

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with chronic obstructive pulmonary disease : 2 case

(Received: January 26,2025 ; Revised: February 1,2025 ; Accepted: February 2,2025)

พรทิพย์ โรจนกร¹

Porntip rochanakorn¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการดำเนินโรค การรักษา การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 2 ราย ที่มารับการรักษา โรงพยาบาลจังหวัด การศึกษารายกรณีนี้เป็นการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 2 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลจังหวัด วันที่ 18 มีนาคม 2567 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 8 พฤษภาคม 2567 การเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และเวชระเบียนใช้แนวคิดการประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน และกำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลร่วมกับแนวคิดกระบวนการพยาบาลมาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย

ผลการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยสูงอายุ 86 ปี ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อ 10 ปีที่แล้วรับยาพ่นขยายหลอดลม 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ แกรับแพทย์วินิจฉัย COPD with AE ได้รับยาขยายหลอดลม ได้รับออกซิเจนและสารน้ำทางหลอดเลือดดำรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ได้ยาปฏิชีวนะ ดูแลตามแผนการพยาบาล 6 แผนอาการดีขึ้นจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยอายุ 49 ปีป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อ 2 ปีที่แล้วก่อนมาโรงพยาบาล 3 ชั่วโมง มีอาการไอ หายใจหอบ มีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้พ่นยาเองที่บ้าน 5 ครั้งอาการไม่ทุเลา แกรับแพทย์วินิจฉัย COPD with AE ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา 5 แผนอาการดีขึ้นจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาพยาบาลตาม GOLD guideline 2017 for COPD Management

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง , การพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to study and compare the disease progression, treatment, and nursing care of 2 patients with Chronic obstructive pulmonary disease who received treatment at Changan Hospital. This case study compared 2 patients with Chronic obstructive pulmonary disease .The study was conducted on the first patient who received services at Changan Hospital on March 18,2024 , and the second patient on May 8, 2024. Data were collected using interviews, observations, and medical records. The concept of patient health assessment according to Gordon's 11 health models.And determine nursing diagnosis together with nursing process concepts to apply in nursing care.

Main findings: Case 1 : 86 years old Thai man with COPD 10 years ago received a bronchodilator 1 hour before coming to the hospital. He had a fever,shortness of breath,coughing with sputum,At first,the doctor diagnosed COPD with AE. received a bronchodilator. received oxygen and intravenous fluids to maintain water and electrolyte balance. received antibiotics.and was treated according to 6 nursing plans.The symptoms improved.and the patient was discharged home.Case 2 : 49 years old Thai man with COPD 2 years ago. 3 hours before coming to the hospital, had symptoms of coughing,shortness of breath,and was tired,could not lie down, took the inhaler at home 5 times.the symptoms did not improve.At first,the doctor diagnosed COPD with AE,provided nursing care according to 5 treatment plans.the symptoms improved and the patient was discharged home. patients received treatment according to the GOLD guideline 2017 for COPD Management.

Keywords : Chronic obstructive pulmonary disease , Nursing

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลจังหวัด

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease หรือ COPD) เป็นโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง(NCD)เกี่ยวข้องกับการอุดกั้นทางเดินหายใจส่วนล่างอย่างถาวร ลักษณะของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง คือ หอบเหนื่อย แน่อก และหอบเหนื่อยเกิดอาการอักเสบเสียหาย เนื่องจากได้รับแก๊สหรือสารที่ก่อให้เกิดการระคายเคือง เป็นระยะเวลานาน ทำให้หอบเหนื่อย คออักเสบ หรือถูกอุดกั้น โดยไม่อาจฟื้นคืนเป็นปกติได้อีก จากสถิติเป็นหนึ่งในสาเหตุสำคัญที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการหอบเหนื่อยซึ่งอาการจะค่อยๆเป็นมากขึ้น ทำให้ความสามารถในการออกกำลังกายลดลง หรือในกรณีที่โรคมีความรุนแรงมากขึ้น ผู้ป่วยจะมีอาการเหนื่อยแม้แต่การทำกิจวัตรประจำวัน หรืออยู่เฉยๆ เหล่านี้จะนำไปสู่สภาพจิตใจและคุณภาพชีวิตที่ลดลงด้วย โดยความระดับความรุนแรงของโรคจะสัมพันธ์ไปกับการเพิ่มขึ้นของอัตราการนอนโรงพยาบาล อัตราการกำเริบเฉียบพลัน หรือการเกิดภาวะแทรกซ้อนอื่นๆ เช่นภาวะปอดอักเสบติดเชื้อ ภาวะหัวใจหรือหัวใจล้มเหลว และการเสียชีวิตในที่สุด ข้อมูลจาก GOLD¹ (หรือ Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease) ประเมินการว่าโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจะเป็นสาเหตุการเสียชีวิตเพิ่มขึ้น จากปัจจุบันอยู่อันดับ 6 เป็นอันดับ 3 ของโลกในปี ค.ศ. 2030 ในประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับร้อยละ 0.41, ร้อยละ 0.52 และร้อยละ 0.55 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ. 2565-2567 เพิ่มขึ้น จำนวน 18,256 รายจำนวน 19,428 ราย และ จำนวน 20,161 รายตามลำดับ จังหวัดร้อยเอ็ด พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ.2565-2567 เท่ากับ 11.11 , 17.89 และ 31.93 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มเพิ่มมากขึ้น ในโรงพยาบาลจังหาร มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 135 ราย,จำนวน 143 รายและจำนวน 157 รายตามลำดับ พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้น

