

ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี:

การทบทวนวรรณกรรม

Pregnant Women Infected with HIV:

A Literature Review on Infant Health Outcomes

ช่อผกา นูรอด^{1*}, บุญญพัฒน์ ไชยเมธ² และ สมเกียรติยศ วรเดช²

Chopaka Noorod^{1*}, Bhunyabhadh Chaimay² and Somkiattiyos Woradet²

นิสิตหลักสูตร วท.ม. (การจัดการระบบสุขภาพ) คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง^{1*}

สาขาวิชาสาธารณสุขศาสตร์ คณะวิทยาการสุขภาพและการกีฬา มหาวิทยาลัยทักษิณ วิทยาเขตพัทลุง²

บทคัดย่อ

ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการได้รับเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) ส่งผลให้ติดเชื้อฉวยโอกาส และยังคงเป็นปัญหาสำคัญทางการแพทย์และสาธารณสุข โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นและเป็นกลุ่มที่ควรได้รับการดูแลเป็นพิเศษ เนื่องจากยังไม่สามารถรักษาให้หายขาด บทความวิชาการฉบับนี้ มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี การดูแลหญิงติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อหญิงตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ผลจากการทบทวนวรรณกรรม พบว่า ทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีประมาณร้อยละ 25-40 และส่งผลกระทบต่อทางด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจำแนกออกเป็น 3 ประเด็น คือ 1) การเจริญเติบโตและน้ำหนักทารกแรกคลอด 2) ภาวะขาดออกซิเจนในทารก และ 3) การตายคลอดและการคลอดก่อนกำหนด ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่เกี่ยวข้องควรคำนึงถึงผลกระทบด้านลบต่อสุขภาพของทารก ให้ความสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารก และติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่ระยะฝากครรภ์จนกระทั่งคลอด ตลอดจนทารกและครอบครัว เพื่อให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น สามารถคลอดทารกได้อย่างปลอดภัย ลดอัตราเสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

คำสำคัญ: ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารก, หญิงตั้งครรภ์, การติดเชื้อเอชไอวี, การทบทวนวรรณกรรม

*ผู้ให้การติดต่อ (Corresponding e-mail: chopaka063@gmail.com เบอร์โทรศัพท์ 080-7046332)

Abstract

Patients with Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) are infected by the Human Immunodeficiency Virus and are, therefore, susceptible to opportunistic infections. At a global scale, AIDS virus remains a major medical and health problem. In particular, the number of pregnant woman infected with HIV is increasing in Thailand, and must be cared intensively because it is incurable. This literature review article aimed to examine AIDS and HIV infection, care for infected pregnant women, impacts of HIV infection of pregnant women on the health of their infant. Results showed that it is about 25–40 percent of newborns from infected pregnant women that are infected with HIV. The impacts of HIV transmission from mother to child are: 1) birth weight and growth, 2) birth asphyxia, and 3) premature and neonatal death. Hence, health personnel should give priority to care for HIV infected pregnant women and their infants.

Keywords: Infants Health Outcomes, Pregnant Women, HIV Infection, Literature Review

บทนำ

ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome: AIDS) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากการได้รับเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) (World Health Organization, 2008) และยังเป็นปัญหาทางการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ ปัจจุบันการติดเชื้อเอชไอวียังคงมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น ซึ่งส่วนใหญ่อยู่ในประเทศกำลังพัฒนา จากรายงานขององค์การอนามัยโลก ปี พ.ศ.2559 พบว่า การติดเชื้อเอชไอวีเป็นสาเหตุของการเสียชีวิตในลำดับต้น ๆ พบได้เกือบทุกประเทศทั่วโลก (World Health Organization, 2016) สำหรับประเทศไทย ในปี พ.ศ.2554 ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่อยู่ในกลุ่มวัยเจริญพันธุ์ (15 - 44 ปี) มากที่สุด (ร้อยละ 84) (Epidemiological Information Center, Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2016) รวมถึงกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2010) นอกจากนี้การติดเชื้อในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ยังมีผลกระทบต่อทารกในครรภ์ร่วมด้วย โดยการติดเชื้อเอชไอวีสามารถส่งผ่านสู่ทารกในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด รวมทั้งยังส่งผลกระทบต่อสังคม เศรษฐกิจ และประเทศชาติด้วย (Jarat, Baison, Thongtha & Yeunyong, 2015)

จากสถานการณ์ทั่วโลก ปี ค.ศ.2010 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 33.3 ล้านคน และเพิ่มขึ้นในปี ค.ศ. 2015 จำนวน 36.7 ล้านคน สำหรับในภูมิภาคเอเชียและแปซิฟิก ปี ค.ศ.2010 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 4.7 ล้านคน และเพิ่มขึ้นเป็น 5.1 ล้านคนในปี ค.ศ.2015 (UNAIDS, 2016) ส่วนประเทศไทย พบว่า มีการรายงานผู้ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 450,000 คน (Epidemiological Information Center, Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2015) จากรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ทั้งนี้เริ่มมีการรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2531 และมีการเฝ้าระวังตั้งแต่นั้นเป็นต้นมา (Department of Health, Ministry of Public Health, 2010) สำหรับความชุกของ

การติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์เพิ่มขึ้นอย่างต่อเนื่อง เริ่มตั้งแต่ปี พ.ศ.2534 พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 0.70 (Warawit, Siripun & Jiamjanya, 1998) ในปี พ.ศ.2547 เท่ากับร้อยละ 1.05 และค่อย ๆ ลดลง โดยในปี พ.ศ.2552 ถึง 2556 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 0.60, 0.70, 0.66, 0.53 และ 0.55 ตามลำดับ (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2014) ขณะที่อุบัติการณ์ของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์กลับมีแนวโน้มเพิ่มสูงขึ้นอย่างชัดเจนตั้งแต่ปี พ.ศ.2549 จนกระทั่งในปี พ.ศ. 2554 อุตการณ์การติดเชื้อเอชไอวีในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์เท่ากับร้อยละ 0.18 ซึ่งสูงกว่าในปี พ.ศ.2548 ถึง 4.70 เท่า (Pongpan, 2014) นอกจากนี้ทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีประมาณร้อยละ 25-40 (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2014)

ปัจจุบันประเทศไทยมีนโยบายสนับสนุนระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลหญิงตั้งครรภ์และทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยให้สถานบริการสุขภาพของรัฐดำเนินงานป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก (Department of Health, Ministry of Public Health, 2010) โดยในปี พ.ศ.2543 กระทรวงสาธารณสุขจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาเพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีสำหรับหญิงตั้งครรภ์ทุกรายด้วยความสมัครใจ ต่อมาในปี พ.ศ.2553 ได้ใช้ยาต้านไวรัสสูตร High Active Retroviral Therapy (HAART) ในหญิงตั้งครรภ์และให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก พร้อมทั้งสนับสนุนนมผสม และการตรวจเลือดในทารก (Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2014) นอกจากนี้ได้กำหนดแผนยุทธศาสตร์ในการแก้ไขปัญหาเอชไอวีเป้าหมายเท่ากับศูนย์ให้สำเร็จภายในปี พ.ศ.2559 (Getting to Zero) ซึ่งเป็นเป้าหมายหลักในการดำเนินการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกอย่างต่อเนื่อง (National Commission of Prevention and Resolve Problem National AIDS, 2012)

จากปัญหาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาสุขภาพด้านอนามัยแม่และเด็กที่สำคัญของประเทศ โดยเฉพาะผลกระทบต่อทารกอาจส่งผลให้ทารกมีน้ำหนักต่ำกว่าปกติ เกิดภาวะขาดออกซิเจน และการตายคลอดหรือการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของทารกแรกคลอดและความพิการทางสมองส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในอนาคต ดังนั้นจากสภาพปัญหาดังกล่าว บทควมวิชาการฉบับนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับความหมายของโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี, การดูแลหญิงติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์, ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อหญิงตั้งครรภ์ และผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำแนกออกเป็น 3 ประเด็น คือ 1) การเจริญเติบโตและน้ำหนักทารกแรกคลอด 2) ภาวะขาดออกซิเจนในทารก และ 3) การตายคลอดและการคลอดก่อนกำหนดเพื่อนำผลที่ได้จากการทบทวนวรรณกรรมไปใช้ประโยชน์ในการวางแผน การส่งเสริม และการดูแลรักษากลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีให้มีประสิทธิภาพสูงสุด ใช้เป็นแนวทางกำหนดนโยบายของผู้บริหารและเป็นแนวทางในการทำงานของบุคลากรที่เกี่ยวข้อง เพื่อส่งเสริมและพัฒนาคุณภาพชีวิตของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกให้คลอดอย่างปลอดภัย มีสุขภาพร่างกายแข็งแรงสมบูรณ์ และไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน ต่อไป

