การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน ในโรงพยาบาลวังหิน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with multidrug-resistant pneumonia at Wang Hin Hospital : Case Study 2 case

อุทัย สุคะตะ*

Uutai Sukata

Corresponding author: E-mail: Uutai2512@gmail.com

(Received: January 14, 2025; Revised: January 22, 2025; Accepted: February 22, 2026)

บทคัดย่อ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน: กรณีศึกษา 2 กรณี

รูปแบบการศึกษา : การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาใช้รูปแบบวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เชิงเปรียบเทียบเฉพาะรายกรณี 2 ราย โดยการเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มารับบริการโรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568

วัสดุและวิธีการศึกษา : การเลือกผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มารับบริการโรงพยาบาลวังหิน เป็นการเจาะจง เลือกผู้ป่วยโรคปอดักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนานแบบผสมผสาน มีการเก็บรวบรวมข้อมูล การประเมินสภาพ ซักประวัติ ข้อมูลร่วมวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์ โดยนำความรู้และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้งกระบวนการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่าย การดูแลผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล จากนั้นปรับปรุงแก้ไขตามกระบวนการพยาบาลจนถึงกลับบ้าน

ผลการศึกษา : การรักษาผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย เจ็บป่วยด้วยโรคปอดอักเสบมีภาวะติดเชื้อดื้อยา ส่งต่อเพื่อมารักษาที่โรงพยาบาลวังหินให้รับยาปฏิชีวนะต่อเนื่อง ได้รับออกซิเจนและพ่นยาเหมือนกัน ส่วนกิจกรรมที่มีความแตกต่างกัน รายที่ 1 เป็นผู้ป่วยเพศชายวัยกลางคน นอนรักษาตัว 6 วัน มีโรคประจำตัว ได้รับสารน้ำทางหลอดดำ รายที่ 2 เป็นผู้ป่วยเพศหญิงวัยผู้สูงอายุ นอนรักษาตัว 5 วัน ใส่ NG for feed On injection pug รายที่ 1 จำหน่ายอาการทุกเลา นัดตรวจ ARV clinic วันอังคาร รายที่ 2 จำหน่ายอาการทุเลา นัดตรวจอีก 14 วัน คลินิกตรวจโรคทั่วไป OPD วันที่ 19/05/2025

สรุปข้อเสนอแนะ : ทีมสหสาขาวิชาชีพ ควรร่วมทบทวนและออกแบบการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา เพื่อให้การดูแลแบบผสมผสานและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพกับผู้ป่วยที่รับไว้นอนรักษาและผู้ป่วยนอก การดูแลรักษาบูรณาทางคลินิกให้ครอบคลุมเพื่อป้องกันโรคโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา การฟื้นฟูสมรรถภาพเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

คำสำคัญ : ปอดอักเสบจากเครื่องช่วยหายใจ; ปอดอักเสบติดเชื้อ; Pneumonia

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ งานผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลวังหิน

Abstract

Purpose : To study the Nursing care for patients with multidrug-resistant pneumonia at Wang Hin Hospital : Case Study 2 case.

Study design : This study employed content analysis to compare two specific case studies of patients with multidrug-resistant pneumonia who received treatment at Wanghin Hospital, Sisaket Province in 2025.

Materials and Methods : Patients with multidrug-resistant pneumonia receiving integrated care at Wanghin Hospital were selected for this study. Data collection included assessment, history taking, and collaborative nursing planning based on nursing diagnoses. Individualized outcomes were summarized and evaluated, including physical examinations and laboratory test results. The data was analyzed using a holistic nursing approach, including the nursing process, nursing plan, continuous evaluation, discharge planning, and individualized care. Improvements were made according to the nursing process until discharge.

Main finding : Treatment of two patients with drug-resistant pneumonia. They were transferred to Wang Hin Hospital to receive antibiotics. They also received oxygen and medication. Patient 1 was discharged with no symptoms and has a follow-up appointment at the ARV clinic with a plan to start ART (Artificial Respiratory Therapy). Patient 2 was discharged with improved symptoms and has a follow-up appointment in 14 days at the general outpatient clinic (OPD). Appointment date: May 19, 2025.

Conclusion and recommendations : A multidisciplinary team should collaboratively review and design a health assessment for patients with drug-resistant pneumonia to ensure effective integrated care and rehabilitation for both inpatients and outpatients. Comprehensive clinical integration should focus on the prevention of drug-resistant pneumonia and rehabilitation after diagnosis to enable patients to care for themselves.

Keywords : Ventilator-associated pneumonia; Infectious pneumonia; Pneumonia

*Expert professional nurse, Out-Patient Department at Wang Hin Hospital.

บทนำ

การติดเชื้อในโรงพยาบาลเป็นการติดเชื้อซ้ำเกิดขึ้นจากการที่ผู้ป่วยได้รับเชื้อขณะเข้ารับการรักษาในโรคปอดอักเสบ (Pneumonia) เป็นโรคที่มีอาการอักเสบของตำแหน่งเนื้อปอดทำให้ปอดทำหน้าที่ได้ลดลงจนเกิดอาการหายใจหอบเหนื่อย พบได้บ่อยและพบได้มากในกลุ่มเสี่ยงผู้ป่วยโรคเรื้อรัง[1-2] เช่น โรคไตวาย โรคหัวใจ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หรือผู้ป่วยที่มีภาวะภูมิคุ้มกันบกพร่องแบบองค์รวม[1,3] ผู้ป่วยจำเป็นต้องได้รับยาหลายชนิดในเวลาเดียวกัน ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอักเสบได้ อาจทำให้เกิดการติดเชื้อในกระแสเลือดนำไปสู่การเสียชีวิตได้ในที่สุด ซึ่งถ้าหากผู้ป่วยทุกคนมีวิธีการดูแลรักษาสุขภาพของตนเองที่ถูกต้องและรู้ถึงวิธีการป้องกันโรคปอดอักเสบก็จะลดความเสี่ยงต่อการเป็นโรคปอดอักเสบลงได้ ดังนั้นการให้คำแนะนำในเรื่องการปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง เช่น ออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานอาหาร โดยรับประทานอาหารจะช่วยลดอาการสำลักได้ หลีกเลี่ยงการอยู่ในสถานที่แออัดในช่วงที่มีไข้หวัดและไข้หวัดใหญ่ระบาด หลีกเลี่ยงการใช้ของส่วนตัวร่วมกับผู้อื่นเป็นประจำ เพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ ไม่สูบบุหรี่ ไม่เข้าใกล้ควันบุหรี่ ควันไฟ หรือควันจากท่อรถยนต์ ฝึกบริหารปอดเพื่อให้ปอดแข็งแรง รวมทั้งการฉีดวัคซีนป้องกันโรคไข้หวัดใหญ่ทุกปี สิ่งเหล่าจะช่วยป้องกันการเกิดโรคและช่วยลดความรุนแรงเมื่อเกิดโรคปอดอักเสบลงได้[4-6]

