

บทที่ 1

บทนำ

หลักการ ทฤษฎี เหตุผล

ระยะเวลากว่า 10 ปีที่ผ่านมา มหันตภัยที่ประชาชนทั่วโลกต้องเผชิญอยู่คือโรคเอดส์ ซึ่งเป็นโรคติดต่อร้ายแรงที่มีการแพร่กระจายเชื้ออย่างรวดเร็วมาก ในปัจจุบันยังไม่มีวัคซีนป้องกันหรือยารักษาโรคนี้ได้ ทำได้เพียงรักษาตามอาการเท่านั้น องค์การอนามัยโลกได้ประมาณการว่า ในปี ค.ศ. 2000 จะมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 30 ล้านคน เป็นเด็ก 3.8 ล้านคน ส่วนใหญ่อยู่ในทวีปแอฟริกาและเอเชีย ซึ่งการติดเชื้อในเด็กส่วนมากเป็นการได้รับการถ่ายทอดเชื้อจากมารดา และจะมีผู้ป่วยด้วยโรคเอดส์ประมาณ 12-18 ล้านคน โดยมีอัตราส่วนใกล้เคียงกันทั้งเพศชายและเพศหญิง ซึ่งส่วนใหญ่กำลังอยู่ในวัยแรงงานหรือวัยเจริญพันธุ์ และจะเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญของทั้งชายและหญิงวัยนี้ โดยองค์การอนามัยโลกได้คาดการณ์ไว้ว่าในปีเดียวกันนั้นจะมีเด็ก 5.5 ล้านคนเป็นเด็กกำพร้า เนื่องจากบิดามารดาเสียชีวิตจากโรคเอดส์ (อุษา ทิศยากร, 2540) การแพร่ระบาดของโรคเอดส์ ส่งผลให้เกิดปัญหาทางด้านเศรษฐกิจและสังคมอย่างใหญ่หลวงของทุกประเทศ ผลโดยตรงที่ถือว่าเป็นการสูญเสียทางเศรษฐกิจ ได้แก่ การที่ประชากรวัยแรงงานซึ่งอยู่ในช่วงอายุ 20-39 ปี เป็นวัยสำคัญที่ใช้กำลังกาย กำลังสมอง ในการพัฒนาประเทศเป็นส่วนใหญ่ เมื่อป่วยเป็นโรคนี้ทำให้ต้องเสียชีวิตก่อนวัยอันควร เป็นการคุกคามต่อปริมาณและคุณภาพของประชากรด้านสุขภาพ การเจริญพันธุ์ ส่วนผลกระทบต่อสังคมที่ไม่อาจประมาณมูลค่าของความเสียหายได้ ก็คือ การเสียชีวิตก่อนวัยอันควรทำให้อาชวยเฉลี่ยของประชากรในประเทศลดลง โครงสร้างอายุเปลี่ยนแปลง ส่งผลต่อขนาดของประชากรรวมทั้งอัตราส่วนการพึ่งพิงสูงขึ้นเนื่องจากมีจำนวนเด็กกำพร้าในสังคมเพิ่มมากขึ้น ผู้สูงอายุขาดคนดูแล และยังคงรับภาระเลี้ยงดูบุตรหลานแทนบิดามารดา ที่เสียชีวิตไปก่อนด้วยโรคเอดส์ ทำให้ชีวิตในวัยชราต้องประสบความยากลำบาก ซึ่งสังคมจำเป็นต้องเข้ามาให้ความดูแลบุคคลเหล่านี้

สำหรับสถานการณ์โรคเอดส์ในประเทศไทยนั้นเป็นที่น่าวิตกอย่างยิ่ง โดยเริ่มมีรายงานผู้ป่วยโรคเอดส์เป็นรายแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527 เป็นชายรักร่วมเพศที่มาจากประเทศสหรัฐอเมริกา

