



การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี: สถานการณ์ท้าทายกับทางเลือกที่เปลี่ยนไป

จารุวรรณ ก้าวหน้าไกล พย.ม. (Jaruwan Kownaklai M.N.S., RN)*
พร้อมจิตร์ ห่อนบุญเข็ม ศศ.ด. (Promjit Hornboonherm Ph.D., RN)**

บทนำ

การติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์เป็นปัญหาสาธารณสุขด้านอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญของนานาประเทศทั่วโลก องค์การที่เกี่ยวข้องกับงานอนามัยแม่และเด็กทั้งระดับสากลและระดับประเทศได้ดำเนินงานเพื่อป้องกันและแก้ไขปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์มากกว่าสองทศวรรษ จากผลกระทบที่มีต่อทั้งสตรีตั้งครรภ์ ทารกในครรภ์ ตลอดจนครอบครัว ทำให้การลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกกลายเป็นเป้าหมายที่ถูกกำหนดเป็นตัวชี้วัดความสำเร็จของงานอนามัยแม่และเด็กในนานาประเทศรวมถึงประเทศไทย นอกจากนี้ในสถานการณ์ปัจจุบัน พบว่าความต้องการที่จะมีบุตรในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวเพิ่มขึ้น นั้นหมายถึงความต้องการด้านสุขภาพที่เพิ่มตามไปด้วย การดำเนินงานเพื่อบรรลุเป้าหมายดังกล่าว เป็นภารกิจที่บุคลากรทีมสุขภาพต้องประสานความร่วมมือในการทำงานทั้งเชิงรุกและเชิงรับอย่างมีประสิทธิภาพ พยาบาลวิชาชีพที่ทำงานด้านอนามัยแม่และเด็กเป็นส่วนหนึ่งของทีมสุขภาพที่มีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมให้ประสบความสำเร็จตามเป้าหมาย เนื่องจากเป็นบุคลากรที่ทำงานใกล้ชิดกับผู้ใช้บริการนับตั้งแต่ระยะก่อนการสมรสจนถึงระยะเลี้ยงดูบุตร บทความนี้ผู้เขียนมุ่งเสนอสาระเกี่ยวกับการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นแนวทางหนึ่งสำหรับพยาบาลวิชาชีพในการให้บริการทางการพยาบาลแก่สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว เพื่อลดผลกระทบจากการติดเชื้อเอชไอวีทำให้ผู้ป่วยดำเนินชีวิตอย่างมีคุณภาพตามความต้องการด้านสุขภาพและศักยภาพของตน

คำสำคัญ: สตรีตั้งครรภ์ การติดเชื้อเอชไอวี อนามัยแม่และเด็ก การพยาบาล

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

สถานการณ์การติดเชื้อเอชไอวีจากสถิติเอดส์โลก พบว่า ในปี 2008 มีรายงานทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 33.4 ล้านคน แบ่งเป็น เสียชีวิต 2 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 2.7 ล้านคน ผู้ใหญ่ 31.3 ล้านคน ผู้หญิง (อายุ 15 ปีขึ้นไป) 15.7 ล้านคน และเป็นเด็ก 3.4 ล้านคนติดเชื้อ ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี ถึง 2.1 ล้าน ในปี 2009 มีรายงานทั่วโลก มีผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 33.3 ล้านคน แบ่งเป็น เสียชีวิต 1.8 ล้านคน เป็นผู้ป่วยรายใหม่ 2.6 ล้านคน ผู้ใหญ่ 30.8 ล้านคน ผู้หญิง (อายุ 15 ปีขึ้นไป) 15.9 ล้านคน และเป็นเด็ก 3.4 ล้านคน

ในจำนวนนี้เป็นเด็กอายุน้อยกว่า 15 ปี 2.5 ล้านคน²

ตั้งแต่มีการระบาดของโรคเอดส์จนถึงปี 2010 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีเอดส์ทั่วโลกจำนวนกว่า 60 ล้านคน 25 ล้านคนต้องเสียชีวิต¹

สำหรับประเทศไทย จากการรายงานของหน่วยระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุขรายงานเมื่อวันที่ 15 พฤศจิกายน 2554³ พบว่า มีผู้ติดเชื้อทั้งสิ้น 376,690 ราย เสียชีวิตแล้ว 98,721 ราย กลุ่มอายุที่ติดเชื้อมากที่สุดคือวัยเจริญพันธุ์ อายุ 15 – 44 ปี (ร้อยละ 84) แยกเป็นกลุ่มอายุ 30 – 34 ปี (ร้อยละ 25.0) กลุ่มอายุ 25 – 29 ปี (ร้อยละ 21.7) กลุ่มอายุ 35 – 39 ปี (ร้อยละ 18.2)

* อาจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
(Lecturer in Family Nursing Division, Faculty of Nursing, Mahasarakham University)

** รองศาสตราจารย์ประจำกลุ่มวิชาการพยาบาลครอบครัว คณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยมหาสารคาม
(Associated Professor in Family Nursing Division, Faculty of Nursing, Mahasarakham University)



กลุ่มอายุ 40 – 44 ปี (ร้อยละ 10.7) กลุ่มอายุ 20 – 24 ปี (ร้อยละ 7.7) และกลุ่มอายุ 15 – 19 ปี (ร้อยละ 0.8) ตามลำดับ เมื่อพิจารณาในกลุ่มประชากรวัยเด็ก พบว่ามีกลุ่มอายุ 0-4 ปี จำนวน 10,909 คน (ร้อยละ 2.9) กลุ่มอายุ 5-9 ปี จำนวน 4,569 คน (ร้อยละ 1.21) และกลุ่มอายุ 10-14 ปี จำนวน 1,621 คน (ร้อยละ 0.43) ตามลำดับ สาเหตุของการติดเชื้อที่พบในประเทศไทยที่ทำให้ติดเชื้อมากที่สุดคือจากเพศสัมพันธ์ (ร้อยละ 84) รองลงมาคือ ทางเข็มฉีดยา (ร้อยละ 4.4) จากแม่สู่ลูก (ร้อยละ 3.6) จากการรับเลือด (ร้อยละ 0.03) อื่น ๆ (ร้อยละ 0.1) และไม่ทราบสาเหตุ (ร้อยละ 7.87) ผลการศึกษาที่ผ่านมามีแนวโน้มอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกทั่วโลกลดลงจาก ร้อยละ 30 เป็น ร้อยละ 3-12¹ ในประเทศไทยอัตราการติดเชื้อในปี พ.ศ. 2553-2554 ประมาณ ร้อยละ 3.5-3.6⁴ จากสถิติเห็นได้ว่าประเทศไทย ยังเผชิญกับสถานการณ์ที่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดและต่อเนื่องในการจัดการกับผลลัพธ์การตั้งครรภ์ของสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังไม่บรรลุตามเป้าหมาย

การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ในสตรีตั้งครรภ์: ความเสี่ยงที่ต้องคำนึงถึง

การติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์ เป็นสถานการณ์ที่ถือว่าเป็นภาวะเสี่ยงในระยะตั้งครรภ์ ต่อเนื่องไปถึงระยะคลอดและหลังคลอด ที่เรียกว่า High-risk หรือ ภาวะเสี่ยงสูง ผลกระทบที่ถือว่าเป็นความเสี่ยงที่สำคัญ คือ 1) ความเสี่ยงต่อการเกิดปัญหาสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และ 2) ความเสี่ยงต่อสุขภาพของทารก โดยเฉพาะอย่างยิ่งการได้รับเชื้อจากมารดาทั้งในช่วงตั้งครรภ์ ระหว่างเจ็บครรภ์และคลอด และจากการให้นมมารดา การติดเชื้อเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์ อาจตรวจพบการติดเชื้อก่อนและภายหลังการตั้งครรภ์ สตรีตั้งครรภ์ทั้งสองกลุ่มจะตกอยู่ในสถานการณ์เดียวกันคือการเป็นสตรีตั้งครรภ์ที่มีความเสี่ยงสูงจากการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งผลกระทบอาจจะมีความแตกต่างกันขึ้นอยู่กับภาวะสุขภาพโดยรวม ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลตนเองของสตรีตั้งครรภ์ทั้งในระยะก่อนการตั้งครรภ์และระหว่างตั้งครรภ์

ความเสี่ยงเกี่ยวกับสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นปัญหาสุขภาพที่ความก้าวหน้าทางการแพทย์ในปัจจุบันช่วยลดผลกระทบปัญหาสุขภาพจากโรคแทรกซ้อนและความรุนแรงจากภาวะภูมิคุ้มกันต่ำได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในสถานการณ์โลกและประเทศไทย เป็นที่ทราบกันดีว่ายาต้านไวรัสเอดส์ ทำให้ผู้ติดเชื้อเอดส์มีอายุยืนยาวขึ้น โดยกระทรวงสาธารณสุขเริ่มให้บริการยาต้านไวรัสแก่ผู้ป่วยเอดส์โดยใช้ยาต้านไวรัสในสูตรยา 3 ชนิดพร้อมกัน ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2543 ต่อมาในปี พ.ศ. 2547 ได้มีการขยายโอกาสการเข้าถึงการดูแลรักษา ผู้ป่วยโรคเอดส์ ภายใต้โครงการการเข้าถึงบริการยาต้านไวรัสเอดส์ระดับชาติสำหรับผู้ป่วยติดเชื้อและผู้ป่วยเอดส์ (โครงการNAPHA) โดยปัจจุบันได้มีการกระจายพื้นที่การให้บริการยาต้านไวรัสในสถานพยาบาลทั้งในและนอกสังกัดกระทรวงสาธารณสุข ที่เข้าร่วมโครงการฯ จนครอบคลุมทุกจังหวัดทั่วประเทศ 908 แห่ง จากรายงานของหน่วยงานที่ให้บริการ⁵ ผลจากการรักษาด้วยยาต้านไวรัสทำให้ผู้ป่วยมีชีวิตที่ยืนยาวขึ้นบวกกับประสิทธิภาพของยาและการดูแลตนเองที่ดีอย่างต่อเนื่อง รวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ได้พัฒนาวิธีการที่จะรักษา ดูแล เพื่อยืดระยะเวลาและช่วยชีวิตผู้ติดเชื้อให้ยืนนานและมีคุณภาพมากขึ้น⁶ ไม่ว่าจะเป็นการรักษาโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ติดเชื้อ การใช้ยาต้านไวรัส และยาอื่นๆ รวมถึงการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาต้านไวรัสเป็นไปอย่างเคร่งครัดเพื่อช่วยเหลือตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดี ได้แก่ เน้นการรับประทานยาตรงเวลา รับประทานอาหารที่สะอาดมีประโยชน์ ดื่มน้ำมาก ๆ ออกกำลังกายและพักผ่อนอย่างเพียงพอ ดูแลตนเองเมื่อมีอาการเจ็บป่วยโดยระมัดระวังการเกิดปฏิกิริยาระหว่างยา ป้องกันตนเองจากสิ่งที่เป็นอันตราย และการมีพฤติกรรมทางเพศที่ปลอดภัยไม่รับเชื้อเพิ่ม⁷

ความเสี่ยงต่อภาวะสุขภาพทารกจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผลกระทบสำคัญทั้งในระยะสั้นและระยะยาว จากการที่ทารกมีความเสี่ยงต่อการได้รับเชื้อจากมารดาทั้งในช่วงที่ตั้งครรภ์ ระหว่างการคลอด และจากการได้รับนมมารดาตามที่ได้กล่าวข้างต้น เพื่อลดปัญหาดังกล่าวจึงมีการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติ



ทั้งในระดับสากลและแต่ละประเทศ ดังที่พบในเป้าหมายหลักของ UNAIDS ในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์และลดการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ประกอบด้วยเป้าหมาย 4 ประการ ซึ่งครอบคลุมทั้งภาวะสุขภาพของมารดาและทารก¹ ได้แก่ 1) ลดจำนวนการติดเชื้อในหญิงวัยเจริญพันธุ์ 2) ป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในสตรีที่ติดเชื้อ 3) ป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก และ 4) ให้การดูแล รักษาและสนับสนุนมารดาที่ติดเชื้อ รวมถึงลูกและครอบครัว สำหรับประเทศไทยปัจจุบันการดำเนินงานที่สามารถลดอัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกในประเทศไทยคือโครงการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก ของกระทรวงสาธารณสุข ซึ่งประกอบด้วยการใช้ยาต้านไวรัสในสตรีตั้งครรภ์และทารกแรกเกิด การผ่าตัดคลอดทางหน้าท้อง และงดการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่²⁴

