

ปัจจัยสัมพัทธ์ที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวี ในทารกแรกเกิด ประเทศไทย

ฉวีวรรณ ตันพุดชา

สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย

วันรับ 18 มกราคม 2565, วันแก้ไข 14 ธันวาคม 2565, วันตอบรับ 21 ธันวาคม 2565

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study design) โดยการศึกษาย้อนหลัง (Expose Factor Research) มีวัตถุประสงค์ เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดในบริบทของประเทศไทย และเพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนางานการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด ตัวอย่างในการวิจัย ได้แก่ ทารกแรกเกิด ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำนวน 103 ราย โดยทำการเก็บข้อมูล ข้อมูลย้อนหลังจากแบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และ/หรือ การเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน ระยะเวลาที่ศึกษา เดือนสิงหาคม 2563 - ธันวาคม 2563 ประมวลผลและวิเคราะห์ข้อมูลด้วยสถิติ ร้อยละ ผลการวิจัย พบว่า 1. ปัจจัยของหญิงตั้งครรภ์ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด ได้แก่ การมาฝากครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ ร้อยละ 52.32 เป็นการติดเชื้อในครรภ์แรก ร้อยละ 56.56 และพบว่ามี การติดเชื้อของสามีหรือคู่ร่วมด้วย ในการรับการรักษาพบว่าครึ่งหนึ่งได้รับการรักษาตามมาตรฐาน 2. ปัจจัยของทารกสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดพบว่าร้อยละ 30.10 มีการคลอดก่อนกำหนดที่อายุครรภ์น้อยกว่า 37 สัปดาห์ ร้อยละ 9.71 ไม่ได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเมื่อแรกคลอด (PCR at birth) และร้อยละ 6.59 ได้กินนมแม่ขณะอยู่โรงพยาบาล และขณะอยู่บ้านผู้ปกครองมีการเคี้ยวอาหารป้อน 3. สรุปสาเหตุที่เป็นปัจจัยต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารก พบว่าการฝากครรภ์ช้าและการไม่ฝากครรภ์ การให้บริการที่ไม่มีประสิทธิภาพ การกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ การติดเชื้อภายหลังการคลอด และการไม่มารับการดูแลตามนัดหมาย ข้อเสนอแนะจากการวิจัย การส่งเสริมสนับสนุนการฝากครรภ์เร็วก่อน 12 สัปดาห์ เพื่อค้นหาความเสี่ยงและให้การดูแลตามมาตรฐาน เพิ่มความเข้มแข็งระบบบริการการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เช่น การให้การปรึกษา การให้ยาต้านไวรัส การดูแลต่อเนื่องรายบุคคลและการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มประชากรทั่วไป เน้น การตรวจเลือดก่อนแต่งงาน การป้องกันและการมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย

คำสำคัญ : ปัจจัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

Relating Factor of Neonatal HIV Infection : A Case of Thailand

Chaweewan TonPutsa

Bureau of Health Promotion, Department of Health

Received 18 January 2022, Revised 14 December 2022, Accepted 21 December 2022.

Abstract

The study is conducted with descriptive study design by studying the previous research (expose factor research) to find factors related to HIV infection in newborns in the context of Thailand, in order to create policy suggestions for the development of the termination of HIV in newborns. The data on HIV infection in newborns was collected by historical data collection method, from the new HIV infection reports and/or reports on mortality from HIV infection in children under the age of 18 among 103 samples. The period of study was August 2020 to December 2020. The results showed that (1) Factors of pregnant women related to infection HIV in newborns, including receiving antenatal care later than 28 weeks of gestation (52.32%). The infection was mostly found in the first pregnancy (56.56%), together with infection in husband or partner. In terms of treatment, it was found that half of the sample received treatment that met the standard. (2) Factors of newborns related to infection HIV, it was found that there were premature births at less than 37 weeks of gestation (30.10%). Other factors including the failure to receive PCR at birth (9.71%), exclusive breastfeeding while at the hospital (6.59%), and parents/guardians practiced mouth-to-mouth feeding with the newborns at home. (3) The causal factors of HIV infection in newborns including late antenatal care, or the lack of antenatal care, inefficient service, irregular usage of antiretroviral drugs, infection after birth, and failure to receive care according to the appointment. In conclusion, this study identified factors related to HIV infection in newborns in the context of Thailand to improve the development of the service system and the standard on protection of HIV transmission from mother to child, in order to sustainably achieve the elimination of new HIV infections.