นับตั้งแต่นั้นเป็นต้นมาก็เริ่มมีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ในกลุ่มชายรักร่วมเพศ หลังจากนั้นปี พ.ศ. 2530-2531 โรคเอดส์ก็ได้แพร่ระบาดเข้าไปในกลุ่มผู้ติดยาเสพติดชนิดฉีดเข้าเส้น และตั้งแต่ปี พ.ศ. 2532 เป็นต้นมา การติดเชื้อเอชไอวีจากการมีเพศสัมพันธ์แบบรักร่วมเพศ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงขายบริการทางเพศและกลุ่มชายนักเที่ยวเพิ่มสูงขึ้นอย่างมาก จุดนี้เองเป็นจุดที่การแพร่กระจายโรคเอดส์ดำเนินไปอย่างรวดเร็ว เพราะหญิงบริการเป็นจุดศูนย์กลางของการรับและแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ในชายไทยที่มีทัศนคติต่อการเที่ยวโสเภณีว่าเป็นเรื่องธรรมดาที่พึงปฏิบัติได้ (มยุรี ชกศรี, 2539 : 46)

ในสภาวะปัจจุบันการรับและการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวี ไม่ได้จำกัดอยู่เฉพาะในกลุ่มผู้มีพฤติกรรมเสี่ยงเท่านั้น หากบุคคลทั่วไปที่มีภูมิคุ้มกันต่ำก็จะมีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีได้ โดยเป็นที่ประจักษ์ชัดเจนว่าโรคเอดส์ได้เคลื่อนตัวเข้าสู่ครอบครัว จากชายนักเที่ยวที่เป็นสามีคู่หญิงแม่บ้านผู้เป็นภรรยา และมีโอกาสติดไปถึงทารกที่อยู่ในครรภ์ด้วย ลักษณะของการก้าวล่วงเข้าไปในครอบครัวซึ่งเป็นฐานหลักของสังคม ย่อมทำให้เกิดการเปลี่ยนแปลงและส่งผลกระทบต่ออย่างมากมาในอนาคต โดยเฉพาะเด็กจะเป็นผู้ที่ได้รับผลกระทบจากการแพร่ระบาดของโรคเอดส์เป็นอย่างมาก การติดเชื้อสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ระยะที่ทารกยังอยู่ในครรภ์ ส่วนใหญ่มักเกิดในระยะสุดท้ายของการตั้งครรภ์ โดยติดต่อผ่านกระแสเลือด น้ำคร่ำ ในระหว่างการคลอด และการติดต่อผ่านทางน้ำนมมารดาในระยะหลังคลอด ซึ่งทารกที่มารดาติดเชื้อเอชไอวีมีโอกาสติดเชื้อถึงร้อยละ 24-45 (เกษรติ รักรุ่งธรรม, 1998 : 240)

ในปี พ.ศ. 2537 กระทรวงสาธารณสุขมีนโยบายให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี งดเลี้ยงบุตรด้วยนมตนเองหลังคลอด โดยจัดงบประมาณสนับสนุนให้เด็กได้รับนมผสมถึงอายุ 1 ปี เพื่อให้อัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่ไปสู่ลูกลดลงเหลือ ร้อยละ 5 (สุรสิทธิ์ ชัยทองวงศ์พัฒนา และสมภพ ลิ้มพงสานุรักษ์, 2541) และจากการศึกษาที่โรงพยาบาลจุฬาลงกรณ์ในเด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี 100 ราย มารดาทุกรายได้รับคำแนะนำให้เลี้ยงบุตรด้วยนมผสม เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีผ่านทางน้ำนมมารดาไปสู่บุตร โดยพบว่าอัตราการติดเชื้อจากมารดาสู่บุตรเท่ากับร้อยละ 21.1 และจากการติดตามเด็กที่ติดเชื้อเอชไอวีเหล่านี้ พบว่า ร้อยละ 47 มีอาการของโรคเอดส์ภายในระยะเวลา 2 ปีหลังคลอด โดยร้อยละ 70 ได้ถึงแก่กรรม ส่วนอีกร้อยละ 53 ที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่มีอาการของโรคเมื่ออายุครบ 2 ปี จึงเห็นได้ว่า โรคเอดส์ในเด็ก มีลักษณะทางคลินิกของโรคที่มีความหลากหลาย ตั้งแต่ติดเชื้อโดยไม่มีอาการของโรค มีอาการเล็กน้อยไปจนถึงอาการรุนแรงได้ ส่วนการดำเนินโรคมักอาจเป็นไปอย่างช้า หรืออย่างรวดเร็ว และผู้ป่วยอาจเสียชีวิตในระยะเวลาสั้น ๆ (อุษา ทิตยากร, 2540)

ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2527 - 2541 พบว่า ในประเทศไทยมีผู้ป่วยโรคเอดส์ 99,555 ราย และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้นทุกปี ในจำนวนนี้มีผู้เสียชีวิตแล้ว 27,279 ราย ภาคที่มีอัตราป่วยสูงที่สุดคือ ภาคเหนือมีผู้ป่วยสูงกว่าร้อยละ 40 ของประเทศ รองลงมาได้แก่ ภาคกลาง ภาคใต้ และภาคตะวันออกเฉียงเหนือ (กองระบาดวิทยา, 2541) แต่จากการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ ของสำนักงานพัฒนาการเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ กองโรคเอดส์ สภาวิชาชีพไทย สถาบัน East-West Center และสถาบันวิจัยประชากรและสังคม มหาวิทยาลัยมหิดล โดยมีสมมติฐานว่าพฤติกรรมของประชาชนไม่เปลี่ยนแปลงนับจากปี พ.ศ. 2536 ไปตลอดช่วงเวลาในอนาคตกที่กำหนด คาดว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีสะสมรวมจนถึงปี พ.ศ. 2543 เท่ากับ 1,379,189 ราย และจำนวนผู้ป่วยโรคเอดส์สะสมรวมเท่ากับ 477,706 ราย และจะมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์สะสมจนถึงปี 2543 เท่ากับ 444,333 ราย (กองโรคเอดส์, 2539 : 131-132)

เมื่อพิจารณาในอีก 5 ปีข้างหน้าคือ ปี พ.ศ. 2548 คาดว่า จำนวนผู้ติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 32.5 ผู้ป่วยโรคเอดส์จะมีอัตราการเพิ่มสูงขึ้นถึงร้อยละ 82.3 และผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์จะมีอัตราการเพิ่มสูงมากถึงร้อยละ 87.2 ดังตารางที่ 1.1 จากข้อมูลการคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์ แสดงให้เห็นว่าอัตราการแพร่ระบาดของโรคเอดส์ยังคงมีความรุนแรงสูงและมีผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์เพิ่มขึ้นเป็นจำนวนมากอย่างน่ากลัว

ตาราง 1.1 การคาดประมาณจำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยโรคเอดส์โดยนับจำนวนแบบสะสมจนถึงปี พ.ศ. 2543 และปี พ.ศ. 2548

ประเภท	ปี พ.ศ. 2543 จำนวน (ราย)	ปี พ.ศ. 2548 จำนวน (ราย)	อัตราการเพิ่ม (ร้อยละ)
ผู้ติดเชื้อเอชไอวี	1,379,189	1,826,768	32.5
ผู้ป่วยโรคเอดส์	477,706	870,772	82.3
ผู้เสียชีวิตจากโรคเอดส์	444,333	831,697	87.2

ที่มา : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2539

เมื่อพิจารณาข้อมูลย้อนหลัง พบว่า โรคเอดส์ในเด็กมีรายงานครั้งแรกในประเทศไทยสหรัฐอเมริกา ในปี พ.ศ. 2526 และรายงานครั้งแรกในประเทศไทยเมื่อเดือนกรกฎาคม พ.ศ. 2531 (แสนท์ เกียรติกุล และคณะ, 2539) โดยทั้ง 2 รายเกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี หลังจากนั้นเด็กที่ป่วย