ผลการทบทวนวรรณกรรม

จากการทบทวนวรรณกรรมผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีครั้งนี้ ผลการทบทวนวรรณกรรมจำแนกออกเป็น 4 ประเด็น ดังนี้ 1) ความหมายของโรคเอดส์และการติด



เชื้อเอชไอวี 2) การดูแลหญิงติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ 3) ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อหญิงตั้งครรภ์ และ 4) ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งนำเสนอผลการทบทวนวรรณกรรม ดังนี้

1. ความหมายของโรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี

โรคเอดส์ (Acquired Immune Deficiency Syndrome: AIDS) เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องหลังจากร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวี (Human immunodeficiency virus: HIV) ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะเสียชีวิตด้วยการติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) หรือกลุ่มอาการเจ็บป่วยที่เกิดขึ้น (World Health Organization, 2008) เนื่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวี จะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว (T - Helper Cell) ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้ลดน้อยลงและทำให้ติดเชื้อได้ง่าย ได้แก่ วัณโรคปอดหรือต่อมน้ำเหลือง เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา โรคผิวหนังบางชนิด มะเร็ง โดยผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการป่วยแทรกซ้อนของโรคดังกล่าวและเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต (Promsin, 2014)

สำหรับเชื้อเอชไอวี เป็นเชื้อไวรัสที่ออกฤทธิ์ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย ซึ่งเป็นสาเหตุที่ทำให้เกิดการเจ็บป่วยตามระบบต่าง ๆ หรืออาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง เชื้อไวรัสสามารถแบ่งตัวในเซลล์ต่าง ๆ ในร่างกายมนุษย์ เช่น เซลล์เม็ดเลือดขาว เซลล์สมอง เมื่อมีการติดเชื้อร่างกายจะสร้างภูมิคุ้มกัน (Antibody) เพื่อต่อต้านเชื้อไวรัส ในกรณีการติดเชื้อเอชไอวีร่างกายไม่สามารถกำจัดให้หมดไปได้ เนื่องจากเชื้อแพร่กระจายและทำลายเม็ดเลือดขาวอย่างรวดเร็ว ทำให้การควบคุมระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง การติดเชื้อเอชไอวีสามารถทำให้เกิดโรคในคนเท่านั้น ไม่สามารถติดต่อหรือเกิดโรคในสัตว์ และไม่สามารถทนต่อสภาพแวดล้อมภายนอกได้ (Promsin, 2014) การแพร่กระจายของเชื้อเอชไอวีสามารถแพร่เข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง คือ การมีเพศสัมพันธ์ การติดต่อทางกระแสเลือด และแม่สู่ลูก (Thaneephanitsakul, Intaraprasoet & Phattrachai, 1998)

โดยสรุป ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องหลังจากร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวี ทำให้การควบคุมระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายลดลง ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีป่วยด้วยการติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งเชื้อเอชไอวีสามารถแพร่กระจายเข้าสู่ร่างกายได้ 3 ทาง คือ การมีเพศสัมพันธ์ การติดต่อทางกระแสเลือด และจากแม่สู่ลูก โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ยังคงเป็นปัญหาการแพทย์และสาธารณสุขที่สำคัญ การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเกิดขึ้นได้ 3 ระยะ คือ ระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด ส่งผลกระทบต่อทารกในระยะยาว อาจส่งผลให้เกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิต

2. การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์

สำหรับการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (Department of Health, Ministry of Public Health, 2010) มีบทบาทหน้าที่ในการสนับสนุนให้สถานบริการสาธารณสุขทั่วประเทศดำเนินการในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ซึ่งหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับคำปรึกษาเกี่ยวกับทางเลือกในการมีบุตร เพื่อลดอัตราเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารก ภาวะแทรกซ้อน และการได้รับยาต้านไวรัสที่เหมาะสม พร้อมทั้งการส่งต่อเพื่อการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอด เพื่อให้มารดามีสุขภาพดี มีภูมิคุ้มกันสามารถลดจำนวนเชื้อไวรัส และลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก (Loedcheewakan, 2011) จากการทบทวนวรรณกรรมที่เกี่ยวข้องกับการศึกษาครั้งนี้สามารถจำแนกการดูแลหญิงตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ ดังนี้

2.1 การได้รับยาต้านไวรัส

ยาต้านไวรัส (Antiretroviral) เป็นปัจจัยสำคัญในการรักษาผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งช่วยในการยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อเอชไอวี ทำให้มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น ลดการติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้ผู้ติดเชื้อหรือผู้ป่วยมีชีวิตยืนยาวและแข็งแรงเทียบเคียงกับคนปกติ ดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข และลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อให้แก่ผู้อื่น โดยเฉพาะการลดการแพร่เชื้อสู่ทารกในครรภ์ (National Health Security Office, 2016)

สำหรับการได้รับยาต้านไวรัส จากการศึกษาในจังหวัดตรัง พบว่า การรักษาด้วยยาต้านไวรัสสามารถยับยั้งกระบวนการเพิ่มขึ้นของเชื้อเอชไอวีในร่างกาย และช่วยควบคุมจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวีไม่ให้ทำลายภูมิคุ้มกันโรค ทำให้มีระดับภูมิคุ้มกัน (CD4) สูงขึ้น และระดับเชื้อไวรัสเอชไอวี (Viral Load) ในกระแสเลือดลดลง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีภูมิคุ้มกันโรคเพิ่มขึ้น ลดการติดเชื้อฉวยโอกาส และมีสุขภาพแข็งแรงขึ้น (Duangngam, Kochapakdee & Chaimay, 2012) ส่วนการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศเปอร์โตริโก พบว่า การได้รับยาต้านไวรัสมีความสัมพันธ์ต่อการติดเชื้อเอชไอวีชนิดที่ 1 (HIV Type 1) สามารถลดความเสี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกประมาณ 2 เท่า (OR=1.90, 95% CI=1.14 - 3.16) (Sheldon, Leslie, David, Howard, Harold, Carmen, et al, 1996) สำหรับในประเทศไทย ศึกษาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ของโรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา พบว่า มีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกร้อยละ 4.70 และพบได้น้อยมากในกลุ่มได้รับยาต้านไวรัส (ร้อยละ 3.33) เมื่อเปรียบเทียบกับกลุ่มที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส (ร้อยละ 10.34) (Intharasukum, 2008)

สำหรับยาต้านไวรัสมีปฏิกิริยากับยาหลายชนิด เนื่องจากยาบางชนิด เช่น ยากลุ่ม NNRTIs และ PLs จะถูกเมตาบอลิซึมที่ตับผ่าน CYP450 โดยเฉพาะ CYP3A4 Isoenzyme อาจทำให้เกิดอาการรุนแรงมากขึ้นจนถึงขั้นเสียชีวิตได้ และยาบางชนิดทำให้ประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสลดลง ทำให้การรักษาล้มเหลวได้ เช่น ยากลุ่ม Rifampicin จะลดระดับยาต้านไวรัสกลุ่ม NNRTIs และ PLs ทุกชนิด ดังนั้นจึงควรพึงระวังปฏิกิริยาระหว่างยา แบ่งออกเป็น 2 รูปแบบ คือ 1) CYP Inducer ยาชนิดนี้จะไปกระตุ้นให้ CYP450 ทำงานมากขึ้น ทำให้ไปลดระดับของยาอีกชนิดที่ต้องถูกเมตาบอลิซึมที่ตับโดย CYP450 มีระดับต่ำลง และ 2) CYP Inhibitor ยาชนิดนี้จะทำให้ CYP450 ทำงานได้ลดลง ทำให้ระดับของยาอีกชนิดที่ใช้ร่วมกันที่ถูกเมตาบอลิซึมที่ตับโดย CYP450 มีระดับสูงขึ้น (The Center for the Development of Antiretroviral Drug Services for HIV/AIDS Patients in Thailand Department of Disease Control, Ministry of Public Health, 2010) สำหรับประสิทธิภาพของการใช้ยาต้านไวรัสในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ทารก พบว่า สูตรยาที่มีประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ได้แก่ การได้รับ Lopinavir/ritonavir (LPV/r) หรือ Abacavir (ABC) ร่วมกับ Zidovudine (AZT) และ Lamivudine (3TC) ในระยะตั้งครรภ์ หรือการได้รับ AZT ในระยะตั้งครรภ์ร่วมกับการได้รับ AZT และ Single Dose Nevirapine (sdNVP) ในระยะคลอด โดยให้ AZT และ sdNVP ในทารกด้วย สำหรับการได้รับ AZT ทั้งในระยะตั้งครรภ์ ระยะคลอด และระยะหลังคลอด การเริ่มในระยะตั้งครรภ์ที่แตกต่าง พบว่า ประสิทธิภาพในการเริ่มยาที่อายุครรภ์ 28 หรือ 35 สัปดาห์ มีประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกไม่แตกต่างกัน ส่วนการได้รับ AZT 3TC NVP ร่วมกัน ในมารดา ระยะคลอดต่อเนื่องนาน 28 สัปดาห์ และการได้รับ NVP นาน 28 สัปดาห์ ในทารก ระยะหลังคลอด



มีประสิทธิภาพในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกไม่แตกต่างกันเนื่องจากช่วยกดปริมาณเชื้อเอชไอวี (Viral Load) ในน้ำนมและในเลือดได้ ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของประเทศไทย ปี 2553 แต่อย่างไรก็ตาม จากการติดตามผลการใช้ยาในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกพบรายงานการเกิดอาการข้างเคียงมากที่สุด คือ ภาวะโลหิตจาง (Anemia) จากการได้รับยา AZT ทั้งในมารดาและทารก และมีรายงานการเกิดภาวะภูมิไวเกิน (Hypersensitivity) ในทารกที่ได้รับยา NPV นอกจากนี้ควรมีการติดตามอาการข้างเคียงจากการใช้ยา NPV ได้แก่ มีไข้ (Fever), ตับอักเสบ (Hepatitis), ปวดข้อ (Arthralgias) หรือ ปวดกล้ามเนื้อ (Myalgias) ร่วมด้วย (Phimarn, Waleekachonloet, Saengsuwan, Phakadaeng, Neerapan & Jantaphak, 2013)

จากการศึกษาผลกระทบจากการใช้ยา พบว่า การดำเนินของโรคในทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่คลอด หากทารกไม่ได้รับยาต้านไวรัส มีอัตราการตายร้อยละ 2.19/100 คน/เดือน และมีสัดส่วนความเสี่ยงต่อการตายสูงกว่าทารกที่ได้รับยาต้านไวรัสประมาณ 55 เท่า ($p\text{-value}=0.011$) (Preedisripipat, Maneerat, Yodsuwan & Hansudewechakul, 2010) นอกจากนี้ การติดตามผลการใช้ยาต้านไวรัสในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก พบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกเท่ากับร้อยละ 3.80 และประมาณ 1 ใน 3 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีอาการไม่พึงประสงค์จากการใช้ยา (ร้อยละ 41.18) (Saothong & Yukhong, 2013)

2.2 การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก กระทรวงสาธารณสุขได้มีแนวทางในการดำเนินการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยจัดให้มีบริการให้คำปรึกษาแนะนำ และการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ที่มารับบริการฝากครรภ์ และแนะนำให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีงดการให้ทารกดื่มนมแม่และการให้ยาด้านไวรัสที่เหมาะสม ซึ่งทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อมีประมาณร้อยละ 25 - 40 (Department of Health, Ministry of Public Health, 2010)

จากการศึกษามารดาให้นมบุตรในประเทศซาอุดี พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกในระยะคลอดร้อยละ 6 ความเสี่ยงจะเพิ่มสูงขึ้นในช่วงหลังคลอดตอนต้น (0 - 2 วัน) เป็นร้อยละ 18 และลดลงในช่วงหลังคลอดตอนปลาย (3-5 เดือน) เป็นร้อยละ 4 (Jeanne, Michael, Robert, Phillip, Munkolenkole, Christopher et al. (1996) สำหรับประเทศไทย ศึกษาการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีในพื้นที่ภาคตะวันออก พบว่า อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีเท่ากับร้อยละ 5.20 (Aonthuang, Limsakunsirisat & Teyasing, 2008) ขณะที่การศึกษาดำเนินโรคของผู้ป่วยเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาที่คลอดในโรงพยาบาลเชิงรายประจักษ์เคราะห์ พบว่า ทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและที่ได้รับนมแม่มีความเสี่ยงต่อการตายสูงประมาณ 11 เท่า ($RR = 11.15$, $95\% CI = 2.37 - 55.40$) โดยทารกที่ได้รับนมแม่มีอัตราการตายสูงเท่ากับร้อยละ 3.68/100 คน/เดือน (Preedisripipat, Maneerat, Yodsuwan & Hansudewechakul, 2010) ในส่วนของการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิภาพของการใช้ยาต้านไวรัสในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก สอดคล้องกับการทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบ (Systematic Review) ที่พบว่าการเลี้ยงลูกด้วยนมแม่เป็นหนึ่งใน 4 ปัจจัยหลักที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อ ได้แก่ 1) ปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด (Viral Load) 2) ปริมาณเม็ดเลือดขาว

(CD4: Cluster of Differentiation) 3) การเลี้ยงทารกด้วยนมแม่ และ 4) ระยะของการเจ็บครรภ์จนกระทั่งคลอด (Phimarn, Waleekachonloet, Saengsuwan, Phakadaeng, Neerapan & Jantaphak, 2013)

โดยสรุป การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีเป้าหมายให้สามารถดำรงชีวิตอย่างมีความสุขและมีคุณภาพชีวิตที่ดี ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรให้บริการดูแลรักษาอย่างครบถ้วนและต่อเนื่อง โดยครอบคลุมไปถึงการดูแลทางการแพทย์และการพยาบาล ควรเน้นการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์และลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสม ได้รับการรักษาหรือป้องกันด้วยยาต้านไวรัสตลอดระยะเวลาการตั้งครรภ์ ระยะคลอด และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอดทั้งแม่และลูก ตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุขในการดำเนินการป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกคลอดอย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีชีวิตยืนยาวสุขภาพแข็งแรงเทียบเคียงกับคนปกติ

3. ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อหญิงตั้งครรภ์

สำหรับผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อหญิงตั้งครรภ์ มีโอกาสเกิดภาวะหรือโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลาย ส่งผลกระทบต่อคุณภาพชีวิตของผู้ติดเชื้อ (Rakhab, Thaniwattananon, Nilmanut & Apichato, 2007) ถึงแม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาโรคเอดส์ด้วยยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีวิธีการใดที่จะรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ผู้ป่วยจำนวนไม่น้อยยังต้องเผชิญกับความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงรูปแบบการดำเนินชีวิต โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ (Kaewdang & Rachaniyom, 2015) ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมครั้งนี้ ผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อหญิงตั้งครรภ์ประกอบด้วย 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ มีรายละเอียดดังนี้

3.1 ผลกระทบด้านร่างกาย

ในส่วนของผลกระทบด้านร่างกาย เกิดจากการเสื่อมสภาพของอวัยวะต่าง ๆ หรือจากการติดเชื้อฉวยโอกาสที่เกิดจากเชื้อหลายชนิดในเวลาเดียวกัน เกิดความทุกข์ทรมานจากความเจ็บป่วย เมื่อร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวีจะมีลักษณะทางคลินิกตั้งแต่เริ่มการติดเชื้อ อาการที่พบบ่อยในระยะนี้ คือ ไข้ คออักเสบ ปวดเมื่อย กล้ามเนื้อ อ่อนเพลีย ผื่นแดง ต่อมมน้ำเหลืองโต บางรายอาจมีอาการท้องเสีย อาการทางคลินิกทั้งหมดสามารถหายเองได้ ระยะนี้จำนวนเม็ดเลือดขาวและภูมิคุ้มกัน (CD4) มักลดต่ำลงเล็กน้อย แต่ส่วนใหญ่ยังมีจำนวนมากกว่า 500 cells/mm³ (Sahaikaen, 2008) ในขณะที่คนทั่วไปที่มีภูมิคุ้มกันปกติจะมีจำนวนภูมิคุ้มกัน (CD4) ประมาณ 500 – 13,000 cells/mm³ (Department of Health, Ministry of Public Health, 2010) เวลาตั้งแต่เริ่มติดเชื้อจนกระทั่งเริ่มแสดงอาการเฉียบพลันใช้เวลาประมาณ 1-3 สัปดาห์ ในระยะนี้ผลการตรวจเลือดหาแอนติบอดีต่อเชื้อเอชไอวีมักให้ผลลบ เนื่องจากเป็นช่วงที่ร่างกายยังไม่สร้างภูมิคุ้มกัน หลังจากอาการติดเชื้อในระยะเริ่มต้น ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่จะอยู่ในสภาพที่ไม่แสดงอาการ แต่ยังคงมีการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวีในอัตราที่สูง และภูมิคุ้มกันจะถูกทำลายอย่างต่อเนื่องและทวีรุนแรงขึ้น (Sahaikaen, 2008)

