

## บทที่ 2

### เอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อโรคเอดส์จากแม่สู่ลูกของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ในจังหวัดลำปาง ผู้ศึกษาได้แบ่งการศึกษาเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้องดังนี้

1. การติดเชื้อไวรัสเอดส์ในสตรีตั้งครรภ์และอัตราการติดเชื้อในทารก และการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอดส์จากมารดาสู่ทารก
2. ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
3. ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา
4. การใช้ยาต้านไวรัสในผู้ป่วยทั่วไป
5. การใช้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์
6. งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง
  - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก
  - 6.1 งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

## การติดเชื้อ เอช ไอ วี ในสตรีตั้งครรภ์ และอัตราการติดเชื้อในทารก

การติดเชื้อ HIV ในสตรี ส่วนใหญ่เป็นการติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โดยร้อยละ 85 ของสตรีเหล่านี้เป็นสตรีวัยเจริญพันธุ์ ซึ่งมีโอกาสตั้งครรภ์และทำให้มีการแพร่เชื้อ HIV ไปยังทารกได้ ปัจจุบันพบว่าความชุกของการติดเชื้อ HIV ในสตรีตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ โดยอาจไม่พบการติดเชื้อ HIV ในสตรีตั้งครรภ์ในบางประเทศ ในขณะที่ประเทศแถบแอฟริกาบางประเทศอาจพบความชุกได้ถึง ร้อยละ 30 เช่นเดียวกัน อัตราการแพร่เชื้อ HIV จากมารดาไปสู่ทารกก็มีความแตกต่างกันในแต่ละประเทศ โดยพบว่า ประเทศทางยุโรปจะมีอัตราการแพร่เชื้อไปยังทารกประมาณร้อยละ 14 - 27 ในขณะที่บางประเทศทางแอฟริกาพบอัตราการแพร่เชื้อถึง ร้อยละ 22 - 43 อย่างไรก็ตามมีการประมาณการว่าในปี ค.ศ. 2000 ทั่วโลกจะพบการติดเชื้อ HIV ในเด็ก ซึ่งส่วนใหญ่นั้นได้รับการแพร่เชื้อจากมารดา เป็นจำนวนถึง 5 ล้านคน จึงเป็นปัญหาที่ทั่วโลกตระหนักถึงความสำคัญ และพยายามศึกษาวิจัยเพื่อหาวิธีป้องกันการแพร่เชื้อดังกล่าว

ในประเทศไทย พบความชุกของการติดเชื้อ HIV ในสตรีตั้งครรภ์ทั่วประเทศเพิ่มจากร้อยละ 0 ในปี พ.ศ. 2532 เป็น ร้อยละ 2.3 ในปี พ.ศ. 2538 หลังจากนั้นความชุกจึงเริ่มลดลง โดยการสำรวจในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2539 พบความชุกเท่ากับ ร้อยละ 1.8 ซึ่งหมายความว่า ในแต่ละปีซึ่งมีสตรีตั้งครรภ์ราว 1 ล้านคนทั่วประเทศ จะพบสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV ประมาณ 20,000 คน ส่วนอัตราการแพร่เชื้อ HIV จากมารดาสู่ทารก รายงานในประเทศไทยพบประมาณ ร้อยละ 24 - 45 ค่าเฉลี่ย ร้อยละ 30 ดังนั้น จะพบทารกที่ติดเชื้อ HIV เพิ่มขึ้นถึงปีละประมาณ 6,000 คน หากไม่มีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อนี้

### 1.1 ระยะเวลาที่เกิดการแพร่เชื้อ

การแพร่เชื้อ HIV จากมารดาสู่ทารกเกิดขึ้นได้ทุกระยะตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์จนถึงระยะให้นมบุตร โดยมีหลักฐานการแพร่เชื้อในช่วงต่าง ๆ ดังนี้

#### 1.1.1 ระยะตั้งครรภ์ (antepartum or antinatal period)

มีรายงานการตรวจพบเชื้อ HIV จากชิ้นส่วนทารกที่ได้จากการทำแท้งในระยะไตรมาสแรกและไตรมาสที่สองของการตั้งครรภ์ นอกจากนี้ Viscarello และคณะได้รายงานการตรวจน้ำคร่ำ และเลือดจากสายสะดือทารก จากการเจาะผ่านทางหน้าท้องมารดาที่ติดเชื้อ HIV ก่อนการทำแท้งในไตรมาสที่สอง ก็พบเชื้อ HIV ได้ ร้อยละ 38 และร้อยละ 23 ตามลำดับ

#### 1.1.2 ระยะคลอด (intrapartum or perinatal period)

จากการศึกษาครรภ์แฝดในมารดาที่ติดเชื้อ HIV พบว่าทารกคนแรกมีการติดเชื้อ HIV สูงกว่าทารกคนที่สอง ทำให้เชื่อว่าการติดเชื้อ HIV ของทารก

นั้นเกิดขึ้นในระยะคลอดมากกว่า เนื่องจากขณะคลอดทารกคนแรกมีโอกาสสัมผัสกับสิ่งคัดหลั่งในช่องคลอดมากกว่าทารกคนที่สอง

การตรวจหาเชื้อ HIV จากเลือดของทารกแรกคลอดจะพบเชื้อไวรัสเพียง ร้อยละ 30 - 50 ของทารกที่ภายหลังติดตามตรวจแล้วพบว่าติดเชื้อทั้งหมด ซึ่งอาจแปลผลได้ว่า ร้อยละ 50 - 70 ของทารกที่ติดเชื้อ HIV เป็นการติดเชื้อในระยะเจ็บครรภ์คลอด

Bryson และคณะ ได้เสนอวิธีการวินิจฉัยว่า ทารกซึ่งไม่ได้ดูดนมมารดานั้นได้รับเชื้อ HIV ตั้งแต่อยู่ในครรภ์หรือขณะเจ็บครรภ์คลอด โดยดูจากผลการตรวจหาเชื้อไวรัส ซึ่งอาจใช้วิธี PCR หรือการเพาะเชื้อจากเลือดทารก ถ้าพบผลบวกใน 48 ชั่วโมงแรก จะถือว่าทารกนั้นได้รับการแพร่เชื้อตั้งแต่อยู่ในครรภ์ หากตรวจพบผลบวกครั้งแรกหลังวันที่ 7 ถึงวันที่ 90 หลังคลอด จะถือว่าทารกนั้นได้รับเชื้อในขณะเจ็บครรภ์คลอด

### 1.1.3 ระยะหลังคลอด (post - partum or postnatal period)

การติดเชื้อ HIV ผ่านทางน้ำนมมารดานั้น มีการศึกษาพบว่า ในประชากรที่มีการเลี้ยงบุตรด้วยน้ำนมมารดา จะมีทารกได้รับเชื้อ HIV ผ่านทางน้ำนมประมาณร้อยละ 14 ของการแพร่เชื้อไปสู่ทารกทั้งหมด โดยพบว่าความเสี่ยงของการติดเชื้อ HIV จะเพิ่มขึ้นตามระยะเวลาที่ทารกได้นมมารดาด้วย การศึกษาในไนโรบี ประเทศเคนยา พบว่าทารกซึ่งดูดนมมารดานานกว่า 15 เดือน จะมีอัตราเสี่ยงเป็น 1.9 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 1.1 - 3.5) ของทารกที่มีได้นมมารดา

## 1.2 ปัจจัยที่เกี่ยวข้องในการแพร่เชื้อ HIV ไปยังทารกนั้น อาจแบ่งได้ดังนี้

### 1.2.1 ปัจจัยทางมารดา (maternal factors)

พบว่าทารกจะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV เพิ่มขึ้นถ้ามารดามีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดสูง โดยเฉพาะระหว่างคลอด Mayaux และคณะ รายงานว่าในรายที่มารดามีปริมาณไวรัสในกระแสเลือดน้อยกว่า 1,000 copies/ml จะมีการติดเชื้อ HIV ในทารก ร้อยละ 12 ในขณะที่มารดาซึ่งมีปริมาณไวรัสมากกว่า 10,000 copies/ml จะพบอัตราการติดเชื้อในทารกเท่ากับ ร้อยละ 29 ปัจจัยอื่นที่พบว่ามีผลต่อการแพร่เชื้อ HIV ไปยังทารกได้แก่ การพบ p24 antigen ในกระแสเลือด ระดับ CD4 ต่ำ มารดาที่เป็นโรคขั้นรุนแรง ระดับ Immunoglobulin G ต่อ V3 sequence สูง มารดามีเพศสัมพันธ์ในช่วงตั้งครรภ์บ่อยและมารดาที่สูบบุหรี่ระหว่างตั้งครรภ์

ในเรื่องของระดับวิตามิน A ในมารดาต่ออัตราการติดเชื้อ HIV ในทารกจากการศึกษาในมาลาวี พบว่าการขาดวิตามิน A ในมารดาจะเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ในทารกเป็น 4.4 เท่า (ช่วงความเชื่อมั่นร้อยละ 95 เท่ากับ 1.1 - 3.5) เทียบกับมารดามีระดับวิตามิน A มากกว่า 1.4 ไมโครโมลต่อลิตร อย่างไรก็ตามการศึกษาในสหรัฐอเมริกาเมื่อเร็วๆ นี้ไม่พบความสัมพันธ์ดังกล่าว

### 1.2.2 ปัจจัยทางทารก (neonatal factors)

พบว่า ปัจจัยสำคัญที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในทารก คือ การคลอดก่อนกำหนดหรือทารกมีน้ำหนักแรกคลอดน้อย อย่างไรก็ตามการคลอดก่อนกำหนดหรือทารกมีน้ำหนักน้อย อาจเป็นผลจากการติดเชื้อ HIV ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ก็เป็นได้ ส่วนปัจจัยที่อาจช่วยป้องกันการติดเชื้อในทารก ได้แก่ภูมิคุ้มกันชนิดอาศัยเซลล์ ซึ่งมีรายงานการตรวจพบ HIV - 1 - specific cytotoxic T - cell ในทารกที่ไม่ติดเชื้อ ส่วน Clerici และคณะ ได้รายงานการตรวจพบ env - specific T - helper cell ในเลือดจากสายสะดือของทารก 8 คน จากทั้งหมด 23 คน โดยทั้ง 8 คนนี้ไม่พบการติดเชื้อ HIV เลย ขณะที่อีก 15 คน พบทารกที่ติดเชื้อ 3 คน