แม้ว่าในปัจจุบันประเทศไทยจะมีมาตรฐานในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่มีการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพมากกว่าในอดีต แต่ยังพบการติดเชื้อของทารกจากมารดาในปี พ.ศ. 2553-2554 ประมาณ 3.5-3.6%⁴ ซึ่งเป็นร้อยละที่สูงกว่าเป้าหมายของประเทศที่กำหนดไว้ อย่างไรก็ตาม ผลการวิจัยที่ผ่านมาทั้งต่างประเทศและในประเทศไทย พบว่า สตรีหลายคนต้องการมีบุตรโดยเฉพาะหลังจากได้รับยาต้านไวรัสมาเป็นระยะเวลาหนึ่งแล้วพบว่าตนเองมีสุขภาพดีขึ้นจนเกือบปกติหรือเป็นปกติเท่ากับก่อนติดเชื้อ จึงหันมาคิดเรื่องการมีเพศสัมพันธ์และการมีบุตร⁵ สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวียังมีความต้องการมีบุตรด้วยเหตุผลที่แตกต่างกัน จากผลการวิจัยต่างประเทศ พบว่า สตรีมีความเชื่อเกี่ยวกับการมีบุตรว่า มีอัตราการติดเชื้อต่ำ คือ ลูกจะมีโอกาสติดจากตนน้อย เชื่อมั่นในยาต้านไวรัสและวิทยาศาสตร์การแพทย์ เชื่อมั่นในการให้คำปรึกษาและการดูแลของเจ้าหน้าที่ ต้องการเป็นแม่ เมื่อตั้งครรภ์แล้วไม่สามารถทำแท้งได้เนื่องจากขัดกับความเชื่อทางศาสนา⁹⁻¹³ ส่วนผลการวิจัยในประเทศไทย พบว่า สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเชื่อเกี่ยวกับการมีบุตรว่า ลูก คือ ของขวัญ ลูก คือ แก้วตา ดวงใจ มีลูกไว้สืบความเป็นตนเอง เป็นตัวแทนของตนเองเมื่อเสียชีวิต มีลูกไว้ “สืบหน้าอ แทนแนว” ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรู้สึกว่าตนสามารถมีลูกได้ถ้ามีการวางแผน มีความพร้อมและตั้งใจจริง โดยปัจจัยที่สำคัญคือความ

ต้องการมีลูกของสามี คิดว่าการมีลูกนั้นมีประโยชน์มากกว่าไม่มีลูก มั่นใจในโครงการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก เห็นตัวอย่างผู้ติดเชื้อมีบุตรที่ไม่ติดเชื้อและมั่นใจในคุณภาพยาต้านไวรัสที่ทำให้ตนเองมีชีวิตยืนยาว¹⁴

นอกจากนี้ยังมีการศึกษาการให้ความหมายของการตั้งครรภ์ในขณะที่ติดเชื้อว่า เป็นสิ่งผิดปกติเป็นอันตรายต่อแม่และลูกในครรภ์ ครึ่งหนึ่งของสตรีเหล่านี้คิดจะทำแท้งเนื่องจากกลัวลูกติดเชื้อ เหตุผลในการตั้งครรภ์ ได้แก่ ความต้องการมีลูกของสามี การที่สตรีตั้งครรภ์ไม่ทราบมาก่อนว่าตนเองติดเชื้อ ความผิดพลาดของการคุมกำเนิด และข้อมูลจากโครงการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก การปฏิบัติตัวเมื่อตั้งครรภ์จะมีการปรับปรุงการปฏิบัติตัวในการบริโภคอาหารที่ดีมีประโยชน์ การดูแลตนเองด้านร่างกายและจิตใจมากขึ้น¹⁵ ในขณะที่ผลการศึกษาเกี่ยวกับกระบวนการตั้งครรภ์ในสตรีที่ติดเชื้อ พบว่า กระบวนการตั้งครรภ์ในกลุ่มนี้เป็นกระบวนการที่ซับซ้อนและมีเงื่อนไขในชีวิตที่แตกต่างกัน เหตุผลที่ตั้งครรภ์ ได้แก่ การสร้างครอบครัวใหม่ของคู่ที่ไม่เคยมีบุตรมาก่อน ความต้องการมีบุตรไว้สืบสกุล ความต้องการความผูกพัน การคุมกำเนิดผิดพลาดทัศนคติเชิงลบต่อการใช้ถุงยางอนามัย¹⁶ เป็นต้น

จากผลการศึกษาวิจัยข้างต้น เห็นได้ว่าเหตุผลที่สำคัญประการหนึ่งที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีต้องการตั้งครรภ์คือการรับรู้ว่ายาด้านไวรัสทำให้อัตราการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกลดลง ยาต้านไวรัสจึงเสมือนความหวังและชีวิตของผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อส่วนมีทัศนคติที่ต่อการมีบุตรไม่ว่าบุตรที่เกิดมาจะติดเชื้อหรือไม่ สำหรับบางคนบุตรเป็นความหวังของชีวิตให้สามารถเผชิญปัญหาและผ่านความยากลำบากของชีวิตไปได้ เปรียบเสมือนรางวัลของชีวิตเป็นรางวัลแห่งความอดทนรอคอย ความพากเพียรในการดูแลตนเองให้ดีขึ้นตั้งครรภ์ และสำหรับบางคนบุตรคือแรงบัลดาลใจในการมีชีวิตอยู่ต่อไป ความต้องการมีบุตรในสถานการณ์ที่ถูกบ่งชี้ว่า “เสี่ยงสูง” จึงเป็นความท้าทายสำหรับพยาบาลที่จะช่วยเหลือสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวให้สามารถกำหนดเป้าหมายครอบครัวด้วยตนเองตลอดจนมีการพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองอย่างเพียงพอเพื่อเผชิญกับ



สถานการณ์ปัญหาสุขภาพจากผลกระทบที่มีโอกาสเกิดขึ้นในทุกมิติ

จากนโยบายสู่บทบาทพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

เนื่องจากความต้องการมีบุตรเป็นสิทธิขั้นพื้นฐานของบุคคลที่ต้องการสร้างครอบครัว และคำประกาศสิทธิของสมาคมเพศศาสตร์โลก ประกาศไว้ว่า ทุกคนมีสิทธิที่จะตัดสินใจโดยเสรีและรับผิดชอบในการเจริญพันธุ์ สามารถเลือกจำนวนบุตร ระยะห่างของการมีบุตร และโอกาสได้รับความช่วยเหลือให้ตั้งครรภ์ได้ โดยที่เด็กทุกคนควรเป็นที่รักและต้องการของพ่อแม่¹⁴ สำหรับสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวก็เช่นเดียวกัน ความต้องการที่จะมีบุตรเป็นเรื่องที่เกิดขึ้นได้แม้จะทราบถึงความเสี่ยงที่จะเกิดผลลัพธ์ไม่พึงประสงค์โดยเฉพาะกับทารก แต่ครอบครัวไม่น้อยพร้อมที่จะเผชิญกับโอกาสเท่าที่จะคาดหวังได้ว่าบุตรจะไม่ติดเชื้อจากมารดา การเลือกตัดสินใจที่จะตั้งครรภ์ในสตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีจึงเป็นสถานการณ์ที่เสี่ยงไม่ได้ในการให้บริการในงานอนามัยแม่และเด็ก รวมไปถึงการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีภายหลังจากตั้งครรภ์แล้ว ดังนั้นจึงมีนโยบายและแนวปฏิบัติที่เหมาะสมเพื่อรองรับสถานการณ์ที่เป็นไปได้ที่จะเกิดขึ้นตามความต้องการของสตรีและครอบครัว

นโยบายการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในระดับสากล เพื่อลดปัญหาดังกล่าวจึงมีการกำหนดนโยบายและแนวปฏิบัติทั้งในระดับสากลและแต่ละประเทศ ดังที่พบในเป้าหมายหลักของ UNAIDS ในการดูแลสตรีวัยเจริญพันธุ์และลดการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ประกอบด้วยเป้าหมาย 4 ประการ ซึ่งครอบคลุมทั้งภาวะสุขภาพของมารดาและทารก ได้แก่ 1) ลดจำนวนการติดเชื้อในหญิงวัยเจริญพันธุ์ 2) ป้องกันการตั้งครรภ์โดยไม่ตั้งใจในสตรีที่ติดเชื้อ 3) ป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก หรือที่เรียกว่า mother-to-child transmission (MTCT) และ 4) ให้การดูแลรักษาและสนับสนุนมารดาที่ติดเชื้อรวมถึงลูกและครอบครัว¹ การดูแลรักษาทางการแพทย์เพื่อเป้าหมายในการป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารกที่สำคัญคือ การให้ยาต้านไวรัส

ซึ่งมีการวิจัยที่สะท้อนผลลัพธ์ที่น่าพึงพอใจจนกระทั่งมีการกำหนดเป็นแนวปฏิบัติสำหรับประเทศที่มีอัตราการแพร่เชื้อสูง หรือประเทศที่กำลังพัฒนา¹⁷

นโยบายของประเทศไทย สำหรับประเทศไทย ปัจจุบันการดำเนินงานที่กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุขกำหนด ประกอบด้วย การให้คำปรึกษาแก่สตรีตั้งครรภ์ สตรีหลังคลอด และครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเป็นการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก มีการดำเนินงานตามนโยบายภายใต้กิจกรรมหลัก คือ การให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีสำหรับสตรีตั้งครรภ์ด้วยความสมัครใจทุกราย โดยสตรีตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดเอชไอวีบวกจะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกรวมทั้งเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอดทันที และจะได้รับนมผสมทดแทนนมแม่เป็นเวลา 18 เดือน ซึ่งแม่และลูกหลังคลอดจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ในแต่ละปีจะมีสตรีตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 5,000 – 6,000 คน และมีโอกาสถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ 1,200 – 1,500 คน หากไม่มีการป้องกัน²⁴ จากสถานการณ์ที่พบว่าร้อยละของเด็กที่ติดเชื้อจากมารดาเกินเป้าหมายที่กำหนด กระทรวงสาธารณสุขจึงได้ประกาศนโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ในปี พ.ศ. 2554 เป็นแนวปฏิบัติสำหรับบุคลากรทางการแพทย์ทั่วประเทศ ซึ่งประกอบด้วย 1) สถานบริการสาธารณสุขทุกเครือข่าย ควรจัดให้มีการบริการปรึกษาทั้งก่อนและหลังการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างมีคุณภาพ ควรให้คำปรึกษาแบบคู่และเก็บผลการตรวจเป็นความลับอย่างเคร่งครัด โดยแจ้งให้ทราบเฉพาะบุคคลที่ผู้ป่วยอนุญาตเท่านั้น 2) สตรีตั้งครรภ์ทุกคนและสามีหรือคู่ครองจะได้รับการปรึกษาแบบคู่และตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยความสมัครใจ สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับการตรวจเซลล์ CD₄ (cluster of differentiation 4) และได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่มีฤทธิ์สูงหรือรักษาด้วยยาต้านไวรัสอื่นๆ ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข 3) เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับยาต้านไวรัสเมื่อแรกเกิดจะได้รับนมผสมสำหรับเลี้ยงเด็กทารกและได้รับการตรวจเลือดหาเชื้อเอชไอวีตามแนวทางของกระทรวง



สาธารณสุข และ 4) แม่-ลูก และสามีหรือคู่ครองที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสตามสภาพของการติดเชื้อ การส่งเสริมสุขภาพและการติดตามการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง¹⁸

แนวทางการดำเนินการเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ เอช ไอ วี จากแม่สู่ลูก จากการตระหนักถึงผลกระทบที่มีต่อประชากรวัยเด็กในระยะยาว ประเทศไทยได้กำหนดแนวทาง MTCT อย่างชัดเจน เพื่อให้หน่วยบริการทางสุขภาพนำไปปฏิบัติ¹⁹ ดังนี้

1. สถานบริการทุกเครือข่ายต้องจัดให้มีบริการปรึกษาก่อนและหลังการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีคุณภาพ และเก็บผลการตรวจเป็นความลับอย่างเคร่งครัดโดยแจ้งให้ทราบเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ และผู้ที่สตรีตั้งครรภ์อนุญาตเท่านั้น

2. สตรีตั้งครรภ์ทุกคนจะได้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีโดยความสมัครใจซึ่งการตรวจการติดเชื้อเอชไอวี ให้เป็นไปตามมาตรฐานที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนด

3. สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ทุกคนที่ต้องการตั้งครรภ์ต่อไป จะได้รับยาต้านไวรัส AZT (azidothymidine) โดย

3.1 เริ่มรับประทานยาเมื่ออายุครรภ์ 28 สัปดาห์ ในเวลา เช้า เย็น ครั้งละ 300 มิลลิกรัมจนเจ็บครรภ์คลอด

3.2 เมื่อเริ่มเจ็บครรภ์คลอดรับประทานเนวีราพีน (nevirapine) เม็ดละ 200 มิลลิกรัม 1 เม็ด พร้อมกับ AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัม 1 เม็ด และรับประทานยา AZT เม็ดละ 300 มิลลิกรัมต่อไปทุก 3 ชั่วโมงจนกระทั่งคลอด

4. ทารกทุกคนที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

4.1 ทารกจะได้รับยาต้านไวรัสเนวีราพีนชนิดน้ำขนาด 6 มิลลิกรัมทันทีหลังคลอด 1 ครั้ง(หากน้ำหนักน้อยกว่า 2,500 กรัม ให้ 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม)

4.2 จะได้รับยาต้านไวรัส AZT ชนิดน้ำโดยเริ่มรับประทานทันทีหลังคลอด ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม ทุก 6 ชั่วโมง รับประทานติดต่อกัน 1 สัปดาห์ หากในระหว่างตั้งครรภ์และระยะคลอด แม่ได้

รับประทานยาต้านไวรัสตั้งแต่ 4 สัปดาห์ขึ้นไป

4.3 ทารกจะได้รับยาต้านไวรัส AZT ชนิดน้ำโดยเริ่มรับประทานทันทีหลังคลอด ขนาด 2 มิลลิกรัมต่อน้ำหนัก 1 กิโลกรัม ทุก 6 ชั่วโมง รับประทานติดต่อกัน 6 สัปดาห์ หากในระยะตั้งครรภ์และในระยะคลอดแม่ได้รับยาต้านไวรัสไม่ครบ 4 สัปดาห์

