

ส่วนที่ 2 ผลงานที่เป็นผลการปฏิบัติงานหรือผลสำเร็จของงาน

1. เรื่อง “การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอด : กรณีศึกษา”
2. ระยะเวลาที่ดำเนินการ ระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2566 - วันที่ 31 มกราคม 2567

ผังกำกับงาน

กิจกรรม	ระยะเวลาดำเนินงาน				
	ก.ย. 66	ต.ค. 66	พ.ย. 66	ธ.ค. 66	ม.ค. 67
1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย	1 -14				
2. เลือกเรื่อง/ผู้ป่วยเพื่อศึกษา	15-18	28			
3. ขออนุมัติหัวหน้างาน/หัวหน้าพยาบาล/ ผู้อำนวยการโรงพยาบาล เข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย	19				
4. ศึกษาเอกสาร วิชาการที่เกี่ยวข้อง		1-31			
5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอน กระบวนการพยาบาล		1-31			
6. สรุปผลการศึกษา (กรณีศึกษา ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ ประเด็นการนำไปใช้ ประโยชน์)			1-30		
7. เสนอผลการศึกษา (ข้อ 6) ต่อหัวหน้างาน/ทีมการพยาบาล				1-7	
8. นำประเด็นจากการศึกษาไปใช้ประโยชน์				8-24	
9. สรุปผลการนำไปใช้ประโยชน์ ต่อหัวหน้า งาน/ทีมการพยาบาล				25-31	
10. จัดทำผลงานวิชาการ					1-31

หมายเหตุ: หนังสือ/บันทึกขออนุมัติเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย ดังแนบท้ายภาคผนวก

3. ความรู้ ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

3.1 ความรู้

3.1.1 ความรู้เกี่ยวกับโรคติดเชื้อเอชไอวี

3.1.1.1 ความหมาย (กรมควบคุมโรค, 2564)

โรคติดเชื้อเอชไอวี หมายถึง เป็นโรคที่เกิดจากเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งจะเข้าไปทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 (T4 lymphocytes) ซึ่งเป็นเซลล์ภูมิคุ้มกันที่สำคัญของร่างกาย เมื่อเซลล์ CD4 ถูกทำลายลง ร่างกายก็จะอ่อนแอลงและติดเชื้อต่าง ๆ ได้ง่ายขึ้น เมื่อระดับเซลล์ CD4 ลดต่ำลง ผู้ป่วยก็จะเข้าสู่ระยะเอดส์ (AIDS)

โรคติดเชื้อเอชไอวี เป็นโรคที่เกิดจากการติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) ซึ่งทำลายระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย โดยเฉพาะเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 ซึ่งเป็นเซลล์ที่สำคัญในกระบวนการป้องกันการติดเชื้อจากโรคต่างๆ เมื่อไวรัสเอชไอวีเข้าสู่ร่างกาย จะทำให้ภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง ส่งผลให้ร่างกายติดเชื้อฉวยโอกาสได้ง่ายขึ้นและมีความเสี่ยงที่จะพัฒนาไปสู่ภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องหรือที่เรียกว่าโรคเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS) (ศูนย์ข้อมูลสารสนเทศด้านเอชไอวีของประเทศไทย, 2565)

3.1.1.2 พยาธิสรีรวิทยาของผู้ป่วยติดเชื้อเอชไอวี (กรมควบคุมโรค, 2562)

การติดเชื้อเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus) เป็นการติดเชื้อไวรัสที่ส่งผลกระทบโดยตรงต่อระบบภูมิคุ้มกันของร่างกาย โดยเฉพาะเซลล์เม็ดเลือดขาวชนิด CD4 + T cells ซึ่งมีบทบาทสำคัญในการกำกับการทำงานของระบบภูมิคุ้มกัน ทั้งนี้การทำลายเซลล์ CD4 ส่งผลให้ร่างกายของผู้ป่วยไม่สามารถตอบสนองต่อการติดเชื้อได้อย่างเหมาะสม นำไปสู่ความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสและการเกิดมะเร็งบางชนิด

กระบวนการติดเชื้อของเอชไอวี

1) การเข้าสู่ร่างกายและการจับเซลล์เป้าหมาย เอชไอวีสามารถเข้าสู่ร่างกายได้จากการสัมผัสเลือด น้ำอสุจิ สารคัดหลั่งจากช่องคลอด และน้ำนม เมื่อเข้าสู่กระแสเลือด เอชไอวีจะจับกับโปรตีน CD4 บนพื้นผิวของเซลล์ CD4+ T cells รวมถึงเซลล์อื่น ๆ ในระบบภูมิคุ้มกัน โดยเฉพาะแมคโครฟาจและเดนไดรติกเซลล์ (กรมควบคุมโรค, 2561)

2) การหลอมรวมและการเข้าสู่เซลล์ CD4+ T cells หลังจากที่ไวรัสจับกับตัวรับ CD4 และตัวช่วยเช่น CCR5 หรือ CXCR4 บนเซลล์ CD4+ T cells ไวรัสจะหลอมรวมกับเยื่อหุ้มเซลล์และเข้าสู่เซลล์ ซึ่งกระบวนการนี้ทำให้ไวรัสสามารถเริ่มกระบวนการเพิ่มจำนวนตัวเองได้ โดยใช้กลไกของเซลล์เจ้าบ้านในการสังเคราะห์ดีเอ็นเอของไวรัสขึ้นมาใหม่ (ศูนย์วิจัยเอชไอวีแห่งประเทศไทย, 2560)

3) การเพิ่มจำนวนของไวรัสและการทำลายเซลล์ ภายในเซลล์ CD4+ T cells เอชไอวีจะใช้เอนไซม์ Reverse Transcriptase เพื่อเปลี่ยน RNA ของไวรัสให้เป็น DNA และนำ DNA ของไวรัสเข้าไปรวมกับ DNA

ของเซลล์เจ้าบ้านผ่านเอนไซม์ Integrase ทำให้เซลล์เจ้าบ้านผลิตไวรัสเพิ่มขึ้น เมื่อไวรัสเพิ่มจำนวนมากพอจะทำให้เซลล์เจ้าบ้านแตกออก ปล่อยไวรัสใหม่เข้าสู่กระแสเลือดและไปติดเชื้อยังเซลล์ CD4 อื่น ๆ ต่อไป การทำลายเซลล์ CD4 + T cells อย่างต่อเนื่องนี้ส่งผลให้จำนวนเซลล์ลดลง ทำให้ร่างกายมีภูมิคุ้มกันอ่อนแอลงเรื่อย ๆ (กรมอนามัย, 2561)

4) ระยะต่าง ๆ ของการติดเชื้อเอชไอวี

4.1) ระยะแรก (Acute HIV Infection) เกิดภายใน 2-4 สัปดาห์หลังติดเชื้อ ผู้ป่วยอาจมีอาการคล้ายไข้หวัดใหญ่ ระยะนี้มีการเพิ่มจำนวนของไวรัสอย่างรวดเร็วและการลดลงของเซลล์ CD4+ T cells

4.2) ระยะสงบ (Chronic HIV Infection) ระยะที่ไวรัสยังคงอยู่ในร่างกายและเพิ่มจำนวนซ้ำ ๆ ในช่วงนี้ผู้ป่วยอาจไม่มีอาการ แต่วาระบบภูมิคุ้มกันยังคงถูกทำลายอย่างต่อเนื่อง

4.3) ระยะเอดส์ (Acquired Immunodeficiency Syndrome - AIDS) ระยะสุดท้ายที่จำนวนเซลล์ CD4 ลดลงจนถึงระดับที่ต่ำมาก (<200 cells/mm³) ทำให้ผู้ป่วยมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสและมะเร็งหลายชนิด (กรมควบคุมโรค, 2562)

5) ผลกระทบของการลดลงของ CD4+ T cells ต่อร่างกาย เมื่อเซลล์ CD4+ T cells ลดลง ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะสูญเสียการควบคุม ทำให้ไม่สามารถป้องกันการติดเชื้อและโรคมะเร็งได้ ผู้ป่วยที่มีระดับ CD4 ต่ำมากจะมีอาการเจ็บป่วยและเกิดโรคฉวยโอกาส เช่น วัณโรค ปอดบวมจากเชื้อ *Pneumocystis jirovecii* และการติดเชื้อเชื้อรา เป็นต้น ส่งผลให้ร่างกายอ่อนแอและเพิ่มความเสี่ยงในการเสียชีวิต (ราชวิทยาลัยแพทย์แห่งประเทศไทย, 2560)

การติดเชื้อเอชไอวีทำให้ระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายถูกทำลายอย่างต่อเนื่อง เนื่องจากไวรัสเข้าไปทำลายเซลล์ CD4+ T cells โดยตรง เมื่อภูมิคุ้มกันอ่อนแอลง ร่างกายจะมีความเสี่ยงสูงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสและโรคมะเร็ง การรักษาด้วยยาต้านไวรัส จึงมีความสำคัญในการควบคุมปริมาณไวรัส ลดการทำลายเซลล์ CD4 และเพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่ผู้ป่วย

โรคเอดส์ (Immune deficiency syndrome: AIDS) เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวี (Human immunodeficiency virus: HIV) ในร่างกาย และมีการดำเนินโรคไปแล้วเป็นระยะเวลาประมาณ 10 ปี เชื้อเอชไอวีจึงพัฒนาสู่โรคเอดส์เต็มขั้น เมื่อเชื้อเอชไอวีเข้าสู่ร่างกายจะทำลายระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย จนทำให้ไม่มีภูมิคุ้มกันเพียงพอในการป้องกันตนเองจากเชื้อโรคนอกที่เข้าสู่ร่างกาย ทำให้เกิดโรคเฉียบพลัน โรคแทรกซ้อน หรือโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่มีความรุนแรงและยากแก่การรักษา

โรคเอดส์เป็นเชื้อไวรัสในตระกูลรีโทรไวรัส (Retrovirus) ซึ่งเป็นไวรัสที่มีสารพันธุกรรมเป็นแบบอาร์เอ็นเอ (RNA) รีโทรไวรัสมีคุณสมบัติพิเศษ คือการเปลี่ยนสารพันธุกรรมของตนเองให้เป็น Deoxyribonucleic acid (DNA) ของเซลล์โฮสต์ได้ จากนั้นจะแทรกแซงการทำงานในโครโมโซมของเซลล์โฮสต์และป้อนคำสั่งแทนที่ DNA ของเซลล์โฮสต์ และแบ่งตัวเพิ่มจำนวนไปเรื่อย ๆ

3.1.1.3 สาเหตุการติดเชื้อเอชไอวี

1) การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เช่น ไม่ได้ใส่ถุงยางอนามัยไม่ว่าชายกับชาย ชายกับหญิง หรือหญิงกับหญิง ทั้งทางช่องคลอดและทวารหนัก ก็ล้วนมีโอกาสติดโรคนี้อันได้ทั้งสิ้น ทั้งนี้ จากข้อมูลของการระบาดวิทยาพบว่า มากกว่าร้อยละ 80 ของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ได้รับเชื้อจากการมีเพศสัมพันธ์

2) ใช้เข็มหรือกระบอกฉีดยาร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี ซึ่งมักพบในกลุ่มผู้ฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด

3) การสัมผัสเลือดหรือน้ำเหลืองของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ผ่านผิวหนังที่เป็นแผลเปิดหรือรอยถลอก รวมทั้งการใช้ของมีคมร่วมกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยไม่ทำความสะอาดอุปกรณ์ให้สะอาดเพียงพอ เช่น มีดโกนหนวด กรรไกรตัดเล็บ เข็มสักผิวหนังหรือคิ้วเข็มเจาะหู

4) การติดต่อจากแม่สู่ลูก ทั้งระหว่างตั้งครรภ์ การคลอดและการเลี้ยงดูด้วยนมแม่

5) การรับโลหิตบริจาคที่มีเชื้อเอชไอวี ปนเปื้อนซึ่งมีโอกาสน้อยมากในปัจจุบัน เนื่องจากโลหิตที่ได้รับบริจาคทุกขวดต้องผ่านการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวี เพื่อความปลอดภัย

3.1.1.4 ระยะเวลาติดเชื้อเอชไอวี (HIV) มี 3 ระยะ ได้แก่

ระยะที่ 1 ระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อเอชไอวี (Primary infections: Acute HIV) เป็นระยะแรกของการติดเชื้อเอชไอวี ในช่วง 2-4 สัปดาห์แรกหลังการได้รับเชื้อ ในระยะนี้ ไวรัสจะแบ่งตัวเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 หรือ T-cells ให้ลดจำนวนลงอย่างรวดเร็วเช่นกัน โดยระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายจะต่อสู้โดยการค่อย ๆ เพิ่มจำนวน CD4 ในร่างกายเพื่อต่อต้านเชื้อไวรัส แม้ว่าปริมาณ CD4 จะไม่มากเท่ากับระยะก่อนติดเชื้อมากก็ตาม ในระยะนี้เป็นระยะที่ผู้ติดเชื้อสามารถแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ จึงจำเป็นต้องป้องกันการแพร่เชื้ออย่างเคร่งครัด อย่างไรก็ตาม ผู้ติดเชื้อบางรายอาจไม่แสดงอาการใด ๆ เลย จึงทำให้สูญเสียโอกาสในการพบแพทย์เพื่อรับการตรวจวินิจฉัยและรับยาต้านไวรัส ตั้งแต่ระยะแรกเริ่ม จนนำไปสู่การแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นในเวลาต่อมา

ระยะที่ 2 ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Clinical latent infection: Chronic HIV) เป็นการติดเชื้อระยะแฝงที่เชื้อไวรัสเอชไอวีอยู่ในร่างกายโดยไม่แสดงอาการใด ๆ (Asymptomatic HIV infection) ผู้ที่ติดเชื้อส่วนใหญ่มักจะมีสภาพร่างกายเป็นปกติเหมือนบุคคลทั่วไป ในระยะนี้ เชื้อเอชไอวีจะแบ่งจำนวนไปเรื่อย ๆ และค่อย ๆ ทำลายเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 หรือ T-cells ในระบบภูมิคุ้มกันร่างกาย ให้ลดจำนวนน้อยลงไปเรื่อย ๆ โดยจะมีระดับ CD4 ในร่างกายระหว่าง 200-1000 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ทำให้ภูมิคุ้มกันร่างกายลดต่ำ และเกิดการเจ็บป่วยง่ายขึ้น โดยทั่วไปการดำเนินโรคในระยะนี้จะใช้เวลาประมาณ 5-10 ปี ผู้ติดเชื้อที่มีการดำเนินโรคเร็ว (Rapid progressor) อาจใช้เวลาในระยะนี้เพียง 2-5 ปี แต่ในผู้ติดเชื้อที่ร่างกายสามารถควบคุมเชื้อได้ดีเป็นพิเศษ (Elite controller) อาจยืดระยะเวลาการดำเนินโรคในระยะนี้ได้ 10-15 ปี

ระยะที่ 3 ระยะเอดส์เต็มขั้นหรือระยะโรคเอดส์ (Progression to AIDS) เป็นระยะที่การติดเชื้อเอชไอวีได้พัฒนากลายเป็นโรคเอดส์โดยสมบูรณ์ผู้ติดเชื้อในระยะนี้จะมีระดับ CD4 ในร่างกายน้อยกว่า 200 เซลล์

ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ทำให้ร่างกายอ่อนแอลงอย่างมากจนนำไปสู่การเกิดโรคแทรกซ้อน และโรคติดเชื้อฉวยโอกาส (Opportunistic infection: OIs)

3.1.1.5 อาการและอาการแสดง

1) อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะที่ 1 ระยะแรกเริ่มของการติดเชื้อ (Primary infections: Acute HIV) ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะแรกเริ่มจะเข้าสู่ภาวะที่ร่างกายตอบสนองต่อการติดเชื้อ (Acute retro Viral syndrome: ARS) โดยจะปรากฏอาการประมาณ 1-2 สัปดาห์แรกหลังจากติดเชื้อ จากนั้นอาการจะหายไป โดยจะมีอาการคล้ายไข้หวัด มีไข้ หนาวสั่น เจ็บคอ อ่อนเพลีย ปวดเมื่อยตามร่างกาย มีเหงื่อออกตอนกลางคืน ผื่นขึ้น ต่อมมน้ำเหลืองโต เป็นแผลในปาก ผู้ที่ติดเชื้อบางรายอาจมีอาการเวียนหัว คลื่นไส้ อาเจียน ถ่ายเหลว น้ำหนักตัวลดลงและมีฝ้าขาวในช่องปาก

2) อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะที่ 2 ระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการ (Clinical latent infection: Chronic HIV) โดยทั่วไปผู้ติดเชื้อเอชไอวีในระยะติดเชื้อโดยไม่มีอาการหรือระยะสงบทางคลินิก (Clinical latency stage) ในช่วง 5-10 ปีโดยประมาณหลังติดเชื้อเอชไอวี โดยจะไม่แสดงอาการใด ๆ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับระดับความรุนแรงของเชื้อเอชไอวี ที่ได้รับและภูมิคุ้มกันร่างกายของแต่ละบุคคล อย่างไรก็ตาม ผู้ที่ติดเชื้อไวรัสเอชไอวี ระยะนี้ที่มีภูมิคุ้มกันร่างกายอาจแสดงออกซึ่งอาการหรือโรคบางโรค ดังนี้

2.1) ระยะติดเชื้อที่มีอาการเล็กน้อย ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีระดับ CD4 ในร่างกายมากกว่า 500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ติดเชื้ออาจจะมีไข้ อ่อนเพลีย ต่อมมน้ำเหลืองโต แผลร้อนในในช่องปาก ผื่นหนังอักเสบที่หนังศีรษะ ฝ้าขาวที่ลิ้น เชื้อราที่เล็บ และโรคสะเก็ดเงิน (ในผู้ที่เคยเป็นมาก่อน)

2.2) ระยะติดเชื้อที่มีอาการปานกลาง ได้แก่ ผู้ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีระดับ CD4 ในร่างกายระหว่าง 200-500 เซลล์ต่อลูกบาศก์มิลลิเมตร ผู้ติดเชื้ออาจมีไข้แบบเป็น ๆ หาย ๆ ต่อเนื่องหลายเดือนติดต่อกัน ต่อมมน้ำเหลืองโตที่คอ รักแร้ หรือขาหนีบ เริ่มที่ปาก หรือเริ่มที่อวัยวะเพศ (แบบเรื้อรัง) ปวดเมื่อยกล้ามเนื้อ เชื้อราในช่องปากหรือบริเวณปากมดลูก ท้องเสียแบบเรื้อรัง น้ำหนักลดโดยไม่ทราบสาเหตุ งูสวัด ไซนัสอักเสบเรื้อรัง และโรคปอดอักเสบ

3) อาการของผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในระยะที่ 3 ระยะเอดส์เต็มขั้นหรือระยะโรคเอดส์ (Progression to AIDS) ผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี ที่มีการดำเนินโรคมายังถึงระยะที่ 3 หรือ 10 ปี โดยประมาณหลังติดเชื้อเอชไอวี หรือระยะโรคเอดส์เต็มขั้นแล้วเท่านั้น จึงจะปรากฏสัญญาณและอาการของโรคเอดส์ โดยส่วนมากอาการของโรคเอดส์คือการเกิดขึ้นของโรคแทรกซ้อน หรือโรคฉวยโอกาสอื่น ๆ หลาย ๆ โรคคร่อมร้าวพร้อม ๆ กัน อันเนื่องมาจากระบบภูมิคุ้มกันถูกทำลาย ทำให้เชื้อโรคอื่น ๆ เช่น เชื้อรา เชื้อไวรัส แบคทีเรีย โปรโตซัว เข้าสู่ร่างกายได้โดยง่าย ส่งผลให้เกิดโรคแทรกซ้อนและโรคติดเชื้อฉวยโอกาสที่ยากต่อการรักษา เช่น ไข้เรื้อรังวัณโรค โรคปอดอักเสบ (Pneumocystis jirovecii Pneumonia) เยื่อหุ้มสมองอักเสบจากเชื้อคริปโตคอคคัส ท้องเสียเรื้อรัง ร่างกายอ่อนเพลีย น้ำหนักลด ภาวะกลืนลำบาก หรือเจ็บคอเวลากลืนเนื่องจากหลอดอาหารอักเสบ มีผื่นคันตามตัว ผื่นขีด

สายตาพร่ามัว ไอเป็นเลือด มีเลือดออกจากภาวะเกล็ดเลือดต่ำ เป็นจำเขี้ยว-แดง มีอาการตกขาวบ่อย (ในเพศหญิง) ปวดศีรษะรุนแรง คลื่นไส้ อาเจียน อาการทางระบบประสาท เช่น หลงลืมง่าย ไม่มีสมาธิ ความจำเสื่อม แขนขา อ่อนแรง และอาจหมดสติจากการติดเชื้อในสมอง ผู้ที่เป็นโรคเอดส์เต็มขั้นส่วนใหญ่ มักมีอายุได้เพียง 2-3 ปี แล้วจึงเสียชีวิต

3.1.1.5 การติดต่อ

โรคเอดส์และเชื้อเอชไอวีสามารถติดต่อจากคนสู่คนผ่านการสัมผัสกับสารคัดหลั่งในร่างกาย ได้แก่ เลือด น้ำอสุจิ น้ำเหลือง สารหล่อลื่นตามธรรมชาติในช่องคลอด อวัยวะเพศชาย หรือทวารหนัก และน้ำนมแม่ โรคเอดส์ และเชื้อเอชไอวี สามารถติดต่อกันผ่านพฤติกรรมดังต่อไปนี้

1) การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่สวมถุงยางอนามัย โดยมีการสอดใส่ระหว่างอวัยวะเพศชาย-หญิง ทางทวารหนักระหว่างชาย-ชาย หรือระหว่างหญิง-หญิงที่มีการสัมผัสกับสารหล่อลื่นในช่องคลอด ทั้งนี้การมีเพศสัมพันธ์โดยไม่ป้องกัน เป็นสาเหตุสำคัญของการติดเชื้อเอชไอวีในผู้ป่วยเอดส์ทั่วโลกเกินกว่าร้อยละ 80

2) การใช้เข็มฉีดยาหรือกระบอกฉีดยาร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี โดยมักพบพฤติกรรมดังกล่าวในกลุ่มผู้ใช้สารเสพติดโดยการฉีดสารเสพติดเข้าเส้นเลือด

3.) การติดเชื้อเอชไอวี ผ่านการสัมผัสกับเลือดหรือน้ำเหลืองจากบาดแผลเปิดภายนอกผิวหนัง หรือแผลในช่องปาก รวมถึงการใช้ของใช้ส่วนตัวที่มีลักษณะเป็นของมีคมร่วมกันกับผู้ติดเชื้อเอชไอวี เช่น เข็มสัก ฝิวหนัง เข็มสักคิ้ว กรรไกรตัดเล็บ มีดโกน เข็มเจาะอวัยวะ เช่น เข็มเจาะหู หรือเข็มเจาะสะดือ

4.) การติดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกขณะตั้งครรภ์ ในระหว่างการคลอดบุตรและการให้นมบุตร โดยระยะตั้งครรภ์เชื้อโรคจะผ่านทางรกในครรภ์ ส่วนคลอดจะผ่านทางมูกเลือด น้ำคร่ำ สารคัดหลั่งต่าง ๆ จากการคลอดและระยะหลังคลอดจะผ่านทางน้ำนมของมารดา

5.การรับเลือดบริจาคที่ปนเปื้อนเชื้อเอชไอวีที่ไม่ผ่านการคัดกรองเชื้อมาก่อน โดยแทบไม่พบแล้วในปัจจุบันเนื่องจากกระบวนการตรวจสอบที่มีมาตรฐานหลายขั้นตอน

3.1.1.6 การวินิจฉัย

การตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี มีความสำคัญเป็นอย่างมาก เพราะหากผู้ที่สงสัยว่าอาจติดเชื้อได้รับการวินิจฉัยว่าติดเชื้อและรับยาต้านไวรัสที่มีประสิทธิภาพโดยเร็ว จะช่วยยับยั้งไม่ให้เชื้อไวรัสพัฒนากลายเป็นโรคเอดส์ได้ในอนาคต ปัจจุบันการตรวจวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพและได้ผลเร็ว มี 3 ประเภท ได้แก่

1) การตรวจสอบแอนติเจนหรือแอนติบอดีที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี (Antigen/antibody tests) เป็นการตรวจสอบที่รวดเร็วและมีประสิทธิภาพที่สุด โดยแพทย์จะทำการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาแอนติเจน หรือโปรตีนของเชื้อไวรัสที่มีชื่อว่า p24 (p24 antigen testing) และตรวจหาแอนติบอดีของร่างกายในคราวเดียวกัน โดย

เป็นวิธีการตรวจหาเชื้อเอชไอวี หลังจากสงสัยว่าได้รับเชื้อประมาณ 18-45 วันแรก ซึ่งเป็นระยะที่ร่างกายจะยังไม่สร้างแอนติบอดีเพื่อต่อสู้กับเชื้อไวรัส จึงทำให้ไม่สามารถตรวจพบด้วยวิธีการอื่น ๆ

