

ความเป็นไปได้ในการใช้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัวเป็นสูตรมาตรฐานสำหรับการป้องกันการ ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทย

พิศพรรณ วีระยั้งยง*

คัคณางค์ โตสงวน*

รักมณี บุตรชน*

นิตยา ภาณุภาค พึ่งพาพงศ์†

กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ‡

นริลักษณ์ กุลฤกษ์§

ทรงยศ พิลาสันต์*

นิพนธ์พร วรมงคล§

สราวุฒิ บุญสุข#

วันทนีย์ กุลเพ็ง*

ยศ ตีระวัฒนานนท์*

ศรีเพ็ญ ตันติเวสส*

*โครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ †ศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย

‡ภาควิชากุมารเวชศาสตร์ คณะแพทยศาสตร์ศิริราชพยาบาล §สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข

#โรงพยาบาลเบญจลักษณ์เฉลิมพระเกียรติ ๘๐ พรรษา

บทคัดย่อ

ประเทศไทยเริ่มดำเนินโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในปี 2543 ในขณะที่ทำการศึกษานี้ (ปี 2552) โครงการดังกล่าวให้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัวแก่หญิงตั้งครรภ์ที่มี CD4 < 200 ตัว/มม.³ หรือให้ zidovudine (AZT) ร่วมกับ nevirapine (NVP) ครั้งเดียวขณะเจ็บครรภ์คลอด (single-dose NVP, sd-NVP) ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์มี CD4 > 200 ตัว/มม.³ ในขณะที่หลายประเทศให้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัวแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อทุกราย ซึ่งสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อได้ดีกว่าสูตรยา 2 ตัว แต่การให้สูตรยา 3 ตัว มีความซับซ้อนมากกว่า การวิจัยแบบผสมระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติของการให้สูตรยา 3 ตัวแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อทุกรายในประเทศไทย ตามแนวทางการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและเครื่องมือที่คณะนักวิจัยได้พัฒนาขึ้น โดยเก็บข้อมูลเชิงปริมาณและสัมภาษณ์หญิงตั้งครรภ์และสหชนากลุ่มกับเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุขทุกระดับในจังหวัดนครสวรรค์ สระแก้ว ศรีสะเกษ และสตูล ระหว่างวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 กันยายน พ.ศ. 2552 การศึกษาพบว่า มีหญิงตั้งครรภ์ 92 รายสมัครใจเข้าร่วมโครงการและได้รับยาสูตร 3 ตัว ร้อยละ 81 มีความร่วมมือในการกินยามากกว่าร้อยละ 95 มีเพียง 3 รายที่ต้องเปลี่ยนสูตรยาเนื่องจากไม่สามารถทนผลข้างเคียงของยาได้ หญิงตั้งครรภ์เข้าร่วมโครงการเนื่องจากไม่ต้องการให้ลูกติดเชื้อ ส่วนเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับโครงการมีความเห็นว่า การปรับเปลี่ยนสูตรยามาตรฐานเป็นสูตรยา 3 ตัวนั้นมีความเป็นไปได้สูง เนื่องจากมิได้ทำให้ภาระงานเพิ่มมากขึ้น หรือทำให้เกิดความยุ่งยากในการให้บริการแก่ผู้ป่วยเมื่อเปรียบเทียบกับการใช้ยาสูตร 2 ตัว อย่างไรก็ตาม การปรับเปลี่ยนสูตรยาในการให้บริการต้องการการเตรียมการใน 3 ประเด็นหลัก ได้แก่ 1) การถ่ายทอดนโยบายจากส่วนกลางไปสู่ผู้ปฏิบัติให้เกิดความเข้าใจที่ตรงกัน 2) จัดทำเอกสารที่จำเป็น 3) การเบิกจ่ายจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ

คำสำคัญ: ถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก, ยาต้านไวรัส, ความเป็นไปได้, เอชไอวี, สูตรยา 3 ตัว

บทนำ

การศึกษาความเป็นไปได้ เป็นการประเมินโอกาสของการดำเนินงานว่าจะสามารถทำได้ สามารถนำไปใช้ได้ทางปฏิบัติ และสามารถขยายการดำเนินงานได้ตามเป้าหมายที่ตั้งไว้ ซึ่งการศึกษาความเป็นไปได้อาจทำให้ทราบปัจจัยที่สนับสนุนและปัจจัยที่เป็นอุปสรรคในการดำเนินงานเมื่อนำไปปฏิบัติ โดยการนำแนวทางการดำเนินงานที่ต้องการไปใช้จริง จากนั้นติดตามและประเมินผลลัพธ์จากการดำเนินงานมาปรับปรุงแนวทางเพื่อให้แน่ใจว่าหากมีการนำไปใช้จะทำให้การดำเนินงานเป็นไปด้วยความเรียบร้อย และประสบความสำเร็จรวมทั้งสามารถขยายการดำเนินงานไปยังหน่วยงานอื่นได้ด้วย^(1,2)

ในประเทศไทยมีโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ที่เริ่มดำเนินการมาตั้งแต่ปี 2543 ซึ่งมีวัตถุประสงค์เพื่อลดจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวี⁽³⁾ โดยเฉพาะในเด็กแรกเกิดที่มีโอกาสได้รับเชื้อตั้งแต่แรกเกิดจากแม่ ในปัจจุบันมีการให้ยาต้านไวรัสกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและให้นมผงทดแทนนมมารดาแก่เด็กทารกแรกเกิด การให้ยาต้านไวรัสที่ให้แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อจะพิจารณาตามระดับ CD4 โดยหญิงตั้งครรภ์ที่มี CD4 น้อยกว่า 200 ตัว/มม.³ จะได้รับสูตรยา 3 ตัว ได้แก่ zidovudine (AZT)+lamivudine(3TC)+ nevirapine (NVP); (GPO-VIR Z) หรือ stavudine (D4T)+3TC+NVP;(GPO-VIR S) ในกรณีที่แพ้ AZT โดยหญิงตั้งครรภ์จะกินยา GPO-VIR Z หรือ GPO-VIR S ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่มี CD4 มากกว่า 200 ตัว/มม.³ จะได้รับสูตรยา 2 ตัว คือ AZT ระหว่างการตั้งครรภ์ ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง ร่วมกับ NVP 1 เม็ดระหว่างเจ็บครรภ์คลอด (AZT+sd-NVP) ประมาณว่าในปี 2550 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงโครงการและได้รับยาต้านไวรัสร้อยละ 96⁽⁴⁾ ซึ่งทำให้อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกลดลงจากร้อยละ 6.8 ในปี 2546⁽⁵⁾ เหลือร้อยละ 5.4 ในปี 2550⁽⁶⁾

ในต่างประเทศมีการให้สูตรยา 3 ตัวแก่หญิงตั้งครรภ์

ที่ติดเชื้อทุกคนโดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 และมีอัตรา การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกต่ำกว่าร้อยละ 1⁽⁷⁾ และในปลายปี พ.ศ. 2552 องค์การอนามัยโลกได้แนะนำให้ใช้สูตรยา 3 ตัว⁽⁸⁾ เป็นอีกทางเลือกหนึ่ง สำหรับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและมีระดับ CD4 มากกว่า 200 ตัว/มม.³ ซึ่งสูตรยาที่แนะนำคือ การให้ lopinavir/ritonavir (LPV/r-based) หรือ abacavir-based หรือให้ efavirenz (EFV-based) แทน NVP หลังจากการตั้งครรภ์ ไตรมาสแรก ซึ่งคาดว่าจะทำให้อัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกโดยรวมลดลงต่ำกว่าร้อยละ 5 ทำให้แพทย์ผู้เชี่ยวชาญในประเทศไทยหลายท่านเสนอให้ปรับเปลี่ยนสูตรยา จาก AZT+sd-NVP เป็นสูตรยา 3 ตัว

