

(ก) ผลงานที่เป็นผลการดำเนินงานที่ผ่านมา

1. **ชื่อผลงานเรื่อง** ศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ภายใต้โครงการการให้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก : จากการวิจัยสู่การปฏิบัติ เขต 7 ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 11 และ 13 ปี 2554
2. **ระยะเวลาที่ดำเนินการ** วันที่ 1 มีนาคม 2553 ถึง 30 พฤศจิกายน 2554
3. **สัดส่วนของผลงานในส่วนที่ตนเองปฏิบัติ** 80 %
4. **ผู้ร่วมจัดทำผลงาน** นายชัยยะ เฝ้าผา
5. **บทคัดย่อ**

การวิจัยครั้งนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ศึกษาวิธีการตรวจวินิจฉัยเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ศึกษาสาเหตุการติดตามเด็กที่มาตรวจวินิจฉัยไม่ได้ เก็บข้อมูลระหว่างเดือนตุลาคม – พฤศจิกายน 2554 ประชากรและกลุ่มตัวอย่างคือเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 30 กันยายน 2553 จำนวนเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 122 ราย ซึ่งเป็นการเลือกแบบเฉพาะเจาะจง เครื่องมือที่ใช้คือแบบรายงานเฉพาะราย การติดตามตรวจหาการติดเชื้อ HIV ในเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ HIV ภายใต้โครงการการให้ยาต้านไวรัส 3 ตัว เพื่อลดการแพร่เชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก ปี 2554 ซึ่งเป็นเครื่องมือที่ได้ผ่านการตรวจสอบโดยผู้เชี่ยวชาญจากกรมอนามัย สถิติที่ใช้คือสถิติเชิงพรรณนา ได้แก่ ความถี่และร้อยละ

ผลการวิจัยพบว่า ข้อมูลทั่วไปของเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง มีน้ำหนักแรกเกิดน้ำหนักมากกว่า 2.500 กรัม แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ มีวิธีการคลอดปกติ รองลงมาคือ การผ่าตัดคลอด แม่ได้รับยาต้านไวรัสระหว่างตั้งครรภ์นานมากกว่าหรือเท่ากับ 4 สัปดาห์ มากที่สุด และยาที่ได้รับขณะคลอดส่วนใหญ่คือ ยา AZT 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง รองลงมาคือ AZT 600 mg ครั้งเดียว และ NVP ตามลำดับ สำหรับเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับยาต้านไวรัสเรียงลำดับค่าเฉลี่ยจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับ ได้แก่ AZT Syrup, 3TC Syrup และ NVP Syrup ตามลำดับ เด็กทุกคนได้รับนมผสมทดแทนนมแม่ สำหรับสภาวะสุขภาพของเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า ส่วนใหญ่ยังมีชีวิตไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง รองลงมาคือ พบการเสียชีวิตหลังคลอด ร้อยละ 2.5 สาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด รองลงมาคือ การพิการแต่กำเนิด ในส่วนของวิธีการตรวจวินิจฉัยเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า เด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ ได้รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ด้วยวิธี PCR โดยจำแนกเป็นการตรวจ PCR -In house(ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์)มากที่สุด รองลงมาคือ การตรวจด้วยวิธี PCR-Dried Blood Spot(มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) สำหรับด้านการตรวจวินิจฉัยด้วย วิธี Anti-HIV พบน้อยที่สุด ในเรื่องของสาเหตุการติดตามเด็กที่มาตรวจวินิจฉัยไม่ได้ พบ ร้อยละ 8.2 สำหรับสาเหตุการติดตามเด็กที่มาตรวจวินิจฉัยไม่ได้ เรียงลำดับจากมากไปหาน้อย 3 ลำดับ คือ เด็กย้ายที่อยู่ไปต่างจังหวัด/ต่างด้าว ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น และเด็กเสียชีวิตในครรภ์ ตามลำดับ นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า มีบางส่วน (ร้อยละ 5.7) ที่ยังไม่สามารถสรุปผลการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้ ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ คือ รอตรวจเมื่ออายุครบ 18 เดือน รองลงมาคือ รอผลการตรวจ Anti-HIV และสิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอ ตามลำดับ ในส่วนของการศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่า เด็กติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.9

6. บทนำ

หลักการและเหตุผล

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) จากแม่สู่ลูกเป็นสาเหตุหลักของการติดเชื้อเอชไอวีในเด็ก ถ้าไม่มีการป้องกัน ร้อยละ 25-40 ของเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะติดเชื้อเอชไอวีด้วย ในประเทศไทยเริ่มมีรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี 2531 จากการขยายตัวอย่างรวดเร็วของปัญหาการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายระดับประเทศให้สถานบริการของรัฐดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยผสมผสานเข้ากับระบบบริการของโรงพยาบาล ตั้งแต่ปี พ.ศ.2543 และในปี พ.ศ.2549 กระทรวงสาธารณสุขได้ปรับนโยบายการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยเพิ่มการปฏิบัติในการตรวจ CD4 หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อและให้ยาต้านไวรัสที่เหมาะสมกับระดับของ CD4 เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ลดลงไปได้ (กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข 2553: 1) สถานการณ์การดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก หลังจากมีการปฏิบัติตามนโยบายอย่างต่อเนื่อง จากรายงานการเฝ้าระวังของสำนักกระบวนวิทยา กระทรวงสาธารณสุข พบว่า ค่ามัธยฐานการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ในปี พ.ศ.2552 คิดเป็น 0.65 และจากรายงานข้อมูลการประเมินผลการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในระดับประเทศของกระทรวงสาธารณสุขในปี พ.ศ.2550 พบว่าอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเหลือร้อยละ 2.8 จากผลการวินิจฉัยทางห้องปฏิบัติการทั้งหมด แต่ทารกวมเด็กที่เสียชีวิตด้วยพบอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เท่ากับร้อยละ 5.6 อุปสรรคสำคัญที่อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทยยังสูงอยู่ เนื่องมาจากหญิงตั้งครรภ์ร้อยละ 56 ไม่ได้รับการตรวจระดับ CD4 ในขณะที่มาฝากครรภ์ ทำให้หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้ไม่ได้รับสูตรยาที่เหมาะสมตามข้อแนะนำของกระทรวงสาธารณสุข นอกจากนี้ผลการประเมินยังพบว่า มีเด็กเพียงร้อยละ 54 ที่กลับมารับการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี ณ โรงพยาบาลที่คลอด (Naiwatanakul T , et al. 2006: 2-4)

