

รายงานผู้ป่วย

Case Report

การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์โดยการจัดการรายกรณี

วารสารณิ กิติศรีวรพันธุ์ พย.บ.*

บทคัดย่อ

บทความนี้มีวัตถุประสงค์เพื่อนำเสนอเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์โรงพยาบาลท่าอุเทนสองกรณีศึกษาด้วยผู้ป่วยเอดส์มีความซับซ้อนและยุ่งยากในการพยาบาลจากการที่ผู้ป่วยมีการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสคือวัณโรค ร่วมกับมีภาวะดื้อยาจากการรักษาที่ไม่ต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยมีความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจจากโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องได้รับการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องจากการเผชิญกับความเจ็บป่วยที่มีความรุนแรงและการปรับตัวเพื่อใช้ชีวิตในสังคม การศึกษาประกอบด้วย การประเมินสุขภาพผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ ตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน และการวางแผนการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลร่วมกับการจัดการรายกรณี

ผลการศึกษา การพยาบาลประกอบด้วย การช่วยเหลือให้ผู้ป่วยดูแลสุขภาพตนเอง จัดการกับอาการไม่พึงประสงค์ที่เกิดจากภาวะโรคและยาที่ใช้รักษา การป้องกันการติดเชื้อและการแพร่กระจายเชื้อสู่คนในครอบครัว การจัดการกับความรู้สึกเศร้า ความรู้สึกตนเองไร้คุณค่า การปรับบทบาทของตนเอง ภาวะครอบครัว ให้กำลังใจในการสู้กับโรคร้าย และการกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ นอกจากนี้พยาบาลต้องให้ความรู้คำปรึกษากับครอบครัวผู้ป่วย ซึ่งมีความสำคัญอย่างยิ่งต่อการยอมรับสภาพของการเจ็บป่วย การมีส่วนร่วมในการดูแลรักษาและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติตนได้อย่างถูกต้องตามแผนการรักษาของแพทย์ และดูแลตนเองอย่างถูกต้องเหมาะสมเมื่อกลับบ้าน การติดตามเยี่ยมผู้ป่วยอย่างต่อเนื่องของทีมสหวิชาชีพเพื่อประเมินสภาพผู้ป่วย ผลการรักษา และการจัดการสภาพแวดล้อมบริเวณที่พักอาศัยของผู้ป่วยให้เหมาะสม รวมถึงการประสานงานในการดูแลสุขภาพผู้ป่วยในชุมชน จะทำให้ลดภาวะแทรกซ้อนของโรค ลดค่าใช้จ่าย และผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตดีขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาล ผู้ป่วยเอดส์ การจัดการรายกรณี

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์รวม โรงพยาบาลท่าอุเทน

Nursing Care of AIDS Patient by Case Management

Waraporn Kitisrivorapan B.N.S*

Abstract

The purpose of this article was to present the nursing care of two cases of AIDS patients visited Tha Uthen hospital. Nursing care in AIDS patients is complicated according to the opportunistic infection, tuberculosis, together with the drug resistance derived from discontinuous treatment. As a result, AIDS patients could suffer both physically and mentally from incurable diseases. They must be treated continuously because they are facing illnesses and has to adjust themselves to live with others in society. The study consisted of the holistic assessment of patients' health covering the physical, mental, emotional, social and spiritual aspects according to the Gordon's health model and the nursing care plan using the nursing process in combination with case management.

The outcomes consisted of helping patients to take health self-care, management the advert event from disease and drug treatment, prevention of infection and transmission of infection to family members, management of sadness and worthlessness feeling, role play adjustment, family burden management, encouragement in living with the disease and returning to normal life. In addition, nurses must provide the knowledge and consult to the patient's family, which is crucial in accepting the condition of the illness, participating in caring and preventing the various complications. As a result, the patients could be able to comply properly with the doctor's treatment plan and be able to take care of themselves properly when they are at home. The continuously follow-up patient visits by the multidisciplinary team to assess the patient's condition, treatment results, the management of environment around patient's residential area appropriately and the coordinating in the community for patient healthcare will reduce the disease complications, healthcare costs and therefore the improvement of patient's quality of life.

Keywords: Nursing, AIDS patients, Case management

* Registered Nurse, Department of Primary and Holistic care, Tha Uthen Hospital

บทนำ

โรคเอดส์ (AIDS: acquired immune deficiency syndrome) เป็นอาการระยะสุดท้ายการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (human immunodeficiency virus, HIV) เป็นปัญหาที่สำคัญของโลก เนื่องจากมีอัตราการป่วยและอัตราการตายสูง มีการแพร่กระจายในประชากรกลุ่มต่างๆ ทั่วโลกอย่างรวดเร็ว และยังไม่สามารถรักษาให้หายได้ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลก ปี พ.ศ. 2558– 2560 มีจำนวน 36.7, 36.7 และ 36.9 ล้านคน และมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ 2.1, 1.8 และ 1.8 ล้านคน ตามลำดับ¹ สำหรับประเทศไทยมีผู้ติดเชื้อเอชไอวีปี พ.ศ. 2558–2560 จำนวน 437,700, 449,309 และ 439,610 ราย ตามลำดับ² สถิติผู้ป่วยโรคเอดส์โรงพยาบาลท่าอุเทนมีจำนวนเพิ่มขึ้น โดยตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558–2560 มีจำนวน 105, 109 และ 116 ราย ตามลำดับ³ โรคเอดส์เป็นกลุ่มอาการเจ็บป่วยจากร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวีเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว (T-Helper Cell) ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลงและติดเชื้อโรคฉวยโอกาส (opportunistic infection)⁴ ผู้ป่วยเอดส์จึงเป็นผู้มีระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง เมื่อได้รับเชื้อไวรัสโรคเข้าสู่ร่างกายจะมีโอกาสป่วยเป็นโรคสูงกว่าคนปกติ ร้อยละ 6.00–10.00 ตลอดช่วงชีวิต และมีโอกาสป่วยเป็นโรค ร้อยละ 5.00–10.00 ต่อปี และมีโอกาสป่วยด้วยโรคสูงกว่าผู้ไม่ติดเชื้อเอชไอวี 26–31 เท่า^{5,6} ดังนั้น จึงพบว่าโรคเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสพบบ่อยที่สุดและเป็นสาเหตุการตายที่สำคัญในผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ป่วยเอดส์ ซึ่งเป็นผลมาจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีและผู้ป่วยเอดส์มีพฤติกรรมดูแลตนเองที่ไม่เหมาะสม เช่น การรับประทานยาต้านไวรัสไม่ถูกต้องสม่ำเสมอ⁴ จากความรุนแรงของโรสดังกล่าว ผู้ศึกษาจึงได้นำการจัดการ