### 1.2.3 ปัจจัยทางสูติศาสตร์

ปัจจัยใดก็ตามที่มีผลทำให้ทารกมีโอกาสสัมผัสสิ่งคัดหลั่งในช่องคลอดหรือเลือดมารดา หรือทำให้ทารกเกิดบาดแผล จะเพิ่มโอกาสในการติดเชื้อ HIV ในทารก ปัจจัยเหล่านี้ได้แก่ การใช้สูติศาสตร์หัตถการ การแตกของถุงน้ำคร่ำเป็นระยะเวลานาน โดยเฉพาะถ้านานกว่า 4 ชั่วโมง ปัจจัยอื่น ๆ ที่เพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ HIV ในทารก คือ การอักเสบของถุงน้ำคร่ำ ส่วนการผ่าตัดคลอดบุตรนั้นยังมีข้อมูลการศึกษาที่ขัดแย้งกัน Mofenson ได้ศึกษาแบบ meta - analysis พบว่า การผ่าตัดคลอดบุตรสามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ในทารกได้ราว ร้อยละ 20 - 50 อย่างไรก็ตามบางรายงานก็ไม่พบความสามารถในการป้องกันนี้ นอกจากนี้ในทุกๆรายงานมิได้มีการควบคุมปัจจัยที่อาจเกี่ยวข้องอื่น ๆ ดังนั้นก่อนนำมาใช้เป็นมาตรฐานในการดูแลผู้ป่วย จำเป็นต้องมีการศึกษาแบบ randomized clinical trial

### 1.2.4 ปัจจัยทางเชื้อไวรัส (viral factors)

พบว่า HIV - 2 มีการแพร่เชื้อไปสู่ทารกน้อยมาก แต่ถ้ามารดานั้น มีการติดเชื้อทั้ง HIV - 1 และ HIV - 2 โอกาสที่จะแพร่เชื้อ HIV - 1 ไปยังทารกจะสูงขึ้น นอกจากนี้ยังพบว่า variants และ phenotype ของเชื้อ HIV - 1 ที่แตกต่างกันก็อาจมีผลต่อการติดเชื้อของทารก

### 1.2.5 การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่

เนื่องจากสามารถตรวจพบเชื้อไวรัสเอดส์ในน้ำนมแม่ที่ติดเชื้อ และมีรายงานการติดเชื้อในลูกจากการกินนมแม่ การศึกษาโดยวิธี meta - analysis พบว่า อัตราการติดเชื้อ HIV ผ่านทางน้ำนมแม่ พบสูงถึง ร้อยละ 7 - 22 ดังนั้น เด็กที่คลอดจากแม่ซึ่งติดเชื้อเอดส์จึงไม่ควรจะได้รับน้ำนมแม่ (สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์วัฒนา และสมภพ ลิ้ม-พงศานุรักษ์, 2541)

### ช่วงเวลาการถ่ายทออดเชื้อ

การถ่ายทออดเชื้อขณะตั้งครรภ์ร้อยละ 10 การถ่ายทออดเชื้อในระหว่างคลอด ร้อยละ 15 การถ่ายทออดเชื้อหลังคลอด (การเลี้ยงลูกด้วยนมแม่) ร้อยละ 10 (Sperling R.S. et al, 1996)

### ความร่วมมือในการรักษา

**ความร่วมมือ (Compliance)** หมายถึงพฤติกรรมหรือการกระทำซึ่งทำตามความต้องการหรือข้อร้อง หรือการกำหนดของผู้อื่น (Good CV, 1973)

**ความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (patient compliance)** หมายถึงพฤติกรรมหรือการกระทำที่ผู้ป่วยได้เลือกที่จะปฏิบัติด้วยความเต็มใจ โดยที่พฤติกรรมหรือการกระทำนั้น สอดคล้องตามคำแนะนำ และแผนการรักษาของแพทย์ (Dracup & Meleis, 1982)

**ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา** ประกอบด้วย 2 ส่วน คือ การรับประทานยา และการปฏิบัติตามแผนการรักษาของแพทย์ (สาธุพร พุฒขาว, 2541)

ความร่วมมือในการรักษาหมายถึง พฤติกรรมที่ผู้ป่วยเลือกปฏิบัติให้สอดคล้องกับแผนการรักษาด้วยความเต็มใจ รายละเอียดของความร่วมมือในการรักษาได้แก่ พฤติกรรมของบุคคลในเรื่องการรับประทานยา การรับประทานอาหาร หรือการเปลี่ยนแปลงแบบแผนในการดำรงชีวิต สำหรับการประเมินความร่วมมือในการรักษา อาจกระทำได้ 2 วิธีใหญ่ๆ คือ วิธีที่หนึ่ง โดยการประเมินทางตรง อาศัยหลักทางชีววิทยา เช่น การตรวจเลือด การตรวจปัสสาวะ การวัดระดับสารที่ถูกขับออกทางปัสสาวะและสารที่เกิดจากการสันดาป และวิธีที่สอง โดยการประเมินทางอ้อม อาศัยเครื่องมือประเมินความร่วมมือของผู้ป่วยซึ่งผู้วิจัยแต่ละคนสร้างขึ้น อาจเป็นแบบสัมภาษณ์แบบสอบถาม การนับจำนวนเม็ดยาที่เหลือ และการประเมินโดยแพทย์ผู้รักษา (นวลจันทร์ เครือวานิชกิจ, 2531)

ในเรื่องของความสม่ำเสมอ ในการมารับยาหรือในการมาตามนัดนั้น ถือเป็นเทคนิคการตรวจสอบวิธีหนึ่งที่สามารถใช้พิสูจน์ได้ว่า ผู้ป่วยที่สงสัยได้ใช้ยาอย่างเคร่งครัดหรือให้ความร่วมมือในการใช้ยาหรือไม่ เพราะผู้ป่วยที่มาตามนัดอย่างสม่ำเสมอคาดได้ว่าเขายอมรับในวิธีการรักษา และน่าจะให้ความร่วมมือในการใช้ยาค่อนข้างดี ในทางตรงข้ามผู้ที่ผัดผ่อนบ่อยๆ ย่อมมีแนวโน้มที่จะให้ความร่วมมือน้อยไปด้วย (วงศ์วิวัฒน์ ทศนียกุล, 2533)

นอกจากนี้ยังมีการนำเสนอปัญหาต่างๆ ที่ทำให้เกิดความไม่ร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย ซึ่งได้แก่ ปัญหาทางจิตวิทยา เช่น การไม่ยอมรับว่าตนเองป่วย หรือการไม่ยอมรับยาที่แพทย์ให้รับประทาน ภาวะอารมณ์ของผู้ป่วย ได้รับการวิพากษ์วิจารณ์จากบุคคลอื่น ๆ เป็นต้น ปัญหาที่เกิดจากแผนการรักษา ปัญหาที่เกี่ยวกับการใช้ยา เช่น เวลาที่ระบุไว้ให้

รับประทานในแต่ละขนานไม่เหมือนกัน ทำให้เกิดความยุ่งยากสับสนในการใช้ยา และผลจากฤทธิ์ข้างเคียงของยาทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับประทานยา และปัญหาอื่นๆ ที่เป็นตัวแทรกซ้อนในแต่ละปัจเจกบุคคล (ภาวดี การเร็ว, 2541)

จากความหมายดังกล่าวข้างต้น ความร่วมมือในการรักษาด้วยยา จึงหมายถึงพฤติกรรมของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา คำแนะนำของแพทย์ ในเรื่องการรักษาและการปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างสม่ำเสมอ ด้วยความยินดีและเต็มใจที่จะทำในสิ่งที่แพทย์แนะนำให้ทำ และจะหยุดกระทำในสิ่งที่แพทย์แนะนำให้หยุด เพื่อรักษาโรคหรือเพื่อป้องกันโรค

### ปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยา

พบว่ามีการศึกษาปัจจัยที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย ในหลายๆ ด้านซึ่งพอจะสรุปได้ดังนี้

**สถานภาพสมรส** สามีหรือภรรยา มีผลต่อการทำให้บุคคลมีการรับรู้ในด้านดี และทำให้บุคคลหนึ่งๆ ปฏิบัติตามคำแนะนำของผู้ให้การรักษา (Janz & Becker, 1984 อ้างในภาวดี การเร็ว, 2541) และคู่สมรสเป็นตัวแปรหนึ่งที่มีอิทธิพลต่อความร่วมมือในการรักษาของผู้ป่วย (Becker & Maiman, 1975) และการศึกษาของ (จินตนา เหลืองสุวาลัย, 2534) ศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรับรู้ และเจตคติต่อโรคกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของวัยรุ่นในชุมชนแออัดแห่งหนึ่งในกรุงเทพมหานคร พบว่าสถานภาพสมรสมีความสัมพันธ์ทางลบกับพฤติกรรมป้องกันการติดเชื้อโรค อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ

**อาชีพ** มีความสัมพันธ์กับการรักษาโรคมาก โดยพบว่าผู้ที่มีอาชีพซึ่งมีที่อยู่ไม่แน่นอน หรือต้องเดินทางไปต่างจังหวัดบ่อยๆ มีความสัมพันธ์ทางลบกับความร่วมมือในการรักษา (จารุวรรณ ชันติสุวรรณ, 2528) เพราะผู้ที่ต้องเดินทางบ่อยๆ มีโอกาสที่จะลืมเอายาไปด้วย บางรายมีธุระติดพันทำให้ไม่สามารถมาพบแพทย์ได้ตามกำหนดนัดหมาย

**ระดับการศึกษา** จากการศึกษาของนิตยา ภาสุนันท์ (2529) ที่พบว่าระดับการศึกษาที่ต่างกันจะมีแรงจูงใจในด้านสุขภาพ และการดูแลตนเองต่างกัน โดยกลุ่มที่มีการศึกษาในระดับประถมศึกษา มีแรงจูงใจในด้านสุขภาพ และการดูแลตนเอง ต่ำกว่ากลุ่มที่มีการศึกษาในระดับมัธยมศึกษาและอุดมศึกษา ทั้งนี้อาจเป็นเพราะการศึกษาเป็นปัจจัยสำคัญในการพิจารณาตัดสินสิ่งต่างๆ อย่างมีเหตุผล ผู้มีการศึกษาสูงมีโอกาสได้ศึกษาความรู้เกี่ยวกับสิ่งต่างๆ โดยเฉพาะความรู้เกี่ยวกับโรค และวิธีการดูแลสุขภาพอนามัยของตนเองได้มากกว่า ผู้ที่มีการศึกษาน้อย และสอดคล้องกับการศึกษาของกาญจนา บุญทับ (2534) ที่พบว่าหญิงตั้งครรภ์ที่มีระดับการศึกษาสูงจะมีความสามารถดูแลตนเองสูงขึ้น

**ฐานะทางเศรษฐกิจ** ก็เป็นปัจจัยหนึ่งที่มีผลต่อความร่วมมือในการรักษาโรค เนื่องจากรายได้เป็นปัจจัยสำคัญในการดำรงชีวิต จากรายงานของสาหร่าย ด่านวนิช และคณะ (2533) ที่ได้ศึกษาผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลโรคทรวงอกที่ขาดการรักษาไป ก็พบว่าส่วนใหญ่เกิดจากปัญหาทางเศรษฐกิจ และนิตยา ภาสุนันท์ (2529) พบว่าผู้ป่วยที่มีรายได้เฉลี่ยของครอบครัวต่อเดือนต่ำกว่า 3,000 บาท จะมีแรงจูงใจในด้านสุขภาพ และให้ความร่วมมือในการรักษาโรคหัวใจขาดเลือดต่ำกว่าผู้ป่วยที่มีรายได้สูงกว่า 3,000 บาทต่อเดือน