5. ทารกที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับนมผสมสำหรับเลี้ยงทารกจนอายุ 21 เดือน แทนการเลี้ยงด้วยนมแม่

6. เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนต้องได้รับการตรวจหาภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอชไอวี เมื่ออายุ 12 เดือน หากผลพบว่ายังมีภูมิคุ้มกันต่อเชื้อเอชไอวีอยู่ให้ตรวจซ้ำเพื่อยืนยันอีกครั้งเมื่ออายุ 18 เดือน

7. สำหรับสตรีหลังคลอดและสามี (กรณีที่สตรีหลังคลอดยินยอมเปิดเผยผลเลือดตนเองแก่สามี) จะได้รับการดูแลสุขภาพอย่างเหมาะสม และจะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษาหากมีข้อบ่งชี้ว่าจำเป็นต้องได้รับยาต้านไวรัส

8. สำหรับเด็กจะได้รับการดูแลที่เหมาะสม หากพบว่าการติดเชื้อเอชไอวีจะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อการรักษา

การสนองนโยบายในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีดังกล่าวข้างต้น ต้องการการทำงานร่วมกันของ สหวิชาชีพทั้งที่สุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีส่งผลกระทบต่อสตรีและครอบครัวในทุกมิติของชีวิต ที่มิได้ครอบคลุมด้วยอย่างน้อยที่สุด คือ สุขภาพ ภูมิคุ้มกัน ผู้เชี่ยวชาญด้านเอชไอวี และผดุงครรภ์หรือพยาบาลที่เชี่ยวชาญเฉพาะทาง ร่วมไปกับนักสุขภาพ นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยาคลินิก²⁰ เป็นต้น ในมุมมองทางการพยาบาล เป้าหมายหลักคือการสนองตอบความต้องการทางด้านสุขภาพที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษา โดยคำนึงถึงสุขภาพกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคมและจิตวิญญาณของผู้ใช้บริการ ที่สะท้อนจากการมีความสุข(well-being) มีคุณภาพชีวิตที่ดี (quality of life) และดำรงชีวิตอย่างมีศักดิ์ศรีตามศักยภาพ การที่จะบรรลุเป้าหมายของการพยาบาลดังกล่าว พยาบาลจำเป็นต้องให้ความสำคัญกับความต้องการที่เฉพาะเจาะจงของผู้ใช้บริการแต่ละบุคคลหรือ



ครอบครัว รวมถึงการมีส่วนร่วมในการจัดการปัญหาสุขภาพของตนเองของผู้ใช้บริการโดยตระหนักถึงการมีส่วนร่วมของครอบครัวและชุมชน นอกจากนี้ พยาบาลจะต้องให้การพยาบาลอย่างเหมาะสมในแต่ละบริบทของการให้บริการทางสุขภาพ รวมถึงสภาพความรุนแรงของปัญหาการติดเชื้อซึ่งอาจทำให้พยาบาลต้องกระทำบทบาทที่แตกต่างกัน ดังที่พบในหลายประเทศที่มีอัตราการติดเชื้อเอชไอวีสูง²¹ บทบาทของพยาบาลในการดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นดังนี้

การให้การปรึกษา: บทบาทที่สำคัญในการพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี บทบาทการเป็นผู้ให้การปรึกษา มีความสำคัญในการให้การพยาบาลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากเป็นบทบาทที่ต้องใช้ในทุกสถานการณ์การพยาบาล ซึ่งต้องการการฝึกฝนอย่างเฉพาะเจาะจง การให้การปรึกษามีความแตกต่างจากการให้คำแนะนำหรือการสอนในเรื่องที่ผู้รับการปรึกษาหรือผู้ใช้บริการการปรึกษาเป็นผู้ตัดสินใจเลือกแนวทาง วิธีการ ที่อยู่บนพื้นฐานของข้อมูล แหล่งประโยชน์ และปัจจัยแวดล้อมของแต่ละบุคคล ซึ่งสามารถใช้ในการปรับพฤติกรรมที่มีความสำคัญต่อภาวะสุขภาพของผู้ใช้บริการ สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีความต้องการการปรับเปลี่ยนเพื่อส่งเสริมให้เกิดผลลัพธ์ที่พึงประสงค์ทั้งสตรีและทารกตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอด รวมถึงการตั้งเป้าหมายในการดำเนินชีวิตที่สอดคล้องกับภาวะสุขภาพทั้งระดับปัจเจกบุคคลและครอบครัว ดังนี้

1. การให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการดูแลสุขภาพตนเองของสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี สิ่งจำเป็นในการมีภาวะสุขภาพที่สมบูรณ์มากที่สุดเท่าที่จะเป็นไปได้ หรือมีความผาสุกในชีวิต คือการดูแลสุขภาพตนเองอย่างเหมาะสมสอดคล้องกับภาวะสุขภาพที่เป็นอยู่และปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้นทั้งจากพยาธิสภาพของการติดเชื้อ การตรวจวินิจฉัย และการบำบัดรักษา โดยเฉพาะสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นช่วงเวลาที่มีการเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ จิตสังคม และจิตวิญญาณ ที่เกิดจากการตั้งครรภ์เป็นพื้นฐานอยู่แล้ว

1.1 การปรับเปลี่ยนแผนการดำเนินชีวิต ข้อมูลที่จำเป็นที่พยาบาลควรให้แก่สตรีฯ เกี่ยวกับแบบแผนการดำเนินชีวิต ได้แก่ การรับประทานอาหาร การพักผ่อน การออกกำลังกาย การขับถ่าย การดูแลสุขภาพจิตส่วนตัว การมีเพศสัมพันธ์ การมีปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่น และการเผชิญความเครียด

1.2 การหลีกเลี่ยงการรับเชื้อเพิ่มและไม่แพร่เชื้อสู่ผู้อื่น ซึ่งเป็นหัวใจในการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี

2. การให้การปรึกษาเพื่อส่งเสริมการบรรลุเป้าหมายที่พึงประสงค์ในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส การให้ยาต้านไวรัส เป็นทางเลือกหลักในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งมีเป้าหมายครอบคลุมทั้งการป้องกันและลดปัญหาสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ และการลดการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก การรักษาด้วยยาต้านไวรัสเป็นแนวทางหนึ่งในการรักษา ควบคุมอาการและความรุนแรงของโรค ในปัจจุบันการใช้ยาสูตรอย่างน้อย 3 ตัว เป็นที่นิยมและมีประสิทธิภาพ สามารถยับยั้งกระบวนการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอชไอวี ทำให้สุขภาพดีขึ้นและลดความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อนได้²² การรักษาด้วยยาต้านไวรัสถึงแม้จะได้ผลดี แต่ยาต้านไวรัสเอชไอวีมีผลข้างเคียงมากเช่นกัน²³ ประสิทธิภาพของยาขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งด้านพฤติกรรม การรับประทานยาและภาวะสุขภาพของสตรีตั้งครรภ์ การรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ หยุดรับประทานเอง หรือการเกิดผลข้างเคียงจากยาที่รุนแรง ล้วนเป็นอุปสรรคต่อผลลัพธ์การรักษาด้วยยาต้านไวรัสทั้งสิ้น พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการส่งเสริมพฤติกรรม การรับประทานยาของสตรีตั้งครรภ์ รวมทั้งการพยาบาลเพื่อลดผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยา ดังนี้