ข้อมูลกรมอนามัย พบว่า ในหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป มีอัตราฝากครรภ์มากกว่าร้อยละ 95 ในจำนวนนี้ผู้ที่เข้ามาฝากครรภ์ก่อนอายุครรภ์ 12 สัปดาห์ มีเพียงร้อยละ 39 อย่างไรก็ตามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีอัตราการฝากครรภ์ต่ำกว่าหญิงตั้งครรภ์ทั่วไป คือ มาฝากครรภ์เพียงร้อยละ 87 โดยค่ามัธยฐานของอายุครรภ์ที่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาฝากครรภ์อยู่ที่ 19 สัปดาห์ โดยเกือบ 1 ใน 4 ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีมาฝากครรภ์หลังอายุครรภ์ 28 สัปดาห์ไปแล้ว ในจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์และได้รับการตรวจ CD4 พบว่าประมาณครึ่งหนึ่งมีระดับ CD4 มากกว่า 350 เซลล์/ไมโครลิตร (รายงานเฉพาะกิจโครงการสายใยรักแห่งครอบครัว กรมอนามัย 2552: 2) กรมอนามัย จึงได้ดำเนินงานการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก และการดูแลหญิงหลังคลอดและครอบครัวที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยสนับสนุนให้มีการดำเนินงานครอบคลุมทุกพื้นที่ทั่วประเทศ ตั้งแต่ปี พ.ศ.2544 เป็นต้นมา มีโรงพยาบาลจำนวน 934 แห่ง ดำเนินงานตามแผนนโยบาย กิจกรรมหลักภายใต้การดำเนินงานประกอบด้วย การให้บริการปรึกษาและตรวจเลือดเอชไอวีสำหรับหญิงตั้งครรภ์ด้วยความสมัครใจ หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดเอชไอวีบวก จะได้รับยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก เด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จะได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอดทันที และได้รับนมผสมทดแทนนมแม่เป็นเวลา 12-18 เดือน แม่และลูกหลังคลอดจะได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง หญิงตั้งครรภ์ที่มีผลเลือดเอชไอวีลบจะได้รับคำแนะนำปรึกษา หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงเพื่อป้องกันผลเลือดลบตลอดไป ซึ่งการดำเนินงานดังกล่าว กรมอนามัยได้จัดทาระบบควบคุมกำกับติดตามการดำเนินงานเพื่อรวบรวมวิเคราะห์และนำเสนอผลการดำเนินงาน ในปี พ.ศ. 2549 กรมอนามัยได้ทบทวนนโยบายการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสำหรับประเทศไทย โดยให้มีการ

ปัจจุบัน ได้มีการให้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัว แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย เช่น สูตรยาที่ประกอบด้วย ยากลุ่ม Protease Inhibitors (PI) เช่น Nelfinavir (NFV), Lopinavir/Ritonavir (LPV/r) ซึ่งสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 และไม่ก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยาเมื่อหยุดยาลงหลังคลอด คณะผู้เชี่ยวชาญจึงได้เสนอให้มีการปรับเปลี่ยนสูตรยาที่ใช้ให้เป็นยาต้านไวรัส 3 ตัว ซึ่งการที่จะ เปลี่ยนจากการให้ ยา 2 ตัว เป็นการให้ยาต้านไวรัส 3 ตัว ควรคำนึงถึงความเป็นไปได้ในการปฏิบัติ ที่ผู้ปฏิบัติให้บริการได้อย่าง เหมาะสม ผู้รับบริการได้รับประโยชน์สูงสุดและมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น กรมอนามัยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี จึงจัดทำ “โครงการศึกษาการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอด เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก : จากการศึกษาวิจัยสู่การปฏิบัติ” แต่จากการดำเนินงานตามโครงการดังกล่าว ยังไม่ทราบ อัตราการติดเชื้อ เอชไอวี จากแม่สู่ลูก ในกลุ่มแม่ที่ได้รับยาต้านไวรัส 3 ตัว (สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย 2553: 3-6)

ด้วยเหตุดังกล่าวผู้วิจัยมีความสนใจที่จะศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ เอชไอวี ภายใต้โครงการการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก : จากการศึกษา วิจัยสู่ การปฏิบัติ เขต 7 ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 11 และ 13 ปี 2554 ว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของ เด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีมีเท่าใด ตลอดจนทราบวิธีการตรวจวินิจฉัยเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอช ไอวี และสาเหตุการติดตามเด็กที่มาตรวจวินิจฉัยไม่ได้ เพื่อนำผลการศึกษามาวางแผนการปฏิบัติงานและ พัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

7. วัตถุประสงค์ เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวีของทารกที่คลอดจากหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีด้วย การใช้ยาต้านไวรัส 3 ตัว เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

วัตถุประสงค์เฉพาะ

1. เพื่อศึกษาวิธีการตรวจวินิจฉัยของเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี
2. เพื่อศึกษาสาเหตุการติดตามเด็กที่มาตรวจวินิจฉัยไม่ได้
3. เพื่อศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ เอชไอวี

8. วิธีการดำเนินงาน/วิธีการศึกษา/ขอบเขตงาน

รูปแบบการวิจัย เป็นวิจัยเชิงพรรณนา (Descriptive Research) ศึกษาวิธีการตรวจวินิจฉัยเด็กเกิด มีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี สาเหตุการติดตามเด็กที่มาตรวจวินิจฉัยไม่ได้ และศึกษาอัตราการติด เชื้อเอชไอวีในเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ข้อมูลที่นำมาวิเคราะห์เป็นข้อมูลที่ได้จากการตอบ แบบฟอร์มการนิเทศติดตามการดำเนินงานจากผู้รับผิดชอบงานที่เกี่ยวข้องในโรงพยาบาล เก็บข้อมูลในช่วง เดือน ตุลาคม – พฤศจิกายน 2554 วิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้สถิติเชิงพรรณนา (Descriptove Statistics) ได้แก่ ความถี่ และร้อยละ

เครื่องมือที่ใช้ในการวิจัย เครื่องมือที่ใช้ในการเก็บรวบรวมข้อมูล ปรับปรุงมาจากแบบรายงานเฉพาะรายในโครงการเฝ้าระวังการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก ปี 2544 ของสำนักกระบวนวิชา กรมควบคุมโรค โดยแบ่งแบบสอบถามออกเป็น 2 ตอน คือ

ตอนที่ 1 ข้อมูลมารดา ประวัติการคลอด การได้รับยาต้านไวรัส 3 ตัว

ตอนที่ 2 ข้อมูลเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ประกอบด้วย การได้รับยาต้านไวรัส การได้รับนมผสม วันที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อ วิธีการที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยทั้งวิธี PCR และหรือ Anti body ผลการตรวจวินิจฉัยทั้ง 2 วิธี หรือในกรณีที่ติดตามไม่ได้ ให้ระบุสาเหตุที่ติดตามไม่ได้

การเก็บรวบรวมข้อมูล ผู้วิจัยได้เก็บรวบรวมข้อมูลจากกลุ่มตัวอย่างตามขั้นตอนดังนี้

1. สํารวจข้อมูล เพื่อทราบจำนวนโรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการและจำนวนหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี และเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีระหว่างวันที่ 1 มีนาคม – 30 กันยายน 2553 ในเขตตรวจราชการสาธารณสุขที่ 11 และ 13 ซึ่งมีโรงพยาบาล จำนวน 92 แห่ง และจำนวนเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 122 ราย

2. ทำหนังสือจาก ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ส่งถึงผู้อำนวยการโรงพยาบาลทุกแห่ง ขอความร่วมมือในการเก็บข้อมูลตามแบบติดตามผลการตรวจวินิจฉัยหากการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

3. ส่งแบบฟอร์มเก็บข้อมูลให้กับโรงพยาบาล จำนวน 92 แห่ง ซึ่งมีกลุ่มเป้าหมาย จำนวน 122 ราย และให้โรงพยาบาลที่เข้าร่วมโครงการส่งแบบฟอร์มเก็บข้อมูลทางไปรษณีย์ตอบกลับ มายังกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

4. เมื่อได้แบบสอบถามครบแล้ว นำมาตรวจสอบความครบถ้วน ถูกต้องของข้อมูลและจัดเรียงเรียงเป็นหมวดหมู่ นำไปวิเคราะห์ด้วยวิธีทางสถิติต่อไป

การวิเคราะห์ข้อมูล ในการศึกษาวิจัยครั้งนี้ ผู้วิจัยทำการวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้โปรแกรมสำเร็จรูปสถิติที่ใช้ในการวิเคราะห์ เป็นสถิติเชิงพรรณนา (Decriptive Statistics) ได้แก่ ความถี่ ร้อยละ ค่าเฉลี่ย โดยมีขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. ตรวจสอบความสมบูรณ์ของแบบสอบถามทุกฉบับ แล้วใส่รหัส (Coding) เป็นรายชื่อตามเกณฑ์กำหนดในคู่มือการให้รหัส (Code Book)

