

การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด: กรณีศึกษา

ชนิษฐา สุขทอง

งานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลบางระจัน

Received: 20 มิ.ย.64

Revised: 20 ธ.ค.64

Accepted: 21 ธ.ค.64

บทคัดย่อ

บทนำ: วัณโรคเป็นโรคติดต่อเฉียบพลันที่พบได้บ่อยในผู้ป่วยเอดส์ และเป็นสาเหตุที่นำไปสู่การเสียชีวิต การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด จึงจำเป็นต้องวางแผนการพยาบาลอย่างองค์รวม ครอบคลุมมิติ กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณของผู้ป่วย

วิธีการศึกษา: คัดเลือกผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอดที่มีความสมัครใจ เพื่อให้การดูแลโดยใช้กระบวนการพยาบาล ประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลของผู้ป่วยและครอบครัว มาจัดกลุ่มข้อมูลตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 ข้อ จากนั้นจึงตั้งข้อวินิจฉัย วางแผน และให้การพยาบาลที่สอดคล้องกับปัญหาในวันที่ให้การพยาบาล และประเมินผลการพยาบาล

ผลการศึกษา: การพยาบาลส่งผลให้ผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรค เหนื่อยน้อยลง รับประทานอาหารได้มากขึ้น มีความเข้าใจและตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพมากขึ้น อย่างไรก็ตามยังมีบางปัญหาที่ต้องใช้เวลาติดตามต่อเนื่อง ได้แก่ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ปัญหาซึมเศร้า และพฤติกรรม การดูแลสุขภาพ

สรุป: การให้การพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด โดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นขั้นตอนแบบองค์รวม ช่วยลดปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยได้

คำสำคัญ: การพยาบาล, ผู้ป่วยเอดส์, วัณโรคปอด

Nursing Care in AIDS Patients co pulmonary tuberculosis: Case Study

Kanitha Sukthong

Outpatient department, Bangrachan Hospital

Abstract

Introduction: Tuberculosis (TB) is a common opportunistic infection found in AIDS patients and the leading cause of death. Nursing care of AIDS patients Co pulmonary tuberculosis should be planned holistically covering a patient's physical, mental, social and spiritual.

Methods: Select participants from AIDS patients Co pulmonary tuberculosis who willingly receive a holistic nursing care by giving personal and family member information. The information will be classified by the eleven assessment guideline according to the Gordon functional health pattern. Then making a diagnosis, planning providing nursing care and evaluating the result from provided nursing care to patient.

Result: The management of nursing care has resulted in reduced fatigue, more food consumption, and more understanding of the importance of health care in AIDS patients Co pulmonary tuberculosis. However, there are some issues that need monitoring such as antiviral drug adherence, depression and health care behavior.

Conclusion: Organizing the systematic nursing care of AIDS patient Co pulmonary tuberculosis reduces health problem.

Keyword: Nursing care, AIDS Patients, Pulmonary tuberculosis

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

โรคเอดส์ (AIDS: Acquired Immune Deficiency Syndrome) เป็น กลุ่มอาการ เจ็บป่วยเกิดขึ้นเพราะร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งจะเข้าไปทำลายเม็ดเลือดขาว (T- Helper Cell) ที่เป็นแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรค ทำให้ภูมิคุ้มกันโรคลดน้อยลง และติดเชื้อโรคฉวยโอกาส (Opportunistic Infection) แทรกซ้อนเข้าสู่ร่างกายได้ง่ายขึ้น¹ ผู้ป่วยเอดส์จึงเป็นผู้มีปัญหา ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายบกพร่อง เมื่อได้รับ เชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกาย จะมีโอกาสป่วยเป็นวัณโรค สูงกว่าคนปกติ โดยคนปกติจะมีโอกาสป่วยเป็น วัณโรคร้อยละ 6.00-10.00 ตลอดช่วงชีวิต ขณะที่ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์มีโอกาสป่วยเป็นวัณโรค สูงถึงร้อยละ 5.00-10.00 ต่อปี ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยเอดส์ จึงเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยง ต่อวัณโรค โดยมีโอกาสป่วยด้วยวัณโรคสูงกว่า ผู้ไม่ติดเชื้อ 26-31 เท่า^{2,3} ดังนั้นจึงพบว่าวัณโรค เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อยที่สุดใน ผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ ผู้ป่วยโรคเอดส์ ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก ได้คาดประมาณทางระบาดวิทยาใน WHO, Global TB report 2019 ว่า ประเทศไทยมีผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ประมาณ 108,000 ราย หรือคิดเป็น 156 ต่อประชากรแสนคน เป็นผู้ป่วยวัณโรคที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี จำนวน 11,000 ราย ด้วยเหตุนี้การแพร่ระบาดของ การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จึงส่งผลกระทบต่อ ระบาดวิทยาของวัณโรค โดยทำให้จำนวนผู้ป่วย วัณโรคเพิ่มขึ้น ในหลายประเทศรวมถึงประเทศไทย⁴

ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่ติดเชื้อฉวยโอกาส วัณโรคร่วมด้วย จะมีผลเร่งให้การดำเนินของ โรคเอชไอวีลุกลามสู่ระยะเอดส์เร็วขึ้น ทั้งนี้ เนื่องจากการติดเชื้อวัณโรคจะกระตุ้นภูมิคุ้มกันของ ร่างกาย เพื่อต่อสู้กับเชื้อโรค แต่ผลเสียกลับทำให้เกิดการแบ่งตัวของเชื้อเอชไอวี และส่งผลทำให้ วัณโรคเกิดการลุกลาม และรุนแรง การติดเชื้อ

เอชไอวีจึงเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่สุด ที่ทำให้ คนซึ่งเป็นวัณโรคแฝง (Latent TB infection) ที่ได้รับเชื้อวัณโรคเข้าสู่ร่างกายครั้งแรกป่วยเป็น Active TB disease ในระยะเวลาสั้น มากถึง ร้อยละ 10 ต่อปี อีกทั้งยังส่งผลให้เกิดวัณโรคดื้อยา เนื่องจากการรับประทานยาต้านไวรัสเอดส์และ ยารักษาวัณโรคไปพร้อมๆ กัน ผู้ป่วยต้อง รับประทานยาหลายอย่าง อาจทำให้ผู้ป่วย รับประทานยาไม่ครบ มีโอกาสเกิดวัณโรคดื้อยาได้⁵ ซึ่งจากการทบทวนวรรณกรรมพบว่า ผู้ป่วยเอดส์ ที่ติดเชื้อวัณโรคมีโอกาสเสียชีวิต ร้อยละ 21.03 โดยอัตราการเสียชีวิตมากกว่าผู้ป่วยวัณโรคที่ ไม่ติดเชื้อเอชไอวี 2.20 เท่า ทั้งนี้องค์การอนามัยโลก ได้จัดให้ประเทศไทยเป็น 1 ใน 14 ประเทศ จากทั่วโลกที่มีภาระวัณโรคในปี 2560-2564 โดยประเทศไทยมีปัญหาวัณโรคสูงทั้ง 3 ด้าน ได้แก่ ด้านอุบัติการณ์วัณโรค ด้านวัณโรคดื้อยา หลายขนาน (Multiple resistance tuberculosis: MDR-TB) และด้านวัณโรคร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวี ดังนั้นจึงเห็นได้ว่า หากผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ป่วยเป็นวัณโรคร่วมด้วยจะส่งผลกระทบต่อที่มี ความสัมพันธ์ต่อกันรุนแรงขึ้นและเป็นอันตราย ต่อชีวิตได้⁶

