



การพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2
ที่มีภาวะไตเสื่อมระยะที่ 3 และความดันโลหิตสูง: กรณีศึกษา 1 ราย

Nursing care of Chronic Obstructive Pulmonary Disease patient with Diabetes
Mellitus type 2, Chronic Kidney Disease Stage 3 and Hypertension: A Case Study

พจนีย์ สวนศรี*

Pojjanee Suansri*

E-mail: pot_1966@hotmail.com

(Received : April 21, 2024 / Revised : May 30, 2024 / Accepted : June 12, 2024)

บทคัดย่อ

กรณีศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะรายกรณี (case study) มีวัตถุประสงค์เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยที่มีภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม และความดันโลหิตสูง ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล (Nursing process) โดยเป็นการศึกษาในผู้ป่วยกรณีศึกษา จำนวน 1 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกในแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางคล้า ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 15 มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งแบบบันทึกทางการพยาบาลและบันทึกทางการแพทย์ต่าง ๆ และข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์เพิ่มเติมจากตัวผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงเปรียบเทียบกับแนวคิด ทฤษฎี และหลักการพยาบาลสำหรับดูแลผู้ป่วยรายดังกล่าวตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา ผู้ป่วยกรณีศึกษาหญิงไทย อายุ 84 ปี ป่วยด้วยโรค COPD with DM, CKD stage 3 และ HT มารับบริการที่โรงพยาบาลตามแพทย์นัด ร่วมกับมีอาการหายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไอมีเสียงเสมหะในลำคอ ประเมินสภาพแรกพบ ณ แผนกผู้ป่วยนอกที่คลินิกโรคเรื้อรัง รู้สึกตัวดี ท่าทางอ่อนเพลียเล็กน้อย ตรวจพบ wheezing ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง ความดันโลหิต 178/66 มิลลิเมตรปรอท มีประวัติเข้ารับการรักษาดูแลในโรงพยาบาลจากการมีอาการหอบกำเริบจำนวน 2 ครั้ง ในรอบสองปีที่ผ่านมา โดยปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้อาการกำเริบคือการมีสมาชิกในครอบครัวสูบบุหรี่ ระหว่างรับผู้ป่วยกรณีศึกษาไว้ในความดูแลในคลินิกผู้ป่วยนอก รวมระยะเวลาที่ดูแล 147 วัน โดยใช้รูปแบบการดูแลตามแนวคิด D-METHOD ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยและผู้ดูแลมีความรอบรู้เกี่ยวกับโรค และการจัดการภาวะสุขภาพของตนเองด้วยการควบคุมอาหาร ออกกำลังกาย



ให้เหมาะสม และบริหารยาตามแผนการรักษาเพื่อควบคุมอาการของโรคให้สงบ โดยเฉพาะการจัดการกับปัจจัยที่กระตุ้นที่ทำให้อาการหอบกำเริบได้อย่างมีประสิทธิภาพ ส่งผลให้ผู้ป่วยไม่มีอาการกำเริบที่ต้องเข้ารับการรักษาด้วยการนอนโรงพยาบาล

ทั้งนี้จากการศึกษาข้อมูลและสัมภาษณ์ผู้ป่วยกรณีศึกษาและญาติผู้ดูแลสามารถวิเคราะห์ปัญหาของผู้ป่วยกรณีศึกษา 3 อันดับแรกได้แก่ 1) แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดลมและการขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ 2) เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่เนื่องจากจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลไม่มีประสิทธิภาพและขาดความรู้ 3) เสี่ยงต่อภาวะแทรกซ้อน: ยูรีเมียเนื่องจากการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม ภายหลังจากที่ผู้ป่วยกรณีศึกษาได้รับการดูแลตามแผนการพยาบาลที่กำหนดทุกครั้งที่มารับการตรวจตามนัดร่วมกับมีการติดตามเยี่ยมผ่านโทรศัพท์จำนวน 3 ครั้ง โดยเน้นย้ำให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลปฏิบัติตามแนวคิด D-METHOD อย่างครบถ้วน ส่งผลให้ปัญหาที่พบทุกปัญหาสามารถควบคุมได้และไม่เกิดความรุนแรง ซึ่งจะเห็นได้ว่าการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วมหลายโรค พยาบาลวิชาชีพจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับโรคพยาธิสภาพต่าง ๆ แนวทางการบำบัดรักษาพยาบาล รวมทั้งต้องมีทักษะในการเสริมสร้างสมรรถนะของผู้ป่วยและญาติให้สามารถจัดการอาการของโรคได้อย่างมีประสิทธิภาพ ซึ่งจะส่งผลให้ผู้ป่วยปลอดภัยไม่เกิดภาวะแทรกซ้อนที่ป้องกันได้ และมีชีวิตตามปกติสุขได้ต่อไป

คำสำคัญ: การพยาบาล, โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง, โรคเบาหวาน, ภาวะไตเสื่อม, ความดันโลหิตสูง

*พยาบาลวิชาชีพชำนาญการ, กลุ่มการพยาบาล โรงพยาบาลบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา



Abstract:

This study was a case study focused on the care of a COPD patient with DM, CKD stage 3, and HT. This patient received services at the outpatient department (OPD) of Bang-Khla Hospital from October 20, 2023 to March 15, 2024. Data collections tools included nursing record forms and outpatient medical records. The study involved reviewing the patient's nursing and medical records, along with conducting interviews with the patient and her family caregiver. The data were analyzed using content analysis and comparison of nursing concepts, theories, and principles for caring the patients with those conditions according to the nursing process steps.

Study findings: The case study was a Thai woman with 84 years old with COPD, DM, CKD stage 3, and HT. She attended the hospital according to the doctor's appointment, experiencing slight difficulty breathing and coughing with sputum sounds in the throat. Initial assessment showed she was alert but slightly tired, with wheezing in both lungs and a BP=178/66 mmHg. It was found that the patient had been hospitalized for twice in the past two years due to exacerbation caused by inhalation of cigarette smoke in her home. During 147 days study period, this patient received care according to the D-METHOD concept, which emphasizes disease literacy for the patient and her family caregiver, self-health management for diet control, appropriate exercise, and medication adherence to control disease symptoms. The patient effectively managed triggering factors for acute exacerbation, preventing hospital admission.

From studying the data and interviewing the patients and her family caregivers, the top 3 problems were identified: 1) Ineffective breathing pattern related to bronchospasm and airway clearance issues, 2) Risk for unstable blood glucose related to poor adherence to diabetes management and deficient knowledge of diabetes or treatment, and 3) Potential complication: Uremia secondary to ineffective renal function and poor health self-management. The



nurse implemented NCP during every follow-up visit and conducted 3 times telephone visits to promote adherence to the D-METHOD concept. All patient problems were addressed successfully, and no issues progressed poorly. Caring for a COPD patient with comorbidities requires registered nurses to have knowledge and understanding of disease, pathological conditions, and medical treatment guidelines. Additionally, nurses need skills to enhance the competency of patients and their caregivers for effective symptoms management ensuring patient safety, preventable complications, and continuous happiness in their lives.

