

บทที่ 5

สรุปผลการศึกษา อภิปรายผล และข้อเสนอแนะ

สรุปผลการศึกษา

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง retrospective cohort study มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส และปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อโรคเอดส์จากแม่สู่ลูกของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์

กลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา คือ หญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอดส์ที่เข้าร่วมโครงการใช้ยาต้านไวรัสและไม่เข้าร่วมโครงการใช้ยาต้านไวรัสของโรงพยาบาลลำปาง และโรงพยาบาลชุมชน 11 แห่ง ในจังหวัดลำปาง ตั้งแต่เริ่มมีโครงการใช้ยาต้านไวรัสในปีงบประมาณ 2540 จนถึงปัจจุบัน เก็บข้อมูลโดยวิธีสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง ในเดือนพฤษภาคม - มิถุนายน พ.ศ. 2542 กำหนดคุณสมบัติคือ เป็นผู้ที่ยินยอม และให้ความร่วมมือในการตอบแบบสัมภาษณ์ สื่อสารได้ชัดเจน ติดตามสัมภาษณ์ได้จำนวนทั้งสิ้น 94 ราย จากจำนวนทั้งสิ้น 302 ราย (ร้อยละ 31.2) ที่เหลือไม่สามารถติดตามได้ 214 ราย (ร้อยละ 68.8) เนื่องจากกลุ่มเป้าหมายส่วนหนึ่งเสียชีวิต ย้ายภูมิลำเนาไปต่างจังหวัด ต่างอำเภอ (ไม่มีที่อยู่แน่นอน), ขาดการติดต่อ หลังคลอด ไม่เปิดเผยให้สัมภาษณ์ ไปตามที่บ้านแล้วไม่พบเนื่องจากไปประกอบอาชีพ ไปธุระต่างจังหวัด ในตัวจังหวัด รวมทั้งเป็นชาวเขาซึ่งไม่สามารถสื่อสารกันได้และส่วนหนึ่งไม่สนใจ ไม่ให้ความร่วมมือในการสัมภาษณ์ ไม่ทราบเพราะสาเหตุใด เนื่องจากไม่ได้รับการตอบกลับจากกลุ่มตัวอย่างดังกล่าว จึงสัมภาษณ์ไม่ได้ วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ แจกแจงความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ค่าส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน และคำนวณความแตกต่างด้วย *t*-test chi-square test และ exact probability test และวัดความสัมพันธ์เชิงระบาดวิทยา ระหว่างลักษณะต่างๆ กับความร่วมมือในการรับประทานยาด้วยค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ ผลการศึกษารูปได้ดังนี้

1. ลักษณะประชากร เศรษฐกิจ และสังคม ของหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอดส์ มีอายุเฉลี่ย 25.4 ปี ส่วนใหญ่อยู่กับสามี ร้อยละ 75.5 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีอาชีพแม่บ้าน ร้อยละ 59.6 และมีความรู้ระดับประถมศึกษาร้อยละ 71.3 กลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งตั้งครรภ์จำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 40.4 มากกว่าครึ่งหนึ่งเคยผ่านการคลอด 1 ครั้ง ร้อยละ 53.2 อายุครรภ์เมื่อทราบว่ายามีเชื้อเอดส์เฉลี่ย 4.2 เดือน ประมาณครึ่งหนึ่งเคยตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ ร้อยละ 51.1 ในผู้ที่เคยตรวจมากกว่าครึ่งเคยตรวจจำนวน 1 ครั้ง ร้อยละ 54.2 มากกว่า

ครึ่งหนึ่งได้วางแผนการตั้งครรภ์ครั้งหลังสุดล่วงหน้า ร้อยละ 68.1 ส่วนใหญ่ไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนการตั้งครรภ์ ร้อยละ 88.3 ระยะเวลาที่ทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีเฉลี่ย 3.9 ปี ส่วนใหญ่ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยส่วนตัว ร้อยละ 75.5 อายุครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกในการตั้งครรภ์ครั้งหลังสุดมีอายุครรภ์เฉลี่ย 3.7 เดือน และมากกว่าครึ่งหนึ่งเคยติดตามหาการติดเชื้อเอชไอวีเมื่อทราบว่าตั้งครรภ์ ร้อยละ 56.4 มากกว่าครึ่งหนึ่งมีรายได้ 3,000 บาทขึ้นไป ร้อยละ 57.3 รายได้เฉลี่ย 3,193.9 บาท/เดือน ส่วนใหญ่เสียค่าใช้จ่ายเป็นค่าพาหนะเดินทางต่ำกว่า 50 บาท ร้อยละ 96.8 ค่าใช้จ่ายเฉลี่ย 25.5 บาท/ครั้ง และส่วนใหญ่ไม่มีปัญหาเรื่องค่าใช้จ่ายในการมาฝากครรภ์ ร้อยละ 79.8 มากกว่าครึ่งหนึ่งระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลน้อยกว่า 10 กิโลเมตร ร้อยละ 56.4 ระยะทางเฉลี่ย 11.8 กิโลเมตร ส่วนใหญ่ใช้เวลาในการเดินทางมาโรงพยาบาลน้อยกว่า 30 นาที ร้อยละ 88.3 เวลาเฉลี่ย 20.7 นาที มากกว่าครึ่งหนึ่งมีบัตรประกันด้านสุขภาพ ร้อยละ 62.8 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดได้รับนมผงในการเลี้ยงดูบุตร ส่วนใหญ่ไม่เคยได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ร้อยละ 89.4

2. การรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐ หญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าครึ่ง มีความเชื่อถือในประสิทธิภาพการให้บริการก่อนมาฝากครรภ์ ร้อยละ 61.7 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดมีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งใช้เวลาในการมารับบริการ แต่ละครั้งต่ำกว่า 1 ชั่วโมง ร้อยละ 52.2 เวลาเฉลี่ย 90.8 นาที กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ไม่ทราบเกี่ยวกับการให้บริการใช้ยาต้านไวรัสในโรงพยาบาลมาก่อน ร้อยละ 76.6 และส่วนใหญ่สะดวกต่อการมารับยาด้วยตนเอง ร้อยละ 95.6

3. ลักษณะของหญิงที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการใช้ยาต้านไวรัส หญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดไม่ต้องการรักษาเป็นความลับและ ร้อยละ 71.4 คิดว่าการติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องเปิดเผยกับสามีและญาติพี่น้อง ส่วนใหญ่พอใจกับการได้รับคำปรึกษาก่อนตรวจเลือด ร้อยละ 85.7 กลุ่มตัวอย่างทั้งหมดเข้าใจการให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด ส่วนใหญ่พอใจการได้รับคำปรึกษาหลังจากทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 85.7 และพอใจการอธิบายรวมทั้งให้กำลังใจภายหลังทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 85.7

