเครียดมาก

ในการแปลผลคะแนนใช้เกณฑ์ของชูศรี วงศ์รัตน์ (2544) อังโน เบญจรัตน์ ชิวพูนผล ดังนี้

$$\text{อันตรภาคชั้น} = \frac{\text{พิสัย}}{\text{จำนวนกลุ่ม}}$$

$$= \frac{5-1}{3} = 1.33$$

นำมาแบ่งเกณฑ์การแปลผลคะแนนได้ดังนี้

คะแนนเฉลี่ย	การแปลความหมาย
1.00 – 2.33	ผู้ป่วยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดในระดับน้อย
2.34 – 3.67	ผู้ป่วยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดในระดับปานกลาง
3.68 – 5.00	ผู้ป่วยใช้วิธีนั้นในการเผชิญความเครียดในระดับมาก



COA No. 071/2019

IRB No. 655/61

## คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

1873 ถ.พระราม 4 เขตปทุมวัน กรุงเทพฯ 10330 โทร. 0-2256-4493

## เอกสารรับรองโครงการวิจัย

คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ดำเนินการให้การรับรองโครงการวิจัยตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในคนที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ชื่อโครงการ : การติดตามในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย

เลขที่โครงการวิจัย : -

ผู้วิจัยหลัก : นางศุภลักษณ์ พลพิทักษ์

สังกัดหน่วยงาน : ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

วิธีทบทวน : คณะกรรมการเติมชุด

รายงานความก้าวหน้า : ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง/ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี

## เอกสารรับรอง

1. โครงร่างการวิจัย Version 2.2 Date 24 Dec 2018
2. โครงการวิจัยฉบับย่อ Version 2.1 Date 14 Dec 2018
3. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไป ฉบับที่ 2.1 วันที่ 14 ธันวาคม 2561
4. เอกสารแสดงความยินยอมสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอายุ 18 ปีขึ้นไป ฉบับที่ 2.0 วันที่ 24 กันยายน 2561
5. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอายุ 15- <18 ปี ฉบับที่ 2.1 วันที่ 14 ธันวาคม 2561

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้


1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย


\* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก





6. เอกสารแสดงความยินยอมสำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอายุ 15- น้อยกว่า 18 ปี ฉบับที่ 2.0 วันที่ 24 กันยายน 2561
7. เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม ฉบับที่ 2.1 วันที่ 14 ธันวาคม 2561
8. เอกสารแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม ฉบับที่ 2.0 วันที่ 24 กันยายน 2561
9. แบบสอบถาม ฉบับที่ 2.0 วันที่ 24 กันยายน 2561
10. แนวคำถามแบบสัมภาษณ์เชิงลึก Version 2.0 Date 24 Sep 2018
11. Curriculum Vitae and GCP Training
  - Mrs. Supalak Phonphithak
  - Assoc.Prof. Surasith chaithongwongwatthana, M.D.
  - Assoc.Prof. Thanyawee Puthanakit, M.D.
  - Prof. Narin Hiransuthikul, M.D., Ph.D.
  - Assoc.Prof. Chutima Roomruangwong, M.D.
  - Thanapoom Rattananupong, B.P.H, M.Sc., Ph.D.
  - Apirudee Panthong

ลงนาม .....   
 (ศาสตราจารย์กิตติคุณแพทย์หญิงธาดา สืบหลินวงศ์)  
 ประธาน  
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

ลงนาม .....   
 (ผู้ช่วยศาสตราจารย์ ดร. ชาญญา ทองตัน)  
 กรรมการและผู้ช่วยเลขานุการปฏิบัติหน้าที่แทนเลขานุการ  
 คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย

วันที่รับรอง : 17 มกราคม 2562  
 วันหมดอายุ : 16 มกราคม 2563

ทั้งนี้ การรับรองนี้มีเงื่อนไขดังที่ระบุไว้ด้านหลังทุกข้อ (ดูด้านหลังของเอกสารรับรองโครงการวิจัย)

นักวิจัยทุกท่านที่ผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยต้องปฏิบัติดังต่อไปนี้

1. ดำเนินการวิจัยตามที่ระบุไว้ในโครงร่างการวิจัยอย่างเคร่งครัด
2. ใช้เอกสารแนะนำอาสาสมัคร ใบยินยอม (และเอกสารเชิญเข้าร่วมวิจัยหรือใบโฆษณาถ้ามี) แบบสัมภาษณ์ และหรือ แบบสอบถาม เฉพาะที่มีตราประทับของคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมเท่านั้น และส่งสำเนาเอกสารดังกล่าวที่ใช้กับผู้เข้าร่วมวิจัยจริงรายแรกมาที่ฝ่ายวิจัย คณะแพทยศาสตร์ เพื่อเก็บไว้เป็นหลักฐาน
3. รายงานเหตุการณ์ไม่พึงประสงค์ร้ายแรงที่เกิดขึ้นหรือการเปลี่ยนแปลงกิจกรรมวิจัยใดๆ ต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ภายใน 5 วันทำการ
4. ส่งรายงานความก้าวหน้าต่อคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย ตามเวลาที่กำหนดหรือเมื่อได้รับการร้องขอ
5. หากการวิจัยไม่สามารถดำเนินการเสร็จสิ้นภายในกำหนด ผู้วิจัยต้องยื่นขออนุมัติใหม่ก่อน อย่างน้อย 1 เดือน
6. หากการวิจัยเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยต้องแจ้งปิดโครงการตามแบบฟอร์มของคณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย

\* รายชื่อของคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคน (ชื่อและตำแหน่ง) ที่อยู่ในที่ประชุมวันที่รับรองโครงการวิจัยได้แนบมาด้วย เอกสารที่รับรองทั้งหมดจะถูกส่งไปยังผู้วิจัยหลัก



เอกสารรับรองโครงการวิจัย

โดย

คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคนโรงพยาบาลนครปฐม

COA No. 025 /2019

NPH – REC No. 025 / 2019

ชื่อโครงการ	เรื่อง การติดตามในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศไทย
รหัสโครงการ	032 / 2019
ชื่อผู้วิจัยหลัก/ หน่วยงานที่สังกัด	นางศุภลักษณ์ พลพิทักษ์ ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย
สถานที่ทำวิจัย	โรงพยาบาลนครปฐม
เอกสารที่รับรอง	1. แบบเสนอโครงการวิจัยเพื่อขอรับการพิจารณารับรองจากคณะกรรมการจริยธรรม 2. เอกสารชี้แจงผู้เข้าร่วมการวิจัย 3. หนังสือแสดงเจตนายินยอมเข้าร่วมการวิจัย 4. แบบสอบถาม
วิธีทบทวน	คณะกรรมการชุด full board
การรายงาน	ส่งรายงานความก้าวหน้าอย่างน้อย 1 ครั้ง / ปี หรือส่งรายงานฉบับสมบูรณ์หากดำเนินโครงการเสร็จสิ้นก่อน 1 ปี
รับรองโดย	คณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม
วันที่รับรอง	๕ / 10 / 2019
วันหมดอายุ	๖ / 10 / 2020

โครงการวิจัยได้ผ่านการพิจารณาและรับรองโดยคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน โรงพยาบาลนครปฐม ตามแนวทางหลักจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ที่เป็นมาตรฐานสากลได้แก่ Declaration of Helsinki, The Belmont Report, CIOMS Guideline และ International Conference on Harmonization in Good Clinical Practice หรือ ICH-GCP

ลงนาม.....

(แพทย์หญิงสุธิญา บรรจงภาค)

ประธานคณะกรรมการพิจารณาการศึกษาวิจัยในคน

โรงพยาบาลนครปฐม

ลงนาม.....

(นางรุจิรา เข็มเพชร)

นายแพทย์ชำนาญการพิเศษ (ด้านเวชกรรม)

ปฏิบัติหน้าที่รองผู้อำนวยการฝ่ายการแพทย์

รักษาการในตำแหน่งผู้อำนวยการโรงพยาบาลนครปฐม

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอายุ 15- <18 ปี	หน้า1/5

ชื่อโครงการ	การติตรา ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย
ผู้วิจัยหลัก	
ชื่อ	นางศุภลักษณ์ พลพิทักษ์
ที่อยู่	ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทร	02-252-7864, 02-652-3040, 086-396-0669
ผู้วิจัยร่วม	
ชื่อ	รศ.นพ.สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา
ที่อยู่	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทร	02-256-4000 ต่อ 2112-8
ชื่อ	รศ.พญ.ฉัญยวีร์ ภูธนกิจ
ที่อยู่	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทร	02-256-4930
ชื่อ	คุณอภิญญา พานทอง
ที่อยู่	ศูนย์ประสานความร่วมมือ ไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยคลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย 104 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทร	02-652-3040-9 ต่อ 116, 099-643-3897


#### เรียนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

หนูได้ถูกรับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา และ ก่อนที่ท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้หนูอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้หนูได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่หนูได้

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้  
ในโครงการวิจัยอายุ 15-<18 ปี



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. 655_61	ฉบับที่ 2.1 วันที่ 14 ธันวาคม 2561
Date of Approval 17 มี.ค. 2562	

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอายุ 15- <18 ปี	หน้า2/5

หนูสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวได้ หนูมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าหนูตัดสินใจแล้วว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้หนูแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ด้วยความสมัครใจ