keywords : Factors of HIV infection in newborns, Prevention of Mother to Child HIV Transmission

■ บทนำ

เมื่อปี พ.ศ. 2531 มีรายงานหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีครั้งแรกของประเทศไทย กระทรวงสาธารณสุขจึงรณรงค์ส่งเสริมการตั้งครรภ์ที่มีคุณภาพ และป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก ในขณะที่ตั้งครรภ์ ต่อเนื่องจนถึง

หลังคลอด โดยให้นมผสมสำหรับเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ขณะเดียวกันได้เริ่มดำเนินโครงการนาร่องการให้การปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ และให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในจังหวัดนาร่องภาคเหนือและภาค

ตะวันออกเฉียงเหนือ และในปี พ.ศ.2543 กระทรวงสาธารณสุข ได้ประกาศนโยบายและแนวทางปฏิบัติระดับชาติให้สถานพยาบาลสาธารณสุข ดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยบูรณาการเข้ากับงานอนามัยแม่และเด็กในโรงพยาบาล การบริการประกอบด้วย การให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดหาการติดเชื้อเอชไอวี ซีฟิลิส และตับอักเสบบี ในหญิงตั้งครรภ์ ให้ยาต้านไวรัส และให้นมผสมสำหรับเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี การดำเนินงานและการศึกษาวิจัยอย่างต่อเนื่องทั้งด้านสูตรยาป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ที่เริ่มจาก Short course โดยใช้สูตรยา Zidovudine (AZT) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อฯ ตั้งแต่อายุครรภ์ 34 สัปดาห์ และให้ AZT Syrup ในทารก นาน 4 สัปดาห์ และในปี พ.ศ. 2553 เปลี่ยนสูตรยาเป็น Highly active antiretroviral treatment (HAART) ร่วมกับส่งเสริมให้มีการให้การปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีแบบคู่ในสถานพยาบาลสาธารณสุขของรัฐ และในปี พ.ศ.2557 มีการแนะนำให้ยา HAART โดยเร็วที่สุดและต่อเนื่องหลังคลอด โดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 (WHO option B+)

การดูแลทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในปีพ.ศ.2557 เป็นต้นมา ได้นำวิธีการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีทำโดยการ HIV PCR มาใช้ เพื่อการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีในทารก โดยจำแนกทารกตามความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นความเสี่ยงทั่วไปและเสี่ยงสูง ซึ่งทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีความเสี่ยงทั่วไปได้รับการตรวจ HIV PCR 2 ครั้ง เมื่ออายุ 1 เดือน และ 2-4 เดือน ส่วนทารกที่คลอดจากแม่ที่มีความเสี่ยงต่อ

การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสูงจะได้รับการตรวจ HIV PCR 3 ครั้ง เมื่อแรกเกิด อายุ 1 เดือน และ 2 เดือน เด็กทุกรายที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับการตรวจ HIV antibody ยืนยันเมื่ออายุ 18 เดือน

ปี 2559 กระทรวงสาธารณสุขโดยกรมอนามัย กรมควบคุมโรค กรมวิทยาศาสตร์การแพทย์ และภาคีเครือข่าย ได้มีความร่วมมือในการดำเนินโครงการการจัดการเชิงรุกรายบุคคลเพื่อเริ่มยาต้านไวรัสแก่ทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีให้เร็วที่สุด กรมอนามัยได้ดำเนินกิจกรรม ส่งเสริมการฝากครรภ์เร็ว ส่งเสริมความครอบคลุมการให้การปรึกษาและตรวจเลือดหาสถานะการติดเชื้อเอชไอวีเป็นคู่ การส่งเสริมให้หน่วยบริการดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกตามมาตรฐาน และการค้นหาสาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดเพื่อการพัฒนากิจกรรมบริการในการยุติถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในปี 2573 ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ พ.ศ.2560-2573 ผลการดำเนินงาน จากรายงานระบบติดตามผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (PHIMS) ปี 2561 และปี 2562 อัตราการถ่ายทอดเชื้อเป็นร้อยละ 1.41 (จำนวน 56 ราย) และร้อยละ 1.27 (จำนวน 47 ราย) ตามลำดับ กรมอนามัย ซึ่งมีหน้าที่หลักในการพัฒนางานและลดอัตราการติดเชื้อให้ต่ำที่สุดในทารกแรกเกิด ตามยุทธศาสตร์ที่ 2 การยกระดับและบูรณาการดำเนินงานป้องกันที่มีประสิทธิผลเดิม ให้เข้มข้นและยั่งยืนในระบบ จึงได้จัดทำแบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และ/หรือการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กอายุต่ำกว่า