2) การตรวจหาแอนติบอดีที่จำเพาะต่อเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV antibody tests) เป็นการตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาภูมิคุ้มกัน (Antibody) ต่อเชื้อเอชไอวี เพื่อตรวจปริมาณเซลล์เม็ดเลือดขาว CD4 หรือ T-cells ในร่างกาย พร้อมกับตรวจการทำงานของระบบภูมิคุ้มกันร่างกายที่ทำหน้าที่ต่อต้านเชื้อไวรัส HIV โดยเป็นวิธีการตรวจหาเชื้อเอชไอวี ที่สามารถทำได้หลังจากสงสัยว่าได้รับเชื้อประมาณ 23-90 วันแรก

3) การตรวจหาสารทางพันธุกรรมของเชื้อเอชไอวี (Nucleic acid tests: NATs) เป็นการตรวจหาเชื้อเอชไอวี โดยการเจาะเลือดเพื่อตรวจหาสารพันธุกรรมเชื้อไวรัสเอชไอวีโดยเป็นวิธีที่แพทย์นิยมใช้ตรวจหาเชื้อไวรัสในเชิงปริมาณ (Viral load assays) ทั้งก่อนและหลังรับการรักษา เพื่อติดตามประเมินผลการรักษา อย่างไรก็ตาม การตรวจด้วยวิธีการนี้จะไม่สามารถใช้เป็นการตรวจ เพื่อวินิจฉัยการติดเชื้อเอชไอวี และไม่สามารถใช้ตรวจหาการที่มารดาติดเชื้อเอชไอวี ได้การตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธีการนี้ สามารถทำได้หลังจากสงสัยว่าได้รับเชื้อประมาณ 10-33 วันแรก

3.1.1.7 การรักษา

1) ทันททีผู้รับการตรวจ HIV ได้รับการยืนยันผลการตรวจเลือดเป็นบวก หรือติดเชื้อเอชไอวี แพทย์จะให้ยาต้านไวรัสในกลุ่ม ARV (Antiretroviral drugs) ซึ่งมีอยู่ด้วยกันหลายชนิด เพื่อต่อสู้และช่วยกันยับยั้งการแบ่งตัวของเชื้อไวรัสเอชไอวี โดยการให้ยาในกลุ่มนี้พร้อมกันจะช่วยเพิ่มประสิทธิภาพในการรักษามากกว่าการรักษาด้วยยาชนิดเดียว กลุ่มยาต้านไวรัส ARV (Antiretroviral drugs) จะช่วยกันออกฤทธิ์เสริมแรงในการลดจำนวนเชื้อไวรัสเอชไอวี ให้ถึงจำนวนที่ไม่สามารถตรวจพบเชื้อเอชไอวีได้อีกต่อไป พร้อมกับช่วยฟื้นฟูและชะลอความเสื่อมของระบบภูมิคุ้มกันในร่างกาย ช่วยให้ผู้ติดเชื้อมีสภาพร่างกายที่แข็งแรงเป็นปกติดีให้มากที่สุด

2) ผู้ที่สงสัยว่าอาจติดเชื้อเอชไอวี ภายในระยะเวลา 72 ชั่วโมงหลังสัมผัสโรค (Post-exposure prophylaxis: PEP) ควรรีบพบแพทย์โดยเร็วที่สุดเพื่อรับยาต้านไวรัส ARV (Antiretroviral drugs) เพื่อต้านเชื้อไวรัส และป้องกันไม่ให้ไวรัสพัฒนาไปอยู่ในระดับที่ตรวจพบและแสดงอาการได้

3) ผู้ที่ไม่มีเชื้อเอชไอวีที่มีความเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวี สามารถพบแพทย์เพื่อขอรับยาต้านไวรัส ARV (Antiretroviral drugs) เพื่อป้องกันการติดเชื้อที่อาจเกิดขึ้น ถือเป็นการใช้ยาเพื่อกันเชื้อไวรัสเอชไอวีก่อนการสัมผัสโรค (Pre-exposure prophylaxis: PrEP) โดยผู้ที่มีความเสี่ยงจะต้องทานยาทุกวันและพบแพทย์ เพื่อตรวจร่างกายหลังจากสัมผัสกับความเสี่ยงแล้ว

จากผลการรายงาน พบว่าผู้ที่สัมผัสกับเชื้อเอชไอวีที่รับประทานยาต้านไวรัส ARV (Antiretroviral drugs) ภายใน 72 ชั่วโมง มีผลการตรวจร่างกายเป็นลบหรือไม่พบเชื้อเอชไอวี ในขณะที่ผู้ติดเชื้อจำนวนหนึ่งสามารถรักษาอาการติดเชื้อจนหายขาดด้วยวิธีการรักษาแบบพิเศษ เช่น การปลูกถ่ายไขกระดูก ดังนั้น

เป้าหมายในการรักษาผู้ติดเชื้อเอชไอวี ในปัจจุบันจึงมุ่งเน้นให้ผู้ติดเชื้อมีคุณภาพชีวิตที่ดี ไม่เจ็บป่วยด้วยโรคเอดส์ รวมทั้งเพื่อป้องกันไม่ให้แพร่เชื้อไวรัสเอชไอวีสู่ผู้อื่นได้ ทั้งนี้ ผู้ติดเชื้อจะต้องมีวินัยในการทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอเป็นประจำทุกวัน และรักษาสุขภาพร่างกายให้แข็งแรง

3.1.1.8 การป้องกัน

โรคเอดส์และการติดเชื้อเอชไอวี สามารถป้องกันได้โดยโดยการลด ละ เลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การติดเชื้อไวรัสโดยเฉพาะอย่างยิ่งผู้ที่ติดเชื้อเอชไอวี แล้วควรป้องกันการตนเองไม่ให้แพร่เชื้อสู่ผู้อื่นได้ โดยวิธีการป้องกันโรคเอดส์ และการติดเชื้อเอชไอวี มีดังนี้

- 1) สวมถุงยางอนามัยทุกครั้งก่อนมีเพศสัมพันธ์
- 2) หากมีแผลเปิดที่มีเลือดไหล ควรทำความสะอาดและปิดแผลให้สนิท
- 3) ไม่ใช่เข็มฉีดยา หรือกระบอกฉีดยาร่วมกันกับผู้อื่น
- 4) ไม่เปลี่ยนคู่นอนบ่อย หลีกเลี่ยงพฤติกรรมเสี่ยงทางเพศ
- 5) ตรวจสอบสุขภาพก่อนแต่งงาน
- 6) พบแพทย์เพื่อรับยาต้านไวรัสเอชไอวี ทันทีที่สงสัยว่าอาจสัมผัสกับเชื้อเอชไอวีหรือก่อนการสัมผัสกับเชื้อเอชไอวี
- 7) ตรวจเลือดหรือตรวจสุขภาพประจำปีอย่างน้อยปีละครั้งเพื่อวัดระดับภูมิคุ้มกันร่างกาย

3.1.2 ความรู้เกี่ยวกับการติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในสตรีตั้งครรภ์

3.1.2.1 การติดเชื้อไวรัสเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ (Human Immunodeficiency Virus infection in pregnancy)

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human immunodeficiency virus infection: HIV) ทำให้เกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired immunodeficiency syndrome: AIDS) ซึ่งปัจจุบันยังไม่มีการรักษาที่หายขาด แต่สามารถควบคุมการติดเชื้อ โดยการให้ยาต้านไวรัสที่ทำให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น มีการติดเชื้อแทรกซ้อนลดลง โดยเฉพาะในหญิงตั้งครรภ์ ซึ่งจะกล่าวในที่นี้ ควรจะมีการดูแลที่เป็นระบบรวมถึงการให้คำปรึกษา เป้าหมายคือเพื่อให้มารดามีสุขภาพที่ดี รับประทานยาต้านไวรัสที่เหมาะสมและลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

3.1.2.2 ระบาดวิทยา

เชื้อไวรัสเอชไอวี เป็นไวรัสชนิด RNA retrovirus โดยแบ่งเป็นสองสายพันธุ์ได้แก่ HIV-1 ซึ่งพบเป็นส่วนใหญ่ทั่วโลก และ HIV-2 ที่พบส่วนใหญ่ในประเทศแถบทวีปแอฟริกา การติดต่อสามารถติดต่อได้ทางการสัมผัสเลือด (รับเลือดหรือฉีดยาเสพติด) ทางเพศสัมพันธ์ และทางแม่สู่ลูกขณะตั้งครรภ์ รวมไปถึงการให้นมบุตร โดยในประเทศไทยมีรายงานผู้ป่วยรายแรกเมื่อปี พ.ศ. 2527 และเริ่มมีรายงานการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงตั้งครรภ์ตั้งแต่ปี

พ.ศ. 2531 โดยค่าเฉลี่ยการติดเชื้อในหญิงตั้งครรภ์ในปี พ.ศ. 2556 คิดเป็นร้อยละ 0.6 ซึ่งมีแนวโน้มลดลงจากร้อยละ 0.8 ในปีพ.ศ. 2551

จากฐานข้อมูลของสำนักงานหลักประกันสุขภาพแห่งชาติ โดยอ้างอิงจากรายงานเด็กที่ได้รับการตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี PCR (Polymerase Chain Reaction) พบว่าอัตราการติดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูก ลดลงจากร้อยละ 3.8 ในปี พ.ศ. 2551 เหลือร้อยละ 2.1 ในปี พ.ศ.2555 แต่หากใช้วิธีคัดประมาณเพื่อรวมเด็กที่ไม่ได้รับการตรวจ PCR (Polymerase Chain Reaction) โดยใช้สัดส่วนของสูตรยาต้านไวรัสที่แม่ได้รับระหว่างตั้งครรภ์ พบอัตราการติดเชื้อเอชไอวี จากแม่สู่ลูกจะอยู่ที่ร้อยละ 4.6 ในปี พ.ศ. 2551 และลดลงเหลือร้อยละ 2.8 ในปี พ.ศ. 2555 อย่างไรก็ตามก็ยังไม่ถึงเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุขที่ต้องการลดอัตราการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่าร้อยละ 2

3.1.2.3 การถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ทารกสามารถติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาได้ 3 ทาง ดังนี้

1) ทางรก (Transplacental transmission) เชื้อเอชไอวีสามารถผ่านรกจากจากแม่สู่ลูกได้ ตั้งแต่ช่วงแรกของการตั้งครรภ์ ซึ่งทำให้ลูกมีโอกาสติดเชื้อในระหว่างที่อยู่ในครรภ์

2) ขณะคลอด (Intrapartum) ทารกอาจติดเชื้อขณะคลอดได้จากการสัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่งของมารดาระหว่างการคลอด ซึ่งเป็นช่วงที่มีความเสี่ยงสูงในการถ่ายทอดเชื้อ

3) ทางน้ำนม (Breastfeeding) การติดเชื้อผ่านน้ำนมแม่มีโอกาสตั้งแต่อายุ 5-20 ขึ้นอยู่กับปัจจัยต่าง ๆ เช่น ระดับของ HIV-RNA ในมารดา ระดับภูมิคุ้มกัน การมีความผิดปกติของเต้านม เช่น การอักเสบ และระยะเวลาการให้นมบุตร ซึ่งทั้งหมดนี้มีผลต่อความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อ

3.1.2.4 อัตราความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

การติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกสามารถเกิดขึ้นได้ตั้งแต่ช่วงแรกของการตั้งครรภ์ หากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่ได้รับยาต้านไวรัสและไม่ได้เลี้ยงลูกด้วยนมผง ทารกมีโอกาสติดเชื้อร้อยละ 15-40 โดยเฉลี่ยร้อยละ 25 ทั้งนี้โอกาสการติดเชื้อจะขึ้นอยู่กับระยะเวลาของการตั้งครรภ์ ดังนี้

1) ช่วงเริ่มตั้งครรภ์จนถึงก่อน 36 สัปดาห์ ทารกมีโอกาสติดเชื้อประมาณร้อยละ 20

2) ช่วงใกล้คลอด ตั้งแต่ 36 สัปดาห์จนถึงเจ็บครรภ์ ทารกมีโอกาสติดเชื้อประมาณร้อยละ 50

3) ช่วงคลอด ทารกมีโอกาสติดเชื้อประมาณร้อยละ 30

3.1.2.5 การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

ทารกในครรภ์มีโอกาสติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาได้ในระยะต่าง ๆ ซึ่งแบ่งเป็น 3 ระยะหลัก ได้แก่ ระยะก่อนคลอด (Antepartum) ระยะคลอด (Intrapartum) และระยะหลังคลอด (Postpartum) โดยมีรายละเอียดและปัจจัยเสี่ยงที่ควรระมัดระวังในแต่ละระยะดังนี้

1) ระยะเวลาก่อนคลอด (Antepartum Factors)

1.1) ปริมาณไวรัสในเลือดมารดา (Viral load) เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการเพิ่มหรือลดความเสี่ยงในการติดเชื้อของทารก หากปริมาณไวรัสต่ำกว่า 400 สำเนาไวรัสต่อมิลลิลิตร (copies/mL) ทารกมีโอกาสดูดเชื้อประมาณร้อยละ 1 แต่หากมากกว่า 100,000 สำเนาไวรัสต่อมิลลิลิตร (copies/mL) โดยไม่มีการรับยาต้านไวรัส โอกาสดูดเชื้อจะเพิ่มขึ้นถึงร้อยละ 30-60

1.2) ระดับ CD4 เป็นตัวชี้วัดภาวะภูมิคุ้มกันในมารดา หากระดับ CD4 ต่ำ โอกาสที่ทารกจะติดเชื้อก็จะเพิ่มขึ้นเช่นกัน

1.3) ภาวะโภชนาการและน้ำหนักก่อนการตั้งครรภ์ หากมารดามีภาวะโภชนาการไม่ดี ภูมิคุ้มกันจะลดลง เพิ่มความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อ

1.4) การใช้สารเสพติดหรือสูบบุหรี่ พบว่ามารดาที่ใช้สารเสพติด เช่น โคเคนหรือเฮโรอีน มีโอกาสถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกเพิ่มขึ้น 3-4 เท่า

1.5) การทำหัตถการวินิจฉัยก่อนคลอด (Prenatal diagnosis) เช่น การเจาะน้ำคร่ำหรือการเจาะชิ้นเนื้อรก หากมารดาได้รับยาต้านไวรัสอย่างเหมาะสมและปริมาณไวรัสต่ำมาก (Undetectable) หัตถการเหล่านี้จะไม่เพิ่มความเสี่ยง แต่หากจำเป็นต้องทำควรให้คำปรึกษาแก่ผู้ป่วยเกี่ยวกับประโยชน์และความเสี่ยงก่อนเสมอ

1.6) การรับประทานยาต้านไวรัส การรับยาต้านไวรัสสูตร HARRT ตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์จะช่วยลดความเสี่ยงให้เหลือประมาณร้อยละ 1-2 แต่หากเริ่มรับยาน้อยกว่า 4 สัปดาห์ก่อนคลอดหรือรับยาไม่สม่ำเสมอ ทารกจะมีความเสี่ยงในการติดเชื้อเพิ่มขึ้นเป็นร้อยละ 9.3

2) ระยะเวลาคลอด (Intrapartum Factors)

2.1) ปริมาณไวรัสในเลือดมารดา ปริมาณไวรัสสูงในระหว่างคลอดเป็นปัจจัยที่เพิ่มโอกาสถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก

2.2) อายุครรภ์ที่คลอด ทารกที่คลอดก่อนกำหนดมีโอกาสดูดเชื้อสูงขึ้นเกือบ 4 เท่าเมื่อเทียบกับทารกที่คลอดครบกำหนด

2.3) โรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ การติดเชื้อบริเวณอวัยวะเพศและโรคเริมที่อวัยวะเพศ (Herpes simplex virus type 2) ในมารดาอาจเพิ่มความเสี่ยงในการติดเชื้อให้ทารกได้ถึงร้อยละ 50

2.4) ช่องทางคลอด การผ่าตัดคลอดช่วยลดความเสี่ยงในการสัมผัสสารคัดหลั่งในช่องคลอด หากทำการผ่าตัดก่อนเจ็บครรภ์หรือก่อนถุงน้ำคร่ำแตกจะช่วยลดโอกาสถ่ายทอดเชื้อได้ 2-5 เท่า

2.5) ภาวะถุงน้ำคร่ำแตกนาน (Rupture of membrane) หากถุงน้ำคร่ำแตกนานเกิน 4 ชั่วโมง โอกาสที่ทารกจะติดเชื้อจะเพิ่มขึ้นเกือบ 2 เท่า อย่างไรก็ตาม หากมารดาได้รับยาต้านไวรัสแบบเข้มข้น (Highly

Active Antiretroviral Therapy) และมีปริมาณไวรัสต่ำ (น้อยกว่า 1,000 สำเนาไวรัสต่อมิลลิลิตร (copies/mL)) ระยะเวลาถุงน้ำคร่ำแตกจะไม่ส่งผลกระทบต่อทารก

2.6) ภาวะติดเชื้อที่ถุงน้ำคร่ำ (Chorioamnionitis) การอักเสบของเยื่อหุ้มทารกจะเพิ่มความเสี่ยงของทารกในการติดเชื้อขึ้น 2.45 เท่า

2.7) การทำหัตถการขณะคลอด เช่น การใส่ Fetal scalp electrode หรือการใช้เครื่องดูดสุญญากาศ เพิ่มความเสี่ยงให้ทารกสัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่งของมารดา

3) ระยะเวลาหลังคลอด (Postpartum Factors)

3.1) การให้นมบุตร (Breastfeeding) การให้นมแม่เป็นปัจจัยสำคัญที่สุดในการถ่ายทอดเชื้อหลังคลอด โดยพบว่าโอกาสการติดเชื้อในทารกที่ได้รับนมแม่อยู่ที่ร้อยละ 66 ซึ่งอัตราการติดเชื้อจะสูงสุดในช่วง 6 สัปดาห์แรกหลังคลอด ทั้งนี้ การติดเชื้อในระยะหลังคลอดยังสัมพันธ์กับระดับภูมิคุ้มกันที่ต่ำของมารดา และการอักเสบที่เต้านม เช่น ภาวะเต้านมอักเสบ (Mastitis)

3.2) คำแนะนำในการให้นมบุตร มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีควรงดการให้นมบุตรเพื่อลดความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อ ในประเทศไทย สามารถรับนมผสมฟรีจนทารกอายุ 6 เดือน สำหรับพื้นที่ที่ไม่มีความพร้อมด้านทรัพยากร ทางองค์การอนามัยโลก (WHO, 2016) แนะนำให้เลี้ยงทารกด้วยนมแม่อย่างเดียว (Exclusive breastfeeding) ร่วมกับการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ

3.1.2.6 ผลกระทบของเชื้อเอชไอวีต่อการตั้งครรภ์และการคลอด

เชื้อเอชไอวีไม่ได้เพิ่มความเสี่ยงในการเกิดความพิการแต่กำเนิดของทารก อย่างไรก็ตาม อาจเพิ่มความเสี่ยงในการแท้งบุตร ทารกโตช้าในครรภ์ ทารกคลอดก่อนกำหนด และภาวะทารกน้ำหนักน้อย แต่หากมารดาได้รับยาต้านไวรัสตั้งแต่แรกทีฝากครรภ์ ความเสี่ยงของปัญหาดังกล่าวจะลดลงอย่างมีนัยสำคัญ

การตั้งครรภ์อาจมีผลต่อโรคเอชไอวีเช่นกัน โดยระดับ CD4 มักลดลงในระหว่างตั้งครรภ์และกลับเพิ่มขึ้นหลังคลอด การติดเชื้อฉวยโอกาส เช่น Herpes zoster และ oral hairy leukoplakia อาจพบได้มากขึ้น แต่ไม่ส่งผลให้โรคดำเนินไปเร็วขึ้นหรือเสี่ยงต่อการเสียชีวิตมากกว่าหญิงที่ไม่ตั้งครรภ์

3.1.2.7 การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์ (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกระบวนการสำคัญที่ช่วยลดความเสี่ยงการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก ทั้งนี้ การป้องกันและการดูแลต้องครอบคลุมตั้งแต่การให้ยาต้านไวรัส การตรวจสุขภาพ การให้คำแนะนำในการปฏิบัติตัวระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอด ซึ่งสามารถจำแนกแนวทางดูแลได้ดังนี้

1) การเริ่มใช้ยาต้านไวรัส องค์การอนามัยโลก (WHO) แนะนำให้หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเริ่มใช้ยาต้านไวรัสสูตร HARRT (Highly Active Antiretroviral Therapy) ตั้งแต่ช่วงแรกของการตั้งครรภ์ หรือทันที

ที่ทราบว่าตั้งครรภ์และติดเชื้อ เพื่อช่วยลดปริมาณไวรัสในเลือด และลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก โดยยาต้านไวรัสที่แนะนำ ได้แก่ TDF + 3TC (หรือ FTC) + EFV ซึ่งเป็นสูตรที่มีประสิทธิภาพและความปลอดภัยสูงสำหรับสตรีตั้งครรภ์ (World Health Organization, 2016)

2) การติดตามและตรวจสุขภาพ

2.1) การตรวจปริมาณไวรัสและ CD4 แนะนำให้ตรวจระดับไวรัสในเลือด (Viral Load) และระดับ CD4 เป็นระยะ เพื่อประเมินความเสี่ยงการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก โดย Viral Load ที่ต่ำกว่า 400 สำเนาไวรัสต่อมิลลิลิตร (copies/mL) จะลดโอกาสถ่ายทอดเชื้อได้มาก นอกจากนี้ การตรวจ CD4 จะช่วยประเมินระดับภูมิคุ้มกันของมารดา ซึ่งมีผลต่อสุขภาพโดยรวมและความเสี่ยงในการติดเชื้ออื่น ๆ (Centers for Disease Control and Prevention, 2019)

2.2) การตรวจคัดกรองโรคติดเชื้อร่วมอื่น ๆ มารดาควรได้รับการคัดกรองโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อื่น ๆ เช่น ซิฟิลิส และโรคตับอักเสบบี รวมถึงการตรวจสุขภาพทั่วไป เช่น การตรวจคัดกรองวัณโรค เพื่อให้แน่ใจว่าร่างกายแข็งแรงเพียงพอในการตั้งครรภ์และลดความเสี่ยงต่อทารก (CDC, 2020)

3) การให้คำปรึกษาและแนะนำการปฏิบัติตัว

3.1) การป้องกันการติดเชื้อซ้ำ ควรแนะนำให้มารดาหลีกเลี่ยงการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำ (Superinfection) และการติดเชื้อฉวยโอกาสต่าง ๆ โดยเน้นให้มีการป้องกันที่ดีทั้งระหว่างและหลังการตั้งครรภ์

3.2) การดูแลโภชนาการ สตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการดูแลโภชนาการอย่างเหมาะสม เนื่องจากโภชนาการที่ดีจะช่วยเสริมภูมิคุ้มกันและลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อ การรับประทานอาหารที่มีโปรตีน วิตามิน และแร่ธาตุสูงเป็นสิ่งจำเป็น

4) การวางแผนการคลอด ช่องทางการคลอด หากปริมาณไวรัสในหญิงตั้งครรภ์สูง การผ่าคลอด (Cesarean Section) อาจเป็นทางเลือกที่ช่วยลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก โดยเฉพาะในกรณีที่ไม่มีมารดาต้านไวรัสมาก่อนหรือปริมาณไวรัสสูงกว่า 1,000 สำเนาไวรัสต่อมิลลิลิตร (copies/mL) อย่างไรก็ตาม การคลอดธรรมชาติสามารถทำได้ในกรณีที่มารดามี Viral Load ต่ำและอยู่ในการดูแลของแพทย์อย่างใกล้ชิด

5) การดูแลหลังคลอดและการให้นมบุตร การงดการให้นมบุตร ในประเทศไทย แนะนำให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีงดการให้นมบุตรเพื่อลดความเสี่ยงการถ่ายทอดเชื้อหลังคลอด โดยมารดาสามารถรับนมผสมสำหรับทารกได้ฟรีจนถึงอายุ 6 เดือน หากไม่สามารถเข้าถึงนมผสมได้ ทางองค์การอนามัยโลกแนะนำให้เลี้ยงลูกด้วยนมแม่อย่างเดียว (Exclusive breastfeeding) ควบคู่กับการรับยาต้านไวรัสอย่างเคร่งครัด

การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างครบวงจรจะช่วยลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ ทั้งนี้ การป้องกันและรักษาควรเป็นไปตามคำแนะนำของแพทย์และองค์การด้านสุขภาพระหว่างประเทศ

3.1.2.8 การดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะคลอด (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

การดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอดเป็นช่วงเวลาสำคัญในการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก เนื่องจากทารกมีความเสี่ยงสูงในการติดเชื้อเอชไอวีผ่านทางเลือดและสารคัดหลั่งในระหว่างคลอด ดังนั้นการดูแลขณะคลอดจึงควรเป็นไปอย่างรอบคอบตามหลักปฏิบัติดังนี้

1) การผ่าคลอดเพื่อลดความเสี่ยง (Elective Cesarean Section) สำหรับผู้คลอดที่มีปริมาณไวรัสในเลือดสูงกว่า 1,000 copies/mL หรือไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างเพียงพอ แนะนำให้ผ่าคลอดแบบ Elective Cesarean ก่อนการเจ็บครรภ์หรือก่อนฉีกคร่ำแตกเพื่อลดการสัมผัสสารคัดหลั่งในช่องคลอด การผ่าคลอดช่วยลดโอกาสการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้ 2-5 เท่า โดยเฉพาะในกรณีที่ผู้คลอดไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสในระยะก่อนคลอด (กรมอนามัย, 2562)

