เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วม: เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Comorbidities : A Comparison of Two Case Studies

โดย

นายสิทธิพงษ์ ศิริประทุม

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมแพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

เอกสารเผยแพร่ผลงานวิชาการ

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วม: เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Comorbidities : A Comparison of Two Case Studies

โดย

นายสิทธิพงษ์ ศิริประทุม

กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยอุบัติเหตุและฉุกเฉิน กลุ่มการพยาบาล

โรงพยาบาลชุมแพสำนักงานสาธารณสุขจังหวัดขอนแก่น

สำนักงานปลัดกระทรวงสาธารณสุข

การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วม : เปรียบเทียบกรณีศึกษา 2 ราย

Nursing Care of Patients with Chronic Obstructive Pulmonary Disease with Comorbidities : A Comparison of Two Case Studies

สิทธิพงษ์ ศิริประทุม*

Sittipong Siriprathum*

บทคัดย่อ

บทนำ : ผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) ที่มีโรคร่วมมีอัตราการเสียชีวิตสูง ทั้งนี้เกิดจากอาการกำเริบเฉียบพลัน ผู้ป่วยจึงจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะหรือสมรรถนะในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง พยาบาลวิชาชีพเป็นบุคคลสำคัญในการดูแล สอนและแนะนำให้ผู้ป่วยและครอบครัวให้เรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนเองการฝึกจัดการอาการด้วยตนเองอย่างเป็นองค์รวมและมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์ : เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาลโดยใช้กระบวนการพยาบาลผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วม ให้สามารถปรับเปลี่ยนแบบแผนสุขภาพ การจัดการอาการ ช่วยลดอัตราการเกิดอาการปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลัน การกลับมารักษาซ้ำ ลดภาวะแทรกซ้อนและการเสียชีวิต

วิธีการศึกษา : ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย COPD ที่มีโรคร่วม จำนวน 2 ราย ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2567 ถึงวันที่ 30 พฤศจิกายน 2567 ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนตรวจ ระหว่างตรวจ และหลังการตรวจ เพื่อประเมินปัญหาสุขภาพ วางแผนการพยาบาลโดยประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการจัดการอาการ

ผลการศึกษา : ผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วมจำนวน 2 ราย ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 เพศชายอายุ 73 ปีมีโรคประจำตัวร่วม โรคเบาหวาน และลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 เพศชายอายุ 88 ปีมีโรคประจำตัวร่วมความดันโลหิตสูง ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 มีข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 5 และ 4 ข้อตามลำดับ ได้ให้การดูแลบรรลุตามวัตถุประสงค์ทางการพยาบาล โดยปรับเปลี่ยนแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ ป้องกันการเกิดภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรัง และสามารถจัดการอาการเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันได้ ผู้ป่วยทั้ง 2 ราย มีแนวโน้มดีขึ้น ประเมินได้จากอาการหอบเหนื่อยลดลง ความถี่ของการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันลดลง และจำนวนครั้งของการใช้ยาพ่นฉุกเฉินลดลง ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำใน 72 ชั่วโมง และไม่พบการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน

สรุป : การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ และแนวคิดการจัดการอาการตนเอง สามารถช่วยให้ผู้ปรับเปลี่ยนแผนความเชื่อสุขภาพ พฤติกรรมด้านสุขภาพได้ ลดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ ควรนำไปใช้ในการดูแลผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วมรายอื่นๆ

คำสำคัญ : การพยาบาลผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วม

---

* พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ โรงพยาบาลชุมแพ จังหวัดขอนแก่น

* Registered Nurse, Professional Level, Chumphae Hospital, Khonkean

Abstract

Introduction : Chronic Obstructive Pulmonary Disease (COPD) patients with comorbidities have a high mortality rate due to acute exacerbations. Therefore, patients need to develop skills and competencies to manage their own health conditions. Professional nurses play a crucial role in caring for, educating, and advising patients and their families to understand their illnesses and practice holistic and effective self-management of symptoms.

Objective : This study aims to explore nursing approaches using the nursing process for COPD patients with comorbidities, enabling them to modify their health behaviors, manage symptoms, and reduce the incidence of acute exacerbations, readmissions, complications, and mortality.

Method : The study included two patients diagnosed with COPD with comorbidities between July 1 and November 30, 2024. Patients were assessed before, during, and after the examination to assessment , planning , implementation by apply the concepts of health belief models and symptom management.

Results : The two COPD patients with comorbidities. Case Study 1 was a 73-year-old male with typ 2 diabetes and aortic regurgitation. Case Study 2 was an 88-year-old male with hypertension, aortic regurgitation, and CKD stage 4 . They had five and four nursing diagnoses, respectively. Both patients received care in alignment with nursing objectives, which included modifying their health belief model, preventing the progression of COPD, and managing symptoms during acute exacerbations. Both patients showed signs of improvement, as evidenced by reduced shortness of breath, decreased frequency of acute exacerbations, and fewer instances of emergency inhaler use. Additionally, there was no readmission within 72 hours and no hospital readmission within 28 days.

Conclusion : Implementation on the nursing process, incorporating the health belief model and symptom management, can facilitate changes in health beliefs and behaviors while reducing acute exacerbations. This approach should be applied to the care of COPD patients with comorbidities.

Keyword : Nursing Care, Chronic Obstructive Pulmonary Disease, Comorbidities.

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease : COPD) เป็นปัญหาสำคัญทางสาธารณสุขอันดับ8 ของโลก องค์การอนามัยโลกประมาณการมีผู้ป่วย COPD คิดเป็นร้อยละ 12 เป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับ 4 ของโลก[1] ในประเทศไทย COPD เป็นภัยที่คุกคามชีวิตคนไทยมากเป็นอันดับ 2 ของประเทศ มีอุบัติการณ์และความรุนแรงมากขึ้นในปัจจุบัน มีผู้ป่วย 700,000 ราย เสียชีวิต 20,000 รายต่อปี หรือเฉลี่ยวันละ 50 ราย[2] ระหว่าง พ.ศ. 2562-2564 พบประชากรป่วยด้วย COPD เพิ่มขึ้นทุกปี จำนวน 147,060, 123,110 และ 164,562 รายตามลำดับ มีอัตราการเสียชีวิตด้วยโรคสูง คือ 10.8, 8.95 และ 7.81 ต่อแสนประชากร[3] ทั้งนี้เกิดจากอาการกำเริบเฉียบพลันที่มากกว่า 3 ครั้งต่อปี[4] โรงพยาบาลชุมแพ ปี 2564-2566 พบว่า จำนวนผู้ป่วย COPD ที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลจำนวน 484, 382 และ 327 รายตามลำดับ มีอัตราการกำเริบเฉียบพลันที่ต้องนอนโรงพยาบาลร้อยละ 96, 71 และ 93 ตามลำดับ (เกณฑ์เป้าหมาย ≤ 110 ครั้ง/100 COPD) โดยมีอัตราการกลับรักษาซ้ำร้อยละ1.46, 1.39 และ 1.84 ตามลำดับ มักพบในผู้ป่วยเพศชายที่มีอายุ 60 ปีขึ้นไป พบว่าสาเหตุที่ผู้ป่วยมีอาการกำเริบเฉียบพลันและกลับมารักษาซ้ำเกิดจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพไม่เหมาะสมไม่ทราบวิธีการดูแลตนเองที่เพียงพอ การสูบบุหรี่ ฝุ่นควัน การไม่มาตรวจตามนัด ได้รับยาไม่ต่อเนื่อง และการพ่นยาไม่ถูกวิธี เป็นต้น

การกำเริบเฉียบพลันของ COPD จะมีความไม่แน่นอน โดยเฉพาะผู้ป่วยที่มีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม และมีโรคเรื้อรังอื่นๆ ร่วม เช่น โรคเบาหวาน โรคไตเสื่อมหรือไตวาย (Chronic Kidney Disease : CKD) และโรคความดันโลหิตสูง[5] โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและไตเสื่อมร่วมกับการเป็น COPD นั้นระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายจะลดลงเกิดการติดเชื้อร่างกายมีภาวะเครียดส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะดื้ออินซูลินมากขึ้น ไม่สามารถดึงน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ ทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นส่งต่อการกรองที่ไตลดลงเกิดภาวะไตเสื่อมเพิ่มขึ้นจนอาจทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันหรือรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน[6] ในทางกลับกันหากผู้ป่วย COPD มีอาการกำเริบเฉียบพลันจะส่งผลให้โรคร่วมรุนแรงมากขึ้น เช่นเดียวกันหากโรคร่วมที่เป็นอยู่ทั้งเบาหวานและภาวะไตเสื่อมมีอาการรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ COPD รุนแรงได้เช่นเดียวกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การดูแลผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วม ทั้งผู้ป่วยและผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะหรือสมรรถนะในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมไม่ให้อาการของโรคกำเริบ รับการรักษาอย่างต่อเนื่องตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ชีวิตได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีพยาบาลวิชาชีพจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรังโดยเฉพาะการเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนพัฒนาทักษะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยด้วยตนเองอย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

จากความสำคัญดังกล่าวผู้ศึกษาจึงต้องการศึกษาพฤติกรรมการดูแลตนเองของผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วม 2 ราย พัฒนาองค์ความรู้ให้มากขึ้น เผยแพร่ความรู้ในทีมสุขภาพที่ดูแลผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วม เพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการ กำเริบเฉียบพลัน พยาบาลที่ดูแลผู้ป่วย COPD เป็นบุคลากรที่สำคัญในการประเมินภาวะฉุกเฉินเพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจึงมีการพัฒนาคุณภาพการดูแลรักษาผู้ป่วย COPD โดยให้การพยาบาลก่อน ระหว่าง และหลังการตรวจโดยใช้กระบวนการพยาบาลเป็นแนวทางในการศึกษา ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) และแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ[7] โดยหวังว่าจะเป็นประโยชน์ต่อพยาบาลวิชาชีพที่ปฏิบัติงานในคลินิกเฉพาะ COPD ในการดูแลภาวะสุขภาพ การให้ข้อมูลผู้ป่วยก่อนกลับบ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยมีเป้าหมาย ได้รับบริการปลอดภัย เข้าใจภาวะสุขภาพ สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ และจัดการสุขภาพตนเองได้ถูกต้อง เหมาะสม และมีประสิทธิภาพ

วัตถุประสงค์

4.2.1 เพื่อศึกษาแนวทางการพยาบาล ให้เกิดความรู้ ความเข้าใจในสาเหตุ พยาธิสภาพ อาการและอาการแสดง การพยาบาล แนวทางการรักษาพยาบาล เพื่อให้ผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วมปลอดภัย

4.2.2 เพื่อนำความรู้ที่ได้รับไปพัฒนาสมรรถนะและทักษะการดูแลตนเองผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วม ลดการเกิดภาวะแทรกซ้อนลดอัตราการตาย ที่อาจจะเกิดขึ้นกับผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วม

ขอบเขตการศึกษา

ศึกษาผู้ป่วยที่ได้รับการวินิจฉัย COPD ที่มีโรคร่วม จำนวน 2ราย กลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก โรงพยาบาลชุมแพ ระหว่างวันที่ 1 กรกฎาคม 2567 ถึง วันที่ 30 พฤศจิกายน 2567 ครอบคลุมตั้งแต่ก่อนตรวจ ระหว่างตรวจ และหลังการตรวจเพื่อประเมินปัญหาสุขภาพ วางแผนการพยาบาล และประยุกต์ใช้แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) และแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ เพื่อให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

วิธีการศึกษา

1. ศึกษาสถิติ ข้อมูลผู้ป่วย 5 อันดับโรคแรก ของกลุ่มงานการพยาบาลผู้ป่วยนอก ย้อนหลัง 3 ปี
2. เลือกศึกษาผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วมมีปัญหาซับซ้อน
3. ขออนุมัติผู้อำนวยการโรงพยาบาล ในการศึกษาและเข้าถึงข้อมูลเวชระเบียนผู้ป่วย
4. ศึกษาเอกสารวิชาการที่เกี่ยวข้อง
5. ศึกษาผู้ป่วยกรณีศึกษาตามขั้นตอนกระบวนการพยาบาล ได้แก่ 1) ประเมินและรวบรวมข้อมูลผู้ป่วย 2) วินิจฉัยการพยาบาล 3) แผนการพยาบาล 4) ปฏิบัติการพยาบาล และ 5) ประเมินผลลัพธ์การพยาบาล
6. ประเมินผลการพยาบาล แก้ไขปรับปรุงแผนการพยาบาลให้เหมาะสมกับปัญหาและความต้องการของผู้ป่วย
7. สรุปผลการศึกษา ปัญหา อุปสรรค
8. รายงานผลการศึกษา จัดทำรูปเล่ม
9. เผยแพร่ผลงาน

