

การเปรียบเทียบกรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง

The Comparison of case studies:
Nursing care with HIV Patients Infected Monkeypox

ของ

นางสาวสมพร นรขุน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 3686
กลุ่มงานการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค
กระทรวงสาธารณสุข พ.ศ. 2567

คำนำ

การติดเชื้อเอชไอวีเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ ทำให้เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ถูกทำลายหรือปริมาณลดลงไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคได้ ทำให้ร่างกายอ่อนแอ ภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ ส่งผลให้ติดเชื้อโรคฉวยโอกาสอย่างเช่นโรคฝีดาษลิงที่กลับมาระบาดอีกครั้งได้ง่ายมากยิ่งขึ้น โรคติดเชื้อเอชไอวีติดต่อจากการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน การใช้เข็ม การสัมผัสเลือดน้ำเหลืองของผู้ติดเชื้อ การติดต่อจากแม่สู่ลูกระหว่างตั้งครรภ์ การคลอด โรคติดเชื้อเอชไอวีถือเป็นโรคเรื้อรังที่สำคัญอีกโรคหนึ่งที่ส่งผลกระทบต่อตัวผู้ป่วย ครอบครัว และสังคม สร้างความทุกข์ทรมานทั้งด้านร่างกายและจิตใจ โรคเอชไอวีมีความแตกต่างจากโรคเรื้อรังทั่วไปเนื่องจากเป็นโรคที่สังคมตีตรา รังเกียจ ถูกเลือกปฏิบัติ

กรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง ฉบับนี้จัดทำขึ้นเพื่อการศึกษาเปรียบเทียบผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและติดเชื้อโรคฉวยโอกาสฝีดาษลิง กรณีศึกษา 2 ราย โดยเก็บรวบรวมข้อมูลจากผู้ป่วยจำนวน 2 ราย ที่มารับบริการหอผู้ป่วยแยกโรค 7/4 สถาบันบำราศนราดูร เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติ การพยาบาลดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสฝีดาษลิงแบบองค์รวมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม จิตวิญญาณ และเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ป่วยให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น ทำให้ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้องและปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน

นางสาวสมพร นรขุน

20 เดือน กรกฎาคม พ.ศ. 2567

สารบัญ

	หน้า
คำนำ	ก
สารบัญ	ข
สารบัญตาราง	ง
บทที่ 1 บทนำ	1
1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา	1
1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา	2
1.3 ระยะเวลาที่ศึกษา	2
1.4 ขั้นตอนการดำเนินการ	3
1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ	3
1.6 คำจำกัดความ	3
บทที่ 2 ความรู้ทางวิชาการ ทฤษฎี แนวคิดและบทบาทวิชาชีพพยาบาล	4
2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี (HIV)/เอดส์ (AIDS)	4
2.1.1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	5
2.1.2 พยาธิสภาพของโรค	5
2.1.3 สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี	6
2.1.4 การดำเนินของโรค	7
2.1.5 อาการของโรคติดเชื้อเอชไอวี	8
2.1.6 การรักษา	9
2.1.7 การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์	11
2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อฝีดาษลิง (Monkeypox)	11
2.2.1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อฝีดาษลิง (Monkeypox)	12
2.2.2 พยาธิสภาพการเกิดโรคและการติดเชื้อฝีดาษลิง	12
2.2.3 การแพร่กระจายเชื้อ	13
2.2.4 อาการและอาการแสดง	13
2.2.5 การวินิจฉัยโรค	13
2.2.6 แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคฝีดาษลิง	13
2.2.7 การรักษา	15
2.2.8 การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อฝีดาษลิง	16
2.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง	17
2.4 ทฤษฎี แนวคิด และบทบาทวิชาชีพพยาบาล	26
2.4.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน	26
2.4.2 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม	28
2.4.3 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care)	35
2.4.4 กระบวนการพยาบาล	37
2.4.5 บทบาทวิชาชีพ	38
2.5 การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง	40

สารบัญ (ต่อ)

	หน้า
บทที่ 3 กรณีศึกษา	46
3.1 กรณีศึกษาที่ 1	46
ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐาน	46
1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ	46
1.2 ระบบครอบครัวและแหล่งประโยชน์	46
1.3 สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม	46
ส่วนที่ 2 ความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อจำเป็น	52
3.2 กรณีศึกษาที่ 2	58
ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐาน	58
1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ	58
1.2 ระบบครอบครัวและแหล่งประโยชน์	58
1.3 สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม	58
ส่วนที่ 2 ความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อจำเป็น	64
บทที่ 4 ผลการศึกษา	70
4.1 สรุปกรณีศึกษาการเปรียบเทียบกรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ติดเชื้อ เอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์	70
4.1.1 กรณีศึกษาที่ 1	70
4.1.2 กรณีศึกษาที่ 2	88
4.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์	110
บทที่ 5 สรุปและอภิปรายผล	112
5.1 บทสรุป	112
5.2 อภิปรายผล	115
5.3 วิวิจารณ์และข้อเสนอแนะ	116
บรรณานุกรม	119
ภาคผนวก	124
ยาที่ใช้ในการรักษา	125

สารบัญตาราง

ตารางที่		หน้า
1	สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือก	10
2	คำแนะนำการใช้ยาสูตรสองตัว กรณีไม่สามารถหาสูตรสามตัวที่เหมาะสมได้	10
3	แสดงผลการตรวจชีวเคมี (Clinical chemistry laboratory) กรณีศึกษาที่ 1	49
4	แสดงผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) กรณีศึกษาที่ 1	50
5	แสดงผลการตรวจรอยเปื้อนเซลล์จากตุ่มน้ำ ตุ่มหนองที่อวัยวะเพศ (Tzanck, smear: Penis) กรณีศึกษาที่ 1	51
6	แสดงผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urinalysis: U/A) กรณีศึกษาที่ 1	51
7	แสดงผลการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อโรค (Molecular Diagnostics) กรณีศึกษาที่ 1	52
8	แสดงผลการตรวจชีวเคมี (Clinical chemistry laboratory) กรณีศึกษาที่ 2	61
9	แสดงผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC) กรณีศึกษาที่ 2	62
10	แสดงผลการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อโรค (Molecular Diagnostics) กรณีศึกษาที่ 2	63
11	แสดงผลการตรวจทางภูมิคุ้มกันและไวรัสวิทยา (Immunology / Serology / Virology) กรณีศึกษาที่ 2	63
12	แสดงผลการตรวจเซลล์เม็ดเลือดขาวเฉพาะชนิด (Lymphocyte Subset Analysis / Flow Cytometry) กรณีศึกษาที่ 2	64
13	เปรียบเทียบพยาธิสภาพโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษาที่ 1	71
14	การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาส โดยใช้ D-METHOD กรณีศึกษาที่ 1	83
15	เปรียบเทียบพยาธิสภาพโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษาที่ 2	89
16	การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาส โดยใช้ D-METHOD กรณีศึกษาที่ 1	105
17	การพิจารณาต้านไวรัส HIV ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ตามคำแนะนำ US CDC (Aug 2022)	126

บทที่ 1

บทนำ

1.1 ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

การติดเชื้อเอชไอวียังคงเป็นปัญหาที่สำคัญ และเป็นความท้าทายทางด้านสุขภาพของระบบงานสาธารณสุขในระดับโลก เนื่องจากการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีอย่างต่อเนื่องในทั่วประเทศ การติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์เป็นปัญหาที่คุกคามต่อชีวิตของผู้ติดเชื้อทั้งในระดับบุคคล เช่น ส่งผลกระทบทางด้านสุขภาพของร่างกาย ทางด้านจิตใจ การอยู่ในสังคมเนื่องจากกลัวสังคมตีตราและรังเกียจ ระดับครอบครัว เช่น ปัญหาผู้ติดเชื้อตั้งครร์ส่งผลกระทบต่อบุตร การเสียชีวิตของผู้ติดเชื้อทำให้บุตรขาดคนเลี้ยงดู และในระดับประเทศ ที่รัฐต้องมีการระดมทรัพยากรค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาลเป็นจำนวนมาก จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า ปี 2565 มีประชากรทั่วโลกติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 40.40 ล้านคนและมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น พบผู้ป่วยผู้เสียชีวิตจำนวน 630,000 คน (WHO, 2023) สถานการณ์โรคติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ข้อมูลจากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ พบว่าปี 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 560,000คน กำลังรับยาต้านไวรัส 457,133 คน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,200 คน และมีผู้เสียชีวิต 11,000 คน (HIV INFO HUB, 2566) โดยสาเหตุการเสียชีวิตส่วนใหญ่ของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ เกิดจากโรคแทรกซ้อนหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งสามารถเกิดขึ้นได้เมื่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์มีระดับเม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4) น้อยกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร โรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่พบบ่อย เช่น โรควัณโรค โรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบ โรคปอดอักเสบ โรคติดเชื้อรา โรคติดเชื้อฝีดาษลิง (Monkeypox) หรือไข้ทรพิษลิง ซึ่งโรคนี้ได้สงบไปหลังจากมีการแพร่ระบาดในช่วงปี 2546 แต่ปัจจุบันมีการตรวจพบการแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อฝีดาษลิงครั้งใหม่ช่วงปี 2565 และพบผู้ติดเชื้อแพร่กระจายใน 76 ประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย (กรมควบคุมโรค, 2565) มีรายงานการแพร่ระบาดในประเทศไทย พบผู้ติดเชื้อฝีดาษลิงจำนวน 800 คน เป็นเพศชาย 780 คน เพศหญิง 20 คน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 13 มิถุนายน 2567 (กรมควบคุมโรค, 2565) และพบว่าผู้ติดเชื้อฝีดาษลิงส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ ร้อยละ 40 (HIV.gov, 2023)

โรคเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่ทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายมนุษย์ การติดเชื้อเอชไอวีเป็นสาเหตุหลักของโรคเอดส์ (Acquired Immuno Deficiency Syndrome) เนื่องจากผู้ติดเชื้อเอชไอวีเป็นผู้ที่มีภาวะของภูมิคุ้มกันโรคต่ำ เมื่อร่างกายได้รับเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human immune virus) เชื้อจะเข้าไปจับกับเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 (Cluster of differentiation 4) ทำให้เซลล์ของระบบภูมิคุ้มกัน ซึ่งมีหน้าที่สำคัญในการกำจัดสิ่งแปลกปลอมในร่างกาย คือ CD4 และ T cell ติดเชื้อและถูกทำลายอย่างรวดเร็ว ส่งผลให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีจำนวนเซลล์ CD4 ต่ำ ไม่สามารถกำจัดจุลชีพหรือเชื้อโรคที่บุกรุกเข้าสู่ร่างกายได้ เมื่อแหล่งสร้างภูมิคุ้มกันโรคถูกทำลายทำให้ติดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสง่ายยิ่งขึ้น ซึ่งโรคฝีดาษลิง (ฝีดาษวานร) เป็นโรคหนึ่งที่พบในกลุ่มผู้ป่วยเอชไอวี เป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสชนิดหนึ่งที่กลับมาระบาดใหม่ นับเป็นโรคอุบัติซ้ำซึ่งเกิดจากการติดเชื้อไวรัสในกลุ่ม Poxvirus ที่เป็นกลุ่มเดียวกับเชื้อไวรัสที่ทำให้เกิดโรคไข้ทรพิษหรือฝีดาษ เชื้อก่อโรคมียชื่อว่า Monkeypox virus อยู่ในสกุล Orthopoxvirus (มิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ และคณะ, 2565) โรคฝีดาษลิงสามารถติดต่อได้จากมนุษย์สู่มนุษย์ การแพร่กระจายเชื้อส่วนใหญ่มักพบเมื่อมีการสัมผัสใกล้ชิด หรือพักอาศัยร่วมกับผู้ป่วยเป็นเวลานาน โดยการสัมผัสสารคัดหลั่งจากการไอ การจาม รวมถึงการหายใจเอาละอองฝอยเข้าไป การสัมผัสบาดแผล การสัมผัส

ตุ่มหนอง การสัมผัสสิ่งของปนเปื้อนของผู้ป่วย โดยผู้ติดเชื้อจะมีอาการอ่อนเพลีย มีไข้ ต่อม้ำเหลืองโต ลักษณะโตแบบข้างเดียวหรือสองข้าง ซึ่งเป็นอาการจำเพาะของโรคฝาดาลิงเท่านั้น ไม่พบในโรคใช้ทรัพย์สิน นอกจากนี้ยังพบอาการทางผิวหนังหลังจากใช้ลดลง มักพบลักษณะผื่นแดง ตุ่มนูน ตุ่มน้ำและจะกลายเป็นตุ่มหนอง แล้วจึงตกสะเก็ดทั้งรอยดำหรือรอยขาว ผู้ป่วยอาจมีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่ผิวหนัง ปอดอักเสบ ติดเชื้อในกระแสเลือด สมองอักเสบ และติดเชื้อที่เยื่อปอดอาจทำให้ตาสูญเสียการมองเห็นได้

ประเทศไทยตั้งเป้าหมายการยุติปัญหาเอดส์ให้ได้ภายในปี 2573 และมีพันธสัญญาร่วมกับนานาประเทศที่จะร่วมยุติปัญหาเอดส์ เพื่อประโยชน์ในการแก้ไขปัญหาและยุติปัญหาเอดส์ทั้งระดับประเทศและระดับโลก ตามยุทธศาสตร์แห่งชาติว่าด้วยการยุติปัญหาเอดส์ ประเทศไทย พ.ศ. 2560-2573 กำหนดเป้าหมายในการยุติปัญหาเอดส์ 3 ประการแรก ลดจำนวนผู้ติดเชื้อรายใหม่เหลือปีละไม่เกิน 1,000 ราย ประการที่ 2 ลดการเสียชีวิตในผู้ติดเชื้อเอชไอวีเหลือปีละไม่เกิน 4,000 ราย และประการที่ 3 ลดการเลือกปฏิบัติอันเกี่ยวเนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวี และเพศภาวะลงจากเดิมร้อยละ 90 (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2566) การมีส่วนร่วมของภาคีเครือข่ายทุกภาคส่วนเป็นสิ่งสำคัญในการดำเนินงานแก้ปัญหาผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ซึ่งเป็นโรคที่สังคมยังคงหวาดกลัว รังเกียจ ถูกตีตรา ไม่ได้รับการยอมรับและเลือกปฏิบัติต่อผู้ติดเชื้อเอชไอวี อาจสืบเนื่องมาจากความเชื่อในครั้งอดีต ภาพจำของโรคเอดส์ ความไม่รู้หรือไม่มีความรู้ที่ถูกต้อง ส่งผลกระทบทำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีการแยกตัว เกิดความทุกข์ทางด้านจิตใจ เกิดภาวะซึมเศร้า อาจนำไปสู่การคิดฆ่าตัวตายได้ในที่สุด การยุติประเด็นปัญหาต่างๆ เหล่านี้สำหรับผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ถือว่าเป็นงานที่ความท้าทายสำหรับบุคลากรทางด้านการแพทย์และสาธารณสุขของประเทศไทย

สถาบันบำราศนราดูรเป็นหนึ่งในองค์กร ที่ให้บริการตรวจรักษาพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่อต่างๆ โรคอุบัติใหม่/อุบัติซ้ำ รวมถึงการป้องกัน และควบคุมการแพร่ระบาดของโรค โดยเฉพาะโรคติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ รวมถึงโรคแทรกซ้อนหรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น โรคฝาดาลิงที่กลับมาที่มีการแพร่ระบาดอีกครั้ง สถาบันจึงมีหน้าที่รับผิดชอบในการตรวจวินิจฉัยโรค ให้การรักษาพยาบาลดูแลผู้ป่วยอย่างเต็มความสามารถจากการทบทวนข้อมูลของงานระบาดวิทยา สถาบันบำราศนราดูร ปี 2566 พบผู้ป่วยติดเชื้อโรคฝาดาลิงเข้ามารับการรักษาที่สถาบัน จำนวน 86 ราย เป็น ผู้ป่วยที่มีภาวะของโรคติดเชื้อเอชไอวี/โรคเอดส์ 39 ราย เสียชีวิต 2 ราย (งานระบาดวิทยา สถาบันบำราศนราดูร, 2566) โดยมีระยะเวลาการนอนรักษาในโรงพยาบาลอยู่ในช่วง 6-20 วัน หอผู้ป่วยแยกโรค 7/4 เป็นหน่วยงานหนึ่งของสถาบันที่ให้การดูแลผู้ป่วยด้านโรคติดเชื้อ ผู้ศึกษาในฐานะพยาบาลป้องกันและควบคุมการติดเชื้อ (ICN) มีหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยด้านโรคติดเชื้อ จึงมีความสนใจศึกษาเกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝาดาลิง โดยนำแบบประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน มาประยุกต์ใช้ในกระบวนการพยาบาล การพยาบาลแบบองค์รวมด้วยหัวใจความเป็นมนุษย์ เคารพศักดิ์และสิทธิของผู้ป่วย และทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม เพื่อนำสู่การพัฒนาองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคให้มีความทันสมัย ทันท่วงทีโรคที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่เสมอและได้พัฒนาทักษะทางการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องและมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป

1.2 วัตถุประสงค์ของการศึกษา

เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝาดาลิง กรณีศึกษา 2 ราย

1.3 ระยะเวลาที่ศึกษา

เดือนเมษายน – มิถุนายน 2567

1.4 ขั้นตอนการดำเนินการ

- 1) เลือกเรื่องที่น่าสนใจและต้องการศึกษา ทำการศึกษาจากเวชระเบียนของผู้ป่วยที่มารับบริการที่หอผู้ป่วยแยกโรค 7/4 สถาบันบำราศนราดูร จำนวน 2 ราย โดยเลือกผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์
- 2) ศึกษาค้นคว้าจากหนังสือ ตำราวิชาการต่างๆ งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง และใช้ประสบการณ์จากการปฏิบัติงานจริงกับผู้ป่วย
- 3) ศึกษาข้อมูลของผู้ป่วยเกี่ยวกับ อาการ อาการแสดง ประวัติของผู้ป่วย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาของแพทย์
- 4) รวบรวมข้อมูล วิเคราะห์ นำไปวางแผนให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มและการพยาบาลแบบองค์รวม
- 5) สรุปผลการปฏิบัติการพยาบาล และให้ข้อเสนอแนะแก่ผู้ป่วยและญาติ
- 6) เรียบเรียงเป็นรายงาน และปรับปรุงแก้ไขเพื่อรับการตรวจสอบ
- 7) จัดทำรูปเล่ม เผยแพร่ผลงาน

1.5 ประโยชน์ที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) เพื่อเป็นแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอดส์
- 2) เพื่อเป็นแนวทางในการพัฒนาระบบการดูแลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อเอดส์ ให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น
- 3) ผู้ป่วยได้รับการพยาบาลที่ถูกต้อง และมีประสิทธิภาพ ปลอดภัยจากภาวะแทรกซ้อน
- 4) ญาติผู้ป่วยได้รับคำแนะนำที่ถูกต้อง ส่งผลให้มีความรู้ความสามารถในการดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้

1.6 คำจำกัดความ

ผู้ป่วยเอชไอวี หมายถึง ผู้ที่มีการติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus: HIV) อยู่ในร่างกาย ให้ผลตรวจเลือด HIV Positive แต่ไม่แสดงอาการในระยะเอดส์ แบ่งเป็น 2 ระยะ คือ ผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะไม่แสดงอาการ (Asymptomatic HIV) และผู้ติดเชื้อเอชไอวีระยะมีอาการ (Symptomatic HIV)

ผู้ป่วยเอดส์ หมายถึง ผู้ที่มีการติดเชื้อ Monkeypox virus เข้าสู่ร่างกาย ที่ได้รับการตรวจร่างกาย การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อยืนยันการติดเชื้อ และได้รับการวินิจฉัยจากแพทย์ว่าเป็นโรคเอดส์

การพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์ หมายถึง กระบวนการให้การพยาบาลที่มุ่งเน้นการส่งเสริม พันฟู และสนับสนุนสุขภาพของผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์ โดยครอบคลุมมิติด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ รวมทั้งพิจารณาปัจจัยด้านสิ่งแวดล้อมที่ส่งผลต่อภาวะสุขภาพอย่างรอบด้าน โดยการพยาบาลมุ่งประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง และออกแบบการดูแลให้สอดคล้องกับระดับความสามารถนั้นทั้งการให้ความรู้ คำปรึกษา การสนับสนุนบางส่วนหรือการดูแลแบบทดแทนทั้งหมด เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดำรงชีวิตได้อย่างมีคุณภาพ และพัฒนาศักยภาพในการดูแลตนเองได้สูงสุด โดยการพยาบาลต้องคำนึงถึงการมีส่วนร่วมของผู้ดูแล ครอบครัว และทีมสุขภาพ เพื่อให้เกิดการดูแลอย่างต่อเนื่อง และเหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วยแต่ละราย

บทที่ 2

ความรู้ทางวิชาการ ทฤษฎี แนวคิด และบทบาทวิชาชีพ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นการศึกษาเปรียบเทียบ โดยศึกษาตามขอบเขตเฉพาะของผู้ป่วย ครั้งนี้ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้ทางวิชาการทฤษฎี แนวคิดและงานวิจัยที่เกี่ยวข้อง ดังนี้

2.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี (HIV)/เอดส์ (AIDS)

- 2.1.1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี(HIV)/เอดส์ (AIDS)
- 2.1.2 พยาธิสภาพของโรค
- 2.1.3 สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี
- 2.1.4 การดำเนินของโรค
- 2.1.5 อาการของการติดเชื้อเอชไอวี
- 2.1.6 การรักษา
- 2.1.7 การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

2.2 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อฝีดาษลิง (Monkeypox)

- 2.2.1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อฝีดาษลิง (Monkeypox)
- 2.2.2 พยาธิสภาพการเกิดโรคและการติดเชื้อฝีดาษลิง
- 2.2.3 การแพร่กระจายเชื้อ
- 2.2.4 อาการและอาการแสดง
- 2.2.5 การวินิจฉัยโรค
- 2.2.6 แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคฝีดาษลิง
- 2.2.7 การรักษา
- 2.2.8 การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อฝีดาษลิง

2.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง

2.4 ทฤษฎี แนวคิด และบทบาทของวิชาชีพ

- 2.4.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Gordon, s functional health)
- 2.4.2 ทฤษฎีการพยาบาลโอเร็ม
- 2.4.3 การพยาบาลผู้ป่วยแบบองค์รวม (Holistic nursing care)
- 2.4.4 กระบวนการพยาบาล
- 2.4.5 บทบาทวิชาชีพ

2.5 การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง

2.1 โรคติดเชื้อเอชไอวี (HIV)/เอดส์ (AIDS)

เอชไอวี (HUMAN IMMUNODEFICIENCY VIRUS: HIV) เป็นเชื้อไวรัสที่เข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของมนุษย์ คือ เซลล์เม็ดเลือดขาวซีดีโฟร์ (CD4 cells) หรือทีเซลล์ (T cells) ซึ่งทำหน้าที่ป้องกันร่างกายจากการติดเชื้อ จนเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 มีปริมาณไม่เพียงพอจึงก่อให้เกิดโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง ให้มีโอกาสดำเนินการติดเชื้อโรคฉวยโอกาสต่าง ๆ เช่น วัณโรค ปอดบวม เยื่อหุ้มสมองอักเสบ รวมทั้งมะเร็งบางชนิดได้มากกว่าคนปกติ ซึ่งอาการอาจจะรุนแรงมากกว่าคนทั่วไป และอาจเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิต อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ที่มีระบบภูมิคุ้มกันโรคที่ดีจะเรียกว่า “ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV)”

จนกระทั่งเข้าสู่ระยะท้ายของการติดเชื้อเอชไอวี จะเรียกว่า “ผู้ป่วยเอดส์” (Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS) หมายถึง ผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องจากการเสาะหาเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ได้เกิดโดยกำเนิด ไม่ได้ถ่ายทอดทางพันธุกรรม ผู้ที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องนี้จะติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายใน 4 ระบบ คือ ระบบทางเดินหายใจ ระบบทางเดินอาหาร ระบบหลอดเลือดและระบบประสาท

2.1.1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อเอชไอวี (HIV)/เอดส์ (AIDS)

โรคติดเชื้อเอชไอวี (HIV)/เอดส์ (AIDS) มีต้นกำเนิดมาจากประเทศแถบแอฟริกาตะวันตกในปี 2503 และต่อมาได้แพร่ระบาดไปยังเกาะโอติ ทวีปอเมริกา ยุโรป และเอเชีย โรคเอดส์พบครั้งแรกในเดือนมิถุนายน พ.ศ. 2542 ที่รัฐแคลิฟอร์เนียประเทศสหรัฐอเมริกา ในกลุ่มชายรักชายจำนวน 5 คน ป่วยเป็นโรคปอดบวมจากเชื้อแปลกๆ ชนิดหนึ่งที่เรียกว่า *Pneumocystis carinii pneumonia* (PCP) และอีกหนึ่งเดือนถัดมาพบผู้ป่วยกลุ่มชายรักชายอีก 26 คน ป่วยเป็นมะเร็งที่ชื่อว่า Kaposi's sarcoma ซึ่งปกติมะเร็งชนิดนี้จะพบในคนอายุมากและมีอีกหลายคนที่ป่วยเป็นโรคปอดบวม ทั้งที่เป็นคนมีสุขภาพแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว ซึ่งต่อมาผู้ป่วยเหล่านั้นได้เสียชีวิตและช่วงเวลานั้นผู้ป่วยที่มีอาการลักษณะคล้ายคลึงกันเป็นจำนวนมาก และจึงเป็นที่มาของชื่อโรคเอดส์ ซึ่ง ณ ช่วงเวลานั้นยังไม่รู้สาเหตุการเกิด จนกระทั่ง พ.ศ. 2526 นายแพทย์ชาวฝรั่งเศส ชื่อ Luc Montagnier และคณะทำงานได้ค้นพบเชื้อไวรัสเอชไอวี ซึ่งสามารถแยกเชื้อได้จากต่อมน้ำเหลืองของผู้ป่วยในกลุ่มชายรักชายที่ป่วยเป็นโรคเอดส์ และเรียกชื่อเชื้อว่า LAV (Lymphadenopathy Associated Virus) ในเวลาใกล้เคียงกัน คณะของนายแพทย์ Robert Gallo ในสหรัฐอเมริกาสามารถแยกเชื้อไวรัสจากเม็ดเลือดขาวของผู้ป่วยโรคเอดส์ แล้วตั้งชื่อว่า Human T cell lymphotropic virus type III ต่อมาคณะของนายแพทย์ Levy ในสหรัฐอเมริกาสามารถแยกเชื้อไวรัสชนิดเดียวกันได้จากผู้ป่วยโรคเอดส์ และใช้ชื่อ AIDS related virus ซึ่งเชื้อไวรัสที่นายแพทย์ทั้งสามท่านพบเป็นไวรัสอยู่ในกลุ่ม Retrovirus เช่นเดียวกัน ซึ่งเชื่อว่าเป็นสาเหตุของโรคเอดส์ (AIDS) จึงมีการตกลงเรียกชื่ออย่างเป็นทางการว่า เอชไอวี (HIV-Human Immunodeficiency Virus) ในประเทศไทย มีรายงานพบผู้ป่วยครั้งแรกเมื่อ พ.ศ. 2527 ผู้ป่วยเป็นผู้ชายที่เคยใช้ชีวิตที่ประเทศสหรัฐอเมริกาตั้งแต่ พ.ศ. 2524 เริ่มมีอาการเหนื่อยง่าย มีไข้ ไปตรวจที่โรงพยาบาลได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอักเสบทั้งสองข้างและได้รับการรักษา ต่อมาผู้ป่วยเริ่มมีอาการคอแข็ง มีไข้สูง และได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเยื่อหุ้มสมองอักเสบและปอดติดเชื้อที่ชื่อ *Pneumocystis carinii pneumonia* ได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นโรคเอดส์ (AIDS) เมื่อรักษาจนอาการดีขึ้นจึงเดินทางกลับมายังประเทศ เมื่อ พ.ศ. 2527 และเกิดภาวะปอดอักเสบอีกครั้ง มีอาการถ่ายเหลวและมีเลือดออกในระบบทางเดินอาหาร เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจนกระทั่งเสียชีวิตในเวลาต่อมา (ขวัญชาย ดำรงขวัญ, 2561)

จากรายงานขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) ระบุว่า ปี 2565 มีประชากรทั่วโลกติดเชื้อเอชไอวี ประมาณ 40.40 ล้านคน (WHO, 2023) และมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีรายใหม่ทั่วโลก 1.5 ล้านคน มีผู้เสียชีวิตจากสาเหตุสืบเนื่องจากโรคเอดส์ 650,000 คน ในจำนวนนี้ 110,000 คน เป็นเยาวชน อายุ 0-19 ปี สถานการณ์โรคติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทย ข้อมูลจากกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ณ เดือน เมษายน 2567 พบว่าปี 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวี 560,000 คน กำลังรับยาต้านไวรัส 457,133 คน มีผู้ติดเชื้อรายใหม่ 9,200 คน และมีผู้เสียชีวิต 11,000 คน (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์กรมควบคุมโรค, 2566)

2.1.2 พยาธิสภาพของโรค

เชื้อเอชไอวี (HIV) เป็นไวรัสในกลุ่ม Retrovirus ชนิดหนึ่ง ในคนจัดอยู่ในสายพันธุ์ Lentivirus เชื้อเอชไอวี มี 2 ชนิด คือ HIV-1 ซึ่งพบได้ทั่วทุกภูมิภาคของโลก และเป็นสาเหตุเกือบทั้งหมดของผู้ป่วยโรคเอดส์ เชื้อ HIV-1 น่าจะมีต้นตอมาจากลิงชิมแปนซี โดยเริ่มมีการแพร่กระจายมาสู่คนในราวปี พ.ศ. 2462

และ HIV-2 ซึ่งพบได้เฉพาะในทวีปแอฟริกาแถบตะวันตก และในประเทศที่มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับประเทศในแถบดังกล่าว เชื้อ HIV-2 น่าจะมีต้นตอมาจากลิงซาโต ลิงทองถิ่น Sooty mangabey ลิงแมนดริล (Mandrill) (Gao, et al., 1999; Hanh, et al., 2000.) เชื้อเอชไอวีเป็นเชื้อไวรัสที่มีลักษณะทรงกลม ขนาดประมาณ 100 นาโนเมตร ประกอบด้วยสารพันธุกรรมชนิด RNA สายเดี่ยว จำนวน 2 เส้น รวมตัวกันอยู่ในบริเวณแกนกลางที่มีรูปร่างทรงกระบอก เรียกว่า Core หรือ Capsid ภายในแกนกลางนี้ยังมีโปรตีนหลายชนิดที่มีบทบาทสำคัญในวงจรชีวิตของเชื้อเอชไอวี ได้แก่ Reverse transcriptase (RT) ซึ่งใช้ในกระบวนการเปลี่ยน RNA เป็น DNA เอนไซม์ Protease ซึ่งใช้ตัดโปรตีนของไวรัสให้เป็นเส้นสั้น ๆ รวมทั้งเอนไซม์ Integrase ซึ่งใช้ในกระบวนการที่ DNA ของเชื้อเอชไอวีรวมตัวเข้าไปแทรกอยู่ในสารพันธุกรรมของผู้ติดเชื้อ แกนกลางของเชื้อเอชไอวีจะถูกห่อหุ้มด้วยเปลือกนอก ซึ่งมีไขมันเป็นส่วนประกอบ บริเวณผิวของเปลือกจะมีปุ่มยื่นไปด้านนอกโดยรอบปุ่มดังกล่าวนี้เป็นสารประกอบชนิด Glycoprotein ซึ่งแบ่งเป็น 2 ส่วน เชื่อมติดกัน คือ gp120 ซึ่งเป็นส่วนของปุ่ม และ GP 41 ซึ่งเป็นส่วนของก้านปุ่ม (Chinen, et al, 2002) ซึ่ง gp120 ของเชื้อเอชไอวี มีความสามารถพิเศษในการจับกับ CD4 receptor ซึ่งอยู่บนผิวเซลล์หลายชนิด เช่น T-helper lymphocyte หรือที่เรียกว่า CD4⁺ T lymphocyte บนผิวของเซลล์ดังกล่าวยังมีโปรตีนอีกชนิดหนึ่งซึ่งเชื้อเอชไอวีจะใช้บางส่วนของ gp120 กับ Receptor ทั้งสองนี้นำไปสู่การเปลี่ยนแปลงของ gp41 ซึ่งเป็นจุดเริ่มต้นของกระบวนการเข้าสู่เซลล์ของเชื้อที่เรียกว่า Fusion โปรตีนซึ่งเป็น Co-receptor ของเชื้อ HIV-1 ถูกค้นพบแล้วอย่างน้อย 2 ชนิด ได้แก่ CC-chemokine receptor หรือ CCR-5 จะอยู่บนผิวของเซลล์ Monocyte และ Lymphocyte ส่วน Co-receptor ชนิดที่ 2 ได้แก่ C-X-C chemokine receptor หรือ CXCR-4 จะอยู่เฉพาะบนผิวเซลล์ของ T lymphocyte (Deng, et al. 1996; Dragic, et al., 1996; Moonis, et al., 2001)

เมื่อเชื้อเข้าสู่ร่างกายของคนหลังจากที่เชื้อเอชไอวีจับกับ CD4 และ Co-receptor บนผิวของเซลล์ เชื้อจะเข้าสู่เซลล์โดย Active endocytosis ด้วยการใช้ส่วนของ Envelop (gp120) ร่วมกับ Cell membrane แล้วเข้าไปในเซลล์ในรูปของ Endocytosis liposome ซึ่งเรียกกระบวนการนี้ว่า Viral entry เมื่อ RNA หลุดจาก Envelop (Uncoating) จะถูกเปลี่ยนโดยเอนไซม์ Reverse transcriptase เป็น RNA : DNA hybrid แล้วกลายเป็น Double stranded DNA หรือที่เรียกว่า Provirus ซึ่งจะม้วนเป็นวงกลมและสอดเข้าไปอยู่ใน (Host cell genome Integrated proviral DNA) เรียกกระบวนการนี้ว่า Integration ต้องอาศัยเอนไซม์ Integrase ซึ่ง Provirus อาจแฝงตัวสงบอยู่และแบ่งตัวไปพร้อมกับเซลล์ที่ติดเชื้อมัน แต่สำหรับ T lymphocyte ที่ติดเชื้อ ถ้าได้รับการกระตุ้นจาก Antigens บางชนิดบ่อยๆ จะกลายเป็น Active T-cell ซึ่งเชื้อสามารถเพิ่มจำนวนได้มากทำให้เซลล์ที่ติดเชื้อมันตายได้และเกิดอาการรุนแรงของโรค เมื่อได้รับการกระตุ้น HIV provirus จะเกิด Viral replication โดยเปลี่ยนจาก DNA เป็น RNA ซึ่งมี 2 ชนิด คือ Genomic RNA ซึ่งเป็นส่วนของสารพันธุกรรมของเชื้อ และ Messenger RNA จะควบคุมการสร้างโปรตีนของเชื้อ ขบวนการนี้จะใช้เอนไซม์ต่างๆ ของเซลล์มนุษย์ หลังจากนั้น Genomic RNA จะรวมกับโปรตีนเรียกว่า Viral assembly และในที่สุดไวรัสจะออกจากเซลล์ โดย Exocytosis RNA กลายเป็น Free virus เรียกกระบวนการนี้ว่า Budding เมื่อออกจากเซลล์ใหม่ๆ เชื้อเอชไอวี (HIV) จะยังเป็น Premature ซึ่งเป็น Non-infectious virus ยังไม่มีความสามารถในการติดเชื้อ ในช่วงนี้เอนไซม์ Protease จะทำการตัดสายโปรตีนให้เป็นสายสั้นๆ ทำให้เชื้อมีโครงสร้างที่สมบูรณ์กลายเป็น Mature virus ซึ่งจะมีความสามารถในการแพร่กระจายเข้าสู่เซลล์อื่นๆ ต่อไป หรือกระจายไปตามส่วนต่างๆ ของร่างกายและอยู่ใน Body fluids ต่างๆ เช่น เลือด Vaginal fluid น้ำอสุจิ (Feng, et al., 1996)

2.1.3 สาเหตุของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV)

โรคติดเชื้อเอชไอวี (HIV)/เอดส์ (AIDS) เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human

Immunodeficiency Virus) สามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านการสัมผัสกับสารคัดหลั่งในร่างกาย ได้แก่ เลือด น้ำอสุจิ น้ำเหลือง สารหล่อลื่นตามธรรมชาติในช่องคลอด อวัยวะเพศชายหรือทวารหนัก และน้ำนมแม่ โรคเอดส์และเชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อกันผ่านพฤติกรรมดังต่อไปนี้

1. การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย และมีการสอดใส่ระหว่างอวัยวะเพศชาย-หญิง ทางทวารหนักระหว่างชาย-ชาย หรือระหว่างหญิง-หญิงที่มีการสัมผัสกับสารหล่อลื่นในช่องคลอด ทั้งนี้การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกมากกว่าร้อยละ 80

2. การใช้เข็มฉีดยา หรือกระบอกฉีดยาร่วมกันกับผู้ติดเชื้อโดยมักพบพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดโดยการฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด

3. การติดเชื้อเอชไอวีผ่านการสัมผัสกับเลือด หรือน้ำเหลืองจากบาดแผลเปิดภายนอกผิวหนัง หรือแผลในช่องปาก รวมถึงการใช้ของใช้ส่วนตัวที่มีลักษณะเป็นของมีคมร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น เข็ม เข็มสักผิวหนัง เข็มสักคิ้ว กรรไกรตัดเล็บมีดโกน เข็มเจาะอวัยวะ เช่น เข็มเจาะหู หรือเข็มเจาะสะดือ

4. การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกขณะตั้งครรภ์ ในระหว่างการคลอดบุตร และการให้นมบุตร

5. การรับเลือดบริจาคที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวี (HIV) ที่ไม่ผ่านการคัดกรองเชื้อมาก่อน ซึ่งปัจจุบันไม่ค่อยพบเนื่องจากกระบวนการตรวจสอบที่มีมาตรฐานหลายขั้นตอน

2.1.4 การดำเนินของโรค

การดำเนินของโรคติดเชื้อเอชไอวีสามารถสรุป ดังนี้

1. Viral transmission คือ การแพร่เชื้อเข้าสู่คน

2. Primary HIV (Acute HIV infection, Acute seroconversion syndrome, Acute retroviral syndrome) เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะจับกับ CD4⁺ T cell เชื้อจะเข้าไปอยู่ในต่อมน้ำเหลืองที่อยู่ใกล้บริเวณนั้นภายในเวลาเพียง 2 วัน จะเข้าสู่กระแสเลือดภายใน 5 วัน ต่อจากนั้นเชื้อจะแพร่กระจายไปสู่อวัยวะต่างๆ ทั้งร่างกายรวมทั้งสมอง และ Lymphatic system ประมาณ 2-6 วันหลังได้รับเชื้อ จะพบว่า มีระดับของเชื้อเอชไอวีในกระแสเลือดสูงมาก ร่วมกับการตรวจพบ HIV-specific immune response ผู้ป่วยจะมีอาการคล้ายกับเป็นไข้หวัดใหญ่ ระยะเวลาตั้งแต่ได้รับเชื้อจนถึงมีอาการส่วนใหญ่ใช้เวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ การวินิจฉัยที่ดีที่สุด คือ การตรวจวัดปริมาณของ HIV RNA หรือ HIV DNA ในกระแสเลือด ซึ่งมักพบร่วมกับการตรวจ HIV serology ได้ผลลบหรือไม่สามารถแปลผลได้ โดยทั่วไปปริมาณของเชื้อ HIV ในเลือดมักจะสูงมาก โดยมักอยู่ระหว่าง 2.5 ล้านถึง 44 ล้าน Copies/ml และจะสูงที่สุดในราว 3 สัปดาห์หลังได้รับเชื้อ อาการของผู้ป่วยจะหายเป็นปกติร่วมกับการลดลงของปริมาณเชื้อในเลือด ซึ่งเชื่อกันว่าเกิดจากกลไกทางภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยพบว่าปฏิกิริยาของ Cytotoxic T lymphocyte (CTL) จะเกิดขึ้นก่อนการตรวจพบภูมิคุ้มกัน การเกิดขึ้นของ CTL นี้ จะทำให้ปริมาณของเชื้อในเลือดลดลงประมาณ 3-5 log ปริมาณของเชื้อจะลดลงจนถึงระดับต่ำสุด และค่อนข้างจะคงที่ (Viral set point) ภายในเวลาประมาณ 6 เดือน ระดับ Viral set point จะเป็นตัวบ่งชี้ถึงอัตราการดำเนินของโรคในระยะต่อไป เชื่อว่าปริมาณของเชื้อที่สูงมากในระยะนี้จะทำให้มีการกระจายเข้าสู่อวัยวะอื่นๆ เช่น ระบบประสาท และ Lymphatic tissue ซึ่งได้แก่ ต่อมน้ำเหลือง ม้าม ต่อมนอนซิล และ Adenoids อวัยวะต่างๆ เหล่านี้เป็นแหล่งที่เชื้อเอชไอวีหลบซ่อนตัว และมีการเจริญพันธุ์ที่สำคัญที่สุด (Pantaleo, et al., 1993)

3. Seroconversion การตรวจพบหลักฐานการติดเชื้อเอชไอวี โดยการตรวจทางน้ำเหลือง ซึ่งมักเริ่มตรวจพบประมาณ 3 สัปดาห์หลังจากได้รับเชื้อ

4. Asymptomatic infection ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีมักจะไม่มีอาการ รวมทั้งการตรวจ

ร่างกายจะไม่พบสิ่งผิดปกติ ยกเว้นในบางรายที่อาจตรวจพบต่อมน้ำเหลืองโตทั่วไป หรือที่เรียกว่า Persistent generalized lymphadenopathy (PGL) จากการตรวจพบต่อมน้ำเหลืองนอกเหนือจากบริเวณขาหนีบโตขึ้นอย่างน้อย 2 แห่ง ซึ่งไม่อยู่ติดกัน พบว่าภายในต่อมน้ำเหลืองดังกล่าวจะมีเชื้อเอชไอวีอยู่เป็นจำนวนมาก ทั้งที่อยู่ภายนอกเซลล์ ซึ่งมักจะอยู่ที่ Follicular dendritic cell process ภายในบริเวณ Germinal centers และที่อยู่ภายในเซลล์ ซึ่งมักจะแฝงตัวสงบนิ่งอยู่ ในระยะนี้ Lymphatic tissue จะเป็นแหล่งใหญ่ที่เชื้อแฝงตัว ในขณะที่ปริมาณเชื้อที่อยู่ในเลือดจะค่อนข้างต่ำ เมื่อเวลาผ่านไปโครงสร้างภายในต่อมน้ำเหลืองจะค่อยๆ ถูกทำลายและเชื้อเอชไอวีจะเข้าสู่กระแสเลือดมากขึ้น

5. Symptomatic HIV infection ในระยะนี้ผู้ป่วยจะเริ่มแสดงอาการที่เกิดจากระดับภูมิคุ้มกันชนิดฟิงเซลล์ต่ำลง

6. ระยะ AIDS เป็นระยะที่ผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันชนิดฟิงเซลล์ต่ำลงมากจนไม่สามารถป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคมะเร็งชนิดต่างๆ ได้

2.1.5 อาการของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV)

ระยะแรกแรก ในช่วงแรกที่มีการติดเชื้อปริมาณไม่มาก และร่างกายยังไม่ได้สร้างภูมิต้านทานขึ้นมา อาจตรวจหาเชื้อหรือภูมิต้านทานต่อเชื้อไม่พบ อาจเป็นช่วงตั้งแต่ 2-12 สัปดาห์ ในระยะนี้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีจะมีอาการไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว มีผื่นขึ้นต่อมน้ำเหลืองที่คอโต บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว น้ำหนักลด หรือมีฝ้าขาวในช่องปาก อาการเหล่านี้มักจะเป็นอยู่ประมาณ 1-2 สัปดาห์ แล้วหายไปได้เอง และเนื่องจากอาการคล้ายไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่หรืออาการไข้ทั่วไป ผู้ติดเชื้อสามารถซื้อยารับประทานเองหรือไปพบแพทย์ อาจไม่ได้รับการตรวจเลือด นอกจากนี้บางรายหลังติดเชื้ออาจไม่มีอาการผิดปกติปรากฏให้เห็น ดังนั้นระยะนี้ผู้ติดเชื้อบางรายอาจไม่ได้รับการวินิจฉัยและรักษา

ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อมักจะแข็งแรงเป็นปกติเหมือนคนทั่วไป แต่เมื่อตรวจเลือดจะพบเชื้อเอชไอวีและสารภูมิคุ้มกันต่อเชื้อชนิดนี้ จึงสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ เรียกว่าเป็นพาหะ (Carrier) ระยะนี้แม้ว่าจะไม่มีอาการแต่เชื้อเอชไอวีจะแบ่งตัวเจริญเติบโตขึ้นไปเรื่อย ๆ และทำลายระบบภูมิคุ้มกันโรคจนมีจำนวนลดลง เมื่อลดต่ำลงมาก จะเกิดอาการเจ็บป่วย ทั้งนี้อัตราการลดลงของระบบภูมิคุ้มกันโรคจะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเชื้อเอชไอวีและสภาพความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ติดเชื้อเอง ระยะนี้คนส่วนใหญ่ประมาณร้อยละ 85 มักเป็นอยู่นาน 5-10 ปี แต่มีกลุ่มผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ที่ระยะนี้อาจสั้นเพียง 2-3 ปี ซึ่งเรียกว่า กลุ่มที่มีการดำเนินโรคเร็ว (Rapid progressor) ในขณะที่ประมาณร้อยละ 5 จะมีการดำเนินโรคช้า โดยบางรายอาจนานกว่า 10-15 ปีขึ้นไป เรียกว่า กลุ่มที่ควบคุมเชื้อได้ดีเป็นพิเศษ (Elite controller)

ระยะติดเชื้อที่มีอาการ อาการของผู้ป่วยจะมีมากขึ้นขึ้นอยู่กับระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วย ดังนี้

อาการเล็กน้อย ในระยะนี้ ถ้าตรวจระดับ CD4 มักพบมีจำนวนมากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยอาจมีอาการต่อมน้ำเหลืองที่คอโตเล็กน้อย โรคเชื้อราที่เล็บแผ่ร่อนในภายในช่องปาก ผิวหนังอักเสบชนิดเกล็ดรังแคที่ไรผม ข้างจมูก ริมฝีปาก ฝ้าขาวข้างลิ้นซึ่งขูดไม่ออกโรคสะเก็ดเงินที่เคยเป็นอยู่เดิมกำเริบ

อาการปานกลาง ในระยะนี้ถ้าตรวจระดับ CD4 มักพบมีจำนวนระหว่าง 200-500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยอาจมีอาการ ได้แก่ มีไข้เป็น ๆ หาย ๆ หรือติดต่อกันทุกวันนานเกิน 1 เดือน ท้องเสียบ่อยเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน น้ำหนักลดเกินร้อยละ 10 ของน้ำหนักตัวโดยไม่ทราบสาเหตุ มีอาการปวดกล้ามเนื้อและข้อ ไช้นสออักเสบเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งบริเวณคอ รักแร้ และขาหนีบ

นานเกิน 3 เดือน เริ่มที่ริมฝีปากหรืออวัยวะเพศซึ่งกำเริบบ่อย เป็นแผลเรื้อรัง งูสวัดโรคเชื้อราในช่องปาก หรือช่องคลอด ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย

ระยะป่วยเป็นเอดส์ (เอดส์เต็มขั้น) ในระยะนี้ระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วยเสื่อมเต็มที่ถ้าตรวจระดับ CD4 จะพบว่าจำนวนต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เป็นผลทำให้เชื้อโรค เช่น ไวรัส แบคทีเรีย เชื้อรา โปรโตซัว วัณโรค ฉวยโอกาสเข้ารุกรานเรียกว่า โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่รักษาค่อนข้างยาก และอาจเกิดภาวะติดเชื้อชนิดเดิมซ้ำหรือชนิดใหม่หรือหลายชนิดร่วมกัน ระยะนี้ผู้ป่วยอาจมีอาการ มีไข้เรื้อรังติดต่อกันหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือนไอเรื้อรัง หรือหายใจหอบเหนื่อยจากวัณโรคปอดหรือปอดอักเสบ ท้องเสียเรื้อรังจากเชื้อราหรือโปรโตซัว น้ำหนักลด รูปร่างผอมแห้ง และอ่อนเพลียไม่มีแรงปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน กลืนลำบาก หรือเจ็บคอเวลากลืนเนื่องจากหลอดอาหารอักเสบจากเชื้อรา สายตาพร่ามัว มองไม่ชัด หรือเห็นเงาหยากไย่ลอยไปมา ในผู้หญิงมีตกขาวบ่อย มีผื่นคันตามผิวหนัง ซีด มีจุดแดงจ้ำเขียวหรือเลือดออกจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ สับสน ความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ พฤติกรรมผิดปกติจากเดิมเนื่องจากความผิดปกติของสมอง ปวดศีรษะรุนแรง ชัก สับสน ซึม หรือหมดสติจากการติดเชื้อในสมอง อาการของโรคมะเร็งที่เกิดแทรกซ้อน เช่น มะเร็งของผนังหลอดเลือด มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในสมอง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งทวารหนัก

2.1.6 การรักษา

แบ่งออกเป็น 2 กลุ่ม คือ

1. ยาที่มุ่งทำลายเชื้อไวรัสโดยไปขัดขวางการแบ่งตัวของไวรัส เช่น ยาซุรามิน (Suramin), Hypothalamic pituitary adrenal axis (HPA) 23 ชื่อยาซุรามินใช้เวลารักษา 5-6 เดือน จะไม่พบเชื้อและไม่ถ่ายทอดเชื้อ ช่วยไม่ให้เชื้อไปโจมตี ที-เฮลเปอร์ ผลเสียของยา คือ ตับอักเสบ และหมดสติ

2. ยาที่มุ่งการเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค ได้แก่ ยาฉีดพวก Interferons หรือ Interleukin II เป็นสารที่สกัดมาจากเม็ดเลือดขาวของคนปกติ สังเคราะห์ขึ้นมาเพื่อกระตุ้นที-เฮลเปอร์ กับ ที-ซัพเพรสเซอร์ กลับมาสู่ปกติได้ ยาที่ใช้รักษา เช่น Azidothymidine (AZT) ที่ยับยั้งการเจริญเติบโตของไวรัสได้ ทำให้ที-เฮลเปอร์เพิ่มขึ้น แต่ไม่ได้รับการรักษาโรคเอดส์ให้หายขาดได้

สูตรยาต้านไวรัสเอชไอวี (กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค, 2564)

ยาด้านเอชไอวีที่แนะนำให้ใช้เป็นสูตรแรกในประเทศไทย คือ NRTIs + DTG ได้แก่ TDF หรือ TAF ร่วมกับ 3TC หรือ FTC ร่วมกับ DTG โดยแนะนำให้เป็นแบบเม็ดรวม เนื่องจากเป็นสูตรที่ได้ผลในการควบคุมไวรัสได้ดี มีผลข้างเคียงน้อย และใช้วันละครั้ง สูตรทางเลือก ได้แก่ NRTIs + NNRTIs ได้แก่ (TDF หรือ TAF) ร่วมกับ (3TC หรือ FTC) + EFV หรือ RPV ดังตารางที่ 1 กรณีที่ไม่สามารถใช้ TDF หรือ TAF แนะนำให้ใช้ Backbone เป็น ABC/3TC หรือ AZT+3TC กรณีใช้ยาตัวที่สามตามคำแนะนำไม่ได้ อาจใช้ยาในกลุ่ม Integrase inhibitor อื่นๆ ได้ BIC หรือ EVG หรือ RAL หรือยาในกลุ่ม Protease inhibitors ได้แก่ ATV/r หรือ DRV/r หรือ LPV/r

กรณีที่ไม่สามารถหายยาสูตร 3 ตัวที่เหมาะสมได้ เช่น มีปัญหาโรคไต ไม่สามารถใช้ TDF หรือ TAF ได้ พิจารณาใช้ยาสูตรสองตัวในสูตรหลัก ได้แก่ DTG+3TC โดยควรพิจารณาใช้ในกรณีที่ HBs Ag – negative และ Baseline VL < 500,000 copies/มล. หรือ CD4 > 200 cell/mm³ และไม่มีการติดต่อ 3TC

ตารางที่ 1 สูตรยาต้านเอชไอวีที่แนะนำเป็นสูตรแรกและสูตรทางเลือก

NRTIs backbone		ยาตัวที่ 3
แนะนำ		แนะนำ
(TDF หรือ TAF) ร่วมกับ (3TC หรือ FTC)		DTG (ควรใช้ยารวมเม็ด)
หรือทางเลือก	+	หรือทางเลือก
ABC + 3TC		EFV หรือ RPV
AZT + 3TC		

ตารางที่ 2 คำแนะนำการใช้ยาสูตรสองตัว กรณีไม่สามารถหายาสูตรสามตัวที่เหมาะสมได้

ยา	คำแนะนำ
DTG + 3TC ¹	1. ใช้ในกรณีไม่สามารถหายาสูตรสามตัวที่เหมาะสมได้ เช่น มีโรคไต ไม่สามารถใช้ TDF หรือ TAF ได้ 2. โดยควรพิจารณาใช้ในกลุ่มที่ - HBs Ag – negative - Baseline VL < 500,000 copies/มล. หรือ CD4 > 200 cell/mm³ - ไม่มีการติดต่อ 3TC

ที่มา: อ้างอิงจาก European AIDS Clinical Society. EACS Guidelines Version 10.1

ข้อดี/ข้อเสียของการเริ่มให้การรักษาเร็ว

ข้อดี

1. สามารถยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัสตั้งแต่ระยะเริ่มแรก
2. รักษาระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย
3. ยืดระยะเวลาของการเป็นโรค
4. มีความเสี่ยงที่จะเกิดการดื้อยาน้อยกว่า
5. ลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ

ข้อเสีย

1. คุณภาพชีวิตลดลงจากผลข้างเคียงของยา
2. มีความเป็นพิษจากยาสูง
3. ทำให้เชื้อดื้อต่อยาได้เร็ว หากยาไม่สามารถยับยั้งการเพิ่มจำนวนของเชื้อได้เต็มที่
4. มีความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อที่ดื้อยา
5. มีข้อจำกัดในการเลือกใช้ยาในอนาคต

ข้อดี/ข้อเสียของการเริ่มให้การรักษาช้า

ข้อดี

1. ผลเสียจากอาการข้างเคียงของยา ซึ่งส่งผลต่อคุณภาพชีวิต
2. ผลกระทบต่ออาการข้างเคียงของยา
3. มีทางเลือกในการเลือกใช้ยาในอนาคต

4. ยึด/เลื่อน ระยะเวลาของการพัฒนาให้เกิดการดื้อยา

ข้อเสีย

1. ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเสียมากทำให้ไม่สามารถคืนสภาพได้
2. ทำให้ยากในการยับยั้งการเพิ่มปริมาณเชื้อ
3. มีความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ

ความสำคัญของการรักษา คือความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ป่วย (Adherence) มีความสำคัญอย่างยิ่งต่อผลการรักษา หากผู้ป่วยไม่ให้ความร่วมมือในการใช้ยา อาจส่งผลทำให้ไม่สามารถควบคุมปริมาณเชื้อในเลือดและส่งผลให้เกิดอัตราการตายสูง นอกจากนี้ยังส่งผลต่อการดื้อยาประสิทธิภาพการรักษาลดลง โดยสาเหตุของความไม่ร่วมมือในการใช้ยาเกิดขึ้นได้จากหลายสาเหตุ เช่น ความไม่ไว้วางใจระหว่งแพทย์ บุคลากรทางการแพทย์และผู้ป่วย การใช้ยาเสพติด หรือดื่มแอลกอฮอล์ สภาพจิตใจ ผู้ป่วยมีความเครียด ระดับการศึกษา ความรู้ ความเข้าใจในการใช้ยาอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการสร้างความไว้วางใจให้เกิดขึ้นระหว่างผู้ป่วยกับบุคลากรทางการแพทย์ โดยให้ผู้ป่วยรับทราบข้อมูลเกี่ยวกับโรค การรักษาให้คำปรึกษาเมื่อเกิดปัญหา ให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงเป้าหมายในการรักษาและความร่วมมือในการรักษา

2.1.7 การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์

1. สร้างความไว้วางใจระหว่างผู้ป่วยและพยาบาล ทีมบุคลากรทางการแพทย์
2. ให้คำแนะนำเริ่มการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกราย แม้มีระดับ CD4 สูง เป็นการรักษา ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อทางเพศสัมพันธ์
3. เตรียมผู้ติดเชื้อให้พร้อม เนื่องจากผู้ป่วยต้องกินยาตลอดชีวิต อธิบายและชี้แจงถึงความสำคัญของการติดตามการรักษาอย่างสม่ำเสมอต่อเนื่อง คำนึงถึงทางเลือกของผู้ติดเชื้อเอชไอวีในกรณีที่ไม่เลือกการรับประทานยาเป็นสิทธิของผู้ป่วย
4. ชักประวัติโรคร่วมเพื่อหลีกเลี่ยงปฏิกิริยา หรือการปรับขนาดยาตามความเหมาะสม เช่น ประวัติโรคติดเชื้อฉวยโอกาส โรคทางจิตเวช ประวัติการใช้สมุนไพร อาหารเสริม หรือการรักษาทางเลือด ควรซักประวัติทุกครั้งที่มารับการรักษ ประวัติการรับประทานยาที่ใช้อยู่เป็นประจำ รวมถึงการใช้สารเสพติด ประวัติการแพ้ยา
5. แนะนำให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวีเข้าใจเกี่ยวกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง และสม่ำเสมอ ตรงเวลา ประเมิน Adherence การรับประทานยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวีทุกครั้งที่มาพบแพทย์
6. แนะนำผู้ติดเชื้อเอชไอวีและญาติในการสังเกตอาการแสดงของปฏิกิริยาการแพ้ยา เช่น ผื่นคัน ผื่นหนัง อาการของระบบทางเดินอาหาร เช่น คลื่นไส้ อาเจียน ท้องเสีย ปวดท้อง ปวดเอว อาการของระบบทางเดินหายใจ เช่น ไอ หายใจลำบาก คออักเสบ

2.2. โรคติดเชื้อฝีดาษลิง (Monkeypox)

โรคฝีดาษลิงหรือฝีดาษวานร โรคติดต่อจากสัตว์สู่คนที่เกิดจากเชื้อไวรัส เป็นโรคติดเชื้อที่อาการไม่รุนแรง อัตราการตายต่ำ ไม่ใช่โรคชนิดใหม่ โรคนี้เคยเกิดขึ้นมาในอดีตและได้สงบลงจนกระทั่งกลับมาระบาดอีกครั้ง โรคนี้ไม่ได้แพร่ง่ายมากนัก สามารถติดโรคได้จากการสัมผัสอย่างใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อที่มีผื่น โรคนี้แพร่ทางเพศสัมพันธ์ได้ง่าย ปัจจุบันองค์การอนามัยโลกได้ประกาศให้เปลี่ยนชื่อเรียกเป็น Mpox (โรคฝีดาษเอมพ็อกซ์) ตั้งแต่ เดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 เพื่อป้องกันความเข้าใจผิดว่าเป็นการติดเชื้อจากลิงเท่านั้น (ปัทมา ต.วรพานิช และโอภาส พุทธเจริญ, 2567)

2.2.1 สถานการณ์การแพร่ระบาดของโรคติดเชื้อฝีดาษลิง (Monkeypox)

โรคฝีดาษลิงหรือโรคฝีดาษวานร (Monkeypox) ถูกค้นพบครั้งแรกในปี พ.ศ. 2501 จากการศึกษาลิงที่เกิดการติดเชื้อ และพบการติดเชื้อครั้งแรกในคน เมื่อปี พ.ศ. 2513 ณ ประเทศสาธารณรัฐคองโก ต่อมาพบการติดเชื้อในประเทศแถบแอฟริกากลางและตะวันตก ผู้ป่วยคนแรกเป็นเด็กชายอายุ 9 ขวบ มาด้วยอาการไข้และผื่น (Pox-like rashes) นับตั้งแต่นั้นมา มีรายงานว่าพบผู้ป่วยจากแถบแอฟริกากลางและแอฟริกาตะวันตกเพิ่มขึ้นเรื่อย ๆ มีรายงานว่าพบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรใน 11 ประเทศในทวีปแอฟริกา ได้แก่ เบนิน แคมารูน สาธารณรัฐแอฟริกากลาง สาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก กาบอง ไชวอรีโคสต์ ไลบีเรีย สาธารณรัฐคองโก เซียร์ราลีโอน และซูดานใต้โดยประเทศที่พบผู้ติดเชื้อมาก คือ สาธารณรัฐคองโก และไนจีเรีย (สมรรถน์ ลิ้มมหาคุณ, 2565) แต่เดิมโรคฝีดาษลิงมีการระบาดอยู่เฉพาะในประเทศแถบแอฟริกา แม้จะไม่ทราบจำนวนที่แท้จริง แต่ประมาณการว่าประเทศไนจีเรียมีผู้ป่วยเข้าข่ายสงสัย 500 คน และพบผู้ป่วยยืนยัน 200 คน มีอัตราการเสียชีวิต 3% ปี และโรคนี้ได้สงบลง แต่หลังจากปี พ.ศ. 2546 เริ่มมีการพบผู้ป่วยนอกทวีปแอฟริกา ซึ่งเกิดขึ้นเป็นครั้งแรกโดยผู้ป่วยมีประวัติสัมผัสกับสัตว์ที่ติดเชื้อจากสัตว์ที่นำมาจากทวีปแอฟริกา ซึ่งเป็นกรณีที่เชื่อมโยงไปถึงการสัมผัสกับกระรอกดิน (Prairie dog) ที่ติดเชื้อ ซึ่งถูกเลี้ยงอยู่ในกรงเดียวกับหนูแกมเบียและหนูดอร์เมาส์ ที่นำเข้ามาจากประเทศกานา ต่อมาพบมีการพบผู้ป่วยนอกทวีปแอฟริกา มากขึ้นเรื่อย ๆ ซึ่งในการระบาดในครั้งนั้นพบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรในสหรัฐมากกว่า 70 คน และมีรายงานว่าตรวจพบโรคฝีดาษวานรในผู้เดินทางจากไนจีเรียไปยังอิสราเอลในเดือน กันยายน พ.ศ. 2561 จากไนจีเรียไปยังสหราชอาณาจักรในเดือนกันยายน 2561 ธันวาคม 2562 จากไนจีเรียไปยังสิงคโปร์ ในเดือน พฤษภาคม 2562 และจากไนจีเรียไปยังสหรัฐ ในเดือนกรกฎาคม และพฤศจิกายน 2564 และพบมีการระบาดครั้งใหม่ ในเดือน พฤษภาคม พ.ศ. 2565 พบผู้ติดเชื้อแพร่กระจายใน 76 ประเทศทั่วโลก รวมถึงประเทศไทย (CDC, 2022) พบผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรทั่วโลกที่ได้รับการยืนยันผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการจำนวนทั้งสิ้น 57, 527 คน มีรายงานการแพร่ระบาดในประเทศไทย พบผู้ป่วยรายแรกในเดือนกรกฎาคม 2565 พบที่จังหวัดภูเก็ตเป็นนักท่องเที่ยวชายชาวไนจีเรีย โรคฝีดาษวานรถูกประกาศให้เป็นโรคติดต่อต้องเฝ้าระวังลำดับที่ 56 ตามพระราชบัญญัติโรคติดต่อ ซึ่งมีข้อบังคับให้ทุกสถานพยาบาลในประเทศไทยรายงานเมื่อพบผู้ป่วยเพื่อประโยชน์ในการเฝ้าระวัง การป้องกัน และควบคุมโรค ข้อมูลจากกรมควบคุมโรค ณ วันที่ 13 มิถุนายน 2567 (กรมควบคุมโรค, 2567) พบผู้ติดเชื้อฝีดาษลิงจำนวน 800 คน เป็นเพศชาย 780 คน เพศหญิง 20 คน ผู้ติดเชื้อส่วนใหญ่มีอายุระหว่าง 30-39 ปี

2.2.2 พยาธิสภาพการเกิดโรคและการติดเชื้อโรคฝีดาษลิง

โรคฝีดาษลิง (Monkeypox) เกิดจากเชื้อไวรัส Monkeypox เป็นไวรัสที่มี DNA สายคู่มีโครงสร้างห่อหุ้มเซลล์ (Enveloped double-stranded DNA) ซึ่งเป็นไวรัสในสกุล Orthopoxvirus ของวงศ์ Poxviridae ซึ่งเป็น Genus เดียวกับเชื้อก่อโรค Smallpox ไวรัสฝีดาษลิงมี 2 สายพันธุ์หลักที่จำแนกตามการศึกษาวิวัฒนาการทางพันธุกรรม ได้แก่ สายพันธุ์แอฟริกากลาง (แถบลุ่มน้ำคองโก) และสายพันธุ์แอฟริกาตะวันตก ในอดีตสายพันธุ์ลุ่มน้ำคองโกทำให้เกิดโรคที่มีอาการรุนแรงกว่า และเชื่อกันว่าสายพันธุ์นี้แพร่เชื้อได้ง่ายกว่า ตั้งแต่อดีตจนถึงปัจจุบัน มีการจำแนกเชื้อไวรัส 2 สายพันธุ์ตามเขตภูมิศาสตร์ในแคมารูน ซึ่งเป็นเพียงประเทศเดียวที่ตรวจพบทั้ง 2 สายพันธุ์ พบสัตว์หลายสปีชีส์ที่ถูกระบุว่าติดเชื้อไวรัสฝีดาษลิงได้ง่าย ได้แก่ กระรอกเชือก กระรอกต้นไม้ หนูแกมเบียที่มีถุงหน้าท้อง หนูดอร์เมาส์ สัตว์ตระกูลลิง และสัตว์ชนิดอื่น เชื้อไวรัสจะเข้าสู่ร่างกายทางระบบทางเดินหายใจ ผิวหนังที่มีบาดแผล และเยื่อต่างๆ หลังจากนั้นเชื้อไวรัสแพร่เข้าสู่ระบบนำเหลืองบริเวณใกล้เคียง เกิดเป็น Primary viremia และเข้าสู่ระบบ Reticuloendothelial system เพื่อแบ่งตัวให้มีจำนวนมากขึ้นก่อให้เกิด Secondary viremia และกระจายเข้าสู่อวัยวะต่างๆ

โดยเฉพาะที่สำคัญ คือ ผิวหนัง ความรุนแรงของโรคและอัตราการเสียชีวิต โรคฝีดาษลิงมีลักษณะและอาการคล้ายโรคฝีดาษ แต่มีความรุนแรงของโรคต่ำกว่า ผู้ป่วยส่วนใหญ่มักหายได้เองภายใน 2 – 4 สัปดาห์ อัตราการเสียชีวิตโดยรวมอยู่ที่ประมาณร้อยละ 0 – 11 ซึ่งส่วนใหญ่เป็นผู้ป่วยเด็ก ในช่วงหลังอัตราการเสียชีวิตลดลงเป็นร้อยละ 3 – 6 โดยผู้ที่มีความเสี่ยงมากขึ้น คือ เด็ก วัยรุ่น และผู้ที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เนื่องจากประชาชนวัยผู้ใหญ่บางส่วนเคยได้รับวัคซีนป้องกันโรคฝีดาษมาก่อน ซึ่งมีส่วนช่วยป้องกันโรคฝีดาษลิงได้ (ภาคภูมิ พุ่มพวง และคณะ, 2567)

2.2.3 การแพร่กระจายเชื้อ

โรคฝีดาษลิงติดต่อได้โดยตรงจากการสัมผัส ทั้งจากสัตว์สู่คน ได้แก่ สัตว์จำพวก หนู กระรอก และลิง และจากคนสู่คนที่ใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ และการติดต่อส่วนใหญ่โดยการสัมผัสกับผู้ป่วยโดยตรงในระยะแพร่เชื้อ หรือสารคัดหลั่งจากผู้ป่วยยืนยัน (Contact transmission) การติดต่อทางละอองฝอยจากการไอ จาม และติดต่อได้จากการทำหัตถการที่ทำให้เกิดละอองฝอยขนาดเล็ก (Droplet transmission) รวมทั้งการติดต่อจากแม่สู่ลูกผ่านทางรกได้

2.2.4 อาการและอาการแสดง

อาการของผู้ป่วย แบ่งออกเป็น 2 ช่วง คือ

ช่วงที่ 1 ระยะก่อนออกผื่น (Invasion period) วันที่ 0-5 ผู้ป่วยจะมีอาการ ได้แก่ มีไข้ ปวดศีรษะ เจ็บคอ ต่อน้ำเหลืองโต ปวดหลัง ปวดกล้ามเนื้อมาก ไม่มีแรง ผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อได้ตั้งแต่มียาอาการใช้อาจมีการแพร่เชื้อผ่านระยะนี้ได้เล็กน้อย ภาวะต่อมน้ำเหลืองโตเป็นลักษณะเด่นของโรคฝีดาษลิงเปรียบเทียบกับโรคอื่นที่อาจแสดงอาการแรกเริ่มคล้ายกัน (โรคอีสุกอีใส โรคหัด และโรคฝีดาษ)

ช่วงที่ 2 ระยะออกผื่น (Skin eruption period) เริ่ม 1-3 วัน หลังมีไข้ เป็นช่วงที่สามารถแพร่เชื้อได้มาก โดยผื่นจะเริ่มจากบริเวณ ใบหน้า จากนั้นจึงกระจายไปตามแขนขา ฝ่ามือ ฝ่าเท้า บางรายอาจมีผื่นบริเวณเยื่อช่องปาก อวัยวะเพศ และเยื่อตา ได้โดยลักษณะของผื่นจะเริ่มจากผื่นแดงราบเปลี่ยนเป็นผื่นแดงนูน ตุ่มน้ำ และตุ่มหนอง จากนั้นจะตกสะเก็ดและหลุดลอกออก ซึ่งผู้ป่วยสามารถแพร่เชื้อได้จนกว่าสะเก็ดหลุดลอกออกหมด ระยะนี้ใช้เวลาประมาณ 2-4 สัปดาห์ ส่วนใหญ่อาการไม่รุนแรง แต่หากพบอาการรุนแรงจากการติดเชื้อซ้ำซ้อนที่ปอด เชื้อลามไปที่สมองเกิดสมองอักเสบ การติดเชื้อเข้ากระแสเลือด หรือบางรายติดเชื้อที่กระจกตา ทำให้สูญเสียการมองเห็นได้ (สิทธิชัย ตันติภาสวสิน, 2565)

2.2.5 การวินิจฉัย

1. การซักประวัติการเดินทางไปในพื้นที่เสี่ยง ประวัติการสัมผัสโรค รวมถึงอาการของผู้ป่วย ร่วมกับการตรวจร่างกายโดยแพทย์ โดยเฉพาะอย่างยิ่งลักษณะและตำแหน่งของผื่น ตุ่ม ภาวะต่อมน้ำเหลืองโต
2. ผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ส่งตรวจ ณ ห้องปฏิบัติการที่มีความพร้อมและมีระบบความปลอดภัยทางชีวภาพของห้องปฏิบัติการระดับ 2 เสริมสมรรถนะ (Biosafety Level 2 enhanced: BSL-2 enhanced) ขึ้นไป อย่างน้อย 1 แห่ง โดยเทคนิคการตรวจ 2 Target ดังต่อไปนี้