2. บันทึกข้อมูล (Data Entry) แล้วตรวจสอบความถูกต้อง (Editing) และหาค่าสถิติโดยใช้โปรแกรมคอมพิวเตอร์สำเร็จรูป

3. นำแบบติดตาม หาค่าความถี่ และร้อยละ โดยจำแนกตามข้อมูลรายบุคคลของผู้ตอบแบบติดตาม

4. เสนอผลการวิเคราะห์ข้อมูลเป็นความเรียงผสมกับตาราง

ขอบเขตของการวิจัย

ศึกษาในเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีทุกคน ที่คลอดระหว่างเดือน มีนาคม 2553 - กันยายน 2553 ในโรงพยาบาลทุกแห่ง (92 แห่ง) ในพื้นที่สาธารณสุขที่ 11 และ 13

9. ผลการดำเนินงาน/ผลการศึกษา

ขอนำเสนอข้อมูลออกเป็น 4 ส่วน คือ

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็กเกิดมีซีพีที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี
2. วิธีการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กเกิดมีซีพีที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี
3. สาเหตุการติดตามเด็กที่มาตรวจวินิจฉัยไม่ได้
4. อัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กเกิดมีซีพีที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ เอชไอวี

1. ข้อมูลทั่วไปของเด็กเกิดมีซีพีที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูลพบว่า เด็กเกิดมีซีพีที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่เป็นเพศหญิง (ร้อยละ 54.1) ส่วนใหญ่ มีน้ำหนักแรกเกิด 2.500 กรัมขึ้นไป (ร้อยละ 77.9) วิธีการคลอดส่วนใหญ่เป็นการคลอดปกติ(ร้อยละ 68.1) ได้รับยาต้านไวรัสในระยะตั้งครรรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 สัปดาห์ มากที่สุด (ร้อยละ 90.2) ได้รับยา AZT 300 mg ทุก 3 ชั่วโมงในขณะที่คลอดเพียงร้อยละ 67.2 สำหรับเด็กเกิดมีซีพีที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนใหญ่ได้รับยาต้านไวรัส AZT Syrup (ร้อยละ 95.2) เด็กทุกคน (ร้อยละ 100) ได้รับนมผสมทดแทนนมแม่ ในส่วนของสภาวะสุขภาพของเด็กเกิดมีซีพีที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าส่วนใหญ่ยังมีชีวิตไม่มีภาวะเจ็บป่วยรุนแรง(ร้อยละ 97.5) เสียชีวิต(ร้อยละ 2.5) ซึ่งสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่เกิดจากการคลอดก่อนกำหนด(ร้อยละ 66.7) รองลงมาคือ พิการแต่กำเนิด(ร้อยละ 33.3) รายละเอียดดังแสดงไว้ในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กเกิดมีซีพีที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูลทั่วไป (N=122)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
เพศ		
- ชาย	56	45.9
- หญิง	66	54.1
รวม	122	100
น้ำหนักทารกแรกเกิด		
- น้อยกว่า 2,500 กรัม	27	22.1
- 2,500 กรัมขึ้นไป	95	77.9
รวม	122	100
วิธีการคลอด		
- คลอดปกติ	83	68.1
- การผ่าคลอด	37	30.3
- การใช้คีมช่วยคลอด	2	1.6
รวม	122	100

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูลทั่วไป (N=122)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
การได้รับยาต้านไวรัสของแม่		
ได้รับยาระหว่างตั้งครรภ์		
- น้อยกว่า 4 สัปดาห์	12	9.8
- มากกว่าหรือเท่ากับ 4 สัปดาห์	110	90.2
รวม	122	100
ได้รับยาขณะคลอด		
- AZT 300 mg ทุก 3 ชั่วโมง	82	67.2
- AZT 600 mg ครั้งเดียว	38	31.2
- NVP	2	1.6
รวม	122	100
การได้รับยาต้านไวรัสของลูก		
- AZT Syrup	116	95.2
- 3TC Syrup	3	2.4
- NVP Syrup	3	2.4
รวม	122	100
การได้รับนมผสมทดแทนนมแม่		
- ได้รับ	122	100
- ไม่ได้รับ	0	0
รวม	122	100
สถานะสุขภาพของเด็กเกิดมีซีพีทีคลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี		
- มีชีวิต	119	97.5
- เสียชีวิต	3	2.5
- สาเหตุจากพิการแต่กำเนิด	1	33.3
- สาเหตุจากทารกคลอดก่อนกำหนด	2	66.7
รวม	122	100

2. วิธีการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กเกิดมีซีพีทีคลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า เด็กเกิดมีซีพีทีคลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่ได้รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 97.5) และได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี PCR (ร้อยละ 95.7) โดยจำแนกเป็นการตรวจ PCR –In house(ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์) มากที่สุด (ร้อยละ 85.9) รองลงมาคือ การตรวจด้วยวิธี PCR-Dried Blood Spot(มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) (ร้อยละ 14.1) การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR ครั้งที่ 1 ส่วนใหญ่อยู่ในช่วงอายุ 1-2 เดือน(ร้อยละ 88.2) และตรวจครั้งที่ 2 อยู่ในช่วงอายุ 4-6 เดือน (ร้อยละ 81.5) สำหรับการตรวจวินิจฉัยด้วย วิธี Anti-HIV พบน้อยที่สุด(ร้อยละ 4.3) รายละเอียดดังแสดงไว้ในตารางที่ 2

ตารางที่ 2 วิธีการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี และอายุของเด็กที่ได้รับการตรวจการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR

รายละเอียดข้อมูล (N=119)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
วิธีการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี		
- ได้รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี	119	97.5
- ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี PCR	114	95.7
- PCR –In house(ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์)	98	85.9
- PCR-Dried Blood Spot(มหาวิทยาลัยเชียงใหม่)	16	14.1
- ได้รับการตรวจวินิจฉัยด้วย วิธี Anti-HIV	5	4.3
อายุเด็กที่ได้รับการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR		
- ครั้งที่ 1 อายุ 1 - 2 เดือน	105	88.2
- ครั้งที่ 2 อายุ 4 - 6 เดือน	97	81.5

3. ศึกษาสาเหตุการติดตามเด็กที่มาตรวจวินิจฉัยไม่ได้

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า ไม่สามารถติดตามเด็กมาตรวจวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อเอชไอวีได้(ร้อยละ 8.2) สาเหตุการติดตามเด็กมาตรวจวินิจฉัยไม่ได้ส่วนใหญ่เกิดจากเด็กย้ายที่อยู่ไปต่างจังหวัด/ต่างดาว (ร้อยละ 50) รองลงมาคือ ส่งไปรักษาต่อที่ โรงพยาบาลอื่นๆ และเด็กเสียชีวิตในครรภ์ (ร้อยละ 20) นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่า มีเด็กที่ยังไม่สามารถสรุปผลการวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีได้ถึงร้อยละ 5.7 ซึ่งสาเหตุส่วนใหญ่ คือยังไม่ครบอายุตรวจ(อายุครบ 18 เดือน) (ร้อยละ 57.1) รองลงมาคือ อยู่ระหว่างการรอผลตรวจ (ร้อยละ 28.6) และสิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอ(ร้อยละ 14.3) ตามลำดับ รายละเอียดดังแสดงไว้ในตารางที่ 3-5

ตารางที่ 3 การติดตามเด็กเพื่อตรวจวินิจฉัยภาวะการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

รายละเอียดข้อมูล (N=122)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ติดตามไม่ได้	10	8.2
ติดตามได้	102	83.6
ยังไม่สามารถสรุปการวินิจฉัยได้	7	5.7
เสียชีวิต	3	2.5
รวม	122	100