Keyword: Nursing care, COPD, DM, CKD, Hypertension

*Professional registered nurse, Nursing Department of Bang-Khla hospital, Chachoengsao

บทนำ

โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง (Chronic Obstructive Pulmonary Disease: COPD) เป็นปัญหาสาธารณสุขที่สำคัญที่เป็นสาเหตุอันดับต้น ๆ ของการเจ็บป่วย ความพิการ และการเสียชีวิตของประชากรทั่วโลก ซึ่งมีสาเหตุจากการสูบบุหรี่หรือการได้รับสิ่งระคายเคืองที่เป็นมลพิษทางอากาศที่มีต่อระบบทางเดินหายใจโดยการทำลายเนื้อเยื่อปอดและทำให้ทางเดินหายใจตีตัน^{1,2} โรคนี้มีผู้เสียชีวิตมากกว่า 3 ล้านคนต่อปี และเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 3 ของโลก^{3,4} สำหรับประเทศไทยพบว่ามีรายงานสถิติการเสียชีวิตด้วยโรคไม่ติดต่อ (NCD) ในปี 2564 โดยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังเป็นสาเหตุการเสียชีวิตอันดับที่ 5 เมื่อเทียบกับโรค NCD อื่น ๆ ได้แก่ หลอดเลือดสมอง หัวใจขาดเลือด ความดันโลหิตสูง และเบาหวาน ตามลำดับ⁵ และพบว่ามีจำนวนผู้ป่วย COPD ที่เสียชีวิตสูงขึ้นจาก 18,617 คน เป็น 20,888 คนในปีพ.ศ. 2565 และพ.ศ.2566 ตามลำดับ โดยเฉพาะในกลุ่มผู้สูงอายุ (อายุ 60 ปีขึ้นไป) พบว่ามีอัตราการตายสูงขึ้นจากร้อยละ 4.79 ในปีพ.ศ. 2565 เป็นร้อยละ 4.99 ต่อประชากรแสนคนในปีพ.ศ.2566⁶ ถึงแม้ว่าโรค COPD จะเป็นโรคเรื้อรังที่ไม่สามารถรักษาไม่หายขาดได้ แต่เมื่อเกิดโรคแล้วการดูแลรักษาจะมุ่งเน้นการประเมินและติดตามโรค (assess and monitor disease) การลดปัจจัยเสี่ยงต่อการเกิดโรค (reduce risk factors) การจัดการให้อาการของโรคสงบ (manage stable COPD) รวมทั้งการดูแลรักษาช่วงที่มีการกำเริบของโรคเฉียบพลัน (manage exacerbations) เพื่อให้ผู้ป่วยมีชีวิตอยู่รอดและปลอดภัย รวมทั้งมีความสุขในขณะที่เจ็บป่วยได้⁷



อย่างไรก็ตามจากธรรมชาติของโรคนี้จะไม่แน่นอนและมีการกำเริบเป็นระยะ ๆ โดยเฉพาะผู้ป่วยมีพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม และมีโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย เช่น โรคเบาหวาน โรคไตเสื่อม หรือไตวาย และความดันโลหิต⁴ โดยผู้ป่วยที่เป็นโรคเบาหวานและไตเสื่อม (Chronic Kidney Disease: CKD) ร่วมกับการเป็น COPD นั้น จะพบว่า มีการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพที่สำคัญคือระบบภูมิคุ้มกันในร่างกายจะลดลง^{8,9} ประกอบกับหากสภาพร่างกายอยู่ในภาวะตึงเครียด (Stress) จากการเจ็บป่วยรุนแรงหรือติดเชื้อจะส่งผลให้ร่างกายเกิดภาวะดื้ออินซูลินมากขึ้น ไม่สามารถดึงน้ำตาลเข้าสู่เซลล์ได้ ทำให้มีน้ำตาลในเลือดสูงขึ้นจะส่งต่อการกรองที่ไตลดลง เกิดภาวะไตเสื่อมเพิ่มขึ้น^{10,11} จนอาจทำให้เกิดอาการกำเริบหรือรุนแรงจนต้องเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาลเป็นเวลานาน และหากอาการมีความรุนแรงมากขึ้นจนไม่สามารถดำเนินชีวิตได้ตามปกติจะกลายเป็นภาวะคุกคามต่อชีวิต จะเห็นได้ว่าหากผู้ป่วย COPD มีอาการกำเริบจะส่งผลให้โรครุนแรงมากขึ้น เช่นเดียวกันหากโรคร่วมที่เป็นอยู่ทั้งเบาหวานและภาวะไตเสื่อมมีอาการรุนแรงมากขึ้นจะส่งผลให้ COPD รุนแรงได้เช่นเดียวกัน ซึ่งส่งผลกระทบต่อผู้ป่วยทั้งทางด้านร่างกาย จิตใจ และสังคม การดูแลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่มีโรคร่วม ทั้งผู้ป่วย ผู้ดูแล และเจ้าหน้าที่ทีมสุขภาพจำเป็นต้องมีความรู้ความเข้าใจเกี่ยวกับพยาธิสภาพของทุกโรคที่เป็นอยู่ และที่สำคัญยิ่งคือผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลจำเป็นต้องได้รับการพัฒนาทักษะหรือสมรรถนะในการจัดการภาวะสุขภาพของตนเอง โดยการปรับเปลี่ยนแบบแผนการดำเนินชีวิตเพื่อควบคุมมิให้อาการของโรคกำเริบ และรับการรักษาอย่างต่อเนื่องด้วยการมาตรวจและรับยาตามแพทย์นัดอย่างสม่ำเสมอ จะช่วยให้ผู้ป่วยและครอบครัวใช้ชีวิตได้ตามปกติ และมีคุณภาพชีวิตที่ดีต่อไป ดังนั้นพยาบาลวิชาชีพจึงเป็นบุคคลสำคัญในการดูแลผู้ป่วยโรคเรื้อรัง โดยเฉพาะการเป็นผู้ให้การช่วยเหลือสนับสนุนหรือพัฒนาสมรรถนะให้ผู้ป่วยและครอบครัวได้เรียนรู้เกี่ยวกับความเจ็บป่วยของตนและฝึกการจัดการโรคด้วยตนเองอย่างเป็นองค์รวมและมีประสิทธิภาพอย่างต่อเนื่อง¹²

วัตถุประสงค์

เพื่อศึกษาการพยาบาลผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อมตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาล



วิธีการศึกษา

กรณีศึกษานี้เป็นการศึกษาเฉพาะรายกรณี (case study) ตามขั้นตอนของกระบวนการพยาบาลในการดูแลผู้ป่วยที่ภาวะปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการเป็นเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม จำนวน 1 ราย ที่มารับบริการที่คลินิกพิเศษโรคเรื้อรังโรงพยาบาลบางคล้า ระยะเวลาที่ศึกษาตั้งแต่วันที่ 20 ตุลาคม พ.ศ. 2566 ถึง 15 มีนาคม พ.ศ. 2567 โดยศึกษาข้อมูลจากเอกสารที่เกี่ยวข้องกับผู้ป่วยทั้งแบบบันทึกทางการแพทย์และบันทึกทางการแพทย์ต่าง ๆ และข้อมูลที่ได้สัมภาษณ์เพิ่มเติมจากตัวผู้ป่วย และญาติผู้ดูแล เครื่องมือที่ใช้ในการรวบรวมข้อมูลประกอบด้วย 1) แบบบันทึกข้อมูลผู้ป่วยจากเวชระเบียนผู้ป่วยนอก 2) รายงานสถิติข้อมูลการให้บริการที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังของแผนกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางคล้า 3) แบบสัมภาษณ์ข้อมูลการประเมินสภาพตามแบบแผนทางด้านสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน¹³ 4) แบบบันทึกทางการแพทย์และบันทึกทางการแพทย์ของแผนกผู้ป่วยนอก โดยผู้ให้ข้อมูลที่ใช้ศึกษาได้แก่ ตัวผู้ป่วย ญาติผู้ดูแล รวมกับการศึกษาเอกสารจากเวชระเบียนผู้ป่วย ซึ่งผู้ป่วยยินยอมเข้าร่วมเป็นกรณีศึกษาโดยลงนามเป็นลายลักษณ์อักษร การวิเคราะห์ข้อมูลใช้การวิเคราะห์เนื้อหาเชิงเปรียบเทียบกับทฤษฎี แนวคิด และหลักการพยาบาลผู้ป่วยในโรคดังกล่าว แล้วนำไปสู่การระบุข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลตามรูปแบบของ NANDA¹⁴ วางแผนการพยาบาล นำแผนสู่การปฏิบัติการพยาบาล และประเมินผลการพยาบาลตามกระบวนการพยาบาล