โดยสรุป การดูแลด้านร่างกายนับเป็นการดูแลพื้นฐานที่สำคัญในการดำรงชีวิตของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ โดยพฤติกรรมมารดาตนเองที่จำเป็น ได้แก่ การรับประทานอาหาร การรับประทานยาต้านไวรัส การออกกำลังกาย ซึ่งมีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพแข็งแรง ระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น และป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขพึงให้การดูแล



ผู้ติดเชื้อเอชไอวีในเรื่องต่าง ๆ ดังนี้ การให้อาหารและน้ำ, การให้ยา, การบรรเทาความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมาน, การดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม, การออกกำลังกาย, การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัว, การป้องกันภาวะแทรกซ้อน, การป้องกันอุบัติเหตุ, การฟื้นฟูสภาพ และการส่งเสริมให้ทำกิจกรรมต่าง ๆ ด้วยตนเอง

3.2 ผลกระทบด้านจิตใจ

ในส่วนของผลกระทบด้านจิตใจ มีความซับซ้อนและเปลี่ยนแปลงตลอดเวลาเป็นวิกฤตของชีวิต อันก่อให้เกิดความเครียดเรื้อรังสำหรับสภาพจิตใจและอารมณ์ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี รู้สึกหวาดกลัวต่อความรุนแรงของโรค วิตกกังวล ซึมเศร้า สูญเสียพลังอำนาจในการควบคุมตนเอง รวมทั้งไม่สามารถคาดการณ์สิ่งที่จะเกิดจากการคุกคามของโรคต่อร่างกายและชีวิตในอนาคต (Rakhab, Thaniwattananon, Nilmanut & Apichato, 2007) มีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เนื่องจากสภาพจิตใจที่วิตกกังวล สับสน พุ้งน้าว เครียด หวาดระแวงต่อสังคมทำให้วิถีชีวิตเปลี่ยนไป เช่น ในกรณีที่ผู้ติดเชื้อรู้สึกท้อแท้ต่อการรับประทานยาต้านไวรัส ก็จะทำให้รับประทานยาไม่เป็นไปตามแผนการรักษา ซึ่งเพิ่มโอกาสในการดื้อยาและส่งผลให้การรักษาล้มเหลวในที่สุด (Jitrakool, 2012) จากการศึกษาของ Duangngam, Kochapakdee & Chaimay (2012) พบว่า “ผู้ป่วยเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตด้านจิตใจต่ำกว่าด้านอื่น ๆ โดยจะมีความเครียดตั้งแต่เริ่มตรวจพบเชื้อเอชไอวีไปจนตลอดชีวิต มีความวิตกกังวล ในรายที่วิตกกังวลมากมักจะกลัวว่าจะแพร่เชื้อสู่บุคคลที่รัก กลัวถูกปฏิเสธ กลัวขาดรายได้เนื่องจากไม่งานทำ จึงมักมีอาการท้อแท้ ซึมเศร้า หมดหวังในชีวิต ย้ำคิดย้ำทำ ทั้งนี้ความวิตกกังวลจะเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของอาการ ผลการวินิจฉัยโรค การรักษา และผลการรักษา”

โดยสรุป สภาพจิตใจของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีผลต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ซึ่งการบูรณาการการดูแลด้านจิตใจเข้ากับการดูแลด้านร่างกายสามารถช่วยเพิ่มคุณภาพการบริการดูแลด้านจิตใจ ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรเปิดโอกาสให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้แสดงความคิดเห็น ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรคและการรักษา ให้มีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาที่จะได้รับ ช่วยประคับประคองด้านจิตใจ ช่วยรักษาความลับ มีการสัมผัสผู้ติดเชื้อเอชไอวีอย่างเหมาะสม สร้างความไว้วางใจและความเชื่อถือให้เกิดขึ้น และเจ้าหน้าที่ควรมีการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ยอมรับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ประคับประคองเมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะท้อแท้ สิ้นหวัง ซึมเศร้า สูญเสียคุณค่าในตัวเอง คอยปลอบโยน ให้กำลังใจ สนับสนุนให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม กระตุ้นให้ระบายความรู้สึกที่แท้จริงออกมา สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และช่วยลดความวิตกกังวล

3.3 ผลกระทบด้านสังคม

ในส่วนของผลกระทบด้านสังคม ปัจจุบันการให้ความหมายการเจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์เป็นการตีตราจากสังคมว่าเป็นโรคที่น่ารังเกียจ น่ากลัว และเกิดจากกลุ่มที่มีพฤติกรรมเบี่ยงเบนไปจากสังคม ทำให้ประชาชนเกิดความตื่นกลัวต่อต้านจนกลายเป็นตราบาป ปัญหาเหล่านี้ก่อให้เกิดความตึงเครียดและวิกฤติของครอบครัว แม้ว่าในปัจจุบันมีการยอมรับทางสังคมมากขึ้น แต่ก็ยังมีประชาชนบางกลุ่มยังไม่ยอมรับ ซึ่งเป็นสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ติดเชื้อขาดความช่วยเหลือ และความหวังจากบุคคลในครอบครัวและชุมชน (Rakhab, Thaniwattananon, Nilmanut & Apichato, 2007) จากการศึกษาของ Jitrakool (2012) พบว่า “ปัจจัยด้านสังคมมีความสัมพันธ์ต่อการดูแลตนเองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยพบว่า ความสามารถในการดูแลตนเอง

อยู่ในระดับต่ำ ($Mean \pm SD = 1.53 \pm 0.63$) และผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีฐานะยากจน เนื่องจากต้องออกจากโรงเรียนหรือออกจากงานก่อนกำหนด ทำให้ขาดรายได้ที่แน่นอน เป็นอุปสรรคในการดูแลตนเอง ขาดโอกาสในการแสวงหาสิ่งที่ดีในการดูแลตนเองจากครอบครัวและสังคม”

โดยสรุป นอกจากการติดเชื้อเอชไอวีจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้ว ยังส่งผลกระทบต่อสังคม โดยเฉพาะอย่างยิ่งต่อครอบครัว ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์บางรายประสบปัญหาความขัดแย้งในครอบครัว เช่น การถูกสามีทอดทิ้ง และยังส่งผลกระทบต่อญาติผู้ดูแล มีพฤติกรรมที่แสดงออกว่ารังเกียจ ไม่ยอมรับ หลีกเลียง และปฏิเสธที่จะอยู่ร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวีและครอบครัว ในคู่สมรสบางรายที่ตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์อาจตัดสินใจทำแท้ง ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชนตระหนักถึงคุณค่าของผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น ให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวและชุมชน อีกทั้งควรส่งเสริมการประกอบอาชีพที่เหมาะสมโดยประสานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

3.4 ผลกระทบด้านจิตวิญญาณ

สำหรับผลกระทบด้านจิตวิญญาณ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด ไม่มีผู้ให้การช่วยเหลือ ไร้คุณค่า หมดความสำคัญ (Rakhab, Thaniwattananon, Nilmanut & Apichato, 2007) การที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวีรับทราบว่าตนเองติดเชื้อและต้องเผชิญกับปัญหาต่าง ๆ ที่คุกคามชีวิต ซึ่งเป็นปัญหาที่สำคัญที่ต้องแก้ไข นอกจากผลกระทบที่เกิดจากการติดเชื้อ และการมีสุขภาพที่ไม่ดีแล้ว ความวิตกกังวล การสูญเสียสัมพันธภาพระหว่างบุคคล การถูกปฏิเสธจากสังคม การสูญเสียหน้าที่การงาน ยังคงเป็นผลกระทบต่อการใช้ชีวิต ความหวัง ความเป็นตัวตน และคุณค่าของตนเอง ซึ่งเปรียบเสมือนจิตวิญญาณของผู้ติดเชื้อเอชไอวี (Sahaikaen, 2008) สำหรับการศึกษาในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ พบว่า ความเป็นบุคคล ความตระหนักคุณค่าของตนเอง ความหมายของการมีชีวิตลดลง ซึ่งผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกคนมีความปรารถนาที่จะได้รับความรัก การยอมรับ ความมีคุณค่าในตนเอง ศักดิ์ศรีแห่งความเป็นมนุษย์ จากบุคคลที่รักหรือที่ตนเองนับถือ เพื่อบรรเทาความทุกข์ทรมานด้านจิตวิญญาณ (Thongkhamrod, 1998)