ตารางที่ 4 สาเหตุการติดตามเด็กที่มาตรวจวินิจฉัยไม่ได้

สาเหตุ (N=10)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
แม่ไปทำแท้งเถื่อน	1	10
เสียชีวิตในครรภ์	2	20
เด็กย้ายที่อยู่ไปต่างจังหวัด/ต่างด้าว	5	50
ส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่น	2	20
รวม	10	100

ตารางที่ 5 สาเหตุที่ยังไม่สามารถสรุปการวินิจฉัยได้

ข้อมูล (N=7)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
รอตรวจเมื่ออายุครบ 18 เดือน	4	57.1
รอผลการตรวจ Anti-HIV	2	28.6
สิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอ	1	14.3
รวม	7	100

4. อัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ผลการวิเคราะห์ข้อมูล พบว่า สามารถติดตามภาวะการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีได้จำนวนทั้งหมด 102 ราย ส่วนใหญ่ ไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี (ร้อยละ 98.1) พบว่า มีการติดเชื้อเอชไอวี ร้อยละ 1.9 รายละเอียดดังแสดงไว้ในตารางที่ 6

ตารางที่ 6 อัตราการติดเชื้อเอชไอวีของเด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี

ข้อมูล (N=102)	จำนวน(คน)	ร้อยละ
ติดเชื้อเอชไอวี	2	1.9
ไม่ติดเชื้อเอชไอวี	100	98.1
รวม	102	100

อภิปรายผลการศึกษา

1. จากผลการศึกษาที่พบว่า เด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี มีน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม ร้อยละ 22.1 ทั้งนี้เกิดเนื่องจากพยาธิสภาพของโรค เพราะแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีจะมีความวิตกกังวลมากขึ้น ส่งผลให้ไม่สามารถดูแลสุขภาพร่างกายของตนเองในขณะตั้งครรภ์ได้ดีเท่าที่ควร ซึ่งความวิตกกังวลของแม่ในขณะตั้งครรภ์เป็นปัจจัยหนึ่งส่งผลให้เกิดทารกแรกเกิดน้ำหนักตัวน้อยกว่า 2,500 กรัม สอดคล้อง

2. จากผลการศึกษา ที่พบว่า เด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี เสียชีวิตหลังคลอด ร้อยละ 2.5 ซึ่งพบว่าไม่มีความแตกต่างกัน ในเด็กที่คลอดจากแม่ที่ไม่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้จากรายงานการคลอดและการป่วยตายของมารดาและทารก ปี 2553 พบว่า เด็กที่คลอดจากแม่ที่ปกติ เสียชีวิต ร้อยละ 3 (รายงาน ก-2 เขต 7 2553:1) นอกจากนี้จากผลการศึกษา ยังพบว่า การเสียชีวิตดังกล่าวพบสาเหตุจากความพิการ ร้อยละ 33.3 ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทยและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2553: 43) ที่พบความผิดปกติของทารกหลังคลอด 3 ราย ได้แก่ ปากแห้งเพดานโหว่ 2 ราย และปากแห้งเพดานโหว่ร่วมกับมือกุดเท้ากุด 1 ราย

3. จากผลการศึกษาที่พบว่า การวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีส่วนใหญ่เป็นการตรวจด้วยวิธี PCR -In house(ศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์) ร้อยละ 85.9 และ PCR-Dried Blood Spot (มหาวิทยาลัยเชียงใหม่) ร้อยละ 14.1 ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจากการส่งตรวจด้วยวิธี PCR ที่ศูนย์วิทยาศาสตร์ ซึ่งตั้งอยู่ในพื้นที่และอยู่ใกล้กับโรงพยาบาล นอกจากนี้ การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อด้วยวิธี PCR ยังเป็นนโยบายสำคัญที่เน้นย้ำให้โรงพยาบาลดำเนินการอย่างมาโดยต่อเนื่องตั้งแต่เริ่มโครงการฯ นอกจากนี้การที่ศูนย์วิทยาศาสตร์ตั้งอยู่ในพื้นที่และค่อนข้างอยู่ใกล้กับโรงพยาบาล จึงทำให้สะดวกต่อการประสานงานและการนำส่งตรวจ PCR ทางรถยนต์ของโรงพยาบาล อย่างไรก็ตามจากผลการศึกษา ยังพบว่า มีบางส่วนที่ส่งไปตรวจยังมหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ทั้งนี้อาจเกิดเนื่องจากวิธี Dried Blood Spot เป็นวิธีการเก็บตัวอย่างที่ง่าย และสามารถส่งตัวอย่างตรวจทางไปรษณีย์ได้ซึ่งสะดวกสำหรับโรงพยาบาลบางแห่งที่ตั้งอยู่ไกลจากศูนย์วิทยาศาสตร์การแพทย์ที่ 7 ส่งผลให้ผลการศึกษาในครั้งนี้พบว่า มีโรงพยาบาลบางส่วนที่มีการส่งตรวจ PCR แบบ วิธี Dried Blood Spot ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางของกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2553: 32-33) เรื่องการตรวจวินิจฉัยเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี ทั้งนี้เพราะการทราบผลการติดเชื้อเอชไอวีเร็ว จะ

4. จากผลการศึกษาที่พบว่า มีการติดตามเด็กมาตรวจวินิจฉัยไม่ได้ ร้อยละ 8.2 สาเหตุส่วนใหญ่คือ เด็กย้ายที่อยู่ไปต่างจังหวัด/ต่างตำบล และ มีการส่งไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลอื่นแล้วไม่สามารถติดตามเด็กได้ ทั้งนี้เนื่องจาก พ่อแม่ผู้ปกครองเด็กในภาคอีสานส่วนใหญ่ จะเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด สอดคล้องกับกรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข (2550: online) เรื่องอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี ในเขตสาธารณสุขที่ 3 ที่พบว่า การติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อตรวจเลือดวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี มีความครอบคลุม ร้อยละ 78.1 จังหวัดที่มีความครอบคลุมในการติดตามมากที่สุดคือ จังหวัด นครสวรรค์ ร้อยละ 85.1 ส่วน จังหวัดที่มีความครอบคลุมในการติดตามต่ำที่สุดคือ จังหวัดพิจิตร ร้อยละ 66.1 ซึ่งสาเหตุที่พบบ่อยที่สุดที่ทำให้ไม่สามารถติดตามเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีมา ตรวจเลือด คือ การย้ายที่อยู่ของผู้รับบริการ ร้อยละ 82.4 รองลงมาคือ แม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ยินยอมให้ตรวจ เลือดลูก ร้อยละ 2.1 และ เด็กอยู่กับญาติโดยมารดา ไม่เปิดเผยผลเลือด ร้อยละ 2.1 ผลการตรวจเลือดวินิจฉัย การติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 346 ราย พบไม่ติดเชื้อเอชไอวีร้อยละ 91.9 ซึ่งเป็นผลจากการดำเนินงานตามแนวทางของกระทรวง สาธารณสุขในเรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจาก แม่สู่ลูก นอกจากนี้ผลการศึกษายังพบว่าสาเหตุที่ยังไม่สามารถสรุปการวินิจฉัยได้ในเด็ก พบสาเหตุบางประการที่สำคัญคือ สิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอ ทั้งนี้อาจเกิดจากทารกตัวเล็กเจาะเลือดได้ไม่เพียงพอ แพทย์จึงนัดตรวจ Anti-HIV เมื่ออายุ 18 เดือน สอดคล้องกับ กิตตินันท์ ไทยศรีวงศ์และคณะ (2548:125) เรื่องอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จังหวัดจันทบุรี พบว่า เด็กที่ไม่สามารถสรุปการวินิจฉัยได้ มีจำนวน 214 คน คิดเป็นร้อยละ 42.13 สาเหตุที่ไม่สามารถสรุปการวินิจฉัยได้ ส่วนมากเนื่องจากไม่สามารถติดตามเด็กได้ ร้อยละ 74.03 รองลงมาคือเด็กอายุยังไม่ครบ 24 เดือน ร้อยละ 19.16 และเด็กเสียชีวิตก่อนการวินิจฉัย ร้อยละ 5.61 และการส่งสิ่งส่งตรวจไม่เพียงพอพบเพียงร้อยละ 1.2 ซึ่งควรให้ความสำคัญต่อการสรุปการวินิจฉัยเพื่อให้เด็กได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องต่อไป