แม้ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัว จะสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ดีกว่าสูตรยา 2 ตัว แต่ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสจะส่งผลต่อประสิทธิภาพของการควบคุมเชื้อไวรัส และความล้มเหลวของการรักษาหรือป้องกัน โดยผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความร่วมมือในการกินยาที่ร้อยละ 95⁽⁹⁾ จะให้ผลการตอบสนองต่อประสิทธิภาพของการควบคุมเชื้อไวรัสได้ดี โดยวิธีการวัดความร่วมมือของการกินยาทำได้หลายวิธี⁽¹⁰⁾ แต่วิธี pill count หรือการนับเม็ดยาเป็นวิธีที่ง่าย สะดวก เสียค่าใช้จ่ายน้อย มีความเที่ยงตรง แต่มีข้อเสียคือ ผู้ป่วยมิได้นำมาด้วยหรืออาจจะทิ้งยาเพื่อให้จำนวนยาครบตามที่นัดหมาย จะทำให้ไม่สามารถวัดความร่วมมือได้ไม่ดี แต่อย่างไรก็ตามวิธีการนี้เป็นวิธีที่ปฏิบัติกันในคลินิกบริการผู้ติดเชื้อ โดยปัจจัยหลัก 3 ประการที่ส่งผลต่อความร่วมมือในการกินยาด้านไวรัส⁽¹⁰⁾ ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น สภาพทางด้านจิตใจ ความเครียด การติดสารเสพติด ความเชื่อส่วนตัว และระดับการศึกษา อีกปัจจัยคือ ปัจจัยด้านยา เช่น จำนวนเม็ดยาในแต่ละมื้อ ความถี่ของการกินยา ขนาดเม็ดยา และผลข้างเคียงของยา และปัจจัยด้านระบบบริการ เช่น ปริมาณยาไม่เพียงพอต่อการให้บริการ ความรู้เรื่องยา ความรู้เรื่องโรคและ

วิธีการปฏิบัติตัว และความสัมพันธ์ของผู้ป่วยกับเจ้าหน้าที่ที่ให้บริการ

ดังนั้นการปรับเปลี่ยนสูตรจากยาต้านไวรัส 2 ตัว เป็นยาต้านไวรัส 3 ตัว อาจส่งผลต่อความร่วมมือในการกินยาผ่านทาง 3 ปัจจัยหลัก ได้แก่ ปัจจัยด้านผู้ป่วย เช่น ความเชื่อส่วนตัว ปัจจัยด้านยา คือ จำนวนเม็ดยาที่เพิ่มมากขึ้นสูตรยา 2 ตัวที่กินครั้งละ 1 เม็ดวันละ 2 ครั้ง รวม 2 เม็ด เป็นสูตรยา 3 ตัวที่กินครั้งละ 3 เม็ด วันละ 2 ครั้ง รวม 6 เม็ด และผลข้างเคียงของยาจากการกินยามากชนิดขึ้นจากการเพิ่มชนิดของยาต้านไวรัส ปัจจัยด้านระบบบริการ ความพึงพอใจต่อการให้บริการของเจ้าหน้าที่สาธารณสุข ระบบการให้บริการ และระบบสนับสนุนยาต้านไวรัส ดังนั้นจึงศึกษาความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติหากมีการปรับเปลี่ยนการให้สูตรยา 2 ตัวเป็นการให้สูตรยา 3 ตัว แก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในสถานบริการในสังกัดของกระทรวงสาธารณสุข เพื่อให้มั่นใจได้ว่า หากมีการปรับเปลี่ยนสูตรยา 2 ตัว เป็นสูตรยา 3 ตัว จะมีความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติ และควรมีการปรับเปลี่ยนการดำเนินงานในประเด็นใดที่จะทำให้การดำเนินโครงการให้ประสบความสำเร็จ

วิธีการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการวิจัยแบบผสมระหว่างการวิจัยเชิงปริมาณและคุณภาพ (quantitative-qualitative mixed methods research) ในโรงพยาบาลสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ใน 4 จังหวัดนำร่อง ได้แก่ จังหวัดนครสวรรค์ ศรีสะเกษ สระแก้ว และสตูล ในช่วงวันที่ 1 เมษายน ถึง 30 เมษายน พ.ศ. 2552 การคัดเลือกจังหวัดที่เข้าร่วม การศึกษาเป็นการคัดเลือกโดยนักวิจัย โดยมีหลักเกณฑ์เบื้องต้นคือ (1) จังหวัดที่เข้าร่วมต้องไม่มีโรงพยาบาลที่อยู่ระหว่างดำเนินโครงการวิจัยอื่น ๆ ที่เกี่ยวข้องกับป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยใช้สูตรยา 3 ตัว และ

(2) ผู้บริหาร ได้แก่ นายแพทย์สาธารณสุขจังหวัด ผู้อำนวยการโรงพยาบาล และผู้รับผิดชอบโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในจังหวัดนั้นมีความสมัครใจเข้าร่วมโครงการวิจัย ทั้งนี้ มีสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษานี้ จำนวน 46 แห่ง แบ่งเป็นโรงพยาบาลศูนย์ 1 แห่ง โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัย 1 แห่ง โรงพยาบาลทั่วไป 2 แห่ง และโรงพยาบาลชุมชน 42 แห่ง โดยนักวิจัยได้พัฒนาแนวทางปฏิบัติดูแลหญิงตั้งครรภ์เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยใช้สูตรยา 3 ตัว ในสถานพยาบาลที่เข้าร่วมการศึกษานี้ และนำเสนอแนวทางปฏิบัติ ต่อแพทย์ผู้เชี่ยวชาญและผู้ปฏิบัติงานในสถานบริการดังกล่าว อีกทั้งมีการปรับปรุงตามคำแนะนำเพื่อให้มีความเหมาะสมสอดคล้องกับการปฏิบัติงานในพื้นที่มากที่สุด สำหรับความครอบคลุมของแนวทางปฏิบัติ สำหรับสูตรยา 3 ตัว เริ่มตั้งแต่การให้คำปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในคลินิกฝากครรภ์ การให้ยาต้านไวรัสเอ็ดส์ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและลูก การตรวจทางห้องปฏิบัติการที่จำเป็น วิถีคลอด การให้นมลูก การตรวจติดตามลูกและการตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในลูก การให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่เพิ่งทราบว่าติดเชื้อเอชไอวีขณะเจ็บครรภ์คลอด (no ANC) และการคุมกำเนิดหลังการคลอด ซึ่งสอดคล้องกับการดูแลเช่นเดียวกับแนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และการดูแลแม่ลูกและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวีฉบับปัจจุบันของกรมอนามัย ในกรณีที่หญิงตั้งครรภ์ไม่ยินดีเข้าร่วมโครงการฯ จะได้รับการดูแลตามแนวทางการดำเนินงานฯ ตามมาตรฐานปัจจุบัน โดยการศึกษานี้ได้รับการอนุมัติทางจริยธรรมจากสถาบันพัฒนาการคุ้มครองการวิจัยในมนุษย์ สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข จากนั้นจัดประชุมชี้แจงการใช้แนวทางปฏิบัติฯ สำหรับสูตรยา 3 ตัว ให้กับผู้เกี่ยวข้องในแต่ละจังหวัดเพื่อนำไปใช้ในประกอบการให้บริการหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ

วิธีการเก็บและวิเคราะห์ข้อมูล

ความเป็นไปได้ของโครงการวิเคราะห์ผ่านปัจจัยที่ส่งผลกระทบต่อประสิทธิภาพในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ทั้ง 3 ปัจจัย คือปัจจัยด้านผู้ป่วย ปัจจัยด้านยาและปัจจัยการให้บริการ ซึ่งครอบคลุมประเด็นความร่วมมือในการกินยา ผลข้างเคียงของยา ความพึงพอใจต่อการให้บริการของบุคลากรทางการแพทย์ ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ดังนั้นการเก็บข้อมูลแบ่งออกเป็น การเก็บข้อมูลเชิงปริมาณ โดยการสัมภาษณ์ และการเก็บข้อมูลเชิงคุณภาพ โดยการใช้การสัมภาษณ์กลุ่มและการสัมภาษณ์เชิงลึก

