



ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยคัดสรรกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวี ของผู้หญิงไทยต่อคูครอง*

สุพัตรา ไชยพลบาล**

พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์***

มณี อาภาณันทกุล***

บทคัดย่อ

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ตราบาป และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้หญิงไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี และศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคูครอง) การรับรู้ตราบาปและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคูครอง กลุ่มตัวอย่างคือผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีที่มารับบริการจากหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาริบัติ ระหว่างปี พ.ศ. 2559-2560 และยังใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคูครอง จำนวน 70 ราย เลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเฉพาะเจาะจง เก็บรวบรวมข้อมูลโดยการตอบแบบสอบถาม วิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติบรรยายและสถิติสหสัมพันธ์สเปียร์แมน

ผลการวิจัย พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่มีอายุอยู่ในช่วง 30-39 ปี (ร้อยละ 44.3) จบการศึกษาระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.4) มีระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคูครองตั้งแต่ 6 เดือนถึง 35 ปี เฉลี่ย 9.33 ปี (SD=8.94) สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศมากที่สุด (ร้อยละ 85.7) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีให้คูครองทราบ (ร้อยละ 70) มีการรับรู้ตราบาปโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 67.1) มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลาง (ร้อยละ 50) ถึงระดับสูง (ร้อยละ 48.6) และยังพบว่าอายุ ระดับการศึกษา การรับรู้ตราบาปและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคูครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p<.05$) ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาแก่ผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีเพื่อส่งเสริมการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคูครองอย่างไร

คำสำคัญ: การเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวี; ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี; การรับรู้ตราบาป; แรงสนับสนุนทางสังคม

* วิทยานิพนธ์หลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

** นักศึกษาหลักสูตรพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาวิชาการพยาบาลผู้ใหญ่ โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล

*** Corresponding Author: โรงเรียนพยาบาลรามาริบัติ คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาริบัติ มหาวิทยาลัยมหิดล, e-mail: poolsuk.jan@mahidol.ac.th



Relationships between Selected Factors and HIV Disclosure of Thai Women to Their Partners*

Supattra Chaiponb^{1*}

Poolsuk Janepanish Visudtibhan^{***}

Manee Arpanantikun^{***}

Abstract

This descriptive correlative study was conducted to investigate the relationship of demographic data (age, education, and period of living together with partners), perception of stigma, and perception of social support to HIV disclosure by Thai women to their partners. The study adopted the conceptual framework on HIV disclosure by women developed by Sowell et al. A purposive sampling technique was used to recruit 70 HIV-infected women who received medical services at the Medicine Outpatient Department of Ramathibodi Hospital during 2016–2017, and who were living together with their partners. The instruments for data collection included a questionnaire on demographic data, a questionnaire on perception of stigma of HIV-infected patients, and a questionnaire on perception of social support for HIV-infected patients. The data were analysed using descriptive statistics and Spearman's rank correlation coefficient.

This study found that the majority of the sample were aged between 30–39 years (44.3%), were educated to a secondary level (31.4%) and lived together with their partners from 6 months to 35 years, with an average period of 9.33 years (SD=8.94). The HIV infection was mainly from heterosexual relationships (85.7%). Most samples disclosed their HIV infection to their partners (70%). Their overall perception of stigma was at a moderate level (67.1%). The perception of social support was at a moderate level for 50% of the samples and at a high level for 48%. Based on the Spearman's correlation analysis, age, education, perception of stigma, and perception of social support were associated with HIV disclosure by Thai women to their partners with a statistical significance ($p<0.05$). The results of this study could be applied to the development of guidelines for the provision of counselling to HIV-infected women in order to encourage HIV disclosure to their partners

Keywords: HIV disclosure; HIV-infection women; perception of stigma; social support

* Thesis, Master of Nursing Science Program in Adult Nursing, Ramathibodi School of nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

** Master of Nursing Science Program in Adult Nursing student, Ramathibodi School of nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University

*** Corresponding Author: Ramathibodi School of nursing, Faculty of Medicine Ramathibodi Hospital, Mahidol University, e-mail: poolsuk.jan@mahidol.ac.th



ความเป็นมาและความสำคัญ

โรคเอดส์เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (HIV: Human Immunodeficiency Virus) เมื่อเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาวชนิดทีลิมโฟไซต์ (T-lymphocyte) ทำให้ภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง จนเกิดการติดเชื้อโรคอื่นๆ หรือเป็นโรคมะเร็งบางชนิดได้ง่ายกว่าคนปกติ และทำให้เสียชีวิตในที่สุด¹ ปัจจุบันสถานการณ์โรคติดเชื้อเอชไอวีมีอัตราการติดเชื้อและอัตราการเสียชีวิตโดยรวมลดลงจากในอดีต แต่อย่างไรก็ตามพบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงกลับมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น² จากสถิติจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกพบว่าครึ่งหนึ่งเป็นผู้หญิงหรือประมาณ 17.7 ล้านคน โดยอัตราการติดเชื้อเอชไอวีใหม่ของวัยรุ่นหญิงทั่วโลกสูงเป็น 2 เท่าของเพศชายในวัยเดียวกัน และยังคงเป็นสาเหตุสำคัญที่นำไปสู่การเสียชีวิตของผู้หญิง³

สำหรับในประเทศไทย พ.ศ. 2555 อัตราการติดเชื้อของวัยรุ่นหญิงไทยคิดเป็น 1.5 เท่าของวัยรุ่นชาย อัตราการติดเชื้อรายใหม่ในวัยรุ่นหญิงไทยช่วงอายุ 15–24 ปีต่อการติดเชื้อทั้งหมดในปี พ.ศ. 2554 ถึงปี พ.ศ. 2556 พบว่าเพิ่มขึ้นร้อยละ 0.43 และมีผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีที่มีชีวิตอยู่ในปี พ.ศ. 2558 จำนวน 179,508 คน³ สาเหตุที่ทำให้พบการติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงไทยสูงขึ้นในปัจจุบันเนื่องจากวัยรุ่นหญิงมีแนวโน้มที่จะเริ่มมีเพศสัมพันธ์เร็วขึ้นแต่มีอัตราการใช้ถุงยางอนามัยในระดับต่ำ จึงทำให้มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้เร็วขึ้น⁴ และนอกจากนี้ผู้หญิงต้องทำหน้าที่ตั้งครรภ์และมีบุตร จึงมีโอกาสได้เข้ารับการตรวจเลือดจากการฝากครรภ์ ซึ่งในปัจจุบันพบว่าผู้หญิงไทยที่เข้ารับการฝากครรภ์ได้รับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีร้อยละ 99.71 จึงทำให้ผู้หญิงมีโอกาสได้เข้าสู่ระบบสาธารณสุขและตรวจคัดกรองการติดเชื้อเอชไอวีได้มากกว่าผู้ชาย¹

การติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงไทยแตกต่างจากการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ชายไทย โดยพบว่าผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความทุกข์ทรมานทางจิตใจสูงกว่าผู้ชายอย่างมีนัยสำคัญ⁵ เนื่องจากสังคมไทยมีความไม่เท่าเทียมกัน

ระหว่างเพศชายและเพศหญิง โดยเฉพาะเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งเป็นสาเหตุหลักของการแพร่กระจายเชื้อบรรทัดฐานของสังคมไทยยอมรับได้ถ้าหากผู้ชายมีเพศสัมพันธ์กับผู้หญิงขายบริการ แต่ในทางกลับกันเมื่อผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีกลับถูกมองว่าเป็น “ผู้หญิงสำส่อน” และ “เป็นผู้แพร่เชื้อ” และพบว่าผู้หญิงไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีมักจะไม่มีอำนาจในการตัดสินใจในเรื่องทางเศรษฐกิจ การงาน การมีเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยางอนามัยและการคุมกำเนิด⁶ ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงมักจะประสบปัญหาความขัดแย้งในครอบครัวโดยเฉพาะการถูกสามีทอดทิ้ง ดังนั้นผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่ยอมเปิดเผยผลการติดเชื้อให้คู่ครองทราบ ทำให้ยังคงมีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีสู่คู่ครอง จากการศึกษาพบว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 42–77.9 ยังคงมีเพศสัมพันธ์กับคู่ครอง⁷ แต่พบผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอขณะมีเพศสัมพันธ์เพียงร้อยละ 52.4 เท่านั้นและพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 22 ไม่เคยใช้ถุงยางอนามัยเลยเมื่อมีเพศสัมพันธ์⁸ และการไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อให้คู่ครองทราบยังส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเองไม่กล้าเข้ารับการรักษาย่างเปิดเผย และคู่ครองก็มักได้รับการตรวจรักษาล่าช้าเนื่องจากไม่ทราบความเสี่ยงของการติดเชื้อเอชไอวีจึงไม่เข้ารับการตรวจเลือดซึ่งทำให้เกิดผลเสียตามมาได้

การเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่ครองนั้นมีประโยชน์ทั้งต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีเองในด้านการได้รับกำลังใจและการช่วยเหลือด้านต่างๆ จากคู่ครองเมื่อคู่ครองรับทราบ⁹ ทำให้ผู้ติดเชื้อสามารถเข้ารับบริการทางการแพทย์ได้อย่างเปิดเผยและมีอิสระในการรับประทานยาต้านไวรัส และยังมีประโยชน์ต่อคู่ครองในด้านการลดการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่ครองนั้นทำให้คู่ครองสามารถต่อรองและป้องกันเมื่อมีเพศสัมพันธ์ นำไปสู่การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยขึ้น¹⁰ และเป็นการเปิดโอกาสให้คู่ครองได้เข้าสู่ระบบการแพทย์เพื่อตรวจหาการติดเชื้อและได้รับยาด้านไวรัสได้เร็วขึ้น¹⁰ ลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนการติดเชื้อฉวยโอกาสจากการได้รับการรักษาล่าช้า



จากการศึกษาพบว่าคู่ครองของผู้หญิงที่เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีให้ทราบเข้ารับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 58 สูงกว่าในคู่ครองของผู้หญิงที่ปกปิดผลการติดเชื้อของตนเองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹¹ แต่อย่างไรก็ตามในปัจจุบันยังมีผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีอีกจำนวนไม่น้อยที่เลือกปกปิดผลการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองไว้โดยในประเทศไทยมีผู้หญิงร้อยละ 22.6 ที่ไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองให้คู่ครองรับทราบ¹²

จากการทบทวนวรรณกรรมในต่างประเทศพบหลายปัจจัยที่เกี่ยวข้องและมีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่ครอง ซึ่งผู้วิจัยมีความสนใจศึกษาและเลือกมาเป็นปัจจัยคัดสรรได้แก่ ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ครอง) การรับรู้ตราบาปและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม จากการศึกษาในต่างประเทศพบว่าผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุน้อยมีอัตราการเปิดเผยผลการติดเชื้อต่อคู่ครองสูงกว่าผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุน้อย ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับการศึกษาสูงมีอัตราการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีให้บุคคลอื่นรับทราบมากกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ และระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ครองมีผลต่อการตัดสินใจเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่ครองของผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี¹³ และพบว่าการรับรู้ตราบาปและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีผลต่อการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงต่อคู่ครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ¹⁴⁻¹⁵ แต่จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมายังไม่พบการศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรดังกล่าวกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มผู้หญิงไทย ซึ่งมีวัฒนธรรมและการดำรงชีวิตแตกต่างจากสังคมตะวันตกและเป็นกลุ่มที่ยังคงมีแนวโน้มการติดเชื้อเพิ่มขึ้น²⁻³ จึงทำให้ผู้วิจัยสนใจที่จะศึกษาหาความสัมพันธ์ของปัจจัยคัดสรรดังกล่าวกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงไทยต่อคู่ครองว่ามีความสัมพันธ์กันหรือไม่ เพื่อที่จะนำข้อมูลที่ได้จากผลการศึกษาวิจัยไปปรับใช้เป็นแนวทางในการให้คำปรึกษาที่เหมาะสมกับบริบทของผู้หญิงไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีให้สามารถเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่ครองได้ง่ายและสะดวกยิ่งขึ้นในโอกาสต่อไป

วัตถุประสงค์ของการวิจัย

1. เพื่อศึกษาลักษณะปัจจัยส่วนบุคคล การรับรู้ตราบาป และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้หญิงไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ของปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ครอง) การรับรู้ตราบาปและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคู่ครอง

กรอบแนวคิดการวิจัย

การวิจัยครั้งนี้ใช้กรอบแนวคิดการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิง จากการศึกษาของ Sowell และคณะ¹⁶ ได้อธิบายองค์ประกอบการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีในผู้หญิงไว้ 3 ประการ ได้แก่ 1) full disclosure คือการบอกเล่าหรือการแสดงออกให้บุคคลอื่นรับทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองโดยตรง 2) criteria for disclosure คือ ผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจะพิจารณาว่าตนเองจะเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีกับใครบ้าง ขึ้นอยู่กับปัจจัย 3 ประการ ได้แก่ ลักษณะความสัมพันธ์ คุณภาพของความสัมพันธ์และการรับรู้ว่าคุณมีความสามารถในการปกปิดข้อมูลเป็นความลับได้มากน้อยแค่ไหน 3) emotional disclosure คือ ผู้หญิงเลือกเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีแก่บุคคลใกล้ชิด โดยพิจารณาจากความเชื่อถือ ความไว้วางใจ หรือจากความรู้สึกต่อบุคคลนั้นว่าเป็นบุคคลที่ถูกต้องและสามารถเก็บข้อมูลเป็นความลับได้หรือไม่ จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีพบว่าปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่ครองในผู้หญิง คือ