5. จากผลการศึกษาที่พบว่า เด็กเกิดมีชีพที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้รับยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัว ในการศึกษาครั้งนี้ พบว่า มีการติดเชื้อ ร้อยละ 1.9 ซึ่งค่อนข้างต่ำเมื่อเปรียบเทียบกับการให้ยาสูตร Single dose ในช่วงปี 2550-2552 ตามการศึกษาของชัยยะ เผ่าผา (2553: 1) ที่ได้มีการเก็บข้อมูลการดำเนินการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยโปรแกรมสำเร็จรูป PHIM ในเขตพื้นที่สาธารณสุขเขต 11 และ 13 ภายใต้พื้นที่รับผิดชอบของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี สังกัดกรมอนามัยในปี 2550-2552 ที่พบว่า ร้อยละของอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี เท่ากับ 5.73 , 4.43 และ 3.64 ตามลำดับ แสดงให้เห็นถึงประสิทธิภาพการลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของยาต้านไวรัสสูตร 3 ซึ่ง สอดคล้องกับการศึกษาของสำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข ร่วมกับสมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทยและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ (2553: 16) ที่พบว่า อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของสูตรยา 3 ตัว มีค่าร้อยละ 1.3 โดยไม่คำนึงถึงระดับ CD4 รวมถึงไม่คำนึงถึงวิธีการคลอด ซึ่งอัตราการถ่ายทอดเชื้อที่ลดลงอาจจะไม่มาก แต่เมื่อมองในภาพรวมทั้งประเทศแล้วก็อาจจะมีประโยชน์ จำนวนเด็กที่ติดเชื้อจะน้อยลง

ข้อเสนอแนะจากการศึกษา

1. แม่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี ต้องดูแลเรื่อง Low Birth Weight มากเป็นพิเศษ โดยเฉพาะเรื่องการโภชนาการ ตลอดจนการให้ความรู้ ความเข้าใจในเรื่องการดูแลด้านจิตสังคม เพื่อคลายความวิตกกังวลอย่างต่อเนื่องตลอดการตั้งครรภ์ อันจะส่งผลต่อการเจริญเติบโตของทารกในครรภ์ และสามารถป้องกันการเกิด Low Birth Weight ในทารกแรกเกิดได้
2. ให้ความรู้เรื่องการได้รับยาต้านไวรัส 3 ตัวแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ทราบผลข้างเคียงของการได้รับยา และความจริงที่ว่า ถึงแม้จะได้รับยาแล้วอาจจะยังมีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ ตลอดจนอาจพบความพิการและการเสียชีวิตของทารกได้ ซึ่งพบในสัดส่วนที่ไม่แตกต่างจากแม่ที่ตั้งครรภ์ทั่วไป อันจะช่วยสร้างความเข้าใจที่ถูกต้องและความสัมพันธ์ที่ระหว่างผู้ให้บริการและผู้รับบริการ ซึ่งจะทำให้ลดปัญหาต่างๆที่อาจจะเกิดขึ้นในอนาคตได้
3. เน้นให้ความสำคัญต่อการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี PCR ได้อย่างรวดเร็ว (Early Infant Diagnosis: EID) ทั้งในส่วนของผู้หญิงที่ผู้เกี่ยวข้องตลอดจนพ่อแม่ ผู้ปกครอง ผู้ดูแลเด็ก เพื่อทราบสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของเด็ก ส่งผลให้ เกิดการวางแผนการดูแลรักษา ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น สามารถเพิ่มความครอบคลุมการตรวจวินิจฉัยได้มากขึ้น ทำให้ทราบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่แท้จริงได้ นอกจากนี้ หากไม่สามารถติดตามเด็กมาตรวจวินิจฉัยได้ อาจมีผลต่อการรับวัคซีนบางชนิด เช่น หากพบว่า เด็กติดเชื้อเอช ไอ วีแล้วและมีอาการหนักแล้ว ห้ามให้วัคซีน MMR อื่นเลย ทั้งนี้เพราะเป็นวัคซีนที่ประกอบด้วยเชื้อที่มีชีวิต (Live Vaccine) ซึ่งแม้จะอ่อนฤทธิ์แล้ว แต่อาจก่อปัญหาได้ ถ้าผู้ป่วยอ่อนแอมาก
4. การนำนโยบายการให้ยาต้านไวรัส 3 ตัว ไปใช้ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ซึ่งสามารถลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ค่อนข้างดี ดังนั้นควรเน้นย้ำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ให้บริการกลุ่มเป้าหมายได้รับยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพสูงสุดของการดำเนินงานตามโครงการฯ
5. การพัฒนาระบบการติดตามเด็กgrayงาน 506/1ก (สำนักระบาด) มาใช้ทั้งเขตให้เป็นแนวทางเดียวกัน จะทำให้การติดตามผลการวินิจฉัยเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ เอชไอวีได้อย่างครอบคลุมมากขึ้น

10. การนำไปใช้ประโยชน์

1. เพื่อนำผลการศึกษาไปวางแผนการปฏิบัติงานเอดส์ในแม่และเด็ก เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
2. เพื่อนำผลการศึกษาไปบริหารจัดการ จัดสรรทรัพยากร และพัฒนางานให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น

11. ความยุ่งยากในการดำเนินงาน/ปัญหาอุปสรรค

จากการศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ เอชไอวี ภายใต้โครงการนำร่องโครงการศึกษาการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก : จากการวิจัยสู่การปฏิบัติ เขต 7 พบว่า ปัญหาอุปสรรคที่เกิดขึ้น ซึ่งส่งผลให้การดำเนินงานไม่ประสบผลสำเร็จหรือขาดประสิทธิภาพในมุมมองของผู้ศึกษาเองคิดว่ามี 3 ประเด็นหลัก ได้แก่

ประเด็นแรกปัญหาในเชิงระบบการตรวจวินิจฉัย การติดตามเด็กมาตรวจวินิจฉัยก็ยังเป็นปัญหา โดยเฉพาะในเรื่องการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี PCR ต้องอาศัยผู้ที่มีความรู้ความชำนาญและเครื่องมือที่มีราคาพอควร รวมทั้งราคายังสูง ในประเทศไทยสามารถทำ PCR ได้หลายแห่งแต่ยังไม่ครอบคลุมทุกพื้นที่

ประเด็นที่สองปัญหาด้านทัศนคติของเจ้าหน้าที่ในการให้บริการ การให้เจ้าหน้าที่เห็นความสำคัญของการติดตามเด็ก เพื่อมาตรวจวินิจฉัย เน้นการให้ความสำคัญการตรวจวินิจฉัยด้วยวิธี PCR ได้อย่างรวดเร็ว(EID) เพื่อทราบสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของเด็ก ส่งผลให้เกิดการวางแผนการดูแลรักษา ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น สามารถเพิ่มความครอบคลุมการตรวจวินิจฉัยได้มากขึ้น ทำให้ทราบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่แท้จริงได้