เรื้อรังปี พ.ศ.2565-2567 เท่ากับ 17.68 , 37.62 และ 35.66 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ.2565-2567 จำนวน 5 ครั้ง,จำนวน 21 ครั้ง และจำนวน 8 ครั้งตามลำดับ²

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมีสาเหตุหลักที่สำคัญคือ ควันบุหรี่ก่อให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหุ้มปอดและถุงลมนำไปสู่การอักเสบเรื้อรัง ความแข็งแรงของกล้ามเนื้อและความสามารถในการทำกิจกรรมต่างๆ ของผู้ป่วยลดลง หลักการดูแลรักษาที่สำคัญ คือ ป้องกันและควบคุมไม่ให้เกิดการติดเชื้อซ้ำ ถ้ามีระบบหายใจล้มเหลวต้องใส่เครื่องช่วยหายใจหรืออาจเสียชีวิตได้ การรักษาจึงต้องทำหลายๆ ด้านพร้อมกัน ทั้งการรักษาโดยการให้ยาและการรักษาโดยไม่ใช้ยา ลักษณะการดำเนินโรคส่วนใหญ่จะเป็นไปในทางที่เสื่อมลงและไม่กลับคืนสู่สภาพปกติและเป็นโรคที่ไม่หายขาด ทำให้เกิดภาวะพร่องออกซิเจนในกระแสเลือดได้ ภาวะอื่นๆ เช่น ปอดอักเสบการมีก้อนอุดกั้นในหลอดเลือด (Thromboembolism) และภาวะหัวใจล้มเหลวเฉียบพลัน อาการที่เกิดอาจคล้ายคลึงกันกับอาการกำเริบและจะทำให้มีอาการกำเริบรุนแรงขึ้น³ นอกจากนี้ยังมีผลกระทบทางเศรษฐกิจและสังคมด้วย โดยค่าใช้จ่ายที่เพิ่มขึ้นเกิดทั้งโดยตรง (ค่าใช้จ่ายในการตรวจวินิจฉัย และให้การรักษา) และโดยอ้อม (การสูญเสียรายได้จากการขาดงาน เสียอายุก่อนวัยอันควร หรือแม้แต่ครอบครัวหรือผู้ดูแลที่ต้องสูญเสียรายได้ไป)

พยาบาลจึงมีบทบาทสำคัญในการให้การพยาบาลเพื่อป้องกันภาวะอาการกำเริบเฉียบพลัน ที่นำไปสู่ภาวะหัวใจล้มเหลวจากความรุนแรงของโรคเป็นผู้ดูแลช่วยเหลือผู้ป่วยทั้งในระยะวิกฤต ระยะฟื้นฟูสภาพ และระยะวางแผนจำหน่าย โดยการให้ความรู้ ติดตาม การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง แนะนำการปรับเปลี่ยน การดำเนินชีวิต เช่น การงดสูบบุหรี่ การออกกำลังกาย ฟื้นฟูสภาพปอดที่เหมาะสมกับบุคคล การดูแลสิ่งแวดล้อมสิ่งกระตุ้นต่างๆ และการพักผ่อนที่เพียงพอ นอกจากนี้พยาบาลผู้ดูแลในหอผู้ป่วยต้องมีความรู้และทักษะและมีบทบาทสำคัญมากในการ

ประเมินผู้ป่วยเฉพาะรายเชิงลึกพร้อมทั้งบริหารจัดการให้ผู้ป่วยปลอดภัยในทุกกระบวนการเจ็บป่วย โดยการระบุปัญหาผู้ป่วยให้เฉพาะเจาะจง และวางแผนดำเนินการช่วยเหลือผู้ป่วยอีกทั้งเป็นผู้ประสานทีมสหสาขาวิชาชีพ ให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบเฉียบพลัน ระยะวิกฤตหรือกึ่งวิกฤต การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดและสมรรถภาพทางกาย และการดูแลต่อเนื่องที่บ้านที่เหมาะสม การส่งเสริมให้ผู้ป่วยเห็นคุณค่าในตนเอง การสนับสนุนของครอบครัวเพื่อเสริมสร้างคุณภาพชีวิตที่ดีให้สามารถดำเนินกิจวัตรประจำวันได้ด้วยตัวเองได้อย่างมีความสุข ไม่มีภาวะแทรกซ้อนและเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันซ้ำอีก ผู้ศึกษามีความสนใจศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพื่อนำมาพัฒนาแนวทางการพยาบาลให้เป็นมาตรฐานสำหรับให้บริการผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อไป