18 เดือนขึ้นไป โดยการประชุมผู้เชี่ยวชาญในการพัฒนาแบบรายงาน เพื่อสืบค้นหาสาเหตุการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด เพื่อใช้ในการติดตามค้นหาสาเหตุที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด ที่เกี่ยวข้องกับตัวหญิงตั้งครรภ์ และระบบการบริการที่เกี่ยวข้อง ดังนั้นผู้ศึกษาจึงมีความสนใจศึกษาปัจจัยสัมพันธ์ที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด ประเทศไทย

■ วัตถุประสงค์การศึกษา

1. เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดในบริบทของประเทศไทย
2. เพื่อจัดทำข้อเสนอแนะเชิงนโยบายในการพัฒนางานการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด

■ วิธีการศึกษา

การวิจัยนี้ เป็นการวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive study design) โดยการศึกษาย้อนหลัง (Expose Factor Research) เพื่อหาปัจจัยที่สัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด จากการเก็บข้อมูลรายงานการดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ปี 2561-2562

- **พื้นที่ศึกษา** ได้แก่ โรงพยาบาลรัฐและเอกชน สังกัดกระทรวงสาธารณสุขและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่ให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และมีรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด
- **กลุ่มตัวอย่าง** จำนวน 103 ราย ได้แก่ ทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในปี 2561-2562 และได้รับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR หรือ Anti HIV

ในช่วงอายุแรกเกิดถึง 2 ปี

- **การเก็บรวบรวมข้อมูล** 1) ทำหนังสือราชการถึงโรงพยาบาลที่มีการรายงานผลการติดเชื้อของทารก เพื่อขอความอนุเคราะห์ในการเป็นผู้ให้ข้อมูลตามแบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และ/หรือการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน 2) เก็บรวบรวมแบบรายงานฯ ที่ตอบกลับจากโรงพยาบาล ตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของแบบรายงานฯ 3) นำข้อมูลจากแบบรายงานฯ ไปบันทึก วิเคราะห์ ด้วยโปรแกรม Excel 4) การวิเคราะห์ความสอดคล้องของข้อมูลที่ได้จากแบบรายงานฯ ร่วมกับผู้เชี่ยวชาญ 5) สรุปผลและเขียนรายงาน

- **การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง** ได้รับการรับรองจากคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัยกรมอนามัย เลขที่ 419/2564 วันที่ 6 พฤศจิกายน 2563

■ ผลการศึกษา

จากการวิเคราะห์ปัจจัยสัมพันธ์ที่มีผลต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดประเทศไทย โดยใช้กรอบแนวคิดการวิจัยเป็นแนวทางการวิเคราะห์ ผลการศึกษาประกอบด้วย

1. ปัจจัยของหญิงตั้งครรภ์ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด 2. ปัจจัยของทารกสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด และ 3. สาเหตุที่เป็นปัจจัยต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารก สรุปได้ดังนี้
 1. ปัจจัยของหญิงตั้งครรภ์ที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด
 - 1.1 การได้รับการดูแลขณะตั้งครรภ์ ร้อยละ 83.49 มีการฝากครรภ์ (ANC)

โดยร้อยละ 15.11 ฝากครรภ์ครั้งแรกที่อายุครรภ์น้อยกว่าหรือเท่ากับ 12 สัปดาห์ และร้อยละ 52.32 มาฝากครรภ์อายุครรภ์มากกว่า 28 สัปดาห์ และร้อยละ 16.50 ไม่ได้ฝากครรภ์ (No ANC)

1.2 การตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี

ร้อยละ 56.56 ตรวจพบว่าติดเชื้อเอชไอวีในการตั้งครรภ์ครั้งนี้ ร้อยละ 35.35 พบว่าติดเชื้อก่อนการตั้งครรภ์ และร้อยละ 8 พบการติดเชื้อภายหลังการคลอดบุตร

1.3 การติดเชื้อของสามีหรือคู่

ร้อยละ 24.3 สามีหรือคู่ มีผลเลือดเอชไอวีบวกร้อยละ 19.4 ไม่ติดเชื้อ และพบว่าร้อยละ 55.3 ไม่ทราบสถานะการติดเชื้อของสามีหรือคู่

