

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน : กรณีศึกษา 2 ราย

Nursing care for patients with Chronic Obstructive Pulmonary disease at home :
case study of two cases.

(Received: June 4,2025 ; Revised: June 9,2025 ; Accepted: June 11,2025)

รุ่งสุริยา พรรณขาม¹Rungsuriya Pannakham¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษา มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาเปรียบเทียบการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ตั้งแต่แรกรับจนถึงวางแผนจำหน่ายและการส่งต่อการดูแลต่อเนื่องที่บ้านและใช้เป็นแนวทางในการให้การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน นำมาพัฒนาคุณภาพการพยาบาลให้มีประสิทธิภาพมากขึ้น การศึกษารายกรณีนี้เป็นการเปรียบเทียบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 2 ราย โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ที่เข้ามาใช้บริการที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัย วันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 วันที่ 24 มีนาคม 2568 การเก็บข้อมูลโดยใช้การสัมภาษณ์ สังเกต และเวชระเบียน ใช้การประเมินภาวะสุขภาพผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอนนำมากำหนดข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและทฤษฎี METHOD Model

ผลการศึกษา : ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ชายไทยสูงอายุ 90 ปี ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อ 12 ปีที่แล้วมีโรคประจำตัวความดันโลหิตสูง,ไตเรื้อรังระยะที่ 4,เก๊าต์ 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาลมีอาการหายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อย ไอมีเสมหะ แพทย์วินิจฉัย Acute Exacerbation COPD with Pneumonia ได้รับยาขยายหลอดลม ได้รับออกซิเจนและสารน้ำทางหลอดเลือดดำรักษาสมดุลของน้ำและเกลือแร่ ได้ยาปฏิชีวนะ ดูแลตามแผนการพยาบาล 5 แผนอาการดีขึ้นจำหน่ายผู้ป่วยกลับบ้าน ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ชายไทยสูงอายุ 80 ปีป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเมื่อ 5 ปีที่แล้วรักษาไม่ต่อเนื่อง ก่อนมาโรงพยาบาล 1 ชั่วโมง มีไข้สูง ไอ หายใจหอบ มีอาการเหนื่อย นอนราบไม่ได้พ่นยาเองที่บ้าน 3 ครั้งอาการไม่ทุเลา แพทย์วินิจฉัย Acute Exacerbation COPD with Pneumonia,Sepsis,Respiratory Failure ให้การพยาบาลตามแผนการรักษา 6 แผนอาการและส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ด ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษาพยาบาลตาม GOLD guideline 2017 for COPD Management และได้รับการพยาบาลดูแลต่อเนื่องที่บ้าน

คำสำคัญ : โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ; การพยาบาล

Abstract

This study was case study aimed to study and compare nursing care for patients with chronic obstructive pulmonary disease from the beginning of admission to discharge planning and referral for continuous care at home and use it as a guideline for nursing care for patients with chronic obstructive pulmonary disease at home to develop the quality of nursing care to be more efficient. This case study is a comparison of 2 patients with chronic obstructive pulmonary disease. The study was conducted in case study 1 who came to receive services at Pho Chai Hospital on February 17, 2025 and in case study 2 on March 24, 2025. Data were collected using interviews, observations, and medical records. The assessment of patients' health status according to Gordon's 11 health models was used. Define nursing diagnosis and METHOD Model theory

Main findings: Case study patient 1, a 90-year-old Thai man, had chronic obstructive pulmonary disease 12 years ago, had hypertension, chronic kidney disease stage 4, gout. 1 hour before coming to the hospital, he had symptoms of shortness of breath, shortness of breath, coughing with sputum. The doctor diagnosed Acute Exacerbation COPD with Pneumonia. He received bronchodilators, oxygen and intravenous fluids to

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, โรงพยาบาลโพธิ์ชัย

maintain water and electrolyte balance. He received antibiotics and was treated according to the 5 nursing plans. His symptoms improved and he was discharged home. Case study patient 2, an 80-year-old Thai man, had chronic obstructive pulmonary disease 5 years ago and was not treated continuously. 1 hour before coming to the hospital, he had a high fever, coughed, shortness of breath, was tired, could not lie down, and used an inhaler at home 3 times, but his symptoms did not improve. The doctor diagnosed Acute Exacerbation COPD with Pneumonia, Sepsis, Respiratory Failure, provided nursing care according to the 6 symptom treatment plans and transferred to Roi-Et Hospital. Both patients received nursing care according to the GOLD guideline 2017 for COPD Management and received continuous nursing care at home.

Keywords : Chronic obstructive pulmonary disease : Nursing

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic obstructive pulmonary disease; COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่ส่งผลกระทบต่อร่างกาย จิตใจ สังคม และเศรษฐกิจ และเป็นสาเหตุสำคัญของการเสียชีวิตเป็นอันดับที่ 4 ของการเสียชีวิตของประชากรโลก การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน (Acute exacerbation) มีผลต่ออัตราการเสียชีวิต การเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอด ส่งผลต่อคุณภาพชีวิตและคุณภาพปอดในระยะยาว¹ จากสถิติในประเทศไทยพบอัตราการป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับร้อยละ 0.41, ร้อยละ 0.52 และ ร้อยละ 0.55 ตามลำดับซึ่งมีแนวโน้มเพิ่มขึ้น และพบผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในเขตสุขภาพที่ 7 ปี พ.ศ.2565-2567 เพิ่มขึ้นจำนวน 18,256 ราย,จำนวน 19,428 ราย และจำนวน 20,161 รายตามลำดับ จังหวัดร้อยเอ็ดพบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ 11.11 ,17.89 และ 31.93 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ ซึ่งแนวโน้มเพิ่มมากขึ้นในโรงพยาบาลโพธิ์ชัย มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมารับบริการปี พ.ศ. 2565-2567 จำนวน 98 ราย ,จำนวน 96 รายและจำนวน 93 รายตามลำดับ พบอัตราป่วยรายใหม่ของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังปี พ.ศ. 2565-2567 เท่ากับ 18.94 , 8.62 และ 3.46 ต่อแสนประชากร ตามลำดับ มีอัตราการเกิดการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี พ.ศ.2565-2567 จำนวน 54 ครั้ง,จำนวน 50 ครั้ง และจำนวน 35 ครั้งตามลำดับ²