วัตถุประสงค์

1. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาล มีความรู้ความเข้าใจ ในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้อย่างมีประสิทธิภาพ
2. เพื่อให้บุคลากรทางการพยาบาลมีแนวทางในการปฏิบัติการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในโรงพยาบาลจังหวัดได้อย่างถูกต้องเหมาะสม
3. ลดอัตราการเกิดภาวะแทรกซ้อนต่าง ๆ และอัตราการกลับเป็นซ้ำจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. ลดระยะเวลาในการนอนโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

วิธีการศึกษา

ขอบเขตของการศึกษารายกรณี

เป็นการศึกษาข้อมูลกรณีเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังจำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาหอผู้ป่วยในโรงพยาบาลจังหวัด โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ระหว่างวันที่ 18 มีนาคม 2567 – 21 มีนาคม

2567 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ที่เข้ารับการรักษาในแผนกผู้ป่วยใน โรงพยาบาลจังหวัด ระหว่างวันที่ 8 พฤษภาคม 2567- 11 พฤษภาคม 2567

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในแผนกผู้ป่วยใน จำนวน 2 ราย เนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย
3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆ ที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์
5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การรักษายาตามแผนการรักษาของแพทย์
6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหาความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน⁴ เป็นแบบในการประเมินความครอบคลุม วินิจฉัยปัญหาทางการพยาบาลวางแผนการพยาบาล การปฏิบัติการพยาบาล ประเมินผลการพยาบาล
7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

จริยธรรมการวิจัย

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่างและนำตัวชี้แจงในการเข้าร่วมได้รับทราบวัตถุประสงค์และขั้นตอนการศึกษา พร้อมทั้งลงนามยินยอมและขอความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล

ชี้แจงสิทธิ์ที่กลุ่มตัวอย่างสามารถเข้าร่วมการวิจัย หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ ได้ โดยไม่มีผลต่อการบริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับ ข้อมูลที่ได้จากการวิจัยครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการวิจัยเป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษาเท่านั้น

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรคคือ การสูบบุหรี่สารต่างๆในบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมและถุงลมในผู้ป่วยรายที่ 1 เป็นผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลง เยื่อเยื่อเหนียวและคอลลาเจนที่ช่วยทำให้หลอดลมฝอยไม่แฟบขณะหายใจออกทำหน้าที่น้อยลง ทำให้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่าย⁵ ข้อมูลการตรวจร่างกายทั้ง 2 ราย พบความผิดปกติที่เหมือนกัน คือ ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 มีเสียง crepitation Rt lung ที่ปอดข้างขวา และภาพถ่ายรังสี พบ no infiltration มีลักษณะ Hyperinflation และพบระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation : SpO2) เท่ากับ 92 % อัตราการหายใจ 22 ครั้ง/นาที ส่วน

ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 มีเสียง Wheezing both lungs ที่ปอดทั้งสองข้างและพบระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation : SpO2) เท่ากับ 90 % อัตราการหายใจ 30 ครั้ง/นาที ภาพถ่ายรังสีพบว่า no infiltration ลักษณะ Barrel chest ผลการตรวจ complete blood count พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลผิดปกติ Neutrophil และ WBC สูงกว่าปกติ บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการอักเสบและติดเชื้อเฉียบพลัน โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งร่างกายตอบสนองโดยการเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและจับกินเชื้อโรคโดยตรง และพบ Lymphocyte ต่ำกว่าปกติ ทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันต้านทานต่อเชื้อแบคทีเรียในภาวะติดเชื้อผู้ป่วย แสดงถึงภาวะปอดมีการติดเชื้อทำให้อาการรุนแรงมีการทำลายเยื่อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบยิ่งในผู้สูงอายุทำให้มีเสมหะในหลอดลม ความยืดหยุ่นของปอดลดลงทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง เกิดอาการหายใจลำบากต้องออกแรงในการหายใจทำให้อ่อนเพลียเหนื่อยหอบ เกิดอาการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ทำให้ขาดออกซิเจนซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation : SpO2) เท่ากับ 90-92 % อัตราการหายใจ 22-30 ครั้ง/นาที ตามมา