ข้อมูลเชิงปริมาณ

แบบเก็บข้อมูลที่หญิงตั้งครรภ์เป็นผู้ตอบประกอบด้วยข้อมูลทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ ข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการกินยาด้านไวรัส โดยเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการบันทึกจำนวนเม็ดยาที่เหลือจากหญิงตั้งครรภ์ที่กินยาด้านไวรัส จำนวนเม็ดยาที่หล่นหรือหาย และหญิงตั้งครรภ์ตอบคำถามเกี่ยวกับความคิดเห็นในการกินยาด้านไวรัส และความพึงพอใจต่อการให้บริการของแพทย์พยาบาล เภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์ทุกครั้งที่มารับบริการที่เกี่ยวข้องกับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกด้วยตนเอง การวิเคราะห์ข้อมูลใช้สถิติเชิงพรรณนา (descriptive statistics) ในส่วนของวิเคราะห์ความร่วมมือในการกินยาด้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกคำนวณโดยใช้สูตร

$$\text{ร้อยละของความร่วมมือในการกินยาด้านไวรัส} = \frac{(\text{จำนวนยาที่ได้รับ} - (\text{จำนวนยาที่เหลือ} + \text{จำนวนยาที่หล่นหรือหาย})) \times 100}{(\text{จำนวนยาที่กินต่อเนื่อง} \times \text{จำนวนเม็ดยา})}$$

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

การเก็บข้อมูลที่เกี่ยวข้องกับปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินงาน ประกอบด้วย ความคิดเห็นทั่วไป

ปัญหา อุปสรรค ความเป็นไปได้ และสิ่งที่ต้องปรับปรุงในการปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นสูตรยา 3 ตัว โดยการสังเกตการทำงานในพื้นที่ให้บริการ การสนทนากลุ่ม (focus group discussion) และการสัมภาษณ์เชิงลึก (in-depth interview) ผู้ให้ข้อมูลในการสนทนากลุ่ม ได้แก่ เจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลในโครงการวิจัย 12 คน เจ้าหน้าที่ของสำนักงานสาธารณสุขจังหวัด (สสจ.) สตูล นครสวรรค์ และสระแก้ว 3 คน เจ้าหน้าที่และอาสาสมัครของศูนย์เครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวีจังหวัดสตูล 7 คน และผู้บริหารและผู้ให้บริการในโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของโรงพยาบาลรัตภูมิ จังหวัดสงขลาจำนวน 9 คน ซึ่งเป็นโรงพยาบาลที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ แต่อยู่ในพื้นที่ที่ติดกับโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการ ถึงความคิดเห็นและทัศนคติต่อการเปลี่ยนแปลงสูตรยา 3 ตัว ส่วนผู้ให้สัมภาษณ์ประกอบด้วยแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และเจ้าหน้าที่ห้องปฏิบัติการในโรงพยาบาล 11 แห่ง ใน 4 จังหวัดที่เข้าร่วมโครงการ รวมทั้งสิ้น 77 คน และหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในโรงพยาบาลที่หญิงตั้งครรภ์นั้นรับบริการในจังหวัดสตูล ได้แก่ โรงพยาบาลสตูล โรงพยาบาลละงู โรงพยาบาลท่าแพ และ โรงพยาบาลควนกาหลง การวิเคราะห์ข้อมูลส่วนนี้ใช้วิธีวิเคราะห์เนื้อหา (content analysis) โดยพิจารณาถึงความเป็นไปได้และสอบถามข้อมูลจากแหล่งต่าง ๆ นักวิจัยทำหน้าที่เก็บและวิเคราะห์ข้อมูลเชิงคุณภาพไม่มีส่วนใดส่วนเสียใด ๆ กับการให้บริการที่ศึกษาในโครงการนี้

ผลการศึกษา

ข้อมูลเชิงปริมาณ

ตั้งแต่วันที่ 1 พฤษภาคม ถึงวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2552 มีหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าร่วมโครงการวิจัยนี้จำนวน 92 ราย แต่สามารถนำข้อมูลมาวิเคราะห์ได้จำนวน 74 ราย สาเหตุที่ไม่ได้นำข้อมูลของหญิงตั้ง-

ครรภอีก 18 รายมาวิเคราะห์ เนื่องจากเป็นผู้เข้าร่วมโครงการแต่เริ่มกินยาหลังวันที่ 30 กันยายน พ.ศ. 2552 จำนวน 4 ราย ยังไม่มารับยาตามนัด 1 ราย ผากครรภที่อายุครรภ 35 สัปดาห์และคลอดบุตรในสัปดาห์ที่ 36 จำนวน 1 ราย มีการเปลี่ยนสูตรยาอันเนื่องมาจากผลข้างเคียงของยา 6 ราย มีการเก็บข้อมูลไม่สมบูรณ์ 3 ราย และมาคลอดโดยมิได้ฝากครรภ 3 ราย

จำนวนหญิงตั้งครรภ์ทั้งหมด 74 รายได้รับยาสูตร GPO-VIR Z จำนวน 39 ราย ในขณะที่ 35 รายที่เหลือได้รับยาสูตร AZT+3TC+LPV/r หรือ stavudine (d4T)+3TC+EFV (ตารางที่ 1) หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการมีอายุเฉลี่ย 30 ปี ส่วนใหญ่จบชั้นประถมศึกษาหรือต่ำกว่า ร้อยละ 90 อยู่ในโครงการหลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า ครึ่งหนึ่งมีรายได้ของครอบครัวโดยเฉลี่ยน้อยกว่า 5,000 บาท หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภกลุ่มที่ทราบและไม่ทราบการติดเชื้อก่อนการตั้งครรภ์มีสัดส่วนใกล้เคียงกัน ในกลุ่มที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อมาก่อน มีร้อยละ 64 ที่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษาตนเองอยู่แล้วก่อนตั้งครรภ์ นอกจากนี้หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการถึงร้อยละ 42 ตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นครรภ์ที่ 2 โดยมีผู้ที่เคยตั้งครรภ์มาก่อน 6 ครั้ง และ 7 ครั้งอย่างละ 1 ราย

ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่กินยาสูตร GPO-VIR Z จำนวน 39 ราย มีผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ 26 ราย และในจำนวนนี้ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษาก่อนการตั้งครรภ์ร้อยละ 84 หญิงตั้งครรภ์ที่กินยาสูตร GPO-VIR Z เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกประมาณร้อยละ 82 มีความร่วมมือในการกินยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 (ตารางที่ 2)

กลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่กินยาสูตร AZT+3TC+LPV/r จำนวน 33 ราย มีผู้ที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี

ก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้ 9 ราย หญิงตั้งครรภ์ที่กินยาสูตร AZT+3TC+LPV/r ร้อยละ 85 มีความร่วมมือในการกินยามากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ซึ่งใกล้เคียงกับความร่วมมือในการกินยาสูตร GPO-VIR Z อย่างไรก็ตามมีหญิงตั้งครรภ์ 3 รายที่ต้องเปลี่ยนจาก AZT+3TC+LPV/r เป็น AZT+3TC+EFV เนื่องจากไม่สามารถทนผลข้างเคียงของ LPV/r ได้

นอกจากนี้ในกลุ่มที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อก่อนการตั้งครรภ์ครั้งนี้จำนวน 24 รายพบว่า ผู้ที่กินยาต้านไวรัสเพื่อการรักษามาก่อนมีความร่วมมือในการกินยาเพื่อป้องกันฯ น้อยกว่าผู้ที่ไม่เคยกินยาเพื่อการรักษา โดยสัดส่วนของผู้ที่มีความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสมากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 ในกลุ่มที่เคยกินยาเพื่อการรักษาคิดเป็นร้อยละ 75 และในกลุ่มที่ไม่เคยกินยาเพื่อการรักษาคิดเป็นร้อยละ 85

ความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อต่อการกินยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัว

การสอบถามความคิดเห็นและความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกของหญิงตั้งครรภ์จำนวน 70 ราย ส่วนใหญ่ (71%) ไม่มีปัญหาในการกินยา ส่วนผู้ที่มีปัญหาในการกินยานั้น ร้อยละ 19 รู้สึกลำบากในการกินยาให้ตรงเวลาตามที่แพทย์สั่ง ร้อยละ 21 เห็นว่าการกินยาสูตรปัจจุบันค่อนข้างยากถึงยากมาก และร้อยละ 11 มีปัญหาทั้งสองประการ โดยในจำนวนนี้มี 5 รายที่มีปัญหามากหลังจากได้รับยาครั้งแรก แต่เมื่อกินยาไปได้ระยะหนึ่งพบว่าปัญหาดังกล่าวลดน้อยลง ส่วนผลข้างเคียงของสูตรยา AZT+3TC+LPV/r ที่พบบ่อยคือ อูจจาระเหลว ซึ่งได้รับรายงานจากผู้กินยาสูตรนี้ร้อยละ 9 แต่เมื่อกินยาไปสักระยะอาการดังกล่าวทุเลาลงและหายไปเอง มีเพียง 3 รายที่ไม่สามารถทนผลข้างเคียงได้แก่ อูจจาระเหลวและเกิดผื่น จึงต้องเปลี่ยนยาเป็นสูตรยา AZT+3TC+EFV ซึ่งหลังจากเปลี่ยนยาแล้วก็ไม่พบปัญหาดังกล่าวอีก สาเหตุส่วนใหญ่ของการกินยาไม่สม่ำเสมอหรือลืมกิน

