



การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด: กรณีศึกษา Nursing care of Chronic Obstructive Pulmonary Disease patient at Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma Clinic: A Case study

(Received: March 6,2024 ; Revised: March 17,2024 ; Accepted: March 22,2024)

สุมาลัย ประจวบอารีย์¹

Sumalai Prachuabaree¹

บทคัดย่อ

การศึกษานี้เป็นกรณีศึกษามีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด โดยศึกษาในผู้ป่วยชาย อายุ 68 ปี มีประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา 6 ปี โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง 10 ปี

ผลการศึกษาพบว่า การพยาบาลที่สำคัญ ได้แก่ การเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอดและส่งเสริมเนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ การเพิ่มความทนในการทำกิจกรรม การลดปริมาณของเสียในร่างกายและชะลอไตเสื่อมสภาพ การส่งเสริมภาวะโภชนาการ การควบคุมอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ให้เกิดกำเริบ การป้องกันการเกิดภาวะหัวใจช็อกวาล้มเหลว การป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง การลดความวิตกกังวลผู้ป่วย ซึ่งผลการพยาบาลทำให้ทุกปัญหาของผู้ป่วยมีแนวโน้มดีขึ้น

คำสำคัญ: การพยาบาล โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง

Abstract

This study is a case study. The objective was to study nursing care for Chronic Obstructive Pulmonary Disease patient at Chronic Obstructive Pulmonary Disease and Asthma clinic This is a case is a 68-year-old man with a 6-year history illness of Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Hypertension, and Dyslipidemia for 10 years.

The results of the study found that nursing care includes Improving the efficiency of gas exchange that occurs in the lungs between alveolar air and the blood of the pulmonary capillaries, Increasing endurance for activities, Removing waste from the body, and slowing down the progression of kidney disease, Promoting nutritional status, controlling the symptoms of Chronic Obstructive Pulmonary Disease with acute exacerbation, Prevention of right heart failure, preventing complications from Hypertension and Dyslipidemia, reduce patient anxiety. The results of nursing care make every problem of the patient improve.

Keywords: Nursing care, Chronic Obstructive Pulmonary Disease.

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุสำคัญของอัตราการเจ็บป่วย และอัตราการตายของประชากรทั่วโลก¹ จากสถิติองค์การอนามัยโลกพบว่า ปัจจุบันมีผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังประมาณ 210 ล้านคน คิดเป็นร้อยละ 10 ของประชากรในวัย

ผู้ใหญ่ และคาดว่าจะจะเป็นสาเหตุการตายอันดับที่ 3 ของประชากรโลกในปี ค.ศ.2030 สำหรับประเทศไทยจากรายงานของ กระทรวงสาธารณสุข พบมีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังสะสมทุกกลุ่มอายุเพิ่มขึ้นทุกปี โดยจากปีงบประมาณ 2562 ถึง 2564 จำนวน 181,345 คน, 183,354 คน, และ 189,477

¹ พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลอัมพวา จังหวัดสมุทรสงคราม



คน ตามลำดับ อัตราการเสียชีวิตจากโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเพิ่มขึ้นจากปีงบประมาณ 2562 ร้อยละ 3.53 เป็นร้อยละ 4.55 ในปีงบประมาณ 2564² พยาธิสภาพของโรคเกิดจากการระคายเคืองต่อเนื้อเยื่อเยื่อปอดและหลอดเลือดภายในปอด ทำให้มีการสร้าง mucus มากกว่าปกติร่วมกับการทำงานของ cilia ส่งผลให้ผู้ป่วยมีอาการไอ มีเสมหะ มีการตีบแคบของหลอดลม ทำให้อากาศไหลเวียนไม่สะดวก มีลมค้างภายในปอด มีผลให้การแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ผู้ป่วยขาดออกซิเจนและมีอาการหอบอย่างเฉียบพลัน พยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้³ ดังนั้นเป้าหมายการรักษา จึงเพื่งแค่ลดอาการและลดความเสี่ยงการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลัน ป้องกันการเสียชีวิต โดยทำให้ผู้ป่วยมีสมรรถภาพของปอดดีขึ้น⁴

จากสถานการณ์โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของโรงพยาบาลอัมพวา ปี พ.ศ. 2563-2565 มีผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จำนวน 467, 290, และ 166 คน ตามลำดับ ผู้ป่วยส่วนใหญ่มากกว่าร้อยละ 80 เคยสูบบุหรี่ และร้อยละ 10 ยังคงเลิกสูบบุหรี่ไม่ได้ และพบว่าผู้ป่วยส่วนหนึ่งไม่สามารถควบคุมอาการของโรคได้ ทำให้เกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน (Acute Exacerbation; AE) ต้องเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินถึงร้อยละ 23.68, 15.06, และ 17.07 ตามลำดับ และมีอัตราการกลับเข้ารับการรักษาภายใน 28 วัน เป็น 1 ใน 5 อันดับโรคแรกของโรงพยาบาล⁵ จากการวิเคราะห์สาเหตุที่ทำให้ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลันขึ้น และกลับเข้ารับรักษาซ้ำในโรงพยาบาลเกิดจาก การใช้ยาพ่นไม่ถูกวิธี ไม่เลิกสูบบุหรี่ การฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยตนเองปฏิบัติไม่ต่อเนื่อง ถึงแม้ว่าสถิติของจำนวนผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยที่มีอาการกำเริบเฉียบพลันจะมีแนวโน้มลดลง แต่การกำเริบของโรคแต่ละครั้งของผู้ป่วยแต่ละรายจะส่งผลให้คุณภาพชีวิตของผู้ป่วยลดลง สมรรถภาพปอดลดลงและเร่งวงจรการเสียชีวิตให้เร็วขึ้น ดังนั้นผู้ศึกษาในฐานะหัวหน้างานการพยาบาลผู้ป่วยนอก มีหน้าที่รับผิดชอบพัฒนา

การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด ได้ตระหนักถึงความสำคัญของคุณภาพชีวิตของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จึงสนใจศึกษาปัญหาในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และนำสู่การวางแผนการพยาบาลที่เหมาะสมเพื่อชะลอการเสื่อมถอยของสมรรถภาพปอด ลดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน เพิ่มความสามารถในการทำกิจวัตรประจำวัน ส่งผลให้ผู้ป่วยมีคุณภาพชีวิตที่ดีขึ้น