2) การให้ยาต้านไวรัสในระยะคลอด การให้ยาต้านไวรัสในช่วงระยะคลอดเป็นสิ่งสำคัญในการลดความเสี่ยงการถ่ายทอดเชื้อ หากผู้คลอดไม่ได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสมาก่อน แพทย์อาจพิจารณาให้ยาทางหลอดเลือดดำ (Intravenous) เช่น ยา Zidovudine (AZT) เพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อระหว่างคลอด ยานี้จะช่วยลดปริมาณไวรัสในเลือดของผู้คลอดชั่วคราวและป้องกันการติดเชื้อในทารกได้

3) การจัดการฉีกคร่ำแตก (Rupture of Membrane) หากฉีกคร่ำแตกนานเกิน 4 ชั่วโมง โอกาสที่ทารกจะสัมผัสเชื้อจะเพิ่มขึ้นอย่างมีนัยสำคัญ อย่างไรก็ตาม หากมารดามีปริมาณไวรัสต่ำ (น้อยกว่า 1,000 สำเนาไวรัสต่อมิลลิลิตร (copies/mL)) และได้รับยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ ความเสี่ยงการถ่ายทอดเชื้อจะลดลงได้ แพทย์และพยาบาลควรเฝ้าระวังสัญญาณการแตกของฉีกคร่ำและพิจารณาการผ่าคลอดในกรณีที่เหมาะสม

4) การหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่เพิ่มความเสี่ยงการติดเชื้อ เหตุการณ์ที่อาจทำให้ทารกสัมผัสกับเลือดและสารคัดหลั่งของผู้คลอด เช่น การใช้เครื่องดูดสุญญากาศ การตัดแผลฝีเย็บ ควรหลีกเลี่ยงในกรณีที่ไม่จำเป็น เนื่องจากอาจเพิ่มความเสี่ยงในการสัมผัสเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก การดูแลควรเป็นไปอย่างรอบคอบเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารก

การดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะคลอดควรดำเนินการอย่างเคร่งครัดเพื่อป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก โดยการใช้ยาต้านไวรัส การจัดการตามสถานการณ์การคลอด เช่น การผ่าคลอดหรือการจัดการฉีกคร่ำแตก และการหลีกเลี่ยงเหตุการณ์ที่อาจเพิ่มความเสี่ยง สิ่งเหล่านี้จะช่วยลดโอกาสการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.2.9 การดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีหลังคลอด (กรมอนามัย, 2562)

1) การติดตามและประเมินสุขภาพมารดา มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับการติดตามประเมินสุขภาพหลังคลอดอย่างสม่ำเสมอ โดยเฉพาะการตรวจวัดระดับ CD4 และ Viral Load เพื่อประเมินภาวะ

ภูมิคุ้มกันและปริมาณไวรัสในร่างกาย และเพื่อควบคุมโรคได้ดีขึ้น โดยมารดาควรเข้ารับการตรวจติดตามทุก 6 เดือน หรือมากกว่าตามคำแนะนำของแพทย์

2) การให้ยาต้านไวรัสต่อเนื่อง การให้ยาต้านไวรัสควรดำเนินต่อไปอย่างสม่ำเสมอ เพื่อควบคุมปริมาณไวรัสในร่างกายและลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อสู่ผู้อื่นในอนาคต รวมถึงลดความเสี่ยงการป่วยฉวยโอกาสที่อาจเกิดขึ้นหลังคลอด

3) การให้คำปรึกษาและสนับสนุนด้านจิตใจ การให้คำปรึกษาด้านจิตใจและการสนับสนุนด้านอารมณ์เป็นสิ่งสำคัญในการช่วยลดความกังวลและเพิ่มความมั่นใจในการดูแลตนเองและลูกในระยะยาว ทิมสุขภาพควรให้คำแนะนำในการดูแลตัวเองและการรับประทานยาต้านไวรัสต่อเนื่อง รวมถึงการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีซ้ำ

4) การให้นมบุตร มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีควรงดการให้นมบุตร เพื่อลดความเสี่ยงการถ่ายทอดเชื้อเพิ่มเติมในระยะหลังคลอด สำหรับประเทศไทย มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีสามารถรับนมผสมฟรีจากสถานพยาบาลจนถึงอายุ 6 เดือน อย่างไรก็ตาม หากไม่สามารถหานมผสมหรืออุปกรณ์ที่ปลอดภัยได้ เช่น น้ำสะอาดหรืออุปกรณ์ฆ่าเชื้อได้ครบถ้วน ควรปรึกษาแพทย์เพื่อเลือกวิธีที่เหมาะสมในการให้นมลูก

3.1.2.10 การดูแลทารกหลังคลอด (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

1) การให้ยาต้านไวรัสแก่ทารก ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับยาต้านไวรัสทันทีหลังคลอด เช่น ยา Zidovudine (AZT) ต่อเนื่องเป็นระยะเวลา 4-6 สัปดาห์ เพื่อป้องกันการติดเชื้อและลดโอกาสการแพร่เชื้อ

2) การติดตามสุขภาพของทารก ทารกควรได้รับการติดตามสุขภาพอย่างต่อเนื่อง รวมถึงการตรวจวัดภาวะภูมิคุ้มกันและการทดสอบการติดเชื้อเอชไอวีในช่วงเดือนที่ 1, 3 และ 6 หลังคลอด เพื่อตรวจหาการติดเชื้อเอชไอวีที่อาจเกิดขึ้นและวางแผนการรักษาอย่างเหมาะสมหากพบเชื้อ (กรมควบคุมโรค, 2561)

3) การให้วัคซีนและการป้องกันโรคติดเชื้อ ทารกควรได้รับวัคซีนตามแผนการฉีดวัคซีนของกระทรวงสาธารณสุข รวมถึงวัคซีนเพิ่มเติมตามคำแนะนำของแพทย์ เพื่อเสริมภูมิคุ้มกันและป้องกันการติดเชื้อที่อาจส่งผลต่อสุขภาพทารก (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

4) การสนับสนุนและให้คำปรึกษาแก่ครอบครัว ทิมสุขภาพควรให้คำปรึกษาแก่ครอบครัวในการดูแลทารก และให้คำแนะนำเกี่ยวกับวิธีดูแลทารกให้ปลอดภัย รวมถึงการเสริมสร้างความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อ เพื่อให้ครอบครัวมีความมั่นใจในการดูแลทารกในระยะยาว (กรมอนามัย, 2560)

การดูแลมารดาและทารกที่ติดเชื้อเอชไอวีในช่วงหลังคลอดมีความสำคัญอย่างยิ่งในการลดความเสี่ยงของการถ่ายทอดเชื้อและเสริมสร้างสุขภาพโดยรวม โดยการให้คำปรึกษา การให้ยาต้านไวรัส และการติดตามผลการตรวจอย่างสม่ำเสมอจะช่วยให้ทารกและมารดามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.1.2.11 แนวทางการให้ยาต้านไวรัสแก่ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

การให้ยาต้านไวรัสแก่ทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีเป็นการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก โดยมีเป้าหมายเพื่อลดโอกาสการติดเชื้อในช่วงแรกหลังคลอด แนวทางในการให้ยาต้านไวรัสแก่ทารกมีดังนี้

1) การเริ่มให้ยาต้านไวรัสทันทีหลังคลอด

1.1) ทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีควรได้รับยาต้านไวรัสภายใน 6-12 ชั่วโมงหลังคลอด ยาที่นิยมใช้ในการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในทารกคือ Zidovudine (AZT) โดยแนะนำให้ใช้ติดต่อกันอย่างน้อย 4-6 สัปดาห์ ทั้งนี้ขึ้นอยู่กับปัจจัยเสี่ยงและปริมาณไวรัสในมารดาระหว่างการตั้งครรภ์

2) ระยะเวลาในการให้ยาต้านไวรัส

2.1) การให้ยา Zidovudine (AZT) ติดต่อกันนาน 4 สัปดาห์จะเพียงพอสำหรับทารกที่มีความเสี่ยงต่ำ โดยปริมาณไวรัสในเลือดของมารดาต่ำหรือไม่สามารถตรวจพบได้ (ต่ำกว่า 50 copies/mL) ในช่วงที่ใกล้คลอด

2.2) สำหรับทารกที่มีความเสี่ยงสูงหรือในกรณีที่มารดามีปริมาณไวรัสสูง (มากกว่า 1,000 copies/mL) ควรให้ยาต้านไวรัสร่วมกับ Nevirapine (NVP) หรือยาต้านไวรัสสูตรอื่น ๆ เพื่อเสริมประสิทธิภาพการป้องกันการติดเชื้อเป็นระยะเวลา 6 สัปดาห์ (ราชวิทยาลัยกุมารแพทย์แห่งประเทศไทย, 2562)

3) การให้ยาต้านไวรัสรวมกัน (Combination Therapy)

3.1) สำหรับทารกที่มีความเสี่ยงสูง เช่น มารดามีปริมาณไวรัสในเลือดสูงหรือไม่ได้รับยาต้านไวรัสในระหว่างตั้งครรภ์ แนะนำให้ใช้การให้ยาต้านไวรัสรวมกัน โดยทั่วไปจะใช้ Zidovudine (AZT) ร่วมกับ Nevirapine (NVP) หรือ Lamivudine (3TC) โดยให้ยาเป็นเวลา 6 สัปดาห์ เพื่อลดความเสี่ยงของการติดเชื้อให้ต่ำที่สุด

4) การติดตามและประเมินผลหลังการให้ยา

4.1) ทารกที่ได้รับยาต้านไวรัสควรได้รับการตรวจเลือดและติดตามระดับภูมิคุ้มกันอย่างสม่ำเสมอ โดยการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีในทารกควรทำในช่วงอายุ 1 เดือน 3 เดือน และ 6 เดือน เพื่อประเมินว่ามีการติดเชื้อเกิดขึ้นหรือไม่

5) การให้คำแนะนำและการดูแลหลังการให้ยา

5.1) แพทย์และพยาบาลควรให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับวิธีการปฏิบัติตนในการดูแลทารก รวมถึงการรับประทานยาต้านไวรัสอย่างเคร่งครัด และการมาตรวจสุขภาพของทารกตามนัดหมาย เพื่อประเมินผลการป้องกันและปรับการรักษาให้เหมาะสมกับสุขภาพของทารก

การให้ยาต้านไวรัสแก่ทารกที่เกิดจากการติดเชื้อเอชไอวีเป็นการป้องกันเชิงปฏิบัติที่สำคัญในการลดโอกาสการติดเชื้อเอชไอวีในทารก โดยการใช้ยาต้านไวรัสตามแนวทางนี้จะช่วยให้ทารกมีโอกาสเติบโตโดยปลอดเชื้อเอชไอวีและมีสุขภาพแข็งแรง

3.1.2.12 การดูแลผู้คลอดติดเชื้อเอชไอวีและสามีที่มีผลเลือดต่าง (กรมอนามัย, 2562)

ในกรณีที่มารดาติดเชื้อเอชไอวีแต่สามีมีผลเลือดต่าง (ผลเลือดลบ) ซึ่งเรียกว่าสถานะ "ผลเลือดต่าง" หรือ Serodiscordant couple การดูแลอย่างใกล้ชิดและการป้องกันเป็นสิ่งสำคัญเพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีเพิ่มเติมภายในครอบครัวและการป้องกันการแพร่เชื้อไปยังทารก แนวทางการดูแลมีดังนี้

1) การให้ยาต้านไวรัสแก่คู่สมรสที่ติดเชื้อ

1.1) การให้ยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy - ART) ผู้คลอดที่ติดเชื้อควรได้รับการรักษาด้วยยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องตามแนวทางของกรมควบคุมโรค เพื่อควบคุมปริมาณไวรัสในเลือดให้อยู่ในระดับต่ำหรือไม่สามารถตรวจพบได้ ซึ่งช่วยลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อให้คู่สมรสและลูกน้อย ทั้งนี้ หากระดับไวรัสต่ำกว่า 200 copies/mL ถือว่ามีความเสี่ยงน้อยมากในการแพร่เชื้อ

2) การให้ความรู้และคำแนะนำในการป้องกันการติดเชื้อระหว่างคู่สมรส

2.1) การใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ: แม้ว่าจะใช้ยาต้านไวรัสแล้ว แต่การใช้ถุงยางอนามัยอย่างต่อเนื่องยังคงมีความจำเป็นเพื่อเพิ่มความปลอดภัย

2.2) PrEP (Pre-Exposure Prophylaxis) ในบางกรณี แพทย์อาจแนะนำให้สามีที่มีผลเลือดลบได้รับยา PrEP ซึ่งเป็นยาที่ป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในกรณีที่มีความเสี่ยงต่อการสัมผัสเชื้อ โดยแนะนำให้ใช้ยา PrEP เป็นส่วนหนึ่งของการป้องกันที่ครอบคลุม

3) การให้คำปรึกษาด้านสุขภาพจิตและจิตใจ

3.1) การอยู่ร่วมกันในสถานะผลเลือดต่างอาจทำให้เกิดความกังวลและความเครียดระหว่างคู่สมรส ควรมีการให้คำปรึกษาทางจิตใจเพื่อช่วยให้ทั้งคู่สามารถจัดการกับความกังวลและเสริมสร้างความเข้าใจในเรื่องการดูแลตนเองและคู่สมรสได้อย่างถูกต้อง

4) การดูแลในระหว่างการตั้งครรภ์

4.1) การให้ยาต้านไวรัสตั้งแต่เริ่มตั้งครรภ์จนถึงคลอด การให้ยาต้านไวรัสในช่วงการตั้งครรภ์จะช่วยลดโอกาสการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกให้ต่ำที่สุด แพทย์จะติดตามระดับไวรัสในเลือดเป็นระยะ เพื่อให้แน่ใจว่าปริมาณไวรัสอยู่ในระดับที่ปลอดภัยและลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อไปยังทารกในครรภ์ (กรมอนามัย, 2561)

5) การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก

5.1) การผ่าคลอดและการให้นมบุตร ในบางกรณีแพทย์อาจแนะนำให้ผ่าคลอดแทนการคลอดธรรมชาติเพื่อลดการสัมผัสเชื้อ สำหรับการให้นมบุตร ควรใช้สูตรนมผสมเพื่อป้องกันการติดเชื้อในทารก (ราชวิทยาลัยสูตินรีแพทย์แห่งประเทศไทย, 2561)

6) การตรวจติดตามสุขภาพและการดูแลต่อเนื่อง

6.1) การติดตามตรวจสุขภาพของสามีและทารก สามีที่มีผลเลือดลบควรได้รับการตรวจเลือดเป็นระยะเพื่อยืนยันว่าไม่มีการติดเชื้อใหม่ ส่วนทารกควรได้รับการตรวจคัดกรองเชื้อเอชไอวีหลังคลอด และติดตามการตรวจตามช่วงอายุที่เหมาะสม เช่น การตรวจเมื่ออายุ 1, 3, และ 6 เดือน เพื่อให้มั่นใจว่าไม่มีการติดเชื้อเกิดขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2561)

การดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและสามีที่มีผลเลือดต่างต้องอาศัยการให้ยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอ การป้องกันการติดเชื้อระหว่างคู่สมรสด้วยถุงยางอนามัยหรือ PrEP รวมถึงการติดตามสุขภาพจิตและการสนับสนุนด้านจิตใจ ซึ่งจะช่วยให้ทั้งคู่มีคุณภาพชีวิตที่ดี และลดความเสี่ยงการแพร่เชื้อไปยังทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

3.1.3 งานวิจัยที่เกี่ยวข้อง

1) การศึกษาประสิทธิภาพของยาต้านไวรัสในการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก

ศึกษาวิจัยโดย กรมอนามัย (2561) เกี่ยวกับการใช้ยาต้านไวรัสในหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการให้ยาต้านไวรัสตั้งแต่ระยะแรกของการตั้งครรภ์สามารถลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ อัตราการติดเชื้อในทารกที่มารดาได้รับยาต้านไวรัสและปริมาณไวรัสในเลือดลดลงต่ำกว่าระดับที่ตรวจพบได้ (undetectable viral load) นั้นต่ำกว่า 1% การวิจัยนี้ยืนยันถึงความสำคัญของการตรวจและให้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องในกลุ่มมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี (กรมอนามัย, 2561)

2) ผลกระทบของการให้นมแม่ในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษาโดยศูนย์วิจัยเอชไอวีแห่งประเทศไทย (2560) ได้วิเคราะห์ผลของการให้นมแม่ในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี พบว่าการให้นมแม่เพิ่มความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก โดยเฉพาะในกรณีที่มีปริมาณไวรัสสูง งานวิจัยแนะนำให้มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีในประเทศไทยงดการให้นมแม่และเลือกใช้นมผสมแทนเพื่อลดความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อ นอกจากนี้ องค์การอนามัยโลก (WHO) ยังได้แนะนำให้ใช้วิธีให้นมแบบ Exclusive Breastfeeding ควบคู่กับยาต้านไวรัสสำหรับมารดาที่ไม่สามารถเข้าถึงนมผสมและน้ำสะอาดได้อย่างต่อเนื่อง (ศูนย์วิจัยเอชไอวีแห่งประเทศไทย, 2560)

3) การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางจิตใจในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

งานวิจัยโดย กรมสุขภาพจิต (2562) ศึกษาถึงความเครียดและความวิตกกังวลในมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยพบว่าการให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางจิตใจมีผลสำคัญในการลดความวิตกกังวลและเพิ่ม

ความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยหลังการคลอด นอกจากนี้ การได้รับความรู้เรื่องการป้องกันการแพร่เชื้อยังช่วยเพิ่มความมั่นใจให้มารดาในการดูแลลูกและปฏิบัติตามคำแนะนำทางทางการแพทย์อย่างเคร่งครัด งานวิจัยนี้เน้นความสำคัญของการสนับสนุนทางจิตใจที่ครอบคลุมในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี (กรมสุขภาพจิต, 2562)

4) การศึกษาผลของยาต้านไวรัสต่อสุขภาพของทารกที่เกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวี

การศึกษาโดย มหาวิทยาลัยมหิดล (2561) ได้ติดตามผลกระทบของยาต้านไวรัสที่มารดาได้รับต่อสุขภาพของทารก โดยพบว่าทารกที่ได้รับยาต้านไวรัสหลังคลอดในช่วงแรกมีความเสี่ยงต่ำมากในการติดเชื้อจากแม่ งานวิจัยชี้ให้เห็นถึงความสำคัญของการให้ยาต้านไวรัสในระยะแรกหลังคลอดเพื่อลดการติดเชื้อ นอกจากนี้ยังพบว่ายาดังกล่าวมีความปลอดภัยสูงและไม่ส่งผลกระทบต่อการเจริญเติบโตของทารกในระยะยาว (มหาวิทยาลัยมหิดล, 2561)

5) การปฏิบัติตัวของคู่สมรสที่มีผลเลือดต่าง (ผลเลือดบวกและลบ)

การศึกษาของกรมควบคุมโรค (2560) ได้ศึกษาวิธีการป้องกันการติดเชื้อในคู่สมรสที่มีผลเลือดต่าง พบว่าการให้ยาต้านไวรัสแก่คู่สมรสที่มีผลเลือดบวกอย่างต่อเนื่องและการใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ ช่วยลดโอกาสในการแพร่เชื้อได้เป็นอย่างดี นอกจากนี้ การให้ยา PrEP แก่คู่สมรสที่มีผลเลือดลบยังช่วยลดโอกาสการติดเชื้ออีกทางหนึ่ง งานวิจัยนี้สนับสนุนให้คู่สมรสที่มีผลเลือดต่างมีส่วนร่วมในการป้องกันการแพร่เชื้ออย่างเหมาะสม (กรมควบคุมโรค, 2560)

งานวิจัยเหล่านี้ช่วยยืนยันถึงความสำคัญของการให้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง การปฏิบัติตัวอย่างถูกต้องระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอด รวมถึงการให้คำปรึกษาและสนับสนุนทางจิตใจแก่มารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี แนวทางการดูแลและผลวิจัยเหล่านี้จึงเป็นพื้นฐานสำคัญในการดูแลและลดความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก รวมถึงการส่งเสริมให้ครอบครัวมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

3.1.4 กระบวนการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะผิดปกติในระยะคลอด

กระบวนการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะผิดปกติในระยะคลอด เป็นเครื่องมือและวิธีการที่สำคัญของวิชาชีพพยาบาลที่อาศัยวิธีการวิทยาศาสตร์ในการเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้คลอดเพื่อนำไปสู่การแก้ไขปัญหาโดยมีขั้นตอนคือ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล การประเมินผลการพยาบาล เพื่อช่วยให้การพยาบาลเป็นไปอย่างมีคุณภาพและบรรลุเป้าหมายในการดำรงไว้ซึ่งภาวะสุขภาพของผู้คลอด

ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลผู้คลอดที่มีภาวะผิดปกติในระยะคลอด

1) การประเมินภาวะสุขภาพ เป็นขั้นตอนแรกซึ่งเป็นการเก็บรวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับบุคคลและครอบครัวอย่างมีระบบ โดยใช้แบบประเมินสุขภาพ แล้วนำข้อมูลที่ได้มาพิจารณาวิเคราะห์นำไปสู่การวินิจฉัยทางการพยาบาลและการวางแผนการพยาบาลต่อไป โดยข้อมูลที่ได้จากการประเมินภาวะสุขภาพมี 2 ลักษณะ คือ

1.1) ข้อมูลอัตนัย หรือ Subjective data โดยเป็นข้อมูลที่ได้จากการซักประวัติ การสัมภาษณ์ การบอกเล่าของผู้รับบริการหรือบุคคลที่เกี่ยวข้องเรียกว่าข้อมูลของอาการ (Symptom)

1.2) ข้อมูลปรนัย หรือ Objective data เป็นข้อมูลที่ได้จากการสังเกต การประเมินโดยแบบประเมิน การตรวจร่างกาย การตรวจวัดเครื่องมือต่าง ๆ

การประเมินภาวะสุขภาพประกอบด้วย 3 ขั้นตอน คือ การรวบรวมข้อมูล การจัดการระบบข้อมูล การวิเคราะห์และการแปลผล

1) การเก็บรวบรวมข้อมูล การเก็บรวบรวมข้อมูลของผู้คลอด พยาบาลแต่ละคนจะเก็บรวบรวมข้อมูลตามกรอบแนวคิดหรือทฤษฎีการพยาบาลที่แตกต่างกันไปตามความเชื่อของแต่ละบุคคล โดยข้อมูลที่เก็บรวบรวมจะต้องครอบคลุมทั้งกาย จิต สังคม วิธีการเก็บรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 4 วิธี ได้แก่

1.1) การสังเกต

1.2) การสัมภาษณ์/การซักประวัติ

1.3) การตรวจร่างกาย

1.4) การตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษ

2) การจัดเก็บระบบข้อมูล เป็นการรวบรวมข้อมูลที่ได้อาจจัดให้เป็นหมวดหมู่ จะช่วยให้การวินิจฉัยการพยาบาลได้เที่ยงตรงและครอบคลุมปัญหาและความต้องการของผู้คลอด โดยการจัดระบบข้อมูลใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน มีดังนี้

2.1) การประเมินข้อมูลทั่วไป หรืออาจเรียกว่าข้อมูลส่วนตัว ข้อมูลประกอบด้วย ชื่อ สกุล อายุ เชื้อชาติ สัญชาติ ศาสนา สถานภาพสมรส อาชีพ การศึกษา ภูมิฐานะ รายได้ต่อเดือน ลำดับการตั้งครรรค์ และการคลอด

2.2) การประเมินข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับภาวะสุขภาพ ได้แก่

2.2.1) อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล

2.2.2) ประวัติการตั้งครรรค์ปัจจุบัน

2.2.3) ประวัติการตั้งครรรค์และการคลอดในอดีต

2.2.4) ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

2.2.5) ประวัติการเจ็บป่วยของครอบครัว

2.3) การประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพ ตามกรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon) ดังนี้ (พรศิริ พันธสี, 2563) การประเมินสภาพตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon's Functional Health Patterns) ประกอบด้วย 11 แบบแผนหลักที่ใช้ประเมินสุขภาพแบบองค์รวมของบุคคล ดังนี้

2.3.1) แบบแผนการรับรู้ภาวะสุขภาพและการดูแลสุขภาพ (Health Perception and Health Management)

ประเมินการรับรู้และความเข้าใจของบุคคลต่อภาวะสุขภาพของตนเอง รวมถึงพฤติกรรมและความสามารถในการดูแลสุขภาพ เช่น การปฏิบัติตามคำแนะนำทางการแพทย์ การจัดการความเจ็บป่วย

2.3.2) แบบแผนโภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร (Nutrition and Metabolism)

ประเมินพฤติกรรมการรับประทานอาหาร การเผาผลาญ และสถานะทางโภชนาการ รวมถึงการได้รับสารอาหารที่เพียงพอหรือมีปัญหาด้านการย่อยอาหาร การรับประทานอาหารที่ครบถ้วนหรือไม่