โรงพยาบาลวังหินจังหวัดศรีสะเกษเป็นหอผู้ป่วยที่ให้การดูแลผู้ป่วยมารับบริการ ปี พ.ศ. 2565 - 2568 จำนวน 2,488 คน จำนวน 2,714 คน จำนวน 3,662 คน และจำนวน 4,100 คน ตามลำดับ พบว่าได้รับการวินิจฉัยโรคปอดอักเสบในหอผู้ป่วย จำนวน 336 คน จำนวน 335 คน จำนวน 549 คน และจำนวน 480 คน โรคที่พบอันดับแรกของหอผู้ป่วย คือ 1. ปอดอักเสบ (Pneumonia) 2. ไข้หวัดใหญ่ (Influenza) และ 3. ไข้หวัด RSV (Respiratory Syncytial Virus : RSV) ตามลำดับ โรคติดเชื้อเหล่านี้มักมีภาวะแทรกซ้อนเป็นโรคปอดอักเสบร่วมด้วย อาจส่งผลให้การรักษาเป็นไปอย่างยากลำบากและผู้ป่วยมีโอกาสเสียชีวิตเพิ่มมากขึ้น พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการดูแลรักษา ฟื้นฟูสภาพร่างกาย การให้คำแนะนำเพื่อส่งเสริมสุขภาพและป้องกันภาวะแทรกซ้อนจากโรคปอดอักเสบ ดังนั้นผู้วิจัยจึงได้จัดทำการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบขึ้นเพื่อให้พยาบาลผู้ดูแลมีแนวทางการปฏิบัติเป็นมาตรฐานเดียวกัน

วัตถุประสงค์การศึกษา

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาต้านจุลชีพหลายขนาน : กรณีศึกษา 2 กรณี

วิธีดำเนินการศึกษา

รูปแบบการศึกษา เป็นการศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาใช้รูปแบบวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เชิงเปรียบเทียบเฉพาะรายกรณี 2 ราย โดยการเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มารับบริการโรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ พ.ศ. 2568

เครื่องมือที่ใช้ในการศึกษา เครื่องมือใช้ในการรวบรวมข้อมูลครั้งนี้ ผู้ศึกษาได้สร้างขึ้นจากการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) โดยการเลือกกรณีศึกษาแบบเฉพาะเจาะจงในผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ประกอบด้วย

1. ทบทวนวรรณกรรม และข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลวังหิน ปี พ.ศ. 2568

2. เลือกกรณีศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนาน ที่ต้องการดูแลความยุ่งยากซับซ้อนแบบเจาะจง ในหอผู้ป่วยโรงพยาบาลวังหิน

3. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ดังนี้

3.1 รวบรวมข้อมูลอย่างเป็นระบบ ค้นหาปัญหาความต้องการ และประเมินภาวะสุขภาพ โดยใช้แนวทางการประเมินภาวะสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

3.2 กำหนดข้อวินิจฉัยการพยาบาล จากภาวะสุขภาพและปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับภาวะสุขภาพ

3.3 วางแผนให้การพยาบาล โดยจัดลำดับความสำคัญของปัญหา กำหนดจุดมุ่งหมายทางการพยาบาล และเกณฑ์การประเมินผล

3.4 ปฏิบัติการพยาบาลตามแผนที่วางไว้

3.5 ประเมินผลการพยาบาล จากคุณภาพการพยาบาล และประสิทธิภาพของกิจกรรมพยาบาล

4. อภิปราย สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค ข้อเสนอแนะ

5. ตรวจสอบความเชื่อถือได้ของข้อมูล เสนอผลการศึกษาต่อหัวหน้ากลุ่มงานการพยาบาล และปรับปรุงแก้ไขให้ข้อมูลครบถ้วนสมบูรณ์

6. เขียนรายงาน การพยาบาลผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่ต้องการดูแลความยุ่งยากซับซ้อน กรณีศึกษา 2 ราย เผยแพร่ผลงานทางวิชาการ

การเก็บรวบรวมข้อมูล

ข้อมูลร่วมวางแผนการปฏิบัติการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล สรุป และประเมินผลลัพธ์ทางการพยาบาลผู้ป่วยเฉพาะรายตรวจร่างกาย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ เพื่อทราบปัญหาและความต้องการของผู้ป่วยแต่ละราย นำข้อมูลที่ได้มารวบรวม วิเคราะห์โดยนำความรู้ทางด้านวิทยาศาสตร์ ทฤษฎีทางการพยาบาล และแนวคิดการพยาบาลแบบองค์รวม รวมทั้งกระบวนการพยาบาล การวางแผนทางการพยาบาลการศึกษาทางการพยาบาลได้กำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลโดยใช้แนวคิด 11 แบบแผนสุขภาพร่วมกับการปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาลอย่างต่อเนื่อง วางแผนจำหน่ายมาใช้ใน การดูแลผู้ป่วยตามปัจเจกบุคคล จากนั้นปรับปรุงแก้ไข ตามกระบวนการพยาบาลจนถึงกลับบ้าน

การวิเคราะห์ข้อมูลและสถิติที่ใช้

ใช้รูปแบบวิธีการวิเคราะห์ข้อมูลโดยการวิเคราะห์เนื้อหา (Content Analysis) เชิงเปรียบเทียบ

การพิทักษ์สิทธิ์และจริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ดำเนินการพิทักษ์สิทธิ์ผู้ป่วยโดยการขออนุญาตผู้ป่วยและญาติ เพื่อนำมาเป็นกรณีศึกษา โดยขอความยินยอมด้วยวาจาและการเซ็นยินยอม ได้อธิบายวัตถุประสงค์ของการศึกษากรณีศึกษา 2 กรณี ไม่มีการละเมิดสิทธิของผู้ป่วย และข้อมูลส่วนตัวของผู้เข้าร่วมกรณีศึกษาจะถูกเก็บเป็นความลับ ได้รับการรับรองจริยธรรมการวิจัยโดยคณะกรรมการพิจารณาจริยธรรมการวิจัยในมนุษย์ สำนักงานสาธารณสุขจังหวัดศรีสะเกษ เลขที่ SPPH 2025-169 รับรองเมื่อ 28 ตุลาคม 2568

ผลการศึกษา

กรณีศึกษาผู้ป่วยเปรียบเทียบ 2 ราย

การศึกษาครั้งนี้เป็นการศึกษาผู้ป่วยที่มีปัญหาโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาหลายขนานที่มารับบริการโรงพยาบาลวังหิน จังหวัดศรีสะเกษ ปีงบประมาณ พ.ศ.2568 โดยศึกษาเปรียบเทียบจำนวน 2 ราย ข้อมูลได้จากการเยี่ยมผู้ป่วยและครอบครัว สืบค้นข้อมูลจากเวชระเบียนระหว่างการรักษาในโรงพยาบาล และทีมสหสาขาวิชาชีพดูแลผู้ป่วยได้แก่ แพทย์ พยาบาล บุคลากรอื่นๆ ที่ให้การดูแลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย

การเปรียบเทียบความเหมือนและความแตกต่างในประเด็นที่ซับซ้อน ดังแสดงในตารางที่ 1

ตารางที่ 1 แสดงผลสรุปการเปรียบเทียบผู้ป่วยรายกรณี 2 ราย

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ
ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี ผิวดำแดง ส่วนสูง 167 เซนติเมตร สถานภาพสมรส โสด เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ	ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 84 ปี ผิวดำแดง ส่วนสูง 150 ซม. สถานภาพสมรสคู่ เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ	พบว่าผู้ป่วยทั้งสองรายเป็นผู้ป่วยเพศชายและเพศหญิงเป็นวัยทำงานและวัยสูงอายุ

ตารางที่ 1 (ต่อ)

