

การประเมินสถานการณ์การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เขตสุขภาพที่ 2

วันทนา จินตัง พยาบาลวิชาชีพ พย.บ.

ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก

บทคัดย่อ

การวิจัยเชิงพรรณานี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินสถานการณ์การป้องกันและผลลัพธ์การดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เขตสุขภาพที่ 2 โดยใช้โปรแกรม PHIMS (Perinatal HIV Intervention Monitoring System) วิเคราะห์ ดังนี้ ทบทวนขั้นตอนของการรายงาน โปรแกรม PHIMS เกณฑ์การประเมินองค์การยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสในทารกแรกเกิด ด้านผลลัพธ์ ประเมินความถูกต้องข้อมูล ความครอบคลุมการส่งรายงานโดยศึกษาจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 1,160 ราย ผลการศึกษาพบว่า ปีงบประมาณ 2555-2562 ความครอบคลุมของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับยาต้านไวรัส มีแนวโน้มดีขึ้น ค่าเฉลี่ยร้อยละ 97.6 (SD=1.3) ความครอบคลุมการให้บริการเป็นคู่เพื่อตรวจหาการติดเชื้อ HIV มีแนวโน้มดีขึ้น ค่าเฉลี่ยร้อยละ 36.26 (SD=15.7) น้อยกว่าร้อยละ 60 ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย ลูกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัส ค่าเฉลี่ยร้อยละ 99.70 (SD=0.5) การรับนมผสมก่อนออกจากโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ยร้อยละ 78.17 (SD=7.6) จากการประเมินสถานการณ์เรื่องการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเขตสุขภาพที่ 2 แนวโน้มดีขึ้น ส่งผลให้ผลลัพธ์อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก มีแนวโน้มลดลง ค่าเฉลี่ยอัตราร้อยละ 1.3 (SD=0.0) (เป้าหมาย < 2%) และอัตราหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มคงที่ ค่าเฉลี่ยอัตราร้อยละ 0.56 (SD=1.4) (เป้าหมาย < 6%)

คำสำคัญ : การป้องกัน,ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี,แม่สู่ลูก

Situational assessment of Prevention on Mother to Child Transmission of HIV in Health Region 2

Wanshana Cheenduang Bachelor of Nursing Science

Health promotion center 2

Abstract

This is descriptive research. The goal of this research was to use the PHIMS (Perinatal HIV Intervention Monitoring System) program to assess the prevention situation and outcomes of mother-to-child HIV transmission in Health Region 2. Criteria for assessing organizations that work to prevent the transmission of HIV and syphilis to newborns. Examine the data for accuracy. A Study of 1,160 HIV-Infected Pregnant Women's Reporting Coverage. According to the findings of the research, the coverage of pregnant women receiving ART tends to improve from fiscal year 2012 to fiscal year 2019. Antiretroviral medication coverage among pregnant women is improving. 97.6% on average (SD=1.3). The coverage of HIV testing for couples is likely to improve. 36.26 % on average (SD=15.7). Less than 60% of the time, the target value is not met. Children born to HIV-positive mothers received antiviral medication in the average rate of 99.70 % (SD=0.5) and received formula milk before leaving the hospital in the average rate of 78.17 % (SD=7.6). The trend improved according to the scenario evaluation of the prevention of HIV transmission from mother to child in Health Region 2. As a result, the rate of HIV transmission from mother to kid is on the decline. The rate of HIV infection among pregnant women is constant at 1.3 %(SD=0.0) (target<2%) and the number of HIV-positive pregnant women is relatively stable. The average percentage rate was 0.56 (SD=1.4) (target < 6%).

Keywords: Prevention, HIV transmission, Mother to child

ความเป็นมา

โรคติดเชื้อเอชไอวีมีรายงานเป็นครั้งแรกปี 2524 ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ ประเทศสหรัฐอเมริกา ประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยรายแรก ปี 2527 ซึ่งเป็นชายรักร่วมเพศที่ติดมาจากต่างชาติ หลังจากนั้นเริ่มมีการแพร่ระบาดมาสู่กลุ่มผู้ใช้ยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และกลุ่มหญิงผู้ให้บริการทางเพศและชายผู้มารับบริการ ซึ่งต่อมาพบว่าการแพร่เชื้อโดยเพศสัมพันธ์ต่างเพศ เป็นสาเหตุสำคัญของการแพร่เชื้อ ทำให้เกิดการติดเชื้อในหญิงวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งเป็นแม่บ้าน ภรรยา และตั้งครรภ์ในเวลาต่อมา กลายเป็นจุดเริ่มต้นของการติดเชื้อในเด็ก เมื่อหญิงวัยเจริญพันธุ์ที่ติดเชื้อเกิดตั้งครรภ์ขึ้น⁽²⁾ การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก โดยการขยายความครอบคลุมการรักษาด้วยยาต้านไวรัสฯ ปัจจัยสำคัญที่ทำให้ประสบความสำเร็จ การใช้นวัตกรรมทางการแพทย์และสังคม การมีระบบข้อมูลที่ดีและใช้หลักฐานเชิงประจักษ์จากการวิจัยช่วยในการดำเนินงาน และสุดท้ายคือการทำงานอย่างเข้มข้นจริงจัง⁽³⁾ สถานการณ์ปัจจุบันในช่วง 2559-2560 ข้อมูลจากระบบบริการพบว่า ร้อยละของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาติดเชื้อที่คลอดภายใน 12 เดือนที่ผ่านมาอยู่ที่ร้อยละ 1.41 ในปี 2560 ซึ่งลดลงจากร้อยละ 1.63 และ 1.43 ในปี 2558 และ 2559⁽⁴⁾