- 1) ปัจจัยส่วนบุคคล (demographic data) ได้แก่ อายุ (age) อายุเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่ครอง เนื่องจากผู้หญิงในแต่ละช่วงวัยมีวุฒิภาวะ หน้าที่รับผิดชอบ ความพร้อมทั้งในด้านร่างกายและจิตใจ ความมั่นคงด้านงานและความพึงพอใจต่างกัน จึงทำให้การใช้เหตุผลในการตัดสินใจ

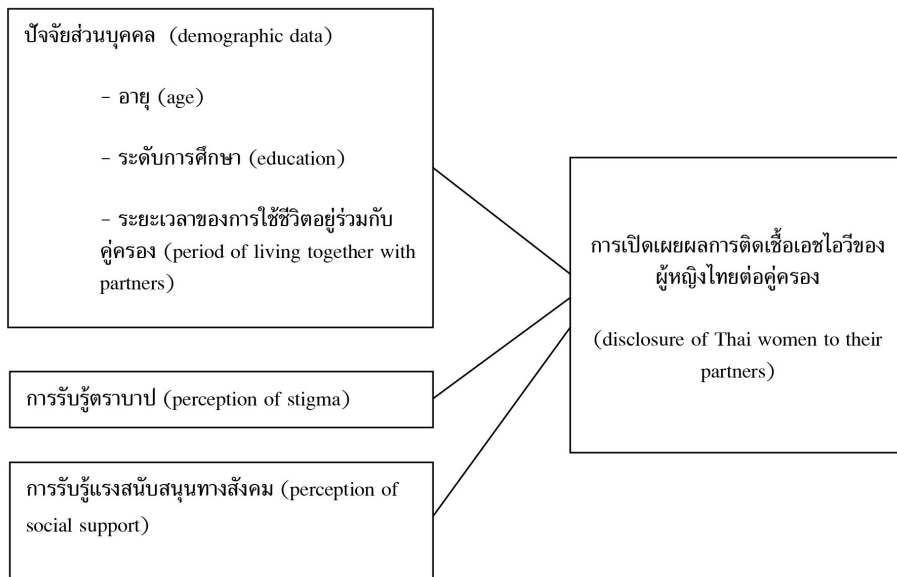


เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่ครองนั้นแตกต่างกันออกไป¹³ ระดับการศึกษา (education) เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการลำดับเหตุการณ์และเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีและมีความสามารถในการหาแหล่งประโยชน์เพื่อเผชิญความเครียดและปรับตัวได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ¹³ ระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ครอง (during of timing with partners) ระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ครองเป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อการพิจารณาการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิง ผู้หญิงมักจะเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของตนให้กับคนที่ไว้วางใจที่อยู่รวมมาเป็นเวลานาน¹⁶

2) การรับรู้ตราบาป (perception of stigma) คือ การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่าคุณลักษณะเชิงลบ โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีประเมินจากพฤติกรรมของบุคคลในครอบครัว สังคม และจากเจ้าหน้าที่ทางด้านสุขภาพ Berger และคณะ¹⁷ ได้กล่าวถึงการรับรู้ตราบาปไว้ว่าการรับรู้ตราบาปในการติดเชื้อเอชไอวีนั้นจะเกิดขึ้นใน 2 ลักษณะ คือ การรับรู้ทัศนคติของสังคมที่มีผลต่อตนเองของผู้ติดเชื้อเอช

ไอวีและการรับรู้ในตนเองเมื่อทราบว่าติดเชื้อเอชไอวี โดยแบ่งเป็น 4 ด้าน ดังนี้ ด้านการรับรู้ตราบาปในตนเอง ด้านความกังวลต่อการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวี ด้านความรู้สึกในทางลบต่อภาพลักษณ์ของตนเอง และด้านความกังวลต่อทัศนคติของสังคมที่มีต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี

3) การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม (perception of social support) คือ การที่บุคคลรับรู้ว่าตนเองได้รับความช่วยเหลือจากบุคคลในครอบครัว เพื่อน คนสำคัญ หรือบุคคลอื่นในสังคม ในด้านอารมณ์ ข้อมูลข่าวสาร และเครื่องมือสิ่งของ บริการ ช่วยให้บุคคลรับรู้ว่าตนเองมีคุณค่า ได้รับการเอาใจใส่ และรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม โดยจากแนวคิดของ Weiss¹⁸ ได้แบ่งแรงสนับสนุนทางสังคมเป็น 6 ชนิด ได้แก่ ความผูกพันใกล้ชิด สนับสนุน การเข้าร่วมหรือเป็นส่วนหนึ่งของสังคม การมีโอกาสที่จะได้โอบอุ้มเลี้ยงดูผู้อื่น การเป็นคนที่บุคคลมีความรับผิดชอบต่อบุคคลอื่น การส่งเสริมให้รู้ถึงคุณค่าของตน การตระหนักถึงความเป็นมิตรที่ดีและการได้รับคำแนะนำชี้แนะ



ภาพที่ 1 กรอบแนวคิดในการศึกษาปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ, ระดับการศึกษา, ระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ครอง) การรับรู้ตราบาป การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมและการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคู่ครอง



กลุ่มตัวอย่าง

กลุ่มตัวอย่างเป็นผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีที่เข้ารับการรักษาในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอก แผนกอายุรกรรมของโรงพยาบาลรามธิบดี จังหวัดกรุงเทพมหานครในช่วงปี พ.ศ. 2559-2560 โดยใช้สูตร G power ในการคำนวณขนาดกลุ่มตัวอย่าง¹⁹ ผลการคำนวณได้ขนาดตัวอย่างรวมเท่ากับ 64 ราย ค่า Actual power=0.9514370 ซึ่งเท่ากับค่า power ที่นักวิจัยกำหนดไว้ที่ระดับ 0.95 ทำการเลือกกลุ่มตัวอย่างแบบเจาะจง (purposive sampling) ตามเกณฑ์การคัดเลือก (inclusion criteria) คือเป็นผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีที่มีอายุตั้งแต่ 18 ปีขึ้นไปและรับทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองภายในระยะเวลา 1 ปี มีคูครองหรือผู้ชายที่มีเพศสัมพันธ์กันอย่างสม่ำเสมอและใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันมากกว่า 3 เดือนขึ้นไป อาจจะจดทะเบียนสมรสหรือไม่จดทะเบียนสมรสและสามารถสื่อสารภาษาไทยเข้าใจ อ่านหนังสือออกและเขียนได้ จำนวน 73 ราย มีผู้ปฏิเสธการเข้าร่วมวิจัย 3 รายเนื่องจากไม่สะดวกในการตอบแบบสอบถาม จึงได้กลุ่มตัวอย่างในการวิจัยครั้งนี้ทั้งหมด จำนวน 70 ราย

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย

เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูลในการศึกษานี้ประกอบด้วยแบบสอบถาม การวิจัยจำนวน 3 ชุด คือ