ข้อมูล	กรณีศึกษาที่ 1	กรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	PCP ขาดยา ARV 1 ปี	ปฏิเสธ	กรณีศึกษาที่ 1 มีประวัติโรคประจำตัวและขาดยา
ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบัน	1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อย อ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย เข้ารักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ 1 วันก่อนมา case UPขาดยา on ETT refer--> Treatment PCP + Pneumonia หลัง Off tube try wean o2-->อาการดีขึ้น แล้วจึงrefer back รพช.เพื่อ Try wean o2 ATB ต่อ แรกรับ ER at 16.30 น. มาโดยเปลนอน รู้สึกตัวดี-ถามตอบรู้เรื่อง ไข้ต่ำ T=37.8c หายใจหอบ lung-crepitation BL, o2-sat RA93%-->on o2 canular 3LPM--> o2-sat 98% admit fast track IC on 0.9%NSS 1000 cc iv drip 60 cc/hrs มาจาก รพ. ศรีสะเกษ V/S ก่อน admit T=37.8c, PR=100/min RR=24-26/min BP= 110/70 mmhg o2canular 3LPM sat 98%	ผู้ป่วย Case aplastic anemia S/P bone marrow biopsy เรื่อง Hct. = 12% -->LPRC 1 unit ส่งตัวกลับมารักษาต่อ เรื่อง Pneumonia MDR--> Meropenem 2 gm. Iv q 8hrs x 7 day และ Refer back for try wean o2 รู้สึกตัว รูปร่างอวบ ผิวสองสี เหนื่อยเพลีย ส่วนสูง 150 เซนติเมตร แรกรับ ER มาโดยเปลนอน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 วัดไข้ = 37.7 องศาเซลเซียส O2-sat RA 94% on o2 canular 3 LPM-->o2-sat 97% on H/L On NG for feed	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายป่วยด้วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา ได้ส่งตัวกลับมารักษาด้วยการรับยาปฏิชีวนะต่อที่โรงพยาบาล

ตารางที่ 2 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลการตรวจร่างกาย

แผนการรักษา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ
การตรวจร่างกาย	ชายไทย วัยทำงาน รู้สึกตัว รูปร่างอวบ ผิวสองสีมีอาการตามองภาพชัด น้ำหนัก - กิโลกรัม ส่วนสูง 167 เซนติเมตร แรกรับ ER at 16.30 น. มาโดย	หญิงไทย วัยผู้สูงอายุ รู้สึกตัว รูปร่างอวบ ผิวสองสี เหนื่อยเพลีย ส่วนสูง 150 เซนติเมตร แรกรับ ER มาโดยเปลนอน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 วัดไข้ = 37.7 องศาเซลเซียส	-แรกรับกรณีศึกษาที่ 1 รู้สึกตัว รูปร่างอวบ ผิวสองสี มีอาการ ตามองภาพชัด ไข้ T=37.8 c หายใจหอบ lung - crepitation BL, o2-sat

ตารางที่ 2 (ต่อ)

แผนการรักษา	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์ เปรียบเทียบ
	เปลนอน รู้สึกตัวดี-ถามตอบรู้เรื่อง ไข้ T=37.8 c หายใจหอบ lung-crepitation BL, o2-sat RA93% on o2 3LPM o2- sat 98% admit fast track IC on 0.9% NSS 1000 cc iv drip 60 cc/hrs. มาจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ V/S ก่อน admit T=37.8c PR=100/min RR=24-26/min BP=110/70 mmhg. -->on o2canular 3LP การวินิจฉัย Bacterial pneumonia with PCP	O2- sat RA 94% on o2 canular 3 LPM-->o2-sat 97% on H/L On NG for feed การวินิจฉัย Pneumonia Klebsiella pneumonia with Aplastic anemia	RA93%-->on o2 canular 3LPM-->o2- sat 98% admit fast track IC on 0.9% NSS 1000 cc iv drip 60 cc/hrs. มาจากโรงพยาบาลศรีสะเกษ V/S ก่อน admit T=37.8c PR=100/min RR=24-26/min BP=110/70 mmhg. -->on o2canular 3LP การวินิจฉัย Bacterial pneumonia with PCP

ตารางที่ 3 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลประเมินผู้ป่วยตามแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผน

ข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้สุขภาพและการดูแลสุขภาพ	-ผู้ป่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ว่า ตนเองสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีอาการเจ็บป่วยจากโรคภูมิคุ้มกันบกพร่อง (HIV) ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว ถ้าอาการไม่ดีขึ้นจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน	-ผู้ป่วยให้ข้อมูลเกี่ยวกับสุขภาพก่อนเข้ารับการรักษาในครั้งนี้ว่า ตนเองสุขภาพร่างกายไม่แข็งแรง มีอาการเจ็บป่วยจากโรคภาวะซีด ผู้ป่วยเป็นหัวหน้าครอบครัว อาการเจ็บป่วยจะเข้ารับการรักษาที่โรงพยาบาลใกล้บ้าน
แบบแผนที่ 2 อาหารและการเผาผลาญอาหาร	-รับประทานตามปกติ ประเภทเนื้อสัตว์ ผัก รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารตรงเวลา อาหารที่รับประทานเป็นพิเศษจำพวกเนื้อ ปลา ผักลวก ข้าวเหนียว อาหารเสริมที่รับประทานเพิ่มเติมจำพวกเครื่องดื่ม เช่น นม ผู้ป่วยปฏิเสธการดื่มกาแฟ อาหารที่รับประทานรสชาติเป็นไปตามชนิดของอาหาร จำกัดปริมาณเกลือ รับประทานร่วมกับคนในครอบครัวที่บ้านดื่มน้ำจากเครื่องกรองน้ำ	-อาหารที่รับประทานตามปกติ รับประทานพื้นบ้าน รับประทานอาหารครบ 3 มื้อ รับประทานอาหารตรงเวลา อาหารที่รับประทานเป็นพิเศษจำพวกเนื้อปลา ผักลวก ข้าวเหนียว ผู้ป่วยปฏิเสธ การดื่มกาแฟ อาหารที่รับประทานรสชาติเป็นไปตามชนิดของอาหาร จำกัดปริมาณเกลือ รับประทานร่วมกับคนในครอบครัวที่บ้านดื่มน้ำจากเครื่องกรองน้ำ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 3 การขับถ่าย	-ขับถ่ายปัสสาวะวันละประมาณ 3-4 ครั้ง กลางวันประมาณ 2 ครั้ง กลางคืนประมาณ 1-2 ครั้ง เคยมีอาการปัสสาวะเล็ดขณะไอจาม ไม่มีอาการแสบขัดขณะปัสสาวะ -ปกติช่วยเหลือตนเองหลังการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้	-ให้ประวัติว่าโดยปกติขับถ่ายปัสสาวะ วันละประมาณ 3-4 ครั้ง ไม่มีอาการแสบขัดขณะปัสสาวะ ขับถ่ายอุจจาระวันประมาณ 1 ครั้ง โดยปกติผู้ป่วยเมื่ออยู่ที่บ้านสามารถช่วยเหลือตนเองในการทำความสะอาดหลังการขับถ่ายปัสสาวะและอุจจาระได้
แบบแผนที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	-ก่อนการเจ็บป่วยขณะอยู่บ้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร และการขับถ่าย ไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ -ไม่เคยมีประวัติการเดินลำบาก เคยมีอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อหลังจากทำงานออกแรงบางครั้ง แขนขาไม่ผิดรูป	-ก่อนการเจ็บป่วยขณะอยู่บ้านปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตนเอง เช่น การอาบน้ำ แต่งตัว รับประทานอาหาร และการขับถ่าย ไม่เคยออกกำลังกายเป็นประจำ -ไม่เคยมีประวัติการเดินลำบาก เคยมีอาการปวดเมื่อยตามกล้ามเนื้อหลังจากทำงานออกแรงบางครั้ง แขนขาไม่ผิดรูป
แบบแผนที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	-พักผ่อนโดยการนอนหลับ วันละ 6-7 ชั่วโมง นอนหลับได้ดีไม่ตื่นระหว่างกลางคืนนอนหลับโดยไม่ต้องพึ่งยานอนหลับ	-พักผ่อนโดยการนอนหลับ วันละ 3 - 4 ชั่วโมง นอนหลับได้ไม่สนิท ตื่นบ่อยระหว่างกลางคืน
แบบแผนที่ 6 เพศและการเจริญพันธุ์	-สามารถพูดคุยและแต่งกายเหมาะสมกับเพศ ไม่พบความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์	-พูดคุยและแต่งกายเหมาะสมกับเพศ ไม่พบความผิดปกติของอวัยวะสืบพันธุ์
แบบแผนที่ 7 สติปัญญาและการรับรู้	-มองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง สวมแว่นตาอ่านหนังสือได้ชัดเจน ไม่เป็นโรคตาแดง -การได้ยินชัดเจน ไม่มีประวัติเป็นหูน้ำหนวก -สามารถรับรู้บุคคล เวลาสถานที่ได้ถูกต้อง ความจำปกติหลงลืมเป็นบางครั้ง จากการบอกเล่าของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล	-การมองเห็นชัดเจนทั้ง 2 ข้าง ไม่สวมแว่นตา ไม่เป็นโรคตาแดง -การได้ยินชัดเจน ไม่มีประวัติเป็นโรคหู -ผู้ป่วยสามารถรับรู้บุคคล เวลาสถานที่ได้ถูกต้อง ความจำปกติหลงลืมเป็นบางครั้ง จากการบอกเล่าของผู้ป่วยขณะอยู่โรงพยาบาล
แบบแผนที่ 8 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	- ผู้ป่วยมองว่าตนเองมีคุณค่าเป็นสมาชิกในครอบครัว มีภาระต้องดูแลครอบครัว เป็นคนดีคนหนึ่งในสังคม ยังมีความสามารถดูแลตนเองและครอบครัวได้ -ขณะเจ็บป่วย มีผู้ป่วยมองตนเองว่าเป็นธรรมดาที่ต้องภาระคนอื่น ช่วยดูแลแต่ยังมองว่าตนเองไม่ได้เป็นที่พึ่งพา พฤติกรรมปกติไม่ได้สนใจรูปร่างหน้าตาเป็นพิเศษ	-ผู้ป่วยมองว่าตนเองเป็นภาระครอบครัว ต้องให้ลูกและหลานดูแล ผู้ป่วยเป็นคนดีคนหนึ่งในสังคม ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองในชีวิตประจำวันได้ -ขณะเจ็บป่วย มีผู้ป่วยมองตนเองว่าเป็นธรรมดาที่ต้องภาระคนอื่น ช่วยดูแลแต่ยังมองว่าตนเองไม่ได้เป็นที่พึ่งพา พฤติกรรมปกติไม่ได้สนใจรูปร่างหน้าตาส่วนใดเป็นพิเศษ