#### เหตุผลความเป็นมา

เนื่องจากในปัจจุบันพบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากคนในสังคมอยู่ โดยผู้หญิงจะถูกตีตราจากสังคมมากกว่าผู้ชายพบมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งการตีตราจากสังคมหรือแม้กระทั่งจากบุคคลากรทางการแพทย์ยังส่งผลให้แม่ตั้งครรภ์ไม่กล้าที่จะไปฝากครรภ์ โดยเฉพาะในแม่ตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เปิดเผยผลเลือดต่อสามี ความกลัวจากการตีตราทำให้แม่ตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงการเปิดเผยผลเลือด เพื่อเป็นการปกป้องตัวเองในการลดการกีดกันจากสังคม โดยเฉพาะในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จากความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์และยังติดเชื้อเอชไอวี จึงเปรียบเสมือนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ถูกตีตราซ้ำซ้อนทั้งถูกตีตราจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและถูกตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีผลจากความกังวลจากการถูกตีตรา ทำให้หญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งไม่กล้าที่จะไปฝากครรภ์และส่งผลให้ทารกที่คลอดออกมามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่เข้ารับการรักษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการตีตราในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีวัยรุ่นอื่นในประเทศไทย

#### จำนวนอาสาสมัครที่คาดว่าจะเข้าร่วมโครงการ

หญิงกำลังตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรแล้วอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้ง ทำแท้ง หรือถูกเสียชีวิตที่ได้รับการตรวจเลือด Anti HIV ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีในครรภ์ล่าสุดโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 222 คนจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์หรือศูนย์ประสานความร่วมมือไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาคลินิกด้านโรคเอดส์(HIV-NAT)ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

โดยคาดว่า จะทำการรับอาสาสมัครทั้งหมดไม่เกิน 222 คน เป็นอาสาสมัครวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่เกิน 55 คน และหญิงตั้งครรภ์วัยรุ่นอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่เกิน167 คน

#### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยทำการเลือกอาสาสมัครตามคุณสมบัติที่โครงการวิจัยกำหนด อย่างไรก็ตามสถานที่ที่พบผู้วิจัยจะมีความเป็นส่วนตัว ไม่สร้างความอึดอัดใจหากหนูตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะมีขั้นตอน ดังต่อไปนี้

#### ระยะที่ 1

ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้ ซึ่งหนูจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินตนเอง แบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วม  
ในโครงการวิจัยอายุ 15- <18 ปี



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. 655, 01	ฉบับที่ 2.1 วันที่ 14 ธันวาคม 2561
Date of Approval. 17 มี.ค. 2562	

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอายุ 15- <18 ปี	หน้า13/5

- ส่วนที่ 2 ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์  
ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการติดเชื้อเอชไอวี การรักษาและการเปิดเผยผลเลือด  
ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเรื่องการติดตามการติดเชื้อเอชไอวี 40 ข้อ  
ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเผชิญปัญหา 36 ข้อ

โดยตลอดระยะเวลาที่อยู่ในโครงการวิจัย ประมาณ 30-35 นาที และอนุมัติหรือไม่ตอบคำถามใดๆที่ไม่ต้องการตอบ

### ระยะที่ 2

การสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์ประสบการณ์ดีตราและการจัดการปัญหาในแม่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยทำการสัมภาษณ์รายบุคคล ทำการสัมภาษณ์ในหญิงหลังคลอดเท่านั้น ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 30-45 นาที โดยทำการสัมภาษณ์ตามแนวข้อคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและจะมีการบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ระหว่างการสัมภาษณ์จะขออนุญาตในการใช้ชื่อสมมติ หากคำถามใดที่หนูไม่ต้องการตอบ หนูสามารถที่จะขอข้ามข้อคำถามนั้นไปได้หลังจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะเก็บเทปไว้ในตู้ที่เป็นส่วนตัว บุคคลอื่นไม่สามารถเข้าถึงได้ และจะทำลายเทปเสียงหลังเสร็จสิ้นงานวิจัย

### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยใครขอความความร่วมมือ โดยจะขอให้ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ รวมถึงความอึดอัดใจที่เกิดขึ้นระหว่างที่เข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ อาจจะทำให้เสียเวลา หรือไม่สะดวกใจในการตอบคำถามระหว่างที่เข้าร่วมโครงการวิจัย

### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้อาจจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากงานวิจัย อย่างไรก็ตามการเข้าร่วมโครงการวิจัยจะทำให้ทราบถึงข้อมูลการติดตามในแม่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ความกังวลในการดูแลตนเองและลูก และการจัดการปัญหา ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนเพื่อช่วยเหลือการติดตามในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อไปในอนาคต

### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย ขอให้ปฏิบัติดังนี้

- ขอให้หนูให้ข้อมูลส่วนบุคคลและทางการแพทย์ทั้งในอดีตและปัจจุบันแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง
- ขอให้หนูแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความอึดอัด ลำบากใจในการตอบคำถามที่เกิดขึ้นระหว่างที่เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วม  
ในโครงการวิจัยอายุ 15- <18 ปี



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. 655, 61	ฉบับที่ 2.1 วันที่ 14 ธันวาคม 2561
Date of Approval 17 ม.ค. 2562	

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอายุ 15- <18 ปี	AF 09-04/5.0
			หน้า 4/5

### อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

การเข้าร่วมโครงการนี้ไม่มีอันตรายต่อร่างกายเนื่องจากการสอบถามข้อมูล ความรู้สึก การจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับตัวหนูซึ่งอาจมีผลกระทบทางด้านจิตใจได้เนื่องจากการตอบแบบสอบถาม หนูต้องนึกถึงประสบการณ์ชีวิตหรือเหตุการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาแล้วในอดีต

ในกรณีที่หนูต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย สามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยได้ตลอด คือนางศุภลักษณ์ พลพิทักษ์ โทร 086-396-0669 และ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

### ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

หนูจะไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมวิจัย

### ค่าตอบแทน

หนูจะได้รับค่าชดเชยการเดินทางครั้งละ 300 บาท ในการเข้าร่วมโครงการ

### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากหนูไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้วท่านสามารถถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับบริการตามปกติของหนูแต่อย่างใด

หากหนูต้องการยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว หนูสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้ความยินยอม โดยส่งไปที่ นางศุภลักษณ์ พลพิทักษ์ ที่อยู่ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 หรือ โทร 086-396-0669

### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับ

ในการเข้าร่วมโครงการครั้งแรก จะมีการขอชื่อนามสกุลจริงของหนู เพื่อลงทะเบียนเข้าโครงการ และจะแปลงชื่อนามสกุลจริงเป็นรหัสประจำตัว โดยไม่มีข้อมูลที่ระบุถึงตัวตนของหนูได้ตั้งนั้น ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการวิจัย เช่น ข้อมูลจากแบบสอบถาม ข้อมูลทางคลินิก จะมีแต่รหัสประจำตัวของท่าน ข้อมูลที่ได้จากการดูแลทางคลินิกอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการ เอกสารที่มีข้อมูลระบุตัวตนของหนูจะถูกเก็บแยกไว้จากข้อมูลที่ได้จากกระบวนการวิจัย โดยเก็บไว้ในตู้เอกสารล็อกกุญแจ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นข้อมูลของงานวิจัยจะมีรหัสผ่านเพื่อจำกัดการเข้าถึงข้อมูลจากบุคคลอื่น

โครงการจะพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของหนูและจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับ ข้อมูลของหนูอาจถูกเปิดเผยหากมีความจำเป็นตามข้อบังคับของกฎหมาย การตีพิมพ์และเผยแพร่ผลการวิจัยจะไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวของหนู ผู้วิจัยและผู้ติดตามประเมินโครงการวิจัย อาจเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์ของหนู ทั้งนี้เป็นไปเพื่อตรวจสอบความถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้หนูได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของท่านได้ จากการ

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วม  
ในโครงการวิจัยอายุ 15-<18 ปี



<b>INSTITUTIONAL REVIEW BOARD</b>	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. 655, 61	ฉบับที่ 2.1 วันที่ 14 ธันวาคม 2561
Date of Approval 17 มี.ค. 2562	

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยอายุ 15- <18 ปี	AF 09-04/5.0
			หน้า 5/5

ยินยอมของหนู ผู้วิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์วิจัยโรคเอดส์สภากาชาดไทย, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, และผู้วิจัย

หากต้องการขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่ท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

จากการแสดงความยินยอมของหนู ผู้วิจัยสามารถบอกรายละเอียดของท่านที่เกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาได้ เพื่อประโยชน์ของหนูเอง

#### สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

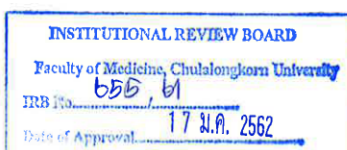
ในฐานะที่หนูเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย หนูจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. จะได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. จะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับการงานวิจัยท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
3. จะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
4. จะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
5. จะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการรักษาทั้งในปัจจุบันและในอนาคต
6. จะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
7. มีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากไม่ได้รับการชดเชยอันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัยหนูสามารถร้องเรียนได้ที่ คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันท์มหิตล ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-256-4493 ในเวลาราชการ

หลังจากที่ท่านรับทราบข้อมูลและอ่านเอกสารฉบับนี้แล้วท่านยินดีเข้าร่วมโครงการนี้


ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วม  
ในโครงการวิจัยอายุ 15- <18 ปี

ฉบับที่ 2.1วันที่ 14 ธันวาคม 2561



	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม	AF 09-04/5.0
			หน้า 1/5

ชื่อโครงการ	การติตรา ในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย
ผู้วิจัยหลัก	
ชื่อ	นางศุภลักษณ์ พลพิทักษ์
ที่อยู่	ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์ มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทร	02-252-7864, 02-652-3040, 086-396-0669
ผู้วิจัยร่วม	
ชื่อ	รศ.นพ.สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา
ที่อยู่	ภาควิชาสูติศาสตร์-นรีเวชวิทยา คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทร	02-256-4000 ต่อ 2112-8
ชื่อ	รศ.พญ.ธัญวีร์ ภูธนกิจ
ที่อยู่	ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทร	02-256-4930
ชื่อ	คุณอภิฤดี พานทอง
ที่อยู่	ศูนย์ประสานความร่วมมือ ไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัย คลินิกด้านโรคเอดส์ ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย 104 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330
เบอร์โทร	02-652-3040-9 ต่อ 116, 099-643-3897