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและ หอบหืด

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยชาย อายุ 68 ปี รูปร่างผอม รับเข้ารักษาในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืดเมื่อ 17 กุมภาพันธ์ พ.ศ. 2566 มีประวัติเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา 6 ปี โรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง 10 ปี รักษาอยู่ที่โรงพยาบาลอัมพวา ควบคุมระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติได้ ยาที่ได้รับประทานประจำ คือ Simvastatin (20mg) 1 tab $\odot$ hs, Theophylline (200mg) 1 tab $\odot$ bid pc ยาพ่นขยายหลอดลม Seretide Evohaler 2 puff เข้า เย็น, Salbutamol inhaler 1 puff prn เริ่มมีอาการหอบเหนื่อยเฉียบพลันต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง ในระยะ 2 ปี ที่ผ่านมา และในระยะ 1 ปีที่ผ่านมา มีอาการหอบเหนื่อยอย่างเฉียบพลันบ่อยขึ้น เฉลี่ย 2 ครั้งต่อเดือน ต้องมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉิน และพ่นยาขยายหลอดลม โดยบางครั้งต้องเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ด้วยภาวะน้ำท่วมปอด มาโรงพยาบาลครั้งนี้ไม่มีอาการหายใจเหนื่อย มาพบแพทย์ตามนัด และเจาะเลือดตรวจตามแผนการรักษา แกร็บผู้ป่วยอยู่ในความดูแล ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี ช่วยเหลือตัวเองได้ สิ้นหน่วติดกังวล จากการซักประวัติพบ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงต่อการกำเริบของโรค คือ ดื่มกาแฟ สูบบุหรี่ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ ไม่เคยบริหารปอดและหายใจ



ตามคำแนะนำของทีมนุดูแล รับประทานอาหารได้น้อย ประเมินสัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการพบมีภาวะซีด (Hct=31%) ระดับโปรตีนในเลือดต่ำ (Albumin=3.1 g/dl) อัตราการกรองไตต่ำ (GFR 57.7 mL/min/1.7 m²) ฟังเสียงปอดไม่พบเสียง Wheezing หรือ Crepitation เคาะปอดได้ยินเสียงโปร่ง ไม่มีอาการแน่นหน้าอก ไอเป็นพักๆ เสมหะสีขาว เหนียว ผลทดสอบการเดิน 6 นาที (6-minute walk test, 6MWT) ผู้ป่วยเดินได้ระยะทางเดิน 350 เมตร เมื่อเปรียบเทียบกับสัญญาณชีพและความอิ่มตัวของออกซิเจนในเลือด (O₂sat) ระหว่างก่อนการทดสอบและหลังการทดสอบ พบ BP สูงขึ้นจาก 157/90 mmHg เป็น 165/96 mmHg PR เร็วขึ้นจาก 85 beat/min เป็น 110 beat/min RR เร็วขึ้นจาก 20 beat/min เป็น 24 beat/min O₂ sat ลดลงจาก 94% เป็น 92% ประเมินภาวะหายใจลำบากโดยใช้ mMRC dyspnea score หลังการทดสอบผู้ป่วยมีอาการของภาวะหายใจลำบากอยู่ในเกรด 2 ประเมินคุณภาพชีวิต CAT score 24 คะแนน ให้คำแนะนำในการดูแลตนเอง ส่งเสริมผู้ป่วยในการปรับวิธีการดูแลตนเองในเรื่องต่างๆ ได้แก่ อาหาร ยา การออกกำลังกาย การบริหารปอด และการหายใจ การจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล การลดปัจจัยเสี่ยง เช่น การสูบบุหรี่ การ

ดื่มกาแฟ รวมทั้งการจัดการตนเองเมื่อเริ่มมีอาการของโรคกำเริบ และส่งต่อกลุ่มงานบริการด้านปฐมภูมิและองค์กรรวม และทีม Home Health Care ติดตามอาการและดูแลอย่างต่อเนื่องในชุมชน นัดติดตามอาการ เน้นย้ำการให้คำแนะนำเดิม ประเมินปัญหาผู้ป่วยเพื่อปรับเปลี่ยนคำแนะนำให้เหมาะสมกับการดำเนินชีวิตของผู้ป่วย และประเมินภาวะหายใจลำบากทุก 3 เดือน ซึ่งจากการติดตาม ในระยะ 9 เดือนพบว่า ผู้ป่วยสามารถเลิกสูบบุหรี่ได้ ไม่ดื่มกาแฟ ออกกำลังกาย และบริหารการหายใจอย่างสม่ำเสมอ ผลการประเมิน mMRC dyspnea score ผู้ป่วยมีอาการของภาวะหายใจลำบากอยู่ในระดับ 2 ผลทดสอบการเดิน 6 นาที (6-minute walk test, 6MWT) สามารถเดินได้ระยะทางมากกว่าเดิม คือ 390 เมตร เกิดอาการหายใจเหนื่อยเฉียบพลันมารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ย 1 ครั้งต่อเดือน โดยหลังได้รับการรักษาอาการทุเลา ไม่ได้เข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล ผู้ป่วยไม่มีภาวะซีด ระดับอัลบูมินในเลือดอยู่ในเกณฑ์ปกติ ไม่มีภาวะ ทุพโภชนาการ แพทย์จึงนัดตรวจที่คลินิกโรคปอด อุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด เพื่อติดตามอาการ ประเมิน mMRC, Dyspnea score และ CAT score ทุก 6 เดือน

การวางแผนการพยาบาล

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 ผู้ป่วยมีความบกพร่องในการแลกเปลี่ยนก๊าซ เนื่องจากการระบายอากาศในปอดลดลงจากมีลมคั่งค้างใน ถุงลมปอด และมีเสมหะในทางเดินหายใจ ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่า “เวลาเดินเร็ว ๆ หรือเดินขึ้นที่สูง เช่น บันได จะหายใจเหนื่อยต้องหยุดพัก” ไอนานๆครั้ง ขับเสมหะออกเองได้ ลักษณะเสมหะสีขาวข้น เหนียว ภายหลังการไอ หายใจเหนื่อย RR =24 beat/min, O₂sat = 94% ผลการประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ในระดับ 2 CAT score เท่ากับ 24	กิจกรรมการพยาบาล 1. ตรวจวัดสัญญาณชีพในระยะก่อนพบแพทย์ เพื่อประเมินอัตราการเต้นของชีพจร อัตราการหายใจที่ผิดปกติโดยเพิ่มขึ้นจากค่าปกติจะบ่งบอกถึงการได้รับออกซิเจนไม่เพียงพอ 2. ตรวจวัด O₂sat ทุกครั้งที่ผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อประเมินความผิดปกติของการแลกเปลี่ยนก๊าซในเลือดแดง 3. ฟังเสียงการหายใจและฟังเสียงปอดทุกครั้ง que ผู้ป่วยมาพบแพทย์ เพื่อประเมินภาวะการหายใจลำบากและการมีหลอดลมตีบแคบ หรืออุดตันของทางเดินหายใจ หรือเสมหะมากเกินไปเพียงใด 4. แนะนำ/สอนวิธีการไอที่มีประสิทธิภาพ (Effective cough) เพื่อส่งเสริมการทำงานของขนกวัด (cilia clearance) ในการรักษาทางเดินหายใจให้โล่งได้ดีขึ้น 5. แนะนำให้ดื่มน้ำวันละ 8-10 แก้วหรือ 2,000-3,000 มิลลิลิตร โดยเฉพาะน้ำอุ่น เพราะจะทำให้ขับเสมหะได้ง่ายขึ้น 6. ช่วยเคาะปอดให้เสมหะมีการเคลื่อนไหว และขับออกได้ง่ายขึ้น และสอนให้ญาติเคาะปอด เพื่อช่วยให้เสมหะออกดีขึ้น



