

**การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน:
กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย**

กฤษฎณา คำลอยฟ้า

(วันที่รับบทความ: 3 ตุลาคม 2566, วันที่แก้ไข: 2 มกราคม 2567, วันที่ตอบรับ 3 มกราคม 2567)

บทคัดย่อ

การศึกษาค้นคว้าครั้งนี้เป็นกรณีศึกษา (case study) เพื่อเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย ที่เข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลขอนแก่น เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูล ประกอบด้วย 1) เวชระเบียนผู้ป่วยนอกและใน 2) การสังเกต การสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ วิเคราะห์ข้อมูลเปรียบเทียบตามแบบแผนสุขภาพ พยาธิสภาพ อาการแสดง และการรักษา 3) แบบบันทึกทางการพยาบาล โดยใช้แนวคิดแบบประเมินผู้ป่วยตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน เพื่อให้ทราบปัญหาของผู้ป่วย นำข้อมูลที่ได้มาวางแผนให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะก่อนจำหน่าย

ผลการศึกษา: กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุที่ยังไม่เลิบบุหรี่ มารับการรักษาไม่ต่อเนื่อง และมีประวัติการติดเชื้อทางเดินหายใจร่วมด้วย ซึ่งทำให้มีโอกาสสูงที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน การประเมินผู้ป่วยในภาวะวิกฤตอย่างรวดเร็วและการพยาบาลที่มีประสิทธิภาพจะช่วยลดความรุนแรง ลดอัตราการเสียชีวิตผู้ป่วยได้ การวางแผนจำหน่ายและการดูแลอย่างต่อเนื่องด้วยความร่วมมือของทีมนสหสาขาวิชาชีพ ผู้ป่วยและญาติจะช่วยลดอุบัติการณ์อาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ดังนั้นพยาบาลจึงมีบทบาทในการดูแลผู้ป่วยทั้งในภาวะปกติและวิกฤตซึ่งต้องมีความรู้ ทักษะ ความชำนาญที่เป็นพิเศษในการดูแลผู้ป่วย เพื่อนำไปวางแผนปฏิบัติการพยาบาลตามมาตรฐานสอดคล้องกับแผนการรักษาตั้งแต่แรกรับจนจำหน่าย เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยและมีคุณภาพชีวิตที่ดี

คำสำคัญ : กระบวนการพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, อาการหอบกำเริบเฉียบพลัน, 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่น

Corresponding author: กฤษฎณา คำลอยฟ้า E-mail: krisana.1802@gmail.com

Nursing Care for Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease Experiencing Acute Exacerbations: Two Comparative Case Studies

Krisana Kumloypha

(Received 3rd October 2023; Revised : 2nd January 2024; Accepted 3rd January 2024)

Abstract

This case study compares two chronic obstructive pulmonary disease (COPD) patients with acute exacerbations who were admitted to Khon Kaen Hospital. The tools used to collect data include 1) outpatient and inpatient medical records and 2) observation and interviews with patients and relatives. Analyze comparative data according to health patterns, pathology, symptoms, and treatment. 3) Nursing record form. The study utilized the concept of patient assessment based on Gordon's 11 health patterns to understand the patient's problems. To understand the patient's problems, use the information obtained to plan nursing care for COPD patients with acute exacerbations, determine nursing diagnoses, and evaluate nursing results in 3 phases: the critical, rehabilitation, and pre-discharge phases.

Results: Both case studies involve elderly individuals who have not yet quit smoking, receive intermittent treatment, and have a history of respiratory infections, which increases the likelihood of experiencing acute exacerbations. Swiftly assessing patients during a crisis and providing effective nursing care can reduce the severity and mortality rate. Discharge planning and ongoing care, with the collaboration of a multidisciplinary team, patients, and their relatives, can help reduce the incidence of acute exacerbations. Therefore, nurses play a crucial role in caring of patients in typical and critical situations, necessitating special knowledge, skills, and expertise inpatient care. The aim is to play standard nursing procedures consistent with the treatment plan from the initial admission until discharge, ensuring patient ensuring patient safety and quality of life.

Keywords : Nursing Care, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Acute Exacerbation
Gordon's 11 health patterns

Professional Nurse, Outpatient Department, Khon Kaen Hospital

Corresponding author: Krisana Kumloypha, E-mail: krisana.1802@gmail.com

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstruction Pulmonary Disease) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Non-Communicable Disease) เกี่ยวข้องกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร เป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตในระดับต้นๆ ของประชากรโลกโดยมีสาเหตุหลักที่สำคัญ คือ ควันบุหรี่ ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมและถุงลมนำไปสู่การอักเสบเรื้อรังความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง หลักการดูแลรักษาที่สำคัญคือป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการติดเชื้อซ้ำคงสภาพร่างกายให้ดีที่สุด ถ้ามีระบบการหายใจล้มเหลวต้องใส่เครื่องช่วยหายใจหรืออาจเสียชีวิตได้ การรักษาจึงต้องทำหลายๆ ด้านพร้อมกันทั้งการรักษาโดยการสูดยาและการรักษาโดยไม่สูดยา⁽¹⁾ ปัจจัยเสี่ยงที่สำคัญที่สุดของ COPD คือการสูบบุหรี่ในประเทศไทยจากการสำรวจล่าสุดปี พ.ศ. 2557 พบว่าอัตราการสูบบุหรี่ร้อยละ 20.7 (11.4 ล้านคน) และอายุเฉลี่ยที่เริ่มสูบบุหรี่ 16.8 ปี (พ.ศ. 2550) เป็น 15.6 ปี (พ.ศ. 2557) แม้ว่าจะมีการรณรงค์งดสูบบุหรี่ในประเทศไทยมาอย่างต่อเนื่อง ดังนั้นการป้องกันไม่เกิดผู้สูบบุหรี่ใหม่ทั้งบุหรี่ยาสูบและบุหรี่ไฟฟ้า และการช่วยเหลือผู้ที่สูบบุหรี่ให้เลิกสูบบุหรี่ จึงมีความสำคัญเป็นอย่างยิ่งในการป้องกันการเกิด COPD ส่วนปัจจัยอื่นที่มีผลและกำลังเป็นปัญหาในประเทศไทยคือมลพิษในอากาศ และในบางการศึกษาายังแสดงให้เห็นว่าระดับมลพิษในอากาศที่สูงขึ้นยังส่งผลต่ออัตราการเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลของผู้ป่วยอีกด้วย⁽²⁾