ประเด็นที่สามด้านการจัดบริการ การจัดระบบการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ให้ความรู้เรื่องการได้รับยาต้านไวรัส 3 ตัวแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อให้ทราบผลข้างเคียงของการได้รับยา และความจริงที่ว่า ถึงแม้จะได้รับยาแล้วอาจยังมีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้ ตลอดจนอาจพบความพิการและการเสียชีวิตของทารกได้

12. ข้อเสนอแนะ/วิจารณ์

ด้านนโยบาย การตรวจวินิจฉัยทารกที่ได้ผลรวดเร็วและแม่นยำ เพื่อทราบสถานภาพการติดเชื้อเอชไอวีของเด็ก ส่งผลให้เกิดการวางแผนการดูแลรักษา ได้รวดเร็วยิ่งขึ้น สามารถเพิ่มความครอบคลุมการตรวจวินิจฉัยได้มากขึ้น ทำให้ทราบอัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่แท้จริงได้ ดังนั้น นโยบายเกี่ยวกับการตรวจวินิจฉัยเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี การเพิ่มช่องทางเลือกในการส่งตรวจที่หลากหลาย เข้าถึงง่ายและแม่นยำ เช่น การส่งตรวจที่มหาวิทยาลัยเชียงใหม่ ด้วยวิธี PCR – Dried Blood Spot

ด้านบริหาร การดำเนินงานการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกเป็นการทำงานที่ต้องมีบูรณาการดำเนินงานที่เกี่ยวข้องให้เชื่อมโยงข้อมูลของกันและกัน ตลอดจนการประสานงานกับหน่วยงานอื่นๆ ร่วมด้วย ทั้งในระดับจังหวัดและระดับพื้นที่ เพื่อการดูแลให้ครบแบบองค์รวมไม่ว่าจะเป็นกาย จิต และสังคม

ด้านระบบบริการ การจัดระบบบริการการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี เนื่องจากการดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องที่ละเอียด และซับซ้อน ทำให้โรงพยาบาลบางแห่งที่มีศักยภาพไม่ถึง คือ ไม่มีกุมารแพทย์ ก็ไม่มั่นใจในการดูแล ดังนั้น การจัดการอาจจะต้องมีรูปแบบบริการที่เป็นรูปแบบเฉพาะให้เหมาะสมกับบริบทของโรงพยาบาล ตลอดจนระบบการส่งต่อที่ชัดเจน

ด้านเจ้าหน้าที่ เน้นย้ำให้บุคลากรที่เกี่ยวข้อง ให้บริการกลุ่มเป้าหมายได้รับยาต้านไวรัสอย่างครอบคลุมและต่อเนื่อง ให้บุคลากรมีความรู้ความเข้าใจแนวทางและนโยบายการดำเนินงานการใช้ยาต้านไวรัส 3 ตัว เพื่อเป็นการเพิ่มประสิทธิภาพสูงสุดของการดำเนินงานตามโครงการฯ

13. กิตติกรรมประกาศ

การศึกษาครั้งนี้ สำเร็จลงได้ด้วยความกรุณาของบุคคลหลายท่าน ขอขอบคุณนายแพทย์दनัย ธีวันดา ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ที่กรุณาช่วยเหลือให้การสนับสนุนนโยบาย งบประมาณ ตลอดจนให้คำแนะนำต่างๆ ที่เป็นประโยชน์ในการศึกษาในครั้งนี้ ขอขอบคุณทีมคณะทำงานของกลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี โดยเฉพาะคุณมลลิส แสนใจ นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการพิเศษ หัวหน้ากลุ่มอนามัยแม่และเด็ก ผู้ให้คำปรึกษา กำลังใจ คำแนะนำและคำชี้แนะเกี่ยวกับเครื่องมือการเก็บข้อมูล และขอขอบคุณ คุณชัยยะ เผ่าผา นักวิชาการสาธารณสุขชำนาญการ ผู้ร่วมในการศึกษาครั้งนี้ ที่คอยผลักดันข้าพเจ้าและให้โอกาสในการศึกษาครั้งนี้ รวมทั้งคณะทำงานที่ให้ความร่วมมือเป็นอย่างดี

นอกจากนี้ ผู้ศึกษาขอขอบพระคุณเพื่อนร่วมงานทุกท่านและบุคคลที่ผู้ศึกษา มิได้เอ่ยนามไว้ ณ ที่นี้ ที่คอยสนับสนุนและเป็นกำลังใจมาโดยตลอด สุดท้ายนี้ขอขอบคุณเจ้าหน้าที่ผู้รับผิดชอบงานเอดส์ในแม่และเด็กทุกท่านที่ให้ข้อมูลในการศึกษาวิจัยเป็นอย่างดี

14.เอกสารอ้างอิง

- กิตตินันท์ ไทยศรีวงศ์และคณะ. อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก จังหวัดจันทบุรี. กรุงเทพฯ : การศึกษาแพทยศาสตร์คลินิก โรงพยาบาลพระปกเกล้า , 2548.
- ควบคุมโรค, กรม. **แนวทางการดูแลรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์ในประเทศไทย ปี พ.ศ. 2549/2550.** นนทบุรี : สำนักโรคเอดส์ วัณโรคและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค กระทรวงสาธารณสุข, 2550
- ชัยยะ ผ่าผา. การดำเนินงานการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกโดยโปรแกรมสำเร็จรูป PHIM. อุบลราชธานี : ศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี, 2553
- ชัยยศ คุณานุสนธิ์. **โรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย.** กรุงเทพฯ : สถาบันวิจัยระบบสาธารณสุข, 2545
- เชิดเกียรติ แก้วกลสิกิจ. **ความรู้เรื่องยาต้านไวรัส.** พิษณุโลก : สนง.ป้องกันควบคุมโรคที่ 9 พิษณุโลก, 2552.
- ทองใบ สุดชาติ. **การวิจัยธุรกิจ: ปฏิบัติการวิจัยนอกเหนือตำรา.** อุบลราชธานี : ยงสวัสดิ์อินเตอร์กรุ๊ป, 2551.
- พ.ญ.อวยพร แก้วสุข ศูนย์ส่งเสริมสุขภาพเขต 6ขอนแก่นและคณะ. **ภาวะแทรกซ้อนในมารดาที่ติดเชื้อเอดส์ และผลต่อทารก (ออนไลน์) 2537 (อ้างเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2554).** จาก: <http://advisor.anamai.moph.go.th/204/20408.html>
- ระบาดวิทยา, กอง. **ระบาดวิทยาและการถ่ายทอดเชื้อHIVจากแม่สู่ลูก.** นนทบุรี : กองระบาดวิทยา กระทรวงสาธารณสุข, 2544
- วิวัฒน์ โรจนพิทยากร. **ความรู้เรื่องโรคเอดส์.** กรุงเทพฯ : ซีเอ็ดยูเคชั่น, 2532.
- ส่งเสริมสุขภาพ, สำนัก. **เอกสารประกอบการดำเนินงานโครงการการใช้ยาต้านไวรัส (HAART) เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก.** นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2553.
- ส่งเสริมสุขภาพ สำนัก. **คู่มือการดำเนินการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก.** กรุงเทพฯ : กระทรวงสาธารณสุข, 2550
- ส่งเสริมสุขภาพ, สำนัก กรมอนามัย กระทรวงสาธารณสุข สมาคมโรคเอดส์แห่งประเทศไทยและโครงการประเมินเทคโนโลยีและนโยบายด้านสุขภาพ. **รายงานวิจัยโครงการประเมินความคุ้มค่าและความเป็นไปได้ของการใช้ยาต้านไวรัส สูตรยา 3 ตัว เป็นสูตรมาตรฐานของการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกในประเทศไทย. พิมพ์ครั้งที่ 1.** กรุงเทพฯ : บริษัท ธนาเพลส จำกัด, 2553.
- สื่อสารความเสี่ยงและพัฒนาพฤติกรรมสุขภาพ. **ความรู้เกี่ยวกับยาต้านไวรัสเอดส์ (ออนไลน์) 2550 (อ้างเมื่อ 10 พฤศจิกายน 2554).** จาก: <http://gotoknow.org/blog/pharm/8768>
- เสาวนีย์ ทรงประโคน. **ปัจจัยที่มีอิทธิพลต่อการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอในเด็กที่ติดเชื้อ เอชไอวี.** กรุงเทพฯ : สำนักพิมพ์มหาวิทยาลัยรามคำแหง, สตุติโอ, 2549.