2.1 ตรวจหาสารพันธุกรรม Orthopoxvirus ด้วยเทคนิค Real-time PCR และทดสอบอีกครั้งด้วย Real-time PCR ที่จำเพาะต่อ Monkeypoxvirus หรือ

2.2 ตรวจหาสารพันธุกรรม Monkeypoxvirus ด้วยเทคนิค Real-time PCR และทดสอบอีกครั้งด้วย Real-time PCR ที่จำเพาะต่อ Clades

2.2.6 แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคฝีดาษลิง (กรมควบคุมโรค, 2565)

ผู้ป่วยฝีดาษลิง แบ่งเป็น 4 ประเภท ได้แก่

1. ผู้ป่วยสงสัย (Suspected case) คือ ผู้ที่มีอาการดังต่อไปนี้

1.1 ใช้ (อุณหภูมิร่างกายตั้งแต่ 38° C) หรือให้ประวัติมีไข้ ร่วมกับอาการอย่างน้อยหนึ่งอย่างต่อไปนี้ ได้แก่ เจ็บคอ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ปวดหลัง ต่อม้ำเหลืองบวมโต หรือ

1.2 มีผื่นหรือตุ่มที่ผิวหนัง หรือเคยมีผื่นหรือตุ่มกระจายตามใบหน้า ศีรษะ ลำตัว อวัยวะเพศ รอบทวารหนัก แขน ขา หรือฝ่ามือ ฝ่าเท้าเป็นผื่น หรือตุ่มลักษณะเป็นตุ่มนูน ตุ่มน้ำใส ตุ่มหนอง หรือ ตุ่มตกสะเก็ด เป็นผื่นที่ไม่ตอบสนองต่อการรักษา ร่วมกับมีประวัติเชื่อมโยงทางระบาดวิทยา (Epidemiological linkage) ภายในเวลา 21 วันที่ผ่านมาอย่างน้อยหนึ่งข้อ ดังต่อไปนี้

1.2.1 มีประวัติการสัมผัสที่ทำให้แพทย์ให้การวินิจฉัยสงสัยโรคฝีดาษลิง

1.2.2 มีประวัติเดินทางไปเข้าร่วมงาน หรือกิจกรรมที่เคยมีการรายงานผู้ป่วยโรคฝีดาษลิงหรือ มีอาชีพที่ต้องสัมผัสคลุกคลีกับผู้เดินทางจากต่างประเทศ หรือ

1.2.3 มีประวัติสัมผัสสัตว์ฟันแทะ หรือสัตว์เลี้ยงลูกด้วยนมขนาดเล็กที่มีต้นกำเนิดมาจากทวีปแอฟริกา

2. ผู้ป่วยเข้าข่าย (Probable case) คือ ผู้ป่วยสงสัยที่มีประวัติสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษลิง ตั้งแต่เริ่มมีอาการแรกจนถึงตุ่มตกสะเก็ด ดังต่อไปนี้

2.1 สัมผัสโดยตรงกับผิวหนัง (แม้จะไม่เห็นรอยโรค) เยื่อบุ หรือสารคัดหลั่งจากร่างกายของผู้ป่วยโรคฝีดาษลิง เช่น การจับมือ คลุกคลี หรือ สัมผัสสิ่งของที่อาจมีเชื้อปนเปื้อนของผู้ป่วย เช่น เสื้อผ้า ที่นอน ของใช้ของผู้ป่วย หรือถูกของมีคมที่อาจปนเปื้อนเชื้อฝีดาษลิงทิ่มตา

2.2 สัมผัสร่วมบ้าน หรือมีการพักค้างคืนร่วมกับผู้ป่วยโรคฝีดาษลิงอย่างน้อย 1 คืน หรือนั่งร่วมยานพาหนะกับผู้ป่วยโรคฝีดาษลิง (ภายในระยะ 1 เมตร) หรือใช้ห้องน้ำร่วมกับผู้ป่วยโรคฝีดาษลิง เช่น สัมผัสฝารองนั่งโถสุขภัณฑ์เดียวกัน ตั้งแต่ผู้ป่วยเริ่มมีอาการ

2.3 อยู่ใกล้ผู้ป่วยฝีดาษลิงภายในระยะ 1 เมตร ขณะหรือหลังทำหัตถการที่ทำให้เกิดละอองฝอย จากสารคัดหลั่งหรือกิจกรรมที่ทำให้เกิดละอองฟุ้งจากคราบเชื้อโรค เช่น การสับตัดผ้าปูที่นอนหรือเสื้อผ้า

2.4 เสื้อผ้าของผู้สัมผัสมีการสัมผัสโดยตรง กับรอยโรคสารคัดหลั่ง เยื่อบุร่างกายและสิ่งของที่อาจปนเปื้อนเชื้อ เช่น เสื้อผ้า ที่นอน ของผู้ป่วยฝีดาษลิง เช่น การอาบน้ำให้ผู้ป่วย การขนส่งผู้ป่วย และ/หรือ มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยัน ข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

- พบ Anti-orthopoxvirus IgM antibody ในซีรัมของผู้ป่วยระยะ 4-56 วัน หลังออกผื่น

- ตรวจพบเชื้อไวรัสที่เข้าได้กับ Orthopoxvirus genus ในผิวหนังหรือเนื้อเยื่อของผู้ป่วย

ด้วยวิธี Electron Microscopy

3. ผู้ป่วยยืนยัน (Confirmed case) คือ ผู้ป่วยสงสัย หรือเข้าข่ายที่มีผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันอย่างน้อย 1 ห้องปฏิบัติการ จากผลการตรวจข้อใดข้อหนึ่ง ต่อไปนี้

- พบสารพันธุกรรมของ Orthopoxvirus (OPXV) และสารพันธุกรรมที่จำเพาะต่อ Monkeypoxvirus (MPXV) หรือ

- พบสารพันธุกรรมที่จำเพาะต่อ Monkeypoxvirus (MPXV) และมีผลจำแนก Clade สำหรับผู้ป่วยยืนยัน จะมีการพิจารณาเพิ่มเติมเพื่อจำแนกว่าเป็นผู้ป่วยนำเข้า (Imported case) หรือผู้ป่วยติดเชื้อมาในประเทศ (Local transmission) โดยพิจารณาตามนิยามผู้ป่วยนำเข้า

4. ผู้ป่วยคัดออก (Discarded case) คือ ผู้ป่วยสงสัย หรือผู้ป่วยเข้าข่ายที่มีผลการตรวจด้วยวิธี Real-time PCR และ/หรือ DNA sequencing ไม่พบสารพันธุกรรม MPXV จากการตรวจอย่างน้อย 1 ห้องปฏิบัติการ หรือมีหลักฐานพบการติดเชื้ออื่นที่ไม่ใช่ฝีดาษลิง และมีอาการทางคลินิกที่เข้าได้กับโรคนั้น ๆ

ผู้ป่วยนำเข้า (Imported case)

คือ ผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษที่มีประวัติพบครั้งแรกจากห้องปฏิบัติการในประเทศไทย และมีประวัติเดินทางมาจากต่างประเทศ โดยมีวันเริ่มป่วยหลังจากเข้าประเทศไทย ตามข้อใดข้อหนึ่งดังต่อไปนี้

1. มีวันเริ่มป่วยภายใน 5 วัน
2. มีวันเริ่มป่วยอยู่ในช่วง 5-21 วัน ร่วมกับ ผลสอบสวนโรคไม่พบความเชื่อมโยงทางระบาด

วิทยาภายในประเทศไทย

หมายเหตุ หากเริ่มป่วยหลัง 21 วัน จะนับเป็นผู้ป่วยติดเชื้อภายในประเทศ (local transmission)

2.2.7 การรักษา

องค์ความรู้ด้านการป้องกันโรคและยารักษายังมีจำกัด แนะนำให้ผู้ป่วยทุกรายเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การรักษาในสถานพยาบาลหรือที่บ้าน ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับความรุนแรงของอาการปัจจัยเสี่ยงอื่นๆ ที่อาจนำไปสู่อาการรุนแรงขึ้น

- การรักษาโรคฝีดาษลิง เป็นการรักษาแบบประคับประคอง เช่น ลดไข้ ลดอาการไม่สบายจากตุ่มหนอง การให้สารน้ำทางหลอดเลือดดำ และดูแลไม่ให้เกิดภาวะแทรกซ้อน
- ผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง ได้แก่ Hemorrhagic disease, Confluent lesions, Sepsis, Encephalitis ผู้ป่วยต้องได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
- ผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อแบคทีเรีย อาเจียน ถ่ายเหลวรุนแรงมีภาวะปอดอักเสบ และภาวะแทรกซ้อนอื่น ควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
- ตุ่ม หนอง ลูกกลมอวัยวะสำคัญ เช่น ตา ปาก อวัยวะเพศ หรือทวารหนัก ควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
- เด็กอายุต่ำกว่า 8 ปี หญิงตั้งครรภ์ และมารดาที่ให้นมบุตร ควรได้รับการรักษาในโรงพยาบาล
- หากได้รับคำแนะนำให้แยกกักตัวที่บ้าน ไม่ควรออกไปไหน 21 วัน หรือจนกว่าตุ่มและแผลหายสนิท และควรปกป้องคนอื่นๆ ที่อยู่อาศัยร่วมกันให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้

การรักษาจำเพาะ ยาต้านไวรัสจำเพาะเป็นยาที่ใช้ในการรักษา อยู่ในระหว่างการศึกษาวิจัยในต่างประเทศ ยาที่มีรายงานให้ผู้ป่วยที่อาการรุนแรง คือ Tecovirimat (TPOXX) ซึ่งเป็นยาที่ยังไม่ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการอาหารและยา สำหรับการรักษาการติดเชื้อ Monkeypox แต่ได้รับการรับรองในการรักษา Smallpox มาก่อน ปัจจุบันในยุโรปและอังกฤษอนุญาตให้ใช้ยาดังกล่าวภายใต้เงื่อนไข Emergency use authorization เนื่องจากอาจมีประโยชน์ในการรักษาการติดเชื้อฝีดาษลิง รายงานการใช้ยาในประเทศต่างๆ พบว่ามีความปลอดภัยที่ยอมรับได้ทั้งนี้ภายใต้ข้อตกลงระหว่างกรมควบคุมโรคและองค์การอนามัยโลกจึงได้จัดทำมาตรการเพื่อการเข้าถึงยา Tecovirimat สำหรับการรักษาโรคติดเชื้อฝีดาษลิง ภายใต้กรอบข้อกำหนดของ MEURI การที่เข้าถึงยาตามที่ระบุไว้ใน มาตรการนี้ไม่ใช่การวิจัย เป็นมาตรการที่มีจุดประสงค์เพื่อกำกับติดตามการใช้ยาที่มีปริมาณจำกัด เฝ้าระวัง ติดตามในการเก็บข้อมูล การรายงานข้อมูลในการใช้ยาโดยกรมควบคุมโรค (กรมควบคุมโรค, 2566)

ปริมาณการให้ยา

- ผู้ป่วยที่มีน้ำหนัก 40-120 กิโลกรัม จะได้รับยา TPOXX® (Tecovirimat) 600 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง เป็นเวลา 14 วัน
- ผู้ป่วยที่มีน้ำหนักมากกว่า 120 กิโลกรัม จะได้รับยา TPOXX® (Tecovirimat) 600 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 14 วัน

การรับประทานยา TPOXX® (Tecovirimat) จะต้องรับประทานยา 30 นาที หลังมื้ออาหารที่มีไขมันเป็นส่วนประกอบ (Moderate or high fat)

การเก็บยา

ควรจัดเก็บยา Tecovirimat ที่อุณหภูมิ 20-25 °C

2.2.8 การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อฝีดาษลิง

เนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อฝีดาษลิง การพยาบาลเน้นเป็นการประคับประคองตามอาการของผู้ป่วย ซึ่งส่วนใหญ่จะมีไข้ มีผื่น ตุ่มน้ำ ตุ่มหนองตามร่างกาย มีอาการปวด ให้การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการต่างๆ และให้การพยาบาลในกรณีที่ผู้ป่วยเกิดอาการรุนแรงจากการติดเชื้อซ้ำซ้อนที่ปอด เชื้อลุกลามไปที่สมอง เกิดภาวะสมองอักเสบ การติดเชื้อเข้ากระแสเลือด (ปวรรณรัช พันธุ์บุตร, 2565) ดังนี้

1. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อฝีดาษลิงระยะแพร่กระจายเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนที่ผิวหนัง ได้แก่ การประเมินบริเวณแผล ตุ่มน้ำ โดยสังเกตผิวหนังบริเวณนั้นว่ามีการอักเสบ บวมแดง เป็นหนองเพิ่มขึ้นหรือไม่ ประเมินสัญญาณชีพ วัดอุณหภูมิร่างกาย หากมีไข้ อุณหภูมิมากกว่า 38.0 องศาเซลเซียส ดูแลเช็ดตัวลดไข้ ดูแลด้านสุขวิทยาส่วนบุคคล เช่น การทำความสะอาดร่างกายด้วยการอาบน้ำฟอกสบู่วันละ 2 ครั้ง ดูแลประคบตุ่มน้ำ ตุ่มหนองด้วย Burrow's solution วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น เพื่อให้ตุ่มแห้งลดอาการเฉพาะที่ (จุฬาพร ประสงค์สิน, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์ และยุวรัตน์ ม่วงเงิน, 2559) ดูแลทำความสะอาดแผล เมื่อมีแผลเปิดจากรอยโรคของตุ่มน้ำแตก โดยปฏิบัติตามการพยาบาลที่ยึดหลักปลอดเชื้ออย่างเคร่งครัด เตรียมและตรวจสอบเครื่องมือที่ใช้สำหรับการดูแลแผลตามมาตรฐานการทำให้เครื่องมือปราศจากเชื้อ แนะนำผู้ป่วยตัดเล็บให้สั้น และห้ามแกะเกาแผลและตุ่มของโรคฝีดาษลิง ดูแลความสะอาดผิวหนังไม่ให้อักเสบ กรณีมีแผลบริเวณก้น ซึ่งส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการปวด ควรดูแลให้ผู้ป่วยนั่งแช่น้ำอุ่น (Hot sitz bath) ดูแลการรับประทานยาของผู้ป่วยให้ได้รับยาตามแผนการรักษา รายงานแพทย์ทราบทันทีเมื่อพบความผิดปกติ เช่น ตุ่มมีลักษณะเป็นหนอง ผิวหนังบริเวณที่มีตุ่มบวมแดง ร้อนเพิ่มขึ้น เพื่อพิจารณาให้การรักษาและวางแผนการดูแลร่วมกัน

2. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อฝีดาษลิงในระยะแพร่กระจายเชื้อ ที่มีภาวะแทรกซ้อนปอดอักเสบจากการติดเชื้อ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการป้องกันภาวะปอดอักเสบ ได้แก่ ประเมินการหายใจ และบันทึกอัตราการหายใจทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีอาการเหนื่อย หายใจลำบาก หรือมีการออกแรงในการหายใจ อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์ ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ติดตามฟังเสียงปอดเพื่อประเมินความผิดปกติ ถ้าพบเสียง Bronchial sound, Crackles, Rhonchi, Crepitation ซึ่งมักจะได้ยินบริเวณใต้สะบักทั้งสองข้าง หรืออาจได้ยินเสียง Wheezing บริเวณที่มีการอักเสบ การขยายตัวของปอดจะน้อยลงทำให้ได้ยินเสียงลมเข้าปอดเบาลง รายงานแพทย์ กระตุ้นให้ผู้ป่วยพลิกตะแคงตัวเพื่อลดเสมหะในปอด กระตุ้นให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง สอนการหายใจอย่างมีประสิทธิภาพ ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับน้ำอย่างเพียงพอประมาณวันละ 2,000-3,000 มิลลิตร เพื่อให้เกิดความชุ่มชื้น เสมหะอ่อนตัว คลายความเหนียว ดูแลจัดท่าให้ผู้ป่วยอยู่ในท่าศีรษะสูง กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งบนเตียง เพื่อให้ปอดมีการขยายตัวและลดอาการคั่งของเสมหะ ดูแลติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ผลการตรวจภาพถ่ายรังสีปอดเพื่อติดตามภาวะปอดอักเสบตามแผนการรักษาของแพทย์

3. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อฝีดาษลิงในระยะแพร่กระจายเชื้อ ที่มีภาวะแทรกซ้อนสมองอักเสบจากการติดเชื้อ ได้แก่ การสังเกต ประเมิน ระดับความรู้สึกตัว และอาการผิดปกติ ถ้ามีอาการปวดศีรษะ สับสน ซึม ชัก มีไข้สูง เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียน คอแข็ง รายงานแพทย์ ประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง ประเมินและบันทึกอาการเปลี่ยนแปลงทางระบบประสาททุก 4 ชั่วโมง เตรียมไม่กดลิ้น อุปกรณ์การให้ออกซิเจน

และยาให้พร้อมใช้หากผู้ป่วยมีอาการชัก ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารน้ำอย่างเพียงพอทางหลอดเลือดดำ ดูแลให้ได้รับอาหารที่เหมาะสม ดูแลให้ผู้ป่วยนอนพักผ่อนอย่างเพียงพอ กรณีผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้ที่เบี่ยงเบน ต้องลดการกระตุ้นทางแสง เสียง โดยการจัดสิ่งแวดล้อมในห้องผู้ป่วยให้เงียบสงบเพื่อป้องกันการกระตุ้นอาการชัก ยกไม้กั้นเตียงขึ้นทุกครั้งหลังให้การรักษายาบาลเพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุ ดูแลให้ได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ ประเมินภาวะสมองอักเสบเมื่อพบความผิดปกติ รายงานแพทย์

4. การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อฝีดาษลิงในระยะแพร่กระจายเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อนที่ผิวหนัง ระดับความรู้สึกตัว สัญญาณชีพ ใช้ SIRS criteria ช่วยในการประเมินและวินิจฉัย ภาวะการติดเชื้อในผู้ป่วย ใช้ SOS score ช่วยในการประเมินผู้ป่วย ดูแลให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษา การส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการและติดตามผลการตรวจ จัดวางระบบเฝ้าระวังผู้ป่วย Sepsis ปรับปรุงแนวทางการดูแลผู้ป่วยให้เป็นปัจจุบัน การลงบันทึกข้อมูลให้ครบถ้วน ถูกต้อง

2.3 ความรู้เกี่ยวกับโรคเฮอร์ปีส์ที่ติดเชื้อฝีดาษลิง

การทบทวนวรรณกรรมเกี่ยวกับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเฮอร์ปีส์ที่ติดเชื้อฝีดาษลิง (Monkeypox หรือ Mpox) ได้เผยให้เห็นข้อมูลสำคัญครอบคลุมหลายประเด็น ทั้งด้านระบาดวิทยา ลักษณะทางคลินิก ปัจจัยเสี่ยง และความท้าทายเชิงระบบบริการสาธารณสุขในการดูแลรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในช่วงการระบาดทั่วโลกตั้งแต่ปี ค.ศ. 2022 เป็นต้นมา ซึ่งมีรายงานข้อมูลอย่างต่อเนื่องจากองค์การอนามัยโลก (WHO) และหน่วยงานสาธารณสุขระดับนานาชาติอย่างต่อเนื่อง ดังนี้

1. ด้านระบาดวิทยา (Epidemiology)

งานวิจัยหลายฉบับชี้ให้เห็นว่าการระบาดของโรคฝีดาษลิง (Mpox) ในยุโรป อเมริกา และภูมิภาคอื่น มีความเกี่ยวข้องอย่างใกล้ชิดกับกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูง โดยเฉพาะชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (Men who have Sex with Men; MSM) และผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การมีคู่นอนหลายคน หรือการไม่ใช้ถุงยางอนามัย (CDC, 2022; Singh et al., 2023)

1.1 รายงานของ Centers for Disease Control and Prevention (CDC) ใน Morbidity and Mortality Weekly Report ได้รวบรวมข้อมูลเพื่อวิเคราะห์ลักษณะของผู้ป่วยฝีดาษลิง (Mpox) โดยเฉพาะในแง่ของการติดเชื้อเฮอร์ปีส์ (HIV) และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections; STIs) ผลการวิเคราะห์พบว่า จำนวนมากของผู้ติดเชื้อฝีดาษลิงในสหรัฐอเมริกาติดเชื้อเฮอร์ปีส์ (HIV) ร่วมด้วย โดยในบางพื้นที่สูงถึงร้อยละ 38 – 41 นอกจากนี้ยังพบว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศที่สูง เช่น การมีคู่นอนหลายคน การใช้ยาเสพติดร่วมเพศ และการมีประวัติ STIs เช่น ซิฟิลิสหรือหนองใน การศึกษาเน้นย้ำความสำคัญของการบูรณาการการดูแลรักษาผู้ป่วยอย่างรอบด้าน ทั้งการให้การรักษาฝีดาษลิง และการควบคุมโรคทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ควบคู่กันพร้อมกับแนะนำให้มีการตรวจหา HIV ในผู้ป่วย Mpox ทุกคนอย่างเป็นระบบเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนและเพิ่มโอกาสในการเข้าถึงการรักษาอย่างทันท่วงที (CDC, 2022)

1.2 จากการศึกษาของ Liu, B. M., Rakhmanina, N. Y., Yang, Z., & Bukrinsky, M. I. (2024) ได้ทบทวนข้อมูลและวิเคราะห์บทบาทของการติดเชื้อร่วมระหว่างฝีดาษลิงกับ HIV, STIs และการติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน (bacterial superinfections) พบว่าผู้ป่วยที่มีการติดเชื้อเฮอร์ปีส์ (HIV) หรือ STIs ร่วมด้วย มีแนวโน้มที่จะมีอาการฝีดาษลิงรุนแรงกว่า มีการฟื้นตัวที่ช้ากว่าและมีภาวะแทรกซ้อนที่ซับซ้อนมากขึ้น อธิบายโดยกลไกทางภูมิคุ้มกันที่ถูกทำลายลงจากการติดเชื้อเฮอร์ปีส์ (HIV) ซึ่งลดความสามารถของร่างกาย

ในการควบคุมและกำจัดไวรัสฝีดาษลิง การรักษาฝีดาษลิงในอนาคตจำเป็นต้องคำนึงถึงสถานการณ์ติดเชื้อร่วมเพื่อปรับปรุงแผนการดูแลรักษาให้ครอบคลุมและเหมาะสมกับกลุ่มประชากรที่มีความเปราะบางทางภูมิคุ้มกัน เช่น ผู้ป่วย HIV หรือผู้ที่มี STIs (Liu et al., 2024)

1.3 Singh และคณะ (2023) ศึกษาทบทวนอย่างเป็นระบบและการวิเคราะห์เมตา (systematic review and meta-analysis) โดยวิเคราะห์ข้อมูลจากการศึกษาหลายฉบับทั่วโลกที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยฝีดาษลิงที่มีการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ร่วมกัน ผลการศึกษาพบว่า โดยเฉลี่ย 41.11% ของผู้ป่วยฝีดาษลิงทั่วโลกมีการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ร่วมด้วย ซึ่งสูงกว่าความชุกของการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ในประชากรทั่วไปอย่างมาก การศึกษายังพบความแตกต่างตามภูมิภาค เช่น ในทวีปแอฟริกาอัตราการติดเชื้อร่วมสูงกว่าในยุโรปหรืออเมริกาเหนือ ผลลัพธ์นี้เน้นถึงความสำคัญของการออกแบบนโยบายสาธารณสุขที่เหมาะสมในแต่ละบริบท และเน้นการบูรณาการการดูแลรักษาผู้ป่วยฝีดาษลิงร่วมกับบริการตรวจหาและรักษาเอชไอวี (HIV) (Singh et al., 2023)

2. ด้านลักษณะทางคลินิก (Clinical Features)

การติดเชื้อร่วมระหว่าง HIV และ Mpox มีลักษณะอาการทางคลินิกที่ซับซ้อนและรุนแรงกว่าในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันปกติ (Liu et al., 2024) ผู้ป่วย HIV ที่ไม่ได้รับยาต้านไวรัส (ART) หรือมีระดับ CD4 ต่ำมักพบอาการรุนแรง เช่น ผื่นตุ่มหนองที่ลุกลามกว้าง มีแผลเรื้อรัง ติดเชื้อซ้ำซ้อนด้วยเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้อรา และมีแนวโน้มเกิดภาวะแทรกซ้อนทางระบบ เช่น การติดเชื้อในกระแสเลือดหรือปอดบวม ซึ่งลักษณะนี้ทำให้ผู้ป่วยกลุ่มนี้มีอัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลและอัตราการเสียชีวิตสูงขึ้น

3. ด้านปัจจัยเสี่ยงและการติดเชื้อร่วม (Risk Factors and Co-infections)

รายงานของ CDC (2022) ชี้ให้เห็นว่า นอกจาก HIV แล้ว ผู้ป่วย Mpox ยังมักมีการติดเชื้อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น ซิฟิลิส หนองใน และเริม ซึ่งส่งผลให้ภาพทางคลินิกซับซ้อนขึ้น และจำเป็นต้องมีการวินิจฉัยแยกโรคอย่างละเอียด การมีพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ เช่น การใช้ยาเสพติดร่วมเพศ (Chemsex) และการไม่ป้องกันตนเองยิ่งเพิ่มโอกาสในการแพร่และติดเชื้อร่วม

4. ด้านการดูแลรักษาและความท้าทายทางการแพทย์ (Care and Nursing Challenges)

การดูแลรักษาผู้ป่วย HIV ที่ติดเชื้อ Mpox ต้องอาศัยการประสานงานระหว่างทีมสหสาขาวิชาชีพ ทั้งแพทย์ พยาบาล เภสัชกร และนักสังคมสงเคราะห์ เพื่อจัดการทั้งด้านการติดเชื้อทางกาย การรักษาทางจิตใจ และการสนับสนุนทางสังคม (Liu et al., 2024) โดยพยาบาลมีบทบาทสำคัญในการประเมินอาการ ติดตามความรุนแรงของโรค สอนการปฏิบัติตัวที่บ้าน และให้ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อ การจัดการความปวด การดูแลแผลเรื้อรัง และการจัดระบบส่งต่อผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนทางกายหรือจิตใจ

นอกจากนี้ การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ยังต้องเผชิญความท้าทายด้านการติดตามและความอับอายของผู้ป่วย ซึ่งอาจทำให้ไม่กล้าเข้ารับการรักษาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการสร้างระบบดูแลที่ปลอดภัย เป็นความลับ และให้ความเคารพในศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์จึงเป็นหัวใจสำคัญที่ต้องบูรณาการร่วมกันในระบบสุขภาพ

งานวิจัยในประเทศไทย

โอภาส พุทธเจริญ และคณะ (2568) ได้ศึกษาการระบาดของไวรัสฝีดาษลิง (Monkeypox virus: MPXV) ในกรุงเทพมหานคร ประเทศไทย ระหว่างปี พ.ศ. 2565 – 2566 ผ่านการวิเคราะห์จีโนมของไวรัสฝีดาษลิงจำนวน 60 ตัวอย่างที่เก็บรวบรวมจากผู้ป่วยในกรุงเทพมหานคร โดยใช้เทคนิคการจัดทำแผนภูมิต้นไม้วิวัฒนาการ (phylogenetic tree) เพื่อศึกษาความสัมพันธ์ทางพันธุกรรมของไวรัส ผลการวิเคราะห์พบว่าการระบาดของไวรัสฝีดาษลิงในชุมชนอย่างต่อเนื่องในเขตกรุงเทพมหานคร โดยมีการตรวจพบสายพันธุ์

ที่มีความคล้ายคลึงกันในกลุ่มผู้ป่วยที่ไม่มีประวัติการเดินทางไปต่างประเทศ ซึ่งบ่งชี้ถึงการแพร่ระบาดภายในประเทศ การศึกษายังพบหลักฐานของการกลายพันธุ์ของไวรัสที่เกี่ยวข้องกับการแก้ไข mRNA ในผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง ซึ่งอาจส่งผลต่อความสามารถในการแพร่เชื้อและความรุนแรงของโรค การศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังทางจีโนมอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำความเข้าใจการแพร่ระบาดและวิวัฒนาการของไวรัสโคโรนาสายพันธุ์ใหม่ในประเทศไทย การวิเคราะห์จีโนมสามารถช่วยในการติดตามการระบาด การตรวจจับสายพันธุ์ใหม่ และการวางแผนมาตรการควบคุมโรคที่มีประสิทธิภาพ

อัชนา อ่ำทอง (2567) ศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาขั้นตอนการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ร่วมกับวัณโรคปอดวิธีการศึกษา ใช้การคัดเลือกผู้ป่วยที่สมัครใจเข้าร่วมการดูแลตามกระบวนการพยาบาลประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยและครอบครัวตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 ข้อ การวินิจฉัยปัญหา การวางแผนและให้การพยาบาลตามปัญหาที่พบ การประเมินผลการพยาบาลรวมถึงการเยี่ยมบ้านเพื่อค้นหาปัญหาเชิงลึกผลการศึกษา พบว่าผู้ป่วยมีภูมิคุ้มกันต่ำ มีภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อวัณโรค และมีความวิตกกังวลสูงเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ความลับส่วนตัว และการถูกตีตราจากสังคม ผู้ป่วยยังต้องเผชิญความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ ต้องการความช่วยเหลือในด้านข้อมูล ความรู้ กำลังใจ การประสานงานกับทีมสุขภาพ บทบาทสำคัญของพยาบาล คือ ส่งเสริมการดูแลตนเอง ให้ความรู้และคำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจ ประสานความร่วมมือกับทีมสุขภาพ ผลการศึกษานี้สามารถนำไปพัฒนาศักยภาพของทีมพยาบาล เป็นแนวทางประเมินและดูแลผู้ป่วยเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ ได้ต่อไป การเยี่ยมบ้านช่วยลดปัญหาการขาดการรักษา และช่วยค้นหา-แก้ไขปัญหาที่เกี่ยวข้องกับโรคและพฤติกรรมสุขภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลต่อเนื่อง ลดภาวะแทรกซ้อน และปรับตัวอยู่ในสังคมได้เหมาะสม

อวิรุทธ์ สิงห์กุล และคณะ (2567) ศึกษาระดับความรู้เกี่ยวกับโรคฝีดาษลิง การแพร่เชื้อ ความตั้งใจในการป้องกันตนเองและศึกษาปัจจัยที่สามารถทำนายความตั้งใจในการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อฝีดาษลิงในประชาชนไทย โดยใช้การเก็บข้อมูลแบบภาคตัดขวาง (cross-sectional study) ผ่านแบบสอบถามออนไลน์ กลุ่มตัวอย่างคือประชาชนไทยจำนวน 581 คน ที่ให้ข้อมูลในช่วงเดือนกันยายนถึงตุลาคม 2565 ผลการศึกษาพบว่า ประชาชนส่วนใหญ่มีความรู้เกี่ยวกับโรคฝีดาษลิงและการแพร่เชื้อในระดับดี ร้อยละ 82.4 อย่างไรก็ตาม กลับพบว่าความตั้งใจในการป้องกันตนเองอยู่ในระดับต่ำ โดยมากกว่าครึ่งของผู้ตอบแบบสอบถาม ร้อยละ 53.7 ไม่ได้มีความตั้งใจที่จะปฏิบัติตามมาตรการป้องกันตนเองอย่างจริงจัง ซึ่งถือเป็นประเด็นที่น่าเป็นห่วงสำหรับการควบคุมโรคในอนาคต เมื่อวิเคราะห์ปัจจัยที่เกี่ยวข้อง พบว่าผู้ที่มียุทธศาสตร์สุขภาพและผู้ที่ทำงานในภาครัฐ มีแนวโน้มที่จะตั้งใจป้องกันตนเองมากกว่ากลุ่มอื่น ๆ นอกจากนี้ ประวัติการได้รับวัคซีนป้องกันไข้ทรพิษ ความรู้เกี่ยวกับโรคฝีดาษลิง และการตัดสินใจเกี่ยวกับการรับวัคซีนก็เป็นตัวแปรสำคัญที่มีอิทธิพลต่อความตั้งใจในการป้องกันตนเอง โดยเฉพาะกลุ่มที่ยังไม่ตัดสินใจหรือไม่มีความตั้งใจที่จะเข้ารับวัคซีน มีแนวโน้มที่จะละเลยการป้องกันตนเองมากกว่า จากผลการศึกษา ผู้วิจัยเสนอแนะว่าหน่วยงานสาธารณสุขและภาครัฐควรเร่งส่งเสริมความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคฝีดาษลิงและการป้องกันตนเอง โดยเฉพาะในกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงและกลุ่มที่ยังไม่มั่นใจเกี่ยวกับการรับวัคซีน รวมถึงควรใช้กลยุทธ์การสื่อสารสาธารณะให้ตรงกับลักษณะของแต่ละกลุ่มเป้าหมาย เพื่อเพิ่มความตั้งใจในการปฏิบัติตนอย่างปลอดภัย และลดความเสี่ยงของการเกิดการแพร่ระบาดในวงกว้าง งานวิจัยนี้สะท้อนให้เห็นถึงความสำคัญของการวิจัยที่ไม่เพียงแต่ศึกษาพฤติกรรมและความรู้ของประชาชน แต่ยังชี้ให้เห็นถึงแนวทางการวางแผนนโยบายและมาตรการด้านสาธารณสุขที่เหมาะสมกับบริบทของสังคมไทย เพื่อป้องกันโรคฝีดาษลิงและโรคติดเชื้อใหม่อื่น ๆ ในอนาคตอย่างยั่งยืน

สุธรรม จิรพนากรและคณะ (2567) ศึกษาการสอบสวนการระบาดของโรคฝีดาษลิง (Mpox) ภายในครัวเรือนที่จังหวัดนนทบุรี ประเทศไทย ซึ่งรายงานเมื่อวันที่ 22 พฤษภาคม 2566 โดยทีมวิจัยได้ดำเนินการยืนยันการวินิจฉัยโรค อธิบายความเชื่อมโยงและแหล่งที่มาของการติดเชื้อ ตลอดจนตรวจหาความเป็นไปได้ของการแพร่เชื้อผ่านวัตถุปนเปื้อน การเก็บข้อมูลประกอบด้วย การสัมภาษณ์ผู้ป่วย ติดตามผู้สัมผัส การเก็บตัวอย่างจากสิ่งแวดล้อมภายในบ้านเพื่อตรวจหาเชื้อ Mpox พร้อมทั้งทำการวิเคราะห์สถานการณ์การระบาดของ mpox ในประเทศไทยจนถึงเดือนกรกฎาคม 2566 ผลการสอบสวนพบผู้ป่วยยืนยัน 3 รายในครัวเรือนเดียวกันจากสมาชิก 5 คน โดยรายแรกเป็นชายที่มีพฤติกรรมทางเพศ รายที่สองคือคู่รักของเขา และรายที่สามคือมารดาของผู้ป่วยรายที่สอง ผู้ป่วยสองรายแรกไม่ได้มีเพศสัมพันธ์หลังเริ่มมีอาการ ทั้งคู่เข้าร่วมงานบวชโดยไม่สวมหน้ากาก ส่วนผู้ป่วยรายที่สามเกิดการติดเชื้อหลังสัมผัสละอองน้ำลายและตุ่มผื่นของลูกชายโดยตรงโดยไม่มีผื่นหรือไข้ ทั้งนี้ไม่พบผู้ติดเชื้อเพิ่มในกลุ่มผู้ร่วมงานบวช ในสมาชิกครอบครัวอีกสองราย หนึ่งรายมีอาการแต่ผลตรวจเป็นลบ อีกหนึ่งรายไม่แสดงอาการ การตรวจสิ่งแวดล้อมภายในบ้านแม้หลังจากการทำความสะอาดด้วยแอลกอฮอล์ 70% พบว่า 18 จาก 27 ตัวอย่างให้ผลบวก โดยมีค่า Cycle threshold ≥ 30 การศึกษานี้เป็นครั้งแรกในประเทศไทยที่ยืนยันการแพร่เชื้อ Mpox ภายในครัวเรือนโดยไม่เกี่ยวข้องกับการมีเพศสัมพันธ์ ผลการศึกษาชี้ให้เห็นถึงความจำเป็นของการสื่อสารความเสี่ยงเกี่ยวกับการแพร่เชื้อแบบไม่ใช่ทางเพศ ความสำคัญของการตรวจบุคคลที่สงสัยติดเชื้อแม้ไม่มีผื่นหรือไข้ และการทบทวนแนวทางการสอบสวนโรค นอกจากนี้ การทำความสะอาดพื้นผิวด้วยแอลกอฮอล์ 70% ช่วยลดความเสี่ยงของการแพร่เชื้อผ่านวัตถุปนเปื้อนได้

วิจิตา แจ้งเอี่ยม (2566) ศึกษาเกี่ยวกับการสอบสวนผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร (Mpox) รายแรกของจังหวัดสมุทรสาคร พฤษภาคม 2566 เป็นการศึกษาระบาดวิทยาเชิงพรรณนา โดยใช้การทบทวนเวชระเบียนผู้ป่วย รายงานผู้ป่วยจากสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาคร การสัมภาษณ์ผู้ป่วย การค้นหาผู้ป่วยเพิ่มเติม ติดตามผู้สัมผัส และเก็บตัวอย่างผู้ป่วยโดยใช้วิธี Real-time PCR รวมถึงศึกษาสภาพแวดล้อมที่พอกอาศัยและพรรณนาระบบเฝ้าระวัง Mpox ในพื้นที่ ผลการศึกษา พบผู้ป่วยยืนยัน 1 ราย เป็นชายไทย อายุ 25 ปี ไม่มีโรคประจำตัว อยู่ในกลุ่มที่มีความหลากหลายทางเพศ (LGBTQ+) เริ่มป่วยวันที่ 10 พฤษภาคม 2566 ด้วยอาการไข้ ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ ต่อมาผื่นแดงและตุ่มบริเวณรอบทวารหนัก เข้ารับการรักษาที่คลินิกเอกชนในกรุงเทพมหานคร วันที่ 20 พฤษภาคม 2566 ด้วยอาการปวดรอบทวารหนักและมีตุ่มหนอง การเก็บตัวอย่างบริเวณตุ่มหนองตรวจพบสารพันธุกรรมเชื้อ Mpox virus ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการหายเป็นปกติ การติดตามผู้สัมผัสพบผู้สัมผัสเสี่ยงสูง 3 ราย และผู้สัมผัสเสี่ยงต่ำ 2 ราย ทั้งหมดได้รับการติดตามครบ 21 วัน โดยไม่พบอาการผิดปกติ การวิเคราะห์ปัจจัยเสี่ยงชี้ว่าผู้ป่วยรายนี้ติดโรคมาจากการมีเพศสัมพันธ์ในกลุ่มชายรักชาย (MSM) งานศึกษานี้ชี้ให้เห็นความสำคัญของการเฝ้าระวังโรค Mpox โดยเฉพาะในกลุ่มชายรักชาย สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดสมุทรสาครควรจัดให้มีระบบเฝ้าระวังที่ครอบคลุม เช่น การเฝ้าระวังในร้านขายยาและคลินิกเอกชน การรณรงค์ให้ประชาชนในกลุ่มเสี่ยงตระหนักถึงการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย รวมถึงการเสริมสร้างศักยภาพระบบเฝ้าระวังและการตอบสนองต่อโรคติดเชื้อใหม่ในระดับพื้นที่

ศรสวรรค์ ศรีสุวรรณ (2566) ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรที่มีภาวะติดเชื้อเอชไอวี (HIV) เป็นกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยชายไทย อายุ 32 ปี โสด ที่ติดเชื้อฝีดาษวานร (Monkeypox) ร่วมกับการมีภาวะติดเชื้อเอชไอวี (HIV) โดยเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลเมื่อวันที่ 18 สิงหาคม 2566 ด้วยอาการไข้ อ่อนเพลีย และมีตุ่มแดงขึ้นที่อวัยวะเพศ หลัง และขาทั้งสองข้าง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันว่าติดเชื้อ Monkeypox สายพันธุ์ West African Clade และพบค่า CD4 ต่ำ (14.4 cells/cu.mm) แสดงถึงภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ การพยาบาลได้ดำเนินการอย่างเป็นระบบ ตั้งแต่การพูดคุยซักประวัติ ประเมินอาการ

ให้ผู้ป่วยพักผ่อน เปลี่ยนเสื้อผ้า และดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล แพทย์ได้ให้การรักษาด้วยยา Acyclovir ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง น้ำเกลือ 0.9% NSS คาลาไมน์ทาผื่น วิตามิน B1-6-12 ยาต้านไวรัสเอชไอวี (DTG+3TC+TDF) และให้ยาแก้ปวด Paracetamol พร้อมทั้งแยกผู้ป่วยในห้องแยกโรคเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อในระหว่างการนอนรักษาในโรงพยาบาล ทีมพยาบาลดูแลอย่างใกล้ชิด ให้คำแนะนำเรื่องการทำความสะอาดร่างกาย การสังเกตอาการผิดปกติ และการป้องกันโรคแทรกซ้อน จนกระทั่งวันที่ 7 กันยายน 2566 ผู้ป่วยมีอาการดีขึ้น ผื่นยุบ รอยแผลแห้งสนิทและแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ โดยให้คำแนะนำเรื่องการกินยา การติดตามอาการ และการป้องกันการแพร่เชื้อที่บ้านอย่างละเอียด การศึกษานี้แสดงให้เห็นถึงการพยาบาลองค์รวม ครอบคลุมทั้งการดูแลร่างกาย จิตใจ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ และการเตรียมความพร้อมก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตได้อย่างปลอดภัยและเหมาะสม

ปวรณรัช พันธุ์บุตร (2565) ศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคเอดส์ในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคเอดส์ชาวอเมริกัน คลินิกบางรัก ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร โดยเน้นการดูแลผู้ป่วยชายไทยอายุ 36 ปี ที่เข้ารับการรักษาที่คลินิกบางรัก กรุงเทพมหานคร เมื่อวันที่ 9 พฤษภาคม 2566 ผู้ป่วยรายนี้มีโรคประจำตัวคือ เอชไอวี (HIV) ซึ่งได้รับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ค่า CD4 อยู่ที่ 500 หน่วย ผู้ป่วยมาด้วยอาการเจ็บแผลบริเวณทวารหนัก ซึ่งเกิดขึ้นประมาณ 6 วันก่อนมารักษา และมีประวัติเสี่ยงจากการมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกันกับคู่อุปจารในชวหน้า แพทย์ได้ซักประวัติ ตรวจร่างกาย และตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบการอักเสบของช่องทวารหนัก แต่ไม่พบเชื้อหนองในหรือซิฟิลิส โดยรอผลตรวจ PCR ยืนยันโรคเอดส์ชาวอเมริกัน ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามอาการ เช่น ยาแก้ปวด ลดอักเสบ ยาฆ่าเชื้อ และยาปฏิชีวนะ พร้อมคำแนะนำให้กักตัวที่บ้านอย่างเคร่งครัดอย่างน้อย 21 วัน โดยให้แยกห้องนอน แยกห้องน้ำ หรือทำความสะอาดหลังใช้ ล้างมือบ่อย ๆ ใช้หน้ากากอนามัย รักษาระยะห่าง และแยกซักเสื้อผ้าของใช้ส่วนตัว ทั้งนี้ยังแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงการสัมผัสกับผู้อื่น รวมถึงใช้ถุงยางอนามัยอย่างน้อย 12 สัปดาห์หลังหายเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ เมื่อผลตรวจทางห้องปฏิบัติการยืนยันแพทย์ประสาน ผู้ป่วยส่งต่อไปยังสถาบันบำราศนราดูรเพื่อการรักษาเพิ่มเติม เนื่องจากคลินิกบางรักมีบทบาทเพียงคัดกรองโรค ให้การรักษาตามอาการ ส่งตรวจทางห้องปฏิบัติการ การศึกษานี้สะท้อนถึงความสำคัญของการประสานงานระบบบริการสุขภาพ และการให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวอย่างครบถ้วนแก่ผู้ป่วย เพื่อควบคุมการแพร่กระจายเชื้อในชุมชนอย่างมีประสิทธิภาพ

ละม่อม ไชยสิริ (2565) ศึกษากระบวนการพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส การศึกษานี้เป็นการวิเคราะห์กรณีศึกษาผู้ป่วย 2 รายที่ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ และมีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส โดยได้รับการรักษาที่แผนกผู้ป่วยนอกอายุรกรรม โรงพยาบาลชุมแพเครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา ได้แก่ แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียน การซักประวัติผู้ป่วยและญาติ การประเมินอาการจากพยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การรักษา และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล โดยมีการวิเคราะห์ข้อมูลเชิงเปรียบเทียบตามกระบวนการพยาบาล โดยใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มเป็นกรอบแนวคิด ผลการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยทั้งสองรายมีความเหมือนกันในด้านการเข้าสู่ระบบบริการล่าช้า ระดับภูมิคุ้มกันต่ำ และมีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ทั้งยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับสุขภาพกลัวความลับถูกเปิดเผย และเกรงกลัวการถูกสังคมรังเกียจ ส่วนความแตกต่างระหว่างผู้ป่วยทั้งสองรายคือ ความสม่ำเสมอในการรับประทานยาต้านไวรัส การรักษาต่อเนื่อง ความสามารถในการจัดการตนเองเมื่อเกิดความเครียด และการเปิดเผยตนเองกับครอบครัว ผู้ป่วยทั้งสองรายประสบกับความเจ็บป่วยทั้งทางร่างกายและจิตใจ และต้องการความช่วยเหลือในการดูแลตนเอง บทบาทของพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยจึงสำคัญอย่างยิ่ง ไม่เพียงแต่ให้ความรู้ ให้คำแนะนำ เป็นที่ปรึกษา และให้กำลังใจผู้ป่วยเมื่อเผชิญปัญหา

แต่ยังทำหน้าที่ประสานงานกับทีมสุขภาพ ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วยในการตัดสินใจ และเคารพสิทธิของผู้ป่วย เพื่อให้ผู้ป่วยมีสุขภาพดี และสามารถรับการรักษาได้อย่างต่อเนื่อง ผลการศึกษานี้สามารถนำไปใช้พัฒนาศักยภาพของทีมสุขภาพ และเป็นแนวทางในการประเมินและดูแลผู้ป่วยที่มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสอื่น ๆ ในอนาคต

ปาริตา บุญนาค (2565) การศึกษานี้เป็นการศึกษากรณี (case study) ในผู้ป่วยที่เข้ารับบริการที่ศูนย์สาธิตบริการการโรค สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์ ระหว่างเดือนมกราคมถึงกุมภาพันธ์ 2565 โดยคัดเลือกผู้ป่วยเพศชาย 1 ราย ที่ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิส ภายหลังได้รับการชี้แจงเพื่อขออนุญาตเก็บข้อมูลกรณีศึกษา และให้คำมั่นเกี่ยวกับการรักษาความลับ ข้อมูลถูกเก็บรวบรวมตามกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมินผู้ป่วย สอบถามประวัติทั่วไป ประวัติการเจ็บป่วย การตรวจร่างกาย การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การวิเคราะห์ข้อมูลโดยใช้เอกสารทางวิชาการและแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง การดำเนินการตามหลักกระบวนการพยาบาล 3 ขั้นตอน 1) ตั้งข้อวินิจฉัยการพยาบาล 2) ให้การพยาบาล 3) ประเมินผลหลังการพยาบาล ผลการศึกษาจากการประเมินทางคลินิกผู้ป่วยไม่มีอาการไข้หรือความผิดปกติของความดันโลหิตและอัตราการเต้นของหัวใจในขณะตรวจ โดยการดูแลผู้ป่วยใช้กระบวนการพยาบาลแบบองค์รวม ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ผลลัพธ์ที่ได้แสดงให้เห็นว่า การดูแลทางร่างกายช่วยลดอาการเจ็บป่วยทางกาย ลดภาวะแทรกซ้อนทำให้ผู้ป่วยมีการดูแลตนเองดีขึ้น น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้น และพักผ่อนได้เพียงพอ การดูแลด้านจิตใจช่วยลดความเครียดและความวิตกกังวล การดูแลด้านสังคมช่วยให้ผู้ป่วยรักษาข้อมูลความลับ และสามารถปรับตัวอยู่ในสังคมได้อย่างปกติสุข ส่วนการดูแลด้านจิตวิญญาณช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงเกี่ยวกับโรค ยอมรับการรักษาและปฏิบัติตัวได้อย่างเหมาะสม เพื่อให้มีสุขภาพโดยรวมที่ดีขึ้น ดังนั้นการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิสจำเป็นต้องใช้กระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุมในทุกมิติ โดยพยาบาลไม่เพียงแต่เป็นผู้ให้ความรู้และการรักษา แต่ยังเป็นผู้ประสานงาน เป็นที่ปรึกษา และเป็นผู้ให้กำลังใจ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง สามารถดำรงชีวิตในสังคมได้อย่างมีคุณภาพ และลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อไปสู่ผู้อื่น

งานวิจัยต่างประเทศ

Dubey, T.et al. (2023) ศึกษาทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับการพยาบาลผู้ป่วยฝีดาษลิง (Mpox) 3 ประเด็นสำคัญ ได้แก่ การวินิจฉัยแยกโรค (Differential diagnosis) การป้องกันการแพร่เชื้อ (Prevention measures) การรักษาและการดูแลแบบประคับประคอง (Therapeutic interventions) โรคฝีดาษลิงมีอาการคล้ายกับโรคอื่น เช่น ไข้ทรพิษ (Smallpox) อีสุกอีใส (Chickenpox) และเริม (Herpes) ทำให้พยาบาลต้องมีความสามารถในการซักประวัติอย่างละเอียด ตรวจร่างกาย และสังเกตอาการ เช่น ผื่นที่มีลักษณะเฉพาะ (Macules, Papules, Vesicles, Pustules, Crusts) รวมถึงต่อมน้ำเหลืองโต การตรวจยืนยันด้วย PCR, การเพาะเชื้อ, serology และการตรวจชิ้นเนื้อเป็นสิ่งจำเป็นเพื่อยืนยันการวินิจฉัยที่แม่นยำ บทบาทสำคัญของพยาบาลในการควบคุมการติดเชื้อ ทั้งในระดับชุมชนและในโรงพยาบาล โดยประกอบด้วย การเฝ้าระวังรายงานผู้ป่วย (Surveillance & Reporting) การสอบสวนผู้สัมผัสและการแยกกัก (Contact tracing & Isolation) การให้วัคซีนป้องกัน (Vaccination) โดยเฉพาะกลุ่มเสี่ยง การใช้ PPE การล้างมืออย่างถูกต้อง การจัดการสิ่งแวดล้อมและการทำความสะอาดฆ่าเชื้อ พยาบาลทำหน้าที่เป็นแนวทางในการให้ความรู้แก่ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคลากรทางการแพทย์เกี่ยวกับมาตรการเหล่านี้เพื่อป้องกันการระบาดในวงกว้าง การรักษาและการดูแลแบบประคับประคอง เน้นที่การบรรเทาอาการ เช่น การจัดการความปวด ลดไข้ และบรรเทาอาการคัน การดูแลแผลผื่นและป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน การให้สารน้ำและโภชนาการบำบัดสำหรับผู้ป่วยที่ขาดน้ำหรือรับประทานอาหารไม่เพียงพอ การสนับสนุนทางจิตใจ (Psychosocial support) เพื่อช่วยลด

ความกลัว ความวิตกกังวล และผลกระทบทางอารมณ์ที่เกิดจากโรคและการแยกกักตัว

Wannigama, D. L. et al. (2022) ทบทวนองค์ความรู้เกี่ยวกับโรคฝีดาษลิง (Monkeypox) ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อจากไวรัสที่แพร่จากสัตว์สู่คน (Zoonotic disease) โดยปกติพบการระบาดในพื้นที่ป่าฝนของแอฟริกากลางและแอฟริกาตะวันตก อย่างไรก็ตาม ในช่วงปี 2022 มีรายงานการพบผู้ป่วยในหลายประเทศที่ไม่เคยเกิดการระบาดมาก่อน เช่น สหราชอาณาจักร พบว่ามีผู้ติดเชื้อยืนยันมากกว่า 4,100 ราย ในกว่า 46 ประเทศทั่วโลก Monkeypox virus เป็นไวรัสดีเอ็นเอสายคู่ที่สามารถแพร่เข้าสู่เนื้อเยื่อหลากหลายชนิด เช่น หัวใจ สมอง รังไข่ และต่อมน้ำเหลือง ผู้ติดเชื้อจะมีการคล้ายไข้ทรพิษ เช่น มีไข้ ปวดเมื่อยตามตัว ปวดหลัง ปวดศีรษะ และมีผื่นผื่นหนึ่งที่เป็นลักษณะเฉพาะ การวินิจฉัยโรคจึงต้องอาศัยการแยกโรคอย่างละเอียดเพื่อป้องกันการสับสนกับไข้ทรพิษ เนื่องจากยังไม่มียารักษาที่จำเพาะ การฉีดวัคซีนไข้ทรพิษยังคงเป็นแนวทางในการป้องกันที่ได้ผลในระดับหนึ่ง การป้องกันการระบาดของโรคฝีดาษลิงที่มีประสิทธิภาพจำเป็นต้องใช้มาตรการผสมผสาน เช่น การแยกผู้ติดเชื้อ การติดตามผู้สัมผัส การลดการสัมผัสทางเดินหายใจ และการฉีดวัคซีนแบบวงล้อม (ring vaccination) นอกจากนี้ยังมีการพัฒนาเครื่องมือวินิจฉัย เช่น การตรวจ Real-time PCR และการวิจัยยาต้านไวรัสใหม่ ๆ เช่น Tecovirimat และ Cidofovir เพื่อรองรับการรักษาและควบคุมการแพร่ระบาดอย่างเหมาะสมในอนาคต

Centers for Disease Control and Prevention (2022) จัดทำแนวทางเพื่อให้คำแนะนำชั่วคราวในการป้องกันและรักษาผู้ติดเชื้อ HIV ที่ติดเชื้อฝีดาษลิง (Monkeypox, Mpox) เนื่องจากการระบาดของโรคฝีดาษลิง (Mpox) ในกลุ่มประชากรผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) เพิ่มขึ้น ศูนย์ควบคุมและป้องกันโรค (CDC) จึงได้ออกแนวทางชั่วคราวเพื่อให้บุคลากรสาธารณสุขใช้เป็นแนวทางในการป้องกันและจัดการรักษาผู้ป่วยกลุ่มนี้อย่างเหมาะสม ผู้ติดเชื้อ HIV โดยเฉพาะผู้ที่ระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/มม³ หรือยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส (ARV) มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคฝีดาษลิงรุนแรงมากขึ้น ทั้งนี้ อาการอาจลุกลามจนเกิดแผลเรื้อรัง การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน ภาวะอักเสบของปอด ภาวะติดเชื้อในกระแสเลือด หรือแม้แต่เสียชีวิต การป้องกันที่สำคัญคือการใช้วัคซีน JYNNEOS ที่ได้รับการรับรองว่าปลอดภัยในผู้ติดเชื้อ HIV โดยเฉพาะผู้ที่ภูมิคุ้มกันไม่บกพร่อง ส่วนวัคซีน ACAM2000 ซึ่งเป็น live vaccine ไม่แนะนำให้ใช้ในผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำ เนื่องจากมีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อวัคซีนเอง (Vaccine-associated complications) สำหรับการรักษา แนวทางแนะนำให้ใช้ยา Tecovirimat (TPOXX) ภายใต้โครงการ Expanded Access ของ CDC โดยเฉพาะในผู้ที่มีความเสี่ยงสูงหรือมีอาการรุนแรง ทั้งนี้ ต้องให้การดูแลประคับประคองร่วมด้วย เช่น การให้สารน้ำ การป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน และการจัดการความเจ็บปวดอย่างเหมาะสม นอกจากนี้ แนวทางยังเน้นให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ที่อยู่ในกลุ่มเสี่ยงเข้ารับการประเมินโดยเร็วหากมีอาการหรือประวัติสัมผัส เพื่อให้ได้รับการตรวจวินิจฉัยและการดูแลรักษาอย่างทันท่วงที การติดตามอาการอย่างใกล้ชิดเป็นสิ่งสำคัญ โดยเฉพาะในผู้ที่ภูมิคุ้มกันต่ำ เนื่องจากอาจเกิดโรครุนแรงได้มากกว่ากลุ่มอื่น แนวทางนี้เน้นถึงสำคัญของการลดการตีตรา (Stigma) และการสร้างความตระหนักรู้ให้กับผู้ป่วยและชุมชน เพื่อให้ผู้ติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และผู้ป่วยฝีดาษลิงเข้าถึงบริการสุขภาพได้อย่างรวดเร็วและไม่ถูกกีดกันจากสังคม

Kaler, J. et al. (2022) ศึกษาทบทวนองค์ความรู้ที่ครอบคลุมเกี่ยวกับโรคฝีดาษลิง (Monkeypox) ซึ่งเดิมเคยเป็นโรคประจำถิ่นเฉพาะในแอฟริกา แต่การระบาดในปี 2022 ได้ขยายไปยังยุโรปและซีกโลกตะวันตก ทำให้เกิดความกังวลในระดับโลก แม้ว่าจะมีการสอบสวนการติดตามผู้สัมผัส (Contact tracing) จากหลายหน่วยงาน แต่จุดเริ่มต้นของการระบาดครั้งนี้ยังไม่เป็นที่ทราบแน่ชัด ฝีดาษลิงจัดเป็นหนึ่งในไวรัสสัตว์สู่คน (Zoonotic viruses) ในกลุ่ม Orthopoxvirus วงศ์ Poxviridae โดยชื่อ “Monkeypox” มาจากการที่เชื่อกันพบครั้งแรกในลิงแสมแอฟริกา แต่สัตว์ต้นตอที่แท้จริงน่าจะเป็นสัตว์ฟันแทะหรือสัตว์เลี้ยงลูก

ด้วยขนาดเล็กรื่น ๆ โรคนี้ได้รับความสนใจในทศวรรษ 1970 หลังจากการกวาดล้างไข้ทรพิษ (Smallpox) ที่ประสบความสำเร็จทั่วโลก เนื่องจากวัคซีนไข้ทรพิษเคยให้ภูมิคุ้มกันครอบคลุมถึงเชื้อฝีดาษลิง แต่เมื่อหยุดการฉีดวัคซีนแล้ว จำนวนผู้ติดเชื้อฝีดาษลิงก็เพิ่มขึ้น โดยเฉพาะการระบาดใหญ่ครั้งแรกในสหรัฐอเมริกาในปี 2003 แม้ว่าการติดต่อจากคนสู่คนจะพบได้น้อย แต่เมื่อเกิดขึ้น มักเกี่ยวข้องกับการหายใจเอาละอองฝอย (Respiratory droplets) หรือการสัมผัสโดยตรงกับรอยโรคของผู้ติดเชื้อ ปัจจุบันยังไม่มียาที่รักษาโดยตรง แต่สามารถให้การรักษาแบบประคับประคอง (Supportive care) เพื่อลดอาการ โดยยาที่อาจใช้ในการฉีกรุนแรงมาก เช่น Tecovirimat ประเด็นสำคัญ คือ การระบาด เดิมเป็นโรคประจำถิ่นในแอฟริกา ปัจจุบันกลายเป็นประเด็นระดับโลก การติดต่อ ผ่านละอองฝอยทางเดินหายใจ หรือสัมผัสโดยตรงกับรอยโรค พยาธิสภาพ (Pathogenesis) เชื้อไวรัสแบ่งตัวในไซโตพลาสซึม ก่อให้เกิด Viremia ระยะแรก และแพร่ไปต่อมน้ำเหลือง อาจเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น ปอดบวม ภาวะขาดน้ำ ภาวะหายใจล้มเหลว เยื่อหุ้มสมองอักเสบ และที่น่ายกย่องที่สุดคือการเกิดแผลเป็นที่กระจกตา ซึ่งอาจทำให้สูญเสียการมองเห็น แนวทางการรักษา การดูแลแบบประคับประคอง เช่น การทำแผลด้วยผ้าปิดชั้นในบริเวณที่มีผื่นหนาแน่น เพื่อลดอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน เน้นให้การรักษาที่เหมาะสมเพื่อป้องกันความรุนแรงของโรค จึงต้องศึกษาเพิ่มเติมเกี่ยวกับการรักษา ศักยภาพของยาและผลกระทบระยะยาว รวมถึงการเข้าใจกลไกการระบาดในแต่ละพื้นที่

Ruiz-Baker, I. et al. (2022) ศึกษาเกี่ยวกับการรักษาและการป้องกันโรคฝีดาษลิง (Monkeypox) ในช่วงการระบาดล่าสุด โดยเน้นว่าปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่ได้รับการอนุมัติจาก FDA อย่างเป็นทางการสำหรับโรคฝีดาษลิง แต่ยาด้านไวรัสที่เคยใช้กับโรคฝีดาษ เช่น Tecovirimat (TPOXX) ได้แสดงผลที่น่าพอใจในงานวิจัยสัตว์ทดลองและกำลังถูกนำมาใช้รักษาผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรงหรือมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง นอกจากนี้ ยังมีการพิจารณาทางเลือก เช่น Cidofovir, Brincidofovir และวัคซีนภูมิคุ้มกัน Vaccinia immune globulin (VIGIV) แม้ว่าจะยังไม่มีหลักฐานประสิทธิผลในมนุษย์ที่ชัดเจน ในด้านการป้องกัน มีการใช้วัคซีน Jynneos และ ACAM2000 ทั้งสำหรับการป้องกันก่อนสัมผัส (Pre-exposure prophylaxis, PrEP) ในกลุ่มเสี่ยงสูง เช่น ชายที่มีเพศสัมพันธ์กับชาย (MSM) และบุคลากรห้องปฏิบัติการ และการป้องกันหลังสัมผัส (Post-exposure prophylaxis, PEP) สำหรับผู้ที่สัมผัสเชื้อภายใน 4 วัน โดย Jynneos เป็นวัคซีนชนิด Live non-replicating ที่ฉีด 2 เข็มห่างกัน 28 วัน ส่วน ACAM2000 เป็นวัคซีน Live replicating ที่ให้ด้วยเทคนิค Puncture แบบหลายเข็ม แม้จะยังไม่มีการรักษาที่ได้รับการอนุมัติอย่างเป็นทางการ แต่แนวทางการรักษาและวัคซีนที่มีอยู่สามารถช่วยลดความรุนแรงและการแพร่ระบาดของโรคได้ อย่างไรก็ตาม ความรู้เกี่ยวกับการระบาดของโรคฝีดาษลิงยังคงพัฒนาอย่างต่อเนื่องและจำเป็นต้องมีการศึกษาเพิ่มเติมเพื่อสร้างความเข้าใจที่ชัดเจนยิ่งขึ้น

Rizk, J. G. et al. (2022) ได้ศึกษาบทวนสถานการณ์เกี่ยวกับการป้องกันและรักษาโรคฝีดาษลิง (Monkeypox) โดยพบว่าในปัจจุบันมีวัคซีน 2 ชนิดที่นำมาใช้ ได้แก่ JYNNEOS™ วัคซีนไวรัส Vaccinia ที่ไม่สามารถจำลองตัวเองได้ และ ACAM2000® วัคซีนไวรัส Vaccinia ที่สามารถจำลองตัวเองได้ในด้านการรักษา ผู้ป่วยส่วนใหญ่จะมีอาการไม่รุนแรงและสามารถหายเองได้โดยใช้การดูแลแบบประคับประคอง (Supportive care) แต่สำหรับผู้ที่มีอาการรุนแรงหรืออยู่ในกลุ่มเสี่ยง เช่น ผู้มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง เด็กเล็ก หญิงตั้งครรภ์หรือให้นมบุตร หรือผู้ที่มีรอยโรคซับซ้อนหรือใกล้อวัยวะสำคัญ ได้แก่ ปาก ดวงตา อวัยวะเพศ อาจพิจารณาใช้ยาด้านไวรัส เช่น Tecovirimat, Brincidofovir, Cidofovir รวมถึง Vaccinia immune globulin intravenous (VIGIV) บทความนี้อธิบายแต่ละมาตรการทางการแพทย์ที่ใช้ในการจัดการกับผู้ป่วยฝีดาษลิง โดยสรุปภาพรวมทั้งด้านการป้องกันและการรักษาเพื่อช่วยให้นักวิชาการทางการแพทย์เข้าใจและเลือกใช้แนวทางที่เหมาะสม

Bunge, E. M. et al. (2022) ได้ทบทวนวรรณกรรมอย่างเป็นระบบเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของระบาดวิทยาโรคฝีดาษลิงในมนุษย์ตั้งแต่ปี 1970 จนถึงปัจจุบัน โดยเน้นการวิเคราะห์จำนวนผู้ป่วยที่ได้รับการยืนยันหรือสงสัยว่าติดเชื้อ อายุเฉลี่ยของผู้ป่วย อัตราการเสียชีวิต และการแพร่กระจายทางภูมิศาสตร์ของโรคผลการศึกษาพบว่า ตั้งแต่การวินิจฉัยผู้ป่วยรายแรกในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโกเมื่อปี 1970 โรคฝีดาษลิงได้แพร่กระจายไปยัง 10 ประเทศในแอฟริกาและ 4 ประเทศนอกทวีปแอฟริกา เช่น ไนจีเรีย ซึ่งมีการกลับมาระบาดของอีกครั้งหลังจากหยุดไปนาน 40 ปี และสหรัฐอเมริกาที่มีการระบาดในปี 2003 การเพิ่มขึ้นของจำนวนผู้ป่วย โดยเฉพาะในสาธารณรัฐประชาธิปไตยคองโก และการเปลี่ยนแปลงของอายุเฉลี่ยของผู้ป่วยจากเด็กเล็กไปเป็นผู้ใหญ่วัยหนุ่มสาว อาจเกี่ยวข้องกับการยุติการฉีดวัคซีนป้องกันโรคฝีดาษลิงในมนุษย์ ซึ่งเคยให้ภูมิคุ้มกันข้ามกับโรคฝีดาษลิง ส่งผลให้การแพร่เชื้อระหว่างคนสู่คนเพิ่มขึ้น การศึกษานี้เน้นย้ำถึงความสำคัญของการเฝ้าระวังและการตรวจจับโรคฝีดาษลิงอย่างต่อเนื่อง เพื่อทำความเข้าใจการเปลี่ยนแปลงของระบาดวิทยาและเตรียมพร้อมรับมือกับการแพร่ระบาดในอนาคต

Reynolds, M. G. (2017) ได้วิเคราะห์แนวทางการดูแลรักษาผู้ป่วยโรคฝีดาษลิง (Monkeypox) ในพื้นที่ที่มีทรัพยากรจำกัด โดยนำความรู้และหลักฐานที่ได้จากงานวิจัยทางชีวการแพทย์สมัยใหม่และงานป้องกันโรคฝีดาษ (smallpox biodefense) มาประยุกต์ใช้ โรคฝีดาษลิงเป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่มีลักษณะคล้ายโรคฝีดาษ มีลักษณะอาการเช่น ผื่นตุ่มหนองที่ลามทั่วร่างกายและสามารถเกิดภาวะแทรกซ้อนรุนแรง โดยเฉพาะในผู้ที่อยู่ในพื้นที่ยากจนหรือขาดแคลนการเข้าถึงบริการสุขภาพ การขาดแนวทางการดูแลมาตรฐานสำหรับผู้ป่วยฝีดาษลิงทำให้การรักษายังไม่ทั่วถึงและเสี่ยงต่อผลลัพธ์ด้านสุขภาพที่ไม่ดี เช่น ภาวะขาดน้ำ ภาวะติดเชื้อแบคทีเรียทุติยภูมิ การติดเชื้อที่ดวงตาซึ่งอาจทำให้ตาบอด และปัญหาการให้อาหารหรือโภชนาการที่เหมาะสมในผู้ป่วยที่มีแผลรุนแรงในช่องปาก ข้อมูลจากการศึกษาโรคฝีดาษลิงในสัตว์ทดลอง โดยเฉพาะลิงที่ไม่ใช่มนุษย์ ซึ่งมักใช้ในการวิจัยด้านการป้องกันโรคฝีดาษลิงในบริบทภัยคุกคามชีวภาพ สามารถนำมาใช้เป็นแนวทางปรับปรุงการดูแลทางคลินิกได้ เช่น การใช้ยาต้านไวรัส การจัดการแผลที่ผิวหนังด้วยหลักการเดียวกับการดูแลแผลไฟไหม้หรือแผลพุพอง และการป้องกันภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ งานวิจัยให้ข้อเสนอแนะว่าควรมีการจัดทำมาตรฐานการดูแลที่ออกแบบเฉพาะสำหรับโรคฝีดาษลิง ซึ่งคำนึงถึงปัจจัยทางคลินิกที่สำคัญ พร้อมทั้งพิจารณาความเหมาะสมของการใช้ยา การดูแลที่มีประสิทธิภาพต้องไม่อาศัยเฉพาะยาหรือเทคโนโลยีราคาแพงเท่านั้น แต่ต้องมีแนวทางสนับสนุนพื้นฐาน เช่น การป้องกันแผลติดเชื้อ การรักษาความชุ่มชื้นของแผล การให้น้ำและอาหารที่เหมาะสม การปกป้องอวัยวะสำคัญ และการเฝ้าระวังอาการในผู้ป่วยกลุ่มเสี่ยง โดยเฉพาะในสถานพยาบาลที่มีทรัพยากรจำกัด และควรมีการพัฒนาและทดสอบมาตรการเหล่านี้ในบริบทจริงเพื่อสร้างหลักฐานใหม่และปรับใช้เป็นแนวทางปฏิบัติที่สามารถยกระดับคุณภาพการรักษาผู้ป่วยฝีดาษลิงในระดับโลกได้

สรุป การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะติดเชื้อฝีดาษลิง จำเป็นต้องอาศัยแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมและบูรณาการทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้เกิดการดูแลที่มีคุณภาพและตอบสนองความต้องการเฉพาะของผู้ป่วยอย่างเหมาะสม สอดคล้องกับสภาพปัญหาที่มีความซับซ้อนและท้าทายต่อการดูแลของพยาบาล งานวิจัยชี้ให้เห็นว่าผู้ป่วยกลุ่มนี้ไม่เพียงเผชิญอาการเฉียบพลันของการติดเชื้อ แต่ยังได้รับผลกระทบทางอารมณ์ ความวิตกกังวล และความกลัวการถูกตีตราจากสังคม ซึ่งเป็นอุปสรรคสำคัญต่อความสามารถในการดูแลตนเอง ตามแนวคิดทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) การดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ต้องเริ่มจากการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ซึ่งอาจเกิดจากภาวะอ่อนเพลียจากโรคติดเชื้อ การขาดแรงจูงใจ ความเครียด หรือการขาดข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับการจัดการสุขภาพตนเอง เมื่อพบความพร้อม พยาบาลจึงต้องออกแบบระบบการพยาบาล