ตารางที่ 3 (ต่อ)

ข้อมูลสุขภาพผู้ป่วย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 9 บทบาทและสัมพันธภาพ	-ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว ไม่มีเรื่องขัดแย้งกัน การตัดสินใจส่วนใหญ่จะตัดสินใจร่วมกัน การเจ็บป่วยผู้ป่วยใช้สิทธิ์บัตรสุขภาพ	-ผู้ป่วยเป็นสมาชิกในครอบครัว ไม่มีเรื่องขัดแย้งกัน การตัดสินใจส่วนใหญ่จะตัดสินใจร่วมกัน การเจ็บป่วยผู้ป่วยใช้สิทธิ์บัตรสุขภาพ
แบบแผนที่ 10 ความเครียดและความทนทานกับความเครียด	-ผู้ป่วยเป็นเงียบขรึม ไม่ชอบเข้าสังคม เวลาไม่สบายใจจะเงียบ เรื่องไม่สบายใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยคือคิดว่าตนเองเป็นภาระ	-ผู้ป่วยมักเป็นคนเงียบเวลามีปัญหาไม่สบายใจจะเก็บไว้เอง เรื่องที่ทำให้ผู้ป่วยไม่สบายใจเกี่ยวกับความเจ็บป่วยคือคิดว่าตนเองจะเป็นภาระให้กับลูก
แบบแผนที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	-ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ โดยปกติจะไปทำบุญที่วัดทุกวัน หรือทุกครั้งที่มีโอกาส ผู้ป่วยเชื่อในคำสอนของพระพุทธเจ้ามองว่าคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นเรื่องจริง พระพุทธเจ้าสอนในสิ่งที่เป็นจริง ไม่มีความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ ไม่เคยปฏิบัติพิธีทางด้านไสยศาสตร์ และไม่เคยรับการรักษาด้านอื่น มีความเชื่อว่าการที่ตนเองเจ็บป่วยเกิดจากการที่ร่างกาย อ่อนแอ	-ผู้ป่วยนับถือศาสนาพุทธ โดยปกติจะไปทำบุญที่วัดทุกวัน หรือทุกครั้งที่มีโอกาส ผู้ป่วยเชื่อในคำสอนของพระพุทธเจ้ามองว่าคำสอนของพระพุทธเจ้าเป็นเรื่องจริง พระพุทธเจ้าสอนในสิ่งที่เป็นจริง ไม่มี ความเชื่อทางด้านไสยศาสตร์ ไม่เคยปฏิบัติพิธีทางด้านไสยศาสตร์ และไม่เคยรับการรักษาด้านอื่น นอกจากการแพทย์แผน

ตารางที่ 4 ตารางเปรียบเทียบข้อมูลแผนการรักษา

แผนการรักษา	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
1. การร่วมมือกับแพทย์ในการวินิจฉัยโรคเพื่อช่วยให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาที่ถูกต้องทันท่วงที การเก็บ เสมหะส่งเพาะเชื้อเพื่อหายาปฏิชีวนะที่จะทำลายเชื้อนั้นได้ถูกต้อง 2. การให้ยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ยาปฏิชีวนะตัวอื่นที่ใช้ได้แก่ Cephalosporins, Ampicillin, Erythromycin ซึ่งมีการรักษาเชื้อ Staphylococcus ซึ่งอาจต้องให้ยา Stapphicillin หรือยา Methicillin เป็นต้น 3. การดูแลและบำบัดทางระบบหายใจโดยเฉพาะเป็นสิ่งจำเป็นสำหรับผู้ป่วย	-On O2 cannula 3 LPM keep O2sat <90, RR <28 -Bero dual Solution 4 ml 1 neb NB prn -Co-Trimoxazole TAB (400+80mg.) (C/D3rd) (L3) 4x3 po pc ต่ออีก 5 วัน [total 21 day] - MEROPENAM 1 GM 1 gm ivq 8 hr จนครบ 7 วัน - Prednisolone TAB. 5mg.	-On O2 cannula 3 LPM keep O2sat <90, RR <28 BERODUAL Solution 4 ml 1 NB prn -Meropenem 1 GM 2 g ivq 8 hr จนครบ 7 วัน (start 27/4/68) -Chlorpheniramine 4 mg. 1x3 po pc -Dextromethorphan 15 mg. Tab 1 เม็ด เวลา ไอมาก ทุก 6 ชั่วโมง -Paracetamol 500mg.