รายกรณี (case management) มาใช้ในการจัดการกับปัญหาโรคเรื้อรัง จากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ระบบการจัดการผู้ป่วยโรคเรื้อรังแบบรายกรณีเน้นการมีส่วนร่วมของทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และชุมชนในการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมจากโรงพยาบาลถึงหน่วยบริการสุขภาพในชุมชน ทำให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ดี⁷ จากการศึกษาและพัฒนาเพื่อพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานโดยใช้รูปแบบการจัดการรายกรณีของโรงพยาบาลสระบุรีพบว่า ทีมพยาบาลที่ได้รับการพัฒนาศักยภาพด้านการจัดการรายกรณี มีแนวทางและระบบในการดูแลผู้ป่วยเบาหวานที่ครอบคลุมแบบองค์รวม สามารถประสานกับทีมสหสาขาวิชาชีพได้เป็นอย่างดี ผู้ป่วยเบาหวานหรือผู้ดูแลมีความพึงพอใจต่อระบบการดูแลในระดับมาก มีการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพสูงกว่า อัตราการกลับมานอนซ้ำในโรงพยาบาลลดลง การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดได้ดี⁸ ผู้ศึกษาจึงนำการจัดการรายกรณีมาใช้กับการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ โดยนำเสนอแนวคิดการประยุกต์ใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน⁹ เพื่อการวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ โดยมีความเชื่อว่ากรณีตัวอย่างจะช่วยให้เกิดความเข้าใจการดูแลผู้ป่วยเอดส์อย่างครอบคลุมทุกมิติแบบองค์รวม การศึกษาครั้งนี้เลือกกรณีศึกษา จำนวน 2 ราย เป็นผู้ป่วยที่มีความซับซ้อนที่ติดเชื้อฉวยโอกาสโรควัณโรคและดีซ่านไวรัสจากการรับการรักษาไม่ต่อเนื่อง

การศึกษานี้ได้รับอนุญาตจากผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ให้ใช้ข้อมูลประวัติการเจ็บป่วยและการรักษามาแนะนำเสนอเป็นกรณีศึกษา โดยไม่มีการนำเสนอข้อมูลที่สามารถระบุตัวผู้ป่วยได้ และได้รับอนุญาตจากผู้อำนวยการโรงพยาบาลท่าอุเทนในการสืบค้นข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนของโรงพยาบาลท่าอุเทน

ตารางที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	18 ม.ค. 2561– 18 เม.ย. 2561	28 มี.ค.2561 – 28 มิ.ย. 2561
1. ข้อมูลส่วนบุคคล	เพศชาย อายุ 29 ปี สถานภาพสมรสโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ อาชีพครูอัตราจ้าง มีอาชีพเสริมเป็นนักร้องที่ร้านอาหาร	เพศชาย อายุ 30 ปี สถานภาพสมรสโสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ อาชีพพนักงานร้านอาหาร ผับ และลูกเรือประมง
2. การวินิจฉัยโรค	Tuberculosis with HIV infection	HIV infection with tuberculosis
3. อาการสำคัญ	ไข้ ไอแห้งๆ เจ็บหน้าอก อ่อนเพลียมากขึ้น 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล	ไข้สูง ไอมีเสมหะ เจ็บหน้าอก 1 วัน ก่อนมาโรงพยาบาล
4. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 เดือน ก่อนมาโรงพยาบาล มีไข้เป็นบางวันช่วงบ่ายๆและกลางคืน ไอบ้างนานๆครั้ง เหนื่อยและอ่อนเพลีย ออกร้อนในตัว เหงื่อออก ช่วงบ่ายๆ และตี 2 ทุกคืน	2 วัน ก่อนมาโรงพยาบาลเหนื่อยและอ่อนเพลีย ไอมีเสมหะ มีไข้สูงเป็นบางวันช่วงบ่ายๆ เจ็บหน้าอกข้างซ้าย ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ท้องเดินวันละ 5-6 ครั้ง
5. ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต การแพ้ต่างๆ การใช้สารเสพติด	ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ปฏิเสธการแพ้ยา หรือสารเคมีอื่นๆ ปฏิเสธการใช้สารเสพติด	ปี พ.ศ. 2550 ไปรับการตรวจที่สถานกาชาดไทย พบว่าติดเชื้อเอชไอวี ไม่ขอรับการรักษา ปี พ.ศ. 2554–2560 รับประทานไวรัสที่ ร.พ.ตำรวจ และ ร.พ.ท่าอุเทน รับประทานยาไม่ต่อเนื่อง 6 ก.พ. 2561 มารับยา ผล CD4 count = 2 cell/mm ³ (14%)
6. ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว	ไม่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือร้ายแรง	ไม่มีบุคคลในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคเรื้อรังหรือร้ายแรง
7. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ	– Sputum AFB 1+, Anti-HIV positive – CD4 count = 134 cell/mm ³ (12.28%) – CXR: infiltration both lung – CBC: WBC 12.82 cell/mm ³ , Neutrophil 80%, Lymphocyte 16%, monocyte 2%, Eosinophil 2%, Hct 36.4%, Na 133.1 mmol/L, K 3.74 mmol/L, Cl 100.8 mmol/L, HCO ₃ 24.4 mmol/L	– Sputum AFB positive1+, CXR: infiltration both lung – CBC: WBC 11.17 cell/mm ³ , Neutrophil 75%, Lymphocyte 15%, monocyte 9%, Eosinophil 1%, Hct 35.6%, Na 132.4 mmol/L, K 4.09 mmol/L, Cl 96.1 mmol/L, HCO ₃ 24.9 mmol/L

ตารางที่ 1 ประวัติการเจ็บป่วยของกรณีศึกษา (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
	18 ม.ค. 2561– 18 เม.ย. 2561	28 มี.ค.2561 – 28 มิ.ย. 2561
8. การรักษาปัจจุบัน	<p>-Isoniazid (INH), Pyrazinamide (PZA), Ethambutol (EMB) และ Rifampicin (RMP) รับประทานครั้งละ 3 เม็ด ก่อนนอน, Pyridoxine 100 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า</p> <p>-Paracetamol 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดทุก 4–6 ชั่วโมง เมื่อมีไข้หรือปวด</p> <p>-Bactrim รับประทานครั้งละ 2 เม็ดวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า</p> <p>-Domperidone รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลา ก่อนอาหาร</p> <p>-Dimenhydrinate รับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 3 เวลาหลังอาหาร</p> <p>-Teevir รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ก่อนนอน</p>	<p>-INH, PZA, EMB และ RMP รับประทานครั้งละ 3 เม็ด ก่อนนอน, Pyridoxine 100 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ดหลังอาหารเช้า</p> <p>-Paracetamol 500 mg รับประทานครั้งละ 1 เม็ด ทุก 4–6 ชั่วโมง เมื่อมีไข้หรือปวด</p> <p>-3TC 300 mg, TDF 300 mg, EFV 600 mg รับประทานอย่างละ 1 เม็ดวันละ 1 ครั้งก่อนนอน</p> <p>-Bactrim รับประทานครั้งละ 2 เม็ดวันละ 1 ครั้ง หลังอาหารเช้า</p> <p>-Fluconazole 200 mg รับประทานครั้งละ 2 เม็ด หลังอาหารเช้าสัปดาห์ละครั้ง</p> <p>- Azithromycin 250 mg รับประทานครั้งละ 4 เม็ด หลังอาหารเช้าสัปดาห์ละครั้ง</p>

