บทความวิชาการ

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน

Discharge Planning for Chronic Obstructive Pulmonary Disease Patients Experiencing Frequent Hospital Admissions with Acute Exacerbation Symptoms

แสงเดือน อภิรัตนวงศ์ (Sangduan Apiratanawong)*

Received: September 20, 2021
Revised: September 24, 2021
Accepted: October 22, 2021

บทคัดย่อ

การกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน จะมีผลกระทบต่อผู้ป่วยและครอบครัวทั้งด้านร่างกายและจิตใจ อารมณ์ เศรษฐกิจและสังคม ซึ่งหลังการรักษาภาวะวิกฤตด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันดีขึ้นจนเข้าสู่การวางแผนจำหน่าย พบว่า ผู้ป่วยและญาติเกิดความเครียด วิตกกังวล ไม่มั่นใจในการดูแลต่อเนื่องที่บ้าน การวางแผนจำหน่ายกลับบ้านจึงเป็นกระบวนการที่มีความสำคัญมากเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวเกิดความมั่นใจในการดูแลหลังการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลพยาบาลมีบทบาทที่สำคัญมากในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารักษาด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน ทั้งด้านการให้ความรู้ คำแนะนำ ข้อมูล สอนสาธิตการปฏิบัติการประสานงานบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องในการดูแล และการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่อง ซึ่งในกระบวนการวางแผนจำหน่ายอาศัยหลักการเดียวกับกระบวนการพยาบาลและต้องครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ การส่งเสริม การป้องกัน การรักษา และการฟื้นฟู แล้วนำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโดยใช้รูปแบบของ D-METHOD ซึ่งประกอบด้วย การรวบรวมข้อมูล วินิจฉัยปัญหาและความต้องการ นำมาสู่การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยอย่างครอบคลุม สู่ขั้นตอนการปฏิบัติตามแนวทางที่กำหนด และมีการประเมินผลลัพธ์ในเชิงระบบและผลลัพธ์ที่เกิดกับผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติช่วยเหลือตนเองได้มากที่สุด ป้องกันการกลับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลและมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพ

คำสำคัญ: การวางแผนจำหน่าย โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง อาการกำเริบเฉียบพลัน

*Corresponding author: Sangduan Apiratanawong: sangduana@nu.ac.th
*อาจารย์พยาบาลคณะพยาบาลศาสตร์ มหาวิทยาลัยนเรศวร (Instructor, Faculty of Nursing, Naresuan University)

ร่วมเฉลิมฉลอง 30 ปี มหาวิทยาลัยนเรศวร
• Internationalization
• Innovative Products
• Integrative Team & Networking

Abstract

Chronic Obstructive Pulmonary Disease patients with acute exacerbation symptoms have experience frequent hospital admissions. Numerous hospital admissions have been demonstrated to have physical, psychological, emotional, financial, and social impact inthese patientsand their caregivers. After critical condition improved then led to discharge planning process, patients and caregivers often feel stress, anxious, and less confident in providing self- care. The discharge planning is very important process to make patient and caregiver's confident for caring at home. Nurse plays a significantly important roleon discharge planning process including health education, giving information, practice demonstration, health team coordination, and referral for continuous care. The discharge planning process on based on the same principles as the nursing process which cover 4 dimensions, including health promotion, prevention, treatment, rehabilitation and then apply it in conjunction with patient discharge planning. The discharge planning used in this study is based on the D-METHOD model, consisting of the data collection on mental and physical needs, the patient wholistic care plan, tailored nursing care activities as well as the outcome measures designed to evaluate the effectiveness of the care plan both in organizational and individual level. The ultimate goals of the discharge planning are to increase patients' and their caregivers' capability of self-management, prevent hospital readmission, and enhance the quality of life.

Keywords: Discharge Planning, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Acute Exacerbation

ความเป็นมาและความสำคัญของปัญหา

อาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Acute Exacerbation of Chronic Obstructive Pulmonary Disease) เป็นภาวะที่ผู้ป่วยเกิดอาการฉุดลงอย่างเฉียบพลัน ได้แก่ มีอาการเหนื่อยเพิ่มขึ้น ไอมากขึ้น ปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้น และเสมหะเปลี่ยนสี อาการดังกล่าวจะคงอยู่อย่างต่อเนื่องเป็นเวลาหลายวัน จนทำให้ต้องเพิ่มหรือต้องปรับเปลี่ยนการรักษา (The Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage, 2017) ผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังทุกรายส่วนใหญ่เผชิญกับอาการกำเริบเฉียบพลันเฉลี่ย 3 ครั้ง/ปี (Flattet, Garin, Serratrice, Perrier, Stirnemann, & Carballo1, 2017) และเป็นภาวะฉุกเฉินที่มีความรุนแรงที่พบได้บ่อยต้องมาเข้ารับการรักษาที่แผนกฉุกเฉินและสามารถเกิดอาการกำเริบซ้ำบ่อยจนต้องเข้ารับการรักษาและออกโรงพยาบาลเป็นประจำ (Jo, Rhee, Kim, Yoo, & Park, 2020) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่ามีปัจจัยที่มีความสัมพันธ์กับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ ระดับความรุนแรงของโรคหรือเปอร์เซ็นต์ของปริมาตรอากาศที่ถูกขับออกในวินาทีแรกของการหายใจ (% Predicted of Forced Expiratory Volume in one second [FEV1]) การมีโรคร่วม การสูบบุหรี่ น้ำหนักตัวต่ำกว่าเกณฑ์หรือการขาดสารอาหาร ระยะเวลาของการเป็นโรค และการปฏิบัติตัวตามแผนการรักษา (Alexopoulos, Malli, Mitsiki, Bania, Varounis, & Gourgoulianis, 2015; Gaude, Chaudhury, & Hattiholi, 2015;Kamthong, Supametaporn, & Juntarawijit, 2019; Mullerova, Shukla, Hawkins, & Quint, 2014) ซึ่งการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันทำให้การดำเนินของโรค

เพิ่มมากขึ้น สมรรถภาพของปอดเสื่อมลงอย่างรวดเร็ว โดยพบว่าทำให้ลดปริมาตรอากาศขณะหายใจออกใน 1 วินาทีมากกว่าผู้ป่วยที่ไม่มีอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อย นอกจากนี้ ทำให้การปฏิบัติหน้าที่ลดลงจากการที่ปริมาณออกซิเจนในกระแสเลือดต่ำกว่าปกติจากภาวะหายใจลำบาก ส่งผลต่อเซลล์ในร่างกายได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ จึงทำให้การทำงานของอวัยวะต่างๆ ในร่างกายลดลง (Boonsawat, 2013)