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
คะแนน ทดสอบ 6MWT สามารถเดินได้ระยะทาง 350 เมตร ผล Chest x-ray พบ Bilateral hyperinflation both lung วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซภายในปอด และส่งเสริมให้เนื้อเยื่อของร่างกายได้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอ	7. แนะนำเทคนิคการสงวนพลังงาน เพื่อลดการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงและทำให้ใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้น เช่น การนั่งขณะทำความสะอาดร่างกาย การนั่งขณะใส่และถอดรองเท้า การหลีกเลี่ยงการเอื้อมหยิบของที่สูงกว่า และการก้มหยิบของที่ต่ำกว่า 8. แนะนำให้ผู้ป่วยหลีกเลี่ยงสภาวะที่ทำให้ใช้ O ₂ เพิ่มขึ้น เช่น การสูบบุหรี่ การอยู่ในที่ร้อนหรือเย็นเกินไป ภาวะเครียด เนื่องจากทำให้เพิ่มความต้านทานของหลอดเลือดส่วนปลายส่งผลให้หัวใจทำงานหนักขึ้น ความต้องการ O ₂ เพิ่มขึ้น 9. แนะนำการจัดการกับความเครียด ความวิตกกังวล เช่น การปฏิบัติสมาธิ การฟังธรรมะ การฟังเพลง เพื่อให้การใช้ออกซิเจนและการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง 10. พักผ่อนอย่างเพียงพอ และควรนอนในท่าที่สบายและหายใจได้สะดวก เช่น ท่าศีรษะสูง เพื่อลดการใช้ออกซิเจน และเพิ่มพื้นที่ในการแลกเปลี่ยนก๊าซ 11. ร่วมกับเภสัชกรแนะนำ สอนการใชยาขยายหลอดลมที่ถูกต้อง ได้แก่ การใช้ยาพ่น Seretide Evohaler และ Salbutamol inhaler 12. ประเมิน mMRC dyspnea score, CAT score, 6MWT ทุก 3 เดือน หรือทุกครั้งที่แพทย์นัด ประเมินผลการพยาบาล ในระยะ 9 เดือน ผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัดทุกครั้ง ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะการหายใจลำบาก สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ BP =127/72-147/72 mmHg ,PR= 84- 94 beat/min, RR =20-22 beat/min, O ₂ sat = 95-97 % เสียงการหายใจปกติ ฟังเสียงปอดทั้ง 2 ข้างไม่พบเสียง Wheezing หรือ decrease breath sound ผลการประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ในระดับ 1 CAT score ลดลงจาก 24 เหลือ 17 คะแนน ทดสอบ 6MWT สามารถเดินได้ระยะทาง 390 เมตร
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ผู้ป่วยมีความทนต่อการทำกิจกรรมลดลงเนื่องจากหายใจเหนื่อยง่าย ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่า “เวลาเดินเร็ว ๆ หรือเดินเข้าห้องน้ำจะหายใจเหนื่อยต้องหยุดพัก” ประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ในระดับ 2 คือ เดินในพื้นที่ราบได้ช้ากว่าคนอื่นที่อยู่ในวัยเดียวกัน เพราะหายใจเหนื่อย หรือต้องหยุดเดินเพื่อหายใจเมื่อเดินตามปกติบนพื้นราบ ผลการประเมิน CAT score เท่ากับ 24 คะแนน ผลทดสอบ 6MWT บนระยะทางเดิน 20 เมตร หยุดเดิน 2-3 ครั้ง เพื่อพักเหนื่อย ระยะทางที่เดินได้ 350 เมตร วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อเพิ่มความทน ในการทำกิจกรรม	1. สอนให้บริหารการหายใจโดยใช้กลัมนื้อหน้าท้องและกะบังลม และเป่าปาก (pursed lips) ทำอย่างน้อยวันละ 4 ครั้ง ครั้งละ 15 นาที เพื่อช่วยเพิ่มปริมาตรอากาศที่เข้าปอด เพิ่มการแลกเปลี่ยนก๊าซในถุงลม ทำให้ขับคาร์บอนไดออกไซด์ได้ดีขึ้น 2. ร่วมกับนักกายภาพบำบัดแนะนำให้ออกกำลังกาย และสอนการบริหารปอด โดยควรทำหลังจากได้รับยาขยายหลอดลม เนื่องจากการทำหน้าที่ของปอดจะดีที่สุด เมื่อยาออกฤทธิ์สูงสุดหรือเมื่อทางเดินหายใจโล่ง 3. แนะนำให้หยุดออกกำลังกายเมื่อมีอาการดังต่อไปนี้ เริ่มเจ็บแน่นหน้าอก ใจสั่น เหนื่อยหอบมาก มีไข้ เป็นหวัด ท้องเสีย หน้ามืด เวียนศีรษะ มึนงง คลื่นไส้ เป็นลม หายใจสั้นๆ หรือถี่มาก เหนื่อยออกผิดปกติ ตามมือ-เท้า หรือมีอาการเย็น ซีด จนผิดปกติ หรือสัญญาณชีพเมื่อเทียบกับขณะพัก อัตราการเต้นของหัวใจเพิ่มขึ้นเกิน 20 ครั้งต่อนาที อัตราการหายใจเพิ่มขึ้นเกิน 6 ครั้งต่อนาที systolic BP เพิ่มขึ้นเกิน 40 mmHg และ diastolic BP เพิ่มขึ้นเกิน 20 mmHg หัวใจเต้นไม่สม่ำเสมอ 4. ช่วยผู้ป่วยจัดตารางในการค่อย ๆ เพิ่มการทำกิจกรรมและการออกกำลังกายให้เหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยและสภาพแวดล้อมภายในบ้าน โดยเน้นให้ผู้ผู้ป่วยได้ออกกำลังกาย ทั้งแบบแอโรบิกและแบบมีแรงต้าน ซึ่งจะช่วยให้ผู้ป่วยมีความทนทานและความแข็งแรงของกล้ามเนื้อมากขึ้น และสามารถทำกิจกรรมต่างๆ ได้หนักและนานขึ้น 5. แนะนำการประเมินอาการและอาการแสดงของความผิดปกติหลังทำกิจกรรมต่าง ๆ หรือออกกำลังกาย เพื่อดูการเปลี่ยนแปลงของระบบการหายใจ ระบบหัวใจ และระบบไหลเวียนโลหิตที่บ่งชี้ว่าความทนในการออกกำลังกายหรือทำกิจกรรมน้อย ได้แก่ หลังจากออกกำลังกาย 3 นาที อัตราการหายใจและการเต้นของชีพจร ยังไม่ลงมาใกล้เคียงกับขณะพัก 6. ทดสอบ 6MWT บนระยะทางเดิน 20 เมตร ทุก 3 เดือน เพื่อประเมินสมรรถภาพของปอดและความทนต่อกิจกรรม 7. ประเมิน mMRC dyspnea score ทุก 3 เดือน หรือทุกครั้งที่มาพบแพทย์ตามนัด 8. ประเมิน CAT score ทุก 3 เดือน หรือทุกครั้งที่แพทย์ตามนัด ประเมินผลการพยาบาล หลังจากให้การดูแล 9 เดือน ผลประเมิน mMRC dyspnea score อยู่ระดับ 1 ผลการ CAT score ลดลงจาก 24 เหลือ 17 คะแนน ผลทดสอบ 6MWT บน

