

Original Article

นิพนธ์ทัศน์

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก: บทเรียนจากพื้นที่เพื่อการปรับนโยบาย

ยศ ตีระวัฒนานนท์*

ศิริพร กัญชนะ**

วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร*

พรสิณี อมรวิเชษฐ์**

บวร งามศิริอุดม**

*โครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ

**กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

บทคัดย่อ

การดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทยซึ่งขยายการดำเนินงานครอบคลุมทั้งประเทศมาตั้งแต่ปี พ.ศ.๒๕๔๑ มีความก้าวหน้าเป็นอย่างมาก มีการผสมผสานการดำเนินงานเข้าสู่ระบบการให้บริการการดูแลฝากครรภ์และคลอดบุตรอย่างกลมกลืนทำให้เกิดประสิทธิภาพและยั่งยืน ระบบการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดด้วยความสมัครใจนับเป็นจุดสำคัญ (key entry point) ของการดำเนินงานเพราะเป็นจุดคัดกรองและให้ข้อมูลแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเพื่อเข้าสู่โครงการ

อย่างไรก็ตามจากการสำรวจข้อมูลรายละเอียดวิธีดำเนินงาน ต้นทุนและผลลัพธ์ในกิจกรรมหลักได้แก่ การให้คำปรึกษาและตรวจเลือด การให้ยาต้านไวรัส และการให้นมผงทดแทนนมมารดา ด้วยแบบสำรวจในช่วงเดือนมีนาคมถึงกรกฎาคม ๒๕๔๔ ในพื้นที่ ๑๓ จังหวัดของเขต ๙ ภาคตะวันออกเฉียงเหนือและเขต ๑๐ ภาคเหนือตอนบน พบว่า ยังมีข้อพิจารณาสำคัญสำหรับพัฒนาการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพดีขึ้นได้แก่ ๑) การทำมาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการคัดกรองและการยืนยันกรณีผลเลือดเป็นบวก เพื่อให้สถานพยาบาลต่าง ๆ ปฏิบัติตามอย่างถูกต้องซึ่งจะช่วยลดปัญหาการตรวจซ้ำซ้อน สิ้นเปลือง และรายงานผลต่ำกว่ามาตรฐาน ๒) การพิจารณาลดจำนวนครั้งของการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดลงให้เหลือเพียงครั้งเดียวเมื่อเริ่มต้นฝากครรภ์ซึ่งจะช่วยลดงบประมาณของการดำเนินงานได้มากและทำให้ภาระงานของผู้ให้คำปรึกษาลดลง จากนั้นให้คำปรึกษาและตรวจครั้งที่สองเฉพาะกลุ่มเสี่ยงเท่านั้น ๓) พัฒนาระบบการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดให้ดีขึ้นโดยเน้นการให้คำปรึกษาเพื่อป้องกันแก่กลุ่มหญิงตั้งครรภ์และสามีที่มีผลเลือดเป็นลบ โดยเปิดโอกาสให้คู่สมรสมีส่วนร่วม ๔) เพิ่มการป้องกันในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อด้วยยาต้านไวรัสซึ่งปัจจุบันอยู่ที่ร้อยละ ๑๔ ให้ครอบคลุมมากขึ้น รวมทั้งเพิ่มอัตราการคงอยู่ในโครงการสุขภาพ (net enrollment rate) จากปัจจุบันเพียงร้อยละ ๕๖ ๕) ขยายการป้องกันในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อที่ไม่มาฝากครรภ์และมีผลเลือดบวกเมื่อมาคลอด หรือกลุ่มที่ปฏิเสธยา AZT โดยการให้ยา Nevirapine

บทนำ

ภาวะของเอชไอวี/เอดส์ในประเทศไทย

นับตั้งแต่มีการค้นพบผู้ป่วยเอดส์รายแรกในประเทศไทยเมื่อปี พ.ศ. ๒๕๒๗^(๑) มีการแพร่ระบาดอย่างรวดเร็ว โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๐ ตามด้วยกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศและชายนักเที่ยว ในช่วงปี พ.ศ. ๒๕๓๒-๒๕๓๗ ส่งผลให้เชื้อเอชไอวีแพร่ระบาดเข้าสู่สตรีที่เป็นแม่บ้านรวมถึงเด็กซึ่งเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อ อาจกล่าวได้ว่าในช่วงทศวรรษที่ผ่านมาเป็นระยะวิกฤติที่สุดการแพร่ระบาดของเอดส์ในไทย

จนถึงปัจจุบันคาดว่าคนไทยติดเชื้อแล้วทั้งสิ้น ๑,๐๐๙,๗๔๗ คน ในจำนวนนี้ร้อยละ ๓.๖ เป็นการติดเชื้อในทารก ขณะที่ผู้ใหญ่จำนวนกว่า ๓๒๙,๐๐๐ คน และเด็ก ๑๕,๑๒๒ คนได้สูญเสียชีวิตไปแล้ว^(๒) ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒ เอดส์เป็นสาเหตุการเสียชีวิตสำคัญเป็นอันดับหนึ่งของชายไทยและเป็นอันดับสองในเพศหญิง หรืออาจกล่าวได้ว่าในปี ๒๕๔๒ ชายไทยและหญิงไทยเสียชีวิตจากเอดส์สูงถึงวันละ ๑๐๓ และ ๓๗ คนตามลำดับ

คิดเป็นจำนวนผู้เสียชีวิตจากเอดส์ถึง ๖ คนต่อชั่วโมง (ตารางที่ ๑)^(๓)

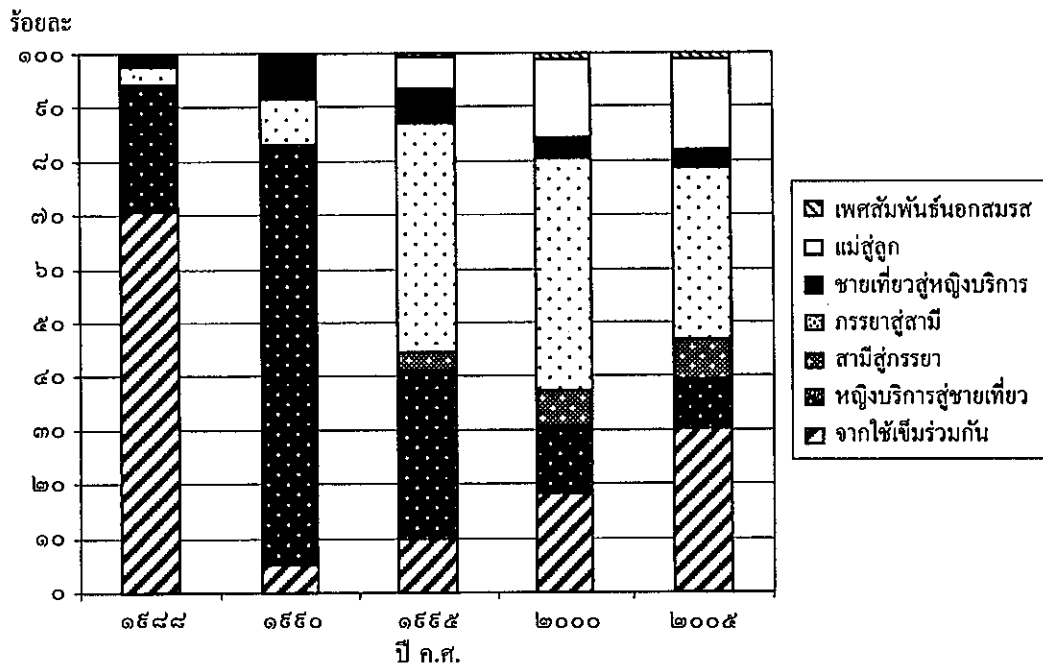
เอดส์สามารถติดต่อได้หลายทาง ได้แก่ การรับเลือดที่มีเชื้อ การมีเพศสัมพันธ์ การใช้เข็มฉีดยาร่วมกัน และการถ่ายทอดจากมารดาสู่ทารกในครรภ์ การคลอด และการให้นม แต่คาดว่าสาเหตุการติดเชื้อของคนไทยส่วนใหญ่ในอนาคตจะเกิดจากภรรยาติดเชื้อจากสามี การใช้เข็มฉีดยาร่วมกันในกลุ่มผู้ใช้ยาเสพติด และการติดเชื้อจากมารดาสู่ทารก^(๔) (ดูรูปที่ ๑)