เมื่อผู้ป่วยรับการรักษาอาการกำเริบเฉียบพลันในโรงพยาบาลจนอาการสงบและดีขึ้น ก่อนการจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ผู้ป่วยบางรายอาจจะยังมีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง ต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดำรงชีวิตต่อที่บ้าน เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกชนิด Continuous Positive Airway Pressure (CPAP) หรือ Bilevel Positive Airway Pressure (BiPAP) ออกซิเจน เครื่องพ่นยา เครื่องดูดเสมหะ เป็นต้น ผู้ป่วยบางรายอาจมีบุคคลในครอบครัวที่ต้องเข้ามาช่วยดูแล ผู้ป่วยและครอบครัวมักจะเผชิญกับความเครียด ความวิตกกังวล ความไม่มั่นใจในการดูแลต่อที่บ้าน และแบบแผนการดำเนินชีวิตเปลี่ยนแปลงไป มีภาระค่าใช้จ่ายในครอบครัวสูงขึ้น (Boonchoo, Somboontanont, Thongcharoen & Wattanakitkrileart, 2015) จากการศึกษาที่ผ่านมาพบว่า ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่รับการรักษาตัวในโรงพยาบาลที่ยาวนานจะมีความเสี่ยงสูงในการกลับมารักษาตัวซ้ำในโรงพยาบาลเพิ่มขึ้น (Rinne et al., 2017) ดังนั้นการลดปัญหาการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำและการลดจำนวนวันนอนโรงพยาบาลที่ยาวนาน โดยการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจึงมีความสำคัญอย่างยิ่ง ซึ่งการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง โดยการสร้างความสามารถให้ผู้ป่วยดูแลตนเองที่บ้านได้ จะทำให้ผู้ป่วยมีสุขภาพที่ดีตามสภาวะของโรคได้อย่างเหมาะสม ลดภาวะแทรกซ้อน ลดค่าใช้จ่ายในการรักษาพยาบาล รวมทั้งครอบครัวจะมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้นดังนั้นการวางแผนจำหน่ายก่อนกลับบ้านในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันจึงเป็นหนึ่งในกระบวนการที่มีความจำเป็นและสำคัญอย่างยิ่งเพื่อลดอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถจัดการกับอาการกำเริบเฉียบพลันที่บ้านได้อย่างเหมาะสม (Maneewong, Churaitatsanee, & Sereewichayasawad, 2017; Srirat & Panuthai, 2017)

เป้าหมายหลักของการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันคือการป้องกันไม่ให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำด้วยปัญหาดังกล่าวบ่อยครั้ง ดังนั้นก่อนการจำหน่ายผู้ป่วยออกจากโรงพยาบาลจึงต้องมีกระบวนการหรือรูปแบบการวางแผนจำหน่ายอย่างเป็นระบบ โดยบทความนี้ได้นำกระบวนการพยาบาลมาเป็นกรอบแนวทางที่ประกอบด้วย 5 ขั้นตอน ได้แก่ การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล และให้มีความครอบคลุมทุกด้าน ได้แก่ การส่งเสริมสุขภาพ การป้องกันโรค การดูแลรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพ (Harnyoot, 2014) ร่วมกับการใช้รูปแบบ D-METHOD ของกองการพยาบาล กรมการแพทย์ กระทรวงสาธารณสุข (Nursing Division Department of Medical Services Ministry of Public Health, 2007) เนื่องจากมีความสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติของหน่วยงานและครอบคลุมทุกมิติที่สำคัญในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่กลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันประกอบด้วยการให้ความรู้เรื่องโรค (Disease: D) ยาที่ใช้ (Medication: M) สิ่งแวดล้อม เศรษฐกิจและสังคม (Environment and economic: E) แนวทางการรักษา (Treatment: T) ภาวะแทรกซ้อนและอาการเจ็บป่วย (Health: H) การมาตรวจตามนัด (Outpatient referral & follow up: O) และอาหาร (Diet: D) มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพของแต่ละบุคคล

การจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

เป้าหมายของการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือการบรรเทาอาการและการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันหรืออาการหายใจลำบากได้

การบรรเทาอาการกำเริบเฉียบพลันและการจัดการทางการพยาบาล

การบรรเทาอาการกำเริบเฉียบพลันในระยะนี้เพื่อควบคุมความรุนแรงของอาการหายใจลำบาก เพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรม และคุณภาพชีวิต ลดภาวะแทรกซ้อนและอัตราการตาย (Halpin, Miravitlles, Metzdorf & Celli, 2017) ผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันจะมีอาการ (Vogelmeier, Román-Rodríguez, Singh, Han, Rodrĺguez-Roisin, & Ferguson, 2020) ดังนี้ มีการใช้กล้ามเนื้อช่วยในการหายใจมากขึ้น อัตราการเต้นของชีพจรมากกว่า 120 ครั้งต่อนาที ค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดน้อยกว่า 90 เปอร์เซ็นต์ หรือระดับออกซิเจนในเลือดแดง (Arterial partial pressure of oxygen: PaO_2) น้อยกว่า 60 มม.ปรอท ระดับคาร์บอนไดออกไซด์ในเลือดแดง (Arterial partial pressure of carbon dioxide: $PaCO_2$) มากกว่า 45 มม.ปรอทหรือค่าความเป็นด่างในเลือดน้อยกว่า 7.35 อัตราการไหลสูงสุดของการหายใจออก (Peak expiratory flow) น้อยกว่า 100 ลิตรต่อนาที ระดับความรู้สึกตัวลดลง และมีอาการของภาวะหัวใจข้างขวาล้มเหลว โดยในระยะนี้จะเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล โดยมีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในแต่ละด้าน ประกอบไปด้วย (Wedzicha et al., 2017; Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD), 2021; Gundry, 2020)

1. การใช้ยาขยายหลอดลม สามารถลดอาการหายใจลำบากและลดการกำเริบของโรคได้โดยยากลุ่มนี้เป็นยากลุ่มกระตุ้นตัวรับชนิดเบต้า-2 (Beta 2 agonist) อาจมีอาการข้างเคียงทำให้มีอาการมือสั่น หัวใจเต้นเร็วและเต้นผิดจังหวะได้ หรือยากลุ่ม Beta 2 agonist ร่วมกับยากลุ่มที่มีฤทธิ์ต้านโคลิเนอร์จิก (Anticholinergic drug) เพื่อเสริมฤทธิ์กัน หากอาการกำเริบรุนแรงมากอาจจะได้รับยากลุ่มเมทิลแซนธีน (Methylxanthine) กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินความสามารถในการใช้ยาของผู้ป่วย การให้ยาอย่างถูกเทคนิค การติดตามประสิทธิภาพหลังการใช้ยา เช่น ประเมินสัญญาณชีพ โดยเฉพาะการหายใจ การฟังเสียงปอดและหลอดลม ปริมาณออกซิเจนในร่างกายและการสังเกตอาการข้างเคียงของยา

2. การให้ออกซิเจนเพื่อรักษาค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือดให้มากกว่าหรือเท่ากับ 90-92 เปอร์เซ็นต์ และค่า PaO_2 มากกว่าหรือเท่ากับ 60 มม.ปรอท ผู้ป่วยที่มีอาการหายใจลำบากรุนแรงมาก จนเกิดภาวะหายใจล้มเหลวจำเป็นต้องใส่ท่อทางเดินหายใจ แต่ถ้าอาการน้อยอาจให้ออกซิเจนชนิด Cannula 2-3 ลิตร/นาที โดยต้องประเมินภาวะพร่องออกซิเจน ติดตาม Arterial Blood Gas และเฝ้าระวังไม่ให้ปริมาณออกซิเจนสูงเกินไปเพราะอาจทำให้เกิดการหายใจล้มเหลวจากคาร์บอนไดออกไซด์คั่งได้ กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่การให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนตามแผนการรักษาอย่างถูกต้องและเหมาะสม การประเมินติดตามระดับออกซิเจนในร่างกาย การประเมินการหายใจ การจำกัดหรือจัดกิจกรรมให้เหมาะสมเพื่อลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย

3. การให้กลุ่มยาสเตียรอยด์ยากลุ่มนี้มีทั้งชนิดฉีดเข้าทางหลอดเลือดดำ ชนิดรับประทาน ชนิดสูด ซึ่งสามารถลดการอักเสบในหลอดลม เพิ่มค่า FEV1 ลดอาการหายใจลำบาก และลดอัตราการนอนในโรงพยาบาลได้ ทั้งนี้การพิจารณาการให้ขึ้นกับอาการของผู้ป่วย เช่น จำนวน Eosinophil ในเลือด ซึ่งยากลุ่มนี้อาจมีอาการข้างเคียง เช่น น้ำตาลในเลือดสูง การติดเชื้อได้ง่าย และนอนไม่หลับ เป็นต้น กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การบริหารยาให้ถูกต้อง การประเมินอาการข้างเคียงของยา การประเมินอาการหายใจ ระดับออกซิเจนในร่างกาย ระดับความรู้สึกตัว และการปฏิบัติกิจกรรมของผู้ป่วยเพื่อประเมินประสิทธิภาพหลังได้รับยา การให้ข้อมูลและคำแนะนำการปฏิบัติตัวการใช้ยาในกลุ่มสเตียรอยด์แก่ผู้ป่วยและญาติ

4. การให้ยากลุ่มปฏิชีวนะ ผู้ป่วยมักมีสาเหตุมาจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ยากลุ่มนี้ช่วยลดการติดเชื้อ

และป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากการติดเชื้อทางเดินหายใจ ซึ่งการพิจารณาให้ยาปฏิชีวนะขึ้นกับผลการเพาะเชื้อจากเสมหะ ประกอบกับลักษณะและสีของเสมหะ (Crisafulli, Barbeta, Lelpo, & Torres, 2018) กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การบริหารยาให้ถูกต้อง การประเมินอาการข้างเคียงของยา การประเมินอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อเพื่อติดตามประสิทธิภาพของยาปฏิชีวนะ ได้แก่ อาการไข้ ไอ ลักษณะเสมหะ ผลเอกซเรย์ปอด ผลการเพาะเชื้อจากห้องปฏิบัติการ

5. การให้กลุ่มยาละลายเสมหะ ยากลุ่มนี้ช่วยลดการคั่งค้างของเสมหะ เสมหะมีความหนืดน้อยลง และสามารถไอขับออกได้สะดวกมากขึ้นหากผู้ป่วยไม่มีข้อจำกัดในการดื่มน้ำหรือไม่มีภาวะหัวใจล้มเหลว แนะนำให้ผู้ป่วยดื่มน้ำอุ่นหรือจิบประมาณวันละ 2-3 ลิตร ร่วมกับกระตุ้นให้ผู้ป่วยไอและขับเสมหะอย่างมีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยขับเสมหะออกมาได้ดียิ่งขึ้น กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การบริหารยาให้ถูกต้อง การประเมินอาการข้างเคียงของยา การประเมินอาการ และอาการแสดงเพื่อติดตามประสิทธิภาพของยาละลายเสมหะ เช่น เสมหะมีความหนืดน้อยลง และสามารถไอขับออกได้สะดวกมากขึ้น และการแนะนำหรือกระตุ้นให้ดื่มน้ำให้มากหากไม่มีข้อห้ามร่วมด้วย

6. การจัดท่าและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ เมื่อผู้ป่วยมีอาการหายใจลำบากแนะนำให้ผู้ป่วยลดการใช้พลังงานและทำกิจกรรม เคลื่อนไหวช้าๆ และอยู่ในท่าที่สุขสบาย ซึ่งอาจเป็นท่ายืนพิงฝาผนัง จัดท่าศีรษะสูง 45 องศาขึ้นไป หรือท่านั่งโน้มตัวไปข้างหน้า ช่วยให้กล้ามเนื้อมีการผ่อนคลาย ปอดขยายตัวได้ดี และการระบายอากาศในปอดสะดวกมากขึ้น รวมทั้งการลดอาการวิตกกังวลหรือความกลัว โดยมีเจ้าหน้าที่ให้การประเมินอย่างใกล้ชิด ให้ข้อมูลทั้งกับผู้ป่วยและญาติ สร้างความเชื่อมั่น และการสัมผัสมือให้ผู้ป่วยรู้สึกผ่อนคลายลดความวิตกกังวลและความกลัวช่วยลดอาการกระสับกระส่ายได้ (Wongmanee & Sirichana, 2020) กิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การประเมินความสามารถและข้อจำกัดในการจัดท่า บอกวัตถุประสงค์และประโยชน์ของการจัดท่า สอนการหายใจและการผ่อนคลายกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจอย่างถูกต้อง ร่วมทั้งการให้ญาติเข้ามามีส่วนร่วมในการดูแลเพื่อสร้างกำลังใจให้ผู้ป่วยด้วย

การป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน

การป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันเป็นการจัดการในระยะหลังจากอาการเหนื่อยบรรเทาลงและเตรียมวางแผนจำหน่ายจากโรงพยาบาลโดยให้มีเนื้อหาครอบคลุมตามแนวทางของ D-METHOD มีเป้าหมายเพื่อป้องกันการเกิดอาการหายใจลำบากและช่วยฟื้นฟูสมรรถภาพของปอด ทั้งนี้ผู้ป่วยต้องได้รับการประเมินระดับความสามารถในการทำกิจกรรมเพื่อให้คำแนะนำและชี้แนะได้เหมาะสม โดยการประเมินความสามารถในการทำกิจกรรมนิยมใช้แบบสอบถามอาการหายใจลำบากของสภาวิจัยทางการแพทย์ประเทศอังกฤษ (Modified Medical Research Council Dyspnea Scale: mMRC) (Hsu, Lin, Lin, Chen, Chen, & Yan, 2013; Boonsawat, 2013) โดยผู้ป่วยที่มีระดับความรุนแรงของอาการหายใจลำบากมาก ไม่สามารถทำกิจกรรมได้เอง พยาบาลควรส่งเสริมให้สมาชิกในครอบครัวช่วยเหลือและสนับสนุนในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆเพื่อการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (Srirat & Panuthai, 2017) และมีกิจกรรมการพยาบาลที่สำคัญในแต่ละด้านประกอบด้วย