ผลการศึกษา

ผู้ป่วยหญิงไทย อายุ 84 ปี เชื้อชาติไทย สัญชาติไทย ศาสนาพุทธ สถานภาพหม้าย จบการศึกษาประถมศึกษาปีที่ 1 ไม่ได้ประกอบอาชีพ เป็นผู้สูงอายุ ภูมิลำเนาอำเภอบางคล้า จังหวัดฉะเชิงเทรา มีประวัติเข้ารับการรักษาทันทีในโรงพยาบาลด้วยอาการหอบเหนื่อยจำนวน 2 ครั้งในรอบปีที่ผ่านมา จากการประเมินสภาพแรกพบผู้ป่วยรูปร่างท้วม ผิวดำแดง สูง 140 ซม. น้ำหนัก 50.7 กก. ดัชนีมวลกาย 25.86 กก./ตร.ม. รู้สึกตัวดี ตาข้างซ้ายมัว ผิวค่อนข้างซีด หูได้ยินไม่ค่อยชัด ช่วยเหลือตัวเองได้โดยใช้ไม้เท้าช่วยพยุงเวลาเดิน ปฏิเสธการแพ้ยา ปฏิเสธการผ่าตัด ไม่เคยเจ็บป่วยด้วยโรคร้ายแรง ปฏิเสธการสูบบุหรี่และเคยดื่มสุรา ซึ่งปัจจุบันเลิกดื่มแล้ว ผู้ป่วยมารับบริการ ณ คลินิกผู้ป่วยนอกโรงพยาบาลบางคล้าด้วยการมารับยาตามแพทย์นัด ร่วมกับมีอาการหายใจเหนื่อยเล็กน้อย ไอมีเสียงเสมหะในลำคอ แพทย์วินิจฉัยว่าเป็น COPD with DM and CKD Stage 3 สัญญาณชีพแรกพบ ความดันโลหิต 178/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 83 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที อิ่มอิ่ม 36.1 องศาเซลเซียส O₂ Sat.= 98%



ข้อมูลทั่วไปของผู้ป่วยและครอบครัวพบว่า อาศัยอยู่กับหลานสาววัยประถมจำนวน 2 คน มีบุตรสาวและบุตรชายที่อาศัยที่บ้านอยู่ห่างออกไปประมาณ 1 กิโลเมตร ที่คอยดูแลเตรียมอาหารสดที่ผู้ป่วยต้องการมาส่งให้ที่บ้าน เพื่อให้ผู้ป่วยปรุงอาหารรับประทานเอง ผู้ป่วยรับประทานอาหารประเภทเนื้อปลา เนื้อหมูเป็นส่วนใหญ่ ความสัมพันธ์ในครอบครัวดี บุตรสาวและบุตรชายมีอาชีพค้าขาย ไม่ค่อยได้ดูแลใกล้ชิด หากมีเหตุฉุกเฉินหลานจะโทรศัพท์ตามให้มาดูแล

อาการสำคัญ มารับยาตามแพทย์นัด ร่วมกับมีอาการไอมีเสมหะสีขาวเหนียว บ่นเหนื่อยเวลาออกแรง

ประวัติการเจ็บป่วยปัจจุบันและโรคประจำตัว 14 ปีก่อนมาโรงพยาบาล มีอาการป่วยเป็นโรคเบาหวาน รับยาที่โรงพยาบาลส่งเสริมสุขภาพตำบลใกล้บ้าน มาตรวจตามนัดทุก 3 เดือนอย่างสม่ำเสมอ ไม่เคยขาดยา ต่อมา 10 ปีก่อนตรวจพบว่าอัตราการกรองของไตผิดปกติ แพทย์วินิจฉัยว่าไตเสื่อม (CKD) ไม่พบอาการผิดปกติใด ๆ ยังไม่ได้มีแผนการรักษาใด ๆ เพิ่มเติม และ 6 ปีก่อน มีอาการหอบเหนื่อยเข้ารับการรักษาเป็นผู้ป่วยใน แพทย์วินิจฉัยว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง หลังจำหน่ายกลับบ้านนัดมารับยาต่อเนื่องที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง จากนั้นรับยาที่คลินิกมาตลอด เคยนอนโรงพยาบาลด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังตั้งแต่เริ่มป่วยจนถึงปัจจุบันรวม 7 ครั้งครั้งล่าสุดเมื่อเมื่อ 20 ธันวาคม 2565 สาเหตุที่มีอาการหอบกำเริบส่วนใหญ่เกิดจากการสูดควันบุหรี่จากบุตรชายที่เพิ่งเสียชีวิตเมื่อ 2 ปีก่อนและไปออกแรงถอดหญ้าข้างบ้านขณะอากาศร้อน

ประวัติการเจ็บป่วยและสุขภาพของครอบครัว ปฏิสเรศคนในครอบครัวเจ็บป่วยด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง สามีมียะตีดุบหูตั้งแต่หนุ่ม ๆ และเป็นเบาหวาน ความดันโลหิตสูงและโรคหัวใจ ปัจจุบันเสียชีวิตแล้วประมาณ 10 ปีด้วยการติดเชื้อในกระแสเลือดจากอาการท้องเสีย บุตรชายสูบบุหรี่ สำหรับบุตรสาวเป็นโรคเบาหวานและความดันโลหิตสูงรับการรักษาที่โรงพยาบาลชุมชน บุตรชายและหลาน ๆ แข็งแรงดี ไม่มีโรคประจำตัว

ผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการที่ผิดปกติ (20/10/66, 15/12/66, 15/3/67) ได้แก่ Blood Chemistry: Creatinine=1.24mg/dL, eGFR=32.25-39.98 mL/min per 1.73m², FBS=162-189 Mg%, HbA1C=6.7-7.5 mg%, Hct =28.8%

ผลการตรวจร่างกาย: แรกרבวันที่ 20 ตุลาคม 2566 เวลา 08.15 น. ที่คลินิกโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ผู้ป่วยรู้สึกตัวดี บ่นว่ามีอาการมึนงงเล็กน้อย ไอเสมหะขาวเหนียว เหนื่อยเล็กน้อย ชามือขวา ปวดขาตั้งแต่สะโพกร้าวไปขาข้างขวา ตาซ้ายมัว สัญญาณชีพแรกพบพบว่า ความดันโลหิต 178/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร



83 ครั้ง/นาที อัตราการหายใจ 20 ครั้ง/นาที อุณหภูมิ 36.1 องศาเซลเซียส วัดค่าความอิ่มตัวของออกซิเจนปลายนิ้วได้ 98% เป่าสมรรถภาพของปอดได้ 65.79% ผลตรวจเลือด FBS=189 มิลลิกรัมต่อเดซิลิตร

สรุปแผนการรักษาของแพทย์ตั้งแต่แรกรับไว้จนถึงจำหน่ายจากการดูแล: แพทย์ตรวจรักษา แล้วมีแผนการรักษาโดยให้ยากลับไปรับประทานที่บ้าน ดังต่อไปนี้ 1) Theo-dur (200 mg). 1 tab oral OD. pc. 2) Spiriva Combo 18 mcq. สูดทางปาก OD. เช้า 3) Berodual MDI (200 mg.) พ่น 1 ครั้งเวลามีอาการหอบ 4) Seretide Accuhaler 50/250 mcq. สูดทางปาก bid. เช้าและเย็น 5) Metformin (500 mg.) 2 tabs. oral bid. pc. เช้าและเย็น 6) Glipizide (5 mg.) 1 tab. oral bid. ac. เช้าและเย็น 7) Amlodipine (5 mg.) 1 tab. oral OD. pc. เช้า 8) Losartan (50 mg.) 1 tab. oral bid. pc. เช้าและเย็น 9) Ferrous sulfate (200 mg.) 1 tab. oral tid. pc. เช้า กลางวัน และเย็น 10) Vitamin B complex (5 mg.) 1 tab. oral OD. pc. เช้า