การกำเริบของโรค (Exacerbations) เป็นการเปลี่ยนแปลงของอาการหายใจลำบาก ไอและ/หรือการมีปริมาณเสมหะเพิ่มขึ้นจากภาวะที่เป็นอยู่ทุกวันทำให้ต้องเปลี่ยนแปลงการรักษา การกำเริบของโรคจะพบเมื่อมีสิ่งกระตุ้น เช่น การติดเชื้อทั้งแบคทีเรีย และไวรัส มลภาวะในสิ่งแวดล้อม และปัจจัยที่ยังไม่ทราบสาเหตุ การติดเชื้อทำให้เกิดการอักเสบในทางเดินหายใจมากขึ้น การคั่งของอากาศเพิ่มขึ้น การระบายอากาศออกน้อยลงทำให้หายใจลำบากมากขึ้น V/Q mismatch เพิ่มขึ้นทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในกระแสเลือดได้ ภาวะอื่น ๆ เช่น ปอดอักเสบ การมีก้อนอุดกั้นในหลอดเลือด (thromboembolism) และภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน อาการที่เกิดขึ้นอาจคล้ายคลึงกันกับอาการกำเริบและจะทำให้อาการกำเริบรุนแรงขึ้น⁽¹⁾

การเกิดการกำเริบมีผลต่ออัตราการเสียชีวิตและสมรรถภาพปอดของผู้ป่วย COPD จากระบบคลังข้อมูลด้านการแพทย์และสาธารณสุข (Health Data Center : HDC) ของประเทศไทย พบว่าผู้ป่วย COPD ในประเทศไทยมีอัตราการกำเริบปี พ.ศ. 2562 และพ.ศ. 2563 จำนวน 134 และ 124.8 ครั้งต่อ 100 ราย ผู้ป่วย COPD และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 18,925 และ 18,169 คนตามลำดับ⁽²⁾ ของจังหวัดขอนแก่น พบว่าผู้ป่วย COPD อัตราการกำเริบปี พ.ศ. 2562 และพ.ศ. 2563 จำนวน 87.88 และ 92.99 ครั้งต่อ 100 รายผู้ป่วย COPD และมีผู้เสียชีวิต จำนวน 2,039 และ 2,142 คนตามลำดับ และโรงพยาบาลขอนแก่น จังหวัดขอนแก่นพบว่าผู้ป่วย COPD อัตราการกำเริบ

ปี พ.ศ. 2562 และพ.ศ. 2563 จำนวน 73.97 และ 83.60 ครั้งต่อ 100 รายผู้ป่วย COPD และ (THIP II โรงพยาบาลขอนแก่น) อัตราการเสียชีวิตปี พ.ศ. 2562 และพ.ศ. 2563 ร้อยละ 1.97 และ 2.17⁽³⁾ ตามลำดับ พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอาการหอบกำเริบเฉียบพลันที่นำไปสู่ภาวะหายใจล้มเหลวจากความรุนแรงของโรคเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในระยะปกติ และระยะฉุกเฉินโดยการให้ความรู้ ติดตามการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แนะนำการปรับรูปแบบการดำเนินชีวิต เช่น การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกายฟื้นฟูสภาพปอดที่เหมาะสมกับบุคคล การดูแลสิ่งแวดล้อมสิ่งกระตุ้นต่างๆ และการพักผ่อนที่เพียงพอ นอกจากนี้พยาบาลมีบทบาทเป็นผู้บริหารจัดการในการวางแผนและดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยและเป็นผู้ร่วมทีมสุขภาพในการดูแลผู้ป่วยเฝ้าระวังเพื่อป้องกันอาการหอบกำเริบของโรค การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด และสมรรถภาพทางกาย การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัว เพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองได้อย่างมีความสุข ดังนั้นผู้เขียนบทความจึงได้นำกรณีศึกษาทั้ง 2 กรณี มาถอดบทเรียนเพื่อวิเคราะห์เปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย COPD และวิเคราะห์กรณีศึกษาตามกรอบแนวคิดประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน นำไปสู่การพัฒนากระบวนการให้การพยาบาลผู้ป่วย COPD อย่างมีประสิทธิภาพและประสิทธิผลต่อไป

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการใช้กระบวนการพยาบาลในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วย COPD ที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน จำนวน 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาล และกรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁽⁴⁾ กรณีศึกษา 2 ราย

วิธีดำเนินการศึกษา

ศึกษาในผู้ป่วย COPD ที่มารับบริการในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังผู้ป่วยนอก และมีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันเข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรมชายโรงพยาบาลขอนแก่น และติดตามอาการต่อเนื่องที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยนอก ดำเนินการศึกษาระหว่างเดือนตุลาคม 2565-กันยายน 2566 มีขั้นตอนดังนี้ 1) คัดเลือกผู้ป่วยที่จะทำการศึกษาแบบเจาะจง จำนวน 2 รายที่มารับการการรักษาในหอผู้ป่วยอายุรกรรม โรงพยาบาลขอนแก่น ศึกษาข้อมูลจาก 1) เวชระเบียน สังเกต และสัมภาษณ์ผู้ป่วยและญาติ 2) ทบทวนเอกสาร ตำรา งานวิจัย บทความทางวิชาการ แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁽⁴⁾ การวินิจฉัย การรักษาและกิจกรรมการพยาบาลที่เกี่ยวข้อง 3) วางแผนให้การพยาบาลกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้กรอบแนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน ติดตามประเมินผล และสรุปผลการพยาบาล ผลลัพธ์การพยาบาลใน 3 ระยะ ได้แก่ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะก่อนจำหน่าย