โดยสรุป ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักมีความเข้มแข็งทางจิตใจลดลง ทำให้เปลี่ยนความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยว หรือสิ่งที่คิดว่ามีคุณค่าต่อตนเอง ผู้ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงความเชื่อด้านจิตวิญญาณ ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มีสาเหตุมาจากความทันทนในการใช้ยาเพื่อการฟื้นฟูสภาพ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีบางรายคิดว่าการป่วยเป็นโรคเอดส์เป็นเพราะเวรกรรมหรือการใช้อำนาจทางไสยศาสตร์ บางรายที่ไม่เคยนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ก็อาจเปลี่ยนมานับถือเพื่อแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางใจ บางรายเสื่อมความนับถือในสิ่งที่เคยยึดเหนี่ยว เนื่องจากคิดว่าสิ่งนั้นไม่ได้ช่วยเหลือนตนให้พ้นจากโรค ดังนั้น เจ้าหน้าที่สาธารณสุขควรดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีโดยการช่วยตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ซึ่งความเชื่อทางจิตวิญญาณนับว่าเป็นสิ่งที่มีอิทธิพลต่อชีวิต และมีบทบาทต่อความสามารถในการแก้ปัญหาของตนเอง ทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

จากการทบทวนวรรณกรรมถึงผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีต่อหญิงตั้งครรภ์ทั้ง 4 ด้าน คือ ด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ จะเห็นได้ว่าหากผู้ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการดูแลแบบองค์รวม จะทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีร่างกายที่แข็งแรง มีจิตใจที่เข้มแข็ง มีอารมณ์อันมั่นคง ได้รับการยอมรับของครอบครัวและชุมชน และตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีอายุยืนยาวขึ้น สามารถเผชิญ



ปัญหาและอุปสรรคต่าง ๆ ได้อย่างเหมาะสม รู้สึกว่าตนเองมีคุณค่า สามารถดำเนินชีวิตอยู่ในสังคมได้อย่างมีความสุขและผาสุก

4. ผลลัพธ์ด้านสุขภาพของทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

4.1 การเจริญเติบโตและน้ำหนักทารกแรกคลอด

การเจริญเติบโตและน้ำหนักทารกแรกคลอด เป็นเครื่องบ่งชี้การเจริญเติบโตและความสมบูรณ์ของทารก สะท้อนให้เห็นถึงปัญหาสุขภาพของมารดา และเป็นตัวชี้วัดโอกาสการรอดชีวิตของทารก (Aidsaranurak, 2006)

สำหรับ “ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ (Intrauterine Growth Restriction หรือ Intrauterine Growth Retardation) หมายถึง การที่ทารกในครรภ์ไม่สามารถเจริญเติบโตได้เต็มศักยภาพ สาเหตุเกิดจาก มารดามีโรคประจำตัว การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ มารดาขาดสารอาหาร มารดามีน้ำหนักน้อย ครรภ์แฝด โครโมโซมผิดปกติ และทารกติดเชื้อมาตั้งแต่อยู่ในครรภ์ เป็นต้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อทารกถึงขั้นเสียชีวิตได้” (Kraipibun, 2016) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า ทารกในครรภ์ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความเสี่ยงต่อการเจริญเติบโตช้าในครรภ์ประมาณ 2 เท่า ($OR_{adj} = 1.70, 95\% CI = 1.10-2.80$) (Peter & Rebecca, 1998) สอดคล้องกับการศึกษาในประเทศอินเดีย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อความผิดปกติของการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ (ร้อยละ 10) (Valeriane, Joel, Marie, Andre, Anatolie, Philippe, et al, 1998) และการศึกษาของ Aekthamsud (2012) พบว่า “หากหญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อเอชไอวีในขณะที่ตั้งครรภ์จะส่งผลทำให้ทารกในครรภ์เจริญเติบโตช้า” นอกจากนี้ การศึกษาย้อนหลังเกี่ยวกับการเจริญเติบโตของทารกที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่คลอดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่แรกเกิดถึงอายุ 18 เดือน ในสถาบันสุขภาพเด็กแห่งชาติมหาราชินี พบว่า การที่หญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับการเจริญเติบโตของทารกอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ โดยพบว่า ทารกเพศชายมีความยาว และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เมื่ออายุ 9 เดือน ในขณะที่เพศหญิงมีความยาว และน้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์ เมื่ออายุ 2 และ 4 เดือน ตามลำดับ ทั้งเพศชาย และเพศหญิงมีเส้นรอบศีรษะต่ำกว่าเกณฑ์ เมื่ออายุ 9 เดือน (Krongyut, 2003) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาของ Erin, Tammy & Michael (2015) พบว่า “การที่หญิงตั้งครรภ์มีการติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์กับภาวะทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ ($p\text{-value} = 0.258$)”

ในส่วนของ “ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อย หมายถึง ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยกว่า 2,500 กรัม” (Aidsaranurak, 2006) ยังคงเป็นปัญหาสำคัญของงานอนามัยแม่และเด็ก ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่เกิดจากอายุของมารดาขณะตั้งครรภ์ อายุครรภ์เมื่อแรกคลอด ภาวะโภชนาการของมารดา การมีโรคประจำตัวในหญิงตั้งครรภ์ เป็นต้น สำหรับสถานการณ์ทารกแรกคลอดน้ำหนักน้อย ตั้งแต่ พ.ศ.2533-2555 พบว่า มีแนวโน้มลดลงไม่มากนัก โดยอยู่ที่ประมาณร้อยละ 8-9 ซึ่งในปี พ.ศ.2555 เป็นร้อยละ 8.4 ยังคงสูงกว่าเป้าหมายที่กระทรวงสาธารณสุขกำหนดไว้ในแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 7 (พ.ศ.2535-2539) ทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยไม่เกินร้อยละ 7 (Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health, 2014) เนื่องจากน้ำหนักทารกแรกคลอดนับเป็นต้นทุนที่สำคัญอย่างหนึ่งต่อการพัฒนาคุณภาพชีวิตของมนุษย์ โดยทารกที่มีน้ำหนักแรกคลอดน้อยมีความเสี่ยงต่อการตายปริกำเนิดการเจ็บป่วย ภาวะทุพโภชนาการ และพัฒนาการล่าช้า (Aidsaranurak, 2006) จากการศึกษาการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์กับการเกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักน้อย

ในจังหวัดบุรีรัมย์ ประเทศไทย, ประเทศซาอุดี, ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศเปอร์โตริโก, ประเทศวันดา, สหสาธารณรัฐแทนซาเนีย และประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์ต่อน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อยประมาณ 6, 2 และ 1.5 เท่า ตามลำดับ ($OR = 6.00$, 95% $CI = 1.80 - 2.00$), ($OR_{adj} = 5.70$, 95% $CI = 2.50 - 12.80$), ($OR = 1.86$, 95% $CI = 1.03 - 3.34$), ($RR = 1.80$, 95% $CI = 1.10 - 2.90$), ($OR = 2.40$, 95% $CI = 1.10 - 5.10$) และ ($OR_{adj} = 1.50$, 95% $CI = 1.00 - 2.40$) ตามลำดับ (Saetia, 2012; Madeline, Maya, Malanda, Frieda, Ann & Michael, 1999; Sheldon, Leslie, David, Howard, Harold, Carmen, et al, 1996; Valeriane, Joel, Marie, Andre, Anatolie, Philippe, et al, 1998; Siza, 2008; Peter & Rebecca, 1998) ส่วนการศึกษาในประเทศไนจีเรีย และจังหวัดชลบุรี ประเทศไทย พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับน้ำหนักแรกคลอด ($p\text{-value}=0.001$) (Onah, Obi, Agbata & Oguanuo, 2007; Petcharoen, 2008) ขณะเดียวกันการศึกษาของ Javier, Teinidad, Romana, Margarita, Maria, David & Vicente (2004) พบว่า “หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อทารกน้ำหนักแรกคลอดน้อยสูงกว่าหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวีในระดับฐานะทางเศรษฐกิจและสังคมเดียวกัน” นอกจากนี้ การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา, จังหวัดฉะเชิงเทรา, เชียงใหม่ และขอนแก่น ประเทศไทย พบว่า 1 ใน 5 ของทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย (ร้อยละ 27, 28, 22, 20, 22 ตามลำดับ) (Turner, Mckee, Silverman, Hauck, Fanning & Markson, 1996; Phillip, Rene, Monique & John, 2000; Wuttikamraksa, 1997; Intharasukum, 2008; Gomuttabut, 2008)