ชุดที่ 1 แบบสอบถามปัจจัยส่วนบุคคล เป็นแบบตรวจสอบรายการที่ผู้วิจัยสร้างขึ้นจากการทบทวนวรรณกรรมและผ่านการตรวจสอบจากผู้ชำนาญการ 2 ท่าน มีข้อความทั้งหมดจำนวน 14 ข้อ แบ่งเป็นข้อความเกี่ยวกับลักษณะส่วนบุคคลทั่วไป จำนวน 9 ข้อ ได้แก่ 1) อายุ 2) ภูมิลำเนา 3) ระดับการศึกษา 4) อาชีพ 5) รายได้ 6) ระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคูครอง 7) สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี 8) ระยะเวลาที่ทราบผลการติดเชื้อของตนเองและ 9) การได้รับยาต้านเอชไอวี ข้อความเกี่ยวกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของตนเอง จำนวน 5 ข้อ ได้แก่ 1) การเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองและระยะเวลาที่เปิดเผยผลการ

ติดเชื้อให้คูครองทราบหลังจากทราบผลการติดเชื้อของตนเอง 2) การรับรู้ผลการติดเชื้อเอชไอวีของคูครอง 3) สัมพันธภาพกับคูครอง 4) การเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อบุคคลอื่นและ 5) การได้รับคำปรึกษาจากบุคคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อต่อบุคคลอื่น โดยข้อความเกี่ยวกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อของคูครอง มีเกณฑ์การให้คะแนนในคำตอบ “ไม่เปิดเผย” =0 คะแนน และคำตอบ “เปิดเผย” =1 คะแนน

ชุดที่ 2 แบบสอบถามการรับรู้ตราใบของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พัฒนาขึ้นโดย Berger และคณะ¹⁷ และแปลเป็นภาษาไทยโดยเบญจมาศ สุขสถิตย์²⁰ ประกอบด้วยข้อความ 40 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 4 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 หมายถึง ไม่ตรงอย่างยิ่ง ไปจนถึงคะแนน 4 หมายถึง ตรงมากที่สุด การแปลผล คะแนนมาก คือ มีการรับรู้ตราใบของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง คะแนนน้อย คือ มีการรับรู้ตราใบของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับต่ำ มีการเครื่องมือผ่านการตรวจสอบความครอบคลุมของเนื้อหาและความเหมาะสมของสำนวนภาษาจากผู้ทรงคุณวุฒิ จำนวน 5 ท่าน จากนั้นได้ปรับปรุงแก้ไขตามข้อเสนอแนะและนำเครื่องมือไปทดสอบในกลุ่มผู้หญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .94 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 70 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟ่าของครอนบาคเท่ากับ .95

ชุดที่ 3 แบบสอบถามการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี พัฒนาขึ้นโดย สุวรรณพร มิตสุวรรณ²¹ จากแนวคิดการสนับสนุนทางสังคมของ Weiss¹⁸ จำนวน 10 ข้อ การให้คะแนนเป็นแบบมาตราส่วนประมาณค่า 5 ระดับ มีเกณฑ์การให้คะแนนคือ 1 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าได้ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นเลย ไปจนถึงคะแนน 5 หมายถึง ท่านรู้สึกว่าได้ได้รับการสนับสนุนตามข้อความนั้นมากที่สุด การแปลผล คะแนนมาก หมายถึง มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระดับสูง คะแนนน้อย หมายถึง มี



การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวีระดับต่ำ ทำการตรวจสอบคุณภาพแบบสอบถามด้านความตรงเชิงเนื้อหา โดยผู้ทรงคุณวุฒิที่มีความเชี่ยวชาญ จำนวน 5 ท่าน ผลการคำนวณได้ค่าดัชนีความตรงเชิงเนื้อหาเท่ากับ .90 นำเครื่องมือไปทดสอบในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 30 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟา ของครอนบาค เท่ากับ .91 และเมื่อนำไปใช้กับกลุ่มตัวอย่างจริงในการศึกษาครั้งนี้ จำนวน 70 ราย ได้ค่าสัมประสิทธิ์อัลฟาของครอนบาค เท่ากับ .92

จริยธรรมการวิจัย

การวิจัยนี้ได้รับอนุมัติจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยในคนคณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี มหาวิทยาลัยมหิดล เลขที่ 2558/122 การเข้าถึงกลุ่มตัวอย่างและข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างกระทำการขออนุญาตจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีก่อนโดยผ่านทางแพทย์เจ้าของไข้ และพยาบาลประจำแผนก ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับคำชี้แจงจากแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลประจำแผนกเพื่อถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความสนใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยจะเชิญกลุ่มตัวอย่างไปในพื้นที่ที่จัดเตรียมไว้เป็นสัดส่วนมิดชิดเพื่อความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยให้ข้อมูลและชี้แจงให้กลุ่มตัวอย่างทราบถึงวัตถุประสงค์ของการวิจัย ขั้นตอนการวิจัย และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ได้จากการตอบแบบสอบถามจะถูกปกปิดเป็นความลับ ไม่เปิดเผยชื่อ-นามสกุลหรือข้อมูลที่ระบุถึงตัวบุคคล การนำเสนอผลการวิจัยจะนำเสนอในภาพรวมเพื่อประโยชน์ทางการศึกษาเท่านั้น และแบบสอบถามที่ผู้วิจัยได้ให้ข้อมูลจะถูกนำไปทำลายหลังการวิเคราะห์ข้อมูลภาพรวมแล้ว การเข้าร่วมการวิจัยจะไม่ผลต่อการตรวจรักษาแต่ประการใด กลุ่มตัวอย่างมีสิทธิปฏิเสธและถอนตัวจากการวิจัยได้ตลอดเวลาแม้ว่าได้ตอบรับเข้าร่วมการวิจัยไปแล้ว เมื่อกลุ่มตัวอย่างยินยอมเข้าร่วมการวิจัยด้วยความสมัครใจ ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารพิกัดสิทธิ์