แม้ว่าในปัจจุบันจะมีการรักษาโรคเอดส์ ด้วยยาต้านไวรัสประสิทธิภาพสูง อย่างไรก็ตาม ยังไม่มีวิธีการใดที่จะรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้ ผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคฉวยโอกาสก็ยิ่งได้รับความทุกข์ ทรมานจากการเจ็บป่วย เช่น การมีแผลในปาก เบื่ออาหาร การมีอุจจาระร่วงเรื้อรัง ซึ่งเกิดจาก โรคติดเชื้อฉวยโอกาสในระบบทางเดินอาหาร เป็นสาเหตุสำคัญของการเจ็บป่วยและการตาย ของผู้ป่วยเอดส์⁷ การเผชิญความเครียดตั้งแต่ เริ่มต้นการติดเชื้อ มีความวิตกกังวล กลัวว่าจะ แพร่เชื้อไปสู่บุคคลที่รัก กลัวถูกปฏิเสธ นอนหลับ ไม่เพียงพอจากความวิตกกังวล หรือจากอาการ เหนื่อยหอบ⁸ ด้านสังคม พบว่า คนไทยร้อยละ 48.9 ยังมีความกลัว รังเกียจ และกีดกันผู้ติดเชื้อ

เอชไอวี/เอดส์⁹ และด้านจิตวิญญาณ พบว่าความเข้มแข็งทางจิตใจลดลง ทำให้เปลี่ยนความเชื่อ สิ่งยึดเหนี่ยวจิตใจได้ ยิ่งผู้ป่วยเป็นวัณโรคซึ่งเป็นโรคติดต่อเช่นเดียวกัน ผู้ป่วยจะรู้สึกว่าการป่วยเป็นวัณโรคเป็นเรื่องน่าอับอาย ผู้ป่วยเอดส์ที่ป่วยเป็นวัณโรคจึงต้องเผชิญความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกาย ด้านจิตใจ อารมณ์ ด้านสังคม และด้านจิตวิญญาณ¹⁰

จากข้อมูลการเข้ารับบริการคลินิกวัณโรค โรงพยาบาลบางระจัน จังหวัดสิงห์บุรี ในปี 2559-2563 พบมีผู้ป่วยวัณโรคที่มีเชื้อเอชไอวีคิดเป็นร้อยละ 22, 20, 20, 16.66 และ 15 ตามลำดับ โดยผู้มีเชื้อเอชไอวีที่โรคร่วมวัณโรคปอดดังกล่าวมีค่า CD₄ ต่ำกว่า 200 หรือเรียกว่ามีอาการอยู่ในระยะเอดส์ คิดเป็นร้อยละ 92 ภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายไปมาก จึงมีโอกาสเกิดโรคฉวยโอกาสดังกล่าวได้ง่าย ในการดูแลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอดจำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาล เป็นการแก้ปัญหาตามหลักวิทยาศาสตร์อย่างเป็นระบบ เป็นขั้นตอนและมีความต่อเนื่อง ทำให้นำความรู้ทางทฤษฎีไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลมีประสิทธิภาพ ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน โดยใช้ตัวย่อ ADPIE คือ การประเมินภาวะสุขภาพ (Health Assessment) การวินิจฉัยการพยาบาล (Nursing Diagnosis) การวางแผนการพยาบาล (Planning) การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) และการประเมินผลการพยาบาล (Evaluation) ซึ่งจะช่วยให้ผู้รับบริการได้รับบริการที่มีคุณภาพ ทั้งนี้การนำแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้เป็นกรอบในการประเมิน วินิจฉัยการพยาบาล และวางแผนการพยาบาล เพื่อวางแผนการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะราย ได้ครอบคลุมทุกมิติ^{11,12}

ดังนั้นกรณีตัวอย่างจะช่วยสร้างความเข้าใจในการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอดให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษากรณีศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรคปอด โดยใช้กรอบแนวคิดเกี่ยวกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาใช้ในการประเมินและกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

วิธีการดำเนินการศึกษา

1. คัดเลือกกรณีศึกษา อธิบายวัตถุประสงค์ ประโยชน์ที่จะได้รับ วิธีการ ขั้นตอนการศึกษาชี้แจงแนวทางปกป้องข้อมูลแก่ผู้ป่วยในประเด็นการไม่ระบุชื่อผู้ป่วย สิทธิปฏิเสธหรือถอนตัวจากการศึกษาโดยไม่มีผลต่อการรักษา การนำเสนอข้อมูลในภาพรวมใช้ประโยชน์เพื่อกรณีศึกษาเท่านั้นและให้เซ็นใบยินยอม
2. ศึกษาและรวบรวมเอกสารข้อมูลเกี่ยวกับ อาการสำคัญ ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการแพ้ยา หรือสารเคมี ประวัติการเจ็บป่วย ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด ตลอดจนแบบแผนการดำเนินชีวิตพร้อมทั้งการประเมินสภาพผู้ป่วย
3. ศึกษาผลการตรวจภาพถ่ายรังสี ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ และรักษาของแพทย์
4. ศึกษา เอกสารวิชาการจากหนังสือ ตำราทางการพยาบาล แนวคิด ทฤษฎี ที่เกี่ยวข้อง
5. นำข้อมูลที่ได้มาวางแผน ให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล
6. นำการพยาบาลสู่ปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลตามแผนการพยาบาลที่วางไว้
7. สรุปและอภิปรายผลการปฏิบัติการพยาบาล

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไป (Patient profile or personal history) ผู้ป่วยเพศชาย มาโดยรถนั่ง อายุ 45 ปี สถานสมรสหย่า เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนา พุทธ ภูมิลำเนา จังหวัดสิงห์บุรี