โดยสรุป การเจริญเติบโตช้าในครรภ์และน้ำหนักทารกแรกคลอดน้อย อาจเนื่องมาจากเชื้อไวรัสเอชไอวีในมารดาจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว (T-Helper Cell) ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคให้ลดน้อยลงและติดเชื้อฉวยโอกาส อาจทำให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีมีสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรงสมบูรณ์ และน้ำหนักตัวลดลงส่งผลให้ทารกเจริญเติบโตช้าในครรภ์ และมีน้ำหนักแรกคลอดน้อยในอัตราที่สูงถึง 2 เท่า นอกจากนี้ อาจเกิดจากปัจจัยด้านชีววิทยา การอนามัยเจริญพันธุ์ และปัจจัยทางประชากรร่วมด้วย ซึ่งทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีภาวะเสี่ยงต่อภาวะทุพโภชนาการ พัฒนาการล่าช้า และการตายปริกำเนิดในช่วงขวบปีแรก

4.2 ภาวะขาดออกซิเจนในทารก

ภาวะขาดออกซิเจนในทารก (Birth Asphexia) เป็นภาวะที่เลือดขาดออกซิเจน (Hypoxia) คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง (Hypercapnia) และเลือดเป็นกรดจากเมตาบอลิซึม เป็นปัจจัยสำคัญต่อทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งมีความเสี่ยง (Metabolic Acidosis) เกิดขึ้นได้ระหว่างการคลอด และเป็นสาเหตุของการเสียชีวิต ความพิการทางด้านสมอง อีกทั้งยังส่งผลกระทบต่อทารกเจริญเติบโตของทารกในอนาคต (Srisod, Lhakammee, Ridthisin, Pekthong & Choojai, 2013) จากการศึกษาในประเทศไนจีเรีย ชนิด Retrospective Case - Control Study พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับภาวะขาดออกซิเจนในทารก ($p\text{-value}=0.004$) (Onah, Obi, Agbata & Oguanuo, 2007) ในขณะที่มีการศึกษาชนิดย้อนหลังในประเทศไทย โรงพยาบาลขอนแก่น พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารก ซึ่งมีค่าคะแนน Apgar Score แรกเกิดที่ 1 นาที น้อยกว่าหรือเท่ากับ 7 ร้อยละ 8.70 โดยพบว่า Apgar Score 0 - 4 เท่ากับร้อยละ 2.50 (Wuttikamraksa, 1997) นอกจากนี้ การศึกษาปัจจัย



ที่เพิ่มโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกเกิด โรงพยาบาลแพร์ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกประมาณ 6 เท่า ($OR=6.01$, 95% $CI=2.21-16.35$) (Srisod, Lhakammee, Ridthisin, Pekthong & Choojai, 2013) ขณะเดียวกันการศึกษากการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกร้อยละ 10 (Intharasukum, 2008) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกาพบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์กับการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารก ($p\text{-value} = 0.946$) (Erin, Tammy & Michael, 2015)

โดยสรุป ภาวะขาดออกซิเจนในทารก มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดภาวะขาดออกซิเจนในทารกแรกคลอด ส่งผลให้ทารกเจริญเติบโตช้าและเกิดภาวะแทรกซ้อนของระบบทางเดินหายใจ ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทารกมีภาวะเลือดขาดออกซิเจน คาร์บอนไดออกไซด์คั่ง และเลือดเป็นกรดจากเมตาบอลิซึม ส่งผลให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนและการแลกเปลี่ยนก๊าซไม่เพียงพอ ส่วนใหญ่เกิดขึ้นขณะอยู่ในครรภ์ หรือระยะหลังคลอด ในช่วงแรกทารกจะปรับตัวโดยการหายใจเร็วขึ้น หากภาวะขาดออกซิเจนยังดำเนินต่อไปเรื่อย ๆ ทารกจะหายใจช้าลงและเข้าสู่ภาวะหยุดหายใจ จะส่งผลให้การไหลเวียนของเลือดจากอวัยวะสำคัญน้อยลง ส่งผลกระทบต่อการตายปริกำเนิดและพัฒนาการทางสมองล่าช้า

4.3 การตายคลอดและการคลอดก่อนกำหนด

การตายคลอดและการคลอดก่อนกำหนด เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขด้านอนามัยแม่ และเด็ก เป็นดัชนีบ่งชี้ถึงสภาวะสุขภาพของมารดาและทารก และเป็นตัวชี้วัดความสูญเสียทางการเจริญพันธุ์ อีกทั้งยังเป็นตัววัดระดับการศึกษา สภาพสังคม และสะท้อนให้เห็นถึงมาตรฐานการดูแล และการบริการด้านสาธารณสุข ตลอดจนการพัฒนาด้านเศรษฐกิจของประเทศ สาเหตุอาจเกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี หรือจากสาเหตุอื่น ๆ เช่น การตั้งครรภ์ขณะเป็นวัยรุ่นหรืออายุมาก การดื่มสุรา การสูบบุหรี่ การใช้สารเสพติดหรือยา มีประวัติการคลอดก่อนกำหนด เป็นต้น อาจส่งผลให้ทารกมีสุขภาพไม่สมบูรณ์แข็งแรง มีการเจริญเติบโตไม่เต็มที่ พัฒนาการล่าช้า เกิดภาวะทุพพลภาพ และเสียชีวิต (Udomkitti, 2011)

ในส่วนของ “การตายคลอด (Fetal Death/Stillbirth) คือ การเสียชีวิตของทารกก่อนการคลอด จะเสร็จสมบูรณ์ เด็กที่คลอดออกมาต้องไม่หายใจ ไม่แสดงลักษณะใด ๆ ว่ายังมีชีวิต เช่น ไม่มีการเต้นของหัวใจ คลำชีพจรที่สายสะดือไม่ได้ ไม่มีการเคลื่อนไหวของแขนขา ลำตัวหรือศีรษะ” (Treratvirapong, Boonma & Wuthikamolchai, 2006) จากการศึกษาของ Peter & Rebecca (1998) พบว่า “ทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อการตายคลอดประมาณ 4 เท่า ($OR = 3.69$, 95% $CI = 3.03 - 4.49$)” และการศึกษาในประเทศรวันดา พบว่า ทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อการตายคลอดร้อยละ 1.20 (Valeriane, Joel, Marie, Andre, Anatolie, Philippe, et al, 1998) เช่นเดียวกับการศึกษากการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ โรงพยาบาลเมืองฉะเชิงเทรา พบว่า ทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อการตายปริกำเนิดร้อยละ 3.30 (Intharasukum, 2008)

สำหรับ “การคลอดก่อนกำหนด (Conditions Associated with Preterm Birth or Immaturity) คือ ทารกเกิดมีชีพที่มีอายุครรภ์ต่ำกว่า 37 สัปดาห์ หรือมีน้ำหนักแรกเกิดน้อยกว่า 1,000 กรัม โดยไม่คำนึงถึงเวลาที่ตายหลังคลอด” (Treratvirapong, Boonma & Wuthikamolchai, 2006) ทั้งนี้พบอุบัติการณ์การคลอด

ก่อนกำหนดประมาณร้อยละ 5-15 ของการคลอด เป็นสาเหตุการตายร้อยละ 75-80 ของอัตราตายของทารกแรกเกิด (Udomkitti, 2011) จากการศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดร้อยละ 23 (Turner, Mckee, Silverman, Hauck, Fanning & Markson, 1996) ขณะที่การศึกษาในประเทศวันดา ประเทศสหรัฐอเมริกาและประเทศเปอร์โตริโก พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสเสี่ยงต่อการคลอดก่อนกำหนดประมาณ 2 เท่า ($RR=1.80$, 95% $CI=1.20-2.80$) และ ($RR=1.61$, 95% $CI=1.10-2.33$) ตามลำดับ เมื่อเทียบกับหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี (Valeriane, et al, 1998; Sheldon, Leslie, David, Howard, Harold, Carmen, et al, 1996) นอกจากนี้ การศึกษาในจังหวัดแพร่ พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนดประมาณ 3 เท่า ($OR=2.95$, 95% $CI=1.09-7.98$) (Srisod, Lhakammee, Ridthisin, Pekthong & Choojai, 2013) แต่อย่างไรก็ตาม การศึกษาในประเทศสหรัฐอเมริกา พบว่า หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีความสัมพันธ์กับการคลอดก่อนกำหนด ($p\text{-value}=0.073$) (Erin, Tammy & Michael, 2015)