**การให้สุขศึกษาแก่ผู้ป่วย** จากการศึกษาของ นงพิศาล ศาภิมล (2530) พบว่าผู้ป่วยที่ได้รับสุขศึกษาอย่างต่อเนื่อง จะให้ความร่วมมือในการรักษาดีกว่าผู้ที่ได้รับสุขศึกษาเพียง 1 ครั้ง

**ระยะทางจากบ้านถึงสถานบริการ** จากศึกษาของสาหร่าย ด่านวนิช และคณะ (2533) พบว่าผู้ป่วยวัณโรคของโรงพยาบาลโรคทรวงอกที่ขาดการรักษาไปนั้น ปัญหาที่สำคัญรองจากปัญหาเศรษฐกิจคือ การมีที่อยู่อาศัยอยู่ไกลจากโรงพยาบาล

**การให้บริการของสถานบริการ** จากการศึกษาของบัณฑิต ชุณหสวัสดิกุล และสุริยา สุนทราศรี (2537) พบว่าสาเหตุของความบกพร่องในการมารับการรักษาว่าเกิดจาก ทั้งผู้ให้การรักษาและจากผู้ป่วยเอง

### การรักษาด้วย zidovudine (AZT) ในผู้ป่วยทั่วไป

ชัยยศ คุณานุสนธ์ (2540) ได้สรุปสาระสำคัญจากการประชุมวิชาการ เรื่องโรคเอดส์ในภูมิภาคเอเชียแปซิฟิก ครั้งที่ 4 วันที่ 25 - 29 ตุลาคม 2540 ณ ประเทศฟิลิปปินส์ ว่าก่อนปี 2539 การดูแลรักษาผู้ป่วยเอดส์ เป็นการดูแลรักษาเพื่อเตรียมการตาย (prepare to die) แต่หลังปี พ.ศ. 2536 เป็นการรักษาเพื่อให้มีชีวิตอยู่ (prepare to live) เครื่องมือสำคัญคือ การใช้ยาด้านไวรัส ซึ่งในขณะนี้แนวโน้มที่จะใช้ตั้งแต่ติดเชื้อใหม่ๆ (acute HIV syndrome) หรือเมื่อติดเชื้อแล้ว ยังไม่มีอาการแต่ CD4 ต่ำกว่า 50 cells/cu.mm. หรือระดับไวรัสสูงกว่า 10,000 copies/ml. (b - DNA) ถึงสูงกว่า 20,000 copies/ml. (RNA - PCR) ทั้งนี้มีการวิจารณ์ถึงข้อดี ข้อเสีย ในการให้ยาด้านไวรัสตั้งแต่ระยะติดเชื้อ ไม่มีอาการ แต่ให้ยัดข้อพิจารณาสำคัญ 3 ประการ คือ

1. การยอมรับของผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อที่จะรับยา
2. โอกาสที่ผู้ป่วยและผู้ติดเชื้อจะรับการรักษาต่อเนื่อง
3. ระดับภูมิคุ้มกันที่สูญเสียไป

### ข้อดีและข้อเสียการให้ยาต้านไวรัส ในระยะติดเชื้อไม่มีอาการ

- |         |   |
|---------|---|
| ข้อดี   | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. สามารถลดการเพิ่มจำนวนไวรัสไว้ตลอด</li> <li>2. ป้องกันไม่ให้ระบบภูมิคุ้มกันถูกทำลาย</li> <li>3. ลดอัตราการเกิดเชื้อดื้อยา</li> <li>4. ลดโอกาสการเกิดโรคแทรกซ้อน</li> <li>5. รักษาสุขภาพเพื่อยืดอายุ</li> </ol> |
| ข้อเสีย | <ol style="list-style-type: none"> <li>1. อาจมีผลข้างเคียงจากการใช้ยา</li> <li>2. อาจเกิดเชื้อดื้อยาได้ก่อน</li> <li>3. ลดโอกาสที่จะใช้ยาชนิดอื่นๆ ต่อไป</li> <li>4. ไม่ทราบผลการรักษาในระยะยาว</li> <li>5. อาจมีผลข้างเคียง ถ้าใช้นานๆ</li> </ol>      |

### การรักษาด้วยยา zidovudine (AZT) ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี

zidovudine หรือ ZDV หรือ AZT เป็น antiretroviral drug ที่ชะลอการ replication ของเชื้อไวรัส HIV โดยไปรบกวน transcription ของ viral genome ใน host cell

สูตร (regimen) ที่ใช้ในโครงการฯ

การให้ยา AZT เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากแม่สู่ลูก ในโครงการนี้เป็นแบบ ระยะสั้นทั้งในแม่และลูก กล่าวคือ

- |                       |  |
|-----------------------|--|
| ระหว่างตั้งครรภ์      | : เริ่มให้เมื่ออายุครรภ์ 34 - 36 สัปดาห์ โดยให้รับประทานยา AZT 300 mg. วันละ 2 ครั้ง |
| ระหว่างคลอด           | : รับประทานยา AZT 300 mg. ทุก 3 ชั่วโมง โดยเริ่มตั้งแต่เจ็บท้องคลอด                  |
| ทารกช่วง 7 ชั่วโมงแรก | : รับประทานยา AZT 2 mg./kg/dose ทุก 6 ชั่วโมง โดยเริ่มให้ภายใน 12 ชั่วโมง หลังคลอด   |

การดำเนินงานการลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกจังหวัดลำปาง มีขั้นตอนดังนี้

1. ให้คำปรึกษาก่อนตรวจเลือด (pre test counselling) แก่หญิงตั้งครรภ์ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรกทุกคน
2. ตรวจเลือดในรายที่ตัดสินใจหรือสมัครใจทุกราย



3. นัดฟังผลเลือดอีก 1 - 2 สัปดาห์ต่อมา โดยให้คำปรึกษาหลังการตรวจเลือด  
ทุกราย
4. ในรายที่ผลเลือดเป็นบวก (HIV positive) ผู้ให้คำปรึกษาจะเสนอทางเลือกใน  
การใช้ยา AZT เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
5. ในรายที่สมัครใจหรือตกลงเข้ารับการใช้ยา AZT จะทำการคัดกรองว่าเหมาะสม  
ที่จะใช้ยา AZT หรือไม่เหมาะสม
6. ในรายที่เหมาะสมจะถามถึงความสมัครใจอีกครั้งหนึ่งว่า ตกลงใจที่จะใช้ยา AZT  
หรือไม่ตกลงใจในการใช้ยา AZT
7. ในรายที่ตกลงใจใช้ยา AZT ก็จะได้รับยา AZT เมื่ออายุครรภ์ครบ 34 - 36  
สัปดาห์
8. ในรายที่แม่ได้รับยา AZT ครบ ตามเกณฑ์ลูกจะได้รับ AZT syrup 7 วันหลัง  
คลอดและกรณีที่แม่ได้รับยา AZT ไม่ครบตามเกณฑ์ลูกจะได้รับ AZT syrup จนครบ 6  
สัปดาห์ และลูกจะได้รับการตรวจเลือดเพื่อหาการติดเชื้อเอชไอวีโดยวิธี PCR 2 ครั้ง คือ ครั้งที่  
1 เมื่ออายุครบ 2 - 4 เดือน ครั้งที่ 2 เมื่ออายุครบ 4 - 6 เดือน และเจาะ anti-HIV เมื่ออายุครบ  
1 ปี ครั้ง

#### Inclusion criteria

หญิงตั้งครรภ์ที่สามารถเข้าร่วมโครงการฯ มีคุณสมบัติดังนี้

1. อยู่ในระยะติดเชื้อไม่มีอาการ
2. ให้ความร่วมมือในการรับประทานยา AZT
3. ยินยอมและเข้าใจที่จะไม่เลี้ยงลูกด้วยนมแม่
4. พร้อมทั้งจะให้ติดตามผลการใช้ยาทั้งในตนเองและทารกที่จะเกิดมา จนกระทั่ง  
สิ้นสุดโครงการฯ

#### Exclusion criteria

หญิงตั้งครรภ์ที่ไม่สามารถเข้าร่วมโครงการฯ มีคุณสมบัติดังนี้

1. ป่วยเป็นเอดส์หรือเป็นผู้ติดเชื้อมีอาการ
2. เคยได้รับยา Antiretroviral มาก่อน
3. ไม่สามารถติดตามผลการใช้ยาได้
4. มีภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา AZT ระหว่างโครงการฯ

### งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

วิทยา เกษรรัตน์ และคณะ (2542) ศึกษาการให้ยา zidovudine ระยะสั้นในหญิงตั้งครรภ์อายุครรภ์ 34 ถึง 36 สัปดาห์ ตามแนวทางของสาธารณสุขเขต 10 ในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอชไอวี ที่โรงพยาบาลลำปาง จำนวน 109 คน พบว่า ร้อยละ 95.2 มีความตั้งใจและรับประทานยาได้ครบกำหนด อาการข้างเคียงที่มีรายงาน ได้แก่ ฮีโมโกลบินลดลง ร้อยละ 10.6

วิมล ศิริวสิน (2542) ศึกษาหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอชไอวีที่ตัดสินใจเข้าร่วมโครงการศึกษาวิจัยเชิงทดลองยา ZDV ที่โรงพยาบาลราชวิถี และศิริราชพยาบาล จำนวน 393 ราย พบว่า ร้อยละ 99 รับประทานยาได้สม่ำเสมอตามกำหนด

ปรีชา ตันธนาธิป และคณะ (2541) ได้ทำการศึกษาการให้ zidovudine (AZT) ในระยะท้ายของการตั้งครรภ์และในระยะเวลาคลอด เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากมารดาสู่ทารกในโรงพยาบาลบำราศนราดูร ในสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV จำนวน 60 คน ด้วยการรักษา ZDV แบบระยะสั้น พบว่ามารดารับประทานยาได้ครบในระยะเวลาก่อนคลอด ร้อยละ 98.3 รับประทานยาอย่างน้อย 1 เม็ดในระยะเวลาคลอด ร้อยละ 90 เกิดอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ได้แก่ คลื่นไส้อาเจียน ร้อยละ 1.7 อ่อนเพลีย ร้อยละ 6.7 สตรีมีครรภ์ในโครงการมาตรงตามนัดทุกราย ทารกคลอดมีชีวิตรอด 59 ราย ทารกตาย 1 ราย ตรวจสอบภาวะการติดเชื้อ HIV ของทารก โดยการตรวจเลือดด้วยวิธี polymerase chain reaction (PCR) เพื่อหา DNA ของเชื้อ HIV ในเลือดที่เก็บ ตั้งแต่แรกเกิดจนถึง 6 เดือน ทารกที่ผล PCR แรกเกิดเป็นบวก 9 ราย อัตราการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาไปสู่ทารก ร้อยละ 15 ผลการศึกษาเบื้องต้นแสดงว่าการใช้ยา AZT แบบระยะสั้น สามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาไปสู่ทารกได้ประมาณ ร้อยละ 47.6