(Nursing System) ที่เหมาะสม ได้แก่ การพยาบาลชดเชยทั้งหมด ชดเชยบางส่วน หรือการช่วยเหลือและสนับสนุน เพื่อเสริมสร้าง พลังการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ของผู้ป่วยและครอบครัวให้มากที่สุด การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing Care) ช่วยเติมเต็มการดูแลตามทฤษฎีโอเร็ม โดยมีหลักคิดว่ามนุษย์เป็นองค์รวมที่ประกอบด้วย กาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณที่เชื่อมโยงกันอย่างแยกไม่ออก (Dossey & Keegan, 2016) ดังนั้นพยาบาลจึงต้องออกแบบการดูแลแบบบูรณาการที่ตอบโจทย์ทั้งมิติทางกาย เช่น พยาบาลควรประเมินผู้ป่วยอย่างครอบคลุม โดยใช้ข้อมูลจากการซักประวัติ การตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เช่น ผล CD4 count และ PCR สำหรับตรวจยืนยันเชื้อ Monkeypox virus เพื่อให้สามารถวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมได้ การจัดการอาการ (Symptom Management) เป็นขั้นตอนสำคัญในการบรรเทาความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย ด้วยการให้ยาต้านไวรัส ยาลดไข้ ยาแก้ปวด และยาทาภายนอกสำหรับลดอาการคัน อีกหนึ่งหัวใจสำคัญของการพยาบาลคือ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อรวมถึงการเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน การติดเชื้อซ้ำเติม การให้สารน้ำเพื่อลดความเสี่ยงขาดน้ำ พยาบาลต้องให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับการแยกกักตัว การจัดการสิ่งของเครื่องใช้ส่วนตัว การรักษาสุขอนามัยส่วนบุคคล และการทำความสะอาดสิ่งแวดล้อมอย่างถูกวิธี เพื่อปกป้องบุคคลรอบข้างและชุมชน ในด้านจิตใจและอารมณ์ เนื่องจากผู้ป่วยมักมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ตนเอง ความสัมพันธ์กับครอบครัว และความกลัวต่อการถูกตีตรา พยาบาลต้องทำหน้าที่เป็นผู้ให้คำปรึกษา ให้ข้อมูลที่ถูกต้อง ปลอดภัย เสริมสร้างกำลังใจ และประคับประคองให้ผู้ป่วยเกิดแรงจูงใจในการต่อสู้กับโรค สามารถมองชีวิตในแง่บวก และฟื้นฟูพลังใจของตนเองกลับมาได้ ในด้านสังคมและชุมชน พยาบาลต้องประสานงานกับครอบครัวและเครือข่ายทางสังคม ลดการตีตรา ชี้แจงข้อมูลที่ถูกต้อง สนับสนุนให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัวและชุมชน มีงานทำหรือมีกิจกรรมสร้างสรรค์ที่เหมาะสมตามสภาพร่างกาย ช่วยให้ผู้ป่วยยังมีคุณค่าในตนเองและไม่รู้สึกถูกทอดทิ้งจากสังคม ในด้านจิตวิญญาณ พยาบาลควรให้ความสำคัญกับการดูแลผู้ป่วยให้สามารถปฏิบัติตามความเชื่อทางศาสนาได้อย่างเหมาะสม เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้มีเวลาทำสมาธิ สวดมนต์ หรือติดต่อผู้นำศาสนาเพื่อรับการเยียวยาทางใจ ตลอดจนช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและความตายอย่างสมศักดิ์ศรีและสงบ (Dossey & Keegan, 2016) เมื่อถึงระยะวางแผนจำหน่าย (Discharge Planning) พยาบาลมีหน้าที่เตรียมความพร้อมแก่ผู้ป่วยและครอบครัว ทั้งการสอนการดูแลตนเองที่บ้าน การใช้ยา การปฏิบัติตัวเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ และการสังเกตอาการผิดปกติ รวมถึงการนัดหมายติดตามอย่างต่อเนื่อง การสื่อสารระหว่างพยาบาล ทีมสหสาขาวิชาชีพ ครอบครัว และผู้ป่วยต้องมีประสิทธิภาพ เพื่อให้ผู้ป่วยกลับไปดำเนินชีวิตในสังคมได้อย่างมั่นใจ จากการทบทวนงานวิจัยสนับสนุนว่า การพยาบาลตามแนวคิดของโอเร็มที่เชื่อมกับการพยาบาลแบบองค์รวม สามารถเสริมสร้างศักยภาพการดูแลตนเอง เพิ่มคุณภาพชีวิต ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อน และป้องกันการกลับมาติดเชื้อซ้ำได้อย่างมีนัยสำคัญ (Sarafis et al., 2016; Younas, 2017) พยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลจึงต้องมีความรู้ความเข้าใจ และตระหนักถึงบทบาทสำคัญของตน เพื่อให้การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะติดเชื้อ ฝีดาษลิงบรรลุเป้าหมายสูงสุด คือ การทำให้ผู้ป่วยมีร่างกายแข็งแรง มีจิตใจเข้มแข็ง อารมณ์มั่นคง มองชีวิตอย่างมีเป้าหมาย เห็นคุณค่าในตนเอง และสามารถกลับไปใช้ชีวิตในสังคมอย่างมีศักดิ์ศรี พร้อมเป็นแรงบันดาลใจให้ผู้อื่นเรียนรู้การป้องกันโรคและการดูแลตนเองได้ต่อไป

2.4 ทฤษฎี แนวคิด และบทบาทของวิชาชีพ

2.4.1 แบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพของมาร์จอรี กอร์ดอน (Gordon's functional health) (Gordon, 1994)

แบบแผนสุขภาพ หมายถึง แบบแผนพฤติกรรมเกี่ยวกับภาวะทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมของบุคคล หรือผู้ป่วยที่เกิดขึ้นในช่วงเวลาหนึ่งและสภาพแวดล้อมที่ต่างกัน ซึ่งมีผลโดยตรงต่อสุขภาพของผู้ป่วยทั้งคนอย่างต่อเนื่อง เป็นพฤติกรรมที่เป็นนิสัย ที่จะทำให้บุคคลอยู่ในภาวะสุขภาพดีหรือเจ็บป่วยได้ ประกอบด้วย พฤติกรรมภายใน และพฤติกรรมภายนอกแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ใช้เป็นแนวทางในการดูแลประเมินภาวะสุขภาพของบุคคล ครอบครัวหรือชุมชนประกอบด้วยโดยประเมินแบบแผนพฤติกรรมภายนอกและภายในของบุคคลที่เกิดขึ้นช่วงระยะเวลาหนึ่งและมีผลต่อสุขภาพ รวมทั้งปัจจัยเสริม หรือปัจจัยที่เป็นอุปสรรคต่อการทำหน้าที่ เช่น พันธุกรรม พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม ระบบสนับสนุนทางสังคม การประเมินภาวะสุขภาพโดยใช้แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย 11 แบบแผน แต่ละแบบแผนมีความสัมพันธ์กัน หากมีความผิดปกติในแบบแผนหนึ่งอาจมีผลกระทบต่อแบบแผนอื่น ทำให้บุคคลมีสุขภาพดีหรือเจ็บป่วย

แบบแผนที่ 1 การรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ เป็นความคิด ความเข้าใจของบุคคลเกี่ยวกับภาวะสุขภาพของตนเอง การดำเนินหรือการจัดการในการดูแลสุขภาพของตนเองและผู้ที่ตนเองรับผิดชอบ โดยครอบคลุมเกี่ยวกับความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง และครอบครัว พฤติกรรมการป้องกันโรค และความเจ็บป่วย พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ ปัจจัยเสี่ยงหรือพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อการเจ็บป่วย รวมทั้งปัจจัยส่งเสริมให้มีภาวะสุขภาพที่เป็นอุปสรรคต่อการมีภาวะสุขภาพดี ประกอบด้วย 2 แบบแผนย่อย คือ การรับรู้ภาวะสุขภาพของตนเอง เป็นความเข้าใจหรือการรับรู้เกี่ยวกับภาวะสุขภาพว่าถูกต้องเหมาะสมหรือไม่ และมีความคาดหวังต่อสุขภาพหรือการรักษาอย่างไร การดูแลสุขภาพของตนเองและของผู้ที่ตนรับผิดชอบ ประกอบด้วย ความรู้ในการดูแลสุขภาพของตนเอง พฤติกรรมส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันความเจ็บป่วย การดูแลรักษา และการฟื้นฟูสภาพร่างกาย โดยประเมินได้จากบุคคลมีพฤติกรรมต่อการเกิดโรคหรือไม่ เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มเหล้า การขาดการออกกำลังกาย การมีพฤติกรรมไปตรวจสุขภาพประจำปี

แบบแผนที่ 2 โภชนาการ และการเผาผลาญ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับบริโภคนิสัย การได้รับสารอาหาร ปัญหาในการรับประทานอาหารและน้ำ การเจริญเติบโตและพัฒนาการของร่างกาย การเผาผลาญสารอาหาร สภาพของผิวหนัง บาดแผล ผม ปาก คอ ฟัน อุณหภูมิของร่างกาย และระบบภูมิคุ้มกันโรค ประกอบด้วย 7 แบบแผน คือ อาหารและภาวะโภชนาการ การเผาผลาญ สารอาหาร น้ำ Electrolyte อุณหภูมิร่างกาย การเจริญเติบโต พัฒนาการผิวหนัง และเยื่อภูมิคุ้มกันโรค

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการขับถ่ายของเสียทุกประเภทออกจากร่างกาย ได้แก่ การขับถ่ายอุจจาระ ปัสสาวะ สารอื่นๆ ที่ขับออกจากร่างกาย ตลอดจนปัญหาการขับถ่าย เช่น ลักษณะความถี่ ความลำบากในการขับถ่าย การควบคุมการขับถ่าย การใช้ยาระบาย ประกอบด้วย 2 แบบแผนย่อย คือ การขับถ่ายอุจจาระ และปัสสาวะ

แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย เป็นแบบแผนเกี่ยวกับความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน กิจกรรมการงานอาชีพ การออกกำลังกายและปัญหาในการออกกำลังกาย การใช้เวลาว่างและนันทนาการ การทำงานของระบบหายใจ ระบบหัวใจและหลอดเลือด ระบบโครงสร้างของร่างกาย ประกอบด้วย 4 แบบแผนย่อย ได้แก่ การปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ ในชีวิตประจำวัน การออกกำลังกาย การทำงานของโครงสร้าง (กระดูก ข้อ กล้ามเนื้อ) การทำงานของระบบหายใจ การทำงานของระบบหัวใจและหลอดเลือด

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อน เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการนอนหลับ การพักผ่อน ปัญหาเกี่ยวกับการนอน ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยง และอุปสรรคต่อแบบแผนการนอนหลับ กิจกรรมที่ทำให้ผ่อนคลาย

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้ เป็นแบบแผนเกี่ยวกับการรับรู้ความรู้สึก และการตอบสนองความสามารถทางสติปัญญา ประกอบด้วย 2 แบบแผนย่อย คือ การรับรู้ความรู้สึกและการตอบสนองสิ่งเร้า

5 ทาง ได้แก่ การมองเห็น ได้ยิน ได้กลิ่น รับรส สัมผัสทางผิวหนังและการรับรู้เกี่ยวกับความคิด ความจำ ความสามารถในการตัดสินใจแก้ปัญหา และการสื่อสารต่างๆ

แบบแผนที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับความคิด ความรู้สึกของบุคคล ที่มีต่อตนเอง (อัตมโนทัศน์) การมองตนเองเกี่ยวกับรูปร่าง หน้าตา ความพิการ (ภาพลักษณ์) ความสามารถ คุณค่า เอกลักษณ์

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับการทำบทบาทหน้าที่ ความรับผิดชอบ การติดต่อสื่อสาร และการมีสัมพันธภาพกับบุคคลทั้งภายในครอบครัว สังคม

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับพัฒนาการตามเพศ ซึ่งมีอิทธิพล มาจากพัฒนาการด้านร่างกาย และอิทธิพลของสังคม สิ่งแวดล้อม การเลี้ยงดู ลักษณะการเจริญพันธุ์พฤติกรรม ทางเพศ และเพศสัมพันธ์

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และความทนทานต่อความเครียด เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับการรับรู้ ลักษณะอารมณ์พื้นฐาน การรับรู้เกี่ยวกับความเครียด ปฏิกริยาของร่างกายเมื่อเกิดความเครียด วิธีการแก้ไข และการจัดการกับความเครียด

แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ เป็นแบบแผนที่เกี่ยวกับความเชื่อถือ ความศรัทธาความมั่นคง เข้มแข็งทางด้านจิตใจ สิ่งที่มีคุณค่า มีความหมายต่อชีวิต สิ่งยึดเหนี่ยวด้านจิตใจเป้าหมายในการดำเนินชีวิต

ดังนั้น การดูแลผู้ป่วยจึงต้องใช้กระบวนการพยาบาลให้ครบทุกขั้นตอน โดยการประเมิน ให้ครอบคลุมองค์รวม ทั้งทางร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคมและสิ่งแวดล้อม ตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบ แขน หลังจากนั้นจึงนำข้อมูลมาวิเคราะห์ และระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในแบบแผนที่ผิดปกติ หรือมี พยาธิสภาพในแบบแผนนั้นๆ หรือจากสาเหตุอื่นๆ

2.4.2 ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม

ทฤษฎีการพยาบาลของโดโรเธีย โอเร็ม (Dorothea Orem) มุ่งเน้นให้บุคคลมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) โดยโอเร็มระบุว่า การดูแลตนเอง หมายถึงการทำกิจกรรมที่บุคคลริเริ่ม และปฏิบัติด้วยตนเอง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก มโนทัศน์หลักในทฤษฎีการดูแลตนเอง ของโอเร็มประกอบด้วย 3 ทฤษฎีย่อย คือ 1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care) 2. ทฤษฎี ความบกพร่องในการดูแลตนเอง (The Theory of Self-care Deficit) 3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) ที่มีความเชื่อมโยงกัน (Orem, 2001)

1. ทฤษฎีการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care) เป็นทฤษฎีที่เน้นบทบาทของบุคคลในการริเริ่ม และปฏิบัติกิจกรรมที่จำเป็น เพื่อคงสภาพชีวิต สุขภาพ และความผาสุก ซึ่งประกอบด้วยแนวคิดสำคัญ ได้แก่

- การดูแลตนเอง (Self-care: SC) คือ กิจกรรมที่บุคคลทำเองอย่างต่อเนื่อง เพื่อคงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก

- ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) คือความสามารถของบุคคล ในการจัดการหรือดำเนินกิจกรรมที่ตอบสนองความต้องการดูแลตนเองได้

- ความต้องการการดูแลตนเอง (Therapeutic self-care demand) หมายถึง กิจกรรม ที่จำเป็นต้องปฏิบัติเพื่อตอบสนองความต้องการของตนในช่วงเวลาใดเวลาหนึ่ง โดยเป้าหมายสูงสุด คือ การมีสุขภาพที่ดีและผาสุก โดยจะพิจารณาจากการดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care requisites)

2. ทฤษฎีความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Theory of Self-Care Deficit) เป็นทฤษฎีที่ใช้อธิบาย สถานการณ์ที่บุคคลไม่สามารถดูแลตนเองได้อย่างเพียงพอ เมื่อความต้องการดูแลตนเองมีมากกว่า

ความสามารถในการตอบสนองของบุคคล ทำให้เกิดความพร่อง (Self-care deficit) และต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล โดยมีความสัมพันธ์ 3 ลักษณะ คือ

- ความต้องการการดูแลตนเองเท่ากับความสามารถในการดูแลตนเอง เกิดภาวะสมดุล
- ความต้องการน้อยกว่าความสามารถ ไม่มีภาวะพร่อง
- ความต้องการมากกว่าความสามารถ เกิดภาวะพร่องในการดูแลตนเอง และต้องการ

ความช่วยเหลือจากพยาบาล

3. ทฤษฎีระบบการพยาบาล (The Theory of Nursing System) เป็นกรอบแนวคิดเกี่ยวกับการกระทำของพยาบาลเพื่อช่วยเหลือบุคคลที่มีความบกพร่อง ในการดูแลตนเองให้ได้รับการตอบสนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด และความสามารถในการดูแลตนเองของบุคคลได้รับการดูแลให้ถูกนำมาใช้ปกป้องและดูแลตนเอง โดยใช้ความสามารถทางการพยาบาลระบบการพยาบาลเป็นระบบของการกระทำที่มีการเปลี่ยนแปลงอยู่ตลอดเวลาตาม ความสามารถและความต้องการการดูแลของผู้รับบริการ ซึ่งระบบการพยาบาลได้แบ่งออกเป็น 3 ระบบ โดยอาศัยเกณฑ์ความสามารถของบุคคลในการควบคุมการเคลื่อนไหวและการกระทำ

3.1 ระบบทดแทนทั้งหมด (Wholly compensatory nursing system) เป็นบทบาทของพยาบาลที่ต้องกระทำเพื่อทดแทนความสามารถของผู้รับบริการ โดยรับผิดชอบในการสนองตอบต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเอง และช่วยประคับประคองปกป้องจากอันตรายต่างๆ และผู้ที่มีความต้องการระบบการพยาบาลแบบนี้ คือ ผู้ที่ไม่สามารถจะปฏิบัติในกิจกรรมที่จะกระทำอย่างจริงจังไม่ว่า รูปแบบใดๆ เช่น ผู้ป่วยที่หมดสติ ผู้ป่วยอัมพาต ผู้ป่วยไม่รู้สีกตัว ผู้ที่ไม่สามารถควบคุมการเคลื่อนไหวของตนเองได้ เช่น ในภาวะที่ผู้ป่วยอยู่ในขณะให้ยาระงับความรู้สึกชนิดทั่วไป ผู้ที่รับรู้และอาจจะสามารถสังเกตตัดสินใจเกี่ยวกับดูแลตนเองได้ และไม่ควรเคลื่อนไหวหรือจัดการเกี่ยวกับการเคลื่อนไหวได้แก่ ผู้ป่วยด้านออร์โธพีดิกส์ที่ใส่เฝือกหรือกระดูกส่วนหลังหัก ผู้ที่ไม่สนใจหรือเอาใจใส่ในตนเองไม่สามารถตัดสินใจอย่างมีเหตุผลในการดูแลตนเอง แม้ว่าบุคคลนั้นจะสามารถเคลื่อนไหวได้ เช่น ผู้ป่วยที่มีปัญหาทางจิต ในระบบการพยาบาลแบบทดแทนทั้งหมดพยาบาลมีบทบาทดังต่อไปนี้ คือ

- สนองความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดของผู้ป่วย
- ชดเชยภาวะไร้สมรรถภาพของผู้ป่วยในการปฏิบัติกิจกรรมในการดูแลตนเอง
- ช่วยประคับประคองและปกป้องผู้ป่วย

3.2 ระบบทดแทนบางส่วน (Party compensatory nursing system) เป็นระบบการ พยาบาลให้การช่วยเหลือที่ขึ้นอยู่กับความต้องการและความสามารถของผู้ป่วยโดยพยาบาลจะช่วย ผู้ป่วยตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยรวมกันรับผิดชอบระหว่างผู้ป่วยกับ พยาบาล ผู้ป่วยจะพยายามปฏิบัติกิจกรรมในเรื่องที่เป็นการตอบสนองต่อความต้องการดูแลตนเองที่จำเป็นเท่าที่สามารถทำได้ (Universal self- care requisites) ส่วนบทบาทของพยาบาลจะต้องปฏิบัติ กิจกรรมการดูแลบางอย่างที่ยังไม่สามารถกระทำได้ของผู้ป่วยเพื่อชดเชยข้อจำกัด และเพิ่ม ความสามารถในการดูแลตนเอง และกระตุ้นให้มีการพัฒนาความสามารถในอนาคต การพยาบาลแบบนี้ผู้ป่วยต้องมีบทบาทในการปฏิบัติกิจกรรมการดูแลบางอย่างด้วยตนเอง พยาบาลจะช่วยผู้ป่วยตอบสนองต่อการดูแลตนเองเกี่ยวกับความต้องการที่เกิดจากภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health deviation self - requisites) ผู้ที่มีความต้องการการพยาบาลแบบนี้ คือ ขาดความรู้และทักษะที่จำเป็น เพื่อการดูแลตนเองตามความต้องการ และขาดความพร้อมในการเรียนรู้ และกระทำในกิจกรรมการดูแล ตนเอง กิจกรรมของพยาบาลในระบบนี้ ได้แก่

- ปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองบางส่วนสำหรับผู้ป่วย
- ชดเชยข้อจำกัดและเพิ่มความสามารถของผู้ป่วยที่จะดูแลตนเอง
- ช่วยผู้ป่วยตามที่ผู้ป่วยต้องการ

3.3 ระบบการพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) เป็นระบบการพยาบาลที่จะเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้รับการสอนและคำแนะนำในการปฏิบัติการณ์ดูแลตนเอง รวมทั้งการให้กำลังใจและคอยกระตุ้นให้ผู้ผู้ป่วยพยายามที่จะดูแลตนเอง และคงไว้ซึ่งความสามารถในการดูแลตนเอง วิธีการให้ความช่วยเหลือ แนวความคิดของโอเร็ม ได้ระบุวิธีการ ช่วยเหลือบุคคลที่มีความพร่องในการดูแลตนเอง ดังนี้

- การกระทำให้หรือการกระทำทดแทน
- การเสนอแนะหรือการให้แนวทาง
- การสนับสนุน
- การสอน
- การจัดสิ่งแวดล้อม การส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความสามารถ ที่จะสนองตอบต่อ

ความต้องการการดูแลตนเองระบบ การพยาบาลแบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Educative supportive nursing System) เป็นกิจกรรมที่พยาบาลและผู้ผู้ป่วยกระทำ โดยอาศัยความสามารถและข้อจำกัดของการเคลื่อนไหวเพื่อตอบสนองความต้องการการดูแลตนเอง มีวิธีให้ความช่วยเหลือได้ 5 วิธี ได้แก่

วิธีที่ 1 การกระทำให้หรือการกระทำแทน เป็นวิธีการช่วยเหลือที่พยาบาลสนองตอบต่อความต้องการ การดูแลของผู้ป่วย

วิธีที่ 2 การชี้แนะ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถตัดสินใจและเลือกวิธีการกระทำที่เหมาะสมในกรณี ผู้ป่วยมีการตัดสินใจได้

วิธีที่ 3 การสนับสนุนเป็นการส่งเสริมเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยคงไว้ซึ่งความพยายามและป้องกันไม่ให้เกิด ความล้มเหลว

วิธีที่ 4 การสอน เป็นการพัฒนาความรู้และทักษะมีความสำคัญในการพัฒนาความสามารถของ ผู้ป่วยในการดูแลตนเอง

วิธีที่ 5 การสร้างสิ่งแวดล้อมที่ส่งเสริมให้บุคคลพัฒนาความสามารถ เป็นวิธีการเพิ่มแรงจูงใจของ ผู้ป่วยในการวางแผนเป้าหมายที่เหมาะสม

ปัจจัยพื้นฐาน (Basic Conditioning Factors) เป็นคุณลักษณะบางประการหรือปัจจัยทั้งภายในและภายนอกของบุคคลที่มีอิทธิพลต่อ ความสามารถในการดูแลตนเองและความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด ปัจจัยพื้นฐานนี้ยังเป็นปัจจัย ที่มีอิทธิพลต่อความสามารถในบทบาทของพยาบาล ได้แก่ปัจจัย อายุ เพศ ระยะพัฒนาการ สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณี สภาพที่อยู่อาศัย ระบบครอบครัว แบบแผนการดำเนินชีวิต ภาวะสุขภาพ ปัจจัยทางระบบบริการสุขภาพ แหล่งประโยชน์ต่างๆ ประสบการณ์ที่สำคัญในชีวิต แนวคิดและมโนคติต่างๆที่เกี่ยวข้อง

1. การดูแลตนเอง (Self-care) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรมที่บุคคลริเริ่มและกระทำด้วยตนเอง เพื่อดำรงไว้ซึ่งชีวิต สุขภาพ และความผาสุก เป็นการกระทำที่จงใจและมีเป้าหมาย (Deliberate action and goal oriented) เมื่อการกระทำอย่างมีประสิทธิภาพจะมีส่วนช่วยให้โครงสร้าง หน้าที่และ พัฒนาการดำเนินไปถึงขีดสูงสุดของแต่ละบุคคล ประกอบด้วย 2 ระยะ คือ

ระยะที่ 1 ระยะของการพิจารณาและตัดสินใจซึ่งจะนำไปสู่การกระทำ (Intention phase) เป็นระยะที่มีการหาข้อมูลเพื่อพิจารณาและตัดสินใจเลือกกระทำ โดยหาข้อมูลที่เกี่ยวข้องว่าคืออะไร

เป็นอย่างไร จากนั้นนำข้อมูลที่ได้มาวิเคราะห์ ทดสอบ เชื่อมโยงปัจจัยที่เกี่ยวข้องเพื่อช่วยให้เกิดกระบวนการคิดเชิงวิทยาศาสตร์มากกว่าการใช้ความรู้สึก นอกจากนี้ยังต้องอาศัยสติปัญญาในการที่จะตัดสินใจที่จะกระทำ

ระยะที่ 2 ระยะการกระทำและผลของการกระทำ (Productive phase) เป็นระยะที่เมื่อตัดสินใจแล้วจะกำหนดเป้าหมายที่ต้องการ และดำเนินการทำกิจกรรมเพื่อไปสู่เป้าหมายที่กำหนด ในขั้นตอนนี้ต้องอาศัยความสามารถของบุคคลทางด้านสรีระที่จะกระทำกิจกรรม (Psychomotor action) และมีการประเมินเพื่อปรับปรุง ดังนั้นระยะนี้พยาบาลควร ส่งเสริมความสามารถของบุคคลในการปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างมีประสิทธิภาพและต่อเนื่อง

2. ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) หมายถึง คุณสมบัติที่ซับซ้อนหรือพลังความสามารถของบุคคลที่เอื้อต่อการกระทำกิจกรรมในการดูแลตนเองอย่างจริงจัง แต่ถ้าเป็นความสามารถในการดูแลบุคคลอื่นที่อยู่ในความรับผิดชอบเรียกว่า Dependent-care Agency ความสามารถนี้ประกอบด้วย 3 ระดับ ดังนี้

2.1 ความสามารถและคุณสมบัติขั้นพื้นฐาน (Foundational capabilities and disposition) เป็นความสามารถของมนุษย์ขั้นพื้นฐานที่จำเป็นในการรับรู้และเกิดการกระทำ ซึ่งแบ่งออกเป็น ความสามารถที่จะรู้ (Knowing) ความสามารถที่จะกระทำ (Doing) และคุณสมบัติหรือปัจจัยที่มีผลต่อการแสวงหาเป้าหมายของการกระทำ ประกอบด้วย

2.1.1 ความสามารถและทักษะในการเรียนรู้ ได้แก่ ความจำ การอ่าน เขียน การใช้เหตุผล อธิบาย

2.1.2 หน้าที่ของประสาทรับรู้ความรู้สึกทั้งการสัมผัส มองเห็น ได้กลิ่น และรับรส

2.1.3 การรับรู้ในเหตุการณ์ต่างๆทั้งภายในและภายนอกตนเอง

2.1.4 การเห็นคุณค่าในตนเอง

2.1.5 นิสัยประจำตัว

2.1.6 ความตั้งใจและสนใจสิ่งต่างๆ

2.1.7 ความเข้าใจในตนเองตามสภาพที่เป็นจริง

2.1.8 ความหวังในตนเอง

2.1.9 การยอมรับในตนเองตามสภาพความเป็นจริง

2.1.10 การจัดลำดับความสำคัญของกระทำ รู้จักเวลาในการกระทำ

2.1.11 ความสามารถที่จะจัดการเกี่ยวกับตนเอง

2.2 พลังความสามารถ 10 ประการ (Ten power component) เป็นคุณลักษณะที่จำเป็นและเฉพาะเจาะจงสำหรับการกระทำอย่างจริงจังเป็นศูนย์กลางเชื่อมการรับรู้และการกระทำประกอบด้วย

2.2.1 ความสนใจและเอาใจใส่ในตนเองในฐานะที่ตนเป็นผู้รับผิดชอบ

2.2.2 ความสามารถที่จะควบคุมพลังงานทางด้านร่างกายของตนเองให้สามารถปฏิบัติกิจกรรมได้

2.2.3 ความสามารถควบคุมส่วนต่างๆของร่างกาย เพื่อการเคลื่อนไหวที่จำเป็นเพื่อการดูแลตนเอง

2.2.4 ความสามารถที่จะใช้เหตุผล

2.2.5 มีแรงจูงใจที่จะกระทำในการดูแลตนเอง

2.2.6 มีทักษะการตัดสินใจเกี่ยวกับการดูแลตนเองและปฏิบัติตามที่ตัดสินใจ

2.2.7 มีความสามารถในการแสวงหาความรู้ เกี่ยวกับการดูแลตนเองจากผู้ที่เหมาะสม

และสามารถนำความรู้ไปใช้ได้

2.2.8 มีทักษะในการใช้กระบวนการทางความคิดและสติปัญญา การรับรู้ การจัดกระทำ การติดต่อ และการสร้างสัมพันธ์กับบุคคลอื่น เพื่อปรับการปฏิบัติการดูแลตนเอง

2.2.9 มีความสามารถในการจัดระบบการดูแลตนเอง

2.2.10 มีความสามารถที่จะปฏิบัติการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องและสอดคล้องกับการดูแลตนเองเข้าเป็นส่วนหนึ่งในแบบแผนการดำเนินชีวิต

2.3 ความสามารถในการปฏิบัติเพื่อดูแลตนเอง (Capabilities for self-care operations) เป็นความสามารถที่จำเป็น 3 ประการ

- การคาดการณ์ เป็นความสามารถในการตรวจสอบสถานการณ์ องค์ประกอบในตนเอง และสิ่งแวดล้อมที่สำคัญ สำหรับการดูแลตนเองและความต้องการการปรับการดูแลตนเอง

- การปรับเปลี่ยน เป็นความสามารถในการตัดสินใจเกี่ยวกับสิ่งที่ตนสามารถ ควรกระทำ เพื่อตอบสนองความต้องการและความจำเป็นในการดูแลตนเอง การลงมือปฏิบัติ เป็นความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ เพื่อตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็น

3. ความสามารถ (Self-Care Agency, SCA)

3.1 การเอาใจใส่ดูแลตนเองระยะก่อนการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีความสนใจเอาใจใส่ตนเอง มาตรวจตามนัดอย่างสม่ำเสมอ ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล พยายามปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง

3.2 การควบคุมและใช้พลังงานของร่างกายเมื่อเริ่มได้รับประทานอาหาร

3.3 การเคลื่อนไหวส่วนต่างๆ ของร่างกาย

3.4 การใช้เหตุผลเพื่อการดูแลตนเอง

3.5 แรงจูงใจในการทำกิจกรรมการดูแลตนเอง

4. ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ความพร่องในการดูแลตนเองของผู้ป่วยในกรณีศึกษาทั้ง 2 รายนี้ คือ การมีอายุมาก และระดับความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง ทำให้ผู้ป่วยไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้ ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้ การวางแผนการพยาบาล ระบบการพยาบาล ตามทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม โดยประเมินความสามารถของบุคคล ในการควบคุมการ เคลื่อนไหว และจัดกระทำ ซึ่งมีด้วยกัน 3 ระบบ โดยผู้ป่วยรายนี้มีการดูแลทั้ง 3 ระบบ ทั้งการทดแทนทั้งหมด (Whole compensate)

ความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) เป็นความสามารถที่ไม่เพียงพอที่จะตอบสนองต่อความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมดในขณะนั้น หรือทำนายได้ว่าจะไม่เพียงพอในอนาคต จึงต้องการความช่วยเหลือจากพยาบาล

ความต้องการการดูแลตนเองทั้งหมด (Therapeutic Self-care Demand) หมายถึง การปฏิบัติกิจกรรม (Action demand) การดูแลตนเองทั้งหมดที่จำเป็นต้องกระทำในช่วงเวลาหนึ่งที่จะเกิดผลดีต่อชีวิต สุขภาพและ สวัสดิภาพ ซึ่งประกอบด้วย การดูแลตนเองที่จำเป็น (Self-care Requisites) 3 ด้าน

ด้านที่ 1 การดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป (Universal Self-care Requisites) ซึ่งเป็นความต้องการของมนุษย์ทุกคนตามอายุ พัฒนาการ สิ่งแวดล้อม และปัจจัยอื่นๆ เพื่อให้คงไว้ซึ่งโครงสร้าง และหน้าที่สุขภาพและสวัสดิภาพของบุคคลและความผาสุก ซึ่งความต้องการจะมีความแตกต่างกันในแต่ละบุคคลทั้งทางด้านคุณภาพหรือปริมาณตามอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ ภาวะสุขภาพ สังคม วัฒนธรรม และแหล่งประโยชน์ กิจกรรมการดูแลตนเองเพื่อตอบสนองต่อความต้องการนี้ (Action demand) ประกอบด้วย

- คงไว้ซึ่งอากาศ น้ำ และอาหารที่เพียงพอ
- คงไว้ซึ่งการขับถ่าย การระบายให้เป็นไปตามปกติ
- คงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน
- รักษาสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวกับการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น
- ป้องกันอันตรายต่างๆต่อชีวิต หน้าที่และสวัสดิภาพ
- ส่งเสริมการทำหน้าที่และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม ความสามารถ

ของตนเอง (Promotion of normalcy)

ด้านที่ 2 การดูแลตนเองที่จำเป็นตามพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เป็นความต้องการการดูแลตนเองที่สัมพันธ์กับระยะพัฒนาการของบุคคลสถานการณ์ และเหตุการณ์ที่เกิดขึ้นในแต่ละระยะของวงจรชีวิต การดูแลตนเองที่จำเป็น แบ่งเป็น 2 อย่าง คือ

- พัฒนาและคงไว้ซึ่งภาวะความเป็นอยู่ที่ช่วยสนับสนุนกระบวนการของชีวิต และพัฒนาการที่จะช่วยให้บุคคลเจริญก้าวหน้าตามระยะพัฒนาการต่างๆ ตั้งแต่อยู่ในครรภ์ ระหว่างการคลอด วัยแรกเกิด วัยทารก วัยเด็ก วัยรุ่น วัยผู้ใหญ่ และวัยชรา ดูแลเพื่อป้องกันการเกิดผลเสียต่อพัฒนาการ โดยจัดการเพื่อบรรเทาความเครียด หรือเอาชนะต่อผลที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลง เนื่องจากเหตุการณ์ต่างๆในชีวิต การขาด การศึกษา ปัญหาการปรับตัวในสังคม การสูญเสียญาติมิตรทรัพย์สินสมบัติ การเจ็บป่วย หรือความตาย

ด้านที่ 3 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care Requisite) เป็นความต้องการที่สัมพันธ์กับความผิดปกติมาแต่กำเนิด ความเบี่ยงเบนของโครงสร้างหรือหน้าที่ของบุคคล ผลกระทบของความผิดปกติ จากการวินิจฉัยโรค และการรักษาของแพทย์ ความต้องการการดูแลในภาวะนี้ ได้แก่

- แสวงหาความช่วยเหลือที่เชื่อถือได้
- รับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ ซึ่งรวมถึงผลที่กระทบต่อการพัฒนาการ
- ปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ การป้องกันภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นอย่างมีประสิทธิภาพ
- รับรู้และสนใจในการป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษาหรือจากโรค

- ปรับตัวยอมรับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดจากความเจ็บป่วย และการรักษาปรับบทบาทของตนให้เหมาะสม ในการพึ่งพาตนเองและบุคคลอื่นเพื่อคงไว้ซึ่งความมีคุณค่า

- เรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับสภาพหรือภาวะที่เป็นอยู่ และส่งเสริมพัฒนาการของตนเองให้ดีที่สุดตามความสามารถที่เหลืออยู่ ในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเบี่ยงเบนทางสุขภาพจำเป็นต้องคำนึงถึงปัญหาสุขภาพของผู้ป่วยเป็นหลัก และยังมีความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นโดยทั่วไป และ ตามระยะพัฒนาการ ซึ่งพยาบาลต้องมีความรู้รอบด้านทั้งศาสตร์ทางการแพทย์ พฤติกรรมศาสตร์ ตลอดจนเทคโนโลยี เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลผู้ป่วยมีความเข้าใจปัญหา และพึ่งพาตนเองได้มากที่สุด การพยาบาลจะมีประสิทธิภาพได้นั้น ขึ้นอยู่กับความสามารถทางการพยาบาล (Nursing agency) เป็นความสามารถของพยาบาล ที่ได้จากการศึกษาและฝึกปฏิบัติในศาสตร์และศิลปะทางการพยาบาล ปัจจัยที่มีผลต่อความสามารถทางการพยาบาลคือ 1) ความรู้ 2) ประสบการณ์ 3) ความสามารถในการลงมือปฏิบัติ 4) ทักษะทางสังคม 5) แรงจูงใจในการให้การพยาบาล และ 6) อัตมโนทัศน์ของตนเกี่ยวกับการพยาบาล

การประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยา

ทฤษฎีการพยาบาลของโดโรเธีย โอเร็ม มีรากฐานแนวคิดที่สำคัญ คือ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care) และการจัดระบบการพยาบาลสำหรับบุคคลที่มีข้อจำกัดหรือความบกพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care deficit) ดังนั้นในผู้ป่วยเอชไอวีที่มีการติดเชื้อฉีดยาซึ่งเป็นภาวะสุขภาพที่ซับซ้อนและมีความเปราะบางสูงเนื่องจากภูมิคุ้มกันร่างกายต่ำ จึงเหมาะสมอย่างยิ่งที่จะนำทฤษฎีนี้มาประยุกต์ใช้เพื่อให้การดูแลเป็นระบบมีประสิทธิภาพ และช่วยให้ผู้ป่วยมีศักยภาพในการดูแลตนเองเพิ่มมากขึ้น การประยุกต์ทฤษฎีโอเร็มในผู้ป่วยกลุ่มนี้สามารถดำเนินการได้ตามลำดับขั้นตอนดังนี้

1. การประเมินความต้องการการดูแลตนเอง (Self-care Requisites)

ในการประเมินความต้องการการดูแลตนเองผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยาจะมีความต้องการที่มากและซับซ้อนกว่าผู้ป่วยทั่วไป เนื่องจากร่างกายมีระบบภูมิคุ้มกันต่ำ ส่งผลให้มีโอกาสติดเชื้อและอาการรุนแรงได้ง่ายขึ้น

1.1 การดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal Self-care Requisites) เช่น ความต้องการพื้นฐานที่เกี่ยวข้องกับสุขอนามัยส่วนบุคคล โดยเฉพาะการดูแลแผลและผื่นจากโรคติดเชื้อ เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน ความต้องการทางโภชนาการที่ครบถ้วน เพื่อเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน เช่น รับประทานอาหารที่มีโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุสูง การรักษาสมดุลระหว่างกิจกรรมและการพักผ่อน เนื่องจากผู้ป่วยมักมีอาการอ่อนเพลียจากทั้งโรคเอชไอวีและติดเชื้อ

1.2 การดูแลตนเองตามระยะพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เช่น ความต้องการการปรับตัวต่อความเปลี่ยนแปลงทางร่างกายและจิตใจที่เกิดขึ้นจากการเจ็บป่วยและการรักษา โดยเฉพาะการจัดการกับความเครียดและความวิตกกังวลที่เกิดจากภาวะโรคเรื้อรัง การสร้างสัมพันธภาพที่ดีและการได้รับแรงสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม เพื่อลดภาวะโดดเดี่ยวทางสังคม ซึ่งอาจส่งผลให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงในการดูแลตนเองต่ำลง

1.3 การดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (Health-Deviation Self-care Requisites) เช่น ความต้องการรับประทานยาต้านไวรัสเอชไอวี (HIV) และยาต้านไวรัสติดเชื้อฉีดยาให้ครบถ้วนและถูกต้อง เพื่อควบคุมอาการและป้องกันภาวะแทรกซ้อน ความจำเป็นในการสังเกตและติดตามอาการผิดปกติทางร่างกายเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและรับการรักษาอย่างทันท่วงที

2. การประเมินความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care Agency)

การประเมินความสามารถในการดูแลตนเองจะมุ่งเน้นการสำรวจว่าผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้ในระดับใด มีข้อจำกัดอย่างไร ซึ่งผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยาจะมีระดับความสามารถในการดูแลตนเองที่ต่ำลง เนื่องจาก

2.1 ภูมิคุ้มกันที่บกพร่อง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการรุนแรง อ่อนเพลียง่าย ส่งผลต่อความสามารถในการปฏิบัติกิจวัตรประจำวัน

2.2 ความเครียดและความวิตกกังวลจากการหยุดงาน ขาดรายได้ หรือจากการรับรู้ว่าเป็นโรคเรื้อรัง ทำให้ผู้ป่วยขาดแรงจูงใจในการดูแลตนเอง

2.3 ระดับความรู้ ความเข้าใจเกี่ยวกับโรค วิธีการดูแลตนเองของผู้ป่วยที่มีความแตกต่างกัน ส่งผลต่อประสิทธิภาพของการดูแลตนเอง

3. การวินิจฉัยความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-care Deficit)

จากการประเมินในขั้นตอนก่อนหน้าพบว่าผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยาจะมีระดับความพร่องในการดูแลตนเองอยู่ในช่วงปานกลางถึงสูง ซึ่งอาจเกิดจากข้อจำกัดทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม

โดยเฉพาะอย่างยิ่งในผู้ป่วยที่เข้าถึงบริการรักษาพยาบาลช้า จะมีอาการของโรครุนแรงขึ้น จนจำเป็นต้องพึ่งพาการดูแลจากพยาบาลหรือผู้ดูแลอย่างใกล้ชิด

4. การกำหนดระบบการพยาบาลที่เหมาะสม (Nursing Systems)

4.1 ระบบชดเชยทั้งหมด (Wholly Compensatory System) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีภาวะรุนแรงจนไม่สามารถช่วยเหลือตนเองได้เลย พยาบาลจึงมีหน้าที่ดูแลกิจกรรมทุกอย่างเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและอาการคงที่

4.2 ระบบชดเชยบางส่วน (Partially Compensatory System) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่สามารถช่วยเหลือตัวเองได้บางส่วน พยาบาลให้การสนับสนุนและช่วยเหลือในกิจกรรมที่ผู้ป่วยยังมีข้อจำกัด เช่น การดูแลบาดแผล การใช้ยา และการทำกิจกรรมประจำวัน

4.3 ระบบสนับสนุนและให้ความรู้ (Supportive-Educative System) เหมาะสำหรับผู้ป่วยที่มีศักยภาพในการดูแลตนเองสูงขึ้นแล้ว พยาบาลจะมีบทบาทในการให้ความรู้ ฝึกอบรม และส่งเสริมทักษะที่จำเป็นเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัยเมื่อกลับไปดูแลตนเองที่บ้าน

สรุป การนำทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มมาใช้กับผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาส จะช่วยให้พยาบาลสามารถกำหนดทิศทางการดูแลได้อย่างมีระบบ และสอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งการปฏิบัติที่เป็นระบบนี้จะส่งผลให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีคุณภาพสูง และเกิดประโยชน์ในระยะยาว เนื่องจากผู้ป่วยสามารถพัฒนาความสามารถในการดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม และมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นทั้งในระยะสั้นและระยะยาว

2.4.3 แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม

องค์การอนามัยโลกให้ความหมายของการพยาบาล ว่าเป็นการใช้ศิลปะและวิทยาศาสตร์ในการปฏิบัติต่อผู้ป่วยทั้งร่างกายและจิตใจ โดยยึดหลักความปลอดภัย การส่งเสริมสุขภาพอนามัยอันดีต่อประชาชนและสังคม โดยมีได้คำนึงถึงเพศ อายุ เชื้อชาติ ศาสนา ฐานะ ตลอดจนลัทธิทางการเมือง ได้รับการอนุญาตให้ขึ้นทะเบียนประกอบโรคศิลปะ สาขากการพยาบาล พยาบาลจึงมีหน้าที่ในการช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยเพื่อบรรเทาอาการของโรค การกลุ่ลลามของโรคการประเมินภาวะสุขภาพ การส่งเสริม พ้นฟูสุขภาพ การป้องกันโรค ตลอดจนการช่วยเหลือแพทย์และกระทำตามคำสั่งในการรักษาโรคของแพทย์ ซึ่งหลักการปฏิบัติการพยาบาลต่อผู้ป่วย พยาบาลจะมีแนวทางและวัตถุประสงค์เพื่อสุขภาพที่ดีของผู้ป่วย โดยมีบทบาทสำคัญ 4 ประการ ดังนี้

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ เป็นการช่วยให้บุคคลทั้งที่มีสุขภาพดี และเจ็บป่วย หรือพิการมีภาวะสุขภาพที่ดีขึ้น
2. ด้านการป้องกันโรค หรือการบาดเจ็บต่างๆ เป็นการช่วยให้บุคคลทั้งที่มีสุขภาพดีและเจ็บป่วย หรือพิการ พ้นจากการเกิดโรคความพิการหรือบาดเจ็บต่างๆ
3. ด้านการดูแลรักษาพยาบาล เป็นการให้การพยาบาลบุคคลที่เจ็บป่วย บรรเทาความเจ็บป่วย ให้ได้รับความสุขสบายและปลอดภัยมากที่สุด เช่น การสังเกตอาการแรกเริ่ม อาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย ศึกษาค้นคว้า หาข้อมูลเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการตรวจวินิจฉัย และได้รับการรักษาที่ถูกต้อง ให้การดูแลเพื่อความสุขสบายของผู้ป่วย ค้นหาสาเหตุของปัญหาที่ทำให้การรักษาพยาบาลไม่เกิดประสิทธิภาพ
4. ด้านฟื้นฟูสมรรถภาพ และการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี เป็นการช่วยให้ผู้ป่วยสามารถกลับคืนสู่สภาพเดิม หรือใกล้เคียงสภาพเดิมมากที่สุด

การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉวยโอกาสต้องยึดหลักทั้ง 4 ประการ ใช้กระบวนการ

พยาบาลมาเป็นเครื่องมือที่จะช่วยให้พยาบาลประยุกต์ความรู้ทางทฤษฎีนำไปสู่การปฏิบัติการพยาบาลได้อย่างมีประสิทธิภาพ

การประยุกต์ใช้การพยาบาลแบบองค์รวมในผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดาซาลิง

การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) เป็นแนวทางที่ให้ความสำคัญในการดูแลผู้ป่วยอย่างครบถ้วนทุกมิติ ทั้งร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้าน สำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่มีการติดเชื้อฉีดาซาลิงร่วมด้วยนั้น การพยาบาลแบบองค์รวมจะมีบทบาทอย่างยิ่ง เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและอ่อนไหวต่อการติดเชื้อซ้ำซ้อนและภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ซึ่งสามารถส่งผลกระทบต่อสุขภาพอย่างรุนแรงทั้งทางร่างกายและจิตใจ การประยุกต์ใช้แนวคิดแบบองค์รวมจึงช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการดูแลผู้ป่วย โดยนำบทบาทสำคัญทั้ง 4 ด้านไปประยุกต์ใช้ ดังนี้

1. ด้านการส่งเสริมสุขภาพ (Health Promotion) การส่งเสริมสุขภาพในผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดาซาลิง คือการให้ความรู้เกี่ยวกับการดูแลตัวเองเพื่อรักษาภูมิคุ้มกันให้แข็งแรง เช่น การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ การออกกำลังกายที่เหมาะสม การนอนหลับพักผ่อนให้เพียงพอ การลดความเครียด ตลอดจนการให้คำปรึกษาและเสริมสร้างทักษะการจัดการอารมณ์และความวิตกกังวลที่เกิดจากการมีโรคติดเชื้อเรื้อรัง ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเข้าใจธรรมชาติของโรคและสามารถอยู่ร่วมกับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

2. ด้านการป้องกันโรค (Disease Prevention) การพยาบาลเน้นไปที่การป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉีดาซาลิงซ้ำซ้อน ซึ่งผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ร่วมกับติดเชื้อฉีดาซาลิงมีความเสี่ยงสูงมาก จึงต้องเน้นการให้ความรู้ในการปฏิบัติตน เช่น การรักษาความสะอาดร่างกายและสิ่งแวดล้อม การปฏิบัติตามคำแนะนำเรื่องการรับประทานยาต้านไวรัส (ARV) อย่างสม่ำเสมอ การป้องกันการแพร่กระจายเชื้อแก่ผู้อื่นโดยเฉพาะผู้ที่อยู่ร่วมบ้าน รวมถึงการฉีดวัคซีนป้องกันโรคติดเชื้อที่จำเป็น เช่น วัคซีนป้องกันติดเชื้อฉีดาซาลิง วัคซีนไข้หวัดใหญ่ และวัคซีนป้องกันโรคปอดบวม เพื่อช่วยเสริมสร้างภูมิคุ้มกันและลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเพิ่มเติม

3. ด้านการดูแลรักษาพยาบาล (Curative Nursing) พยาบาลมีหน้าที่ในการสังเกตและติดตามอาการผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด เช่น อาการไข้ ผื่นตุ่มหนองจากติดเชื้อฉีดาซาลิง การเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักตัว หรือภาวะทุพโภชนาการที่อาจเกิดขึ้นได้ในผู้ป่วยเอชไอวี พยาบาลต้องทำการประเมินสภาพร่างกายอย่างละเอียดให้การดูแลแผลตุ่มหนองจากติดเชื้อฉีดาซาลิงเพื่อลดการติดเชื้อซ้ำซ้อนและบรรเทาความเจ็บปวด รวมถึงเฝ้าระวังและรายงานผลข้างเคียงของยาเพื่อให้การรักษาเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ นอกจากนี้ยังต้องให้ความสำคัญต่อภาวะจิตใจ ให้คำปรึกษาเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวและรับมือกับโรคได้ดีขึ้น ลดความทุกข์ทรมานทั้งทางกายและทางใจ

4. ด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพและการดำรงไว้ซึ่งสุขภาพที่ดี (Rehabilitation and Maintenance of Health) ในขั้นตอนการฟื้นฟูสมรรถภาพ พยาบาลต้องให้ความช่วยเหลือเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับไปใช้ชีวิตปกติหรือใกล้เคียงกับปกติที่สุด โดยเน้นการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและในชุมชน ส่งเสริมการทำกิจวัตรประจำวันด้วยตนเอง สอนวิธีการดูแลผิวหนังที่ได้รับผลกระทบจากติดเชื้อฉีดาซาลิง เช่น วิธีการดูแลแผลเพื่อป้องกันแผลเป็น การป้องกันการติดเชื้อซ้ำซ้อน และการฟื้นฟูสุขภาพจิตโดยให้กำลังใจ และสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเอง ลดความรู้สึกด้อยค่าและภาวะซึมเศร้า พร้อมทั้งเชื่อมโยงกับระบบบริการสุขภาพในชุมชนเพื่อสนับสนุนการดูแลอย่างยั่งยืน

ดังนั้น การประยุกต์ใช้แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวมจึงมีบทบาทสำคัญต่อการดูแลผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดาซาลิงอย่างมาก เนื่องจากแนวคิดนี้ครอบคลุมการดูแลผู้ป่วยในทุกมิติ ช่วยให้ผู้ป่วย

มีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นและสามารถใช้ชีวิตร่วมกับโรคได้อย่างมีศักดิ์ศรี มีความหวัง และสามารถอยู่ร่วมกับสังคมได้อย่างปกติสุขมากขึ้น

2.4.4 กระบวนการพยาบาล

กระบวนการพยาบาล (Nursing Process) เป็นเครื่องมือที่สำคัญในการปฏิบัติการพยาบาล ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่

1. การประเมิน (Assessment) เป็นขั้นตอนของการรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ เพื่อค้นหาปัญหาความต้องการของผู้ป่วย พยาบาลเก็บรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยอย่างเป็นระบบ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ ได้แก่

- ข้อมูลทั่วไป อายุ เพศ พฤติกรรมเสี่ยง
- ประวัติโรค ระยะของโรคเอชไอวี การได้รับยาต้านไวรัส อาการของฝีดาษลิง เช่น ไข้ ผื่น เจ็บแผลบริเวณอวัยวะเพศ

- การประเมินสภาพร่างกาย บาดแผล ผื่นตุ่ม หนอง ความเจ็บปวด ความอยากอาหาร
- ข้อมูลเชิงจิตใจและสังคม ความวิตกกังวล ความรู้เกี่ยวกับโรค การตีตราทางสังคม
- ข้อมูลจากครอบครัวหรือผู้ดูแล การให้การสนับสนุน การดูแลรักษาที่บ้าน

2. การวินิจฉัยทางการพยาบาล (Diagnosis) เป็นขั้นตอนของการวิเคราะห์และสังเคราะห์ข้อมูลต่างๆที่รวบรวมได้โดยอาศัยทักษะการตัดสินใจทางคลินิก การคิดอย่างมีวิจารณญาณ ความสามารถย้อนรำลึก และนำความรู้ที่เกี่ยวข้องมาใช้แปลผลข้อมูล ซึ่งประกอบด้วยการประมวลข้อมูลการกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล การตรวจสอบข้อวินิจฉัยและการบันทึกข้อวินิจฉัย พยาบาลสามารถสรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล เช่น มีโอกาสติดเชื้อเพิ่มเติมเนื่องจากภูมิคุ้มกันบกพร่อง มีภาวะเจ็บปวดจากบาดแผลบริเวณอวัยวะเพศ มีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับโรคและการตีตราจากสังคม พร่องความรู้เกี่ยวกับการดูแลแผลฝีดาษลิง และการป้องกันการแพร่เชื้อ

3. การวางแผน (Planning) เป็นขั้นตอนการพัฒนากลยุทธ์เพื่อป้องกัน บรรเทาหรือแก้ไขปัญหาวินิจฉัยไว้ ประกอบด้วย การจัดลำดับความสำคัญของปัญหา การตั้งเป้าหมาย และการเลือกวิธีการบำบัดเพื่อให้บรรลุเป้าหมายนั้น เช่น ลดความเจ็บปวดจากบาดแผลภายใน 3 วัน ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีดูแลแผลและป้องกันการแพร่เชื้อได้ ผู้ป่วยมีสุขภาพจิตที่ดีขึ้นภายใน 5 วัน ครอบครัวสามารถสนับสนุนการดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) เป็นขั้นตอนการลงมือปฏิบัติตามแผนที่วางไว้ ครอบคลุมตั้งแต่การลงมือปฏิบัติ การมอบหมายงาน การสอน การให้คำปรึกษา การรายงาน และการบันทึก เช่น การดูแลแผลอย่างสะอาดและปลอดภัย ให้ยาแก้ปวดและติดตามผลการรักษา การให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคฝีดาษลิงและเอชไอวี การสนับสนุนด้านจิตใจ ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวหรือการตีตรา ประสานทีมสหวิชาชีพหากผู้ป่วยมีความเสี่ยงด้านจิตเวชหรือปัญหาสังคม การให้ความรู้แก่ครอบครัวในการดูแลและป้องกันการแพร่เชื้อ

5. การประเมินผล (Evaluation) เป็นขั้นตอนที่สำคัญมาก เกี่ยวข้องกับคุณภาพของพยาบาล ในการประเมินผลแม้จะมุ่งเน้นที่ผลลัพธ์ของการพยาบาลเป็นพื้นฐาน ยังจำเป็นต้องประเมินผลกระบวนการที่ใช้และโครงสร้างที่เกี่ยวข้องด้วย เช่น ประเมินระดับความเจ็บปวดว่าลดลงหรือไม่ ประเมินความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการดูแลแผล สังเกตพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย ประเมินสุขภาพจิต ความวิตกกังวล หรือภาวะซึมเศร้า ประเมินการมีส่วนร่วมของครอบครัวในการดูแลอย่างต่อเนื่อง

2.4.5 บทบาทวิชาชีพ

หอผู้ป่วยแยกโรค 7/4 สังกัดงานการพยาบาล ฝ่ายการพยาบาล สถาบันบำราศนราดูร กรมควบคุมโรค เป็นหอผู้ป่วยที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดต่ออันตราย โรคอุบัติใหม่ อุตบัติซ้ำเพื่อแยกกักกันดูแลรักษาผู้ป่วย รวมถึงควบคุม ป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ เนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์ เป็นผู้ป่วยที่เสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยจะถูกแยก (Isolation) เพื่อประสิทธิภาพในการควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ อาจส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยเกิดภาวะเครียดวิตกกังวล ต้องได้รับการประเมิน และดูแลเพื่อป้องกันภาวะวิกฤตทางจิตอารมณ์ พยาบาลมีหน้าที่ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์ โดยให้การพยาบาลแบบองค์รวม ให้ผู้ป่วยและญาติปลอดภัยจากโรคติดเชื้อ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่สามารถป้องกันได้ มีความรู้เกี่ยวกับโรคสามารถดูแลปฏิบัติตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสมตามมาตรฐานการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ มีความพึงพอใจในการให้บริการ นอกจากนี้หน่วยงานสามารถเป็นแหล่งการเรียนรู้ การสอน การฝึกอบรมด้านการควบคุมโรคได้ พยาบาลมีบทบาทสำคัญดังนี้

1. พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์ในระยะแพร่กระจายเชื้อในห้องแยกโรค โดยการสร้างสัมพันธภาพ สร้างความไว้วางใจให้กำลังใจ ดูแลผู้ป่วยอย่างใกล้ชิด รวบรวมวิเคราะห์ข้อมูล เพื่อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลให้ครอบคลุมสุขภาพทางกาย ทางจิตใจ ทางสังคม ทางจิตวิญญาณของผู้ป่วยและญาติพร้อมทั้งบันทึก สรุปรายงานอาการ การเปลี่ยนแปลง ปฏิกริยาของผู้ป่วยต่อการรักษาพยาบาลตลอดจนความก้าวหน้าของการรักษาพยาบาล

- 1.1 ให้การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์ที่ไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยให้การรักษาพยาบาลตามอาการ ได้แก่ การพยาบาลเพื่อบรรเทาอาการไม่สุขสบายจากอาการ ไข้ อาการปวดตื้อหนอง หรือแผลที่เกิดจากรอยโรค อธิบายถึงพยาธิสภาพที่ทำให้เกิดอาการปวดให้ผู้ป่วยรับทราบ เพื่อให้ผู้ป่วยพร้อมที่จะเผชิญความปวด รับฟังความรู้สึกของผู้ป่วยต่อความปวดและให้กำลังใจ ให้คำแนะนำนำวิธีเบี่ยงเบนความสนใจเพื่อบรรเทาอาการปวด เช่น การสวดมนต์การทำสมาธิบำบัด

- 1.2 ให้การพยาบาลติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์ ที่มีภาวะแทรกซ้อน หรือป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน ในระยะนี้ควรต้องเฝ้าระวังและประเมินภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ เช่น ภาวะปอดอักเสบ ภาวะสมองอักเสบ การติดเชื้อแบคทีเรียแทรกซ้อน และภาวะแทรกซ้อนอื่น ๆ

- 1.3 ดูแลความปลอดภัยขณะผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในห้องแยกโรค เช่น การจัดการให้ผู้ป่วยอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่ปลอดภัย เพื่อป้องกันการเกิดอุบัติเหตุและการบาดเจ็บ เช่น การพลัดตกหกล้ม การบาดเจ็บจากการใช้เครื่องมือ อุปกรณ์ทางการแพทย์ การป้องกันการติดเชื้ออื่น ๆ ในโรงพยาบาล การดูแลเครื่องมือแพทย์และอุปกรณ์ที่จำเป็น เพื่อใช้ในการรักษาพยาบาลให้มีเพียงพอ พร้อมใช้ในภาวะฉุกเฉิน มีความปลอดภัยในการใช้งานกับผู้ป่วย

- 1.4 ดูแลกำกับบุคลากรทางพยาบาล ให้มีการปฏิบัติงานตามมาตรฐาน หรือแนวทางที่กำหนด เพื่อป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ

- 1.5 สนับสนุนการสร้างเสริมสุขภาพ ให้ผู้ป่วยมีความรอบรู้ทางด้านสุขภาพ เพื่อการจัดการดูแลภาวะสุขภาพของตนเอง โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับการเข้าถึงหน่วยให้บริการทางด้านโรคติดเชื้อเอชไอวี โรคเอดส์ ความเข้าใจถึงความสำคัญในการรับประทายาด้านไวรัสอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ ไม่หยุดรับประทานยาเอง ผลข้างเคียงของยา ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการต่างๆ ที่สำคัญต่อโรคของผู้ป่วย การมาตรวจตามนัด การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส และป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆ ที่อาจเกิดขึ้น

- 1.6 สร้างสัมพันธภาพ สร้างความเชื่อมั่นให้แก่ผู้ป่วยและญาติ ด้วยบุคลิกภาพที่เหมาะสม

โดยเฉพาะการช่วยเหลือเอาใจใส่ การให้ข้อมูล และการตอบสนองความต้องการความคาดหวังของผู้ป่วย และญาติอย่างเหมาะสม

2. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติงาน เป็นหัวหน้าทีมการพยาบาล จัดระเบียบงาน แบ่งงาน และมอบหมายงานให้แก่บุคลากรในทีมการพยาบาลตามความเหมาะสม ควบคุมดูแลให้ปฏิบัติการพยาบาล ตามมาตรฐานวิชาชีพ และสนับสนุนการใช้กระบวนการพยาบาล ในการวางแผน ตัดสินใจ ติดตาม และประเมินผลการปฏิบัติการพยาบาลของตนเอง และบุคลากรในทีมการพยาบาล พร้อมทั้งให้การนิเทศแก่บุคลากรในทีมการพยาบาล เรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อ ตลอดจนจัดสรรบริหารทรัพยากรในการดำเนินการพยาบาลในเวรให้เหมาะสมและเพียงพอ

3. พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการตรวจเยี่ยมผู้ป่วย สังเกตอาการ ชักถามปัญหา และความต้องการของผู้ป่วย ประเมินอาการ การเปลี่ยนแปลงทั้งด้านร่างกาย จิตใจ ประชุมปรึกษาก่อนและหลังปฏิบัติการพยาบาล นำข้อมูลที่ได้มาประเมิน วิเคราะห์เพื่อกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล วางแผนให้การพยาบาลที่เหมาะสม สอดคล้องกับความต้องการของผู้ป่วย ติดตามประเมินผล รวมทั้งร่วมวางแผนกับทีมสหสาขาวิชาชีพที่เกี่ยวข้อง

4. พยาบาลมีบทบาทสำคัญ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยในระยะแรกเริ่ม โดยจัดลำดับความสำคัญ ความรุนแรงของผู้ป่วย ประเมินปัญหา และความต้องการของผู้ป่วยอย่างถูกต้องครบถ้วน ประเมินความเสี่ยงจากการชักประวัติ ตรวจร่างกาย ประเมินสัญญาณชีพ หากพบผู้ป่วยเกิดภาวะแทรกซ้อน ควรให้การดูแลอย่างใกล้ชิดและเร่งด่วน ประสานทีมและปรึกษาทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้ข้อมูลแก่ผู้ป่วย และญาติเกี่ยวกับแผนการรักษา ความสำคัญและความจำเป็นในการรับผู้ป่วยไว้ในห้องแยกโรค แจ้งข้อมูลสิทธิการรักษาพยาบาล ค่าใช้จ่าย การลงนามยินยอมการรักษาตลอดจนกฎระเบียบของโรงพยาบาล การปฏิบัติตนขณะอยู่ในโรงพยาบาลของผู้ป่วยและการเข้าเยี่ยมของญาติ

5. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้ข้อมูล คำแนะนำเรื่องการป้องกันและควบคุมการแพร่กระจายเชื้อของโรคติดเชื้อเอชไอวี โรคฝีดาษลิง แก่สหสาขาวิชาชีพ หรือบุคลากรทีมสุขภาพที่เข้ามาให้บริการผู้ป่วยในห้องแยกโรค เช่น การล้างมือ การสวมอุปกรณ์เพื่อป้องกันร่างกาย

6. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการให้คำแนะนำผู้ป่วย ที่พ้นระยะแพร่กระจายเชื้อโรค ได้แก่ การจำหน่ายกลับบ้านเมื่อหายจากโรคและไม่มีภาวะแทรกซ้อน โดยการประเมินความรู้หลังจากให้คำแนะนำ การประสานงานติดต่อ กรณีมีการดูแลต่อเนื่อง

7. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการปฏิบัติการช่วยชีวิต กรณีเกิดภาวะฉุกเฉินเร่งด่วน โดยการเตรียมอุปกรณ์ให้พร้อมใช้

8. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการช่วยแพทย์ทำหัตถการต่างๆ ได้แก่ การเจาะหลัง การเจาะท้อง การใส่ท่อระบายทรวงอก การทำ (Chest drain) การทำ Nasopharyngeal wash การทำ Nasopharyngeal swab การทำ Throat swab การขูดรอยโรคส่งตรวจ (Scrape lesion) โดยประเมินอาการ และเตรียมความพร้อมผู้ป่วยก่อนทำหัตถการ การลงนามยินยอมก่อนทำหัตถการ อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงประโยชน์ ความสำคัญ ความจำเป็นในการทำหัตถการ ตลอดจนเปิดโอกาสรับฟังปัญหา ข้อสงสัยต่างๆ ให้กำลังใจผู้ป่วย และเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อนจากการทำหัตถการ

9. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการดูแลจัดสภาพแวดล้อมในห้องผู้ป่วยแยกโรคให้สะอาด เป็นระเบียบ ถูกสุขลักษณะ เพื่อความปลอดภัย และป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ

10. พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการติดต่อประสานงานแพทย์ และทีมสุขภาพที่เกี่ยวข้อง เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง เหมาะสม

2.5 การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยา

การดูแลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยามีความซับซ้อน เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักเผชิญกับปัญหาทั้งทางกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณในเวลาเดียวกัน โดยประยุกต์ใช้ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) ที่ครอบคลุมแนวคิดการดูแลตนเองและการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) เพื่อให้เกิดประสิทธิภาพสูงสุดในการดูแลผู้ป่วยกลุ่มนี้ ทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็ม (Orem, 2001) มีแนวคิดหลักคือ การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ซึ่งเกิดขึ้นเมื่อบุคคลไม่สามารถทำกิจกรรมการดูแลตนเองขั้นพื้นฐานได้ครบถ้วน อันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยหรือข้อจำกัดทางร่างกายและจิตใจ ระบบการพยาบาลจึงเข้ามาทำหน้าที่ช่วยเหลือ ชดเชย ฟื้นฟู และสนับสนุน เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาดูแลตนเองได้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ (Younas, 2017) ในขณะเดียวกัน การพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic nursing care) มีพื้นฐานแนวคิดจากปรัชญาองค์รวม (Holism) ซึ่งเป็นคำที่มาจากภาษากรีกคือ Holos หมายถึง ความเป็นอันหนึ่งอันเดียวกัน ความเป็นภาพรวมที่ผสมผสานไม่สามารถแบ่งแยกออกเป็นส่วนๆ ได้ สุขภาพองค์รวมเป็นสภาวะที่เกิดจากการปฏิสัมพันธ์ภายในของคนที่ได้แก่ กาย จิต และจิตวิญญาณโดยไม่แยกจากกัน และปฏิสัมพันธ์ของคนที่กับสิ่งแวดล้อมภายนอกทั้งทางกายภาพและทางสังคมอย่างเหมาะสม มีความสอดคล้องกับคุณค่าและเป้าหมายชีวิตของบุคคล เป้าหมายของการพยาบาลองค์รวมเน้นการดูแลเยียวยา กาย จิต สังคม และจิตวิญญาณของคนทั้งคน เพื่อรักษาและส่งเสริมความสมดุลของบุคคลโดยให้คุณค่ากับประสบการณ์ชีวิต วิธีการดำรงชีวิตตลอดจนเปิดโอกาสให้บุคคลได้ใช้การดูแลสุขภาพแบบผสมผสาน (Complementary Therapy: CT) ในการดูแลสุขภาพของตนเองตามความเชื่อและวัฒนธรรมในบริบทของสังคมที่ตนอาศัยอยู่การพยาบาลองค์รวมจึงมีความสำคัญมากขึ้นในยุคปัจจุบัน และมีแนวโน้มว่าจะมีบทบาทมากขึ้นในอนาคต (คณิศร แก้วแดง และสุมาลี ราชนิยม, 2558) ในการพยาบาลผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยา สามารถแบ่งออกเป็น 4 ด้าน ดังนี้

ด้านที่ 1 การดูแลด้านร่างกาย (Physical Care) เป็นการดูแลขั้นพื้นฐานที่จำเป็นและสำคัญในการดำรงชีวิตของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะติดเชื้อฉีดยา เนื่องจากผู้ป่วยกลุ่มนี้มักมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำเสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสสูง การดูแลด้านร่างกายจัดอยู่ในการดูแลตนเองที่จำเป็นทั่วไป (Universal Self-care Requisites) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ เช่น การรับประทานอาหาร น้ำ การขับถ่าย การพักผ่อน การออกกำลังกาย และการป้องกันภาวะแทรกซ้อน (Younas, 2017) หากผู้ป่วยมีข้อจำกัด เช่น อ่อนเพลีย กลืนอาหารลำบาก หรือไม่มีแรงพอจะดูแลสุขวิทยาส่วนตัวได้เอง ซึ่งผู้ป่วยอยู่ในภาวะพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ระบบการพยาบาลทั้งหมด (Wholly Compensatory Nursing System) หรือบางส่วน (Partly Compensatory Nursing System) จึงเข้ามาช่วยเหลือดูแลผู้ป่วยขึ้นอยู่กับระดับความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจกรรม (Orem, 2001) ซึ่งประกอบด้วยกิจกรรมสำคัญ ได้แก่ การดูแลด้านโภชนาการ และน้ำ การรับประทานยาต้านไวรัส การออกกำลังกาย มีส่วนสำคัญอย่างยิ่งในการทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพแข็งแรง ระดับภูมิคุ้มกันเพิ่มขึ้น สามารถช่วยส่งเสริมการเพิ่มระดับของ CD4 ของผู้ป่วยและป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสได้ พยาบาลพึงให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยาในเรื่องต่างๆ ดังนี้

- การดูแลด้านโภชนาการและน้ำ พฤติกรรมการดูแลตนเองด้านการบริโภคถือเป็นพื้นฐานสำคัญต่อการเพิ่มภูมิคุ้มกัน ลดโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส และคงสภาพร่างกายให้แข็งแรง (ธนวัฒน์ ชาศิโย, 2565) พยาบาลควรประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การเคี้ยว การกลืน และความสามารถในการจัดการอาหารเอง หากพบว่าผู้ป่วยมีภาวะเบื่ออาหาร กลืนลำบาก มีแผลในช่องปาก มีการเปลี่ยนแปลงของการดูดซึมสารอาหารและการเผาผลาญสารอาหารของร่างกาย พยาบาลจะต้องจัดระบบการพยาบาลแบบชดเชยบางส่วนหรือทั้งหมด เช่น การจัดอาหารอ่อน ย่อยง่าย ให้ครั้งละน้อยแต่บ่อยครั้ง หากผู้ป่วยมีอาการอ่อนเพลีย