การประเมินสถานการณ์เชิงคุณภาพได้มาจากระบบการรายงานการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์มาตั้งแต่ปี 2531 กรมอนามัยได้ร่วมกับศูนย์วิจัยโรคเอดส์ สภากาชาดไทย ได้มีการควบคุมกำกับกับการปฏิบัติงานในพื้นที่ต่างๆ เพื่อยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และในปี 2559 องค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้ประเทศไทย เป็นประเทศที่ยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจากแม่สู่ลูกตามเป้าหมาย คือ มีอัตราต่ำกว่าร้อยละ 2 ซึ่งเป็นประเทศแรกของเอเชีย และเป็นประเทศที่ 2 ของโลกรองจากประเทศคิวบาโดยผลการดำเนินงานปี 2559 และปี 2560 การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กทารกแรกเกิดเป็นร้อยละ 1.80 และร้อยละ 0.92 ตามลำดับ⁽¹⁾ การดำเนินงานตามนโยบายที่ผ่านมาของกรมอนามัยประสบความสำเร็จเพราะมีการจัดระบบกำกับติดตาม การดำเนินงานโดยใช้โปรแกรม PHIMS (Perinatal HIV Intervention Monitoring System)⁽⁶⁾ ซึ่งปัจจุบันเป็นระบบติดตามผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เป็นที่ยอมรับในประเทศไทยและองค์การอนามัยโลก (WHO) สามารถนำข้อมูลที่ได้จากระบบ ไปเฝ้าระวัง กำกับติดตามและประเมินผลการดำเนินงานระดับประเทศได้อย่างมีประสิทธิภาพ มีการนำข้อมูลมาวิเคราะห์ผลการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกพัฒนางานด้านการบริการ รวมถึงเฝ้าระวังเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก เพื่อตอบสนองนโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ของกระทรวงสาธารณสุข และเป้าหมายสู่ “สามศูนย์” (getting to 3 zeros) ตามแผนป้องกันและแก้ไขปัญหาดเอดส์แห่งชาติ ปี 2555 - 2559 ซึ่งในปัจจุบันได้ยึดแนวทางปฏิบัติตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติเอดส์ ปี 2560-2573

สำหรับสถานการณ์การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จากโปรแกรม PHIMS เขตสุขภาพที่ 2 ขยับเคลื่อนผ่านกระบวนการให้บริการโดยจำเป็นต้องได้รับความร่วมมือจากหญิงตั้งครรภ์ที่ต้องใส่ใจตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์ การดำเนินงานด้านการให้การปรึกษาแบบคู่⁽⁵⁾ จะช่วยลดด้วยความสมัครใจเพื่อ

ตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีและแจ้งผลการตรวจแบบคู่ ในกรณีหญิงตั้งครรภ์มีผลเลือดเอชไอวีบวกจะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอดทันทีและจะได้รับนมผสมทดแทนนมแม่เป็นเวลา 12-18 เดือน แม่และลูกหลังคลอดจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์และคู่สามีที่มีผลเลือดเอชไอวีลบจะได้รับการปรึกษาเพื่อลดพฤติกรรมเสี่ยงให้คงผลเลือดลบตลอดไป ซึ่งที่ผ่านมาการให้การศึกษาแบบคู่ ภาวะรวมเขตสุขภาพที่ 2 ไม่บรรลุเป้าหมาย (เป้าหมาย > 60%) เนื่องจากสามีหญิงตั้งครรภ์ทำงานต่างจังหวัด หญิงตั้งครรภ์ต้องการปกปิดข้อมูลการติดเชื้อเอชไอวีกับสามี กลุ่มวัยรุ่นที่ตั้งครรภ์ไม่พร้อมอาจจะกลัวจึงไม่กล้ามาฝากครรภ์และหญิงตั้งครรภ์ไม่มาฝากครรภ์หรือมาฝากครรภ์ช้า ประมาณ 50% ฝากครรภ์คลินิกซึ่งจะไม่ได้เจาะเลือดแบบคู่ เขตสุขภาพที่ 2 มีแนวทางการดำเนินงานในการฝากครรภ์ครั้งแรกให้มาเป็นคู่ เน้นกระบวนการศึกษาแบบคู่และเจาะเลือดคู่ โดยข้อมูล 3 ปีย้อนหลัง ปีงบประมาณ 2559-2561 การให้การศึกษาแบบคู่เขตสุขภาพที่ 2 ร้อยละ 39.8, 43.0 และ 44.7 (โปรแกรม PHIMS ณ วันที่ 20 มกราคม 2562) การให้บริการปรึกษาแบบคู่ มุ่งเน้นให้หญิงตั้งครรภ์และสามี ได้เข้าใจถึงหลักในการดูแลตนเอง นับเป็นหัวใจหลักในการพัฒนาคุณภาพงานบริการฝากครรภ์เพื่อมุ่งเน้นให้มีการดูแลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัว ส่งเสริมการเกิดอย่างมีคุณภาพ ผู้วิจัยจึงสนใจที่จะประเมินสถานการณ์การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ความคาดหวังที่ได้จากงานวิจัยนี้ คือ (1) ขับเคลื่อนนโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย ปี 2557 และแนวทางการดำเนินงานนโยบายเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย ปี 2560 สร้างความเข้มแข็งและเกิดคุณภาพในการบริการ (2) พัฒนาระบบการให้การศึกษาแบบคู่ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามี เขตสุขภาพที่ 2 (3) พัฒนาศักยภาพบุคลากรในการให้การศึกษาแบบคู่ เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามี เขตสุขภาพที่ 2 (4) ปรับวิธีการสื่อสารและช่องทางการเข้าถึง สร้าง HL ในหญิงตั้งครรภ์และสามี ที่ไม่สามารถมารับบริการพร้อมคู่

วัตถุประสงค์

1. เพื่อประเมินสถานการณ์การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เขตสุขภาพที่ 2
2. เพื่อประเมินผลลัพธ์การดำเนินการป้องกันและถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เขตสุขภาพที่ 2

วิธีการศึกษา

งานวิจัยครั้งนี้เป็นงานวิจัยเชิงพรรณนา (descriptive research) เก็บข้อมูลรายงานจากโปรแกรม PHIMS กลุ่มประชากรได้แก่ หญิงคลอดที่ฝากครรภ์และไม่ฝากครรภ์ที่มีผลเลือดเอชไอวีบวก จำนวน 1,160 คน ที่มาคลอด ณ โรงพยาบาลในเขตสุขภาพที่ 2 จำนวน 50 แห่ง จากรายงานข้อมูลโปรแกรม PHIMS <http://pmtct.anamai.moph.go.th/phims/LoginPage.aspx> ระหว่างปีงบประมาณ 2555 ถึง 2562