1. ประเมินภาวะสุขภาพทุกระบบอย่างละเอียดพร้อมบันทึกอาการและอาการแสดงก่อนเริ่มให้ยา เพื่อประเมินข้อห้ามในการให้ยา รวมทั้งเป็นข้อมูลภาวะสุขภาพเบื้องต้น

2. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการรับประทานยาตามแผนการรักษา

ความเข้าใจเกี่ยวกับแนวปฏิบัติในการรับประทานยาตามแผนการรักษา มีความสำคัญต่อการ



ช่วยเหลือสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในการวางแผน การจัดการเกี่ยวกับการรับประทานยาต้านไวรัสด้วย ตนเอง ดังนั้นจึงมีความจำเป็นที่พยาบาลต้องประเมิน ความเข้าใจของสตรีดังกล่าวเพื่อให้คำอธิบายเพิ่มเติม พร้อมทั้งปรับแก้ความเข้าใจที่ไม่ถูกต้องเกี่ยวกับการรับ ประทานยาต้านไวรัสรวมทั้งอาการข้างเคียงของยา เน้น ย้ำเกี่ยวกับการที่ต้องรับประทานยาต้านไวรัสตามเวลา อย่างเคร่งครัดในแต่ละวัน พึงตระหนักว่าความเข้าใจที่ ไม่ถูกต้อง รวมทั้งการที่สตรีตั้งครรภ์ไม่มีความรู้ข้อมูล ที่จะส่งเสริมความสามารถในการรับรู้และเข้าใจสภาพ การณ์ทั้งภายในและภายนอกตนเองในระหว่างการได้ รับยา จะเป็นอุปสรรคต่อการปฏิบัติตามแผนการรักษา คือการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ

ในการทำความเข้าใจกับสตรีตั้งครรภ์ที่ติด เชื้อเอชไอวีเกี่ยวกับแผนการรักษา พยาบาลจำเป็นต้อง เข้าใจทางเลือกของการให้ยาด้านไวรัสที่สตรีได้รับ ซึ่ง แนวทางในการให้ยาสำหรับประเทศไทย ตามมาตรฐาน ของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข²⁴ มีแนวปฏิบัติใน การให้ยาด้านไวรัส ดังนี้

ระยะเจ็บครรภ์จริง

- กรณีรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ/ไม่เคยได้ รับยา ให้ AZT(300) ทุก 3 ชั่วโมง จนคลอด หรือ AZT 600 mg ครั้งเดียว และให้ NVP(200) 1 เม็ด ทันที
- กรณีรับประทานยาสม่ำเสมอให้ AZT(300) ทุก 3 ชั่วโมง จนคลอด หรือ AZT 600 mg ครั้งเดียว
- กรณีตั้งครรภ์ได้รับยาด้านไวรัสสูตรอื่นที่ไม่ใช่ AZT เช่น Combivir / GPO vir / NVP ไม่ต้องให้ AZT อีก โดยให้รับประทานยาเดิมขณะตั้งครรภ์

กรณีหญิงตั้งครรภ์มาคลอดไม่มีผลเลือด

- ให้คำปรึกษาเพื่อยินยอมให้ตรวจเลือด ถ้า ผลบวกให้คำปรึกษาเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส ในระยะใกล้คลอดถ้าคาดว่าจะคลอดใน 2 ชั่วโมง ให้ AZT(300) ทุก 3 ชั่วโมง จนคลอด หรือ AZT 600 mg ครั้งเดียว ถ้าคาดว่าจะไม่มาคลอดภายใน 2 ชั่วโมง ให้ AZT(300) ทุก 3 ชั่วโมง จนคลอด หรือ AZT 600 mg ครั้งเดียว และให้ NVP(200) 1 เม็ด ทันที

นอกจากนี้ยังมีแนวทางการให้ยาด้านไวรัส สำหรับสตรีตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ก่อนการคลอด

ตามโครงการช่วยลดการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ของ สภากาชาดไทย (ฉบับปรับปรุงใหม่ พ.ศ.2548) ภายใต้พระอุปถัมภ์ของพระเจ้า วรวงศ์เธอ พระองค์เจ้าโสมสวลี พระวรราชทินนิตตามาตุ¹⁹

3. สนับสนุนและชี้แนะการดูแลสุขภาพตนเองระหว่างการได้รับยาด้านไวรัส การดูแลสุขภาพตนเองอย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับ สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่อยู่ระหว่างการรักษาด้วย ยาด้านไวรัสเนื่องจากยามีผลต่ออวัยวะต่างๆ ทำให้ ภาวะสุขภาพพลดลงหรือไม่พร้อมสำหรับการรักษาจน ครบตามแผนการรักษาของแพทย์ การสนับสนุนให้สตรี ตั้งครรภ์ดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและชี้แนะให้ปฏิบัติ อย่างเหมาะสมจึงเป็นสิ่งจำเป็น อย่างไรก็ตาม พยาบาล ควรจะประเมินถึงการตระหนักถึงการให้ความสำคัญหรือ ความเชื่อเกี่ยวกับรับประทานยาต้านไวรัสที่มีผลต่อภาวะ สุขภาพของผู้ป่วยเองว่าผู้ป่วยมีความเชื่อเช่นไรเกี่ยวกับ การรับประทานยา เพราะความเชื่อเหล่านี้มีผลต่อความ สม่ำเสมอในการรับประทานยาและประสิทธิภาพการ รักษา ดังผลการวิจัยที่ผ่านมาพบว่า การดูแลตนเองของ ผู้ติดเชื้อที่ได้รับยาด้านไวรัสเป็นไปอย่างเคร่งครัดเพื่อ ช่วยเหลือตนเองให้มีภาวะสุขภาพที่ดี พบว่า ผู้ป่วยที่ได้ รับการรักษาด้วยยาด้านไวรัสมีความพยายามจะปรับ เปลี่ยนพฤติกรรมดูแลสุขภาพในเรื่องต่าง ๆ โดยเฉพาะการรับประทานยาให้ตรงเวลา ผู้ป่วยตระหนักว่ายา ไม่สามารถรักษาโรคให้หายขาดได้แต่ทำให้สุขภาพดีขึ้น ผู้ป่วยตระหนักเกี่ยวกับยาด้านไวรัสว่าเป็นยาที่มีผลใน การระงับเชื้อเอชไอวีในร่างกายไม่ให้มีจำนวนมากขึ้น และมีผลข้างเคียงไม่เหมือนกันในแต่ละคน ซึ่งอาการ ข้างเคียงจะค่อยๆ ดีขึ้นและหายไปเอง ผลข้างเคียงที่ อาจเกิดขึ้นได้คือการแพ้ยา มีผื่นคัน เป็นตุ่มหรือผื่นดำ ผิดคลั่ง ผื่นไหม้ เป็นต้น การศึกษาความเชื่อและการ ดูแลตนเองในมิติต่างวัฒนธรรม พบว่า ในสตรีมุสลิมที่ ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาด้านไวรัสให้ความหมายของการ ได้รับยาด้านไวรัสว่าเป็นการอยู่อย่างมีความหวัง ยา คือ ความหวัง และการรับประทานยาเพื่อต่อลมหายใจต่อ ชีวิต ด้านการดูแลตนเองระหว่างการรักษาด้วยยาด้าน ไวรัส ได้แก่ การระมัดระวังการรับประทานอาหาร มีวินัย ในการดูแลสุขภาพให้แข็งแรง รับประทานยาให้ต่อเนื่อง