1. การให้ข้อมูลเรื่องโรคและพยาธิสภาพที่เกิดขึ้นเพื่อนำสู่การหลีกเลี่ยงปัจจัยกระตุ้นและการปรับเปลี่ยนหรือจัดสิ่งแวดล้อมให้ถูกต้องและเหมาะสม ผู้ป่วยแต่ละคนมีปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการหายใจลำบากที่แตกต่างกัน เช่น กลิ่นควัน ฝุ่นละออง การสูบบุหรี่ การติดเชื้อ เป็นต้น ควรแนะนำให้ผู้ป่วยสังเกตปัจจัยที่กระตุ้นการเกิดอาการหายใจลำบาก และหลีกเลี่ยงการสัมผัสสิ่งที่กระตุ้นนั้นๆ ซึ่งส่วนใหญ่สาเหตุจะเป็นจากการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ โดยหลีกเลี่ยงการเข้าไปแหล่งที่จะสัมผัสเชื้อโรค สถานที่ที่มีคนจำนวนมาก ควรอยู่ที่อากาศถ่ายเทสะดวก การแนะนำเรื่องการรับประทานอาหารให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกายและการพักผ่อนให้เพียงพอ เพื่อเสริมสร้างภูมิต้านทานให้กับร่างกาย และการรักษา

ความสะอาด การปรับสิ่งแวดล้อมทั้งภายในบ้านและรอบบ้าน (Wangsom, 2016) รวมทั้งการแนะนำให้ผู้ป่วยได้รับวัคซีนเพื่อป้องกันไข้หวัดใหญ่ วัคซีนสามารถป้องกันการเกิดโรคไข้หวัดใหญ่ชนิด 3 สายพันธุ์และช่วยลดอัตราการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ (Global Initiative for Chronic Obstructive. Lung Disease, 2021)

2. การให้คำแนะนำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพด้านการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและการออกกำลังกาย และการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) เทคนิคการรักษาที่ทำให้ทรวงอกมีการเคลื่อนไหวได้มากขึ้น เช่น การขยับเคลื่อนไหวทรวงอก (Rib cage mobilization) การยืดกล้ามเนื้อลำตัวและไหล่ (Muscle stretching) และการดัดดึงข้อต่อ (Manipulative techniques) สามารถเพิ่มความยืดหยุ่นของกล้ามเนื้อและข้อต่อบริเวณทรวงอกได้ ส่งผลให้การทำงานของปอดดีขึ้นและลดการใช้แรงในการหายใจ เช่น การเดินบนทางราบ การใช้แขนยืดสายยาง ควรทำติดต่อกันอย่างน้อย 20 นาทีต่อวัน สัปดาห์ละ 3 วัน เป็นเวลาติดต่อกัน 8 สัปดาห์ สามารถเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของปอด และเพิ่มความทนต่อการออกกำลังกาย (Srisopa & Luangaram, 2019) ผู้ป่วยควรออกกำลังกายในรูปแบบต่างๆ ตามความสามารถของผู้ป่วยแต่ละรายและค่อยเป็นค่อยไปตามระยะของโรค การออกกำลังกายช่วยให้ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมได้เต็มศักยภาพ ลดความเบื่ออาหาร รู้สึกผ่อนคลาย และนอนหลับได้ดีขึ้น (Li et al., 2021) รวมทั้งการสอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (Effective cough) โดยให้ผู้ป่วยนั่งอยู่ในท่าที่ผ่อนคลาย เป็นท่านั่ง หรือท่าศีรษะสูง หายใจเข้า-ออกลึกๆ ช้าๆ 2-3 ครั้ง และสูดหายใจเข้าอย่างช้าๆ ทางจมูกอย่างเต็มที่ แล้วกลั้นหายใจไว้ประมาณ 2-3 วินาที โน้มตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย อ้าปากกว้างๆ และไอออกมาติดต่อกันประมาณ 2-3 ครั้ง ให้เสมหะออกมาและพักโดยการหายใจเข้า-ออกช้าๆ เบาๆ ร่วมกับการดื่มน้ำอุ่น หรือรับประทานยาละลายเสมหะตามแผนการรักษา หากไม่มีข้อจำกัดควรดื่มน้ำวันละ 2-3 ลิตร (Luangaram, Srisopa, & Chanavirut, 2018)

3. การให้คำแนะนำเรื่องการส่งเสริมสุขภาพให้ร่างกายมีการพักผ่อนและผ่อนคลายในขณะที่ร่างกายพักผ่อนและผ่อนคลายความวิตกกังวล ส่งผลให้การใช้ออกซิเจนและการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง สามารถลดอาการหายใจลำบาก ผู้ป่วยควรได้รับความรู้ คำแนะนำและฝึกทักษะที่เหมาะสมกับตัวเองในการส่งเสริมให้เกิดการผ่อนคลาย เช่น การปฏิบัติสมาธิ การฟังธรรมะ การฟังเพลง การนวด เป็นต้น (Veiga, Rodrigues, Lamy, Guiose, Pereira, & Marmeleira, 2019) สำหรับการส่งเสริมการพักผ่อน ได้แก่ การจัดห้องให้มีอากาศถ่ายเทได้สะดวกไม่ให้ร้อนหรือเย็นเกินไป ดูแลเครื่องนอนให้สะอาด ไม่มีฝุ่น/แมลงรบกวน ดูแลไม่ให้เสียงดัง รบกวนหรือใช้ที่ปิดหูเมื่อไม่สามารถลดเสียงรบกวน จัดเวลาการออกกำลังกายในช่วงเช้าหรือเย็น (Sukhonthachit, Wattanakitkrileart, Pongthavornkamol, & Chuchottaworn, 2017)

4. การสอนเทคนิคการบริหารการหายใจแบบเป่าปาก (Pursed lip breathing) เป็นการหายใจเข้าทางจมูกช้าๆ (นับในใจ หนึ่ง และสอง) และหายใจออกทางปากโดยห่อปากเล็กน้อย (นับในใจหนึ่ง สอง สาม และสี่) ซึ่งการหายใจออกยาวนานเป็นสองเท่าของการหายใจเข้าเพื่อชะลอการตีบแคบของหลอดลม ช่วยเพิ่มปริมาตรของอากาศที่หายใจออกแต่ละครั้ง ลดอากาศที่คั่งค้างในปอด และเพิ่มประสิทธิภาพของปอดในการซึมผ่านของการระบายอากาศ การฝึกบริหารการหายใจแบบเป่าปากอย่างต่อเนื่อง วันละ 2 รอบ รอบละประมาณ 10 นาที เป็นเวลา 11 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยการหายใจ ลดอาการหายใจลำบาก เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดและสมรรถภาพทางกายได้ (Dickens et al., 2014)

5. การให้คำแนะนำเรื่องการส่งเสริมภาวะโภชนาการให้เพียงพอกับความต้องการของร่างกาย ผู้ป่วยควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง อาจแบ่งเป็น 5-6 มื้อต่อวัน ควรเป็นอาหารอ่อน ย่อยง่าย ควรเลือกรับประทานอาหารประเภทไขมันที่มีคอเลสเตอรอลต่ำ เนื่องจากอาหารประเภทนี้ให้พลังงานแก่ร่างกายสูงและ

ควรเลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีนสูงเพื่อเพิ่มพลังงาน บำรุงกล้ามเนื้อและกระดูก เช่น เนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย นม ไข่ เป็นต้น แต่ควรลดอาหารประเภทแป้งเพื่อป้องกันการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างกายเพิ่มขึ้น และควรลดอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหาร เช่น อาหารหมักดอง น้ำอัดลม เป็นต้น เพื่อป้องกันภาวะท้องอืด ซึ่งจะขัดขวางการเคลื่อนตัวของกล้ามเนื้อกระบังลม และอาจส่งผลให้หายใจลำบากได้ ควรหลีกเลี่ยงอาหารประเภททอด มัน ถั่ว ซึ่งจะไปกระตุ้นให้เกิดอาการไอมากขึ้น และควรตรวจสภาพช่องปากเป็นระยะเพื่อประเมินความสามารถในการรับประทานอาหาร ผลกระทบจากอาการข้างเคียงของยาบางชนิดที่ใช้ อาจทำให้มีอาการคลื่นไส้อาเจียน ท้องอืด เกิดเชื้อราในช่องปาก ต้องรีบประเมินและแก้ไขอาการดังกล่าว (Pattarakantakul & Donlao, 2017)

6. การให้ข้อมูลเรื่องปัจจัยที่มีผลต่อสุขภาพที่สำคัญกับการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่การแนะนำการเลิกสูบบุหรี่ ทำให้การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันลดลงได้ ถ้าผู้ป่วยจะได้รับการประเมินและแนะนำการเข้าสู่คลินิกเลิกบุหรี่ซึ่ง มี 2 วิธีการหลัก คือ การใช้ยาและไม่ใช้ยา โดยการใช้ยา คือ การใช้นิโคตินทดแทน (Nicotine replacement therapy) (Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease, 2021) และการใช้ยากลุ่ม antidepressant เช่น bupropion (Howes, Hartmann-Boyce, Livingstone-Banks, Hong, & Lindson, 2020) สำหรับการเลิกบุหรี่โดยไม่ใช้ยา ได้แก่ รูปแบบการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม การเปลี่ยนแปลงกิจวัตรประจำวันที่ต้องใช้บุหรี่ การสร้างแรงจูงใจในการเลิกสูบบุหรี่ และการเสริมสร้างสมรรถนะแห่งตนในการช่วยเลิกบุหรี่ (Pirnia et al., 2019)

7. การให้ข้อมูลและความสำคัญเรื่องการใช้ยา การสังเกตอาการผิดปกติและการมาตรวจตามนัด การรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำเป็นต้องใช้ยาหลายกลุ่มร่วมกัน ที่สำคัญได้แก่ ยากลุ่มสเตียรอยด์ ยาขยายหลอดลม และยาละลายเสมหะ ทั้งในรูปแบบการใช้ที่แตกต่างกัน ดังนั้น ผู้ป่วยต้องใช้ยาอย่างถูกต้อง โดยต้องได้รับการประเมินความสามารถในการใช้ยาและความรู้เรื่องยาก่อนกลับบ้าน รวมทั้งเข้าใจความสำคัญของการใช้ยาทั้งชนิดรับประทานและยาพ่นตามแผนการรักษาอย่างต่อเนื่องสม่ำเสมอ สังเกตอาการข้างเคียงของยาที่อาจเกิดขึ้น และที่สำคัญการสังเกตอาการผิดปกติที่ควรมาพบแพทย์ก่อนนัดและการจัดการแก้ไขเบื้องต้นได้อย่างถูกต้อง ได้แก่ อาการหายใจหอบเหนื่อยมากขึ้นหลังใช้ยาพ่นและนั่งพักแล้วไม่ดีขึ้น มีไข้ ไอเพิ่มขึ้น เสมหะมีจำนวนมากขึ้น สีเสมหะเปลี่ยนไป และการมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง เพื่อรับการประเมินและติดตามความก้าวหน้าของโรค (Wangsom, 2016)

บทบาทพยาบาลในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารักษาด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน

กระบวนการในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มารักษาด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน ได้นำหลักการของกระบวนการพยาบาลทั้ง 5 ขั้นตอนที่ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาล และการประเมินผลการพยาบาล นำมาประยุกต์ใช้ร่วมกับกรอบเนื้อหาตามแนวทางของรูปแบบD-METHOD จะทำให้มีความครอบคลุมประเด็นในทุกๆด้าน ในการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยประกอบด้วย การประเมินความพร้อมในการดูแลตนเองของผู้ป่วยและผู้ดูแลหรือครอบครัว รวบรวมข้อมูลนำไปสู่การวิเคราะห์และประเมินปัญหาความต้องการของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลนำไปสู่การวางแผนการจำหน่ายโดยใช้กรอบแนวทางของรูปแบบD-METHOD ฝึกปฏิบัติให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองและครอบครัวในการดูแลผู้ป่วยได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่าย และมีการประเมินผลทั้งในระยะสั้นและติดตามในระยะยาว (Nursing Division Department of Medical services Ministry of Public Health, 2007; Maneewong, Churaitatsanee & Sereewichayasawad, 2017) โดยมีบทบาทพยาบาลในแต่ละขั้นตอนดังต่อไปนี้

1. การประเมินปัญหาภาวะสุขภาพ คือ การประเมินความพร้อมผู้ป่วยและผู้ดูแล เป็นการประเมินความต้องการการดูแลผู้ป่วยแบบองค์รวมทั้งสภาพร่างกาย จิตใจ สังคม และความต้องการ ความพร้อมของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล รวมถึงแหล่งประโยชน์ที่จะช่วยเหลือในการดูแลต่อเนื่องภายหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล โดยการรวบรวม

ข้อมูลจากการซักประวัติและแฟ้มประวัติ การตรวจร่างกาย ซึ่งประเด็นสำคัญที่ต้องประเมินหลังฟื้นภาวะวิกฤต ได้แก่

1.1 ด้านร่างกาย ได้แก่ การประเมินระดับความรู้สึกตัวและการรับรู้ อาการหายใจเหนื่อยหอบลักษณะและปริมาณเสมหะประสิทธิภาพการไอขับเสมหะ และความสามารถในการช่วยเหลือตนเองและการบริหารยา

1.2 ด้านจิตใจและอารมณ์ได้แก่ การประเมินการรับรู้ความเจ็บป่วย ความคาดหวังต่อการรักษา แรงจูงใจที่จะพัฒนาความสามารถในการปฏิบัติกิจกรรมต่างๆ รวมทั้งความเครียด ความวิตกกังวล

1.3 ด้านสังคม ได้แก่การประเมินความพร้อมของแหล่งสนับสนุนทางสังคมหรือแหล่งประโยชน์ ทั้งบุคคลและหน่วยงาน เช่น ผู้ดูแลหลัก ที่พักอาศัย และผู้ร่วมอาศัย เจ้าหน้าที่อนามัย อาสาสมัครสาธารณสุข เพื่อการเยี่ยมติดตามอาการที่บ้าน โรงพยาบาลใกล้บ้านสำหรับเป็นแหล่งสนับสนุนเรื่องอุปกรณ์พ่นยา อุปกรณ์ให้ออกซิเจนที่บ้าน และแบบแผนการดำเนินชีวิตประจำวัน การประกอบอาชีพ ความเพียงพอของรายได้ แหล่งรายได้