1. ข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วย

ตารางที่ 1 สรุปเปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วย ของกรณีศึกษา 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1.ข้อมูลทั่วไป	เพศชาย อายุ 77 ปี ส่วนสูง 172 เซนติเมตร น้ำหนัก 45 กิโลกรัม BMI 15.21 สถานภาพ คู่ การศึกษาประถมศึกษาปีที่ 4 อาชีพ เกษตรกรรม ศาสนาพุทธ จำนวน สมาชิกในครอบครัว 5 คน สิทธิบัตร บัตรทอง	เพศชาย อายุ 80 ปี ส่วนสูง 165 เซนติเมตร น้ำหนัก 65 กิโลกรัม BMI 23.88 สถานภาพ คู่ การศึกษามัธยมศึกษาตอนต้น อาชีพ ข้าราชการบำนาญ ศาสนาพุทธ จำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน สิทธิบัตรเบิกจ่ายตรง
2.อาการสำคัญ	หายใจหอบ 1 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาล	ไข้ ไอ หอบ 10 ชั่วโมงก่อนมา โรงพยาบาล
3.ประวัติการรักษา	เข้ารับการรักษาที่คลินิก COPD โรงพยาบาลขอนแก่นปี พ.ศ.2560 ด้วยอาการ ไอเรื้อรัง หายใจเหนื่อย หอบ ตรวจสไปโรเมทรี แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรค COPD	เข้ารับการรักษาที่คลินิก COPD โรงพยาบาลขอนแก่นปี พ.ศ.2563 ด้วยอาการ ไอเรื้อรัง หายใจเหนื่อย หอบ ตรวจสไปโรเมทรี แพทย์ให้การวินิจฉัยว่าเป็นโรค COPD
4.ประวัติการเจ็บป่วย ในปัจจุบัน	4 ชั่วโมงก่อนมา ไอ หายใจเหนื่อย หอบ 1 ชั่วโมงหายใจเหนื่อยหอบมากขึ้น พ้นยาที่บ้านไม่ทุเลาจึงมา โรงพยาบาล	3 วันก่อนมา ไอ หายใจเหนื่อยหอบ 2 วันก่อนมา ไข้ แน่นหน้าอก 10 ชั่วโมง ไข้ ไอและเหนื่อยหอบมากขึ้นจึงมาโรงพยาบาล
5.โรคร่วมในปัจจุบัน	Old pulmonary TB, Post COVID-19	Old pulmonary TB, HT, DLP
6.ประวัติการแพ้ยา	ไม่เคยมีประวัติแพ้ยา อาหารและสารใดๆ	แพ้ยา Penicillin มีอาการผื่นคัน ไม่มีประวัติแพ้อาหารและสารใดๆ
7.ประวัติการเจ็บป่วย ในครอบครัว	ปฏิเสธการเป็นโรคร้ายแรงในครอบครัว	ภรรยาเป็นโรคความดันโลหิตสูง
8.ประวัติการดื่มสุรา และสูบบุหรี่	ไม่ดื่มสุรา เคยสูบบุหรี่ 20 มวน/วัน เป็นเวลาประมาณ 20 ปีปัจจุบันสูบวันละ 2-3 มวน/วัน	ไม่ดื่มสุรา เคยสูบบุหรี่ 20 มวน/วันเป็นเวลาประมาณ 40 ปีเลิกสูบประมาณ 10 ปี มีลูกเคยสูบบุหรี่ทั้ง ภายในและภายนอกบ้าน

จากตารางที่ 1 เปรียบเทียบข้อมูลทั่วไป และข้อมูลการเจ็บป่วย พบว่ากรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้สูงอายุ เข้ารับการรักษาด้วยอาการหายใจเหนื่อยหอบ มีประวัติเคยติดเชื้อไวรัสโคโรนามาก่อน กรณีศึกษารายที่ 1

ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ และมีประวัติติดเชื้อ COVID-19 กรณีศึกษารายที่ 2 มีลูกเขยสูบบุหรี่ทั้งในและนอกบ้านและมีโรคร่วมคือ HT,DLP ซึ่งสอดคล้องกับปัจจัยที่เกี่ยวข้องของผู้ป่วย COPD ที่มีอาการหอบกำเริบต้องเข้ารับการรักษาด้วยในโรงพยาบาล⁽¹⁾

ตารางที่ 2 สรุปเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
CBC : WBC	4.5-10.0 cell/mm ³	16.33 cell/mm ³	15.7 cell/mm ³
: Hemoglobin	12.0-16.0 g/dL	11.8 g/dL	13.2 g/dL
: Hematocrit	37.0-47.0 %	38.3 %	38.2 %
: Platelet	140-440 10 ³ /uL	367 10 ³ /uL	280 10 ³ /uL
: Albumin	3.4 g/dL	3.3 g/dL	3.2 g/dL
กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมี Hematocrit และ Albuminต่ำ มีภาวะร่างกายได้รับสารอาหารไม่เพียงพอ			
BUN	6-19 mg/dL	8 mg/dL	10 mg/dL
Creatinine	0.50-1.50 mg/dL	0.4 mg/dL	0.87 mg/dL
eGFR(CKDEPI)	≥90.00 mL/min1.73m ²	88.10 mL/min1.73m ²	81.93 mL/min1.73m ²
กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 2			
Sodium	130-147	141	123
Potassium	3.40-4.7	3.29	3.08
กรณีศึกษาทั้ง 2 รายมีค่า Potassium ต่ำได้ให้การรักษาและติดตามผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการต่อเนื่องจนค่าโปแตสเซียมอยู่ในระดับปกติ			
pH	7.35-7.45	7.403	7.402
pO ₂	80-100 mmHg	45.5 mmHg	34.8 mmHg
pCO ₂	35-45 mmHg	36.7 mmHg	33.7 mmHg
HCO ₃	22-26 mEq/L	23 mEq/L	21.1 mEq/L

ตารางที่ 2 สรุปเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ต่อ)