แต่ละปีประเทศไทยมีทารกคลอดราว ๗๐๐,๐๐๐-๘๐๐,๐๐๐ คน หากนับอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในมารดาเท่ากับการสำรวจของกองระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข ซึ่งพบว่าในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์มีอัตราการติดเชื้อคิดเป็นร้อยละ ๑.๙๘, ๑.๖๖ และ ๑.๔๖ ในปี พ.ศ. ๒๕๔๒-๒๕๔๔ ตามลำดับ จึงประมาณได้ว่าในแต่ละปีจะมีทารกคลอดจากมารดาติดเชื้อประมาณ ๑๐,๕๐๐-๑๕,๘๔๐ คน หากไม่มีการป้องกัน ทารกเหล่านี้จะติดเชื้อและต่อมาป่วยเป็นเอดส์ราว ๓,๒๐๐-๔,๙๐๐ คนต่อปี หรือคิดเป็นร้อยละ ๑๕ ของจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่ทั้งหมดในประเทศไทย

ตารางที่ ๑ สาเหตุการเสียชีวิตของคนไทย ในปี ๒๕๔๒

ลำดับ	สาเหตุ	ชาย		สาเหตุ	หญิง	
		จำนวน	ร้อยละ		จำนวน	ร้อยละ
๑	เอชไอวี/เอดส์	๓๗,๕๔๕	๑๖	หลอดเลือดสมอง	๒๕,๐๕๓	๑๕
๒	หลอดเลือดสมอง	๒๑,๐๔๓	๙	เอชไอวี/เอดส์	๑๓,๗๐๗	๘
๓	อุบัติเหตุจากรถ	๑๕,๘๕๑	๘	เบาหวาน	๑๒,๗๘๔	๘
๔	มะเร็งตับ	๑๖,๖๑๓	๗	หัวใจขาดเลือด	๘,๕๕๗	๕
๕	ถุงลมโป่งพอง	๑๒,๒๖๒	๕	มะเร็งตับ	๘,๑๖๒	๕
๖	หัวใจขาดเลือด	๑๑,๒๓๘	๕	ติดเชื้อทางเดินหายใจส่วนล่าง	๕,๕๓๐	๓
๗	มะเร็งปอด	๗,๖๒๒	๓	ถุงลมโป่งพอง	๕,๔๕๔	๓
๘	เบาหวาน	๗,๒๘๒	๓	วัณโรค	๔,๖๑๕	๓
๙	ตับแข็ง	๖,๕๕๒	๓	อุบัติเหตุจากรถ	๔,๕๘๕	๓
๑๐	วัณโรค	๖,๔๗๓	๓	ตับอักเสบ	๔,๒๗๒	๓

ที่มา รายงานเบื้องต้นคณะทำงานศึกษาภาระโรคของคนไทย^(๑)



รูปที่ ๑ คาดคะเนสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีในคนไทย (ค.ศ. ๑๙๘๗-๒๐๐๕)
ที่มา: Projections for HIV/AIDS in Thailand: ๒๐๐๐-๒๐๒๐

อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

จากการศึกษาวิจัยพบว่า การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกประกอบไปด้วย ๓ ช่องทาง ได้แก่ (๑) การถ่ายทอดทางรกในขณะตั้งครรภ์พบได้ประมาณร้อยละ ๑๐ (๒) การสัมผัสกับเชื้อเอชไอวีของทารกในขณะคลอดพบประมาณร้อยละ ๑๕ และ (๓) การถ่ายทอดจากการรับน้ำนมจากมารดาที่ติดเชื้อประมาณร้อยละ ๑๐^(๔,๕) อย่างไรก็ตามอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารกยังมีความแตกต่างกันในแต่ละภูมิภาคของโลก ทั้งนี้คาดว่าเกิดจากปัจจัยด้านสายพันธุ์ของเชื้อเอชไอวี พันธุกรรมของคนในแต่ละเชื้อชาติ เช่น อัตราการถ่ายทอดเชื้อในขณะตั้งครรภ์และคลอดพบตั้งแต่ร้อยละ ๑๕-๒๐ ในทวีปยุโรป ร้อยละ ๑๕-๓๐ ในทวีปอเมริกาเหนือและสูงสุดร้อยละ ๒๕-๓๕ ในทวีปแอฟริกา สำหรับประเทศไทยมีรายงานอยู่ที่ร้อยละ ๑๔.๙^(๖)

นอกจากนี้พบว่ายังมีปัจจัยอื่น ๆ อีกที่ส่งผลต่อการติดเชื้อในทารก^(๔,๕,๗,๘) เช่น ระยะเวลาที่ถุงน้ำคร่ำแตกก่อน

คลอด การอักเสบของถุงน้ำคร่ำ จำนวนเชื้อไวรัสในกระแสเลือดของมารดาขณะคลอดหรือการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น สำหรับปัจจัยที่ส่งผลให้มีอัตราการถ่ายทอดเชื้อต่ำ เช่น การผ่าตัดคลอดซึ่งสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อได้ร้อยละ ๕๐ ระดับไวรัสในกระแสเลือดต่ำหรือพบ neutralizing antibody เป็นต้น การใช้ยาต้านไวรัสสามารถลดจำนวนเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดได้จึงสามารถนำมาใช้ลดการติดเชื้อของทารกในขณะตั้งครรภ์และขณะคลอดเมื่อร่วมกับการให้นมผสมทดแทนนมมารดาจึงสามารถลดการติดเชื้อเอชไอวีในทารกอย่างได้ผล

การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกด้วยยาต้านไวรัส สำหรับประเทศไทย

หลังจากค้นพบสูตรยาด้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกครั้งแรกในปี พ.ศ. ๒๕๓๗ ภายใต้ชื่อรหัสว่า ACTG๐๗๖^(๙) ซึ่งสามารถลดการติดเชื้อในทารกได้ร้อยละ ๖๗ โรงพยาบาลขนาดใหญ่หลายแห่ง

ในประเทศไทยก็ได้เริ่มใช้สูตรยาดังกล่าว อย่างไรก็ตามพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ก็ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัสเนื่องจากความยากลำบากในการบริหารยา คือ การให้ยาก่อนหน้านาน เริ่มกินยา Zidovudine (AZT) ขนาด ๑๐๐ มิลลิกรัมวันละ ๕ ครั้ง ที่อายุครรภ์ ๑๔ สัปดาห์จนเจ็บครรภ์ ขณะเจ็บครรภ์ให้ยา AZT ทางหลอดเลือดดำจนคลอด และให้กินยา AZT ชนิดน้ำวันละ ๔ ครั้งสำหรับทารกอีก ๖ สัปดาห์ ทำให้ต้นทุนยาสูง การบริหารจัดการไม่สะดวกและเกิดความร่วมมือจากมารดาผู้ติดเชื้อน้อย

การให้นมผสมทดแทนนมมารดาเป็นอีกส่วนสำคัญที่ช่วยลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เพราะร้อยละ ๔๐ ของการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกเกิดจากการได้รับนมแม่^(๔) หากหลีกเลี่ยงก็สามารถลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้ทั้งหมด อย่างไรก็ตามต้องพึงระวังถึงผลข้างเคียงของการให้นมผสมทดแทนนมมารดาอยู่เสมอ เช่น โอกาสเจ็บป่วยของทารกจากการติดเชื้อทางเดินหายใจหรือทางเดินอาหาร การเกิดค่านิยมผิดสำหรับการเลี้ยงนมผสมในมารดาที่ไม่ได้ติดเชื้อ หรือในทางตรงกันข้ามเกิดปัญหาการรังเกียจจากสังคมเพราะผู้อื่นทราบได้ว่ามารดาเป็นผู้ติดเชื้อเอดส์

ในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ มีรายงานความสำเร็จของการวิจัยในประเทศไทย^(๕) ที่พบสูตรให้ยาระยะสั้นและสะดวกต่อการบริหารจัดการ คือเริ่มกินยา AZT ที่อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ในขนาด ๓๐๐ มิลลิกรัมวันละ ๒ ครั้งจนเจ็บครรภ์จึงเปลี่ยนเป็นกินยา AZT ทุก ๓ ชั่วโมงจนคลอด สูตรยาดังกล่าวสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อได้ถึงร้อยละ ๕๐ ทำให้มีความเป็นไปได้สูงสำหรับนำมาใช้กับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อทั่วประเทศ

กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขได้จัดให้มีบริการให้คำปรึกษาและเจาะเลือดเพื่อให้ความรู้และค้นหาผู้ติดเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจสำหรับหญิงตั้งครรภ์มาตั้งแต่ปี พ.ศ. ๒๕๓๙ ทำให้หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ทราบผลเลือดของตนเอง การให้ยาเพื่อป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกจึงสามารถเริ่มให้บริการได้อย่าง

รวดเร็ว โดยเริ่มประสบการณ์จากพื้นที่นำร่อง

ตั้งในปี พ.ศ. ๒๕๔๐ จึงเริ่มดำเนินการในพื้นที่ ๖ จังหวัดภาคเหนือตอนบนซึ่งมีอัตราการติดเชื้อสูงสุดในประเทศไทยโดยหญิงตั้งครรภ์เริ่มกินยา AZT ที่อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ในขนาด ๓๐๐ มิลลิกรัมวันละ ๒ ครั้งจนเจ็บครรภ์จึงเปลี่ยนเป็นกินทุก ๓ ชั่วโมงจนคลอด และทารกกินยาด้านไวรัสชนิดน้ำต่ออีก ๗ วัน ต่อมาในปี พ.ศ. ๒๕๔๑ ได้เพิ่มพื้นที่ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือจำนวน ๗ จังหวัดโดยหญิงตั้งครรภ์เริ่มกินยา AZT ที่อายุครรภ์ ๓๖ สัปดาห์ในขนาด ๓๐๐ มิลลิกรัมวันละ ๒ ครั้งจนเจ็บครรภ์จึงเปลี่ยนเป็นกินยาทุก ๓ ชั่วโมงจนคลอด แต่ไม่ให้ยา AZT แก่ทารก ผลการดำเนินงานในพื้นที่ทั้งสองนับว่าประสบผลสำเร็จเป็นอย่างดี ทำให้ตั้งแต่เดือนมกราคม ๒๕๔๓ กระทรวงสาธารณสุขได้กำหนดนโยบายและแนวทางการดำเนินการเพื่อการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกสู่สถานพยาบาลทุกแห่งทั่วประเทศไทย^(๖-๑๒)

รายงานฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อสังเคราะห์บทเรียนการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกที่ดำเนินงาน เพื่อการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทั้งในระดับนโยบายและการปฏิบัติงาน (policy and program improvement)

วิธีการศึกษา

ใช้แบบสอบถามทำการเก็บข้อมูลรายละเอียดการดำเนินงาน ต้นทุนและผลการดำเนินงานในกิจกรรมดังต่อไปนี้

- ๑) การให้คำปรึกษาก่อนและภายหลังการเจาะเลือด
- ๒) การตรวจเลือดสำหรับหญิงตั้งครรภ์เพื่อหาการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี
- ๓) การให้ยาด้านไวรัสแก่มารดาและทารก
- ๔) การให้นมผงทดแทนนมมารดา
- ๕) การให้คำปรึกษาก่อนและหลังการเจาะเลือด

สำหรับทารก

๖) การตรวจเลือดสำหรับทารกเพื่อติดตามการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก

โรงพยาบาลที่ถูกสำรวจอยู่ใน ๑๓ จังหวัดประกอบไปด้วยโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปจำนวน ๗ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๔๒ แห่งในเขต ๗ ได้แก่ อุบลราชธานี ร้อยเอ็ด ศรีสะเกษ อำนาจเจริญ ยโสธร นครพนม มุกดาหาร และโรงพยาบาลศูนย์/ทั่วไปจำนวน ๗ แห่ง โรงพยาบาลชุมชน ๖๔ แห่งในเขต ๑๐ เชียงใหม่ เชียงราย พะเยา ลำพูน ลำปาง แม่ฮ่องสอน รวมทั้งสิ้น ๑๖๐ โรงพยาบาล ระยะเวลาที่ทำการเก็บข้อมูลอยู่ในช่วงเดือนมีนาคมถึงกรกฎาคม ๒๕๔๔

ผู้วิจัยจัดให้มีผู้เก็บข้อมูลหลักในแต่ละโรงพยาบาล ซึ่งผ่านการอบรมการเก็บข้อมูลเป็นผู้ประสานงานในการเก็บข้อมูลไปยังฝ่ายต่างๆที่เกี่ยวข้องภายในโรงพยาบาลเพื่อให้เก็บและบันทึกข้อมูลได้อย่างถูกต้องและครบถ้วน ทั้งนี้ผู้เก็บข้อมูลหลักยังเป็นผู้ตรวจสอบความครบถ้วนของข้อมูลก่อนส่งกลับมายังผู้วิจัย

นำข้อมูลเบื้องต้นที่ได้จากการสำรวจประเมินผลโครงการมาทำการวิเคราะห์แล้วเสนอแนะทางเลือกเชิงนโยบายสำหรับการปรับปรุงการดำเนินงานให้มีประสิทธิภาพ ประสิทธิผลมากขึ้น

ผลการศึกษา

การให้คำปรึกษา

พบว่าหญิงที่มาฝากครรภ์เกือบทั้งหมด ได้รับการให้คำปรึกษาก่อนการตรวจเลือดซึ่งส่วนใหญ่เป็นแบบกลุ่ม (group counseling) การให้คำปรึกษามักผสมผสานไปกับระบบการให้บริการฝากครรภ์ของโรงพยาบาล มีส่วนน้อยที่หญิงตั้งครรภ์ต้องรับคำปรึกษาที่คลินิกให้คำปรึกษาทั่วไปร่วมกับผู้ต้องการตรวจเลือดกลุ่มอื่น (General Voluntary Counseling and Testing-VCT services) ซึ่งน่าจะเป็นสาเหตุหนึ่งที่ทำให้เกิดการยอมรับสำหรับการให้คำปรึกษาและตรวจเลือด (compliance) จากข้อมูลที่ศึกษาพบว่าร้อยละ ๙๙ ของหญิง

ตั้งครรภ์ที่ได้รับคำปรึกษาก่อนตรวจเลือดยินยอมให้ตรวจเลือดซึ่งถือว่าเป็นอัตราที่สูงกว่าประเทศต่างๆที่เคยรายงาน^(๑๓)

บทบาทของสถานอนามัยในการให้บริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดนั้นยังมีไม่มาก กล่าวคือเพียงร้อยละ ๑๓ ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดที่มารับคำปรึกษาที่โรงพยาบาล

นอกจากนี้ยังพบว่าหญิงตั้งครรภ์เกือบทั้งหมดไม่ได้ให้คำปรึกษาร่วมกับสามีเมื่อตรวจพบว่าติดเชื้อ (post-test couple counseling) จากการสัมภาษณ์ผู้ให้คำปรึกษาที่ปฏิบัติงานประมาณกว่าร้อยละ ๘๐ ของคู่สมรสที่ภรรยาฝากครรภ์และติดเชื้อเมื่อมีการติดตามให้มารับคำปรึกษาเพื่อตรวจเลือดพบว่าไม่มาใช้บริการ