ผลการศึกษา

1. ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เพศ	ชาย	ชาย
อายุ	73 ปี	88 ปี
สถานภาพสมรส	คู่	หม้าย
ศาสนา	พุทธ	พุทธ
เชื้อชาติ/สัญชาติ	ไทย/ไทย	ไทย/ไทย
การศึกษา	มัธยมศึกษาปีที่ 6	ประถมศึกษาปีที่ 3
อาชีพ/รายได้ครอบครัว	เกษตรกร/รายได้ 8,000 บาท/เดือน	เกษตรกร/รายได้ 6,000 บาท/เดือน

1. ข้อมูลทั่วไปของกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 1 แสดงข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลทั่วไป	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ภูมิลำเนา	อำเภอคอนสาร จังหวัดชัยภูมิ	อำเภอซุมแพ จังหวัดขอนแก่น
สิทธิการรักษา	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (นอกเขต)	บัตรประกันสุขภาพถ้วนหน้า (ในเขต)
วันที่รับเข้ามาดูแล	- วันที่ 21 สิงหาคม 2567 (คลินิกโรคเบาหวาน) - วันที่ 18 กันยายน 2567 (คลินิกโรคหอบ) - วันที่ 25 ตุลาคม 2567 (คลินิกโรคหอบ)	- วันที่ 4 กรกฎาคม 2567 (คลินิกโรคหอบ) - วันที่ 19 กันยายน 2567 (คลินิกโรคหอบ) - วันที่ 28 ตุลาคม 2567 (คลินิกโรคหอบ)

จากตารางที่ 1 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย เป็นเพศชายวัยผู้สูงอายุ มีโรคร่วม มีโอกาสเสี่ยงต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและกลับมารักษาซ้ำได้[3, 5] ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 อยู่นอกเขตระยะทางจากบ้านถึงโรงพยาบาลซุมแพ 27 กม. อาจส่งผลต่อเข้าถึงบริการ ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ระดับการศึกษาประถมศึกษา อาจมีผลต่อการรับรู้เกี่ยวกับภาวะทางสุขภาพ ความรู้ต่างๆ เกี่ยวกับการดูแลสุขภาพของตนเอง เนื่องจากสูงอายุมีความเสื่อมสภาพของสายตาและหู จำเป็นต้องมีผู้ดูแลเพื่อให้เกิดความเข้าใจทางสุขภาพ และสามารถดูแลผู้ป่วยเพื่อป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน ตลอดจนการจัดการอาการเมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันได้

2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
อาการสำคัญ	มาตามนัด มีอาการเหนื่อย หายใจไม่สะดวก ยาพ่นประจำหมด 2 วัน	มาตามนัด หายใจหอบเหนื่อย วิงเวียนศีรษะ 12 ชั่วโมงก่อนมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในปัจจุบัน	4 ปีก่อน รักษาที่โรงพยาบาลคอนสารด้วยอาการเหนื่อย หายใจไม่สะดวก รักษาด้วยการพ่นยาขยายหลอดลม และได้ยาขยายหลอดลมกลับไปรับประทานต่อที่บ้าน 2 วันก่อน ยาพ่นหมด มีอาการเหนื่อย หายใจไม่อิ่ม จึงมาโรงพยาบาล	6 ปีก่อน มารักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลซุมแพ ด้วยอาการเหนื่อยหายใจหอบมาก พ่นยาได้นอนโรงพยาบาล แพทย์วินิจฉัยโรคปอดอุดกั้น 12 ชั่วโมงก่อน มีอาการหายใจเหนื่อยหอบ พ่นยาทุเลา มีอาการวิงเวียนศีรษะ จึงมาโรงพยาบาล
ประวัติการเจ็บป่วยในอดีต	7 ปีก่อน เป็นโรคเบาหวาน รักษาที่โรงพยาบาลคอนสาร และโรงพยาบาลซุมแพ 1 ปีก่อน ตรวจพบลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว	10 ปีก่อน เป็นโรคความดันโลหิตสูง รักษาที่โรงพยาบาลซุมแพ 2 ปีก่อน ตรวจพบลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว

2. ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วย (ต่อ)

ตารางที่ 2 แสดงข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2

ข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ประวัติการเจ็บป่วยในครอบครัว	มารดาเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เสียชีวิตแล้ว	บิดาและมารดาเป็นโรคเบาหวาน และโรคความดันโลหิตสูง เสียชีวิตแล้ว
ประวัติการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา	ปฏิเสธการแพ้ยา
ประวัติการใช้ยาและสารเสพติด	10 ปีก่อน สูบบุหรี่ วันละ 10 มวน เลิกสูบบุหรี่ได้ 3 ปี ดื่มสุราตามโอกาส ดื่มกาแฟซองวันละ 1-2 แก้ว	10 ปีก่อน สูบบุหรี่ วันละ 10 มวน เลิกสูบบุหรี่ได้ 7 ปี ดื่มสุราประจำ10-15 ปีก่อน แต่เลิกดื่มสุราได้ 7 ปี ดื่มกาแฟซองวันละ 1 แก้ว
การวินิจฉัยโรคหลัก	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)	โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (COPD)
การวินิจฉัยโรคร่วม	1) เบาหวานชนิดที่ 2 (Non insulin dependent diabetes mellitus type 2 at without complication) 2) ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (Aortic Regurgitation)	1) ความดันโลหิตสูง (Hypertension) 2) ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว (Aortic Regurgitation) 3) โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 (CKD stage 4)

จากตารางที่ 2 พบว่าข้อมูลพื้นฐานเกี่ยวกับสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิด COPD คือการสูบบุหรี่ มีปัจจัยเสี่ยงพันธุกรรมในการเกิดโรคความดันโลหิตสูงจากบิดามารดา นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ คือ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการดื่มกาแฟ ซึ่งเป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคความดันโลหิตสูงและโรคเบาหวาน ซึ่งการมีโรคร่วมเหล่านี้เป็นปัจจัยเสี่ยงที่ส่งเสริมให้เกิดอาการปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลันได้[3,5]

3. ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ที่ผิดปกติ ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
น้ำหนัก ส่วนสูง BMI	น้ำหนัก 68 กก. ส่วนสูง 152 ซม. ค่า BMI 29.43 (BMI ปกติ 18-25)	น้ำหนัก 91 กก. ส่วนสูง 180 ซม. ค่า BMI 28.09 (BMI ปกติ 18-25)
สัญญาณชีพ	อุณหภูมิร่างกาย 36.9 c° อัตราการเต้นชีพจร 68 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 121/60 mmHg O_2 sat 98 %	อุณหภูมิร่างกาย 36.8 c° อัตราการเต้นชีพจร 60 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 148/64 mmHg O_2 sat 96 %

3. ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ (ต่อ)

ตารางที่ 3 แสดงข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ที่ผิดปกติ ดังนี้

ข้อมูลการประเมินสภาพร่างกายตามระบบ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ผิวหนัง	สีผิวเข้มอุณหภูมิของผิวหนังอุ่นมีความชุ่มชื้นไม่แห้งแตก บวมตามร่างกาย ไม่พบรอยแผลเป็น	สีผิวขาวเหลือง อุณหภูมิของผิวหนังอุ่นมีความชุ่มชื้นไม่แห้งแตก ไม่มีบวมตามร่างกาย ไม่พบรอยแผลเป็นขาบวมกดบุ๋ม +1
ตา	สวมแว่นสายตายาวตาข้างขวา มองไม่ชัด 2 ปี ตอบสนองต่อแสงได้ดี รูม่านตา 2 มิลลิเมตร ทั้ง 2 ข้าง -วันที่ 21 สิงหาคม 2567 ตรวจพบเบาหวานขึ้นจอประสาทตาข้างขวา (PDR : Right Proliferative diabetic retinopathy)	สวมแว่นสายตายาวตา 2 ข้างตาสองข้างมัวมองไม่ชัด ได้สวมแว่นตาตลอด เป็นมา 5 ปี ตอบสนองต่อแสงได้ดี รูม่านตา 2 มิลลิเมตร ทั้ง 2 ข้าง
ระบบทางเดินหายใจและทรวงอก	รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของทรวงอกขณะหายใจเข้าและหายใจออกสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ฟังเสียงปอดมีเสียง wheezing right lower lung	รูปร่างทรวงอกเท่ากันทั้ง 2 ข้าง การเคลื่อนไหวของทรวงอกขณะหายใจเข้าและหายใจออกสมมาตรกันทั้ง 2 ข้าง ฟังเสียงปอดมีเสียง wheezing right lower lung
ระบบหัวใจและหลอดเลือด	อัตราการเต้นชีพจร 68ครั้ง/นาที คลำชีพจรแรงดี จังหวะการเต้นสม่ำเสมอ ฟังเสียงการเต้นของหัวใจได้ยินเสียง murmur	อัตราการเต้นชีพจร 60ครั้ง/นาที คลำชีพจรแรงดี จังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ ฟังเสียงการเต้นของหัวใจได้ยินเสียง murmur

จากตารางที่ 3 พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1ตรวจพบเบาหวานขึ้นจอประสาทตา แสดงถึงการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดไม่ดีผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีภาวะโรคอ้วนระดับ 2ค่า BMI 29.43 และ 28.09ฟังเสียงปอดมีเสียง wheezing right lower lung แสดงถึงการมีภาวะหลอดลมตีบแคบ ซึ่งเป็นอาการของ COPDผู้ป่วยรายที่ 2 พบว่าขาบวมกดบุ๋ม1+ เกิดการบวมน้ำ ซึ่งสัมพันธ์กับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ (ตารางที่ 5) พบว่า ผู้ป่วยมีค่า Creatinine, eGFR และ CKD Stage 4 จากข้อมูลข้างต้น การควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี มีภาวะอ้วนระดับ 2 และการมีภาวะไตเสื่อม เป็นปัจจัยทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการปอดอุดกั้นเรื้องรังกำเริบและรุนแรงได้

4. ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ที่ผิดปกติ ดังนี้

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ	Subjective data (S) "คิดว่าเป็นเพราะตนเองสูบบุหรี่จัด เมื่อ 10 ปีก่อน" "หมอบอกว่าโรคนี้เกิดจากการสูบบุหรี่ ช่วงเป็นใหม่ๆ ยังสูบอยู่ มีอาการหอบบ่อย เลยเลิกสูบบุหรี่ กลัวไม่หาย" "ใกล้บริเวณบ้านมีฝุ่นควันจากการเผาขยะ เผาหญ้า เผาอ้อย" "โรคเบาหวาน แม่พาเป็นก็เลยได้รับมรดก (กรรมพันธุ์) มาจากแม่ โรคเบาหวานกินยาตลอด พยายามไม่กินของหวานตามที่หมอบอก แต่กาแฟยังกินอยู่ เป็นกาแฟซอง เพราะถ้าไม่กินมันก็จะไปทำงานได้ไม่ดี มันง่วง" Objective data (O) - แพทย์วินิจฉัยเป็น COPD - ได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมชนิดพ่น	Subjective data(S) - ผู้ป่วยรับรู้ว่าตนเองเป็นโรคปอดอุดกั้น เพราะเมื่อ 10 ปีก่อน ตนเองชอบสูบบุหรี่วันละ 10 มวน - จนเมื่อ 6 ปีก่อน มารักษา ด้วยอาการเหนื่อยหายใจหอบมาก แพทย์วินิจฉัยเป็นโรคปอดอุดกั้น ได้ยาพ่นกลับไปพ่นที่บ้าน และมีอาการเหนื่อยหอบเป็นๆ หายๆ เรื่อยมา และมารักษาต่อเนื่อง - เป็นโรคเบาหวานและโรคความดันโลหิตสูง 10 ปีก่อน "เป็นหลายโรค ทั้งโรคหอบโรคความดัน พยายามมาดูแลตัวเอง กินยาและมาหาหมอตามนัด เพราะอายุเยอะมากแล้ว ยิ่งอายุเยอะยิ่งหอบบ่อย" Objective data (O) - แพทย์วินิจฉัยเป็น COPD - ได้รับการรักษาด้วยยาขยายหลอดลมชนิดพ่น
แบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร	S : "ชอบรับประทานข้าวเหนียว ไก่ทอด หมูทอด หมูกระทะ" "10 ปีก่อนสูบบุหรี่วันละ 10 มวน เลิกสูบมาได้ 3 ปี" "ดื่มสุราตามโอกาส วันปีใหม่ งานแต่ง งานบวช" "ดื่มกาแฟซองวันละ 2 ซอง รู้สึกไม่ง่วง ทำงานได้นานขึ้น" O : น้ำหนัก 68 กก. ส่วนสูง 152ซม. ค่า BMI 29.43 อ้วนระดับ 2 (BMI ปกติ 18-25)	S : "ชอบรับประทานข้าวเหนียว ส้มตำ ไก่ทอด ปรุงรสด้วยรสดี ผงชูรส เพิ่มรสชาติทำให้อร่อยขึ้น" O : น้ำหนัก 91กก. ส่วนสูง 180ซม. ค่า BMI 28.09 อ้วนระดับ 2 (BMI ปกติ 18-25) O : รูปร่างอ้วนผิวคล้ำ ซีด แตกแห้ง ขาบวมกด บุ๋ม+1 ทั้ง 2 ข้าง

4. ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (ต่อ)

ตารางที่ 4 แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ที่ผิดปกติ ดังนี้

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกาย	S : “ไอ ทำให้หอบเหนื่อยง่าย ต้องพ่นยาตอนกลางคืนทุกวันจึงจะนอนได้” “ไม่ได้ออกกำลังกาย ทำงานก็เหนื่อยแล้วเพราะเป็นลิ้นหัวใจรั่ว” O : ผู้ป่วยมารับบริการโดยเดินมาเอง ผลการตรวจร่างกาย - ฟังเสียงปอดมีเสียง wheezing right lower lungฟังเสียงการเต้นของหัวใจได้ยินเสียง murmurเป่า Peak flow ได้ 320 L/min (ปกติมีค่าเฉลี่ย 400-500 L/min)ประเมิน 6 minute walk testมีระยะทาง 450 เมตร (คนปกติมีค่าเฉลี่ย 6MWD ประมาณ 536-560 เมตร)	S : “ออกกำลังกาย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หลังทราบว่าตนเองเป็นลิ้นหัวใจรั่วทำให้เหนื่อยง่าย จึงไม่ออกกำลังกายอีกเลย” O : ผู้ป่วยมารับบริการโดยรถนั่งบุตรสาวเข็นมา - อัตราการเต้นชีพจร 60 ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ฟังเสียงปอดมีเสียง wheezing right lower lungฟังเสียงการเต้นของหัวใจได้ยินเสียง murmurขาบวมกดบุ๋ม 1+เป่า Peak flow ได้ 310 L/min(ปกติมีค่าเฉลี่ย 400-500 L/min) ไม่สามารถประเมิน 6 minute walk testได้เนื่องจากผู้ป่วยปวดเข่า นั่งรถเข็น
แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้	S : “รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง เบาหวาน ลิ้นหัวใจรั่ว ถ้าเจ็บป่วยรุนแรง หอบกำเริบ จะให้ภรรยาพามาโรงพยาบาล หรือคลินิก” O : รับรู้การหอบและจัดการอาการของตนเองได้ดี สามารถบอกเป้าหมายและการดูแลตนเองขณะมีอาการ	S : “รับรู้ว่าตนเองเจ็บป่วยมีโรคประจำตัวเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ความดันโลหิตสูง ลิ้นหัวใจรั่ว และโรคไตเรื้อรังระยะที่ 3มาโรงพยาบาลเพราะกลัวว่ากำเริบ ค่ำมืดหารถมาโรงพยาบาลลำบาก” O : รับรู้การหอบและจัดการอาการของตนเองได้ระดับหนึ่ง กลัวอาการหอบกำเริบจากประสบการณ์มาโรงพยาบาลด้วยอาการฉุกเฉิน
แบบแผนที่ 7 การรู้จักตนเองและอัตมโนทัศน์	S : “รับรู้ว่าตนเองป่วยหลายโรค ยังดื่มกาแฟ 2 ซอง/วัน ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เบาหวานเลยขึ้นตา” “โรคลิ้นหัวใจรั่วพยายามที่จะไม่ทำงานหนักเพราะเหนื่อยง่าย ไม่รู้จะอยู่ถึงวันไหนหนอคุณหมอ คนอื่นเป็นหลายโรคเหมือนผมไหม” O: ขณะพูดคุยมีสีหน้าตึงเครียด ขมวดคิ้ว	S : “รับรู้ว่าตนเองป่วยหลายโรค ชอบรับประทานส้มตำ อาหารทอด รับประทานอาหารรสเค็มทำอาหารใส่ผงปรุงรสเสมอเพราะมันอร่อยดี” “โรคลิ้นหัวใจรั่ว แพทย์แจ้งว่าอายุมากร่างกายก็จะเสื่อมตามสภาพอายุ”

4. ข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วย ตาม 11 แบบแผนสุขภาพของกอร์ดอน (ต่อ)

ตารางที่ 4แสดงข้อมูลแบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ที่ผิดปกติ ดังนี้

แบบแผนสุขภาพ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่2
	ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคที่ได้เกิดขึ้นกับตนเอง เนื่องจากเบาหวานขึ้นจอประสารทตาขวา เกิดจากการที่ตนเองควบคุมน้ำตาลได้ไม่ดี แต่ยังดื่มกาแฟซองอยู่	"รู้สึกเบื่อแล้วคุณหมอ เป็นหลายโรค ชีวิตวนเวียนแต่อยู่กับกับโรงพยาบาล" O : ขณะพูดคุยมีสีหน้าตึงเครียด ไม่สบตาพยาบาล ผู้ป่วยรับรู้ความรุนแรงของโรคที่เกิดขึ้นกับตนเอง เนื่องจากรับประทานเค็ม ผงปรุงรส อาหารประเภทผัดทอด ไม่ได้ทำงานแล้วเพราะเหนื่อยง่าย กลัวว่าอาการมันจะเป็นมากขึ้น
แบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด	S : "ภรรยากับลูกๆ ดูแลเอาใจใส่ดี พามาโรงพยาบาลตามนัดทุกครั้ง ทำกิจกรรมกับชุมชนได้ตลอด" O : ประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5 = 4 คะแนน (ความเครียดระดับน้อย) -ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 2Q positive (เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า) -ประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q = 7 คะแนน (ซึมเศร้าระดับน้อย) -ประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q = 0 คะแนน (ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย)	S : "กังวลและกลัวว่าอาการจะกำเริบรุนแรง พ่นยาแล้วอาการไม่ทุเรา เพราะเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหอบรุนแรง กลัวตาย" " มีลูกทั้ง 2 คน มีเรื่องอะไรก็จะเล่าให้ลูกฟัง ก็มีลูกนี้แหละที่ให้กำลังใจและพามาโรงพยาบาล" O:ประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5 = 5 คะแนน (ความเครียดระดับปานกลาง) -ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน2Q positive (เป็นผู้มีความเสี่ยงหรือมีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า) -ประเมินโรคซึมเศร้าด้วยแบบประเมิน 9Q = 7 คะแนน (ซึมเศร้าระดับน้อย) -ประเมินการฆ่าตัวตายด้วยแบบประเมิน 8Q = 0 คะแนน (ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย)

จากตารางที่ 4 พบว่า แบบแผนสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 รายที่ผิดปกติ 4 แบบแผน ได้แก่ แบบแผนที่ 1 การรับรู้และการดูแลสุขภาพ แม้ผู้ป่วยจะรับรู้ปัญหาสุขภาพของตนเอง แต่ยังมีพฤติกรรมสุขภาพที่ไม่เหมาะสม ซึ่งเห็นได้จากแบบแผนที่ 2 โภชนาการและการเผาผลาญสารอาหาร พบว่ายังมีพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคเบาหวานและโรคความดัน

โลหิตสูง และพฤติกรรมการสูบบุหรี่ที่เป็นสาเหตุทำให้เกิดโรค COPD ตามมา นอกจากนี้แบบแผนที่ 4 กิจวัตรประจำวันและการออกกำลังกายของผู้ป่วยลดลง โดยเฉพาะการออกกำลัง เนื่องจากรับรู้ว่าตนเองป่วยด้วยโรค COPD และโรคลิ้นหัวใจรั่ว ซึ่งทำให้ผู้ป่วยมีอาการเหนื่อยง่าย แบบแผนที่ 6 สติปัญญาและการรับรู้ผู้ป่วยสามารถรับรู้ และสามารถบอกอาการตนเองได้ในระดับหนึ่ง ซึ่งสามารถนำไปใช้ในการจัดการวางแผนอาการตนเองได้ต่อไป และแบบแผนที่ 10 การปรับตัว และการเผชิญกับความเครียด จะมีความเครียด แต่จากการประเมินความเครียดด้วยแบบประเมินมีความเครียดระดับน้อย ประเมินภาวะซึมเศร้าด้วยแบบประเมินเป็นผู้มีความเสี่ยงหรือ มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้าและซึมเศร้าระดับน้อย แต่ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย ทั้งนี้ภาวะเครียดดังกล่าวเกิดจากปัญหาสุขภาพซึ่งต้องการรับคำแนะนำที่ถูกต้องเกี่ยวกับปัญหาสุขภาพเพื่อลดภาวะเครียดดังกล่าว

5. ข้อมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการและตรวจพิเศษ

ตารางที่ 5 แสดงผลการตรวจสุขภาพประจำปี ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 (3 ปีย้อนหลัง)

การตรวจทางห้องปฏิบัติการ	ค่าปกติ/ หน่วยนับ	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1			ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2		
		ปี2565	ปี2566	ปี2567	ปี2565	ปี2566	ปี2567
HbA1c	4.0-6%	8.9	9.1	11.1	7.1	6.7	6.1
FBS	< 130 mg%	141	146	128	135	147	141
Creatinine (Cr)	0.5-1.5 mg%	0.93	1.05	1.09	2.23	2.35	2.71
eGFR	90-120 mL/min/1.73 m^2	83	71	67	26	24	20
Triglyceride	< 200 mg%	213.1	222.4	117.8	65	63	45.2
Cholesterol	125-260 mg%	197.8	205.9	188.0	106	105	102.9
HDL-C	> 35 mg%	42	47	46	53	54	53
LDL-C	< 100 mg%	112.9	140.2	123.9	48	41	49
Stage of CKD	-	CKD Stage 2	CKD Stage 2	CKD Stage 2	CKD Stage 4	CKD Stage 4	CKD Stage 4
Na	136.0-146.0mmol/L	149.1	140.3	139.8	134.0	139.0	136.6
K	3.50-5.10 mmol/L	3.68	3.80	3.66	4.24	4.72	5.14
CL	101.0-109.0 mmol/L	96.1	99.7	97.6	103.7	109.2	111.2
ตรวจคัดกรองจอประสาทตา	NO DR	-	-	Rt. PDR	-	-	-
ตรวจคัดกรองเท้าเบาหวาน	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk	Low risk

จากตารางที่ 5 พบว่าผู้ป่วยทั้ง 2 ราย ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีค่าสูงกว่าปกติเหมือนกัน คือ HbA1c และ FBS ซึ่งเป็นค่าน้ำตาลสะสม ใช้ประเมินระดับน้ำตาลเฉลี่ยในระยะเวลาประมาณ 2-3 เดือน โดยเฉพาะอย่างยิ่งเดือนแรก ค่าที่สูงกว่าปกติแสดงถึงผู้ป่วยทั้ง 2 รายควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ดี ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการสูงกว่า

ปกติ คือ Triglyceride, Cholesterol, HDL และ LDL-C ซึ่งเป็นการตรวจระดับไขมันในเลือด แสดงถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ป่วยดื่มกาแฟซอง ชอบรับประทานอาหารประเภทผัดและทอด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับค่า BMI 29.43 มีภาวะอ้วน (BMI 25 - 29.90อ้วน/โรคอ้วนระดับ 2) ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ต่ำกว่าปกติ คือ Creatinine, eGFR เป็นค่าที่บ่งประสิทธิภาพการทำงานของไต Creatinine และ CKD Stage 4 สอดคล้องกับการตรวจร่างกายที่พบว่าผู้ป่วยมีขา 2 ข้าง บวม petting edema 1+ พบว่าขาบวมกดบุ๋ม1+ เกิดการบวมน้ำ มักพบในคนไข้โรคไต ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคปอดอุดกั้นเรื้องรังกำเริบและรุนแรงได้

จากข้องมูลผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติของผู้ป่วยทั้ง 2 รายข้างต้น อาจบ่งบอกได้ว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่ผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดระดับไขมันในเลือด ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคร่วมและเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลันได้

6. ข้อมูลการรักษาของแพทย์ ตั้งแต่แรกรับจนกระทั่งจำหน่าย

ตารางที่ 6 แสดงข้อมูลแผนการรักษา ของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 ดังนี้

เป้าหมายการรักษาโรค	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
COPD	- spirivahandihaler1 puff tid - seretideaccuhaler1 puff bid - berodual1 puff prn q 4 hrs. - theophylline (200 mg.) 1 tab oral bid PC - montelukast (100 mg.) 1 tab oral OD PC - prednisolone (5 mg.) 3 tab oral tid PC	- seretideaccuhaler1 puff bid - berodual1 puff prn q 4 hrs.
โรคร่วม (โรคลิ้นหัวใจรั่ว โรค NCD และโรคอื่นๆ)	- metformin (500 mg.) ½ tab oral OD PC - losartan (50 mg.) 1 tab oral bid PC - simvastatin (20 mg.) ½ tab oral PC - hydralazine (25 mg.) 2 tab oral bid PC	- wafarin (3 mg.) 1 1 tab oral hs. - furosemine (40 mg.) 1 tab oral OD PC - hydralazin (25 mg.) 2 tab oral bid PC - simvastatin (20 mg) 1 tab oral PC - clochicine (0.6 mg.) 1 tab oral PC - allopurinol (100 mg.) 1 tab oral OD PC