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการอุดกั้นของทางเดินหายใจส่วนล่างทำให้เนื้อเยื่อปอดถูกทำลายไม่สามารถรักษาให้กลับมาเป็นปกติได้ อาการแสดงทางด้านร่างกายได้แก่ ใช้โอมีเสมหะ หอบเหนื่อยรุนแรง อ่อนเพลีย เป็นต้น อาการแสดงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า หดหู่ หวาดระแวงและโมโหง่าย การรักษาในระยะที่มีอาการหอบเหนื่อยรุนแรงแพทย์จะพิจารณาใช้เครื่องช่วยหายใจ พ่นยาขยายหลอดลมเมื่อผู้ป่วยรักษาอาการในโรงพยาบาลจนมีอาการสงบและดีขึ้นแพทย์จะพิจารณาให้กลับบ้านได้ ผู้ป่วยบางรายมีภาวะหายใจลำบาก มีข้อจำกัดในการดูแลตนเอง บางรายต้องพึ่งพาอุปกรณ์ทางการแพทย์ในการดำรงชีวิตที่บ้าน เช่น การใช้เครื่องช่วยหายใจแรงดันบวกชนิด CPAP, BiPAP, ออกซิเจน, เครื่องพ่นยา เป็นต้น³ ทำให้ผู้ป่วยและครอบครัวมักเกิดความเครียด วิตกกังวล ไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยต่อเนื่องที่บ้านให้มีคุณภาพชีวิต ทำให้การดำเนินชีวิตประจำวันที่บ้านเปลี่ยนแปลงไป มีภาระเพิ่มขึ้น มีค่าใช้จ่ายในครอบครัวที่เพิ่มสูงขึ้น ทำให้ผู้ป่วยกลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาลยาวนานขึ้น

ดังนั้น บทบาทพยาบาลในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้านจึงมีความสำคัญเป็นการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยก่อนกลับบ้านโดยใช้แนวคิดทฤษฎี METHOD Model มาประยุกต์ใช้ในการพยาบาลผู้ป่วย โดยพยาบาลมีบทบาทในการสอน ฝึกทักษะการดูแลกิจวัตรประจำวัน แนะนำการใช้อุปกรณ์ทางการแพทย์ ส่งเสริมความมั่นใจ

ให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ติดตามเยี่ยมบ้าน ภายใน 7-10 วันหลังจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัวสามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านได้ ดำรงชีวิตต่อที่บ้าน ลดปัญหาการกลับมา รักษาซ้ำในโรงพยาบาล ลดค่าใช้จ่ายและทรัพยากร ในการรักษาพยาบาล ลดปัญหาความไม่มั่นใจในการดูแลผู้ป่วยของครอบครัว และลดภาวะแทรกซ้อนของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน

วัตถุประสงค์

1. เพื่อเตรียมความพร้อมในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและครอบครัวที่บ้าน
2. เพื่อใช้เป็นแนวทางในการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อที่บ้านภายหลังออกจากโรงพยาบาล

วิธีการศึกษา

เป็นการศึกษาข้อมูลกรณีเปรียบเทียบการใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 2 รายที่เข้ารับการรักษาโรงพยาบาลโพธิ์ชัย โดยศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 ระหว่างวันที่ 17 กุมภาพันธ์ 2568 – 19 กุมภาพันธ์ 2568 และศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2 วันที่ 24 มีนาคม 2568 โดยมีขั้นตอนในการศึกษา ดังนี้

1. ศึกษาสถิติ/ข้อมูลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกเรื่องที่จะศึกษาจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 2 รายเนื่องจากเป็นผู้ป่วยที่มีปัญหาสุขภาพซับซ้อน รุนแรง ซึ่งต้องใช้สมรรถนะและความชำนาญ ตลอดจนความรู้เฉพาะโรคของพยาบาล และขออนุญาตผู้บังคับบัญชาในการเข้าถึงเอกสาร/เวชระเบียนผู้ป่วย
3. ศึกษาค้นคว้าเอกสารตำรา งานวิจัยต่างๆที่เกี่ยวข้องกับการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง
4. รวบรวมข้อมูลเกี่ยวกับผู้ป่วย สอบถามผู้ป่วยและญาติ ประเมินสภาพทั้งร่างกายและจิตใจ ศึกษาผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและแผนการรักษาของแพทย์

5. วิเคราะห์ข้อมูล วางแผนให้การ รักษาพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์

6. ดำเนินการศึกษาโดยการประเมินปัญหา ความต้องการพยาบาล โดยใช้กรอบแนวคิดแบบ แผนสุขภาพของกอร์ดอน4 และ ทฤษฎี METHOD Model5

7. วิเคราะห์เปรียบเทียบการศึกษาผู้ป่วย กรณีศึกษา 2 รายตามขั้นตอนของกระบวนการ พยาบาลโดยใช้ความรู้ ความชำนาญงาน และ ประสบการณ์ที่เกี่ยวข้อง

การพิทักษ์สิทธิกลุ่มตัวอย่าง

ผู้วิจัยได้ทำการพิทักษ์สิทธิของกลุ่มตัวอย่าง ตาม Belmont Report โดยการแนะนำตัว ชี้แจง วัตถุประสงค์และขั้นตอน พร้อมทั้งให้ลงนาม ยินยอมและให้ความร่วมมือในการรวบรวมข้อมูล สามารถเข้าร่วม หรือสามารถปฏิเสธที่จะไม่เข้าร่วมการศึกษาในครั้งนี้ได้ โดยไม่มีผลต่อการ ให้บริการใดๆ ที่จะได้รับ สำหรับข้อมูลที่ได้จากการ ศึกษาครั้งนี้จะไม่มีการเปิดเผยให้เกิดความเสียหายแก่กลุ่มตัวอย่าง การนำเสนอผลการศึกษา เป็นแบบภาพรวมและใช้ประโยชน์ในการศึกษา เท่านั้น

ผลการศึกษา

เป็นการศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง กรณีศึกษา 2 ราย ผลศึกษา พบว่า

ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีสาเหตุและปัจจัยที่ทำให้เกิดโรคคือ เพศชายสูงอายุและการสูบบุหรี่ซึ่งพบ มากร้อยละ 90 จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อ บุ หลอดลม และ เนื้อปอดเกิดถุงลมโป่ง (emphysema) ในผู้ป่วยและเมื่ออายุมากขึ้นความ ยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลง โยเยื่อเหนียวและ คอลลาเจนที่ช่วยทำให้หลอดลมฝอยไม่แฟบขณะ หายใจออกทำให้น้ำที่น้อยลง ทำให้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่าย ข้อมูลการตรวจร่างกายทั้ง 2 ราย พบความผิดปกติที่เหมือนกัน คือ ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1 มีเสียง crepitation Rt lung ที่ปอดข้าง ขวา และภาพถ่ายรังสี พบ RLL infiltration และ

พบระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation : SpO2) เท่ากับ 92 % อัตราการหายใจ 26 ครั้ง/นาที ประเมิน CAT score = 26, mMRC = 3 ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2 ฟังปอดมีเสียง Course Crepitation and Wheezing both lungs ที่ปอดทั้งสองข้างและพบระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation : SpO2) เท่ากับ 81 % อัตราการหายใจ 40 ครั้ง/นาที ภาพถ่ายรังสีพบว่า Reticular infiltration Right lung ประเมิน CAT score = 30, mMRC = 4 ผลการตรวจ complete blood count พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษาทั้ง 2 ราย มีผลผิดปกติ Neutrophil และ WBC สูงกว่าปกติ บ่งชี้ว่าผู้ป่วยมีการอักเสบและติดเชื้อเฉียบพลัน โดยเฉพาะเชื้อแบคทีเรีย ซึ่งร่างกายตอบสนองโดยตามมา

การเพิ่มจำนวนขึ้นอย่างรวดเร็วและจับกินเชื้อโรคโดยตรง และพบ Lymphocyte ต่ำกว่าปกติทำหน้าที่สร้างภูมิคุ้มกันต่อเชื้อแบคทีเรียในภาวะติดเชื้อผู้ป่วย⁶ แสดงถึงภาวะปอดมีการติดเชื้อทำให้อาการรุนแรงมีการทำลายเยื่อปอดทำให้หลอดลมตีบแคบยิ่งในผู้สูงอายุทำให้มีเสมหะในหลอดลม ความยืดหยุ่นของปอดลดลงทำให้กระบังลมเคลื่อนต่ำลง เกิดอาการหายใจลำบากต้องออกแรงในการหายใจทำให้อ่อนเพลีย เหนื่อยหอบ เกิดอาการคั่งของคาร์บอนไดออกไซด์ ทำให้ขาดออกซิเจนซึ่งเป็นสาเหตุทำให้ระดับความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (Oxygen Saturation : SpO2) เท่ากับ 81-92 % อัตราการหายใจ 26-40 ครั้ง/นาที

ตารางที่ 1 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน⁴

แบบแผน	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษาครั้งที่ 2
แบบแผนสุขภาพที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	ผู้ป่วยรับทราบเรื่องสุขภาพของตนเองว่ามีโรคประจำตัวเช่น HT ,CKD stage 4,Gout และ COPDจากการสูบบุหรี่มาก มาพบแพทย์ตามนัดและรับยาต่อเนื่อง เคยบวชเป็นพระลาสิกขาเมื่อปี 2565 เนื่องจากมีอาการหอบเหนื่อยและไอมากต้องใส่ ET-tube ส่งต่อ รพ.ร้อยเอ็ด ปี 2566 เป็นผู้ป่วยติดเตียงมีแผลกดทับได้รับการดูแลโดยทีม LTC จนมีอาการดีขึ้นสามารถเดินและช่วยเหลือตัวเองได้	ผู้ป่วยรับทราบเรื่องสุขภาพของตนเองว่ามีโรคประจำตัว COPD จากการสูบบุหรี่จัดและเคยผ่าตัดใส่เหล็กที่สันหลังเมื่อ 5 ปีที่แล้วขาดยาและรักษาไม่ต่อเนื่องมีปัญหาเรื่องไอเรื้อรัง หายใจหอบต้องได้รับการพ่นยาฉุกเฉินตลอด สามารถช่วยเหลือตนเองได้
แบบแผนสุขภาพที่ 2 อาหารและการเผาผลาญอาหาร	โดยปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อตรงเวลาชอบทานข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้านบุตรสาวเป็นผู้ดูแลเรื่องอาหารทุกมื้อ ผลไม้ตามฤดูกาลดื่มน้ำวันละ 6-7 แก้ว น้ำหนัก 67.6 กิโลกรัมส่วนสูง 155 เซนติเมตร BMI 27.88 อยู่ในเกณฑ์อ้วน	โดยปกติรับประทานอาหาร 3 มื้อไม่ตรงเวลาชอบทานข้าวเหนียวและอาหารพื้นบ้านและของดิบกรรยาเป็นผู้ดูแลเรื่องอาหาร ดื่มน้ำวันละ 7-8 แก้ว น้ำหนัก 39 กิโลกรัมส่วนสูง 147 เซนติเมตร BMI 18.04 น้ำหนักต่ำกว่าเกณฑ์
แบบแผนสุขภาพที่ 3 การขับถ่าย	การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะอุจจาระสีเหลืองปนดินบางครั้งถึงท้องผูก ปัสสาวะวันละ 3-4 ครั้งต่อวัน ปัสสาวะบ่อยกลางคืนเฉลี่ย 2-3 ครั้งต่อวัน ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองปกติ ไม่มีกลิ่น ปริมาณเฉลี่ย 100-200 ซีซีต่อครั้งปัสสาวะได้สะดวกไม่มีอาการเจ็บปวดขณะปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่สุดหรือปัสสาวะกระปริดกระปรอย	การขับถ่ายอุจจาระวันละ 1 ครั้ง ลักษณะอุจจาระสีเหลืองปนดินบางครั้งถึงท้องผูก ปัสสาวะวันละ 4-5 ครั้งต่อวัน ปัสสาวะบ่อยกลางคืนเฉลี่ย 1-2 ครั้งต่อวัน ลักษณะปัสสาวะสีเหลืองปกติ ไม่มีกลิ่น ปริมาณเฉลี่ย 100-200 ซีซีต่อครั้งปัสสาวะได้สะดวกไม่มีอาการเจ็บปวดขณะปัสสาวะหรือปัสสาวะไม่สุดหรือปัสสาวะกระปริดกระปรอย

ตารางที่ 2 การเปรียบเทียบข้อมูลแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน(ต่อ)