อนามัย, กรม. **นโยบายการดำเนินงานป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสำหรับประเทศไทย**. นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2549

อนามัย, กรม. **แนวทางการตรวจวินิจฉัยเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อเอชไอวี**. นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2553

อนามัย, กรม. **แนวทางการดำเนินงานเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสำหรับประเทศไทย พ.ศ.2554**. นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2553

อนามัย, กรม. **อัตราการติดเชื้อเอชไอวีในเด็กที่เกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีในเขตสาธารณสุขที่ 3**. (ออนไลน์) 2550 (อ้างเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2554). จาก

<http://www.kmddc.go.th/documenthtml.aspx?itemid=2493>

อนามัยแม่และเด็ก, กลุ่ม. **สรุปการดำเนินงานการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก**. นนทบุรี : สำนักส่งเสริมสุขภาพ กรมอนามัย, 2553

Krammer, M.S. **Determinant of low birth weight. Methodological assessment and media analysis**. (ออนไลน์) 1987 (อ้างเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2554). จาก:

<http://advisor.anamai.moph.go.th/204/20408.html>

McAnmey, E.R. and Steven-Simson, C. **Maternal psychological stress 2 depression and low birth weight**. (ออนไลน์) 1990 (อ้างเมื่อวันที่ 21 ธันวาคม 2554). จาก:

<http://advisor.anamai.moph.go.th/204/20408.html>

ขอรับรองว่า ผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการคัดเลือก

(นางพัชราภรณ์ โตสงค์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

วันที่...../...../.....

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องตรงกับความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....

(นางนพภรณ์ แก้วคำไสย์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....

(พอ.นพ.บวร แมลงภูทอง)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพ

วันที่...../...../.....

(ลงชื่อ).....

(นายแพทย์दनัย ธีวันดา)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี

วันที่...../...../.....

ข้อเสนอแนะแนวคิด /วิธีการเพื่อพัฒนางานหรือปรับปรุงให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น

- 1) ชื่อผลงานเรื่อง การพัฒนาระบบบริการแบบองค์รวมของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี
- 2) ระยะเวลาที่ดำเนินการ 1 ตุลาคม 2554 - 30 กันยายน 2555
- 3) สรุปเค้าโครงเรื่อง

3.1) หลักการและเหตุผล

ปัจจุบันหลายประเทศได้มีการให้ยาต้านไวรัสสูตรยา 3 ตัว แก่หญิงตั้งครรภ์ทุกราย เช่น สูตรยาที่ประกอบด้วยยากลุ่ม Protease inhibitors (PI) เช่น nelfinavir (NFV), Lopinavir/ritonavir (LPV/r) ซึ่งสามารถลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกเหลือน้อยกว่าร้อยละ 1 และไม่ก่อให้เกิดปัญหาการดื้อยาเมื่อหยุดยาหลังคลอด คณะผู้เชี่ยวชาญด้านเอดส์ในแม่และเด็ก กระทรวงสาธารณสุข จึงได้เสนอให้มีการปรับเปลี่ยนสูตรยาที่ใช้ให้เป็นสูตรยา 3 ตัว ซึ่งการที่จะ เปลี่ยนจากการให้ยา 2 ตัว เป็นการให้ยาสูตร 3 ตัว กรมอนามัยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ ร่วมกับศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี จึงจัดทำ “โครงการศึกษาการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก : จากการศึกษาวิจัยสู่การปฏิบัติ” และได้ทำการศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ เอชไอวี ภายใต้โครงการนำร่องโครงการศึกษาการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก : จากการศึกษาวิจัยสู่การปฏิบัติ เขต 7 พบว่า มีประเด็นปัญหาที่สำคัญ คือ การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม เช่นการได้รับวัคซีนหากพบว่า เด็กติดเชื้อ เอช ไอ วี แล้วและมีอาการหนักแล้ว (คือมี clinical category "C" หรือ immunological category "3") ห้ามให้วัคซีน MMR อื่นๆ ทั้งนี้เพราะเป็นวัคซีนที่ประกอบด้วยเชื้อที่มีชีวิต (live vaccine) ซึ่งแม่จะอ่อนฤทธิ์แล้ว แต่อาจก่อปัญหาได้ ถ้าผู้ป่วยอ่อนแอมาก ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นนักวิชาการของศูนย์อนามัยที่ 7 ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในแม่และเด็กให้มีประสิทธิภาพ มีความสนใจที่จะพัฒนาระบบบริการแบบองค์รวมของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งข้อมูลที่ได้จะใช้สำหรับประเมินผลการดำเนินงานในระดับเขต และเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบแนวทางในการแก้ไขปัญหาเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ HIV ของโรงพยาบาลในพื้นที่เขต 7 ที่จะนำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป

3.2 บทวิเคราะห์/แนวคิด/ข้อเสนอ

กรมอนามัยกระทรวงสาธารณสุขร่วมกับศูนย์ความร่วมมือการวิจัยโรคเอดส์ได้มีการดำเนินงานโครงการให้ยา AZT ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV เพื่อลดการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อสนับสนุนการให้บริการดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV แบบครบถ้วน อันประกอบด้วย การให้การศึกษา ก่อนและหลังการตรวจเลือด การให้ยา AZT รวมทั้งการติดตามแม่และเด็กหลังคลอด โดยดำเนินการในโรงพยาบาล 90 แห่งของพื้นที่เขต 7 ซึ่งการให้ยา AZT จะเริ่มเมื่ออายุครรภ์ 36 สัปดาห์ ในขนาด 300 มิลลิกรัมรับประทานวันละ 2 ครั้ง เช้า – เย็น เมื่ออยู่ในระยะคลอดให้รับประทานขนาด 300 มิลลิกรัมทุก 3 ชั่วโมงจนกระทั่งคลอด และที่สำคัญคือไม่ให้ยาในทารกและงดเลี้ยงทารกด้วยนมมารดาโดยกรมอนามัยสนับสนุนนมผงสำหรับเลี้ยงทารกเพื่อทดแทนการให้นมมารดา และทารกจะได้รับการตรวจวินิจฉัยหาการติดเชื้อ HIV ที่อายุ 12- 18 เดือน

ในการดำเนินงานโครงการนำร่องที่ผ่านมา (ปี 2541-2543) ได้มีการติดตามประเมินผลและร่วมปรึกษาหารือ เพื่อวางแนวทางแก้ไขปัญหาร่วมกันเป็นระยะๆ ทั้งในระดับผู้บริหารโครงการและผู้ปฏิบัติงาน