แผนการพยาบาลตามข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 1. แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดลมและการขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ

ข้อมูลสนับสนุน

S: ทราบว่าเป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังมา 6 ปี และอาศัยอยู่กับสามีที่สูบบุหรี่มากกว่า 30 ปีและบุตรชายที่สูบบุหรี่ 10 ปี

- ปั่นเหนื่อย, ไอบ่อยมีเสมหะในลำคอ, ไม่มีกิจกรรมออกกำลังกายเนื่องจากเหนื่อยง่าย

O: ขณะรอตรวจมีอาการไอนาน ๆ ครั้ง มี Wheezing ที่ปอดทั้ง 2 ข้าง RR=22times/min ลักษณะการหายใจต้องออกแรงหายใจเข้าและออก, O₂ Sat= 98%, คะแนนความเครียดอยู่ในระดับปานกลาง 7 คะแนน

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถคงไว้ซึ่งแบบแผนการหายใจที่มีประสิทธิภาพได้ด้วยการสาธิตวิธีการหายใจที่ถูกต้องและระบุปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการทำให้แบบแผนการหายใจผิดปกติได้ถูกต้อง

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 18 - 24 ครั้ง/นาที สม่ำเสมอ ความเร็ว ความลึกและจังหวะในการหายใจปกติ
2. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายขาดออกซิเจน (cyanosis) คือ ริมฝีปาก ปลายมือ ปลายเท้าเขียว



3. ไม่พบเสียงหายใจที่ผิดปกติ/เสียง Wheezing ลดลง
4. $O_2 \text{ Sat} \geq 95\%$
5. สาทีย้อนกลับวิธีการหายใจที่มีประสิทธิภาพ และวิธีการไอที่ถูกต้องได้
6. ระบุปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการทำให้แบบแผนการหายใจผิดปกติได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. สาทิวิธีการหายใจแบบ pursed-lip breathing หรือการหายใจโดยใช้กระบังลมและให้ผู้ป่วย สาทีย้อนกลับ เพื่อช่วยให้รับออกซิเจนอย่างเพียงพอที่จะไม่เกิดภาวะพร่องออกซิเจน
2. สาทิวิธีการไอที่มีประสิทธิภาพโดยการหายใจเข้าออกติดต่อกัน 2-3 ครั้งแล้วกลั้นหายใจแล้วจึง ค่อยไอเพื่อช่วยให้เสมหะขับเคลื่อนออกมาได้ดีขึ้น และช่วยให้ทางเดินหายใจโล่ง
3. แนะนำเทคนิคคลายเครียด ติดตามประเมินระดับความเครียดซ้ำ เนื่องจากการหายใจที่ผิดปกติ อาจเกิดจากภาวะเครียด จึงต้องแนะนำวิธีคลายเครียดที่เหมาะสมกับผู้ป่วย เช่น สวดมนต์ ฟังเพลง หรือให้บอกเล่าความไม่สบายใจให้บุคคลในครอบครัวที่ไว้วางใจ จะลดความกังวลหรือกลัวได้ จะส่งผลให้สามารถหายใจได้ตามปกติ
4. สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะร่างกายพร่องออกซิเจนคือความรู้สึกตัวเปลี่ยนแปลง กระสับกระส่ายสับสนหายใจแรงและเร็วหรือหายใจลำบากหัวใจเต้นเร็ว ผิดจังหวะความดันโลหิตสูงในช่วงแรก เหงื่อออก ผิวชื้นริมฝีปากและปลายมือปลายเท้า ชีต เย็นเขียว หยุดหายใจ
5. แนะนำให้ผู้ป่วยนอนศีรษะสูงประมาณ 45 องศา กรณีรู้สึกหายใจลำบากเพื่อให้ปอดขยายตัวได้ดีขึ้น
6. สอน/แนะนำวิธีการหลีกเลี่ยงปัจจัยที่เป็นสาเหตุของการทำให้เหนื่อยมากขึ้น เช่น การออกกำลังกายมากเกินไป การทำงานหนัก การอยู่ในสิ่งแวดล้อมที่มีมลพิษ ใกล้ควันบุหรี่ การอยู่ใกล้ผู้ป่วยเป็นหวัด เป็นต้น
7. สอน/แนะนำวิธีการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดด้วยเทคนิคการควบคุม/บรรเทาอาการเหนื่อย เทคนิคลดอาการเหนื่อยขณะทำกิจวัตรประจำวัน และการเพิ่มความแข็งแรงและคงทนของกล้ามเนื้อด้วยการออกกำลังกาย และทดสอบความสามารถในการเดินด้วย 6 Minute Walk Test
8. แนะนำวิธีการรับประทานยา Theo-dur (200 mg.) 1 เม็ดหลังอาหารเช้า แนะนำสังเกตอาการข้างเคียงจากการใช้ยา หากมีอาการใจสั่น ให้รีบกลับมาพบแพทย์
9. ส่งไปรับคำแนะนำปรึกษาจากเภสัชกรในการใช้ยาพ่น Spiriva Combo 18 mcq สูด OD เข้า,



Seretide Accuhaler 50/250 mcg. สูดทางปาก bid. pc. เข้าและเย็น ตามแผนการรักษา และสังเกตอาการข้างเคียง เช่น ใจสั่น ชีพจรเต้นเร็ว หน้ามืด คลื่นไส้ อาเจียน หรือความดันโลหิตต่ำ หากพบอาการดังกล่าวรีบมาพบแพทย์ และการใช้ Berodual MDI (200 mg.) พ่น 1 ครั้ง เวลามีอาการหอบ หากพ่นจนครบ 3 ครั้งแล้วอาการไม่ดีขึ้นให้รีบมาพบแพทย์

10. สอนวิธีการประเมินลักษณะการหายใจที่ผิดปกติ วัด O₂ Sat หลังทำกิจกรรมอย่างน้อยวันละครั้ง และหากพบอาการผิดปกติให้กลับมาพบแพทย์

การประเมินผล

บรรลุเป้าหมาย ไม่พบภาวะขาดออกซิเจน रिมีปาก ปลายมือ ปลายเท้าไม่เขียว ออกซิเจนในร่างกาย 95-98% อัตราการหายใจอยู่ในช่วง 24 - 26 ครั้ง/นาที ชีพจร 88-92 ครั้ง/นาที สม่าเสมอ ความดันโลหิต 110/70 มิลลิเมตรปรอท Lung clear ผู้ป่วยไอได้อย่างมีประสิทธิภาพ

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 2 เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่เนื่องจากการจัดการตนเองขณะเป็นเบาหวานไม่เหมาะสมและอาจมีภาวะร่างกายเครียดจากการเจ็บป่วยร่วมกับอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเบาหวาน และรับประทานอาหารได้น้อย

ข้อมูลสนับสนุน

S: รับประทานอาหารวันละ 2- 3 มื้อไม่ตรงเวลา รับประทานอาหารได้น้อย เบื่ออาหาร อ่อนเพลีย ชอบรับประทานของหวานและมัน ผลไม้หวาน

- ปฏิเสธการรับประทานอาหารเอง ปรับรสชาติตามที่ตนต้องการ ชอบรับประทานปลาและหมูสามชั้นต้มเค็ม บอกว่ายังควบคุมอาหารไม่ได้ และไม่ออกกำลังกาย

- บ่นว่ามีอาการใจสั่น กระหายน้ำ ก็จะดื่มน้ำหวาน หรือถ้ารู้สึกอ่อนเพลียก็ดื่มน้ำหวาน