#### เรียนผู้เข้าร่วมโครงการวิจัยทุกท่าน

บุตรของท่านได้ถูกรับเชิญให้เข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้เนื่องจากบุตรของท่านเป็นผู้มีคุณสมบัติตรงตามเกณฑ์การคัดเลือกเข้าศึกษา และ ก่อนที่บุตรของท่านจะตัดสินใจเข้าร่วมในการศึกษาวิจัยดังกล่าว ขอให้ท่านอ่านเอกสารฉบับนี้อย่างถี่ถ้วน เพื่อให้ท่านได้ทราบถึงเหตุผลและรายละเอียดของการศึกษาวิจัยในครั้งนี้ หากท่านมีข้อสงสัยใดๆ เพิ่มเติม กรุณาซักถามจากผู้วิจัยซึ่งจะเป็นผู้สามารถตอบคำถามและให้ความกระจ่างแก่ท่านได้

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้แทน โดยชอบธรรม



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IRB No. 655, 61	ฉบับที่ 2.1 วันที่ 14 ธันวาคม 2561
Date of Approval 17 มี.ค. 2562	

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม	หน้า 12/5

ท่านสามารถขอคำแนะนำในการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จากครอบครัว เพื่อน หรือแพทย์ประจำตัวของท่านได้ ท่านมีเวลาอย่างเพียงพอในการตัดสินใจโดยอิสระ ถ้าท่านตัดสินใจแล้วว่าจะให้บุตรของท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ขอให้ท่านแสดงความยินยอมเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้

#### เหตุผลความเป็นมา

เนื่องจากในปัจจุบันพบว่าผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ถูกตีตราและเลือกปฏิบัติจากคนในสังคมอยู่ โดยผู้หญิงจะถูกตีตราจากสังคมมากกว่าผู้ชายพบมากกว่าร้อยละ 50 ซึ่งการตีตราจากสังคมหรือแม้กระทั่งจากบุคคลากรทางการแพทย์ยังส่งผลให้แม่ตั้งครรภ์ไม่กล้าที่จะไปฝากครรภ์ โดยเฉพาะในแม่ตั้งครรภ์ที่ไม่ได้เปิดเผยผลเลือดต่อสามี ความกลัวจากการตีตราทำให้แม่ตั้งครรภ์หลีกเลี่ยงการเปิดเผยผลเลือด เพื่อเป็นการปกป้องตัวเองในการลดการกีดกันจากสังคม โดยเฉพาะในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จากความไม่พร้อมในการตั้งครรภ์และยังติดเชื้อเอชไอวี จึงเปรียบเสมือนหญิงตั้งครรภ์กลุ่มนี้ถูกตีตราซ้ำซ้อนทั้งถูกตีตราจากการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นและถูกตีตราจากการติดเชื้อเอชไอวีจากความกังวลจากการถูกตีตรา ทำให้หญิงตั้งครรภ์ส่วนหนึ่งไม่กล้าที่จะไปฝากครรภ์และส่งผลให้ทารกที่คลอดออกมามีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าคนที่เข้าถึงการรักษา ดังนั้นผู้วิจัยจึงต้องการศึกษาการตีตราในหญิงตั้งครรภ์ เพื่อนำผลที่ได้ไปใช้ในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อไป

#### วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเปรียบเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีวัยอื่นในประเทศไทย

#### จำนวนอาสาสมัครที่คาดว่าจะเข้าร่วมโครงการ

หญิงกำลังตั้งครรภ์หรือคลอดบุตรแล้วอายุตั้งแต่ 15 ปีขึ้นไป ที่ติดเชื้อเอชไอวี รวมถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มีการแท้ง ทำแท้ง หรือสูญเสียชีวิตที่ได้รับการตรวจเลือด Anti HIV ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวีในครรภ์ล่าสุดโดยการสุ่มกลุ่มตัวอย่างทั้งหมด 222 คนจากโรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์หรือศูนย์ประสานความร่วมมือไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์เพื่อการศึกษาคลินิกต้านโรคเอดส์(HIV-NAT)ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

โดยคาดว่าจะทำการรับอาสาสมัครทั้งหมดไม่เกิน 222 คน เป็นอาสาสมัครวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่เกิน 55 คน และหญิงตั้งครรภ์วัยอื่นที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่เกิน 167 คน

#### วิธีการที่เกี่ยวข้องกับการวิจัย

ผู้วิจัยทำการเลือกอาสาสมัครตามคุณสมบัติที่โครงการวิจัยกำหนด อย่างไรก็ตามสถานที่ที่บุตรของท่านพบผู้วิจัยจะมีความเป็นส่วนตัว ไม่สร้างความอึดอัดใจต่อบุตรของท่านหากท่านตกลงเข้าร่วมการวิจัยจะมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