2. การวินิจฉัยปัญหาการพยาบาล หลังการประเมินปัญหาและภาวะสุขภาพ จึงนำข้อมูลมารวบรวมสู่การวิเคราะห์และประเมินสรุปวินิจฉัยทางปัญหาทางการพยาบาลของทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแล เพื่อนำไปสู่การวางแผนการจำหน่าย โดยปัญหาที่มองควรครอบคลุมการเกิดผลลัพธ์ในระยะยาว เช่นการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำบ่อยครั้ง เช่นการป้องกันการติดเชื้อในระบบทางเดินหายใจ ซึ่งอาจจะนำสู่ภาวะช็อก ภาวะหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน ภาวะแทรกซ้อนเช่นขาดสารอาหาร กล้ามเนื้อลีบ จากขาดการเคลื่อนไหวเป็นระยะเวลานาน เป็นต้นและรวมทั้งปัญหาที่คาดการณ์ล่วงหน้าที่เกี่ยวกับการดูแลที่บ้านภายหลังจำหน่ายขึ้นกับความต้องการและพยาธิสภาพของผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลแต่ละราย ได้แก่ กิจกรรมการฝึกทักษะในการปฏิบัติก่อนจำหน่าย เช่น การใช้อุปกรณ์ให้ออกซิเจน อุปกรณ์พ่นยาละอองฝอย การดูดเสมหะ การทำแผลเจาะคอ การให้อาหารทางสายยาง เป็นต้น โดยข้อวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลที่สำคัญ ตัวอย่าง เช่น ขาดความรู้ในการปฏิบัติตนเพื่อดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้าน ญาติและผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเรื่องการดูแลหลังจำหน่ายจากโรงพยาบาล ความสามารถในการดูแลตนเองต่อเนื่องที่บ้านไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากข้อจำกัดจากพยาธิสภาพของโรค เป็นต้น

3. การวางแผนการพยาบาลและการใช้แผนการพยาบาลจากการวินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลสู่การวางแผนการจำหน่าย โดยใช้แนวทางของรูปแบบ D-METHOD เป็นกรอบของเนื้อหาให้มีความครอบคลุมทุกประเด็นที่สำคัญ โดยขั้นตอนนี้เป็นการทำงานร่วมกันในการกำหนดแผนการจำหน่ายระหว่างทีมสหสาขา ทั้งในเรื่องของการเตรียมฝึกทักษะการปฏิบัติและการประเมินความรู้ ซึ่งอาจมีความแตกต่างกันในแต่ละราย นำสู่การสร้างความรู้ความเข้าใจให้ผู้ป่วยและครอบครัวในการดูแลต่อเนื่องที่บ้านได้อย่างถูกต้องก่อนจำหน่าย ซึ่งประกอบไปด้วยประเด็นที่สำคัญดังต่อไปนี้

3.1 D มาจากคำว่า Disease หมายถึง โรคที่ผู้ป่วยเป็นเพื่อเน้นให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้าใจเกี่ยวกับสาเหตุ ปัจจัยกระตุ้นให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและอาการแสดง พยาธิสภาพของโรค และการรักษาของอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary sisease: COPD) นำไปสู่การปฏิบัติตัวที่ถูกต้องที่สำคัญสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีปัญหาอาการกำเริบเฉียบพลันบ่อยครั้ง คือ ควรให้ข้อมูลและแนะนำเรื่องการหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยงและปัจจัยกระตุ้นต่างๆที่จะทำให้เกิดอาการกำเริบของโรคซ้ำ ทั้งนี้พยาบาลจะต้องประเมินความรู้ความเข้าใจของผู้ป่วยและญาติก่อนให้ข้อมูลเรื่องโรคซึ่งอาจจะมีการรับรู้และความรู้ความเข้าใจที่แตกต่างกันในแต่ละบุคคล

3.2 M มาจากคำว่า Medication ผู้ป่วยและญาติต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับยาที่ตนเองได้รับอย่างละเอียด เกี่ยวกับยา ฤทธิ์ของยา วัตถุประสงค์การใช้ยา วิธีการใช้ ขนาด ปริมาณ จำนวนครั้ง ระยะเวลาที่ใช้ ข้อควรระวังในการใช้ยา ภาวะแทรกซ้อนต่างๆ รวมทั้งข้อห้ามสำหรับการใช้ยาด้วย พยาบาลอาจจะต้องเป็นผู้ประสานและทำงานร่วมกับเภสัชกร หรือการแนะนำเบอร์โทรศัพท์สอบถามข้อมูลการใช้ยา ทั้งนี้ขึ้นกับแนวทางปฏิบัติของ

แต่ละโรงพยาบาล รวมทั้งยาโรคประจำตัวอื่นๆ โดยผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังส่วนใหญ่เป็นผู้สูงอายุและจะมีโรคประจำตัวร่วมด้วย มักเกิดปัญหาการขาดระเบียบวินัยในการรับประทานยา (Nonadherence) (Reungridchankul, 2018) ดังนั้น ในการสอนต้องคำนึงว่าผู้บริหารยาเป็นใครหรือมีข้อจำกัดในการบริหารยาหรือไม่เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวบริหารยาที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

3.3 E มาจากคำว่า Environment and economic การได้รับการเตรียมเรื่องของสิ่งแวดล้อมและเศรษฐกิจโดยผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลต้องได้รับความรู้เกี่ยวกับการจัดสิ่งแวดล้อมที่บ้านให้เหมาะสมเอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสภาพ เช่น การจัดสิ่งแวดล้อมให้เอื้อต่อการนอนหลับพักผ่อนได้เพียงพอเพื่อส่งเสริมสุขภาพ การจัดที่มีอากาศถ่ายเทสะดวก ไม่แออัด มีบริเวณที่ห่างจากคนในครอบครัวที่ติดเชื้อ รวมทั้งการจัดการด้านปัญหาเศรษฐกิจตามความเหมาะสม เช่นการปรึกษาสังคมสงเคราะห์ การช่วยสนับสนุนเรื่องอุปกรณ์ต่างๆลดค่าใช้จ่าย การสนับสนุนจากองค์กรส่วนท้องถิ่น ทั้งเรื่องอุปกรณ์ หรือยานพาหนะสำหรับการเดินทางทั้งภาวะเจ็บป่วยฉุกเฉินและการติดตามการรักษารวมทั้งทางเลือกในการฝึกอาชีพใหม่ที่เหมาะกับภาวะสุขภาพ

3.4 T มาจากคำว่า Treatment การให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเป้าหมายและแผนการรักษาต่อที่บ้านและมีทักษะที่จำเป็นในการปฏิบัติตามการรักษา เช่น ปริมาณออกซิเจนที่ได้รับ ชนิดของเครื่องให้ออกซิเจนและวิธีการใช้ยาพ่นที่ต้องใช้ต่อเนื่องที่บ้าน และความสามารถในการเฝ้าระวังสังเกตอาการผิดปกติ เช่น หายใจเหนื่อยหอบ ไข้ไอมากขึ้น เป็นต้น ผู้ป่วยและญาติสามารถรายงานอาการนั้นให้แพทย์และพยาบาลทราบได้ ต้องมีความรู้เพียงพอ ในการจัดการกับภาวะฉุกเฉิน ได้แก่ การจัดการเบื้องต้นกับปัญหาหายใจลำบากแบบเฉียบพลันหรืออาการกำเริบ และการขอความช่วยเหลือได้อย่างถูกต้องและเหมาะสม