ไม่สามารถรับประทานได้เอง พยาบาลควรป้อนอาหารให้ โดยพยาบาลควรเลือกชนิดอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย ซึ่งควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย ได้แก่ แกงจืด ข้าวต้ม หลีกเลียงอาหารรสจัด รสเค็ม รสเผ็ด อาหารประเภทสุกๆ ดิบๆ อาหารหมักดอง เพิ่มการรับประทานผักและผลไม้มากขึ้น เนื่องจากมีสารต้านอนุมูลอิสระ ซึ่งจะช่วยปกป้องระบบภูมิคุ้มกันรับประทานอาหารประเภทโปรตีนให้เพียงพอ เพื่อร่างกายใช้สร้างกล้ามเนื้อและเพิ่มภูมิคุ้มกันให้แข็งแรง (ธนวัฒน์ ชาศิโย, 2565) และสอนวิธีทำความสะอาดภายในช่องปากและดูแลช่องปากอย่างสม่ำเสมอ (Orem, 2001) พยาบาลควรดูแลให้ผู้ป่วยได้รับพลังงานที่เพียงพอ ส่งเสริมให้ผู้ป่วยเลือกอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการสูง สารต้านอนุมูลอิสระ โปรตีน และไขมันดี เช่น ถั่ว ไข่ เนื้อสัตว์ไม่ติดมัน รวมถึงให้ดื่มน้ำสะอาดอย่างน้อย 8-10 แก้วต่อวัน เพื่อรักษาสมดุลน้ำและการขับถ่าย (Sarafis et al., 2016)

- การรับประทานยาต้านไวรัส ฤทธิ์โอเริมระบุว่า การใช้ยาเป็นหนึ่งในกิจกรรมดูแลตนเองที่สำคัญ (Younas, 2017) ในผู้ป่วยเอชไอวี เนื่องจากยาต้านไวรัสเป็นหัวใจสำคัญของการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีในปัจจุบัน แพทย์จะพิจารณาให้ผู้ป่วยเริ่มยาโดยเร็วที่สุด เพื่อป้องกันการดำเนินของโรคและป้องกันการแพร่กระจายเชื้อไวรัสไปสู่ผู้อื่น ยาต้านไวรัสช่วยยับยั้งการแบ่งตัวของไวรัส ลดโอกาสดื้อยา และชะลอการดำเนินโรค (ศรัณญา เอื้ออารียกุล และกรแก้ว จันทภาษา, 2564) พยาบาลต้องประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการจดจำเวลาและปริมาณการใช้ยา หากพบว่าผู้ป่วยไม่สามารถจัดการได้ด้วยตนเอง ต้องจัดระบบการพยาบาลแบบช่วยเหลือและสนับสนุน โดยให้ความรู้ถึงความสำคัญของการรับประทานยาตรงเวลา จัดตารางยา และสอนญาติให้มีส่วนร่วม

- การบรรเทาความเจ็บปวด ความทุกข์ทรมานของผู้ป่วย เนื่องจากผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยาถึงมักมีตุ่มหนอง บริเวณผิวหนัง ตามร่างกาย อวัยวะเพศ ซึ่งสร้างความเจ็บปวดและไม่สบายกายสูง หากไม่จัดการความปวดอย่างเหมาะสมจะกระทบต่อความสามารถในการดูแลตนเองกิจกรรมอื่น ๆ ตามแนวคิดโอเริม การประเมินและจัดการความปวดจึงถือเป็นส่วนหนึ่งของระบบพยาบาลชดเชยบางส่วนที่พยาบาลทำเพื่อฟื้นฟูพลังการดูแลตนเองของผู้ป่วย (Orem, 2001) โดยการซักถามและสังเกตอาการแสดง เช่น หน้ามืด คิวขมวด นอนตัวเกร็ง ซีพจรเต้นเร็ว พยาบาลควรดูแลผู้ป่วยที่ต้องเผชิญกับความเจ็บปวดหรือความทุกข์ทรมานอื่นๆ ให้ได้รับการบรรเทาในสิ่งที่กำลังเผชิญด้วยวิธีการที่เหมาะสม เช่น ประเมินระดับความปวด กรณีปวดมากควรดูแลให้ยาบรรเทาอาการปวด จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ สอนและช่วยผู้ป่วยจัดท่านอนให้สุขสบาย หลีกเลียงการนอนทับตุ่มหนองที่มีอาการปวด แนะนำให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคผ่อนคลายความปวด โดยการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การหายใจเข้าออกยาวๆ ลึกๆ การเบี่ยงเบนความสนใจ การใช้สมาธิบำบัด การฟังคลื่นเสียงบำบัดเพื่อคลายความวิตกกังวลช่วยจัดการกับความเจ็บปวด การอ่านหนังสือ การใช้โทรศัพท์มือถือ การปรับเปลี่ยนวิถีคิดในเชิงบวกการมองโลกในมุมมองใหม่ (Dossey & Keegan, 2016)

- การดูแลสุขภาพจิตส่วนบุคคลและสิ่งแวดล้อม ผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยาถึงมีความพร้อมในการดูแลตนเอง เนื่องจากส่วนใหญ่ท้อแท้ หดหู่กำลังใจในการดูแลตนเองหรือละเลยที่จะดูแลตนเองให้มีสุขวิทยาส่วนบุคคลที่ดี จึงส่งผลทำให้ผู้ป่วยเกิดการติดเชื้อได้ง่ายประกอบกับระบบภูมิคุ้มกันร่างกายต่อต้านเชื้อโรคลดลง พยาบาลจึงต้องช่วยจัดระบบพยาบาลแบบชดเชยบางส่วน โดยส่งเสริมเกี่ยวกับสุขวิทยาส่วนบุคคล การดูแลให้ร่างกายสะอาดป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียเพิ่มโดยยึดหลัก Contact และ Droplet Precautions เช่น การดูแลทำความสะอาดช่องปาก แปรงฟันอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง บ้วนปากก่อนและหลังการรับประทานอาหาร เพื่อป้องกันการติดเชื้อในช่องปาก ช่วยเปลี่ยนผ้าเมื่อสกปรกหรือเปียกชื้น การดูแลบริเวณผิวหนังที่มีตุ่มหนอง การดูแลสิ่งของเครื่องใช้ เตียงและสิ่งแวดล้อมรอบตัวผู้ป่วยให้สะอาด การจัดวาง

สิ่งของให้เป็นระเบียบมีการระบายอากาศที่ดี ปราศจากกลิ่นรบกวน โดยเน้นเรื่องการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ (Sarafis et al., 2016)

- การออกกำลังกายและการฟื้นฟูสมรรถภาพ การออกกำลังกายเป็นหนึ่งใน Self-Care Agency เนื่องจากช่วยฟื้นฟูพลังงานกายและเพิ่มภูมิคุ้มกัน (Younas, 2017) พยาบาลควรประเมินศักยภาพร่างกายของผู้ป่วย จัดโปรแกรมการออกกำลังกายเบา ๆ เช่น เดินช้า ยืดเหยียด หลีกเลียงกิจกรรมที่หักโหม และให้กำลังใจเพื่อสร้างความรู้สึกรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

- การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน การให้คำแนะนำและสร้างแรงจูงใจให้ผู้ป่วยปฏิบัติได้ด้วยตนเอง ถือเป็นหัวใจของระบบพยาบาล ช่วยเหลือและสนับสนุน (Supportive-Educative System) (Orem, 2001) พยาบาลต้องให้ความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อ เช่น ใช้ถุงยางอนามัย หลีกเลียงพฤติกรรมเสี่ยง และวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยร่วมกับญาติ เรื่องการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับโรคเอดส์ โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ โรคฝีดาษลิง เพื่อลดความกลัว ความวิตกกังวล สามารถปฏิบัติเพื่อการดูแลตนเองที่บ้านได้ การส่งเสริมให้ทำกิจกรรมต่างๆ ด้วยตนเอง พยาบาลควรส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุดเท่าที่จะทำได้ การทำกิจวัตรประจำวันต่างๆ ได้แก่ การดูแลความสะอาดร่างกาย การรับประทานอาหาร ซึ่งการได้ทำกิจกรรมด้วย ตนเองจะช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกมีคุณค่า และไม่รู้สึกรู้ว่าเป็นภาระของผู้อื่น

ด้านที่ 2 การดูแลด้านจิตใจและอารมณ์ (Psychological and Emotional Care) ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์มักเผชิญกับภาวะทางจิตใจและอารมณ์อย่างมาก เนื่องจากอาการของโรค เช่น การมีตุ่มหนองและรอยโรคบนร่างกาย อาจกระทบต่อ ภาพลักษณ์ตนเอง (Body Image) และศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ส่งผลต่อภาวะเครียด วิตกกังวล ซึมเศร้า และความรู้สึกสิ้นหวัง (Younas, 2017; Dossey & Keegan, 2016) ความวิตกกังวลนี้อาจเกิดจากหลายปัจจัย เช่น ความกลัวการถูกตีตราจากสังคม การถูกปฏิเสธจากครอบครัว การสูญเสียโอกาสทางอาชีพ และการมีรายได้ไม่เพียงพอ ตามแนวคิดโอเร็ม ความสามารถในการจัดการอารมณ์และสภาวะจิตใจเป็นส่วนหนึ่งของ ความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ซึ่งเมื่อผู้ป่วยขาดพลังหรือขาดทักษะในการจัดการความเครียดหรือควบคุมอารมณ์ตนเอง จะถือว่าอยู่ในภาวะ พร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) (Orem, 2001) ดังนั้น พยาบาลต้องจัดระบบการพยาบาลเพื่อชดเชย สนับสนุน และให้คำแนะนำ (Supportive-Educative System) โดยมีมุ่งหมายเพื่อฟื้นฟูศักยภาพการจัดการทางจิตใจของผู้ป่วยให้ได้มากที่สุด ดังนี้

- สร้างสัมพันธภาพและความไว้วางใจ พยาบาลควรเริ่มจากการสร้างสัมพันธภาพแบบเอื้ออาทร พูดคุยทักทายอย่างสม่ำเสมอ ใช้การสื่อสารเชิงบวก รับฟังด้วยความเข้าใจ เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยแสดงความคิดเห็นเกี่ยวกับความรู้สึกและข้อกังวลของตน (Sarafis et al., 2016) ทุกขั้นตอนของการพยาบาลควรมีการขออนุญาต ชี้แจง และให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการตัดสินใจเพื่อให้เกิดความรู้สึกเป็นเจ้าของการรักษา (Self-Responsibility) (Younas, 2017)

- ให้ข้อมูลและความรู้เพื่อลดความกลัว ความไม่รู้และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรคและการรักษา เป็นสาเหตุหลักของความเครียดและความวิตกกังวล พยาบาลควรให้ข้อมูลที่ถูกต้องครอบคลุมทั้งสาเหตุของโรค วิธีการติดต่อ แนวทางการดูแลตนเอง วิธีสังเกตอาการผิดปกติ และแผนการรักษาที่ต้องปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง เช่น การรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ (ศรัญญา เอื้ออารีย์กุล และกรแก้ว จันทภาษา, 2564) แนวทางนี้ตรงกับทฤษฎีโอเร็มในประเด็นการจัดการพลังการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ที่เน้นการเพิ่มพูนทักษะ ความรู้ และแรงจูงใจให้ผู้ป่วยสามารถจัดการตนเองได้ดีขึ้น (Orem, 2001)

- ปรึกษาปรึกษาจิตใจและยอมรับตัวตนของผู้ป่วย พยาบาลควรช่วยผู้ป่วยเผชิญหน้ากับ

ความกลัว ความเศร้า และความท้อแท้ โดยการยอมรับพฤติกรรมหรือความรู้สึกของผู้ป่วยโดยไม่ตัดสิน สนับสนุนให้ผู้ป่วยได้แสดงออกทางอารมณ์ ระบายความในใจและเรียนรู้การจัดการอารมณ์ เช่น การมองโลก ในแง่บวก การปรับวิธีคิดใหม่ (Dossey & Keegan, 2016) เมื่อผู้ป่วยอยู่ในภาวะสิ้นหวังหรือซึมเศร้า พยาบาล ควรอยู่เคียงข้าง ให้กำลังใจ ให้เวลารับฟัง ใช้การสัมผัสที่นุ่มนวลเหมาะสมเพื่อสื่อถึงความห่วงใย ลดความรู้สึก โดดเดี่ยว (คณิศร แก้วแดง และสุมาลี ราชนิยม, 2558)

- เทคนิคการผ่อนคลายและกิจกรรมทางจิตใจ เพื่อบรรเทาความเครียด พยาบาลสามารถแนะนำ ให้ผู้ป่วยใช้เทคนิคการผ่อนคลายที่เหมาะสมกับวิถีชีวิตและความเชื่อ เช่น การหายใจช้าและลึก การฟังดนตรี ที่สงบ การอ่านหนังสือ ไหว้พระ สวดมนต์ หรือทำสมาธิ ซึ่งวิธีเหล่านี้สอดคล้องกับแนวคิดการพยาบาล แบบองค์รวมที่ให้ความสำคัญกับ การฟื้นฟูพลังชีวิตและจิตวิญญาณ ควบคู่กับการดูแลทางกายภาพ (Dossey & Keegan, 2016)

- ค้ำครองสิทธิและศักดิ์ศรีของผู้ป่วย พยาบาลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยการให้เกียรติ เคารพสิทธิ ส่วนบุคคล ช่วยปกป้องข้อมูลส่วนตัว สถานะของโรคตามความเหมาะสม เพื่อป้องกันการตีตราและการถูกเลือก ปฏิบัติจากบุคคลรอบข้าง การรักษาความลับนี้สอดคล้องกับหลักจริยธรรมวิชาชีพ และช่วยลดความกังวล ของผู้ป่วยได้อย่างมีนัยสำคัญ (UNAIDS, 2023)

ด้านที่ 3 การดูแลด้านสังคม (Social Care) ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี โดยเฉพาะเมื่อมีภาวะติดเชื้อ ฝัฒาซึง มักเผชิญกับความกดดันทางสังคมอย่างรุนแรง เนื่องจากสังคมส่วนใหญ่ยังคงมีอคติ ความกลัว และความเข้าใจผิดเกี่ยวกับโรค ทำให้เกิดการตีตรา (Stigma) และการเลือกปฏิบัติ (Discrimination) ต่อผู้ป่วย อย่างชัดเจน (UNAIDS, 2023) เนื่องมาจากความไม่รู้ การได้รับข้อมูลข่าวสารที่สร้างความหวาดกลัว ทำให้เกิด ภาพจำของผู้คนในสังคมในทางลบกับผู้ป่วยเอชไอวี สิ่งเหล่านี้ไม่เพียงบั่นทอนคุณภาพชีวิตผู้ป่วย แต่ยังลด แรงจูงใจในการดูแลตนเอง และอาจทำให้ผู้ป่วยไม่กล้าเปิดเผยตนเองหรือเข้ารับการรักษา ตามทฤษฎีโอเร็ม การได้รับการสนับสนุนจากสังคมและครอบครัวเป็นหนึ่งในปัจจัยสำคัญที่ช่วยฟื้นฟู พลังการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) เพราะผู้ป่วยจะได้รับกำลังใจ มีแหล่งทรัพยากรสนับสนุน และมีเครือข่ายช่วยเหลือเพื่อให้ สามารถปฏิบัติกิจกรรมการดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่อง (Younas, 2017) นอกจากนี้การพยาบาลแบบองค์รวม ยังเน้นว่าความสัมพันธ์ระหว่างผู้ป่วย ครอบครัว และชุมชน ต้องสอดคล้องไปกับบริบททางสังคม และวัฒนธรรมของผู้ป่วย (Dossey & Keegan, 2016) ดังนี้

- การให้ข้อมูลที่ถูกต้องและสร้างความเข้าใจ พยาบาลมีบทบาทสำคัญในการเผยแพร่ข้อมูล เกี่ยวกับเอชไอวีและฝัฒาซึงที่ถูกต้อง ครอบคลุม และเหมาะสม เพื่อแก้ไขความเข้าใจผิด ลดความกลัว และลดอคติในสังคม (UNAIDS, 2023) พยาบาลควรจัดการให้ผู้ป่วย ครอบครัว และบุคคลในชุมชนได้เข้าถึง ข้อมูลที่ถูกต้องผ่านการให้คำปรึกษา การจัดกิจกรรมให้ความรู้ และการใช้สื่อประชาสัมพันธ์ที่เหมาะสม กับบริบททางวัฒนธรรม การให้ข้อมูลนี้สอดคล้องกับ ระบบการพยาบาลแบบช่วยเหลือและสนับสนุน (Supportive-Educative System) ในทฤษฎีโอเร็ม ซึ่งช่วยสร้างความมั่นใจและลดการพร่องในการดูแล ตนเองด้านสังคมของผู้ป่วย (Orem, 2001)

- การสร้างทัศนคติเชิงบวกและการยอมรับ พยาบาลควรส่งเสริมให้ครอบครัวและชุมชน เห็นคุณค่าในตัวผู้ป่วย ไม่ตีตราหรือปฏิเสธผู้ป่วย แต่เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในกิจกรรมของครอบครัว และชุมชน เช่น งานบุญ งานสังคม หรือกิจกรรมชมรมต่าง ๆ เพื่อฟื้นฟูความเชื่อมั่นในตนเองและลดความรู้สึก โดดเดี่ยว (คณิศร แก้วแดง และสุมาลี ราชนิยม, 2558) เมื่อครอบครัวและชุมชนยอมรับ ผู้ป่วยจะรู้สึกมีคุณค่า มีแรงจูงใจที่จะดูแลตนเองตามคำแนะนำทางการแพทย์ต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของโอเร็ม เกี่ยวกับแรงสนับสนุนทางสังคมเป็นทรัพยากรสำคัญในการฟื้นฟูพลังดูแลตนเอง (Younas, 2017)

- การประสานทรัพยากรช่วยเหลือทางสังคมและเศรษฐกิจ ผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์มักประสบปัญหาด้านเศรษฐกิจ เช่น ค่ารักษาพยาบาลสูง รายได้ลดลงเพราะไม่สามารถทำงานได้เต็มที่ พยาบาลควรมีบทบาทเป็นผู้ประสานงานกับหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง เช่น กองทุนหลักประกันสุขภาพ หน่วยงานสวัสดิการสังคม มูลนิธิหรือองค์กรเอกชน เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลือที่เหมาะสม (ศรัญญา เอื้ออารียกุล และกรแก้ว จันทภาษา, 2564) นอกจากนี้ พยาบาลยังควรส่งเสริมการประกอบอาชีพที่เหมาะสมกับสภาพร่างกายและบริบทสังคม เช่น งานฝีมือ งานออนไลน์ เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถพึ่งพาตนเองและมีส่วนร่วมทางเศรษฐกิจได้

- การเสริมพลังญาติผู้ดูแลและเครือข่ายชุมชน ญาติผู้ดูแลมีบทบาทสำคัญในฐานะแหล่งพลังสนับสนุน การที่ญาติยอมรับและมีทัศนคติที่ดีจะช่วยให้ผู้ป่วยไม่รู้สึกเป็นภาระและกล้าที่จะดูแลตนเอง พยาบาลควรจัดการประชุมกลุ่ม การให้คำปรึกษา และการฝึกทักษะแก่ญาติ เพื่อให้เข้าใจบทบาทตนเอง และสามารถดูแลผู้ป่วยได้เหมาะสม (Dossey & Keegan, 2016) ในระดับชุมชน พยาบาลควรส่งเสริมการสร้างเครือข่ายอาสาสมัครหรือกลุ่มแกนนำด้านเอชไอวี/เอดส์ เพื่อเป็นศูนย์กลางในการประสานข้อมูล และจัดการดูแลผู้ป่วยแบบบูรณาการ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ ซึ่งจะช่วยให้ชุมชนสามารถจัดการปัญหาได้อย่างยั่งยืน (UNAIDS, 2023)

ด้านที่ 4 การดูแลด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Care) จิตวิญญาณ (Spirituality) เป็นอีกหนึ่งมิติสำคัญของการพยาบาลแบบองค์รวม ซึ่งเน้นให้เห็นว่ามนุษย์มิได้ประกอบด้วยเพียงร่างกายและจิตใจ แต่ยังมีมิติทางจิตวิญญาณที่เกี่ยวข้องกับความเชื่อ ศรัทธา ความหวัง ความหมายของชีวิต และความสงบภายใน (Dossey & Keegan, 2016) โดยเฉพาะในผู้ป่วยเรื้อรัง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีภาวะติดเชื้อเอดส์ที่ต้องเผชิญความเจ็บป่วย ความไม่แน่นอนของชีวิต ความกลัวต่อความตาย และการสูญเสียศักดิ์ศรีความเป็นมนุษย์ ความเข้มแข็งทางจิตวิญญาณจึงเป็นทรัพยากรภายในสำคัญที่ช่วยให้ผู้ป่วยสามารถยอมรับสถานการณ์และอยู่กับโรคได้อย่างมีคุณภาพชีวิต (Sarafis et al., 2016) แนวคิดทฤษฎีโอเร็มกับการดูแลด้านจิตวิญญาณ แม้ทฤษฎีโอเร็มจะเน้นการดูแลตนเองด้านร่างกายเป็นหลัก แต่โอเร็มได้อธิบายถึงมิติ Self-Care Requisites ที่รวมถึงความต้องการดูแลตนเองเพื่อการดำรงไว้ซึ่งการทำงานทางกาย จิตใจ และจิตวิญญาณ (Orem, 2001; Younas, 2017) หากผู้ป่วยขาดพลังภายใน ขาดศรัทธาหรือไม่สามารถหาความหมายของความเจ็บป่วยได้ จะถือว่ามีความพร่องในการดูแลตนเอง (Self-Care Deficit) ในมิติทางจิตวิญญาณด้วยเช่นกัน ดังนั้นพยาบาลในฐานะผู้ให้การดูแลต้องจัด ระบบการพยาบาลแบบช่วยเหลือและสนับสนุน (Supportive-Educative System) เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยค้นพบพลังใจ ปฏิบัติศาสนกิจ หรือกิจกรรมทางจิตวิญญาณตามความเชื่อ เพื่อฟื้นฟูศักยภาพการดูแลตนเองด้านนี้ (Orem, 2001) ดังนี้

- สนับสนุนการปฏิบัติศาสนกิจตามความเชื่อ พยาบาลควรเคารพและเปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ปฏิบัติตามศรัทธาของตน เช่น การสวดมนต์ การนั่งสมาธิ การสวดบทสวดศักดิ์สิทธิ์ การฟังธรรมเทศนา หรือการขอพรจากพระสงฆ์หรือผู้นำศาสนาหากผู้ป่วยต้องการ พยาบาลอาจประสานงานกับนักบวช นักจิตวิทยา หรือที่ปรึกษาทางศาสนาเพื่อให้การดูแลทางจิตวิญญาณมีความลึกซึ้งและตรงตามความเชื่อของผู้ป่วย (คณิสสร แก้วแดง และสุมาลี ราชนิยม, 2558)

- ให้ความรัก ความเมตตา การยอมรับ พยาบาลควรปฏิบัติต่อผู้ป่วยด้วยความรัก ความเอื้ออาทร และความเคารพโดยไม่ตัดสิน ให้กำลังใจและยอมรับผู้ป่วยในฐานะมนุษย์คนหนึ่งที่มีคุณค่า แม้จะเผชิญความเจ็บป่วยและใกล้ความตาย ความสัมพันธ์ที่อบอุ่นเช่นนี้จะช่วยฟื้นฟูพลังใจและสร้างความสงบทางจิตวิญญาณ (Dossey & Keegan, 2016)

- ส่งเสริมความหวังตามความจริง การปลูกฝังความหวังตามความจริงเป็นหัวใจสำคัญที่ช่วยให้

ผู้ป่วยมีกำลังใจอยู่กับโรคเรื้อรังได้ พยาบาลควรให้ข้อมูลอย่างตรงไปตรงมา ไม่ปกปิด แต่เน้นการสื่อสารอย่างอ่อนโยน กระตุ้นให้ผู้ป่วยมองเห็นคุณค่าและเป้าหมายเล็ก ๆ ในชีวิตประจำวัน เช่น การได้อยู่กับครอบครัว การได้ดูแลลูกหลาน หรือการทำกิจกรรมที่ตนเองรัก ซึ่งสิ่งเหล่านี้ช่วยสร้างพลังใจอย่างเป็นรูปธรรม (Younas, 2017)

- ช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับสภาพความเจ็บป่วยและความตาย การดูแลผู้ป่วยในระยะท้ายชีวิตต้องคำนึงถึงการช่วยให้ผู้ป่วยยอมรับความจริงของชีวิต ยอมรับความตายอย่างมีศักดิ์ศรี ไม่ถูกทอดทิ้ง พยาบาลอาจจัดสิ่งแวดล้อมที่สงบ ช่วยให้ผู้ป่วยได้พบหน้าคนที่รัก หรือจัดกิจกรรมทางจิตวิญญาณเพื่อบรรเทาความกลัว เช่น การสวดมนต์ การกล่าวอำลาผู้ใกล้ชิด และการจัดการสิ่งสำคัญในชีวิตตามความปรารถนา (Dossey & Keegan, 2016; Orem, 2001)

จากที่กล่าวมาข้างต้น พยาบาลสามารถให้การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์ได้อย่างครอบคลุมทั้งมิติร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยยึดหลักทฤษฎีการพยาบาลของโอเร็มร่วมกับแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยมีร่างกายที่แข็งแรง พ้นพ้นจากการดูแลตนเอง เสริมสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยมีจิตใจเข้มแข็ง มีอารมณ์ที่มั่นคง ไม่อ่อนไหวต่อความเจ็บป่วยที่กำลังเผชิญ การดูแลดังกล่าวยังช่วยให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัวต่อปัญหาชีวิตได้อย่างเหมาะสม ดำรงชีวิตอยู่ด้วยความหวัง มีเป้าหมายชีวิตที่ชัดเจน มองชีวิตในมุมบวก มีความรักและเห็นคุณค่าในตนเองมากขึ้น อีกทั้งยังสามารถสร้างประโยชน์คืนสู่สังคมได้ในอนาคต โดยอาจใช้ประสบการณ์ของตนเองเป็น ต้นแบบการเรียนรู้ในการป้องกันโรค การดูแลตนเอง และเป็นแรงบันดาลใจให้แก่ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีรายอื่นๆ ให้มีคุณภาพชีวิตที่ดีและเข้มแข็งได้เช่นเดียวกัน

บทที่ 3

กรณีศึกษา

การศึกษาผู้ป่วยโรคเอดส์ที่ติดเชื้อเอดส์ได้ใช้ทฤษฎีของโอเร็มเป็นทฤษฎีทางการพยาบาลที่อธิบายถึงความสัมพันธ์ระหว่างการดูแลตนเอง ความบกพร่องในการดูแลตนเอง ซึ่งเกิดจากความสามารถไม่เพียงพอที่จะกระทำการดูแลจำเป็นทั้งหมดของตนเองได้ ระบบการพยาบาลจึงได้เข้าไปช่วยเหลือในการประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย ซึ่งประกอบด้วย

ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐาน

ส่วนที่ 2 ความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อจำเป็น

กรณีศึกษาที่ 1

ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐาน

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ระยะพัฒนาการ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 29 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ประกอบอาชีพ นักแสดงโชว์ (นางรำ) ในตลาดน้ำ 4 ภาค จังหวัดชลบุรี ปัจจุบันอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีพลังการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ในระดับสูงสุด เนื่องจากมีทั้งฐานะทางร่างกาย สติปัญญา และสังคมที่พร้อมจะกำหนดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Orem, 2001) ผู้ป่วยมีสถานภาพมีคู่รักในกลุ่มชายรักชาย มีพฤติกรรมทางเพศที่มีเพศสัมพันธ์กับคู่รักประจำโดยใช้ถุงยางอนามัยป้องกันทุกครั้ง มีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้าในบางโอกาสโดยไม่ได้ป้องกัน เนื่องจากผู้ป่วยมักไม่ได้วางแผนหรือเตรียมตัวและบางครั้งดื่มแอลกอฮอล์จนมีอาการมึนเมา ซึ่งเพิ่มความเสี่ยงต่อการมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัย ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสังคมในการเข้ารับการรักษา มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ที่จังหวัดขอนแก่น ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่จังหวัดชลบุรี

1.2 ระบบครอบครัวและแหล่งประโยชน์

ผู้ป่วยมีครอบครัวเดิมที่จังหวัดขอนแก่น บิดาและมารดายังมีชีวิตอยู่และเป็นผู้ให้การสนับสนุนด้านจิตใจและเป็นแหล่งพลังทางสังคมที่สำคัญ ผู้ป่วยทำงานอยู่ต่างจังหวัดและใช้ชีวิตส่วนใหญ่อยู่ในสังคมเพื่อนและกลุ่มคนรักในจังหวัดชลบุรี ผู้ป่วยมีบทบาทหน้าที่รับผิดชอบในการส่งเงินช่วยเหลือครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวยังเป็นแหล่งประโยชน์สำคัญที่สามารถประสานงานและให้การสนับสนุนทางสังคมและการเงินได้ในบางกรณี หากผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาต่อเนื่องหรือเกิดภาวะวิกฤติ

1.3 สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม

ผู้ป่วยอาศัยและทำงานในจังหวัดชลบุรีซึ่งเป็นแหล่งท่องเที่ยว มีความหลากหลายทางวัฒนธรรมและวิถีชีวิตสังคมเปิดกว้างต่อความหลากหลายทางเพศ ผู้ป่วยอยู่ในกลุ่มชายรักชาย (MSM) ซึ่งในสังคมไทยปัจจุบันยังคงมีทัศนคติทั้งในแง่บวกและลบต่อกลุ่มความหลากหลายทางเพศ ทำให้ผู้ป่วยอาจต้องเผชิญกับการตีตราทางสังคมในบางบริบท โดยเฉพาะเมื่อมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับการติดเชื้อเอดส์

ซึ่งอาจกระทบต่อภาพลักษณ์และการยอมรับในชุมชน ผู้ป่วยมีเพื่อนกลุ่มเดียวกันที่ให้การยอมรับและสนับสนุน ซึ่งเป็นส่วนสำคัญในการใช้ชีวิตประจำวันของผู้ป่วย

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

รับส่งตัวจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยมีตุ่มและแผลที่บริเวณอวัยวะเพศ มีอาการปวดบวม ต่อมฝีที่ขาหนีบโต 1 วันก่อนมา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

4 วันก่อนมา ผู้ป่วยมีไข้ เป็นๆ หายๆ อวัยวะเพศบวม มีตุ่มหนองบริเวณอวัยวะเพศ 5-6 ตุ่ม ไม่มีอาการเจ็บ แสบ คัน ต่อมฝีที่ขาหนีบข้างขวาโต จึงไปซื้อยาพาราเซตามอลมารับประทานเอง อาการปวดไม่ดีขึ้น

2 วันก่อนมา ผู้ป่วยสังเกตพบต่อมน้ำเหลืองบริเวณขาหนีบข้างขวาโตมากขึ้น ปวดบริเวณอวัยวะเพศ จึงไปพบแพทย์โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่งในเมืองพัทยา จังหวัดชลบุรี เข้ารับการรักษาแผนกผู้ป่วยนอก ได้รับการวินิจฉัยเป็นต่อปัสสาวะอักเสบ แพทย์ให้หยุดงาน 2 วัน

1 วันก่อนมาโรงพยาบาล ยังมีไข้ เวียนศีรษะ คลื่นไส้ อวัยวะเพศบวม มีตุ่มเพิ่มมากขึ้น มีอาการปวดบวม ต่อมฝีที่ขาหนีบโต จึงไปพบแพทย์อีกครั้ง แพทย์ตรวจเชื้อซิฟิลิส ผลตรวจ VDRL (RPR) Reactive titer 1:256 แพทย์รับไว้นอนโรงพยาบาลได้รับการรักษาด้วยยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ① 1 dose, Ceftriaxone 2 gm ② OD หลังจากนอนโรงพยาบาลได้ 7 วัน ผู้ป่วยเริ่มมีอาการถ่ายเหลว มีตุ่มขึ้นบริเวณใบหน้า จำนวน 2 ตุ่ม แขนข้างซ้าย 2 ตุ่ม และแขนขวา 1 ตุ่ม ลักษณะเป็นตุ่มน้ำใสรอบๆ มีสีคล้ำ แพทย์ตรวจหาเชื้อ Monkeypox virus ผลตรวจ PCR for Mpox พบสารพันธุกรรมของเชื้อ Mpox virus (Lesion swab: Ct=21.40, Oropharyngeal swab: Ct=31.39) แพทย์ส่งตัวผู้ป่วยมารักษาต่อที่สถาบันบำราศนราดูร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ผู้ป่วยตรวจพบเชื้อเอชไอวี (HIV) เมื่อวันที่ 3 สิงหาคม 66 ยังไม่ได้รับยาต้านไวรัส (ARV)

ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร

ปฏิเสธการแพ้ยาและแพ้อาหาร

การประเมินสถานะด้านจิตใจและครอบครัว

ผู้ป่วยสามารถรับรู้และตัดสินใจได้ดี มีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย แต่ยังสามารถปรับตัว และควบคุมอารมณ์ได้ ไม่มีประวัติการเจ็บป่วยทางจิตเวชหรือปัญหาการใช้สารเสพติด บิดาและมารดา ยังมีชีวิตอยู่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวอบอุ่น แม้พักอาศัยแยกกันยังมีการติดต่อสื่อสารและให้กำลังใจซึ่งกันและกัน

การวินิจฉัยโรค

HIV with Monkeypox

การประเมินสภาพร่างกาย

สภาพแรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ อ่อนเพลียเล็กน้อย มีตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขนขา อวัยวะเพศ อาการปวด Pain scale 1 คะแนน มีอาการคันเล็กน้อย

สัญญาณชีพ T 36.3 °C, PR 84 bpm, RR 18 bpm, BP 130/98 mmHg. O₂sat 99%

ผลการประเมินสภาพตามระบบ

ผู้ป่วยรูปร่าง สูง ผิวขาว ผอมดำ ตัดสั้น สีหน้า แววตามีความวิตกกังวล น้ำหนัก 65 kg. ส่วนสูง 170

cm. ดัชนีมวลกาย (Body mass index: BMI) 22.49 Kg/m²

ผิวหนัง: ผิวขาว ผิวหนังแห้งขาดความชุ่มชื้น ผิวหนังอุ่น ผิวหนังละเอียด การตึงตัวของผิวหนังปกติ (Normal skin turgor) ไม่มีภาวะบวม กดไม่บุ๋ม ไม่มีรอยแผลเป็นนูน มีรอยโรคสีดำจากแผลตกสะเก็ด มีตุ่มน้ำใส และตุ่มหนองกระจายบริเวณใบหน้า แขน ขา และลำตัวทั้งด้านหน้าและด้านหลัง บริเวณอวัยวะเพศ และก้น มีอาการคัน ปวด เล็บมือ เล็บเท้า ตัดสั้น ไม่มีนิ้วบวม

ศีรษะ ใบหน้า: ศีรษะสมมาตรกันทั้งสองข้าง คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ หนังศีรษะไม่มีรังแค ผมเส้นเล็กสีดำ ตัดสั้น กระจายตัวอย่างสม่ำเสมอ ก้มศีรษะได้ปกติไม่มีอาการคอแข็ง (Stiff neck)

ใบหน้า สมมาตรกัน มีตุ่มน้ำใส หนอง มีรอยโรคสีดำจากแผลที่ตกสะเก็ดบริเวณหน้าผาก แก้ม ท้ายใบหน้า มุมปากเท่ากันทั้งสองข้างไม่มีมุมปากตก

ตา หู จมูก ปาก ลำคอ: ตาทั้งสองข้างสมมาตรกัน คลำลูกตามีความนุ่ม ไม่แข็ง ไม่มีตาโปนหลับตาสนิท หนังตาไม่บวมซ้ำ ไม่มีหนังตาตก เยื่อบุตาปกติ ไม่เหลือง ขนตาไม่มันเข้าด้านใน ตามองเห็นชัดเจน ทั้งสองข้าง Pupils 2.5 react to light both eye สามารถรอกตาตาได้ปกติ ขนคิ้วมีการกระจายตัวดี ไม่มีขุย

หู มีลักษณะปกติอยู่ในแนว Eye occiput line หูเท่ากันทั้งสองข้าง คลำบริเวณใบหูไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ในรูหูไม่มี Bleeding หรือ Discharge ได้ยินเท่ากันทั้งสองข้าง

จมูก สมมาตรกันทั้งสองข้าง ปีกจมูกไม่บาน คลำบริเวณสันจมูกไม่พบก้อนกดไม่เจ็บ Nasal septum อยู่กึ่งกลาง ไม่คดงอ ไม่มีการอักเสบ บวมแดง เคาะบริเวณโพรงไซนัสไม่เจ็บ การรับกลิ่นปกติ

ปาก ลิ้นสีชมพูซีดเล็กน้อย แห้ง ไม่แตก ไม่บวม ลิ้นสีชมพู ไม่มีฝ้า มีแผลตุ่ม 2 ตุ่มผนังแก้มด้านขวา เจ็บเล็กน้อย เหงือกสีชมพู ไม่ซีด ไม่เลือดออกตามไรฟัน ฟันมีคราบเหลืองเล็กน้อย มีฟันผุ 1 ซี่

ลำคอ คอทั้งสองข้างสมมาตรกัน คอไม่โต คลำบริเวณต่อมไทรอยด์ ไม่โตไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ Trachea อยู่ในแนวกลางของลำคอ ต่อม้ำเหลืองบริเวณใบหน้าและลำคอไม่โต

ทรวงอกและระบบหายใจ: ลักษณะทรวงอกปกติ สมมาตรกัน AP: Lateral diameter 1:2 อัตราการหายใจปกติ การขยายตัวของปอดเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังเสียงปอดปกติ อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้งต่อนาที

หัวใจและหลอดเลือด: ผนังทรวงอกปกติ ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง คลำไม่พบ Thrill ได้ยินเสียง S₁S₂ ปกติ ไม่มี Murmur อัตราการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ 76-88 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 112-130/74-88 mmHg

ช่องท้องและระบบทางเดินอาหาร: หน้าท้องสมมาตรกัน ท้องไม่แข็ง คลำไม่พบก้อนกดไม่เจ็บ คลำตับไม่โต มีตุ่มหนองรอยโรคบริเวณหน้าท้อง Bowel sound positive 5-10 ครั้งต่อนาที

ระบบประสาท: ระดับความรู้สึกตัวดี ถามตอบคำถามได้ ทำตามคำบอกได้ พูดคุยได้ปกติ Sensory system light touch point location) ปกติ Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน ไม่มีอาการปวดศีรษะ ชัก เกร็ง กระตุก

ระบบกล้ามเนื้อ กระดูก: กำลังของกล้ามเนื้อปกติ Motor power grade 5 ไม่มีอาการเจ็บตึงกล้ามเนื้อ คลำไม่พบก้อน การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อปกติ สามารถงอเหยียดแขนขาได้ปกติ ไม่พบข้อบวม แดง ร้อน

อวัยวะสืบพันธุ์: อวัยวะสืบพันธุ์บวม มีตุ่มหนอง บริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และบริเวณแก้มก้นทั้งสองข้าง ปวด Pain score 2 อันตะบวมเล็กน้อย ต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตทั้งสองข้างไม่มีริดสีดวงทวารหนัก

ผลการตรวจพิเศษ

Portable chest AP = Mild thickening lung marking at both lower lungs. Bronchitis

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 3 แสดงผลการตรวจชีวเคมี (Clinical chemistry laboratory)

การตรวจ Lab	ค่าปกติ	ผลการตรวจ
		15 ส.ค.66
BUN	6-20 mg/dl	16 mg/dl
Creatinine	0.67-1.17mg/dl	0.98 mg/dl
eGFR	Stage1 (≥ 90 mL/min/1.73m ²) Stage 2 (60-89 mL/min/1.73m ²) Stage 3 (30-59 mL/min/1.73m ²) Stage 4 (15-29 mL/min/1.73m ²) Stage 5 (< 15 mL/min/1.73m ²)	103.76 mL/min
Sodium	136 -146 mEq/L	138 mEq/L
Potassium	3.5-5.1 mEq/L	3.9 mEq/L
Chloride	98-107 mEq/L	101 mEq/L
CO ₂	22-29 mEq/L	23 mEq/L
Anion Gap	6-18	18
Total protein	6.6-8.7 g/dl	9.0 g/dl
Albumin	3.5-5.2 g/dl	4.4 g/dl
Globulin Total	2.8-3.5 g/dl	4.6 g/dl
Total Bilirubin	0.1-2.0 mg/dl	0.34 mg/dl
Direct bilirubin	0-0.3 mg/dl	0.16 mg/dl
Alkaline phosphatase	40-129 U/L	65 U/L
AST/SGOT	0-40 U/L	19 U/L
ALT/ SGPT	0-41 U/L	13 U/L

การแปลผล

- ผล Total protein มีค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากภาวะอักเสบเรื้อรังและการติดเชื้อ ผู้ป่วยมีการติดเชื้อเอชไอวีและฝีดาษลิงจะกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันให้สร้าง globulin เพิ่มขึ้น ภาวะการขาดน้ำส่งผลให้พลาสมาลดลงความเข้มข้นของโปรตีนในเลือดสูง ผู้ป่วยมีไข้สูง ปวดแผล ตุ่มหนองจากฝีดาษลิง รับประทานอาหารน้ำ ได้น้อยมีความเสี่ยงต่อการสูญเสียน้ำ

- ผล Globulin Total มีค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีมีการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกันต่อเนื่อง ภาวะอักเสบจากโรคฝีดาษลิง ผู้ป่วยมีตุ่ม แผล และหนองตามร่างกาย ซึ่งกระตุ้นกระบวนการอักเสบอย่างต่อเนื่อง ร่างกายตอบสนองโดยการผลิตโปรตีนในกลุ่ม globulin มากขึ้นเพื่อจับกับแอนติเจนของเชื้อ ช่วยควบคุมกระบวนการอักเสบกระตุ้นการทำงานของเม็ดเลือดขาว กลไกภูมิคุ้มกันตามธรรมชาติของร่างกาย การเพิ่มขึ้นของ globulin จึงสะท้อนถึง การตอบสนองของระบบภูมิคุ้มกันต่อภาวะอักเสบเรื้อรัง เป็นสัญญาณทางชีวเคมีของการพยายามควบคุมหรือจัดการกับการติดเชื้อ

- Direct bilirubin มีค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากภาวะเริ่มต้นของตับอักเสบ หรือการตอบสนองต่อยา ที่มีผลต่อดัชนี เช่น ยาต้านไวรัส ยาปฏิชีวนะบางกลุ่ม

ตารางที่ 4 แสดงผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ
		15 ส.ค.66
WBC	4,500 - 9,000 cells/cumm	11,000 cells/cumm
RBC	4.0 - 5.7 M/cumm	5.27 cumm
Hemoglobin	10.5 - 15.5 g/dL	12.5 g/dL
Hematocrit	38 - 48%	37%
MCV	80 - 97 fL	70.6 fL
MCH	25 - 35 pg	23.7 pg
MCHC	30 - 36 g/dL	33.6 g/dL
RDW	13.9 - 16.1%	14.5%
MPV	7 - 11.5 fL	10.8 fL
Platelet Count	142,000 - 424,000 cell/cumm	394,000 cell/cumm
Platelet Smear	-	Adequate
Neutrophil	36 - 70 %	83.0%
Lymphocyte	23 - 57 %	10%
Monocyte	2 - 10 %	5%
Eosinophil	1 - 5 %	1%
Basophil	0 - 3 %	1%

การแปลผล

- ผล WBC มีค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่แผลจากตุ่มหนองของฝีดาษลิง การอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะ

- ผล Hematocrit มีค่าต่ำกว่าปกติ เนื่องจากภาวะซีดพบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเอชไอวี และเกิดจากการอักเสบจากแผล ตุ่มหนองของโรคฝีดาษลิง ทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง การติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน อาจส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองแบบ systemic inflammation และมีผลต่อระบบเม็ดเลือด ภาวะขาดสารอาหาร เช่น ธาตุเหล็ก ผู้ป่วยเอชไอวีน้ำหนักลด เบื่ออาหารอาจมีการดูดซึมธาตุเหล็กบกพร่อง

- ผล MCV มีค่าต่ำกว่าปกติ เนื่องจากภาวะเม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก (ซึ่งอาจเกิดจากภาวะซีดเรื้อรังที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี การอักเสบจากแผลฝีดาษลิง ภาวะโภชนาการบกพร่อง

- ผล MCH มีค่าต่ำกว่าปกติ เนื่องจากภาวะเริ่มต้นของตับอักเสบ หรือ ภาวะพิษต่อดัชนีจากยาที่ใช้รักษาการติดเชื้อในผู้ป่วยเอชไอวี เช่น ยานไวรัส ยาปฏิชีวนะบางกลุ่ม

- ผล Neutrophil มีค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากการอักเสบเฉพาะที่และการติดเชื้อแบคทีเรียจากตุ่มหนอง แผลของโรคฝีดาษลิงของผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) ร่วมกับภาวะขาดน้ำ อ่อนเพลีย และความเครียดทางกาย ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้น Neutrophilia

- ผล Lymphocyte มีค่าต่ำกว่าปกติ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีระยะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และการติดเชื้อ

แบคทีเรียเฉียบพลันจากแผลฝีดาษลิง รวมถึงการอักเสบของร่างกายโดยรวม

ตารางที่ 5 แสดงผลการตรวจรอยเปื้อนเซลล์จากตุ่มน้ำ ตุ่มหนองที่อวัยวะเพศ (Tzanck' smear: Penis)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ
		15 ส.ค.66
Tzanck' smear (Penis)	Not Found	Not found
Other cells	Not Found	Eosinophils were found +1

การแปลผล

- Other cells พบ Eosinophils ในปริมาณเล็กน้อย เนื่องจากภาวะอักเสบจากแผล ตุ่ม หนอง และการตอบสนองภูมิคุ้มกันในผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง

ตารางที่ 6 แสดงผลการตรวจวิเคราะห์ปัสสาวะ (Urinalysis: U/A)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ
		16 ส.ค.66
Color	Yellow	Yellow
Clarity	Clear	Slightly cloudy
Glucose	Negative	Negative
Bilirubin	Negative	Negative
Ketone	Negative	Negative
Specific gravity	1.003-1.030	1.021
pH	5.0-8.0	6.0
Urobilinogen	Normal	Normal
Protein (Albumin)	Negative	Negative
Blood	Negative	2+
Leukocyte	Negative	3+
WBC	0-5 cell/HPE	50-100 cell/HPE
WBC with clumping	-	Found
RBC	0-5 cell/HPE	10-20 cell/HPE
Mucous Thread		Trace
Bacteria		Moderate

การแปลผล

- ผล U/A Clarity มีปัสสาวะขุ่นเล็กน้อย เนื่องจากมีเซลล์เม็ดเลือดขาว (WBCs) แบคทีเรีย หรือเมือก (mucus) ปนอยู่ในปัสสาวะ ซึ่งมักสัมพันธ์กับภาวะติดเชื้อหรืออักเสบในระบบทางเดินปัสสาวะ รวมถึงเกิดจากการเก็บปัสสาวะไม่สะอาดหรือภาวะขาดน้ำทำให้ปัสสาวะมีความเข้มข้นและขุ่น

- ผล Blood 2+ พบเลือดในปัสสาวะในระดับปานกลาง เนื่องจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ การบาดเจ็บจากตุ่มหนองแผลบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก ซึ่งสัมพันธ์กับโรคฝีดาษลิง

- ผล Leukocyte 3+ เนื่องจากการติดเชื้อของระบบทางเดินปัสสาวะในระดับรุนแรง ซึ่งในกรณีของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและฝีดาษลิง อาจสัมพันธ์กับการอักเสบเรื้อรังของเนื้อเยื่อและเยื่อบุทางเดินปัสสาวะและอวัยวะเพศ

- ผล WBC มีค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากการอักเสบติดเชื้อในระบบทางเดินปัสสาวะ ซึ่งในผู้ป่วยสัมพันธ์กับการติดเชื้อร่วมจากฝีดาษลิงและภาวะภูมิคุ้มกันต่ำจากโรคเอชไอวี

- ผล WBC with clumping มีการพบเม็ดเลือดขาวรวมตัวกันเป็นกลุ่มในปัสสาวะเนื่องจากมีกระบวนการอักเสบหรือการติดเชื้อที่มีความรุนแรงมากกว่าปกติในระบบทางเดินปัสสาวะ

- ผล RBC มีค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากการมีเลือดปนในปัสสาวะมากกว่าปกติ ซึ่งอาจสัมพันธ์กับการติดเชื้อการอักเสบจากแผลรอยโรคจากฝีดาษลิง

- ผล Bacteria พบเชื้อแบคทีเรียในปัสสาวะซึ่งอาจมาจากการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะ (Urinary Tract Infection: UTI) การปนเปื้อนระหว่างเก็บตัวอย่าง การติดเชื้อร่วมจากแผลตุ่มหนองบริเวณอวัยวะเพศหรือทวารหนัก

ตารางที่ 7 แสดงผลการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อโรค (Molecular Diagnostics)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ
		16 ส.ค.66
PCR for Monkeypox virus (Penis)	Not Detected	พบสารพันธุกรรมของเชื้อ Mpox virus (Lesion swab: Ct=21.40, Oropharyngeal swab: Ct=31.39) สายพันธุ์ West African

การแปลผล

- ผล PCR for Monkeypox virus (Penis) พบสารพันธุกรรมของเชื้อ Monkeypox virus สายพันธุ์ West African ยืนยันการติดเชื้อฝีดาษลิง ค่า Ct อยู่ในระดับปานกลางถึงต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยมีปริมาณไวรัสในร่างกายอยู่ในระดับติดเชื้อง่ายและแพร่เชื้อได้ โดยเฉพาะมีตุ่มหรือแผลเปิดตรงบริเวณอวัยวะเพศ ยิ่งเพิ่มโอกาสแพร่เชื้อสู่คู่นอนหรือบุคลากรที่สัมผัสใกล้ชิด

ส่วนที่ 2 ความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อจำเป็น

2.1 ความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อจำเป็นโดยทั่วไป

2.1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษานในหอผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อ (Negative Pressure Room) ซึ่งเป็นมาตรการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อฝีดาษลิง เนื่องจากผลตรวจยืนยันว่าผู้ป่วยติดเชื้อ Monkeypox virus สายพันธุ์ West African จากการตรวจ PCR ที่บริเวณตุ่มและช่องคอ มีค่า Ct อยู่ในระดับที่บ่งชี้ว่ามีเชื้อไวรัสในปริมาณมาก (Lesion swab: Ct=21.40, Oropharyngeal swab: Ct=31.39)

ระยะแรก ผู้ป่วยมีอาการไอสูงเป็นๆ หายๆ ร่วมกับตุ่มหนองกระจายตามใบหน้า แขน ขา ลำตัว และอวัยวะเพศ ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะสุขภาพโดยรวม โดยเฉพาะเมื่อพบว่า มีแผลในช่องปาก ผื่นง้ำ และลำคอ ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปาก กลืนลำบาก (dysphagia) เบื่ออาหาร และรับประทานอาหารได้น้อยลง อีกทั้งยังมีการคลื่นไส้จากผลข้างเคียงของยา ส่งผลต่อความสามารถในการบริโภคสารอาหารและน้ำอย่างเหมาะสม จากการประเมินภาวะโภชนาการ พบว่าค่าดัชนีมวลกาย (BMI) อยู่ที่ 22.49 kg/m² ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ต้องเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิดเนื่องจากผู้ป่วยมีแนวโน้มเบื่ออาหาร และมีความเสี่ยง

ต่อภาวะขาดสารอาหารในช่วงที่ร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นเพื่อต่อสู้กับการติดเชื้อ ผลตรวจเลือดพบระดับฮีมาโตคริต (Hct) 37% และ ฮีโมโกลบิน (Hb) 12.5 g/dL ซึ่งอยู่ในระดับต่ำกว่าค่ามาตรฐานของเพศชายเล็กน้อย อาจสะท้อนภาวะโภชนาการเริ่มพร่องหรือผลของการอักเสบเรื้อรังจากการติดเชื้อเอชไอวี (HIV) และฝีดาษลิง (Mpox virus) นอกจากนี้ ผลตรวจปัสสาวะพบ Protein 2+, WBC 50-100 cell/HPE, และ RBC 10-20 cell/HPE บ่งชี้ถึงการอักเสบของระบบทางเดินปัสสาวะซึ่งอาจส่งผลต่อสมดุลของของเหลวและความต้องการน้ำในร่างกายเพิ่มเติม ด้านการหายใจ ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อยหรือภาวะพร่องออกซิเจนขณะพัก แต่จากผลเอกซเรย์ทรวงอกพบ Mild thickening lung marking at both lower lungs ซึ่งสอดคล้องกับอาการหลอดลมอักเสบ (Bronchitis) อาจต้องเฝ้าระวังการหายใจและการแลกเปลี่ยนก๊าซในระยะต่อไป ด้านการรับน้ำ ผู้ป่วยไม่มีอาการขาดน้ำอย่างชัดเจน ตรวจร่างกายพบ Skin turgor ปกติ และค่าครีเอตินิน (0.98 mg/dL) และ eGFR (103.76 mL/min) อยู่ในเกณฑ์ดี แต่จากภาวะไข้ เบื่ออาหาร และการอักเสบที่ดำเนินต่อเนื่อง จำเป็นต้องเฝ้าระวังการขาดน้ำและการเสียสมดุลของอิเล็กโทรไลต์อย่างต่อเนื่อง

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องของอากาศ น้ำและอาหาร

2.1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระได้วันละ 1 ครั้ง โดยไม่มีอาการท้องผูกหรือท้องเสีย ซึ่งถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติของการทำงานของระบบทางเดินอาหาร ทั้งนี้แม้จะพบรอยโรคและตุ่มหนองบริเวณแก้มก้นและอวัยวะเพศ แต่ไม่มีรายงานอาการเจ็บปวดหรือมีแผลที่ก่อให้เกิดการกลืนอุจจาระหรือความผิดปกติในการขับถ่าย ในด้านการขับถ่ายปัสสาวะ ผู้ป่วยสามารถปัสสาวะได้ วันละ 1-2 ครั้ง ซึ่งแม้จะอยู่ในเกณฑ์ที่อาจน้อยกว่าค่าเฉลี่ยปกติ (4-6 ครั้งต่อวัน) แต่ไม่ได้แสดงอาการของภาวะขาดน้ำ เช่น hypotension หรือ skin turgor ผิดปกติ ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณอวัยวะเพศจากแผลและตุ่มหนอง ทำให้รู้สึกไม่สบายปัสสาวะในบางครั้ง ซึ่งอาจส่งผลให้เว้นช่วงการปัสสาวะนานขึ้นหรือปัสสาวะไม่บ่อยเท่าปกติ ผลการตรวจปัสสาวะ (Urinalysis) พบ White Blood Cell (WBC) 50-100 cells/HPE, Red Blood Cell (RBC) 10-20 cells/HPE, Protein 2+ และพบ Mucous threads และ Moderate bacteria บ่งชี้ว่าอาจมีการติดเชื้อหรือการอักเสบในระบบทางเดินปัสสาวะส่วนล่าง (Lower UTI) หรือ การระคายเคืองจากรอยโรคผิวหนังบริเวณอวัยวะเพศ ในด้านการระบายก๊าซและของเสีย ไม่มีข้อมูลบ่งชี้ถึงภาวะท้องอืด แน่นท้องหรือภาวะท้องผูกซึ่งสะท้อนถึงการทำงานของระบบย่อยอาหารและการระบายเป็นปกติ เสียงลำไส้ (Bowel sound) ตรวจพบปกติ 5-10 ครั้ง/นาที

สรุป ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องในเรื่องของการขับถ่ายและการระบายของเสีย

2.1.3 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

ผู้ป่วยอยู่ในภาวะอ่อนเพลีย (fatigue) มีสาเหตุหลักจากภาวะติดเชื้อไวรัสฝีดาษลิงที่อยู่ในระยะลุกลาม มีตุ่มน้ำใสและตุ่มหนองกระจายทั่วร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณอวัยวะเพศและก้น ซึ่งเป็นบริเวณที่สัมผัสกับการเคลื่อนไหว ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวด (Pain score = 2) ทำให้ไม่สามารถเคลื่อนไหวร่างกายได้อย่างสะดวกและลดความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันลงอย่างมาก ผู้ป่วยต้องเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรคความดันลบ (Negative Pressure Room) เพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อ ทำให้ไม่สามารถออกจากห้องพักได้ และขาดปฏิสัมพันธ์กับบุคคลอื่นตามปกติ ซึ่งส่งผลกระทบต่อสภาวะจิตใจและการดำเนินชีวิตประจำวัน ทั้งในด้านกิจกรรม การพักผ่อน และการฟื้นฟูร่างกาย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่เคยมีบทบาททางสังคม เนื่องจากเป็นนักแสดงโชว์และเป็นผู้ที่มีปฏิสัมพันธ์ในสังคมอย่างสม่ำเสมอ รูปแบบกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงอย่างมาก กลายเป็นนอนพักเกือบตลอดวันแต่คุณภาพการนอนหลับ

ลดลง ผู้ป่วยนอนหลับไม่สนิทพักผ่อนไม่เพียงพอ และมักตื่นระหว่างคืนจากการเจ็บแผล รู้สึกไม่สบายตัว นอกจากนี้ยังมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับโรค การตีตราจากสังคม และอนาคตของตนเอง อันเป็นสาเหตุร่วมที่ส่งผลต่อความผิดปกติของรูปแบบการนอน (sleep disturbance) การขาดสมดุลระหว่างกิจกรรมและการพักผ่อนยังส่งผลต่อสภาวะทางกาย เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อลดลง (muscle deconditioning) ความสามารถในการเคลื่อนไหวลดลง (mobility limitation) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการนอนอยู่กับที่เป็นเวลานาน เช่น แผลกดทับ ภาวะกล้ามเนื้อลีบ หากไม่มีการส่งเสริมให้มีการเคลื่อนไหวในระดับที่ปลอดภัย

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

2.1.4 การรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ผู้ป่วยอยู่ห้องแยกโรคตามมาตรการควบคุมโรคติดต่อ เนื่องจากผลตรวจพบสารพันธุกรรมของเชื้อ Monkeypox virus ซึ่งสามารถแพร่กระจายได้ผ่านสารคัดหลั่งและการสัมผัสรอยโรคโดยตรง ทำให้ต้องแยกตัวจากบุคคลอื่นอย่างเคร่งครัด ส่งผลให้ผู้ป่วยขาดโอกาสในการมีปฏิสัมพันธ์ทางสังคมโดยตรง ทั้งกับครอบครัว เพื่อนร่วมงาน กลุ่มเพื่อน และแฟน แม้ผู้ป่วยจะสามารถติดต่อสื่อสารกับแฟนหรือเพื่อนผ่านโทรศัพท์มือถือหรือโซเชียลมีเดียบ้างในช่วงที่เข้ารับการรักษ แต่การติดต่อในลักษณะทางอิเล็กทรอนิกส์ยังไม่สามารถทดแทนความอบอุ่นและความรู้สึกจากการได้รับการสนับสนุนทางอารมณ์ จากการพบปะหรือปฏิสัมพันธ์แบบเผชิญหน้าได้ทั้งหมด โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่อยู่ในกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ติดเชื้อเอชไอวี และมีอัตลักษณ์ทางเพศที่อาจถูกตีตราทางสังคมในบางบริบท ภาวะการแยกตัวทางกายภาพและสังคม (Social isolation) อาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว วิตกกังวล สูญเสียคุณค่าในตนเอง และเพิ่มความเครียดจากโรค ซึ่งมีผลต่อกระบวนการฟื้นฟูทั้งทางร่างกายและจิตใจ โดยเฉพาะอย่างยิ่งในกลุ่มผู้ป่วยวัยผู้ใหญ่ตอนต้นที่มีความต้องการสูงในด้านความสัมพันธ์และการยอมรับทางสังคม (social acceptance) การเฝ้าระวังสัญญาณของภาวะซึมเศร้า ความวิตกกังวล และความรู้สึกตีตราจากตนเอง (internalized stigma) จึงมีความสำคัญ

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.1.5 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี โดยพักอาศัยในห้องเช่าในอาคารสูง ซึ่งมีลักษณะค่อนข้างแออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวกนัก ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและรักษาความสะอาดภายในที่พักอาศัยได้ดี และไม่มีข้อมูลบ่งชี้ว่ามีปัจจัยเสี่ยงด้านความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมโดยตรง เช่น สภาพที่อยู่อาศัยทรุดโทรม หรือไม่ปลอดภัย อุปกรณ์ไฟฟ้าไม่ได้มาตรฐาน หรือมีปัญหาด้านความรุนแรงในครอบครัวหรือสังคมแวดล้อมในด้านสุขภาพร่างกาย แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะติดเชื้อฝีดาษลิงร่วมกับการติดเชื้อเอชไอวีแต่ได้รับการรักษาในสถานพยาบาลที่มีระบบควบคุมการติดเชื้อที่เหมาะสม ได้รับยาปฏิชีวนะและยาต้านเชื้อไวรัสตามแผนการรักษา ไม่มีข้อมูลบ่งชี้ภาวะแทรกซ้อนรุนแรงในขณะนี้ และมีการเฝ้าระวังติดตามอาการอย่างใกล้ชิดจากทีมสหวิชาชีพ ผู้ป่วยมีความสามารถในการดูแลตนเองอยู่ในระดับดี สามารถประเมินความเสี่ยงรอบตัวได้ และยังมีเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมทั้งจากครอบครัว และแฟนซึ่งยังคงติดต่อกันอยู่ แม้จะไม่สามารถพบเจอโดยตรงในช่วงรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค ในด้านจิตใจและหน้าที่ความรับผิดชอบ ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพ เนื่องจากมีบทบาทเป็นเสาหลักในการส่งเงินช่วยเหลือครอบครัว และยังมีทัศนคติที่ดีต่อการเข้ารับการรักษา ไม่มีความคิดทำร้ายตนเอง ไม่แสดงพฤติกรรมเสี่ยงที่เป็นอันตรายต่อชีวิตในช่วงรักษาตัว

สรุป ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องในเรื่องการป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

2.1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคม ความสามารถ

ของตนเอง

ผู้ป่วยอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นช่วงวัยที่บุคคลมักแสวงหาความมั่นคงในบทบาทหน้าที่ การสร้างสัมพันธภาพ และการมีจุดมุ่งหมายในชีวิต ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติหน้าที่ทางสังคมและครอบครัวได้ดี โดยประกอบอาชีพเป็นนักแสดงโชว์ (นางรำ) ซึ่งมีความต้องการทั้งด้านร่างกาย สังคม และอารมณ์ ในการปฏิบัติงาน แม้ผู้ป่วยจะมีปัญหาด้านสุขภาพจากการติดเชื้อเอชไอวีและฝีดาษลิงในขณะนี้ แต่ยังมีเจตคติที่ดีต่อบทบาทของตนเองไม่แสดงความท้อถอยหรือหมดหวัง กลับมีแรงจูงใจที่จะกลับไปปฏิบัติงาน เมื่ออาการดีขึ้น แสดงให้เห็นถึงความสามารถในการปรับตัวและความมุ่งมั่น (Resilience) ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญ ในการฟื้นฟูสุขภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ผู้ป่วยยังคงส่งเงินเลี้ยงดูครอบครัวอย่างสม่ำเสมอแม้จะอยู่ห่างไกลกัน โดยมี ความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว ซึ่งแสดงออกผ่านการติดต่อให้กำลังใจอย่างต่อเนื่อง ครอบครัวจึงถือเป็น แหล่งพลังทางสังคมที่สำคัญ ที่ช่วยเสริมสร้างความเข้มแข็งทางจิตใจและสนับสนุนให้ผู้ป่วยสามารถดำรง บทบาททางสังคมได้อย่างต่อเนื่องแม้ในช่วงเจ็บป่วย ในมิติของพัฒนาการและศักยภาพ ผู้ป่วยมีวุฒิภาวะทาง สติปัญญา การคิดวิเคราะห์ และสามารถตัดสินใจในเรื่องของสุขภาพตนเองได้อย่างเหมาะสม โดยอิงจาก แนวคิดของ Orem (2001) ผู้ป่วยรายนี้มีระดับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) สูง และสามารถวางแผนพัฒนาชีวิตต่อไปได้อย่างเหมาะสม

สรุป ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องในเรื่องการส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการ

2.2 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

ผู้ป่วยมีพัฒนาการสมวัย ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ สามารถประกอบอาชีพ เป็นนักแสดงโชว์ (นางรำ) ในตลาดน้ำ 4 ภาค มีรายได้เพียงพอเลี้ยงดูตนเอง และยังสามารถส่งเงินช่วยเหลือครอบครัว ที่จังหวัดขอนแก่นอย่างต่อเนื่อง ซึ่งสะท้อนถึงวุฒิภาวะ ความรับผิดชอบ และการปฏิบัติหน้าที่ได้ ตามบทบาทในช่วงวัย แม้ผู้ป่วยจะอยู่ในภาวะเจ็บป่วยจากการติดเชื้อเอชไอวีและฝีดาษลิง ซึ่งส่งผลกระทบต่อร่างกายและจิตใจ แต่ผู้ป่วยยังแสดงถึงความสามารถในการปรับตัว (Adaptation) ต่อสถานการณ์ได้ อย่างเหมาะสม ไม่ท้อถอย และยังคงมีแรงจูงใจสูงในการกลับไปใช้ชีวิตตามปกติ รวมถึงการปฏิบัติงานเดิม เมื่อหายดีตามแนวคิดของ Orem (2001) ผู้ป่วยรายนี้แสดงถึง ระดับความสามารถในการดูแลตนเอง (Self-care agency) ที่เพียงพอในมิติของการตอบสนองต่อความต้องการทางชีวภาพ จิตใจ และสังคมที่เหมาะสม กับระยะพัฒนาการของตน

สรุป ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องในเรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

2.3 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ

2.3.1 การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือที่เหมาะสม

เมื่อผู้ป่วยมีอาการเจ็บป่วย เช่น มีไข้ อวัยวะเพศบวม และมีตุ่มหนอง ตัดสินใจเข้าพบแพทย์ ในโรงพยาบาลเอกชนทันที แสดงถึงความสามารถในการประเมินความผิดปกติของร่างกายและตอบสนอง อย่างเหมาะสม โดยไม่เลือกแสวงหาการรักษาทางเลือกที่ไม่ผ่านกระบวนการทางการแพทย์ เช่น การใช้ยา สมุนไพรหรือหมอฟันบ้าน แม้ในช่วงแรกจะมีการซื้อยาพาราเซตามอลมารับประทานเองเพื่อบรรเทาอาการ เบื้องต้น ซึ่งเป็นพฤติกรรมสุขภาพทั่วไปในประชาชน แต่เมื่ออาการไม่ดีขึ้นผู้ป่วยได้เข้ารับการตรวจรักษา อย่างต่อเนื่อง รวมถึงยอมรับการวินิจฉัยโรค การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล และการถูกส่งต่อเข้ารับรักษา ในหอผู้ป่วยแยกโรคของสถาบันเฉพาะทางโดยไม่มีพฤติกรรมปฏิเสธการดูแล และการที่ผู้ป่วยสามารถเข้าถึง บริการสาธารณสุขได้ทันทีเมื่อมีอาการผิดปกติ รวมถึงมีสิทธิประกันสังคมที่ครอบคลุมค่ารักษา แสดงถึง ความสามารถในการเข้าถึงระบบบริการสุขภาพอย่างมีประสิทธิภาพ และเป็นหนึ่งในปัจจัยที่ส่งเสริมให้สามารถ ควบคุมโรคได้ตั้งแต่วัยแรกของการเจ็บป่วย ตามแนวคิดของ Orem (2001) ด้านนี้จัดอยู่ใน การดูแลตนเอง

ในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-care) โดยผู้ป่วยแสดงถึงความสามารถในการแสวงหา
 คงไว้ซึ่งการดูแลที่เหมาะสม (Seeking and Securing Appropriate Medical Assistance) ได้อย่างชัดเจน

สรุป ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องในเรื่องการแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือที่เหมาะสม

2.3.2 การรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ

ผู้ป่วยทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ตั้งแต่วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2566 และได้รับการ
 การวินิจฉัยว่าติดเชื้อฝีดาษลิง (Monkeypox) ในระยะเวลาต่อมา โดยแสดงความเข้าใจในระดับหนึ่งเกี่ยวกับ
 โรคที่ตนเป็นอยู่ จากการประเมินพบว่า ผู้ป่วยยังไม่มี การเริ่มต้นการรับประทานยาต้านไวรัส (ARV) ซึ่งเป็น
 การรักษาหลักของผู้ติดเชื้อ เพื่อยับยั้งการเพิ่มจำนวนไวรัส ลดการแพร่เชื้อ และชะลอการดำเนินของโรค
 นอกจากนี้ ผู้ป่วยยังมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในสถานการณ์ที่ดื่มแอลกอฮอล์จนมีอาการ
 มึนเมา ซึ่งเป็นปัจจัยที่ลดความสามารถในการตัดสินใจอย่างมีเหตุผล ทำให้ผู้ป่วยมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลก
 หน้าโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัยในบางครั้ง แม้ว่าปกติจะใช้ถุงยางกับคู่อุปการะประจำก็ตาม พฤติกรรมดังกล่าวสะท้อน
 ให้เห็นถึง ความรู้ ความตระหนัก และความสามารถในการควบคุมตนเองที่ยังไม่เพียงพอ ต่อการป้องกัน
 การแพร่เชื้อ การดูแลสุขภาพตนเองในระยะยาว ภายใต้แนวคิดของ Orem (2001) ความสามารถในการดูแล
 ตนเองในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care) จำเป็นต้องมีองค์ประกอบของการ
 ตระหนักรู้ในโรค (awareness) ความสนใจใส่ใจต่อพฤติกรรมสุขภาพของตน และการปฏิบัติอย่างต่อเนื่อง
 เพื่อดูแลและควบคุมโรค จากสถานการณ์นี้ผู้ป่วยยังขาดองค์ประกอบสำคัญทั้งในด้านความรู้ ทักษะ
 ในการวางแผน และแรงจูงใจภายในเพื่อการจัดการตนเองอย่างมีประสิทธิภาพ

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องการรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ

2.3.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันโรค

ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงความร่วมมือที่ดีในการรักษา ตั้งแต่เริ่มมีอาการป่วยโดยเข้าสู่กระบวนการ
 การวินิจฉัยอย่างต่อเนื่อง ได้รับการตรวจวินิจฉัยโรคจากแพทย์ทั้งในสถานพยาบาลเอกชนและที่สถาบันบำราศ
 นราดูร และยินยอมรับการรักษาด้วยยาปฏิชีวนะและยาต้านเชื้อที่เหมาะสม ได้แก่ Benzathine penicillin G,
 Ceftriaxone เข้ารับการตรวจยืนยันการติดเชื้อฝีดาษลิงด้วยวิธี PCR นอกจากนี้ผู้ป่วยยังยอมรับเงื่อนไข
 ในการเข้าพักรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรค (Negative Pressure Room) ซึ่งถือเป็นการให้ความร่วมมือที่สำคัญ
 ต่อการควบคุมการแพร่เชื้อในระดับสาธารณสุข โดยไม่มีการปฏิเสธหรือละเมิดกฎการแยกโรคในช่วงเข้ารับ
 การรักษา ผู้ป่วยแสดงพฤติกรรมเชิงบวก เช่น รับประทานยาอย่างต่อเนื่องตามแผนที่แพทย์กำหนด
 ให้ความร่วมมือในการตรวจประเมินทางห้องปฏิบัติการ และเปิดใจให้ข้อมูลทางเพศสัมพันธ์ที่เกี่ยวข้องกับ
 การวินิจฉัย ซึ่งช่วยให้สามารถวางแผนดูแลต่อเนื่องได้อย่างเหมาะสม แม้ว่าผู้ป่วยจะยังไม่ได้เริ่มการใช้ยา
 ต้านไวรัส (ARV) สำหรับการรักษาเอชไอวี แต่อยู่ในกระบวนการติดตามและวางแผนภายใต้การดูแลของแพทย์
 โดยไม่มีพฤติกรรมปฏิเสธการรักษาในภาพรวม ตามแนวคิดของ Orem (2001) พฤติกรรมของผู้ป่วยในด้านนี้
 แสดงถึง ความสามารถในการดำเนินการดูแลตนเองตามคำแนะนำทางสุขภาพ ซึ่งเป็นองค์ประกอบสำคัญ
 ในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ

สรุป ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องในเรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ
 และการป้องกันโรค

2.3.4 การรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

ผู้ป่วยแม้จะยินยอมเข้ารับการรักษาด้วยยาและสามารถปฏิบัติตามแผนการรักษาได้ดีในภาพรวม
 แต่เมื่อประเมินด้านการรับรู้และจัดการผลข้างเคียง พบว่ายังมีภาวะพร่องในด้านการปรับตัวและการจัดการ
 ความไม่สบาย ทั้งในระดับร่างกายและจิตใจ ในด้านร่างกาย ผู้ป่วยมีแผลและตุ่มหนองกระจายทั่วร่างกาย

รวมถึงบริเวณอวัยวะเพศและใบหน้า ทำให้รู้สึกเจ็บ ปวด คัน และมีอาการระคายเคือง ซึ่งอาจเป็นผลข้างเคียงจากทั้งตัวโรคและการรักษาที่ได้รับ ผู้ป่วยแสดงความกังวลเกี่ยวกับสภาพแผลและภาพลักษณ์ตนเอง (Body image disturbance) โดยเฉพาะในบริบทของการเป็นนักแสดง ซึ่งอาชีพจำเป็นต้องพึ่งพารูปร่างหน้าตาและความมั่นใจในที่สาธารณะ ในด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับความเจ็บป่วย และผลกระทบต่องานประจำวัน เช่น การทำงาน รายได้ และการยอมรับจากผู้อื่น นอกจากนี้ยังมีพฤติกรรมเสี่ยงที่ยังไม่สามารถจัดการได้ดี โดยเฉพาะการดื่มแอลกอฮอล์จนขาดสติ ซึ่งส่งผลให้มีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย ซึ่งถือเป็นการเพิ่มความเสี่ยงต่อความไม่สุขสบายหรือผลกระทบในระยะยาว และลดประสิทธิภาพของการรักษา โดยรวมตามแนวคิดของ Orem (2001) การดูแลตนเองในภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ ควรรวมถึงความสามารถในการรับรู้ ปรับตัว และป้องกันความไม่สุขสบาย ที่อาจเกิดจากการรักษาหรือสภาพของโรคเอง ผู้ป่วยจึงควรได้รับการสนับสนุนทั้งในด้านความรู้ ทักษะการเผชิญปัญหา และการเสริมสร้างแรงจูงใจเพื่อให้สามารถปรับพฤติกรรมและจัดการกับผลข้างเคียงอย่างเหมาะสม

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องการรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

2.3.5 การดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง

ผู้ป่วยมีการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง โดยยอมรับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ รวมถึงยินยอมเข้ารับการรักษาในสถานพยาบาลโดยไม่ปฏิเสธการดูแลหรือปฏิเสธตนเอง แม้ผู้ป่วยจะมีความกังวลเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ (body image) จากโรคที่เกิดขึ้นบนใบหน้าและอวัยวะเพศ ซึ่งส่งผลทางจิตใจโดยเฉพาะอย่างยิ่งเนื่องจากอาชีพของผู้ป่วยคือ นักแสดง (นางรำ) ที่ต้องใช้รูปลักษณ์ในการประกอบอาชีพ ผู้ป่วยยังคงสามารถปรับตัว ยอมรับร่างกายและรักษาความมั่นใจในระดับหนึ่ง ไม่แสดงภาวะซึมเศร้าหรือหลีกเลี่ยงการเข้าสังคมในลักษณะที่เป็นอันตรายต่อสุขภาพจิตในด้านอัตมโนทัศน์ ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงการมองตนเองในแง่บวก โดยยังคงรับผิดชอบบทบาททางสังคม เช่น การดูแลครอบครัว การวางแผนกลับไปทำงานเมื่อหายป่วย และยังคงมีความหวังต่ออนาคต ซึ่งสะท้อนถึงการปรับตัวต่อความเจ็บป่วยเรื้อรังได้ดี แม้จะยังมีความรู้สึกกังวลอยู่บ้าง ตามแนวคิดของ Orem (2001) การดัดแปลงภาพลักษณ์ตนเองและอัตมโนทัศน์เป็นองค์ประกอบสำคัญในภาวะเปี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care) ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นฟูตนเองได้ทั้งทางกายและใจ โดยไม่เกิดภาวะต่อต้านการดูแลรักษา

สรุป ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องในเรื่องการดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง

2.3.6 การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือผลของการวินิจฉัย

แม้ผู้ป่วยจะสามารถยอมรับการวินิจฉัยว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีและเอดส์ และให้ความร่วมมือในกระบวนการรักษาเบื้องต้นได้เป็นอย่างดี แต่จากการประเมินพฤติกรรมและความเข้าใจเกี่ยวกับโรค ยังพบภาวะพร่องในด้านการเรียนรู้เพื่ออยู่ร่วมกับโรคอย่างปลอดภัยและยั่งยืน ผู้ป่วยยังไม่ได้เริ่มต้นการใช้ยาต้านไวรัส (ARV) ซึ่งเป็นการรักษาหลักของผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อควบคุมปริมาณไวรัส ลดโอกาสเกิดโรคแทรกซ้อน และลดการแพร่เชื้อไปสู่ผู้อื่น ซึ่งบ่งชี้ถึงการขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการรักษาอย่างต่อเนื่อง นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงอย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะเมื่อดื่มแอลกอฮอล์จนขาดการควบคุมตนเอง ทำให้มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกันกับบุคคลอื่นนอกเหนือจากคู่รักประจำ ซึ่งเสี่ยงต่อการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่นรวมถึงการติดเชื้อร่วมซ้ำ (co-infection) การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตร่วมอยู่กับโรคเรื้อรังอย่างโรคเอชไอวีนั้นต้องอาศัยทั้งความรู้ ความเข้าใจ ความสามารถในการปรับตัวและการมีวินัยในการดูแล

ตนเองระยะยาว ซึ่งในผู้ป่วยรายนี้ยังต้องได้รับการเสริมสร้างในหลายด้าน เช่น ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ARV และผลดีระยะยาว การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ การหลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงซ้ำ การสร้างแรงจูงใจภายในเพื่อการดูแลสุขภาพของตนเอง ตามแนวคิดของ Orem (2001) ผู้ป่วยมีภาวะพร่องด้านความสามารถในการดูแลตนเองในภาวะเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation Self-Care) ด้านการเรียนรู้เพื่อปรับตัวอยู่กับผลของพยาธิสภาพ

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือผลของการวินิจฉัย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการประเมินด้านปัจจัยพื้นฐานและความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อจำเป็น รวบรวมเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ ดังนี้

1. มีภาวะติดเชื่อที่ผิวหนังเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง
2. มีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณตุ่มหนองและอวัยวะเพศ
3. มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสฝีดาษลิงเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำและขาดความรู้ในการดูแลตนเอง
4. มีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย กลัวสังคมและครอบครัวไม่ยอมรับ
5. มีภาวะวิตกกังวล กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีตุ่มผื่นขึ้นบริเวณใบหน้า และลำตัว
6. มีภาวะพร่องในบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังและความกลัวการถูกตีตราจากสังคม
7. มีภาวะสูญเสียความหวัง ความหมายในชีวิต สูญเสียคุณค่าในตนเอง

3.2 กรณีศึกษาที่ 2

ส่วนที่ 1 ปัจจัยพื้นฐาน

1.1 ข้อมูลเกี่ยวกับอายุ เพศ ระยะเวลาการ

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย นับถือศาสนาพุทธ ระดับการศึกษา ปริญญาตรี ประกอบอาชีพ พนักงานเสิร์ฟและให้บริการทางเพศในสถานบันเทิง จังหวัดชลบุรี

สถานภาพ โสด (กลุ่มชายรักชาย มีกลุ่มชายรักชายเปลี่ยนคู่นอนบ่อย มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน) สิทธิการรักษา ประกันสังคม ภูมิลำเนา จังหวัดสระแก้ว ที่อยู่ปัจจุบัน จังหวัดชลบุรี ปัจจุบันอยู่ในวัยผู้ใหญ่ตอนต้น ซึ่งเป็นวัยที่มีพลังการดูแลตนเอง (Self-Care Agency) ในระดับสูงสุด เนื่องจากมีทั้งวุฒิภาวะทางร่างกาย สติปัญญา และสังคมที่พร้อมจะกำหนดพฤติกรรมในการดูแลสุขภาพของตนเองได้อย่างเหมาะสม (Orem, 2001) ผู้ป่วยมีสถานภาพมีคู่รักในกลุ่มชายรักชาย มีพฤติกรรมทางเพศที่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน ผู้ป่วยใช้สิทธิประกันสังคมในการเข้ารับการรักษา มีภูมิลำเนาเดิมอยู่ที่จังหวัดสระแก้ว ปัจจุบันอาศัยอยู่ที่จังหวัดชลบุรี

1.2 ระบบครอบครัวและแหล่งประโยชน์

ผู้ป่วยปฏิเสธประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว บิดาและมารดายังมีชีวิตอยู่ ไม่พบข้อมูลว่ามีการพึ่งพิงทางเศรษฐกิจหรือการดูแลจากครอบครัวโดยตรง ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับแฟนในจังหวัดชลบุรีในห้องเช่าภายในอาคารสูง สัมพันธ์ภาพกับแฟนดี แฟนเป็นแหล่งสนับสนุนทางจิตใจที่สำคัญในสถานการณ์ปัจจุบัน

1.3 สังคม ขนบธรรมเนียมประเพณีและวัฒนธรรม

ผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศแบบชายรักชาย และมีการให้บริการทางเพศโดยไม่ใช้ถุงยางอนามัย

เปลี่ยนคุณอนบอย พฤติกรรมนี้ยังไม่เป็นที่ยอมรับในวัฒนธรรมไทยอย่างเปิดเผยและอาจส่งผลให้ผู้ป่วยรู้สึกไม่มั่นคงหรือกลัวการถูกตีตราจากสังคม ส่งผลต่อการเข้าถึงระบบสุขภาพและการยอมรับตนเอง ผู้ป่วยยอมรับการรักษาด้วยการแพทย์แผนปัจจุบันและมีความเชื่อในการดูแลรักษาของแพทย์

อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

รับส่งตัวจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยมีไข้ ปวดตุ่มหนองบริเวณแขน ขา และใบหน้า 1 วัน ก่อนมา

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน

11 วันก่อนมา ผู้ป่วยมีอาการมีไข้สูง เริ่มมีตุ่มใสขึ้นที่แขน 2 ตุ่ม ซ้ำยาลดไข้รับประทานเอง

8 วัน ก่อนมา ผู้ป่วยมีไข้สูง จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคอีสุกอีใส และซีฟิลิส ตรวจ VDRL ผล Non reactive

1 วันก่อนมา ผู้ป่วยมีตุ่มน้ำใสขึ้นบริเวณใบหน้า ตา ปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้า แขน หน้าอก ก้น ทวารหนัก และบริเวณอวัยวะเพศ จำนวนมาก และต่อมาตุ่มหนองบริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบโต จึงไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชนแห่งเดิม แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคฝีดาษลิง แพทย์ให้ Admit ส่งตรวจเชื้อ Monkeypox virus ผล PCR for Monkeypox พบสารพันธุกรรมของเชื้อ Mpox virus หลังนอนโรงพยาบาล 10 วันอาการไม่ดีขึ้น แพทย์จึงส่งผู้ป่วยมารักษาต่อที่สถาบันบำราศนราดูร

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ตรวจพบเป็น HIV 8 ปี ขาดยา 2 เดือน โรคไวรัสตับอักเสบบี

ประวัติครอบครัว

ปฏิเสธประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว บิดา-มารดายังมีชีวิตอยู่

ประวัติการแพ้ยา แพ้อาหาร

ไม่มีประวัติการแพ้ยา หรืออาหาร มีประวัติเสพยาไอซ์ 2 ปี เลิกเสพมา 2 ปี ดื่มเหล้าวันละ 4-5 แก้ว สับบุหรือวันละ 2-3 มวน ประมาณ 4-5 ปี

ประเมินสถานะด้านจิตใจและครอบครัว

ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจถึงภาวะเจ็บป่วยของตนเอง สามารถตัดสินใจร่วมกับทีมสุขภาพได้ดี มีภาวะเครียดและวิตกกังวลเกี่ยวกับการรักษา โรคที่เป็นเรื้อรังและความเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์จากตุ่มผื่นบริเวณใบหน้าและร่างกาย รวมถึงความกังวลด้านรายได้จากการหยุดงานและค่าใช้จ่ายในการดำรงชีวิต ผู้ป่วยไม่พบประวัติเจ็บป่วยทางจิตเวช ไม่มีปัญหาเรื่องสารเสพติดในปัจจุบัน ในอดีตเคยเสพยาไอซ์ เลิกมาแล้ว 2 ปี ยังดื่มสุราและสับบุหรือเป็นครั้งคราว ด้านครอบครัว บิดาและมารดายังมีชีวิตอยู่ ไม่มีประวัติโรคเรื้อรังในครอบครัว ผู้ป่วยอาศัยอยู่ต่างจังหวัดกับแฟน มีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับแฟนซึ่งเป็นผู้ให้กำลังใจและพึ่งพิงทางจิตใจ แม้ไม่ได้อยู่กับครอบครัวโดยตรง แต่ยังมีการติดต่อสื่อสารกันเป็นระยะ ถือว่าเป็นระบบสนับสนุนทางอารมณ์ที่สำคัญ

การวินิจฉัยโรค

HIV with Monkeypox

การประเมินสภาพร่างกาย

สภาพแรกรับ ขณะรับไว้ในโรงพยาบาล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี พุดคุยสื่อสารรู้เรื่อง ช่วยเหลือตนเองได้ มีอาการอ่อนเพลียจากภาวะเจ็บป่วย มีตุ่มน้ำใสและตุ่มหนองกระจายบริเวณใบหน้า ปาก แขน ขา ฝ่ามือ ฝ่าเท้า อวัยวะเพศ รอบทวารหนัก และลำตัวบางส่วน มีตุ่มน้ำเหลืองโตหลายแห่ง โดยเฉพาะบริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบ มีแผลในปาก ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อย มีอาการปวดบริเวณอวัยวะเพศและทวารหนัก

Pain score 5 คะแนน และมีอาการคันร่วมด้วย

สัญญาณชีพ T = 36.3 °C, PR = 84 bpm, RR = 18 bpm, BP = 130/98 mmHg, O₂ Sat = 99%

ผลการประเมินสภาพตามระบบ

ผู้ป่วยรูปร่าง ผอม สูง ผิวขาว ผมหด ตัดสั้น สีหน้า แววตามีความวิตกกังวล น้ำหนัก 55 kg. ส่วนสูง 170 cm. ดัชนีมวลการ (Body mass index: BMI) 19.03 Kg/m²

ผิวหนัง: ผิวขาว ผิวหนังแห้งขาดความชุ่มชื้น ผิวหนังอุ่น ผิวหนังละเอียด การตึงตัวของผิวหนังปกติ (Normal skin turgor) ไม่มีภาวะบวม กดไม่บุ๋ม ไม่มีรอยแผลเป็นนูน มีรอยโรคสีดำจากแผลตกสะเก็ดตามร่างกาย มีตุ่มน้ำใส และตุ่มหนองกระจายบริเวณใบหน้า ตา ปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้า แขน หน้าอก ก้น ทวารหนัก และบริเวณอวัยวะเพศ เล็บมือ เล็บเท้า ตัดสั้น ไม่มีนิ้วปม

ศีรษะ ใบหน้า: ศีรษะสมมาตรกันทั้งสองข้าง คลำไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ หนังศีรษะไม่มีรังแค ผมเส้นเล็กสีดำ ตัดสั้น กระจายตัวอย่างสม่ำเสมอ ก้มศีรษะได้ปกติไม่มีอาการคอแข็ง (Stiff neck)

ใบหน้า สมมาตรกัน มีตุ่มน้ำใส หนอง มีรอยโรคสีดำจากแผลที่ตกสะเก็ดบริเวณหน้าผาก แก้ม ท้ายใบหน้าที่มุมปากเท่ากันทั้งสองข้างไม่มีมุมปากตก

ตา หู จมูก ปาก ลำคอ: ตาทั้งสองข้างสมมาตรกัน คลำลูกตามีความนุ่ม ไม่แข็ง ไม่มีตาโปน หลับตาสนิท หนังตาไม่บวมซ้ำ ไม่มีหนังตาดก เยื่อบุตาปกติ ไม่เหลือง ขนตาไม่ม้วนเข้าด้านใน ตามองเห็นชัดเจน ทั้งสองข้าง Pupils 2.5 react to light both eye สามารถรอกตาตาได้ปกติ ขนคิ้วมีการกระจายตัวดี ไม่มีขุย

หมีลักษณะปกติอยู่ในแนว Eye occiput line หูเท่ากันทั้งสองข้าง คลำบริเวณใบหูไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ ในรูหูไม่มี Bleeding หรือ Discharge ได้ยินเท่ากันทั้งสองข้าง

จมูก สมมาตรกันทั้งสองข้าง ปีกจมูกไม่บาน คลำบริเวณสันจมูกไม่พบก้อนกดไม่เจ็บ Nasal septum อยู่กึ่งกลาง ไม่คดงอ ไม่มีการอักเสบ บวมแดง เคาะบริเวณโพรงไซนัสไม่เจ็บ การรับกลิ่นปกติ

ปาก ริมฝีปากสีชมพูซีดเล็กน้อย แห้ง ไม่แตก ไม่บวม ลิ้นสีชมพู ไม่มีฝ้า มีแผลเป็นตุ่ม 2 ตุ่มผนังแก้มด้านขวา เจ็บเล็กน้อย เหงือกสีชมพู ไม่ซีด ไม่เลือดออกตามไรฟัน ฟันมีคราบเหลืองเล็กน้อย มีฟันผุ 1 ซี่

ลำคอ คอทั้งสองข้างสมมาตรกัน คอไม่โต คลำบริเวณต่อมไทรอยด์ ไม่โต ไม่พบก้อน กดไม่เจ็บ Trachea อยู่ในแนวกลางของลำคอ ต่อม้ำเหลืองบริเวณลำคอโตทั้งสองข้าง

ทรวงอกและระบบหายใจ: ลักษณะทรวงอกปกติ สมมาตรกัน AP: Lateral diameter 1:2 อัตราการหายใจปกติ การขยายตัวของปอดเท่ากันทั้งสองข้าง ฟังเสียงปอดปกติ อัตราการหายใจสม่ำเสมอ 20 ครั้งต่อนาที

หัวใจและหลอดเลือด: ผนังทรวงอกปกติ ไม่มีเส้นเลือดที่คอโป่งพอง คลำไม่พบ Thrill ได้ยินเสียง s₁s₂ ปกติ ไม่มี Murmur อัตราการเต้นหัวใจสม่ำเสมอ 76-88 ครั้งต่อนาที ระดับความดันโลหิตอยู่ในช่วง 112-130/74-88 mmHg

ช่องท้องและระบบทางเดินอาหาร: หน้าท้องสมมาตรกัน ท้องไม่แข็ง คลำไม่พบก้อนกดไม่เจ็บ คลำตับไม่โต มีตุ่มหนองรอยโรคบริเวณหน้าท้อง Bowel sound positive 5-10 ครั้งต่อนาที

ระบบประสาท: ระดับความรู้สึกตัวดี ถามตอบคำถามได้ ทำตามคำบอกได้ พูดคุยได้ปกติ Sensory system light touch point location) ปกติ Glasgow coma scale (GCS) 15 คะแนน ไม่มีอาการปวดศีรษะ ชัก เกร็ง กระตุก

ระบบกล้ามเนื้อ กระดูก: กำลังของกล้ามเนื้อปกติ Motor power grade 5 ไม่มีอาการเจ็บกล้ามเนื้อ

คลำไม่พบก้อน การเคลื่อนไหวของกล้ามเนื้อปกติ สามารถงอเหยียดแขนขาได้ปกติไม่พบข้อบวม แดง ร้อน
อวัยวะสืบพันธุ์: อวัยวะสืบพันธุ์บวม มีตุ่มหนองบริเวณอวัยวะเพศ บริเวณแก้มก้นทั้งสองข้าง
 ทวารหนักมีแผล ปวดบริเวณอวัยวะเพศ Pain score 5 อันทะบวม ต่อม้ำเหลืองบริเวณขาหนีบโตทั้งสองข้าง

ผลการตรวจพิเศษ

Portable chest AP = No active pulmonary lesion

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

ตารางที่ 8 แสดงผลการตรวจชีวเคมี (Clinical chemistry laboratory)

การตรวจ Lab	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	
		10 ส.ค.66	15 ส.ค.66
BUN	6-20 mg/dl	7 mg/dl	10 mg/dl
Creatinine	0.67-1.17mg/dl	0.93 mg/dl	1.03 mg/dl
eGFR	Stage1 (≥ 90 ml/min/1.73m ²) Stage 2 (60-89 ml/min/1.73m ²) Stage 3 (30-59 ml/min/1.73m ²) Stage 4 (15-29 ml/min/1.73m ²) Stage 5 (< 15 ml/min/1.73m ²)	112.11 ml/min	99.08 ml/min
Sodium	136 -146 mEq/L	136 mEq/L	138 mEq/L
Potassium	3.5-5.1 mEq/L	4.7 mEq/L	4.4 mEq/L
Chloride	98-107 mEq/L	99 mEq/L	102 mEq/L
CO ₂	22-29 mEq/L	27 mEq/L	27 mEq/L
Anion Gap	6-18	15	13
Total protein	6.6-8.7 g/dl	7.6 g/dl	7.4 g/dl
Albumin	3.5-5.2 g/dl	3.4 g/dl	3.2 g/dl
Globulin Total	2.8-3.5 g/dl	4.2 g/dl	4.2 g/dl
Total Bilirubin	0.1-2.0 mg/dl	0.34 mg/dl	0.38 mg/dl
Direct bilirubin	0-0.3 mg/dl	0.19 mg/dl	0.21 mg/dl
Alkaline phosphatase	40-129 U/L	390 U/L	354 U/L
AST/SGOT	0-40 U/L	41 U/L	50 U/L
ALT/ SGPT	0-41 U/L	53 U/L	99 U/L

การแปลผล

- ผล Albumin มีค่าต่ำกว่าปกติ เนื่องจากภาวะพร่องโปรตีนในเลือดที่อาจมีสาเหตุจากหลายปัจจัย โดยเฉพาะในผู้ป่วยมีการติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับการติดเชื้อฝีดาษลิง ซึ่งก่อให้เกิดการเปลี่ยนแปลงในสมดุลของการสังเคราะห์และการใช้โปรตีนของร่างกาย โดยการติดเชื้อเอชไอวีและฝีดาษลิงสามารถกระตุ้นให้เกิดภาวะอักเสบเรื้อรัง (chronic inflammation) ซึ่งส่งผลต่อกระบวนการเมตาบอลิซึมของโปรตีนในร่างกาย โดยเฉพาะโปรตีนกลุ่มอัลบูมินที่มีบทบาทสำคัญในด้านการรักษาความดันออสโมติกของเลือด การลำเลียงสารอาหารและการฟื้นฟูเนื้อเยื่อ ในภาวะอักเสบเรื้อรังร่างกายจะเปลี่ยนไปสร้างโปรตีนในกลุ่ม acute-phase

reactants เช่น globulin หรือ CRP (C-reactive protein) มากขึ้น แทนที่จะผลิตอัลบูมิน ส่งผลให้ระดับอัลบูมินในเลือดลดลง แม้ไม่ได้มีการสูญเสียโปรตีนโดยตรง และผู้ป่วยมีภาวะโภชนาการไม่เพียงพอ (malnutrition) จากการเบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ทำให้ได้รับโปรตีนไม่เพียงพอต่อการซ่อมแซมและการสร้างอัลบูมินใหม่ และผลกระทบต่องานของตับ ซึ่งเป็นแหล่งสังเคราะห์อัลบูมินหลักของร่างกาย ผู้ป่วยเอชไอวีบางมีการทำงานของตับที่ผิดปกติจากไวรัสตับอักเสบบี ผลข้างเคียงของยาต้านไวรัส ผลจากการอักเสบทั่วร่างกายที่ส่งผลให้เซลล์ตับไม่สามารถทำงานได้อย่างเต็มประสิทธิภาพ ส่งผลต่อการสังเคราะห์โปรตีนโดยเฉพาะอัลบูมิน

- ผล Globulin Total มีค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากการติดเชื้อเรื้อรังจากเชื้อเอชไอวีภาวะการอักเสบเรื้อรังของแผล ตุ่ม หนอง ตามร่างกายจากการติดเชื้อฝีดาษลิง การเพิ่มขึ้นของ Globulin เป็นกลไกการตอบสนองของร่างกายต่อการอักเสบและการกระตุ้นระบบภูมิคุ้มกัน

- ผล Alkaline phosphatase มีค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากการติดเชื้อเอชไอวีเรื้อรังมีผลต่องานของตับทั้งทางตรงจากเชื้อไวรัสและทางอ้อมจากการใช้ยาต้านไวรัสซึ่งเป็นพิษต่อการทำงานของตับ และสามารถก่อให้เกิด ตับอักเสบบีจากยาได้ และผู้ป่วยมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี การติดเชื้อฝีดาษลิงทำให้เกิด การอักเสบของระบบร่างกาย ซึ่งเป็นปัจจัยหนึ่งที่ส่งผลให้เซลล์ตับปล่อย ALP เพิ่มขึ้น

- ผล AST/SGOT และ ALT/ SGPT มีค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากผู้ป่วยได้รับการรักษาด้วย ยาต้านไวรัส ซึ่งมีผลข้างเคียงต่อดับ ทำให้เกิดภาวะตับอักเสบ หรือค่า AST และ ALT เพิ่มขึ้น มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี ซึ่งเป็นปัจจัยเสี่ยงสำคัญที่ทำให้เกิดตับอักเสบเรื้อรังและระดับ AST เพิ่มขึ้น และภาวะอักเสบจากการติดเชื้อฝีดาษลิง

ตารางที่ 9 แสดงผลการตรวจความสมบูรณ์ของเม็ดเลือด (Complete Blood Count: CBC)

การตรวจ Lab	ค่าปกติ	ผลการตรวจ	
		10 ส.ค.66	15 ส.ค.66
WBC	4,500 - 9,000 cells/cumm	10,700 cells/cumm	8,600 cells/cumm
RBC	4.0 - 5.7 M/cumm	5.84 cumm	5.13 cumm
Hemoglobin	10.5 - 15.5 g/dL	13.2 g/dL	11.5 g/dL
Hematocrit	38 - 48 %	40%	35%
MCV	80 - 97 fL	68.4 fL	68.7 fL
MCH	25 - 35 pg	22.6 pg	22.5 pg
MCHC	30 - 36 g/dL	33.1 g/dL	32.7 g/dL
RDW	13.9 - 16.1 %	14.3%	14.4%
MPV	7 - 11.5 fl	11.4 fl	11.4 fl
Platelet Count	142,000-424,000 cell/cumm	421,000 cell/cumm	414,000 cell/cumm
Platelet Smear	-	Increased	Increased
Neutrophil	36 - 70 %	64.0%	58.0%
Lymphocyte	23 - 57 %	25.0%	23.0%
Monocyte	2 - 10 %	7.0%	8.0%
Eosinophil	1 - 5 %	3.0%	10.0%
Basophil	0 - 3 %	1.0%	1.0%

การแปลผล

- ผล WBC มีค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากการติดเชื้อแบคทีเรียที่แผลจากตุ่มหนองของฝีดาษลิง
- ผล Hematocrit มีค่าต่ำกว่าปกติ เนื่องจากภาวะซีดพบบ่อยในผู้ป่วยโรคเรื้อรัง เช่น ผู้ป่วยเอชไอวี และเกิดจากการอักเสบจากแผล ตุ่มหนองของโรคฝีดาษลิง ทำให้การสร้างเม็ดเลือดแดงลดลง การติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน อาจส่งผลให้ร่างกายมีการตอบสนองแบบ systemic inflammation และมีผลต่อระบบเม็ดเลือด ภาวะขาดสารอาหาร เช่น ธาตุเหล็ก ผู้ป่วยเอชไอวีน้ำหนักลด เบื่ออาหารอาจมีการดูดซึมธาตุเหล็กบกพร่อง
- ผล MCV มีค่าต่ำกว่าปกติ เนื่องจากภาวะเม็ดเลือดแดงขนาดเล็ก (ซึ่งอาจเกิดจากภาวะซีดเรื้อรังที่สัมพันธ์กับการติดเชื้อเอชไอวี การอักเสบจากแผลฝีดาษลิง ภาวะโภชนาการบกพร่อง
- ผล MCH มีค่าต่ำกว่าปกติ เนื่องจากภาวะเริ่มต้นของตับอักเสบ หรือ ภาวะพิษต่อตับจากยาที่ใช้รักษาการติดเชื้อในผู้ป่วยเอชไอวี เช่น ยานไวรัส ยาปฏิชีวนะบางกลุ่ม
- ผล Neutrophil มีค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากการอักเสบเฉพาะที่และการติดเชื้อแบคทีเรียจากตุ่มหนอง แผลของโรคฝีดาษลิงของผู้ป่วยที่มีภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) ร่วมกับภาวะขาดน้ำ อ่อนเพลีย และความเครียดทางกาย ซึ่งเป็นปัจจัยกระตุ้น Neutrophilia
- ผล Lymphocyte มีค่าต่ำกว่าปกติ ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีระยะภูมิคุ้มกันบกพร่อง และการติดเชื้อแบคทีเรียเฉียบพลันจากแผลฝีดาษลิง รวมถึงการอักเสบของร่างกายโดยรวม
- ผล Eosinophil มีค่าสูงกว่าปกติ เนื่องจากการตอบสนองต่อการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และฝีดาษลิงที่กระตุ้นให้ระบบภูมิคุ้มกันปล่อย cytokines ที่กระตุ้น eosinophils ได้ เนื่องจากผู้ป่วยมีการอักเสบเรื้อรังที่ผิวหนังมีตุ่ม หนอง และอาจเกิดจากปฏิกิริยาภูมิแพ้หรือผลข้างเคียงจากยา หรืออาจมีการติดเชื้อพยาธิหรือปรสิตได้

ตารางที่ 10 แสดงผลการตรวจหาสารพันธุกรรมของเชื้อโรค (Molecular Diagnostics)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ
		10 ส.ค.66
PCR (VDRL)	Non Reactive	Reactive titer 1:1

การแปลผล

- ผล PCR (VDRL) พบแอนติบอดีในเลือด บ่งชี้ว่าผู้ป่วยติดเชื้อซิฟิลิส

ตารางที่ 11 แสดงผลการตรวจทางภูมิคุ้มกันและไวรัสวิทยา (Immunology / Serology / Virology)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ
		10 ส.ค.66
HBsAg	Negative	Positive

การแปลผล

- ผล HBsAg บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ตารางที่ 12 แสดงผลการตรวจเซลล์เม็ดเลือดขาวเฉพาะชนิด (Lymphocyte Subset Analysis / Flow Cytometry)

การตรวจ	ค่าปกติ	ผลการตรวจ
		10 ส.ค.66
%CD4	529-1,300 cell/cu.mm	110 cell/ cu.mm

การแปลผล

- ผล %CD4 มีค่าต่ำกว่าปกติ เนื่องจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีซึ่งส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันบกพร่องขั้นรุนแรง ร่วมกับติดเชื้อฉีดาซิง และผู้ป่วยขาดการรับประทานยาต้านไวรัส ประมาณ 2 เดือน ส่งผลให้เชื้อไวรัสเพิ่มจำนวนในกระแสเลือดอย่างรวดเร็ว และทำลายเซลล์ภูมิคุ้มกันจึงนำไปสู่การลดลงของ CD4

ส่วนที่ 2 ความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อจำเป็น

2.1 ความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อจำเป็นโดยทั่วไป

2.1.1 การคงไว้ซึ่งอากาศ น้ำและอาหารที่เพียงพอ

ผู้ป่วยเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยแยกโรคติดเชื้อ (Negative Pressure Room) ซึ่งเป็นมาตรการควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อฉีดาซิง ผู้ป่วยติดเชื้อ HIV มานานกว่า 8 ปี ร่วมกับมีประวัติขาดยา ARV ต่อเนื่องนานกว่า 2 เดือน ส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอลงอย่างมาก โดยพบว่าระดับ CD4 เหลือเพียง 110 cell/cu.mm ซึ่งต่ำกว่าเกณฑ์ปกติ และถือว่ามีความเสี่ยงสูงที่จะติดเชื้อฉีดาซิง (AIDS) ทำให้มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฉีดาซิง

ระยะแรกของการเข้ารับการรักษา ผู้ป่วยมีไข้สูง มีตุ่มน้ำใสและตุ่มหนองกระจายตามร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า ตา ปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้า แขน ลำตัว ก้น ทวารหนัก และอวัยวะเพศ ส่งผลให้เกิดอาการเจ็บปวดและรู้สึกไม่สบายตัวอย่างมาก โดยเฉพาะแผลในช่องปากทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บเมื่อรับประทานอาหาร รู้สึกเบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้น้อยลงส่งผลต่อภาวะโภชนาการโดยรวม แม้ผู้ป่วยจะยังสามารถดื่มน้ำและขับถ่ายได้ดี ปัสสาวะมีสีเหลืองใส และปริมาณอยู่ในเกณฑ์ปกติ (1,300–2,600 มล./วัน) ไม่มีข้อมูลบ่งชี้ภาวะขาดน้ำและค่าการทำงานของไต (BUN, Creatinine, eGFR) อยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่อาการไข้สูงและอาการเจ็บแผลในปากที่ทำให้ผู้ป่วยไม่ยอมรับรับประทานอาหาร อาจนำไปสู่ภาวะขาดสารอาหารหรือสมดุลของพลังงานในร่างกายที่ไม่เหมาะสม ผู้ป่วยมี BMI เพียง 19.03 kg/m² ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ค่อนข้างต่ำ และมีภาวะซีดเล็กน้อย ระดับฮีโมโกลบินต่ำกว่าปกติ (Hb 11.5 g/dL) และค่ามวลเม็ดเลือดแดงเฉลี่ย (MCV) และปริมาณฮีโมโกลบินเฉลี่ยในเม็ดเลือดแดง (MCH) ต่ำกว่าปกติ ซึ่งอาจสะท้อนภาวะโภชนาการที่เริ่มพร่อง ด้านระบบทางเดินหายใจ ผู้ป่วยไม่มีอาการหอบเหนื่อยหรือภาวะพร่องออกซิเจน การตรวจร่างกายระบบหายใจปกติ และผลการเอกซเรย์ทรวงอก ไม่พบรอยโรคที่ปอด (No active pulmonary lesion) ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งการแลกเปลี่ยนก๊าซและการหายใจได้อย่างเพียงพอ

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องของอากาศ น้ำและอาหาร

2.1.2 การคงไว้ซึ่งการขับถ่ายและการระบายให้เป็นไปตามปกติ

ผู้ป่วยสามารถขับถ่ายอุจจาระได้วันละ 1 ครั้ง ลักษณะอุจจาระเป็นก้อนแข็ง ถือว่าอยู่ในเกณฑ์ปกติ และไม่มีอาการท้องเสียหรือท้องผูกรุนแรง การขับถ่ายปัสสาวะเป็นไปตามปกติ ปัสสาวะประมาณ 1,300–2,600 มิลลิลิตร/วัน มีสีเหลืองใส และไม่มีข้อมูลบ่งชี้ว่ามีภาวะขัดเบา แสบขัด หรือปัสสาวะน้อยผิดปกติ อีกทั้งการทำงานของไต (BUN, Creatinine, eGFR) อยู่ในเกณฑ์ปกติ จึงแสดงให้เห็นว่าร่างกายยังสามารถคงไว้ซึ่งความสมดุลของของเหลวและการขับของเสียได้ดีในขณะนี้ การตรวจร่างกายพบว่า มีแผล

และตุ่มหนองบริเวณก้นและทวารหนัก ทำให้ผู้ป่วยมีอาการเจ็บปวดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์และทวารหนัก (Pain score 5) ซึ่งอาจเป็นอุปสรรคต่อการขับถ่ายอุจจาระ โดยเฉพาะในกรณีที่ต้องออกแรงเบ่งหรือมีอาการท้องผูก ในช่วงของการนอนรักษาแพทย์มีการสั่งให้ใช้ยาเหน็บทวารหนัก (Doproct suppository) และ Senokot (ยาระบาย) เพื่อป้องกันการท้องผูกและลดอาการเจ็บขณะขับถ่าย เพื่อสนับสนุนการขับถ่ายอย่างเหมาะสมและลดความไม่สบายของผู้ป่วย

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องของการขับถ่ายและการระบายของเสีย

2.1.3 การคงไว้ซึ่งความสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

ผู้ป่วยมีอาการใช้สູງร่วมกับตุ่มน้ำใสและตุ่มหนองกระจายทั่วร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณใบหน้า แขน ลำตัว อวัยวะเพศ ก้น และทวารหนัก ทำให้รู้สึกไม่สบายตัวและมีอาการปวด (Pain score 5) จนจำกัดความสามารถในการเคลื่อนไหว ส่งผลให้กิจกรรมในชีวิตประจำวันลดลง เช่น การเดิน เคลื่อนไหวลูกนั่ง และการดูแลสุขอนามัยส่วนตัว การพักผ่อนของผู้ป่วย เนื่องจากปกติผู้ป่วยทำงานกลางคืน และพักผ่อนในเวลากลางวัน มีเวลานอนเฉลี่ยเพียง 4-5 ชั่วโมงต่อวัน ซึ่งไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย โดยเฉพาะในช่วงที่ร่างกายอยู่ในภาวะติดเชื้ออย่างรุนแรง เมื่อมาอยู่ในโรงพยาบาลทำให้แบบแผนการนอนเปลี่ยนแปลงคุณภาพของการพักผ่อนนอนหลับลดลง แม้อยู่ในสภาพแวดล้อมของโรงพยาบาลที่จัดให้เหมาะสมและในระหว่างการแยกโรค ผู้ป่วยมีข้อจำกัดในการเคลื่อนไหวและปฏิสัมพันธ์ทางสังคม ซึ่งเป็นปัจจัยร่วมที่อาจทำให้เกิดความรู้สึกเบื่อหน่าย ขาดพลังใจ ส่งผลต่อสมดุลระหว่างการมีกิจกรรมและการพักผ่อน ในภาพรวม นอกจากนี้ ยังไม่มีการออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอ

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องการมีกิจกรรมและการพักผ่อน

2.1.4 การรักษาความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

ผู้ป่วยถูกแยกตัวในห้องแยกโรคเพื่อควบคุมการแพร่กระจายของเชื้อฝีดาษลิง (Mpox) ส่งผลให้ผู้ป่วยต้องอยู่ในสภาพแวดล้อมที่จำกัดทางกายภาพ และมีข้อจำกัดในการปฏิสัมพันธ์ทางสังคมกับผู้อื่น ทั้งกับผู้คน ผู้ป่วยคนอื่นรวมถึงบุคลากรทางการแพทย์ที่ต้องสวมอุปกรณ์ป้องกันอย่างรัดกุม การสื่อสารจึงเป็นแบบจำกัด ซึ่งอาจทำให้ผู้ป่วยรู้สึกโดดเดี่ยว ว้าเหว และขาดการสนับสนุนทางอารมณ์ในช่วงเวลาที่เผชิญกับความเครียดและการเจ็บป่วยอย่างรุนแรง แม้ว่าผู้ป่วยจะมีลักษณะนิสัยใจเย็น ค่อนข้างเก็บตัว และมักคุยกับแฟนมากที่สุด แต่จากการซักประวัติพบว่า ผู้ป่วยมีสัมพันธ์ภาพที่ดีในครอบครัวและเป็นผู้นำครอบครัว ซึ่งบ่งชี้ถึงความสำคัญของปฏิสัมพันธ์ในระดับครอบครัวและคนใกล้ชิด นอกจากนี้ผู้ป่วยยังแสดงภาวะวิตกกังวลจากการหยุดงานกะทันหัน การขาดรายได้ และภาระค่าใช้จ่าย ทำให้ความจำเป็นในการได้รับการสนับสนุนทางสังคมมีมากขึ้นในช่วงนี้ แม้ผู้ป่วยสามารถอยู่คนเดียวได้โดยไม่แสดงภาวะก้าวร้าวหรือซึมเศร้า แต่ยังไม่มียกยัดหรือช่องทางที่ชัดเจนในการระบายความรู้สึก และไม่มีการติดต่อกับแหล่งสนับสนุนทางสังคมอื่นนอกจากแฟน ซึ่งไม่เพียงพอในภาวะวิกฤต

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องความสมดุลระหว่างการอยู่คนเดียวและการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น

2.1.5 การป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

ผู้ป่วยอาศัยอยู่ในจังหวัดชลบุรี โดยพักอาศัยในห้องเช่าในอาคารสูง ซึ่งมีลักษณะค่อนข้างแออัด อากาศถ่ายเทไม่สะดวกนัก ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและรักษาความสะอาดภายในที่พักอาศัยได้ดี และไม่มีข้อมูลบ่งชี้ว่ามีปัจจัยเสี่ยงด้านความปลอดภัยในสิ่งแวดล้อมโดยตรง เช่น สภาพที่อยู่อาศัยทรุดโทรมหรือไม่ปลอดภัย อุปกรณ์ไฟฟ้าไม่ได้มาตรฐาน หรือมีปัญหาด้านความรุนแรงในครอบครัวหรือสังคมแวดล้อม ในด้านสุขภาพร่างกาย ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ส่งผลต่อความปลอดภัย เช่น การขาดยาต้านไวรัสเป็นระยะเวลานาน การมีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน การดื่มสุราเป็นประจำ และการสูบบุหรี่ ซึ่งพฤติกรรมเหล่านี้

เพิ่มความเสี่ยงต่อการเกิดโรคแทรกซ้อน และส่งผลกระทบต่อทั้งสุขภาพกาย หน้าที่การงาน และความปลอดภัยของสังคมโดยรวม ป่วยยังขาดความสามารถในการป้องกันอันตรายที่อาจเกิดจากการดูแลสุขภาพตนเองอย่างไม่เหมาะสม และมีพฤติกรรมที่เสี่ยงต่อทั้งตนเองและผู้อื่น

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องการป้องกันอันตรายต่อชีวิต หน้าที่ และสวัสดิภาพ

2.1.6 การส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการให้ถึงขีดสูงสุดภายใต้ระบบสังคมและความสามารถของตนเอง

ในระยะก่อนเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีบทบาทในการทำงานเป็นพนักงานเสิร์ฟและให้บริการทางเพศ ซึ่งถือเป็นแหล่งรายได้หลักในการเลี้ยงดูตนเอง และมีบทบาทสำคัญในความสัมพันธ์กับแฟนซึ่งเป็นผู้ใกล้ชิดที่สุด เนื่องจากผู้ป่วยมีพฤติกรรมทางเพศที่ไม่ปลอดภัยและการขาดการรับประทายด้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง ส่งผลให้ผู้ป่วยอยู่ในภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง และมีการติดเชื้อฉวยโอกาสหลายชนิด ซึ่งส่งผลกระทบต่อความสามารถในการทำหน้าที่ทางสังคม ในระยะเจ็บป่วย ผู้ป่วยมีแผลและตุ่มหนองบริเวณใบหน้า ลำตัว และอวัยวะเพศ ทำให้รู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์และความมั่นใจในตนเอง เกิดความวิตกกังวลจากการขาดรายได้และภาระค่าใช้จ่าย ส่งผลให้ไม่สามารถประกอบอาชีพตามปกติได้ อีกทั้งยังมีภาวะเครียดและความรู้สึกหมดหวังบางช่วงเวลา แต่ผู้ป่วยยังคงมีศักยภาพในการสื่อสาร การตัดสินใจ และการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันด้วยตนเองได้ มีระดับการศึกษาดี (ระดับปริญญาตรี) และยังคงมีความสัมพันธ์ที่ดีในระดับบุคคลกับแฟนและบุคลากรทางการแพทย์ การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถเข้าถึงแหล่งข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค การใช้ยา การดูแลตนเองอย่างปลอดภัย และการวางแผนชีวิตในอนาคตอย่างเหมาะสม จะช่วยฟื้นฟูศักยภาพในการดำเนินชีวิตตามขีดความสามารถภายใต้ระบบสังคมของตนได้

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องการส่งเสริมการทำหน้าที่ และพัฒนาการ

2.2 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

ผู้ป่วยอยู่ในช่วงวัยผู้ใหญ่ตอนต้น มีพัฒนาการสมวัย ทั้งทางร่างกาย สติปัญญา และจิตใจ แม้ผู้ป่วยจะมีความสามารถในการประกอบอาชีพ มีระดับการศึกษาดี และสามารถช่วยเหลือตนเองได้ในระดับหนึ่ง แต่จากสถานการณ์เจ็บป่วยเรื้อรังและภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ ส่งผลให้ผู้ป่วยประสบกับความท้าทายในการดำเนินชีวิตตามบทบาทและพัฒนาการทางสังคม ได้แก่ ความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองจากตุ่มผื่นและแผลบนใบหน้าและร่างกาย ซึ่งเป็นอุปสรรคต่อการเข้าสังคมและความมั่นใจในตนเอง ความรู้สึกหมดหวังหรือโดดเดี่ยวในบางช่วงเวลาจากผลของโรคเอชไอวี การขาดยาต้านไวรัส และการหยุดงานอันเนื่องมาจากการเจ็บป่วย ความไม่มั่นคงด้านรายได้ ทำให้มีความกังวลเกี่ยวกับภาระทางการเงิน การขาดการป้องกันในการมีเพศสัมพันธ์ซึ่งถึงการขาดความรู้ หรือการประเมินคุณค่าในตนเองต่ำ

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องการดูแลตนเองที่จำเป็นตามระยะพัฒนาการ

2.3 ความต้องการการดูแลตนเองที่จำเป็นในภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ

2.3.1 การแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือที่เหมาะสม

ผู้ป่วยมีประวัติการติดเชื้อเอชไอวีมานานกว่า 8 ปี และปัจจุบันอยู่ในระยะที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง ($CD4 = 110 \text{ cells/cu.mm}$) และติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ ฝีดาษลิง รวมถึงมีการติดเชื้อซิฟิลิสซ้ำซ้อน นอกจากนี้ยังมีประวัติขาดการรับประทายด้านไวรัสเป็นระยะ ขาดยา 2 เดือน ส่งผลให้เกิดความเสี่ยงต่อการลุกลามของโรค การเกิดภาวะแทรกซ้อน และการดื้อยา แม้ผู้ป่วยจะมีระดับการศึกษาในระดับปริญญาตรี และสามารถเข้าถึงระบบการรักษาพยาบาลผ่านสิทธิประกันสังคม แต่จากข้อมูลพบว่าผู้ป่วยยังมีข้อจำกัดในการแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลืออย่างต่อเนื่อง โดยเฉพาะในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เช่น การไม่ไปรับยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง การไม่ได้เข้ารับการตรวจสุขภาพหรือฟังผล

อย่างสม่ำเสมอ ขาดการติดต่อกับบุคลากรสาธารณสุขอย่างต่อเนื่องในช่วงที่ไม่มีอาการ ซึ่งมีสาเหตุมาจากการขาดความรู้เกี่ยวกับผลของการขาดยา การต้องเดินทางบ่อยจากที่พักมายังโรงพยาบาล การทำงานไม่เป็นเวลา ความรู้สึกอึดอัดหรือกังวลจากการถูกตีตราทางสังคม

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องการแสวงหาและคงไว้ซึ่งความช่วยเหลือที่เหมาะสม

2.3.2 การรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ

ผู้ป่วยในกรณีศึกษามีโรคเรื้อรังหลายโรค ได้แก่ โรคติดเชื้อเอชไอวี (HIV) โรคไวรัสตับอักเสบบี และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ เช่น ซิฟิลิส ซึ่งในครั้งนี้นำมาติดเชื้อมีโอกาสร่วมด้วย คือ ฝีดาษลิง (Mpox) ซึ่งมีอาการรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลนานหลายวัน จากข้อมูลพบว่า ผู้ป่วยยังขาดความรู้และการตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่องในผู้ที่มีโรคเรื้อรัง เช่น ขาดความเข้าใจเกี่ยวกับผลของการขาดยาต้านไวรัส เช่น ทำให้ CD4 ต่ำ เสี่ยงติดเชื้อฉวยโอกาส ขาดความรู้เกี่ยวกับความสำคัญของการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย ยังไม่ตระหนักถึงความสัมพันธ์ของพฤติกรรมตนเองเปลี่ยนคู่นอนบ่อย ไม่ใช่ยุ่งยากอนามัย กับความเสี่ยงของการติดเชื้อเพิ่มเติม ขาดทักษะในการสังเกตและดูแลอาการผิดปกติของตนเอง เช่น การเปลี่ยนแปลงของแผล การลุกลามของตุ่มหนอง แม้ผู้ป่วยจะทราบว่ามันติดเชื้อ เอชไอวีมานานและมีระดับการศึกษาปริญญาตรี แต่กลับพบว่ายังขาดการรับรู้ในเชิงลึกและขาดความใส่ใจในการควบคุมโรคอย่างจริงจัง

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องการรับรู้ สนใจ และดูแลผลของพยาธิสภาพ

2.3.3 การปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันโรค

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีมานานกว่า 8 ปี มีประวัติขาดการรับประทานยาต้านไวรัสเป็นระยะ โดยเฉพาะในช่วง 2 เดือนก่อนเข้ารับการรักษาครั้งนี้ ส่งผลให้จำนวน CD4 ลดลงเหลือเพียง 110 เซลล์/ลบ.มม. ซึ่งถือว่าอยู่ในภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องรุนแรง และทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาส ได้แก่ ฝีดาษลิง (Monkeypox) ในระหว่างเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ผู้ป่วยได้รับการวางแผนการรักษาอย่างครบถ้วน ได้แก่ การให้ยาต้านไวรัส HIV อย่างต่อเนื่อง (TLD) ยาต้านเชื้อไวรัสฝีดาษลิง (Tecovirimat) การให้ยาแก้อักเสบ แก้วปวด ยาเฉพาะที่สำหรับแผล และยาปฏิชีวนะ การประเมินผลทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ การดูแลแผล การประคบ การทำ sitz bath การส่งเสริมสุขอนามัย และแยกการรักษาในห้องแยกโรค แต่เนื่องจากจากพฤติกรรมในอดีต ผู้ป่วยมีลักษณะไม่ปฏิบัติตามแผนการรักษาอย่างเคร่งครัด เช่น ขาดนัดรับยา ขาดความต่อเนื่องในการกินยา ไม่ป้องกันตนจากการรับเชื้อเพิ่มเติม หรือการแพร่เชื้อให้ผู้อื่น ซึ่งส่งผลให้เกิดภาวะดื้อยาต้านไวรัส และภาวะแทรกซ้อนในระยะยาว

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องการปฏิบัติตามแผนการรักษา การวินิจฉัย การฟื้นฟูสภาพ และการป้องกันโรค

2.3.4 การรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาและปฏิบัติตามแผนการรักษาโดยรวมได้ดี แต่เมื่อประเมินในมิติเกี่ยวกับการรับรู้และการปรับตัวต่อผลข้างเคียงของการรักษา พบว่าผู้ป่วยยังมีภาวะพร่องในการดูแลตนเองด้านนี้ ทั้งในมิติทางกายและจิตใจ ในด้านร่างกาย ผู้ป่วยมีแผลและตุ่มหนองกระจายหลายตำแหน่ง รวมถึงบริเวณที่มีผลกระทบต่อการดำรงชีวิตประจำวันและภาพลักษณ์ เช่น อวัยวะเพศ ใบหน้า และรอบทวารหนัก ซึ่งส่งผลให้เกิดอาการเจ็บ ปวด คัน ระคายเคือง และส่งผลกระทบต่อการเล่นไหว การขับถ่าย และการนอนหลับ แม้ผู้ป่วยจะสามารถใช้ยาและดูแลแผลตามคำแนะนำของแพทย์ แต่ยังไม่พบพฤติกรรมจัดการตนเองที่แสดงถึงการป้องกันหรือลดผลข้างเคียงในระยะยาวได้อย่างชัดเจน ในด้านจิตใจ ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยและผลกระทบจากโรคที่มีต่อภาพลักษณ์ของตนเอง โดยเฉพาะ

ในบริบทของอาชีพนักแสดง ซึ่งต้องพึ่งพาความมั่นใจ รูปร่าง และการแสดงออกในที่สาธารณะอย่างมาก ความรู้สึกไม่มั่นคงทางอารมณ์อาจนำไปสู่พฤติกรรมที่ลดทอนการดูแลตนเอง เช่น การดื่มสุราจนขาดสติ และมีเพศสัมพันธ์ที่ไม่ปลอดภัย สะท้อนถึงการเพิกเฉยต่อผลกระทบระยะยาวทั้งต่อสุขภาพกายและภาพรวมของการรักษา ตามแนวคิดของ Orem (2001) การดูแลตนเองในภาวะเปราะบางด้านสุขภาพควรรวมถึงความสามารถในการรับรู้ ปรับตัวและป้องกันความไม่สุขสบาย ทั้งจากสภาพของโรคและผลข้างเคียงจากการรักษา ซึ่งในกรณีนี้ ผู้ป่วยยังขาดทักษะในการบริหารจัดการผลข้างเคียงอย่างเหมาะสม รวมถึงขาดแรงจูงใจและกลไกสนับสนุนที่เพียงพอ

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องการรับรู้และสนใจที่จะคอยปรับและป้องกันความไม่สุขสบายจากผลข้างเคียงของการรักษา

2.3.5 การดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง

ผู้ป่วยมีการยอมรับภาวะสุขภาพของตนเองในระดับที่เหมาะสม แม้จะเผชิญกับโรคเรื้อรัง เช่น การติดเชื้อเอชไอวีและการติดเชื้อฉวยโอกาสฝัฒาซึง ซึ่งส่งผลต่อสภาพร่างกายโดยตรง ทั้งในด้านของตุ้มแผลบริเวณใบหน้า อวัยวะเพศ และลำตัว แต่ผู้ป่วยแสดงออกถึงท่าทีที่พร้อมเปิดรับการรักษ่า ไม่ปฏิเสธแผนการดูแล ไม่หลีกเลี่ยงการพูดคุยเกี่ยวกับโรค และไม่แสดงพฤติกรรมซึมเศร้ารุนแรงหรือหลีกเลี่ยงสังคมถึงแม้ว่าผู้ป่วยจะมีความกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเอง โดยเฉพาะอย่างยิ่งในบริบทของการทำงาน เป็นนักแสดงซึ่งต้องใช้รูปลักษณ์เป็นส่วนสำคัญของอาชีพ แต่ผู้ป่วยยังสามารถปรับตัวและยอมรับความเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ในระดับหนึ่ง และแสดงความหวังและความตั้งใจที่จะฟื้นฟูสุขภาพเพื่อกลับไปทำงานเมื่ออาการดีขึ้นตามแนวคิดของ Orem (2001) การดัดแปลงอัตมโนทัศน์ (self-concept) และภาพลักษณ์ตนเอง (body image) เพื่อยอมรับภาวะสุขภาพเป็นองค์ประกอบสำคัญในการดูแลตนเองในภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ ซึ่งมีผลต่อแรงจูงใจในการดำรงพฤติกรรมดูแลสุขภาพในระยะยาว

สรุป ผู้ป่วยไม่มีภาวะพร่องในเรื่องการดัดแปลงอัตมโนทัศน์และภาพลักษณ์ในการที่จะยอมรับภาวะสุขภาพของตนเอง

2.3.6 การเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือผลของการวินิจฉัย

ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยว่าเป็นผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับการติดเชื้อฝัฒาซึง ซึ่งทั้งสองภาวะเป็นโรคที่ส่งผลต่อสุขภาพทั้งในระยะสั้นและระยะยาว และต้องการการดูแลรักษาอย่างต่อเนื่อง ผู้ป่วยสามารถยอมรับผลการวินิจฉัยได้ในระดับหนึ่ง เช่น ยินยอมเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล ยอมอยู่ในหอผู้ป่วยแยกโรค และให้ความร่วมมือในการใช้ยาตามแผนการรักษา ในด้านการเรียนรู้ที่จะใช้ชีวิตอยู่ร่วมกับโรคในระยะยาว ยังพบภาวะพร่องในหลายด้าน โดยเฉพาะด้านความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการดูแลตนเองอย่างเหมาะสมในชีวิตประจำวัน ผู้ป่วยยังขาดความตระหนักถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัส (ARV) อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งเป็นปัจจัยสำคัญในการควบคุมโรคและป้องกันการดื้อยา นอกจากนี้ ยังพบว่าผู้ป่วยมี พฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มแอลกอฮอล์จนขาดสติและมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน ซึ่งสะท้อนถึงความไม่เข้าใจผลกระทบของโรคต่อสุขภาพตนเองและผู้อื่น ผู้ป่วยยังไม่มีแนวทางการวางแผนชีวิตที่ชัดเจนในการดำรงชีวิตอยู่ร่วมกับภาวะโรคเรื้อรัง ทั้งในด้านสุขภาพ จิตใจ และสังคม แม้จะแสดงความตั้งใจอยากกลับไปทำงานเมื่ออาการดีขึ้น แต่ยังขาดแนวคิดเชิงป้องกันและการจัดการโรคในระยะยาวอย่างรอบด้านตามแนวคิดของ Orem (2001) ในการดูแลตนเองภายใต้ภาวะเปราะบางด้านสุขภาพ การเรียนรู้ที่จะอยู่กับโรคคือองค์ประกอบสำคัญที่จะช่วยให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อน ซึ่งต้องอาศัยการให้ความรู้ การสร้างแรงจูงใจ และการสนับสนุนทางสังคมที่เหมาะสม

สรุป ผู้ป่วยมีภาวะพร่องในเรื่องการเรียนรู้ที่จะมีชีวิตอยู่กับผลของพยาธิสภาพ หรือผลของ

การวินิจฉัย

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการประเมินด้านปัจจัยพื้นฐานและความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อจำเป็น รวบรวมเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ ดังนี้

1. มีภาวะติดเชื้อที่ผิวหนังเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง
2. มีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณตุ่มหนองและอวัยวะเพศ บริเวณก้น
3. มีโอกาสเกิดภาวะตับอักเสบรุนแรงเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
4. มีภาวะท้องผูกเนื่องจากรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยและเจ็บปวดบริเวณทวารหนัก
5. มีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย กลัวสังคมและครอบครัวไม่ยอมรับ
6. มีภาวะวิตกกังวล กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีตุ่มผื่นขึ้นบริเวณใบหน้า และลำตัว
7. มีภาวะโรคแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสผิวดาษลงเนื่องจากมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำ

และขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

8. มีโอกาสดื้อยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น จากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
9. มีความรู้สึกล้มเหลวต่อการรักษาและความหมายของชีวิตเนื่องจากมีหลายโรคร่วมเรื้อรัง

และภาวะติดเชื้อ

บทที่ 4

ผลการศึกษา

4.1 สรุปกรณีศึกษา การเปรียบเทียบกรณีศึกษา : การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง

4.1.1 กรณีศึกษาที่ 1

4.1.2 กรณีศึกษาที่ 2

4.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง

4.1.1 กรณีศึกษาที่ 1

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 29 ปี รูปร่างผอมน้ำหนัก 65 kg. สูง 170 cm. BMI 19.11 อาชีพนักแสดง (นางรำ) ในตลาดน้ำ 4 ภาค จังหวัดชลบุรี สถานภาพ คู่ กลุ่มชายรักชาย มีเพศสัมพันธ์กับแฟนแบบป้องกันทุกครั้ง และมีเพศสัมพันธ์กับคนแปลกหน้าหลายๆ ครั้ง แต่ไม่ได้ป้องกันเนื่องจากบางครั้งผู้ป่วยไม่ได้เตรียมตัวหรือวางแผนว่าจะมีเพศสัมพันธ์ พบกันแล้วถูกใจ ประกอบกับผู้ป่วยดื่มแอลกอฮอล์และมีอาการเมเามาทำให้บางครั้งไม่ได้ป้องกัน ปฏิเสธประวัติเจ็บป่วยในครอบครัว ปฏิเสธการแพ้ยา อาหาร การใช้สารเสพติด อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล รับส่งตัวจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยมีตุ่มและแผลที่อวัยวะเพศมีอาการปวด บวม ต่อมฝีเหลืองที่ขาหนีบโต 1 วันก่อนมา 4 วันก่อนมาผู้ป่วยมีไข้ อวัยวะเพศบวม มีตุ่มหนองบริเวณอวัยวะเพศ ต่อมฝีเหลืองขาหนีบข้าง ขวาทอ ซ้ำยาพาราเซตามอลทานเอง อาการปวดไม่ดีขึ้น ต่อมฝีเหลืองขาหนีบข้างขวาทอมากขึ้น จึงไปพบแพทย์โรงพยาบาลเอกชน ตรวจพบ Syphilis Positive แพทย์ Admit ให้ยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต ๓ 1 dose, Ceftriaxone 2 gm ๑ OD ผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 7 วัน เริ่มมีตุ่มขึ้นบริเวณใบหน้า และแขนทั้ง 2 ข้าง ตรวจพบโรคฝีดาษลิงได้รับการรักษาด้วยยา ผู้ป่วย Admit 15 วัน อาการไม่ดีขึ้น จึงส่งตัวผู้ป่วยมารักษาต่อที่สถาบันบำราศนราดูร ผู้ป่วยตรวจพบเป็น HIV เมื่อเดือนมีนาคม 66 การตรวจร่างกายแรกเริ่ม มีตุ่มหนอง แผลตกสะเก็ดทั่วร่างกาย โดยเฉพาะใบหน้า แขน ขา ลำตัว อวัยวะเพศ กัน ต่อมฝีเหลืองขาหนีบโต อันตะขบวมเล็กน้อย ปวด (pain score 2) ระบบประสาทการรับรู้ปกติ Glasgow Coma Scale 15 การหายใจ หัวใจ ระบบทางเดินอาหารและการเคลื่อนไหวปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบ Hematocrit, Hemoglobin ต่ำเล็กน้อย สัญญาณเตือนภาวะช็อคจากโภชนาการหรือโรคเรื้อรัง WBC, Neutrophil สูง มีการติดเชื้อ Total protein, Globulin สูง อาจสัมพันธ์กับการติดเชื้อเรื้อรังหรือภาวะขาดน้ำ Urine WBC, RBC สูง พบ bacteria มีการติดเชื้อทางเดินปัสสาวะ PCR positive for Monkeypox virus ยืนยันการติดเชื้อฝีดาษลิง แพทย์วินิจฉัย HIV with Monkeypox ให้ Admit หอผู้ป่วยแยกโรค 7/4 แพทย์รักษาโดย Tramadol (50) 1 tab ๑ tid pc, Bactrim 1 tab ๑ pc, TLD 1 tab ๑, Burrow solution ประคบแผล BID, NSS dressing แผลบริเวณอวัยวะเพศ BID. Warm sitz bath 10-15 min bid (น้ำอุ่น 1 กระละมัง + betadine 10 ml) ลำตัว แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 21 สิงหาคม 2566 และให้กลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลต้นสังกัด ประกันสังคมของผู้ป่วย รวมระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 6 วัน

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบพยาธิสภาพโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษา

พยาธิสภาพโรคตามทฤษฎี	กรณีศึกษา
โรคติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human immunodeficiency virus: HIV แพร่กระจายได้ทางเพศสัมพันธ์ การสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่ง ได้รับเลือด หลังจากติดเชื้อ 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการคล้ายไข้หวัดร่วมกับมีผื่นแดงทั่วร่างกาย เจ็บคอ ต่อม้ำเหลืองโต ปวดกล้ามเนื้อ อาการจะหายไปเอง โดยเฉลี่ยพบว่าหลังจากได้รับเชื้อจนกระทั่งภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ จนถึงระดับอันตราย ประมาณ 5-6 ปี เชื้อเอชไอวี จะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเชื้อจะเข้าไปสู่ Macrophage monocyte ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ เกิดภาวะติดเชื้อได้ง่าย เช่น การติดเชื้ออื่นๆ ในระบบทางเดินอาหาร ปอด ผิวหนัง สมอง ที่พบบ่อยคือ วัณโรค ปอดอักเสบจากเชื้อรา และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา ลักษณะผื่น Maculopapular ลักษณะการกระจายตัวไม่จำเพาะ อาการของการติดเชื้อเอชไอวี ระยะแรก มีการติดเชื้อปริมาณไม่มากร่างกายยังไม่ได้สร้างภูมิคุ้มกัน ตรวจหาเชื้อและภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไม่พบในช่วง 2-12 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อจะมีอาการไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว มีผื่นขึ้น ต่อม้ำเหลืองที่คอโต บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว น้ำหนักลด หรือมีฝ้าขาวในช่องปาก มักเป็นอยู่ 1-2 สัปดาห์ แล้วหายไปได้เอง และอาการคล้ายไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่หรืออาการไข้ทั่วไป ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อแข็งแรงปกติเหมือนคนทั่วไป แต่ตรวจเลือดจะพบเชื้อเอชไอวีและสารภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ จึงสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ เรียกว่า เป็นพาหะ (Carrier) ระยะนี้แม้ว่าจะไม่มีอาการแต่เชื้อจะแบ่งตัวเจริญเติบโตขึ้น และทำลายระบบภูมิคุ้มกันโรคจนมีจำนวนลดลง เมื่อลดต่ำลงมาก จะเกิดอาการเจ็บป่วยอัตราการลดลงของระบบภูมิคุ้มกันโรคจะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับความรุนแรงของ เชื้อเอชไอวีและสภาพความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ติดเชื้อเอง ระยะนี้มักเป็นอยู่นาน 5-10 ปี แต่มีกลุ่มผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ที่ระยะนี้อาจสั้นเพียง	ผู้ป่วยตรวจพบเชื้อเอชไอวี วันที่ 3 สิงหาคม พ.ศ. 2566 ยังไม่ได้รับยาหรือการรักษา ผู้ป่วยไปตรวจที่โรงพยาบาลเอกชน เนื่องจากมีอาการไข้เป็นๆ หายๆ ตลอด มีอาการท้องเสียบางครั้ง น้ำหนักลดลง จากอาการของผู้ป่วยและผลการตรวจเชื้อเอชไอวีพบ ผล HIV-1, viral load 34,742 copies/ml, log equivalence 4.54 บ่งชี้ว่าผู้ป่วยติดเชื้อ HIV-1 ชนิดที่ 1 ซึ่งเกิดจากการที่เชื้อไวรัสเกาะติดเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 โดยใช้ Glycoprotein 120 (gp120) เข้ายึดกับตัวรับหลัก (Receptor) และตัวรับร่วม (Co-receptor) ชนิด CCR5 และ/หรือ CXCR4 ของ CD 4 และเกิดการหลอมรวมตัวของ Glycoprotein gp41 ของเชื้อและไกลโคลิปิดบนผิวเซลล์ เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าไปอยู่ภายในเซลล์ จะเริ่มเข้าสู่กระบวนการ Reverse transcription เพื่อสร้างสาย DNA สายแรกโดย อาศัย RNA จีโนมของเอชไอวีเป็นต้นแบบ จากนั้นจะเกิดการ Integration โดยสอดสาย DNA ที่สร้างขึ้นแทรกเข้า DNA ใน Nucleus ของเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 ของผู้ติดเชื้อ เพื่อใช้เป็นแหล่งผลิตและเพิ่มจำนวนเชื้อเอชไอวีในการ แพร่กระจายเชื้อในร่างกาย จะเห็นได้ว่าเชื้อเอชไอวีมีผลในการทำลายและรบกวนกระบวนการทำงานของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 โดยตรง ถ้าผู้ป่วยไม่รักษาอย่างถูกต้อง CD4 จะถูกทำลายจนไม่เหลือพอที่จะไปต่อสู้กับเชื้อโรคและเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งผลตรวจค่า CD4 ของผู้ป่วย 148 Cell/mm³ ทำให้เกิดโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบพยาธิสภาพโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

พยาธิสภาพโรคตามทฤษฎี	กรณีศึกษา
2-3 ปี ซึ่งเรียกว่า กลุ่มที่มีการดำเนินโรคเร็ว (Rapid progressor) ในขณะที่ประมาณร้อยละ 5 จะมีการดำเนินโรคช้า โดยบางรายอาจนานกว่า 10-15 ปีขึ้นไป เรียกว่า กลุ่มที่ควบคุมเชื้อได้ดีเป็นพิเศษ (Elite controller) ระยะติดเชื้อที่มีอาการ อาการของผู้ป่วยจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วย ดังนี้ อาการเล็กน้อย ตรวจระดับ CD4 มักพบมากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรผู้ป่วยอาจมีอาการต่อมน้ำเหลืองที่คอโตเล็กน้อย โรคเชื้อราที่เล็บแพร่ร่อนในภายในช่องปาก ผิวหนังเกิดรังแคที่ไรผม ข้างจมูก ริมฝีปาก ฝ่าขา ข้างลิ้นซึ่งซุดไม่ออก อาการปานกลาง ตรวจระดับ CD4 มีจำนวนระหว่าง 200-500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยอาจมีอาการไข้เป็นๆ หายๆ หรือติดต่อกันทุกวันนานเกิน 1 เดือนท้องเสียบ่อยเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ปวดกล้ามเนื้อและข้อ ไช้น้ำอัสเสบเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งบริเวณคอ รักแร้ และขาหนีบ นานเกิน 3 เดือน เริ่มที่ริมฝีปากหรืออวัยวะเพศซึ่งกำเริบบ่อยเป็นแผลเรื้อรัง ทุ่งวัด โรคเชื้อราในช่องปาก หรือช่องคลอด ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย ระยะป่วยเป็นเอดส์ (เอดส์เต็มขั้น) ระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วยเสื่อมเต็มที่ ตรวจระดับ CD4 พบจำนวนต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เป็นผลทำให้เชื้อโรคต่าง ๆ เช่น ไวรัส เชื้อรา แบคทีเรีย โปรโตซัว วัณโรค ฉวยโอกาสเข้ารุมเร้า เรียกว่า โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่รักษาค่อนข้างยากและอาจเกิดภาวะติดเชื้อชนิดเดิมซ้ำหรือชนิดใหม่ หรือหลายชนิดร่วมกัน ผู้ป่วยอาจมีอาการมีไข้เรื้อรังติดต่อกันหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือน ไอเรื้อรังหรือหายใจหอบเหนื่อยจากวัณโรคหรือปอดอักเสบต้องเสียเรื้อรังจากเชื้อรา หรือโปรโตซัว น้ำหนักลด รูปร่างผอมแห้ง และอ่อนเพลียไม่มีแรง ปวดท้อง คลื่นไส้ อาเจียน กลืนลำบาก หรือเจ็บคอเวลากลืนเนื่องจากหลอดอาหารอักเสบจากเชื้อรา สายตาพร่ามัว	อาการของผู้ป่วยเข้าได้กับระยะป่วยเป็นเอดส์ (เอดส์เต็มขั้น) เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วยเสื่อมเต็มที่ ตรวจระดับ CD4 พบจำนวนต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เป็นผลทำให้ติดเชื้อจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสดีก่อนผู้ป่วยตรวจพบเชื้อ ผู้ป่วยเคยมีประวัติ น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ มีอาการไข้เป็นๆ หายๆ อาการท้องเสียเป็นๆ หายๆ แต่ไม่ได้ไปตรวจรักษา