2. อาการสำคัญ (Chief complaints) ใช้ อ่อนเพลีย ไอบ่อย เป็นมา 4 วัน

3. ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน (Present illness) 1 เดือนก่อนมาโรงพยาบาลรับประทานอาหาร ได้น้อยลง อ่อนเพลีย น้ำหนักตัวลดลง 4 กิโลกรัม ใน 1 เดือน ไอเรื้อรังเป็นๆ หายๆ เสมหะสีขาวไม่มีเลือดปนช้อยามา รับประทานอาการไอทุเลาลงเล็กน้อย แล้วกลับมาไ้มากขึ้นอีก 4 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ตอนเย็นทุกวัน รับประทานอาหารไม่ค่อยได้ น้ำหนักลดลงเรื่อยๆเหนื่อยเล็กน้อย

4. ประวัติเจ็บป่วยในอดีต เมื่อ 4 ปีก่อนเคยตรวจพบการติดเชื้อเอชไอวีและเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสเอชไอวี ที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี รับประทานยาต่อเนื่องเป็นเวลา 1 เดือน 6 เดือน จากนั้นหยุดยาด้านไวรัสเองเนื่องจากรู้สึกว่าการรับประทานยาเป็นภาระ ประกอบกับตนเองมีสุขภาพดีขึ้น ไม่เคยแพ้ยา ไม่สูบบุหรี่ ดื่มสุรานาน ๆ ครั้ง

5. ประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว บุคคลในครอบครัว ไม่เคยมีใครป่วยเป็นวัณโรค หรือ

ติดเชื้อเอชไอวี ส่วนภรรยาที่แยกทางกันแล้ว เคยตรวจเลือดไม่พบการติดเชื้อเอชไอวี

6. สภาพทั่วไปเมื่อแรกรับไว้ในความดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี รูปร่างผอม ผิวลำ ผมหดดำ ชีตเล็กน้อย หายใจเหนื่อย มีร่องรอยจุดดำบริเวณแขน ขา เล็กน้อย พูดคุยรู้เรื่องดี

7. การตรวจร่างกายเบื้องต้น ชาย ส่วนสูง 154 เซนติเมตร น้ำหนัก 43 กิโลกรัม BMI 18.13 น้ำหนักลดลง 4 กิโลกรัมภายในเวลา 1 เดือน สัญญาณชีพ (Vital signs) อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 106/72 มิลลิเมตรปรอท (ท่านั่ง) ชีพจร 90 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจ 24 ครั้งต่อนาที ออกซิเจนในเลือด 96 เปอร์เซ็นต์ เหนื่อยและเพลียในตอนเย็น ผิวน้ำค้ำมีจุดดำ ไม่มีตุ่มหนอง ศีรษะรูปร่างปกติ ปวดศีรษะเป็นครั้งคราว ตามองเห็นปกติดี เยื่อปอดชื้นเล็กน้อย ไม่มีเยื่อช่องปากอักเสบ ไม่มีฝ้าขาว ต่อม้ำเหลืองที่คอไม่โต ระบบหายใจ ไอบ่อย ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ระบบประสาท no stiffness of neck

ผลการคัดกรองอาการสงสัยวัณโรค พบไอเกิน 2 สัปดาห์ (2 คะแนน) น้ำหนักลด 4 กิโลกรัม (2 คะแนน) ในเวลา 1 เดือน มีไข้ตอนเย็นทุกวัน (2 คะแนน) รวม 6 คะแนน จากเกณฑ์ ≥ 3 คะแนน จึงพบว่าผู้ป่วยเข้าเกณฑ์มีอาการสงสัยวัณโรค

8. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

วันที่	รายการ	ผลการตรวจ	ค่าปกติ
17 ส.ค. 63	Chest X-ray	Left perihilar Region Patchy infiltration RUL	normal
19 ส.ค. 63	Acid fast stain	Positive 3+	negative
19 ส.ค. 63	HCT	36.4 %	38-48 %
	Hb	12.1 g/dl	13-17 g/dl
	SGPT	34 U/L	0-41 U/L
	BUN	11.5 Mg%	5-25 Mg%
	Creatinine	0.61 Mg%	0.5-1.5 Mg%
	Bilirubin Total	0.3 Mg%	0-1 Mg%
	Bilirubin Direct	0.1 Mg%	0-0.03 Mg%
	VDRL	Non reactive	Non reactive
	Crypto Antigen	Negative	Negative
23 ส.ค. 63	Sputum Gene X-pert	Detected, Rifam not resistance	Not detected
	CD4	167 cell/mm ³	500-1500 cell/mm ³

9. ปัญหาสุขภาพ ประเมินปัญหาสุขภาพโดยนำกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มาเป็นแนวทางในการประเมินประกอบด้วย 11 แบบแผน ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

Subjective data (S) ผู้ป่วยรับรู้การเจ็บป่วย โดยบอกว่าตนเองติดเชื้อ HIV ตั้งแต่วันที่ 2559 ซึ่งในช่วงเวลาดังกล่าวตนเองมีสุขภาพไม่แข็งแรง น้ำหนักตัวลดลง เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดชลบุรี ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัส เป็นเวลา 1 ปี 6 เดือน สุขภาพดีขึ้นมาก สามารถประกอบอาชีพรับจ้างได้ตามปกติ ต่อมาตนเองรู้สึกว่าการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเป็นภาระ เพราะตนเองมีสุขภาพดีขึ้นแล้ว จึงหยุดการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีเอง ลองสังเกตอาการหลังหยุดยา ก็ไม่เห็นมีอาการผิดปกติ หากมีอาการเจ็บป่วยเล็กน้อยๆ เช่น เป็นไข้หวัด จะซื้อยามา

รับประทานเอง และเมื่อกลับมาป่วยอีกครั้งจึงต้องการกลับมารับประทานยาต้านไวรัสใหม่

Objective data (O) ผู้ป่วยนั่งรถนั่งร่างกายอ่อนเพลีย ผู้ป่วยสีหน้าเศร้า

Analysis (A) การใช้ยาต้านไวรัสเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ จะช่วยยับยั้งเชื้อเอชไอวีไม่ให้เกิดการเพิ่มจำนวน เพื่อไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเฉพาะ CD4 ส่งผลให้ผู้ป่วยมีระดับภูมิคุ้มกันของร่างกายเพิ่มมากขึ้น และมีสุขภาพแข็งแรงสามารถป้องกันโรคฉวยโอกาส โดยปัจจัยสำคัญที่ทำให้การรักษามีประสิทธิภาพ คือ ความสม่ำเสมอและต่อเนื่องของการรับประทานยาต้านไวรัส มากกว่าหรือเท่ากับร้อยละ 95 เพื่อหลีกเลี่ยงการเกิดไวรัสดื้อยา และเพื่อให้มีประสิทธิภาพสูงสุดเป็นเวลานานที่สุด ซึ่งกรณีศึกษาพบว่า ผู้ป่วยขาดยาเป็นเวลา 2 ปีเศษ ประกอบกับการขาดการดูแลตนเอง จึงส่งผลให้ผู้ป่วยติดเชื้อฉวยโอกาส¹³