ตารางที่ 1 ลักษณะทั่วไปของหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการ

	สูตรยาที่ได้รับ จำนวน (ร้อยละ)			
	GPO-VIR Z n=39 คน	AZT+3TC+LPV/r n=33 คน	AZT+3TC+EFV/D4T+3TC+EFV n=2 คน	รวม n=74 คน
อายุ (ปี)				
< 20	1 (3)	5 (15)	-	6 (8)
20 - 30	18 (46)	11 (33)	-	29 (39)
> 30	20 (51)	17 (52)	2 (100)	39 (53)
ระดับการศึกษา				
ประถม/ต่ำกว่า	18 (46)	15 (46)	2 (100)	35 (47)
มัธยมศึกษาตอนต้น	11 (28)	9 (27)	-	20 (27)
มัธยมศึกษาตอนปลาย/ปวช.	7 (18)	6 (18)	-	13 (18)
อนุปริญญา/ปวส.	-	2 (6)	-	2 (3)
ปริญญาตรี	2 (5)	1 (3)	-	3 (4)
ไม่ระบุ	1 (3)	-	-	1 (1)
สวัสดิการการรักษาพยาบาล				
หลักประกันสุขภาพถ้วนหน้า	33 (85)	32 (97)	2 (100)	67 (91)
ประกันสังคม	6 (15)	-	-	6 (8)
ข้าราชการ	-	1 (3)	-	1 (1)
รายได้ของครอบครัว (บาทต่อเดือน)				
≤ 5,000	19 (49)	18 (55)	1 (50)	38 (51)
5,001 - 10,000	12 (31)	9 (27)	1 (50)	22 (30)
> 10,000	5 (13)	3 (9)	-	8 (11)
ไม่ระบุ	3 (7)	3 (9)	-	6 (8)
ทราบผลเลือดก่อนตั้งครรภ์				
ไม่ใช่	13 (33)	23 (70)	-	36 (49)
ใช่	26 (67)	9 (27)	2 (100)	37 (50)
ไม่ทราบ	-	1 (3)	-	1 (1)
ประวัติการกินยาต้านไวรัสก่อนตั้งครรภ์				
ไม่กิน	15 (39)	32 (97)	-	47 (64)
กิน	22 (56)	-	2 (100)	24 (32)
ไม่ทราบ	2 (5)	1 (3)	-	3 (4)
จำนวนการตั้งครรภ์เฉลี่ย (SD)	2.85 (1.288)	1.94 (0.914)	3 (1.414)	2.45 (1.214)
จำนวนการคลอดบุตรเฉลี่ย (SD)	1.62 (1.101)	0.80 (1.08)	-	1.27 (1.148)
อายุครรภ์เฉลี่ยเมื่อฝากครรภ์ (สัปดาห์) (SD)	15.58 (7.134)	16.78 (7.491)	-	16.13 (7.271)
ระดับ CD4 (Median) (ตัว/มม. ³) (IQR)	209.50 (118.50-316.75)	416 (335-700)	-	317 (200.50-472.25)

SD = standard deviation, IQR= interquartile range

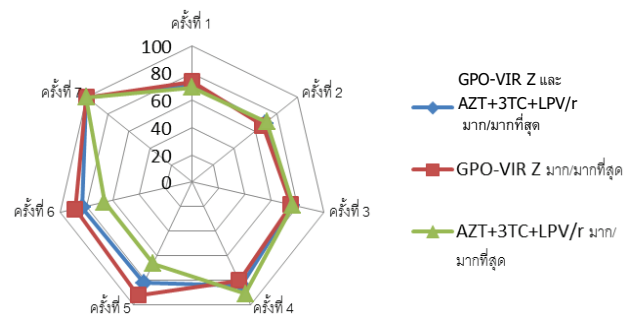
ตารางที่ 2 ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จำแนกตามสูตรยาที่หญิงตั้งครรภ์ได้รับ

	สูตรยาที่ได้รับจำนวน (ร้อยละ)			
	GPO-VIR Z n=39 คน	AZT+3TC+LPV/r n=33 คน	AZT+3TC+EFV/D4T+3TC+EFV n=2 คน	รวม n=74 คน
ร้อยละความร่วมมือในการกินยา				
≤ 95	7 (18)	5 (15)	2 (100)	14 (19)
≥ 95	31 (82)	28 (85)	-	59 (81)
ไม่ทราบ	1	-	-	1

ยาได้แก่ กิจกรรมในชีวิตประจำวันทำให้กินยาลำบาก ขนาดเม็ดยาใหญ่เกินไป ทนผลข้างเคียงของยาไม่ได้ และการลืมตั่งนาฬิกาเตือนหรือถ่านหมด

อย่างไรก็ตาม ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่รู้สึกลำบากในการกินยาต้านไวรัสให้ตรงเวลาตามแพทย์สั่ง และ/หรือรู้สึกว่าอาการกินยาสูตรปัจจุบันได้ยากรวม 19 ราย มีเพียง 4 รายที่ให้ความร่วมมือในการกินยาน้อยกว่า ร้อยละ 95 ซึ่งทั้งสี่รายนี้ได้รับยาสูตร AZT+3TC+LPV/r ในขณะที่หญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาสูตร GPO-VIR Z ที่มีความร่วมมือในการกินยาน้อยกว่าร้อยละ 95 ซึ่งมีจำนวน 7 ราย ไม่รู้สึกลำบากในการกินยาให้ตรงเวลาตามแพทย์สั่ง และ/หรือไม่รู้สึกว่าอาการกินยาสูตรปัจจุบันมีความยาก

ในส่วนความพึงพอใจต่อการให้บริการของแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์ของหญิงตั้งครรภ์ พบว่าหญิงตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่ม (GPO-VIR Z หรือ AZT+3TC+LPV/r) มีความพึงพอใจในระดับพอใจ พอใจมาก และพอใจมากที่สุด เมื่อพิจารณาความพึงพอใจต่อการให้บริการของแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และบุคลากรทางการแพทย์ ของหญิงตั้งครรภ์ที่มีความพึงพอใจระดับพอใจมาก และพอใจมากที่สุด พบว่ากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยา GPO-VIR Z และ AZT+3TC+LPV/r มีความพึงพอใจระดับมากและมากที่สุดที่ร้อยละ 67 - 100 (รูปที่ 1)



รูปที่ 1 ความพึงพอใจต่อการให้บริการของแพทย์ พยาบาล เภสัชกรและบุคลากรทางการแพทย์ในแต่ละครั้งที่มารับบริการ

ข้อมูลเชิงคุณภาพ

ความคิดเห็นของหญิงตั้งครรภ์เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัว เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และปัญหาอุปสรรคที่พบ

การตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัย

ปัจจัยที่ทำให้หญิงตั้งครรภ์ทั้งในกลุ่มที่ทราบและไม่ทราบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีของตนมาก่อนการตั้งครรภ์ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการวิจัยได้แก่ การให้ความรู้และคำปรึกษาโดยเจ้าหน้าที่ในสถานพยาบาล โดยการให้คำอธิบายเกี่ยวกับยาต้านไวรัสสูตรต่าง ๆ และประสิทธิภาพของยาเหล่านี้ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ทำให้เกิดความมั่นใจและมีความหวังว่าลูกที่เกิดมาจะไม่มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวี ดัง

ตัวอย่างคำบอกเล่า เช่น

“หมอคูยว่าจะให้ยา 2 ตัวนี้มาทาน เพราะว่าจะไม่ให้เชื้อไปสู่ลูก ก็โอเค... ไม่ปฏิเสธเลย” ส่วนผู้ที่เคยกินยา AZT+sd-NVP เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อในการตั้งครรภ์ก่อนหน้านี้ กล่าวถึงความสงสัยเรื่องเม็ดยาที่เปลี่ยนไปว่า