เครื่องมือ

โปรแกรม PHIMS ประกอบด้วยแบบบันทึกข้อมูลรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ซึ่งแบ่งเป็น 3 ส่วน ได้แก่ ส่วนที่ 1 ข้อมูลหญิงคลอดและสามี ส่วนที่ 2 ข้อมูลเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี (เฉพาะที่มากคลอด ณ รพ.ที่บันทึก) ส่วนที่ 3 การส่งต่อเด็กและสามีเข้าสู่ระบบการดูแลรักษา

การเก็บรวบรวมข้อมูล

1.1 ศึกษาทฤษฎี เอกสาร งานวิจัย ที่เกี่ยวข้อง รายงานความก้าวหน้าในการป้องกันเอดส์ประเทศไทย ศึกษาข้อมูลโปรแกรม PHIMS เขตสุขภาพที่ 2

1.2 ขอจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ และผ่านการรับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ รหัสโครงการวิจัย 27/2563

1.3 ส่งหนังสือราชการ ประสานกับผู้รับผิดชอบงานอนามัยแม่และเด็ก สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดทั้ง 5 แห่ง เพื่อให้ตรวจสอบความถูกต้องและ Key ข้อมูลรายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ครอบคลุมในหน่วยบริการ > 90%

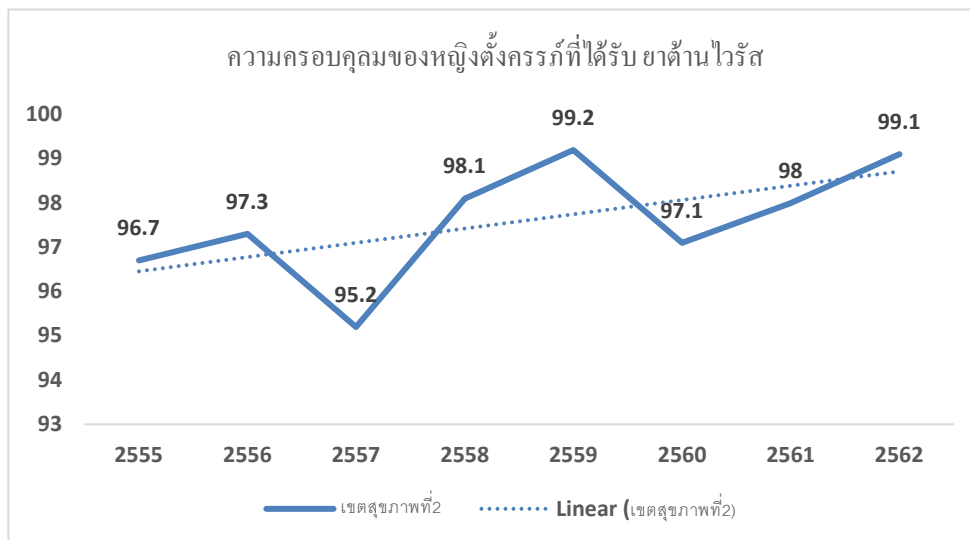
1.4 ตรวจสอบความครอบคลุมในการลงรายงาน ระหว่างปีงบประมาณ 2555-2562
เขตสุขภาพที่ 2

1.5 ประสานงานผู้ดูแลระบบ (Administrator) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย เพื่อขอเข้าถึงและใช้ข้อมูลในระบบ โปรแกรม PHIMS และ Export ข้อมูลเขตสุขภาพที่ 2

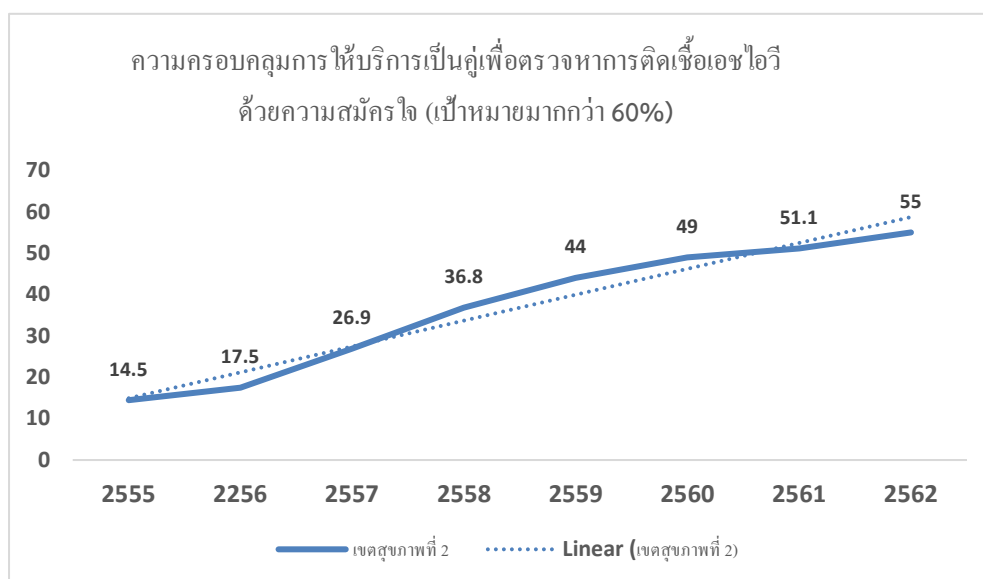
การวิเคราะห์ข้อมูล

ทำการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงปริมาณด้วยสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ร้อยละ (Percentage) อัตราส่วน (ratio) ค่าเฉลี่ย (Mean) ส่วนเบี่ยงเบนมาตรฐาน (Standard Deviation)