- บอกว่าเมื่อไม่มีอาการก็ไม่ต้องมารับยาจะรับประทานเมื่อมีอาการ เช่น หน้ามืด ใจสั่น และไม่ทราบถึงภาวะแทรกซ้อนของโรคที่อาจจะเกิดหากรักษาไม่ต่อเนื่อง

-ญาติบอกว่าผู้ป่วยรับประทานอาหารเสร็จมักนอนเลย ไม่ขยับร่างกาย

O: ผลระดับน้ำตาลในเลือด 189 มิลลิกรัม (20 ตุลาคม 2566)

- จากข้อมูลในแฟ้มประวัติผู้ป่วยรักษาโรคเบาหวานไม่ต่อเนื่อง

- น้ำหนัก 49.8 กิโลกรัม สูง 140 เซนติเมตร ค่า BMI เท่ากับ 25.408 กิโลกรัม/ตารางเมตร



- มีแผนการรักษาด้วยยา Metformin (500 mg) oral 1 tab bid. pc. และ Glipizide (5mg) 1 tab bid.ac

วัตถุประสงค์: เพื่อให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ด้วยตนเองและปลอดภัยจากเกิดภาวะ Hyperglycemia/Hypoglycemia

เกณฑ์การประเมิน

1. ระดับน้ำตาลอยู่ในช่วง 80- 130 มิลลิกรัมเปอร์เซ็นต์
2. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะ Hyperglycemia ได้แก่ ซึมลง กระวนกระวาย ชัก หรือหมดสติ
3. ไม่พบอาการของภาวะน้ำตาลในเลือดต่ำ เช่น เหงื่อออก ตัวเย็น หรือผิวหนังแห้ง หมดสติ
4. รู้สึกตัวดี PR 83/m, RR 20/m, BP 110/70 mmHg
5. ระบุปัจจัยที่ทำให้ระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่ และวิธีการสังเกต/เฝ้าระวังระดับน้ำตาลในเลือดได้ถูกต้องอย่างน้อยร้อยละ 80

กิจกรรมการพยาบาล

1. ให้คำแนะนำเกี่ยวกับการรับประทานอาหารให้ตรงเวลา ครบ 3 มื้อ การเลือกรับประทานอาหารที่ถูกต้องและเหมาะสมกับโรคควรงดเว้นการรับประทานขนมหวาน ลดอาหารพวกคาร์โบไฮเดรต เพื่อให้ร่างกายได้รับกลูโคสอย่างเพียงพอและมีระดับน้ำตาลเข้าสู่กระแสเลือดได้สอดคล้องกับช่วงเวลาที่ยาออกฤทธิ์สูงสุดเพื่อป้องกันอันตรายที่จะเกิดกับสมอง และเกิดภาวะ Hypoglycemia จากภาวะแทรกซ้อนของยาเบาหวาน
2. แนะนำญาติให้วัดสัญญาณชีพให้ผู้ป่วยอย่างน้อยวันละครั้ง โดยเฉพาะระดับความดันโลหิตเพื่อประเมินอาการเปลี่ยนแปลงจากภาวะ Hypoglycemia และวางแผนการช่วยเหลือได้ทันทั่วทั้งที่
3. สอน/แนะนำให้เฝ้าระวังการเกิดอาการน้ำตาลในเลือดต่ำ โดยสังเกตและแนะนำญาติในการสังเกตอาการผู้ป่วย เช่น มึนงง ปวดศีรษะ หาว ตาพร่ามัว พูดไม่ชัด เหงื่อออก ตัวเย็น ผิวหนังแห้ง ตาลึกโบ่ ถ้ามีอาการดังกล่าวรีบมาโรงพยาบาลเพื่อสามารถช่วยเหลือผู้ป่วยได้ถูกต้อง
4. ดูแลการได้รับยาลดระดับน้ำตาล Metformin (500 mg.) oral 1 tab. bid. pc, Glipizide (5 mg.) 1 tab. bid. ac. ตามแผนการรักษาของแพทย์เพื่อปรับระดับน้ำตาลในเลือด และแนะนำการสังเกตอาการแทรกซ้อนภายหลังได้รับยา



5. สอน/แนะนำญาติให้สังเกตระดับความรู้สึกตัวและสังเกตอาการภาวะน้ำตาลในเลือดสูงของผู้ป่วย เช่น ซึม กระวนกระวาย ชักหรือหมดสติ เพื่อให้ความช่วยเหลือผู้ป่วยได้ทันเวลาที่

6. สอน/แนะนำญาติให้สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะการติดเชื้อในร่างกาย เช่น มีไข้ ผิวน้ำ อักเสบ ไอเจ็บคอ เพื่อป้องกันการเกิดภาวะดื้ออินซูลินเพิ่มขึ้นจากการเกิดภาวะ Stress ของร่างกาย ที่จะทำให้เกิดภาวะ hyperglycemia ได้

7. สอนการออกกำลังกายที่เหมาะสมเพื่อเสริมสร้างความแข็งแรงของกล้ามเนื้อ เพิ่มอัตราการเผาผลาญ และระบบภูมิคุ้มกันของร่างกายเพื่อป้องกันการติดเชื้อง่ายจากการเป็นโรคเรื้อรังและอยู่ในวัยสูงอายุ

8. แนะนำให้มารับการตรวจติดตามระดับน้ำตาลในเลือดทุกครั้งที่มารับยาตามนัดเพื่อประเมินระดับน้ำตาลในเลือดอย่างสม่ำเสมอ

การประเมินผล

บรรลุเป้าหมาย รู้สึกตัวดี ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะ Hypoglycemia และ Hyperglycemia ระดับน้ำตาลในเลือด 91 Mg% (15 ธันวาคม 2566) ผู้ป่วยบอกได้ว่าถ้ามีอาการผิดปกติเช่น เหงื่อออก ตัวเย็น ใจสั่นจะเป็นลม ต้องรีบมาพบแพทย์

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 3 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน: Uremia เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรมการดูแลตนเองไม่เหมาะสม

ข้อมูลสนับสนุน

S: รับประทานยาแก้ปวดเนื่องจากปวดขา ค่อนข้างบ่อย, ขับถ่ายปัสสาวะปกติ วันละ 3-4 ครั้ง

บอกว่าเป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 5 ปี

O: รู้สึกตัวดี ผิวน้ำตื้นดี ไม่มีแผลตามร่างกาย

- eGFR 32.25-39.98 มิลลิลิตรต่อนาที (วันที่ 15 ธันวาคม 2566), Dx: CKD stage 3

วัตถุประสงค์: ป้องกันภาวะแทรกซ้อน Uremia

เกณฑ์การประเมินผล

1. อัตราการกรองของไตอยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ (มากกว่า 60 มิลลิลิตรต่อนาที)

2. ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะยูเรเมีย ได้แก่ เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ปวดเมื่อยตามข้อ
เกิดความคิดสับสน ชักและหมดสติ บวม ไข้ เหนื่อย หัวใจเต้นผิดปกติ



กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพกับผู้ป่วย อธิบายให้ผู้ป่วยเข้าใจถึงภาวะไตเสื่อม และวิธีการชะลอไตเสื่อม
2. แนะนำควบคุมอาหารหวาน มัน เค็ม เพื่อลดการทำงานของไต โดยส่งปรึกษานักโภชนาการและพยาบาลเฉพาะทางหน่วยไตเทียมเพื่อรับความรู้เรื่องอาหารในผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อม
3. แนะนำควบคุมน้ำหนักและออกกำลังกายที่เหมาะสมอย่างสม่ำเสมอ เช่น การเดิน ยืนแกว่งแขน ครั้งละ 30 นาทีต่อวัน
4. แนะนำหลีกเลี่ยงยาแก้ปวด ยาชุด ยาสมุนไพร ยาลูกกลอน อาหารเสริมที่ไม่ได้มาตรฐานความปลอดภัย และไม่ซื้อยารับประทานเอง หากจะใช้ยาใดเอง ให้ปรึกษาแพทย์หรือเภสัชกรทุกครั้ง และออกบัตรประจำตัวผู้ป่วยที่มีภาวะไตเสื่อมเพื่อแสดงต่อเภสัชกรหรือผู้เกี่ยวข้องหากต้องจ่ายยาใดให้ผู้ป่วย เพื่อเฝ้าระวังการจ่ายยาที่ไม่เหมาะสม ซึ่งอาจทำให้ภาวะไตของผู้ป่วยแย่ลง
5. แนะนำให้งดดื่มชา กาแฟ น้ำอัดลม เพื่อลดการทำงานของไต
6. แนะนำการรับประทานยาอย่างถูกวิธีเพื่อลดการทำงานของไตได้แก่ การดื่มน้ำมาก ๆ หลังรับประทานยา
7. แนะนำสังเกตอาการผิดปกติต่าง ๆ ด้วยตนเอง หากมีอาการอ่อนเพลีย เบื่ออาหาร คลื่นไส้ อาเจียน ใจสั่น บวมกดแล้วบุ๋ม หน้ามืด เป็นลม ให้รีบมาพบแพทย์ทันที เพื่อป้องกันการเกิดภาวะแทรกซ้อน

การประเมินผล

บรรลุเป้าหมาย ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะยูรีเมีย อัตราการกรองของไตเพิ่มขึ้นจาก 32.25 ml/min (15 ธันวาคม พ.ศ.2566) เป็น 39.98 ml/min (15 มีนาคม 2567)

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 4 มีโอกาสติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากกลไกการปกป้องร่างกายทำงานไม่มีประสิทธิภาพจากการเป็นโรคเรื้อรังและอยู่ในวัยสูงอายุ

ข้อมูลสนับสนุน

S: บอกว่าชอบรับประทานขนมหวาน และของทอด

O: ระดับน้ำตาลในเลือด 189 Mg%, Hct 28.8% (20 ตุลาคม 2566)

- อยู่ในวัยสูงอายุ อายุ 84 ปี Dx: DM 14 ปี, CKD 6 ปี

วัตถุประสงค์ ปลอดภัยจากภาวะการติดเชื้อในร่างกาย



เกณฑ์การประเมินผล

1. อุณหภูมิร่างกายไม่เกิน 37.5 องศาเซลเซียส
2. ผิวหนังทั่วร่างกายไม่มีอาการบวม แดง ร้อน
3. ไม่พบอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกาย เช่น ระบบทางเดินหายใจ: ไอ เจ็บคอ มีเสมหะ ระบบทางเดินปัสสาวะ: ปัสสาวะขุ่น ปวดหลังปวดเอว เป็นต้น

กิจกรรมการพยาบาล

1. แนะนำการดูแลความสะอาดร่างกายและตรวจผิวหนังและเท้าทุกวันหลังอาบน้ำ สังเกตอาการแสดงของการติดเชื้อที่ผิวหนังเช่น อาการบวม แดง ร้อน
2. สอน/แนะนำญาติให้สังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะการติดเชื้อในร่างกายระบบทางเดินหายใจและระบบทางเดินปัสสาวะ เช่น มีไข้ ไอเจ็บคอ ปัสสาวะขุ่น ปวดหลังปวดเอว เป็นต้น หากมีอาการรีบให้มาพบแพทย์โดยเร็ว
3. แนะนำเรื่องอาหารสำหรับผู้ป่วยโรคเบาหวาน โดยลดแป้งลดขนมหวาน หลีกเลี่ยงของทอด และเปลี่ยนวิธีประกอบอาหารเป็นต้ม ตุ่น นึ่ง เพิ่มโปรตีนจากไข่ขาวเพื่อเพิ่มระบบภูมิคุ้มกันให้แข็งแรงเป็นการป้องกันการติดเชื้อ
4. แนะนำการหลีกเลี่ยงการอยู่ในที่ชุมชนหรือใกล้ชิดคนที่เจ็บป่วยด้วยการติดเชื้อทั้งแบคทีเรียและไวรัสเพื่อป้องกันการรับเชื้อโรคเข้าสู่ร่างกาย
5. แนะนำการบริหารจัดการตนเองในการควบคุมระดับน้ำตาลให้อยู่ในเกณฑ์ที่ยอมรับได้ ด้วยการออกกำลังกายที่เหมาะสมและรับประทานยาตามแผนการรักษาของแพทย์อย่างมีประสิทธิภาพและสม่ำเสมอ

การประเมินผล

บรรลุเป้าหมาย ไม่พบอาการและอาการแสดงของการติดเชื้อในร่างกาย

อุณหภูมิร่างกาย 36.1-37 องศาเซลเซียส

ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 5 เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน: ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/Stroke จากการมีภาวะความดันโลหิตสูง

ข้อมูลสนับสนุน

S: เป็นโรคความดันโลหิตสูงมา 5 ปี, รู้สึกตัวดี บ่นว่ามีอาการมึนงงเล็กน้อย

O: BP 178/66 มิลลิเมตรปรอท ชีพจร 83 ครั้ง/นาที หายใจ 20 ครั้ง/นาที



วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยปลอดภัยจากภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/Stroke

เกณฑ์การประเมิน

1. ไม่มีอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/Stroke จากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. ระดับความดันโลหิตอยู่ในเกณฑ์ปกติ
3. บอกวิธีการควบคุมน้ำหนักให้อยู่ในเกณฑ์ปกติ ด้วยการควบคุมอาหารและออกกำลังกายสำหรับผู้ป่วยความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง
4. ระบุปัจจัยเสี่ยงที่ทำให้กระตุ้นให้เกิดภาวะภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/Stroke จากการเป็นโรคความดันโลหิตสูงได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สอน/แนะนำการเฝ้าระวังสังเกตอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/Stroke จากการเป็นโรคความดันโลหิตสูง
2. แนะนำการเลือกอาหารที่เหมาะสมกับการมีภาวะความดันโลหิตสูง ด้วยการรับประทานอาหารที่มีคุณภาพ ลดอาหารเค็ม ลดอาหารมัน ไขมันต่ำ เพิ่มผักผลไม้ และหลีกเลี่ยงการดื่มแอลกอฮอล์เพื่อป้องกันหลอดเลือดแข็งตัวเพิ่มขึ้น
3. แนะนำ/สอนวิธีการหลีกเลี่ยงการอยู่ในสภาพแวดล้อมที่มีควันบุหรี่หรือมลพิษ ที่เป็นวิธีการป้องกันโรคหัวใจและหลอดเลือดที่จะส่งผลให้ระดับความดันโลหิตสูงขึ้นได้
4. สอน/แนะนำวิธีจัดการเรื่องความเครียด เพื่อป้องกันการหดเกร็งของหลอดเลือดที่จะทำให้เกิดความดันโลหิตสูงขึ้นได้
5. สอนวิธีการบริหารยาควบคุมความดันโลหิต โดยเน้นย้ำการรับประทานยาตามแผนการรักษา Amlodipine (5 Mg.) วันละ 1 เม็ด วันละ 1 ครั้งหลังอาหารเช้า และ Losartan (50 Mg.) ครั้งละ 1 เม็ด วันละ 2 ครั้ง หลังอาหารเช้าและเย็น รวมทั้งการสังเกตภาวะแทรกซ้อนจากการใช้ยา

การประเมินผล

บรรลุเป้าหมาย ไม่พบอาการและอาการแสดงของภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/Stroke ระดับความดันโลหิต 120/60 mmHg (15 ธันวาคม 2566) และ 130/70 mmHg (15 มีนาคม 2567)



ข้อวินิจฉัยทางการพยาบาลที่ 6 ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่ทราบการดำเนินของโรคและแผนการรักษา