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผน	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
แบบแผนสุขภาพที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี เนื่องจากตนเองเป็นความดันโลหิตสูง, ไตวายเรื้อรัง, เกาต์และมะเร็งเป็นมา 10 ปีรับประทานยาเป็นประจำไม่เคยขาดยาและมาพบแพทย์ตามนัดเสมอการดูแลภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก อสม.และโรงพยาบาลจังหวัด ผู้ป่วยตั้งใจดูแลสุขภาพตามคำแนะนำ แต่สามารถปฏิบัติได้บ้างปานกลาง เช่นการควบคุมความดันโลหิตสูง/การพ่นยาขยายหลอดลม ได้รับการตรวจสุขภาพประจำปีเพราะเป็นผู้ป่วย HT การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลดี เสื้อผ้าสะอาด ไม่มีกลิ่นตัว เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้น สะอาดขณะเจ็บป่วยรับรู้ว่าคุณเองหายใจหอบเหนื่อย นิ่งพักก็ยังไม่หายเหนื่อย ปัญหาที่พบ -ไม่สบายเนื่องจากไข้	การรับรู้ภาวะสุขภาพโดยทั่วไปไม่ดี เนื่องจากตนเองป่วยโรค COPDรับประทานยาเป็นประจำและมาพบแพทย์ตามนัดเสมอการดูแลภาวะสุขภาพ ผู้ป่วยได้รับความรู้ด้านการดูแลสุขภาพจาก อสม.และโรงพยาบาลจังหวัด ผู้ป่วยปฏิบัติตามคำแนะนำได้บ้าง เช่นการพ่นยาขยายหลอดลม การดูแลสุขภาพส่วนบุคคลดี เสื้อผ้าสะอาด ไม่มีกลิ่นตัว เล็บมือเล็บเท้าตัดสั้น สะอาดขณะเจ็บป่วยรับรู้ว่าคุณเองหายใจหอบเหนื่อยนอนราบไม่ได้ ปัญหาที่พบ -เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ -มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผน	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
	-มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง -เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ	
แบบแผนสุขภาพที่ 2 อาหารและการเผาผลาญอาหาร	โดยปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาชอบทานข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้าน ผลไม้ตามฤดูกาลดื่มน้ำวันละ 6-7 แก้ว น้ำหนัก 56 กิโลกรัมส่วนสูง 162 เซนติเมตร BMI 21.33	โดยปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อไม่ตรงเวลาชอบทานข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้านและของดิบ ดื่มน้ำวันละ 7-8 แก้ว น้ำหนัก 55 กิโลกรัมส่วนสูง 164 เซนติเมตร BMI 20.44
แบบแผนสุขภาพที่ 3 การขับถ่าย	การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะอุจจาระสีเหลืองปนดินนานๆครั้งถึงท้องผูก ปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้งต่อวัน ปัสสาวะบ่อยกลางคืนเฉลี่ย 2-3 ครั้งต่อวัน ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองปกติ ไม่มีกลิ่น ปริมาณเฉลี่ย 100-200 ซีซีต่อครั้งปัสสาวะได้สะดวกไม่มีอาการเจ็บปวดขณะปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่สุดหรือปัสสาวะกระปริดกระปรอย	การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะอุจจาระสีเหลืองปนดินนานๆครั้งถึงท้องผูก ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้งต่อวัน ปัสสาวะบ่อยกลางคืนเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อวัน ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองปกติ ไม่มีกลิ่น ปริมาณเฉลี่ย 100-200 ซีซีต่อครั้งปัสสาวะได้สะดวก ไม่มีอาการเจ็บปวดขณะปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่สุดหรือปัสสาวะกระปริดกระปรอย
แบบแผนสุขภาพที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายดูแลกิจวัตรประจำวันได้เองเดินเล่นรอบๆบ้านยามว่างชอบไปเล่นกับเพื่อนบ้านพูดคุยกัน มีอาการเหนื่อยง่ายและหายใจหอบ ปัญหาที่พบ -ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจหอบเหนื่อย	ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายปกติทำงานรับจ้างก่อสร้างบ้านทำกิจวัตรช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติยามว่างชอบไปหาปลากับเพื่อนๆ มีอาการเหนื่อยง่ายเวลาทำงานจึงได้หยุดทำงานชั่วคราว ปัญหาที่พบ -ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจหอบเหนื่อย
แบบแผนสุขภาพที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	โดยปกตินอนคืนละ 5-6 ชั่วโมงและนอนกลางวันวันละ 1 ชั่วโมง ใช้ยานอนหลับเป็นประจำ	ผู้ป่วยเข้านอนเวลา 21.00-05.00 น. ไม่ได้นอนกลางวันไม่เคยใช้ยานอนหลับ
แบบแผนสุขภาพที่ 6 สถิติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้ที่ดี รู้สติ สื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่น สามารถตัดสินใจเองได้	ผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้ที่ดี รู้สติ สื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่น สามารถตัดสินใจเองได้
แบบแผนสุขภาพที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยยอมรับว่ามีโรคประจำตัว ต้องมีการปฏิบัติตัวเฉพาะโรค เช่นโรคไตวายเรื้อรังมีบุตรสาวคอยดูแลตลอดเป็นคนเครียดง่าย โกรธง่ายหายเร็ว	ผู้ป่วยคิดว่าตนเองเป็นคนแข็งแรงไม่มีโรคประจำตัว เป็นหัวหน้าครอบครัวมีภรรยาดูแลตลอด เป็นคนสนุกสนานร่าเริง ไม่เครียดง่าย
แบบแผนสุขภาพที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นหัวหน้าครอบครัวมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 6 คน ภรรยา ตัวเองและบุตร 4 คนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี มีทะเลาะกันบ้างเล็กน้อยผู้ป่วยชอบเข้าสังคมชอบร่วมกิจกรรมในชุมชน	เป็นหัวหน้าครอบครัวมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 4 คน ภรรยา ตัวเองและบุตร 2 คนสัมพันธ์ภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ไม่มีทะเลาะกันผู้ป่วยชอบเข้าสังคม ชอบร่วมกิจกรรมในชุมชน
แบบแผนสุขภาพที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อวัยวะเพศปกติ สังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม	ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อวัยวะเพศปกติ สังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม
แบบแผนสุขภาพที่ 10 การปรับตัวและ	ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยาและบุตรสาวเมื่อก่อนเวลาเครียดชอบสูบบุหรี่และระบายกับเพื่อนๆขณะเจ็บป่วย มีสีหน้าวิตก	ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยาเมื่อก่อนเวลาเครียดชอบสูบบุหรี่/ดื่มสุราและระบายกับเพื่อนๆขณะเจ็บป่วย มีสีหน้าวิตก