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	ระยะทางเดิน 20 เมตร เดินได้ระยะทาง 390 เมตร โดยก่อนทดสอบการเดินสัญญาณชีพ BP =127/72 mmHg ,PR = 84 beat/min, RR =22 beat/min O₂ sat= 97% หลังทดสอบการเดินทันที BP =134/93 mmHg ,PR= 94/min, RR =24 beat/min , O₂ sat= 95% จากการสอบถามผู้ป่วยบอกว่าสามารถเดินขึ้นบันไดบ้าน 3 ชั้น เดินเข้าห้องน้ำได้ โดยไม่มีการเหนื่อยหอบ
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 ผู้ป่วยมีของเสียคั่งในร่างกายเนื่องจากไตเสื่อมสภาพ ข้อมูลสนับสนุน ค่า Creatinine = 1.27 mg/dl GFR = 57.7 ml/min/1.73 m² (ไตเสื่อมสภาพในระยะที่ 3) วัตถุประสงค์การพยาบาล ลดปริมาณของเสียในร่างกาย และชะลอไตเสื่อมสภาพ	1. แนะนำให้ตรวจวัดความดันโลหิตอย่างสม่ำเสมอ และควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในระดับไม่เกิน 130/80 mmHg ควบคุมไขมันในเลือด LDL-C น้อยกว่า 100 mg/dl 2. แนะนำการบริโภคอาหารที่เหมาะสม เพื่อชะลอการเสื่อมของไตเพิ่มขึ้น ได้แก่ รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ อาหารที่มีโปรตีนคุณภาพสูง โปแตสเซียมต่ำ จำกัดอาหารที่มีโซเดียมหรือรสเค็ม ไขมันอิ่มตัว 3. ดื่มน้ำอย่างเพียงพอวันละ 6-8 แก้ว หรือ 2 ลิตรต่อวัน หากมีน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นร่วมกับอาการบวม แนะนำให้จำกัดน้ำดื่ม 700 - 1,000 ml/day และกลับมาพบแพทย์ 4. หลีกเลี่ยงการใช้ยาแก้ปวดกระดูก ยาลูกกลอน และยาสมุนไพรที่ไม่ได้การรับรอง 5. ควบคุมน้ำหนักตัว ดัชนีมวลกาย (BMI) น้อยกว่า 25 kg/m² 6. ออกกำลังกายอย่างน้อย 3 วันต่อสัปดาห์ วันละ 30 นาที 7. งดสูบบุหรี่และเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ 8. หลีกเลี่ยงและกำจัดความเครียด 9. สังเกตอาการที่บ่งชี้ว่าไตเสื่อมสภาพมากขึ้น ได้แก่ คลื่นไส้ อาเจียน รับประทานอาหารได้น้อย ปัสสาวะออกน้อย อาการบวม น้ำตามช้ำ ขา และเท้า หายใจหอบเหนื่อย ความดันโลหิตสูงขึ้น หากพบอาการเหล่านี้ ให้กลับมาพบแพทย์ทันที 10. ติดตามผลตรวจการทำงานของไต ได้แก่ BUN, Creatinine, GFR เพื่อประเมินการทำงานของไต ประเมินผลการพยาบาล ผลตรวจการทำงานของไตมีแนวโน้มดีขึ้น โดยค่า BUN อยู่ในเกณฑ์ปกติ คือ 13 - 18 mg/dl, Creatinine ลดลงเหลือ 1.12 mg/dl GFR เพิ่มขึ้นเป็น 67.10 ml/min/1.73 m² ไตเสื่อมสภาพอยู่ในระยะที่ 2 LDL-C =78 mg/dl BP ปกติ =127/72 mmHg, ดัชนีมวลกาย (BMI) = 18.68 kg/m²
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 ผู้ป่วยมีภาวะขาดสารอาหารจากการรับประทานอาหารได้น้อย และผลข้างเคียงของยาสูดพ่นขยายหลอดลม ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบอกว่ารู้สึกอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร รับประทานอาหารได้มีมื้อละ 5-6 คำ ค่า serum albumin = 3.1 g/dl , Hemoglobin =10.5 g/dl, Hematocrit = 31% ดัชนีมวลกาย (BMI) =17.99 kg/m² ได้รับยาสูดพ่นขยายหลอดลมที่มีผลข้างเคียงทำให้เบื่ออาหาร ได้แก่ Seretide Evohaler 2 puff เข้า เย็น, Salbutamol inhaler 1 puff prn วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อส่งเสริมภาวะโภชนาการของผู้ป่วย	1. แนะนำให้รับประทานอาหารที่เหมาะสมกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ดังนี้ 1.1 รับประทานอาหารให้ครบ 5 หมู่ 1.2 อาหารจำพวกเนื้อสัตว์ที่ย่อยง่าย เช่น เนื้อปลา เนื้อสัตว์อื่น ๆ ที่ปรุงสุกหรือเปื่อย เพื่อลดการใช้ออกซิเจนของร่างกาย 1.3 อาหารที่มีกากใย เช่น ผัก ผลไม้ ข้าวกล้อง ช่วยกระตุ้นการเคลื่อนไหวของลำไส้ในกลไกการขับถ่ายอุจจาระ ช่วยให้การควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดดีขึ้น และช่วยลดระดับคอเลสเตอรอล ในเลือด 1.4 อาหารที่มีส่วนประกอบของกรดไขมันที่ไม่อิ่มตัว เช่น อาหารที่มีปริมาณของโอเมก้า 3 สูง ได้แก่ ปลาน้ำจืดและน้ำเค็ม เช่น ปลาซาร์ดีน ปลาแมคเคอเรล ปลาแซลมอน ปลาทูน่า ปลาทูน่า ปลาสด ปลากระพง 1.5 อาหารที่ส่งเสริมการสร้างเม็ดเลือดแดง เช่น เนื้อสัตว์ ตับ นม ไขมันต่ำ ไข่ และควรรับประทานร่วมกับอาหารที่มีวิตามินซีสูง เช่น มะละกอ ส้มหรือฝรั่ง เพื่อช่วยให้ร่างกายดูดซึมธาตุเหล็กได้ดี 2. แนะนำอาหารที่ควรดื่มหือหลีกเลี่ยง ได้แก่ 2.1 อาหารจำพวกคาร์โบไฮเดรต เช่น ข้าว แป้ง น้ำตาล เนื่องจากเมื่อเกิดการเผาผลาญ จะทำให้มีการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์มากกว่าสาร อาหารชนิดอื่น 2.2 อาหารแปรรูปที่มีไนโตรเจนเป็นส่วนประกอบ เช่น เบคอน กุนเชียง แฮม เนื่องจากทำให้เกิดอันตรายต่อ collagen และ elastin ของเนื้อปอดจะทำให้ค่า FEV₁ ลดลง