“ตอนแรก ๆ ก็สงสัยว่าทำไมหมอดต้องเปลี่ยนยาอะไรแบบนี้ เราก็ไม่ถาม นึกไปนึกมา ก็ถ้ายามันไม่ดีหมอคงไม่ให้กินเยอะ เราก็กิน”

อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการทราบว่า ยาต้านไวรัสไม่สามารถป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ทั้งหมด แต่บางคนยังลังเลใจและแสดงความไม่แน่ใจว่า

“ไม่รู้เหมือนกัน เต็ม 100 มั่ง (หัวเราะ) เห็นว่ายาตัวใหม่” หรืออีกรายเล่าว่า “ไม่ได้บอกว่าไม่ติดเชื้อร้อยเปอร์เซ็นต์ อยู่ที่ว่ากินยาดีหรือไม่ มีการติดเชื้อประมาณ 1-3 เปอร์เซ็นต์”

อุปสรรคของการกินยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัว

จากการสัมภาษณ์เชิงลึกพบว่า หญิงตั้งครรภ์ในโครงการนี้ทราบถึงความสำคัญของการกินยาทุกวัน และกินให้ตรงเวลา บางรายใช้นาฬิกาปลุกเตือนให้กินยา ซึ่งพบว่ามีอาการลืมกินยาหรือกินยาไม่ตรงเวลาบ้าง แต่ไม่บ่อยนัก ในขณะที่บางรายใช้ความจำโดยไม่ใช้นาฬิกาปลุก

“ก็...เราคิดในใจอยู่แล้ว เราก็กลัวว่าเขื่อนมันจะเพิ่ม เลยต้องกินตรงให้ตามที่หมอสั่ง” และเล่าต่อว่า “ตุนาฬิกา...พอตรง 8 โมงปุ๊บก็กินเลย บางทีได้ยินตอนอยู่ในครัว ก็ได้ยินเสียงธงชาติ (เพลงชาติ - นักวิจัย) ก็วิ่งออกมา”

ส่วนอีกรายเล่าว่า “เพราะจำเป็นต้องกินด้วย เพราะไม่อยากให้ลูกติด... จำเอาเอง”

ในส่วนของการอันไม่พึงประสงค์หรือผลข้าง

เคียงจากยาต้านไวรัส นั้น หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการได้รับคำแนะนำเกี่ยวกับการปฏิบัติตนเมื่อเกิดผลข้างเคียงจากเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาล ซึ่งทำให้ความกังวลเมื่อเกิดอาการผิดปกติน้อยลง ในบางรายการที่ทราบถึงผลข้างเคียงจากการกินยามีส่วนทำให้ปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้อง

การที่ต้องกินยาจำนวนมากในแต่ละมื้อหรือการกินยาเม็ดขนาดใหญ่อาจจะมีผลต่อการกินยาแตกต่างกันไปในแต่ละบุคคล หญิงตั้งครรภ์รายหนึ่งกล่าวว่า

“กินไม่ยาก แต่เม็ดยาใหญ่ เม็ดยาใหญ่อยู่กินไม่ลำบาก แต่คนที่กินยากก็อาจจะลำบาก แต่เพื่อความปลอดภัยของลูกต้องกินยาให้ได้” ในขณะที่อีกรายหนึ่งกล่าวว่า “กินยาไม่ลำบาก ยาไม่ขม เม็ดใหญ่ไม่มีปัญหา”

ผลกระทบด้านครอบครัวจากการกินยาของหญิงตั้งครรภ์

การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีกินยาต้านไวรัสไม่ว่าจะด้วยวัตถุประสงค์ในการรักษาหรือการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกนั้น อาจเป็นที่สังเกตของบุคคลที่อยู่ใกล้ชิด โดยเฉพาะอย่างยิ่งสมาชิกในครอบครัว ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อไม่ต้องการเปิดเผยสถานะการติดเชื้อก็จำเป็นต้องไม่ให้ผู้อื่นเห็นว่าตนกินยาต้านไวรัส หญิงมีครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการนี้ บางรายเปิดเผยผลเลือดหรือสถานะการติดเชื้อของตนให้สามีทราบ แต่บางรายต้องการปกปิด ข้อมูลจากการสัมภาษณ์ชี้ว่า การเปิดเผยผลเลือดกับสามีมีส่วนช่วยทางด้านจิตใจ และช่วยให้หญิงตั้งครรภ์รายนั้น ๆ ได้รับการดูแลจากสามี รวมทั้งการเตือนให้กินยาต้านไวรัส อย่างไรก็ตาม พบว่าหญิงตั้งครรภ์หลายรายไม่เปิดเผยผลเลือดให้สามีรู้ด้วยความกังวลหลายประการ จึงต้องหลบซ่อนในขณะที่กินยา

การให้ความช่วยเหลือหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโดยเครือข่ายผู้ติดเชื้อ

ข้อมูลจากการสนทนากลุ่มเครือข่ายผู้ติดเชื้อใน

จังหวัดสตูลแสดงให้เห็นว่าเครือข่ายผู้ติดเชื้อมีบทบาทในการค้นหาผู้ติดเชื้อรายใหม่ในชุมชน ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์

ปัญหาอุปสรรคของการให้บริการยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัวในโรงพยาบาล

ในมุมมองของเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องกับการให้บริการในโรงพยาบาลและ สสจ. การเปลี่ยนแปลงสูตรยาต้านไวรัสสำหรับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกตามที่ศึกษาในโครงการวิจัยนี้ ไม่น่าจะมีปัญหาอุปสรรคที่ร้ายแรงจนเป็นเหตุให้ดำเนินการไม่ได้ ปัญหาที่พบเกิดจากความไม่คุ้นเคยกับการให้ยาสูตรใหม่มีมากในระยะแรก แต่เมื่อมีการชี้แจงทำความเข้าใจโดยคณะนักวิจัย ปัญหาที่ลดน้อยลง สำหรับภาระงานที่เพิ่มขึ้นนั้นเกิดจากการที่เจ้าหน้าที่ต้องใช้เวลามากขึ้นในการชี้แจงให้ผู้ติดเชื้อเข้าใจขนาดและวิธีกินยา อาการอันไม่พึงประสงค์ที่อาจเกิดขึ้น และความสำคัญของการกินยาตามกำหนด นอกจากนี้พบว่า การเบิกยาต้านไวรัสตามระบบขององค์การเภสัชกรรมสำหรับใช้ในโครงการยังติดขัด ทำให้ได้รับยาช้ากว่าที่ควร แต่เภสัชกรของโรงพยาบาลสามารถแก้ไขปัญหาโดยการขอยืมยาจากโครงการ National Antiretroviral Program (NAP) มาใช้ก่อน การปรับตัวได้เป็นอย่างดีนี้ส่วนหนึ่งอาจเป็นเพราะเจ้าหน้าที่ของโรงพยาบาลหลายคนมีประสบการณ์ในช่วงเริ่มต้นของการเพิ่มยา NVP ในสูตรยาซึ่งเดิมใช้ AZT เพียงตัวเดียว แสดงให้เห็นว่าเมื่อเวลาผ่านไประยะหนึ่ง ความไม่คล่องตัวก็จะหมดไป และสามารถให้บริการด้วยความรวดเร็วมากขึ้น

ปัจจัยอีกประการหนึ่งของพัฒนาการที่กล่าวข้างต้นได้แก่ การที่เจ้าหน้าที่ที่รับผิดชอบการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาลส่วนหนึ่งมีประสบการณ์จากการเข้าร่วมโครงการวิจัยที่ดำเนินการโดยหน่วยงานอื่น ๆ มาก่อน ทั้งที่เป็นหน่วยงานภายในประเทศและระหว่างประเทศ สิ่งที่สำคัญที่สุด น่าจะเป็นความร่วมมือระหว่างบุคลากร 5 ด้านที่ให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ติด