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบพยาธิสภาพโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

พยาธิสภาพโรคตามทฤษฎี	กรณีศึกษา
มองไม่ชัด หรือเห็นเงาหยากไย่ลอยไปมา ผู้หญิง มีตกขาวบ่อย มีผื่นคันตามผิวหนัง ซีด มีจุดแดง จำเขี้ยว หรือเลือดออก ภาวะความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ ปวดศีรษะรุนแรง ชัก สับสน ซึม หรือหมดสติ จากการติดเชื้อในสมอง เกิดเลือดต่ำ สับสน อาการของโรคมะเร็งที่เกิดแทรกซ้อน เช่น มะเร็งของผนังหลอดเลือด มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในสมอง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งทวารหนัก	
โรคติดเชื้อฝีดาษลิง โรคฝีดาษลิง ฝีดาษวานร โรคฝีดาษเอมป็อกซ์ (Mpox) คือ โรคเดียวกัน เป็นการติดเชื้อไวรัส Monkeypox ซึ่งเป็นไวรัสในสกุล Orthopoxvirus ของวงศ์ Poxviridae ซึ่งเป็น Genusเดียวกับเชื้อก่อโรค Smallpox เป็นไวรัสที่มี DNA สายคู่ มีโครงสร้างห่อหุ้มเซลล์ (Enveloped double-stranded DNA) มี 2 สายพันธุ์หลัก คือ Clade I และ Clade II การระบาดล่าสุดในปี 2565 พบว่าเป็นสายพันธุ์ Clade IIb ซึ่งพบการติดต่อระหว่างคนสู่คนได้โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการสัมผัสทางเพศสัมพันธ์ (Hraib, et, al., 2022) การวินิจฉัยแยกโรค มีความจำเป็นต้องแยกโรคกับโรคอื่นๆ ที่มีอาการคล้ายกัน และติดต่อจากคนสู่คน โดยการสัมผัสสารคัดหลั่งได้แก่ - ไข้ทรพิษ (Smallpox) อาการมักปวดหลัง เจ็บคอ คลื่นไส้ ปวดท้อง พบแผลในปาก แล้วจึงมีตุ่มน้ำเกิดตามมา - เริม (Herpes simplex virus) ลักษณะเด่นที่สามารถช่วยแยกโรคได้ คือรอยโรคจะอยู่รวมกันเป็นกลุ่ม ไม่กระจายตัว พบบ่อยที่ปาก อวัยวะเพศ ทวารหนัก - สุกใส (Chickenpox) พบแผลในปากและคอหอย ตามมาด้วยอาการมีผื่นแดง ตุ่มแดง ตุ่มน้ำ คล้ายไข้ทรพิษ และงูสวัด (Herpes zoster) - Molluscum contagiosum ลักษณะผื่น ตุ่มหนอง หรือตุ่มน้ำ ผื่นจะเริ่มจากตุ่มนูน จากนั้นกลายเป็นตุ่มน้ำพองใส และตุ่มหนองที่มีรอยยุบตรงกลาง (Umbilicated) กระจายจาก ลำตัวไปสู่ยางค์ แขน ขาอาจมีอาการเจ็บหรือคันร่วมด้วย ตุ่มหนองขึ้น ได้หลายตำแหน่งทั่วร่างกาย เช่น ปาก	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคฝีดาษลิง (Mpox) จากการซักประวัติการสัมผัสโรค อาการของผู้ป่วย การตรวจร่างกาย ซึ่งลักษณะและตำแหน่งของผื่นและตุ่มหนอง รวมถึงภาวะการมีต่อมน้ำเหลืองโต และผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการตรวจหาเชื้อ Monkeypox virus ผลตรวจ PCR for Mpox พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส Mpox virus (Lesion swab: Ct=21.40, Oropharyngeal swab: Ct=31.39) สายพันธุ์ West African สาเหตุที่ผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อฝีดาษลิงได้ง่าย เนื่องผู้ป่วยเป็นกลุ่มชายรักชาย และมีเพศสัมพันธ์กับบุคคลแปลกหน้าโดยไม่ได้ป้องกัน ประกับผู้ป่วยมีภาวะของโรคติดเชื้อเอชไอวีซึ่งส่งผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ป่วยลดลงทำให้เชื้อ HIV เข้าไปทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกายคือ ทำลายเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ซึ่งเป็นเซลล์เป้าหมายที่สำคัญที่เชื้อเอชไอวีเข้าไปเจริญเติบโตและแบ่งตัวทำลาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง ร่างกายเกิดสภาวะอ่อนแอ ไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคได้ โรคติดเชื้อฝีดาษลิง ซึ่งเป็นโรคติดเชื้อฉวยโอกาสจึงเข้าสู่ร่างกายผู้ป่วยได้ง่าย ทำให้ผู้ป่วย มีไข้ ต่อมน้ำเหลืองโตบริเวณขาหนีบ ข้างขวาโต มีผื่น ตุ่มหนองบริเวณแขน ขา

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบพยาธิสภาพโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

พยาธิสภาพโรคตามทฤษฎี	กรณีศึกษา
หน้า มือ เท้าอวัยวะสืบพันธุ์ ทวารหนัก อวัยวะอื่นๆ ได้แก่ มีไข้ ปวดศีรษะเจ็บคอปวดเมื่อยตามร่างกาย ต่อมน้ำเหลืองโต สามารถติดเชื้อได้จากการสัมผัสใกล้ชิดกับผื่น/สารคัดหลั่งของสัตว์ฟันแทะที่มีการติดเชื้อ เช่น ลิง กระรอก หนู ในพื้นที่ที่มีการระบาด การติดเชื้อแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะก่อนออกผื่น (Invasion period) ช่วง 0-5 วัน ผู้ป่วยจะมีไข้ ปวดศีรษะมาก ต่อมน้ำเหลืองโต ปวดหลัง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียมาก ภาวะต่อมน้ำเหลืองโตเป็นลักษณะเด่นของโรคฝิดาซวานร เปรียบเทียบกับโรคอื่นที่อาจแสดงอาการแรกเริ่มคล้ายกัน (อีสุกอีใส หัด และฝิดาซ) ระยะออกผื่น (Skin eruption period) เริ่มภายใน 1-3 วัน หลังจากเริ่มมีไข้ ตุ่มผื่นขึ้นหนาแน่นบนใบหน้า แขนขา มากกว่าลำตัว โดยเฉพาะใบหน้า และฝ่ามือฝ่าเท้า นอกจากนี้ เยื่อช่องปาก อวัยวะเพศ เยื่อบุตา และอาจได้รับผลกระทบถึงกระจกตา ลักษณะผื่นเริ่มแรก เป็นผื่นราบ เป็นรอยโรคที่มีฐานแบนราบ กลายเป็นผื่นนูน เป็นรอยโรคที่เป็นตุ่มแข็งนูนเล็กน้อย กลายเป็นถุงน้ำ เป็นรอยโรคที่มีขอบเหลวใสบรรจุอยู่ภายในกลายเป็นตุ่มหนอง เป็นรอยโรคที่มีขอบเหลวสีเหลืองบรรจุอยู่ภายใน และกลายเป็นแผ่นสะเก็ดที่แห้งและลอกออกเอง รอยโรคมีจำนวนแตกต่างกัน ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง รอยโรคอาจขยายรวมกันเป็นปื้นใหญ่ จนกระทั่งผิวหนังลอกออกเป็นแผ่นใหญ่ ๆ	อวัยวะสืบพันธุ์ ผู้ป่วยมีอาการปวดบริเวณอวัยวะสืบพันธุ์ และมีอาการคันบริเวณตุ่มหนอง
โรคซิฟิลิส เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อแบคทีเรีย <i>Treponema pallidum</i> มีลักษณะเป็นรูปเกลียวสว่านมีระยะฟักตัวนาน 21-90 วัน เชื้อสามารถติดต่อเข้าทางMucous membrane และกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย แบ่งเป็น 3 ระยะ 1. ระยะแรก Primary syphilis เป็นช่วงแรกเมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อ ระยะนี้แผลเกิดที่อวัยวะเพศ เป็นแผลสะอาด ไม่ปวด แผลจะเกิดขึ้น 1-12 สัปดาห์หลังจากได้รับเชื้อ เกิดแผลเรียกว่า Chancre เกิดที่อวัยวะเพศ ภายนอก เพศชายมักเกิดแผลบริเวณด้านในของเยื่อหุ้มองคชาติ ที่ไม่ได้ขลิบหนังหุ้มปลาย และรอบๆทวารหนัก ในกลุ่มรักร่วมเพศ ต่อมน้ำเหลืองโต แผลสามารถหายเองได้	ผู้ป่วยตรวจพบเชื้อซิฟิลิสจากโรงพยาบาลเอกชน ด้วยวิธี <i>Treponema Pallidum</i> Haemagglutination Assay (TPHA) เพื่อยืนยันการติดเชื้อซิฟิลิส ผลตรวจพบว่า TPHA positive (พบการติดเชื้อ ซิฟิลิส) และได้ส่งตรวจด้วยวิธี RPR ให้ค่า Reactive titer 1:256 ซึ่งโรคซิฟิลิสพบมากในกลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มผู้ชายมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย กลุ่มเกย์ (CDC, 2019) การติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิสทำให้ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ลดต่ำลง และระดับปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด (Viral load) เพิ่มขึ้น Palacios

ตารางที่ 13 เปรียบเทียบพยาธิสภาพโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

พยาธิสภาพโรคตามทฤษฎี	กรณีศึกษา
2. ระยะเชื้อแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด Secondary syphilis ระยะนี้เกิดได้ตั้งแต่ 2 เดือนถึง 2 ปีหลังจากติดเชื้อ ผู้ป่วยมีอาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ต่อมน้ำเหลืองโต ตาอักเสบ ผื่นร่วงเป็นหย่อมๆ มีแผล Condyloma lata เป็นแผลที่มีลักษณะแบนราบ และมีน้ำเหลืองไหล มีกลิ่นเหม็นบริเวณอวัยวะเพศอาจมีแผลที่เยื่อปออื่น หรือมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ สามารถหายได้เอง 3. ระยะสุดท้าย Tertiary stage เกิด ตามหลังระยะที่เชื้อสงบ (Latent period) ระยะนี้ส่วนใหญ่เกิดกับคนที่ไม่ได้รักษา หรือได้รับการรักษาไม่สมบูรณ์ อาจเกิดใน 2-20 ปีหลังจากติดเชื้อครั้งแรก	

สรุป สภาพผู้ป่วยขณะรับไว้ในโรงพยาบาล

วันที่ 15 สิงหาคม 2566

แรกรับที่หอผู้ป่วยแยกโรค 7/4 แกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ อ่อนเพลียเล็กน้อย มีตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา อวัยวะเพศ อาการปวด Pain scale 1 คะแนน มีอาการคันเล็กน้อย V/S T 36.3 °C, PR 84 bpm, RR 18 bpm, BP 130/98 mmHg. O₂sat 99%

วันที่ 16 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ หายใจ Room air ไม่มีอาการหายใจหอบเหนื่อย มีตุ่มหนองขึ้นบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ มีอาการปวดเล็กน้อย Pain scale 2 คะแนน มีอาการคัน รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/ST 36-36.7 °C, PR 72-88 bpm, RR 18-20 bpm, BP 115-135/77-86 mmHg. O₂sat 98-100%

วันที่ 17 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ ไม่มีอาการปวด Pain scale 0 คะแนน ตุ่มหนองเริ่มตกสะเก็ด มีอาการคันเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.8 °C, PR 64-86 bpm, RR 18 bpm, BP 115-131/79-93 mmHg. O₂sat 98-99%

วันที่ 18 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ ไม่มีอาการปวด Pain scale 0 คะแนน รับประทานอาหาร ปัสสาวะสีเหลืองใส V/S T 36.3-36.9 °C, PR 70-84 bpm, RR 18 bpm, BP 118-132/68-86 mmHg. O₂sat 98-100%

วันที่ 19 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ เริ่มตกสะเก็ด มีอาการคันเล็กน้อย ไม่ปวด Pain scale

0 คะแนน รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.1-37.0 °C, PR 76-90 bpm, RR 18 bpm, BP 116-120/74-91 mmHg. O₂sat 98-100%

วันที่ 20 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ แห้ง ตกสะเก็ด ไม่มีอาการปวด Pain scale 0 คะแนน ไม่มีอาการคัน รับประทานอาหารได้ ปัสสาวะ สีเหลืองใส V/S T 36.8 °C, PR 80 bpm, RR 18 bpm, BP 115/83 mmHg. O₂sat 98-100%

วันที่ 21 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ แห้ง ตกสะเก็ด ไม่มีอาการปวด Pain scale 0 คะแนน ไม่มีอาการคัน รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.2-36.4 °C, PR 64-78 bpm, RR 18-20 bpm, BP 124-126/84-92 mmHg. O₂sat 98-100% ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นเป็นลำดับ ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน TLD 1 tab $\odot$ od pc (เวลา 09.00 น.), Paracetamol (500) 1 tab prn 4-6 hr., Tramadol (50) 1 tab $\odot$ tid pc, Bactrim 1 tab $\odot$ pc, Burrow solution เช็ดประคบแผล bid, Atarax 1 tab $\odot$ hs รวมวันนอนโรงพยาบาล 6 วัน การวินิจฉัยโรค HIV with Monkeypox

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการประเมินด้านปัจจัยพื้นฐานและความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อจำเป็น รวบรวมเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ ดังนี้

1. มีภาวะติดเชื้อที่ผิวหนังเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง
2. มีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณตุ่มหนองและอวัยวะเพศ
3. มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสฝีดาษลิงเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำและขาดความรู้ในการดูแลตนเอง
4. มีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย กลัวสังคมและครอบครัวไม่ยอมรับ
5. มีภาวะวิตกกังวล กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีตุ่มผื่นขึ้นบริเวณใบหน้า และลำตัว
6. มีภาวะพร่องในบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังและความกลัวการถูกตีตราจากสังคม
7. มีภาวะสูญเสียความหวัง ความหมายในชีวิต สูญเสียคุณค่าในตนเอง

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะติดเชื้อที่ผิวหนังเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีผื่น ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขาทั้งสองข้าง บริเวณอวัยวะเพศ
2. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ค่า CD4 = 148 Cell/mm³

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ไม่เกิดภาวะการติดเชื้อเพิ่มบริเวณผิวหนัง
- แผลหายตามกระบวนการปกติ

เกณฑ์การประเมินผล

- รอบตุ่มหนองไม่มีลักษณะบวมแดง มีปริมาณลดลง ไม่มีกลิ่นเหม็น
- ไม่มีไข้ อุณหภูมิต่ำกว่า 37.5 °C
- ผลการเพาะเชื้อจากตุ่มหนอง ไม่พบเชื้อแบคทีเรียหรือเชื้ออื่นเพิ่มเติม

ระบบการพยาบาล : ระบบทดแทนทั้งหมด

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อจากการมีไข้สูง และสังเกตลักษณะของตุ่มหนอง การอักเสบของแผลบริเวณตุ่มหนองเช่น บวม แดง
2. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการแกะ เกาผิวหนัง เพื่อป้องกันการบาดเจ็บของผิวหนังและป้องกันการนำเชื้อเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้น
3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่างเพียงพอ เช่น การรับประทานอาหารโปรตีนเนื้อ นม ไข่ และวิตามินซีจากผักผลไม้ เพื่อส่งเสริมการซ่อมแซมเนื้อเยื่อและการหายของแผล
4. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปของผู้ป่วย เช่น การอาบน้ำ การเปลี่ยนเสื้อผ้าที่สะอาด เพื่อให้ผู้ป่วยสบาย และป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรียเพิ่ม
5. สอนการล้างมือที่ถูกต้องด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ ทั้งก่อนและหลังสัมผัสผื่นหรือบริเวณแผล
6. ให้การพยาบาลตามหลัก Contact Precautions และ Droplet Precautions เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ
7. ดูแลให้อยู่ในห้องแยกโรค ให้พักผ่อนเพียงพอ กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ เพื่อป้องกันภาวะร่างกายขาดน้ำ
8. ดูแลประคบผื่นด้วย burrow's solution วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น เพื่อความสะอาดและลดปริมาณเชื้อโรคบริเวณแผล

การประเมินผล

ภายในระยะเวลาประมาณ 5 วัน หลังเริ่มการพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีตุ่มหนองเพิ่มขึ้น ตุ่มหนองแห้งลง ไม่มีไข้ และอุณหภูมิร่างกายที่ต่ำกว่า 37.5 °C

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 มีภาวะไม่สบายเนื่องจากปวดบริเวณตุ่มหนองและอวัยวะเพศ

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีผื่น ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขาทั้งสองข้าง บริเวณอวัยวะเพศ
2. ผู้ป่วยบอกว่า “ปวดตามร่างกายและปวดบริเวณอวัยวะเพศ”
3. คะแนนประเมินความปวด Pain score 2 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ลดความรู้สึกไม่สบาย บรรเทาอาการปวดของผู้ป่วย

เกณฑ์การประเมินผล

- อาการปวดลดลงหรือหายไป
- Pain score ต่ำกว่า 2 คะแนน
- ผู้ป่วยมีสีหน้าและอารมณ์ที่ผ่อนคลาย ไม่แสดงอาการเจ็บปวด เช่น หน้าตานี้อึดอัดหรือการเกร็งตัว

ระบบการพยาบาล : ระบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความปวดโดยใช้ Pain score และสังเกตอาการแสดง เช่น ผู้ป่วยมีใบหน้าอึดอัด คิ้วขมวด

นอนตัวเกร็ง ชีพจรเต้นเร็ว และประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง

2. แนะนำให้ผู้ป่วยแจ้งให้พยาบาลทราบทันทีเมื่อรู้สึกปวดหรือมีอาการเพิ่มขึ้น เพื่อให้การดูแลทันที
3. จัดสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสม โดยลดเสียงรบกวน ให้บรรยากาศเงียบสงบและผ่อนคลาย
4. จัดท่านอนให้เหมาะสม โดยหลีกเลี่ยงการกดทับบริเวณที่มีตุ่มหนองหรือมีอาการปวด เพื่อเพิ่ม

ความสุขสบาย

5. ส่งเสริมการใช้เทคนิคเบี่ยงเบนความสนใจ โดยการฝึกผ่อนคลาย เช่น การฝึกการหายใจเข้า ลึก และการผ่อนคลายกล้ามเนื้อ (deep breathing) เพื่อลดการรับรู้ความเจ็บปวด
6. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เช่น Tramadol (50) 1 cab $\odot$ tid pc พร้อมประเมินอาการข้างเคียงของยา เช่น คลื่นไส้ อาเจียน เวียนศีรษะ หน้ามืด ปวดศีรษะ เพื่อการจัดการอย่างเหมาะสม

การประเมินผล

ในช่วง 2 วันแรกของการรักษา ผู้ป่วยมีอาการปวด Pain score อยู่ที่ 2 คะแนน ภายหลังได้รับยาแก้ปวดและการดูแลด้านสิ่งแวดล้อม การจัดทำทาง รวมถึงการใช้เทคนิคผ่อนคลายแล้ว ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลงเรื่อย ๆ จนหายไป ไม่มีอาการข้างเคียงจากการใช้ยา ผู้ป่วยมีสีหน้าและพฤติกรรมที่แสดงถึงความรู้สึกผ่อนคลาย ไม่แสดงอาการเจ็บปวด

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีภาวะแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสฝีดาษลิงเนื่องจากภูมิคุ้มกันต่ำ และขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจ PCR for Monkeypox virus (Pennis) พบสารพันธุกรรมของเชื้อ Monkeypox virus (Lesion swab: Ct=21.40, Oropharyngeal swab: Ct=31.39) สายพันธุ์ West African
2. เชื้อเอชไอวี ค่า CD4 =148 Cell/mm³
3. ติดเชื้อซิฟิลิส TPHA positive, VDRL Reactive titer 1:256
4. มีผื่น ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขาทั้งสองข้าง บริเวณอวัยวะเพศ

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาส (ฝีดาษลิง) และป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มเติม

เกณฑ์การประเมินผล

- น้ำหนักตัวคงที่หรือเพิ่มขึ้น
- สัญญาณชีพปกติ T < 37.5°C, P60-100 bpm, R 16-20 bpm
- ไม่พบอาการของการติดเชื้อทางเดินหายใจ ลักษณะการหายใจปกติ ไม่มีไอ เหนื่อย ฟังปอดไม่พบเสียงผิดปกติ ผลตรวจรังสีทรวงอกปกติ
- ไม่พบอาการติดเชื้อระบบทางเดินปัสสาวะและทางเดินอาหาร
- WBC 4,500-9,000 cells/cumm
- จำนวน CD4 เพิ่มขึ้น (เป้าหมาย 529-1,300 cell/cu.mm)

ระบบการพยาบาล : ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำปรึกษาเกี่ยวกับโรคฝีดาษลิง การดำเนินโรค การแพร่กระจาย และการป้องกันโรคติดเชื้อฉวยโอกาส
2. แนะนำหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงที่จะทำให้เกิดการติดเชื้อรุนแรงขึ้นหรือภูมิคุ้มกันต่ำลง เช่น งดการ

ไปในสถานที่แออัด ซึ่งเสี่ยงต่อการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ การงดสูบบุหรี่ งดการดื่มแอลกอฮอล์ และพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ

3. ให้ความรู้เรื่องการดูแลสุขภาพส่วนบุคคล ของใช้ส่วนตัว เครื่องนุ่งห่ม และสิ่งแวดล้อม รวมถึงการรับประทานอาหารที่สะอาด มีคุณค่า และเพียงพอ

4. สอนวิธีการป้องกันการแพร่กระจายเชื้อและการรับเชื้อเพิ่ม เช่น การมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยการใส่ถุงยางอนามัยทุกครั้งเวลามีเพศสัมพันธ์ การล้างมือบ่อยๆ โดยเฉพาะก่อนรับประทานอาหาร หรือหลังสัมผัสตุ่มผื่น เป็นต้น

5. ส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลา และต่อเนื่อง

การประเมินผล

ผู้ป่วยติดเชื้อเอดส์และโรคซิฟิลิส ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อฉวยโอกาสในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ และทางเดินอาหาร T 36.8-37.2°C, P 68-90 bpm, R 18-20, O₂sat 99-100% ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อ และการดูแลตนเองได้ถูกต้อง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันแรก WBC 11,000 cells/cumm สูงเล็กน้อย ซึ่งเป็นภาวะของร่างกายที่ตอบสนองต่อการอักเสบ หรือร่างกาย มีการติดเชื้อ ที่พบอยู่ คือ การติดเชื้อแบคทีเรีย หรือไวรัส ทำให้ร่างกายมีการสร้างเม็ดเลือดขาวเพิ่มมากขึ้นเพื่อกำจัดเชื้อโรค ต่อมาค่า WBC อยู่ในระดับปกติ 5,100 cells/cumm หลังได้รับการดูแลรักษา

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย กลัวสังคม และครอบครัวไม่ยอมรับ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “เครียด กังวล ไม่สบายใจ ”
2. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (HIV) ซึ่งเป็นโรคเรื้อรังที่รักษาไม่หาย ต้องรักษาตลอดชีวิต

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ลดความวิตกกังวล ให้ผู้ป่วยเข้าใจและปรับตัวเกี่ยวกับการกลับไปใช้ชีวิตในครอบครัวและสังคมได้อย่างเหมาะสม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง ใบหน้าผ่อนคลาย สีหน้าดีขึ้น
2. ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างต่อเนื่อง เช่น รับประทานยา ติดตามการรักษาตามแพทย์นัด
3. ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีการดูแลตนเองหลังจำหน่ายได้ถูกต้อง

ระบบการพยาบาล : ระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. พุดคุยสร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ทักทายอย่างจริงใจทุกครั้งที่เข้าให้การพยาบาล
2. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล เห็นอกเห็นใจ ให้ความเอื้ออาทร เพื่อสร้างความไว้วางใจ
3. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึกวิตกกังวล ความกลัว ความคับข้องใจ รับฟังด้วยความตั้งใจ เพื่อลดความกดดันทางอารมณ์
4. ให้ความรู้ผู้ป่วยเรื่องโรค การติดต่อ การรักษา การรับประทานยาให้ถูกต้องตรงเวลา การดูแลตนเอง เมื่อนอนโรงพยาบาล และกลับบ้าน และอาการที่ต้องสังเกต เพื่อลดความกลัวและความไม่แน่ใจ
5. แนะนำการใช้เทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจลึกๆ การทำจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์ให้พระเจ้าตามความเชื่อ

6. จัดสภาพแวดล้อมให้เงียบสงบ ลดสิ่งรบกวน เพื่อให้ผู้ป่วยพักผ่อนได้เพียงพอ
7. เปิดโอกาสให้ญาติมีส่วนร่วมในการพูดคุย ดูแลผู้ป่วย ให้กำลังใจและช่วยเหลือ
8. วางแผนจำหน่ายร่วมกับญาติ โดยให้ความรู้เกี่ยวกับการปฏิบัติตัวเมื่อกลับบ้าน เช่น การป้องกันการแพร่เชื้อ การมีเพศสัมพันธ์อย่างปลอดภัย
9. สังเกตและบันทึกสภาพทางจิตใจ อารมณ์ หากพบความวิตกกังวลมาก อาจปรึกษานักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์เข้ามามีส่วนช่วยเหลือดูแล

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีใบหน้าผ่อนคลาย สดใส เวลาพูดคุยยิ้มมากขึ้น ผู้ป่วยบอกว่าจะมีความเครียดลดลงหลังจากได้พูดคุย ระบายความรู้สึก ทำให้ช่วยผ่อนคลายความเครียดลงได้บ้าง และผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาเป็นอย่างดี รับประทานยาตามแผนการรักษา และเข้าใจวิธีดูแลตนเองหลังกลับบ้าน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 มีภาวะวิตกกังวล กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีตุ่มผื่นขึ้นบริเวณใบหน้า และลำตัว

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีผื่น ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ลำตัว
2. ผู้ป่วยสอบถามบ่อยว่า “แผลที่ใบหน้าและร่างกายจะเป็นแผลเป็นหรือไม่”
3. มีสีหน้าท่าทางซึมเศร้า เวลาพูดคุยจะปกปิดแผลตุ่มหนอง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงของตนเองได้
2. ผู้ป่วยลดการปกปิดแผลตุ่มตามร่างกาย
3. ผู้ป่วยพูดคุยกับบุคคลอื่นมากขึ้น มีใบหน้ายิ้มแย้ม

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยยอมรับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงได้
2. ผู้ป่วยลดพฤติกรรมปกปิดแผลตุ่มหนอง
3. ผู้ป่วยมีสีหน้าสดใสมากขึ้น มีรอยยิ้มเวลาพูดคุย
4. ผู้ป่วยพูดคุยแลกเปลี่ยนความรู้สึกกับทีมพยาบาลหรือคนใกล้ชิดได้

ระบบการพยาบาล : ระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้และความเข้าใจของผู้ป่วยเกี่ยวกับการเปลี่ยนแปลงเกี่ยวกับภาวะของโรคและมองตนเองของผู้ป่วยด้านลบ
2. เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก เช่น ความกลัว ความอาย ความกังวลเกี่ยวกับรูปร่างหน้าตา โดยใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ (active listening) เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่าและได้รับการยอมรับ
3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับลักษณะของโรค และพยาธิสภาพของตุ่มผื่นว่าเป็นภาวะชั่วคราว และจะค่อย ๆ จางลงเมื่อได้รับการรักษาอย่างเหมาะสม
4. ให้กำลังใจ และส่งเสริมมุมมองในด้านบวก เช่น ความสามารถด้านการทำงาน บทบาทในครอบครัว เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่ามากกว่ารูปลักษณ์
5. ประสานครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ใกล้ชิด เพื่อช่วยฟื้นฟูความมั่นใจและให้การสนับสนุนทางอารมณ์
6. แนะนำวิธีการดูแลแผลอย่างถูกต้อง เช่น การใช้ burrow's solution เช็ดแผล หลีกเลี่ยงการแกะเกา และดูแลผิวให้ชุ่มชื้น ลดความเสี่ยงแผลเป็น

7. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมในกิจกรรมที่ช่วยคลายเครียด เช่น พูดคุยกับเพื่อนหรือผู้ป่วย การเขียนบันทึก ฟังเพลง หรือเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุน

8. หากมีภาวะเศร้าหรือซึมเศร้าชัดเจน ให้ประเมินโดยละเอียดและพิจารณาส่งต่อปรึกษาจิตแพทย์ หรือนักจิตวิทยา

การประเมินผล

หลังได้รับการดูแลตามกิจกรรมข้างต้น ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเปิดใจมากขึ้น เช่น ลดการปกปิดใบหน้า ยิ้มเวลาพูดคุย สอบถามข้อมูลการดูแลรอยแผลในเชิงบวก ผู้ป่วยสามารถแลกเปลี่ยนความรู้สึกกับพยาบาล และแสดงท่าทีให้ความร่วมมือดีขึ้น ทั้งในการรักษาและการสื่อสารกับบุคลากรทางการแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 มีภาวะพร่องในบทบาททางสังคมและความสัมพันธ์ เนื่องจากความเจ็บป่วยเรื้อรังและความกลัวการถูกตีตราจากสังคม

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวี ฝึดาซาลิง ซิฟิลิส ทำให้ต้องพักงานนาน ไม่ได้พบเพื่อนร่วมงาน
2. ผู้ป่วยบอกว่า “กลัวว่าคนอื่นจะรังเกียจ” “กลัวไม่มีใครคบอีก”
3. ผู้ป่วยปิดกั้นการสื่อสารกับเพื่อนฝูง ไม่ติดต่อใคร ไม่เล่นโซเชียล
4. สัมพันธภาพกับครอบครัวมีแฟนเป็นหลัก แต่แฟนก็มีความเครียดร่วมด้วย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวกับบทบาททางสังคมใหม่ได้
2. ผู้ป่วยมีความสัมพันธ์ที่ดีขึ้นกับคนรอบตัวและไม่หลีกเลี่ยงการเข้าสังคม
3. ผู้ป่วยรู้สึกว่าคุณค่าในสังคมและสามารถอยู่ร่วมกับผู้อื่นได้อย่างมีศักดิ์ศรี

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยพูดคุยหรือสื่อสารกับคนรอบข้างได้มากขึ้น เช่น ติดต่อแฟน เพื่อน หรือครอบครัว
2. ผู้ป่วยสามารถบอกบทบาททางสังคมที่ยังทำได้หรือปรับตัวเพื่อทำได้
3. ผู้ป่วยแสดงความมั่นใจขึ้น เช่น กล้าพูดถึงตนเอง ไม่ปกปิดแผล ไม่หลีกเลี่ยงการพูดคุย
4. ครอบครัวหรือผู้ดูแลมีส่วนร่วมช่วยเสริมสร้างกำลังใจ

ระบบการพยาบาล : ระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินบทบาททางสังคมที่ผู้ป่วยเคยทำได้และบทบาทที่สูญเสียไป เช่น การทำงาน การเข้าสังคม
2. ช่วยให้ผู้ป่วยตระหนักถึงบทบาทที่ยังทำได้ เช่น เป็นกำลังใจให้ครอบครัว เป็นผู้ดูแลสุขภาพตนเอง
3. ส่งเสริมการสื่อสารกับแฟน ครอบครัว หรือเพื่อน โดยการให้คำแนะนำเรื่องการเปิดใจ การสื่อสารอย่างปลอดภัย
4. แนะนำกลุ่มสนับสนุนหรือเครือข่ายผู้ป่วยที่มีประสบการณ์คล้ายกัน เพื่อแลกเปลี่ยนและเสริมพลังใจ
5. ให้ความรู้ครอบครัวและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคและวิธีการสนับสนุนผู้ป่วย เพื่อลดความรู้สึกแยกตัวหรือถูกตีตรา
6. จัดการดูแลร่วมกับทีมสหสาขา เช่น นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อช่วยฟื้นฟูบทบาททางสังคมของผู้ป่วย

การประเมินผล (Evaluation Results)

ผู้ป่วยสามารถแสดงความรู้สึกและระบายความกังวลเกี่ยวกับการถูกตีตราได้ตรงไปตรงมา เช่น บอกความรู้สึก “กลัวคนอื่นรังเกียจ” หรือ “กลัวแฟนทิ้ง” กับพยาบาล เริ่มกลับมาปฏิบัติสัมพันธ์กับคนรอบตัว เช่น ยอมให้แฟนเข้ามาเยี่ยม ยอมรับความช่วยเหลือจากทีมพยาบาล พูดถึงความหวังในอนาคต เช่น อยาก

กลับไปทำงาน อยากกลับไปเจอเพื่อน มีสีหน้าผ่อนคลายขึ้น ไม่ปกปิดใบหน้า/แผลมากเหมือนช่วงแรก เวลาสนทนามีรอยยิ้ม ครอบครัวและแฟนมีส่วนร่วมพูดคุยให้กำลังใจ ผู้ป่วยเริ่มคลายความกังวลทางสังคมบางส่วนสามารถสื่อสาร เปิดใจ และยอมรับการสนับสนุนจากทีมพยาบาลและคนใกล้ชิด แต่ยังจำเป็นต้องติดตามต่อเนื่อง เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในตนเอง การยอมรับบทบาททางสังคมใหม่ และลดความกลัวการถูกตีตราจากสังคม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 มีภาวะสูญเสียความหวัง ความหมายในชีวิต สูญเสียคุณค่าในตนเอง
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยติดเชื่อเอชไอวีและฝีดาษลิง บอกว่า “กังวล กลัวคนอื่นรังเกียจ”
2. มีความกังวลว่าจะถูกตีตราจากสังคมและครอบครัว
3. แสดงสีหน้าท่าทางซึมเศร้า ปลีกตัว ไม่คุยกับผู้อื่น
4. พูดถึงความรู้สึกหมดกำลังใจ เช่น “ไม่รู้จะมีชีวิตอยู่ไปทำไม” “ชีวิตคงไม่มีค่า

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถค้นหาความหมายและคุณค่าในชีวิตได้
2. ผู้ป่วยแสดงออกถึงความหวังและมีกำลังใจต่อการรักษาและชีวิต
3. ผู้ป่วยยอมรับการสนับสนุนทางจิตวิญญาณ เช่น ความเชื่อทางศาสนา หรือการสนับสนุนจากครอบครัว
4. ผู้ป่วยสามารถปรับตัวทางอารมณ์และจิตใจ ลดความเครียดและความกังวล

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีท่าที สีหน้า แววตาผ่อนคลายมากขึ้น ไม่ซึมเศร้า
2. เข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา หรือกิจกรรมที่ช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจ เช่น สวดมนต์ ฟังธรรม ทำสมาธิ
3. ไม่มีการพูดถึงหรือแสดงพฤติกรรมเสี่ยงต่อการทำร้ายตนเอง

ระบบการพยาบาล : ระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วย ใช้การสนทนาเชิงบวกเพื่อสร้างความไว้วางใจและให้ความรู้สึกปลอดภัยในการเปิดใจระบายความรู้สึก
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก สนับสนุนให้ผู้ป่วยพูดถึงความกลัว ความเศร้า ความสิ้นหวัง และความกังวลใจที่มี โดยไม่ตัดสินหรือประเมิน
3. สนับสนุนการใช้ความเชื่อทางศาสนา การเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การทำสมาธิ เพื่อช่วยยึดเหนี่ยวจิตใจและเพิ่มความสงบ
4. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยค้นหาคุณค่าและความหมายในชีวิต การพูดถึงบทบาทที่ผู้ป่วยมีต่อครอบครัวและสังคม เช่น การดูแลคนในครอบครัว หรือการดูแลสุขภาพตนเองเพื่อให้เห็นคุณค่า
5. การเชิญบุคคลสำคัญหรือผู้นำศาสนามาพบผู้ป่วย: หากผู้ป่วยต้องการ เพื่อให้การสนับสนุนทางจิตวิญญาณที่ช่วยเพิ่มความหวังและกำลังใจ
6. ประเมินสัญญาณของความสิ้นหวังที่รุนแรง หากผู้ป่วยพูดถึงการทำร้ายตัวเองหรือมีพฤติกรรมเสี่ยง ต้องการการดูแลจากผู้เชี่ยวชาญด้านสุขภาพจิต และส่งต่อผู้เชี่ยวชาญหากจำเป็น

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถแสดงออกถึงความศรัทธาในศาสนา เช่น การบอกว่าตนเองสวดมนต์ ไหว้พระ หรืออาศัยคำสอนทางศาสนาเพื่อยึดเหนี่ยวจิตใจ ผู้ป่วยบอกว่าการปฏิบัติทางศาสนาช่วยให้ตนรู้สึกสงบ ผ่อน

คลาย หรือมีความหวัง บอกว่า “ผมรู้สึกใจเย็นขึ้นหลังสวดมนต์” ยอมรับการสนับสนุนทางจิตวิญญาณ เช่น การรับฟังคำปลอบใจ การให้คำแนะนำทางศาสนาจากครอบครัวหรือบุคลากร ผู้ป่วยมีการใช้ความเชื่อ และศรัทธาทางศาสนาเป็นแหล่งยึดเหนี่ยวจิตใจ ช่วยบรรเทาความวิตกกังวลและความสิ้นหวังบางส่วน แต่ยังคงส่งเสริมการค้นหาความหมายชีวิตและเสริมพลังด้านจิตวิญญาณอย่างต่อเนื่อง เพื่อให้สามารถเผชิญกับความเจ็บป่วยและการเปลี่ยนแปลงในชีวิตได้อย่างมั่นคง

ตารางที่ 14 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง โดยใช้ D-METHOD

D-METHOD	รายละเอียด
D – Disease การให้ความรู้เรื่องโรค	ให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง 1. ความเสี่ยงในผู้ติดเชื้อเอชไอวี - ผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังควบคุมไวรัสได้ไม่ดี เช่น CD4 ต่ำ มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อฝีดาษลิงที่มีอาการรุนแรง ชับซ้อน และอาจหายช้ากว่าปกติ - ต้องปฏิบัติตัวอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและการแพร่เชื้อ 2. ลักษณะของโรคฝีดาษลิง (Mpox) - เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่ติดต่อได้ผ่านการสัมผัสใกล้ชิดกับผู้ติดเชื้อ โดยเฉพาะการสัมผัสรอยโรค สารคัดหลั่ง หรือใช้สิ่งของร่วมกัน - ระยะติดต่อของโรคอยู่ในช่วงที่ผู้ป่วยยังมีตุ่มผื่นหรือรอยโรคบนผิวหนังจนกว่าสะเก็ดของรอยโรคจะหลุดหมด และเห็นผิวหนังปกติด้านล่าง 3. แนวทางปฏิบัติเพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ - งดสัมผัสรอยโรค โดยตรง เช่น หลีกเลี่ยงการจับ แกะ หรือเกาตุ่ม เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของไวรัส - ล้างมือ อย่างสม่ำเสมอด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังสัมผัสสิ่งของหรือรอยโรค - งดกิจกรรมทางเพศ ที่มีการสัมผัสร่างกายโดยตรงในระหว่างที่ยังอยู่ในระยะติดต่อของโรค - แยกตัวในห้องเฉพาะ (Home Isolation) หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดกับผู้อื่น รวมถึงสัตว์เลี้ยง จนกว่ารอยโรคจะตกสะเก็ดและหายสนิท - สวมหน้ากากอนามัยและเสื้อผ้าที่ปกคลุมรอยโรค หากจำเป็นต้องออกนอกบ้านในกรณีฉุกเฉิน
M - Medication การใช้ยา	จัดแผนการใช้ยาสำหรับผู้ป่วยที่ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง 1. ยาด้านไวรัสเอชไอวี (Antiretroviral Therapy – ARV) - ให้ผู้ป่วยรับประทานยา ARV อย่างสม่ำเสมอและต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์ - ติดตามผลการรักษาด้วยการตรวจวัดระดับ CD4 และ HIV Viral Load ตามนัด เพื่อประเมินภูมิคุ้มกันและการควบคุมไวรัส 2. ยาด้านไวรัสสำหรับโรคฝีดาษลิง - พิจารณาการให้ยา Tecovirimat (หากมีในระบบบริการ) สำหรับผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง หรือมีปัจจัยเสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน โดยต้องได้รับการพิจารณาโดยแพทย์ผู้เชี่ยวชาญ

ตารางที่ 14 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉี่ตาขลิ้ง โดยใช้ D-METHOD (ต่อ)

D-METHOD	รายละเอียด
	3. ยาระงับอาการ - ยาแก้ปวด/ลดไข้ เช่น พาราเซตามอล (Paracetamol) สำหรับบรรเทาอาการปวดเมื่อยและมีไข้ - ยาแก้คัน/ยาเฉพาะที่ เช่น คาลาไมโนโลชั่น ยาพอกตัวตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อบรรเทาอาการคันและลดการอักเสบของผิวหนัง - ยาบ้วนปาก เช่น น้ำเกลือหรือน้ำยาบ้วนปากสูตรอ่อนโยน กรณีมีตุ่มในช่องปาก 4. คำแนะนำในการใช้ยา - ให้คำแนะนำแก่ผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับ วิธีการใช้ยาอย่างถูกต้องและต่อเนื่อง - เน้นย้ำถึงความสำคัญของการ ไม่หยุดยาเองโดยไม่ได้รับคำแนะนำจากแพทย์ - สังเกต อาการข้างเคียงหรือภาวะแทรกซ้อน จากการใช้ยา เช่น อาการแพ้หรือปฏิกิริยาไม่พึงประสงค์ และรายงานให้แพทย์ทราบทันที
E – Environment สิ่งแวดล้อม	จัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อการแยกตัวและลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ดังนี้ 1. การแยกตัว - ผู้ป่วยควรแยกอยู่ในห้องส่วนตัวที่มีการระบายอากาศดี และมีถังขยะแยกเฉพาะพร้อมฝาปิด - หลีกเลี่ยงการเข้าใกล้หรือสัมผัสใกล้ชิดกับผู้อื่น โดยเฉพาะผู้สูงอายุ เด็กเล็ก และผู้ป่วยโรคเรื้อรัง 2. การป้องกันการปนเปื้อน - แยกของใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน จาน ชาม แก้วน้ำ ไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น - ซักเสื้อผ้าและเครื่องนอนแยกจากผู้อื่น โดยใส่ในถุงที่สามารถซักรีดได้ และหลีกเลี่ยงการสัมผัส 3. การทำความสะอาด - หากใช้ห้องน้ำรวม ควรทำความสะอาดพื้นผิวสัมผัส เช่น ฝารองนั่ง เคาน์เตอร์ก๊อกน้ำหลังใช้งานทุกครั้งด้วยน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น โซเดียมไฮโปคลอไรท์ 5% หรือแอลกอฮอล์ 70% - หลีกเลี่ยงการใช้พัดลมหรือเครื่องดูดฝุ่นในบริเวณที่มีสะเก็ดจากรอยโรค เพื่อป้องกันการฟุ้งกระจาย - คลุมเฟอร์นิเจอร์ที่ไม่สามารถซักล้างได้ด้วยผ้าคลุมกันน้ำ และทำความสะอาดเป็นประจำ

ตารางที่ 14 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยาเสพติด โดยใช้ D-METHOD (ต่อ)

D-METHOD	รายละเอียด
T – Treatment การรักษาต่อเนื่อง	การจัดระบบเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาโรคติดเชื้อฉีดยาเสพติดและการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวทางดังนี้ 1. การติดตามจากระบบบริการสุขภาพ - นัดหมายเพื่อติดตามอาการและประเมินผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอที่คลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกเอชไอวีและคลินิกโรคติดต่ออุบัติใหม่ - เฝ้าระวังและประเมินพัฒนาการของรอยโรค การตอบสนองต่อการรักษา และการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน - ติดตามผลเลือด เช่น CD4, Viral load และผลการใช้ยา Tecovirimat (กรณีได้รับยา) 2. การประสานงานในชุมชน - ประสานหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการดูแลผ่านระบบเยี่ยมบ้าน (Home Visit) หรือระบบโทรติดตาม (Telehealth) - จัดหาอุปกรณ์พื้นฐานในการดูแลบาดแผล เช่น ผ้าก๊อซ ยาฆ่าเชื้อ น้ำเกลือ และถุงมือชนิดใช้แล้วทิ้ง - พิจารณาส่งเสริมผู้ช่วยดูแลสุขภาพในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงสูง หรือไม่ สามารถดูแลตนเองได้ 3. การฝึกทักษะการดูแลตนเอง - ให้คำแนะนำและฝึกทักษะการดูแลบาดแผล เช่น วิธีทำความสะอาด การใช้ยาทาภายนอก และการป้องกันการแพร่เชื้อจากตุ่มผื่น - สนับสนุนการออกกำลังกายเบา ๆ ในช่วงฟื้นตัว เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกายและลดความเครียด
H – Health Care การฟื้นฟูสุขภาพ	มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยาเสพติดที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง 1. การฟื้นฟูด้านร่างกาย - ส่งเสริมให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ และมีตารางกิจวัตรประจำวันที่เหมาะสมกับสภาพร่างกาย - สนับสนุนให้มีการออกกำลังกายเบา ๆ ตามสมรรถภาพ เช่น เดิน ยืดเหยียด เพื่อกระตุ้นการไหลเวียนเลือดและฟื้นฟูสมรรถภาพร่างกายหลังฟื้นตัว - ติดตามการฟื้นตัวของผิวหนังหลังรอยโรคหาย เพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากรอยแผลหรือรอยต่างถาวร 2. การฟื้นฟูด้านจิตใจและอารมณ์ - ประเมินภาวะความเครียดหรือภาวะซึมเศร้าหลังจากการเจ็บป่วย โดยเฉพาะในผู้ป่วยที่ต้องแยกตัวนานและมีอาการรุนแรง - ส่งต่อเข้ารับคำปรึกษาด้านจิตสังคม หรือบริการสุขภาพจิตตามความเหมาะสม - สนับสนุนการสร้างกำลังใจและเครือข่ายทางสังคม เช่น กลุ่มสนับสนุนผู้ติดเชื้อ

ตารางที่ 14 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยาพิษ โดยใช้ D-METHOD (ต่อ)

D-METHOD	รายละเอียด
	เชื้อเอชไอวี 3. การส่งเสริมการดูแลตนเองอย่างต่อเนื่อง - จัดทำแผนการดูแลต่อเนื่องระยะยาว ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ - สอนวิธีสังเกตอาการเตือนของโรคฉีดยาพิษในอนาคต และการปฏิบัติตนอย่างถูกต้องเมื่อมีความเสี่ยง - สร้างทักษะการจัดการตนเอง เช่น การใช้ยา ARV อย่างถูกต้อง การนัดหมายติดตามผล การสื่อสารกับหน่วยบริการสุขภาพ 4. การประสานกับชุมชนและบริการสุขภาพ - ประสานกับอสม. หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขในพื้นที่เพื่อเยี่ยมบ้านหรือให้การสนับสนุน - แนะนำบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เช่น คลินิก ARV คลินิกโรคผิวหนัง คลินิกเวชกรรมสังคม - ประเมินความจำเป็นในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการ เช่น สิทธิบัตรทอง บัตรประกันสุขภาพ การช่วยเหลือฉุกเฉิน คำแนะนำเชิงจิตใจ และการเข้าถึงการรักษา - ส่งต่อกรณีมีอาการแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อแบคทีเรียจากตุ่มหนอง หรืออาการทางระบบประสาท
O – Observation การส่งต่อผู้ป่วยและการนัดหมาย	การให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการนัดหมายตรวจและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยาพิษและการติดเชื้อ ให้ความสำคัญต่อเนื่อง โดยควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ดังนี้ 1. การส่งต่อผู้ป่วย - หากผู้ป่วยต้องการการดูแลต่อเนื่องในโรงพยาบาลหรือคลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกโรคติดต่อ คลินิกเอชไอวีหรือแผนกเฉพาะทางสำหรับโรคฉีดยาพิษ ควรมีการส่งต่ออย่างเป็นระบบ - ผู้ป่วยจะได้รับการส่งต่อจากแพทย์หรือเจ้าหน้าที่สาธารณสุขที่ดูแล โดยแจ้งข้อมูลที่เกี่ยวข้อง เช่น ประวัติการรักษา ผลการตรวจ รวมถึงรายละเอียดเกี่ยวกับโรคและการใช้ยา - หากผู้ป่วยไม่สามารถมานัดหมายตามกำหนดเวลา ควรมีการติดต่อประสานงานเพื่อจัดการการนัดหมายใหม่หรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่ใกล้เคียงหรือสามารถให้บริการที่ต้องการได้ 2. การนัดหมายตรวจ - จัดให้มีการนัดหมายเพื่อตรวจติดตามผลการรักษาของติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยาพิษอย่างสม่ำเสมอ เช่น การติดตามการรักษา ตรวจผลระดับ CD4 และ viral load ประเมินภาวะแทรกซ้อน - แจ้งผู้ป่วยเกี่ยวกับวันและเวลานัดหมาย และสถานที่ที่ต้องไปตรวจ เพื่อให้ผู้ป่วยทราบและสามารถเตรียมตัวมาได้อย่างถูกต้อง

ตารางที่ 14 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉี่ตาขลิ้ง โดยใช้ D-METHOD (ต่อ)

D-METHOD	รายละเอียด
	- ควรให้คำแนะนำเกี่ยวกับเอกสารหรือข้อมูลที่ต้องนำมาในการนัดหมาย เช่น ผลการตรวจล่าสุด ยาที่กำลังใช้ ประวัติการรักษาก่อนหน้านี้ 3. การเตือนความจำการนัดหมาย - ตั้งการเตือนล่วงหน้าสำหรับผู้ป่วย เช่น โทรศัพท์หรือส่งข้อความเพื่อเตือนถึงวันนัดหมาย - หากผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดหมายได้ ควรมีการติดต่อเพื่อเปลี่ยนแปลงวันนัดหมาย หรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่ใกล้เคียง 4. การประสานงานกับผู้ป่วยและครอบครัว - สนับสนุนให้ผู้ป่วยมานัดหมายตามที่กำหนด เพื่อให้การรักษาและการติดตามผลดำเนินไปได้อย่างราบรื่น - ให้คำแนะนำและสนับสนุนครอบครัวหรือผู้ดูแลในการช่วยเตือนและสนับสนุนผู้ป่วยให้มานัดหมายตามกำหนด
D – Diet อาหาร	การจัดการด้านโภชนาการเพื่อสนับสนุนการฟื้นตัวของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉี่ตาขลิ้ง 1. อาหารเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน - เน้นอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น เนื้อไม่ติดมัน ไข่ ถั่ว เต้าหู้ และผลิตภัณฑ์จากนม เพื่อช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อและเสริมสร้างระบบภูมิคุ้มกัน - เพิ่มผักและผลไม้สดที่มีวิตามินซี วิตามินเอ และสารต้านอนุมูลอิสระ เช่น ส้ม ฝรั่ง มะละกอ พริกทอง แครอท 2. การจัดอาหารที่เหมาะสมกับอาการ - หากมีแผลในช่องปาก ควรให้อาหารอ่อน เคี้ยวง่าย ไม่ร้อนจัด ไม่เผ็ดหรือเปรี้ยวเกินไป - หลีกเลี่ยงอาหารที่อาจกระตุ้นการระคายเคืองหรือแพ้ภัย เช่น อาหารหมักดอง ของทอด ของมัน 3. การดูแลด้านโภชนาการร่วมกับยา - ให้คำแนะนำเกี่ยวกับเวลาในการรับประทานอาหารร่วมกับยาต้านไวรัส (ARV) และยาอื่น ๆ เพื่อป้องกันอาการไม่พึงประสงค์ เช่น คลื่นไส้หรือท้องเสีย - ส่งเสริมการดื่มน้ำสะอาดอย่างเพียงพอ วันละ 6–8 แก้ว เพื่อช่วยลดไข้และขับสารพิษ 4. การสนับสนุนเพิ่มเติม - พิจารณาจัดอาหารเสริม เช่น อาหารทางการแพทย์ (Medical food) หรือวิตามินเสริม ในกรณีที่ผู้ป่วยขาดสารอาหารหรือมีภาวะน้ำหนักลด - ประสานนักโภชนาการในกรณีที่ต้องวางแผนโภชนาการเฉพาะราย

4.1.2 กรณีศึกษาที่ 2

ผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี รูปร่างผอม น้ำหนัก 55 kg. สูง 170 cm BMI 19.03 อาชีพพนักงานเสิร์ฟ สถานภาพ โสด ประวัติกลุ่มชายรักชายมีพฤติกรรมเปลี่ยนคู่นอนบ่อย มีเพศสัมพันธ์แบบไม่ป้องกัน มีประวัติเสพยาไอซ์ (Methamphetamine) เป็นเวลา 2 ปี ปัจจุบันเลิกเสพยาแล้ว 2 ปี ปฏิเสธการแพ้ยาและโรคประจำตัวในครอบครัว อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล รับส่งตัวจากโรงพยาบาลเอกชนแห่งหนึ่ง ผู้ป่วยมีไข้ปวดตุ่มหนองบริเวณแขน ขา และใบหน้า 11 วันก่อนมาโรงพยาบาล อาการลุกลามเป็นตุ่มหนองกระจายทั่วร่างกาย รวมถึงบริเวณใบหน้า ปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้า ทวารหนัก อวัยวะเพศ ต่อม้ำเหลืองบริเวณรักแร้ ขาหนีบโต ผู้ป่วยมีไข้ ปวดตุ่มหนอง ซื้อยาลดไข้มารับประทาน อาการไม่ดีขึ้น จึงไปพบแพทย์ที่โรงพยาบาลเอกชน ตรวจพบ พบเชื้อ Monkeypox virus และ Syphilis Positive แพทย์ Admit ให้ยา Benzathine penicillin G 2.4 ล้านยูนิต m 1 dose, Ceftriaxone 2 gm v OD ได้รับการวินิจฉัยจากโรงพยาบาลเอกชนว่าเป็น Monkeypox และ Syphilis positive ผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาลประมาณ 10 วัน อาการไม่ดีขึ้น จึงส่งตัวผู้ป่วยมารักษาต่อที่สถาบันบำราศนราดูร ผู้ป่วยตรวจพบเป็น HIV 8 ปี ขาดยา 2 เดือน แพทย์ให้ Admit ที่หอผู้ป่วยแยกโรค 7/4 แรกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดีช่วยเหลือตัวเองได้ อ่อนเพลียเล็กน้อย มีตุ่มน้ำใสบริเวณใบหน้า ตา ปาก ฝ่ามือ ฝ่าเท้า แขน หน้าอก ก้น ทวารหนัก และบริเวณอวัยวะเพศ จำนวนมาก และต่อม้ำเหลืองบริเวณลำคอ รักแร้ ขาหนีบโต Pain scale 5, V/S T 38.1 °C, PR 84 bpm, RR 18 bpm, BP 130/98 mmHg. O₂sat 97% รับประทานอาหารได้ ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบระดับ CD4 ต่ำกว่า 200 เซลล์/ลบ.มม. มีการติดเชื้อซิฟิลิสในระยะลุกลาม (VDRL Reactive titer 1:1) และเป็นพาหะของไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง (HBsAg Positive) Hematocrit, Hemoglobin อยู่ในเกณฑ์ปกติ MCV, MCH ต่ำกว่าค่ามาตรฐาน ซึ่งบ่งชี้ว่าผู้ป่วยอาจมีภาวะโลหิตจางชนิดเม็ดเลือดแดงเล็ก (Microcytic Anemia) เนื่องจากภาวะโภชนาการบกพร่องโดยเฉพาะการขาดธาตุเหล็ก วิตามินบี 12 หรือโฟเลต ซึ่งเป็นผลสืบเนื่องจากการรับประทานอาหารลดลงในช่วงที่เจ็บป่วย ค่า WBC 10,700 เซลล์/ลบ.มม. ซึ่งเป็นการตอบสนองของร่างกายต่อการติดเชื้อ โดยเฉพาะเชื้อไวรัสหรือแบคทีเรียที่ร่างกายต้องการกำจัด Albumin ต่ำ สะท้อนถึงภาวะโภชนาการบกพร่องหรือภาวะตับอักเสบ Globulin สูง ซึ่งสัมพันธ์กับการติดเชื้อเรื้อรัง AST, ALT และ Alkaline phosphatase สูง บ่งชี้ถึงการอักเสบของตับที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบีเรื้อรัง ร่วมกับพฤติกรรมเสี่ยง เช่น การดื่มสุราและพักผ่อนไม่เพียงพอ CD4 110 เซลล์/ลบ.มม. ต่ำ (ปกติ > 500 เซลล์/ลบ.มม.) สะท้อนถึงภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องอย่างรุนแรง ซึ่งจัดอยู่ในระยะของโรคเอดส์ โดยผู้ป่วยมีประวัติขาดการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่องมาประมาณ 2 เดือน แพทย์ให้การรักษา Ibuprofen (400) 1 tab $\odot$ bid pc, Omeprazole 1 tab $\odot$ ac, Tramadol 1 tab $\odot$ tid pc, Bactrim 1 tab $\odot$, Tecovirimat (200) 3 tab $\odot$ ทุก 12 hr. นาน 14 วัน, Paracetamol (500) 1 tab $\odot$ prn ทุก 4-6 ชั่วโมง, TLD 1 tab $\odot$ at 20.00 น., Atarax 1 tab $\odot$ tid pc, Senokot 2 tab $\odot$ hs, Doproct suppository เหน็บทางทวารหนัก hs, Burrow solution เช็ดแผล bid, Warm sitz bath 10-15 min bid, Hibiscrub ฟอกอาบน้ำ bid, Bactoban ointment ทาตุ่มหนอง เมื่ออาการดีขึ้นแพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ในวันที่ 24 สิงหาคม 2566 และให้กลับไปรักษาต่อที่โรงพยาบาลต้นสังกัดประกันสังคมของผู้ป่วย รวมระยะเวลาที่นอนรักษาตัวในโรงพยาบาล 15 วัน

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบพยาธิสภาพโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษา

พยาธิสภาพโรคตามทฤษฎี	กรณีศึกษา
โรคติดเชื้อเอชไอวี เกิดจากการติดเชื้อไวรัส Human immunodeficiency virus: HIV แพร่กระจายได้ทางเพศสัมพันธ์ การสัมผัสเลือด และสารคัดหลั่ง ได้รับเลือด หลังจากติดเชื้อ 2-4 สัปดาห์ ผู้ป่วยมีอาการคล้ายไข้หวัดร่วมกับมีผื่นแดงทั่วร่างกาย เจ็บคอ ต่อม้ำเหลืองโต ปวดกล้ามเนื้อ อาการจะหายไปได้เอง โดยเฉลี่ยพบว่าหลังจากได้รับเชื้อจนกระทั่งภูมิคุ้มกันของร่างกายต่ำ จนถึงระดับอันตราย ประมาณ 5-6 ปี เชื้อ HIV จะเข้าไปทำลายระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเชื้อจะเข้าไปรุกราน Macrophage monocyte ทำให้เม็ดเลือดขาวต่ำ เกิดภาวะติดเชื้อได้ง่าย เช่น การติดเชื้ออื่นๆ ในระบบทางเดินอาหาร ปอด ผิวหนัง สมอง ที่พบบ่อยคือวัณโรค ปอดอักเสบจากเชื้อรา และเยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อรา ลักษณะผื่น Maculopapular ลักษณะการกระจายตัวไม่จำเพาะ อาการของการติดเชื้อเอชไอวี ระยะแรก มีการติดเชื้อปริมาณไม่มาก ร่างกายยังไม่ได้สร้างภูมิคุ้มกัน ตรวจหาเชื้อและภูมิคุ้มกันต่อเชื้อไม่พบในช่วง 2-12 สัปดาห์ ผู้ติดเชื้อจะมีอาการไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามตัว มีผื่นขึ้น ต่อม้ำเหลืองที่คอโต บางรายอาจมีอาการคลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว น้ำหนักลด หรือมีฝ้าขาวในช่องปาก มักเป็นอยู่ 1-2 สัปดาห์ แล้วหายไปได้เอง และอาการคล้ายไข้หวัด ไข้หวัดใหญ่หรืออาการไขหวัดไป ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ ผู้ติดเชื้อแข็งแรงปกติเหมือนคนทั่วไป แต่ตรวจเลือดจะพบเชื้อเอชไอวีและสารภูมิคุ้มกันต่อเชื้อ จึงสามารถแพร่เชื้อให้ผู้อื่นได้ เรียกว่า เป็นพาหะ (Carrier) ระยะนี้แม้ว่าจะไม่มีอาการแต่เชื้อจะแบ่งตัวเจริญเติบโตขึ้น และทำลายระบบภูมิคุ้มกันโรคจนมีจำนวนลดลง เมื่อลดต่ำลงมาก จะเกิดอาการเจ็บป่วยอัตราการลดลงของระบบภูมิคุ้มกันโรคจะเร็วหรือช้าขึ้นอยู่กับความรุนแรงของเชื้อเอชไอวีและสภาพความแข็งแรงของระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ติดเชื้อเอง ระยะนี้มักเป็นอยู่นาน 5-10 ปี แต่มีกลุ่มผู้ป่วยประมาณร้อยละ 10 ที่ระยะนี้อาจสั้นเพียง 2-3 ปี	ผู้ป่วยตรวจพบเชื้อเอชไอวี 8 ปี รักษาด้วยการรับประทานยาต้านเอชไอวีสูตร TLD ซึ่งเป็นยาสูตรแบบรวมเม็ดที่ประกอบไปด้วยตัวยาสำคัญ 3 ชนิด 1) Tenofovir disoproxil fumarate 2) Lamivudine 3) Dolutegravir ซึ่งเป็นยาสูตรแรกในการรักษาเอชไอวี เนื่องจากควบคุมไวรัสได้ดี มีผลข้างเคียงน้อย รับประทานเพียงวันละครั้ง แต่เนื่องจากผู้ป่วยรักษาไม่ต่อเนื่อง ขาดการรับประทานยา 2 เดือน ทำให้ระดับยาในเลือดไม่คงที่ ประสิทธิภาพในการรักษาของยาลดลง ส่งผลให้ปริมาณไวรัสในร่างกายเพิ่มมากขึ้น เข้าไปทำลายและรบกวนกระบวนการทำงานของเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 โดยตรง ทำให้ CD4 ของผู้ป่วยต่ำลง ซึ่งผลตรวจค่า CD4 ของผู้ป่วย 110 Cell/mm³ และอาจทำให้เชื้อไวรัส HIV กลายพันธุ์เกิดการเปลี่ยนแปลงรหัสพันธุกรรม บนจีโนมของเชื้อเอชไอวี ทำให้การสร้างเอนไซม์ Reverse transcriptase, Protease, Integrase ต่างไป จากไวรัสกลายพันธุ์สายเดิม (Wild-type virus) โดยไวรัสกลายพันธุ์จะไม่ไวต่อยาต้านไวรัส และจะเพิ่มจำนวนมากขึ้นใน ร่างกายผู้ป่วย ทำให้เกิดภาวะการดื้อยาเกิดขึ้น

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบพยาธิสภาพโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

พยาธิสภาพโรคตามทฤษฎี	กรณีศึกษา
ซึ่งเรียกว่า กลุ่มที่มีการดำเนินโรคเร็ว (Rapid progressor) ในขณะที่ประมาณร้อยละ 5 จะมีการดำเนินโรคช้า โดยบางรายอาจนานกว่า 10-15 ปีขึ้นไป เรียกว่า กลุ่มที่ควบคุมเชื้อได้ดีเป็นพิเศษ (Elite controller) ระยะติดเชื้อที่มีอาการ อาการของผู้ป่วยจะมีมากหรือน้อยขึ้นอยู่กับระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วย ดังนี้ อาการเล็กน้อย ตรวจระดับ CD4 มักพบมากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตรผู้ป่วยอาจมีอาการต่อมน้ำเหลืองที่คอโตเล็กน้อย โรคเชื้อราที่เล็บแพร่ร่อนในภายในช่องปาก ผิวหนังเกิดรังแคที่ไรผม ข้างจมูก ริมฝีปาก ฝ่าขาข้างลิ้นซึ่งซุดไม่ออก อาการปานกลาง ตรวจระดับ CD4 มีจำนวนระหว่าง 200-500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ป่วยอาจมีอาการไข้เป็นๆ หายๆ หรือติดต่อกันทุกวันนานเกิน 1 เดือน ท้องเสียบ่อยเรื้อรังนานเกิน 1 เดือน น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ ปวดกล้ามเนื้อและข้อ ไซนัสอักเสบเรื้อรัง ต่อมน้ำเหลืองโตมากกว่า 1 แห่งบริเวณคอ รักแร้ และขาหนีบ นานเกิน 3 เดือน เริ่มที่ริมฝีปากหรืออวัยวะเพศซึ่งกำเริบบ่อยเป็นแผลเรื้อรัง งูสวัด โรคเชื้อราในช่องปาก หรือช่องคลอด ปอดอักเสบจากเชื้อแบคทีเรีย ระยะป่วยเป็นเอดส์ (เอดส์เต็มขั้น) ระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วยเสื่อมเต็มที่ ตรวจระดับ CD4 พบจำนวนต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เป็นผลทำให้เชื้อโรคต่าง ๆ เช่น ไวรัส เชื้อรา แบคทีเรีย โปรโตซัว วัณโรค ฉวยโอกาสเข้ามารุมเร้า เรียกว่า โรคติดเชื้อฉวยโอกาส ซึ่งส่วนใหญ่เป็นการติดเชื้อที่รักษาค่อนข้างยากและอาจเกิดภาวะติดเชื้อชนิดเดิมซ้ำหรือชนิดใหม่ หรือหลายชนิดร่วมกัน ผู้ป่วยอาจมีอาการมีไข้เรื้อรังติดต่อกันหลายสัปดาห์หรือเป็นเดือน ไอเรื้อรังหรือหายใจหอบเหนื่อยจากวัณโรคหรือปอดอักเสบต้องเสียเรื้อรังจากเชื้อรา หรือโปรโตซัว น้ำหนักลด รูปร่างผอมแห้ง และอ่อนเพลียไม่มีแรง ปวดท้องคลื่นไส้ อาเจียน กลืนลำบาก หรือเจ็บคอเวลากลืนเนื่องจากหลอดอาหารอักเสบจากเชื้อรา สายตาพร่ามัว	อาการของผู้ป่วยเข้าได้รับระยะระยะป่วยเป็นเอดส์ (เอดส์เต็มขั้น) เนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันโรคของผู้ป่วยเสื่อมเต็มที่ ตรวจระดับ CD4 พบจำนวนต่ำกว่า 200 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร เป็นผลทำให้ติดเชื้อจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่าย รูปร่างของผู้ป่วยผอม แห้งอ่อนเพลียไม่ค่อยมีแรง ตามร่างกายมีรอยโรคจากผื่นที่แห้งตกสะเก็ดเป็นรอยสีดำตามร่างกาย

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบพยาธิสภาพโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

พยาธิสภาพโรคตามทฤษฎี	กรณีศึกษา
มองไม่ชัด หรือเห็นเงาหยากไย่ลอยไปมา ผู้หญิงมีตกขาวบ่อย มีผื่นคันตามผิวหนัง ชีต มีจุดแดง จ้ำเขียว หรือเลือดออก ภาวะความจำเสื่อม หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ ปวดศีรษะรุนแรง ชัก สับสน ซึม หรือหมดสติจากการติดเชื้อในสมอง เกล็ดเลือดต่ำ สับสน อาการของโรคมะเร็งที่เกิดแทรกซ้อน เช่น มะเร็งของผนังหลอดเลือด มะเร็งต่อมน้ำเหลืองในสมอง มะเร็งปากมดลูก มะเร็งทวารหนัก	
โรคติดเชื้อฝีดาษลิง โรคฝีดาษลิง ฝีดาษวานร โรคฝีดาษเอมป็อกซ์ (Mpox) คือ โรคเดียวกัน เป็นการติดเชื้อไวรัส Monkeypox ซึ่งเป็นไวรัสในสกุล Orthopoxvirus ของวงศ์ Poxviridae ซึ่งเป็น Genusเดียวกับเชื้อก่อโรค Smallpox เป็นไวรัสที่มี DNA สายคู่ มีโครงสร้างห่อหุ้มเซลล์ (Enveloped double-stranded DNA) มี 2 สายพันธุ์หลัก คือ Clade I และ Clade II การระบาดล่าสุดในปี 2565 พบว่าเป็นสายพันธุ์ Clade IIb ซึ่งพบการติดต่อระหว่างคนสู่คนได้โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีการสัมผัสทางเพศสัมพันธ์ (Hraib, et, al., 2022) การวินิจฉัยแยกโรค มีความจำเป็นต้องแยกกับโรคอื่นที่มีอาการคล้ายกัน และติดต่อจากคนสู่คน โดยการสัมผัสสารคัดหลั่ง ได้แก่ - ไข้ทรพิษ (Smallpox) อาการมักปวดหลัง เจ็บคอ คลื่นไส้ ปวดท้อง พบแผลในปาก แล้วจึงมีตุ่มน้ำเกิดตามมา - เริม (Herpes simplex virus) ลักษณะเด่นที่สามารถช่วยแยกโรคได้ คือ รอยโรคจะอยู่ร่วมกันเป็นกลุ่ม ไม่กระจายตัว พบบ่อยที่ปาก อวัยวะเพศ ทวารหนัก - สุกใส (Chickenpox) พบแผลในปากและคอหอย ตามมาด้วยอาการมีผื่นแดง ตุ่มแดง ตุ่มน้ำ คล้ายไข้ทรพิษ และงูสวัด (Herpes zoster) - Molluscum contagiosum ลักษณะผื่น ตุ่มหนอง หรือตุ่มน้ำ ผื่นจะเริ่มจากตุ่มนูน จากนั้นกลายเป็นตุ่มน้ำพองใส และตุ่มหนองที่มีรอยยุบตรงกลาง (Umbilicated) กระจายจาก ลำตัวไปสู่รยางค์ แขน ขาอาจมีอาการเจ็บหรือคันร่วมด้วย ตุ่มหนองขึ้น ได้หลายตำแหน่งทั่วร่างกาย เช่น ปาก หน้า มือ เท้าอวัยวะสืบพันธุ์ ทวารหนัก อาการร่วมอื่นๆ ได้แก่ อาการไข้ ปวดศีรษะ เจ็บคอ ปวดเมื่อยตามร่างกาย	ผู้ป่วยได้รับการวินิจฉัยโรคฝีดาษลิงจากการซักประวัติการสัมผัสโรค อาการของผู้ป่วย การตรวจร่างกาย ซึ่งลักษณะและตำแหน่งของผื่นและตุ่มหนอง รวมถึงภาวะการมีต่อมน้ำเหลืองโต และผลการตรวจยืนยันทางห้องปฏิบัติการ ตรวจหาเชื้อ Monkeypox virus ผลตรวจ PCR for Mpox พบสารพันธุกรรมของเชื้อไวรัส Mpox virus สายพันธุ์ West African Clade (Ct=27.95) สาเหตุที่ผู้ป่วยเป็นโรคติดเชื้อฝีดาษลิงได้ง่าย เนื่องจากผู้ป่วยเป็นกลุ่มชายรักชาย มีอาชีพให้บริการทางเพศ มีเพศสัมพันธ์โดยไม่ได้ป้องกัน ประทับผู้ป่วยมีภาวะของโรคติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งส่งผลทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายผู้ป่วยลดลง ทำให้เชื้อเอชไอวีเข้าไปทำลายภูมิคุ้มกันของร่างกาย คือ ทำลายเม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ซึ่งเป็นเซลล์เป้าหมายที่สำคัญที่เชื้อเอชไอวีเข้าไปเจริญเติบโตและแบ่งตัวทำลาย ทำให้ผู้ป่วยเกิดภูมิคุ้มกันบกพร่อง ร่างกายเกิดสภาวะอ่อนแอ ไม่สามารถต่อสู้กับเชื้อโรคได้ และผู้ป่วยเข้ารับการรักษาล่าช้า ทำให้เกิดการติดเชื้อฉวยโอกาสจากโรคฝีดาษลิง ทำให้ผู้ป่วยมีอาการไข้สูง มีตุ่มน้ำใสขึ้นบริเวณใบหน้า ตา ปาก ฝ่ามือฝ่าเท้า แขน หน้าอก ก้น ทวารหนัก และบริเวณอวัยวะเพศจำนวนมาก และต่อมน้ำเหลือง บริเวณ