เหตุผลที่ไม่เข้าร่วมโครงการใช้ยาต้านไวรัส หญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีเกือบครึ่งหนึ่งคลอดก่อนกำหนด ร้อยละ 42.9 ไม่มาฝากครรภ์หลังจากทราบผลเลือด ร้อยละ 28.6 hematocrit ต่ำ ร้อยละ 14.3 ซึ่งเป็นจำนวนเท่ากับกลุ่มตัวอย่างที่ผลการตรวจเลือดพบว่า เป็น false negative

4. ลักษณะของหญิงที่เข้าร่วมโครงการใช้ยาต้านไวรัส หญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีมากกว่าครึ่งหนึ่ง ให้เหตุผลในการเข้าร่วมโครงการใช้ยาต้านไวรัสว่า เพื่อลูกไม่ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ ร้อยละ 60.9 กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งให้ข้อมูลเกี่ยวกับประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับในการเข้าร่วมโครงการใช้ยาต้านไวรัสว่า โอกาสที่ลูกติดเชื้อเอชไอวีจากแม่น้อยลง ร้อยละ 50.6 กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งไม่ต้องการให้มีบริการเพิ่มเติมเมื่อโครงการสิ้นสุดลง และ

ต้องการนมผงในการเลี้ยงบุตร ร้อยละ 18.4 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับประทานยาต้านไวรัส ทุกวัน ร้อยละ 97.7 และกลุ่มตัวอย่างเพียง ร้อยละ 3.4 ได้แบ่งยาให้สามีรับประทานด้วย กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งสามีทราบเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส ร้อยละ 67.8 ซึ่งเป็น จำนวนเท่ากับกลุ่มตัวอย่างที่สามีทราบเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสของบุตร

เหตุผลที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาต้านไวรัสครบในแต่ละวัน กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่ไม่มีปัญหา ร้อยละ 82.8 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ตัดสินใจรับประทานยาต้านไวรัสด้วย ตนเอง ร้อยละ 94.3 และได้รับประทานยาต้านไวรัสในระหว่างคลอดครบขนาด ร้อยละ 92.6 รวมทั้งได้รับครบ 7 วัน ร้อยละ 73.6

กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่ง มีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส ในช่วงการ ฝากครรภ์ก่อนคลอดครบถ้วนและถูกต้อง ร้อยละ 61.7 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีความร่วมมือ ในการใช้ยาต้านไวรัสครบถ้วนและถูกต้องในระยะคลอด ร้อยละ 92.6 กลุ่มตัวอย่างมากกว่า ครึ่งหนึ่งมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในระยะหลังคลอด กล่าวคือ ทารกได้รับยา ครบถ้วนและถูกต้อง ร้อยละ 69.1 เมื่อพิจารณาความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสทั้ง 3 ระยะ ดังกล่าวพบว่ากลุ่มตัวอย่างเกือบครึ่งหนึ่งมีความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสครบถ้วน และ ถูกต้อง ร้อยละ 48.9

สาเหตุที่ได้รับยาต้านไวรัสไม่ครบถ้วนในช่วงการฝากครรภ์ก่อนคลอด กลุ่ม ตัวอย่างลี้มรับประทานยา และเพิ่มเวลารับประทานเอง ร้อยละ 27.8 ลดขนาดยาลง ขาดยา และเพิ่มเวลารับประทาน ร้อยละ 22.2 สาเหตุที่ได้รับยาต้านไวรัสไม่ครบถ้วนในระยะปวดท้อง คลอดกลุ่มตัวอย่างมาฝากครรภ์เมื่อคลอด ร้อยละ 28.6 สาเหตุที่ได้รับยาต้านไวรัสไม่ครบถ้วน ในทารกหลังคลอด กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งได้ยาไม่ครบขนาดและเวลา ร้อยละ 62.1

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่นำบุตรมาตรวจเลือดตามนัด เพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 75.5 ผลการตรวจเลือดบุตรมากกว่าครึ่งหนึ่งไม่ติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 56.4 และกลุ่มตัวอย่าง ทั้งหมดเลี้ยงบุตรด้วยนมผง

5. ความรู้ ความเข้าใจ การรับประทานยาต้านไวรัส หญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อ เอชไอวีส่วนใหญ่ไม่มีอาการข้างเคียงใดๆ เลย ร้อยละ 79.3 และที่เหลือนมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ร้อยละ 17.2

กลุ่มตัวอย่างกว่าครึ่งหนึ่งมีอาการระยะแรกๆ ของการรับประทานยาร้อยละ 50.0 กลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งหนึ่งความรู้ ความเข้าใจ ที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ตรงกับประสบการณ์ ของตนเอง ร้อยละ 56.3 และความรู้ ความเข้าใจที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่แตกต่างจาก ประสบการณ์ของตนเองที่ได้รับ ร้อยละ 43.7 กลุ่มตัวอย่างน้อยกว่าครึ่งหนึ่งมีความคาดหวัง หลังจากรับประทานยาครบกำหนดว่า ลูกไม่ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ ร้อยละ 40.2 กลุ่มตัวอย่าง ส่วนใหญ่มีแรงจูงใจในการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อลูกไม่ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ ร้อยละ 79.3 สามีให้กำลังใจและเตือนให้รับประทาน ร้อยละ 11.5 กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่สะดวกในการ

รับประทานยาในทุกกระยะทั้งแม่และลูกร้อยละ 89.7 และไม่มีอาการข้างเคียงในการรับประทาน ยาด้านไวรัสในลูก รวมทั้งกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่จะให้ความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสในการ ตั้งครรภ์ครั้งต่อไป ร้อยละ 96.8 และกลุ่มตัวอย่างมากกว่าครึ่งให้เหตุผลในการใช้ยาด้าน ไวรัสในครั้งต่อไปว่า เพื่อลูกไม่ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ ร้อยละ 69.1

6. ลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้านไวรัส

ลักษณะประชากร ด้านสถานภาพสมรส หญิงที่อยู่กินกับสามี จะทำ ให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสมากกว่าหญิงที่แยกกันอยู่กับสามี หม้ายและ หย่า เป็น 1.80 เท่า (90% CI = 1.04 - 3.12, $p = 0.055$) การวางแผนการตั้งครรภ์ หญิงที่ ได้วางแผนการตั้งครรภ์ล่วงหน้าจะให้ความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสมากกว่า หญิงที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ล่วงหน้า เป็น 1.69 เท่า (90% CI = 1.06 - 2.68, $p = 0.048$) การแสดงออกของสามีต่อการรับทราบการติดเชื้อเอชไอวีของภรรยา หญิงที่สามีให้กำลังใจ จะทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัส มากกว่าหญิงที่สามีไม่ให้กำลังใจ หรือเฉยๆ เป็น 4.46 เท่า (90% CI = 1.52 - 13.09, $p = 0.028$) การรับทราบของสามีต่อการ รับประทานยาของภรรยา หญิงที่สามีรับทราบว่าภรรยารับประทานยา จะทำให้มีความร่วมมือ ในการรับประทานยาด้านไวรัสมากกว่าหญิงที่สามีไม่ทราบ เป็น 1.71 เท่า (90% CI = 1.14 - 2.55, $p = 0.038$) การรับทราบของสามีต่อการรับประทานยาของบุตร หญิงที่สามีรับทราบว่า บุตรรับประทานยา จะทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสมากกว่าหญิงที่สามี ไม่ทราบ เป็น 1.71 เท่า (90% CI = 1.14 - 2.55, $p = 0.038$)