Problem (P) การดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม เนื่องจากการรับรู้ของตนเองในการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและเมตาบอลิซึม

Subjective data (S): รับประทานอาหารวันละ 3 มื้อ แต่รับประทานได้น้อย เนื่องจากรู้สึกเบื่อส่วนใหญ่รับประทานข้าวต้ม กับปลาเค็ม โดยมารดาเป็นคนดูแลจัดเตรียมอาหาร ไม่ชอบรับประทานนม ชอบดื่มน้ำอัดลม ผู้ป่วยไม่มีปัญหาเรื่องการเคี้ยวและการกลืน ดื่มน้ำเปล่าอย่างน้อยวันละ 7 แก้ว (1,750 ml)

Objective data (O): รูปร่างค่อนข้างผอม conjunctiva ชีตเล็กน้อย ปากแห้ง น้ำหนัก 43 กิโลกรัม สูง 154 เซนติเมตร BMI =18.13 กิโลกรัมต่อเมตร³ Hb 12.1g/dl, Hct 36.4%

Analysis (A): การติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ จะทำให้โครงสร้างของเซลล์ มีการเปลี่ยนแปลงเกิดผลกระทบต่อกรดไขมันและการเผาผลาญของอาหาร โดยการนำโปรตีนมาใช้เป็นพลังงานก่อนไขมัน และมีการใช้พลังงานมากขึ้น ทำให้เกิดอาการอ่อนเพลีย¹³

Problem (P): เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร (Anorexia) รับประทานอาหารและน้ำได้น้อย

แบบแผนที่ 3 การขับถ่ายของเสีย

Subjective data (S): ถ่ายอุจจาระ 2 ครั้ง ลักษณะอุจจาระ เป็นเนื้อ ไม่มีมูกเลือด ไม่มีอาการปวดท้อง ปัสสาวะในช่วงกลางวัน 4-5 ครั้ง ก่อนนอน 1 ครั้ง ปัสสาวะ ไม่มีแสบขัด

Objective data (O): ไม่มีอาการปวดท้องหรือเข้าห้องน้ำบ่อย ฟัง bowel sounds 6 ครั้ง/นาที

Analysis (A): -

Problem (P): ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย

Subjective data (S): ไม่เคยป่วยเป็นวัณโรค เคยสูบบุหรี่หยุดมา 3 ปี ไอเรื้อรังเป็นๆหายๆ ปัจจุบันไอบ่อย เสมหะสีขาว มีไข้ ไม่ค่อยมีแรงเหนื่อยเวลาเดิน เคยประกอบอาชีพรับจ้างได้ ปัจจุบันไม่สามารถประกอบอาชีพได้ ไม่ค่อยได้ออกกำลังกาย

Objective data (O): ญาติประคองเดินเข้าห้องน้ำ หลังจากกลับจากห้องน้ำ อัตราการหายใจ 22 ครั้งต่อนาที อุณหภูมิ 38 องศาเซลเซียส เหนื่อยเล็กน้อย ไอบ่อย เล็บมือ เล็บเท้าไม่มี cyanosis ผล AFB เท่ากับ 3+ สภาพแวดล้อมรอบเตียงไม่เป็นระเบียบ โดยพบว่าผู้ป่วยวางอาหารปะปนกับของใช้ส่วนตัวอย่างไม่เป็นระเบียบ

Analysis (A): ผู้ป่วยมีการติดเชื้อที่ปอด ทำให้มี exudates เกิดขึ้นในถุงลมทำให้มีภาวะปอดแข็งตัว ทำให้พื้นที่แลกเปลี่ยนก๊าซน้อยลง ร่วมกับผู้ป่วยมีภาวะซีด Hb 12.1 g/dl, Hct 36.4% ทำให้การนำออกซิเจนไปเลี้ยงร่างกายไม่ดีพอ¹⁴

Problem (P): 1.เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจากปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการติดเชื้อวัณโรค

2. มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

Subjective data (S): ผู้ป่วยบอกว่าปกติเป็นคนหลับยากเนื่องจากกังวลกับ โรคที่เป็นอยู่ และห่วงพ่อแม่ นอนหลับวันละ 4-5 ชั่วโมง

Objective data (O): สีหน้าอ่อนเพลีย ไม่สดชื่น ขอบตาล้า

Analysis (A): ผู้ติดเชื้อ/ผู้ป่วยเอดส์ จะมีพฤติกรรมที่เปลี่ยนแปลงในหลายๆ ด้าน ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม โดยเฉพาะในระยะแรกที่ทราบว่าตัวเองติดเชื้อเอชไอวี มีผลให้

เกิดความรู้สึกเปลี่ยนแปลงในทางลบ ผลกระทบด้านจิตใจของผู้ป่วยเอดส์ ได้แก่ความรู้สึกไม่แน่นอนกับการมีชีวิตอยู่เพราะอาการของโรคที่อาจดีขึ้นหรือเลวลงในแต่ละช่วงเวลา ทำให้ไม่สามารถคาดเดาหรือวางแผนอนาคตได้ ประกอบกับยังไม่มียาที่จะรักษาให้หายขาดได้¹³

Problem (P): พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากวิตกกังวลในโรคที่เป็น

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้

Subjective data (S): ผู้ป่วยจบการศึกษาระดับชั้นมัธยมศึกษาปีที่ 6 สามารถอ่านออกเขียนได้ ไม่เคยมีความผิดปกติเกี่ยวกับการรับรู้ทั้งด้านการมองเห็น การได้ยิน การดมกลิ่น การรับรส และการสัมผัสต่างๆ

Objective data (O): สามารถได้ตอบสื่อสารได้เหมาะสม รับรู้บุคคล เวลา สถานที่ (orientation) ได้ดี

Analysis (A): -

Problem (P): ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์

Subjective data(S): ไม่ค่อยอยากพูดคุยกับใคร เพื่อดูว่าตนเองสร้างความเดือดร้อนให้ครอบครัว ทำงานไม่ได้ กลับต้องให้พ่อแม่ซึ่งแก่มาแล้วดูแลตน

Objective data (O): ขณะพูดมีสีหน้าเศร้า น้ำตาลคลอ คะแนนประเมินซึมเศร้าตามแบบประเมินของกรมสุขภาพจิต 2Q เท่ากับ 1 คะแนน 9 Q เท่ากับ 10 คะแนน พบมีอาการของโรคซึมเศร้าในระดับน้อย 8 Q เท่ากับ 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย

Analysis (A): ภาวะซึมเศร้าพบในผู้ป่วยเอดส์ ร้อยละ 44.70 หากไม่ได้รับการดูแลรักษา ที่เหมาะสม จะส่งผลให้เกิดการพยายามฆ่าตัวตายได้¹⁴

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

Subjective data (S): ผู้ป่วยเป็นลูกคนเดียวอาศัยอยู่กับบิดา มารดา เมื่อ 10 ปีก่อนผู้ป่วยยังแข็งแรงดี ไปทำงานต่างจังหวัดมีครอบครัวที่จังหวัด ชลบุรี อยู่ด้วยกันนาน 4 ปี แยกทางกันเนื่องจากตนเองเป็นคนชอบเที่ยวกลางคืน โดยภายหลังแยกทางผู้ป่วยมิได้ติดต่อกับภรรยา และลูกอีก กลับมาหาบิดา มารดา และส่งเสียเงินให้บิดามารดาเป็นบางโอกาส กลับมาอยู่บ้านได้ 4 ปี ทุกคนในบ้านรักใคร่กันดี ไม่ค่อยมีปัญหาทะเลาะกัน ผู้ป่วยมีสัมพันธภาพที่ดีกับทุกคนในครอบครัว

Objective data (O): มารดาคอยดูแลและสอบถามอาการเป็นระยะ ไม่มีท่าที่รังเกียจตรงกันข้ามกับแสดงความเป็นห่วง เห็นอกเห็นใจและให้การดูแลช่วยเหลือเป็นอย่างดี

Analysis (A): -

Problem (P): ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

แบบแผนที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์

Subjective data (S) ขณะที่ผู้ป่วยทำงานต่างจังหวัด มีเพศสัมพันธ์กับบุคคลที่ไม่ใช่ภรรยา โดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย และภายหลังจากที่ผู้ป่วยทราบเรื่องการติดเชื้อเอชไอวี ผู้ป่วยไม่เคยมีเพศสัมพันธ์กับใครอีก

Objective data (O) ผู้ป่วยแต่งกายเหมาะสมกับเพศชาย มีท่าที่แสดงออกโดยสังเกตจากลักษณะภายนอก แสดงถึงความเป็นเพศชายที่ชัดเจน

Analysis (A) เชื้อเอชไอวี จะติดต่อได้ทางเพศสัมพันธ์ การรับเชื้อทางเลือด การถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ผู้มีเชื้อเอชไอวีต้องไม่รับเชื้อเพิ่ม และไม่ถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้ผู้อื่น โดยการสวมถุงยางอนามัยทุกครั้งที่มีเพศสัมพันธ์ ไม่ใช้เข็มและกระบอกฉีดยา ร่วมกับผู้อื่น และขอรับคำปรึกษาจากเจ้าหน้าที่สาธารณสุขก่อนการมีบุตร¹³

Problem (P) ไม่พบปัญหาในแบบแผนนี้

แบบแผนที่ 10 ความเครียดและการเผชิญความเครียด

Subjective data (S): ผู้ป่วยเป็นคนอุปนิสัยไม่ชอบแสดงออก สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เครียด มักเป็นเรื่องสุขภาพ และการเงิน เนื่องจากเคยช่วยพ่อแม่หารายได้ โดยออกรับจ้างทางการเกษตร ปัจจุบัน การจ้างลดลง เวลาไม่พึงพอใจจะไม่ค่อยแสดงออกมา แต่จะดูโทรศัพท์ฟังวิทยุ

Objective data (O): ผู้ป่วยมีสีหน้าเศร้า บ่นกลัวไม่หาย

Analysis (A): ความไม่สบายใจกับภาวะติดเชื่อเอชไอวี เป็นภาวะที่ผู้มิเชื่อเอชไอวีต้องเผชิญ ซึ่งในระยะแรกอาจทำให้ผู้ติดเชื่อเอชไอวีรับไม่ได้ และปฏิเสธกระบวนการดูแลรักษา หรือกระทั่งเข้ารับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสไประยะหนึ่งแล้ว ก็อาจเกิดความเบื่อหน่าย ท้อแท้ในการดูแลรักษาตนเอง¹³ ในรายที่วิตกกังวลมากมักจะกลัวว่าจะแพร่เชื้อไปสู่บุคคลที่รัก กลัวถูกปฏิเสธ กลัวขาดรายได้เนื่องจากไม่มีงานทำ จึงมักมีอาการท้อแท้ซึมเศร้า หดหู่ในชีวิต ทั้งนี้พบว่าความวิตกกังวลเปลี่ยนแปลงไปตามความรุนแรงของอาการทางกาย¹⁵

Problem (P): มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลงเนื่องจากเจ็บป่วยและการปรับบทบาทจากผู้เป็นผู้นำเป็นผู้พึ่งพาและขาดรายได้

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ

Subjective data (S): ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ จะไปทำบุญตักบาตรที่วัด ในบางโอกาสเชื่อในเรื่องเวรกรรม เชื่อเรื่องทำดีได้ดี ทำชั่วได้ชั่ว ผู้ป่วยมีความเชื่อว่าตัวเองติดเชื่อเอชไอวีจากเวรกรรมที่ไม่เชื่อสัจย์กับภรรยาของตน

Objective data (O): สีหน้าเศร้า คล้องพระที่คอ

Analysis (A): ผู้ติดเชื่อเอชไอวีส่วนใหญ่มีการเปลี่ยนแปลงด้านความเชื่อ และจิตวิญญาณ

ซึ่งการเปลี่ยนแปลงนี้มีสาเหตุมาจากความทันทนในการใช้ยาเพื่อฟื้นฟูสุขภาพ ผู้ป่วยเอดส์บางรายคิดว่าการป่วยเป็นเอดส์เป็นเพราะเวรกรรม หรือการใช้อำนาจไสยศาสตร์ บางรายที่ไม่เคยนับถือสิ่งศักดิ์สิทธิ์ ก็เปลี่ยนมาเป็นนับถือเพื่อแสวงหาสิ่งยึดเหนี่ยวทางจิตใจ บางรายเชื่อมความนับถือในสิ่งที่เคยยึดเหนี่ยว เนื่องจากสิ่งนั้นไม่ได้ช่วยให้ตนพ้นจากโรค¹⁶

Problem (P): รู้สึกผิดเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา

สรุป พบรายการปัญหา (Problem list) จากการประเมินสภาพปัญหาผู้ป่วยโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ดังนี้

1. การดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม เนื่องจากการรับรู้ของตนเองในการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง
2. เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำ ไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร (Anorexia) รับประทานอาหารและน้ำได้น้อย
3. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากปอดติดเชื้อวัณโรค
4. มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อวัณโรค เนื่องจากอยู่ในระยะ Active TB
5. พักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากวิตกกังวลในโรคที่เป็น
6. มีความรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง เนื่องจากเจ็บป่วยและการปรับบทบาทจากผู้เป็นผู้นำเป็นผู้พึ่งพาและขาดรายได้
7. รู้สึกผิดเนื่องจากไม่ปฏิบัติตามคำสอนของศาสนา

10. การวางแผนการพยาบาล จากผลการประเมินตามแบบแผนสุขภาพ พบปัญหาสุขภาพใน 7 แบบแผน ซึ่งบางแบบแผนมีความสัมพันธ์เกี่ยวข้องกัน ผู้ศึกษาจึงกำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาลตามความเร่งด่วน ดังนี้

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน เนื่องจากปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลงจากการติดเชื้อไวรัส

วัตถุประสงค์การพยาบาล:

1. เพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนเพียงพอ
2. เพื่อลดการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมิน:

1. อัตราการหายใจ 16-20 ครั้งต่อนาที และผู้ป่วยไม่เกิดอาการพร่องออกซิเจน
2. อุณหภูมิของร่างกายไม่เกิน 37 C

กิจกรรมการพยาบาล

1. สังเกตอาการ cyanosis
2. ดูแลให้ได้รับ O₂ cannula 3 LPM ตามแผนการรักษาเพื่อให้ร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ
3. จัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อให้กระบังลมหย่อนตัวและปอดขยายตัวได้มากขึ้น สอนการหายใจเข้า-ออกลึกๆ อย่างถูกวิธี
4. ประเมินอุณหภูมิของร่างกายรวมทั้งประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมงเพื่อติดตามแบบแผนของไข้ ดูแลเช็ดตัวลดไข้ หากอุณหภูมิมากกว่า 38.5 c ให้ยา Paracetamol (500) 1 tab ตามแผนการรักษา
5. ดูแลให้ผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียงของยา

ประเมินผลการพยาบาล

1. อัตราการหายใจ = 22 ครั้ง/นาที ไม่มีอาการ cyanosis สามารถเดินเข้าห้องน้ำได้เอง ไม่เหนื่อย
2. ผู้ป่วยมีไข้ต่ำๆ T=37.8 c ใช้นานๆ ครั้ง เสมหะสีขาวข้นปริมาณเล็กน้อย

วินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 2 มีโอกาสแพร่กระจายเชื้อไวรัส เนื่องจากพบเชื้อไวรัสในเสมหะและอยู่ระหว่างการรักษาไวรัสระยะเข้มข้น

วัตถุประสงค์การพยาบาล: ไม่เกิดการแพร่กระจายเชื้อไวรัสไปสู่ผู้อื่น

เกณฑ์การประเมิน:

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติได้ถูกต้องทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน
2. ไม่มีญาติหรือบุคลากรผู้ดูแลติดเชื้อเพิ่มเติม

กิจกรรมการพยาบาล:

1. ให้คำแนะนำผู้ป่วยเกี่ยวกับวิธีป้องกันการแพร่กระจายเชื้อผู้อื่น ได้แก่ ปิดปากเวลาไอจาม สวมหน้ากากอนามัย บ้วนเสมหะในภาชนะที่เตรียมไว้ให้
2. อธิบาย ญาติ/ ผู้ดูแล ให้เข้าใจการติดต่อของไวรัส แนะนำสวมหน้ากากอนามัยในการให้การดูแลผู้ป่วย และสวมถุงมือเมื่อสัมผัสสารคัดหลั่ง และพบแพทย์เพื่อรับการคัดกรองไวรัสในผู้สัมผัสร่วมบ้าน
3. ดูแลให้พักในห้องแยกโรคทางเดินหายใจ ดูแลสุขอนามัยของผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมโดยเฉพาะตู้ข้างเตียงให้สะอาดและเป็นระเบียบ
4. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Air born and contact precaution โดยล้างมือให้สะอาดด้วยสบู่ หรือน้ำยาฆ่าเชื้อทุกครั้งทั้งก่อนและหลังสัมผัสกับผู้ป่วย และสวมหน้ากากอนามัยชนิด N95 ระหว่างให้การดูแล

ประเมินผลการพยาบาล

1. ผู้ป่วยและญาติสามารถปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง โดยในช่วงแรกผู้ป่วยรู้สึกอึดอัด บางครั้งไม่สวมหน้ากากอนามัยเมื่ออธิบายเข้าใจผู้ป่วยปฏิบัติตาม ทั้งขณะนอนโรงพยาบาลและเมื่อกลับบ้าน

2. ไม่มีรายงานบุคคลในครอบครัวติดเชื่อเพิ่ม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 3 เสี่ยงต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหารรับประทานอาหารและน้ำได้น้อย

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อส่งเสริมให้ได้น้ำและสารอาหารที่มีประโยชน์และเพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย

เกณฑ์การประเมิน

1. ความเบื่ออาหารลดลง สามารถรับประทานอาหารได้ตามแผนการรักษา
2. มีน้ำหนักตัวเพิ่ม ครึ่งกิโลกรัมต่อสัปดาห์
3. ไม่พบภาวะ Dehydration

กิจกรรมการพยาบาล

1. ดูแลความสะอาดของปากและฟัน เพื่อเพิ่มความอยากอาหาร
2. อธิบายความสำคัญของการรับประทานอาหารซึ่งจะช่วยให้คุณภาพชีวิตดีขึ้น และป้องกันโรคฉวยโอกาส
3. แนะนำอาหารที่เป็นประโยชน์ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีน ธาตุเหล็ก และอาหารที่ให้คุณค่าสูง รวมทั้งวิตามินและเกลือแร่จากผักและผลไม้ จัดอาหารให้น่ารับประทาน หลีกเลี่ยงอาหารประเภทไขมัน เนื่องจากย่อยและดูดซึมได้ยาก และควรดื่มน้ำมาก
4. ถ้าผู้ป่วยไม่สามารถรับประทานอาหารในมือเดียวได้ปริมาณมากพอ แนะนำให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยและเพิ่มจำนวนมื้อเป็นวันละ 5-6 มื้อ หลีกเลี่ยงอาหารกลืนแรง รับประทานทันทีเมื่อหิว
5. ชั่งน้ำหนักผู้ป่วยสัปดาห์ละ 1-2 ครั้ง

ประเมินผลการพยาบาล

1. หลังนอนโรงพยาบาล 5 วัน อาการเบื่ออาหารลดลง

2. ผู้ป่วยสามารถรับประทานอาหารได้ประมาณครึ่งถ้วยถึงหนึ่งถ้วย/มื้อ และดื่มนมถั่วเหลือง 1 กล่อง/วัน ผู้ป่วยชั่งน้ำหนัก 43.7 กิโลกรัม เพิ่มขึ้น 0.7 กิโลกรัม