1.4 การได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ร้อยละ 53 หญิงตั้งครรภ์ได้รับยาต้านไวรัสเป็นสูตรยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง (HAART) ถึงร้อยละ 51.8 และพบว่าร้อยละ 47 หญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับยาต้านไวรัส โดยพบข้อมูลที่เป็นปัจจัยด้านตัวผู้รับบริการ คือการฝากครรภ์ช้าและการไม่ฝากครรภ์ ถึงร้อยละ 56.41 การติดเชื้อภายหลังคลอดบุตร ร้อยละ 20.51 การติดเชื้อก่อนตั้งครรภ์ ร้อยละ 23.07 ในส่วนระบบบริการ พบว่า ผู้รับบริการมารับบริการฝากครรภ์ที่ รพ. เอกชน หรือคลินิกเอกชน และไม่ได้รับบริการตามแนวทางฯ ร้อยละ 50.00

2. ปัจจัยของทารกสัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิด

2.1 ลักษณะทั่วไป

น้ำหนักแรกเกิด พบว่า ร้อยละ 27.2 มีน้ำหนักแรกเกิด ต่ำกว่า 2,500 กรัม และร้อยละ 68.0 มีน้ำหนักแรกเกิดเท่ากับ 2,500–3,500 กรัม อายุครรภ์ที่คลอด พบว่า ร้อยละ 30.1

คลอดที่อายุครรภ์ น้อยกว่า 37 สัปดาห์ และร้อยละ 51.5 คลอดครบกำหนดที่อายุครรภ์ 38–40 สัปดาห์

2.2 การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 78.64 ได้รับการตรวจเอชไอวีเมื่อแรกเกิด (PCR at birth) ร้อยละ 90.29 ได้รับการตรวจเมื่อทารกอายุ 1 เดือน และร้อยละ 9.7 ไม่ได้รับการวินิจฉัย

2.3 การได้รับนมขณะอยู่โรงพยาบาล ร้อยละ 91.20 ได้รับนมผสมอย่างเดียว และพบว่าร้อยละ 2.19 ได้นมแม่พร้อมนมผสม และร้อยละ 6.59 ทารกได้รับนมแม่อย่างเดียว และพบว่าเมื่อทารกกลับบ้านทุกราย ได้รับนมผสมอย่างเดียว มี 2 รายที่มีการเคี้ยวอาหารป้อนคิดเป็นร้อยละ 1.94

3. สรุปสาเหตุหลักที่เป็นปัจจัยต่อการติดเชื้อเอชไอวีในทารก

สาเหตุลำดับที่ 1 ร้อยละ 56.3 คือการฝากครรภ์ช้าและการไม่ฝากครรภ์ โดยนิยามการฝากครรภ์ช้าหมายถึงหญิงตั้งครรภ์ที่มาเข้ารับการดูแลขณะตั้งครรภ์ที่อายุครรภ์มากกว่า 12 สัปดาห์ และการไม่มาฝากครรภ์ หมายถึงหญิงตั้งครรภ์ไม่ได้รับการดูแลในระยะตั้งครรภ์ตั้งแต่การดูแลด้านร่างกาย จิตใจ รวมถึงการที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

สาเหตุลำดับที่ 2 ร้อยละ 18 คือการให้บริการที่ไม่มีประสิทธิภาพ โดยนิยาม หมายถึงความครอบคลุมในกระบวนการให้บริการตามมาตรฐานด้านอนามัยแม่และเด็ก รวมถึงกระบวนการให้บริการการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ได้แก่ การไม่ได้ให้การรักษาด้วยยาต้านไวรัสแก่หญิงตั้งครรภ์,

การให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้รับบริการซ้ำ การให้ยาต้านไวรัสที่ไม่ได้มาตรฐานตามสูตรยา

สาเหตุลำดับที่ 3 ร้อยละ 12 คือการกินยาต้านไวรัสไม่สม่ำเสมอ โดยนิยาม หมายถึง การกินยาต้านไวรัสของหญิงตั้งครรภ์ เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไวรัสเอชไอวีจากแม่สู่ลูกไม่สม่ำเสมอ และระยะเวลาน้อยกว่า 12 สัปดาห์ สาเหตุจากการไม่มารับยาที่โรงพยาบาล การไม่กินยาดูแลตนเอง/ปฏิเสธการรักษา

สาเหตุลำดับที่ 4 ร้อยละ 6 คือการติดเชื้อภายหลังการคลอด โดยนิยาม หมายถึง การตรวจพบสถานะการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์หลังจากคลอดบุตร ได้แก่ กรณีตรวจพบหลังคลอดทันที และกรณีที่ทารกป่วยเข้ารับการรักษา จึงกลับมาตรวจที่มารดาซ้ำ