การตรวจ	ค่าปกติ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีค่า pO2 ต่ำ แสดงว่าผู้ป่วยมีภาวะหายใจล้มเหลวได้ให้การรักษาและติดตามผลการตรวจทาง ห้องปฏิบัติการต่อเนื่องจนค่า pO2 อยู่ในระดับปกติ			
Sputum gram stain	Not found	Few gram +ve cocci, Few WBC	Few gram -ve bacilli, Moderate WBC
X-ray Chest	No active pulmonary disease	Infiltration at RUL both lung	Infiltration at RUL both lung
กรณีศึกษาทั้ง 2 รายพบการกระจายของเสมหะหรือสารคัดหลั่ง แบบฝ้าขาว (infiltration) ที่ตำแหน่งปอดข้าง ขวาด้านบน แผลผลมีภาวะปอดอักเสบ			

2. การประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวคิดการ ประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน รวบรวมข้อมูลโดยใช้แบบประเมิน

ภาวะสุขภาพตาม กรอบ 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน(4) ดังตารางที่ 3

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

แบบแผนประเมินภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	รับรู้ว่าคุณเองมีภาวะเจ็บป่วยด้วย โรค COPD มีอาการหอบ กำเริบเฉียบพลัน คิดว่าเป็นโรคที่รักษาหายผู้ป่วยใช้ยาพ่นไม่สม่ำเสมอ จะมาโรงพยาบาลเมื่อหายหมด	ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมี ภาวะเจ็บป่วยด้วยโรค COPD ที่มีอาการหอบ กำเริบเฉียบพลัน รู้ว่าเป็นโรคเรื้อรัง แต่ผู้ป่วยใช้ยาพ่นสลับกัน	รายที่ 1 รับรู้ว่าเป็นโรคที่รักษาหายขาด ใช้ยาพ่นไม่สม่ำเสมอ รายที่ 2 ใช้ยาพ่นขยายหลอดลมไม่ถูกต้องนำไปสู่ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากความรู้ ความตระหนัก และการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้องและไม่ต่อเนื่อง

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน (ต่อ)

แบบแผนประเมิน ภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
โภชนาการและการ เผาผลาญสารอาหาร	น้ำหนัก 45 กก. BMI 15.2 ผล Albumin 3.3 มีภาวะขาดสารอาหาร ได้รับอาหารทางสายยางหลังจากนั้นอาการดีขึ้นรับประทานอาหารอ่อนได้ น้ำหนักเท่าเดิม	น้ำหนัก 65 กก. BMI 23.88 ผล Albumin 3.2 มีภาวะขาดสารอาหารได้รับอาหารทางสายยางหลังจากนั้นอาการดีขึ้นรับประทานอาหารอ่อนได้ น้ำหนักเท่าเดิม	รายที่ 1 BMI 15.2 ผล Albumin 3.3 รายที่ 2 BMI 23.88 ผล Albumin 3.2 ได้รับอาหารทางสายยาง ทั้ง 2 ราย นำไปสู่ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีภาวะไม่สมดุลของน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย
การขับถ่าย	สามารถปัสสาวะ อุจจาระได้เอง	สามารถปัสสาวะ อุจจาระได้เอง	รายที่ 1 และ 2 ไม่มี ปัญหาเรื่องการขับถ่าย
กิจวัตรประจำวันและ การออกกำลังกาย	ทำกิจวัตรประจำวันได้ เอง แต่มีอาการเหนื่อย ง่าย เดินไกลไม่ได้ ไม่ ออกกำลังกาย การ ทำกิจกรรมจำกัดอยู่ ภายในบริเวณบ้าน	ทำกิจวัตรประจำวัน ด้วยตนเองได้น้อย ต้องมีภรรยาและ ลูกสาวช่วย มีอาการ เหนื่อยง่าย เดินเซต้อง มีคนพยุง/ไม่ทำช่วย สามารถเดินรอบบ้าน ได้นานๆ ครั้ง	รายที่ 1 และ 2 ทำ กิจวัตรประจำวันได้เอง แต่มีอาการเหมือนกัน คือเหนื่อยง่าย นำไปสู่ ข้อวินิจฉัยการพยาบาล 1. มีภาวะเนื้อเยื่อของ ร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจาก ประสิทธิภาพ ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ ลดลง 2. ผู้ป่วยสูญเสีย ความสามารถใน การเคลื่อนไหวและ ความทนต่อการปฏิบัติ กิจกรรมลดลงเนื่องจาก พร่องออกซิเจนและ หายใจลำบาก

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน (ต่อ)

แบบแผนประเมิน ภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
การพักผ่อนนอนหลับ	นอนหลับวันละ 6-7 ชั่วโมง ขณะนอนโรงพยาบาลหลายๆตื่นๆ เหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด	นอนหลับวันละ 6-7 ชั่วโมง ขณะนอนโรงพยาบาลหลายๆตื่นๆ ไอบ่อย เหนื่อย ใฝ่สว่าง เสียงดัง	รายที่ 1 และ 2 นอนหลับๆ ตื่นๆ รายที่ 1 จากเหนื่อย หายใจไม่เต็มปอด รายที่ 2 จากไอบ่อย เหนื่อย ใฝ่สว่าง เสียงดังนำไปสู่ข้อวินิจฉัยการพยาบาล แบบแผนการพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบ
สติปัญญาและการรับรู้	อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ได้รับความรู้เรื่องโรค COPD ตั้งแต่เริ่มการรักษา แต่ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ ขณะนอนโรงพยาบาลรู้สึกตัวดี	อ่านหนังสือออก เขียนหนังสือได้ ได้รับความรู้เรื่องโรค COPD ตั้งแต่เริ่มการรักษา แต่มีอาการหลงลืม ใฝ่ยา พ้นผิดบ่อย ขณะนอนโรงพยาบาลรู้สึกตัวดี	รายที่ 1 อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ ยังสูบบุหรี่ รายที่ 2 มีอาการหลงลืม ใฝ่ยา พ้นผิดบ่อยนำไปสู่ข้อวินิจฉัยการพยาบาล มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากความรู้ความตระหนัก และการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้อง และไม่ต่อเนื่อง
การรับรู้ตนเอง และ อัตมโนทัศน์	รับทราบว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วย ลูกสาวต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน กลัวกลับไปอยู่บ้านจะเป็นภาระของครอบครัว	รับทราบว่าตนเองมีภาวะเจ็บป่วย ภรรยาและลูกสาวต้องช่วยเหลือในการทำกิจวัตรประจำวัน กลัวกลับไปอยู่บ้านจะเป็นภาระของครอบครัว	รายที่ 1 และ 2 มีการรับรู้ตัวเองเจ็บป่วย