การให้คำปรึกษาส่วนใหญ่ทำเมื่อหญิงตั้งครรภ์มาฝากครรภ์ครั้งแรกที่โรงพยาบาลและจะมีการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดซ้ำอีกครั้งหากผลเลือดของหญิงตั้งครรภ์เป็นลบเมื่ออายุครรภ์ประมาณ ๓๐-๓๒ สัปดาห์ ทั้งนี้ในส่วนของเจ้าหน้าที่ส่วนใหญ่ให้เหตุผลว่าเพื่อทำการคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ที่อาจอยู่ในช่วง window period หรือหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับเชื้อหลังการตรวจครั้งแรก ผู้วิจัยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ ๔๕ ฝากครรภ์ก่อน ๒๙ สัปดาห์จึงได้รับการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดในระหว่างการฝากครรภ์ถึง ๒ ครั้ง ด้วยเหตุนี้จึงทำให้เกิดภาระงานของเจ้าหน้าที่ให้คำปรึกษาค่อนข้างมากและคิดเป็นค่าใช้จ่ายสูง

จากข้อมูลที่ทำการศึกษาประเมินทางเศรษฐศาสตร์^(๑๔) พบว่าในปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขใช้เงินทั้งประเทศเพื่อการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (ซึ่งให้คำปรึกษาและตรวจเลือด ๒ ครั้ง) ทั้งสิ้นประมาณ ๒๕๓ ล้านบาทต่อปี (ปรับจากข้อมูลดำเนินการโครงการฯในพื้นที่ ๑๓ จังหวัด ในเขต ๗ และ ๑๐ ที่ทำการศึกษา) ทั้งนี้ยังไม่ได้หักจำนวนเงินที่สามารถประหยัดลงไปได้จากการไม่ต้องรักษาทารกที่จะเจ็บป่วยจากเอ็ดส์ในอนาคตที่เรียกว่า cost offset ซึ่งหากคิดมูลค่า

ดังกล่าวดังกล่าวจะเหลือต้นทุนสุทธิเพียง ๑๓๕ ล้านบาทต่อปี สามารถป้องกันการทารกให้ติดเชื้อได้ประมาณ ๑,๖๗๐ ราย หรือคิดเป็นต้นทุนต่อการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก คิดเป็นจำนวนเงินประมาณ ๑๕๐,๐๐๐ บาทต่อทารกที่ป้องกันได้ ๑ ราย (หรือต้นทุนสุทธิ ๕๐,๐๐๐ บาทต่อทารกป้องกันได้ ๑ ราย) แต่หากดำเนินงานโดยลดจำนวนครั้งของการให้คำปรึกษาลงเหลือเพียง ๑ ครั้งจะมีต้นทุนดำเนินการเพียง ๑๗๐ ล้านบาท (ต้นทุนสุทธิ ๕๘ ล้านบาท) หรือคิดเป็นเงิน ๑๐๐,๐๐๐ บาทต่อทารกที่ป้องกันได้ ๑ ราย (ต้นทุนสุทธิ ๓๖,๐๐๐ บาทต่อทารกที่ป้องกันได้ ๑ ราย)

อย่างไรก็ตามการลดจำนวนครั้งของการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดลงจะส่งผลให้มีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อใน window period และหญิงที่ติดเชื้อใหม่ในระหว่างตั้งครรภ์เสียโอกาสไม่ได้เข้าสู่โครงการฯ ต้นทุนของการเสียโอกาสนี้ขึ้นอยู่กับอุบัติการณ์ของเหตุการณ์ดังกล่าว จากการทบทวนเอกสารพบว่าในปี ๒๕๔๑ มีรายงานในกรุงเทพฯ^(๑๕) พบ seroconversion rate อยู่ที่ร้อยละ ๗.๔ หมายความว่า หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อร้อยละ ๗ ที่ฝากครรภ์ครั้งแรก และตรวจไม่พบการติดเชื้อแต่การตรวจครั้งต่อมาเมื่ออายุครรภ์ ๓๐-๓๒ สัปดาห์ให้ผลเลือดเป็นบวก ซึ่งหากนำมาคำนวณจะพบว่า การลดจำนวนครั้งของการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดจะทำให้ทารกที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีลดลงไป ๗๗ ราย

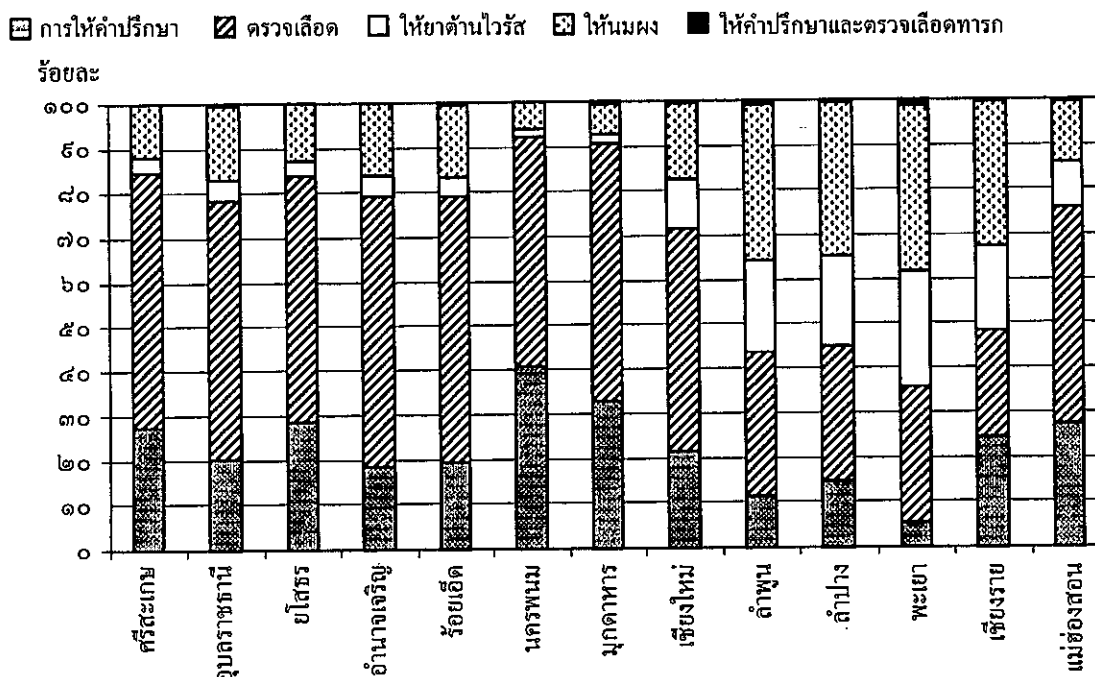
อย่างไรก็ตามหากคิดต้นทุนต่อทารก ๑ รายที่ป้องกันการติดเชื้อเพิ่มขึ้นได้จากการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดครั้งที่สอง ซึ่งใช้หลักการของ Incremental cost effectiveness analysis จะเป็นจำนวนเงิน ๑,๐๗๐,๐๐๐ บาทต่อทารก ๑ รายที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้น (หรือต้นทุนสุทธิ ๙๙๙,๐๐๐ บาทต่อทารกที่ป้องกันได้เพิ่มขึ้น) ซึ่งหากนำมาเทียบกับต้นทุนต่อการป้องกันการทารก ๑ รายในกรณีให้คำปรึกษาและตรวจเลือดเพียง ๑ ครั้ง จะพบว่าเด็กทารกอีก ๗๗ คนที่ป้องกันการติดเชื้อได้

ต้องลงทุนมากกว่าถึง ๑๐ เท่าในกรณีไม่รวม cost offset หรือ ๒๗ เท่าในกรณีต้นทุนสุทธิ (๑,๐๗๐,๐๐๐/๑๐๐,๐๐๐ = ๑๐, และ ๙๙๙,๐๐๐/๓๖,๐๐๐=๒๗) ซึ่งหากเทียบแล้วการนำเม็ดเงินจำนวนเท่ากันไปลงทุนด้านอื่นๆ ในระบบสุขภาพน่าจะสามารถช่วยชีวิตคนได้มากกว่านี้ รวมทั้งหากนำเงินส่วนต่างนี้ไปลงทุนพัฒนาการดำเนินงานด้านอื่น ๆ ในโครงการจำนวนเม็ดเงิน ๑ ล้านบาทก็ควรจะช่วยป้องกันการทารกได้มากกว่า ๑ คน (ซึ่งจะแสดงให้เห็นในการพิจารณาเรื่องทางเลือกสำหรับการให้ยาต้านไวรัสในส่วนท้าย)