2.3.3) แบบแผนการขับถ่าย (Elimination)

สำรวจรูปแบบการขับถ่ายของเสีย เช่น การขับถ่ายปัสสาวะ อุจจาระ และการขับเหงื่อ โดยดูถึงความปกติและความสม่ำเสมอในการขับถ่าย

2.3.4) แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกาย (Activity and Exercise)

ประเมินการทำกิจกรรมทางกายภาพและการออกกำลังกาย รวมถึงความสามารถในการทำกิจกรรมประจำวันและการออกกำลังกายที่เหมาะสมกับอายุและสุขภาพ

2.3.5) แบบแผนการพักผ่อนนอนหลับ (Sleep and Rest)

ประเมินคุณภาพและปริมาณการนอนหลับ พฤติกรรมการพักผ่อน และความรู้สึกสดชื่นหลังจากพักผ่อน

2.3.6) แบบแผนสติปัญญาและการรับรู้ (Cognition and Perception)

ประเมินการรับรู้ ความสามารถในการเรียนรู้ และการใช้กระบวนการทางความคิด รวมถึงการรับรู้ประสาทสัมผัสต่าง ๆ

2.3.7) แบบแผนการรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์ (Self-Perception and Self-Concept)

สำรวจภาพลักษณ์และการรับรู้ของตนเอง รวมถึงการประเมินความเชื่อมั่นในตนเองและความพึงพอใจต่อร่างกายและบุคลิกภาพของตนเอง

2.3.8) แบบแผนบทบาทและสัมพันธภาพ (Role and Relationship)

ประเมินบทบาทในครอบครัว สังคม รวมถึงความสัมพันธ์และหน้าที่ในบทบาทต่าง ๆ ของบุคคล เช่น ความสัมพันธ์ในครอบครัวและเพื่อนร่วมงาน

2.3.9) แบบแผนเพศและการเจริญพันธุ์ (Sexuality and Reproduction)

สำรวจเรื่องความพึงพอใจในเพศสัมพันธ์ การแสดงออกทางเพศ และประวัติการเจริญพันธุ์ที่เกี่ยวข้องกับสุขภาพ

2.3.10) แบบแผนการปรับตัวและการเผชิญความเครียด (Coping and Stress Tolerance)

ประเมินวิธีการรับมือกับความเครียดและวิธีการจัดการปัญหา รวมถึงการพึ่งพาสนับสนุนจากบุคคลรอบข้าง

2.3.11) แบบแผนคุณค่าและความเชื่อ (Value and Belief)

ประเมินระบบคุณค่า ความเชื่อทางศาสนา หรือจิตวิญญาณที่มีผลต่อสุขภาพและการตัดสินใจเกี่ยวกับการรักษา

การประเมินตามแบบแผนของกอร์ดอนจะช่วยให้บุคลากรทางการแพทย์สามารถวิเคราะห์สภาพสุขภาพแบบองค์รวมได้อย่างครอบคลุม เพื่อนำไปสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมกับความต้องการของผู้ป่วย

3) การวิเคราะห์และการแปลผล เมื่อรวบรวมข้อมูลครบถ้วนแล้ววิเคราะห์ว่าข้อมูลใดปกติและผิดปกติ โดยอาศัยความรู้ที่เกี่ยวข้องแปลผลข้อมูลเพื่อสนับสนุนให้เห็นถึงปัญหาของผู้คลอดที่มีภาวะผิดปกติ

1) การวินิจฉัยการพยาบาล เป็นการวิเคราะห์แปลความและสรุปข้อมูลที่ได้จากการเก็บรวบรวมข้อมูลในขั้นตอนแรกมาวินิจฉัยระบุถึงภาวะสุขภาพหรือปัญหาของผู้คลอดที่เกิดขึ้นในภาวะปัจจุบันและอาจเกิดขึ้นได้อีกในอนาคต แบ่งเป็น 2 ลักษณะ คือ ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เป็นภาวะผิดปกติ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เบี่ยงเบนไปจากภาวะปกติในแต่ละแบบแผนสุขภาพ

2) การวางแผนการพยาบาล เป็นขั้นตอนที่พยาบาลนำข้อมูลทั้งหมดมาวิเคราะห์ตีความหมาย เพื่อดูว่าผู้คลอดจะมีปัญหาทางการพยาบาลใดบ้าง พยาบาลต้องใช้ความรู้ต่าง ๆ มาวิเคราะห์แปลความหมายของข้อมูลแยกแยะปัญหา ตั้งวัตถุประสงค์ กำหนดเกณฑ์การประเมินผลกิจกรรมการพยาบาล และเขียนออกมาเป็นลายลักษณ์อักษร ขั้นตอนการวางแผนการพยาบาล ประกอบด้วย

- 3.1) การจัดลำดับข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล
- 3.2) การกำหนดเป้าหมายหรือวัตถุประสงค์การพยาบาล
- 3.3) การกำหนดกิจกรรมการพยาบาล
- 3.4) การกำหนดเกณฑ์การประเมินผล

4) การปฏิบัติการพยาบาล เป็นขั้นตอนของการนำแผนการพยาบาลที่กำหนดไว้ไปปฏิบัติจริงกับผู้รับบริการเพื่อให้บรรลุวัตถุประสงค์การพยาบาลที่ตั้งไว้

5) การประเมินผลการพยาบาล เพื่อประเมินคุณภาพการปฏิบัติการพยาบาลว่าสามารถแก้ไขปัญหาสุขภาพของผู้คลอดให้บรรลุวัตถุประสงค์ของการพยาบาล

3.1.5 กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Marjory Gordon, 1994)

กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (Gordon) แบบแผนสุขภาพ (Functional Health Pattern) เป็นกรอบแนวคิดซึ่ง มาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon, 1994) ใช้เป็นแนวทางในการประเมินสุขภาพ

ของบุคคล ครอบครัว หรือชุมชน โดยการมองแบบแผนพฤติกรรมของบุคคลที่เกิดขึ้นในช่วงระยะเวลาหนึ่งมีผลต่อสุขภาพ

ส่วนประกอบของแบบแผนสุขภาพ

แบบประเมินสุขภาพของผู้ป่วยตามกรอบแนวคิดของการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของมาร์จอร์รี่ กอร์ดอน (Marjory Gordon, 1994) ดังนี้

แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความเข้าใจของผู้รับบริการที่มีต่อภาวะสุขภาพ หรือการเจ็บป่วยของตนเอง ผลกระทบจากการเจ็บป่วยต่อการดำเนินชีวิตปกติ เช่น ผลกระทบต่อการหารายได้ ภาระในครอบครัว การกินอยู่หลับนอน ฯลฯ เกณฑ์ที่ผู้ป่วยใช้ในการประเมินความผิดปกติ ตลอดจนพฤติกรรมการดูแลสุขภาพทั้งในภาวะปกติและการแก้ปัญหาการเจ็บป่วยภายใต้สภาพชีวิตความเป็นอยู่ของเขา ข้อจำกัด เงื่อนไข และปัจจัยที่มีผลต่อการรับรู้และการดูแลสุขภาพ เช่น ข้อจำกัดทางกาย ฐานะความเป็นอยู่ ช่องทางและความสามารถในการเรียนรู้ หรือปรับตัวเพื่อหาวิธีการแก้ปัญหา ฯลฯ)

แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินพฤติกรรม และการปรับตัวในเรื่องการกินของผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย เช่น รับประทานอาหารให้สอดคล้องกับงานที่ทำ สภาพแวดล้อม หรือสภาพร่างกาย โรคหรือการเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนมุมมอง (ความคิด) ของผู้ป่วยที่มีต่อพฤติกรรมเสี่ยงด้านการบริโภคและการ

เผาผลาญสารอาหารของตนเอง เช่น การดื่มเหล้า การกินอาหารขยะ การกินไม่เป็นเวลา เป็นต้น ประเมินผลของความเจ็บป่วยที่มีผลต่อเรื่องกิน เช่น ทำให้เบื่ออาหาร กลืนลำบาก ตลอดจนผลลัพธ์ที่เกิดขึ้น เช่น การเปลี่ยนแปลงน้ำหนักตัว ความอยากอาหาร ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถกินอาหารที่ตนเองเคยชอบหรือไม่สามารถควบคุมตนเองในเรื่องการกินได้ตามที่ได้รับคำแนะนำ เช่น กังวล กลัวว่าจะมีอาการรุนแรงขึ้น เกรงจะถูกตำหนิ

น้ำหนักและการเปลี่ยนแปลงของน้ำหนักในช่วง 6 เดือนที่ผ่านมา Body mass index (ค่าปกติผู้หญิง 18 – 24 kg/m², ผู้ชาย 20 – 27 kg/m²) ปริมาณพลังงานที่ควรได้รับในแต่ละวัน

ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับภาวะโภชนาการและระบบย่อยอาหาร (ผิวแห้ง ความยืดหยุ่น ความชื้น บวมหรือไม่ ผม เล็บ ช่องปาก ตา ฟัน คอ ท้อง ลักษณะทั่วไป มีก้อน/กตเจ็บหรือไม่ ต่อม้ำเหลือง ต่อมไทรอยด์)

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินกระบวนการขับถ่าย ลักษณะ ปริมาณ จำนวนครั้งของของเสียทุกประเภทออกจากร่างกายทั้งอุจจาระ ปัสสาวะ น้ำและอิเล็กโทรไลต์ ปัจจัยส่งเสริม ปัจจัยเสี่ยงและอุปสรรคต่อการขับถ่าย ตลอดจนการเปลี่ยนแปลงกระบวนการขับถ่ายอันเนื่องมาจากความเจ็บป่วยและการปรับตัวเพื่อแก้ไขปัญหา

ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับการขับถ่าย ตรวจท้อง ระบบขับถ่ายปัสสาวะ บริเวณรอบทวาร
หนักและการทำงานของลำไส้

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินระดับความสามารถในการประกอบกิจกรรมต่างๆใน
ชีวิตประจำวัน เช่น การทำกิจวัตรประจำวัน การดูแลบ้าน การประกอบอาชีพ การใช้เวลาว่างและนันทนาการ
มุมมองในการออกกำลังกายของผู้รับบริการ เช่น เห็นว่าการทำงาน หรือการทำกิจกรรมที่มีเหงื่อออกเป็นการออก
กำลังกายในมุมมองของเขา ข้อจำกัดหรือเงื่อนไขในการดำเนินชีวิตที่มีผลต่อการทำกิจกรรมและออกกำลังกาย เช่น หอบ
เหนื่อย แน่นหน้าอก ไม่มีเวลา ผลกระทบที่เกิดจากการเจ็บป่วยต่อการประกอบกิจกรรมและการออกกำลังกาย
ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำกิจกรรมที่ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่อง
ด้วยข้อจำกัดต่างๆ

ผลการตรวจร่างกายระบบหายใจ (จำนวนครั้ง จังหวะ เสียงปอด)

ผลการตรวจร่างกายระบบหัวใจและหลอดเลือด (ชีพจรที่ครั้ง/นาที จังหวะ เสียงหัวใจ ความ
ดันโลหิตเท้าโพร่ สิวและปลายมือปลายเท้ามีภาวะซีด/เขียวหรือไม่)

ผลการตรวจร่างกายระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ เช่น ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ การ
เคลื่อนไหวการทรงตัว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ/การตรวจพิเศษที่เกี่ยวข้อง

แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ

เป็นการประเมินการนอนหลับ และการพักผ่อน (Relax) ของผู้ป่วย บังคับส่งเสริมและ
อุปสรรคที่ส่งผลต่อการนอน ตลอดจนความรู้สึกและผลกระทบที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถนอนหลับและพักผ่อนได้ตาม
ความต้องการ

การปฏิบัติตนให้รู้สึกผ่อนคลาย มีวิธีทำให้ตนรู้สึกผ่อนคลาย/หายเครียดอย่างไรบ้าง สังเกต
พฤติกรรมการผ่อนคลาย เช่น การทำสมาธิ การอ่านหนังสือ เป็นต้น

การสังเกต อาการแสดงถึงการนอนไม่พอ

แบบแผนที่ 6 สถิติปัญหาและการรับรู้

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความสามารถในการรับรู้และตอบสนองต่อสิ่งเร้าทั้งเรื่อง
การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การรับรส และการสัมผัส ความสามารถในการจำ การแก้ปัญหา ตลอดจน
การตัดสินใจเมื่อต้องเผชิญกับปัญหาทั้งในยามปกติและยามเจ็บป่วย ทั้งนี้เพื่อประเมินศักยภาพในการดูแลตนเองและ
การแก้ปัญหาด้านสุขภาพ

ผลการตรวจร่างกายเกี่ยวกับความสามารถในการอ่านและการเขียนหนังสือ/ความจำ/การรับรู้
ต่อบุคคล สถานที่ และเวลา ลักษณะการตอบโต้ การใช้ภาษา การได้ยิน การมองเห็น การได้กลิ่น การสัมผัส อากา
รเห็นบชา เจ็บปวด ระดับความรู้สึกตัว (Neurological signs) และการตอบสนอง (Reflex)

แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินความคิด ความรู้สึก ความเข้าใจของผู้ป่วยที่มีต่อตนเอง
เช่น คุณค่า ความภาคภูมิใจ ความมั่นใจในตนเอง ภาพลักษณ์ ความสามารถ ฯลฯ ทั้งในภาวะปกติและขณะเจ็บป่วย
ที่ส่งผลต่อการดูแลสุขภาพและการรับรู้ความเจ็บป่วยของตนเอง ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นเมื่อไม่สามารถทำในสิ่งที่
ตนเองต้องการ หรือไม่สามารถปฏิบัติตามคำแนะนำได้เนื่องด้วยข้อจำกัดต่างๆ เช่น ความรู้สึกต่อรูปร่างหน้าตา
ความรู้สึกต่อความสามารถ ความรู้สึกผิดที่เกี่ยวข้องกับความเจ็บป่วยของตนเอง หรือความรู้สึกท้อแท้หมดหวัง

สังเกตพฤติกรรมที่แสดงถึงความสนใจในรูปร่างหน้าตาตนเอง การปิดบังอวัยวะบางส่วน การ
เปรียบเทียบตนเองกับผู้อื่น สีหน้าท่าทางที่แสดงความภาคภูมิใจ/การท้อแท้สิ้นหวัง

แบบแผนที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพ

เป็นการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินบทบาทและสัมพันธภาพของผู้ป่วยต่อบุคคลอื่น ทั้งภายใน
และภายนอกครอบครัวที่อาจส่งผลต่อการดูแลสุขภาพของผู้ป่วย เช่น การรับผิดชอบชีวิตของทุกคนในครอบครัวทำให้
สนใจแต่เรื่องทำมาหากินไม่ได้คิดถึงเรื่องมารยาทที่โรงพยาบาลหรือมาตรวจตามนัด และผลของความเจ็บป่วยที่มีต่อ
บทบาทและสัมพันธภาพต่อบุคคลอื่น เช่น บทบาทหน้าที่ของตนเองที่มีต่อคนในครอบครัวลดลง แยกตัวออกจาก
สังคม ติดต่อกับเพื่อนน้อยลง เนื่องจากข้อจำกัดทางกาย หรือมีภารกิจในการดูแลสุขภาพมากขึ้น ตลอดจนความรู้สึก
และความคิดเห็นที่มีต่อการปรับเปลี่ยนบทบาทและการร่วมกิจกรรมพบปะกับบุคคลอื่น

การเปลี่ยนแปลงบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพกับคนในครอบครัวขณะป่วย (ขณะที่ไม่สบายอยู่
นี้ใครรับผิดชอบงานในบ้านแทน ความรู้สึกของสมาชิกในครอบครัวต่อการเจ็บป่วยครั้งนี้ บุคคลที่ช่วยเหลือขณะ
เจ็บป่วยครั้งนี้)

การเปลี่ยนแปลงของบทบาทหน้าที่ สัมพันธภาพในอาชีพขณะป่วย (ขณะป่วยนี้กระทบต่อ
อาชีพการงานหรือไม่ อย่างไร)

แบบแผนที่ 9 เพศและการเจริญพันธุ์ (พิจารณาตามความเหมาะสมกับอายุและสถานการณ์)

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมินการประเมินการเปลี่ยนแปลงทางกายที่แสดงลักษณะ
ทางเพศ พฤติกรรมทางเพศที่เบี่ยงเบนไปจากปกติ ตลอดจนอิทธิพลทางสังคม การเลี้ยงดู และสิ่งแวดล้อม ที่ส่งผลต่อ
พฤติกรรมทางเพศ ผลกระทบของความเจ็บป่วยที่มีต่อการมีเพศสัมพันธ์ตลอดจนความรู้สึกที่เกิดขึ้นกับตนเองและคู่
ของตนเอง

เพศสัมพันธ์ (ถามในกรณีที่ตั้งงานแล้ว มีปัญหาหรือไม่ ป้องกันโรคติดต่ออย่างไร)

เพศหญิง (ประวัติการมีประจำเดือน ความผิดปกติขณะมีประจำเดือน ตกขาว ตกเลือด เป็นหนอง คัน มีก้อน ตุ่มหรือไม่ การคุมกำเนิด)

เพศชาย (ปัญหาเกี่ยวกับอวัยวะสืบพันธุ์ หนอง คัน ต่อมลูกหมากโต ไข้เลือด มีก้อนหรือตุ่มหรือไม่)

พฤติกรรมที่แสดงออกเหมาะสมกับเพศหรือไม่ (สังเกตจากปฏิกิริยา ท่าทาง การแต่งกาย คำพูด และปฏิสัมพันธ์กับบุคคลเพศเดียวกันและต่างเพศ)

ผลการตรวจร่างกายระบบสืบพันธุ์ (เฉพาะกรณีที่มีข้อบ่งชี้ว่าอาจมีความผิดปกติ เพศหญิง ตรวจเต้านมและอวัยวะเพศ เพศชายตรวจอวัยวะเพศ)

แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลเพื่อประเมิน ความรู้สึกหรือทุกข์ที่เกิดขึ้นเมื่อเผชิญกับความเครียด ทั้งในภาวะปกติและการเจ็บป่วย โดยเฉพาะความเครียดที่เกิดจากความเจ็บป่วย เช่น เผชิญกับความไม่สุขสบายทางกาย การเปลี่ยนแปลงบทบาท การปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในการดูแลตนเอง ฯลฯ ทำให้เกิดความรู้สึกทุกข์ ทรมาน รำคาญ เบื่อหน่าย ท้อแท้ ไม่มั่นใจ กลัว ฯลฯ ตลอดจนความสามารถในการปรับตัว การแก้ปัญหา บริบทแวดล้อมที่เอื้อหรือเป็นอุปสรรคต่อการปรับตัว และกระบวนการเรียนรู้เพื่อการปรับตัวและการแก้ปัญหา

แบบแผนที่ 11 ความเชื่อ

เป็นผลการรวบรวมข้อมูลประเมินภาวะความมั่นคงเข้มแข็งทางจิตใจ ซึ่งสะท้อนออกมาทางความคิดและพฤติกรรมที่แสดงออกต่อสิ่งที่ตนเองคิดว่าความหมายต่อการดำเนินชีวิตของตนเอง และการดูแลสุขภาพ เช่น การกราบไหว้สิ่งศักดิ์สิทธิ์ที่ตนใช้เป็นเครื่องยึดเหนี่ยวทางจิตใจเพื่อขอให้ท่านปกป้องคุ้มครองภัย อันตราย การงดเว้นของแสลงเพราะเชื่อว่าจะทำให้อาการกำเริบมากขึ้น การแสวงหาวิธีการรักษาต่างๆที่เชื่อว่าจะทำให้อาการหรือความเจ็บป่วยของตนดีขึ้น)

ต้องการสวดมนต์ไหว้พระหรือปฏิบัติอะไรเกี่ยวกับศาสนาบ้างหรือไม่ขณะที่อยู่โรงพยาบาล สังเกตสิ่งที่น่าสนใจ เช่น ห้อยพระ ใส่เครื่องราง รอยสัก พวงมาลัย เป็นต้น ศาสนามีความสำคัญต่อชีวิตหรือไม่ และสามารถช่วยเมื่อมีปัญหา/ความยากลำบากหรือไม่ (พรศิริ พันธสี, 2563)

3.1.6 การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) (สำนักการพยาบาล, 2564)

การดูแลแบบองค์รวม (Holistic Care) เป็นแนวทางการดูแลผู้ป่วยที่ครอบคลุมทุกมิติของชีวิตมนุษย์ ทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ โดยมีเป้าหมายเพื่อส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยในทุกแง่มุม

1) หลักการของการดูแลแบบองค์รวม

1.1) มุ่งเน้นผู้ป่วยเป็นศูนย์กลาง (Patient-Centered Care) การดูแลต้องปรับให้เหมาะสมกับความต้องการ ความเชื่อ และวิถีชีวิตของผู้ป่วย

1.2) ครอบคลุมทุกมิติ (Comprehensive Care) ดูแลทั้งร่างกาย (Physical), จิตใจ (Mental), อารมณ์ (Emotional), สังคม (Social), และจิตวิญญาณ (Spiritual)

1.3) ส่งเสริมการมีส่วนร่วม (Collaborative Care) ส่งเสริมให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแลสุขภาพ

2) องค์ประกอบของการดูแลแบบองค์รวม

2.1) ด้านร่างกาย (Physical Aspect)

2.1.1) ประเมินอาการทางกาย เช่น ไข้ หายใจลำบาก อาการปวด

2.1.2) จัดการการรักษาทางการแพทย์ เช่น การให้ยา การทำแผล การกายภาพบำบัด

2.2) ด้านจิตใจและอารมณ์ (Mental and Emotional Aspect)

2.2.1) ให้การสนับสนุนทางจิตใจแก่ผู้ป่วย เช่น ลดความกังวล ความกลัว หรือภาวะซึมเศร้า

2.2.2) ใช้เทคนิคการฟื้นฟูจิตใจ เช่น การฟังอย่างตั้งใจ การพูดให้กำลังใจ

2.3) ด้านสังคม (Social Aspect)

2.3.1) ส่งเสริมความสัมพันธ์ในครอบครัวและชุมชน เช่น การสนับสนุนให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแล

2.3.2) ช่วยเชื่อมต่อผู้ป่วยกับทรัพยากรในชุมชน เช่น กลุ่มสนับสนุน

2.4) ด้านจิตวิญญาณ (Spiritual Aspect)

2.4.1) เคารพความเชื่อและค่านิยมทางศาสนาของผู้ป่วย

2.4.2) ให้การสนับสนุนทางจิตวิญญาณ เช่น การให้คำปรึกษา หรือสนับสนุนพิธีกรรมทางศาสนา

3) การประยุกต์การดูแลแบบองค์รวมในงานพยาบาล

3.1) การประเมินแบบองค์รวม

3.1.1) ชักประวัติที่ครอบคลุมทั้งด้านร่างกาย จิตใจ อารมณ์ สังคม และจิตวิญญาณ

3.1.2) ใช้เครื่องมือประเมินสุขภาพที่ครอบคลุมทุกมิติ เช่น แบบสอบถามความเครียด แบบสอบถามความพึงพอใจในชีวิต

3.2) การวางแผนการดูแล

3.2.1) วางแผนการดูแลที่ตอบสนองความต้องการของผู้ป่วยในแต่ละด้าน

3.2.2) ใช้ทีมสหสาขาวิชาชีพ เช่น แพทย์ พยาบาล นักจิตวิทยา นักสังคมสงเคราะห์

3.3) การปฏิบัติการดูแล

3.3.1) ให้การดูแลที่ครอบคลุม เช่น การจัดการอาการทางกาย การให้คำปรึกษาเชิงจิตวิทยา การเชื่อมต่อกับผู้ป่วยกับชุมชน

3.3.2) สนับสนุนผู้ป่วยให้มีส่วนร่วมในการดูแลสุขภาพ เช่น การตัดสินใจเลือกวิธีการรักษา

3.4) การประเมินผล ประเมินผลการดูแลในทุกมิติ เช่น การลดลงของอาการทางกาย ความพึงพอใจในชีวิต หรือความสัมพันธ์ในครอบครัวที่ดีขึ้น

4) ประโยชน์ของการดูแลแบบองค์รวม

- 4.1) ส่งเสริมสุขภาพและความเป็นอยู่ที่ดีของผู้ป่วยในทุกด้าน
- 4.2) เพิ่มความพึงพอใจของผู้ป่วยต่อการดูแล
- 4.3) ลดภาวะแทรกซ้อนและเพิ่มประสิทธิภาพการฟื้นฟูสุขภาพ
- 4.4) สนับสนุนให้ผู้ป่วยและครอบครัวมีส่วนร่วมในกระบวนการดูแล

3.2 ความชำนาญงาน หรือความเชี่ยวชาญและประสบการณ์ที่ใช้ในการปฏิบัติงาน

จากกรณีศึกษาของผู้คลอดอายุ 34 ปีที่ติดเชื้อเอชไอวีและเข้ารับการรักษา กระบวนการพยาบาลที่นำมาใช้ในการดูแลผู้ป่วยแสดงให้เห็นถึงความชำนาญและประสบการณ์ของพยาบาลในการปฏิบัติงานอย่างเป็นระบบและรอบด้าน โดยมีการดำเนินงานในแต่ละขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ได้แก่ การประเมิน การวางแผน การปฏิบัติการพยาบาล และการประเมินผล ดังนี้:

1. การประเมิน (Assessment) พยาบาลใช้ความเชี่ยวชาญในการรวบรวมข้อมูลพื้นฐานของผู้ป่วยอย่างละเอียด ได้แก่

- 1.1 ข้อมูลสุขภาพเบื้องต้น: รวมถึงประวัติการตั้งครรภ์ การใช้ยาต้านไวรัส และประวัติการฝากครรภ์
- 1.2 การตรวจทางห้องปฏิบัติการ: การตรวจติดตามระดับ CD4 และ Viral Load เพื่อประเมินสถานะภูมิคุ้มกันและความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก
- 1.3 การตรวจระหว่างรอคลอด: การตรวจสัญญาณชีพ ความถี่ในการหดตัวของมดลูก และอาการแสดงของภาวะแทรกซ้อน
- 1.4 ประสบการณ์ในการสังเกตและประเมินสภาพผู้คลอดช่วยให้พยาบาลสามารถเฝ้าระวังและป้องกันภาวะแทรกซ้อนของมารดาและทารกได้อย่างมีประสิทธิภาพ

2. การวินิจฉัยการพยาบาล จากกรณีศึกษา มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล ได้แก่

ระยะรอคลอด

ผู้คลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้คลอดไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์คลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีอัตมโนทัศน์ทางลบจากการปฏิเสธจากสังคมเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี

ทารก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์

ระยะคลอด

ผู้คลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของช่องทางคลอดฉีกขาด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก

ทารก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนในระหว่างคลอด (Fetal Hypoxia)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 เสี่ยงต่อการสัมผัสและติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างการคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 เสี่ยงต่อภาวะบาดเจ็บระหว่างคลอด (Birth Trauma)

ระยะหลังคลอด

มารดาหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13 เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด (Postpartum Infection) เนื่องจากติด

เชื้อเอชไอวีมีภูมิคุ้มกันอ่อนแอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14 ไม่สุขสบายจากการปวดแผลฝีเย็บ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 15 ส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและทารก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 16 วิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอดเนื่องจากขาดความรู้เมื่อ

กลับบ้าน

ทารก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 17 ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาในระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 18 ทารกเสี่ยงต่อการเกิดสภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิกายยังทำงานไม่สมบูรณ์

3. การวางแผนการดูแล (Planning) พยาบาลมีความชำนาญในการกำหนดแผนการดูแลผู้ป่วย โดยพิจารณาถึง

3.1 การป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก เช่น การเตรียมยาต้านไวรัส AZT และการวางแผนให้ยาต้านไวรัสแก่ทารกตามแนวทาง

3.2 การดูแลสุขภาพจิตของมารดา การจัดการกับความวิตกกังวลของมารดาในระหว่างตั้งครรภ์ คลอด และหลังคลอด

3.3 การเตรียมตัวหลังคลอด การวางแผนการให้คำแนะนำในการดูแลสุขภาพ การเลี้ยงดูบุตร และการติดตามผลหลังคลอด

4. การปฏิบัติการพยาบาล (Implementation) พยาบาลนำแผนการดูแลไปปฏิบัติจริง โดยมีการดำเนินการที่ชัดเจนในแต่ละระยะ ได้แก่

4.1 ระยะรอคลอด การให้ยา AZT เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อ การเฝ้าระวังสัญญาณชีพ และการลดความวิตกกังวลของมารดา

4.2 ระยะคลอด การสนับสนุนด้านการเบ่งคลอด การเฝ้าระวังภาวะแทรกซ้อน และการจัดการกับความเจ็บปวด

4.3 ระยะหลังคลอด การดูแลแผลคลอด การป้องกันการตกเลือด และการให้ยาต้านไวรัสแก่ทารก รวมถึงการให้คำแนะนำที่ครอบคลุมสำหรับการดูแลตนเองและลูกหลังคลอด พยาบาลใช้ประสบการณ์ในการสื่อสารกับผู้ป่วย และการจัดการปัญหาเฉพาะหน้าที่เกิดขึ้นในระหว่างการดูแล

5. การประเมินผล (Evaluation) พยาบาลประเมินผลลัพธ์ของการดูแลผู้ป่วย ได้แก่

5.1 ผลการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก: การตรวจติดตามระดับเชื้อ HIV ในทารกด้วย PCR และการตรวจผลระยะยาว

5.2 การตอบสนองของผู้ป่วย: ความเข้าใจของมารดาในการดูแลสุขภาพตนเองและลูก รวมถึงการลดความวิตกกังวลและความมั่นใจในการปฏิบัติตัว

5.3 การปรับปรุงกระบวนการดูแล: การประเมินจุดอ่อนในกระบวนการดูแล เช่น การป้องกันการให้ยาต้านไวรัสเกินขนาดในทารก เพื่อปรับปรุงคุณภาพบริการให้ดีขึ้น

4. สรุปสาระสำคัญ ขั้นตอนการดำเนินงาน และเป้าหมายของงาน

4.1 หลักการและเหตุผล

การติดเชื้อเอชไอวีหรือโรคเอดส์ (HIV/AIDS) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญและส่งผลกระทบต่ออย่างกว้างขวางทั้งในระดับโลก ระดับภูมิภาค และระดับประเทศ โรคนี้ไม่ได้เพียงส่งผลกระทบต่อสุขภาพของประชากรเท่านั้น แต่ยังมีผลกระทบในเชิงสังคมและเศรษฐกิจ โดยเฉพาะในกลุ่มหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีซึ่งถือเป็นกลุ่มที่มีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารกในครรภ์ ปัญหาดังกล่าวยังคงเป็นประเด็นที่ทั่วโลกให้ความสำคัญอย่างยิ่ง

จากข้อมูลของ UNAIDS ระบุว่า ในปี พ.ศ. 2565 มีผู้ติดเชื้อเอชไอวีทั่วโลกประมาณ 40 ล้านคน โดยภูมิภาคเอเชียแปซิฟิกมีผู้ติดเชื้อประมาณ 6 ล้านคน สถิติเหล่านี้สะท้อนถึงความท้าทายในการจัดการการแพร่ระบาดของโรค

แม้ว่าจะมีมาตรการป้องกันและการรักษาที่ก้าวหน้า ในประเทศไทยพบว่า จำนวนผู้ติดเชื้อเอชไอวีมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น โดยในปี พ.ศ. 2563 มีผู้ติดเชื้อ 500,000 ราย และเพิ่มเป็น 560,000 รายในปี พ.ศ. 2565 (UNAIDS, 2022)

ประเทศไทยได้รับการยอมรับจากองค์การอนามัยโลก (WHO) ในปี พ.ศ. 2558 ว่าสามารถยุติการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกได้สำเร็จ ซึ่งเป็นผลมาจากการดำเนินนโยบายที่เข้มแข็ง เช่น การตรวจคัดกรองหญิงตั้งครรภ์ และคู่สมรส การให้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่อง และการเฝ้าระวังอย่างใกล้ชิด อย่างไรก็ตาม ปัญหายังคงปรากฏในบางพื้นที่ เช่น การฝากครรภ์ล่าช้า การบริหารยาไม่สม่ำเสมอ และการขาดความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วย (World Health Organization [WHO], 2022)

ในจังหวัดขอนแก่น พบว่าอัตราหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีในปี พ.ศ. 2565 อยู่ที่ร้อยละ 0.9 โดยมีการตรวจคัดกรองครอบคลุมร้อยละ 100 และมีการให้ยาต้านไวรัสแก่ผู้ติดเชื้อร้อยละ 98 แม้ตัวเลขนี้จะแสดงถึงความก้าวหน้าของการดูแลสุขภาพ แต่ยังพบปัญหาในกระบวนการบริหารจัดการที่ต้องได้รับการพัฒนาให้ดียิ่งขึ้น (กรมควบคุมโรค, 2565)

สำหรับโรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น ซึ่งเป็นโรงพยาบาลชุมชนขนาดใหญ่ มีรายงานระบุว่าผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีคิดเป็นร้อยละ 1.04, 0.91 และ 1.10 ของจำนวนผู้คลอดทั้งหมดในปี 2565, 2566 และ 2567 ตามลำดับ แม้ว่าทารกที่เกิดจากมารดาที่ติดเชื้อไม่มีการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก แต่พบปัญหาสำคัญคือความเสี่ยงในการบริหารยาต้านไวรัสเกินขนาดในทารกแรกเกิด (1 ราย) ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของทารกและนำไปสู่การทบทวนกระบวนการบริหารจัดการยาในโรงพยาบาล (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลชุมแพ, 2567)

ดังนั้น การศึกษากรณี “การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอด” โดยใช้กระบวนการพยาบาลเพื่อดูแลตั้งแต่ระยะรอคลอด ระยะคลอด และระยะหลังคลอด จะเป็นเครื่องมือสำคัญที่ช่วยพัฒนาการให้บริการทางการแพทย์และการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากยิ่งขึ้น รวมทั้งลดความเสี่ยงในการแพร่กระจายเชื้อจากแม่สู่ลูก การศึกษานี้มีเป้าหมายเพื่อสร้างแนวทางการดูแลที่เหมาะสม เพิ่มคุณภาพชีวิตให้แก่สตรีตั้งครรภ์และทารก ตลอดจนลดความผิดพลาดในกระบวนการบริหารยาต้านไวรัส ซึ่งจะช่วยยกระดับคุณภาพบริการของโรงพยาบาลและตอบสนองต่อเป้าหมายของการพัฒนาระบบสุขภาพของประเทศไทยในระยะยาวต่อไป

4.2 วัตถุประสงค์

1. เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีการติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอดโดยการใช้กระบวนการพยาบาลอย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อพัฒนาการดูแลสุขภาพของผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและป้องกันการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก
3. เพื่อให้มารดาและทารกได้รับการดูแลที่ปลอดภัย และลดความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวี
4. เพื่อเพิ่มความเข้าใจและความมั่นใจให้กับมารดาในการดูแลสุขภาพตนเองและบุตรหลังคลอด

4.3 เป้าหมาย

1. ผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกคลอดกึ่งคลอดกระบวนการคลอดและหลังคลอด
2. ทารกไม่ติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา
3. ผู้คลอดมีความเข้าใจและสามารถปฏิบัติตามคำแนะนำในการดูแลสุขภาพตนเองและการเลี้ยงดูทารกหลังคลอดได้อย่างถูกต้อง

4.4 ขอบเขตการศึกษา

การศึกษานี้เป็นการศึกษากรณีรายบุคคล (Case study) ของการพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอด จำนวน 1 ราย ซึ่งเข้ารับการรักษาในกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด โรงพยาบาลชุมแพ ในระหว่างวันที่ 1 กันยายน 2566 ถึงวันที่ 31 มกราคม 2567 โดยทำการศึกษาตามกระบวนการพยาบาลอย่างครอบคลุม ประกอบด้วย 1) การประเมินภาวะสุขภาพ โดยการวิเคราะห์ข้อมูลสุขภาพของผู้คลอดและทารกอย่างละเอียดเพื่อพิจารณาภาวะความเสี่ยง 2) การวินิจฉัยทางการพยาบาล วินิจฉัยปัญหาสุขภาพที่มีแนวโน้มกระทบต่อมารดาและทารก 3) การวางแผนการพยาบาล กำหนดแผนการดูแลที่เหมาะสมและเป็นมาตรฐาน โดยคำนึงถึงภาวะติดเชื้อเอชไอวี 4) การปฏิบัติการพยาบาล โดยให้การดูแลรักษาอย่างต่อเนื่องตามแผนที่วางไว้ในทุกระยะของการคลอดรวมทั้งการดูแลทารก และ 5) การประเมินผลการพยาบาล ติดตามและประเมินผลการรักษาและการพยาบาล เพื่อป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

4.5 ขั้นตอนการดำเนินการ

1. เลือกกรณีศึกษา จากผู้ป่วยที่ได้รับมอบหมายในการดูแลจำนวน 1 ราย
2. เลือกศึกษาการพยาบาลผู้คลอดที่มีการติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอด เนื่องจากเป็นมารดาที่มีความเสี่ยงมีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
3. ขออนุมัติหัวหน้างาน หัวหน้าพยาบาลและผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลผู้ป่วย
4. ศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง ได้แก่ การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี สาเหตุของโรค ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรค อาการและอาการแสดงของโรค การวินิจฉัยโรค และการดูแลในสูติศาสตร์ การติดตามทารกหลังคลอด
5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ดังนี้
 - 5.1 ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วยโดยใช้แนวทางการพยาบาล บูรณาการกับแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประกอบด้วย

- 1) ข้อมูลส่วนบุคคล
- 2) ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย ได้แก่ อาการสำคัญที่มาโรงพยาบาล ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว ที่อยู่อาศัยและสภาพแวดล้อม
- 3) ข้อมูลแบบแผนสุขภาพผู้ป่วย (11 แบบแผนของกอร์ดอน)
- 4) การประเมินสภาพร่างกายตามระบบ
 - สภาพทั่วไป
 - สัญญาณชีพ น้ำหนัก ส่วนสูง ค่า BMI ระดับความรู้สึกตัว (GCS)
 - ผิวหนัง ศีรษะ ใบหน้า เล็บ ตา หู จมูก ปาก คอ
 - ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก
 - ระบบหัวใจและหลอดเลือด
 - ระบบกระดูกและกล้ามเนื้อ
 - ระบบทางเดินอาหาร
 - ระบบประสาท
 - ระบบต่อมน้ำเหลือง
- 5) ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและการตรวจพิเศษต่างๆ พร้อมทั้งแปลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ
- 6) แผนการรักษาของแพทย์
- 7) ยาที่ใช้ในการรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษา
- 8) สรุปอาการและอาการแสดงของผู้ป่วย การรักษาพยาบาลที่ได้รับ

5.2 วินิจฉัยการพยาบาล

5.3 แผนการพยาบาล

5.4 ปฏิบัติการพยาบาล

5.5 ประเมินผลการพยาบาล และแก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยที่มีการเปลี่ยนแปลง

6. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค
7. เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้าพยาบาลและทีมการพยาบาล
8. จัดทำผลงานวิชาการ

4.6 ผลที่คาดว่าจะได้รับ

- 1) ผู้คลอดที่มีการติดเชื้อเอชไอวีคลอดปลอดภัยและทารกคลอดปลอดภัย
- 2) ทารกไม่พบมีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

4.7 สรุปรายงานกรณีศึกษา

กรณีศึกษา สตรีตั้งครรภ์ไทย อายุ 34 ปี สถานภาพ : คู่ เชื้อชาติ : ไทย สัญชาติ : ไทย ศาสนา: พุทธ อาชีพ: ทำนา
จบการศึกษา ระดับประถมศึกษาปีที่ 6 ภูมิลำเนาอยู่ที่ จังหวัดขอนแก่น สหิการรักษา บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า
(30 บาท) รับไว้รักษา วันที่ 12 ตุลาคม 2566 เวลา 11.00 น. จำหน่ายออกจากโรงพยาบาล 14 ตุลาคม 2566
รวมระยะเวลาในการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 3 วัน

การวินิจฉัยแรกรับ G₂ P₀₀₁₀ GA 39⁺¹ weeks with Human Immunodeficiency Virus infection in pregnancy with labor pain

การวินิจฉัยครั้งสุดท้าย : Normal labor with Human Immunodeficiency Virus infection in pregnancy

อาการสำคัญนำส่งโรงพยาบาล : มีอาการเจ็บครรภ์ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (เริ่มเจ็บครรภ์ 06.00 น.)

ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต

ปฏิเสธการได้รับผ่าตัดหรือการได้รับอุบัติเหตุบริเวณกระดูกเชิงกราน

ปฏิเสธการแพ้ยา อาหารและสารเคมี และสารเสพติด

ประวัติติดเชื้อเอชไอวี ตรวจพบครั้งแรกจากการฝากครรภ์ อายุครรภ์ 10 สัปดาห์ เข้ารับรักษาและรับยาต้าน
เอชไอวีที่โรงพยาบาลชุมแพต่อเนื่อง Tenofovir disoproxil, Lamivudine, Dolutegravir (TLD) ขนาดยา 1 เม็ด
รับประทานทางปาก วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน (เวลา 20.00 น.) ผล Viral load: 0, CD₄: 588 (29.31%)

ประวัติการตั้งครรภ์และการคลอดในอดีต

การตั้งครรภ์แรกมีประวัติแท้งเอง อายุครรภ์ 1 เดือน มีการขูดมดลูก เมื่อ 11 ปีที่แล้ว

การตั้งครรภ์ครั้งนี้เป็นการตั้งครรภ์ครั้งที่ 2

ประวัติการตั้งครรภ์และฝากครรภ์ปัจจุบัน

สตรีตั้งครรภ์ G₂ P₀₀₁₀ GA 39⁺¹ weeks with Human Immunodeficiency Virus infection in pregnancy ประจำเดือนครั้งสุดท้าย 12 มกราคม 2566 คาดคะเนการคลอด 18 ตุลาคม 2566 ฝากครรภ์ที่
โรงพยาบาลชุมแพ จำนวน 12 ครั้ง ไม่ครบเกณฑ์คุณภาพ ฝากครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 10 สัปดาห์

ผลการตรวจเลือดขณะตั้งครรภ์

หมู่เลือด: B Rh: Positive (Rh+) หมายถึงมีโปรตีน Rh บนผิวของเซลล์เม็ดเลือดแดง (Blood Group: B, Rh: Positive)

VDRL (Venereal Disease Research Laboratory Test): ผล Non-Reactive (NR) หมายถึง ไม่มีการ
ติดเชื้อซิฟิลิส ในขณะตรวจ (VDRL: NR/NR)

ผลตรวจหาเชื้อ HIV: บวก (Positive) หมายถึงมีการติดเชื้อเอชไอวี (Anti-HIV: Positive)

การตรวจหาเชื้อไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B Surface Antigen): ผลลบ (Negative) ไม่มีการติดเชื้อไวรัสตับอักเสบบี

ความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: Hct): 43/40 vol% ค่าความเข้มข้นของเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ

ผลตรวจ DCIP (Dichlorophenol-Indophenol Test): บวก (Positive) หมายถึง มีภาวะพาหะธาลัสซีเมียชนิดหนึ่ง (อาจเป็น Alpha หรือ Beta Thalassemia Trait)

ค่าเฉลี่ยปริมาตรเม็ดเลือดแดง MCV 81.6 femtoliters (อยู่ในช่วงปกติ (80–100 fl.))

ผลการตรวจเลือดสามี

ความเข้มข้นของเลือด (Hematocrit: Hct): 34.5/35 vol% ค่าความเข้มข้นของเลือดต่ำกว่าปกติ สำหรับเพศชาย (อยู่ในช่วงปกติ: 40–50 vol%)

VDRL (Venereal Disease Research Laboratory Test): ผล Non-Reactive (NR) หมายถึง ไม่มีการติดเชื้อซิฟิลิส ในขณะตรวจ

ผลตรวจหาเชื้อ HIV : Negative/ Negative

ผลตรวจ DCIP (Dichlorophenol-Indophenol Test): ลบ Negative

ค่าเฉลี่ยปริมาตรเม็ดเลือดแดง MCV 90.8 femtoliters (อยู่ในช่วงปกติ (80–100 fl.))

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและภาวะสุขภาพปัจจุบัน

ผู้คลอดไทย อายุ 34 ปี ตั้งครรภ์ที่ 2 (G₂P₀₀₁₀) อายุครรภ์ 39 สัปดาห์ 1 วัน (นับจากการอัลตราซาวด์) เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล วันที่ 27 มีนาคม 2566 พบตรวจ Anti-HIV ผิดปกติขณะอายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ผ่าครรภ์ต่อเนื่องและยืนยันผลเลือดเอชไอวี โดยให้คำปรึกษา ก่อนและหลังตรวจเลือดยืนยันเอชไอวีของมารดาและสามี ผลเลือด มารดา Anti-HIV = Positive ส่วน สามี Anti-HIV = Negative ได้รับยาต้านไวรัสคือ Tenofovir disoproxil, Lamivudine, Dolutegravir (TLD) ขนาดยา 1 เม็ด รับประทานทางปาก วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน (เวลา 20.00 น.) ตอนอายุครรภ์ 10⁺ สัปดาห์ โดยรับประทานยาสม่ำเสมอ รวมมาตรวจตามนัดฝากครรภ์ 12 ครั้ง ประวัติการมีเพศสัมพันธ์ไม่ได้ป้องกัน แต่งานกับสามี โดยไม่ทราบว่าตนเองติดเชื้อเอชไอวีมาก่อน ประวัติการมีเพศสัมพันธ์กับสามีคนปัจจุบันไม่ใช่ถุงยางอนามัย ไม่มีประวัติการติดเชื้อโรคฉวยโอกาส ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการขณะตั้งครรภ์ Blood Group: B, Rh: Positive, VDRL: NR/NR Anti-HIV : positive, HbsAg: Negative, Hct 43/40 vol%, DCIP : Positive MCV 81.6 fl. ผล Viral load: 0, CD4: 588 (29.31%) ผลการตรวจเลือดสามี Hct 34.5/35 vol%, VDRL: NR , Anti-HIV : Negative/ Negative, DCIP : Negative MCV 90.8 fl.

วันที่ 12 ตุลาคม 2566 เวลา 11.00 น. มีอาการเจ็บครรภ์ 5 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล (เริ่มเจ็บครรภ์ 06.00 น.) ประวัติประจำเดือนครั้งสุดท้าย 12 มกราคม 2566 คัดคะเนการคลอด 18 ตุลาคม 2566 ผ่าครรภ์ที่โรงพยาบาลชุมแพจำนวน 12 ครั้ง ครบเกณฑ์คุณภาพ ผ่าครรภ์ครั้งแรกเมื่ออายุครรภ์ 10 สัปดาห์ ตรวจร่างกาย

ทั่วไปรูปร่างปกติ อุณหภูมิ 36.9 องศาเซลเซียส ความดันโลหิต 122/87 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้ง/นาที ซีฟจร 80 ครั้ง/นาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) 98 % หัวใจทารกเต้น 140 ครั้ง/นาที ตรวจครรภ์ 3/4 มากกว่าระดับสะดือ 28 เซนติเมตร คัดคะเนน้ำหนักทารก 2,800 กรัม การตรวจภายในปากมดลูก เปิดขยาย 1 เซนติเมตร ความบาง 50 % ระดับส่วนน้ำ (Station) 0 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก (MI) ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอการหดรัดตัว (Interval) 5 นาที หดรัดตัวนาน (Duration) 30 วินาที ความแรง (Severity) + รายงานสูติแพทย์ให้เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การวินิจฉัย G₂P₀₀₁₀ GA 39⁺¹ weeks with Human Immunodeficiency Virus infection in pregnancy รับไว้นอนโรงพยาบาลเพื่อสังเกตอาการเจ็บครรภ์

เวลา 14.00 น. การตรวจภายใน ปากมดลูกเปิดขยาย 3 เซนติเมตร ความบาง 80 % ระดับส่วนน้ำ (Station) 0 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก (MI) ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เสียงหัวใจทารก (FHS) 144 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ การหดรัดตัว (Interval) 3 นาที หดรัดตัวนาน (Duration) 35 วินาที ความแรง (Severity) + แพทย์ให้ยาต้านไวรัสขณะรอคลอด AZT 600 mg oral stat

เวลา 15.30 น. การตรวจภายใน ปากมดลูกเปิดขยาย 5 เซนติเมตร ความบาง 80 % ระดับส่วนน้ำ (Station) 0 MI ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เสียงหัวใจทารก (FHS) 146 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ การหดรัดตัว (Interval) 2 นาที หดรัดตัวนาน (Duration) 35 วินาที ความแรง (Severity) ++

เวลา 17.30 น. การตรวจภายใน ปากมดลูกเปิดขยาย 7 เซนติเมตร ความบาง 80 % ระดับส่วนน้ำ (Station) 0 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก (MI) ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เสียงหัวใจทารก (FHS) 130 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ การหดรัดตัว (Interval) 2 นาที หดรัดตัวนาน (Duration) 35 วินาที ความแรง (Severity) ++

เวลา 19.30 น. การตรวจภายใน ปากมดลูกเปิดขยาย 8 เซนติเมตร ความบาง 80 % ระดับส่วนน้ำ (Station) 0 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก (MI) ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เสียงหัวใจทารก (FHS) 132 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ การหดรัดตัว (Interval) 2 นาที หดรัดตัวนาน (Duration) 35 วินาที ความแรง (Severity) ++

เวลา 21.00 น. การตรวจภายใน ปากมดลูกเปิดขยาย 8 เซนติเมตร ความบาง 80 % ระดับส่วนน้ำ (Station) 0 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก (MI) ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เสียงหัวใจทารก (FHS) 144 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ การหดรัดตัว (Interval) 2 นาที หดรัดตัวนาน (Duration) 35 วินาที ความแรง (Severity) ++

เวลา 23.00 น. การตรวจภายใน ปากมดลูกเปิดขยาย 10 เซนติเมตร ความบาง 100 % ระดับส่วนน้ำ (Station) 0 ถุงน้ำคร่ำยังไม่แตก (MI) ประเมินสุขภาพทารกในครรภ์ เสียงหัวใจทารก (FHS) 140 ครั้ง/นาที มดลูกหดรัดตัวสม่ำเสมอ การหดรัดตัว (Interval) 2 นาที หดรัดตัวนาน (Duration) 35-40 วินาที ความแรง (Severity) ++ เชียร์เบ่งคลอด Head seen ย้ายเข้าห้องคลอด 23.10 น.