วิธีเก็บรวบรวมข้อมูล

ผู้วิจัยนำหนังสือขออนุญาตเก็บข้อมูลวิจัยเสนอต่อผู้อำนวยการโรงพยาบาล หัวหน้าภาควิชาอายุรกรรม โรคติดเชื้อ หัวหน้าหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาธิบดีและแพทย์เจ้าของไข้ เมื่อได้รับการอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยเข้าพบเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในหน่วยตรวจผู้ป่วยนอกแผนกอายุรกรรมโรงพยาบาลรามาธิบดีเพื่อแนะนำตัว ชี้แจงวัตถุประสงค์ รายละเอียดการวิจัยและขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูล เมื่อได้รับอนุญาตแล้ว ผู้วิจัยทำการศึกษาประวัติผู้ติดเชื้อเอชไอวีจากเวชระเบียนโดยมีแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลประจำแผนกเป็นผู้ขออนุญาตจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ก่อนเพื่อตรวจสอบคุณสมบัติและเลือกกลุ่มตัวอย่างตามที่กำหนดในเกณฑ์คัดเข้า เมื่อมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีคุณสมบัติตามเกณฑ์คัดเข้ามารับการตรวจ ขณะผู้ป่วยรอตรวจหรือหลังตรวจเสร็จแล้ว จะได้รับคำชี้แจงอย่างคร่าว ๆ จากแพทย์เจ้าของไข้หรือพยาบาลประจำแผนกอายุรกรรมเพื่อถามความสมัครใจในการเข้าร่วมการวิจัย หากผู้ป่วยสมัครใจเข้าร่วมเป็นกลุ่มตัวอย่าง ผู้วิจัยได้เชิญกลุ่มตัวอย่างไปในพื้นที่ที่จัดเตรียมไว้เป็นสัดส่วนมิดชิดเพื่อความเป็นส่วนตัว ผู้วิจัยแนะนำตนเองและสร้างสัมพันธภาพ บอกวัตถุประสงค์ของการวิจัยต่อกลุ่มตัวอย่างเพื่อขอความร่วมมือในการวิจัย พร้อมทั้งชี้แจงผลของการเข้าร่วมหรือออกจากกลุ่มวิจัยไม่มีผลต่อการรักษาหรือการบริการทางการแพทย์ที่ได้รับ กลุ่มตัวอย่างสามารถถอนตัวออกจากการศึกษาได้ตลอดเวลา ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกเก็บไว้เป็นความลับ การนำเสนอผลงานวิจัยจะเสนอในภาพรวมเท่านั้น และข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างจะถูกนำไปทำลายหลังจากได้ข้อมูลภาพรวมแล้วและผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างลงชื่อในเอกสารพิกัดสิทธิ์ พร้อมทั้งเปิดโอกาสให้ซักถาม ผู้วิจัยให้กลุ่มตัวอย่างทำแบบสอบถาม 3 ชุด โดยกลุ่มตัวอย่างเป็นผู้อ่านและตอบคำถามด้วยตนเอง โดยใช้เวลา 20-30 นาที หลังจากนั้นผู้วิจัยกล่าวขอบคุณ



การวิเคราะห์ข้อมูล

1. วิเคราะห์ข้อมูลพื้นฐานโดยใช้สถิติพรรณนา ร้อยละ ค่าเฉลี่ย ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐานเพื่ออธิบายลักษณะของปัจจัยส่วนบุคคลและการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองของกลุ่มตัวอย่างที่ศึกษา

2. ใช้สถิติสหสัมพันธ์แบบสเปียร์แมน (spearman rank correlation) หาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคูครอง) การรับรู้ตราใบและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองของผู้หญิงไทย

ผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคล ลักษณะของเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครอง การรับรู้ตราใบและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมของผู้หญิงไทยที่ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการวิจัยพบว่ากลุ่มตัวอย่างเป็นหญิงติดเชื้อเอชไอวีจำนวนทั้งหมด 70 ราย มีอายุเฉลี่ย 39.8 ปี (SD =11.39) จบการศึกษาในระดับมัธยมศึกษา (ร้อยละ 31.4) ประกอบอาชีพค้าขายมากที่สุด (ร้อยละ 24.3)

มีรายได้ในครอบครัวต่อเดือน 10,000-30,000 บาท (ร้อยละ 55.7) ระยะเวลาที่กลุ่มตัวอย่างใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคูครองเฉลี่ย 9.3 ปี (SD=8.94) มีสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์ต่างเพศกันมากที่สุด (ร้อยละ 85.7) และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวี (ร้อยละ 85.7)

ข้อมูลด้านการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครอง พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีให้คูครองทราบ (ร้อยละ 70) ใช้ระยะเวลาตั้งแต่ทราบผลการติดเชื้อของตนเองจนเปิดเผยให้คูครองรับทราบ เฉลี่ย 37 วัน และพบว่าก่อนที่กลุ่มตัวอย่างจะทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองนั้นส่วนใหญ่มีสัมพันธภาพที่ดีกับคูครอง (ร้อยละ 77.1) ครึ่งหนึ่งของกลุ่มตัวอย่างไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อของตนเองต่อบุคคลอื่นที่ไม่ใช่คูครอง (ร้อยละ 50) ในกลุ่มตัวอย่างที่เปิดเผยผลการติดเชื้อของตนเองให้บุคคลอื่นรับทราบ มักจะเปิดเผยกับบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 30) และมารดา (ร้อยละ 28) กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อบุคคลอื่นจากบุคลากรทางการแพทย์ (ร้อยละ 71.4)

ตารางที่ 1 คะแนนและระดับการรับรู้ตราใบของผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยรวมและจำแนกรายด้าน (n=70)

ตัวแปร	Possible score	Range	M	SD	Level
การรับรู้ตราใบโดยรวม	1-4	1.8-3.7	2.8	0.4	ปานกลาง
ด้านการรับรู้ตราใบในตนเอง	1-4	1.3-3.8	2.5	0.5	ปานกลาง
ด้านความกังวลต่อการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวี	1-4	1.6-4.0	3.1	0.5	สูง
ด้านความรู้สึกลบต่อภาพลักษณ์ของตนเอง	1-4	1.5-4.0	2.8	0.5	ปานกลาง
ด้านความกังวลต่อทัศนคติของสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี	1-4	2.0-4.0	3.0	0.5	สูง



ตารางที่ 2 ระดับการรับรู้ทราบโดยรวมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (n=70)

ระดับการรับรู้ทราบของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	จำนวน(%)	Rang	ร้อยละ
ระดับต่ำ	3 (4.3)	1.8-1.88	4.3
ระดับปานกลาง	47(67.1)	2.18-2.9	67.1
ระดับสูง	20(28.6)	3.0-3.7	28.6

ตารางที่ 3 ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (n=70)

ระดับแรงสนับสนุนทางสังคมของผู้ติดเชื้อเอชไอวี	จำนวน(%)	Rang	ร้อยละ
ระดับต่ำ	1(1.5)	16	1.4
ระดับปานกลาง	35(50)	19-33	50
ระดับสูง	34(48.5)	34-50	48.6

กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ ร้อยละ 67.1 มีการรับรู้ทราบโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.8$, $SD=0.4$) และเมื่อนำมาจำแนกรายด้านพบว่ามีการรับรู้ทราบด้านการรับรู้ทราบในตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.5$, $SD=0.5$) ด้านความกังวลต่อการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง ($\bar{x}=3.12$, $SD=0.5$) ด้านความรู้สึกในทางลบต่อภาพลักษณ์ของตนเองอยู่ในระดับปานกลาง ($\bar{x}=2.82$, $SD=0.5$) ด้านความกังวลต่อทัศนคติของสังคมต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในระดับสูง

($\bar{x}=3.0$, $SD=0.5$) และมีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมอยู่ในระดับปานกลางถึงระดับสูง ($\bar{x}=32.4$, $SD=7.7$)