จอร์จและคณะ (Jorge, et al., 1997) ศึกษาการให้ zidovudine (ZDV, AZT) ระยะสั้นแก่หญิงติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ในประเทศบราซิล เป็นการศึกษาแบบย้อนหลังในทารกที่คลอดจากแม่ที่ติดเชื้อจำนวน 103 ราย ติดตามลูกทุกเดือนหลังคลอด 6 ครั้ง และติดตามต่อไปทุกๆ 3 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ทารกติดเชื้อร้อยละ 32.0 ไม่ติดเชื้อ ร้อยละ 38.8 และยังไม่ระบุผลไม่ได้แน่นอน ร้อยละ 29.1 และพบว่า ZDV ที่กินในระยะตั้งครรภ์สามารถลดอัตราการติดเชื้อได้ ร้อยละ 78.22 การใช้ ZDV ระยะสั้นในพื้นที่ยากจนทำได้ง่ายและมีประสิทธิผลเท่ากับการใช้ ZDV ในสูตร ACTG 076

ปาตริเซีย และคณะ (Patricia, et al., 1997) ศึกษาการให้ zidovudine (ZDV) แก่หญิงติดเชื้อขณะตั้งครรภ์ โดยเริ่มที่อายุครรภ์ 24 สัปดาห์ เป็นการศึกษาแบบย้อนหลัง ในประเทศอาเจนติน่า ในหญิงตั้งครรภ์และทารกจำนวน 144 ราย ติดตามลูกหลังคลอดทุก 6 เดือน ผลการศึกษาพบว่า ทารกติดเชื้อ ร้อยละ 3.3 ไม่ติดเชื้อ ร้อยละ 82.6 และที่เหลือร้อยละ

14.1 กำลังอยู่ในระหว่างการติดตามต่อไปอีกในระยะ 14 เดือน การใช้ ZDV ในระยะตั้งครรภ์ และทารกแรกคลอด ได้ผลดี มีความปลอดภัย และประสิทธิภาพสูงในการลดการถ่ายทอดเชื้อ เอ็ดส์จากแม่สู่ลูกและเสียค่าใช้จ่ายน้อย รวมทั้งเป็นที่ยอมรับในการให้ความร่วมมือ

เวดส์ และคณะ (Wade, et al., 1998) ศึกษาการใช้ zidovudine (ZDV) ระยะสั้นในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากมารดาสู่ทารกในปี พ.ศ. 2537 สูตร ACTG 076 ได้เผยแพร่ประสิทธิภาพของการให้ยา AZT สามระยะเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ว่าสามารถลดอัตราการติดเชื้อได้จาก ร้อยละ 25.5 เหลือ ร้อยละ 8.3 ซึ่งเป็นที่ยอมรับในสหรัฐอเมริกา ตั้งแต่ปี 2533 แล้ว ต่อมาสถาบันสุขภาพแห่งชาติ ของสหรัฐอเมริกา ได้ริเริ่มให้มีการใช้ยานี้ และก็ประกาศใช้ยานี้และรับรองว่าสามารถใช้ได้กับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อทุรกาย ในปี พ.ศ. 2539

มีผลหลายประการที่ทำให้สูตร ACTG 076 ไม่ได้รับการสนับสนุนเพื่อเอาไปใช้ เช่น ไม่ไปฝากครรภ์ ไม่ยอมตรวจเลือด เพื่อหาเชื้อ HIV ไม่ได้รับการให้คำปรึกษา ปฏิเสธการใช้ยา AZT การไม่ได้รับการยอมรับจากสถาบันสุขภาพแห่งชาติใดๆ เลย ข้อมูลล่าสุดจากการศึกษาในประเทศไทยพบว่า การให้ยาแก่มารดาในระยะคลอด และในทารกหลังคลอดระยะ 48 ชั่วโมงแรก เปรียบเทียบกับการไม่ได้รับยาเพื่อป้องกันมาก่อนเลย ปรากฏผลชัดเจนว่าสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ แต่ถ้าเริ่มให้ยาเมื่อทารกอายุได้ 3 วันหรือมากกว่านั้น ก็จะมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อจากแม่ได้สูงเท่าๆ กับพวกที่ไม่เคยได้รับยามาก่อนเลย

การใช้สูตร ACTG 076 และมีรายงานว่า ทารกที่ได้รับยา AZT ตั้งแต่ออยู่ในครรภ์ ขณะแม่คลอด และหลังคลอดมีการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกลดลง ร้อยละ 67.5 ซึ่งผลการทดสอบได้คล้ายคลึงกันว่า อัตราการถ่ายทอดเชื้อ ส่วนหญิงตั้งครรภ์ที่ไม่ได้รับยา มีอัตราการถ่ายทอดเชื้อ ร้อยละ 26.6 ถึง ร้อยละ 31.6 ผลการศึกษา เช่นการศึกษาที่ North Carolina สามารถลดการถ่ายทอดเชื้อจาก ร้อยละ 21 เหลือเพียง ร้อยละ 6.2 ในช่วงเวลาเพียง 2 ปีครึ่ง เมื่อมีการใช้ยา AZT กันอย่างแพร่หลายยิ่งขึ้นได้ค้นพบว่า การใช้ AZT ในระยะสั้นสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ ร้อยละ 10 ในแม่ที่ได้รับยาอย่างสมบูรณ์ ร้อยละ 5.3 ในแม่ที่เริ่มได้ยาในระยะคลอด และทารกที่ได้รับยาภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ลดได้ ร้อยละ 9.3 ถึง 9.5 และถ้าเริ่มให้ยาแก่ทารกหลังคลอด 3 วัน หรือมากกว่า อัตราการถ่ายทอดเชื้อ ไม่มีความแตกต่างกับกลุ่มที่ไม่เคยได้รับยาเลย มีการทดลองในสัตว์หลายชนิด พบว่าลดการถ่ายทอดเชื้อ ร้อยละ 22.4 ถึง ร้อยละ 41.9 เมื่อให้รับประทานในระยะตั้งครรภ์ หรือในระยะ 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด ถ้าเริ่มให้ยาหลังคลอด 3 วันไปแล้ว อัตราการถ่ายทอดเชื้อจะสูงที่สุด ถ้าเริ่มให้ยาดังแต่ระยะตั้งครรภ์ ให้ผลในการลดการถ่ายทอดเชื้อได้ดีกว่าการไม่ให้ยาเลย และถ้าให้ยาภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอด สามารถลดการถ่ายทอดเชื้อได้เช่นเดียวกันกับการให้ตั้งระยะตั้งครรภ์

การนำหลายตัวแปรเข้ามาวิเคราะห์แบบ multivariate logistic regression เช่น เพศทารก เชื้อชาติเผ่าพันธุ์ อายุเมื่อใช้ PCR ทดสอบน้ำหนักแรกคลอด และระยะเวลาที่เริ่มให้ยา เพื่อเป็นการป้องกันพบว่าการให้ยาโดยวิธีรับประทานตั้งแต่ตั้งครรภ์คือ ตั้งแต่ 36 สัปดาห์เรื่อยไปจนถึงคลอด (ไม่รวมระยะหลังคลอด) สามารถลดการถ่ายทอดเชื้อได้ประมาณร้อยละ 50 ซึ่งน้อยกว่าสูตร ACTG 076 ถึงอย่างไรก็ตามการได้รับยาระยะสั้นๆ ในช่วงตั้งครรภ์ หรือหลังคลอดก็เป็นสิ่งที่จำเป็นเสมอ ในรายที่ไม่เคยฝากครรภ์ หรือรายที่ไม่เคยได้รับความรู้เรื่องการลดการถ่ายทอดเชื้อดังกล่าว

ในนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกามีการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกมากที่สุดในปี พ.ศ. 2540 ถึงจำนวน 995 ราย และทารกก็ได้รับการทดสอบวิธี PCR การใช้ AZT ในระยะสั้นใช้ได้เฉพาะที่ขาดการดูแล หรือจำกัดเฉพาะในระยะตั้งครรภ์ หรือด้วยความสมัครใจเท่านั้น

ผลลักษณะเฉพาะของทารกที่ทดสอบ

จากข้อมูลของทารกที่สัมผัสเชื้อ จำนวน 939 ราย ที่มีอายุตั้งแต่แรกคลอดถึง 180 วัน เมื่อเริ่มทดสอบด้วยวิธี PCR ในระหว่างปี พ.ศ. 2538 - 2540 นั้นพบว่า ทารกจำนวน 504 ราย (ร้อยละ 53.7) จาก 40 โรงพยาบาลมีทารกจำนวน 489 ราย (ร้อยละ 97) ได้รับการตรวจโดยสมบูรณ์ และส่งผลกลับไปให้ทางโรงพยาบาลมีทารกจำนวน 32 รายที่มีผล PCR เป็นลบ ก่อนอายุครบ 1 เดือน แต่เมื่ออายุเกิน 1 เดือนไปแล้วพบว่า ผล PCR เป็นบวก ไม่ได้อยู่ในเกณฑ์การทดสอบในครั้งนี้อย่างเดียว และยังรวมถึงทารกแฝดอีก 3 คู่ ซึ่งคิดเป็นรายๆ ไป และคิดว่าแต่ละรายก็ได้รับเชื้อ คงเหลือแต่ทารกจำนวน 454 รายเท่านั้น ที่ได้รับการทดสอบอย่างสมบูรณ์ ผลการศึกษาพบว่า ไม่มีความแตกต่างอย่างมีนัยสำคัญกับกลุ่มที่ทดสอบโดยแยกเพศ ชาติพันธุ์ และน้ำหนักแรกคลอด

ระยะเวลาที่ให้ยา AZT กับการถ่ายทอดเชื้อ พบว่า อัตราการถ่ายทอดเชื้อจะต่ำที่สุดต่อเมื่อเริ่มให้ยาตั้งแต่ระยะตั้งครรภ์ และอัตราการถ่ายทอดเชื้อจะสูงที่สุดในผู้ที่ไม่เคยได้รับยา

จากการศึกษาย้อนหลัง ของหน่วยควบคุมโรคใน North Carolina สหรัฐอเมริกา ครั้งนี้จะขัดแย้งกับผลการศึกษาที่ผ่านมา ก็ยังพบว่ามี การถ่ายทอดเชื้อได้ ร้อยละ 22.9 ในแม่ที่ไม่ได้รับยาในขณะตั้งครรภ์ ส่วนอัตราการรับเชื้อของทารกหลังคลอดที่ได้รับยาภายใน 48 ชั่วโมง ก็ไม่แตกต่างกัน

การศึกษาย้อนหลังของหน่วยควบคุมโรคใน North Carolina สหรัฐอเมริกา ถึงการลดการถ่ายทอดเชื้อจากมารดาสู่ทารก จำนวน 188 ราย พบว่า 6 ราย (ร้อยละ 3) ยังคงมีการติดเชื้อ แม้ว่า จะได้รับยาเฉพาะระยะตั้งครรภ์ และระยะคลอดเท่านั้น ซึ่งผลที่ได้ก็สอดคล้องกับการศึกษาของ North Carolina ครั้งนี้จะขัดแย้งส่วนอัตราการรับเชื้อของทารกหลังคลอดที่ได้รับยาภายใน 48 ชั่วโมงก็ไม่แตกต่างกัน