ตารางที่ 3 เปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน (ต่อ)

แบบแผนประเมิน ภาวะสุขภาพ	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์แล้วนำไปสู่การพยาบาล
บ ท บ า ท แ ล ะ สัมพันธ์ภาพ	มีบทบาทเป็นหัวหน้า ครอบครัว เมื่อเจ็บ ป่วยดูแลตนเองได้ น้อย ทำให้บุตรสาว ต้องหยุดงานมาดูแล และในครอบครัวมี สัมพันธ์ภาพดี	มีบทบาทเป็นหัวหน้า ครอบครัวต้องดูแล ภรรยา มีรายได้จากเงิน บำนาญ บุตรชายต้อง ทำงานเลี้ยงครอบครัว แทน และในครอบครัว มีสัมพันธ์ภาพดี	รายที่ 1 และ 2 บทบาทเป็นหัวหน้า และในครอบครัวมี สัมพันธ์ภาพดี
เพศและการเจริญพันธุ์	ไม่มีเพศสัมพันธ์จาก อายุมาก ต้องการกำลังใจ ใจจากภรรยาและ ลูกสาว	ไม่มีเพศสัมพันธ์จาก อายุมาก ต้องการกำลังใจ ใจจากภรรยาและ ลูกสาว	รายที่ 1 และ 2 เพศ และการเจริญพันธุ์ เหมาะสม
การปรับตัวและการ เผชิญกับความเครียด	มีความวิตกกังวล เนื่องจากเจ็บป่วย รุนแรง ต้องนอนรักษา ในโรงพยาบาลนาน กว่าทุกครั้ง ภรรยา และลูกสาวกลัว ช่วยเหลือตัวเองไม่ได้	มีความวิตกกังวล เนื่องจากเจ็บป่วย รุนแรง ต้องนอนรักษา ในโรงพยาบาลนาน กว่าทุกครั้ง ภรรยา และลูกสาวกลัวช่วย เหลือตัวเองไม่ได้	รายที่ 1 และ 2 มีความ วิตกกังวลเนื่องจาก เจ็บป่วยรุนแรงเหมือน กัน นำไปสู่ข้อวินิจฉัย การพยาบาล ผู้ป่วย และครอบครัวมีความ วิตกกังวลต่อภาวะ เจ็บป่วย
คุณค่าและความเชื่อ	ครอบครัวของผู้ป่วยมี ความเชื่อและปฏิบัติ ตามหลักศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ	ครอบครัวของผู้ป่วยมี ความเชื่อและปฏิบัติ ตาม หลักศาสนาพุทธ เชื่อเรื่องบาปบุญ	รายที่ 1 และ 2 มีความ เชื่อที่ไม่แตกต่างกัน

3. การพยาบาล การพยาบาลผู้ป่วย COPD ที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน ให้การพยาบาลเป็น 3 ระยะ คือ ระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟู และระยะวางแผนจำหน่าย ในแต่ละระยะมีข้อวินิจฉัยการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล รายละเอียดดังนี้

การพยาบาลระยะวิกฤต

1) มีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความรู้สึกตัว รู้สึกตัวดี
2. ไม่มีปลายมือปลายเท้า และริมฝีปากซีด ไม่มีอาการกระสับกระส่าย
3. ความดันโลหิต MAP > 65 mmHg, SBP > 90 mmHg
4. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที
5. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%

6. ไม่มีเสียงปอดผิดปกติ

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินระดับความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดควรมากกว่า 95 % และประเมินระดับความรู้สึกตัว ลักษณะการหายใจ สภาพสีผิว ปลายมือปลายเท้า และริมฝีปากซีด มีอาการกระสับกระส่าย และสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง รายงานแพทย์เมื่อผิดปกติ
2. ฟังเสียงปอดเพื่อประเมินการหดตัวของหลอดลม และช่วยทำกายภาพบำบัดทรวงอก

3. ดูแลทางเดินหายใจให้โล่ง จัดให้งอศีรษะสูง 45 องศา

4. ดูแลให้ได้รับยาขยายหลอดลมตามแผนการรักษา

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีระดับความรู้สึกตัวไม่เปลี่ยนแปลง ไม่มีปลายมือปลายเท้า และริมฝีปากซีด ไม่มีอาการกระสับกระส่าย ฟังเสียงปอดไม่มี wheezing both lung กรณีศึกษารายที่ 1 อุณหภูมิร่างกาย 36.9 องศาเซลเซียส, ชีพจร 90 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 120/75 มิลลิเมตรปรอท และ O₂ saturation 98-100% กรณีศึกษารายที่ 2 อุณหภูมิร่างกาย 37.2 องศาเซลเซียส, ชีพจร 90 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20 ครั้ง/นาที, ความดันโลหิต 150/75 มิลลิเมตรปรอท และ O₂ saturation 97-100%

2) มีภาวะติดเชื้อทางเดินหายใจ

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยปลอดภัยจากการติดเชื้อ

เกณฑ์การประเมิน

1. อุณหภูมิ 36.5-37.5 องศาเซลเซียส
2. อาการไอลดลง ไม่เหนื่อยหอบ
3. ผลตรวจ Sputum gram stain not found
4. ผลตรวจ Sputum culture no growth
5. ผลเอกซเรย์ปอดปกติ
6. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินการหายใจทุก 4 ชั่วโมง อัตราการหายใจมากกว่า 20 ครั้งต่อนาที รายงานแพทย์
2. วัดอุณหภูมิทุก 4 ชั่วโมง ถ้ามีไข้ อุณหภูมิมากกว่า 37.5 องศาเซลเซียส ให้การพยาบาลลดไข้
3. ประเมินความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือด ทุก 4 ชั่วโมง ถ้าน้อยกว่า 95 % รายงานแพทย์
4. ดูแลการจัดท่าผู้ป่วยให้อยู่ในท่าศีรษะสูง ประมาณ 45 องศา ดูแลให้ออกซิเจนและพ่นยา
5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยลุกนั่งหรือพลิกตะแคงตัว และฝึกให้ผู้ป่วยหายใจเข้าออกลึกๆ
6. ดูแลให้ผู้ป่วยได้รับยาปฏิชีวนะ ตามแผนการรักษา และติดตามผลข้างเคียงของยา
7. ติดตามผลเอกซเรย์ปอด ผลตรวจ Sputum gram stain, Sputum culture ตามแผนการรักษา