ด้วยโรคเอดส์หรือมีอาการสัมพันธ์กับโรคเอดส์เริ่มมีจำนวนเพิ่มขึ้นอย่างรวดเร็ว จนถึงสิ้นปี 2537 มีเด็กอายุ 0-14 ปีที่ป่วยด้วยโรคเอดส์ สะสมแล้วจำนวนประมาณ 1,005 ราย ส่วนใหญ่เป็นกลุ่มเด็กอายุ 0-4 ปี จำนวน 984 ราย โดยเกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีมากที่สุด จำนวน 982 ราย หรือคิดเป็นร้อยละ 99.8 ส่วนอีก 2 รายเกิดจากการถ่ายเลือด (กองโรคเอดส์, 2539 : 132) จากอุบัติเหตุของการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์ที่เพิ่มขึ้นจากร้อยละ 0 ในปี พ.ศ. 2532 เป็นร้อยละ 1 ในปี พ.ศ. 2535 และสูงสุดเมื่อปี พ.ศ. 2538 คือร้อยละ 2.3 ปี พ.ศ. 2539 ลดลงเป็นร้อยละ 1.82 และจากการสำรวจเมื่อเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2540 พบว่าลดลงเหลือร้อยละ 1.68 ซึ่งประเทศไทยมีเด็กเกิดปีละประมาณ 1 ล้านคน ดังนั้นในปีหนึ่ง ๆ จะมีเด็กที่เกิดจากหญิงมีครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีประมาณ 17,000 คน ในจำนวนนี้ จะเป็นเด็กแรกเกิดที่ติดเชื้อจากมารดาประมาณร้อยละ 30 และที่เหลืออีกประมาณร้อยละ 70 ส่วนใหญ่จะกลายเป็นเด็กกำพร้าในอนาคต เพราะมารดาหรือบิดาเสียชีวิตจากโรคเอดส์ก่อนวัยอันควร (วิรัตน์ สิริสันชนะ และคณะ, 2542)

ขณะนี้มียุวกที่ติดเชื้อเอชไอวีตั้งแต่มีการแพร่ระบาดของโรคเอดส์มากกว่า 16,000 คน และจากการคาดประมาณของคณะทำงานภายใต้การประสานงานของสำนักงานคณะกรรมการพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติ (NEEDB Working Group) คาดว่า หากยังไม่มีการเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี เมื่อนับจำนวนสะสมตั้งแต่ปี พ.ศ. 2536 จนถึงปี พ.ศ. 2548 จะมีเด็กทารกเสียชีวิตจากโรคเอดส์ จำนวน 84,077 ราย (กองโรคเอดส์, 2539 : 132-133) หากพิจารณาในช่วง 5 ปี ระหว่างปี พ.ศ. 2543 ถึงปี 2548 จะเห็นได้ว่าอัตราการป่วยเพิ่มสูงถึงร้อยละ 78.1 และทารกเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์จะมีอัตราการเพิ่มสูงถึงร้อยละ 78.6

ตาราง 1.2 การคาดประมาณจำนวนทารกติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาและทารกป่วยด้วยโรคเอดส์ โดยนับจำนวนแบบสะสมจนถึงปี พ.ศ. 2543 ถึงปี พ.ศ. 2548

ประเภท	ปี พ.ศ. 2543 จำนวน (ราย)	ปี พ.ศ. 2548 จำนวน (ราย)	อัตราการเพิ่ม (ร้อยละ)
ทารกติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา	62,783	101,780	62.1
ทารกป่วยด้วยโรคเอดส์จากมารดา	47,417	84,454	78.1
ทารกเสียชีวิตจากโรคเอดส์	47,067	84,077	78.6

ที่มา : กองโรคเอดส์ กรมควบคุมโรคติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข, 2539