แบบแผน	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษา รายที่ 2
แบบแผนสุขภาพที่ 4 กิจกรรมและการออกกำลังกาย	ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกายดูแลกิจวัตรประจำวันได้เองเดินเล่นรอบๆบ้านเดินได้ไม่ไกลจะมีอาการหอบเหนื่อยหลังจากเดินยามว่างชอบไปเล่นกับเพื่อนบ้านพูดคุยกันมี อาการเหนื่อยง่ายและหายใจหอบ จะนั่งและนอนเป็นส่วนใหญ่	ผู้ป่วยไม่ได้ออกกำลังกาย ทำกิจวัตรช่วยเหลือตัวเองได้ตามปกติ มีอาการเหนื่อยหอบง่าย เวลาทำกิจกรรมและเคยผ่าตัดใส่เหล็กที่สันหลัง บุตรสาวจึงไม่ให้ทำงานหนัก
แบบแผนสุขภาพที่ 5 การพักผ่อนนอนหลับ	โดยปกตินอนคืนละ 5-6 ชั่วโมงและนอนกลางวันวันละ 1 ชั่วโมง มีปัญหาในการนอน บางครั้งตื่นกลางดึกใช้ยานอนหลับเป็นประจำ	ผู้ป่วยเข้านอนเวลา 21.00-05.00 น.ไม่ได้นอนกลางวัน ไม่เคยใช้ยานอนหลับ
แบบแผนสุขภาพที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	ผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้ที่ดี รู้สติดี ถามตอบรู้เรื่อง สื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่นให้ประวัติการเจ็บป่วยของตนเองได้ สามารถตัดสินใจเองได้	ผู้ป่วยมีภาวะการรับรู้ที่ดี รู้สติดี ถามตอบรู้เรื่อง สื่อสารเป็นภาษาท้องถิ่น ให้ประวัติการเจ็บป่วยด้วยตนเอง สามารถตัดสินใจเองได้
แบบแผนสุขภาพที่ 7 การรับรู้ตนเองและอัตมโนทัศน์	ผู้ป่วยยอมรับว่ามีโรคประจำตัว ต้องมีการปฏิบัติตัวเฉพาะโรค เช่นโรคไตวายเรื้อรัง ,โรค HT,COPD มีบุตรสาวคอยดูแลตลอดเป็นคนเครียดง่าย โกรธง่ายหายเร็ว,มีสีหน้าวิตกกังวลกลัวว่าจะได้ใช้เครื่องช่วยหายใจ เพราะมีอาการหอบเหนื่อยมาก	ผู้ป่วยรับรู้ว่าคุณเองมีอาการหอบเหนื่อยมากกว่าทุกครั้ง พยายามยังไม่ดีขึ้น บอกให้ภรรยาโทรศัพท์เรียกบุตรสาวมาเฝ้า สีหน้าวิตกกังวลมากเพราะไม่เคยเหนื่อยหอบรุนแรงขนาดนี้
แบบแผนสุขภาพที่ 8 บทบาทและสัมพันธภาพในครอบครัว	เป็นหัวหน้าครอบครัวมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 6 คนภรรยา ตัวเองและบุตร 5 คนมีบุตรสาวสติปัญญาไม่สมประกอบ 1 คนสัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ผู้ป่วยชอบเข้าสังคม ชอบร่วมกิจกรรมในชุมชนเป็นที่เคารพนับถือของชุมชน	เป็นหัวหน้าครอบครัวมีจำนวนสมาชิกในครอบครัว 3 คนภรรยา ตัวเอง และบุตร 1 คนบุตรสาวประกอบอาชีพที่ต่างจังหวัด สัมพันธภาพในครอบครัวรักใคร่กันดี ไม่มีทะเลาะกันผู้ป่วยชอบเข้าสังคม ชอบร่วมกิจกรรมในกลุ่มผู้สูงอายุ
แบบแผนสุขภาพที่ 9 เพศสัมพันธ์และการเจริญพันธุ์	ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์อวัยวะเพศปกติ สังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม	ไม่มีประวัติโรคติดต่อทางเพศสัมพันธ์ อวัยวะเพศปกติ สังเกตผู้ป่วยมีการแสดงออกตรงตามเพศ และเหมาะสม
แบบแผนสุขภาพที่ 10 การปรับตัวและการเผชิญกับความเครียด	ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยาและบุตรสาว เมื่อก่อนเวลาเข้านอนชอบสูบบุหรี่และระบายกับเพื่อนๆขณะเจ็บป่วย มีสีหน้าวิตกกังวลและเครียดกลัวว่าจะเหมือนครั้งที่แล้วต้องไปใส่ท่อช่วยหายใจที่ รพ.ร้อยเอ็ด ค่ะแนน วิตกกังวล 10 คะแนน	ผู้ป่วยเป็นที่รักใคร่ของคนในครอบครัวเมื่อมีปัญหาจะปรึกษาภรรยาเมื่อก่อนเวลาเข้านอนชอบสูบบุหรี่/ดื่มสุราและระบายกับเพื่อนๆขณะเจ็บป่วย มีสีหน้าวิตกกังวลและเครียดเกรงว่าจะอาการทรุดหนักคะแนนวิตกกังวล 10 คะแนน
แบบแผนสุขภาพที่ 11 คุณค่าและความเชื่อ	มีความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาพุทธเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาส	มีความเชื่อถือศรัทธาในศาสนาพุทธเข้าร่วมกิจกรรมทางศาสนาเมื่อมีโอกาสและเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากร่างกายอ่อนแอมีอายุ

	และเชื่อว่าการเจ็บป่วยเกิดจากร่างกายอ่อนแอ มีโรคประจำตัวหลายโรค และการทำบุญจะช่วยให้หายป่วยได้	มากแล้ว และการทำบุญจะช่วยส่งเสริมด้านจิตใจ
--	--	--

จากตารางที่ 1 การประเมินแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน 11 แบบแผนนำปัญหาที่พบมาตั้งข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลและวางแผนการพยาบาล พร้อมวางแผนจำหน่ายพบว่าปัญหาที่จะต้องให้การพยาบาลเช่น ผู้ป่วยรับรู้ว่าการป่วยทำให้เกิดโรค