3. ไม่พบภาวะ Dehydration

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจากรู้สึกคุณค่าในตนเองลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล

1. เพื่อส่งเสริมความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง
2. คะแนนประเมินซึมเศร้า $9Q < 7$ ไม่มีอาการของโรคซึมเศร้าหรือซึมเศร้าระดับน้อยมาก

เกณฑ์การประเมิน

1. คะแนนซึมเศร้าลดลง
2. ผู้ป่วยพูดถึงตนเองในทางบวก รู้สึกตนเองมีคุณค่า

กิจกรรมการพยาบาล

1. รับฟังปัญหาของผู้ป่วยด้วยความตั้งใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหา ระบายความรู้สึก สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีกำลังใจ และมีความรู้สึกดี คิดและพูดในทางบวก ไม่คิดโทษตัวเอง โดยใช้คำพูดที่สุภาพ นุ่มนวล
2. อธิบายให้ผู้ป่วยและครอบครัวเข้าใจว่าสามารถดำเนินชีวิตได้และสามารถมีชีวิตยืนยาวได้ ถ้ามีการดูแลสุขภาพได้ถูกต้อง
3. แนะนำให้ดื่มเครื่องดื่มอุ่นๆ ที่ช่วยให้ผ่อนคลายได้ดีขึ้น หลีกเลี่ยง การดื่ม ชา กาแฟ
4. แนะนำวิธีการผ่อนคลาย ความเครียด โดยให้หาวิธีหรือกิจกรรมที่ผู้ป่วยชอบทำ เช่น การดูทีวี ฟัง เพลง การสวนมนต์ การปลูกต้นไม้ เพื่อผ่อนคลายความเครียด
5. อธิบายให้ครอบครัว/ญาติยอมรับสภาพของผู้ป่วย ไม่กล่าวโทษและแนะนำให้ปฏิบัติต่อผู้ป่วยที่แสดงให้เห็นถึงคุณค่า เก็บสารเคมี เครื่องมือหรือวัตถุอันตราย สังเกตสัญญาณเตือน เช่น คำพูด ที่เสี่ยงต่อการฆ่าตัวตาย

6. ร่วมวางแผนการดูแลกับแพทย์
ในการส่งผู้ป่วยเข้ารับการดูแลทางสุขภาพจิต

ประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีสีหน้ายิ้มแย้มมากขึ้น
คะแนนซึมเศร้า 9Q ลดจาก 10 คะแนน เหลือ
7 คะแนน (ซึมเศร้าระดับเล็กน้อย)

2. บางครั้งยังมีความคิดด้านลบ
พูดถึงเวรกรรม

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลข้อที่ 5 พฤติกรรมการ
ดูแลสุขภาพไม่เหมาะสม เนื่องจากการรับรู้ของ
ตนเองในการปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง

วัตถุประสงค์ทางการพยาบาล: เพื่อให้
ผู้ป่วยมีความตระหนักเกี่ยวกับการมีพฤติกรรม
สุขภาพที่ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมิน:

1. ผู้ป่วยแสดงความใส่ใจในการ
ดูแลสุขภาพ

2. ความสม่ำเสมอในการรับประทาน
ยาต้านไวรัสด้วยวิธีรับประทาน $\geq$ ร้อยละ 95

กิจกรรมการพยาบาล

1. พูดคุยประเมินความรู้ความ
เข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับโรคและความเข้าใจในการ
ดูแลตนเอง

2. ชื่นชมในประเด็นที่ผู้ป่วยเข้าใจ
และปฏิบัติได้ถูกต้อง เพิ่มเติมประโยชน์ของการ
รับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ
รวมถึงยารักษาโรคและอื่นๆตามแผนการ
รักษาของแพทย์ และย้ำถึงผลเสียจากการ
รับประทานยาไม่สม่ำเสมอ อันจะนำไปสู่การดื้อ
ยาต้านไวรัสเอชไอวี และเกิดโรคฉวยโอกาสอื่นๆ
ตามมาได้

3. แนะนำการรับประทานอาหาร
ที่เป็นประโยชน์ ออกกำลังกายสม่ำเสมอ
ทำจิตใจอารมณ์ให้แจ่มใส หลีกเลี่ยงการดื่มสุรา
และไม่กลับมาสูบบุหรี่อีก

4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถาม
สิ่งที่ยังไม่เข้าใจเพิ่มเติม

ประเมินผล:

1. ผู้ป่วยมีความสนใจรับฟัง
บอกถึงวิธีการตั้งเวลาเตือนการกินยาในโทรศัพท์ตน

2. การติดตามความสม่ำเสมอใน
การรับประทานยาโดยสอบถามร่วมกับวิธี
นับเม็ดยาที่เหลือในการมาตรวจตามนัด พบว่า
มีความสม่ำเสมอในการรับประทานยา $\geq$ ร้อยละ 95

สรุปกรณีศึกษา

กรณีศึกษาเป็นผู้ป่วยชายไทย วัยผู้ใหญ่
ที่สถานสมรส หย่าร้าง ทราบผลเลือดติดเชื้อ
เอชไอวีเมื่อ 4 ปีก่อน ขาดยาต้านไวรัสมา 2 ปีเศษ
เคยทำงานต่างจังหวัดรับผิดชอบตัวเองได้
เมื่อต้งานกลับมาอยู่กับบิดามารดาสูงอายุได้
6 เดือน มาโรงพยาบาลด้วยอาการ ไข้ อ่อนเพลีย
ไอเรื้อรัง CD4 เท่ากับ 167 cell/mm³ ผล AFB
เท่ากับ 3+ แพทย์วินิจฉัย AIDS with Pulmonary
Tuberculosis ได้รับการตามกรอบแนวคิดแบบ
แผนสุขภาพของกอร์ดอน ได้รับการวินิจฉัยการ
พยาบาล คือ 1) เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจน
เนื่องจากปอดมีพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง
จากการติดเชื้อวัณโรค 2) มีโอกาสแพร่กระจาย
เชื้อวัณโรค เนื่องจากพบเชื้อในเสมหะและอยู่
ระหว่างการรักษาในระยะเข้มข้น (Active TB)
และเป็นผู้มีเชื้อเอชไอวี ที่ขาดการรักษา 3) เสี่ยง
ต่อการได้รับสารอาหารและน้ำไม่เพียงพอต่อ
ความต้องการของร่างกาย เนื่องจากเบื่ออาหาร
(Anorexia) รับประทานอาหารและน้ำได้น้อย
4) มีภาวะซึมเศร้า เนื่องจาก รู้สึกคุณค่าในตนเอง
ลดลง ต้องพึ่งพาผู้อื่น และ 5) การดูแลสุขภาพ
ไม่เหมาะสม เนื่องจากการรับรู้ของตนเองในการ
ปฏิบัติตนไม่ถูกต้อง ผลการพยาบาลส่งผลให้
ผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรค เหลือน้อยลง
รับประทานยาได้มากขึ้น มีความเข้าใจและ
ตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพมากขึ้น