ตารางที่ 2 การประเมินปัญหาสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	<p>S: ผู้ป่วยเพิ่งรู้ว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีหลังตรวจพบวัณโรค เดิมสุขภาพแข็งแรงดี เป็นกลุ่มชายรักชาย</p> <p>O: ผู้ป่วยนอนบนเตียง ดูแลกิจวัตรเอาใจใส่กิจวัตรประจำวันของตนเองได้ดี Sputum AFB 1+</p> <p>P: ขาดความรู้ในการดูแลตัวเองเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่</p> <p>P: มีการติดเชื้อที่ปอดได้ง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง</p>	<p>S: ผู้ป่วยรับรู้การติดเชื้อเอชไอวี พ.ศ. 2550 ยังไม่เริ่มรักษาเนื่องจากกลัวครอบครัวและเพื่อนร่วมงานจะรู้ เริ่มรักษาปี พ.ศ. 2554 รับประทานยาไม่ต่อเนื่องทำให้เกิดเชื้อดื้อยาและโรควัณโรค เป็นกลุ่มชายรักชาย เปลี่ยนคู่นอนบ่อย มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน</p> <p>O: มีไข้สูง นอนบนเตียง เหนื่อยเพลีย สามารถดูแลตัวเองได้ มีแม่และน้ำคอกยูแล Sputum AFB 1+</p> <p>P: ขาดความตระหนักในการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่</p> <p>P: มีการติดเชื้อที่ปอดได้ง่าย เนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง</p>
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและเมตาบอลิซึม	จากการประเมินไม่พบปัญหา	จากการประเมินไม่พบปัญหา
แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายของเสีย	จากการประเมินไม่พบปัญหา	จากการประเมินไม่พบปัญหา

ตารางที่ 2 การประเมินปัญหาสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ ของกอร์ดอน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	S: ทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง ออกกำลังกายน้อย สิบนาทีทุกวัน O: เหนื่อยเล็กน้อยหลังกลับจากห้องน้ำ P: เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากปอดติดเชื้อวัณโรค	S: ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกาย เนื่องจากอาชีพที่ทำงานกลางคืน กลางวันต้องพักผ่อน สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง O: เหนื่อยเล็กน้อยหลังจากเดินกลับมาจากห้องน้ำ P: เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากปอดติดเชื้อวัณโรค
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	จากการประเมินไม่พบปัญหา	S: กลางคืนนอนพัก 4-5 ชม. นอนพักกลางวัน 1-2 ชม. O: สิ้นน้ำอืดโรย P: พักผ่อนได้น้อย นอนหลับๆตื่นๆ นอนหลับวันละ 4-5 ชั่วโมง
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	จากการประเมินไม่พบปัญหา	จากการประเมินไม่พบปัญหา
แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตโนทัศน์	S: เป็นคนเงียบ ค่อนข้างเก็บตัว คุยกับมารดามากที่สุด เป็นผู้นำและดูแลทุกคนในบ้าน O: พูดน้อย บางเรื่องจะไม่พูดต่อหน้ามารดา P: มีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากการเจ็บป่วยและการปรับบทบาทจากผู้นำเป็นผู้พึ่งพา	S: เป็นคนเก็บตัว ไม่ค่อยคุยกับคนในครอบครัว ไม่บอกครอบครัวเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี หาเงินส่งบ้าน O: พูดน้อย ตอบเฉพาะคำถามที่พยาบาลถาม P: มีความรู้สึกว่าคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากการเจ็บป่วยและการปรับบทบาทจากผู้นำเป็นผู้พึ่งพา
แบบแผนที่ 8 เพศสัมพันธ์และการสัมพันธภาพ	S: อยู่ด้วยกัน 4 คน ผู้ป่วยเป็นผู้หารายได้หลัก ในครอบครัว น้องสาวกำลังเรียนระดับอุดมศึกษา ไม่ค่อยได้คุยกับคนในครอบครัว ปกปิดสถานะทางเพศ O: มารดาเป็นผู้ดูแลขณะอยู่โรงพยาบาล P: สัมพันธภาพภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงเนื่องจากอายุและกลัวขาดการยอมรับ	S : ทำงานต่างจังหวัด นาน ๆ กลับบ้าน ส่งเงินให้แม่ใช้บ้าง คุยกันน้อยมาก ไม่มีเพื่อนในหมู่บ้าน หลังจากรู้ว่าติดเชื้อเอชไอวี คุยกับเพื่อนที่ทำงานน้อยลง O: บิดา-มารดาหย่าร้าง มีเฉพาะแม่และน้ำคอกุดดูแล P: สัมพันธภาพภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงเนื่องจากอายุและกลัวขาดการยอมรับ
แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	S: ยังไม่แต่งงาน เป็นกลุ่มชายรักชาย เปลี่ยนคู่นอนบ่อย มีเพศสัมพันธ์บางครั้งใช้ถุงยาง O: แต่งกายด้วยชุดโรงพยาบาล มีลักษณะแสดงถึงความเป็นเพศชายที่ชัดเจน P: มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากมีเพศสัมพันธ์ไม่ป้องกัน	S: เป็นกลุ่มชายรักชาย มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน เปลี่ยนคู่นอนบ่อย O: ลักษณะภายนอกแสดงถึงความเป็นชายรักชายชัดเจน P: มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อเนื่องจากมีเพศสัมพันธ์ไม่ป้องกัน

ตารางที่ 2 การประเมินปัญหาสุขภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (ต่อ)

แบบแผนสุขภาพ ของกอร์ดอน	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2
แบบแผนที่ 10 ความเครียดและการ เผชิญความเครียด	S: อารมณ์เย็นไม่ค่อยแสดงอารมณ์ กังวลว่าจะ เป็นภาระให้กับครอบครัว คาดหวังว่าจะกลับไป ทำงานหารายได้โดยเร็ว	S: ผู้ป่วยอารมณ์ร้อน แสดงออกทางสีหน้าท่าทาง โมโหมาก อยากหายเร็วๆ จะกลับไปทำงานไม่ยอม เป็นภาระ
	O: สีหน้าเหม่อลอย มีความเครียดระดับปาน กลาง ประเมินความเครียดสวนปรุ ¹⁰ ได้ 30 คะแนน P: มีความเครียดเนื่องจากการเจ็บป่วยและการ ปรับบทบาทในการดูแลตัวเอง	O: มีความเครียดระดับมาก จากการประเมิน ความเครียดสวนปรุ ¹⁰ ได้ 42 คะแนน P: มีความเครียดเนื่องจากการเจ็บป่วยและการปรับ บทบาทในการดูแลตัวเอง
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	จากการประเมินไม่พบปัญหา	จากการประเมินไม่พบปัญหา

สรุป การประเมินปัญหาสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน พบปัญหาทั้งหมด 9 แบบแผน จึง
กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลผู้ป่วยรายที่ 1 และ 2 จำนวน 5 ข้อ ดังนี้