และตรงเวลา ปรับวิธีคิดยอมรับชะตากรรมและค้นความหมายในชีวิตเพื่ออยู่อย่างมีคุณค่า²⁵

4. ติดตามประเมินอาการและอาการแสดงของอาการข้างเคียงจากยา การทราบถึงอาการและอาการแสดงของอาการข้างเคียงจากยาที่ได้รับมีความสำคัญและจำเป็นสำหรับพยาบาลในการเตรียมข้อมูลเพื่อแนะนำสตรีตั้งครรภ์ในการสังเกตอาการของตนเอง และให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวที่เหมาะสม นอกจากนี้ยังมีความจำเป็นต่อการพิจารณาให้สตรีตั้งครรภ์พบแพทย์และการหยุดยาตามข้อกำหนดของยาแต่ละขนาน เช่น การให้ยา Nevirapine ต้องหยุดยาหากสตรีตั้งครรภ์มีอาการข้างเคียงจากยา¹⁹ ดังต่อไปนี้

- ค่า ALT/SGPT หรือ AST/SGOT > 2.5 เท่าของค่าปกติ ถึงแม้ไม่มีอาการ

- มีอาการหรืออาการแสดงของตับอักเสบ ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน เบื่ออาหาร ตัวเหลืองหรือตาเหลือง อ่อนเพลีย อุจจาระสีซีด ตับโต กดเจ็บบริเวณตับ โดยอาจมีอาการทั่วไปอื่น ๆ ได้แก่ ไข้ ปวดศีรษะ ไม่มีเรี่ยวแรง ทั้งนี้การตรวจพบอาการเพียงอย่างเดียวอย่างหนึ่งไม่ได้แสดงว่าเป็นตับอักเสบเสมอไป

- มีผื่นที่รุนแรงตั้งแต่เป็นผื่น diffuse maculopapular rash ผื่นลอกทั่วตัวมีอาการอักเสบเป็นแผลของเยื่อぶต่าง ๆ หรือมีอาการทั่วไปร่วมด้วย หากมีเพียงอาการคัน หรือ ปื้นแดง เกิดขึ้น ยังสามารถให้ยาต่อไปได้ แต่ต้องมีการติดตามอย่างใกล้ชิดและสามารถเปลี่ยน Nevirapine เป็น Nelfinavir หากอายุครรภ์ < 24 สัปดาห์ หรือ เปลี่ยนเป็น Efavirenz หากอายุครรภ์มากกว่า 24 สัปดาห์ไปแล้ว

5. การติดตามเพื่อเฝ้าระวังการดื้อยา การติดตามเพื่อเฝ้าระวังการดื้อยาเป็นสิ่งสำคัญ เพราะการดื้อยาสามารถพบได้ง่ายในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เนื่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวีมีอัตราการแบ่งตัวที่รวดเร็วมาก และมีอัตราการกลายพันธุ์ได้ง่าย²⁶ ดังการศึกษาการดื้อยาในต่างประเทศได้มีการศึกษา การดื้อยาในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV จำนวน 22 คน พบว่าผู้ป่วย 10 คน เกิดการดื้อยา โดยการกลายพันธุ์ของไวรัสในผู้ป่วยที่ใช้ยาต่อไปนี้เป็นหลัก ได้แก่ Lamivudine, nevirapine, zidovudine, stavudine และ abacavir ผู้ป่วย

3 คน มีการดื้อยาอย่างมีนัยสำคัญต่อยา zidovudine/lamivudine, nevirapine โดยทั่วไปการดื้อยาด้านไวรัสเอชไอวีพบบ่อยในสตรีตั้งครรภ์ที่ใช้ยาต้านไวรัส แต่การถ่ายทอดการติดเชื้อไปยังทารกจากการศึกษานี้พบว่าเด็กที่เกิดจากกลุ่มตัวอย่างทุกคนไม่ได้ติดเชื้อจากแม่²⁷ ดังนั้นการเลือกใช้สูตรของยาต้านไวรัสจึงมีความสำคัญในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส ซึ่งในปัจจุบันการใช้ยาถูกแนะนำให้ใช้ยาสูตรอย่างน้อย 3 ตัว ในการรักษาเป็นที่ยอมรับและมีประสิทธิภาพมากที่สุด สามารถยับยั้งกระบวนการเพิ่มจำนวนของไวรัสเอชไอวีและการดื้อยาได้²⁸ ประกอบกับการแนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาให้ตรงตามเวลาอย่างเคร่งครัด สม่ำเสมอและต่อเนื่อง เป็นอีกวิธีหนึ่งที่จะลดโอกาสการดื้อยาได้²⁶

บทสรุป

การดูแลสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เป็นภารกิจที่ยังคงท้าทายทีมสุขภาพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการดำเนินงานให้บรรลุเป้าหมายทั้งในระดับของการสนองนโยบายประเทศ และการตอบสนองความต้องการของสตรีและครอบครัวที่เกิดจากผลกระทบของการติดเชื้อที่ต้องคำนึงถึงความเป็นองค์รวมในการประสานความร่วมมือ ในมุมมองทางพยาบาลจากแนวโน้มที่ผู้ใช้บริการมีทางเลือกเพิ่มมากขึ้นในการดูแลสุขภาพตนเองรวมทั้งการมีสิทธิตัดสินใจเลือกทางออกของการจัดการสถานการณ์ ทำให้พยาบาลต้องตระหนักถึงการตอบสนองความต้องการด้านสุขภาพแก่สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัวซึ่งเป็นผู้ใช้บริการที่อยู่ในความดูแล โดยมุ่งเน้นการพัฒนาศักยภาพในการดูแลสุขภาพตนเองของผู้ใช้บริการ ที่คำนึงถึงการให้เอกสิทธิ์ในการมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับเป้าหมายของการดูแล วิธีการ ตลอดจนการประเมินผลลัพธ์อย่างต่อเนื่อง

Reference

1. UNAIDS. It takes a village; Ending Mother To Child HIV Transmission – a partnership uniting the millennium villages project and UNAIDS. [2010] Retrived February 9, 2012, from www.unaids.org.