ลักษณะที่เข้าร่วมโครงการใช้ยาด้านไวรัส ด้านอุปสรรคที่ทำให้ไม่สามารถ รับประทานยาครบในแต่ละวัน หญิงที่มีอุปสรรคในการรับประทานยาด้านไวรัสจะให้ความ ร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสน้อยกว่าหญิงที่ไม่มีอุปสรรคต่างๆ เช่นมีอาการข้างเคียง จากยา ไม่มีพาหนะ ยาหมดก่อนนัด สัมรับประทานยา เป็น 0.11 เท่า (90% CI = 0.02 - 0.57, $p < 0.001$) การตัดสินใจรับประทานยา หญิงที่ตัดสินใจรับประทานยาด้วยตนเอง จะทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาด้านไวรัสมากกว่าหญิงที่เจ้าหน้าที่ และตนเอง ตัดสินใจร่วมกัน เป็น 3.33 เท่า (90% CI = 1.13 - 9.83, $p = 0.096$)

ลักษณะความรู้ ความเข้าใจ การรับประทานยาด้านไวรัส ด้านประสบการณ์ อาการข้างเคียงของยา หญิงที่มีอาการข้างเคียงใดๆ จะทำให้มีความร่วมมือในการรับประทาน ยาด้านไวรัสน้อยกว่า หญิงที่ไม่มีอาการข้างเคียงต่างๆ เช่น ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เป็น 0.47 เท่า (90% CI = 0.25 - 0.87, $p = 0.019$) ความไม่สะดวกในการรับประทานยาใน ทุกกระยะ หญิงที่ไม่สะดวกในการรับประทานยาทั้งแม่และลูก จะทำให้มีความร่วมมือในการ รับประทานยาด้านไวรัสน้อยกว่าหญิงที่ไม่มีอาการข้างเคียงจากยา เช่น ลูกอาเจียน ไม่มี พาหนะ เป็น 0.19 เท่า (90% CI = 0.06 - 0.66, $p = 0.011$) อาการข้างเคียงจากการ รับประทานยาด้านไวรัสในลูก หญิงที่ลูกมีอาการข้างเคียงใดๆ จะทำให้มีความร่วมมือในการ

รับประทานยาต้านไวรัส น้อยกว่าหญิงที่ลูกไม่มีอาการข้างเคียง เป็น 0.23 เท่า (90% CI = 0.06 - 0.83, $p = 0.030$)

ลักษณะเศรษฐกิจ สังคม ด้านการรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐ และลักษณะที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการใช้ยาต้านไวรัส ไม่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

อภิปรายผลการศึกษา

ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสของกลุ่มตัวอย่างหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีของจังหวัดลำปาง มีความร่วมมือดีทั้ง 3 ระยะ คือ ระยะก่อนคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ประมาณเกือบครึ่งหนึ่ง คือ ร้อยละ 48.9 ซึ่งแตกต่างจาก มอस्ताฮารี (Mostashari et al., 1998) ได้ศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา ว่ามีสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีในคุกถึง ร้อยละ 62 ที่ให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยดี ทั้งนี้เป็นเพราะว่า มีความพึงพอใจสูงมากที่ได้รับการดูแลในคุกเป็นอย่างดี และจากการศึกษาของพัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) ที่ได้ศึกษาความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มารับการรักษาที่ศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ พบว่ากลุ่มตัวอย่างมีคะแนนความร่วมมือดี ร้อยละ 54.4 ส่วนกลุ่มที่มีคะแนนความร่วมมือไม่ดี มี ร้อยละ 45.6 แต่สำหรับการศึกษานี้เป็นเรื่องเฉพาะหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งตั้งเกณฑ์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสว่า ต้องได้รับยาในระยะเวลา ก่อนคลอด ระยะคลอด และในทารกหลังคลอด จะต้องครบถ้วน ถูกต้อง ถูกทั้งขนาด และเวลา ทั้ง 3 ระยะดังกล่าว จึงอาจเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้การศึกษานี้มีเกณฑ์ของความร่วมมือที่ดีนั้นต่ำกว่า และจากการทดสอบทางสถิติ โดยวิเคราะห์ลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ด้วยค่าความเสี่ยงสัมพัทธ์ (risk ratio) และความแตกต่างของตัวแปรกับจำนวนหญิงที่ให้ความร่วมมือดีและไม่ดี โดยการทดสอบไค-สแควร์ (chi-square test) การทดสอบค่าที (t-test) และ exact probability test จากการศึกษานี้พบลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ดังนี้

ลักษณะที่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

สถานภาพสมรส หญิงที่อยู่กินกับสามีจะทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาเป็น 1.80 เท่า (90% CI = 1.04 - 3.12, $p = 0.055$) ของการแยกกันอยู่ หม้าย และหย่า ทั้งนี้เนื่องจากส่วนหนึ่งเป็นสามีคนใหม่ สามีต้องการบุตร ทั้งสามีและภรรยาจึงไม่ต้องการให้บุตรติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา และจากการศึกษานี้พบว่า หญิงที่อยู่กินกับสามี คิดเป็น ร้อยละ 75.5 สอดคล้องกับผลการศึกษาของ Becker & Maiman (1975) ที่พบว่าคู่สมรสเป็นตัวแทนหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย และ Janz & Becker (1984 อ้างในภาวดี การเร็ว, 2541) ที่พบว่าสามีหรือภรรยา มีผลต่อการทำให้บุคคลมีการรับรู้ในด้านดี และทำให้

บุคคลหนึ่งๆ ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้การรักษา และมีรายงานการศึกษาของจินตนา เหลืองสุวาลัย (2534) ที่พบว่าสถานภาพสมรรถนะความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมการ ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในชุมชนแออัดกรุงเทพมหานคร