ถึงแม้ในปัจจุบันมีความก้าวหน้าในการรักษาและป้องกันโรคแทรกซ้อน ในเด็กติดเชื้อเอชไอวี ได้แก่ การให้ยาต้านเชื้อไวรัส การให้ยาปฏิชีวนะเพื่อป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส ทำให้เด็กติดเชื้อสามารถอยู่รอดได้นานขึ้น แต่ผลกระทบสำหรับเด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารคายังมีหลายประการ เด็กร้อยละ 25 จะยังคงเสียชีวิตภายใน 1 ปี ด้วยโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ โรคปอดอักเสบ ท้องเสีย มีเชื้อราในปาก ตับและม้ามโต ซึ่งจะส่งผลให้มารดาและครอบครัวเกิดความเศร้าโศกเสียใจรู้สึกผิดหวัง ผลกระทบต่อภาวะเศรษฐกิจของครอบครัวในการดูแลบุตรที่เจ็บป่วยบ่อยครั้ง ก่อให้เกิดปัญหาต่าง ๆ ตามมา โดยเฉพาะปัญหาเด็กถูกทอดทิ้ง กรณีมารดาติดเชื้อเอชไอวีจากการสำรวจในโรงพยาบาลขนาดใหญ่ของรัฐ ปี พ.ศ. 2535 ถึงปี พ.ศ. 2537 พบว่า มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีจะทอดทิ้งเด็กสูงเป็น 5.35 เท่า เมื่อเทียบกับกลุ่มมารดาปกติ (สมบัติ แทนประเสริฐสุข, 2540 : 493) เด็กจะกลายเป็นเด็กกำพร้าไร้ผู้อุปการะเลี้ยงดู ขาดคนดูแลเอาใจใส่ ขาดความร่าเริงแจ่มใส อยู่ในภาวะที่มีความแปรปรวนทางอารมณ์ วิตกกังวล กลัวที่จะต้องอยู่ตามลำพัง หรือพี่น้องต่างต้องช่วยตัวเอง ต้องแยกกันอยู่ ตกเป็นภาระของครอบครัวอื่นๆ บางคนต้องเข้าไปอยู่ในสถานสงเคราะห์ เด็กต้องปรับตัวเข้ากับสภาพความเป็นอยู่ใหม่ ความรักความอบอุ่นที่ได้รับไม่เพียงพอ ความเศร้า ความเหงา ความสูญเสีย ความสับสนในชีวิตประสบปัญหาการถูกรังเกียจกีดกันจากครอบครัว ชุมชน และสังคม การถูกทอดทิ้งจะมีปัญหาการศึกษาในโรงเรียน เด็กอื่น ๆ จะถูกห้ามไม่ให้มาเล่นด้วย เด็กจะมีความเครียดสูง (วีรสิทธิ์ ลิทธิไตรย์, 2539 : 35) ผลกระทบที่เกิดขึ้นกับครอบครัวโดยรวม ได้แก่ ความเห็นห่างของสมาชิกในครอบครัว สถานะทางเศรษฐกิจของครอบครัวอาจยากจนลง เนื่องจากขาดความมั่นคงในอาชีพและรายได้ บิดามารดาถูกออกจากงาน ผู้มีอาชีพค้าขายจำนวนลูกค้าลดลง ไม่มีใครมาซื้อของ การปฏิเสขที่จะสังคมติดต่อกับผู้ติดเชื้อและสมาชิกในครอบครัว ทำให้เกิดผลกระทบกระเทือนต่อสภาวะจิตใจเด็กเป็นอย่างมาก (สกล บุญคำ, 2540 : 2, 51)

จากแผนพัฒนาเศรษฐกิจและสังคมแห่งชาติฉบับที่ 8 พ.ศ. 2540-2544 ซึ่งเน้นถึงการเสริมสร้างศักยภาพของบุคคลทั้งในด้านร่างกาย จิตใจ และสติปัญญา ให้มีสุขภาพพลานามัยแข็งแรง มีความรู้ และทักษะในการประกอบอาชีพ สามารถปรับตัวให้ทันต่อกระแสการเปลี่ยนแปลงทั้งในด้านเศรษฐกิจ สังคมและการปกครอง มีส่วนร่วมอย่างเต็มภาคภูมิในการพัฒนาประเทศ โดยเฉพาะอย่างยิ่งเป้าหมายและวัตถุประสงค์หลักในระยะแรกของแผนพัฒนาฉบับนี้ มุ่งเน้นเพิ่มปริมาณการเตรียมความพร้อมทุกด้านของเด็กปฐมวัย (แรกเกิด - 5 ปี) อย่างมีคุณภาพโดยเด็กไทยทุกคนมีโอกาเข้าถึงบริการพื้นฐานทางสังคมที่มีคุณภาพ นอกจากนี้ แผนการส่งเสริมสุขภาพควบคุมป้องกันโรค งานส่งเสริมสุขภาพกลุ่มแม่และเด็ก (คณะกรรมการอำนวยการจัดทำแผนพัฒนาการสาธารณสุข ฉบับที่ 8, 2540 : 174-179) มีเป้าหมายให้ทารกแรกเกิด - 5 ปี มีการพัฒนาการ