การศึกษาจากกลุ่มควบคุมในประเทศไทย โดยเริ่มให้ยา AZT โดยวิธีรับประทาน เมื่อตั้งครรภ์ได้ 36 สัปดาห์ ให้เรื่อยไปจนถึงระยะคลอด พบว่า สามารถลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ถึง ร้อยละ 51 ซึ่งการศึกษาที่ผ่านมามีข้อจำกัดหลายอย่าง เช่น มีทารกจำนวนน้อยที่แม่ได้รับยาขณะตั้งครรภ์ (ร้อยละ 19) หรือทารกเริ่มได้รับยาขณะความเชื่อมั่นในทารกกลุ่มใหญ่ขึ้น อีกประการหนึ่งยังขาดข้อมูลของวันที่เริ่มรับประทานยาระหว่างตั้งครรภ์ และการยินยอมรับการรักษาด้วยยายู่มาก ซึ่งในความเป็นจริงแล้วกลุ่มตัวอย่างก็รับการส่งต่อมาจากโรงพยาบาลที่คลอดอยู่แล้ว จึงไม่น่าจะมีการคลาดเคลื่อนของผลการทดสอบ แต่ทั้งสองประการนี้ก็เป็นที่น่าเอาใจใส่เสมอ

ในปี พ.ศ. 2537 สถาบันสุขภาพแห่งชาติแห่งสหรัฐอเมริกา ได้แนะนำให้ใช้ยา AZT เพียงอย่างเดียวในการรักษา โดยแบ่งเป็น 3 ระยะ และเพิ่มเติมข้อมูลทางระบาดวิทยา และแผนการรักษาใหม่อีก ในปี พ.ศ. 2541 ซึ่งแนวทางการรักษาใหม่นี้ยอมรับว่า การรักษาด้วยยา AZT มีผลดี แต่ควรใช้ควบคู่ไปกับการรักษาผู้ติดเชื้อด้วยวิธีผสมผสาน ทั้งในระยะตั้งครรภ์และระยะที่มีอาการของโรค รวมถึงการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ ผลการศึกษาที่ผ่านมา ถ้าวัดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้จริง เมื่อเริ่มให้ยาดังแต่ระยะตั้งครรภ์หรือทันทีที่เด็กคลอดออกมา จะเป็นสิ่งสำคัญในการผลักดันให้มีการเริ่มให้ทารกได้รับยา ในรายที่แม่ไม่ได้รับยาขณะตั้งครรภ์และข้อมูลก็สอดคล้องกันที่ว่าควรให้ยาในขณะคลอด ในผู้ติดเชื้อที่ไม่เคยได้รับยามาก่อนได้ และการได้รับยาเข้าไปจากขณะตั้งครรภ์ก็ยังมีประโยชน์อยู่มาก ในด้านการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อ การตรวจหาเชื้อ HIV ด้วยวิธีการรวดเร็วในขณะคลอดหรือหลังคลอดภายใน 48 ชั่วโมง ก็สามารถให้ยาทั้งแม่และทารกได้ อย่างไรก็ตามการศึกษาที่ผ่านมาก็ยังไม่ได้ทำให้ความสำคัญของการให้ยาเป็น 3 ระยะน้อยลงแต่อย่างใด ในทางตรงกันข้ามกลับทำให้ใกล้ความเป็นไปได้ที่จะลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ในความเป็นไปได้ที่จะลดการถ่ายทอดเชื้อ HIV นี้ยังต้องการตรวจเลือดเพื่อหาเชื้อ การให้คำปรึกษา ถ้าพบว่า HIV เป็นผลบวก ให้เริ่มยา AZT อย่างเดียวหรือร่วมกับยาตัวอื่น สิ่งเหล่านี้ทำให้เกิดมีความมั่นใจว่าถ้าไม่ได้รับยา เพื่อป้องกันในระยะตั้งครรภ์ก็สามารถให้ยาได้ในขณะคลอด และทารกสามารถรับยาได้หลังคลอดทันทีเช่นกัน

ในเรื่องนี้กล่าวถึงการลดการถ่ายทอดเชื้อ HIV จากมารดาสู่ทารก โดยการใช้ยา AZT ที่นิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา ในระหว่างปี พ.ศ. 2538 - 2540 ผลการทดสอบทั้งสนับสนุนและให้ความมั่นใจรวมถึงการพบสิ่งใหม่ๆ คุณลักษณะของโรคและแผนการรักษา ตลอดจนการใช้ยาที่มีผลโดยตรงต่อการถ่ายทอดเชื้อ HIV การถ่ายทอดเชื้อที่เร็วที่สุด คือขณะที่คลอด ถึงแม้ว่าจะมีทารกถึงร้อยละ 25 ที่ติดเชื้อจากแม่อยู่แล้ว แต่มากกว่าครึ่งหนึ่งก็ตรวจไม่พบติดเชื้อขณะคลอด แม้ว่าจะทดสอบด้วยวิธีที่ไวที่สุดก็ตาม เหตุนี้ทำให้สหรัฐอเมริกา และทั่วโลกสมมุติว่าการงดให้นมแม่ ผลการตรวจครั้งแรกสุดจะไม่พบเชื้อ แต่ต่อมาจะติดเชื้อจากแม่ ในระยะสั้นก่อนคลอด นอกนั้นได้รับการถ่ายทอดเชื้อในขณะที่อยู่ในครรภ์มารดา และมีหลายการศึกษาที่

ยืนยัน ประมาณร้อยละ 60 ของทารกติดเชื้อจากแม่ ในระยะสั้น ก่อนคลอด นอกนั้นได้รับการถ่ายทอดเชื้อในขณะที่คลอด โดยเฉพาะอย่างยิ่งในเด็กแฝด ด้วยเหตุที่มีการแตกของถุงน้ำ เป็นเวลานานขณะคลอด

ถ้าจะเริ่มให้ได้ผลดีที่สุดของการให้ยา AZT ในสูตร ACTG 076 เพื่อควบคุมการถ่ายทอดเชื้อโดยตรงของ HIV ต้องวิเคราะห์ผลที่ตามมาอย่างระมัดระวัง เพราะผลการวิเคราะห์รายงานว่า AZT อย่างเดียวก็ลดอัตราการติดเชื้อในแม่ลงได้ และอาจใช้ยานี้เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปสู่ทารกหรือระยะคลอด ขณะทารกคลอดเพราะในระยะเหล่านี้ (ตลอดการตั้งครรภ์ถึงคลอด) มีความเป็นไปได้ที่จะเกิดการถ่ายทอดเชื้อด้านยา AZT เองก็มีกระบวนการของการออกฤทธิ์ ซึ่งสามารถดูดซึมผ่านเยื่อผนังเซลล์ เข้าไปถึงทารกได้ และไม่ต้องการระยะเวลาในการให้ยาเพื่อลดจำนวนไวรัสอยู่แล้ว และนี่คือเหตุผลที่ดีมาในการให้ยา AZT ในระยะสั้นโดยให้ยาในระยะก่อนหรือขณะคลอด ซึ่งจะให้ผลในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อมากที่สุด

อีกรายงานหนึ่ง คือ จากการทดสอบที่ผ่านมากในกรุงเทพมหานคร เกี่ยวกับการให้ AZT ในระยะสั้นโดยอาศัยการเก็บข้อมูลจากสถาบันที่เกี่ยวข้องและ Center for Disease Control and Prevention (CDC) พบว่าการให้ยาในหญิงตั้งครรภ์นาน 25 วัน หรือประมาณเริ่มตั้งครรภ์ตั้งแต่ 14 สัปดาห์ ในแบบสูตร ACTG 076 และ ให้ยาอีกครั้งในขณะที่เริ่มเจ็บครรภ์จนกระทั่งคลอดโดยวิธีกินอย่างเดียวมากกว่า วิธีการให้ทางเส้นเลือดดำแล้วและไม่มีการให้ยาในทารกเลย ผลพบว่ามีผลคล้ายคลึงกันกับใน สูตร ACTG 076

นอกจากนี้ยังมีบทความของ Wade และคณะ (1998) โดยใช้สูตร ACTG 076 ให้อำนาจในการทดสอบในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อที่มาจากครรภ์ช้า หรือไม่มาฝากครรภ์เลยก็ยังไม่พบว่ามีหญิงตั้งครรภ์จะได้รับยาเฉพาะในขณะที่คลอดเท่านั้น ก็สามารถลดการถ่ายทอดเชื้อลงได้ ส่วนในด้านทารกที่เกิดจากมารดาที่ไม่เคยได้รับการรักษาเลย เพียงแต่ได้ยาภายใน 48 ชั่วโมงแรกหลังคลอดเท่านั้นก็พบว่า การถ่ายทอดเชื้อลดลงเช่นกัน แต่ในทารกที่ได้รับยาช้าเกินกว่า 48 ชั่วโมงหลังคลอด ผลที่เกิดขึ้น

มีหลายคำถามเกี่ยวกับความเชื่อมั่นของผลการทดสอบเหล่านี้ เช่น กลุ่มผู้ติดเชื้อที่ไม่เคยได้รับยาเลย หรือไม่เคยเข้าโครงการสูตร ACTG 076 เลย ความเชื่อมั่นต่อผลการทดสอบก็ไม่กระจ่างชัด อีกอย่างก็เชื่อผลจากการวิจัยย้อนหลังไม่ได้ เช่น

1. มีการเปลี่ยนแปลงแผนการรักษาในสตรีตั้งครรภ์อย่างรวดเร็วมาก ภายในระยะเวลา 2 ปี ที่ผ่านมานี้

2. ถ้าการให้ยาเฉพาะในทารกได้ผลดีจริงกลุ่มที่ไม่ได้กินนมมารดาต้องใช้ AZT เป็นระยะเวลาสั้นเท่าใด สูตร ACTG 076 ให้ใช้นาน 6 สัปดาห์ ซึ่งอาจจะมากเกินไปจนจำเป็น เพราะในพวกที่ถูกเข็มตำ ก็ยังให้การรักษาเพียง 4 สัปดาห์เท่านั้น

3. การรักษาทารกเป็นผลดีที่เพิ่มขึ้นมาจากการรักษา มารดาหรือไม่ซึ่ง Wade และคณะไม่ได้ตอบคำถามสิ่งนี้เอาไว้ ข้อมูลบางส่วนเหล่านี้ได้มาจากการศึกษาที่ภาคเหนือตอนบนของประเทศไทย ซึ่งมีการให้ยาเมื่อเริ่มตั้งครรภ์ได้ 4 สัปดาห์ไปจนถึงระหว่างคลอด หรือ 4 สัปดาห์ก่อนคลอด รวมทั้งเปรียบเทียบในทารก 6 สัปดาห์หลังคลอด และทารกที่ได้รับยาภายใน 3 วัน