ระดับการศึกษา หญิงที่ให้ความร่วมมือดีและหญิงที่ให้ความร่วมมือไม่ดี มีระดับการ ศึกษาไม่แตกต่างกัน ($p = 0.160$) แสดงว่าความแตกต่างในการศึกษาไม่มีผลต่อความร่วมมือ ในการรักษา แม้ว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันทำให้คนมีความรู้ในเรื่องทั่ว ๆ ไปต่างกัน แต่ใน การให้ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสในการศึกษานี้ ผู้ติดเชื้อจะต้องมีความรู้ในเรื่องการ ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Taneepanichsakul, et al., 1996) และความรู้เกี่ยวกับการใช้ ยา AZT เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกนั้น เป็นสิ่งที่ศึกษาได้มากกว่าการที่จะ บอกว่าไม่รู้ (Vitiello & Smeltzer, 1999) และเช่นเดียวกับการศึกษาของนงพิศาล ศาพิมล (2530) ที่พบว่าการศึกษาต่อเนืองจะทำให้ผู้ป่วยมีความร่วมมือในการรักษาดี ระดับการศึกษาเพียงอย่างเดียวไม่มีผลต่อความร่วมมือ ซึ่งแตกต่างจากการศึกษาของ กาญจนา บุญทับ (2534) ที่รายงานว่า หญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถ ในการดูแลตนเองสูงขึ้น

จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ หญิงที่ให้ความร่วมมือดี และหญิงที่ให้ความร่วมมือไม่ดีมี จำนวนครั้งที่ตั้งครรภ์ แตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.052$) โดยพบว่ากลุ่มที่ให้ ความร่วมมือดีมีสัดส่วนการตั้งครรภ์ครั้งแรกมากกว่ากลุ่มที่ให้ความร่วมมือไม่ดี คิดเป็นร้อยละ 47.3 และ ร้อยละ 33.3 ตามลำดับ สอดคล้องกับผลการศึกษาของ ธณีพานิชกุล (Tanee panichsakul et al., 1996) ซึ่งได้ศึกษาการยอมรับการรักษาด้วยยา zidovudine (AZT) ใน หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาลรามาริพดี ประเทศไทย ที่พบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้อง กับการยอมรับการรักษาด้วยยา AZT ขึ้นอยู่กับลำดับที่ของการตั้งครรภ์และสอดคล้องกับสุรี โอภาสศิริวิทย์ (2531) ที่พบว่าหญิงครรภ์แรกมีความสนใจเอาใจใส่หาความรู้จากแหล่งต่างๆ มาก

การวางแผนการตั้งครรภ์ครั้งสุดท้าย การวางแผนการตั้งครรภ์ล่วงหน้าจะทำให้ มีความร่วมมือเป็น 1.69 เท่า (90% CI = 1.06 - 2.68, $p = 0.048$) ของการไม่ได้วางแผนการ ตั้งครรภ์ล่วงหน้า ส่วนหนึ่งตั้งใจมีบุตรเพราะเป็นสามีคนใหม่ การศึกษานี้พบว่า การได้วางแผน ล่วงหน้าในกลุ่มหญิงที่ให้ความร่วมมือดีและหญิงที่ให้ความร่วมมือไม่ดี โดยมีสัดส่วนใน แต่ละกลุ่มเท่ากับ ร้อยละ 78.3 และ ร้อยละ 58.3 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ปรากฏในการศึกษาใด จากการศึกษานี้กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่า มีความตั้งใจอยากได้บุตร โดยไม่ทราบว่ ตัวเองติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน เพิ่งทราบเมื่อมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล มีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่ง ไม่ได้ตั้งใจมีบุตร กำลังคุมกำเนิดอยู่ แต่ลืมรับประทานยาโดยบังเอิญในขณะที่ทราบว่าตนเอง ติดเชื้อเอชไอวีมาก่อนการตั้งครรภ์แล้ว และบางคนหรือบางส่วนไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี มาก่อนนี้ เพราะไม่เคยตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยเหตุผลไม่มีพฤติกรรมเสี่ยง มีกลุ่ม

ตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่ได้ตั้งใจมีบุตร และไม่ทราบว่าตัวเองติดเชื้อเอ็ดส์มาก่อน แต่ไม่มีเงินที่จะไปทำแท้งและไปทำแท้งไม่ทันเพราะอายุครรภ์มากแล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งตั้งใจมีบุตร เพราะเป็นสามีคนใหม่ ทั้งที่ทราบและไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอ็ดส์มาก่อน เพิ่งทราบเมื่อมาฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล และกลุ่มตัวอย่างอีกส่วนหนึ่งไม่ตั้งใจมีบุตร แต่สามีอยากได้เพราะเป็นสามีคนใหม่ ทั้งที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอ็ดส์มาก่อน เหตุผลที่ผู้ติดเชื้อไม่ต้องการบุตร เนื่องจากจะมีผลกระทบต่อชีวิตตนเอง ต่อครอบครัว และการที่จะได้รับความรังเกียจจากชุมชน ในขณะที่สามีต้องการบุตร สุดท้ายจะต้องคล้อยตามสามี ซึ่งมีอำนาจในครอบครัวมากกว่าด้วยเหตุผลที่สามีเป็นผู้หารายได้หลักในบ้าน สามารถช่วยเหลือกำลังเงิน กำลังใจ แตกต่างจากการศึกษาของเซียร์ (Sears et al., 1996) ที่ศึกษาผลการให้ความรู้แก่ ผู้ติดเชื้อเอ็ดส์เกี่ยวกับการรักษาด้วย zidovudine เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ HIV ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์และความเห็นเกี่ยวกับการให้บริการวางแผนครอบครัวในนิวยอร์ก พบว่าประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ที่เคยได้รับความรู้ โดยผ่านการให้คำปรึกษามาแล้วก็ยังละเลยไม่สนใจ ที่จะให้ความสำคัญต่อการถ่ายทอดเชื้อเอ็ดส์จากแม่สู่ลูก

ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล พบว่าหญิงหลังคลอดที่ติดเชื้อเอ็ดส์ทั้งหมด มีความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล ทั้งนี้อาจเป็นเพราะในการศึกษานี้เป็นการเก็บข้อมูลโดยการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างอาจมีความรู้สึกเกรงใจหรือไม่กล้าที่จะตอบว่า ไม่พึงพอใจ เป็นผลให้มีคำตอบว่าพึงพอใจทั้งหมด ใกล้เคียงกับการศึกษาของพัฒนา โพธิ์แก้ว (2537) ที่พบว่า ความพึงพอใจในบริการของศูนย์วัณโรคเขต 10 เชียงใหม่ ผู้ป่วยวัณโรคที่ติดเชื้อเอ็ดส์มีความพึงพอใจมากถึง ร้อยละ 86 แต่มีการศึกษาของ บัณฑิต ชุนทสวัสดิกุล และ สุริยา สุนทราศรี (2524) ที่รายงานว่า ความบกพร่องของการมารับการรักษา เกิดจากทั้งฝ่ายให้การรักษาและจากผู้ป่วยเอง ส่วน ฟรานซิส (Francis et al., 1969 อ้างในพัฒนา โพธิ์แก้ว, 2537) ได้กล่าวถึงมารดาที่ให้ความร่วมมือในการดูแลบุตรของตนเป็นอย่างดี ตามคำแนะนำที่ได้รับ เพราะมีความพึงพอใจในความเป็นกันเองของแพทย์ผู้ให้การรักษา และเข้าใจถึงสิ่งที่เขาไม่สบายใจ

การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้อง พบว่ากลุ่มที่ครอบครัวและชุมชนทราบผลการติดเชื้อเอ็ดส์ ได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องบางส่วน ทั้งนี้จากการสัมภาษณ์พบว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดเผยการติดเชื้อเอ็ดส์ แต่ระดับของการเปิดเผยแตกต่างกัน โดยส่วนใหญ่เปิดเผยเฉพาะในครอบครัว และบางส่วนเปิดเผยทั้งในครอบครัวและชุมชน กลุ่มตัวอย่างที่ไม่เปิดเผยตนเองว่าติดเชื้อเอ็ดส์ เพราะต้องการรักษาเป็นความลับ เนื่องจากยังมีปัญหาในระดับการยอมรับ ทั้งจากสามี ครอบครัว และเพื่อนบ้าน และจากการสำรวจพื้นที่ และทำการประเมินบริบทต่างๆ ในชุมชนจังหวัดขอนแก่น ของดร.ณิ รุจกรกานต์ (2541) พบว่า ในชุมชนนั้นประชาชนมีทั้งกลุ่มผู้สนใจและอยากให้กำลังใจ และอีกกลุ่มหนึ่งยังมีความรู้สึกไม่แน่ใจต่อการรับการช่วยเหลือ เพราะ

ผู้ติดเชื้อไม่ต้องการเปิดเผยตนเองให้ใครทราบ และกลัวจะถูกชาวบ้านรังเกียจ และส่วนใหญ่คิดว่าถ้ามีความรู้ก็อาจจะช่วยเหลือผู้ติดเชื้อได้ จากการศึกษาในความเป็นจริงแล้ว กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ที่ไม่กล้าเปิดเผยตนเองเพราะว่า ส่วนหนึ่งกลัวสามีจะรู้กลัวถูกทอดทิ้งจากสามี กลัวว่าครอบครัวจะรังเกียจ รวมทั้งกลัวชาวบ้านรังเกียจ แต่ในขณะที่เดียวกันก็ต้องการเรียนรู้ การดูแลตนเอง ต้องการความช่วยเหลือ เนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่อยู่ในสภาวะการณ์ที่ลำบาก ฐานะยากจน ที่สำคัญที่สุดคือ ต้องการกำลังใจจากสามี และจากครอบครัว รวมทั้งชุมชน จะเห็นได้ว่าทั้งกลุ่มตัวอย่างและชุมชนต่างก็มีท่าทีไม่มั่นใจต่อความรู้สึกของกันและกัน ไม่มีฝ่ายใดกล้าที่จะเข้าหากันก่อน สอดคล้องกับการศึกษาของมอสตาศารี (Mostashari et al., 1998) ที่พบว่าการได้รับกำลังใจและการดูแลเป็นอย่างดี การยอมรับจากสังคม จะทำให้เกิดความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสดีขึ้น แตกต่างจากการศึกษาของพัฒนาโพธิ์แก้ว (2537) ที่พบว่า ผู้ป่วยที่ได้และไม่ได้รับการได้รับความช่วยเหลือให้ความร่วมมือในการรักษาไม่แตกต่างกัน และการได้รับความช่วยเหลือจากศูนย์วัดโรคไม่มีความสัมพันธ์กับความร่วมมือในการรักษาวัณโรค

การตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ของสามีคนปัจจุบัน หญิงที่ให้ความร่วมมือดี และหญิงที่ให้ความร่วมมือไม่ดีมีการตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ของสามีคนปัจจุบันแตกต่างกัน อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p = 0.03$) โดยพบว่ากลุ่มที่ให้ความร่วมมือดีมีสัดส่วนการเคยตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ของสามีมากกว่ากลุ่มที่ให้ความร่วมมือไม่ดี โดยมีสัดส่วนในแต่ละกลุ่มเท่ากับ ร้อยละ 50.0 และ ร้อยละ 37.5 ตามลำดับ ไม่ปรากฏในการศึกษาใด แต่จากการศึกษานี้พบว่าการที่สามีเคยตรวจหาการติดเชื้อเอดส์ เพราะอยากทราบว่าคุณเองติดเชื้อเอดส์หรือไม่ และส่วนหนึ่งตรวจเนื่องจากต้องไปทำงานต่างประเทศ ตรวจเมื่อไปส่งภรรยาไปฝากครรภ์ที่โรงพยาบาล จึงได้รับการให้คำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่ ทำให้มีความรู้ ความเข้าใจที่ถูกต้อง จึงมีส่วนช่วยส่งเสริมให้ภรรยาได้ตระหนัก และให้ความร่วมมือในการใช้ยามากขึ้น ส่วนในกรณีที่ไม่เคยได้รับการตรวจ ด้วยเหตุผลคิดว่า เมื่อภรรยาเป็น สามีก็ต้องเป็นส่วนหนึ่งไม่กล้าตรวจเนื่องจากถ้าตรวจพบเชื้อเอดส์แล้วจะยอมรับไม่ได้ ส่วนหนึ่งมั่นใจไม่ติดเชื้อเอดส์แน่นอน เพราะไม่เคยไปเที่ยวผู้หญิง หรือใช้ยาเสพติดชนิดฉีด และพบสามีส่วนหนึ่งที่เคยตรวจพบว่าติดเชื้อเอดส์ แต่ไม่ยอมรับว่าติดเชื้อเอดส์

การแสดงออกของสามีต่อการรับทราบการติดเชื้อเอดส์ของภรรยา (ในกรณีสามีมีชีวิตอยู่) หญิงที่สามีให้กำลังใจจะทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยา เป็น 4.46 เท่า ($90\% \cdot CI = 1.52 - 13.09, p = 0.028$) ของสามีที่ไม่ให้กำลังใจ และที่รู้สึกเฉยๆ ยังไม่ปรากฏในการศึกษาใด ทั้งนี้เนื่องจากการที่สามีให้กำลังใจ สามีจะให้ความช่วยเหลือ ดูแล และเตือนให้รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ และจากการศึกษานี้พบว่า หญิงที่ให้ความร่วมมือดี มีสัดส่วนของสามีให้กำลังใจมากกว่าหญิงที่ให้ความร่วมมือไม่ดี โดยมีสัดส่วนในแต่ละกลุ่มเท่ากับ ร้อยละ 97.1 และร้อยละ 79.4 ตามลำดับ

การรับทราบของสามีเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสของภรรยา หญิงที่สามีทราบการรับประทานยาจะทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยา เป็น 1.71 เท่า (90% CI = 1.14 - 2.55, $p = 0.038$) ของหญิงที่สามีไม่ทราบการรับประทานยา โดยพบว่า กลุ่มที่ให้ความร่วมมือดี มีสัดส่วนของการรับทราบของสามีเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสของภรรยา มากกว่ากลุ่มที่ให้ความร่วมมือไม่ดี โดยมีสัดส่วนในแต่ละกลุ่ม ร้อยละ 78.3 และ ร้อยละ 56.1 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่ปรากฏในการศึกษาใด และจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สามีรับทราบเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส สามีจะให้อำนาจและสนับสนุนในการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก รวมทั้งช่วยเหลือและดูแลสุขภาพในระหว่างรับประทานยา จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพยายามในการรับประทานยา ดังนั้นการที่สามีมีความเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัส จึงส่งผลให้ภรรยามีความร่วมมือในการรับประทานยาดีขึ้น

การรับทราบของสามีเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสของบุตร หญิงที่สามีทราบการรับประทานยาของบุตรจะทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาเป็น 1.71 เท่า (90% CI = 1.14 - 2.55, $p = 0.038$) ของการที่สามีไม่ทราบการรับประทานยาของบุตร โดยพบว่า กลุ่มที่ให้ความร่วมมือดีมีสัดส่วนของการรับทราบของสามีเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสของบุตรมากกว่ากลุ่มที่ให้ความร่วมมือไม่ดี โดยมีสัดส่วนในแต่ละกลุ่ม ร้อยละ 78.3 และ ร้อยละ 56.1 ตามลำดับ ซึ่งยังไม่พบในการศึกษาใดและจากการศึกษานี้พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่สามีรับทราบเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสของบุตร สามีจะสนับสนุนในการรับประทานยาต้านไวรัส เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก รวมทั้งช่วยเหลือเป็นอย่างดี เช่น ช่วยป้อนยาให้ลูกอย่างครบถ้วน ดังนั้นจึงส่งผลให้ทารกได้รับยาครบถ้วนตามกำหนด

เหตุผลที่ทำให้ไม่สามารถรับประทานยาต้านไวรัสครบในแต่ละวัน หญิงที่มีอุปสรรคต่างๆ เช่น มีอาการข้างเคียงจากยา ยาหมดก่อนถึงวันนัด ลืมรับประทานยา ไม่มีพาหนะมาโรงพยาบาล จะทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาน้อยกว่าเป็น 0.11 เท่า (90% CI = 0.02 - 0.57, $p < 0.001$) ของการไม่มีอุปสรรคต่างๆ โดยพบว่า กลุ่มที่ให้ความร่วมมือดีมีสัดส่วนของการไม่มีปัญหามากกว่ากลุ่มที่ให้ความร่วมมือไม่ดี โดยมีสัดส่วนในแต่ละกลุ่มเท่ากับ ร้อยละ 100.0 และ ร้อยละ 63.4 ตามลำดับ จากข้อมูลการศึกษานี้ พบว่ากลุ่มตัวอย่างที่ให้ความร่วมมือไม่ได้นั้น ให้เหตุผลว่าลืมรับประทานยา ร้อยละ 9.8 มีอาการข้างเคียงจากยา ร้อยละ 9.8 บ้านไกลไม่มีพาหนะ ร้อยละ 4.9 ยาหมดก่อนนัด ร้อยละ 4.9 รับประทานยาไม่ถูกต้องตามเวลาและได้รับไม่ครบ ร้อยละ 4.8 มีความเข้าใจผิดไม่เข้าใจคำแนะนำในการรับประทานยา คือรับประทานแตกต่างจากเวลาที่กำหนดให้ ร้อยละ 2.4 ซึ่งใกล้เคียงกับการศึกษาของ วีรา (Vera Paiva et al., 1998) ที่ได้ทำการศึกษาร่วมมือในการใช้ยาแบบผสมผสานในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศบราซิล พบว่า ลืมรับประทานยา

ร้อยละ 35 สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ไม่อำนวย ร้อยละ 15 จากฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร้อยละ 9 รวมทั้งไม่เข้าใจวิธีการใช้ยาและคำแนะนำอีกส่วนหนึ่ง โดยเฉพาะการใช้ยา AZT เพียงอย่างเดียว และการศึกษาของ ทอร์ ลอเรนเจน (Thore Lorenzen, 1998) ซึ่งได้ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาด้านไวรัสในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศเยอรมัน พบว่า ลืมรับประทานยา ร้อยละ 59 มีอาการข้างเคียงจากยา โดยมีอาการเจ็บป่วยอย่างเฉียบพลัน ร้อยละ 19 และยังไม่สามารถวิเคราะห์หาข้อแตกต่างของการยอมรับในแต่ละกลุ่มถึง การรับประทานยา จำนวนการใช้ยาในแต่ละวัน และในแต่ละช่วงของการรักษาได้ การที่การศึกษานี้มีการลืมรับประทานยาน้อยกว่าการศึกษาอื่นๆ เนื่องจากเป็นเพราะรับประทานยาในช่วงระยะเวลาสั้น และจุดประสงค์ คือเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นประเด็นสำคัญ และอีกประการหนึ่งคือจำนวนกลุ่มตัวอย่างไม่เท่ากันในแต่ละการศึกษา