การตรวจเลือด

เนื่องจากมีการให้บริการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดแก่หญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่ ๒ ครั้งผลของการศึกษาต้นทุนจึงพบว่าร้อยละ ๔๙ ของงบประมาณการในสถานพยาบาลภาครัฐ ในพื้นที่ตัวอย่าง ๑๓ จังหวัดเป็นต้นทุนของการตรวจเลือด ดังแสดงในรูปที่ ๒ (ร้อยละ ๒๓ สำหรับการให้คำปรึกษา ร้อยละ ๙ สำหรับการให้ยาด้านไวรัส และร้อยละ ๑๙ สำหรับการให้นมผสมทดแทนนมมารดา)

นอกจากนี้การวิจัยยังพบว่ามาตรฐานการตรวจทางห้องปฏิบัติการสำหรับการคัดกรองและการยืนยันกรณีผลเลือดเป็นบวกยังเป็นปัญหาที่สำคัญที่จำเป็นต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน โดยพบว่ามี การตรวจคัดกรองที่มากเกินไปจนจำเป็นกล่าวคือใช้การตรวจมากกว่า ๑ วิธีสำหรับการตรวจคัดกรอง และสถานพยาบาลหลายแห่งที่ตรวจยืนยันก่อนการรายงานผลเลือดต่ำกว่ามาตรฐานและเกณฑ์ที่องค์การอนามัยโลกและกองโรคเอดส์แนะนำ (ทั้งจำนวนและวิธีการตรวจ) รวมถึงมีสถานพยาบาลอีกส่วนหนึ่งที่ทำการตรวจเลือดเกินความจำเป็นคือมีการตรวจที่ซ้ำซ้อนไม่ก่อให้เกิดประโยชน์ ซึ่งผู้วิจัยได้ประมาณการณ์ไว้ว่าหากมีการจัดทำมาตรฐานการตรวจคัดกรองได้ดีและมีการปฏิบัติอย่างจริงจังจะสามารถประหยัดงบประมาณสำหรับการตรวจเลือดได้ถึงร้อยละ ๑๒ หรือเป็นจำนวนเงินกว่า ๒๐ ล้านบาทต่อปีทั่วประเทศ



รูปที่ ๒ ส่วนของต้นทุนสำหรับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกใน ๑๓ จังหวัด

ยาต้านไวรัส

ในระหว่างเดือนกรกฎาคม ๒๕๔๑- มิถุนายน ๒๕๔๒ อัตราการได้รับยาต้านไวรัสของหญิงตั้งครรภ์ที่ศึกษาเฉลี่ยอยู่ที่ร้อยละ ๗๔ (พิสัยอยู่ระหว่างร้อยละ ๔๓ ถึง ๙๖) ของหญิงตั้งครรภ์ที่ตรวจพบว่าติดเชื้อทั้งหมด โดยทั้งนี้ร้อยละ ๕๓ กินยาสูตร AZT ระยะเวลาสั้นของกระทรวงสาธารณสุข และที่เหลือร้อยละ ๒๑ กินยาสูตรอื่นๆ

อย่างไรก็ตามการศึกษาความคงอยู่ของการกินยาต้านไวรัสสูตรยาระยะสั้นตลอดช่วงการตั้งครรภ์ใน ๖ โรงพยาบาล ๒ จังหวัด (พะเยาและอุบลราชธานี) พบว่า attrition rate อยู่ที่ร้อยละ ๒๐ หรือกล่าวได้ว่าหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อจำนวน ๑๐๐ ที่เข้าร่วมโครงการฯ มีจำนวน ๒๐ รายที่ออกจากโครงการระหว่างการตั้งครรภ์ ซึ่งในจำนวนนี้ไม่มีข้อมูลรายละเอียดว่าได้รับการดูแลต่ออย่างไรหรือผลของการตั้งครรภ์เป็นเช่นไร

อย่างไรก็ตามจากข้อมูลเป็นที่น่าสังเกตว่าหญิง

ตั้งครรภ์ใน ๑๓ จังหวัดที่เก็บข้อมูลในปี ๒๕๔๔ พบว่าร้อยละ ๗ ของหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมดมาฝากครรภ์ที่ช่วงอายุครรภ์เกินกว่า ๓๔ สัปดาห์ซึ่งเป็นอายุครรภ์ที่เริ่มให้ยาต้านไวรัส AZT สำหรับสูตรยาระยะสั้น ซึ่งจากข้อมูลในงานวิจัยอื่นในประเทศไทยพบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ช้ามักเป็นหญิงตั้งครรภ์ที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูง ซึ่งรายงานในจังหวัดเชียงใหม่^(๑๖) พบว่าสูงถึงร้อยละ ๘ และนอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้ก็มีแนวโน้มสูงที่จะปฏิเสธการทานยาต้านไวรัสสูตรยาระยะสั้น

นมผสมทดแทนนมมารดา

ข้อมูลพบว่าหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อส่วนใหญ่ที่เข้าโครงการป้องกันฯ สม่ครใจรับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารก และมีอัตราคงอยู่สำหรับการรับนมผสมในสัดส่วนสูงคือร้อยละ ๙๔ แต่จากข้อมูลเชิงลึกในบางพื้นที่ยังพบว่ามีบางรายได้นำนมผสมที่ได้รับนำไปขายต่อซึ่งทำให้ทารกไม่ได้รับนมผสมหรือได้รับนมผสมอย่างไม่พอเพียงและ

ต่อเนื่อง ทำให้ต้องเลือกให้นมมารดาผสมกันไป ข้อมูลงานวิจัยในต่างประเทศพบว่า การเลี้ยงนมผสมร่วมกับนมมารดาควบคู่กันไป เป็นสิ่งที่ควรหลีกเลี่ยงเพราะจะเพิ่มโอกาสของการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารกภายหลังการคลอดมากกว่าการเลี้ยงด้วยนมมารดาเพียงอย่างเดียว (exclusive breastfeeding)^(๑๗)

วิจารณ์

การดำเนินโครงการฯ ของประเทศไทย อยู่ในเกณฑ์ดี ซึ่งได้รับการยกย่องในระดับนานาชาติ มีการผสมผสาน (integrate) โครงการเข้าสู่ระบบการให้บริการดูแลการฝากครรภ์และคลอดอย่างกลมกลืน ประเทศไทยมีระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เข้มแข็งมากเป็นทุนเดิมอยู่แล้วจึงช่วยให้ผลของการดำเนินงานป้องกันฯ ส่วนใหญ่ราบรื่น ได้รับการยอมรับและความร่วมมือจากหญิงตั้งครรภ์สูง มีแนวโน้มการคงอยู่ของการดำเนินงานยั่งยืน จุดเด่นที่สำคัญอีกประการหนึ่งก็คือระบบการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดโดยความสมัครใจที่ค่อนข้างเข้มแข็ง ครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ส่วนใหญ่และเป็นจุดต้นของการนำหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเข้าสู่โครงการฯ

อย่างไรก็ตามพบว่ายังมีหลายส่วนที่ต้องพัฒนาอย่างเร่งด่วน ซึ่งได้แก่

- เพิ่มความเชื่อมโยงกับผู้ให้บริการภาคเอกชน

การดำเนินงานที่ผ่านมาจำกัดอยู่แต่ในระบบบริการของภาครัฐ แต่ปัจจุบันในโครงการประกันสุขภาพถ้วนหน้าได้มีสถานพยาบาลเอกชนเข้าร่วมดำเนินงานและการให้การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกจัดอยู่ในบริการพื้นฐาน ในชุดสิทธิประโยชน์ด้านส่งเสริมสุขภาพป้องกันโรค จึงมีความจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องขยายการดำเนินงานให้ครอบคลุมสถานพยาบาลเอกชนให้มากที่สุดอย่างเร่งด่วน ซึ่งจากการสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรในระหว่างปี ๒๕๔๐-๒๕๔๕^(๑๘) พบว่าสถานพยาบาลเอกชนมีสัดส่วนตลาดของการคลอดอยู่ที่ร้อยละ ๗-๑๐ ของการคลอดในโรงพยาบาลทั้งหมดในประเทศไทย