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล

<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากปอดติดเชื้อวัณโรค วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ 2. ผู้ป่วยไม่มีการติดเชื้อที่ปอดเพิ่ม <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน (O_2) เช่น หายใจลำบาก ใช้กล้ามเนื้อหน้าท้องช่วยหายใจ อวัยวะส่วนปลายและริมฝีปากเขียว, O_2 saturation (O_2 sat) > 95%, capillary refill time < 3 second, RR อยู่ใน เกณฑ์ปกติ (16–20 ครั้ง/นาที) 2. เสียงปอดปกติ (normal breath sounds) และผลการถ่ายภาพรังสีทรวงอกปกติ <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะติดเชื้อที่ปอดคือ มีเสมหะสีขาวยุ่นปนเหลืองหรือเขียว มีปริมาณมาก มี ไข้ ซึม กระสับกระส่าย หายใจไม่เป็นจังหวะ เจ็บตามปลายมือปลายเท้า ชีพจรเร็ว > 100 ครั้ง/นาที รวมทั้งประเมินสัญญาณ ชีพ ประเมินค่า O_2 sat ทุก 4 ชั่วโมง และฟังเสียงปอดเพื่อติดตามสภาวะของโรค 2. ดูแลให้ได้รับ O_2 cannula 3 ลิตร/นาที ตามแผนการรักษาเพื่อให้ร่างกายได้รับ O_2 อย่างเพียงพอ ช่วยเหลือใน การทำกิจวัตรประจำวัน เพื่อลดการใช้ O_2 3. จัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัว และปอดขยายตัวได้มากขึ้น สอนการหายใจเข้าออกลึก ๆ อย่างถูก วิธี และกระตุ้นให้ผู้ป่วยไออย่างมีประสิทธิภาพ 4. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างน้อยวันละ 2,000–3,000 มิลลิลิตร เพื่อระบายความร้อนและทดแทนภาวะขาดน้ำ จากภาวะไข้ 5. เช็ดตัวลดไข้ร่วมกับให้ยา paracetamol (500 mg) 1 tabs ทุก 4–6 ชม. เพื่อช่วยระบายความร้อน
--

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล (ต่อ)

<p>6. ให้การพยาบาลโดยยึดหลักการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางอากาศ (Air born and contact precaution)¹¹ ดังนี้</p> <p>6.1 ล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่หรือน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้งทั้งก่อนและหลังสัมผัสกับผู้ป่วย</p> <p>6.2 หลีกเลี่ยงการเกิดบาดแผลขณะทำการดูแล โดยเฉพาะควรระมัดระวังการถูกเข็มที่ใช้กับผู้ป่วย</p> <p>6.3 สวมถุงมือทุกครั้งเมื่อปฏิบัติการพยาบาลที่อาจมีโอกาสสัมผัสสารคัดหลั่งของผู้ป่วยได้</p> <p>6.4 สวมอุปกรณ์ป้องกัน ได้แก่ Mask, Eye protection, Face shield ในการพยาบาลผู้ป่วยในกิจกรรมที่มีโอกาสสัมผัสตุ่ม/กระดื่นของเลือด สารคัดหลั่ง ที่ออกจากร่างกายผู้ป่วย</p> <p>7. ดูแลความสะอาดของร่างกายผู้ป่วยอย่างน้อยวันละ 1 ครั้ง และดูแลสิ่งแวดล้อมรอบเตียงให้สะอาด</p> <p>8. ให้ข้อมูลและส่งเสริมการปฏิบัติดูแลสุขภาพเฉพาะโรควัณโรค โรคเอดส์ และการกินยาต้านไวรัสที่สม่ำเสมอ ได้แก่ ปิดปากเวลาไอหรือจาม บ้วนเสมหะลงในภาชนะที่มีฝาปิด ถ้วย ชาม ภาชนะ ช้อนส้อม ภาชนะควรแยกที่นอน หมอน มุ้ง ควรนำไปฟึ่งแดดสม่ำเสมอ ล้างมือให้สะอาด ทำความสะอาดห้องน้ำภายหลังการเปลี่ยนสารคัดหลั่ง การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยและงดการบริจาคเลือด¹²</p> <p>9. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ผลการตรวจ WBC, CD4, viral load ผลการตรวจเสมหะ ผลการเอกซเรย์ปอด ผลตรวจวิเคราะห์ก๊าซในเลือดแดง เพื่อประเมินระดับการฟื้นฟูและความรุนแรงของปัญหา¹³</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล</p>	
<p>กรณีศึกษาที่ 1 สีหน้าสดชื่นขึ้นมาก ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ฟังปอด พบเสียง crepitation both lung ตีมน้ำ 2,000 มิลลิลิตร vital sign: BT 37.5°C, PR 86 ครั้ง/นาที, RR 20 ครั้ง/นาที, BP 110/70 mmHg, O₂ sat 98% ขณะหายใจเอง</p>	<p>กรณีศึกษาที่ 2 สีหน้าเหนื่อยอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะขาดออกซิเจน ฟังปอด พบเสียง crepitation both lung ตีมน้ำ 2,200 มิลลิลิตร Vital sign: BT 37.7°C, PR 96 ครั้ง/นาที, RR 24 ครั้ง/นาที, BP 110/70 mmHg, O₂ sat 97% ขณะหายใจเอง</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีความเครียดเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาดและกลัวบุคคลในครอบครัวไม่ยอมรับ</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง</p>	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 มีความเครียดเนื่องจากการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หายขาดและป่วยด้วยโรควัณโรค</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง</p>
<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. ผู้ป่วยบอกว่าเครียดน้อยลง สีหน้าแจ่มใสพูดคุยยิ้มแย้มมากขึ้น</p> <p>2. คะแนนความเครียด 24 คะแนน</p> <p>3. ผู้ป่วยสนใจซักถาม สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การแก้ไขปัญห สุขภาพ บอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้มากขึ้น</p>	<p>เกณฑ์การประเมิน</p> <p>1. ผู้ป่วยบอกว่าเครียดน้อยลง สีหน้าแจ่มใสพูดคุยยิ้มแย้มมากขึ้น</p> <p>2. คะแนนความเครียดน้อยกว่า 42 คะแนน</p> <p>3. ผู้ป่วยสนใจซักถาม สามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตน การแก้ไขปัญห สุขภาพ บอกอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ได้มากขึ้น</p>

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการวางแผนการพยาบาล (ต่อ)