คลอดปกติเวลา 23.26 น. รวมเวลาคลอดระยะที่ 1 = 16 ชั่วโมง 26 นาที ระยะที่ 2 = 6 นาที ระยะที่ 3 = 2 นาที รวมเวลาระยะ คลอด 16 ชั่วโมง 28 นาที หลังคลอดผู้ป่วยแข็งแรงดี มดลูกหดรัดตัวดี อุณหภูมิ 36.8 องศาเซลเซียส

ความดันโลหิต 120/84 มิลลิเมตรปรอท หายใจ 20 ครั้ง / นาที ซีพจร 82 ครั้งนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation) 97 % เสียเลือดจากการคลอด 150 มิลลิลิตร ได้รับยาต้านไวรัส Tenofovir disoproxil, Lamivudine, Dolutegravir (TLD) ขนาดยา 1 เม็ด รับประทานทางปาก วันละ 1 ครั้ง ก่อนนอน (เวลา 20.00 น.) ดูแลครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด ย้ายไปที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวชกรรม

ทารกคลอดปกติทางช่องคลอด เพศหญิง น้ำหนัก 3,100 กรัม การประเมินสภาพร่างกายของทารกแรกเกิดใน 5 ด้าน (APGAR scores) ที่ 1 , 5 และ 10 นาที = 9 , 10 และ 10 ตามลำดับ หลังคลอดทารกตัวแดงร้องดัง ขยับแขนขาได้ดี ได้รับการพยาบาลเช็ดตัวจนแห้งก่อนทำหัตถการต่อเนื่อง ได้รับ Vitamin K 1 mg IM ขาซ้าย Hepatitis B 0.5 ml IM ขาขวา ป้ายตาด้วย Terramycin ointment ทั้งสองข้าง จดนมมารดาและกุมารแพทย์พิจารณาให้ได้รับยาต้านไวรัสน้ำเชื่อม AZT (Syrup) ขนาดยา 4 มิลลิกรัมต่อน้ำหนักตัว 1 กิโลกรัม ปริมาณ 1.4 มิลลิลิตรต่อครั้ง รับประทานยาทางปาก เวลารับประทาน เวลา 08.00 น. และเวลา 20.00 น. (ทุก 12 ชั่วโมง) นาน 6 สัปดาห์ ดูแลให้ยาตามแนวทางการรักษา ดูแลครบ 2 ชั่วโมงหลังคลอด และย้ายไปดูแลต่อที่หอผู้ป่วยสูตินรีเวช ผลการติดตามหาเชื้อเอชไอวี (HIV viral testing) ด้วยวิธี DNA PCR ของทารกแรกเกิด ไม่พบเชื้อ

วันที่ 13 ตุลาคม 2566 หลังคลอดวันแรก อาการทั่วไปปกติ มดลูกหดรัดตัวดี น้ำคาวปลาสีแดง มารดาเข้ารับการทำให้มึนหลังคลอด ปลอดภัย

วันที่ 14 ตุลาคม 2566 หลังคลอดวันที่สอง น้ำคาวปลาสีแดงมดลูกอยู่ระดับต่ำกว่าสะดือ 1 นิ้ว นัดเข้ารับการตรวจหลังคลอดและคลินิกพิเศษ แพทย์อนุญาตกลับบ้าน รวมเวลาอยู่โรงพยาบาล 3 วัน

จากการติดตามเยี่ยมคลอดมารดาและทารกไม่มีภาวะแทรกซ้อน แพทย์อนุญาตให้ผู้คลอดและบุตรกลับบ้าน ให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวการเลี้ยงดูบุตร การนัดติดตามตรวจหลังคลอดและการคุมกำเนิดโดยการทำให้มึน ผู้คลอดและญาติรับทราบเข้าใจ จำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพร้อมบุตร นัดตรวจ PCR บุตรเมื่ออายุ 1,2 และ 4 เดือน ขณะเข้ารับการรักษา มีข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ ดังนี้

ระยะรอคลอด

ผู้คลอด

- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้คลอดไม่สุขสบายจากการเจ็บครรภ์คลอด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ส่งเสริมความก้าวหน้าของการคลอด
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการติดเชื้อฉวยโอกาสจากภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่อง
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 วิตกกังวลเกี่ยวกับการคลอดเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี
- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 มีอัตมโนทัศน์ทางลบจากการปฏิเสธจากสังคมเนื่องจากติดเชื้อเอชไอวี

ทารก

- ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 มีโอกาสเกิดภาวะขาดออกซิเจนในครรภ์

ระยะคลอดผู้คลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 เสี่ยงต่อการบาดเจ็บของช่องทางคลอดฉีกขาด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 เสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีสู่ทารก

ทารก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 เสี่ยงต่อการขาดออกซิเจนในระหว่างคลอด (Fetal Hypoxia)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 10 เสี่ยงต่อการสัมผัสและติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างการคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 11 เสี่ยงต่อภาวะบาดเจ็บระหว่างคลอด (Birth Trauma)

ระยะหลังคลอดมารดาหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 12 เสี่ยงต่อการตกเลือดหลังคลอด (Postpartum Hemorrhage)

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 13 เสี่ยงต่อการติดเชื้อหลังคลอด (Postpartum Infection) เนื่องจากติดเชื้อเอชไอวีมีภูมิคุ้มกันอ่อนแอ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 14 ไม่สุขสบายจากการปวดแผลฝีเย็บ

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 15 ส่งเสริมสัมพันธภาพมารดาและทารก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 16 วิตกกังวลเกี่ยวกับการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอดเนื่องจากขาดความรู้เมื่อกลับบ้าน

ทารก

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 17 ทารกเสี่ยงต่อการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาในระยะหลังคลอด

ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 18 ทารกเสี่ยงต่อการเกิดสภาวะอุณหภูมิร่างกายต่ำเนื่องจากศูนย์ควบคุมอุณหภูมิกายยังทำงานไม่สมบูรณ์

5. ผลสำเร็จของงาน (เชิงปริมาณ/คุณภาพ)**5.1 ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณ**

จากกรณีศึกษา “การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอด : กรณีศึกษา พ.ศ. 2566” การดูแลผู้คลอดอายุ 34 ปี ที่มีภาวะติดเชื้อเอชไอวี และทารกแรกเกิดที่ต้องเฝ้าระวังการติดเชื้อเอชไอวี ผลสำเร็จของงานเชิงปริมาณสามารถสรุปได้ ดังนี้

1) จำนวนวันรักษาในโรงพยาบาล ผู้คลอดได้รับการรักษาในโรงพยาบาลรวม 3 วัน ตั้งแต่วันที่ 12 ตุลาคม 2566 ถึงวันที่ 14 ตุลาคม 2566 โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่ต้องเพิ่มระยะเวลาการรักษา

2) จำนวนการตรวจติดตามการเจริญเติบโตของทารก: ทารกได้รับการตรวจทางห้องปฏิบัติการเพื่อหาภาวะติดเชื้อเอชไอวี (DNA PCR) และผลการตรวจในระยะแรกไม่พบเชื้อ ซึ่งเป็นผลสำเร็จที่สำคัญในการป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดา

3) การป้องกันการติดเชื้อและการให้ยาต้านไวรัส

3.1) ผู้ป่วยได้รับยาต้านไวรัสตลอดช่วงตั้งครรภ์และหลังคลอด ทารกได้รับยาต้านไวรัส AZT (Syrup) ทุก 12 ชั่วโมงในช่วงหลังคลอดตามแผนการรักษา โดยไม่มีการแพ้ยา

3.2) ทารกได้รับวัคซีนและการป้องกันเชื้อโรคอย่างครบถ้วนตามแนวทางการรักษา โดยรับวัคซีนไวรัสตับอักเสบบี (Hepatitis B) และวัคซีนบีซีจี (BCG)

4) การติดตามการนัดตรวจ ผู้คลอดและทารกได้รับการนัดหมายตรวจติดตามเมื่อทารกอายุ 1, 2 และ 4 เดือน เพื่อประเมินผลการติดเชื้อเอชไอวีและการเจริญเติบโตของทารก

5) จำนวนครั้งที่ผู้คลอดเข้ารับการฝากครรภ์ ฝากครรภ์ทั้งหมด 12 ครั้ง ครบเกณฑ์คุณภาพตามมาตรฐานการดูแลหญิงตั้งครรภ์

6) ประเมินสัญญาณชีพ ทั้งมารดาและทารกมีสัญญาณชีพที่ปกติหลังการคลอดและในช่วงระยะหลังคลอด โดยไม่มีภาวะแทรกซ้อนที่เกี่ยวข้องกับการติดเชื้อ

ผลสำเร็จของงานในเชิงปริมาณดังกล่าวแสดงให้เห็นถึงความสำเร็จในการดูแลรักษาและการเฝ้าระวังเชิงรุกเพื่อลดความเสี่ยงในการติดเชื้อและภาวะแทรกซ้อนในผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารก

5.2 ผลสำเร็จของงานเชิงคุณภาพ

การดำเนินงานในกรณีศึกษา “การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอด : กรณีศึกษา พ.ศ. 2566” การดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและการดูแลทารกแรกเกิดแสดงให้เห็นถึงผลสำเร็จเชิงคุณภาพที่ โดยมีรายละเอียดดังนี้

1) การปฏิบัติตามแนวทางการดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีอย่างครบถ้วน การดูแลและให้ยาต้านไวรัสอย่างสม่ำเสมอแก่ผู้คลอดตั้งแต่ช่วงอายุครรภ์ 10 สัปดาห์จนถึงหลังคลอด ซึ่งเป็นการลดความเสี่ยงในการแพร่เชื้อจากแม่สู่ลูก สอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขในการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

2) การให้คำปรึกษาและสนับสนุนจิตใจ ผู้คลอดได้รับคำปรึกษาและการดูแลที่เน้นการสนับสนุนทางจิตใจอย่างต่อเนื่อง โดยมีการให้คำแนะนำก่อนและหลังการตรวจวินิจฉัยโรคเอชไอวี ซึ่งช่วยลดความวิตกกังวลและเสริมสร้างความเข้าใจในขั้นตอนการดูแลสุขภาพตนเองและทารก

3) การให้ความรู้และเสริมสร้างทักษะการดูแลตนเอง ผู้คลอดและญาติได้รับการอบรมเกี่ยวกับการดูแลหลังคลอดและการปฏิบัติตนที่เหมาะสม เช่น การเลี้ยงดูทารกและการป้องกันการแพร่เชื้อ ทั้งนี้สอดคล้องกับนโยบายการส่งเสริมสุขภาพมารดาและเด็กของกระทรวงสาธารณสุข

4) การตรวจติดตามและเฝ้าระวังสุขภาพทารกหลังคลอด ทารกได้รับการตรวจติดตามและเฝ้าระวังสุขภาพอย่างเข้มงวดหลังคลอด ด้วยการตรวจหาเชื้อเอชไอวีด้วยวิธี DNA PCR และการดูแลต่อเนื่องเพื่อติดตามพัฒนาการ ซึ่งสอดคล้องกับการเฝ้าระวังและป้องกันการติดเชื้อในเด็กตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุข

5) การใช้มาตรการป้องกันการติดเชื้อ มีการปฏิบัติตามมาตรฐานการควบคุมการติดเชื้อในโรงพยาบาล เช่น การงดให้นมมารดาเพื่อป้องกันการแพร่เชื้อมาน้ำนมและการใช้ยาต้านไวรัส AZT (Syrup) ในทารกตามแนวทางการรักษา ทำให้ผลการตรวจเชื้อในทารกออกมาไม่พบเชื้อ ซึ่งเป็นผลสำเร็จที่สอดคล้องกับนโยบายการลดอัตราการแพร่เชื้อในเด็ก

6) การให้ความสำคัญกับความต่อเนื่องของการดูแลหลังจำหน่าย การวางแผนการนัดตรวจติดตามและการให้คำแนะนำแก่ผู้ปกครองเกี่ยวกับการติดตามตรวจ PCR ในทารกเมื่ออายุ 1, 2 และ 4 เดือน แสดงถึงการให้ความสำคัญกับการดูแลต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายการดูแลสุขภาพแม่และเด็กของกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการติดตามและป้องกันโรคในระยะยาว

ผลสำเร็จเชิงคุณภาพจากกรณีศึกษานี้เน้นการปฏิบัติตามแนวทางการดูแลที่ครอบคลุมทุกด้าน ตั้งแต่การให้ยาต้านไวรัสและการป้องกันการติดเชื้อ การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนทางจิตใจ ไปจนถึงการดูแลทารกหลังคลอด ซึ่งสอดคล้องกับนโยบายกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งเน้นการป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวี การส่งเสริมสุขภาพมารดาและเด็กและการดูแลสุขภาพเชิงป้องกัน

6. การนำไปใช้ประโยชน์/ผลกระทบ

การศึกษาในครั้งนี้ ผู้ศึกษานำผลการศึกษา “การพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอด : กรณีศึกษา พ.ศ. 2566” นำไปใช้ประโยชน์ ดังนี้

6.1 การนำไปใช้ประโยชน์โดยตรงหรือการนำไปประยุกต์ใช้

1. การปรับปรุงแนวทางการพยาบาลการดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี
 - ผลการศึกษาสามารถนำมาเป็นข้อมูลในการปรับปรุงแนวทางปฏิบัติในการดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในโรงพยาบาล เพื่อให้มั่นใจว่าผู้ป่วยได้รับการดูแลที่มีประสิทธิภาพตั้งแต่ช่วงฝากครรภ์จนถึงหลังคลอด
 - การดูแลที่ครอบคลุม เช่น การให้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องและการเฝ้าระวังทารกหลังคลอด สามารถนำมาประยุกต์ใช้ในมาตรฐานการพยาบาล
2. การอบรมและพัฒนาบุคลากรทางการแพทย์
 - ข้อมูลจากกรณีศึกษาสามารถใช้ในการพัฒนาโปรแกรมการอบรมสำหรับพยาบาลและเจ้าหน้าที่ทางการแพทย์เกี่ยวกับการจัดการการดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและการป้องกันการแพร่เชื้อในโรงพยาบาล
 - เพิ่มความรู้และทักษะในการให้คำปรึกษา การสนับสนุนจิตใจ และการปฏิบัติตามมาตรฐานควบคุมการติดเชื้อ
3. การส่งเสริมการป้องกันการแพร่เชื้อจากมารดาสู่ทารก

- การศึกษานี้เน้นให้เห็นถึงความสำคัญของการใช้ยาต้านไวรัสและมาตรการป้องกันต่าง ๆ ซึ่งสามารถนำไปใช้ในโครงการรณรงค์หรือการเผยแพร่ความรู้เกี่ยวกับการป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีจากมารดาสู่ทารก

- สนับสนุนการปฏิบัติตามนโยบายกระทรวงสาธารณสุขเพื่อให้การดูแลและการเฝ้าระวังมีประสิทธิภาพสูงสุด

4. การวางแผนการดูแลต่อเนื่องสำหรับผู้คลอดและทารก

- แผนการนัดตรวจติดตามและการเฝ้าระวังสุขภาพทารกหลังคลอดสามารถนำไปปรับใช้ในแผนการดูแลผู้ป่วยรายอื่น เพื่อให้เกิดความต่อเนื่องในการเฝ้าระวังและป้องกันการแพร่เชื้อในระยะยาว

- ส่งเสริมความร่วมมือระหว่างบุคลากรทางการแพทย์และครอบครัวในการติดตามผลการรักษาและพัฒนาการของทารก

5. การลดภาระค่าใช้จ่ายและเพิ่มประสิทธิภาพการรักษา

- ข้อมูลจากกรณีศึกษาแสดงให้เห็นถึงการดูแลที่มีประสิทธิภาพ เช่น การลดจำนวนวันรักษาในโรงพยาบาลและการป้องกันภาวะแทรกซ้อน ซึ่งช่วยลดค่าใช้จ่ายในการรักษา

- เป็นตัวอย่างที่สามารถนำไปใช้วางแผนทรัพยากรทางการแพทย์ เพื่อให้เกิดความคุ้มค่าและประสิทธิภาพสูงสุด

6. การเผยแพร่และพัฒนาความรู้ด้านวิชาการ

- กรณีศึกษานี้สามารถนำไปเผยแพร่ในงานประชุมวิชาการทางการแพทย์หรือวารสารทางวิชาการ เพื่อแบ่งปันประสบการณ์และแนวปฏิบัติที่มีประสิทธิผลกับหน่วยงานอื่น ๆ

- สร้างความตระหนักรู้ในชุมชนวิชาการและการแพทย์เกี่ยวกับการจัดการผู้คลอดเอชไอวีในบริบทที่เฉพาะเจาะจง

6.2 การนำไปใช้ประโยชน์ทางอ้อม

1. การเสริมสร้างความรู้และทักษะของบุคลากรทางการแพทย์

- กรณีศึกษานี้สามารถใช้เป็นสื่อการเรียนรู้สำหรับบุคลากรทางการแพทย์และพยาบาลในการพัฒนาทักษะและความรู้เกี่ยวกับการดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในระหว่างตั้งครรภ์และหลังคลอด เพิ่มความชำนาญและประสิทธิภาพในการดูแลผู้คลอด

2. การสนับสนุนนโยบายสุขภาพระดับประเทศ

- ผลสำเร็จจากการลดการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกตามเป้าหมายของกระทรวงสาธารณสุข ช่วยสนับสนุนเป้าหมายและนโยบายของกระทรวงในการยกระดับคุณภาพชีวิตของมารดาและทารก ลดอัตราการแพร่ระบาดของเชื้อเอชไอวีในสังคม

3. การลดภาระค่าใช้จ่ายด้านสาธารณสุข

- การป้องกันการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกช่วยลดภาระค่าใช้จ่ายในการรักษาและติดตามผู้ป่วยในระยะยาว ซึ่งส่งผลดีต่อระบบสาธารณสุขของประเทศในการจัดสรรงบประมาณเพื่อการดูแลและป้องกันโรคอื่น ๆ

7. ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ

ความยุ่งยากและซับซ้อนในการดำเนินการ ในการพยาบาลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีและป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก มีดังนี้

1. การประสานงานและการสื่อสารที่หลากหลายฝ่าย การดูแลผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีขณะตั้งครรภ์จำเป็นต้องประสานงานกับทีมสุขภาพที่หลากหลาย เช่น สูติแพทย์ กุมารแพทย์ ผู้เชี่ยวชาญด้านโรคติดเชื้อ และทีมพยาบาล ซึ่งอาจทำให้เกิดความซับซ้อนในการสื่อสารและวางแผนการดูแล

2. การให้คำปรึกษาและการสนับสนุนด้านจิตใจ ผู้คลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีมักมีความวิตกกังวลและความเครียดสูงในเรื่องการดูแลตนเองและบุตร จึงต้องการการให้คำปรึกษาที่เฉพาะทางและต่อเนื่องเพื่อคลายความกังวล ทั้งยังต้องการทักษะของพยาบาลในการให้กำลังใจและคำแนะนำอย่างเหมาะสม

3. การให้ยาต้านไวรัสและการติดตามการใช้ยา การให้ยาต้านไวรัสต้องมีการติดตามการใช้ยาอย่างเคร่งครัดเนื่องจากหากขาดการรับประทานยาหรือรับประทานยาไม่ต่อเนื่อง อาจส่งผลให้เชื้อเอชไอวีเพิ่มขึ้นและเพิ่มโอกาสในการถ่ายทอดเชื้อไปยังทารก ซึ่งการติดตามผลและประเมินระดับการตอบสนองต้องใช้ระยะเวลายาวนาน

4. ความซับซ้อนในการจัดการการคลอดเพื่อลดความเสี่ยง การวางแผนการคลอดของผู้คลอดติดเชื้อเอชไอวีต้องคำนึงถึงปัจจัยเสี่ยงในการแพร่เชื้อ ทั้งในแง่ของการคลอดและการจัดการหลังคลอด เช่น การตัดสินใจในการผ่าตัดคลอดเพื่อลดการสัมผัสกับสารคัดหลั่งของมารดา ซึ่งเป็นการตัดสินใจที่ซับซ้อนและต้องการความเชี่ยวชาญ

5. การป้องกันการแพร่เชื้อในระยะหลังคลอด การดูแลทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีต้องหลีกเลี่ยงการให้นมมารดาและการสัมผัสกับสารคัดหลั่งที่อาจมีเชื้อไวรัส ซึ่งเป็นภาระที่ต้องใช้ความละเอียดอ่อนและการสังเกตอย่างใกล้ชิดจากทีมพยาบาล

6. การดูแลและการติดตามสุขภาพระยะยาว หลังการคลอด ทารกต้องเข้ารับการตรวจหาเชื้อเอชไอวีอย่างสม่ำเสมอ ซึ่งกระบวนการนี้ต้องใช้ทรัพยากรและการติดตามที่ละเอียดและต่อเนื่อง รวมถึงการติดตามสุขภาพของมารดาหลังคลอดเพื่อลดภาวะแทรกซ้อนหลังคลอด

7. ข้อจำกัดด้านทรัพยากรและงบประมาณ การจัดการและการดูแลผู้ป่วยเอชไอวีในระยะตั้งครรภ์จำเป็นต้องใช้ทรัพยากรอย่างเพียงพอ เช่น ยาต้านไวรัส การตรวจทางห้องปฏิบัติการ การประเมินด้านจิตใจและการติดตามผล ซึ่งต้องอาศัยงบประมาณในการดำเนินงานอย่างต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

8. การบริหารจัดการความลับของผู้คลอด การรักษาความลับของผู้คลอดติดเชื้อเอชไอวีเป็นเรื่องสำคัญ พยาบาลและทีมสุขภาพต้องดำเนินการอย่างระมัดระวังเพื่อให้ข้อมูลส่วนตัวของผู้คลอดได้รับการคุ้มครองอย่างดี ลดการเลือกปฏิบัติและสร้างความสบายใจให้แก่ผู้ป่วย

8. ปัญหาและอุปสรรคในการดำเนินการ

จากกรณีศึกษานี้ ปัญหาที่พบคือ ผลเลือดของมารดามีผลตรวจ Anti-HIV เป็นบวก (Positive) ขณะที่ผลเลือดของสามีเป็นลบ (Negative) ซึ่งทำให้เกิดประเด็นสำคัญในการดูแลและให้คำปรึกษาแก่ผู้คลอดและครอบครัว ดังนี้

ปัญหาและอุปสรรค

1) ความวิตกกังวลของผู้คลอดและครอบครัว

- ความแตกต่างของผลเลือดอาจทำให้ผู้คลอดและครอบครัวเกิดความวิตกกังวลและสับสนในเรื่องการติดเชื้อ โดยเฉพาะหากทั้งคู่ไม่เคยทราบมาก่อนว่าฝ่ายหญิงติดเชื้อเอชไอวี ความวิตกกังวลนี้อาจส่งผลกระทบต่อสุขภาพจิตใจและความสัมพันธ์ในครอบครัว รวมถึงการเตรียมตัวในการเลี้ยงดูบุตรหลังคลอด

2) ความเสี่ยงในการติดเชื้อเอชไอวีของทารก

- เนื่องจากมารดามีผลเลือดเอชไอวีเป็นบวก (Positive) ทารกมีโอกาสเสี่ยงในการได้รับเชื้อทั้งในระยะคลอดและหลังคลอด ทำให้การดูแลต้องระมัดระวังและใช้วิธีป้องกันการแพร่เชื้อที่เหมาะสมเพื่อลดความเสี่ยงให้มากที่สุด

3) ความเข้าใจและยอมรับในการใช้ยาต้านไวรัส

- การที่สามีมีผลเลือดเอชไอวีเป็นลบ (Negative) อาจทำให้เขาสงสัยหรือไม่เข้าใจถึงความจำเป็นในการใช้ยาต้านไวรัสของผู้คลอดและทารก ซึ่งอาจทำให้ขาดการสนับสนุนที่ดีในกระบวนการรักษาได้

การแก้ไขปัญหา

1) ให้คำปรึกษาและให้ข้อมูลที่ถูกต้องแก่ผู้คลอดและสามี

- อธิบายให้เข้าใจถึงการตรวจพบเชื้อเอชไอวีในผู้คลอด รวมถึงความเป็นไปได้ที่ผลเลือดของคู่สมรสอาจแตกต่างกัน (Sero-Discordant Couple) และอธิบายถึงวิธีการป้องกันการแพร่เชื้อในชีวิตคู่ เช่น การใช้ถุงยางอนามัยหรือการป้องกันด้วยยา PrEP สำหรับคู่สมรสที่ไม่ติดเชื้อ

- ให้ข้อมูลเกี่ยวกับการแพร่เชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก และแนวทางการรักษาด้วยยาต้านไวรัสที่สามารถช่วยลดความเสี่ยงการแพร่เชื้อให้ทารกได้ถึงระดับต่ำที่สุด