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีไข้ หลัง Admit วันที่ 2 อาการไอลดลง ไม่เหนื่อยหอบในวันที่ 5 หลัง Admit ผลตรวจ Sputum culture no growth กรณีศึกษา รายที่ 1 O₂ saturation 98-100% และผลตรวจ Neutrophil 66.4% กรณีศึกษา รายที่ 2 O₂ saturation 97-100% และผลตรวจ Neutrophil 65.1%

3) มีภาวะไม่สมดุลของน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยมีภาวะสมดุลของน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่

เกณฑ์การประเมิน

1. ได้รับสารน้ำทางหลอดเลือดดำทดแทน
2. สามารถรับอาหารทางปากได้
3. ค่า Albumin > 3.5 U/dl
4. น้ำหนักเพิ่มขึ้น 0.5 กิโลกรัมใน 2 สัปดาห์

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินค่า BMI และประเมินน้ำหนักทุก 1 สัปดาห์
2. ดูแลการให้สารน้ำ สารอาหารอย่างเพียงพอ
3. ดูแลให้ได้รับอาหารทางสายยาง (NG tube) BD (1:1) 300 ml x3 feed ขณะให้อาหารควรจัดท่าให้บนศีรษะสูง 30-45 องศา กรณีรับประทานได้น้อย
4. กรณีสามารถรับประทานอาหารได้เองให้รับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่เพิ่มจำนวนมื้อเป็น 5-6 มื้อต่อวัน
5. ดูแลให้ได้รับอาหารที่เหมาะสมกับโรคและสภาพผู้ป่วยเร็วที่สุดตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ติดตามค่า Albumin ในเลือด
7. ประสานนักโภชนาการในการคำนวณสารอาหารในแต่ละมื้อ และการให้อาหารเสริมระหว่างมื้ออาหาร

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ไม่มีอาการสับสน และกล้ามเนื้ออ่อนแรง ผลการตรวจ Electrolyte ปกติ

การพยาบาลระยะฟื้นฟู

4) ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว และความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองได้มากขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับความรู้สึกตัว ตื่นรู้สึกตัวดี
2. ความดันโลหิต MAP > 65 mmHg, SBP > 90 mmHg
3. ชีพจร 60-100 ครั้ง/นาที
4. ความเข้มข้นของออกซิเจนในเลือดมากกว่า 95%
5. ผู้ป่วยสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ในการดูแลตนเองได้มากขึ้น
6. ญาติให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะทำกิจกรรม

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินความสามารถของผู้ป่วยในการทำกิจวัตรประจำวัน
2. จัดระบบกิจวัตรประจำวัน และสิ่งแวดล้อมให้เหมาะสมกับอาการเปลี่ยนแปลงของผู้ป่วย
3. สังเกตและประเมินอาการของผู้ป่วยขณะทำกิจกรรม เช่น เหนื่อยหอบมากขึ้น อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้น อ่อนเพลีย หน้ามืด
4. ให้ข้อมูลผู้ป่วยและญาติ เรื่องพยาธิสภาพของโรคและผลข้างเคียงของยา ทำให้ทำกิจวัตรประจำวันหรือกิจกรรมต่างๆ ได้ลดลง
5. กระตุ้นให้ญาติให้ความช่วยเหลือผู้ป่วย ขณะทำกิจกรรม

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย รู้สึกตัวดี ยังอ่อนเพลีย เริ่มทำกิจวัตรประจำวันได้เองบางส่วน เช่น การรับประทานอาหาร แปรงฟัน ส่วนไปห้องน้ำ ใส่เสื้อผ้าต้องมีญาติช่วย กรณีศึกษา รายที่ 1 ชีพจร 80-100 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที และ O₂ saturation 98-100 % กรณีศึกษารายที่ 2 ชีพจร 80-110 ครั้ง/นาที, การหายใจ 20-22 ครั้ง/นาที และ O₂ saturation 97-100 %

5) แบบแผนการพักผ่อนไม่เพียงพอเนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบ

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยนอนหลับ และหลับสนิทมากขึ้น

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยนอนหลับ และหลับสนิทมากขึ้น
2. ผู้ป่วยสีหน้าสดชื่นขึ้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. ประเมินสาเหตุการนอนไม่หลับ และปริมาณการนอนหลับทั้งเชิงปริมาณและคุณภาพ
2. จัดสิ่งแวดล้อมให้เงียบ และแสงสว่างพอเพียง
3. ให้มีกิจกรรมในตอนกลางวัน เช่น การดูทีวี การฟังวิทยุ
4. สร้างสัมพันธภาพให้ผู้ป่วยไว้วางใจ และระบายความวิตกกังวลแก่ญาติผู้ป่วย และเจ้าหน้าที่
5. ปรึกษาพยาบาลจิตเวชประเมินผู้ป่วย และส่งพบจิตแพทย์ ในการรักษาให้ยาคลายเครียด
6. ขอความร่วมมือกับญาติผู้ป่วยในการ

ลดสิ่งเร้า ไม่ให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวล

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย นอนหลับพักผ่อน ได้มากขึ้นวันละ 6-7 ชั่วโมงไม่บ่นเหนื่อยหอบ สิ้นหน้าสดขึ้นขึ้น

6) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย

วัตถุประสงค์ ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลลดลง และมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา

เกณฑ์การประเมิน

1. สิ้นหน้าสดขึ้นขึ้น
2. ผู้ป่วยมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคและแนวทางการรักษา

กิจกรรมการพยาบาล

1. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยซักถามปัญหาเกี่ยวกับโรค การเจ็บป่วย และแนวทางการรักษา
2. ทบทวนให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของโรค การดำเนินของโรค และแผนการรักษา
3. ประสานให้ทีมแพทย์ผู้รักษาและทีมสหสาขาวิชาชีพ เยี่ยมผู้ป่วย
4. สอนแนะนำเทคนิคการผ่อนคลาย เช่น การฝึกหายใจ การทำจิตใจให้สงบ อ่านหนังสือ ฟังเพลง สวดมนต์
5. รายงานแพทย์ในกรณีผู้ป่วยวิตกกังวลเพิ่มขึ้น

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล เข้าใจในอาการแผนการรักษาให้ความร่วมมือและยอมรับความเจ็บป่วย สิ้นหน้าสดขึ้นขึ้น

ระยะวางแผนจำหน่าย

7) มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจาก **ความรู้ ความตระหนัก และการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้อง และไม่ต่อเนื่อง**

วัตถุประสงค์ เพื่อส่งเสริมให้ผู้ป่วยปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง และลดอุบัติเหตุการกลับมารักษาซ้ำ

เกณฑ์การประเมินผล

1. ผู้ป่วยบอกถึงพยาธิสภาพ วิธีการปฏิบัติตัวเกี่ยวกับการเพิ่มสมรรถภาพปอด การใช้ยา การหลีกเลี่ยงสิ่งกระตุ้นการรักษาต่อเนื่อง และอาการผิดปกติได้

กิจกรรมการพยาบาล

การวางแผนการจำหน่ายโดยใช้หลัก D-METHOD ร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ

1. D-Diagnosis อธิบายผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสาเหตุการดำเนินของโรค การรักษา และการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเพื่อลดอุบัติเหตุการกลับมารักษาซ้ำ
2. M-Medicine แนะนำความจำเป็นของการใช้ยาให้ถูกต้องและต่อเนื่องของยาพ่น steroid และอื่นๆครอบคลุมถึงสรรพคุณของยา ขนาด วิธีใช้ และอาการข้างเคียง เช่น ลื่นเป็นฝ้าขาว และวิธีป้องกัน รักษา
3. E-Environment แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดโล่ง จัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และหลีกเลี่ยงการเข้าไปในชุมชนแออัด เสี่ยงต่อการติดเชื้อ เนื่องจากเป็นวัยสูงอายุมีโอกาสที่จะติดเชื้อได้ง่าย
4. T-Treatment ผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแผนและแนวทางการ

รักษาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่พยาบาลอธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและจำเป็นต้องมารักษาตามนัดและต่อเนื่อง

5. H-Health แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การจัดการตนเองให้มีความต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์อาการหอบกำเริบเฉียบพลัน และจะทำให้การ Progress ของพยาธิสภาพของปอดมีมากขึ้น

6. O-Out patient แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสิทธิการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และหากมีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนแพทย์นัด หรือกรณีฉุกเฉินสามารถติดต่อผ่าน 1669

7. D-Diet แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและมีสารอาหารครบ 5 หมู่เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตร เพื่อขับเสมหะออกอย่างง่าย

การประเมินผล

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายผู้ป่วยและญาติตั้งใจฟัง เมื่อสอบถามถึงวิธีการปฏิบัติตัวเพื่อวางแผนกลับบ้าน สามารถบอกได้ถูกต้องและเน้นย้ำ ทวนซ้ำ กับผู้ป่วยและญาติเนื่องจากผู้ป่วยสูงอายุ มีอาการหลงลืมง่าย

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาทั้ง 2 รายเป็นเพศชาย อยู่ในวัยผู้สูงอายุ มีประวัติเคยติดเชื้อวัณโรคมาก่อนรักษาหายแล้ว มีประวัติสูบบุหรี่มากกว่า 20 pack/year มาโรงพยาบาลด้วยอาการไอ หายใจเหนื่อยหอบ ตรวจร่างกายฟังเสียงปอดพบ Wheezing both lungs, Film chest

พบ Infiltration at RUL both lung ผลการตรวจ CBC พบ WBC และ Neutrophil สูง และมี Hemoglobin, Hematocrit และ Albumin ต่ำ ผลการตรวจอิเล็กโตรไลต์พบ Potassium ต่ำ ตรวจเสมหะ Sputum G/S พบเชื้อแบคทีเรียและเม็ดเลือดขาว ได้รับการวินิจฉัยว่า COPD with acute exacerbation ส่วนข้อที่แตกต่างกันคือ กรณีศึกษา รายที่ 1 ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ และเคยติดเชื้อ COVID 19 เมื่อปี พ.ศ.2564 กรณีศึกษา รายที่ 2 มีโรคประจำตัว HT,DLP มีประวัติไข้มาไม่ถูกต้อง และมีลูกเขยสูบบุหรี่ทั้งในและนอกบ้าน และยังพบข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกันทั้งหมด 7 ข้อ โดยแบ่งออกเป็น 3 ระยะคือระยะวิกฤต ประกอบด้วย 1) มีภาวะเนื้อเยื่อของร่างกายพร่องออกซิเจน เนื่องจากประสิทธิภาพในการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง 2) มีการติดเชื้อทางเดินหายใจ 3) มีภาวะไม่สมดุลของน้ำ สารอาหาร และเกลือแร่ เนื่องจากรับประทานอาหารได้น้อย ระยะฟื้นฟู ประกอบด้วย 4) ผู้ป่วยสูญเสียความสามารถในการเคลื่อนไหว และความทนต่อการปฏิบัติกิจกรรมลดลง เนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก 5) แบบแผนการพักผ่อนไม่เพียงพอ เนื่องจากมีอาการเหนื่อยหอบ 6) ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย และระยะการวางแผนจำหน่าย 7) มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากความรู้ความตระหนัก และการจัดการดูแลตนเองที่บ้านไม่ถูกต้อง และไม่ต่อเนื่องกรณีศึกษาทั้ง 2 รายได้รับการดูแลจนกระทั่งอาการดีขึ้น และจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล ระยะเวลาดอนรักษาในโรงพยาบาลรวม 6 วัน