การตัดสินใจรับประทานยาด้านไวรัส หญิงที่ตัดสินใจรับประทานยาด้วยตนเอง จะทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาเป็น 3.33 เท่า (90% CI = 1.13 - 9.83, $p = 0.096$) ของการที่เจ้าหน้าที่และตนเองตัดสินใจร่วมกัน โดยพบว่ากลุ่มที่ให้ความร่วมมือดี มีสัดส่วนการตัดสินใจรับประทานยาด้านไวรัสด้วยตนเองมากกว่ากลุ่มที่ให้ความร่วมมือไม่ดี โดยมีสัดส่วนในแต่ละกลุ่มเท่ากับ ร้อยละ 100.0 และ ร้อยละ 87.8 ตามลำดับ จากการศึกษา นี้พบว่า สาเหตุที่ทำให้ตัดสินใจด้วยตนเองนั้น เนื่องจากมีความเข้าใจในการให้คำปรึกษาการใช้ยาด้านไวรัส เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและคิดว่ายาสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้อย่างแน่นอน เนื่องจากเห็นประโยชน์ในการรับประทานยาด้วยตนเอง จึงส่งผลให้มีความร่วมมือดีขึ้น ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของ เฮลตัน (Healton et al., 1996) ที่ได้ทำการศึกษาก่อนเกี่ยวกับฤทธิ์ของยา ZDV ที่มีต่อการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก ในกลุ่มหญิงติดเชื้อ HIV และหญิงที่มีความเสี่ยงในสหรัฐอเมริกา ผลปรากฏว่ามีผู้ที่ตั้งใจรักษาด้วย ZDV เพื่อที่จะลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกเพิ่มขึ้น แม้จะมีข้อมูลที่เปิดเผยถึงผู้ที่ไม่รู้เกี่ยวกับเรื่องนี้อยู่ด้วย อย่างมีนัยสำคัญ ($p < .001$) ทักษะติดต่อ ZDV ($p < .05$) ความศรัทธาในแผนการรักษา ($p < .03$) และความคิดเห็นเกี่ยวกับการศึกษาจึงเป็นไปโดยสมัครใจ ($p < 0.02$) และการศึกษาของ Vitiello & Smeltzer (1999) ที่พบว่าการตัดสินใจใช้ยา AZT ในขณะที่ตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญ ($p = .001$) ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา AZT เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเป็นสิ่งที่สามารถศึกษาได้มากกว่าการที่จะบอกว่าไม่รู้

ประสบการณ์อาการข้างเคียงของยาด้านไวรัสที่ได้รับ หญิงที่มีอาการข้างเคียงจากยาด้านไวรัส เช่นมีอาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ปวดท้อง ง่วงกลางวัน และมีผื่นคันตามตัว จะทำให้มีความร่วมมือน้อยกว่าหญิงที่ไม่มีอาการข้างเคียงใดๆ เป็น 0.47 เท่า (90% CI = 0.25 - 0.87, $p = 0.019$) (ตารางที่ 25) ซึ่งต่างกับการศึกษาของวิทยา เกษราร์ตันและคณะ (2542) พบว่าอาการข้างเคียงจากยาด้านไวรัส ได้แก่ ฮีโมโกลบิน (hemoglobin) ลดลง ร้อยละ 10.6 และใกล้เคียงกับการศึกษาของปรีชา ดันธนาธิปและคณะ

(2541) ที่พบว่า มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยาต้านไวรัส ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 1.7 อ่อนเพลีย ร้อยละ 6.7 ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากการเก็บข้อมูล ผู้ศึกษาได้ซักถามรายละเอียดต่างๆ ของประสบการณ์ที่ได้รับจากอาการข้างเคียงของยาต้านไวรัสที่ได้รับจริงจากตนเองกับความรู้อื่นๆ ความเข้าใจเกี่ยวกับยาต้านไวรัสที่ได้รับจากเจ้าหน้าที่ ก่อนเริ่มรับประทานยาว่าแตกต่างกันหรือไม่ และจากการศึกษานี้พบว่า มีผู้ที่มีอาการข้างเคียงจากยา 18 ราย คิดเป็นร้อยละ 20.7

ความไม่สะดวกในการรับประทานยาในทุกระยะ หญิงที่ไม่สะดวกในการรับประทานยาทั้งแม่และลูก เช่น แม่มีอาการข้างเคียงจากยา ไม่ได้บอกสามีจึงทำให้ไม่สะดวก ไม่มีพาหนะมาโรงพยาบาล และลูกอาเจียน เป็นต้น จะทำให้มีความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัส น้อยกว่าหญิงที่สะดวกในการรับประทานยาทั้งแม่และลูก เป็น 0.19 เท่า (90% CI = 0.06 - 0.66, $p = 0.011$) ยังไม่ปรากฏในการศึกษาใด ในการศึกษา ผู้ศึกษาได้ซักถามรายละเอียด ส่วนใหญ่จะมีปัญหาในด้านแม่มีอาการข้างเคียงจากยามากกว่า แต่ก็มี ความพยายามที่จะรับประทานยา โดยคาดหวังเพื่อประโยชน์ต่อลูกไม่ให้ติดเชื้อเอชไอวีจากแม่รวมทั้งสุขภาพของแม่แข็งแรงด้วย

อาการข้างเคียงจากการรับประทานยาต้านไวรัสในลูก หญิงที่ลูกมีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส จะให้ความร่วมมือน้อยกว่าหญิงที่ลูกไม่มีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัส เป็น 0.23 เท่า (90% CI = 0.06 - 0.83, $p = 0.030$) ยังไม่ปรากฏในการศึกษาใดๆ ทั้งนี้ผู้ศึกษาได้สัมภาษณ์ในหญิงที่ลูกมีอาการข้างเคียงจากยาต้านไวรัสในลูก พบว่าอาการข้างเคียงได้แก่ ลูกอาเจียนหลังรับประทานยา ซึ่งพบเพียง 3 ราย คิดเป็น ร้อยละ 3.3 และได้แก้ไขปัญหามาโดยป้อนยาครั้งละน้อยๆ และบ่อยขึ้นกว่าเวลาที่กำหนดไว้

จากการศึกษานี้พบว่า ลักษณะด้านเศรษฐกิจ สังคม การรับบริการจากสถานพยาบาลของรัฐ ลักษณะของหญิงที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการใช้ยาต้านไวรัสไม่มีผลต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อโรคเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ทั้งนี้เนื่องจากว่ากลุ่มตัวอย่างมีจุดมุ่งหมายในการรับประทานยาเพื่อลูก เป็นประเด็นสำคัญ และบางส่วนยังไม่เปิดเผยตนเอง แม้กระทั่งสามีก็ยังไม่ทราบ เกรงว่าถ้าสามีทราบแล้ว อาจจะหย่าขาดจากกันได้ และส่วนหนึ่งเป็นสามีคนใหม่ รวมทั้งได้คำนึงถึง ผลกระทบที่จะเกิดกับลูก ครอบครัว และการยอมรับจากชุมชน กลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งพยายามปรับสภาพจิตใจ และอารมณ์ของตนให้ยอมรับกับสภาพการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นอยู่ โดยเฉพาะเมื่อมีสถานการณ์ที่กระทบความรู้สึก เช่น การวิพากษ์วิจารณ์เรื่องโรคเอชไอวีในชุมชน หรือข่าวการเสียชีวิตด้วยโรคเอชไอวี เป็นต้น ขณะเดียวกันก็จะเริ่มแสวงหาแรงสนับสนุนทางสังคม โดยการบอกผลการติดเชื้อแก่บุคคลที่ตนเองประเมินว่าจะสามารถดูแล และช่วยเหลือตนเองได้ในอนาคต

โดยสรุปการศึกษานี้พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอชไอวี ให้ความร่วมมือในการรับประทานยาต้านไวรัสในระยะฝากครรภ์ ระยะคลอด และการให้ทารกหลังคลอดรับประทาน