สาเหตุลำดับที่ 5 ร้อยละ 2 คือ การไม่มารับการดูแลตามนัดหมาย โดยนิยาม หมายถึง หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ไม่มารับการดูแลรักษาต่อเนื่องเพื่อป้องกันการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

สาเหตุลำดับที่ 6 ร้อยละ 5.7 ไม่สามารถระบุสาเหตุหลักที่ชัดเจนได้

■ อภิปรายผล

การให้บริการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ตามนโยบายของประเทศ⁽¹⁾ ดำเนินการครอบคลุมทั้งหน่วยบริการของภาครัฐและภาคเอกชน สามารถให้บริการได้ตามมาตรฐานแนวทางของประเทศที่กำหนดไว้ และในปี 2540 ได้บรรจุอยู่ในชุดสิทธิประโยชน์สำหรับการบริการฝากครรภ์ของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ (สปสช.) และในกิจกรรมบริการนั้นส่งผลต่อการลดการถ่ายทอดเชื้อ

เอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยพบว่าปัจจัยของตัวหญิงตั้งครรภ์ที่สำคัญคือการที่ไม่ฝากครรภ์ หรือฝากครรภ์ช้า ซึ่งสอดคล้องกับ Girma Alemayehu Beyene และคณะ⁽²⁾ ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ในเอธิโอเปียที่ไม่ได้ฝากครรภ์หรือขาดการมีปฏิสัมพันธ์กับเจ้าหน้าที่เพื่อการดูแลป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (AOR:5.1;95%CI:1.4,18.1), และการมีส่วนร่วมของสามี/คู่ในการร่วมกันดูแลขณะฝากครรภ์ (AOR:6.9;95%CI:1.4,13.4), ความต่อเนื่องในการกินยาต้านไวรัส ขณะตั้งครรภ์ (AOR:3.1; 95%CI:1.3,7.5) ส่งผลให้การติดเชื้อเอชไอวีในทารกแรกเกิดเพิ่มขึ้น และด้านปัจจัยของทารกสอดคล้องกับ Lígia M.D. de Lemos,⁽³⁾ หญิงตั้งครรภ์ในซิมบับเว และ Stella Ngwende⁽⁴⁾ หญิงตั้งครรภ์ในบราซิลได้ให้ทารกกินนมแม่อย่างเดียวหลังคลอด หรือให้นมผสมและนมแม่ เป็นปัจจัยที่ส่งผลให้ทารกติดเชื้อมากขึ้น ส่วนด้านนโยบาย รวมถึงมาตรฐานการบริการ ตรงกับ Matida LH และคณะ⁽⁵⁾ พบว่าเธอไปโลประเทศบราซิล มีนโยบายในด้าน การฝากครรภ์คุณภาพสม่ำเสมอ นโยบายการให้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ รวมถึงการงดนมแม่ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี สอดคล้องกับประเทศไทยที่มีนโยบายที่ชัดเจน และแนวทางปฏิบัติที่มีมาตรฐานในการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ได้ดำเนินการตามกรอบแนวทางการปฏิบัติที่ระบุไว้ในแผนปฏิบัติการการเร่งรัดการยุติปัญหาเอดส์ประเทศไทย พ.ศ.2558-2562 ซึ่งมุ่งเน้นการทำงานแบบผสมผสานและเชื่อมโยงการป้องกันให้ต่อเนื่องกับการดูแลรักษาอย่างครอบคลุม จะเห็นได้จากการที่ดูแลในหญิง

ตั้งครรภ์ และสามีหรือคู่ ตั้งแต่การให้การปรึกษาแบบคู่ การตรวจสถานะการติดเชื้อเอชไอวี การส่งต่อการดูแลรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่ยังสามารถไม่ครอบคลุม