โดยสรุป การตายคลอดและการคลอดก่อนกำหนด เป็นความผิดปกติทางสูติกรรม ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ทารกเสียชีวิตและมีความพิการสูง ทั้งนี้อาจเนื่องมาจากทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีอาจมีอวัยวะต่าง ๆ ของร่างกายเจริญเติบโตไม่สมบูรณ์ เกิดความผิดปกติทางโครโมโซม ซึ่งทารกกลุ่มนี้ส่วนใหญ่จะเป็นทารกที่มีการตั้งครรภ์สิ้นสุดที่อายุครรภ์ประมาณ 32-33 สัปดาห์ โดยเฉพาะทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีการเจริญเติบโตตามช่วงอายุครรภ์ไม่เต็มที่ ส่งผลให้พัฒนาการทางด้านร่างกายไม่สมบูรณ์ ทำให้มีปัญหาในการหายใจ (ร้อยละ 37-65) เลือดออกในสมอง (ร้อยละ 2-4) ติดเชื้อ (ร้อยละ 14-25) และสมองอาจมีความพิการมีผลต่อการดูแลทารกในระยะยาว นอกจากนี้ทารกมีโอกาสต่อการตายสูงถึง 3 เท่า และยังพบว่า 2 ใน 3 ของทารกแรกคลอดเสียชีวิตในช่วงเดือนแรกของการคลอด

สรุป

ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือโรคเอดส์ เป็นกลุ่มอาการที่เกิดจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องหลังจากร่างกายได้รับเชื้อเอชไอวี ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อป่วยด้วยการติดเชื้อฉวยโอกาส โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์สามารถแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ อาจส่งผลกระทบต่อผลลัพธ์ด้านลบทางด้านสุขภาพของทารกในระยะยาว ได้แก่ ทารกมีน้ำหนักต่ำกว่าปกติ เกิดภาวะขาดออกซิเจน และการตายคลอด หรือการคลอดก่อนกำหนด ซึ่งเป็นสาเหตุการเสียชีวิตของทารกแรกคลอด และความพิการทางสมองส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในอนาคต ปัจจุบันกระทรวงสาธารณสุขให้ความสำคัญในการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และได้กำหนดแนวทางในการดูแลทั้งมารดาและทารก รวมทั้งการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก ดังนั้นเจ้าหน้าที่สาธารณสุข จึงควรเน้นการดูแลสุขภาพของหญิงตั้งครรภ์ และลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ได้รับการดูแลที่เหมาะสมตลอดระยะการตั้งครรภ์ ระยะคลอด และได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องในระยะหลังคลอดทั้งแม่และลูก นอกจากนี้ นโยบายของรัฐบาลในการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้มีการพัฒนาเรื่อยมา และรัฐบาลให้การสนับสนุนอย่างต่อเนื่อง อีกทั้งยังมีการควบคุม กำกับ ติดตาม การดำเนินงานมาโดยตลอด จึงทำให้ระบบบริการด้านอนามัยแม่ และเด็กมีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ในขณะที่เดียวกับรัฐบาลยังสนับสนุน และส่งเสริมการจัดบริการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวีให้ได้รับบริการตามชุดสิทธิ



ประโยชน์ให้ครอบคลุม เพื่อลดความเหลื่อมล้ำ มีความเสมอภาคและความเท่าเทียมกัน ซึ่งจะช่วยให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงบริการมากยิ่งขึ้น และสามารถคลอดทารกได้อย่างปลอดภัย ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อน มีสุขภาพร่างกายแข็งแรง มีคุณภาพชีวิตที่ดี และสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีความสุข

ข้อเสนอแนะ

1. แพทย์ พยาบาล เจ้าหน้าที่สาธารณสุข และบุคลากรที่เกี่ยวข้องในการดูแลรักษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรทบทวน และปฏิบัติตามแนวทางดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยโรคเอดส์เด็ก และผู้ใหญ่ในประเทศไทย
2. จัดระบบบริการแบบ One Stop Service โดยทีมสหวิชาชีพแบ่งหน้าที่รับผิดชอบในการให้บริการที่ชัดเจน เพื่อให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้าถึงระบบบริการได้เร็วขึ้นและเป็นไปตามแนวทางของกระทรวงสาธารณสุข
3. บุคลากรด้านสาธารณสุขควรมีการพัฒนา และฟื้นฟูความรู้ ความสามารถของตนเองอยู่เสมอ เพื่อให้สามารถดูแลมารดา และทารกอย่างปลอดภัย

References

- Aekthamsud, C. H. (2012). "AIDS Infection in Labor. In Ratnukun, N.G." *Nurse Planning for Mothers and Infant*. (pp.159-160). Bangkok: Chulalongkorn University Printing House. (in Thai).
- Aidsaranurak, S. (2006). Low Birth Weight: Health Problems of Thai People. *Journal of Public Health and Development*, 4(1): 67-79. (in Thai).
- Aonthuang, W., Limsakunsirisat, P. & Teyasing, R. (2008). HIV Infection in Children Delivered from HIV Infected Mothers in Eastern Area during 2004-2006. *Journal of Health Science*, 17(4): 605-612. (in Thai).
- Bureau of Policy and Strategy, Ministry of Public Health. (2014). Low Birth Weight. *Health Fact Sheet*, 8(6): 1-1.
- Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2014). *Guidelines for Treatment and Prevent HIV Infection in Thailand 2014*. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Co., Ltd.
- Department of Health, Ministry of Public Health. (2010). *Guidelines for Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV and Care for Mothers, Children and Families Infected with HIV*. Bangkok: Office Printing Business Veterans Affairs Organization.
- Duangngam, P., Kochapakdee, W. & Chaimay, B. (2012). Level of Quality of Life and Factors Effecting Quality of Life among HIV Infected and AIDS Patients Received Antiretroviral Drugs in Community Hospital, Trang Province. *Thanksin University Journal*, 15(3): 217-226.



- Epidemiological Information Center, Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2015). *Global AIDS Situation*. Retrived August 14, 2016 from http://www.boe.moph.go.th/files/report/20151130_35157006.pdf.
- Epidemiological Information Center, Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2016). *AIDS Situation in Thailand*. Retrived August 14, 2016 from <http://www.moph.go.th>.
- Erin, B., Tammy, L. L. & Michael L. (2015). Perinatal Outcomes in HIV Positive Women with Concomitant Sexually Transmitted Infections. *Hindawi Publishing Corporation Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 1(1): 1-5.
- Gomuttabut, V. (2008). Characteristics of Pregnancy with Human Immuno-Deficiency Virus (HIV) and Perinatal Transmission in Nakornping Hospital. *Journal of The Medical Association of Thailand*, 91(2): 142-145.
- Intharasukum, P. (2008). HIV Infected Pregnancy in Chachoengsao Hospital. *Journal of Health Science*, 17(6): 1641-1649.
- Jarat, K., Baison, N., Thongtha, P. & Yeunyong, S. (2015). *Sex with AIDS*. Retrived August 14, 2016 from <http://hawkidow.blogspot.com/>.
- Javier, V. D. B., Teinidad, S., Romana, A., Margarita, J., Maria E. C., David, M. & Vicente, D. R. (2004). Risk Factors for Low Birth Weight: A Review. *European Journal of Obstetrics & Gynecology and Reproductive Biology*, 116(1): 3-15.
- Jeanne, B., Michael, E. S. L., Robert, J. S., Phillip, N., Munkolenkole, K., Christopher, B., et al. (1996). Estimating the Timing of Mother-to-Child Transmission of Human Immunodeficiency Virus in a Breast-Feeding Population in Kinshasa, Zaire. *JID*, 174(1): 722-726.
- Jitrakool, J. (2012). "Factors Related to Self Care of HIV/AIDS Adolescents, Uttaradit. In *The 4th Annual Northeast Pharmacy Research Conference of 2012 "Pharmacy Profession in Harmony"*. (pp. 29-35). February 11-12, 2012 KhonKaen: Faculty of Pharmaceutical Sciences, Khon Kaen University. (in Thai).
- Kaewdang, K. & Rachaniyom, S. (2015). Nurses and Holistic Nursing Care in AIDS Patient. *Journal of Phrapokklao Nursing College*, 26(1): 128-135. (in Thai).
- Kraipibun, P. (2016). *Intrauterine Growth Restriction*. Retrived May 27, 2017 from [http://haamor.com/th//Intrauterine Growth Restriction](http://haamor.com/th//Intrauterine%20Growth%20Restriction). (in Thai).
- Krongyut, C.H. (2003). *Growth of HIV Infected Infants Born to HIV Infected Mother at Queen Sirikit National Institute of Child Health from Birth to 18 Months*. Resident Research. Bangkok: Queen Sirikit National Institute of Child Health. (in Thai).