2. การวิเคราะห์ทางสถิติหาความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ครอง) การรับรู้ทราบ การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคู่ครอง

ตารางที่ 4 ความสัมพันธ์ระหว่างตัวแปรปัจจัยส่วนบุคคลและการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคู่ครอง (n=70)

ตัวแปร	การเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคู่ครอง	
	Spearman's rho	p-value
ปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ)	0.286	.016 *
ปัจจัยส่วนบุคคล (ระดับการศึกษา)	0.277	.020*
ปัจจัยส่วนบุคคล (ระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ครอง)	0.084	.488
การรับรู้ทราบโดยรวม	-0.251	.036*
การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม	0.283	.018*

* $p<.05$



ผลการวิจัยพบว่าปัจจัยส่วนบุคคล (อายุ ระดับการศึกษา) และการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคูครองในทิศทางบวกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) การรับรู้ตราบาปมีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคูครองในทิศทางลบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p < .05$) และปัจจัยส่วนบุคคล (ระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคูครอง) ไม่มีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคูครอง อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ($p > .05$)

อภิปรายผลการวิจัย

1. ข้อมูลส่วนบุคคลทั่วไป ลักษณะของการรับรู้ตราบาป การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคูครอง

ในการศึกษาค้นคว้าพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เป็นวัยเจริญพันธุ์ จบการศึกษาระดับปานกลาง ประกอบอาชีพค้าขาย มีรายได้ในครอบครัวระดับปานกลาง กลุ่มตัวอย่างได้รับยาต้านไวรัสเอชไอวีซึ่งเพิ่มขึ้นจากในอดีตที่ผ่านมา เนื่องจากปัจจุบันมีแนวทางการตรวจรักษาโดยให้เริ่มยาต้านไวรัสได้ทันทีเมื่อตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีโดยไม่ต้องคำนึงถึงระดับ CD4 เมื่อแพทย์ผู้ทำการรักษาพบว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความพร้อมในการรับประทานยา ก็สามารถเริ่มให้ยาต้านไวรัสเอชไอวีได้ทันที²² กลุ่มตัวอย่างรับรู้ว่าสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองมาจากการมีเพศสัมพันธ์มากที่สุด เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ยังคงมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย เช่น การมีคู่นอนหลายคน การไม่ใช้ถุงยางอนามัย เป็นต้น⁸ และกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีของคูครอง การทราบผลการติดเชื้อของคูครองเป็นปัจจัยส่งเสริมให้ผู้หญิงเปิดเผยผลการติดเชื้อของตนเองได้ง่ายขึ้น⁷ ทำให้ผู้หญิงมีความกล้าต่อการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองมากขึ้น เนื่องจากการทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีของคูครองอยู่ก่อนแล้ว

ในการศึกษาค้นคว้านี้กลุ่มตัวอย่างเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองที่ค่อนข้างสูง อาจเนื่องมาจาก

พบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่ (ร้อยละ 77.1) มีสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคูครองเพราะสัมพันธ์ภาพที่ดีกับคูครองนั้นเป็นปัจจัยส่งเสริมให้เกิดการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองและพบว่ากลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำปรึกษา หรือคำแนะนำเกี่ยวกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อบุคคลอื่นจากบุคลากรทางการแพทย์มาแล้ว ซึ่งการได้รับคำปรึกษาหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อบุคคลอื่น จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความมั่นใจในเปิดเผยผลการติดเชื้อของตนเองมากขึ้น²³ จากการให้ข้อมูลของกลุ่มตัวอย่างที่ไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อให้คูครองทราบนั้นให้เหตุผลว่า “กลัวการถูกตำหนิ” “กลัวจะถูกคูครองทิ้ง” “กลัวการขาดการสนับสนุนทางด้านการเงินจากคูครอง” และการไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีให้คูครองทราบทำให้ผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีเองขาดเหตุผลต่อการในการใช้ถุงยางอนามัยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและ คูครองอาจจะขาดความระมัดระวังในการมีเพศสัมพันธ์เนื่องจากไม่ทราบว่าอีกฝ่ายติดเชื้อเอชไอวี ทำให้การแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีทางการมีเพศสัมพันธ์ยังคงสูงอยู่ในสังคมไทย^{6,8}

กลุ่มตัวอย่างมีการรับรู้ตราบาปโดยรวมอยู่ในระดับปานกลาง อธิบายได้ว่าสาเหตุของการรับรู้ตราบาปในผู้หญิงไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีเกิดจากการรับรู้การแสดงออกของบุคคลคนในสังคม ในอดีตคนไทยส่วนใหญ่มีความรู้และความเข้าใจเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีไม่เพียงพอ โดยเฉพาะเรื่องการป้องกันและการแพร่กระจายเชื้อ²⁴ นำมาซึ่งการแสดงออกทั้งทางคำพูด การกระทำและความรู้สึกในแง่ลบต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จนกลายเป็นค่านิยมที่ผิดในสังคมไทย ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่รับรู้ถึงการแสดงออกเหล่านั้นเกิดความรู้สึกอับอาย รู้สึกแปลกแยกและนำมาซึ่งการรับรู้ตราบาปในระดับสูง แต่เนื่องจากคณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ไขปัญหาเอดส์ พ.ศ. 2555-2559 ได้เห็นถึงผลกระทบของปัญหาและให้ความสำคัญกับการลดตราบาปและการเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี จึงได้กำหนดนโยบายการทำให้การตีตราและการแบ่งแยกหมดไปจากสังคม



(zero stigma and discrimination) ทำให้การรับรู้ตราใบในผู้หญิงไทยที่ติดเชื้อเอชไอวีลดลงกว่าในอดีตที่ผ่านมา แต่อย่างไรก็ตามปัจจุบันยังคงมีประชากรอีกไม่น้อยที่มีความรู้ความเข้าใจไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวี และยังคงมีการแบ่งแยกผู้ติดเชื้อเอชไอวีอยู่ในสังคมไทย²⁴ จึงทำให้การรับรู้ตราใบของผู้ติดเชื้อเอชไอวียังไม่หมดไปจากสังคมไทย²⁴

กลุ่มตัวอย่างมีแรงสนับสนุนทางสังคมส่วนใหญ่อยู่ในระดับสูง เนื่องจากลักษณะของครอบครัวไทยส่วนใหญ่เป็นครอบครัวที่มีความรักใคร่กลมเกลียวและให้การช่วยเหลือซึ่งกันและกันเสมอ ประกอบกับในสังคมไทยมีลักษณะความสัมพันธ์ที่ญาติพี่น้องเอาใจใส่กัน²⁰ เป็นแหล่งกำลังใจที่ช่วยให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับตัวเผชิญปัญหาได้ดี^{20,24}

2. ความสัมพันธ์ระหว่างปัจจัยส่วนบุคคลอายุ ระดับการศึกษา ระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับ คู่ครอง การรับรู้ตราใบ การสนับสนุนทางสังคมกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคู่ครอง