2) แนะนำแนวทางการปฏิบัติในการดูแลหลังคลอด

- ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการให้นมบุตรตามแนวทางที่ปลอดภัย เช่น การงดนมจากเต้า เพื่อป้องกันการแพร่เชื้อทางน้ำนม รวมถึงการให้ยาต้านไวรัส AZT แก่ทารกตามแนวทางที่กำหนด และอธิบายถึงความสำคัญของการติดตามผลตรวจเชื้อเอชไอวีในทารกหลังคลอดตามช่วงเวลาที่กำหนด

3) ส่งเสริมการสนับสนุนทางจิตใจ

- เน้นความสำคัญของการสนับสนุนจากสามีและครอบครัว เพื่อให้ผู้คลอดมีสุขภาพจิตที่ดีในระยะหลังคลอด และส่งเสริมความสัมพันธ์ที่ดีในครอบครัว

- สนับสนุนให้สามีมีบทบาทในการดูแลทารกและปฏิบัติตามคำแนะนำการดูแลทารก เพื่อสร้างความเข้าใจและให้ความสำคัญกับการดูแลสุขภาพของทุกคนในครอบครัว

4) ติดตามและประเมินผลการรักษาอย่างสม่ำเสมอ

- จัดตารางการนัดหมายเพื่อให้คำปรึกษาและตรวจติดตามสุขภาพของทั้งมารดาและทารกในระยะหลังคลอด โดยเฉพาะการตรวจ PCR เพื่อติดตามผลเชื้อเอชไอวีในทารก เพื่อให้มั่นใจว่าได้รับการดูแลตามแนวทางที่เหมาะสม แนวทางเหล่านี้จะช่วยลดความกังวลและสร้างความมั่นใจให้กับผู้คลอดและครอบครัว รวมถึงช่วยให้ทารกปลอดภัยจากการติดเชื้อเอชไอวีในระยะคลอดและหลังคลอด

9. ข้อเสนอแนะ

1. จัดการให้มีการให้คำปรึกษาที่ต่อเนื่องและเหมาะสม

1.1 แนะนำให้มีการให้คำปรึกษาแบบรายบุคคลและรายคู่ ซึ่งควรครอบคลุมข้อมูลเกี่ยวกับโรคเอชไอวี การแพร่เชื้อ การป้องกัน การปฏิบัติตัวในการใช้ชีวิตประจำวัน รวมถึงการวางแผนการมีเพศสัมพันธ์ที่ปลอดภัยโดยใช้ถุงยางอนามัยอย่างสม่ำเสมอ

1.2 ควรจัดให้มีที่ปรึกษาที่มีความเชี่ยวชาญและประสบการณ์เฉพาะทาง เพื่อให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์และเพิ่มความมั่นใจแก่ผู้คลอดและครอบครัว

2. เสริมสร้างความเข้าใจเรื่องการใช้ยาต้านไวรัส

2.1 แนะนำให้ผู้คลอดและครอบครัวเข้าใจถึงความสำคัญของการใช้ยาต้านไวรัสอย่างต่อเนื่องในระหว่างการตั้งครรภ์และหลังคลอด รวมถึงผลดีที่เกิดกับทารก เช่น การลดความเสี่ยงของการติดเชื้อจากแม่สู่ลูกให้น้อยที่สุด

2.2 แนะนำให้ผู้คลอดและครอบครัวรับทราบถึงระยะเวลาที่จำเป็นต้องรับประทานยา และผลข้างเคียงที่อาจเกิดขึ้น เพื่อสร้างความมั่นใจในการใช้ยาต่อเนื่องตามคำแนะนำของแพทย์

3. จัดการแหล่งข้อมูลสนับสนุนและการติดตามต่อเนื่อง

3.1 สนับสนุนให้มีการนัดติดตามผลตรวจเลือดในทารกตามกำหนดเวลา เช่น การตรวจ PCR หาเชื้อเอชไอวีของทารก เมื่ออายุ 1, 2 และ 4 เดือน เพื่อให้สามารถติดตามสถานะของทารกและให้การรักษาทันท่วงทีหากพบว่ามีเชื้อเอชไอวี

3.2 ควรจัดหาช่องทางติดต่อระหว่างผู้คลอดกับหน่วยงานการแพทย์ เช่น เบอร์โทรศัพท์หรือไลน์ของที่ปรึกษาและพยาบาลเพื่ออำนวยความสะดวกในการสอบถามข้อมูลหรือแจ้งปัญหาที่เกิดขึ้น

4. จัดการระบบการติดตามหลังคลอดที่ครอบคลุมทั้งครอบครัว

4.1 หลังคลอด ควรมีการติดตามสุขภาพของมารดาและทารกในระยะยาว รวมถึงการให้คำปรึกษาเพื่อช่วยลดความวิตกกังวลของผู้คลอดและครอบครัวในเรื่องการเลี้ยงดูบุตร

4.2 ให้คำแนะนำในการเลี้ยงดูบุตรอย่างปลอดภัย รวมถึงการใช้ยาต้านไวรัสในทารก และการงดการให้นมบุตรทางเต้าหากไม่ปลอดภัย

5. สนับสนุนให้เกิดการยอมรับในครอบครัวและสังคม

5.1 แนะนำให้ผู้คลอดเข้าร่วมกลุ่มสนับสนุนสำหรับครอบครัวที่มีสมาชิกติดเชื้อเอชไอวี เพื่อแลกเปลี่ยนประสบการณ์และช่วยสร้างความเข้าใจและการยอมรับในครอบครัว

5.2 การสร้างสภาพแวดล้อมที่สนับสนุนทั้งในโรงพยาบาลและในครอบครัวจะช่วยลดความรู้สึกกังวลของผู้ป่วย และเพิ่มการมีส่วนร่วมของคู่สมรสในการดูแลบุตรหลังคลอด

6. จัดให้มีการประเมินผลการดูแลเป็นระยะ

6.1 ควรมีการประเมินความสำเร็จของการป้องกันการติดเชื้อจากแม่สู่ลูก รวมถึงประเมินความเข้าใจและการปรับตัวของครอบครัวในการดูแลมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารก

6.2 ส่งเสริมให้ผู้คลอดและครอบครัวเข้ารับการประเมินความพร้อมทางจิตใจ และติดตามความเป็นอยู่หลังจากกลับบ้านเพื่อให้มั่นใจว่าการดูแลสุขภาพยังคงต่อเนื่องและมีประสิทธิภาพ

การให้การดูแลผู้คลอดที่เหมาะสมในกรณีที่ผลเลือดแตกต่างกันกับคู่สมรสและติดเชื้อเอชไอวี ไม่เพียงแต่จะช่วยลดความเสี่ยงการติดเชื้อในทารก แต่ยังช่วยส่งเสริมให้ครอบครัวมีความเข้าใจและสามารถอยู่ร่วมกันอย่างมีคุณภาพชีวิตที่ดี

10. การเผยแพร่ผลงาน : ไม่มี

11. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน

นางสาวกรรณิการ์ บัวภา เป็นผู้ดำเนินการเพียงผู้เดียวและสัดส่วนผลงาน 100%

12. ผู้มีส่วนร่วมในผลงาน (ถ้ามี) : นางสาวกรรณิการ์ บัวภา 100%

ขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นเป็นความจริงทุกประการ

(ลงชื่อ).....กรรณิการ์ บัวภา.....

(นางสาวกรรณิการ์ บัวภา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่) 30 / ก.ย. / ๕๖

ขอรับรองว่าสัดส่วนการดำเนินการข้างต้นเป็นจริงทุกประการ

รายชื่อผู้มีส่วนร่วมในผลงาน	ลายมือชื่อ
นางสาวกรรณิการ์ บัวภา	กรรณิการ์ บัวภา

ได้ตรวจสอบแล้วขอรับรองว่าผลงานดังกล่าวข้างต้นถูกต้องกับความเป็นจริงทุกประการ

(ลงชื่อ) 

(นางวิภาดา วงษ์อินตา)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(วันที่) 11 / ก.พ. / 2568

(ลงชื่อ) 

(นางละม่อม ไชยศิริ)

หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

ตำแหน่ง

(วันที่) / /

(ลงชื่อ) 

(นายธนินิตย์...สังคมคำแหง).....)

ตำแหน่ง ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมชนแพ...

(วันที่) / ๗ มี.ค. ๒๕๖๘ /

แบบเสนอแนวคิดการพัฒนาหรือปรับปรุง

(ระดับชำนาญการ)

1. เรื่อง “การพัฒนาแนวทางการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในห้องคลอด”

2. หลักการและเหตุผล

การติดเชื้อไวรัสเอชไอวี (Human Immunodeficiency Virus Infection: HIV) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อในวงกว้างทั้งในระดับบุคคล ครอบครัว และระบบสาธารณสุขโดยรวม ไวรัสเอชไอวีสามารถก่อให้เกิดกลุ่มอาการภูมิคุ้มกันบกพร่อง (Acquired Immunodeficiency Syndrome: AIDS) ซึ่งแม้ว่าในปัจจุบันจะยังไม่มีวิธีการรักษาให้หายขาด แต่การพัฒนาด้านการแพทย์และการใช้ยาต้านไวรัส (Antiretroviral Therapy: ART) สามารถควบคุมการติดเชื้อ ช่วยเพิ่มคุณภาพชีวิต และลดการติดเชื้อแทรกซ้อนในผู้ป่วย โดยเฉพาะในกลุ่มสตรีตั้งครรภ์ที่ได้รับการดูแลที่เหมาะสม (UNAIDS, 2022)

หญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกลุ่มเปราะบางที่ต้องได้รับการดูแลอย่างเป็นระบบ เนื่องจากมีความเสี่ยงสูงต่อการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก หากไม่มีการป้องกันที่เหมาะสม อัตราการถ่ายทอดเชื้ออาจสูงถึงร้อยละ 15–45 แต่ด้วยการใช้ยาต้านไวรัสอย่างเหมาะสมร่วมกับแนวทางป้องกันอื่น ๆ เช่น การผ่าคลอดและการงดให้นมบุตร อัตราการถ่ายทอดเชื้อสามารถลดลงต่ำกว่าร้อยละ 1 ตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO, 2022)

ประเทศไทยได้รับการรับรองจาก WHO ตั้งแต่ปี พ.ศ. 2558 ว่าสามารถลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกให้อยู่ในระดับต่ำกว่าเป้าหมายที่กำหนด ซึ่งสะท้อนถึงความสำเร็จในเชิงระบบ แต่ยังคงมีความท้าทายในระดับหน่วยงาน โดยเฉพาะด้านความปลอดภัยในการบริหารยาแก้ทารกแรกเกิด

จากข้อมูลโรงพยาบาลชุมชนแพะ จังหวัดขอนแก่น ในปีงบประมาณ 2564–2566 พบหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีเข้ารับการรักษาคลอดบุตรจำนวน 15, 13 และ 16 ราย คิดเป็นร้อยละ 1.04, 0.91 และ 1.10 ของจำนวนผู้คลอดทั้งหมด (งานสารสนเทศ โรงพยาบาลชุมชนแพะ, 2567) แม้ว่าผลการติดตามจะพบว่าไม่เกิดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก แต่ในหน่วยงานพยาบาลยังพบปัญหาความคาดเคลื่อนทางยาที่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของทารกแรกเกิด โดยเฉพาะในกรณีการบริหารยาต้านไวรัสเกินขนาด 1 ราย ซึ่งเป็นปัญหาที่ต้องได้รับการแก้ไขอย่างเร่งด่วน

ความคาดเคลื่อนทางยาถือเป็นตัวชี้วัดคุณภาพของโรงพยาบาลที่สะท้อนถึงความปลอดภัยในการรักษาและการดูแลผู้ป่วย แม้ว่าจะมีแนวปฏิบัติที่ชัดเจนในระดับมาตรฐาน เช่น Guidelines for the Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) ของ WHO และมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก แต่การดำเนินงานในระดับหน่วยงานยังคงมีช่องว่างที่ต้องปรับปรุง เพื่อป้องกันปัญหาที่อาจเกิดขึ้นในอนาคต (WHO, 2022)

แนวทางการดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาหลังคลอดที่ตั้งครรภ์ติดเชื้อเอชไอวีที่มีประสิทธิภาพ ควรครอบคลุมตั้งแต่ การเตรียมยา การบริหารยาอย่างถูกต้อง ไปจนถึงการติดตามผลในระยะยาว โดยเน้นการเฝ้าระวังความปลอดภัยของทารก การลดความเสี่ยงจากความคาดเคลื่อนทางยา และการเสริมสร้างความมั่นใจให้กับมารดาหลังคลอดในการดูแลทารกต่อเนื่อง

ดังนั้น ผู้ศึกษาเล็งเห็นถึงความสำคัญในการพัฒนาระบบการบริหารยาและแนวทางการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิดในห้องคลอด เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก รวมถึงลดความเสี่ยงต่อการเกิดความคาดเคลื่อนทางยา จึงได้จัดทำ “แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในห้องคลอด” โดยมีเป้าหมายในการพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากลและสร้างความปลอดภัยสูงสุดให้กับมารดาและทารก

3. บทวิเคราะห์/แนวความคิด/ข้อเสนอ และข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

3.1 บทวิเคราะห์

จากการดำเนินงานที่ผ่านมา โรงพยาบาลชุมแพได้ให้การดูแลหญิงตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีและทารกแรกเกิดอย่างครอบคลุมตามแนวปฏิบัติมาตรฐาน โดยเฉพาะในกลุ่มที่มีความเสี่ยงต่อการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก ซึ่งเป็นไปตามนโยบายขององค์การอนามัยโลก (WHO) และกระทรวงสาธารณสุขที่มุ่งลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ผลการดำเนินงานในช่วงปีงบประมาณ 2564–2566 สะท้อนถึงความสำเร็จในการลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกได้อย่างมีประสิทธิภาพ โดยไม่มีทารกตายติดเชื้อเอชไอวีจากมารดา อย่างไรก็ตาม จากการทบทวนพบช่องว่าง (gap) ที่สำคัญในด้านการบริหารยาและการปฏิบัติการพยาบาลที่ต้องการการปรับปรุงเพิ่มเติมเพื่อเพิ่มประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลมารดาและทารก

ช่องว่างในระบบการดูแลและการบริหารยา หนึ่งในเหตุการณ์สำคัญที่สะท้อนถึงความคาดเคลื่อนในการปฏิบัติงานคือ การบริหารยาด้านไวรัสในทารกแรกเกิดเกินขนาด 1 ราย ปัญหาดังกล่าวเกิดจากการขาดกระบวนการ ทวนสอบย้อนกลับ (Double-check) และการไม่ปฏิบัติตาม หลัก 10R อย่างเคร่งครัด เช่น การตรวจสอบขนาดยาและความถูกต้องของยา นอกจากนี้ ยังพบว่ามี การขาดความตระหนักถึงผลกระทบของความคาดเคลื่อนทางยาที่อาจเกิดขึ้น ซึ่งส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของทารก และต้องเพิ่มการเฝ้าระวังอาการที่อาจเกิดจากการได้รับยาเกินขนาด

การวิเคราะห์ปัญหาตามมิติสำคัญ พบว่า 1) ใคร ทีมพยาบาลที่ปฏิบัติงานในห้องคลอดและหน่วยงานจ่ายยามีส่วนร่วมในกระบวนการบริหารยา แต่ขาดการตรวจสอบร่วมกันอย่างละเอียดก่อนให้ยา 2) ทำอะไร การบริหารยาด้านไวรัสในทารกแรกเกิด โดยไม่ตรวจสอบขนาดยาและความถูกต้องตามหลัก 10R 3) ที่ไหน ห้องคลอดและหน่วยงานหลังคลอดที่เกี่ยวข้องกับการบริหารยาด้านไวรัสให้แก่ทารกแรกเกิด และ 4) เมื่อไร ระหว่างขั้นตอนการเตรียมยา การจ่ายยา และการเฝ้าระวังผลกระทบหลังการให้ยา

ความสำคัญของการบริหารยาตามมาตรฐาน จากความคาดเคลื่อนทางยาไม่เพียงแต่ส่งผลกระทบต่อความปลอดภัยของผู้ป่วย แต่ยังเป็นตัวชี้วัดคุณภาพ (KPI) ของโรงพยาบาล โดยสะท้อนถึงประสิทธิภาพและความปลอดภัยในการดูแลรักษาผู้ป่วย การปฏิบัติกรพยาบาลที่สอดคล้องกับมาตรฐาน เช่น Guidelines for the Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT) ของ WHO และมาตรฐานอนามัยแม่และเด็ก สามารถลดความเสี่ยงเหล่านี้ได้อย่างมีนัยสำคัญ

ในกรณีของการบริหารยาด้านไวรัสแก่ทารกแรกเกิด แนวทางปฏิบัติที่สำคัญ ได้แก่ 1) การแบ่งกลุ่มความเสี่ยงสตรีตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวีถูกแบ่งเป็นกลุ่ม Low risk และ High risk เพื่อกำหนดแนวทางการบริหารยาเฉพาะบุคคล 2) การตรวจสอบซ้ำ การทวนสอบร่วมกันของพยาบาล 2 คนในขั้นตอนการจ่ายยา และการอบรมทีมพยาบาลเกี่ยวกับการบริหารยาให้ถูกต้องตามหลัก 10R 3) การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อในห้องคลอด ได้แก่ การเช็ดตัวทารกให้แห้งก่อนทำหัตถการ การงดให้นมมารดาเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ การเฝ้าระวังภาวะผิดปกติของทารกหลังได้รับยา

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาล จากช่องว่างที่พบ การจัดทำ “แนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในห้องคลอด” เป็นสิ่งจำเป็นเพื่อยกระดับมาตรฐานการบริหารยาและการพยาบาลในโรงพยาบาลชุมชน โดยแนวปฏิบัตินี้ควรมุ่งเน้น ได้แก่ 1) การบริหารยาอย่างถูกต้องและปลอดภัย การใช้เทคโนโลยีสนับสนุน เช่น ระบบคำนวณขนาดยาเฉพาะสำหรับทารกแรกเกิด 2) การเฝ้าระวังความเสี่ยง การตรวจสอบขนาดยาและผลข้างเคียงของยาในทารกหลังคลอดอย่างต่อเนื่อง และ 3) การส่งต่อแผนการดูแล การส่งต่อข้อมูลการดูแลและแผนการบริหารยาที่ชัดเจนไปยังหน่วยงานหลังคลอด เพื่อการดูแลที่ต่อเนื่องและไม่มีความคาดเคลื่อน

การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลสำหรับทารกแรกเกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีไม่เพียงแต่ตอบสนองต่อช่องว่างที่พบ แต่ยังช่วยส่งเสริมความปลอดภัยและคุณภาพในการบริหารยา อีกทั้งยังสนับสนุนเป้าหมายระดับชาติและนานาชาติในการลดการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกให้เหลือศูนย์ การปฏิบัติการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยสร้างความมั่นใจให้แก่ทีมพยาบาล มารดาหลังคลอด ทารกและครอบครัว ตลอดจนยกระดับมาตรฐานการดูแลมารดาหลังคลอดและทารกในระยะยาว

ดังนั้นผู้ศึกษาจึงเล็งเห็นความสำคัญ นำไปสู่การบริหารยาแก่ทารกแรกเกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีได้ถูกต้อง จึงได้มีการจัดทำ “การพัฒนาแนวทางการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในห้องคลอด”

3.2 แนวความคิด

การจัดทำ “การพัฒนาแนวทางการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในท้องคลอด”

ผู้ศึกษาได้ทบทวนความรู้ทางวิชาการและแนวความคิดมาใช้ในการพัฒนา ดังนี้

3.1.1 การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและการพยาบาล Guidelines for the Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT)

3.1.1 ทฤษฎีการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกและการพยาบาลตาม Guidelines for the Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT)

แนวคิดพื้นฐาน การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (Prevention of Mother-to-Child Transmission: PMTCT) เป็นแนวทางการดูแลมารดาหลังคลอดที่ตั้งครรภ์ที่ติดเชื้อเอชไอวี โดยมุ่งเน้นลดความเสี่ยงในการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูกในระหว่างการตั้งครรภ์ การคลอด และการให้นมบุตร องค์การอนามัยโลก (World Health Organization: WHO) และ UNAIDS ได้กำหนดแนวทางเพื่อบรรลุเป้าหมายลดการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีให้ต่ำกว่าร้อยละ 1 ผ่าน 4 แนวทางสำคัญ (Four Prongs of PMTCT) ดังนี้

1. การป้องกันการติดเชื้อเอชไอวีในหญิงวัยเจริญพันธุ์ (Primary Prevention of HIV Infection)
2. การป้องกันการตั้งครรภ์ในหญิงที่ติดเชื้อเอชไอวี (Preventing Unintended Pregnancies Among Women Living with HIV)
3. การป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก (Preventing Mother-to-Child Transmission of HIV)
4. การดูแลรักษาและติดตามผลในมารดา ทารก และครอบครัว (Care and Support for Mothers, Children, and Families)

3.2.2 ทฤษฎีในการบริหารยา

หลักการบริหารยา 10R (10 Rights of Medication Administration) เป็นแนวทางสำคัญที่ใช้ในงานพยาบาลและการดูแลผู้ป่วย เพื่อป้องกันความผิดพลาดเคลื่อนทางยา (Medication Errors) และเพิ่มความปลอดภัยในการรักษา หลักการนี้ช่วยกำหนดมาตรฐานและขั้นตอนที่ชัดเจนในทุกกระบวนการบริหารยา โดยเน้นให้ผู้ปฏิบัติงานตรวจสอบและยืนยันข้อมูลสำคัญทุกครั้งก่อนให้ยาแก่ทารก

องค์ประกอบของหลัก 10R

1. Right Patient (ผู้ป่วยที่ถูกต้อง)
2. Right Drug (ยาที่ถูกต้อง)
3. Right Dose (ขนาดยาที่ถูกต้อง)
4. Right Time (เวลาที่ถูกต้อง)
5. Right Route (วิธีการให้ยาที่ถูกต้อง)

6. Right Documentation (การบันทึกที่ถูกต้อง)
7. Right Reason (เหตุผลที่ถูกต้อง)
8. Right Response (การตอบสนองที่ถูกต้อง)
9. Right Education (การให้ข้อมูลที่ถูกต้อง)
10. Right to Refuse (สิทธิในการปฏิเสธยา)

การนำหลัก 10R ไปใช้ในงานพยาบาล

1. ในกรณีทั่วไป

- ตรวจสอบยาและผู้ป่วยทุกครั้งก่อนการให้ยา
- ใช้เอกสารหรือระบบอิเล็กทรอนิกส์ช่วยในการติดตามและบันทึกข้อมูล

2. ในกรณีทารกหรือเด็ก

- ใช้การคำนวณขนาดยาที่แม่นยำตามน้ำหนักตัว
- มีการตรวจสอบซ้ำ (Double-check) กับพยาบาลอีกคน

3. ในกรณีหญิงตั้งครรภ์หรือมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

- ให้ยาต้านไวรัสตามคำสั่งแพทย์ โดยตรวจสอบชนิดยา ปริมาณ และเวลาให้ยาอย่างเคร่งครัด
- บันทึกข้อมูลการบริหารยาและผลตอบสนองของทารกอย่างครบถ้วน

ประโยชน์ของหลัก 10R

1. เพิ่มความปลอดภัย ลดโอกาสเกิดความคาดเคลื่อนทางยาในกระบวนการบริหารยา
2. เสริมสร้างความมั่นใจ ทีมพยาบาลและผู้ป่วยมั่นใจในความถูกต้องของกระบวนการ
3. ยกระดับคุณภาพบริการ สอดคล้องกับมาตรฐานการดูแลผู้ป่วยระดับสากล

3.2.3 กรอบแนวคิดการพัฒนา PDCA

PDCA (Plan-Do-Check-Act) เป็นกรอบแนวคิดที่ใช้ในการพัฒนากระบวนการหรือการปรับปรุงงานอย่างต่อเนื่อง โดยเน้นการวางแผน ปฏิบัติ ตรวจสอบ และปรับปรุงเพื่อให้เกิดผลลัพธ์ที่มีประสิทธิภาพและยั่งยืน การใช้ PDCA (Plan-Do-Check-Act) ในการพัฒนาแนวทางการพยาบาลมีความสำคัญอย่างยิ่งในการสร้างมาตรฐานที่สามารถป้องกันความผิดพลาดและเพิ่มความปลอดภัยของผู้ป่วย

1. Plan (วางแผน)

เป้าหมาย: การกำหนดแนวทางการพัฒนาและวางแผนการดำเนินงานที่ชัดเจน
กิจกรรมหลัก

1. การระบุปัญหา

- ทบทวนสถานการณ์และประเด็นที่ต้องการพัฒนา เช่น ความคาดเคลื่อนทางยา หรือการป้องกันการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก

- วิเคราะห์ข้อมูล เช่น สถิติการถ่ายทอดเชื้อ ความคาดเคลื่อนทางยา และผลการดำเนินงานที่เกี่ยวข้อง

2. การตั้งเป้าหมาย

- ลดความคาดเคลื่อนทางยาสำหรับทารกแรกเกิดให้เป็นศูนย์

- ลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้น้อยกว่าร้อยละ 1

3. การออกแบบแนวทางพัฒนา

- สร้างแนวปฏิบัติการพยาบาลที่ครอบคลุม เช่น แนวทางบริหารยา แนวทางดูแลทารกแรกเกิด และแนวทางส่งต่อข้อมูล