ปอดอุดกั้นเรื้อรังคือ การสูบบุหรี่ ทำให้อาการกำเริบและไม่สามารถทำกิจวัตรประจำวันได้ ประกอบกับอายุมากแล้วภูมิคุ้มกันโรคต่ำ ติดเชื้อง่ายขึ้น มีสีหน้าวิตกกังวล ครุ่นคิดกลัวว่าอาการจะกำเริบมากขึ้นต้องใส่ท่อช่วยหายใจ

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
1.แบบแผนสุขภาพ	ชายไทยอายุ 90 ปี ป่วยเป็นโรคความดันโลหิตสูง โรคเกาต์ ไตวายเรื้อรังระยะที่ 4 เมื่อ 12 ปีที่แล้วมีอาการไอ หายใจเหนื่อยหอบแพทย์วินิจฉัยเป็น COPD ได้รับการรักษาเป็นประจำที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัยมีประวัติสูบบุหรี่วันละ 10 มวนเป็นเวลานานกว่า 20 ปี	ชายไทยอายุ 80 ปี ไม่มีโรคประจำตัว เมื่อ 5 ปีที่แล้วไอมีเสมหะ หอบเหนื่อยแพทย์วินิจฉัยเป็น COPD ได้รับการรักษาเป็นประจำที่โรงพยาบาลโพธิ์ชัยมีประวัติเริ่มสูบบุหรี่ตอนอายุ 15 ปีสูบบุหรี่วันละ 10 มวน	โรค COPD พบมากในเพศชาย ร้อยละ 90 มาจากสาเหตุและปัจจัยคือการสูบบุหรี่ติดต่อกันเป็นเวลานาน สารต่างๆในบุหรี่จะทำให้เกิดการระคายเคืองต่อเยื่อหลอดลมและถุงลมทำให้การทำงานของปอดผิดปกติ ปริมาตรลมหายใจออกลดลง (FEV1)และผู้สูงอายุเมื่ออายุมากขึ้น ความยืดหยุ่นของเนื้อปอดน้อยลง เยื่อเยื่อเหนียวและคอลลาเจนที่ช่วยทำให้หลอดลมฝอยไม่แฟบขณะหายใจออกทำหน้าที่น้อยลง ทำให้เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ง่าย ⁶
2.พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง	4 วันก่อนมาโรงพยาบาลสับสน น้ำบ่อๆ มีไข้ ไอแห้งๆมีเสมหะ หายใจไม่อิ่ม หายใจหอบจึงพunyaเองที่บ้าน อาการทุเลาลง 1 ชั่วโมงอาการไม่ดีขึ้น หายใจไม่อิ่ม หอบเหนื่อยเพิ่มขึ้นพunyaเอง 2 ครั้ง อาการไม่ทุเลา ญาติจึงพามาโรงพยาบาลแกร็บที่ ER เวลา 09.39 น. ได้รับการพunya Berodual 1 NB stat เวลา 10.00 น.จำนวน 2 ครั้งประเมินสัญญาณชีพ E4V5M6, pupil 3 mm RTLBE อุณหภูมิ 36.8 °C ชีพจร 88 ครั้ง/นาที่ หายใจ 26 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 150/90 mmHg	1 วันมีอาการหอบเหนื่อย ไอมาก พบแพทย์ที่โรงพยาบาลได้พunya ขยายหลอดลมและยากกลับไปรับประทานที่บ้าน 1 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการไอสูง ไอ หายใจหอบเหนื่อยนอนราบไม่ได้พunyaเองที่บ้าน 3 ครั้งอาการไม่ทุเลา ญาติจึงนำส่งโรงพยาบาล เวลา 02.17 น. แกร็บที่ ERได้รับการพunya Berodual 1 NB stat เวลา 02.25 น. E4V5M6,pupil 3 mm RTLBE อุณหภูมิ 38.5 °C ชีพจร 137 ครั้ง/นาที่ หายใจ 40 ครั้ง/นาที่ ความดันโลหิต 144/88 mmHg O2 sat 81% DTX 104 mg%	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีพยาธิสภาพของภาวะปอดบวมร่วมด้วยมีการติดเชื้อแบคทีเรียทำลายเนื้อปอดเกิดเป็นถุงลมโป่ง(Emphysema)ทำให้มีการเปลี่ยนแปลงเส้นเลือดในปอดทำให้ปอดบวมคั่งปอดอักเสบมีการเพิ่มจำนวนของเม็ดเลือดขาว Inflammatory cells เช่น Neutrophils,Lymphocytesมีการหลั่งสารทำให้มีการขยายการอักเสบรุนแรงขึ้นมีการตีบแคบของหลอดลมทำให้เกิดอาการหายใจออกเกิดภาวะ Hyperinflation ออกแรงทำให้เกิดอาการเหนื่อย
2.พยาธิสภาพของอาการและอาการแสดง(ต่อ)	O2 sat 92% DTX 93 mg% ประเมิน CAT score=26mMRC=3 แพทย์ตรวจร่างกายฟังปอดพบ	แพทย์ตรวจร่างกายฟังปอดพบ Course Crepitation and Wheezing both lungs	ง่ายจากการที่ประสิทธิภาพในการหายใจที่ลดลงการแลกเปลี่ยนก๊าซผิดปกติทำให้หลอดลมตีบแคบเกิด