3.5 H มาจากคำว่า Health การให้ข้อมูลและสร้างความเข้าใจให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลเข้าใจภาวะสุขภาพของผู้ป่วย COPD และมีปัญหาอาการกำเริบเฉียบพลันหลังจากจำหน่ายจะมีข้อจำกัดอะไรบ้าง เข้าใจผลกระทบของภาวการณ์เจ็บป่วยต่อร่างกาย ต่อการดำเนินชีวิตประจำวัน พยาบาลต้องให้ข้อเสนอแนะและวางแผนร่วมกันกับผู้ป่วยและครอบครัวในการปรับวิถีการดำเนินชีวิตให้เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพที่เป็นอยู่ซึ่งแตกต่างกันในแต่ละราย รวมทั้งการส่งเสริมการฟื้นฟูสภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนต่างๆเช่น การเลิกบุหรี่ การออกกำลังกาย การพักผ่อนและการรับประทานอาหารให้เพียงพอ เป็นต้น

3.6 O มาจากคำว่า Outpatient referral & follow up การให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติเข้าใจและทราบถึงความสำคัญของการมาตรวจตามนัด ทั้งเวลา สถานที่ และการเตรียมตัวก่อนมาตามนัด การมาตรวจเมื่อเกิดเหตุฉุกเฉิน รวมถึงการส่งต่อแผนการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องระหว่างเจ้าหน้าที่ผู้ดูแล รวมทั้งพยาบาลผู้ดูแลควรมีการส่งแผนการจำหน่ายโดยสรุปและแผนการดูแลต่อเนื่องไปยังเจ้าหน้าที่ที่เกี่ยวข้องในชุมชนในการติดตามดูแลต่อไป

3.7 D มาจากคำว่า Diet การได้รับข้อมูลเรื่องภาวะโภชนาการที่เหมาะสมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและมีปัญหากำเริบเฉียบพลัน ซึ่งมักจะได้รับสารอาหารไม่เพียงพอเนื่องจากร่างกายต้องการพลังงานเพิ่มขึ้นในช่วงที่มีภาวะวิกฤตและหลีกเลี่ยงอาหารที่กระตุ้นอาการไอ เน้นอาหารที่ย่อยและดูดซึมง่าย ทั้งนี้หลังจำหน่ายควรมีการส่งต่อการดูแลเพื่อฟื้นฟูภาวะโภชนาการด้วย ก่อนจำหน่ายพยาบาลอาจพิจารณาประสานโภชนากรเพื่อช่วยแนะนำเรื่องการเลือกประเภทอาหารที่เหมาะสมกับข้อจำกัดด้านสุขภาพและความซับซ้อนของโรคในผู้ป่วยแต่ละราย

4. การประเมินผล คือการติดตามผลทั้งในระยะสั้นและระยะยาว โดยประเมินระยะสั้นคือก่อนจำหน่ายทั้งประเด็นความรู้และความเข้าใจ ทักษะการปฏิบัติทั้งผู้ป่วยและญาติผู้ดูแล โดยแต่ละหน่วยงานจะมีการพัฒนาแบบประเมินและแบบบันทึกการให้ข้อมูลและทักษะที่จำเป็นก่อนจำหน่ายตามนโยบายของแต่ละสถาบัน ส่วนการประเมินระยะยาวคือ ระยะหลังการจำหน่ายจากการให้การพยาบาลตามแผนการจำหน่ายผู้ป่วย โดยสามารถ

ติดตามได้ ทั้งการโทรศัพท์ติดตาม การเยี่ยมบ้าน หรือในวันที่มาตรวจตามนัด สามารถทำได้โดยการทำแบบประเมิน การตรวจร่างกาย การสอบถามพูดคุย การสังเกต และการปฏิบัติ รวมทั้งการประเมินผลลัพธ์เชิงระบบ ได้แก่ ปัญหา อุปสรรคและความสำเร็จของแต่ละขั้นตอนการดำเนินการวางแผนจำหน่ายเพื่อให้บรรลุผลตามเป้าหมายที่ตั้งไว้

บทสรุป

การวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยปัญหากำเริบเฉียบพลันซ้ำให้มีประสิทธิภาพได้นำ 5 ขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล ที่ประกอบด้วย การประเมินภาวะสุขภาพ การวินิจฉัยการพยาบาล การวางแผนการพยาบาล การใช้แผนการพยาบาลและการประเมินผลการพยาบาล มาเป็นกรอบแนวทางร่วมกับการนำรูปแบบของ D-METHOD มาประยุกต์ใช้ให้เกิดความครอบคลุมของประเด็นเนื้อหาที่สำคัญและครอบคลุมทั้ง 4 มิติ คือ ด้านการส่งเสริมการป้องกัน การรักษาและการฟื้นฟูสุขภาพในการวางแผนการจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาด้วยปัญหากำเริบเฉียบพลันซ้ำให้มีประสิทธิภาพโดยได้ผลลัพธ์ที่ประเมินได้ทั้งในเชิงระบบและตัวผู้ป่วยกับครอบครัว ทั้งนี้พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในกระบวนการวางแผนจำหน่าย การประสานงานกับบุคลากรในทีมสุขภาพที่มีส่วนเกี่ยวข้องและการส่งต่อเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการดูแลอย่างต่อเนื่องและมีคุณภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

Alexopoulos, E. C., Malli, F., Mitsiki, E., Bania, E. G., Varounis, C., & Gourgoulianis, K. I. (2015). Frequency and risk factors of COPD exacerbations and hospitalizations: A nationwide study in Greece (Greek Obstructive Lung Disease Epidemiology and health economics: GOLDEN study). *International Journal Chronic Obstructive Pulmonary Disease, 2015*(1), 2665-2674.

Boonchoo, D., Somboontanont, W., Thongcharoen, V., & Wattanakitkrileart, D. (2015). The relationships between age, caregiving burden, social support, and adaptation of caregivers of older persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Songklanagarind Journal of Nursing, 35*(2),61-78. [In Thai].

Boonsawat, W. (2013). Trends in new guideline for COPD. In J. Chaikuna, (Ed.), *Current chest* (pp. 59-70). Bankok: Parbpim printing. [In Thai].

Crisafulli, E., Barbeta, E., Lelpo, A., & Torres, A. (2018). Management of severe acute exacer bations of COPD: an updated narrative review. *Multidisciplinary Respiratory Medicine, 13*(1), 1-15. from https://doi.org/10.1186/s40248-018-0149-0

Dickens, C., Katon, W., Blakemore, A., Khara, A., Tomenson, B., Woodcock, A., … Guthrie, E. (2014). Complex interventions that reduce urgent care use in COPD: A systematic review with meta-regression. *Respiratory Medicine, 108*(3), 426-437. from https://doi.org/10.1016/j.rmed.2013.05.011

Flattet, Y., Garin, N., Serratrice, J., Perrier, A., Stirnemann, J., & Carballo, S. (2017). Determining prognosis in acute exacerbation of COPD. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Diseasde,12,*467-475.