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน

แบบแผน	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2
การเผชิญกับ ความเครียด	กังวลและเครียดกลัวว่าจะกลับเป็นซ้ำคะแนนวิตกกังวล 9 คะแนน ปัญหาที่พบ -ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตและกังวลกลัวจะกลับเป็นซ้ำ	กังวลและเครียดกลัวว่าจะเหมือนครั้งที่แล้วต้องไปใส่ท่อช่วยหายใจที่ รพ.ร้อยเอ็ด คะแนนวิตกกังวล 10 คะแนน ปัญหาที่พบ -ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับอาการเจ็บป่วยที่คุกคามต่อชีวิตและกังวลกลัวจะกลับเป็นซ้ำ
แบบแผนสุขภาพที่ 11คุณค่าและความ เชื่อ	มีความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาพุทธเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาส และเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากร่างกายอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหลายโรค และการทำบุญจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจ ทำให้หายจากโรคได้เร็วขึ้น	มีความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาพุทธเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาสและเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากร่างกายอ่อนแอ และการทำบุญจะช่วยให้ร่างกายแข็งแรง จิตใจ ทำให้หายจากโรคได้เร็วขึ้น

จากตารางที่ 1 การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนพบว่า ก่อนเจ็บป่วยแบบแผนการรับรู้และการดูแลสุขภาพผู้ป่วยทั้งสองรายรับรู้ถึงปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค เช่น การสูบบุหรี่ ควันต่างๆแต่ยังไม่สามารถหลีกเลี่ยงได้ แบบแผนกิจกรรมและการออกกำลังกายในผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากเหนื่อยง่าย สำหรับแบบแผนการปรับตัวและการเผชิญกับความเครียดรับรู้ว่าการเจ็บป่วยครั้งนี้วิกฤติ เสี่ยงต่อการหายใจล้มเหลวและเกิดภาวะพร่องออกซิเจนได้ง่ายและกลัวการกลับเป็นซ้ำบ่อยๆจึงได้ขอวินิจฉัยทางการแพทย์ตามแบบแผนสุขภาพไม่เท่ากันโดยผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 มีจำนวน 6 ข้อ ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2 มีจำนวน 5 ข้อ

การวินิจฉัยทางการแพทย์ในระยะแรกได้รับกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย พบมีแตกต่างกันโดยผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1 ไม่สบายเนื่องจากมีไข้จากการติดเชื้อในร่างกายนอกจากนี้ผู้ป่วยมีโรคร่วมเช่น CKD stage 3, โรคเกาต์ ฟังเสียงปอดมีเสียง Creptitation Rt lung การรักษาพยาบาลจึงได้ใช้ดัดหลอดไขและดูแลให้ยา Paracetamol 325 mg 2 เม็ด และยา

ปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนข้อวินิจฉัยทางการแพทย์ในข้ออื่นๆมีปัญหาทางการแพทย์เหมือนกันในเรื่องเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว, มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง, ความทนต่อกิจกรรมลดลง, ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วยและกลัวว่าจะกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลไม่ต่างกันให้การพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน และให้การพยาบาลระยะต่อเนื่องโดยใช้ D-METHOD จัดทำให้อาการผู้ป่วยไอเสมหะออกง่ายและกระตุ้นให้เปลี่ยนท่าทุก 1-2 ชั่วโมง การฟื้นฟูสมรรถภาพให้ปอดขยายตัวดี กระตุ้นให้ดื่มน้ำอย่างเพียงพอ กระตุ้นให้ลูกเดินเพิ่มระยะทางขึ้นเรื่อยๆ แนะนำเรื่องการพ่นยาขยายหลอดลมอย่างถูกวิธีและใช้ยาตามแนวทางการรักษาของแพทย์ห้ามหยุดยาเอง พร้อมทั้งประสานการดูแลต่อเนื่องโดยทีมสหสาขาวิชาชีพและให้ครอบครัวมีส่วนร่วมในการดูแลผู้ป่วยเกิดผลลัพธ์การปฏิบัติการพยาบาลและการรักษาที่ทันท่วงทีทำให้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการดูแลที่รวดเร็ว ปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรค

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็น เปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผน สุขภาพ	ชายไทยอายุ 86 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเกาต์	ชายไทยอายุ 49 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เมื่อ 2 ปีที่แล้วไอมีเสมหะ	โรค COPD พบร้อยละ 90 มาจากสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้เกิดโรค

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	ไตวายเรื้อรังระยะที่ 3 เมื่อ 10 ปีที่แล้วมีอาการไอ หายใจเหนื่อย หอบแพทย์วินิจฉัยเป็น COPD ได้รับการ รักษาเป็นประจำที่โรงพยาบาลจังหวัดม ประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวนเป็น เวลานานกว่า 20 ปี	หอบเหนื่อยแพทย์วินิจฉัยเป็น COPD ได้รับการรักษาเป็นประจำที่ โรงพยาบาลจังหวัดมประวัติเริ่มสูบ บุหรืตอนอายุ 15 ปีสูบบุหรี่วันละ 10 มวน	คือ การสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็น เวลานานสารต่างๆในบุหรืจะทำให้ เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อ หลอดลมและถุงลมทำให้การทำงานของ ของปอดผิดปกติปริมาณลมหายใจ ออกลดลง(FEV1) พบมากในเพศชาย
			ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เป็น ผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้นความ ยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลง เยื่อ เหนียวและคอลลาเจนที่ช่วยทำให้ หลอดลมผ่อนคลายไม่เพียงพอหายใจ ออกทำหน้าที่ย่อยลง ทำให้เป็นโรค ปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่าย
2.พยาธิสภาพ ของอาการและ อาการแสดง	2 วันก่อนมาโรงพยาบาลมีไข้ ไอแห้งๆ มี เสมหะ หายใจหอบจึงพนายเองที่บ้าน อาการทุเลาลงแต่ไม่หาย 1 ชั่วโมงก่อน มาโรงพยาบาลมีอาการไม่ดีขึ้น หายใจไม่ อึด หอบเหนื่อยเพิ่มขึ้นพนายเอง 3 ครั้ง อาการไม่ทุเลา ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล จังหวัดม รับที่ ER เวลา 18.56 น. ได้รับการพนาย Berodual 1 NB stat เวลา 19.00 น.ประเมินสัญญาณชีพ E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE อุณหภูมิ 37.3 °C ชีพจร 93 ครั้ง/นาที หายใจ 22 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 136/80 mmHg O2 sat 92% DTX 102 mg% แพทย์ ตรวจร่างกายพบ Creptitation Rt lung ผล CXR no infiltration มีลักษณะ Hyperinflation ผล Lab แกร็บที่ผิดปกติ คือ CBC พบ WBC 11,160 cell/mm ³ ,Neutrophil 76%, Lymphocyte11%, eGFR58ml/min/1.73m ² แพทย์วินิจฉัย COPD with AE มีโรคร่วม CKD stage3 ,HT,Gout	3ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการ ไอ หายใจหอบ มีอาการเหนื่อย นอน ราบไม่ได้ พนายเองที่บ้าน 5 ครั้ง อาการไม่ทุเลา ญาติจึงนำส่ง โรงพยาบาล จังหวัดม เวลา 08.48 น. แกร็บที่ ER E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE อุณหภูมิ 36.4 °C ชีพจร 96 ครั้ง/ นาที หายใจ 30 ครั้ง/นาที ความดัน โลหิต 108/71 mmHg O2 sat 90 % DTX 267 mg%แพทย์ตรวจ ร่างกายพบ Wheezing both lung ผล CXR no infiltration มีลักษณะ Barrel chest ผล Lab แกร็บที่ผิดปกติ คือ CBC พบWBC 10,700 cell/mm ³ ,Eosinophil 17%,Lymphocyte 19%,MCV75.7fl,MCH24.5pg, Na 134.7 mmol/L แพทย์วินิจฉัย COPD with AE	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีพยาธิสภาพที่ เกิดขึ้นในปอดมีการทำลายเนื้อปอด เกิดเป็นถุงลมโป่ง(Emphysema)ทำ ให้มีการเปลี่ยนแปลงเส้นเลือดใน ปอดมีการเพิ่มจำนวนของ Inflammatory cells เช่น Neutrophils,Lymphocytesมีการ หลั่งสารทำให้มีการขยายการอักเสบ รุนแรงขึ้นมีการตีบแคบของหลอดลม ทำให้เกิดอาการหายใจออกเกิดภาวะ Hyperinflation ออกแรงทำให้เกิด อาการเหนื่อยง่ายจากการที่ ประสิทธิภาพในการหายใจลดลง การแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติทำให้ หลอดลมตีบแคบเกิดภาวะ Ventilation น้อยลงหายใจอ่อนล้ามี การหลั่งเมือกออกมามากกว่าปกติทำ ให้เกิดอาการไอมีเสมหะมักเกิดตอน เช้าเพราะช่วงที่นอนกลางคืนมีการ สะสมไว้อาการที่พบบ่อยคือ อาการ หอบเหนื่อยโดยเฉพาะเวลาทำ กิจกรรมเนื่องจากปอดทำงานลดลงมี การเสื่อมของสมรรถภาพปอดและทำ ให้เกิดอาการกำเริบของโรคได้
3.การรักษา	-การรักษาพนายขยายหลอดลม Berodual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมง -Seretide 2 puff BID -ให้ออกซิเจนทางจมูกO2 canular 3 LPM keep O2 sat 88-92%	-การรักษาพนายขยายหลอดลม Berodual 1 NB ทุก 6 ชั่วโมงและ Ventolin 1 NB stat และทุก 15 นาที prn -Seretide 1 puff พนาย BID	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษา ในช่วงที่โรคกำเริบเฉียบพลันคือ มี อาการหอบเหนื่อย หายใจมีเสียง Wheezing ไอมีเสมหะ แน่นหน้าอก โดยการรักษาที่ได้รับ