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	Crepitation Rt lung ผล CXR RLL infiltration ผล Lab แกร็บที่ ผิดปกติ พบ WBC11,390cell/mm ³ ,Neutrophil 75.6%, Lymphocyte13.9%, eGFR15.69ml/min/1.73m ² แพทย์วินิจฉัย COPD with AE และ Pneumonia มีโรคร่วม CKD stage4,HT,Gout	ผล ประเมิน CAT score =30, mMRC= 4 ผล CXR Reticular infiltration ผล Lab แกร็บที่ ผิดปกติ คือ WBC20,020cell/mm ³ ,Neutrophil 93.7%,Lymphocyte4.3%,Blood Lactate 3.6 แพทย์วินิจฉัย COPD with AE และ Pneumonia, Sepsis,Respiratory Failure	ภาวะ Ventilation น้อยลงหายใจ อ่อนล้ามีการล้นเมือกออกมา มากกว่าปกติจากภาวะปอดแข็งตัว ทำให้เกิดอาการไอมีเสมหะมักเกิด ตอนเช้าเพราะช่วงที่นอนกลางคืนมี การสะสมไว้อาการที่พบบ่อยคือ อาการหอบเหนื่อยโดยเฉพาะเวลา ทำกิจกรรมเนื่องจากปอดทำงาน ลดลงมีการเสื่อมของสมรรถภาพ ปอดและทำให้เกิดอาการกำเริบของ โรคได้ในผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 พบเชื้อเข้าสู่กระแสเลือดเกิดภาวะ โลหิตเป็นพิษและระบบหายใจ ล้มเหลว
3.การรักษา	-การรักษาพ่นยาขยายหลอดลม Inhaler forte 1 NB ทุก 4 ชั่วโมง -ให้ออกซิเจนทางจมูกO2 canular 3 LPM keep O2 sat 88-92% -ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml IV drip 60 ml/hr -Ceftriaxone 2 gm IV OD -Aerotide 250+25 mcg 2 puff BID - Glyceryl Guaiacolate 100 mg 1X3 pc -Colchicine 0.6 mg 1 เม็ดวันเว้น วัน -Allopurinol 100 mg 1 เม็ดวัน เว้นวัน -Folic acid 1X1 pc -Sodamint 300 mg 1X1 pc -Simvastatin 20 mg 1X1hs -Ferrous Fumarate 200 mg 1X2 pc -Acetyl cysteine 200mg 1ของ วันละ 3 เวลา -Paracetamol 500 mg 1 เม็ด เวลามีไข้ รวมระยะเวลาการรักษาตัว 3 วัน	-การรักษาพ่นยาขยายหลอดลม Berodual 1 NB stat และทุก 15 นาที่ X 2 ครั้ง then q 4 hr -Seretide 1 puff พ่น BID -ให้ออกซิเจนทางจมูก O2 canular 10 LPM keep O2 sat 88-92% -ให้สารน้ำ 0.9 % NSS 1000 ml IV drip 100 ml/hr - Ceftriaxone 2 gm IV OD - CPM 4 mg 1X3 pc - Glyceryl Guaiacolate 100 mg 1X3 pc - Acetyl cysteine 200mg1 ของ วันละ 3 เวลา -Theophylline 200 mg 1X1hs -Paracetamol 500 mg 1 เม็ดเวลา มีไข้ -Retained foley catheter เวลา 11.23 น.ผู้ป่วยหายใจหอบ มากแพทย์พิจารณาใส่ท่อช่วย หายใจ ETT ส่งต่อโรงพยาบาลร้อยเอ็ดรวม ระยะเวลาการรักษาตัว 1 วัน	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายได้รับการรักษา ในช่วงที่โรคกำเริบเฉียบพลันคือ มี อาการหอบเหนื่อย หายใจมีเสียง Wheezing ไอมีเสมหะ แน่นหน้าอก โดยการรักษาที่ได้รับ 1.ยากลุ่มBronchodilators สูด ขยายหลอดลมเพื่อให้ลมออกจาก ปอดได้มากขึ้นใช้ยาสูดหลอดลมชนิด ละอองฝอย (Nebulizer)แล้วจึงใช้ ยา กลุ่ม short-acting inhaled β_2 - agonists ชนิด MDI 2.การให้ออกซิเจนทดแทนเพื่อ ควบคุมปริมาณ Controlled Oxygen therapy เพื่อลดภาวะ Hypoxemia 3.การให้ antibiotics ในผู้ป่วย เนื่องจากปอดติดเชื้อมีเสมหะเพิ่ม มากขึ้น
4.ปัญหาและข้อ วินิจฉัยทางการ พยาบาล	1)เสี่ยงต่อภาวะหายใจล้มเหลว เนื่องจากปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ 2)มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ ลดลง	1)มีภาวะหายใจล้มเหลวเนื่องจาก ปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบและติดเชื้อ ที่ปอด 2)มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจาก ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซ ลดลง	ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีข้อวินิจฉัยทางการ พยาบาลที่เหมือนกัน 4 ข้อ และข้อ วินิจฉัยทางการพยาบาลที่แตกต่าง กัน 2 ข้อ คือผู้ป่วยรายที่ 2 ไม่สุข สบายเนื่องจากมีไข้จากการติดเชื้อ ในร่างกายการพยาบาลจึงได้เช็ดตัว

ตารางที่ 2 วิเคราะห์เปรียบเทียบกรณีศึกษาตามประเด็นต่างๆ

ประเด็นเปรียบเทียบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2	การวิเคราะห์
	3) ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก 4) ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย 5) มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ความเข้าใจโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบและการดูแลตนเองต่อเนื่อง	3) ไม่สบายเนื่องจากมีไข้ 4) ผู้ป่วยทนต่อกิจกรรมลดลง เนื่องจากพร่องออกซิเจนและหายใจลำบาก 5) ผู้ป่วยและครอบครัววิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย 6) มีโอกาสกลับมารักษาซ้ำเนื่องจากผู้ป่วยและญาติพร่องความรู้ความเข้าใจโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบและการดูแลตนเองต่อเนื่อง	ลดไข้และดูแลให้ยา Paracetamol 500 mg 1 เม็ด และยาปฏิชีวนะตามแผนการรักษาของแพทย์ และมีภาวะหายใจล้มเหลวต้องได้รับการใส่ท่อช่วยหายใจและนำส่งต่อโรงพยาบาล ร้อยเอ็ดส่วนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลในข้ออื่นๆมีปัญหาทางการพยาบาลที่เหมือนกันเช่น มีภาวะพร่องออกซิเจนเนื่องจากการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง, ความทนต่อกิจกรรมลดลง, ผู้ป่วยและครอบครัวมีความวิตกกังวลต่อภาวะเจ็บป่วย และกลัวว่าจะกลับมารักษาซ้ำ เนื่องจากการปฏิบัติตัวไม่ถูกต้องและต่อเนื่อง ซึ่งกิจกรรมการพยาบาลไม่ต่างกันให้การพยาบาลไปในแนวทางเดียวกัน และให้การพยาบาลระยะต่อเนื่องโดยใช้ METHOD และทิมสหสาขาวิชาชีพติดตามเยี่ยมบ้าน