- Loedcheewakan, Ph. (2011). *HIV Infected in Pregnant Women*. Retrived August 14, 2016 from <http://www.med.cmu.ac.th/dept/obgyn/2011/index.php?option=comcontent&view=article&id=657:hiv-in-pregnancy&catid=45&Itemid=561>. (in Thai).
- Madeline, Y. S., Maya, S., Malanda, N., Frieda, B., Ann, M. N. & Michael, S. L. (1999). Trichomoniasis in Pregnant Human Immunodeficiency Virus–Infected and Human Immunodeficiency Virus–Uninfected Congolese Women: Prevalence, Risk Factors and Association with Low Birth Weight. *Am J Obstet Gynecol*, 181(3): 656-662.
- National Commission of Prevention and Resolve Problem National AIDS. (2012). *National AIDS Prevention and Resolve Problem Strategy Between 2014-2016*. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Co., Ltd.
- National Health Security Office. (2016). *The Management Services for HIV/AIDS and TB*. Bangkok: Saengchan Printing Limited Partnership.
- Onah, H. E., Obi, S. N., Agbata, T. A. & Oguanuo, T. C. (2007). Pregnancy Outcome in HIV-Positive Women in Enugu, Nigeria. *Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 27(3): 27-274.
- Petcharoen, S. (2008). Outcome of HIV-Infection Pregnancy with Antiretroviral Therapy at Chonburi Hospital Between 2002-2006. *Thai Journal of Obstetrics and Gynaecology*, 16(1): 37-45. (in Thai).
- Peter, B. & Rebecca, F. (1998). The Association Between Maternal HIV Infaction and Perinatal Outcome: A Systematic Review of The Literature and Meta-Analysis. *British Journal of Obstetrics Gynaecology*, 105(1): 836-848.
- Phillip, J. G., Rene, S., Monique, S. & John, L. S. (2000). Association Between HIV in Pregnancy and Antiretroviral Therapy, Including Protease Inhibitors and Low Birth Weight Infants. *Infectious Diseases in Obstetrics and Gynecology*, 8(1): 94-98.
- Phimarn, W., Waleekachonloet, O., Saengsuwan, T., Phakadaeng, W., Neerapan, S. & Jantaphak, A. (2013). "A Systematic Review on Efficacy of Antiretroviral Drugs for Prevention Transmission of HIV Disease Mother to Child. In The 9th Academic Conference Mahasarakham University Research." (pp. 485-500). September 12-13, 2013 Mahasarakham: Mahasarakham University.
- Pongpan, S. (2014). *The Incidence of New HIV Infections by Immunoglobulin G Capture BED-EIA in Thailand 2017*. Weekly Epidemiological Surveillance Report. Nontaburi: Bureau of Epidemiology, Department of Disease Control, Ministry of Public Health.
- Preedisripipat, K., Maneerat, N., Yodsuwan, Ch. & Hansudewechakul, R. (2010). Clinical Course of Perinatal HIV-Infacted Children in Chiang Rai Prachanukroh Hospital Between 2000-2009. *Buddhachinaraj Medical Journal*, 27(1): 293-302.



- Promsin, N. (2014). *The Relationship Between Self-Esteem and HIV Prevention of High School Students in Government Schools, Muang District, Chonburi Province*. Thesis Master of Public Health. Chonburi: Burapa University.
- Rakhab, A., Thaniwattananon, P., Nilmanut, K. & Apichato, A. (2007). Buddhist Practice, Health Perception and Hope in Persons with HIV Infection/AIDS. *Songklanarind Medical Journal*, 25(4): 259-271.
- Saetia, P. (2012). Risk Factors of Mother for Low Birth Weight. *Medical of Journal, Srisaket, Surin, Buriram Hospital*, 27(1): 65-76.
- Sahaikaen, Y. (2008). *Cognitive Behavioral Group Therapy for HIV/AIDS Persons with Depression*. Thesis Master of Nursing Science. KhonKaen: KhonKaen University.
- Saothong, N. & Yukhong, Th. (2013). Outcomes of Antiretroviral Drug Usage for Prevention of Mother to Child Transmission at Maesai Hospital, Chiang Rai Province. *Nursing Public Health and Education Journal*, 14(3): 12-24.
- Sheldon, H. L., Leslie, A. K., David, N. B., Howard, M., Harold, E. F., Carmen, Z., et al. (1996). Obstetrical Factors and The Transmission of Human Immunodeficiency Virus Type 1 from Mother to Child. *The New England Journal of Medicine*, 334(25): 1617-1623.
- Siza, J. E. (2008). Risk Factors Associated with Low Birth Weight of Neonates among Pregnant Women Attending a Referral Hospital in Northern Tanzania. *Tanzania Journal of Health Research*, 10(1): 1-8.
- Srisod, A., Lhakammee, S., Ridthisin, K., Pekthong, J. & Choojai, J. (2013). Factors Increasing Birth Asphyxia in Phrae Hospital. *Journal of the Phrae Hospital*, 21(1): 35-47.
- Thaneephanitsakul, S., Intaraprasoet, S. & Phattrachai, S. (1998). *AIDS in The Obstetrics and Family Planning*. Bangkok: Khaofang.
- The Center for the Development of Antiretroviral Drug Services for HIV/AIDS Patients in Thailand Department of Disease Control, Ministry of Public Health. (2010). *National Guidelines on HIV/AIDS Diagnosis and Treatment 2010*. Nonthaburi: The Agricultural Cooperative Federation of Thailand Co., Ltd.
- Thongkhamrod, R. (1998). *Hope of HIV Infected*. Thesis Master of Nursing Science. Chiang Mai: Chiang Mai University. (in Thai).
- Treratvirapong, T., Boonma, M. & Wuthikamolchai, K. (2006). Perinatal Mortality in Taksin Hospital, Bangkok Metropolitan Administration. *Vajira Medical Journal*, 50(2): 103-110. (in Thai).
- Turner, B. J., Mckee, L. J., Silverman, N. S., Hauck, W. W., Fanning, T. R. & Markson, L. E. (1996). Prenatal Care and Birth Outcomes of a Cohort of HIV-Infected Women. *J Acquir Immune Defic Syndr Hum Retrovirol*, 12(3): 259-267.



- Udomkitti, S. (2011). High Risk Factors of Pregnant Women Related to Perinatal Death in PhraNakhon Si Ayutthaya Hospital. *Journal of Preventive Medicine Association of Thailand*, 1(1): 98-108. (in Thai).
- UNAIDS. (2016). *Global Aids Update*. Retrived August 14, 2016 from <http://www.unaids.org>.
- Valeriane, L., Joel, L., Marie, N., Andre, D. C., Anatolie, B., Philippe, V. D. P., et al. (1998). Effect of HIV-1 Infection on Pregnancy Outcome in Women in Kigali, Rwanda, 1992-1994. *Lippincott-Raven Publishers*, 12(6): 643-650.
- Warawit, W., Siripun, P. & Jiamjanya, S. (1998). *Pediatrics Textbook*. (Remixed Volume 3). Bangkok: Holistic Publishing Co., Ltd. (in Thai).
- World Health Organization. (2008). *HIV/AIDS*. Retrived August 14, 2016 from <http://www.who.int/hiv/en>.
- World Health Organization. (2016). *Mother-to-Child Transmission of HIV Data and Statistic*. Retrived August 14, 2016 from <http://www.who.int/hiv/topic/mtct/data/en/print.html>.
- Wuttikamraksa, N. (1997). The Study of The Effects on Mothers and Infants in Pregnant Women Infected with AIDS at KhonKaen Hospital. *KhonKaen Hospital Medical Journal*, 21(2): 25-33.