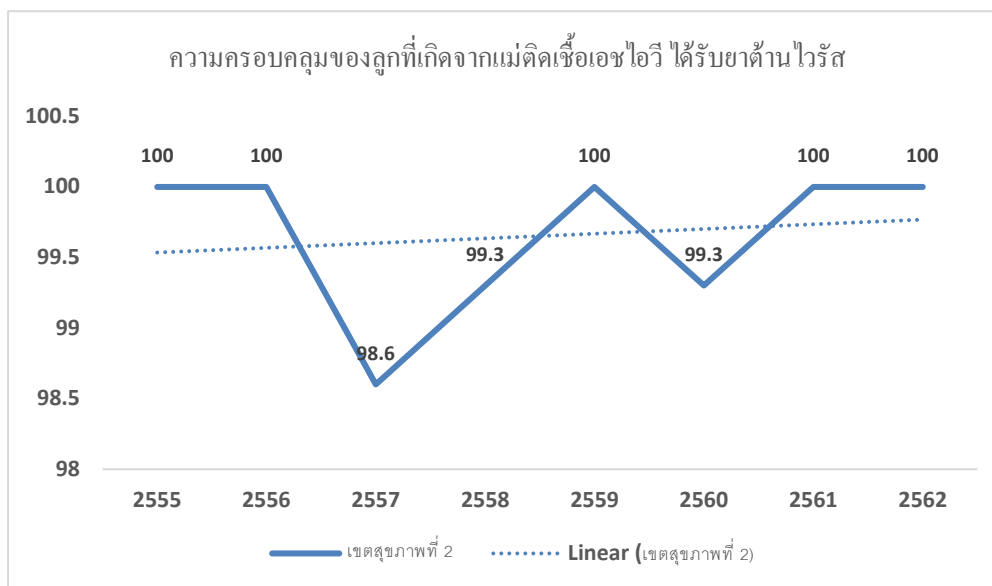
ผลการศึกษา



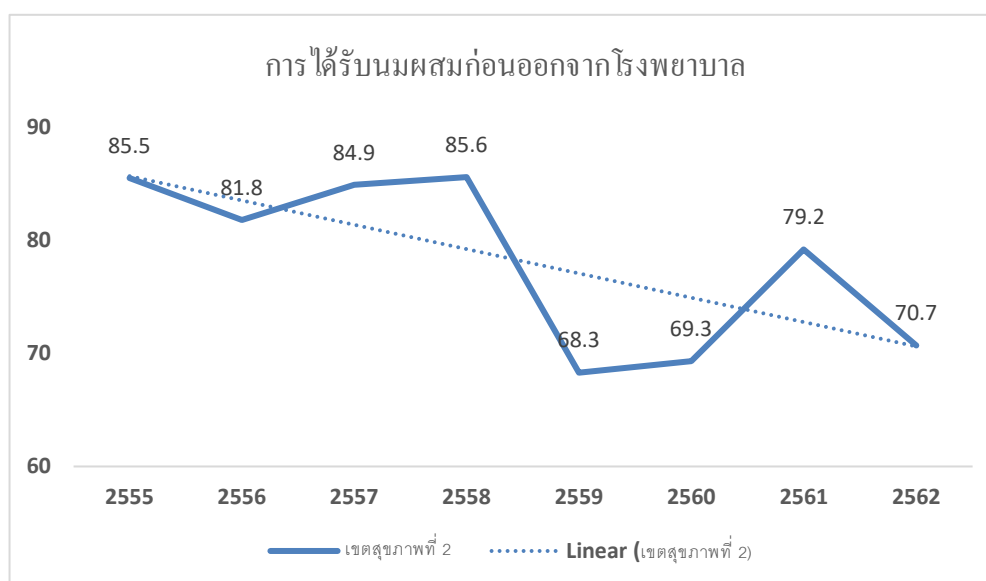
(ก)



(ข)



(ค)



(ง)

รูปที่ 1 กราฟเส้นแสดง

(ก) ร้อยละความครอบคลุมหญิงตั้งครรภ์ได้รับยาต้านไวรัส

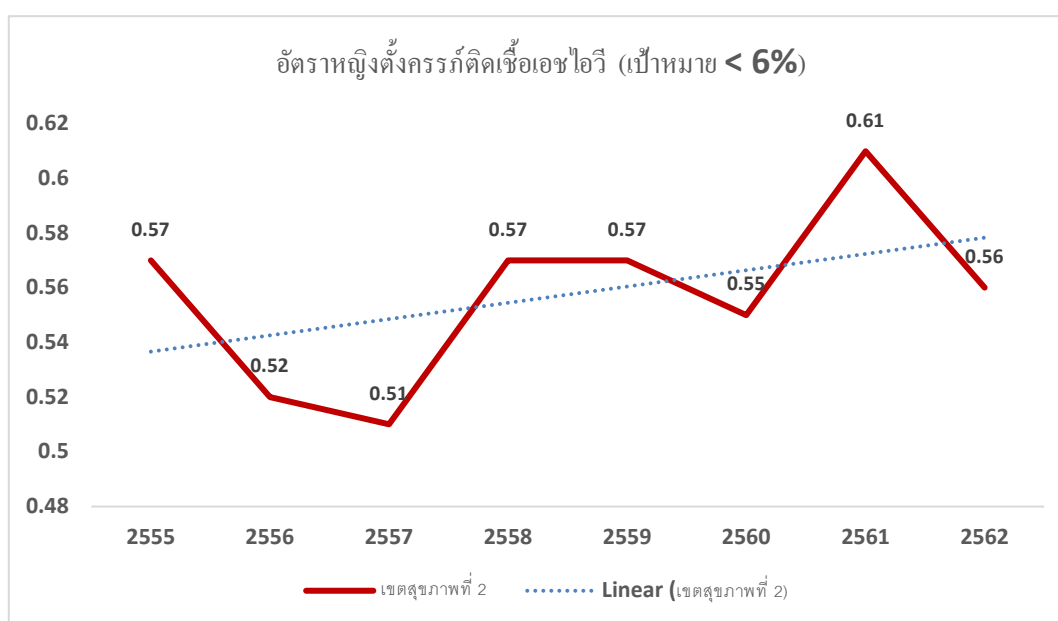
(ข) ร้อยละความครอบคลุมการให้บริการเป็นคู่เพื่อตรวจหาการติดเชื้อ HIV ด้วยความสมัครใจ

(ค) ร้อยละความครอบคลุมของลูกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัส

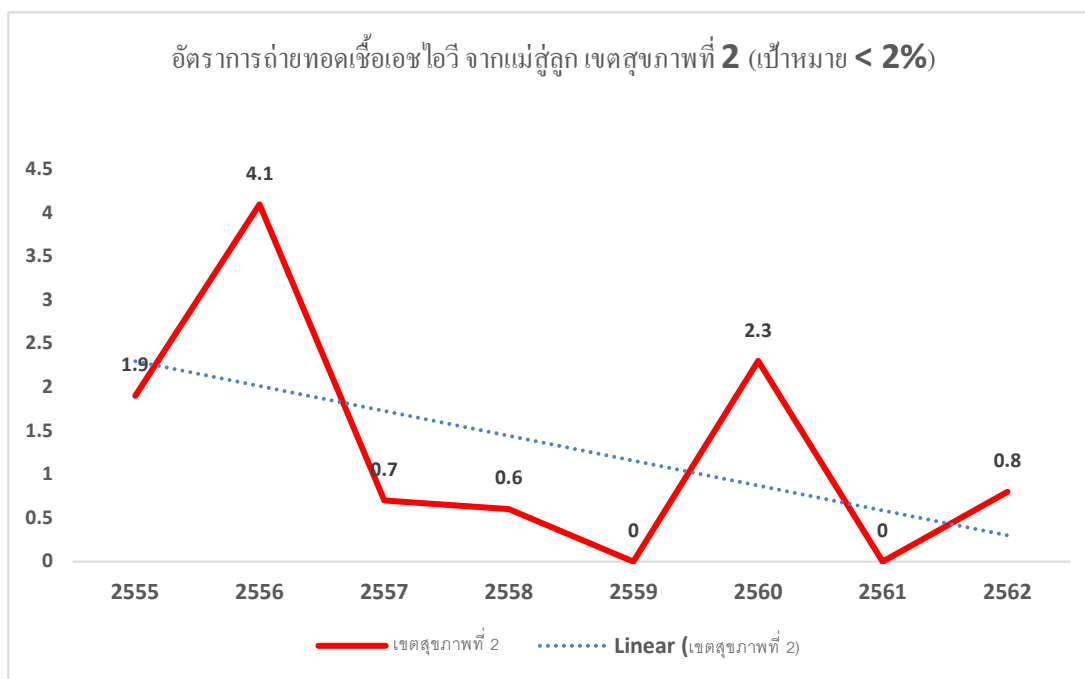
(ง) ร้อยละการได้รับนมผสมก่อนออกจากโรงพยาบาล

ผลต่อการเข้าถึงบริการด้านการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เขตสุขภาพที่ 2

การเก็บข้อมูลระหว่างปีงบประมาณ 2555–2562 มีการใช้นโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ของกระทรวงสาธารณสุข พร้อมๆกับการชี้แจง กำหนดนโยบายระดับเขตและการบูรณาการร่วมกันของศูนย์วิชาการเขตสุขภาพที่ 2 พบว่า สถานการณ์ด้านการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เรื่องความครอบคลุมของหญิงตั้งครรภ์ที่ได้รับ ยาต้านไวรัส เขตสุขภาพที่ 2 มีแนวโน้มดีขึ้น ในปีงบประมาณ 2555-2562 ค่าเฉลี่ยร้อยละ 97.6 (SD=1.3) ผลของแนวโน้มและความครอบคลุมนี้แสดงด้วยกราฟเส้น ในรูปที่ 1 (ก) ความครอบคลุมการให้บริการเป็นคู่เพื่อตรวจหาการติดเชื้อ HIV ด้วยความสมัครใจ มีแนวโน้มดีขึ้น ค่าเฉลี่ยร้อยละ 36.26 (SD=15.7) ไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (เป้าหมาย>ร้อยละ60) ผลของแนวโน้มและความครอบคลุมนี้แสดงด้วยกราฟเส้น ในรูปที่ 1 (ข) ความครอบคลุมของลูกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับยาต้านไวรัส ค่าเฉลี่ยร้อยละ 99.70 (SD=0.5) ผลของแนวโน้มและความครอบคลุมนี้แสดงด้วยกราฟเส้น ในรูปที่ 1 (ค) และการได้รับนมผสมก่อนออกจากโรงพยาบาล ค่าเฉลี่ยร้อยละ 78.17 (SD=7.6) มีแนวโน้มลดลง ผลของแนวโน้มและการได้รับนมผสมก่อนออกจากโรงพยาบาล นี้แสดงด้วยกราฟเส้น ในรูปที่ 1 (ง)



(ก)



(ข)

รูปที่ 1 กราฟเส้นแสดง

(ก) อัตราหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี (เป้าหมาย < 6%)

(ข) อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (เป้าหมาย < 2%)

ผลต่อการการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เขตสุขภาพที่ 2

เมื่อพิจารณาผลการดำเนินงาน เขตสุขภาพที่ 2 ในส่วนของการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก เรื่องอัตราหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี (เป้าหมาย < 6%) ในรูป 2 (ก) พบว่าผลของความครอบคลุมในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ส่งผลต่อสถานการณ์และแนวโน้มผลลัพธ์อัตราหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวี มีแนวโน้มคงที่ ค่าเฉลี่ยอัตราร้อยละ 0.56 (เป้าหมาย < 6%) และผลลัพธ์อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (เป้าหมาย < 2%) มีแนวโน้มลดลง ค่าเฉลี่ยอัตราร้อยละ 1.3

สรุปและอภิปรายผล

ผลการวิจัยสรุปได้ว่า การใช้นโยบายและแนวทางการดำเนินงานนโยบายเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก สำหรับประเทศไทย พ.ศ. 2560 ร่วมกับการกำหนดนโยบายที่ชัดเจนในระบบการดูแลหญิงตั้งครรภ์และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้ได้รับการดูแล ตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด สถานการณ์การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ปี 2555-2562 เขตสุขภาพที่ 2 พบว่าการรับยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ การให้บริการเป็นคู่เพื่อตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ ลูกที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัส มีแนวโน้มเพิ่ม และการได้รับนมผสมก่อนออกจาก

โรงพยาบาลมีแนวโน้มลดลง มีผลต่อการลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (เป้าหมาย < 2%) มีแนวโน้มลดลง ค่าเฉลี่ยอัตราร้อยละ 1.3