จากตารางที่ 6 ผู้ป่วย 2 รายได้รับยาตามแผนการรักษาของแพทย์ 2 กลุ่ม คือ COPD และโรคร่วม แต่มีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 รับยา COPD ทั้งชนิดพ่นและชนิดรับประทาน ส่วนผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 รับยา COPD ชนิดพ่นอย่างเดียว แต่มียารักษาชนิดรับประทานของโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 แสดงให้เห็นว่าความรุนแรงของอาการและสภาวะโรคของงผู้ป่วยทั้ง 2 รายแตกต่างกัน คือผู้ป่วยรายที่ 1 อาจมีความรุนแรงของโรค หรือต้องการควบคุมอาการหอบกำเริบมากกว่า ส่วนการรักษาโรคร่วมพบว่าผู้ป่วยรายที่ 2 ได้รับยารักษาโรคร่วมโรคความดันโลหิตสูง โรคไตเรื้อรังเพื่อป้องกันภาวะแทรกซ้อนของโรคลิ้นหัวใจรั่ว โรคเส้นเลือดในสมอง และโรค NCD

9. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 7 แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะ COPD กำเริบเนื่องจากปัจจัยการมีโรคร่วม **ข้อมูลสนับสนุน** S : "ไอ ทำให้หอบเหนื่อยง่าย ต้องพ่นยาตอนกลางคืนทุกวัน จึงจะนอนได้" "ใกล้บริเวณบ้านมีฝุ่นควันจากการเผาขยะ หญ้า อ้อย" "10 ปีก่อน สูบบุหรี่ วันละ 10 มวน เลิกสูบบุหรี่ได้ 3 ปี" O : วินิจฉัยเป็น เบาหวานชนิดที่ 2 ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่วฟังเสียงการเต้นของหัวใจได้ยินเสียง murmurฟังเสียงปอดมีเสียง wheezing right lower lung **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ COPD กำเริบ **เกณฑ์ประเมินผล** 1. ไม่มีประวัติการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการหอบกำเริบ ใน 28 วัน 2. ความถี่ของการเกิดอาการหอบลดลง 3. ปริมาณการใช้ยาพ่นฉุกเฉินต่อวันลดลง 4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเฉพาะอัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที O_2 sat ≥ 95% **กิจกรรมการพยาบาล** ใช้ทฤษฎีแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ ดังนี้ <u>- ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ</u> ประเมินซักถามเกี่ยวกับอาการของโรคปอดปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วย และสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการอะไรบ้าง ผู้ป่วยอธิบายอาการโรคปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ เหนื่อย หายใจไม่สะดวก หายใจลำบาก "เวลานอนจะรู้เหนื่อยหายใจไม่อิ่ม ไอมีเสมหะบ้างครั้งไอมากก็จะหอบกำเริบ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการได้แก่ ฝุ่นควัน เนื่องจากแถวบริเวณมีการเผาขยะและเผาหญ้า ตนเองเลิกสูบบุหรี่ บางครั้งอากาศหนาวเย็นๆ หรือฝนตกก็ทำให้มีอาการหอบ บางครั้งไม่มีอะไรกระตุ้นมันก็หอบขึ้นมาเอง	**1. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 1 เสี่ยงต่อภาวะ COPD กำเริบเนื่องจากปัจจัยการมีโรคร่วมข้อมูลสนับสนุน** S : ผู้ป่วยนั่งรถมาเอง ช่วยเหลือตนเองได้ ไม่มีอาการหอบ บ่นเหนื่อย ซักประวัติ ผู้มีอาการหอบช่วงกลางคืนก่อนนอนพ่นยาฉุกเฉิน อาการดีขึ้น นอนหลับไม่สนิท เนื่องจากต้องลุกมาปัสสาวะบ่อย และรู้สึกหายใจไม่สะดวกพ่นยาฉุกเฉินดีขึ้น S : "10 ปีก่อน ตนเองชอบสูบบุหรี่วันละ 10 มวน" O : วินิจฉัยเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 โรคความดันโลหิตสูง ลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว CKD stage 4 ฟังเสียงการเต้นของหัวใจได้ยินเสียง murmur ขาบวมกดบุ๋ม 1+ฟังเสียงปอดมีเสียง wheezing right lower lung **วัตถุประสงค์** เพื่อป้องกันการเกิดภาวะ COPD กำเริบ **เกณฑ์ประเมินผล** 1. ไม่มีประวัติการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการหอบกำเริบ ใน 28 วัน 2. ความถี่ของการเกิดอาการหอบลดลง 3. ปริมาณการใช้ยาพ่นฉุกเฉินต่อวันลดลง 4. สัญญาณชีพอยู่ในเกณฑ์ปกติ โดยเฉพาะอัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที O_2 sat ≥ 95% **กิจกรรมการพยาบาล** ใช้ทฤษฎีแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ ดังนี้ <u>- ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ</u> ประเมินซักถามเกี่ยวกับอาการของโรคปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วย และสิ่งกระตุ้นให้เกิดอาการอะไรบ้าง ผู้ป่วยอธิบายอาการโรคปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลัน ได้แก่ เหนื่อย หายใจไม่สะดวก หายลำบาก เวลานอนจะรู้เหนื่อยหายใจไม่อิ่ม ไอมีเสมหะ บ้างครั้งไอมากก็จะหอบกำเริบ สิ่งกระตุ้นที่ทำให้เกิดอาการได้แก่ ฝุ่นควัน เนื่องจากแถวบริเวณมีการเผาขยะและเผาหญ้า แต่ตนเองไม่ได้สูบบุหรี่ บางครั้งอากาศหนาวเย็นๆ หรือฝนตกก็ทำให้มี

9. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 7 แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ส่วนมาจะมีอาการช่วงกลางคืน" - กลยุทธ์การจัดการอาการ โดยการสอบถามวิธีจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน วิธีป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน พยาบาลอธิบายเพิ่มเติมและเสริมพลังอำนาจในการจัดการอาการ ผู้ป่วยอธิบายวิธีจัดการอาการ โดยการรับประทานยาที่แพทย์ให้อย่างต่อเนื่อง การพ่นยาที่ถูกวิธีจะทำให้อาการทุเลาเร็วขึ้น และการบริหารปอดที่พยาบาลได้แนะนำครั้งก่อนทำให้หายใจสะดวกมากขึ้น หายใจเต็มอิ่มดี และการลดอาหารที่ส่งผลต่อโรคร่วมคือโรคเบาหวาน เพราะจะทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ พยาบาลแนะนำให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการอาการของผู้ป่วย และการเสริมพลังอำนาจ ให้กำลังใจ ชื่นชมผู้ป่วย - ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ หลังจัดการอาการที่ผู้ป่วยอธิบายข้างต้น ผู้ป่วยบอกมีอาการทุเลาขึ้นและดีขึ้น และพยาบาลเสริมพลังอำนาจ ให้กำลังใจ ชื่นชมผู้ป่วย **ประเมินผลการพยาบาล** จากการให้การพยาบาลและติดตามการักษา ตลอดระยะเวลา 3 เดือน 2 วันไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง และไม่พบการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย จำนวนครั้งในการใช้ยาพ่นฉุกเฉินลดลง 4 ครั้ง/ วันความถี่ในการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันช่วงกลางคืนลดลงประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.8 c อัตราการชีพจร หายใจ 18 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 72 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 129/81 mmHg ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด 98% ผู้ป่วยหายใจสะดวกดี ไม่มีหอบเหนื่อย	อาการหอบ บางวันเดินไปหน้าบ้านก็เหนื่อยหอบ บางครั้งไม่มีอะไรกระตุ้นมันก็หอบขึ้นมาเอง ส่วนมาจะมีอาการหอบช่วงกลางคืน - กลยุทธ์การจัดการอาการ โดยการสอบถามวิธีจัดการอาการกำเริบ วิธีป้องกันและหลีกเลี่ยงสิ่งทำให้เกิดอาการกำเริบ พยาบาลอธิบายเพิ่มเติมและเสริมพลังอำนาจในการจัดการอาการ ผู้ป่วยอธิบายวิธีจัดการอาการ โดยการรับประทานยาที่หมอให้อย่างต่อเนื่อง การพ่นยาที่ถูกวิธีจะทำให้อาการทุเลาเร็วขึ้น และการบริหารปอดที่พยาบาลได้แนะครั้งก่อนทำให้รู้หายใจสะดวกมากขึ้น หายใจเต็มอิ่มดี และการลดอาหารที่ส่งผลต่อโรคร่วมคือ โรคความดันโลหิต โรคไตวายเรื้อรัง โรคอ้วน โรคลิ้นหัวใจรั่ว เพราะจะทำให้เกิดเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ พยาบาลแนะนำให้ความรู้เพิ่มเติมเกี่ยวกับการจัดการอาการของผู้ป่วย และการเสริมพลังอำนาจ ให้กำลังใจ ชื่นชมผู้ป่วย - ผลลัพธ์จากการจัดการอาการ หลังจัดการอาการที่ผู้ป่วยอธิบายข้างต้น ผู้ป่วยบอกมีอาการทุเลาขึ้นและดีขึ้น และพยาบาลเสริมพลังอำนาจ ให้กำลังใจ ชื่นชมผู้ป่วย **ประเมินผลการพยาบาล** จากการให้การพยาบาลและติดตามการรักษา ตลอดระยะเวลา 3 เดือน 24 วัน ไม่พบการกลับมารักษาซ้ำภายใน 72 ชั่วโมง และไม่พบการกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วันหลังจำหน่าย จำนวนครั้งในการใช้ยาพ่นฉุกเฉินลดลง 4 ครั้ง/วันความถี่ในการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันช่วงกลางคืนลดลงประเมินสัญญาณชีพ อุณหภูมิ 36.2 c อัตราการชีพจร หายใจ 20 ครั้ง/นาที อัตราการเต้นของหัวใจ 60 ครั้ง/นาที ความดันโลหิต 131/76 mmHg ความเข้มข้นของออกซิเจนในกระแสเลือด 97% ผู้ป่วยหายใจสะดวกดี ไม่มีหอบเหนื่อย ไม่มีซีดเขียว

9. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 7 แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ความทนต่อกิจกรรมลงลดเนื่องจากแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพการหดเกร็งของหลอดลมและโรคร่วมลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว	**2. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 2 ความทนต่อกิจกรรมลงลดเนื่องจากแบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพการหดเกร็งของหลอดลมและโรคร่วมลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว**
S : “ไอ ทำให้หอบเหนื่อยง่าย ต้องพ่นยาตอนกลางคืนทุกวันจึงจะนอนได้” “ไม่ได้ออกกำลังกาย ทำงานก็เหนื่อยแล้ว เพราะเป็นลิ้นหัวใจรั่ว” O : ผู้ป่วยมารับบริการโดยเดินมาเอง ผลการตรวจร่างกาย ฟังเสียงปอดมีเสียง wheezing right lower lung ฟังเสียงการเต้นของหัวใจได้ยินเสียง murmur เป่า Peak flow ได้ 360 L/min ประเมิน6 minute walk test เดินได้ระยะทาง 450 เมตร	S : “ออกกำลังกาย 2 ครั้งต่อสัปดาห์ หลังทราบว่าตนเองเป็นลิ้นหัวใจรั่วทำให้เหนื่อยง่ายจึงไม่ออกกำลังกายอีกเลย” O : ผู้ป่วยมารับบริการโดยรถนั่ง บุตรสาวเข็นมาอัตราการเต้นชีพจร 60ครั้ง/นาที จังหวะการเต้นไม่สม่ำเสมอ อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที ฟังเสียงปอดมีเสียง wheezing right lower lung เป่า Peak flow ได้ 310 L/min ฟังเสียงการเต้นของหัวใจได้ยินเสียง murmur ขาบวมกดบุ๋ม 1+
วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยให้มีความรู้ และสามารถผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มความทนในการทำกิจกรรม	**วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยให้มีความรู้ และสามารถผู้ป่วยหายใจได้อย่างมีประสิทธิภาพเพิ่มความทนในการทำกิจกรรม
เกณฑ์ประเมินผล 1. ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หรือหายใจลำบากอัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที O_2 sat ≥ 95% 2. 6 minute walk test มีระยะทางเพิ่มขึ้น 3. เป่า Peak flow ได้เพิ่มขึ้น 4. รับรู้และเข้าใจการบริหารปอด สามารถตอบคำถามได้เมื่อถามกลับ	**เกณฑ์ประเมินผล** 1. ไม่มีอาการหอบเหนื่อย หรือหายใจลำบากอัตราการหายใจ 16-20 ครั้ง/นาที O_2 sat ≥ 95% 2. เป่า Peak flow ได้เพิ่มขึ้น 3. รับรู้และเข้าใจการบริหารปอด สามารถตอบคำถามได้เมื่อถามกลับ
กิจกรรมการพยาบาล 1. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับหารบริหารปอดของผู้ป่วย โดยการสอบถาม 2. ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ดังนี้ <u>- การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง</u> โดยการบอกให้ทราบถึงประสิทธิภาพปอดของผู้ป่วยที่อยู่ระดับรุนแรงปานกลาง	**กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับหารบริหารปอดของผู้ป่วย โดยการสอบถาม 2. ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model: HBM) ดังนี้ <u>- การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง</u> โดยรุนแรงปานกลาง (GOLD 2) (ค่า FEV1 ระหว่าง 50% ถึง < 80% ของค่ามาตรฐาน) ซึ่งที่เสี่ยงต่อการเกิดปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลันได้ การให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นสาเหตุการเกิด การ

9. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 7 แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
(GOLD 2) (ค่าFEV1 ระหว่าง 50% ถึง <80% ของค่ามาตรฐาน) ที่เสี่ยงต่อการเกิดโรคปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลันได้ การให้ความรู้เรื่องโรคปอดอุดกั้นสาเหตุการเกิด การรักษา ความเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การเกิดภาวะปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลัน เช่น การสูบบุหรี่ การอยู่ใกล้บริเวณที่มีฝุ่นควัน หรือการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี การรับประทานอาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ข้าวเหนียว อาหารรสหวานต่างๆ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง สิ่งเหล่านี้จะทำเกิดอากาการกำเริบเฉียบพลันได้ง่ายและทำให้อาการหอบรุนแรงมากขึ้น - การรับรู้ประโยชน์ แนะนำการพ่นยาที่ถูกวิธี การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งยาที่เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นโดยตรงและยารักษาโรคร่วม โรคเบาหวาน โรคลิ้นหัวใจเออออร์ติกรั่ว การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพ และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่อาจนำไปสู่การเกิดอาการกำเริบ - การรับรู้อุปสรรค โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลัน เช่น เหนื่อย หายใจไม่สะดวก หายใจลำบาก แน่นหน้าอก และวิธีจัดการอาการโดยการพ่นยาที่ถูกวิธี การฝึกการหายใจ การบริหารปอด เป็นต้น แนะนำแหล่งประโยชน์เช่น การเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันรุนแรง แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้องรัง เป็นต้น - ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ โดยการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้เห็นค่าในตนเอง ชักนำไปสู่การปฏิบัติโดยการให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพ การงดรับประทานอาหารที่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง อาหารที่มีไขมันสูง และชื่นชมที่ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีการพ่นยาและสามารถพ่นยาได้ถูกต้อง 3. ให้นำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด	รักษา ความเสี่ยงที่อาจนำไปสู่การเกิดภาวะปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลัน เช่น การสูบบุหรี่ การอยู่ใกล้บริเวณที่มีฝุ่นควัน หรือการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี ความดันโลหิต การรับประทานอาหารที่ทำให้รับความดันโลหิตสูง เช่น อาหารรสเค็มอาหารไขมันสูง ผัด ทอด ซึ่งมีผลต่อการทำงานของไตด้วย สิ่งเหล่านี้จะทำให้เกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ง่ายและทำให้อาการหอบรุนแรงมากขึ้น - การรับรู้ประโยชน์ แนะนำการพ่นยาที่ถูกวิธี การรับประทานยาอย่างต่อเนื่อง ทั้งยาที่เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นโดยตรงและยารักษาโรคร่วม โรคความดันโลหิตสูง โรคลิ้นหัวใจเออออร์ติกรั่ว โรคไตเรื้อรังระยะที่ 4 การมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพ และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่อาจนำไปสู่การเกิดอาการกำเริบ - การรับรู้อุปสรรค โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลัน เช่น เหนื่อย หายใจไม่สะดวก หายใจลำบาก แน่นหน้าอก และวิธีจัดการอาการโดยการพ่นยาที่ถูกวิธี การฝึกการหายใจ การบริหารปอด เป็นต้น แนะนำแหล่งประโยชน์เช่น การเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันรุนแรง แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้องรัง เป็นต้น ผู้ป่วยเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการกำเริบรุนแรงหลังพ่นยาที่บ้านแล้วไม่ทุเลา เมื่อมีอาการกำเริบจึงจะรีบมาโรงพยาบาล เพราะกลัวว่าอาการจะรุนแรงมากขึ้น พยาบาลจึงอธิบาย แนะนำให้ทราบถึงเหตุผลของอาการรุนแรง ปัจจัยเสี่ยงต่างๆ ตลอดจนการดูแลสุขภาพและพฤติกรรมสุขภาพของตนเอง ความเชื่อด้ายสุขภาพที่อาจส่งผลต่อความรุนแรงของโรค การพ่นยาที่ถูกต้องให้ผู้ป่วยเข้าใจ - ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ โดยการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้เห็นค่าในตนเอง ชักนำไปสู้การปฏิบัติโดยการให้

9. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 7 แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
สมรรถภาพทางกาย มีดังนี้ - การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก (pursed lip breathing) การฝึกอย่างต่อเนื่องวันละ 2 รอบ รอบละประมาณ 10 นาที เป็นเวลา 11 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ลดอาการหายใจลำบาก เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดและสมรรถภาพทางกายได้ - สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) ทำโดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึกๆ 2-3 ครั้งอย่างช้า ๆ และสูดหายใจเข้าอย่างช้า ๆ ทางจมูกอย่างเต็มที่ แล้วกลั้นหายใจไว้ประมาณ 2-3 วินาที โน้มตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย และอ้าปากไอออกมาแรง ๆ ติดต่อกันประมาณ 2-3 ครั้ง ให้เสมหะขับออกได้ง่าย ไม่ควรทำติดต่อกันหลายครั้งเกินไป เพราะทำให้หลอดลมหดเกร็ง เกิดอาการหายใจลำบาก 4. ให้นำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่วยลดอาการเหนื่อย มีดังนี้ - หากไม่มีข้อจำกัดควรดื่มน้ำอุ่นวันละ 2,800ml เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัว ไอออกง่ายขึ้น - ลดการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงทำให้ร่างกายของผู้ป่วยใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบาก เทคนิคการสงวนพลังงาน ได้แก่ การนั่งขณะใส่และถอดรองเท้า หลีกเลี่ยงการเอื้อมหยิบของที่สูงกว่า และการก้มหยิบของที่ต่ำกว่า การนั่งขณะทำความสะอาดร่างกาย สามารถช่วยลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย ลดอาการหายใจลำบาก และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ -การรับประทานยาตามแผนการรักษาและการมาพบแพทย์ตามนัด	รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพ การงดรับประทานอาหารที่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง อาหารที่มีไขมันสูง และชื่นชมที่ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีการพ่นยาและสามารถพ่นยาได้ถูกต้อง 3. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการฟื้นฟูสมรรถภาพปอด สมรรถภาพทางกาย มีดังนี้ - การบริหารการหายใจแบบเป่าปาก (pursed lip breathing) การฝึกอย่างต่อเนื่องวันละ 2 รอบ รอบละประมาณ 10 นาที เป็นเวลา 11 สัปดาห์ ช่วยเพิ่มประสิทธิภาพการทำงานของกล้ามเนื้อช่วยในการหายใจ ลดอาการหายใจลำบาก เพิ่มสมรรถภาพการทำงานของปอดและสมรรถภาพทางกายได้ - สอนการไออย่างมีประสิทธิภาพ (effective cough) ทำโดยให้ผู้ป่วยหายใจเข้า-ออกลึกๆ 2-3 ครั้งอย่างช้า ๆ และสูดหายใจเข้าอย่างช้า ๆ ทางจมูกอย่างเต็มที่ แล้วกลั้นหายใจไว้ประมาณ 2-3วินาที โน้มตัวมาข้างหน้าเล็กน้อย และอ้าปากไอออกมาแรง ๆ ติดต่อกันประมาณ 2-3 ครั้ง ให้เสมหะขับออกได้ง่าย ไม่ควรทำติดต่อกันหลายครั้งเกินไป เพราะทำให้หลอดลมหดเกร็ง เกิดอาการหายใจลำบาก 4. ให้นำแนะนำเกี่ยวกับการดูแลสุขภาพช่วยลดอาการเหนื่อย มีดังนี้ - หากไม่มีข้อจำกัดควรดื่มน้ำอุ่นวันละ 2-3 ลิตร เพื่อช่วยให้เสมหะอ่อนตัว ไอออกง่ายขึ้น - ควรลดการทำกิจกรรมที่ต้องออกแรงทำให้ร่างกายของผู้ป่วยใช้ออกซิเจนเพิ่มขึ้นส่งผลให้เกิดอาการหายใจลำบาก เทคนิคการสงวนพลังงาน ได้แก่ การนั่งขณะใส่และถอดรองเท้า หลีกเลี่ยงการเอื้อมหยิบของที่สูงกว่า และการก้มหยิบของที่ต่ำกว่า การนั่งขณะทำความสะอาด

9. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 7 แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
- การหลีกเสี่ยงจากปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม 5. แนะนำวิธีการออกกำลัง การออกกำลังกายมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนล่าง เช่น การเดินบนทางราบ และค่อยเพิ่มระยะทาง เป็นต้น ผู้ป่วยควรออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ ตามความสามารถของตนเองและค่อยเป็นค่อยไปตามระยะของโรค 6. การฝึกจัดการกับความเครียด ในขณะที่ร่างกายอยู่ในสภาพที่ผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวล ส่งผลให้การใช้ออกซิเจนและการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง สามารถลดอาการหายใจลำบาก 7. การปรับแบบแผนการรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ควรลดอาหารประเภทแป้ง ไขมัน รสเค็ม เพื่อป้องกันการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างการและควรลดอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหารเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดอาจส่งผลให้หายใจลำบากได้ ควรเลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีนสูง และเป็นอาหารย่อยง่าย เพื่อเพิ่มพลังงาน บำรุงกล้ามเนื้อและกระดูก **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยสัญญาว่าจะพยามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยการควบคุมระดับน้ำตาลดี พยายามลดหรืองดการรับประทานอาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ข้าวเหนียว อาหารรสหวานต่างๆ และงดการดื่มกาแฟซอง ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจ สามารถตอบทำถามได้เมื่อถามย้อนกับเกี่ยวกับวิธีเพิ่มประสิทธิภาพปอด การทำกิจกรรมเพื่อลดการใช้ออกซิเจน ผู้ป่วยสามารถเป่า Peak flow ได้เพิ่มขึ้นจาก 320 L/min เป็น 400 L/min(ปกติมีค่าเฉลี่ย 400-500 L/min) ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/	ร่างกายสามารถช่วยลดการใช้ออกซิเจนในร่างกาย ลดอาการหายใจลำบาก และเพิ่มความสามารถในการทำกิจกรรมของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังได้ - การรับประทานยาตามแผนการรักษาและการมาพบแพทย์ตามนัด - การหลีกเสี่ยงจากปัจจัยกระตุ้นการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันและการปรับเปลี่ยนสิ่งแวดล้อม 5. แนะนำวิธีการออกกำลัง การออกกำลังกายมีหลายรูปแบบ ได้แก่ การออกกำลังกายกล้ามเนื้อส่วนล่าง เช่น การเดินบนทางราบ เป็นต้น ผู้ป่วยควรออกกำลังกายในรูปแบบต่าง ๆ ตามความสามารถของตนเองและค่อยเป็นค่อยไปตามระยะของโรค 6. การฝึกจัดการกับความเครียด ในขณะที่ร่างกายอยู่ในสภาพที่ผ่อนคลาย และลดความวิตกกังวล ส่งผลให้การใช้ออกซิเจนและการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ลดลง สามารถลดอาการหายใจลำบาก 7. การปรับแบบแผนการรับประทานอาหาร โดยผู้ป่วยควรรับประทานอาหารครั้งละน้อยๆ แต่บ่อยครั้ง ควรลดอาหารประเภทแป้ง ไขมัน รสเค็ม เพื่อป้องกันการผลิตคาร์บอนไดออกไซด์ในร่างการและควรลดอาหารที่ทำให้เกิดแก๊สในกระเพาะอาหารเพื่อป้องกันภาวะท้องอืดอาจส่งผลให้หายใจลำบากได้ ควรเลือกรับประทานอาหารประเภทโปรตีนสูง และเป็นอาหารย่อยง่าย เพื่อเพิ่มพลังงาน บำรุงกล้ามเนื้อและกระดูก **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยบอกว่าจะพยามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยการการควบคุมความดันโลหิต พยายามลดหรืองดการรับประทานอาหารที่ทำให้ความดันโลหิตสูง เช่น อาหารรสเค็ม ลดการใส่ผงปรุงรสต่างๆ และงดการดื่มกาแฟซอง

9. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 7 แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
นาทีประเมิน 6 minute walk testมีระยะทางเพิ่มขึ้นจากระยะทา 450 เมตร เป็น 510 เมตร(คนปกติมีค่าเฉลี่ย 6MWD ประมาณ 536-560 เมตร)	ผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจ สามารถตอบทำถามได้เมื่อถามย้อนกับเกี่ยวกับวิธีเพิ่มประสิทธิภาพปอดการทำกิจกรรมเพื่อลดการใช้ออกซิเจน ผู้ป่วยสามารถเป่า peak flow ผู้ป่วยสามารถเป่า Peak flow ได้เพิ่มขึ้นจาก 310 L/min เป็น 360 L/min ไม่มีอาการหอบเหนื่อย อัตราการหายใจ 18 ครั้ง/นาที
3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดภาวะระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่เนื่องจากการจัดการและพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองขณะเป็นเบาหวานไม่เหมาะสม **ข้อมูลสนับสนุน** S : "ชอบรับประทานข้าวเหนียว ไก่ทอด หมูทอด หมูกระทะ" "10 ปีก่อนสูบบุหรี่วันละ 10 มวน เลิกสูบมาได้ 3 ปี" "ดื่มสุราตามโอกาส วันปีใหม่ งานแต่ง งานบวช" "ดื่มกาแฟซองวันละ 2 ซอง รู้สึกไม่ง่วง ทำงานไม่นานขึ้น" O : น้ำหนัก 68 กก. ส่วนสูง 152 ซม. ค่า BMI 29.43 อ้วนระดับ 2 (BMI ปกติ 18-25)FBS 128 mg% HbA1c 11.1 **วัตถุประสงค์** เพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ **เกณฑ์ประเมินผล** 1. ระดับน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ FBS < 130 mg% HbA1c 4.0-6% 2. สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพเพื่อควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด 3. รับรู้และเข้าใจความเสี่ยงของโรคเบาหวาน สามารถตอบคำถามได้เมื่อถามกลับ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการสุขภาพเมื่อเป็นโรคเบาหวาน โดยการสอบถาม 2. ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief	**3. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 3 มีโอกาสเกิดอันตรายจากภาวะความดันหิตสูงเนื่องจากพฤติกรรมการดูแลสุขภาพตนเองไม่เหมาะสมข้อมูลสนับสนุน** S : "ชอบรับประทานข้าวเหนียว ส้มตำ ไก่ทอด ปรุงรสด้วยรสดี ผงชูรส เพิ่มรสชาติทำให้อร่อยขึ้น" O : น้ำหนัก 91 กก. ส่วนสูง 180 ซม. ค่า BMI 28.09 อ้วนระดับ 2 (BMI ปกติ 18-25) O : รูปร่างอ้วนผิวคล้ำ ซีด แตกแห้ง ขาบวมกดบุ๋ม+1 ทั้ง 2 ข้างความดันโลหิต 148/64mmHg **วัตถุประสงค์** เพื่อควบคุมความดันโลหิตให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ **เกณฑ์ประเมินผล** 1. ความดันโลหิตช่วงบน (Diastolic) ให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ 90-120 mmHg 2. สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพที่ทำให้เกิดความดันโลหิตสูง 3. รับรู้และเข้าใจการความเสี่ยงของโรคความดันโลหิตสามารถตอบคำถามได้เมื่อถามกลับ **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินความเข้าใจเกี่ยวกับการดูแลตนเอง พฤติกรรมการสุขภาพเมื่อเป็นโรคความดันโลหิต โดยการสอบถาม 2. ใช้ทฤษฎีแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพ (Health Belief Model : HBM) ดังนี้

9. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 7 แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
Model: HBM) ดังนี้ - <u>การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง</u> โดยการบอกให้ทราบถึงระดับน้ำตาลสะสมในเลือดผู้ป่วยเท่ากับ 6.7 ซึ่งอยู่ในเกณฑ์ปกติ แต่ ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงคือ พฤติกรรมการรับประทานอาหาร ทานข้าวเหนียวจนอิ่ม ชอบรับประทานอาหารประเภทผัด ทอด เช่น ไก่ทอด หมูทอด หมูย่างเกาหลี ดื่มกาแฟซอง ซึ่งทำให้น้ำตาลในเลือดสูงได้ หรือการควบคุมระดับน้ำตาลไม่ดี การรับประทานอาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ข้าวเหนียว อาหารรสหวานต่างๆ การมีระดับน้ำตาลในเลือดสูง สิ่งเหล่านี้จะทำเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันได้ง่ายและทำให้อาการหอบรุนแรงมากขึ้น - <u>การรับรู้ประโยชน์</u> การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องการมาตรวจตามนัด การดูแลสุขภาพ และหลีกเลี่ยงปัจจัยที่อาจทำให้น้ำตาลในเลือดสูง - <u>การรับรู้อุปสรรค</u> โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดสูง เช่น เหนื่อย หายใจหอบหายใจไม่สะดวก หายใจลำบาก แน่นหน้าอก ภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น วิงเวียนศีรษะ หน้ามืด มือสั่น ตัวเย็น หรือหมดสติ เป็นต้น แนะนำแหล่งประโยชน์เช่น การเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เมื่อมีอาการกำเริบเฉียบพลันรุนแรง แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้องรัง เป็นต้น - <u>ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ</u> โดยการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้เห็นค่าในตนเอง ชักนำไปสู่การปฏิบัติโดยการให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพ การงดรับประทานอาหารที่ทำให้น้ำตาลในเลือดสูง อาหารที่มีไขมันสูง และชื่นชมที่ผู้ป่วยสามารถอธิบายวิธีการพ่นยาและสามารถพ่นยาได้ถูกต้อง	- <u>การรับรู้โอกาสเสี่ยงและความรุนแรง</u> โดยการบอกให้ทราบถึงระดับความดันโลหิต 141/86 mmHg ซึ่งเป็นระดับที่ ๑ ความดันโลหิตสูงระยะเริ่มแรกแต่ผู้ป่วยมีพฤติกรรมเสี่ยงคือ การรับประทานอาหารที่ทำให้ความดันโลหิตสูง เช่น อาหารรสเค็มอาหารไขมันสูง ผัด ทอด ซึ่งมีผลต่อการทำงานของไตด้วย สิ่งเหล่านี้จะทำความดันโลหิตสูงและส่งผลต่อโรคปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลันได้ - <u>การรับรู้ประโยชน์</u> การรับประทานยาอย่างต่อเนื่องการมาตรวจตามนัด และการดูแลสุขภาพ หลีกเลี่ยงปัจจัยที่อาจทำให้น้ำตาลในเลือดสูง - <u>การรับรู้อุปสรรค</u> โดยการให้ความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิตสูงและภาวะแทรกซ้อน เช่น เกิดโรคหลอดเลือดในสมอง ไตวาย แนะนำแหล่งประโยชน์เช่น การเรียกใช้บริการระบบการแพทย์ฉุกเฉิน 1669 เมื่อมีอาการผิดปกติ แหล่งความรู้เกี่ยวกับโรคความดันโลหิต และปอดอุดกั้นเรื้องรัง เป็นต้น - <u>ปัจจัยกระตุ้นการปฏิบัติ</u> โดยการกระตุ้นและสร้างแรงจูงใจให้เห็นค่าในตนเอง ชักนำไปสู่การปฏิบัติโดยการให้รับประทานยาอย่างต่อเนื่อง การดูแลสุขภาพ การงดรับประทานอาหารที่ทำให้ความดันโลหิตสูง อาหารที่มีไขมันสูง และชื่นชมที่ผู้ป่วยสารถอธิบายการดูแลตนเองได้ถูกต้องและให้กำลังใจ **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยบอกว่าจะพยามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเองโดยการควบคุมความดันโลหิต พยายามลดหรืองดการรับประทานอาหารที่ทำให้ความดันโลหิตสูงผู้ป่วยรับรู้และเข้าใจ สามารถตอบทำถามได้เมื่อถามย้อนกับเกี่ยวกับวิธีดูแลสุขภาพเพื่อป้องกันความดันโลหิตสูง

9. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 7 แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
ประเมินผลการพยาบาล ผู้ป่วยสัญญาว่าจะพยามปรับเปลี่ยนพฤติกรรมของตนเอง โดยการควบคุมระดับน้ำตาลดี พยายามลดหรืองดการรับประทานอาหารที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดสูง เช่น ข้าวเหนียว อาหารรสหวานต่างๆ	
4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 4 มีภาวะแทรกซ้อนเรื้อรังทางตาในโรคเบาหวาน **ข้อมูลสนับสนุน** S : ตาข้างขวา มองไม่ชัด 2 ปีกว่า O : สวมแว่นสายตา ตาสองข้างตอบสนองต่อแสงได้ดี รูม่านตา 2 มิลลิเมตร ทั้ง 2 ข้าง O : วันที่ 21 สิงหาคม 2567 ตรวจพบเบาหวานขึ้นจอประสาทตาข้างขวาระดับเล็กน้อย (mild Right non Proliferative diabetic retinopathy: mild Right NPDR) **วัตถุประสงค์** - ลดความรุนแรงของภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา - เพื่อให้ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตา **เกณฑ์ประเมินผล** - ภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาลดลง ไม่เพิ่มเป็นระดับ moderate หรือ severe PDR - ผู้ป่วยเบาหวานได้รับการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนทางตาทุกปีและไม่พบภาวะแทรกซ้อนทางตา **กิจกรรมการพยาบาล** 1. แจ้งผลการคัดกรองเบาหวานให้ผู้ป่วยทราบว่ามีภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาข้างขวาระดับเล็กน้อย 2. อธิบายสาเหตุของการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตาซึ่งเป็นภาวะแทรกซ้อนของโรคเบาหวานที่ไม่สามารถควบคุมระดับน้ำตาลได้	**4. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่ทราบการดำเนินของโรค ความไม่แน่นอนของอาการ** **ข้อมูลสนับสนุน** S : มีความกังวล กลัวว่าอาการจะกำเริบรุนแรง พ่นยาแล้วอาการไม่ทุเลา เพราะเคยมีประสบการณ์เกี่ยวกับอาการหอบรุนแรง กลัวตาย O : ประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5 = 5 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง - ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q positive หมายถึง “เป็นผู้มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” - ประเมินโรคซึมเศร้า 9Q = 7 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย - ประเมินการฆ่าตัวตาย 8Q = 0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเผชิญกับภาวะเครียดได้ **เกณฑ์ประเมินผล** - คะแนนความเครียดลดลงจากเดิม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าว่าอยู่ในระดับใดโดยใช้แบบประเมินซึมเศร้า 2Q, 9Q, 8Q

9. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 7 แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
3. แนะนำให้เห็นความสำคัญการควบคุมระดับน้ำตาลระดับความดันโลหิต และระดับไขมันในเลือด 4. ในกรณีที่เกิดตามัวจากระยะสายตาเปลี่ยนแปลง ควรพิจารณาควบคุมระดับน้ำตาลให้ได้ตามเป้าหมาย 5. แนะนำให้มารับบริการคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตามนัดที่กำหนด 6. แนะนำการหยุดสูบบุหรี่ การสูบบุหรี่เป็นปัจจัยเสี่ยงทางพฤติกรรมที่สามารถป้องกันได้ การสูบบุหรี่ทำให้มีการเพิ่มของระดับน้ำตาลในเลือด ส่งผลให้ glucose intolerance เพิ่มขึ้น ซึ่งบุหรี่ประกอบด้วยสารแคดเมียมที่มีผลต่อการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดและเป็นพิษ ส่งผลตรงต่อตับอ่อน ทำให้มีระดับน้ำตาลในเลือดสูงขึ้น การควบคุมเบาหวานจึงทำได้ยากขึ้น 7. ถ้ามีอาการตามัวเฉียบพลัน เห็นแสงวาบ ปวดตาให้รีบมาโรงพยาบาล เพื่อรับการตรวจหาสาเหตุและคัดกรองจอประสาทตา 8. กรณีที่มี PDR ควรหลีกเลี่ยงการออกกำลังกายที่ กระแทกรุนแรง หรือเบ่ง เช่น วิ่ง การเป่าลมแรงๆ เป็นต้น 9. การติดตามการตรวจตา หากผลปกติแนะนำติดตามทุก 1 ปี ในกรณี mild NPDR (mild non-proliferative diabetic retinopathy) ติดตามทุก 6เดือน moderate NPDR (moderate non-proliferative diabetic retinopathy) หรือ PDR (Proliferative diabetes retinopathy) ติดตามโดยจักษุแพทย์ **ประเมินผลการพยาบาล** - วันที่ 21 สิงหาคม 2567 ตรวจพบเบาหวานขึ้นจอประสาทตาข้างขวา ผู้ป่วยได้รับการรักษาภาวะ mild Right. NPDR โดยการส่งพบจักษุแพทย์ เมื่อวันที่ 21 กันยายน 2568 แพทย์พิจารณาให้ควบคุมระดับน้ำตาลในเลือด เนื่องจาก	2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตรเชื่อถือและไว้วางใจในการให้บริการ 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ แผนการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ 4. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงเหตุผล และความจำเป็นในการรักษาพยาบาล 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยและระบายความในใจ ปลอบโยนผู้ป่วย และรับฟังด้วยท่าทางที่สงบ 6. การฝึกสติแบบสั้นสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (MindfulnessBased Brief Intervention Manual for NCDs)[8] โดยการฝึกสติแบบสั้นประกอบด้วยการฝึก 3-4 ครั้งๆ ละ 40 นาที ดังนี้ การฝึกสมาธิเพื่อลดความเครียดการฝึกสติในการเคลื่อนไหวอย่างมีสติ การฝึกสติในการกิน เพื่อช่วยให้สามารถควบคุมการกินได้ดีขึ้น รวมทั้งการกินยา และการนำไปใช้เป็นวิถีชีวิตเป็นการฝึกทบทวน และนำไปใช้เป็นวิถีรวมทั้งสติในการควบคุมอารมณ์ 7. ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดร์มาใช้จัดการความเครียดผู้ป่วย โดยให้เล่าประสบการณ์อาการของความเครียดของผู้ป่วย ได้แก่ ปวดศีรษะ กระวนกระวาย นอนไม่หลับ จากนั้นให้ผู้ป่วยอธิบายวิธีจัดการความเครียดของตนเอง ได้แก่การทำสมาธิ การระบายให้สมาชิกในครอบครัวฟัง การไปวัดทำบุญ การหากิจกรรมอื่นๆทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ฟังธรรมะ ดูละคร หรือกิจกรรมที่ตนเองชื่นชอบ เป็นต้น ให้ผู้ป่วยบอกผลการจัดการความเครียดด้วยวิธีดังกล่าวพร้อมให้กำลังใจ และเสริมพลังแก่ผู้ป่วย 8. แนะนำช่องทางในการขอคำปรึกษา ได้แก่ เบอร์โทรโรงพยาบาลและคลินิกโรคหอบ ในการให้คำแนะนำคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้องรังและหรือปัญหาทาง

9. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 7 แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เป็นระดับเล็กน้อย มีนัดตรวจตาซ้ำ วันที่ 16 มกราคม 2568 หลังจากแนะนำวิธีการควบคุมระดับน้ำตาลในเลือดเพื่อลดความรุนแรงของการเกิดภาวะเบาหวานขึ้นจอประสาทตา ผู้ป่วยรับทราบและบอกว่าจะควบคุมน้ำตาลในเลือดให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ	สุขภาพอื่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 เป็นต้น **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยอธิบายอาการของความเครียด สิ่งกระตุ้นของตนเองได้ บอกวิธีการจัดการความเครียด การทำสมาธิ การระบายให้สมาชิกในครอบครัวฟัง การไปวัดทำบุญ การหากิจกรรมอื่นๆทำเพื่อเบี่ยงเบนความสนใจ เช่น ฟังเพลง ดูละคร ซึ่งทำให้อาการดีขึ้นช่วยให้ไม่ต้องคิดมากผู้ป่วยยินยอมรับฟังคำแนะนำและร่วมมือในการฝึกสติแบบสั้น การประเมินภาวะซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าระดับน้อย มีปัญหาจะปรึกษากับสมาชิกในครอบครัวประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5 = 4 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง
5. ข้อวินิจฉัยการพยาบาลที่ 5 ผู้ป่วยมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่ทราบการดำเนินของโรค ความไม่แน่นอนของอาการ **ข้อมูลสนับสนุน** S : เครียดเกี่ยวโรคที่เป็นอยู่ โรคลิ้นหัวใจรั่ว เพราะตัวจะเป็นโรคหัวใจหยุดเต้น O : ประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5 = 4 คะแนน มีความเครียดระดับน้อย - ประเมินภาวะซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 2Q positive หมายถึง “เป็นผู้ มีความเสี่ยง” หรือ “มีแนวโน้มที่จะเป็นโรคซึมเศร้า” - ประเมินโรคซึมเศร้าโดยใช้แบบประเมิน 9Q =7 คะแนน มีอาการซึมเศร้าระดับน้อย - ประเมินการฆ่าตัวตายโดยใช้แบบประเมิน 8Q =0 คะแนน ไม่มีแนวโน้มฆ่าตัวตาย **วัตถุประสงค์** เพื่อให้ผู้ป่วยคลายความวิตกกังวลเผชิญกับภาวะเครียดได้	

9. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 7 แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
เกณฑ์ประเมินผล - คะแนนความเครียดลดลงจากเดิม - ไม่มีภาวะซึมเศร้า **กิจกรรมการพยาบาล** 1. ประเมินระดับความรุนแรงของภาวะซึมเศร้าว่าอยู่ในระดับใดโดยใช้แบบประเมินซึมเศร้า 2Q, 9Q, 8Q 2. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วยด้วยท่าทางที่เป็นมิตร เชื่อถือและไว้วางใจในการให้บริการ 3. ให้ข้อมูลเกี่ยวกับโรค สาเหตุ อาการ แผนการรักษา เพื่อลดความวิตกกังวลของผู้ป่วยและญาติ 4. อธิบายให้ผู้ป่วยรับทราบถึงเหตุผล และความจำเป็นในการรักษาพยาบาล 5. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยพูดคุยและระบายความในใจปลอบโยนผู้ป่วย และรับฟังด้วยท่าทางที่สงบ 6. การฝึกสติแบบสั้นสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง (Mindfulness Based Brief Intervention Manual for NCDs)[8] โดยการฝึกสติแบบสั้นประกอบด้วยการฝึก3-4 ครั้งๆ ละ 40 นาที ดังนี้ การฝึกสมาธิเพื่อลดความเครียดการฝึกสติในการเคลื่อนไหวอย่างมีสติ การฝึกสติในการกิน เพื่อช่วยให้สามารถควบคุมการกินได้ดีขึ้น รวมทั้งการกินยา และการนำไปใช้เป็นวิถีชีวิตเป็นการฝึกทบทวน และนำไปใช้เป็นวิถีรวมทั้งสติในการควบคุมอารมณ์ 7. ใช้แนวคิดการจัดการอาการของดอดร์มาใช้จัดการความเครียดผู้ป่วย โดยให้เล่าประสบการณ์อาการของความเครียดของผู้ป่วย ได้แก่ ปวดศีรษะ กระวนกระวาย นอนไม่หลับ จากนั้นให้ผู้ป่วยอธิบายวิธีจัดการความเครียดของตนเอง ได้แก่ ภรรยาและลูกเป็นที่ปรึกษาเมื่อเกิดปัญหาต่างๆ และเมื่อมีอาการเจ็บป่วย ภรรยาและลูกคอยห่วงใยและให้กำลังใจ มีการผ่อนคลายความเครียด โดยการฟังเพลง	

9. การพยาบาลผู้ป่วยกรณีศึกษา (ต่อ)

ตารางที่ 7 แสดงการพยาบาลของผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 และรายที่ 2 ตามลำดับความสำคัญ ดังนี้

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1	ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2
พูดคุยกับ สมาชิกในครอบครัว เป็นความโชคดีมีภรรยาเป็นผู้รับฟังปัญหาที่เกิดขึ้น ให้กำลังใจและคอยช่วยเหลือดูแลการทำสมาธิ เป็นต้น และให้ผู้ป่วยบอกผลการจัดการความเครียดด้วยวิธีดังกล่าวพร้อมให้กำลังใจ เสริมพลังแก่ผู้ป่วย 8. แนะนำช่องทางในการขอคำปรึกษา ได้แก่ เบอร์โทรโรงพยาบาลและคลินิกโรคหอบ ในการให้คำแนะนำคำปรึกษาเกี่ยวกับโรคปอดอุดกั้นเรื้องรังและหรือปัญหาทางสุขภาพอื่น สายด่วนสุขภาพจิต 1323 เป็นต้น **ประเมินผลการพยาบาล** ผู้ป่วยอธิบายอาการของความเครียด สิ่งกระตุ้นความเครียดของตนเองได้ บอกวิธีการจัดการความเครียด การระบายให้สมาชิกในครอบครัวฟัง โดยเฉพาะภรรยาที่คอยให้กำลังใจ ผู้ป่วยยินยอมรับฟังคำแนะนำและร่วมมือในการฝึกสติแบบสั้น การประเมินภาวะซึมเศร้ามีอาการซึมเศร้าระดับน้อยประเมินความเครียดด้วยแบบประเมิน ST-5 = 4 คะแนน มีความเครียดระดับปานกลาง	

จากตารางที่ 8 พบว่าจำนวนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลมีความแตกต่างกัน โดยผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีจำนวนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 5 ข้อ และผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 2 มีจำนวนข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลจำนวน 4 ข้อ

ให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลและประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์และคณะ[7] เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรค ป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลัน และให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้และบรรลุตามวัตถุประสงค์ทั้ง 2 ราย

อภิปรายผล

จากการศึกษาและให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วม 2 ราย พบว่าผู้ป่วยทั้ง2 ราย มีอายุมากกว่า 60 ปี ซึ่งเป็นวัยผู้สูงอายุมีโอกาสเสี่ยงต่อการกลับมารักษาซ้ำด้วยอาการกำเริบเฉียบพลันได้[3,5] โดยมีปัจจัยเสี่ยงด้านพันธุกรรมในการเกิดโรคความดันโลหิตและโรคเบาหวาน นอกจากนี้ยังมีปัจจัยเสี่ยงด้านพฤติกรรมสุขภาพ คือ การดื่มสุรา สูบบุหรี่ และการดื่มกาแฟ ซึ่งเป็นปัจจัยต่อการเกิดโรคดันโลหิต และและโรค NCD ได้[9] ส่วนปัจจัยที่เกี่ยวข้องกับการเกิดโรคปอดอุดกันเรื้องรังของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย คือ การสูบบุหรี่[10] ถึงแม้ผู้ป่วยทั้ง 2 รายจะเลิกสูบบุหรี่แล้ว แต่พยาธิสภาพที่เกิดจากการสารเคมีที่ทำอันตรายต่อเนื้อเยื่อปอด ทำให้เกิด COPD และส่งผลกระทบมาถึงปัจจุบัน นอกจากนี้ยังมีโรคร่วม คือ โรคความดัน

โลหิต ไขมันในเลือดสูง โรคไตวายเรื้อรัง และลิ้นหัวใจเอออร์ติกรั่ว ซึ่งมีรายงานการศึกษาพบว่า การที่ผู้ป่วยมีโรคประจำตัว 3 โรคขึ้นไป และมีโรคเบาหวาน ความดันโลหิต และโรคหัวใจ มีความสัมพันธ์ต่อการเกิด COPD กำเริบเฉียบพลัน และอาการจะรุนแรงมากกว่าปกติ[3, 5] สัมพันธ์กับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่มีค่าสูงกว่าปกติเหมือนกัน คือ HbA1c และ FBS มีค่าที่สูงกว่าปกติแสดงถึงผู้ป่วยทั้ง 2 รายควบคุมระดับน้ำตาลได้ไม่ค่อยดี นอกจากนี้พบว่า ผู้ป่วยทั้ง 2 รายมีค่า BMI สูงกว่าปกติ ซึ่งสัมพันธ์ค่า Triglyceride, Cholesterol, HDL และ LDL-C ซึ่งเป็นการตรวจระดับไขมันในเลือด แสดงถึงพฤติกรรมการรับประทานอาหารที่มีไขมันสูง ซึ่งสอดคล้องกับข้อมูลที่ผู้ป่วยดื่มกาแฟซองและชอบรับประทานอาหารประเภทผัดและทอด นอกจากนี้ยังสอดคล้องกับค่า BMI 29.43 บ่งบอกถึงมีภาวะอ้วน ภาวะอ้วนนี้เป็นอีกหนึ่งปัจจัยที่ทำให้มีผลต่อการเกิดโรคอื่นๆ ตามมา นอกจากนี้ยังพบว่าป่วยที่มีภาวะอ้วนยังเสี่ยงต่อการเกิดอาการปอดอุดกั้นเรื้องรังกำเริบเฉียบพลันได้มากกว่าปกติ[11,12]