ตารางที่ 4 (ต่อ)

แผนการรักษา	ผู้ป่วยรายที่ 1	ผู้ป่วยรายที่ 2
ปอดอักเสบเนื่องจาก การระบายอากาศและแลกเปลี่ยนก๊าซอาจจะไม่ดีเพียงพอ การดูแลและบำบัดทางระบบหายใจนี้จะต้องเหมาะสม การไอในผู้ป่วยวัยชรามักจะน้อย และต้องการการดูแลอย่างใกล้ชิดหรือมีโรคปอดอย่างอื่นร่วมอยู่ด้วยอาจจะเกิดขาดออกซิเจนและภาวะหายใจล้มเหลว	< C/D1st > 4x1 po pc ต่ออีก 5 วัน [total 21 day] TAB. -Paracetamol 500 mg. (B) (L1) 1 tab po prn q 4-6 hr. -ORS ผู้ใหญ่ (ผงเกลือแร่)	1 เม็ด เวลาไข้ปวด ทุก 4 ชม. -Folic Acid tab 5 MG ยาบำรุงเลือด >1x1 po pc -anorolic(50) 1*2 po pc -Ambroxol 30 mg (NED)-ยาผู้ป่วยใน 1*3 po pc

ตารางที่ 5 เปรียบเทียบการพยาบาล กรณีศึกษา 2 ราย

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
1. เฝ้าระวังการเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. On ET-tube with Ventilator หรือ On O2 canula 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - WBC=5.0-12.0 x 10^3 cell/mm^3 **วัตถุประสงค์ :** เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม **เกณฑ์การประเมินผล** 1. อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.0 องศาเซลเซียส 2. On O2 canula ให้เร็วทำให้ผู้ป่วยปลอดภัย 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า WBC= 5,000–10,000 cell/mm^3 4. ดูแลให้ออกซิเจนเพื่อไม่ให้ติดเชื้อในเยื่อหุ้มปอดเหมือนกัน 5. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปรวมทั้ง Unit ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 6. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 7. แนะนำดื่มน้ำอุ่นเพื่อให้เสมหะอ่อนตัวขับออกได้ง่ายซึ่งช่วยลดเชื้อในทางเดินหายใจ	1. เฝ้าระวังการเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** S: On canular 3 LPM หายใจ=22 ครั้ง/นาที (26 เมย.68) O: ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - WBC=5.75 x 10^3 cell/mm^3 **การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ=37.8 องสาเซลเซียส ชีพจร=100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ=24 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 110/70 มิลลิเมตรปรอท 2. ผลตรวจรังสี X-Ray No infiltration 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแพทย์ไม่ได้ทำการตรวจซ้ำ	1. เฝ้าระวังการเกิดการติดเชื้อปอดอักเสบ **ข้อมูลสนับสนุน** 1. pneumonia MDR--> meropenem 2 gm. Iv q 8hrs x 7 day และ refer back for try wean o2 (29 เม.ย.68) 2.ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - WBC=50.38 x 10^3 cell/mm^3 **การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ 37.6 องศาเซลเซียส ชีพจร 98 ครั้ง/นาที การหายใจ 28 ครั้ง/นาที BP 140/90 มิลลิเมตรปรอท 2. ผลตรวจรังสี X-Ray No infiltration 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแพทย์ไม่ได้ทำการตรวจซ้ำ

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การประเมินผล 1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ=36.0-37.5 องศาเซลเซียส ชีพจร=70-90 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ=18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 90/60-130/80 มิลลิเมตรปรอท 2. ผลตรวจรังสี X-Ray No infiltration 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแพทย์ไม่ได้ทำการตรวจซ้ำ		
2. การติดเชื้อเพิ่มเนื่องจากมีช่องทางเข้าของเชื้อโรค **ข้อมูลสนับสนุน** 1. On O2 canula 2. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ - WBC = 5.75 x 10^3 cell/mm^3 **วัตถุประสงค์ :** เพื่อป้องกันการติดเชื้อเพิ่ม **เกณฑ์การประเมินผล** 1. อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 36.0-37.9 องศาเซลเซียส 2. On O2 canula ให้ผู้ป่วยปลอดภัย 3. ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า WBC= 5,000–12,000cell/mm^3 4. ดูแลความสะอาดร่างกายทั่วไปรวมทั้ง Unit ผู้ป่วยเพื่อป้องกันการแพร่กระจายเชื้อ 5. ดูแลให้ได้รับยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ 6. แนะนำดื่มน้ำอุ่นเพื่อให้เสมหะอ่อนตัวขับออกได้ง่ายซึ่งช่วยลดเชื้อในทางเดินหายใจ **การประเมินผล** 1. สัญญาณชีพปกติ อุณหภูมิ = 36.0-37.9 องสาเซลเซียส ชีพจร=70 -100 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ = 18-22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต = 90/60-140/90 มิลลิเมตรปรอท 2. ผลตรวจรังสี X-Ray No infiltration 3. ผลตรวจทางห้องปฏิบัติการแพทย์ไม่ได้ทำการตรวจซ้ำ	2. การติดเชื้อเพิ่มเนื่องจากมีช่องทางเข้าของเชื้อโรค **S:** T= 37 c PR= 88 /min BP= 143 / 87 mmHg RR= 24 /min **Focus List** - ติดเชื้อในร่างกายตั้งแต่วันที่ 26 เมย.- 2 พ.ค.2568 **อาการผู้ป่วย** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยเพลียเล็กน้อย ไม่หอบ O2sat 92% RA On canular 3 LPM O2sat 98% **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยเพลียเล็กน้อย ไม่เหนื่อยหอบ On canular 3 LPM O2sat 98%	2. การติดเชื้อเพิ่มเนื่องจากมีช่องทางเข้าของเชื้อโรค **S:** อุณหภูมิ 36.8 องศา ชีพจร 114 ครั้ง/นาที หายใจ 26 ครั้ง/นาที BP 110/70 mmHg (29 เม.ย.2568) **Focus List** - ติดเชื้อในร่างกายตั้งแต่วันที่ 30 เม.ย. 2568 A: S: ไข้แนวโน้มลดลง O: V/S BP Stable Lung: no subcostal retraction, rhonchi Ext: full pulse A: Pneumonia MDR U/D: Aplastic Anemia P: Continue Meropenem **อาการผู้ป่วย** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี เหนื่อยหอบลดลง ไม่มีไข้ on Oxygen cannula5LPM O2sat96% **การประเมินผล** ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง เหนื่อยเพลียเล็กน้อย ไม่เหนื่อยหอบ On canular 3 LPM O2sat 98%