ตามวัยเพิ่มขึ้นจากพัฒนาการปกติ ร้อยละ 10 โดยมียุทธวิธีพัฒนารูปแบบ เครือข่ายงานและ พัฒนามาตรฐานงานส่งเสริมสุขภาพ ควบคุมและป้องกันโรค เพื่อให้มารดาและเด็กได้รับบริการ สุขภาพที่เหมาะสม เด็กได้รับการเลี้ยงดูให้มีสุขภาพแข็งแรง สมบูรณ์ มีพัฒนาการตามวัยทั้ง ด้านร่างกาย ด้านสติปัญญา ด้านจิตใจ ด้านอารมณ์ และด้านสังคม โดยกรมสุขภาพจิตเป็น หน่วยงานที่เกี่ยวข้องในการปฏิบัติตามแผนพัฒนาการสาธารณสุขดังกล่าว

แต่การพัฒนาศักยภาพของบุคคลโดยเฉพาะทารกแรกเกิด - 5 ปี ไม่สามารถบรรลุวัตถุประสงค์ได้เลย คราบไคที่ประเทศไทยต้องประสบปัญหาการติดเชื้อเอชไอวีของมารดาและทารก โดยเฉพาะใน 6 จังหวัดภาคเหนือตอนบน ซึ่งประกอบด้วย จังหวัดเชียงใหม่ เชียงราย ลำปาง ลำพูน พะเยา และแม่ฮ่องสอน ซึ่งอยู่ในสถานการณ์ที่รุนแรง โดยพบว่า จากการเฝ้าระวังในกลุ่ม หญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์มีแนวโน้มสูงขึ้นตลอด ถึงแม้ว่าจะเริ่มมีแนวโน้มที่ลดลงในปี พ.ศ. 2539 หากแต่อัตราการติดเชื้อในหญิงมีครรภ์ที่มาฝากครรภ์ยังสูงถึง ร้อยละ 5.3 ซึ่งสูงกว่าค่าเฉลี่ยของประเทศมาก (ค่าเฉลี่ยของประเทศ = 1.7) และมีเด็กป่วยจากการที่ได้รับการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี จากมารดาจำนวนเพิ่มมากขึ้น จากการที่ 6 จังหวัดต้องเผชิญกับปัญหาโรคเอดส์และได้มีความ พยายามที่จะแก้ไขปัญหามาในแต่ละจังหวัดมาในช่วงระยะเวลาหนึ่งแล้ว ในปีงบประมาณ 2539 สำนักงานควบคุมโรคติดต่อเขต 10 จึงได้แต่งตั้งคณะทำงานเร่งรัดการป้องกันและแก้ไขปัญหา โรคเอดส์ขึ้น ประกอบด้วย ผู้ปฏิบัติงานจากทุกจังหวัดในเขต 10 และศูนย์วิชาการเขตเป็นที่ปรึกษา ซึ่งได้ทำให้เกิดการหารือ แลกเปลี่ยนประสบการณ์การดำเนินงานกันอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งมีการ สนับสนุนการทำงานซึ่งกันและกันอย่างเป็นระบบ โดยหวังว่าจะลดปัญหาโรคเอดส์ในแม่และเด็ก ลงได้ (เพชรศรี ศิริรินทร์, 2542)

สถานการณ์โรคเอดส์ในจังหวัดเชียงใหม่ ณ วันที่ 31 มกราคม พ.ศ. 2542 พบผู้ป่วย โรคเอดส์ จำนวน 11,311 ราย เสียชีวิต 2,958 ราย และผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีอาการ จำนวน 5,633 ราย เสียชีวิตแล้ว 627 ราย (งานควบคุมโรคเอดส์และกามโรค สำนักงานสาธารณสุข จังหวัดเชียงใหม่, 2542) และจากการเฝ้าระวังเฉพาะพื้นที่ในจังหวัด ซึ่งมีแนวโน้มของโรคเอดส์สูงขึ้น ในกลุ่มหญิงมีครรภ์ ที่มาฝากครรภ์ครั้งแรก ณ โรงพยาบาลชุมชนทุกแห่งในจังหวัดเชียงใหม่ พบตัวอย่างเลือดมีอัตราความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี เฉลี่ยร้อยละ 5.5 แสดงให้เห็นว่าเชื้อ เอชไอวีมีการแพร่กระจายในหญิงมีครรภ์จังหวัดเชียงใหม่อย่างกว้างขวาง โดยคาดว่าจะมีทารกติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาประมาณ 300 รายต่อปี (นพพร พัฒนพรพันธุ์ และดวงฤทัย พงศ์เชื้อบุญ, 2541) ถึงแม้ในปัจจุบันแนวโน้มของการติดเชื้อเอชไอวีของจังหวัดเชียงใหม่จะลดลง โดยในปี พ.ศ. 2540 มีการตรวจเลือดหญิงมีครรภ์รายใหม่ จากโรงพยาบาลชุมชน 20 แห่ง จำนวน 5,201 ราย หรือร้อยละ 86.73 พบการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 183 ราย คิดเป็นร้อยละ 3.52 และในปี พ.ศ. 2541