<p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> ประเมินความเครียดเพื่อนำมาใช้พิจารณาวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม พูดคุยสร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย ดูแลให้ได้รับอาหารอย่างเพียงพอเพื่อเป็นแหล่งพลังงานให้แก่ร่างกายช่วยบรรเทาอาการเหนื่อยเพลีย กระตุ้นให้บริหารร่างกาย ได้แก่ การบริหารข้อการเกร็งกล้ามเนื้อ การลุกนั่งและเดินข้างเตียง ปฏิบัติกิจกรรมการพยาบาลในช่วงเวลาเดียวกันเพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ ลดการรบกวนจากเสียงแสง ใช้การสัมผัสที่นุ่มนวลและด้วยความเอื้ออาทรขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย แนะนำกิจกรรมที่ผ่อนคลายความเครียด เช่น ดูทีวี ฟังเพลง ออกกำลังกาย อ่านหนังสือ หรือเป็นกิจกรรมที่ผู้ป่วยชื่นชอบ เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วย วางแผนการรักษาพยาบาล และให้ความช่วยเหลือกิจกรรมที่ผู้ป่วยไม่สามารถทำได้เองเมื่อกลับไปอยู่บ้าน ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ การรับประทานยาที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง ตรงเวลา และ การสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ โดยวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล เรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคฉี่หนู เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล สามารถนำไปปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่บ้านได้ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีทักษะในการเผชิญปัญหา โดยให้ผู้ป่วยได้สนทนากับผู้ป่วยเอดส์ และวัณโรคคนอื่นที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์ มีการยอมรับภาวะเจ็บป่วยและเผชิญต่อปัญหาได้ดี เพื่อเสริมพลังให้เกิดกำลังใจ¹⁴ ช่วยเหลือแนะนำแหล่งสนับสนุน ต่าง ๆ สำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี และผู้ได้รับผลกระทบ ติดตามเฝ้าระวังภาวะซึมเศร้า โดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q ของกรมสุขภาพจิต¹⁵ 	
<p>การประเมินผลการพยาบาล: กรณีศึกษาที่ 1</p> <p>-ขณะอยู่ ร.พ. ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลีย สีหน้าแจ่มใส พุดคุยสบาย ประเมินความเครียดก่อนออกจาก ร.พ. ได้ 22 คะแนน</p> <p>-การติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยหลังจากกลับบ้าน ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น ประเมินความเครียดพบความเครียดลดลงอยู่ในระดับน้อย (22 คะแนน) สามารถพุดคุยในสิ่งที่ภาคภูมิใจที่ผ่านมามีความหวังในการรักษาให้มีสุขภาพแข็งแรงเพื่อจะได้กลับไปทำงานตามปกติ</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล: กรณีศึกษาที่ 2</p> <p>-ขณะอยู่ ร.พ. ผู้ป่วยยังมีอาการเหนื่อยเพลียนอนไม่ค่อยหลับ พุดคุยสบายมากขึ้น คะแนนความเครียด 36 คะแนน</p> <p>-การติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยหลังจากกลับบ้าน ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น ประเมินความเครียดพบว่าลดลงอยู่ในระดับปานกลาง (35 คะแนน) มีแนวคิดเชิงบวก และประเมินภาวะซึมเศร้า 2Q-Positive (มีภาวะซึมเศร้า) และ 9Q ได้ 6 คะแนน (ไม่เป็นโรคซึมเศร้า)</p>

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล (ต่อ)

<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ความมีคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากการปรับบทบาทจากผู้เป็นผู้นำเป็นผู้ฟัง</p> <p>วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยพูดถึงตนเองในทางบวกรู้สึกตนเองมีคุณค่า 2. ผู้ป่วยรู้สึกสบายใจขึ้น สามารถช่วยเหลือตนเองในการทำกิจวัตรประจำวันได้ 3. สีหน้าแจ่มใส พูดคุยยิ้มแย้มมากขึ้น มีปฏิสัมพันธ์กับครอบครัว เพื่อน หรือเจ้าหน้าที่มากขึ้น 4. คะแนนความเครียด 24 คะแนน <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเพื่อนำมาใช้พิจารณาวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม 2. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ 3. อธิบายถึงพยาธิสภาพและแผนการรักษาการดูแลตนเองที่จำเป็น เพื่อให้ผู้ป่วยมีความเข้าใจมากขึ้น 4. เปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึก รับฟังด้วยความตั้งใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายความตึงเครียด 5. สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจและมีความรู้สึกดีโดยใช้คำพูดที่สุภาพอย่างนุ่มนวล 6. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาล ปรับเปลี่ยนแบบแผนในการดูแลตนเอง 7. กระตุ้น ส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองมากที่สุด และกล่าวชมให้กำลังใจ 8. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงประสบการณ์ที่ตนเองพึงพอใจหรือประสบความสำเร็จ 9. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดและพูดในทางบวก หลีกเลี่ยงความคิดในทางลบจะทำให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง 10. อธิบายให้ครอบครัวยอมรับสภาพของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษและแนะนำให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นถึงคุณค่า 11. แนะนำวิธีการผ่อนคลายความเครียด โดย ให้หาวิธีหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำ เช่น การดูทีวีฟัง เพลง การสวดมนต์ การปลูกต้นไม้ เพื่อผ่อนคลายความเครียด 12. ถ้าอาการไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อปรึกษาจิตแพทย์ 	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีความทุกข์ใจและรู้สึกเศร้าเนื่องจากรับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาไม่หายและกลัวครอบครัวไม่ยอมรับ</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อส่งเสริมความผาสุกด้านจิตวิญญาณของผู้ป่วย</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยสีหน้าแจ่มใสพูดคุยยิ้มแย้มมากขึ้น 2. สนใจกระตือรือร้นดูแลตนเอง 3. พูดถึงตนเองในเชิงบวกแสดงออกถึงการมีความหวังความผาสุก <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพโดยการเรียกชื่อผู้ป่วยทุกครั้ง ที่ให้การพยาบาลแจ้งผลการตรวจวัดต่างๆที่ทักทายผู้ป่วยอย่างสม่ำเสมอ 2. ยอมรับการแสดงออกและ รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ 3. กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงความรู้สึกและบอกถึงสิ่งที่มีความหมายหรือบุคคลที่ให้คุณค่าทางใจ 4. กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุข ความหวัง และติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด¹¹ 5. ใช้การสัมผัสที่นุ่มนวลและด้วยความเอื้ออาทรขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วย 6. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยคิดและพูดในทางบวก จะทำให้ตัวเองรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง 7. อธิบายให้ครอบครัวยอมรับสภาพของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษและแนะนำให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วย 8. แนะนำวิธีการผ่อนคลาย โดยให้หาวิธีหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำ เช่น การดูทีวีฟัง เพลง การสวดมนต์ การปลูกต้นไม้ และเพื่อผ่อนคลายความทุกข์ 9. ถ้าอาการไม่ดีขึ้นรายงานแพทย์เพื่อปรึกษาจิตแพทย์ต่อไป <p>การประเมินผลการพยาบาล: กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยสีหน้าแจ่มใสพูดคุย สบายมากขึ้น ตัดสินใจให้พยาบาลแจ้งมารดาถึงสถานะการติดเชื้อเอชไอวี มีความกระตือรือร้นในการดูแลตนเองเพิ่มขึ้น พูดถึงตนเองในเชิงบวกมากขึ้น</p>
--	---

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการแพทย์และการวางแผนการพยาบาล (ต่อ)