- กำหนดตัวชี้วัดผลสำเร็จ (KPI) เช่น อัตราการปฏิบัติตามหลัก 10R ร้อยละ 100

4. การจัดเตรียมทรัพยากร

- วางแผนการจัดอบรมพยาบาล

- จัดหาเทคโนโลยีหรืออุปกรณ์สนับสนุน เช่น ระบบตรวจสอบยา

2. Do (ปฏิบัติ)

เป้าหมาย การทดลองปฏิบัติตามแนวทางที่วางไว้ในสถานการณ์จริง
กิจกรรมหลัก

1. ดำเนินการตามแผน

- ทดลองใช้แนวทางการบริหารยาใหม่ในห้องคลอด โดยแบ่งมารดาเป็นกลุ่ม Low risk และ High risk

- ใช้ระบบตรวจสอบร่วม (Double-check) ในการบริหารยาด้านไวรัส

2. การอบรมและพัฒนาทีมพยาบาล:

- จัดอบรมการบริหารยาและการป้องกันความคาดเคลื่อนทางยา

- ฝึกอบรมการปฏิบัติตามหลัก 10R และการใช้เทคโนโลยีสนับสนุน

3. การเก็บข้อมูล

- บันทึกผลการปฏิบัติงาน เช่น การบริหารยาและการตอบสนองของผู้ป่วย

- เก็บความคิดเห็นจากทีมพยาบาลและผู้ป่วยเกี่ยวกับกระบวนการที่พัฒนา

3. Check (ตรวจสอบ)

เป้าหมาย: การประเมินผลลัพธ์และกระบวนการดำเนินงาน
กิจกรรมหลัก

1. การวิเคราะห์ผลลัพธ์

เชื้อเอชไอวี

- เปรียบเทียบผลลัพธ์ที่ได้กับตัวชี้วัด เช่น ลดอัตราความคาดเคลื่อนทางยาและลดการถ่ายทอด

- ตรวจสอบการปฏิบัติตามหลัก 10R และระบบตรวจสอบร่วม

2. การรับฟังข้อเสนอแนะ

- จัดประชุมทีมพยาบาลเพื่อสรุปปัญหาหรืออุปสรรคที่พบ

- สอบถามความคิดเห็นจากมารดาและครอบครัวเกี่ยวกับคุณภาพการดูแล

3. การรวบรวมข้อมูลเพื่อการปรับปรุง:

- สรุปจุดแข็งและจุดอ่อนของกระบวนการ

- รวบรวมข้อมูลการแก้ปัญหาในระหว่างการดำเนินงาน

4. Act (ปรับปรุง)

เป้าหมาย: การปรับปรุงกระบวนการให้มีประสิทธิภาพและยั่งยืน
กิจกรรมหลัก

1. การสรุปบทเรียน:

- ทบทวนผลการดำเนินงานและข้อเสนอแนะจากทีมพยาบาล

- บันทึกจุดแข็งและปัญหาที่พบเพื่อเป็นข้อมูลสำหรับการพัฒนาต่อไป

2. การปรับปรุงกระบวนการ:

- แก้ไขหรือปรับปรุงแนวปฏิบัติ เช่น การเพิ่มขึ้นตอนตรวจสอบยา หรือการปรับการบริหารยาให้

เหมาะสมกับบริบทของผู้ป่วย

3. การสร้างมาตรฐาน

- รวมแนวทางพัฒนาที่ประสบความสำเร็จเข้าเป็นมาตรฐานของโรงพยาบาล

- ขยายผลไปยังหน่วยงานหรือสถานพยาบาลอื่น ๆ

4. การติดตามผลระยะยาว:

- ติดตามผลลัพธ์และปรับปรุงกระบวนการอย่างต่อเนื่อง

- ใช้ระบบประเมินผลเพื่อวัดความยั่งยืนของกระบวนการ

ผลที่คาดว่าจะได้รับการใช้กรอบแนวคิด PDCA

1. ลดความคาดเคลื่อนทางยาสำหรับทารกแรกเกิดเป็นศูนย์

2. ลดอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกให้อยู่ต่ำกว่าร้อยละ 1

3. ยกระดับคุณภาพการพยาบาลให้สอดคล้องกับมาตรฐานสากล

4. เสริมสร้างความมั่นใจในระบบบริการสุขภาพทั้งในระดับบุคลากรและผู้รับบริการ

3.3 ข้อเสนอ

การจัดทำ “การพัฒนาแนวทางการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในห้องคลอด”

วัตถุประสงค์

จัดทำ “การพัฒนาแนวทางการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในห้องคลอด” ดูแลพยาบาลทารกที่คลอดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีอย่างมีมาตรฐาน

เป้าหมาย

- 1) ทารกแรกเกิดที่คลอดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการพยาบาลอย่างมีมาตรฐาน ไม่มีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก
- 2) ทารกแรกเกิดที่คลอดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีได้รับการบริหารยาต้านไวรัสถูกต้องตามมาตรฐานอนามัยแม่และเด็กภายใน 1 ชั่วโมงหลังคลอด และไม่เกิดความคาดเคลื่อนทางยา

ขั้นตอนการดำเนินการ

1. Plan (วางแผน)

1.1 กำหนดวัตถุประสงค์

1.1.1 พัฒนาระบบการบริหารยาและแนวทางการพยาบาลที่ปลอดภัยสำหรับทารกแรกเกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในห้องคลอด

1.1.2 ลดความคาดเคลื่อนทางยาและป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก

1.2. กิจกรรมในขั้นตอนนี้

1.2.1 ระบุปัญหาและความต้องการ

1.2.1.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากเหตุการณ์ที่พบความคาดเคลื่อนทางยาในอดีต

1.2.1.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแลและการบริหารยาในปัจจุบัน

1.2.1.3 ทบทวนมาตรฐานการดูแล Guidelines for the Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT)

1.3 กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด

1.3.1 เป้าหมาย ลดความคาดเคลื่อนทางยาในทารกแรกเกิดให้เป็นศูนย์

1.3.2 ตัวชี้วัด (KPI) อัตราการปฏิบัติตามหลัก 10R ร้อยละ 100 และอัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่าร้อยละ 1

1.4 ออกแบบแนวทางการพัฒนา

1.4.4 จัดทำ “การพัฒนาแนวทางการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวี ในห้องคลอด”

1.4.2 ออกแบบระบบตรวจสอบร่วมกัน (Double-check system) สำหรับการบริหารยา

1.4.3 วางแผนการอบรมพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะ

2. Do (ปฏิบัติ) กิจกรรมในขั้นตอนนี้

2.1 ดำเนินการพัฒนาาระบบและแนวปฏิบัติ

2.1.1 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาแล้วมาใช้ในห้องคลอด

2.1.2 แบ่งมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกลุ่ม Low risk และ High risk เพื่อกำหนดแนวทางการบริหารยา

2.2 อบรมและพัฒนาทีมพยาบาล

2.2.1 จัดอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลัก 10R

2.2.2 สอนการใช้เทคโนโลยีช่วยคำนวณขนาดยาและการเฝ้าระวังผลกระทบจากยา

2.3 ทดลองใช้ระบบตรวจสอบ

2.3.1 ทดลองใช้ระบบตรวจสอบร่วมกัน (Double-check) ในกระบวนการบริหารยา

2.3.2 ปรับปรุงกระบวนการตามข้อเสนอแนะจากทีมพยาบาล

2.4 เฝ้าระวังการดำเนินงาน ติดตามผลการบริหารยาและการดูแลทารกแรกเกิดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด

3. Check (ตรวจสอบ) กิจกรรมในขั้นตอนนี้

3.1 ประเมินผลการดำเนินงาน

3.1.1 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับตัวชี้วัดที่ตั้งไว้

3.1.2 วิเคราะห์อัตราการใช้ยาปฏิบัติตามหลัก 10R และเหตุการณ์ความคาดเคลื่อนทางยา

3.2 เก็บรวบรวมความคิดเห็น

3.2.1 สอบถามความคิดเห็นจากทีมพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิภาพของแนวปฏิบัติใหม่

3.2.2 ประชุมสรุปปัญหาหรืออุปสรรคที่พบระหว่างการดำเนินงาน

3.3 วิเคราะห์ข้อมูล

3.3.1 ตรวจสอบว่าอัตราการใช้ยาตามข้อแนะนำจากแม่สู่ลูกยังคงต่ำกว่าร้อยละ 1 หรือไม่

3.3.2 ประเมินผลกระทบของการใช้ระบบตรวจสอบร่วมกัน (Double-check)

4. Act (ปรับปรุง) กิจกรรมในชั้นตอนนี้

4.1 สรุปทเรียน

4.1.1 สรุปจุดแข็งและจุดที่ต้องปรับปรุงของแนวปฏิบัติใหม่

4.1.2 รวบรวมข้อเสนอแนะจากทีมพยาบาลเพื่อนำไปปรับปรุงกระบวนการ

4.2 ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน

4.2.1 ปรับปรุงรายละเอียดในแนวปฏิบัติ เช่น ขั้นตอนการตรวจสอบยา

4.2.2 เสริมการอบรมเฉพาะด้านหากพบปัญหาความรู้หรือทักษะในทีมพยาบาล

4.3 ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง

4.3.1 บูรณาการแนวปฏิบัติใหม่ให้เป็นมาตรฐานประจำของโรงพยาบาล

4.3.2 ติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนและประสิทธิภาพ

4.4 ขยายผล

4.4.1 เผยแพร่แนวทางการพัฒนาไปยังหน่วยงานอื่นในเครือข่าย

4.4.2 เสนอรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง

ระยะเวลาดำเนินการ วันที่ 1 เมษายน 2568 – วันที่ 30 มิถุนายน 2568

แผนผังการทำงาน

รายการ	ระยะเวลาดำเนินการ 2568		
	เมษายน	พฤษภาคม	มิถุนายน
1. การวางแผน (Plan)	√		
1.1 กำหนดวัตถุประสงค์	√		
1.1.1 พัฒนาระบบการบริหารยาและแนวทางการพยาบาลที่ปลอดภัยสำหรับทารกเกิดจากมารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในห้องคลอด			
1.1.2 ลดความคาดเคลื่อนทางยาและป้องกันการถ่ายทอดเชื้อจากแม่สู่ลูก			
1.2. กิจกรรมในชั้นตอนนี้	√		
1.2.1 ระบุปัญหาและความต้องการ			
1.2.1.1 วิเคราะห์ข้อมูลจากเหตุการณ์ที่พบความคาดเคลื่อนทางยาในอดีต			
1.2.1.2 รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับระบบการดูแลและการบริหารยาในปัจจุบัน			

รายการ	ระยะเวลาดำเนินการ 2568		
	เมษายน	พฤษภาคม	มิถุนายน
1.2.1.3 ทบทวนมาตรฐานการดูแล Guidelines for the Prevention of Mother-to-Child Transmission (PMTCT)			
1.3 กำหนดเป้าหมายและตัวชี้วัด 1.3.1 เป้าหมาย ลดความคาดเคลื่อนทางยาในทารกแรกเกิดให้เป็นศูนย์ 1.3.2 ตัวชี้วัด (KPI) อัตราการปฏิบัติตามหลัก 10R ร้อยละ 100 และ อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่าร้อยละ 1	√		
1.4 ออกแบบแนวทางการพัฒนา 1.4.1 จัดทำ “การพัฒนาแนวทางการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิดจาก มารดาหลังคลอดที่ติดเชื้อเอชไอวีในห้องคลอด” 1.4.2 ออกแบบระบบตรวจสอบร่วมกัน (Double-check system) สำหรับการบริหารยา 1.4.3 วางแผนการอบรมพยาบาลเพื่อเสริมสร้างความรู้และทักษะ	√		
2. Do (ปฏิบัติ) กิจกรรมในขั้นตอนนี้		√	
2.1 ดำเนินการพัฒนาระบบและแนวปฏิบัติ 2.1.1 นำแนวปฏิบัติการพยาบาลที่พัฒนาแล้วมาใช้ในห้องคลอด 2.1.2 แบ่งมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวีเป็นกลุ่ม Low risk และ High risk เพื่อกำหนดแนวทางการบริหารยา		√	
2.2 อบรมและพัฒนาทีมพยาบาล 2.2.1 จัดอบรมพยาบาลเกี่ยวกับการปฏิบัติตามหลัก 10R 2.2.2 สอนการใช้เทคโนโลยีช่วยคำนวณขนาดยาและการเฝ้าระวัง ผลกระทบจากยา		√	
2.3 ทดลองใช้ระบบตรวจสอบ 2.3.1 ทดลองใช้ระบบตรวจสอบร่วมกัน (Double-check) ใน กระบวนการบริหารยา 2.3.2 ปรับปรุงกระบวนการตามข้อเสนอแนะจากทีมพยาบาล		√	
2.4 เฝ้าระวังการดำเนินงาน ติดตามผลการบริหารยาและการดูแลทารกแรกเกิดในระยะ 2 ชั่วโมงแรกหลังคลอด		√	

รายการ	ระยะเวลาดำเนินการ 2568		
	เมษายน	พฤษภาคม	มิถุนายน
3. Check (ตรวจสอบ) กิจกรรมในขั้นตอนนี้			√
3.1 ประเมินผลการดำเนินงาน 3.1.1 เปรียบเทียบผลการดำเนินงานกับตัวชี้วัดที่ตั้งไว้ 3.1.2 วิเคราะห์อัตราการใช้ทรัพยากรหลัก 10R และเหตุการณ์ความ คาดเคลื่อนทางยา			√
3.2 เก็บรวบรวมความคิดเห็น 3.2.1 สอบถามความคิดเห็นจากทีมพยาบาลเกี่ยวกับประสิทธิภาพ ของแนวปฏิบัติใหม่ 3.2.2 ประชุมสรุปปัญหาหรืออุปสรรคที่พบระหว่างการดำเนินงาน			√
3.3 วิเคราะห์ข้อมูล 3.3.1 ตรวจสอบว่าอัตราการถ่ายถอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกยังคงต่ำ กว่าร้อยละ 1 หรือไม่ 3.3.2 ประเมินผลกระทบของการใช้ระบบตรวจสอบร่วมกัน (Double-check)			√
4. Act (ปรับปรุง) กิจกรรมในขั้นตอนนี้			√
4.1 สรุปทบทวน 4.1.1 สรุปจุดแข็งและจุดที่ต้องปรับปรุงของแนวปฏิบัติใหม่ 4.1.2 รวบรวมข้อเสนอแนะจากทีมพยาบาลเพื่อนำไปปรับปรุง กระบวนการ			√
4.2 ปรับปรุงแนวทางการดำเนินงาน 4.2.1 ปรับปรุงรายละเอียดในแนวปฏิบัติ เช่น ขั้นตอนการตรวจสอบยา 4.2.2 เสริมการอบรมเฉพาะด้านหากพบปัญหาความรู้หรือทักษะใน ทีมพยาบาล			√
4.3 ดำเนินการอย่างต่อเนื่อง 4.3.1 บูรณาการแนวปฏิบัติใหม่ให้เป็นมาตรฐานประจำของ โรงพยาบาล			√

รายการ	ระยะเวลาดำเนินการ 2568		
	เมษายน	พฤษภาคม	มิถุนายน
4.3.2 ติดตามผลระยะยาวเพื่อประเมินความยั่งยืนและประสิทธิภาพ			
4.4 ขยายผล			√
4.4.1 เผยแพร่แนวทางการพัฒนาไปยังหน่วยงานอื่นในเครือข่าย			
4.4.2 เสนอรายงานผลการดำเนินงานต่อผู้บริหารและหน่วยงานที่เกี่ยวข้อง			

3.4 ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้นและแนวทางแก้ไข

ข้อจำกัดที่อาจเกิดขึ้น

1. ข้อจำกัดด้านบุคลากร

- 1.1 พยาบาลบางคนอาจขาดความรู้หรือความเข้าใจเกี่ยวกับการบริหารยาต้านไวรัสตามหลัก 10R
- 1.2 ขาดบุคลากรที่มีความเชี่ยวชาญเฉพาะทางในการดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

1. จัดอบรมให้ความรู้และทักษะแก่ทีมพยาบาลที่เกี่ยวข้อง เน้นการบริหารยาและการดูแลตามแนวทางมาตรฐาน
2. สร้างทีมที่ปรึกษาหรือพี่เลี้ยง (Mentor) ในหน่วยงาน เพื่อสนับสนุนบุคลากรที่ยังมีประสบการณ์น้อย
3. พิจารณาเพิ่มบุคลากรในกรณีที่มีการะงานเกินความสามารถ

2. ข้อจำกัดด้านการปฏิบัติ

- 2.1 กระบวนการ Double-check อาจเพิ่มภาระงานให้กับพยาบาลในช่วงเวลาที่มีผู้คลอดและทารกจำนวนมาก
- 2.2 การเปลี่ยนแปลงแนวปฏิบัติอาจเกิดการต่อต้านหรือไม่ยอมรับจากบุคลากรบางส่วน

แนวทางแก้ไข

1. ปรับขั้นตอน Double-check ให้เหมาะสมกับบริบทของหน่วยงาน เช่น แบ่งหน้าที่ชัดเจนในทีมพยาบาล
2. จัดการประชุมสร้างความเข้าใจเกี่ยวกับความสำคัญของการปฏิบัติตามแนวทางใหม่
3. เปิดช่องทางรับฟังข้อเสนอแนะจากบุคลากรเพื่อปรับปรุงกระบวนการให้เหมาะสมและยืดหยุ่น

4. ผลที่คาดว่าจะได้รับ

4.1 ผลต่อมารดาและทารก

- 4.1.1 ทารกแรกเกิดปลอดภัย ไม่มีการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูก (อัตราการถ่ายทอดเชื้อเอชไอวีต่ำกว่าร้อยละ 1)
- 4.1.2 มารดามีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น ลดความกังวลเกี่ยวกับการถ่ายทอดเชื้อและมั่นใจในระบบการดูแลหลังคลอด

4.1.3 เสริมสร้างความมั่นใจในบทบาทผู้ปกครอง มารดาได้รับคำแนะนำที่ชัดเจนในการดูแลสุขภาพตนเองและทารกหลังคลอด

4.2 ผลต่อทีมพยาบาล

4.1.1 ลดความคาดเคลื่อนทางยา ความผิดพลาดในการบริหารยาต้านไวรัสแก่ทารกแรกเกิดเป็นศูนย์

4.2.2 เพิ่มประสิทธิภาพในการปฏิบัติงาน ทีมพยาบาลมีความรู้ ความเข้าใจ และทักษะในการปฏิบัติตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาขึ้นใหม่

4.2.3 เสริมสร้างความตระหนักในความปลอดภัยของมารดาและทารก พยาบาลปฏิบัติตามหลัก 10R อย่างเคร่งครัด และมีการทวนสอบย้อนกลับในกระบวนการบริหารยา

4.3 ผลต่อโรงพยาบาล

4.3.1 ยกระดับคุณภาพบริการ โรงพยาบาลมีระบบการบริหารยาและการดูแลทารกแรกเกิดจากแม่ติดเชื้อเอชไอวีที่ได้มาตรฐานและเป็นแบบอย่าง

4.3.2 เสริมสร้างชื่อเสียงและความไว้วางใจ ผู้รับบริการเชื่อมั่นในคุณภาพการดูแลและความปลอดภัยที่โรงพยาบาลมอบให้

4.3.3 พัฒนาระบบตรวจสอบและประเมินคุณภาพ ระบบการบริหารยาที่พัฒนาใหม่สามารถเป็นเครื่องมือสำคัญในการประเมินและปรับปรุงคุณภาพการรักษา

5. ตัวชี้วัดผลสำเร็จ

5.1 ตัวชี้วัดด้านผลลัพธ์ (Outcome Indicators)

5.1.1 อัตราการถ่ายถอดเชื้อเอชไอวีจากแม่สู่ลูกไม่เกิน ร้อยละ 1 ในทารกแรกเกิดจากมารดาที่ติดเชื้อเอชไอวี

5.1.2 ความคาดเคลื่อนทางยาในทารกแรกเกิด ลดความผิดพลาดในการบริหารยาต้านไวรัสสำหรับทารกแรกเกิด ให้เป็นศูนย์

5.2 ตัวชี้วัดด้านกระบวนการ (Process Indicators)

5.2.1 พยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีในห้องคลอดอย่างมีมาตรฐาน ร้อยละ 100

5.2.2 การปฏิบัติตามหลัก 10R ในการบริหารยา ทีมพยาบาลปฏิบัติตามหลัก 10R ครบถ้วนในอัตรา ร้อยละ 100

5.2.3 การตรวจสอบร่วมของทีมพยาบาลในขั้นตอนการบริหารยาการตรวจสอบร่วม (Double-check) ครอบคลุม ร้อยละ 100

5.2.4 ทารกแรกเกิดได้รับการดูแลตามแนวปฏิบัติที่พัฒนาครบทุกขั้นตอนในอัตรา ร้อยละ 100

5.3 ตัวชี้วัดด้านความพึงพอใจ (Satisfaction Indicators)

5.3.1 มารดาและครอบครัวมีความพึงพอใจต่อการดูแลทารกแรกเกิดในระดับ ร้อยละ 90

5.3.2 พยาบาลวิชาชีพในห้องคลอดที่ปฏิบัติตามแนวปฏิบัติการพยาบาลดูแลทารกแรกเกิดจากมารดาติดเชื้อเอชไอวีในห้องคลอด มีความพึงพอใจในระดับ ร้อยละ 95

(ลงชื่อ)..... กรรณิการ์ มัจฉา

(นางสาวกรรณิการ์ บัวภา)

ตำแหน่ง พยาบาลวิชาชีพปฏิบัติการ

(วันที่)..... ๓๐ / ก.ย / ๒๕๖๗

ผู้ขอประเมิน

ส่วนที่ 3 แบบสรุปความเห็นในการประเมินบุคคล

ชื่อผู้ขอประเมิน นางสาวกรรณิการ์ บัวภา

ตำแหน่งที่ขอประเมิน พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ (ด้านการพยาบาล) ตำแหน่งเลขที่ 224637 กลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด
กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลชุมแพ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

รายการประเมิน	คะแนนเต็ม	คะแนนที่ได้รับ
1. ข้อมูลบุคคล ได้แก่ คุณสมบัติของบุคคล ประวัติการศึกษา ประวัติการรับราชการ ประวัติการฝึกอบรมดูงาน ประสบการณ์ในการทำงาน ผลการปฏิบัติราชการ และประวัติทางวินัย และใบอนุญาตประกอบวิชาชีพ	20	20
2. ความรู้ ความสามารถ ทักษะ สมรรถนะที่จำเป็นต่อการปฏิบัติงานที่สอดคล้องเหมาะสมกับตำแหน่งที่จะแต่งตั้ง	30	25
3. ค่าโครงการผลงานที่จะส่งประเมินและกรณีผลงานนั้น มีผู้ร่วมจัดทำผลงานให้แสดงสัดส่วนและบทบาทของผู้ประเมินและผู้ร่วมจัดทำผลงาน รวมทั้งรายชื่อผู้ร่วมจัดทำผลงานด้วย	30	24
4. ข้อเสนอแนวคิดในการปรับปรุงหรือพัฒนางาน	10	9
5. อื่น ๆ ตามที่เห็นสมควร เช่น การสื่อสารและปฏิสัมพันธ์ ทักษะการสื่อสาร ภาวะผู้นำ วิสัยทัศน์	10	10
รวม	100	88

1. ความเห็นของผู้บังคับบัญชาชั้นต้น

() เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

() ไม่เหมาะสม (ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นางวิภาดา วงษ์อินตา)

ตำแหน่ง หัวหน้าพยาบาลกลุ่มงานการพยาบาลผู้คลอด

(พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

(วันที่) 11 / 11 / 2568

(ลงชื่อผู้ประเมิน)

(นางละม่อม ไชยสิริ)

หัวหน้าพยาบาล (พยาบาลวิชาชีพชำนาญการพิเศษ)

ตำแหน่ง

(วันที่)...../...../.....

2. ความรับรองของผู้บังคับบัญชาที่เหนือขึ้นไป 1 ระดับ

- () เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น
 () ไม่เห็นด้วยกับการประเมินข้างต้น

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน) 5
 (นายธนินิตย์ สังคมกำแหง)
 ผู้อำนวยการโรงพยาบาลชุมแพ
 ตำแหน่ง
 (วันที่) / ๗ มี.ค. ๒๕๖๘

3. ความเห็นของผู้มีอำนาจสั่งบรรจุตามมาตรา 57

- () ผ่านการประเมินได้คะแนนรวมไม่ต่ำกว่าร้อยละ 70
 () ไม่ผ่านการประเมินได้คะแนนรวมไม่ถึงร้อยละ 70

(ระบุเหตุผล).....

(ลงชื่อผู้ประเมิน)
 (นายยุทธพร พิรุณสาร)
 รองผู้ว่าราชการจังหวัด ปฏิบัติราชการแทน
 ตำแหน่ง ผู้ว่าราชการจังหวัดขอนแก่น
 (วันที่) / /
 ๑๐ เม.ย. ๒๕๖๘