นัดติดตามผลการรักษาที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลขอนแก่นเป็นเวลา 2 สัปดาห์ และ 12 สัปดาห์

อภิปรายผล

ความรุนแรงของโรค COPD ที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย คือเกิดภาวะอุดกั้นของหลอดลมอย่างรุนแรง เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันจึงต้องใส่ท่อหลอดลมคอและใช้เครื่องช่วยหายใจ เพื่อไม่ให้เสียชีวิตจากภาวะการหายใจล้มเหลว⁽⁵⁾ กระบวนการที่สำคัญในการดูแลผู้ป่วยคือการประเมินการเกิดภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนได้อย่างรวดเร็วตั้งแต่ผู้ป่วยตรวจรักษา พยาบาลสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ ระดับความรู้สึกตัว การเปลี่ยนแปลงของคลื่นไฟฟ้าหัวใจ การเพิ่มปริมาณออกซิเจนที่เข้าปอดทำให้การช่วยเหลือผู้ป่วยเป็นไปอย่างมีประสิทธิภาพ เนื่องจากโรค COPD เป็นโรคที่ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ การป้องกันการเกิดโรคถือเป็นเป้าหมายที่สำคัญที่สุด ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เป็นผู้สูงอายุ มีประวัติสูบบุหรี่ มีอาการหลงลืม ตาฝ้าฟางกรณีศึกษารายที่ 1 ยังไม่เลิกสูบบุหรี่ อ่านหนังสือไม่ออก เขียนหนังสือไม่ได้ กรณีศึกษารายที่ 2 ยังมีคนในครอบครัวสูบบุหรี่ และมีอาการหลงลืมใช้ยาพ่นผิดบ่อยครั้ง แต่ยังไม่ขาดความรู้ความเข้าใจในการปฏิบัติตัวที่ถูกต้องเหมาะสมกับโรค มีความเสี่ยงต่อการเกิดโรคซ้ำ การวางแผนจำหน่ายจึงเป็นสิ่งสำคัญ⁽⁶⁾ การทำให้ผู้ป่วยเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมนี้ถือว่ามีความยุ่งยาก เนื่องจากผู้ป่วยเป็นผู้สูงอายุ มีอาการ

หลงลืม ตาฝ้าฟาง พยาบาลมีบทบาทที่สำคัญในการสอน ให้ความรู้ แนะนำ รวมทั้งให้กำลังใจ เสริมสร้างพลังอำนาจครอบครัวให้สามารถดูแลผู้ป่วยที่บ้านได้ และลดการกลับมารักษาในโรงพยาบาลซ้ำ

ข้อเสนอแนะ

1. พยาบาลควรมีการพัฒนาทักษะและความรู้ในการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เนื่องจากสถานการณ์และสภาพแวดล้อมที่เปลี่ยนไป ตลอดแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยแตกต่างกันออกไป อาจทำให้ต้องมีการปรับเปลี่ยนการพยาบาลให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละคนและผู้ป่วยสามารถปฏิบัติได้
2. การให้คำแนะนำก่อนกลับบ้านเป็นสิ่งสำคัญเพื่อไม่ให้ผู้ป่วยมีอาการกลับเป็นซ้ำที่รุนแรงได้อีก จึงควรแนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงปัจจัยเสี่ยง สารภูมิแพ้ต่างๆอยู่ในบริเวณที่อากาศถ่ายเทดี การปฏิบัติตนเมื่ออยู่บ้าน การรับประทานยาและการปฏิบัติตัวการพ่นยาที่ถูกวิธี การกลับมาตรวจตามนัดเพื่อการรักษาที่ต่อเนื่อง
3. พยาบาลควรใช้การเสริมพลังและแรงจูงใจมีการประเมินแบบแผนการดำเนินชีวิตของผู้ป่วยร่วมกับญาติทุกครั้ง ก่อนให้คำแนะนำการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เพื่อใช้เป็นแนวทางในการปรับแบบแผนการดูแลตนเองที่บ้านให้เหมาะสมกับผู้ป่วยแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. พิมพ์ครั้งที่ 1. กรุงเทพมหานคร: ภาพพิมพ์ จำกัด; 2565.

2. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. สถิติโรคกรมการแพทย์. รายงานสถิติโรค ปีงบประมาณ2562. กรุงเทพมหานคร: สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข; 2562.
3. ศูนย์ข้อมูลโรงพยาบาลขอนแก่น. รายงานประจำปี 2565. จังหวัดขอนแก่น: โรงพยาบาลขอนแก่น; 2565.
4. พรศิริ พันธสี. กระบวนการพยาบาล และแบบแผนสุขภาพ. การประยุกต์ใช้ทางคลินิก. พิมพ์ครั้งที่2. กรุงเทพฯ: พิมพ์อักษร; 2561
5. พลอยศุภางค์ ชุ่มสระน้อย. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน. Journal of Health and Environment. 2021; 6(3): 51-54.
6. กรรณิการ์ นิยะสม. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีภาวะหายใจล้มเหลว : กรณีศึกษา. วารสารวิจัยและพัฒนาระบบสุขภาพ. 2563; 13(2): 70-77.
7. บุญสว่าง พิลาสภา. การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลัน : กรณีศึกษา 2 ราย.วารสารสุขภาพสิ่งแวดล้อมศึกษา 2566; 8(1): 232-242.
8. พวงเพชร ใจคำ, เดชา ทำดี, ศิวพร อังวัฒนา. ปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับพฤติกรรมจัดการตนเองของชาวไทยในพื้นที่สูงที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. พยาบาลสาร. 2563; 47(4): 142-151.
9. เพ็ญศิริ สิริกุล, สมใจ พุทธาพิทักษ์ผล, รสสุคนธ์ แสงมณี. ผลของรูปแบบการดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชนหลังจำหน่าย. วารสารพยาบาลโรคหัวใจและทรวงอก 2560; 28(1): 57-68.
10. สุนิศา คำหาญ, สันติ สิลัยรัตน์. ภาวะโภชนาการในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลด้วยอาการกำเริบเฉียบพลัน. วชิรเวชสาร และวารสารเวชศาสตร์เขตเมือง 2564; 65(5): 399-413