- ความคงอยู่ในโครงการ

จากข้อมูลการวิจัยที่กล่าวเบื้องต้นจะพบว่า อัตราการคงอยู่ในโครงการฯ สุทธิ (net enrollment rate) อยู่ที่ร้อยละ ๕๖ (อัตราสมัครใจเข้ารับยาร้อยละ ๗๔ x อัตรากินยาตลอดโครงการร้อยละ ๘๐ x อัตรารับนมผสมร้อยละ ๙๕) ซึ่งหมายความว่าจากหญิงตั้งครรภ์ที่ทราบผลเลือดว่าติดเชื้อทารกเพียงร้อยละ ๕๖ เท่านั้นที่จะได้รับประโยชน์จากการดำเนินงานอย่างครบถ้วนเต็มที่ ระบบสุขภาพไทย มีศักยภาพสูง และมีความสามารถที่จะเพิ่มอัตราการคงอยู่ในโครงการฯ สุทธิได้อีกมาก

- ปรับประสิทธิภาพให้ดีขึ้นโดย

ปรับต้นทุน

๐ ด้วยการลดการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดให้เหลือเพียง ๑ ครั้งในการมาฝากครรภ์ครั้งแรกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป และทำการตรวจเลือดซ้ำเฉพาะกลุ่มเสี่ยง สาเหตุที่แนะนำให้ทำการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดเมื่อมาฝากครรภ์ครั้งแรกเพราะมีรายงานที่ยืนยันได้ว่าหากหญิงตั้งครรภ์รู้ผลเลือดบวกเร็วหรือมีระยะเวลาในการตัดสินใจก่อนกินยาจะส่งผลต่อการสมัครใจเข้าร่วมโครงการฯ มากกว่าหญิงที่รู้ผลเลือดช้า^(๑๙)

๐ กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ กรมควบคุมโรคติดต่อ และกรมอนามัยร่วมกันพิจารณาจัดทำแนวทางการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีที่เป็นมาตรฐานและมีประสิทธิภาพสูงสุด

เพิ่มประสิทธิผลของการดำเนินงาน

๐ เพิ่มโอกาสเข้าร่วมโครงการของผู้ติดเชื้อที่ด้อยโอกาส เช่น แรงงานย้ายถิ่น คนจน ชาวเขาและชนกลุ่มน้อย ข้อมูลในจังหวัดเชียงใหม่พบว่า^(๒๐) รายได้เฉลี่ยของครอบครัวของหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อ (ทั้งเข้าร่วมและไม่เข้าร่วมโครงการฯ) อยู่ที่ ๒,๖๙๓ บาทต่อครอบครัวต่อเดือน ซึ่งจำนวนดังกล่าวใกล้เคียงกับเส้นความยากจนของประเทศไทยที่รายงานว่าอยู่ที่ ๔๘๖ บาทต่อคนต่อเดือน (เฉลี่ย ๒.๔ คนต่อครัวเรือน) ซึ่งเป็นข้อมูลที่ยืนยันได้ว่ากลุ่มผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่เป็นกลุ่มผู้ยากไร้และด้อยโอกาส การเพิ่มโอกาสค้นหาผู้ติดเชื้อในกลุ่มนี้

และให้ข้อมูลอย่างครบถ้วนและรอบด้านจะช่วยให้การเข้าถึงบริการป้องกันชาติขึ้น ทั้งนี้มีข้อเสนอแนะสำหรับรายละเอียดรายการกิจกรรมดังต่อไปนี้

ก. การฝากครรภ์

ควรชักนำให้กลุ่มที่มีความเสี่ยงสูง มีโอกาสเข้ารับการฝากครรภ์ให้เร็วขึ้นตั้งแต่ในช่วงต้นของการตั้งครรภ์ โดยการเร่งประชาสัมพันธ์ ให้บริการในเชิงรุก และลดภาระค่าใช้จ่ายต่างๆ ที่เป็นอุปสรรคต่อการใช้บริการของกลุ่มนี้

ข. การให้คำปรึกษาและตรวจเลือด

บริการให้คำปรึกษาในสถานการณ์ที่แตกต่างกัน เนื่องจากประชากรในกลุ่มนี้มีลักษณะที่ค่อนข้างจำเพาะ เช่น การศึกษาต่ำ บางครั้งไม่สามารถอ่านเขียนภาษาไทยได้ หรือแม้กระทั่งสื่อสารด้านภาษาไทย^(๑๓) เช่น ชาวเขา เป็นต้น ดังนั้นสื่อหรือภาษาที่ใช้อาจจำเป็นต้องมีการปรับให้เหมาะสม นอกจากนี้ควรมีการปรับแนวทางการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดทั้งวิธีการและสถานที่ให้สะดวกแก่ผู้รับบริการมากขึ้น^(๑๔) เช่น จัดระบบการให้คำปรึกษาสำหรับกลุ่มหญิงอาชีพพิเศษ นับเป็นการปรับระบบสุขภาพไทย ให้สามารถตอบสนองความต้องการของประชาชนต่างๆ ได้อย่างเหมาะสม (health system responsiveness)

๐ ใช้สูตรยา HIVNET012 สำหรับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อที่ปฏิเสธสูตรยา AZT, หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อที่ทนอาการข้างเคียงของการใช้ยา AZT ไม่ได้, หญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อที่มาฝากครรภ์ช้าและหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อกลุ่มเสี่ยงสูงที่ผลเลือดขณะมาคลอดเป็นบวก HIVNET 012 เป็นรหัสการทดสอบสูตรยา Nevirapine(NVP) ที่ใช้สำหรับป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยการให้ NVP ชนิดเม็ดกินเพียงครั้งเดียวสำหรับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเมื่อเจ็บครรภ์และให้ทานอีกครั้งสำหรับทารกภายหลังการคลอด ๗๒ ชั่วโมง สูตรยาดังกล่าวพบว่าสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อได้ถึงร้อยละ ๔๗^(๑๕) ถึงแม้จะให้ประสิทธิผลต่ำกว่าสูตรยาที่ใช้อยู่ในปัจจุบันในประเทศไทยแต่บริหารยาได้ง่าย สะดวก

และมีแนวโน้มที่จะได้รับการยอมรับสูงจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ จึงเห็นว่าการให้ยา NVP น่าจะมีความเหมาะสมและเป็นไปได้ในการใช้เป็นทางเลือกสำหรับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อที่ปฏิเสธที่จะรับยา AZT หรือไม่ได้มาฝากครรภ์แต่พบว่า มีผลเลือดเป็นบวกเมื่อมาคลอดหรือ ใกล้คลอด ทั้งนี้ได้มีการประเมินทางเศรษฐศาสตร์เพื่อเปรียบเทียบระหว่างการให้สูตรยา AZT เพียงอย่างเดียว (เหมือนที่ดำเนินการอยู่ในปัจจุบัน คือ ให้ AZT ทั้งกรณีหญิงติดเชื้อมาฝากครรภ์ก่อนและหลัง ๓๖ สัปดาห์) เปรียบเทียบกับการใช้ NVP เป็นทางเลือกในกรณีหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อมาฝากครรภ์หลัง ๓๖ สัปดาห์ หรือปฏิเสธสูตรยา AZT พบว่าทางเลือกหลังมีต้นทุนประสิทธิผลที่ดีกว่า กล่าวคือ สามารถช่วยชีวิตทารกได้จำนวนมากขึ้นโดยใช้งบประมาณที่ต่ำกว่า^(๑๖) โดยในแต่ละปีจะสามารถป้องกันทารกมิให้ติดเชื้อได้เพิ่มขึ้น ๒๒๔ คนโดยใช้งบประมาณลดลง ๗ ล้านบาท ผู้วิจัยเชื่อว่าการปรับสูตรยากรณีเช่นนี้อยู่ในวิสัยของระบบสุขภาพไทยที่มีความเข้มแข็ง บุคลากรสาธารณสุขมีคุณภาพและความสามารถเพียงพอ