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	2.3 อาหารที่ทำให้เกิดลมในกระเพาะอาหาร เช่น ถั่ว กะหล่ำปลี ข้าวโพด บรอกโคลี หัวหอม แอปเปิ้ลดิบ แตงกวา แตงโม พริกไท น้ำอัดลม เพราะทำให้ท้องอืด รับประทานอาหารลดลง และหายใจลำบาก 2.4 อาหารประเภทเกลือหรือโซเดียม เนื่องจากเกลือจะทำให้ร่างกายดูดน้ำกลับ เกิดการคั่งของน้ำในปอด ทำให้การหายใจลำบากขึ้น ส่งผลให้รับประทานอาหารได้น้อยลง 2.5 จำกัดเครื่องดื่มที่มีคาเฟอีน เพราะรบกวนการดูดซึมยาบางอย่าง และทำให้ใจสั่น 3. แนะนำการรับประทานอาหารต้องเคี้ยวช้าๆ ให้ละเอียด เพื่อช่วยให้การย่อยดูดซึมอาหารได้ดี 4. รับประทานอาหารที่ละน้อย แต่รับประทานบ่อยครั้งขึ้น โดยแบ่งเป็น 5-6 มื้อเล็ก ๆ ต่อวัน แทนการรับประทานอาหาร 3 มื้อใหญ่ต่อวัน เพื่อไม่ให้เหนื่อยง่ายขณะรับประทานอาหาร 5. ดื่มน้ำหลังรับประทานอาหาร โดยไม่ควรดื่มน้ำบ่อยระหว่างกินอาหาร เพราะจะทำให้อิ่มเร็ว 6. ทำความสะอาด ปาก ฟัน อย่างสม่ำเสมอก่อนรับประทานอาหาร เพื่อกระตุ้นความอยากอาหาร หรือกลั้วคอด้วยน้ำเปล่าและบ้วนทิ้งทุกครั้งหลังสุดฟันยา เนื่องจากยา มีรสฝืน จะทำให้การรับรู้รสชาติอาหารเปลี่ยนไป 7. ควรอยู่ในท่านั่งขณะรับประทานอาหาร เพื่อลดแรงดันตอกล้มเนื้อกะบังลม 8. แนะนำให้ออกกำลังกายอย่างสม่ำเสมอตามสภาวะของโรค เพื่อเพิ่มความอยากอาหาร และช่วยส่งเสริมการทำงานของระบบทางเดินอาหาร 9. ประเมินภาวะโภชนาการของผู้ป่วยโดยดูจากน้ำหนักตัว ไขมันใต้ผิวหนัง ดัชนีมวลกาย และผลตรวจทางห้องปฏิบัติการ ได้แก่ ค่าโปรตีน albumin, Hemoglobin และ Hematocrit ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยรับประทานอาหารได้มากขึ้น ค่า serum albumin เพิ่มขึ้นเป็น 3.3 g/dL, Hemoglobin เพิ่มขึ้นเป็น 11.2 g/dL, Hematocrit เพิ่มขึ้นเป็น 33.7% น้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นเป็น 54 kg ค่าดัชนีมวลกาย (BMI) เพิ่มขึ้นเป็น 18.68 kg/m²
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยเสี่ยงต่อการกำเริบของโรคเนื่องจาก การจัดการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ข้อมูลสนับสนุน ในระยะ 6 เดือนก่อน มาตรวจรักษาครั้งนี้ มีอาการเหนื่อย หอบอย่างเฉียบพลันบ่อยขึ้น โดยเข้ารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินเฉลี่ย 2 ครั้งต่อเดือน และเข้าพักรักษาตัวในโรงพยาบาล จำนวน 2 ครั้ง ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่ 5 มวนต่อวัน พ่นยาขยายหลอดลมไม่ถูกวิธี โดยสูดยาเข้าทางปากไม่แรงและลึกพอ กดพ่นยา 2 ครั้ง แล้วสูดยาพร้อมกันครั้งเดียว ผู้ป่วยบอกถึงสิ่งกระตุ้นให้อาการกำเริบไม่ถูกต้อง วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อควบคุมอาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังไม่ให้กำเริบ	1. แนะนำให้หลีกเลี่ยงปัจจัยที่กระตุ้นให้เกิดอาการเหนื่อยหอบ ดังนี้ 1.1 เลิกสูบบุหรี่ โดยอธิบายถึงผลกระทบต่อการรักษาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและโรคความดันโลหิตสูง เสนอแนะวิธีเลิกสูบบุหรี่ 1.2 หลีกเลี่ยงบริเวณที่มีฝุ่นละออง เช่น คอกสัตว์ โรงสี หรือสารต่าง ๆ ที่ทำให้ไอจาม เช่น แป้งฝุ่น เกสรดอกไม้ ผงซักฟอก 1.3 หลีกเลี่ยงเครื่องนอนที่ทำจากขนหรือไหมพรม เพราะจะเป็นที่สะสมของฝุ่นละออง ทำให้ระคายเคืองหลอดลม 1.4 หลีกเลี่ยงการใช้ยาแอสไพริน ยาต้านอักเสบที่ไม่ใช่สเตียรอยด์ และยาลดความดันกลุ่มปิดกั้นบีตา 1.5 หลีกเลี่ยงการอยู่ในที่มีอากาศที่เย็น และแห้ง ปราศจากความชื้น เนื่องจากจะกระตุ้นให้หลอดลมเกิดการหดตัว ส่งผลให้ผู้ป่วยหายใจลำบากและมีอาการหอบหืดกำเริบได้ 2. แนะนำการป้องกันตนเองจากการติดเชื้อระบบทางเดินหายใจ ดังนี้ 2.1 หลีกเลี่ยงการเข้าไปในสถานที่ที่มีคนจำนวนมาก 2.2 ดูแลรักษาความสะอาดปากฟัน เพื่อลดการสะสมของเชื้อโรค 2.3 หลีกเลี่ยงการอยู่ใกล้ชิดคนเป็นหวัด หรือโรคติดต่อทางเดินหายใจอื่น ถ้าจำเป็นควรใช้ผ้าปิดปาก ปิดจมูก 2.4 แนะนำให้ฉีดวัคซีน เพื่อป้องกันไข้หวัดใหญ่ทุกปี 2.5 สังเกตอาการที่บ่งบอกถึงการติดเชื้อทางเดินหายใจ เช่น มีไข้ ไอ เจ็บคอ เสมหะมีสีเหลืองหรือเขียว ควรรีบมาพบแพทย์ 3. แนะนำการปฏิบัติตัวเมื่ออาการกำเริบ ดังนี้

ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
	3.1 ตั้งสติ สงบ อย่าตกใจ ควบคุมจังหวะการหายใจให้ได้ โดยวิธีการบริหารการหายใจ จะทำให้หายใจเอาอากาศเข้าไปได้มากกว่าปกติ เพราะร่างกายจะใช้ออกซิเจนมากขึ้น ทำให้เหนื่อย หอบหรือหมดสติได้ 3.2 ให้พ่นสูดยาขยายหลอดลม 2 puff ติดต่อกันทุก 15 นาที x 3 ครั้ง ถ้าอาการไม่ดีขึ้นให้มาโรงพยาบาลทันที 3.3 จัดท่าตัวเองในอิริยาบถที่เหมาะสมจะทำให้หายใจได้สะดวก เช่น นอนท่าศีรษะสูง พุบกับโต๊ะ หรือหลังพิงผาผนัง ไม่ควรรอนราบกับพื้น 4. ร่วมกับเภสัชกรทบทวนและสาธิตเรื่อง การพ่นยาขยายหลอดลมเองที่บ้านอย่างถูกต้อง 5. แนะนำให้รับประทานยาขยายหลอดลม ยาขับเสมหะ และสูดพ่นยาขยายหลอดลม ตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างเคร่งครัด ประเมินผลการพยาบาล ในช่วง 3 เดือนที่อยู่ในความดูแล ผู้ป่วยมีน้ำมูก ไอมีเสมหะ หายใจเหนื่อยหอบ มารับการตรวจรักษาที่ห้องฉุกเฉิน 1 ครั้ง ได้รับการพ่นยาขยายหลอดลมแบบฝอยละออง 2 ครั้ง แพทย์ให้กลับบ้าน วินิจฉัยว่าเป็น mild AE of COPD ผู้ป่วยใช้ยาสูดพ่นขยายหลอดลมได้อย่างถูกต้อง สามารถลดจำนวนมวนบุหรี่ที่สูดต่อวันลงได้เรื่อย ๆ จนสามารถเลิกได้ และดูแลตนเองตามคำแนะนำอื่นๆ ได้เป็นอย่างดี ในช่วง 4-9 เดือน ที่อยู่ในความดูแล ผู้ป่วยไม่มีอาการเหนื่อยหอบรุนแรงอย่างเฉียบพลันซ้ำอีก
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 7 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะหัวใจช็อกวาล้มเหลวเนื่องจากความดันในปอดเพิ่มขึ้น ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมานานถึง 6 ปี ร่างกายเกิดการพร่องออกซิเจนอย่างเรื้อรัง ทำให้หลอดเลือดแดงในปอดเกิดการบีบรัดตัวและแรงดันสูงขึ้น ส่งผลให้หัวใจช็อกวาล้มเหลวต้องทำงานหนักมากขึ้นเป็นเวลานาน จนเกิดหัวใจช็อกวาล้มเหลว วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะหัวใจช็อกวาล้มเหลว	1. ประเมินความรู้ ในเรื่องการสังเกตอาการผิดปกติและการแก้ไขเบื้องต้น การจัดการเมื่อมีอาการบวม หายใจเหนื่อย นอนราบไม่ได้ 2. ตรวจร่างกาย และซักประวัติทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อค้นหาอาการและอาการแสดงของภาวะหัวใจช็อกวาล้มเหลว เช่น เส้นเลือดดำที่คอโป่งพอง บวมตามแขน ขา กดบวม ตับโต ม้ามโต มีน้ำในช่องท้อง ไอเรื้อรัง อาการเหนื่อย การนอนราบไม่ได้ ต้องนอนศีรษะสูง 3. ชั่งน้ำหนักทุกครั้งที่มีผู้ป่วยมาพบแพทย์ตามนัด เพื่อประเมินอาการบวม น้ำหนักเพิ่ม และแนะนำให้ผู้ป่วยชั่งน้ำหนักตนเองทุกวัน หรืออย่างน้อยสัปดาห์ละ 2 ครั้ง ในตอนเช้าภายหลังเข้าห้องน้ำขับถ่ายแล้ว และก่อนรับประทานอาหารเช้า เพื่อการเฝ้าระวังภาวะน้ำคั่งหรือภาวะน้ำเกิน หากน้ำหนักตัวเพิ่มขึ้นมากกว่า 1 กิโลกรัมจากเดิม ภายใน 1-2 วัน หรือ 2 กิโลกรัมภายใน 3 วัน ควรมาพบแพทย์ 4. สอบถามผู้ป่วยเกี่ยวกับพฤติกรรมรับประทานอาหารที่ผู้ป่วยชอบบริโภคประจำ และแนะนำประโยชน์ของการปรับเปลี่ยนการรับประทานอาหารโดยการหลีกเลี่ยงอาหารรสเค็ม เช่น ของดอง อาหารกระป๋อง เกล็ด น้ำปลา หรือซีอิ๊ว 5. แนะนำให้งดหรือหลีกเลี่ยงเครื่องดื่มที่มีแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ งดสูบบุหรี่ เนื่องจากจะกระตุ้นให้หลอดเลือดมีการหดตัวและเกิดภาวะหัวใจเต้นผิดปกติได้ ส่วนบุหรี่ยังมีสารนิโคตินเป็นตัวกระตุ้นที่จะทำให้หลอดเลือดหัวใจหดตัวและหัวใจเต้นเร็วขึ้น มีผลให้เกิดภาวะหัวใจล้มเหลวได้ 6. แนะนำให้สังเกตอาการบวม โดยจะกดบวมบริเวณหลังเท้า ข้อเท้า หน้าแข้ง หายใจเหนื่อย หากมีอาการเหนื่อยขณะพักหรือขณะออกกำลังกาย นอนราบไม่ได้หรือนอนหลับไปแล้วตื่นมาหอบตอนกลางคืน บ่งชี้ว่ามีภาวะหัวใจล้มเหลว 7. สอนการประเมินการทำงานของหัวใจ และอาการผิดปกติด้วยตนเองทุกวัน ดังนี้ 7.1 การคลำชีพจรที่ตำแหน่งบริเวณข้อมือ โดยใช้นิ้วชี้ นิ้วกลาง และนิ้วนางคลำบริเวณข้อมือแล้วสังเกตความแรง ความสม่ำเสมอ และนับอัตราการเต้นชีพจรให้เต็ม 1 นาที 7.2 การวัดความดันโลหิต ควรวัดเวลาเดียวกันทุกวัน หรือตามที่แพทย์ พยาบาลและเภสัชกรแนะนำเมื่อมีอาการผิดปกติ เช่น เวียนศีรษะ หน้ามืด เป็นลม และให้เบอร์โทรศัพท์ปรึกษาแพทย์หรือพยาบาล 7.3 สังเกตอาการผิดปกติ ได้แก่ เจ็บหน้าอกและอาการใจสั่น ประเมินผลการพยาบาล ในระยะ 9 เดือนที่อยู่ในความดูแล ผู้ป่วยไม่มีน้ำหนักตัวเพิ่มผิดปกติ ไม่บวมบริเวณแขนขา นอนราบได้กรณีที่ไม่อาการของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังกำเริบ



ตารางที่ 1 ข้อวินิจฉัยการพยาบาลและกิจกรรมการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยการพยาบาล	กิจกรรมการพยาบาล
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 8 ผู้ป่วยมีโอกาสเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง เนื่องจากการจัดการดูแลตนเองไม่ถูกต้อง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยยังสูบบุหรี่ 5 มวนต่อวันดื่มกาแฟ ออกกำลังกายไม่สม่ำเสมอ วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อนจากโรคความดันโลหิตสูง และไขมันในเลือดสูง	1. ให้ความรู้เรื่องโรคความดันโลหิตสูงและไขมันในเลือดสูง เน้นเรื่องปัจจัยเสี่ยง ภาวะแทรกซ้อน 2. ควบคุมระดับความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์เป้าหมาย คือ Systolic BP น้อยกว่า 130 mmHg และ Diastolic BP น้อยกว่า 80 mmHg, LDL-C น้อยกว่า 100 mg/dl 3. แนะนำการควบคุมอาหาร หลีกเลี่ยงหรือลดการใช้น้ำมัน และน้ำมันในการปรุงอาหาร อาหารทอด อาหารประเภทของดองเค็ม เนื้อเค็ม ชุปกระป๋อง ซอสมะเขือเทศ อาหารที่โรยเกลือมาก ๆ รับประทานอาหารประเภทอบ นึ่ง ต้ม อาหารประเภทผัก ถั่ว ผลไม้ ต้มยำ กาแฟที่ไม่มีคาเฟอีน นมพร่องไขมัน และน้ำผลไม้ 4. งดเครื่องดื่มแอลกอฮอล์ ชา กาแฟ 5. งดสูบบุหรี่ โดยให้คำแนะนำเทคนิคการเลิกบุหรี่ และส่งปรึกษาคลินิกเลิกบุหรี่ 6. ออกกำลังกายสม่ำเสมอ วันละ 20-30 นาที สัปดาห์ละ 3 วัน 7. รับประทานยาตามแพทย์สั่ง 8. หลีกเลี่ยงไม่ให้เกิดอารมณ์เครียด 9. สังเกตอาการผิดปกติจากภาวะแทรกซ้อนของโรคความดันโลหิตสูง เช่น โรคหัวใจขาดเลือด โรคหลอดเลือดสมองขาดเลือดหรือหลอดเลือดสมองแตก ภาวะหัวใจล้มเหลว โรคไตเสื่อม
ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 9 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยที่เรื้อรัง ข้อมูลสนับสนุน ผู้ป่วยบ่นไม่อยากเป็นภาระของภรรยาและบุตรที่ต้องหยุดงาน เพื่อพาตนเองมาตรวจรักษา เมื่อมีอาการหายใจลำบาก หรือมาตรวจตามนัด ผู้ป่วยบอกว่านอนหลับยาก และชอบตื่นตอนกลางดึกๆ และนอนหลับๆ ตื่นๆ จนถึงเช้า มีสีหน้าวิตกกังวล วัตถุประสงค์การพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลลดลง	1. ประเมินระดับความวิตกกังวลของผู้ป่วย และเปิดโอกาสให้ผู้ผู้ป่วยได้พูดระบายความรู้สึก และซักถามเกี่ยวกับอาการของตนเอง 2. อธิบายและตอบข้อซักถามหรือคำถามของผู้ป่วยอย่างชัดเจน เพื่อคลายความวิตกกังวล 3. ให้ข้อมูลภาวะความเจ็บป่วยของผู้ป่วย แผนการรักษาและการดูแลผลลัพธ์การรักษา ความก้าวหน้าของโรคที่มีแนวโน้มดีขึ้น 4. แนะนำให้พูดคุยกับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีประสบการณ์การดูแลตนเองที่ดีและประสบความสำเร็จ เพื่อให้เห็นตัวแบบหรือเห็นประสบการณ์ของผู้อื่นซึ่งมีปัญหาค่อนข้างคล้ายคลึงกับผู้ป่วย เพื่อลดความวิตกกังวลและสร้างแรงจูงใจในการดูแลตนเองที่เหมาะสม ถูกต้อง 5. แนะนำให้ผู้ผู้ป่วยใช้เทคนิคผ่อนคลาย และการหายใจที่มีประสิทธิภาพ เพื่อช่วยให้ผู้ป่วยควบคุมตนเองได้ ควบคุมการหายใจได้เอง การใช้ออกซิเจนและการฟลิคคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง สามารถลดอาการหายใจลำบาก ลดความวิตกกังวลได้ เช่น การนั่งสมาธิ การฝึกผ่อนคลายกล้ามเนื้อ การสวดมนต์ เป็นต้น