#### ระยะที่ 1


ผู้วิจัยจะนำแบบสอบถามมาให้บุตรของท่าน ซึ่งบุตรของท่านจะต้องเป็นผู้ตอบแบบสอบถามและประเมินตนเองแบบสอบถามประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ข้อมูลส่วนบุคคลของผู้ตอบแบบสอบถาม

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
วันที่ 2	วันที่ 14 ธันวาคม 2561
IRB No.	695/51
Date of Approval	17 มี.ค. 2562

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม	AF 09-04/5.0 หน้า 3/5

ส่วนที่ 2 ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ และการตั้งครรภ์

ส่วนที่ 3 คำถามเกี่ยวกับประวัติการติดเชื้อเอชไอวี การรักษาและการเปิดเผยผลเลือด

ส่วนที่ 4 แบบสอบถามเรื่องการติดตามจากการติดเชื้อเอชไอวี 40 ข้อ

ส่วนที่ 5 แบบสอบถามการเผชิญปัญหา 36 ข้อ

โดยตลอดระยะเวลาที่บุตรของท่านอยู่ในโครงการวิจัย ประมาณ 30-35 นาที และบุตรของท่านมีสิทธิไม่ตอบคำถามใดๆ ที่บุตรของท่านไม่ต้องการตอบ

### ระยะที่ 2

การสัมภาษณ์เชิงลึก สัมภาษณ์ประสบการณ์ตีตราและการจัดการปัญหาในแม่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยทำการสัมภาษณ์รายบุคคล ทำการสัมภาษณ์ในหญิงหลังคลอดเท่านั้น ซึ่งจะใช้เวลาในการสัมภาษณ์คนละประมาณ 30-45 นาที โดยทำการสัมภาษณ์ตามแนวข้อคำถามการสัมภาษณ์เชิงลึกและจะมีการบันทึกเสียงในการสัมภาษณ์ระหว่างการสัมภาษณ์จะขออนุญาตในการใช้ชื่อสมมติ หากคำถามใดที่บุตรของท่านไม่ต้องการตอบ บุตรของท่านสามารถที่จะขอข้ามข้อคำถามนั้นไปได้หลังจากการสัมภาษณ์ผู้วิจัยจะเก็บเทปไว้ในตู้ที่เป็นส่วนตัว บุคคลอื่นไม่สามารถเข้าถึงได้ และจะทำลายเทปเสียงหลังเสร็จสิ้นงานวิจัย

### ความรับผิดชอบของอาสาสมัครผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

เพื่อให้งานวิจัยนี้ประสบความสำเร็จ ผู้วิจัยใคร่ขอความร่วมมือจากบุตรของท่าน โดยจะขอให้บุตรของท่านปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้วิจัย รวมทั้งแจ้งอาการผิดปกติต่าง ๆ รวมถึงความวิตกกังวลที่เกิดขึ้นกับบุตรของท่านระหว่างที่บุตรของท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัยให้ผู้ทำวิจัยได้รับทราบ

### ความเสี่ยงที่อาจได้รับ

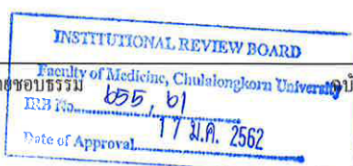
ความเสี่ยงจากการเข้าร่วมการวิจัยครั้งนี้ คือ อาจจะทำให้บุตรของท่านเสียเวลา หรือไม่สะดวกใจในการตอบคำถามระหว่างที่บุตรของท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย

### ประโยชน์ที่อาจได้รับ

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้บุตรของท่านจะไม่ได้รับประโยชน์โดยตรงจากงานวิจัย อย่างไรก็ตามการเข้าร่วมโครงการวิจัยจะทำให้ทราบถึงข้อมูลการตีตราในแม่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ความกังวลในการดูแลตนเองและลูก และการจัดการปัญหา ซึ่งข้อมูลที่ได้สามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการวางแผนเพื่อช่วยเหลือการตีตราในวัยรุ่นตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และสามารถนำข้อมูลที่ได้ไปใช้ในการป้องกันและแก้ปัญหาการตั้งครรภ์ในวัยรุ่นที่ติดเชื้อเอชไอวีต่อไปในอนาคต

### ข้อปฏิบัติของท่านขณะที่ร่วมในโครงการวิจัย ขอให้บุตรของท่านปฏิบัติดังนี้

- ขอให้บุตรของท่านให้ข้อมูลส่วนบุคคลและทางการแพทย์ของท่านทั้งในอดีตและปัจจุบันแก่ผู้ทำวิจัยด้วยความสัตย์จริง



เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม วันที่ 2.1 วันที่ 14 ธันวาคม 2561

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม	หน้า 14/5

- ขอให้บุตรของท่านแจ้งให้ผู้ทำวิจัยทราบความอึดอัด ลำบากใจในการตอบคำถามที่เกิดขึ้นระหว่างที่บุตรของท่านเข้าร่วมในโครงการวิจัย