จากการวิเคราะห์ทางสถิติหาความสัมพันธ์ พบว่า อายุมีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคู่ครองในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ (Spearman's $\rho = .286$, $p = .016$) หมายความว่าในกลุ่มตัวอย่างที่มีอายุมากจะมีอัตราการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่ครองสูงกว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุน้อย เนื่องจากกลุ่มอายุน้อยยังอยู่ในวัยเจริญพันธุ์ เป็นวัยที่ยังมีความพึ่งพาคู่ครอง ต้องทำหน้าที่ทางด้านการตั้งครรภ์มีบุตร ผู้หญิงติดเชื้อเอชไอวีในวัยนี้จึงมีความกลัวไม่กล้าที่จะเปิดเผยผลการติดเชื้อของตนเอง เนื่องจากมีความกังวลการถูกคู่ครองทอดทิ้ง การขาดการช่วยเหลือทางการเงิน และการต้องเลี้ยงดูบุตรคนเดียว²⁵ ดังนั้นอาจเป็นสาเหตุที่ทำให้ผู้หญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่ครองต่ำกว่ากลุ่มที่มีอายุมากกว่าที่อาจมีความพร้อมทางสังคมมากกว่าเนื่องจากเป็นวัยที่หน้าที่การงานมั่นคง การมีบุตรหลานที่คอยให้การช่วยเหลือ ทำให้กลุ่มตัวอย่างมีความพร้อมในเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวี

ของตนเองและเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของตนเองเพื่อหาแหล่งประโยชน์หรือการช่วยเหลือที่มากขึ้น

จากการวิเคราะห์ทางสถิติหาความสัมพันธ์พบว่า ระดับการศึกษาที่มีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคู่ครองในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ (Spearman's $\rho = .277$, $p = .02$) หมายความว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีระดับการศึกษาสูงจะเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่ครองมากขึ้น อธิบายได้ว่าผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการศึกษาสูงจะมีความสามารถในการลำดับเหตุการณ์และเข้าใจสถานการณ์ต่างๆ ได้ดีและมีความสามารถในการหาแหล่งประโยชน์เพื่อเผชิญความเครียดได้ดีกว่าผู้ที่มีระดับการศึกษาต่ำ⁷ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีสามารถปรับตัวต่อการเจ็บป่วยได้ดีและนอกจากนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการศึกษาสูงจะมีความมั่นใจในตนเองส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเปิดเผยสถานะการติดเชื้อของตนเองมากขึ้น⁷

จากการทบทวนวรรณกรรมที่ผ่านมาพบว่าระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ครองมีสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคู่ครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ^{13,16} แต่จากการวิเคราะห์ทางสถิติหาความสัมพันธ์ในการศึกษานี้พบว่า ระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ครองไม่มีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคู่ครองอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ $p > .05$ (Spearman's $\rho = .084$, $p = .488$) อธิบายได้ว่าระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ครองของกลุ่มตัวอย่างเพียงอย่างเดียวอาจจะไม่มีสำคัญเพียงพอที่ส่งเสริมให้กลุ่มตัวอย่างเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีให้คู่ครองทราบ เนื่องจากในบางคู่ที่มีระยะเวลาที่ใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ครองมานานแต่มีสัมพันธภาพที่ไม่ดีกับคู่ครอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีก็ยังคงไม่เปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีให้คู่ครองทราบ และเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีแรงสนับสนุนทางสังคมซึ่งเป็นปัจจัยส่งเสริมการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีให้คู่ครองทราบ^{12,15} อยู่ในระดับสูงจึงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีตัดสินใจเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีให้คู่ครองทราบมากขึ้นแม้ว่าจะมีระยะเวลาของการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคู่ครองไม่ยาวนานก็ตาม



จากการวิเคราะห์ทางสถิติหาความสัมพันธ์พบว่า การรับรู้ตราใบโดยรวมมีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคูครองในทิศทางลบ อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ (Spearman's $\rho = -.251$, $p = .036$) หมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ตราใบโดยรวมในระดับสูงขึ้นไปจะมีการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองต่ำลง อธิบายได้ว่าการรับรู้ตราใบในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเกิดความวิตกกังวลและความเครียดสูง¹⁵ และความวิตกกังวล ความเครียดจากการรับรู้ตราใบนั้นมีความสัมพันธ์ต่อกระบวนการคิดและตัดสินใจในการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีให้ผู้อื่นทราบอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ²⁰ ดังนั้นการรับรู้ตราใบจึงมีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคูครอง¹⁷

จากการวิเคราะห์ทางสถิติหาความสัมพันธ์ พบว่าการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมมีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีของผู้หญิงไทยต่อคูครองในทิศทางบวก อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติที่ $p < .05$ (Spearman's $\rho = .28$, $p = .018$) หมายถึงกลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมสูงขึ้นไปมีแนวโน้มที่จะเปิดเผยผลการติดเชื้อให้คูครองทราบสูงขึ้น อธิบายได้ว่า การรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่เพิ่มสูงขึ้นทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความวิตกกังวลต่ำลงและความวิตกกังวลที่ต่ำลงทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีความกล้าที่จะเปิดเผยสถานะของตนเองมากขึ้น²⁰ การได้รับแรงสนับสนุนทางสังคมจากบุคคลใกล้ชิดในระดับสูงไม่ว่าจะเป็นด้านอารมณ์ ด้านการยอมรับ ด้านการเห็นคุณค่าหรือด้านแรงงาน จะส่งผลต่ออารมณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ทำให้บุคคลรู้สึกปลอดภัย อบอุ่น ไม่เกิดความรู้สึกโดดเดี่ยว ประกอบกับในสังคมไทยมีลักษณะความสัมพันธ์ที่ญาติพี่น้องเอาใจใส่กัน เป็นแหล่งกำลังใจและช่วยให้สามารถปรับตัวเผชิญปัญหาได้ดี²⁶ และการมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีทำให้การรับรู้ตราใบของผู้ติดเชื้อเอชไอวีลดลง และส่งเสริมให้เกิดการเปิดเผยผลการติดเชื้อของผู้ติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองสูงขึ้น¹² ดังนั้นการส่งเสริมให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแรงสนับสนุนทางสังคมที่ดีและเพียงพอจึงมีความสำคัญ