ตรวจเลือดหญิงมีครรภ์รายใหม่ จำนวน 5,013 ราย หรือร้อยละ 91.53 พบว่ามีผู้ติดเชื้อเอชไอวี
ลดลงเหลือร้อยละ 3.35 (รายงานความก้าวหน้าการดำเนินงานเพื่อลดการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงมีครรภ์
สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดเชียงใหม่, 2542)

จังหวัดเชียงใหม่เป็นจังหวัดใหญ่และเป็นศูนย์กลางความเจริญของภาคเหนือ จึงมีการ
แพร่ระบาดของโรคเอดส์อย่างรุนแรง และส่งผลกระทบต่อเด็กตามมาด้วย จากการ
สำรวจข้อมูลเด็กที่ได้รับผลกระทบจากโรคเอดส์ ของสถานสงเคราะห์เด็กบ้านเวียงพิงค์ ในพื้นที่
24 อำเภอของจังหวัดเชียงใหม่ ณ วันที่ 31 มีนาคม พ.ศ. 2540 พบว่า จำนวนเด็กกำพร้าที่บิดา
มารดาเสียชีวิตด้วยโรคเอดส์มีจำนวนทั้งสิ้น 434 คน และเด็กที่มีบิดามารดาติดเชื้อเอชไอวีแต่ยังมี
ชีวิตอยู่มีจำนวน 1,027 คน ข้อมูลดังกล่าวเป็นเพียงส่วนหนึ่งที่สามารถเปิดเผยกับชุมชนได้เท่านั้น
ยังมีอีกจำนวนมากที่ยังสำรวจไม่พบหรือไม่สามารถเปิดเผยได้ คาดว่าจำนวนเด็กที่ได้รับผลกระทบ
จากโรคเอดส์จริงจะมีมากกว่าข้อมูลที่สำรวจพบประมาณเท่าตัว (มยุรี ชกตรี, 2540) รายงาน
การติดเชื้อเอชไอวีจำนวนสูงของหญิงมีครรภ์รายใหม่ และเด็กกำพร้าจำนวนมากของจังหวัดเชียงใหม่
ทำให้ผู้ศึกษาสนใจที่จะศึกษาถึงผลกระทบของการติดเชื้อเอชไอวีของมารดา ต่อพัฒนาการของเด็ก
ช่วงอายุ 12 - 36 เดือน เพื่อศึกษาว่าจะมีพัฒนาการด้านใดบ้างที่ล่าช้าผิดปกติและคิดเป็นร้อยละเท่าใด
เพราะจากรายงานการศึกษาที่ผ่านมา พบว่า เด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี และเด็กที่ได้รับ
การติดเชื้อเอชไอวีจะมีพัฒนาการด้านร่างกาย สมอง จิตใจ อารมณ์และสังคมล่าช้ากว่าเด็กปกติ
(สุธีระ วัชรคุปต์, 2535, Gay CL. *et al.*, Msellati P. *et al.*, Wolters PL. *et al.*, ค.ศ. 1995,
อรวรรณ เลาห์เรณู และคณะ, 2541)

วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบพัฒนาการของเด็ก ช่วงอายุ 12-36 เดือน ที่เกิดจากมารดาติดเชื้อ
เอชไอวี กับพัฒนาการของเด็กที่เกิดจากมารดาปกติ

ขอบเขตของการศึกษา

ประชากรที่ศึกษาครั้งนี้เป็นเด็กช่วงอายุ 12-36 เดือน ซึ่งเกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี
และมารดาปกติขณะมีครรภ์ ซึ่งคลอด ณ โรงพยาบาลนครพิงค์ โดยเก็บกลุ่มตัวอย่างระหว่าง
วันที่ 19 พฤษภาคม - 22 กรกฎาคม พ.ศ. 2542 ที่คลินิกเด็กติดเชื้อเอชไอวีทุกวันพุธ
และคลินิกเด็กดีทุกวันพฤหัสบดี แผนกกุมารเวชกรรม โรงพยาบาลนครพิงค์ จังหวัดเชียงใหม่