เชื้อเอชไอวีโดยทั่วไป ซึ่งดำเนินการมาตั้งแต่ พ.ศ. 2547 ก็มีมีส่วนช่วยให้การปรับเปลี่ยนสูตรยาในครั้งนี้ประสบปัญหาไม่มากนัก เนื่องจากมีการถ่ายทอดความรู้และประสบการณ์ รวมทั้งการปรึกษาหารือกัน โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเรื่องการให้ยาที่เพิ่มขึ้นในสูตร ซึ่งอาจทำให้เกิดอาการอันไม่พึงประสงค์ที่บุคลากรในคลินิกที่ดูแลหญิงตั้งครรภ์มีประสบการณ์ในการดูแลและให้คำแนะนำแก่ผู้ติดเชื้อน้อยกว่า นอกจากนี้เครือข่ายการให้บริการผู้ติดเชื้อภายในจังหวัดซึ่งประกอบด้วย ผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ (AIDS experts) ในโรงพยาบาลศูนย์/โรงพยาบาลทั่วไป และผู้ประสานงาน (HIV coordinators) รวมทั้งผู้ที่เกี่ยวข้องกับ NAP ระดับต่าง ๆ ตลอดจนการนิเทศงานโดยเจ้าหน้าที่จาก สสจ. ซึ่งไม่ว่าจะดำเนินการโดยทีมที่รับผิดชอบงานเอชไอวี/เอดส์ งานอนามัยแม่และเด็ก หรืองานส่งเสริมสุขภาพ ก็มีมีส่วนช่วยแก้ไขปัญหาที่เกิดขึ้น

นอกเหนือจากสูตรยาที่เปลี่ยนไปจากเดิมแล้ว การให้บริการในขั้นตอนต่าง ๆ เช่น การให้คำปรึกษา การตรวจเลือด ฯลฯ ไม่ได้เปลี่ยนแปลงมากนัก ในส่วนของผู้รับบริการซึ่งมักจะวิตกกังวลเรื่องประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ และผลกระทบจากการใช้ยาต่อลูกในครรภ์นั้น ผู้แทนจากโรงพยาบาลชี้แจงว่า ได้ใช้ประโยชน์จากข้อมูลที่นักวิจัยจัดเตรียมให้ในการให้คำอธิบาย เช่นเดียวกับคู่มือและเอกสารอื่น ๆ ในโครงการวิจัยที่ช่วยให้การให้บริการด้วยยาสูตรใหม่เป็นไปด้วยความเรียบร้อย

ความเป็นไปได้และข้อเสนอแนะในการขยายโครงการไปสู่โรงพยาบาลอื่น ๆ ทั่วประเทศ

ผู้แทนโรงพยาบาลและเจ้าหน้าที่จาก สสจ. ที่เข้าร่วมโครงการวิจัยมีความเห็นตรงกันว่า ความเป็นไปได้ที่จะขยายการใช้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัวเป็นสูตรมาตรฐานของการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกไปสู่โรงพยาบาลอื่น ๆ ทั่วประเทศ

อย่างไรก็ตาม แม้การดำเนินการทดลองปรับ

เปลี่ยนสูตรยาในโครงการวิจัยจะไม่พบว่ามีปัญหาอุปสรรคที่ร้ายแรง แต่การเตรียมการอย่างเป็นระบบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งการชี้แจงกับผู้ปฏิบัติทุกระดับทั้งในสถานพยาบาลภาครัฐซึ่งรวมทั้งสถานอนามัย และภาคเอกชนให้มีความรู้ความเข้าใจในนโยบายใหม่เป็นสิ่งจำเป็น ในส่วนของการพัฒนาคู่มือ แผนภูมิ และข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่ในโรงพยาบาล การบริหารคลังเวชภัณฑ์เพื่อไม่ให้เกิดการขาดแคลนยา การส่งต่อผู้รับบริการจากโรงพยาบาลอำเภอไปที่โรงพยาบาลระดับจังหวัด ตลอดจนการจัดทำและส่งรายงานเข้าสู่ส่วนกลางก็ต้องวางแผนการดำเนินการอย่างรอบคอบ โดยคำนึงถึงบริบทและข้อจำกัดในการทำงานของเจ้าหน้าที่ในแผนกต่าง ๆ เช่น คลินิกฝากครรภ์ ห้องคลอด คลินิกเอชไอวี เป็นต้น สำหรับผู้รับบริการที่ชักถามเจ้าหน้าที่เกี่ยวกับประสิทธิผลและอาการอันไม่พึงประสงค์ของยาต้านไวรัส รวมทั้งผลกระทบต่อลูกในครรภ์นั้น ควรเตรียมข้อมูลสำหรับเจ้าหน้าที่เพื่ออธิบายให้เกิดความเข้าใจที่ถูกต้อง ในส่วนของเอกสารที่จัดทำขึ้นควรเผยแพร่ให้ถึงมือเจ้าหน้าที่ผู้ให้บริการอย่างทั่วถึง และจัดให้มีการฝึกอบรมและประชุมเพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์ในกรณีที่เป็น ทั้งนี้เจ้าหน้าที่จาก สสจ. และโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการวิจัยยินดีให้ความร่วมมือในการเป็นวิทยากร

อนึ่ง ผู้ให้ข้อมูลในการประเมินความเป็นไปได้ครั้งนี้มีความเห็นว่า หน่วยงานผู้กำหนดนโยบายในส่วนกลาง เช่น โครงการประกันสุขภาพภาครัฐทั้งสามโครงการ กรมควบคุมโรค และกรมอนามัย ควรร่วมมือกันแก้ไขปัญหากับการบริหารจัดการโครงการให้บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมดในภาพรวม ซึ่งเป็นปัญหาที่มีมาแต่เดิม และไม่เกี่ยวข้องกับการปรับเปลี่ยนสูตรยาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก อาทิ ปัญหาที่เกิดจากเงื่อนไขและวิธีการเบิกจ่ายยาจากโครงการประกันสุขภาพที่แตกต่างกัน การให้บริการแก่ผู้ติดเชื้อที่เป็นเด็ก การรับบริการต่อเนื่องภายหลังคลอดบุตร การรับบริการข้ามเขต บริการที่จัดให้กับคนต่างด้าว การป้อน

ข้อมูลในฐานะข้อมูลต่าง ๆ และการจัดทำรายงาน เป็นต้น

ความคิดเห็นและทัศนคติหากมีการเปลี่ยนสูตรยา 2 ตัว เป็น 3 ตัว เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกในโรงพยาบาลชุมชนที่ไม่ได้เข้าร่วมโครงการฯ

เจ้าหน้าที่ที่มีความเห็นว่าการเปลี่ยนแปลงสูตรยานั้น มีประโยชน์ต่อคนไข้เป็นอย่างมาก อัตราการถ่ายทอดเชื้อที่ลดลงอาจจะไม่มาก แต่เมื่อมองในภาพรวมทั้งประเทศแล้วก็อาจจะมีความประโยชน์ จำนวนเด็กที่ติดเชื้อจะน้อยลง หากต้องปฏิบัติสามารถทำได้เนื่องจากมีประสบการณ์การให้ยา antiretroviral (ARV) อยู่แล้ว และทีมที่มีอยู่พร้อมที่จะให้บริการ โดยต้องมีแนวทางการดูแลที่กระทรวงสาธารณสุขรองรับ การอบรมเกี่ยวกับสูตรยา 3 ตัว และที่ปรึกษาในกรณีที่เกิดปัญหานอกจากนี้สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ ควรมีการจัดระบบการเบิกจ่ายที่ไม่ซับซ้อนยุ่งยาก มีการสำรวจยาให้เพียงพอต่อการเบิกจ่าย และนำส่งยาให้ตามกำหนด แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีความกังวลเรื่องความร่วมมือในการกินยาของหญิงตั้งครรภ์ เพราะปรกติแล้วหญิงตั้งครรภ์มักจะไม่มีความทนต่อยาหรือสิ่งแวดล้อมน้อยลง หากไม่มีการดูแลหรือติดตามอย่างใกล้ชิดก็อาจจะส่งผลต่อความร่วมมือในการกินยา อาจจะทำให้เกิดการดื้อยากลุ่มนี้ต่อไปในอนาคต และต้องมีการติดตามผลกระทบในระยะยาวของการให้สูตรยา 3 ตัว