สรุป

จากการศึกษาครั้งนี้จึงสรุปได้ว่า กลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่รับรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี การใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับคูครองนั้นมีระยะเวลาแตกต่างกันออกไปซึ่งระยะเวลาการใช้ชีวิตอยู่ร่วมกันนั้นไม่มีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครอง แต่พบว่าอายุ ระดับการศึกษาและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมนั้นมีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองในทิศทางบวก โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีอายุ การศึกษาและการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมที่สูงขึ้นจะมีการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองมากขึ้น และพบว่าการรับรู้ตราใบมีความสัมพันธ์กับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองในทิศทางลบ โดยพบว่ากลุ่มตัวอย่างที่มีการรับรู้ตราใบในระดับที่สูงขึ้นจะมีการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองน้อยลง และพบว่ากลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการรับรู้ตราใบในระดับปานกลางและมีรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคมค่อนข้างสูงเนื่องจากกลุ่มตัวอย่างส่วนใหญ่เคยได้รับคำปรึกษาหรือคำแนะนำเกี่ยวกับการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อบุคคลอื่นจากบุคลากรทางการแพทย์มาแล้ว จึงทำให้กลุ่มตัวอย่างในการศึกษาครั้งนี้มีการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองสูงถึงร้อยละ 70

ข้อเสนอแนะ

1. สามารถนำผลการวิจัยในไปประยุกต์ใช้กับการพยาบาล เช่น การพัฒนาแนวทางการให้คำปรึกษาการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครอง โดยเพิ่มการรับรู้แรงสนับสนุนทางสังคม และลดการรับรู้ตราใบเพื่อส่งเสริมให้ผู้หญิงไทยติดเชื้อเอชไอวีเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองได้ง่ายขึ้น
2. สามารถนำผลวิจัยครั้งนี้ไปเป็นข้อมูลพื้นฐานในการศึกษาการเปิดเผยผลการติดเชื้อเอชไอวีต่อคูครองในกลุ่มประชากรอื่นๆ เช่น กลุ่มผู้ชายที่ติดเชื้อเอชไอวี กลุ่มชายรักชายที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นต้น



References

1. Thai Department of Health. Family planning and HIV infection. Bangkok. The War Veterans Organization Officer of Printing; 2008. (in Thai).
2. Kaiser Family Foundation. The global HIV/AIDS epidemic 2017 [internet]. 2017. [cited 2017 June]. Available from: <http://www.kff.org/global-health-policy/fact-sheet/the-global-hiv-aids-epidemic/>.
3. Ministry of Social Development and Human Security. Bureau of Epidemiology, Thailand [internet]. 2015. [cited 2017 June 1]. Available from: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151126_87903337.pdf.
4. Namwat C, Chantharamani S. Behavioral surveillance results associated with HIV infection. Thai Student 2011 [internet]. 2011. [cited 2015 June 15]. Available from: http://www.boe.moph.go.th/files/report/20120501_1696357.pdf.
5. Sriksam B. Relationships between personal factors, self disclosure, social support, perceived health status, and mental health of HIV/AIDS [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2003. (in Thai).
6. Sriampa S. Gender relations and stigma: the trajectory of Thai women disclosing and not disclosing their HIV serostatus to partners [Master thesis]. Nakhon Phathom: Mahidol University; 2008. (in Thai).
7. Gari T, Habte D, Markos E. HIV positive status disclosure among women attending art clinic at Hawassa University Referral Hospital, South Ethiopia. East African Journal of Public Health 2010; 7(1): 87-91.
8. Janepanish P. Predictors of condom use and intention to use condom among HIV-infected patients/AIDS with their couples. Ramathibodi Nursing Journal 2015;21(1): 69-81.
9. Maman S, Mbawambo K, Hogan M, Weiss E, Kilonzo P, Sweat D. High rate and positive outcomes of HIV-serostatus disclosure to sexual partners: reasons for cautious optimism from a voluntary counseling and testing clinic in Dar es Salaam, Tanzania. AIDS and Behavior 2003;7(4): 373-81.
10. Kadowa I, Nuwaha F. Factors influencing disclosure of HIV positive status in Mityana district of Uganda. African Health Sciences 2009;9(1):1-8.
11. Roxby CA, Matemo D, Drake LA, Kinuthia J, John-Stewart CG, Ongecha-Owuor, et al. Pregnant women and disclosure to sexual partners after testing HIV-1-Seropositive during antenatal care. Aids Patient Care and STDs 2013;27(1): 33-7.
12. Skunodom N, Linkins RW, Culnane M E. Factors associated with non-disclosure of HIV infection status of new mothers in Bangkok. Southeast Asian Journal Tropical Medicine Public Health 2006;37(4): 690-703.
13. Kiula ES, Damian DJ, Msuya SE. Predictors of HIV serostatus disclosure to partners among HIV-positive pregnant women in Morogoro, Tanzania. Bio Med Central Public Health 2013; 13: 433-442. doi: 10.1186/1471-2458-13-433.



14. Patel S, Baxi RK, Patel SN, Golin CE, Mehta M, Bakshi H, et al. Perceptions regarding barriers and facilitators to combination antiretroviral therapy adherence among people living with HIV/AIDS in Gujarat, India: A qualitative study. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases* 2012;33(2):107–111.
15. Vyavaharkar M, Moneyham L, Corwin S, Saunders R, Annang L, Tavakoli A. Relationships between stigma, social support, and depression in HIV-infected African American women living in the rural Southeastern United States. *Journal of Association of Nurses in AIDS Care* 2010;21(2):144–52.
16. Sowell RL, Seals BF, Phillips KD, Julious CH. Disclosure of HIV infection : how do women decide to tell?. *Health education research* 2003;18(1):32–44.
17. 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.
18. Weiss R. *The Provisions of Social Relationship*. Rubib Z ed. New Jersey: Prentice Hall; 1974.
19. Orathai P, Phumonsakun S. *Power analysis and sample size estimation using G*Power Program*. Bangkok: Phimdi; 2013.
20. Mitsuvan S. Relationships between feminine health-related hardiness, social support, coping, and health status of women with HIV/AIDS [Master thesis]. Bangkok: Chulalongkorn University; 2007. (in Thai).
21. Suksatit B. Stigma perception and health promoting self-care ability of young adults with HIV/AIDS [Master thesis]. Nakhon Phathom: Mahidol University; 2004.
22. Ongwandee S, Kiertiburanakul S, avihing sanon A, Sukkul A, Lolekha R. *Thailand national guidelines on HIV/AIDS treatment and prevention*. Bangkok: The agricultural cooperative federation of Thailand limited; 2017. [in Thai].
23. Clarke A, Kerr S, Honeybrook A, Cooper DA, Avihingsanon A, Duncombe C, et al. Adherence and risk behaviour in patients with HIV infection receiving antiretroviral therapy in Bangkok. *The Open Virology Journal* 2012; 6: 23–28. doi: 10.2174/1874357901206010023.
24. Liangputtong P, Haritavorn N. To tell or not to tell: disclosure to children and family amongst Thai women living with HIV/AIDS. *Health Promotion International* 2014; 31(1): 23–32.
25. Deesamoot D. Perception of stigma in HIV/AIDS-infected in elderly. [Master thesis]. Nakhon Phathom: Mahidol University; 2014. [in Thai].
26. Prakhinkit S, Reynold J. A study of the relationship between social supporting and anxiety of HIV-infected' s patients in Samutsakhon hospital. Bangkok: Siam University; 2009. (in Thai).