ผู้ป่วยกรณีศึกษารายที่ 1 มีความผิดปกติตรวจคัดกรองภาวะแทรกซ้อนตาตรวจพบเบาหวานขึ้นจอประสาทตา PDR แสดงถึงการควบคุมระดับน้ำตามในเลือดไม่ดี เป็นภาวะที่จอตาเปลี่ยนแปลงไปเพราะโรคเบาหวานเนื่องจากน้ำตาลในเลือดสูงจนทำให้ระบบประสาทและหลอดเลือดเสื่อมลง อาจส่งผลต่อการมองเห็น ปัจจัยที่ส่งผลต่อภาวะเบาหวานจอประสาทตามีความหลากหลายทั้งภายในและภายนอกบุคคล[13] ผู้ป่วยทั้ง 2 รายฟังเสียงปอดมีเสียง wheezing right lower lung แสดงถึงการมีภาวะหลอดลมตีบแคบ ซึ่งเป็นอาการของ COPD จึงมีความเสี่ยงที่จะเกิดภาวะโรคอุดกั้นกำเริบเฉียบพลันได้ง่าย เนื่องจากประสิทธิภาพของปอดลดลง[14] แต่ผู้ป่วยรายที่ 2 พบว่าขาบวมกดบุ๋ม1+ เกิดการบวมน้ำ มักพบในคนไข้โรคไตวายเรื้องรัง ซึ่งสัมพันธ์กับผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผู้ป่วยมีค่า Creatinine, eGFR และ CKD Stage 4 แสดงให้เห็นว่าผู้ป่วยรายที่ 2 มีภาวะไตสูญเสียหน้าที่ และมีรายงายการศึกษาพบว่า ผู้ป่วยที่ไตเสื่อมร่วมกับการเป็น COPD นั้นพบว่ามีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่สำคัญคือ ระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายจะลดลง ทำให้เสี่ยงต่อการเกิดอาการปอดอุดกั้นเรื้องรังกำเริบเฉียบพลันและรุนแรงได้[15] จากข้อมูลเกี่ยวกับพฤติกรรมการดูแลทางสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 ราย อาจบ่งบอกได้ว่าพฤติกรรมการดูแลสุขภาพของผู้ป่วยทั้ง 2 รายไม่เหมาะสม โดยเฉพาะการรับประทานอาหารที่ผลต่อระดับน้ำตาลในเลือดและระดับไขมันในเลือด ซึ่งเสี่ยงต่อการเกิดโรคอื่นๆ ตามมา และเสี่ยงต่อการเกิดภาวะโรคปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลันได้ จำเป็นต้องได้รับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพ การจัดการอาการเพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรค ป้องกันอาการกำเริบเฉียบพลัน

หลังให้การพยาบาลผู้ป่วยทั้ง 2 ราย โดยใช้กระบวนการพยาบาลประยุกต์แนวคิดแบบแผนความเชื่อด้านสุขภาพและแนวคิดการจัดการอาการ เพื่อลดความเสี่ยงของการเกิดโรค ป้องกันอาการปอดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลัน และให้สามารถปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพได้บรรลุตามวัตถุประสงค์ทั้ง 2 ราย ผู้ป่วยได้รับการรักษาตามมาตรฐาน ปลอดภัยไม่มีภาวะแทรกซ้อน ลดความรุนแรงของโรค สามารถดูแลสุขภาพตนเอง ลดอาการกำเริบเฉียบพลัน โดยไม่พบการกลับมารักษาซ้ำใน 72 ชั่วโมง และกลับมานอนโรงพยาบาลซ้ำภายใน 28 วัน ช่วยลดอัตราการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้องรัง (เป้าหมายน้อยกว่า 110 ครั้ง/100 วันผู้ป่วย COPD) สอดคล้องกับ จากการศึกษาของ ศศิธร แสงสุขและคณะ[16] และการศึกษาของ รัตนา จันแปงเงิน[17] ที่ใช้แนวคิดจัดการอาการของผู้ป่วย COPDช่วยลดอาการกำเริบเฉียบพลันการกลับมารักษาซ้ำภายใน 28 วัน สมรรถภาพปอดและมีพฤติกรรมการจัดการตนเองดีขึ้น รวมทั้งช่วยให้ผู้ป่วยสามารถประเมินประสบการณ์การการมีอาการกำเริบเฉียบพลันของตนเอง สามารถการจัดการ ควบคุมอาการหายใจลำบากด้วยตนเอง สามารถรับรู้สภาวะของอาการกำเริบเฉียบพลันเฉียบพลันตนเอง เนื่องจากแนวคิดใช้ทฤษฎีแนวคิดการจัดการอาการของดอดด์ประกอบด้วย 3 มโนทัศน์ คือ ประสบการณ์เกี่ยวกับอาการ กลยุทธ์การจัดการอาการ และผลลัพธ์จากการจัดการอาการ เป็นแนวคิดหนึ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยรับรู้

เข้าใจอาการตนเอง สามารถดูแลสุขภาพของตนเองในการป้องกันการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน สามารถควบคุมอาการ ลดการเกิดความรุนแรงของโรคได้ ส่งผลให้การเข้ารับการรักษาซ้ำ และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลลดลง

สรุปผล

การสอนให้ผู้ป่วย COPD รู้จักวิธีจัดการอาการตนเอง มีทักษะในการจัดการอาการตนเองในการควบคุมโรค มีผลต่อการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ส่งผลให้มีสุขภาวะเพิ่มขึ้น ดังนั้นผู้ป่วย COPD จะต้องฝึกปฏิบัติทักษะในการจัดการตนเองสม่ำเสมอจนกระทั่งเป็นส่วนหนึ่งในชีวิตประจำวัน สิ่งที่มีอิทธิพลต่อการจัดการตนเองคือ การให้ความรู้แก่ผู้ป่วยซึ่งความรู้ที่ได้รับเพิ่มขึ้นจะนำไปสู่การเปลี่ยนแปลงพฤติกรรมที่เหมาะสมกับการจัดการกับภาวะโรคที่เป็นอยู่ แต่ความรู้เพียงอย่างเดียวอาจยังไม่เพียงพอสำหรับการปรับเปลี่ยนพฤติกรรม ต้องมีการจัดการตนเองโดยการเสริมทักษะและประสบการณ์ในการจัดการตนเองด้วย ซึ่งจะทำให้ผู้ป่วย COPD สามารถการจัดการอาการตนเองได้อย่างมีประสิทธิภาพด้วย

ข้อเสนอแนะ

จากการศึกษาผู้ป่วย COPD ที่มีโรคร่วม 2 ราย และให้การพยาบาลตามกระบวนการพยาบาลโดยใช้แนวคิดแผนความเชื่อด้านสุขภาพในการปรับเปลี่ยนแผนความเชื่อและพฤติกรรมสุขภาพ เพื่อการควบคุมความเสี่ยงด้านโรคร่วม และแนวคิดการจัดการอาการตนเองเมื่อมีอาการปวดอุดกั้นกำเริบเฉียบพลัน สามารถช่วยให้ผู้ปรับเปลี่ยนแผนความเชื่อด้านสุขภาพ พฤติกรรมด้านสุขภาพได้ ลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยได้ สามารนำไปใช้เป็นข้อมูลในการพัฒนาต่อยอด ปรับปรุง ออกแบบกระบวนงานให้มีประสิทธิภาพยิ่งขึ้นในอนาคต คือ การพัฒนาแนวทางจัดการตนเองเพื่อลดอาการกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วม

เอกสารอ้างอิง

1. WHO. Chronicobstructive pulmonary disease(COPD) 2024 ; 2024. [Internet]. [cited 2024 Sep 14]. Available from: https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd).
2. HDC กระทรวงสาธารณสุข. ระบบคลังข้อมูลสุขภาพ Health Data Center (HDC) กระทรวงสาธารณสุข 2564. เข้าถึงเมื่อ 12 กันยายน 2567. เข้าถึงจาก https://hdcservice.moph.go.th/hdc/ main/index.php.
3. สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์ กระทรวงสาธารณสุข. รายงานสถิติโรค ปีงบประมาณ 2564. สถิติโรคกรมการแพทย์ สำนักนโยบายและยุทธศาสตร์กระทรวง. กรุงเทพมหานคร 2564
4. Baqdunes, M. W., Leap, J., Young, M., Kaura, A., & Cheema, T. Acute exacerbation of chronic obstructive pulmonary disease. Critical Care Nursing Quarterly 202; 44(1): 74-90.
5. Venkatesan, P. GOLD COPD report: 2024 update. The Lancet Respiratory Medicine 2024; 12(1): 15-16
6. พจนีย์ สวนศรี. การพยาบาลผู้ป่วย COPD ร่วมกับการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 และความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา. วารสารสำนักงานสารธารณสุขจังหวัดนครพนม 2567; 2(1): 1-20.
7. Dodd, M., Janson, S., Facione, N., Faucett, J., Froelicher, E. S., Humphreys, J., ... & Taylor, D. Advancing the science of symptom management. Journal of advanced nursing 2001; 33(5): 668-676.

8. ยงยุทธ วงศ์ภิรมย์ศานติ์. คู่มือฝึกสติแบบสั้นสำหรับผู้ป่วยโรคไม่ติดต่อเรื้อรัง. พิมพ์ครั้งที่ 3 พ.ศ. 2565. กรุงเทพฯ : กรมสุขภาพจิต กระทรวงสาธารณสุข 2565.
9. ธนัญชัย บุญหนัก,พงษ์เดช สารการ. การเปรียบเทียบความแม่นยำของการศึกษาปัจจัยที่สัมพันธ์กับการ เกิดโรคเบาหวานด้วยวิธีการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกและการวิเคราะห์การถดถอยโลจิสติกพหุระดับ: ฐานข้อมูล TCNAP ของประเทศไทย ปี2561. วารสารสาธารณสุขมหาวิทยาลัยบูรพา 2564; 16(1): 65-79.
10. นภารัตน์ อมรพุฒิสถาพร. ผู้ป่วย COPD . ใน วสันต์ สุเมธกุล, สมนึก สังฆานุภาพ และศศิโสภิณ เกียรติบูรณกุล (บรรณาธิการ). พิมพ์ครั้งที่ 2 ออฟเซ็ทครีเอชั่น: กรุงเทพฯ 2560
11. ชมขวัญ แก้วพลงาม, ณัฐวดี อินทแสน, ภานุพงษ์ อุ่นเรือนงาม และ ปาริชาติ นิยมทอง. ปัจจัยพยากรณ์ที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD . วารสารสาธารณสุขแพร่เพื่อการพัฒนา 2564; 3(1): 99-111.
12. ศุภนิดา คำนิยม. ปัจจัยที่สัมพันธ์กับการเกิดภาวะกำเริบเฉียบพลันของผู้ป่วย COPD ที่นอนโรงพยาบาลซ้ำ ใน 28 วัน. ยโสธรเวชสาร 2567; 26(1): 98-112.
13. Boonsaen, T., Choksakunwong, S., &Lertwattanarak, R. Prevalence of and factors associated with diabetic retinopathy in patients with diabetes mellitus at Siriraj Hospital–Thailand's Largest National Tertiary Referral Center.Diabetes, Metabolic Syndrome and Obesity 2021: 4945-4957.(in Thai)
14. กนกวรรณ อนุศักดิ์, รัตนนุช มาธนะสารวุฒิ, โกคิน ศักรินทร์กุล และ วิชุดา จิรพรเจริญ ปัจจัยที่มีความสัมพันธ์ต่อการเกิดอาการกำเริบเฉียบพลันในผู้ป่วย COPD ที่มารับการรักษาที่ห้องฉุกเฉินโรงพยาบาลลำพูน. วารสารกรมการแพทย์ 2564; 46(4): 67-73.
15. Bollenbecker, S., Czaya, B., Gutiérrez, O. M., & Krick, S. Lung-kidney interactions and their role in chronic kidney disease-associated pulmonary diseases. American Journal of Physiology-Lung Cellular and Molecular Physiology 2022; 322(5): L625-L640.
16. ศศิธร แสงสุข, ไสว โสมาบุตร, มนัสนันท์ สุพรรณโมก. ประสิทธิผลของโปรแกรมการจัดการตนเองของผู้ป่วย COPD โรงพยาบาลกุดชุม. ยโสธรเวชสาร 2567; 26(1): 113-126.
17. รัตนา จันแปงเงิน. ผลของโปรแกรมการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วย COPD ต่อการจัดการอาการกำเริบเฉียบพลัน โรงพยาบาลเชียงแสนจังหวัดเชียงราย. วารสารวิทยาศาสตร์และเทคโนโลยีนอร์ทเทิร์น 2566; 4(4): 1-12.