ข้อค้นพบอื่น ๆ

แม้ว่างานวิจัยนี้จะไม่มียุทธศาสตร์ในการศึกษาผลทางคลินิกของยาต้านไวรัสสูตร 3 ตัวที่ใช้ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แต่เนื่องจากผู้วิจัยพิจารณาเห็นว่า งานวิจัยเกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสสูตร 3 ตัว ในประเทศกำลังพัฒนารวมทั้งประเทศไทยที่มีทรัพยากรอยู่อย่างจำกัด จึงได้นำเสนอข้อมูลทางคลินิกบางประการที่ได้รับรายงานจากโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการไว้ในส่วนนี้ เพื่อให้บุคลากร

ที่เกี่ยวข้อง รวมทั้งนักวิจัยที่สนใจได้ทราบและอาจนำไปศึกษาวิจัยเพิ่มเติม อย่างไรก็ตาม ด้วยรูปแบบและวิธีการศึกษาที่ใช้ในโครงการวิจัยนี้ทำให้ไม่สามารถสรุปได้ว่า ผลทางคลินิกที่เกิดขึ้นต่อมารดาและทารกมีความสัมพันธ์กับการใช้สูตรยา 3 ตัวหรือไม่ อย่างไร

หญิงตั้งครรภ์ที่เข้าร่วมโครงการและคลอดบุตรระหว่างวันที่ 1 พฤษภาคม ถึง 30 พฤศจิกายน พ.ศ. 2552 มีจำนวนทั้งสิ้น 48 ราย ได้รับยาป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกสูตร GPO-VIR Z และ AZT+3TC+LPV/r สูตรละ 24 ราย ส่วนใหญ่ (27%) คลอดบุตรเมื่อมีอายุครรภ์ตั้งแต่ 37 สัปดาห์ขึ้นไป และร้อยละ 70 คลอดธรรมชาติ น้ำหนักทารกแรกเกิดโดยเฉลี่ยอยู่ที่ 2,865 กรัม

ในกลุ่มที่ได้รับ GPO-VIR Z พบความผิดปกติขณะคลอด 2 ราย ได้แก่ fetal distress 1 ราย และภาวะน้ำคร่ำ meconium 1 ราย และพบความผิดปกติของทารกหลังคลอดจำนวน 1 รายคือ แท้ผิดปกติในกลุ่มที่ได้รับ AZT+3TC+LPV/r พบความผิดปกติของทารกหลังคลอด 3 ราย ได้แก่ ปากแห้งเพดานโหว่ 2 ราย ปากแห้งเพดานโหว่ร่วมกับมือกุดเท้ากุด 1 ราย ส่วนอีก 1 รายพบ death fetus (ได้รับรายงานจากการประชุม)

วิจารณ์

การปรับเปลี่ยนสูตรยาต้านไวรัสสำหรับการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกจาก AZT+sd-NVP เป็น AZT+3TC+LPV/r ความเป็นไปได้ในทางปฏิบัติโดยหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่ให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส และการเปลี่ยนแปลงสูตรยาต้านไวรัสไม่ได้เพิ่มให้แก่ภาระงานให้แก่ผู้ให้บริการ แต่ผู้ให้บริการต้องการการสนับสนุนด้านวิชาการในรูปแบบการจัดอบรม เอกสาร และเครื่องมือที่สามารถช่วยในการให้บริการ และระบบการเบิกจ่ายยาจากสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ไม่ซับซ้อน รวดเร็ว และมีเพียงพอให้บริการ

การให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและยาต้านไวรัส แก่เจ้าหน้าที่และหญิงตั้งครรภ์มีความสำคัญต่อความสำเร็จของการเปลี่ยนแปลงสูตรยาต้านไวรัสในโครงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เนื่องจากจะช่วยให้เจ้าหน้าที่มีความรู้เพื่อดูแลหญิงตั้งครรภ์และให้คำปรึกษากับหญิงตั้งครรภ์ได้อย่างถูกต้อง ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์ดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และเมื่อมีปัญหาด้านปฏิบัติตัวหรือกินยาต้านไวรัส จะกลับมาปรึกษาเจ้าหน้าที่ และให้ความร่วมมือในการกินยาต้านไวรัส ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสรลภัค หมอกเรืองใส และคณะ⁽¹¹⁾ ที่ระบุว่า การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค การดูแลตนเอง ดูแลครรภ์ และยาต้านไวรัส ทำให้หญิงตั้งครรภ์มีความยินดีในการกินยาเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และสามารถปรับตัวในขณะที่กินยาต้านไวรัส

ระบบการสนับสนุนการให้บริการโดยเฉพาะเรื่อง การสนับสนุนยาต้านไวรัสเป็นส่วนที่สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติจำเป็นต้องนำไปปรับปรุง เพื่อการบริหารจัดการยาที่มีประสิทธิภาพมากขึ้น และมีเพียงพอต่อการให้บริการ รวมถึงลดขั้นตอนในการทำงาน จะสามารถทำให้การบริการเป็นไปได้อย่างรวดเร็ว อีกทั้งระบบการนิเทศงานที่มีอย่างสม่ำเสมอจะช่วยในการพัฒนาการให้บริการของสถานพยาบาล

ปัญหาการตั้งครรภ์ซ้ำในหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งพบประมาณร้อยละ 50 จากการศึกษา และจากรายงานผลการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในปี 2554 ในจังหวัดสระแก้ว มีรายงานว่าพบหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและตั้งครรภ์ซ้ำ ประมาณร้อยละ 69 นอกจากนี้ประมาณร้อยละ 61 ของการตั้งครรภ์ซ้ำ เป็นการตั้งครรภ์กับสามีใหม่⁽¹²⁾ โดยเหตุผลของการตั้งครรภ์ซ้ำหรือการตั้งครรภ์ทั้งที่ทราบว่าตนเองติดเชื้อคือต้องการมีลูกกับสามีใหม่ และบางส่วนทราบว่าทารกกินยาต้านไวรัสขณะตั้งครรภ์อาจจะทำให้ลูกที่เกิดมาไม่ติดเชื้อ⁽¹¹⁾ จากปัญหานี้จะทำให้จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่จากทั้งสามีและลูกเพิ่มมากขึ้น การให้คำ

ปรึกษาและบริการวางแผนครอบครัวกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื่อเป็นสิ่งที่ต้องให้ความสำคัญไม่น้อยไปกว่าการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคเอดส์แก่ประชาชนทั่วไป

การคัดเลือกจังหวัดนำร่องเป็นการเลือกแบบจำเพาะเจาะจง และผู้รับผิดชอบงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สมัครใจเข้าร่วมการศึกษา ดังนั้นจึงเป็นไปได้ว่าจังหวัดที่ได้รับการคัดเลือกเป็นจังหวัดที่มีความพร้อม และมีความสนใจในการให้บริการ ทำให้ไม่เกิดปัญหาในการปรับเปลี่ยนสูตรยา ดังนั้นผู้เกี่ยวข้องควรติดตามการดำเนินงานอย่างใกล้ชิด

สำหรับการพบความผิดปกติของทารกที่พบในการศึกษานี้ ควรได้รับการติดตามต่อไปในอนาคต เนื่องจากการศึกษานี้ไม่ได้ถูกออกแบบมาเพื่อหาประสิทธิภาพและตรวจสอบความผิดปกติ หรือ อาการไม่พึงประสงค์ (adverse events) ที่เกิดขึ้นกับหญิงตั้งครรภ์และทารก จึงมีจำนวนขนาดตัวอย่างที่ไม่เพียงพอที่จะให้ข้อสรุปสำคัญต่อการตัดสินใจในประเด็นความปลอดภัยของสูตรยา 3 ตัว อย่างไรก็ตาม ข้อมูลที่มีอยู่ในปัจจุบัน จากต่างประเทศ พบว่ายา LPV/r มีความปลอดภัยต่อมารดาและทารก โดยพบว่าความผิดปกติของทารกแรกเกิดที่มารดาได้รับยาต้านไวรัสสูตร LPV/r ไม่มีความแตกต่างจากกลุ่มประชากรทั่วไป และจากการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบของ Sturt AS และคณะ⁽¹³⁾ พบว่ายา LPV/r เป็นยาที่มีความปลอดภัยในหญิงตั้งครรภ์ ดังนั้น สูตรยาด้านไวรัส 3 ตัวที่ประกอบด้วยยา LPV/r จึงเป็นหนึ่งในสูตรยาด้านไวรัสที่ได้รับการแนะนำจาก WHO ให้ใช้ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในปัจจุบัน⁽⁶⁾