<p>การประเมินผลการพยาบาล: กรณีศึกษาที่ 1</p> <p>ผู้ป่วยบอกว่ามีความเครียดลดลง สิ้นน้ำเสดชื่นขึ้น ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันต่าง ๆ ด้วยตนเอง พุดคุย ยิ้มแย้มมากขึ้น ผู้ป่วยคาดหวังว่าการรักษาจะช่วยทำให้ชีวิตให้ยืนยาวและสามารถหาเลี้ยงครอบครัวได้ประเมินความเครียดระดับความเครียดลดลงอยู่ในระดับน้อย (22 คะแนน)</p>	
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ขาดความรู้และวิตกกังวลในการดูแลตนเอง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล คลายความวิตกกังวล และสามารถดูแลตนเองได้ถูกต้อง</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยมีสีหน้าแจ่มใสขึ้น วิตกกังวลน้อยลง 2. ผู้ป่วยสนใจซักถามและตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตนวางแผนแก้ไขปัญหาสุขภาพได้ บอกอาการผิดปกติได้มากขึ้น <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. สร้างสัมพันธภาพ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกและซักถามข้อสงสัย 2. ให้ความรู้เกี่ยวกับแผนการรักษาของแพทย์ ระยะเวลาในการรับประทานยารักษาวัณโรคและยาต้านไวรัส การรับประทานยาที่ถูกต้อง ต่อเนื่อง ตรงเวลา และการสังเกตอาการผิดปกติที่ต้องมาพบแพทย์ 3. ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q, 9Q วางแผนและแก้ไขปัญหาลงมือร่วมกับพยาบาลด้านสุขภาพจิต 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล เพื่อจะได้วางแผนให้ความช่วยเหลือ แนะนำผู้ป่วย และญาติทำกิจกรรมร่วมกันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 5. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับโรคเอดส์ วัณโรค การติดต่อ การป้องกัน และวิธีการรักษาของแพทย์ เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล สามารถนำไปปฏิบัติโดยวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ เพื่อการดูแลตนเองที่บ้านได้ 6. ส่งเสริมความรู้เกี่ยวกับวิธีป้องกันการแพร่เชื้อและการรับเชื้อเอชไอวีเพิ่ม การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งเวลามีเพศสัมพันธ์¹⁶ 7. ส่งเสริมประสิทธิภาพในการเผชิญปัญหา โดยให้ผู้ป่วยได้สนทนากับผู้ป่วยเอดส์ และวัณโรคคนอื่นที่มีสภาพจิตใจสมบูรณ์ มีการยอมรับภาวะเจ็บป่วย และเผชิญต่อปัญหาได้ดี เพื่อเสริมพลังให้เกิดกำลังใจ¹⁶ 	<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสติดเชื้อยาด้านไวรัสเพิ่มขึ้น เนื่องจากผู้ป่วยรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล ไม่เกิดการดื้อยาฯ เพิ่มขึ้น</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยรับประทานยาด้านไวรัสสม่ำเสมอ 2. ค่า CD4 count > 200 cell/mm³, Viral load (VL) < 50 copies/ml หรือตรวจไม่พบ <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. แนะนำให้ผู้ป่วยรับประทานยาด้านไวรัสให้ต่อเนื่อง ตรงเวลามากกว่า 95%¹⁶ 2. ให้ความรู้เรื่องการเกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาส จากการขาดการดูแลสุขภาพที่ถูกต้อง 3. ส่งเสริมให้มารดามีส่วนร่วมในการกำกับกรรับประทานยาของผู้ป่วยให้ต่อเนื่อง 4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติมีส่วนร่วมในการรักษาพยาบาล เพื่อจะได้วางแผนให้ความช่วยเหลือ แนะนำผู้ป่วยและญาติให้ทำกิจกรรมร่วมกันเมื่อกลับไปอยู่บ้าน 5. กรณีที่จะเดินทางไปทำงานต่างจังหวัด ขอให้แจ้งที่อยู่และเบอร์โทรศัพท์ไว้เพื่อติดต่อสื่อสารและส่งยาด้านไวรัสให้ถ้าไม่สามารถเดินทางกลับมารับยาได้ด้วยตนเอง 6. ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติในการปฏิบัติตัวก่อนกลับบ้าน โดยวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับผู้ดูแล เพื่อให้สามารถดำเนินชีวิตได้อย่างมีความสุขตามอัตภาพ 7. ช่วยเหลือแนะนำแหล่งสนับสนุนที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติได้ เช่น สถานที่ในการรักษา <p>การประเมินผลการพยาบาล: กรณีศึกษาที่ 2</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงแนวทางการรักษา และการรับบริการที่โรงพยาบาลและรับปากจะช่วยกันในการเตือนให้ผู้ป่วยรับประทานยาต่อเนื่องและตรงเวลา เพื่อไม่ให้เกิดโรคร่วมและโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และเกิด

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาล (ต่อ)

<p>8. ช่วยเหลือแนะนำแหล่งสนับสนุนที่สามารถให้การช่วยเหลือผู้ป่วยและญาติได้ เช่น สิทธิในการรักษา</p> <p>การประเมินผลการพยาบาล: กรณีศึกษาที่ 1</p> <p>จากการติดตามเยี่ยมอาการผู้ป่วยหลังจากกลับบ้าน ผู้ป่วยมีอาการทั่วไปดีขึ้น รับประทานอาหารได้มากขึ้น ประเมินสภาวะทางด้านจิตใจ ประเมินความเครียดพบระดับความเครียดลดลงอยู่ในระดับน้อย (22 คะแนน) ประเมินภาวะซึมเศร้าของกรมสุขภาพจิต 2Q-negative (ไม่มีภาวะซึมเศร้า)</p>	<p>การดื้อยาต้านไวรัส</p> <p>2. รอผลตรวจ CD4 count , VL ตามรอบการตรวจประจำปี</p>
<p>ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 สัมพันธภาพภายในครอบครัวเปลี่ยนแปลงเนื่องจากอายุและกลัวครอบครัวไม่ยอมรับจากมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่เหมาะสมและติดเชื้อเอชไอวี</p> <p>วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อส่งเสริมสัมพันธภาพภายในครอบครัว</p> <p>เกณฑ์การประเมิน</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ผู้ป่วยสีหน้าแจ่มใสพูดคุยยิ้มแย้มมากขึ้น สนใจกระตือรือร้นดูแลตนเอง 2. พูดถึงตนเองในเชิงบวกแสดงออกถึงการมีความหวังความผาสุก 3. ครอบครัวเข้าใจและยอมรับได้ <p>กิจกรรมการพยาบาล</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. ประเมินสัมพันธภาพภายในครอบครัวเพื่อนำมาใช้พิจารณาวางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม 2. พูดคุยสร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยเกิดความไว้วางใจ เอื้ออาทรขณะมีปฏิสัมพันธ์กับผู้ป่วยและติดตามดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด 3. ยอมรับการแสดงออกของผู้ป่วย กระตุ้นให้ผู้ป่วยค้นหาสิ่งที่ทำให้ผู้ป่วยมีความสุขความหวัง 4. รับฟังผู้ป่วยอย่างตั้งใจ กระตุ้นให้ผู้ป่วยเล่าถึงความรู้สึกและบอกถึงสิ่งที่มีความหมายหรือบุคคลที่ให้คุณค่าทางใจ แนะนำข้อดีข้อเสียของการเปิดเผยผลเลือดแก่ครอบครัวเพื่อประกอบการตัดสินใจของผู้ป่วย¹⁴ 5. หาโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในกระบวนการปรึกษาเพื่อเปิดเผยสภาวะการติดเชื้อของผู้ป่วย พร้อมให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติ เกี่ยวกับโรคเอดส์ วัณโรค การติดต่อ การป้องกัน และวิธีการรักษาของแพทย์ เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล สามารถนำไปปฏิบัติ เพื่อการดูแลตนเองที่บ้านได้¹² 	
<p>การประเมินผลการพยาบาล: กรณีศึกษาที่ 1</p> <p>สีหน้าแจ่มใส พูดคุยสนใจในการดูแลตนเอง พูดถึงตนเองในเชิงบวก มีเป้าหมายในการดูแลครอบครัว ผู้ป่วยคาดหวังว่าการรักษาจะช่วยปรับระดับประคองชีวิตตนเองให้ยืนยาวที่สุด จะดูแลสุขภาพตนเองตามคำแนะนำที่ได้รับเพื่อให้ร่างกายแข็งแรงทำงานได้ ช่วยเหลือครอบครัว</p>	<p>การประเมินผลการพยาบาล: กรณีศึกษาที่ 2</p> <p>ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยเพลียเล็กน้อย ลูกนั่งบนเตียงมากขึ้นสามารถลุกนั่งข้างเตียงทำกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเองเพิ่มมากขึ้น มีมารดาคอยช่วยเหลือกิจกรรมในวันแรกและสามารถช่วยตนเองได้ทั้งหมด และยิ้มพูดคุยอย่างมีความหวังในการกลับไปทำงานตามปกติ</p>