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
3. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจาก Respiratory failure **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผลการตรวจ 1.1 Chest x - ray 1.2 On O2 canula ให้ผู้ป่วยปลอดภัย 1.3 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการค่า WBC= 5,000–12,000cell/mm^3 **วัตถุประสงค์ :** เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยหายใจทางจมูกอัตราจังหวะสม่ำเสมอ ทรวงอกทั้งสองข้างขยายเท่ากัน ริมผีปากไม่เขียว 2. สัญญาณชีพปกติ หายใจอยู่ในช่วง 16-24 ครั้ง/นาที 3. ไม่มีอาการกระสับกระส่ายหลับพักผ่อนได้ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. การประเมินสภาพผู้ป่วย จัดเตรียมอุปกรณ์การให้ออกซิเจนที่เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วย 2. ให้ออกซิเจนหายใจดี ไม่มีภาวะเขียวปลายนิ้วมือ 3. จัดท่านอนให้เหมาะสม โดยจัดท่านอนศีรษะสูงเพื่อช่วยให้มีการระบายอากาศเข้าออกปอดได้อย่างเพียงพอและสะดวกขึ้น 4. ดูแลให้ได้รับ Nebule พ่นทุก 6 ชั่วโมง ตามแผนการรักษาของแพทย์ 5. ประเมินภาวะเนื้อเยื่อได้รับออกซิเจนได้เพียงพอ - อาการเขียวตามปลายมือปลายเท้าและริมฝีปาก - การเปลี่ยนแปลงของสัญญาณชีพ - สภาพของผู้ป่วย มีอาการสับสน ระดับความรู้สึกตัวลดลง - หายใจหอบ ปีกจมูกบาน ใช้กล้ามเนื้อหน้าอกและท้องช่วยในการหายใจมากขึ้น 6. ดูแลให้พักผ่อนอย่างเพียงพอ เพื่อลดความต้องการออกซิเจนของเนื้อเยื่อ	-	3. เสี่ยงต่อภาวะเนื้อเยื่อพร่องออกซิเจนเนื่องจาก Respiratory failure **ข้อมูลสนับสนุน** : ไม่มีไข้ ไม่หอบเหนื่อย เหนื่อยเพลียลดลง กินข้าวทางปากได้มากขึ้น O: V/S BP Stable SpO2 RA 97% Lung: no subcostal retraction, clear Ext: full pulse A: Pneumonia MDR U/D: Aplastic Anemia P: Continue IV ATB **การประเมินผล** ผู้ป่วยสดชื่น อัตราการหายใจปกติ=20-22 ครั้ง/นาที ทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่เหนื่อยหอบ นอนหลับพักผ่อนได้

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
7. วัดสัญญาณชีพทุก 4 ชั่วโมง เพื่อประเมินการเปลี่ยนแปลง 8. แนะนำการไอที่ถูกวิธี เพื่อลดการคั่งของเสมหะที่ปอดและทางเดินหายใจโดยให้ผู้ป่วยสูดหายใจเข้าลึกๆกลั้นหายใจ 2–3 วินาที แล้วไอออกมาแรงๆ 9. จัดกิจกรรมการพยาบาลในเวลาเดียวกันเพื่อลดการใช้ออกซิเจน **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยสดชื่นขึ้นไม่ได้รับออกซิเจน 2. อัตราการหายใจปกติ = 20 ครั้ง/นาที ในวันจำหน่วยทำกิจกรรมได้ตามปกติ ไม่เหนื่อยหอบ ไม่มีปลายมือและปลายเท้าเขียว 3. ผู้ป่วยสามารถนอนหลับพักผ่อนได้วันละประมาณ 8 ชั่วโมง		
4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ผู้ป่วยแสดงสีหน้าวิตกกังวล ญาติถามว่า “อาการจะดีขึ้นไหม” 2. สีหน้าหม่นหมอง เศร้าซึม **วัตถุประสงค์การพยาบาล** 1. เพื่อลดความวิตกกังวล 2. ผู้ป่วยยอมรับความเจ็บป่วยสามารถปรับตัวเข้ากับการดำเนินชีวิตที่เปลี่ยนแปลงไปและให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล **เกณฑ์การประเมิน** 1. ผู้ป่วยและญาติ ระบายความรู้สึก ความกลัวที่เกิดขึ้น 2. ผู้ป่วยแลครอบครัว ให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลด้วยดีและปฏิบัติตามคำแนะนำ	3. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย Temp : 37 c PR : 88 /min BP : 143 / 87 mmHg RR : 24 /min วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยอาการ ผู้ป่วยภาพรวมเมื่อรับเวรแรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง สีหน้าวิตกกังวล A: Assessment -ผู้ป่วย good conscious -สีหน้าวิตกกังวลครุ่นคิด I: Intervention -เปิดโอกาสให้พูดคุยระบายความรู้สึกซักถาม -อธิบายพยาธิสภาพของโรค แนวทางการรักษาของแพทย์ -ดูแลนอนพักบนเตียง E: Evaluation ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรค	4. วิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วย ตรวจร่างกายแรกรับ ส่วนสูง 150 cm. อุณหภูมิ 37.6 องศา ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 28 ครั้ง/นาที BP 140/90 mmHg แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง หอบเหนื่อย ไม่มีข้อเกร็ง สีหน้าวิตกกังวล **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติยิ้มแย้มสดชื่นขึ้น สามารถเปิดใจระบายความรู้สึกความกลัวต่อการเจ็บป่วยได้ ถาม-ตอบปัญหาข้อข้องใจต่างๆได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล ผู้ป่วยและญาติเข้าใจเกี่ยวกับโรคคลายวิตกกังวล