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบพยาธิสภาพโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

พยาธิสภาพโรคตามทฤษฎี	กรณีศึกษา
ต่อมน้ำเหลืองโต สามารถติดเชื้อได้จากการสัมผัสใกล้ชิดกับ ผื่น/สารคัดหลั่งของสัตว์ฟันแทะที่มีการติดเชื้อ เช่น ลิง กระรอก หนู ในพื้นที่ที่มีการระบาด การติดเชื้อแบ่งเป็น 2 ระยะ ระยะก่อนออกผื่น (Invasion period) ช่วง 0-5 วัน ผู้ป่วย จะมีไข้ ปวดศีรษะมาก ต่อมน้ำเหลืองโต ปวดหลัง ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ อ่อนเพลียมาก ภาวะต่อมน้ำเหลืองโตเป็นลักษณะเด่นของโรคฝัดตาขวานร เปรียบเทียบกับโรคอื่นที่อาจแสดงอาการแรกเริ่มคล้ายกัน (อีสุกอีใส หัด และฝัดตาขวานร) ระยะออกผื่น (Skin eruption period) เริ่มภายใน 1-3 วัน หลังจากเริ่มมีไข้ ตุ่มผื่นขึ้นหนาแน่นบนใบหน้า แขนขา มากกว่าลำตัว โดยเฉพาะใบหน้า และฝ่ามือฝ่าเท้า นอกจากนี้ เยื่อช่องปาก อวัยวะเพศ เยื่อบุตา และอาจได้รับผลกระทบถึงกระจกตา ลักษณะผื่นเริ่มแรก เป็นผื่นราบ เป็นรอยโรคที่มีฐานแบนราบ กลายเป็นผื่นนูน เป็นรอยโรคที่เป็นตุ่มแข็งนูนเล็กน้อย กลายเป็นถุงน้ำ เป็นรอยโรคที่มีของเหลวใสบรรจุอยู่ภายในกลายเป็นตุ่มหนอง เป็นรอยโรคที่มีของเหลวสีเหลืองบรรจุอยู่ภายใน และกลายเป็นแผ่นสะเก็ดที่แห้งและลอกออกเอง รอยโรคมีจำนวนแตกต่างกัน ในผู้ป่วยที่มีอาการรุนแรง รอยโรคอาจขยายรวมกันเป็นปื้นใหญ่ จนกระทั่งผิวหนังลอกออกเป็นแผ่นใหญ่ ๆ	ลำคอ รักแร้ ขาหนีบโต
โรคซิฟิลิส เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรีย <i>Treponema pallidum</i> ที่มีลักษณะเป็นรูปเกลียวสว่าน มีระยะฟักตัวนาน 21-90 วัน เชื้อสามารถติดต่อเข้าทาง Mucous membrane และกระจายไปที่ต่อมน้ำเหลือง และอวัยวะต่างๆ ของร่างกาย แบ่งเป็น 3 ระยะ 1. ระยะแรก Primary syphilis เป็นช่วงแรกเมื่อผู้ป่วยได้รับเชื้อ ระยะนี้แผลเกิดที่อวัยวะเพศ เป็นแผลสะอาด ไม่ปวด แผลจะเกิดขึ้น 1-12 สัปดาห์หลังจากได้รับเชื้อ เกิดแผลเรียกว่า Chancre เกิดที่อวัยวะเพศ ภายนอก เพศชาย มักเกิดแผลบริเวณด้านในของเยื่อหุ้มองคชาติ ที่ไม่ได้ขลิบหนังหุ้มปลาย และรอบๆ ทวารหนัก ในกลุ่มรักร่วมเพศ ต่อมน้ำเหลืองโต แผลสามารถหายเองได้ 2. ระยะเชื้อแพร่กระจายเข้าสู่กระแสเลือด Secondary syphilis ระยะนี้เกิดได้ตั้งแต่ 2 เดือนถึง 2 ปีหลังจากติดเชื้อ	ผู้ป่วยตรวจพบเชื้อซิฟิลิสจากโรงพยาบาลเอกชน ด้วยวิธี <i>Treponema Pallidum</i> Haemagglutination Assay (TPHA) เพื่อยืนยันการติดเชื้อซิฟิลิส ผลตรวจพบว่า TPHA positive (พบการติดเชื้อซิฟิลิส) และได้ส่งตรวจด้วยวิธี RPR ให้ค่า Reactive titer 1:1 ซึ่งโรคซิฟิลิสพบมากในกลุ่มรักร่วมเพศ กลุ่มผู้ชายมีเพศสัมพันธ์กับผู้ชาย กลุ่มเกย์ (CDC, 2019) ผู้ป่วยมีผลบริเวณรอบทวารหนักไม่ปวด การติดเชื้อเอชไอวีร่วมกับซิฟิลิสทำให้ระดับภูมิคุ้มกัน CD4 ลดต่ำลง และระดับปริมาณเชื้อเอชไอวีในเลือด (Viral load) เพิ่มขึ้น (Palacios, 2019)

ตารางที่ 15 เปรียบเทียบพยาธิสภาพโรคตามทฤษฎีกับกรณีศึกษา (ต่อ)

พยาธิสภาพโรคตามทฤษฎี	กรณีศึกษา
ผู้ป่วยมีอาการไข้ ปวดศีรษะ ปวดเมื่อยตามร่างกาย ต่อมน้ำเหลืองโต ตาอักเสบ ผื่นร่วงเป็นหย่อมๆ มีแผล Condyloma lata เป็นแผลที่มีลักษณะแบนราบ และมีน้ำเหลืองไหล มีกลิ่นเหม็นบริเวณอวัยวะเพศอาจมีแผลที่เยื่ออื่น หรือมีเยื่อหุ้มสมองอักเสบ สามารถหายได้เอง 3. ระยะสุดท้าย Tertiary stage เกิด ตามหลังระยะที่เชื้อสงบ (Latent period) ระยะนี้ส่วนใหญ่เกิดกับคนที่ไม่ได้รักษา หรือได้รับการรักษาไม่สมบูรณ์ อาจเกิดใน 2-20 ปี หลังจากติดเชื้อครั้งแรก	

สรุปสถานะผู้ป่วยขณะรับไว้ในโรงพยาบาล

วันที่ 10 สิงหาคม 2566

แรกรับที่หอผู้ป่วยแยกโรค 7/4 แกรับ ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ไบพาสิตโรย อ่อนเพลีย ผู้ป่วยมีไข้ 38.1°C, PR 84 bpm, หายใจ Room air RR 18 bpm, O₂sat 99%, BP 130/98 mmHg. มีตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา อวัยวะเพศ มีแผลรอบทวารหนัก ปวดบวมบริเวณอวัยวะเพศ Pain scale 2-5 คะแนน ผู้ป่วยนอนไม่ค่อยหลับเนื่องจากปวดบริเวณตุ่มหนอง

วันที่ 11 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ ไบพาสิตมีความวิตกกังวล ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ หายใจ Room air ผู้ป่วยยังมีไข้ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น กระจายทั่วร่างกาย มีอาการปวดบวมบริเวณอวัยวะเพศ Pain scale 2-5 คะแนน รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.7-38.1 °C, PR 66-80 bpm, RR 18-20 bpm, BP 107-132/68-80 mmHg. O₂sat 98-100%

วันที่ 12 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ยังมีไข้ต่ำๆ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ ไม่มีอาการปวด Pain scale 2-4 คะแนน ตุ่มหนองบางส่วนเริ่มตกสะเก็ด มีอาการคันเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.8-37.5 °C, PR 64-86 bpm, RR 18 bpm, BP 115-131/79-93 mmHg. O₂sat 98-99%

วันที่ 13 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ยังมีไข้ต่ำๆ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ ไม่มีอาการปวด Pain scale 2-5 คะแนน ตุ่มหนองบางส่วนเริ่มตกสะเก็ด มีอาการคันเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.8-37.5 °C, PR 64-86 bpm, RR 18 bpm, BP 105-124/7-75 mmHg. O₂sat 98-99%

วันที่ 14 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air

ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ เริ่มตกละเอียด มีอาการคันเล็กน้อย ไม่ปวด Pain scale 1-3 คะแนน รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.1-37.0 °C, PR 76-90 bpm, RR 18 bpm, BP 116-120/74-91 mmHg. O₂sat 98-100%

วันที่ 15 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ แห้ง ตกละเอียด ไม่มีอาการปวด Pain scale 1-2 คะแนน ไม่มีอาการคัน รับประทานอาหารได้ ปัสสาวะ สีเหลืองใส V/S T 36.8-37.5 °C, PR 80-88 bpm, RR 18-20 bpm, BP 112-129/83-92 mmHg. O₂sat 98-100%

วันที่ 16 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ยังมีไข้ต่ำ ๆ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ ไม่มีอาการปวด Pain scale 0-2 คะแนน ตุ่มหนองบางส่วนเริ่มยุบ และตกละเอียด เริ่มมีอาการคันเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.8-37.5 °C, PR 64-86 bpm, RR 18 bpm, BP 115-131/79-93 mmHg. O₂sat 98-99%

วันที่ 17 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ยังมีไข้ต่ำ ๆ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ ไม่มีอาการปวด Pain scale 0-2 คะแนน ตุ่มหนองบางส่วนเริ่มตกละเอียด มีอาการคันเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.8-37.5 °C, PR 64-86 bpm, RR 18 bpm, BP 115-131/79-93 mmHg. O₂sat 98-99%

วันที่ 18 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ ไม่มีอาการปวด Pain scale 1 คะแนน ตุ่มหนองบางส่วนเริ่มตกละเอียด มีอาการคันเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.8-37.5 °C, PR 64-86 bpm, RR 18 bpm, BP 115-131/79-93 mmHg. O₂sat 98-99%

วันที่ 19 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ ไม่มีอาการปวด Pain scale 1-4 คะแนน ตุ่มหนองบางส่วนเริ่มตกละเอียด มีอาการคันเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.8-37.2 °C, PR 70-88 bpm, RR 18-20 bpm, BP 110-118/68-90mmHg. O₂sat 98-99%

วันที่ 20 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ มีไข้ต่ำ ๆ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้นอวัยวะเพศ ไม่มีอาการปวด Pain scale 1 คะแนน ตุ่มหนองบางส่วนเริ่มตกละเอียด มีอาการคันเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.2-37.5 °C, PR 76-84 bpm, RR 18-20 bpm, BP 116-122/79-88 mmHg. O₂sat 98-99%

วันที่ 21 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศ ไม่มีอาการปวด Pain scale 0-1 คะแนน ตุ่มหนองบางส่วนเริ่มตกสะเก็ด มีอาการคันเล็กน้อย รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.8-37.1 °C, PR 68-80 bpm, RR 1-208 bpm, BP 112-118/58-112 mmHg. O₂sat 98-99%

วันที่ 22 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศแห้ง ตกสะเก็ด ไม่มีอาการปวด Pain scale 0 คะแนน ไม่มีอาการคัน รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.2-37.4 °C, PR 78-84 bpm, RR 18-20 bpm, BP 124-126/84-92 mmHg. O₂sat 98-100%

วันที่ 23 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศแห้ง ตกสะเก็ด ไม่มีอาการปวด Pain scale 0 คะแนน ไม่มีอาการคัน รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.5-37.3 °C, PR 78-90 bpm, RR 18-20 bpm, BP 107-130/65-80 mmHg. O₂sat 99-100%

วันที่ 24 สิงหาคม 2566

ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ ทำตามคำบอกได้ สีหน้ามีความวิตกกังวล มีอาการอ่อนเพลียเล็กน้อย หายใจ Room air ไม่มีอาการเหนื่อยหอบ ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ก้น อวัยวะเพศแห้ง ตกสะเก็ด ไม่มีอาการปวด Pain scale 0 คะแนน ไม่มีอาการคัน รับประทานอาหารได้ ไม่มีคลื่นไส้ อาเจียน ปัสสาวะได้เอง สีเหลืองใส V/S T 36.4 °C, PR 78 bpm, RR 20 bpm, BP 124/84 mmHg. O₂sat 99% ผู้ป่วยได้รับการรักษาจนอาการดีขึ้นเป็นลำดับไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนของโรค แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ และให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน TLD 1 tab $\odot$ od pc (เวลา 09.00 น.), Paracetamol (500) 1 tab $\odot$ prn 4-6 hr., Tramadol (50) 1 tab $\odot$ tid pc, Bactrim 1 tab $\odot$ pc, Burrow solution เช็ดประคบแผล bid, Atarax 1 tab $\odot$ hs รวมวันนอนโรงพยาบาล 15 วัน การวินิจฉัยโรค HIV with Monkeypox

สรุปข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

จากการประเมินด้านปัจจัยพื้นฐานและความต้องการในการดูแลตนเองเมื่อจำเป็น รวบรวมเป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลได้ ดังนี้

1. มีภาวะติดเชื้อที่ผิวหนังเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง
2. มีภาวะไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณตุ่มหนองและอวัยวะเพศ บริเวณก้น
3. มีโอกาสเกิดภาวะตับอักเสบรุนแรงเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
4. มีภาวะท้องผูกเนื่องจากรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยและเจ็บปวดบริเวณทวารหนัก
5. มีภาวะวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย กลัวสังคมและครอบครัวไม่ยอมรับ
6. มีภาวะวิตกกังวล กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีตุ่มผื่นขึ้นบริเวณใบหน้า และลำตัว
7. มีภาวะโรคแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสฝีดาษลิงเนื่องจากมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและขาด

ความรู้ในการดูแลตนเอง

8. มีโอกาสดื้อยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น จากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง
9. มีความรู้สึกหมดหวังต่อการรักษาและความหมายของชีวิตเนื่องจากมีหลายโรคร่วมเรื้อรังและภาวะติดเชื้อ

การวางแผนการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 1 มีภาวะติดเชื้อที่ผิวหนังเนื่องจากระบบภูมิคุ้มกันบกพร่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีผื่น ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า ปาก หน้าอก แขน ขา ฝ่ามือ ฝ่าเท้าทั้งสองข้าง อวัยวะเพศ ทวารหนัก
2. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ค่า CD4 = 110 Cell/mm³

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ไม่เกิดการติดเชื้อบริเวณผิวหนัง

เกณฑ์การประเมินผล

- รอบตุ่มหนองไม่มีลักษณะบวมแดง มีปริมาณลดลง ไม่มีกลิ่นเหม็น
- ไม่มีไข้ อุณหภูมิต่ำกว่า 37.5 °C
- เพาะเชื้อที่ตุ่มหนอง ไม่พบเชื้อ

ระบบการพยาบาล ระบบทดแทนทั้งหมด

กิจกรรมการพยาบาล

1. บันทึกอุณหภูมิของร่างกายทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินภาวะการติดเชื้อจากการมีไข้สูง และสังเกตลักษณะของตุ่มหนอง การอักเสบของแผลบริเวณตุ่มหนองเช่น บวม แดง
2. แนะนำผู้ป่วยให้ระมัดระวังการแกะ เกาผื่น เพื่อหลีกเลี่ยงการบาดเจ็บของผิวหนังและป้องกันการนำเชื้อเข้าสู่ร่างกายเพิ่มขึ้น
3. 3. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับสารอาหารและน้ำอย่าง เพียงพอ เช่น การรับประทานอาหารโปรตีน เนื้อ นม ไข่ และวิตามินซีในผักผลไม้ เพื่อส่งเสริมการหายของแผลบริเวณตุ่มหนอง
4. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปของผู้ป่วยเพื่อให้สุขสบาย ร่างกายสะอาดป้องกันการติดเชื้อแบคทีเรีย
5. ให้การพยาบาลโดยยึดหลัก Contact และ Droplet Precautions
6. ดูแลให้อยู่ในห้องแยกโรค และดูแลให้พักผ่อน กระตุ้นให้ดื่มน้ำมากๆ เพื่อป้องกันภาวะร่างกายขาดน้ำ
7. แนะนำการล้างมือด้วยสบู่หรือแอลกอฮอล์ก่อนและหลังสัมผัสผื่น
8. ดูแลประคบผื่นด้วย burrow's solution วันละ 2 ครั้ง เช้า-เย็น เพื่อความสะอาดและลดปริมาณเชื้อโรคให้น้อยลง
9. ดูแล Warm sitz bath 10-15 min วันละ 2 ครั้ง (น้ำอุ่น 1 กระละมัง+betadine 10 ml) โดยให้บริเวณก้น และอวัยวะเพศแช่อยู่ในน้ำอุ่น เพื่อบรรเทาอาการปวดบริเวณทวารหนัก และอวัยวะเพศ ลดการติดเชื้อ
10. ดูแลให้ Hibiscrub ฟอกอาบน้ำ วันละ 2 ครั้ง Bactoban ointment ทาตุ่มหนอง bid

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีผื่น ตุ่มหนองเพิ่มจำนวนมากขึ้น บริเวณใบหน้า ปาก หน้าอก แขน ขา ฝ่ามือ ฝ่าเท้าทั้งสองข้าง อวัยวะเพศ ทวารหนัก ในช่วง 3 วันแรก และตุ่มหนองเริ่มแห้งช่วงวันที่ 13-14 ของการนอนโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีไข้ 38.1-38.2° C ในช่วง 10 วันแรก หลังจากนั้นไข้ลดลง

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 2 ไม่สุขสบายเนื่องจากปวดบริเวณตุ่มหนองและอวัยวะเพศ บริเวณก้น
ข้อมูลสนับสนุน

1. มีผื่น ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า ปาก หน้าอก แขน ขา ฝ่ามือ ฝ่าเท้าทั้งสองข้าง อวัยวะเพศ ทวารหนัก
2. ผู้ป่วยบอกว่าปวดตามร่างกายและปวดบริเวณอวัยวะเพศ
3. Pain score 5 คะแนน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อลดและบรรเทาอาการปวด

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่ปวดหรืออาการปวดลดลง Pain score ต่ำกว่า 3
- ผู้ป่วยแสดงท่าทางผ่อนคลาย ไม่มีอาการเกร็งหรือนิ่วหน้า
- สามารถพักผ่อนได้โดยไม่ถูกรบกวนจากอาการปวด

ระบบการพยาบาล ระบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความปวดซ้ำทุก 4 ชั่วโมง โดยใช้ Pain score และการสังเกตอาการแสดง เช่น ผู้ป่วยมีใบหน้าสีนํ้าขมวด นอนตัวเกร็ง ซิพจรเต้นเร็ว และประเมินสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง
2. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของผู้ป่วย โดยแนะนำให้ผู้ป่วยทราบถึงการประเมินความปวดและให้ผู้ป่วยแจ้งให้พยาบาลทราบเมื่อมีอาการปวด
3. ดูแลให้ยาแก้ปวดตามแผนการรักษา เช่น Tramadol (50) 1 cab $\odot$ tid pc ประเมินความปวดหลังการให้ยา 30 นาที พร้อมเฝ้าระวังอาการไม่พึงประสงค์ เช่น เวียนศีรษะ คลื่นไส้ ง่วงซึม
4. ใช้การดูแลแบบไม่ใช้ยาเพื่อช่วยลดความปวด เช่น การประคบอุ่นบริเวณที่ปวด การสอนการหายใจเข้า-ออกลึก ๆ การฟังเพลงผ่อนคลาย
5. จัดท่านอนให้เหมาะสม เช่น ท่านอนตะแคง หลีกเลี่ยงการกดทับตุ่มหนองบริเวณอวัยวะเพศหรือก้น
6. ดูแลให้ห้องพักเงียบและมีอุณหภูมิที่เหมาะสม เพื่อส่งเสริมการพักผ่อนอย่างต่อเนื่อง
7. ส่งเสริมให้รับประทานอาหารและดื่มน้ำเพียงพอ เพื่อช่วยให้ร่างกายฟื้นตัวและลดอาการปวดจากภาวะขาดน้ำหรืออ่อนเพลีย
8. ดูแลความสะอาดบริเวณที่ปวด ด้วยการแช่ Sitz bath ด้วยน้ำอุ่นและน้ำยาฆ่าเชื้อ เช่น Betadine วันละ 2 ครั้ง เพื่อบรรเทาอาการอักเสบ
9. สร้างสัมพันธภาพที่ดีต่อผู้ป่วย รับฟังอย่างเข้าใจ ให้กำลังใจ และให้ความมั่นใจว่าจะสามารถควบคุมความเจ็บปวดได้

การประเมินผล

ผู้ป่วยมีอาการปวดลดลง ใน 2-3 วันแรกหลังได้รับยาและการพยาบาล Pain score ลดลงจาก 5 เหลือระดับ 2 ในช่วงวันที่ 3 สามารถพักผ่อนได้ดีขึ้น และบอกว่ารู้สึก "สบายขึ้น" ในช่วงวันที่ 13-14 ของการนอนโรงพยาบาล ผื่นแห้งและตกสะเก็ด อาการปวดหายไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะตับอักเสบรุนแรงเนื่องจากการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี
ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลเลือด HBsAg Positive
2. ผลตรวจ LFT ผิดปกติ Albumin 3.2 g/dL, Globulin Total 4.2 g/dL, Alkaline phosphatase 354 U/L, AST/SGOT 50 U/L, ALT/ SGPT 99 U/L

3. ประวัติดื่มแอลกอฮอล์ในปริมาณมากติดต่อกัน

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- ปลอดภัยจากภาวะตับอักเสบรุนแรง

เกณฑ์การประเมินผล

- ระดับความรู้สึกตัวปกติ ไม่มีอาการสับสน
- สัญญาณชีพปกติ T 36.5-37.4°C, P 60-90 bpm, R 16-20, BP 90-140/60-90 mmHg.
- ค่า LFT ดีขึ้น Albumin 3.5-5.2 g/dl, Globulin Total 2.8-3.5 g/dl, Alkaline phosphatase 40-129 U/L, AST (SGOT) 0-40 U/L, ALT (SGPT) 0-40 U/L
- ไม่มีอาการอ่อนเพลีย ตัวเหลือง ตาเหลือง หรือปัสสาวะเข้ม

ระบบการพยาบาล ระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินอาการและอาการแสดงของภาวะตับวายเฉียบพลัน ได้แก่ ความผิดปกติเกี่ยวกับการแข็งตัวของเลือด ภาวะไตวาย ภาวะไม่สมดุลของอิเล็กโทรไลต์ ภาวะติดเชื้อ กลุ่มอาการทางสมอง ภาวะสมองบวม ประเมินภาวะเลือดออก เช่น เลือดออกตามไรฟัน อาเจียนเป็นเลือด อุจจาระดำ
2. ติดตามผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการอย่างสม่ำเสมอ LFT: AST, ALT, ALP, Bilirubin, Albumin, Globulin, INR/PT เพื่อดูภาวะการแข็งตัวของเลือด
3. ดูแลให้ผู้ป่วยพักผ่อนอย่างเพียงพอ โดยให้พักบนเตียงอย่างน้อย 10-12 ชม./วัน หลีกเลี่ยงกิจกรรมที่ใช้พลังงานมากในช่วงที่ค่า LFT ยังสูง
4. ส่งเสริมการรับประทานอาหารที่เหมาะสมต่อการฟื้นตัวของตับ เช่น อาหารอ่อน ย่อยง่าย ไขมันต่ำ ให้พลังงานจากคาร์โบไฮเดรต เช่น น้ำหวาน ขนมหวาน ข้าวต้ม เน้นโปรตีนคุณภาพดีในปริมาณพอเหมาะ เช่น ไข่ขาว เต้าหู้
5. ดูแลการให้น้ำอย่างเพียงพอ โดยติดตาม I/O ทุก 8 ชั่วโมง ประเมินสีและปริมาณปัสสาวะ
6. ให้สุศึกษาผู้ป่วยและญาติเรื่องการป้องกันภาวะแทรกซ้อน เช่น หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ทุกชนิดหลีกเลี่ยงยาที่มีผลต่อตับ เช่น พาราเซตามอลในขนาดสูง ยาลดไขมัน หลีกเลี่ยงการรับประทานยาสมุนไพรหรือผลิตภัณฑ์เสริมอาหารที่ไม่ผ่านการรับรอง
7. สังเกตพฤติกรรมและอารมณ์ของผู้ป่วย เนื่องจากภาวะตับอักเสบเรื้อรังอาจส่งผลกระทบต่อจิตใจ เช่น ภาวะวิตกกังวล ซึมเศร้า
8. เตรียมส่งปรึกษาอายุรแพทย์โรคตับ หรือคลินิกเฉพาะทาง เพื่อวางแผนการรักษาระยะยาว เช่น การประเมินภาวะเรื้อรัง การใช้ยาต้านไวรัสตับอักเสบบี

การประเมินผล

ผู้ป่วยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคไวรัสตับอักเสบบี สัญญาณชีพปกติ T 36.5-37.4°C, P 60-90 bpm, R 16-20, BP 90-140/60-90 mmHg. ระดับความรู้สึกตัวปกติ พุดคุยถามตอบรู้เรื่อง ไม่สับสน รับประทานอาหาร สถานที่ ผลการตรวจพบว่า Albumin ต่ำ อาจเกิดได้จากภาวะขาดสารอาหารจำพวกโปรตีน ภาวะตับอักเสบ เนื่องจากภาวะความเจ็บป่วยส่งผลทำให้ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้น้อย ความอยากรับประทานอาหารลดลง และผู้ป่วยเป็นโรคไวรัสตับอักเสบบีอาจส่งผลทำให้ตับอักเสบ, ค่า Globulin สูงกว่าปกติ ซึ่งเกิดจากการติดเชื้อแบคทีเรียและไวรัส ในร่างกายของผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องผลิตสารภูมิต้านทานโรคให้มากขึ้น เพื่อต่อสู้กับจุลชีพก่อโรค ซึ่ง Globulin เป็นโปรตีนสำคัญของ Total protein ล่องลอยอยู่ในพลาสมาหรือในกระแสเลือด ถูกใช้เป็นวัตถุดิบเพื่อการผลิต Antibodies (สารภูมิต้านทานที่ช่วยทำลายจุลชีพก่อโรค)

ค่า AST/SGOT, ALT/ SGPT สูง มีภาวะตับอักเสบเนื่องจากผู้ป่วยเป็นไวรัสตับอักเสบบี และมีประวัติดื่มแอลกอฮอล์ปริมาณมากติดต่อกัน นอนดึกพักผ่อนไม่เพียงพอทำให้ตับทำงานหนักส่งผลต่อภาวะการอักเสบได้เช่นเดียวกัน

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 4 มีภาวะท้องผูกเนื่องจากรับประทานอาหารที่มีกากใยน้อยและเจ็บปวดบริเวณทวารหนัก

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “ไม่อยากถ่ายอุจจาระเพราะเจ็บปวดบริเวณทวารหนัก”
2. ผู้ป่วยถ่ายอุจจาระเป็นก้อนแข็ง ต้องเบ่งเวลาถ่ายอุจจาระ ไม่ถ่ายมา 4 วัน
3. ผู้ป่วยดื่มน้ำน้อย ไม่ชอบรับประทานผัก
4. ผู้ป่วยนอนบนเตียงไม่ค่อยเคลื่อนไหวร่างกาย

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- สามารถถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ โดยไม่มีอาการเจ็บปวดหรืออุจจาระแข็ง
- ลดความเสี่ยงของภาวะแทรกซ้อนจากการท้องผูกเรื้อรัง เช่น ริดสีดวงทวาร หรือแผลถลอก

เกณฑ์การประเมินผล

1. ลักษณะอุจจาระปกติ ไม่แข็งเป็นก้อน ไม่ต้องเบ่งมาก
2. ขับถ่ายได้สม่ำเสมอ (ทุกวันหรือวันเว้นวัน)
3. อาการเจ็บปวดบริเวณทวารหนักลดลง

ระบบการพยาบาล ระบบทดแทนบางส่วน

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินภาวะท้องผูก เช่น บันทึกจำนวนวันไม่ถ่ายอุจจาระ ลักษณะอุจจาระ (ตาม Bristol Stool Chart) ประเมินอาการร่วม เช่น ปวดทวาร หน้าท้องอืด คลื่นไส้
2. ส่งเสริมการบริโภคอาหารที่มีกากใยสูง กระตุ้นให้รับประทานผัก ผลไม้สด ธัญพืชไม่ขัดสี ให้ความรู้เกี่ยวกับเส้นใยอาหารช่วยดูดซับน้ำ เพิ่มปริมาตรอุจจาระ กระตุ้นการบีบตัวของลำไส้ ให้ความรู้เรื่องผลเสียของท้องผูกเรื้อรัง เช่น ริดสีดวงทวาร แผลปริขอบทวาร หรือมะเร็งลำไส้ใหญ่
3. ส่งเสริมการดื่มน้ำให้เพียงพอ แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 1,500–2,800 มล.
4. ส่งเสริมการเคลื่อนไหวร่างกาย กระตุ้นให้ออกกำลังกายเบา ๆ เช่น เดินรอบห้อง ยืดเหยียด
5. ให้การพยาบาลเพื่อลดอาการปวดทวารหนัก เช่น ดูแลให้ยาเหน็บ Doproct suppository ตามแผนการรักษา ดูแลแช่ก้นด้วยน้ำอุ่น (Warm sitz bath) วันละ 2 ครั้ง ครั้งละ 10–15 นาที สังเกตอาการอักเสบ/บวม/เลือดออกบริเวณทวารหนัก
6. ดูแลให้ยาระบาย Senokot 2 tab ก่อนนอนตามแผนการรักษา และติดตามผลการขับถ่ายภายใน 6–12 ชม. หลังให้ยา ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาระบายเฉพาะในระยะสั้น หลีกเลี่ยงการพึ่งพายาต่อเนื่อง
7. บันทึกและประเมินผลการขับถ่ายทุกวัน เช่น ความถี่ ปริมาณ ลักษณะ สีของอุจจาระ และบันทึกอาการร่วม เช่น ปวดขณะถ่าย เบ่งมาก หรือมีเลือดปน

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถถ่ายอุจจาระได้ตามปกติ ไม่มีอาการเบ่งมากหรือลักษณะอุจจาระแข็ง อาการเจ็บรอบทวารหนักลดลงหลังใช้ยาเหน็บและแช่ก้น ผู้ป่วยดื่มน้ำได้ประมาณ 1,500–2,800 มล./วัน และรับประทานผักผลไม้เพิ่มขึ้น มีการเคลื่อนไหวร่างกายมากขึ้น ส่งผลให้ระบบขับถ่ายทำงานดีขึ้น ไม่มีอาการแทรกซ้อนจากภาวะท้องผูก

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 5 วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยด้วยโรคที่รักษาไม่หาย กลัวสังคม และครอบครัวไม่ยอมรับ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยบอกว่า “เครียด กังวล ไม่สบายใจ” เมื่อพูดถึงการกลับไปใช้ชีวิตตามปกติหลังจากออกจากโรงพยาบาล
2. มีท่าทางครุ่นคิด เจ็บใจ ไม่รู้เรื่อง สิ้นน้ำแครงเครียด ไม่สบตา ขาดความมั่นใจ
3. ผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งเป็นโรคที่มีความอ่อนไหวต่อการตีตราจากสังคม และอาจมีผลต่อความรู้สึกมีคุณค่าในตนเอง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยสามารถลดระดับความเครียด ความวิตกกังวล และรับมือกับความรู้สึกกลัวต่อการถูกปฏิเสธจากครอบครัวและสังคม
- เพื่อเสริมสร้างความมั่นใจในการใช้ชีวิตหลังจากออกจากโรงพยาบาล และสามารถปรับตัวได้อย่างเหมาะสมทั้งทางร่างกายและจิตใจ
- เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถเรียนรู้การดูแลตนเองได้อย่างต่อเนื่องและมีความเข้าใจในโรคของตนเอง

ระบบการพยาบาล ระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยมีความเครียดลดลง ใบหน้าผ่อนคลาย ท่าที่แสดงความวิตกกังวลลดลง
2. ให้ความร่วมมือในการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดี โดยเริ่มจากการพูดคุยทักทายอย่างสม่ำเสมอ สื่อสารอย่างเปิดใจ ใช้น้ำเสียงนุ่มนวล
2. ให้การดูแลด้วยความจริงใจและเห็นอกเห็นใจ เช่น พูดคุยด้วยความอ่อนโยน ให้กำลังใจและไม่ตัดสินผู้ป่วยจากภาวะโรคที่เป็น
3. เปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก โดยจัดเวลาและสภาพแวดล้อมที่เอื้อต่อการพูดคุย เช่น ห้องพักที่เป็นส่วนตัว มีบรรยากาศผ่อนคลาย พร้อมทั้งรับฟังอย่างตั้งใจโดยไม่แสดงอคติ
4. ให้ข้อมูลความรู้เกี่ยวกับโรค HIV โรคเอดส์ถึงโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ในลักษณะที่เหมาะสมกับระดับความเข้าใจของผู้ป่วย เช่น การสอนโดยใช้สื่อภาพ หรือการพูดแบบง่าย ๆ เพื่อให้ผู้ป่วยเข้าใจการดูแลตนเองและลดความกลัว
5. แนะนำเทคนิคการผ่อนคลายจิตใจ เช่น ผีการหายใจลึก ๆ การทำสมาธิ ฟังเพลงที่ผู้ป่วยชอบอ่านหนังสือธรรมะ ไหว้พระ สวดมนต์ เพื่อช่วยลดความตึงเครียด
6. จัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการพักผ่อน เช่น ลดเสียงรบกวน ดูแลให้ห้องพักสะอาด สงบ และมีบรรยากาศอบอุ่นปลอดภัย
7. ส่งเสริมบทบาทของครอบครัว โดยเปิดโอกาสให้ญาติเข้ามาพูดคุยให้กำลังใจ แนะนำวิธีการสนับสนุนผู้ป่วย ทั้งด้านร่างกายและจิตใจ
8. เตรียมความพร้อมก่อนจำหน่าย โดยให้ความรู้แก่ผู้ป่วยและญาติร่วมกัน วางแผนดูแลต่อเนื่องหลังจากออกจากโรงพยาบาล เช่น การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อ การติดตามอาการ
9. ติดตามภาวะจิตใจ สังเกตการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ เช่น ซึมเศร้า กังวล ซ่อนตัว หรือร้องไห้บ่อย

หากพบว่าผู้ป่วยมีความเครียดหรือซึมเศร้าในระดับมาก อาจประสานนักจิตวิทยาหรือนักสังคมสงเคราะห์ เข้าร่วมดูแล

การประเมินผล

หลังจากได้รับการดูแล ผู้ป่วยมีใบหน้าผ่อนคลายมากขึ้น มีรอยยิ้มระหว่างการสนทนา แสดงออกถึงความโล่งใจเมื่อได้ระบายความรู้สึก ผู้ป่วยกล่าวว่ารู้สึกดีขึ้นเล็กน้อยหลังจากได้รับฟังและพูดคุยกับพยาบาล แต่อย่างไรก็ตาม ยังมีความวิตกกังวลเมื่อต้องกลับเข้าสู่สังคม โดยเฉพาะเรื่องการยอมรับจากครอบครัวและคนรอบข้าง ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการรักษาอย่างดี รับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตั้งใจฟังคำอธิบาย และสามารถตอบคำถามพื้นฐานเกี่ยวกับการดูแลตนเองได้ รวมถึงมีท่าทีพร้อมจะกลับบ้านโดยมีแผนดูแลร่วมกับครอบครัวอย่างเหมาะสม

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 6 มีภาวะวิตกกังวล กลัวภาพลักษณ์เปลี่ยนแปลงเนื่องจากมีตุ่มผื่นขึ้นบริเวณใบหน้า และลำตัว

ข้อมูลสนับสนุน

1. มีผื่น ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า แขน ขา ลำตัว
2. ผู้ป่วยถามบ่อยว่า “แผลที่ใบหน้า ตามร่างกายจะเป็นแผลเป็นหรือไม่”
3. มีสีหน้าท่าทางซึมเศร้า เวลาพูดคุยจะปกปิดแผลตุ่มหนอง

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถยอมรับการเปลี่ยนแปลงของร่างกายและภาพลักษณ์ที่เกิดขึ้นได้
2. เพื่อลดพฤติกรรมปกปิดแผลหรือแสดงความอายต่อรูปลักษณ์ของตนเอง
3. เพื่อส่งเสริมความมั่นใจในการสื่อสารและปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น ให้ผู้ป่วยกล้าพูดคุยมากขึ้น มีสีหน้าท่าทางผ่อนคลาย

ทำทางผ่อนคลาย

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยสามารถพูดถึงความรู้สึกเกี่ยวกับภาพลักษณ์ของตนเองได้อย่างเปิดเผย
2. ผู้ป่วยมีพฤติกรรมลดการปกปิดแผลบริเวณใบหน้าและร่างกาย
3. ผู้ป่วยแสดงท่าทางมั่นใจมากขึ้น ยิ้มบ่อยขึ้น พูดคุยได้คล่องตัว และแสดงออกถึงความพึงพอใจในตนเอง

4. บุคคลในครอบครัวหรือผู้ดูแลมีความเข้าใจ และสามารถสนับสนุนด้านจิตใจให้แก่ผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสม

ระบบการพยาบาล ระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยเกี่ยวกับตนเอง โดยการสอบถามอย่างอ่อนโยนเกี่ยวกับความรู้สึกต่อรูปลักษณ์ปัจจุบัน เช่น ความกังวล ความอาย ความไม่มั่นใจ
2. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยได้ระบายความรู้สึก โดยใช้ทักษะการฟังอย่างตั้งใจ ให้เวลาพูดคุย และไม่แสดงท่าทีตัดสิน เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกปลอดภัยในการแสดงออก
3. ให้ความรู้เกี่ยวกับโรคและพยาธิสภาพของผื่น โดยอธิบายว่าผื่นและตุ่มหนองเป็นอาการชั่วคราวของโรคผิวหนัง ซึ่งส่วนใหญ่เมื่อหายจะไม่ทิ้งรอยแผลเป็นถ้าได้รับการดูแลที่เหมาะสม
4. แนะนำวิธีการดูแลผิวหนังอย่างเหมาะสม เช่น การใช้ burrow's solution ตามคำสั่งแพทย์เพื่อช่วยให้แผลแห้งเร็ว ลดโอกาสเกิดรอยแผลเป็น
5. ส่งเสริมการมองตนเองในเชิงบวก โดยชี้ให้เห็นคุณค่าและจุดแข็งอื่น ๆ ของตนเองที่ไม่เกี่ยวกับ

รูปลักษณะ เช่น ความสามารถในการทำงาน ความมุ่งมั่น ความอดทน

6. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิด โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับผลกระทบทางอารมณ์ที่ผู้ป่วยเผชิญ และวิธีให้กำลังใจ เช่น การพูดให้กำลังใจ สัมผัสที่ปลอดภัย หรือการอยู่เคียงข้าง

7. ประเมินความพร้อมทางจิตใจของผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง หากพบว่าผู้ป่วยยังมีความเครียดหรือซึมเศร้า อาจพิจารณาส่งต่อให้นักจิตวิทยาหรือทีมสุขภาพจิต

8. จัดสภาพแวดล้อมในหอผู้ป่วยให้เป็นมิตรและปลอดภัย เช่น ลดการจ้องมองหรือคำถามจากบุคคลภายนอกที่อาจทำให้ผู้ป่วยอาย และจัดกิจกรรมเบา ๆ ที่ช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกเป็นส่วนหนึ่งของสังคม

การประเมินผล

ผู้ป่วยเริ่มแสดงพฤติกรรมยอมรับสภาพลักษณะของตนเองมากขึ้น โดยลดการใช้มือปกปิดใบหน้า เมื่อพูดคุย ใบหน้าสดใสขึ้น มีรอยยิ้มระหว่างการสื่อสาร และสามารถพูดถึงความรู้สึกของตนเองได้มากขึ้น ผู้ป่วยกล่าวว่า “แผลน่าจะค่อย ๆ ดีขึ้น” และยอมรับว่ามีความกังวลน้อยลง หลังได้รับการอธิบายและดูแลแผลอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยให้ความร่วมมือในการดูแลแผลตามคำแนะนำ ใช้ burrow's solution อย่างต่อเนื่องและเข้าใจว่าแผลจะจางลงเมื่อเวลาผ่านไป

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 7 มีภาวะโรคแทรกซ้อนจากโรคติดเชื้อฉวยโอกาสฝัฒาสิงเนื่องจากมีภาวะภูมิคุ้มกันต่ำและขาดความรู้ในการดูแลตนเอง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผลตรวจ PCR for Monkeypox virus (Pennis) พบสารพันธุกรรมของเชื้อ Monkeypox virus สายพันธุ์ West African Clade (Ct=27.95)
2. ติดเชื้อเอชไอวี ค่า CD4 =110 Cell/mm³ ซึ่งจัดอยู่ในระดับเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส
3. ติดเชื้อซิฟิลิส VDRL Reactive titer 1:1
4. ผลตรวจ WBC 10,700 cells/cumm.
5. มีผื่น ตุ่มหนองบริเวณใบหน้า ปาก หน้าอก แขน ขา ฝ่ามือ ฝ่าเท้าทั้งสองข้าง อวัยวะเพศ ทวารหนัก

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาสเพิ่มเติม
- เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีความรู้ ความเข้าใจ และสามารถดูแลตนเองได้อย่างเหมาะสม
- เพื่อให้ผู้ป่วยมีพฤติกรรมสุขภาพที่ช่วยเสริมภูมิคุ้มกัน และลดความเสี่ยงต่อการติดเชื้อในอนาคต

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยไม่มีอาการแสดงของการติดเชื้อฉวยโอกาสในระบบต่าง ๆ เช่น ทางเดินหายใจ ทางเดินอาหาร หรือทางเดินปัสสาวะ
- น้ำหนักตัวคงที่หรือเพิ่มขึ้นตามเกณฑ์
- สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ T < 37.5°C, P 60–100 bpm, R 16–20 ครั้ง/นาที
- ไม่มีเสียงผิดปกติจากการฟังปอด และผลเอกซเรย์ทรวงอกปกติ
- ค่า WBC อยู่ในช่วง 4,500–9,000 cells/cumm
- ค่า CD4 เพิ่มขึ้นสู่ระดับ ≥ 529 cells/cu.mm หลังการติดตามผล
- ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อ และแสดงพฤติกรรมที่เหมาะสมได้

ระบบการพยาบาล ระบบทดแทนบางส่วน และระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้ความรู้เรื่องโรคและการดำเนินของโรค ทั้งเอชไอวี ฝัฒาสิง และซิฟิลิส รวมถึงการติดต่อ

การป้องกัน การดูแลแผล และความสำคัญของการควบคุมการแพร่เชื้อ

2. แนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง เช่น การอยู่ในสถานที่แออัด การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ และการมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน

3. แนะนำการดูแลสุขอนามัยส่วนบุคคล เช่น การอาบน้ำอย่างถูกวิธี เลือเสื้อผ้าและของใช้ส่วนตัว ต้องสะอาด การจัดสภาพแวดล้อมให้ปลอดภัย

4. ส่งเสริมโภชนาการที่เหมาะสม โดยให้ข้อมูลเกี่ยวกับอาหารที่มีประโยชน์และส่งเสริมภูมิคุ้มกัน เช่น อาหารที่มีโปรตีนสูง ผัก ผลไม้ และดื่มน้ำสะอาดเพียงพอ

5. ให้คำแนะนำเรื่องการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัย เช่น การใช้ถุงยางอนามัยทุกครั้งแม้ไม่มีอาการ และการงดเว้นเพศสัมพันธ์ในช่วงที่มีอาการติดเชื้อรุนแรง

6. ติดตามและส่งเสริมการรับประทานยาต้านไวรัส (ART) ให้ตรงเวลาและสม่ำเสมอ เพื่อควบคุม viral load และเพิ่มระดับ CD4

7. ติดตามอาการแสดงของโรคแทรกซ้อนอย่างใกล้ชิด เช่น ไข้สูง เสียงผิดปกติจากปอด ท้องเสียหากพบ ให้รายงานแพทย์ทันที

8. ส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีส่วนร่วมในการดูแลตนเอง เช่น การจดบันทึกอาการ การมาตรวจตามนัด พุดคุย เปิดใจเกี่ยวกับพฤติกรรมสุขภาพ

การประเมินผล

ผู้ป่วยติดเชื้อฉีดาซิง มีภาวะของโรคซิฟิลิส ผู้ป่วยไม่มีอาการหรืออาการแสดงของการติดเชื้อฉวยโอกาสในระบบทางเดินหายใจ ทางเดินปัสสาวะ และทางเดินอาหาร T 36.8-38.2°C, P 72-94 bpm, R 18-20, O₂sat 99-100% ผู้ป่วยสามารถบอกวิธีการป้องกันการติดเชื้อ การดูแลตนเองได้ถูกต้อง และบอกว่า จะพยายามลดการสูบบุหรี่ และดื่มแอลกอฮอล์ให้น้อยลง ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการในวันแรก WBC 10,700 cells/cumm สูงเล็กน้อย ซึ่งเป็นภาวะของร่างกายที่ตอบสนองต่อการอักเสบ หรือมีการติดเชื้อที่พบบ่อย คือ การติดเชื้อแบคทีเรีย หรือไวรัส ทำให้ร่างกายมีการสร้างเม็ดเลือดขาวเพิ่มมากขึ้นเพื่อกำจัดเชื้อโรค ต่อมาค่า WBC อยู่ในระดับปกติ 8,400 cells/cumm

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 8 มีโอกาสดื้อยาต้านไวรัสเพิ่มขึ้น จากการรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยติดเชื้อไวรัสเอชไอวี และขาดการรับประทานยา 2 เดือน ที่ผ่านมารับประทานยาไม่ต่อเนื่อง ไม่สม่ำเสมอ
2. CD4 count 110 cell/mm³

วัตถุประสงค์การพยาบาล

- เพื่อป้องกันไม่ให้เกิดการดื้อยาต้านไวรัส และป้องกันการเกิดโรคแทรกซ้อนจากการติดเชื้อฉวยโอกาส
- เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยมีวินัยในการรับประทานยาอย่างต่อเนื่องและตรงเวลา

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัสสม่ำเสมอ ตรงเวลา
- ค่า CD4 count > 200 cell/mm³, Viral load (VL) < 50 copies/ml หรือตรวจไม่พบ
- ผู้ป่วยสามารถ อธิบายผลเสียของการไม่รับประทานยา ได้อย่างถูกต้อง
- ญาติหรือผู้ดูแลสามารถ ร่วมติดตามการใช้ยา ได้อย่างเหมาะสม

ระบบการพยาบาล ระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำและเน้นย้ำ ความสำคัญของการรับประทานยาอย่างสม่ำเสมอ ตรงเวลา และต่อเนื่อง
2. อธิบายถึงผลกระทบจากการรับประทานยาไม่สม่ำเสมอ เช่น การดื้อยา การสูญเสียประสิทธิภาพของยาต้านไวรัส การเพิ่มความเสี่ยงต่อโรคแทรกซ้อนและการแพร่เชื้อ
3. ประเมินปัญหาอุปสรรค ที่ทำให้ผู้ป่วยไม่รับประทานยา เช่น ลืมยา ไม่มีญาติช่วยเตือน มีภาวะซึมเศร้า หรือมีผลข้างเคียงจากยา
4. ส่งเสริมการมีส่วนร่วมของญาติหรือผู้ดูแล ในการกำกับการใช้ยา และให้ความรู้ในการสังเกตอาการผิดปกติของผู้ป่วย
5. จัดเตรียมแผนการจำหน่าย ร่วมกับญาติ โดยเน้นการวางแผนชีวิตประจำวันที่เกี่ยวข้องกับการรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง
6. แนะนำผู้ป่วยว่า หากจำเป็นต้อง เดินทางไกลหรือทำงานต่างจังหวัด สามารถแจ้งโรงพยาบาลเพื่อใช้บริการส่งยาต้านไวรัสทางไปรษณีย์ หรือโอนสิทธิ์การรับยาชั่วคราว
7. ให้ข้อมูลแหล่งสนับสนุน เช่น สายด่วนให้คำปรึกษา คลินิก ARV กลุ่มผู้ติดเชื้อที่ให้การสนับสนุนด้านจิตใจและแนวทางการปรับตัว

การประเมินผล

ผู้ป่วยและญาติเข้าใจถึงความสำคัญของการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง สามารถอธิบายผลเสียของการหยุดยา เช่น การดื้อยา การเกิดโรคฉวยโอกาส และการแพร่กระจายเชื้อ ผู้ป่วยรับปากจะรับประทานยาอย่างเคร่งครัด โดยมีญาติช่วยติดตาม วางแผนการรับยาในอนาคตร่วมกับเจ้าหน้าที่โรงพยาบาลแล้ว

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลข้อที่ 9 รู้สึกหมดหวังต่อการรักษาและความหมายของชีวิตเนื่องจากมีหลายโรคร่วมเรื้อรังและภาวะติดเชื้อ

ข้อมูลสนับสนุน

1. ผู้ป่วยติดเชื้อเรื้อรังหลายโรค ได้แก่ เอชไอวี ฝีดาษขลิ และซิฟิลิส
2. ค่า CD4 ต่ำ (110 cell/mm³) บ่งชี้ว่าระบบภูมิคุ้มกันอ่อนแอ
3. มีภาวะติดเชื้อฉวยโอกาส (ผื่นหนองบริเวณทั่วร่างกาย)
4. ผู้ป่วยแสดงออกทางสีหน้า/ท่าทางว่า รู้สึกหมดหวัง เบื่อหน่าย ไม่อยากพูดคุยเกี่ยวกับอนาคต
5. พุดแสดงความกังวล เช่น "ไม่รู้จะรักษาไปทำไม" หรือ "คงดีขึ้นไม่ได้"

วัตถุประสงค์การพยาบาล

1. ผู้ป่วยสามารถแสดงออกถึงความหวังหรือเป้าหมายในชีวิต
2. ผู้ป่วยมีแรงจูงใจในการดูแลตนเองและปฏิบัติตามแผนการรักษา
3. ผู้ป่วยสามารถมองเห็นคุณค่าและความหมายของชีวิตในปัจจุบัน

เกณฑ์การประเมินผล

- ผู้ป่วยสามารถระบุเป้าหมายที่ต้องการในชีวิต หรือสิ่งที่ยังอยากทำ
- ผู้ป่วยมีปฏิสัมพันธ์กับพยาบาลมากขึ้น
- สีหน้า ท่าทาง และการสื่อสารแสดงถึงความหวังมากขึ้น
- ผู้ป่วยสามารถบอกแนวทางที่ช่วยให้รู้สึกดีขึ้นทางจิตวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ ฟังธรรม

ระบบการพยาบาล ระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยระบายความรู้สึก กังวล ความกลัว ความหมดหวังโดยไม่ตัดสิน
2. รับฟังอย่างตั้งใจ เพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่ามีคุณค่าและเป็นที่เข้าใจ
3. สอบถามถึงสิ่งที่ผู้ป่วยให้คุณค่าหรือศรัทธา เช่น ศาสนา ความเชื่อ ครอบครัว หรือสิ่งที่เปี่ยมหมายในชีวิต
4. ส่งเสริมการเข้าถึงกิจกรรมที่ช่วยเยียวยาจิตใจวิญญาณ เช่น การสวดมนต์ ฟังธรรม ทำสมาธิ วาดภาพ ฟังเพลง หรือเขียนบันทึกชีวิต
5. ให้กำลังใจด้วยความจริงใจ โดยใช้ให้เห็นพัฒนาการที่ดีขึ้น เช่น แผลแห้งลง ระบบหายใจปกติ ผลเลือดดีขึ้น
6. ให้ผู้ป่วยเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือกลุ่มช่วยเหลือด้านจิตใจ

การประเมินผล

ผู้ป่วยสามารถพูดถึงสิ่งที่อยากทำในอนาคต เช่น กลับไปทำงาน กลับบ้าน ไปเยี่ยมญาติ สีน้าแสดง ความสดใสมากขึ้น ไม่หลีกเลี่ยงการพูดคุยเหมือนเดิม ผู้ป่วยบอกว่า “รู้สึกมีกำลังใจขึ้น” และ “จะพยายามดูแลตนเองให้ดี” ได้ทำกิจกรรมทางศาสนา ด้วยการสวดมนต์ ไหว้พระ นั่งสมาธิ และผู้ป่วยรับประทานยาตามแผนการรักษาโดยไม่ปฏิเสธหรือแสดงความเบื่อหน่าย

ตารางที่ 16 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง โดยใช้ D-METHOD

D-METHOD	รายละเอียด
D – Disease การให้ความรู้เรื่องโรค	ให้คำแนะนำผู้ป่วยและผู้ดูแลเกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิงและเพื่อสร้างความเข้าใจและส่งเสริมการดูแลตนเองที่เหมาะสม ดังนี้ 1. ความรู้เกี่ยวกับโรคเอชไอวี และโรคฝีดาษลิง เป็นโรคติดเชื้อไวรัสที่สามารถแพร่กระจายได้จากการสัมผัสใกล้ชิด เช่น สัมผัสรอยโรคโดยตรง สารคัดหลั่งจากแผล สัมผัสกับสิ่งของที่ปนเปื้อนเชื้อ - ระยะที่สามารถแพร่เชื้อได้ คือ ช่วงที่ยังมีตุ่มหนองหรือผื่นบนผิวหนัง จนกว่าตุ่มจะแห้งตกสะเก็ดหมดและมีผิวหนังปกติแทนที่ 2. ความเสี่ยงในผู้ติดเชื้อเอชไอวีร่วมด้วย - ผู้ป่วยที่มี CD4 ต่ำ (<200 เซลล์/ลบ.มม.) มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อ Mpox ที่มีอาการรุนแรง ชับซ้อน และใช้เวลารักษานาน - ต้องปฏิบัติตามคำแนะนำแพทย์อย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนและลดการแพร่เชื้อไปยังผู้อื่น 3. แนวทางการปฏิบัติตนเพื่อลดการแพร่เชื้อ - หลีกเลี่ยงการสัมผัสรอยโรค ไม่แกะหรือเกาแผล เพื่อป้องกันการแพร่กระจายของเชื้อไปยังบริเวณอื่น - ล้างมือด้วยสบู่หรือเจลแอลกอฮอล์ทุกครั้งหลังสัมผัสสิ่งของหรือร่างกายตนเอง - แยกของใช้ส่วนตัว เช่น ผ้าเช็ดตัว ผ้าปูที่นอน เสื้อผ้า ไม่ใช้ร่วมกับผู้อื่น - หลีกเลี่ยงการมีเพศสัมพันธ์ในช่วงที่ยังมีรอยโรคจนกว่าจะหายสนิท 4. ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อเอชไอวีและการรักษา - เอชไอวีเป็นโรคเรื้อรังที่ควบคุมได้ด้วยการรับประทานยาต้านไวรัสอย่าง

ตารางที่ 16 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉีดยา โดยใช้ D-METHOD (ต่อ)

D-METHOD	รายละเอียด
	สม่ำเสมอ - การไม่รับประทานยาอย่างต่อเนื่องอาจนำไปสู่การดื้อยาและโรคแทรกซ้อน - ผู้ป่วยต้องตระหนักถึงความสำคัญของการดูแลสุขภาพตนเองโดยรับประทานยาให้ครบ ถูกต้อง และตรงเวลา
M - Medication การใช้ยา	ให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยา ดังนี้ 1. ยาที่ต้องรับประทานต่อเนื่องที่บ้าน - ยา Tecovirimat (200 mg) รับประทานครั้งละ 3 เม็ด ทุก 12 ชั่วโมง นาน 14 วัน (ตามคอร์สที่ได้รับในโรงพยาบาล หากยังไม่ครบ ให้ทานต่อจนครบ) เป็นยาด้านไวรัสสำหรับรักษาโรคฝีดาษลิง ควรรับประทานพร้อมอาหารที่มีไขมันเพื่อเพิ่มการดูดซึม ห้ามหยุดยาเองก่อนครบกำหนดแม้อาการจะดีขึ้นแล้ว - ยาด้านไวรัสเอชไอวี ชุด TLD (Tenofovir + Lamivudine + Dolutegravir) วันละ 1 เม็ด รับประทานเวลา 20.00 น. ทุกวัน ห้ามลืมทานยา เนื่องจากการขาดยาอาจนำไปสู่การดื้อยาและภูมิคุ้มกันลดลงหากลืมทานภายใน 12 ชั่วโมง ควรรับประทานทันทีที่นึกได้ แต่หากใกล้เวลาทานรอบต่อไป ให้ข้ามเม็ดที่ลืมไป - Bactrim (Trimethoprim-Sulfamethoxazole) ป้องกันการติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น Pneumocystis jirovecii ให้ทานตามแผนที่แพทย์จัดไว้ อย่างต่อเนื่อง - Omeprazole ป้องกันกรดไหลย้อน/แผลในกระเพาะ ควรรับประทานก่อนอาหาร - Ibuprofen / Paracetamol รับประทานเมื่อมีอาการปวดหรือมีไข้ ตามคำแนะนำแพทย์ - Tramadol และ Atarax ใช้เฉพาะเมื่อมีอาการปวดหรือคันรบกวน ควรใช้ด้วยความระมัดระวังและภายใต้การติดตาม 2. แนวทางการใช้ยาอย่างปลอดภัย - จัดยาให้เหมาะสมกับเวลาแต่ละมื้อ และแนะนำให้ใช้กล่องแบ่งยา เพื่อช่วยป้องกันการลืมยา - หลีกเลี่ยงแอลกอฮอล์หรือสารเสพติด เพราะอาจลดประสิทธิภาพของยาและเพิ่มผลข้างเคียงต่อตับ - หากมีอาการผิดปกติ เช่น ผื่นลมพิษ คลื่นไส้ อาเจียนอย่างรุนแรง หรืออาการแพ้ยา ควรรีบมาพบแพทย์ 3. การติดตามผลการใช้ยา - นัดติดตามเพื่อประเมินผลการรักษาเอชไอวีและการหายของแผลฝีดาษลิงที่โรงพยาบาลประกันสังคมตามที่แพทย์นัด - ตรวจเลือดซ้ำเพื่อประเมินค่า CD4, Viral Load การทำงานของตับ และระดับเลือดอื่น ๆ อย่างต่อเนื่อง

ตารางที่ 16 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฉี่ตาขลิ้ง โดยใช้ D-METHOD (ต่อ)

D-METHOD	รายละเอียด
E – Environment สิ่งแวดล้อม	จัดสิ่งแวดล้อมของผู้ป่วยให้เหมาะสมต่อการแยกตัวและลดความเสี่ยงต่อการแพร่กระจายเชื้อ ดังนี้ 1. สิ่งแวดล้อมที่บ้าน - ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการจัดพื้นที่พักอาศัยแยกจากผู้อื่น (หากอยู่ร่วมกับผู้อื่น) โดยเฉพาะในช่วงที่ยังมีรอยโรคหรือสะเก็ดไม่หลุด - หลีกเลี่ยงการใช้ของใช้ส่วนตัวร่วมกัน เช่น ผ้าเช็ดตัว เสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน ถ้วย ชาม ช้อนส้อม - ซักเสื้อผ้า ผ้าปูที่นอน และของใช้ส่วนตัวด้วยน้ำร้อนและผงซักฟอก เพื่อฆ่าเชื้อไวรัสที่อาจตกค้าง 2. การจัดการสิ่งแวดล้อมเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ - ทำความสะอาดพื้น ผนัง สุขภัณฑ์ ด้วยน้ำยาฆ่าเชื้ออย่างสม่ำเสมอ - แยกขยะติดเชื้อ เช่น ผ้าเช็ดแผล สำลี หรือวัสดุที่เปื้อนสารคัดหลั่งในถุงปิดสนิทก่อนทิ้ง - หลีกเลี่ยงการเลี้ยงสัตว์ใกล้ชิด โดยเฉพาะสัตว์ตระกูลฟันแทะ เช่น หนู กระรอก ที่ไวต่อไวรัส 3. การสังเกตและป้องกันคนรอบข้าง - แจ้งสมาชิกในครอบครัวหรือผู้ใกล้ชิดให้หลีกเลี่ยงการสัมผัสกับรอยโรคหรือสารคัดหลั่งของผู้ป่วย - หากมีผู้ดูแล ควรให้ความรู้เรื่องการใส่ถุงมือและล้างมืออย่างถูกวิธีเมื่อดูแลแผลหรือสัมผัสตัวผู้ป่วย - หากมีเด็ก ผู้สูงอายุ หรือผู้มีภูมิคุ้มกันต่ำในบ้าน ควรแยกผู้ป่วยให้อยู่คนละพื้นที่ชัดเจน 4. การใช้สุขภัณฑ์และการขับถ่าย - ให้ผู้ป่วยใช้ห้องน้ำแยกจากผู้อื่น หากเป็นไปได้ หรือทำความสะอาดทุกครั้งหลังใช้งาน - ให้ใช้น้ำยาฆ่าเชื้อเช็ดฝารองนั่ง โถปัสสาวะ และพื้นห้องน้ำเป็นประจำ
T – Treatment การรักษาต่อเนื่อง	การจัดระบบเพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการรักษาโรคฉี่ตาขลิ้งและการติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีประสิทธิภาพ มีแนวทางดังนี้ 1. การติดตามจากระบบบริการสุขภาพ - นัดหมายเพื่อติดตามอาการและประเมินผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอที่คลินิกเฉพาะทาง เช่น คลินิกเอชไอวีและคลินิกโรคติดต่ออุบัติใหม่ - เฝ้าระวังและประเมินพัฒนาการของรอยโรค การตอบสนองต่อการรักษา และการเกิดภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน - ติดตามผลเลือด เช่น CD4, Viral load และผลการใช้ยา Tecovirimat (กรณีได้รับยา)

ตารางที่ 16 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์ โดยใช้ D-METHOD (ต่อ)

D-METHOD	รายละเอียด
	2. การประสานงานในชุมชน - ประสานหน่วยงานสาธารณสุขท้องถิ่นเพื่อสนับสนุนการดูแลผ่านระบบเยี่ยมบ้าน (Home Visit) หรือระบบโทรติดตาม (Telehealth) - จัดหาอุปกรณ์พื้นฐานในการดูแลบาดแผล เช่น ผ้าก๊อซ ยาฆ่าเชื้อ น้ำเกลือ และถุงมือชนิดใช้แล้วทิ้ง - พิจารณาสันนิษฐานผู้ช่วยดูแลสุขภาพในกรณีที่ผู้ป่วยมีภาวะพึ่งพิงสูง หรือไม่ สามารถดูแลตนเองได้ 3. การฝึกทักษะการดูแลตนเอง - ให้คำแนะนำและฝึกทักษะการดูแลบาดแผล เช่น วิธีทำความสะอาด การใช้ยาทาภายนอก และการป้องกันการแพร่เชื้อจากตุ่มผื่น - สนับสนุนการออกกำลังกายเบา ๆ ในช่วงฟื้นตัว เพื่อเสริมสร้างสมรรถภาพร่างกายและลดความเครียด
H – Health Care การฟื้นฟูสุขภาพ	มุ่งเน้นการเสริมสร้างสุขภาพและส่งเสริมการฟื้นตัวของผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์และมีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง 1. การเสริมสร้างภูมิคุ้มกัน - สนับสนุนให้ผู้ป่วยรับประทานยาต้านไวรัส (TLD) อย่างต่อเนื่องและตรงเวลา - กระตุ้นให้มาพบแพทย์ตามนัดเพื่อตรวจระดับ CD4 และ Viral load - ส่งเสริมการได้รับวัคซีนที่จำเป็น เช่น วัคซีนไวรัสตับอักเสบบี วัคซีนไข้หวัดใหญ่ วัคซีนป้องกันปอดอักเสบ ตามแนวทางผู้ติดเชื้อเอชไอวี 2. การดูแลภาวะโภชนาการ - แนะนำให้รับประทานอาหารที่มีคุณค่าทางโภชนาการ ครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะ โปรตีน ธาตุเหล็ก วิตามิน B12 และโฟเลต เพื่อฟื้นฟูภาวะโลหิตจางและภาวะโภชนาการบกพร่อง - หากน้ำหนักตัวต่ำ ให้จัดโปรแกรมอาหารเพิ่มพลังงานและโปรตีน - หากจำเป็น ส่งต่อพนักโภชนาการเพื่อวางแผนอาหารเฉพาะราย 3. การพักผ่อนและการออกกำลังกาย - สนับสนุนให้พักผ่อนให้เพียงพออย่างน้อยวันละ 6–8 ชั่วโมง - เมื่ออาการดีขึ้นให้เริ่มกิจกรรมเบา ๆ เช่น เดินหรือยืดเหยียด เพื่อเพิ่มสมรรถภาพร่างกาย 4. การดูแลสุขอนามัย - แนะนำให้ล้างมือบ่อย ๆ และอาบน้ำทำความสะอาดร่างกายอย่างน้อยวันละ 2 ครั้ง โดยใช้ผลิตภัณฑ์ที่ไม่ระคายเคืองผิว เช่น Hibiscrub - หลีกเลี่ยงการแกะหรือเกาตุ่มผื่น เพื่อป้องกันการติดเชื้อแทรกซ้อน - ใช้ Burrow solution เช็ดแผล และ warm sitz bath เพื่อช่วยบรรเทาอาการและส่งเสริมการหายของแผล 5. การส่งเสริมสุขภาพจิต

ตารางที่ 16 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง โดยใช้ D-METHOD (ต่อ)

D-METHOD	รายละเอียด
	- ประเมินภาวะซึมเศร้า วิตกกังวล และความรู้สึกสิ้นหวังอย่างต่อเนื่อง - ส่งต่อให้จิตแพทย์หรือคลินิกสุขภาพจิตในกรณีที่พบความผิดปกติ - สนับสนุนให้เข้าร่วมกลุ่มช่วยเหลือหรือกลุ่มสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเสริมสร้างแรงจูงใจและความหวังในการดูแลตนเอง - แนะนำบริการฟื้นฟูสมรรถภาพในชุมชน เช่น คลินิก ARV คลินิกโรคผิวหนัง คลินิกเวชกรรมสังคม - ประเมินความจำเป็นในการช่วยเหลือด้านสวัสดิการ เช่น สิทธิบัตรทอง บัตรประกันสุขภาพ การช่วยเหลือฉุกเฉิน คำแนะนำเชิงจิตใจ และการเข้าถึงการรักษา - ส่งต่อกรณีมีอาการแทรกซ้อน เช่น ติดเชื้อแบคทีเรียจากตุ่มหนอง หรืออาการทางระบบประสาท
O – Observation การส่งต่อผู้ป่วยและการนัดหมาย	การให้ข้อมูลที่ชัดเจนเกี่ยวกับการนัดหมายตรวจและการส่งต่อผู้ป่วยเป็นสิ่งสำคัญในการรักษาโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดเชื้อฝีดาษลิงให้มีความต่อเนื่อง โดยควรให้ความรู้แก่ผู้ป่วยในเรื่องต่างๆ ดังนี้ 1. การส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่อง - ส่งต่อผู้ป่วยกลับไปยังโรงพยาบาลต้นสังกัดในระบบประกันสังคม เพื่อรับการรักษาและติดตามผลอย่างต่อเนื่อง - แนบเอกสารประวัติการรักษา ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ และแผนการรักษาที่ได้รับในระหว่าง Admit ให้กับโรงพยาบาลปลายทาง 2. การนัดหมายเพื่อติดตามสุขภาพ - นัดติดตามการรักษาตามแพทย์สั่ง ได้แก่ - นัดตรวจติดตาม CD4 และ HIV Viral Load ภายใน 1-3 เดือนหลังกลับบ้าน - นัดตรวจและติดตามผลการรักษาฝีดาษลิง (Mpox) ว่ามีภาวะแทรกซ้อนหรือการกลับมาเป็นซ้ำหรือไม่ - นัดตรวจการทำงานของตับ (LFT) และผลเลือดอื่น ๆ เพื่อประเมินผลข้างเคียงจากยาต้านไวรัส - นัดประเมินสุขภาพจิต หากมีแนวโน้มวิตกกังวลหรือซึมเศร้า 3. การสื่อสารและประสานงาน - ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในโรงพยาบาลต้นสังกัด ได้แก่ แพทย์พยาบาล เภสัชกร นักโภชนาการ และนักสังคมสงเคราะห์ - หากผู้ป่วยไม่มีญาติใกล้ชิดหรือมีปัญหาสังคม ให้ส่งต่อหน่วยงานสนับสนุน เช่น ศูนย์บริการผู้ติดเชื้อเอชไอวีหรือมูลนิธิที่ให้การช่วยเหลือผู้ป่วยโรคเรื้อรัง - หากผู้ป่วยไม่สามารถมาตามนัดหมายได้ ควรมีการติดต่อเพื่อเปลี่ยนแปลงวันนัดหมาย หรือส่งต่อผู้ป่วยไปยังสถานพยาบาลที่ใกล้เคียง 4. การประสานงานกับผู้ป่วยและครอบครัว - สนับสนุนให้ผู้ป่วยมานัดหมายตามที่กำหนด เพื่อให้การรักษาและการติดตาม

ตารางที่ 16 การวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง โดยใช้ D-METHOD (ต่อ)