#### อันตรายที่อาจเกิดขึ้นจากการเข้าร่วมในโครงการวิจัยและความรับผิดชอบของผู้ทำวิจัย

การเข้าร่วมโครงการนี้ไม่มีอันตรายต่อร่างกายเนื่องจากการเป็นการสอบถามข้อมูล ความรู้สึก การจัดการปัญหาที่เกี่ยวกับตัวบุตรของท่านซึ่งอาจมีผลกระทบต่อด้านจิตใจได้เนื่องจากการตอบแบบสอบถาม บุตรของท่านต้องนึกถึงประสบการณ์ชีวิตหรือเหตุการณ์ในชีวิตที่ผ่านมาแล้วในอดีต

ในกรณีที่ท่านต้องการข้อมูลเพิ่มเติมที่เกี่ยวข้องกับโครงการวิจัย ท่านสามารถติดต่อกับผู้ทำวิจัยได้ตลอดคือ นางศุภลักษณ์ พลพิทักษ์ โทร 086-396-0669 และ ได้ตลอด 24 ชั่วโมง

#### ค่าใช้จ่ายของท่านในการเข้าร่วมการวิจัย

บุตรของท่านจะไม่มีค่าใช้จ่ายในการเข้าร่วมวิจัย

#### ค่าตอบแทน

บุตรของท่านจะได้รับค่าชดเชยการเดินทางครั้งละ 300 บาท ในการเข้าร่วมโครงการ

#### การเข้าร่วมและการสิ้นสุดการเข้าร่วมโครงการวิจัย

การเข้าร่วมในโครงการวิจัยครั้งนี้เป็นไปโดยความสมัครใจ หากบุตรของท่านไม่สมัครใจจะเข้าร่วมการศึกษาแล้ว ท่านสามารถให้บุตรของท่านถอนตัวได้ตลอดเวลา การขอลงตัวออกจากโครงการวิจัยจะไม่มีผลต่อการรับบริการตามปกติแต่อย่างใด

หากท่านต้องการให้บุตรของท่านยกเลิกการให้ความยินยอมดังกล่าว ท่านสามารถแจ้ง หรือเขียนบันทึกขอยกเลิกการให้ความยินยอม โดยส่งไปที่ นางศุภลักษณ์ พลพิทักษ์ ที่อยู่ภาควิชาเวชศาสตร์ป้องกันและสังคม คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ 1873 ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 หรือ โทร 086-396-0669

#### การปกป้องรักษาข้อมูลความลับ

ในการเข้าร่วมโครงการครั้งแรก จะมีการขอชื่อนามสกุลจริงของบุตรของท่าน เพื่อลงทะเบียนเข้าโครงการ และจะแปลงชื่อนามสกุลจริงเป็นรหัสประจำตัว โดยไม่มีข้อมูลที่ระบุถึงตัวตนบุตรของท่านได้ตั้งนั้น ข้อมูลที่ได้จากกระบวนการวิจัย เช่น ข้อมูลจากแบบสอบถาม ข้อมูลทางคลินิก จะมีแต่รหัสประจำตัวของบุตรของท่าน ข้อมูลที่ได้มาจากการดูแลทางคลินิกอื่นๆ ที่ไม่เกี่ยวข้องกับการเข้าร่วมโครงการ เอกสารที่มีข้อมูลระบุตัวตนบุตรของท่านจะถูกเก็บแยกไว้จากข้อมูลที่ได้จากกระบวนการวิจัย โดยเก็บไว้ในตู้เอกสารล็อกกุญแจ และฐานข้อมูลอิเล็กทรอนิกส์ที่เป็นข้อมูลของงานวิจัยจะมีรหัสผ่านเพื่อจำกัดการเข้าถึงข้อมูลจากบุคคลอื่น


โครงการจะพยายามทำทุกวิถีทางเพื่อปกป้องความเป็นส่วนตัวของบุตรของท่านและจะเก็บข้อมูลส่วนตัวของท่านเป็นความลับ ข้อมูลบุตรของท่านอาจถูกเปิดเผยหากมีความจำเป็นตามข้อบังคับของกฎหมาย การตีพิมพ์และเผยแพร่ผลการวิจัยจะไม่ระบุชื่อหรือข้อมูลส่วนตัวของบุตรของท่าน ผู้วิจัยและผู้ติดตามประเมินโครงการวิจัย อาจเข้าไปตรวจสอบบันทึกข้อมูลทางการแพทย์บุตรของท่าน ทั้งนี้จะไปเพื่อตรวจสอบความ

เอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้แทน โดยชอบธรรม



INSTITUTIONAL REVIEW BOARD	
Faculty of Medicine, Chulalongkorn University	
IBB No.	655, 61
Date of Approval	17 มี.ค. 2562

ฉบับที่ 2.1 วันที่ 14 ธันวาคม 2561

	คณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัย	เอกสารข้อมูลคำอธิบาย	AF 09-04/5.0
	คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย	สำหรับผู้แทนโดยชอบธรรม	หน้า 15/5