สรุปและอภิปรายผล

จากการประเมินปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ พบมีปัญหาด้านร่างกายที่เกิดจากพยาธิสภาพของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และผู้ป่วยกำลังเผชิญอยู่ ได้แก่ ประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง มีเสมหะคั่งค้างในปอด ความทนต่อการทำกิจกรรมลดลง อีกทั้งยังพบปัญหาที่เกิดจากผลข้างเคียงของยาขยายหลอดลมร่วมกับอาการเหนื่อย ทำให้ผู้ป่วยเบื่ออาหาร และรับประทานอาหารไม่เพียงพอต่อความต้องการของร่างกาย ส่งผลให้เกิดขาดสารอาหาร มีภาวะโลหิตจาง ปัญหาจากสูงอายুর่วมกับประสิทธิภาพการแลกเปลี่ยนก๊าซลดลง ทำให้ไตเสื่อมสภาพระดับ 3

นอกจากนี้ยังพบปัญหาที่มีโอกาสเกิดขึ้น ได้แก่ การกำเริบของโรค การเกิดภาวะหัวใจซีกขวาล้มเหลวจากการที่เจ็บป่วยที่เป็นโรคเรื้อรัง ไม่สามารถรักษาให้หายขาดได้ ทำให้ผู้ป่วยมีปัญหาด้านจิตใจ วิตกกังวลร่วมด้วย ซึ่งผู้ป่วยได้รับการพยาบาลเพื่อแก้ไขและป้องกันปัญหา ที่สอดคล้องกับปัญหา ความต้องการดังกล่าวทั้งการพยาบาลที่เป็นบทบาทอิสระของพยาบาล และการพยาบาลตามแผนการรักษาของแพทย์ ส่งผลให้ทุกปัญหามีแนวโน้มดีขึ้นตามลำดับ โดยมีปัจจัยแห่งสำเร็จ คือ ด้านตัวผู้ป่วย ได้แก่ การปฏิบัติตัวที่ถูกต้อง และการให้ความร่วมมือต่อแผนการรักษา ด้านกระบวนการดูแลผู้ป่วย มีการประสานการ ดูแลผู้ป่วยเป็นทีมสห



สาขาวิชาชีพ และการติดตามอย่างต่อเนื่อง แต่อย่างไรก็ตาม โรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นโรคที่รักษาไม่หายขาด จำเป็นต้องดูแลผู้ป่วยอย่างต่อเนื่อง ในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดให้ดียิ่งขึ้น เพื่อให้มีอาการหายใจเหนื่อยลดลง ความทนต่อการทำกิจกรรมเพิ่มขึ้น ลดการเกิดอาการกำเริบอย่างเฉียบพลัน ป้องกันการเสียชีวิต ซึ่งเป็นเป้าหมายการรักษาสำคัญของโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง⁴

ข้อเสนอแนะ

1. การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ควรทำเป็นรูปแบบสหสาขาวิชาชีพโดยมีสาขาวิชาชีพที่สามารถดูแลปัญหา ความต้องการของผู้ป่วยได้อย่างครอบคลุม เนื่องจากผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง มี

ปัญหาหลายด้านที่ต้องการการดูแลจากบุคลากรสาขาวิชาชีพเฉพาะทางที่มีความเชี่ยวชาญ ได้แก่ แพทย์ พยาบาล นักกายภาพบำบัด นักโภชนาการ หรือพยาบาลโภชนาบำบัด จิตเวช นักสุขศึกษา เป็นต้น

2. ควรจัดหาเครื่องมือในการตรวจวัดสมรรถภาพปอด (Spirometer) ไว้ใช้ในคลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังและหอบหืด รวมทั้งส่งบุคลากรเข้ารับการอบรมการใช้ การอ่านและแปลผลการตรวจวัดสมรรถภาพปอดจากการใช้ spirometry เพื่อการประเมินความรุนแรงของโรคได้อย่างแม่นยำ และสามารถวางแผนการดูแลอย่างเหมาะสมกับสภาพผู้ป่วยแต่ละราย

เอกสารอ้างอิง

1. สมาคมเภสัชกรรมโรงพยาบาลแห่งประเทศไทย. เอกสารการประชุมเชิงปฏิบัติการกลุ่มเภสัชกรนักปฏิบัติงานดูแลผู้ป่วยโรคหืดและปอดอุดกั้นเรื้อรังแห่งประเทศไทย [อินเทอร์เน็ต]. 2567[สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2567]; เข้าถึงจาก https://ccpe.pharmacycouncil.org/index.php?option=seminar_detail&subpage=seminar_detail&id=5183
2. กระทรวงสาธารณสุข. (2566). ข้อมูลเพื่อตอบสนอง Service Plan สาขาโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)[อินเทอร์เน็ต]. 2566 [สืบค้นเมื่อ 22 กุมภาพันธ์ 2566]; เข้าถึงจาก https://lei.hdc.moph.go.th/hdc/reports/page.php?cat_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9
3. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา และลาลิน เจริญจิตต์. บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการของผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล 2565; 38(2): 12-25.
4. ศศิธร วงส์รัตนกร. การศึกษาเปรียบเทียบผลการใช้แนวปฏิบัติทางคลินิกของอาการหอบกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อภาวะการเกิดทางเดินหายใจล้มเหลวเฉียบพลัน และวันนอนโรงพยาบาลในโรงพยาบาลภูเขียวเฉลิมพระเกียรติ จังหวัดชัยภูมิ. ชัยภูมิเวชสาร 2563; 40(2): 25-32.
5. ทีมนำทางคลินิกสาขาอายุรกรรม โรงพยาบาลอัมพวา. รายงานการทำ Clinical Tracer Highlight COPD. 2565.