ในปี 2559 ประเทศไทยผ่านการรับรองการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูก จากองค์การอนามัยโลก โดยถือเป็นประเทศแรกของเอเชีย เป็นประเทศที่ 2 ของโลก และในปี 2561 ได้รับการรับรองต่อเนื่องครั้งที่ 1 ในการประชุม GVAC ที่นครเจนีวา แต่อย่างไรก็ตามประเทศไทยยังมีความท้าทายในการดำเนินงาน เนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ฝากครรภ์ช้าก่อน 12 สัปดาห์ ทำให้การรักษาตามมาตรฐานไม่ครอบคลุม ประกอบกับการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์ในประชากรทุกกลุ่มวัยเพิ่ม การตีตราและการเลือกปฏิบัติ (Stigma and discrimination) ทำให้ต้องปิดเป็นความลับส่งผลต่อการดูแลในช่วงตั้งครรภ์ ต่อเนื่องถึงทารกแรกเกิด เช่น การทานยาไม่สม่ำเสมอ ซึ่งทำให้ยาไม่ได้รับผลดีเท่าที่ควร เกิดการติ้อยาและส่งผลให้เกิดความล้มเหลวในการรักษาในเวลาต่อมา ดังนั้นการเผยแพร่ความรู้และรณรงค์ในวงกว้าง เพื่อให้ผู้หญิงทุกคนที่ตั้งครรภ์ และครอบครัวเข้าใจและมารับบริการ ตั้งแต่ช่วงต้นของการตั้งครรภ์ ยิ่งเริ่มยาเร็วก็ยิ่งป้องกันการติดเชื้อในทารกได้ดี

■ ข้อเสนอแนะ:

1. ควรส่งเสริมสนับสนุนให้หญิงตั้งครรภ์ตลอดจนครอบครัว มีความรู้ ความเข้าใจในการป้องกันและการแพร่เชื้อเอชไอวี รวมถึง

การเตรียมความพร้อมสำหรับการตั้งครรภ์ การมาฝากครรภ์โดยเร็ว เพื่อได้รับการดูแลตามมาตรฐานงานอนามัยแม่และเด็ก

2. ควรส่งเสริมความเข้าใจ และปรับเปลี่ยนภาพลักษณ์ของสังคมในการปฏิบัติอย่างเท่าเทียม ไม่เลือกปฏิบัติและการให้บริการที่ปราศจากการรังเกียจ เพื่อส่งเสริมการเข้าถึงของหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี

3. ควรเร่งรัดและส่งเสริมการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี ไปสู่การป้องกันการติดเชื้อในกลุ่มประชากรที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ ในกลุ่มอนามัยวัยเรียนและวัยรุ่น กลุ่มอนามัยวัยทำงาน และภาคีเครือข่ายนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข

4. ควรส่งเสริมความเข้มแข็งการให้บริการตามมาตรฐาน/แนวทางที่กำหนดแก่หน่วยบริการทั้งภาครัฐ และเอกชน เพื่อให้ประชาชนกลุ่มเป้าหมายมีความมั่นใจและไว้วางใจ ในการเข้ารับบริการ

■ กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ โรงพยาบาล และหน่วยงานที่เกี่ยวข้องที่ให้ความร่วมมือในการรายงานข้อมูลตามแบบรายงานการติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ และ/หรือการเสียชีวิตจากการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กอายุต่ำกว่า 18 เดือน และคณะผู้เชี่ยวชาญที่ร่วมดำเนินงานการขอรับการรับรองการยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกที่ให้ข้อเสนอแนะในการศึกษา จนทำให้สำเร็จได้ด้วยดี

เอกสารอ้างอิง

1. กรมควบคุมโรค. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทยปี 2557. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2557 .
2. Beyene GA, Dadi LS, Mogas SB. Determinants of HIV infection among children born to mothers on prevention of mother to child transmission program of HIV in Addis Ababa, Ethiopia: a case control study [Internet]. 2018 [cited 2021 Aug 15]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30005617/>
3. de Lemos LMD, Lippi J, Rutherford GW, Duarte GS, Martins NG, Santos VS, et al. Maternal risk factors for HIV infection in infants in northeastern Brazil [Internet]. 2013 [cited 2021 Aug 15]. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5463571/>
4. Ngwende S, Gombe NT, Midzi S, Tshimanga M, Shambira G, Chadambuka A. Factors associated with HIV infection among children born to mothers on the prevention of mother to child transmission programme at Chitungwiza Hospital, Zimbabwe, 2008 [Internet]. 2013 [cited 2021 Aug 15]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24330311/>
5. Matida LH, Santos NJ, Ramos AN Jr, Gianna MC, da Silva MH, Domingues CS, et al. Eliminating vertical transmission of HIV in São Paulo, Brazil: progress and challenges [Internet]. 2011 [cited 2021 Aug 15]. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21857313/>
6. คณะกรรมการแห่งชาติว่าด้วยการป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์แห่งชาติ. ยุทธศาสตร์ป้องกันและแก้ปัญหาเอดส์แห่งชาติ พ.ศ. 2557-2559. กรุงเทพมหานคร: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทย; 2555.

HEALTH