ถูกต้องของข้อมูลเท่านั้น โดยการตกลงที่จะเข้าร่วมการศึกษานี้ท่านได้ให้คำยินยอมที่จะให้มีการตรวจสอบข้อมูลประวัติทางการแพทย์ของได้ จากการแสดงความยินยอมของท่าน ผู้วิจัย คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์วิจัยโรคเคตส์สภาอากาศไทย, คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย, และผู้วิจัย

หากท่านขอยกเลิกการให้คำยินยอมหลังจากที่บุตรของท่านได้เข้าร่วมโครงการวิจัยแล้ว ข้อมูลส่วนตัวของบุตรของท่านจะไม่ถูกบันทึกเพิ่มเติม อย่างไรก็ตามข้อมูลอื่นๆ ของบุตรของท่านอาจถูกนำมาใช้เพื่อประเมินผลการวิจัย

จากการยินยอมให้บุตรของท่านเข้าร่วมโครงการวิจัย ผู้วิจัยสามารถบอกรายละเอียดเกี่ยวกับการเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้ให้แก่แพทย์ผู้รักษาบุตรของท่านได้ เพื่อประโยชน์ของบุตรท่านเอง

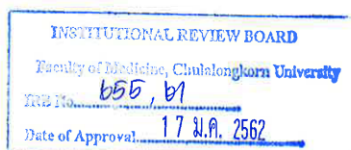
#### สิทธิ์ของผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย

ในฐานะที่บุตรของท่านเป็นผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัย บุตรของท่านจะมีสิทธิ์ดังต่อไปนี้

1. จะได้รับทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัยในครั้งนี้
2. จะได้รับการอธิบายเกี่ยวกับระเบียบวิธีการวิจัยท่านจะได้รับการอธิบายถึงความเสี่ยงที่จะได้รับจากงานวิจัยท่านจะได้รับการอธิบายถึงประโยชน์ที่ท่านอาจจะได้รับจากการวิจัย
3. จะได้รับทราบแนวทางในการรักษา ในกรณีที่พบโรคแทรกซ้อนภายหลังการเข้าร่วมในโครงการวิจัย
4. จะมีโอกาสได้ซักถามเกี่ยวกับงานวิจัยหรือขั้นตอนที่เกี่ยวข้องกับงานวิจัย
5. จะได้รับทราบว่ากรยินยอมเข้าร่วมในโครงการวิจัยนี้ ท่านสามารถขอถอนตัวจากโครงการเมื่อไรก็ได้ โดยผู้เข้าร่วมในโครงการวิจัยสามารถขอถอนตัวจากโครงการโดยไม่ได้รับผลกระทบใด ๆ ทั้งสิ้นต่อการรักษาทั้งในปัจจุบันและในอนาคต
6. จะได้รับสำเนาเอกสารใบยินยอมที่มีทั้งลายเซ็นและวันที่
7. มีสิทธิ์ในการตัดสินใจว่าจะเข้าร่วมในโครงการวิจัยหรือไม่ก็ได้โดยปราศจากการใช้สิทธิพลบังคับข่มขู่ หรือการหลอกลวง

หากบุตรของท่านไม่ได้รับการขูดเยื่ออันควรต่อการบาดเจ็บหรือเจ็บป่วยที่เกิดขึ้นโดยตรงจากการวิจัย หรือบุตรของท่านไม่ได้รับการปฏิบัติตามที่ปรากฏในเอกสารข้อมูลคำอธิบายสำหรับผู้เข้าร่วมในการวิจัย สามารถร้องเรียนได้ที่คณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย คณะแพทยศาสตร์ จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย ตึกอานันทมหิดล ชั้น 3 โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ ถนนพระราม 4 ปทุมวัน กรุงเทพมหานคร 10330 โทรศัพท์ 02-256-4493 ในเวลาราชการ

หลังจากที่ท่านรับทราบข้อมูลและอ่านเอกสารฉบับนี้แล้วบุตรของท่านยินดีเข้าร่วมโครงการนี้  
ขอขอบคุณในการร่วมมือของท่านมา ณ ที่นี้



## ประวัติผู้เขียน

ชื่อ-สกุล	ศุภลักษณ์ พลพิทักษ์
วัน เดือน ปี เกิด	11 มิถุนายน 2523
สถานที่เกิด	จังหวัดอุดรธานี
วุฒิการศึกษา	ศิลปศาสตรมหาบัณฑิต
ที่อยู่ปัจจุบัน	60/64 หมู่บ้านภัสสร 14 ต.บางใหญ่ อ.บางใหญ่ จ.นนทบุรี E-mai : Supalak_au@hotmail.com สถานที่ทำงาน ศูนย์ประสานความร่วมมือไทย ออสเตรเลีย เนเธอร์แลนด์ เพื่อการศึกษาวิจัยคลินิกด้านโรคเอดส์ (HIV-NAT) ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย



จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย  
CHULALONGKORN UNIVERSITY