4. จะมีความเชื่อมั่นในผลการรักษาเหล่านี้แค่ไหน เช่น การสู่มั่วอย่างเปรียบเทียบจากการศึกษาระหว่างการให้กินยาในมารดาและในทารก จากการให้ยาแก่มารดาในขณะคลอดกับการให้ช่วงสั้นในระยะท้ายๆ ของการตั้งครรภ์ มีหลายเหตุที่ทำให้การสู่มั่วอย่างการเปรียบเทียบการศึกษาเหล่านี้มีอุปสรรค มีความยุ่งยาก เป็นไปไม่ได้ถ้าไม่ได้รับการสนับสนุนจาก สหรัฐอเมริกา ได้เสนอความเห็นไว้ว่า ถ้าศึกษาเรื่องนี้ในประเทศที่ยากจน และให้ทารกดื่มนมมารดาที่ติดเชื่ออาจมีความซับซ้อนและอุปสรรคมาก แต่ถ้ายืนยันว่าการให้ยาเฉพาะลูกก็เพียงพอแล้ว ก็จะเป็นประโยชน์ต่อประชากรโลกที่ต้องใช้ยาราคาแพงในการรักษา และในการให้ยาทารกก็ใช้เงินรักษาน้อยกว่าในมารดา ประมาณ 1 ใน 10 ส่วน อย่างไรก็ตามผลการรักษาของ Wade และคณะก็มีน้ำหนักพอที่จะสนับสนุนว่า สามารถป้องกันการติดเชื้อ HIV ได้ หลังจากสัมผัสเชื่อแต่ก็ยังมีคำถามตามมาอีกมากมายว่า จะมีการทดสอบสูตรไหนบ้างที่ไม่ใช้เงินมาก และเหมาะสมกับภูมิภาคต่างๆ ของโลกในขณะที่อัตราความชุกของการติดเชื้อ HIV สูงมาก และยังไม่สามารถยับยั้งได้ง่ายๆ

เวดส์ และคณะ (Wade, et al., 1999) ได้รายงานต่อจากปี 1998 ที่กล่าวมาทั้งหมดสรุปได้ว่าการให้ยาด้านไวรัสโดยเร็วที่สุด และครบถ้วนสมบูรณ์ที่สุด เป็นวิธีที่ดีที่สุดที่จะลดโอกาสที่จะถ่ายทอดเชื่อเอ็ดส์จากแม่สู่ลูก หญิงตั้งครรภ์ทุกคนต้องได้รับการดูแลรักษาในขณะที่ตั้งครรภ์รวมถึงการตรวจหาเชื่อ HIV การให้คำปรึกษาหลังการทราบผลเลือดและจำเป็นจะต้องได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องตลอดไป ดังนั้นการให้การรักษาทั้งในมารดาและทารก รวมทั้งระยะเวลาของการรักษาที่เหมาะสมจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้องจะพบว่าการศึกษาเกี่ยวกับประสิทธิผลของการใช้ยาด้านไวรัสเพื่อลดอัตราการถ่ายทอดเชื่อ HIV จากแม่ไปสู่ลูกด้วยสูตรการรักษาแบบระยะสั้น ซึ่งมีความเป็นไปได้ที่จะนำมาใช้ในประเทศไทย และในประเทศกำลังพัฒนาอื่นๆ มากกว่าสูตรการรักษาที่ใช้อยู่ในประเทศสหรัฐอเมริกาในปัจจุบัน เนื่องจากมีประสิทธิผลในการลดการถ่ายทอดเชื่อเอ็ดส์จากแม่สู่ลูกสูงกว่า และค่าใช้จ่ายต่ำกว่ารวมทั้งเป็นที่ยอมรับในการให้ความร่วมมือ

## งานวิจัยที่เกี่ยวข้องกับความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส

ยิลเลทท์ และคณะ (Gillet, et al., 1992) ศึกษาข้อบ่งชี้ทางการรักษาแก่หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอดส์ ในประเทศฝรั่งเศส ผลการศึกษาพบว่า การทำแท้งหญิงตั้งครรภ์ทำได้ ในอายุครรภ์ไม่เกิน 26 สัปดาห์ เนื่องจากเชื้อ *pneumocystis carinii* เป็นเชื้อที่สำคัญก่อให้เกิดโรคปอดอักเสบ ซึ่งเป็นการติดเชื้อฉวยโอกาสในขณะตั้งครรภ์ สำหรับในระยะหลังคลอดนั้น ควรแนะนำไม่ให้ตั้งครรภ์อีก โดยให้ยินยอมรับการคุมกำเนิด เพื่อผลในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก

เฮลตัน และคณะ (Healton, et al., 1995) ศึกษาประสิทธิผลของการสื่อสารกับหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ ในเรื่องนโยบายการให้ความรู้แบบมีส่วนร่วมเพื่อตัดสินใจ ความแตกต่างระหว่างความเชื่อ และการปฏิบัติในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อโรคเอดส์ต่อการรักษาด้วยยา zidovudine ในประเทศสหรัฐอเมริกา เป็นการศึกษาใน 5 กลุ่มชาติพันธุ์ โดยได้พัฒนารูปแบบหนังสือคู่มือใช้ในการสอนผู้ป่วย และทดลองใช้ในสตรีวัยเจริญพันธุ์ หลายเชื้อชาติที่ติดเชื้อเอดส์จำนวน 350 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีความแตกต่างหลายประการ แต่การทดสอบความรู้ระหว่างกลุ่มชาติพันธุ์ต่างกัน สตรีจำนวนมากต้องการตรวจเลือดหาเชื้อเอดส์ ในกลุ่มที่ยังไม่ทราบผลเลือด มีทัศนคติที่แตกต่างกันในแต่ละกลุ่มชาติพันธุ์เกี่ยวกับการติดเชื้อเอดส์ และการศึกษาของ ACTG 076 มุ่งเน้นที่จะให้เกิดผลของการใช้ AZT เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก มากกว่าที่จะใช้ยาครอบคลุมไปถึงกลุ่มเสี่ยงที่ไม่ทราบผลการติดเชื้อ ดังนั้นการตัดสินใจในการใช้ยา AZT ของกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ พบว่าข้อมูลข่าวสารเป็นองค์ประกอบสำคัญที่ช่วยประกอบการตัดสินใจ เพื่อความร่วมมือในการรักษา

เฮลตัน และคณะ (Healton, et al., 1996) ศึกษาผลกระทบของ zidovudine ที่มีต่อการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก ผลต่อความรู้ที่เพิ่มขึ้น ทัศนคติ และพฤติกรรมที่คาดหวังในสตรีที่ติดเชื้อเอดส์ และสตรีที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 120 ราย ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ที่ตั้งใจรักษาด้วย ZDV เพื่อที่จะลดการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูกเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ แม้จะมีข้อมูลที่เปิดเผยถึงผู้ที่ไม่รู้เกี่ยวกับเรื่องนี้ ทัศนคติต่อการใช้ยา ZDV ความศรัทธาในแผนการรักษา และความคิดเห็นเกี่ยวกับการศึกษาควรเป็นไปโดยสมัครใจ และอยู่บนพื้นฐานของชาติพันธุ์

เซียร์ และคณะ (Sears, et al., 1996) ศึกษาผลของการให้ความรู้เกี่ยวกับการรักษาด้วยยา zidovudine ในสตรีที่ติดเชื้อเอดส์ในนิวยอร์ก สหรัฐอเมริกา โดยสุ่มแจกคู่มือให้อ่านและให้ตอบแบบสอบถามจำนวน 47 ราย จากผลการศึกษาพบว่า สตรี ร้อยละ 15 ไม่ทราบว่าเชื้อเอดส์สามารถถ่ายทอดผ่านทางน้ำนมแม่ได้ ร้อยละ 40 ยังไม่สามารถบอกถึงความเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ หลังจากอ่านคู่มือ การยอมรับการรักษาโดยใช้ยา AZT เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 18 เป็นร้อยละ 58 ประชากรที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอดส์ที่เคยได้รับ



ความรู้ โดยผ่านการให้คำปรึกษามาแล้ว ยังละเลยไม่สนใจที่จะให้ความสำคัญต่อการถ่ายทอดเชื้อเอ็ดส์จากแม่สู่ลูก สตรีเหล่านี้เชื่อในเรื่องการติดเชื้อ แต่ไม่เชื่อข้อมูลของการรักษา ดังนั้น การให้ความรู้และพัฒนาความเชื่อของคนเหล่านี้ ต้องอาศัยการสื่อสารทางภาษา และวัฒนธรรมที่เหมาะสม

ธนินพานิชกุล และคณะ (Taneepanichsakul, et al., 1996) ศึกษาการยอมรับการรักษาด้วยยา zidovudine ของหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอ็ดส์ในประเทศไทย ในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์จำนวน 65 ราย หลังจากที่ได้รับคำปรึกษา และตรวจผลเลือดแล้ว ผลการศึกษาพบว่า หญิงตั้งครรภ์จำนวน 53 ราย มีความรู้เรื่องการถ่ายทอดเชื้อเอ็ดส์จากแม่สู่ลูก (ร้อยละ 81.5) และมีเพียง 2 รายเท่านั้น (ร้อยละ 3.1) ที่มีความรู้ว่าการรักษาด้วยยา ZDV สามารถลดการถ่ายทอดเชื้อเอ็ดส์จากแม่สู่ลูกได้ การยอมรับการรักษาด้วยยา ZDV ขึ้นอยู่กับลำดับที่ของการตั้งครรภ์ และความรู้เกี่ยวกับการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

บลานซ์ และคณะ (Blanche, et al., 1997) ศึกษาการยอมรับผลกระทบของการใช้ zidovudine เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ดส์จากแม่สู่ลูกในประเทศฝรั่งเศส พบว่าไม่มีอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอ็ดส์เลย มีการสนับสนุนจากภาครัฐหลังจากมีประกาศถึงผลการวิจัยสูตร ACTG 076 สตรีที่ติดเชื้อ ร้อยละ 90 ได้รับการรักษาในระยะเวลาครึ่งหลังของปี 1994 และประมาณ 663 คน ในช่วงปี ค.ศ. 1994 - 1995 มีเพียง 6 รายเท่านั้น ที่ปฏิเสธการรักษา ผลการศึกษาพบว่า การให้ยา ZDV ตั้งแต่ก่อนตั้งครรภ์ครั้งต่อไป จะเป็นหนทางหนึ่งที่จะช่วยลดการติดเชื้อได้ และการศึกษานี้ยังกล่าวถึงการปฏิเสธถึงการถ่ายทอดเชื้อในผู้ที่ไม่ยินยอมรับการรักษา ทั้งทางการคลอด และการติดเชื้อที่เกิดขึ้นภายหลัง

คริทซ์แมน (Kreitchman, 1998) ศึกษาการรักษาแบบ ACTG 076 ในถิ่นกำลังพัฒนาของประเทศบราซิล มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาอุปสรรคของการดำเนินการใช้ ZDV ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ดส์จากแม่สู่ลูกโดยติดตามหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อ HIV จำนวน 64 คน ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ป่วยส่วนมากยังละเลยไม่มารับยาตามแผนการรักษา เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอ็ดส์จากแม่สู่ลูก