ข้อมูลสนับสนุน

S: บอกว่ามีความกังวลต่อการเจ็บป่วยที่ต้องเข้าออกโรงพยาบาลบ่อย ๆ มีหงุดหงิดบางครั้ง รู้สึกเครียดที่รักษาไม่หาย

- ผู้ป่วยอาศัยอยู่กับหลานอายุ 7-8 ปี ไม่มีผู้ดูแลใกล้ชิด, รู้สึกเป็นภาระของลูกหลานบางครั้ง
- ญาติบอกว่าต้องค้าขายไม่ค่อยมีเวลาดูแลผู้ป่วย

O: - ผลการประเมินความเครียดได้คะแนน 7 ความเครียดระดับปานกลาง

- ญาติที่พามาโรงพยาบาลมีสีหน้าไม่สบายใจ

วัตถุประสงค์ เพื่อให้ผู้ป่วยและญาติคลายความวิตกกังวล

เกณฑ์การประเมิน

1. ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาล
2. ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าสดชื่นขึ้น
3. คะแนนความเครียดลดลงอยู่ในระดับน้อย
4. บอกแผนการรักษาได้ถูกต้อง

กิจกรรมการพยาบาล

1. สร้างสัมพันธภาพที่ดีกับผู้ป่วยและญาติ เป็นมิตร เคารพในความเป็นปัจเจกบุคคลเพื่อให้เกิดความไว้วางใจและเชื่อมั่นในแผนการรักษาพยาบาล
2. ประเมินความต้องการความพร้อมในการรับรู้ของผู้ป่วยต่อสถานการณ์ในขณะนั้นเพื่อให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจหรือมั่นใจในมาตรฐานแผนการรักษาพยาบาล
3. อธิบายให้ผู้ป่วยและญาติเข้าใจในแผนการรักษาพยาบาลและการตรวจวินิจฉัยอื่น ๆ เพื่อประกอบการรักษา เช่น เครื่องมืออะไรมีประโยชน์หรือตรวจหรือส่งตรวจเพื่ออะไร
4. เปิดโอกาสให้ผู้ป่วยและญาติซักถามเกี่ยวกับปัญหาหรือสิ่งที่กังวลใจ รับฟังปัญหา ชี้แจงและอธิบายในข้อสงสัย



5. เฝ้าระวังและสังเกตภาวะเครียดของผู้ป่วยโดยใช้แบบประเมินความเครียดของกรมสุขภาพจิตด้วย ST 2Q 9Q และความวิตกกังวลของญาติและผู้ป่วย เข้าใจและยอมรับปฏิกิริยา ให้เวลารับฟังการระบาย พร้อม ทั้งให้ข้อมูลที่ญาติและผู้ป่วยสงสัยหรือกังวล

6. อธิบายสิ่งที่ผู้ป่วยสามารถร่วมปฏิบัติเพื่อดูแลตนเองไปพร้อม ๆ กับการพักผ่อนร่างกายและจิตใจ การมีสติรับรู้กับปัจจุบัน ลดความคิดความกังวลในอดีตและอนาคตโดยการหายใจผ่อนคลายหรือสมาธิบำบัด

การประเมินผล

บรรลุเป้าหมาย ผู้ป่วยและญาติให้ความร่วมมือในการรักษาพยาบาลเข้าใจและยอมรับสภาพความเจ็บป่วยได้ ผู้ป่วยและญาติมีสีหน้าท่าทางคลายความวิตกกังวล ผลการประเมิน ST=4 คะแนน 2Q=1 คะแนน 9Q=6 คะแนน อยู่ในระดับปกติ

อภิปรายผลการศึกษา

จากการศึกษาปัญหาของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับการเป็นโรคเรื้อรังทั้งเบาหวานชนิดที่ 2 ที่มีภาวะไตเสื่อม และภาวะความดันโลหิตสูงนั้น พบว่าผู้ป่วยกรณีศึกษารายนี้ซึ่งเป็นผู้สูงอายุที่มีข้อจำกัดในการบริหารจัดการตนเองในการควบคุมโรคที่ยังไม่มีประสิทธิภาพส่งผลให้มีปัญหาที่สำคัญที่ต้องได้รับการดูแลช่วยเหลือให้สามารถจัดการปัญหาต่าง ๆ ให้ลดน้อยลง รวมทั้งเป็นปัญหาเชิงเฝ้าระวังที่เกิดจากการเปลี่ยนแปลงทางพยาธิสภาพของโรคเรื้อรังและภาวะแทรกซ้อนที่อาจเกิดขึ้นจากแผนการรักษาที่ได้รับ จากการรวบรวมข้อมูลการประเมินสภาพด้วยแบบแผนสุขภาพ 11 แบบแผนของกอร์ดอน การตรวจร่างกายและผลการตรวจทางห้องปฏิบัติการ พบปัญหาที่ต้องวางแผนและดำเนินการปฏิบัติการพยาบาลรวม 6 ปัญหา โดยจำแนกเป็นปัญหาที่เป็นข้อวินิจฉัยทางการพยาบาล (Nursing diagnosis: NDx) จำนวน 4 ปัญหา ได้แก่ 1) แบบแผนการหายใจไม่มีประสิทธิภาพเนื่องจากการหดเกร็งของหลอดลมและการขับเสมหะไม่มีประสิทธิภาพ 2) เสี่ยงต่อระดับน้ำตาลในเลือดไม่คงที่เนื่องจากการจัดการตนเองขณะเป็นเบาหวานไม่เหมาะสมและอาจมีภาวะร่างกายเครียดจากการเจ็บป่วยร่วมกับอาจเกิดภาวะแทรกซ้อนจากการได้รับยาเบาหวาน และรับประทานอาหารได้น้อย 3) มีโอกาสติดเชื้อในร่างกายเนื่องจากกลไกการปกป้องร่างกายทำงานไม่มีประสิทธิภาพจากการเป็นโรคเรื้อรังและอยู่ในวัยสูงอายุ และ 4) ผู้ป่วยและญาติมีความวิตกกังวลเกี่ยวกับการเจ็บป่วยเนื่องจากไม่ทราบการดำเนินของโรคและแผนการรักษา สำหรับอีก 2 ปัญหา เป็นปัญหาร่วมทางการพยาบาล (Collaborative problem: CP) ได้แก่ 1) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน: Uremia เนื่องจากประสิทธิภาพการทำงานของไตลดลงและพฤติกรรม



การดูแลตนเองไม่เหมาะสม และ 2) เสี่ยงต่อการเกิดภาวะแทรกซ้อน: ภาวะความดันในกะโหลกศีรษะสูง/Stroke จากการมีภาวะความดันโลหิตสูง โดยภาพรวมทั้ง 6 ปัญหาดังกล่าว พยาบาลวิชาชีพและเจ้าหน้าที่ในทีมสุขภาพจะต้องบริหารจัดการแก้ไขปัญหาโดยการสอน/ให้คำแนะนำให้ผู้ป่วยและญาติสามารถบริหารจัดการปัญหาสุขภาพได้ด้วยตนเอง (Self-Health management) ตั้งแต่การจัดการกับอาการของโรค (Symptom management) COPD ที่มีโอกาสกำเริบ โดยเฉพาะการใช้ยาพ่นอย่างถูกต้อง การจัดการตนเองหากอาการไม่ดีขึ้น การออกกำลังกาย การหลีกเลี่ยงฝุ่นควันซึ่งเป็นเหตุให้ต้องกลับเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล นอกจากนี้ต้องให้ความสำคัญกับการควบคุมอาหารเฉพาะโรคทั้งเบาหวาน ความดันโลหิตสูง และภาวะไตเสื่อม รวมทั้งการจัดการอารมณ์ความเครียด การออกกำลังกายที่เหมาะสม และการบริหารยาตามแผนการรักษาให้มีประสิทธิภาพ สม่ำเสมอและต่อเนื่อง ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางการวางแผนจำหน่ายแบบ D-METHOD สำหรับการดูแลผู้ป่วยที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง และโรคเรื้อรังอื่น ๆ ร่วมด้วย ที่มีผลการศึกษาวิจัยเกี่ยวกับผลของการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายสำหรับผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังก่อนและหลังใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายพบว่าผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังที่เข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังลดลงกว่าก่อนใช้ ($p < .001$)^{15, 16} ซึ่งสอดคล้องกับแนวทางปฏิบัติการพยาบาลทางคลินิกสำหรับผู้สูงอายุโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังในชุมชน ที่มุ่งเน้นให้ผู้ป่วยมีความสามารถจัดการตนเองให้สามารถควบคุมโรคได้¹⁷ ดังนั้น หากส่งเสริมให้ผู้ที่เป็นโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังร่วมกับมีโรคร่วม มีการจัดการตนเองในการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างเหมาะสม มีการปฏิบัติการฟื้นฟูสมรรถภาพปอดอย่างต่อเนื่อง รวมทั้งปรับเปลี่ยนพฤติกรรมสุขภาพร่วมกับการดูแลจากทีมสุขภาพในชุมชน เครือข่าย มีระบบการติดตามเยี่ยมที่บ้าน จะทำให้ผู้ป่วยชะลอการดำเนินของโรคและลดการกลับเข้ารับรักษาในโรงพยาบาลจากอาการกำเริบได้