Gaude, S. G., BP, R., Chaudhury, A., & Hattiholi, J. (2015). Outcomes associated with acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disorder requiring hospitalization. *Lung India, 32*(5), 465-472. from https://doi.org/10.4103/0970-2113.164150

Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease. (2021). *Global strategy for diagnosis, management and prevention of Chronic Obstructive Pulmonary Disease.* Retrieved 15 September 2021 from https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2020/11/GOLD-REPORT-2021-v1.1-25Nov20_WMV.pdf

Gundry, S. (2020). COPD 2: management and nursing care. *Nursing Times,116*(5), 49-52.

Halpin, D. M.G., Miravitlles, M., Metzdorf, N., & Celli, B. (2017). Impact and prevention of severe exacerbations of COPD: a review of the evidence. *International Journal of COPD, 12,* 2891- 2908.

Harnyoot, O. (2014). Nursing process and implications. *Journal of The Royal Thai Army Nurses, 15*(3), 137-143. [In Thai].

Howes, S., Hartmann-Boyce, J., Livingstone-Banks, J., Hong, B., & Lindson, N. (2020).Antidepressants for smoking cessation. *The Cochrane database of systematic reviews, 4*(4), CD000031. from https://doi.org/10.1002/14651858.CD000031.pub5

Hsu, K. Y., Lin, J. R., Lin, M. S., Chen, W., Chen, Y. J., & Yan, Y.H. (2013). The modified Medical Research Council dyspnea scale is a good indicator of health-related quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Singapore Medical Journal,54*(6),321-327. from https://doi.org/10.11622/smedj.2013125

Jo, Y. S., Rhee, C. K., Kim, K. J., Yoo, K. H., & Park, Y. B. (2020) Risk factors for early readmission after acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. *Therapeutic Advances in Respiratory Disease, 14,* 1-11.

Kamthong, S., Supametaporn, P., & Juntarawijit, Y. (2019). Factors predicting acute exacerbation in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal, 46*(1), 126-136.

Li, S., Li, Z., Wu, Q., Liu, C., Yan, Z., Lan, C., …, Zichao, C. (2021). Effect of exercise intervention on primary insomnia: a meta-analysis. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness, 61*(6), 857-866.

Luangaram, S., Srisopa, P., & Chanavirut, R. (2018). Home-based exercise in COPD patients. *Journal of Medical Technology and Physical Therapy, 30*(2), 226-236. [In Thai].

Maneewong, P., Churaitatsanee, N., & Sereewichayasawad, N. (2017). Nursing of patient with chronic obstructive pulmonary disease at home. *Journal of Public Health Nursing, 31*(3), 163-178. [In Thai].

Mullerova, H., Shukla, A., Hawkins, A., & Quint, J. (2014). Risk factors for acute exacerbations of COPD in a primary care population: a retrospective observational cohort study. *BMJ Open, 4*(12), e006171.from https://doi.org/10.1136/bmjopen-2014-006171

Nursing Division Department of Medical services, Ministry of Public Health. (2007). *Nursing standard in hospital.* Nonthaburi: The War Veterans Organization of Thailand. [In Thai].

Pattarakantakul, P., & Donlao, J. (2017). Effects of nutritional promotion program for chronic obstructive pulmonary disease patients with malnutrition. *Nursing Journal of the Ministry of Public Health, 27*(2), 69-79. [In Thai].

Pirnia, B., Akhondi, M., Pirnia, K., Malekanmehr, P., Farzaneh, H., Deilam, K.,…Zahiroddin, A. (2019). A single-caseexperimental design to study the combination of cognitive-behavioral

therapy and pharmacotherapy for smoking cessation. *Crescent Journal of Medical and Biological Sciences, 6*(1),136-139.

Ruangritchankul, S. (2018). Polypharmacy in the elderly. *Ramathibodi Medical Journal, 41*(1), 95-104. from https://doi.org/10.14456/rmj.2018.9. [In Thai].

Rinne, T. S., Graves, C. M., Bastian, A. L., Lindenauer, K.P., Wong, S.E., … Hebert, L.P. (2017). Association between length of stay and readmission for COPD. *The American Journal of Managed Care, 23*(8), e253-e258.

Srirat, C., & Panuthai, S. (2017). Readiness for hospital discharge, coping difficulty following discharge and health care utilization on persons with chronic obstructive pulmonary disease. *Nursing Journal, 44*(1), 13-15. [In Thai].

Srisopa, P., & Luangaram, S. (2019). The combination effects of home-based pulmonary rehabilitation program and chest wall compression with elastic band in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *The Journal of Physical Therapy, 41*(3), 138-147. [In Thai].

Sukhonthachit, P., Wattanakitkrileart, D., Pongthavornkamol, K., & Chuchottaworn, C. (2017). Insomnia experience, insomnia management strategies and quality of life in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Journal of Nursing Science, 35*(2), 100-111. [In Thai].

The Thoracic Society of Thailand under Royal Patronage. (2017). *Recommendations for the treatment of chronic obstructive pulmonary disease in 2017.* Bangkok: Beyond Enterprise Co., Ltd. [In Thai].

Veiga, G., Rodrigues, A. D., Lamy, E., Guiose, M., Pereira, C., & Marmeleira, J. (2019). The effects of a relaxation intervention on nurses' psychological and physiological stress indicators: A pilot study. *Complementary Therapies in Clinical Practice, 35,* 265-271. from https://doi.org/10.1016/j.ctcp.2019.03.008.

Vogelmeier, C. F., Román-Rodríguez, M., Singh, D, Han, M. K., Rodríguez-Roisin, R., & Ferguson, G. T. (2020). Goals OfCOPD treatment: Focus on symptoms and exacerbations. *Respiratory Medicine,166,*1-7. from https://doi.org/10.1016/j.rmed. 2020.105938.

Wedzicha, J. A., Miravitlles, M.,Hurst, J. R., Calverley, P. M. A., Albert, R. K., Anzueto, A., … Krishnan, J. A. (2017). Management of COPD exacerbations: AEuropean respiratory society/American Thoracic Society guideline. *European Respiratory Journal, 49*(3), 1600791. from https://doi.org/10. 1183/13993003.00791-2016.

Wongmanee, K., & Sirichana, W. (2020). Effect of structured information on anxiety among family caregivers of patients Withrespiratory disease using oxygen delivery devices. *Thai Red Cross Nursing Journal, 13*(1), 163-178. [In Thai].

Wangsom, A. (2016). Dyspnea management in patients with chronic obstructive pulmonary disease. *Thai Journal of Cardio-Thoracic Nursing, 27*(1), 2-12. [In Thai].

Zapatero, A., Barba, R., Ruiz, J., Losa, J. E., Plaza, S., Canora, J., & Marco, J. (2013). Malnutrition and obesity: influence in mortality and readmissions in chronic obstructive pulmonary disease patients. *Journal of Human Nutrition and Dietetics, 26*, 16-22.