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็น เปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	-Dexamethasone 4 mg ทางหลอดเลือดดำทุก 6 ชั่วโมง -ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml IV drip 80 ml/hr -Roxithromycin 150 mg 1 เม็ดเช้า-เย็น -Acetyl cysteine 200 mg 1 ซอง วันละ 3 เวลา -Paracetamol 325 mg 2 เม็ดเวลา มีไข้, -Theophylline 200 mg 1 เม็ดก่อนนอน -Prednisolone 5 mg 2X3 pc รวมระยะเวลาการรักษาตัว 3 วัน	-ให้ออกซิเจนทางจมูก O2 canular 3 LPM keep O2 sat 88-92% -Dexamethasone 8 mg ทางหลอดเลือดดำทันทีและ Dexamethasone 4 mg ทุก 6 ชั่วโมง -On HL -Glyceryl Guaiacolate 100 mg 1X3 pc -Acetyl cysteine 200mg 1 ซอง วันละ 3 เวลา -Paracetamol 325 mg 2 เม็ดเวลา มีไข้ -Roxithromycin 150 mg 1X2 ac -Prednisolone 5 mg 3X2 pc รวมระยะเวลาการรักษาตัว 3 วัน	1.ยากลุ่มBronchodilators สูดขยายหลอดลมเพื่อให้ลมออกจากปอดได้มากขึ้นใช้ยาสูดหลอดลมชนิดละอองฝอย (Nebulizer)แล้วจึงใช้ยากลุ่ม short-acting inhaled β_2 -agonists ชนิด MDI 2.การให้ออกซิเจนทดแทนเพื่อควบคุมปริมาณ Controlled Oxygen therapy เพื่อลดภาวะ Hypoxemia 3.การใช้ Gluco corticosteroid ในรูปยาฉีด Dexamethasoneและยา กิน Prednisolone ติดต่อกัน 7-10 วัน 4.การให้ antibiotics ในผู้ป่วยเนื่องจากมีเสมหะเพิ่มมากขึ้น
4.ปัญหาและข้อ วินิจฉัยทางการ พยาบาล	-ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ -เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ -มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง -ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก	-เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจากปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ -มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง -ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลงเนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่เหมือนกัน 5 ข้อ และข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่างกัน คือผู้ป่วยรายที่ 1 ไม่สุขสบายเนื่องจากมีไข้ จากการติดเชื้อในร่างกายนอกจากผู้ป่วยมีโรคร่วมเช่น CKD stage 3, โรคเกาต์
	-ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย -มีโอกาสมากลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ความเข้าใจโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบและการดูแลตนเองต่อเนื่อง	-ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย -มีโอกาสมากลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ความเข้าใจโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบและการดูแลตนเองต่อเนื่อง	ฟังเสียงปอดมีเสียง Crepitation Rt lung การพยาบาลจึงได้เช็ดตัวลดไข้และดูแลให้ยา Paracetamol 325 mg 2 เม็ด และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในข้ออื่นๆมีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันในเรื่องเสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว,มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง,ความทนต่อกิจกรรมลดลง,ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วยและกลัวว่าจะกลับมารักษาซ้ำเนื่องจาก การปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลไม่ต่างกันให้การพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน และให้การพยาบาลระยะต่อเนื่องโดยใช้ D-METHOD และทีมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้าน