จอห์นควิก และวิลคส์ (John Quirk & Wilks, 1998) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วยยาด้านไวรัสแบบผสมผสาน ในผู้ติดเชื้อเอ็ดส์ในประเทศอังกฤษ โดยการสัมภาษณ์ผู้ติดเชื้อ 70 คน ที่ใช้ยาตั้งแต่ 2 ชนิด หรือมากกว่า โดยเน้นทั้งปริมาณและคุณภาพของการให้ข้อมูล การเริ่มใช้การรักษาแบบผสมผสาน ปฏิบัติการตอบสนองที่เกิดขึ้นกับผู้ป่วย อาการข้างเคียงของยา และความยุ่งยากในชีวิตประจำวัน ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยได้รับข้อมูลแตกต่างกันอย่างหลากหลาย การได้รับข้อมูลต่างๆ ไม่เพียงพอ หลักการให้ยาทำให้เกิดความยุ่งยาก ควบคุมต่อกิจวัตรประจำวัน และยังคงต้องปรับให้เข้ากับแบบแผนในชีวิตเป็นอย่างมาก และเป็นวิธีที่ป้องกันการไม่ให้ความร่วมมือได้อีกวิธีหนึ่ง คือการให้ข้อมูลย้อนกลับซึ่งกันและกัน ระหว่างผู้ติดเชื้อและผู้ให้การรักษา ดังนั้นการให้ข้อมูลเพิ่มเติมเกี่ยวกับ

แผนการรักษาเป็นสิ่งจำเป็นมากที่ผู้ติดเชื้อต้องการ เพื่อจะช่วยปรับเปลี่ยนให้เข้ากับแบบแผนในชีวิตประจำวัน การยอมรับเพิ่มขึ้นได้ด้วยการช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากทีมสุขภาพ โดยการปรับลดฤทธิ์ข้างเคียงของยา และลดความยุ่งยากของผู้ป่วย การศึกษานี้พบว่าผู้ป่วยยังคงต้องการแบบแผนรักษาที่ง่าย ๆ และยังคงต้องการมีส่วนร่วมที่จะให้ข้อเสนอแนะ

มาเรีย ปาตริเซีย แครรี่โร (Maria Patrizia Carrieri, 1998) ศึกษาความร่วมมือในการรักษาด้วย antiprotease inhibitor หลายชนิดรวมกันในผู้ติดเชื้อ ในประเทศฝรั่งเศส เพื่อเปรียบเทียบความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสหลายชนิดทั้งที่มีและไม่มี antiprotease ผลสมอยู่ เพื่อศึกษาปัจจัยสำคัญที่ทำให้มีการยอมรับ และมีความร่วมมือในการรักษาวิธีนี้โดยน้อย โดยการสัมภาษณ์เกี่ยวกับชนิดของยาที่ใช้ และจำนวนยาที่รับประทานในระหว่างสัปดาห์สุดท้ายก่อนการสัมภาษณ์ กลุ่มตัวอย่างมีทั้งการรักษาแบบใช้ยา 2 ชนิด ที่ไม่มี antiprotease จำนวน 36 คน และใช้ยา 3 ตัว ที่มี antiprotease ผลสมอยู่จำนวน 30 คน ผลการศึกษาพบว่ามีความร่วมมือในสัดส่วนที่สูงมากพอๆ กันทั้ง 2 กลุ่ม (ร้อยละ 72 ในกลุ่มใช้ยา 2 ชนิด และร้อยละ 73 ในกลุ่มใช้ยา 3 ชนิด) ความร่วมมือไม่มีความสัมพันธ์กับค่า CD<sub>4</sub> จำนวนเชื้ออาการ หรือระยะของการติดเชื้อ การเปลี่ยนแปลงทางสังคม การยื่นหยัดในการใช้ยา ผู้หญิง มีแนวโน้มให้ความร่วมมือในการรักษาน้อยกว่าผู้ชายในทั้ง 2 กลุ่ม (หญิงร้อยละ 52.6 และชาย ร้อยละ 74.5) อย่างไม่มีนัยสำคัญทางสถิติ ผู้ที่ใช้ยาอยู่อย่างสม่ำเสมอความร่วมมือน้อยจะคงที่ ในกลุ่มที่ใช้ยาผลสมผลาน 3 ชนิด ขึ้นไป มีที่ทำว่ายอมรับมากกว่าอีกกลุ่ม (ร้อยละ 85.7 ต่อ ร้อยละ 56.4) ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่เคยได้รับการรักษาในโรงพยาบาลเมื่อ 6 เดือนก่อนมีแนวโน้มยอมรับการรักษามากขึ้น อย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ เหตุผลของการยอมรับการรักษาน้อยก็คือ ยุ่งยาก รู้สึกง่วงภายหลังการรับประทานยา และลืม ข้อมูลที่กล่าวมาข้างต้นสรุปได้ว่า ประมาณ 1 ใน 3 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีปัญหาในการให้ความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัส แต่อย่างไรก็ตามเพื่อที่จะให้เกิดการยอมรับการรักษามากขึ้น ควรให้ผู้ป่วยได้พบแพทย์ผู้ให้การรักษาและเจ้าหน้าที่บ่อยขึ้นกว่าในปัจจุบัน

วิตโตริโอ และคณะ (Vittorio, et al., 1998) ศึกษาปัจจัยที่มีอิทธิพลทั้งทางตรงและทางอ้อมต่อความร่วมมือในการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอชไอวี ในประเทศอิตาลี จำนวน 350 ราย จากการประเมินผู้ป่วย และการประเมินจากแพทย์ผู้ให้การรักษา ผลจากการวิเคราะห์รายละเอียดของกลุ่มผู้ป่วยส่วนใหญ่ได้ข้อมูลเกี่ยวกับความร่วมมือในการรักษาและข้อเสนอแนะอย่างหลากหลาย ทำให้มองเห็นถึงปัญหาที่ต้องพิจารณาโดยเร่งด่วนเกี่ยวกับการไม่ติดตามการรักษาของผู้ติดเชื้อ ซึ่งเป็นเหตุผลสำคัญที่สุดที่ก่อให้เกิดการไม่ยอมรับความร่วมมือในการรักษา และอาจจะต้องพิจารณาถึงเรื่องเศรษฐกิจด้วย เพราะอาจมีผลกระทบต่อความร่วมมือในการรักษาได้

ปีเตอร์ และคณะ (Peter, et al., 1998) ได้ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยา saquinavir ในผู้ป่วยในประเทศแคนาดา ในผู้ป่วยจำนวน 44 คน มีการติดตามการรักษาด้วย

RTT's อย่างสม่ำเสมอ ตามแผนการรักษาในคลินิก HIV ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ขาดยา 1 dose หรือน้อยกว่าใน 1 สัปดาห์ มี ร้อยละ 75 ขาดยาตั้งแต่ 1 - 5 dose ใน 1 สัปดาห์ มีร้อยละ 9 ผู้ป่วยที่ขาดยามากกว่า 5 dose ขึ้นไป ใน 1 สัปดาห์มี ร้อยละ 16 และ ร้อยละ 62 ไม่เคยขาดยาเลย ร้อยละ 18 เคยขาดยาน้อยกว่า 2 วัน ในเวลาเดียวกัน และ ร้อยละ 20 หยุดยานานเกิน 2 วัน ในการรักษาอย่างน้อยครั้งหนึ่ง กลุ่มนี้ยังติดอยู่กับการรักษาแบบเดิม ก่อนหน้านี้และมีการซื้อหรือต่อต้านยาอย่างเฉียบพลัน จำเป็นจะต้องรายงานถึงการวิเคราะห์ ความเป็นไปได้ของระดับความร่วมมือในคำถามเบื้องต้นเกี่ยวกับคุณภาพชีวิต เพื่อเป็นการ ทำนายความร่วมมือต่อไป

วีรา และคณะ (Vera, et al., 1998) ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาแบบผสมผสาน ในผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในประเทศบราซิล เนื่องจากพบอัตราการตายในผู้ป่วยชายลดลง ร้อยละ 36 และผู้ป่วยหญิงลดลง ร้อยละ 22 การศึกษานี้มุ่งศึกษาเหตุผลที่สตรียอมรับการรักษาแบบ ผสมผสานและเหตุผลที่ไม่รักษาอย่างต่อเนื่อง โดยการสัมภาษณ์กลุ่มตัวอย่าง 100 คน ใน ขณะสัมภาษณ์ได้ให้ผู้ตอบได้ดูยาที่ใช้อยู่จากตัวอย่างที่นำมาให้ และสัมภาษณ์วิธีการที่ใช้ยา ปริมาณ ความถี่และเหตุผลของการเลือกใช้นั้นๆ ผลจากการศึกษาพบว่า มีสตรีที่ใช้ยาต้าน ไวรัสอยู่ ร้อยละ 44 และ ร้อยละ 22 ใช้ยาหลายตัวผสมผสานกัน สัดส่วนความร่วมมือใน การใช้ยา AZT ร้อยละ 41 Ddi ร้อยละ 45 Dde ร้อยละ 21 D4+ ร้อยละ 52 3Tc ร้อยละ 56 saquinavir ร้อยละ 54 indinavir ร้อยละ 31 และ ritonavir ร้อยละ 44 มีการใช้ยาสลับกัน อย่างต่อเนื่อง และไม่รับประทานยาตามวิธีที่กำหนดไว้บนฉลากยา เหตุผลส่วนใหญ่ที่ไม่ รับประทานยา คือ ลืม ร้อยละ 35 สภาพแวดล้อมและสถานการณ์ไม่อำนวย ร้อยละ 15 จาก ฤทธิ์ข้างเคียงของยา ร้อยละ 9 และไม่เข้าใจวิธีการใช้ยา โดยเฉพาะเรื่องการใช้ยา AZT เพียง อย่างเดียว สตรีที่ติดเชื้อเอชไอวีในวัยทำงานนิยมใช้กันแพร่หลาย รวมถึงสตรีผู้มีการ ศึกษาระดับสูง เพราะใช้ง่ายและอยู่ภายใต้การดูแลของแพทย์

ทอร์ ลอเรนเจน (Thore Lorengen, 1998) ศึกษาความร่วมมือในการใช้ยาต้าน ไวรัสหลายชนิดในผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีและเหตุผลของความไม่ร่วมมือในการรักษา ในประเทศ เฮอร์มัน จำนวน 214 ราย อายุเฉลี่ย 40 ปี เพื่อวิเคราะห์ความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัส หลายชนิด ตั้งแต่จำนวนยา ความถี่ของการใช้ และเหตุผลที่ไม่ยอมรับ การรับประทานยา และจำนวนยาที่ใช้ ความถี่ของการลืมรับประทานยา หรือรับประทานเปลี่ยนไปจากแผนการ รักษาภายใน 1 สัปดาห์ที่ผ่านมา นอกจากนี้ยังถามถึงเหตุผลของการไม่ได้รับประทานยา ผล การศึกษาพบว่า ร้อยละ 30 ไม่ได้รับประทานยาอย่างน้อย 1 วัน ร้อยละ 56 ไม่ได้รับประทาน ยาตามแผนการรักษาอย่างน้อย 1 วันในหนึ่งสัปดาห์ จากการวิเคราะห์พบว่า ไม่มีความ แตกต่างในเรื่องการยอมรับการใช้ยา ไม่ว่าจะป็นจำนวนยาจำนวนวันที่รับประทานยา ระยะเวลาของการใช้ยา ค่า CD<sub>4</sub> และจำนวนเชื้อยังมีอีก ร้อยละ 75 ที่ไม่ยอมรับประทานยา และ ร้อยละ 59 บอกว่าลืมรับประทานยา ร้อยละ 33 รับประทานยาโดยเคร่งครัด ร้อยละ 19 มี