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน เป็นระบบบริการสุขภาพในปัจจุบันมีแนวโน้มในการจำหน่ายผู้ป่วยให้กลับบ้านในระยะเวลาอันสั้นหรืออีกนัยหนึ่งคือ ระยะเวลาที่นอนป่วยในโรงพยาบาลถูกใช้เป็นตัวชี้วัดคุณภาพบริการ กล่าวคือ หากผู้ป่วยนอนอยู่ในโรงพยาบาลนานเกินไปย่อมสะท้อนถึงคุณภาพบริการของสถานบริการนั้นว่าไม่มีคุณภาพเพียงพอ การเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาล (Discharge planning) จึงได้รับการยอมรับว่าเป็นเครื่องมือสำคัญที่จะลดระยะเวลาการนอนป่วย ทั้งยังสามารถเพิ่มศักยภาพการดูแลตนเองทั้งของผู้ป่วยและญาติเมื่อกลับไปอยู่ที่บ้านอีกด้วย การเตรียมจำหน่ายออกจากโรงพยาบาลเปรียบเสมือนสะพานเชื่อมให้เกิดความต่อเนื่องของการดูแลระหว่างบ้านและชุมชนกับโรงพยาบาล โดยต้องอาศัยการทำงานประสานกันอย่างเป็นระบบของบุคลากรสุขภาพสหสาขาวิชาชีพ ปัจจุบันพบว่าการประยุกต์แนวคิดและกระบวนการการเตรียมจำหน่ายออก

จากโรงพยาบาลไม่ได้จำกัดอยู่เพียงในโรงพยาบาลเท่านั้น แต่ยังรวมไปถึงสถานบริการสุขภาพระดับอื่นในชุมชนอีกด้วยเนื่องจากระบบการส่งต่อผู้ป่วย (Referral system) และบริการการดูแลที่บ้าน (Home health care) ที่มีประสิทธิภาพเป็นปัจจัยแห่งความสำเร็จของการดูแลต่อเนื่อง การใช้กระบวนการ METHOD Model ประกอบด้วย

M : Medication & Adverse effects

ยาที่ผู้ป่วยได้รับกลับบ้านและการบริหารยาอย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย พยาบาลมีบทบาทในการให้ความรู้เกี่ยวกับการใช้ยาทั้งยากินและยาพ่น สอนวิธีการใช้ยาพ่นที่ถูกต้องคือ

1. การพ่นยาแบบ Metered Dose Inhaler ได้แก่ Aerotide Evo, Seretide accuhaler หลักในการพ่นยา มีดังนี้ 1) เขย่งให้ยากระจายตัวดีก่อนพ่นยา 2) จับกระบอกยาให้แน่นคง 3) กดกระบอกยาจนสุดพร้อมกับสูดลมหายใจเข้าทางปากช้าๆและลึก 4) กลืนหายใจไว้ประมาณ 10 นาที

5) กรณีต้องใช้ยา 2 สดวณระยะทางในการสูดครั้งที่ 2 ประมาณ 1 นาที 6) บ้วนปากหลังพ่นยาทุกครั้ง

2. การพ่นยาแบบ Dry Power Inhaler 1) ด้วยยาเป่นผงห้ามหายใจเข้าไปในกระบอกพ่นยา อาจทำให้ผงยาจับเป็นก้อนได้ 2) คลีกหลอดยา 1 ครั้ง เพื่อเตรียมยา 3) สูดยาทางปากเร็ว แรง ลึก และสูดใหนานที่สุดเท่าที่จะทำได้ 4) บ้วนปากหลังพ่นทุกครั้ง

ๆในการสอนต้องคำนึงถึงว่าผู้บริหรยาเป็นใคร และมีข้อจำกัดในการบริหรยาหรือไม่เพื่อให้ผู้ป่วย และครอบครัวบริหรยาที่บ้านได้อย่างมีประสิทธิภาพและปลอดภัย

E: Environment & Equipment

การจัดสิ่งแวดล้อมให้ปลอดภัยเอื้ออำนวยต่อการฟื้นฟูสภาพของโรค แนะนำผู้ป่วยและญาติในการดูแลจัดสิ่งแวดล้อมในบ้านให้สะอาดปราศจากฝุ่น โลง ขจัดสิ่งกระตุ้นที่จะทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและหลีกเลี่ยงการเข้าไปในชุมชนแออัดเสี่ยงต่อการติดเชื้อเนื่องจากเป็นวัยสูงอายุมีโอกาสที่จะติดเชื้อได้ง่าย

T: Treatment

แผนการรักษาที่ดำเนินต่อที่บ้าน เช่น ปริมาณออกซิเจนที่ใด รับกี่ลิตร เครื่องผลิตออกซิเจน และยาพ่นที่ต้องใช้ต่อเนื่องที่บ้าน ผู้ป่วยและญาติได้ปรึกษาแพทย์เกี่ยวกับแผนและแนวทางการรักษาเกี่ยวกับโรคที่เป็นอยู่ พยาบาลอธิบายการสังเกตอาการผิดปกติที่อาจเกิดขึ้นและจำเป็นต้องมารักษาตามนัดและต่อเนื่อง

H: Health

แนะนำการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การจัดการตนเองให้มีความต่อเนื่องเพื่อลดอุบัติการณ์อาการกำเริบเฉียบพลัน และจะทำควมรุนแรงของพยาธิสภาพของปอดมีมากขึ้น การให้ความรู้และสอนทักษะที่จำเป็นเช่น ความรู้การใช้ออกซิเจนที่บ้าน การฟื้นฟูสมรรถภาพปอด การให้ความรู้เรื่องการเลิกบุหรี่

O: Outpatient (Follow up & Referral)

แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับสิทธิการรักษา การมาตรวจตามแพทย์นัดเพื่อติดตามอาการอย่างต่อเนื่อง และหากมีอาการผิดปกติให้มาตรวจก่อนแพทย์นัดเช่น ไข้ ไอเป็นเลือด หอบเหนื่อยหรือกรณีฉุกเฉิน โทร 1669

D: Diet

แนะนำผู้ป่วยและญาติเกี่ยวกับการรับประทานอาหารที่ย่อยง่ายและมีสารอาหารครบ 5 หมู่เพื่อเสริมสร้างภูมิคุ้มกันโรค การดื่มน้ำอุ่นหรือน้ำสะอาดวันละ 2-3 ลิตรเพื่อช่วยขับเสมหะออกได้ง่าย ทำการประเมินภาวะโภชนาการผู้ป่วยรายที่ 1 มีค่าดัชนีมวลกาย 27.88 ต่อดารงกิโเลเมตรอยู่ในภาวะอ้วนระดับ 1 ควรปรับพฤติกรรมการรับประทานอาหาร ควรออกกำลังกาย ผู้ป่วยรายที่ 2 มีค่าดัชนีมวลกาย 18.04 ต่อดารงกิโเลเมตรอยู่ในเกณฑ์ผอมเกินไปควรมีการเพิ่มน้ำหนักส่งผลให้ร่างกายอ่อนเพลียง่าย