การประเมินสถานการณ์ในเรื่องผลลัพธ์การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เขตสุขภาพที่ 2 ปีงบประมาณ 2555-2562 แสดงถึงประสิทธิภาพที่ดีในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ตามเป้าหมายระดับประเทศที่กำหนดไว้⁽³⁾ การป้องกันในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่สำคัญอย่างยิ่งอีกปัจจัยหนึ่งได้แก่ความครอบคลุมการให้บริการเป็นคู่เพื่อตรวจหาการติดเชื้อ HIV ด้วยความสมัครใจ ถึงแม้แนวโน้มดีขึ้น พบค่าเฉลี่ยร้อยละ 36.26 แต่ยังไม่ผ่านค่าเป้าหมาย (ค่าเป้าหมาย > ร้อยละ 60) จากผลของจากการทบทวนผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 30-50 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย มีคู่เพศสัมพันธ์ที่ยังไม่ติดเชื้อเอชไอวีหรือมีผลเลือดต่าง⁽⁵⁾ ส่งผลให้หญิงตั้งครรภ์เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากคู่ และสามารถติดเชื้อเอชไอวีได้ตลอดระยะการตั้งครรภ์ ลูกที่คลอดจากแม่เอชไอวีติดเชื้อได้ สุดท้ายหลังคลอดยังส่งผลต่อเนื่องในการดูแลแม่และเด็ก รวมถึงครอบครัวหญิงตั้งครรภ์

ปัญหาที่พบอีกส่วนหนึ่งจากสถานการณ์ที่ศึกษาพบว่าการรับนมผสมก่อนออกจากโรงพยาบาล มีแนวโน้มลดลง ในการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เรื่องการงดนมแม่ นโยบายของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข มีการสนับสนุนนมผสมให้กับมารดาหลังคลอดตั้งแต่หลังคลอด จนถึงอายุ 18 เดือน การสร้างความรอบรู้ให้กับกลุ่มหญิงหลังคลอดเรื่องการงดนมแม่และมีแหล่งสนับสนุนนมให้กับหญิงหลังคลอดกลุ่มนี้จะสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้⁽⁶⁾

ข้อเสนอแนะ

1. ข้อเสนอแนะเชิงนโยบาย

1.1 นำข้อมูลอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จากการวิจัยเป็นพื้นฐานในดำเนินงานให้สอดคล้องกับนโยบายเพื่อยึดแนวทางปฏิบัติตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติเอดส์ พ.ศ. 2560-2573

1.2 หน่วยบริการแผนกฝากครรภ์ ในเขตสุขภาพที่ 2 ทบทวนระบบการจัดบริการให้การปรึกษาแบบคู่ รวมถึงระบบเฝ้าระวังที่เน้นการเข้าถึงบริการฝากครรภ์โดยเร็ว

1.3 พัฒนาศักยภาพการให้คำปรึกษาแบบคู่เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี ในหญิงตั้งครรภ์และสามี

2. ข้อเสนอแนะแก่บุคลากรผู้ปฏิบัติงาน

2.1 การประชาสัมพันธ์เรื่องการฝากครรภ์เป็นคู่ให้ทราบในเขตเมืองและชุมชนต้องเริ่มจากเจ้าหน้าที่ควรมีความรู้ก่อน และพร้อมที่จะแนะนำคนอื่นได้

2.2 สร้างความรอบรู้ ส่งเสริมการเข้าถึงให้หญิงตั้งครรภ์และสามี ทั้งเชิงรุกและเชิงรับ กำหนดและเน้นการรับบริการเป็นคู่

2.3 สร้างความเข้าใจให้กลุ่มค้นหาความเสี่ยงหญิงตั้งครรภ์ เช่น อสม. ผู้นำชุมชน โดยเน้นย้ำในเรื่องการบริการปรึกษาแบบคู่ การเจาะเลือดคู่ เพื่อค้นหาความเสี่ยงต่อที่ส่งผลต่อการเกิดคุณภาพการฝากครรภ์

กิตติกรรมประกาศ

งานการวิจัยครั้งนี้สำเร็จลุล่วงได้ โดยได้รับความกรุณาจากผู้เชี่ยวชาญหลายท่าน ผู้วิจัยขอกราบขอบพระคุณ นายแพทย์เอกชัย เพียรศรีวัชรา ผู้อำนวยการสำนักส่งเสริมสุขภาพ และนางสาวแทนเพชร ไพรสงบ ผู้ดูแลระบบ (Administrator) สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย ที่กรุณาให้ผู้วิจัยสามารถเข้าถึงและใช้ข้อมูลใน โปรแกรม PHIMS และอนุญาตให้นำเสนอผลการประเมินสถานการณ์การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เขตสุขภาพที่ 2 ขอขอบพระคุณ พญ.โชติรส พันธุ์พงษ์ ประธานคณะกรรมการจริยธรรมการวิจัย ศูนย์อนามัยที่ 1 เชียงใหม่ ที่ได้รับรองจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ ดร.ลินดา ลิธิกุล รองผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก และนางดวงหทัย จันทรเชื้อ หัวหน้ากลุ่มพัฒนาอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 2 พิษณุโลก ที่ให้โอกาส ให้คำแนะนำ ช่วยเหลือ และสนับสนุนการวิจัยครั้งนี้มาโดยตลอด สุดท้ายนี้ขอขอบคุณผู้รับผิดชอบงานโปรแกรม PHIMS ในโรงพยาบาลเขตสุขภาพที่ 2 ทั้ง 50 แห่ง ที่รายงานข้อมูลให้มีความครอบคลุมในโปรแกรม PHIMS จนเกิดข้อมูลเฝ้าระวังเป็นภาพรวมของเขตสุขภาพที่ 2 รวมทั้งผู้มีความเกี่ยวข้องในการทำวิจัยครั้งนี้ทุกท่านที่ได้กล่าวนาม ณ ที่นี้