ข้อจำกัดในการศึกษา

ในการศึกษานี้วัดความร่วมมือในการกินยาโดยใช้วิธีการนับเม็ดยาที่เหลือ (pill counts) ซึ่งเป็นวิธีที่มีข้อจำกัดกล่าวคือ หญิงตั้งครรภ์อาจจะมีได้นำเม็ดยาที่เหลือมาด้วยเมื่อมาพบแพทย์หรือนำเม็ดยามาให้ครบตามจำนวนที่ควรจะได้รับ แต่อย่างไรก็ตามการ

สอบถามความรู้สึกลำบากในการกินยาด้านไวรัสให้ตรงเวลาตามแพทย์สั่ง และ/หรือรู้สึกว่าการกินยาสูตรปัจจุบันมีความยาก เป็นการตรวจสอบความร่วมมือในการกินยาอีกทางหนึ่ง

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณผู้บริหาร ผู้ประสานงานระดับจังหวัด คุณอารี ฉัตรชัยรัตน์เวช คุณฉัตรพิไล เจียรระโน คุณกฤษณา ฤทธิ์เดช และผู้รับผิดชอบงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพศูนย์อนามัย โรงพยาบาลศูนย์ โรงพยาบาลทั่วไป โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่ง เจ้าหน้าที่ศูนย์อนามัยเขตใน 4 จังหวัดที่เอื้อเพื่อในการเก็บข้อมูลและร่วมนิเทศงานเป็นอย่างดี ขอขอบคุณผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ให้ข้อคิดเห็นอันเป็นประโยชน์ในการจัดทำแนวทางปฏิบัติ สำหรับสูตรยา 3 ตัว หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื่อเพื่อใช้ในการศึกษา และขอขอบคุณ สำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติที่ให้ทุนสนับสนุนการศึกษาคั้งนี้

เอกสารอ้างอิง

1. Strategies and Tools against Social Exclusion and Poverty (STEP). Health Micro-Insurance Schemes: feasibility study guide. International Labour Organization. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2005.
2. Hoagland WH, Williamson L. Feasibility studies. Lexington, Kentucky: University of Kentucky; 2000.
3. Painsil E, Andiman WA. Update on successes and challenges regarding mother-to-child transmission of HIV. *Curr Opin Pediatr* 2009;21(1):94-101.
4. National AIDS Prevention and Alleviation Committee. UNGRASS country progress report, Thailand, reporting period January 2006-December 2007. Nonthaburi: Office of Technical Development to Support HIV/AIDS Responses, Department of Disease Control, Ministry of Public Health; 2008.
5. Pliapat T, Naiwatanakul T, Rattanasuporn N, Sangwanloy O, Amornwichet P, Teeraratkul A, et al. Reduction in mother-to-child transmission of HIV in Thailand, 2001-2003: results from population-based surveillance in six provinces. *AIDS* 2007;21(2):145-51.

6. Naiwatanakul T, Punsuwan N, Kullerk N, Faikralok W, Lolekha R, Sangwanloy O, et al. Reduction in HIV transmission risk following recommendations for CD4 testing to guide selection of prevention of mother-to-child (PMTCT) regimens, Thailand, 2006-2007 [online] 2009 [cited 2009 Oct 7]; Available from: URL: <http://www.iasociety.org/Abstracts/A200722109.aspx>
7. Townsend CL, Cortina-Borja M, Peckham CS, de Ruiter A, Lyall H, Tookey PA. Low rates of mother-to-child transmission of HIV following effective pregnancy interventions in the United Kingdom and Ireland, 2000-2006. *AIDS* 2008;22(8):973-81.
8. World Health Organization. Rapid advice: use of antiretroviral drugs for treating pregnant women and preventing HIV infection in infants. Switzerland: World Health Organization; 2009.
9. Paterson DL, Swindells S, Mohr J, Brester M, Vergis EN, Squier C, et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Ann Intern Med* 2000;133(1):21-30.
10. อรรถณพ หิรัญดิษฐ์. Strategies to improve adherence to antiretroviral therapy. ใน: ปรีชา มณฑานติกุล, ปวีณา สนธิสมบัติ, นวกรณ์ วิมลสารวงค์, ภัทรชยากุล ส, editors. คู่มือสำหรับเภสัชกร การดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์. พิมพ์ครั้งที่ 2. กรุงเทพมหานคร: บริษัท ประชาชน จำกัด; 2550. หน้า 311-40.
11. สรัลภักดิ์ หมอกเรืองใส, อุษา สุขาพันธ์, อภิญญา อุยยะพัฒน์, สุนดี จารุพันธ์. เหตุผลของการตั้งครรภ์ซ้ำ และการดูแลตนเองของหญิงติดเชื้อเอชไอวี. สงขลา: มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์; 2551.
12. กลุ่มงานควบคุมโรค สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสระแก้ว. ผลการดำเนินงานการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก. [serial online] 2554 [สืบค้นเมื่อ 10 มกราคม 2555]; แหล่งข้อมูล: <http://hpc3.anamai.moph.go.th/hpc/activity/23092554/file/1.ppt>.
13. Sturt AS, Dokubo EK, Sint TT. Antiretroviral therapy (ART) for treating HIV infection in ART-eligible pregnant women. *Cochrane Database Syst Rev* 2010;3:CD008440.0

Abstract **The Feasibility Study on Introducing Three-Antiretroviral Combinations as Standard Regimens for Prevention of Mother to Child HIV Transmission in Thailand**

Pitsaphun Werayingyong*, **Kakanang Tosanguan***, **Rukmanee Butchon***, **Nittaya Phanuphak†**, **Kulkanya Chokephaibulkit‡**, **Nareeluk Kullert§**, **Songyot Pilasan***, **Nipunporn Voramongkol§**, **Sarawut Boonsuk#**, **Wantanee Kulpeng***, **Yot Teerawattananon***, **Sripen Tantivess***

*Health Intervention and Technology Assessment Program, Ministry of Public Health, †The Thai Red Cross AIDS Research Centre, ‡Department of Pediatrics, Faculty of Medicine Siriraj Hospital, Mahidol University, §Bureau of Health Promotion, Department of Health, Ministry of Public Health, #Benjalak Chalermprakit 80 Pansa Hospital, Si Sa Ket

Journal of Health Science 2013; 22:99-112.

A program for prevention of mother-to-child HIV transmission (PMTCT) has been introduced in Thailand since 2000. In current national guidelines, combination of zidovudine (AZT) and single-dose nevirapine (sd-NVP) is provided to HIV-infected pregnant women who have CD4 > 200 cell/mm³, while a three-antiretroviral regimen comprising AZT+3TC+NVP is offered to those with CD4 < 200 cell/mm³. In developed countries, all HIV infected pregnant women are eligible for three-ARV regimens as these prophylaxis protocols are more effective than two-drug combinations. However, the administration of the three-drug regimens is relatively more complex compared to AZT+sd-NVP. This study was aimed at assessing the feasibility of introducing the three-drug combination as a national standard regimen for PMTCT. The new PMTCT protocol was developed by consultation with Thai experts, and subsequently implemented, during 1 April - 30 September 2009 in all hospitals under the Ministry of Public Health (MOPH) in 4 provinces: Nakhon Sawan, Sa Kaeo, Si Sa Ket and Satun. Qualitative data was collected from focus group discussion and in depth interview with health officers, health professions and pregnant women. Data record form was employed to collect quantitative data from patients. Ninety-two HIV-infected pregnant women sought care at study hospitals voluntarily participated in this operational research. It was found that adherence to the three-ARV regimen was high, and only 3 pregnant women had to switch the drug regimen to others due to side effects. Furthermore, pregnant women were willing to take three-ARV regimens, since the drugs could prevent HIV transmission to their children. From the focus group discussion with health personnel, replacing the current standard regimen with the three-drug combinations was feasible because it did not increase the workload of health providers significantly and not complicate the treatment process. Nevertheless, three main points of concern - policy implication from central to practitioner, essential materials, and reimbursement system - have to be assessed before launching a program.

Key words: PMTCT, antiretrovirals, vertical transmission prevention, feasibility, HIV, three-drug regimen