หลังจากที่ได้มีการสรุปและประเมินผลโครงการ เมื่อ เดือนมิถุนายน 2543 ที่ผ่านมา โครงการดังกล่าว ได้ถูกดำเนินงานเข้าสู่ระบบงานปกติ และได้ปรับเปลี่ยนการให้ยา AZT เร็วขึ้น โดยเริ่มเมื่ออายุครรภ์ 34 สัปดาห์ และที่สำคัญคือมีการให้ยา AZT syrup ในทารก โดยมีเกณฑ์การให้ยาในทารกดังนี้ คือ ทารกที่แม่ได้รับยา AZT ในขณะที่ตั้งครรภ์มากกว่าหรือเท่ากับ 4 สัปดาห์ ทารกจะได้รับยา AZT syrup นาน 1 สัปดาห์ ส่วนทารกที่แม่ได้รับยา AZT ในขณะที่ตั้งครรภ์น้อยกว่า 4 สัปดาห์ ทารกจะได้รับยา AZT syrup นาน 6 สัปดาห์ ส่วนหลักเกณฑ์อื่นๆ ยังคงดำเนินการในลักษณะเดิม ซึ่งได้ดำเนินการเรื่อยมาจนปัจจุบัน ในปี 2553 กรมอนามัยโดยสำนักส่งเสริมสุขภาพ ได้ดำเนินงานป้องกันโดยการให้ยาต้านไวรัส 3 ตัวเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกของโรงพยาบาลทุกแห่ง ในเขตพื้นที่สาธารณสุขของศูนย์อนามัยที่ 7 อุบลราชธานี ประจำปี 2553 และได้ทำการศึกษาอัตราการติดเชื้อเอชไอวี ในเด็กที่เกิดจากแม่ที่ติดเชื้อ เอชไอวี ภายใต้โครงการนำร่องโครงการศึกษาการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก : จากการวิจัยสู่การปฏิบัติ เขต 7 พบว่า มีประเด็นปัญหาที่สำคัญ คือ การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม เช่นการได้รับวัคซีนหากพบว่า เด็กติดเชื้อ เอช ไอ วีแล้วและมีอาการหนักแล้ว (คือมี clinical category "C" หรือ immunological category "3") ห้ามให้วัคซีน MMR อื่นๆ ทั้งนี้เพราะเป็นวัคซีนที่ประกอบด้วยเชื้อที่มีชีวิต (live vaccine) ซึ่งแม้จะอ่อนฤทธิ์แล้ว แต่อาจก่อปัญหาได้ ถ้าผู้ป่วยอ่อนแอมาก ผู้วิจัยในฐานะที่เป็นนักวิชาการของศูนย์อนามัยที่ 7 ซึ่งมีบทบาทหน้าที่ในการพัฒนาและปรับปรุงแนวทางการดำเนินงานป้องกันและควบคุมโรคเอดส์ในแม่และเด็กให้มีประสิทธิภาพ มีความสนใจที่จะพัฒนาระบบบริการแบบองค์รวมของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีแบบองค์รวม ทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม ซึ่งข้อมูลที่ได้จะใช้สำหรับประเมินผลการดำเนินงานในระดับเขต และเป็นข้อมูลในการพัฒนารูปแบบแนวทางในการแก้ไขปัญหาเด็กที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อ HIV ของโรงพยาบาลในพื้นที่เขต 7 ที่ จะนำไปสู่การปรับปรุงการดำเนินงานที่ถูกต้องเหมาะสมต่อไป ในการพัฒนาระบบบริการแบบองค์รวมของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ควรได้รับการติดตาม และตรวจสุขภาพเป็นประจำเพื่อดูแลติดตามการเจริญเติบโตโดยเปรียบเทียบกับกราฟการเฝ้าระวังภาวะโภชนาการและติดตามพัฒนาการโดยใช้สมุดบันทึกสุขภาพสีชมพูหรือใช้ชื่อนามวัย 49 ของเด็กอายุ 0-60 เดือน ให้วัคซีนเพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค BCG , HBV , DTP , OPV , MMR , JE เช่นเดียวกับเด็กปกติทั่วไป (ห้ามให้ BCG , MMR ในเด็กที่ติดเชื้อที่มีอาการ หลีกเลี้ยงการให้ ถ้าพบว่า เจริญเติบโตล่าช้าและพัฒนาการล่าช้าควรให้คำแนะนำ จึงจำเป็นอย่างยิ่งที่ต้องจัดทำคู่มือการปฏิบัติงานโดยมีขั้นตอนในการดำเนินการและเนื้อหาในด้านต่างๆดังนี้

- อาหารที่เหมาะสมตามวัยเช่นเดียวกับเด็กปกติ
- การเลี้ยงดูเด็กและการกระตุ้นพัฒนาการ อย่างถูกต้อง

- ให้ความรู้ครอบครัวและผู้เลี้ยงดูเด็กในเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี การปฏิบัติในชีวิตประจำวัน รวมทั้งการให้การปรึกษาและช่วยเหลือแก่ครอบครัวในด้านอื่น ๆ ทั้งปัญหาครอบครัวสังคม และการช่วยเหลือด้านจิตสังคม
- ให้ยาป้องกันการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส เช่นปอดอักเสบจากเชื้อนิวโมซิสซิโรเวซี ในกรณีนี้ควรให้ยา co-trimoxazole เพื่อป้องกันการติดเชื้ออย่างเหมาะสม แต่ควรให้หลังเด็กอายุ 4-6 สัปดาห์

ขั้นตอนในการดำเนินการมีดังนี้

- 1) ศึกษาข้อมูลเกี่ยวกับเรื่องที่จะทำโดยละเอียดและรอบด้าน
- 2) รวบรวมองค์ความรู้ ผลการวิจัยและสถิติต่างๆ
- 3) นำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ และวางแผนการศึกษาอย่างมีประสิทธิภาพ
- 4) จัดทำเป็นมาตรฐาน คู่มือการปฏิบัติงาน และนำมาใช้งานแก่ผู้รับบริการให้ครอบคลุมทุกปัญหา มีการวางแผนและควบคุมความเสี่ยงที่จะเกิดขึ้นในการปฏิบัติงาน
- 5) ติดตามและประเมินผลการใช้คู่มือการปฏิบัติงาน
- 6) สรุปและจัดทำเป็นคู่มือการปฏิบัติงาน มาตรฐานเพื่อใช้ปฏิบัติงานจริงในหน่วยงานและควบคุมคุณภาพการพยาบาล

ในส่วนของการวิเคราะห์ข้อมูลได้แบ่งหัวข้อของการวิเคราะห์ข้อมูลออกเป็น 2 ส่วน ดังนี้

ส่วนที่ 1 ข้อมูลทั่วไปของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ เพศ การได้รับยา AZT syrup การได้รับนมแม่ขณะที่พักในโรงพยาบาล โดย นำเสนอข้อมูลในรูป ความถี่ และร้อยละ

ส่วนที่ 2 ระบบบริการแบบองค์รวมของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ อาหาร การเลี้ยงดู พัฒนาการความรู้ของครอบครัวและผู้เลี้ยงดู การได้รับยาป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส และการได้รับวัคซีน นำเสนอข้อมูลในรูป ความถี่ และร้อยละ

3.3 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

1. เพื่อมีระบบบริการแบบองค์รวมของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อมีข้อมูลของเด็กที่ติดเชื้อ HIV ในโรงพยาบาล พื้นที่ เขต 7
3. เพื่อทราบสถานการณ์การดูแลเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่อง
4. ผู้รับบริการได้รับบริการส่งเสริมสุขภาพป้องกันและการรักษาพยาบาลที่มีคุณภาพตามมาตรฐานวิชาชีพ
5. เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติของบุคลากรในหน่วยงาน
6. เพื่อช่วยเป็นแนวทางในการวางแผนการปฏิบัติงานและการทำงานอย่างเป็นระบบ
7. เป็นเอกสารวิชาการให้ผู้ที่สนใจได้ศึกษา

3.4 ตัวชี้วัดความสำเร็จ

ร้อยละ 70 ของโรงพยาบาลในพื้นที่เขต 7 มีระบบบริการแบบองค์รวมของเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ

(ลงชื่อ).....ผู้ขอรับการคัดเลือก

(นางพัชราภรณ์ โตสงค์)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพ ระดับชำนาญการ

วันที่...../...../.....