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินการรับรู้ของผู้ป่วยและญาติต่อการเจ็บป่วยโดยการเปิดโอกาสให้พูดคุยถึงความรู้สึกหรือสิ่งที่คาดหวังได้ 2. สร้างสัมพันธภาพกัลป์ผู้ป่วยและญาติ โดยให้ความสนใจอย่างสม่ำเสมอ 3. ให้การพยาบาลด้วยความนุ่มนวล สุภาพและเป็นกันเอง บอกผู้ป่วยถึงเหตุผลที่ให้หารรักษาทุกครั้ง 4. บอกความก้าวหน้าการพยากรณ์และแผนการดูแลตามความเหมาะสม 5. เปิดโอกาสให้ซักถาม ตัดสินใจและมีส่วนร่วมในการดูแลตามความเหมาะสม 6. ให้ญาติอยู่กับผู้ป่วยมากที่สุดเพื่อให้ผู้ป่วยรู้สึกว่าถูกทอดทิ้ง 7. ให้อิสระในการแสดงออกของผู้ป่วย ยอมรับพฤติกรรมของผู้ป่วย **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยและญาติยิ้มแย้มสดชื่นขึ้น สามารถเปิดใจระบายความรู้สึก ความกลัวต่อการเจ็บป่วยได้ 2. ผู้ป่วยกล้าซักถามปัญหา ข้อข้องใจต่างๆ 3. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	คลายวิตกกังวล **การประเมินผล** ผู้ป่วยและญาติยิ้มแย้มสดชื่นขึ้น สามารถเปิดใจระบายความรู้สึกความกลัวต่อการเจ็บป่วยได้ ถาม-ตอบปัญหาข้อข้องใจต่างๆได้ และให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล	
5. ไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บป่วย และเหนื่อยอ่อนเพลีย **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย บ่นปวดตามร่างกาย 2. เคลื่อนไหวลำบากเนื่องจากผู้ป่วยนอนตลอดไม่ค่อยทำกิจกรรม **วัตถุประสงค์** 1. เพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการพักผ่อนอย่างเพียงพอ สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ตามสภาพ **เกณฑ์การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้	**4. ไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บป่วย** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย 2. หายใจ On canular 3 LPM O2sat 95 % **การประเมินผล** ผู้ป่วยได้พักผ่อนได้มากขึ้นและไม่ให้รบกวนเวลาพักผ่อน จำกัดคนเยี่ยม ลดเสียงดังรบกวนผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ ปฏิบัติกิจวัตรประจำวันสามารถทำได้	**5. ไม่สุขสบายเนื่องจากการเจ็บป่วย และเหนื่อยอ่อนเพลีย** **ข้อมูลสนับสนุน** 1. ท่าทางเหนื่อยอ่อนเพลีย 2. หายใจ On Oxygen cannula 5 LPM O2sat 96 % **การประเมินผล** ผู้ป่วยหายใจไม่หอบ RR = 20 ครั้ง/นาที นอนหลับพักผ่อนได้วันละประมาณ 6–7 ชั่วโมง สามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเอง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันได้ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. จัดแบ่งกิจกรรมให้เป็นหมวดหมู่เพื่อจัดเวลาให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนได้มากขึ้นและไม่ให้รบกวนเวลาพักผ่อน 2. จัดท่านอนที่สุขสบาย และสิ่งอำนวยความสะดวกต่างๆ 3. จัดสิ่งแวดล้อมให้ผู้ป่วยได้พักผ่อนอย่างเพียงพอ จำกัดคนเยี่ยม ลดเสียงดังรบกวน 4. แนะนำให้ทำกิจกรรมต่างๆ ไม่เร่งรีบ โดยเพิ่มกิจกรรมขึ้นทีละน้อยเท่าที่จะทำได้ 5. ติดตามการปฏิบัติกิจวัตรประจำวันของผู้ป่วยเพื่อดูว่าสามารถทำได้มากขึ้น **การประเมินผล** 1. ผู้ป่วยนอนหลับพักผ่อนได้วันละประมาณ 6–7 ชั่วโมง 2. ผู้ป่วยสามารถปฏิบัติกิจกรรมบางอย่างได้ด้วยตนเอง เช่น ลุกเดินเข้าห้องน้ำเองได้	มากขึ้นโดยไม่มีอาการเหนื่อยหรืออาการเหนื่อยลดลง	
6. การวางแผนจำหน่าย **ข้อมูลสนับสนุน :** ผู้ป่วยยังตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้อง **วัตถุประสงค์การพยาบาล :** ผู้ป่วยได้รับข้อมูลที่เหมาะสมเพื่อช่วยเหลือให้สามารถปฏิบัติกิจวัตรประจำวันให้ถูกต้อง **เกณฑ์การประเมิน** 1. สามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยบอกถึงความหมาย สาเหตุ ของการเกิดโรคได้ถูกต้อง 3. รู้จักสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงโรค ตลอดจนอาการผิดปกติที่ควรรักษาพยาบาล **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความรู้ ความเข้าใจเดิมของผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนให้ถูกต้องและเหมาะสม 2. อธิบายถึงลักษณะของโรค สาเหตุ อาการ วิธี	**5. การวางแผนจำหน่าย** **ข้อมูลสนับสนุน** ผู้ป่วยอธิบายเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง **เกณฑ์การประเมิน** 1. สามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวที่ถูกต้องได้ 2. ผู้ป่วยบอกเล่าถึงสาเหตุของการเกิดโรคและอาการปัจจุบันได้ถูกต้อง 3. รู้จักสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรค ตลอดจนอาการผิดปกติที่ควรรักษาพยาบาล **การประเมินผล** : ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเรื่องโรคและสามารถบอกอาการ	**6. การวางแผนจำหน่าย** **ข้อมูลสนับสนุน :** อธิบายข้อมูลการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง **เกณฑ์การประเมิน** 1. สามารถบอกวิธีปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง 2. ผู้ป่วยบอกเล่าถึงสาเหตุของการเกิดโรคและอาการปัจจุบันได้ถูกต้อง 3. รู้จักสังเกตอาการเปลี่ยนแปลงของโรค ตลอดจนอาการผิดปกติที่ควรรักษาพยาบาล **การประเมินผล** : ผู้ป่วยและญาติมีความเข้าใจเรื่องโรค และสามารถบอกอาการผิดปกติของโรค ตลอดจนสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง

ตารางที่ 5 (ต่อ)

การวินิจฉัย	กรณีศึกษารายที่ 1	กรณีศึกษารายที่ 2
การรักษาและให้ผู้ป่วยอธิบายข้อเท็จจริงเกี่ยวกับปอดอักเสบด้วยถ้อยคำของผู้ป่วยเอง 3. บอกวัตถุประสงค์การปฏิบัติตัวเพื่อเป็นข้อมูลในการรักษากับบุคลากรทางการแพทย์ 4. จำกัดข้อมูลเป็นตอนๆ ในแต่ละครั้งและควรใช้ศัพท์ที่เข้าใจง่าย 5. กระตุ้นให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้ซักถามปัญหา 6. แนะนำการสังเกตอาการผิดปกติต้องมาพบแพทย์ **การประเมินผล** : ผู้ป่วยและญาติมีความรู้ ความเข้าใจเรื่องโรค อาการของโรคตลอดจนสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	ผิดปกติของโรค ตลอดจนสามารถตอบคำถามเกี่ยวกับการปฏิบัติตัวได้ถูกต้อง	

วิจารณ์

ผลการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาโรงพยาบาลศรีสะเกษ คลินิกตรวจโรคทั่วไป OPD กรณีศึกษา2 ราย กรณีศึกษาที่ 1 ผู้ป่วยชายไทย อายุ 40 ปี ผิวดำแดง วันที่มารับบริการ 26 เมษายน พ.ศ.2568 วันที่จำหน่าย 2 พฤษภาคม พ.ศ.2568 การวินิจฉัยครั้งแรก Bacterial pneumonia with PCP ทางโรงพยาบาลได้รับประสานรับ Case Pneumonia for continue ATB sputum c/s: Klebsiella pneumoniae (MDR) เข้า IPD การเจ็บป่วยในปัจจุบัน 1 สัปดาห์ก่อนมาโรงพยาบาล ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยอ่อนเพลีย หายใจหอบเหนื่อย เข้ารักษาที่โรงพยาบาลศรีสะเกษ 1 วันก่อนมา case UP ขาดยา on ETT refer treatment PCP + Pneumonia หลัง off tube try wean O2 อาการดีขึ้น จึง Refer back เพื่อ Try wean O2 และรับ ATB ต่อเนื่อง at ER เวลา 16.30 น. มาโดยเปลนอน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไข้ต่ำ T=37.8 องศาเซลเซียส หายใจหอบ lung-crepitation BL, O2sat RA 93% On O2 canular 3LPM O2sat 98% admit fast track IC on 0.9% NSS 1000 cc iv drip 60 cc/hrs. Vital Sign ก่อน admit T=37.8 c, PR=100/min RR=24-26/min BP=110/70 mmHg on O2 canular 3LPM O2sat 98% โรคประจำตัวคือ ARV ขาดยา 1 ปี แรกรับ ER at 16.30 น. มาโดยเปลนอน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง ไข้ T=37.8 c หายใจหอบ lung-crepitation BL, O2sat RA93%, on O2 canular 3LPM, O2sat 98% admit fast track IC on 0.9% NSS 1000 cc iv drip 60 cc/hrs. การวินิจฉัยครั้งแรก Bacterial pneumonia with PCP Admit ได้รับการตรวจ CBC, BUN, Cr., Elyte Consult ARV clinic On O2 cannula 3 LPM keep O2sat <90%, RR <28 ให้สารน้ำ NSS 1,000 ml iv drip 60 ml/hr ได้รับยาParacetamol 500mg.(B) ORS ผู้ใหญ่ผสม 24 ชั่วโมงและยาปฏิชีวนะ Meropenem 1 gm. Iv q. 8 hr ครบ 7 วัน (4 พ.ค.2568) Co-Trimoxazole Tab (400+80) mg. (C/D3rd) (L3) 4x3 po pc (21 day) Prednisolone TAB. 5mg. 4x1 po pc ต่ออีก 5 วัน (total 21 day) -off 01/05/2568 09.14 ได้รับยาครบ ไม่มีไข้ ไม่หอบเหนื่อย แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ นัด ARV Clinic start ART ลงวันนัด ได้รับยากลับบ้าน คือ PARACETAMOL 500mg. (B) (L1) 1 tab po prn q 4-6 hr กรณีศึกษาที่ 2 ผู้ป่วยหญิงไทย