คำจำกัดความ

พัฒนาการ หมายถึง กระบวนการเปลี่ยนแปลงเชิงปริมาณและเชิงคุณภาพ ที่เริ่มตั้งแต่ปฏิสนธิไปจนตลอดช่วงอายุขัย โดยมีแบบแผนและลำดับขั้นตอนก่อน-หลังที่แน่นอน และจะไม่สามารถพัฒนาข้ามขั้นตอนได้เลย แต่มีอัตราการพัฒนา เร็ว ช้า แตกต่างกันได้แก่ พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดใหญ่ (ด้านการเคลื่อนไหว) (Gross Motor = G.M.) พัฒนาการด้านการใช้กล้ามเนื้อมัดเล็กและสติปัญญา (Fine Motor = F.M.) พัฒนาการด้านการเข้าใจภาษา (Receptive Language = R.L.) พัฒนาการด้านการใช้ภาษา (Expressive Language = E.L.) และพัฒนาการด้านการช่วยเหลือตัวเองและสังคม (Personal / Social = P.S.) ในการประกอบกิจกรรมประจำวัน

มารดาติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยว่ามีการติดเชื้อเอชไอวี และได้รับการตรวจยืนยันผลด้วยวิธี ELISA 2 ครั้ง จากห้องปฏิบัติการของโรงพยาบาลว่า ในโลหิตมีปฏิกิริยาต่อเชื้อเอชไอวีอย่างแน่นอน

เด็กติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา หมายถึง เด็กที่เกิดจากมารดาที่มีการติดเชื้อเอชไอวีในกระแสโลหิต และเด็กยังคงมีผลเลือด (HIV Antibody) เป็นบวก เมื่ออายุ 18 เดือน

เด็กไม่ติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง เด็กที่คลอดจากมารดาที่มีการติดเชื้อเอชไอวีในกระแสโลหิต แต่เด็กมีผลเลือด (HIV Antibody) เป็นลบ เมื่ออายุ 18 เดือน

เด็กปกติ หมายถึง เด็กที่คลอดจากมารดาปกติ

มารดาปกติ หมายถึง หญิงมีครรภ์ที่มาคลอดบุตรในโรงพยาบาล ซึ่งได้รับการตรวจวินิจฉัยว่าในโลหิตไม่มีปฏิกิริยาต่อเชื้อเอชไอวีอย่างแน่นอน

ระดับพัฒนาการ (Development Quotient = DQ) หมายถึง อายุพัฒนาการของเด็กหารด้วย อายุจริงของเด็ก คูณด้วย 100 โดยแบ่งเป็น 2 ระดับ คือ

- พัฒนาการล่าช้าไม่สมวัย หมายถึง เด็กที่มีค่า DQ น้อยกว่าหรือเท่ากับ 75
- พัฒนาการสมวัย หมายถึง เด็กที่มีค่า DQ มากกว่า 75 ขึ้นไป

ประโยชน์ที่จะได้รับจากการศึกษา

ผลการศึกษาครั้งนี้จะเป็นข้อมูลที่เป็นประโยชน์แก่ หญิงมีครรภ์ เจ้าหน้าที่สาธารณสุข โรงพยาบาล แพทย์ และผู้เลี้ยงดูเด็ก เพื่อใช้ในการวางแผนการดำเนินงานให้คำปรึกษาแก่มารดาและผู้เลี้ยงดูเด็ก ในการส่งเสริมพัฒนาการแก่เด็กที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีและมีพัฒนาการล่าช้า

ฝึกปกติไม่สมวัย เพื่อให้มีพัฒนาการที่เป็นปกติสมวัย หรือหากพบปัญหาในเรื่องพัฒนาการด้านใดที่รุนแรง ก็จะสามารถแนะนำให้ทราบถึงวิธีการช่วยเหลือ ดูแล และแก้ไขได้อย่างถูกต้องทันที่

มหาวิทยาลัยเชียงใหม่
Chiang Mai University