ข้อพิจารณาอื่นๆ

การชักนำให้สามีเข้ามามีบทบาท ได้รับข้อมูล

ในปัจจุบันแนวโน้มของการดึงคู่ครองเข้ามามีส่วนร่วมในการดำเนินงานป้องกันชาติมีแนวโน้มได้รับการยอมรับมากขึ้นจากผู้ให้บริการเพราะเชื่อว่าจะทำให้การยอมรับเข้าร่วมโครงการฯ และการคงอยู่ตลอดการป้องกันชาติขึ้น^(๑๗) ดังนั้นการเริ่มต้นด้วยการชักนำสามีเข้ามามีส่วนร่วมตั้งแต่การให้คำปรึกษา ก่อนตรวจเลือดด้วยการให้คำปรึกษาแบบคู่ (couple counseling) จะเป็นการเริ่มให้ความรู้และทำให้สามีเห็นความสำคัญของการดำเนินงานป้องกันชาติ

นอกจากนี้ประโยชน์สำคัญอีกประการหนึ่งของการให้คำปรึกษาแบบคู่ กรณีเมื่อตรวจพบเชื้อ (post test counseling) คือ ทำให้ลดโอกาสของการติดเชื้อรายใหม่สำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดเป็นลบเพราะสามี

ได้รับทราบข้อมูลการป้องกันโรคเอดส์และสร้างความตระหนักต่อโรคเอดส์

บทบาทของชุดตรวจให้ผลเร็ว (HIV Rapid Test)

อาจมีที่ใช้กรณีที่ไม่ทราบผลเลือดของหญิงตั้งครรภ์ที่มาคลอดในท้องคลอด ซึ่งหากมีการให้บริการตรวจเลือดด้วยชุดตรวจให้ผลเร็วก็จะสามารถให้การดูแลและป้องกันสำหรับหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อในกลุ่มนี้ได้อย่างได้ผล ซึ่งปัจจุบันมีราคาไม่แพงและมีประสิทธิภาพการทำนายผลแม่นยำ อีกทั้งผลเสียจากการให้การป้องกันด้วยยาหรือการดูแลการคลอดสำหรับหญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดบวกวงก็มีน้อยมากจึงไม่ควรเกิดความเสียหายในกรณีดังกล่าว^(๒๓,๒๔)

มาตรฐานการดูแลหญิงคลอดที่ติดเชื้อ

การดูแลการคลอดก็เป็นอีกส่วนที่มีความสำคัญต่อการลดอุบัติเหตุการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เช่น หลีกเลี่ยงการเจาะถุงน้ำคร่ำโดยไม่มีควมจำเป็น การเลือกวิธีการคลอดที่เหมาะสม ถึงแม้ว่าจะเป็นที่พิสูจน์แล้วว่าการผ่าตัดคลอดสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อได้^(๒๕) แต่ก็พบว่าอาจเป็นไปได้ยากสำหรับประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยที่จะให้การติดเชื้อเอชไอวีเป็นหนึ่งในข้อบ่งชี้ให้ผ่าท้องคลอด ดังนั้นการผ่าท้องคลอดสำหรับผู้ติดเชื้ออย่างน้อยก็ควรทำในรายที่มีความจำเป็น มีข้อบ่งชี้ทางสูติศาสตร์ ไม่ควรให้การติดเชื้อมาเป็นอุปสรรคให้หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับการผ่าท้องคลอดได้รับการที่ไม่เหมาะสม โดยเฉพาะในพื้นที่เสี่ยงพบว่ามีอัตราผ่าท้องคลอดอยู่ในเกณฑ์ที่น่าพอใจคือในจังหวัดเชียงใหม่ ปี พ.ศ. ๒๕๔๐-๔๓ อัตราการผ่าตัดคลอดในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้ออยู่ที่ร้อยละ ๑๕.๖^(๒๖) และจังหวัดพะเยาร้อยละ ๒๓.๗^(๒๕)

การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของสตรีวัยเจริญพันธุ์

ประการสุดท้ายแต่มีความสำคัญที่สุดคือการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของสตรีวัยเจริญพันธุ์ เพราะวิธีการที่ดีที่สุดสำหรับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกก็คือการป้องกันมิให้มารดาติดเชื้อ

การเน้นการให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกัน (preven-

tion counseling) จึงเป็นสิ่งสำคัญเพราะ ในแต่ละปีเจ้าหน้าที่ได้ดำเนินการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดแก่หญิงตั้งครรภ์ ๗-๘ แสนคนต่อปี ซึ่งคนเหล่านี้รวมถึงคู่ครองจัดว่าอยู่ในกลุ่มเสี่ยงที่สำคัญ การใช้ประโยชน์ของการให้คำปรึกษาและตรวจเลือดจึงไม่ควรมองที่ผลของการป้องกันการติดเชื้อในทารกที่มีจำนวนในแต่ละปี ๔,๒๐๐-๔,๘๐๐ คนเท่านั้น (๗๐๐,๐๐๐-๘๐๐,๐๐๐ การคลอดต่อปี x อัตราการติดเชื้อร้อยละ ๒ x โอกาสการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ร้อยละ ๓๐) ในปัจจุบันระบบการให้คำปรึกษาสำหรับหญิงตั้งครรภ์ยังมุ่งเน้นในการค้นหาเฉพาะผู้ติดเชื้อ จึงละเลยหญิงตั้งครรภ์กลุ่มใหญ่ที่ไม่ติดเชื้อ ข้อมูลการวิจัย^(๒๗) แสดงให้เห็นว่าระยะเวลาของการให้คำปรึกษาเพื่อฟังผลเลือดกรณีผลเลือดเป็นลบสั้นมากและส่วนใหญ่ให้คำปรึกษาแบบกลุ่มต่างจากกรณีผลเลือดบวกอย่างมาก ดังนั้นการย้ำ เร่งรัดระบบให้คำปรึกษาเพื่อการป้องกัน ไม่ว่าจะเป็นการให้คำปรึกษาแบบคู่ หรือการใช้สื่อต่างๆ เพื่อนำย้ำให้ผู้รับคำปรึกษาตระหนักถึงการป้องกันตนเองและคู่สมรสจึงเป็นสิ่งจำเป็น รวมถึงการปรับวิธีการให้คำปรึกษาที่แตกต่างจากปรกติสำหรับในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้ติดเชื้อกามโรค ผู้ติดเชื้อสารเสพติด หรือหญิงขายบริการทางเพศ ก็เป็นสิ่งสำคัญเช่นกัน

กิตติกรรมประกาศ

การดำเนินงานวิจัยนี้ได้รับการสนับสนุนจากองค์การยูนิเซฟ (UNICEF) องค์การอนามัยโลก กรมอนามัย และโครงการเมธีวิจัยอาวุโสด้านวิจัยระบบและนโยบายสุขภาพ ซึ่งได้รับการสนับสนุนจากสำนักงานกองทุนสนับสนุนการวิจัยและสถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข

นอกจากนี้คณะผู้วิจัยขอขอบคุณผู้บริหารและผู้ทำหน้าที่เก็บข้อมูลหลักในโรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป และโรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งใน ๑๓ จังหวัดที่ช่วยเอื้อเพื่อการเก็บข้อมูลเป็นอย่างดี และขอขอบคุณผู้ทบทวนวรรณกรรมที่ได้ให้ข้อคิดเห็นที่สำคัญสำหรับการปรับแก้รายงานฉบับนี้