ข้อเสนอแนะ

การส่งเสริมให้ผู้ป่วยและญาติผู้ดูแลมีความรู้เท่าทันต่อภาวะการเจ็บป่วยของตนเอง รวมทั้งมีความสามารถในการจัดการภาวะเจ็บป่วยด้วยตนเองมีความสำคัญอย่างยิ่งที่จะช่วยให้ผู้ป่วยสามารถควบคุมให้อาการของโรคเรื้อรังมิให้กำเริบหรือรุนแรงมากขึ้น ลดปัญหาของการเข้ารับการรักษาตัวในโรงพยาบาล และภาระในการดูแลของระบบสุขภาพได้ โดยบุคลากรในทีมสุขภาพโดยเฉพาะพยาบาลวิชาชีพที่เป็นบุคคลสำคัญที่จะช่วยเหลือหรือให้การสนับสนุนผู้ป่วยและครอบครัวให้มีความสามารถดังกล่าวได้ จะต้องมีความรู้ที่แม่นยำ



และทันสมัยเกี่ยวกับโรคเรื้อรัง พยาธิสภาพ แผนการรักษาตามปัญหาของผู้ป่วยที่อยู่ในความดูแลและเชื่อมโยงสู่การวางแผนการพยาบาลที่ตอบสนองตามปัญหา สำหรับกรณีศึกษาที่สำคัญได้แก่การบริหารยา โดยเฉพาะวิธีการพ่นยาที่ถูกต้อง การหลีกเลี่ยงฝุ่นควัน การออกกำลังกายที่เหมาะสม การรับประทานยาซึ่งบางครั้งผู้ป่วยยังคงรับประทานขนมหวาน หรือของทอด พยาบาลควรติดตามเสริมพลังให้กำลังใจผู้ป่วย เพื่อให้สามารถลดขนมหวานหรือของทอด/ส่งต่อทีมสุขภาพเพื่อการช่วยเหลือตามความต้องการของผู้ป่วยและครอบครัวได้อย่างมีประสิทธิภาพต่อไป

เอกสารอ้างอิง

1. Christenson SA, Smith BM, Bafadhel M, Putcha N. Chronic obstructive pulmonary disease. Lancet (London, England) [Internet]. 2022 Jun 11 [cited 2024 Apr 13];399(10342):2227–42. Available from: <https://research.ebsco.com/linkprocessor/plink?id=e53aede0-737c-3bae-b061-73d956ca646f>
2. World Health Organization (WHO). Fact sheet: Chronic obstructive pulmonary disease (COPD). WHO; 2023 [Available from: [https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-\(copd\)](https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/chronic-obstructive-pulmonary-disease-(copd))].
3. WHO. Fact sheet: The top 10 causes of death 2020. WHO; 2023 [Available from: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/the-top-10-causes-of-death>].
4. Venkatesan P. GOLD COPD report: 2024 update. The Lancet Respiratory medicine. England: Elsevier; 2024. p. 15-6.
5. กองโรคไม่ติดต่อ กระทรวงสาธารณสุข. จำนวนและอัตราการตายด้วย 5 โรคไม่ติดต่อ (ปี 2560 - 2564). <http://www.thaincd.com/2016/mission/documents-detail.php?id=14480&tid=32&gid=1-020>
6. กระทรวงสาธารณสุข. อัตราการเจ็บป่วยและเสียชีวิตด้วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง ปี 2565-2566. https://hdcservice.moph.go.th/hdc/reports/report.php?&cat_id=67473ea582306d345ce1bb44b06ba2e9&id=3bcec2a91eb03924f0b2714a85ee5b95#
7. นภารัตน์ อมรพุดิสภาพร. โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง Chronic Obstructive Pulmonary Disease. <https://www.rama.mahidol.ac.th/med/sites/default/files/public/pdf/medicinebook1/COPD.pdf>



8. Bagatini MD, Cardoso AM, Reschke CR, Carvalho FB. Immune System and Chronic Diseases 2018. Journal of immunology research. 2018;2018:8653572.
9. Rubinow KB, Rubinow DR. In immune defense: redefining the role of the immune system in chronic disease. Dialogues in clinical neuroscience. 2017;19(1): 19-26.
10. Sharma K, Akre S, Chakole S, Wanjari MB. Stress-Induced Diabetes: A Review. Cureus. 2022;14(9): e29142.
11. Vedantam D, Poman DS, Motwani L, Asif N, Patel A, Anne KK. Stress-Induced Hyperglycemia: Consequences and Management. Cureus. 2022;14(7): e26714.
12. Chan SW. Chronic Disease Management, Self-Efficacy and Quality of Life. The journal of nursing research: JNR. 2021;29(1): e129.
13. Gordon M. Nursing diagnosis: process and application. Boston: MA: Mosby; 1994.
14. Carpenito LJ. Nursing diagnosis: application to clinical practice. 15 ed. Philadelphia: PA: Wolters Kluwer; 2017.
15. นภัสวรรณ สันจร. ผลของการใช้ชุดการวางแผนจำหน่ายผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรังต่อจำนวนครั้ง การเข้ารับการรักษาในโรงพยาบาล การเข้ารับการตรวจรักษาซ้ำ การเกิดอาการกำเริบเฉียบพลัน และการกลับเข้ามารักษาซ้ำในโรงพยาบาลของผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. ราชวดีสาร วิทยาลัยพยาบาลบรม-ราชชนนี สุรินทร์. 2020; 10(2): 54-68.
16. อาติละ สะไร. ผลของโปรแกรมการบูรณาการการวางแผนจำหน่ายร่วมกับประสบการณ์อาการต่อ ความสามารถในการจัดการอาการและสภาวะอาการหายใจลำบากในผู้ป่วยโรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง. วิทยานิพนธ์ปริญญาพยาบาลศาสตรมหาบัณฑิต สาขาการพยาบาลผู้ใหญ่, บัณฑิตวิทยาลัย. มหาวิทยาลัยสงขลานครินทร์. <https://kb.psu.ac.th/psukb/bitstream/2016/11227/1/413392.pdf>. 2559.
17. กฤษณาพร ทิพย์กาญจนเรชา และ ลาลิน เจริญจิตต์. บทบาทพยาบาลในการจัดการอาการของผู้สูงอายุ โรคปอดอุดกั้นเรื้อรัง: กรณีศึกษา. วารสารวิจัยสุขภาพและการพยาบาล. 2022; 38(3): 12-25.