2. UNAIDS, Global report. [2009]Retrived February 9, 2012, from www.unaids.org.
3. กองระบาดวิทยากระทรวงสาธารณสุข. สถานการณ์เอดส์ในประเทศไทย[ข้อมูลวันที่15 พฤศจิกายน 2554]. ค้นเมื่อวันที่ 9 กุมภาพันธ์ 2555, จาก <http://www.moph.go.th>.
4. กรมอนามัย. กรมอนามัย ตั้งเป้าปี 54 ลดเด็กไทยติดเชื้อHIVจากแม่สู่ลูก ร้อยละ 3.5.[ข้อมูลวันที่ 30 พฤศจิกายน 2553]. ค้นเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2555 จาก <http://www.anamai.moph.go.th>.
5. สำนักงานโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์. สถิติผู้ได้รับยาต้านไวรัสเอดส์ 2552. ค้นเมื่อวันที่ 21 ตุลาคม 2554, จาก <http://www.aids-thai.org/arrv03.html>.
6. Frank KO, Blundo R. Brabant S. HIV – Infected woman in Louisiana: psychosocial consideration. *AIDS Patients Care* 1995; 9(6): 111–120.
7. ภูริชญา บุรินทร์กุล วารุณี ฟองแก้ว พุนทรัพย์โสภารัตน์. การดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือผู้ป่วยเอดส์ที่ได้ยาต้านไวรัส. *พยาบาลสาร* 2550; 34 (1): 143–153.
8. Rujkorakarn D, et al. Overviews on Sexual Intercourse of HIV Infected People Taking Anti-Retroviral Drugs: Duty or Happiness. *Journal of Nurses' Association of Thailand, North-Eastern Division* 2011; 29(1): 12–21.
9. Chilongizi D, Wang L. et al. Morbidity and mortality among a cohort of human immunodeficiency virus type1-infected and uninfected pregnant women and their infants from Malawi, Zambia, and Tanzania. *Pediatr Infect Dis* 2008; 27(9): 808–14.
10. Finocchiaro-Kessler S, Dariotis JK. et al. Do HIV-Infection women want to discuss reproductive plans with providers, and are those conversations occurring?. *AIDS Patient Care STDS* 2010; 24(5): 317–23.
11. Gruskin S, Firestone R, Maccarthy S, Ferguson L. HIV and pregnancy intentions: do services adequately respond to women's needs?. *Am J Public Health* 2008; 98(10): 1746–50.
12. Sheri B, Elizabeth Hirky A. et al. “Throwing the dice”: Pregnancy decision-making among HIV-positive women in four U.S. cities. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health*, 2004; 36(3): 106–113.
13. Taha TE, Dallabetta GA. et al. The effect of human immunodeficiency virus on birthweight, and infant and child mortality in urban Malawi. *Int J Epidemiol* 1995; 24(5): 1022–9.
14. วราภรณ์ จันทรัตน์. การตัดสินใจมีบุตรของผู้ติดเชื้อเอดส์; 2552 . ค้นเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2555, จาก <http://www.thainurseclub.org/Waraporn%20decision.ppt>.
15. มยุรี ศิลปตระกูล, สุนันทา มงคลจิต, บุญสวย ต่อชีพ, รัตนา สุวานิช, ศันสนีย์ ศรีวงษ์ชัย. ปัจจัยในการตัดสินใจตั้งครรภ์ครั้งหลังของหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวีในเขต 5. รายงานผลการศึกษาวิจัยของสำนักงาน ป้องกันควบคุมโรคที่ 5 นครราชสีมา ปี 2546.
16. นิตยา แก้วร่วมวงศ์ และอัญชัน สิงห์ชัย. การตั้งครรภ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัส. *วารสารโรคเอดส์* 2552; 21(3):143–157.
17. The Kesho Bora Study Group. Safety and effectiveness of antiretroviral drugs during pregnancy, delivery and breastfeeding for prevention of mother-to-child transmission of HIV-1: The Kesho Bora Multi centre Collaborative Study rationale, design, and implementation challenges. *Contemporary Clinical Trials* 2011; 32: 74–85.
18. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. 2555. ค้นเมื่อวันที่ 8 กุมภาพันธ์ 2555 จาก <http://www.anamai.moph.go.th>.



19. แนวทางการดำเนินการเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกสำหรับประเทศไทย.(ไม่มีวันที่). ค้นเมื่อวันที่ 20 กุมภาพันธ์ 2555, จาก <http://203.157.45.67/napha9/aidspolicy.html>.
20. Mercey D, Ruiter A. Human immunodeficiency virus in pregnancy. *Obstetrics, Gynecology and Reproductive Medicine* 2008; 19(3): 75-79.
21. Relf MV et al. Essential Core Competencies Related to HIV and AIDS Are Critically Needed in Nursing. *Journal of The association of Nurses in AIDS Care* 2011; 22(1): S2-S8.
22. ภพ โกศลารักษ์. ปัญหาในการใช้ยาต้านไวรัส. ใน ชัชฎ์ พันธุ์เจริญ และคณะ บรรณาธิการ. *โรคเอดส์ในเด็ก*. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์แห่งจุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2545.
23. กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางปฏิบัติงานการพัฒนาระบบบริการและติดตามผลการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสเอดส์ในประเทศไทย. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์ เจ เอส การพิมพ์; 2545.
24. กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข. แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกและการดูแลแม่ลูกและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี. พิมพ์ครั้งที่ 2. สำนักกิจการโรงพิมพ์องค์การสงเคราะห์ทหารผ่านศึก; 2550.
25. นิรัชรา สาแล๊ะ กิตติกร นิลมานัต. ประสบการณ์ของสตรีไทยมุสลิมที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่ได้รับยาต้านไวรัส. *วารสารสภากาพยาบาล*. 2554; 26(1): 82-93.
26. วรณทิพย์ ตั้งสถิตพร. ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาลตรัง. *วารสารโรคเอดส์* 2552; 21(3): 158-168.
27. Weinberg A. et al. Resistance to antiretrovirals in HIV-infected pregnant women. *Journal of Clinical Virology*; 2009; 45:39-42; doi 10.1016/j.jcv.2009.02.009.