เอกสารอ้างอิง

๑. Phanupak P, Locharemkul C, Panmuong W, Wilde H. A report of three cases of AIDS in Thailand. *Asian J Allergy Immunol* 1985; 3:195-9.
๒. The Thai Working Group on HIV/AIDS Projection. Projections for HIV/AIDS in Thailand: 2000-2020. Bangkok: Karnsana Printing Press; 2001.
๓. The Thai Working Group on Burden of Disease and Injuries study. Preliminary report of burden of disease and injuries in Thailand 1999. Nonthaburi: Ministry of Public Health; 2002.
๔. Fowler GM, Simonds RJ, Roongpisuthipong A. Update on perinatal HIV transmission. *Pediatr Clin North Am* 2000; 47:21-38.
๕. Dunn DT, Newell ML, Ades AE, Peckham CS. Risk of Human Immunodeficiency Virus type 1 transmission through breastfeeding. *Lancet* 1992; 340:585-8.
๖. Shaffer N, Chuachoowong R, Mock PA, Bhadrakom C, Siriwasin W, Young NL, et al. Short-course zidovudine for perinatal HIV-1 transmission in Bangkok, Thailand: a randomised controlled trial. *Lancet* 1999; 353:767-73.
๗. European Collaborative Study. Cesarean section risk of vertical transmission of HIV-1 infection. *Lancet* 1994; 343:1464-67.
๘. St. Louis ME, Kamenga M, Brown C, Nelson AM, Manzila T, Batter V, et al. Risk for perinatal HIV-1 transmission according to maternal immunologic, virologic, and placental factors. *JAMA* 1993; 269:2853-9.
๙. Connor EM, Sperling RS, Gelber R, Kiselev P, Scott G, O'Sullivan MJ, et al. Reduction of maternal-infant transmission of Human Immunodeficiency Virus type 1 with zidovudine treatment. Pediatric AIDS Clinical Trials Group Protocol 078 Study Group. *New Engl J Med*, 1994; 331:1173-80.
๑๐. Thaineua V, Sirinirund P, Tanbanjong A, Lalleman M, Soucat A, Lamboray JL. From research to practice: use of short course zidovudine to prevent mother-to-child HIV transmission in the context of routine health care in northern Thailand. *Southeast Asian J Trop Med Public Health* 1998; 29:429-42.
๑๑. Kanshana S, Thewanda D, Teeraratkul A, Limpakarnjanarat K, Amornwichee P, Kullerk N, et al. Implementing short-course zidovudine to reduce mother-infant HIV transmission in a large pilot program in Thailand. *AIDS* 2000; 14:1617-23.
๑๒. ยศ ตีระวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร, ศิริพร กัญชนะ, พรศินี อมรวิเศษฐ์, นริลักษณ์ กุลฤกษ์, วรทรัพย์ ชิตประเสริฐ และคณะ. ต้นทุนประสิทธิผลการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในภาคตะวันออกเฉียงเหนือและภาคเหนือตอนบน ประเทศไทย นนทบุรี: กระทรวงสาธารณสุข ๒๕๔๕.
๑๓. Cartoux M, Meda N, Perre PV, Newell ML, Vincenzi I, Dabis F, et al. Acceptability of Voluntary HIV Testing by pregnant women in developing countries: an international survey. *AIDS* 1998; 12:2489-93.
๑๔. Teerawattananon Y, Tangchroensathien V. National program for prevent mother-to-child HIV transmission in Thailand: an analysis of policy options. Oral presentation at XI international AIDS conference; 7-2002 July 12; Fira de Barclong hotel, Spain. Barcelona; 2002.
๑๕. Roongpisuthipong A, Siriwasin W, Simonds RJ, Sangtaweasin V, Vanprapar N, Wasi C, et al. HIV seroconversion during pregnancy and risk for mother-to-child transmission. *JAIDS* 2001; 26:348-51.
๑๖. ลีดา จิตตภิรมย์. การศึกษาสภาวะทางสังคมและสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ในโครงการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จังหวัดเชียงใหม่. รายงานในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนามาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกหลังคลอด; ๒๓-๒๕ เมษายน ๒๕๔๔; เชียงใหม่; ๒๕๔๔.
๑๗. Coutoudis A, Pillay K, Kuhn L, Spooner E, Tsai WY, Coovadia HM. Method of feeding and transmission of HIV-1 from mothers to children by 15 months of age: prospective cohort study from Durban, South Africa. *AIDS*, 2001; 15:379-87.
๑๘. ยศ ตีระวัฒนานนท์, วิโรจน์ ตั้งเจริญเสถียร. รายงานเบื้องต้นการสำรวจแบบแผนการคลอดบุตรของหญิงไทยปี ๒๕๔๐-๒๕๔๔. นนทบุรี: สำนักงานพัฒนานโยบายสุขภาพระหว่างประเทศ กระทรวงสาธารณสุข; ๒๕๔๕.
๑๙. Apistsawopa Y, Prasit V, Jonsakul K, Kantipong P, Watt G, Brown AE. Thai language skill and HIV counseling among hilltribe people: a hospital based study in Chiang Rai. *J Med Assoc Thai* 1999; 82:808-10.
๒๐. ประเสริฐ ผลิตผลการพิมพ์. การให้คำปรึกษา ก่อนและหลังการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อในหญิงอาชีพพิเศษ จังหวัดเชียงราย. *J Psychiatr Assoc Thailand* 1996; 41:31-44.
๒๑. Guay L.A, Musoke P, Fleming T, Bagenda D, Allen M, Nakabiito C, et al. Intrapartum and neonatal single-dose nevirapine compared with zidovudine for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1 in Kampala, Uganda: HIVNET 012 randomised trial. *Lancet* 1999; 354:795-802.
๒๒. Bassett MT. Keeping the M in MTCT: Women, mother, and HIV prevention. *Am J Public Health* 2001; 91:701-3.
๒๓. Minkoff H, O'Sullivan MJ. The case for rapid HIV testing during labor. *JAMA* 1998; 279:1743-4.

๒๔. Wilkinson D, Wilkinson N, Lombard C, Martin D, Smith A, Floyd K, et al. On-site HIV testing in resource-poor setting: is one rapid test enough?. *AIDS* 1997; 11:377-81.
๒๕. เพชรศรี ศิรินิรันดร์. โครงการศึกษาการใช้ยา Zidovudine

เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกเขต ๑๐ จังหวัด พะเยา. รายงานในการประชุมเชิงปฏิบัติการเพื่อพัฒนา มาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารก หลังคลอด; ๒๓-๒๕ เมษายน ๒๕๔๔; เชียงใหม่; ๒๕๔๔.

Abstract: Prevention of Mother-to-Child HIV Transmission: Field Lessons for Policy Shift
Yot Teerawattananon*, Siripon Kanshana**, Viroj Tangcharoensathien*, Pornsinee Amornwichee**, Borworn Ngamsiriudom**

*Senior Research Scholar Programme on Health System Research and Policy, **Department of Health, Ministry of Public Health

Journal of Health Science 2002; 11:792-803.

The nation-wide program for prevention of mother-to-child HIV transmission was implemented successfully since late 1999. Recent program evaluation conducted through questionnaire survey in 160 public facilities in all 13 provinces in the two public health region 7 (Northeastern) and 10 (upper-North) during March-July 2001 had been analyzed. This study demonstrated opportunities for improving of the program effectiveness. This paper systematically describes and recommends potential improvements of program effectiveness (1) set a national standard of HIV laboratory testing; (2) reduce current practice of two rounds of voluntary counseling and HIV testing -VCT among pregnant women to single VCT at the first antenatal visit (except high risk groups); (3) encourage pre and post-test counseling for couples as a primary prevention for HIV negative couples; (4) increase net program enrollment rate by increasing accessibility for low socio-economic groups, increase husband participation to the program, and (5) consider potential role of introducing Nevirapine-HIVNET012 regimen as a drug of choice for late arrivals to antenatal visit by infected pregnancies and/or who refuse a standard regimen of Zidovudine. This will minimize lose opportunities among these sub-groups.

Considering a strong Thai program functioning, these recommendations are technically sound, feasible, affordable and would further potentiate program effectiveness and efficiency.

Key words: HIV, mother-to-child transmission, voluntary counseling, cost effectiveness, program evaluation