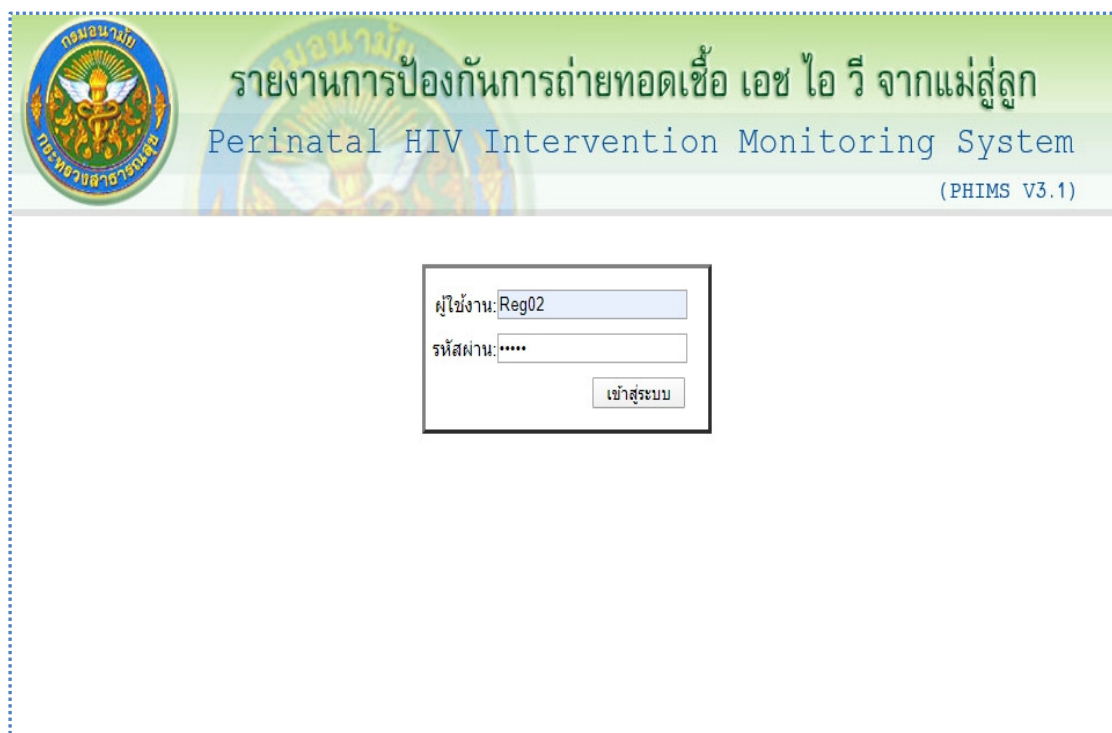
เอกสารอ้างอิง

1. กรมอนามัย. ขับเคลื่อนงานยุติเอชไอวีต่อเนื่อง ตั้งเป้า ไม่มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ ไม่มีผู้ตายจากเอดส์ ลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก. [อินเทอร์เน็ต]. 2560 ธันวาคม 2[เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2563]. เข้าถึงได้จาก http://203.157.65.15/anamai_web/mobile_detail.php?cid=76&nid=11146
2. กุลกัญญา โชคไพบูลย์กิจ. ประเทศไทยยุติปัญหาการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี เอดส์จากแม่สู่ลูก. สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทย (Thai AIDS Society). [อินเทอร์เน็ต]. 2559[เข้าถึงเมื่อ 9 เมษายน 2563]; เข้าถึงได้จาก http://www.thaiaidsociety.org/index.php?option=com_content&view=article&id=170&Itemid=89
3. ทวีทรัพย์ ศิรประภาศิริ. ยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติเอดส์ พ.ศ.2560-2573. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: บริษัท เอ็นซี คอนเซ็ปต์ จำกัด; 2560.
4. พรทิพย์ เข้มเงินและคณะ. รายงานความก้าวหน้าของประเทศไทยในการยุติเอดส์ ปี 2561. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: NC Concept Co., Ltd; 2561.
5. รังสิมา โล่เลขา. ความสำคัญของบริการให้การปรึกษาแบบคู่เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในระบบบริการฝากครรภ์. ใน: สมพงษ์ สกลุสริยาภรณ์, บรรณาธิการ. คู่มือฝึกอบรมหลักสูตรการให้การปรึกษาแบบคู่เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับหญิงตั้งครรภ์และสามี. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักกิจกรรมโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2554. หน้า 21-25.

6. สุเมธ องค์วรรณดีและคณะ. แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2560. พิมพ์ครั้งที่ 1. นนทบุรี: โรงพิมพ์ชุมนุมสหกรณ์การเกษตรแห่งประเทศไทยจำกัด; 2560. หน้า 289.
7. สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข, ศูนย์ความร่วมมือไทย-สหรัฐ ด้านสาธารณสุข. คู่มือการใช้โปรแกรมระบบติดตามผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Perinatal HIV Intervention Monitoring System : PHIMS Version 3.1). พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักกิจกรรมโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2555.
8. เสาวนีย์ วิบูลสันติและคณะ. แนวทางการตรวจวินิจฉัยรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีประเทศไทย ปี 2563/2564. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: ห้างหุ้นส่วนจำกัดสำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
9. Ministry of Public Health. Validation of Elimination of Mother-to-Child Transmission of HIV and Syphilis Thailand 2013-2015 Report. Bangkok: 2016.
10. UNAIDS Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global AIDS Monitoring 2019. Switzerland: 2019.

ระบบติดตามผลการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

(Perinatal HIV Intervention Monitoring System: PHIMS V3.1)



รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก
Perinatal HIV Intervention Monitoring System
(PHIMS V3.1)

ผู้ใช้งาน: Reg02
รหัสผ่าน: *****
เข้าสู่ระบบ

แบบบันทึกข้อมูล
 รายงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
 ชื่อโรงพยาบาล..... อำเภอ..... จังหวัด.....
 ประจำเดือน..... พ.ศ.....
☐ ไทย ☐ ต่างค่า

	จำนวน
ก. ข้อมูลหญิงคลอดและสามี	
1. หญิงคลอดทั้งหมด	_____ คน
1.1 หญิงคลอดที่ฝากครรภ์	_____ คน
1.1.1 ผลเลือดเอชไอวี บวก	_____ คน
1.1.1.1 ได้รับยาต้านไวรัสสูตร HAART เมื่อมีอาการหรือ CD4 เข้าเกณฑ์การรักษา	_____ คน
1.1.1.2 ได้รับยาต้านไวรัสสูตร HAART เมื่อยังไม่เข้าเกณฑ์การรักษา/ไม่ทราบผล CD4	_____ คน
1.1.1.3 ได้รับยา AZT ตัวเดียวระยะตั้งครรภ์และ/หรือร่วมกับ single-dose NVP	_____ คน
1.1.1.4 ได้รับยาสูตรอื่นๆ ระยะตั้งครรภ์และ/หรือระยะคลอด	_____ คน
1.1.1.5 ไม่ได้รับยาต้านไวรัสใดๆ ทั้งในระยะตั้งครรภ์และ/หรือระยะคลอด	_____ คน
1.1.2 ผลเลือดเอชไอวี ลบ	_____ คน
1.1.3 ไม่ทราบผลเลือดเอชไอวี	_____ คน
1.2 หญิงคลอดที่ไม่ฝากครรภ์	_____ คน
1.2.1 ผลเลือดเอชไอวี บวก	_____ คน
1.2.1.1 ได้รับยาต้านไวรัสสูตร HAART เมื่อมีอาการหรือ CD4 เข้าเกณฑ์การรักษา	_____ คน
1.2.1.2 ได้รับยาต้านไวรัสสูตร HAART เมื่อยังไม่เข้าเกณฑ์การรักษา/ไม่ทราบผล CD4	_____ คน
1.2.1.3 ได้รับยา AZT ตัวเดียวระยะตั้งครรภ์และ/หรือร่วมกับ single-dose NVP	_____ คน
1.2.1.4 ได้รับยาสูตรอื่นๆ ระยะตั้งครรภ์และ/หรือระยะคลอด	_____ คน
1.2.1.5 ไม่ได้รับยาต้านไวรัสใดๆ ทั้งในระยะตั้งครรภ์และ/หรือระยะคลอด	_____ คน
1.2.2 ผลเลือดเอชไอวี ลบ	_____ คน
1.2.3 ไม่ทราบผลเลือดเอชไอวี	_____ คน
1.3 หญิงคลอดที่สามีได้รับการปรึกษาก่อนตรวจเลือดเอชไอวีพร้อมคู่	_____ คน

1.4 หญิงคลอดที่สามี่ได้รับการปรึกษาหลังตรวจเลือดเอชไอวีพร้อมคู่ และได้ รับทราบผลเลือดร่วมกัน	_____ คน
1.5 การตรวจซีฟิลิสของหญิงคลอดในระยะตั้งครรภ์	
1.5.1 ผลซีฟิลิส (VDRL) บวก	_____ คน
1.5.2 ผลซีฟิลิส (VDRL) ลบ	_____ คน
1.5.3 ไม่ทราบผลซีฟิลิส (VDRL)	_____ คน
2. หญิงคลอดที่ได้รับวินิจฉัยว่าเป็นซีฟิลิสทั้งหมด	_____ คน
2.1 หญิงคลอดที่ได้รับการรักษาซีฟิลิส	_____ คน
2.2 เด็กได้รับการการดูแล/รักษาซีฟิลิสตามมาตรฐานของประเทศ	_____ คน
3. หญิงคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด	_____ คน
3.1 ได้ตรวจ CD4	_____ คน
3.2 ไม่ได้ตรวจ CD4	_____ คน
ข. ข้อมูลเด็กที่คลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี (เฉพาะเด็กที่คลอด รพ.นี้)	
4. เด็กคลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีทั้งหมด	_____ คน
4.1 เด็กเกิดไร้ชีพ	_____ คน
4.2 เด็กเกิดมีชีพ	_____ คน
4.2.1 ได้รับ AZT อย่างเดียว	_____ คน
4.2.2 ได้รับยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูง (สูตร HAART)	_____ คน
4.2.3 ได้รับยาต้านไวรัสสูตรอื่นๆ	_____ คน
4.2.4 ไม่ได้รับยาต้านไวรัสใดๆ	_____ คน
5. เด็กเกิดมีชีพมีน้ำหนักตัวแรกคลอดน้อยกว่า 2500 กรัม (Low birth weight)	_____ คน
6. เด็กเกิดมีชีพที่คลอดก่อนอายุครรภ์ 37 สัปดาห์ (Preterm)	_____ คน
7. เด็กเกิดมีชีพที่มีความพิการแต่กำเนิด (Birth defects)	_____ คน
8. เด็กเกิดมีชีพได้รับนมผสมก่อนออกจากโรงพยาบาล	_____ คน
9. ปริมาณนมผสมที่จ่ายให้เด็กเกิดมีชีพในข้อ 8	_____ คน
10. เด็กคลอดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุครบ 2 เดือนในเดือนนี้ทั้งหมด (*รวมเด็กทุกรายที่มารับบริการในโรงพยาบาลนี้)	_____ คน
10.1 ได้รับยาป้องกันปอดอักเสบ PCP (Bactrim หรือ cotrimoxazole)	_____ คน
10.2 ได้รับการเลี้ยงดูด้วย	_____ คน
10.2.1 นมผสมอย่างเดียว	_____ คน

10.2.2 นมผสมและนมแม่	_____คน
10.2.3 นมแม่อย่างเดียว	_____คน
10.2.4 ไม่ทราบ	_____คน
ค. การส่งต่อเด็กและสามีเข้าสู่ระบบการดูแลรักษาต่อเนื่อง	
11. เด็กที่มีผลการตรวจ PCR ครบ 2 ครั้ง	_____คน
11.1 ได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อเอชไอวี	_____คน
11.1.1 เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเรื่องเอชไอวี	_____คน
12. สามีของหญิงคลอดทั้งหมด	_____คน
12.1 สามีที่ผลเลือดเอชไอวี บวก	_____คน
12.1.1 เข้าสู่ระบบการดูแลรักษาเรื่องเอชไอวี	_____คน
12.2 สามีที่ผลเลือดเอชไอวี ลบ	_____คน