D-METHOD	รายละเอียด
	ผลดำเนินไปได้อย่างราบรื่น - ให้คำแนะนำและสนับสนุนครอบครัวหรือผู้ดูแลในการช่วยเหลือและสนับสนุนผู้ป่วยให้มานัดหมายตามกำหนด
D – Diet อาหาร	1. แนวทางการรับประทานอาหารเพื่อเสริมภูมิคุ้มกัน - ส่งเสริมให้รับประทานอาหารครบ 5 หมู่ โดยเฉพาะอาหารที่มีโปรตีนสูง เช่น ไข่ เนื้อปลา ถั่วเหลือง เต้าหู้ เพื่อช่วยซ่อมแซมเนื้อเยื่อและฟื้นฟูภูมิคุ้มกัน - แนะนำให้บริโภคผักและผลไม้สดที่สะอาดให้เพียงพอ เพื่อเสริมวิตามินและแร่ธาตุที่จำเป็น เช่น วิตามินซี วิตามินเอ เหล็ก และโฟเลต - รับประทานอาหารที่มีธาตุเหล็กสูง เช่น เลือดสัตว์ ตับ ผักใบเขียว เพื่อบรรเทาภาวะโลหิตจางจากการขาดธาตุเหล็ก - ดื่มน้ำสะอาดวันละอย่างน้อย 6–8 แก้ว เพื่อช่วยขับของเสียและลดไข้ 2. ข้อควรระวังด้านโภชนาการ - หลีกเลี่ยงอาหารกึ่งสุกกึ่งดิบ หรืออาหารที่ไม่ผ่านการปรุงสุกอย่างถูกสุขลักษณะ เพื่อป้องกันการติดเชื้อซ้ำ - หลีกเลี่ยงอาหารไขมันสูง อาหารทอด และอาหารรสจัด เพื่อลดภาระการทำงานของตับซึ่งอาจอักเสบจากไวรัสตับอักเสบบี - หลีกเลี่ยงเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ เนื่องจากส่งผลต่อภูมิคุ้มกันและทำให้ตับอักเสบรุนแรงขึ้น 3. การดูแลพิเศษ - หากมีแผลในปากจากตุ่มฝีดาษลิง แนะนำให้รับประทานอาหารอ่อน เคี้ยวง่าย และหลีกเลี่ยงอาหารร้อนจัดหรือเผ็ด - หากเบื่ออาหารจากยา ให้จัดอาหารมื้อเล็ก ๆ บ่อยครั้ง และกระตุ้นความอยากอาหารด้วยการจัดอาหารให้มีสีสันและกลิ่นน่ารับประทาน - พิจารณาจัดอาหารเสริม เช่น อาหารทางการแพทย์ (Medical food) หรือวิตามินเสริม ในกรณีที่ผู้ป่วยขาดสารอาหารหรือมีภูมิต้านทานบกพร่อง - ประสานนักโภชนาการในกรณีที่ต้องวางแผนโภชนาการเฉพาะราย

4.2 แนวทางการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฝีดาษลิง

เนื่องจากโรคติดเชื้อเอชไอวีและโรคฝีดาษลิง เป็นโรคที่มีการเจ็บป่วยเรื้อรังมีความเฉพาะเจาะจง ซึ่งผลของความเจ็บป่วยกระทบต่อตัวผู้ป่วยเองทั้งด้าน ร่างกาย จิตใจ กระทบต่อบุคคลในครอบครัวและสังคม การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีต้องอาศัยความร่วมมือจากหลายฝ่าย โดยเฉพาะตัวผู้ป่วยต้องมีความรับผิดชอบ ในการดูแลตนเองให้ได้รับการรักษา สามารถเผชิญกับการเปลี่ยนแปลงที่เกิดขึ้นได้ทั้งทางร่างกาย รับมือกับภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้น ทางจิตใจ รับมือกับการเปลี่ยนแปลงทางอารมณ์ และสภาพสังคม โดยผู้ป่วยควรต้องมีสติ มีขวัญกำลังใจ มีมุมมองใหม่ในมุมมอง ปรับวิธีคิดเพื่อสร้างกำลังใจและคุณค่าให้ตนเอง ปรึกษาทีมสุขภาพเพื่อรับคำแนะนำในการดูแลตนเองเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อไปสู่บุคคลอื่นๆ และชะลอ ระวัง เชื้อไม่ให้รุนแรงเพิ่มมากขึ้น มีแนวทาง ดังนี้

1. ให้คำแนะนำผู้ป่วยในการดูแลรักษาสุขภาพด้านร่างกาย จิตใจของตนเองให้เข้มแข็ง ได้แก่ การรับประทานยาให้ครบ สม่าเสมอ ไม่ขาดยา การรับประทานอาหารที่มีประโยชน์ ออกกำลังกาย การพักผ่อนให้เพียงพอ ดึงสิ่งเสพติด เช่น การสูบบุหรี่ การดื่มแอลกอฮอล์ เพื่อให้ร่างกายสามารถสร้างภูมิคุ้มกันได้เพิ่มมากขึ้น

2. เมื่อพบอาการผิดปกติควรรีบไปพบแพทย์ หรือปรึกษาผู้เชี่ยวชาญ

3. หลีกเลี่ยงพฤติกรรมที่จะทำให้ได้รับเชื้อเพิ่ม เช่น การเปลี่ยนคู่นอนบ่อยๆ รมัถระวังการถูกของมีคมบาด หรือถูกเข็มทิ่มตำ เนื่องจากเชื้อไวรัสเอชไอวี จะเพิ่มจำนวนเซลล์ที่ถูกกระตุ้น (Active T cells) เมื่อระบบภูมิคุ้มกันร่างกายถูกกระตุ้นบ่อยๆ เชื้อไวรัสเอชไอวีสามารถเพิ่มจำนวนมากขึ้น ทำให้เป็นโรคเอดส์เร็วยิ่งขึ้น

5. ควรป้องกันการแพร่เชื้อสู่คู่นอน โดยใช้ถุงยางอนามัยเมื่อมีเพศสัมพันธ์ทุกครั้ง ควรแยกสิ่งของเครื่องใช้ที่มีโอกาสสัมผัสเลือดและสารคัดหลั่ง เช่น มีดโกน แปรงสีฟัน ที่ตัดเล็บ หวี ที่เป็นของส่วนตัว

6. ผู้ติดเชื้อเอชไอวีพึงระลึกเสมอว่า สามารถคบสมาคมกับผู้อื่นได้ตามปกติ ไม่ควรหลบซ่อนหรือเก็บตัว การพูดคุย สัมผัสตามร่างกายปกติ ไม่สามารถทำให้ผู้อื่นติดโรคได้

7. ไม่ควรเข้าใกล้ผู้ป่วยรายอื่นๆ เพราะผู้ป่วยเอชไอวีมีภาวะภูมิคุ้มกันต้านทานโรคต่ำ จึงอาจทำให้ติดเชื้อได้ง่าย

8. ผู้ป่วยควรปรับความคิดเกี่ยวกับการดำรงชีวิตภายหลังการติดเชื้อ สร้างพลังใจในการดำเนินชีวิตต่ออย่างมีความหวัง มีความสุข เมื่อเกิดปัญหาควรมีสติ ใช้ปัญญาในการแก้ไขปัญหา ไม่มองด้านลบ ปรับทัศนคติเชิงบวก ปรับแบบแผนการดำเนินชีวิตให้เหมาะกับตนเอง

9. ผู้ป่วยควรสนใจ เอาใจใส่ตนเอง รักตนเอง ให้คุณค่าแก่ตนเองเพิ่มมากขึ้น

10. ระบบบริการสุขภาพต้องให้การสนับสนุนและเอื้ออำนวย การจัดระบบส่งต่อที่ดี เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการช่วยเหลืออย่างเพียงพอและต่อเนื่อง ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้รับประโยชน์อย่างเต็มที่ในการมาโรงพยาบาลเป็นระยะๆ การจัดระบบดูแลสุขภาพตามบ้าน การจัดระบบส่งเสริมให้ผู้ป่วยช่วยเหลือดูแลกันและกัน การจัดกลุ่มช่วยเหลือตนเอง

10. หลังจากผู้ป่วยได้รับการรักษาแล้วได้กลับบ้าน ครอบครัวและสังคมเป็นสิ่งที่สำคัญที่จะช่วยดูแลผู้ป่วยต่อ เนื่องจากสิ่งที่ผู้ป่วยต้องการมากที่สุดคือ การยอมรับ การสนับสนุนด้านจิตใจ ช่วยเหลือให้ผู้ป่วยกลับเข้าสู่สังคมได้อย่างปกติ

บทที่ 5

สรุปและอภิปรายผล

5.1 บทสรุป

5.2 อภิปรายผล

5.3 วิจัยและข้อเสนอแนะ

5.1 บทสรุป

จากการศึกษาในกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 29 ปี อาชีพนักแสดงนางรำ ติดเชื้อเอชไอวี และมีการติดเชื้อฉวยโอกาสคือฝีดาษลิง พบว่า ผู้ป่วยรายนี้เข้ารับการตรวจและรักษาที่โรงพยาบาลค่อนข้างเร็ว หลังมีอาการ 4 วัน ทำให้สามารถตรวจพบเชื้อและเริ่มการรักษาได้ทันที่ส่งผลให้ความรุนแรงของโรคน้อยกว่าเมื่อเทียบกับกรณีที่เข้ารับการรักษาล่าช้า แม้ผู้ป่วยจะมีภูมิคุ้มกันต่ำจากการติดเชื้อเอชไอวีซึ่งทำให้เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาส แต่การเข้ารับการรักษาเร็วช่วยลดความซับซ้อนและระยะเวลาการนอนโรงพยาบาลได้ อย่างไรก็ตาม การประเมินตามแนวคิด Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory พบว่าผู้ป่วยยังมีความพร้อมในหลายด้านของการดูแลตนเอง โดยสามารถสรุปได้เป็น 4 มิติหลัก ดังนี้ 1. ด้านร่างกาย (Physical Health) ผู้ป่วยมีตุ่มหนองและแผลกระจายตามร่างกาย โดยเฉพาะบริเวณก้นและอวัยวะเพศซึ่งส่งผลให้มีอาการปวด เจ็บ เคลื่อนไหวลำบาก และไม่สามารถดูแลความสะอาดของแผลได้ด้วยตนเอง อีกทั้งยังพบอาการท้องผูก การรับประทานอาหารลดลง และความไม่สบายตัวจากไข้ ผู้ป่วยมีความพร้อมด้านการดูแลสุขภาพตนเองพื้นฐาน (Universal Self-Care Requisites) ในเรื่องการรักษาความสะอาดร่างกาย การพักผ่อน อาหาร และการขับถ่าย รวมถึงมีภาวะพร้อมในความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) จากการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อน เช่น การติดเชื้อแบคทีเรียซ้ำซ้อน และภาวะตับอักเสบจากการติดเชื้อไวรัสบี ระบบการพยาบาลที่เหมาะสมคือการใช้ ระบบการพยาบาลแบบช่วยชดเชยบางส่วนและทั้งหมด (Partial and Total Compensatory Nursing Systems) โดยพยาบาลให้การดูแลแบบประคับประคอง (Palliative care) ได้แก่ 1) การทำแผลและประเมินอาการติดเชื้อ 2) การให้ยาต้านไวรัสและยาแก้ปวดอย่างถูกต้อง 3) ช่วยจัดท่านอนที่เหมาะสม 4) สอนเรื่องโภชนาการ การป้องกันแผลติดเชื้อ และฝึกการดูแลแผลด้วยตนเอง ด้านที่ 2. ด้านจิตใจ (Psychological Health) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลจากภาวะการเจ็บป่วยเรื้อรัง ความไม่แน่นอนของโรค และความกลัวว่าภาพลักษณ์ตนเองจะเปลี่ยนแปลง ส่งผลกระทบต่ออาชีพซึ่งพึ่งพารูปร่างหน้าตาและความมั่นใจเป็นอย่างมาก ความเครียดดังกล่าวอาจนำไปสู่ภาวะซึมเศร้า ความรู้สึกโดดเดี่ยว หรือความสิ้นหวังได้หากไม่ได้รับการดูแลอย่างเหมาะสม ผู้ป่วยมีภาวะพร้อมในความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) เนื่องจากอาการสูญเสียบทบาทและการเผชิญการเปลี่ยนแปลงของชีวิต และภาวะพร้อมในความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) เนื่องจากไม่สามารถจัดการอารมณ์และความเครียด การเผชิญกับความเปลี่ยนแปลงของภาพลักษณ์ตนเองได้ พยาบาลจึงใช้ระบบสนับสนุนให้คำปรึกษา (Supportive-Educative System) ในการดูแลโดย 1) ให้ข้อมูลที่ถูกต้องเกี่ยวกับโรค 2) เปิดโอกาสให้ระบายความรู้สึก การเปิดพื้นที่ปลอดภัยสำหรับการพูดคุย 3) สื่อสารอย่างเข้าใจ ไม่ตัดสิน 4) ประสานทีมสุขภาพจิตหากพบความเสี่ยงต่อภาวะซึมเศร้า โดยการดูแลด้านจิตใจควรดำเนินควบคู่กับการรักษาทางกาย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถกลับมาใช้ชีวิตที่ดีและสามารถดูแลตนเองได้อย่างยั่งยืนในระยะยาว 3. ด้านสังคม (Social Health) แม้ผู้ป่วยจะมีความสัมพันธ์ใกล้ชิดกับแฟนและยังได้รับกำลังใจ

อย่างต่อเนื่อง แต่ภาวะเจ็บป่วยส่งผลให้ไม่สามารถปฏิบัติหน้าที่ในครอบครัวได้อย่างเต็มที่ เช่น การเป็นผู้นำครอบครัวหรือการประกอบอาชีพเพื่อหารายได้ ซึ่งได้รับผลกระทบโดยตรงจากการเจ็บป่วยและการแยกตัวในช่วงรักษาโรค ผู้ป่วยขาดปฏิสัมพันธ์กับสังคมในวงกว้าง และมีความกังวลเกี่ยวกับการกลับไปใช้ชีวิตในสังคมหลังการรักษา โดยเฉพาะในประเด็นเรื่องการเปิดเผยสถานะผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่ยังมีความอ่อนไหวในบริบทสังคมไทย ผู้ป่วยจึงมีภาวะพร่องในความต้องการการดูแลตนเองเมื่อมีปัญหาสุขภาพ (Health Deviation Self-Care Requisites) โดยเฉพาะมิติของการดำรงบทบาททางสังคม การจัดการตนเองในชีวิตประจำวัน และการเข้าสังคม ซึ่งสะท้อนถึงความต้องการในการปรับตัวต่อสถานการณ์สุขภาพที่เปลี่ยนไป ระบบการพยาบาลที่ใช้คือระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา (Supportive-Educative System) และการดูแลแบบร่วมมือ (Collaborative Care) ได้แก่ 1) ให้คำแนะนำเรื่องพฤติกรรมสุขภาพ การให้ความรู้เกี่ยวกับโรค ยา การป้องกันโรค 2) ส่งเสริมการปรับตัวในสังคม 3) ประสานนักสังคมสงเคราะห์เพื่อให้คำปรึกษาเรื่องเศรษฐกิจและสิทธิการรักษา 4) แนะนำกลุ่มสนับสนุนผู้ติดเชื้อเอชไอวีเพื่อเสริมพลังและลดความโดดเดี่ยว สร้างแรงบันดาลใจ และเสริมสร้างพลังทางสังคมให้ผู้ป่วยสามารถฟื้นคืนศักยภาพของตนในการมีปฏิสัมพันธ์กับผู้อื่น การดูแลด้านสังคมจึงไม่ใช่เพียงการเยียวยาความสัมพันธ์เท่านั้น แต่ยังเป็นกระบวนการที่ช่วยเยียวยาตัวตนของผู้ป่วยในฐานะสมาชิกที่มีคุณค่าในสังคม ด้านที่ 4. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Health) ในยามที่ร่างกายเจ็บป่วยและจิตใจอ่อนล้า ด้านจิตวิญญาณ คืออีกหนึ่งมิติสำคัญที่ช่วยพยุงความหวังและให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าแห่งการมีชีวิตอยู่ ผู้ป่วยรายนี้นับถือศาสนาพุทธและมีการยึดเหนี่ยวจิตใจด้วยการสวดมนต์เป็นประจำ สะท้อนถึงความศรัทธาและความพยายามในการจัดการความทุกข์ทางใจด้วยศาสนา ซึ่งเป็นกลไกสำคัญที่ช่วยให้สามารถเผชิญโรคร้ายอย่างมีความหวังและศักดิ์ศรี ตามความต้องการด้านจิตวิญญาณนี้ ผู้ป่วยมีความพร่องด้านการดูแลสุขภาพตนเองพื้นฐาน (Universal Self-Care Requisites) ที่เกี่ยวข้องกับความสมดุลทางอารมณ์ ความหมายของชีวิต และการฟื้นฟูพลังใจจากความเชื่อ พยาบาลจึงใช้ระบบการดูแลแบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา (Supportive-educative System) ได้แก่ 1) ประเมินความเชื่อ ความศรัทธา และสิ่งยึดเหนี่ยว 2) สนับสนุนให้ปฏิบัติกิจกรรมทางศาสนา เช่น การสวดมนต์ การฟังธรรม การทำบุญ 3) จัดสภาพแวดล้อมให้เหมาะสมกับกิจกรรมจิตวิญญาณ 4) ให้การดูแลแบบไม่ตัดสิน (Nonjudgmental care) เพื่อให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าของตนเองและมีพลังใจต่อการรักษา โดยเน้นการรับฟังอย่างตั้งใจ การเข้าใจความเชื่อ ค่านิยม และวัฒนธรรมของผู้ป่วย รวมถึงการจัดสภาพแวดล้อมให้เอื้อต่อการปฏิบัติกิจกรรมทางจิตวิญญาณ ทั้งนี้เพื่อเสริมสร้างพลังใจ ความหวัง และจิตสำนึกในคุณค่าของตนเอง นอกจากนี้ การดูแลด้านจิตวิญญาณยังสะท้อนถึงการพยาบาลแบบองค์รวมอย่างแท้จริง ซึ่งไม่เพียงแค่เยียวยาร่างกาย แต่ยัง รักษาใจ และปลูกพลังชีวิตในวิถีที่ผู้ป่วยยึดถือ ส่งผลต่อความร่วมมือในการรักษาและศักยภาพในการดูแลตนเองในระยะยาว

จากการศึกษาในกรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 27 ปี ที่ติดเชื้อเอชไอวีและมีการติดเชื้อฉวยโอกาสฝัฒาซิงส์ร่วมกับการติดเชื้อซิฟิลิสและโรคตับอักเสบบี พบว่าผู้ป่วยรายนี้มีความซับซ้อนของปัญหาหลายด้านทั้งทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีความพร่องในการดูแลตนเองหลายประการ ซึ่งสอดคล้องกับแนวคิดของ Orem's Self-care Deficit Nursing Theory ที่เน้นการช่วยเหลือผู้ป่วยเมื่อความสามารถในการดูแลตนเองลดลง เพื่อเสริมสร้างและฟื้นคืนสมรรถนะในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และเมื่อผสมผสานกับการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) จะทำให้การพยาบาลครอบคลุมทุกมิติของผู้ป่วย 4 ด้าน ดังนี้ ด้านที่ 1. ด้านร่างกาย (Physical Health) ผู้ป่วยมีผื่นติดเชื้อที่ผิวหนัง อาการปวดจากแผลฝีดาษลิงและบริเวณอวัยวะเพศ ภาวะท้องผูก ภาวะตับอักเสบ และภาวะโภชนาการลดลง เนื่องจากการเจ็บป่วยและการขาดยาต้านไวรัส (ARV) มากกว่า 2 เดือน ผู้ป่วยมีความพร่องด้านการดูแลสุขภาพตนเอง

ขั้นพื้นฐาน (Universal Self-Care Requisites) ในเรื่องการดูแลความสะอาดของร่างกายและแผลเนื่องจากมีแผลติดเชื้อจากฝีดาษลิงบริเวณผิวหนังและอวัยวะเพศ การรับประทานอาหารไม่เพียงพอ เบื่ออาหาร เจ็บแผลในปาก การพักผ่อนไม่เพียงพอจากความไม่สบายตัว การขับถ่ายผิดปกติ มีอาการท้องผูก การหลีกเลี่ยงภาวะอันตราย เช่น การขาดความรู้เกี่ยวกับการใช้รับประทานยาต้านไวรัส (ARV) พฤติกรรมทางเพศที่เสี่ยง พยาบาลใช้ระบบการดูแลตามทฤษฎี Orem ทั้งระบบทดแทนทั้งหมด (Total Compensatory System) และ ระบบทดแทนบางส่วน (Partial Compensatory System) เพื่อชดเชยความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วย โดยมีแนวทางปฏิบัติดังนี้ 1) ให้การดูแลแผลอย่างใกล้ชิด เพื่อลดการติดเชื้อและส่งเสริมการหายของแผล 2) ให้อย่างถูกต้องและตรงเวลา เพื่อควบคุมอาการและลดภาวะแทรกซ้อน 3) จัดทำนอนที่เหมาะสมเพื่อลดแรงกดทับและเพิ่มความสุขสบาย 4) สอนทักษะการดูแลแผลให้แก่ผู้ป่วย เพื่อส่งเสริมการดูแลตนเองในระยะยาว 5) จัดอาหารที่เหมาะสมกับสภาพแผลและภาวะตับอักเสบ เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการ แนวทางนี้จะช่วยเสริมสมรรถภาพในการดูแลตนเองของผู้ป่วย และลดการพึ่งพิงในระยะยาวได้อย่างมีประสิทธิภาพ และนอกจากนี้ผู้ป่วยยังมีความพร้อมด้านการดูแลตนเองเมื่อมีความเบี่ยงเบนด้านสุขภาพ (Health Deviation Requisites) ในเรื่องการรับรู้และปฏิบัติตามแผนการรักษา หยุดยาด้านไวรัส (ARV) มากกว่า 2 เดือน การจัดการผลข้างเคียงของโรค เช่น ความเจ็บปวดจากแผล ความเหนื่อยล้า การสังเกตอาการแทรกซ้อน เช่น อาการของตับอักเสบ การปรับตัวต่อการมีโรคเรื้อรังหลายโรคร่วมกัน การเข้าถึงบริการสุขภาพอย่างต่อเนื่อง และการใช้สิทธิการรักษา พยาบาลใช้ระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา (Supportive-Educative System) ร่วมกับระบบทดแทนบางส่วน (Partial Compensatory System) เพื่อเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ป่วยในการดูแลตนเอง โดยมีแนวทางดำเนินการดังนี้ 1) สอนวิธีดูแลแผลให้ถูกต้องและปลอดภัย เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลแผลได้ด้วยตนเองในระยะยาว 2) ฝึกการใช้ยาด้านไวรัส (ARV) และยารักษาโรคร่วมอย่างสม่ำเสมอ โดยเน้นความเข้าใจในเวลาและขนาดของการใช้ยา 3) ติดตามผลการตอบสนองต่อยา และสังเกตอาการข้างเคียงอย่างใกล้ชิด เพื่อปรับแนวทางการรักษาให้เหมาะสม 4) ประสานงานกับทีมสหสาขาวิชาชีพในการรักษาโรคร่วม ได้แก่ ซีฟิลิสและโรคตับอักเสบบี เพื่อให้เกิดการดูแลแบบองค์รวมและครบวงจร 5) ส่งเสริมทักษะการตัดสินใจและการวางแผนสุขภาพของผู้ป่วย เพื่อให้เกิดความรับผิดชอบและการมีส่วนร่วมในการดูแลตนเองอย่างยั่งยืน ด้านที่ 2. ด้านจิตใจ (Psychological Health) ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับภาพลักษณ์ที่เปลี่ยนแปลงจากผื่นตุ่มหนองของโรคฝีดาษลิง การถูกตีตราทางสังคม รวมถึงความเครียดเรื่องรายได้และความไม่แน่นอนในอนาคต ซึ่งส่งผลกระทบต่อภาวะจิตใจและแรงจูงใจในการดูแลสุขภาพตนเอง ภาวะนี้สะท้อนถึงภาวะพร้อมในความต้องการการดูแลตนเองตามพัฒนาการ (Developmental Self-care Requisites) ที่เกี่ยวข้องกับการเผชิญปัญหาในช่วงเปลี่ยนผ่านของชีวิต การยอมรับและปรับตัวต่อโรคเอชไอวีการเผชิญหน้ากับการสูญเสียภาพลักษณ์เดิม ความกังวลเกี่ยวกับอนาคตหรือบทบาทหน้าที่ทางสังคมที่เปลี่ยนไป ความยากลำบากในการปรับตัวต่อบทบาทใหม่ เช่น จากผู้นำครอบครัวกลายเป็นผู้ป่วย พยาบาลจึงใช้ระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา (Supportive-Educative System) โดยดำเนินการดังนี้ 1) ประเมินความเครียด วิตกกังวล และภาวะซึมเศร้าอย่างละเอียด โดยใช้เครื่องมือที่เหมาะสม 2) ให้การสนับสนุนทางอารมณ์ สื่อสารด้วยความเข้าใจ (Empathic communication) และไม่ตัดสิน 3) สอนเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การหายใจช้า ๆ การเจริญสติ และการจัดการความเครียดในชีวิตประจำวัน 4) ให้กำลังใจ เสริมพลังบวก และปลูกฝังการมองเห็นคุณค่าในตนเอง 5) ประสานทีมสุขภาพจิต เช่น นักจิตวิทยา/จิตแพทย์ เข้ามาช่วยดูแลอย่างต่อเนื่อง หากพบสัญญาณภาวะซึมเศร้าหรือความคิดหมกหมอง ด้านที่ 3. ด้านสังคม (Social Health) เนื่องจากผู้ป่วยมีบทบาทเป็นผู้หารายได้หลักของครอบครัว แต่ต้องเผชิญกับภาวะเสี่ยงสูงจากพฤติกรรมทางเพศที่ไม่มีการป้องกัน รวมถึงความไม่ต่อเนื่อง

ในการรับยาต้านไวรัส (ARV) และการติดเชื้อร่วมหลายชนิดทั้งซีฟิลิส ฝิดาซลิงและไวรัสตับอักเสบบี ทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องด้านการดูแลตนเองเมื่อมีความเปราะบางด้านสุขภาพ (Health Deviation Requisites) โดยเฉพาะในเรื่องของการรับรู้โรค การปฏิบัติตัวเพื่อควบคุมอาการ และการใช้ทรัพยากรสนับสนุนอย่างมีประสิทธิภาพ พฤติกรรมดังกล่าวบ่งชี้ถึงความต้องการการดูแลที่มากกว่าเพียงแค่ทางการแพทย์ แต่ต้องรวมถึงการให้ความรู้ การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรม และการสร้างเครือข่ายสนับสนุนทางสังคมที่มั่นคง พยาบาลจึงใช้ระบบสนับสนุน ให้คำปรึกษา (Supportive-educative) และการดูแลแบบสหสาขาวิชาชีพ (Collaborative care) โดย 1) ประเมินความพร้อมของเครือข่ายสนับสนุน เช่น แฟน ครอบครัว เพื่อน หรือผู้ดูแล 2) ให้ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การใช้ถุงยาง การเข้าถึงบริการตรวจหาเชื้อ และการติดตามการรักษาอย่างต่อเนื่อง 3) ประสานกับนักสังคมสงเคราะห์เพื่อวางแผนเรื่องค่าใช้จ่าย สิทธิการรักษา และการจัดการชีวิตประจำวัน 4) ส่งเสริมการเข้าร่วมกลุ่มหรือเครือข่ายผู้ติดเชื้อเอชไอวี เพื่อเพิ่มแรงสนับสนุนเชิงบวก 5) เสริมสร้างความรู้สึกรักคุณค่าในตนเอง ลดความรู้สึกโดดเดี่ยวและตีตราจากสังคม ด้านที่ 4. ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Health) ผู้ป่วยมีความเชื่อในศาสนาพุทธ และศรัทธาในการรักษาแบบแพทย์แผนปัจจุบัน แต่จากการประเมินพบว่า ผู้ป่วยมีความรู้สึกหมดหวัง กลัวการสูญเสียคุณค่าและความหมายในชีวิตจากการเผชิญภาวะโรคเอชไอวีและภาวะติดเชื้อโรคฝิดาซลิง ส่งผลให้ผู้ป่วยเกิดภาวะพร่องด้านการดูแลตนเองเมื่อมีความเปราะบางด้านสุขภาพ (Health Deviation Requisites) โดยเฉพาะในเรื่องการดำรงเป้าหมายในชีวิต การปรับตัวกับความเจ็บป่วย และการใช้พลังศรัทธาเพื่อฟื้นฟูพลังใจ พยาบาลจึงประเมินความต้องการทางจิตวิญญาณและค่านิยมส่วนบุคคลอย่างลึกซึ้ง พร้อมสนับสนุนกิจกรรมตามศรัทธา เช่น การสวดมนต์ ฟังธรรม นั่งสมาธิ หรือการทำบุญ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยรู้สึกถึงคุณค่าของตนเองแม้ในภาวะเจ็บป่วย การดูแลอยู่ภายใต้ แนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) ควบคู่กับการประยุกต์ใช้ทฤษฎีโอเรัม โดยพยาบาลทำหน้าที่เป็นผู้สนับสนุน ให้คำปรึกษา (Supportive-educative system) และให้การดูแลโดยไม่ตัดสิน (Nonjudgmental care) เพื่อฟื้นฟูสมรรถภาพด้านจิตวิญญาณและเสริมสร้างพลังใจอย่างยั่งยืน เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยฟื้นฟูตนเอง ลดการฟุ้งฟิง และกลับมามีคุณภาพชีวิตที่ดี โดยเฉพาะในกลุ่มผู้ป่วยโรคติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อฝิดาซลิง

5.2 อภิปรายผล

จากการศึกษาเปรียบเทียบกรณีศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝิดาซลิง ผู้ป่วยทั้งสองกรณีศึกษาได้เห็นถึงความแตกต่างที่สำคัญในหลายมิติ โดยเฉพาะด้านการตระหนักรู้ของผู้ป่วย (Health Literacy) การเข้าถึงบริการสุขภาพ การสนับสนุนทางสังคม และพฤติกรรมการดูแลสุขภาพ ซึ่งล้วนมีผลต่อความรุนแรงของโรคและผลลัพธ์ทางการรักษา ซึ่งในกรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงระดับความรู้และการตระหนักรู้เกี่ยวกับสุขภาพที่ค่อนข้างดี โดยสามารถสังเกตอาการผิดปกติได้เร็ว และเข้ารับการรักษาอย่างทันท่วงที ทำให้ได้รับยาต้านไวรัส (ARV) และการดูแลแผลที่เหมาะสม ลดโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนในทางตรงกันข้าม กรณีศึกษาที่ 2 ขาดความเข้าใจถึงความสำคัญของการใช้ยาต้านไวรัส (ARV) อย่างต่อเนื่อง ประกอบกับความล่าช้าในการเข้ารับการรักษา ส่งผลให้เกิดแผลตุ่มหนองที่รุนแรงทั่วร่างกาย ต้องนอนโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และเสียค่าใช้จ่ายสูง ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Djawe et al. (2021) ที่ระบุว่า ผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มีระดับ Adherence ต่อการรับประทานยาต้านไวรัส (ARV) ต่ำ มีความเสี่ยงสูงต่อการเกิดโรคฉวยโอกาส เช่น การติดเชื้อฝิดาซลิง (Monkeypox) และมีโอกาส Readmission เข้าในโรงพยาบาลสูงขึ้น ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 ขาดมานานกว่า 2 เดือน ซึ่งสะท้อนถึงการขาดระบบสนับสนุนจากครอบครัวหรือสังคม เช่น ขาดคนเตือนการกินยา และนอกจากนี้ผู้ป่วยมีปัญหาการเดินทาง ความกลัวการตีตราทางสังคม ทำให้ขาดการเข้าถึงระบบบริการสาธารณสุข ซึ่งสอดคล้องกับการศึกษาโดย Gilson et al. (2017)

ที่พบว่า ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เช่น ผู้ที่มีพฤติกรรมเสี่ยง ผู้ใช้สารเสพติด หรือผู้ที่ไม่มีเครือข่ายครอบครัวที่มั่นคง มักประสบอุปสรรคในการเข้าถึงบริการสุขภาพ ในด้านการสนับสนุนทางสังคม พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ได้รับการสนับสนุนจากครอบครัวอย่างต่อเนื่อง ช่วยให้ผ่านพ้นวิกฤติสุขภาพได้รวดเร็ว และมีแรงจูงใจในการดูแลตนเอง ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ขาดเครือข่ายสนับสนุนที่มั่นคง ทำให้เผชิญความรู้สึกโดดเดี่ยว สิ้นหวัง และหมดแรงจูงใจ ซึ่งสอดคล้องกับงานวิจัยของ Earnshaw et al. (2013) ที่ชี้ว่า HIV stigma หรือการตีตราทางสังคม มีบทบาทสำคัญในการบั่นทอนสุขภาพจิตและความร่วมมือ ความสม่ำเสมอของผู้ป่วยในการปฏิบัติตามแผนการรักษา เมื่อพิจารณาในมิติพฤติกรรมทางเพศ ผู้ป่วยทั้งสองรายจัดอยู่ในกลุ่มชายรักชาย (MSM) ซึ่งเป็นกลุ่มประชากรที่มีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อเอชไอวีและโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ (Sexually Transmitted Infections: STIs) อย่างไรก็ตาม กรณีศึกษาที่ 2 มีพฤติกรรมเสี่ยงสูงกว่า เช่น การเปลี่ยนคู่นอนบ่อย และการไม่ใช้ถุงยางอนามัย ซึ่งไม่เพียงเพิ่มความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำซ้อน แต่ยังเพิ่มโอกาสเกิดโรคฉวยโอกาสอื่น เช่น ซิฟิลิส ไวรัสตับอักเสบบี และเอดส์ ซึ่งส่งผลให้ระบบภูมิคุ้มกันเสื่อมถอยรวดเร็วขึ้น และเพิ่มความซับซ้อนในการดูแลรักษา (Djawa et al., 2021) และเมื่อวิเคราะห์ปัญหาของกรณีศึกษาทั้งสองในเชิงลึก พบปัญหาด้านร่างกาย ซึ่งกรณีศึกษาทั้งสองรายมีภาวะแผลติดเชื้อและอาการปวดรุนแรง แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีความซับซ้อนมากกว่า เนื่องจากขาดยาต้านไวรัส (ARV) และมีโรคร่วมหลายชนิด รวมถึงภาวะโภชนาการต่ำที่ส่งผลต่อการฟื้นตัว ด้านจิตใจ กรณีศึกษาทั้งสองมีความเครียดและวิตกกังวล แต่กรณีศึกษาที่ 2 มีความรู้สึกสูญเสียภาพลักษณ์ ความสิ้นหวัง และความรู้สึกว่าตนเองไร้ค่าอย่างรุนแรงมากกว่า ด้านสังคม ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีเครือข่ายครอบครัวที่สนับสนุนได้ดี ขณะที่กรณีศึกษาที่ 2 ขาดเครือข่ายสนับสนุน ทำให้เสี่ยงต่อความโดดเดี่ยวและการถูกละเลยจากระบบสุขภาพ และด้านจิตวิญญาณ แม้กรณีศึกษาทั้งสองรายจะมีความเชื่อในศาสนา แต่ต่างต้องการการสนับสนุนทางใจ เพื่อฟื้นฟูความหวังและแรงจูงใจในการรักษา

จากการศึกษานี้จึงชี้ชัดได้ว่า การดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์ ไม่อาจพึ่งพาเฉพาะการรักษาทางด้านการแพทย์เท่านั้น แต่ต้องอาศัยแนวคิดพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) และการประยุกต์ใช้ทฤษฎี Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory (Orem, 2001) เพื่อระบุสมรรถนะที่ผู้ป่วยพร่องและวางแผนการพยาบาลที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ และต้องอาศัยความร่วมมือจากเครือข่ายสุขภาพชุมชน เช่น รพ.สต. อสม. คลินิกโรคติดต่อ เพื่อให้เกิดการดูแลที่ต่อเนื่อง (Continuity of Care) และครอบคลุมอย่างแท้จริง (Gilson et al., 2017; WHO, 2022)

5.3 วิจัยและข้อเสนอแนะ

จากการเปรียบเทียบกรณีศึกษาผู้ป่วยทั้งสองราย พบว่าประเด็นที่สะท้อนปัญหาเชิงระบบและความซับซ้อนของการดูแลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีที่ติดเชื้อเอดส์ได้แก่ ความแตกต่างด้านพฤติกรรมสุขภาพ การเข้าถึงบริการ การสนับสนุนทางสังคม และการจัดการด้านจิตใจและจิตวิญญาณ

วิจารณ์

1. แม้ระบบสุขภาพไทยจะมีสิทธิการรักษาครอบคลุม แต่ผู้ป่วยกลุ่มเปราะบาง เช่น ชายรักชายที่มีพฤติกรรมเสี่ยงสูง มักเข้าไม่ถึงสิทธิ เนื่องจากขาดความรู้ ความกลัวการตีตรา หรือความซับซ้อนของระบบราชการ ระบบบริการจำเป็นต้องมีการ Proactive outreach หรือการเข้าหาผู้ป่วยเชิงรุก

2. ความซับซ้อนของปัญหา เช่น โรคร่วม การติดเชื้อฉวยโอกาส ปัญหาจิตใจ เศรษฐกิจ ต้องใช้การบูรณาการข้ามวิชาชีพ เช่น นักสังคมสงเคราะห์ นักจิตวิทยา เจ้าหน้าที่ NGO พยาบาลต้องมีทักษะการเป็น Care coordinator และความสามารถในการเชื่อมโยงเครือข่ายบริการ

3. การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวีที่มี Adherence ต่ำและมีความเสี่ยงด้านพฤติกรรม จำเป็นต้องใช้

รูปแบบการดูแลผู้ป่วยเฉพาะราย (Individual care plan) โดยเน้นการให้คำปรึกษาเฉพาะราย เสริมพลัง (Empowerment) และการสร้างแรงจูงใจ ซึ่งต้องอาศัยทักษะขั้นสูงด้านการประเมินสุขภาพ การสื่อสาร และการออกแบบโปรแกรมการดูแล

ข้อเสนอแนะแนวทางการพยาบาล

1. การประเมินแบบองค์รวม
 - ใช้ทักษะการประเมิน เช่น การประเมินความพร้อมด้านจิตใจ (Psychosocial readiness) ความรู้ด้านสิทธิการรักษา (Healthcare literacy) และปัจจัยเสี่ยงทางสังคม (Social determinants of health)
 - ออกแบบแผนการดูแลรายบุคคล โดยใช้ทฤษฎี Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory เพื่อระบุความพร้อมในการดูแลตนเอง
2. การประสานงานข้ามระบบ (Care coordination)
 - ทำงานร่วมกับ รพ.สต. คลินิกเอชไอวี นักสังคมสงเคราะห์ เพื่อวางแผนติดตามการรับประทานยา ARV การตรวจ CD4, Viral load ลดพฤติกรรมเสี่ยงและเสริมพลังใจ
 - เชื่อมโยงผู้ป่วยเข้าสู่ชมรมผู้ติดเชื้อ (Peer support group) เพื่อเพิ่มแรงจูงใจและลดการตีตราตนเอง
3. การให้คำปรึกษาและการเสริมพลัง (Counseling & Empowerment)
 - จัดการให้คำปรึกษาแบบเฉพาะราย (Individualized counseling) เน้นการเสริมสร้าง Self-efficacy การวางแผนสุขภาพ และการสร้างแผนลดความเสี่ยงทางเพศ
 - จัดอบรมครอบครัวหรือคู่ครองให้มีความรู้ในการสนับสนุนผู้ป่วย เช่น การดูแลการใช้ยา ARV การสังเกตอาการผิดปกติ การป้องกันการติดเชื้อในบ้าน
4. การใช้เทคโนโลยีเพื่อการติดตาม (Telehealth)
 - ใช้ LINE โทรศัพท์ หรือแอปสุขภาพเพื่อส่ง Reminder การรับประทานยา นัดหมายตรวจ และการติดตามอาการระยะยาว
 - จัดตั้งกลุ่มผู้ป่วยออนไลน์เพื่อเสริมพลังใจและลดความรู้สึกโดดเดี่ยว

ข้อเสนอเชิงนโยบาย

1. ระดับระบบบริการสุขภาพ
 - พัฒนาระบบ Care navigator หรือ HIV care coordinator โดยแต่งตั้งพยาบาลในโรงพยาบาลและคลินิกชุมชน ทำหน้าที่ประสานผู้ป่วยกับระบบบริการ สิทธิการรักษา และการติดตามการรับประทานยาต้านไวรัส (ARV)
 - เพิ่มการฝึกอบรมพยาบาลด้านการให้คำปรึกษา การบำบัดเชิงพฤติกรรม และการประเมินปัจจัยทางสังคม เพื่อแก้ไขปัญหาที่ซับซ้อนเกินบทบาทปฏิบัติการ
2. ระดับชุมชนและนโยบายสาธารณะ
 - สนับสนุนโครงการในกลุ่มเปราะบาง เช่น ชายรักชาย ผู้ใช้สารเสพติด โดยพยาบาลร่วมกับ NGO เพื่อคัดกรองและเชื่อมโยงเข้าระบบรักษา
 - จัดตั้งศูนย์ One Stop Service สำหรับผู้ติดเชื้อเพื่อตรวจ รักษา ปรึกษาทางจิตใจ และฝึกอาชีพในจุดเดียว ลดการถูกตีตราและเพิ่มความสะดวกในการเข้าถึงบริการ
 - สนับสนุนการใช้เทคโนโลยี เช่น ระบบ Telehealth แอปติดตามสุขภาพ สำหรับผู้ติดเชื้อในการนัดหมายการรักษา รับ Reminder การรับประทานยาและให้คำปรึกษาระยะไกล

4. ระดับการสนับสนุนทางเศรษฐกิจและสังคม

- จัดสรรงบประมาณสำหรับการให้เงินช่วยเหลือฉุกเฉินแก่ผู้ป่วยที่หยุดงานหรือต้องนอนรักษาตัวนาน
- ประสานกับหน่วยงานฝึกอาชีพและการจ้างงาน เพื่อหาทางเลือกอาชีพใหม่ที่เหมาะสมกับผู้ป่วย ลดความเสี่ยงทางเพศและเพิ่มความมั่นคงทางเศรษฐกิจ

บทสรุป

บทเรียนสำคัญจากกรณีศึกษาทั้งสองรายคือ ความซับซ้อนของปัญหาของผู้ป่วยเอชไอวีที่ติดเชื้อฝิ่นเรื้อรัง ซึ่งไม่สามารถแก้ไขได้ด้วยการรักษาทางการแพทย์เพียงอย่างเดียว แต่ต้องอาศัยแนวทางพยาบาลแบบองค์รวม (Holistic Nursing) ที่ครอบคลุมทั้งมิติทางร่างกาย จิตใจ สังคม และจิตวิญญาณ การประยุกต์ใช้ทฤษฎีพร่องในการดูแลตนเองของโอเร็ม (Orem's Self-Care Deficit Nursing Theory) เพื่อช่วยให้พยาบาลสามารถประเมินสมรรถนะที่ผู้ป่วยขาด นำไปวิเคราะห์และออกแบบแผนการพยาบาลที่สามารถตอบสนองต่อความต้องการของผู้ป่วยเฉพาะรายได้อย่างเหมาะสม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพ จึงต้องดำเนินการควบคู่ไปกับการสร้างเครือข่ายการดูแลร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ การเชื่อมโยงกับหน่วยบริการสุขภาพและแหล่งสนับสนุนในชุมชน รวมถึงการเสริมพลังใจให้ผู้ป่วยสามารถปรับตัว ดำรงชีวิต และฟื้นฟูคุณภาพชีวิตได้อย่างมีคุณค่าและศักดิ์ศรีตามบริบทของตนเอง ทั้งหมดนี้สะท้อนบทบาทสำคัญของพยาบาลในฐานะผู้ดูแล ผู้ให้คำปรึกษา และผู้ประสานการดูแลที่มีความเข้าใจผู้ป่วยอย่างรอบด้าน และสามารถดำเนินการได้อย่างต่อเนื่องเพื่อสนับสนุนการฟื้นคืนชีวิตอย่างมีคุณภาพ (WHO, 2023)

บรรณานุกรม

- กรมควบคุมโรค. (2567). รายงานสถานการณ์โรคติดเชื้อฝีดาษวานร (Mpox). <https://ddc.moph.go.th/monkeypox/dashboard.php>
- กรมควบคุมโรค. (2566). *Tecovirimat (TPOXX): Drug Information*. https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2/files/DrugInformation_Tecovirimat_v1.1_dated%2017.08.2023.pdf
- กรมควบคุมโรค. (2565). แนวทางการเฝ้าระวังและสอบสวนโรคฝีดาษวานร (Monkeypox). https://ddc.moph.go.th/monkeypox/file/guidelines/g.medical/guidelines_050965.pdf
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2566). รายงานประจำปีกองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ ปี พ.ศ. 2565. <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/1484920231011065419.pdf>
- กองโรคเอดส์และโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรมควบคุมโรค. (2565). แนวทางการตรวจรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวี ประเทศไทย ปี 2564/2565. สำนักพิมพ์อักษรกราฟิกแอนด์ดีไซน์. ISBN : 978-616-11-4936-9.
- ขวัญชาย ดำรงขวัญ. (2561). เอลส์. ปฐมบทแห่งการเรียนรู้จากโรงพยาบาลบาราคในอดีต (พิมพ์ครั้งที่ 1). <https://ddc.moph.go.th/uploads/publish/968020200107100449.pdf>.
- คณิศร แก้วแดง, สุมาลี ราชนิยม, (.2558). พยาบาลกับการดูแลผู้ป่วยเอดส์แบบองค์รวม. วารสารวิทยาลัยพยาบาลพระปกเกล้า จันทบุรี 26(1), 128-35.
- งานระบาดวิทยา สถาบันบำราศนราดูร. (2566). สถิติผู้ป่วยโรคติดเชื้อฝีดาษลิง ปี 2566.
- จุฬารพร ประสงค์สิน, กาญจนา รุ่งแสงจันทร์ และยุวรัตน์ ม่วงเงิน. (2559). การดูแลแผลหลักฐานเชิงประจักษ์และประสบการณ์จากผู้เชี่ยวชาญ (wound care for nursing : evidence base to practice). (พิมพ์ครั้งที่ 1). สำนักพิมพ์ พี เอ ลิฟวิ่ง
- ธนวัฒน์ ขาซियो. (2565). โภชนาการสำหรับผู้ติดเชื้อเอชไอวี. <https://www.gj.mahidol.ac.th/main/knowledge-2/nutrition-for-hiv-patients/>
- ปวรรณรัช พันธุ์บุตร, (2565). การพยาบาลผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร ในคลินิกโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์: กรณีศึกษาผู้ป่วยโรคฝีดาษวานร คลินิกบางรัก ศูนย์การแพทย์บางรักด้านโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ กรุงเทพมหานคร. https://ddc.moph.go.th/uploads/ckeditor2//files/Case%20study%20Mpox%20_29SEP2023.pdf.
- ปาริตา บุญนา. (2565). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวีและซิฟิลิส: กรณีศึกษา. วารสารโรคและภัยสุขภาพ สำนักงานป้องกันควบคุมโรคที่ 3 จังหวัดนครสวรรค์, 16(2), 38-50.
- ปัทมา ต.วรพานิช และโอภาส พุทธเจริญ. (2567). โรคติดเชื้ออุบัติใหม่อุบัติซ้ำที่เกิดจากไวรัส. ใน ภาคภูมิ พุ่มพวง, นันทรา สุวันทรรัตน์, อนุภพ จินต์เมือง, รุจิภาส สิริจตุภัทร และวรพงศ์ นาสมทรง (บ.ก.) *Update infectious Disease 2024*. (พิมพ์ครั้งที่1).(น.111-132). สำนักพิมพ์เบสท์ กราฟฟิค อินเทอร์เน็ตพริ้นท์.
- พิชณุตม์ เชียงคำ. (2566). ยาด้านเอชไอวีสูตร TDL. https://pharmacy.mahidol.ac.th/dic/knowledge_full.php?id=64
- ภาคภูมิ พุ่มพวง. (2567). *Update infectious Disease 2024*. ติดเชื้อแห่งประเทศไทย.(พิมพ์ครั้งที่ 1). หจก.เบสท์ กราฟฟิค อินเทอร์เน็ตพริ้นท์.

- มิ่งขวัญ วิชัยดิษฐ, พงศ์กมล ตรีสุโกศล, อรยา กว้างสุขสถิตย์, นันทยา วรอุทิตินันท์, ปุณณวิศ สุทธิกุลณเศรษฐ์ และ ปิ่นนรี ชัดดีพัฒนาพงษ์. (2565). โรคฝีดาษวานร. *วารสารกรมการแพทย์*. 47(3), 5-8.
- ละม่อม ไชยศิริ. (2565). การพยาบาลผู้ติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส: กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย. *โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น*
- วิฑิตา แจ่มเอี่ยม. (2566). การสอบสวนผู้ป่วยยืนยันโรคฝีดาษวานร (Mpox) รายแรกของจังหวัดสมุทรสาคร พฤษภาคม 2566. *รายงานการเฝ้าระวังทางระบาดวิทยาประจำสัปดาห์*, 54(36), 547-554.
- ศรสวรรค์ ศรีสุวรรณ. (2566). การพยาบาลผู้ป่วยโรคฝีดาษวานรที่มีภาวะติดเชื้อ HIV. *วารสารวิชาการโรงพยาบาลดอนเมือง*, 2(2567), 1-10.
- ศรัญญา เอื้ออารียกุล และกรแก้ว จันทภาษา. (2564). ความเข้าใจด้านยาและความร่วมมือในการใช้ยาของผู้ติดเชื้อเอชไอวี/ผู้ป่วยเอดส์: กรณีศึกษาโรงพยาบาลแห่งหนึ่งในจังหวัดสกลนคร. *วารสารเภสัชกรรมไทย*. 14(4), 779-790.
- สมรรถน์ ลิ้มมาศคุณ. (2565). โรคฝีดาษลิง (Monkeypox). <https://www.samitivejhospitals.com/th/article/detail/Monkeypox>
- สิทธิชัย ตันติภาสวสิน. (2565). โรคฝีดาษลิง Monkeypox. *วารสารโรงพยาบาลชลบุรี*. 47(1), 97-102
- อัชนา อำทอง. (2567). การพยาบาลผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี/เอดส์ที่มีภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อฉวยโอกาส. *วารสารการพยาบาลและการดูแลสุขภาพ*, 41(2), 45-52.
- Bunge, E. M., Hoet, B., Chen, L., Lienert, F., Weidenthaler, H., Baer, L. R., & Steffen, R. (2022). The changing epidemiology of human monkeypox—A potential threat? A systematic review. *PLOS Neglected Tropical Diseases*, 16(2), e0010141. <https://doi.org/10.1371/journal.pntd.0010141>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Mpox ongoing 2022 global outbreak cases and data*. <https://www.cdc.gov/poxvirus/mpox/response/2022/index.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2022). *Monkeypox Treatment Information*. Retrieved from <https://www.cdc.gov/poxvirus/monkeypox/clinicians/treatment.html>
- Centers for Disease Control and Prevention. (2019). *Sexually Transmitted Disease Surveillance 2019*. <https://www.cdc.gov/std/statistics>.
- Chinen, J. & Shearer WT. (2002). Molecular virology and immunology of HIV infection, *J Allergy Clin Immunol*. 110, 98-189.
- Djawa, K., Davy-Mendez, T., & Napravnik, S. (2021). Adherence to antiretroviral therapy and incidence of opportunistic infections among HIV-infected adults. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 86(1), 77-84. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002539>
- Deng H. K., Lui, R., & Ellmeier, W. (1996). Identification of a major co-receptor primary isolates of HIV-1, *Nature*. 38(1), 661-666.
- Dossey, B. M., & Keegan, L. (2016). *Holistic nursing: A handbook for practice* (7th ed.). Burlington, MA: Jones & Bartlett Learning.
- Dragic T., Litwin, V., & Allaway, G. P. 1996. HIV-1 Entry into CD4 cell is mediated by the chemokines receptor CC-CXR-5, *Nature*. 38(1), 73-667

- Dubey, T., Chakole, S., Agrawal, S., Gupta, A., Munjewar, P. K., Sharma, R., & Yelne, S. (2023). Enhancing nursing care in monkeypox (Mpox) patients: Differential diagnoses, prevention measures, and therapeutic interventions. *Cureus*, 15(9), e44687. <https://doi.org/10.7759/cureus.44687>
- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Amico, K. R., & Copenhaver, M. M. (2013). HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: A test of the HIV stigma framework. *AIDS and Behavior*, 17(5), 1785–1795. <https://doi.org/10.1007/s10461-013-0437-9>
- European AIDS Clinical Society. (2020). *EACS Guidelines Version 10.1*. https://www.eacsociety.org/files/guidelines-10.1_30032021_1.pdf.
- Feng, Y., Broder, C.C., Kennedy, P.E., & Berger, E.A. (1996). HIV-1 *env* cofactor: functional cDNA cloning of seven-transmembrane G protein coupled receptor, *Science*. 27(6), 827-877.
- Gandhi, A. P., Padhi, B. K., Sandeep, M., Shamim, M. A., Suvvari, T. K., Satapathy, P., Siddiq, A., Sah, R., Rustagi, S., Al-Qaim, Z. H., & Khubchandani, J. (2023). *Monkeypox patients living with HIV: A systematic review and meta-analysis of geographic and temporal variations*. *Epidemiologia*, 4(3), 352–369. <https://doi.org/10.3390/epidemiologia4030033>
- Gao, F., Bailes, E. & Robertson, D.L. (1999). Origin of HIV-1 in the chimpanzee pantroglodyte, *Nature*. 39(7), 436-441.
- Gilson, L., Lehmann, U., & Schneider, H. (2017). A focus on care coordination: An international review. *Health Policy and Planning*, 32(3), 227–243. <https://doi.org/10.1093/heapol/czx002>
- Gordon, M. (1994). *Nursing diagnosis: Process and Application*. New York: McGraw-Hill
- Graziani AL, Hirsch MS, Mitty J. *Patient education: tips for taking HIV medications by mouth (beyond the basics)*. <https://www.uptodate.com/contents/tips-for-taking-hiv-medications-by-mouth-beyond-the-basics>.
- Hanh, b., Shaw, G.M., De Cook, K.M., & Shamp, P.M. (2020.) AIDS as zoonosis: scientific and public health implications, *Science*. 28(7), 607-617.
- HIV.gov. (2023). *Mpox and People with HIV*. <https://www.hiv.gov/hiv-basics/staying-in-hiv-care/other-related-health-issues/monkeypox/>
- Hraib M, Jouni S, Albitar MM, Alaidi S., & Alshenhabi Z. (2022). The outbreak of monkey 2022: An overview. *Ann Med Surg Lond*; 79(1): 104069.
- HIV INFO HUB. (2566). *คาดประมาณผู้ติดเชื้อเอชไอวี ปี 2566*. <https://hivhub.ddc.moph.go.th/epidemic.php>
- Jarzebowski W, Caumes E, Dupin N, Farhi D, Lascaux AS, Piketty C, et al. (2012). Effect of early syphilis infection on plasma viral load and CD4 cell count in human immunodeficiency virusinfected men: results from the FHDH-ANRS CO4 cohort. *Arch Intern Med*; 17(2): 1237-43

- Jirapanakorn, S., Sornsurin, W., Sangthong, P., Pisitpayat, N., & Suphanchaimat, R. (2024). An investigation of the first non-sexual household-transmitted mpox cluster with rapid situation analysis of mpox epidemic in Thailand. *Outbreak, Surveillance and Investigation Reports*, 17(1), 36–44. <https://doi.org/10.59096/osir.v17i1.267118>
- Liu, B. M., Rakhmanina, N. Y., Yang, Z., & Bukrinsky, M. I. (2024). *Mpox (Monkeypox) Virus and Its Co-Infection with HIV, Sexually Transmitted Infections, or Bacterial Superinfections: Double Whammy or a New Prime Culprit?* *Viruses*, 16(5), 784. <https://doi.org/10.3390/v16050784>
- Moonis, M., Lee, B., Bailer, R.t., Luo, Q., & Montaner, L. J. (2001). CCR5 and CXCR4 expression correlated with x4 and x5 HIV-1 infection yet not sustained replication in Th1 and Th2 cells, *AIDS*. 15, 1941-1949.
- Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). St. Louis, MO: Mosby.
- Pantaleo G., Graziosi, C. & Demarest, J.F. (1993). HIV infection is active and progress in lymphoid tissue during the clinically latent stage of disease, *Nature*. 362-355-358.
- Palacios R, Jiménez-Oñate F, Aguilar M, Galindo MJ, Rivas P, Ocampo A, et al. (2007). Impact of syphilis infection on HIV viral load and CD4 cell counts in HIV-infected patients. *J Acquir Immune Defic Syndr*; 44: 356-9.
- Putcharoen, O., Rattanatumhi, K., Supataragul, A., Sangsub, P., & Wacharapluesadee, S. (2025). Genomic analysis of monkeypox virus (MPXV) outbreak in Bangkok, Thailand in 2022–2023. *Open Forum Infectious Diseases*, 12(Suppl 1), ofae631.2496. <https://doi.org/10.1093/ofid/ofae631.2496>
- Reynolds, M. G., McCollum, A. M., Nguete, B., Shongo Lushima, R., & Petersen, B. W. (2017). Improving the care and treatment of monkeypox patients in low-resource settings: Applying evidence from contemporary biomedical and smallpox biodefense research. *Viruses*, 9(12), 380. <https://doi.org/10.3390/v9120380>
- Rizk, J. G., Lippi, G., Henry, B. M., & Forthal, D. N. (2022). Prevention and treatment of monkeypox. *Drugs*, 82(9), 957–963. <https://doi.org/10.1007/s40265-022-01742-y>
- Ruiz-Baker, I., Januszka, J., & McCoy, K. (2022). Monkeypox treatment and prevention: Stopping the latest outbreak. *Pharmacy Times*. <https://www.pharmacytimes.com/view/monkeypox-treatment-and-prevention-stopping-the-latest-outbreak>
- Sarafis, P., Tsounis, A., Malliarou, M., & Lahana, L. (2016). Holistic nursing care: Theories and perspectives. *American Journal of Nursing Science*, 5(3), 45–50.
- Singkun, A., Phibarn, W., Intharachuti, W., Derramon, A., & Kimise, T. (2022). Factors Predicting the Intention to Engage in Self-Protective Behavior against Monkeypox Infection among Thai People. *Journal of Health Research*, 38(4), 1–10. <https://digital.car.chula.ac.th/jhr/vol38/iss4/1/>
- UNAIDS. (2023). *Global HIV & AIDS statistics — Fact sheet*. Retrieved from <https://www.unaids.org>

- Wannigama, D. L., Amarasiri, M., Hongsing, P., Hurst, C., & Modchang, C. (2022). Monkeypox: Prevalence, Diagnostics, and Prevention. *Greater Mekong Subregion Medical Journal*, 6(3), 1–7. <https://he02.tci-thaijo.org/index.php/gmsmj/article/view/259022>
- World Health Organization. (2023). *HIV and AIDS*. <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids?gad>.
- Younas, A. (2017). Self-care deficit nursing theory and its applications: A literature review. *Creative Nursing*, 23(1), 13–23.

ภาคผนวก

ยาที่ใช้ในการรักษา

1. ยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตรผสมทีแอลดี (TDL)

ยาต้านไวรัสเอชไอวีสูตร TDL ตามแนวทางการรักษาและป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีของประเทศไทย ปี 2564/2565 แนะนำให้ใช้ยาแบบรวมเม็ด ซึ่งประกอบด้วยตัวยา สำคัญ 3 ชนิด คือ 1) Tenofovir disoproxil fumarate 2) Lamivudine และ 3) Dolutegravir หรือเรียกสั้น ๆ ว่า TDL เป็นยาสูตรแรกในการรักษา เนื่องจากควบคุมไวรัสได้ดี มีผลข้างเคียงน้อย และรับประทานเพียงวันละครั้ง อย่างไรก็ตาม หากผู้ป่วยใช้ยาสูตรนี้ไม่เหมาะสมก็อาจทำให้ประสิทธิภาพของยาลดลงจนเกิดภาวะแทรกซ้อนจากเชื้อได้⁶

การออกฤทธิ์ของยา TDL

Tenofovir และ lamivudine ออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการสังเคราะห์รหัสพันธุกรรมของไวรัส ส่วน dolutegravir ออกฤทธิ์ยับยั้งกระบวนการรวมรหัสพันธุกรรมของไวรัสเข้ากับรหัสพันธุกรรมของเซลล์เม็ดเลือดขาวในมนุษย์ ทำให้เมื่อใช้ยาทั้ง 3 ชนิดร่วมกันจึงยับยั้งการเพิ่มจำนวนของไวรัส ส่งผลให้ไวรัสไม่เพิ่มจำนวนมากเกินไป จนไปทำลายเซลล์ภูมิคุ้มกันในร่างกาย ลดโอกาสติดเชื้อฉวยโอกาส และภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ โดย TDL เป็นยาแบบรวมเม็ด ประกอบด้วยตัวยา 3 ชนิดในเม็ดเดียว ผู้ป่วยจะรับประทานครั้งละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้ง ทุกวันสม่ำเสมอ

ผลข้างเคียงของยา

TDL เป็นยาที่พบผลข้างเคียงค่อนข้างน้อย โดยอาการที่อาจพบได้ เช่น นอนไม่หลับ เหนื่อย ปวดหัว ท้องเสีย ผื่น อาการปวด และอาการซึมเศร้าในผู้ที่มีประวัติเป็นโรคอยู่เดิม อาการข้างเคียงที่รุนแรงที่พบได้ เช่น ผื่นแพ้ยา การทำงานของไตลดลง ภาวะเลือดเป็นกรด และโรคไวรัสตับอักเสบในผู้ที่ติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี เป็นต้น

ข้อควรคำนึงในการใช้ยาต้านไวรัส TDL

- ควรรับประทานยาในเวลาใกล้เคียงกันทุกวัน เพราะจะทำให้ระดับยาในเลือดคงที่และมีประสิทธิภาพ ดังนั้นผู้ป่วยควรรับประทานยาใกล้เวลาทำกิจวัตรประจำวัน เช่น แปรงฟัน อาบน้ำ เพื่อป้องกันการลืมรับประทานยา และสามารถใช้สัญญาณเตือนช่วยในการรับประทานยา เช่น การตั้งเวลาในโทรศัพท์มือถือ คอมพิวเตอร์หรือนาฬิกาปลุก เพื่อช่วยเตือนเมื่อถึงเวลารับประทานยา
- ผู้ป่วยที่เป็นหญิงวัยเจริญพันธุ์ควรคุมกำเนิดขณะรับประทานยา เนื่องจาก dolutegravir มีผลเสียต่อพัฒนาการของทารกในครรภ์ หากผู้ป่วยต้องการมีบุตรควรปรึกษาแพทย์
- ไม่ควรรับประทานพร้อมวิตามินรวม แคลเซียม แมกนีเซียม อลูมิเนียม สังกะสี เหล็ก ยาลดกรดและนม เนื่องจากอาจมีผลลดการดูดซึม dolutegravir ผู้ป่วยที่ต้องการรับประทานวิตามินและแร่ธาตุร่วมด้วย ควรรับประทานก่อนรับประทาน TDL 6 ชั่วโมง หรือรับประทานหลังรับประทาน TDL 2 ชั่วโมง
- ไม่ควรรับประทานร่วมกับยาแก้ปวดในกลุ่มที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ (NSAIDs) เนื่องจากอาจทำให้เกิดความเป็นพิษต่อไตมากขึ้น

2. ยา Tecovirimat (TPOXX®)

ยา Tecovirimat (TPOXX®) เป็นยาที่ยังไม่ได้รับการรับรองโดยคณะกรรมการอาหารและยาสำหรับการรักษาการติดเชื้อ monkeypox แต่ได้รับการรับรองในการรักษา Smallpox มาก่อน ปัจจุบันใน ยุโรปและอังกฤษอนุญาตให้ใช้ยาดังกล่าวภายใต้เงื่อนไข Emergency use authorization เนื่องจากอาจมีประโยชน์ในการรักษาการติดเชื้อฝีดาษวานร รายงานการใช้ยาในประเทศต่างๆ พบว่ามีความปลอดภัยที่ยอมรับได้ ทั้งนี้ภายใต้ข้อตกลงระหว่างกรมควบคุมโรคและ WHO จึงได้จัดทำมาตรการ

เพื่อการเข้าถึงยา Tecovirimat สำหรับการรักษาโรคติดเชื้อฝีดาษวานรภายใต้กรอบข้อกำหนดของ MEURI การที่เข้าถึงยาตามที่ ระบุไว้ในมาตรการนี้ไม่ใช่การวิจัยเป็นมาตรการที่มีจุดประสงค์เพื่อกำกับติดตามการใช้ยาที่มีปริมาณจำกัด เฝ้าระวัง ติดตาม ในการเก็บข้อมูล การรายงานข้อมูลในการใช้ยาโดยกรมควบคุมโรค

ขนาดยา

- ผู้ป่วยที่มีน้ำหนัก 40 - 120 กิโลกรัม จะได้รับยา TPOXX® (Tecovirimat) 600 มิลลิกรัม ทุก 12 ชั่วโมง เป็นเวลา 14 วัน

- ผู้ป่วยที่มีน้ำหนัก มากกว่า 120 กิโลกรัม จะได้รับยา TPOXX® (Tecovirimat) 600 มิลลิกรัม ทุก 8 ชั่วโมง เป็นเวลา 14 วัน

การรับประทานยา TPOXX® (Tecovirimat) จะต้องรับประทานยา 30 นาทีหลังมื้ออาหารที่มีไขมัน เป็น ส่วนประกอบ (Moderate or high fat)

การเก็บรักษายา ควรจัดเก็บยา Tecovirimat ที่อุณหภูมิ 20-25 °C

กรณีผู้ป่วยติดเชื้อ HIV

ตารางที่ 17 การพิจารณาต้านไวรัส HIV ในผู้ป่วยติดเชื้อ HIV ตามคำแนะนำ US CDC (Aug 2022)

Patient group	Recommendations
Known HIV infection	Continue ART and opportunistic infection prophylaxis as indicated
Newly diagnosed HIV	Begin ART as soon as possible
HIV pre-exposure prophylaxis	Continue treatment or start, as indicated
HIV postexposure prophylaxis	Continue treatment or start, as indicated

ที่มา: Interim Guidance for Prevention and Treatment of Monkeypox in Persons with HIV Infection-United States, August 2022/MMWR (cdc.gov)

ผลข้างเคียงของยา

ผลข้างเคียงที่พบบ่อย ได้แก่ อาการปวดศีรษะ คลื่นไส้ ท้องเสีย เวียนศีรษะ ไม่สบายตัว กระจายน้ำ ปากแห้ง อาหารไม่ย่อย

3. ยา Benzathine penicillin G

เป็นยาฉีดที่สามารถรักษาซิฟิลิสให้หายขาดได้ จัดอยู่ในกลุ่มของยาต้านจุลชีพเบต้า-แลคแตม Beta-lactams เป็นยาต้านจุลชีพฆ่าเชื้อแบคทีเรีย สารต้านจุลชีพชนิดนี้ยับยั้งการสังเคราะห์ทางชีวภาพของ Peptidoglycan ของผนังเซลล์ในระหว่าง ขั้นตอนของการควบแบบแอคทีฟ ยับยั้งแบคทีเรีย Peptidoglycan transpeptidase ส่งผลให้ผนังเซลล์ไม่เสถียร ในการดูดซึม นำไปสู่การสลายของผนังเซลล์ การทำลายเซลล์ แบคทีเรียในเวลาต่อมา และการตายของเซลล์ แบคทีเรียหลังจากได้รับการฉีดเข้ากล้ามเนื้อแล้ว Benzylpenicillin benzathine จะถูกดูดซึมอย่างช้าๆ และเปลี่ยนโดยการ ไฮโดรไลซิสเป็น Benzylpenicillin ระดับพลาสมาสูงสุดจะอยู่ที่ 24 ชั่วโมง (เด็ก) หรือ 48 ชั่วโมง (ผู้ใหญ่)

ขนาดยา

ขนาด 1.2 – 2

ผลข้างเคียงของยา

ยาฉีดในรูป Suspension และมีช่วง pH ที่ 5 - 7.5 คุณสมบัตินี้ทำให้การฉีดยา Benzathine penicillin เกิดผลข้างเคียง คือ เจ็บบริเวณที่ฉีดได้ การฉีดยาจะต้องฉีด แบบ IM เท่านั้นห้ามฉีด IV เด็ดขาด

เพราะมีรายงานว่า เป็นสาเหตุทำให้เกิด Cardiorespiratory arrest และเสียชีวิตได้ ดังนั้นจึงมีข้อระมัดระวัง พิเศษในการฉีดยา Benzathine penicillin คือระมัดระวังการฉีดเข้าเส้นเลือดหรือฉีดบริเวณใกล้กับ Major peripheral nerves เพราะอาจทำให้เกิดการทำลายเส้นประสาทแบบรุนแรงได้ นอกจากนี้ การฉีด Subcutaneous หรือฉีดเข้าชั้นไขมันอาจเป็นสาเหตุทำให้เกิดการเจ็บบริเวณที่ฉีดชนิดรุนแรง

4. ยา Tramadol หรือ Tramadol hydrochloride

เป็นยาแก้ปวดที่ใช้บำบัดอาการปวดขั้นปานกลางถึงรุนแรง มีประโยชน์ในผู้ป่วยที่มีอาการปวด จากโรคต่าง ๆ ซึ่งใช้ยาแก้ปวดชนิดอื่น ๆ แล้วไม่สามารถบรรเทาอาการปวดได้เพียงพอ หรือใช้ร่วมกันเพื่อให้ แก้ปวดได้ดียิ่งขึ้น ซึ่งกลไกการออกฤทธิ์ทั้งการจับกับมิวรีเซปเตอร์ (μ receptors) ในระบบประสาทส่วนกลาง และยับยั้ง Serotonin และ Norepinephrine reuptake ช่วยปรับสมดุลการตอบสนองต่อความเจ็บปวด และช่วยยับยั้งการส่งกระแสประสาทความเจ็บปวดในไขสันหลังยาออกฤทธิ์ระงับปวดภายใน 1 ชั่วโมง ระยะเวลาออกฤทธิ์นาน 9 ชั่วโมง มีการแปรสภาพที่ตับเป็น Active metabolites ที่ออกฤทธิ์ระงับปวด ได้ดีกว่า Parent drug และยาขับออกทางปัสสาวะเป็นหลัก มีค่าครึ่งชีวิตนาน 6-8 ชั่วโมง (Active metabolites มีค่าครึ่งชีวิตนาน 7-9 ชั่วโมง) และค่าครึ่งชีวิตจะนานขึ้นในผู้ป่วยที่เป็นโรคตับ โรคไต และผู้สูงอายุ

ขนาดยา

ผู้ใหญ่ รับประทานครั้งละ 50 มิลลิกรัม ทุก 4-6 ชั่วโมงเวลาปวด ขนาดยาสูงสุดไม่ควรเกิน 400 มิลลิกรัมต่อวัน

ผลข้างเคียงของยา

อาการสับสน มึนงง วิงเวียนศีรษะ หงุดหงิด ประสาทหลอน ปวดศีรษะ คลื่นไส้ อาเจียนซึ่งสัมพันธ์ กับขนาดยา อ่อนเพลีย ปากแห้ง ใจสั่น มือสั่น ตาพร่ามัว หัวใจเต้นผิดจังหวะ การรับประทานยาเกินขนาด อาจกดศูนย์การหายใจ ทำให้หายใจช้า เกิดอาการง่วงซึมอาจรุนแรงถึงหมดสติ กล้ามเนื้ออ่อนแรง อาจมีภาวะ ชัก และหัวใจหยุดเต้นได้ กรณีใช้ติดต่อกันนานๆ อาจก่อให้เกิดการเสพติดได้