อย่างไรก็ตามยังมีบางปัญหาที่ต้องติดตามต่อเนื่อง ได้แก่ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี ปัญหาซึมเศร้า และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ทั้งนี้ควรประเมินปัญหาของผู้รับบริการอย่างองค์รวม และให้การดูแลครอบคลุม ด้านป้องกันโรค การสร้างเสริมสุขภาพ การดูแลรักษา และฟื้นฟูสุขภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยดูแลตนเองได้และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

ข้อเสนอแนะ

เนื่องจากผู้ป่วยเอดส์ที่มีโรคร่วมวัณโรค เป็นผู้ที่มีภูมิคุ้มกันต่ำ มีโอกาสเกิดโรคฉวยโอกาสนั้นๆ ได้ง่าย และจำเป็นต้องรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นในการพยาบาลควรประเมินให้ครอบคลุมทุกมิติเป็นแบบองค์รวม ติดตามประเมินผล และปรับปรุงกระบวนการดูแลให้เหมาะสมเป็นวงจรอย่างต่อเนื่อง สร้างการมีส่วนร่วมของครอบครัว ควรดูแลผู้ป่วยแบบสหสาขาวิชาชีพ มีการประสานเพื่อการดูแลกับการกินอย่างต่อเนื่อง ในชุมชนโดยความสมัครใจ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบคุณ ผู้ป่วยเอดส์และครอบครัว ที่ให้ข้อมูล และร่วมมือในการดูแลสุขภาพ ทำให้พยาบาลเข้าใจถึงกระบวนการพยาบาลที่นำแบบแผนสุขภาพมาเป็นกรอบแนวคิดในการประเมินภาวะสุขภาพ ส่งผลให้สามารถวางแผนการพยาบาลได้ครอบคลุมเป็นองค์รวมได้ และขอขอบคุณพยาบาลหอผู้ป่วยใน ที่เอื้อต่อการดูแลกรณีศึกษา

รายการอ้างอิง

1. 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) . National Library of Medicine, 1983(cited 2020 Dec 15);220:868-71. Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/6189183/>
2. 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. National Library of Medicine, 2006(cited 2020 Dec 1);1275-9 Available from: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16816556/>
3. มนูญ ลี เซวง วงศ์ . Challenges in Management of Tuberculosis in HIV-AIDS.2560 (เข้าถึงเมื่อ 23 มิถุนายน 2563). เข้าถึงจาก [http://www.thaiaidsociety.org/data/PDFs/article/ Challenge in management of tuberculosis in HIV/AIDS pdf](http://www.thaiaidsociety.org/data/PDFs/article/Challenge%20in%20management%20of%20tuberculosis%20in%20HIV/AIDS.pdf)
4. กองวัณโรค . คู่มือประเมินคุณภาพโรงพยาบาล ด้านการดูแลรักษาวัณโรค. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพฯ: สำนักพิมพ์อักษรกราฟฟิคแอนด์ดีไซน์; 2563.
5. เสถียร เชื้อลี. สาเหตุการเสียชีวิตผู้ป่วยวัณโรครายใหม่ เขต 10. วารสารสำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 10 2561;16:16-19.
6. เหวตสรร นามวาท, สุธาสิณี คำหลวง, นัยนา ประดิษฐ์สิทธิกร, ยงเจือ เหล่าศิริถาวร, ศศิธันว์ มาแอกเคียน, วิธัญญา ปิณฑะดิษ และคณะ. รายงานการวิจัยฉบับสมบูรณ์ ความคุ้มค่า การลงทุนเพื่อยุติปัญหาวัณโรคในประเทศไทย: การวิเคราะห์ต้นทุน-ผลได้. 2560.1-5.

7. Wanyiri JW, Kanyi H, Maina S, Wang DE, Ngugi P, Connor RO, Kamau T, et al. Infectious diarrhoea in antiretroviral therapy-naïve HIV/ AIDS patients in Kenya. Internet.2007(cited 2020 Nov 16:Available from nslate.google.com/articles/PMC3840903/?_x_tr_sl=en&_x_tr_tl=th&_x_tr_hl=th&_x_tr_pto=sc
8. Sandoval R, Roddey T, Giordana TP, Mitchell K, Kelley C. Sage journal Pain, sleep disubances, and functional limitations in people living with HIV/ AIDS-associated distal sensory peripheral neuropathy. J Int AIDS SOC 2013; 13:328-334.
9. กรมควบคุมโรค. ตีตรา-เลือกปฏิบัติ.2558 (เข้าถึงเมื่อ 16 มกราคม 2564). เข้าถึงได้จาก hfocus/content/2015/08/10730
10. Kremer H, Iroson G. Everything changed:spiritual transformation in people withHIV. INT J PSYCHIAT MED 2009;39:243-262.
11. Gordon, Marjory. Manual of Nursing Diagnosis.London: Jones and Bartlett Publishers, Internet.2007(cited2020 Nov 14) :Avaible from <https://www.jblearning.com/catalog/productdetails/9781284044430#productInfo>
12. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล& แบบแผนสุขภาพ: การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่ 18. ห้างหุ้นส่วนจำกัด พิมพ์อักษร; 2559.
13. Mwangi E. Adolescent Treatment Literacy Guide For Use in Support Group Internet.2007(cited2020 Nov 14) :Avaible from [Settings.https://www.pedaids.org/wpcontent/uploads/2018/11/KenyaAdoTreatmentLiteracyGuide.pdf](https://www.pedaids.org/wpcontent/uploads/2018/11/KenyaAdoTreatmentLiteracyGuide.pdf)
14. รัฐการต์ ปาระมี. ความชุกและปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดภาวะซึมเศร้าในผู้ป่วยเอดส์ โรงพยาบาล แม่สาย. เชียงรายวารสาร. 2563;12;31-43.
15. Gonzalez A, Zvolensky MJ, Solomon SE, Miller CT. Exporation of the relevance of anxiety sensitivity among adults living with HIV/AIDS for understanding anxiety vulnerability. J Health Psychol 2010;15:138-146.
16. Krener H, and Ironson G. Everything changed: Spiritual transformation in people with HIV. Int J Psychiatry Med 2009;39:243-262.