สรุปและอภิปรายผล

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเกิดจากการอุดกั้นของระบบทางเดินหายใจส่วนล่าง ส่งผลให้ความเร็วของลมที่เป่าออกจากปอดลดลง และใช้เวลาในการหายใจนานขึ้น อาการแสดงด้านร่างกาย ได้แก่ ไข้ ไอมีเสมหะ หอบเหนื่อยรุนแรงมากขึ้น อ่อนเพลีย เบื่ออาหาร อาการแสดงทางด้านอารมณ์และจิตใจ ได้แก่ วิตกกังวล ซึมเศร้า หงุดหงิด และหวาดระแวง นอกจากส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยแล้วยังส่งผลกระทบต่อครอบครัว ไม่มั่นใจในการดูแลตนเองที่บ้าน เมื่อแพทย์พิจารณาให้ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกลับบ้าน จึงเป็นบทบาทสำคัญของพยาบาล โดยมีวัตถุประสงค์เพื่อประเมินภาวะสุขภาพของผู้ป่วยตามแบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน ประเมินความพร้อมของญาติ/ผู้ดูแล/ครอบครัว วิเคราะห์ปัญหาความต้องการด้านสุขภาพ ประเมินสิ่งแวดล้อม ให้คำแนะนำในการจัดสิ่งแวดล้อม ฝึกทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัว

ยอมรับและปรับเปลี่ยนพฤติกรรมในระยะฟื้นฟูสภาพ และส่งเสริมความมั่นใจให้กับผู้ป่วยและครอบครัว ให้สามารถดูแลตนเองที่บ้านได้โดยนำแนวคิด ทฤษฎี METHOD Model มาประยุกต์ใช้ในการ ติดตามเยี่ยมบ้านภายใน 7-10 วันหลังจากจำหน่าย ออกจากโรงพยาบาลเพื่อให้ผู้ป่วยและครอบครัว สามารถดูแลตนเองต่อที่บ้านได้อย่างมั่นใจ ให้ ผู้ป่วยและครอบครัวช่วยเหลือตนเองให้มากที่สุด เน้นการพยาบาลแบบองค์รวม(กาย จิต สังคมและ สิ่งแวดล้อม)นำทฤษฎีการพยาบาลสู่การปฏิบัติ เพื่อให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีตามศักยภาพเท่าที่ ผู้ป่วยจะทำได้และลดภาวะแทรกซ้อนป้องกันการ กลับมารักษาซ้ำในโรงพยาบาล^{4,5,6}

ข้อเสนอแนะ

1. ควรมีการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังถึงสาเหตุ และปัจจัยเสริมที่กระตุ้นให้เกิด อาการ ต่างๆให้กับผู้ป่วยและญาติได้เข้าใจพยาธิสภาพของ โรค
2. ควรสอนและฝึกทักษะวิธีการใช้ยาพ่นที่ ถูกต้องก่อนกลับบ้านทุกรายเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติ

มีความมั่นใจในการพ่นยาและสามารถพ่นยาได้ อย่างมีประสิทธิภาพ

3. พยาบาลควรมีบทบาทสำคัญในการ ส่งเสริมให้ความรู้เกี่ยวกับการวางแผนจำหน่ายแก่ ผู้ป่วยและญาติ

อย่างละเอียดและเข้าใจง่ายเพื่อใช้ในการชีวิตประจำวัน อย่างปกติและมีแนวทางการดำเนินงานอย่างเป็น ระบบ

4. หน่วยงานควรมีการส่งบุคลากรอบรม ทบทวนความรู้และทักษะการดูแลผู้ป่วยโรคระบบ ทางเดิน หายใจอย่างสม่ำเสมอ

5. การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรมีการดูแลแบบสหวิชาชีพ ให้ความรู้ ฝึกทักษะ ให้กับผู้ป่วย เช่น เกสเซอร์สอนการพ่นยา การ รับประทานยา กายภาพบำบัดสอนการฝึกฟื้นฟู สมรรถภาพปอด เป็นต้น

6. หน่วยงานควรมีแนวทางที่ชัดเจนในการส่ง ต่อข้อมูลเพื่อการดูแลต่อเนื่องกับชุมชน โดยเฉพาะ ในรายประเมินพบปัญหาการบกพร่องการดูแล ตนเอง หรือมีอัตรากลับมารักษาซ้ำบ่อย

เอกสารอ้างอิง

- 1.อดิสร วงษา.(2565).คำนำ.ในสมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์.(บ.ก.), แนวทางการวินิจฉัยและรักษา โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.
- 2.กระทรวงสาธารณสุข.(2567).รายงาน Service plan โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง.
https://ret.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9
- 3.พวงรัตน์ มณีวงศ์,นันทิศา จุไรทัศน์และนิชธิมา เสรีวิชัยสวัสดิ์.(2560).การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่บ้าน.วารสารพยาบาลสาธารณสุข,31(3),163-179.
4. Gordon, M. (1982). Nursing diagnosis: Process and Application. McGraw-Hill.
- 5.เพ็ญศรี ปัญญา, อรพิน มโนรส, มะลิ การปักษ์และอัญชลี แนวรงค์.(2566).ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายร่วมกับการใช้แอปพลิเคชันในการให้ความรู้ต่อความรู้ และความสามารถในการดูแลตนเองของผู้ป่วยโรคต่อกระจากที่เข้ารับการรักษาในหอผู้ป่วยจักษุ โสต ศอ นาสิก โรงพยาบาลแพร่. file:///C:/Users/suma/Downloads/14300-Article%20Text-30346-1-10-20240220%20(9).pdf
- 6.สมาคมอุรเวชช์แห่งประเทศไทย ในพระบรมราชูปถัมภ์. (2565). แนวทางการวินิจฉัยและรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง พ.ศ. 2565. บริษัท ภาพพิมพ์ จำกัด.