อายุ 84 ปี ผิวดำแดง วันที่ 29 เมษายน พ.ศ.2568 การวินิจฉัย Pneumonia Klebsiella pneumonia with Aplastic anemia อาการสำคัญ Case pneumonia MDR Refer back for control ATB ประวัติการเจ็บป่วย case aplastic anemia S/P bone marrow biopsy เรื่อง Hct.= 12%, LPRC 1 unit ส่งกลับมารักษาต่อเรื่อง Pneumonia MDR รับยา meropenem 2 gm. Iv q 8hrs x 7 day และ refer back for try wean O2 ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต โรคประจำตัว คือ ปฏิเสธ รู้สึกตัว รูปร่างอวบ ผิวสองสี เหนื่อยเพลีย ถึง ER มาโดยเปลนอน รู้สึกตัวดี ถามตอบรู้เรื่อง E4V5M6 วัดไข้ = 37.7 องศาเซลเซียส O2-sat RA 94% on o2 canular 3 LPM-->o2-sat 97% on H/L On NG for feed ชีพจร 98 ครั้ง/นาที หายใจ 28 ครั้ง/นาที BP 140/90 mmHg แรกรับผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ถาม-ตอบ รู้เรื่องหอบเหนื่อย ไม่มีข้อเกร็ง สีหน้าวิตกกังวล การรักษาที่ได้รับ on Oxygen 5 LPM Keep SpO2 > 92% RR<30/min, Berodual Solution (4ml) 1 neb NB q 8 hr with prn (30/04/2025), DB (1:1) 250 ml x 4 feeds นอนหัวสูง 30 องศา Meropenem 2 gm. IV ทุก 8 hrs. ครบ 7 วัน (start 27/4/68), Chlorpheniramine (4 mg.) 1x3 po pc, Dextromethorphan (15 mg) 1 เม็ด เวลาไอมากทุก 6 ชั่วโมง, Paracetamol (500mg.) 1 เม็ด เวลาไข้ปวดทุก 4 ชั่วโมง, Folic Acid (5 mg) 1x1 po pc, Anabolic (50mg) 1x2 po pc, Ambrosoli (30mg) NED 1x3 po pc (29/04/2568) จำหน่ายวันที่ 4 พฤษภาคม 2568 แพทย์อนุญาตให้กลับบ้านได้ ยากลับบ้านมี Chlorpheniramine 4 mg./M 1 x 3 po pc, Dextromethorphan 15 mg Tab 1 เม็ด ทุก 6 ชั่วโมง, Paracetamol 500mg. 1 เม็ด เวลาไข้ปวด ทุก 4 ชม., Folic acid TAB. 5 MG 1x1 po pc, Anor Olic (50) 1x2 po pc, Ambrosoli 30 mg (NED) 1x3 po pc นัดตรวจอีกครั้งที่ห้องตรวจผู้ป่วยนอก คลินิกตรวจโรคทั่วไป นัดอีก 14 วัน วันที่ 19 พฤษภาคม 2568 เวลา 08:00 น.

ข้อเสนอแนะ

โรงพยาบาลชุมชนควรมี NCPGs การดูแลพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยาเพื่อเพิ่ม สมรรถภาพพยาบาลให้ทุกคนสามารถประเมินวินิจฉัยทางการพยาบาล และดูแลผู้ป่วยได้อย่างเหมาะสมในทุกระยะเพื่อผู้ป่วยปลอดภัย และป้องกันการเป็นซ้ำทีมสหสาขาวิชาชีพ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล เภสัชกร นักโภชนากร และนักกายภาพบำบัด ควรร่วมกันทบทวนและจัดทำเครื่องมือแบบแผนการประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา เพื่อให้การดูแลที่ผสมผสานและฟื้นฟูสมรรถภาพได้อย่างมีประสิทธิภาพทั้งในระยะผู้ป่วยในและผู้ป่วยนอก การบูรณาทางคลินิกให้ครอบคลุมการดูแลรักษาเพื่อป้องกันโรคโรคปอดอักเสบติดเชื้อดื้อยา จนถึงการฟื้นฟูสมรรถภาพหัวใจเมื่อได้รับการวินิจฉัยแล้วเพื่อให้ผู้ป่วยสามารถดูแลตนเองได้

กิตติกรรมประกาศ

ขอขอบพระคุณท่านผู้อำนวยการโรงพยาบาลวังหินที่อนุเคราะห์ให้เก็บข้อมูล ขอบคุณงานสำนักงานวิจัย กลุ่มงานป้องกันและควบคุมการติดเชื้อที่เป็นส่วนสำคัญที่จะข้อมูลสนับสนุนและตัวแทนบุคลากรพยาบาลทุกท่านที่ให้ข้อมูลที่เป็นประโยชน์กับการจัดทำงานวิจัยครั้งนี้จนเสร็จสมบูรณ์ ผู้วิจัยขอขอบคุณบิดาแลครอบครัวที่คอยสนับสนุนให้ความช่วยเหลือและให้กำลังใจเป็นอย่างดี

เอกสารอ้างอิง

1. ชลาลัย คล้ายพิมพ. ปัจจัยเสี่ยงของการเสียชีวิตใน 48 ชั่วโมงของผู้ป่วยปอดอักเสบชุมชน โรงพยาบาลเจ้าพระยาอภัยภูเบศร. วารสารวัณโรค โรคทรวงอก และเวชบำบัดวิกฤต. 2563;39(3):92-9.
2. ปองนุช บุญยไพศาลเจริญ. สาเหตุและปัจจัยที่มีผลต่ออัตราการเสียชีวิตของผู้ป่วยปอดอักเสบในโรงพยาบาลสิงห์บุรี" ได้รับการตีพิมพ์ใน โรงพยาบาลสิงห์บุรีเวชสาร. 2562;28:43-54.
3. นงณภัทร รุ่งเนย. การประเมินสุขภาพแบบองค์รวม (Health Assessment: A Holistic Approach).

โครงการสวัสดิการวิชาการ สถาบันพระบรมราชชนก กระทรวงสาธารณสุข; 2560.

4. สุณิตา ทองบ่อ, ดวงพร วัฒนเรืองโกวิท. การพัฒนาแนวปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอักเสบ หอผู้ป่วยอายุรกรรมชาย โรงพยาบาลยโสธร. วารสารสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดยโสธร. 2567:1-15.
5. อุ่นเรือน กลิ่นขจร, สุพรรษา วรมาล. คู่มือการพยาบาลผู้ป่วยสูงอายุโรคปอดอักเสบ. งานการพยาบาลอายุรศาสตร์และจิตเวชศาสตร์ ฝ่ายการพยาบาล โรงพยาบาลศิริราช คณะแพทยศาสตร์ ศิริราชพยาบาล มหาวิทยาลัยมหิดล. 2563.
6. อภิสิทธิ์ ตามสัตย์. การประเมินความรุนแรงของอาการโรคปอดอักเสบในผู้ป่วยอายุรกรรม. วารสารพยาบาลทหารบก. 2565;23:483-93.