การเจ็บป่วยเฉียบพลัน มีผลอาการข้างเคียงของยาอย่างมาก รวมทั้งไม่ทราบผลข้างเคียงของยาที่อาจเกิดได้ สรุปร้อยละ 50 ของผู้ติดเชื้อไม่ได้กินยาตามกำหนดในแผนการรักษาที่ได้กำหนดไว้ ในสัปดาห์ก่อนหน้าหรือกินแตกต่างกันไปจากที่กำหนด โดยให้เหตุผลว่าลืม และยังไม่สามารถวิเคราะห์หาข้อแตกต่าง ของการยอมรับในแต่ละกลุ่มของการรับประทานยา จำนวนการใช้ยาในแต่ละวัน และในแต่ละช่วงของการรักษาได้

แมรี่ และคณะ (Mary, et al., 1998) ศึกษาความร่วมมือและติดตามการรักษาผู้ติดเชื้อเอดส์เพื่อป้องกันวัณโรคปอด ในประเทศกัวเตมา จำนวนประชากร 1,324 คน โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อหาเหตุผลที่ไม่ป้องกันตัวเอง ผลพบว่าตรวจไม่พบเชื้อ HIV ร้อยละ 8 พบเชื้อ HIV ร้อยละ 9.2 การศึกษานี้ติดตามเป็นเวลา 5 ปี ผลการศึกษาพบว่า มีผู้ที่ได้รับการรักษาอย่างสมบูรณ์ ร้อยละ 65.94 ตายในระหว่างทำการรักษา ร้อยละ 7.7 ตายหลังจากได้รับการรักษา ร้อยละ 7.7 ไม่มีการป้องกันและไม่สนใจตนเอง ร้อยละ 18.66 กลุ่มนี้ให้เหตุผลถึงการไม่ป้องกันตนเองว่า คิดว่าตนเองไม่ตายทอดเชื้อเอดส์แน่นอน กำลังเจ็บป่วยหรือกำลังให้การดูแลรักษาสมาชิกในครอบครัวที่กำลังป่วยอยู่ รู้สึกอับอาย กลัวตกงาน เปลี่ยนย้ายที่อยู่โดยไม่แจ้งให้เจ้าหน้าที่ทราบ และทำแฟ้มประวัติหายหรือหาไม่เจอ ดังนั้น การให้คำปรึกษาและอัยยาศัยไมตรีที่ดีระหว่างทีมสุขภาพและผู้ป่วย จะช่วยให้ผู้ป่วยมีความมั่นใจที่จะยอมรับการรักษาหรือให้ความร่วมมือ และเสียค่าใช้จ่ายที่น้อยในการเดินทางมารับบริการ ก็มีมีส่วนช่วยให้ความร่วมมือในการรักษาดีขึ้น

ไรเตอร์ และเบญจามิน (Reiter & Benjamin, 1998) ศึกษาความรู้เกี่ยวกับ ACTG 076 ช่วยเพิ่มความตั้งใจจริงที่จะรับการรักษาด้วยยา AZT ในหญิงตั้งครรภ์ 50 ราย ในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก จากผลการศึกษาพบว่า อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก สามารถลดลงได้ ร้อยละ 66 ถ้ารักษาด้วย AZT ขณะตั้งครรภ์ โดยศึกษาความสัมพันธ์ระหว่างการรักษาตาม ACTG 076 กับความตั้งใจที่จะรับการรักษาด้วย AZT ผลการศึกษาพบว่า กลุ่มตัวอย่างจบการศึกษาระดับมัธยมต้น ร้อยละ 36 มัธยมปลายร้อยละ 26 และที่เหลือจบระดับวิทยาลัย หญิงตั้งครรภ์เหล่านี้มีความต้องการที่จะรักษาด้วยยา AZT เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก ในกลุ่มนี้มีความรู้เรื่องนี้บ้าง ร้อยละ 88 ร้อยละ 22 รู้ว่าเชื้อเอดส์สามารถที่จะถ่ายทอดไปสู่ลูกได้ ร้อยละ 25 ถ้าไม่ใช้ AZT เลย และอีก ร้อยละ 40 รู้ว่ายา AZT สามารถลดการถ่ายทอดเชื้อได้ ผลพบว่าหญิงตั้งครรภ์ยอมรับการรักษาด้วยยา AZT มากกว่ากลุ่มที่ไม่รักษา ( $p = 0.036$ ) และรู้ประโยชน์ของยาที่เกิดขึ้นกับตนเองและลูกมากกว่า ( $p = 0.01$ ) จากการศึกษาพบว่า ความรู้ที่เกี่ยวกับยา AZT ที่ถูกต้องมีความสัมพันธ์กับความตั้งใจที่จะยอมรับการรักษาด้วยยา AZT และตระหนักถึงประโยชน์ที่จะได้รับ โดยเฉพาะอย่างยิ่งความรู้เกี่ยวกับ ACTG 076

มอสตาซารี และคณะ (Mostashari, et al., 1998) ศึกษาการยอมรับและติดตามการรักษาด้วยยาด้านไวรัสในกลุ่มนักโทษหญิงที่ติดเชื้อเอดส์ จำนวน 102 ราย ในประเทศ

สหรัฐอเมริกา โดย 3 ใน 4 กลุ่มนี้กำลังใช้ยาต้านไวรัสอยู่ และมีความตั้งใจที่จะใช้ยา พบว่า ร้อยละ 62 ติดตามแผนการรักษาด้วยดี และมีความพึงพอใจสูงมากที่ได้รับการดูแลในคุกเป็นอย่างดี และ ร้อยละ 67 ได้รับการรักษาตั้งแต่แรกเข้ามาในคุก การยอมรับในการใช้ยา มีความสัมพันธ์กับความเชื่อถือในเรื่องประสิทธิภาพ และความปลอดภัยในตัวยา ระดับการศึกษาสัมพันธ์กับภาพที่ดีระหว่างผู้ติดเชื้อและบุคลากรทางการแพทย์ การได้รับกำลังใจ ความพึงพอใจที่มีต่อการให้บริการของทีมนักสุขภาพ แรงสนับสนุน และการยอมรับจากสังคม การพัฒนารูปแบบการดูแล เช่น การเสริมสร้างกำลังใจและสนับสนุนการสร้างสัมพันธ์ภาพที่ดีเป็นสิ่งสำคัญมาก และจำเป็นอย่างยิ่งในการทำให้เกิดการยอมรับการใช้ยาต้านไวรัสดีขึ้น โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มประชากรที่มีประวัติการรักษาด้วยยาต้านไวรัส

ไวทีโล และสเมลท์เซอร์ (Vitiello & Smeltzer, 1999) ศึกษาความรู้ผู้หญิง โรคเอดส์ การตั้งครรภ์ และยา zidovudine หรือยัง ในประเทศสหรัฐอเมริกา จำนวน 204 ราย ไม่ว่าจะเป็ด้านความยุ่งยากของการรักษาเฉพาะโรค กฎหมาย วัฒนธรรม ต่างก็เห็นพ้องต้องกันว่า มีความจำเป็นที่จะต้องลดอุบัติเหตุการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก และต้องมีบริการที่มีคุณภาพโดยเฉพาะ การศึกษานี้มีจุดมุ่งหมายที่จะประเมินถึงความสำคัญของการใช้ยา AZT เพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูกในขณะตั้งครรภ์ และเพื่อที่จะแยกแยะความคิดเห็นเกี่ยวกับการตัดสินใจที่จะใช้ข้อมูลต่างๆ เพื่อประกอบการวางแผนครอบครัวต่อไป ผลการศึกษาพบว่า ร้อยละ 63.7 มีความเชื่อมั่นในการรักษาด้วยยา AZT ในขณะตั้งครรภ์ มีเพียงร้อยละ 73.5 เท่านั้นที่ทราบว่าสามารถใช้ AZT เพื่อการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อได้ มีความสัมพันธ์ระหว่างความรู้เกี่ยวกับการใช้ AZT และการตัดสินใจใช้ยา AZT ในขณะตั้งครรภ์มีความแตกต่างกันอย่างมีนัยสำคัญทางสถิติ ( $p = 0.001$ ) สรุปจากผลการศึกษานี้พบว่า ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา AZT เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูกนั้น เป็นสิ่งที่ศึกษาได้มากกว่าการที่จะบอกว่าไม่รู้

จากการทบทวนเอกสารงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าปัญหาในการใช้ยาต้านไวรัสในสตรีที่ติดเชื้อเอดส์ จึงต้องพิจารณาอย่างถี่ถ้วนและรอบคอบ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในสตรีที่ติดเชื้อเอดส์และตั้งครรภ์ เพราะเป็นประเด็นที่ซับซ้อน ละเอียดย่อน และมีผลกระทบต่อชีวิตของผู้ติดเชื้อ และครอบครัวเป็นระยะเวลายาวนาน ความกังวลใจจะเริ่มตั้งแต่ตั้งครรภ์จนกระทั่งคลอดและทุกระยะของการเจริญเติบโต โดยที่ความกังวลใจนั้นเกี่ยวข้องกับทั้งกับตนเองสามี และที่สำคัญที่สุดก็คือเรื่องลูก องค์ประกอบที่สำคัญในการใช้ยาต้านไวรัสเพื่อลดการถ่ายทอดเชื้อเอดส์จากแม่สู่ลูก คือ ความร่วมมือจากผู้ติดเชื้อ ได้แก่ การตัดสินใจที่จะใช้ยา AZT ตามความสมัครใจ การมารับยาตามนัด การรับประทานยาอย่างถูกต้อง ทั้งขนาดและเวลาและสม่ำเสมอ การปฏิบัติตามคำแนะนำของเจ้าหน้าที่ ซึ่งความร่วมมือในการใช้ยาต้านไวรัสนี้จากเอกสารและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าขึ้นอยู่กับปัจจัยทั้งภายในและภายนอกตัวบุคคล ซึ่งได้แก่ ระดับการศึกษา ลำดับที่ของการตั้งครรภ์ บุคลิกภาพเฉพาะคน ความแปรปรวน

ทางจิตใจ เสียค่าใช้จ่ายน้อยในการเดินทางมารับบริการ ความเชื่อถือในเรื่องประสิทธิภาพและความปลอดภัยในตัวยา สัมพันธภาพที่ดีระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และผู้ติดเชื้อ การได้รับกำลังใจ ความพึงพอใจที่มีต่อบริการของทีมสุขภาพ แรงสนับสนุน และการยอมรับจากสังคม การพัฒนารูปแบบการดูแล ความรู้เกี่ยวกับการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก ข้อมูลข่าวสารเพิ่มเติมเกี่ยวกับแผนการรักษาที่ง่าย ฐานะทางเศรษฐกิจดี ความต้องการมีส่วนร่วมในการให้ข้อเสนอแนะ การช่วยเหลือหรือสนับสนุนจากทีมสุขภาพ การได้พบแพทย์ผู้ให้การรักษาและทีมสุขภาพบ่อยๆ