ยา ร้อยละ 61.7 ร้อยละ 92.6 และ ร้อยละ 69.1 ตามลำดับ ความร่วมมือทั้ง 3 ระยะ เท่ากับ ร้อยละ 48.9 หญิงที่ให้ความร่วมมือดีมีสัดส่วนการวางแผนการตั้งครรภ์ล่วงหน้ามากกว่า (RR = 1.69, $p = 0.048$) มีสัดส่วนการได้รับกำลังใจจากสามีมากกว่า (RR = 4.46, $p = 0.028$) มีสัดส่วนการที่สามีทราบเรื่องการรับประทานยาของภรรยาและบุตรมากกว่า (RR = 1.71, $p = 0.038$) มีอุปสรรคในการรับประทานยาน้อยกว่า (RR = 0.11, $p < 0.001$) มีความไม่สะดวกในการรับประทานยาในทุกระยะน้อยกว่า (RR = 0.19, $p = 0.011$) มีสัดส่วนของการเกิดอาการข้างเคียงกับตนเองน้อยกว่า (RR = 0.47, $p = 0.019$) และมีสัดส่วนของการเกิดอาการข้างเคียงกับบุตรน้อยกว่า (RR = 0.23, $p = 0.030$) นอกจากนี้ยังมีแนวโน้มว่าหญิงที่ให้ความร่วมมือดี มีสัดส่วนของการตั้งครรภ์ครั้งแรกมากกว่า (RR = 1.35, $p = 0.052$) มีสัดส่วนการอยู่กินกับสามีมากกว่า (RR = 1.80, $p = 0.055$) และมีสัดส่วนของการตัดสินใจรับประทานยาด้วยตนเองมากกว่า (RR = 3.33, $p = 0.096$) ส่วนลักษณะอื่นๆ เช่น ความพึงพอใจในบริการของโรงพยาบาล ระดับการศึกษา การได้รับความช่วยเหลือจากหน่วยงานอื่นๆ ที่เกี่ยวข้อง ไม่มีผลต่อความร่วมมือ

ข้อเสนอแนะในการนำผลการศึกษาไปใช้

1. ควรให้ความรู้ ความเข้าใจ ให้ข้อมูลข่าวสารที่ถูกต้องในเรื่องการถ่ายทอดเชื้อโรคเอดส์จากแม่สู่ลูกในสูตรระยะสั้น และประสิทธิภาพความปลอดภัยของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส
2. ในกรณีที่ไม่สามารถมารับยาที่โรงพยาบาลได้ ควรจะพิจารณาจัดระบบให้สถานีอนามัยเป็นผู้จ่ายยาให้
3. ในกรณีที่มาฝากครรภ์เมื่อคลอด ควรเพิ่มทักษะการให้คำปรึกษาแก่เจ้าหน้าที่นอกเวลาราชการ
4. จัดระบบการจ่ายยาในโรงพยาบาลชุมชนให้เพียงพอไปจนถึงวันหยุด
5. ในกรณีที่ติดธุระต่างจังหวัดไม่นำยาไปรับประทานด้วยและไปคลอดต่างจังหวัด ลืมเอายาไปด้วย ในจุดนี้ควรเน้น การให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับความสำคัญ และประโยชน์ของการรักษาด้วยยาต้านไวรัส การให้คำปรึกษาที่มีประสิทธิภาพ เรื่องการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อให้เกิดความตระหนัก
6. ผู้รับผิดชอบในการจ่ายยา ควรให้ความสนใจ ดูแลอย่างต่อเนื่อง มีการติดตาม ผู้รับบริการทันที ในกรณีที่ขาดยา มีการเยี่ยมบ้านเป็นระยะๆ เพื่อทราบปัญหาของผู้รับบริการ แต่ละราย และพิจารณาให้ความช่วยเหลือ

7. ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์เปิดเผยตนเองให้สามี บุคคลในครอบครัว หรือญาติ ทราบเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี ควรให้คำปรึกษาแก่สามี บุคคลในครอบครัว หรือญาติด้วย เพื่อให้ทราบถึงประโยชน์ของการรับประทานยาอย่างถูกต้อง การให้ความช่วยเหลือ และการให้กำลังใจ

8. โรงพยาบาลควรให้ทารกหลังคลอดอยู่โรงพยาบาลครบ 7 วัน เพื่อจะได้รับประทานยาครบ 7 วันตามกำหนด ในรายที่ไม่สามารถอยู่ได้ครบ 7 วัน ควรส่งต่อให้สถานีนามัยเยี่ยมบ้านแทน

9. ควรเน้นคุณภาพของการให้คำปรึกษา ในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ใช่ครรภ์แรกให้มาก เนื่องจากมีความร่วมมือน้อยกว่าครรภ์แรก รวมทั้งในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้วางแผนการตั้งครรภ์ล่วงหน้า ในหญิงตั้งครรภ์ที่สามีไม่ให้กำลังใจ ในหญิงตั้งครรภ์ที่สามีไม่ทราบการรับประทานยาของตนเองและบุตร ในหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้ตัดสินใจด้วยตนเอง และในรายที่มีอาการข้างเคียงจากยา ควรปรับลดขนาดของยาลง

10. การให้คำปรึกษาแนะนำ เกี่ยวกับการคุมกำเนิดในหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรแนะนำวิธีการวางแผนครอบครัวที่เหมาะสม รวมถึงการใช้ถุงยางอนามัยร่วมด้วย

ข้อเสนอแนะในการศึกษาครั้งต่อไป

1. ควรมีการศึกษาความเป็นไปได้หรือไม่ที่จะกระจายยาต้านไวรัสลงสู่สถานีนามัย

2. ควรมีการศึกษาเชิงคุณภาพในหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ไม่เข้าร่วมโครงการใช้ยาต้านไวรัส เพื่อให้ได้รายละเอียดและข้อเท็จจริงมากขึ้น

3. ควรมีการศึกษาปัจจัยอื่นๆ ที่อาจมีผลกระทบต่อความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส เช่น การยอมรับของสามี บุคคลในครอบครัว ตลอดจนเพื่อนบ้าน และชุมชน

ข้อจำกัดในการศึกษานี้

มีกลุ่มตัวอย่างส่วนหนึ่งไม่สนใจ ไม่เปิดเผยให้สัมภาษณ์ และส่วนหนึ่งย้ายที่อยู่ โดยไม่ได้แจ้งให้ทราบ ส่วนหนึ่งไปตามที่บ้านแล้วไม่พบเนื่องจากไปประกอบอาชีพ ทำให้ผลการศึกษาอาจไม่สามารถนำไปใช้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอชไอวี ที่มีลักษณะแตกต่างไปจากหญิงตั้งครรภ์ที่อยู่ในการศึกษานี้ได้