วิจารณ์และสรุป

การนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ร่วมกับการจัดการรายกรณี แบ่งเป็น 4 ด้าน ได้แก่

1. การดูแลด้านร่างกาย ผู้ป่วยทั้งสองกรณีมีปัญหาทางร่างกายเหมือนกันคือภาวะพร่องออกซิเจนจากการติดเชื้อวัณโรคและการตระหนักรู้ต่อการดูแลตนเองต่อภาวะ

เจ็บป่วยของตนเอง ภายหลังให้การพยาบาลตามกิจกรรมการพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้นระดับออกซิเจนอยู่ในระดับปกติ มีความรู้และปฏิบัติตัวในการดูแลตนเองได้ครบถ้วน สำหรับพฤติกรรมดูแลตนเอง การรับประทานอาหาร การรับประทานยาต้านไวรัส การดูแลสุขภาพ การปฏิบัติตัวเพื่อลดการแพร่กระจายเชื้อและลด

การติดเชื้อฉวยโอกาส การออกกำลังกาย และป้องกัน การติดเชื้อฉวยโอกาส¹⁷ ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการปฏิบัติตัว ทำให้ผู้ป่วยเอดส์มีสุขภาพแข็งแรงระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น

2. การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ ปัญหาที่เหมือนกัน คือ มีภาวะเครียด ปัญหาที่แตกต่างกัน คือ มีภาวะทุกข์และเศร้า และความรู้สึกมีคุณค่าในตนเองลดลง สรุปการพยาบาลปัญหายังคงอยู่ แต่มีระดับความรุนแรงลดลง ทั้ง 3 ปัญหา จึงต้องส่งต่อให้ ร.พ.สต. ติดตามเยี่ยม ร่วมกับงานสุขภาพจิตอย่างต่อเนื่อง โดยให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษาพยาบาลที่จะได้รับ ช่วยประคับประคองด้านจิตใจ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพึ่งตนเอง พยาบาลต้องให้เวลากับผู้ป่วยมากพอ สร้างความไว้วางใจ และความเชื่อถือให้เกิดขึ้น ป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยได้รับอันตรายจากการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ ยอมรับพฤติกรรมที่เบี่ยงเบน ประคับประคองผู้ป่วยที่มีภาวะท้อแท้/สิ้นหวัง/ซึมเศร้า/สูญเสียคุณค่าในตัวเอง คอยปลอบโยน/ให้กำลังใจ สนับสนุนให้มีการปรับตัวที่เหมาะสม สร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นกับผู้ป่วย และช่วยลดความวิตกกังวล

3. การดูแลด้านสังคม ทั้งสองกรณีมีปัญหาเหมือนกันคือ การปรับบทบาทและสัมพันธภาพภายในครอบครัว โดยพยาบาลสนับสนุนให้ครอบครัวและชุมชนมีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยเอดส์โดยเน้นให้ครอบครัวและชุมชนตระหนักถึงคุณค่าของผู้ป่วย เช่น ให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการทำกิจกรรมต่าง ๆ ของครอบครัวและชุมชน จัดให้บุคลากรสาธารณสุขและแกนนำสุขภาพดูแล ผู้ป่วยเอดส์อย่างต่อเนื่อง ให้ความรู้แก่ประชาชนให้มีส่วนร่วมในการดูแล ผู้ป่วยเอดส์ทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ดี

4. การดูแลด้านจิตวิญญาณ ทั้งสองกรณีศึกษายังไม่พบปัญหานี้ แต่พยาบาลควรตระหนักและให้ความสำคัญในการประเมินสภาพเพื่อดูแล ผู้ป่วยเอดส์โดยช่วย

ตอบสนองความต้องการด้านจิตวิญญาณ ความเชื่อทางจิตวิญญาณเป็นสิ่งที่มอิทธิพลต่อการดำเนินชีวิต ควรช่วยให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนา ให้ความรักแก่ผู้ป่วย ส่งเสริมให้มีความหวังตามความเป็นจริง ช่วยให้ยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและความตายที่จะต้องเผชิญ และดูแลผู้ป่วยให้ตายอย่างสมศักดิ์ศรี ให้ความรู้สึกสำนึกในบุญคุณ ความซาบซึ้งใจ ความเมตตาใจ และความรู้สึกสงบเพิ่มขึ้น และความรู้สึกกลัวต่อความตายลดลง

ข้อเสนอแนะ

1. ผู้ให้บริการคลินิกผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์ ควรสามารถนำกระบวนการพยาบาลมาใช้ในการปฏิบัติงานครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและจิตวิญญาณ เพื่อนำข้อมูลการประเมินที่ได้มาวางแผนทางในการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างมีประสิทธิภาพ

2. พยาบาลควรมีการประเมินความพร้อมของผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ในการเตรียมตัวในการดูแลผู้ป่วยก่อนจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลและการพักรักษาตัวที่บ้านอย่างเหมาะสม โดยการมีส่วนร่วมของครอบครัว และชุมชนในการจัดสภาพแวดล้อมที่เหมาะสม¹⁷ และดูแลต่อเนื่องเพื่อป้องกันปัจจัยเสี่ยงที่อาจจะส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยและการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อจากผู้ป่วยสู่คนในครอบครัวโดยทีมสหวิชาชีพและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบล อสม. และอปท. เป็นต้น