สรุปและอภิปรายผล

จากกรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) พบว่ามีสาเหตุและปัจจัยเสี่ยงไม่แตกต่างกัน คือมีประวัติการสูบบุหรี่มาเป็นเวลานาน ส่วนของพยาธิสภาพของโรคพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 เป็นโรคนานกว่าและมีโรคร่วมเป็นผู้สูงอายุ ทำให้เกิดการตีบของหลอดลมร่วมกับการสูญเสียการยืดหยุ่นของเนื้อปอด (elastic recoil) เกิดการจำกัดการไหลของอากาศ (airflow limitation) และมีอากาศค้างในปอด (air trapping) ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบมีภาวะออกซิเจนในเลือดต่ำกว่าเป็นเวลานานกว่าทำให้หลอดเลือดปอด (pulmonary vascular) เกิดความดันในหลอดเลือดปอดสูง (pulmonary hypertension) ซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ผู้ป่วยเกิดภาวะหายใจล้มเหลวได้⁶ ส่วนอาการและอาการแสดง พบว่า ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีอาการกำเริบเฉียบพลันทำให้มีอาการเหนื่อยหอบหายใจไม่อึด และเดินระยะทางไม่เกิน 5 เมตรก็เหนื่อย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบว่า มีอาการหอบกำเริบเฉียบพลันร่วมกับนอนราบไม่ได้ จึงจำเป็นต้องให้พักรักษาตัวเพื่อประเมินอาการหากต้องใส่ท่อช่วยหายใจเพื่อเปิดทางเดินหายใจ ในส่วนการรักษาพบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ต้องให้การรักษาอาการกำเริบเฉียบพลันร่วมกับยารักษาโรคความดันโลหิตสูง, โรคเกาต์ ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีภาวะหอบกำเริบเฉียบพลันใช้ยารักษาอาการหอบ จะเห็นได้ว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน หากผู้ป่วยได้รับการรักษาที่เหมาะสมและดูแลตนเองได้ จะทำให้ผู้ป่วยนอนพักรักษาตัวไม่นาน สามารถอยู่กับโรคและมีคุณภาพชีวิตที่ดีได้

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการศึกษาพัฒนารูปแบบการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันร่วมกับทีมสหสาขาวิชาชีพ
2. ควรพัฒนารูปแบบการส่งต่อเพื่อการดูแลต่อเนื่องที่มีประสิทธิภาพในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
3. ควรมีการศึกษาถึงปัญหาที่ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน ที่ต้องกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล
4. ส่งพบเพื่อปรึกษานักกายภาพบำบัดเพื่อออกกำลังกายฟื้นฟูสมรรถภาพปอด
5. พัฒนาระบบบริการเยี่ยมบ้านผู้ป่วยในรูปแบบปกติและ online เพื่อประเมินผลการดูแลตนเองและสำรวจสภาพแวดล้อมในชีวิตประจำวันของผู้ป่วยและในชุมชนค้นหาสิ่งกระตุ้นที่มีผลต่ออาการกำเริบของผู้ป่วยการมีส่วนร่วมของญาติในการดูแลเพื่อให้ผู้ป่วยได้รับการรักษาอย่างต่อเนื่องในรูปแบบการเยี่ยมแบบสหวิชาชีพที่ประกอบด้วยพยาบาลวิชาชีพ เภสัชกรและนักกายภาพบำบัดเพื่อช่วยกันประเมินและทบทวนความรู้ในการดูแลตนเองทั้งในเรื่องของการรับประทานอาหาร ยา การหายใจ โดยการใช้อุปกรณ์ปลายนิ้วจากค่าออกซิเจนในร่างกายอย่างมีประสิทธิภาพ การวัดอุณหภูมิ และการออกกำลังกายตามสภาพผู้ป่วยโดยมีการส่งต่อข้อมูลระหว่างระบบบริการสาธารณสุข
6. สร้างแรงกระตุ้นขวัญกำลังใจด้วยระบบเครือข่าย (ผู้ป่วยกลุ่มโรคเดียวกัน) เพื่อนเยี่ยมเพื่อนให้คำแนะนำการดูแลการปฏิบัติตัวจากประสบการณ์จริง โดยมีการทำกลุ่ม (self help group) ทั้งในโรงพยาบาลและในชุมชนที่ผู้ป่วยพักอาศัย

เอกสารอ้างอิง

- 1.Global Initiative for Chronic Obstructive Lung Disease (GOLD):2017<https://goldcopd.org/wp-content/uploads/2017/02/wms- GOLD-2017-FINAL.pdf>7.
- 2.กระทรวงสาธารณสุข.(2567).รายงาน Service plan โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.
https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9

- 3.เป็น รักเกิด.(2566).การพยาบาลผู้ป่วยปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีอาการกำเริบเฉียบพลัน :กรณีศึกษาเปรียบเทียบ 2 ราย
<https://www.skhospital.go.th/wpcontent/uploads/2023/12/journal20231208.pdf>
4. Gordon, M. (1982). Nursing diagnosis: Process and Application. McGraw-Hill.
- 5.นภารัตน์ อมรพัฒน์สถาพร.(2564).โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.คณะแพทยศาสตร์โรงพยาบาลรามาธิบดี
<https://www.rama.mahidol.ac.th>
- 6.สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565.
บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.