3. ทีมสหวิชาชีพควรวางแผนการติดตามเยี่ยมบ้านอย่างต่อเนื่อง จะทำให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่องและมีการกำลังใจในการสู้กับโรคร้ายสามารถกลับมาใช้ชีวิตได้อย่างปกติ

4. โรงพยาบาลแม่ข่ายและ ร.พ.สต.ควรจัดการประชุม ร่วมกับทีมสหวิชาชีพเพื่อแลกเปลี่ยนเรียนรู้การดูแลผู้ป่วยร่วมกันอย่างต่อเนื่อง^{18,19}

เอกสารอ้างอิง

1. UNAIDS. UNAIDS data 2018 [Internet]. 2018 [cited 2022 August 20]. Available from: <https://www.unaids.org/en/resources/documents/2018/unaids-data-2018>
2. Thailand Ending AIDS. Thailand AIDS Response Progress Report [Internet]. 2018 [cited

- 2022 August 20]. Available from: https://hivhub.ddc.moph.go.th/Download/Report/APR/2018/EN_GAM%202018.pdf
3. . NHSO. data 2018 [Internet]. 2018 [cited 2018 March 26].]. Available from:<http://dmis.nhso.go.th/NAPPLUS/register/searchRepRegister.do>
 4. Zhou S, Martin K, Corbett A, Napravnik S, Eron J, Zhu Y, Et al. Total daily pill burden in HIV-infected patients in the southern United States. AIDS PATIENTS CARE and STDs 2014;28(6):311–17.
 5. Sinoussi FB, Chermann JC, Rey F, Nugeyre MT, Chamaret S, Gruest J, et al. Isolation of T-lymphotropic retrovirus from a patient at risk for acquired immune deficiency syndrome (AIDS). Science 1983;220(4599):868–71.
 6. Boonet MM, Pinoges LL, Varaine FF, Oberhauser BB, Brien DD, Kebede YY, et al. Tuberculosis after HAART initiation in HIV-positive patients from five countries with a high tuberculosis burden. AIDS 2006;20(9):1275–9.
 7. วิไลวรรณ โพธิ์ศรีทอง, ธนันต์ภูมิจิต, พิศมัยโพธิ์พรรค, และงามทิพย์ ชนบดีเฉลิมรุ่ง. การพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยเบาหวานด้วยรูปแบบการจัดการรายกรณี โรงพยาบาลสระบุรี ว. กองการพยาบาล 2555; 39(2):79–93.
 8. อนุสร การเกษ, และนงลักษณ์ เมธากาญจนศักดิ์. ผลของรูปแบบการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีต่อผลลัพธ์ที่คัดสรรในการดูแลผู้ป่วยโรคเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะน้ำตาลต่ำในเลือด ณ แผนกอุบัติเหตุ-ฉุกเฉิน. ว. การพยาบาลและการดูแลสุขภาพ 2560;35(1):119–127.
 9. Gordon, M. (1994).Nursing diagnosis: Process and application. New York: McGraw–Hill.
 10. สุวัฒน์ มหัตถินรัตนกุล, วนิดา พุ่มไพศาลชัย และพิมพ์มาศ ตาปัญญา. การสร้างแบบวัดความเครียดสวนปรง. รายงานวิจัยฉบับสมบูรณ์. เชียงใหม่: โรงพยาบาลสวนปรง; 2540
 11. สำนักวันโรครวมควบคุมโรคกระทรวงสาธารณสุข.สถานการณ์วันโรคของประเทศไทย. รายงานการเฝ้าระวังโรค 10 พฤศจิกายน 2561. กรุงเทพฯ: กระทรวงสาธารณสุข; 2561.
 12. สุพัทธา คงปลอด, พูลสุข เจนพานิชย์ วิสุทธิพันธ์, และอรสา พันธุ์ภักดี. การรับรู้ความต้องการการดูแลตนเองและพฤติกรรมดูแลตนเองของผู้ป่วยเอดส์ที่ติดเชื้ออวยโอภาส. ว. รามาธิบดีพยาบาลสาร 2558;21(1):38–51.
 13. ศูนย์บริหารจัดการโรคเอดส์สำนักบริหารจัดการโรคเฉพาะ. คู่มือบริหารจัดการการดูแลผู้ติดเชื้อผู้ป่วยเอดส์ในระบบ UC ปี 2560–2561. กรุงเทพฯ: รุ่งศิลป์การพิมพ์; 2560.
 14. Wissow LS, Tegegn T, Asheber K, McNabb M, Weldegebreal T, Jerene D, et al. Collaboratively reframing mental health for integration of HIV care in Ethiopia. Health Policy and Planning 2016;30(6):791–803.
 15. สุวรรณ อรุณพงศ์ไพศาล, ธรรณิทธิ์ กองสุข, ณรงค์ มณีทอง, เบญจลักษณ์ มณีทอง, กมลเนตรวรรณเสวก, จินตนา ลีจิ่งเพิ่มพูนและคณะ. การพัฒนาและความเที่ยงตรงของแบบคัดกรองโรคซึมเศร้าชนิด 2 คำถามในชุมชนไทยอีสาน ว. สมาคมจิตแพทย์แห่งประเทศไทย 2550;52:138–148.
 16. เพ็ญพักตร์อุทิศ, ชมพูนุช ไสกาจารย์, ปรีช กิตติธีระศักดิ์. คู่มือการดูแลผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม. กรุงเทพฯ: โรงพิมพ์จุฬาลงกรณ์มหาวิทยาลัย; 2560.

17. กฤษดา จนวนันเพ็ญ, บุญทิพย์ สิริธรรังศรี, และบุญจง แซ่จิ่ง. การพัฒนารูปแบบการจัดการพยาบาลผู้ป่วยรายกรณีสำหรับการดูแลผู้ป่วยภาวะกล้ามเนื้อหัวใจตายเฉียบพลัน. ว. วิทยาลัยพยาบาลบรมราชชนนีนครราชสีมา 2557;20(1):80–94.
18. ภัคพร กอบพิงตน, ชนกรพร อุตตะมะ, นาฎยา เอื้องไพโรจน์, และปรีชาติ ชันทรักษ์. การพัฒนาระบบการจัดการผู้ป่วยรายกรณีในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โรงพยาบาลนครพิงค์. ว. พยาบาลศาสตร์และสุขภาพ 2554;34(2):22–31.
19. ศิริอร สิ้นธุ. เอกสารประกอบการอบรมหลักสูตรการพยาบาลเฉพาะทางสาขาการพยาบาลผู้จัดการรายกรณีโรคเรื้อรัง (เบาหวานและความดันโลหิตสูง) เรื่อง ขอบเขต บทบาท และสมรรถนะของพยาบาลผู้จัดการรายกรณี. นนทบุรี: สภาการพยาบาล; 2555.